

医療福祉政策研究

第3巻第1号 2020

目次

<特集① 社会的な居場所づくりと福祉政策>

研究論文

社会的な居場所づくりと福祉政策—理論的枠組み構築のための試論……………村上 慎司 (1)

シンポジウム報告から

医療生協さいたまの居場所づくりの取り組み……………久保田直生 (15)

シンポジウム報告から

貧者をめぐる「再分配」と「承認」の現代的諸相

—「社会的な居場所」と「自立支援」を通して考える……………堅田香緒里 (21)

<特集② 「働き方改革」と地域医療—政策はいかにあるべきか>

研究論文

医師の「働き方改革」—医師労働力と医療供給をめぐる複合的政策課題……………松田 亮三 (29)

総説論文

要医師数の推計方法および医師偏在指標の問題点に関する考察……………佐藤 英仁 (39)

研究論文

勤務医の労働と「働き方改革」……………植山 直人 (49)

シンポジウム報告から

病院経営からみた医師の「働き方改革」……………吉中 丈志 (61)

研究論文

開業医と医師の働き方改革……………中村 暁 (73)

総説論文

エビデンスに基づく政策における責任論の再考

—医療・教育学のエビデンス論を参考に—……………杉谷 和哉 (85)

総説論文

米韓FTAの本質と韓国の医療……………小笠原信実 (101)

社会的な居場所づくりと福祉政策 ——理論的枠組み構築のための試論

Creating Social Place and Welfare Policy: An Essay for
Building the Theoretical Framework

村上 慎 司(金沢大学)

Shinji MURAKAMI (Kanazawa University)

1. はじめに

近年、福祉政策の領域において社会的な居場所づくりをめぐる問題が実践的にも学術的にも注目されている。本特集である「社会的な居場所づくりと福祉政策」では、実践面から久保田報告、そして、学術面から堅田報告に関する文字起こし原稿が組まれている。本稿はこれらの両報告の内容を架橋しつつ、議論を僅かでも進展させることを狙いとしている。

本特集が取り上げる社会的な居場所の概念について論じる前に、日本における日常用語とは異なる政策的・学問的な意味での居場所概念に言及することは有益であろう。居場所概念は、不登校研究を中心に教育分野において学術的に使用されてきたが、1980年代中盤において学校に行けない子どもたちのためのフリースペースやフリースクールをさしており、1992年に文部省が「学校も心の居場所となるように」という視点を打ち出したことを受けて、それは心理的な側面を含むようになったという(萩原2001:51)。2000年代以降、物理面だけでなく心理面からも規定される居場所概念は、建築学・居住学関連から社会学・教育学まで幅広い学術領域で参照されるようになってきたという

(中島・廣出・小長井 2007:78)。そして、居場所概念は福祉政策の領域においても適用されている。例えば、阿部彩(2011:119)は、社会的包摂を実現させる取り組みにおいて、物理的な機能だけではない社会的承認を与える居場所の重要性を指摘している。

幅広い意味を持つ居場所概念であるが、本稿は、その概念を阿部彩(2011)のように福祉政策⁽¹⁾としての社会的な居場所づくりに関連した事業や取り組みに限定する。本稿の社会的な居場所概念の輪郭を描くため、まずは「社会的」という形容に関するものを述べよう。これは、市野川(2006)の指摘を参考に、福祉国家をほぼ意味するドイツやフランスの「社会的な国家」のもとでの取り組みという意味である。より正確に言えば、実際の担い手は民間団体やボランティアになるかもしれないが、明確に福祉政策を遂行する意図を持って行政が推進するフォーマルな取り組みであるという点で「社会的」——市野川(2006)に倣えば「社会的なもの(the social)」——である。よって、本稿は、自然発生的な居場所である「サードプレイス(the third place)」⁽²⁾ではなく、福祉政策の具現化として「社会的」に設計された居場所という意味

(受理日:2020年2月10日)

での社会的な居場所に限定して論じる。ここには、インフォーマルな側面を帯びやすい居場所を「社会的」に創出できるのかどうかの論点が浮上する。

もう一つの本稿での「社会的(social)」という意味は「社交的(social)」ということである。そのため、本稿の社会的な居場所は、ひとりの居場所を認める阿部真大(2011:第2章)における居場所概念とは異なり、帰属意識・社会的承認などの共同性に関する機能の源泉とみなす。例えば、隅田・藤井・黒田編(2018:33)では、高齢者全般のための社会的孤立対策の居場所づくりにおける「居場所機能」に関して、(1)存在承認と(2)役割創造という根源的な人間関係形成を促進する場の機能と説明している。また、不登校とフリースクールを論じている森田(2017:137)は、従来型学校教育の外部に存在する居場所となっているフリースクールに通うことで、子どもたちにもたらされる承認と多元的な社会的包摂の意義を指摘している。

次に、居場所概念に内包している「居心地性」についてだが、これは安心感・肯定感などの心理的・感情的側面を指し、先の「社交性」とも関連する。再び、住田(2004)、萩野(2006)、森田(2017)らによる子ども・不登校研究の知見を踏まえると、こうした感情的な安全基地となりうる居場所の提供は、特定目的を専ら追求する営みと相容れないことがある。それゆえに、過度に特定目的を前景化しない「居心地のよさ」をもたらす居場所づくりが望まれると考えられる。

最後に、「場所性」について言及する。これは実際に人びとが参集し、同一時空間を共有した物理空間・建築物であることを意味する。そのため、社会的包摂対策の一環として実施されている「よりそいホットライン」などの電話で

のサポート策も除外する⁽³⁾。さらに、今日ではSNSなどの情報空間は、物理空間以外の居場所として無視できないプレゼンスがあるが、本稿における社会的な居場所の対象としない。

以上を踏まえて、まとめると、本稿における福祉政策としての社会的な居場所は、特定の福祉に関する目的を追求するが、それを強く前景化せず、実際に人びとが参集し、同一時空間を共有し、安心感・肯定感などの心理的機能や帰属意識・社会的承認などの共同性に関する機能を果たす物理空間であると定義しよう。

この定義には曖昧さがあるが、これは実際に取り組まれている多様な社会的な居場所に対して確固とした定義を与えることが難しいことに由来する。例えば、福祉政策としての社会的な居場所づくりは、子どもの生活・学習支援事業、生活保護制度および生活困窮者自立支援制度における自立支援に関した各種の取り組み、そして、高齢者の介護予防サロン・認知症カフェなどの全世代に及ぶ。これらで想定されている各種の社会的な居場所は、異なる諸相を見せつつも、共通性を持っていると考えられる。

本稿は、こうした社会的な居場所づくりの共通性並びに争点を析出し、分析の俎上に載せていく。先行研究の多くは個別事例の紹介・検討を行っているが、こうした多様な活動を貫く福祉政策として社会的な居場所づくりの理論的枠組みは十分に考察されているとは言い難い。それゆえに、多様な形態で複数の目的を追求している社会的な居場所づくりを総体的に把握できておらず、ある場所でのグッド・プラクティスを他の場所に政策移転させることを困難としていくと考えられる。さらに、地域包括ケアシステムへの批判と類似した「地域丸投げ」問題並びに地域での関連ネットワークの乱立・会議体の増加といった深刻な社会的な居場所づくりに

関する課題は未解決のままである。

そこで、本稿の目的は福祉政策として社会的な居場所づくりの理論的枠組みを構築する試みの第一歩として理論的背景や実践に関する原則論を検討することである。ここでいう理論的枠組みに関する議論は、単に社会的な居場所の政策評価だけでなく、どうすれば社会的な居場所を形成できるのかといった実際上の対策の進め方における各主体の位置づけも射程に入れている。つまり、本稿は、社会的な居場所に関する研究であると同時に社会的な居場所「づくり」も論じる。

研究方法として、本稿は関連文献の検討・考察のみとした。本来であれば、本研究主題は社会調査的手法を用いた実証研究が不可欠であることは言を俟たないが、本稿は社会的な居場所づくりの理論的枠組み構築のための試論として専ら文献研究に傾注する。

本稿の構成は以下の通りである。第2節は、実際に行われている福祉政策としての社会的な居場所づくりの近年の動向を確認する。それを踏まえて、第3節は、福祉政策としての社会的な居場所づくりの理論的背景となりうるソーシャル・キャピタル、コミュニティアニズム、「第三の道」などに関する幾つかの議論を取り上げて、考察する。最後に、第4節は、対策を<動かす>ための原則に言及している健康格差対策の議論を手がかりとして、福祉政策としての社会的な居場所づくりを実施するために各アクターが果たす役割などを検討する。

2. 政策動向

これまでの福祉政策において「社会的な居場所」という言葉を使用していないものの、「社会的な居場所」と同等・類似した機能を果たしている事業・取り組みとして、児童福祉の学童

保育⁽⁴⁾や高齢者福祉の老人ホームなどが該当するだろう。

しかしながら、社会的な居場所づくりと社会的包摂概念との関連が明確になったのは2000年代後半以降だと考えられる。仁平(2016: 320-321)によれば、「社会保障国民会議」を設置した2007年の福田康夫内閣は、それ以前の政権にあった市場ベース重視と異なる路線であり、社会保障拡充が目指され、そして、2009年の政権交代によって発足した民主党を中心とした政権もまた、社会保障を拡大する志向があったという。それに関連して民主党中心の連立政権は社会的包摂施策を打ち出していた。

その典型例は、2010年7月に公表された『生活保護受給者の社会的な居場所づくりと新しい公共に関する研究会報告書』である(厚生労働省2010)。そこでは、表題にあるように生活保護受給者の社会的な居場所づくりを打ち出し、以下のように記述している。

「生活保護受給者が社会とのつながりを結び直すことができるようにするためには、生活保護受給者のための『社会的な居場所』づくりを進めることが極めて有効である[・・・]社会的な居場所づくりには、先進事例を見ても、当事者(生活保護受給者)を中心として、企業、NPO、社会福祉法人、住民等と、福祉事務所をはじめとする行政が協働する『新しい公共』が不可欠である」(厚生労働省2010: 1)

別の箇所では、生活保護受給者に対して、経済的自立のみを助長して労働市場へと包摂させる前に、「就労支援のみならず、まずは日常生活支援や社会生活支援などに結びつけていくという理解が重要」(厚生労働省2010: 7)であるとし、そして、「多様な働き方」(仕事(一般就労)

に就く前段階の就業体験・技能修得や社会的(福祉的)就労などのアンペイドワーク)の重要性」(厚生労働省2010:8)を指摘している。

このことは後に詳述する生活困窮者自立支援制度における中間的就労(中間的労働)といった概念に結実する。中間的就労は、障害者福祉の福祉的就労と共通しつつも、幅広い含意を持つが、専ら所得の稼得を目指す賃労働以外にも社会参加の側面がある。広い意味での社会参加には賃労働を含む場合もあるが、賃労働と社会参加の両者は特に鋭く対立する。本稿の問題意識から、この対立をパラフレーズすると、社会的包摂の宛先の力点について、(1)労働市場という経済的領域なのか、あるいは、(2)地域コミュニティや社会的な居場所という社会的領域なのか争点となる。そして、ここでいう社会的領域の内実の解明・検討を行う必要がある。

こうした議論に着手する前に、本節では、近年における全世代に及ぶ福祉政策における社会的な居場所づくりに関する事業・取り組みを確認していく。

2. 1. 子ども世代

子ども世代への政策は同時にその子どもを育てる親の世代に対する政策でもありうるが、ここでは基本的に子どもをメインターゲットとした福祉政策としての社会的な居場所づくりに注目し、以下の二つを取り上げる。

第一に、子どもの生活・学習支援事業(居場所づくり)である。これは、「ひとり親家庭の子どもが抱える特有の課題に対応し、貧困の連鎖を防止する観点から、放課後児童クラブ等の終了後に、ひとり親家庭の子どもに対し、児童館・公民館や民家等において、悩み相談を行いつつ、基本的な生活習慣の習得支援・学習支援、食事の提供等を行うことにより、ひとり親

家庭の子どもの生活の向上を図る」(厚生労働省2019:26)ものである。

本事業について、本稿の社会的な居場所概念との関連でいえば、生活支援や学習支援といった特定の目的追求の側面を強く打ち出すと、居場所がもたらす安心感・肯定感などの心理的機能や帰属意識・社会的承認などの共同性に関する機能が損なわれる可能性があることを指摘しておく。

第二に、子ども食堂(地域食堂)である。これは論者によって、内実が異なり、狭い意味での子どもをターゲットとした福祉政策であるとは言い難いかもしれない。実際に厚生労働省の通知では、「地域のボランティアが子どもに対し、無料又は安価で栄養のある食事や温かな団らんを提供する取組。[...]子どもの食育や居場所づくりにとどまらず、それを契機として高齢者や障害者を含む地域住民の交流拠点に発展する可能性があり、地域共生社会の実現に向けて大きな役割を果たすことが期待」されるとある(厚生労働省2018a:1)。

つまり、子どもに特化した字義通りの子ども食堂とは異なる場を社会的な居場所として地域に開き、多様な人びとを巻き込むことも狙っている。先述した子どもの生活・学習支援事業にも子どもだけでなく、その親の子育て世代に対する福祉政策の側面がある。これら二つの取り組みから、子どもに関する社会的な居場所づくりは、メインターゲットである子ども以外にもその効果が波及すると示唆される。

2. 2. 勤労世代

勤労世代の福祉政策における社会的な居場所づくりについては、釧路モデルと呼ばれる生活保護受給者自立支援に関する取り組みが代表的なものである。櫛部(2013:159)によれば、釧

路モデルの最大の注目点は社会生活自立の項目として就労体験ボランティアといった中間的就労を実施していることにある。ここでいう中間的就労の内実は、受給者が週1～2回程度で公園整備や介護など取り組みに従事するものである。こうしたボランティア活動を通じて、生活保護を受給していることから生み出されるスティグマ・負い目・社会的孤立によって、損なわれた自尊心や社会関係を回復していくという。つまり、釧路モデルでは社会参加としての就労やボランティアの場が社会的な居場所の役割を果たしている。

2015年から施行されている生活困窮者自立支援制度の就労訓練事業は釧路モデルの理念を継承していると考えられる。就労訓練事業とは、都道府県知事、政令指定都市市長、中核市市長によって認定された事業であり、就労の機会を提供するとともに就労に必要な知識と能力向上のために必要な訓練等を行うものであるという(社会福祉士養成講座編集委員会編 2019: 166)。また、この事業は直ちに一般就労が困難な人々のために、その人に合った作業機会を提供しつつ、個別就労支援プログラムに基づき、一般就労に向けた支援を中・長期実施する中間的就労を実施している⁽⁵⁾。

だが、先述したように、社会的包摂の宛先の力点が、(1)労働市場といった経済的領域なのか、あるいは、(2)地域コミュニティや社会的な居場所といった社会的領域なのか、どちらにあるのかが問われる。

2. 3. 高齢世代

高齢世代の福祉政策における社会的な居場所づくりとして、日本の各所で行われている介護予防サロンなどがある。例えば、愛知県で実施された「武豊プロジェクト」がある。

Murayama and Kondo and Fujiwara (2013)によれば、武豊プロジェクトとは、社会疫学とソーシャル・キャピタルの議論を理論的背景として、社会環境への介入を通じて、高齢者の社会参加を促進させることを目指したものである。その実施地は愛知県武豊町であり、目的は高齢者の身体・認知機能低下を抑制するための介護予防プログラムを開発・実施することである。

同プログラムは5つのコンセプトに基づいているという(Murayama and Kondo and Fujiwara 2013: 228-229, 邦訳287-288)。第一に、ポピュレーション戦略に基づき、「憩いのサロン」と呼ばれる社会的な居場所を設置し、それを運営する活動を展開する点である。第二に、高齢者のアクセスを保障するために、こうした「憩いのサロン」を、町の中心部のみで実施するのではなく、当該地区に点在するように開設した点である。第三に、同プログラムは、多数のスタッフ確保とボランティアの担い手自身の健康増進を期待するために、専門職の支援を受けながらも、主にボランティアによって運営される点である。第四に、武豊町は、実施する場所の提供、財政援助、広報活動、ボランティア研修など支援する点である。第五に、同プログラムは、介護予防の体操だけでなく、多彩な娯楽に関するプログラムも提供している点である。

また、近年、同様な取り組みとして、地域介護予防活動支援事業(住民主体の通いの場等)を取り上げよう。これは、「年齢や心身の状況等によって高齢者を分け隔てることなく、誰でも一緒に参加することのできる介護予防活動の地域展開を目指して、市町村が介護予防に資すると判断する住民の通いの場等を地域の実情に応じて効果的かつ効率的に支援することを目的」

としたものである(厚生労働省2018b:42)。さらに、久保田原稿で指摘されている認知症に関するオレンジカフェなども高齢者向けの社会的な居場所として位置づけることができる。

こうした高齢世代向けの社会的な居場所づくりは、地域社会のボランティアに頼る側面があるが、このことは両義性を孕んだ重要な論点である。

2. 4. 小括

ここまで全世代ごとに社会的な居場所づくりの実例を確認してきたが、こうした世代ごとの区分は恣意的であるという批判があるかもしれない。その批判は一定程度妥当であり、世代で輪切らない社会的な居場所づくりは注目に値する。これに関連して、子ども世代における子ども食堂が地域食堂へと多様な人々の参加に開かれてくることは本稿でも指摘した。また、厚生労働省の地域共生社会も同様の傾向があるだろう。地域共生社会とは、「社会構造の変化や人々の暮らしの変化を踏まえ、制度・分野ごとの『縦割り』や『支え手』『受け手』という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指すものである⁽⁶⁾」という。

あくまでも本節の世代区分は社会的な居場所づくりの実例を説明するための区分であり、本来であれば異質な取り組み・実践のなかに「社会的な居場所」が迫り上がっていることの例証である。そして、各取り組み・実践の確認から示唆される論点が重要であり、次節ではこれらに対する理論的背景を検討する。

3. 理論的背景

福祉政策としての社会的な居場所づくりは、「社会的排除から社会的包摂へ」という考え方の実践である。社会的排除/社会的包摂に関する議論は多くあるが、本稿は、福祉政策としての社会的な居場所づくりの理論的背景として、(1)ソーシャル・キャピタル、(2)コミュニタリアニズム、(3)「第三の道」といった三つの概念に注目する。

まず、ソーシャル・キャピタルを取り上げよう。この概念の定義は数多くあるが、Putnam(2000)によるものは、「個人間のつながり、すなわち社会的ネットワーク、およびそこから生じる互酬性と信頼性の規範」である。

ロバート・パットナムのソーシャル・キャピタル概念は、コミュニタリアニズムとの類似性や影響関係が指摘されている(坂本2003、宮川2004、菊池2004等)。コミュニタリアニズムとは、個人の生き方やアイデンティティの背後にある人格の構想が自分たちの創造・維持・居住している文化的・言語的コミュニティと不回避的に結合しているために、そのようなコミュニティを重視する立場の総称である。ここで急ぎ注意を促すが、コミュニタリアニズムは、決して一枚岩の考え方ではなく、論者によって、その構想の在り方は異なる⁽⁷⁾。だが、ラフにまとめると上記のようなものとなるだろう。

では、ソーシャル・キャピタルはコミュニタリアニズムの実践概念として定位できるだろうか。これに対して、本稿は、村上(2014)の議論に基づき、コミュニタリアニズムのなかでもリベラル・コミュニタリアニズムであれば、社会的な居場所づくりに資するソーシャル・キャピタルの規範理論となりうるという立場である。ここでいうリベラル・コミュニタリアニズムとは、一定程度コミュニティの社会規範から影響

を受けつつも個人の自由な選択を通じて共同的価値・目的を再考できる余地を残した立場を主張するものである。

この立場を本稿が擁護する理由は、コミュニティアニズムにおけるコミュニティ重視の解釈をめぐる問い、そして、Giddens (1998) が論じたように「第三の道」とコミュニティアニズムとの差異とも関連する。このことを論じるために、「第三の道」の説明に移ろう。「第三の道」とは、従来型の福祉国家(古典的社会民主主義)と市場ベースの考え方であるネオリベラリズムとは異なり、社会民主主義を刷新させるものである。そのプログラムにおいて、(1) 社会的投資国家の発想によって人的資本(human capital)を向上させ、そして、(2) アクティブな市民社会をつくること・ソーシャル・キャピタル⁽⁸⁾醸成でコミュニティを再生させて、社会的包摂の実現を狙う。

だが、(1)の側面が強いという解釈から、ネオリベラリズムと変わらないという批判もある(Giddens 2000, Callinicos 2001等)。ネオリベラリズムに関しては幾つかのバリエーションがあるが、堅田(2017・2019)はPeck and Tickle (2002)による「ロールアウト型ネオリベラリズム(roll out neoliberalism)」の観点からギデンズの「第三の道」を批判している。ロールアウト型ネオリベラリズムとは、福祉分野などに対して政府が積極的に介入して市民社会を活用しつつ市場化を進めることを指す。このロールアウト型ネオリベラリズムの観点から、「第三の道」に対して、政府は人的資本への投下のみを行い、安価なコミュニティ政策に基づく市民社会によって様々な社会政策が置き換えられ、貧困者への直接的再分配が軽視されるというのが堅田(2017・2019)の批判の骨子である。

この批判の論脈では、政府から丸投げされた

NPOやボランティアをベースとした財政抑制的な社会的な居場所づくりとなり、設定した福祉目的が十分に追求されないと懸念される。このことは地域包括ケアシステムにおいても同種の批判的議論がある(横山・村上 2019)。

こうした(1)の側面が強いことを問題視して、社会的投資国家をめぐるオルタナティブな議論が展開されている。例えば、(2)の側面を強調した「第三の道」の批判的継承の構想として、Crouch (2015)の「社会的投資福祉国家マークII」や三浦編(2018)で提唱される個人への投資に加えて人びとのあいだの信頼・協調関係への投資を意味する「社会への投資」がある。単純化の誹りを怖れずに言えば、これらは、経済的なリターンのための人的資本ではなく、社会的包摂のためのソーシャル・キャピタルへ投資することを狙ったものである。

これらと共通する側面を持つものとして、宮本(2017)において提唱された共生保障のコンセプトがある。共生保障とは、「地域で人々が支え合うことを困難にしている事態をいかに打開し、共生を可能にする制度」ならびに「家族やコミュニティをいかに支えるか」に関する制度構想(宮本2017: iv)、または、「共生の場を就労と居住の両面で構築しつつ、それをライフステージごとの包括的なサービスと補完的所得保障で支える仕組み」である(宮本編2017: 28)。つまり、「支え合い」を支えることにポイントがある。

だが、共生保障の構想は、「自助・互助・共助・公助」の理論的相互関係について、それぞれを分離して捉える「線引き型」ではなく、それぞれの相互依存を前提とする「連携型」の重要性を主張するものの、それぞれの担い手における財源的責任について十分に言及していない。よって、先述したロールアウト型ネオリベラリ

ズムの社会的な居場所批判と同様に、ナショナルミニマムとの引き換えとなるような、安価で劣悪な社会的な居場所づくりとならないように注意する必要がある。

ここから、社会的な居場所における社会的包摂の宛て先をめぐる問題に移ろう。先述したように社会的包摂の宛先の力点について、(1)労働市場といった経済的領域なのか、あるいは、(2)地域コミュニティや社会的な居場所といった社会的領域なのかという問題構図がある。

前者のケースだと先の批判のように社会的な居場所づくりはロールアウト型ネオリベリズムに漸近し、労働市場への(再)参入が強要されて、福祉政策の意義をかなり失効するだろう。

では、後者の場合はどうか。この場合、地域コミュニティの参加先の選択肢が複数あるか否かが問題となる。このことは、先述したギデンズがコミュニタリアニズムと距離をとっている理由とも関連する(Giddens 2000: 邦訳73)。それは、コミュニタリアニズムのある種のタイプが排他主義的傾向となり寛容性や多様性の原理との融和を困難にすると警戒するからである。それゆえに、Giddens(2000: 邦訳73)は、コミュニティではなく、複数のコミュニティのプラットフォームとなりうる市民社会を「第三の道」において重視している。

つまり、もし社会的包摂や社会参加の宛先が単一ないし少数の場合には、実質的参加の困難や同調圧力問題(地域共生社会の地域強制社会化問題)が懸念される。このことは、ソーシャル・キャピタルの逆機能問題と同型性がある(村上 2014等)。これを解消するためにはリベラル・コミュニタリアニズムを設計思想として、当該地域コミュニティにおいて実質的に選択可能な複数の社会的な居場所づくりが必要となる。しかしながら、どのアクターがどうやっ

て、このことを主導すればよいのだろうか。

これらの問題を論じるために政府や自治体などの各アクターの役割等の理解が重要であり、次節ではまず健康格差対策の進め方の議論を手がかりとして、社会的な居場所づくりに関する実践のための原則を論じる。その中で、社会的な居場所づくりの評価についても若干、考察する。

4. 実践のための原則論

社会的な居場所づくり事業に関する国、地方自治体、地域コミュニティ、団体、企業といった各種のアクターの特色、役割、そして、それらの間のネットワークについて、近藤他(2017)による「健康格差対策の7原則」⁽⁹⁾の第5、6、7原則は、手がかりになると考えられる。

「健康格差対策の7原則」とは、健康格差に関する実証研究や規範概念の分析を踏まえたうえで、具体的に健康格差対策に着手する場合、多様なアクターを関与しながら、何をどのように取り組めばよいのかに関する原則を与えるものである。本稿は健康格差対策の7原則が社会的な居場所づくりにも応用できると考える。

以下では、「健康格差対策の7原則」の要約的内容である村上・近藤(2016)と村上(2018)を参考に加筆・修正して同原則の第5、6、7原則を紹介し、これらに対する批判的な考察を行い、社会的な居場所づくりの実践の原則論を検討する。

まず、健康格差対策の7原則における第5原則を取り上げる。これは、「国・地方自治体・コミュニティなどそれぞれの特性と関係の変化を理解した重層的な対策」(重層的対策)に関するものである。

国の施策は、国家予算のもとで法律などに基づき強制力に優れているが、その反面で柔軟性

と迅速性に欠ける。地方自治体は、住民のニーズに柔軟に応じる独自の対策ができるが、多くの地方自治体の財政は悪化し、そして、その内部の原則に縛られる。住民活動は、素早く住民ニーズを捉えた取り組みができるが、財源的な裏づけや継続性に乏しいものになりがちである。そこで、それぞれのアクターの持ち味を生かし、組み合わせた重層的な対策が必要となる。

次に、第6原則は、「住民やNPO、企業、行政各部門など多様な担い手をつなげる」(縦割りを超える)である。これは、行政内部における各部門間の縦割りを克服して、行政各部門における保健・医療・福祉政策担当者が連携し、さらに、市民、NPO、企業、メディア、専門職など多様な担い手とつながることによって、健康格差対策を大きく前進させることに関わる。健康格差という困難な社会問題を解決するためには、健康格差を生んできた従来のやり方を踏襲するだけでは不十分で、新しい発想に基づく社会イノベーションが求められる。今までにない健康格差対策を生み出し、普及させるためには、ビジョンと情熱をもった社会的企業家、NPO関係者、行政担当者が、それぞれ役割を果たすとともに、これら多様な人々の間のネットワークと、ネットワークのコーディネーター(つなぎ役)の役割が重要になると考えられる。

最後に、第7原則は「コミュニティづくりをめざす健康以外の他部門との協働」(コミュニティづくり)である。これは、学校、職場、そして、地域社会といった生活と密接するコミュニティをより良いものにしようと努力する人々との協働・ネットワークが、間接的・結果的に健康格差の縮小につながることを目指す。このように健康格差対策を全面に出さない点に第6原則の違いがある。このことは、先の子育て世代の社会的な居場所づくりで指摘したように、

社会的な居場所づくりは波及効果があることと同時に、他の目的をメインに実施している取り組みが結果的に社会的な居場所となることを示唆する。

これら第5・6・7原則は共通点として、ネットワーク化を強調している。これに関連して、行政と住民の関係性は、従来よりも住民参加を通じて対等なものに変わりつつあるという見解がある。例えば、Goldsmith and Eggers(2004: 20)における「ネットワークに基づく政府モデル」がある。これは、従来のヒエラルキー組織に基づく政府モデルから、官民協働とそのネットワークに基づく政府モデルに変容したことを指摘する。ネットワークに基づく政府モデルは、公共サービス提供主体が中央政府・地方自治体だけでなく、営利企業やNPOなども参集して、公共部門と民間部門を含めた多様な主体の間で対等なパートナーシップ関係・ネットワークを構築するものである。

だが、こうしたネットワーク化への推進は必ずしもプラスになるとは限らない。例えば、宮本(2017: 128-131)で指摘されているように、福祉分野では「ネットワークが乱立」し、「地域で同一の事業関係者や学識関係が、たくさんの協議会をかけもち疲弊し、自治体は会議の事務局としてのその運営で消耗」しているという。また、ネットワークに基づく政府モデルの登場理由の一つは政府の財政赤字に由来する部分もあり、実際の運営に関する財源の責任主体に関して曖昧な部分がある。同様に、第5原則においても住民活動が重層的対策の一翼を担っている場合、こうした活動主体がどの程度の財政負担を背負うのかが不明瞭である。

したがって、本稿は、ネットワーク乱立問題に対して、ネットワークのガバナンス問題が肝要だと考える。例えば、関連情報を共有をしつ

つ、分権的な意思決定を導入した社会的な居場所づくりのガバナンス構造を検討する必要がある。また、財政について、本稿は行政サイドが財政上の責任を十分に負ったうえで、計画・運営・提供される社会サービスの質に関する説明責任は実施する各団体・組織に帰することが望ましいと考える。

このとき、どのようにして社会的な居場所で提供される社会サービスの質を評価すればよいのだろうか。この問いは多様な社会的な居場所に共通する難題であり、本稿で十全に論じることができないが、ここまでの議論を踏まえたい。まず本稿の社会的な居場所づくりは、特定の福祉政策の遂行と関連するため、その福祉目的の達成に関する指標、例えば、中間的就労ではボランティアの参加率や再就職率、そして、子どもの生活・学習支援事業(居場所づくり)では年平均参加登録者数や進学率に関する指標などに基づき評価する考え方である。

ここで具体的に子どもの学習支援事業の評価を取り上げよう。エム・アール・アイ リサーチアソシエーツ株式会社(2018)では、子どもの学習支援事業に対して、(A)学習支援、(B)進路相談、(C)高校中退防止の取組、(D)居場所づくり、(E)日常生活支援、(F)家庭訪問の取組、(G)親への養育支援、(H)世帯全体への支援という8機能に区分して、(A)から(H)のすべてを事業内容との評価指標、(A)から(E)までの子どもの変容を捉える視点に基づく評価指標を設定している。本稿の主題である(D)居場所づくりについて、中学生自身を対象としたアンケートでは、「居心地はいいですか」という質問項目に対して、「1. はい」、「2. どちらともいえない」、「3. いいえ」という選択肢、そして、「人のかかわり」の質問項目では下位項

目として、「何かあったときに相談できる大人はいますか」、「自分のことを大切にしてくれる大人はいますか」、「仲良くしたい友達はいますか」という質問項目があり、それぞれを「1. わからない」、「2. いない」、「3. いる」という選択肢で回答するようになっている(エム・アール・アイ リサーチアソシエーツ株式会社 2018: 91、94)。

このような試みは重要であるが、同じく学習支援事業を論じている森山・神崎(2019)は、短期的評価の弱点や事業と成果との関連性の複雑さなどを理由して数値で評価することが困難であると指摘している。

以上の知見を踏まえると、社会的な居場所づくりは提供者サイドと利用者サイドの双方を対象として、長期的かつ多次的な指標のもとで評価する必要がある。その際に、安心感・肯定感などの心理的機能や帰属意識・社会的承認などの共同性に関する機能は、個人間比較が非常に困難である。そのために、ソーシャル・キャピタル研究における社会的なつながりに関する個人間比較可能な指標に加えて、社会的な居場所に通うことでもたらされる各利用者の個人内比較に関する指標を開発することが望ましいと考える。

5. おわりに

本稿の内容をまとめて、残された課題を提示したい。まず、本稿は社会的包摂施策の観点から今日の日本で実施されている全世代に及ぶ社会的な居場所づくりを確認した。次に、こうしたある種の共同性を召喚している社会的な居場所づくりにはロールアウト型ネオリベリズム対リベラル・コミュニタリアニズムというの理論的対立点があると整理した。最後に、本稿は後者を支持し、それを実践において展開する原

則論を検討し、若干、社会的な居場所づくりの評価問題を考察した。

残された課題として、第一に、不十分に終わった社会的な居場所づくりの評価問題を実証研究と併せて遂行することが挙げられる。第二に、社会的な居場所づくりの財源論である。公的な財政責任の重要性を指摘したものの、その財源の構想をまったく展開することができなかった。このことは、単に従来型地方自治体主導の福祉行財政研究に留まらず、独自の福祉行財政を組み込んでいると解釈可能な各地域コミュニティでの社会的な居場所づくりを含む福祉実践を研究主題として、これらが有効に機能するための条件を解明する作業にも及ぶ。

付記

本稿は科研費 19K02156、16H03710、19K02184、19H01647 の研究成果の一部である。

注

- (1) 本稿は健康政策などを含めた幅広い意味で福祉政策という用語を使用する。
- (2) Oldenburg (1989: 邦訳5) によれば、サードプレイスとは、インフォーマルな公共生活の中核的環境の意味であり、家庭と仕事の領域を超えた個人々の定期的で自発的でインフォーマルな集いのための公的な場所の総称である。
- (3) 一般社団法人社会的包摂サポートセンターよりそいホットライン
<https://www.since2011.net/yorisoi/>
(最終アクセス 2020年2月10日)
- (4) 学童保育は正式には放課後児童クラブと呼ばれるものであり、それは児童福祉法第6条の3第2項に定められている放課後児童健全育成事業を行う施設である(池本 2019: 2)。これは、小学校の余裕教室や児童館などで、共働き家庭等の小学校に就学している児童に放課後等の適切な遊びや生活の場を提供する安全・安心な居

場所である。

- (5) 厚生労働省 生活困窮者自立支援制度 制度の紹介
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000073432.html>
(最終アクセス: 2020年2月10日)
- (6) 厚生労働省 「地域共生社会」の実現に向けて
<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000184346.html>
(最終アクセス: 2020年2月10日)
- (7) この点については、Mulhall and Swift (1996) の第1部を参照せよ。
- (8) なお、ギデنزのソーシャル・キャピタル概念は、コミュニティ再生のためだけでなく、経済学・経営学の議論を踏まえて知識社会におけるイノベーション創出の要因としても重視している(Giddens 2000: 邦訳88-94)。
- (9) 健康格差対策の7原則のver1.0 は2015年、ver1.1 は2017年に刊行されている。なお、同原則の詳細は、医療科学研究所自主研究プロジェクト2014年度プロジェクトのウェブページにある各種資料を参照せよ。
<http://www.iken.org/project/sdh/project2014.html>
(最終アクセス: 2020年2月10日)

参考文献

- Callinicos, Alex T. (2001) *Against The Third Way: An Anti-Capitalist Critique*, Cambridge: Polity (= 2003、中谷義和監訳、吉野浩司・柚木寛幸訳『第三の道を超えて』日本経済評論社)。
- Crouch, Colin (2015) *Social Investment Policies: A New Wave*, Policy Network.
- Giddens, Anthony (1998) *The Third Way: The Renewal of Social Democracy*, Cambridge: Polity Press (= 1999、佐和隆光訳『第三の道——効率と公正の新たな同盟』日本経済新聞社)。
- Giddens, Anthony (2000) *The Third Way and its Critics*, Cambridge: Polity Press (= 2003、今枝法之・干川剛史訳『第三の道とその批判』

- 晃洋書房).
- Goldsmith, S. & William D. Eggers (2004) *Governing by Network: The New Shape of the Public Sector*, Washington, D. C. : Brookings Institution Press.
- Oldenburg, Ray (1989) *The Great Good Place: Cafe, Coffee Shops, Bookstores, Bars, Hair Salons, and Other Hangouts at the Hearts of a Community*, New York: Paragon House (=2013、忠平美幸訳『サードプレイス——コミュニティの核となる「とびきり居心地よい場所」みみず書房).
- Peck, Jamie and Adam Tickell (2002) *Neoliberalizing Space*, *Antipode* 34(3): 452-472.
- Putnam, Robert (2000) *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, New York: Simon and Schuster. (=2006、柴内康文訳『孤独なボウリング—米国コミュニティの崩壊と再生』柏書房).
- Mulhall, Stephan and Adam Swift (1996) *Liberals and Communitarians* second edition, Oxford: Blackwell (=2007、谷澤正嗣・飯島昇藏他訳『リベラル・コミュニタリアン論争』勁草書房).
- Murayama, Hiroshi and Katsunori Kondo and Yoshinori Fujiwara (2013) *Social Capital Intervention to Promote Healthy Aging in Kawachi, Ichiro and Soshi Takao and S. V. Subramanian eds., Global Perspective on Social Capital and Health*, Berlin: Springer-Verlag (=2013、村山洋史・近藤克則・藤原住典「健康長寿をめざしたソーシャル・キャピタル介入」近藤克則・白井こころ・近藤尚己監訳『ソーシャル・キャピタルと健康政策——地域で活用するために』日本評論社).
- 阿部彩(2011)『弱者の居場所がない社会——貧困・格差と社会的包摂』講談社.
- 阿部真大(2011)『居場所の社会学——生きづらさを超えて』日本経済新聞社.
- 池本美香(2019)「放課後クラブの国の整備目標の妥当性——2045年までの利用ニーズの試算をふまえて」『JRIレビュー』(日本総研)9(7): 1-29.
- 市野川容孝(2006)『思考のフロンティア 社会』岩波書店.
- エム・アール・アイ リサーチアソシエイツ株式会社(2018)『平成29年度生活困窮者就労準備支援事業費等補助金福祉推進事業費 子どもの学習支援事業の評価指標開発のための調査研究事業報告書』.
- 荻野達史(2006)「新たな社会問題群と社会運動——不登校、ひきこもり、ニートをめぐる民間活動」『社会学評論』57(2):311-329.
- 堅田香緒里(2017)「対貧困政策の新自由主義的再編——再生産領域における『自立支援』の諸相」『経済社会とジェンダー』2:19-30.
- 堅田香緒里(2019)「生活困窮者支援における『市民福祉』の制度化をめぐる一考察」『福祉社会学研究』16:117-133.
- 菊池理夫(2011)『共通善の政治学——コミュニティをめぐる政治思想』勁草書房.
- 榎部武俊(2013)「『自立支援』は生活保護をどのように変革(転換)したか——希望をもって生きる釧路チャレンジを通じて」埋橋孝文編『生活保護 福祉+α4』ミネルヴァ書房:155-165.
- 厚生労働省(2010)『生活保護受給者の社会的な居場所づくりと新しい公共に関する研究会報告書』.
- 厚生労働省(2018a)『子ども食堂の活動に関する連携・協力の推進及び子ども食堂の運営上留意すべき事項の周知について(通知)』.
- 厚生労働省(2018b)『第4回高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施に関する有識者会議 参考資料1 保健事業と介護予防の一体的な実施に関する資料集』.
- 厚生労働省(2019)『ひとり親家庭への支援について(平成31年4月)』.
- 近藤克則・石川善樹・稲葉陽二・尾島俊之・金光淳・近藤尚己・村上慎司(2017)『健康格差対策の7原則 Ver. 1.1』医療科学研究所発行.
- 坂本治也(2003)「パットナム社会資本論の意義と課題——共同性回復のための新たな試み」『阪大法学』52(5):191-219.
- 社会福祉士養成講座編集委員会編(2019)『低所得

所者に対する支援と生活保護制度』中央法規。
住田正樹(2004)「子どもの居場所と臨床教育社会学」
『教育社会学研究』74:93-109.
隅田好美・藤井博志・黒田研二編(2018)『よくわかる地域包括ケア』ミネルヴァ書房
中島喜代子・廣出円・小長井明美(2007)「『居場所』概念の検討」『三重大学教育学部研究紀要』58:77-79.
荻原建次郎(2001)「第3章 子ども・若者の居場所の条件」田中治彦編『子ども・若者の居場所の構想』学陽書房:51-65.
三浦まり編(2018)『社会への投資——<個人>を支える<つながり>を築く』岩波書店。
宮川公男(2004)「第1章 ソーシャル・キャピタル論——歴史的背景、理論および政策的含意」宮川公男・大守隆編『ソーシャル・キャピタル——現代経済社会のガバナンスの基礎』東洋経済新報社:3-54.
宮本太郎(2017)『共生保障——<支え合い>の戦略』岩波書店。
宮本太郎編(2017)『転げ落ちない社会——困窮と孤立を防ぐ制度戦略』勁草書房。
村上慎司(2014)「健康の社会的決定要因としてのソーシャル・キャピタルの規範理論——リベラル・コミュニタリアン論争の含意から」『倫理学研究』44:150-159.
村上慎司(2018)「健康の社会的決定要因と健康格差対策——総会記念講演と関連議論から」『医療・福祉研究』27:64-68.
村上慎司・近藤克則(2016)「健康格差対策の7原則」、『健康づくり2016年1月』(公益財団法人健康・体力づくり事業財団発行)453:12-15.
森田次郎(2017)「不登校問題をめぐる排除／包摂の重要性——『フリースクール』の法制度化とシティズンシップの再編」『福祉社会学研究』14:121-143.
森山治・神崎淳子(2019)「居場所としての学習支援事業の意味——金沢市『子どもの学習支援事業』に対する考察から」『金沢大学経済論集』40(1):35-53.
横山壽一・村上慎司(2019)「第1章 地域包括ケ

アの現状と課題」『佐無田光・平子紘平編『地域包括ケアとエリアマネジメント——データの見える化を活用した健康まちづくりの可能性』ミネルヴァ書房:26-56.

医療生協さいたまの居場所づくりの取り組み

The Project of Creating Social Place by Health Co-operative SAITAMA

久保田直生

(医療生協さいたま生活協同組合けんこう文化統括部長)

Naoki KUBOTA

医療生協さいたまの居場所づくりの取り組みについて、実践家の立場からご報告をさせていただきます。最初に医療生協さいたまの組織概要についてまとめましたのでご覧ください。

法人格は生活協同組合です。組合員に加入して出資していただき、その出資していただいたお金で運営しているのが特徴です。医療生協さいたまの組合員数は約23万人となっており、日本で最も大きな医療生協となっています。職員数、事業所数などはお読み取りください。

23万人の組合員組織がどのようなかたちで運営されているか、について説明します。埼玉県内を11地区に分け、その地区ごとに支部があります。支部は合計で159ございます。さらにその支部ごとに班が1489あります。組合員組織の運営は、地区のもとに支部があり、その支部のもとに班があります。

支部と班がどのような活動をしているかという支部では、健康づくりを定期的に行っています。近所の住民が気軽に集まってちょっとした運動をする「健康ひろば」や気軽に仲間とおしゃべりできる「安心ルーム」。これらの活動は、人と人がつながる場としての役割を担って

います。また健康づくりの基本や健康チェックのやり方を学ぶ保健教室。そして、暮らしを軸にした社会保障制度やまちづくりを学ぶ「くらしの学校」などを支部が主催しています。

班は3人以上で結成でき、つながりの単位と位置づけています。健康な暮らしを作るための学習や実技を学べる場として、また、学ぶだけではなく実践する場となっています。

医療生協さいたまの組合員活動と事業活動を四つに分けて整理してみました。「居場所づくり」、「困窮者支援」、「生活支援」、「医療・介護事業」の四つに分けられると考えました。これらの活動の「居場所づくり」や「生活支援」、は組合員が主体となって運営をしているのが特徴です。「困窮者支援」や「医療・介護事業」は職員と組合員が協力しながら取り組んでいます。今日は、この居場所づくりに焦点をあてて紹介していきます。

まず一つ目の「居場所づくり」、「安心ルーム」についてです。これは地域の人たちが交流して、お料理やゲーム、会話などを楽しむ場です。人と人のつながりを作って孤立を防ぐ場にもなっています。現在県内105カ所で運営され

(受理日：2019年12月18日)

ており、月1回程度の開催で運営しているところが多数ですが、多いところでは月20回開催しているところもあります。一言で言うなら、地域の人たちが世代を超えて交流し、つながりを作る場と言えます。これは安心ルームの様子です。みんなで歌を歌ったり、楽器を演奏したり、あるいは健康な食事ということで、医療生協さいたまで作成した減塩レシピ集を使いながらみんなで料理やランチを楽しむ。こちらの写真をご覧くださいとわかるように、女性の参加が多いです。なかなか男性はつながりの場には出てこない傾向があると思います。ただし、この右下にある健康マージャン。これは、黙々とマージャンをやっている感じもあるのですが(笑)、ここは男性の参加の場としても、非常に人気を博しているところでありました。資料をご覧ください。安心ルームの記事です。この中に利用者のコメントがありますが、「家にいると一人きりだから、人が多くて楽しい」といった記事です。この「楽しい」ということが極めて重要でして、楽しいから次につながる、また来ようとなる。そして元気になって帰っていくということだと思っております。

次に「健康ひろば」についてです。組合員が地域住民の健康づくりに取り組む場を企画することを「健康ひろば」と名づけて運営をしています。これも一言で言うなれば、地域の人たちが一緒に健康づくりに取り組む場です。これは誰でも参加できますし、もちろん無料です。こちらは実際の「健康ひろば」の様子ですが、多様な人たちで開催されています。ストレッチやヨガ、太極拳、セラバンド体操、ウォーキングなど、さまざまあります。また職員のかかわりとしては、専門家の立場として、怪我がないようにそして、効果的な体操を指導しています。この健康ひろばは、一人一人の健康作りの場に

とどまらず、つながりの場。一つのコミュニティの場といえると思っています。また二木先生のように、毎日30分お散歩ができる。1人でできる方もいらっしゃるのですが、多くの方はなかなか1人では長続きしません。みんなでやるから長く続けて楽しくできる。これが健康ひろばの特徴です。

さて次が三つ目、「多世代食堂」についてです。「子ども食堂」と捉えていただいてもよろしいかと思いますが、あえて私たちは「多世代食堂」と位置づけて運営をしています。子どもから高齢者まで、みんなで食卓にぎやかに囲むということを大事にしています。現在、県内5カ所で行っておりますが、県北のほうでも2カ所立ち上げまして、今7カ所程度。今後、どんどん増やしていこうと取り組んでいるところです。運営の特徴は、組合員が中心にやっていますが、組合員だけにとどまらず、地域から孤独や孤食をなくそうと賛同者が増えています。町会や市の職員、地域包括支援センター、社協や民生委員、地域内の企業など、さまざまな団体や個人の協力が増えながら広がってきている特徴があります。食事だけではなく、学習支援などもこの場で使って行っています。こちらは多世代食堂の「おーいココロンくらぶ」での活動の様子を紹介しているスライドですが、この中で学習支援なども同時に行っています。子どもたちの中には、「学校にはなかなか行けない」が「ココロンくらぶ」の開催は毎月楽しみにしているという中学生もおります。また、「受験に絶対合格したい」と毎月参加している子どももおり、さまざまな思いを持ちながら、人々が集まっています。

次に居場所づくりの四つ目です。オレンジカフェの取り組みです。オレンジカフェはご存じかと思いますが、認知症の人、あるいはその家

族が地域との交流をする場として運営しています。今、県内10カ所で開催をしています。ここではやはり地域住民の他、大学生のボランティアなどの参加もあります。大学生の伝手でその大学で認知症についての講座を開催するなど、予想外の広がりもしています。地域の中の支え合い、助け合いの場ということで、笑顔あるまちづくりが各地で進められています。

次に五つ目として、総合事業を紹介させていただきます。今、医療生協さいたまの総合事業としては、県内2カ所で運営をしています。そのうちの1カ所「ふれあいセンター・新田」、これは草加市にあります。この草加市では、通所事業、総合事業通所B、訪問Bということで、通所と訪問の二つの事業を行っていますが、毎日満員になる方が訪れております。こちらが開設後の利用状況ですが、爆発的に参加が伸びていると思います。総合事業は、組合員のみならず、その地域の中でつながりを必要としている方々が気軽に参加できる場ということで貴重です。

それから六つ目です。組合員が参加する退院支援ということで、こちらは、医療生協内で全国的に注目をいただいている取り組みです。職員が病院を退院する患者さんに、患者さんの近所の支部を紹介させていただいて、支部の組合員が見守り活動をしています。国の政策で入院期間を短くする政策が推し進められている関係で、お一人暮らしの方が自宅で暮らすには、体力的に十分でない状態でも、在宅に戻っていただかなければならないことがあります。そうしたときに、地域の組合員が訪問して声をかけて、元気になったら支部の活動にも参加していただくなどしています。また、医療生協さいたまには有償ボランティアの制度がございまして、「くらしサポーター制度」があります。

これは、組合員同士の助け合いで、日常生活のちょっとした困り事をサポートする仕組みです。退院患者にはこの制度も紹介しながら、退院後も組合員の見守りやサポートで安心して生活を送っていただけるようにしています。

ここからは、社会的孤立の要因となる例をあげて、医療生協さいたまの取り組みとの関係性をまとめてみました。社会的孤立の要因として老化することや死別、それから失業や定年、転居、心身の変調、貧困、それから人種や難民といった問題があると思います。こうした要因に対して、私たちの生活支援や居場所、それから困窮者支援、そして事業。こういったものが横の連携をしながら互いにカバーし合いながら受け止める。そういった取り組みをしていると思いますし、これからも強めていきたいと思っていますところなんです。

今日は居場所づくりについて紹介させていただきましたが、時間の関係で、生活支援ですとか困窮者支援の取り組みについては紹介ができませんが、解説の部分で書いておきましたので、あとでご覧いただけたらと思います。

話は変わりますが、当生協で2015年に生活保護受給者の実態調査というのを独自に行いました。これは、2013年に実施された生活保護費の住宅扶助や冬季加算が減額されたということで、このことを背景に埼玉民医連として、生活保護受給者を対象に行った独自調査です。時間の関係がありますので、数字はご覧になってください。こちらは、調査の中で、教育娯楽費に月にどれくらいお金をかけていますかという設問に対するの回答です。何とこの中で、0円と回答された方が5割近くいました。憲法25条で定める、健康で文化的な最低限の生活を営む権利が保障されていないと思っております。つまり、生活保護費が減額されれば、ますます

この部分が削らざるを得ない状況に追い込まれているということが言えると思っております。それから地域の行事や冠婚葬祭にどの程度参加していますか。という設問ですが、地域の行事に全く参加していないのは8割です。そして冠婚葬祭も半分以上が全く参加しない、あるいは控えています。こういったところから見ますと、金銭的な余裕がないというところから地域とのつながりが希薄にならざるを得ない状況に追い込まれている、と言えるのではないかなと推察をしております。そういったことを踏まえますと、生活保護基準以下の所得世帯が705万世帯いると言われてはいますが、経済的にゆとりがなければ娯楽を切り詰め、そして社交や外出、こういったものも控える傾向にある。つまり多世代で広がる貧困は、引きこもりや孤立を引き起こしていると言えるのではないかなと思っております。こうした状況に置かれた人々は、ひっそり誰にも気づかれない状況で存在し続けていることが推察されます。気付かないだけで決して珍しくない、身近な問題ではないかなと思っております。

さて、私たちのこうした活動の中で経験した社会的孤立に関する事例を紹介させていただきたいと思えます。時間の関係で詳しくはお話しできませんが、「ふれあいセンター・新田」を利用された方の事例を紹介します。がんの末期で家に閉じこもっているご主人を心配した奥さんが「ふれあいセンター・新田」に2人でやってきました。数日続けて利用することご主人の表情が明るくなり、奥様からは「こんなに主人が明るくなったのは久しぶり」と感激されておりました。終末期という人生の最後に、ご本人やご家族にとって笑顔になれる大切な時間を過ごされたことは、かけがえのないものになったのではないかなと思えます。また、特別養護老人

ホームの女性入居者が「入居した途端にやることがない、暇だ」と「ふれあいセンター・新田」を訪れました。歌を歌ったり、体操をやったり、元気に楽しんで帰られました。地域住民が気軽に集える場として、大変貴重な場になっているのではないかと考えております。社会的孤立に関する事例の二つ目です。漫画を資料につけておりますのであとで読んでいただけたらと思えます。これは桂ん家(かつらんち)という多世代食堂の事例です。振り込み詐欺によって、全財産を失って困窮状態となった方が、市役所に相談に行ったところ、食事に困っているなら医療生協さいたまの所沢診療所がフードドライブをやっていると紹介されそこから結びついた事例です。今では、多世代食堂のお手伝いをいただいています。世話になる立場から自分も人の役に立ちたいと、医療生協さいたまの見守り活動などにも参加しています。

最後に、社会的孤立はフレイルを進行させるということで、医療生協さいたまのフレイル予防活動について紹介させていただきます。寿命と健康寿命の間の期間は介護が必要な期間といえます。この健康寿命を延ばして、できるだけ最後まで元気で過ごすための取り組みを進めています。男性で言うと9年間は介護が必要な期間があって、女性で言うと約12年あります。国はこれを短くして、社会保障費を削ろうという考え方ですけど、私たちはこの健康寿命を延ばすことで、最後まで元気に人生を楽しく暮らしていただくことを目的に取り組んでいます。フレイルとは、加齢とともに筋力や心身の活力が衰えた状態をフレイルといいます。日本語では虚弱という意味です。こちらの絵のように、高齢者の多くは健康で自立した状態から介護が必要になるまで、年齢を重ねるにあたって、身体機能が低下していく。いわゆるフレイル(虚

弱)になっていくということですね。フレイルは健康と要介護の中間の状態、健康な人に比べて要介護に至る危険性が高い状態です。フレイルの兆候を早期に発見して、日常生活を見直す、あるいは様々な運動を取り入れることで進行を抑制したり、さらには健康な状態に戻したりしていく。そうすることで、高齢者の生活機能の維持向上を図って、健康寿命を延ばすことにつながります。フレイルの三つの要因として、「身体要素」、「心」、「つながり」の低下がフレイルの悪循環とされています。筋力が低下すると、だんだん生活の行動範囲も低下して、行動も少なくなれば食欲も低下して、食べなければまた体力が下がって。こうした悪循環でいずれは死に至っていくということですね。そしてこの生活の低下が、さまざまな要素を機にして発生すると考えております。しっかり栄養を取って運動をして、そして社会参加をする。この一つも欠かすことなくバランスよく取り組んでいくということが、フレイル予防の3本柱です。

フレイル予防では「社会参加」に取り組むことが大事だと言われています。社会とのつながりが失われていくと、生活範囲がせばまっていき、そうするとだんだん心の活力も衰えたり、あるいはうつ病のように病気になったりする。すると食欲が低下して、口腔機能、お口の機能も低下し、そして食べられないことによって栄養が足らなくなり、そして体力が低下。このようなドミノ崩しのようにならないようにしていかななくてはならない。ですから、この入り口である社会参加というのが極めて大事だといえます。

最後になりますが、医療生協さいたまでは居場所づくりや生活支援、そして困窮者支援、そして事業活動。これらの四つの仕組みが互いに

連動しながら社会的孤立の防止に取り組んでいます。また、フレイル予防の取り組みは、医療生協さいたまの組合員活動の全てがフレイル予防になっていると考えています。医療生協の活動で体を動かし、栄養をしっかりと、社会に参加し、人と人のつながりをつくる。高齢化社会が進行する中、このような活動が今後、ますます求められると考えています。以上です。ありがとうございました。

貧者をめぐる「再分配」と「承認」の現代的諸相 —「社会的な居場所」と「自立支援」を通して考える Contemporary Various Aspects of “Redistribution” and “Recognition” with respect to the Poor: Thinking through “Social Place” and “Self- reliance Support”

堅 田 香 緒 里 (法政大学)
Kaori KATADA

0. はじめに—問いの所在

私はもともと、野宿をしている人たちの支援や運動にずっと関わっていました。そのなかで、「炊き出し」や「共同炊事」などをしていたのですが、そうした場は、野宿をしている人たちにとってのある種の「社会的な居場所」として機能していたといえると思います。一方、近年、「子どもの貧困」が社会問題化されたこともあり、貧しい子どもたちのための「子ども食堂」の取組みが全国に急速に広がっています。学生の中でもこの取組みに関心を持つ人が少なくないこともあって、私も学生と一緒にいくつかの「子ども食堂」に足を運んできました。貧しい世帯の子どもに限らず、地域の様々な人が集う場でもある「子ども食堂」の取組みも、やはり今日の「社会的な居場所」であろうと思います。けれども、「子ども食堂」に関わっていらっしゃる支援者の方等とお話していると、非常に熱心に「子ども食堂」の活動をしていながら、野宿者への「炊き出し」に対しては否定的な態度をみせたりすることがあることに気が付きました。どちらも貧しい人への「社会的な居場所」であるはずなのに、この差

異はどうして生まれてくるのだろうか、と最近よく考えていました。

そんなこともあって、本日は、このような機会にお招きいただき、みなさんと一緒に「社会的な居場所」の現代的な諸相について考えていけることをとても楽しみにしております。よろしくお願いします。本日は、村上さんから、どのような領域でどのような「社会的な居場所」があるのかという話を整理していただいて、久保田さんからは具体的な埼玉での「社会的な居場所」の取組み・実践をご紹介いただきました。以上を受けて、私は、「社会的な居場所」そのものにフォーカスするのではなく、「社会的な居場所」のような取組みが置かれている“文脈”にフォーカスしてお話したいと思っています。

1. 本報告の目的

では、「社会的な居場所」が台頭してきた文脈・背景には何があるのでしょうか。その一つに、新自由主義の台頭が挙げられると思います。1980年代以降、日本でも、福祉の「新自由主義」的な再編が進行していきました。「規制緩和」や

(受理日：2019年12月18日)

「民営化」——実質的には「準市場化」といった方がより適切かもしれませんが——を通して、福祉の供給主体が次第に多元化していったのです。このことにはポジティブな面とネガティブな面が両方あったと思います。ポジティブな面としては、利用者のニーズへのより個別的な対応が可能になったということが挙げられるでしょう。措置の時代の「画一的な」サービスに比べれば、より個別的な対応が可能になり、利用者一人ひとりの「自己決定」が促され得るという側面が確かにあったと思います。他方で、ネガティブな面として、福祉の公的責任が縮減される、そしてそのことの反証として自己責任／家族責任が増幅させられる、ということがあったのではないかと思います。このような福祉の新自由主義的再編の「両義性」をめぐって、ナンシー・フレイザーは、「再分配」と「承認」の取引関係という言葉で説明しています。本報告では、彼女の枠組みを少し拝借しながら、この問題を一緒に考えていきたいと思っています。

以上のような問題意識の下、本報告では、対貧困政策の新自由主義的再編に光を当てていきます。とりわけ、その再編が「自立支援」というキーワードとともに進行しているということ、そして、そういった「自立支援」の担い手として、NPOだとか、あるいは「社会的な居場所」というものへの期待が高まっているということ、それはどのような意味を持っているのだろう、ということを考えていきたいと思っています。

2. 福祉の新自由主義的再編

さて、新自由主義と一口にいっても、この言葉は非常に曖昧で、文脈によって様々な意味を含んで用いられているところがありますが、こ

の報告ではデヴィッド・ハーヴェイの定義を採用したいと思います。ハーヴェイは、新自由主義を「個人々の企業活動の自由とその能力とが無制約に発揮されることによって人類の富と福利が最も増大する、と主張する政治経済的実践の理論」と言っています(Harvey 2005 = 2010)。この定義におけるキーワードは「自由」と「能力の発揮」の二つだと思っています。

ジェイミー・ベックとアダム・ティッケルは、この「自由」と「能力の発揮」のそれぞれに関連して、新自由主義を二つのタイプに分けて整理しています。一つ目が「ロールバック型新自由主義」で、二つ目が「ロールアウト型新自由主義」です。順番にみていきましょう。まず、「ロールバック型新自由主義」とは、小さな政府を志向する、つまり政府が市場からの介入を最小化し、そこから「^{ロールバック}撤退」していくようなことを指します。具体的には、80年代のサッチャリズムがこのロールバック型の新自由主義にあてはまるでしょう。おそらく一般に新自由主義と聞いて連想するのはこちらの方だと思っています。これに対して、とりわけ90年代以降台頭してきたのが「ロールアウト型新自由主義」です。そこでは、国家は「撤退(ロールバック)」するのではなくて、むしろ市場の自由を最大化するために積極的に役割を果たしていきます。また、その際、市民が「アクティブな市民」となって国家の肩代わりをすることを期待されるようになるのです。たとえば、第三の道がこれにあてはまるでしょう。日本でいえば、先ほど村上さんのご報告でも言及されていた「新しい公共」や「参加型福祉社会」のような構想は、この「ロールアウト型」の新自由主義として理解できると考えられます。市民社会領域における「社会的な居場所」の社会的な意味も、まさにこうした「ロールアウト型」新自由主義の文

脈において理解することができるのではないでしょう。

ところで、「ロールアウト型」の新自由主義が最も積極的に導入されてきたのは、言うまでもなく福祉分野です。この点は、久保田さんはじめ実践に関わっていらっしゃる多くの人が既に経験的によくご存知のことと思います。先ほど申し上げたように、「ロールアウト型新自由主義」的な福祉再編においては、市民がアクティブになることを求められます。つまり、もはや単に福祉の受益者、受動的な存在ではいられなくなるのです。誰もが、自立的でアクティブな主体となり、社会に参加することを求められるようになるのです。「ロールバック型」においては、わかりやすい単純な“排除”が生じるわけですが、「ロールアウト型」においては、もう少し巧妙で、単純に“排除”したりはしません。むしろ、たとえば「社会的な居場所」を用意する等して「参加」を促し、“包摂”しようとすらしめていく、これがロールアウト型新自由主義の大きな特徴です。

先ほど、ロールアウト型の一つの典型はイギリスの「第三の道」と申し上げましたが、その理論的支柱であったアンソニー・ギデンズは、「第三の道」が掲げる社会ないし国家の理想モデルに関してこのように言っています。「指針とすべきは、生計費を直接支給するのではなく、できる限り人的資本に投資することである」、と(Giddens 1998 = 1999 : 196-7)。この点は、ロールアウト型新自由主義を理解するにあたって、とても大事なところかなというふうに思います。つまり、「社会的な居場所」のような人的資本投資は行うけれども、生計費の直接支給は望ましくない、ということなのです。フレイザーであれば、「再分配」よりも「承認」を優先する、というように整理するかもしれま

せん。

では、このような、「ロールアウト型」の新自由主義的福祉再編は、日本ではどのように展開されてきたのでしょうか。簡単に確認しておく、とりわけ2000年代以降、市民社会にスポットを当て、「参加型福祉社会」という方向に舵が切られていきました。この「参加型福祉社会」の文脈において、少しずつ用いられるようになってきたキーワードが、「自立支援」です。この頃から、若年者の自立支援やホームレス自立支援、障害者自立支援、母子世帯の自立支援等、何でもかんでも「自立支援」という言葉が福祉の領域で多用されるようになっていきました。そのきっかけは、言うまでもなく社会福祉基礎構造改革です。社会福祉基礎構造改革では、これからの社会福祉の目的は、「特殊な人たちの保護」から「自立を支援すること」へと移行するんだ、ということを確認しているのです。そして2000年に社会福祉法が改正され、それ以降、「自立支援」に関する施策が急速に拡大していくわけです。だから、「自立支援」をめぐる政策の歴史というのは、実は非常に浅い、短いのです。そして、日本における福祉の「ロールアウト型」再編、すなわち「自立支援」型再編は、貧困領域でとくに展開されていくことになりました。

3. 対貧困政策の新自由主義的再編

2000年代以降、厚労省は、「生活保護受給者の増加」への対応が必要だという認識から、生活保護の改革に乗り出し始めます。この点に注意してほしいのですが、生活困窮者が増加した、それは問題だ、と言っているのではなく、生活保護を受ける人が増えている、これが問題だ、というふうに言っているのです。この二つの問題認識は似ているようで大きく違います。

ともあれ「生活保護受給者の増加」という問題に取り組むために、という文脈において、2013年に生活保護制度が大きく改変されたのです。これは、戦後、最大の「改正」と言われ、この法改正と同時に「生活困窮者自立支援法」という新たな法律も成立しました。

今申し上げたように、厚労省が「問題」にしていたのは、生活困窮状態にある人が増えている、ということではなく、生活保護受給者が増えている、ということです。したがって、改革の目的は、「生活困窮の解消」というよりは、むしろ「生活保護の抑制」にあると考えざるを得ません。実際、2013年の生活保護の「改正」の際に大きな話題になったのは、生活保護基準の大幅な引き下げでした。たしかに、基準が引き下げられたということは大変大きな問題ではあるのですが、今回の「改正」の問題はそうした量的な側面だけにとどまりません。本報告にとってより重要なのは、今回の「改正」によってもたらされた、質的な側面における変化です。

今回の「改正」の基本的な方向性は、就労自立の促進、健康や家計等の生活面に着目した支援、不正受給対策の強化、医療扶助の適正化の四つでした。なかでも特徴的なのは、健康や家計等の生活面に着目した支援の点です。まず、健康管理や家計管理などのライフスタイルの維持・管理が自己責任の問題であることが明記されました。しかし、ここで興味深いのは、「自己責任」だよ、だから自分でちゃんと健康管理して家計も管理してくださいね、と言っているのですが、同時に、やはりそれらの管理が難しい人、困難を抱えている人に対してはちゃんと支援もしていきましょう、と言っているという点です。自立支援ですよ。ただし、ここで注意しなくてはいけないのは、そういった健康

や家計の支援というのは、非常にプライベートなことにかかわる領域であるということです。今回の「改正」により、レシートや家計簿、そしてカルテ等の、相当個人のプライベートな部分、プライバシーにかかわる情報にアクセスする権利を福祉事務所が持つようになるということです。それも「支援」の名の下で。つまり、「支援」の拡大とともに、福祉事務所の調査権限が拡大したわけです。重要なのは、福祉事務所の権限の拡大は、被保護者・受給者の権利の縮減と表裏一体であるということです。この点を、もっと慎重に考える必要があるのではないかな、と思います。つまり、支援の拡大は手放しに評価されるものであるわけではなく、管理が強化されるという側面もあるのではないかな、ということです。不正受給の取り締まりの強化も、そうした観点で理解することができるでしょう。

要するに、この「改正」においては、一方では、経済給付をとおした「最低生活保障」が削減され、他方では、「自立の支援」が拡大された、ということです。今までは、生活保護で「自立支援」と言えば就労による経済自立の支援を指していました。つまり、就労自立の支援をして、保護からの脱却を目指す、というわけです。しかし、2005年の自立支援プログラムの導入、そして今回の「改正」によって、生活保護における「自立」は経済自立にとどまらず、日常生活や社会生活における自立も含まれるようになったのです。これにより、そうした領域における「自立」も支援の対象になると同時に、自己責任の問題としても鋳直されていくことになりました。当然、そこで焦点化されるのは、受給者の「ふるまい」だとか「モラル」ということになってくるわけです。「ちゃんと健康にいいものを食べているか」とか、「早寝早

起きしていますか」とか、「無駄なものにお金を使っていないか」等、個々の「ふるまい」が問われるようになっていくのです。

もう一つ、この生活保護「改正」と同時に導入された生活困窮者自立支援法についてもざっくりと内容をみていきましょう。この法律の目的は、生活困窮者への自立支援を講じ、その自立の促進を図ること、とあります。厚生労働省のいくつかの文書を読みますと、生活保護に至らないために、第2のセーフティーネットとしてこの生活困窮者自立支援法を機能させる、という位置付けをされています。つまり、ある意味では、生活保護の抑制に貢献することを期待されているということです。

生活困窮者自立支援法という「生活困窮者」とは一体誰なのか、ということですが、法では「現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者」と定義されています。しかし、生活困窮者自立支援法が提供するものの内容をみると、経済的な支援はほとんどなく、むしろそれ以外の人的支援がメインになっています。制度の対象者は「経済的な」困窮者なのですが、経済的な給付はほとんどない、既にここに少し不思議なねじれがみてとれます。では、この制度は結局のところ何を目指しているのでしょうか、その目的は何なのでしょう。厚生労働省によると、第一に、生活困窮者の自立と尊厳の確保、そして第二に、生活困窮者支援を通じた地域作りであるということだそうです。「社会的な居場所」はまさにこの二つの目的に非常によく適合したもののなのです。貧者も「社会的な居場所」を通して地域に参加し、協働していくことが目指されている、ということです。

もう少し制度の中身を確認しておきましょう。生活困窮者自立支援制度の中には、福祉事

務所設置自治体の必須事業として①自立相談支援事業、②住宅確保給付金が、任意事業として①就労支援事業、②一時生活支援事業、③家計相談支援事業、④学習支援事業、⑤その他生活困窮者の自立の促進を図るために必要な事業が位置付けられています。ざっとと見ていただければおわかりのように、社会的・経済的な自立に向けた人的支援が基本になっています。経済的な給付は住宅確保給付金のみです。要するに、生活困窮者自立支援法の目的は「自立の促進」であるということ、より具体的には先ほどお話しした尊厳の確保や参加であって、生活困窮それ自体の解消ではない、ということなのです。

注意すべきは、そこで目指される自立というのは、生活保護の場合と同様に、もはや就労による「経済自立」とは限らない、ということです。中間的就労から学習支援、健康管理、家計管理の支援まで、生全般の様々な困り事、相談に応じて、日常生活／社会生活における自立も支援しますよ、というわけです。この制度における支援が「寄り添い型」とか「伴走型」あるいは「切れ目のない支援」と呼ばれるのはこのためです。そして、このような非常にきめ細かい支援の担い手として、NPOなどの市民社会への期待が高まっているのです。このことは、例えばロールアウト型における「参加型福祉社会」という文脈で理解することもできるでしょうし、「社会的な居場所」が作られている、市民社会においてそのような地域作りが進んでいるというように理解することもできるかと思えます。

こうした新しいタイプの「自立」の支援の特徴は何かというと、パターナリスティックではない、ということです。従来の「経済自立」を中心とした自立支援においては、「いいから働

け」というようなワークファースト型で自立支援が促されるので、支援する側もされる側も、あまり気持ちの良いものではありませんでした。けれども、就労による経済自立にこだわらない、その人それぞれの自立を目指していきまよう、というアプローチは、主体的参加を通した承認が促されるので、支援する側もされる側も気持ちよいのではないのでしょうか。

とはいえ、それはあくまでも経済給付(再分配)を伴わない人的支援(承認)に過ぎません。その意味では、少し穿った見方かもしれませんが、お金が生活困窮当事者ではなく、支援者に流れる仕組みであるというようにも見えてきます。新しく作られた各種の自立支援事業にはお金がつくけれども、生活困窮当事者を宛先とした経済給付はほとんどありません。もちろん支援者に対する給付も決して十分なものではないわけですが、このような構造になっているのではないかと思います。

4. 対貧困政策における自立支援の含意

そろそろまとめます。対貧困政策は「ロールアウト型」／「自立支援」型再編により、どのように変わってきたのでしょうか。

(1) 給付の削減や抑制といった単なる量的変容ではなく、むしろ質的変容(質的転換)をもたらした。

対貧困政策の変容を論じる場合、生活保護基準が下がったということに焦点が当てられることが多いです。もちろんそれ自体非常に大きな問題だと私も思いますが、そういった給付の削減という量的な変容だけではなく、質的な変容、質的な転換が起きているということをきちんと押さえておくことも大事なのではないかなと思います。つまり、対貧困政策において重視

されるポイントが「経済的給付」から「自立支援」へ、あるいは貧者への経済的「再分配」から社会的「承認」へ、移行しているのではないかと、ということです。そこでは、生活困窮者にも、その自立の支援者や「社会的な居場所」の担い手にも、ある種の「承認」が提供されます。このとき「自立支援」やそれを通した「承認」は、「経済的給付」を通した「再分配」をしないためのアリバイとして機能しているのかもしれませんが。実際、生活保護費が下がって削られた予算は、そのまま生活困窮者自立支援の予算に充てられる、移行していますし、そのような見方も決して突飛なものではないのかなと思います。

(2) 自立の範囲が拡大し、それに伴い自立支援の対象領域も広がっていった。

自立の範囲が、就労を通した経済自立から、日常生活や社会生活の自立も含むように拡大し、それに伴って自立支援の対象がどんどん広がっていった経緯を確認してきました。そのこと自体にはポジティブな面もあるかと思うのですが、他方でやはり考えておかなければならないのが、どれほど自立が「多様化」したといっても、やはり統治者にとって「望ましい」自立のみが「自立」とみなされ、「望ましくない」それは「自立」とはみなされないということです。この点は、冒頭でも少し言及した野宿者のことを想起していただければ理解していただけたと思います。野宿をしている人というのは、実は、ある意味ではだれよりも自立して生きている人たちです。国家にも家族にも頼らずに自力で生きている。けれども、それは「自立」とはみなされません。だからこそ「ホームレス自立支援法」なる法ができ、自立支援政策が取られたりするわけです。結局、自立の概念がど

れほど多様化しようとも、そこにはこのようアイロニーが存在するのです。

また、「社会的な居場所」というのは、就労自立に限らない、日常生活自立や社会生活自立を支援していく場所として各地に作られています。子ども食堂もそうですし、学習支援事業なんかもそうだろうというふうに思います。ここでは、貧者一人ひとりの個別的な自立に向けた「寄り添い型」支援が志向されています。こうした支援は、承認やエンパワメントをもたらすという点で、肯定的な評価がなされてきました。けれども、それは同時に、貧困者は、その生のあらゆる場面において自立することを求められるようになり、それぞれに応じた能力の活用を求められるようになった、ということでもあります。今までは、働けなければ働けないでよかったのが、働けないなら働けないなりに、日常生活の自立を頑張ってみましょうとか、社会生活の自立を頑張ってみましょう、というかたちで、それぞれのできる範囲での「能力」の活用、自立を求められるようになってくるわけです。

もちろんそこにはポジティブな面もあるわけですが、同時に私たちが考えなければいけないのが、そのようにして支援が生々の隅々にまで拡大していけばいくほど、それでも「自立」できない人、「能力」を活用しているとは見なされない人の自己責任が、ますます強調され得るということです。だって、これだけ支援を用意したのだから、と。これだけ支援メニューを個別的に用意しているのに、それでもなお「自立」できないのだとすれば、それはもうその人個人の問題なのではないか、というように。このように、支援が拡大することが、自立できない貧者の自己責任を強弁するためのアリバイとなってしまう、そういう可能性もあるのではないの

でしょうか。貧者は、その生の隅々に自立支援の権力が浸透することで、ますます自立への義務に駆り立てられていくようになる、そうした側面があるのではないか、と思います。

5. おわりに

以上、ややクリティカルなトーンで話をしてみましたのですが、私自身は、「自立支援」にしても「社会的な居場所」にしても、両義的なものだということを常に考えています。生活困窮者自立支援制度にしても、もともとは、生活困窮当事者に寄り添った丁寧な関わり・支援を(制度なんかができる前からずっと)続けてきたNPOや「社会的な居場所」の担い手からの切実な要望として出てきたものだったりします。「いいから働け」というような偏狭な自立支援ではダメで、日常生活や社会生活をベースにして行われる寄り添い型の自立支援や、「社会的な居場所」の方が大事なんだ、と。それは本当にそのとおりなのだろうと思います。その意味では、従来のワークファースト型のパターンリストイックな対貧困政策に対する対抗的な面、批判的な面という、そういう意味合いもあると思います。では、私たちは、この両義性のただ中で、何ができるのでしょうか。みなさんと一緒に考えていければ幸いです。ありがとうございました。

参考文献

- Fraser, Nancy (2009) "Feminism, Capitalism and the Cunning of History." *New Left Review*. 2. 56 : 97-117. = (2011) 関すみ子訳「フェミニズム、資本主義、歴史の狡猾さ」、『法学志林』第109巻第1号、pp. 27-51.
- Giddens, Anthony (1998) *The Third Way*, Polity. (= 佐和隆光訳『第三の道』日経新聞社、1999年)

Harvey, David (2005), *Spaces of Neoliberalization*,

Frantz Stainer Verlag. (=本橋哲也訳『ネオリベラリズムとは何か』青土社、2007年)

堅田香緒里 (2017) 「対貧困政策の新自由主義的再編—再生産領域における『自立支援』の諸相」『経済社会とジェンダー』日本フェミニスト経済学会誌 第2巻、pp.19-30

————— (2019) 「生活困窮者支援における『市民福祉』の制度化をめぐる一考察」『福祉社会学研究』16号

Peck, Jamie and Adam Tickell. (2002) “Neoliberalizing Space.” Eds. Neil Brenner and Nik Theodore. *Spaces of Neoliberalism: Urban Restructuring in North America and Western Europe*. Malden: Blackwell. 33-57.

医師の「働き方改革」 —医師労働力と医療供給をめぐる複合的政策課題 The “Work Style Reform” of physicians: a complex policy issue involving physician workforce and healthcare delivery

松田 亮三(立命館大学)
Ryozo MATSUDA (Ritsumeikan University)

抄録：「働き方改革」は、労働者の生活・労働の質の向上を目的としつつも、成長政策の一部としての人材政策としての意味付けがより濃くなってきている。医療部門においては、特に医師の「働き方改革」が推進されている。この改革は結果的には医師労働力供給の変更をもたらすため、それが医療供給の質・アクセスの保障に向けた取り組みと整合的となることが要請される。このため、長年労働時間規制の枠外とされ、長時間労働が常態化している医師労働の再編をいかに行うかは、複雑な要因を扱わねばならない政策上の難問となっている。本稿では、これまでの医師需給に関わる先行研究をもとに、医師の「働き方改革」と医療供給との関わりを分析する枠組みを提示した。その枠組みには、住民の健康医療上の必要、医療労働過程の編成、必要労働、労働力供給が含まれている。医師労働力供給には、国内政策、国際移動、職業生活志向の変化を折り込み検討する必要がある。

キーワード：働き方改革、医療供給、医師労働力、政策上の難問

はじめに

日本の長時間労働は、労働者の不健康をもたらすものとして、そして固定的なジェンダー役割と結びつくものとして、長らく批判されてきた(森岡 2013)。労働基準法が定める週40時間という上限労働時間があるにも関わらず、さまざまな例外が許容されており、実態として長時間労働は継続してきた⁽¹⁾。このような労働のあり方は、労働参加の困難と家庭生活の困難を引き起こしており、改革を迫られている。医療部

門においてもそれは例外ではない。

本特集では、医療部門における働き方改革の中で、特に喫緊の課題とされている医師の働き方改革について、研究者、勤務医、病院経営者の立場から検討したものである。医師は、医療において決定的に重要な役割を果たしている専門職であり、多くの国でその養成は高等教育の一部として行われ、その資格は国家登録により管理されている(OECD 2016)。さらに、医師養成は、高等教育課程のみで終わるのではな

(受理日：2019年12月22日)

く、医師として資格を得た後にも、基礎的な研修さらには一定の領域における専門的力量を高める研修が継続されるものであり、それらによって実的な意味で責任ある診療を担える領域が定まていくと考えられている。

医療政策においては、財政や供給組織のあり方をめぐる議論が盛んに行われてきたのに対して、医師だけでなく、医療の専門職の養成や人員に関する政策のあり方をめぐる議論は、この20年ではようやく注目されるようになったに過ぎない(Dussault 2015)。しかし、近年OECD諸国では医療専門職の不足が課題となっており、「恒常的な不均衡」(OECD 2016: 33)が生じていることが指摘されている。さらに、医師労働力の問題は、高所得国の問題だけでなく、低・中所得国の問題ともなっている(Scheffler et al. 2008)。

この導入論文では、特集の背景として日本の経済・社会における一般的な「働き方改革」および医師の「働き方改革」をめぐる動向を概観するとともに、医師労働力と医療供給との関連を整理する枠組みを提示した上で、各論文の概要を紹介する。

「働き方改革」

21世紀に入つての日本での労働時間や働き方をめぐる議論には、少なくとも二つの重要な文脈をあげることができる。第一の文脈は労働者の「仕事と生活の調和(work-life balance)」を実現していくというものであり、これは子育て支援等の「少子化対策」の中で位置づけ議論されてきた(浅倉 2010)。例えば、厚生労働省が設置した仕事と生活の調和に関する検討会議が2004年に公表した報告書では、「すべての者が、育児・家族介護、自己啓発、地域活動への参加などの仕事以外の活動状況等に応

じて、希望する生活時間を確保しつつ、生涯を通じて納得した働き方を選択できるようにするためには、現在の労働時間の在り方を見直す必要がある」(仕事と生活の調和に関する検討会議 2004: 10)として、労働時間の短縮等の課題があげられた。この議論は、「働き方」についていえば、労働時間等設定改善法の制定など、各事業所での取り組みを促進する法制化として具体化されていった(皆川 2019)。

第一の論点にやや遅れ、近年別の文脈が強調されるようになってきている。それは2018年の働き方改革関連法制定に直接的につながる議論であるが、成長戦略の人材確保のために働き方を改革する必要があるというものである。2012年に発足した第2次安倍晋三内閣は、「アベノミクス『三本の矢』」—大胆な金融政策、機動的な財政政策、民間投資を喚起する成長戦略—を打ち出した。この成長戦略を最初にまとめた「日本再興戦略—JAPAN is BACK—」では、「人材こそが日本が世界に誇る最大の資源である」(p.4)とし、「全ての人材が能力を高め、その能力を存分に発揮できる『全員参加の社会』を構築」(p.29)すべく、女性の活躍の促進などが述べられた(内閣 2013)。さらに、「日本再興戦略改訂2014」(2014年6月24日閣議決定)では、労働力人口の維持ならびに労働生産性の向上に向けて、女性の活躍促進、外国人材の活用に加えて「柔軟で多様な働き方」を促進する「働き方改革」を打ち出した(内閣 2014)。この戦略で述べられた、働きすぎ防止、成果による評価、裁量労働制・フレックスタイム制の見直し、「多様な正社員」の普及・拡大、最低賃金の引上げに向けた環境整備などの施策が、その後の政治的・実務的な議論を通して、働き方改革関連法へと結実していった(日野 2018)。

2015年秋、自民党総裁選での再選により長

期的な政権担当が見込める状況となり、安倍内閣はアベノミクスの第2ステージの実施をすすめた。先に述べた「全員参加の社会」は、「一億総活躍」の社会というスローガンを通して流布し、「働き方改革」の内容が検討されていった。「ニッポン一億総活躍プラン」(2016年6月2日閣議決定)では、アベノミクス新三本の矢—希望を生み出す強い経済、夢をつむぐ子育て支援、安心につながる社会保障—の重点項目の一つとして、「働き方改革」を位置づけ、同一労働同一賃金の実現、長時間労働の是正、高齢者の就労促進、を打ち出した(岡崎 2018)。これらを含んだ諸政策が、同年設置された「働き方改革実現会議」—首相の諮問機関—で検討された後に、「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」(働き方改革一括法案)が提出され、2018年6月に成立した(衆議院調査局 2018: 88-89)。

医師の「働き方改革」

こうした社会経済一般における「働き方改革」と呼応するように、政府は医師の働き方改革を推進してきている。この主題を直接扱う政府関係の議論の場は2017年に厚生労働省が設置した「医師の働き方改革に関する検討会」である。同検討会は2018年2月に、労働時間管理の適正化、36協定等の自己点検、既存の産業保健の仕組みの活用、タスク・シフティング(業務の移管)の推進、女性医師等に対する支援などの緊急的な取り組みを呼びかけた(医師の働き方改革に関する検討会 2018)。

先に述べた働き方改革一括法では、医師への時間外労働上限規制の適用は2024年4月とされた。なお法律制定にあわせて、猶予期間のおかれた職業について、猶予期間においても取組を推進すること、さらに「医師の働き方改革につ

いては、応召義務等の特殊性を踏まえ、長時間労働等の勤務実態を十分考慮しつつ、地域における医療提供体制全体の在り方や医師一人一人の健康確保に関する視点を大切にしながら検討を進めること」が参議院厚生労働委員会での付帯決議として採択された⁽²⁾(参議院厚生労働委員会 2018)。

さらに、2019年3月には、「我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており、危機的な状況にあるという現状認識」をもとにし、労働時間管理の適正化、労働時間短縮に向けた医療機関マネジメント改革、医療提供体制における機能分化・連携、保育環境、医療機関支援策、などを方向として示した報告書をまとめた⁽³⁾(厚生労働省・医師の働き方改革に関する検討会 2019)。2019年からは「医師の働き方改革の推進に関する検討会」が新たに設置され、医師の時間外労働の上限規制や時間外労働に実態把握等について検討を行ってきている。同検討会の議論をもとに、2020年に法制化する方向が示されている⁽⁴⁾。

ただし、医療勤務環境改善の取り組みは、このような動きに先立ち進められてきた。2014年には医療法改正により、「勤務する医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に資する措置を講ずる」努力義務が医療機関に対して明確化され、厚生労働大臣がそれに関する指針を定めることとなった。さらに、これを受け「医療勤務環境改善マネジメントシステム」(厚生労働省 2014)の普及が図られてきている。

同システムは、「病院又は診療所において、…(引用者中略)…体系的かつ継続的に実施する医療従事者の勤務環境の改善に係る一連の自主的活動に関する仕組みであって、当該病院又は診療所における業務実施に係る管理と一体となって運用されるもの」(厚生労働省 2014)であ

る。ここで、「体系的かつ継続的に実施する」事項としては、勤務環境についての、①改善方針の表明と改善実施に係る体制整備、②現状分析、改善目標の設定、改善計画の作成、③改善計画の実施、④目標および計画実施状況の評価と見直し、つまり、いわゆるPDCAサイクルに合致する事項が示されている⁽⁵⁾。このような管理手法の導入法の手引き、関連する研究成果、取り組みの好事例などが、「いきいき働く医療機関サポートWeb(略称、いきサポ)」などを通じて普及されている⁽⁶⁾。なお、この改善に関わるソフトウェアなどの導入費用については、特別償却⁽⁷⁾が2019年4月から認められるようにされた(厚生労働省医政局長 2019)。さらにこの改善に関わり、相談・情報提供・助言、研究・調査などの支援を行うことが各都道府県の義務とされ、医療勤務環境改善支援センターが各都道府県により設置されている^{(8),(9)}。

日本医師会も、医師の働き方を検討し、「勤務医の労務管理・ワークライフバランス実現」、「勤務医の労働安全衛生の充実」、「地域医療を守る」という3点に関わる検討結果と、上記支援センターの活性化に向けた提言を公表している(日本医師会・医師の働き方検討委員会 2018)。また、同会は厚生労働省の委託により、2009年に女性医師支援センターを設置し、女性医師の就職斡旋等を行っている(猪狩 2017)。

医師労働と地域医療との複雑な関係

このように医師の働き方改革は、労働時間規制適用の猶予期間という時間的制限をおかれた中で現在議論され、また関連する取り組みが進められている。そこでは、参議院の付帯決議が示すように、長時間労働の是正、医師の健康確保とともに医療供給への影響が考慮されざるを得ない。「働き方改革」は、労働時間規制を中

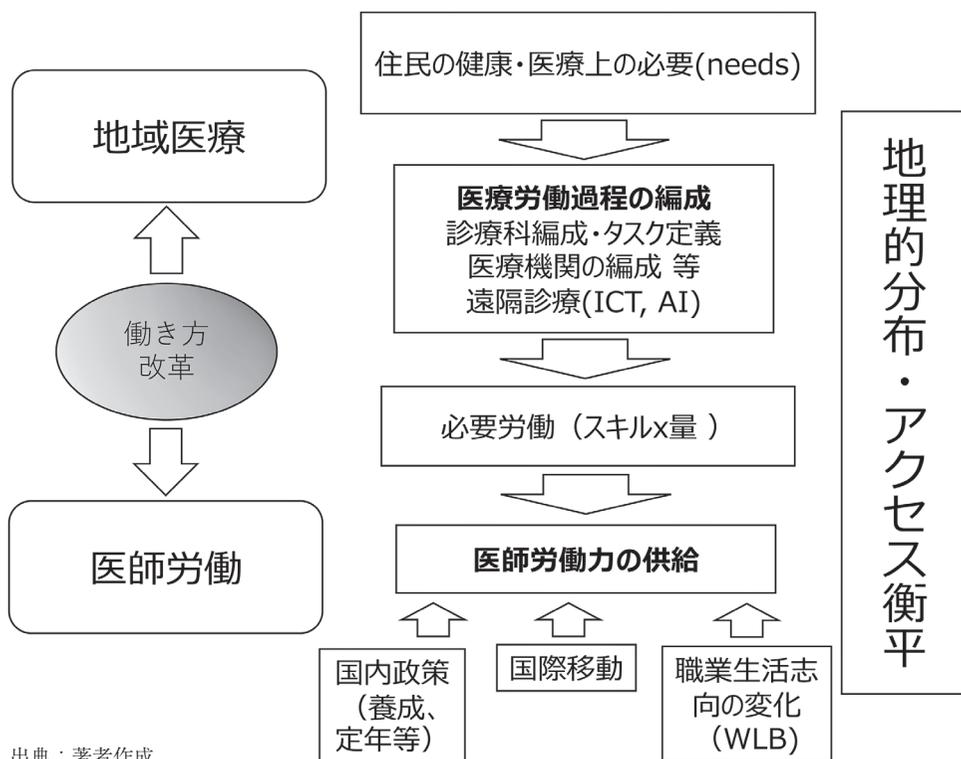
心とするものであり、医師のワーク・ライフ・バランスを整える課題であるが、医療労働の必要を無視して行うことは、ひいては住民の医療への必要を無視することになり、社会的に望ましくない結果に帰結することになるだろう。このため、この課題を推進する上では、労働時間規制の適正な導入と地域医療の確保をいかに両立するかという課題に直面せざるを得ない。

以下では、このような複雑な課題を考える見通しをもつために、医師の「働き方改革」が医療供給にどのような影響を与えうるかを分析する枠組みを提示したい(図)。これは、OECD諸国において行われてきた、マクロ的にみた医師需給均衡を成立させようという政策(以下、マクロ医師需給均衡政策)、すなわちある社会における医師の需要と供給をつり合いのとれたものにしていこうという政策(Lafortune 2006)を参考にしたものであり⁽¹⁰⁾、そうした議論は「働き方改革」をみる上で重要な視点を与えてくれる。

まず、医療供給において専門的知識・技能を備えた医師労働は不可欠なものであるが、医師労働の必要に働きかける政策を考える前提として、住民の医療の必要(needs)から医師労働の必要への転換には、さまざまな要因が複合的に関与することを理解しておく必要がある。医療の必要は具体的なものであり、多様な診療科ごとに必要を検討し、時間を考慮に入れるなどは、そこから必要とされる供給体制を導出することは極めて複雑なものとなる。例えば、総合診療科の位置づけは、同科とそれ以外の科における診療体制をどのように組みかに関わり、ひいては医師労働体制に関わる。

これと同様に、医療供給の過程において、医師労働がいかなる業務を遂行するかというタスクの定義がどのようになっているかも影響す

図 医師の「働き方改革」—分析の枠組み



出典：著者作成

る。医師の働き方改革に関する検討会(2019)では、他専門職が医師の指示のもとでより幅広い医療行為を行えるようにすることや、より幅広い、処方などの従来医師にのみ認められている業務を一定の範囲において他の職種でも可能とすることが、「タスク・シフティング」あるいは「タスク・シェアリング」として議論されているが、こうしたタスク変化は医師労働に必要とされる量・質を変化させる。

また、医療サービスは、医療機関ごとに編成されて実施されるが、この編成がどのようになるかによっても、医師労働の量・質・強度は変化する。例えば、ある地域に200床の病院が5つある場合と、100床の病院が1つある場合とでは、同じ病床数でも、必要とされる医師労働は異なるであろう。そして、医療行為の実践に

時間的・空間的な変化をもたらすような遠隔診療の普及なども、医師労働としてのタスクを変化させていくであろう⁽¹¹⁾。さらに、長時間労働が診療の質を低下させることを示唆するエビデンスも示されているところから(日本学術会議基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会 2011)、医療安全を確保するために必要な時間規制もタスク定義を左右する(植山・佐々木 2019)。

住民の医療の必要を出発とし、医療供給の編成の具体的あり方を媒介として、必要とされる医師労働の質(知識・スキル等)と量がおおまかに定まってくる⁽¹²⁾。では、これに対して医師労働の供給はどのように定まるであろうか。OECD諸国では、医療専門職供給に関する政策として、養成課程への入学者数制限、医療専門

職の免許(更新)制・定年制、地理的分布に関わる金銭的インセンティブや規制、外国で職についていた専門職の流入規制⁽¹³⁾、などがとられてきた。なお、医療専門職の供給を考える際には、まずは医師の人数が問題となるが、同時に資格をもった医師のうち診療活動に参加する医師の割合と労働時間とを考慮に入れる必要がある。これに関わって一般的な労働時間規制が供給に関わる。さらに、医師の所得に関与する政策も、個人がどの程度の時間を医師としての就業に時間を振り向けるか、また国外からの医師流入に関わって問題となる⁽¹⁴⁾。

医師労働に関わる政策には、いくつもの時間枠を想定して検討しなければならないことにも注意を必要とする。医師労働の必要と供給との乖離—医師不足—が、患者の医療アクセス上の困難として生じうるのは、いずれかの地理的区域においてであり、このような意味での問題が短期的に生じうるし、また迅速に解決を探らねばならない。一方、養成課程や免許・免許更新制・定年制、外国で養成された医師の受け入れといった事項については、どちらかといえば中・長期的な視点で考えるべき事項がある⁽¹⁵⁾。これら、短期的な課題と中・長期的な課題が複雑に入り混じっている点が、医師労働政策を複雑で難しい問題(wicked problem)としている。

以上、やや広い視点から、医師「働き方改革」が生じている背景と、普遍主義的な医療の実現、質の高いアクセス可能な医療供給の編成という課題と医師労働力がどうかかわっているかを整理する枠組みを提示した。

報告の構成と残された課題

本特集の中心課題は、2019年度の医師の働き方改革に関する検討会の設置以後、急速に進められている医師の「働き方改革」についての

具体的分析であり、「自己犠牲的な長時間労働」(医師の働き方改革に関する検討会 2018)を縮小・根絶していくという課題に向けたものである。以下、各論文の概要を紹介しておきたい。

佐藤(2020)は、医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会(2018)の「第3次中間取りまとめ」(2018年5月)で用いられた必要医師数の推計方法について、医療需要などの将来変化に対する考慮の欠如、医療需要からの医師数需要への過少算出の可能性、地域医療構想において用いられている医療需要の過少評価、医師労働時間の縮減に対する考慮の欠如、という4つの問題点を指摘している⁽¹⁶⁾。さらに、2018年の医療法・医師法改正(平成30年7月25日法律79号)によって導入され、2020年度から実施されている医師確保計画(医療計画の一部)に関わり「第4次中間取りまとめ」(医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会 2019)(2019年3月)において述べられた医師偏在指標についても課題を指摘している。

医師労働組合の代表である植山(2020)は、自身も関与して行った勤務医の労働実態調査における長時間労働の実態を述べ、患者の医療安全の観点から、特に当直業務の実態を重視している。当直については、タスクシフトによる代替ができないため、医師数の全体的増加を図り交代制労働が可能な状況を作り出すなど、手厚い人員を要する医療供給体制を構築する必要性を強調している。

医師として過労死問題に取り組んできた経験をもつ吉中(2020)は、病院経営者としての見解を述べている。まず、政府の医療政策では、医師数の抑制が医療費削減のために外せない重要事項となっているという認識を示した上で、病院に注目して医師労働力に関わる変化を検討し、病院間での医師偏在の中で中小病院が淘汰

され在宅医療のインフラを弱体化させていること、手術等が大病院に集中してきていること、技術的高度化の中で医療はいっそう人的資源を必要としていること、などを指摘している。さらに、65歳以上の医師の想定労働時間の長さなど興味深い論点も提起している。

中村(2020)の報告は、開業医の労働を扱っている。医師の働き方改革に関する検討会(2009)の報告書は、医師全体に共通する事項を含むとはいえ、勤務医に関する事項が中心となっており、開業医の労働について具体的に検討しているところはない。中村は、全国保険医団体連合会の実施した調査をもとに、診察患者数、時間外対応、通常診療以外の地域医療活動への参画など、開業医独自の労働負荷があることを示しているが、これは報告書では取り残されている課題を示したものと見える。同時に、医師の労働実態の改善と「医療制度のパラダイムシフト」とを同一のものとして進めることを批判しているが、こうした議論は、学術的な観点からすれば、より大きな医療改革の動向と医師労働力政策との政治的・政策的関わりとを立ち入って行く課題を示したものとも見える。

最後になるが、本特集は、2019年8月に行われた日本医療福祉政策学会と立命館大学人間科学研究所インクルーシブ医療・社会プロジェクトとが共催した研究会での報告をもとにしている。ご報告いただき特集に寄稿いただいた方はもちろんのこと、研究会の質疑応答で複雑な課題を検討するさまざまな論点をご指摘いただいた方に感謝申し上げます。なお、文体・文献表示のスタイルについては、執筆者の意思を尊重し、あえて統一することは行わなかったことを申し添えておく。

注

- (1) 労働時間は就業形態や就労企業によって異なることが知られており、1990年代からの平均労働時間の減少はパートタイム労働等の増加によるものであり、フルタイム労働者の労働時間はあまり減少していないことが知られている(内閣府 2017: 100-107)。ただし、「週労働時間60時間以上の就業者」の割合をみると、2000年に男性17.4%、女性3.9%であったが、この割合は2018年で男性10.6%、女性2.4%となり、若干減少している(仕事と生活の調和連携推進・評価部会・仕事と生活の調和関係省庁連携推進会議 2019: 99-102)。
- (2) 衆議院厚生労働委員会の採択時にも、ほぼ同様の付帯決議が行なわれているが、そこでは「医師一人一人の健康確保に関する視点」は明示されていない。
- (3) 報告書では医師労働時間規制のあり方が具体的に提言されているが、詳しくは本特集にある植山(2020)を参照されたい。
- (4) 第1回医師の働き方改革の推進に関する検討会(2019年7月5日)における吉田学医政局長の発言。同検討会議事録(<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000536205.pdf>、2019年12月18日閲覧)。
- (5) PDCAサイクルは品質管理論から創出されてきた概念であるが、2000年代前半における政策評価への企画立案(plan)—実施(do)—評価(see)概念の導入、さらにその後の経済財政諮問会議での議論や政策文書での使用を通じて、日本の行政で汎用されるようになったとされる(由井2012)。
- (6) 同ウェブサイトは厚生労働省の委託により企業が設置・運営しているものである(<https://iryoku-kinmukankyou.mhlw.go.jp/>、2019年11月13日閲覧)。
- (7) 特別償却とは、普通償却限度額に加え特別償却限度額(当該設備等の取得額の15%に相当する額)まで償却することを認めるものであり、医療機関の納付すべき税額を少なくする効果を生じうる。

- (8) 上記サイトによれば、すべての都道府県で設置されている。運営委託先として、医師会、病院団体等があるが、労務関係業務については各地の社会保険労務士会に委託されている場合もある(2019年11月13日閲覧)。
- (9) 従来女性医師の就労支援については女性医師等就労支援事業が行われていたが、地域医療介護総合確保基金が創設されて以後、その対象事業として継続されている(大津 2017)。
- (10) 以下の記述はLafortune(2006)による。
- (11) このような諸要因が医師労働の必要と関与するが、労働のあり方に直接関与するタスク定義が、医師の働き方改革に関する検討会で取り上げられたのは、これが医師労働の必要と関わって相対的に独立した課題であるからであろう。
- (12) 現実には研修医等の修練中の医師が常にいることは重要であるが、ここでは簡略化のために静態的に記述している。
- (13) 医師の流入は国際的にみると大きな課題であり、日本においても将来おそらく重要な課題となると思われるが、本稿ではその検討を割愛している。
- (14) ただし、近年の米国の医師についての実証研究では、報酬増が労働時間増加に与える効果はそう強くなく、賃金が一定以上ある場合に余暇を優先して労働時間が減るという後方屈曲性の程度も低いことが示されている(Nicholson and Propper 2012 : 899-901)。
- (15) 「働き方改革」に関わって進行している政策に、医師養成の各段階—大学、初期研修、専門研修—における規制改革がある。2004年より必修化された医師臨床研修については、2009年より都道府県別の募集定員の上限が設定されていたが、それに加えて2018年の医療法・医師法改正(平成30年7月25日法律79号)により、2020年4月より臨床研修病院の指定、研修医の募集定員の設定権限が国から都道府県に移譲されることとなった。専門研修については、国から日本専門医機構等に必要な研修機会を確保するよう要請する権限が設けられ、国が都道府県の意

見を聴いた上で日本専門医機構等に地域医療の観点から必要な措置の実施について意見をいう仕組みも設けられた。

- (16) ただし、「第3次中間取りまとめ」では、2022年度以降の医師養成数については、「医師の働き方改革に関する検討会の結論等を踏まえ、再度、医師の需給推計を行った上で検討を行う」(p.2)とされていた。

文献

- 浅倉むつ子(2010) 労働法におけるワーク・ライフ・バランスの位置づけ. 日本労働研究雑誌, 52(6), 41-52.
- 医師の働き方改革に関する検討会(2018) 医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組. 厚生労働省.
- 猪狩和子(2017) 女性医師支援の現状と課題: 日本医師会女性医師支援センターの活動からみえること. 日本医事新報(4888), 18-20.
- 植山直人(2020) 勤務医の労働と「働き方改革」. 医療福祉政策研究, 3(1), 49-59.
- 植山直人・佐々木司(2019) 安全な医療のための「働き方改革」. 岩波書店.
- 大津唯(2017) 「地域医療介護総合確保基金」の現状と課題: 都道府県計画の集計に基づく検討. 会計検査研究(56), 27-46.
- 岡崎淳一(2018) 働き方改革のすべて. 日本経済新聞出版社.
- 厚生労働省(2014) 医療勤務環境改善マネジメントシステムに関する指針(厚生労働省告示第376号, 2014年9月26日).
- 厚生労働省・医師の働き方改革に関する検討会(2019) 医師の働き方改革に関する検討会 報告書.
- 厚生労働省医政局長(2019) 地域における医療提供体制の確保に資する設備の特別償却制度について(医政発0329 第39号, 2019年3月29日).
- 佐藤英仁(2020) 必要医師数の推計方法をめぐって. 医療福祉政策研究, 3(1), 39-48.
- 参議院厚生労働委員会(2018) 働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律案に対

- する附帯決議(平成30年6月28日)
- 仕事と生活の調和に関する検討会議(2004)仕事と生活の調和に関する検討会議報告書. 厚生労働省.
- 仕事と生活の調和連携推進・評価部会・仕事と生活の調和関係省庁連携推進会議(2019)仕事と生活の調和(ワーク・ライフ・バランス)レポート2018 社会で支える継続就職. 内閣府仕事と生活の調和推進室.
- 衆議院調査局(2018)第196回国会(常会)通過議案要旨集.
- 内閣(2013)日本再興戦略(2013年6月14日閣議決定).
- 内閣(2014)日本再興戦略改訂2014—未来への挑戦—(2014年6月24日閣議決定).
- 内閣府(2017)平成29年度 年次経済財政報告(経済財政政策担当大臣報告), 内閣府.
- 中村暁(2020)開業医と医師の働き方改革. 医療福祉政策研究, 3(1), 73-83.
- 日本医師会・医師の働き方検討委員会(2018)医師の働き方検討委員会答申 医師の勤務環境改善のための具体的方策—地域医療体制を踏まえた勤務医の健康確保策を中心に—, 日本医師会.
- 日本学術会議基礎医学委員会・健康・生活科学委員会合同パブリックヘルス科学分科会(2011)提言 病院勤務医師の長時間過重労働の改善に向けて.
- 日野勝吾(2018)働き方関連法制定に至る経緯. よくわかる働き方改革: 人事労務はこう変わる. 日野勝吾・結城康博. 東京, ぎょうせい: 1-17.
- 皆川宏之(2019)労働法学におけるワーク・ライフ・バランス. 大原社会問題研究所雑誌(723), 52-60.
- 森岡孝二(2013)過労死は何を告発しているか: 現代日本の企業と労働. 岩波書店.
- 由井浩(2012)PDCAサイクル: 真意不在の波及と誤用: 大学評価とも関わって. 龍谷大学経営学論集, 52(2), 37-54.
- 吉中丈志(2020)病院経営からみた医師の「働き方改革」. 医療福祉政策研究, 3(1), 61-72.
- Dussault, G. (2015). Bringing the Health Workforce Challenge to the Policy Agenda. In E. Kuhlmann, R. H. Blank, I. L. Bourgeault, & C. Wendt (Eds.), *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance* (pp. 273-288). London: Palgrave Macmillan UK.
- Lafortune, G. (2016). Analytical framework of health labour markets. In OECD (Ed.), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Health Policy Studies (pp. 29-36). Paris: OECD Publishing.
- Nicholson, S., & Propper, C. (2012). Medical workforce. In *Handbook of Health Economics* (Vol. 2, pp. 873-925). Amsterdam ; Tokyo: Elsevier Science.
- OECD (2016) *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places*, OECD Health Policy Studies. Paris, OECD Publishing.
- Scheffler, R. M., et al. (2008). Forecasting the global shortage of physicians: an economic-and needs-based approach. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(7), 516-523B.

要医師数の推計方法および 医師偏在指標の問題点に関する考察

Demand, supply and shortages of physicians: a critical analysis
on the current government's method

佐藤英仁(東北福祉大学)
Hidenori SATO (Tohoku Fukushi University)

和文抄録：厚生労働省は「医療従事者の需給に関する検討会」を立ち上げ、地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保することを目的に医療従事者の需給に関する検討を行っている。医療従事者の需給を検討する上で重要になるのが「必要医師数」の推計であるが問題点が多い。

また、「医療従事者の需給に関する検討会」では、新たな指標として「医師偏在指標」が検討された。「医療法及び医師法の一部を改正する法律」が成立し、医療計画において、二次医療圏ごとに新たに国が定める「医師偏在指標」を踏まえた医師の確保数の目標・対策を含む「医師確保計画」を策定することが掲げられた。しかしながら、「医師偏在指標」問題点が多い。

本稿では非常に分かりにくい「必要医師数」の推計方法および「医師偏在指標」を解説するとともに問題点を考察する。

キーワード：医療従事者の需給、医師不足、必要医師数、医師需要推計、医師偏在指標

1. はじめに

本稿の目的は、厚生労働省によって示されている「必要医師数」の推計方法および「医師偏在指標」の概要を解説し、問題点を考察することである。

厚生労働省は「医療従事者の需給に関する検討会」を立ち上げ、2015年12月10日に第1回の検討会が開催された。これまでの医療従事者の需給については、「経済社会の変化や医療提供体制の在り方を踏まえつつ、医師、看護職員

等の職種ごとに検討を行い、それぞれに必要な対策が行われてきた」が、今後は「高齢社会が一層進む中で、人口構造の変化や地域の実情に応じた医療提供体制を構築するため、地域医療構想との整合性の確保や地域間偏在等の是正などの観点を踏まえた医療従事者の需給の検討が必要」である⁽¹⁾。医師については、「平成18年の医師需給検討会の結論を踏まえて暫定的な医学部定員増の措置がされたが、この一部が平成29年度で終了することから、今後数年間の医

(受理日：2019年12月22日)

学部定員の在り方について早急に検討する必要がある」⁽²⁾。また、「現在、都道府県において、2025年の医療需要を踏まえた地域医療構想の策定が進められているが、病床の機能分化・連携に対応していくためには、医師・看護師のみならず、リハビリ関係職種も含めた医療従事者の需給を念頭に置く必要がある」⁽³⁾。以上を踏まえ、「医師・看護職員等の医療従事者の需給を見通し、医療従事者の確保策、地域偏在対策等について検討するため」に設置されたのが「医療従事者の需給に関する検討会」である⁽⁴⁾。「医療従事者の需給に関する検討会」の目的は、地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保することである。そのため、医療従事者の需給見通しについて検討されているが、必要医師数の推計方法には多くの問題点がある。

一方、地域間の医師偏在の解消等を通じ、地

域における医療提供体制を確保することなどを目的とする「医療法及び医師法の一部を改正する法律」が2018年7月18日に衆議院本会議で可決され、成立した。この法律の成立では「医療従事者の需給に関する検討会」で検討された「医師偏在指標」が新たに導入された。ところが、「医師偏在指標」にも多くの問題点がある。

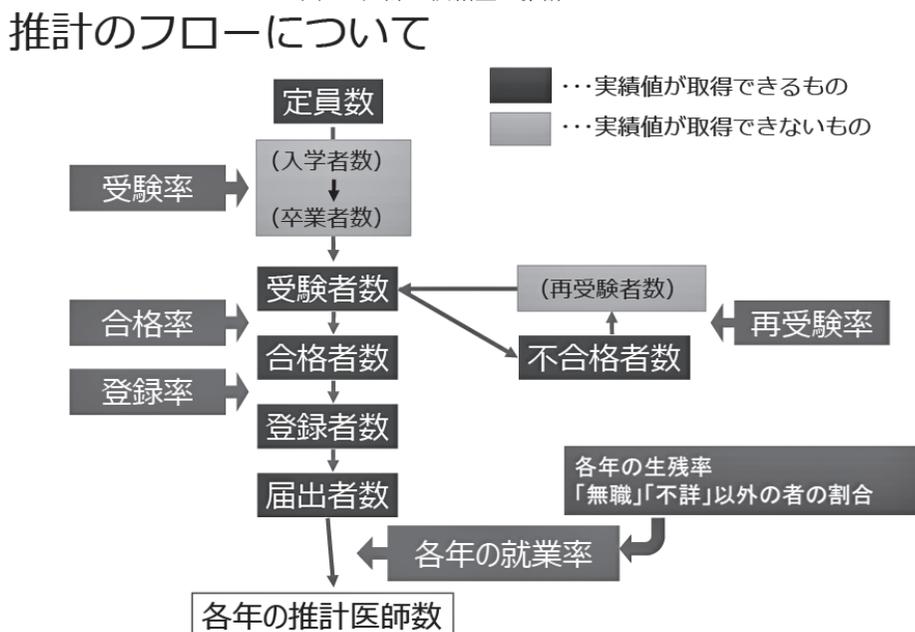
そこで、本稿では、必要医師数の推計方法および医師偏在指標の概要を解説し、問題点を考察する。

2. 医療従事者の需給に関する検討会による推計の概要

(1) 医師供給の推計

医師の供給体制と今後の医師の需要を検討し、将来の医師の需給を予測することが検討会の大きな課題とされた。給推計については、まず現在(2018年度)の医学部定員9,419人が将来

図1 医師の供給量の推計フロー



(出所)厚生労働省(2018)「医師の需給推計について」(「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会(第19回)」資料1)p.4から引用した。

にわたって続くものと仮定している。また、1人の医師の仕事量は年齢によって異なるとし、これを考慮している。同時に、男性医師と女性医師との仕事量の違いも調整している。

図1は国が示している供給量を推計するためのフローを示した。まず、医学部に入学しても全員が医師国家試験を受験するわけではないため、受験率を考慮するとともに、再受験率も反映されている。また、国家試験合格率と医籍登録率(留学や帰化などで遅れて登録する人がいるため100%を超えている)も反映されている。さらに、医師法に定める

医師届出表を提出していない数を排除して年齢別の生残率を算出し、医師届出表を提出しているものの業務の種別を「無職」「不詳」とする一部の人の割合を排除して実際の就業率を割り出し、医師の供給率を算出している。なお、受験者数、合格率、医籍登録率、就業率は男女別に設定している。なお、生残率は以下の式で算出されている。

$$\text{生残数} = \frac{\text{登録後年数別の届出者数}}{\text{医籍登録者数}}$$

表1 性年齢別の労働時間の違い

	年代	週当たり勤務時間	全体の平均との比
男性	20代	64：03	1.24
	30代	62：40	1.21
	40代	58：43	1.14
	50代	52：59	1.02
	60代	44：33	0.86
	70代以上	32：58	0.64
女性	20代	59：23	1.15
	30代	49：04	0.95
	40代	43：14	0.84
	50代	45：05	0.87
	60代	39：43	0.77
	70代以上	32：16	0.62

(出所)厚生労働省(2018)「医師の需給推計について」(「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会(第19回)」資料1)p.12から引用した。

検討会で示された将来の医師数の予測では、医師の平均労働時間を1とすると、40歳代の男性医師は1.14であるが、同じ40歳代の女性医師は0.84という条件が設定される。また、20歳代の男性医師は1.24であるが、同じ男性医師でも70歳以上は0.64という条件が設定される。ただし、仕事量1となる医師全体の週あたり平均勤務時間は51時間42分と設定されている。なお、表1は、厚生労働省「医療従事者の需給

に関する検討会」で示された性年齢別の労働時間の違いである。

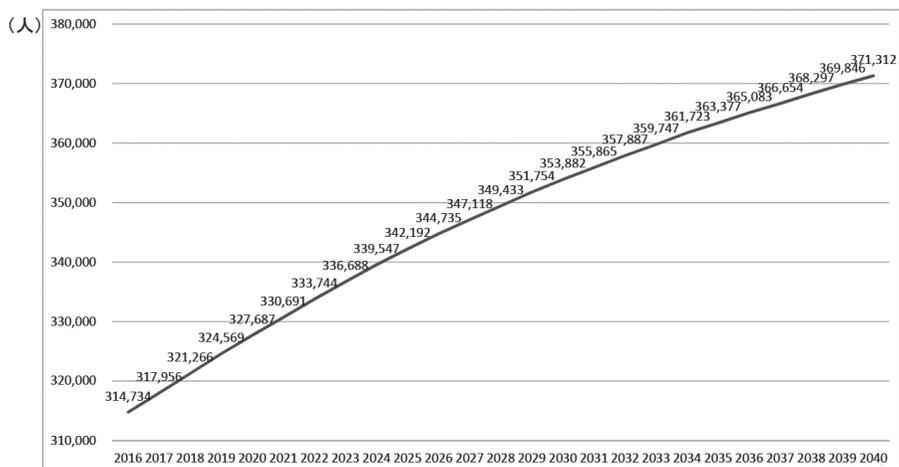
以上の要素を勘案した結果、検討会では図2のように医師供給数が順調に増えていく推計が示されている。

(2) 医師需要の推計

医師の需要については、以下の計算式を用いている。

図2 医師供給数の推計結果

- 今後の医学部定員を平成30年度の9,419人として推計。
- 性年齢階級別の勤務時間の違いを仕事量として設定して推計。



(出所)厚生労働省(2018)「医師の需給推計について」(「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会(第19回)」資料1)p.13から引用した。

「将来の医療需要」×「医療需要あたり医師数」
= 「将来の医師の需要推計」

この式が基準となり、入院、外来、施設(介護福祉)ごとに推計している。入院については、

「地域医療構想の必要病床数」×「病床あたり医師数」

で算出している。したがって、地域医療構想の必要病床数が間違っていれば、推計は誤ってしまうことになる。需要医師数は2025年には増えるものの、2040年には2016年よりも少なく推計されている。外来の計算式は、

「将来の外来患者数」×「患者1人あたり医師数」

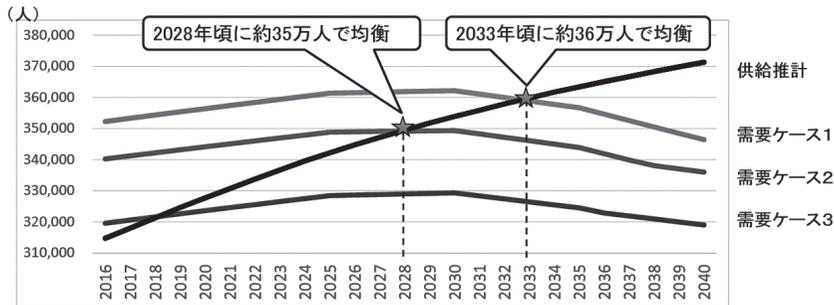
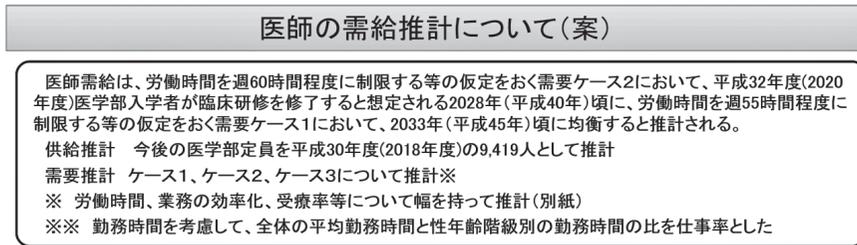
である。入院と同様、2025には増えて2040年には減っている。施設(介護老人保健施設)の場合は、

「将来の施設の入所者数」×「入所者あたり医師数」

で推計している。施設に関しては、入院や外来とは異なり2040年も医師の需要は増えると推計されている。

実際の需要推計については、ケース1～3に分けて幅を持った計算となっている。ケース1は1人医師の週労働時間上限を55時間、ケース2は60時間、ケース3は80時間制限としたものである。当然ながら医師の労働時間が長ければ需要は少なくなる。ケース1～3と図2を組み合わせたものが図3である。ケース3(80時間)で見れば、すでに医師数は十分足りており、ケース2(60時間)と仮定すれば2028年に均衡、ケース1(55時間)では2033年に均衡してそれ以降医師不足は生じず余ることになる推計結果となっている。

図3 医師の需給推計



(出所) 厚生労働省(2018)「医師の需給推計について」(「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会(第19回)」資料1)p.34から引用した。

3. 検討会による医師の需給推計の問題点

以上の推計方法を踏まえ、問題点を考察する。第一の問題点は、計算に用いる数値はほとんどが現在の状況を仮定している点である。医師や患者、疾病構造が一定であることを仮定して計算した結果が医師の供給と医師の需要に反映している。図4は「死因別にみた死亡率(人口10万対)の年次推移」を示したものである。これを見ると、疾病構造が一定ではなく、これまで大きく変化していることが分かる。また、図5は「高齢化の推移と将来推計」を示したものである。これを見ると、高齢化率もこれまで大きく変化してきたことが分かる。将来はさらに高齢者の割合が増えることが予想されている。高齢者の割合が増える将来はより医療ニーズが高まる。したがって、疾病構造等、今の数値をもとに将来推計を行うのは妥当ではない。

第二の問題点は、需要推計の計算に用いられる「医療需要あたり医師数」のデータは現在従

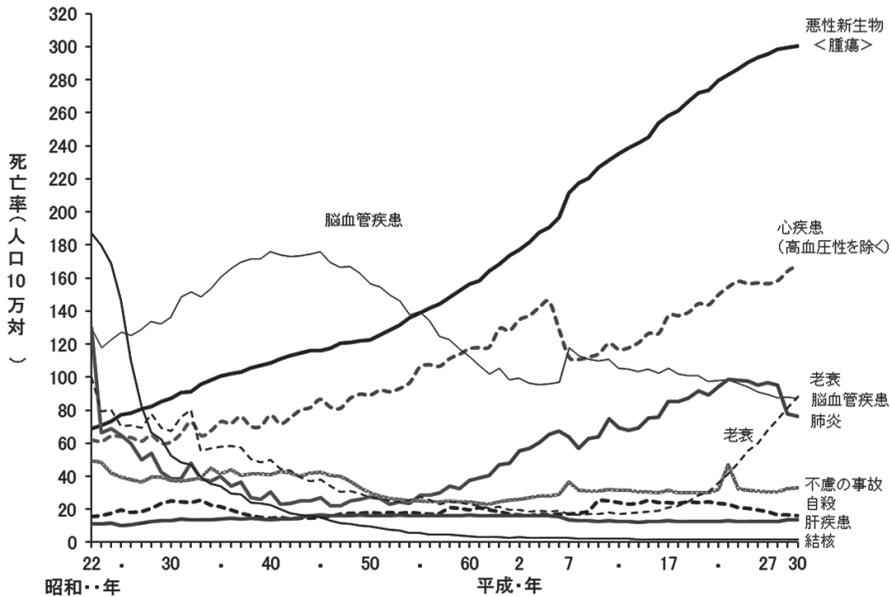
事している医師数が基準となっている点である。すでに述べたように「将来の医師の需要推計」は以下の式で算出されている。

$$\begin{aligned} & \text{「将来の医療需要」} \times \text{「医療需要あたり医師数」} \\ & = \text{「将来の医師の需要推計」} \end{aligned}$$

現在の医療体制で、必要な医療サービスについて概ね提供できている前提に立ち、現在の「医療需要あたり医師数」を「将来の医師の需要推計」に用いているが、現在は医師不足から必要な医療サービスを提供できているとは言い難い。したがって、「医療需要あたりの医師数」が医師不足が深刻となっている現在のデータを用いても、「将来の医師の需要推計」は過小評価されてしまうことになる。

第三の問題点は、需要予測で基本的にベースとなっている地域医療構想が適正な内容ではない点である。地域医療構想の必要病床数の計算に用いられている将来の予測人口は、2005年

図4 主な死因別にみた死亡率(人口10万対)の年次推移



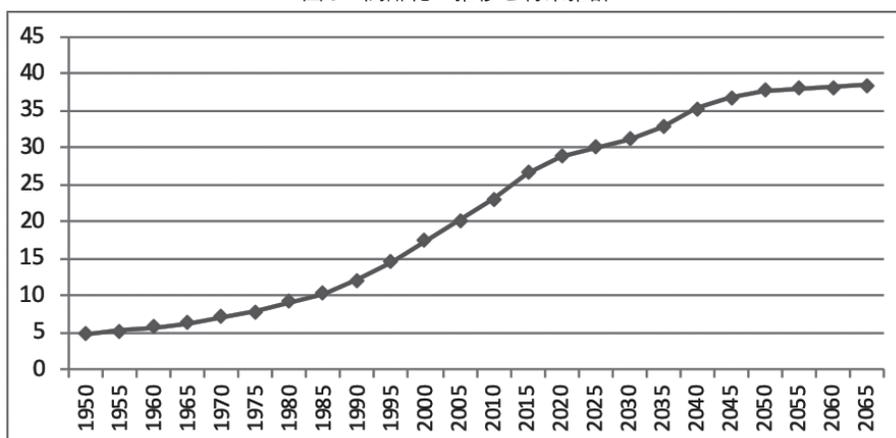
- 注：1) 平成6年までの「心疾患(高血圧性を除く)」は、「心疾患」である。
 2) 平成6・7年の「心疾患(高血圧性を除く)」の低下は、死亡診断書(死体検案書)(平成7年1月施行)において「死亡の原因欄には、疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください」という注意書きの施行前からの周知の影響によるものと考えられる。
 3) 平成7年の「脳血管疾患」の上昇の主な要因は、ICD-10(平成7年1月適用)による原死因選択ルールの明確化によるものと考えられる。
 4) 平成28年の「肺炎」の低下の主な要因は、ICD-10(2013年版)(平成28年1月適用)による原死因選択ルールの明確化によるものと考えられる。

(出所)厚生労働省「平成30年(2018)人口動態統計月報年計(概況)p.11から引用した。

時点で国立社会保障・人口問題研究所が予測したものであり、10年以上経過した今の時点で検証するとかなり間違っていることが分かる。2018年の実際の人口は将来推計人口よりも252万8千人多い。したがって、推計に用いられている人口は実際の人口よりもかなり少なく、医師需要を過小評価してしまっている可能性がある。間違った予測に基づいて計算された予測は適正なものとは言えない。また、医師の需要推計では入院医療も外来医療も2025年に比べて2040年は大きく減少している。もし仮に、国立社会保障・人口問題研究所の人口推計が正しかったとしても65歳以上人口は、2040年には増えると言われている。高齢者人口が増えるにもかかわらず、医療需要が減少というのは考えにくい。

第四の問題点は、医師の労働時間についてである。需要推計の前提となっている医師の労働時間は週55～80時間を上限とし、ケース1(週55時間)、ケース2(週60時間)、ケース3(週80時間)に分けて推計を行っている。ケース2(週60時間)でさえ、週の残業時間は20時間、月に換算すると90時間にのぼる。厚生労働省は、脳や心疾患による過労死の労災認定基準として、発症前1カ月間に約100時間、または発症前2～6カ月間に1カ月あたり約80時間を超える時間外労働(残業)があった場合に、過労死の危険性が高まり、業務と発症との因果関係が強いとしている。月90時間の残業は厚生労働省が提唱する過労死レベルである。同じ厚生労働省の議論において、その過労死レベルの労働時間を採用し

図5 高齢化の推移と将来推計



(出所)内閣府『平成30年版高齢社会白書』p.4をもとに作成した。

表2 実際の人口と将来推計人口の差

	実際の人口	将来推計人口	差
2005	127,768	127,768	0
2006	127,770	127,762	8
2007	127,771	127,694	77
2008	127,692	127,568	124
2009	127,510	127,395	115
2010	128,057	127,176	881
2011	127,799	126,913	886
2012	127,515	126,605	910
2013	127,298	126,254	1,044
2014	127,083	125,862	1,221
2015	127,095	125,430	1,665
2016	126,933	124,961	1,972
2017	126,706	124,456	2,250
2018	126,443	123,915	2,528

(出所)総務省統計局「人口推計」(各年10月1日現在人口)をもとに作成した。

ているのはかなり不適切である。最も労働時間の短いケース1(週55時間)でさえ、月の残業時間は67.5時間である。厚労省作成のリーフレット「STOP！過労死」は、長時間労働の削減に向けて事業主が取り組むべきこととして「週労働時間が60時間以上の労働者をなくすよう努めましょう」と訴えている。

4. 医師偏在指標の概要

「医療法及び医師法の一部を改正する法律」によって、医療計画において、二次医療圏ごとに新たに国が定める「医師偏在指標」を踏まえた医師の確保数の目標・対策を含む「医師確保計画」を策定することが掲げられた。この「医師偏在指標」を具体化するための議論が厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会・医師

需給分科会」で行われてきた。

これまで地域ごとの医師数の比較には人口10万人対医師数が一般的に用いられてきたが、①医療需要(ニーズ)及び将来人口・人口構成の変化、②患者の流入出、へき地等の地理的条件、④医師の性別・年齢分布、⑤医師偏在の種別(区域、診療科、入院/外来)のような要素が考

慮されていなかった。そこで、「医師偏在指標」では統一的・客観的に把握できる医師偏在の度合いを示すことが求められる。

2018年9月28日、厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」は「医師偏在指標」の計算式を提示した。「医師偏在指標」は、

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\text{地域の人口} \div 10\text{万人} \times \text{地域の標準化受療率}}$$

ただし、

$$\text{標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{地域の標準化受療率比} = \text{地域の期待受療率} \div \text{全国の期待受療率}$$

$$\text{地域の期待受療率} = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

となっている⁵⁾。

この数式を見ると、地域により住民が医療機関で診察を受ける割合、受療率に差があることを考慮し、年齢や男女の違いによる地域の受療率を数式に反映させている。つまり、医療ニーズの地域による違いを考慮しているものといえる。医師偏在指標は、その医療ニーズをまかなう医師数がどれくらい必要となるか算出した数値であるが、医師の需給見通し同様、医師の年齢や男女の違いによる労働時間も指標に反映している。

5. 医師偏在指標の問題点

医師偏在指標はこれまで考慮されてこなかった医師の性年齢による違いや地域の受療率の違いが考慮されているという意味では評価できる。一方、3つの問題点を指摘することができる。

第一の問題点は、医師偏在指標には医師の性

年齢と地域の受療率の違いしか考慮されていない点である。この点は厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」でも議論されているが、現時点で医師の性年齢と地域の受療率の違いしか考慮されていない。

第二の問題点は、状追認というよりは、「将来実現すべき医療」をベースに考えるべきという点である。医師偏在指標には、本来医療が必要にもかかわらず、様々な理由で受診していない(できない)受診は考慮されない。医療機関に行きやすい、行くにくい等、地理的な問題も大きい。地域住民にアンケート調査を行う等、受診のニーズを正確に把握することが求められる。

第三の問題点は、需給推計についての検討においてすでに述べたように、現在の医師の平均労働時間で計算する点である。医師不足等により、医師の平均労働時間は標準的な労働時間(8時間/1日)に比べてかなり長い。医師偏在指標は過酷な労働時間が前提となっている。むし

ろ、医師の労働時間の地域差を解消することが求められる。

6. おわりに

本稿の目的は、厚生労働省によって示されている「必要医師数」の推計方法および「医師偏在指標」の概要を解説し、問題点を考察することであった。概要を踏まえ、問題点を考察した結果、「必要医師数」の推計方法には以下の4つの問題点があることを指摘した。

- ① 計算に用いる数値はほとんどが現在の状況を仮定している点
- ② 需要推計の計算に用いられる「医療需要あたり医師数」のデータは現在従事している医師数が基準となっている点
- ③ 需要予測で基本的にベースとなっている地域医療構想が適正な内容ではない点
- ④ 医師の労働時間について、長時間残業が前提となっている点で

また、「医師偏在指標」には、以下の3つの問題点があることを指摘した。

- ① 医師偏在指標には医師の性年齢と地域の受療率の違いしか考慮されていない点
- ② 潜在的な受療率が考慮されていない点
- ③ 現在の医師の平均労働時間で計算する点

OECD加盟国の臨床医師数を見ても、日本はかなり下にランク付けされている⁽⁶⁾。た現在の指標による都道府県別の医師数でも、とくに東北地方が少なく偏在している状況が見られる⁽⁷⁾。OECDの平均値は人口10万人あたり300人であるが、日本の場合、最も多い京都でも296.7人にすぎない⁽⁸⁾。たがって日本で

は、偏在よりも絶対的な医師不足が問題といえる。今後、「必要医師数」または「医師偏在指標」が強調され、絶対的な医師不足という観点がおろそかになってしまうことが危惧される。

現在実施されようとしている医師需給推計や医師偏在指標には、従来のものに比べると医師の性年齢による違いや地域の受療率の違いが考慮されているが、現在の数値を用いていた推計であるため、将来の推計には限界がある点や医師の長時間労働が前提となっている点など多くの課題が残されている。そのような点を克服した推計法を検討し、結果として「医師不足」が継続しない状況をつくっていく必要がある。

注

- (1) 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会(第1回)」(資料1)p.1より引用した。
- (2) 同上
- (3) 同上
- (4) 同上
- (5) 厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会・第22回医師需給分科会」(資料2-1)p.44を参照のこと。
- (6) OECD(2015) OECD Health Statistics 2015を参照のこと。
- (7) 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」(平成24年)を参照のこと。
- (8) OECD(2015) OECD Health Statistics 2015および厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」を参照のこと。OECDの平均値は主に各国の2014年のデータを用いて算出しているが、日本は2012年のデータとなっている。また、都道府県別の医師数は2012年のデータを用いている。

参考文献

厚生労働省(2015)「医療従事者の需給に関する検討会(第1回)」(資料1)〈<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000106661.html>〉

(2019/01/15アクセス)

厚生労働省(2018)「医療従事者の需給に関する検討会・第19回医師需給分科会」(資料1)〈<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000203368.pdf>〉(2019/01/15アクセス)

厚生労働省(2018)「医療従事者の需給に関する検討会・第22回医師需給分科会」(資料2-1)〈<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000454557.pdf>〉(2019/01/15アクセス)

厚生労働省(2019)「STOP! 過労死」〈https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/2019karoshi_boshi_A4pamph_cs5.pdf〉(2019/12/12アクセス)

厚生労働省(2018)「第61回社会保障審議会医療部会」(資料1)〈<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000203213.pdf>〉(2019/01/15アクセス)

厚生労働省(2018)「第63回社会保障審議会医療部会」(資料5)〈<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000345591.pdf>〉(2019/01/15アクセス)

厚生労働省(2018)「平成30年(2018)人口動態統計の年間推計」〈<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai18/index.html>〉(2019/12/12アクセス)

内閣府(2018)「平成30年版高齢社会白書」〈https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/zenbun/30pdf_index.html〉(2019/12/12アクセス)

OECD(2015)OECD Health Statistics 2015

総務省統計局「人口推計の結果の概要」(各年10月1日現在人口)〈<https://www.stat.go.jp/data/jinsui/2.html>〉(2019/10/07アクセス)

勤務医の労働と「働き方改革」

Working conditions of employed physicians and the “Work Style Reform”

植 山 直 人(全国医師ユニオン)
Naoto Ueyama (Japan Doctors Union)

抄録：日本の医師の労働時間は突出して長い。この長時間労働問題は24時間体制の病院の当直業務との関連性が大きい。過重労働は過労死をはじめメンタル不調・体調不良など深刻な健康被害を引き起こしている。また、長時間労働により医療安全が脅かされているが、この点に関しては厚労省も医療界も何の対策も行っておらず、議論さえもない。

厚労省の検討会の報告書は、長時間労働を合法化するものである。まずは、可能な改善策を速やかに実行し、過労死ラインを超えて働く医師を減らす必要がある。しかし、当直等の業務は医師の本来業務でありタスクシフトなどはできないため、根本的な解決には医師をOECD平均並みに増員し、交代制勤務を導入しなければならない。長期的には、箱ものや薬剤にお金をかけ、医師不足や看護師不足などを放置する医療供給体制を変える必要がある。

キーワード：労働実態、過労死、働き方改革、医療安全、医師不足、交代制勤務

1、日本の勤務医の労働実態

(1) 勤務医の労働時間

厚労省が2016年に実施したいわゆる勤務医の10万人調査では、過労死ラインを超えて働く医師が約4割、過労死ラインの2倍を超えて働く医師が1割以上、過労死ラインの3倍を超えて働く医師が1.6%存在するとされている(図-1)⁽¹⁾。驚くべき長時間労働が常態化していると言える。このような勤務医の長時間労働の詳細なデータは初めて公開された。厚労省としては、本来は出したくないデータであったと考え

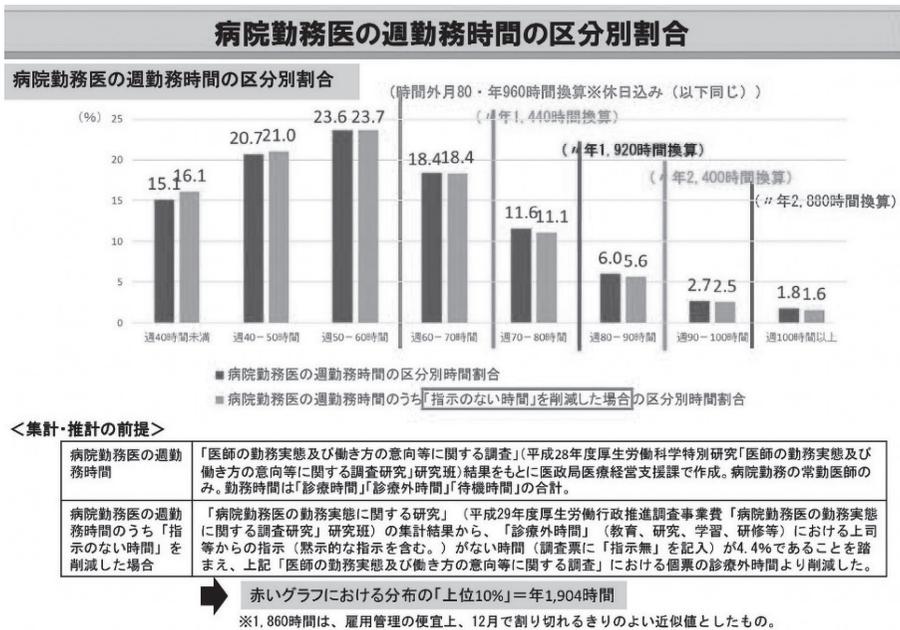
られるが、医師の働き方改革に関する検討会で特例として年1860時間の時間外労働という過労死ラインの約2倍の時間外労働を認めさせるためには、この実態を公表せざるを得なかったものと考えられる。

(2) 当直問題

医師の長時間労働に関しては、いわゆる当直が問題となる。病院の医師の夜間労働では、ほとんど診療をおこなわない病院から、救急車対応や入院中の重傷患者の対応で激務を課せられ

(受理日：2019年12月22日)

図-1 勤務医の労働時間



出典：厚生労働省・医師の働き方改革に関する検討会(2019) 医師の働き方改革に関する検討会報告書、p.37。

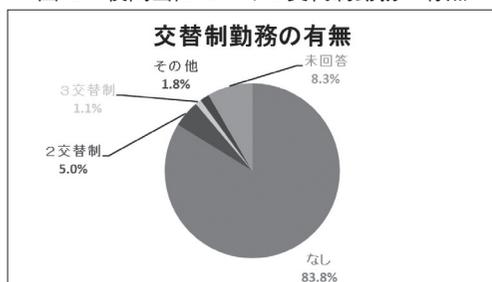
る病院もある。日本においては、戦後間もない頃の医師の夜間当直の労働が比較的短時間であったため、夜間の医師の本来業務がほとんどない病院は宿直許可を取れば、当直時間を労働時間に入れる必要はなく賃金も通常の1/3以上でよいとされた(「断続的な宿直又は日直勤務の許可基準」昭和22年9月13日 発基17号)。日本の医師の30時間を超える連続労働は、この宿直との関係が大きい。宿直は労働時間に入らないため、当然、宿直明けに通常勤務を命じても法律上は何ら問題ないということになる。実際は30数時間連続で働いていても、宿直中の15時間ほどは労働時間にカウントされないため長時間労働とはならなかった。このため病院としては医師の交代制勤務を組む必要がなく、日本では医師の交代制勤務を導入する病院はほとんどなかった。しかし、医療が高度化し重症患者の治療や救急車の搬送件数が飛躍的に

伸びたことから、宿直許可は全く実態にそぐわなくなっていた。

そして、2006年に奈良県立病院の産婦人科医師が、自分たちが行っている宿直は実態としては時間外労働であると裁判を起し、常態として医師の本来業務をとまなう当直は宿直ではなく時間外労働であるとの判決を勝ち取っている(大阪高等裁判所2010年11月16日判決、2013年2月12日最高裁上告不受理決定、岡村親宣監修・医師の働く権利編集委員会編『医師の働く権利 基礎知識』せせらぎ出版も参照)。

全国医師ユニオンが医労連や保団連、民医連などと実施した勤務医労働実態調査2017によれば⁽²⁾、いわゆる当直の中身が通常業務と同じが34.5%、通常より業務は少ないが47.2%、通常業務はほとんどないは13.7%であった。つまり今日の医療においては、宿直許可が認められる病院はわずか13.7%しかないということである。

図-2 夜間当直における交代制勤務の有無

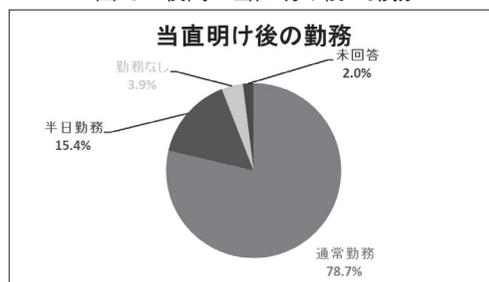


出典：勤務医労働実態調査2017 (2018) 勤務医労働実態調査2017 最終報告 全文, Japan Doctors Union News, 23, p.19.

交代制勤務があるかという問いには、なしが83.8%、2交代が5.0%、そして3交代が1.1%であった(図-2)。交代制勤務に関しては5年前の調査よりやや増えてきているが、微増にとどまっている。なお交代制勤務を積極的に取り入れる努力を行っているのは産婦人科と救急科である。特に産婦人科は拘束時間が長く、これまでに過労死が多い診療科であったため、学会として労働条件の改善に力を入れている。働き方の改善に取り組まなければ産婦人科を選択する医師はいなくなるという危機感がある。

次に、当直明けの勤務であるが、通常勤務が78.7%と、8割近くは次の日も通常勤務を行っている。これらの医師は34時間程度の連続勤務になるが、これがまだ大半を占めている。一方、

図-3 夜間の当直明け後の勤務



出典：勤務医労働実態調査2017 (2018) 勤務医労働実態調査2017 最終報告 全文, Japan Doctors Union News, 23, p.19.

当直明けは半日で帰れる医師は15.4%、当直明けの勤務なしは僅か3.9%である(図-3)。

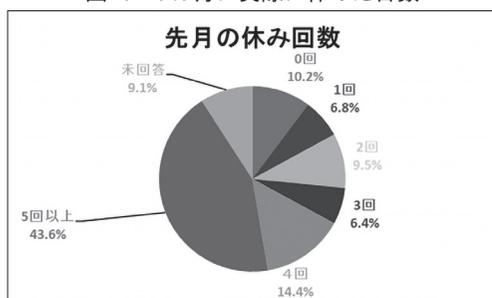
(3) 休日問題

長時間労働がある一方で休日の取得にも大きな問題がある。勤務医労働実態調査2017では休日に関しても調査しているが、先月の休み0回が10.2%存在する。これらの医師たちは常に緊張を強いられ、メンタル不調、体調不良、突然死のリスクも非常に高いと考えられる。また、4週4休が取れない、月の休みが3回以下の医師が32.9%であった(図-4)。

(4) 無視される労基法

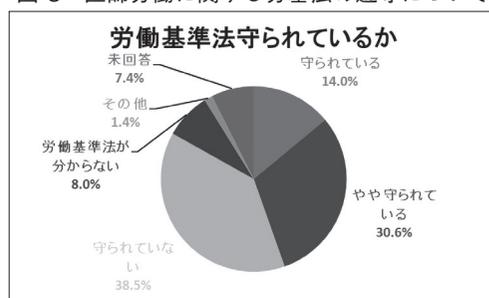
前出の調査では労基法は守られているかとい

図-4 1カ月に実際に休めた日数



出典：勤務医労働実態調査2017 (2018) 勤務医労働実態調査2017 最終報告 全文, Japan Doctors Union News, 23, p.20.

図-5 医師労働に関する労基法の遵守について



出典：勤務医労働実態調査2017 (2018) 勤務医労働実態調査2017 最終報告 全文, Japan Doctors Union News, 23, p.26.

う問に対する回答で、守られているが14.0%、やや守られているが30.6%であった(図-5)。特に大学だけを見ると、3.9%しか守られていると答えていない。他の医師労働に関するデータも一番悪いのは大学であった。このような環境が無給医を生んでいるとも考えられる。

なお、客観的な時間管理が行われているとの回答は27.5%しかなく、自己申告が51.5%、管理なしが17.2%となっている。一般的に立場の弱い医師が、残業代が発生する時間外労働を自己申告することは困難である。過労死裁判においても自己申告にもとづく病院側の主張する労働時間と裁判所が認める実際の労働時間には大きな乖離がある。客観的な時間管理が可能でありながら、あえて自己申告にしている医療機関も少なくないと考えられる。

2、年間の医師の過労死数について

日本の医師の多くは過重労働をしているが、過労死の労災認定を受けている医師は氷山の一角と考えられる。過労死の労災認定においては、労働時間が重要となるが、医師の多くはまともな時間管理をされていない。すでに述べたが、多くの病院では当直が実態として労働時間であっても、宿直とされ時間外労働に含めてはいない。家族は被災者医師が大変であったことは認識していても、具体的な労働実態や労働時間を知っているわけではなく、病院にも正確な労働時間の記録などはない。

日本における医師の過労死数を客観的に知ることが出来ないかとの声があるが、現時点では必要なデータもない。そのような中で、今回、厚生労働省が発表した勤務医の40%が過労死ラインを超えて働いているとのデータから、いくつかの仮定をもとに年間の医師の過労死数を考察してみた。日本には約32万人の医師がいるが、

以前より年間80人を超える医師の自殺者がいるという記事を目にする。ここで仮定として年間の医師の自殺者数を80人とすると、この7割が勤務医であるとすれば自死している勤務医は56人いると推計される。過労死ラインを超えている勤務医が4割いるとのデータから、22.4人が過労死ラインを超えて自死していることが推測される。また、2006年に医労連などが調査した医師の過労死17件のケースを見ると、医師の過労死のうち病死が10件(59%)、過労自死が6件(35%)、交通事故死が1件(6%)となっている。この比率から、過労死の中の過労自死が35%とすればこれが22.4人となり、過労死全体は年間64人いることになる。

この推計は不確かな仮定にもとづいた数字である。しかし、日本医師会の調査では「自殺や死を毎週/毎日具体的に考える」医師が3.6%いる。また、先に述べた厚生労働省のデータから、勤務医数を20万人と仮定すれば4割の8万人が過労死ラインを超えている。しかも1割の2万人は過労死ラインの2倍を超えており、1.6%の3200人は過労死ラインの3倍を超えて働いている。これでは多くの勤務医が過労死していてもおかしくはない。ここで示した推計も全く信憑性がないと言えない現状があるのではないだろうか。

3、医療安全性の問題

日本外科学会の調査では、医療事故、インシデントについて何が原因かとの質問に、「過労・多忙」との回答が81.3%で断然トップであった⁽³⁾。その理由として、当直明けに手術を行う外科医が6割以上存在する。このような実態が明らかになっているが、医療界は全く改善策を示そうとはしていない。この間、医療安全性の議論が数多く見られたが、過重労働と安全性

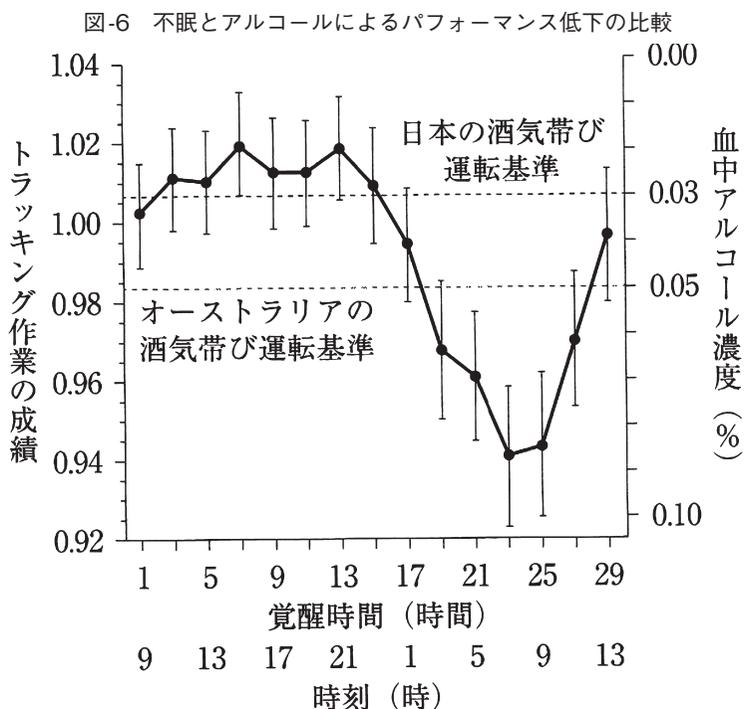


図 2-2 覚醒時間によるトラック作業の成績の変化(Dawson & Reid, 1997 より)

出典：岩波ブックレット No.999 安全な医療のための「働き方改革」 植山直人佐々木司

の問題に関しては全く触れず、国も医療界もこの問題を避けている。勤務医労働実態調査2017では、当直明けは判断力や集中力が低下するとの回答が約8割。実際にミスが多いとの回答は約7割であった。

睡眠や疲労に関する研究では、人間は起きて13時間くらいから集中力が低下し、16時間を過ぎると急速に落ちることがわかっている。また、明け方に一番パフォーマンスが低下する。ここで、起きてからの時間によるパフォーマンスの低下とアルコールの血中濃度によるパフォーマンスの低下を比較したグラフを示しておく(図-6)。日本とオーストラリアでは酒気帯び運転の基準が異なるが、起きてから13時間を過ぎるあたりからほぼ日本の酒気帯び運転

(血中アルコール濃度0.03)にあたるパフォーマンスの低下がみられ、16時間を過ぎるとほぼオーストラリアの酒気帯び運転(血中アルコール濃度0.05)と同等のパフォーマンスの低下を認め、さらに低下が進行している。グラフではパフォーマンスの低下は23時間頃を最低としてその後改善しているが、これは朝になると人間は覚醒するという、時刻による影響があるためである。ただし、睡眠を取っていないので、パフォーマンスは朝になっても完全には回復しない。

また、EUは週の労働時間の上限を48時間に決める前に労働に関する様々な研究を行っている。40時間労働と比較すると48時間労働の場合リスクが3%増える。なお、夜間は41%増

える。当然、夜間のほうがリスクが増える。ただし、同じ48時間でも、8時間労働を6日やるのと、12時間労働を4日やるのではリスクが異なる。12時間を4日、つまり長時間労働をやったほうが25%リスクが増えることが分かっている。EUでは、労働と安全性に関するこのような研究まで行われている。

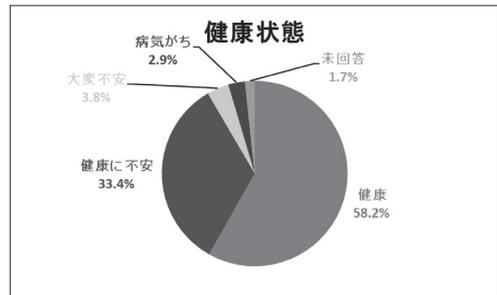
この点を考慮したものと思われるが、運輸関係には安全を守るために厳しい時間規制がある。トラックドライバーに関しては、原則、1日の拘束時間は13時間まで、例外でも16時間を超えてはならないとされている。これを超えて事故を起こすと、道路交通法の過労運転となり3年以下の懲役または50万円以下の罰金となる可能性がある。これは走らせた使用者にも罰則が適用される。さらに、パイロットにはもっと厳しい規制が設けられている。全日空では4-6-11というものがあり、1日のフライトは4回まで、飛行時間は6時間まで、勤務時間は11時間以内とされている。日本航空にも同じような規制がある。運輸関係では安全を守るために、このような厳しい取り決めがあるが、医師の労働に関しては法的な安全対策はなく放置されている。

また、勤務医の健康状態であるが、健康と答えた医師が58.2%しかいない。健康に不安が33.4%、大変不安が3.8%で、既に病気がちという医師が2.9%であった(図-7)。

4、絶対的医師不足問題

日本は、医療費抑制のために医師数を抑制する政策をとってきた。1982年の第二臨調と1995年の橋本行革の時に医師の養成数を抑制する閣議決定を行っている。このためOECDの人口あたりの医師数平均に比べて日本の医師数は約3割少ない。医師数のOECDの平均との

図-7 勤務医の健康状態



出典：勤務医労働実態調査2017(2018)勤務医労働実態調査2017 最終報告 全文、Japan Doctors Union News, 23, p.24。

差が医師の労働時間の差にそのまま反映されている。日本では医師は長時間働いて当然だという意識があるが、EU諸国にはそのような考えはない。むしろ、医療の安全性を守るために長時間労働は避けるべきとされている。EUでは医師に関しても週の労働時間の上限は48時間である。

医師数抑制政策の閣議決定が行われた時には、当時の厚生省による世論操作が行われている。80年代には「医療費亡国論」がしきりに宣伝された。90年代の世論操作は1995年に出された日本の医療費の将来推計が利用され、2025年に日本の医療費は141兆円になると宣伝された。この時は、このままでは日本経済は破綻するとのパニックとも言える反応が起き、大学医学部・医科大の合併や医師の定年制などが議論の俎上にあがっている。そして、今回の世論操作では、人口減少が利用されている。2060年には日本の人口は8000万人台にまで減少するとの推計が既成事実として語られ、これを前提とした医師・看護師の削減の議論が始まっている。内閣府の「選択する未来」委員会報告には「現状のまま何もしない場合、人口急減・超高齢化が招来し、経済社会全体が負の連鎖に陥り、地域社会が衰退していくことは避けられな

い。人口急減・超高齢化を克服し、人口が50年後においても1億人程度の規模を有し、将来的に安定した人口構造を保持することを目指すべきである。」⁽⁴⁾と書かれている。厚労省の医師数抑制の政策は、「現状のまま何もしない場合」の人口減少を前提とした政策で、政府や国民に対する背任行為ともいえる。さらに、少子化問題は単純な人口減少問題ではなく、先進国では移民問題として社会問題化することが一般的であることなども考慮しておく必要がある。

ここで必要医師数に関する見解を述べておく。基本的に、必要医師数は全ての国で増大しているが、これは産業構造の変化に伴うためである。第1次産業から第2次産業、第3次産業。今では、IT、バイオが発展する時代になってきている。例えば、テレビを見れば、コマーシャルや番組の多くは健康関連であり、国民は健康問題に非常に高い関心を持っている。健康産業や医療産業は当然発展することになり、医療産業や健康産業に従事する労働者は増大する。このため、医学・医療の専門家である医師の需要も当然増えることになる。医療の需要の増加に関しては、例えば、この50年間で救急車の搬送件数は25倍増えている。一方、この60年間で医師数は2.4倍しか増えていない。また、群馬大学病院では、最近の20年間で手術件数が2倍増えている⁽⁵⁾。明らかに医療の需要は増えているが、医師数抑制政策は今も続けられており、現状では医師が過重労働を続けるか、大幅な患者の受診抑制を進めるかの二者択一状態となっている。

また現在、危惧される問題として医師の認知症の問題がある。厚労省のデータでは75歳の医師の約50%が働いているが⁽⁶⁾、2025年には65歳以上の20%が認知症になると言われている。最近では高齢者の自動車事故の増加が社会

問題化し、高齢者ドライバーの自動車免許証の自主返納が大幅に増えている。一方で、認知症の医師問題は放置されている。私の実験の経験からも、かかりつけ医が高齢となり認知症が酷くなったため、かかりつけ医を変えたいとの相談を受けたことがある。認知症は疾患であるため職業に関係なく年齢と共に患者が増えることは避けられない。安全性に関わる職業に関しては、ライセンスの管理を適切に行う必要があることは当然である。高齢になっても働き社会参加することは望ましいことであるが、医療の安全性の確保はしっかりと行う必要がある。医師にとっても、患者のために尽くし尊敬されてきた人生の晩節を汚すことになりかねない。厚労省は医師養成数を削減することを検討しているため、高齢者医師の認知症問題と医師免許の返納問題には全く言及していないが、早急に議論を開始しなければならない課題と言える。

5、厚労省が進める医師の働き方改革

今回の厚労省の医師の働き方改革に関する検討会報告書は、一部の医師の時間外労働時間の上限を過労死ラインのほぼ2倍の年1860時間とし、これを合法化するものである。その理由は、一般水準なみの労働時間の上限設定を行うと地域医療が崩壊してしまう地域が出て来るために医療機関によっては例外が必要であるとしている。その根拠は10%を超える勤務医の時間外労働時間が1860時間を超えている実態があるとされた。しかし、何故10%の医師を基準としたかの説明はない。

また、集中的技能向上を目指すことを理由に研修医と高度技能の育成を目的とする医師の労働時間に例外を設けることになっている。これに関しても時間外労働時間の上限が年1860時間とされた。そして、この5年間で1860時間を

超える医師をなくし、2024年から上限を1860時間とし、2035年度には地域医療を守るための例外をなくすことを目指すとしている。なお、研修医と高度技能の育成を目的とする医師の労働時間の例外に関しては、将来的に例外の時間を減らすことを目指すとしているが、例外自体をなくすとはせずに今後検討するとしている。

具体的には病院をA・B・Cの3つに分け、一般病院をAとし時間外労働時間の上限を休日労働も含め年960時間、Bを地域医療確保暫定特例水準として時間外労働時間の上限を年1860時間とし、その他に集中的技能向上水準としてC-1及びC-2を設け、これも時間外労働時間の上限を年1860時間としている。C-1は臨床研修・専門研修に係る業務であり、C-2は高度技能育成に係る業務とされている。BやCの例外が認められる病院は、都道府県が特定することになっているが、大学病院のほとんどがBやC病院と認定されると考えられている。

なお、例外を認める病院に関しては、健康確保措置として、連続労働の上限は28時間とし、9時間の勤務間インターバルを設けること、また、月の時間外労働が100時間を超える医師に対して産業医面談を行うことが義務付けられる。これらは、どれも客観的で厳格な時間管理を要するものであるが、病院の多くは客観的な時間管理を行っていない。大学病院では無給医などという全く管理されていない医師が存在する。また、大学病院などではアルバイトを余儀なくされている医師もいるが、彼らの健康管理のためには、複数の病院での労働時間を合算して管理する必要があるが、この点は明記されていない。詳細に関しては現在、厚労省の検討会で議論が行われており今年中に結論が出される見込みである。

厚労省は2035年度までに、医師労働のタスクシフトやムダの削減、病院の集約化等を進め、地域医療を守るための医師労働時間の例外はなくすとしている。しかし、医師の長時間労働の最も大きな問題は当直問題でありこれはタスクシフトでは解決できない。医師を増員し交代制勤務を導入しなければ解決しない問題である。にもかかわらず医師不足が続く中で、国は医師養成数を減らす議論を行っており、医師の働き方が改善する目途はたっていない。

6、働き方改革の現実とすぐに可能な時短の取り組み

(1)集中的技能の習得

すでに述べたように集中的技能を修得する医師の時間外労働の上限も年1860時間である。ただし、無休医の問題を見ると、集中的技能の修得に該当する医師は、その多くがパワハラがある環境下であり自分の意見など言うことができないと考えられる。大学には何万人も医師が働いているが、無給医問題に関して全く声が出されなかったことから、大学は言論の自由がないパワハラ社会と言える。従ってこのC基準は一方的に押し付けられる可能性が高い。出産や育児を担う女性医師が不利益を被ることが危惧される。そもそも長時間労働下で医師の技能が身に着くと発想自体が時代錯誤である。また、例外となるBやCの病院も、連続労働は28時間が上限で、勤務間インターバル9時間が義務になるが、この9時間を勤務に組み込むことは非常に難しいと考えられる。

常識的には医療安全の視点から交代制勤務を組んで、16時間以上連続して働かないようにすべきである。その方が勤務としては組みやすいが、一定の医師数がなければ交代制勤務は組めない。産婦人科の場合は一つの病院に最低8

名の産婦人科医が必要である。

(2) 現場の医師が求めるもの

先に勤務医労働実態調査2017のデータを紹介したが、この調査では「この2年間で業務量が減りましたか」との質問を行っている。その回答では、減ったが16.2%、増えたが43.8%で、増えたとの答えが2.5倍となっている。これは具体的な量ではなく、回答者の実感としての回答であるが、増えた業務では、「文書作業」や「委員会などの会議」などが多く、医師が無駄と考える業務が増えているのが特徴と言える。また、何を一番改善して欲しいかを問うているが、完全な休日を増やすというのが断然1位であった。先に述べたように、1カ月に1回も休みがないという医師が約1割存在し、2回、3回しか休みが取れないという医師も多いため、このような回答結果となっている。次に、改善に有効な方法を問うているが、一番多いのは医師の増員で63.7%、2位が無駄な業務を減らすで48.1%、3位が医療補助職の増員で47.5%であった。実行可能性では、無駄な業務をなくすことが最も早く実行でき予算も必要とせず容易である。医療補助職の増員は、予算や育成に一定時間を要するが管理者の姿勢で実施は可能である。医師増員に関しては、予算と時間を必要とするが、不可欠の課題であると言える。

(3) すぐに可能な具体的な取り組みと交代制勤務

医師に対する上限規制は2024年から施行されるが、今、過労死ラインの3倍を超えているような医師は、適切な時間管理がされていない。そのような長時間労働を認めるような36協定は存在しないはずである。

無休医が象徴的であるが、ずっと大学で働い

ているにも関わらず、労働時間はゼロとなっている。そのため、アルバイトで当直を月に10回行ったりしているが、合算してどれだけ働いているのかは不明であり、安全管理や健康管理も全くやられていないのが現状である。一刻も早くやれるところから労働時間の削減を進める必要がある。

労働時間の削減について、すぐに可能な対策の例をいくつか挙げておく。医療クラークなどを入れて、1日30分労働時間を減らすと年間で150時間程度時短が可能である。これは、比較的簡単に短期間で実行可能である。当直回数も外部の医師に委託することが可能である医療機関では、月1回当直を減らせば年間180時間程度減ることになる。次に、当直の準夜帯の夜5時から8時までの3時間を他の医師に代わってもらうと、医師によっては年間で180時間程度の時短が可能となる。これは、すでに一部の医療機関で行われている。さらに、外来を週1回減らすと年間200時間程度減らすことが可能である。このような取り組みを、早急に積極的に進める必要がある。

これらの時短の取り組みと並行して、複数主治医制やチーム医療を進めることも不可欠である。この点に関しては病院としての方針を明確にし、スタッフに徹底したうえで、患者に告知をする必要がある。さらに行政と協力してコンビニ受診をなくすことや救急相談の#7119の利用を進めることも必要である。これらの取り組みをしっかりと行えば、医師によっては年間300時間や500時間の時短を進めることが可能であると考えられる。しかし、さらに時短を進めることは困難であると思われる。それは当直問題の抜本的な改革が必要であるからである。夜間の救急等に対応する当直では1回で約15時間の時間外労働が発生する。従って、交代制勤

務を導入しない限り、当直による長時間労働はなくなる。交代制勤務を実行するためには医師数の増員や一部の診療科の集約化を進める必要がある。

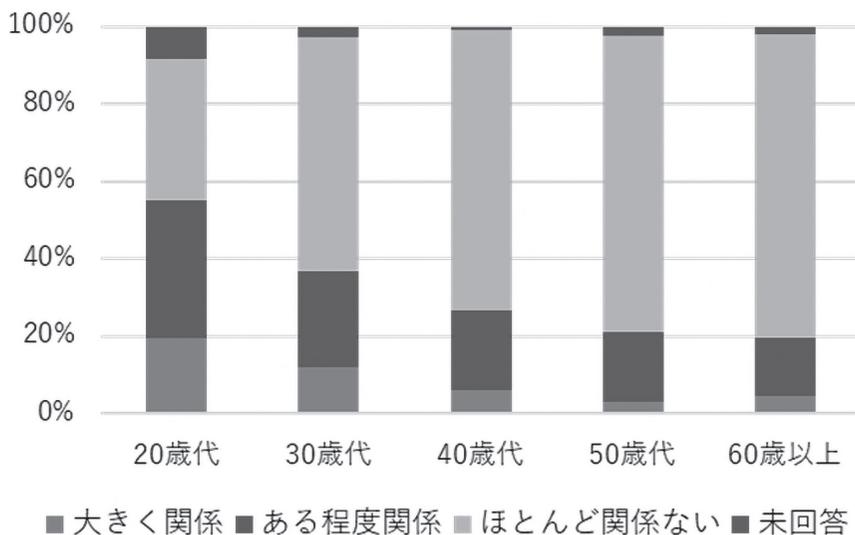
まず当面必要なことは客観的な時間管理を適切に行うことである。これが守られないと労働時間を減らそうという動きが出てこない。客観的な労働時間がわからなければ、時短の取り組みの客観的な検証もできない。今は残業代の不払いが蔓延しているが、残業代を全て支払ったとしたら、長時間働は経営的にも許されなくなる。実際、1860時間残業させると、本給が1000万円の医師は、残業代だけで約1300万円となる。これには、深夜労働の割増賃金を入っていない額であり、深夜の割増賃金を入れると残業代だけでおおよそ1400万円程度になると考えられる。本来は、客観的な時間管理をやって労基法を守れば、経営的にも医師を長時間働かせることはできないのである。

7、診療科による医師の偏在

ここで診療科の偏在問題に触れておく。先に示した勤務医労働実態調査2017では、診療科の偏在が労働環境と関係あると思いますかとの質問を行っており、約9割の医師が関係があると答えている。特に深刻なのは、50歳、60歳代の医師たちの8割は、自分が診療科を選ぶときに労働環境は考えなかったと答えている点である。しかし20歳代の医師の約6割は労働環境を考えて診療科を選ぶと答えている(図-8)。このような傾向が続けば、診療科の偏在はますます進行することになる。産婦人科や救急・外科系を選択する医師は今後さらに減少することになる。表面的な労働条件では一番良いのがリハビリ科ということになりかねない。通常であればリハビリ科の医師は、夜中に呼ばれることはない。緊急に夜中にリハビリを行うことは有り得ない。ただし、リハビリ科の医師は異なった点で非常に大変な面もあるが、深夜労働や拘束と

図-8 世代別の診療科の選択と労働環境

診療科の選択と労働環境



出典:「勤務医労働実態調査2017」の回答より、著者作成。

いう面からみれば比較的働きやすい診療科と言える。また、眼科、皮膚科などを選択する医師も増えることになる。体力に自信がなかったり、将来子どもを2人、3人は欲しいと思えば救急科や産婦人科などを選択することは困難である。診療科別で労働時間に大きな差があると、ますます診療科の偏在が増えるということである。各診療科と病院が協力した労働条件改善が求められる一方で、絶対的な医師不足の解消が不可欠である。

8、歪な医療供給体制

最後に、日本の医療供給体制のアンバランスについて言及しておく。日本の医療を国際比較でみると極めて特殊なものとなっている。一年間の医療機関への国民一人当たりの受診回数は、OECD諸国平均6.8回に対して日本は12.8回と約2倍である。病床数は人口1000人当たりOECD諸国の平均4.8に対して、日本は13.2と約3倍である。また、CTやMRIといった検査機器の人口当たりの普及率は世界で断然トップでOECD平均の3倍から4倍となっている。さらに、医薬品等の保健医療支出に占める割合はG7の中で最も大きくなっている⁽⁷⁾。また、公的な保険制度の下でフリーアクセス制度を実現している国は日本だけである。

受診回数からみても日本では医療に対する要求度は極めて高く、世界の中で病床数、検査機器の数がトップであり、薬剤にも莫大な医療費が使われている。しかし、医師や看護師の数は国に抑制され深刻な人手不足のもとで多くの医療スタッフが犠牲になっている。箱モノにお金を使い人件費を著しく抑制している。長期的には、この医療供給体制の歪みを正さなければ、医師の働き方は改善されないであろう。

注

- (1) 医師の働き方改革に関する検討会報告書
厚生労働省 医師の働き方改革に関する検討会
2019年3月28日
- (2) 勤務医労働実態調査2017
勤務医労働実態調査2017実行委員会 2018年2月20日
- (3) 平成24年度日本外科学会会員の労働環境に関するアンケート調査報告書 平成25年4月
一般社団法人日本外科学会、一般社団法人日本救急医学会、特定非営利活動法人日本胸部外科学会、特定非営利活動法人日本血管外科学会、特定非営利活動法人日本呼吸器外科学会、一般社団法人日本消化器外科学会、特定非営利活動法人日本小児外科学会、日本静脈経腸栄養学会、特定非営利活動法人日本心臓血管外科学会、一般社団法人日本大腸肛門病学会、日本内分科学会、一般社団法人日本乳癌学会、日本腹部救急医学会
- (4) 内閣府 選択する未来委員会「選択する未来—人口推計から見えてくる未来像—」 2015年12月2日
- (5) 群馬大学医学部附属病院医療事故調査委員会報告書
群馬大学医学部附属病院医療事故調査委員会
2016年7月27日
- (6) 厚労省 医療従事者の需給に関する検討会第4回 医師需給分科会 資料1
- (7) 日医総研ワーキングペーパー 医療関連データの国際比較 —OECD Health Statistics 2016— No.370 日本医師会総合政策研究機構 前田由美子 2016年9月16日

特集② 「働き方改革」と地域医療—政策はいかにあるべきか
シンポジウム報告から

病院経営からみた医師の「働き方改革」⁽¹⁾

The “Work Style Reform” of physicians:
Views from hospital management

吉 中 丈 志(公益社団法人 京都保健会)

Takeshi Yoshinaka (Public interest incorporated association Kyoto Hoken-kai)

抄録：医師数抑制は医療費抑制の手段としても位置づけられており、その中で、医療機関の経営が厳しさを増している。この20年の間に大規模病院の医師数は増えたが、中小病院では逆に減少している。また、近年外科手術等が大病院に集中してきたことも相まって、中小病院が淘汰されている。これは在宅医療の基盤の弱体化につながる問題である。医師数に関する政策については、想定する労働負担の適正さ、特に「労働の質」をしっかりと考慮すべきである。同時に、人口などを含めた医療需要の正確な推計を行うなど、注意深く検討していくことが重要である。

キーワード：医師、働き方改革、中小病院、医療需要

今日の医療政策と医師労働

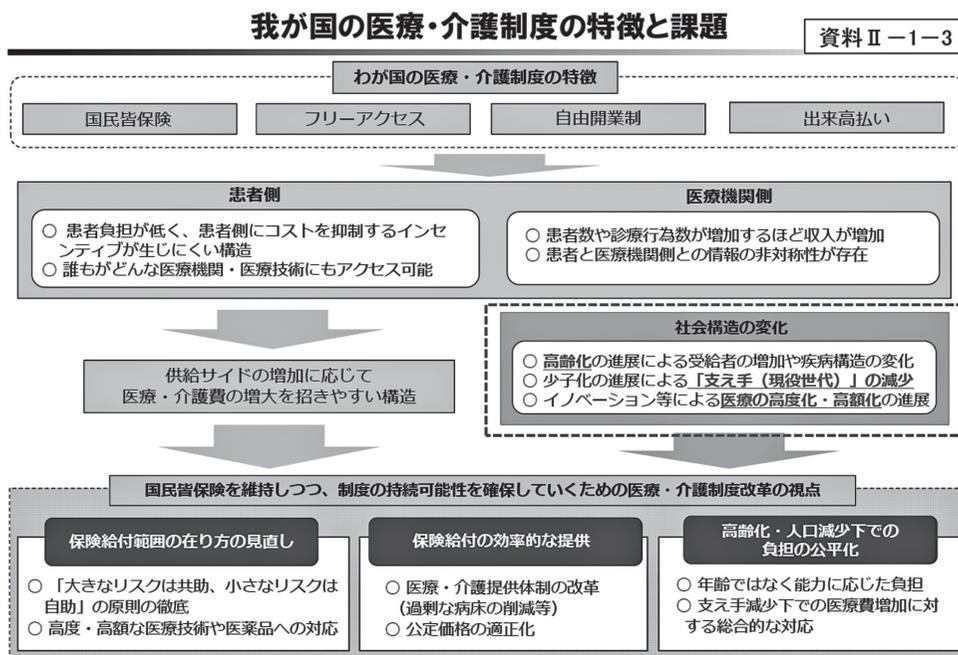
私は病院の経営者の立場から働き方改革についてお話してみたいと思います。最初に今の医療政策に対する私の認識をお話しします。図1は財政制度審議会が6月に出した「令和時代の財政の在り方に関する建議」にある社会保障費用についての資料にあるものです。同建議では、『給付と負担のバランス』を回復させるためには、潜在成長力を高める構造改革や支え手減少への対応とともに、社会保障のための負担の在り方の見直しと社会保障給付の伸びの抑制が不可欠」として、「着実かつ迅速に改革を実施していく以外に途がない」として切迫性を強調しています。(財政制度審議会「令和時代の

財政の在り方に関する建議」2019年、p.12)

わが国の医療保障制度は、国民皆保険、フリーアクセス、自由開業制、出来高払いであるとし、これが日本の医療制度の特徴だと認識していることがわかります。そのうちで後三者、すなわち、フリーアクセス、自由開業制、それから出来高払い、これが「供給サイドの増加に応じて医療費や介護の増大を招きやすい構造」(図1)であると断じているのです。ですから、ここを規制する、すなわち、保険給付範囲の在り方の見直し、保険給付の効率的な提供、高齢化・人口減少下での負担の公平化が基本方針とされています。(その後安倍首相を議長とする全世代型社会保障検討会議が発足し、2020年

(受理日：2019年12月22日)

図1 政府が提示する医療・介護制度の改革課題



出所：財政制度審議会(2019) 令和時代の財政の在り方に関する建議(令和元年6月19日), p.163.

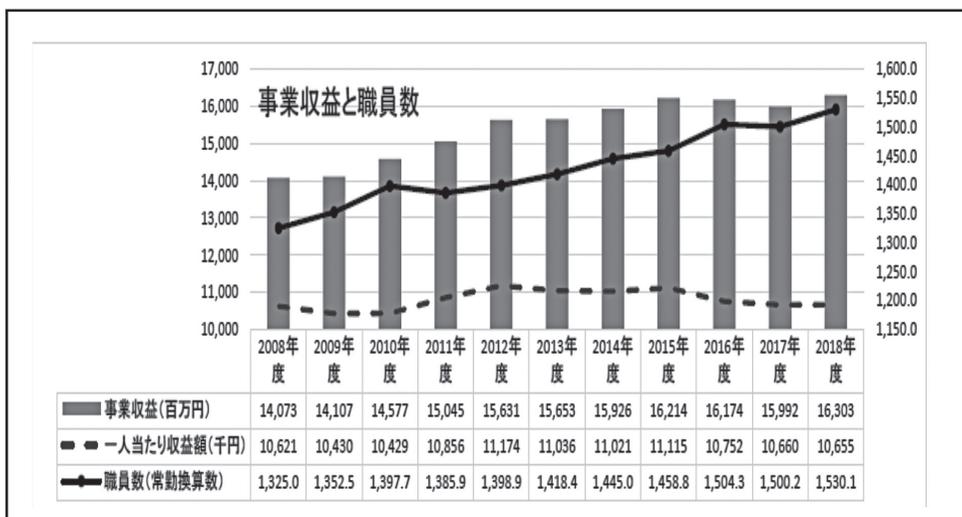
度に取りまとめる予定の「経済財政運営と改革の基本方針」において、給付と負担の在り方を含め社会保障の総合的かつ重点的に取り組むべき政策とりまとめが始まっています)

本特集のテーマとの関連では、三項目の中にある保険給付の効率的な提供の項目がポイントで、医療・介護提供体制の改革として、「過剰な病床の削減等」とある点に注目したいと思います。医療費が増大する一番の原因は病床数といわれますが、実は医師数の影響の方が大きいという考えが「等」の中に含まれています。これは経済財政諮問会議に登用されている研究者たちの見解を踏まえた考え方です。このため、医療提供体制改革の中で病床数と並んで医師数抑制は医療費抑制のために外せない基本方針になっていると理解しておく必要があります。

医療機関からみた医師数問題

こういう経営環境の中でわが国の医療機関は経営されています。私の法人は病院、診療所、介護事業所などからなる公益法人です。2008年から昨年までの事業収益の変化を図2にお示しします。年間の収益は現在163億円あまりです。2011年に法人内の病院の再編を行いました。基幹病院である京都民医連中央病院の病床を300床から411床に増やしました。一方で小さい病院の縮小や診療所への転換を行いました。病床規制があるため病院単独の増床は許可されないためです。この再編によって収益が大幅に伸びましたが、その後は収益の伸びが悪くなっています。医療費抑制政策の影響です。現在中期計画の主な事業として基幹病院である京都民医連中央病院のリニューアルを行っています。今年の11月から新しい病院がスタートしますが、大きな投資です。経営ビジョンである

図2 京都保健会の事業収益の推移



出所：京都保健会HP情報公開より著者作成。

地域密着型の急性期教育病院を本格的に実現するためです。法人の大きな経営戦略と位置付けています。経営戦略的には自分の病院や診療所などの事業の規模を大きくしていく成長の仕方をorganic growthといいます。京都民医連中央病院のリニューアルはこれに当たります。しかし、少子高齢化・人口減少社会と医療費削減政策の下では、organic growthだけでは成長はむつかしくなると考えられています。そこで、もう一つの成長戦略としてnon-Organic growthが注目されています。法人の合併、M&Aみたいなことですね。人口が減るわけですから、医療需要は減ると予測されています。こういう環境で成長しようと思えばこういう選択しかなくなってきている、そんな感じです。一般企業の場合は海外展開があるわけですがけれども、医療機関の場合はそういう動機は少ないです。政府はその方向も推奨していますが極めて例外的です。こんなことを考えながら医療機関の経営を進めているということです。しかも今度のリニューアルは中京区から右京区へ移転すること

になります。右京区は京都市内では人口当たりの病床数が最も少ない行政区です。競合する医療機関が少ないということになりますから、条件としてもいいわけですよね。こういったようなことを加味しながら5年後、10年後を考えて経営しているというのが医療機関の実態です。

その中で今日のテーマである医師数についてお話しします。まず病院に勤務する医師の人数についてです。どこの医療機関にとってもこれはなかなか厳しいものがあります。京都民医連中央病院の常勤医師数は2003年頃50人でしたが現在では85人程度まで増えています。しかし、まだまだ足りません。例えば救急車は6倍以上に増えていますので、現場の不足感は強いものがあります。医療行為は医師が基点になって動いていきます。診療報酬上も医師の指示が必須であることが圧倒的に多いのです。ですから、経営を支える屋台骨という意味でも医師数は重要です。救急医療で考えてみますと、京都民医連中央病院の救急車搬入は年間3500件ぐらいあります。毎日10台ほど救急車が来ると

ということです。京都市全体でも救急車の出動件数は20年間右肩上がりです。これ以外にウォークインと言いますが、風邪引いた、おなか痛いなどの症状があって自分で来院される方があります。軽そうに見えて中に重症例があります。このタイプの救急は救急車搬入よりも多いのです。こういう患者さんたちで病院の外來はかなり占められます。このような救急あるいは緊急対応を除いては、京都民医連中央病院の外來は専門外來と紹介外來だけに特化させてスリム化させています。その他にお産は昼夜を問わずあります。又入院患者さんの病状変化もあるので、これに対応する必要があります。小児科については小児科医が対応することが必要ですけども、小児科医は少ないため当直体制が出来ずオンコールです。こうしたことから夜間、休日の体制として6人プラス α の医師が必要なのです。

救急搬入は24時間ありますので当直で救急対応にあたる医師は眠れません。交代制勤務が望ましいと思いますけれども、現在の医師数では人数が足りないため実現不可能です。京都市内で、私どものような400床、500床の病院は10病院ぐらいあるんですけども、最近耳に入ってきている情報では京都府立医科大学大学の関連が強い第二赤十字病院では今回の働き方改革で交代制勤務を実現したいと考えておられるようなのです。しかし、第二赤十字病院がそういう交代制勤務をひくということは、そこに医師をたくさん確保するというのですから、京都府下全体ではもっと偏在が進むという可能性があるのではないかという声が上がっています。医師偏在や働き方改革を京都府下全体の視点から見た場合には矛盾が出てくると危惧されているのです。

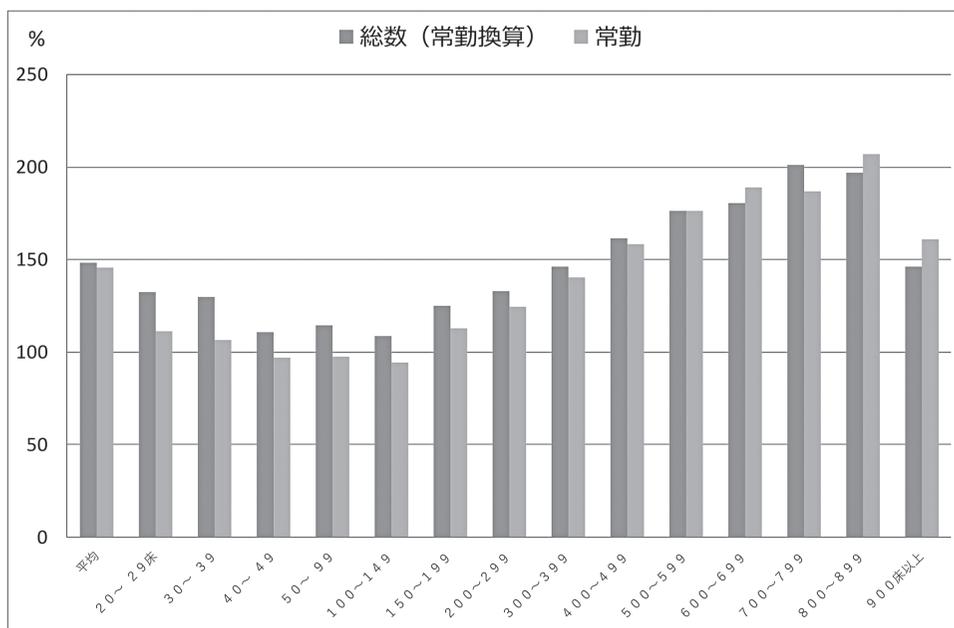
働き方改革では医師については2024年から

と先延ばしにされています。ここでは詳細は省きますが、A基準でも年間960時間で一般労働者の例外よりも長いのです。少なくともA基準以内に収めたいと考えて準備を始めているところですが、しかし実際に計算を始めてみると例外なくその範囲に収めるのが難しそうなケースが出てきています。ご存知のように研修医については集中的技能向上水準と名前が付けられて1860時間まで許容することになりました。研修の必修化を準備した1990年代後半の議論では、アメリカもヨーロッパも労働時間を強く規制し、勤務間インターバルも導入されていた経緯も紹介されたのですが、日本では結局取り入れられませんでした。その後2000年代の中ごろから欧米では研修を充実させるために少し規制を緩める方向になってはいますが、いずれにしても欧米の経験を踏まえて研修という側面を考慮することは必要だと考えますが、日本では過労死で倒れる医師の中に初期研修や専攻医などが少なくありませんので、その点を見据えた検討がどうしても必要だと思います。

医師労働をみる視点—医師分布の変化と労働の質

ところで、こうした医師の労働実態はわが国の医師数と密接な関連があることは言うまでもありません。気をつけておかないといけないのは医師数の推移です。図3に病床規模別の病院の医師の数がどう変化したかを示します。病院報告のデータから常勤医師数及び常勤換算医師数の両方について1998年と2016年で増加率を比べてみました。常勤医師数に着目すると驚いたことに100床以下の病院では1998年に比べて医師数が減っています。常勤換算で増えているのは苦勞して非常勤医師を確保したからでしょう。一方で、400床以上の大きい病院では医師

図3 病床規模別にみた病院医師数の変化 1998/2016



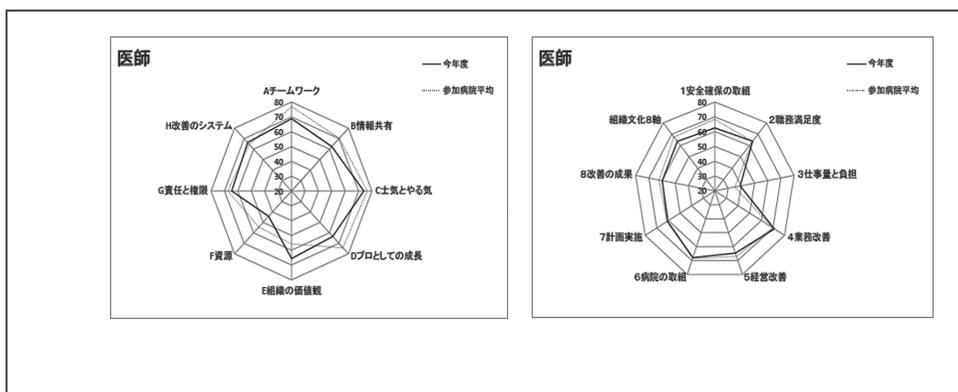
出所：厚生労働省・医師・歯科医師・薬剤師調査より、著者作成。

数が大きく増えているんです。こうしてみると、病院間での医師偏在という事象もあることがわかります。厚生労働省は触れようとしなくても、この偏在は実は病院経営に非常に厳しい圧力になり、中小病院が淘汰されてきているのです。これは地域医療の崩壊の知られざる姿だと思えます。

それからもう一つ、過労死の問題に長年取り組んできた経験から言うと、働き方改革が労働時間ばかりに焦点が当てられている、言い換えれば労働の質をよくするという視点が欠けていることを強調したいと思います。安倍内閣においては働き方改革が労働力不足を補填して経済成長に結びつけることばかりが強調されています。ここに根本的な欠陥があります。対策が労働時間のことだけにシフトをさせすぎていると思います。実は、労働者は適正な労働時間と同時に労働の質、働きがい求めているのではないのでしょうか。医師もそうなんです。欧米と比

べてわが国の働き方改革は遅れています。働きがいは働きやすさとやりがいからなる(ハーズバーグの二要因理論)とされてきましたが、わが国の働き方改革は前者に偏っています。欧米の企業では、尊敬、公正、連帯感、誇り、信用によって培われる労働者とマネジメントとの信頼関係が重視されるようになってきています。人の潜在能力の最大化、全員型「働きがいのある会社」をめざしています。(Great Place to Work社HPなど)欧米では働きがいは生産性の重要な要素だと考えられるようになってきています。これはILOが掲げるディーセント・ワークです。働く側から見るとワークライフバランスでもあります。人間らしい働きがいのある労働ということです。繰り返しますが、こうした議論が薄いのが今の働き方改革ではないのでしょうか。労働の質の視点を大切にして労働時間の適正化を進めることが必要です。時間と金の話しだけに終始しては取り残されるという気

図4 医師の満足度調査結果



出所：京都保健会職員、患者・利用者満足度調査結果から抜粋

がします。真野さんっていう医療経済の研究者がおられますが、現在の医療界では医師の世俗化が進んでいるという考え方をされています。聖職の世俗化が起きている。だから、働き方改革の中で欠けている労働の質の問題はやっぱり重視しなければいけないと思います。

こうした働き方の在り方は職員の仕事に対する満足度に現れます。私どもの病院では昨年京都大学医学部社会健康医学系と契約して満足度調査をしました。図4は医師の結果です。左は主に主観的な枚葉、自分が働いている部署でチームワークはよいか、情報共有が出来るか、士気・やる気はどうかなどについてアンケートに記入してもらったものをグラフ化したものです。右側は組織の状況、例えば安全の確保はどうか、仕事量と負担はどうか、経営状況などです。調査した他の病院を含めた全体の平均値を点線で示すことによって当該院所の特徴がわかるようになっていきます。職員満足度調査とならんで患者、利用者満足度調査も同時に実施しています。こうした満足度を測定することによって、他の院所とも比べることができ、患者さんたちの満足度も視野に入れながら、自院所の中で改善点を抽出し、計画を立てて実行し

ます。その結果を翌年また測定する、これを繰り返していきます。PDCAサイクルと言いますが、日本の病院では取り組むところが増えていきます。経営者が方針をもって実行するというのと少し違います。満足度や働きがいは労働者自身の問題ですので、PDCAサイクルの仕組みを作って改善の取り組みが進む状況を職場でやるのが重要なのです。私の法人では、今、若手中心の特別なチームを編成して年間計画で改善に取り組んでいるところです。

これまで、病院の医師の偏在があってその中で中小病院が淘汰されてきているということを示し上げました。京都で私どもの周りの病院をみてもそう実感します。私どもの法人の中の病院を見てもそうだと思います。地域医療を患者さんの一番身近で支えてきた中小病院が減少しているのです。これはこれから大切になってくる在宅医療のインフラを弱体化させていることに他ならないのです。家で暮らしている高齢者が夏では脱水、冬は肺炎などですぐに入院でき治療が終われば自宅に戻れる、小回りが利く医療が成り立ちにくくなっています。地域医療の崩壊と言ってよいと思います。これは医療費削減を最優先した医療政策の結果なのです。

これによって地域医療の中で育まれてきたソーシャルキャピタル、絆と言いかえた方がわかりやすいかもしれませんが、これも同時に浸食されてきていると思うのです。結局、地域医療の質が低下してきていると感じています。そして、それ自身が医師の労働の質と分かちがたく結びついていることを見逃すべきではありません。

医療の質と医師労働

ここで、医療の質という観点から医師の労働についてもう少し考えてみます(図5)。2001年に『To Err is Human』(人は過てる)という医療安全の考え方に大きな変化をもたらした本が出版されました。アメリカ医療の質委員会によるものです。委員会はこれを医療の質全体に敷衍し、医療の質を組織として改善することをめざして、「谷間を越えて」という続編を出しています。その中で、医療の質には有効性、効率性、患者中心性、適時性、安全性、公平性があり、これを測定して評価し、PCDAサイクルに乗せ

て改善するというものです。最先端医療が単純に質が高い医療だとはいえないとしたことに斬新さがありました。各項目を分析的にみることによって医療の質を評価し、改善できるというわけです。また、患者さん個人に対して提供される医療の質だけでなく、その地域全体の医療の質の向上が課題として提起されたことにも重要性があります。一人一人の患者さんに対する医療行為として安全を提供したり、より効果が出たり、公平性であったりっていうことは重要だとしても、それプラス、地域全体の医療の質が上がらないとだめだという認識ですね。一人の患者さんだけでなく、その地域全体の質が上がらないとだめだということです。さらにその後、医療費高騰が世界的な課題となる中でコストの問題も重視されるようになりました。お金をかければよいという話でもなくて、現在ではできるだけ資源を効率的に使って質の高い医療を提供することが重要だと考えられています。

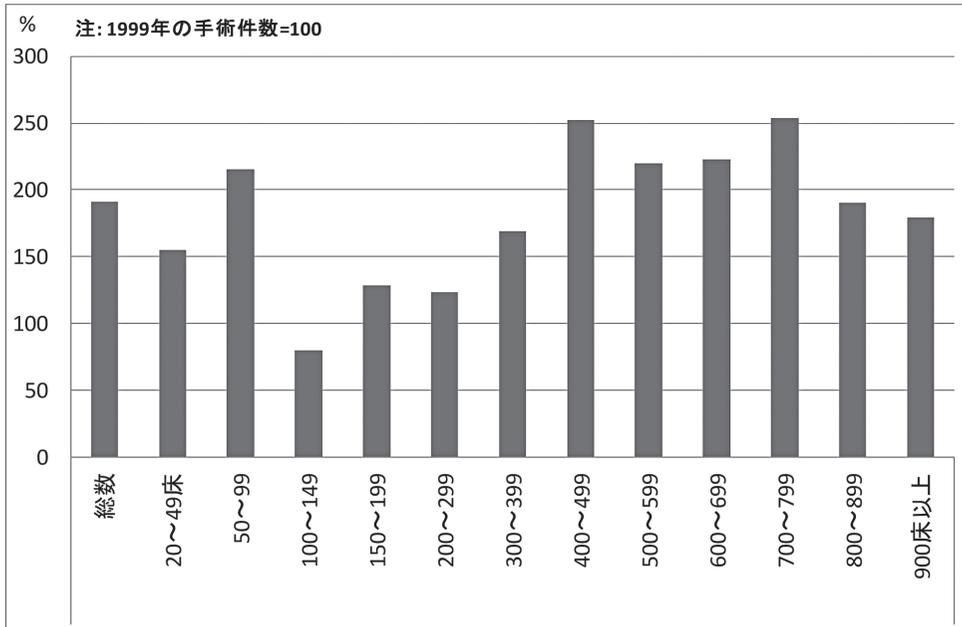
先ほど中小病院の医師は減り大きな病院の医

図5 医療の質と費用



出所：著者作成。

図6 病床規模別にみた悪性腫瘍手術件数の変化(一般病院) 2017/1999



出所：厚生労働省医療施設調査から著者作成

師が増えていると申し上げましたが、実はこれには医療の質にかかわる技術的な要素があることも見ておかななくてはなりません。図6は病院の病床規模別に悪性腫瘍手術件数を1999年と2017年で比べたものです。がんの手術件数の推移としてみてください。中小病院では明らかに減っています。がんの手術は大きな病院でされるようになってきているのです。それは、原因でもあり、結果でもあるんですけども、手術安全とか入院期間短縮とか、QOL重視とか、そういう観点が非常に強まってきていますから、一昔前のように1人の内科医がいて、1人の外科医がいて、看護師さんがいて、それで全身麻酔の手術をすることはなくなってきているのです。私どもの病院で言いますと、手術にかかわる人たちは外科系、外科医とか泌尿器科医とかですね。で、麻酔科医。それからがんの治療です。放射線科医、それから化学療法科の

医師。それ以外にも内科系の医師。例えば糖尿病があつて、コントロールが難しいとかですね、認知症があると。それからリハビリテーションですね。終わったらすぐ、手術の翌日からもうリハビリテーションをします。それから、がんという診断がついた時点から緩和ケアは開始すると。高齢者も多いですし、精神科のサポートも要ります。こういう具合に専門医がたくさん要るわけですね。看護師にしても多くの認定看護師が関与しますし、薬剤師、リハスタッフなども加わります。20年前とは全然違うチーム医療が医療の質を支えているのです。退院して地域に戻る時には多職種協同が必須です。これは医療技術の進歩が多くの専門職を必要としていることの現れです。技術的な要素が医療においてはマンパワーを必要としているのです。

こうした現代の医療では1人の医師は非常に

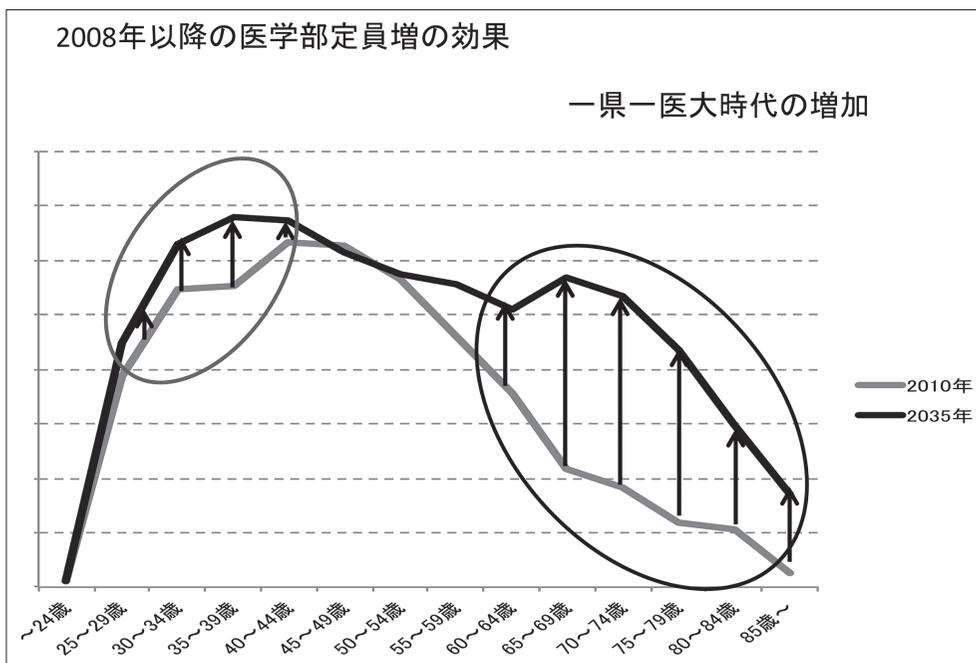
多くの専門スタッフと関わって連携して仕事をするわけです。チーム医療によって医療の質を担保しているため、ひとりの患者さん関わる医師もスタッフも明らかに増えているのです。ですから、医療の質を向上させることと人的な効率化、スリム化は対立してしまうのです。現実の病院運営では医師の数は多めに余裕をもって確保できなければならないと感じています。新専門医制度は後で述べられると思いますが、その中にシーリングと言ってこれ以上専門医を増やさないという枠を持ち込む仕組みがあります。医師数を絞っていくので都道府県や二次医療圏で医師が自由に動いては困る、医師偏在が進むことが予測されるため、医師が多い京都府などには専門医のキャップ制を設けるといふのです。専門医のトレーニングをする医師の世代は若くてパワーがあり現実の医療を担ってい

るわけですから、この世代の医師が医療へ参入することに制限を加えることになります。

医師数についての諸論点

さて、これまで病院医療や地域医療の現場では医師の不足感が圧倒的と言ってよいほど強いことを述べてきました。そこで、わが国の医師数について考えてみましょう。ただし、医師数については冷静に見ていく努力が大切だと考えています。現時点では医師の数は増えていますが。それでよいのではないかという風になってしまいがちですが、実は増えている医師は若い医師なのか、中堅なのか、あるいはベテラン医師なのかということが重要です。高齢の医師が増えるだけでは医療需要に追いつかないことは容易に予想できるでしょう。現在増えている医師の年齢層には二つの山があります(図7)。一

図7 年齢別にみた医師数の推移概念図 (2010年と2035年)



出所：医療従事者の需給に関する検討会第19回 医師需給分科会(2018年4月)資料
将来医師数の人口ピラミッドから著者作成。

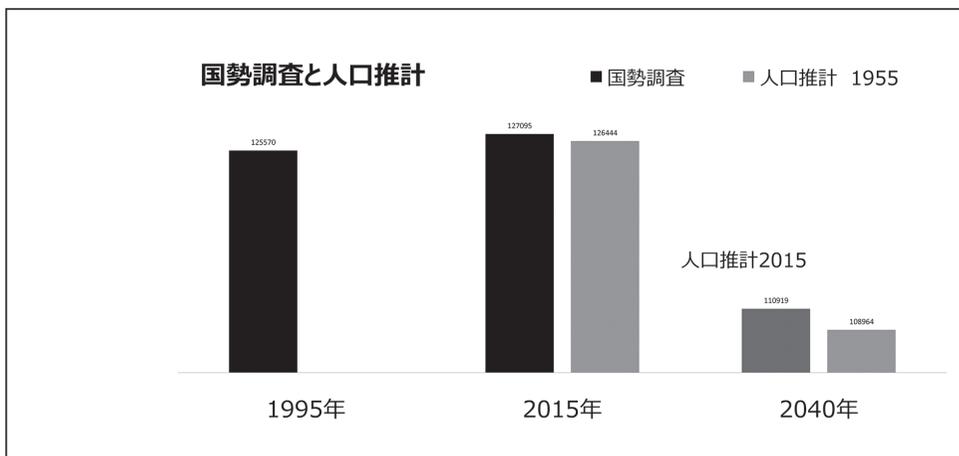
つは、一県一医大構想が実現した後の卒業した医師の増加です。1980年代前半までにすべての新設大学で卒業生、すなわち研修医が排出されます。そこで卒業した医師たちが今60代になってきています。医師の増加の波が60代の医師層に及んでいると言い換えることもできます。そのためもあって現在では大学の教授で定年を迎える人の次の転職先探しが難しくなっている印象です。

もう一つの山は、2008年以降の地域枠で増えた医師たちです。1500人ぐらい増えましたけども、これが今、研修医から専攻医になる時期に当たっており、この年代の医師が増えています。この山は年が進むと右へ移動していきます。注目してほしいのは二つの山の間にある谷間です。この谷間は養成医師が減ったことを示しています。一県一医大構想が終わって間もないうちに厚生省(当時)が医療費亡国論を唱えて医療費削減のために医師養成を絞りました。具体的には各大学医学部の定員削減です。この谷間、すなわち医師の減少の波が2000年代前半、ちょうど小泉構造改革の時期に重なって深刻な医療崩壊を招いたことは記憶に新しいことです。明

らかな失敗だと思います。

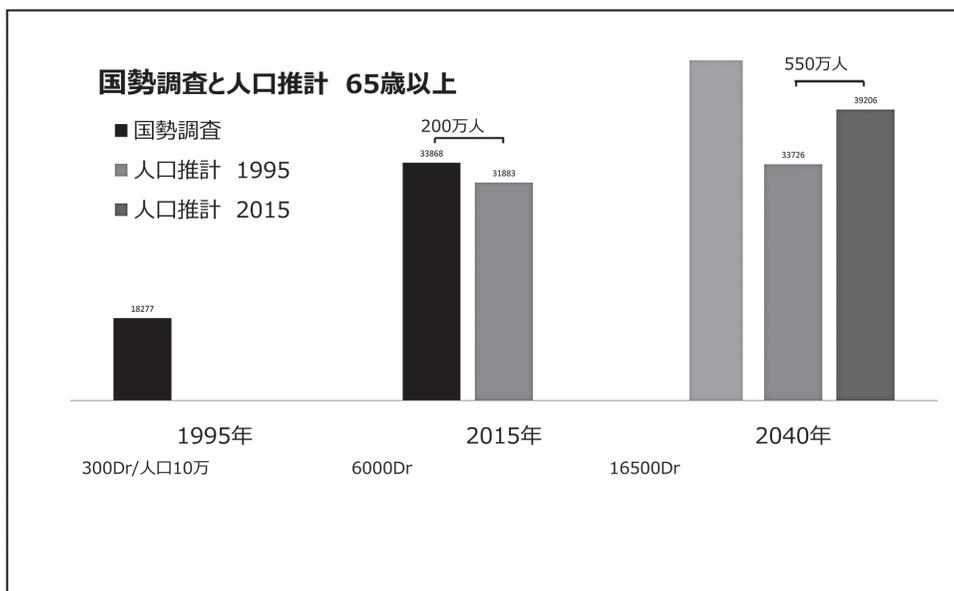
厚労省も医師数についてはそれなりに緻密にやっていたと思います。しかし失敗続きなのです。ここで、私がちょっと申し上げたいのは医師の需要推計にも問題があるという点です。医師の需要推計には医療需要を推計して計算します。医療需要の推計には人口推計がベースになります。人口が10人と1000人では医療需要が違うことはお分かりいただけると思います。ところが、基本になる人口推計の数が実際の国勢調査と相当に食い違っているのです。最近の人口推計は国勢調査で調べた実数と比べて過小推計になっているのです(図8)。実際の数値をみると、1995年の国勢調査では、人口は1億2557万人です。これを基にして計算した2015年の人口推計は1億2644万人になっています。ところが2015年に実施された国勢調査では人口は1億2709万人となりました。1995年時点で推計した値は約60万人過小推計だったことがわかります。現在の医師の育成は人口10万人当たり300名あたりをめざしていますので、1995年時点で2015年時点の医師需要を1800人過小に見積もっていたこととなります。

図8 国勢調査と人口推計



出所：国勢調査結果から、著者作成。

図9 国勢調査と65歳以上人口の推計



出所：国勢調査結果から、著者作成。

年齢別に医療需要は異なります。一般に高齢者では医療需要が高くなります。そこで、65歳以上で同様に検討してみると医師需要の過小評価は非常に大きくなります(図9)。1995年と2015年に加えてまだ国勢調査の数値がない2040年も加えてグラフにしてみました。1995年時点で推計した2015年の65歳以上の人口は2015年の国勢調査による人口よりも200万人少ないのです。65歳以上の人口を大幅に過小評価していたことがわかります。これを医師需要に換算すると6000人の過小評価でした。次に2040年の医師需要が1995年と2015年の各国勢調査時点でのどのように予測されているかを見ました。すると1995年の人口推計は2015年のそれに比べて550万人過小推計していることがわかります。これは医師需要として16500人に当たります。1995年時点の医師需要の見通しは2015年時点での見通しよりも大幅に少なかったということになります。

これまで厚生労働省は医師数を予測してもうすぐ医師が過剰になると言ってきたのですが、これらの予測はことごとく外れて医師不足を放置する結果になったのでした。直近では2020年には医師の供給が需要を上回ると推計されているのですが需給均衡には程遠いと思います。ところで高齢者の人口推計がこれほど違うということは年金の設計に与える影響も少なくないのではないかとも思ったりします。

最後に医師供給という視点から追加的に申し上げます。医師の供給については急性期とか慢性期とかいう病院の種類、女性医師などの実態に合わせて供給量の計算がされるようになってきました。例えば女性医師の場合妊娠・分娩があるため70%の労働力とみなす、というような考え方です。これについては全日本病院協会などの批判もありつつも進化してきたと思います。しかし、まだ問題は残っています。2018年の推計では、大学病院の医師が急性期病院医

師の計算から外されているという問題があります。人数から言えば影響は少なくありません。それから65歳以上の医師の労働時間は週40時間とカウントして計算していることも問題です。これは働き方改革ではフル勤務に当たります。異常に長い医師の労働時間を前提にしてその平均的労働時間を1とカウントし、これを前提に高齢医師の労働時間を見積もったのがこの40時間です。本来は医師の平均が40時間で高齢医師はその6割とか7割とすべきでしょう。現状追認で改革でもなんでもありません。

歴史的には医療技術の進歩によって医師はますます必要になってきました。医療機器が進歩し病院が大規模化しても必要な医師数が減るのではなく増えてきたのです。医療技術の進歩によって必要になる医師の増加をどう設定するかということは、1%なのか2%なのか、相当に議論の余地がある点です。しかし、このことも踏まえた精緻な政策検討が医師数養成政策には不可欠です。透明性があって多くの人が参画できる政策作りにしなければいけないと思います。今からでも遅くないから検討すべきです。例えば医師を6000人増やす場合1年間に1200人入学定員を増やせば5年間かかります。これらの医師が医療の現場で働けるようになるのは最速で11年かかります。こうして団塊の世代がピークを迎える時点をカバーします。その後高齢者が減少してくる2040年頃に向けて今度は入学定員を絞っていくというような対策が必要です。医師偏在についても、一方で消滅自治体とか言って騒いでいるわけですから、医師だけそこで開業せよというのは無理な話です。自治体に対する政策を何とか変えないことには解決になりません。で、何ともならない間はパブリックで、公的支援で病院や診療所を維持する方策が絶対に必要であると考えております。

注

- (1) 本稿は、日本医療福祉政策研究例会での報告を書き起こし、一部修正したものである。

開業医と医師の働き方改革

Physicians in private practice and the “Work Style Reform” of physicians

中 村 暁(京都府保険医協会)

Satoshi Nakamura (Kyoto Medical Practitioners Association)

和文抄録：医師の働き方改革の議論は、勤務医の労働基本権、人権を守ることを第一になされるべきである。今日、国は働き方改革をも医療費適正化の手段として活用しようとしており、それが真に医師の労働条件改善につながるものなのか、懸念される。一方、勤務医の労働条件改善を梃子に、これまでの開業医の仕事が否定されかねない状況がある。それに抗するためにも全国保険医団体連合会が2016年10月に公表した「開業医の臨床推論技術と『保険医』意識の形成過程とその実態に関する意識・実態調査」結果から、開業医による医療の意義を紹介する。

キーワード：働き方改革、開業医、医師数コントロール

第1節 開業医と医師の働き方改革の捉え方

(1) 京都府保険医協会の3つの提案

本稿に与えられたテーマは「開業医と医師の働き方改革」である。医師の働き方改革は今日の医療界における焦点の一つであるが、開業医は埒外である。開業医は事業主であり、労働基準法の対象ではないからである。

筆者の勤務する医師団体である京都府保険医協会は「医師の働き方改革に関する議論への意見」(2018年10月)をまとめ、厚生労働省一般と同省「医師の働き方改革に関する検討会」(座長・岩村正彦東京大学院法学政治研究科教授)に対し、3つのことを提案した。

提案部分を抜粋し、紹介したい。

〈提案1〉

勤務医は労働基準法の適用を受ける労働者であり、人たるに値する生活を営む権利を保障されねばならない。他職種・他産業の労働者と同様に、医師の時間外労働の上限規制は実現されるべきである。そのために必要なことは、交代制勤務などの改革が検討できる医師の増員である。これを裏打ちする診療報酬の引き上げと医師養成数の確保が必要である。各医療機関において医師増員を可能とする形での診療報酬の大幅引き上げであり、医師養成数の確保である。

(受理日：2019年12月22日)

〈提案2〉

国は、長時間勤務の是正のためとして、タスク・シェアリング、タスク・シフティングや応召義務のあり方見直しなどをあげている。だが、この議論は本来、望むべき医療制度の姿、医療とは何か、医師とは何かという問題であり、慎重かつ丁寧な議論をすべきである。同時に医師の働き方を改革するには、労働時間とならんで労働のあり方も重要である。病棟・外来・救急・手術・処置などの多重業務、医療安全、患者説明、文書発行、医療介護連携などは付随する責任を過重なものにしており、長時間労働と併せてストレスを増大させ健康を蝕む要因となっている。医師が生き生きとやりがいを持って働ける環境づくりは重要な課題である。

〈提案3〉

勤務医の労働条件改善を進めると同時に、地域の開業医や介護・福祉関係者の疲弊状況の把握・改善が求められる⁽¹⁾。

以上のうち、1については、医師の働き方改革を論ずるにあたっての基本的姿勢にかかわっての意見である。一部には勤務医の労働者性を認めない言説もあるのが実情であるだけに、労働者性の否定とは人権制約の議論に他ならないことを敢えて指摘した。

2については、労働時間短縮と同時に、医療現場における協働の在り方の検討や働きやすい環境づくりが必要であるという至極常識的な指摘をしたものである。

(2) 警戒すべき、働き方改革の議論を利用した開業医の在り方転換

本稿に深く関わるのは提案3である。

そこに付した提案理由は次のようなものである。

…今後、働き方改革をめぐっては、勤務医の労働条件の改善にかかわって、開業医との役割分担が本格的な議論対象となると考えられる。これにより開業医が業務過多となることを危惧する。医療費抑制策の転換と医師数増政策の推進をしなければ、勤務医と開業医は共倒れする。

すでに国は将来、「かかりつけ医すなわちプライマリケアを担う医師を定め、日常の健康問題に関する診療は、まずはこれらの医師が担うこととして、専門診療を必要とする場合には、その紹介による」仕組みを作ることを「働き方ビジョン検討会」報告書(2017年4月)で述べている。しかし、国民皆保険制度はいつでも・どこでも・誰でもが必要な医療を必要なだけ保険証1枚で保障する仕組みであり、それを可能にしている仕組みとして、療養の給付(出来高払と現物給付)と並んで、フリーアクセスは極めて重要であると私たちは考えている。その点から、私たちは国のビジョンに対し批判的見解を持っているが、働き方改革の議論を通じて国の考えるビジョンへ誘導していくことはあってはならない。

あくまで、開業医も含めた医師の生命・健康を守り、患者の医療を守ることのために、議論をすすめていただきたい。⁽²⁾…

筆者がもっとも警戒するのは、働き方改革の議論が「開業医の在り方」の転換をはかるための議論に利用されることである。

(3) 医療費の地域差是正政策と医療提供体制の改変

国は、医療提供体制に関する政策を「三位一体で推進」としている。それは、地域医療構想、医師偏在対策、働き方改革の3つの政策を、一体的に進めるという意味である(厚生労働省・第66回社会保障審議会医療部会(2019年4月24日)資料1-1「医療提供体制の改革について」)。

インターネットニュースの取材に対し、迫井正深・厚生労働省審議官は次のようにコメントしている。

「医療提供とマンパワーの在り方を最適にしていく取組があり、それをどう動かすのかという話なのです。従来は、診療報酬や補助金がドライビングフォースとなり、支援をしてきました。医師の働き方改革は、将来の医療需要を見据えた適切な医療提供体制とマンパワーの配置に向かって、体制を転換するための非常に強いドライビングフォースになるのです」⁽³⁾。

働き方改革が「将来の医療需要を見据えた医療提供体制とマンパワーの配置」の駆動力だという見解は、医師の働き方改革の目的が勤務医の労働条件改善以外に存在するという点を語ってしまっている。

それでは、彼らが三位一体で目指す医師配置も含めた医療提供体制とはどのようなものか。筆者は、その問いを解くためには「医療費の地域差半減」という財政目標の存在を踏まえるべきだと考えている。

2016年10月21日、経済財政諮問会議で塩崎恭久厚生労働省大臣(当時)は「都道府県別一人当たり医療費の地域差 医療費適正化の推進について」とタイトルの付されたスライドを提出、報告している。スライドから見て取れるのは、医療費には地域差がある。地域差の主な要

因は入院医療費であり、それは病床数と高い相関がある。あわせて医師数も地域差と相関している。これは、外来医療費ではより高い相関を示す、という見解である。

これを受ける形で経済財政諮問会議の経済・財政再生計画改革工程表2017改定版(2017年12月21日)は、外来医療費、入院医療費の地域差半減を目標に据えた。

加えて見逃せないのは、10月の経済財政諮問会議に先立つ5カ月前、5月11日の会議でやはり塩崎大臣が提案した内容である。「国民負担の伸びを抑制」「経済・財政と調和のとれた社会保障制度に」等を基本理念に掲げ、「医師に対する規制を含めた地域偏在・診療科偏在の是正策を検討」すること、すなわち、「医療費の地域差」を是正するために、医師・医療従事者の偏在を是正する。そのために従来の「医師の診療科・勤務地の選択の自由」を制限することが謳われたのである。

今日、経済財政諮問会議における協議が各省庁の政策に与える影響は極めて大きいものがある。病床数は地域医療構想によって、医師数は医師需給推計を基にした就業・開業規制を含む医師偏在是正策によってコントロールする政策が今まさに進められているのである。

(4) 改正医療法・医師法による偏在是正

医師偏在是正策を法制化したのが、2018年7月に国会成立した改正医療法・医師法であった。

改正法によって全ての都道府県に対し、2020年度までの策定が義務付けられたのが「医師確保計画」であり、計画に用いられる新たな指標が〈医師偏在指標〉と〈外来医師偏在指標〉である(図1、2)。

図1 医師偏在指標

○ 医師偏在指標を、次のように設計する。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数 (※1)}}{\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比 (※2)}}$$

$$\text{(※1)標準化医師数} = \sum \text{性年齢階級別医師数} \times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}}$$

$$\text{(※2)地域の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率 (※3)}}{\text{全国の期待受療率}}$$

(※3)地域の期待受療率＝

$$\frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別調整受療率}^{\text{②}} \text{(※4)} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

(※4)全国の性年齢階級別調整受療率

$$= \text{無床診療所医療医師需要度(※5)} \times \text{全国の無床診療所受療率} \\ + \text{全国の入院受療率}$$

$$\text{(※5)無床診療所医療医師需要度} = \frac{\text{マクロ需給推計における外来医師需要}^{\text{①}}}{\text{全国の無床診療所外来患者数 (※6)}} \\ \times \frac{\text{マクロ需給推計における入院医師需要}^{\text{①}}}{\text{全国の入院患者数}}$$

(※6)全国の無床診療所外来患者数

$$= \text{全国の外来患者数}$$

$$\times \frac{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [無床診療所]}}{\text{初診・再診・在宅医療算定回数 [有床診療所・無床診療所]}}$$

出典：厚生労働省「医師確保計画策定ガイドライン」(厚生労働省医政局地域医療計画課長・医事課長「医師確保計画策定ガイドライン及び外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインについて」(2019年3月29日)、pp.12-13。

新たな指標の必要性について厚労省資料は、現在地域ごとの医師数比較に用いられている〈人口10万人対医師数〉は、医師の地域偏在や診療科偏在を統一的に測る〈ものさし〉にならないため、医師偏在の度合いを統一的・客観的に把握できる指標が必要と述べる。

国の偏在是正策は、医師偏在指標を用いて、

全国の三次医療圏と二次医療圏をそれぞれ3つに分類する。①医師多数三次医療圏(二次医療圏にあっては医師多数区域)、②医師少数三次医療圏(二次医療圏にあっては医師少数区域)、③そのどちらでもない医療圏、である。

指標を使って全三次医療圏・全二次医療圏をランキング化し、上位33.3%を医師多数区域、

図2 外来医師偏在指標

○ 外来医師偏在指標を図式化すると、以下のとおり。

外来医師偏在指標 =

$$\frac{\text{標準化診療所医師数} (\ast 1)}{\left(\frac{\text{地域の人口}}{10 \text{ 万}} \times \text{地域の標準化受療率比} (\ast 2)\right) \times \text{地域の診療所の外来患者対応割合} (\ast 4)}$$

$$(\ast 1) \text{ 標準化診療所医師数} = \sum \text{性年齢階級別診療所医師数}$$

$$\times \frac{\text{性年齢階級別平均労働時間}}{\text{診療所医師の平均労働時間}}$$

$$(\ast 2) \text{ 地域の標準化外来受療率比} = \frac{\text{地域の外来期待受療率} (\ast 3)}{\text{全国の外來期待受療率}}$$

(\ast 3) 地域の外来期待受療率 =

$$\frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別外来受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

(\ast 4) 地域の診療所の外来患者対応割合 =

$$\frac{\text{地域の診療所の外来延べ患者数}}{\text{地域の診療所+病院の外来延べ患者数}}$$

出典：厚生労働省「外来医師確保計画ガイドライン」(厚生労働省医政局地域医療計画課長・医事課長「医師確保計画策定ガイドライン及び外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドラインについて」(2019年3月29日)、p.13。

下位33.3%を医師少数区域と設定する。都道府県は医師少数区域において、最終的には2036年を目標に医師を確保する。

当面、3年～4年の計画期間で確保すべき人数は、ガイドライン上、「下位33.3%に脱するために必要な医師の総数」。2036年の目標は、国が医師偏在指標から割り出して示した「必要医師数」とする。

医師多数三次医療圏(≒都道府県)の中に、医師少数区域がある場合であっても、他の三次医療圏からは医師の確保を行わないことが原則とされる。これは、先に紹介した塩崎大臣の経済財政諮問会議資料における「就業地」に対する規制策といえる。

一方、開業医へダイレクトに影響するのが外来医師偏在指標である。同指標を使い、先の医師多数・少数区域とは別に、上位33.3%の〈外来医師多数区域〉が二次医療圏単位で設定される。多数区域とされた二次医療圏では開業規制が導入される。

外来医師多数区域での新規開業を希望する医師は、都道府県への届出様式に、地域で定める不足する医療機能(初期救急、在宅、公衆衛生等)を担うことに合意する旨を記載する欄を設ける。これに合意しない医師は〈地域での協議の場〉に出席させ、その結果を公表するというのである。

(5) 自由開業制の価値

筆者は今般の医師偏在指標を用いた偏在是正策を開業規制の始まりだとみている。

明治維新以降、日本の医療制度は自由開業制を前提に成立し、発展してきた。自由開業制については様々な意見があることは承知している。だが筆者は少なくとも現時点において自由開業制は守るべきだとの立場をとっている。その理由をここで詳細に説明し展開する余裕はないが、医師の自由の問題は、第一に国家と専門職の関係性にかかる問題であり、どのような政策主体の下でなら自由の制限を委ねられるのか、という問題でもあると考えていること。そして、今日の保険医は全員が自由開業制を前提に育ってきた存在であり、それは単に開業地の問題を超えて日本の開業医にとって骨格みの問題であると考えていることだけは、記しておきたい⁽⁴⁾。

(6) 医療制度のパラダイムシフトと医療提供者改革

さて、改正医療法・医師法は勤務医の就業地、開業医の開業地に対するコントロール策であることを述べてきたが、国が考えているのは単なる「偏在是正」ではない。より深く、開業医の在り方を転換する意図を持っており、今後、さらなる政策展開が予想されるのである。そしてその時、医師の働き方改革が1つの「ドライビングフォース」となることは確かであろう。

国がこれからの開業医の在り方についてまとまって述べているのは、これも塩崎大臣が在任中にまとめられた2017年4月「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」(座長・渋谷健司東京大学大学院)報告書である。

同報告書は、国民皆保険制度の理念である、

いつでも・どこでも・誰でもという平等の理念を再定義し、医療システムを「高生産性・高付加価値構造へ転換する」(p.9)こと。同時に医師を含む医療職は、「社会的価値の高いキャリア」(p.5)の追求、その結果として、国民の納得する効率の良い医療の実現を謳うものだった。

全編を通じ、パラダイムの転換という言葉が用いられているこの報告書は、日本の医療制度を高生産性・高付加価値構造へ転換することにより、その専門性を高め続けるプロフェッショナルリズムの下で、住民・患者の価値を最大化できる「働く人が疲弊しない、財政的にも持続可能なシステム」(p.9)の確立を目指している。

転換の対象にあげられたのは、医師の働き方、医療の在り方、ガバナンスの在り方、医師等の需給・偏在の在り方と、医療にかかわるほとんどすべてである。

医師の働き方、医療の在り方をめぐっては「医師主導による診断と治療中心の医療から転換」(p.12)、「タスク・シェアリングとタスク・シフティング」(p.14)に加え、PA (Physician assistant) 等、新たな職種を設けることや、介護職員・医療・福祉職養成に共通課程を導入することが打ち出されている。

ガバナンスの在り方をめぐっては、「医療従事者の業務負担軽減や、育児・介護等へのきめ細かな配慮等を行うには、現に医療従事者が働く場である医療機関自身が、必要な人材・労務マネジメント能力を培う、すなわち自助努力と健全な切磋琢磨を尊重すること」(p.16)の必要性が述べられている。

以上は、今日の医師の働き方改革をめぐって取り上げられている問題である。

医師等の需給・偏在の在り方をめぐっては、「全国一律の制度設計・サービス提供を志向した従来構造からの脱却」を謳い、一方で都道府

県による初期臨床研修の定数設定や新専門医制度研修への関与を強化し、国からの権限移譲を進め、偏在解消策も地域自らが考えられるようにすると述べる。

そして外来医療について、次のように書くのである。「外来医療も診療科ごとの医師配置状況等、供給体制をデータで把握し、必要な診療科の方向付け等を行う」。その上で、プライマリケア確立を謳い、次のように述べる「従来、開業医の担ってきた役割をシステム化する。そのために総合診療専門医育成を強化」し、将来的に「かかりつけ医すなわちプライマリケアを担う医師を定め、日常の健康問題に関する診療は、まずはこれらの医師が担うこととして、専門診療を必要とする場合には、その紹介によること等」を検討する。「診療報酬におけるアウトカム評価と医療費の定額払い」によって、「地域の医療機関全体にメリットが生じるような医療保険制度の見直し」の検討と打ち出しているのである。

以上から読み取れるのは、医師の働き方改革は、それ自体がワン・イシューではないということである。医療制度のパラダイムシフトを進め、その方向に親和的な医師像へ作り変えるという、あくまで医療提供体制・医療提供者の在り方の全体見直しの一環として、政策的に位置付けられているのである。

第2節 開業医は地域でどのように働いているのか

(1) 開業医の仕事語ることの必要性

さて、医師の働き方改革が開業医の在り方を転換する道具となる、という実例を示すにはちょうど良いような論調が3月29日の毎日新聞の主張として掲載された⁽⁵⁾。「働かせすぎの勤務医 開業医との格差を正せ」というものであ

る。勤務医がこんなに長時間労働に喘いでいるのに、開業医は楽をしているという趣旨であろう。だが、このような記載は後述するように事実と異なる。

こうした主張への反論は、実際の開業医の仕事、地域での立姿を知ってもらうことがいちばん良いであろう。

神奈川県保険協会が、開業医の働き方を調査(2018年10月)し、開業医の4分の1が過労死ライン超えの働き方をしており、一カ月の休日が1日以下である医師が3割も存在している。開業医の労働実態は極めて過酷だとの結果を公表した⁽⁶⁾。これはいくつかのメディアに取り上げられ波紋も呼んだ意義ある調査であった。

ただ無視できないのは開業医が事業主であるということであり、自分の意思(自由の問題)としてそのような働き方をしている側面があることである。すなわち、自律した開業医が法律による国家からの労働時間規制を望むのか、ということでもある。

筆者はそうした視点も踏まえるならば、労働時間の長さ、労働の厳しさを訴えるよりも、地域において開業医が何を考え、どのような役割を果たしているのかを語ること。それを通じて、国の医療費の地域差は正などという目標にとって都合の良い開業医像への転換を止めることこそが、今日必要なことだと思える。

(2) 開業医・保険医の意識・実態調査

多くの都道府県で設立されている保険医協会の全国組織である全国保険医団体連合会が2016年10月、「開業医の臨床推論技術と『保険医』意識の形成過程とその実態に関する意識・実態調査」結果を発表した⁽⁷⁾。この調査は、「開業医医療の復権」をテーマとした医療研究フォーラムのために実施されたものだが、開業医の在

り方、働き方を客観的に知るデータとしても貴重な資料となっている。

本稿の問題意識にかかる部分のみ、紹介する。

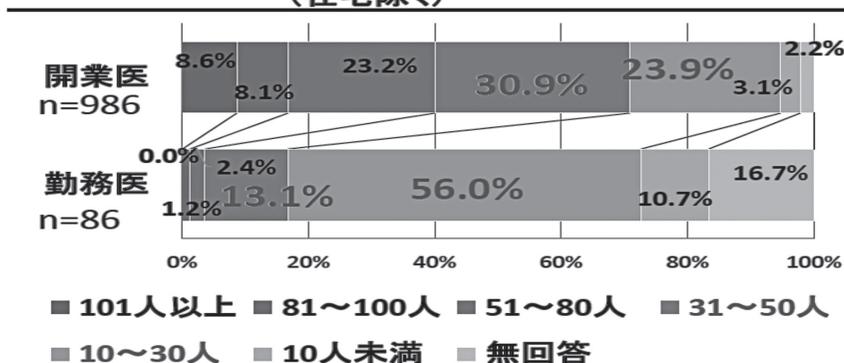
アンケートは2016年5月から6月にかけて実施、郵送による調査である。調査対象数は、医科開業医：5,028人、医科・勤務医：1,473人、歯科・開業医：3,574人から10%無作為抽出した。有効回答数は医科・開業医：954人(19.0%)、

医科・勤務医：135人(9.2%)、歯科・開業医：960人(26.9%)。尚、以下に紹介するデータはすべて医科である。

医師一人当たりの平均外来患者数で、開業医一人当たりの平均患者数は「31人から50人」が最多であった。一方、勤務医は「10人から30人」が最多である(図3)。患者数だけに着目すれば、開業医は勤務医よりも多くの患者を診ているということになる。

図3 開業医のみる外来患者数

問7 医師1人あたりの1日の平均外来患者数
(在宅除く)



出所：全国保険医団体連合会「開業医の臨床推論技術と『保険医』意識の形成過程とその実態に関する意識・実態調査」(全国保険医団体連合会、2016年)。

医院の標榜時間外の対応についてみると、時間外に対応することが診療報酬の算定要件上、義務づけられている「在宅療養支援診療所」の届出をしていない診療所であっても、標榜時間外であって4割以上が、何かしらの対応は行っている(図4)。

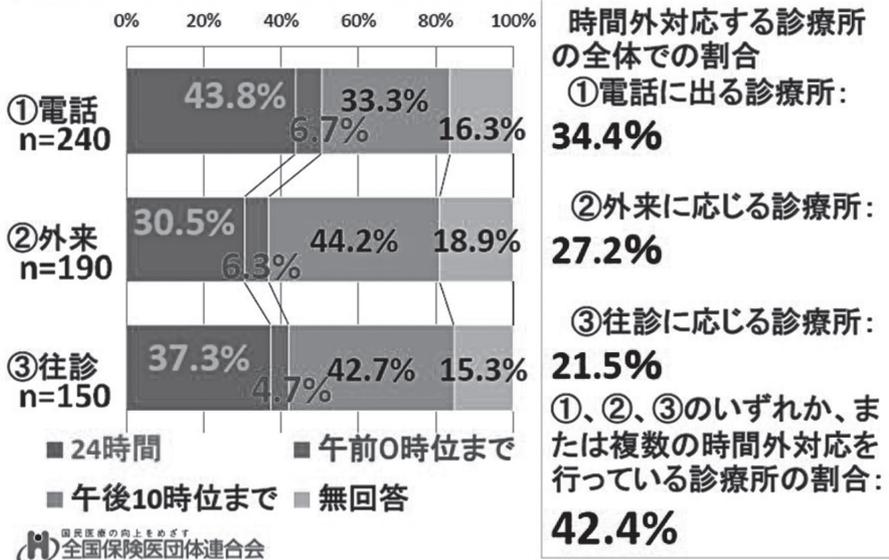
初診患者に対し、開業医の多くは、自分の専

門である標榜科以外の疾患についても対応している(図5)。また、患者の間診にあたってはその社会的背景にも目を配っている(図6)。

開業医の役割として、自治体の公衆衛生施策、介護、福祉施策、産業医、警察医、学校医、園医など、地域医療に不可欠な仕事を地区医師会を通じて担っている(図7)。

図4 開業医の時間外対応の状況

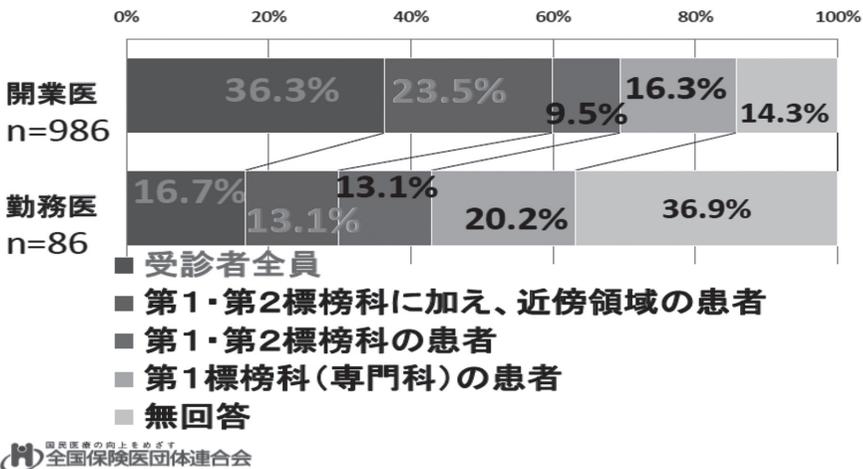
問10-2 標榜時間外の対応はどうしていますか
(非支援診療所:n=698)



出所：全国保険医団体連合会「開業医の臨床推論技術と『保険医』意識の形成過程とその実態に関する意識・実態調査」(全国保険医団体連合会、2016年)。

図5 開業医の時間外対応の状況

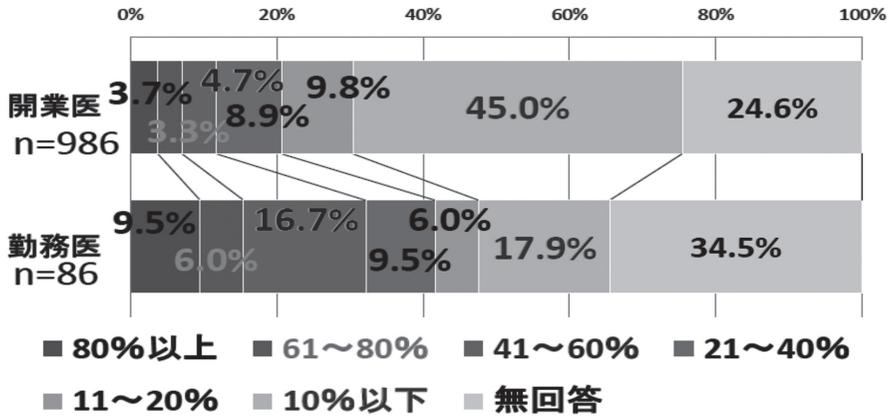
問12 初診の患者に対して、窓口の段階でどの範囲で対応されていますか？



出所：全国保険医団体連合会「開業医の臨床推論技術と『保険医』意識の形成過程とその実態に関する意識・実態調査」(全国保険医団体連合会、2016年)。

図6 開業医に受診する患者における社会的・経済的事項への配慮の必要性

問16 「問11-(2) 社会的・経済的事項」に関する問診について質問します。
 患者の問診時に、社会的背景(個々人の社会での位置づけ、活動域)、経済的
 背景(貧困、借金等)を考慮しなければならない患者さんは全体の何%ですか。

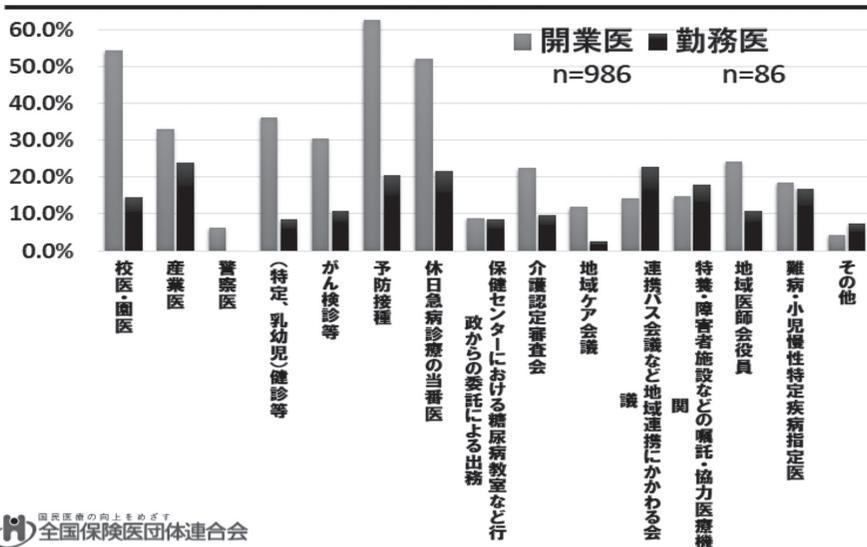


全国保険医団体連合会

出所：全国保険医団体連合会「開業医の臨床推論技術と『保険医』意識の形成過程とその実態に関する意識・実態調査」(全国保険医団体連合会、2016年)。

図7 開業医の地域医療への参加状況

問27 何らかの地域医療に参加されていますか？(複数回答可)



全国保険医団体連合会

出所：全国保険医団体連合会「開業医の臨床推論技術と『保険医』意識の形成過程とその実態に関する意識・実態調査」(全国保険医団体連合会、2016年)。

第3節 まとめ

以上、医師の働き方改革をめぐる、開業医医療への影響、懸念すべき事項について述べるとともに、アンケートを通じ、地域の開業医がどのような役割を果たしているのかを見ていただいた。

結びに訴えておきたいことは、勤務医の過重な労働実態の解消が急務であることは当然である。だが、その解消を名目として、医療の在り方・医師の在り方自体が大きく見直されようとしていることについては、抵抗していかねばならない。

そもそも今日の医師政策は医療費抑制政策を大前提として、「適正化」のために医療費の地域差を縮減する目標があり、その達成のために医師の在り方自体を転換するものである。本来、勤務医の労働基本権＝人権を守るための政策が、その転換に利用されようとしていることは許されるべきことではない。

地域の開業医は、日本の国民皆保険制度を内実あるものにしてきた「フリーアクセス」や「自由開業制」の原則を踏まえ、より良い医療制度の姿を展望し、日々の医療と制度改善に努めていかねばならないだろう。

注

- (1) 京都府保険医協会「医師の働き方改革に関する議論への意見」(2018年10月)。
- (2) 京都府保険医協会、同上。
- (3) 橋本佳子・水谷悠「働き方、地域医療構想、医師需給は『三位一体』」一迫井正深・厚労省審議官に聞く Vol.1 4 (m3.com, 2019年6月5日配信) (2019年9月30日閲覧)。
- (4) 自由開業制については『開業医医療の危機と展望』(京都府保険医協会編・かもがわ出版刊)をお読みいただきたい。
- (5) 毎日新聞3月29日朝刊。
- (6) 「開業医の働き方」調査の結果について (2019.1.18発表) (2019年9月30日閲覧)
- (7) 全国保険医団体連合会「開業医の臨床推論技術と『保険医』意識の形成過程とその実態に関する意識・実態調査」

総説論文

エビデンスに基づく政策における責任論の再考 —医療・教育学のエビデンス論を参考に—

Reconsidering Theories of Responsibility/Accountability in
Evidence-based Policy
—Through Thinking About The Theory of Evidence in Medicine
and Pedagogy—

杉谷 和哉(京都大学大学院・国際高等研究所)

Kazuya SUGITANI

和文要約：エビデンスと実施者の間の緊張関係は医療においても議論されており、教育学では責任論と関連付けられている。本稿はこれを踏まえ、政策における責任論とエビデンスの関係性を論じた。福祉政策のように個別ニーズの把握が必要な政策においては行政の応答責任に基づいた検討を吟味が不可欠であり、今後は透明性も視野に入れた、多面的なエビデンスを考察することが必要であることが示唆された。

キーワード：エビデンスに基づく政策、応答責任、説明責任、透明性

英文要約： In this paper, I argue that the concepts of “responsibility” and “accountability” in evidence-based policymaking are complex and important for public policy makers. Generally speaking, promoting evidence-based policy means strengthening “accountability.” In evidence-based policy, the use of RCTs (Randomized Control Trials) is an important method for acquiring evidence. RCTs, however, are not interested in “why this works” but rather in “what works.” Thus, they cannot contribute to improving “responsibility.” Some policies are dependent on discretion and cannot be analyzed using RCTs. “Responsibility” is related to discretion, as has been argued in the pedagogy. In this paper, I refer to the pedagogy and medicine, and make clear the nature of responsibility. Moreover, I will use the concept of “transparency” which contributes to accountability in public policy. According to the George Argyrous, it is important that evidence should make in transparent because it should open to many actors. At last, I will suggest an image of evidence which is diverse and opened, many experts can appeal statement to this.

Key Words: Evidence-based Policy, Responsibility, Accountability, Transparency

(受理日：2019年10月27日)

はじめに

「エビデンスに基づく医療」の席卷により、様々な分野でエビデンスの活用が謳われるようになった。政策においても、「エビデンスに基づく政策」が世界的な潮流となりつつある。特に医療政策分野においては、研究者コミュニティも近い将来に顕著に影響を受けており、「エビデンスに基づく医療政策」を掲げる向きが一部にある。しかし、このような動きは慎重に吟味されなければならない。なぜなら、政策は医療とは異なり、不確定な要素が多く、それぞれで論じられるべきエビデンスの姿も異なったものだからである。

たとえば、政策の「裁量」の問題がある。政策は立案された後、実施の過程ではストリートレベルの官僚と呼ばれる、現場の公務員が主たる役割を担う。その際、政策が立案されていた意図とは異なった裁量を加えられるケースがある。この裁量によって政策がうまくいく場合もあれば、うまくいかなくなる場合もあるが、「エビデンス」はこの裁量の実態を完全には補足することができない。この点を克服するため、エビデンスに基づく政策の議論では、定性分析のような手法も有効であるとされている。特に、福祉政策などの分野では、普遍的なエビデンスと個別ニーズの兼ね合いが問題となっている。

このような現象は、新自由主義の受容と軌を一にしている。新自由主義の広まりとともに受け入れられたNPM(New Public Management)の理論は、成果主義を根幹にした行政マネジメント改革論を導出した。これはエビデンスに基づく政策の現在の動きにも反映されている。

更に、こういった「エビデンス・ベースド」の議論は、医療だけでなく教育学の分野においても急速に広まり、「エビデンスに基づく教育」に関する議論も盛んになっている。この議論で

は、医療と教育の違いを踏まえた上で、「応答責任」と「説明責任」の観点からの考察も行われている。この議論では、「応答責任」は教育の実践の中で果たされるものであり、生活世界に根差したエビデンスによって果たされるとされている。これに対して、近代科学的エビデンスによって果たされるのが「説明責任」であるとされている。このような対比は、行政学においても共通している。

行政学においては、応答責任と説明責任の違いは、「非制度的／制度的」「内部的／外部的」「能動的／受動的」といったかたちで説明される。特に、「応答責任」は行政が自律的に果たすものであるとされており、そこにはプロフェッショナリズムや倫理観のように、近代科学以外の要素に依拠するものも含まれている。これは、上述した教育学の責任論と共通している。

教育学の議論においては、エビデンスに基づく政策がもたらす説明責任の強化は、政策実施者たちの自主性を損なったり、現場の複雑な対応を一律化したりすることでかえって政策の非効率を招きうるとされている。

本稿の目的は、このような状況を踏まえ医学や教育学における責任論を援用することで、エビデンスに基づく政策における行政責任論の在り方を考察することにある。

この目的を達成するための本稿の構成は次のようなものである。最初に、行政学における責任論を概観する。これは、医療や教育学における責任論とほぼ同一の内容であり、本稿における議論の枠組みをなす。続いて、エビデンスに基づく医療における議論を検討する。エビデンスに基づく医療は一般的に、上述した説明責任を強化する取り組みであるとされているが、その初期の議論においては、応答責任を強化するという企てであった。本稿では、そうであった

にもかかわらず、実際にはエビデンスに基づく政策が、説明責任を一方向的に強化する流れになってきたことを示す。続いて、教育学におけるエビデンス論を検討する。教育学においては、エビデンスに基づく教育の推進を求める声が高まっていると同時に、説明責任を一方向的に強化するエビデンス論は批判されることが多い。これらを踏まえ、政策・医療・教育における「応答責任／説明責任」の議論と特性を概観、整理した上で、それぞれの分野におけるエビデンス論と責任論の関係について考察する。

結論部分では、エビデンスに基づく政策における「透明性」の在り方を論じる。透明性は説明責任を果たす上で重要な論点であるとされており、エビデンス論との関係を、先行研究を踏まえて論じる。その上で、政治における透明性の確保という問題が今日では浮上していることを示唆する。

1. 責任論とエビデンス論の交錯

1.1 行政責任論における「応答責任」と「説明責任」

行政責任論の議論では、説明責任と応答責任をめぐって歴史的に議論が交わされてきている。特に有名なのは、1930～40年代ごろに行われたカール・フリードリッヒとハーマン・ファイナーの間で交わされた「フリードリッヒ・ファイナー論争」である。フリードリッヒは行政の責任に関して、いわゆる「応答責任」の立場から議論を展開したことで知られている(Jackson, 2009)。フリードリッヒは、行政における専門性を重視し、政治家は高度な専門性を要する政策課題に深入りするべきではないと考えていた。従って、この立場においては行政責任を果たす主体である専門性をもった官僚のモラルや倫理など、内在的な要因こそが

行政責任論の中核をなすとされる。このような観点は今日の行政学において「応答責任=Responsibility」と呼ばれている(鏡2017)。

これに異を唱えたのがファイナーであった。ファイナーは「説明責任=Accountability」が重要であると提唱した論者として知られている。説明責任は基本的に外部から官僚制を統制する考え方であり、客観的なデータ等が説明のために活用される。後に展開される行政改革の一つであるNPMにおいても、このような発想は引き継がれていると言えるだろう。

現代の行政に敷衍して言えば、応答責任を果たしている具体的な事例は、官公庁などによる白書の発行や、自身の業務管理等、多岐にわたる。ポイントは、応答責任は最終的に評価の内容を外部に公表する必要は無いということと、あくまでも自発的に取り組まれるということにある。

この二つの区分は古典的なものであるが、明快かつ単純であるため、日本の行政責任論においても中心的なテーマであり続けてきたほか、最近の研究でも分析枠組みとして活用されている(鏡2017；西尾1995)。例えば、障害者政策の専門家である北川雄也は応答責任と説明責任について明瞭な区別を行い、障害者政策におけるそれぞれの在り方と課題を抽出している(北川2018：141-158)。一般的に、説明責任は外挿的であるため、行政の自律性が失われる危険性があるが、対する応答責任は正統性が欠如した行政の独善的な支配を招きかねないとされている。北川はここから、障害者政策における両者の在り方を素描しているが、この枠組みの汎用性の高さを物語っている研究の1つと言えよう⁽¹⁾。

応答責任にはプロフェッショナリズムや倫理観といったものも含まれるのに対して、説明責任を担う科学的エビデンスは、幅広い人々への

説明を前提としているため、普遍的に政策の効果を解説できる手法がとられることが多い。業績測定をはじめとした成果の定量化も、外部に対する説明を前提として行われており、他律的な統制を可能にするツールの一つとして用いられているが、これらは政策実施者や官公庁の自発性を前提としていない。

日本ではよく「エピソード・ベースからエビデンス・ベースへ」という言葉が用いられている(統計改革推進会議2017)。「エピソード・ベース」とは、分析に裏打ちされていない、偶然見つけた事例等を安易に参照してしまうことを指す。しかし、政策において「エピソード」は人々の合意を得るための重要な根拠の一つであり、民主主義社会において欠かすことのできないものである。また、質の高いエピソードは重要な政策情報として扱われることもある(Breunig, 2018)。エピソードの中には、応答責任に関連する重要なものも含まれるため、一概にエピソードを排せばそれでよいというのはやや単純に過ぎるであろう。とは言え、エビデンスの活用があらゆるところで言われるようになったのにも理由がある。そもそも、応答責任が成立する前提として高い行政への信頼があるとされている(鏡2017)。逆に言えば、説明責任の強化に資するエビデンスが求められる背景には、その信頼性が弱まっていることがある。

よって、政策で言えば行政や官僚、教育で言えば教師といった、専門性・専門家への信頼が低下していることが「エビデンス・ベースド」の隆盛をもたらした原因の一つだと言える。ただし、いくら「エビデンス・ベースド」が政策理論の世界を席卷したとしても、実践者は自分たちの経験に基づく専門性を保持している(Peters, 2018: 139)。「エビデンス・ベースド」

に対して、医師や教師といった専門家達が必ずしも好意的な反応を示さないのはこのためである。

以上の行政責任論の系譜を踏まえ、次節からは「エビデンス・ベースド」の元になった医療におけるエビデンス論と、それを受けて広まっている教育におけるエビデンスをめぐる議論をそれぞれ検討する。

1.2 医療と教育におけるエビデンス論と責任論

エビデンスに基づく政策は、医療における議論からその着想を受けている。1980年代頃から、英国にて話題となった「エビデンスに基づく医療」においては、複数のRCTsの結果を統計的に解析する手法の導入が掲げられた。そして、どのような治療や薬が効果を発揮するのかを明らかにする手法を「メタ・アナリシス」と呼ぶ(丹後2016: 1)。メタ・アナリシスは、良質な実験デザインによって実施されたRCTsの結果が記されている論文や文献を可能な限り多数集めて分析し、そこから適切なエビデンスを導出するというものである。

多くの研究結果の解析を行う理由は、そうすることがエビデンスの信頼性を向上に資するからである。たとえば、レイ・パーソンは、メタ・アナリシスを中心としたシステムティック・レビューによって、特定のアクターにとって都合のいいエビデンスのみが活用される事態を防ぐことができる場合があると指摘している(Pawson, 2006)。

RCTsは薬剤の有効性を調べるためにデザインされたもので、ある薬を投薬するグループ(トリートメントグループ)と、しないグループ(コントロールグループ)に分ける。その後、前者と後者にいかなる違いがあったかを観察することで薬の効果を正確に測る。重要なことは、

全体のグループの選択も、二つのグループに分ける選択も全くのランダムに行う、という点にある(Torgerson and Torgerson, 2008 = 2010)。

このような医療の発想を政策にも応用しようと試みたのが、エビデンスに基づく政策である。英国政府に提出された報告書では、効果的な政策をつくるのに資する手法としてRCTsが推奨されており、コストがかかる面があるものの、中長期的な視点では費用の節約につながるという指摘されている(Haynes et al, 2012)。この点はエビデンスに基づく医療が「役に立つ」情報が必要であると強調していることと関連している(斉藤2016:60)。エビデンスに基づく医療においては、ある治療や投薬がなぜ効力を発揮したのか、というメカニズムへの関心は概して高くない。そして、エビデンスに基づく政策においても、「役に立つ」エビデンスが重視されており、政策がどのようにして効果を発揮したのかというメカニズムへの関心は後景に退いている(Davies et al, 2000)。なぜならば、エビデンスに基づく医療が求めるエビデンスとは、ある特定のインプットに対する、特定のアウトプットという限定された因果関係にあるからである。

エビデンスに基づく医療は、医者「の」勘のような、不確定な要素に基づいた意思決定ではなく、因果関係の特定を含んだエビデンスの活用を掲げる。この方針は、患者をはじめとした関係者に対して、なぜある治療行為を行ったのかということ適切に説明することができる道筋を与える。上述した行政責任論の区分に照らせば、エビデンスに基づく医療は説明責任を強化する方策であると言える。

しかし、注意しておかなければならないのは、エビデンスに基づく医療においては、エビデンスはあくまでも医療行為者の判断を補助す

る一つの情報に過ぎないとも規定されていたという点である。例えば、エビデンスに基づく医療の先駆的な取り組みを担った『コクラン共同計画』の策定における中心的なメンバーであった医学者のミュー・グレイは来日公演において、エビデンスに基づく医療は、科学的エビデンスと患者のニーズ・規範、限られた資源の三つの要素を考慮に入れることで成立すると述べている(別府・津谷1997:46)。盲目的にエビデンスのみに依拠して他の判断材料を棄却することは、「エビデンス・ベースド」の本来の趣旨に反しているのである。エビデンスに基づく医療においては、あくまでも医者の裁量、判断を支援するためにエビデンスを活用することが目指されていたと言っている。これを踏まえると、エビデンスに基づく医療は、エビデンスの活用によって、説明責任だけでなく、応答責任も強化する企てであったと考えられる。

後にその議論を詳細に検討する教育学者の今井康雄は、エビデンスに基づく教育について議論を進める上で、エビデンスに基づく医療についての検討も行っている。その中で今井は、上述したグレイの見解と同様に、エビデンスに基づく医療が、「医療者の臨床技能」や「患者の意向」を無視するものではないことを強調している(今井2015:19)。しかし、「エビデンス・ベースド」が各方面に波及していった時、エビデンスは参照されるべき絶対的な指針を提示するものだと理解されてしまう。今井はこの事態—エビデンスが実施者をサポートするのではなく、実施者の裁量を制限する役回りを演じていること—を指して「説明責任への横滑り」と形容している(今井2015:8)。

このような誤解、横滑りはなぜ生じるのだろうか。医師の斎藤清二は、その原因を「視点の違い」に求めている(斎藤2016:27-29)。斎藤

によれば、エビデンスに基づく医療は元来、臨床疫学を個々の医療実践に応用することを目的としていた。しかし、個々の臨床現場にいる医療実践者達にとっては、エビデンスに基づく医療は具体的な臨床判断のプロセスとなる。エビデンスは現場へ広がる中で、誰もがいつでも従わなければならない「ガイドライン」であるかのように受け止められるのである。

加えて、そういったエビデンスを紹介して広める「媒介者」という存在もいる。エビデンスの理解はアクターによって多様であり、それぞれにとってのエビデンスの位置づけが微妙に異なることが、誤解を招いているというのが斎藤の見立てである。

こういった錯綜した状況は、さしあたって下記のように整理できるだろう。まず、エビデンスに基づく医療をめぐるのは、「ガイドライン化」が進む傾向にある。しかし、エビデンスに基づく医療の本旨に照らせば、エビデンスはあくまでも参照すべき情報の一つにすぎず、医療者の自由裁量を制限するものではない。ところが、このような誤解は根深く、本来はベテラン医師の「経験」や「勘」に対抗した脱権威主義を目指していたエビデンスに基づく医療そのものが権威化するという皮肉な事態も起きている(南郷2017)。

そもそも、医療行為は根源的に目の前の患者という不安定な存在を対象にしている。杓子定規にエビデンスに従っているだけでは、適切な意思決定はできないだろう。エビデンスに基づく政策を考える場合、医療においてでさえ、エビデンスと実施者達との緊張関係が議論されていることは強調されなければならない⁽²⁾。そして、次節で見るように、教育学者達が安易なエビデンス論を批判するのはこの点も関連している。

1.3 「エビデンスに基づく教育」における責任論

日本は、政策へのRCTsの導入については他国の後塵を拝す状況であったが、教育政策の分野で、実験アプローチを主とした分析を展開した著作がベストセラーになるなど、関心が高まりつつある。

教育経済学者の中室牧子は、限られた資源を有効なプログラムへ投入する必要性があることから、RCTsによって導出されたエビデンスが支持するプログラムを同定すべきだと指摘する(中室2015)。このような中室の立場は、「RCT至上主義」とされるものであるが、所謂「エビデンスに基づく教育(政策)」は諸外国でも研究・実践が推進されており、世界的な潮流となっている。

「エビデンスに基づく教育」への反応は様々であるが、教育学からの批判は主として、エビデンスが文脈性を考慮していない点が論じられる(桐村2017)。こういった指摘は、実験や近代科学によって支えられるエビデンスだけでは把握しきれないものが教育にはあり、それこそが教育にとって重要だという考えに立脚している。

この立場に沿って「エビデンス・ベースド」を徹底的に批判しているのが、教育学者であり、社会科学の方法論、エスノグラフィーの専門家でもある、マーティン・ハマスレイである。ハマスレイは実験によって導出されたエビデンスを教育政策に活用するのに疑問を呈する。たとえば、あるプログラムが実験を通じて、高いパフォーマンスを発揮することが明らかになったとしよう。しかし、教育のパフォーマンスはプログラムだけに依拠しているものではない。教師の質も当然関わってくる。サンプルとしての生徒を厳密にランダム化したとしても、

教師の質のように、平準化できない要素は常に存在している。また、それをも平準化しようとすると、実験の手間が煩雑化し、実施不可能となってしまう(Hammersley, 2005: 90)。

加えて、ハマーズレイは『研究に基づく政策と実践の神話』という著作の中で、RCTsやシステマティック・レビューのような手法が政策立案に応用されることについては、政策形成者や政策実践者が欲するような情報を提供できないとも指摘している(Hammersley, 2013)。ハマーズレイの立場は、研究が政策に応用されるべきではないとするものではない。彼が危惧しているのはエビデンスという限定的な領域でしか妥当性を持たない知識が、実践を侵食していくことである。

教育学者の今井康雄もまた、ハマーズレイに近い立場でエビデンスに基づく教育を論じている(今井2015)。今井は、エビデンスに基づく教育の論争を概観し、推進側がエビデンスの証拠能力と妥当性を強調する一方で、他方の批判者側はエビデンス至上主義が教育実践者の裁量を掘り崩し、エビデンスを解釈する筈の専門家の役割を不当に貶めることを強調している、という対立構図を描き出している(今井2015: 6)。その上で今井は、教育におけるエビデンスには二つの種類があることを指摘する。

一つ目が、実験や調査によって導出されて根拠づけられる「近代科学的エビデンス」である。この近代科学的エビデンスは、生活世界から乖離した空間で形成されたものだとされており、RCTsに代表される、政策のメカニズムをブラックボックスに入れ、入力と出力のみを観察するものである。エビデンスの関心は、この入力と出力の間の因果関係にある。二つ目が、「生活世界に根差したエビデンス」であり、こちらは学習の経験を根拠としている。政策論に

ひきつけて言えば、政策実施レベルまで視野に入れた上でのエビデンスを指しており、この種のエビデンスは定量化には適していない。

今井はこれらの議論を概観した上で、応答責任と説明責任という二つの枠組みでエビデンス概念の整理を行っている。応答責任は、専門家がそのサービスを受け取る対象—医療で言えば患者、教育でいえば生徒にあたる—に対して、なぜそのような処置を行うのかを明示するものである。よって、応答責任を果たすためには、生活世界—実際に政策が実施される現実の社会—における検証を経る必要がある。これに対して、説明責任は科学的根拠によって支えられる⁽³⁾。今井が行政責任論を参照している形跡は無いが、同じ意味合いで用いていることは明らかである。また、今井だけでなく、教育学の分野では応答責任に着目している議論はいくつか存在しており、近代科学的エビデンスを活用した説明責任追及による統制への批判が多い(石飛2012)。その趣旨は、エビデンスに基づく教育が説明責任に重きをおくあまり、応答責任を侵食するというものである。

教育学におけるこれらのエビデンス批判は、エビデンスに基づく政策を考える上でも示唆的である。教育政策は、政策実施において現場のスタッフ(教育の場合は教師)に大きな裁量権が委ねられている。このため、実際に政策がうまくいくかどうかの鍵は現場の「ストリートレベルの公務員」が握っていると言っても過言ではない。このため、説明責任だけでは捉えられない側面が多く、これらを掘り崩すようなエビデンス論の安易な応用は、結果として政策の失敗を招きかねないのである。

これらの議論を踏まえ、以下では公共政策におけるエビデンス論を検討する。

2. 公共政策におけるエビデンス論

2.1 エビデンスの「リベラル化」と政策の構造問題

2016年に発刊された『社会科学におけるエビデンスに基づく政策形成』という編著においては、システムティック・レビューやRCTsだけでなく、ビッグデータの活用をはじめ、ナラティブの分析、質的調査など多様な方法論が紹介されている(Stoker and Evans, 2016a)。このような動向を、先に挙げた教育学者の今井康雄は、エビデンスの「リベラル化」と呼んでいる(今井2015)。「リベラル化」はエビデンスの多様性を認めることによって、エビデンスの信頼性だけでなく、政策課題の内容や、政策そのものの構造に着目する議論も展開されるきっかけを与えることになった。(Stoker and Evans, 2016b)。

たとえば、先に挙げたRCTsについては、最終的な財及びサービスの供給先が個人でなければならぬ⁽⁴⁾。インフラ整備のように、大規模で社会全体に影響を及ぼすものは、無作為にランダム化を行うことが非常に難しい。よって、この種の政策では、エビデンスは経済分析やデータ解析によって得られるとされている(柳川編2018)。

RCTsが適さない政策のもう一つの典型例がマクロ経済政策である。金融緩和や緊縮財政などのエビデンスを実験で導出することはできない。マクロ経済政策は不確定要因が多すぎる上、ランダム化できる集団が存在しないためである。そのため、計量経済学をはじめとした、最近の議論に基づいた経済政策が必要とされている。経済学では様々な計量データを用いて、複雑な数式を活用した理論が展開されており、成果をあげている反面、エビデンスに基づく政策という枠組みでマクロ経済政策の立案が可能

であるとする議論に対しては、疑問の声も挙がっている(Saltelli and Giampietro, 2016)。また、RCTsを積極的に活用すべきだと主張している政策学者のピーター・ジョンでさえも、加盟国がEUから離脱すべきか否かといった事例を取り上げた上で、全ての政策においてRCTsが適応できるわけではないことを指摘している(John, 2016)。

このように、ランダム化が事実上不可能である場合や、政策対象が個人ではない政策分野においては、RCTsではなく、データ解析や研究成果がエビデンスとして活用される。政策の構造から生じる制約性が、エビデンスに基づく政策の議論を一層、複雑なものにしていると考えられる。

また、政策が対象とする財やサービスの供給先が個人である政策であっても、RCTsが完璧なエビデンスを提供できない要因がある。それが、先に挙げた教育に代表される、政策の裁量に関わる問題である。

2.2 エビデンスと政策実施

生活保護の受給資格があるにもかかわらず、該当者に受給をさせないという「水際作戦」の問題が世間を賑わせたことがあった(藤井2016)。このケースは、政策実施における裁量権の明らかな逸脱であり、政策実施における裁量は、政策が当初予期されていた効果を発揮しない原因にもなりうることを示す事例である。

科学哲学者のナンシー・カートライトとジェレミー・ハーディが言っているように、RCTの実施後、その結果が、実施された場以外でも適用できることを分析する必要がある(Cartwright and Hardie, 2012:54-55)。例えば、ある政策がうまくいったのは、たまたまその現場に優れたスタッフが集まっていただけだとい

う可能性も十分にある。したがって、RCTsの結果のみを見て、政策を考慮する上で重要な様々な要素を無視してしまうと、「あそこではうまくいった」筈なのに、「ここではうまくいかない」ということになりかねない。これはRCTsの脱文脈性と公共政策の文脈性という対照性をうまく言い表した言葉であり、「外的妥当性」の問題として知られている。政策は大きく文脈依存的、つまり、取り巻く環境によって成否が左右されることが多く、普遍的なエビデンスを提示するのはかなり難しい(Coletti, 2013)。文脈や環境といったものが政策介入に与える負荷を全く想定しないままに、政策を評価することはできないのである(田辺1998)。よって、エビデンスに基づく政策の推進を考える際には、政策の裁量がどれほど影響を及ぼしうるかということを考慮に入れる必要がある。

薬や医療行為の場合、介入を行うのは人体である。人体のメカニズムは、確かに個人差はあるが、それ程大きなものではない。よって、病院から処方される薬も、治療による介入も、ほとんどの人に効果がある。そのため、エビデンス創出のために行われる実験の場は、理想的には研究室のような、環境が統御されているのが望ましい。しかし、政策実施の現場で統制された環境を準備するのは不可能である。

また、個別ニーズの把握が必要である場合には、RCTsや定量評価だけでは不十分であり、政策のタイプによっては定性的な評価を行う必要があることも指摘されている(北川2019)。このような種類の政策については、実施の場面で行われている裁量的な操作が重要な役割を果たしていることさえ想定される。このため、政策が「なぜうまくいくのか」というメカニズムに拘泥しないエビデンスだけではその

実施内容まで射程に入れることは難しい。

このような状況に対して、エビデンスに基づく政策を推進するために、政策の裁量を可能な限り減らすべきだという発想もありえる。確かに、構造的に裁量が重要な役割を果たす政策分野もあるが、裁量による逸脱を厳しく取り締まり、ガイドラインを厳密化すれば、エビデンスの想定通りに政策は実施されるであろう。

しかし、いわば「エビデンスが示した通りにする」という方針は、「エビデンス・ベースド」の本家本流である「エビデンスに基づく医療」においても企図されていたところではなかったことは、上述した通りである。エビデンスは実のところ、このような実施レベルの裁量(生活世界)と、普遍性を志向する科学的根拠(近代科学)の間にある、常に緊張にさらされている存在だと言える。

以下では、ここまでの議論を踏まえて医療・教育における責任論及びエビデンス論と、公共政策におけるそれらを比較した上で、透明性の議論を踏まえて更なる検討を加える。

3. エビデンスに基づく政策における行政責任

3.1 医療・教育における責任論と行政責任論の関係

医療と教育の議論でも用いられている「応答責任」と「説明責任」があるが、広範な政策分野における行政責任論との差異も存在している。というのも、医療と教育は、国家資格を持った専門家が主として実施するが、政策については、そのような専門家が実施に携わらない場合も多くあるからである。

医療分野と教育分野における「応答責任」の重要性が強調されるのは、実施者である医者と教師がプロフェッショナルとして社会に認知さ

れ、彼らによる職能共同体が形成されていることと関連している。彼らは自らで自主的に研究活動も行っている上、そこで培われた実践を継承するメカニズムも完備されているため、エビデンスを外挿されることに対しては反論も多くなる。

これに対して、特に資格を要さない政策実施者、例えば自治体職員などの専門性は実践によって培われる(林2013)。これは、自治体職員のキャリアが異動を前提としたゼネラリスト育成を志向していることと関連している。自治体の人事システムは、ある特定の政策分野のプロフェッショナルを育成するというよりも、出世までの間に色々な部局を転々とすることによって役所全体の仕事を把握することを念頭においている。加えて、行政サービスを受ける側も、自治体職員が医師や教師と比類するような専門性を保持しているとは期待していない。したがって、一部の政策分野を除けば、多くの公共政策においては、エビデンスの活用によって、応答責任と説明責任のコンフリクトを医療や教育ほどには招くことはないと考えられる。

しかし、政策分野によってはエビデンスによる説明責任だけでは十分に政策ニーズを把握できないということもある。上述したように、北川は、個別ニーズの把握が必要な福祉行政における専門家としての応答責任に基づいた規範が重要であると指摘している(北川2018:155)。なぜなら、個別ニーズの把握等は、費用対効果的に非効率的であり、説明責任の文脈だけでは正当化不可能だからである。このような場合、政策実施の現場では、官僚としての説明責任の確保と、専門家としての応答責任の確保をめぐってジレンマが生じることになる(北川2018; 山谷2017)。官僚としての責任の果たし方と、専門家としての責任の果たし方が食い違

う時に、このようなジレンマが発生するとされている。

総じて言えば、エビデンスに基づく政策における行政責任の在り方は、医療や教育とは内実を異にするとは言え、共通した課題も抱えている。このため政策によっては、医療や教育において議論されているエビデンス論を参照する余地が大いにあると考えられる。

3.2 エビデンスに基づく政策における透明性の議論

いまいちど、説明責任の中身に立ち戻ろう。上述した医療や教育のエビデンス論では十分に扱えなかったが、行政責任論においては「透明性(Transparency)」という観点も重要視されている(山本2013)。

透明性もまた多義的な意味合いをもった言葉であるが、政府の意思決定の内実や手続き等を可視化することで確保されるものだとされる。具体的には、公文書や議事録の公開などによって担保される。説明責任を果たす上で、透明性の確保は非常に重要な要件となりうる。なぜなら、ある政策決定を下す上で、どういった議論が交わされたか、何が根拠として用いられたかといった情報は検証に不可欠だからである。

このような透明性の問題を、エビデンスに基づく政策において中心的な議論として扱っている研究はそれ程多くない。例外的に、透明性を中核に据えた議論を展開しているのが、統計学者であり、政治経済学の研究者でもあるジョージ・アーギロスである。

アーギロスは、エビデンスに基づく政策を論じるにあたって、医療よりもNPMをはじめとした行政改革論の影響に着目し、行政改革の重要な目的が透明性と説明責任の確保にあると規定する。そして、これらをエビデンスに基づく

政策に応用した場合に、どのような含意があるかを分析している(Argyrous, 2012)。

透明性を確保する意義についてアーギロスは、政府が正しい加減な意思決定ができないようにプレッシャーをかけることができる、という側面を取り上げる(Ibid: 459)。そして、政府が単に実験の結果やデータを活用すればよい、とする見方を斥け、生データやメタデータ、分析枠組みなどを公開することが重要であると指摘する。このことにより、多面的にエビデンスの活用状況を検証できる体制にしておくことで透明性が確保される。

そして、このような透明性が確保されることによって、説明責任を果たすことも可能になる。なぜあるエビデンスを採用したのか、なぜこのようなデータを用いたのか、データに誤りはなかったか、分析に誤りは無かったか、枠組みが適切だったか、といった検証を可能な状態にしておくことが、エビデンスに基づく政策において重要であるとされる(Ibid: 463)。

しかし、単に多くのデータを公開したり、決定の内容をオープンにしておいたりするだけでは説明責任を果たしたことはない(山谷2012)。アーギロスはエビデンスに基づく政策における、説明責任を果たす対象を下記の四つに分けている。

- ①政策によって影響を受ける人々
- ②それらと異なった概念的フレームワーク
- ③専門性を持った人々
- ④エビデンスの知的読解者及び潜在的な利用者

①については、政策が果たす説明責任として最も一般的な対象であると言える。エビデンスに関して言えば、単にそのような人々からの要請を待っているだけでは不十分である。むしろ、

彼らからの要請を受ける前に、意思決定者達は、エビデンスの詳細を十分に公開しておく必要がある(Ibid: 464)。多様な人々によるエビデンスの検証や議論は、新しい発見をもたらす可能性もあると指摘されている。

②に関しては、タバコ業界のエビデンスの事例が挙げられている。タバコのパッケージの規制について、タバコ業界は何も書かないパッケージの方がいいと主張した。これに対して、危険性を明示したパッケージにすべきだとする主張があり、両者ともにエビデンスを提示して議論がなされた。結果的には後者の政策が採用された訳であるが、異なるエビデンスが提示された場合は、それぞれのエビデンスに対する批判的吟味と議論が必要とされる。

③は、エビデンスを解釈したり導出したりできる、外部の専門家やコンサルタントが対象である。政府が提示しているエビデンスが信用のおけないものであったり、その解釈に問題があったりするときには、専門性をもった人々の役割が重要になる。

④は、いわばエビデンスの媒介者を対象とした議論である。エビデンスの読解には高度な専門知識を要するため、科学技術コミュニケーション論などを活用した営為が必要とされる。これを行うのは、オピニオンリーダーや政治家、研究者であるが、③よりも対象としている幅は広い。彼らの役割は、エビデンスを多くの人に理解可能なかたちに翻訳し、議論を活性化させることである。

アーギロスは、エビデンスの素となるデータの公開や、その活用プロセス等の公開=透明性の確保によって、上述の属性を持つ人々に対する説明責任を積極的に政府が果たすべきであると主張する。エビデンスに基づく政策においては、単にエビデンスを公開するだけでなく、

様々なアクターの協力によって説明責任を果たすことが可能になる。このように、エビデンスを多元的なアクターの議論や営為によって、よりよいものにしていくという構想は他の研究でも示されている(Parkhurst, 2017)。

次節では、以上の議論を踏まえて、「応答責任—説明責任」という対立を超えた、エビデンスに基づく政策における責任論の在り方の視座を提示する。

3.3 エビデンスに基づく政策における責任論

以上の議論を踏まえ、エビデンスに基づく政策と責任論をめぐって三つの含意を述べる。

第一に、上述したアーギロスの見立てに従えば、政策を実施する専門性をもったアクターの側から、エビデンスを吟味することができる。つまり、政策に採用されるエビデンスの策定過程や採用過程が透明化されることで、エビデンスも説明責任を果たすことになる。アーギロスの議論の重要性はこの点にある。つまり、上意下達で統制的であったエビデンスに基づく政策の性質を、より民主的で分権的なものへと変えることができる。応答責任と説明責任のジレンマに関して、従来は説明責任が応答責任を掘り崩すという構図しか描かれなかったが、透明性の議論は説明責任を担保するエビデンスそのものの責任論を問う契機を提供する。これは、「エビデンスのガイドライン化」を防ぐことにも繋がるだろう。エビデンスに基づく政策では説明責任の論理の強化のみが目立つが、透明性の議論を挿入することによって、多元的なエビデンスのあり方を希求することができるようになる。

第二に、エビデンスに透明性が求められるのと同時に、実施者の側も判断に関する透明性が求められる。実際には、量的研究に基づいた

データによる方が説明責任を果たしやすく、なおかつ、応答責任よりも説明責任を果たす方が重視される現状においてはエビデンスの優位性が今後増していくことは明らかである。しかし、だからと言って、倫理や規範といった応答責任の必要性が無くなるということは決してない。むしろ、透明性を確保することによって、応答責任に基づいた判断の根拠や議論の内容を可視化し、検証可能なものしておくことが必要であろう。実施における裁量は政策分野によっては決して無くならないのであって、何か問題が起きた場合に事後的に検証できる体制を整えておくことが重要なのである。

第三に、エビデンスに基づく政策がもたらす政治への影響を挙げることができる。今日見られる行政における不適切な処理や手続きは、NPMのような成果主義的な行政改革の帰結であるとする見方がある。つまり、評価やモニタリングを重視するあまり、短期的な政治的利害を官僚が過剰に意識してしまったという問題である(工藤2018:199)。このことは、現在の高官の応答責任と説明責任の在り方に歪みをもたらしている。

この歪みは、次のように整理できる。社会の価値の相克や党派的な利益を引き受けて応答責任を果たすべき政治の側が、官僚的な説明責任しか行わなくなってしまった(野口2018:237-248)。これに対して、本来であれば中立的な価値観に基づいた意思決定を行うべき官僚の側が、政治を意識して短期的な利益を追求するようになってしまったのである(新藤2019)。エビデンスに基づく政策というスローガンが、政治の行政化を招く一方、他方で行政においては政治に付度する短期的な成果の追求を促進してしまうとするならば、事態は深刻である。

エビデンスに基づく政策を推進することが必

要であることは多くの人が同意するであろう。しかし、そこにおいていかなる責任の果たし方がなされるべきなのかということについてはあまり議論されてこなかった。この点については、行政学者の工藤裕子の議論が参考になる。工藤は日本におけるNPMの導入と普及をイタリアにおけるそれと比較し、行政の意思決定の透明性を追求したNPM理論においては、逆に政治の透明性は追求されてこなかったことを指摘する(工藤2018: 200)。工藤は日本のポストNPM的現状として、市民参加や合意形成を欠いた状況という像を描き出しているが、この現状分析はエビデンスに基づく政策の今後を考える上でも示唆的である。今後は、行政だけでなく政治においても透明性を追求することが求められる。その上で、政策実施者の応答責任を一方的に統制するのではなく、相互批判に開かれたエビデンスをめぐる議論が行われることが望ましい。そのためには、政治も行政も、それぞれが活用するエビデンスについて透明性を確保しておく必要があるだろう。

4. 本稿のまとめと課題

最後に、本稿の意義と課題について述べておきたい。

本稿では、エビデンスに基づく政策における責任論の在り方を、行政責任論・医療・教育学の先行研究を踏まえて論じた。その上で、公共政策においては説明責任を強化するだけでは不十分な分野があることを指摘した。医療や教育で論じられている応答責任と説明責任の緊張関係は、エビデンスに基づく政策を推進する上でも重要な示唆を与えている。

次に、これらの議論に加えて、透明性の確保という論点があることを示した。エビデンスに基づく政策において透明性の議論を展開してい

るアーギロスの研究を取り上げ、エビデンスに関する情報開示の重要性、実施者の側からもエビデンスに対する疑義を提示する回路が必要であることを示唆した。

最後に、エビデンスに基づく政策に対しても強い影響を及ぼしているNPMをめぐる最近の議論を紹介し、政治に対する透明性の追求が求められていることを示した。エビデンスに基づく政策の理論からは、行政への透明性の要求は導出できるものの、政治に関する論点は手薄なのが実情である。この点については、行政学の最近の議論を参照しながら今後も考察する必要があると言える。

以上が本稿の意義であるが、残された課題もいくつかある。第一に、本稿では応答責任と説明責任の区分について、エビデンスと関連するものを説明責任、それ以外のものを応答責任としたが、この区分はやはり単純すぎる。一口に説明責任といってもその果たし方は多様であり、実際のケースにおいてもそれほど明確に区分して運用されている訳ではない(平田2008)。例えば、現場の教師やケースワーカーが自らの仕事について倫理的な観点から責任を全うする際、一切のエビデンスを考慮していないかと言えば、そのような事例は考えにくいだろう。むしろ、実際には科学的根拠と倫理的な要素を組み合わせた対応をしている場合がほとんどではないだろうか。本稿では、議論の複雑化を避けるためにあえて区分を単純化した。が、今後は詳細な分析やケースを活用して論じたい。第二に、本稿の最後に論じた政治との関係である。今回は透明性に関する簡単な考察にとどまったが、今日の日本の政官関係の在り方を鑑みると、この点は今後も重要な論点となると考えられる。引き続き、検討を加えていきたい。

5. 謝辞

本論文は2017年度日本公共政策学会若手報告セッションでの拙報告と、2017年度の国際公共政策学学(ICPP3, in Singapore)の拙報告を基にしている。当日、司会を務めていただいた先生方や、フロアからご指摘をしていただいた先生方に感謝申し上げます。また、投稿にあたって、匿名の査読者から大変意義深いご指摘をたまわった。この場を借りて御礼申し上げます。

注

- (1) この二つの区分は単純すぎるきらいもあり、より多様な視点を導入した観点もある。ただ、こういった多様な枠組みが研究で活用される事例は少なく、今日に至るまで「応答責任/説明責任」という区分に基づいた研究が圧倒的多数であり、本稿もこの区分に従っている。とは言え、最後に述べるように、この区分が現実のあり方を完全に反映していないことにも注意が必要である。
- (2) エビデンスに基づく医療に対して、斉藤のように「正しいエビデンスに基づく医療」と「間違ったエビデンスに基づく医療」という二つを規定して議論をしている立場を批判し、そもそもエビデンスに基づく医療という企てに限界があったとする研究に岸本(2018)を挙げることができる。岸本の立場は、臨床実践において、エビデンスだけで判断を下すことには根源的に限界があるとするものである。
- (3) なお、今井は応答責任の重要性を認めつつも、それが教育という営為においては完璧なものたりえないことを指摘している。今井によれば、エビデンスに基づく教育を推進している側も、エビデンスを批判している側も、それぞれ論争において課題を抱えている。推進側はエビデンスが生活世界に根差しておらず、文脈を経由していないことを無視している一方、他方の批判側も、エビデンスの正味の証拠能力をめぐって核心的なところを突けていない。批判側の主張は結局のところ、教師の裁量と自由をより認め

るという方向に帰結するが、教育の目的はそもそも教師の自由を獲得することではないからである。

- (4) 政策の構造について議論は、山口二郎の政策類型論から着想を得た(山口1994)。

参考文献

- 石飛和彦(2012)「『いじめ問題』にみる教育と責任の構図」『教育社会学研究』第90集83-98頁。
- 今井康雄(2015)「教育にとってエビデンスとは何か：エビデンス批判をこえて」、『教育学研究』第82巻第2号188-201頁。
- 大住莊四郎(2010)『行政マネジメント』ミネルヴァ書房。
- 鏡圭祐(2017)「行政改革と行政責任：日本における行政責任観の変遷」、『同志社政策科学院生論集』19巻1号、371-386頁。
(<http://doi.org/10.14988/pa.2017.0000016793>)
- 岸本寛史(2018)『迷走する緩和ケア：エビデンスに潜む罠』誠信書房。
- 北川雄也(2018)『障害者福祉の政策学：評価とマネジメント』晃洋書房。
- 北川雄也(2019)「障害者政策における定性的評価の実用性」『同志社政策科学研究』20巻2号49-62頁。
(<http://doi.org/10.14988/pa.2018.0000000401>)
- 桐村豪文(2017)「エビデンス-ガバナンス論の構築(試論)：教育現場にとって研究は無益なのか」『神戸常盤大学紀要』Vol.10、13-22頁。
- 工藤裕子(2019)「日本行政学研究の特徴と国際研究コミュニティにおける立ち位置：NPMおよびポストNPM研究を事例として」『経済学論纂』58巻3-4号、185-204頁。
- 斎藤清二(2016)『改訂版 医療におけるナラティブとエビデンス：対立から調和へ』遠見書房。
- 杉田浩崇(2015)「エビデンスに回答する教師に求められる倫理的資質：徳認識論における知的な徳の位置づけをめぐって」『教育学研究』第82巻2号、229-240頁。
- 田辺国昭(1998)「政策評価」森田朗編『行政学の基礎』岩波書店、284-301頁。

- 丹後俊郎(2016)『新版メタ・アナリシス入門：エビデンスの統合をめざす統計手法』朝倉書店。
- 統計改革推進会議(2017)『統計改革推進会議中間報告参考資料』
(https://www.kantei.go.jp/jp/singi/toukeikaikaku/pdf/hokoku_sankou.pdf)
- 中室牧子(2015)『「学力」の経済学』ディスカバー・トゥウェンティワン。
- 南島和久(2018a)「実施」石橋章市朗・佐野亘・土山希美枝・南島和久編『公共政策学』ミネルヴァ書房、163-183頁。
- 南島和久(2018b)「評価」『公共政策学』ミネルヴァ書房、185-209頁。
- 南郷栄秀(2017)「Evidence-based medicine：診療現場でのプロブレムの解決法」『日本内科学会雑誌』第106巻12号、2545-2551頁。
- 西尾隆(1995)「行政統制と行政責任」西尾勝・村松岐夫編『講座 行政学(第6巻) 市民と行政』有斐閣267-308頁。
- 野口雅弘(2018)『付度と官僚制の政治学』青土社。
- 橋本圭多(2017)『公共部門における評価と統制』晃洋書房。
- 林奈生子(2013)『自治体職員の「専門性」概念：可視化による能力開発への展開』公人の友社。
- 平田淳(2008)『「教育におけるアカウンタビリティ」概念の構造と構成要素に関する一考察』『弘前大学教育学部紀要』第100号、89-98頁。
- 藤井功(2016)「生活保護における政策実施」真山達志編『政策実施の理論と実像』ミネルヴァ書房、176-198頁。
- 別府宏園・津谷喜一郎編(1997)『コクラン共同計画資料集』サイエンティスト社。
- 森政稔(2014)『＜政治的なもの＞の遍歴と帰結：新自由主義以後の『政治理論』のために』青土社。
- 柳川範之編(2018)『インフラを科学する：波及効果のエビデンス』中央経済社。
- 山口二郎(1994)「政策の類型」西尾勝・村松岐夫編『講座 行政学(第5巻)業務の執行』有斐閣、1-32頁。
- 山本清(2013)『アカウンタビリティを考える：どうして「説明責任」になったのか』NTT出版。
- 山谷清志(2012)『政策評価』ミネルヴァ書房。
- 山谷清秀(2017)『公共部門のガバナンスとオンブズマン：行政とマネジメント』晃洋書房。
- Argyrous, George (2012) "Evidence Based Policy: Principles of Transparency and Accountability", *Australian Journal of Public Administration*, Vol.71, No.4, pp.457-468.
- Breunig, Robert (2018) "Why Do We Need Evidence-Based Public Policy?", Fabian, Mark and Breunig, Robert edit, *Hybrid Public Policy Innovations: Contemporary Policy Beyond Ideology*, Routledge, pp.65-82.
- Cartwright, Nancy and Hardie, Jeremy (2012) *Evidence-Based Policy: A Practical Guide To Doing It Better*, Oxford University Press.
- Coletti, Paola (2013) *Evidence for Public Policy Design: How To Learn From Best Practice*, Palgrave.
- Davies, Huw and Nutley, Sandra and Smith, Peter edit (2000) *What Works: Evidence-based Policy and Practice in Public Service*, Policy Press.
- Duffy, Deirdre, Niamh (2017) *Evaluation and Governing in the 21st Century: Disciplinary Measures, Transformative Possibilities*, Palgrave.
- Duflo, E and Glennerster, R and Kremer, M (2008=2019) "Using Randomization in Development Economics Research: A Toolkit", *Handbook of Development Economics*, edited by T. P. Schultz and J. Strauss, Vol.4, Chapter.61, Elsevier, pp.3895-3962. (小林庸平監訳『政策評価のための因果関係の見つけ方：ランダム化比較試験入門』、日本評論社。)
- Durose, Catherine and Richardson, Liz (2016) *Designing Public Policy for Co-Production: Theory, Practice and Change*, Policy Press.
- Hammersley, Martyn (2013) *The Myth of Research-Based Policy & Practice*, SAGE Press.
- Haynes, Laura and Service, Owain and Goldacre, Ben

- and Torgeson, David (2012) *Test, Learn, Adapt Developing Public Policy with Randomised Controlled Trials*, Cabinet Office, Behavioural Insights Team.
- Howlett, Michael (2019) *Designing Public Policies: Principles and Instruments* (2nd Edition), Routledge.
- Jackson, Michael (2009) "Responsibility Versus Accountability in the Friedrich-Finer Debate", *Journal of Management History*, Vol.15, No.1, pp.66-77.
- John, Peter (2016) "Randomised Controlled Trials", Stoker, Gerry and Evans, Mark edited, *Evidence-based Policy Making in the Social Sciences: Method That Matter*, Policy Press, pp.69-82.
- Martin, Graham. P and William (2019) "Evidence and Service Delivery", Boaz, Annette, et al edit, *What Works Now?: Evidence-Informed Policy and Practice*, Policy Press, pp.41-66.
- Parkhurst, Justin (2017) *The Politics of Evidence: From Evidence-based Policy to the Good Governance of Evidence*, Routledge.
- Pawson, Ray (2006) *Evidence-Based Policy: A Realist Perspective*. SAGE Publication.
- Peters, Guy (2018) *Policy Problems and Policy Design*, Edward Elgar Publishing.
- Saltelli, Andrea and Giampietro, Mario (2016) "The Fallacy of Evidence-Based Policy", *The Rightful Place of Science: Science on the Verge*, Consortium for Science, Policy, & Outcomes, pp.31-69.
- Stoker, Gerry and Evans, Mark edit (2016a) *Evidence-based Policy Making in the Social Sciences: Methods That Matter*, Policy Press.
- Stoker, Gerry and Evans, Mark (2016b) "Crafting Public Policy: Choosing the Right Social Science Method", *Evidence-based Policy Making in the Social Sciences: Methods That Matter*, Policy Press, pp.29-40.
- Torgerson, David and Torgerson, Corole (2008=2010) *Designing Randomised Trials in Health, Education and the Social Sciences: An Introduction*, Palgrave Macmillan. (『ランダム化比較試験(RCT)の設計：ヒューマンサービス、社会科学領域における活用のために』、原田隆之ほか監訳、日本評論社。)

「米韓FTAの本質と韓国の医療」

Essentials of Korea-USA FTA and medical care of
South Korea

小笠原信実(京都大学経済学研究科ジュニアリサーチャー)
Nobumi OGASAWARA

和文抄録：米韓FTAは韓国において製造業を主軸とした輸出主導型からサービス業への転換を伴った新自由主義への経済モデルへの転換の中で推進された。この転換のためには韓国内の構造調整と規制緩和が必要であるが、韓国の財閥は米韓FTAにそのための外部的な梃子の役割を期待した。米韓FTAは市場を拡大し、多国籍企業の多岐にわたる利益を保護するが、政府による医療環境の改善を委縮させるなど公共性を制限し、国民生活を悪化させる方向に作用する。

キーワード：米韓FTA、韓国の医療、新自由主義、規制緩和、サムソン

Keyword: Korea-USA FTA, medical care of Korea, Neoliberalism, Deregulation, Samsung

1 問題提起と先行研究の検討

大韓民国—アメリカ合衆国自由貿易協定 (Free Trade Agreement between the Republic of Korea and the United States of America、以下、米韓FTA)は、2006年2月に韓国通商本部長、アメリカ通商代表の合同記者会見の場で交渉開始が正式に発表され、2007年4月に協商が妥結した。しかし米韓FTA交渉を妥結させた盧武鉉政権(2003～2008年)はこれを批准させることはできず、次の李明博政権(2008～2013年)の時に韓国国会は2011年11月にこれを批准し、米韓FTAは2012年3月に発効した。米韓FTAは序文、本文総24章、付属書、付録および付属書簡から構成された協定文(2007年6月署名)と米韓FTA追加協商合意文(確認書簡、

confirmation letter、2011年2月10日)により構成されている。

日本においてはこの米韓FTAに関する研究が行われて多くの研究が発表されたが、その中でも鈴木宜弘は主にTPPについての研究論文の中で米韓FTAと農業や食の安全について優れた研究を発表している(鈴木宜弘、2013他)。米韓FTAと医療については、二木立(2012)と高山一夫(2014)がTPPに関する著作、論文で米韓FTAについて適切に論じているが、これらはTPPを主題とした論文で、米韓FTAと韓国の医療そのものを主題としたものでない。またこの他にも米韓FTAについて優れた研究が行われてきたが、その多くが米韓FTAの本質にかかわる重要な側面について述べられていな

(受理日：2019年12月1日)

い。そこで本論文は次にあげる米韓FTAに関連する3つの課題を設定し、これを明らかにすることを目的として研究を行う。

[課題1] 米韓FTAの締結交渉を始めた盧武鉉政権が、なぜ米韓FTAを締結しようとしたのかを明らかにする。

[課題2] 医療に焦点をあてて米韓FTAの内容を検証し、これが韓国の医療にあたる影響について考察する。

[課題3] [課題1]、[課題2]の検証結果について考察することを通して、米韓FTAの本質を明らかにする。

[課題1]について、大西裕は「反米政権と目された盧武鉉政権が、なぜ米韓FTAを締結しようとしたのか。」(大西裕、2014、p.140)と問題提起を行い、「貿易自由化が福祉政策と重なれば社会的弱者の生活改善につながると見る盧武鉉政権にとって、米韓FTAは欠かせない政策パーツの一つだったのである。」(大西裕、2014、p.173～174)と述べている。しかし人権派弁護士出身の盧武鉉が米韓FTA交渉を始めた説明として、まだ違和感が残ることを否めない。本論文第2節ではこの大西裕の問題提起に対し、大西裕の結論とは異なる側面から検証する。

[課題2]について、高安雄一は米韓FTA発効の影響について、第7章で「ジェネリック薬の市販の遅れ」が、米韓FTAが韓国の医療に与える影響として重要であることを指摘している(高安雄一、2012、p.100～109)。この指摘は正しいが、高安雄一(2012)では「ジェネリック薬の市販の遅れ」以外には、この著作全体を通して米韓FTA発効による韓国の医療への影響について言及がない。本論文第3節では米韓FTAの原文を再検証することにより、米韓FTAは「ジェネリック薬の市販の遅れ」以外

にも多岐にわたる影響を韓国の医療に対して与えることを明らかにする。

[課題3]について、朴貞憲は「米韓FTA問題は、グローバル・安保・同盟・国家発展を重視する『親米的市民団体』と民族主義・アメリカとの対等な関係を重要視する『反米的市民団体』の間の対立を如実を現した代表的な事例であると考えられる。」⁽¹⁾(朴貞憲、2012、p.275)と述べている。このように米韓FTAは一般社会において、「親米vs反米」という枠組みで語られることが多い。また柳京熙は「今回の改正が韓国に有利であったらどうか。」(柳京熙、2019、p.150)と米韓FTAの改定について問題提起を行っている。このように米韓FTAに関わる議論の多くは「親米vs反米」、「韓国か、アメリカか、どちらに有利か」という枠組みで議論が行われてきたが、このような問題の立て方で本当に建設的な議論が米韓FTAについてできるだろうか。本論文第4節では[課題1]と[課題2]における検証を十分にふまえて、このような議論のあり方を再検討し、米韓FTAの本質を明らかにする。

韓国では米韓FTAの交渉開始、妥結ころから、これに関する研究、賛否をめぐる議論がさかんに行われ、発効後もこれについて多くの研究が発表された。その中でも米韓FTAと医療についてはウ ソッキョン(우석균)とソン キホ(송기호)の研究が特に優れている。しかしこれらの優れた韓国の先行研究は日本において知られておらず、まずこれらの研究を紹介することに意義があると考え、翻訳して整理して出所を明示のうえ本論文に取り込んだ。さらに本論文はこれらの先行研究に加えて、米韓FTAの原文、サムソン経済研究所の報告書など多岐にわたる韓国の一次資料を検証し、盧武鉉政権の関係者へ筆者自身が行ったインタビューの内容を

ふまえて、筆者独自の考察を行った。

2 米韓FTAの交渉・妥結とサムソン財閥

(1) 米韓FTAの交渉・妥結過程(1) —真の推進者は韓国側か、アメリカ側か—

第2節においては〔課題1〕について検証、考察する。

これに先立ち米韓FTAに至る主要な推進力は米韓どちらからでてきたのかを検討する。

2000年代にはいり世界的に自由貿易協定(FTA)が急増したが、この背景は2001年に始まったWTOドーハ・ラウンドが2003年メキシコ・カンクンで開催された閣僚会議で挫折したことであった。これをうけて米韓双方とも二国間FTAの推進へと本格的にむかうが、まず米韓FTAにいたるアメリカ側の事情から述べる⁽²⁾。

2001年に就任したブッシュ大統領は2002年に連邦議会から、大統領に通商交渉権限を付与する大統領貿易促進権限(TPA)を与えられると通商政策の観点からFTA拡大戦略をとるようになり、アジア諸国に注目するが、日本との交渉は行き詰まる。このような流れを受けてアメリカは韓国とのFTA交渉へむかうが、アメリカにとり韓国は必ずしもFTA優先交渉対象国ではなかった。アメリカは米韓FTA交渉開始に先立ち、自動車、牛肉、薬価算定方式、映画の「四大前提条件」を韓国につきつけた。この四大前提条件は米韓FTA交渉以前から米韓の懸案になってきた課題で、韓国側は容易に妥協できない要求であった。

一方、韓国の通商交渉本部も対外開放が必要であるとの結論の下、1998年以降、多国間貿易体制の補完手段としてFTAを推進したが、WTOドーハ・ラウンドの挫折がこれに拍車をかけた。2005年には盧武鉉政権は国民経済諮

問会議で「先進通商国家」への転換を国家目標に対外開放を推進すると決定した。同時多発的FTAの推進はできるだけ早期に多くの国家とFTAを結ぶことにより、世界市場に対する接近性が最も高い「FTAハブ」を目指すものであった。韓国は日本、アセアン(ASEAN)、中国、ヨーロッパ連合(EU)、アメリカの順にFTAを締結する計画をたてたが、韓国にとりアメリカとのFTAは交渉の順において最後であった。このように米韓FTAは米韓双方にとり当初、優先度は高くなく、アメリカが四大条件を前提として示したのに対し、韓国側はこれについての妥協は容易ではなく、早期の米韓FTAの交渉開始は容易ではない状況にあった。

このような状況下において、これを克服するために積極的に動いたのは韓国側、特に盧武鉉大統領であった。盧武鉉大統領は韓国にとり交渉の順が最後であったアメリカとのFTAを最優先させる決断を行った。さらに盧武鉉はキムヒョンジョン(김현종)を2005年7月、9月の二回にわたり訪米させ、議会、政府関係者と交渉、説得作業を行わせた。これを受けてアメリカは韓国をFTA優先交渉四カ国に選定する。さらに盧武鉉はアメリカが示した「四大前提条件」について、矢継ぎ早にアメリカの要求を事実上、受け入れる国内処置をとった。これら四大前提条件への妥協に対し、映画産業関係者がまず猛反発し、2006年2月15日に米韓FTAに反対する113団体が記者会見を行い、反対運動本部の準備委員会を発足させ、同年3月28日に「米韓FTA阻止汎国民運動本部」が発足した。医療関係ではこれに民主労組に属している全国保健医療産業労働組合が参加した。これに対し、大韓医師会と看護師協会は2006年4月18日に発足した「米韓FTA民間対策委員会」

に参加し、米韓FTA推進賛成にまわった。米韓FTAに関する韓国内の賛否をまとめたのが [表2-1] である。

[表2-1 米韓FTAに対する韓国内の賛否]

賛成派	盧武鉉政府、開かれたウリ党、ハンナラ党、財界、保守言論、保守団体
慎重派	一部国会議員、相当数の専門家
反対派	民主労働党、農民運動、労働運動、市民運動

(出所)ホン ソンテ(2007、p76)をもとに筆者が作成。

ホン ソンテは米韓FTA反対運動の特色として、「多様な団体が参加した運動」、「弱者連合型運動」をあげ、「米韓FTAに関する対立は韓国社会の変化方向に関する考え方において大きな差異をみる」(ホン ソンテ、2007、p.85～86)と書いている⁽³⁾。それでも盧武鉉大統領はアメリカに対する妥協を撤回することなく、米韓FTA交渉開始を可能にした。

(2) 米韓FTAの交渉・妥結過程(2) —韓国側の推進者を検証する—

このように米韓FTAは当初米韓双方にとり優先度は高くなく、米韓の間には四大前提条件が立ちはだかり、早期に米韓FTAの交渉開始がなされる可能性はきわめて低かったが、これを克服したのは韓国側、特に盧武鉉大統領であった。大統領に当選する前の選挙公約には米韓FTAはなかったにもかかわらず盧武鉉が大統領就任後に突然、これをかかげるようになったことは、当時から韓国で違和感と戸惑いをもって受け取られた。それゆえ大西裕は「反米政権と目された盧武鉉政権が、なぜ米韓FTAを締結しようとしたのか」(大西裕、2014、p.140)と問題提起しているのである。

大西裕のこの問いに対する答えを模索する過程で、筆者は2018年3月8日、盧武鉉政権当時に大統領政策企画秘書官を歴任したチョン テイン(정태인)⁽⁴⁾に直接インタビューを行った。

この時に彼は「米韓FTAはサムソンが提示したプロジェクトであった」と明言した。この証言が事実であるなら、米韓FTAを理解するうえで重要な意味をもつ。そこでまず盧武鉉政権とサムソン財閥との関係について把握するために、サムソン構造調整本部(元会長秘書室)で7年間働いた弁護士キム ヨン Chol(김용철)の著作の記述について検証する。

イ ハクス(이학수)は釜山商高の後輩である盧武鉉と人間的にとっても親しかった。盧武鉉は大統領になる前からイ ハクスを「ハクス先輩」と呼び、従ったという。そのためかイ ハクスは盧武鉉候補の当選がサムソンにも悪くないと言った。実際、そうであった。盧武鉉政府の政策の中でサムソンに不利なものはほとんどなかった。代わりにサムソン経済研究所で提案した政策を盧武鉉政府が採択した事例はとて多かつた。甚だしくは、サムソン経済研究所は最初から政府部署別の目標と課題を定めることさえ行った。

(キム ヨン Chol、2010、p.147、翻訳は筆者)

さらにハンギョレ新聞は次のように書いている。

盧武鉉政府が出帆する直前である2003年2月に大統領職引継ぎ委員会にサムソン経済研究所の「国政課題と国家運営に関するアジェンダ」

という400ページの分量の膨大な報告書が提出され、参与政府⁽⁵⁾の国政方向に少なくない影響を与えた事実はある程度知られている。サムソンと参与政府が蜜月関係にあった次元を超え、「サムソンが指し示す方向に国政が転がっていく」という分析が生まれる端緒であった。

(ハンギョレ新聞、2007年12月4日、翻訳は筆者)

さらにハンギョレ新聞は、盧武鉉政権が発足した年にチン デジェサムソン電子社長を情報通信部長官に任命、2005年にはサムソン経済研究所専務のイ オノを国家情報院最高情報責任者に迎えたことを紹介している(ハンギョレ新聞、2007年12月4日)。サムソン構造調整本部に7年間いた弁護士キム ヨン Chol が政策全般においてサムソン財閥が盧武鉉政権に影響を与えたと記述している意味は重く、ハンギョレ新聞の記事はこのキム ヨン Chol の記述を裏づけており、これらの記述はサムソン財閥が盧武鉉政権にかなりの影響力をもっていたことを示している。さらにチ ジュヒョン(지주형)は「盧武鉉大統領とサムソンの関係は当時、知られていたよりも深かった」(チ ジュヒョン、2011、p.368)として盧武鉉について次のように書いている。

彼はすでに大統領になる前から釜山商高の同窓の先輩であるイ ハクス(이학수)サムソン・グループ副会長と深い関係があった。イ ハクスは盧武鉉が初当選の議員であった時期から助けを与え、盧武鉉はサムソン自動車をルノーに売却する過程でイ ハクスと親密になった。サムソンは2002年下半期に盧武鉉候補の側近アンヘジョン(안희정、現忠清南道知事)に政治資金30億ウォンを伝達し、サムソン経済研究

所は2003年初めに引受委員会(인수위)の国政運営白書とは別途の国政運営白書を作成し、盧武鉉大統領当選者に伝達した。この報告書に入れられた提案は、以後、米韓FTA、国民所得2万ドル時代論、新成長動力開発論、革新主導型経済論に発展し、サムソン経済研究所が提案した他の政策も盧武鉉政府において種々、採択された(京郷新聞2007年11月22日、キム ヨン Chol 2010、p145～147、ユン ソッキュ 2010)。(チ ジュヒョン、2011、p.369)

このチ ジュヒョン(2011)の記述は、盧武鉉政権の政策全般にサムソン財閥が影響をあたえたとの弁護士キム ヨン Chol とハンギョレ新聞の記述と一致する。さらにサムソン経済研究所が2003年初めに盧武鉉大統領当選者に伝達した国政運営白書の中に米韓FTAが含まれていたとの記述は、「米韓FTAはサムソンが提示したプロジェクトであった」とのチョン テインの発言の裏付けになる。チョン テインとキム ヨン Chol という盧武鉉政権側、サムソン財閥側の両方の中枢にいた人物が同様の証言をし、同様の内容を新聞や専門家が記述していることを考慮すると、盧武鉉政権が米韓FTAを推進するにあたりサムソン財閥の関与があったことは否定しがたい。さらにチョン テインは盧武鉉政権において初めて米韓FTAが議論された場について次のように書いている。

「盧前大統領当選直後、設けられた大統領職引受委員会(인수위)に私も参加した。ある日、サムソン経済研究所が引受委員会と全く同じ方式で分科と主題を構成して報告書を作成して、これを大統領に伝達したという話を聞いた。」

「当時、与党内で米韓FTAに関する初めての論議がおこったのは、イ グァンジェ議員が開

催したセミナーの集まりであった。2004年11月、サムソン経済研究所側がこの集まりで米韓FTAについて発題を行った。]([「プレシアン」⁽⁶⁾] 2010年4月19日、翻訳は筆者)。

さらにチョン テインはプレシアンへのインタビューで盧武鉉政権の政権運営の変化を述べているが、以下は筆者によるこの記事の要約である。

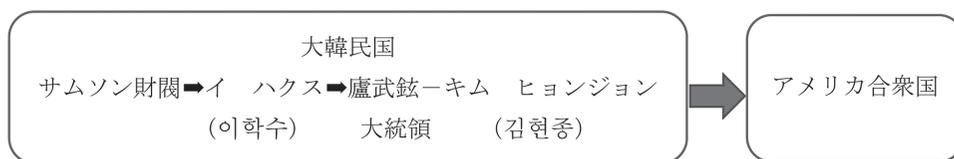
「サムソン側に報告書作成を任せた盧前大統領の意図は『均衡合わせ』であった。閣僚人事においても、改革派と保守派という互いに性向の異なる者を配置し、異なる声があがれば、大統領が総合的に判断するという構造であった。しかし就任3年次である2005年になると、改革性向の人たちが追われ、その席がすべて官僚出身に当てられ、均衡が崩れて、保守基調が明確になった。問題は官僚、特に経済官僚が財閥、中でもサムソンと一体になって動くという点である。イ ジョンウ(이정우)前青瓦台政策室長が金産分離問題で2005年7月に辞表を出すと、盧武鉉政権の核心部においてサムソンの影

響力に立ち向かう者はいなくなった。そして盧武鉉政権は翌年初めから米韓FTA推進を強く推し進めた。]([「プレシアン」] 2010年4月19日の記事を筆者が要約)

この証言において注目すべきは、盧武鉉政権の発足当時は進歩派と保守派の均衡人事が行われたが、次第に進歩派が追われ、進歩派が政権内から姿を消し、保守派でかためられたのが2005年夏で、まさにこの時期に盧武鉉政権が米韓FTAを本格的に推進したという点である。つまり進歩派のイ ジョンウが政権を去って盧武鉉政権の核心部においてサムソンの影響力に立ち向かう者はいなくなったのが2005年7月、まさにこの2005年7月、9月の二回、盧武鉉はキム ヒョンジョンを訪米させ、議会、政府関係者と交渉、説得作業を行わせた。このわずか半年後の2006年2月に米韓FTA交渉開始が正式に発表されている。

ここまで検証してきた文献や関係者の証言を総合して米韓FTA交渉開始にいたる経過を整理したのが [図2-1] である。

[図2-1 米韓FTA交渉開始にいたる経過]



(出所)作成は筆者。

つまり当初、米韓双方にとり優先度の低かった米韓FTAを締結にむけてより積極的に動いたのは韓国側であった。盧武鉉大統領はサムソン財閥の影響力をうけて米韓FTAを推進することにしたが、これにあたり重要な役割をしたのがイ ハクスであった。そして盧武鉉大統領の意をうけてアメリカを訪問し、積極的な

なアメリカを説得するのに重要な役割を果たしたのが、キム ヒョンジョンであった。

(3) サムソン経済研究所による米韓FTAに関する報告書

それではサムソン財閥自身は米韓FTAについてどのように考えていたのか？

米韓FTAについてのサムソン財閥の考え方は、サムソン経済研究所が発表した米韓FTAに関する複数の報告書より明確に知ることができる。

まず「米韓FTAの政治経済学」(サムソン経済研究所、2006. 5.31)からは、米韓FTA交渉

が始まった段階からサムソンが米韓FTAを「韓国経済の生存戦略」と位置付けて強い期待をよせ、交渉や批准が容易でないことをふまえ妥結や批准のためのリーダーシップに期待をよせていることがうかがえる [資料2-1]。

[資料2-1 「米韓FTAの政治経済学」(サムソン経済研究所、2006年5月31日)より抜粋]

IV 米韓FTA推進戦略

1. 経済開放は世界化にともなう韓国の生存戦略
米韓FTAは未来、韓国経済の生存戦略
2. 米韓FTA成功のための条件
相いれない利害を調整することができるリーダーシップがKey

(出所)「米韓FTAの政治経済学」(サムソン経済研究所、2006年5月31日)、p.15～19
翻訳は筆者。

さらに米韓FTAが妥結した二日後には「米韓FTA協商妥結と韓国経済の未来」(サムソン経済研究所、2007年4月5日)が発表された。この内

容の中で、サムソン財閥が米韓FTAを求める目的が最もよくわかるのが、「Ⅲ 米韓FTAの戦略的活用」の部分である [資料2-2]。

[資料2-2 「米韓FTA協商妥結と韓国経済の未来Ⅲ 米韓FTAの戦略的活用」より抜粋]

- 1 競争による構造調整促進
 - 大企業と比べて中小企業の構造調整不振
 - 米韓FTAは競争促進のための外部的な梃子(External Leverage)の役割を遂行
 - 企業の効率的構造調整のためには競争促進の必要
- 2 国内企業規制を改善
 - 主要先進国と比較しても韓国の企業関連規制は強いほう
 - 米韓FTAを契機に国内企業に対する規制を全面的に再検討して規制の先進化を推進
 - 規制は企業の活動を制約して費用を上昇させる要因

(出所)「米韓FTA協商妥結と韓国経済の未来」(サムソン経済研究所、2007年4月5日)p.17～20、
翻訳は筆者。

これらの1次資料から読み取れるのは、「サムソンの目標は韓国内の構造調整促進と企業規制の緩和であり、米韓FTAはそのための手段であった」という点である。「대외부적 지렛대(対外的な梃子)」に「(External Leverage)」という英語までつけて、米韓FTAが「韓国内の効率的構造調整」のための手段であることを明確にしている。これはこの報告書の冒頭部分

に書かれている<Executive Summary>にさらに明確に述べられている。

まず構造調整に対する国内インセンティブが弱い状態から米韓FTAを通じて競争を促進することにより、小康状態に陥っている構造調整を活性化して産業構造を高度化する手段として活用しなければならない。また未だに高い水準

にある国内企業関連規制を先進国水準まで画期的に改善することにより、国内企業にも競争国企業と同等な競争環境を提供することが重要である。(「米韓FTA協商妥結と韓国経済の未来」(2007、サムソン経済研究所)〈Executive Summary〉の一部を筆者翻訳)

盧武鉉政権は2006年に「社会ビジョン 2030 先進福祉国家のためのビジョンと戦略」(大統領諮問政策企画委員会、2006、以下「ビジョン 2030」)を発表する。米韓FTAに関してこの「ビジョン 2030」に示された盧武鉉

政権の考え方とサムソン研究所の報告書に書かれた考え方は非常に似ている。「ビジョン 2030」では米韓FTAについて「教育・医療などのサービス市場の開放を国内市場のサービス水準向上を通して競争力強化の契機」(「ビジョン 2030」、p.26)と記述しているが[資料2-3]、この発想はサムソン経済研究所の「米韓FTAは競争促進のための外部的な梃子(External Leverage)の役割を遂行」と基本的に同じで、米韓FTAを韓国内における競争力強化の手段として活用するというものである。

[資料2-3 盧武鉉政権が発表した「社会ビジョン 2030」より抜粋]

1.7 米韓FTA推進は韓国経済に対する先制的処方である。教育・医療などのサービス市場の開放を国内市場のサービス水準向上を通して競争力強化の契機ととらえ、外国資本と技術の流入だけでなく、観光客・外国人学生・患者など外部顧客を流入させる機会として活用しなければならない。

(出所)「社会ビジョン 2030 先進福祉国家のためのビジョンと戦略」(大統領諮問政策企画委員会、2006、p.26)の一部を筆者が翻訳。

なぜ、サムソン経済研究所と盧武鉉政権の報告書の記述の基礎となる考え方がこれだけ似るのだろうか。人権派弁護士であった盧武鉉やその周囲のリベラルな経済専門家から、米韓FTAによる市場開放を競争力強化の契機にするという発想がでるとは考えにくい。盧武鉉政権による「社会ビジョン 2030」とサムソン経済研究所の米韓FTAに関する記述の基礎となる考え方が似ているのは、盧武鉉政権がサムソン財閥の関与をうけて米韓FTAを推進したからであると説明するなら、十分に理解ができる。

(4) 米韓FTAとサムソン財閥

第2節で述べてきた内容を時系列に整理したのが、以下の年表である。これにより大統領当選前の選挙公約には米韓FTAはなかったが、当選後に盧武鉉がサムソンの影響をうけながら

米韓FTAを推進するに至る過程がよくわかる。

特にイジョンウ前青瓦台政策室長が辞表を提出して盧武鉉政権内でサムソンの影響力に立ち向かう者はいなくなったのが2005年7月で、同じ2005年7月と9月にキムヒョンジョンが訪米し、米韓FTAについてアメリカの議会、政府関係者に交渉、説得作業を行っている。これは青瓦台内の力関係の変化により米韓FTAが推進にむけて動き出したことをよく示している。

第2節の最後に[課題1]に対する本論文の見解を述べる。

[課題1に対する本論文の見解]

韓国内の構造調整と規制緩和のための手段として米韓FTAを推進したいサムソン財閥の関与をうけて盧武鉉政権は米韓FTAを締結しようとした。

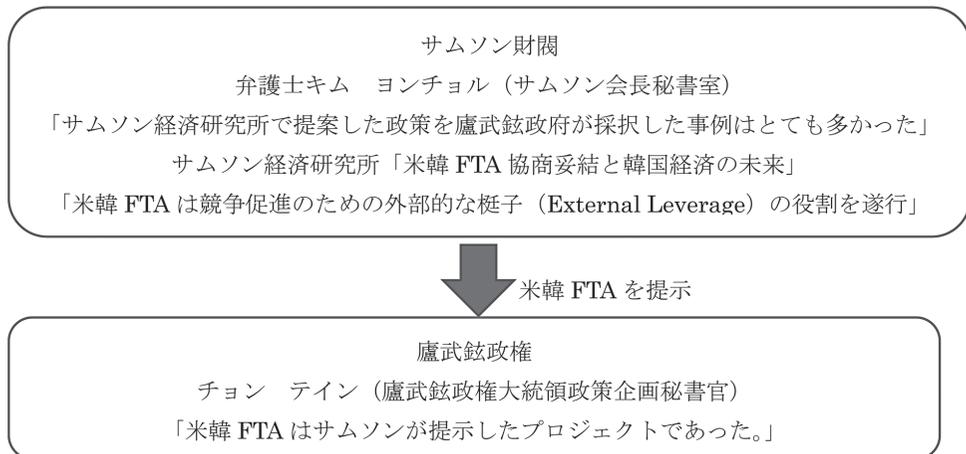
本論文がこの結論にいたった根拠を要約した

[年表 盧武鉉政権における米韓FTAの浮上過程と妥結]

2003年初	サムソン経済研究所が引受委員会の国政運営白書とは別途の国政運営白書を作成し、盧武鉉当選者に伝達。この中に米韓FTAが含まれる。
2004年11月	イグァンジェ議員が開催したセミナーの集まりでサムソン経済研究所側が米韓FTAについて発題。
2005年7月	イジョンウ前青瓦台政策室長が金産分離問題で辞表を提出。盧武鉉政権内でサムソンの影響力に立ち向かう者はいなくなる。
2005年7月	キムヒョンジョンが7月と9月に訪米し、米韓FTAについてアメリカの議会、政府関係者に交渉、説得作業を行う。
2006年2月	韓国通商本部長、アメリカ通商代表の合同記者会見の場で米韓FTA交渉開始が正式に発表。
5月	「米韓FTAの政治経済学」(サムソン経済研究所)発表。
2007年4月3日	米韓FTA協商が妥結。
4月5日	「米韓FTA協商妥結と韓国経済の未来」(サムソン経済研究所)発表。

(出所)筆者が作成。

[図2-2 米韓FTA交渉にあたりサムソンが関与したことを裏づける証言、文書]



専門家：チジュヒョン「盧武鉉に米韓FTAを提案したのはサムソン財閥であった。」

ハンギョレ新聞「サムソン財閥が示す方向に盧武鉉政権の国政は転がっていった。」

(出所)筆者が作成。

のが [図2-2] である。

大西裕は「反米政権と目された盧武鉉政権が、なぜ米韓FTAを締結しようとしたのか」(大西裕、2014、p.140)との問いを提起して、その回答は「貿易自由化が福祉政策と重なれば社会的弱者の生活の質改善につながると見る盧武鉉にとって、米韓FTAは欠かせない政策パーツの一つだったのである」(大西裕、2014、p.173～174)と述べている。盧武鉉自身がこのような考

えをもっていた可能性は高い。しかし人権派弁護士出身の盧武鉉が本人だけでこのような考え方を基礎に選挙公約にもなかった米韓FTAを推進しようとする後に思いたち、これを強力に推進したと理解するには違和感を禁じえない。何より米韓FTAはサムソン経済研究所が作成した諸報告書にそった内容に実質的になった。米韓FTAはまさに「競争促進のための外部的な梃子 (External Leverage) の役割を遂行」(サ

ムソン経済研究所、2007、p.19)といった内容になっており、「貿易自由化が福祉政策と重なれば社会的弱者の生活の質改善につながると見る盧武鉉」(大西裕、2014、p.173～174)とは相いれない内容になっている。もし米韓FTAの本当の発案者が盧武鉉なら、米韓FTAの内容はもう少しは「社会的弱者の生活の質改善」(大西裕、2014、p.173～174)に配慮した内容になったはずであるが、実際の米韓FTAは全くそうになっていない。

これに対し盧武鉉大統領はサムソンの関与をうけながら米韓FTAを推進したとするとこれらの疑問は解決する。つまり大統領選挙の盧武鉉の公約に米韓FTAはなかったが、当選後の2003年初めにサムソン経済研究所が作成した国政運営白書を通じて米韓FTAは盧武鉉政権に伝達された。

盧武鉉政権当時に大統領秘書室秘書官および政策室に行政官として勤務した関係者は、2018年3月に行ったインタビューにおいて筆者に直接、以下のように語った。

「盧武鉉政府では社会政策や経済政策を貫通する国政哲学が貧困であった。経済思想と政治哲学的根拠が弱いので、実用主義という名分でサムソンが提示するものを受入れた。」

この言葉は盧武鉉が米韓FTAを推進した背景を雄弁に語っている。盧武鉉は進歩派の支持をえて当選したが、現実主義の名においてサムソンが提示した米韓FTAを無分別に受け入れ、これを推進したのである。

3 米韓FTAと韓国の医療

(1) 米韓FTAが韓国医療に与える問題

第3節では[課題2]について検証、考察する。

パク チュソン国会議員の資料によれば、米韓FTAの発効により韓国が変更しなければならない法律条項は32条項、施行令16条項、施行規則18つ、公示9つの合計75項目にのぼる。また米韓FTAが韓国社会に与える影響は多岐にわたるが、このうち米韓FTAが韓国の医療に与えることが危惧される影響を整理する⁽⁷⁾。

(ア)「許可－特許連携制度」の導入による後発薬販売の遅延

米韓FTAの発効にともない、米韓FTA第18.9条第5項を根拠に2015年3月15日から薬事法が改定施行され、これにより韓国は薬事法史上、初めてアメリカ式の「許可－特許連携制度」を導入した[資料3-1]。「許可－特許連携制度」は、安全性と有効性に問題がなく、販売が許可されていても、許可された医薬品に

[資料3-1 米韓FTA第18.9条第5項]

第18.9条(特定規制製品と関連した処置)

- 5 当事国が医薬品の市販を許可する条件において、安全性または有効性情報を、元来提出した者以外の者が、このような情報またはその当時国の領域または他の領域において以前に市販許可の証拠のように、以前に許可された製品の安全性または有効性情報の証拠に依存するように許容する場合、その当事国は
- a その製品またはその製品の許可された使用方法を対象にすることで許可当局に通知された特許存続期間の間、市場に進出するために市販許可を要請するすべてのその他の者の身元を、特許権者が通知を受けるように規定する。そして
 - b その製品またはその製品の許可された使用方法を対象にすることで許可当局に通知された特許存続期間の間、特許権者の同意または黙認なく、他の者が製品を市販することを防止するための自国の市販許可手続き処置を施行する。

(出所)米韓FTA、翻訳は筆者。

特許権保有者が問題を提起すれば、その医薬品の許可が自動停止される制度である。これはアメリカ薬事法(The Federal Food, Drug and Cosmetic Act)において1984年に導入され、法案を提案した上院議員と下院議員の名前からハッチ-ワックスマン法(Hatch-Waxman Act)といい、アメリカおよびアメリカとFTAを結んだカナダやオーストラリアなどにだけ存在する制度である。米韓FTAで定められた規定は米韓両国に適用されるが、「許可-特許連携制度」はすでにアメリカにおいて存在しているために、米韓FTA第18.9条第5項による国内法の改定は韓国側でのみなされることになった。また確認書簡(2011年2月)ではこれが「米韓FTAが発効された次の日より3年が過ぎる時点から大韓民国に適用される」と規定された。

国民医療費において薬剤費が占める割合は、2017年の資料によるとOECD平均16.7%であるのに対し、韓国は20.9%と高い(イーヘルス通信、2019年10月20日)。したがってオリジナル特許薬と成分、容量、効能は同様でも価格が安い後発薬の使用が必須である。ソン キホによると複製薬が安全性と有効性の承認を受けて市場で売り出されるなら、オリジナル薬の価格が約30%引き下げられる。しかし米韓FTAにより韓国に導入された「許可-特許連携制度」のために、韓国では後発医薬品の安全性、有効性の認定だけで販売許可を受けることができなくなった。後発薬品が品目許可をうけるためには、特許権製薬会社に通知する義務があり、特許権者である製薬会社が特許侵害を理由に販売禁止申請をすれば、最大9か月間、後発薬品の販売が禁止される。実際、食薬処は2015年9月、優先販売品目許可が審査中であった一つの成分、19品目の後発薬についてのオリジナル薬特許権者であるSKケミカル(株)の販売中止要

請を受けて、後発薬の販売を禁止した(ソン キホ、2017、p.53)。

このように9か月間、後発薬の許可手続きが進行しない中で、後発薬の健康保険登載が遅れ、それによりオリジナル薬の価格引き下げが遅れる反面、健康保険の財政支出は増加する。オリジナル製薬会社が特許権を乱用し、販売禁止を申請し、結局は特許訴訟で特許侵害ではないと敗訴しても、販売禁止による費用や責任負担を負わなくてもよい。

1984年に「許可-特許連携制度」をハッチ-ワックスマン法により導入したアメリカでは、制度導入以降、エバーグリーンング(evergreening)や逆支払い合意(Reverse Payment Agreement)といわれる談合行為などの諸問題を引き起こしてきた。米韓FTAの締結により「許可-特許連携制度」を導入することになった韓国では、エバーグリーンングや逆支払い合意への対策もとらなければならなくなった。

(イ) 独立的検討機構の設置による製薬会社の価格交渉力の強化

米韓FTA第5章の確認書簡は独立的検討機構の設置を規定し、これにより韓国は「国民健康保険療養給与の基準に関する規則」を改定し、健康保険薬品価格策定において、製薬会社の交渉力が強化されることになった。韓国においては、医薬品を国民健康保険で採択するための価格決定は、薬剤給与評価委員会が評価した金額以下を経済性のある価格とし、国民健康保険公団理事長との交渉手続きを経るか、保健福祉部長官が定めて公示する薬価交渉の省略のための基準金額を上限金額とすることに同意する方式である。しかし米韓FTA第5章の確認書簡は薬剤給与評価委員会の評価金額について異議がある製薬会社のために、別途の外部検討手続きをもたらした。これを「独立的検討手続き」と

いう。アメリカ・オーストラリアFTAではこの独立的な検討手続きだけが規定されているのに対し、米韓FTAでは異議申請のために「独立的な機構(independent review body)」を置き、この機構を政府から独立したものであると規定した。

元来、韓国には評価委員会の評価額に異議を提起する制度があったが、米韓FTA第5章の確認書簡により外部にこれとは別の異議審判機関がつけられることになった。

[資料3-2 米韓FTA13.6条、一部抜粋]

米韓FTA13.6条
当事国が金融機関に新しい金融サービス供給のために認可の取得を求める場合、その当事国は、合理的期間内にその認可の発行の可否を決定し、その認可は健全性という理由においてのみ拒否することができる。

(出所)米韓FTA、翻訳は筆者。

韓国政府は米韓FTA発効により、アメリカの民間保険会社の不利益または損失になる政策を行えなくなる、あるいはそうならないように配慮することが求められるようになる。これは韓国政府による民間保険会社に対する規制を委縮させる。

(エ) 公的医療保険の保障拡大の委縮

米韓FTAは公的医療保険の保障拡大を委縮させる。米韓FTAにおいて韓国は保険医療サービスを未来留保条項としたために、韓国政府は米韓FTAが公的な医療保険へ悪影響を与えることはないと説明してきた。しかし保険医療サービスについての義務のうち免除されるのは、内国民待遇など5つの義務に限られており、投資関連の米韓FTA11条で規定した収用および補償と待遇の最低基準は免除されない⁽⁸⁾ [資料3-3]。収用とは投資先国の制度や政策によって、投資家が損害を被ることをいうが、間接収用とは投資相手国政府の制度や政策により、投資家が収益をあげる機会を失うことを

(ウ) 民間医療保険への規制に対する制限

米韓FTAは市場開放したくない分野だけを記載し、残りの分野は全部市場開放するというネガティブリスト方式をとっている。さらに米韓FTA13.6条の規定のために「健全性という理由」がない限り、韓国政府は金融機関である民間保険会社に対し「新しい金融サービス」である新しい民間医療保険に関する規制を行うことは困難になった [資料3-2]。

いう。

韓国には多くの外資特にアメリカの民間保険会社が進出しているが、韓国政府が国民健康保険の給付水準を上げたり、非給付項目を減らすなどの公的医療保険の強化処置をとった場合、それが間接収容の適用をうけたり、ISDSによる国際仲裁の対象になる可能性が生じる。また米韓FTAでは締結国は企業が提訴する国際仲裁への回付を包括合意する旨の規定が設けられており、被提訴国は国際仲裁を拒否できない。韓国政府が行う政策が韓国に進出しているアメリカの民間保険会社に不利益または損失をもたらした場合、ISDSにより韓国政府がアメリカの民間保険会社に提訴されるおそれが生じることになる。

(オ) 病院営利子会社に投資した外国資本の保護

米韓FTAは外国資本が投資した病院営利子会社に、再び病院営利子会社を禁止したり、規制を行うなどの投資した外国資本に不利益や損失をもたらす可能性のある政策を行うことを困

[資料3-3 米韓FTA 付属書II 保険医療分野 未来留保内容]

分野	社会サービス-保険医療サービス
関連義務	内国民待遇(第11.3条及び第12.2条) 最恵国待遇(第11.4条及び第12.3条) 履行要件(第11.8条) 高位経営陣および理事会(第11.9条) 現地駐在(第12.5条)
留保内容	国境間サービス貿易および投資 大韓民国は保険医療サービスと関連してどのような処置も採択したり維持する権利を留保する

(出所)ウソッキュン(2017、p.5)、翻訳は筆者。

難にさせる。前述のように米韓FTAにおいて韓国政府は保険医療サービスを未来留保条項としたが、保険医療サービスについての義務のうち免除されるのは、内国民待遇など5つの義務に限られており、投資関連の米韓FTA11条で規定した取用および補償と待遇の最低基準は免除されない。このために米韓FTAは外国資本が投資した病院営利子会社に規制を行ったり、再び病院営利子会社を禁止するなど、投資した外国資本に不利益や損失をもたらす可能性のある政策を行うことを困難にさせる。

(カ)韓国政府による混合診療の禁止の委縮

米韓FTAは韓国政府が混合診療を禁止することを委縮させる効果をもつ。混合診療とは「保険診療と保険外診療の併用」(日本の厚生労働省の定義)のことである。韓国の公的医療保険は1977年に始まったが、韓国においては当初から混合診療が容認された⁽⁹⁾。混合診療の容認は、公的医療保険適用外診療の拡大による実損型医療保険の加入率の上昇、過剰診療を引き起こすなどの深刻な問題を韓国の医療にもたらしてきた。「混合診療原則禁止処置を撤廃し、保険診療と保険外診療を制約なく併用できるようにすることは、保険診療により一定の自己負担額において必要な医療が提供されるにもかかわらず、患者に対して保険外の負担を求めるこ

とが一般化し、患者に不当に拡大するおそれがある。」(「規制改革会議「第3次答申」に対する厚生労働省の考え方」、平成20年12月26日)と日本の厚生労働省が指摘した問題が韓国では現在に至るまでおこってきたのである。

韓国においては当初から容認されたために、混合診療を当然のこととして受け入れられてきたが、一部の医療関係者が混合診療のもたらす諸問題に気づいて問題提起がなされつつある。しかし混合診療の禁止は実損型医療保険商品の販売に悪影響を与えるなど、外国資本の民間保険会社に損失を与える可能性が高い。韓国政府の政策変更により発生した外国資本の民間保険会社の損失は、ISDSにより韓国政府が外国資本の民間保険会社に提訴されるおそれを生じさせることになり、韓国政府が混合診療の禁止へと政策転換することを委縮させる。

(2) 韓国における新自由主義的医療改革とサムソン戦略

ここまで述べてきた米韓FTAが韓国医療に与える諸問題は、韓国における新自由主義的医療改革と密接な関係をもっている⁽¹⁰⁾。そこで韓国における新自由主義的医療改革について述べ、これがどのように米韓FTAとつながっているかを検証する。本論文では新自由主義を

「資本蓄積のための条件を再構築し経済エリート
の権力を回復するための政治的プロジェクト」(デヴィッド・ハーヴェイ、2007、p.32)と
定義する。また韓国における新自由主義的医療
改革を「1990年代中ごろに韓国において始まっ
た新自由主義化の一環として試みられた一連の
医療改革」(小笠原信実、2019、p.114)とその歴
史的な脈絡から定義する。

韓国における新自由主義的医療改革は、盧武
鉉大統領が2004年1月新年年頭記者会見で「金
融・医療・法律・コンサルティングのような知
識産業も集中育成していく」と発表すること
により始まった。さらに2005年10月に盧武鉉政
権は総理室傘下に医療産業化委員会を設置し
て、本格的に医療産業化政策を策定するが、こ
の3カ月前の2005年7月にキム ヒョンジョンが

訪米して米韓FTA交渉開始にむけた動きが加
速化させている。つまり米韓FTAの実質的交
渉開始と医療産業化委員会が設置されて新自由
主義的医療改革が現実化されたのはほぼ同時期
であった。

次の李明博政権の時に企画財政部が大統領業
務報告で営利医療法人の導入の検討、民間医療
保険活性化などを発表して新自由主義的医療改
革が本格化するが、米韓FTAを韓国国会が批
准したのはこの李明博政権の時である。さらに
朴槿恵政権(2013～2017年)は、2013年に「4
次投資活性化対策」、2014年に「6次投資活
性化対策」を発表して、歴代政権の中で最も熱心
に新自由主義的医療改革を推し進めようとした
[表3-1]。

[表3-1 韓国政府が推進を試みた新自由主義的医療改革の主な内容]

営利病院の許容	法により禁止されている株式会社による病院経営の合法化。病院の 営利子会社を許容することで実質的に営利病院を許容。
病院付帯事業の増加 営利子会社への許容	病院付帯事業を大幅に増加させる。この付帯事業を病院の営利子会 社に許容することで、非営利病院の営利病院化への道を開く。
病院の合併許容	病院の入手、合併を許容するための医療法改定。
遠隔医療	医者不足の地方の住民にITを使った「医師-患者間」遠隔医療。
民間医療保険活性化	実損型医療保険の販売を促進する一連の政策を実施。

(出所)筆者が作成。

韓国の新自由主義的医療改革において、大統
領や経済官僚に影響を与えて、新自由主義的医
療改革を企画、推進させたのは財閥、特にサム
ソン財閥であった。韓国の主要な財閥は、民間
保険会社、大型民間病院を傘下においている
[表3-2]。

これら財閥の傘下にある民間保険会社は、業
界において高い市場占有率を占め、その中でも
サムソン火災、サムソン生命の総資本は他の民
間保険会社の群を抜いている。韓国の新自由主
義的医療改革において、これら民間保険会社と

大病院を有するサムソン財閥こそが真の企画
者、推進者であった。新自由主義的医療改革に
むけたサムソンの意図は、サムソン生命の内部
戦略報告書である「サムソン生命の民間医療保
険拡大戦略・民営医療保険の発展段階」(以下、
「サムソン生命戦略」と略す)によくあらわれて
いる [資料3-4]。

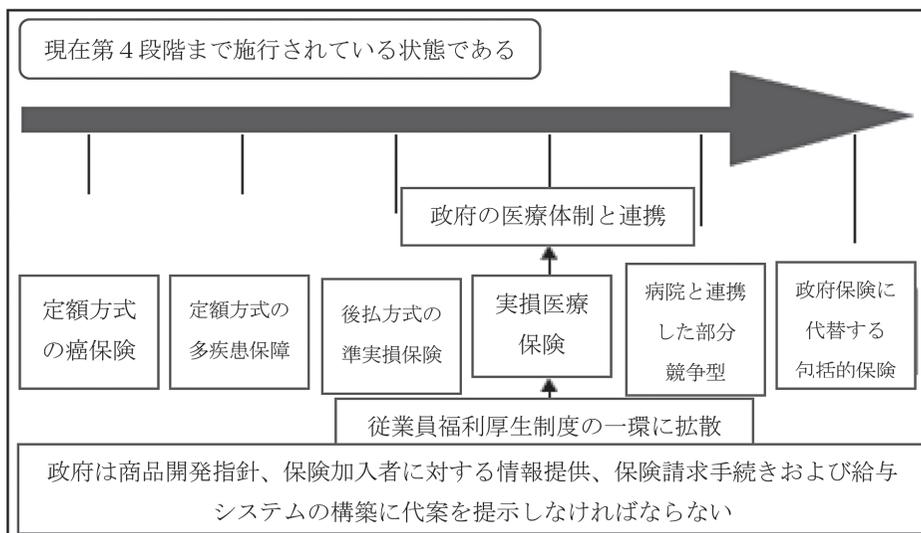
サムソン生命戦略において「現在第4段階ま
で施行されている状態である」と述べられてい
るが、これは事実で、韓国の民間医療保険はほ
ぼこの報告書のとおり発達してきており、過去

[表3-2 韓国の4大財閥が保有する民間保険会社、大型病院]

財閥	民間保険会社	大型病院(開院年)
サムソン	サムソン火災(損害保険1位) サムソン生命(生命保険1位、 生保業界で総資本比率36.2%)	サムソン医療院(1994年)、サムソンソウル 病院、カンブクサムソン病院、サムソンチャ ンウオン病院、成均館大医科大学
現代	現代海上保険(損害保険3位)	ソウルアサン病院(1989年)
LG	KB損害保険(損害保険4位)	—
SK	未来アセット生命(旧SK生命、 生命保険9位)	—

(出所)金融監督院(韓国)の資料をもとに筆者が作成。

[資料3-4 「サムソン生命の民間医療保険拡大戦略・民営医療保険の発展段階」]



(出所)シン ヨンジョン(2009, p.75)に掲載された「サムソン生命の民間医療保険拡大戦略・民営医療保険の発展段階」を筆者が翻訳。

約10年で実損型医療保険は急速に販売をのびた。サムソン生命戦略は民間医療保険が「政府保険に代替する包括的保険」の役割を果たす、つまり韓国における公的医療保険を崩壊させ、民間医療保険がこれにとってかわることを狙っている。

(3) 米韓FTAと新自由主義的医療改革

このような韓国における新自由主義的医療改

革と米韓FTAは次の述べるように密接に結びついている。

第一に、新自由主義的医療改革では民間医療保険の活性化が掲げられ、これにともない民間医療保険の販売が拡大してきたが、米韓FTAは政府のこの民間医療保険への規制を困難にさせる。韓国政府による民間医療保険活性化政策において、実損型医療保険の販売を促進する一連の政策が実施されたが、これはサムソン戦略

報告者における第4段階である実損型医療保険の販売を拡大させた。[表3-3]。

[表3-3 実損型医療保険加入率] 単位：万名(加入件数)、%(加入率)

年度(3月)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
加入件数	796	1066	1354	1833	2284	2551	2756	2917	3403
加入率	16.2	21.6	27.1	36.8	45.2	50.3	54.1	57.0	66.3

(出所)金融監督院(2018)。

しかしこの実損型医療保険の普及率の急拡大は保険切り替え時の保険料の高騰、過剰診療、医療保険販売員の説明不足による保険加入者とのトラブルなど様々な社会問題を引き起こし、政府による医療保険商品に対する規制の必要が主張されてきた。一般的にも保険商品は消費者の知識の不足による情報の非対称性が存在するために政府のよる適切な規制は必要である。しかし米韓FTA13.6条は「金融機関に新しい金融サービス供給のために認可の取得を求める場合」には「健全性という理由においてのみ拒否することができる。」と定めているため、「健全性という理由」がない限り、韓国政府は金融機関である民間保険会社に対し「新しい金融サービス」である新しい民間医療保険に関する規制を行うことは困難である。実損型医療保険の拡大はサムソン戦略報告書において重要な位置を占める[資料3-6]。米韓FTAはこの拡大に対する政府の規制を委縮させる効果をもつ。

第二に、米韓FTAは韓国政府に対し、公的医療保険の強化政策を委縮させる。韓国では国民皆保険が実現しているが、国民健康保険の保障率が低いうえに国民健康保険で保障しない非給付の治療項目が多いために、医療における自己負担額が高額になる⁽¹¹⁾。OECDデータより松田亮三が作成した資料によると2010年医療財源別医療支出において、日本の私的負担比率が18.1%であるのに対し、韓国は42%である(松田亮三、2016、p.83)。このような医療におけ

る自己負担比率の高さが韓国において実損型民間医療保険を拡大させる重要な一因になってきた。このような状況を改善するために、韓国では公的医療保険を強化すべきであるという主張が市民団体や労働組合からなされてきた。このような主張を韓国政府が受け入れて公的医療保険を強化する処置をとった場合、民間保険会社が販売している実損型医療保険の新規契約や契約更新が減少する。これに対し韓国に進出しているアメリカの民間保険会社が、公的医療保険の拡大政策は間接収用にあたり、これにより不利益や損失を被ったとしてISDS訴訟を提起する可能性を否定できない。もしアメリカの民間保険会社が訴訟を提起して韓国政府が敗訴すると、韓国政府には賠償金支払い義務が発生する。

韓国政府が公的医療保険の強化策をとった場合、アメリカの民間保険会社が不利益を被ったとしてISDS訴訟を提起するかどうかはわからない。しかし確実なことは米韓FTAが存続する限り、公的医療保険の保障の強化策を韓国国民の福祉向上のためにとる場合、韓国政府は間接収用の適用やアメリカの民間保険会社によるISDS訴訟提起の可能性を極力避けて行う必要がある。それは結果として、提訴をあらかじめ避けるような政策決定(馴至効果)を生じさせることになる。韓国政府は米韓FTAを全く無視して公的医療保険の強化を行えなくなるのである。

ここまで述べた「民間保険商品への規制困難 → 民間医療保険の拡大」と「公的医療保険の保

障拡大への委縮⇒公的医療保険の脆弱」は、一つの問題である。つまり「公的医療保険の脆弱」が「民間医療保険の拡大」をもたらす重要な要因になり、これがサムソン戦略報告書の第4段階から第6段階へと進むのを促す。つまり新自由主義的医療改革と米韓FTAが相乗効果をもたらした時に、最大の受益者になるのはサムソン生命である。

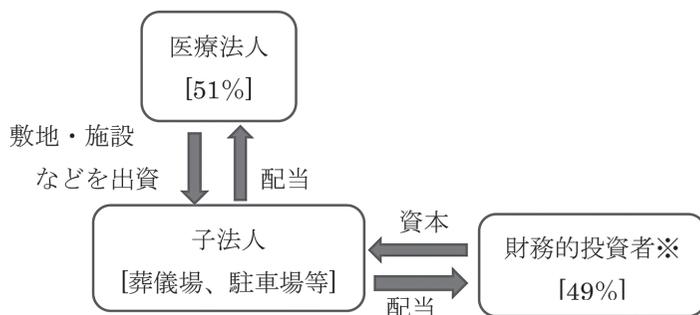
第三に、韓国政府は新自由主義的医療改革の一環として病院営利子会社の許容を行うことで実質的な営利病院を認めることを試みたが、米韓FTAは一度開かれた非営利病院の営利病院化への道を逆戻りさせない方向に作用する。

朴槿恵政権は2014年に医療法施行規則改定を通じて、病院付帯事業の範囲を全面的に拡大し、「医療関連事業」といえるほとんどすべて

の事業を病院の付帯事業範囲に拡大し、この一部をガイドラインを通じて病院の営利子会社としてつくることを許容した。付帯事業の範囲には病院賃貸、医療機器開発および購買、医療用具の開発、賃貸、販売、バイオなど研究開発事業および応用、医薬品の開発のような直接的な医療行為と関連した事業が含まれるとともに、ホテル、温泉、ヘルスクラブを含めた事業まで含まれていた [図3-1]。

ウ ソッキュン は病院付帯事業の拡大と営利子会社の許容は迂回的な営利病院の許容であり、非営利病院と営利病院の違いは投資者の投資と利潤配当の可否によるために、事実上の営利病院の許容による医療費用の上昇は患者の負担になると述べている(ウ ソッキュン、2017、p.7)。

【図3-1 政府投資対策の子法人設立形態の例示】



(出所)ウ ソッキュン(2017)p.8、翻訳は筆者。

※ 資産運用者、ベンチャーキャピタル

このような病院の営利子会社にも米韓FTAの投資規定が適用される。営利子会社は国内投資者だけではなく、外国投資者也投資が可能になっており、一度外国投資者がこの子会社に投資すればこれを元に戻すことはできず、投資者としての権利を守らなければならない。

(4) 新自由主義的医療改革の本質

このように米韓FTAの医療にかかわる内容

は韓国における新自由主義的医療改革と密接に結びついており、その最大の受益者はサムソン生命やサムソン医療院など大型病院グループを擁するサムソン財閥である。この関係について、[資料3-5]に示したようにサムソン経済研究所は述べている。

では米韓FTAと結びついた新自由主義的医療改革の本質は何であったか。これについて新自由主義的医療改革を最も熱心に推し進めた朴

[資料3-5 「米韓FTAの政治経済学」(サムソン経済研究所、2006年5月31日)抜粋]

米韓FTAだけでは規制緩和効果が不足しており、これに自発的な自由化処置が結合する時に最も大きな効果を発揮する
米韓FTA自体だけではなく、FTA以降の経済体質強化戦略を初期に樹立する必要(Post FTA戦略)
- 国内産業に対する政府の行き過ぎた保護および干渉を廃止して、対外開放と自由化を通じた経済力引き上げを指向
・ 特にサービス部門の経済力強化のために新入と退出、投資が円滑に成されるように規制を大幅に緩和

(出所)「米韓FTAの政治経済学」(サムソン経済研究所、2006年5月31日、p.19)、翻訳は筆者。

権恵大統領は、次の談話において率直に述べている。

「この間製造業中心になされてきた財政とR & D、金融支援をサービス産業にも製造業水準に積極的に拡大し、サービス産業が画期的に発展することができる基盤を構築するつもりである。特に青年たちが好む働く場でありながら、投資需要が多い保健・医療、教育、金融、観光、ソフトウェアなど5大有望サービス業は、官民合同T/Fを通じ、規制を全面再検討し、認許可から実際に投資が成される全過程にわたり、(中略)支援するつもりである。」

[朴権恵大統領就任1年「経済革新3カ年計画談話文」・2014年2月25日](翻訳は筆者)

このように韓国における新自由主義的医療改革は、「韓国国民の必要に応じた医療」ではなく、「経済成長のための手段」として提起された。

したがって新自由主義的医療改革は韓国国民の医療環境を悪化させる反面、医療関連企業の収益を増大させる。

第3節の最後に[課題2]に対する本論文の見解を述べる。

[課題2に対する本論文の見解]

米韓FTAの原文を検証した結果、米韓FTAが韓国の医療に与える影響は、「ジェネリック薬の市販の遅れ」以外に、「独立的検討機構の

設置による製薬会社の価格交渉力の強化」、「民間医療保険の規制に対する制限」、「病院営利子会社に投資した外国資本の保護」、「韓国政府による混合診療の禁止の委縮」など多岐にわたる。そして米韓FTAは、韓国における新自由主義的医療改革の動きと密接に連動している。「米韓FTAだけでは規制緩和効果が不足しており、これに自発的な自由化処置が結合する時に最も大きな効果を発揮する」(サムソン経済研究所、2006、p.19)とサムソン経済研究所が書いているように、米韓FTAと韓国の自発的な自由化処置を結合させて韓国における市場化を進めることこそ、韓国財閥のねらいであった。これは医療分野だけでなく、鉄道民営化など公共部門の市場化による市場の拡大をサムソン以外の財閥も意図しており、このような諸分野における国内の規制緩和、民営化と米韓FTAは根本的に一体のものである⁽¹²⁾。

4 米韓FTAの本質

第4節では本論文がこれまで述べてきたことをふまえ、[課題3] 米韓FTAの本質について考察する。

第一に、米韓FTAは関税の引き下げや撤廃による工業製品の輸出促進よりむしろ、米韓FTAを韓国国内の構造調整と規制緩和の手段として活用することにその本質がある。米韓FTAは韓国において製造業輸出主導型から

サービス業への転換をともなった新自由主義経済への経済モデルへの転換の中で推進された⁽¹³⁾。韓国経済は1960～1980年代にかけて軍事独裁政権下で賃金を抑圧して製造業製品の輸出主導型の高度成長を実現した。しかし1990年代に電化製品、自動車などの製造業において、アジア特に中国経済の台頭により価格競争において不利におこまれたことと1987年6月の民主化闘争により軍事独裁政権が倒れて事実上禁止されていた労働組合が合法化され、新たに結成されて労働者の賃金が1990年代に急上昇をしたことにより、この成長モデルに構造的限界をむかえた。製造業における価格競争の激化と賃金の上昇という二重の危機に直面した韓国財閥の危機克服のための活路こそが新自由主義であった。したがってこの危機克服のための政策として「製造業からサービス業への重点の移行」と「正規職労働者の解雇と非正規職への転換」がうちだされた。韓国における新自由主義的医療改革は、このような製造業輸出主導型からサービス業への転換をめざした韓国経済の新自由主義化の延長線上に登場した。そのためには韓国内の構造調整と規制緩和が必要であるが、米韓FTAはそのための手段であった。「米韓FTAは競争促進のための外部的な槌子(External Leverage)の役割、企業の効率的構造調整のためには競争促進の必要」(サムソン経

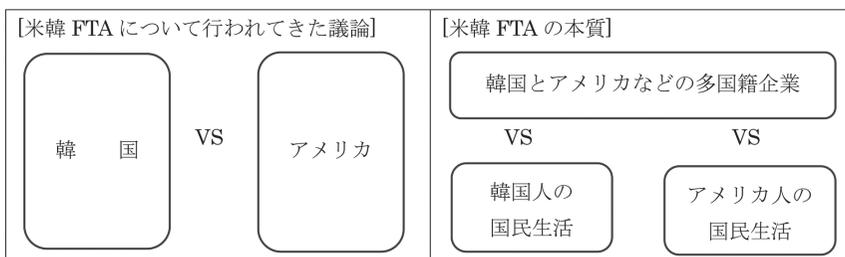
済研究所、2007、p.19) とのサムソン経済研究所の報告書の一文はこれをよく表している。

第二に、米韓FTAは公共性を制限し、市場を拡大する方向に作用し、国内制度を新自由主義的な方向に誘導し、一度新自由主義的な方向に制度が改定されれば、再び規制を強化するなどの逆戻りをするを阻む役割を果たす。米韓FTAにより締結国政府は自国国民のための政策全般を行うにあたり、多岐にわたる制限を課されることになる。さらに策定した政策が投資した外国企業に不利益をもたらして間接取用の対象にならないかを検討しなければならないことは、国民福祉のための政策全般を委縮させる効果をもつ。医療分野においては、公的医療保険の充実や混合診療の禁止などの国民の医療環境を改善するための政策や規制強化を委縮させる。政府による規制強化の委縮は、多国籍企業の活動の自由度を高める方向に作用するが、米韓FTAにより多国籍企業は新たな制約を受けることはない。

第三に、米韓FTAについて議論するにあたり「韓国に有利か、アメリカに有利か」という問いに根ざした議論が行われてきたが、「多国籍企業に有利なのか、国民生活にとり有利なのか」という問いにこそ米韓FTAの本質がある[図4-1]。

米韓FTAについて、「韓国に有利か、アメリ

[図4-1 米韓FTAについて行われてきた議論と米韓FTAの本質]



(出所)筆者が作成。

カに有利か」と議論を立てた時に、「多国籍企業vs両国の国民生活」という本質を見えにくくするとともに、そのことにより次の二つの重要な点を覆い隠してしまう。その一つは米韓FTAにより恩恵をうけるのはアメリカ企業だけでなく韓国企業や他の国の多国籍企業も恩恵を受けるという点である。米韓FTAが韓国企業にとり不利益ならサムソン経済研究所が米韓FTAに期待する報告書を作成するはずがない。もう一つは米韓FTAにより韓国国民だけでなく、アメリカ国民の生活も破壊されるという点である。実際に米韓FTAに対し、多くのアメリカのNGOや労働組合などが反対の声をあげた。これはTPPについても同様で、内田聖子は「TPPを葬ったのは決してトランプではない。市民社会が6年間、必死に抵抗してきた成果だ」(内田聖子、2017、p.6)とのアメリカの市民団体やNGOの声明を紹介しているが、これは米韓FTAやTPPがアメリカ国民の生活にも深刻な悪影響を及ぼすからに他ならない。これは多国籍企業の利益を擁護する自由貿易協定に対抗して、韓国国民とアメリカ国民が、日本国民とアメリカ国民が連帯して反対できる可能性があることを意味する。そのためにも、「どちらの国に有利か」という議論ではなく、自由貿易協定の本質が「多国籍企業vs両国の国民生活」という対立の問題であるという本質を理解する必要がある。

ただしアメリカの米韓FTA履行法102条には、米韓FTAとアメリカの法令が衝突する場合はアメリカの法令が優先されると規定されているのに対し、米韓FTAは韓国の法令には優先するために、米韓FTAが韓国に不利であることは否めない。

「米韓FTA履行法第102条 協定とアメリカ合衆

国および州法の関係

(a)アメリカ合衆国法令に対する協定の関係

- (1) 不一致の時のアメリカ合衆国法令の優先
- アメリカ合衆国の法令と相いれない協定の条項、如何なる人物または出来事への条項への適用は効力がない。』(米韓FTA履行法第102条(a)、翻訳は筆者)

また米韓FTAは、結果として次の3点において韓国国民により大きな不利益をもたらした。まず米韓FTAは韓国のほうに多く条約発効にともなう制度改定をもたらした。その理由は、前述のようにアメリカの米韓FTA履行法102条により米韓FTAとアメリカの法令が衝突する場合はアメリカ法が優先されると規定されているのに対し、米韓FTAは韓国の法令には優先するからである。さらにアメリカは世界で最も新自由主義的な制度が整備されているのに対し、相対的に韓国は国内規制が強いために、米韓FTAにおいて米韓両国に同様の義務が課されても、その発効により韓国だけが法改定や制度の変更を義務づけられるケースがほとんどであった。米韓FTA第18.9条第5項で、米韓両国に同様の義務が課せられても、「許可-特許連携制度」はすでにアメリカでは存在しているために、韓国側のみが大幅な法の改定、制度変更を強いられる結果になったのはその典型的な事例である。次に医薬品をはじめとして、アメリカは諸分野において世界で最も多くの優れた知的財産権を保有している。このために米韓FTAによる知的財産権の保護強化が両国に同様に適用されても、アメリカ企業により多くの利益をもたらす結果になる。さらに米韓FTAの規定をアメリカ連邦政府は順守する義務を負うが、アメリカは連邦制をとっているために、州政府はこれを拒否できる。このためにアメリカ

カ側は米韓FTAの規定を州政府の拒否を通じて、事実上骨抜きにできるが、韓国側はそのようなことはできない。

第四に、米韓FTAについて「多国籍企業に有利なのか、国民生活にとり有利なのか」との問いに対しては、米韓FTAは多国籍企業には利益をもたらすが、国民の生活・福祉・医療環境を悪化させるという結論になる。医療分野においては米韓FTAにより韓国で「許可-特許連携制度」が導入されたことにより、新薬の特許期間を延長することが容易になり、これがエバグリーンングなどの濫用を可能にした。特許期間の延長とその濫用は製薬会社の利益を増大させる方向にはたらくが、特許期間の延長によるジェネリック医薬品の発売の遅れは患者負担の増大、つまり国民生活を圧迫する。また薬価における「独立的検討」手続きの導入は外資の薬価への発言力を強め、薬価を上昇させる方向にはたらく。薬価の上昇は米韓両方の製薬会社の収益を増大させるが、患者負担の増大、つまり国民生活の圧迫をまねく。これは結果として、国内の所得再分配機能を弱め、貧富の格差を拡大する。

第4節の最後に〔課題3〕に対する本論文の見解を述べる。

〔課題3に対する本論文の見解〕

米韓FTAの本質は以下の4点に要約できる。

第一に、米韓FTAは関税の引き下げや撤廃による工業製品の輸出促進よりむしろ、米韓FTAを韓国国内の構造調整と規制緩和の手段として活用することにその本質がある。第二に、米韓FTAは公共性を制限し、市場を拡大する方向に作用し、国内制度を新自由主義的な方向に誘導し、一度新自由主義的な方向に制度が改定されれば、再び規制を強化するなどの逆戻りをするのを阻む役割を果たす。第三に、

米韓FTAについて議論するにあたり「韓国に有利か、アメリカに有利か」という問いに根ざした議論が行われてきたが、「多国籍企業に有利なのか、国民生活にとり有利なのか」という問いにこそ米韓FTAの本質がある。第四に、米韓FTAは多国籍企業には利益をもたらすが、国民の生活・福祉・医療環境を悪化させる。

朴貞憲は、「米韓FTA問題は、グローバル・安保・同盟・国家発展を重視する「親米的市民団体」と民族主義・アメリカとの対等な関係を重要視する「反米的市民団体」の間の対立を如実を現した代表的な事例であると考えられる。」(朴貞憲、2012、p.275)と述べ、この視点を前提に「韓国市民社会における対米関係をめぐる対立構造」を分析すると述べている。朴貞憲には、「親米=米韓FTA賛成、反米=米韓FTA反対」という認識があり、これを前提に議論が展開されている。米韓FTAにこのような側面があることを完全には否定できないが、米韓FTAはその本質において「親米vs反米」の問題よりむしろ、「多国籍企業vs両国の国民生活」の問題である。特に米韓FTAに反対した市民団体について、中には「反米」の市民団体も存在したが、むしろ「米韓FTAにより国民生活が破壊されることへの憂慮」を理由に反対する市民団体が多かった。米韓FTA発効による薬価の高騰を憂慮する患者、BSEや遺伝子組換え食品の流入による食の安全を憂慮する母親、貿易自由化により離農の危機にさらされる農民を「反米」と安易に規定することは米韓FTAに反対する人たちへの誤解と偏見をまねきかねない。朴貞憲に限らず、「親米=米韓FTA賛成、反米=米韓FTA反対」、「親米=TPP賛成、反米=TPP反対」という認識は、韓国、日本において広範に存在し、米韓FTAに関する議論の本質を覆い隠し、世論を誤った

方向に導くのに一定の役割を果たしてきたことを筆者は憂慮する。

また柳京熙は「米韓FTAによる総合的経済的利益は必ずしも韓国のみが占有しているとはいえない。むしろ米国がその恩恵を受けている側面が強いといえよう。」(柳京熙、2019、p.150)、「今回の改正が韓国に有利であったらうか。」(柳京熙、2019、p.150)と文在寅政権下で行われた米韓FTAの改定⁽¹⁴⁾について問題提起を行っている。これらの柳京熙の記述には米韓FTAおよびその改定において、韓国の利害とアメリカの利害が対立するという認識が根本にある。しかし本論文が指摘したように「米韓FTAによる総合的経済的利益」は「韓国vs米国」で議論されるのではなく、「多国籍企業vs米韓の国民生活」の対立で議論されるべきである。サムソンなど韓国財閥の利益は韓国の国民生活の利益よりもアメリカの多国籍企業の利益とはるかに一致するのである。

さらに郭洋春は「米韓FTAの最大の問題は、アメリカ企業が韓国内で自由な経済活動ができるように、法律・制度・習慣を変えてしまうことにある。」(郭洋春、2017、p.62)と述べている。この一文は、米韓FTAの問題点について関税などだけでなく、「法律・制度・習慣を変えてしまうことにある。」(郭洋春、2017、p.62)と指摘していることにおいて正しい。しかし「韓国内で自由な経済活動ができるように」なって利益をえるのは、アメリカ企業だけでなく韓国企業も利益をえるという側面をこの指摘は見落としている。

「反米vs親米」の視点から米韓FTAを理解した朴貞熹(2012、p.275)と同様に、柳京熙(2019、p.150、p.151)、郭洋春(2017、p.62)の発想の根本に「韓国に有利か、アメリカに有利か」、「アメリカが利益を得て、韓国は被害を受

ける」という国家間の対立として貿易問題を理解する一種のナショナリズムの片鱗がある。TPPや日米FTAに関する日本国内の議論も同様であるが、アメリカを悪とし、韓国や日本がその被害を受けるとするとわかりやすいし、受け入れられやすい。しかしそれでは本質を見失いかねない。サムソン・グループの企業の外国人持ち株比率は非常に高い。現代における多国籍資本に本当は国籍などなく、現代における自由貿易協定は一方向的に多国籍資本の利益を増大させ、関係国の国民生活を破壊する方向に作用するという本質を有している。

5 結論

論文冒頭の第1章において提起した3つの課題に対する結論を要約する。

[課題1]

韓国内の構造調整と規制緩和のための手段として米韓FTAを推進したいサムソン財閥の関与をうけて盧武鉉政権は米韓FTAを締結しようとした。サムソンに勤務した関係者、盧武鉉政権の中枢にいた関係者、新聞記事、サムソン経済研究所の報告書の内容を検証するとこれを否定しがたい。

[課題2]

米韓FTAが韓国の医療に与える影響は、「ジェネリック薬の市販の遅れ」にとどまらず、「独立的検討機構の設置による製薬会社の価格交渉力の強化」、「民間医療保険の規制に対する制限」、「病院営利子会社に投資した外国資本の保護」、「韓国政府による混合診療の禁止の委縮」など多岐にわたる。

[課題3]

米韓FTAの本質は次の4点にある。第一に、米韓FTA推進のねらいは関税の引き下げや撤廃による工業製品の輸出促進よりむしろ、韓国

国内の構造調整と規制緩和の手段として活用することある。第二に、米韓FTAは公共性を制限し、国内制度を市場が拡大する方向に誘導し、一度市場が拡大する方向に制度が改定されれば、再び規制を強化するなどの逆戻りすることを阻む役割を果たす。第三に、米韓FTAについて議論するにあたり「韓国に有利か、アメリカに有利か」という問いに根ざした議論が行われてきたが、「多国籍企業に有利なのか、国民生活にとり有利なのか」という問いにこそ米韓FTAの本質がある。第四に、米韓FTAは多国籍企業には利益をもたらすが、国民の生活・福祉・医療環境を悪化させる。

2017年に発足したアメリカ・トランプ政権は一度TPPから離脱したが、2019年には日米貿易協定が締結され、2020年1月には発行する。これについて議論するうえで米韓FTAおよびそれがもたらす影響が重要な教訓となることはいうまでもない。本論文において考察してきた米韓FTAの本質から今後の日米貿易交渉にむけた問題提起を行う。

第一に、米韓FTAが韓国国内の構造調整と規制緩和の手段として活用することにその本質があることは、日米貿易交渉を検証するにあたり、アメリカの日本に対する要求の内容だけでなく、日本企業の規制緩和の要求との関連を注視する必要があることを示している。日米貿易交渉の内容の検証は、特に経済財政諮問会議、産業競争力会議、規制改革会議などの各種政策決定会議体およびこれらの会議に委員として参加している企業の役員の言動との関係に着目しながら行われる必要がある⁽¹⁵⁾。

第二に、米韓FTAが公共性を制限し、市場を拡大する方向に作用することは、日米貿易交渉への教訓として特に混合診療の問題に注視する必要がある。アメリカは日米貿易交渉におい

て日本に対して継続して混合診療の解禁を要求してきたが、日本国内においてもこの間、混合診療の是非をめぐる熾烈な議論が行われてきた。一度混合診療を解禁したうえで、米韓FTA水準の自由貿易協定をアメリカと締結すると、日本政府の決定のみで再び混合診療を規制することがきわめて困難になる。

第三に、日本においてもTPPや日米FTAについて「日本に有利か、アメリカに有利か」との議論があふれているが、「多国籍企業の利益と国民生活の対立」という視点こそが日米貿易交渉に関する議論において求められる。日本において「日本に有利か、アメリカに有利か」との議論の中で、日本の農家の損失のわりに輸出企業の利益の増減幅が小さいなどといった議論がまかり通っているが、これではFTAの本質がわからない。輸出企業の増益は内部留保の増大をもたらしても国民にいきわたる保証はなく、むしろ輸出企業とアメリカ産農作物輸入により損失を被る農家や食の安全をおびやかされる国民生活との対立関係にこそ自由貿易協定の本質がある。この点に関して高山一夫は適切に指摘している。

「TPPをめぐる対立関係は、日米両国の抽象的な国益にではなく、多国籍企業の活動から利益を得られる一握りの者と、日米両国の圧倒的多数の人々のくらしとの対立にこそ、求められるといえよう。」(高山一夫、2013、p.215)。

日本における日米貿易交渉に関する議論がこの高山一夫の視点を基礎に行われることが望まれる。

第四に、米韓FTAが多国籍企業には利益をもたらすが、国民の生活・福祉・医療環境を悪化させ、国内の所得再分配機能を弱め、貧富の

格差を拡大することは、日米貿易交渉における重要な教訓である。つまり米韓FTAによる「許可-特許連携制度」や「独立的検討」手続きの導入による製薬会社の利益の増大と患者負担の増大は、米韓FTAと同水準の日米貿易協定を締結する時に起こりえることである。さらに米韓FTAが外資系の民間保険会社の利益を損なう可能性のある政府による規制を委縮させる点は、同水準の日米貿易協定が締結されるなら日本の皆保険制度を蝕む危険性への重要な警告である。

本論文は米韓FTAが米韓両国に同様に適用されても結果として韓国国民がより不利益を被る結果になる理由を指摘したが、この点も今後の日米貿易交渉における重要な教訓になる。まず「許可-特許連携制度」など多国籍企業に有利な制度はアメリカではすでに実現しているので、日米間の貿易協定の締結により日本のほうがより多くの制度変更を強いられる可能性がきわめて高い。次にアメリカ企業は製薬会社を始めとして、日本企業よりも多くの知的財産権を保有しているので、知的財産権の厳格な保護はアメリカ企業により多くの利益をもたらす。さらにアメリカは連邦制であるために、国際協定を州政府は無視することが可能であるために、日米貿易協定による制約による不利益は日本国民のほうがより多く受けることになる。

これはFTAの条文が全く同じ内容であったとしても、アメリカ合衆国とのFTAの締結は他の諸国とのFTAとは比較にならない悪影響を国民生活に与えることを示している。本論文が明らかにした米韓FTAの教訓が少しでも今後の日米貿易交渉にいかされることを願ってやまない。

注

- (1) 「対立を如実を現した」は日本語としては、「対立を如実に表した」が正しいが原文のまま引用した。
- (2) 米韓FTA交渉開始に至るアメリカ側の事情については大西裕(2014)を参考にした。盧武鉉政権の四大前提条件への対応は大西裕(2014)を参照。
- (3) 米韓FTA反対運動に関する詳細は、ホン ソンテ(2007)を参照。
- (4) チョン テインは現在、カール・ボラニー研究所アジアの所長である。筆者は2018年3月8日にソウル市内にあるカール・ボラニー研究所アジアを訪問し、チョン テインに直接インタビューを行った。本論文におけるチョン テインの発言はこの時の証言とプレシアンに掲載された発言、文章の翻訳である。
- (5) 盧武鉉政権は当時より「参与政府」とよばれている。
- (6) プレシアンは、「既存言論とは違う媒体をつくろうとする経歴記者たちが集まって、2001年に創刊したプレシアンは、品格高いオンライン正論を志向する。複雑な社会現象を各界専門家と共に深層から解き明かそうとするものである。」(プレシアン・ホームページより、www.pressian.com)
- (7) 米韓FTAが韓国の医療に与えることが危惧される内容については、ソン キホ(2017)とウ ソッキュン(2017)を参考にした。
- (8) 米韓FTAにおける韓国の保険医療サービスの未来留保条項に関連した記述についてはウ ソッキュン(2017)を参考にした。これに関する詳細はウ ソッキュン(2017)を参照。
- (9) 韓国における混合診療の容認については小笠原信実(2019b)を参考にした。韓国においては混合診療が容認されてきたのに対し、日本では混合診療が原則として禁止されており、この解禁をめぐり日本では熾烈な議論や裁判が行われてきた。
- (10) 韓国の研究では新自由主義的医療改革を「医療民営化(의료민영화)」と述べる言葉使いが

- 定着している。しかし民営化は「公営のものを民営にする」ことを本来は意味し、営利企業による病院経営の容認や民間医療保険の活性化などの幅広い医療改革の動きを総称するには、新自由主義的医療改革と表現した方が適切であると考えて、本論文では新自由主義的医療改革という表現を用いる。韓国における新自由主義的医療改革についての詳細は小笠原信実(2019)を参照。
- (11) 韓国の国民健康保険の保障率の低さや非給付の治療項目の多さのために医療における自己負担額が高額になるという問題については小笠原信実(2018)を参照。
- (12) 本論文は医療を主要な研究分野としたが、韓国における公共部門の民営化は鉄道民営化など医療以外の分野でも、漸進的に試みられてきた。
- (13) 韓国における製造業輸出主導型から新自由主義経済への経済モデルへの転換については、小笠原信実(2019)を参考にした。韓国の新自由主義化については、小笠原信実(2019)を参照。
- (14) 文在寅政権はトランプ政権と米韓FTAの改定を行った。米韓FTAの改定についての内容は柳京熙(2019)を参照。
- (15) 岡田知弘は安倍政権下における重要な経済財政政策の決定について、「経済諮問会議や産業競争力会議をはじめ各種政策決定合議体によってなされており、決して与党内での議論の積み重ねや、各省庁からの提案によるものではない。」(岡田知弘、2017、p.70)と述べている。
- 参考文献**
- 内田聖子、2017、「メガFTAの現実－メガFTAとあるべき貿易ルールへの模索－」岡田知弘・自治体問題研究所編、2017、『TPP・FTAと公共政策の変質』自治体問題研究所 第1章、p.13～39
- 大西裕、2014、『先進国・韓国の憂鬱 少子化、経済格差、グローバル化』中公新書
- 岡田知弘、2017、「TPP・FTA推進の政治経済学と地方自治」、岡田知弘・自治体問題研究所編、2017、『TPP・FTAと公共政策の変質』自治体問題研究所 第3章、p.65～109
- 小笠原信実、2018、『韓国における公的医療保険の課題と民間医療保険の拡大－医療における公共性と市場原理との葛藤－』医療福祉政策研究第1巻
- 小笠原信実、2019a、『新自由主義的医療改革における韓国と日本の比較研究』医療福祉政策研究第2巻
- 小笠原信実、2019b、『韓国における混合診療と公的医療保険の課題』社会政策第11巻第2号
- 郭洋春、2017、「米韓FTA その現実」岡田知弘・自治体問題研究所編、2017、『TPP・FTAと公共政策の変質』自治体問題研究所 第2章、p.41～63
- 厚生労働省、2008、『規制改革会議「第3次答申」に対する厚生労働省の考え方』平成20年2月26日、厚生労働省
- 鈴木宜弘、2013、『TPPの本質と食の安全』Vol52 No.5 2013 安全工学
- 徐勝、李康國編、2009、『米韓FTAと韓国経済の危機』晃洋書房
- 宋基昊、2012、『恐怖の契約 米韓FTA：TPPで日本もこうなる』(金哲洙、姜暲求)農文協ブックレット
- 高安雄一、2012、『米韓FTAの真実』学文社
- 高山一夫、2013、「TPPは医療に何をもたらすのか」
- 横山壽一編著、2013、『皆保険を揺るがす「医療改革」』新日本出版社、第6章p207～227
- 高山一夫、2014、『自由貿易協定と医療 一環太平洋パートナーシップ協定が医療制度に及ぼす影響』日本医療経済学会会報、31巻第1号 p.13～26
- デヴィッド・ハーヴェイ、2007、『新自由主義』(渡辺治監訳)作品社
- 二木立、2012、『TPPと医療の産業化』勁草書房
- 朴貞憲、2012、『韓国市民社会における対米関係をめぐる対立構造－韓・米FTAをめぐる市民団体間の対立過程を事例として－』立命館国際研究25-1、June2012

松田亮三、2016、「医療財政の公私ミックス」
松田亮三・鎮目真人編著『社会保障の公私ミックス再論』ミネルヴァ書房、第3章、p.72～108
柳京熙、2019、『米韓FTA改正は何を示唆するのか』世界2019年9月号 p.146～152、岩波書店
곽수정(クァク スジョン)、2006、『한미FTA의 정치경제학』삼성경제연구소
김용철(김 유철)、2010、『삼성을 생각한다』사회평론
김대중(김 대중)·최철(최 철)·배성윤(배 성윤)·오영호(오 영호)·이난희(이 난희)·조현민(조 현민)、2012、『보건의료분야 시장개방 이슈와 대응방안 연구 - 한미FTA 중심으로』한국보건사회연구소
대통령자문정책기획위원회 [大統領諮問政策企画委員会] 2006. 「사회비전 2030 선진복지국가를 위한비전과 전략」 대통령자문정책기획위원회
지주형(지 주형)、2011、『한국 신자유주의의 기원과 형성』책세상.
정형준(정 형준)、2016、『박근혜정부 투자활성화대책과 보건의료제도 변화에 대한 20대국회전략』박근혜정부4년, 의료민영화정책의 문제점과 대안p.24～41.
금융감독원(金融監督院) <http://www.fss.or.kr>, 2018年7月21日最終アクセス
송기호(송 기호)、2017、「한미FTA 발효 5년 : 경제민주화인가? 트럼프인가?」『한미FTA 발효 5년, 쟁점과 과제』국회시민정치포럼 자료집p.35～83
신영전(신 영전)、2009 『‘의료민영화’ 정책과 이에 대한 사회적 대응의 역사적 맥락과 전개』상황과 복지 제29호p.45～90
우석균(우 석균)、2016、「박근혜정부의 의료민영화 추진상황과 의료산업화 전략의 문제점」『박근혜정부 4년, 의료민영화정책의 문제점과 대안』, p.6～23.
우석균(우 석균)、2017、『공중보건과 한미FTA, 규제완화와 민영화』건강과 대안 2017년도 이슈 페이퍼
박현수(박 현수)、2007、『한미FTA 협상

타결과 한국 경제의 미래』삼성 경제연구소
프레스리안(プレシアン)、2011.4.10、『노무현의 한미FTA, 삼성의 프로젝트였다』www.Pressian.com
한겨레신문(한겨레신문)、『노대통령과 이학수 실장 교교 선후배』한겨레신문2007. 12.4
홍성태(홍 성태)、2007、「한미FTA 반대운동의 전개특징」학술단체협의회회음, 2007、『한미FTA 와 한국의 선택』도서출판하울p.69～93.
e헬스통신(이-헬스통신)、<http://www.e-healthnews.com>

日本医療福祉政策学会学術誌編集委員(2020年3月1日現在)

編集長 鶴田禎人(同朋大学)

編集委員 高山一夫(京都橘大学)

佐藤英仁(東北福祉大学)

村上慎司(金沢大学)

Editor-in-Chief Yoshito TSURUTA (Doho University)

Editorial Committee Members

Kazuo TAKAYAMA (Kyoto Tachibana University)

Hidenori SATO (Tohoku Fukushi University)

Shinji MURAKAMI (Kanazawa University)

医療福祉政策研究 第3巻・第1号

ISSN 2433-6858

2020年3月1日発行

編集：日本医療福祉政策学会学術誌編集委員会(編集長 鶴田禎人)

発行：日本医療福祉政策学会(会長 松田亮三)

(連絡先)〒606-8446

京都市左京区南禅寺北ノ坊町21番地 永井ハウス内

Journal of Health and Welfare Policy

Volume 3 Issue 1 2020

Contents

Special Issue1: Creating Social Place and Welfare Policy

- Creating Social Place and Welfare Policy: An Essay for Building the Theoretical Framework
Shinji MURAKAMI (1)
- The Project of Creating Social Place by Health Co-operative SAITAMA Naoki KUBOTA (15)
- Contemporary Various Aspects of “Redistribution” and “Recognition” with respect to the Poor:
Thinking through “Social Place” and “Self-reliance Support” Kaori KATADA (21)

Special Issue2: The “Work Style Reform” of Physicians

- The “Work Style Reform” of Physicians: A Complex Policy Issue Involving Physician Workforce and
Healthcare Delivery Ryozo MATSUDA (29)
- Demand, Supply and Shortages of Physicians: A Critical Analysis on the Current Government’s
Method Hidenori SATO (39)
- Working Conditions of Employed Physicians and the “Work Style Reform” Naoto Ueyama (49)
- The “Work Style Reform” of Physicians: Views from Hospital Management Takeshi Yoshinaka (61)
- Physicians in Private Practice and the “Work Style Reform” of Physicians Satoshi Nakamura (73)

Review Article

- Reconsidering Theories of Responsibility/Accountability in Evidence-based Policy—Through Thinking
About The Theory of Evidence in Medicine and Pedagogy Kazuya SUGITANI (85)
- Essentials of Korea-USA FTA and Medical Care of South Korea Nobumi OGASAWARA (101)