

地研通信

発行人 南 有 哲
編集人 南 有 哲
発行所 三重短期大学
地域問題研究所
津市一身田中野157番地
〒514-0112 TEL(059)232-2341

題字 岡本祐次元学長

2020年 地域問題研究所研究員

(研究期間 2020年4月～2021年3月)

研究員

相川 悠貴	運動が食欲や食事摂取に及ぼす影響
楠本 孝	「川崎市差別のない人権尊重のまちづくり条例」について
田添 篤史	地域間格差が存在する場合の金融政策依存の問題点
大畑 智史	租税分野における ICT 活用
小野寺 一成	人口減少下での集約型都市構造再編と拠点形成に向けた研究 (その2) ー地方都市における実践と課題ー
高橋 彩	青年期における自律性の獲得と親への情報開示方略
武田 誠一	三重県における「地域共生社会」実現の課題
北村 香織	障害のある人の地域医療サービス利用に関する研究
長友 薫輝	地域の医療保障・介護保障づくりの政策展開に関する調査 ～地域医療構想と地域包括ケアシステムの動向から～
駒田 亜衣	津市における平成30年度特定健康診査・特定保健指導の解析と11年間の推移

奨励研究員

長友 薫輝	「相模原障害者殺傷事件」の根源を問う
-------	--------------------

特別研究員

岩田 俊二	明治期以降の農村居住環境整備の発展過程に関する研究 ー特に明治初期から戦後開拓までー
茂木 陽一	近世・近代移行期における捨子の比較研究(長崎県・三重県を対象に)

2020年度 地研運営体制

所長	南 有哲	年報担当	大畑 智史
		通信担当	南 有哲
地研運営委員 法経科	大畑 智史	交流集会担当	長友 薫輝
地研運営委員 生活科学科	北村 香織	会計担当	北村 香織

所員 本学の専任教員は研究所の所員となります。

研究員 研究員は、研究費の支給を受けて、自ら設定したテーマについて地域に関する自主研究に従事します。(研究期間 2020年4月～2021年3月)

研究概要

●研究員

研究員名	研究テーマ	研究概要
相川 悠貴	運動が食欲や食事摂取に及ぼす影響	<p>【背景】対象や運動様式、対象者心理によって、運動が食欲や食事摂取に与える影響は異なることが明らかになってきた。エアロビック・抵抗性混合リズム運動、登山は、楽しく、身体に高負荷を与えられる運動であり、健康維持に有効な運動として知られている。</p> <p>【目的】エアロビック・抵抗性混合リズム運動が食欲と食事摂取に及ぼす影響を明らかにすることである。</p> <p>【方法】健康な人を対象に、安静後、60分のエアロビック・抵抗性混合リズム運動後、登山活動中の食欲と食事摂取を、交差試験により検討する。また、対象者は10人程度募集する。運動強度は心拍数の変動により評価する。心理尺度はPOMS2短縮版を用いて評価する。食欲、疲労はビジュアル・アナログ・スケールを用いて評価し、食事摂取は被験食を自由摂取させて評価する。</p> <p>【予想される結果】60分のエアロビック・抵抗性混合リズム運動後や登山はイライラ感や抑うつ感が減少する。その満足感と運動による疲労により食欲が減少し、食事摂取量の増加が生じないことが予想される。</p> <p>【本研究の意義】体重減量に対する効果的な運動方法を提言する知見になり得る。これは、三重県民や三重短期大学学生の健康増進に繋がる知見となる。また、食物栄養学専攻学生と実施することで、卒業後三重県の健康増進に携わる者に、運動と食事に関する知識を身につけさせる成果も得られる。</p>
楠本 孝	「川崎市差別のない人権尊重のまちづくり条例」について	「川崎市差別のない人権尊重のまちづくり条例」は、我が国で初めていわゆるヘイトスピーチに刑事罰を科す条項を含んでおり、画期的なものであるが、それだけにその合憲性を巡って学会で議論されることは確実であり、場合によっては裁判で争われることも十分に想定される。そこで、同条例の成立過程や、類似法規及びその裁判例を検証して、同条例の合憲性を確認することを目的とする。

田添 篤史	地域間格差が存在する場合の金融政策依存の問題点	現在のマクロ経済政策は、財政上の制約もあり金融政策に依存する形となっている。しかし金融政策によって決定されるマクロ的諸変数は全国に一律に影響するものであるため、地域間の経済状態に差が存在する場合には、各地域の経済実態を無視した影響を及ぼすことになると考えられる。昨年度はこれについてモデル化を行った。今年度は地域間格差に対して、金融政策の重視がどのような影響を及ぼすものであるかを実証的に検討する。
大畑 智史	租税分野におけるICT活用	近年、世界的に行政など社会の多くの場面でICT化の動きが強まってきたことはよく知られている。このような中で、もちろん、租税と直接的間接的に関係するICTシステムは数多く存在している。例えば、クラウド型ERP、日本におけるマイナポータル、といったICTシステムは租税と大きく関係している。以上のような状況が、三重県の場合においても当てはまることは言うまでもない。本研究では、そうしたICT化の租税の性質への影響について分析することを目的とする。この分析の中では、できるだけ三重県の場合の分析を考慮することとする。以上の分析は、そうした社会状況の中での租税の適確な施行のためには欠かせないものである。
小野寺 一成	人口減少下での集約型都市構造再編と拠点形成に向けた研究(その2) ー地方都市における実践と課題ー	2018年度まで在籍した、日本建築学会 都市計画委員会 地方都市再生手法小委員会から継続して、2019年度より同委員会の「地方都市拠点デザイン小委員会」のメンバーであることから、引き続き地方都市再生に関する研究を行う。 近年、立地適正化計画制度に代表される人口減少に適応した都市構造再編のための計画制度が整備されている。しかし、人口減少に伴い表出する地区の空間構造の改変を時間的空間的に細かくマネジメントし、望ましいものへと誘導していくためには、単なる「縮小」ではない拠点論、計画論、ネットワーク論、制度論などの拡充が求められる。今年度は、その知見に有用となる全国の先進事例や調査報告文献などを収集するものとする。 また、三重短期大学が立地する津市においても、「多極ネットワーク型コンパクトシティ」を念頭に、都市計画マスタープランや立地適正化計画が策定されていることから、2020年度の本研究は昨年度に引き続き、津市においても持続的に発展できるような都市構造の構築に向けて、単なる「縮小」ではない拠点論、計画論、ネットワーク論、制度論などの知見を得るために全国の先進事例などを収集することにある。

高橋 彩	青年期における自律性の獲得と親への情報開示方略	<p>本研究は、社会的領域理論に基づき、青年の自律性の発達と親子関係について検討するものである。具体的には、高校生と大学生を対象に、青年が親からの自律性を獲得する方法の一つとして、開示方略（自分に関するどのような内容を、どの程度開示するのか）と親子関係との関連などを質問紙調査によって明らかにする。</p> <p>自律性の獲得は青年期の主要な課題の一つである。児童期には親の作った規則に従っていても、年齢とともにそうした親の管理を拒絶し、自分自身で意思決定を行うことが増える。青年期に親子間で葛藤が増加する理由の一つに、青年が個人の自由であると考えた事柄に対して、親が規則を作って子どもに従わせようとするのがあげられる。社会的領域理論では、個人に決定権があるという判断は、個人領域の判断ととらえる。例えば、自分のお金の使い方や自由時間の過ごし方、友人の選択という問題は、個人の統制下にある代表的な事柄である。一方、ダイエットをするという問題は、自分の身体のコントロールという意味では個人領域から「自分の問題である」と判断できるが、「青年の健康に害があるから良くない」と自己管理領域からも判断できる。このように社会的領域理論は、私たちが物事を判断、推論するときに用いる正当化を、個人領域、自己管理領域、慣習領域（任意のルールや規範、マナーの観点から判断）、道徳領域（ルールの有無とは関係なく、他者の福祉、権利から判断）として理解する。青年が自分に関する様々な事柄をどの程度個人の自由であると考え、親の統制を拒否するのか、また青年の開示を促す親子関係の特徴は何かを明らかにすることは、青年期の子をもつ親へ有益な知見を提供できると考える。</p> <p>調査対象：三重県内と愛知県内の高校生、短期大学生、大学生</p>
武田 誠一	三重県における「地域共生社会」実現の課題	<p>「地域共生社会」は、地域包括ケアシステムを深化させた状態であり、これまでが高齢者中心であった支援体制を年齢にとらわれない、支援体制の構築を目指すものである。</p> <p>一方で、こういった考え方は、「我が事・丸ごと」や「断らない相談」といったフレーズで語られることが多い。ただ、その実態が何を指しているのかは明確ではない。つまりは特定の事業などを指すものではなく、各地域の独自性に依拠した実践にその価値が求められるものである。</p> <p>そのため本研究では三重県内における「地域共生社会」の実態を把握し、その特徴、課題などを整理する。</p> <p>本研究では、自治体が主導する「地域共生社会」のあり方を明らかにするのみならず、地域住民、介護職、福祉職、保健・医療職の果たす役割にも言及していく。</p>
北村 香織	障害のある人の地域医療サービス利用に関する研究	<p>障害のある人が医療サービス（代表的なものとして病院での診療）を利用する際には、多くの困難や不便が伴う。それは例えば、高額な医療費の支払いや病院などへの移手段のなさ、また移動費用の負担、病院内での不安、医療従事者の障害への無理解等といったことがあげられる。今回は、特に「サービスの利用方法」に着目し、障害のある人が病気で診療を受けるまでに感じる利用しづらさはどこにあるのか、利用を阻む要因について分析したい。そして、具体的に地域医療機関や行政などができる改善点や工夫はどのようなものなのか検討する。</p>

長友 薫輝	地域の医療保障・介護保障づくりの政策展開に関する調査～地域医療構想と地域包括ケアシステムの動向から～	地域医療構想と地域包括ケアシステムを両軸として、医療・介護供給体制の再編が進められてきた。新型コロナウイルス感染症対策としても、供給体制の再編がどのような姿となるのか、注目されているところである。実際に地域の医療保障・介護保障がどのように整備されているのか。これまで関わってきた秋田県鹿角市、福岡県北九州市における地域調査を行い、各自治体の今後の政策展開に貢献することを目的として研究を進めたい。
駒田 亜衣	津市における平成 30 年度特定健康診査・特定保健指導の解析と 11 年間の推移	現在、「特定健康診査・特定保健指導」開始から 12 年が経過し、11 年分のデータが蓄積されている。三重県津市においても同様であり、これまで平成 20 年から 29 年までのデータを毎年集計・報告してきた。 昨年度の研究成果として、津市の 10 年分の特定健診結果を活用し、保健指導実施者のその後の状況を報告した。引き続き、蓄積されたデータの活用方法については課題のひとつとなっている。 そこで本研究では、津市で実施された最新の平成 30 年度特定健診結果の解析と平成 20 年から 11 年間の動向（検査値推移や生活習慣の変化）を確認し、今後の健康づくりに役立てることを目的とする。

● 奨励研究員

奨励研究員名	研究テーマ	研究概要
長友 薫輝	「相模原障害者殺傷事件」の根源を問う	重度知的障害者のみを狙った犯行として知られる相模原障害者殺傷事件を、どのように私たちは受け止めて考え行動するべきか。脆弱な社会保障制度、問われるべき公的責任の所在、そして根底にある優生思想や差別的な対応について、少しずつ整理していきたい。元ハンセン病患者への隔離政策をはじめ、これまでの優生思想や差別にもとづく政策的対応がどのような状況をもたらしたのか、約 20 年ほど前から調査などを通じて関わっており、あらためてここで検討を加えたいと考えている。

●特別研究員

特別研究員名	研究テーマ	研究概要
岩田 俊二	明治期以降の農村居住環境整備の発展過程に関する研究 —特に明治初期から戦後開拓まで—	農村の居住環境整備史を耕地整理法の時代、土地改良法の時代を通して著すことを目的にしている。農村整備は昭和 45 年ごろから本格的に農政の課題となり実施されてきており、その経緯については『豊かな田園の創造 農村整備事業の歴史と展望』（農村整備事業の歴史研究委員会編、日本農業集落排水協会、1999 年）等に明らかにされている。また、耕地整理や土地改良事業については『土地改良百年史』（今村奈良臣、平凡社、1977 年）、『農業土木史』（農業土木学会、1979 年 5 月）等が著されている。しかし、明治初期から戦後開拓あたりまでの旧耕地整理法の時代における農村居住環境整備の歴史についての著作は見当たらないので、特に明治初期から戦後開拓までの期間の農村居住環境整備の歴史について調査研究を行う。方法は同期間の農村居住環境整備の歴史について文献資料から通時的な分析を行うとともに、その分析の中から特徴的な事例地区を選択し、分析を行う。2019 年度は明治初期の静岡式の田区改良事例として静岡県袋井市田原地区・磐田市旧富岡村の該当地区、石川式の田区改良事例として金沢市上安原地区の事例、明治期耕地整理法施行後の耕地整理の全国モデルとなった埼玉県鴻巣市常光地区の事例を取り上げ、居住環境整備の観点から分析した。2020 年度は戦前戦後の開墾開拓地区の居住環境整備の整備方針を検証し、事例地区を選定し現地調査を行う。最終的な研究成果は農村居住環境整備の通史部分と特徴的な地区の個別史部分を併記し農村居住環境整備の歴史を明らかにするが研究の狙いは個別史部分に置く。
茂木 陽一	近世・近代移行期における捨子の比較研究(長崎県・三重県を対象に)	長崎・三重両県において、近世の大庄屋文書・藩庁文書(長崎では島原藩、三重では紀州藩・神宮領)、近代の県庁文書から捨子事例の収集を行い、両地域の比較分析を行う。

第 60 回地域問題研究交流集会報告(要旨)

2020 年 1 月 11 日(土)三重短期大学において第 60 回地域問題研究交流集会が開催されました。長友薫輝研究員をコーディネーターとし、学外から立命館大学教授の松田亮三さん、日本障害者センター事務局次長の山崎光弘さん、神戸大学准教授の井口克郎さんをお招きして「医療福祉政策の展開における評価のあり方を考える」をテーマとして開催し、約 30 名が参加しました。今回の地研通信では集会の様子を掲載いたします。



長友

今日は、お忙しい中ご参加いただきありがとうございます。少し人数が少ないですが濃いメンバーで共有できる方々ばかりではないかと思えます。まず松田先生に医療福祉政策の評価状況ということでお願いしておりますので1時間程お話しさせていただきます。表題の通り、実績評価等々についてお話しさせていただきます。そのあとお忙しい中、皆さんお越しいただいておりますが、山崎さんそして井口さん武田さんにお話しいただき、問題意識の共有を図り考察していこうと思えます。それでは、松田先生よろしく申し上げます。

松田

立命館大学の松田と申します。今日はお話しできる機会をいただき嬉しく思います。長友さんに頼まれた時から随分時間が経ち、その間にもう少し準備できれば良かったのですが準備がいろいろ不十分な点があるので配布資料はなしにさせていただきます。最後にテープ起こしをする必要があるという話ですので原稿で読んで頂きご理解いただければと思います。

実績評価ということで今日の趣旨にあるような医療の仕組みとか目標は結局何でしょうということを考えていることだったと思うのですが、この実績評価というのは目標があった上で行うということになるわけです。しかし、目標をどう立てるのかということをもそも考える必要があるんじゃないのか？という長友さんの問題提起が大変重要だと思ひ、そのことを中心にお話ししながらいくつかの提言などをお話ししたいということでタイトルは「考え方、例、課題」としてあります。

二つの背景があるかと思っていますけれども、一つは医療政策におけるインセンティブこれをどう考えるかということは実績評価とかなり関係しているということがあります。もう一つ、一般的な行政として日本の中でも行政評価とかが広がってきてまして、最近の政府ではKPIということで様々な指標の中の重要な指標 Key Performance Indicator を出しています。

一般の行政とはすぐに馴染みにくいところはあるんですけど、両方が相まったような形になってきているというようなところがございまして、そこでこの問題を考えることが非常に大事になって

きているんじゃないかと思うんですね。今日は後でいろいろご報告もあるということで実績評価どうなのかという話について理論と例についての概観と枠組みについての例を示すといったことを考えていますが、その前に日本の医療改革の話もしておかないといけないかなと、長友さんに聞いたところだと大体日本の話しは皆さんよくご存じですという話だったのですけれど、ちょっと復習がてらに最初の方に時間を頂いて「都道府県に関する日本の医療改革」日本の医療改革全体というのはなかなか時間がかかってしまいますので、ひとまず置いておきまして都道府県ということにかかわる話を進めていきたいと思います。

大雑把にいうと「都道府県ガバナンスの構築」ということで都道府県単位での医療の供給をしていく仕組みをだんだん作っていったということだと思っんですね。マクロ的にみると、医療改革の一つの焦点が供給改革になってきていると私は書いているんですけど、これは医療費の高騰ということもございましてそれに関して様々な政策が取られるんですけど、特に病院や一般の開業医さんを含めて医療サービスをどういうふうな形で進めていくのか中身をさらに突っ込んで考えていく必要がある。そこでシンプルに進めていく方法があったらいいですけど実際はサービスの供給の具体的な話になってきますと日本の仕組みは大変複雑で地域差が大きいという問題があります。従ってそこで出てきている対応策というのがマクロ的な政策目標、国としては目標を出しながら全国一律ではなく、都道府県単位で医療供給を中間的に統治しようとするということで、目標は政府が作って都道府県がそれを具体化してくださいねと具体化といっても都道府県にそんな強い権限があるわけではないですけど都道府県のところでそれを進めていただきたいというふうな政策が取られている。これをここではガバナンスの構築と言っています。

GDPの推移で70年代の5%くらいだったのが、2015年で約10%くらいに医療費が伸びている。病院のデータも日本は西欧諸国から見ますと非常に複雑

なので、なかなか評価軸が難しいんですけども、例えばこれはOECDのデータで心筋梗塞の平均回復日数を比較しているんですね。毎年出ている一目でみる健康ということですけどそういうところに出されているものです。日本はこういうデータには載せていないんです。最近は載っているかもしれませんがこの2017年には載っていません。韓国なども載っているわけです。OECDの平均で6.5、ノルウェーなどは3.7日ぐらいチリだと10日イタリアは8日くらいですね。ですので、この平均回復日数をどう減らすか、例えば医療の効率化といったことが議論される形になってきています。日本はこの辺でどのような余地があるのかこれはなかなか示すのが難しいんですけど、少なくとも現在の政策担当者はここを一つの課題と考えている。これは財務省の財政審議会が出した資料で、全部を手放しに評価できないんですけど3つの視点のうち一つの「必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する」という発想ですね。必要なものを、効率を考えてやっていくこの発想はこれを見る限りでは税金を納めるにしても社会保険料を出すにしても必要なものは是非やってほしいだからと言って無駄なことは誰もやってほしくないわけです、そのような中で二つ目の大きなポイントに「医療提供体制の改革」というものがあります。

これをどう進めるかというのが一つの大きな焦点になっているんじゃないか。都道府県の差というのは先ほど申し上げましたけれども地域差の医療費というのが結構ありますよ。これは指数が出ていますけれど、中央値から見てかなり大きな差があるものもあります。これを見てもピンとこないので数字を抜き出してみまして、具体的な金額がどのくらいかという話ですけど、市町村国保のデータで後期高齢者のデータは入っていないんですが、総計の医療費でいうと1位の佐賀県は43万円くらい茨城県は31万円と10万円ほどの差がある。入院だけみても鹿児島が19万、20万円近くで愛知県は11万円くらいと、倍と言っては言い過ぎかもしれませんがそのくらいの差があります。



これは年齢調整後ということで若干の住民の特徴では調整されていると考えられているんですけど、若干ということで完全に調整できるわけでもないんですが、それにしても大きな差があるという事実はわかる。一方で寿命とかはどうなんですか？というのがあるわけです。これは具体的な例は出しませんが、最近健康寿命をどう考えるのかというのを計算の方法とかもいろいろあってややこしいところもあるんですけど、「健康日本 21」の中間評価というものがあまして都道府県ごとの健康寿命の差というものは若干縮んでいますよね？ということはこのレポートでは言っています。

これをみてみますと、平成 22 年が下で全体的に平均寿命は延びている。熊本などは地震の被害で除いているところもあるんですが、平成 22 年から 28 年の 6 年間でこれだけ延びている若干傾きが緩くなっているというところで地域間の格差は少し減っている、ということが男女ともにいえるわけです。それにしてもこれをみますと男性では 1 才から 1 才半くらいの差、女性だと 2 才くらい近い差になるわけです。医療費適正化指針というものがあって、先ほど冒頭で言ったインセンティブというものが使われていて、健康の保持の推進に関する目標と医療の効率的な提供の推進に関する目標 2 つが出されている。これをあまり網羅的ではなくて医療費減るかもしれないねということを入れてやっていく。例えば健診をすとかタバコを減らすということを目標にする。あとはジェネリック薬を使うことは分かりやすく医療費が減るところ

ですけど、こういったことをやっていきましようというものです。これを最終的に都道府県の一人当たりの医療費の差を半減させていきましよう。第 3 期医療費適正化計画では都道府県別の一人当たりの医療費について年齢調整を行い一人当たり外来医療費の地域差について平均との差を半減する目標が作ってある。都道府県単位でこういうことがだんだんとされているんですけども地域差、糖尿病の外来などデータをみえるようにするよう進めていく。

ここまでは、医療費、公的医療保険の話ですけども、今度はサービスを行っている病院とか診療所など実際にやっている供給主体はどうなんだ？という話に移ります。これはようやく一覧表を作ってくれたなと個人的には喜んでいただけんですけど、開設主体別の医療機関がどういう取扱いを受けているのかがこの一覧表に出ています。公立病院の他、済生会であるとか厚生連であるとか共済、地域医療推進機構とか国立病院機構とか公益社団法人とかいろんな組織の名前が書いてありますが、それぞれ扱いが違い歴史があって複雑な状況になっている。地域差という話で考えるとシンプルな区分で政府部門と公的医療機関、これは今言った地域医療推進機構とかそういうものを含めきれていないんですけども、公的医療機関の割合が各都道府県でどのくらいのパーセントがあるかということを見ると、これもかなり差があるわけです。全国の公立病院で 14.4% くらい病床数がありますけれども、地域によっては 10% くらいしかないし多いところでは 50% 近くある。中央値で 24.6% です。これに公的医療機関が入るとちょっと増えますがこちらもかなり差があるので、運営体制の変革と言っても同じやり方では進められない状況です。

三つくらいの改革が進められていて最後のところは私もちょうどフォローできていないんですけど保険者と供給改革というのがあります。皆さんご存知だと思いますが、少し古い図で 2003 年の時の図です。都道府県単位を軸とした保険運営ということで健保組合のところは残しているんです

けれど小さいところは政管健保や市町村国保は個々に統合されましたけれど、都道府県単位で運営したりしています。これは説明が重複しますが、2008年の法律改定で後期高齢者医療制度が都道府県単位になりまして、2013年からは各種指標を使って後期高齢者広域組合への支援金、若年者の保険料から変更させるということが実施されました。インセンティブを使うということで先ほど言った健康検診、糖尿病の重症化予防、ジェネリック薬を使っていくというようなことを指標にして支援金を少し減らしたり調整したりする。この指標のようにだいたい総額1000億規模で市町村、都道府県は500億円規模でやっていくということが始まりました。

今度は供給のことに関わって、医療費適正化改革というものが2008年くらいからあって、2014年の医療介護総合確保推進法のもと、地域医療構想これをまず検討していき病床機能の報告というものも行われるようになって地域医療構想を進めているということになっています。こちらはご存知の通り機能区分ですね。これをやっていき、これは医療機関が自主的に選択して進めていく、そして都道府県が地域医療構想のビジョンを作って進めていく形になります。これは松田晋哉先生とかが作られた2013年に一般病床をこんなふうに機能分割して全体値を減らしていくということ、一部福祉施設とかへ転用することによって医療から介護へ機能的に分けられることは分けてかつ医療の中での区分を明確化するというを進めています。これをやっているんですけど各都道府県、苦労しているということで、たまたま見たもの二つだけですけれど、一つは奈良方式ということで（私は奈良に住んでいるんですが）急性期を二つに分けたりしています。これは奈良県の地域医療計画策定研修会で出された資料です。このように、都道府県がそれぞれさらに考えてやったらいいし、実行できるという仕組みなんです。

埼玉の話では、機能区分を4機能と大区分にしてこの組み合わせで区分してやっている。それぞれこれが良いのかどうかは私がここで評価できない

んですけど、少し言いたいのはこういうふうにやり方を各都道府県で考えてやってくださいね、やっていただいて結構ですよ。やり方があったら都道府県ごとにシェアしてくださいね。よく自治体で他の例、他の自治体に倣ってやっていくことがありますけれど、それがこの分野で起きつつある。

この辺についてはいろいろ議論があって2019年9月ですね、地域医療構想がなかなか進まないということでリストを特に公立病院、そういうことでリストを公開したというのが非常に問題になりました。現場からの反発もあって説明会などもやられていましたけれど、そうは言っても閣議とか経済財政運営のレベルで政府全体としてやり方の問題としては変えてくる可能性があるかもしれないですけど、方向性は明確に持っていらっしゃるような感じでございます。今まで話をしてきたところは都道府県ごとでどうするのかということが非常に重要になってきている。良くも悪くもそこが問われるようになってきている。単なるマニュアルに沿った実施ではなく、どちらかという目的に応じた創意工夫が求められるし許容されるという状況の一面はある、しかし目的など、多くの目標は中央政府が決めているということです。

一方で「効率化する」という時に何をどう効率化するのかということがあります。実際にはかなり解釈の余地がある。やっとな本題に入るんですけど、業績評価を考えていくということで、業績評価の前提になってくる話ですけど、前提になってくる目標をどう考えるか？目標とセットで業績評価をどう考えるのかというのがありますのでこちらを先に進めたいと思います。業績評価というのは定められた目標に照らしてどの程度実現できているかをみるものでして、業績評価とか実績評価とかいろんな言い方があります。ポイントは目標をどう定めるかで基本的には社会的に望ましい状況を網羅した目標を作っていく必要がある。実績評価だけでは政策の目標を実現することは困難である。目標だけ立てて資源がない医療を適切に供給する、という目標を立ててもそのための人が

いない建物がない設備がない薬がないとできません。目標を立てて他に何もしなければ目標倒れなんです。

ただ、資源の利用の状況が非常に複雑で何をどう動かせばいいのか、いろんなことをいっぱいしなくてはいけない時に結果的に最終どうなっていればいいのかということを見ることが出来る。最終的な目標達成の状況を、仕事の仕方や資源の利用の状況を含めて最終的な状況の評価を一括するというのを考えていく必要がある。あとでも少し言いますが目標をどう定めるのか、それをどのように評価するのか二つの論点があるわけです。両方ともかなり大事なことになりますが、今日はどちらかというところをどう目標を定めるかというのに関わる話を紹介させて頂こうと思います。

業績評価とかよくご存じかと思いますが、こういう三つくらいの要素があるんですね。一番大きい目標があって最終的に物凄く具体的な指標がある。その間に指標を定めるための抽象的な目標を幾つかの具体的な文章で示すように分けて記述して、それを最終指標にするというような段階的な階層的なものでできています。一番大事なのはこの抽象的な目標をどう作るかで、それをどういう形で指標にするのか、これでしたら例としての確にタイムリーに治療を提供する。その具体的なものとして待機時間を短縮する。X カ月以上の待機時間のある患者数を出して状況を見る。実績評価の意義、何故やるんだ手間ばかり増えるのではという話もあるのですが、複雑な医療機構のアカウントビリティを高めるといって、医療が非常に複雑な仕組みの一方で、非常に分かりにくいところがあるので実際何をやっているんですかというところを市民というか社会の中で共有していくことが大事なんです。

そこでアカウントビリティをどう高めるのかという問題がありまして、そういうところのついでに分かりやすい評価をすることが大事。実際にこれを出すことで実績を高めることができる可能性

もあります。これは英語のままです。申し訳ないですけど、複雑なアカウントビリティ関係ということで矢印がいっぱいありますけれど、実際にサービスをやる組織があり、サービスにお金を出す組織があり、専門職があつて臨床職があつて患者がいて、患者というサービスを受ける人だけれど患者になっていない人を含め税金を払っている市民がいる。それぞれがそれぞれのいろいろなアカウントビリティがあるとスミスさんたちが示しているんですけど、こういう状況の中で例えば政府がやっていることとか、それぞれ市民は何を説明するわけではないですけど市民に対していろいろ説明していくためにこの業績評価は大事になります。

理屈のことを言いますと yardstick competition という考え方があります。価格競争が働きにくい状況で外在的に費用基準が定められると効率向上が図られる。これはシュライファーという人物が85年に出した論文なんですけれど、これはアメリカのメディケアという医療政策、病院というところは非常に複雑ですので、効率化というのはなかなか難しいそういう時に疾病単位、入院した経過が大体同じようなグループでまとめてその基準を外部が決めるということにした時にどういう効果が生まれるのかこれは理論的な研究ですけども考えたい。

そこでこの指標の話とちょっと似ているんですけど、ここでは企業と書いていますが、病院も企業ですので、企業が同じか、違いが正しく完全に考慮されれば、均衡状態は効率的となると言われる。言うことができるんです。しかし実際にはそういうことは無理なので、そういう意味では理屈上はそうなんですけど yardstick competition、「比較基準による競争」と訳しますけれど、こういうふうな考え方がある。これが一つの業績評価、考え方の背景になっている。別の言い方をすると企業などでよく使われるベンチマーク、いろんな指標を使って比較するというような、それと同じようなことが言えます。

医療経済学の中ではこういうものと同じように色々なインセンティブ契約の研究が進んでいまして、当事者の情報に限定があるとして、例えばイギリスでいうと政府が市民に成り代わって病院と医療の契約をする。病院が上手く医療サービスをしてくれるように政府あるいはその住民に責任を持つ組織が丸ごと実際のサービスと契約をしてやっていく必要がある。医療というのは非常に複雑で情報が必ずしも簡単ではないということがあるので、お金を出す方の意図を上手く実現するようなものをインセンティブ契約という。インセンティブが上手くできていないと意図せざる帰結が生まれる。これはどういうことかという、意図せざる帰結というのは社会学者のマートンが最初に出したんですけども、世の中でいろんな思いがあって事が進んだりするけれど、必ずしもその通りに行くとは限りませんよ。そういうことがありますので、インセンティブを出せば上手くいくというのではなくて、実際の状況と食い違っているとインセンティブを作っても上手くいかないかもしれない。

欧米では80年代からインセンティブとか業績評価とかだいたいやりまして、最近はあまり議論していないとか終わっているという感じがしています。2000年代前後で主要な文献がだいぶ出て、これも2003年に出たものを2009年に言っているんですけど、インセンティブが無くても公表ということに意味があると言っているんです。つまり、公表することでそれに関する知識や理解が変革を生んだり、場合によっては大きく何かが変わるということが起こって改善に結び付けることができる。これは悪いということで公表する場合は、名指し効果と訳していますが naming and shaming という言い方をしまして、もう一つ表彰効果 naming and rewarding こちらの方で上手く行く場合が結構ある気がします。

一方で、イギリスのマネジメントの研究者は shaming というか発表されてダメージを受けるような仕組みがないと人は変わらない。これは、イングランドはそうかもしれないけれど、受け止め

に寄るんじゃないかと思うんですね。日本で発表されたときにももの凄く反発があって非常に興味深く見ていたんですけど、結局市民などがどう考えるか、受け止めるかによって効果が変わってくると思うので、どういう公表の仕方にするかも大事だと思います。これを reported と言われていいます。他の分野ではブラック企業とかですね、名前を出しますよということで一種の予防効果、法令順守ができるかもしれない。

実績評価というのは、保険者とか都道府県という以外にも、いろんなものに使える可能性があって、地域所管組織ということでイギリスの NHS では、日本と同じように地区割りをしているんですね。地区割りをしているんですけど、日本のような一般行政ではないので医療に関係する NHS という組織が独自に区分をしているのが所管組織、今は CCD と言っているんですけど、そういうところで実績評価をする。病院という単位でも行う。医者という単位でも例えば、アメリカの医療保険とかできちんと診察している、慢性疾患などに対してもちゃんと対応しているようであれば費用を支払いますよという仕組み。Pay-for-Performance と言います PFP とか略しますけれど、今回は都道府県が中心になって細かいことより全体的な背景をもう少し話させていただきまして、先ほど80年代の頃の話をしましたようにイギリスの改革があり、これと同じような時期にアメリカでも似たような議論がありました。この時に、新行政管理 new public management という考え方がありまして、国家が自ら実施する事よりも、望ましい結果をもたらすことを狙って操舵することが重要。直接ボートを漕ぐのではなくて、ボートを漕いでいる人に指令を出す。そういうようなイメージで作られてんですけども、そうすると目標をどう実現しているか見る必要がある。そのためには評価をする仕組みを作らなくてはいけないということで実績評価ということが作られました。

もう一つこれは考えたほうが良いのではないかと思うのが、医療の社会的目標への議論というものです。この数十年間で進んできていると思います。

医療従事者の方々、非常に重要な仕事をされているんだけれど神様ではないというか、失敗もするし悪いこともあるしということがあります。多くの方が真剣にやられているんですが、中には事故とか過誤とか安全という問題があるという事がわかってきて、政府と供給者だけでなく社会的に評価できる仕組みを作っていく必要がありますねという議論も出てきています。行政改革と言いましょうか、そういうような見方、流れの中でできた部分と医療を社会的な文脈の中で位置付けて議論するという二つの流れでできています。イギリスなどでは、新行政管理の下で医療の場合は、以前は中央政府から地方行政組織そして医療供給組織と完全な上下の組織だったんです。それが分離モデルということで、中央政府から地方行政組織、ここは上から下に行くわけですが、ここは一方通行でなくて、契約というかそれぞれが主体性をもってやっている形ですね。これはどう契約するかというのは中央政府が管理しているんですけど、ここで一つ一つに業績があり、そこでパフォーマンスということに対しての評価が広がったというのはあります。

いくつかの例を示したいんですけど、例えばこれは当時イギリスで2000年ブレア首相の頃だと思えますが、待機期間問題というのが非常に大きかったんですね。この表は各部門で、各月ごとに3カ月以上とかいった形で、手術の待機人数がどのくらいいるかというのをだいたい4、3カ月に1回という形で出して示していくというのが行われるようになりました。こういう形でいろいろ示すことで、待機期間がこの辺り延びて来ていたんですけど、2000年頃から減るようになってきたというような状況です。ブレアさんの頃にはイギリスの医療費というのは予算で決まっているので国が決めるのですが、その時に少なくともヨーロッパ並みには増やさなくては行けないと決めまして、かなり医療費に関するお金を増やしてかなり手厚くしたからこそできたとは思いますが、そういうふうに行っていることの評価をわかりやすくしています。評価というのはいろいろあって、例えば先ほどの地域組織、これは病院の話ですけ

れど、病院の組織で苦情処理をどのくらいのスピードで対応していますかというものをこうやって指標化してみたり、これは別の例でスウェーデンの例で業績評価というのは行政の枠組みで医療をやっている税金によって医療をやっている国で発達しているんです。

スウェーデンでは、地域ごとで医療センターへの信頼度でインセンティブをしようとしていたりしています。健康の問題では回避可能だったかもしれない、治療がきちんとなされていたら死亡に至らず済んでいたようなケースがどうなっているのか、というのを自治体間で比較しているんですね。こういうデータ化というのは世界的に進んできていまして、その中には診療過程の変化というものもあるわけです。この表は白内障の手術というもので、昔は入院が必要だったんですけど、今はほとんど外来で手術してしまうような、カナダなど99%近くすぐ帰られていますけれど、オーストラリアやハンガリーは入院が必要でポーランドでは3割しか日帰りではやっていないということで、こういうレベルでも指標ということは取っていくことができる。

さて、ここで今日の主題にやっと思移ります。結局、目標とは政治的に決まるということです。政治的というのは、それぞれの国のなかでの民主制の手続きによって決める、独裁政治のところだと独裁的に決まってしまうけれど、民主国家の場合は民主的手続きで決まる。結局、どういう内容を入れるかはその社会の価値判断によりますが、だいたいこういうものが入っていますね、とヨーロッパなどのいろんな国を見てまとめたのがこちらです。

ひとつが健康、それから応答性、財政上の保護、最後に生産性とかいうものが大体多い。いくつかの枠組みを提案したものをご紹介します。まず世界保健機関が2000年にやって物議を出したレポートというのがあるんです。これは世界の医療機関をランキングするというもので日本はかなり高いところなんですけれど、ランキングするには調査などがないか減じやないのか？と

いう国際的議論が巻き起こったレポートでもあるんです。ここに3つ挙げていますが、健康状態の改善には平均的な改善と同時に、不均等の改善ということで健康格差を減らすこと。敏応性といって先ほどの応答性と同じ中味で人々の期待に応えるような医療であること。公正な拠出は誰がどう支払うかということでの公正な拠出。こういうものを最終的に実現するためにいろいろな仕組みを作って政府が考えたり保険の仕組みを考えたりしていく必要があったりします。

この3つでやっていこうという背景には、世界保健機関がいう健康権。これは国際人権条約にも言われているんですけど、こういう考え方を具体化するという発想もあります。同じような概念ですけど普遍主義的医療給付というものがあって、ご存知かも知れないけれど universal health coverage という考え方があって、アクセスの衡平とか金銭上の困難に利用者が陥らないようにするとかです。もう一つ、別の例ですが、アメリカの医療の質委員会というものがあって、先ほどの医療過誤の問題とかで医療とは一体何だということのを改めて考えましょうというものです。IOM という組織がやっていて、これは割と有名な学術研究者が集まって議論する、政府機関というわけではないんですけど、非常に権威のある組織でこのレポートはそこが出しているんですけど、そこで6つ重要な点があるんじゃないのかということで、これはまた別のまとめ方なんですけれど、安全・有効・患者中心・タイムリー、そして効率と衡平ということで効率は先ほど言った生産性ということに関係していますけれど、衡平というのは誰でもサービスの質に異なることがあってはならないということなんです。

OECD は医療の質プロジェクトというものを2000年代の初めにやりまして健康のことを決めるのには医療のことだけでなく、社会的なことも関係している。質とアクセスと費用、支出これを掛け合わせると効率のような話になるんですけど、こういうものと衡平を繋げるという話です。だいたい質とアクセスと費用というものそれから衡平という

ものにしましょうと、ここには先ほど言った応答性とか患者の要望に応えるとか患者中心というものをどう考えるか、質の問題として考えるのかということはある一方で、こういう考え方もある。



最近、せっかくなのでイギリスの NHS はどうしているのかといういろいろ見ていたんですけど、だいたい5つの領域で目標を立てましょうと、一つ目は避けうる死亡を防ぐということで、これは先ほど言ったように日本ではあまり統計が整備されていませんが、ヨーロッパでは大事にされています。避けうる死亡とは何かというと、かなりきちんと治療を受けていれば死ぬことはないわけです。ところが中断したり処方不足だったりすると酷くなって亡くなってしまっているということで、医療の一つの状況を示す指標と考えればいいのではないかと思います。避けうる死 avoidable death あるいは未熟な死と訳しますけれど、そういうふうなものを防ぐ、長期に患う人々のクオリティオブライフの向上や病や外傷から回復することを助けること、人々がケアについてよい経験をすることを保証すること、これが先ほど言った responsiveness 応答といったことです。そして安全、これは結構大事なところであって、これを書いているのはイギリスでは医者による大変な問題があった。過去15年くらいでいくつかありまして、ある意味、医療に対する不信もあるんです。だから安全の問題も改めて重視する。そして、それぞれの領域ごとに指標をいろいろ作っています。1の領域だと死亡率だとかいろいろ作って

いて、各領域で定期的を集めてちょっと細かくて読めないと思いますが、4番目のケアの領域であれば一般総合医へのアクセスはどうかとか時間アクセスはどうかとか細かいことが書いてあります。こういうものを決めて適宜発表する。だいたい四半期に1回行っております。例えばこれは救急のところでの経験がどうなっているのかということ各病院の部門ごとにして一番良いほうから5つ、悪いものも5つここに書かれると良いほうも悪いほうも目立つということです。これ以外にもデータがありますけれどこういう形で公表していく。

イギリスの場合、支払いはいんセンティブということには直接結びついてない場合が多いように思います。地域単位でみた場合に hip fracture のことで、予防的な健康教育も含めてイギリスの場合は大腿骨骨折の状況を地域単位でみるということもやっています。それが良いところ悪いところを出すということです。最近の NHS の5つの評価などはかなり包括的に評価できるものだなと思いますけれど、大枠組みをしっかりと作るということが実績評価では大事ですし、もともとそういうこと例えば日本の医療でいえば日本の医療の仕組みで、「実際重視する点は何なのか?」「何が目標なのか」ということをもう一回考える必要がある。実績評価をするにはまずここから指標を作っていく必要がある。中には二番目にも書きましたが、統計の問題というものがあるって統計そのものができていなかったという話ですけれども、データを取る段階から処理する段階まで信頼ができるのかとか解釈をどういう点に注意しないといけないかとかいうことを含めて理解していく必要がある。そしてそこには書いていませんがメディア報道の仕方を含めて考えなくてはいけないと思います。

これはスミスさんがこういうことをいっていますが、特に大事だなと思うのが日本の場合は国際比較というものがすぐできるかどうかわからないので難しいなというところがあるんですけど、三つ目の点が結構大事だなと思っています。重要だが測定しにくい分野を含めるという話で、例えば

非常に困難を持っている人が医療を利用できているとか、今でいうと性的マイノリティとか障害を持っている人とか他の人に比べて相対的にアクセスしにくい人がどうなのかとかそういうことを含めてきっちり評価することが重要です。

最後、時間になりましたので今のような話を踏まえたと、日本の医療政策はどうなんだろうと、日本の医療機構は総合的に実績評価しようと思うとなかなか難しいというのがあるんですね。例えば、都道府県でとりあえず評価することはできるんですが、それをどう反映させるかということに結び付ける仕組みが最近までなかったわけです。地域医療構想の話も、基本的には病室をどう減らすのかという話になっていて、その地域の医療をどう良くしていくのかというのは各地域で状況がかなり違うというところがあります。

ですから実績評価を地域単位でやっていく、改善に結び付けるような仕組みを考える必要がある。保険者の話でも、単純に比較をしにくい状況があったので、各協会けんぽなどの形の中で比較をしていくということが進んでいると思うんですけど、将来的に現に存在している制度の壁のようなものを超えて上手く比較できるような、あるいは同一の条件でやれるような仕組みを考える必要がある。インセンティブ導入については冒頭でいくつか紹介しましたが、日本の場合は実績評価が前面というよりはインセンティブが前面に出ているんですね。

それは実績評価の一般的では必ずしもないところがあって、先ほど言いましたようにレポートिंग公表すること自体に意味があるという考え方があって、必ずしもインセンティブと結びつかなくてもなぜそうなのか、上手く行ったとしたら何故うまくいったのかを他に伝える。上手くいかない問題があったとしたらそれを公開して改善していく。そういう点も含めて考えていく必要があります。

日本の場合、特にできるところからやっている感

じがあつて、そうなるとジェネリックとか分かりやすそうなところから入っているんですけども、もう少しゆっくり構えて考えていく必要があるんじゃないのか、そういう意味では概念的枠組み自体が包括的とは言い難い状況がありまして、中長期的に医療機構の包括的な実績評価の枠組みを形成していくことを考えるべき。先ほどの5つの枠組みも参考になりますし、そういうものを踏まえながら考えていくことが大事だと思います。

ご清聴ありがとうございました。



***** 休憩 *****

長友

それでは時間になりましたので、山崎さんから「障害者福祉をめぐる政策動向から評価のあり方を考える」ということでお願いします。

山崎

皆さんこんにちは。日本障害者センターの山崎と申します。今日はよろしく申し上げます。

私が依頼を受けたのがつい先日ですので、なかなかどこまで細かくお話しできるか分からないんですけど、まず頂いたお題ということで障害者福祉をめぐる政策動向これをまずおさえて、そこからどういうふうに評価をしていけばいいのかというところで、細かい評価基準とかの話まではいかないんですけど、「誰がどういう視点で評価をしていく必要があるのか」ということを最終的にお話ししたいと思います。

では始めさせていただきます。まずみなさんご存

知で釈迦に説法の世界になると思うんですけども、現在、社会保障制度改革非常に速い動きでどんどん改悪が進んでいます。そもそもは1990年代の社会保障構造改革ぐらいからの流れから始まっていますけれども、一度ここで民主党政権に政権が変わったこともあって、一旦この流れが止まりましたが、2012年の社会保障改革推進法等々が進められて以降どんどん社会保障の自己負担の増から抑制の流れがあると思っています。

90年代の改革の時には単に社会福祉事業の指標化と支出抑制という二つの要素が狙われていたのが第二次安倍政権以降、若干支出抑制の流れと経済成長の流れというのが分かれていると思っています。どういうことかというのと税と社会保障の一体改革というのは抑制の流れです。

ところが、再興戦略の中で公共サービスを新たな成長のエンジンへというふうな2013年に書かれて以降、「骨太の方針2015」の中にもこれが反映されて、こちらの経済成長ラインが出てきている。これが「地域共生社会」という枠の中で徐々に出現してきて今、全世代型社会保障に至っている。この流れは何かというところの12年以降の流れというのは、全部社会保障の一体改革でしたけれども、全世代型社会保障がこの辺り、18年の2050経済社会構造部会ですとか18年10月の2040の改革本部この頃になると、もう社会保障というよりは経済成長の方針として明確に切り替わってきているというふうに考えています。

今あるのが全世代型社会保障ですけども、こちらの細かいものについては、今日は時間がないのでお話しできませんが、ここで言われているのが給付の削減と負担増とリバランス。これはどういうことかというのと、当然、支出抑制の流れになった時に給付自体そんなに出さないよと自己負担も上げますよという路線。介護保険今回は見送られましたけれども、2割の階層拡大等々で、おそらく最終的には原則2割化というものを狙っていますけれども、そういったことを進めていくと当然制度から除外されていく人達が多く出てきます。な

ぜならお金、利用料を払えなかったら使えないわけですから、そうやって給付が抑制される。



例えば、今であれば要支援者の介護、介助というのは地域支援事業の方へ移っていますよね。これは地域の財政事情によってどれだけサービスが使えるか分からなくなるわけですから当然必要なサービスであってもサービスがない。もしくはお金が払えない、当然支援を受けられない人たちが出てくる危険性が高い。国もそういった人たちをサポートするためにリバランス。これはどういうことかということ今まで支えられてきた高齢者や女性たちを支え手にするんだ、という。つまり、安上がりの労働力もしくはボランティアとして活用して地域住民の助け合い等によって、こういった給付の削減や負担増によって支援を受けられない人たちの受け皿を作っていこう、これが全世代型社会保障がたどる道筋じゃないかというふうに思っています。

これが全体の状況ですから、これからの社会保障はどんどん厳しくなっていくと考えられます。ただ、障害福祉に関してみると、まずサービスに関しては、2012年に障害者総合支援法ができて2016年に3年目を目途とした見直しが行われて2017年に地域包括ケア強化法が作られた中で総合支援法が改正されてきました。ここに書いてあるんですけども、例えば12年の総合支援法の創設時にあたっては、難病を持つ人でも対象になるとか、重度訪問介護の対象が拡大する。3年目の見直しの時には、自立生活援助ですとか就労定着支援、あと

は高額障害福祉サービス等給付の拡充。これはどういうことかということ、65歳を超えて介護保険に移行した人で5年間に渡って障害福祉のホームヘルプかデイケアショートステイの支給決定を受けていた。支援区分2以上、非課税世帯または生活保護受給者という、いくつかの要件をクリアしている場合には介護保険サービスのホームヘルプ、デイサービス、ショートステイの1割負担が償還で返却されるような制度も作られてきています。

そういう意味では、今の社会保障の見直し、改革とは違って障害福祉サービスとして拡充している部分があります。

次にデータでみてみますと給付費、国庫支出金の推移、介護保険と障害福祉で比べてみると上の赤いラインが介護保険です。下の青いラインが障害福祉です。当初は介護保険でしたら1兆6000億近くあった。ところがその頃、2008年度で比べると障害福祉というのは8000億程度だったんです。これが今、かなり近づいてきています。介護保険が2兆4000億に対して1兆9000億くらいまで障害福祉の方は予算と支出、給付費、国の支出としては伸びてきています。次に月平均利用者数の推移。これは明らかに違うんですけども介護保険は2、300万単位です。ただ、障害福祉こちらは今では83万人程度ですが、2008年度の時には50万人いたんです。実質1.5倍から2倍近く伸びてきているところは非常に特徴的で、そういう意味でも障害福祉の方は拡充をしてきている。

ただ一方で、介護保険の場合、2014年度から微妙に減ってきている。そういう意味では支給抑制ですとか地域密着型サービスに移行させられていることによって、対象から外れている人たちが増えてきているという意味で介護保険と障害福祉には明らかに違いが出てきていることが分かります。

最後に、一人当たり給付費ですけれども、介護保険の方ですと2012年度か13年度くらいから多少の増減はありますけれどもほぼ一定となってきた。障害福祉のほうが確実に上がってきているんです

ね。データだけ見ると介護保険と比べた場合、障害福祉施策というものは拡充しているということが言えます。

ではなぜこういう形で拡充してきているのかは、基本的に障害者自立支援法ができて負担に対する訴訟問題が起きました。自立支援訴訟と言いますけれど、原告が勝って国と基本合意を結んだ、国に謝罪をさせた。そういった運動の力が一つあったと思います。さらに、2014年障害者権利条約に批准しました。これも非常に大きなポイントだったと思います。実はこの前のところで、障害者総合支援法ですとか障害者基本法の改定とか差別解消法というのは、権利条約に批准をする前に作られているんですけども、どうしてこの時期に起こったか。基本合意をしてからまず権利条約に批准してからこういった制度、法律を作るのではなくて体制を整えてから批准をしようと、批准をして締約国になった時には障害者権利条約が求める最低限の部分はクリアしている段階で日本は批准をするんだということを運動団体などが、かなり国に求めている結果としてこの権利条約に結び付いていて、この二つの成果というのは今の介護保険と障害福祉制度の違いを生んでいる要因だというふうに私は考えています。

ただ、データだけでみると、実はわからない部分があって国内データだけです。OECDの障害者への公的支出対GDP比ですが、キャッシュベースのものなんですけれど日本は下から数えて4番目です。平均が1.5ですが日本の場合は0.6です。何が言えるかということ確かに数字的にみてもサービスの面で、障害福祉というのはいくら介護保険と比較をすればよくはなる。しかし、世界水準でみた場合、まだまだ低いレベルになる。ただ一つ気にしなければいけないのが、通常、国際的には介護保険と障害福祉は分かれています。みんな障害者です。だからそれを考えれば実質2倍の規模があるといっても、それでもOECDの平均には届かない。それだけまだまだ日本、GDPでいえば世界的に上位に入る国にもかかわらず、障害福祉施策に関する費用というものはほぼ出されていない

ということがわかります。

これを背景にして、現場では具体的にどういう問題が起きているのかということを紹介させていただきます。

ひとつはロングショートといわれる問題です。ショートステイを30日以上、90日など利用している実態があります。どうしてこういうことが起きるかということ、今の障害者、特に知的障害の場合は親御さんが面倒を見ている。ただし、親御さんが高齢化をして自分たちでケアができなくなってくる。自分たちでケアしないと政府の枠組みだけでは全く足りません。あとは入院をしてしまう。亡くなってしまう。じゃあ誰が見るんですか？といった時に見る人がいないわけです。

では、施設入所ができるんですか？というところでは、不可能です。仕方がないのでショートステイを使わざるを得ないんですね。これはショートステイの連続利用の部分を厚労省は問題にしていますけれど、実はショートステイも結構いっぱいなので、今日はA事業所のショートステイに行きます、明日はB事業所のショートステイです、という形で実質的に次々にいろんな事業所のショートステイをグルグル回っていつている状況が生まれています。

そして、二点目としては介護保険優先原則問題というものがあって、障害者が65歳になると介護保険に移行しなければならない。そうすると1割負担が出てくる。他にも時間がないのでこれくらいにしておきますが、一番象徴的だったのが2年前の公的機関における障害者雇用水増し問題というものがあります。国が障害者雇用率を定めているわけなんですけれども、実は国の機関、都道府県も市町村もですけども、雇っていない本来対象じゃない人もカウントしていた。「2.5%は雇っていますよ」「法定を満たしていますよ」というのが実は1.17%だったという問題が起きました。

これは何かというと、公的機関そのものが障害者差別をしていたということが明確になった事件で

す。今はこの雇用率を達成するというので、国は早急に障害者を雇っていて2019年8月28日進捗状況が発表されたんです。今、3444人ほど雇いましたと、このうち非常勤が2484人です。雇ったといっても非常勤です。しかも、この非常勤の中にはチャレンジ雇用の方が含まれています。チャレンジ雇用ですから3年いたら「ハイさようなら」という人材もこの中には含まれているという状況があって、障害福祉、数字だけを見るとある程度拡充しているように見えるんですけども、世界的にみた場合、実際の現場の問題をみた場合まだまだ課題が多いというのが現状にあります。そういった状況を考えた時に、こういった問題をどう評価していったらいいのかという時に、私たちとしてはやはり障害者権利条約について、もう一度目を向けるべきではないかと思っています。これはこのあとお話しされる井口先生から社会権利規約のお話があるかと思うんですけど、障害者権利条約は社会権利規約よりもプラスで作られているものがあるんですね。例えば、33条に国内における実施及び監視というものがあるんですが、これは実は1992年に国連で採択された政府から独立した国内人権機関の設置を、してくださいということが書かれているんです。

先ほど松田先生から、政策的な部分で評価が左右されるという話もあって、実際に日本ではこの機関というのは政府から独立せずに、内閣府の中にある障害者権利委員会というものが、この機関になっているんです。ですけれども、実際には内閣府の中にあるために、政府の意向に沿った話しかできていません。さっきいったようなロングショットとかもろもろの問題というものはあんまり出てこないんですね。

ただ、そうはいつでも、やはり33条にあるように政府から独立した監視機関のようなものを作っていく必要があるのではないかと。最後に書いてあるんですけども、障害者権利条約の中でもう一つ特徴的だったことがあって、「私たちのことを私たち抜きで決めないで」という言葉があるんです。要は当事者参加です。ここが3項に規定され

ているわけです。当事者たちが参加した多様な主体で政府から独立した機関の中で日本における障害福祉施策、介護保険も、私も一緒だと思っていますが、そういったところをちゃんとチェックしていく必要があるのではないかとというのが一点です。

二点目として、どういう視点に基づくのかというところが、障害者権利条約第35条第1項に基づき締約国によって提出される、条約が指定する文書に関する指針というところに記されています。どういうことかということ、障害者権利条約に批准した国は2年後に政府報告というものを出さないといけないんです。その中でどういう視点で報告をしないといけないのかということが書いてあるんですけど、実は報告をするだけの問題じゃないんだと国際的な義務を順守する。順守を確保する手段としてだけでなく、効果的な政策立案と条約実現を目的とした人権保護の現状を評価する機会としても、見なさなければならぬとされています。

その時に何をやるのかということ、国際人権条約と調和したような法律になっているのか、政策が取られているのかこれが一つ。二点目として条約に定められている権利について進捗状況を監視する。要するにその国の人達の権利が確保されているかどうか、もちろん費用の効率性の問題ですとか生産性の問題とか、そういったことも大事な部分ではありますけれども、そうじゃなくて基本はその人たちの暮らしがちゃんと維持されるのかどうか、ここを焦点に置いてみなさいということがここでは言われています。さらにその視点の中で問題点と欠陥を明らかにすることが書かれている。この辺りを私たちはもう一度考え直す必要があるのではないかと、今の政府における評価というのは財政支出抑制、財政的にどうなのかということ、量的にどうなのかということ、しか政府報告の中では書かれていません。

実際に私が先ほど言ったような現場で起きている問題というものには、一切触れられていないとこ

ろを考えると、そういった障害者権利条約の中で掲げられている視点を活用しながらちゃんと日本の施策、障害者施策、介護保険施策を再評価していく必要があるのではないかと考えています。実は18条はこういうことがポイントです。こういったところを評価していきなさいとそれぞれの条項に対してガイドラインの中では、書かれているんですね。それを活用しながら、今日はお話しできませんがこれからの施策をちゃんと見ていくということが必要になってくるのではないかと思います。

以上で終わらせていただきます。ありがとうございました。

長友

では続いて山崎さんからもお話がありました。国際条約等々について人権の視点からということで、神戸大学の井口さんからお願いします。

井口

こんにちは。神戸大学から来ました井口と言います。よろしくお願いします。

私は普段、介護保険の研究をしているのですが、今は介護保険以外に兵庫県では生存権裁判支援の代表をやっていたり、いろいろ社会保障関連の裁判にかかわることが多いものですから、そういったことをする中で政策評価をどうするのかということに関してメモ程度ですが話をしたいと思います。

今日は長友先生の方から政策評価のあり方、特に医療福祉分野におけるということでお話を頂いているのですが、近年、安倍政権下で行われている社会保障費抑制政策。この社会保障を抑制するというのを一つの国策にしているわけです。それを実現するためにいろんな手法がありますが国が自治体や各専門職の方やひいては社会保障の権利主体であるべき市民の行動や状態を評価して、もしくは一定の方向に誘導してお金を使っ

たり診療報酬や介護報酬いろいろありますが、そういうことをしながら当事者方々の自由とか権利、ニーズに枠をはめていこうとするそういう動向が至る所で見られます。



例えば要介護認定率が自治体間で上がるか下がるかとか、介護労働者への処遇改善加算とかいろいろ付けるわけです。基本的には政策的に選別をし、要介護認定とか障害のある方へ手帳とか等級とかで選別してその人の受けられるサービスを抑制する枠をはめるわけです。他にもいろいろありますが、国策である社会保障費抑制の目標のために、いろんな専門職の人が全部評価され自治体も評価され、場合によっては当事者の人ですらちゃんと健康予防に取り組んでいますかと、ポイント制という話もでてきています。しかし、日本が民主国家であるとするならば国が自治体を、自治体が専門職や事業所を、自治体や専門職が地域住民を、社会保障費抑制という国策に動員して評価し選別し管理するのではなくて市民当事者が固有のニーズに基づいて行政や立法を監視し人権がきちんと保障されているか評価して人々の生活や発達のための諸条件の向上を実現する。こういったベクトルの方向に評価は向かっていかないといけない。

今日は限られた時間ですが、そういったことを実現するためにどういった条件が必要かということと、いま日本で議論されている政策評価にかかわることについていろいろ例を挙げながら議論の題材を提供させていただきたいと思います。松田先生のご報告でも指摘されていたように、ま

ず評価をするときにどういう評価基準を設定するかというのが大きな問題になってくると思うんですね。それはいろんなことが考えられるんですけど、さしあたり戦後の日本というのは立憲国家でありますから一つの評価基準とすべき事項は既に憲法に記されているんですね。例えば様々な平等とか社会保障の権利とかいろいろなものがあります。そういったものが行政や立法が最低限順守すべき法的な規範として明確に掲げられています。ですから行政の政策の是非を問う場合の判断基準は、まず憲法に書いてある人権の規定がクリアされているのかということが当然ですが問われなくてはいけなくなってくると思います。それに加えて戦後、国連体制の社会システムの下で各国の政府が順守しなければいけない規範としては国際条約、いろんなものがありますがそこに掲げられているような例えば医療福祉分野にかかわる規定があります。そういったものをちゃんとクリアするというのが行政と立法の役割になってきます。

特に憲法 98 条の 2 項は、国際条約の扱いを規定しておりまして、日本政府は憲法の理念にかなう国際条約を批准して、要するに憲法に準ずる規範として扱う、そして国際条約は法律上の地位は国内法よりも上になります。憲法とほぼ同格で国内法よりも上になりますから、国際条約に反するような国内法は改善していかないといけないということは国の義務として効力がでていくわけです。その中で特に医療福祉政策の評価にかかわるものとして、先ほども障害のある方の権利条約の話ができましたけれども、他にもいろんなものがあるんですが、一応古典的な古いものとしては社会権規約というものがあります。

1970 年代に、日本が批准した国連の国際人権規約の社会権規約というものがあります。ここで特に医療福祉に関することとしては、12 条に健康権というものが掲げられておりまして、そこに国際人権規約の健康権という条項があるんですけども、それが具体的にどういう中味を示しているのかという文書として一般的意見というものが 2000 年に作られているんです。これがかなり健康というこ

とをどういうようにして捉えて、国にはどういう義務があるのか、かなり詳細に示した文書があり健康権自体はレジユメの 1 頁目なんですけれども、人々が到達可能な最高水準の身体および精神の健康を実現させることを目標として、詳しい話を今日はできませんが、到達可能な最高水準の健康の実現のために必要なあらゆる設備、機器、サービス、条件、教育及び情報を享受する権利と大枠では国連の方で理解されています。これについて、社会権規約の下での具体的な取扱説明書のように、この一般的意見第 14 というものがある、ここはかなり国際人権規約に批准した各国が健康ということに関してどういうことをやらなければいけないのか、ということがかなり具体的に書いてあります。

これは日弁連の HP があって、そこに和訳が載っていますので後で関心のある方は見ていただきたいと思います。例示しますと、2 頁目のところに書いてありますが、健康権は国家に対して非常に多くの義務を課して、面白いのが国家はこういったことをやってはいけませんよという違反事例も書いてあるんです。例えば、いくつか重要なものを抜き出したのですが、こういった条約を批准しましたからこの条約の健康権を実現するために国は措置を即時的に取らなければいけないとか、人々の健康権を尊重する義務、適切な保護を与える義務、充足する義務こういったことが医療福祉サービスの供給量とかアクセスの問題とかに関わってくると思いますね。

また、健康権の到達、最高水準の健康を実現するために立法とか行政、予算の財政問題や司法、そういったものの措置をちゃんと保証しなくてはならない。あとは、健康権に対して取られる後退的措置は禁止ですよというもの。要するに一度作った制度を意図的に政策的に今まで使えたものを使えなくする、こういったことは完璧に違反になってくるんです。その他、あらゆる差別、人種とか皮膚の色とか政治的な意見とか財産などの経済状況とか、もしくは障害の有無、健康状態そういったものに依じてその人が医療福祉サービスにアク

セスすることを差別、阻害したりすることはいけませんし、国家とか行政が人々の避けられる死亡とか健康悪化をもたらす行為を禁止しています。こういったことが一般的意見第14の中に出てきません。

先ほどの松田先生のご報告の中でも、ヨーロッパの方でかなり避けられる死というものがキーワードになってデータもありましたが、詳細は分かりませんが、たぶん元はこれではないかなと思います。少なくとも健康権の中ではこれはやってはいけませんよと書いてありますので国ごとにデータを取っているかもしれません。他にもいろいろあるんですけど、こういったことと照らし合わせると日本は今、財政抑制を目標として、それに合わせていろんな社会保障のサービスを制限して自己負担を増やして制度を後退させる。こんなことをやるということは、国際人権規約の健康権の規定からするとかなり違反になるところが大部分だと思えますね。

お金が無いからそれに基づいてサービスを減らそうというのではなくて、サービスをきちんと健康権の水準を満たすように設定するために、例えば大企業などは今、史上最高の利益を上げているわけでそういったところから税金を取れば、やらなくていい社会保障抑制があるわけですのでそういうふうにしななければいけない。そして介護サービスを受けたり障害福祉サービスを受ける場合も日本は等級化をしてサービスを受けるように枠をはめていきますが、こういったことは諸外国の制度を見ていると日本よりもっと緩やかなわけですけど日本はもの凄く厳しいわけです。

健康状態によって受けられるサービスを制限したり選別したりというのは、国際人権規約の健康権にひっかかってきますし、当然、障害のある方の権利条約にもひっかかってくる。そういったこともあります。評価基準としては国際的に追及されている人民がどういう状態が望ましいのかという人権規定があります。そういったものをベースにしながら実際の当事者にとっての実態とか声を

聞きながら、それが本当に国内で実現されているのか、ということを中心に当事者の人達の参加ということを中心としながら検討していくということが評価をしていく上で大事なことかなと思います。

その他、評価をする主体、もしくはシステムをどういうふうにして構築するのかということなんですけれども、これもいろいろなことが考えられますが、今は少し端折ります。特に念頭に置いておかなければいけないのが国連の動きではないだろうかという気がするんですね。

どういうことかと言いますと3頁の方へ飛ぶんですけど、政策評価をするという場合に考えられる手法としては、地域とか自治体ごとに何らかの評価機構を設けてそれによって、もしくは国のレベルで評価機構を設けてそこに当事者や専門家などが集ってやられている政策を何らかの指標に基づいて評価追及するのが政策評価だと思うんですね。ただ、よくよく考えてみたら行政とか立法も行う医療福祉政策ですが、評価する機構としては一番ベーシックなのは司法じゃないですか。

要するに社会保障裁判で国や行政が行う政策が不十分であったり、人権侵害しているという場合にきちんと評価して改善させる最も効力のある行為は裁判ですね。そういう意味では戦後の日本において一つ政策評価の役割を果たしてきた仕組みは社会保障裁判。代表的なものは朝日訴訟と言われていますが、そういった中で社会保障を改善させていくということをやってきたわけですね、

ですので立憲体制において本来、行政による施策や議会における立法が憲法上の人権規定にそぐわない場合は司法がそれを評価して変えさせるという機能もやってきました。ですが、日本が悲しいことに東西冷戦の戦後体制の中で社会保障裁判の場合、憲法が骨抜きにされてきたんですね。ご存知の方も多いかと思いますが生活保護の基準を争う裁判などではプログラム既定説とか行政裁量説とかで実際の裁判所は社会保障の水準に対して判断をしないというのが通説化しています。そうい

う意味では日本は今、司法が機能不全になっているのでそこをどういうふうにしていくのか政策評価を実現していくのかということが課題になっています。

そういう状況はあるんですけども、いま日本で具体的にどういうふうな政策評価が組織を作っているかということなんですけれど、先ほど山崎さんのお話の中にもあったんですが国内人権機関を作ろうという動きがいま日本で起きているんですね。例えば行政の政策でいろんな権利を侵害されて人達がいるわけですけど、今の日本では、それを是正しようとする裁判とか不服申し立てくらいしか手段がないんです。しかし、国連は様々な国際条約に加盟した国に対して裁判は費用も時間もかかりますので、それも一つの手法なのだけども、国内人権機関という政府から独立した機関を作って、様々な行政の行為を評価して改善の勧告を出したりということをやりたいということを言っています。

今、日弁連の方でも国内人権機関を作ろうという論調が高まっていて去年もシンポジウムがあったんですけど、そこでも言われていますね。政策評価をするようになってきた時に、政府から独立した国内人権機関みたいところは当事者の人達の参加と科学的なデータなども集めながら様々な政策の評価をしていくという可能性はあるのかなという気がします。それに加えて国連の方では様々な国際条約に批准した国に個人通報制度というものがあるんですけども、これは個人が政府の政策によって人権が侵害されたときに国連に直接申し立てができるようにするんです。そうすると国連が個別の事例を精査して各国の政府に改善の勧告を出したりそういう制度があって、これも言ってみれば一つの政策評価と言いますか現在の政策を評価して改善するための一つの手段だと思います。

いろんなものがあるんですけども、そういったものを重層的に重ねながら政策を評価していく、それを先ほどの松田先生のお話でもあったように実行力が実際に現状を変えなくては意味がないの

で、変えさせるための手段としては国連が日本の社会保障の抑制とかそういったものに勧告を出してプレッシャーをかけていますから、そういったものと同調しながら実際に政策評価をする仕組みを国連の動向をみながら国内で作っていく必要があるのかなと思います。とりあえずここで終わらせていただきます。

長友

ありがとうございました。では続いて、今度は具体的に地域レベルで自治体等のレベルで政策動向を踏まえて評価をどう考えるかということで本学の教員の武田さんの方からお願いします。

武田

三重短期大学の武田です。よろしくお願いします。

近年の地域の医療・介護をめぐる政策動向からというテーマを頂いたので評価というところではなくて評価を受けるためにさせられている政策を、「地域レベルで見たらどうなのか」ということに焦点を置いているのかなと完成してからそう考えていたところになるわけなんですけれど医療と介護ということで医療だけ介護だけというよりは話をどうやって繋げようかと考えるとやっぱりどうしても地域包括ケアシステムを進めていく中で地域の中で進められている政策がどういうものなのかということのを少しまとめて、三重県で起きていることを少し整理させてもらいました。

医療に関していえば松田先生のご講演があったように、病院の機能を大きく4つに分けて病床の再編を進めるということ。私がかつとも病院のワーカーをしていた時には、回復期の方に関心があったんですけども、回復期のリハの病棟では、全体的な流れは皆さんご存知だと思うんですけども高度急性期、急性期を減らして回復期、慢性期に関しては一定数の数を確保して場合によれば必要な分は介護保険に流すような形で再編をしようということになっているわけです。これが全体的

に行われていて三重県の段階ではどうなっているかという三重県全体の二次医療圏と地域医療構想における構想区域というのはこういうような南北に縦に長い形になっていて、明らかにみていただくと一番問題になってくるのは、津はここになるんですけど、こちら辺というような地域になってくるわけです。

こういった枠組みの中で、それぞれが健闘しているという実態がある中で具体的に今の三重県の病床の状況はどうかという現状はこういう形で整理をされている。先ほど言ったように全国的にもそうですけれども三重県においてもやはりどうしてもこの急性期の部分をいかに回復期、慢性期という形に減らしていくということが課題だというふうにされているわけです。結果どうしたいかという病院の報告とここに載せているのは17年の報告とその報告に際して23年にはどうありたいかという病院の願望というか、それぞれの病院が医療機関ごとに自分のところの地域を報告するという仕組みになっているわけですが、一方で地域医療構想の中では2025年の県内のそれぞれの区域ごとの病床数というものを決めているわけですからこの数字から見ていただくと明らかに病床が減らされるということになるというわけなんです。一部は介護保険施設、介護医療院等に転換することで医療保険のメンバーから抜けて介護保険に移行する形でそれぞれの医療負担が生き延びようとそういう目標があるわけですが、ただどこを見ていただいたとしても急性期はなかなか減らない。

一方で、回復期もなかなか減らない17-23というのは病院がうちはこうありたいということを好き勝手というわけではないですけども言っているわけですから、それぞれの医療機関の利害もあってなかなかそれぞれの定義、全体で必要数とされている地域医療構想の中で示されている以上には減らない。そもそも地域医療構想で決めた必要数が果たしてその地域で賄えるだけの数に収まっているのかという、そうではなくてどうしても必要な地域で医療の提供が滞る可能性は残っている

んですよ。評価という点でいうとこの必要数にいかにか近づけるかということが評価の目標になっているわけですよ。

他方で、評価の目標に近づけることによって何が生み出されるかという明らかにベッド難民というように地域の暮らしている住民の立場から考えると不利益を被る可能性があるわけなんです。政策の評価として位置付けられている政策目標もしくは政策評価の評価内容というのが政治的に決定されるのであればやはり結果、不利益を被る住民が存在するというところに立ち戻った評価に修正しないといけないんだろうかなというところなんです。



今日の松田先生の話にあった奈良とか埼玉というように、独自に考えて構想を立てるというわけではなく国の言っている通りにそのまま進めている状況かな、と。このままいくと先ほど地図でみていただいた東紀州とか伊勢志摩といったような地域の中で本当に必要な医療、急性期が確保できるのかということと、回復期の医療が確保できるかという課題がまだ残っている。一方で病院のベッド数減って在宅を中心に医療を提供するということを仮に進めたとしても、今の現状、三重県内において在宅医療を担う医療機関、これ県が出しているのは対象にしているのは在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所になっているのでそういった指定を取っていない病院や診療所で訪問診療をしているところもありますけれども一応在宅療養を謳ってきちんと基準を取っていることを前提でま

めるとやっぱり数を見ていただくと人口の集中しているところに多くなります。

先ほどからいっているような東紀州とか伊勢志摩というようなところや、そもそも在宅医療を担う医療機関がない地域もあるわけですよね。在宅医療を担うとなるとやはり隣町から隣町というような形で複数の町を跨いで訪問診療に行く、移動するというのは実際に無理、難しいですから、そうとなるとやっぱりそれぞれの地域にきちんと在宅医療を担う医療機関が無ければ病床が減らされて結果、いわゆるベッド難民というような形で自宅に帰される、自宅に帰らされた後にその自宅での療養を支える在宅医療を担う医療機関がこれだけしかないというような状況がある。

医療から福祉の話につながると初めに言いました。そうなってくるとこの中で地域包括ケアシステムを担っていくために、ベッド数が削減され病院から帰されて自宅、在宅に戻ってかつ戻ったはいいけれどその在宅を支える医療が乏しいまたそれに付随した生活支援をする仕組みが十分整わないといった中で重要になってくるのは地域の様々な地域生活課題をいかに把握してそれに対する対応策や政策を打ち出すかということが各自治体には求められています。そして、その役割を担うひとつが地域包括支援センターだろうといえます。介護保険が保険者機能の強化推進交付金の項目の中に地域包括支援センターの項目がありまして、複数の個別事例から地域課題を明らかにし、これを解決するため政策を市町村に提言しているか？という算定項目があります。点数はアとイに分かれていてアが複数の個別事例から地域課題を明らかにし、これを解決するための政策を市町村に提言している。それと複数の個別事例から地域課題を明らかにしているが、解決するための政策を市町村に提言してはいないという2つに分かれていて、アのほうが点数が高いですけれどもアとイという形でそれぞれの市町が自分のところがどういう状況にあるのかということ算定して、その結果がまとめられたところです。どれも算定していなかった自治体もあるという

ところです。三重県の状態はこういう状態、では全国的にはどうなのかということで、昨年の介護保険の資料の中に保険者機能強化推進交付金のそれぞれの都道府県別でまとめたデータがありました。ちょっと細かいんですけども、このところに地域ケア会議において複数の個別事例から地域課題を明らかにしこれを解決するための政策を市町村に提言しているか？というところで、アが10点イが5点で全国の平均が6.2点。三重県はここにあるんですが7.1点なんですね。三重県のそれぞれの市町の平均を取ると7.1点。全国平均が6.2なので三重県は平均を上回っているということになるんですけども並びに三重県より大きいところがあったので大阪府だと9.1点、和歌山県だと8.5点で三重県より大きいということがあったんですけども、今年大学の地域連携センターの事業でこの政策提言をどのようにしているかというのを津市、鈴鹿市、松阪市の職員の方と研修をしてき、まずその過程の中で三重県が7.1点なので大阪が9.1、和歌山が8.5ということなのでこういった自治体はどういう取り組みをしているのかということで視察に行こうという話になり行ってきました。視察先を選定する際に、実際にやっているのは市町村でするので個別にあたる前に大阪府と和歌山県に9.1なんですか？8.5なんですか？管轄の市町村の中で積極的にこういう活動をしているところをご紹介頂けないですか？というふうに聞いたら大阪府の9.1の返事は深くそういう話をしたらさすがにうちは来てもらっても言えるようなことはありませんと、10点は算定したけれども、そもそも10点は何を根拠に10点を算定しているかという国からの解説がないのでとりあえず10点取っているだけなので、来られても説明に困りますと、9.1だったんですが結局ご紹介いただけたところがなくて、和歌山県に問い合わせると複数紹介していただいて、地域包括支援センターも直営でやっているところと委託でやっているところとあるんですけども研修参加者も行政の職員ですから、できれば直営でやっていて直営の中であがってくるものをどうやって政策化しているか、そういったことを知りたいということで相談したら複数ご紹介いただいたので今月末に行くこ

とにしました。

そう考えてみると10点5点単位ではなくて三重県でも先ほど見たようにアの10点を取っているところがこれだけあるわけですが、じゃあ果たしてアの根拠は何ですか？と聞くとものすごく根拠は薄いのかなと、むしろイを算定したりだとか算定なしと書いてあるところがもの凄く正直なのかなというふうに思っているわけです。

ただこれに関しては、各市町で評価の項目の妥当性について検討するために、三菱UFJから調査票が送られてきてアンケート調査をしているというような話を聞きました。全国的に集まって、そもそもこの評価項目自体が妥当かどうかという結果がまた後日出るのかなと思っています。

次に重要になってくるのが地域包括支援センターの役割の一つとして地域課題を明らかにすること、そもそも包括の役割というのは政策提言機能とかそういったことに重きを置いていて、評価項目自体のそういったところを評価するということだったわけでした。一方で包括の役割としてもう一つ違った役割として今求められているのが、この部分です。自立支援型の地域ケア会議の実施状況、これを積極的に進めるというわけですが、自立支援型の地域ケア会議になってくるとこれはあくまで個別のケースに対する地域ケア会議という形になってくる。

例えば津市であれば、7期の介護保険事業計画では積極的に開催をしていくと言っています。ただ津市内の包括で聞き取り調査したんですけども、そうは言ってもなかなか準備も整ってなくてやるとは言っているけれども具体的にはまだ進んでいない話ですね。四日市などもこれから具体的に進めていきますという状況のままです。一方伊勢市の場合はずで個別のケア会議を行っている。その中でどういうことが行われているのかというのをちょっとまとめたのが最後のスライドなんですけれども、伊勢市の場合、自立支援型地域ケア会議、生活支援会議と銘打ってやっているんですが詳細な議事録ではないですが、一件ごとのどうい

うアドバイスが出たかという議事録を取っているのもそれをもらってどういう発言があったのか、どういう助言があったのかというのをまとめました。



そうすると、やはり自立支援型と謳っていますので個別のケースに対する助言が多いわけです。なので、包括が行う地域ケア会議のはじめに示したように、その事例の中から出てくる地域課題、利用者の生活の背景にある地域課題を明らかにするというよりは、いかに自立に資するケアプランに近づけるかということに重きが置かれていて、今の政策の動向としてはこれを推し進めなさいと国がいているわけですね。そうなってくると、本来地域ケア会議で地域課題を明らかにしてそれに基づいて政策を立案しないといけないということよりも個別のケア、ケアプランかつ自立に資するというのはいかに使わなくて生活してくれるかということに近づけるということになるわけですから、ここに部分が強調されてきている今の政策というのは自治体レベルでいうとこれを進めることが自治体の評価につながるわけですが、これを進めるということはそれによって必要な支援を受けられなくなる住民が出てくるんだとかそういった問題にならないのかなと。

本来なら、今ここで示したようにケアプランについての中味が中心なんですけれども、例えば地域参加に関する助言といったような地域参加を促すような、地域参加に必要な資源の創出とかそういったことに本来、助言の幅が深まらないといけない

なんですけれどもそうではなくて、ケアプランの目標の設定とか具体的な中味に対しての助言だとかサービスのケアプランの記載内容についての助言とかそういったところに留まってしまっている。どうしても自立支援型のケア会議を開けば一人一人の住民の個別の生活に潜んでいる共通して解決しないといけない生活課題を掘り起こすというよりは個別のケアプランのチェックの場になってしまっている。もちろんケアマネージャーの方いろいろ力量の差がありますから、こういう場を教育の場と捉えることも可能なんですけれども、果たして地域ケア会議の本来の役割として果たすべき役割とはまた少し違った形で機能してしまっているのかなど。それをそれぞれの介護保険の事業計画の中に地域ケア会議を自立支援型の地域ケア会議をこれからどんどん進めて、それをまた次の機能、8期に向けての次期の介護保険事業計画ではそれをどう振り返って評価をするかということでは止まらなくどんどん回数を繰り返していくというふうになっているというのはちょっと問題なのかなど。

もちろん、全く自立支援型を否定するつもりはないんですけれども、その前に本来ある地域ケア会議の役割としての課題を掘り起こして、かつそれをきちんと行政の課題に位置付けてきちんと施策提言をし社会資源を創出するだとか地域だけの課題で解決できなければそれをもっとマクロレベルの課題にあげていき、介護保険制度全体に対する改善に結び付ける発信をしないとダメです。ところが、そういった役割は縮小されて、どちらかというと目の前の個別のケアプランの見直しするための集まりというような形に矮小化されてしまっているのではないかと。そういうところはやはりきちんと評価をしていかないといけないだろうと思います。評価は次期の介護保険事業計画の本来あるべき地域ケア会議の役割ということを確認して打ち出して、それをどれだけ増やしていくのか、そのためにどういう体制を地域の中で作っていくかが反映されないといけないのではないかと考えています。最近地域の方とお話する中でこういったことが気になってきています。以上です。



▶▶シンポジウム▶▶

長友

まず村瀬さんから資料を出していただいているので、それに従ってお話をして頂こうと思います。

村瀬

評価指標という部分に関心があり、2007年の介護保険法の改正の時、地域包括ケアの強化と言われていたその時に国会の委員会で参考人として、意見陳述をさせてもらったものが1の部分です。自立支援の話が出ましたけれど、政策的に評価指標というのはどんどん作られて、それが独り歩きして現場を支配しているそういう状況になっているわけです。「介護費用の抑制」について、山崎さんが言われたように支え手が支えられ手になっている。桑名市は厚生労働省から天下った副市長がいま全国的に展開しているインセンティブ、桑名で実験的に作った桑名モデルというのが実施されました。

地域包括ケア計画これは介護保険事業計画のことなんですけれども、二つの評価指標の視点があって、一つはアウトプット指標いろいろな重点事項の施策、事業をどれだけどういうふうに行ったか、これをやりました、こういう研修会をやりましたというのがアウトプット指標で、もう一つがアウトカム指標でやった結果こういうことになりましたと、その二つの軸で評価をするというそういう計画です。

地域ケア会議推進事業ということで一つ一つの事業を下の切り貼りできないですけどこういう表を全部の事業で作っています。北川知事の頃で様々な事業の予算見直しがあり、個々の事業ごとにこういう表を作りました。2000年前後になります。この地域ケア会議では、一番左下に卒業件数というのが一つの評価指標としてだんだん減らし

ていくことで示している。5頁のところで桑名では卒業難民のためにデイサービスでもできないことを代わりにするケアではなくできるようにするケアを進めて卒業につなげる。卒業者は地域サロン等の支え手になり卒業から地域デビューのパターンですけれども、次のページの表のように実際卒業させられた人がどういう人材になるのかというのを桑名市から資料をもらって作成しました。

時間がないので一つ一つは言いませんが、卒業したにもかかわらず要支援の方が亡くなったということもあります。実際にはサービスが必要だったのに卒業させられてしまった方や介護保険や10割負担で自費サービスへ行く方などです。この評価指標の設定がおかしいと下の表のように、高齢者はだんだん弱っていくのにアセスメントシケアプランを作り、間違った卒業としてしまうと自費のサービスへ行ったり卒業させられたために早く亡くなるといったそういうことにつながる。5ページの下のところでは「くらしいきいき教室」というふうな卒業の手段としての教室をするんですが、それを終了して6ヶ月間介護保険のサービスを受けないという課題の成功報酬として利用者は2000円、事業者は18000円、ケアマネの機関は3000円をあげますよということが展開しています。今度は2ページ目のアウトカム指標の中では、要介護認定率を減らして介護に関する費用を減らしていく。その他、真ん中のところで要支援、要介護度の改善度、2016年度から2017年度で10.6となっていますけれども、桑名市が始めた頃は14~15%くらいの改善度だったんです。これは自然の原則で後期高齢者が増えていくとこんな指標を作っても狭まってくるのは当たり前で、昔は15%くらいあったものが10%くらいに下がったという失敗を表している事例として貴重です。

もう一つは、介護が必要になっても住み慣れた地域で暮らし続けられると感じる割合。52.4%と出ていますが3年前には60%、これは主観ですので、介護が必要でもこの地域に住み続けられるだろうと感じる人が増えているということです。いくつか失敗の道を桑名市はたどっているわけですから、

これも、これは全国展開で3ページのところで私が意見陳述をしたところで奮闘の甲斐なく通ってしまったものですが、こういう形でインセンティブ交付金を介護保険改正がなされて、このいろんな問題となる評価指標がたくさんあるわけですが、その中で1から7まで抽出しましたが先ほどの変化率、維持改善率は⑤です。桑名で失敗したことが全国の評価指標になっているわけですが、そういうような形で全国でも失敗の道を辿るだろうと私は思っています。

認定率のアウトカム指標はずっと下がって14%、ここには載っていませんが、ある月は13%の認定率となった月もあって、ほぼ14%で横ばいでこれもそんなに下がるはずがないというか、冷静に客観的にみれば当たり前だと思います。そうであっても進めているのですから、この先医療の大きな打撃被害を受けることになると思います。卒業件数ということについて、桑名市は廃止したわけです。

2番目に、これは三重のおかしな指標ですけれども、特別養護老人ホームの待機者が県内で239人と発表して、実際には年末に国が全国の待機者数を発表した数字は5251人で、239人などという非常識な数字はすぐに否定されている。知事の公約は待機者0なので、その政策が統計を作るのではなく、統計から政策は作らないといけなと思います。7ページのところにありますけれども、大きな原因というのは、昔は有料老人ホームだとかサービス付き高齢者住宅というものは数も少なかったし入る人も限られていました。

しかし、今では特別養護老人ホームが少ない中で、病院から特養に入るのは無理だから有料老人ホームへ入るといって、有料老人ホームとサ高住で待機者がどんどん増えてくるその中で三重県は自宅待機者だけに限って計算しているもので、格差貧困の背景を考慮せずずっと続いていて論理的にもおかしなことが下の①~③ですけれども人員が不足して締めている休所している特養の待機者を差し引くとかがあるんです。評価指標というのは客

観的でなければいけないのですけれど政策によって偽装統計の最たる姿になっているので取り上げてみました。最後 8 ページのように、三重県はサ高住が全国で北海道に次いで 2 位なんです。そちらが必要で特養がいらないというスタンスで三重県の知事は施策を展開しますので 8 ページのような形で川上に病院があって途中の施設に入らないと海へ出てしまうわけです。評価指標を取り上げて発表させていただきました。



長友

先ほど村瀬さんにお話しいただいたことなどを先生方と少し討論会をさせていただいて進めていきたいと思います。

松田

その前に感想を少し。私が言ったような実績評価は、あらかじめ目標が決めてあってそれに従ってちゃんとやっていますかということを言っている話と、井口さんが言われたようなある政策を導入して制度を変える、公開するにしてもそれをどう評価するかというのかという話をちょっと分けないとちょっと混乱するのではないかと考えています。そして、人権も含めてどう評価を作っていくかという話でしたけれど、山崎先生のお話では現行制度をみていく上で、人権権利条約を狭めたような国際的な枠組み、井口さんがおっしゃったような人権規約などの枠組みを使って評価すること、これはタイミング的にも長く時間がかかることで毎月やるわけにはいけないので、そういうやり方も含めて正確にみた上でいろいろ議論する必要があるという点で、次に今おっしゃったことについ

ては真剣に統計に挑むというか体制を確保する必要がありますね。これは厚労省の労働統計の問題もありますし、障がい者の雇用統計もあって、数字というのはそんなにいい加減に扱っていいのかということも出たんですけれども、そういうことを丁寧にきっちりやっていくというのが一つあります。

もう一つは基準を明確化しつつも、はっきり判断できない部分を受け止められるような仕組みを同時に作っていかないと非常に判断に困るような事例とかが起きた時に区分が簡単でないとしつつ進めていくというような実際的な解決策を持っておく必要がありますね。現場の人でもどうしようかな、ここに入れておくかというようなことをできるような仕組みをきっちり作ってやっていく、その上でアカウンタビリティということで統計を作った人の責任を明確にすることが大事になりますね。

先ほど、イギリスの話で言い忘れたんですけれども、政府で何か作るときに主任研究者というのが全部載っているんですよ。そういう統計を出された方の責任の所在、そして財政責任を明確にしながらやっていくことが一つ大事になってくるんじゃないかなと思います。

山崎

ちょっと小さな話になりますけれども、障害者雇用水増し問題について、私たちは偽装問題とも言っているんですが、そもそも政府は民間企業に対して例えば障害者手帳の確認を取る等の明確な規定をかなり細かくとってちゃんとコピーを取って提出させる。それを何年か置きに継続的に行うというようなルールを作っている。ただ問題は国がそれをしていなかったということです。ルールを作る側は自分たちはルールを守らなくていい、そういった情報を逆にいうと第三者機関というのはやはり必要になるのではないかと考えているんです。統計にしてもチェック機構も必要になるでしょうし。

松田先生もおっしゃっているように責任の所在ですよね。そこを明確にするということもあると思うんですけども、何らかのチェック機構を独立した形で作っていかない限りは特に今の現状からするといろんなところでの偽装問題になっていくので、ここがしっかりしないと基礎的なデータが取れないのが今の現状じゃないかなと今のお話を伺っていて感じたところです。

井口

データの問題なんですけれど、生活保護の老齢加算の廃止の違憲訴訟があって、もう裁判終わってしまったんですけど、その時にどうも厚生労働省は加算を引き下げのために引き下げのために統計の根拠がいりますが、どうも使っている統計は怪しいんですね。

老齢加算の時は我々も開示要求しましたが、裁判所は国が出した統計ですから間違っているわけではないとうことで認めなかったんですね。2013年から生活保護の引き下げをやっていますけれど、ここでも消費者物価指数を厚生労働省は偽装したんですね。今度名古屋で近日中に判決が出るんですが、そこでどういう判断が下されるかですけど、恐らく国会でも取り上げられてちゃんと審査をすると思うんですけども、そうなってくると独立した統計機関というのは必要になってくるだろうと思います。

その他、研究者で結構論点になってくるだろうというのが、最近いろんな研究の分野でも実証研究をするときにSPSS使って分析したり数字がもの凄く重要です。今日のような数的な調査とか現場当事者からの声を集めたようなものが評価されにくくなってきている、社会保障畑の研究者などは統計を使う人が重宝されるようになってきて地道な地域のヒアリングとかは偏りがあるんじゃないの？とか言われたりするんですね。

憲法とか国際人権規約で定めている人権を保障しなくてはいけない一般的なグループその人達だけでなく、そこから外れた人も最後の1人まで

残らず人権を保障しなさいと対応しなさいというのが憲法なんです。大枠の傾向をみるために様々な数字とか統計は重要なんですけども、そこから外れた人を最後の1人まで把握できるような仕組みをどうやって作っていくのかというのは目下必要な議論だと思います。



武田

例えば、評価を策定した側もきちんと説明すれば終わりではなくて、その根拠だということをきちんと開示するシュレッターかけちゃいましたというような話では研究者であれ国であれ、すべてにきちんと共有するそういう仕組みですよ。それで我々がきちんと出された項目評価の基準に対して反論できる枠組みが重要なかなと思います。

長友

何かご質問や確認したいことがあればどうぞ。

村瀬

評価の第三者機関というのは統計偽装の話がいろいろありましたけれど、そのすべてを動かすのは無理ですよ。実際社会運動なりで克服していく、現場のソーシャルワーカーなりの人が運動していないと克服されて行かない気がするんですけど、評価の第三者機関の指標が正しいかどうかという中で評価していただけるんですか？なかなか難しい感じがしますが。

山崎

もちろん運動レベルでということはいくぶんわかるんですが、具体的に運動をやっている団体、今かなり財政的に厳しい中でやっているのでそこまで求められるというのは職員の生活が破たんするんですね。それには一定の財政的背景を持ったちゃんと生活が保障された、研究者の方を含め一つのところが全部やるのかそれぞれの分野で監視機関というようなものを作っていくのかということを中心に考えていかないと運動だけで展開しましょうという運動をやっている人たちがいなくなってきているのでそこを保証するための何かを作っていく、そういう意味では第三者機関という表現をしたんですけども、要するに財政根拠がちゃんとあってそれぞれの人達が当事者も含めてちゃんとチェックできるような組織体系というのをどうなるかというのは細かいイメージまでは無いのですが、作っていかないと今どうにもならないんじゃないだろうか。

どうしてかという、例えば障害者政策委員会が内閣府にありますけれど、基本的にはあそこは政府と関係のある団体だけでほぼ構成されているので、政府の意向ありきでの議論になるんですね。だから本当の意味での監視にはならないわけなんです。ある団体さんからのいわゆるパラレルレポートの時も政府が嫌がるようなことは書いてはいけないんじゃないかという団体さんもいますから、そういう意味で独立した組織がない限りはちゃんとしたことはできないんじゃないかな、そこについてじゃあどういう形がありえるのかというのは今後の議論が必要なんだと思います。おっしゃる通り限界もあると思います。

松田

障害者権利条約の話していうとおっしゃる通りだと思いますし、政府内部にあっても利害関係がいろいろあつたりするんだろうなとは思いますが。それとは別に、統計だと日本では一番総務省が所管しているわけですが、そういう実施省庁、所管省庁とは別にそういうものを定期的に監査するしくみというのが必要で、これは同じ総務省に行

政監査室という機能はあるんだけど、それをもう少し独立性を持たすとか、あるいは会計検査院というものがあるんですけど会計検査院というのは日本ではお金を合法的に使っているかというのに重きを置いて監査していて、お金をどう使っているかとかいろんなやり方も含めて監査しているようなところなんですね。そういうことを考えますと、政府内部でのチェックの仕組みを作っていくということが、実は政府にとってもすごく大事でこの間の一連の事態は政府への信頼というものを失墜させていて、長期的にみると非常にいろいろ危うい問題を含んでいるので、そういった仕組みを作っていくことが大事なのではないかと思えます。

質問者

私の関心のところでアドバイスになればお話いただきたいのですが、枠組みを作ることも大切でそもそも目標を設定することについてもどこに重きを置くかどこに重要性を見出すかという話ですけれども、今ですと例えば人と人のつながりは大切だよとか、そうした皆さんが共有できそうな評価の指標とか気持ちのレベルであると思うんですよね。人と人のつながりがあれば健康が促進されるんじゃないかとか、逆に疎遠だと健康に影響があるんじゃないかとか、そういったことについてどのように評価をしていくのが良いのか難しいと感じています。個人の価値観も含めてありますし、ある地域が人と人のつながりが豊かな地域だと判断するためには、どういう指標があれば具体的に判断できるのだろうか、その逆もあるというところが関心としてはあるんですけども、それを評価していくというのは相当難しいなと思っています。いわゆるソーシャルキャピタルとか言われるところで大切だなという感じはしますが、評価するのは難しいような気も同時にしていてその辺りで、もしヒントがあればご教示いただきたいです。

松田

ソーシャルキャピタルというのがいろんな意見があって、例えばつながりに関していうと調査でわからないというところがあります。もちろん、いろんなやり方がある、一つはアンケートで相談できる相手がいるかとか、会う頻度はどのくらいとかそういうつながり自体をアンケートを通して調べる。その他、実際に会っているのを調べる。一種のモニタリングのようなことをして徹底的に調べるこれも大変ですけどそのようなことがある。ただ人のつながりにも良いものと悪いものがある、要するにいろんな面倒事を押し付けてくるようなつながりもあれば、お互い支えるというような関係もありうるという話でしてどういうふうになっているかを知るにはなかなか一筋縄ではいかないと思うんですね。

地域で取り組むとすると、とにかくそういう場を作っていくしかないんじゃないかなと僕は思うんですよ。そういうようなことをやるために個人でやれることもあるだろうし組織、生協とかでやられていることも行政などで幅広くやられることもあるのではないかなと思うので、一番問題になっているのはそれを促すリーダーシップ、声掛けをやるとかそこが一つの焦点になっているんじゃないかなと思います。ある意味そういうお金儲けするために、といった動機じゃなくて、地域でみんなに居場所があればいいなというのには賛同できるのだけれど、ただ賛同したとしても、何か面白みがあったりしないとみんな続かない部分もあると思うので、そういうものも含めていろいろ引っ張っていく機能をどう上手く作っていくかがポイントではないかなと思っています。

長友

それでは武田さんから順に感想をお願いして終了にしたいと思います。

武田

客観的という部分を考えるんですけども、研究

者としての立場と自分自身の生活、暮らしと考えると誰のための評価かと考えると暮らしている人のための評価と位置付けたいと思ったりするんですけど、本当は客観的でないといけないんですけど、自分の立ち位置を明確にしながら、その中で評価のあり方というのを評価していく、自分なりの立ち位置をきちんと明確にしないといけないのかなと。評価だから右と左の真ん中にいれればいいというわけではなく、そこは自分の立つべきところを明確にもたないといけないんだろうなと今日考えていました。

井口

評価という話で今日いろいろ議論された中で出てきたんですけど、いろいろなレベルがあるので、おそらくきちんと日本の社会保障制度が上手くいっているかをみるということと、現実を変えるためにはかなりいろんなプロセスとか仕組みを重層的に作らないといけないのかなという気がするんです。国連などは結構いろんな仕組みが重層的に張り巡らされて、不完全な面はあるにせよ参考にするべき面もあるのかなと思いました。今日は評価の問題でしたが、政策を作るところから日本は分野によって排除されている状態ですから、政策を作る段階から両面でやっていかないといけないのかなと思います。

山崎

私も先ほど武田さんが言った部分と被るんですけど、客観的なものが本当にあるのか？ということ問い直さなければいけないと思っています。社会学者ピエール・ブルデューが言うには「自己の客観性が必要だ」それは何かというと統計にしても何にしても基準を作るのは人なんですよね。

基準を変えれば評価も変わってしまうわけで、どういう立場でどういう見解でどのレベルでその基準を選択したのかを明確にすることが大事だという話なんです。今はそこが無いんですよね。何か統計データがあったらすべて正しいものであるかの

ようになってしまっているのです、逆にいうとそういった形で数字評価ということは、いくらでもコントロールできるんだということを大前提にしなければまずいけないんだろうと思っています。

特に今、井口先生が言った話に関連するのですが、もちろん作るところで関わるということは大事なんですが、今、作るのは官僚です。例えば社保審とかがあっても基本的には官僚から出されたものを基本的には了承するだけ、あとはカスタマイズちょっとバージョンを変えさせるだけしかできないので果たしてそれでいいのかどうか。逆に言えばここぞ運動が必要なんだろうとこういうものを自分たちは欲しいんだということを継続的に続けていかない限りはおそらく、作るという段階にも関われないんじゃないかなと個人的には考えています。

松田

やはり総合的な目標というものを共有することが必要じゃないかと思うんですね。医療でいうと例えば医療計画というものが一番大きな計画になるんですけども、そこにはいっぱいいろんな指標が載っています。どういうサービスがあるかというのは結構あるんですが、患者がどういう体験をしたとか苦情が出た時とか何か問題があった時にどう対応をしていくか、そういったものはあまり載っていないし、アクセスの問題も介護保険だ

から大丈夫だろうと流されています。いくつか重要なところでスルーされているところがあると思うんですね。そういうことを踏まえて改めてどうなんだということを問うためのものをしっかり持って共有していくことだと改めて今日お話を伺えて考えられて良かったです。ありがとうございました。

長友

今日お話しいただいた方に拍手をお願いします。ありがとうございました。



過去の「地研通信」が地域問題研究所ホームページ (<https://www.tsu-cc.ac.jp/chiken/>) から閲覧できます。どうぞご利用ください。

「地研通信」総目次

巻号	発行年月日	著者	タイトル
第1号	1984/5/31	岡本祐次	創刊によせて
		岩本勲	研究室発足にあたって
			地域問題総合調査研究室の設立趣旨
			地域問題総合調査研究室規程
			共同研究計画の概要
第2号	1984/10/1	牧隆壽	ユートポリス津
		雨宮照雄	松阪市における地域振興—中核工業団地と商店街再開発を中心として
		森岡洋	三重県津機械器具協同組合の活路開拓ビジョン調査事業
第3号	1985/1/31	雨宮照雄	松阪市における地域振興—中核工業団地と商店街近代化を中心として
		森岡洋	三重県津機械工具工業協同組合の活路開拓ビジョン調査事業 異業種連携による新製品開発事業
		東福寺一郎	生涯教育プロジェクトこの1年
		柴橋正明	日本地方自治研究学会の設立によせて
		雨宮照雄	明日の熊野を考える～熊野市制30周年記念シンポジウム
第4号	1985/3/31	岡本祐次・岩本勲・山田全紀・雨宮照雄・疋田敬志	明日の地研と三重短大
第5号	1985/7/30	山田全紀	地域問題は国際問題か
		雨宮照雄	プロジェクトA 津市行財政分析
		岩瀬充自	プロジェクトB 生涯教育・同和問題研究
		川田光子	プロジェクトC 津市民の生活意識調査
第6号	1985/10/30	東福寺一郎	三重県高度情報化推進協議会に参加して
		小林勝	第2回地研講演会要旨～21世紀へのまちづくり
		雨宮照雄	紹介 右田紀久恵・井岡勉編著『地域福祉—いま問われているもの』
第7号	1985/12/30	紀中多恵子	地方の時代の「食の地域性」
		藤田修三	高齢化社会に思う
		雨宮照雄	鳥羽駅前再開発構想調査
第8号	1986/3/31	柴橋正明	鳥羽市観光の現状と推移
第9号	1986/6/30	岡本祐次	いま「地研」についておもうこと
		雨宮照雄	補助金制度と地方財政
第10号	1986/10/30	川田光子・紀中多恵子・村田温子・西村政子・草深みな子	「津市民の生活意識調査」
		森岡洋	津地区広域市町村圏地域経済活性化計画に寄せて

第11号	1986/12/31	地研同和問題プロジェクト	桑名市同和地区生活実態調査の概要
第12号	1987/3/30	大原久直	第3回地研講演会要旨～三重県における計画行政-第一次総合計画策定を中心に
第13号	1987/6/30	雨宮照雄	地域研究の拠点づくりをめざして
		柴橋正昭	地研運営体制の現状と問題点
		生涯学習プロジェクト	「三重県における生涯教育の現状と課題」について
第14号	1987/9/30	柴橋正昭	観光振興の全国事例
		川田光子	Cプロジェクトから
第15号	1987/12/30	雨宮照雄	答志島の観光の現状と問題点
第16号	1988/3/31	岩瀬充自	名張市同和地区生活実態調査の概要
第17号	1988/6/30	地研研究員総会	地域問題総合調査研究室将来構想（第2次報告 概要編）地域問題総合調査研究所をめざして
第18号	1988/10/31	岩瀬充自	地域研究所への発展をめざして
第19号	1989/1/31	柴橋正昭	非営利団体の財務報告の目的FASBの見解を中心として
第20号	1989/4/30	岩瀬充自	異業種交流と新製品の開発－津機械器具工業協同組合の事例（ケーススタディ）
第21号	1989/7/31	岩瀬充自	異業種交流と新製品の開発（その2）－津機械器具工業協同組合の事例（ケーススタディ）
第22号	1989/12/1	柴橋正昭	地域研究所を目指して
第23号	1990/6/30	柴橋正昭	地域文化振興に関する事例研究（1）
第24号	1990/8/31	柴橋正昭	地域文化振興に関する事例研究（2）
第25号	1990/10/31	柴橋正昭	地研7年目、さらなる発展をめざして‘89年度の活動と‘90年度の方針及び体制
第26号	1990/12/31	岩瀬充自	ドイツの生活・日本の生活
第27号	1991/2/28	森岡洋	三重県の地場産業
第28号	1991/3/31	水谷勇	生涯学習の基本理念を考える
		柴橋正昭	組合青年部活性化ビジョン（マニュアル）
第29号	1991/6/30	柴橋正昭	’90年度の活動報告と’91年度方針および体制
第30号	1993/1/1	柴橋正昭	自主研究体制の確立に向けて
		柴橋正昭	企業家精神の発揮に向けて
第31号	1993/2/1	疋田敬志	設立10周年を迎える地域問題総合調査研究室の目指すべき方向について 個人の自主研究を中心に地域・住民に開かれた研究室づくりを
		東福寺一郎	三重県の勤労者の生涯学習意識と実態
		柴橋正昭	中小企業組合青年部活性の必要性
第32号	1993/3/1	柴橋正昭	経営者が問われる財務を見る目
第33号	1993/12/1	疋田敬志	設立10周年を迎えて
第34号	1994/1/1	森岡洋	日米地域商業の比較～ボルダー市と津市および名張市
		水谷勇	男女平等と生きがいを求める女性の生涯学習
第35号	1994/1/1	疋田敬志	三重県における大都市地域の宅地開発を考える～「大都市地域における住宅等の供給の促進に関する特別措置法」と「三重県住宅・住宅地供給計画」
第36号	1994/2/1	尾崎正利	三重県における外国人労働者問題の現状と課題
第37・38号	1994/3/1		地研設立10周年記念シンポジウム（要旨）
第39号	1994/4/1	水谷勇	東紀州地域の生涯学習の現状と課題
第40号	1994/7/1	森岡洋	三重県の産業連関分析
		疋田敬志	定着した自主研究、地域問題研究交流会中心の活動の一層の発展を

第 41 号	1995/3/1	尾崎正利	三重県における外国人労働者の現況について
		陳立行	中国人研修生に関する考察～国際労働移動の視点から
第 42・43 号	1995/3/1		第 7 回地域問題研究交流会報告 (要旨) 掛川市におけるまちづくり・生涯学習運動
第 44 号	1995/9/30	東福寺一 郎・水谷勇	伊賀地域の生涯学習推進状況
		東福寺一郎	カナダからの便り
第 45 号	1995/11/30	茂木陽一	地域問題総合調査研究室の活動の前進のために
第 46・47 号	1996/3/25		第 8 回地域問題研究交流会報告 (要旨) -防災と街づくり-阪神・淡路大震災をふまえて-
第 48 号	1996/7/1	茂木陽一	地域問題研究の一層の充実を目指して
		水谷勇・東福 寺一郎	北勢地域の生涯学習推進状況に関する調査結果
第 49 号	1997/1/7		シンポジウム「津の再生と発展を目指して津の街の歴史に学ぶ」の成功
		疋田敬志	環境基本計画論批判
第 50 号	1997/3/31	東福寺一 郎・水谷勇	中勢地域の生涯学習推進状況に関する調査結果
		茂木陽一	「藤堂藩領における『掛り人』と『厄害』について」
第 51 号	1997/7/31	森岡洋	地研年報と研究交流集会の充実を
		森岡洋	津市の商圈の変化について
第 52・53 号	1998/3/10		第 13 回地域問題研究交流会報告 (要旨) ～三重県における情報公開の現状と課題 (上)
		田中欣治	自治会長一年生
第 54 号	1998/7/31	森岡洋	地研の地域研究機関としての一層の充実を
		坪原紳二	四日市の戦後都市形成史コンビナート全面化直前期までの工業化指向の実態について (前)
第 55 号	1998/10/1	尾崎正利	国際労働機関 (ILO) 管見
		坪原紳二	四日市の戦後都市形成史コンビナート全面化直前期までの工業化指向の実態について (後)
第 56・57 号	1999/3/1		第 15 回地域問題研究交流会報告 (要旨) 三重県における介護保険と高齢社会
		坪原紳二	もやい直し
第 58 号	1999/9/30	尾崎正利	21 世紀へ向けての地域問題総合調査研究室の課題
		東福寺一郎	日本で住んでみたい都市の尺度構成一対比較法を用いて
第 59 号	2000/1/1	南有哲	三重県人北米発展史
第 58 号	1999/9/30	東福寺	近ごろ出会った本編集後記に代えて
第 60・61 号	2000/3/10		第 17 回地域問題研究交流会報告 (要旨) 中高年の雇用創出と再就職支援-地域における労働市場政策を考える-
第 62 号	2000/7/31	冬木春子	女子学生の職経歴設計について本学生生活科学科学生への調査から
第 63・64 号	2000/9/30		第 19 回地域問題研究交流会報告 (要旨) まちづくりを考えるシンポジウム『TMO (タウンマネジメント組織) によるまちづくりの可能性と限界』
第 65 号	2000/7/31	東福寺一郎	「津市」に対するイメージ調査の試み
第 66 号	2001/9/30		第 22 回地域問題研究交流会報告 (要旨) 「シンポジウム 21 世紀の三重県における生涯学習について考える」
第 67 号	2001/3/15		第 23 回地域問題研究交流会報告 (要旨) 「仕事と子育ての両立について考える」
第 68 号	2002/3/19	尾崎正利	[紹介] マリア・テジレウザ・フォンテネレ・レイス著、二宮正人編訳「在日ブラジル人二国間関係の人的絆」2001 年 6 月, サンパウロ
第 69 号	2002/7/31	尾崎正利	日系ブラジル人労働者問題の新たなあゆみサンパウロ大学法学部, 日本ブラジル比較

			法学会主催「日伯比較法および在日ブラジル人就労者に関する国際シンポジウム」に参加して
第70号	2002/11/30		第25回地域問題研究交流集会報告(要旨)「市町村合併と三重県内における動向」
第71号	2003/2/28		第27回地域問題研究交流集会報告(要旨)「市町村合併と農山村地域」
第72号	2003/2/28	尾崎正利	構内請負業における労働力確保について沖縄県における募集・斡旋のシステムと経路
		東福寺一郎	修飾語とジェンダー
第73号	2003/7/31	東福寺一郎	20年目を迎えた地研室長就任にあたって
		南有哲	「自然主義」としての人間中心主義環境倫理について
第74号	2004/2/28		第28回地域問題研究交流集会報告「三重県におけるワークシェアリング導入の現状と課題」
第75号	2004/3/15	岩田俊二	「都市と農村の共生」から見た市民農園整備の課題美杉村城山滞在型市民農園についての調査を基に
第76号	2004/3/15	立石芳夫	三重県における市町村合併と住民投票
		東福寺一郎	大学生の携帯電話利用に伴う認知や行動の変化
		南有哲	「民族」・「国家」そして「自由」
第77号	2004/9/30	茂木陽一	新たな20年に向けて室長就任にあたって
		小西啓文	障害者雇用への接近
第78号	2005/1/31	成澤孝人	有事法制にみる「地方自治」
		長友薫輝	国民健康保険と三位一体の改革
		楠本孝	街頭犯罪と「犯罪空間学」あるいは「犯罪機会論」
第79号	2005/3/31		第29回地域問題研究交流集会報告「伊勢暴動から東海第一揆へ――揆認識をめぐる権力と民衆――」
第80・81号	2005/6/30	尾崎正利	第31回地域問題研究交流集会報告(要旨)地域研究とアカデミー―地域労働市場における関係者の接着剤としての役割、相互交流を通じたコミュニケーションの効果と限界
第82号	2005/10/31	原幸一	発達障害および発達障害者支援について
		藤野奈津子	古典古代における「地方」のあり方ローマの支配との関連で
		小西啓文	介護保険法改正にかかる議論の整理
第83号	2006/3/31		第32回地域問題研究交流集会報告現代の「青少年問題」について考える
第84号	2006/7/31	楠本孝	外国人集住都市会議の活動状況について
		南有哲	「民族的同化」についての覚書
第85号	2006/1/22	雨宮照雄	夕張市の破綻と財政再建制度
		尾崎正利	第三回 CIATE 地域コラボドレス集會に参加して変容を見せつつある日系人就業システム
		茂木陽一	「伊勢商人と地域社会」漫筆(その1)
第86号	2007/3/31		第34回地域問題研究交流集会報告(要旨)「国民保護法制とふるさと」
第87号	2007/8/31	島内高太	非正規雇用の拡大と企業内人材養成の機能低下
第88号	2008/1/31	雨宮照雄	税源移譲に伴う個人住民税の調整控除について
		石原洋介	東アジアにおける金融安定化への課題
第89・90号	2008/3/31		第36回地域問題研究交流集会報告津市における「多文化共生」のあり方を考える
		小西啓文	裁判例からみる「消えた年金」問題
第91号	2008/8/7	岩田俊二	新たに出発した地域問題研究所の課題
		北村香織	占領期沖縄の社会福祉政策序論
第92号	2008/10/31	山川和義	「70歳まで働ける企業」の実現に関する法政策の意義三重県の事例を参考に
		駒田亜衣	生活習慣病予防の取組について三重県の糖尿病予防対策の現状とこれから

第93号	2009/1/30	岩田俊二	ヴァル・ドルチャとアルト・ドウロの文化的景観を訪ねて
		茂木陽一	「伊勢商人と地域社会」漫筆（その2）
第94号	2009/3/31		第38回地域問題研究交流集会報告「津市における来日外国人の生活実態調査」
		茂木陽一	「伊勢商人と地域社会」漫筆（その3）
第95号	2009/7/31	Arisato MINAMI	Criticism of Anthropocentrism' as the Environmental Ideology
第96号	2009/10/30	木下誠一	居場所づくりの取組みと課題三重県の事例を通して
		平尾竜一・加藤あけみ・横溝一浩	web2.0時代の福祉社会学のagenda
第97・98号	2010/3/31		第40回地域問題研究交流集会報告これが変われば現場は頑張れる～津市生活ケア実態調査報告から～
第99号	2010/7/30	島内高太	企業の社会的責任を考える
第100号	2010/10/31	上野達彦	「地研通信」100号によせて
		岩田俊二	「地研通信」第100号を祝して
		岡本祐次	「地研通信」第100号を記念して
		尾崎正利	地研通信100号を記念して
		石原洋介	フェアトレードの挑戦
第101・102号	2011/3/31		第42回地域問題研究交流集会報告“食で生き活き子どもたち”
		岩本勲	「地研」創設期の思い出
第103号	2011/8/15	島内高太	日系人雇用問題から日本のものづくりの課題を考える
第104号	2011/12/15	岩田俊二	雲出川流域ネットワーク活動による地域資源管理の試み雲出川・山川海ネットワークの活動
		木下誠一	高齢者住宅の動向と計画課題
第105・106号	2012/3/31	山川和義	第44回地域問題研究交流集会報告～ワーキングプアについて法的に考える
第107号	2012/8/31	田中里美	企業の法人税負担率についての一考察
第108号	2013/2/28	駒田亜衣	三重県民の野菜摂取量はどうか県民健康・栄養調査から
第108号	2013/2/28	長友薫輝	生活保護見直しによる地域生活への影響
第109・110号	2013/3/29		地域問題研究所セミナー報告(要旨) 内部留保の経営分析
		岩田俊二	農村景観についての多様な認識三重県伊賀市調査から
第111号	2013/8/30	杉山直	トヨタの労使関係労使協議制度を中心にして
第112号	2014/1/31	島内高太	自動車ディーラー営業職の専門性とキャリア
		田中里美	「監査における不正リスク対応基準」と昭和ゴム事件
第113・114号	2014/2/28		第47回地域問題研究交流集会報告(要旨)「栄養指導の効果的な話し方～新・味オンチを克服するために」
第115号	2014/8/29	武田誠一	2014年診療報酬改定と地域包括ケア病棟
第116号	2015/1/31	清道亜都子	高等学校国語教科書「書くこと」教材の分析昭和30～40年代を事例として
		小野寺一成	住環境の再生における住民参加型計画及び事業の取り組み住民参加方式による公営住宅建替え計画及び事業の事例
第117・118号	2015/3/31		第49回地域問題研究交流集会報告(要旨) 基調講演「相談からまちづくりへ～がんばらないけどあきらめない～」
			シンポジウム「声なき声へのアプローチ～支えあうまちをめざして～」
第119号	2015/11/30	金江亮	労働価値説と効用価値説
第120号	2016/2/15	雨宮照雄	ふるさと納税の問題点
		北村香織	「東京・滝野川区健康調査」(1938)から考える「貧困」の手がかり

第 121・122 号	2016/3/15		第 51 回地域問題研究交流集会報告(要旨)「地域包括ケアのあり方を考える」
第 123 号	2016/8/31	三宅裕一郎	安保法制後の憲法改正論がもつ意味
第 124・125 号	2017/1/31	担当：三宅	第 53 回地域問題研究交流集会報告(要旨)「揺らぐ家族法をどうみるか」「再婚禁止期間違憲訴訟の経験から思うこと」
第 126 号	2017/3/31	武田誠一	地域問題研究交流集会報告 「地域包括ケア」と担い手の形成
第 127 号	2017/8/31	大畑智史	支出税と勤労意欲：I C T化の影響
第 128 号	2017/1/31	杉山直	トヨタの「働き方改革」
第 129 号	2018/3/31	川崎航史郎	保育所待機児童問題から見る日本社会保障の問題
第 130・131 号	2018/8/31	担当：楠本	第 56 回地域問題研究交流集会(要旨) 「大規模災害時に外国人被災者と日本人被災者が協働して避難所を運営するための基礎的条件について」
第 132 号	2018/11/30	田添篤史	「福祉国家」は誕生するのか
		相川悠貴	運動が食欲に及ぼす影響の紹介
第 133・134 号	2019/2/28		第 58 回地域問題研究交流集会(要旨) 「地方都市における持続可能なコンパクト+ネットワークシティの形成に向けて」
第 135 号	2019/8/5	高橋彩	どうしてルール違反者を見ると腹が立つのか
第 136 号	2019/11/30	服部知美	機能性表示食品の普及と管理栄養士、栄養士の役割についての検討
		田添篤史	技術的失業と技術進歩の方向性

【受入図書一覧】

本研究所で 2019 年 11 月以降に受け入れた図書は次の通りです。

登録No.	書名	ISBN/ISSN
7007650	地域経済総覧 2020	*****
7007651	全国市町村要覧 令和 01 年版	9784474067769
7007652	土地白書 令和元年版	9784909946065
7007653	模範六法 平成 31 年版	9784385159713
7007654	女性労働の分析 2018 年	9784915811920
7007655	環境白書	*****
7007656	データでみる県勢 2020	9784875493457
7007657	日本都市年鑑 77(令和元年版)	9784474068025
7007658	保険と年金の動向 2019/2020	*****
7007659	類似団体別市町村財政指数表 令和元年 10 月	*****
7007660	社会福祉の動向 2020	9784805859773
7007661	日本の貧困女子	9784815601232
7007662	不浄を拭うひと 1	9784821138708
7007663	働く女性ほんとの格差	9784532263829
7007664	働く女子の運命	9784166610624
7007665	東京貧困女子。：彼女たちはなぜ躓いたのか	9784492261132

7007666	21世紀の女性と仕事	9784865281958
7007667	なぜ女性管理職は少ないのか	9784787234506
7007668	図表でみる男女格差：今なお蔓延る不平等に終止符を!	9784750347653
7007669	番号を創る権力：日本における番号制度の成立と展開	9784130362719
7007670	人工知能と経済	9784326504626
7007671	自治体の情報システムとセキュリティ	9784313150980
7007672	第4次産業革命と法律実務	9784865562927
7007673	地方税務職員のための事例解説税務情報管理とマイナンバー	9784324106891
7007674	犯罪白書 令和元年版	9784907343187
7007675	孤立不安社会	9784326654185
7007676	無料統計ソフト EZR でやさしく学ぶ統計学	9784498109018
7007677	文献管理ツール Mendeley ガイドブック	9784904307847
7007678	初心者でもすぐにできるフリー統計ソフト EZR(Easy R)で誰でも簡単統計解析	9784524261581
7007679	メディカルスタッフのためのひと目で選ぶ統計手法	9784758102285
7007680	日本子ども資料年鑑 2020	9784877583842
7007681	地方交付税制度解説 令和元年度:補正係数・基準財政収入額篇	*****
7007682	改正地方財政詳解 令和元年度	*****
7007683	人魚の眠る家	9784344427303
7007684	「なんとかする」子どもの貧困	9784040821733
7007685	貧困と地域福祉活動	9784860151249
7007686	保育と日本国憲法	9784860154608
7007687	地方財政白書 令和2年版	9784865792096
7007688	県民経済計算年報 令和元年版 2019	9784904208649
7007689	統計でみる都道府県のすがた 2020	9784822340834
7007690	消費者物価指数年報 令和元年 2019	9784822340896
7007691	公務員白書 令和2年版	9784865792126
7007692	地方財政要覧 令和元年12月	*****
7007693	科学技術白書 令和2年版	9784865792157
7007694	私以外みんな不潔	9784344033870
7007695	おそい・はやい・ひくい・たかい 行きしぶり・不登校、親の心がまえ	9784880495927

編集後記

2020年度の『地研通信』を、ようやくお届けできる運びとなりました。COVID-19によるパンデミックのなかで、教職員ともに手探りの中で学生教育と大学運営に取り組むという未曾有の状況にあったとは言え、刊行が著しく遅延してしまったことについて、お詫び申し上げます。パンデミックは我々に対して、医療・公衆衛生システムの脆弱さや、グローバル化した経済の不安定ぶり、そして経済活動低迷がもたらした「環境浄化」などといった、考察すべきテーマを突き付けているのであり、「地域」という視点からこれらにどのように応えていくのか、当研究所にとっても重い課題となっております。今後ともよろしく願いいたします。(AM)