

# いのちとくらし

第2号 2003年2月

## 目次

- 
- 巻頭エッセイ「医療事故と非営利・協同の運動を思う」二上 護…………… 1
  - 役員挨拶 理事長 角瀬保雄／副理事長 坂根利幸…………… 3
  - 新春座談会「NPOの現状と未来」中村陽一、八田英之、角瀬保雄、  
司会：石塚秀雄…………… 5
  - 論文 コミュニティ・ケアとシチズンシップ——イギリスの事例から——  
中川雄一郎……………23
  - インタビュー・介護保険にどう取り組むか  
増子忠道、インタビュアー：林 泰則……………34
  - 資料・介護保険データ……………48
  - 論文 「小さな大国」オランダの医療・介護改革の意味するもの——  
——ネオ・コーポラティズム的政労使合意のあり方—— 藤野健正…50
  - 文献プロムナード① 「もう一度、社会医学」 野村 拓……………58
  - 海外事情 アメリカの医療従事者の収入事情 石塚秀雄……………62
  - 書評 日本へ示唆『ヨーロッパ型資本主義』 窪田之喜……………
  - 研究所関連ニュース 事務局……………2, 33, 57, 68
  - 編集後記……………68

## 医療事故と非営利・協同の運動を思う

### 二上 護

医療事故の報道が相次ぎ、安全・安心の医療を求める国民の関心が高まっている。民医連の病院・診療所においても、どのようにして安全・安心の医療を進めるかが大きな課題となっている。非営利・協同の運動を広める観点からも、どのようにしてこの問題に対処するかは、運動の発展を願うものにとっては大きな関心事である。

不幸にして医療事故が発生したとき、徹底的に患者の立場にたって対処することはもとよりであるが、刑事手続きにどのように対処するか、第三者機関をどのように作っていくかなど多くの問題があるが、とりわけ、住民・共同組織の方々とどう関わりあうか、事故をどんな場合に、どのように公開するかが大きな焦点となっていると思われる。

患者・住民とともに医療と福祉を実践していこうとする民医連において、安全・安心の医療をすすめる課題にどのように患者・住民の参加をかちとるか、医療事故が発生したとき、どのようにして患者・住民ともにその解決と克服に立ち向かうかは、まさに民医連の真価が問われる課題となっているのではなかろうか。

狭い見聞でしかないが現実をかいま見るに、安全・安心の医療に本気で取り組もうとする動きは活発化してきているが、患者・住民とともにこれに立ち向かうとする動きは、まだわずかなのではなかろうか。

東京健生会で左右取り違い事故が発生したとき、健生会は共同組織の代表を調査委員会に入れて事実調査を行い、患者・住民の観点からも原因の究明と分析をし、その結果を共同組織の方々に公開した。そのときには画期的な方法であると思えた。

しかし、これは当たり前になすべきことなので

はなかったか。そればかりか、日常的に安全・安心の医療を求めて、患者・住民とともにする活動が活発に展開されてこそ、人権を守り、ともにつくる医療と福祉が名実ともに充実していくのではなかろうか。

事故発生時にこれを公開するについては、消極的となる大きな力が働いている。筆者にしてからが、そのようである。どうしても、公開により袋たたきにあい、信頼を損なうことを考慮してしまうし、それは現状では理由のあることではある。

このようでもいいのであろうか。患者・住民と医療事故の情報を共有し、ともに考えていく運動を積極的にすすめることが求められているのではなかろうか。

患者・住民とともに、安全・安心の医療を求めするには、日常的な運営と組織形態において、患者・住民が深くかかわっていることが必要なのはいうまでもない。この点では、その法人が協同組合組織でも、社団や財団の組織でも、まず理事会、総（代）会のあり方を始め、組織運営全般についての相当の工夫が求められているのではなかろうか。

今まさに協同の運動をすすめるために、組織のあり方と運営実態の実践的研究とそれに基づく改革が求められていると思う。

川崎協同病院事件を一つの契機として、倫理委員会の重要性があらためて指摘され、各院所で開かれるようになってきているが、倫理委員会に対する患者・住民の参加もまことに不十分に思える。

病院のなかだけでなく、外部の識者などの参加がすすめられているが、患者・住民とともに、倫理問題についての広範な討議、検討を行おうとする動きは聞いていない。

川崎で問題となった終末期の医療についても、多くの患者と住民の経験と気持ちを聞き、医療人としての意見も述べ、討議と検討をすすめることができれば、そのあり方についての議論の一層の発展をはかれるように思えるがいかがであろう。

この原稿を書く数日前、国会において、民医連の4病院を名指しで非難する質問がなされた。医療事故を口実とする各地での民医連攻撃と軌を一にするものであり、今後ますます激しさをまし

ていくことが予想される。

この攻撃は、いうまでもなく患者・住民と病院を切り離すことを目的としており、非営利・協同の運動にとっては、正面からたたかうべき動きである。これに対処し、協同の運動をすすめるためにも、患者・住民とともにする安全・安心の医療の追求の課題を積極的に求めていくべきであろう。

(にかみ まもる、三多摩法律事務所弁護士)

## 【事務局ニュース】 1・ホームページ開設

- ・ トップページ
- ・ 研究所の紹介
- ・ 情報ボックス
- ・ 研究レポート
- ・ 会員の広場
- ・ ライブラリー
- ・ リンク
- ・ English

2002年12月よりホームページを開設しました。ぜひ一度ご覧下さい。

URL:<http://www.inhcc.org/>

内容は左の通りです。なお、随時更新していますので、掲載したほうがよい情報・ご意見等を事務局までお寄せください。

# ご挨拶

非営利・協同総合研究所 いのちとくらし 理事長 角瀬 保雄

拝啓

向春の候、皆様にはますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、去る10月19日、神田駿河台の明治大学リパティタワーにおいて、かねてから待望されておりました非営利・協同総合研究所 いのちとくらし (Institute of Nonprofit Health Care Cooperation, INHCC) の設立総会がもたれ、ここに一つのシンクタンクが新たに船出することになりました。

本研究所は、その名称からも分かりますように、非営利・協同というコンセプトをかかげた医療・福祉・街づくりを中心とする研究所であります。すでに医療、福祉や街づくりなどそれぞれを専門とする先行の民間研究所も幾つかありますが、非営利・協同というコンセプトの下で医療と福祉と街づくりを一体としてとらえた研究所ははまだ見られないといつてよいかと思えます。

今日、小泉「構造改革」によって日本の行く手は混迷の中にあります。とりわけ国民のいのちとくらしに関わる医療・福祉の分野はかつてない厳しい状況におかれています。医療改悪は国民への大きな負担を押し付けてきておりますが、とりわけ老人医療など社会的弱者に対する攻撃のひどさは際立っております。また、「規制改革特区」で

の規制緩和による株式会社の参入、医療経営の市場化、営利化が目論まれております。こうした情勢のもと、非営利・協同の運動と民主的な事業経営のシンクタンクを目指す本研究所への期待は大きなものがあると確信しております。

本研究所の設立に当たりましては全日本民主医療機関連合会の力によるところが大きかったです。また今後ともその支援をあおがなくてはなりません。また、近々、NPO法人格を取得し、開かれた研究所となることを目指しております。本研究所が今日の厳しい経済情勢や研究所経営のきびしい環境を乗り越え、非営利・協同総合研究所 いのちとくらしというビッグネームに相応しいその社会的使命を果たしうるためには、多くの皆様方のお力添えをえなくてはなりません。よろしく願いしたいと思います。

最後に、詩人大岡 信氏の『地名論』からの一節を引用し、結びとさせていただきます。

「煙が風に  
かたちをあたえるように  
名前は土地に  
波動を与える。」

2003年2月

(かくらい やすお)

# あいさつ

副理事長 坂根 利幸

「非営利・協同総合研究所いのちとくらし」が創設され、高柳 新氏と共に初代副理事長に任ぜられました。本研究所の草創期に少しでもお役に立てるよう精一杯奮闘する所存です。

2003年度は経済不況がますます深化する中で小泉内閣は次々と国民や中小企業へのしわ寄せの施策を繰り出し、医療、福祉、障害者、教育、年金、社会保険、税制などの分野で多大の負担が強いられてつつあります。市場経済の論理に馴染まない、相互扶助の立場に立つ「非営利・協同」の無数の団体や構成員・職員・利用者らに計り知れない影響をもたらしつつあります。一方で理論的にも実践的にもまだ未成熟の段階である「非営利・協同」の分野では、それぞれの分野で研究し実践し総括する取組みを行っていますが、まだまだの状況にあり、このような中で全日本民医連が中心となって創設した本研究所は極めて重要であると思えます。

非営利・協同の本質は民主主義にあると理解していますが、この命題は様々な局面の諸課題の前でもすれば忘れがちとなり、一方で市場経済の一翼に「非営利事業体」をきちんと配置した論者や行政らが「飴と鞭」の政策で巧妙に分断誘導する取組みも進行しつつあります。

21世紀は弱肉強食の市場経済があまねく天下を取る時代となるのか、それとも様々な非営利団体等が「協同」を合言葉として地域や市民らを組織化し対抗しながら発展しうる時代となるのか、という壮大かつ重要な「せめぎ合いの世紀」となることは疑いありません。市場経済の企業等で働く労働者や労働組合と非営利・協同の分野がともにスクラムを組む、そんな想いをもちながら、実践を研究し理論を構築し、そして市場経済推進論等にも対案等を提起しうる総合研究所として成り立つように、一步一步前進されることを期待し、微力ながら力を注ぐ決意です。

(さかね としゆき)

# 「NPOの現状と未来」

石塚 今日座談会のテーマは「NPOの現状と未来」ということで、最初に角瀬理事長に口火を切っていただいております。

## 「日本のNPOの始まり」



角瀬「NPOの現状と未来」というテーマをいただいたわけですが、我が国においてNPOというものが注目されたのは、何と言っても1995年の阪神大震災を契機としてだったと思います。もちろんそれ以前から

様々な草の根の運動というのは存在してはいたのですが、95年を契機にNPOに対する法制の支援というものが登場してきました。1998年3月に特定非営利活動促進法いわゆるNPO法が我が国においても制定され、12月から施行されるようになったわけです。その後のNPOの活動というのは大変目覚ましいものがありまして、認可を申請するNPOの数もうなぎのぼりになり、最近の統計では1万に迫ろうとしているわけです。こうした中でNPO学会という学会も立ち上がりました。非営利・協同に関係する学会としては協同組合学会というのが以前からあるわけですが、これはせいぜい700名くらいの規模であるわけです。

これに対して、NPO学会は後発ですが協同組合学会を大きく上回る規模になるのは間違いないと見ております。このような経過を経て、日本におけるNPOは一つの社会的な勢力となるまでになっていますが、学問的な研究はこれから、21世紀に入ってからの課題ではないかと思っております。90年代の運動が広範な広がりを持つようになり、我が国の社会に定着をしたことは確かですが、これからさらに運動の現状と未来というものを社

## 出席者

- 中村陽一（なかむらよういち、立教大学教授）
- 角瀬保雄（かくらいやすお、法政大学教授・研究所理事長）
- 八田英之（はったふさゆき、全日本民医連顧問・千葉県勤労者医療協会専務理事）
- 石塚秀雄（いしづかひでお、研究所主任研究員、司会）

会的な期待にこたえ、批判に耐えうるようにするのが現在直面している課題だと思います。

石塚 ありがとうございます。立教大学の中村先生はNPO学会の中心的な活動をされておられますが、日本におけるNPO研究の第一人者だと思っております。中村先生から見て、日本のNPO運動の特徴というのはどういったものでしょうか？

中村 NPOという言い方も、実は仔細をみるとアメリカの法制と税制を前提にした用語であり法人形態でもあります。厳密に見るといろいろと注釈を加えなければいけないところがあります。が、話すとき長くなるので、日本でのNPOをボランティアな市民活動団体を幅広く含むものという前提で話をさせていただきます。

NPO的な発想やつながりというのは、元をたどればそれこそ鎌倉・室町までさかのぼり、いわゆる講とか結（ゆい）とかまでいかなければいけないと思います。現代に絞りますと、戦後社会の中で社会の改革や変革を目指して人々が動いてきた運動というのは、60年安保を過ぎるまでは比較的大規模な組織・政党によって指導された形の大衆運動が主流であったと思えるのです。そういう中で個人として自発的に社会の中で何か問題を感じたり、やむにやまれぬ問題を抱えて何かをやりたいという人の場というのが、全然

なかったわけではないですが、それほど大きな場ではなかった。そういう流れの前史的なものを挙げると、この前亡くなりました小林トミさんたちの「声なき声の会」です。あるいはまた65年にベ平連と生活クラブが奇しくも同じ年にできまして（生活クラブはまだ生協になる前ですけれども）、少ずつ個人が自らの自発的な意思でもって社会的な問題や課題に発言をしたり提案したりということが始まってきました。

そういう流れというものがあって、私が実際に地域の動きをつぶさに見るようになったのが80年代の半ばくらいからですが、ちょうどその時期に、地域に密着したテーマで自分たちの身の回りから、つまり大状況としての世界とか国家から入るといふより、生活に身近なテーマから事を起こしていくというような人々が出始めました。その人たちが単に企業や行政に要求を突きつけたり反対運動をしていったりというだけに留まらず、自分たちはどういう地域で、あるいはどういう社会でどういう生活がしたいのかということ積極的にデザインして、自分たちもその実現に力を尽くしていこうじゃないかと、こういう動きが始まってきたのは80年代半ばくらいからだといふ多くの研究者が共通して言っています。これを私は後に「生活の場からの地殻変動」と呼びましたが、たぶん、今日のNPO運動に直接つながる源流となるのは、このあたりから動き始めた人たちだと思います。

それからたとえばネットワークという言葉が80年代半ばに入ってきて流行語になりました。それに触発された形で当時市民活動を行っていた人や、財団のスタッフの立場でそれを支援していた人、ジャーナリスト、研究者などが集まってネットワーク研究会ができたりし、そういう流れが醸成していったと思うんですね。日本のそうした活動の1つの特徴としては、比較的大きな組織に属して何かをするというよりは、個人の立場で、あるいは非常に小さな繋がり・ネットワークの中で生活や社会のことを考えてきた人たちの活動であり、もちろんその中にボランティア活動に従事してきた人たちもいるわけです。ただ、このボランティア活動というとき、ボランティアという言葉は70年代以降新しい言葉として登場してきたわけですが、いわゆる奉仕活動のような活

動というよりは、むしろ自発性ということに重きをおいた人たちが集まってきたという経過があると思います。

95年1月17日の阪神淡路大震災が大きなきっかけになったことは間違いなのですが、よくあの年をボランティア元年という言い方をしたり、あたかもNPOがそこから始まったといういい方をする人もいますが、それはちょっと間違いであって、前史のところではその10年以上前から動きはすでにありました。あとで話題になるかもしれませんが、法制度の面でも市民側からの研究が進んできていたということがあると思います。こうした流れで98年にNPO法が制定されて施行されていくわけですが、それから先の話はまたあらためてするといたしまして、特徴というもののもう少し細かい話もしていければと思います。

石塚 ありがとうございます。八田さんの属されている民医連というのは1960年代から本格化してきたと思いますが、ある意味では自ら非営利・協同という規定を最近されて、いわゆるNPOとは違う歴史をたどってきたと思いますが、その辺からの視点で日本のNPOの関係を見ていきますと、どんなことが言えるでしょうか？

### 「介護NPO『菜の花』」



八田 ともでもない難しい質問ですが（笑）、まず話の初めとして、私どもは千葉県で介護事業に取り組んでおりますNPO法人「菜の花」を2000年からスタートさせております。介護保険が実施されるに先立って、

私たち民医連は共同組織、医療生活協同組合や健康友の会という住民組織が「不可欠の構成要素」ということになっておりますが、その住民の組織の中で次第に介護分野についていろいろな取り組みをしていくべきではないかという声が高まってきました。ヘルパーさんの養成講座であるとか、色々な助け合い事業であるとか、あるいは病院の入院患者さんへのお見舞いのボランティアであるとか、ガーゼづくりであるとか、それぞれボランティアの活動として進んでいました。

それが介護保険との関係でより本格的に取り組むべきじゃないかという議論になって、千葉勤労者医療協会と千葉県健康友の会連合会の2つが最大のスポンサーになりまして、NPO法人「菜の花」というものを立ち上げて、そこでヘルパー事業をやるという方針を99年に決めてやってきたわけです。なぜNPO法人を選んだかという、もちろん医療法人でもできるのですが、介護の分野に取り組むにあたって民医連のこれまでのやり方だとうまくいかないんじゃないか、一番直接的な理由はそこに携わる労働者の処遇とか待遇とかが民医連のこれまでのレベルでやろうとするとやっていけないということが事業的にハッキリしていました。もう1つは介護や福祉の分野は医療法人だけじゃなくて社会福祉法人であるとか様々な法人の形態がありうるし、NPO法人というのもこれから先の介護の分野で登場することがあるんじゃないか、そういう点では民医連ではいくつかの法人を作ってその分野における一緒に仕事をしている仲間と連携を深め、何事かもの言うことができないうかという思いがありました。そうした2つくらいの理由でNPO法人を設立してやってきたということです。

今日、大体3億円くらい、正確には2億4075万7000円が今年2002年度の介護保険事業収入として予測され、利益が3600万円くらいということですから、非常に大きな組織となってきたといえます。ただ、介護事業だけやっておりまして、その他に議論されていた地域の中での助け合いとか、NPO法人ができるときに論議されていたことはほとんどできていない。実はこの「菜の花」の将来をどういう風にしていくかということが深刻に論議されている状況でございます。そういうことでNPOというのは非営利・協同の一部だと思うのですが、なかなか良くわからんというのが実態でもあります。

石塚 「菜の花」は、けっこう収益率が高いですね。

八田 高いですね。民医連の患者さんが中心で、仕事が多い。まず仕事を見つけるのに不自由しないんです。ヘルパーさんが足りないくらいです。

石塚 今、NPOとしては効率性・生産性の高い組織のご紹介があったのですが、統計を見ますと、

去年度のNPOの活動分野で医療・福祉サービスの中で5000くらい登録され、全体の6割くらいと圧倒的に従事している数字が多いです。しかし、容れ物としてNPOを使って実際の事業をしているけれど、NPOとは何かという実際の自己認識・アイデンティティはまだこれからという問題があるようです。NPO学会で把握している医療福祉分野でのNPOの実態、実際の運営と組織運営・組織認識というのはマッチングしているのでしょうか？それとも少しギャップがあるのでしょうか？NPOを単に使いやすいツールとして使っているのか、それともNPOの理念や目的などは浸透しているのでしょうか？

中村 医療福祉分野に限ってどうであるかということはまだしっかりと調べられてはいないし、私の専門分野でもないので、かみ合った答えはできないかもしれません。先ほどの話の延長線の話かもしれませんが、NPOを考えると、法人格を持っているものに限る必要はないと思うのです。まだ経済企画庁があったとき、私もいっしょに調査したのですが、日本での広い意味でのNPOは90年代前半に調査したときに8万6000団体くらい、今は約10万団体くらいといわれています。中にはいろんなタイプのNPOがあると思います。私もこういう世界で現場からスタートして四半世紀をちょっと超えたくらいですが、NPOという言葉・発想に、たとえばネットワーキングというように人が個人としてつながりあっていく中から何か社会に動きを起こしたいという思いをもってやっている人たちもいれば、NPO法人というものをそれこそツールとして活用してやっていこうという人もいます。日本のNPO法人というのは、実は非常に小規模な組織が主流でもあります。今、「菜の花」さんのご紹介がありましたけれども、その意味ではやや例外的なケースです。NGOでは年間10数億の規模で動いているものもあります。例えば昨年話題になりましたピースウィンズジャパンのようなところもありますが、NPOでは年間の事業高や活動の規模が大きいものはまだまだ少ないです。日本のNPOの中には同じNPOといっても一括してとらえきれない考え方や、組織に対する多様な考え方が流れ込んでいるのが現状だと思います。



そういう中で、あえて切り分けて考えると、一方の極にボランティア型、無償で活動を行っていくということを基本にした、最も典型的には従来  
の社会奉仕活動的な小さな地域のグループがあり、もう一方の極に事業型で、かなりの経済的な事業活動をやっていくというの  
があり、多くのNPOはその間でグラデーションのように布置されるという風になっていると思います。ただ、最近NPO  
ということで社会を変えていく起爆剤になるかもしれないといわれているのは、ボランティア型としてはニューウェーブ  
とでもいいますか、単に志を持った人がやるというよりは、本当に地域の人々が自発的に参加できる仕組みや場を作  
っていき、本当の意味での豊かさや活動の楽しさを追求していく中で、かなり幅広い人がかかわれるボラン  
ティア活動を進めていくというものがあります。これは例えば静岡県の三島で行われている「三島  
グラウンドワーク」というNPOが典型で、地域総参加型で地域づくりを自分たちの手でやっ  
ていくというものです。また事業型でもいろいろなものが出てきていて、民医連がやっているものや、  
さまざまな組織や団体が強力に応援しながら作っているタイプのもの、自主事業としてコミュニ  
ティビジネスとか社会的起業と最近言われているもので展開していく仕方があります。介護の分野でも  
いくつかのタイプがあるかと思いますが。

また、もう1つ言えるのは、NPOには、実は社会から打ち捨てられてしまっている人たちやその人  
たちが抱えているテーマ・問題に関わっていき、例えば路上生活者支援であるとか、親に見捨て  
られてしまった子供たちをなんとか社会で生きていけるようにしていきたいという動き、そ  
ういう分野があります。しかし、なかなか資源も得にくいですし、人々の共感や支持もまだまだ多  
くはないということもあって苦戦していますが、この辺も忘れてはならないと思います。

先ほど紹介がありました約6割が保健医療あるいは福祉の分野であるということは、これはやはり  
2000年4月からの介護保険制度の導入というのが時期として重なり合ったという影響が非常に  
大きいだろうと思います。当初はNPO法人で介護保険の指定事業者になるというのは資金繰りの  
関係でつらかったのですが、最近ようやくNPO法

人で介護保険指定事業者としてやっていくパターンが少しずつ出てきたというところだと思います。  
角瀬 介護保険の導入と関連して多くのNPO法人が活動しているわけですが、医療福祉の分野  
について歴史をふりかえってみますと、戦前にさかのぼるわけですが、無産者診療所という運  
動がありました。これはまさに日本における早い時期のNPO的な活動であったと見ていいんじ  
ゃないかと思います。そして、戦後は全国各地に民主診療所というものが作られていきました。  
当時アメリカの占領下でレッドパージというものが医療の分野でもみられ、国立病院で働いて  
いたお医者さんなんか首を切られるということで、そういうお医者さんが集まって労働者のた  
めの地域の診療所を作ろうという活動が今日の民医連といわれるものの原点になってるん  
です。そういう意味から、まさにNPO的な活動をやってきたんだと、それで現在では法人形  
態としては医療生協であるとか医療法人であるとか、そういう非営利の法人組織のもと  
で医療の活動をやっており、福祉の分野でNPO法人が作られているということにな  
っているわけです。民医連が非営利・協同組織という自己認識を最近打ち立てたというこ  
とは、その歴史から見てもその通りだったんじゃないかと見ているのですが、どうな  
んでしょうか。

八田 「NPO的な」ということの意味が、それぞれのそこに参加している人間の自発  
的な意志という点が重要で、その志が生かされるかどうかという問題では、今日  
の民医連においてもそのために様々な努力がされてきたと思います。ある意味では  
民医連の戦後の歩みというのは全部そのために費やされてきたといっても過言では  
ないと思います。それは、例えば大衆的で民主的な運営という言葉であるとか、  
院所の民主的な管理運営でありますとか、そのつどそのつど問題にぶつかって、  
規模が大きくなっていけば常に必ずそのところで、1人1人の自発的な意思である  
とか自覚的な労働が見えにくくなりますので、そのことがいつも追求されてきた  
ということ意味では、広い意味でのNPO的なものであるとは言えるのではない  
かと思います。

一方ですね、最近民医連は福祉を含めた医療と福祉の総合的な運動組織であ  
りたいということ

「医療と福祉宣言」を出しているわけですが、NPO法で規定されている狭い意味でのNPO法人という意味で申しますと、特に介護の分野での最近の状況を見てまいりますと、ボランティア的な活動というものとプロフェッショナルな仕事の水準というものと、何と言いますか本来なら統一されるのかもしれませんが、実際にはどうも矛盾するようなどころがあって、とりわけヘルパー事業の場合には特有の「登録ヘルパー」という形態があります。例えば私たち「菜の花」で申しますと、常勤の職員が全体で8人、非常勤の職員が18.2人、登録の職員が123.5人というのが今年上半期の状況で、見事なピラミッド型の体系になっています。それで1人1人の人件費のコストを見ますと、常勤ヘルパーさんは1人月37万5000円、非常勤ヘルパーさんが21万9000円、登録ヘルパーさんが6万2000円という風になっています。これは平均で、中には登録ヘルパーさんの方が常勤ヘルパーさんより多くの収入を上げている方もいらっしゃいます。その人々がヘルパーさんとしての家事援助や身体介護の業務の水準をどうやったら统一的に引き上げていくことができるかということが、非常に難しい問題です。どうもいわゆるボランティア的な補助と自覚的な労働には現状では違いがあるような気がして、そここのところで大変実は悩ましい状況にあります。

角瀬 中村先生、民医連の悩みが出されましたが、ボランティアリズムが基本になっているということも、それは決してプロフェッショナルリズムを否定したり無視したりするものではないんですね？

### 「専門性と市民性は両立するか」

中村 そうですね。NPO、あるいは市民活動的な事業体、市民事業体と呼んでもいいのですが、それらが特に日本において抱えている問題だと思います。一方では、NPOにはアマチュアリズムの持つ良さといえますか、従来の専門家と言われる人たちにはともすれば見えていなかった市民的な視点、あるいは地域の中で実際の個々の現場にいる人々が持っている発想や課題というものに目を見開かされるという意義があったと思うんです。今日においても、それはNPO的な比較的新しい

団体の持つ良さなんですけれども、同時にもう一方では、NPOはオーガニゼーションですので、組織としていかに安定的で継続的な運営・経営を行うことによって、自分たちのミッションを責任持って実現していくかということが求められます。ここがNPOと単なるサークルとの大きな違いだと思うんです。その点で、具体的におふたりからありましたように、アマチュアリズムだけでいけるわけではないということは明々白々です。それを私たちは仲間と「市民的専門性」といういい方をしていますが、アマチュアリズム的にやってきた団体にとっては、いかに専門性を単に専門家に力を借りるという以上に自分たちが持っているか、組織的に活動を進めてきた比較的規模の大きい団体にとっては、いかに地域の非常にミクロに出てきている市民生活に分け入った活動が出来るか。専門性と経験知とでもいいますか、その両者を突き合わせるなかから「市民知を作り出そう」とわれわれは言っていますが、それを作り出せることが出来るかが課題になっていると思います。ですからNPOの世界でいろいろと問題含みではありますけれども、マネジメントや評価と言われ始めているのだと思います。

角瀬 しかしまたそのことは裏返して言いますと、規模が大きくなると「専門家による支配」という側面を生み出すことにもなります。それはお医者さんに限らず、事務職員などの場合にも専門的な人々がそうでない人々に影響を与えるという、診療所レベルでは起こりえないかもしれませんが、大きな病院となるといかがでしょうか？

八田 それは、先ほど申し上げた「菜の花」でも言えることですね。さきほど「菜の花」は2億4千万ぐらいという話をしましたが、当然ながら経理がきちんとした形で出来なければいけないわけです。経理がきちんとできる人というのは、実は「菜の花」のヘルパーさん集団の中には、誰もいないわけです。それは完全に千葉勤医協から派遣した人がやっているということになってしまっていて、端的に言うとお金の問題提起というのは千葉勤医協側からしか出てこないわけです。また雇用保険とか健康保険とか、人が働いていく上での社会保障といえますか、実務的にカバーする総務業務とでもいう仕事もあります。やはり経理とか総

務といった、どうしても組織の実務的なことがあります。実は最初の1年ほどはどのようなことかとじっと見ておったのですが、会計なんかがめっちゃくちゃになりまして、まさに「勘定あって銭足らず」の状態になりました。これでは仕方ないというので手を入れたわけです。ただ、今の民医連の段階はこうしたレベルではない、もう少し難しいことがあるかもしれません。

民医連などの医療機関というのは、経営の管理機能と医療の管理機能というのは必ず2つ存在せざるを得ないです。お医者さんの責任範疇と経営幹部の責任範疇というのが別々に存在しているので、これが良い意味で緊張関係を保ってきたというのがあります。テクノクラートによる専門的支配ということには一般的には陥らなかったといえるかもしれません。かつて、民医連のなかでも変に出来のいい専務さんがいたところで問題が起こったわけですが、最近はそういう出来のいい、ある意味では独裁的な専務が自分を含めていないので（笑）。しかし、最近のいろいろな出来事を見ると、私達はいわゆる管理問題として考えがちですが、本当にしみじみとこの問題は難しいなと思っています。

### 「非営利・協同のマネジメントとは」



石塚 いわゆる非営利・協同組織、NPOのマネジメントの問題では、たとえばイタリアでは医療社会サービスでは社会的協同組合とか、アソシエーションといったものをかなり重視し、

「福祉国家から福祉社会へ」と言われるように契約を外部契約化して行政とコパートナー（協同）をとって行くわけです。このとき、マネジメントや事業の評価をどうするのかという問題については、事業連合（コンソーシアム）というのを作って、そこで経理やマネジメントを指導するという形を取っています。事業連合は社会的協同組合やNPOの連合会のようなもので、特にマネジメントを中心に扱っており、個別のNPO組織の力の専門性のなさをいわば内輪で補助する形をとっています。

また、スペインのモンドラゴンの場合、ここには100以上の協同組合がありますが、事業のチェック、会計のチェックは、自分たちの連合会の中に例えば会計監査協同組合というのを作って、そこがチェック・指導する機能を持つようにしています。単に基本的な個別のNPO組織に専門性を負わせたり全部を満たした形で運営したりするのではなくて、いわばネットワークを形成してお互いに補完しあって埋めていこうという動きがあるので、これは日本でも参考になるのではないかと思います。

また、NPOは事業型とボランティア型とに大別できそうですが、明確に区分できるものもありますが、イタリアの社会的協同組合では事業型のなかにボランティア型がかなりインプットされているのがあります。その中でフルタイムの人・パートタイムの人、専門家の人・アマチュアの人と分かれるわけですが、統一的にメンバーとしてやっていく運営の仕方というのが日本でも工夫されていいのではないかと思います。

中村 その点については、日本にNPOのある社会を定着させていくために進めつつあり、また課題でもある点でして、私は3つのことをよく言っています。1つはいかにして基盤整備をするか、インフラのハードよりもソフトに近い部分をいかにして作っていくか。その中の1つが中間支援組織とかサポート組織といわれるものの層をいかに厚くするか、です。個々のNPOは小さな組織が多いですから、専門的なことも含めすべて完全にできるというのはなかなか難しいので、中間支援的などところでマネジメントを専門に支援する「マネジメントサポート組織（MSO）」というのを日本の中で志すところも立ち上がってきました。2つめは、いかにリソースを開発し循環するかということと、3つめにキャパシティの問題です。いくらインフラとリソースがあっても、個々の団体のメンバーにキャパシティがなければ使いこなせませんから、キャパシティビルディングといわれる力量形成のための取組みが大切になっています。いくつかファンドが既に立ち上がっていますし、私もそうしたファンドづくりに関わっています。

また、もう1つ大切なことは、多くのNPOは

事業型とボランティア型が混然としているわけです。NPOマネジメントが企業と違って難しい点は、ボランティアという存在も職員と一緒にいるし、会員も単なる受益者だけではなく活動主体にもなりうるという、異なったタイプの担い手がいる中でどうやってマネジメントしていくのか、これが一番難しいわけです。多分、これが出来る人は企業のマネジメントも十分出来るのではないかと思います(笑)。例えば、最近のケースではボランティアマネジメントというのも課題になってきています。生活協同組合の中でも問題になっていますが、日常的に事業活動に関わらない非常勤の組合員理事さんが、どこまで意思決定をすることが出来るかということも、非常に難しい問題の1つです。たとえばある生活協同組合では、企業の執行役員制度のようなものを試験的に取り入れて、組織運営とか活動の方針にはしっかり発言してもらっても、狭い意味の経営には口を出さず、それは執行役員がしっかりやって報告や情報公開をきちんとするという形を取っています。こうした組織運営の工夫が経営の規模とか活動分野とか、スタッフやボランティアの状況によって考えられていかないといけないのではないかと。理事会と現場の乖離や齟齬というのはどうしても生じてしまうし、現にいくつかのNPOで私も悩んでいます。こうした工夫、多様な組織運営の仕組みをそれぞれ作っていくしかないのではないかと、それと前半で申し上げた全体的なサポートの仕組みをたくさん立ち上げることで、この2つを進めていくしかないのではないかと考えます。

### 「NPOはコミュニティとどう関われるか」

石塚 NPOのマネジメントで、先ほど言われていた日本の中間組織というのは、英語では *intermediate organization* インターミディエイト・オーガニゼーションというわけですが、これはヨーロッパでもこうした用語、組織で言われています。この成功例の1つが、スペインのモンドラゴンであるわけです。このインターミディエイトという支援組織を組織の中で設立したということですね。銀行も業務としては支援組織であったし、教育機関、技術開発研究というものをきっちと全体の中で位置付けたことで、いろんな資源(リソース)

をうまく有効活用できたと思います。支援組織を外部に求めるのか、ネットワークに求めるのか、内部に求めるのか、方式はいろいろですが、これを強化しなければならない問題だと思います。

モンドラゴンの成功理由のもう1つは、いわゆるコーポレート・ガバナンスと言われるもので、ガバナンスと実際のビジネスのコントロールとを分けたほうが、経験則として全体としてうまくいっているようだということでした。NPOのガバナンスについても、誰がガバナンスをするのか、誰がビジネスコントロールをするのかという組織的区分け、住み分けが明確になると、ボランティアの問題やステイクホルダー、つまり多様な当事者がいてその人たちの利害をどう調整するのかという問題に日本のNPOがもっと慣れることができ、日本のNPOが抱える社会奉仕性とか営利企業とは違う意識をもつNPOでのガバナンスといった問題を解決するのが前進するのではないかと、と思います。

ところで、最近ではコミュニティとNPOの関係、コミュニティの開発あるいは地域開発のなかでNPO、NGOの果たす役割が重要視されてきており、どのようなメリットをもつことができるのかということが話題になっているわけですが、この点はいかがでしょうか？

角瀬 その点に関しては日本とアメリカとはかなり違いがあると思います。日本の場合は、例えば地方の過疎化した町の商店街をどう活性化するかという、かなり狭い限定された意味でのコミュニティとNPOの対応関係というのが多いと思われるのですが、アメリカでは1つの都市まるごと全体をどう活性化するかという活動を行っています。行政も企業もNPOも一体となっていて、NPOはむしろプロモーター的な役割を果たしているのがアメリカのコミュニティとNPOとの関係となっています。もちろん行政も企業もかなりの金を出していて、NPOの役割が発揮できる、そんな感じですが、日本ではこうした例というのはどうでしょうか？

中村 アメリカと日本との状況の違いの背景には、政府行政部門の位置とか力の違いがあると思います。アメリカの場合は、良かれ悪しかれ行政は日本ほど支配力を持っていないことが多いので、勢

いコミュニティ・ディベロップメントとかコミュニティ・オーガナイズというのは、企業もNPOも一体となっていけないと荒廃した地域の再生なんてありえないわけです。日本の場合は、過疎の問題にしても当事者にとっては大問題なのですが、地方全体の問題としてとらえるのではなく、「そんなことは行政がやればいいじゃないか、何とかしろ」という発言が強いところもまだ見られます。これは行政が公共性というものを一手に握っていたしっぺ返しを食らっているともいえます。

日本の現実では、NPOは比較的新しく出来た団体であるとみなされることが多いので、これからの課題としては地縁的な、例えば従来から活動してきた町内会や自治会といった組織とどうやって連携を取りながら、地域の課題全体を共有したり役割分担したりしていくのか、であるといえます。これに成功しているところでは少しずつ面白い活動が始まっていますし、うまくいっていないところでは、実は市民運動も系統で縦割りになっているところがあるので、いろいろな経過があって現在それぞれ別に活動しているところにNPO業界が付け加わっただけ、というのがあります。これはこのままではまずいだろうと私は思っています。

1つ例をあげると、東京の三鷹市では7つの住区に地域を分けて、住民協議会という形で進めてきた経緯があります。これは住民の自主運営で、コミュニティセンターが7つの地域にあって、お金は行政からかなり出ますが、それぞれ住民が運営しているわけです。しかし、組織が高齢化して30~40代の人になかなか入れないということと、地域にNPOとして新たな活動を始める人たちもいるということで、コミュニティ行政の先進地の三鷹といえどももう一度考え直さなければならない、となってきました。

現在の三鷹市の一番新しい基本構想というのは、従来の行政手法とは逆をとって先にこれを出してもらう形です。これを出したのは「みたか市民プラン21会議」という公募による約400人くらいで構成された組織で、住民協議会の人個人で参加するという形を取っていました。これが10くらいの分科会に分かれていて、三鷹市の基本構想のもとになる提案を三鷹市役所に対してしたわけですが、

これは「みたか市民プラン21会議」と三鷹市とがパートナーシップ協定を互いに結んで、互いの責務を決めてやったわけです。これを受けて何度かやり取りしながら基本構想案を作っていて、議会で決定した形です。最初は齟齬があった従来からの住民協議会と新しいボランティアな市民活動の人々とは、いまは次第に会話が出来るような状況になってきています。

ここでまた三鷹方式といわれる新しいやり方が作り出せるかもしれないのではないかと、ということで中間支援組織作りの動きも始まっています。じつは日本で行政が主導して作ったNPOサポートセンター的なもののがかなり失敗しています。民間で作ったものは頑張っていますが、公設——私たちは官設と呼んでいます——要するに行政の設置したものは、なかなかうまくいかない。この原因は何かといえますと、従来からある社会福祉協議会や国際交流協会であるとか、またさまざまな自治組織とか、多様な運動組織との連携をとれるようにしないで、ぽこっと1つだけNPOサポートセンターを作るので、みんなが「NPO行政」の支援サポートセンターが出来た、私たちは私たちが頑張るとなるわけです。こうならないように三鷹市では「市民協働センター」を作ろうとしています。こうした動きが始まってきてはいますが、経済的な地域開発の動きとどう関係していくかというのは現在検討中です。

八田 船橋市に「船橋二和（ふたわ）病院」という大きな病院がありますが、ここの健康友の会の会員は1万2,3千名で構成されています。ここは出来た当初から住民組織の自治体への関心が高く、班活動なども活発なところでした。そこで、国民健康保険問題を友の会でずっと勉強してきて、その流れで自治体に質問を出したりしてきました。介護保険の実施に伴って、船橋市にはだいたい20の在宅介護支援センターがあるのですが、そのうち20%は民医連の組織です。そこからいろいろ情報が入ってくるのと友の会の活動もあわせて、自治体へ介護保険の利用料の引き下げや保険料の引き下げを要求するなどという活動をしてきたわけです。そうしましたら、自治体のほうが友の会を交渉相手というわけではないですが認知するようになってきまして、いろいろ聞いてきたり情報を

伝えてきたり、介護保険問題での減免について、対象者が申請に行くときに対応するのではなくて利用者すべてに説明するべきだ、というようになってきたわけです。

こういうことは船橋市社会保障推進協議会というところが全体の窓口となって自治体との対応をしています。また先ほど言った「菜の花」は、友の会の助け合い事業という形を取っていて、利用者は友の会の会員であることが前提です。会員になっていない人が利用するときは、1000円の利用料を払って会員になってもらい、それで助け合い事業をやっというようになっていきます。しかし、どうしても介護保険となると介護保険事業の枠にとらわれてしまうので、例えば買い物をどこまでやるかとか、庭の草取りをどうするかという、いつも問題になるようなことが問題になってきて、全体としてのボランティアとかの組み合わせが必ずしもうまくできていないと思います。もう少し自治体と住民の両方がトータルのイメージを作るという議論が出来る、そうした場が設定されないと結構難しいなという気がします。

**石塚** その点、ヨーロッパはEUを始めとして、行政の非営利・協同セクターという第3セクターに対する認識度、認知度が高いです。それは福祉国家のいろいろな問題の中で、行政サイドから言えばお金がないから社会保障費用を下げたいということがあり、自分たちが直接供給してきたサービスを外部契約化していく傾向があります。日本の場合、以前埼玉でおきた厚生省職員の汚職事件などをみてもわかるように、民営化イコール営利民営になってしまう。ところがヨーロッパには、民営化には2つ、営利民営と非営利民営とがあるわけで、非営利民営にかなり重点をき、協同関係を作って社会政策上もかなりのお金をつぎ込んでいます。

例えばスペインのカタロニアですと社会サービス、高齢者へのサービスの3分の1ぐらいは非営利・協同セクターに予算を回しています。行政がいかにかNPOを下請けにしないでパートナーとさせていくのかという努力は、NPO側、非営利セクター側に課されている気がします。そこで三鷹市の経験で一番重要なことは、住民が意思決定をするということだと思います。行政が意思決定

をし、実行部隊や実務を非営利セクターがするというのでは補完・従属的な関係が続いてしまうので、いかに対等な立場にしていくのかということでは、日本における公共性とは何なのかを問い直して再定義していかないと、日本におけるNPOセクターが伸びていききっかけにならないという気がします。

ここで議論が少し抽象的になりますが、テーマの1つとして、いわゆる公共と市場ということについてと、市民運動・社会運動に触れたいと思います。とくにNPOの事業型というものは、市場というところ——商品サービス市場というところでもありますが、労働市場というのでもありますがけれども——そういうところに積極的にからんでいくことが必要とされています。例えば、中村先生から出された社会的に排除されている人を社会とどう関わらせていくのかという点では、ヨーロッパでは労働市場にもう一度戻ってきてもらう、あるいは再統合して自立した主体的市民へ戻そうという姿勢があります。これのシンボリックな言い方がイギリスの「welfare から workfare へ」が1つの現れだだと思います。このNPOと市場、公共性ということについてはいかがでしょうか？日本の報告書を見ますと、まだNPOと公共性ということについては、わりと古い図式的にとらえている論調が多いように見受けられますが？

### 「NPOの公共性と民間性」

**角瀬** 公共性の担い手というのは、これまでは国家という認識がありましたが、最近では民間の非営利セクターも公共性の担い手になってきています。行政とNPOとの関係も大事ですが、民間の営利セクター、営利企業とNPOとの関係も注目されます。最近では経済団体がNPOに積極的にアプローチしようとしているわけです。これは経済活動そのものが長期の停滞に陥っている中で新しい突破口を求めて、企業とNPOのコラボレーションを作り上げていこうということがみられます。しかし、裏返すとそこにはまた大きな問題が出てくると思います。というのは、医療の問題ですが、アメリカでは慈善病院が医療機関の過半を占めているわけですが、その非営利の病院の営利化、株式会社化というのが進んできています。

こうした病院のチェーンというのはニューヨーク証券取引所に上場されていますから、株価の変動に一喜一憂して病院の経営がそれによって影響を受けるようになります。日本でも介護保険導入時にコムスンという営利企業が入ってきて、もうかる・もうからないによって事業所をたたむかどうか、ヘルパーさんのクビを切る切らないという問題が起こったわけです。そういうことが起こりかねないと思っています。

こうした営利病院の行動パターンというのは、非営利の病院を取り囲んでいる市場原理によるもので、営利原則によって影響を受けざるを得ないことになります。だんだん非営利組織の事業活動が大きくなればなるほど、営利企業の経営のあり方に影響を受けてしまうということが問題になってくるわけです。

そうすると医療とか福祉といった分野での公共性、公共的なものが営利原則によって形骸化していくこともありうるわけです。アメリカの最大のNPO組織であるAARP（全米退職者協会）は、50歳以上の年齢層の過半数を組織して大きな圧力団体となり、大統領にもプレッシャーをかけていたわけですが、あれがいま批判にさらされているわけです。というのは、保険とか薬品の事業を民間企業に丸投げしてしまうとか、会長などトップ経営者がものすごい高給を取って、一般の会員からだんだん浮いてしまっていて、NPO本来の活動が出来なくなってきているといわれています。こうして企業とのコラボレーションというのは、非常に危険な面もあると見ていますがどうなのでしょうか？



中村 ご指摘の点は、確かに大きな問題点であると思います。NPOと企業との関係、NPOと行政との関係は両方それぞれ問題がありますが、さきほど言い残したNPOと行政との関係について、先に付け加えさ

せていただきたいと思います。

NPOと行政との関係は、先ほどの三鷹市の例もそうですが、行政プロセスへの市民参加というところに良い意味で現れています。これはもちろん

ん評価すべき側面だと思うのですが、地方の進め方のなかでは、行政プロセスとともに、政治過程としての議会という側面も別にあります。日本のNPOの弱点に若干なり始めていると思うのですが、NPOというのはある意味でかつての社会運動とか市民運動も含めた、運動を前面に出していくものから、やや中性化といえますか、脱色されたものを指す傾向がなきにしもあらずです。実際、一部ですが「NPOは政治と関わっちゃいけないんだ」という言い方をするNPO関係者もいるくらいで、私は非常に危うい考えだと思います。

行政プロセスへの市民参加というのは、今のような流れでもある程度やっていけますし、この流れになっていくのだらうと思うのですが、同時に議会との関係においても、NPOはアドヴォカシーと言われる政策提案、提言をきちんとしていくようにしていかなければいけない。両方あって成り立つものだと私は思います。

NPOの特色の1つに具体的な社会サービスの提供をしているということがあり、ここが運動だけの団体とは違うわけです。それは容易に行政の下請け化する可能性もありますが、現場でやっているからこそわかる点もあるわけで、これをアドヴォカシーという形できちんと生かしていくことが、行政に対してだけでなく政治に対しての責任であると思うわけですね。そうしたところで、もちろん「開かれた形の」という前提付きですが、私は社会運動・市民運動とNPOとは強力な連動性を持っていなければいけないと思っています。三鷹市の場合では、奇しくもイギリスから輸入されて最近盛んにもてはやされている「コンパクト」を地でいったような形になっているわけで、そういう意味では運動的なものが入っていると考えられるわけです。それこそ、ハバーマスの用語になりますが、「市民的公共圏」を作る1つの具体的な活動になっているのかなと思います。

NPOと企業との関係ですが、私もよく企業とNPOの違いを聞かれたり、自分で考えたり説明したりしますが、NPOはミッションがあるのが企業とは違うと言う人もよくいます。しかし、企業に本来ミッションがないというわけではなく、あるはずなんです。実はこのあいだ、本田技研で講演しているときに——社会貢献畑ではなくて、

経営企画畑の人が対象で面白かったのですが——、ある部長さんが質問で「良い会社というのは限りなくNPOに近いのではないか」と言われたわけです。「それはなかなか鋭い質問ですね」という話になったのですが、たぶん企業が本来的にあるべき姿としての自らのミッションを自分たちの事業を通じて実現していくんだという姿勢を取っていけば、企業とNPOとの間のグレーゾーンが、良い意味でのグレーゾーンがいっぱい出てくると思います。今は良くないグレーゾーンがたくさん出ていますが（笑）。NPOと民間企業というのは、私はそれほど決定的に違いがあるとは思わないですね。あるとすれば、民間企業は利潤をきちんと出していくというのが、とくに株式会社などのステイクホルダーへの責任になるわけですが、一方、NPOの場合は、その事業が赤字を出すとかわかっていても、自分たちのミッションにかなうときは取捨してやることもある、という違いだけであろうと思います。

行政との関係も必要ですが、いま日本のNPOに必要なのは、民間企業との関係をもっときちんと作り上げていくこと、むしろ民間企業を逆にNPO化していくくらいの姿勢だと思います。また、進んだ企業はそういう発想を持ち始めていますから、日本経団連の企業社会グループなどでもそういうことをさかんにやり始めまして、NPOの形で人材開発グループを作ろうという話も出ています。先ほど角瀬先生のご指摘されたNPOが悪い意味で企業化していくということ、NPOが大規模化するとテクノクラートによる支配につながるということも十分ありうるわけですし、実際起こり始めている話でもあります。しかし、そういうことには十分注意しながら、NPOの精神と企業の持っているスキルとをいかに結びつけるか、非常に大それた言い方ですが、企業をNPOに感化させるような気持ちでやっていったほうが、今の日本ではいいのではないかと私は思っています。

角瀬 さきほど、NPOの分類の話の中で、事業型と慈善型という話が出ましたけれども、今の企業との関係の中でいうと、いちばん右側に営利企業があって、いちばん左側に慈善型のNPOがあって、まんまかに事業型のNPOがある。事業型はどちらからも引っ張られる、そんな関係である

と考えているわけです。NPOとか非営利の問題に取り組んでいる方の中には、政府でも営利企業でもない、第3のセクター・第3の道だと強調する方が多いわけです。ところが、政府と市場経済の両方から影響を受けるはざまに置かれているのがNPOで、純粋なNPOなんてありえないんだということを考えています。それはなぜかということ、財政の問題を具体的に問題にしていくとはつきりしてくるだろうと思うわけです。アメリカの場合は行政からの補助金や企業からの寄付があって支えられているところが多いわけです。日本はそういうのが少ない代わりに会費と事業収入によって成り立っているという対照的な姿がありますが、今後どういう方向に進んでいったらいいとお考えですか？

中村 現在パブリックリソースの開発と循環というテーマを専門的に扱う「パブリックリソースセンター」というNPOを立ち上げまして、開発に取り組み始めているところです。同時に「市民社会創造ファンド」という、これもNPO法人が立ち上がっています。こうした動きが何をしているかということ、まずリソースの供給元である民間企業、行政、財団、また忘れがちですが市民1人ひとりのところにある資金などのリソースが散在してしまっていて、有機的に結びついてないんです。こういう経済情勢ですから、みんな大金は持っていないけれども、小金は持っている。だけど、それを各人が囲い込む形になっています。そうではなくて、市民が市民を支えあう仕組みを作ろうじゃないかという、いろいろな取り組みが始まっています。

「市民社会創造ファンド」などでは、こういうことをぜひ続けていきたいと思うのですが、例を挙げますと、ファイザーグループの日本法人にファイザー製薬という企業があり、このファイザー製薬がやっていて、私が評価しているプログラムに「ファイザー・プログラム」というものがあります。これは心と体のヘルスケアに関する市民活動支援事業というもので、まさに社会的排除という課題に立ち向かっているNPOのように、なかなか資金の集まらないところにファイザーが助成金を出しているもので、プログラム全体のコーディネートを「市民社会創造ファンド」が引き受け



ている形で、企業とNPOが連携しながらリソースを循環させていく事例を作り出しているところです。初年度1500万円でスタートしたのですが、それを2年度に5割増の2250万円にファイザー製薬がするとし、さらにアメリカのファイザー財団が高く評価して同額をマッチングして4500万円になりました。3年目は5100万円となっています。こういうことは可能なことですし、進んだ企業の中にはこういう事をしていかなないと社会的に生き残れないとひしひしと感じ始めているところもあるわけですね。昨年、生活者や消費者に大きな不信を抱かせた企業が次々と出ましたが、歴史のある企業でもつぶれるということが企業の側にもわかっているわけですから、こうした動きをいかにうまく連動させていくかが、次の課題であると思っています。

### 「医療機関の非営利性と税金」

八田 医療分野の場合は、特に日本の場合は自由開業医制度と言われていますが、統制された市場経済のような、いわば公定価格の範囲で経営努力しなさいという形です。そういう意味でも、医療法による配当禁止という意味でも、一応営利原則を排除しているわけです。日本でアメリカのような株式会社型の病院とかがなかなか出来ないのは、一面では戦後の医療に関わる系統的な国民の運動というのが確かにあって、「医は仁術」であり、ここでは平等原理が働くのだという思想が存在しているのだという認識が国民の中にあつたというのが大きいと思います。この原則をずっと持ち続けていきたいし、また地域の中で民医連が一番評価をうけるのは、差額ベッド代を取らないで、誰に対しても平等に医療をするという点です。これが一番わかりやすい民医連の特長にもなっているし、評価を受ける点でもあります。医療分野ではそんな形ですが、介護分野ではいろいろな形態があります。

今、わたしたちの地域の病院のケアマネージャーさんが介護事業者を選ぶ時のファーストチョイスは我が「菜の花」ですが、セカンドチョイスは株式会社の業者さんが多い。どんなところがいいのかと聞いてみますと、すぐ来てくれるし、介護の水準が一応はあるレベル以上のことはしてくれ

るからというのです。しかし同時に、きわめて時間に厳密で、融通を利かせてくれないとも言っています。こういう介護をやる会社が今後NPOみたいになっていくのか、NPOが株式会社のようになっていくのかはわかりませんが、現在のように一定のコントロールされた状況があって国民の監視がある程度ある状況では、大いに儲けられるように企業でやるのはけっこう難しいのではないかと、介護分野については思います。医療の分野については、今の時点で問題なのは、むしろ一般の医療機関や病院が立ち行かなくなって、患者さんからどんどんお金を集める方向に仕向けられていることです。

例えば200床以上の病院では初診料や再診料までお金を取っていいことになりましたし、半年以上の長期の入院では入院料の基本料までを取りなさいということになってきています。そうすると患者さんからお金をある程度集めないやっつけいけないという状況になると、だんだん開き直って、患者さんからお金を取ってやるのが当たり前になってしまいますと、利益があがればあがるほどいいという話になってしまいます。今一番心配なのは、このような医療機関が立ち行かないという背景のもとで患者さんにしわ寄せが行くことになって、結果として経済力による差別が生み出されるという危険が生じてくるのが今の状況ではないかと思っています。

角瀬 日本のNPOの弱点というか、日本のNPOの遅れた状況というのは、アカウントビリティが弱いという点です。本来ならば法律上でもちゃんとした規定が設けられるべきで、ホームページなどで社会全体に活動や経営内容を明らかにすることが望まれているわけですが、そこまでやっているのはごくわずかです。多くのNPOはアカウントビリティの規制をもっと緩めてほしいというのが本音のところじゃないかと思われませんが、そこらへんはどうですか？

中村 NPO・NGOの現場は本当に忙しくて、正直言ってそこまでは手が回っていないというのが本音だと思います。ただ、そういう意識のあり方自体を変えていかなければいけないと思います。実はアカウントビリティというのは義務としてあるというよりは、誤解を恐れずに言えば、権利と

してあるといえます。例えばコミュニティリレーションズを考える場合にも、アカウンタビリティをきちんと発揮することがその団体の経営にもやがてはね返ってくるはずです。そういう経営戦略の一環としてアカウンタビリティを発揮していくという考え方をすることで、日本のNPOも変わっていくと思います。そうしないと自分たちの身内や顔の見えるところからだけでは支援が得られますが、そうではないところからは支援が得られませんから。日本の生活者の目というのは厳しいところがあるので、企業に対する目が厳しいのと同時に、NPOの活動や提供している事業・サービスの質に対する目も厳しくなりますから、これからの日本のNPOが何よりも率先してやらなくてはいけない分野だと思いますね。

**角瀬** 私が以前インターネットで見た1つの例なのですが、日本財団というのがあります、あそこはちゃんと決算内容を公開しているのですが、たまたま報告書のタイトルが「損益計算書」となっていたのです。私は、これは何なんだと、損益を追求することが目的なのか、おかしいじゃないかと批判したことがあるんですけども、その後それは「収支計算書」というタイトルに改められております(笑)。NPOの会計基準というのは確定したものがありません。一応、企業の複式簿記とか会計原則を導入するのが望ましいとは言われていますが、これには合理的な面が一面あるわけですけども、同時に会計の行動原理が営利企業の会計原則ですから、それによって規定されてくるというもう1つの側面も伴ってくる。本当にNPOにふさわしい会計原則が作られる必要があります。しかしNPOというのは収益事業も営めるわけですね。そのバランスがなかなか難しいんじゃないかと思います。医療や福祉なんかは税制上は収益事業に入っちゃうわけで、一般の営利企業と同じように税金を納めているわけです。

**八田** 「菜の花」は医療法人より税金をずっとたくさん払っているんですよ。税金はどうなりそうなんですか？

**中村** 税制上の改正は一部導入されることとなります。一昨年の10月にできた認定特定非営利活動法人の制度があまりにも厳しすぎて、1000分の1の確率でしか取れないので評判が悪かったもので

すから、さすがに政府もこれはまずいなと思い、また各省庁からの働きかけも強かったんですね。経済産業省も環境省も外務省もNPOと色々やろうと思っているんです。それは良い悪いがありますが、もっとNPOの財政基盤ができるようにしろと財務省に働きかけているし、また議員さんもそういう意識をもち始めました。今、NPO法人は1万あるなかで、認定NPO法人は10法人しかないんですが、これが200法人くらいになるんじゃないかという予想が出ています。多少要件が緩くなったとはいえ、まだ1万のうちの200くらいですから、まだまだ厳しいです。

個々のNPOにとっては、できれば節税をしたいというのはありますが、税金をきちんと払う存在になるということも原理原則として大事なことだと思います。「NPOなのになんで税金かけられるの？」という素朴な疑問も一部にはあるのですが、組織として社会を担う一員としては、税を担うという発想は持つべきです。ただ、その額の多寡についてはNPOの持つ公共性をもっと考えてもいいなと思いますね。

**石塚** 当初ヨーロッパでは、協同組合などに優遇税制をやっていたのですが、近年、市場での平等性ということで次第に一般企業と同じようになってきました。しかし、社会的協同組合であるとかアソシエーション、NPOには、どういう事業をしているかという個別のところ補助金を出したり税制優遇をしたり、何をやっているかで税制の適用を変えていく、補助金の適用を変えていく、そういう風になってきています。要するに「NPOだから絶対良い存在であるし、営利企業だから悪だ」というような単純な見方ではいかないわけです。単に法人的な規定だけでは変わらない。今は特に医療社会サービスの中でNPOと非営利・協同組織が問題になるのは、今まで医療保障社会サービスは公共性が重視されてきたけれども、それが民営化し、公共性が薄まってきたときに、いったいどういう原理でNPOはその分野をやっていくのか。本来の公共性、私的性、共同性という言い方も良くされますが、公共領域が大変狭まってきているという問題もあります。

それに対しては2つの方法があって、1つはNPOの運動そのものを広げていくという方法もあ

るけれども、もう1つは非政治化していくことは大変危険である、ということです。経済セクターが公的セクターほか3つに分かれている中で、公的セクターの政策面にNPOがどのようにからんでいくか、どういう影響を与えていくかということを経験に引きつけていくと政策面では常に受け身になってしまうことがある。そこにどうやって参加していくのか、あるいは対等になっていくのか。

先ほど例としてアメリカ型、日本型の2つが挙げられたのですが、パブリックリソースの使い方ではヨーロッパ型というのがあります。ヨーロッパ型というのもいくつかに分かれますが、パブリックリソースの使い方では、特にヨーロッパが社会サービスの分野で公的資金を使っている。それから自分たちの社会的企業と言われるような形のグループ、社会的経済セクターという中で事業化されたNPOというのをかなり重視して、そこでリソースを使っている。それからファンデーションの話が出ましたが、ヨーロッパではNPOがファンデーションを作り、市民運動などに還元しています。一口で言うとセクターのネットワークが作られているという印象があって、日本にとって大変参考になると思います。日本はやっぱりタコソボ型でみんなバラバラにやっしまい、協同に欠けるところがあるので、バラバラなのが集まるだけでも相当違うように思いますし、集まるには共通の旗、スローガンが必要とされているのかなと思います。

### 「地域通貨は人々の連帯のツール」

石塚 話は飛びますけれども、最近、地域通貨というのが注目されておりますが、このへんはコミュニティとの関係ではどういう意義があるんでしょうか？

中村 地域通貨はご承知のように、直接的にはNHKが『エンデの遺言』を放送したあとに大反響がありました。実は地域通貨の歴史は古いわけで、再発見されたというかたちです。世界では3千数百種類の地域通貨があるとされていますが、日本でも70~100くらいの地域通貨が段々と展開しています。色々なタイプがありまして、一部は市場経済とリンクして例えばスーパーで使えるものもあれば、エコマネーのようにボランティア経済

に限定するというのもありますけれども、地域づくり・地域おこしの1つのツールになり得るのではないかということでもかなり広がっていると思います。

実は私も、石塚さんも行かれていて私の前任校でもある都留文科大学で、都留市民と一緒に「ツール」という地域通貨に取り組んでいます。これは英語の true と掛けているんです（笑）。実際にかかわってみて思いますが、目的を絞り込むことが重要ですね。やって何となく何とかなるという期待は持たない方が良く、この地域通貨という動きを通して一体われわれが何をやりたいのか、例えば地域の商店街の活性化なのか、もっと人のつながりを作り出したいのか、ボランティア的なネットワークを作り出したいのか、何か主要な目的をいくつか設定してその上で広げていくというようにやらないといけな。どんなブームの後でも必ず起こることですが、地域通貨ブームの後、「なんかやってみただけどよくわからないね」と冷めていく地域も出ていますので、地域通貨をどうやってツールとして使いこなすのかという発想が重要だと思いますね。

角瀬 私もそうだと思います。よく質問を受けることがあるのですが、今の資本主義の市場経済の通貨に代わりうるものとして過大な期待を持っているようにみられることがあるんですけれども、それでは駄目だ。取って代わるものではなく、限定された目的のもとで補完する1つの道具として使うなら良いけれども、いつも答えているんです。だから中村先生と同じ結論になるんじゃないかと思います。

八田 千葉の生活協同組合でも「おたがいさま」という仕組みがありまして、ボランティアで色々援助活動をしたら将来への貯金になって自分のときに…という話が出ていたようですが、3年位前に聞いてその後あまり聞こえてきません。なかなかその辺は難しいんだろうと思います。民医連は、元々の運動のスタイルなのかもしれませんが、地元の皆様に投資していただいて施設を作っていたりやっています。その中でも最近「地域協同基金」といって、医療生活協同組合出資金と同じような水準の健康友の会型・医療法人型でもそういう取り組みをしておりまして、

私どものところではここ3年くらいで10億円くらいになろうとしています。その場合には、安いかわかるとはいいのですが、「ドック券」がその1つの魅力になっているんです（笑）。無利息なんです、「ドック券」がある程度の金額以上だと出るということになっていましてね、そういうようなことを含めてなのかなと思いますが、これだけ金利が安いと、無利息と同じようにならないなら病院に役に立つ方が良くないかという具合に進んでいってます。現在4万近い友の会の皆様に対して2ヶ月に1回ずつ『ハートフルユース』という経営情報の公開をメインにしたニュースを発行して色々やっております。出し始めてまだ2年くらいしか経っていませんが、最初のころは「こんなことまで言わなくていいのではないのでしょうか」なんて言われてました。

**角瀬** それは地域通貨の話ではなくて資本形成の話ですね。

**八田** ああ、もちろんそうです。確かに違うことですが、地域通貨にしる資本形成にしる、相当数の方が参加をした住民の運動という形で経済的なことが支えられていく、要求があって成り立っていくということかなと思います。

**石塚** パブリックリソースの1つでもあるし、地域の人間関係を作るという意味では、地域協同基金は最近はやりの社会的資本の1つでもあると言えると思うんですね。

**中村** エコマネーで一番先進的な例というのは、北海道の栗山町の「クリン」——英語の clean と栗山を掛けているんですが——がありまして、元々この町は町立の福祉専門学校を作ったりとなかなか面白い町長さんがおられます。加藤敏春さんがエコマネーの説明をして、前の方に座っていたおばあちゃんに「わかっていただけましたか？」と聞いたら、「ああ、わかるよ。手間がえのことだろ」と言ったんですね。手間がえは顔の見える範囲ですが、今まで出会ったこともなかった人がやれることとやって欲しいことを付き合わせるという、ある種ゲーム感覚といいますか、子供銀行券のような発想で、額はいくらでもいいんですね。

**石塚** (手間がえについて) 何と言うんですか？  
**中村** 手間がえですね。手間を返す、交換するわ

けですね。いろいろな伝統的な地域の呼び方がありますが、今まで顔の見えなかった人たちがたまたまそういうことを通じて出会って、そこで話をしたり、相手の事を知るようになったりすることが地域通貨をうまく使う効果だなということと、もう1つ、それを市場経済とどういう風にリンクさせられるかということなんです、これは私も考えがまとまっていなくて、メリット・デメリット両方あるんですね。

例えば「千葉まちづくりサポートセンター」で千葉大のキャンパスそばの商店街が中心になってやっている「ピーナッツ」というのがありますが、これも非常に注目されて面白いと思うんですけども、やはりやっている人は同じようなメンバーに固定してしまうのをどう乗り越えるのが課題だ、という話が聞こえてきたりします。おそらく、限定的なところでやっていくかたちになるものと、どんどん広げていく可能性の持てるような地域通貨になるものに分かれていくと思います。時間貯蓄のようなものは、ボランティア切符の例もありましたけれども、日本での現状では難しい面があるかもしれません。

**石塚** 地域通貨というかコミュニティマネーというか、そういうものをどういう人たちがやるか、どういうグループがやるかदैいぶ違ってきますね。少なくとも言えることは、国家貨幣に変わるということは国家がなくなってしまうということだから、これはなかなか難しいと思うんですが、しかしリンクする事例というのはあります。フランスの「セル」という地域通貨は、国家通貨とあるところで統合して、互換性を振替えられるかたちを採っているというのがあります。まあ、これもいろんなケースがあって、どんな目的でやるかदैいぶ違ってくるんだらうなと思います。

**中村** 今の国家通貨・基軸通貨としてのマネーが、ため込むものやオンラインの数字の上で増殖していくものに歪んでしまっていることにたいして、もう1度使うことに原点があるんだという発想を思い起こさせる効果があると思いますけれども…。

**石塚** 今の日本の銀行は全然増殖しないんですよ（笑）。イスラム銀行みたいに利子が見つからない（笑）。

だいぶ時間もたってまいりましたが、あと2つテーマを残しております。1つは非営利・協同とNPOはどんな関係であるか、ということを一言ずつ、また、日本のNPOはこれからどう発展・変化するのかということについて一言ずつご意見をお聞かせ願えればと思います。まずは非営利・協同とNPOはどのような風に考えればよろしいのでしょうか、角瀬先生？

角瀬 私は以前に『非営利・協同組織の経営』という本の編集をしたことがあるのですが、当初、企画の段階では『非営利組織の経営』というタイトルを出版社の方で考えていたんです。けれども、非営利組織となるとNPOに限定されてしまう。そうしますと協同組合とかその他のいろんな非営利の団体があるわけですが、抜け落ちてしまう。アメリカ型の発想だとそうになってしまうんですね。ここら辺は現実には合わないしまずいんじゃないか、そうすると、NPOプラス協同組合その他の組織を含めた、広い意味での非営利組織、そういう意味を含ませて「非営利・協同組織」という表題に変えたことがあるわけです。期せずしてヨーロッパにおける社会的経済の範疇と合致するんですが、それを日本に翻案したものではないんです。日本の現実を分析していくなかで、こういう概念で捉えるのが一番妥当ではないかということに使ったわけです。

同時に「非営利・協同」という言葉には、もう1つの意味がこめられています。NPOの場合には、理事会、あるいは専務理事などの経営執行部が職員を雇ったりボランティアを動員したりして運営していくという人たちです。しかし、協同組合の世界ではそういう人たちではなく、そこで働いている人たちの権利をどう保障するかということが重要なテーマになっている訳です。マルチステークホルダー・コーペラティブというような私たちのものが盛んに研究されていたり、既にモンドラゴンでは実践されているわけです。そこでの協同——働く人々と利用する人々との協同をどう作り上げていくかという意味を込めたものとして、「非営利・協同」という言葉は使える。ですからこの言葉には二重の意味が込められているのです。

石塚 八田さん、いかがでしょうか？

八田 難しいですね。「菜の花」の将来なんです

が、実はいまもうひとつ社会福祉法人「からたち」というのを立ち上げつつありまして、そちらでも在宅介護事業をやるので、一体「菜の花」はどうなるのかということで「菜の花」では職員討議が進んでいて、圧倒的に「菜の花」から「からたち」に移るという話になりつつある状況なんです。

何が言いたいかといいますと、労働者が自分たちで主人公になってやっていくということが、ものすごく大変なことだなど。というのは、気が付いてみたら「菜の花」の労働条件はすごくでこぼこのある状態になっています。給料は安いのですが、いいところはすごくいいという状況になっている。非営利性とか、患者さんのためにということ、既に民医連も、「菜の花」も社会福祉法人も共通しているわけですが、その中でどうしても効率的な事業的發展を求めていけなければならないというのは難しいものだなと思っています。非営利・協同とNPOとの関係についてになるかどうかわかりませんが、今のままで行くとNPOというのは非営利・協同の1セクションであるという感じになるのではないかと。それがどのように發展していくのか、位置付けられていくのか、それを決めるのはどんな運動であるか、難しいところだと思います。

### 「非営利・協同の事業とNPO」

石塚 特に事業型NPOの問題点というのがピックアップされていると思うのですが、非営利・協同とは協同組合なども考えますと、事業型という側面が共通であると考えられると思います。中村先生、いかがでしょうか？

中村 大変いろいろなことが絡み合って難しいテーマではありますが、一番わかりやすいところでは、実践的側面として、日本では協同組合とか協同組織的なもの、またそれらとは別系列のボランティア的な市民活動組織というのが実は付き合いがなく、お互いに誤解があったりしながらつながらないということがあるわけです。そんな中、日本で「非営利・協同」という考え方や言葉が、中身はまだはっきりしないまでも出て来ることによって、お互いに地域づくりをやっている団体・組織として連携を作っていこうとか、もう少し交流を持とうという動きにつながってきていることが、

目に見えるわかりやすいメリットであると思います。これはそのまま続いてほしいと私は思います。

しかし、今後の日本のNPOの発展とも関わる話ですが、現在、実は公益法人制度改革の話があがっています。これは行革の一環であり、財団・社団に対する批判も多いですから当然の流れといえそうですが、よく見ますと論点整理の中に、NPO法についても「現行のNPO法制度は発展的に解消すべきものであると考える」などと勝手に入っているんです（笑）。これをよく見ないで、日経に、ある民間の研究所の研究員が書いていまして、もっと勉強して下さいといいたいところなんです。実は少し大きめに言えば、これは日本の非営利法人制度を大きく左右しかねない話です。今の財団・社団をもっとちゃんとさせる、これは必要なことですが、ただNPO法は、市民＝議員立法で成立した法律であり、まだ不十分ですけれども、それを上からの公益法人制度改革にことのついでに入れるのは、上からNPOに網を掛けようという発想なんですね。これがどういう推移をたどるかによってぜんぜん描ける将来像が違ってきまして、そのことの重要性があります。

もう1つ、理論的な側面といえますか、非営利組織について、非営利組織と協同組織は中黒(・)でつながっているけれども、そんなに簡単につながるものではないということもあるわけです。私は一番大きな集合として非営利非政府、これは市民組織とでも言えればいいと思いますが、こういう発想を持って、その中で協同的組織や日本でいまNPOと自己認識している組織が、お互いの位置を分け持ったりどこで協同したりすればいいのか、もう少し、絵の描き方を戦略から具体的な戦術までもふくめて議論する場が、おそらくこうした研究所がそのような場になっていくのでしょうかけれども、もっとあればいいと考えます。少し宣伝させていただければ、私が理事長をやっていますNPO法人「21世紀コープ研究センター」もそういうことを考えています。

あとは考え方の問題ですが、全部とはいいませんがNPO関係者の中には、市民社会という強い個人を前提に話をする人がいます。私はこれをすごく危険だと思っています。確かに自立した強い個人は大事だし、強い市民団体が作られていく

ことは大切なことですが、同時に社会的排除の問題も含めて、どうしても世の中には自分の責任ではなくて弱い立場に置かれる人という人がいるわけですから。こうした弱い個人も含めた社会をどう形成していくか、あるいはそうした人たちがうまく社会に参画できるかというのを考えるには、従来型の社会民主主義的な発想と、NPOも含めてもう少し市場を前提にリベラルに考えてきた動き、言うなれば第三の道ですが、これら日本型を実現していく具体的な組織の表現としてどんなやり方があるかを考えていくのが、われわれ理論家のやるべきことであるし、実務家の方にも考えていただきたいことだと思います。

日本の将来モデルはどうなるかという考えを、残念ながら日本政府にそういう考えはあまりなさそうですので、こうした考え方にまでつなげていければいいのではないかと私は思っているわけです。そういう意味で、スウェーデン型の社会というのはすごくいいモデルであると思いますが、あのままでは日本ではちょっと実現できない。では日本ではどうやったら実現できるのか、そういうことを考え研究し、あるいは実践出来ればいいと思っています。

**石塚** 先ほども申し上げましたが、NPOが担っている部分は公共性の役割であると政府が考えるとなると、政府からは逆に逆手にとって規制されてしまうわけです。ではNPOから見て、公共性とは何なのかということをもう一度定義しなおす必要がある、理論的にはそういう課題がある気がします。そういう中で日本モデルを見つけなければいけないと思うのですが、最後に時間ももうありませんので、一言ずつお願いします。

**角瀬** 結論的なところは中村先生からいま出されたと思います。今後、非営利・協同についての実証的、理論的な研究を進めていくためには、現在、非営利・協同に関係する研究所がたくさん生まれてきております。それらとの協同した取り組みが重要になってくるというご指摘もありまして、わが総合研究所は非営利・協同という名前を掲げていますから、その先頭にたってやっつけていかなければならないのではないかと考えています。この座談会を第1弾として、第2、第3の研究をいろいろな形で進めていきたいと考えているところです。

八田 実践の立場としては、こうした研究が進められて、羅針盤が示されるのは、まことにありがたいでございますというところですが（笑）、千葉には「生活クラブ生協」というのがあって、10年以上在宅介護の経験をもっています。われわれが着手した頃にいろいろ教えていただいたり勉強させていただいたりしていました。かつて民医連とはあまりお付き合いのなかったところですが、あらたにお付き合いも生まれてきました。実はこの生活クラブ生協は、現在の（千葉県の）知事さんが誕生するのに非常に大きな役割を果たされたということで、これから先に政治的な意味でもがんばれるのだらうなと思います。こうした人たちとの対話の機会をもう少し持ちたいと考えていますが、なかなか。社保協主催のシンポジウムなどにお誘いをかけて出れそうだったり出なかったりですが、これから先は運動の実践という角度からも、より幅の広い方との対話の機会を研究所でもっていただけると、よりいっそうありがたいと実践の立場からは期待しております。

中村 大状況を考えてとなかなか暗い状況だと思わざるをえないのですが、個々の場をみてみますと面白い動きも出てきています。何かのCMじゃありませんが小さなことからコツコツと積み上げて発展を考えていくしかないだろうと、わたしたちの思うようなことを受け止める勢力がないと嘆いても始まらないので。研究所とか大学とかの新しい役割を問われている側が、自分たちの引き受けるべき仕事の1つとして、実践している人たちに、なんとなく集まりましょうといっても忙しくてなかなか集まれないと思うので、この日に研究会をするので参加してください、といった場を作るべきだと思います。これから市民団体は調査力や研究力をつける必要があると思いますので、一緒に協同開発する場を作りたいなと思っています。

石塚 ありがとうございました。最後にいろいろ研究所のなすべき役割を提起していただきました。本日はお忙しいところを大変ありがとうございました。これで座談会を終了させていただきます。

（2003年1月16日（木）に開催）

# コミュニティ・ケアとシチズンシップ

## —イギリスの事例から—

中川 雄一郎

### はじめに

2003年1月25日付け朝日新聞の『私の視点』欄に「障害者支援・自立阻む『上限』見送って」と題した石田優子氏の意見が掲載された。「4月から始まる障害者への支援費制度で、厚生労働省は実施直前になって突然、サービス利用に上限を設ける方針を明らかにした」が、「サービス利用に上限を設ける」ことになれば、「基準を上回るサービスは自治体に任せる」といっても、「自治体側では基準を事実上の上限と受け止める向きが」強くなるし、「上限が導入されれば、重度の障害者であろうと日に4時間以上のサービスを受けられなくなってしまう。『これでは外出はおろか通院も難しい』という悲鳴がすでに上がっている」と石田氏は強調された。「そもそも市町村が行なってきた支援は、障害者らが自ら地道に行政と交渉し、30年がかりで築いてきたものだ。その結果、施設暮らししか選択肢がなかった障害者に地域で生活する道が開けた」との石田氏の言葉は重いと言うべきである。何故なら、厚生労働省は、「サービス利用に上限を設ける」ことで、「障害者が30年がかりで築いてきた」現行の市町村による支援をなし崩し的に止めさせようとしているからである。要するに、厚生労働省は、障害者ケア・サービスや高齢者ケア・サービスを外部化（市場化）し、民営化しようとしているのである。

私は、社会福祉サービスやケア・サービスの市場化、民営化はすべて問題である、との立場は採らないけれども、市場を唯一の経済的、社会的調整機構と考え、無制限な規制緩和を社会福祉サービスの領域にも持ち込もうとする新自由主義者の「福祉の市場原理主義」には反対だし、それより

もむしろケア・サービスを含む社会福祉サービスに対する公的セクターと市民事業体としての協同組合組織や非営利組織（NPO）を核とする第3セクターとの提携やパートナーシップの有効かつ対等な関係を、またそれらの組織と私営営利事業体との相互連携も歓迎するものである。その方が、高齢者ケアや障害者ケアを家族や隣人などによるインフォーマル・ケアを重視するのではなく、地方自治体や非営利組織などを含めたコミュニティ（地域社会）によるフォーマル・ケア＝社会的ケアをより確かなものにするができる、と私は考えているからである。

それはともかく、石田氏が言っているように、「支援費制度」は「障害者がサービス事業者と契約し、料金を行政が事業者を支払う仕組み」である。この仕組み自体は、イギリスなど西ヨーロッパ諸国では、いわゆる「社会福祉サービスの民営化」のための「ケアの混合経済」と呼ばれているものである。「ケアの混合経済」に対する批判も西ヨーロッパ諸国でも見られるが、日本のようにケア・サービスに「月120時間程度の基準」を設ける、などと言いつつ国はない。例えば、後で言及するように、イギリスでの「ケアの混合経済」は、地方自治体の「地方分権の強化」と「地方自治体への福祉財源の一定の委譲」を前提としており、石田氏が懸念しているような「自治体の財政力の違いによるサービスの差」はイギリスではそう見られるものではない。

石田氏の『私の視点』が掲載される前日の24日付け朝日新聞『社説』も「地域福祉の名が泣く」と題して、厚生労働省が「突然、地域での生活を支えるホームヘルプ・サービスに実質的な『上限』を設ける方針を打ち出した」ことを批判して、



次のように論じている。この批判も十分に頷ける適切なものである。

(ホームヘルプ・サービスの) 努力を重ねてきた自治体は、自分たちへの補助金を削って何もしなかったところに回すのか、と反発している。

障害者も支援団体も無制限に補助金を出せと言っているのではない。「限りある大切な補助金だからこそ、今の案をいったん白紙に戻して、有益な配分方法を当事者と一緒に考えてほしい」と訴えているのだ。

熱心な自治体はこの補助金を活用し、障害者の切実な声に応じてサービスの拡充につとめてきた。厚労省も上限を設けることなく、ひとりひとりの障害に応じたサービスを提供するよう指導してきた。

その結果、1日10時間以上の介護が必要な重度の障害者も施設から出て、アパートやグループ・ホームなどで暮らすことができるようになった。

厚労省の方針が実施されると、せっかく地域で生活を始めた人たちが、また施設に戻らなければならない恐れも強い。

来年度からの「身障者プラン」で厚労省は「施設から地域へ」という基本方針を打ち出したばかりだ。それなのに、「利用者本位」の支援費制度の内容がこんなことになっていはいはずはない。(2003年1月24日付朝刊)

この『社説』は2つの重要なことに触れている。1つは、地方自治体が行なう「ホームヘルプ・サービス」(費用の2分の1を補助)によって、障害者が(施設から出て)地域で生活できるようにすることが「地域福祉」のコンセプトの1つとしている点である。もう1つは、補助金の「有益な配分方法を当事者と一緒に考える」べき点としている点である。これら2つの点は、本稿のテーマである「コミュニティ・ケア」を考察する際に非常に重要な構成要素となるものである。

ところで、石田氏の場合も『社説』の場合も、「支援費制度」それ自体を疑うことなく受け入れているように思われる。石田氏は、先に記したよ

うに、「支援費制度」を「障害者がサービス事業者と契約し、料金を行政が支払う仕組み」とし、「障害者が地域で自立した暮らしができるよう後押しするもの」とみなしている。『社説』は「支援費制度」を「高齢者の介護保険のように、一定の自己負担とともに、どんなサービスを受けるか、どのような事業者を使うかを障害者自身が選べるようにするもの」と規定している。両者は「支援費制度」をほぼ同じように説明し、受け入れている(ただし、『社説』は「一定の自己負担」のあることを正しく挿入している)。しかしながら、先に触れておいたように、「支援費制度」は、西ヨーロッパ諸国では「ケアの混合経済」と呼ばれていて、社会福祉サービスの外部化(市場化)、民営化を促進するシステムと同じものだと考えるべきである。したがって、それには、プラスとマイナスの両面があることを認識し、マイナスの側面をできる限り無くしていく社会福祉サービス政策、ケア・サービス政策が展開される必要がある。このことはまた、本稿の論点である「コミュニティ・ケア」とも大きく関係してくる。

厚生労働省は、障害者団体やそれらの支援団体などの抗議や反対の声に押されて、「障害者ホームヘルプ・サービスの基準は確保する」と言わざるを得なくなり、従来の国庫補助金を当面確保することを表明し、一旦「ケア・サービスの上限設定の方針」を撤回した。しかしながら、私は、厚生労働省がケア・サービスを含めた社会福祉サービスの市場化、民営化を目指している以上、また別の方法で「上限設定に似た支援制限」を実行しようとしてくる、と考えている。そのために、われわれは、いわゆる「ケアの混合経済」を前提とした高齢者や障害者の有効なケア・サービスのあり方を探っておく必要がある。社会福祉サービスやケア・サービスについては「公的支援」以外は一切認めない、という主張は現状ではかえって「地方分権の強化」やボランティア活動に基礎を置いた「コミュニティ・ケアの質」の向上を妨げることにもなる。「コミュニティ・ケアの質」の向上には、イギリスで見られるように、「ケアの混合経済」がケア・サービスを必要としているすべての人たちが組織に有利に働くような、「市場の倫理」も視野に入れた「地域福祉システム」の構築

が不可欠であるが、紙幅の都合上その点については次の機会に譲るとして、ここでは私は、イギリスで展開されている「コミュニティ・ケア」について時系列的に論及することで、「ケアの混合経済」を含めた社会福祉サービスと政治との関係や福祉サービスのあり方を考え、日本におけるケア・サービスの方向を探る一助を提供することにしたい。

## 「ケアの混合経済」とは何か

イギリスにおける「コミュニティ・ケア」を時系列的に論及する前に、社会福祉サービスの外部化（市場化）、民営化を正当化する「ケアの混合経済」がイギリスではどのように議論され、ケア協同組合やケアのボランティア組織がケア・サービスの利用者＝クライアントに有利になるようなコミュニティ・ケアの方向を打ち出していったのかを簡潔に見てみたい。そうするによって、イギリスにおけるコミュニティ・ケアの時系列的变化の意味が一層よく理解されるだろう。

1990年に成立し、1993年から施行されるようになったイギリスの「コミュニティ・ケア法」(The National Health Service and Community Care Act)は、基本的に、高齢者および障害者のための社会福祉サービスやケア・サービスにおける「地方自治体の役割の制限」と「消費者主義」を強調するものである。すなわち、前者は、地方自治体の社会福祉サービス局(Social Service Department : SSD)はこれまでのような「ケア・サービスの供給者」としてではなく、個人のケア・サービスのニーズを査定し、ケアの組み合わせをデザインして、ケア・サービスの供給を保証することに責任を負う機関に留まることを意味し、後者は、前者によってケア・サービスの「供給と購入」が引き離されたのであるから、SSDに民間営利組織やボランティア組織によるケア・サービスを最大限活用させることを意味する。コミュニティ・ケア法が「選択の幅の拡大」あるいは「幅広い選択肢の提供」という言葉をしばしば用いているのは、それ故、ケア・サービスの「供給と購入を分離する」こと、すなわち、ケア・サービスを市

場化することを強調しているのである。先に述べた「支援費制度」もほぼこれと同じことであり、石田氏の「障害者がサービス業者と契約し、料金(の一部)を行政が支払う」ということも、『社説』の「一定の自己負担とともに、どんなサービスを受けるか、どのような事業者を使うかを障害者自身が選べるようにするもの」ということも、地方自治体の役割が変わったことを前提にしているのである。地方自治体は今や、障害者ケアのいわば「調整的役割」<sup>コーディネーター</sup>、すなわち、ケア・サービスの供給者と利用者の調整を行なうのであって、どのようなケア・サービスをどのような価格で選択するかはケアの利用者である障害者自身(あるいは彼らの代弁者)の責任、ということになるのである。これが「支援費制度」の原則である。

「ケアの混合経済」とは、かくして、ケア・サービスの市場化と公的機関による(補助金を含めた)サービス調整の混合である、と言える。もちろん、混合経済の比重は前者の市場化に置かれている。したがって、そこで、「ケア・サービスの選択あるいは選択肢」という言葉が大きな意味をもつことになる。だが、ここでまた、ケア・サービスを必要としている人たち(利用者)に、また彼らをケアするする介護者(Carer)にも、本当に幅広く、十分な選択肢が与えられるのだろうか、との懸念が生じるのである。

このような「ケアの混合経済」のコンテキストにおいて、ケア・サービスの「選択」あるいは「選択肢」とはいったい何を意味するのだろうか。「選択」という用語は「所与のものから適切なものを選び取る行為」を意味する簡単明瞭な用語である。また「選択」という行為の対象となる「選択肢」という用語も同じように明瞭なそれである。しかしながら、ケア・サービスにおける「選択」や「選択肢」となると、そう簡単でも明瞭でもなくなる。ケア・サービスの利用者(およびその代弁者)がケア・サービスを「選択」する場合、あるいは所与の「選択肢」から適切なサービスを選ぶ場合には、その利用者のエンパワーメント(権限・権利強化)が非常に重要なものとして関係してくるからである。

ケア・サービスの利用者(あるいは代弁者)のエンパワーメントが何故必要かといえば、利用者

の要求や願望がサービス供給者のそれよりも下位に置かれる傾向が一般的に見られるからである。換言すれば、「ケアの混合経済」の下では、通常、ケア・サービスの利用者は、ケア・サービスの単なる「消費者」と位置づけられ、サービス提供者による「ケア・マネジメント」といったような重要な意思決定過程と無関係な立場に置かれてしまうからである。ケア・サービスの目標が「自立と自己決定に基づくノーマライゼーションの確立」にあるのであれば、「ケアの混合経済」といえども、ケア・サービスの利用者やその代弁者を単なるサービスの購買者・消費者とみなしてはならないのであって、各々の段階のケア・サービスに彼らの意思を反映させるようなシステムが確立されていなければならないのである。

たとえ「ケアの混合経済」の下にあっても、ケア・サービスの第1の目的が、「サービスの利用者が自分自身の生活をできる限り自立して管理できるようにする」、いわば「利用者の人間的自立の援助」にあることには変わりはないのであるから、利用者（あるいは代弁者）がケア・サービスの各々の段階に参加できるよう保証するシステムが不可欠である。今では、ケア・サービスの調整的役割を担うだけになった地方自治体ではあるけれども、このような参加を保証するシステムを維持するためには自治体の役割は大きいと言わなければならない。要するに、ケア・サービスの利用者（あるいは代弁者）がそのサービス・プロセスへの意思決定に参加するシステムが保証されてはじめて、その利用者は人間的自立を促進することが可能となるのである。

前述したように、「ケアの混合経済」は、基本的に、ケア・サービスの利用者（あるいは代弁者）を、ケア・サービスを購買する単なる消費者とみなし、彼らの意思決定を、単純に「サービス事業者」と「ケア・サービスのメニュー」を選択することだ、とみなす傾向にある。しかしながら、実際には、サービスの利用者（あるいは代弁者）は、スーパーマーケットで生活必需品を購買するのと同じようにケア・サービスを購買＝選択することなどできないのである。「ケアの混合経済」がケア・サービスの市場化を万能とみなす「消費者主義アプローチ」(Consumerist Approach) に基づい

てケア・サービスを遂行しようとするのであれば、必ずや大きな歪みや矛盾が現われるであろう。例えば、高齢者の<sup>ナーシング・ホーム</sup>居住施設型ケア・サービスの場合がそうである。高齢者がナーシング・ホームに入居してケア・サービスを利用するのは、それに代わり得るコミュニティを基盤とした場所も自分の家を購入する資金もないからであって、そのような高齢者はナーシング・ホームでの依存性の高い生活に未だ必要のないうちから投げ込まれてしまう<sup>1)</sup>。「幅広い選択肢」を活用できる高齢者がいるとすれば、それは、資金に恵まれてはいるが、頼るべきコミュニティも家族も隣人も知人もいない、そういう高齢者ということになるが、果たして、そのような高齢者は何人いるというのだろうか。「ケアの混合経済」を批判してきたアラン・ウォーカーは次のように述べている。

実際にナーシング・ホームに入居するにあたっては、「選択」という用語は当てはまらない場合がほとんどである。ナーシング・ホームへの入居の必要性は、インフォーマル・セクターでのケアが危機に陥ったために生じるので、(高齢者には)あれこれの選択肢を「見て回る」余裕はないのが普通である。<sup>2)</sup>

「ケアの混合経済」が「消費者主義アプローチ」を唯一のケア・サービスの方法とするのであれば、そしてまたケア・サービスの市場化、外部化を無制限に推し進めるのであれば、ケア・サービスを必要としている利用者にとって、その「選択」や「選択肢」は、幅広くなるどころか、実質的に狭まってしまうことになる。実際のところ、ケア・サービスを必要としている高齢者は、スーパーマーケットで買い物するようにケア・サービスを買うわけにはいかないし、実際、「ケア」という「サービス」をそのように買い求めることなどできないのであり、したがってまた、ケア・サービスを選択できるどころではないのである。それ故、「ケアの混合経済」にはもう1つ別のアプローチが必要となる。「利用者参加型アプローチ」(User Participatory Approach) がそれである。

ミセス・サッチャーがかつて主張したように、「ケアの混合経済」が「福祉国家体制の破産」の

産物であるとするならば、したがってまた、ケア・サービスの市場化、外部化によって「コミュニティ・ケア」を進めなければならないのであれば、そのアプローチが慎重に検討されなければならない。そしてその際に、社会福祉サービスやケア・サービスは「ケアの混合経済」の下で私的セクターの拡大によって「選択の幅」が広がり、「選択肢」が増える、という一種の「神話」を捨て去ることが肝要になる。事実、イギリスでも日本でも、私的営利事業体は対人ケア・サービス（personal care services）から徐々に撤退し、施設型ケア・サービスに移行しているのである。

「ケアの混合経済」がケア・サービスの利用者により有利に働く「コミュニティ・ケア」を実際に実現していくためには、ケア・サービスの市場化、外部化に対して「利用者参加型アプローチ」が優先的になされなければならない。この「利用者参加型アプローチ」モデルは、協同組合や他のボランティア組織の運営形態に見られるような「民主的運営」に基づくアプローチでもあることから、「民主主義アプローチ」モデルともしばしば呼ばれている。そしてこのアプローチ・モデルは次のことを意味している。

組織における発言権やサービスにおける発言権を利用者に与えることによって、利用者に権限を与える。権限および権限の分類上の変更がこのモデルにとって重要なのである。このモデルは市民としての利用者に関心を払う。この民主主義アプローチは意思決定への利用者の直接参加を高める組織機能ともっとも明瞭に結びついている。<sup>3)</sup>

見られるように、このアプローチ・モデルは、「消費者主義アプローチ」モデルと異なって、高齢者・障害者といったケア・サービスの利用者や、「ケア・サービス市場」に立ち現われる単なる「消費者」としてではなく、組織とケアにおける発言権と意思決定への参加権を有する「自立した市民」として位置づけて、利用者のかかる権利行使を組織的に保証するものである。

サッチャー政権が主張した「ケアの混合経済」は、ケア・サービスの利用者が市場原理に基づい

てケア・サービスを「選択する」、すなわち、「購買する」ことで公的ケア・サービスの費用を抑制しようとするものであった。したがって、1990年に成立した「コミュニティ・ケア法」は、本来、そのような経済効率性を社会福祉サービスのエリア全体にもたらそうと企図されたはずであった。しかしながら、「福祉国家体制」の枠組みを構築したベヴァリッジ報告以後の、戦後イギリス資本主義社会を支えてきた福祉国家体制の社会経済システムを突き崩すことは誰にも容易なことではない。多くの国民にとって社会福祉システムは生活していく上での当然の前提であるからである。そこで、サッチャー政権は、福祉国家体制のイデオロギー（ケインズ主義＝大きな政府、フェビアン社会主義＝産業国有化それにベヴァリッジ主義＝完全雇用を含む社会福祉事業）を批判するという遠回りをして、福祉国家体制の政策的枠組み—経済・産業政策と社会政策との結合—を崩していかうとしたのである。ここではそのことに詳しく論及する余裕がないので、別の機会に譲る外ないが、それでも、彼女が「労働組合との対決」・「公益事業の民営化」・「社会保障予算の削減」などを推し進めていったことは確認されるべきだろう。その意味でまた、1993年から実施されるようになったコミュニティ・ケア法には、サッチャー政権の思惑と現実との要素が入り混じっている様を見てとることができるのである。そこで次に、コミュニティ・ケア法に行き着くまでの過程を時系列的に簡潔に追ってみることにしよう。

## 「グリフィス報告」から 「コミュニティ・ケア法」へ

サッチャー政権は「社会福祉サービス」に対して次のような基本政策を採った。すなわち、社会福祉事業に対する国の負担を減じるためのプライヴァティズム路線を変更することなく、ケア・サービスの方向を居住施設型ケア・サービスからコミュニティ・ケアへと移していく政策を進める、これである。そしてそのために、第1段の『グリフィス報告』（1988年3月）、第2段の『白書：人びとのためのケア』（1989年11月）、そして第3段の『コミュニティ・ケア法』（1990年、1993年実

施)がそれぞれ用意されたのである。これら一連の社会福祉支出の削減とケア・サービスの民営化＝プライヴァティズムによる社会保障制度の規模縮小と再編は、実質的にベヴァリッジ主義に基づくイギリスの社会福祉制度全般の見直しに繋がっていくことになるのである。

## 1. グリフィス報告

地方自治体の支出項目を監査する会計監査院は、1986年に保健医療や他の社会福祉サービスを扱う機関を調査し、その結果を『コミュニティ・ケアの現実』(Making a Reality of Community Care)と題して報告し、高齢者ケアが公的資金によるナーシング・ホームなどの費用のかかる居住施設型ケアに依存するために、費用のかからない在宅ケアを望んでいる高齢者に有効なサービスの実施が妨げられている、と「コミュニティ・ケアの現実」を批判した。この報告を受けたサッチャー保守党政府は、1987年3月にロイ・グリフィスにコミュニティ・ケア・サービス(特に高齢者のコミュニティ・ケア・サービス)の組織と財政について検討するよう求めた。翌88年3月にグリフィス調査委員会は『コミュニティ・ケア：行動のための指針』(Community Care: Agenda for Action)と題する「グリフィス報告」を政府に提出した。そして翌89年11月に「グリフィス報告」に基づいて『白書』が書かれることになり、そして「コミュニティ・ケア法」の成立へと連なっていく。

コミュニティ・ケア法の起点はグリフィス報告である。この報告は「コミュニティ・ケア政策を推進する公的財源の用いられ方の現状に検討を加え、それらがより効果的なコミュニティ・ケアに繋がるような選択肢を勧告」し、次のような「ケアの転換」を求めた。すなわち、ケアは、

できる限り長い間自宅で、またできる限り自宅に近い環境で暮らすことができるよう援助されるべきであり、居住型福祉施設、ナーシング・ホームおよび入院治療などは、これら以外ではニーズを満たせない人びとのために用いられるべきである。<sup>4)</sup>

グリフィス報告は高齢者ケアや障害者ケアのた

めにコミュニティ・ケアをどのように実施していくべきか、その「行動の指針」を提示したものであるから、現にそれらのケア・サービスの遂行に責任を負っていた地方自治体のSSDに次の6項目を実行するよう勧告し、コミュニティ・ケアの拡大を図るべく指示したのである<sup>5)</sup>。

- (1)コミュニティにおいてケアや援助を必要とする人たちを見いだす仕組みをつくる。
- (2)人びとのニーズは、その人が置かれている状況を考慮して、評価する。
- (3)ニーズをもつ本人とインフォーマルな介護者の意見や希望を考慮しつつ、最適な「ケア・パッケージ」を決定する。ケアがSSDによって直接提供されるか、間接的に提供されるかは問わない。
- (4)利用できる資源と、他の人たちと競合するニーズに基づいて、その人に対する優先順位を決定する。
- (5)決定されたサービスのパッケージに基づいてサービスを実施する手筈を整える。
- (6)提供されるサービスのパッケージおよびその人のニーズとその人を取り巻く状況について継続的に評価する。

これら6項目の勧告はほぼコミュニティ・ケア法に盛り込まれることになるが、(3)の「ケアがSSDによって直接提供されるか、間接的に提供されるかは問わない」とした点はコミュニティ・ケア法では変更されて、既に述べたように、SSDの役割はケア・サービスの利用者と提供者との間の調整役だとされることになる。

ところで、この勧告は、一見すると、SSDの機能範囲の明確化を勧めているにすぎないように思われるかもしれないが、実際には、コミュニティ・ケアの細分化、フォーマル・ケアにおける地方自治体の「独占的役割」の抑制、インフォーマル・ケアや準フォーマル・ケアによる安価なケア・サービスの奨励、行政と運用の分化、財源の管理の中央集権化などが意図されていたのである。アラン・ウォーカーが述べているように、これは「国の守備範囲を後退させる同時に国の管理を集権化する、というニューライト戦略の一つの現われ」であった<sup>6)</sup>。

## 2. 『白書』

このような内容をもつグリフィス報告は、『白書』に引き継がれ、①在宅被介護者へのサービス、②介護者へのサービス、③ケア・サービス提供の際のアセスメント、④各機関の責任分担の明確化、⑤公的財源の有効な活用、⑥ケアの混合経済、というケア改革の「6つの基本原則」として強調されることになる<sup>7)</sup>。要するに『白書』は、グリフィス報告を受けて、「ケアの混合経済」を前提に、在宅ケアに重点を置いたコミュニティ・ケア・サービス、限られた財源を「有効に活用する」コミュニティ・ケア・サービス、それに「家族・近隣住民・友人などの介護者によって提供される」インフォーマル・ケア・サービスや準インフォーマル・ケア・サービスを基礎に「ケアの社会的承認」を得ようとしたのである。『白書』はこう強調している。

質の良い公的サービスと並んで、現在盛んになりつつある私的セクターの開発を進めること（中略）。SSDは、条件整備的な機関になるべきである。したがって、私営営利およびボランティアのサービス供給組織を最大限に活用することは、今後、SSDの責務となる。<sup>8)</sup>

ここで指摘されている「私的セクター」にはもちろん協同組合（ケア協同組合）も含まれる。要するに、『白書』は、ケア・サービスの「限られた公的財源」を有効に活用するために、ケア・サービスの提供からSSDをできる限り引き離し、ケア・サービスの供給を公的セクターから営利事業体や非営利組織に移行させていく「ケアの混合経済」への筋道を示したのである。

## 3. コミュニティ・ケア法

このように、グリフィス報告と『白書』を経て、1990年に「コミュニティ・ケア法」が成立する。この法律の内容は、総じて、グリフィス報告と『白書』で示されたそれと同じである。したがって、例えば、グリフィス報告がもっている2つの側面と、『白書』が示したコミュニティ・ケアのコン

セプトとをコミュニティ・ケア法は引き継いでいるのである。

グリフィス報告には、サッチャー保守党政府が推奨する「ケアの混合経済」に基づくコミュニティ・ケアの促進が謳われていると同時に、他方で「地方自治体がコミュニティ・ケアの主要な責任を負うべきである」とのことが謳われていた。前者は、当時のサッチャー首相が常々言っていたことで、SSDによる公的なサービスは「家族、友人、近隣の人たち、およびその他の地方の人たち」を支援するそれであるべきだ、とする「女性による在宅（家族）介護」の奨励である。

しかしながら、後者は、ある意味で、保守党にとって一したがってまた、労働党にとっても一驚くべき内容を伴うものであった。すなわち、地方自治体は、特にSSDは実際のケア・サービスの利用者<sup>コオーディネーター</sup>と提供者の間に存在する調整者にその役割を限定されたにもかかわらず、「地方自治体（SSD）がコミュニティ・ケアの主要な責任者」である、とされたのである。サッチャーの「中央政府が地方自治体の権限、とりわけ資金の調達および支出の権限を積極的に制限している時に、中央政府の顧問が財源を地方自治体に移行する措置を伴う提案を持ち出してくるなど、予想だにできなかった」のである<sup>9)</sup>。グリフィス報告は何故そのような結論を導き出したのか、直接的な理由は不明であるが、それでも推測することはできる。それは、家族や友人や隣人によって提供されるコミュニティ（在宅）ケア・サービスを援助するための資金やその他の物的資源を管理・使用するのには、保健機関のような公共機関よりも地方自治体のSSDの方がはるかに適切なポジションにある、ということである。コミュニティ・ケアを促進しようとするのであれば、そのための財源や資源を地方自治体に移行し、それらの管理・使用についての地方自治体の権限範囲を広めることは蓋し当然である、と言うべきだろう。もし、それにもかかわらず、保守党政府が政治的行為を弄するあまり、地方自治体の権限を制限しようとするのであれば、コミュニティ・ケア・サービスの利用者であり提供者でもある「市民」を愚弄するものだと非難されるであろう<sup>10)</sup>。グリフィス報告は、その意味で、

この点については正しい結論を導き出したのである<sup>11)</sup>。実際のところ、コミュニティ・ケアは地方自治の権能を高めることなしには達成されないのである。

コミュニティ・ケア法はまた『白書』のコンセプトを引き継いでいる。『白書』はコミュニティ・ケアを次のように定義した。そしてこの定義をコミュニティ・ケア法は引き継いだのである。

コミュニティ・ケアは、高齢、精神疾患、精神的ハンディキャップ、あるいは身体障害、あるいはまた感覚障害といった問題によって影響を受けている人たちが、自分の家で、あるいはコミュニティでの「家庭的な」環境の下で、できる限り自立して生活することができるようにするサービスと援助を提供する。

ところで、コミュニティ・ケアは何もミセス・サッチャーや保守党政府が言いはじめたわけではない。コミュニティ・ケアは、既に1940年代前半にベヴァリッジによってその骨格が示された「福祉国家」の創設以来の社会福祉政策に見られたし、また多くの国民もコミュニティ・ケアの価値を尊重してきた。マリアン・バーネスは、彼女の『ケア、コミュニティそして市民』のなかで、「コミュニティ・ケア・サービスは、戦後の合意を通して、法定（公共）セクターとボランティア・セクター双方の内部で発展してきた」、と述べている<sup>12)</sup>。では何故、この時期に「コミュニティ・ケア」が社会福祉サービスの政策として採用されるようになったのであろうか。それには、2つのことが考えられる。1つは、地方自治体のSSDがこれまで行なってきたケア・サービスの範囲を制限しようとする意図である。SSDは、高齢者、障害者それに精神的な健康問題を抱えている人たち、コミュニティにおいて自分一人で、あるいは家族と一緒に生活している学習障害者のために、ホーム・ヘルプ、デイ・センター、ランチオン・クラブなどのケア・サービスを提供してきたし、また高齢者や障害者のために訪問作業理学療法士、ソーシャル・ワーカー、物理療法士、コミュニティ看護士を派遣して、文字通りの「コミュニティ・ケア」を実践してきた。コミュニティ・ケア法は、

このようなSSDの活動を「ケアの混合経済」の下で実践せよと言い、それらの「コミュニティ・ケア・サービス」を外部的、市場化、民営化せよと言うのである。一方でSSDに「主要な責任者」としての地位を与えておいて、他方でケア・サービスにおけるSSDの役割を制限するのはコミュニティ・ケア法の1つの矛盾を示すものである。

もう1つは、「親類縁者のケア義務が忘れられている」との、ミセス・サッチャーのような保守主義政治家の叫びにもかかわらず、実は、これまでも家族や隣人によってインフォーマルなコミュニティ・ケアが担われてきた、という現実があるのであって、コミュニティ・ケア法はそのような状況を追認しつつ、コミュニティにおいて普通の、自立した生活を送れる人と送れない人との区別を見直して、公的サービスの管理運営のあり方を変更し、コミュニティ・ケアの中身を変えたのである。社会福祉政策の強調点が、「国が市民の福祉を保障すること」から「福祉やケアの個人的責任やそれらのサービスの個人的選択」に置かれるようになったのである。換言すれば、この政策によって、公的サービスの説明責任が稀釈化され、ケア・サービスの利用者は単なる顧客か消費者とみなされるようになり、自分自身と家族の福祉やケアを引き受ける市民の責任が強調されるようになったのである。「1990年法が要約しているものは、ケアの均衡と境界の変更」である、と言われる所以である。

## コミュニティ・ケア とシチズンシップ

コミュニティ・ケアについては、先に、『白書』の定義を引用しておいたが、この定義はそれはそれで理解できるものである。それに加えて、『白書』は「ケア」について言及し、「ケア」は、例えば、「保健・医療ケア」(Health Care)であり、「社会生活を営むためのケア」(Social Care)であり、また「居住施設ケア、療養・治療ケア」(Residential Care, Nursing or Hospital Care)である、と述べている。また『白書』は、「ケア」とはどのような行為を遂行するものなのか、どのようなサービスを提供するものなのか、を明示し

ている。例えば、「社会生活を営むためのケア」とは、「移動、身の回りの世話、家事一般、家計管理、住宅、レジャーそれに雇用のための支援」である、と『白書』は記し、さらにケア・サービスを提供することによって達成されるべき目的についてこう述べている。

生活するのに必要な基本的なスキルを身につけ（あるいは取り戻し）て、できる限り自立できるようにし、また潜在能力を十分に引き出すことである。

これは『白書』による「ケア」の定義であり、この定義もそれはそれで理解できるものである。ただし、「ケア」の定義と関わっていくつかの批判がある。例えば、「社会生活を営むためのケア」のなかに住宅（あるいはハウジング）、レジャーおよび雇用のニーズを、「ケア」を必要とするニーズであるとみなすことは、すべての市民が共有すべきニーズを、「ケア」を必要とする特定の人たちのニーズにしてしまうこと、換言すれば、彼らの自立ではなく、依存状態を肯定してしまうことにならないのか、あるいはまた、普通の市民であれば生活していくのに必要不可欠だと考えられるものが、何故、高齢者、身体障害者、学習障害者それに精神疾患を経験した人たちの「ケア項目」に入れられてしまうのか、という批判である。これらの批判は、「コミュニティの質」と人びとの「生活の質」を向上させていくのは高齢者や障害者など含めた「市民」の仕事である、との立場からの批判である。換言すれば、コミュニティ・ケアに関わって、かかる仕事は、そのコミュニティで生活するすべての人びと一健常者であろうと、高齢者や障害者であろうと一が市民としてその仕事に参加し参画するのであって、決して人びとを分離したり隔離したりしてはならない、との立場からのそれである。

このような批判には、おそらく、プラグマティックな回答しか用意できないかもしれない。住宅、レジャーそれに雇用といったニーズは、現に高齢者や障害者の所得、満足、生活上のスキルの向上の源泉となるものであり、また彼らにとっての「コミュニティ・アイデンティティ」の源になり得る

ものだ、ということなのである。別な言葉で言えば、このような批判に対しては、ケアを必要としている人たちのための「住宅、レジャーそれに雇用に關わる個別政策」を以って回答を示すのではなく、「コミュニティ・ケア政策」を以って回答すべきだ、ということなのである。何故なら、SSDは「不動産管理機関」でも「住宅関係機関」でも、また「職業紹介所」でも「教育委員会」でも「地域経済開発局」でもないが、しかし、高齢者や障害者などさまざまな特殊なニーズをもつ人たちは、SSDがこれらすべての機関や部局の機能をもち、そのためのサービスを提供してくれるよう求めてくるからである。ケア・サービスを利用している人たちや必要としている人たちが自立して生活していく保障を確かなものにしていく手段・方法を「コミュニティ・ケア政策」として確実に採り入れていくことが肝要になるのである。

「ケアの混合経済」を前提としたコミュニティ・ケア法は1993年から実施されて、ケア・サービスの外部化、市場化、民営化も進んできた。しかし、他方でこのような批判も次第に現われてくるようになり、またケア・サービスの外部化、市場化、民営化にしても、営利組織が対人ケア・サービスのエリアから漸次退いていき、その代わりに「コミュニティの質」の向上をコミュニティ・ケアの目標にかかげるケア協同組合やボランティア組織などの非営利組織が次第に増加してきている。

これらの非営利組織は、コミュニティ・ケア法をケア・サービスの利用者の立場から捉え直し、またその欠点を補填していく役割を果たしているのである。とはいえ、これらの非営利組織が行なっていることは、それほど難しいことではないのであって、要するに、すべての人びとを分け隔てせずに「市民」として平等、公正に対応し、彼らがケア・サービスのプロセスに関わる意思決定に参加できる手筈を整える、という「社会的統合」

(Social Inclusion)の要諦を実践しているだけなのである。これは、非営利組織による「コミュニティ・ケアとシチズンシップ」の整合を意味するものである。

前にも述べたように、コミュニティ・ケア法は「ケアの混合経済」を前提とし、市場原理に基づく経済効率性あるいは「ケアの費用効果的選択」



を強調する社会保障行政の合理化を優先させる内容をもつものであるが、これに対して、ケア・サービスの「利用者の立場」からこの法律を捉え直して、ケア・サービスの非営利組織と利用者との双方によってコミュニティ・ケア政策を推し進めことを提案し、実践している人たちや非営利組織が次第にその声を大きくしてきている。そこで最後に、そのようなコミュニティ・ケア政策に論及している人たちの1人であるアラン・ウォーカーの主張を紹介して、本稿を閉じることにしたい。

「スーパーマーケット型消費者主義」に由来するコミュニティ・ケア法が「利用者の参加」を云々する場合、それは、「サービスの利用者は、自動的に特定の製品（ケア・サービス）を忌避したり、市場から出ていったり（不買）する力をもつ、ということをも前提」にしているのである。しかしながら、このことは、「消費財の市場に関して事実であっても、社会的ケアの領域では成り立たない」のである。実際のところ、「高齢者の多くは障害をもっていたり、体が弱かったり、病気だったりする。彼らは、あれこれの店（ケア・サービスの提供者）を見て廻ることはできないし、（ケア・サービス）市場から出ていける見込みもないのである」。言葉の真の意味でのケア・サービスにおける「利用者の参加」とは、ノーマライゼーションが社会的、組織的に確立していることを前提にして、ケア・マネジメント（ケア・パッケージ）をはじめとする意思決定過程に利用者（その代弁者）・介護者が直接間接に参加することであって、ケア・サービスの利用者が「ケア・サービス市場」で、「ケア・サービス・メニュー」から気に入ったサービスを選択することではないのである。ましてや、高齢者や障害者には、本来的に「選択の幅」が限定されているのである<sup>13)</sup>。

ナーシング・ホームやケア・ホームに入居している人たちにとって、それが公営であれ民営であれ、施設提供者が「独占的な力」をもっているのであり、入居者本人には「選択の余地」などないし、また「理論的にどんなに選択の余地があったとしても」、実際に選択できないのであれば、「消費者の主権」は行使できないのである。さらに高齢者や障害者の「社会生活を営むためのケア・サービス」は、それが確かに「金銭的な取引」で

あるからといって、サービスの購入者がサービスの供給者に対して影響力や支配権を必ずしも行使できないのであり、このことが通常のサービス市場や消費財市場と決定的に異なるのである<sup>14)</sup>。

そこで、「力の弱いサービス利用者がサービスの供給者に影響力を発揮できる唯一の方法は利用者またはその代弁者がサービスの組織や経営に対する発言権を保証されること」である。何故なら、そうすることによってはじめて、ケア・サービスは実際に利用者のニーズを反映させることができるようになるからである<sup>15)</sup>。

このようなウォーカーの主張を彼自身のことばで要約すると次のようになる。彼の言葉は、ケア協同組合や他のケア・サービスの非営利組織にとって大いに示唆に富んでいる、と言うべきだろう。

消費者志向のモデルとは対照的に、利用者中心の考え方、または利用者の権限を強化しようという考え方は、ニーズの査定だけでなく、サービスの展開、経営、運用にも利用者を参加させることを目指している。その目的は、利用者または潜在的な利用者、自分たちのニーズとそれに応じたどんなサービスが必要かを明確にする機会を提供することにある。介護者も介護を受けている者も潜在的なサービスの利用者ともみなされる。必要な場合には、精神障害をもつ高齢者の利害を代表するために独立した代弁者が立てられることになるだろう。サービスの利用者の自己決定権、ノーマライゼーション、(人間的) 尊厳を尊重する形で組織化されるであろう。サービスは、自由裁量ではなく、権利として配分され、独立した検査と苦情処理の手続きが保証され、民主的な監視の下で実施義務を果たすことになるだろう。<sup>16)</sup>

(本稿は2002年10月19日に明治大学で開催された「非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」設立記念講演に加筆・修正したものである)

- 1) アラン・ウォーカー著 (渡辺雅男・渡辺景子訳)『ヨーロッパの高齢化と福祉改革：その現状とゆくえ』(ミネルヴァ書房、1997年)、p.69.
- 2) 同上、p.69.
- 3) Kristen Stalker, *The antinomies of choice in community care, Needs Assessment and Community Care: Clinical Practice and Policy Making* (Edited by Steve Baldwin, Butterworth-Heinemann, 1998), p.91.
- 4) バーバラ・メレディス著 (杉岡直人・平岡公一・吉原雅昭訳)『コミュニティ・ケア・ハンドブック：利用者主体の英国福祉サービスの展開』(ミネルヴァ書房、1997年)、p.28.
- 5) 同上、p.29.
- 6) アラン・ウォーカー、前掲書、p.63.
- 7) バーバラ・メレディス、前掲書、pp.32-36.
- 8) 同上、p.34.
- 9) Marian Barnes, *Care, Communities and Citizens*, 1997, p.1.
- 10) 日本の場合も、2000年4月の公的介護保険の開始に際し

- て、財源を徴収する権限を当時の与党「自公」が与えなかったことから、浅野史郎・宮城県知事が政府を批判している。「介護保険見直しは自治の侵害」(朝日新聞『論壇』、1999年11月19日付)を参照されたい。
- 11) コミュニティ・ケア・サービスについての地方自治体の責任と権限強化とをグリフィス報告が謳ったことは、「グリフィス報告」のタイトル、すなわち、「公的資金がコミュニティ・ケア政策を援助するために用いられる方法の検討および効果的なコミュニティ・ケアに寄与するよう資金の使い方を改善する行動の選択についての助言」から想定できるかもしれない。
  - 12) M. Barnes, *op. cit.*, pp.2-3.
  - 13) アラン・ウォーカー、前掲書、pp.72-73.
  - 14) 同上、pp.73-74.
  - 15) 同上、p.74.
  - 16) 同上、p.74.

(なかがわ ゆういちろう、明治大学政経学部教授)

## 【事務局ニュース】 2・論文募集

研究所機関誌『いのちとくらし』に掲載する論文を募集します。応募の内容は以下の通りです。詳細は、事務局までお問い合わせください。

○字数：(図表、写真を含めて)400字詰め原稿用紙30枚(12000字)以内

○掲載の有無については、研究所機関誌委員会にて決定させていただきます。

○募集する主なテーマ

1：NPO、非営利・協同組織における経営・管理問題

組織論、組織構造論、経営論、所有論、労働組合と経営参加、政策と統制、賃金論、地域社会と医療社会サービス組織、など

2：日本の医療、福祉政策・制度の現状分析と提言

政府医療社会保障政策批判と対応策の提言、社会政策・労働政策批判、制度比較分析、など

3：新自由主義と市場経済論の打破

現状イデオロギーへの批判、基本的理念の歴史的分析、具体的実態分析と非営利・協同セクターの方向、公的セクターとの関係分析提言、など

4：非営利・協同の実践・理論探求

NPO論、政治・社会システム論、ヨーロッパ社会的企業(社会サービス、雇用)調査、非営利・協同セクター運動論、など

5：その他

# 介護保険にどう取り組むか

増子 忠道  
林 泰則



林 今日、介護問題をテーマに、介護保険の現状や今後の改善の方向についてお話をお伺いしたいと思います。内容は大きく3点くらいになるかと思います。

ひとつは、介護保険スタート以降、自己負担による利用の抑制やサービスの基盤整備の遅れなど、さまざまな矛盾や問題点が噴出し続けています。しかし、一方で、厚生労働省は「制度は順調に推移している」との評価を何ら変えていません。厚生労働省のこの現状評価と、地域の利用者・高齢者や事業所の実態とのギャップをふくめて、介護保険の現在をどうみるべきか、どう評価すべきか、このことをひとつめにおうかがいしたいと思います。

それから、現在こうした中で制度の見直しはがはかられようとしています。今年の4月からの介護報酬の改定、新たな介護保険事業計画の施行、それらに対応した介護保険料の見直しです。介護保険はある意味で新たな段階にさしかかる時期と思われませんが、これらの一連の見直しによって、果たして現状の困難・問題点は解決されるのか、さしあたりの制度改善のテーマは何か、これが第2

点です。

そして、2005年には介護保険法そのものの改定が予定されています。「できるものは2005年を待たずに、1年前倒ししてでも実施する」といった厚生労働省の担当官の発言も報道されているようですが、少し長いスパンでみたときに、介護保険制度の抜本的な改善とともに、介護保険をふくめた介護保障全体の枠組みをふくめた大きなところでどのようなことが課題となるのか、先生はとくに医療との関係でいろいろ提言されておられますが、少し掘り下げていただければと思っています。

増子 いずれもたいへん重要、重大で難しい問題ですね。

## 介護保険をどう評価するか

林 さっそくですが、介護保険がスタートしてこの3月で丸3年を経過することになります。そもそも「介護の社会化」とか、「在宅重視」とか、「サービスの自由な選択」といった理念で実施されました。しかし実際は準備不足の中で見切り発車でスタートさせたこともあり、制度自体の欠陥をかかえたまま、さまざまな矛盾が出てきています。

たとえば、1割の利用料負担がたいへんでサービスの利用を減らす、とりやめるといった事態。それからたまたま今日(2月5日)の「朝日新聞」の一面に、全国で特養待機者が23万人も達しているという調査結果が報道されています。こうした介護保険の現状をどうみるのか、まずおうかがいしたいと思います。

増子 私などは介護保険の登場ということに対しては、当初話が出た時から、本当にうまくいく

かどうかということで心配をしたわけです。しかし、介護保険それ自身いろいろな問題があるにしても、それはそれでいろいろ言及して、制度ができたならそれを何とか活用したいという立場でやってきました。

この3年間で言うと、われわれの期待は大きく外れたということです。少し功罪で言うと、私は介護保険で3くらいプラスがあったと思いますが、7くらいマイナスだと思います。ですから全体としては、改善に寄与したかどうかという点では、私の言い方では60点を合格点にすれば50点だろうと思います。

一番期待として外れた点は、彼らが言っている看板は全部、見事に外れたということです。在宅重視などということは、まったくいっさいなかったのです。これで介護地獄から救われるというようなことについては、ほとんどなかったということです。

むしろよかった点で言うと、介護ということが全体としては少し社会的に認知されて、いくらかそれについての利用が軽いレベルでは広がったということです。それはよい点だったと思います。しかし、結局それで保険料の問題にしても、一部負担の問題にしても、本来必要である人から見ると、むしろ遠のいた部分もあるという点で言うと、本当に功罪相半ばして、いくらかまずい方に点数が入るということだと思います。

ただ、サービスの提供、供給の問題で言うと、この介護保険で、とくにデイサービスとかが非常に足りないとは言われているけれども、業者が競って参入するようになった部分もあるので、その面もまったくマイナスだったとは言えません。しかしグループホームなどでは特別にやられているように、たいへんいかがわしいような業者も参入しているという点で、株式会社に福祉の参入、扉を開いたことは結果としてはどうだったのだろうか、非常に難しいことです。

これから国民がそういうことを、功罪をよく冷静に見ながら、問題点を自分たちの力で解明して、運動をして改善する。場合によっては、将来的に介護保障という新しい道へ進むという意味での、われわれから言うと実験的な段階なのかなと思います。過程的な段階かと思います。悪く言えばダ

メですが、よく言えば、ここを踏み越えて前へ進むという意味でしょう。

林 確かにトータルで見ると、サービスの利用量は増えていきますね。厚生労働省の資料でも、だいたい右肩上がりに伸びていることがわかります。ただ一方で、サービスの利用が増えた人、介護保険でよくなった人も確かにいますが、逆に経済的負担がたいへんで、ますます利用できなくなっている人も一方にいる。利用料などの負担能力による利用の階層化がますます進んでいるのではないかと思います。



増子 もともと介護保険の制度の立案は、中流家庭を救うということにねらいがあったので、生活が苦しい人にとっては、もともと最初から制度として厳しい制度なのです。そういう点では、その通りになっている、制度通りだということです。

だから厚生労働省が言う順調ということは、彼らが言っているねらいは、それなりに果たしていると思うのです。中流にもいろいろ定義がありますが、中流の人たちにとっては利用しやすくなったし、そういう人たちにとっては選択の幅がそれなりに広がっているということです。しかし分解して見ると、経済的にきびしい人にとってみれば、介護はどんどん遠のいているということです。ですから、そういう点で言うと、介護というものは本来、誰でも受けられるものだという理念からすると、ちょっと理念から外れている部分がかなりあって、われわれのような地域でやっている者からすると、悔しい思い、残念な思いがたくさんあります。

林 「介護の社会化」、つまり社会全体で介護を支えるということが理念として掲げられました。一昨年、全日本民医連で実施した「介護実態調査」では、1人暮らしの高齢者や、高齢者夫婦のみの



いわゆる老老世帯での深刻な実態が明らかになりました。結局、家族介護に期待できないこうした世帯では、お金がないとサービスの利用ができないので、どんどんたいへんな事態になっています。制度本来の趣旨からすれば、そういう層が救われなければいけなかったのでしょうか。

**増子** そうでしょうね。もう少し言えば、中流と言っても実際のところでは、今言ったように1人暮らしとか、老老世帯とか、そういう人たちが全体として見れば、経済的に恵まれない世帯に入ります。結局、本来、介護保険で救うべきとして対象とした者は、おっしゃる通りに、その意味では外れているということです。経済的にとにかく弱い人たちにとっては、非常に使いにくい制度です。ですから本来、本当に必要とされている人にとっては遠のいて、多少、それほどでもないけれどもちょっと利用しようという人にとっては、すごく利用しやすくなっているということがあります。

**林** 確かにそういう利用者もおられます。利用が広がっているというのは、そういうところなのでしょうね。

**増子** それと、もう1つあるのは、在宅重視と言いながら、結局は、結果としては制度的に施設の方に利用者を流してしまっているということです。だから施設不足が圧倒的に顕在化しました。それは在宅がダメだということではないのですが、在宅ではとても支えきれぬような介護保険ではないので、全体としては施設に流れざるを得ないの

で、待機者が膨大に増えてくるのはあたり前だということです。

**林** ところが、市町村の新たな事業計画でも、国は足かせをはめて施設の建設を抑えています。

**増子** もともと増やす気はないです。

**林** そういうことですね。今の保険財政のしくみでは、施設や在宅サービスを増やすと介護保険料に跳ね返ってきますから。

**増子** ですから、私がこの本（※）にも書きましたように、介護保険は動機が不純なのです。

**林** 動機が不純だと。

**増子** 手続きが不明朗だ、内容は貧弱だと。

**林** いいところがないですね。

**増子** このことは介護保険ができる前に指摘したことです。だからと言ってつぶせとは思わなかったですが、動機が不純だった、その動機通りです。しかし、その見込みも違った。医療保険を救おうと思った動機は、残念ながら果たしていない。いろいろな議論もしないで、手続きがいい加減でした。内容については、今言った内容です。だから、そういう点で言うと、大きくこの3年、5年という節目で、国民的な意見を集中して、制度的には抜本的な改善をしないとまずいということです。

### 介護報酬改定は焼け石に水

**林** いろいろと現状の問題や制度の評価についておうかがいしましたが、現在、冒頭で申し上げた3つの制度見直しがされようとしています。ひとつは市町村の介護保険事業計画が見直されて、基盤整備の計画が新たに衣替えをしていくということ。それから、いま事業所の中でそうとう話題になっていますが、介護報酬の改定です。そして、介護保険料の問題。あるマスコミの調査では、8割の市町村で保険料の引き上げを計画していると

いうことです。そういった一連の見直しの中で、先生がおっしゃられたような問題点が果たして改善するのかわかりませんが。

**増子** 全然ダメでしょうね。仕組み自身が非常によろしくない所があって、1号被保険者の援助の問題にしても、仕組みとしては高齢者に負担がかかるようになってしまっていますから。だから介護保険全体の量が増えると、かなりの比率で高齢者にしわ寄せがいく。保険料も必ず上がる仕掛けになっているので、たいへんその点は制度的な意味での基本的な欠陥だと思います。そういう仕組みになっているので、介護保険の根本的な制度をかえない限りは、自動的に上がるわけです。

**林** そうですね。その仕組みは介護保険制度の根幹にあたる部分ですから、厚労省はそこを変えようとは絶対に言いませんね。

**増子** 実際、そこはたいへん問題です。

**林** 介護報酬の改定ですが、1月23日に答申が出されました。それぞれの事業所でも今後どうしていくかということで議論が始まっています。中身としては、報酬全体で2.3%の引き下げですので、これで質の向上だとか、在宅重視だとかはかれるのかと、疑問や怒りの声が出されています。先生は今回の改訂をどうご覧になっていますか。

**増子** 私は、介護報酬というか介護保険というか、全体のいろいろな問題がありますが、全体に介護にかかる費用というのは、もっと増えていいと思うし、増えざるを得ないと思います。今回はそれを総枠としては同じかも知れませんが、おさえ込もうとしている点では間違っていると思います。こういうことを見る時には、こういう介護報酬の改定が、国民にとっていい方向にいつているのかどうかということと、働いている人たちにとって、いい方向なのかどうかということです。それでトータルとして、すべての制度の中で均衡がとれているかという、いくつかの見方があると思います。

国民にとってみると、この点数が下がって利用

料が下がるという側面があります。

**林** 確かにありますね。

**増子** その点では全部ダメとは言えませんが、サービスが下がる心配が非常にあります。ですから利用料が下がる時もありますが、サービスが下がってしまうという危険が一番あるのは、要するに働いている人たちの賃金や労働条件が、また下げられるということです。その結果、人手不足や何かも含めて、質の低下などを私はたいへん心配だと思います。ですから、そのへんが結果としてはデフレとかいうことの口実で言われていますが、サービスの質が下がって、量が悪くなって、働いている人、とくにヘルパーさんたちの身分・待遇がさらに悪くなるという心配をたいへん危惧しています。

結果として、今でも言われていますが、ヘルパーは非常に不足しているのです。昔は看護師不足が大問題でした。今はヘルパー不足は言われていませんが、現場ではものすごいです。辞めてしまうし、なり手がいないのです。絶えず慢性的不足で、サービスを提供できません。これでさらに報酬が下がって、賃金が下がったら、なり手がどれだけいるのでしょうか。そういう意味では、介護保険の基本の働き手にとっては、たいへん悪い結果だということで、あまり希望がもてる内容ではありません。

**林** ヘルパーをめぐる問題は社会問題として浮上しつつあります。労働組合やヘルパーの交流会などでも強い声があがってきています。生活できる賃金が保障されないという点がまず大きな問題ですね。ただ、介護保険が始まってはじめて起こってきた問題ではありませんよね。

**増子** もちろんそうです。

**林** 介護保険以前の時代からの問題を引きずってきて、それが結局改善されてこないということですね。

**増子** 介護保険が今までのヘルパーの状態を固

定化してしまったのです。そこが問題なのです。固定化して、その上に乗ってしまって、制度的に改善する道を閉ざしているわけです。今までの個人契約ではなくて、会社と利用者、あるいは法人と利用者という形にするということになったのですが、実際にはそこに働いているヘルパーさんたちは、近代的な労働者としての契約がまったくできていない、80%くらいされていません。

だから、そういう人たちの労働をもっと本来は近代化することによって、介護保険は機能する予定だったわけですが、そこも完璧にさぼったということ。しかも固定化してしまい、もう改善の余地はないというくらい悪くなっています。

林 圧倒的に、ヘルパーはいわゆる登録型といわれる雇用形態となっています。直行直帰の時間決め契約で、利用者から利用者のお宅へ渡り歩く形態です。介護の質の統一とか向上が困難になっている一因にこうした雇用形態の問題が1つはあるのではないかと思います。

介護報酬の細かな話になりますが、今回の改訂で複合型という区分がなくなりましたね。

増子 そうですね。

林 身体介護、複合型、家事援助の3区分から身体介護と生活援助の2本立てになりました。報酬の単価をみると、短時間のところでは引き上がっているのですが、長時間の介護の場合に30分ごとに算定される加算部分がずいぶんと減らされています。

増子 巡回型を重視するということでしょう。滞在型、長時間型というのは、今までの家政婦会からの伝統を引き継いだものだから、それはいくらか割高になっているという感じだと思います。移動する時間などのことを考えると、そういう計算はそれなりに意味があると思うのですが、ただ実際には、われわれのところも巡回型をよくやっていますが、巡回型の分は少し上がる感じがしますが、滞在型なり、あるいは中間型の複合型というのは、われわれが試算するとそうとう下がってしまいます。

多分、複合型というものが、どう分かれるかというところが、全部、事業所の側とケアマネジャーの悩みどころになるのでしょうか。うちの計算はそれが、家事援助が両方とも同じに全部行って、身体介護は身体介護で残るとして計算すると、1%くらいマイナスでしょうか。

林 1%マイナスですか。きびしいですね。

増子 ひどいことになっています。それだけ濃厚なケアをすると、そうなっているわけです。家事援助ばかりやっているところは上がるのですが。だから全体としてはかなり、事業所によってばらつきが生まれてくるのではないのでしょうか。

林 コムスンとかニチイ学館などの大手の事業所は、どんな部分に焦点をあてて訪問介護を展開していくのでしょうか。やはり短時間の巡回型ですか。

増子 ニチイ学館は短時間に移行すると思います。コムスンもそうではないでしょうか。そちらの方に、利益が上がるという判断をして。

林 そういふところにいくのでしょうかね。

増子 家政婦会の方は、逆に家事援助型が多いですから、そちらの方でそれぞれ経営が成り立つようになっているのではないのでしょうか。だからそれぞれの業者からすると必ずしも悪い話ではないという面はあります。われわれみたいにやる所はたいへんきびしいです。

林 たいへんきびしいと。

増子 まともにとるとたいへんきびしいです。全部やっているところはたいへんなのです。

林 今回、ケアマネジャーの報酬が約17%の引き上げとなりました。

増子 あれは焼け石に水です。うちも計算しましたが、ほとんど役に立ちません。もちろんない

よりはましですが。

林 収益は上がるかもしれませんが、それで今までの採算割れが解消できるかというところもむずかしいでしょうね。

増子 ダメですね。賃金が安いところは、それでうまくいったと思うでしょう。トータルとしては賃金の安いところの、大手でやっているケアマネ部分は助かったと思います。

林 ケアマネジャーに対する報酬評価のあり方については、いろいろと意見はあるのですが、とりあえずは専任化を保障できるレベルでが必要で、それから現状では報酬上で評価されないただ働きの部分をどうするかという問題もあると思います。

増子 ケアマネジャーは、とくに力量の問題が評価される部分がないから、形の上で言うと一本化するのはいいと思うのですが、ケアマネとしての力量が評価される場所が何かどこかでないと、質の悪いケアマネと質の良いケアマネというのがなかなか見えなから。ある面では、ケアマネージメントというのはタダ働きの方が圧倒的に多いです。

林 本来のあり方にかかわってきますね。

増子 実際にケアマネジャーなんて、マネー・マネージメントのところの評価されているだけです。本来はもっとやらなければいけないことをここに集約している点で、制度的にも最初に理念的にケアマネージメントを教えていた先生方からすると、とてもじゃないけれどもおかしくなっている、機能しないと思っているのではないのでしょうか。そのとおりだと思います。実際に家庭に入ったり、地域の中のコーディネートの仕事をするなどということは、ほとんどやれていませんから。

林 やれていないようですね。今回、月1回の利用者宅の訪問などをしてない場合に報酬の3割減算が盛り込まれましたが、民医連の事業所でも

行けていないのが実態です。

増子 行けていないですよ。

林 事業所の方にいろいろと話を聞いたら、大方1割行けたらいい方みたいな感じですが。ただ、質の確保ということでは当然やらなければいけない中身ですよ。

増子 本来はそうだと思います。

林 厚生労働省は、その中身を運営基準として固めて監査の対象にもすると説明していました。

増子 そうでしょう。今度は医療と同じで、何かやっていると届け出て申告制だから、もしやらなければ全部取り消しになります。そうとうきびしいと思います。だから本当にやっていないのなら、やっていないと申告しないと危ないです。それは民医連でもよく書いておかないとダメですよ。データになったら全部とりあげです。

林 先生のところはケアマネのところ、対応を何か考えていますか。

増子 その通りやりましょうということですが、しょうがないじゃないですか。まともにやりましょうということ。

林 事業整備の課題としてきちんと対応しなければいけないということですね。

増子 そうです。だから今まで受け持ちで、たとえば60人だとか何だとかやっていたのは、どんどん減らさないとダメですから。経営的にたいへんきびしい。でも、それは覚悟してやるしかないのではないのでしょうか。

林 今の60人というのはケアマネージャの担当人数ですか。

増子 そうです。本当はダメなのですが、50人が一応基準になっているのですが。



林 厚生省は1人50件を標準にしていますね。

増子 50件では経営が成り立たないので、がんばっている人は60件もっている人がいるのですが、60件もったら月1回ずつ訪問したり、3カ月に1回の会議などはほとんどできませんから減らすしかありません。ケアマネをやる人間を増やして、受け持ちの数を減らして回数を言われる通りやるしかありません。だから非常にきびしいということです。

林 きびしいですね。1回訪問に行くと1時間、2時間くらいかかりますからね。

増子 かかります。

林 それを1カ月に50人とか60人とか訪問して、会議もやってなどと言われるとこれは矛盾があります。

増子 まじめにやる人はやっていますが、でもほとんどそれは土・日も関係なく、夜も遅くまで仕事をしている。だって家族と会うといっても、土・日にしかいないとか、夜しか帰って来ないという人はかなりいるわけで、利用者にハンコをもらうのにその時間しかないのです。だからみんなそういうふうにやっているのです。厚生労働省はもちろんそういう実態も知ってはいるのだけれども。

コムスンとかニチイ学館で働いている人たちがうちに来たことがあります。いろいろな話を聞くと猛烈です。われわれのところは甘いかなと思うくらい、まさに夜討ち朝駆けの世界で、朝早くから夜遅くまで働いてやっています。利用者のためということではがんばっているのです。結果としては事業所がもうけることに寄与しているのですが、そういう意味では良心的にがんばっている人が多いですけれども、みんなくたびれています。今度でそれが改善するかどうかはわかりません。働いている側の人に返るような形になれば私はいいと思うのですが、そこの仕組みが全然ないですから、そこは非常に残念だと思います。つくら

なければいけないと、だんだん少しずつ声も出してきているから少しは改善する可能性もありますけれども。

林 在宅の報酬はトータルで0.1%くらいかろうじて引き上げになりましたが、特養ホームや老健などの施設関係が4%の大幅ダウンになりました。厚生労働省は、去年の介護事業の経営実態調査の結果から特養、老健とも10%以上の利益率になっている、だから施設を減らしてその分を在宅に配分したと説明しています。

しかし、施設では、悠々とやって黒字を出しているわけではなくて、費用をできるだけ抑えて人員体制もギリギリの状態の中でやっと出た結果であって、今回の改訂で報酬が減らされると人員を減らしたり、常勤をパート化にしたりという事態が起こってくる、それは介護の質も低下をもたらすことになると思います。

特養の関係者にお聞きすると、今後ユニットケアだとか個室化などを考えると、むしろ厚い人員体制が必要になってくるということでした。先生のところは老健がありましたね。

増子 特養もあります。きびしいです。これも数字どおり、4%ではきかないです、5%~6%くらいのダウンです。もう1つの彼らのねらいは、重症の方の点数を少し減り方をやわらげているということで、みんなが言うのは軽症の人は入れなくなるのではないという話が出ています。それはそれで意味があることですが、そうすると人手もかなり多く必要になって、本当に問題ですけれども。個室化も同じですけれども、人手としてはいっぱい必要になるように仕掛けがつくってあって、点数が減るということではどういうことになるかという。要するに賃金をみんな減らせということか、人を減らせということになるわけでしょう。

林 施設経営者は経営努力にいつそう励めということなのでしょう。先生がおっしゃったように、施設では介護度の軽い人の報酬の引き下げ幅が大きくなっています。在宅もそうですね。要支援の報酬はだいたい1割くらいカットになってい

ます。結局、限られた財源の中で、介護保険が全体として重度の方にシフトしていくということなのでしょか。

増子 そうでしょうね。だから結局、軽い方でもうかっているだろうという意味でしょう。

林 なるほど。

増子 だからどっちにしても、ちょっといかんですよ。それともう1つは、私たちが見ていると、在宅と施設を比べると、施設の方が割安感があるのです。たとえばデイサービスに通っている家で、毎日毎日それをやるとすると施設の方が結果としては家族の負担もなくて、一部利用料もどちらかという割安な感じがします。

林 24時間にわたって介護は保障されていますから。

増子 そうなのです。そこでどんどん流れていく。でもそうすると点数が下がると、もっと割安感が強まるわけでしょう。おかしい話です。利用者の感じの問題と、そういう感じがどうしてもずれるのです。

林 そうですね。ずれがありますね。

増子 もともと基本的には、一番最初に言いましたけれども、ヘルパーさんたちの近代的な雇用形態が、直行直帰みたいなのをなくしてちゃんとやっていけるような形の体系にしないといけないだろうということです。それを保障するような介護報酬にして、初めて質の向上や大量のヘルパーさんの養成ができるわけだし、雇用できるわけです。

そうしないと日本の介護はうまくいかないだろうと思いますが、しかし現実の流れは逆行している、全然大きい方向に行かないと思います。そういう点ではたいへん残念な方針、方向だと思います。少しでもよくなればいいと思ったけれども、なかなかよくなりません。国民的な運動が必要でしょうね。

まだ、議論すると、保険料だとか一部負担料の話に、国民はそちらの方に目が行って、介護のサービスの量とか質とかにはなかなかいかないでしょう。医療もそうですけれども。国民の支持というのがなかなかそこで得られないと、実際に介護報酬は上がらないわけだけれども、なかなかそこに向けてくれない。世論のもっていき方が、われわれから言うとまだまだ不十分だと思います。



林 先生が先ほどおっしゃった仕組みの問題もありますね。介護報酬を引き上げれば介護保険料が上がる。その骨格は厚労省は絶対手をつけようとしません。介護報酬の引き上げと利用料や保険料の軽減の運動は同時に

すすめていかなければならないと思います。各自治体での減免制度をひろげていくと取り組みも必要ですね。

### 医療と介護をトータルにとらえよ

増子 それと多分最後の話と関係があるでしょうけれども、医療保険と内容的には深い連動をしているものだから、そこを合わせて議論しないとイケないのです。介護保険料だけの議論をしていると、実際はそのことによって、たとえば医療保険から介護保険へもし移るとすると、医療保険の方の保険料を安くした方がいいわけです。できる可能性があるわけです。そういう議論はほとんどされないから、国民負担がものすごく増えるという議論になるのだけれども、そのへんの論点を言う人がほとんどいないのです。

林 なるほど。要するに医療は医療、介護は介護で。

増子 そうです。こっちはこっちで議論して、こっちはこっちで議論して、結局それはみんなごまかされているわけです。

林 それは確かにありますね。

増子 いくら私が強調しても、マスコミではほとんどまったくとりあげられません。介護保険を担当する記者と、医療保険を担当する記者が違うのです。だから絶対に両方を一緒に議論する人がいないのです。

林 医療と介護、両方を視野に入れてトータルに議論するということですね。

増子 そうです。チャンスだと思います。国保料もそうですし、介護保険もそうですけれども、トータルとしての医療と介護はどういうふうにして、どんな水準で今保障されて、どういう負担になっているか。その中で保険料はどうなっているかという議論をしないと、どっちにもごまかされるのです。結局、国民保険料は本来、安くしなければいけないのがそんなことになっていないでしょう。こちらかも上げて、こちらも上げられるというふうになっているけれども、仕組みとして見ると結局、国が出す金が減って、企業が出す金が減るといふ仕掛けになっているのです。そして国民負担は上がる。そういうことにだまされないようにしなければいけないのだけれども、どうもそういう論点が弱いので、私は困ったなと思っています。

林 政策的な提起も必要になってきますね。

増子 そうです、必要なのです。年金がどうかいろいろそういう議論をするけれども、トータルとして医療保険とか介護保険をどうするか、という議論をする人が非常に少ないのです。たった一つの村で見たら、たとえば今まで医療保険で病院に入っていたのが、介護保険適用の療養型になるとすると、介護保険料は上がらざるを得ないけれども、医療保険の費用は下がってよいわけです。でもそういう議論を誰もしないのです。おかしいですよ。

林 先生は、この本の中で、介護保険を改善する積み重ねは重要だが、それだけでは抜本的な解決はできなくて、福祉の制度や周辺の制度との関係、とくに医療と結合させて考える視点や課題の

整理が必要だということを提起されています。

いま少しお伺いしましたが、今の介護保険では医療と混在していたり、医療から移されてきた部分がある。たとえば訪問看護がそうですし、通所リハビリ（デイ・ケア）はもともと医療保険でしたし、療養型施設も医療保険が適用されるものと介護保険が適用されるものがあります。介護保険が出てきた経過の中で、医療保険との関係が議論されてきた内容もあると思いますが、医療と介護との関係でという点で見た時に、今回の介護保険のもっている意味合い、そこで出てきている矛盾の問題をもう少し掘り下げていただけますか。

増子 もともと動機不純だと最初に言ったように、医療保険の破たんを何とか回避できないかということで介護保険が生まれてきたわけです。実際には医療保険の破たんは老人保険から始まっているわけで、老人保険の大部分は入院で、入院の大部分は長期入院だと。それを介護保険で見ようと、そのことによってという全体としてはそういう仕掛けでできてきているのですが、実際に医療保険の中の破たんしている老人保険をどう考えるかという時に、介護保険に施設的に変えるというだけでは本当は何もすすまないわけです。

われわれは昔から言っているけれども、在宅で生活したい人に在宅で生活してもらうための制度づくりをしなければいけない。そういう側から見ると、別に医療保険でそれをやろうが介護保険でやろうが、われわれにとっては同じなのですが、そういう視点で議論がなかなかすすまなかったわけで、それでだまし討ちにあっているのです。だからもう1回、われわれにははその両方の議論が必要です。介護保険であるか医療保険であるかは、率直に言えば、われわれにとってはどうでもよいわけです。国民にとってはどうでもよいのです。自分たちの介護や実態が改善できるかどうかということですから。

そういう目で見ると、介護保険というのは制度的な枠組みがガチガチになっていて、なかなかそのことをいじるだけでは本質的には解決しない仕組みになっています。だから介護保険の論争をする人たちは、介護保険の点数がどうかという論争ばかりしているけれども、確かにそれは大事なこ

とです。しかし、それをいくらやって、100%介護保険がよくなっても、それでは絶対に介護問題は解決しない。その何が解決しないかということは今のうちからちゃんと整理しておいて、そこはそこで自治体ごととか国なり何なりの行政的に対応するものはどどんつくっていかないと、われわれ国民にとってはたいへん不幸な結果になります。

だから介護保険に無駄な、また無理なことを押しつけたりすることも私は無理だと思います。介護保険に全面的に期待するなどは言わないけれども、介護保険で介護問題が100%解決するということはありません。そのことをわきまえて議論、運動をした方がよいと思います。それは医療で救える部分もあるし、医療でもダメで、もっともっと広い対応とか福祉の概念でやらないといけない部分があって、そこらへんを切り分けて、しっかりと整理して国民の前に提示していく。ここをこういうふうに変更しよう、ここをこうやろう、ここはこういうふうにとやろうと。あるいは全部統合するのが本来はいいと思います。

だから統合するべきかいなかということも、そういう切り分けをした上でないとわからない。みんな介護保険の中に幻想をもち込んで、介護保険ができたらずべてよくて、介護の中にみんな解決の道があるなどという、そんなことはありません。そんなことはないのだということをちゃんと知らないといけないと私は思っているのです。だから期待する方も、反対する側も、介護保険の枠内での議論になってしまっただめなのです。

林 なるほど。重要な政策的テーマがありますね。

増子 それはこの本でも、そのことをずっとのべているのですが、どうもそこに注目してくれる人は少ないのです。

林 後半部分ではその話がずっと強調されていますね。なるほどと思って読みました。高齢者医療制度の創設がいよいよ具体的な議論のテーブルにのぼっています。介護保険法の見直しが2005年で、高齢者医療制度は先日の報道によると2007年

からスタートさせたいと担当官が発言しているようです。この高齢者医療制度との関係でみたときに、介護保険制度そのものは将来的にどうなっていくのでしょうか。

増子 私は統合した方がよいと思います。それだけの問題だけではなくて、もっと福祉制度全体として統合した方がよいと思います。そうすると、いろいろな意味の無駄が全部すべてきれいになくなるのです。そのへんの議論も必要だと思います。今は切り分けた議論をしないと問題が明確になりませんが。

林 そこでの整理が必要だということですね。

増子 しかし、トータルな対応が必要なのだということをもう一度言って、統合された中身をわれわれとしては要求していくことが必要だと思います。もともと保険制度というものは、そもそも持っている欠陥があるわけです。貧乏人とか、経済的に弱い人には、全然冷たい制度ですから。そのことを取り除くにはどうしても、いくら介護保険をよくしてもダメなのです。もともとずっと決定的に腰を落としてやらないといけないわけです。

林 そうですね。保険方式にするのかどうかという議論もありました。

増子 そう、大問題がもともとあったでしょう。それで介護保障派が負けてしまったようになって、立ち上がれなくなっているわけです。そういうはずはないので、私は介護保険はつぶすべきだとは言いませんでしたが、でもそれですべてが解決するわけではないと。介護保障ということが絶対必要だし、自治体レベルでのいろいろな施策は絶対にもっとたくさん必要なのです。それを一緒にやって、その中に介護保険を包み込まないし介護保険自身が成り立たないし、ダメになるという議論なのです。

林 そういう各分野の切り分けも踏まえた上で、それを統合させるような政策づくりというか。

増子 そうです。それをぜひ期待したいです。一番おもしろいのは訪問看護なのです。医療保険であったのが介護保険になって、でもまだ医療保険は残っているという、ちょうど中間みたいな。ある意味での介護保険にしても医療保険にしても、在宅で言うとヘルパーと一緒にですが、看護師の話というのが一番大きいウエートです。そこのあり方です。だから今回の改定で訪問看護の報酬を見て、かなりの人たちはもう医療保険にもどりたいた言っています。

林 緊急体制加算の引き下げですね。あれはひどいですね。

増子 うちひどい目にあっています。あれでたいへんな損失です。それで、しょうがない、みんなががんばろうということになるのですが。それもこの前、関係者と話したら、そんなになると思っていなかったということでした。彼らの計算の仕方がまずいのです。もうかっている部分ということで、訪問看護ももうかる部分に入っていたから、それをどっと削る。それはある程度、全体の流れで容認できないにしても、それなりの理由はあると思いますが、でもどこをどう切るかで生き死にが違ってくるわけでしょう。

林 全然違いますよね。

増子 全然違うので、緊急加算みたいなところを削られたら、まじめにやっているところみんな苦しくなるわけです。もう少し点数のとり方をかえるとか、それならばいいです。一律にとらないで、ちゃんとした時にどうするとか、こうするとか、そういう組み合わせならまだ納得できますが。たいへんけしからんことです。

林 訪問看護のあり方を、保険制度とのからみでいろいろ議論していくと、さっき先生がおっしゃった介護と医療の棲み分けの議論の有効な切り口になるかもしれませんね。

増子 そうです。だからそういう意味では、訪問看護の問題はヘルパーの問題もありますが、医

療と介護をつなぐ一番重要なポイントにいるのは看護師なのです。

林 看護師ですね。

増子 ケアマネと違う意味です。そういう意味では、ここをかなり議論として掘り下げることが、政策的にも重要な課題だと思います。いろいろな意味がありますが、そういうことを一個一個積み上げていくと、結局統合しかないという議論になると思いますが、それでいいと思います。初めからそういう結論はなしでもいいから、じっくりそのへんを議論をしていかないと、矛盾は矛盾として出した方がいいわけです。なぜそういう矛盾が来るかということ、制度が分かれて無理矢理、切り離しているからですから。

### 事業と政策の二正面の戦いを

林 最後になりますが、健和会は歴史的にこの地域の中で様々な経験や実績をつくられています。今後の展開というところで、とくにお考えになっていることはありますか。

増子 行政、地方自治体に対する、われわれの運動をもっと強めなければいけないと思います。行政ごとにだいぶ違ってきていますから。足立区と三郷ではまるで違うし、みんな違うので、そこでの運動を強めていかなければなりません。だから介護保険というのは国の制度として、一応つくられているわけですが、やはり本当によくするかどうかは地方自治体の力が大きいのです。

それは、制度的な要求をするのと、改善要求もするし、保険料の問題とか一部負担のことも全部含めてですが、そこは徹底してやらないといけません。ぜひ選挙にも勝利したいということです。それが1つです。

あとは、そういうこともやりながら、サービス量がまだ圧倒的に不足している部分については、われわれができる限り、それを提供する側に立って質のいいものを提供するということです。本当にまだまだ不足していると思われるところに何が不足しているかを、われわれでよく分析して、自分たちの力で施設なり、何なりをつくることもや

っていかなければならないと思います。ヘルパーの養成などももっと積極的にやらないといけないと思います。

だから、介護保険とか制度的なことを改善する同時に、われわれ自身はそのことについて、ちょうど昔、民医連がいろいろな地域に病院をつくったり、診療所をつくったりするようなことを、介護保険の側から見てたくさんやらなければいけないと思います。

林 また改めてということですね。

増子 そうですね。そういうことがまた要望されている。たとえば墨田に行ったらデイサービスはほとんどがダメだとか、ショートステイがとれないとか。それはつくるしかないわけです。要求も大事ですが、要求を出した、でもできるのは3年後ですとなれば、じゃあしょうがない、来年われわれがつくるかということになります。そういうことをやらざるを得ないのではないのでしょうか。そういうことをどんどん住民と一緒にやっていくということでしょう。

それから、グループホームをつくってみて分かりましたが、民医連がもしそういうことについて、いろいろと運動的な面もあるのですが、そこに新しい実践を展開する中で、何が問題かということをも明らかにして、それを国民の前に提供して議論してもらおうという、そういうわれわれの使命があると思うので、そういう仕事をたくさんやった方がよいと思います。

だから事業者としての歴史的な役割ということもある、運動体としての役割もあるわけです。それは、もともと民医連がもっている両方役割でしょう。介護保険でもそのことは、最もわれわれががんばらなければいけないところだと思います。そういう点で、選挙も事業活動もがんばりたいと思います。



石塚 自治体の担当者の人たちの認知度には差がある。それは首長がかわればかわるのか、それとも職員そのものの介護全体の認知度を一緒になってかえていくというのは運動体としての役割の一つなのではないか。

か。

増子 結局、私たちは、国に交渉したりする時は、われわれは両面で交渉するわけです。「住民の要求はこうだよ、だから何とか考えるべきではないか」ということと、「われわれはプロとして、こういうものについてはこう考えてやるべきだ」と、いつもふたつのことを言っているわけです。健和会は、毎年、区に対して、見解や要望書を出すのです。そこは2つの面があり、住民はこういうに求めているということと、事業者として、プロとして見るとこういう改善が必要だということをも両方出します。似ているのですが役割が違うのです。

だから行政の方はわれわれに対してどう見ると言う、住民運動の代表としては見ないのです。しかし事業のプロとしては認めるわけです。だから、ここのこういう事業はこのように展開した方がもっと効率がいいとか、もっとサービスがよくなるとか、そういう話はどんどん聞きます。だから両方が必要だと思います。それは首長をかえることと、実際にそこで働いている、担当している人たちの意識をかえることは、別々なのです。両方が必要です。

たとえば、特養をつくろうという運動をする。それはそれでいいのですが、どういうところにどんな意味の特養をつくるかという話はプロが議論しなければいけない。つくれというのは住民の運動だけれども、そこにはどうしても違いがあるわけです。両方やらなければいけない位置に民医連はいるのではないのでしょうか。一方ではまずい。事業者の立場だけでもないし、運動だけの立場でもない。運動でいろいろな人たちとやっていて運動にずっと引きずり込まれると、要求はするのだけれども中身がないのです。中身にふれる力がな

いと、結局負けてしまいます。彼らが勝手に、じゃあ特養をつくります、増やしますよと言ってそれでおしまいですから。

だから中身をこういうものをつくろうと、こういう中身でやろうという、われわれの実践にもとづいて問題提起をして、もっとよくなる、こうであるべきだという議論をわれわれ自身が民医連がどんどんしていくことがないと、数だけ増やすということになったのでは結果としては負けてしまいます。

石塚 東大の神野直彦さんとか、慶応の金子勝さんがよく言っていますが、神野さんはとくにスウェーデンモデルがよいと言っています。スウェーデンではたとえば非営利・協同というか、社会サービスでパイロットプロジェクトを行政と組んで、それで一定の時間限定で公的資金も出して、実験的にやってみようという考えで安定化させていこうという。日本でたとえば民医連と足立区とか、事業のプロジェクトを立ち上げることができれば理想的ではないかと。

増子 私たちは言われなくてもそう思っていますけれども。われわれがやっているのは、みんな実験プロジェクトだと思っています。スウェーデンモデルという話が出ましたが、私の意見ではスウェーデンもいいのですが、私はデンマーク派なのです。デンマークとスウェーデンのやり方は、なにが違うかと言うと、デンマークはま自治体が勝手にやるのです。スウェーデンはわりときちんと統制がとれています。だからモデルみたいな考え方はスウェーデン的ですが、デンマークは全部がモデルなのです。ばらばらにやっている。そしてみんなが、あそこがよさそうだとすると、それを真似るだけで、行政指導、上は何にも指導しない。枠組みはつくるけれども。

たとえば、あそこも24時間の巡回型を始めたのは、ある町のとりくみから始まりました。勝手にやって、あの町でやって1年、2年と。なるほどああすると特養みたいな施設が少なく済むのではないかと、こういう問題を解決できる。じゃあうちのところでもやってみよう。うちはそこまではやらずに、11時からやってみようとか、いろ

いろなことをやって、結果としてはそれがいいという結論が全部に広まっていくのです。国は全然指導していません。ところがスウェーデンはそうではなくて、最初に制度をつくってしまうのです。どちらがいいとは、私は言えませんが、全然違うのです。日本はどちらかと言うとスウェーデン派が多いようです。私はデンマーク派なので、勝手にいろいろやってみようという考えです。

石塚 私はイタリア派なのです。(笑)

増子 アメリカ型がよくないということは一致していますね。アメリカのようなやり方は、絶対、医療にしても、看護にしても、介護にしてもダメです。そこは統一して運動していった方がいいと思います。

石塚 アメリカ型はマネー・マネジャー。

増子 そうですね。、実際に金がなければゴミみたいなものです。

林 アメリカはますますそうなっていますね。

増子 ヨーロッパはもともと、基本的な人権というか、そういうところから始まっていますからそうなりません。金がなくてゴミということはありません。日本もどちらに進むかをそろそろ態度を鮮明にしなければならぬでしょう。そのような意味では、民医連も先頭に立ってがんばらなければいけないのではないのでしょうか。でも、ヨーロッパ型にしようなどと民医連ははっきり言っていないですね。医師会も最近非常にはっきりしているのは、アメリカ型医療はダメだということを鮮明に主張し始めているでしょう。あのように主張しなければいけないのです。

でも、ヨーロッパ型がいいとも、彼らは言い切れないでしょう。そのあたりのアドバルーンの上げ方、旗の上げ方は研究する必要があります。

石塚 ヘルパーは直行直帰型が多い、その場合の情報の伝達とか共有とか、そのあたりはどうでしょうか。

増子 ほとんどできていません。非常に苦勞して、ノートに書くとか、そういう人たちが月に1回くらい集まってカンファランスをやるとか、やっているところがありますが、恒常的に組織的にやられていくところはほとんどありません。

林 事業所にいっさい顔を見せない場合も多いですね。電話1本で依頼されてという形ですから。

増子 ですから質が担保されません。Aというヘルパーさんが行ったらこうだし、Bというヘルパーさんが行ったらこうだ、というふうになります。ヘルパーというのはものすごく熟達の度合いが違います。資格を取るのが簡単だという面とちょうど逆で、そこから本当に熟達の差があります。看護師は、いろいろありますが、看護教育をして一定の知識があり、その上に経験があるので、熟達との差がわりあい小さいかもしれません。ヘルパーは、その10倍くらいの差があります。だから、ますます直行直帰はダメなのです。看護婦の方が、一定の質が保障されていますから、まだ直行直帰でもいいわけです。その判断が、みんな勘違いしています。

石塚 ヘルパー報酬は、改善の見通しというのはどうでしょうか。

増子 ほとんどしないのではないのでしょうか。ヘルパーさんは期待していますが。直行直帰のところは、どういうふうにお金が決まるかという点数の何がけになります。今回、家事援助が一緒になりましたから、ヘルパーはみんなどうなるかと心配していると思います。

石塚 今は何%くらいですか。半分ですか。

増子 いえ、もっといっています。だから巡回型の方がたいへんですから。家事援助ですと8割くらいは入っていると思います。でも安いので意味がないのです。

林 時給でいっても拘束時間が長いから、実質

的にはかなりダウンしますよね。

増子 所得という面から見ると、月にもらえる収入は10万円足らずという人がかなりいます。そういう人たちは生活できない、それだけでは食べられない。他のこともやりながらになります。だから質もどうも上がらない。プロとして育てるには、もう少し仕掛けを本当に考えなければダメだと思います。私たちのところも、いろいろやっていますけれども、ヘルパーさんにもいますが質がバラバラです。ただ、ここはきちんと事務所形式でやっていますから、質がだんだんそろってくるのです。そのように義務づけなければいけません。ヘルパーの報酬を私は上げていいと思いますが、上げるのだったらこういう条件にしましょうという意味で、ケアマネではありませんがきちんと月1回訪問しなさいということと同じように、直行直帰をやめて事務所できちんとカンファランスをやりなさいと、その場合に点数を高くしようとする、まじめなところはおそらくどんどんやるでしょう。そうなれば、またヘルパーさんもやりがいを感じながら、誇りをもってやれるようになるでしょう。今だったら、よっぽど好きでなかったら辞めてしまうでしょう。つらい仕事ですから。

(※)増子忠道著『介護保険はどう見直すべきか』

(大月書店 2002年9月)

(ましこ ただみち、東京・特定医療財団法人健和会理事長、医師)

(インタビュー：はやし やすのり、全日本民主医療機関連合会理事)

(2003年2月5日(水)にインタビュー。当研究所石塚秀雄研究員も同席)



(厚生労働省データに基づき作成。ただし、統計方法の違いにより各数値の整合性は必ずしもない)

**表 1. 要介護認定者数 (人数)** 2002年 (平成14年) 11月分  
現物給付 (9月分)、償還給付 (9,10月分)

	合計	第1号保 険者	第2号保 険者	合計構 成 比	居宅介 護 受給者	居宅介 護 受給者比	施設介 護 受給者
総 数	3,325,361	3,207,084	118,277	100%	1,875,231	56.4%	703,743
要 支 援	470,165	464,553	5,612	14.1%	291,837	62.1%	
要介護1	1,010,615	978,451	32,355	30.5%	676,487	66.9%	
要介護2	615,794	585,379	30,416	18.5%	385,183	62.6%	
要介護3	414,138	396,949	17,189	12.4%	220,545	53.3%	
要介護4	410,064	396,008	14,056	12.3%	162,024	39.5%	
要介護5	404,393	385,744	18,649	12.2%	139,158	34.4%	

注1：居宅介護受給比＝ 居宅介護受給者数／合計人数

注2：受給者総数＝居宅介護受給者＋施設介護受給者すなわち2,578,794人で合計人数3,325,361人で割ると受給比率は77.5%である。

**表 2. 施設介護受給者数 (人数)**  
現物給付 (9月分)、償還給付 (9,10月分)

	老人福祉施設	老人保健施設	療養型医療施設	合計
合計	327,041	250,123	126,579	703,743

**表 3. 施設介護サービス受給者数** 2002年 (平成14年)  
現物給付 (9月分)、償還給付 (9,10月分)

	合計	第1号保 険者	第2号保 険者	合計構 成 比
合 計	703,743	692,268	11,475	100%
介護老人福祉施設	327,041	323,849	3,192	46.5%
介護老人保健施設	250,123	245,996	4,127	35.5%
介護療養型医療施設	126,579	122,423	4,156	18.0%

**表 4. 保険給付総数（百万円）2002年（平成14年）**

現物給付 9 月分、償還給付 9, 10 月分

	非該当	要支援	要介護 1	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5	合計
居宅介護		10,144	43,51	34,779	28,268	24,432	24,175	165,313
施設介護	51	338	18,665	32,611	39,904	62,780	66,530	220,880
合計	51	10,482	62,182	67,390	68,172	87,212	90,704	386,193

注 1：数字は四捨五入のために計に一致しないところがある。

注 2：居宅介護サービスには、訪問通所サービス（訪問および通所形式の介護・看護・サービス他）、短期入所サービス、その他単品サービス（居宅療養管理指導、痴呆対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護、居宅介護支援）、福祉用具購入費、住宅改修費を含む。

注 3：施設介護サービスには、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設を含む。

**表 5. サービス登録事業者数**

	2003.1.31 A	2000.10.31 B	増減対比 A/B
全国合計	348,257	318,663	109.3%
訪問介護	16,975	13,322	127.4
訪問入浴介護	2,882	2,807	102.7
訪問看護	62,421	59,960	104.1
訪問リハビリテーション	49,068	45,993	106.8
通所介護	11,254	8,187	137.5
通所リハビリテーション	5,800	5,531	104.9
短期入所生活介護	5,258	4,708	111.7
短期入所療養介護	6,800	6,510	104.5
痴呆対応型共同生活介護	2,608	705	370.0
特定施設入所者生活介護	518	278	186.3
居宅療養管理指導	141,266	133,189	106.1
福祉用具貸与	6,708	4,581	146.4
居宅介護支援事業者	24,853	21,992	113.0
指定介護老人福祉施設	4,917	4,479	109.8
介護老人保健施設	2,918	2,686	108.6
指定介護療養型医療施設	4,011	3,735	107.4

# 「小さな大国」オランダの医療・介護改革の意味するもの

——ネオ・コーポラティズム的政労使合意のあり方——

藤野 健正

今「小さな大国」オランダが世界中から注目されている。60年代にはバブル景気を謳歌し、70～80年代には失業率が二ケタ、大きな財政赤字で苦しみ「オランダ病」と揶揄されたが、90年代後半には失業率は3%台、99年には財政黒字国となり国際競争力でもヨーロッパのトップにおどり出て「オランダの奇跡」ともてはやされる。いまやヨーロッパが、世界が、日本がその秘密をさぐりに数多くの経済ミッションを送り込んでいる国である。

この「奇跡」をおこした直接のきっかけは、82年におこなわれた政労使の合意、有名な「ワッセナーの合意」において雇用確保を最優先するため自主的な賃金抑制に合意したことに始まる。労組は賃金抑制に協力する。企業は雇用確保に努力し、かつ労働時間の短縮を行なう。政府は財政支出の抑制に努め、減税を行なう。これによってオランダの産業競争力を強め、企業投資を活性化させ雇用増を図るというものであった。いわゆるオランダの「ワークシェアリング」として、その後ヨーロッパ各国が次々に導入していた。政府の財政支出抑制策の大きなものは、医療・福祉予算の切り詰めであった。この面においてもヨーロッパを中心に各国の医療・福祉政策の変更にインパクトを与えつづけている。

今回のレポートは、このオランダの奇跡の重要な一面である「規制された競争」の考えにもとづく医療・介護制度改革の取り組みを、戦後オランダのネオ・コーポラティズム（政労使の協調体制）の変遷を分析しながら検討してみる。

## 〔I〕戦後オランダのネオ・コーポラティズム

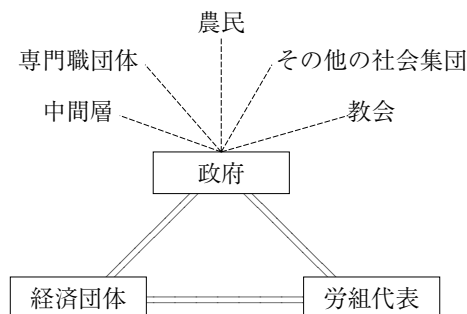
### (1) 「小さな大国」オランダの歴史

ヨーロッパを流れる3つの川の三角州にできた低地（ネーデルランド）がオランダである。川にダムを作り、海を干拓したいわゆる堤防の国で、九州大の面積に1,600万人が住んでいる。

治水をすることにより、人種、宗教、階層を超越したコミュニティー、個人より集団を大切にするインテグレーション（統合）思想を根付かせたと言える。16世紀にはバルト海産乾物市場の核となり、ついで「アムステルダムは商品市場、海運業、資本市場という三重の意味でヨーロッパの中心となり、たんなるバルト海貿易の中心から世界の貿易センターへと飛躍していったのである。」（ウォーラーズテイン）

こうして経済的に圧倒的優位に立ったオランダは1609年に50年間におよぶスペイン帝国との闘いに勝利し独立をはたただけでなく、世界ではじめて経済的に圧倒的優位に立った共和制＝ブルジ

図表—I ネオ・コーポラティズム



ヨワジーのヘゲモニー国家として一時代世界をリードしていたのである。

## (2)戦後オランダのネオ・コーポラティズム

「ネオ・コーポラティズム」とは労働組合と雇用者団体の頂上団体による労使間あるいは政府も加えた政労使間の協調体制を指す（図表一I）。

第二次世界大戦後のオランダでは政府・雇用者・穏健労組の三者がそれぞれの利益を図りつつ、戦後再建と社会的安定を進めるなかで、ネオ・コーポラティズムによる協調体制が高度に発達した。労組が所得政策、すなわち賃金の抑制を受け入れることを出発点とし、その代償として、政府は労働者に好意的な物価政策、労働政策、社会政策を進めるとともに労組の政策決定への関与を認めていく。また雇用者側も雇用の確保といった負担を引き受け、労組を対等なパートナーとして認知する。

この枠内に入らない共産党系労働運動は徹底的に排除された。一方穏健労組の育成が図られ、経済的、政治的、組織的な便益を確保し「政治的交換」が実現する。この構造は1960年代中ばまで維持され、労使関係の安定、生産コストの抑制による輸出主導の経済成長、通貨価値の安定を支えていった。『戦後オランダの政治構造、水島治郎』

## (3)「オランダ病」とネオ・コーポラティズムの所得政策の失敗

1960年代に入ると所得政策はその実効性を失っていく。労働中央の合意は困難になり賃金抑制も形骸化して政府による介入も失敗する。

なぜならば、60年代に入り北海海底に天然ガスが発見され、ガス輸出を通じてバブル経済時代に突入し、国際収支の黒字に転化した。失業率も1%を割る状態となり、労働不足に悩む企業は公定賃金を無視しはじめた。

一方労働者の側からも賃金抑制政策に対する不満から支持団体のオランダ労働組合連合で組合員の脱退が相次いだばかりか、労働党自体への支持も急落したのである。

1966年には労使協議は合意に達することに失敗し、1968年には労働協約の認可制度は届出制に改

正された。ここに22年間にわたって続いた公式のネオ・コーポラティズム的所得政策はひとまず終わりを告げたのである。

「オランダ病」とは経済学用語にもなっているが、これは60年代に北海海底に天然ガスが発見され、70年代の石油輸出ブームの中でオランダに起こった一次産品ブームにおける『逆効果現象』をいう。

突然の天然ガス輸出ブームはオランダに多大な為替収入をもたらし、資源、輸出の増加と資源輸入の削減により、実質為替レートを過剰に上昇させた。その結果、他の貿易財部間（とくに製造業）の国際競争力を阻害することになった。しかし財政収入の増加により政府支出は過剰となり、社会福祉制度も次々と拡充された。その後世界的な石油ショックがおり、オランダも一次産品価格が下落し、財政収入が縮小したにもかかわらず、充実させた社会保障制度を維持するために財政支出は高い水準のまま高止まりしていたため、増税が必要であった。

民間でも石油産業の賃金が他の産業より高くなったあおりを受けて、非石油の伝統産業も労働力を確保するために賃金を上昇せざるを得なくなっていた。ブームが終息した時には企業の国際競争力は失われ、失業者が増大。オランダ経済は長期の大不況へと陥っていった（長坂寿久）。80年代から90年代にわたる日本の土地と株バブル狂気とその崩落による長期ドロ沼不況は一致する現象である。

## (4)「ワッセナーの合意」

1982年、労組代表としてFNV（労働組合連合）委員長、使用者代表VNO（オランダ経団連）会長、政府代表として首相がハーグ郊外のワッセナーにて政労使三者間で雇用確保を最優先とするための自主的な賃金抑制策に合意したものである。

合意の内容は、労働組合は賃金抑制に協力する、企業側は雇用確保に努力し、かつ労働時間の短縮を行なう、政府は財政支出の抑制（医療・福祉の切り下げ等）に努め、減税も行なう。これによってオランダ産業の競争力を強め、企業投資を活発化させ雇用増を図るというもので、わが国をはじめ、世界的に有名になったパートタイマー雇用の

促進を含む「ワークシェアリング」である。

しかし十分認識しておくことが必要なのは、社会保障改革や規制緩和などを含む「規制された競争」策＝国民の犠牲のうで「オランダの奇跡」が起こったという事実である。

### (5)オランダの福祉政策の転換はいつから始まったのか

60年代後半に起った「オランダ病」に対し、政府は支出切り詰め策として福祉の重要な柱であった介護福祉を医療保険への転換（民営）化を開始した。67年には特別医療保険制度を導入し、ナーシングホームでのケアを給付対象にしたのを皮切りに施設でのデイケア（77年）、訪問看護（80年）、ホームヘルプ（97年）とつぎつぎに適用範囲を拡大し、実質的に介護費用は社会保険でまかなうようになった。

財源は国民の保険料と国庫補助に利用者の自己負担でまかなう。どこかで見たような？何をかくそう日本の介護保険制度はこのオランダモデルをドイツについて導入したのほかならないのだ。

## 〔Ⅱ〕オランダの医療改革の方向性と現在の医療制度

### (1)オランダの医療改革の方向性は

オランダは、1980年代後半以降、デッカープラン－シモンズプランに始まる「規制された競争」の考え方にもとづく、医療・介護制度改革を推進してきたが、1995年にその方向性を修正した。その中でもっとも興味深い変化は、オランダは医療・介護制度へ全般的に「規制された競争」を導入

する代わりに、サービスを分類し、それぞれに異なった制度を準備するという政策的選択を行ったことである。医療・介護サービスを、サービス料金、保険料金などについて公的に介入を行わない自由診療の部分「アメニティーと高価でないケア」と公的に介入を行う部分に分けた。後者については「規制された競争」導入した「基礎治療ケア」と「長期ケアと精神医療」にも分類した。

このことは論理的には医療・介護上の危険・緊急性および所得分配、公平性などの観点から自由に任せてよいサービスとそうでないサービスを分類した。そして、後者については「規制された競争」の考え方がなじむ財を「基礎治療ケア」に、競争原理がなじまない財については「長期ケアと精神医療」に分類したと思われる。

どちらにしても、成人歯科を「アメニティーと高価でないケア」に分類したら、歯科補綴(ほてつ)について追加的な保険を購入できない人々が続出し国民的批判を浴びることとなりあわてて「基礎治療ケア」でカバーするという失態をしてしまったように、必ずしも客観的な分類は困難であることもわかっている。

一方では、これら一連の改革はフランスのジュベ改革やドイツの三次にわたる医療改革法に少なからず影響を与えているのも事実である。

### (2)オランダの現在の医療保険制度の到達点

オランダは（表－Ⅰ）のように緩やかな高齢化が進行しており、1997年で全人口に占める65歳以上人口は13.6%である。

オランダの医療保険制度は（表－Ⅱ）のように「長期」と「短期」の2種類ある。

### 1. 特別（例外的）医療保険＝AWBZ（The Exceptional Medical Expenses Insurance）

表Ⅰ オランダの人口

年	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	1996	1997
65歳以上人口割合（%）	9.0	9.6	10.2	10.8	11.5	12.1	12.8	13.2	13.2	13.3
総人口（単位：千円）	11,483	12,293	13,032	13,660	14,148	14,488	14,947	15,459	15,494	15,277
平均余命（男）	71.6		70.9	71.4	72.4	73.1	73.8	74.6	74.7	75.2
平均余命（女）	75.5		76.6	77.6	79.2	79.7	80.1	80.4	80.4	80.6
乳幼児死亡率（千人あたり）	17.9	14.4	12.7	10.6	8.6	8.0	7.1	5.5	5.7	

注：OECD（1999）より作成。



表IV 短期医療保険の概要（2000年）

制度	短期医療保障制度		
	疾病基金保険	私的保険	公務員保険
概要	1年未満の短期医療費をカバーする保険で、加入者の年取、職業によって3つの制度が分立している。		
根拠法	ZFW	WTZ	公務員法
保険者 (条件含む)	疾病金庫 (営利)	私的保険会社 (営利)	公務員共済組合
運営者	疾病金庫	私的保険会社	疾病保険会社 (事務代行を行っている)
被保険者	年取64,600NLG未満被用者	・年取64,600NLG以上被用者 ・自営業者等 ・疾病基金保険、公務員保険の未加入者の任意加入者	・地方・国家公務員 ・対象公務員の家族
保険料	所得比例保険料（費用が所得比例保険料による収入を上回ったとき、政府の補助金と保険加入者に対して定額保険料を課する）定額保険料	定額保険料（一人あたり）	所得比例保険料（費用が所得比例保険料による収入を上回ったとき、政府の補助金と保険加入者による収入を上回ったとき、政府の補助金と保険加入者に対して定額保険料を課する）定額保険料
運営方法	図表3-2参照		
その他財源	なし		
給付内容	現物給付	現金給付	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>GPの診療</li> <li>専門医の診療（精神科医を除く）</li> <li>歯科治療の一部</li> <li>病院における最初の365日間の診療行為や看護</li> <li>短期医療や療養に必要なサービス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>出産に関する給付</li> </ul>	
その他	追加的なカバーを購入する事も可能。	政府の規程により基本的な医療サービスをカバーするを提供することが義務付けられている。	追加的なカバーを購入する事も可能。

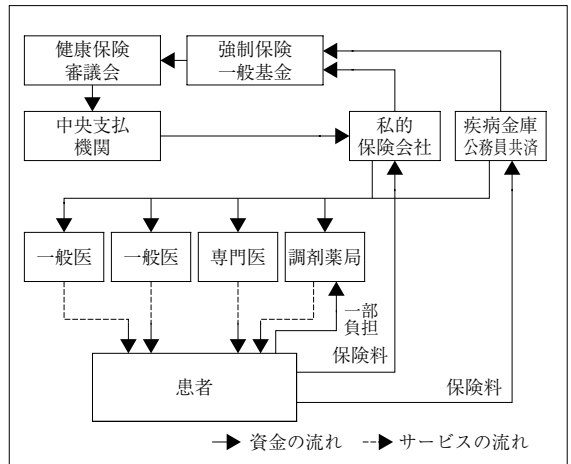
出典：「保険者機能に関する研究プロジェクト報告書」01年3月より

ある。

③ 公務員保険=KPZ (PHI, Public Health Insurance) ;

形式的には民間保険に属するが、国が関与している社会保障制度の一部である。ただしこれは社会福祉制度の中に入っておらず、労働条件の契約で管理されている。掛金は収入によって違ってくる。互いに助け合うということが基本になっている

図表一Ⅲ 短期医療保障制度の運営図



出典：「保険者機能に関する研究プロジェクト報告書」01年3月より

る。

以上これら三つの短期医療保険の給付内容は、現物給付として、GP（一般医、ジェネラル・フィジシャン）の診療、専門医の診療（精神科医を除く）、歯科治療の一部、病院における最初の365日間の診療行為や看護等である。ただし出産に関しては現金給付がある（表一Ⅳ）（図表一Ⅲ）。

疾病基金保険=ZTWは27の基金組織、私的（民間）保険=WTZは50の保険会社があり、どちらに入っても国民として権利がある医療費（政府の規程により基本的な医療サービスをカバーし、提供することが義務付けられている）はそれぞれの保険制度から給付される。これらの保険にさらに追加的なカバーを購入することも可能である。

オランダの短期保険は疾病金庫（営利）と私的保険会社（営利）で運営されているが、いろいろ問題もありかつ複雑となってきたため、政府としては一本化を再度目指す制度改善にチャレンジしようと考えているようだ（表一Ⅳ）（図表一Ⅲ）。

3. 保険会社とサービス提供者の契約；

オランダの医療・介護給付はすべて民間法人=営利である。各保険会社は、GPなどの医療サービス供給者と契約を行なって供給してもらう。

まず全国組織に諮問し、「諮問結果」が健康保険審議会によって認可されるモデル契約を作成する。医療料金法（Health Care Charges Act）にもとづいて、医療料金中央審議会が設定した価格よ

りも低い価格をつける（上限規制）というプライスキャップの制約のもとで先のモデル契約にこの価格も入れた形で契約書をつくる。

#### 4. 供給サイド；

消費者は病気になったとき、最初にG Pを訪問し、その紹介状がないと病院を受診することができない。利用できるのは自ら登録している保険会社が契約しているG P・病院のみである（米国HMOと同じ）。

G Pは、契約にもとづいてリスク調整型人頭払い方式で各保険会社より支払いを受ける。専門医は、病院に雇用されている者と病院とパートナーシップ契約を結んでいる者の2種類に大別され、どちらに受診しても支払いは出来高払い方式である。

#### (3)オランダの医療・介護供給体制

オランダには国立の病院は1つもない。すべての病院・精神病院・各種ホスピスなど基本的に民間の医療法人のかたちをとっている。

保険費等の内容については政府が管理しているが、それ以外の部分は民間N P O法人に任せている。ただケア・介護に関して政府は次の3つの法律で干渉できるしくみになっている。

- ① サービスの質を保障することを義務付ける法律
- ② 介護・健康ケアで料金決定に関して介入できる法律
- ③ 病院が施設を増床する時、許可を得ることなく増床してはいけないという法律

病院、養護施設の場合はベッド数に応じて国の方から予算が決定される。病院・養護施設側は、それを人数分、日数分で割り、1人1日当たりい

くらと予算をたて、その内容を保険制度の方へ要求する。

1人当たりいくらという料金で予算人数以上の患者を見ると全体の収入が高くなる。その場合は次年度の予算で1日1人当たりの料金が引き下げられる（オランダ版D R G—P P S；Diagnosis—Related Groups/Prospective Payment System、診断群別定額支払い制）。

これにより国による間接的な管理であるが細部にわたりコスト管理ができる。欠点としては非常に事務的（官僚的）な仕事が多くなり、1人当たりの医療費が実際の市場コストからかけ離れてしまう可能性もある。オランダ政府は20年前より努力を行ってきたが、1日当たりの料金決定方式は行き詰まってきた。病院・介護施設では1日当たりの予算（人数）が決まってしまうのでウェイティングリスト（待機者）が非常に多く、長くなってしまった。

今オランダ政府は医療・介護組織と保険団体との契約で、「規制された競争」でもって市場価格で保険が支払われるという方向にもっていきたいと思っているようだ。

#### (4)オランダの医療・歯科医療料金—短期医療保険；「規制された競争」を導入

- ① 保険会社への費用償還（表—V）  
1992年には100%が事後的費用償還されていたが、1999年には65%が事後的費用償還に縮小され、35%がリスク調整型費用償還されるようになった。
- ② リスク調整指標の精緻化と高額療養費対応  
リスク調整指標として年齢、性別、居住地域、雇用・社会保険の状況が対象となり、精緻化がはかられた。  
また、高額療養費に対しては7,500ギルダー上

表V 疾病基金保険の費用償還方式

年度	—1992	1993—95	1996	1997	1998	1999
事後的費用償還方式(%)	100	97	85	73	71	65
リスク調整型費用償還方式(%)	0	3	15	27	29	35
リスク調整指標	なし	年齢、性別	年齢、性別、 居住地域、 障害の状態	年齢、性別、 居住地域、 障害の状態	年齢、性別、 居住地域、 障害の状態	年齢、性別、 居住地域、 雇用・社会 保険の状況

出所：F.T.Schutetal.(1999)より作成。



限とし、90%の事後的費用償還(99年)を適応。

### ③ 自己負担の導入

疾病基金保険の加入者は、1997年より入院日数1日当たりの定額自己負担とGPでの診療を除いたすべてのサービスについて、20%の自己負担を支払うことになった。

GPにおいては医師は患者1人あたり年間146ギルダー(2002年)保険会社から支払われる。

### ④ 歯科の場合

歯科の健康診断(年1回の予防コントロールは義務となる)は保険適用であるが、歯科治療費用は1995年より自費扱いとなった。しかしZFWに追加保険が用意されており、被保険者は治療費の25%を負担する。ただし各保険の限度額を越えれば全額自己負担となる。

17歳以下は親がZFW加入者であれば無料である(歯科矯正は25%負担あり)。

### ⑤ クリームスキミング問題

「規制された競争」での改革は保険会社に対し費用抑制のインセンティブを与えると同時に、リスク消費者をしりぞけ、健康者を集める、いわゆるクリームスキミング(良いとこどり)を引き起こしやすくなる。(表一V)でみるような精緻なリスク調整することにより問題回避しようとしている。

## (5)ネオ・コーポラティズムと医療・介護改革から見えるもの

デッカー—シモンズプランは完了することなく、1995年を境に新たな方向を目指したかのように見えるが、ポイントであった「規制された競争」は形を変えて残った。オランダの医療・介護制度改革で注目される場所は、医療・介護サービスを分類してそれぞれに異なった制度を設計しようとしていることである。公的に保険でカバーするサービスと、自由競争で行なうサービスに分類している。

公的な保険でカバーするサービスについては「基礎治療ケア」と「長期ケア精神医療」に分類し、前者については「規制された競争」を導入し、後者については基本的に従来の特別医療費保険の枠組みのなかで取り扱っている。

自由競争でおこなうサービスは「アメニティー

と高価でないケア」で、政府は介入しないと宣言しているが、成人歯科のケースが示すように問題を起こしている。

これまで観てきたように、オランダにおける20年以上におよぶ医療・介護改革においても、ネオ・コーポラティズムの手法が取り入れられている。大胆にプランを立て実践し、うまくいかなければすぐ改善し、合意ができないものはいくらかでも時間をかける。こうして取り組まれた医療改革制度はフランス、ドイツをはじめヨーロッパの各国に、またわが日本でも随所に取り入れられている。

戦後のオランダでは「ネオ・コーポラティズム」政労使の合意で政治・経済・福祉がうまく進められていた時代があったし、失敗もあったが、80年代に再度リニューアルしたネオ・コーポラティズム・政労使の合意を得て財政構造改革、労働市場の柔軟化、福祉国家の再編などの改革に成功し、「オランダモデル」として各国から強い関心が注がれている。

一方では、唯一のヘゲモニー国アメリカは、アフガニスタン戦争、またイラク攻撃、経済・政治・文化にいたるまでアメリカンスタンダードを押し付けようとしている。医療においてもなりふりかまわない医療の営利化・マネジドケアの導入は、5,000万人におよぶ無保険者と、点滴を付けたまま退院させられる患者、倒産する大手HMO、と混乱している。

たしかに経済システムについてはアメリカは激しく効率的に回転しわかりやすいが、社会システムについてはアメリカ流の外科手術で摘出しようとしても何も問題解決できないのを我々は知っている。麻薬、暴力、殺人、児童虐待、教育現場の荒廃、銃乱射、売春などの病巣も治せないばかりか社会の様相は厳しいものである。

しかしながら、日本ではグローバルスタンダード=アメリカンスタンダードの名のもとに、米国流の経済改革、医療改革を強引に押し進めようとする一大勢力がある。

## <グローバル化の進行と「大国の小国化」>

東西冷戦の終結により大国の「自律的な軍事力」の役割が低下し、一方では経済のグローバル化により各国経済の自律の低下が起こっている。

こうした一連のグローバル化は「大国の小国化」現象として表われる。

かつての「大国」も拡大政策や敵対的競争力を喪失し、物価安定、労働市場の安定、医療・福祉政策の見直し等を迫られている。

私達の回りでも病院・法人の大型化（歯科の大型化も）の問題点が指摘されており、地域に根ざした小型診療所が再度注目されている。従来のベルトコンベヤー式の大量生産方式に対し、1人があるいは小グループが責任もって一つの製品を最後まで作り上げる「セル生産」方式が注目を浴びているなど、いたるところで生産活動、経済活動、医療・福祉活動、教育活動、地方自治のあり方と見直しがされてきている。

こうした中でかつてバブル崩壊後長期不況に陥った、いわゆる「オランダ病」に対し経済や福祉政策で大きな改革を押し進めて「オランダの奇跡」をなすとげ、ヨーロッパの「大国」へ大きな影響をあたえてきた「小さな大国」＝「オランダ」がいま各国から注目されている理由はここにあると思われる。

〈主要参考文献〉

I. ウォーラースティン、『近代世界システム2』（岩波現代選書）  
 水島治郎、『戦後オランダの政治構造』（東京大学出版会）  
 長坂寿久、『オランダモデル』（日本経済新聞社）  
 矢野聡・大森正博、『世界の社会福祉（ドイツ・オランダ）』（旬報社）  
 富沢賢治、『社会的経済セクターの分析』（岩波書店）  
 大阪社会保障推進協議会、『オランダの奇跡、スウェーデンの挑戦に学ぶ』（視察報告集）  
 李 啓充、『アメリカ医療の光と影』（医学書院）  
 （ふじの たけまさ、東京勤労者医療会副理事長、歯科医師）

## 【事務局ニュース】 3・会員募集

「非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」の会員を募集しています。会員には正会員（個人・団体）と賛助会員（個人・団体）があり、入会金・年会費は以下のようになっています。また、機関誌『いのちとくらし』を購入される場合、会員価格でお求めいただけます。

○会員の種類

- ・正会員(団体、個人)：研究所の行う行事に参加でき、機関誌・研究所ニュースが無料配布され、総会での表決権があります。

- ・賛助会員(団体、個人)：研究所の行う行事に参加でき、機関誌・研究所ニュースが無料配布されます。

○会費 ※今年度分は（2003年3月31日まで）年会費は半額です。

	区 分	適 用	入会金	年会費(一口)
正会員	団体会員	団体・法人	10,000円	100,000円
	個人会員	個人	1,000円	5,000円
賛助会員	団体会員	団体・法人	なし	50,000円
	個人会員	個人	なし	3,000円

# 「もう一度、社会医学」

野村 拓

## 精神のオアシス

かつて医学史、社会医学のメッカといわれたジョンズ・ホプキンス大学の21世紀医学教育カリキュラムから「医学史」が消えたことについて、拙著『20世紀の医療史』（2002、本の泉社）の中で、「南サハラは砂漠化は、貧困、売春、エイズの蔓延をもたらしたが、アメリカにおける精神の砂漠化は歴史をかき消し、医学史カリキュラムを消してしまった」と指摘した。医学史が消えてしまったカリキュラムを示した本は

☆Catharine D. DeAngelis 編：The Johns Hopkins University School of Medicine Curriculum for the Twenty-First Century, The Johns Hopkins Univ. Press, 1999.

かつて社会医学は若き医学徒にとって、「精神のオアシス」であった。そして、晩年、権力者となって墮落する以前の、若き日のルドルフ・ウィルヒョウ（1840年代）は「精神のオアシス」の建設者であった。

『公衆衛生研究者』と訳すべき本

☆The Public Health Researcher, Oxford Univ. Press, 1998.

では、若き日のルドルフ・ウィルヒョウの仕事、「シレジャ報告」（1847）や医学革命運動などは、F. エンゲルスの仕事からインスピレーションを得たものであることが指摘され、「ウィルヒョウもエンゲルスも、疫学的証拠にもとづいた観察を生き生きと描いた」と述べられている。

故中川米造氏が「シレジャ報告」を訳された原稿を見せてもらったことがある。左側に綴じ穴のあいた阪大・衛生学教室のB 5版、400字の原稿

用紙を使い、綴じ紐を通してあったが、その原稿がどうなったかは知らない。

ウィルヒョウとエンゲルスの関係についてはジョージ・ローゼンの名著『公衆衛生史』

☆George Rosen: A History of Public (1958の初版本については故小栗史朗氏の力訳がある)の中に、「イングランドではフリードリヒ・エンゲルスが、ドイツではルドルフ・ウィルヒョウが公衆衛生を、搾取を明らかにし不健康な社会条件を劇的に示し民主的解決を求める焦点的存在として位置づけた」という記述がある。

英・独を対置的、比較的にとらえる研究は多いが、英・独の都市死亡率を歴史的に比較したものとして

☆Jorg Vogelee, Urban Mortality Change in England and Germany 1870-1913, Liverpool Univ. Press, 1998.

があり、ここでは冒頭にエンゲルスの1840年代の仕事が紹介されている。

## ドイツ医療史

「精神のオアシス」は1848年のドイツ革命の失敗やビスマルクの登場によって怪しくなるが、その経過については

☆Manfred Berg & Geoffrey Cocks 編: Medicine and Modernity Public Health and Medical Carein Nineteenth- and Twentieth-Century Germany, Cambridg Univ. Press, 2002. (初版は1997)

が詳しい。なによりも英語で書かれている点が有難く、ここには次のような10篇の論文が収められている。

1. 貧困者の便益と進歩する医学——1820～1870年のドイツの病院と病院医療
2. 伝統的個人主義から集団的専門主義へ——1883～1931年のドイツにおける国家、患者、強制加入健康保険と保険医問題
3. ドイツ・社会ダーウィニズムの探求——概念の歴史と歴史編纂
4. 近代のドイツ医師——専門主義の失敗？
5. 精神病患者の把握、国家の要求と精神医学者の関心との間
6. 治療的軍需工場の合理化——第1次世界大戦中のドイツ精神神経医学
7. 国家社会主義ドイツにおける優生手術と「医学的」大虐殺——倫理、政策そして法律
8. 新しさとしての古さ——ニュールンベルグ医師裁判と近代ドイツにおける医学
9. 意志の継続に関する論争——ドイツにおけるワイマル共和制から国家社会主義と戦後にかけての中絶の政策学
10. 1993年スキャンダルの清算とドイツの医療機関

ある意味で、ドイツ社会ダーウィニズム→ドイツ民族衛生学会→国家社会主義というのが、「社会医学否定」の系譜であるから、掘り下げて勉強する必要があるであろう。

なお、これに関連する英語で書かれた本としては『ナチ医師とニュールンベルグ綱領』と訳すべき本

☆George J. Annas 他: *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code*, Oxford Univ. Press, 1995. があり、ここで歴史学者ロバート・プロクターは「ナチの(人体)実験は1933年以前の民族衛生運動に根ざしている」と論断している。

ドイツ・社会ダーウィニズムのくぐりではマルクスはもちろん、レーニン、カウツキー、プレハーノフまで登場する(ただし、マルクス以外は名前だけ)。

## アメリカの優生政策

むかし、エルンスト・ヘッケルの『自然創造史』という訳書を古本屋で買った覚えがあるが、ヘッケルは生物進化論と社会ダーウィニズムとの橋渡

し役として、その功罪が論じられている。

ドイツ・社会ダーウィニズムに対して、「アメリカ・社会ダーウィニズム」という言葉はあまり聞いたことがない。しかし、アメリカではドイツ民族衛生学会の前身、民族衛生委員会の結成(1920)より早くから社会的劣者と見なされるものに対する生殖能力除去手術(優生手術)が行われ、その最初のもは1897年、インディアナ州立感化院(少年院)における輸精管切除手術だったといわれている。『性、人種、そして科学』と訳すべき本

☆Edward J. Larson: *Sex, Race, and Science*, Johns Hopkins Univ. Press, 1995.

には「アメリカ南部における優生学」という副題が付いており、人種差別の風土に播かれた「優生学」という種の生育史が書かれている。精神障害者が精神障害者を再生産することを防ぐためには「隔離」が必要というわけで、前掲書のカバーには精神障害者として隔離され、綿畑で働く人たちの写真が使われている。20世紀の初めから南部諸州では、婦人団体が音頭を取って精神障害者の隔離が進められ、この隔離施設を「精神薄弱者コロニー」(Colony for the Feeble-minded)と呼んだ。

おどろくべきことに、この「精神薄弱者コロニー」で、IQテストによって優生手術が行われていたことを指摘したのが、

☆Bryan S. Turner: *Medical Power and Social Knowledge*, 2版. Sage, 1995.

である。

現在、福祉国家といわれる北欧4カ国での優生手術件数がやたら多いことについては拙著『20世紀の医療史』(2002)で指摘したとおりであるが、なぜそうなのか、についてはドイツ民族衛生学会が「軍事優生学派」と「ノルディック福祉派」とに分裂した後の「ノルディック福祉派」の方をフォローしなければならないが、語学の壁で手が届きそうにない。

1920年代の国際的潮流として「優生」思想については、あらためてとらえなおす必要があるが、この潮流が思いあがった進歩思想や「指導したがかり屋」と結びつく危険性の強いアメリカが一番厄介である。そのひとつの現われは社会制度や経済学や、さらには医療制度にまで「進化」という概

念を持ちこむことである。

## アメリカ流・進化論

最近、『アメリカ医療の経済的進化』と訳すべき本

☆David Dranove: *The Economic Evolution of American Health Care*, Princeton Univ. Press, 2000.

が出されたが、ここでの「医療進化像」はマネジド・ケアである。マネジド・ケアを書名とする本を、仮訳の和名をつけて紹介すれば

☆『マネジド・ケアと医療市場』

Michael A. Morrisey 編: *Managed Care and Health Care Markets*, AEI Press, 1998.

☆『医師とマネジド・ケア』

Scott Becker: *Physician's Managed Care, Success Manual*, Mosby, 1999.

☆『マネジド・ケアの倫理』

Mary R. Anderlik: *The Ethics of Managed Care*, Indiana Univ. Press, 2001.

などがある。マネジド・ケアに関する本を何冊か読めば、マネジド・ケアとは要するに「医師の買い叩き」を意味していることがわかる。数年前、カイザー・パーマネンテが麻酔医を相場の半値で雇用し、カリフォルニアには麻酔医の新しいポストは稀だから、とうそぶいた例もある。概してHMOサイドから出される医師統計は「過剰」を誇大に強調する傾向があり、買い叩かれるよりは買い叩くほうにまわりなさい、という趣旨の本が、前掲の『医師のマネジド・ケア』であり、冒頭に「みずからの才能を基本的な仕事に適用しようとする医師は、最大のHMOの事業責任者、またはその地区の医療管理会社の指導者、理事者となる」というテーゼが示されている。そして、買い叩くためには「医師市場」の把握が必要、ということらしく『医師マーケットの医療経済学』と訳すべき本

☆Fraz Beustetter: *Health Care Economics — The Market for Physician Services*, Peter Lang, 2002.

まで出されている。

アメリカ流進化論には、「競争による進歩」だ

けではなく、「勝ち馬にのる」ことまで含まれているようだが、競争をテーマとしたものとしては『競争の探求・アメリカ医療』と訳すべき本

☆Mary-Jo Delvechio Good: *American Medicine — The Quest for Competence*, Univ. of California Press, 1998.

がある。競争に勝ったものは負けたものを買取り、という、訳せば『医業・売り買い時代』となるのが

☆Yvonne Mart Fox 他: *How to Join, Buy or Merge — A Physician's Practice*, Mosby, 1998.

で経営コンサルタントたちが書いたものである。また、「したたかな金集め」という立場で書かれた本が『医療資金集め術』

☆Joyce J. Fitzpatrick 他: *Fundraising Skills for Health Care Executives*, Springer, 2000.

で、ここでは250万ドル（約3億円）集める方法が書かれている。

アメリカ流・進化論での「適者生存」はしたたかな悪人の勝ち残りを意味するようだが、最新刊（発行年は2003年になっている）の

☆『医療改悪のプライベートイゼーション』

M.Gregg Bloche 編: *The Privatization of Health Care Reform*, Oxford Univ. Press, 2003.

の第2章は「市場圧力とマネジド・ケアの進化」となっている。前述のように医療の進化したものがマネジド・ケアであったのに、そのマネジド・ケアがさらに進化するのだからおそろしい。

## グローバル化

アメリカ流・進化論のゆきつくところは、善は滅び、悪は栄えてグローバル化し、世界を支配する、ということのようだが、グローバルに医療政策をとらえたものが

☆『グローバル化する世界における医療政策』

Kelly Jee 他編: *Health Policy in a Globalising World*, Cambridge, 2002.

であり、ここでは、世界各国の医療政策は「管理された競争」(Managed Competition)に集約されていくであろうことが述べられている。また、情報技術の進歩によって『グローバル管理』が可能になったことを示す本

☆Peter McMahon: Global Control, Edward Elgar, 2002.

が出されているが、6章立てのこの本の第3章は「情報技術とアメリカ産軍複合体の発展」となっている。むかし、アメリカ大統領がアイゼンハワーからケネディに変わったとき、アイクは若きケネディに「わしは陸軍元帥だったが産軍複合体をコントロールできなかった。君は海軍中尉だから大変だよ」という意味のことを言ったそうである。大統領でもコントロールできなかった産軍複合体がさらに強大化し、グローバル・コントロールをやり、兵器の売上増や在庫減らしの戦争を仕掛けたりしているのが今日の状況である。産軍複合体の強大化と、アメリカ流・進化論で、もっとも愚かなものが権力の頂点に立っていることが、今日の危機的状況の原因となっているのはなかなうか。

他方、専門外なので、滅多に本を買ったりしないつもりなのに、気になって買ってしまったのが、テロリズムにかかわる本である。

☆『生物学的脅威とテロリズム』

Stacey L. Knobel 他編: Biological Threats and Terrorism, National Academy Press, 2002.

☆『反米テロと中近東』

Barry Rubin 他: Anti-American Terrorism and the Middle East, Oxford Univ. Press, 2002.

などである。また、最近、ショックを受けたことは医薬品に関する PDR (Physicians' Desk Reference)、つまり「医師の早わかりマニュアル」シリーズの中に

☆『生物・化学兵器対策マニュアル』

PDR Guide to Biological and Chemical Warfare Response, Thomson, 2002.

が登場したことである。ここではO-157もリスト・アップされ、「生物兵器としての潜在力を持つ」とコメントされている。

## もう一度、原点から

冒頭に述べた若き日のウィルヒョウはシレジア地方で大流行した発疹チフスの原因として「貧困」をとらえ、「疾病と貧困の悪循環」を断ち切る社会医学を提言した。

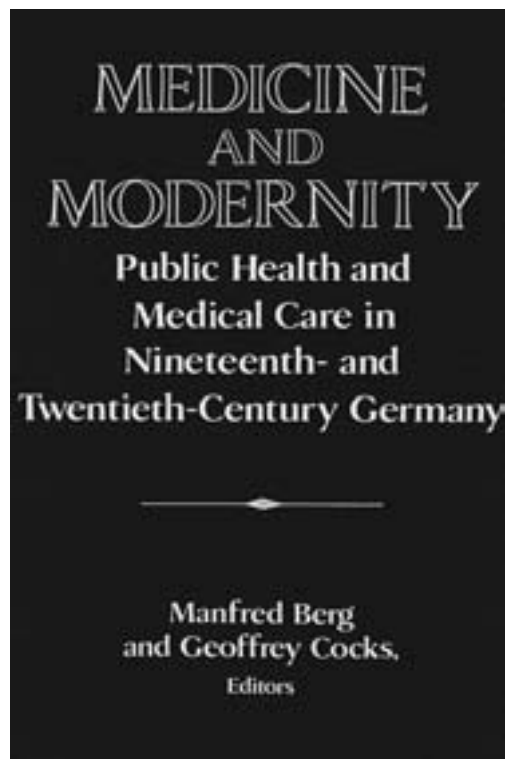
いまはどうだろうか。疾病をみれば、まず生物兵器としての利用可能性を見なければならぬのだろうか。どこから、いつからおかしくなったのか、それはなぜなのかについての歴史的検証が必要である。

かつて故中川米造氏から「医学は雑沓のなかで、貧民窟で学ぶべきもの、というのがジョンズ・ホプキンス大学の建学の精神だ」と聞いたことがある。「だから大阪・中之島の雑沓の中にある阪大は社会医学に向いている」とも聞いた。

まだ、無名だった同氏が1960年ごろ、ガルドストーンの『社会医学の意味』を翻訳、出版したときには、印税が入るところか、せっせと本を売って代金を出版社に送金していた。

相撲取りが一人前になることを「チャンコの味がしみた」という。社会医学の方は「冷飯の味がしみた」ところで一人前ではないだろうか。初心に帰ってもう一度、社会医学を！

(のむら たく、国民医療研究所顧問)



〈図〉英語で読めるドイツ医療史

石塚 秀雄

アメリカの医療従事者の種類には、一般的には、医師(Physician)と看護婦(師)(Nurse Practitioner)と医療補助師(Physician Assistant)がある。医療補助師はまた Medical Assistant とも呼ばれる。これに加えて、さらにセラピスト、聴覚士(audiologist)カイロプラティック、検眼士(optometrist)、足病士(podiatrist)なども医療従事者に含んでいる。さらに、ソーシャルワーカー、救急隊員など広義の医療活動に従事している専門家が存在する。いわゆる医療と福祉の境界線はいよいよ複雑化してきているのが我が国の現状でもある。医療従事者の在り方と労働条件は、医療サービスの供給と密接につながっている。そうした観点から、ここでは最初にあげた3種類に絞ってデータを示すことにす

る。これらの医療従事者は、いずれも認定資格を持つことがやはりこのセクターの特徴のひとつである。なお医療補助師資格取得については大学(ユニバーシティ、カレッジ)の資格は必要ない。その種類は1.医療補助、2.医療技術管理、3.病院経営に分かれている。いずれも、日本と違って、職務分掌に明確な区分に基づいて、収入の基準が異なる。医療制度がことなるので、収入を日本と単純比較することにはあまり意味はないが、しかし日本が今後、アメリカ型の医療政策を導入すると、収入についても同じような細分化が導入される可能性は高い。以下のデータは、各医療団体の個別の統計であり、いわゆる全国データではないので、ばらつきもあり、あくまでも参考値である。

### 1. アメリカの医師の年収、1996年度、USドル

	平均値	中央値
全医師	\$ 199,000	\$ 166,000
一般医、家庭医	139,100	130,000
内科医	185,70	150,000
外科医	275,200	230,000
小児科医	140,600	125,000
産婦人科医	231,000	200,000
放射線治療医	275,100	240,000
精神科医	133,700	122,000
麻酔医	228,400	215,000
病理学医	212,000	190,000

出所：Physican Board, 2003, データ。

### 2. 医師年収 中央値、単位USドル

	1999	2000	2001
家庭医	141,493	150,407	155,070
内科医	145,397	145,833	146,562
小児科医	---	---	---
神経科医	---	---	---
放射線科医	---	---	---
リュウマチ医	---	---	---
外科医	236,572	255,498	266,484
消化器医	264,500		

出所：MGMA, 2000データに基づき作成。

### 3. 医師の年収 中央値 男女差比較 2001年度、単位USドル

	男性	女性
心臓外科医(移植)	\$ 371,655	\$ 294,261
心臓外科医	338,850	\$ 224,898
家庭医(産科含む)	159,864	135,000
家庭医	153,282	128,135
消化器系医	336,272	240,813
一般外科医	263,438	202,523
内科医	157,414	132,573
産婦人科医	244,281	213,084
整形外科医	356,225	236,134
小児科医	167,036	134,000

出所：Medical Economics, 2002,

### 4. 医師の専門職料金（手術料その他は除く）と年収。2001年度単位：USドル

	専門料金獲得高	前年比	医師収入	前年対比
心臓外科医(移植)	\$ 731,904	1.9%	\$ 362,209	11.2%
心臓外科医	522,165	-16.8	320,11	6.7
家庭医(産科含む)	309,419	1.8	150,290	-2.4
家庭医	287,239	-1.0	146,601	1.0
消化器系医	620,610	5.7	312,074	10.9
一般外科医	497,633	0.0	257,509	4.9
内科医	288,494	0.8	149,020	0.0
産婦人科医	501,634	0.1	231,000	3.5
整形外科医	678,186	-6.7	354,184	10.5
小児科医	321,935	2.5	150,000	6.1

出所：Medical Economics, 2002

### 5. 医師の収益と支出 2001年

全収益	100.0%
純収入	57.4%
全支出	42.6%

出所：Patric O'Rourke, CPA, 2003に基づき作成。

### 6. 一般医と専門医の年収比較

	1997	1998	1999	2000	2001	前年比
プライマリイ・ケア医	\$ 135,791	139,244	143,970	147,232	149,009	1.2%
専門医	220,476	231,993	245,494	256,494	263,254	2.6%
物価指数						1.6%

出所：Medical Economics, 2002



7. 看護婦(師)の平均年収 2001年度、単位：U S ドル

職務部門	収入額
1. 自営	\$ 78,217
2. 緊急センター	76,215
3. 外科手術	67,744
4. 新生児	67,678
5. 病院	66,470
6. HMO	65,278
7. 老人医療	64,331
8. 特殊診療	63,713
9. 内科	62,454
10. 小児科	62,199
11. ホームヘルス機関	61,976
12. 家庭医	61,466
13. 精神科	61,070
14. 産科	59,327
15. リハビリ	59,117
16. 大学教育研究	59,111
17. 小中学校	57,372
18. コミュニティ保健	56,810
19. 大学保健	53,785

出所：Advance for Nurse Practitioner, 2003.

8. 医療補助師 年収 中央値、2001年度、単位：U S ドル

職務分野	サンプル数	収入
家庭医、一般医	439	\$ 59,054
一般内科	114	59,657
緊急医療	143	65,934
一般小児科	43	57,948
一般外科	78	60,717
専門内科	223	60,312
専門小児科	26	60,455
専門外科	397	64,814
産婦人科	45	55,824
会社医	19	63,201
その他	179	61,591

# 自営、パートを除く。

出所：American Academy of Physician Assistants, 2003.

## 日本への示唆「ヨーロッパ型資本主義」

窪田 之喜

## 【はじめに】

私のヨーロッパとの出会いは、1994年9月、日野社会教育センター（財団法人社会教育協会）主催の「デンマーク高齢者福祉視察の旅」であった。寝たきり老人のいない国といわれるこの国をのぞいてみたいと言う程度の意識でしかなかったが、10日ほどの学習機会にすぎなかったこの旅は、私にとってとても大きな意味をもつものとなった。印象で言えば、高齢者施設が明るかった。そこに生活する高齢者の顔が明るかった。どの部屋も「その人の家」であった。確かに寝たきりの老人はいなかった。保育・教育から高齢者福祉まで一貫して公共のシステムが保障していた。そしてこの国は、所得税率が50%を越え、付加価値税が25%という、高負担の国であった。そこでは、人々が主権者であるということと税の再配分機能について考えさせられた。

## 【『ヨーロッパ型資本主義』（福島清彦著）を読む】

同僚の木村弁護士から紹介された本である。

本の副題に「アメリカ市場原理主義との決別」、「弱肉強食の米国流よ、さらば！」とある。講談社現代新書。著者の福島氏は、1944年生まれ、一橋大経済学研究科修士課程修了、野村総合研究所ワシントン事務所長・ヨーロッパ社長を歴任、現在は野村総研主席エコノミスト、と紹介されている。

## 【9・11からの教訓】

本書は、2001年9月11日のテロ事件から書き起こしている。事件からの政治経済的教訓として、イスラエルと平和共存するパレスチナ国家の早期実現と貧富の格差拡大をこれ以上放置できないことの二つをあげている。

アメリカ政府財務省などの見解は、途上国の経済をもっと自由化し市場原理の作用領域を広げれ

ば、途上国の経済は鍛えられて強くなるということである。しかし、市場原理は本来、弱肉強食の論理を内包しており、貧富の格差を拡大していく。市場原理の作用を認めつつ、ある分野では抑制し他の分野ではまったく適用しないような政策を政府が採用し、それに沿った制度づくりを進めることが大切である。そうしないと途上国の貧困はますますひどくなり、若者たちの不満はつり、やりばのない怒りを、異教の富と権力を体現するアメリカへの聖戦にぶつける構図はなくなる。著者のこの見解に私は、心から同意する。

## 【強まるヨーロッパの対米批判】

ヨーロッパ各国は自国の資本主義モデルがアメリカ資本主義に換価されるのを防ぐため、対米批判を強めその中でまた、自国の資本主義モデルの特徴と意義をより深く理解するようになった。著者は「アメリカ流市場原理主義とヨーロッパ流福祉国家路線の対立」と表現し、以下の8点を指摘している。

## (1) 経済思想と社会観

「アメリカ経済の成功は、異常な株式ブームによって成り立っていた。」「アメリカの金融業は19世紀に持っていたような全ての自由を手に入れ、われわれは昔ながらの野蛮な資本主義に逆戻りさせられた」（英国産業協会会長ウイリアム・ハットン、01.3.18・オブザーバー）。これに対して、「全員に機会を与える21世紀の社会的市場経済」がドイツの信条であることを対置している。

## (2) 金融政策

米国経済が景気減速した2000年半ば以降、米国連邦制度理事会は、金利引き下げで景気を維持する考えから欧州中央銀行に協調利下げを求めた。欧州中央銀行は、「あくなき成長志向のアメリカ」に対し「インフレ抑制」の視点で対応した。

## (3) 規制緩和

ただ規制を緩めればよいという単純な発送をする人はヨーロッパにはいない。

#### (4) アメリカ的食料生産に対する批判

「利益をあげ、生産性を高めることを主な目的として（食料生産をして）いる限り、注意深く自然にやさしい労働のやり方は消滅してしまう。」

フランス南西部の町、ミラウの町の農民ジョセ・ボヴェ氏らの言葉と運動を紹介しながら、今ヨーロッパで利益と生産性向上本意のアメリカ的農業生産方式に対する批判が高まっていることが語られる。

#### (5) 会計基準

ヨーロッパのアメリカ批判は、アメリカ主導で進められている国際会計基準づくりにも及んでいるという。焦点は、米国が主導する「株式や土地などの価格を常に最新時点の市場価格にあわせて変更しなければならないと言う基準（時価会計）」。フランス銀行協会は、米国流の会計基準では「全銀行業がきわめて危険で不安定になる」と批判している。長期的視点をもって福祉国家型資本主義をつくろうとするヨーロッパには適さないと。

#### (6) 企業統治

米国では、80年代、90年代に企業統治の形態は、株主のための企業という「純粋資本主義」へと傾斜した。著者は、ボローニャ大学・ドーア教授らのアメリカ型資本主義の招く危機と「資本主義を社会的に規制する諸制度」が必要との指摘を注視している。

#### (7) ストック・オプション

ヨーロッパでは、最近アメリカで起きている流行としか見られていない。

#### (8) 地球環境

ブッシュ政権誕生後、地球温暖化の原因物質排出削減を決めた京都議定書から（クリントン政権が7%削減に合意していたのに）アメリカが一方的に離脱した。地球環境問題での米欧の新しい対立となっている。因みに、米国は世界の排出ガスの35%を出している。

#### (9) ミサイル防衛

アメリカだけが核を独占しているのと同じ状態を意図するものとのヨーロッパの批判的視点を紹介している。

#### (10) ヨーロッパ独自軍の創設

EUは6万人の緊急対応軍をつくろうとしている。これに対して米国内では「EUが米国から軍

事的に自立する」ねらいと、批判が高まっている。

### 【戦後ヨーロッパの思想と実践が生み出したEU】

福祉を重視する「社会的なヨーロッパ」づくりは、EUの基本方針である。EU無くしてはこの戦略を語れない。

戦後のフランスとドイツおよびヨーロッパ全体にとって、東欧社会主義との緊張および独仏の平和を含む欧州の平和の実現が大きな課題であった。その努力は、1952年の石炭鉄鋼共同体（ECS C.）の発足からはじまった。58年の欧州経済共同体（EEC）の結成、1967年欧州共同体（EC）、1993年欧州連合（EU）のスタートとなる。ヨーロッパ15カ国の参加する経済統合と進化、外交・安保・司法など政治統合まで進んだECは、競争原理という資本主義の本質から生まれたのではなく、欧州の平和とそこにすむ人々の生活を保障するという強烈な政治経済意思によって生み出されてきた。大きな実践である。今、EUは旧東欧諸国まで含めた27カ国連合に発展しより壮大な実験となろうとしている。

### 【福祉を重視する経済大国づくりの戦略…「社会的な」ヨーロッパづくり宣言】

2000年3月、EU首脳会議は21世紀ヨーロッパの本格的政策綱領を決めた。「発展した社会的保護の諸制度を持っているヨーロッパの社会モデルが、知識経済へ向かう道筋を支えていかなければならない」「人々こそがヨーロッパの主要な資産であり、欧州連合の諸政策の焦点でなければならない。人々に投資し、行動するダイナミックな福祉国家を発展させていくことによってこそ、ヨーロッパは知識経済の中で地位を確立することができる。」

著者は、EUの存在意義を3つ指摘している。1つは、EUが非アメリカ型の「社会的な」モデルの有効性を世界に示したこと。2つは、地域経済取り決めの有効性を実証し、世界各地に地域経済取り決めをつくることを促したこと。3つは、ヨーロッパの歴史的な自己蘇生力を実証したこと。

EUは、今、充実した福祉・弱者や労働者の権利を保護する「社会的な」ヨーロッパづくり、環

境保護先進国、農業補助と域内低所得地域支援を中心とする財政運営（公共事業は小さい）を目指している。財政規模は、EU全体のGDPの1.2%、おおよそ1000億ユーロである。

福祉国家型の代表例として、本書でもデンマークの教育と高齢者福祉が「元も充実している」、「EUの目指す福祉重視型資本主義の一つの方向を示すもの」と評価している。

### 【EU各国の違いを認めつつ】

著者は、勿論、ヨーロッパ型資本主義が、北欧・独・仏・英・伊など多様であることを論じている。特に、英国経済が本来自由主義のつよいものであったものが今、EU型とアメリカ型の中間型を目指そうとしていることなど興味深い分析を加える。

### 【日本改革への示唆】

著者は、「日本の動きは欧州とは対照的に」市

場原理適用範囲を拡大する方向に動いていると指摘し、それも一定の理由があるとしつつも、「日本を米国流にすると考えているだけでは、日本経済改革の将来像は出てこない」と指摘する。

著者はEUの教訓から、アセアンと日本、中国、韓国の地域協力の発展、市場の限界と政府の役割をヨーロッパから学ぶこと、公共工事からの脱出、預金保護・年金制度・雇用政策により「おどす」手法から安心できる社会環境づくり、環境保全等の改革方向を示唆し、「知恵ある政府」を呼びかけている。

日本では「欧米」とひとくくりして表現することが少なくなかった。しかし、今、資本主義のあり方をめぐるヨーロッパ型と米国型を実証的に対置し、ヨーロッパの経験から福祉国家型資本主義の方向を正面から取り上げている本書は、刺激的でありずしりとした重みを伝えてくれる。

（くぼた ゆきよし、日野市民法律事務所弁護士）

## 【事務局ニュース】 4・定期購読

機関誌『いのちとくらし』定期購読の申し込みを受け付けています。季刊（年4冊）発行、年間購読の場合は研究所ニュースも送付いたします。また、研究所の会員の方には会員価格でお求めいただけます。詳細は事務局までお問い合わせください。

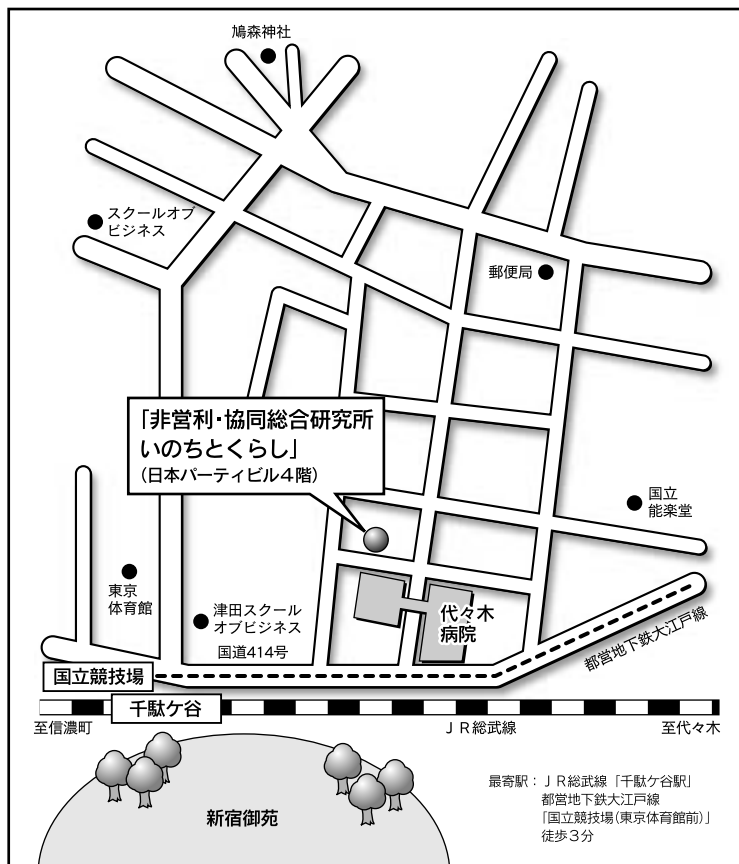
- 1冊のみの場合：機関誌代 ¥1,000円+送料
- 年間購読の場合：機関誌年4冊+研究所ニュース+送料 ¥5,000円

### 【編集後記】

介護保険インタビューの取材、去る1月に行われたきょうされん（共同作業所全国連絡会）主催シンポジウムの取材において、原点・本質を見失わないことの大切さを感じた。今号からが実質的なスタートといえる『いのちとくらし』であるが、読者諸氏はどのような感想をお持ちであろうか。課題は山積であるが、準備号に寄せられた期待・意見を忘れず、ひとつひとつ乗り越え、充実した内容を目指したい。どうぞよろしく願い申し上げます。

ホームページを開設しました。

URL:<http://www.inhcc.org/> e-mail:[inoci@inhcc.org](mailto:inoci@inhcc.org)



## 「非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」 事務局

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷1-29-3 日本パーティビル4階  
TEL : 03-5770-5045 / FAX : 03-5770-5046