

目次

特集：障害者と社会・労働参加—支援費制度をめぐる—

- 巻頭エッセイ「NPOによる地域福祉貢献活動とその困難」相澤 與一…………… 1
- シリーズ非営利・協同入門②「非営利・協同の事業組織」坂根 利幸…………… 2
- 座談会「非営利・協同と共同作業所づくり運動」立岡 暁、斎藤 なを子、
長瀬 文雄、岩本 鉄矢、坂根 利幸、司会：石塚 秀雄…………… 8
- 論文「『共同作業所づくり運動』の過去・現在・未来」菅井 真……………28
- 第1回公開研究会報告「米国のマネジドケアと非営利病院」松原 由美……………38
- 「アメリカのNPO病院の非営利性の考え—薬品安価適用に関連して—」
石塚 秀雄……………57
- シリーズ「デンマークの社会政策（下）」山田 駒平……………60
- 文献プロムナード③「医療政策」野村 拓……………71
- 書評・宮本太郎編著『福祉国家再編の政治』田中 夏子……………76
- 研究所関連ニュース・事務局……………27, 56, 59, 81
- （巻末・読者の声FAX送付書）

「NPOによる地域福祉 貢献活動とその困難」

相澤 與一

わたしたちは、精神保健福祉法が制定された1995年の4月創立の精神障害者地域家族会を昨年9月にNPOとし、それを主体に他団体と共同し、法定事業の立ち上げを企図し、さまざまな活動を積み上げてきました。昨年春からの「地域生活支援センターづくりを推進する会」での協議と署名活動、福島市長と市議会への要請と請願、後者の全会一致採択と前者による補助予算計上、昨年8月の学習講演会、2月のチャリティ・コンサートと5月のチャリティ絵画展などです。ずいぶんがんばりました。たびたび新聞報道とNHKを含めてのテレビ放映もなされ、福島県全域に広く活動が知らされてきました。

もちろん、地道な日常活動も続けられています。月例茶話会、学習交流の大集会、2つの共同作業所の運営などです。

しかし、福島県を通じての国庫補助申請に対し、5月末、厚生労働省精神保健福祉課から県庁に電話1本で5件の申請すべて不採択という内示があり、6月17日問い合わせと要請に行かれた福島県の担当者に、今年はずべてだめ、来年の見通しもないという回答が成されたそうです。障害者福祉の中でも圧倒的に遅れているこの領域だけに、ここ数年、設置者4分の1負担を強いる新規整備の申請はすべて認められてきたのに、1月の本省ヒアリング後もまったくクレームも警告もないまま、工事着工を目前にしての異例の却下内示です。政府は本年から10年間に7万2000人を退院させ地域生活に復帰させる計画を公言しておきながら、社会復帰施設の整備についてはかかる暴挙を行ったのです。

どうしてもアメリカ軍の後尾についてイラクに出陣させようと国会会期の40日延長を強行してい

てのこの振る舞いに、いまさらながらの思いです。

もちろん、私は日本を括弧なしの福祉国家などと考えたり規定したりしたことはありません。頭の半分では何が起きてもおかしくはない政府だと考えておりますが、それにしても軍隊の海外派遣と軍事費の拡大にはシャカリキで、福祉には大鉦を振るいつづけ、障害当事者の絶体絶命の必要と要請をけちらして恬として恥じない厚顔無恥にはあきれます。

この暴挙の被害は大変です。せつかく市と県が予算を立てているのに国が拒否では施設が立ち上がりません。NPOへの御寄付を中学校の生徒さんたちからまで頂いているのに、どうしてくれるのか、怒りはふつふつと湧きます。しかし、人間生きている限り精一杯呼吸を続けます。われわれのNPOも活動を止めません。住民と共に、そして自治体に働きかけそれと協力しながら難局に立ち向かいつづけるでしょう。

(あいざわ よいち、高崎健康福祉大学教員 (NPO福島・伊達精神障害福祉会理事長))

非営利・協同の事業組織

坂根 利幸

前号で角瀬氏が「非営利・協同」の今日的意義について基礎的な解説をされました。私は、さらにこれを現実の非営利・協同の事業組織に当てはめて、その共通する原則や命題について考えてみたいと思います。

角瀬氏の指摘の通り、この分野では未だ「定説」がない部分が多く、それだけに議論の「し甲斐」がありますし、非営利・協同総研としても「究極の理論化」を目指すべきでもあります。

(1) 非営利・協同の意義

角瀬氏は、非営利・協同はハイブリッド用語という定義をしましたが、大変に重要な「捉え方」です。「非営利協同」ではなく、「非営利・協同」の意義ですが、このことは非営利であっても協同ではない組織がある一方で、協同組織であるものの営利的な組織など、実態によっては「非営利・協同」の組織ではないかもしれない場合も考えておかなければならないことを意味しています。

私も、非営利と協同という2つの概念や意義を充足させる形態や実態を持って初めて「非営利・協同」の事業組織である、と観ることにしています。

我が国の非営利組織としては、様々な法形式が設置されています。一般には、公益法人、社会福祉法人、協同組合、NPOなどがその代表例とされています。もちろん法人格なき団体でも数多の非営利・協同組織がみられます。

これらの法人組織等に共通していることは、「営利を目的とはしない」という命題です。資本の力

やお金で差別をしない、利益を追求するための出資は受けない、出資の額で議決権を左右しない、などの意義です。

また、「非営利」組織を、利益を考えない組織であるとの誤解をしている方も見受けられます。これは大きな誤りです。非営利組織では利益を第一の目的とはしないものの、赤字続きでは生存し続けることが出来ず、せつかくの非営利組織も瓦解してしまいます。

すなわち非営利組織が存続発展するためには、一定の利益が必要となります。非営利組織では利益は目的ではなく、「手段」である、と定義することが必要です。それ故に非営利組織では、非営利の理念や目的・ミッションらを明確に判りやすく掲げることが極めて重要であるとも言えます。

「非営利性」が組織の基礎の議論、組織の目的や理念の原則であるとするれば、「協同」は組織の「運営」にかかる原則を表象したものと考えています。

「協同組織」と一言で言っても、知らない人には判りません。「協同組織」とは、多数の人々が、一定の目的や理念の下に結集参加し、事業活動の元手を拠出し合ったり、協力協同して働き活動するような組織、と定義できます。

株式会社のような資本＝株式で結合した連帯性のない株主や多額の拠出を基礎に支配する株主らが存在する組織とは異なり、相互扶助の精神あるいは協力協同の思想を根柢に結集し参加し働く組織、これが「協同組織」であると考えます。

数による、または額による支配や運営を排し、

結集参加する多数の人々の「民主主義」を存在と運営の組織原則とする組織が「協同組織」であると言えます。

非営利性を規定し具体化した理念や目的にかかる規定や規約があり、同時に、民主主義を重視貫徹する取組みを継続するような組織や団体を「非営利・協同」の事業組織と考えます。

非営利・協同の事業組織は「非営利」と「協同」のハイブリッド組織ですが、想い（非営利性）と人（協同）を大切にするために、それから派生する原則や考え方はまだ発展途上の分野です。以下にその派生原則等にかかる主要論点を整理してみましょう。

（2）非営利・協同の出資と所有

非営利・協同の組織は大別して財団形態と社団形態に区分されます。前者には、財団法人、医療法人財団、社会福祉法人、人格なき財団などがあり、同時にそれらの組織では構成員らによる出資金の拠出という取組みはみられません。スタート時に寄付等で賄われた財産を中心に組成成立するからです。

一方、社団法人、医療法人社団、各種の協同組合、NPO、法人格なき社団などは構成員らによる出資金や入会金等の拠出の取組みがあります。スタート時に財産の形成が困難で数多くの出資者らから拠出された出資金等で事業活動を開始するという形態です。ここでこれらの組織のほとんどが非営利・協同組織だと言っているわけではありません。前記の通り、実態によるのです。株式会社でも非営利・協同組織が在りうると考えていますが、その場合は社団組織分類となるものと思います。また医療法人は多くが個人開業医らの私的支配形態であるとみなされており、ごく一部の医療法人に非営利・協同の医療機関が存在するという認識です。

さて非営利・協同の組織は一体誰のものでしょうか、問いを変えれば、一体誰の所有の事業組織ということとなるのでしょうか。非営利・協同の組織の前提原則課題の議論です。

財団形態と社団形態の、両方の非営利・協同組織を包括した原則は、「誰か個人のものでない少数の支配グループのものでない」、という点です。

すなわち非営利・協同の組織の第一原則は、個人支配や少数支配の組織であってはならないという命題であり、そのことは組織形式上も、実態運営上も貫くべき重要命題と言えます。

なお財団形態等の非営利組織では出資金という概念が形式上ないのですが、別途の出資基金組織等を作って資金援助をするなどの取組みもありますし、工夫も必要と言えます。

さて少し面倒な論点は、非営利・協同組織における出資金＝所有に関する議論です。社団形態の医療法人や協同組合などでは、組合員や構成員社員らの出資金の拠出が行われますが、決算書では出資金、資本金などと表現されます。

非営利・協同組織の「組織の第一原則」を拡張すれば、次の派生原則が導かれることとなります。

1つ目は、多数の出資者を必要とします。なぜなら個人や少数の支配では私的組織となり得ても、決して協同組織とはなり得ないからです。多数とは我が国の法律では50人というライン（証券取引法）もありますが、少なくとも10人以下では少数ということと理解されます。可能な限り多数の出資者を追求する、これが非営利・協同組織の出資者の意義です。

2つ目は、「出資金均等原則」です。同時にこのことは、出資金の金額の大小に拘わらず、議決権は1人1票という原則と表裏一体とも言えます。

絶対均等に、という主張ではありませんが、可能な限り均等を目指す、という意義です。1人で多額の、あるいは少数で多額の出資金の存在は、実際運営上で1人1票原則を損なう恐れがあります。

いわば、この原則は出資金における「協同性」の適用と言えるでしょう。もっとも、この課題では、スペイン・バスク地方にあるモンドラゴン協同組合企業群のように、利用協同組合員と職員協同組合員の間で、出資金と議決権の重さに差を付けている実践もあります。労働者たる職員協同組合員の出資金額と議決権をより重視する思想であり、「協同組織で働く」ことの重視の取組みですが、我が国での実践例はまだ少ないところです。

さて、株式会社では、配当等の経済性を追求する株主を募集し、または公開株式会社では証券市

場で莫大な資金を新旧株主を通じて集めています。営利組織では、株式等の拠出も社債等の投資も、基本的にはみな「営利」を目的とするものですし、会社の目的とも合致するものと言えます。

これに対して非営利法人等では、利益追求を第一の事業体自身の目的とはしないということが最も重要な存在条件となっていることから、利益や経済性を求める性格の資金の拠出や結集は望ましくない、ということと同義とも考えられます。このことは出資金への配当（剰余金の分配）という取組みの考え方に影響を及ぼすこととなります。

すなわち非営利・協同の事業組織では、営利を事業の第一の目的とはしないことから、出資者の出資金への配当や残余財産分配などの上での制限を設けることが至当と考えられることと言えます。3番目の派生原則です。

この配当制限等の具体化としては、非営利・協同組織の定款や規約等で、配当はしない、または出来ない、もしくは配当制限等の定めを置き、組織が解散等する場合には、残余財産は同種の組織か国自治体等に寄贈する旨の定めをおき、出資者らの配当・財産分配請求権を排除するかどうかの議論となります。非営利の出資金に高率の配当を求めることが矛盾ですし、配当を維持するために決算方針を検討するなどの実践はこれも矛盾と言えます。

一方、非営利・協同組織の典型組織とも言うべき協同組合群では、配当を制限している医療生協を除く協同組合で、事業利用への利用分量配当の他に、出資金への配当を実施しています。出資金配当の実施の可否が非営利・協同組織の重要な要件であるとしたら、我が国の協同組合は大半が外れることとなってしまいます。1割程度の配当ならよいのではないかと、預金利率程度の配当なら問題はない、配当を付ければ出資金が沢山集まる、などの議論もあります。

私は、様々な協同組合群を非営利・協同の組織から外したいと思っているわけではありません。しかし、現実の制度や実践に矛盾が見られるのも事実です。

私は、可能な限り配当をしない取組みが必要であると考えています。非営利・協同の出資金の基本的な考え方から判断すれば、少額・多数の出資

金にして、かつ営利を目的とはしない出資金であるが故のことです。構成員らの資金結集の手段としては後述するサポーター等からの借入方法が選択されるべきと考えています。

ヨーロッパでは非営利組織の範囲に協同組合を含めていますが、アメリカでは出資配当をしているという点で、非営利セクターから「協同組合」を除外しています。

我が国でも、各々の協同組合法では営利を目的とはしないという定めをおいている一方で、出資配当を認めています。そのことに対する認識理解は他の法律でも考慮されていて、例えば社会保険診療報酬にかかる所得の事業税非課税措置は医療生協には認められていませんし、印紙税法でも窓口の患者負担金は協同組合員を除いて印紙を貼らなければなりません。印紙税法では協同組合は中間的法人と位置付けられており、営利法人とは区別されているものの、明らかに公益法人などの非営利法人とは差別されています。この底流には出資配当等を実施するという形式実態が壁になっているように思われます。なお印紙税法では配当をしない、残余財産は組合員には帰属はしない、旨の定款条項とすれば、組合員・非組合員を問わず領収書の印紙貼付は免除の扱いとされます。

結論として、非営利・協同の出資金が設定される場合は、広く、1人あたりは少なく、なるべく均等に多数募集し、出資金配当はなしとするか極めて少額とする、という内容です。

非営利・協同の出資金は、株式のように他人への譲渡が可能であったりするものではなく、集団的に共同的に所有し合うことの意義が重要で、いわば古来より伝わる「総有」的概念とでも言えばよいかもしれません。

アメリカの医療を担っている機関の7割前後が「非営利の医療機関」であるとされていますが、その条件は出資配当をしない、財産分配をしないなどの要件です。

このためにその他の公的助成や多額の非課税の寄附金募集や、受取利息非課税の社債発行等の取組みなどが派生してくるものと考えられます。優れた制度と映ります。

出資金が非営利・協同組織の有力な資金調達方法であれば、さらに非営利・協同の事業組織における資金調達手段として「金融機関やサポーターからの借入」があります。

まず金融機関については、金融機関側に営利組織や非営利組織という差別は特段ありません。担保提供能力と返済能力の評価としては区別はないのです。しかし、地域の中小金融機関などでは、地域の活性化やまち造りなどでは共通の課題を有している場合もあつたり、金融機関の担当者などでも非営利・協同組織の理念等に理解を示す人がいる場合もあります。非営利・協同組織の側に自らの事業活動の目的や到達点などをよく理解してもらうアカウントビリティ（説明責任・説明能力）向上や、後から述べる情報公開促進などが課題と言えます。

なお、営利法人の世界では格付けが当たり前となりつつありますが、金融機関の取引先選別の格付けの他、非営利組織でも格付けを行うような実践が進んでいくものと想定されます。既に医療機関の格付け方法の開発の取組みも開始されたり、アメリカの非営利医療機関での格付けによる社債ランク付け等の制度も、いずれ我が国にお目見えすることとなると思います。

非営利・協同組織のサポーター等からの借入では、協同組合における組合債や、全日本民主医療機関連合会傘下の経営で「協同」の資金調達として取り組まれている友の会会員らからの借入方式等が典型的です。

これらの構成員やサポーターからの借入は、もともと営利を目的とはしていない資金であるはずですし、高利での資金調達はあり得ません。

無利息・長期の借入を原則とし、有利息でも低利の資金調達を心掛けることが必要です。何となれば、利益追求を目的とはしない事業組織では莫大な金利コストを賄うこと自身が困難であるからです。

我が国では、サラリーマンが年間で受け取る貸付金利息が20万円以上になると、確定申告して所得税の精算をすることとされていますが、アメリカの非営利組織が発行する社債の利息は非課税と優遇されています。見習うべき制度と言えます。

いずれにしても非営利・協同の出資金等につい

での議論は結論がでていませんし、所有の在り方の議論や剰余金の分配にかかる議論そして非営利法人等の法制度の議論などと結びついて発展していくものと確信しています。

（3）協同の民主主義

協同組織とは、一定の理念等の下に多数結集した人々が、公平に、平等に、協力共同して働き活動する組織と述べましたが、その組織運営は、どのような原則となるのでしょうか。

リーダーはいても、支配者や支配グループはいません。出資者はいても、オーナーがいるわけでも支配グループが存するわけでもありません。

ワンマン指令の組織でもなく、上意下達の組織原則でもありません。

結局のところ、協同組織の運営原則は「民主主義」であると言うことが出来ます。それ以外に協同組織を運営維持することは困難であるからです。民主主義とか民主的管理運営などというと、うんざりだと言う人もいるかもしれませんが、これほど深く、実践的に容易ではない課題はありません。機関の民主的運営、職場の民主主義、労働組合との関係、他の協同組織との連帯、剰余金の分配と労働条件、労働評価と経済合理性などなど、協同の民主主義には現実的实践課題がひしめいています。しかもそれぞれの課題を疎かにすると、非営利・協同組織であったとしても、事業組織が破綻に陥ることもあります。むしろ破綻のときには実態として非営利・協同組織ではなくなっている、という指摘の方が妥当かもしれません。紙数の関係で各々の論点の全面展開は出来ませんが、幾つかの論点を整理し提起したいと思います。

まず第一に、出資社員、協同組合員、会員らの基本構成員の組織と会議の論点ですが、直接参加形態と代議制度による会議運営の相違があります。数百人以上の人々が1年に1度会して議論を行います。多数の人々では有効な議論と決定を行うことが容易ではありません。協同組合では総代会などとして代議制度が設けられていますが、社団法人や医療法人社団では法律上の措置がありません。もともと、そのように多数、いや無数の人々によって組成されることを想定していないからで

す。ヨーロッパでは、多数の組織という概念で300人というラインがあります（監査実施の職員数基準）。それほど規模になったら、仮に法律的な制度はなくても、別途、代議制度による会議を設定して、報告・説明・議論するような取組みが必要ではないでしょうか。工夫の実践を期待したいところです。

第2に、情報公開の取組みの重要性です。情報公開というと、事業報告書ないしは決算報告書というように理解されがちですが、それだけではありません。日常の事業活動に関する様々な情報について基本的に必要なことがらです。このようなことを言うと、何を公開するのかという質問を受けたりしますが、基本的には「すべて」です。

情報公開の論点は、適正な情報をタイムリーに判りやすく公開することです。非営利・協同組織では、参加し働き活動する多くの人々が組織の様々な情報を基本的に理解し、共通認識としていくこと、この取組みを決して断絶させないことが決定的に重要なのです。この取組みが不十分になると、いくら非営利・協同組織であっても、組織の風通しが悪くなり、組織が官僚化し、役職員の機能は連携不十分となり、予算の遂行あたわず、赤字を招来し、破綻は必至となりうることを言えます。

役員の不正も、突如の大幅赤字も、慢性的な欠損状態も、スキャンダルの発生や事件・事故の招来も、製品の偽装や不当表示も、みな同様の不十分さからもたらされるものと言っても過言ではありません。情報公開は組織の外に向けてという意義も当然ですが、「協同性」の重視の点から、組織の内部に対する日常的情報公開の取組みも極めて重要と言えます。

非営利・協同組織では、近時ISOや外部評価を受けたりする大きな組織もありますが、本来、自ら有する精神や理念等を具体化し適用していれば、概ねクリヤーできるはずのものです。自信を持てるように常日頃の点検が大切ですし、情報公開の取組みの点検は、非営利・協同組織の役員らの重要責務であると指摘しておきましょう。

さらに情報公開は、情報媒体の工夫（新聞、会報、機関誌紙、メールマガジン、ホームページ等々）、

情報発信先による資料の工夫、情報の議論の場と議論の工夫、監事・監査の工夫強化など、多くの関連課題を用意しています。少しでも、昨年よりも、前進する取組みをし続けていくことこそが重要です。

情報公開と数々の議論の場の設定と実践は、手間とコストがかかります。何となく省いてしまいがちとなります。しかしそれでは営利企業の運営と似てしまい、掲げる理念との矛盾が組織を崩壊過程に放り出すことにもなります。手間とコストがかかっても、その取組みを通じて得られるであろう役員らの共通認識の力が営利企業に負けないエネルギーを生み出すこととなると考えます。

第3に、非営利・協同組織の剰余金についてです。前記の通り、非営利であっても利益を否定しているわけではなく、掲げる理念や目的そして組織を継続発展させていくためには「剰余金」が必要です。赤字続きでは事業経営はいずれ破綻してしまいます。非営利・協同組織の破綻は影響が甚大であることは明らかです。なぜならば、関わる無数の人々の貴重な浄財や支援の努力等が水泡に帰し、一定の理念等の下に結集した役員らは突如、営利企業等への転職などを余儀なくされてしまうからです。

一方、収支トントン事業であればよいのではないかと、という意見も聞きます。しかし、それでは新規事業の立上げや後継者の養成等も困難ですし、ちょっとした設備投資もすべて借入金や寄付金で賄わなければなりません。赤字も収支トントンも選択できません。非営利・協同でも事業や組織を発展させるためには、「剰余金」が必要なのです。

この剰余金は営利企業の利益と同じではないか、非営利と言っても何が非営利なのか、という疑問を時折ぶつけられます。営利企業では利益の蓄積は株主への膨大な配当であったり、役員の高額の退職金や賞与の原資であったり、高い株価を維持するための蓄積となったりし、他の営利企業を差別化する設備投資の原資となったりします。だからこそ、死にもものぐるいで利益の獲得蓄積に執着することとなります。

非営利・協同の利益＝剰余金は、目的ではなく手段であると述べました。何のための手段かと言

えば、組織の発展のための手段であり、構成員やサポーターへの還元的手段であり、所在する地域住民へ還元する手段であり、他の非営利・協同組織との連帯的負担の手段であり、働く職員労働者の労働条件改善の手段であり、厳しい環境下で少しへこんでも、これらの課題を進めることのできる手段であると言えます。それでも営利企業の利益と同じにしか見えないと言う人に、決定的な相違を指摘しましょう。それは剰余金の配分手続きの相違です。すなわち株式会社などの営利企業では、オーナーや支配グループなどの意向で利益の配分が決まります。投資をしている一般国民らが参画することはあり得ません。

非営利・協同組織の剰余金配分は、その配分手続きに役職員や構成員やサポーターが、何らかの形で参画する運営手続きであることが、決定的な相違なのです。もちろんその手続きやその議論の場や議論内容などが形骸化していれば、営利企業との大差は見えなくなりうることも明らかです。手続き規定と議論と参画の工夫実践が、要請される所以でもあります。

今まで私がみてきた非営利・協同組織の中では、例えば、税引前剰余金の $1/3$ を職員に還元し、 $1/3$ を内部蓄積に廻し、残金は税金負担に充当するという配分原理を適用していた組織もあります。また協同組合では、税引後の剰余金の $1/10$ は法定準備金として積み立て、 $1/20$ は組合員等への教育資金として充当するなどの法定の取組みもあります。配分先や配分割合は異なっても、非営利・協同組織の剰余金はその手続きにこだわることが、営利企業との最も顕著な相違点と言えます。いずれ非営利・協同組織の「剰余金配分モデル」などが登場することを楽しみにしています。

もっとも、いくら優れた配分原理を有していても、剰余金が獲得できなければ絵に書いた餅の例えとなってしまいます。営利企業的に言えば、「計画と実績」、非営利・協同組織的に言えば「方針と総括」または「予算と決算」が重要となるのです。どれほど経費を使用しても儲けが増えればよ

い、社員が目標利益を遙かに超過したら多額の成果配分を受けられる、利益のためなら商品もラベルも当局も誤魔化してしまえ、などということはしない非営利・協同組織の事業ですから、方針と予算がまず第一に必要不可欠となります。

当然に中長期のものと、それに基づく単年度のもの配置されなければなりません。厳しい市場経済の荒波の下で、非営利分野に虎視眈々と営業展開を目論んでいる営利企業の侵略の下で、公的負担や助成制度の限らない削減が続く現局面で、しっかりと「描き」をしていない非営利・協同組織は、成り立っていくことが困難です。

同時に、掲げた方針や予算について、月次または随時の点検総括を疎かにする非営利・協同組織も、場当たりの・結果論的経営となってしまう、剰余金の獲得は難しいこととなります。

目標管理などは非営利・協同組織には馴染まない、などと考える人がいたら、それはまだ認識理解が不十分であると言わざるを得ません。常に働き方や活動方法を合理的に組織化する取組み、もしこれを「合理化」と呼ぶのであれば、それも必要です。所属する非営利・協同の組織を維持発展するために、その手段としての剰余金を獲得するために、自主的、創造的管理の取組みが不断に必要なのです。

本論は、書き下ろした小論ですが、未だ整理し尽くされていない私見を述べたものです。

「非営利・協同総合研究所のちとくらし」は、本年6月に自らもNPO法人として成立し、自身もまた非営利・協同の研究事業組織として、その運営等を自己点検していくこととしています。

同時に、様々な非営利・協同組織の豊かな実践や理論活動から、多くを学び整理し還元していく活動を目指しています。

ご批判、ご意見をお待ちしています。

(さかね としゆき、協働公認会計士共同事務所、研究所副理事長)

非営利・協同と 共同作業所づくり運動

約30年の歴史の共同作業所

司会・石塚 本日はテーマといたしましては、「非営利・協同と共同作業所づくり運動」ということで、きょうされんから立岡理事長、斎藤さんの2人。民医連からは長瀬事務局長、岩本さん。岩本さんは当研究所の専務理事でもありまして、そして今回セッティング等をしていただきました坂根先生は当研究所の副理事長ということでございます。



本日の座談会の進め方といたしまして、こちらで考えておりますテーマというのは概ね5つくらいございまして、1つは日本の障害者福祉事業と共同作業所の歴史ということで、簡単なレクチャーをしていただきたいということです。2点目は共同作業所づくりの運動の意味ということで、いろいろな事業を実践されておられるわけですが、行政が共同作業所をどう見ているのか。また、共同作業所というのは自らをどう組織規定しているのか等々についても交流をはかりたい。それから3点目は現在問題になっています支援費制度の問題点。これはすでにきょうされんから意見書等が出されておりますので、この問題点につきまして多少レクチャーしていただき、議論をしたい。4点目は、障害者雇用のあり方ということで、これにからめまして行政や企業、それから非営利・協同組織は地域社会とどういう対応をしていったらいいのかというようなことについてです。最後の5点目は、非営利・協同セクターというものと、きょうされんを中心としました共同作業所づ

出席者

立岡 暁 (きょうされん理事長)
 斎藤なを子 (きょうされん常任理事)
 長瀬 文雄 (全日本民医連事務局長)
 岩本 鉄矢 (全日本民医連事務局次長、研究所専務理事)
 坂根 利幸 (公認会計士、研究所副理事長)
 司会：石塚 秀雄 (主任研究員)

くりとの関連、あるいは今後どういった協同ができるのかというあたりについてご議論をしていただきたいということでございます。



立岡 きょうされん(旧称：共同作業所全国連絡会)の理事長を仰せつかっております立岡と申します。日頃、作業所現場で障害者と一緒に働いています。通所施設ですから送迎から仕事の納品等様々やっております、

傍ら全国の増えてきております共同作業所連絡会の理事長を兼務しています。不十分ですがどうぞよろしくお願いいたします。

共同作業所の歴史を簡単にお伝えしておきますが、わが国の最初の共同作業所はご承知だと思いますけれども、名古屋の、ゆたか共同作業所を発祥としていると見てよいと思います。これが実は少し前史がありまして、1968年、日本が高度経済成長まっただ中のなかで、名古屋のグッドウィル工場(輸出用ジャズドラムの組み立て)という、これは一般企業ですが、その会社で障害者が働きました。

ところがこれが1年で倒産してしまうのです。せっかく働かされた障害者が倒産の憂き目にあって、行く場がなくなったものですからお父さんやお母さんたちや指導員が集まって、せっかく子どもが働かされた、生きいきとがんばりだしたのに、これで倒産はつらいということで、柱一本持ち寄ってでも再建という、有名な言葉になっているのですが、柱1本ずつ持ち寄ってでもみんな再建していこう。これが1年後の1969年3月に、ゆたか共同作業所の産声となっているようです。

この、ゆたか共同作業所は名古屋の中小企業家同友会という組織などと一緒に連携して、本格的に誕生したのですが、これが実はすごい波紋を起こしまして、今まで障害者は気の毒だ、かわいそうだという見られ方だったのが、ゆたか共同作業所は障害者が働くという、まさに働くなかで人間復権していく、認められる。だから本格的に目が生きいきしてくるというようなことが特徴で、全国に非常な勢いでプラス影響を与えていくのです。

民主的な障害者運動の夜明けと、われわれは言っているのですけれども、そういう意味では手作りで自主的にみんなが話し合っただけで障害者の就労の場をつくるというきっかけとなったのです。これが法人認可をしていくのですが、認可は1972年、昭和47年の2月に社会福祉法人格をとって、生まれかわっていく。

ゆたか共同作業所はそういう走り全国各地に影響を与えるのですが、私もそのうちの1人で、ゆたか共同作業所の目を輝かして働いている仲間の人と出会ったばかりに、これをやろうと決意しました。そういう連中がけっこう東京や大阪、京



都、滋賀、高知にあらわれまして、全国きょうされん、共同作業所全国連絡会とよんでいます。今の正式名称はきょうされんです。ゆたかを中心に共同作業所が16ヵ所、当時カウントしているのですが、集まって共同作業所全国組織をつくったのが1977年8月です。

これで一気に組織化されて、意識的に全国で散らばっている作業所が集まって、かわいそうな障害者から生きいきと働く主体的な障害者像をつくりだしていく。研究団体でもありませんし、要求団体でもありません。まさに障害の人たちがそこで働くという事業体を基礎とした、日本で初の民主的な障害者運動が77年8月を機に展開していった、今の到達点は約1,400ヵ所くらいの共同作業所等を組織している、この分野では草分け的な障害者の事業体として今も伸びております。

誕生から今まで丸27年、障害者のニーズは働くことだけではなくて普通に暮らしていきたい、そして普通に働きたい、そして普通の人間として認

きょうされんの「わたしたちのめざすもの」

- 1、わたしたちは、障害のある人びとが労働を通じて社会に参加し、また、地域でのゆたかな暮らしを築く権利の保障をめざします。
- 2、わたしたちは、障害のある人びとと関係者一人ひとりが大切にされる事業体として民主的な経営をめざします。
- 3、わたしたちは、地域における共同の事業や運動をすすめ、障害のある人びとが生きがいと誇りをもてる社会をめざします。
- 4、わたしたちは、障害のある人びとの夢のある明日をめざし、科学と創造の視点を大切にしながら団結して前進します。

められたいという形で、要求は働くことから暮らすこと、そして所得の問題へ現在、照準が合いかけています。所得はまだ働いても1ヵ月に1万円そこそこしかもらえていないのが全国作業所の状況ですから、課題は山積しています。

● 財政的に厳しい小規模作業所

司会 ありがとうございます。全く初歩的な質問で申し訳ないのですが、小規模作業所という言葉があるようですけれども、これは法律的な言い方なのでしょうか。

立岡 そうですね。小規模作業所もしくは共同作業所、あるいは福祉作業所とかいろいろあるのですが、小規模作業所、共同作業所の総称は無認可法外作業所のことを言うのです。ですから名前はバラエティです。みなさん勝手につけている。代表的なのが小規模作業所、国がついています。それが、ゆたか作業所も先ほど言いましたように1972年に法人認可をしたと言いましたが、社会福祉法人化されると通所授産施設というような名称に変わっていくので、これは法人化された時の名称です。

現在、無認可作業所が全国で約6,000ヵ所。これに対して、認可をしているゆたか作業所のようところが約2,000ヵ所、3分の1ほどが法内認可施設となっています。

司会 そうしますと、きょうされんの1,400ヶ所という中で、認可と無認可というのはどういう比率でしょうか。

斎藤 認可施設の数がうんと少ないです。約1,000ヶ所近くは無認可の作業所やその準備会などです。

長瀬 2対1くらいか。

立岡 まだまだこれからです。

長瀬 先ほど理念を中心に結集された全国組織ということですが、たとえばわれわれの民医連の民医連綱領というような類のものがあるのでしょうか。

か。

斎藤 本日の資料にある「わたしたちのめざすもの」が、きょうされんの綱領的文書にあたるものです。一昨年の総会の時に、それまでの2年間にわたる全国的な討議の練り上げを経て、新しい改訂版として確定したものです。

岩本 そうすると、他に同じようなところを組織している全国組織みたいなものもあるのでしょうか。

立岡 たとえば、これは似ているといえば似ていますが、法人化をしている通所施設を中心にした組織とか、あるいは知的障害者分野のみの無認可組織とか、そういうふうにはあるのですけれども、きょうされんは全てニーズでやりますので、認可であれ無認可であれ、働く問題であれ暮らしの問題であれ、きょうされんの理念を認めていただければどんどん入っていただこうと、こういう少しグローバルな組織です。



長瀬 基礎的なことをちょっと教えていただけますか。1つは、きょうされんに働く障害者の仲間は何人くらいなのかということと、2つ目は障害者ではない指導員なんかの職員はどのくらいいるのか。それから3つ目は経営というのはどんな形になっているのか。社会福祉法人ですから、およそ状況はわかりますけれども。



斎藤 きょうされんの会員には多様な実態があります。利用者が5人程度で全く財政的援助のない無認可の作業所から、定員が50人規模の社会福祉法人のもとで運営されている法定の授産施設や、あるいは職員と言えるかどうかの位置づけも不十分な条件にあるグループホームなどもそれぞれ1ヵ所というカウント

になってしまうものですから。その機能と実情にかなりの幅があります。無認可の作業所が法人認可をとり、30人の通所授産施設となった場合で、スタッフのおおよその基準が9人程度です。

岩本 数人で千数百カ所、まあ約1万人。

齋藤 そこまではいっておりません。無認可の作業所ですと、2人の職員だけでやっとなまわしている、というところも多くあります。

立岡 まさしくそんな感じですね。別の言い方をすると、小規模作業所、法定外ですね、この無認可に国が1カ所補助を出すのは、年間110万円ですからね。110万円で職員1人雇えるわけではないでしょう。これに地方自治体が独自に上乗せをしたりしますけれども、九州のある地域では110万円でやっているところが現にありますからね。110万円で1人、ぜんぜん雇えないでしょう。

坂根 それが出るようになったのは、いつぐらいからですか。

立岡 70年代に作業所が設立されてからうんと後ですよ。70万円、年額から始まって、やっと110万円になったのです。1カ所ですよ。何人そこに障害者がいてもカウントするのは、110万円。

長瀬 そうすると先ほど言った、たとえばそういう小規模作業所での経営というのはどんな形で成り立っていますか。

立岡 たとえば1人職員をおくと110万円では足りませんよね。あと200万円くらいはカバーしないとイケない。これは私どもの経験でいくと、街頭募金をしたり、寄付金を訴えたり、あるいは物資販売をしたり。作業所のバザーを年数回やったりして、200万円を稼ぐのです。

長瀬 昔の無認可保育所と一緒にですね。

立岡 はい。1960年代にできたあの無認可共同保育所づくり運動の後を、きょうされんがやってい

る。1970年代以降は、きょうされんという感じですね。そういう流れで見ていいのではないですか。

長瀬 なるほど、あのイメージで考えておられる。

立岡 あのイメージでもいいのではないですかね。

共同作業所の経営上の特徴

司会 長瀬さんから経営形態について質問があったのですが、そうすると共同作業所はいろいろなタイプがあるので一概には言えないと思うのですが、収入というのは、こういった補助金が半分くらい、あとは寄付とかバザーと。それから事業収入というのは何%くらいを占めるのでしょうか。

立岡 そうですね。国の補助金、そしてそれにプラス、自治体が補助金をつけます。それでガラリと地方自治体によって格差ができてしまいます。それでは足りませんから、先ほど出たバザーや寄付を地域に訴えて、運動を起こしたおかげです。事業収入というのは、われわれと障害者が一緒に働きますから、その働いた分は全部、障害者の人たちに返すということです。これは障害者のお給料になっていくのです。

長瀬 それがさっきの月1万円ですか。

立岡 そうですね。全国平均では1万円前後ということ。月給です。



岩本さん、長瀬さん

齋藤 障害のある方が働く部分は、職員の人件費や施設の運営費とは区別するというのが基本ですので、運営経費とは全く別立てとなります。

長瀬 材料費なんかを引いて、残ったのは給料にまわすということですね。

立岡 そうです。

齋藤 それでも1万円。

長瀬 そうしたら、認可されたいわゆる社会福祉法人の場合は、事業形態はぜんぜん違いますか。

立岡 もうかなり違います。

坂根 従来の措置費だ。

長瀬 福祉法人の認可をとるのととらないとでは、ぜんぜん経営形態が違う。

立岡 そこへ行くまでのエネルギーが莫大ですから、そう簡単に法人認可はされない、厳しいですよ。そうとう無認可でエネルギーをためて、地域ぐるみで支援体制ができて、自治体を動かせるくらいの力量がついてきて、ようやく認可申請ができるかなという感じです。

坂根 要するに今でも多少そうだけれども、財政基盤が1億円規模みたいな話ですからね。

司会 認可に関しての財政基盤の一番の問題は、最初の財政基盤があるかどうか、一定継続性ができるかとかということでしょうか。

立岡 そうですね。認可に関しては1億円という、おっしゃったように資産がないことには手続きができません。

坂根 それは気の遠くなる話、通常はね。

立岡 毎日、毎月のサラリーを出すだけでたいへんなのに、その余分な金が集まりるわけがないで

すから、そうとうな運動がいります。

坂根 先ほどの自治体上乗せの件で、一番上乗せ額が多い自治体はどこですか。

立岡 私のいる滋賀県なのです。

齋藤 資料に自治体間の格差がでています。

司会 この自治体の補助金の格差は、何に由来するのでしょうか。たとえば自治体の姿勢にあるのか、自治体の財源にあるのか。あるいは人口規模だとか、その他の要素があるのでしょうか。

齋藤 自治体の姿勢につきるといいと思います。

坂根 姿勢というのは、その存在はどういうところみたいなことがかわるということだから。

齋藤 そうですね。

長瀬 資料を見ると1カ所あたり、滋賀では平均2,350万円となっていますね。

立岡 ほぼ、法人認可とかわらないところまで人件費では追いかけてきています。だから私ども滋賀県の場合は、無認可作業所といえども、だいたいの法人認可施設職員なみの人件費を払えるところまでできました。ただ先ほど言いましたように、九州や沖縄まで行くと、まだこのレベルですから。110万円に倍、上乗せしたのが自治体ということでは220万円です。この格差は大きいです。

長瀬 たとえば地域で無認可作業所が始まったけれども、経営が立ち行かないとか、あるいは担い手がいなくなったとかということでは消滅していきような作業所なんかもこれまでの歴史の中ではあったのでしょうか。

立岡 それはいくつかありますね。あるいはまた合併して法人化していくとか、そういう形を含めて。そうならないように、また個人事業にならない

いように、きょうされんは集団主義で行こうという形で組織化をしたり、あるいは援助をしたり、意識的に追求しています。あるいはまた傾きかければ、バックアップをそれぞれの県支部レベルで応援するとか、それでずいぶん救われてきているところもあると思います。

長瀬 それでこういう全国組織の強みがあるね。組織的な援助と。

● 企業から共同作業所へ障害者の逆流がすすんでいる

司会 作業所の利用者は、平均的には何年くらい働いているのですか。ずっとその場所で働いているのですか。

斎藤 残念ですが一般雇用への移行というのはほとんどすすまない。逆に今は、障害者の実雇用者の数が下がっていますので、一般の企業で働いておられたりストラにあった障害のある方たちを受けとめなくてはいけないような存在に逆になっています。

司会 逆に一般企業の方から来るような、そっちの受け皿になっている。

斎藤 そういう傾向はここ数年、はっきりと出ています。

司会 企業の法定雇用の問題との関係は、今までどうだったのでしょか。そういうことはリンクはしていたのですか。

立岡 ええ、まあね、今は厚労省で一緒になりましたけれども、前は厚生省と労働省でしたね。労働省サイドでは、おっしゃる雇用促進法にもとづく雇用の義務が1.8%あるのですね。ただ、あれはいまだ越したことはなく、労働省サイドでは相変わらず障害者雇用はすすんでいないです。

岩本 罰金を払って終わり。

立岡 そうですね。罰金を払った方が、割り切り方によっては安いですよ。そういう意味で、一時、国庫にその納付金という罰金が180億円、200億円と貯まる時代がありましてね、われわれは昔はそれを厚生省にまかせと。そうしたら、労働省は筋が違うという事で実現しなかったのです。

司会 縦割りですね。

立岡 そうなのです。われわれは、まさに横割りですけれども、向こうは縦割りでしたから、一向に言うことを聞いてくれませんね。

司会 今は一緒になったけれども、すだれ割れみたいになって、やっぱり関係ないと。

立岡 そうですね、あまり大きな成果は出ていませんね。むしろ今、斎藤さんがおっしゃったように、こういう厳しい冬の時代に入ってきましたから、雇用されていた障害者がどどんりストラにあって、巷にあふれている。それを救うのは、もう作業所しかない。おかげで作業所は、そういう意味でも少し以前の、どこにも行き場のなかった障害の人たちの働く場から、高収入を得ていた人たちの期待に応えられる作業所にならなければならない。また、養護学校すら行けなかった、うんと重い寝たきりに近い人たちも、共同作業所にいます。ですから少し作業所の類型化をしていかなければいけない時代にはなっているのです。

岩本 なるほど。実際にやる仕事の中味もそうとう違ってきちゃうと。

立岡 ぜんぜん違いますね。

長瀬 仕事内容もだいぶ多様になってきているような印象を受けるのですが。私の家の近所では、独自のベーカリーをなさったり。

坂根 パン屋は今、主流ですね。パンとか豆腐とか。

斎藤 食品関連のところ、伸びている傾向にあ

りますね。お弁当屋さんなどとか。

立岡 昔、われわれが始めた頃は、ほとんど企業の下請です。1個やって1円とか、場合によっては50銭とか。内職を大量にやるレベルしかありませんでしたし、そういう仕事をもらうということでしたけれども、それでは5年、10年やっても一向に給料があがらないですから。最近は作業所の方もずいぶんノウハウをつけてきましたから、おいしくて、毎日食べていただいて、回転できる、障害者がつくれるという食品の方に芽が出ております。

司会 業種としては、自分達で何か食品みたいなものをやるとか、あるいは従来型というような下請というか内職的なものとか、他にいろいろ変化が出ているのでしょうか。また、行政からの仕事とか委託というのは、どの程度あるのでしょうか。

斎藤 作業所でおこなっている仕事のなかで多くを占めるのは今でも下請け作業です。行政から委託での清掃などの仕事も見受けられます。自主生産部門について調べてみると、その中では食品関係のものが最近が増えてきているということや、多少、サービス業などにチャレンジしているところが目立って来ているということはあるのですが、やはり製造加工の受注が中心になっています。

長瀬 ブランドなんて生まれていないのですか。

斎藤 そこは、なかなかうまくいかないです。き



斎藤さん、立岡さん

ょうされんのオリジナル商品としては、きょうされんふきんというものがあります。

司会 下請の中味はどんな仕事なのでしょう。

斎藤 それはピンからキリまで。家庭での内職的なものから、工場から直接受注する工業製品の組み立てなど、多種多様です。

坂根 食品は少し付加価値が高いのですよ。ただ、時間あたりのコストとかを考えると、それはもう合わない。

斎藤 はい。稼働時間は短いですね。

● 非営利・協同セクター内部の 共同の促進

司会 たとえば生協とか農協とか、そういう協同組合みたいなどころとか、いわゆる非営利的な組織からの仕事や連携とかという傾向は見られるのでしょうか。

斎藤 それぞれの地域での努力はしていると思います。ただ、同一品質の維持とロットの維持の部分がたいへんむずかしいのです。一般的な30人規模の通所の授産施設では8～9人のスタッフが基本ですが、その中には施設長もいれば事務もいれば給食をつくる人もいるわけですから。地域でもっと大きなネットワークや連携の仕組みは強くもとめられていると思います。

立岡 代表的なのが、全国のきょうされんで生活協同組合とタイアップして、生協の瓶を洗うというリサイクル洗びんセンターという施設を、きょうされん立で東京都の昭島市につくってあるのです。これがもう10年をやがてむかえるのですけれど。

岩本 東都生協等の仕事ですね。

立岡 そうです。生協と連携した事業です。

長瀬 たとえば昭島に集中するということは、障害者の方の雇用というのは、その地域の人ですか。

立岡 きょうされんが全国総力あげてつくったのですが、当然、昭島地区である以上、昭島の地域におられる精神障害者の人、知的障害者の人、合計59名の通所授産の施設です。

長瀬 基本は、障害者の方の雇用の確保という点でいえば、かなり地域というかローカルな地域単位での仕事ですよ。広域というよりはね。

立岡 通える範囲ですから。働きに行かれる範囲ですから、どうしても地域が狭くなります。

長瀬 ちょっと計算すると、1,400カ所で15人という、だいたい2万人ちょっとの障害者の雇用の場ですよ。

齋藤 正確にいきますと、作業所や授産施設は、雇用の場ではないのです。利用されている方たちは福祉の対象者ということで、雇用された労働者という位置づけではないわけです。だから最低賃金や雇用保険なども適用がなくて、あくまでも福祉サービスの利用者として就労という部分に携わっているということなのです。これは日本独特なのですが、雇用と福祉との間に大きな溝がありまして、その溝を行き来するのがものすごく大変なのです。

長瀬 そうですね。それで自立できる人というのは、いないわけでしょうから。

立岡 少しそれがややこしいですね。一般から見たときに、福祉的就労という言葉も使われるくらいに、われわれの範囲は福祉がまず使われます。

長瀬 働くという概念とは、ちょっと別の概念なんですよね。要するに障害者の方が、労働するというか、働くというか、そのことについて月1万円程度の報酬を受けていると、1万円で暮らせるわけじゃないから。そういう就労の機会、就労とは言わないね。

立岡 そうです。作業所で力をつけて、一般就労、企業に就職していただくということも、もちろんわれわれの範疇でもあるのです。ところが今、企業がリストラして逆流しますから、こっちから企業の方に送り出すのは、なかなか至難の技です。

● 福祉と労働の縦割り行政の弊害

司会 今の日本では、特に厚生省が今、厚生省と労働省が一緒になりましたけれども、たぶん内部でもさっき言ったように、内部的立て簾になってしまっていると思うのです。一番大きな問題は、福祉概念と労働概念が全くそのセクションで交流がなくて、役所の見解そのものが福祉と労働というのが別のものとして見ている。彼らの見解は、現実との矛盾がでてきている。一般企業の就労から逆流して来た場合に、いわゆる政府・厚生省が福祉と労働、就労の矛盾というのをどうやって解決し、役所なりの説明をこれからしていくのか、ということはすごく難しい問題だと思います。

逆に言うとそこが一種の突破口で、いわゆる障害者の雇用・労働というものを、福祉に従属させるのではなくて、もっとトータルに障害者のニーズの方から出発して、生活をどうしていくのかということで、いろいろ組み立てて政策に反映できる可能性が、ある意味では新しい現象として出てきているのではないかと思いますけれども。どうでしょうか。

齋藤 旧厚生省サイドとの今までの論点のひとつが、法律に基づく授産施設というのは、あくまでも通過施設なんだという考えです。「職業を得て自活していくための訓練」であるから措置費だったということで、継続的な就労の場であるという認識にはなかなかいたりません。

司会 それは役所の見解ですか。

齋藤 そうです。しかし、相当の長期にわたってそこで働き続けている現実がある。それからきわめて数は少ないけれども、5万円や6万円の工賃を払っている施設も出てきているけれども、その利用者さんたちが雇用保険に入れないことなど

に対して、おかしいという声をあげられる方も当然出てきたりしているのです。

そういう実態をふまえて、また障害のある人たちの働く権利を実質化していくという観点から、授産施設で働く利用者の人たちに、一定の労働者性を付与すべきであるという意見もまとめられるようになってきています。もちろん、福祉的な配慮が必要である点を軽視せず、一定のサポートのもとに働くということが前提になりますが。

司会 その主張は、お役人がしているのですか。

齋藤 いいえ。法定の授産施設で組織されている団体です。きょうされんに加盟している授産施設では重なっているところも多くあります。給料のことも含め、働く権利の内実を求めていくことは、利用者の願いとしては当然のことであると思います。

岩本 老健施設は通過施設だと言っているのと同じだね。実際には特養と何も変わらなくても、そういう言い方をしているのだけれども。

長瀬 先ほど、今はリストラされた一般企業に働いている障害者の方の、むしろ受け皿となると伺いました。だけど一般企業の場合は、まさに労働で賃金ですよ。仮に20万円なりもらっている方が来た場合に、どのような雇用形態になるのですか。

● 障害者の所得保障と経営

立岡 やっぱり私どもは雇用ではないですから、あくまでも福祉という就労の場面ですからね。またいったんここで休憩して、そしてチャンスをねらって社会参加を目指す以外にないのではないのでしょうか。

所得の面で言うと、障害の人たちは障害認定をいただけると、障害基礎年金という年金が入りますね。これが月額、1級と2級がありまして、1級は重い方ですが、月額約8万3,000円ちょっとです。2級が月額6万7,000円少しなのです。ですから、年金をもらっている人が圧倒的だと思

います。

だから6万7,000円、あるいは8万3,000円プラス1万円がわれわれの業界です。一般就労されていると、給料で10万円なりがプラスされますから、その狭間をどうするか。これは少し時間がかかるのです。

別の話をしますけれども、先ほどパンの話が出ましたね。クロネコヤマトの小倉（昌男）さんと、たまたま阪神大震災の時に会って、それがきっかけになって作業所を小倉さんが知ることになりました。そして共同作業所へ足を運んだら、一生懸命働いているけれども、1万円しか手当が入っていない。小倉さんたち企業家の眼から見ると、どうしてもそれは解せないのです。理解しにくい。何で1万円なのか。どこの作業所へ行ってもほしい1万円くらいですから。

よく見ると仕事が下請である、発想が貧弱である。福祉は豊かにやっているのだけれども、就労の場面で非常にわれわれは発想が貧弱だということで、それが精一杯だ。小倉さんはノウハウを出して、私がパン屋さんをやってみようという形で、ベーカリーと連携してノウハウを使って、障害者のパン屋さんを小倉さん自身があちこちに開店していくのです。

彼がやると見事に最賃保証から入るのです。そういう専門家と、われわれ福祉の専門家が出会って数年、7、8年になりますけれども、そういう意味で新しい影響、刺激をわれわれも受けているのです。高工賃、高所得は、きょうされんの課題です。

もちろん、きょうされんの展望としては、所得というものの、さっき冒頭に言いましたけれども、所得に照準をあわせてあるのです。ところがこれは10年、15年のスタンスなのです。所得というと1人で、親が亡くなくても生活をして、食べて、着て、遊んで、やっぱり平均1ヵ月15万円くらいはいるのではないのでしょうか。

今は8万3000円の年金と1万円9万円。10万円へいっていないわけですから、そこをどうしていくか。われわれの努力も大事ですし、そういう専門家との連携なんかも必要だし。そういう意味では、いち早く民主的陣営では、きょうされんと生協が昭島で洗瓶、生協さんの瓶を洗う仕事をや

り出して、この作業所だけは、給料が月給だいたい4万円前後出せているのです。

ですからやっぱりプロと連携をしておかないと、自分達に問いかけてきているのです。

長瀬 なるほどね。

立岡 一方でね、アジアを中心に、考えがどうも福祉的な発想なのですね。ヨーロッパは雇用という関係で動いているのです。所得を含め税の配分も考えられています。日本、アジアはどうしても福祉的な発想、民族が違いますし環境も違うし、道徳概念の強い国ですから、そういう意味での発想の違いがあります。今は、ヨーロッパとアジアがおたがいに学びあっているということも、一方があります。

長瀬 そのへんのヨーロッパモデルというものを、ちょっと教えていただけますか。

● ヨーロッパでは障害者の雇用を明確化している

立岡 これは保護雇用制度という制度をちゃんともっていて、特別に障害者の人たちを雇って、下駄を履かせる制度なのです。イギリスだとかオランダとか、スウェーデンなどで始まっています。

そちらは福祉的な発想は少ないですけども、雇用という関係でノーマライゼーションをやっているのです。ノーマライゼーションといった以上、やっぱり収入が何といってもノーマライゼーションがベースだとわれわれは思いますから、入るのが入らなければノーマライゼーションというのは実現できないので、そういう意味ではわれわれはヨーロッパに学ぶべきものがあると思います。

岩本 その場合に障害の程度によって、実際に働ける度合いも違ってくると思うのですが、それはどういう対応をとっているのですか。

齋藤 ヨーロッパでは、そのいわば「線引き」はとてまあっきりしている感があります。いろいろ

な試行錯誤は重ねられてきているとは思いますが、ともかくそれなりに仕事にのれる人については雇用となり、それ以外の人たちはデイセンターとよばれるような日中活動を充実させる場があります。そこでは作業活動的なものもありますが、賃金にかわりうる障害者手当などの加算がたくさんあって、通常的生活水準が維持できるように経済的な基盤はしっかり守られています。

日本はこの所得保障の部分がまったくお粗末です。また、寝たきりで全介助で、コミュニケーションまで全般への支援が必要な人たちから、一般企業で十分に働くことができそうな人までの受け皿が、すべて作業所になっているということの現実もあるということです。

坂根 実際に、たとえば先ほどの昭島のリサイクル洗びんセンターでも、そこに来られている障害をもっている方たちの差は、それぞれですよ。

齋藤 すごいと思います。



坂根 そのシフトで時間あたりの工程の能率からすると、ここには非常に差があるわけじゃないか。働くということで照明を当てちゃうと、本当は差があるのかもしれない。

例えば、ある人は、ラインがどんどん来ているのに、きれいになったかなとずっと瓶を見つめている。あるいは言われたことだけを忠実に、とっととやる人もいる。そこが混在して働いているでしょう。

これを、その中だけの差をつけられる、トータルとしてのパイが、得られているパイがあればできると思う。今はそれがいないから、その差はつけられない。時間通り来なかったとか、今日は休みとか、その差はつけられているのだけれども、その1日の中で、君は少し休んでいたねとか、それはあの工場の中ではつけられない。

長瀬 それはパイが小さいからできない。

岩本 今の状況の中では、とにかく1人いくら、なんですね。

司会 そのパイを大きくする手段というのは、1つは普通の健常者みたいに、個人の労働生産性をアップさせるということがありますね。2つ目は、いわゆる製品の値段、付加価値をあげて、その売上でパイを大きくするという。3つ目は地域のいろいろな支援、寄付だとかといった、企業を含めていろいろな支援でパイを大きくする。それからもう1つは、いろいろな社会的な手当てを充実させていくということで、4つくらい考えられると思うのですけれども。

これは、どのあたりを戦略的に今後、どこを強化し伸ばしていくとパイが広がってくるのでしょうか。

斎藤 一概にこれ、というふうにはいいきれないですね。

司会 たとえばクロネコ（ヤマト）の小倉さんが、パン屋をやると非常に収益があがる。それはマネージメントの差で、ずいぶん出てくるのでしょうか。すると従来は、共同作業所にマネージメント的な専門スタッフが欠けていたということでしょうか。

教訓としてマネージメントに長けた人たちを職員スタッフで入れて、あるいは連携してやればよくなる、というふうに言えるのですか。

斎藤 そういう要素は現実面としてあると思います。

立岡 利用者の選定が1つあると思うのです。あときちっと働ける障害者をまず選定しますね。

坂根 この前も、入所と通所の、そこはきょうされんではないところでパン屋を始めたのだけれども、ある住宅街で始めたのです。いくらやっただって、当然それでは売れる1日の量は限られている。しかも周辺にも通常のパン屋さんもあるわけだから、多少のこだわりでつくっているから、それなりにはさばけているのだけれども、一定量までい

くとそれ以上はまず伸びないだろうな、ということです。

長瀬 ただ、先ほど言ったように、障害者の働く場を確保するという点では、かなりローカルなエリアでの仕事になるでしょう。広域的に多角的になっている話ではないから。そういう意味で、パン屋さんとか豆腐屋さんというのは、なるほどなと思うのです。その時に、おいしいパンをつくるということの付加価値をつけるというのものもあるのですけれども。

さっき、生協とかいろいろな団体との連携ってあったでしょう。私のところで言えば、たとえば、うちのかみさんが保育所の園長をしていますけれども、その近くの障害者のパン屋さんから品物を購入する。保育園のパンだけじゃなくて、保育園の迎えの時間帯に、その障害者のパンさんが保育園の前へ来て売る。するとほとんど完売という、これはまさに共同というか、それを育てるという感じがするのです。

私が前にいた医療法人では、老健施設をつくって、やっぱり同じように老健施設の中に喫茶店をつくったのです。喫茶店を共同作業所として登録して、障害者の人たちが働く。そうするとその医療法人には、月10万円何がしかの家賃は、作業所の補助費として入ってくるわけです。だから医療法人から言えば、家賃さえもらえばいいので、あとの売上は、共同作業所が受け取るということで、良かったのではないかな。けっこう家族も含めて利用者が多いですから。

そういう意味では、地域の中で仕事を共同し合える、仕事をやるような事というのは、まだまだ発想をきちんとしていけば可能性はあるのかな、と今の話を聞くと思うのです。

立岡 そういう部分の共同もありますね。小倉さんの発想は、東京ですから、非常に人口が多いので働ける障害の人の比率も高いでしょう。だから障害の人たちが集められるということと、彼はそれだけではなくて、必ず障害者の数と同じ数の一般の人を使うのです。

障害の人が5人なら、パートのお母ちゃんも5人。ここは我々とはちょっと仕掛けが違うのです。

われわれはあくまでも職員、少ない少ない職員で、うんと重い人から軽い人まで20人から30人までの支援をやるわけでしょう。どうしても、そこではちょっと差が出ちゃうのです。

それともう1つ、小倉さんはあれだけの人だから、パンというものにねらいをつければ、あとは超一流のおいしいパンの原材料を提供する専門家を知っていますから、それと連携していくでしょう。

岩本 ノウハウがあると。

坂根 流通を含めて。

立岡 ええ、流通も含めてね。そういう社会資源を駆使して、最低賃金をある意味では払えるというのが彼の強みです。

岩本 そう考えたら、みんなが同じようにうまくいくかどうかというと、必ずしもそうじゃないよね。

立岡 そうはいかないです。でも、刺激にはなっていますね。

斎藤 パイロット的な役割は大きいですね。

立岡 そうなんです。

坂根 1つの作業所の、障害の重い方も軽い方もいるかもしれないですが、1人当たり平均したら、もうちょっと軽くなるかみたいな事がらというのは、今の健常者も含めてという発想はできるだろう。

立岡 1つのヒントにはなっていますが、それがすべてではないということですね。あくまでも共同作業所は地域のもので、うんと重い人もおればリストラにあった人もおれば、そしてそれを1人か2人の職員が10人、15人と毎日送り迎えも含めて、仕事を探してくることからやり、そして発達とか人間らしく成長していくための特別の援助をしたり、様々なことをやりますから。

人間的な支援をするのが共同作業所の特徴です。

それが少し分化していこうとしている。少し軽い人は軽い人で、小倉方式でやれるかなと。そのあたり少し類型化する時代にはいるという感じはしています。

司会 イタリアで共同作業所に行ってみました、利用者とそれを生産ラインで指導したりする職員がいます。そこは、アルファ・ロメオという自動車のエンブレムをつくっているのです。エンブレムですから車のマークですよね。それをアルファ・ロメオに納めているのですけれども、非常に高い自動車なので、製品チェックが厳しいのです。指導員の半分くらいはボランティアなのですが、ほぼ障害者の方と同数います。それで製品の質を確保している。その考え方の根底には、やはり福祉と労働というもののリンク、ドッキングがあるのだと思います。

日本のお役所でよくないのは、やはり福祉担当の人は福祉しか考えていないし、労働省系の人は労働のことだけ考えていて、ぜんぜんリンクされていないわけです。

しかし最近の厚労省の主張を見ますと、ノーマライゼーションの実現に向けて立派な市民制度が始まりますということで、障害者の自立と社会参加を促進しますと言っています。しかし頭で考えていることと、やっていることがお役所には非常な矛盾があると思うのです。これをどういう形で役所の頭を変えて、考え方を変えていくのかという、その事例としてはヨーロッパの取り組みが参考になりますね。

先ほど斎藤さんからお話があったように、例えばポルトガルでは、社会的労働市場という言葉を使って、単なる労働市場ではなくて、障害者とか社会的弱者の雇用の場ということで、これは1996年に社会的連帯協同組合法というのができて、その担い手が自然団体、非営利組織、それから協同組合、それから労働参入企業というものが登場している。その目標の1つは、やはり障害者が自分自身を主体的に動ける、自己代表制という言い方をしているわけですが、その実現のためにEUの社会基金とかを使いながらやっています。

イタリアの社会的協同組合というのは、1991年に法律ができていまして、ここのところヨーロッパ、フランスでも同じような社会支援の企業とか組織の法律ができたりして、かなり障害者を労働の場に、労働の場を通じながら自己実現と自己主体性を確立するというコンセプトが明確になっていると思います。

● 民主的経営をめぐる

司会 民主的経営や運営について、きょうされん、あるいは共同作業所等の運動のなかで、経営、事業実践で自らを民主的、「わたしたちのめざすもの」の中に民主的な経営をめざしますという文がありますけれども、共同作業所自体の組織構造といますか、運営構造のなかで、どういう点を民主的運営というふうに規定されておられるのでしょうか。

立岡 整理していうと、3つくらいあると思います。1つはやはり共同作業所の設立のプロセス、これが1つだと思います。

2つ目は、なんといっても事業体ですから、お金がいますよね。お金も誰かがボンと寄付してしまうとかいうやり方でなくて、地域にその必要性を訴えて、そしてたくさんの人から応援資金、カンパをいただくという、そういう資金作りのプロセス、これが2つ目に非常に大事だと思います。

3つ目には、さきほどから出ている理念、「わたしたちのめざすもの」というか、そういう目標がはっきりしているというような感じでしょうか。だいたいおおよそそういうようなものがまとまっておれば、一応民主的経営のベースかなという思いをしています。

その3つがどこかで間違っている共同作業所は、途中でしくじったり、支援に入らないと潰れるとか、あるいはボスが牛耳ってしまったりとか、障害の人が主人公にならないことがよくあります。そういいながら全国は広いですから、時々しくじます。私のところなども、ものすごいしくじりがありましたので、きょうされんから大変な応援をもらった時代があったのです。

坂根 どうしても職員の常勤のウエイトが少ないではないですか。個の色彩が大きいですね。したがって、いわゆる通常の法人格なき団体の運営というのではなくて、職員、メンバーの自治、家族の会を含めてということの運営ですよ。

立岡 そうですね。ですから、けっこう手間暇かかるのです。

坂根 ですから、民医連の共同組織という概念とちょっと違います。サポーターみたいなものもあることはあるけれども、支援の友の会みたいなものがある。

長瀬 後援会ですね。

齋藤 ええそうです。

長瀬 しくじったというのは、どの種の問題ですか。

立岡 お金をめぐるの、完全なる私物化ですね。

岩本 私などは、民医連との対比でおっしゃられたことで興味があるのは、その指導員の方というか、要するにそこで働いている方です。

民医連の方は、職員が労働組合をつくって、賃上げが少ないとストライキもやっちゃって、とこういうことになっている。きょうされんの方は、理念に賛成しその理念でもって働くということがないと、私は一労働者よ、ということだけでは働けない場所ですね。その辺の実情はどうでしょうか。

齋藤 きょうされんは、圧倒的に無認可作業所ですので、お給料をもらっているスタッフが1人だったり、そのお給料も大変厳しい現実があったりということがままあります。しかし、障害のある人の切実な問題やねがいが目の前にあって、そこにその親の皆さんや、学校の先生たちなど、とにかく幅ひろくみんなの力を結集せざるをえない状況があることが、すごく大きいと思います。それが、法人認可していく段階で、さらにまた次の段

階をくぐっていく時に、どちらの方向に向かうのか、というポイントになるのだろうなと思っています。

障害のある仲間の皆さんの生きる姿が、全体の運営や経営の真ん中にすえられているかどうか、大事なのだと思います。

きょうされんが結成当初から主張してきたのは、どんなに小さな作業所であっても、公的な財政支援がどんなに薄くても、市民のカンパも公金にはかわりがない、だからその作業所は社会の財産として、運営委員会をつくって、きちんとみんなの目が行き届く仕組みのなかでやっていきたいと思います。これはとても大切な提起であったと思います。無認可の作業所といえども、不祥事が起きたり、民主的でない運営におちいってしまったりという事態がありますが、必ずしも補助金の額の問題だけとはいえない側面もあります。そういうさまざまな有り様のなかで、職員の現実の姿が浮かんでくるのではないのでしょうか。

きょうされんが10周年の時に出版した『ひろがれ共同作業所』という本の中では、機械的な労働組合論にたつことへの問題意識の投げかけとともに、理事会や運営委員会の経営責任の確立もしっかりと提起されています。とはいえ、人間がおこなっていることですから、感情もともなった問題なども当然いろいろと起きてきますよね。

長瀬 お2人の話を聞いていて思ったのは、きょうされんが27年でしょう。民医連が全国組織をつくって50年です。

民医連の50年前、当時でいえば民主診療所です。やはり地域に医療にかかれぬ人たちがいる、そういう人たちも安心してかかれる医療にしようという、そこが出発点です。お金がなくてもかかれるようにしようというのが理念です。それを住民たちがみんなで出資しあいながらつくるという、所有と運営というのか、共同所有、それから運営への参加という形で民主診療所というのできて、所長と事務員と看護婦さんという、やはりせいぜい3人から5人くらいでやっている時期があって、それが今でも原点だろうと思います。

50年たってくると、たとえばベッドでいうと600床くらいのベッドをもつ病院が出てくるし、職員

でいうと1,000人くらいの規模です。あるいは300床くらいの病院でも職員が600人くらい、そうやって大規模化してくると、その理念がぼやけて曖昧になってくると、所有、運営というものもだんだん形骸化してくる中で、さまざまな失敗とか、しくじりというのを、民医連もしてくるのです。経営的に破綻をきたす場合もある。

そういうなかで50年たってみて、今あらためて、初期の原点に立ちもどる必要があります。民医連は今の日本の医療のシェアの中で2%を占める社会的存在として、大規模化した中でも初期の理念が貫けるような民主的な運営といいますか、経営も含めて、それが今の私ら民医連の中心的課題の1つになってきているのかなという感じがしています。

共同作業所のなかにも、認可されているところでは、けっこう大規模化しているところもありますね。そういうところでは、やはり労使紛争とかもけっこうあるでしょう。組織が大規模化するなかでの、先ほどいわれた3つの理念はどのように位置づけられるのでしょうか。

● 原点に立ち返り発展を

立岡 先祖返りだけではないとおっしゃったけれども、やはり原点に立ち返る議論はどうしてもくり返ししていかないといけないと思いますね。

きょうされんの場合は、めざすものをつくっていたのだけれども、組織が大きくなってくると、めざすものを知らない職員も増えてきているので、再構築をしようということで、いわゆる初代のめざすものを、全国大議論を組織をあげて2年間しました。これが「わたしたちのめざすもの」改訂版です。

1つ目は障害の人たちを真ん中においた実践を徹底してやるということ。2つ目はご承知のように、これは経営の問題ですから、民主的な運営を徹底してやる。3つ目は運動ですから、今、国の福祉切り捨てが激しいなかで、地域のみなさんと合意して公的責任を追及していく運動体をめざすということ。4つ目は、そのためにみんなが団結しようということです。

これを施設長研修だとか、あるいは職員研修だ

とか、利用者研修だとか、いろいろな研修を全国組織あるいは地方組織で行うなかで、いつもメインテーマに入れたい講義に入れたい、あるいは議論するという形で、全国的な運動をくり返しています。

また、各作業所ごとにめざすものを持っています。たとえば私はひかり福祉会というところにおりますけれども、ひかり福祉会もちゃんとめざすものをつくっているのです。でもそれもつくって、もう10年もすると書いてあるだけとなってしまうから、掲げたって何のことかいなという感じでピンと来ませんので、それを呼び起こす仕事は意識的に数年後にやっていかないといけないと思っています。それで十分かといえば、そうでないでしょう。どんどん地域のニーズは変わるし、そして経済情勢も変わるし、それはニーズに基づいて変えていかなければいけないですね。

最後の4つ目は団結ですから、ここを私利私欲なくどうやっていくか。労使紛争も一部起こりかけているところもありますけれども、それはやっぱりもう一度この原点に立ち返る議論をする、それ以外にないと思います。

司会 きょうされんで、例えばモデル的な運営の組織内規とか、そういうものはおもちですか。

立岡 それは規約とか、きょうされんの会則です。

斎藤 無認可作業所からの発展方向が法人格を取得していくということになると、どうしても社会福祉法人の定款とか、行政指導などの一定の制約は受けることになります。それを前提にしながら、どのようにその運営を民主的に発展させていくかは、別の仕掛けが必要になってくると思うのです。ここ数年、きょうされんの基調報告などで提起しているのは、地域運動をベースにするということ、その地域との密着性というか、関係性の中で自らが律せられるような仕組みをどういうふうにつくっていくのかということ、また、障害のある利用者のみなさん、仲間のみなさんが運営に実質的に参画できるような努力をどれだけ追求するかということ、そして、将来構想をきちんと一定のプランでもっていくということなどです。

司会 多くのところは法人格をとろうと思っても、なかなかとれないですね。なかなかとれない時に、社会福祉法人の運営モデルを選んでも、あまり意味がないというか、また違うものだと思うのです。また社会福祉法人の場合は、行政の縛りもきつくなりますね。ですから、みずからの組織構造モデルをある程度つくっておくのがいいかなと思います。

と申しますのは、たとえばイタリアの社会的協同組合のなかで、障害者とかも自分たちのメンバーシップに入れて、それで運営をやっているという、ある程度明確な組織的なルールを確立しています。実際起こる問題についてはともかく、障害者が主体的に参加できるような仕組みを内規や申し合わせで持っている、より客観的になってよいという気がするのです。

斎藤 モデルというもので示しているわけではありませんが、無認可の作業所の運営委員会であっても、そこに参加する運営委員さんたちは、障害のある方たちの発達保障や実践のことがわかる人、経理や財務に明るい人、家族などの代表として発言できる人、利用者自身の声を反映できる人、そして現場の実態を反映できる人、という人たちが参画していく構成が望ましいでしょう、などという提起はしてきています。

また、経理の内容はガラス張りが原則です、とにかく公開をしましょう、ということもずっと提起してきていることです。

司会 イギリスなどでは、そういう共同作業所をつくる時に、法律的にはアソシエーション法でいくのか、チャリティ法でいくのか、それともC O - O P、協同組合でやるのかとか、あるいはパブリックという公的なものでいくのか、いくつかの選択肢の中で性格づけをしていくということがあります。日本は法的制度ではN P O法が最近ようやくできたという点でも、歴史がその点では違うのかもしれないですけども。運営にあたってはヨーロッパの方が法的に整備が進んでいると思いますね。日本の無認可というのはお役所が認めていないということですよ。原則があるほうが

安定するのかなという気がします。

立岡 社会福祉法人の認可の段階で、定款が必要です。もちろん社会福祉法人の代表は理事長でありまして、理事長は絶大なる権限をもつのです。その定款の中には、おのずとチェック機構が働くようにという縛りが一応あります。障害者の家族の代表を入れなさい、学者・研究者を入れておきなさい、福祉に詳しい人を入れましょう、ついこの間は民生委員の代表を入れましょう、といった、いくつかマニュアルは示してはあります。

われわれもちろん、そういう形で地域のすぐれた民主的な立場の違う人を入れ、それが理事会構成を取るという形です。監査委員も財政に明るい人で、きょうされんでは、なおかつ民主的な立場の人を入れている。

全国きょうされんとしては、今年の総会で、総会は代議員制度ですから、この中に各都道府県支部の代表者に1名以上は障害当事者を入れましょうということで、今年初めて障害当事者が各支部から代議員として選出されて、それで総会で発言するという、当事者をいよいよ取り込むところまで来ているのです。そういう意味では、障害者主人公のきょうされんに、いよいよなりかけてきていると思います。

坂根 もともと無認可が一番大きかったし、きょうされんの中でウエイトが高かったんですね。社会福祉法人の認可そのものがなかなか困難だということで、社会福祉法人が最もあっているか、長い目で見たらあっている形態なのかどうかという問題があると思います。たまたまそういう存在しかないから、法的には社会福祉法人でやるよとしているわけです。だからたぶん、こういうものでやればという統一的なモデルは、なかなか作るのが難しかったのだらうと思うのです。

ただこれからは、今の無認可という存在のありようは、10年20年先もそのままかとなると、私は必ずしもそう思っていないのです。そうすると、規定や規約や運営の仕方ということ、少し統一的なものを文章で外部へ表現しながら、そういうものを目指していくという取り組みに、たぶんなっていくのだらうと思っています。

たとえば、この前も会計基準の議論をしたのだけれども、従来は、法人化した社会福祉法人の会計基準があって、他の無認可のところも、その会計基準になるだけ追いつくような取り組みをずっとしてきたわけです。わずか2、3人しかいないところでも。ところが、社会福祉法人会計基準ががらっと変わってしまったものだから、一生懸命追いついてきたところが、またそれを追いかけるのか、ということがありました。それは例の支援費制度を前提にした、ある意味では損益計算的な思考が入り込んだ取り組みだから、もはやそこをどうするのかという議論があって、それは簡単ではないです。

運営だとか会計、決算にしてもそうなのだけれども、やっぱり本当にわずか何人かしかいないようなところで、日々障害者たちを相手にしながら、とてもじゃないけれども、その暇がまず生まれません。そうすると必要最低限みたいな事ながら、多少遅れながら取り戻すという取り組みをしてきたのだらうと。

もうちょっと長い目でみれば、そこをもうちょっとやっぱり改善・回復をしていかなければいけないという流れなのかなと思いますね。

司会 たびたびイタリアの例を出して申し訳ないのですけれども、運営とか会計のチェックだとか、それをイタリアの社会的協同組合の場合は、コンソーシアムという事業連合体があって、コンソーシアムが個別の事業所の毎月の会計チェックや監督、コントロールをしながらやっている。連合会内部のネットワークで運営上はコンソーシアム方式というのが、わりと小さなところで人が足りない、専門家が足りないところを補う形で、事業のマネジメントの応援をするようなネットワークをつくってやっています。

● 新たな協同を始めよう

司会 最後に、きょうされんと民医連のような組織が、今後、つまり非営利・協同セクターということで、どのような共同やネットワークが可能なのか、あるいはすべきなのかというような点について、ちょっとお話を交わしていただければと思

うのですが。

岩本 山形県の鶴岡という人口10万程度の市ですが、老人保健施設をやるために社会福祉法人をついたのです。約7,000人の人から寄付をもらって、さっき言った1億円というお金をついたのです。老人保健施設から始まって、グループホームを開設して、今は老人住宅をやっていることにしています。



先ほどあったような事業ということで考えると、作業所のようなことも可能ですし、1つの社会福祉法人に色々な事業を複合化していくということが可能であろうというふうに思うのです。

その場合に、形態としてのあり方の問題は、非常に多くの人から細かい寄付をもらってつくっている組織ですから、評議会機構をつかって、私物化ということがおこらない運営というものをつくってやっています。しかし、さっき言った経営と労働の分離みたいなことがどうしても引かかってしまいます。とにかく給料をもらうために働く場だよ、というふうに来る人たちもいるということで、どこまでそういう事業ができるのかと。

特に今やっている老健などというのは結局、介護保険で保障されていて一定の人が入っていれば、経営的にはまわっていくという仕事なわけですが。恒常的な寄付や募金みたいなことも考えないとまわっていかない、という事業に取り組んでいく時に、今まであったようなことが、働くとか労働者であるということの中味が、どう変わっていくかみたいなことを考えないと、本当にむずかしいかなと思います。

きっとそれぞれ、その老健にしろ、グループホームにしろ、色々関係するところでの協同の仕事みたいなものは出てくると思うのですが、いわば魂の入った運営というのができるのかどうか、という点は確信が持てないですね。

齋藤 障害のある人たちの分野は、かなり支援の幅が広いのに、その施策はまだまだ立ち遅れています。ライフステージも長いです。18歳の人か

ら、それこそ70歳、80歳の方までいらっしゃいます。そして、支援の領域が、働くこともそうですが、暮らすことや余暇のこと、社会参加等々、まだまだ取り組む課題が山のようにあります。ですから次の事業展開の時には、公的な施策が及んでいないところへ力を注ぐことで、組織全体のエネルギーを生み出すという構造はあるのだと思うのです。どれだけ困難であっても。

たとえばグループホームでも、介護保険でのグループホームと障害者のグループホームで、単価は4、5倍の差がありますから、どうして介護保険のグループホームは儲かるという話になるのかが信じられないような貧困な実態です。

障害のある人たち生活の水準がとても貧しい、そこを何とかしようというところで、職員が、何のために自分達はがんばるのかという原動力をつくることができている、というふうに思っているのですけれども。

岩本 先ほど言った措置制度から支援費制度に変わって、いま言ったグループホームのことも、民医連のところでも老人対象にやっているのだから障害者の受け入れも、という話があっても、ぜんぜん実際にはそこで働いているひとの件費単価というか給料単価では、受け入れたらとても成り立たないということがはっきりしていて、二の足を踏んでいるという実情がいっぱいあるわけですよ。

齋藤 居宅介護が典型だと思います。支援費になるときに、厚労省は事業者の参入を促進するために、要件の規制緩和を一気にすすめて、介護保険の指定事業者であれば、支援費参入OKということになりましたが、その内容は、果たして利用者サイドからはどうかと、率直には思います。

岩本 たしかあれも、必要人員なんかいなくてもいいよという下げ方だから、全く雑なサービスしかできないということですよ。

齋藤 そうです。指定事業者数は増えましたけれども、いざ問い合わせをしてみると、知的障害者は勘弁してください、という実態です。実際のサ

ービス提供はみなさん及び腰になっているということ。

● 民医連ときょうされんの共同をひろげよう

坂根 民医連でも、実際に障害者と連帯する取り組みをやろうかなと議論しているところはありませんね。ただ、現実にはやっぱりそういうことを今までやってきていないし、簡単じゃないなというのが、私の見ているところです。

ただ、介護保険も支援費制度も、将来これは何とか一緒になるのかどうか、ですね。

斎藤 ええ、今その議論がされてきていますけれども。

坂根 非常にむずかしいところですよ。まあ、おそらく別々にならないだろうなと私は個人的にはそう思っている。

立岡 別々にならない、ですか。

坂根 多少、部分的には別の部分を残しながら、一緒になるんじゃないかと。

それからもう1つは、障害者の医療。障害者も医療にかかることが定期健診を含めていろいろあるのだけれども、なんとなくそれを民医連の側から見ると、少し個人的にかかわっている先生方がいるみたいですね。その中で組織的という事からは、まだないようにも映っているので、そのへんはまだまだ連携して仕事できるだろうと。

さらにもう1つ、先ほど出た老人保健施設もそうなのだけれども、老人のその介護の施設で障害者に働いてもらう。文字通り介護で。つまり、もちろん重度の人は難しいかもしれないけれども、他の機関ではこの取り組みをしているところもあります。こういうことでも非常に連携をしていける部分があるのだと、私は思っています。ただその実践が今までないから、将来そうなるっていくのではないかなと思います。

長瀬 私はさっきも言ったように、地域という限

られたローカルの中での共同、地域から共同を広げるという視点で言えば、今、坂根先生も言われたのですけれども、まだまだひろげる必要があるかなと思います。

民医連は今、「安心して住み続けられるまちづくり」ということを提起しています。私たちは医療の世界から入っているのですけれども、安心して住み続けるまちづくりというイメージ化した時に、例えば障害者の人が暮らしていけるまち、あるいは高齢者で障害をもちながら、要介護2とか3のお年寄りが1人暮らしでも暮らせるまち、というようなイメージです。

そうしたら当然、医療機関も必要でしょうけれども、そこの中での生活サービスというか、たとえば郊外まで行かなければ物を買えないようなスーパーではなくて、地域の商店街を活性化していくとか、あるいは安否を確認するようなシステムがあるとか、あるいは教育の問題にしてもそうですね。これは障害者を加えても同じことが言えると思うのです。

そういう点では、私は大阪の堺でやっていたのですけれども、社会福祉法人コスモスの理事長ともよく話をし、地域でそういう共同は何ができるか、いくつかの可能性はあるのではないかと。先ほどご紹介したような施設に共同作業所を作るということもあるのです。

たとえば堺では、共同作業所が7カ所くらいありますよね。通所型ですけれども、そこには給食施設があります。そこを使って配食サービスができないだろうか、とか。あるいはその障害者の方が困った時には堺の民医連の病院へという、共同マップをつくらうではないかと。おたがいの機関紙に、それぞれの施設を紹介しようということから始めようか、という話をしていました。

まさに地域から共同を広げるという点で、障害者やお年寄りが住み続けられるようなまちづくりというテーマでやっていくと、共同のテーブルについてやると、色々なことが出てくるかなという感じ。そんな取り組みをそれぞれの地域でできないかなと思う。おそらく消費生協なども、そこに参加していける要素があるかなと、そんなふうに思います。

立岡 まさしくローカルでやれることは何なのか、もう一度模索したいですね。

生協とは、一時期、一緒に牛乳パックの回収事業に取り組んだりしていました。そういうテーブルをつくるのが非常に重要です。

座談会の今日をきっかけにあらためてと、いう思いはものすごくあるのです。どこかでちゃんとしていかないと、みんな分断されて来ておりますから、意識的にそこは集中したいと思います。ぜひそれを無理のない形でローカルでやれる、草の根でやれる、これは何なのかと。

中央では、先ほど話に出たように生協ときょうされんが洗びんセンターをつくってやっていますが、もっとローカルに、見本があるのだから、きちんとやれる形がないのか模索したいと思います。そういう中で、例えば滋賀県では、障害者の人たちが3級ヘルパーをとることをやっている。それをとると、お年寄りのところに行って、お話を一緒にできる。

長瀬 家事援助なんかも。

立岡 そうなんです。家事援助までいかににしても、障害者がお年寄りとちょっとした事をしながら、お話をします。要するにおたがいに元気をもらえるというか、そういう取り組みを少し実験的に始めています。ある作業所では、1人暮らしのところにおいて配達をされていて、おじいちゃん元気、おばあちゃん元気と声をかけるグループホームの障害者の活動がある。そんなことは部分的にはすすめてきているので、今度、意識して追求してみたいなと思っています。

支援費の問題ですが、たしかにこれは、きょうされんが言っておかなければいけないことです。社会資源の問題ですが、選ぶ、対等、契約などという、きれいなキャッチフレーズなのですけれども、選ぶといっても、どこに選ぶ作業所が、グループホームがあるのかという徹底調査を半年かけてしました。全国の3,234市区町村に、グループホームがあったのが26.9%の自治体です。選べる作業所があったのは、27%の自治体です。7割はないのです。これで選べという支援費に4月から入ったということで、われわれはここをものすご

く問題にしているのです。地域で連携する相手を、作業所等、社会資源をもっと増やしていかないといけない。民医連も生協もきょうされんも、もっともって資源をつくって行って、そこで自然にめぐり合えるようにならなければいけない。

そういう意味では、選べるところまでいっていないのに支援費制度を導入した国には、最終的には財源論が横たわっているのじゃないのかという気がします。どうしようもない700兆近い国債を含めて。国の予算が毎年たてられないほどに借金づけにある。ここのところがやっぱりベースにあるのではないかというのが、現場の声です。養護学校など、せっかく教育を受けて18歳で卒業しても、社会には進路がないのです。企業に行っても、実習すらさせてくれません。共同作業所を探してもどこも満員で、また新しい共同作業所をつくらなければならない。ですから選べるところまでいっていないのです。

もう1つ言っておかなければいけないのは、きょうされんが第2に問題にしているのは、同じ障害でも知的障害、身体障害は支援費制度の対象で、精神障害は対象に入れていないことです。精神障害は217万人ほどいるのに、医療の中にまだいる。病気は治っていても退院できない社会的入院という表現がありますが、これが厚生省が発表しただけでも7万2,000人いるのです。7万2,000人の精神を病んでいる人は、もう即、退院できる状態になっているのだけれども、社会に行き場、受け皿がないから出られないので、医療に入っている。そういう人権をないがしろにする中で、支援費制度を導入した。しかも、支援費制度に精神障害者を入れない。たいへん矛盾しているのです。このところを、きょうされんは告発しています。

坂根 さっきの昭島の洗びんセンターも、半分は支援費制度、半分が違うわけです。精神と両方いるから。会計は分けなければいけないから、本当に複雑です。

立岡 実感ももっていますね。

岩本 青森民医連のように援護寮（精神障害者生活訓練施設）をつくって、精神科の受け入れを始

めました所もありますけれどね。

坂根 本当に単純な、縦割りもいいところですよ。

立岡 いま国会では、心神喪失者医療観察法を強行採決で通過させるという暴挙をやったのけました。

きょうされんでは、そういった福祉の光が当たっていない所にずっと照準を合わせています。そういうところと、皆さんが出会える場面をきちんと作っていきなさいと思います。中央レベルでそれぞれしっかり意識して、共同をものにしていくようにしていきたいですよ。

司会 さて、きょうは本当にありがとうございました。これを機会に、どの場面でお互いに連携できるのか、両組織とも模索していくよう力を尽くしたいですね。

非営利・協同セクターというのは、まさに今、地域に根ざして、政府の施策とか市場の強い圧力に抗して、人々の命と暮らしを守っていくというところですので、今日を機会に色々と連携を深めていけたらと思います。本日はお忙しいところ、長時間出席していただいてどうもありがとうございました。

(2003年7月14日開催)

【事務局ニュース】 1・特定非営利活動法人の認証について

さる5月に申請中だった特定非営利活動法人の認証が得られ、6月に登記を完了しました。正式な名称は「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」となります。

また、研究所の紹介リーフレットも作成しましたので、希望者には配布します。ご希望の方は、巻末のFAX送付書をご利用ください。

「共同作業所づくり運動」の 過去・現在・未来

菅井 真

激震走る

① 障害者福祉の昨今

障害のある人たちへのわが国の社会福祉制度は、今年度（2003年度）からまったく新たな仕組みのなかで運営されている。それは、2000年6月に公布された社会福祉法によって、これまでの「措置（費）制度」が「支援費制度」（利用契約制度）に変わったからである。

また、障害者基本法に依る法定計画である「新障害者基本計画」も2002年12月に閣議決定され、やはり今年（2003年）4月から2012年度までの10年間を期限にスタートしている。さらに、「新障害者基本計画」の「重点施策実施5ヶ年計画」（2003年度から2007年度までの事業計画）が内閣府障害者施策推進本部の決定により「新障害者プラン」と銘打ってスタートした。正に、わが国の障害者福祉分野は今年度が新世紀の始まりともいえる様相を呈している。

他方、1995年に発表された国の「障害者プラン」のなかで創設をみた障害者に対する地域での相談支援や生活支援事業（身体障害者分野では「市町村障害者生活支援事業」、知的障害者の分野では「障害児者地域療育等支援事業」と呼ばれている制度）を国庫補助事業の対象から外し、一般財源化（事業の財源を国の負担金ではなく地方交付税交付金に参入させる仕組みに）するという方針転換が、昨年末（2002年12月）に厚生労働省から突然発表された。さらに今年1月に入ると、障害者のホームヘルプ事業の利用時間に上限枠を設ける

という「利用制限」問題が発生。そして、追い打ちをかけるかのように6月に今度は、精神障害者分野で2003年度の社会復帰施設整備費予算に関し、全国の都道府県から申請があった分（173件）の内2割（36件）にしか国庫補助金が見つからないという前代未聞ともいえる事態が発生している。これは、厚労省自ら「7万2千人いる精神障害者の社会的入院を解決する」と宣言した直後のことだけに、関係者の誰もが耳を疑うものであった（注釈1）。

いずれにせよ、それもこれも根っこには国の財源問題があることは明らかで、障害者福祉に関係する者にとって今やだれもが国の政策と真っ向から対峙しつつ、自らの権利を守る運動に取り組まざるを得ない状況におかれたといえよう。

本稿では、こうした「激変」が常態化しているわが国の障害者福祉施策について、成人期障害者をその対象に社会福祉事業を担っている「共同作業所づくり運動」を通し考えてみたい。

② 小規模作業所問題

1. 「小規模作業所」とは

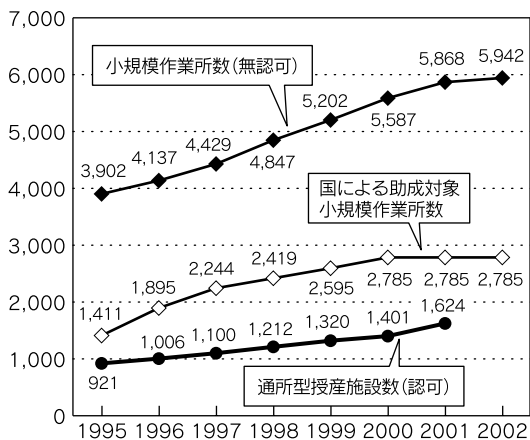
障害をもった人たちが利用する「小規模作業所」は、地方自治体（都道府県・政令都市等）による補助金制度などの違いもあって、「共同作業所」「地域作業所」「福祉作業所」「ミニ授産施設」など各地で様々な呼称が用いられている。すなわち法的定義は未だなく、歴史的には、厚生省（当時）の文書で最初に登場したのが1981年10月に行われた「小規模障害者施設調査」（当時の厚

生省児童家庭局障害福祉課が実施) という表記においてである。

きょうされん(2001年5月の第24回総会で「共同作業所全国連絡会」という組織名を改めた)は、「共同作業所」というネーミングを施設の経営・運営、また、その実践のあり方や運動的性格を特徴付けるものとして独自の意味をもって使用しているが、社会一般には、無認可作業所すなわち法定外の通所型施設を性格づける用語として広く小規模作業所の呼称が使用されている。そこで本稿でも、無認可(法定外)作業所という広い意味を表すために、以下、小規模作業所と表記する。

さて、この小規模作業所が今や全国に6,000ヶ所を越えて設置され、それを利用している障害のある人たちは9万人と想定される。日々、国内のどこかで小規模作業所が誕生していることになるこの数字をどう見るべきであろうか(図A参照)。

図A 通所型授産施設および小規模作業所数の年次推移

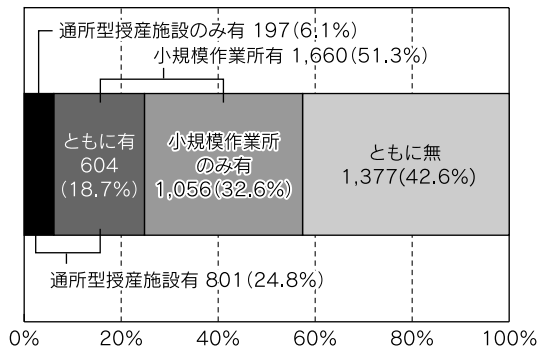


きょうされんが、2002年3月末日を基準日に3,246全市区町村を対象に調査した結果を『全国障害者社会資源マップ』としてまとめたデータがある(注釈2)・以下「マップのデータ」と記す)。

障害を持った人たちの働く法定の社会福祉施設(社会就労センター)は、「授産施設」ならびに「福祉工場」と法制度的にはネーミングされているが、その数が2,086ヶ所であり、利用者数(定員)は、80,526名である(厚労省「社会福祉施設等調査」平成13年10月1日現在)。また、マップのデータでは、通所型授産施設を設置している市

区町村が801自治体と24.8%の自治体でしかないのに対し、小規模作業所を設置している市区町村は1,660自治体と51.3%になることが判明した(図B参照)。

図B 通所型授産設備および小規模作業所双方設置の有無



正にわが国の障害者福祉施設は、無認可(法定外)作業所の存在によって辛うじて成り立っており、その意味で国の無策ぶりは明らかといえよう。

2. 小規模作業所増加の背景

では、何故こんなにも多くの小規模作業所が設置されることになったかを考えてみたい。

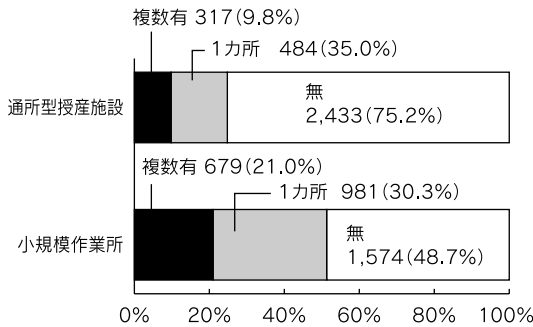
第1に、何といってもわが国の成人期障害者関連施策の貧しさが最大の要因といえる。マップのデータでは、通所型授産施設も小規模作業所も共に未設置の市区町村が1,377自治体ある。正に、自治体の42.6%は空白地域となっているのである(図C参照)。わが国最大の「福祉的就労」といわれる施策であるにもかかわらず、現実が示すものは、成人期障害者施策の低水準さに尽きよう。こうした、成人期障害者施設の量的不備＝国策の貧困さを補うかのように、小規模作業所が日々関係者の手によって創設されているのが21世紀に入ったわが国障害者福祉の現実である。

第2に、量的不備のみならず質的面でも小規模作業所に依存せざるを得ない貧困な現実をみることができる。

それは、わが国の障害者施策が障害種別に分離し進められてきたことが背景にある。

すなわち、現行の障害者施設制度が身体障害者福祉法(1949年)、知的障害者福祉法(1960年)、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(1987

図C 通所型授産施設および小規模作業所
単数または複数設置(選択の可否)の有無



年に「精神衛生法」を改正。以下、「精神保健福祉法」という)と障害種別に縦割りで存在し、障害種別を超えて地域で共に日々働き、活動することが制度的に認められていなかったことがある。その上、重度重複の障害者施策にあっては、障害者のニーズが満たされる通所型の施設制度が未だ本格的には確立されていない。それは、多くの障害者関係団体が1996年に一致して『障害者活動センター～重度・重複・重症障害者の地域生活のために～』を提言し、デイアクティビティーセンターの制度化を要求しているにもかかわらず放置されてきたのである。

同時に、戦後間もなく定められた福祉施設の設置基準が今日的に発展・改善させられないままに温存されてきたことも大きな問題として指摘できる。それは、各障害種別福祉法の施設運営に関する設備・人員基準等に最も顕著にみることができる。例えば知的障害者の入所型施設は、「暮らしの場」でありながら、「1室(居室)の定員は4人を基準とする」とされ、その1人当たり床面積も1坪と規定されていることがある。正に、その水準は貧困という以外の何者でもなからう。

さらに、成人期に達した知的障害者約30万人の内13万人もの人たちが入所型施設で生活し、また、精神科医療入院者約33万人の内7万2千人もの精神障害者が「社会的入院」(02年度厚労省発表)という実態にあるなど、ノーマライゼーションという理念とはあまりにもかけ離れた実態が長年にわたって放置され(むしろ、現実にはそうした方向が国策として推進されていた)、そうした状況を脱却すべく方策として小規模作業所は設立され

てきたのである。正に、国連「障害者権利宣言」にいう「同世代の市民と同等の基本的人権」を回復し、実現するためにも小規模作業所が生み出されているともいえよう。

第3に、その他副因ともいべき内容も指摘することができる。

例えば、都道府県・政令都市などの地方自治体が独自に支援策(補助金制度)をつくることで、小規模作業所の設立を応援するようになったこと。また、同じく民間助成金団体も80年代から90年代にかけて集中的な助成策を小規模作業所関係者に寄せてくれるようになったこと。さらに、81年の国際障害者年以降、「入所施設から地域での生活へ」という政策全般の変化があり、それがコミュニティワークショップとも呼ばれる小規模作業所づくりについて、市民的共感を得つつ地域に根付かせることになったなども小規模作業所増加の一因といえよう。

3. 小規模作業所「固有の人氣」

小規模作業所急増の要因としては、その固有の人氣という側面も見逃せない。別の角度から考えると、現行の法制度・施設体系が克服すべき側面ともいえる内容である。

その第1は、障害の種別にこだわりなく希望者には「共同利用」を認めていること。重度の障害者や重複の障害がある人たちにも、入所型でないを受け入れられないと決め付けずに、通所型でも可能な範囲の実践を創造する姿勢でまず受け入れてから考える立場を優先したこと。パン屋・喫茶店など店舗型の作業所やビル掃除や公園清掃など言わば出撃型の作業所など、「福祉施設(建物)」という一般概念に縛られない内容や実践をつくってきたことなどがあげられる。

すなわち、法制度でがんじがらめにされている現行の社会福祉施設の「(法定)基準」には馴染まないが、目の前で困っている障害のある人たちの現実的な生きがいや所得保障を優先的に考え実践しようとした自由性や柔軟性ともいう内容が生み出す魅力である。

第2に、(作業所)「づくり運動」ともいわれる内実をつくっている、自発性や自主性といった力

が発揮される魅力である。

多くの小規模作業所は、それぞれの地域のなかで、関係者がみんなで力を合わせ話し合いながら、場所（土地や家屋）探しやバザーや廃品回収などを通じて必要な資金づくりを成し遂げてきた。特別な篤志家がいるわけではなく、そこではボランティアをふくむ関係者全員の自発性や自主性だけが頼りである。また、地域に暮らす障害者の実態を何とかしようという思いがさらに地域の障害者運動全般をも担う動機となり、その自発性や自主性が一層持続的に発揮されることになる。

第3に、「小規模」ゆえに、関係者が帰属意識や参加意識を醸成されるという効果を見ることができ。そこでは、障害当事者もサービスの「利用者」としてよりも、むしろ、主体性をもって作業所の運営や事業に参加するなどの現実がつけられている。

もちろん、こうした優位性は小規模作業所だけではなく、既存の法制度下にある福祉施設においても実現可能な内容があるはずである。むしろ、そうした内容を障害者福祉施設全体にも広め根付かせることは今日的で重要なテーマともいえよう。

「小規模

3 通所授産施設」とは

1. 「小規模通所授産施設」制度の誕生

ところで、小規模作業所急増という背景には消極的理由ともいえる側面もうかがえる。

これまでの制度では、法定化した障害者施設をつくるために1億円という資産要件、すなわち、土地や最低基準をクリアする建物面積や構造をもった施設（建物）を自己所有するだけの財政力が必要とされた。それは、地域で障害のある人たちを抱えながら生活している家族、関係者にとってはそう簡単に手が届くものではない。むしろ「絶対に無理」とあきらめざるを得ない高いハードルであった。その結果、関係者は小規模作業所という仕組みの選択を余儀なくされたのである。

それが、きょうされんなどの運動や小規模作業所の広がりのなかで、厚生労働省をして社会福祉

法成立の際に、その資産要件や施設設置の最低基準緩和策を実現させた。それが「小規模通所授産施設」という2001年度から新たに実施された国の制度である。すなわち、2000年6月に公布された新たな社会福祉法によって、「無認可」や「法定外」「小規模」といった概念に大きな変更が加えられたことになる。

新社会福祉法のもとに誕生した小規模通所授産施設は、緩和された新たな基準を満たすことで無認可の小規模作業所が、国の責任における公的制度に移行できる施策であるという点で、四半世紀にわたるきょうされん運動の貴重な成果物ともいえる。

2. 小規模通所授産施設の内容

小規模通所授産施設の具体的内容は、大きく2つの側面に分けて考えると理解しやすい。1つの側面は法人としての内容であり、もう一方の側面は施設としての内容である。

法人としての側面では、

- ・社会福祉法人認可の資産要件をこれまでの1億円相当額から1千万円以上に相当する内容に緩和したこと
- ・認可に必要な事業実績として、小規模作業所（無認可）の運営経験が5年。ただし、特定非営利活動法人の場合、もしくは作業所が存在する市区町村（長）の推薦があれば3年で可としたこと
- ・通所型の場合、従来最低定員を20人としていたのに対し、10人以上であれば20人に満たなくても社会福祉事業として認めることにしたこと
- ・今回の（新しい）社会福祉法人が経営できる社会福祉事業の内容については、その実施エリアが1つの都道府県内に、また、相談支援事業、デイサービス事業、居宅介護等事業など、地域型の事業のみに限定するという制限をつけたこと

が特徴である。

施設としての側面では、

- ・建物面積について、新築の場合は公的補助単価の問題から基準面積を定めたものの、既存

物件の使用にあつては、無認可作業所のままの建物で可としたこと

- ・ 建物の間取りについては、静養室・食堂・洗面所・便所・作業室を設けるとしつつも、食堂は静養室又は作業室と兼ねても可としたこと
- ・ 借家など賃貸物件であっても、契約年数などに制限を設けなかったこと
- ・ 常勤職員は最低1人以上の配置としたこと
- ・ 利用形態は障害種別で限定しない共同利用を可としたこと
- ・ 運営費の補助基準額を年額1,100万円と低額なものにしたこと

が主な内容になる。

3. 小規模通所授産施設の問題点

小規模通所授産施設の評価については、関係者のなかで様々な見解が存在している。それは、とりわけ年額1,100万円に抑えられた公的助成額の水準や「規制緩和」の名のもとに進められる人的配置基準や施設基準の不安定さに起因している。

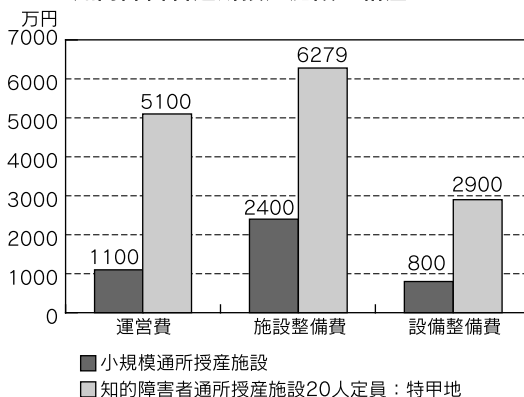
補助金の内容に関する問題点を挙げるならば、その第1は、既存の通所授産施設に対する公費水準との格差があまりにも大きいことである。

20人規模の授産施設にはその運営費部分として、知的障害者施設で約5,100万円、身体障害者施設では約3,600万円の措置費（2003年4月からは支援費）という公的助成があり、また、最も低額に抑えられている精神障害者向け授産施設でも約3,500万円近くの運営費補助がある。どうみても、小規模通所授産施設の年額1,100万円という内容は低すぎるものと言わざるを得ない。その上、施設や設備の整備費補助にも小規模通所授産施設だけは低額な補助上限額が設けられたことも問題である（図D参照）。

第2の問題点は、補助額の低さに加え、補助金の箇所付けが全国で年間120ヶ所という、あまりにも少ない予算内容にとどまったことである。これでは、既に5,942ヶ所に及ぶ小規模作業所の現実からすると、「焼け石に水」である。

もっともこの点では、関係者や自治体の強い声に押され、小規模通所授産施設の制度がスタート

図D 小規模通所授産施設と知的障害者通所授産施設の格差



した2001年度は181ヶ所、翌年の2002年度は274ヶ所が実際には認可を受け、当初予算の年間120ヶ所を上回っている現実もある。しかし、2003年度当初予算は182ヶ所分の増加と改めてトーンダウンしており予断を許さない状況にある。

第3の問題点は、同じ授産施設でありながら支援費制度とは違う補助金対象施設になったことである。その結果、法定施設であっても小規模作業所時代同様、脆弱な体制のままの施設運営から脱却できない仕組みが合理化されたともいえる。

第4に、補助金水準は低額に抑えられながらも、実際の運営は法定施設としての水準が要求されることからくる問題である。とりわけ行政報告の書類作りや会計処理など、既存の授産施設に比し少ない職員数を余儀なくされながら、実際の事務量だけが増えたという不満の声が各地で一斉に沸き起こっている。

なお、こうした問題が起こることはある意味で予想もされるものであった。何故ならば、本制度化を実現する際の厚生労働省の手法には無理があったのである。

すなわち、小規模通所授産施設の制度化にあたり厚生労働省で問題となったひとつは、小規模作業所を既存の制度に組み込むのか、それとも新たに固有の仕組みをつくるべきかということであった。それは、既存の授産施設制度の中に組み入れると公費水準がかさんでしまうし、かといって、新たな仕組みをつくるとなると、既に12種類ある授産施設制度の体系が一層複雑化するという批判を免れないという迷いであった。

措置制度から利用契約

4 (支援費)制度への変更

結果は、形式的には既存の制度のまま、実質的にはまったくといっていいほどの新制度を作り上げるといふ手法で厚労省はその難問を「解決」した。すなわち、同じ（既存の）社会福祉法人のなかに「小規模社会福祉法人」といったものをつくることで「法人化」を実現し、他方、同じ（既存の）授産施設のなかに「小規模通所授産施設」という新たな施設の「制度化」をはかることで、低額な公費の補助水準のままに済ませてしまう仕組みをつくったのである。それは結局、小規模作業所問題の全面解決を先送りした結果になっているともいえよう。

4. 小規模通所授産施設と地方自治体施策

小規模通所授産施設の誕生は、当然のことながら地方自治体の施策にも大きな影響を与えることになった。すなわち、これまでは小規模作業所への自治体単独補助という支援策であったものが、小規模通所授産施設となることで、財源的には国の補助金も組み込んだ支援策が可能となったからである。

具体的には、小規模通所授産施設への公的補助額1,100万円の内、国は2分の1、都道府県ならびに市町村は4分の1ずつを負担する仕組みとなっているために、自治体にとっては年額275万円の財源負担で済む。その結果、東北や九州地方に未だ多い小規模作業所に対する公的助成額が数百万規模の自治体や小規模作業所関係者にとっては、大きな励ましになった。一方、元々1,100万円を超える補助水準で小規模作業所を支えていた自治体（2001年当時で8都道府県）にとっては、既存の水準から後退、もしくは、これまでのような補助額のアップ率を鈍化させる動機を与えるものになってしまっている。

すなわち、小規模通所授産施設の制度が自治体の財政負担軽減策の一環として「活用」されることに道を開いたともいえよう。

1. 支援費制度の概要

次に、2003年4月からスタートしている「社会福祉基礎構造改革」の中核をなした「支援費制度」とは、どのような内容をもっていて実際何が変わったのかを見ていきたい。

支援費制度の概要を厚生労働省の説明に従い概括すると、施設（都道府県知事が指定する「指定事業所」）利用希望者の申請に基づいて、市町村が利用者本人に「施設訓練等支援費（以下、「支援費」）」を支給するものである。なお、支援費制度は「施設支援」の他に、ホームヘルプやデイサービスなどの「居宅支援」も対象にした障害者施策全般にわたるものであるが、本稿ではテーマの主旨から「施設支援」を念頭に述べる。

具体的には、障害のある人が自ら居住している市町村に支援費支給申請を行い、市町村は支援費の「支給する期間」と「当該障害者の障害程度区分」を判定して、支援費受給者証を本人に交付する。本人は受給者証をサービス供給事業者（指定事業者）に提示し、サービスを受けたら、市町村は利用者に代わって指定事業者としての施設に支援費を支払う（代理受領方式）。このとき施設が代理受給する支援費の額は、当該サービスに要する費用のうち利用者負担分を控除した額とされる。すなわち、利用負担金を除いた金額だけが支援費として支給されることになる。

いずれにせよ、所得に応じて（「応能負担」原則）施設利用料を本人が直接施設に支払う仕組みが原則的考え方で、実際は施設（指定事業者）に直接入金される支援費であっても、それは、あくまで「代理受領」という性格でしかない。厚労省は、代理受領方式により、障害者本人が費用を一時的にでも立て替える必要がないし、施設も確実にサービスに要した費用が取得でき、かつ、支援費を支払う市長村事務も、関係者の支援費を施設単位で一括して支払えるため効率的であるとの理由で採用したとしている。

結局、支援費支給方式は、施設サービス利用者に対する利用料の現金給付方式の仕組み（利用者へのサービス料＝施設利用料の補助金）であり、介護保険制度と違ってその財源は租税をもって充てられているが、施設は利用料を払ってこそ利用可能という前提が存在する。しかも、社会福祉法成立に際しては、衆議院で16項目、参議院では10項目にわたる附帯決議も付されているが、そのなかで両院とも、代理受領による方式の運用状況をみた上で「バウチャー方式を含め支給のあり方について検討を行うこと」としている。

正に、これまでの必要に応じて施設利用を保障する仕組み（国の委託を受けて行われる措置費支給＝現物給付方式の仕組み）からの大転換なのである。

2. 支援費制度導入までの攻防戦

支援費制度導入にあたって厚労省（当時は、未だ厚生省）が言っていたのは、旧来の措置制度は既に制度疲労を来たして、かつ、障害者本人の意思を無視した措置＝行政処分の制度であり改めたい。支援費制度では、「障害のある人の自己決定を尊重し、利用者本位のサービス提供を目的にした制度」にしたいというものであった。それは、障害者本人のニーズや意思に基づいた福祉サービスがを提供し、支援（助成金）は本人に直接行い、同時に、利用者の権利性を重視しその擁護を制度的にも保障するという内容であった。

しかし、実際はどうだったろうか。

まず、前述したように障害のある人たちが福祉サービスを利用すべくその選択の余地がないことが最大の問題になる。すなわち、あまりにも少ない社会資源のなかで、福祉サービス選択の「自己決定」といわれても元々選択しようがないのが現実である。

次に、支援費基準の低額さの問題である。

この点に関しては、支援費額（案）が出された途端、全国の施設・事業者関係者から改善を求め大きな運動が沸き起こり、それは、支援費対象施設の全国組織5団体（全国社会福祉協議会傘下のセルフ協議会・療護施設協議会・厚生事業団協議会・社会福祉施設経営協議会と知的障害者福祉

協会）がはじめて共同で要望書を国に提出し、さらに、数次にわたる厚労省との交渉や国会議員への要請活動を起こすほどであった。すなわち、1施設平均で年額500万円、もっとも被害が激しい施設にあっては年額4～5千万円もの減収が予測される原案（支援費基準の仮単価）が昨年（2002年）秋に厚労省から発表されたのである。

では、何ゆえにこうした数値がはじき出されることになったのか。

第1に、長年にわたる関係者の運動で、措置費の単価算定に当たって算入されていた職員の社会福祉関連事業での経験（勤続）年数を根拠にした「民間施設給与改善費」を廃止したこと。

第2に、施設定員規模による単価設定について、措置費では10人刻みできめ細かに算定されていたのが支援費では、大まかな3区分設定になったこと。

第3には、施設の「重度」類型タイプを廃止したにもかかわらず、支援費単価を決める障害程度区分にそのことが反映されていないことなどによる影響が出たからである。

施設規模（定員）問題では「逆転現象」、すなわち、入所定員40人施設が定員50人施設より支援費の総額が上回るという「珍現象」さえ試算された。そして、重度類型施設の廃止、すなわち一般の更生施設や授産施設に統合されることになった重度身体障害者更生施設や重度身体障害者授産施設にあっては、先述したように数千万円もの減収が試算されることになった。

さらに、厚労省は繰り返し「施設利用料については、これまで（措置制度における利用者徴収金）と同じ水準にする」といいながらも、いざ蓋を開けると、今日まで変更してこなかった96年度以降の物価スライド分として利用者負担額を値上げするという事実が出てきたのである。しかも、知的障害者の入所型施設にあっては、これまで本人の所得認定に当たり控除していた生活保護基準の「日用品費」分の控除を廃止し、約1.5～2倍にまでおよぶ値上げがなされることになった。

こうした新制度導入による「改悪」の内容に対し、障害者関係団体は地方自治体も巻き込んで支援費制度スタート直前まで厚労省との攻防戦を繰り広げてきた。

結果、民間施設給与改善費の財源が公立施設向けの支援費財源としても使われようとしていた誤りを正し、その分を重度障害者用の支援費財源に充てるようにしたこと。民間給与改善費などの廃止による運営費の大幅減収を回避すべく「就労・地域生活支援対策事業加算（支援費制度移行特別対策加算）」として、事業費ベースで100億円の財源を確保させ、新制度スタート年の2003年度の激変緩和策を実現したこと。同じく、激変緩和策の一環として、支援費移行に伴う経営資金手当て策（施設運営費のつなぎ資金であり、1,000万円以下であれば担保も不要の社会福祉・医療事業団による貸付制度）を新設させたり、いくつか大きな改善を厚労省に対し譲歩を実現した。

しかし、支援費制度の本質には、施設職員の「常勤換算方式」という、常勤ではなく、その頭数さえそろっていれば非常勤職員であってもよしとする職員配置基準の実質的切り下げ（設備及び運営に関する基準）が象徴するように、施設経営に対するリストラ推進策ともいべき側面がある。それは、措置制度では保障されていた職員の「産休等代替職員制度」の廃止としても現れている。

また、新制度導入に当たっては、「障害程度区分判断基準」など「支援費制度関係Q & A」が厚労省障害保健福祉部の「支援費制度施行準備室」から何回にもわたって発行されており、それは事業の実施主体となった市町村行政の担当者にとっても煩雑な制度変更であるにも関わらず、あまりにも拙速な制度導入の矛盾を露呈するものであった。

なお、支援費制度は、これまでの措置施設である身体並びに知的障害分野だけが対象とされ、法定化されていない（国の制度ではない）小規模作業所はもとより、小規模通所授産施設も精神障害分野の精神障害者社会復帰施設も今まで通りの運営費補助方式に据え置かれることになった。厚労省の説明では、それらの施設は既に施設と本人との直接契約の仕組みになっていて利用しやすいものであるからとのことである。

であるならば、小規模作業所や小規模通所授産施設に対しても支援費なみの水準の補助金をつけるべきであろう。しかも、支援費制度は「利用者自身に着目した仕組み」というのであるからなお

のこと、機能や目的を同じくする施設にあっては、別立ての補助金体系が存在すること自体に矛盾がある。

支援費制度は、そうした論理矛盾にも何ら答えることなくスタートを切ったのである。

共同作業所

5 づくり運動の未来

1. 小規模作業所の現状

支援費制度の導入や小規模通所授産施設という新制度の誕生によって小規模作業所の現状は改善されたのであろうか。

きょうされんが実施した2002年8月の全国小規模作業所調査によると、2001年度5,868ヶ所の小規模作業所数であったのが、2002年度は74ヶ所増の5,942ヶ所であった。この調査結果は、きわめて重大な意味を示している。何故ならば、1987年度以降、全国で小規模作業所は毎年年間200~300ヶ所以上のテンポで増設してきたのにもかかわらず、昨年度、突然その数が74ヶ所に急減しているからである（図A参照）。

また、身体障害者分野の日本身体障害者団体連合会、知的障害分野では全日本手をつなぐ育成会、精神障害では全国精神障害者家族会連合会など、小規模作業所の運営に関する各種民間団体を助成対象にしている小規模作業所1ヶ所当たり年額110万円という国庫補助金も、2003年度予算では前年比で1割削減するという内容（予算全体で、30億6,400万円から27億5,800万円に減額）になっている。そして、上記3団体のほか、全国精神障害者地域生活支援協議会ときょうされんとを加えた、小規模作業所関連全国組織5団体が共同でさる（2003年）7月に実施した対厚労省への要望行動でも、障害保健福祉部の筆頭課長をして、「財務当局が示す予算の概算要求基準いかんでは、さらに切り詰めることも予想される」との回答であった。

正に、国の姿勢は急変したのである。すなわち、小規模通所授産施設制度の創設を口実に、財源不足のつけを小規模作業所に対する支援策を打ち切

ることで乗り切ろうとしているのである。

たしかに、2001、2002年度の2年間で誕生した455ヶ所の小規模通所授産施設は、そのほとんどが小規模作業所から移行した施設である。しかし、全国6000ヶ所におよぶ小規模作業所の実態からするとその数はあまりにも少ない。また、元々、年額1,100万円という低水準の補助額で「小規模作業所問題は解決した」といえるものではない。

2. あるべき障害者施設制度をめざして

今年4月から国は、障害者施設機能の体系的なあり方に関する検討を、厚生労働科学研究(研究責任者・岡田喜篤川崎医療福祉大学副学長)という場をつかって議論を開始している。また、2005年度の介護保険制度の見直し作業も、支援費制度との関わりを含む障害者施策の根本にも触れて開始されている。

実は、社会福祉法が成立する直前にも障害者施設体系についての本格的検討が行われ、1997年12月には、国の障害保健福祉分野関連の三審議会「合同企画分科会」が「今後の障害保健福祉施策の在り方について(中間報告)」を発表していた。ところが、介護保険法の関係で、社会福祉法の成立だけが先行して一人歩きしてきたのがこの間の経緯であり、改めてその検討が再開されたともいえるよう。

なお、こうした動向下にあつて、授産施設や福祉工場の全国的組織である社会福祉法人全国社会福祉協議会・全国社会就労センター協議会(「セルフ協」)は、2003年2月に「社会就労センターのあり方検討委員会・最終報告」を発表した。

その中で、授産施設・福祉工場など社会就労センターの基本機能を「一般就労が困難な障害者」に就労の機会を提供し、そこでの「就労は『労働』そのもの」と位置付け、社会就労センターにあつても「労働基準法を適用することを提案」し、その結果として「運営は、支援費制度によらない助成制度及び事業振興等(官公需の優先発注等)の公的支援による」ことを提案している。もちろん、そこではより障害が重く社会就労という労働が困難な人たちに対しては、「障害者活動センター(デイセンター)」など新たな制度化とその公的支援

のあり方も平行して考えることを前提にしている。

3. 小規模作業所問題の根本的解決をめざして

重度の障害をもった人たちにも「働く」権利の保障を国に働きかけながら、関係者の共同の力で作業所を自主的につくり、運営している「作業所づくり運動」は、小規模作業所という場に対し公的支援(補助金)を引き出し、小規模通所授産施設という新たな社会福祉施設制度も誕生させた。また、制度の隙間にあつて自立した地域生活の支援策が受けられない人たちに対し、既存の法制度の枠内だけで考えるのではなく、とりあえず可能な支援の手立てを社会的事業として具体化しながら、制度の隙間を埋める改善をはかってきた。

また、昨今では、ご多分に漏れず障害をもった人たちの雇用率も後退に転じ、これまで一般就労していた比較的軽度の障害である人たちまでが、給料は格段に下がってしまうにもかかわらず、小規模作業所に相談に来る事態もおきている。

きょうされんは、社会資源の量的不備という問題を当面の最優先課題としつつ、小規模作業所問題の根本的解決をめざし、先述した関係5団体と共同した厚労省との検討の場も設置した。

一方、本格的な解決策となると相当な予算措置が伴うことは明らかであり、残念ながらその解決には一定の時間的期間を要することも関係者は覚悟せざるを得ない。だからこそ、あるべき基本方向を関係者全体の合意にし、着実にその実現を国政にまで働きかけることが求められている。

そこでは、障害者福祉施策に対する考え方の根本にまで遡った中味について、国民意識の中に定着させることも不可欠となろう。

すなわち、社会福祉事業の根本理念は非営利であることを根本に据えること。また、「施設福祉」より「在宅福祉」のほうが安上がりという風潮や考え方を一掃し、むしろしっかりした「在宅福祉」は「施設福祉」より財源を必要とするが、それは、障害がある人たちの人権保障やノーマライゼーションの観点からは不可欠のことという価値意識を確立することを前提にしている。その結果として、国の障害者福祉予算の水準を根本的に見直すことも実現されるのであろう。

ところで、最初に述べたように、この間の国の財源論を根拠にした障害者施策の後退には異常なものがある。結果、これまでは「お上に対して物を言う」ことなど考えもしなかった関係団体までが、権利保障を掲げる運動団体とも一体になり、国への要求運動を進めるようになっていく。同時に、運動団体同士にあっても「小異にこだわらず大同につく」運動の目標を定めることが顕著になっている。しかも、そうした傾向が一気に高まっているというのが、この間の障害者分野の特長である。

社会福祉施設にあって唯一、利用者に対する所得保障（生産活動）もその任としている作業所や社会就労センター（授産施設・福祉工場）にあって、福祉の側面では「非営利」を理念とし、所得保障の側面では最大の「営利」を追求することが使命となっている。それは、支援費制度下において利用者の「働くこと」「暮らすこと」をしっかりと支援して欲しいというニーズと、給料も沢山出して欲しいという素朴なニーズにもしっかりと応えることを意味している。

小規模作業所関係者にとって、こうした課題に理論上も、実践上も応えることが求められているのである。

（注釈1）

精神障害者社会復帰施設の2003年度新設予算の件については、精神障害関係の全国組織5団体（全国精神障害者社会復帰施設協会・全国精神障害者家族会連合会・全国精神障害者地域生活支援協議会・日本精神保健福祉士協会・きょうされ

ん）が、はじめて共同で緊急集会を7月22日に開催。700名もが国会近くの砂防会館に集い、国に対し、施設整備予算の全面復活を求めた（障害保健福祉部長交渉や国会議員要請行動をふくむ）。結果、その1週間後の7月30日に40件分は復活されることになった。

（注釈2）

現在わが国の成人期障害者を対象にする法定の社会福祉施設制度・事業は43種類と多岐にわたって存在するが、その内地域生活を支えるための基幹的なものとしては、通所型施設が10種類（身体障害者福祉法関連が3種類・知的障害者福祉法関連が4種類・精神障害者保健福祉法関連が3種類）、居宅生活支援事業も10種類（身体障害者福祉法関連が3種類・知的障害者福祉法関連が4種類・精神障害者保健福祉法関連が3種類）ある。居宅生活支援事業の内、精神障害者保健福祉法関連のホームヘルプ事業とショートステイ事業は2002年度から法定化されたので本調査からは省かれている。

<参考文献>

- ・共同作業所全国連絡会編『みんなの共同作業所』（1997）ぶどう社
- ・きょうされん編『小規模社会福祉法人・通所授産施設開設のための総合ガイド』（2002）中央法規
- ・峰島厚他『支援費制度活用のすべて』（2003）全国障害者問題研究会出版部
- ・きょうされん編『全国障害者社会資源マップ03年度版』（2003）中央法規

（すがい まこと、きょうされん副理事長・リサイクル洗びんセンター所長）

「米国のマネジドケアと非営利病院」

松原 由美

●はじめに

明治生命フィナンシャルランス研究所の松原と申します。よろしくお願ひいたします。

さて本日は、「米国のマネジドケアと非営利病院」という非常に難しいテーマをいただきまして、これは困ったなと思ひました。と申ひますのも、アメリカのマネジドケアと非営利病院とは別々の話でして、マネジドケア自体が非営利病院の影響を受けてどうのというよりは、マネジドケアは後述する要因で隆盛しており、非営利病院の方はどうかというとなマネジドケアから影響は大きく受けているんですけども、営利病院も同様に受けています。営利と非営利を特別比べて、非営利がいかにマネジドケアから影響を受けたかという研究は困難なので、今回はまず初めにマネジドケアの話、それと区切ってアメリカの非営利病院の話という2本立て構成でお話させていただきます。

まず、そもそもマネジドケアというものはどういふものか概略をご説明申ひます。なぜマネジドケアというものが台頭して申ひたのか、その背景をアメリカの医療保険市場の特徴と共に申ひます。次にマネジドケアというのは何を狙ったものなのか、その具体的手法はどういふものか、それによってどんな影響が社会に及んでいるのか申ひべて申ひます。次に我が国では現在、医療保険の制度改革の大きな手法のひとつとして申ひたして保険者機能強化が指摘されて申ひます。その保険者機能を非常に強く発揮しているマネジドケアは申ひたいどんな風に発揮しているのか、その具体的手法を今回ご説明申ひさせていただきます、そこから申ひえられます我が国への示唆、申ひたい何が参考になり、何を参考として申ひけないのか、検討して申ひたいと

申ひます。

次に、アメリカの非営利病院について申ひさせていただきます。アメリカの非営利病院はどういふ特徴を持っているのか、どういふ特徴を持っているから公的支援が受けられるのか、非営利病院の資金調達は今どのようになっているのか、そしてアメリカの非営利病院と営利病院を比較申ひまして、次に我が国の非営利病院とアメリカの病院を比較申ひます。そして最後に私の私見を申ひべてさせていただきます。本日はこういふ構成で申ひ発表させていただきますのでよろしくお願ひいたします。

●マネジドケアとは

最初にマネジドケアについて申ひ申ひます。そもそもマネジドケアとは何なのか。非常に簡単に申ひ申ひますと、マネジドケアとは、民間医療保険の一商品でその特徴的内容は医療機関へのアクセス制限と医療内容への介入を強化するとともに、保険料を安くした保険ということ申ひです。申ひた申ひた申ひられるほど難しいものはない申ひです。そのタイプには大きく3つあり申ひまして、HMO (Health Maintenance Organization)、POS (Point of Service)、PPO (Preferred Provider Organization) 申ひです。これらタイプ別商品についての詳しい説明は省略申ひ申ひますが、一言で申ひればアクセス制限と医療への介入と申ひた申ひたコントロールの度合と保険料多寡の組み合わせによるもので、HMO、POS、PPOの順にコントロールが緩和されるとともに保険料が高くなる申ひです。

次に、マネジドケアはアメリカで何故普及して申ひたか申ひ申ひますと、皆様もご存知のとおり、アメリカの医療保険は貧困者層と高齢者層を除き申ひして、民間保険がメインとなつて申ひ申ひます。民間

保険がメインということは、市場原理が貫徹された世界だということです。お金持ちはどんどん良い医療を受け、貧乏人は貧乏人なりの医療しか受けられないというのがアメリカの医療の特徴です。

そして、アメリカの医療保険制度というのは、そもそも企業が福利厚生制度として導入しました。良い人材をどんどん採るために、うちはこういう医療保険を提供しているよというのを1つの人材採用のツールとして利用してきたという歴史があります。そのために国民の多くは就業先の雇用主

が用意した保険に加入しています。自分が直接的に個人的に医療保険を買っているわけではなくて、雇用主経由の保険に入っているというのが、アメリカの医療保険の大きな特徴です。そして福利厚生制度ですから、保険料の大半、大体7割から8割を雇用主が負担しています。このためにどうい

うことが起きているかということ、医療保険の選択には雇用主の意向というものが極めて強く反映されます。市場原理が貫徹しているんだから、普通では自分が欲しいものをサイトと相談して買えるのが市場原理のはず

なんですけれども、そうではなくて雇用主が選んだもの、その範囲の中で従業員が選択するという構図、これがアメリカの医療保険市場の特徴です。この辺の事情を具体的な数字で見たいと思います。

表1をごらんください。これは企業規模別、産業別にみました勤労者の雇用主経由の保険加入状況です。これを見ますと、例えば従業員10人未満という小企業の場合には、保険が雇用主経由で提供されているのは52.1%に過ぎないのに対して、企業の体をなすというべき規模である25人以上99人未満の規模を超えますと7割以上が雇用主による保険でカバーされています。産業別で見ましても、例えば農業を見ますと

表1 雇用主規模別産業別にみた雇用主経由の保険加入状況

1998年

	勤労者総数 百万人	雇用主経由の 保険加入者数・比率	
		加入者数 百万人	加入比率 %
企業別			
勤労者合計	136.3 (100%)	99.2 (72.8%)	
自営業者	12.5 (100%)	6.6 (53.0%)	
被雇用者	123.8 (100%)	92.6 (74.8%)	
公的機関	19.3 (100%)	16.7 (86.8%)	
私的機関 (民間会社)	104.6 (100%)	75.9 (72.6%)	
従業員10人未満	15.2 (100%)	7.9 (52.1%)	
従業員10—24人	11.2 (100%)	6.8 (61.4%)	
従業員25—99人	15.9 (100%)	11.3 (70.9%)	
従業員100—499人	16.9 (100%)	12.8 (76.6%)	
従業員500—999人	6.4 (100%)	5.3 (82.0%)	
従業員1000人以上	39.3 (100%)	32.8 (81.0%)	
産業別			
勤労者合計	136.3 (100%)	99.2 (72.8%)	
自営業者	12.5 (100%)	6.6 (53.0%)	
被雇用者	123.8 (100%)	92.6 (74.8%)	
政府	19.3 (100%)	16.7 (86.8%)	
農業	2.2 (100%)	0.9 (43.3%)	
鉱業	0.6 (100%)	0.5 (85.5%)	
建設業	6.9 (100%)	4.1 (59.5%)	
製造業	20.3 (100%)	17.1 (84.0%)	
運送、通信、電力、ガス	7.5 (100%)	6.1 (81.0%)	
卸売業	4.8 (100%)	3.8 (79.7%)	
小売業	20.9 (100%)	12.7 (60.6%)	
金融、保険、不動産	7.8 (100%)	6.6 (84.2%)	
販売・修理業	7.7 (100%)	5.0 (64.7%)	
サービス業	3.7 (100%)	1.9 (52.2%)	
娯楽	2.1 (100%)	1.4 (63.9%)	
自由業 (医師、弁護士など)	20.1 (100%)	15.9 (78.9%)	

資料：E B R I より作成

44.3%しかカバーされていませんが、工業・製造業・金融・保険・不動産といった主要産業では、8割以上がカバーされています。このように、概ね被雇用者の7割強が雇用主経由の保険を提供されています。

雇用主側ではだいたい数百人以上の規模の企業となりますと、福利厚生担当者が配置されています。この福利厚生担当者が保険会社のエージェントやブローカー、コンサルタントと相談・交渉しまして、従業員にどんな保険を提示するのかを決めます。この際に、従業員に複数の保険が提示される場合と1つしか提示されない場合があります。従業員は保険が複数提示される場合には、これらの中から自分に最も合った保険を選びますし、雇用主が1つしか提示しない場合は、当然ながら従業員に選択肢はございません。市場原理が医療においても重視されて、保険者と被保険者が選び・選ばれる関係にあると思われるアメリカなのですけれども、実際には民間保険加入の多数を占める勤労者層というのは、雇用主が選んだ範囲における選択肢しかもっていないんだということです。これから明らかなように、保険選択にあたりましては、雇用主が選択する第一次選択市場と従業員が選択する第二次選択市場に分かれるということがわかります。先ほど医療保険の選択では雇用主の意向が極めて強く反映されると申しましたが、これは第一次選択市場での話です。そこでは、雇用主は何を基準にして保険を選択するかであります。それは結論から申しますと、コストです。これは、70年80年代に米国経済が低迷する中、医療費は高騰を続け、高医療費が米国企業の国際競争力を弱体化させているという議論が生じ、企業が保険料の安さに注力した結果です。

これに対しまして、従業員が選択する第二次選択市場におきましては、何が基準で選ばれているか申しますと、これも簡潔に言えば、専門医にすぐかかれるなどといったアクセスの良さ等の質を重視するということです。このように第二次選択市場ではコストのほかに質が重視されますのは、もちろん自分自身の家族とか自分の命、障害に関わることでありますから質が第一なんですけれども、この他に、米国の場合、雇用主が保険料の大半を負担していることから、従業員の自己負担が少ない

ため、コストに対する関心が相対的に低いことも影響していると思われれます。

ここで、雇用主と従業員の保険料の負担を見てみたいと思います。表2、産業別保険者別の雇用主負担割合を見てみますと、一番下の方を見ると全国平均がありますが、シングルというのが単身者、シングル+1が夫婦、ファミリーが家族で、シングルの場合大体保険料の83%、8割以上は企業が負担している。家族が入った保険の場合も7割以上は企業が負担しているということが判ると思います。このように医療費が高いといわれているアメリカですが、雇用主負担が大きいことから、意外にも自己負担は安いということも判ると思います。つまりアメリカの医療保険というのは、雇用主が金も出すけれども口も出すというシステムになっているといえます。このように、雇用主がほとんどの医療費、保険料を負担していますから、医療費の高騰というのは、特に民間企業にとっては国際競争力とかコスト競争力に直結してしまうんですね。そのために先ほども話がありましたが、雇用主は保険購入にあたってコスト重視で選択するということになります。そのために今アメリカでは医療費抑制効果が大きいといわれていますマネジドケア保険が普及しています。これがマネジドケアがなぜアメリカで今ほど台頭してきているかという背景です。

ではこのマネジドケアの狙いは何かと言いますと、保険を買うのは個人ではなくて企業ですから、企業が何を欲しているかという保険料が安いことを狙っているのが、マネジドケアの狙いというのは医療費抑制、言い換えれば保険料抑制、これが狙いです。これを狙うために一体何をしているのか、具体的手法は何かと言いますと、マネジドケアの特徴で述べたように、アクセス制限と医療への介入です。この医者にしに行ってはいけないとかあっちの病院に行ってはいけないとか、アクセスを制限する。もう1つは医療への介入です。ユーティライゼーションマネジメント、UMと呼ばれていますが、例えば入院前審査、入院中審査、入院後審査、本当に適切な必要な医療をしているのかしていないのかというチェックを厳しくしています。これが行き過ぎて、今、マネジドケアによる様々な影響、問題が起きているわけです。

表2 産業別保険タイプ別雇用主負担割合

%

	Single	Single+1	Family
FFS plans			
鉱業／建設／卸売業	83	79	77
製造業	81	79	78
運送／通信／電力・ガス	86	81	83
小売業	73	74	72
金融	79	73	73
サービス	90	77	74
官公庁	99	63	45
ヘルスケア	83	67	63
ハイテク	77	74	75
全国平均	87	74	69
HMO plans			
鉱業／建設／卸売業	76	66	66
製造業	81	76	75
運送／通信／電力・ガス	86	81	82
小売業	65	63	59
金融	75	70	71
サービス	81	71	69
官公庁	91	72	72
ヘルスケア	83	70	66
ハイテク	84	82	78
全国平均	81	73	72
PPO plans			
鉱業／建設／卸売業	79	75	76
製造業	82	76	78
運送／通信／電力・ガス	85	78	79
小売業	76	72	69
金融	80	72	71
サービス	82	69	68
官公庁	81	75	75
ヘルスケア	85	71	68
ハイテク	78	72	74
全国平均	81	73	73
POS plans			
鉱業／建設／卸売業	74	64	64
製造業	82	77	79
運送／通信／電力・ガス	88	83	85
小売業	73	71	68
金融	80	76	75
サービス	84	72	68
官公庁	94	74	68
ヘルスケア	85	76	74
ハイテク	85	78	78
全国平均	83	75	73

資料：KPMG Peat Marwick, Surver of Employer-Sponsored Health Benefits, 1998.

例えば、これは散々マスコミで言われていますからここで詳しくは述べませんが、例としては患者が本当はこの医療機関にかかるべきなのにそれを制限しすぎて悪化してしまった、ひどい話では死んでしまったとか、重い障害を負ってしまった、そういう問題が起きてどんどん訴訟になっています。また患者への情報抑制とあって、例えばこういった治療方法がありますよと選択肢を示すべきところを、高い治療費がかかる部分は絶対説明しないでくれと保険会社の方から医者側に圧力がかかるんですね。高額な医療をあまり紹介するなど。そうすると患者側が歪んだ情報しかもたなくなり、歪んだ情報の中で選択させられるということで、患者への情報抑制が起きております。そんなことが生じているために、患者と医師の間での信頼関係の喪失が起きていると指摘されています。その他に早期退院を強要されているとか、疾病ごとに標準的治療指針を示した診療ガイドラインが無理強い使われているとか、またマネジドケアとの交渉力を高めて対抗するため、病院側のM&Aが活発化しているということが指摘されています。

● マネジドケアの 保険者機能とは

以上でマネジドケアはどのようなものなのか、その概略を述べさせていただきました。次にこのマネジドケアが、いま日本で保険者機能強化が主張されていますけれども、どんなことを行って保険者機能を発揮しているのか、その具体的手法についてみていきたいと思います。日本でいわれております保険者機能の1つに、保険者が医療機関と直接契約するのがあります。直接契約するには医療機関を選ばなくてはいけません、そのためには医療機関を評価することになります。どのように評価しているのかという医療機関の評価の方法と、最後に日本では患者への情報公開と盛んにいわれていますので、どんな内容をアメリカでは患者へ情報公開しているのか、その3点に絞ってアメリカの保険者機能の発揮の仕方を見ていきたいと思います。

具体的な中身に入る前に、簡単にアメリカの保険者機能の特徴について述べます。もともと私保

険ですから、個々の保険者に保険者機能のすべてが付与されているんですね。保険者機能といえますのは、保険者が生き残るための機能の全てです。保険商品を開発する、保険加入者を募る、保険料を決める、その保険料を徴収して、必要な医療費を払っていく、これらが保険者機能の具体的な中身になりますが、アメリカの場合は私保険ですからこうした全ての機能が保険者に与えられているということです。そして、私保険で競争原理にさらされていますので、保険者にとっては自分自身が市場で生き残ることが最優先課題となります。そのためには、市場ニーズに遅滞なく対応することが必要ですが、米国の医療保険市場にあっては、先に述べた理由から、これは雇用主のニーズに対応するということになります。言い換えれば米国の場合、保険者機能は保険者自身と雇用主の利益が優先され、被保険者（従業員）の利益が必ずしもトップにおかれていません。

この点が、日本と大いに異なるところで、日本では保険者機能というと、被保険者の代理人として、被保険者の利益を第一に考えることを前提に議論されていますが、米国では違うということです。

したがって日本の場合、保険者機能が強化されれば、それに比例して、被保険者の利益が増大することを想定しますが、米国の場合は被保険者の利益が比例的に高まる保証がありません。場合によっては害をもたらすかもしれません。この辺の事情を物語るものとしてNCQAの存在があります。NCQA (National Committee for Quality Assurance) というのは、保険者および保険商品の質の評価・認定をする非営利団体です。その評価・認定にあたり、保険者による保険者機能発揮の行き過ぎをチェックしている程です。一方、保険者機能発揮の行き過ぎを原因として必要な医療が受けられなかったなどで、保険会社への訴訟も起きています。

では次に、実際に保険者機能がどのように発揮されているのか、最初に医療提供者をどのように評価しているのかという点で見ていきたいと思います。まず医療提供者の評価の目的ですけれども、それは何と言いましても優良な医師を選別するためとかではなくて、主な目的というのはコストの

面から医師を管理することにあります。なぜそうなのかと言いますと、保険が売れるためには、自分たちの保険を買ってくれる人、つまり雇用主・企業側に気に入られたい。どうしたら気に入られるのかと言ったら、保険料が安いこと。どうしたら保険料が安くなるのかと言いますと、安い医療をしてくれる医者をつらつら集めること。そういう人を自分たちのネットワークに入れることとなりますので、マネジドケアが医療提供者を評価するときの目的は、コスト面で医師を管理することにあります。もちろん良い医者を入れるというのも評価の目的なんでしょうけれども、では、どういう医者が質的に良い医者なのかというと、今の技術レベルではなかなか判定が難しいです。そして、日本でいわれていますように、医療提供者を質の面で評価しそれを情報公開して、もって被保険者の医療機関選択に資することを目的に医療提供者を評価しようという理由では、アメリカでは行われていないんだということです。

では次に、具体的に、医療提供者をどう評価しているかということ、一応、質の評価とコストの評価、この2種類に分かれますが、質の評価は先程述べましたように極めて限定的です。

●費用評価が中心

どのように質について評価しているのかと言いますと、Credentialing（信用証明）という方法をとっています。クレデンシャルリングとは医師免許の確認や医療訴訟への保険加入の有無、刑事事件の有無といった身元調査にとどまります。日本とアメリカで違うところは、日本の場合には良しにつけ悪しきにつけ医局制がありますから、医者を紹介されましたらある程度大学のお墨付きなわけですね。だけどアメリカの場合は医局制度がありませんから、本当に医師の免許があるかどうか確認しなくちゃいけないということになります。医師の免許を持っているかどうか、刑事的な問題を起こしたことがないか、ドラッグで何か問題を起こしたことがないかとか、日本人から見ますとこれが質の評価かと思われる内容のことを一生懸命調べています。1人の医者を調べるのに対して、年間大体5万から10万円程度かけてそういったこ

とを調べています。

では次に、医療提供者評価のメインであるコストの評価について述べます。コスト面からの医療提供者評価の具体的方法は、全米最大手の保険会社であるユナイテッドヘルスケア社の例では、①医師をコストでランキングし、その上位5%にランクされる医師の医療費分析、②医師ごとの高額医療ケースの分析、③医師ごとに一定期間の各種医療行為を平均値と比較分析、④上記分析結果に基づく医師との個人面接などが挙げられます。他社も、細かい方法は異なりますが、大きなコスト評価の考え方は同じです。

ユナイテッドヘルスケア社では、医師を医療費でランキングし、その上位5%だけを取り出して、あらゆる角度から当該医師の医療行為をチェック・分析します。ただそれは、チェックしてあなたの医療行為は間違っていると責めるのではなくて、当該地域の他の医師と比べ、かつ他の医師の患者の年齢や重症度の分布と、当該医師のそれを比べ、あまり患者層に差がないことを明確にした上で、どれ程高い薬を使ったか、どんな治療行為を多くしているかデータで示し、何故自分が医療費が高いのか考える材料を示し、必要に応じて是正を求めます。

例えば、かかりつけ医に対しては、当該医師が行った処置・診断それぞれ上位10位と、地域の医師が行った処置・診断の平均上位10位とを比較し、当該医師がどのような処置や診断を多くしているかを、当該医師に示します。

その他、当該医師の患者の年齢分布や重症度分布を、他の医師の患者に関するそれらの平均値と比較したもの、および医療コストを比較したものを作成します。

専門医に対しては、当該医師2年間分の治療実績をもとに作成しています。ユナイテッドヘルスケア社ではIngenixというデータ会社を持ち、ここでは全国の医療データを収集しています。専門医が照会された患者をろくろく診ずにすぐに別機関に患者を送り、必要のない検査などを行っているといった、専門医と他医療機関との癒着、例えば検査機関が専門医の従兄弟であるなどによる、無駄な医療資源の利用を防ぐことを目的の1つとして、Ingenixではエピソード（一患者の治療が

始まってから終わるまで) ごとのコスト把握を行っています。そして独自にCCG (Clinical Care Groups) という疾病分類を行い、そのCCGごとのコスト平均値を出し、各医師がそれら平均値(期待値) よりどの程度高い (または低い) 医療サービスを提供しているかを、当該医師に提供しています。

その他、当該医師の患者が薬剤に対して支払う自己負担に関する状況、具体的にはジェネリックや推奨されている薬剤の処方比率、各患者の平均自己負担額、これらに関する地域の医師の平均値、保険に推奨されている薬剤のうち当該医師が処方した薬トップ10、推奨されていない薬剤のうち当該医師が処方した薬トップ10とそれの代替薬、および患者の自己負担額 (実際にいくら支払い、代替薬であればどの程度安くすんだのか、その差額) をデータ化して、ここまで処方の実態を明らかにし、保険者は自分達が推奨する薬剤の使用を医師に奨励しています。

ちなみに医師には、ブランド医薬品の代わりに、どのようなジェネリックが代替可能か、ジェネリックの一覧表を渡しています。

どの程度コスト高だと問題になるのかは企業秘密ですが、あまりに高額な医療費を使いつづけ、是正されない場合は、ネットワークから外されることとなります。

このように医師ごとに疾病別ごとのコストが把握できるのは、医療費請求書のフォーマットが規格化されているからで、民間保険会社は多数存在しますが、実は医療費の請求書というのはアメリカでは統一されています。医師用がH C F A50、病院に関しましてはU B29という、メディケア用の請求書がアメリカでは使われています。ちなみに、医療費請求書の電子化というのは病院はほぼ100%進んでいるのですが、開業医レベルは40%にしかならないです。それにもかかわらず、こういったことが出来るのは、全国共通の請求書フォーマットが使われて、そのフォーマットが規格化されているためです。

以上ユニテッドヘルスケア社を例に、どのようにアメリカのマネジドケアが医療費の請求書を審査・分析しているのかを見てきました。

●ほとんどない患者への 情報提供

では次に、日本では保険者が患者にもっと情報を提供すべきだと言われていまして、保険者機能を発揮しているマネジドケアはどんな情報を被保険者に提供しているのかを見ていきたいと思います。

結論から先に申しますと、市場原理が貫徹されている割には、米国では保険者からの情報提供というのはほとんどないんです。全くないのではなく、あることはあるんです。医者住所とか専門、この人は産婦人科医だとか眼科医といった程度の情報はありますが、日本でなんとなくイメージしているような、あの医者が良いとかあの病院はどうだとか、そういったことは保険者は公開していないんです。唯一、カリフォルニアにあるパシフィケアという大きな保険会社が、10年位前から一生懸命そういった質に関する情報提供をはじめました。けれども、他の会社が追随してこないんですね。もしパシフィケアのやっていることがニーズに合っているのであれば、他のマネジドケアもそれを真似するはずなんですけれども、みんな真似してこない。その理由は何かという、それはそもそも医療の質の評価というものが技術的に非常に困難だということが第1です。第2には、質に対して公表すると医療機関側から営業妨害で訴えられてしまう可能性がある。第3には、保険会社側から推薦しておいて、もし何かあった場合には患者側に保険会社が訴えられてしまう可能性もあるということです。第4に、医療提供者に関する情報を知りたいという意見はあるのですが、それが実際マネジドケアのマーケティング上、重要になりえるほどニーズがまだまだ育っていないと考えられます。保険者による情報提供を今後マスメディアが取り立てて、もっと発達するのかわかるとは、まだわからないです。とにかく10年前からパシフィケアというところが医療機関の情報提供をしても、10年経ってもまだ他は追随していないという事実があります。日本と同じように、米国では一部のマスコミによる質の評価とその公開はあるけれども、保険者はそんなことはし

ていないのです。

最後に、我が国への示唆ということを保険者機能論を中心に述べたいと思います。まず、日米の保険者機能の違いをしっかりと認識するべきで、日本では保険者機能と言いますと患者の代理人ということがやたらと言われますけれども、先ほどのアメリカで見たように、保険者機能を追及し尽くすと、ああいうかたちで全然患者の代理人ではなくて、あくまで保険者の利益第一、企業側の利益第一、これが保険者機能だったということの認識が重要だと思います。

次に、データ収集体制の整備をしたら良いんじゃないかと思います。医療に平均はないのかもしれませんが、日本の場合にはどれほどコストがかかっているのか、こういった疾病にどんな治療が良いのかというデータがなく、データ収集体制の整備が必要ではないかと思います。そのためには、せめてレセプトの規格化と疾病のコード化を進めていくべきではないかと思います。また、保険者が各医療機関の情報を集めようと動いていますが、そんなことはお金がかかって仕方がありませんので、そういうことは国がするなり健保連がするなり、情報を一元化し、数箇所のみで収集・管理した方が効率的だと思われます。アメリカでも保険者が一生懸命いろんな情報を集めているように見えましたけれども、実は先ほど述べた Ingenix というデータ会社がアメリカ中のデータを一箇所に集めて、そのデータを各保険者がお金を払って利用しているんですね。保険者は自分たちの得た情報をほぼ無料で提供する代わりに、Ingenix からのデータを格安で貰うというようにして、情報を分散化するより一元化することで効率化を計っています。

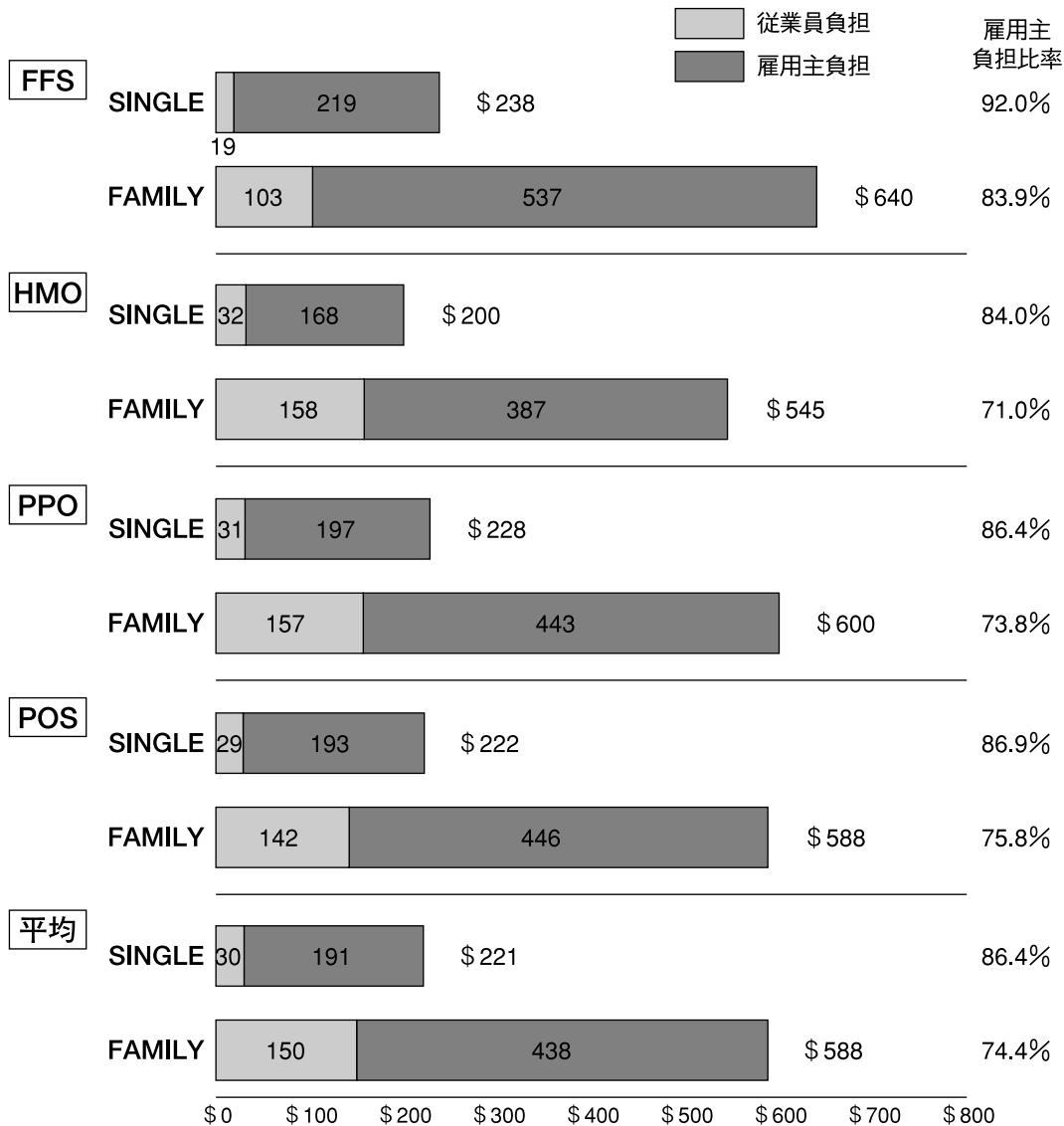
また保険者機能を発揮しろと一生懸命言ってますけれども、これは実は非常にコストがかかることでして、そんなことを各保険者が日本でやったらますます医療費・管理費が上がっちゃうんじゃないかということで、発揮しろという前にコスト面もちゃんと検討してからやったらどうですか、というのが私の意見です。

更に保険者がもっと患者に情報提供をしろと言われてはいますが、日本の保険者の場合には、半分公的みたいな立場ですから、公的な立場にあ

る保険者が行うべき情報提供の内容というのは客観的な情報であるべきだと、自分が質を評価する軸を持ってこの病院は良いとか悪いとか言うのではなくて、あくまで客観的データを提供するにとどめるべきだと思います。

そして最後に、途中で端折った部分なんですけれども、実はアメリカは医療費が高いんですが、普通に働いている人の保険料の負担は非常に低いです。表3をご覧ください。これは保険タイプ別に月の保険料と雇用主負担の割合を示しているグラフですが、一番下の平均を見てみますと、シングル（独身）の場合、221ドルの保険料に対して86.4%を雇用主が負担してくれますから、自己負担はなんと月30ドルなんですね。これは年齢も関係なければ自分がどんな病気に罹っているかも関係なく、月30ドル、日本円に直して3,500円か4,000円で済むということです。家族がいる場合でも150ドル、17,500円程度の負担で家族の分まで診てもらえるということです。これは平均値ですので、具体例を表4で正社員の保険料を見てみますと、これはある企業で本当に従業員に提示されている保険一覧なんですけど、A社のHMOを選べば月34ドルで済む、家族も含めても94ドル、10,000円ちょっとでまかなえてしまうということなんですね。それでは保険料が安いだけではないかと、窓口負担が大きいだろうと思うんですけども、実はHMOは確かにアクセス制限がありますが、保険会社が指定する所にだけにかかればあまり医療費がかからなくて、入院した場合には自己負担ゼロなんです。それに比べて、日本は自己負担3割ですので、実は日本は医療費は国際的に見て低いんですが、特に勤労者層の医療費の負担を比較してみた場合、とても高負担じゃないのか。アメリカは医療費が高いことで有名な国なんですけれども、実はアメリカの勤労者層の多くは、70~80%の人は雇用主経由の保険に入って、保険料7~8割を負担して貰って、それで入院したら自己負担ゼロというように、負担が低いんじゃないか、日本の方がよっぽど負担しているんじゃないかと思われます。もちろん米国には無保険者もいれば、給付の悪い保険に入っている人もいる問題はあります。保険者機能を発揮するならば、医療費の自己負担の国際比較を今後し

表3 保険タイプ別保険料／月と雇用主負担の割合



資料：Kaiser/HRET Survey of Employer-Sponsored Health Benefits 2001

て見たらどうかと、その上で初めて国民の負担割合はどの程度であるべきかということを考えてはどうかというところが、私が思っているところです。

以上でマネジドケアについてのお話は終わらせていただきます。

●アメリカの非営利病院の特徴

アメリカの非営利病院についてお話をさせてい

ただきます。世界でも珍しく、民間非営利が医療の供給主体となっているのが、アメリカと日本です。民間非営利が医療供給の約7割を占めているというのも、アメリカと日本の共通点ですので、日本の非営利病院とアメリカの非営利病院がどのように違うのか、ご説明させていただきたいと思えます。

アメリカの非営利病院の特徴として、その歴史からみたいと思います。歴史的背景として、アメリカの場合には、教会とか慈善団体が作った救貧

表4 従業員に提示する保険リスト実例（保険タイプ別従業員負担分）

パートタイマーの保険料：週20-29時間の労働

プラン	個人		家族	
	月	週	月	週
A社のHMO	\$ 101.83	\$ 23.50	\$ 275.55	\$ 63.59
A社のPOS	\$ 150.22	\$ 34.67	\$ 386.06	\$ 89.09
B社のHMO	\$ 125.52	\$ 28.97	\$ 310.75	\$ 71.71
C社のHMO	\$ 144.88	\$ 33.43	\$ 371.47	\$ 85.72

正社員の保険料：週30時間以上の労働

プラン	個人		家族	
	月	週	月	週
A社のHMO	\$ 34.79	\$ 8.03	\$ 94.15	\$ 21.73
A社のPOS	\$ 80.15	\$ 18.5	\$ 185.90	\$ 42.90
B社のHMO	\$ 57.79	\$ 13.33	\$ 126.86	\$ 29.28
C社のHMO	\$ 77.30	\$ 17.84	\$ 178.88	\$ 41.28

資料：米国AAA企業

施設として病院が出発しておりまして、そのために個人に財産が帰属しません。そして、アメリカは皆さんご存知のように資本主義が貫徹しておりますから、どうしても落伍者が発生しておりますし、また移民社会ですので、常に低所得者が流入し、こうした社会的弱者がいます。そのため医療の無保険者が国民全体の15%もおります。

次に、歴史的経緯から弱者救済というのも国に頼るのではなくて、自分たち市民で支えるんだという意識が強いということもあり、チャリティケア（無償医療）を行っています。歴史的経緯から地域に根づいて、支援されているので、従来から情報公開を行っています。また長期資金に関しましては、アメリカの場合直接金融が主流で、情報公開も進んでおります。もともと個人に財産が帰属しませんから、自分たちの病院の内容についてどんどん情報公開することに対して臆することもありませんし、お金を調達するときも直接金融が主流ですから情報公開に対してのマイナスの感情を持っていないということです。

そのために非営利病院の特徴としましては、第1に個人に財産が帰属しないことが挙げられます。そして第2に、チャリティケア、無償の医療サービスですね。無償の医療サービスという公益性の

高い医療サービスを提供しているということが挙げられます。そして3番目には経営内容に関して、情報公開が進んでいます。そしてこういった特徴から、その結果として、非課税扱いされているというのがアメリカの非営利病院の特徴です。

ちなみに非課税病院といいますのは、IRS（国内税法）の501（c）3条項に該当する病院を指します。501（c）3該当病院になるための条件は、大きくは第1に個人の利益に属さない事業でかつ公益事業であることです。第2に政治活動、政治献金、ロビー活動は禁止されております。第3に資産の分配や過剰な給与支払いを禁止しております。そして、第4に解散時の個人への資産分配も禁止しておりまして、一言で言いますと、財産が個人に属さない公益事業であるというのが非課税病院になるための条件となります。

こういった特徴を持っている病院のために、実はアメリカでは資金調達面で公的支援があります。戦後における公的支援策をみてみますと、1946年から76年にかけてヒルバートン法というのがございました。これは補助金制度でして、戦後まだ間もなく医療設備がまだあまり整っていない時期に、あのアメリカでさえも補助金を直接投入して、公立病院とか民間非営利病院に対して補助金を出し

ていました。これは本当は医療過疎地に対して出したわけですけれども、実際には日本のように医療計画が細かいので、州ごとに出していたために、たいていのところは使えたそうです。

そして1968年にはF H A (Federal Housing Administration) というのが出来まして、これは債務保障制度で、お金を借りた病院に対して債務を国が保障してあげるといいう制度も出来上がりました。ただ、このF H Aの制度はあまりにも使い方が複雑面倒なのであまり使われていなくて、68年から今もあるんですけれども、実績のある病院は300病院程度とほとんど使われていない制度です。

46年から補助金を直接投入して、病院の資金調達を国が支援してきたわけですけれども、だんだん70年代に入りましてアメリカの経済がどんどん悪化していき、財政も苦しくなります。その頃になると補助金直接投入というのも難しくなってきました。次に出てきたのが病院債による資金調達の促進です。これは国のお金を直接使うのではなくて、国が仕組みを作り、税制面で優遇して、民間資金を活用した制度です。これについて後で述べます。

●病院の資金調達の方法

ここから判りますのは、市場原理貫徹、市場に重きを置くアメリカというイメージがありますけれども、意外にも病院の資金調達に関しましては、政府が積極的に支援しているということが判ると思います。私はこれを研究したとき本当に驚いたんですけれども、意外に非営利病院に対して政府が積極的に支援してきております。

次にアメリカの資金調達の現状ということで、内訳を見ていきたいと思います。ケーススタディ1としましては、サッターヘルス病院というカリフォルニアにあります民間非営利の病院で、チェーン病院の母体になります。図1はチェーン母体病院の負債内訳です。1998年度末とちょっと時代は古いんですけれども、内訳自体は今も変わりませんので使わせていただきます。サッターヘルスの総収入は28.8億ドル、約3000億円規模のところですので、ここの内訳を見てみますと、病院債が93.1%ということではほとんどが病院債で資金調達

をしていることが判ります。

図1 ケーススタディ①サッターヘルス病院の長期債内容(チェーン母体病院)

1998年度末	
病院債	93.1%
銀行借入	6.6%
リース	0.3%
<hr/>	
合計	100%

出所：Sutter Health Financial Statements

次にケーススタディ2として、プロビデンス病院の内訳、図2を見てみます。先ほどはチェーンの母体だったんですが、これはチェーンの傘下病院側です。チェーンの傘下病院側だと病院債は56%、その代わり母体からの借り入れが41%で、母体というのがさっきのサッターヘルスのようにほとんど病院債から資金調達していますので、アメリカの民間非営利病院の資金調達はほとんど病院債でまかなっていると言って良いと思います。

図2 ケーススタディ①プロビデンス病院の長期負債内容(チェーン傘下病院)

1998年度末	
病院債	56%
母体からの借入	41%
リース	3%
<hr/>	
合計	100%

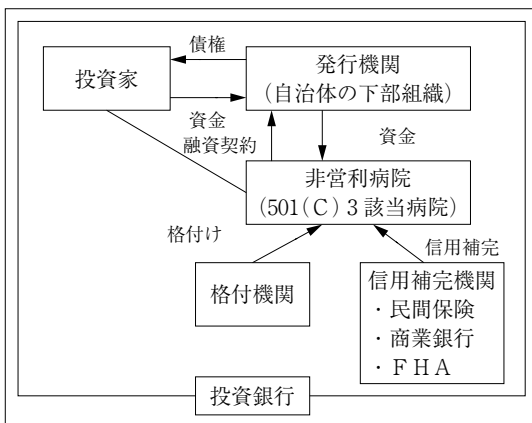
出所：Providence Hospital Financial Statements

では、病院債の簡単な仕組みについて述べさせていただきます。まず非営利病院、非営利病院とはI R Sの501(c)3該当病院なんですけれども、この病院が自ら病院債を発行するのではなくて、代わりに病院債発行のために設立された自治体の下部組織が発行したものを投資家が買うということになっています。この非営利病院はなぜ投資家を買ってもらえるのか、ということになるんですけれども、まずこの非営利病院は格付け機関から格付けを受けています。この格付け機関は病院専門の格付け機関ではなく、スタンダード・ア

ンド・プアーズ等、普通の一般企業を格付けしているところが病院についての格付けをしています。図3のように、アメリカの場合は直接金融制度が日本と違って非常に発達しておりますので、信用補完機関制度がいろいろございます。特に民間保険がいろいろ発達して、こういった債券専門の信用補完をする保険会社というのがございます。例えば、本来はAの格付けの非営利病院なんですけれども保険料を払って民間企業の信用補完機関の保証を得ると、保険料を払う代わりにAAAになっちゃうと。AAAになると金利がずっと安く済むという仕組みになっております。こういう事全体をアレンジするのが投資銀行です。

これらアメリカの病院債の特徴は、まず利子に対して免税である点があげられます。国の支援が得られているわけで、普通の債券を買うよりも、特にお手持ちの人たちにとっては利子の分が免税になるというので、向こうは総合課税制度を採られてますから、これを買おうかなという気になってもらえると。営利病院は免税になりませんので、この免税の病院債は使えません。そして政府によって作られた制度である。最後に民間の自己責任のもとで民間資金を活用した制度、自己責任のもとというのは投資家が自分で病院の債券を買って、それで病院がつぶれてしまっても民間の自己責任で、それに対して国や州が代わりに保証するような仕組みではございません。その代わり先ほど言ったような、民間保険会社とか直接金融をいろいろ支えるインフラ整備などが保証するようなことになっているということです。政府が償還責任を

図3 米国病院債の仕組み



負わずに金融市場から民間資金を調達する制度だということです。

このようにアメリカの病院債を可能としている環境は何かと言いますと、第1にアメリカの非営利病院の特徴、財産が個人に帰属していないために公的支援がしやすい点があげられます。第2に金融市場の特徴としまして、そもそも設備資金というのは直接金融が中心ですので、それを支えるインフラ、例えば信用補完、格付け制度、投資銀行というものも発達していますし、投資家層も厚いということが挙げられます。表5は病院債の発行実績額の実額なんですけれども、大きいところは金額が大きくなっていますが、だいたい1件あたりの平均金額を見てみますと、日本円にして50億ちょっと超える程度になってます。

表5 病院債発行実績額

1999年1月～6月 (百万ドル)

	合計金額	シェア	発行数	1件当平均金額
Charity Obligated Group	426.1	4.4%	8	53.3
University of Pittsburgh, Medical Center	370.0	3.8%	2	185.0
Alexian Brothers Health System	306.0	3.2%	1	306.0
Cleveland Clinic Foundation	284.0	3.0%	3	94.7
Baptist Healthcare System	275.0	2.9%	2	137.5
トップ5合計	1661.1	17.3%	16	103.8
トップ5以外	7962.8	82.7%	205	38.8
産業合計	9623.9	100.0%	221	43.5

出所：Thompson Financial Securities Data

次に実はアメリカではフィランソロピックファンドというのが重要な資金調達のひとつでして、そもそもフィランソロピーと言いますのは個人や企業による社会的貢献活動とか、慈善的寄付行為を指しております。フィランソロピックファンドとは、フィランソロピーによる募金などで集められる資金を言います。フィランソロピックファンドで集められる金額と言いますのは、全収入のせいぜい1%前後なんですけど、1%前後とはいえ非常に大きいですね。先ほどのプロビデンス病院は、総収入の約1%をフィランソロピックファンドで、金額にして約1億4000万円を募金とかで集めているということです。ある程度の規模の病院になりますと、フィランソロピーによる資金調達の専門家が、兼任ではなく専任担当者として配置

されております。フィランソロピーの担当者は、地域の財界人や著名人とのネットワークとか、こういった産業に寄付を頼めば寄付してくれるとか、いろんな情報を集めてマーケティングをしてみたり、各種のイベントの企画をしてみたりしています。このようにフィランソロピックファンドの専門家が兼務ではなく専門家として従事している理由としましては、フィランソロピーの額が大きいこともあります。地域住民に対してスポークスマン的な役割を負っているということがあります。それは病院にとって、地域密着型の経営を行うことがいかに重要であるかということをも物語っていると思います。

具体的な寄付の集め方の例ですけれども、1つは特別イベント、パーティやゴルフコンペをして、そこで来た人に対して直接寄付を募集するという方法や、郵便で寄付を募集するという方法で、これは自分の病院に来てくれた患者さんのリストを作って寄付を募集する方法です。また、大口寄付者によるクラブを創設します。大口寄付者ともなると名誉になるんですね。そういう名士が集まるクラブを創設してそのクラブにすることが名誉であったり地域のステータスになったり社交所にな

っているということです。もう1つはキャピタルキャンペーンと言いまして、ナーシングホームを作るから、こういう機器を買うからその一部を集めるために特別なキャンペーンをしてお金を集めるということもしています。

以上、額はそれ程は大きくないんですけども、地域密着型の経営をする手段の1つに使った、フィランソロピックファンドという資金の集め方についてご説明させていただきました。

● 病院の非営利性とは

では次に、営利病院と非営利病院の比較について述べさせていただきます。

アメリカでは営利病院のチェーン展開が活発化して30年以上経っているのですが、未だに医療供給主体というのは、7割以上が民間非営利病院です。表6をご覧ください。ベッド数の推移と資金調達に関する制度というもので、これは先ほど述べましたようにいかに政府がどのような資金調達支援をして、ベッド数が増えていってそして今にあるかという話です。次の表7は病床数の推移ですが、一番下の濃いラインが民間非営利

表6 ベッド数の推移と資金調達に関する制度

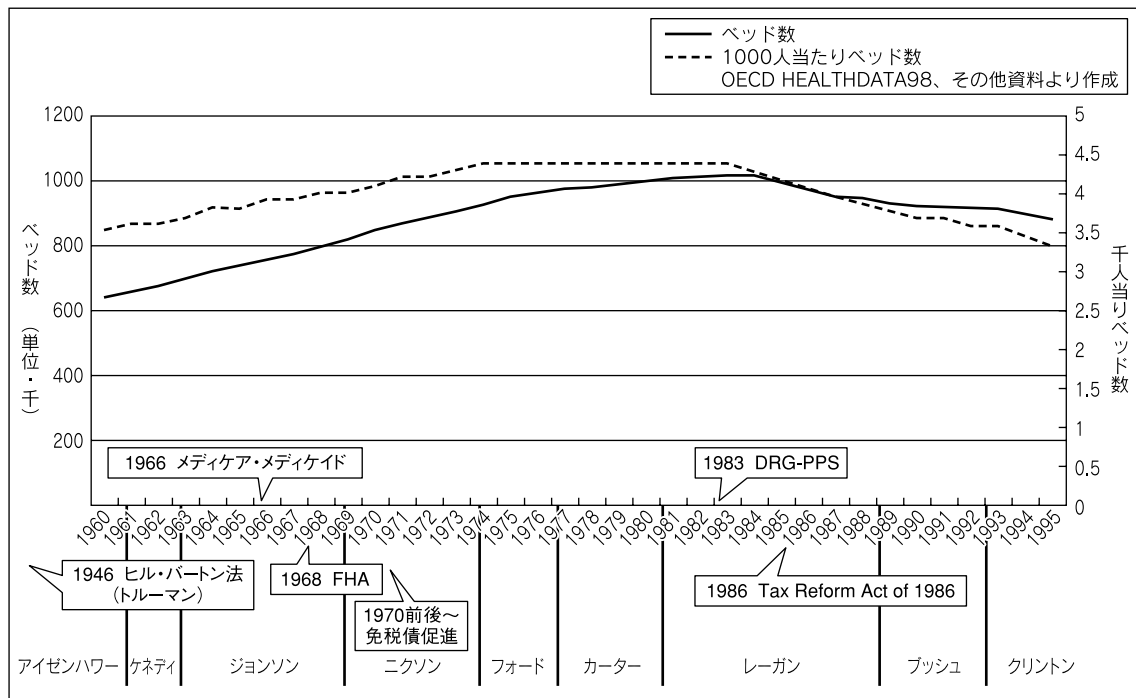
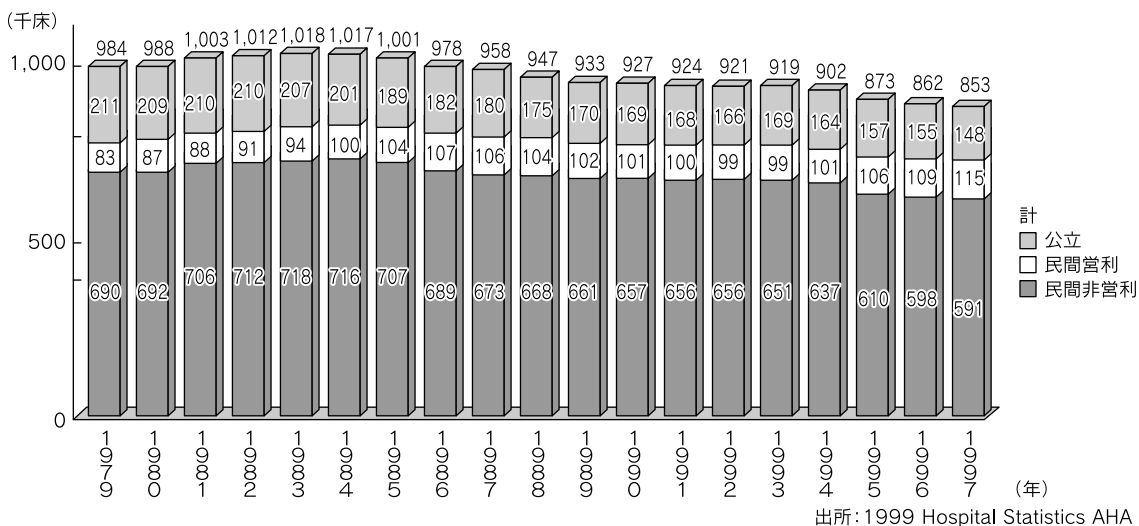


表7 米国における病床数の推移



の数になっております。これも見て判るのですが、民間非営利の数もちょっと減ってはいるのですが、比率は常に7割以上を占めております。先ほど申し上げましたように、営利のチェーン化が進んで30年以上が経ちましても、依然として民間非営利が競争力を持っており、常に7割以上の比率を占めています。理由としましては、まず第1には民間非営利といえども競争力を持っている。その理由は先ほど申しましたように非課税扱いだということで、ある程度体力が保たれていることが1つあります。また、グループ力も発揮して、営利がチェーン展開する中で、非営利の方もどんどんチェーン化していったという点もあります。もう1つはフィランソロピックファンドのところでも述べましたけれども、非常に地域に根付いているんです。あの病院は自分たちが支えているんだという気持ちを起こさせる仕組みをどんどん取り入れている。寄付もさせて、情報も公開して、地域住民を理事に入れたりして地域に根付いた展開をしているということです。最後に、営利病院に対する漠然とした不信感というものがアメリカにおいてさえもあるということで、何度も営利病院や営利のナーシングホームの不祥事がマスコミを賑わしていることから判るように、アメリカといえども病院だったらなるべく地域の非営利が良いなという考えがあると思われま

次に病院の非営利性についての日米比較を表9にまとめてみました。歴史を言いますと、アメリカでは教会や慈善施設団体の救貧施設として出発してはるんですけども、かたや日本の場合には医師の個人施設として出発しております。そのためほとんどの場合、持ち分があるということになります。アメリカの場合はない。チャリティケアということを考えても、アメリカの場合にはそのニーズが多く、チャリティケアを必要とする人もたくさんいて活発に行っている。それに比べて日本の場合には、アメリカと比べれば無保険者層の占める比率もずっと少ないですから、アメリカと比べて需要は少ないです。情報公開につきましても、アメリカは地域に根付いて、地域に支援されて病院経営を行っていますから、情報公開をすることがあたりまえだという文化がありますし、

表8 病院の非営利性についての日米比較

	歴史	持分	チャリティケア	情報公開	税法上の扱い
米国	教会や慈善施設団体の救貧施設として出発	なし	活発	進んでいる	非課税
日本	医師の個人施設として出発	あり	需要が少ない	遅れている	課税

直接金融で資金調達していますから当然のこととして進んでいる。日本の場合には言うまでもなく遅れている。遅れているどころか、持ち分があって自分の財産みたいなものが多いですから、自分の財産を人に明かすのは普通嫌がりますので、病院の情報公開をするのを嫌がる風潮がある。税法上の扱いとしましては、アメリカは非営利病院はイコール非課税なんですけれども、日本の非営利病院のほとんどは課税対象扱いになっております。

以上、アメリカの非営利病院について述べてきましたが、最後に私の私見について述べさせていただきます。

現在我が国では規制緩和の一環として、営利参入について盛んにいわれているところなんですけれども、医療にどういう供給体制がふさわしいかと議論をする際には、買い手と売り手という考え方に立って、買い手と売り手が対等ならばどんどん競争させて良いんですが、医療の場合には経済学で言う情報の非対称性という特色がございしますので、買い手が弱者なんです。なおかつ医療というのは自分の体を医療提供側に委ねなければいけないですから、そういう意味でも買い手側は

弱者になるわけです。そうすると弱者を守る、弱者の権利を第一にするにはどういう体制が良いのかという視点で検討しなくては行けないんですけども、今の医療営利参入問題の議論の視点というのは、営利を入れた方が、または入れない方が質が上がるとか下がるとか、効率が良いとか悪いとか、メリットデメリットの比較論の話ばかりなんです。先ほど言った医療の特色から言いますと、買い手側、つまり患者の利益優先にするための体制はどうあるべきかということが第一に議論されるべきで、そういう視点で検討した結果、もし営利がふさわしいのであれば入れれば良いのであって、私の私見としましては、患者の利益第一に考えるのはどこかと考えますと、利益優先の営利ではなくて、やはり非営利組織であろうと思います。そのときに、今後は日本の非営利というのも、先ほどのアメリカの非営利にありましたが、持ち分をなくして、個人財産ではなくて公的なまさに非営利性をもっと追求した形になっていけばいいなと思います。そこに対して国がもっと公的支援を行っていく体制になるべきだと思います。

質 疑 応 答

質問者 今回のお話は大体企業の保険ということで、受ける側は雇用労働者に対してのお話だったわけですが、日本の国保にあたる部分の方々の保険費用はどれくらいの率になっているのでしょうか、それが第1点です。

1983年にDRG/PPSが導入されてから、いわゆるマネジドケアが本格的に始まっていき、その間で結果的には20%の経費節減になったと聞いています。その後のアメリカのマネジドケアではコントロールの行きすぎが問題になって大きな方

表9 医療保険タイプ別加入者比率の推移

(%)

雇用主経由保険	保険加入者比率		
	1992	1994	1997
合計	100.0	100.0	100.0
F F S	51.6	32.8	21.2
H M O	19.5	20.6	26.9
P O S	0.9	1.8	4.6
P P O	27.9	44.8	47.3

資料：E B R I

向転換が進んだと聞いています。また、病院の統廃合が相当進んだと聞いています。その辺についてお願いします。

松原 後半から述べさせていただきますと、最近のマネジドケアはどうなっているかですね。HMOは現在人気がないです。最もすごいのは、マネジドケアという看板、名前を降ろしてしまった所も出てきました。実態はそうであっても、マネジドケアではなくて、ヘルスケアプロバイダー何とかと言うように、マネジドケアの名前を変えなければならないほど、「マネジドケアは悪」という反発が強くなっています。先ほど資料の説明を省略したのですが、表9をご覧ください。これは加入者比率の変化を表しています。FFSが従来型の出来高の保険ですが、51%から21%に激減している代わりに、POSがどんどん増えています。このデータは97年4.6%と古いですが、最新のデータではPOSはもっと増えています。PPOも47%、HMOより管理のゆるい方が売れているということです。

日本でいう国保の人はどうなっているか、ということですが、実は非常に大変です。基本的に雇用されている人はある程度守られています。7割ほどは雇用する企業が払っているわけですし、働けるということは元気なわけですから、そういう人たちの保険料は安いです。日本の国保にあたる人は住んでいる地域の保険に入りますが、これも民間のマネジドケアになっています。もし、今日この会場にいる人が企業で働いていない自由業だとすると、全員、地域保険に入るわけです。例えば明治生命、日本生命、第一生命などの企業で出している地域保険に好きなところに入ってくださいとなるわけです。そして各会社で地域の保険料を設定するのですが、地域の保険は企業の保険よりたいてい保険料が高いです。その理由としては、企業の方が、自分たちはこれだけ加入予定者がいるんだと、安くしないと入らないぞと厚生担当者が交渉して保険料をたたけるわけです。地域の方はそういう窓口が弱いし、保険料も高いですし、自分たちで全額負担だし、保険になかなか入りづらい状況というわけです。勤労者層のみを日米で比較すると日本の方が多く保険料を払っているのではないかとありますが、国民全体の平均を

見ますと、日本の方が断然安いです。それは日本の方が公的に守ってもらっているからです。

質問者 マネジドケア導入には医療費の抑制という最大の目的がはじめにあったと思いますが、実際のところは医療費があまり安くなっていないようです。この理由は为什么呢。

松原 これは風船みたいなので、こちらをたたくとそちらが出るというようなもので、抜本的な改革とはなっていないからです。先ほど「マネジドケアの目的は医療費抑制(保険料抑制)である」と書きましたが、あれが端的にあらわしていて、医療費の抑制ではないわけです。自分の所を安くしたらこちらを上げようという、結局、企業の競争力・交渉力で、例えば大企業の保険料は安く抑えるけれど中小企業の保険料は高くしています。医療費の抑制ではなく、ある部分の保険料を抑制するのが目的ですから、医療費自体は減っていません。一時、マネジドケアにおいて医療費が下がったと言われましたが、96年ごろに医療費の上昇率が下がっただけで、伸び率が下がっただけで医療費は年々確実に増加しています。

第2の理由としては、マネジドケアの管理費が高すぎます。今日、医師の評価で述べましたように、こんなにいろいろ調べる暇があるならば、もっと他のところにお金を使った方がいいのではないかと(笑)。米国ではお金を使ってダブルチェックをかけるわけで、日本ならば医師がやったものを1回で信頼するわけですが、本当に大丈夫かと何度もチェックをかけるわけです。これはいい部分もあるかもしれませんが、その分保険の管理コストがかかるわけで、医療費が下がるわけがないです。日本では今、保険者機能と盛んに叫んでいますが、私はそれによってコストが上がるのではないかと危惧するわけです。

また、特にHMOの場合は、必ず自分のかかりつけ医を通してでないと専門医にはかかれません。目が痛いので眼科に行きたい、でもなぜか内科を受診してOKをもらい、眼科にかかる。これでは患者の時間もかかるし、お金もかかります。保険者側も実は損をしているのではないかと考え出す保険会社も出てきました。最近はいちいちかかりつけ医を通さなくても自分の判断で専門医に行けるというように、保険者側の管理もだんだん緩

くなってきました。

質問者 営利病院のチェーン化と非営利病院のチェーン化という資金調達・管理運営の差は、どのような点がありますか。これが1つです。

また、非営利病院が資本調達をする際の情報公開というのは、どのような中身で、どのような方法なのでしょう。というのは医療の内容というのは大変評価しづらいものだと思うのです。

松原 情報の公開の基本は、財務諸表の公開です。自分たちのB/S、P/Lを公開し、他にチャリティーケアでどのようなことをしたというのを発表しています。例えば貧困者層に年に何回スープを無料で配布したとか、移民の人たちにたいして無料で出産の手伝いを行ったとか、こういった医療を無料で行った、などの内容をレポートにして地域の人に配布するほか、年に1度、全国版ではない地方の新聞に財務諸表とチャリティーケアのレポートを数行程度ですが出してPRしています。

前半の営利と非営利病院の資金調達の差ということですが、営利病院は株式で調達しています。債券を発行する際は免税債を利用することが出来ませんので、普通の債券を発行します。非営利病院の方はほとんどが免税の病院債を利用したり、せいぜい1%ですがフィランソロピックファンドを利用したりします。

質問者 先日の学会で、日本の病院は規模が小さいから株式上場はなじまないとおっしゃっていましたが、アメリカの場合は株式上場して売買されるほど利益をあげているのでしょうか。

松原 私が学会で発表した内容は、日本の病院はチェーン化してなくて、それぞれスタンドアローンなわけです。親戚に株を買ってもらおうというレベルではなくて、上場するほどの手間暇を考えると、日本のようなスタンドアロンタイプの病院ではとても見合うだけの資金を調達できないし、その体力も無いと考えられるわけです。アメリカの場合は、どんどんチェーン化していきますので、株式上場できる収益をあげています。投資家はその病院といいますか会社が成長するのを見込んで買うわけです。アメリカの病院はものすごい勢いでM&Aして、数が増えていきますから、株価も上がるだろうと買い手もつくわけです。

日本にもチェーン化している病院もあるのではないかとされるかもしれませんが、株式上場が良い悪いではなくて、上場できるか否かで考えると、たしかに株式を上場する体力がある法人が、日本の病院にも1つ2つあると思います。ただ私は、日本の病院の大半は、そういう体質や環境に無いので、株式上場よりも非営利性を追求していった、公的支援を受ける方向に動いた方が良いのではないかと思います。公的支援といっても、資金投入ばかりではなく、さきほどのアメリカの免税債のようなものも支援の方法であると思います。民間病院の自立促進のための、公に頼るばかりではない、自立支援のための公的支援の方法を検討すべきだと私は思います。

質問者 先ほどの情報公開の件ですが、チャリティーについては組織的にやっていませんが、(財務諸表の公開という) それぐらいならば、私たち民医連でもとっくにやっていると思うわけです(笑)。いま、日本でさかんに厚生労働省が言っています医療事故の公開というような点では、アメリカでは社会的関心とはなっていないのでしょうか。この点での情報公開はどのようになっているのでしょうか。

また、アメリカではコミュニティの発達が盛んで、学校経営に住民が参加するというようなことですが、非営利の病院に対してはどうでしょうか。

松原 地域住民が非営利病院の理事になって、経営に参加するというのがあります。その点、民医連の病院さんに似ていると言えます。

医療事故については、アメリカは日本以上に注目して取り組んでいます。インシデントレポートというのを盛んに作成していますが、個々の病院が一般に対して「うちはこんなに事故をやりました」と公開しているとは思えませんが(笑)、州や国に対しては、これは義務なのでインシデントレポートを提出しています。

質問者 アメリカの企業が競争力のために保険料を下げようとする動きはわかりましたが、一方で労働者のために保険料をかけることなんかしない、労働者が勝手に保険に入ってくれという傾向はな

いのでしょうか。

松原 表1にあるように、保険を提供しない企業もあります。今、雇用主が提供している場合は、制限の緩やかな保険を買ってくれと労働組合が企業に言うことがあります。

質問者 最初の評価の点で、医師のレセプト分析がされているという話がありました。日本の場合は薬価や技術、診療報酬が一律に決まっていますが、アメリカの場合は保険会社によってそれぞれ違うように思えますが、その点はどのように一律に評価しているのでしょうか。

松原 おっしゃるとおり、一律ではありません。実は保険によって違うだけではなくて、医療提供者によって違うのです。こちらの病院が高かったり、こちらが低かったりします。これは企業秘密なので、例えばある病院に行き、「お宅のシグナ社の診療報酬を教えてください」と言っても教えてくれません。保険会社ごとに請求しなければならないので、医療事務が大変煩雑になっています。ここで見たのはユナイテッドヘルス社のかかりつけ医の表であって、病院のものではありません。マネジドケアの病院同士の比較というのも、おそらく企業秘密であると思います。

保険料は比較できますが、例えば肺炎のマネジドケアのお金の比較は出来ても、医療の内容の比較は、保険会社同士ではできません。

質問者 業者の利用の仕方や企業の中での保険会社の検討などという情報交換、研究する組織はないのでしょうか。

松原 企業の医療担当者が見積もりを保険会社に出させて、質と価格を比較する程度です。ただし、唯一NCQAという保険会社を評価する機関がありまして、各保険会社の比較をしています。ただし医療費のことではなく、苦情処理への対応の迅速さや、予防のチェック、糖尿病の患者に対するチェック機能の比較などを行っているので、医療内容の比較ではありません。

質問者 営利病院の株購入と非営利病院の病院債購入は金融市場の中で混然となっているのでしょうか。イメージとしては営利病院の方がハイリス

ク・ハイリターンで、非営利病院の方が社会的に意味のある人たちが購入するというイメージです。

松原 金融商品の中で、株式と債券では、まず株式の方がハイリスク・ハイリターンとなります。営利病院の株式を購入する人と、非営利病院の債券を購入する人は層が違うのかというのは疑問です。非営利の支持を表明したい場合は、フィランソロピックファンドを利用して寄付すれば良いわけですから、購入するのは個人の場合、ある程度おなじような富裕層だと思います。

質問者 今、DRGは現実的にはどのようなになっているのでしょうか。

松原 高齢者の医療費については、メディケアという公的な保険で支払われていますので、DRG/PPSを利用して定額払いをしているという状況です。これは1983年から今も変わっていません。但し、マネジドケアもDRG/PPSを、自分たちの価格決定の参考にしています。

質問者 日本でマネジドケア導入の理由として、コストを下げ、質を上げるという宣伝が言われていますが、僕は逆になると考えて反対しています。質を上げるガイドライン、DRG/PPSについても盛んに作ろうという話が出ていますが逆に均質、平均して質を下げることになるのではないかと思うのですがいかがですか。

また、先ほどコストを下げるという話で保険会社側の事務費のコストが上がるという話がありましたが、医療提供者側のコストも上がるという話が、マネジドケアを導入したばかりに書かなければいけない保険会社の書類が増えて、実質診療時間が3分の1に減ったという話もあります。その点を問題としてあげていただいて、いかがでしょうか。

松原 双方の事務負担がどれほど増大したかについてはそのとおりです。また、ガイドラインについては、じつは殆どの保険会社が、NYにあるミリマン社が作っているガイドラインを採用して、若干それぞれでいじる程度です。それではミリマン社のガイドラインが信用できるかどうかですが、これは徹底的にコスト抑制のガイドラインなので、

このミリマン社は何度も訴えられています。また小児科のガイドラインを作った際に、南部の大学の先生の名前が勝手に使われ、しかもそのガイドラインの内容が患者の命の危機を救うものではないというので、訴訟が起こされていました。そのレベルのガイドラインです。

ただし、日本でガイドラインを作ろうというのは、1つの例、プロトコルを作ろうというのであって、必ずこれを守らなければならないというものではありません。糖尿病の治療にしても病院によってずいぶん違いがあるようなので、素人としては1つぐらいあっても良いのではないかと思います。

質問者 雇用主の負担が大きいように思いましたが、ここまで負担していると企業主の要求として社会保障、政府側への負担の要求の動きというの

は無いのでしょうか。

松原 基本的にアメリカというのは国の介入を嫌がって、どこまでも自立してやっていこうという意識が強いように思います。そのため、企業も国の介入は嫌います。国民も、先ほど見たように、多くの人にとっては保険料は企業がほとんど払ってくれるので、病気になるまで国民は危機感が無いので、今のままでいいやと考えるわけです。病気になって初めて今の制度は問題だと気付くわけで、一般的には今のままでいいやと考えるわけです。クリントンさんが皆保険を作ろうとして失敗した理由の大きな1つに、この問題があると思います。

(まつばら ゆみ、明治生命フィナンシユアランス研究所主任研究員)

(2003年5月29日実施)

【事務局ニュース】 2・2003年度総会開催の報告

2003年7月19日(土)に、平和と労働センター・全労連会館2階ホールにて、定期総会が開かれた。以下の議題について議論され、第1、2、4号議案は賛成多数で、第3号議案は全会一致で採決された。

- (1) 2002年度事業計画報告及び決算報告承認の件
- (2) 2003年度事業計画及び収支予算承認の件
- (3) NPO法人認可に伴う定款表記変更の件
- (4) 役員改選の件

アメリカのNPO病院の 非営利性の考え

—薬品安価適用に関連して—

石塚 秀雄

(1)「貧困枠」患者の存在

NMHS（北ミシシッピ医療病院）は非営利、慈善組織の病院である。職員たちによって、ガン患者基金組織を設立している。この基金は貧困層の患者に医療を提供するもので、薬代も治療の一環として含まれている。NPO法下で、この患者へ薬を原価＋手数料で提供できるかどうか、の判断が問われた。患者とはセンターのソーシャルワーカーによって貧困者と認定されている者である。

一部の患者は外来ベースである。病院は所轄する病院自身の患者（外来であれ入院であれ）に対して薬の販売をできる。すなわち医薬品の販売は病院の「自己使用」としてのみ認められる【最高裁判断、1976年アボット・研究所対ポートランド医薬卸協会】。ガン患者基金の場合は認められ、簿記上の記載の問題すなわち、基金が患者に支払うか、薬を出す病院の薬品部に支払うかが問題になるだけだとされた。

独占禁止法では、非営利病院がメディケア（高齢者むけの公的医療）やメディケイド（貧困社会的向けの公的医療）の患者に対して、優遇措置（割引）を与えることを禁止している。したがって、患者に対してガン薬品の値引き提供は禁止されるという理屈になる。

また病院がその基金組織を通じて、ガン薬を原価プラス手数料込みで、病院の患者ではない貧困患者に提供できるかについては、これらの患者への原価販売は、通常は病院の「自己使用」とは認定されないが、病院とは単に病院だけではなくて関連機関を含めて拡大解釈できるから、病院がガン基金組織を通じて原価で貧困患者に薬を提供することは、病院の医療を提供するという慈善や非営利事業の別の側面であると認定できるので、NPO法の範囲内で認められると解釈される。一方で、センターの一部の【貧困】患者については、

値引きで売ろうとすることは認められないが、ただし病院スタッフではない医者が所轄する患者の場合はよいという見解もある。

別の判例（1984年）【デモデナ対カイザー医療財団（最大の非営利医療機関）】では、非営利病院は、NPO法においては値引き医薬品の購入できる慈善団体であると認められるべきであるとされた。慈善団体であるかどうかは「医療機関が慈善組織としてみとめられているかどうか、すなわち主要な財源は寄付で支援されており、これらの寄付金を貧困層の医療のために使用しているかどうかである、という裁判所判断がなされた。したがって、NMHS非営利病院がその基金組織を通じて貧困患者に提供することは、たとえその患者が病院の患者でない場合でも、非営利目的としての薬品の慈善的「自己使用」として別枠で、認定することができる」とされた。非営利医療機関は必要な医療を、貧困患者を含めたすべての患者に提供できると解釈されたからである。

ただし、病院のガンセンターは、貧困患者についてガン患者基金からの財政支援が必要かどうか選別【エリジビリティ】する基準を作る必要がある。しかし、外部からガン患者センター独自の貧困基準について干渉する権限はない。条件としては、その基準が慈善団体として法的に有効でなければならないということだけである。

(2)非営利病院は在宅医療に 薬を販売できるか

エルクハート総合病院（Elkhart General Hospital）はインディアナ州にある非営利組織であり、在宅医療プログラムにより患者の治療を、病院職員によって実施している。患者は外来患者として認定されている。これらの患者に医薬品を販売できるかどうか。病院内の組織間での医薬品の内部取引は、法（Robinson-Patman法）による「再販

または転売」に当たるのかどうか。もしそうだと
しても、非営利組織から非営利組織に転売する
ことは例外として認められるのかどうか。エルク
ハート総合病院の「自己使用」として在宅医療使
用分が求められるのかどうか。特別価格で医薬品
を提供する場合、患者を特定すべきかどうか、あ
るいは一般患者にも適用できるのかどうか。病院
は在宅医療部門を分離して傘下の別の非営利組織
として特定価格で提供すれば、法律に抵触しない
のではないか、という疑問がだされた。

これに対して、連邦取引委員会の判断は、エル
クハート総合病院の場合は、その在宅医療につ
いての医薬品の販売はNPO法に抵触しない。なぜ
ならば、患者に対する処方箋が病院職員によって
書かれているからである。また医薬品提供の患者
を特定化する必要はないとされた。というのも、
在宅医療に対する医薬品の提供は、たとえ、ロビ
ンソン＝パットマン法で言う再販に当たるとして
も、NPO法でいう「自己使用」に当たるのであ
り、再販とは言えないからであるとされた。また
販売のための組織を分離する必要もない。NPO
法でロビンソン＝パットマン法の適用外とされる
条件は「病院自身が使用するための物品の購入で
ある。慈善団体は利潤のために事業しないこと」
となっている。「自己使用」とは1976年のアボ
ット研究所対ポートランド薬卸業協会の判決で示
された解釈である。この場合、医薬品メーカーは、
一般小売業に対するよりも安く非営利病院に販売
していたので、訴えられたのである。外来患者に
営利目的で販売している、目的外使用している
との医薬品協会の主張であった。

「自己使用」とは、病院の事業においてその患
者について使用することであるが、裁判所は一部
の例外的「自己使用」を認めている。すなわち入
院患者、緊急治療室患者、病院施設を利用する外
来患者、在宅使用の薬、職員や医療研修生が自身
または受け持ちの患者に使用する医薬品など。た
だし、再処方、私的流用、病院の患者でない予約
なし患者に対しては医薬品の使用は認められない
とした。すなわち外来患者への医薬品の販売は、
病院機能の一環として認定される。元患者や第三
者への販売についての優遇措置はない。

「自己使用」の概念はNPO法に基づく慈善の

定義に基づくもので、固定した解釈はないとされ
る。在宅医療が病院サービスの一環と見なされて
いるので医薬品の販売が認められた。ただしエル
クハート総合病院の患者は、デモデナ対カイザー
裁判におけるようなHMO対象者ではない。この
裁判では非営利HMOにおける患者への医薬品販
売は認められたが、それはHMOが伝統的な窓口
払い病院とはちがって、全般的な医療提供をする
ものとされているからであった。したがって判決
では非営利HMOの広い機能として、NPO法に
基づく「自己使用」を認めた。

HMO（健康維持組織）とは前払い方式で会員
に医療サービスをする機関であるが、慈善組織と
認定されれば免税病院とみなされる。

アメリカ内国税法の第501条©3項では、非営
利組織の2つの条件として、①利潤を所有者に分
配しないこと、②慈善目的を持つことを示してい
る。

(3) 非営利性の証明

以上の議論では、病院の非営利性の証明は、医
薬品等（財とサービス）の「自己使用」すなわち
「内部消費あるいは取引」に根拠をおいているこ
とである。ここで言えることは、一般に非営利性
を利他主義的行為に置くとする見解があるが、「自
己」の範囲は非営利組織においては拡大化して、
そのメンバーおよびこの場合は「貧困者」も自己
内部に包含していることである。ここには社会性
あるいは協同性という考えがある。したがってた
とえば、日本においても、同様に非営利病院の証
明として「地域の貧困層に対する医療行為」とい
った条件をつけるという方式も考えられよう。ま
た、治療対象者の貧困者の選別を公的機関や第
三者機関が行うのではなく、病院組織自らが基準
を作っているというのもアメリカ的であるが、非
営利病院の主体性という点を重視するならば、そ
のような方式もまた日本に導入可能であろう。

ここで登場するカイザーパーマネント（Kaiser
Permanente）は、アメリカ最大の非営利医療機関
と言われるものであり、2001年度において850万
人の会員がいる。本部はカリフォルニアに置き、
9州とワシントン地区に支部を置く。メディカル
センター（病院）29、診療所・薬局423、床数8,000、

収益医師11,000人、職員数71,000人、収益170億ドルという規模である。そもそもは1933年の大恐慌時代にカリフォルニアで12床の病院として外科医S. ガーフィールドによって設立されたものが母胎である。1938年に大クーリーダムの建設労働者6,500人の医療機関として発展し、1942年カイザー社(アルミ産業)の医療機関として設立し、1945年にカイザーパーマネントが設立された。1977年にHMOとして認定された。カイザーパーマネントは3つの組織により構成されている。①カイザーヘルスプラン(非営利組織):保険機関として個人・団体契約。病院・医療機関との契約。②カイザー病院(非営利組織):コミュニティ病院、医療サービス、慈善。③パーマネントメディカルグループス:医師とのパートナーシップ。医師に対しては基本的に人頭払い方式(あらかじめ患者1人あたりの治療契約金額を決めて支払う)による医療費支払い。

会員の健康維持とコミュニティにおける医療は、カイザーパーマネントの使命として両立している。カイザーの場合は、メディカルグループス組織を別立てに置くことによって、いわゆるNPOにお

ける利潤の非分配原則を迂回していると言える。このアメリカモデルは、ヨーロッパモデルであるイタリアの社会的協同組合のようにボランティアと患者(利用者)もメンバーに内包する方式や、フランスなどのような社会的利益協同組合のように組織外部のコミュニティへの積極的関与を行う方式などと共通した点がある。すなわち、地域社会の人々との協同を組織原則の中に包含する。社会性あるいは社会的貢献という概念を広く認めていることである。

参考資料

www.kaiserpermanente.org

NMHS; Federal Trade Commission, 1998.1.7

FTC: Federal Trade Commission, 1994.6.13

Dennis. S. Cortill, "Distributing Products under the Nonprofit Institutions Act: Price Discrimination, Arbitrage, and Fraud in the Pharmaceutical Industry", Brigham Young University Law Review, 2001.

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

【事務局ニュース】 3・研究費補助について

(詳細は事務局までお問い合わせください)

目的: 複数の研究希望者のあるテーマについて、研究グループを組織する。実費および一定の研究費を支給する。期間は1カ年として、報告書を提出してもらおう。また、公開研究会での報告にも転用可。また、単独の研究テ-

マに対しての補助制度も「自主研究」として実施する。公募のテーマは、研究所の基本目的に合致したものであるが、幅広いものとする。

メンバー構成: 2名以上

デンマークの社会政策(下)

デンマーク社会事業省
訳 山田 駒平

【3号掲載分】

- 1、序
- 2、デンマークの概要
- 3、デンマークの社会政策の全般的な骨組み
 - 3-1 責任部門
 - 3-2 経済的な枠組み
 - 3-3 社会政策はひとつの投資
- 4、子どもと家族政策
 - 4-1 子どもの保育施設
 - 4-2 子どもおよび青少年と彼らの家族への特別な援助
 - 4-3 子どもを持つ家族に対する財政的な給付
 - 4-4 障害をもった子どもまたは重病にかかった子ども——財政的な援助
 - 4-5 妊娠、出産、養子にかかわる日常の現金給付金

【今号掲載】

- 5、包括的な労働市場
 - 5-1 手段とサービス
社会扶助現金援助と活性化
リハビリテーション
フレックス労働の導入
保護雇用
道具および器械・器具類
疾病給付
 - 5-2 包括的労働市場に対し、障害者の労働への意識改革の協力、編成および働きかけ
- 6、早期年金（旧障害者年金）
- 7、障害者
 - 7-1 サービス

- 助言とカウンセリングサービス
必要追加経費範囲
個人的援助、ケア、他
親族に頼ることを望む人々に対する援助施策
同伴者
補助器具および耐久消費財
車輛購買の財政的援助
住宅改造
総合的な計画
- 7-2 住宅
- 8、社会的困窮者
 - 8-1 対策目標
 - 8-2 新しいサービスと利用者参加
 - 8-3 麻薬常用者対策
 - 8-4 ホームレス対策
 - 8-5 精神疾患対策
 - 8-6 住宅困窮者の社会的問題
- 9、高齢者
 - 9-1 高齢者への援助手段
老齢年金、他
早期退職者
 - 9-2 高齢者向け住宅
高齢者のための公共住宅
大型ナーシングホームとケア付き住宅
 - 9-3 自立困難な高齢者のケア
身体および家事援助（在宅ケア）
活動的および予防的施策
予防的家庭訪問
痴呆症と虚弱高齢者
親族のターミナルケア
 - 9-4 高齢者審議会と苦情委員会

デンマークの社会政策

5、包括的な労働市場

労働市場への参加は貧困と社会排他を防ぐもつとも効果的な方法です。労働市場への参加と活躍は、自立した生活を可能にし、社会参加に貢献することができます。このような理由から、総戦略は労働市場をさらに包括的にするために、できるだけ多くの人を労働市場で就労させることです。

よって、この包括的労働市場は、以下を目的とした社会政策の一環であり集団合意です。

- ・被雇用者の欠勤および障害に対応する予防的措置
- ・労働現場で被雇用者の安全を守ることを目標にした努力
- ・就労機能低下のある人および労働市場への参加に社会的な問題をかかえている人々を対象にした努力

デンマークでは失業者の最初の目標は、失業者が民間失業保険に加入しているか、彼または彼女が無保険であるのかどうかに関係してきます。社会省は、保険制度によってカバーされない失業者にすべての責任を負い、労働省は失業者を保障するための給付金（失業給付金、早期退職者給付など）に全責任を負います。

労働省はこれらのほとんどを、市町村から独立した失業保険基金と失業サービス制度を通して管理しています。

積極的社会政策法は、労働市場をねらいとし、社会政策の目的の中で使われる援助と方策の枠組みを規定しています。この法は、就労能力に限界のある人の援助を保障する社会年金法および就労者の就労期間の援助を保障する疾病給付金法と関連づけられています。

受給者は労働市場において足場を保持または確保できるように財政援助および積極的社会政策法にもとづく活性化、リハビリテーション、フレックス労働施策を受けることができます。

結論から言えば、援助は永久的でなく一時的な

保障というのが規則の基本です。

今後の政策立案者の挑戦は、包括的な労働市場をさらに包括的なものにする事です。

このために、政策立案者は注意深くすべてのレベルの仕事を組織しなければなりません。これは行政と民間組織間のいっそうの協力を意味し、非政府組織と非営利組織からなる高度な利用者の介入と参加により、包括的労働市場はすべての当事者にとって共同のプロジェクトになっていきます。

5-1 手段とサービス

積極的社会政策法のもとに、手段とサービスは異なり、個人的なニーズによって組み合わせられます。

・社会扶助現金援助と活性化

配偶者、親、その他の方法で自立または自活できない市民は誰でも、社会扶助現金給付と活性化政策による財政的な保障を得られます。

現金給付を受けるためには、市民が、たとえば病気、失業または離婚などで市民自身またはその家族を養えなくなるなど、環境条件の変化で苦境にある場合です。その必要性は他の給付によってカバーはされることはありません。

援助額はその人が18歳以下の子どもを養育しているかどうかによって決まります。

社会扶助現金給付の受給者は、個別の活性化提案を受け入れる権利と義務をもちます。活性化は、明らかに普通の仕事を対象者が受け入れられない場合にのみ提案されます。活性化の提供は、対象者の質の維持または向上と同時に、対象者の一般生活の向上を目的としています。

一時的に仕事につけない人の場合、活性化の目的は失業者が通常期間内に仕事を得ること、または職業訓練または教育を始めるためです。

仕事のほかに深刻な問題もかかえた人のために活性化は、対象者の一般的境遇を好転させ、労働市場の一部に参加してゆく可能性を援助するため

の措置の1つとして位置づけられます。

活性化は以下を含みます：

ガイダンスと参入プログラム、職業訓練、職業ローテーション、個々に合った訓練、活動、個々に合った活性化措置、無報酬の活動、成人または教育／訓練の継続。

・リハビリテーション

リハビリテーションは、身体的または社会的理由で労働能力が低下した人々に提供されます。ここではリハビリテーションは、対象者を全体または部分的に労働市場における足場の維持または獲得のために提供します。

リハビリテーションの目的は、このように技術の向上または再訓練と訓練です。一例として訓練または教育の資格を持たない片親の例があります。このような人に公的な資格を与える訓練や教育の制度による技術の向上は、社会システムからはずされた人が得られる唯一の可能性を示しているといえましょう。

もうひとつの例は、ある人が業務上災害のあと今の職場で別の職務に、または別の職場で新しい分野の仕事のために再訓練または訓練を受けられるということです。

リハビリテーションはこのように労働の能力のテスト、さらに労働経験または準備、公的または私的な企業による訓練または教育、またはビジネス（自営業）の中での教育／訓練と援助などによって構成されています。

リハビリを受ける人は、雇用計画にもとづいてリハビリ給付または手当を受けます。

・フレックス労働の導入

フレックス労働制度は、労働能力の低下が固定している人および労働市場において通常条件で雇用を獲得または維持できない人のために用意されているものです。リハビリテーションを通して通常の条件での雇用を得る可能性が追及され、対象者は早期年金（旧障害者年金）を給付されていません。

フレックス労働対策における仕事は、民間および公共分野内の雇用者の両方によって提供されます。

地方行政がフレックス労働対策に見合う仕事を当事者に提供する際、雇用者と被雇用者は労働組合との協議を通じて、賃金および労働時間を含めたその他の労働条件に合意します。このような条件が決まったのち、被雇用者の労働能力が考慮されます。この合意は、被雇用者が休憩を取ったり、休暇を取ったり、または定時労働時間を短縮する必要がありうることも考慮されていることを意味します。合意は従事する関係者に適用される集団的な合意にもとづいています。

雇用者は柔軟なフレックス労働制度にもとづいて被雇用者に賃金を支払いますが、被雇用者の労働能力に応じて、支払額の1/3、1/2または2/3が市町村から賃金助成を受けられます。

活性化やリハビリテーションとちがって、フレックス労働制度はこのように、決められた期間の協定でなく、恒常的な雇用を目的としているのです。

フレックス労働制度を条件として雇用される人々で、彼ら自身の違反が原因でなく解雇された人は、失業手当を受ける権利を持ちませんが、同手当ての支払いを受ける資格を有します。

その人が60歳になったとき、フレックス労働対策による仕事から引退することを選ぶことができます。その人はフレックス労働制度による給付を受ける資格を持ちます。しかしこれはこの制度での勤続年数を条件にしています。

・保護雇用

早期年金（障害者年金）を受けている人には、保護雇用が提供されます。保護雇用は年金生活者が医療を必要とする条件のもとにおかれていても、労働市場への参入ができる機会を保障されなければなりません。

雇用者と被雇用者は労働組合との協議で、賃金と労働条件に合意します。市町村は、雇用者から支払われた賃金を助成しますが、労使合意のもとで最低時間給の1/6を超えることはありません。

・道具および器械・器具類

地方行政機関は障害者や就労能力低下が見られる人々を援助するために道具と器械・設備を供給します。援助は雇用されているかまたは労働市場

で雇用されることになっている人々に対して与えられます。地方行政は労働能力が制限されている人々に対して、それを代替でき職を得る事を可能にするあらゆる種類の道具、器具および設備を援助し、小型機械、手すりやリフトを設備します。

疾病給付

疾病給付の目的は、労働市場に加入している人々を病気の期間、妥当な現金手当によって保障することです。

疾病給付はこのように70歳以下で被雇用収入のある世代、または自営業で勤労所得がある人々に対して支給されます。

長期的な病気にかかった場合、病気と報告された人は、本人の労働市場参加について変更の是非の問い合わせの連絡を受けます。

5—2 包括的労働市場に対し、障害者の労働への意識改革の協力、編成および働きかけ

中央レベルでは、各省と産業界、地方政府の代表と非政府及び利用者団体によって作られた社会評議会の仕事は、包括的労働市場のために政策面で協力することと、地方の主體的な活動を支えることに貢献することです。

地方的なレベルでは、予防的労働市場活動のための調整評議会は、地方機関やその他の機関へのアドバイスをすること、たとえば事業者と労働組合、そして地方行政機関と関係する地方の活動従事者間の協力を援助することです。

この評議会は市町村および県、産業界の労使と

他の関係する地方機関の代表によって構成されま

す。社会省はこの数年間、事業の協同責任のためのキャンペーンとともに、労働能力が不足している人々に合わせたより包括的な労働市場の要求に、人事政策の社会的次元で焦点を当ててきました。

試験的および開発プロジェクト、ネットワークと仕事の供給対策を通して、このキャンペーンはさらに活発化しています。

- ・実業界および地方行政の協力で本人の労働市場での就労の維持または獲得を援助する努力
- ・公的および私的セクターにおける包括性および社会的責任の発展
- ・社会的自発性の中でのとりくみ方の開発

6、早期年金（旧障害者年金）

早期年金は、18歳から65歳までの間で労働能力が身体的、精神的または社会的理由により実質低下した人々に適用される社会保障給付です。

早期年金の金額は、労働能力を失った期間によって決まります。4種類の早期年金が提供されます。

：普通早期年金、割増早期年金、中位早期年金、そして高額早期年金です。

早期年金の最高額は、60歳以下で、身体的または精神的な障害が原因により労働能力がごくわずかしか残っていないと判断された人に支給されます。中位早期年金は、労働能力が2/3くらいまで低下したと判断された人に支給されます。普通および割増普通年金は、健康状態や社会的理由に

25歳以上の個人に対する現金補助。	月当たり、デンマーク・クローネ（DKK）
扶養すべき子どもを有す人	DKK 10,245
その他	DKK 7,711
25歳未満の個人に対する現金補助。	月当たり、デンマーク・クローネ
独立して生活している人	DKK 4,969
その他	DKK 2,398
リハビリテーション給付。	月当たり、デンマーク・クローネ
25歳以上の人	DKK 12,740
25歳未満の人	DKK 6,370

より労働能力が少なくとも1/2まで低下した人に支給されます。

早期年金は生まれつき障害を持っている人、途中障害を背負い回復の見込みのなくなった人に支給される手当です。

早期年金の額は、表を参照してください。法律は手当の割合を定めています。早期年金は、年金生活者が補足的な収入を得ている場合、少しずつ減らされます。

早期年金を受ける資格を持つためには、個人は、デンマークに居住した期間について一定の必要条件をかなえなければなりません。

デンマークの国籍を持った人には早期年金を受ける必要条件を求められません。少なくともデンマークに15歳から10年間住んでいた人は早期年金を受けることができます。もし、デンマークでの居住必要年数を満たさなかった場合、一定のケースについて支払われる年金はより少額となります。

国の社会保障庁はEC規則No1408/7の規定にしたがって、または他国との間に結ばれている2国間の社会安全合意にもとづく規定にしたがって、外国の年金との整合性をもった年金にするための手続きをします。社会保障庁はまた、デンマーク国外に住んでいる国民に対する年金の手続きを行います。

早期年金の改革は2001年に実施される予定で、システムを単純化することと積極的な社会保障政策を発展させることが目的です。

改革は2003年1月1日以後早期年金を与えられる対象者全員を含みます。

このシステムでは、年金は1種類の割合のみで、失業手当の割合のレベルです。年金は障害に関連

してかかった費用をカバーするために手当で補填されます。

個人の失われた労働能力を評価する代わりに、新しいシステムは彼または彼女の能力の限界よりも個々人の才能や潜在力に焦点をおいています。ケースワークも同じようにもっと必要とされ、さらに広い市民へのかかわりを含みます。

7、障害者

障害者のためのデンマークの政策は、3つの原則を基礎においています。

- ・障害者に対する平等な扱いと平等な地位の原則
- ・障害者の生活へのアクセスを含む、社会的セクター（計画、サービス、用具等）が責任を負うセクター責任の原則
- ・障害の結果低下した機能が補完される、障害者を守り保持する補完の原則

社会保障法が障害者に適用できるようにした制度は次に説明します。

7-1 サービス

- ・助言とカウンセリングサービス

県と市町村は、障害者のために快適な生活を創り出し、条件を改善する視点から、自由な助言やカウンセリングサービスを提供します。市町村の助言サービスが不満足な場合、障害者は県の特別な助言サービスまたは他の特別なサービスを受けることができます。

- ・必要追加経費範囲

市町村は障害者を守る事業に関連して、その必要上追加出費された費用を支給します。機能低下

通常の早期年金	割増早期年金	中位早期年金	高額早期年金
			失業手当
	早期年金額	障害手当	障害手当
年金補填	年金補填	年金補填	年金補填
基礎年金額	基礎年金額	基礎年金額	基礎年金額

2001年1月1日時点の割合（月当たり手当）；基礎年金額は4,262DKK；独身者向けの年金補填は4,290DKK；配偶者／同居しているパートナーは2,002DKK；割増年金は非課税で1,084DKK；障害手当は非課税で2,073DKK
；失業手当は2,862DKK。

*これらの金額は要求者の配偶者が同じレベルの早期年金を受けている場合は減額される。

した結果に対する直接出費です。

・個人的援助、ケア、他

身体的または精神的機能の低下が固定したことにより、生活が自分自身できなくなった人々に対して、市町村は個人に対する援助としてケアサービスを提供します。

・親族に頼ることを望む人々に対する援助施策

市町村は、機能が低下した人をケアする親、配偶者または他の親族に対して援助施策を提供します。

・同伴者

65歳以下の障害者は、希望して月当たり15時間、外出に同伴し、付き添われる権利をもちます。

付き添い者制度の目的は、明らかに機能の低下が固定化したことにより1人歩きができない人々に対して、援助により正常の機能が保たれる状態にし、失われた部分を補完するのを助けることです。

・補助器具および耐久消費財

市町村は、補助金によって障害者が補助器具を入手し、低下した機能を改善し日常生活を容易にできるようにするとともに、障害者が仕事に出られるようになった場合、労働のための補助器具や装置を支給して援助し、生活のための一般消費財を購入するための財政的措置をします。

・車輛購入の財政的援助

身体的または精神的な機能低下が固定した人に対して、自動車を購入するために財政的な助成をします。機能が相当に低下し、その人の雇用または完全な訓練・教育を得るか、守る能力が害されたとき、または自動車が実質上彼または彼女の日常生活を容易にすることに役立つためです。

・住宅改造

市町村は、身体的または精神的な機能の低下が固定し、住居をその人にとってより適した条件に改造する必要があるとき、改造のための補助金を出して援助します。

・総合的な計画

上記の制度のほかに、市町村は、特別な必要性を持つより広範囲の障害者を対象にした総合的な制度を実施しています。それらは必要性が発生したとき、障害を持った人々によって活用されるものです。例をあげれば、特別な労働市場とリハビリ

テーションの提供です。

7—2 住宅

適合のタイプではなく個々人のニーズがどんな援助を提供すべきかを決定するというのが、障害を持った人々に対する政策の指導原理です。

デンマークの住宅法のもとに、介護を必要とする高齢者と障害者に合わせて、特別に設計された住宅が建てられています。障害者のための特別に居住に適した家はたくさんのタイプの中から利用できます。

市町村は一時的な居住ケアを提供します。これらは一時的で、リハビリテーションまたは週末の短期入居、または自立して生活するための準備といった種類です。

通常の日常生活機能、ケアまたは処置のためにさらに幅広い援助を必要とし、他のどんな方法によっても必要なことがカバーできない人々のために、県には長期的に適合できる住宅を必要な数だけ用意する責任があります。

県にはまた、もっと自立的な生活への準備につながる訓練のためのショートステイ（一時的入居）の場を必要な数だけ用意する責任があります。

その目的は、個々人の労働能力を社会教育活動と治療を通じて向上させてゆくことです。

8、社会的困窮者（訳者註）

社会的にもっとも困窮状態の成人—社会的限界におかれた人々—は特徴的には；

- ・精神疾患患者
- ・麻薬中毒者
- ・アルコール中毒者
- ・ホームレスおよびその他自宅での生活機能が劣る人

これらのグループは、いくつかの問題分野の中でかかえている彼らの個人および社会的問題の事実によって特徴づけられます。約50,000人が社会的に困窮状態におかれていると推計されます。

たとえば麻薬中毒者は約14,000人、ホームレスの人々は約11,000人です。特別な措置を必要とする精神病患者は約3,000人です。さらに約200,000

人のアルコール中毒者がデンマークに住んでいると推定され、そのうち社会的困窮者のグループに落ちてゆく人々の割合はごく少数です。

8—1 対策目標

1990年代に、このような人々の境遇を改善するため集中的な社会政策をとりました。

各種のグループを横断する対策の目的は；

- ・ 個々人の問題の悪化を防ぐこと
- ・ 個々人の社会的個人的な発達の範囲を広げること
- ・ 接触、個々人の間の人間関係、行動、処置、ケアを通じて、個々人の自己実現を進展させること
- ・ 家庭における特別なニーズに適合したサービスによって総合的な活動を提供すること。

これらの目的は、社会的困窮者（訳者註）、ホームレス、精神疾患または中毒症の人々が通常社会において適用できることをめざすだけでなく、彼らの損傷を少なくさせ、支えるために、提供されるサービスを確実に行わせることです。

8—2 新しいサービスと利用者参加

1990年代の期間、このグループを支える準備のための経済的機会は発展し、新しいサービスが創られました。その中には退避施設、グループホーム、支援と精神疾患に対する個々人へのふれあいなどが含まれます。

市町村と県は、社会的困窮者に対して協同してとりこんでいます。これは総合的レベルにおいて、行動のための協同モデルが発展していること、個々人のレベルで県と市町村のサービスが緊密に協同連携されなければならないという2つのレベルでの事実を示しています。

またこの分野では、重要なことは、個々の利用者との関係、個々のサービスと総合的な計画とサービスの利用において、利用者の参加と利用者の影響が直結することです。

個々の利用者との関係では、事業計画は利用者との協同して家庭のための枠組みを提供し、利用者とのところでの事業組織のねらいはどんなサービスを提供するのかを明らかにするために、利用者の希望と要求とをマッチさせることです。

8—3 麻薬常用者対策

県は麻薬常用者に対して治療プログラムを提供する責任をもちます。この責任は、カウンセリングサービス、動機づけ、治療と治療後の管理を含みます。市町村は治療以外の社会的サービスに責任をもちます。

デンマークでは、外来患者の治療はもっとも共通して利用される治療のタイプで、ふだんは家庭での支え、維持的な精神社会サービスと平行した合成鎮痛剤の方式です。（精神社会サービスは収容施設への入所、活性化、リハビリテーションを含む）。

1999年の麻薬治療のために登録された約7,500人のうち、外来患者はちょうど5,000人まででした。全体の約70%はヘロイン中毒です。公的には麻薬中毒に対するサービスはまず薬物の乱用そのものと中毒を開放することにねらいが定められています。しかし最近の数年間はこの分野でもっと違った取り組みの発展が見られます。

この問題では、危害の低下（廃絶ではなく）が特殊な追求目的になり、一定のケースにおいては、乱用の排除は短期間では現実的でないと認められ、健康、社会および他のサービスがこれに替わっています。

（訳者註）社会的困窮者（英文では「社会的に排除された人々」）：「自分で自分の生活を営むことが出来ないグループを指しています。日本では、このようなグループは、公的な援助はどうなのでしょう。自分の生活姿勢が墮落の要因と考えられ社会的な援助はないのでしょうか。デンマークでは、自分の生活姿勢が墮落の要因としても「国民の1人」として社会が生きる援助を提供します。社会的に排除されることはありません。ドラッグ、アルコール依存などに関しても治療が提供され、社会復帰のリハビリが行われています。人を排除などといったら、デンマーク人に人権無視と思われるかもしれません。重度重複障害者を含めドラッグ、アルコール中毒者、重度精神障害者などのグループは、社会に還元する術がないグループですが、そういうグループの人々も国民の1人として社会の共通の援助責任と考えるのが社会福祉国家の形です。」澤渡夏代プラント氏より助言

8—4 ホームレス対策

市町村は、ホームレスや自分の家に住む機能を失った人を援助する初期の責務をはたします。

しかし県は、さらに多くの特殊なサービス、特に受け入れセンター、避難所、女性のための危機管理センターのような、一時的な収容施設を用意しています。

ホームレスに対しては、何も決まった、または明確な定義はありません。

サービスは、家を持っていない人々、同様に家を持っているが限界に追い込まれた危険状態にあり潜在的にホームレスの人々に向けられます。

個人は直接個人的に適用されるか、または公的な機関からの紹介によってホームレスのための居住収容施設への入居を認められます。

滞在中の支援は個人々のケースの評価にしたがって提供されます。そして助成金による支援は、個人々の要求に対して適用されます。

例えば、薬物またはアルコールの乱用に対する治療、緊急避難的雇用、そして計画された訓練・教育、文化行事、スポーツまたは個人の生活の質を高めるための他の行動に参加することです。

サービスの重要な要素は、彼ら自身の家または援助された家に、自立して住むために必要な基礎的技術を習得するために、住人としての訓練をすることです。

危機管理センターは、暴行の被害者であったり、暴行の恐怖におかれてきた女性のための特別なサービスです。女性はこのセンターに彼女自身の意思または公的な機関からの紹介によって入ることができます。ここでは、登録しないという女性の意志と、匿名にする権利も尊重されます。彼女らはここに自分たちの子供を同伴することもできます。

8—5 精神疾患対策

社会サービス制度のもとで、市町村は、精神疾患々者を助けるための初期の責務をはたします。

県はさらに特殊化されたサービスの範囲を提供する責務があり、助言とカウンセリングサービスを市町村に対して行わなければなりません。

実際上は、県と市町村は各種のタイプのサービ

スを提供することについて頻繁に協同連携して活動します。

1,000人が特別に不利な状態に置かれていると推計されます。このグループは、重症の精神的障害と薬物乱用、異常な行動、そして頻繁な感情の混乱、犯罪、他人への脅迫、従来のサービスでは対応することができない問題などが組み合わされている、という特徴もっています。

サービスを計画する上で鍵となる目標は、精神疾患々者に次のような方法でサービスを提供することです。

それは個人々に互いに密着してやる、総合的サービスが多くての学問にわたり横断的であり、独立的な治療がいくつものちがった場所で提供されているということです。

以下は精神疾患に対するサービスの例です。

- ・外部から手をさしのべるサービス、特に彼ら自身を自分で守る道を見出せない精神疾患々者に関して。
- ・現在行われているサービスの知識がなく外部とのコンタクトがとれず、社会的な困窮および孤立している精神疾患々者に対する支援および相談担当者制度。
- ・日常生活におけるケアまたは援助サービスと技術の習得と訓練支援。
- ・授産施設—行動と個人間の関係を提供する一雇用計画、自助グループワークと訓練・教育を含むいろいろな活動の機会によって。
- ・ケア援助が、より自立して個人が生活できることを助けるために提供されている一時的および長期的居住のための受け入れ施設。

8—6 住宅困窮者の社会問題

貧困な都市と住宅地域に住み最も社会的困窮にある居住者は、社会問題に対するプログラムの重要な対象となるグループです。長期にわたる失業、相対的な貧困、家庭問題、アルコールまたは麻薬中毒者、1人暮らしで民族的な問題をかかえた人々です。一般的に彼らは、「相対的に貧しく、危険にさらされたグループまたは住所不定者〔短期逗留者〕」と呼ばれています。

国全体ではそのような人々が約15万～20万人います。

貧困な住宅での社会問題に対する活動の背景となる基本的な考え方の1つは、一定の都市または住宅区域とそこに住んでいる人々の諸条件の間に相関関係があるということです。その結果、事業組織は個人に対して行われるのではなく、その地域全体の条件を向上させることです；

立地の標準、建物と緑地帯のレイアウト、交通と通勤、賃借料の軽減、仕事を見出す可能性、活力とコミュニティ、公的私的なサービスの向上など。

9、高齢者

デンマークの高齢者政策の総目標は、在宅生活の向上、本人の日々の暮らしを容易にすることおよび生活の質（Q.O.L）を向上させることです。

デンマークの高齢者政策は次の一般的原则にもとづいています。

高齢者

- ・生活の継続
- ・残存能力の活用
- ・自主性と影響—選択権を含む

高齢者へのサービスは、社会サービス法にもとづき実施されていますが、老齢年金に関しては社会年金法にもとづいて実施されています。

9—1 高齢者への援助手段

デンマークの年金システムは一般的には税財政による高齢者年金、補助年金（労働市場補助年金基金—ATP）と、労使合意と民間年金による労働市場年金の3つから構成されています。

・老齢年金、他

老齢年金は65歳および以上（1999年1月以前に60歳になった人、ただし年金受給資格は67歳）に給付される年齢限定年金です。年金は老齢年金を受けている間に年金生活者が働いていても受けられます。

老齢年金の額は、それ以前の収入にかかわりな

く支払われます。その老齢年金に加えて退職前に加入していた付加年金（ATP）が就労年数に応じて受けられます。

さらに労使合意によって、1980年代から広く普及してきた労働市場年金も支給されます。

老齢年金は基礎額と年金付加金で成りたっています。金額は収入に連動しますが、さらにさしこまれた財政状況にある年金生活者は個人的付加金を受ける資格をもちます。年金生活者はまた、住宅給付も住宅省法のもとに適用されます。

完全な老齢年金の資格を持つためには、デンマークに40年間住んでいなければなりません。もしそうでなければ、より低い年金に固定されます。一般的には地方自治体が高齢者年金を取り扱い、デンマーク国外に住む人に対する年金は国の社会保障庁が取り扱っています。EC規定No.1408/71のもとに、または他の国との間に結ばれた相互社会保障合意にしたがって外国の年金と連携協力しなければなりません。

高齢者年金の割合

年金付加金
基礎額

2001年1月の割合（月当たり手当）；基礎額はDKK4,262；1人暮らしの年金補足はDKK4,290；配偶者・同居のカップルはDKK2,002。

・早期退職者

准退職年金

准退職年金は60歳から65歳のデンマーク在住の賃金労働者および自営業者が対象で、在職しているが労働時間が短くなった人に対して支払われます。准退職年金は、その人の労働時間が短くなっている各時間に対して支払われます。准退職年金は、もしその受給者が民間の終身年金などからも支払いを受けている場合、減額されます。

早期退職手当

労働省の枠組みの中で、もうひとつの早期支払が適用される可能性があります—早期退職手当制度です。この早期退職手当制度は、早期退職制度が失業保険基金の会員資格を前もって必要としているにもかかわらず、准退職年金よりはるかに普及しています。

9—2 高齢者向け住宅

デンマークの高齢者の大多数は一般住宅に住んでいます。少数割合の高齢者がこれらの人々のニーズに適応する特別な住宅に住んでいます。成人した子供と住む高齢者は少数です。デンマークの高齢者政策は、住宅のタイプによって援助を必要とする高齢者のケアとサービスを定めるべきではないという考え方にもとづいています。または、ケアとサービスは個々のニーズによって提供されるということです。

つまりケアは援助を必要とする高齢者に応じるべきであって、住宅条件にもとづかないということです。

その結果、制度上の適合の形では、施設的な一般ナーシングホームは1987年から建設されていません。それに替わって、高齢者のための公共住宅が建設されるようになりました。

・高齢者のための公共住宅

高齢者のための非営利住宅は、独立タイプ、グループホーム、そして重介護設備のある各種のタイプの住宅が上げられます。公共住宅は、援助を必要とする高齢者と障害者のニーズに合ったもので、緊急に救援の呼び出しができる警報システムが完備されなければなりません。

また各住居はトイレとシャワーが完備され、台所も一般的には設備として設置されます。サービス住宅はケア施設と住居内にスタッフが配置された高齢者のための住居です（近代的ナーシングホーム）。

高齢者のための公共住宅は社会サービス法ではなく、住宅法によります。居住者は賃借人で、デンマーク賃借法でカバーされます。

・大型ナーシングホームとケアつき住宅

1987年以前に建てられた通常のナーシングホームとケアつき住宅は社会サービス法のもと、暫定的に運営を継続しています。定義として、大型ナーシングホームは施設である、という考えにもとづいており、よって住人は付随する権利と義務をもった賃借主ではありません。しかしながら、一般ナーシングホームでの条件がサービス住宅と格差がないように実践と規約をとおして努力がなさ

れています。自宅にすむ高齢者と同等の処遇を保障する努力の中で、大型ナーシングホームの居住者も、年金を受け取り自宅にすむ人が受け取るサービスに対して支払う費用と同じように支払います。

9—3 自立困難な高齢者のケア

市町村は個人的な身体介護と家事援助に加え、一般的なケアサービスとしてネットワークの擁立および自主活動、たとえばデイセンターやボランティア組織との接触などを行っています。

・身体介護および家事援助（在宅ケア）

市町村は自立困難な人に必要な身体介護および家事援助を提供します。さらに援助は身体的および精神的能力を維持するために提供します。

身体介護および家事援助は、機能能力とニーズの評価にしたがって、特定の仕事を遂行しながら援助の中で行われます。

各地方議会は援助を提供する責任をもち、サービスの内容と範囲を決め、政策分野サービスレベルについての全般的な政治的決議にしたがって財政の助成をします。

・活動的および予防的施策

市町村は全般的に活動的および予防的施策の実施や援助をします。その目的は、利用者の自己管理の可能性を促進することと維持することです。

各市町村は、サービスの計画と組織を決定します。サービスは、デイセンターまたは高齢者市民グループなどで提供され、各種のクラブ活動、コース、講座、運動などが上げられます。

・予防的家庭訪問

75歳になったすべての人に、年2回の家庭訪問が提供されます（予防的家庭訪問）。

家庭訪問サービスは、高齢者の安心感と健全な生活を目的にしていますが、同時に活動やサービス（公共および民間）のアドバイスや指導も行います。高齢者は、家庭訪問を受けるかどうかを自由に選ぶことができ、どの問題を話し合うかは訪問の間に決めます。

・痴呆症と虚弱高齢者

この数年、大きな焦点が痴呆症に当てられ、デンマーク議会はこの分野の対策強化のための特別財源を当てました。この財源は痴呆を患っている人や家族の活動の支援と、継続的な教育や方法の開発などに使われてきました。

・親族のターミナルケア

近親者が自分の家で死にたいと希望する患者を介護する場合、その人は介護によって失った収入（ケア手当）を補償される資格があるとみなされます。このケア手当制度の目的は、集中ケアを必要として病院に入院した患者が希望して家庭に帰り、家族または他の近親者によってその患者が死ぬ直前の時期をケアされたことに対して支払われます。ひとつの条件は病院での治療が無益であるという医療評価が示されなければならないことです。

9—4 高齢者審議会と苦情委員会

すべての地方自治体は高齢者審議会と身体介護および家事援助（在宅ケア）に対する苦情委員会を設置しています。高齢者審議会と苦情委員会は、地方議会と地域に住む高齢者の間で話し合うための討論の機会を提供します。そして高齢者の影響力と責任を高めます。

高齢者審議会は、高齢者政策の内容について地方評議会に助言をすることと、高齢者に関するすべての提案について相談を受ける任務をもちます。高齢者審議会は虚弱者にかかわる問題だけを取り扱うのではなく、60歳以上の人々にとって重要なすべての問題、たとえば交通、文化、住宅問題などにかかわっています。高齢者は個人の日常生活とより一般的な問題の両面において総合的な高齢者政策に明白な影響をもつべきです。

苦情委員会は身体的介護と家事援助についての決定に関する苦情を取り扱います。高齢者審議会と地域の地方評議会は苦情委員会メンバーを指名します。

（やまだ こまへい 山梨勤労者医療協会理事）

訳者註：1999年国民1人当たりGDP（国内総生産）はデンマーク27,360ドル、日本23,400ドルと日本を上まわっている。

機関誌第3号・「デンマークの社会政策（上）」正誤表

p47 デンマークの社会政策目次

原文

訂正後

4—1 子供の…

子どもの…

4—2 子ども及び青年と…

子どもおよび青少年と…

（上記項目に対応して、本文中の項目も同様に訂正します）

医療政策

野村 拓

医療政策という言葉

「なにをやっていますか？」

「医療政策を・・・」

「へーえ、そんなものがあるのですか」

というような会話がかわされたのが1960年代である。だから、1965年5月から雑誌『健康会議』に「講座・医療政策史」の連載を始めたとき、「医療政策史」という見出し語の活字を目にして嬉しかった。自分のやっていることが市民権を得たような気がしたからである。もちろん、それ以前に「医療政策」という言葉がまったくなかったわけではない。

☆社会医療研究所：近代医療保護事業発達史・上巻（1943、日本評論社）

の「第2章・第2節」は「明治新政府の医育及び医療政策」と旧漢字で書かれてあるが、これは包括的な見出し語として気分的に使われただけで本文中に「医療政策」は登場しないし、当然のことながらその説明もない。

では、ヨソの国ではどうか。厳密にさかのぼったわけではないが、Health Policyという言葉がしきりに使われるようになったのは比較的最近である。

『医療のトライアングル——医師、政策マン、公共』

☆Eli Ginzberg : The Medical Triangle — Physicians, Politicians, and the Public.(1990) Harvard Univ. Press.

『医療の政策学』

☆James A. Morone 他編：The Politics of Health Care. (1994) Duke Univ. Press.

などは早い方である。

政策マンとして 国や政府に

これらは政策マンとして国や政府の医療政策にかかわる立場、といえは聞こえはいいが、Eli Ginzbergなどは第2次大戦中の「国防総省御用」で「ペンタゴンが私を医療経済学者に育ててくれた」という意味のことをしばしば著書に書いている。

『医療政策』

☆David Calkin 他：Health Care Policy. (1995) Blackwell.

では「医療政策づくり」(health policy making)という言葉が、そして

『健康を統治する——医療政策の政策学』

☆Carol S. Weissert 他：Governing Health — The Politics of Health Policy. (1996) Johns Hopkins Univ.

では「医療政策解決」(health policy solution)という言葉が使われている。政策マンとして国や政府の医療政策づくりにかかわろうとする人たちは、概して、「医療政策とは」について詰めた考え方を持たず、単に「医療・保健に関する公共政策」ぐらいにしか考えていない場合が多い。

『オーストラリアの医療政策』

☆Heather Gardner 編：Health Policy in Australia. (1997) Oxford Univ. Press.

の索引でhealth policyを引くと、policyとhealthとを、それぞれ参照せよ、と書いてある。また、書名は医療政策であっても、医療政策についての定義のない本も少なからずある。

『アメリカにおける医療政策学と政策』

☆Kant Ratel 他：Health Care Politics and Pol-

icy in America. 2版. (1999) M. E. Sharpe.

『医療政策』

☆Marilynn M. Rosenthal 他編：Health Policy. (1998) Westview Press.

『医療政策入門』

☆Thomas S. Bodenheimer 他編：Understanding Health Policy.2版. (1998) Lange

などである。

政府御用の場合、医療に関する公共政策、すなわち医療政策、という考え方で十分なのだろう。

だから

『ニュージーランドの保健・公共政策』

☆Peter Davis 他：Health and Public Policy in New Zealand. (2001) Oxford Univ. Press.

のように保健と公共政策とを横並びにとらえた本もあれば、health policy の定義はないが、health policy を冠した機関名、部局名は登場する

『アメリカの医療政策・早わかり』

☆Alan C. Monheit 他編：Informing American Health Care Policy. (1999) Jossey-Bass

という本もある。

研究者的に

研究者的に医療政策をとらえたものとしては、社会学サイドからのものとして

『医療政策の分析』

☆Judith Green 他：Analysing Health Policy. (1998) Longman.

があり、ここには「医療政策の分析は（社会的）研究にとって豊かな分野である」と書かれている。意地悪く理解すれば、修士論文や博士論文づくりにとって「豊かな分野」であるらしく、論文の数は掃いて捨てるほど多いが、いくら論文が増えてもアメリカ医療が良くならないこともたしかである。

社会学サイドからではなく、経済学サイドからのものとしては

『医療政策と経済学』

☆Manouche Tavakoli 他編：Health Policy and Economics. (2001) Ashgate.

がある。

研究者的というよりも、イギリス労働党的立場

で医療政策を分析したものに

『医療政策の分析』

☆Alison Hann 編：Analysing Health Policy. (2000) Ashgate.

があり、ここでは「新労働党」の「新医療政策」と「新」だらけである。また「国の医療政策・批判」というスタンスのものには

『イギリスの精神医療政策』

☆Anne Rogers 他：Mental Health Policy in Britain. (1996) Macmillan.

があるが、これは自分の国だけではなく、「ヒトラーとドイツ医師会」というような形でヨソの国も批判している。

概して、英連邦系の国は「社会政策的下地」を持っている場合が多いので social policy というキーワードにも目配りしなければならない。例えば

『オーストラリアにおける高齢化と社会政策』

☆Allan Borowski 他編：Ageing and Social Policy in Australia. (1997) Cambridge Univ. Press.

などである。断わるまでもなく、「高齢化」はイギリス語では Ageing、アメリカ語では Aging である。

なお、単行本のような、定期刊行物のようなシリーズとして、「医療政策研究のフロンティア会議」が、ほぼ毎年1冊のペースで出しているのが

『医療政策研究のフロンティア・5』

☆Alan M. Garber 編：Frontiers in Health Policy Research. Vol.5. (2002) MIT.

で論文集の形になっている。

公平性の主張

医療はかくあるべし、という主張や政策的提言に類するものとしては、黒人への医療政策をとりあげた

『正義と医療』

☆Andrew Crubb 他：Justice and Health Care. (1995) Jone Wiley & Sons.

や、医療における性的不平等をテーマにした

『医療における性的不平等』

☆Ellen Annandale 他編：Gender Inequalities in Health. (2000) Open Univ. Press.

などがある。ここでは politics of health という言葉が使われている。

途上国の場合、現に存在する医療政策ではなく、これからつくる医療政策という場合が多い。それで

『発展途上国における医療計画・序説』

☆Andrew Green: An Introduction to Health Planning in Developing Countries. 2版 (1999) Oxford Univ. Press.

では、health planning and policy という言葉のように「計画づくり」すなわち「政策」ということになる。

また、health policy ではなく「健康な公共政策」(healthy public policy)という章を持つ本

『医療のために働く』

☆Tom Heller 他編: Working for Health. (2001) Sage.

もある。ここでいう「健康な」は「公平な」という意味と思われる。health policy ではなく health care policy という言葉を使い、それは公共政策に包含される、と述べているのが

『看護における政策と政策学』

☆Diana J. Mason 他: Policy and Politics for Nurses. (1993) W. B. Saunders.

で、ここでは看護師のための15週間の医療政策学習カリキュラムが紹介されている。

看護の立場で

職能的専門職意識と労働者意識との両方を持つアメリカ看護師の医療政策学習や医療政策研究には注目するべきものが多い。

『21世紀の看護研究に備えて』

☆Faye G. Abdellah 他: Preparing Nursing Research for 21st Century. (1994) Springer.

の第11章は「看護研究と医療政策」という題で、「医療政策決定にインパクトを与えるものとしての看護研究」というとらえ方になっている。以下、私に関心を持つ項目やキーワードを列举すると、「公共医療政策」「政策研究」「医療政策形成における連邦政府の役割」「アメリカ看護協会 (ANA) の医療改革アジェンダ10カ条 (1989)」「医療政策形成における看護師の役割の強化」などがあ

る。そして、看護師は次の3つのレベル

- ・患者に対して
- ・仕事の環境で
- ・国の政策に対して

で政策形成の影響力を行使できる、と書かれている。少しわかりにくい「看護価値と医療政策」という項では、4つのフェーズ・モデルが示されており、別に「政策決定に必要なデータ」もまとめられている。

「医療政策とは」という問題を回避しながら御用学者ぶりを発揮している男どもに比べると看護師の医療政策論はそれぞれに元気がいい。

『看護における概念の発展』

☆Beth L. Rogers 他: Concept Development in Nursing. 2版. (2000) W. B. Saunders.

には「医療政策の概念」という堂々たる項目があるし

『現代専門看護』

☆Joseph T. Catalano: Contemporary Professional Nursing. (1996) F. A. Davis.

には「医療政策——市民の健康を守り増進する活動をガイドする目標と方向」という記述がある。そうかと思うと看護におけるアセス・診断・プラン・遂行・評価というプロセスをそのまま持ちこんだのが

『地域における看護』(前回でも紹介)

☆Mary Jo Clark: Nursing in the Community. (1992) Appleton & Lange.

で、「医療政策のレベル」「他の社会問題対医療政策」「公的医療政策の形成と遂行のための介入」「医療政策の形成と遂行への影響」「医療政策形成におけるアセスメント」というような項目に従って記述されている。

皮肉なことに、医療政策という言葉を書名に含む本には医療政策の定義がなく、医療政策を冠しない看護書には医療政策の定義がある。医療政策を定義できない本が医療政策づくりや医療政策の変革についてふれることができないのは当然の帰結である。この点、看護書では、それなりに「はたらきかけ」や政策づくり、政策的変革にふれたものが多い。看護分野における情報技術革新を取り上げた本

『看護のための情報技術革新』

☆Sue Moorhead 他編：Information Systems Innovations for Nursing. (1998) Sage.

にも「医療政策」(health care policy)という言葉は登場するし、指導的、管理的看護婦を対象とした本

『指導上、管理上の変化における看護課題』

☆Jeanette Lancaster：Nursing Issues in Leading and Managing Change. (1999) Mosby.

では「医療政策の目的」が述べられている。この本の第13章は「医療政策：分析と影響力行使の戦略」となっているが、「看護師の政治行動」(Political Actions by Nurses)を取り上げたのが

『看護における課題と傾向』

☆Grace Deloughery：Issues and Trends in Nursing. 3版 (1998) Mosby.

である。また、「医療政策の変化・変革」(health policy change)を取り上げた

『地域看護の現代的課題』

☆Jenny Littlewood 編：Current Issues in Community Nursing. 2版. (1999) Churchill Livingstone.

も注目すべきである。

看護書の購入は難しい。書名からは到底想像できない高級な課題について述べられたりしているからである。例えば

『イメージ看護』

☆Julia Hallam：Nursing the Image. (2000) Routledge.

には「1950年代初期における医療政策」などという項目が登場したりするからである。1950年代といえば、病院看護領域でDRGの先駆的なものといえる「入院患者タイプ別分類」が進められていた時期でもある。医療政策は「箱庭」的にとらえるのではなく、グローバルに、かつ歴史的にとられる必要がある。ヨソの国から見れば、日本の医療政策は「低コスト医療政策」としてとらえられており、このことを取り上げたのが

『医療政策におけるバランス術』

☆John Creighton Campell 他：The Art of Balance in Health Policy. (1998) Cambridge Univ. Press.

である。

グローバル医療政策

グローバルをキーワードとする医療政策の本としては

『グローバル医療政策』

☆Linda M. Whiteford 他編：Global Health Policy, Local Realities. (2000) Lynne Rienner.

がある。この種の本でGlobalという言葉に対して使われるLocalという言葉の意味は「国レベル」を意味することに注意しなければならない。そして、この本での「国レベル」はキューバ、インドネシア、ベトナム、ウガンダ、ソマリ、インド、そして「都市部の中国」である。

拙著『20世紀の医療史』(2002)では、アメリカの「白人貧困層(低所得層)」を特徴づける「トレラー住民」が1,500万人いることを紹介したが、いわゆる「貧困論」も、もっとグローバルなとらえ方が必要ではないだろうか。

日本の社会福祉研究は鎖国時代(戦時中)の社会事業研究(これも「厚生事業」に変わる)の骨組みを持ち、戦後も、語学力の弱い研究者たちによって「箱庭」の社会福祉として研究展開されているが、それでいいのだろうか。

なぜ、グローバルなとらえ方が必要か、といえれば、私たちは「グローバル・コントロール」を受けているからであり、そのことをテーマとしたのが

『グローバル・コントロール』

☆Peter McMahon：Global Control (2002) Edward Elgar.

である。このほか

『グローバル化時代の医療政策』

☆Kelley Lee 他編：Health Policy in a Globalising World. (2002)

『グローバル公衆衛生』

☆Rober Beglehole 編：Global Public Health. (2003) Oxford Univ. Press.

などがある。

最近の「新型肺炎(SARS)」問題など、まさに「グローバル公衆衛生」の課題といえる。そして、発生源、感染源の国が情報に関して「鎖国」的スタンスをとれば被害が増大することもグローバル

時代、つまり人口の国際流動の増大した時代を象徴する。そして私たちはグローバルなスタンスとともに、歴史的な視点を持たなければならない。

例えば SARS 問題で、感染症に対するルーチン・ワークをきっちりやって被害の拡大を食い止めたベトナムの場合、それなりの歴史を背負っていたことに着目すべきである。端的にいえば、フランス植民地時代の「仏領印度支那」（「仏印」と略称され、現在のベトナム、ラオス、カンボジアにあたる）には「パスツール研究所」が4カ所あったということである。

1941年7月、日本軍は太平洋戦争の開戦準備のために、それまでの北部仏印進駐を南部にまで拡大するのだが、その時の模様について、当時の「日本医学及健康保険」（1941.9.13）は「仏領印度支那に於ける4つのパスツール研究所」として次のように報じている。

「仏印における4つのパスツール研究所をここに紹介する。現在迄に於ける仏国の仏印に対する医事衛生を通じての植民政策は比較的 success して居

る。此の医学方面に就いて反仏派の安南人ですら、フランスに感謝すべきは衛生整備だけだらうと云ってゐる程である。」

この4つのパスツール研究所についてベトナムからの留学生に聞いてみたが、名称を変えて、現在もおおむね機能しているようである。このような歴史的積み重ねを重視するとともに、この記事に出てくる「土人の医師、薬剤師、看護婦、産婆等有資格者3,000を超え」とか「パスツール研究所が土民のために用意した種痘」という表現に見られるような「土人」「土民」感覚で「グローバル」に行動してはならない。その前に、その気になれば1年間の3回米がとれた豊かな穀倉地帯で多くの餓死者を出すほど食糧調達を行なった日本軍の悪業も明確にしておかなければならない。

なお「河内」を「ハノイ」と読み、「西貢」を「サイゴン」と読むような読み方はデイサービス通所の高齢者から教えてもらったらいだろう。

（のむら たく、国民医療研究所顧問）

講座・福祉国家のゆくえ第1巻 宮本太郎編著

『福祉国家再編の政治』 ミネルヴァ書房 (2002年、3500円)

田中 夏子

本書の諸論文は、グローバル化の中で欧米福祉国家の諸モデルがどのような変容に直面しているかについて、各国研究の成果をベースとしつつも、問題提起のスタイルとしては国家の枠組みを超え、国際関係論や比較政治学の視点・手法を用いて展開されている。その際、グローバル化がただちに福祉国家の弱体化や市場主義の優位を生む、といった構図に疑義を呈し、むしろグローバル化のもとで再編を試みる福祉国家が逆にグローバル化を再規定していくベクトルも見逃すべきではないとする点が、評者にとっては示唆的であった。

評者はこの分野を専門領域とする者ではないが、それでも書評という任をお引き受けしたのは、本書の示唆する視点と手法が、様々な研究領域においても極めて重要なものと認識しているからに他ならない。

* * *

まず序章(宮本論文)では、これまで社会に「埋め込まれていた」市場が、グローバルな自由主義台頭を受けて「掘り起こされ」てきた過程がどのようなものであったか、そしてさらに再びの「埋め込み」がいかなる形で進行しつつあるか、それを階級、国際関係、ジェンダーという3つの諸相及び諸相間の相互作用を通して描き出している。市場の、社会への「再挿入」のシナリオを、宮本氏は2つ流れによって指摘する。1つは、国際関係機関等を中心とした、「上からの」改良主義的な埋め込みである。これまで自由主義を支える機能を担ってきたIMFや世銀においても近年はストレートな自由主義的基調が後退し、セーフティネットを志向する。特に世銀ではA.センの影響もあって、人的資本への投資や労働を通じた社会参加(ワークフェア)が重視されるようになっていくという。ILOの市民所得論やディーセントワーク論もこうした流れに位置づこう。

これに対して「下から」のグローバリゼーションは、第1にフェア・トレードや社会的責任投資運動等の国際的な市民活動、そして第2は福祉国家再編の動きそのものであるという。国際機関を中心とした「上からの」改革の、各国政策に対する

影響力は当然多種多様である。またこれに対応する各国の側も、グローバルな動きに翻弄されるのみの受け身的なアクターに留まるものではない。グローバル化への対応の中で、各陣営では従来のレジームモデルを刷新しながらワークフェア、市民所得、NPOやNGO、ジェンダー視点に立った労働政策へと取り組んでいく。しかしその意味合いは一樣ではない。場合によっては、市場的なものを社会的なものに埋め込むのではなく、その反対に社会的なものを市場的なものへの動員していく方向にもつながり得よう。序章以降の諸論文でも、同じような政策的手法でありながらベクトルの異なるいくつかの展開が綿密に描かれていて興味深い。

宮本氏は、福祉政策をめぐって、グローバルな諸勢力の変化を、イデオロギイ的な対立軸とは異なる新しい軸で描き出し、またそれらが各国の政策をどう規定しているか、さらにはそうした各国の動きが国際関係機関の動きにどう投影されているか、これまでの論文においても言及してきた。本書はそうした「福祉政治」のあり様をさらに広範にカバーし、第1部においては北欧、オランダ、イギリス等、福祉国家論の典型例とされる国別に、また第2部においてはワークフェアをはじめとす



る新たな福祉構想のキー概念に沿って展開していくものである。

各章についての概要とその意義については、序章において宮本氏が丹念に論じているため、本稿では、各章の議論において、評者が示唆を得た部分を中心に筆を進めることをご容赦いただきたい。

* * *

第1部の冒頭章（新川論文）では、階級運動のあり様と福祉政策の関連に着目をする。ギルド的伝統に基づく労働組合を主軸とした保守体制では、補完原則をベースとしつつも、制度間の調整の過程で、結果として広い層をカバーする比較的手厚い保障制度が存在した。これに対し半熟練の広範な産業労働者が労働運動の主軸となった社民主義の場合、普遍主義の原則を土台としながらも、給付水準は平均的市民生活に設定したため、保守体制下の保障の様相と似たものになったとする。さらに、自由主義体制における社会保障は、階級団結が弱く、企業福祉が中心となり、「脱商品化」の度合いが低い。

このように、これまでの福祉政策のあり様と階級運動の展開の密接な関係を確認した上で、新川氏は、今日の福祉国家の再編においても、「階級」が重要なファクターとして機能することを、脱工業、脱フォーディズム、脱物質主義の3つの観点から認めていこうと試みる。こうした作業を経て、著者は労働組合が福祉政治の再編過程で今後重要なアクターとして再生する可能性を示唆する。

私見では、福祉社会論、とりわけNPO等を念頭においた新たな参画と自治の実験が広がる中で、確かに労働運動の積極的な位置づけはあまりなされてこなかった。それは企業別の男性正社員によって担われてきた労働運動そのものが、市民運動との連携を容易になしえなかった結果とも言えよう。その性格付けのままの労働組合「再生」は困難といわざるを得ない。しかし他方でマージナルな部分からの労働を求める運動（合理化の憂き目にあった人々、倒産や解雇で自主生産に携わる人々、労働市場への参入が阻まれる女性、高齢者、障害者等）は、地域社会での人間らしい暮らしの追求や新しい貧困の問題を「働き方」と結びつけながら、通常の労働運動と比較して、はるかに敏感な応答を重ねてきた。

ワークフェアの両義性（福祉の後退か社会的排除の克服か）が問題とされる中で、働く側がその意味を確定していくには、これまでマージナル層とされてきた労働者相互の連帯と並んで、既存の労働運動が自己刷新を図りながら周辺の労働者とはどう結び合っていくかのシナリオが必要となつてこよう。

続いて第2章（小川論文）では、北欧研究と関わって2つの点で新たな視点を喚起する。1つ目は、類型化された北欧モデルの相対化。また2つ目は、福祉や参加の到達点が、EU市場統合や右傾化に直面してどのように揺さぶられ、再編成されつつあるかへの言及である。

まず1つ目の課題については、北欧における福祉国家戦略を、コーポラティズム、規制・補助金政策、為替管理政策、福祉国家政策の4つの視点から国別に特徴付けていく。その上で、北欧社会における政治、社会、経済の「女性化」過程をたどり、政党や社会運動で進行してきた「女性化」が「制度化」（「上からのフェミニズム」）を経て、当初は女性登用に抵抗を示した労働界に「波及」をもたらしつつあること、しかしながらともすれば能力主義への女性の引き込みとして「波及」が行われる場合もあり、肯定的な評価で決着を見ているわけではないこと等を指摘する。

さらにEU統合をめぐる世論形成の場面においても、ジェンダーは、階層や職業と同様、分岐を形成する大きなファクターとなっていることに言及。例えばそれは北欧各国において女性が担ってきた公共的な部門、再生産部門（権利、平等、福祉、環境、農業等）が、EU統合によって悪化するという警戒心となって現れているとする。

また2つ目の課題として、従来型の、普遍主義的対応と積極的労働市場との間の取捨選択ではなく、産業創出や経済パフォーマンスまで視野に入れた政策の高度化と、それを支える社会哲学や合意形成が新たに求められていることが示される。マージナルな存在としてひとくくりにされてきた諸主体の間の葛藤も顕在化しつつある現在、共生の論理についても一層の緻密化が必要とされていることがうかがえる。

第3章（水島論文）では、オランダを主たる対象としつつ、保守的な政治土壌の中で福祉国家が

直面した困難（例えば非就労者の滞留）に、どのような改革がなされてきたのかをたどる。オランダの社会保障は、もともとはキリスト教民主党的影響力のもと、男性稼得者を主軸とした給付構造や宗教系NPOの発達等に特徴づけられるものであった。しかし70年代の石油危機以降、肥大化する福祉支出に歯止めをかけざるを得なくなり、80年代の政労使の合意に基づく賃金抑制や女性のパート労働化促進等を中心とする政策転換によって、「福祉給付より就労」を重視した「オランダモデル」が確立されていった。

水島氏は、このオランダの一連の改革について以下の2点に着目する。1つは男性稼得者中心だった家族モデルが女性のパート就労を前提とした新しいモデルへ転換していった点だが、その際、【正社員の男性+パートの女性】という【1+0.5】モデルから、男性女性それぞれが家事・育児・介護や地域の仕事といった、暮らしと生命を豊かにするための労働と、賃金を伴う雇用労働とをともに担う【0.75+0.75】モデルへの転換が意識されている点である。今ひとつは、古くから補完原理のもと維持されてきた非営利組織の役割が以前にも増して重要になってきている点である。

私見を言えば、上記2つの課題は次のような結びつきをもつ。【0.75+0.75】モデルの追求は、単に女性労働の「商品化」のみならず、男性労働の「脱商品化」を同時進行させる二重のワークフェアが意図されているともいえる。この場合、男性労働の「脱商品化」は当然、福祉の給付対象に転じることはない。暮らしと命を守る「サブシステンスな仕事」（非営利事業の一部やボランティアな活動もこの部分に位置）への「非商品的」参加を意味する。評者は、この二重のワークフェアの視点が極めて重要であると考えている。

第4章（阪野論文）では、イギリスを対象として、社会政策と労働市場政策とのリンケージの変遷を、サッチャーからブレアに至る時代の流れの中で論じている。両者を関連づけるワークフェアの考え方は、サッチャリズムにおいても中心政策となっていた。ならばブレア政権下のワークフェアは、保守政権下のそれとどのような連続性・断絶を有するのか。それが阪野氏の立てた問いである。

著者は、イギリス保守政権下におけるワークフェアを、訓練プログラムへの強制参加と短期の「再商品化」を特徴とする「ワークファースト・モデル」とし、スウェーデンにおける「人的資本開発モデル」と区別したベックの類型を紹介しながら、ワークフェアの多様性を示唆する。しかし著者は、より本質的な違いとして「政策的文脈」における位置づけに着目する必要性をも唱える。端的に言えばスウェーデンにおけるワークフェアが完全雇用と不平等の是正を目的として展開したのに対し、サッチャー及びメイジャー政権のそれは、労働市場の柔軟化及び企業の利害に沿った人材育成を主軸においたものだったとされている。保守政権下のイギリスでは、ワークフェア制度化の過程で労働組合の関与は希薄化し、労働市場形成の主導権は経営者側に握られることになった。同時期、所得格差の増大も進んでおり、「貧困層」が保守政権下の15年間で2倍になったという。

これに対し、ブレアのワークフェアはどのような異同を持つのか。「第3の道」の主旨からすれば、ブレアのワークフェアはスウェーデン型への移行が期待されるものの、阪野氏はそうした見方に対し、楽観はできないとしてブレーキをかけている。ブレアは、政治政策についてはサッチャーとの違いを鮮明にするも、マクロな経済対策においては鮮明な違いが認められないというのが著者の主張である。その要因として、著者が、労働運動における資源動員の弱さと並んで挙げているのが、企業が相互に自分たちの行動を調整する社会構造の不在である。いわゆる「調整型市場経済」に存する企業間の「行動調整ネットワークが存在しない」社会では、個々の企業が短期に結果を出すことに邁進する競争圧力だけが突出する社会だからである。

さて、以上の第1部で、各国分析とともに、そのキー概念が出そろった。続く第2部ではその概念を主軸に議論が展開される。

第5章（重森論文）は、主として第4章で問題とされたワークフェア概念の歴史的な源泉をたどる。現在のワークフェアの多様性を理解するためにも歴史的な前提に関わる理解は欠かせまい。重森氏は、慈善組織教会によるワークフェアを射程に入れた救済対象者の選別、チャールズ・ブースに

よってなされた、就労生活に対する道徳的態度に基づく支援対象の綿密なカテゴリー化、そしてウェット夫妻による、サービスと規律を連結した普遍主義的な予防政策としての支援等、3つの就労支援スキームを示しながら、その異同を明確にする。

それらの共通項は、政策対象となる労働者のカテゴリー化、「勤勉」という道徳的価値観、そこからの離脱に対する懲罰的な対応等であるが、こうした就労支援スキームが今日にそのまま適用できるわけではむろんない。著者の問いかけは、現代社会がベースとしうる支援スキームのあり方だが、前章とあわせて考えれば、それぞれの人生や発達の過程により沿った就労支援への舵切りが容易でないことは明らかであろう。

第6章（深澤論文）では、フェミニストによる福祉国家研究の成果を挙げた上で、特に「比較福祉国家研究にジェンダーを組み込んだ独自の分析枠組みを構築」した点に着目し、主として「女性の受給資格」と「ケアワークの社会的編成」の2点にわたる議論が展開されている。著者は、ベヴァリッジ・プランがもつジェンダー観が、イギリスのみならず各国の福祉政策を大きく規定したとして、まずはその特徴から言及。ベヴァリッジ・プランでは、男性＝稼得者規範を打ち出す一方、無業の妻によるケアワーク（無償）を間接的ではあれ、制度的に反映するような内実をもっており、「アンペイド・ワークの社会的評価に途を拓いた」ことを忘れるべきではない、とする。

現在では、ジェンダー平等化の、政策への組み込みが徐々に進行しつつあるが、特にケアワークにおいて、アンペイドワークの社会的評価と、アンペイドワークへの公的領域（NPO等家族以外の担い手の普及）への移行、そして「男も女もともに稼得者であり家族世話係である」というジェンダー関係作りの三者が多様な形で取り組まれていることに、著者は着目する。しかしながら実態的には、「評価」と「公的領域への移行」がある程度進行したとしても、例えばインフォーマルな介護労働に対する手当受給者のほとんどが女性であるという事実は厳として存在する点も指摘し、インフォーマル・フォーマルにわたって「男も女も」分かちあっていく仕組みづくりをジェンダー

・ポリティクス課題と締めくくる。

第7章（北島論文）では、政府とNPOとの関係が言及の対象となっている。いわゆる政府の失敗がNPOセクターの成長を誘発したとする制度選択論的な相互排除パラダイムに対し、著者は、政府とNPOとの相互関係を実態に即してたどることで、疑問を投げかける。

さらに、両者の関係を描くにあたっては、財政援助のメカニズム（ファイナンスと供給の分離の様態）を詳細に論じながらもそれだけでは不十分であるとし、併せてレギュレーションに基づく類型を試みている。ファイナンス/供給分離モデルは、NPOと政府の関係の一部を代表するものではあっても、それだけで両者の関係をトータルに捉える視点とはなり得ないからである。著者はサイドルに基づいて他の2点、政策形成プロセスにおける両者の交渉という政治的な次元、及び契約や事業評価に関わる両者の相互作用への着目を促す。

NPOが社会的認知を受けるにつれ、本来有していた多面的な社会的機能や意義への言及よりも、それを経済組織としてどう高度化していくか、といった点に議論が集中する傾向の中で、上記の問いかけは重要である。

第8章（堀江論文）は、福祉国家の担い手のあり方、「シティズンシップ」に関わる議論である。福祉国家の再編や非営利組織の台頭と、市民社会論の隆盛は無縁ではない。とりわけグローバリゼーションやそのもとで進行する「新しい貧困」問題に対応する主体に関わる議論として「シティズンシップ」論が改めて注目を浴びる段となった。

堀江氏は、T.H.マーシャルのシティズンシップ論をたどった後、その批判の概要を示しつつ、「経済成長の鈍化」と「ライフスタイルの変容」といった今日的視角からシティズンシップ論の再編成を試みる。「ワークフェア」が新たなシティズンシップの議論に照らした時、どのような問題点を有しているか、「ベーシック所得」がライフスタイルの多様化に答えるシティズンシップのあり様としてどのような可能性を持つか等、これまでの本書のキーワードを、シティズンシップの枠組みで検討を加えている。

そして終章（住沢論文）においては、福祉国家再編にとって「第3の道」論がもつ意味が検討さ

れる。「第3の道」は、グローバル資本主義の推進者なのか、あるいは社会的公正の担い手なのか…。著者は、「第3の道」論およびその批判、そしてさらに「多様な第3の道」論をたどった後、「第3の道」が対応すべき2つの課題を提示する。

1つは社会的排除を「分配」の公正化によってのみならず、「承認」という枠組みからとり組むべきとする考え方である。今1つは、グローバリゼーションによってより深刻化する南と北の格差への対応である。

序章で指摘されていた国際関係機関の関与が大きく求められる課題でもあろう。しかしそれは国際関係機関にすべてゆだねるという意味ではむろんない。グローバルなレベルでの「第3の道」の構築は、ローカル、ナショナルなレベルでの「第3の道」の構築と連動するものである。分権化された場での「第3の道」が、ナショナリズムやグローバルレベルでの排他主義に転じない保障がないことは、第2章においても示唆されているところである。それぞれの位相における「第3の道」の相互作用のあり様も、ますます重要な研究課題

となってくることが終章でも示唆されているよう。

* * *

さて、内容に沿った紹介を中心に評者の関心も折り込みながら筆を進めてきた。各国の福祉政策を縦糸に、また今日、先進諸国が直面する福祉政策の共通課題をキーワードとして横糸においた本書は、福祉国家の今日を立体的に描き出すことに成功している。しかし本書の魅力はそれに尽きない。私事で恐縮だが、ヨーロッパの非営利・協同組織に関心を寄せてきた評者が、研究調査の上で常に悩まされてきたのは、地域別、領域別に膨大に蓄積された先行諸研究の整理をした上で、いかに比較の視点を持つのか、またその比較の視点をどう個別研究の中で運用しうるのか、といった視点と方法についての困難であった。

その意味で、本書は、研究方法の面からも、また当然議論の内容からも極めて多くの示唆を得ることができ一書といえよう。

(たなか なつこ、都留文科大学教員)

【事務局ニュース】 4・機関誌の論文募集

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

【事務局ニュース】 5・会員募集と定期購読

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』を追加購入される場合、会員価格でお求めいただけます。（なお、会員への機関誌送付部数は、団体正会員1口5部、個人正会員1口1部、団体賛助会員1口2部、個人賛助会員1口1部となっています。）

○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（年会費）

	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

定期購読 機関誌『いのちとくらし』定期購読の申し込みも受け付けています。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、会員の方には機関誌が送付されますが、会員価格で追加購入もできます。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

機関誌『いのちとくらし』バックナンバーの紹介

● 3号 (2003.05)

- シリーズ非営利・協同入門(1)「非営利・協同とは」 角瀬 保雄
 - 座談会「福祉国家の行方と非営利・協同、医療機関の役割」 後藤 道夫、高柳 新、司会：石塚 秀雄
 - 論文「地域づくり協同と地域調査実践」 大高 研道・山中 洋
 - 論文「介護保険制度見直しと法改正に向けての展望」 伊藤 周平
 - 文献プロムナード(2) 「地域への展開」 野村 拓
 - シリーズ「デンマークの社会政策(上)」 山田 駒平
 - 「アメリカの医療と社会扶助の産業統計の特徴」 石塚 秀雄
 - 書評・「八代尚弘・日本経済研究センター編著『社会保障改革の経済学』」 高山 一夫
-

● 2号 (2003.02)

- 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
 - 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
 - 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
 - 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
 - 文献プロムナード(1) 「もう一度、社会医学」 野村 拓
 - 海外事情 「アメリカの医療従事者の収入事情」 石塚 秀雄
 - 書評 「日本へ示唆『ヨーロッパ型資本主義』」 窪田 之喜
-

● 準備号 (2002.10)

- 発起人による「新・研究所へ期待する」
- 特別寄稿論文
 - ・「市場経済と非営利・協同—民医連経営観察者からの発信—」 坂根 利幸
 - ・「医療保障制度の問題点—フランスの事例を中心にヨーロッパ医療制度改革の問題点—」 石塚 秀雄

【FAX送付書】

切り取ってお使いください
研究所のFAX番号：03 (5770) 5046

研究所リーフレット送付の申し込み

フリガナ		送付部数
氏名		部
参加区分 (○をつけてください)	正会員	賛助会員 一般
所属		
連絡先住所	〒	—
電話番号		
電子メール@		@

<input type="checkbox"/> 読者の声	機関誌や研究所に対するご感想・ご意見・取り上げて欲しいテーマなどをお寄せください (機関誌等に掲載することもあります)。	
お名前・ご所属等		年齢 才
ご連絡先住所	〒	
電話番号・電子メールなど		
<input type="checkbox"/> 機関誌送付	会員の方で次回から部数変更を希望する方は、上にお名前と右に冊数をお書き下さい。	次回()号からは部

へきりとり

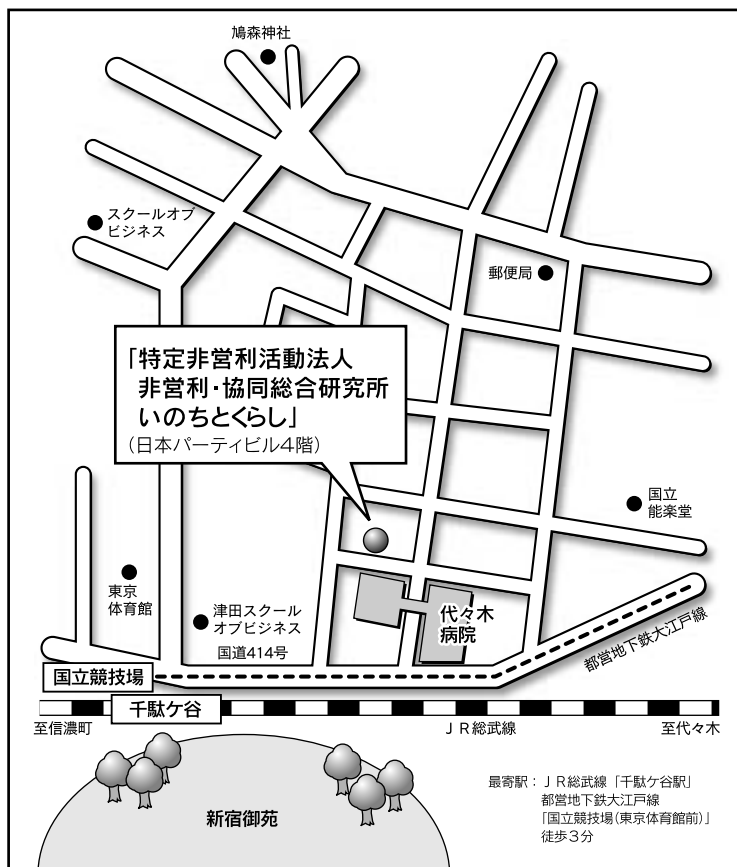
【次号第5号の予定】(2003年11月発行)

特集:行政と非営利組織との「協働」(予定)

- ・ 座談会「医療福祉政策批判と非営利・協同セクターの役割(仮題)」
- ・ 日本のNPOにおける医療福祉セクター
- ・ 市町村統合とコミュニティの保険医療体制の変化、など

【編集後記】

横のつながり・連携の大切さ、またその可能性を感じた座談会であり、公開研究会であった。当研究所は、非営利・協同セクターのネットワーク作りを大きな目標の1つとして掲げているが、特定非営利活動法人の認証を受け、その公益性の追求に不断の努力をしたいと考えている。



「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」 事務局

〒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
ホームページ URL: <http://www.inhcc.org/> e-mail: inoci@inhcc.org