

目次

- 巻頭エッセイ「地域づくりと協同のひろがり」 ……………山田 定市 1

特集：非営利・協同と労働

- 座談会「非営利・協同組織における労働の問題——医療労働について」
…田中 千恵子、二上 護、大山 美宏、岩本 鉄矢、坂根 利幸、
角瀬 保雄、司会：石塚 秀雄 2
- 非営利・協同入門⑥「ワーカーズ・コレクティブ、NPOでの就労に
関する論点と課題」 ……………山口 浩平 22
- 論文「市民を守る金融システムは出来るのか」 ……………平石 裕一 28

- 論文「介護保険制度『改革』の狙いと背景」 ……………相野谷 安孝 36

- 第4回公開研究会報告「地域医療と協同の社会——金持ちより心持ち」
……………色平 哲郎 45

- 海外医療事情②「セネガル保健事情——見過された優等生？」
……………林 玲子 64

- エッセイ韓国から①「わだかまりを越えて」 ……………朴 賢緒 66

- 文献プロムナード⑨「全人的ケアの歴史」 ……………野村 拓 70

- 書評「ボルザガ、ドウフルニ編著、内山哲朗、石塚秀雄、柳沢敏勝訳
『社会的企業——雇用・福祉のEUサードセクター』、
日本経済評論社、2004年」 ……………日野 秀逸 75

- 事務局ニュース …………… 69、74、77、82

- 研究所発行物バックナンバー …………… 78

地域づくりと協同の広がり

山田 定市

わが国の非営利・協同の活動は、1998年の特定非営利活動促進法（NPO法）の制定を契機にして急速に拡大しているが、非営利・協同の活動に共通する特徴の一つは、協同の活動の広がりの中に公共の利益、公共性との接点が見出されることに示されている。

NPO法では、法制定の目的として「不特定かつ多数のものの利益の増進」＝「公益の増進」を明確に掲げているが、同様の主旨は一連の協同組合法制の中にも見ることができる。

協同組合が組合員への最大奉仕を目的として営利を目的としないことは周知のことであるが、同時にその中に公共性との接点を見ることができる。ちなみに農業協同組合法では「この法律は、農民の協同組織の発展を促進し、以て農業生産力の増進と農民の経済的社会的地位の向上を図り、併せて国民経済の発展を期することを目的とする」（第一条）と規定している。その意味する内容として、協同組合は単に組合員の協同の利益を実現することにとどまらず、組合員の「協同の利益」をめざすことによってその「経済的・社会的地位の向上」を実現することを通してさらに「生産力や国民経済の発展」という「公共の利益」を実現することに通じるものとして位置づけられている。ほぼ同様の主旨は消費生活協同組合法や水産業協

同組合法、中小企業等協同組合法、さらに森林組合法、信用金庫法などにも見ることができる。つまり協同組合による「協同の利益」の実現が「公共の利益」に結びつく、という位置づけの中に協同性と公共性との接点を見ることができる。

さらに非営利・協同が目指す公共性とかかわって非営利・協同の活動の基盤が地域であるという共通の特徴にも着目する必要がある。この点については、農協法などの協同組合の関係法規では、その定款を定めるにあたって、その存在の圏域として地区ないし区域を明示することを規定している。NPO法人については同様の規定はないが、NPO法人の大半は実際には地域を存立の基礎にして活動している。これらを総じて、非営利・協同の諸組織はいずれも地域を基盤として存立し、地域に責任を持つ諸活動を通して公共性の実現に貢献している、と見ることができる。

いま各地で起きている地域破壊の実態を目の当たりにして、地域の再生を目指す地域づくりに向けて、非営利・協同の活動をいっそう広げると同時に、地域づくりを目指す協同のネットワークを構築し、さらに地方自治体や国に対して政策要求をいっそう強めることが求められているといえよう。

（やまだ さだいち、北海学園大学教授）

「非営利・協同組織における 労働の問題—医療労働について」

座談会出席者

田中千恵子（たなか ちえこ、日本医労連委員長）

二上 護（にかみ まもる、二上法律事務所）

大山 美宏（おおやま よしひろ、立川相互病院院長、全日本民医連副会長）

岩本 鉄矢（いわもと てつや、庄内医療生協副理事長、全日本民医連事務局次長）

坂根 利幸（さかね としゆき、協働公認会計士共同事務所）

角瀬 保雄（かくらい やすお、総研いのちとくらし理事長）

司会：石塚 秀雄（いしづか ひでお、研究所主任研究員）

医療労働の現場は今

司会 昨今の医療をめぐる情勢の変化によって、医療労働にも大きな変化が起きていると思われまます。まず、医労連委員長の田中さんから医療労働者にどのような変化が起きているのか、どんな問題を抱えているかを簡単にご紹介いただきたいのですが。

田中 一言で言うと、超過密状態が年々進行しているということです。日本医労連は、2004年秋闘で「全国一斉退勤時間調査」を行いました。何時に仕事を終えて帰ってくるかを組合員が出口で待っていて、「何故こんなに遅くなったのか」ということなどを、個人聞き取りを中心として行いました。約4万人のアンケートが寄せられました。

回答は6割が看護師で7割が30歳以下でした。



大半が夜勤・交替制労働者でありながら、平均約75分を越える恒常的な時間外労働です。長い人は2時間、3時間と残業しています。だいたい日勤が夕方5時に終わる人が8時、9時、それでも帰ってこないで、病棟を回るとまだいるということです。遅く帰るだけではなくて、朝も8時半出勤が8時や7時半に出て前残業している実態が明らかになりました。そのうち、時間外労働の賃金が払われていたのが3分の1で、3分の2は払われていません。不払い賃金分を推計すると、一人当たり年間45万円程度、病院では年間総額7500億円程度になります。私どもは不払い賃金をきちっと払わせるということだけではなくて、増員にどう結びつけるかということも、もう一つの目標にしています。金額を増員で換算すると13万人程度になります。

もう一つは、正職員がパートに置き換えられているということです。看護助手や現場部門だけでなく、看護師でいうと外来はみんなパートにするなどです。医療現場では2割から3割が非正規労働者になりつつあり、多い病院は半数が非正規と

言われています。賃金もトータルとして下げられるし、雇用条件も切り下げられ、組合員の比率も少し下がります。

その結果、何が起きているかということ、定着率が悪くなるのです。特に看護師は辞めてしまう。また病院が募集しても来ない。卒業した直後、フリーターで働いているということも聞きます。また1年もたない若い看護師もたくさんいる、それは労働現場が非常に過密なのと、医療事故等の不安があって精神的にも耐えられなくなり、辞めざるを得ないということが現実には起きているわけです。

私たち医労連の運動としては、働き続けられる職場をつくるということと、もう一つはパート等賃金労働条件底上げと組織化ということを重点にして運動しています。

司会 やはり正規労働と非正規労働が二極化してくるし、専門職が非常に過労状態になるということで、一般の労働市場と同じように、二極化が進んで労働者の条件等がかなり劣化していくという状況かと思うのですが。大山先生のいらっしゃる民医連ではいかがでしょうか。

大山 民医連の看護労働ですね。自分の勤務して



いる病院が一般急性期機能で、この1月から急性期特定入院加算認可をとっているものですから、平均在院日数が17日以下ということになります。そのうちの50%の患者さんは2週間以内で退院ということで、

以前の状態からすると入院の患者さんは70名ぐらい増えているのです。そうすると、医療の現場、病棟などは非常に密度が濃くなっていく。とりわけ医師労働・看護労働共に濃くなっていく。それから、当然、国民的課題の安全性というものがありますが、安全性の問題と、やはり信頼関係をどうするかという、いわゆるインフォームドコンセントといわれるコミュニケーションですね。それを重点にやろうとすると、何でも時間をとってお話するというのと、それを記録に残すということ

が求められるので、そういうことで以前から比べると、相当に労働が増えているという状況です。

例えば、看護配置基準でいうと患者対比は2対1なのですけれども、うちの病院は1.7対1まであるのです。基準以上にいるわけです。それでも厳しくて、去年25名の新卒看護師が入って、1年もたないで5名が辞めています。

これらはメンタルが多いですね。これは新卒だけではなくて、やはり数年たった看護師もメンタルがあって、精神科医と相談しながらメンタルの調査をしているのですけれども、そういうふうな問題として現れているという状況です。

ところがうちの病院だけではなくて、日本全体が四次医療法のなかで、急性期病院、一般病院それから療養型、と分かれる中で、やはり全体として、急性期は急性期らしく動いていくので、労働強化も行われていくのではないかなと思います。

司会 ありがとうございます。一方で労働強化があって、一方で労働の専門性ということが求められて、なおかつ実際には非正規化が進んでいく。医療労働の現場では、そのへんのバランス調整というのは、岩本さん、どういう感じで実際対応しているのですか。

岩本 医療そのものは大枠、制度で全部縛られて



いる世界です。いまの制度の中でより多くの収入を上げようとするれば、入院患者さんの在院日数をどんどん短くして病床の回転率を上げなければならぬ。そのために、急性期の病棟などでは入退院が頻回で、それを技術的に支えるために電子カルテ等のIT化がすすめられ、急回転の医療管理の中での安全性確保のためにリスク・マネジメントが導入される。これらの取り組みのすべてが看護労働の高密度化に繋がっているのだと思います。ところが、こうして確保される収入でも、基準以上の人員配置をした途端、不採算となってしまう。在院日数の基準をちょっと超えてしまった途端に収入が激減する。増員すれば過密労働の緩和になる

ことは、わかっている、入れた途端に経営的に立ちゆかなくなってしまう。大規模な病院では、疾病別の病棟編成だとか、症度別の病棟編成などを進めて、仕事の基準化や標準化を徹底したり、看護職の傾斜配置などを行ったりしてこの状況を乗り越えようとしています、様々な疾患や症状の患者さんに限られた病棟の中で対応しなければならない中小規模の病院ではそうした対応もできず、最も矛盾が集中している状態にあると思います。

ですから制度的な問題も含めて考えていかなければいけないということです。今、特にそれがひどくなっているのは介護保険の領域で、もっと拍車をかけているわけです。医療よりももっと単価も安いし、現実的にはもっと少ない体制でほぼ病院と変わらないような重症度の人をたくさん看なくてはいけないということがあって、逆にそのことに医療が合わせろというふうになってきているということですね。

坂根 多分、今の診療報酬制度の収入ランク想定



で、それに該当する医師・看護婦の法定数があり、民医連の場合にはそこを一応基準にして、基本的な定数等々を考えると、そういうことできているのではないですか。

先ほどの田中委員長のお話は、それでもなぜ先ほどみたいな過密労働になってしまうのか。ちょっと私はそこところはわからないのです。定数を満たしていたらそうはならないのか、それではやはり法定数みたいなことが様々な労働の累積的な事柄によって、経済性はともかくとしても、労働そのもののけりがつかないので、やむを得ず残業ということになってしまうのか。そこがちょっとかみ合っていないような感じがします。

大山 一般的な認識は、基準の体制はとっても、過密労働は解消しない。基準そのものが絶対的に不十分でおかしいから。

岩本 今回の制度の中で最高の看護配置基準は、患者さん2人に対して看護職1名の配置である2対1看護です。しかし、その基準の中で休日も保障して交代勤務もこなさなければならぬわけだから、実際には平日の日勤帯でも患者さん4～5人に一人の看護職が対応している状態です。しかも、すべて重篤な症状の患者さんだとしたら、実際にはぜんぜん、足らない状態になります。

大山 ですから、日本と違って欧米では病人がいるとすれば、夜間は3分の1とか2分の1常時いるわけです。日本の場合は2人または3人、4人という事はあるのですか。

岩本 ないでしょうね。

大山 だいたい50人病棟だとすると、まあ3人です。最大多くて3人しかいませんから、17分の1とか。

田中 基準そのものが低すぎるのです。

大山 基準そのものに問題がある。

田中 基準を満たしても常時2対1とか3対1ではありませんから、日勤でも5～8人、夜勤は2人、良くて3人ということになるのですね。

大山 ですからもう1回それこそ、基準をあげるような看護増員運動をしない限りは、今の過密な現状は続く。あとはいろいろな意味のツールとかソフトを使って、どう援助するかということになってくるわけです。

坂根 今回の医療法の効率化みたいなことでしょうか。

大山 日常的には私たちの言葉で言うと、歩ける患者さんと、担送や護送、要するにいつも寝たままの患者さんとどのくらい病棟にいるかということで、看護労働の密度がだいたいわかるので、看護度とか、介護度とかを調査するわけです。それでも全然違ってきます。

田中 そうしたところで、今の日本の配置基準では絶対に無理です。医師数の基準も低いからです。例えば、医師の仕事が看護師に回って、看護師は忙しくなって、看護本来の仕事を補助者に回すとか、そういう矛盾も出てきています。それが医療事故に結び付くということもあります。絶対的な人手不足基準なのです。

二上 医師も少ないということでは同じですか。

大山 いや、ですからどの水準でやるかということがありますが、世界的に安全でというのは、やはり欧米の4分の1とか3分の1の数ですよ。それでやれなくてアメリカでもヨーロッパでもいろいろな職種が医師労働を支えてきた。看護労働もそうですが、支えているわけです。例えばアメリカの放射線科はレントゲン写真を見ると、マイクでしゃべっているだけです。ちゃんとタイピストがいて全部打つわけです。日本はそうではない。医者はみんな自分で読んで自分で電子カルテを打っている。ドラマの「ER」を見てもらえば分かるように、そういうことをサポートするいろいろな人がいますよね。日本にはいないわけです。病棟にいれば医師と看護師しかいない。ですから人間の価値をどうみるかという問題ですよ。患者さんも価値低く見られているとなれば、医療労働者も低く見られているという中で仕事をしているから、ですから医療費を国民に対して安上がりで何とかするというわけです。

医療労働の性格

司会 アメリカでは医療労働者は、医師、メディカル・プラクティショナー、それからメディカル・アシスタント・プラクティショナーなど、職能分離が表で日本より相当細かく分かれています。そして看護師の資格は、日本の看護師よりはかなり独立的な職務分掌に分かれていますけれども、専門的な医療分業の資格を日本でも分けるというのもひとつの解決策



でしょうか？

大山 それは危険性もあるのです。アメリカのようにどんどん看護労働を本当に細かく切り刻んで無資格者を入れることは、専門性が発揮出来るかというところではなくて、やはりトータルに患者さんをつかまえる必要があると。24時間つかまえている仕事を分担化するわけです。それで、それこそ本当にいろいろな階層の人を入れることができるとして全体に賃金を下げることになるので、『コードグリーン』というアメリカの本が出ていますが、ある病院がプライマリーナーシング、一人の看護師が一人の患者が入院しているのに全部責任を持つという病院と、それこそチーム看護をしている病院と合併して、そのプライマリーナーシング、一人で責任を持つという病院のフォームの看護がつぶれた。それはもう要するに看護労働分断化ですね。

それから、基本は医師、要するにもっと医師と看護師をきちっと揃えるというふうにしていかないと。日本の場合は、おそらく看護師養成制度そのものが複雑でしたから。よけいその点は、逆に言うときちっと守っているのではないかと。

もっと整理してあげて、看護師のやる仕事とそうでない仕事に、看護師の職種を分けるのではなくて、もっと専門性を発揮出来るようなかたちを保障した方がいいのではないかと。看護師の労働を分けるのではなくて、看護師さんは看護師さんとして、事務系が入って病棟でやるようなことをやった方がいいのではないかと思いますね。

二上 病棟にも事務系が入るのですか。

大山 以前は入っていたね。立川相互病院には以前は入っていて、今はないのですけれども、電子カルテなどが入ってくることになれば、そういう事務系の人が必要なのではないかと思いますけれども。

二上 なるほど。

大山 今は医師の仕事か看護師の仕事しかないわけです。ですから、大部分は看護師が仕事している。

田中 電話を受けることから、掃除までですね。もちろん看護は、環境を整えることから伝達、観察、記録、報告など幅広く、患者さんと接する時間がいちばん多い職種です。他職種とのチームワークでも中心になっています。

司会 アメリカでは、医師が独立して病院を借り切ってチームを作っている場合もあります。日本の場合には、病院の法人種類も6か7ぐらいあって、大規模な国立病院や中小病院や、公的とか私的の区分もあり、労働者の方も公務労働者あるいは賃金労働者、あるいは非営利・協同労働の労働者という言い方が一部であるわけです。このへんの労働者の定義は法律的に、憲法、民法、労働法などで規定されていますが、非営利・協同セクターの医療関係の労働者というのは、どういう定義がいちばんぴったりでしょうか。賃金労働者ですか。

二上 それは賃金労働者でしょうね。労働基準法



は目的によって見方が少し違うとはいえ、基本的には賃金を得て働く者は同じ性質を持っていますよね。それが公務員であれ民間であれ非営利・協同であれ、一様ですよ。医師は普通の賃金労働者に比べれば少し特別

な境遇があります。そこははっきり議論しなければいけないのではないかと思うのですけれども。

角瀬 労働者としての一般性、共通性と医療労働というものの特殊性ですが、これについての突っ込んだ議論というのはあまりやられていないのではないかというふうに思うのです。労働一般のなかで、教育に携わる教育労働、それから公共サービスに関係する公務労働については、これまでも運動の面でもかなり議論がなされてきていたと思いますが、それに対して医療労働というのは命に関わる、そういう特殊性を持った労働なわけですから、その性格がどういうものかということについて議論があってしかるべきであろうと思うのですけれども、あまり見かけないということを常々感じているわけです。それと関連して現在の労働

の流動化のなかで、労働現場については大変な事態が進行しているということがわかってきたわけです。このことは同時に、医療を受ける、医療を利用する患者の側にとってみても、まったく深刻な問題になっているのではないかと思います。

そして、日本は欧米と比べて非常に劣悪なところに今進んできているということです。経済の面ではいろいろな場面でグローバルスタンダードということがよく言われるのですが、医療労働、看護等の基準ですね、それについては切り下げが進行するばかりで、グローバルスタンダードを守れという、そういう声が医療の労働運動なり、あるいは患者運動のなかから出てこないのはどうなのでしょう。

大山 医療労働のそのものというのは、昔、学生時代に芝田進午さんの『医療労働の理論』というとても難しい本を読んだ覚えがあって、それで嫌になったのですが(笑)。

グローバルスタンダードというと、これも二つあって、なぜ今、病院の数を減らしたりするかというと、厚労省は、ある意味ではグローバルスタンダードを使っているわけです。住民に対し、ベッド数が多い、病院数が多い。これが一つの日本の特徴だと。それからもう一つは外来患者が多いのだと。これが今やり玉に挙がっている。ですから、解決策として一つは病院を潰し、病院を潰すことによって、同じ医療労働者が病院に集中して、一つの病院にスタッフが増えるだろうと、そういうとらえ方をします。そして外来については、要するに患者が多いのだから、減らすためには長期処方をするということと、それから、軽いものは保険診療から外していく。そういう形になるのです。だから、物差しをどういう立場で使うかということによって、グローバルスタンダードという言葉の使い方が違ってくるのではないかと思います。

私たちから見れば、やはり人間の命を預かるということからすれば、それにふさわしい医師体制や看護体制や病院のあり方というものを、診療報酬でいえば、そういう平均在院日数にしても、もっともっと打ち出さなければいけないと思うのですけれども、それをグローバルスタンダードとい

う形でやると、言葉の二面性をどう扱うかだと思うのです。

二上 さっきの医療労働の性質という問題なのですけれども、今、医師について労働基準法を守れという指導がきていますよね。宿直などというのはほとんど労働する必要がない勤務というのが、本来の宿直のはずなのだけれども、実際は何人も患者を診る、一晩中働いている。これについて36協定を結べ、それから、そういう状態なら時間外手当を払え、こういうふうに言ってきている。まともに労働基準法を適用したら中小の病院は本当にとてもたちいなくなることを、一方的に指導してきている。その議論を考えるときに、やはり医療労働、医師の労働とはどういうものであるかということ、労働基準法をそのまま適用しているのかということを検討する必要がある。もちろん、今の過密労働及び厳しい労働は、これは是正しなくてはいかんという、正しい面も持っているのだけれども、そこの議論をしないと、この問題は進まないのではないかと思っているのです。その面から、そこの医療労働の性質を考える必要があるのかなあと、最近感じています。

岩本 実際に、国立大学が独立行政法人に変えられましたが、文部省管轄だったときは、研究者の研究時間の延長は残業手当の対象ではなかったものが、独立行政法人になったとたん研究者が賃金労働者になってしまって、残業手当を払えと。当局はそんな予算組んでいなかったので大慌てしている。

司会 今、二極化が進んでいます。正規労働者に対するいろいろな諸権利の法令遵守みたいなことが一方で言われて、例えば育児休暇を取らせよと。その片方で派遣労働やフレキシブルな非正規労働の劣悪な条件や低賃金とかが増えていているという、非常に奇妙な状態に日本の労働者が二極化しつつある。このままでいくと一部の労働者は非常に手厚い法律的な枠の中に入るが、片方には法律の枠なのだけれども権利関係が全然悪い、いわゆる非正規労働がどんどん増えて5割ぐらいになってくる。

医療労働の現場のなかでも、そういう棲み分け的なことでどんどん進んでいくのか、それとも例えば介護労働などの部分で、労働者性、労働者の権利を守る形で展開出来るのか。その交渉相手は制度的に見ると一般の民間企業では労使関係で済むけれども、医療労働の場合は国が決めた制度的な枠組みのなかで、労使だけで決めかねる問題が出てくるので、それは一種公務員的な労働者の性格が、単純に賃労働とは言えなくなってきたのではないかなと思います。

●介護制度に見られる労働の多様化

岩本 さっき言ったように介護保険が分離してきたでしょう。もともとが、少なくとも医療が、いわゆる介護の分野をみていたのです。社会的な入院というのを相当現実的には。私のいる鶴岡では、冬になれば間違いなく、越冬入院といって入ってきたのです。越冬入院だといって冬場と夏場と病床利用率が全然違うという現象が起こってしまったわけで。

坂根 冬は当然、外来が減っている。

岩本 その分を介護保険でというふうにしたのだけれども、ところが介護保健の分野は明らかに非正規労働で成り立ち、大多数が時間給で働いている人たちです。人件費が費用の大部分を占める介護事業は、そうした労働体系でなければ成り立たない報酬制度になっています。だから、民医連のなかでも介護事業を行うときには別法人にするか、医療職と別賃金体系を作るとかしないと事業として成り立たないというのが、現実的に起こっているわけです。

坂根 先ほどのグローバルスタンダードの論点ですが、二面性と言ったけれども、病院のところだけ見れば、確かに比較すればそういうことを示しているわけです。欧米の方が平均在院日数は短いじゃないの、と。それは短くても成り立つような地域の医療やケアといったシステムがあって、初めて全体として成り立っているのだけれども、部分的に比較したところで、切り下げをしているか

ら、トータル設計ではないのです。介護にしても、介護保険が、あるいは介護制度を含めた判断が必要なのだろうと思う。それは医療なのかどうなのかは別にして、どの保険でやるかどうかは別にして。税でやるか保険でやるかはわからないけれども、そこをトータルでグローバル比較をしつつ描いて追求しないから、部分的なところで非常に矛盾がどんどんどんどん拡大して、そのベースがとにかく公的負担を削減するということだけだと、基本的には矛盾を拡大してしまう。

角瀬 日本の介護の場合、国際的にみてその質と言いますか、それはどうなのでしょう。例えばドイツなどでは介護と看護とは一体、同質的なものだというとらえ方が制度的にもなされているようです。ところが、日本では介護労働の質は看護労働より1ランク低いものとして基準等の上でも十分評価されていないように思われます。こういう点が、私にはガンドと思うのです。



田中 その通りなのですが、これはやはりただ医療や看護、看護と介護ということだけではなく、日本の財界の一連の雇用政策のなかで行われていることで、大企業などもそうしているわけです。それを日本の医療や介護のシステムにそっくり当てはめているのです。先ほどグローバルスタンダードとありましたけれども、もし欧米並のベッド数にするのでしたら、それに伴う人の配置が欧米並に必要ですけれども、医療法や診療報酬上の基準は絶対変えないわけです。配置基準を変えずに国際的なベッド数、医療・介護の供給体制にしようとしていることは、ベッドを減らしても、人は増やしませんということです。

二上 全く片手落ちのことを進めているということですね。

坂根 その通り、片手落ちだと思うのですね。先ほどの病院が成り立たなくなったら、労働力が残

る方に移動するかといったら、必ずしもそうではないし、では移動したら人手が増えた分だけみてくれるかと言ったらそうではないし、ということでしょう。ですから、やはり片手落ちだろうと思います。

大山 先ほど言いましたが、それだけではなくて、やはり医療労働から逃避することになるわけです。今の看護師さんは。本当に1年目のそれぞれ4月いっぱいもたない。5月の連休前。前はいわゆる5月病があって、9月、10月で本当に病棟の当直独り立ちが出来るかといった、そういう悩みがあったのが、それがだんだん先まで伸びるようになった。今はもう5月連休前に、もう看護労働から逃避してしまうということまで起こり始めたのです。

二上 とんでもないところに入ってきたと、こういう感じですね。

大山 そういうことです。

二上 それは独り立ち出来るのが遅くなっているのですか。夜勤をまかせられるとか。

坂根 それはただ単に看護教育の問題だけではないですね。

大山 看護教育だけではないのと、医療の現場の労働密度がわかってくるからでしょう。

田中 例えば私が就職した頃は、循環器病棟にモニターが1台とか2台ですよ。相当昔ですけども(笑)。今は一人で何十台も見なくてはいけません。その20年とか30年前よりもスタッフが増えているかと言えば、そんなに増えていないのです。医療の高度化、薬品や医療機器の種類増などの煩雑化、また医療事故防止、インフォームドコンセントなど、今の若い看護師は覚える仕事が増え、医療の世界も競争社会になっています。以前は仕事ができない看護師がいても、1年間ぐらい教育して育てようと頑張りました。今はあの看護

師がいたら医療事故に繋がる、一緒に夜勤で組んだら恐いから早めに辞めさせろ、というようなこともあると聞きます。それぐらいひどくなっていると言うことです。

司会 現状というのは三方一両損で、医療労働者も患者も、社会全体でも得をしていない。それに対して、例えば医労連のような医療労働者が集まった団体としては、どんな対応策がいちばん有効だと考えますか。

田中 私は医療や社会保障に国庫負担を増やすしかなと思います。私どもも診療報酬を上げよという運動をしていますが、単純に国民的に見ると、医療費が上がるということになります。国民にわかりやすい運動が必要です。今の日本の医療制度の仕組みですと診療報酬が上がらない限り人も増やせない、経営的にも大変です。例えば、医療の安全に関わるコストは診療報酬から外して、一律国庫負担とする、その上で安全対策を講じないところは対処するなどです。例えばリスクマネージャーをすべての病院に雇用するため診療報酬からではなくて国が「安全のコスト」として負担するなど、今後検討する課題です。

岩本 診療報酬の立て方がめっちゃめっちゃですよ。安全管理をちゃんとしろと、そのために診療報酬をつけるのかと思ったら、やっていないところは減額だという、今までの基準から引くという、そういう診療報酬の付け方ですから。何か必要な事のためにきちんとそこを保障するというのではないのですね、やり方として。

坂根 だとすると、中医協のところの構造がやはりおかしいと思いますけれども。

大山 中医協についてはいろいろな問題があるし、本当にすべての病院やいろいろな医療機関とか患者の声が入っているかという、入らない構造ですから。

岩本 中医協の労働側委員というのは製薬会社の労働組合が持ち回りしているのであって、全然そ

ういう本当に働いている側の、医療を受ける側のという立場や意見になっていないのです。

坂根 私は病院を見ていて、一つはやはり日本の患者さんは薬漬けだと言われるでしょう。その問題が一つと、本当にすごいスピードでいろいろな機器が入っていますよね、しかも億単位の機械がいくつも入ってきていると。ですから技術革新そのものがすぐ悪いというふうになかなか言えないのですが、この進み具合というのは異常なのではないですかね。三方一両損といったけれども、そういうところだけは何か得しているというか、そういう面があるのですか。

大山 要するに医療費の中身を分析すると、日本の場合はまだ20%ぐらい医薬品なのです。それから医療機器、例えば東芝とかそういうメーカーに流れているのです。それは厳然としてその人にお金を使うのではなくて、そこに使っている構造があるのです。どういうふうに医薬品の値段を決めるかという構造そのものを変えるだけで2兆円とか3兆円とか医療費が減るわけですから、まだまだやれることはたくさんあると思います。

司会 今の医療費の中に医療機器の分と医薬品の分、医薬品は20%ぐらいなのですか。

岩本 20%ですね。

大山 医療機器はどうなのですか。検査機器とか。

岩本 検査機器はどのぐらいなのかな。

坂根 そういうもののグローバルスタンダードというのはないのですか。

大山 それは比較はできますよ。ですから、そういう意味では日本の場合は、そこが突出している。

岩本 だけど、本当に腹が立ちますよ、純利益が50%でしょう。武田薬品の今期の決算で言うと。粗利ではなくて純益が50%というのはどういうことかと思ってしまうぐらいです。

坂根 ぼろ儲けということです。

岩本 だから丸儲けなのですよ。

大山 それは手を付けないでしょう。

二上 その数字を聞いてしまうと、本当に、言葉を失ってしまいますね。

大山 ただ手を付けないのね。

岩本 それに手を付けると国際競争力が落ちるから。

●非営利・協同の医療労働の評価

司会 国庫負担を増加させるとか製薬会社の問題は、労働者たちにとっては外部的な問題、自分たちで直接どうしようもできない問題で、極めて政治的な問題だと思うのですけれども、そういう問題がなかなか解決できない。国庫負担ということは正論だけれども、実際の政治的力関係ではなかなか手が打てない。手を打つとすれば、具体的には例えば中医協を解体して別の評価システム、評価団体などを作る。例えばヨーロッパ、フランスでは労働団体の保険者基金団体があり、自分たちが診療報酬の決定に関与していくのです。日本みたいに厚生省の役人が政策的に道具としてアメとムチでいろいろ使い分けるようなことをなくさない限り、なかなか条件が変わってこないと思うのです。

最近の論調では、例えば労働者福祉で企業福祉

をやめようという経済学者の橘木俊昭さんなどの意見もあるし、病院経営の会計のなかで退職金引当金の問題や福利厚生手当の問題、外部委託費項目というものが非常に増えてきました。こういう動きに対して、民医連にしても他の医療機関にしても、やはり同じような傾向、流れで対応せざるを得ないのでしょうか。

角瀬 最初のところで、民医連の労働者がこれは賃金労働者なのか、そうなのだという話が出たかと思うのですが、一般の労働者との共通性では確かにそういうことが言えるわけですが、同時に医療機関が一般企業と違う性格をもう一つ持っていること、それははっきりしているところではないかと思います。さらに民医連医療機関の労使関係のあり方を見るとその特徴が明らかになるわけです。一般企業では使用者側あるいは経営側が上から労働者、労働組合を管理統制していくという形をとるわけです。それに対して民医連の方では対等平等な労使関係であり、しかもその規模としては中小規模のところが多いわけです。ですから中小企業の労使関係と共通した面があるというふうに言っていいたいと思うのです。そして新しい労使関係のあり方を探求していると言いますか、つまり「全職員参加」の経営をめざしている。使用者側と労働者側とで矛盾がないといえばウソになってしまいますが、矛盾はあるのだけれども、お互いの対話を深め合意を求める、そして一致したところで協力関係を作って、さらにそれ以上の発展を追求していく。こういうふうに見ていきますと、一般の企業と違う点がはっきりしてくるのではないかと思うのです。



しかし現実には民医連といえども一般の企業経営と全く変わらない状況におかれているわけです。それで労使のあいだの矛盾が激化せざるを得ないというふうになるのですけれども、その解決の仕方が非常に違う、民医連らしいということです。多くのところで経営を皆で守るために賃金、労働条件の引き下げが見られますが、民医連の中のいちばん大きな組織の一つと言っていい北海道勤医協という組織があります。その労使関係の解決の仕方はどうだったのかということを知ってみたいと思ったら、労働組合も経営の実態が本当にどうなっているのかということを知って、そして自分たちの賃金要求を自分たちで賃金体系をつくって経営に提案してきて、これなら経営も発展も出来るし自分たちの労働条件も保障されるという、そういうイニシアチブを労働組合がちゃんと発揮しているというのです。それを聞いて、民間の企業でそんなことをやるところがあるのかというふうに考えてみたら、それを目指しているというのではないわけではないと思いますけれども、多くは経営の提案を丸飲みするだけです。労働側がイニシアチブをとって、実際それをやり遂げているというのは労働組合のレベルもかなり高いなあというふうに痛感したわけです。

田中 医療の場合は民医連だけではなく、診療報酬で規定されていますから、民間病院も含めて公的なものです。もちろん他の病院でも経営分析をやっていますが、労働組合のレベルの高さというのは経営者とよく似ているのです。経営者が本当に病院を良くしようという、その対策でレベルが高ければ、労働組合も高い。片方が低いところは

両方とも低いと言わざるを得ません。

さきほど職能給、成果主義賃金の話がありましたけれども、大企業には相当入っていますけれども、医療の職場には入れるべきではないと思っています。いくつかの病院で導入されていますが、そこで労働条件が良くなったか、経営効率が上がったかという、決して上がってないのです。チームワークで仕事をしていますから、仕事を「教えない」とか、疑心暗鬼になって、チーム一丸となってこの病院をどうしようという発想がなくなって、結果として経営効率が落ちる。連携の面でも医療事故の危険性が高まっています。そうしたことから、医療の現場にはすぐわないのです。一つ例を出しますと、今度の新潟中越の地震で、加盟組合のある小千谷総合病院が大きな被害を受けました。医労連の組合員は少数、あとは連合系の組合員です。震災直後から厚生連の組合も含めて医労連の労働組合がイニシアチブをとって、厚生労働省と交渉したり、県と交渉を行ったりして、従来の医療機関への補助率を引き上げました。阪神・淡路を上回る額です。小千谷総合病院では職員の賃金も相当ダウンしました。民間病院ですから補修費も診療報酬になるわけです。患者もその間減少しますからお金が入りません。ボーナスのダウン、昇給停止など賃金が切り下げられました。しかし労働組合も合意をし、労使一体となってこの病院を再建しようと頑張っています。本当に労働組合がしっかりしていたら、そういうことも充分出来るということです。小千谷総合病院では2005年4月から成果主義を入れると提案されていたのですが、現在動きがありません。



二上 角瀬先生の言われたことは実態としてはよくわかるのですが、対等平等な労使関係を築こうというのは、法的に言えば労働組合として当たり前のことであって、それが特別だということではありませんね。新しい労働関係なんて、改めて言うほどのこともない。他の企業でそういうことが実態としてできていないというのはわかるのですが、それがこの医療の現場に出てくる特別な状況だというふうには、すぐにはならないのではないかという感じがするのですが。

大山 公共的な性格をもっている仕事で、それこそ公共財とか社会的共通資本とか、そういう仕事でかつミッションがあるわけでしょう。あとは情報がきちっと公開され、経営も公開して、あとは分配の問題なのです。管理がネコババするわけではないわけだから、生み出したものをどういうふうにするのかと、その賃金に使うのか、病院の改善に使うのか、地域に使うのか、そういう機能に使うのか、そこをどういうふうに合意するかという問題なわけですよ、言ってみれば。そこが、情報がきちっと公開されて、そしてよくその分配の仕方をどう合意するかですよ。

岩本 その前段で角瀬先生のおっしゃった労働者の参加、歴史的には民医連も自覚的労働が、労働の効率の高さを実現する、それが民医連の優点の一つだと言ってきたのだけれども、現実的にはそれが実現できない。もどかしいわけです。それで現実的に起こっているのは、どんどんパート労働に切り替えていくような取り組みが生まれ、事業の統合による合理化といったことが進められている。経営悪化による淘汰が目先に迫ってきているので、即効性のある対応策を選択せざるを得ないのではないか。こういう葛藤が今の姿です。

●労働のフレキシブル化

大山 パート労働者の状況をどうするかとあるのだけれども、私は許されるならどんどん地域からパートを採用すべしと思います。そういうふうには地域に雇用を広げよう。それから、医療というのは、地域の財産だと思うのです。それを窓口を広

げてあげれば、1時間でも2時間でもいいから、たくさんの人に、地域の人に関わって欲しいと。そここのところの非常勤の方の条件をどうするかという議論はあるかと思うのだけれども、まさに今のような不況の時代で雇用がない時代に、窓口を広げた方がよほどいいのではないかと、こう思うのですが、どうでしょうか。

田中 雇用の拡大は必要です。しかし医療の場合は専門職です。今、行われている正規職員がパートに置き換えられていることが問題です。雇用の拡大になっていません。

大山 職種はいろいろありますよ。専門労働もあるし、病院を支える機能とか、いろいろあるわけでしょう。そういうことを含めて私はもっと開放してもいいのではないかと思います。

司会 EUでやっている政策の一つは、雇用市場、労働市場のなかで、雇用を促進するための非営利・協同企業を作り、非熟練者や失業者を労働市場に入れていくというやり方です。日本の場合はそういう社会的企業や非営利・協同的な事業者がないために、パートなどを入れるときに派遣会社、一種の口入れ稼業を通じて人を入れるというところで搾取問題の話になります。

坂根 いろいろの分野でパート労働者の数が増えているのですよね。増やしているのですよね。

田中 増えています。労働者数は変わらずパートの比率が高くなっています。現在、パートの組織化に力を入れています。

角瀬 一般の病院や福祉施設の場合には、ニチイ学館とか、そういう資本が主導権を持って組織していますよね。ところがこの非営利・協同組織では労働者の問題であるとともに地域そのものの問題でもあります。病院を利用したり、あるいは介護を利用したりしている、そういう地域の人々との協同ということが他ではできない、民医連の医療機関でこそ発揮出来る強みというのだと思います。

たとえば、医療生協であれば、組合員がそうであるし、それから医療法人の場合には友の会組織があるわけですから、それと病院との間の協同をどうつくりあげていくかということが非常に重要だと思います。

二上 病院の経営の上では地域との協同を今のよう形でいろいろ模索しているけれども、こと労働の分野で地域との協同を作ろう、作っていこうというのはどんな形なのでしょう。

岩本 私はそういう意味で言うとなかなか厳しい経過をしていると思います。たとえば、労働者協同組合が地域で組織された時、私たちの組織も、働くものが自らの労働と事業管理をしていく労働者協同組合組織を育成し大きくしていくことが必要だと考えて、医療事業に付随する様々な仕事の委託をしてきました。例えば清掃業務について、平場で見積もり合わせをすると民間の清掃業者の方が安い見積もりを提出してくるのですが、差額は育成のためのコストだ、将来何倍にもなって還ってくると思って労働者協同組合への委託を続けてきました。

しかし、20年経っても、民間事業者との価格差は全然縮まらないのです。そのみならず、中央組織の思いとは裏腹に、現場で働いている人々が自覚的自主的な労働者の集団として自主学習に取り組んだり成長したりしているといった実態が、何年経っても感じられないのです。地域での共同事業の呼びかけに対しても自主的な判断や見解をもてない組織となっており、むしろ団結できていない賃金労働者というのが実感です。

一方、私たちは患者さんの送迎などの仕事を、経営者が投げ出し労働者管理になっているタクシー会社をお願いしています。構造的不況業種でもあり、賃上げやボーナスの支給もままならないのが実態ですが、すごく丁寧な車両の管理とか、高齢者の乗降には必ず手を貸してくれるとか働く者としての主体性と誇りをもって頑張っています。

そういう働くものの組織になりきれいかどうかみたいなことは、たくさん経験を積んでいかなければならないと思うと同時に、むしろ医療などの専門職のほうが、そういう組織として成長し得

る可能性を秘めているのではないかという気がするのです。

大山 プロフェSSIONALになれるかどうかという、そこがある。

医療労働の専門化とチーム化

坂根 さきほどの最初の田中委員長のお話も、残業代のかなりの部分が経済性がなかなかないのだということでした。要するに世の中の的にいうサービス残業みたいなことなのか、どうでしょうか。私などから見ると、ルールとしてみると、実際に民医連などでやっているのかどうかわからないけれども、今日はこれだけ残業するというを上司から決裁を受けてやるじゃないですか。普通ルールとしてはそういうことにしようみたいになっているけれども、現実にはそうじゃないのか。事実上みんな残業して、まあしょうがないって。

大山 一般の会社ならば仕事は上司から指示で、何時まで残りなさい、あなたは残りなさいと出来るけれども、医療労働というのは、もうひとつ、医療の現場で組織されて、現場で物事が起こって、管理がいちいちそこまで点検しないわけです。普通はね。だから後追いになる傾向もあるわけでしょう。

それからわかっている範囲で管理することができます。要するに師長がいて、「今日の仕事はどうなっている？ そうなっているのなら、あなたは何時までね」とか、それからあとからチェックする。そのことで全体的な看護労働の管理、残業の管理をするということと、そこにもっている問題を掴んで、どうしくみを変えるとか、労働の集団的なやり方を変えるとか、それから医者との関係とか。常に患者さんを中心に動いていく組織だから二つあると思うのです。

だから全体的には残業を、過労死も含めてあるから、45時間規定ということも含めてあるから、全体的には中身を管理する方向に点検していっているとは思いますが、でもその間には患者さんによって変動要因は大きいわけです。

坂根 形式的には事後の決裁はしている。でもそこに書かなければわからないと。統計にはならないということですね。

大山 そう。

坂根 一方で残業は下げろということでは言っているわけだから。

大山 下げろ、では下がらないですね。やはりちゃんと点検して、どうしてなのと。そこにはいろいろな要因があるわけです。やはり患者さんが多く来たら、残業は増えますから。それはもう当然だと思っし、それからしくみが全然まずければまた別の視点です。

岩本 もうそれは、全然違う。平均在院日数が120日くらいの療養型の病院と急性期の病院とでは仕事を計画化出来る度合いが違います。在院日数が長い病院は1日、2日を争って退院を促進する必要はなく、入院についても病床が空くのを見定めて計画的にすすめることができます。しかし、急性期の病院には救急車や他の医療機関や施設などから予測のつかない入院患者が搬入されてくるわけですし、病棟の状態によっては、一人の入院を受け入れるために入院患者さんの病室移動が必要になる事だつてある。製造業や事務作業のように計画通りに仕事を進められるという業務と性格が違っています。

田中 絶対的に人手不足ですから、最初から残業ありの状況なのです。従つてどうやって減らそうだけではなく、人手を増やさなければ残業は減らない。それと医療という職業柄、「いのち」を対象にしていますから、単純に時間だから帰りますというわけにはいかないですね。また、医療の管理者は、これは私の主観ですが、看護師の管理者も含めて、労働基準法だとか安全管理など法的なことのレベルがあまり高くない。聖職的な側面を考えている傾向が、労使共にまだありますよね。

岩本 今おっしゃったように、むしろレベルが低い人を排除するみたいなことのほうが、実際には

起こってくる。民医連の経営成績が良い病院の病棟の実態を見ると、看護師さんは精鋭の集まりで、いちいち上司から指示や指導を受けなければ仕事ができないような職員はいない。その代わり、やはり退職率は高いそうです。入職しても、そういう仕事のレベルについて行けない人はどんどんそぎ落とされていく。そういう組織になっていると言っていました。

司会 労働者にとってはどっちがいいのでしょうか。そういうあまり能力を発揮できないような労働者に対しては、業務的な教育でレベルアップ出来るのか、それともそういう暇もなくて、いわばある程度スキルを持った人を入れるのか。

岩本 時間さえかければ、何ともならないという人はいないのですよ、実際に。そういう経験はいっぱいしてきている。けれども、そんな時間をかけてなどいられないというのが実情ではないでしょうか。

大山 その人の資質と病院の教育力と、それから到達によって必ずしも同じ職場でやるとは限らないから、民医連の場合はいろいろ施設があるから、もっとゆっくりな病棟に回してやった方がいいとか、診療所へやった方がいいとか、そういう形はありますよね。だから即退職とかではなくて、どう育てるかという視点でもっている施設体系のなかでその人にあった職場がいいのかなという工夫はします。

司会 民医連の場合は半年研修、1年次、3年次研修や、それから教育委員会などがありますね。一定のことはやっていると思うのです。

大山 現場でどう教育出来るかということ。要するに「いのち」に関わる仕事が出来るかどうかは制度教育よりも、現場で集団として教えられるかどうかという、その力です。

田中 その通りです。今の看護教育と現場のギャップはとても大きい。しかし、現場は即戦力として要求する。ぼーっとしているか否とかは患者が

どう評価するかです。

大山 だから、その人がアップテンポでもついて行ければそこでやれるけれども、そうではない、本当にゆっくりで、この人はゆっくりなんだということなら、ゆっくりなところで育てるというところに移して、それでやるということですよ。

二上 だけど、民医連はなんとと言ってもチーム医療を重視しています。これはある程度は病院はどこでも同じかもしれないけれども、民医連では民主的集団医療を求めているし、弱い人を落とそうというやり方ではないのだから、だいたい民医連以外の病院と違う面もあるのではないですか、そういう人に対して。

大山 だから即は切らないでしょう。そういうことはしませんね。やはり基本的には入ってきた人をどう育てるかということですね。育てる場所が病棟の教育で不十分であれば、その人に合わなければ、診療所もあるし、療養型というか、長期のところもあるし、そういう形で異動してやりますよね。だから異動するということは別人がまた異動するということで、そういう形でどうやって育てるかということです。国立の場合はそこしかないからですよ。

二上 異動の自由が作られないということですね。

岩本 確か国立病院の統廃合の時、他県に行けと言われるものね。ここの職場をなくすということになった時に、引き続き働きたいのであれば、ここの地域でないところですよということが条件になってしまったら、辞めるしかないということになる。

田中 これからは自治体病院もそういうことになる可能性があります。

司会 民医連の場合は、一般職員はわりと一つの県内、県とかでしょうか。

大山 まあ、法人内ですね。

岩本 要するに、医療の場合は全部基準が定められているからなわけでしょう。どういう場合には患者何人に対して何人と決められているわけだから、そんなにないですよ、キャパシティはね。

坂根 支援にいく、それが民医連の最大の特徴、他にはない特徴ですから。日本の北から南まで行ってしまうわけですから。先ほど話に出た法人の場合は、とにかく無駄なことをしないように仕組みを変えてきた。他の民医連の法人でかなり無駄なことをいろいろしているのを、とにかくそぎ落とすことをずっとやってきた。ですから、例えば月次の資料、決算の資料にしても立派な資料を作ったりしないで単純化した。それから時間外の会議もなるだけやらない。こうしたことは結果として、少数精鋭的なことへの自覚の心が多少は起きる、そういうことになっていくのかなと。あとは少しいわゆる正規労働者ではないところのウエイトみたいなことかなと思っています。他とは少し違うようなことを、長年そういうふうによって剰余を生み出す力を形成した経営と。

時々、うちみたいな小さなところでも残業問題があるのです。みているわけではないから、残業しているのを細かくチェックしているわけではないが。もうちょっと良い意味での効率化や業務改善等々を図れば、それは単に看護師の職場だけではなくてというようなことが、つまり一つの病院のなかでも多少暇なところとかなり暇なところと、常に混在してありますよね。専門職のところは代替はできないから、そういうところは仕方がないけれども、専門職がそうではない仕事もかなり担って現実にはやっているわけですから、さっきの事務の病棟入りの課題もあるのだけれども、もう少し効率よく、それをうまく時間配分を考えれば、全体としての抽象的な人数そのものは、ちょっと考えようがあるような気がする。足りているということを行っているわけではないのだけれども。

司会 それでとられる手法としては目標管理というやり方を導入するというのがありました。

坂根 ですから、機能評価みたいなことの側面も一つはそういう部分が少しあります。

大山 要するに整理するということですね。標準化して整理して、お互いにやり方はこういうものだという、病院としてはお互いに共通のものにするということですか。

坂根 誰がやっても同じ仕事というような事柄を一定つくっておくということですか。

司会 そういうマニュアル化というのは進んでいるのですか。

岩本 専門病院というか、かなり特定の疾患を専門に扱う職場だと、そのクリティカルパスとかがすすめられているし、成果もあげているようですが、地域の中小病院で何でも引き受けますよというところになると、そうもいかないのですよね。一つの病棟がかなり各科入り乱れてやっているというふうな診療科の病院になってくるとね。ですから、もちろん今必要なことは、ちゃんと標準化出来ることは標準化する。これは本当に大事なことのだけれども、相手との関係で決まってくるみたいなことがものすごくある。

大山 例えばある循環器専門病院では心臓しかいれないから、私が患者さんを連れて一緒に行くと、10人くらいスタッフがすぐに集まるわけです。すると医者やること、検査技師のやること、看護師のやることがみんな決まっているわけです。それをワーと同時にやられて、そのまま心カテだとか、手術だとかにいくわけですが、民医連の場合はいろいろな人がいるわけではないから、やはり少人数で。そこに一個一個本当にすべての場合にマニュアル作るかというところそういうわけにもいかないのです。ただ、そういう工夫でいろいろな疾患に対して、作りつつある。ではみんなそれに乗るかというところ、何割かは乗らないわけですが、やはり患者さんの状態に応じては。そういうなかでやっている、やはり相手は人だから。

田中 パスで回転がよくなりましたか。在院日数は短縮されましたか。

大山 早まったのはパスだけではないのです。う

ちの場合、いろいろなことをしているから。まだまだそういう意味での整理はまだあると思う。

坂根 国立病院もパートの比重が高まっているのですか。

田中 2004年4月1日から154カ所が独立行政法人に移りました。移行時、8時間労働の「賃金職員」が、6時間のパートにされ、時給も切り下げられて退職が相次ぎました。移行時、常勤職員46,258人、6時間パート5,284人です。

坂根 あれは一個の法人ですね。

田中 そうです。

岩本 病院の一個一個が一個の法人ですか。

坂根 一個一個ではなくて、一個です。

田中 全部まとめて、です。

坂根 ですから総事業収益が年間1兆円の法人なのですね。

田中 国立大学病院は一個一個なのですが、国立病院は一つです。

大山 独立行政法人機構はね。

坂根 だから民医連のほぼ倍です。

田中 中期計画で5年間たったら見直すとしています。

坂根 5年間か。5年後が難しいよね。

大山 5年間で減らすわけですよ。

坂根 今は補助金が何%か出ているから。人件費のほしい10%までいかないけれども、数%はいきますよね。

岩本 自治体病院で14%でしょう。

田中 国立の人件費比率05年8月決算で46.4%です。補助は運営費交付金として520億円、施設整備費補助金として58億円です。

坂根 国立では、確か人件費比率だと8%とか9%ぐらいです。

大山 だから東北大でも東大でも100億円ちかい金の何割かを、5年間ぐらいで要するに、利益を生み出さないと駄目なような感じになるわけです。

岩本 国立に移っていったときの退職金とかはどうするのですか。

坂根 今までの国がもっていて、独自のものと今後のは自分でやる、こういうことです。

田中 賃金体系を下げられました。移行後は看護師を含む一般職員35才以上のほとんどが10%程度削減となり、年額70~80万円の引き下げです。看護助手は8時間から6時間になり、年収で200万円も引き下げられました。

大山 災害医療センターの医師の賃金が下がって、呼吸器科が丸ごとなくなってしまうことが起きました。

田中 緊急に対応する災害センターで、呼吸器科がなくなってしまうなんて信じられないですね。

大山 ようやく呼吸、消化器の医師がそろいました。4月から腎臓もそうですね。災害センターで維持の腎臓透析ができないのですよ。心カテで、心臓カテーテル造影剤を使って透析しなくてはならない人は、みんなこっちへ送ってくる。

二上 立川相互病院にとっては、嬉しいことですね。

坂根 「もう少し待ってれば、みんな人材がこっちに来るね」といった極端なことを考えている

人たちがいる。今、国立大学の病院の方もみんな引き揚げたでしょう。いずれそうじゃなくなりますから。また、戻ってくるというようなことが。今は引き揚げられているところが。

田中 医労連で新組合を結成したところで、奈良の国保連合会病院ですが、移譲先が見つからず、廃止計画が出されました。近畿大学が買うというウワサですが、近畿大学は、施設をこわして職員の雇用は引き継がず更地にしてから買うというやり方です。それで医師が怒って、医師が中心に組合を結成し地域住民ともども地域医療を守れと運動しています。

大山 労働組合をつくって闘う。

田中 病院の統廃合も、やり方がだんだんひどくなっています。

司会 医療労働は国の医療政策、診療報酬政策、いろいろな法律でかなり縛りがかかっているのは、公益性、非営利性があるからです。医療労働者の賃労働者としてのいろいろな要求の出し方は、他の労働とは違ったものになってきている。例えば二木立先生は医療産業というのは将来的に安定産業だという話をしていたと思います。

岩本 二木先生が言っているのは、とにかく需要はなくならないと。高齢化してますます病気や病人は多くなると、客観的にいうことでしょう。

大山 だから、医療費全体としては少なくともこうはならないということです。少しずつでも上がるという感じですね。

坂根 誰がするかは問わない。そうですね。

●制度改悪で貧困化する医療労働とサービス

司会 地域で雇用を増やす、あるいは地域で貢献するという点では、パート化というものはある意味では積極的な意味があると思うのです。非営利

・協同セクターの医療組織としては、医療における地域貢献のセクターづくりということから意識的にしないと発展性がないのではないか。鶴岡はそういう点ではすごく先進的な実践をしていると思うのですが、ああいうのは日本で広がる可能性はあるのでしょうか。

岩本 鶴岡での取り組みは、制度改悪が進む状況の中での対応策として、地域の非営利勢力が力を合わせて「住み続けられるまちづくりを実現しよう」とする取り組みとしては意義が大きいのですが、今の日本の医療をめぐる主要な局面は、営利資本の参入との闘いだと思います。医療経営についていえば、医療法人から公益法人まで様々な法人形態がありますが、医療経営の現状は基本的に非営利を前提としています。ここを営利市場にしようということとの闘いですよね。

これまで、日本の医療組織はそのよって立つ経営基盤の違いもあって、なかなか統一的な運動ができなかった。やや誇張して分類すると、診療報酬収益以外に一般財政等からの恒常的な補助金収益があることを前提とする経営をおこなっている公立病院群、補助金がない分、室料などの差額徴収を行って経営を行っている民間病院群、准看護師制度という看護職の二重構造の存在を前提として、相対的に低い人件費で経営を維持している開業医群（民間診療所群）の存在です。

だからむしろ今の医療を担っているところが、全体としてどうするかということを考えないと、経営基盤の違いを前面にだしていると、結局営利資本の参入を許してしまうことになるのだと思います。

そういう意味では、介護保険のところはもう営利産業が入ってきている。不況の長期化や大企業のリストラを背景とした高失業率の条件下で、低い介護収益でも事業として存立出来る低賃金雇用の拡大をどんどん広げている。また、ホテルコストや食費などの利用者負担を、介護事業を突破口にして医療分野にも持ち込もうとしています。営利資本に介護分野をすべて譲り渡したら、更なる労賃の切り下げと患者負担の拡大が進む事はあきらかです。だから逆に非営利陣営がこの分野で負けているわけにはいかない。この分野を譲り渡す

わけにはいかない。しかし、その際大きな壁としてたちはだかるのが、医療の労働者の今の賃金水準では介護事業は成り立たないという現実なのです。

坂根 さらに数年先には介護保険に障害者が入ってくるからね。おそらく。さらにこれが訳わからなくなる話なんだ。障害者のほうの世界は介護以上にもっと劣悪なんだから。だから放っておくとそこも含めて、かなりのウェイトかはわからないけれども、営利化されてくるのです。

非営利・協同だから、結局発言をする主体が不明確なのです。さっきの中医協もそうなのだけでも。ただそこは保険者・財界と製薬メーカーと官僚等、開業医とに占められているだけの話で、あと公的セクターとその他中小病院みたいなことからなっているわけです。その意見を言うというところが、力が一つになりきれて、大きくなっていない。そこを強めることが一方では必要です。公的のところ、国公立等々を含めて、そこはもうまた民营化、営利化みたいなことの流れになっている。だから放っておくとみんなが営利化なんだ。それで成り立たないところは淘汰される。

岩本 それで行き着く先は結局低所得や無収入の利用者・患者の排除だ。今度の介護保険のホテルコストの問題だって、明らかに入っていられなくなって排除される人が出てくる。営利の対象にされてくるということは、そういうことなんだよね。採算があって儲けのとれるところは事業としてやって、そうでないところは捨てられていくという格好になっていくわけだから。

坂根 だから給食代を払えない人は入院できないということになってくるんだよ。

大山 だから闘いのしかたは、さっきいったように運動があるのだけれども、政府の改悪の構造は医療と介護、医療と歯科、若者と高齢者、制度の改悪をして、片方もその制度の悪い方へ低い方に。もうそういう構造ですよ。こっちは悪くしておいて下げる。社会保険でも国民保険でも同じような形で、今3割になりました。

角瀬 今、日本全体で介護労働者というのはどのくらいの数になっているか。そしてまたそのなかで労働組合員として組織されている部分というのは、何%くらいか。

坂根 ほとんどわからない。

大山 介護はどこも手をつけないのだから。

坂根 医労連だけではないのかな。

田中 医療、福祉、介護も、ヘルパーも全部含めて新聞報道によると600万人を突破となっていてますけれども、組織化は出来ていないですね。県医労連ではヘルパー協議会を作って組織しているところが増えてきています。

角瀬 そのところが本当に声を出せるようにならないと、社会的に制度も変えていけないですね。

田中 まさにそうですね。

大山 岩本さんのところはヘルパーはどれくらいですか。介護労働者に数えたら1日数時間でもヘルパーでしょう。その人たちを労働組合に組織するのは。

岩本 うち是比较的そういう細切れの人はいないから、でも少ない人数ではないですよ。医療事業に携わっている人数の3分の1くらいはいるのではないのでしょうか。

大山 ほとんど未組織だよな。

田中 そうですね。

二上 民医連の介護関連の事業所だってそうなんですね。

大山 そうですね。だからもうそれは登録ヘルパーというのはほとんど常勤ではなくて、数時間。

岩本 個人事業主という扱いをしているのだから。

坂根 契約労働みたいなものなんだ。

大山 時間契約労働者だよな。それは本当に労働組合が組織するしかないよね。

田中 その通りです。困難な面がありますが、医労連も、力を入れているところです。

二上 それはどんどん進んでいきますね。

角瀬 ポツポツと組織が出来てきているのは、ありますよね。

田中 あります。私どもも、そこに集中的に力を入れようとしていますが、ただそれには人的対応も必要です。バラバラになっていますから、組織する人をきちんと配置をしないとイケません。大変です。

角瀬 全労連が専従オルグを全国に配置するなんていう話もあったのですが、この分野にはまだ回ってこないわけですか。

田中 医労連は九州に配置しました。そこも視野に入れています。

坂根 地域ということに、当初の魅力はあったのだけれども、なかなかそうはならない。やはり産別のどこかみたいところに結果的には配置がされる、になっているような気がします。だからそれだと地域という戦略が今少しわからないなあと。ただまあ、医労連も含めてあらゆる産業でパート労働者が増えているわけです。だからそのパート労働者を労働組合がどうやって組織化していくのか。そしてそのことは、ある程度自己矛盾を抱えることになるわけです。現実には労働条件が違う人たちを抱えて、そこに同じ課題で要求していこうということになれば、それは全労連もまだ慣れていないわけです。やっていないわけだから。だから消費生協の生協労連などは、かなりもともとパート労働者が多いから、だいたい生協労連に他の産

別労働組合から取材に来ているわけです。どういうふう組織化しているのかという事柄について。

●非営利・協同の医療労働の強みを

司会 現在は多様な労働形態が、パート、派遣、契約社員などが増加しつつある。医療、介護などの制度設計も、異なった労働形態を前提にしている。今後、医療労働者が、お互い異なった条件・性格を持っているものが、共通の目標を立てられるのかどうか。

それで最後に皆さまに、ひと言ずつ、お願いします。

田中 医療の公共性をどう守るかということが今年はとくに課題になると思います。その点では、医療労働者も労働組合も医師会など、医療関係団体があげて運動する必要があるし、国民とどう協同するか、国民と一緒に運動出来るか。そういうことだと思います。個別のたたかいでは、どうにもならないのではないかと、感じています。

大山 いま日本医師会が、医療などは平時の安全保障だと言っているわけです。それは民医連的に言うと、憲法25条の生存権の具体的な保障になるわけです。そこが結びついて幅広い協同ができれば、ある意味では大きな運動に出来るのかなと思うのと、それから、その大きな枠組みを変えないとすれば、やはり我々も具体的なエビデンスをつくって、政策的な提起を、今の枠内でやっていかないと改善は難しいなと思います。診療報酬制度そのものはエビデンスがあれば変えるという、一つの枠組みではあるわけです。国としてのね。今、四つの研究班が動いているのですけれども、そういうふうなことと、それからもっともって医療のもっている矛盾を政策化して、提起していくという、その医療界に合意を得ていかないと変わらないだろうなと思うので、そういう点では民医連の抱えている矛盾そのものを内部的に処理するのではなくて、どう科学的にして、社会的なものにしていくかという闘いだと思います。

二上 非営利・協同組織における労働の問題とい

う題なのですが、やはり印象は、今、日本社会の旧来からの多くのシステムが本当に変わってきているということです。そして今までの労働問題、たとえば今日のテーマの一つになっていた退職金の問題にしても、年金の問題にしても、今までの日本のかなり特殊な社会、終身雇用制で、年功序列賃金でというなかで、賃金の後払いという高額退職金制度というのがある、それが今矛盾の焦点になっている。年金についても企業が丸抱えの年金という性質が強く、本当に労働者の運動ということでのあり方ではなかった。それも日本社会の歴史の中で作られてきたのが、ここまで立ちゆかなくなって変化してきている。まあそれはもう基本的に産業構造の変化があって、雇用形態の変動があるということなのでしょうけれども、それに対し積極的に前向きに対処していこうという発想をもっていかないと、医療の面で漸進的にわれわれの非営利・協同組織が力を持ってすすめていくというふうにならないのではないかと感じているのですが、いかがなものでしょうか。

岩本 最近とくに思っているのは、組織を構成する一人ひとりの主体性や参加や民主制ということ、ものすごく大事にする必要があるということです。結局組織がちゃんと強くなるかどうかというのは、その組織の構成員一人ひとりが、きちんとした意志や意識・意見をちゃんと持っていて、その上でそれぞれの組織に関わっていくということが大事なのではないかと感じています。

前に言ったように、こういう組織の本当の優点というふうなものが、本当に出てくるためには、理屈や建前だけではなくて、その理念を実体化するというに力をそそがなければいけないのではないのでしょうか。

司会 非営利・協同組織というのはお金によるのではなくて、本来人的な結合集団です。だから今おっしゃられたようなことが、いちばん実現出来るし、しなければいけないところだと思います。

坂根 さきほど田中委員長が言った、組合側も経営側もレベルが高いということ。なかなか現実はそのようではなくて、どっちかがみたいな、両方とも

みたいな経営がやはり民医連にもあるのだと。それから、医療の公共性、あるいは非営利性みたいなことは、本来は、やはり社会的なその時の富の再配分の配分みたいなところの議論だと。ところが一方で、グローバリズムか市場経済かはわからないけれども、医療の労働とその評価を、やはりコスト、あるいはそれを下げるといふこと、あるいはもっと賃労働という意味で、切り下げるといふ、そういうことと個別に民医連を中心にして、民医連だけではないけれども、公立等々も含めて、そのなかでなるべく配分を考えながらぎりぎりやろうと、こういう流れのなかにずっといて、しかしながらさきほどの全体の枠組み、仕組みそのものがそう簡単には変わらないから、やはりこの矛盾は甚だしくなっていくだろうと。甚だしくなっていくから、個別にはもうさまざまな問題が今後出てくるだろうと。そのことと、全体のさきほどから出ている運動だとか、とっかかりだとかいふ事柄をどうやっていけるのかが大切といふことなのではないかと思ひます。

したがって私たちの仕事はやっぱり減らないんだろうな、ということですね。

角瀬 今日の議論のなかで明らかになったように、今日、日本社会が大きな転換点に立っていること。いろいろな矛盾がいろいろなところに出てきているといふなかで、やはりこの医療の分野にもっともそれが激しく現れているのではないかと思ひます。医療の分野における経営、あるいは労働の担い手が、それとどう取り組むことが出来るかといふ、その事例によって広く一般産業における労働のあり方にも大きな影響を及ぼすのではないかと私は考へているわけですね。

今日は経営の問題にはあまり入ることはできなかったのですが、経営と労働といふのはもともと

は同じものだと私は考へています。つまり労働のなかから分化して管理、あるいは経営の担い手といふものが出てくるわけですね。それを体系的に示しているのが民医連の非営利・協同の経営体と言えます。一般の企業、一般の産業ではなかなかそれが明確に見えないわけですね。けれども、やがてそういうようなことがはっきりしてくるのではないかと思ひています。つまり労働者が経営や管理の問題を自分たちの問題として捉へることが出来るようになってはじめて、社会の変革の可能性といふものが生まれてくるし、これまでのような個別的、部分的な利害だけではなくて、日本社会全体のあり方を考へるといふのでしょうか、そのいちばん取りかかりやすい例が、この医療の問題だろうと思ひます。ですから医療の制度がどうあるべきか、医療経営がどうあるべきかといふことについても、それぞれの労働組合、あるいはナショナルセンター等が、提言なり政策なりを示しうるとなると、先が明るくなるのではないかと思ひているところですね。

司会 ありがとうございます。医療の領域といふのは、基本的に普遍主義的なサービス、富の再配分といふことで、一種本来的に公共・公益性があるから、いってみれば社会主義的な政策である。それに対して、今、新自由主義的な市場化といふものが入り込んできて、そこに矛盾を来している。それに対して対抗軸のイニシアチブをとれる立場にいるのは、やはり公共性だけではなくて、社会性、市場性のことも視野に入れられる、こういう非営利・協同組織の医療機関こそが、基本的にイニシアチブをつくり出す原動力の資格といひますか、力が与えられていると思ひました。本日はどうもありがとうございます。

(2005年1月22日実施)

ワーカーズ・コレクティブ、 NPOでの就労に関する論点と課題

山口 浩平

はじめに

特定非営利活動法人として認証を受けた団体は215,390にのぼる(2004年12月現在)¹⁾。またワーカーズ・コレクティブ(以下、ワーカーズ)は約580団体を超え、約1万6千人が関わり、約127億円の事業高となっている²⁾。もちろん、数値のみがこれらの団体の価値を表すのではないが、規模としても、社会的に一定程度の地位を獲得してきていると言える。

このような状況の中で、近年「就労の場」としてワーカーズとNPOが注目を集めている。これは、フリーターやニートなどの政策的な用語の就労としての受皿として、また、従来まで言われてきたとおり、子育て終了後の主婦層のパート労働のオルタナティブとして、そして、リタイアを迎える団塊世代の社会参加のセカンド・ステージとして、といったように、世代やジェンダーのカテゴリーごとに期待感が異なっていると考えられる。

このような期待感は、これまで就労の場として必ずしも考えられてこなかったワーカーズやNPOもその役割を果たすことができ、近年の失業問題等に対する1つの代案を提示しているという意味で意義がある。また、必ずしも雇用を求めず、社会参加の可能性を広げるという価値を再発見してきたと言える。しかしもう一方では、これらの主体における就労は不安定な労働を多数生み出す可能性は否定できず、またワーカーズやNPOへの過剰な期待感を危惧する考え方もある。

本稿では、「就労の場」としての期待と実際に

働いているスタッフの意識をめぐって、近年発表されている調査報告を検討するとともに、共通して浮かび上がっている論点を整理し、今後の検討課題を提起することとしたい。

1. NPO・ワーカーズ・コレクティブへの「期待」

経済産業省「新市場・雇用創出に向けた重点プラン」(2001年5月25日)では、政策課題の1つとして「新たな経済主体(NPO)の育成」を位置づけ、「こうしたNPOは、高齢者、女性、障害者の社会参画や雇用を促進し、充実した自己実現の場を提供するものとして我が国経済社会にとって益々重要な役割を果たすことが期待される」と述べている。

また、厚生労働省・雇用創出企画会議では、厳しい雇用情勢の中、雇用創出機会の整備が重要とし、いくつかの政策的なターゲットをもっているが、その1つに「多様で柔軟なサービスを提供する地域密着型の小規模ビジネス」としてのコミュニティ・ビジネスを位置づけ、NPOの事務局・小規模事業主など、公務部門の人員削減と相まって90万人の雇用が見込めるとしている(厚生労働省2003, 2004 a)。

さらに経済界からも、日本経営者団体連盟による「景気雇用対策の緊急提言」もNPOの雇用創出機能に期待を示し、NPOへの税制上の支援を求めている。

雇用の実態としては、例えばNPO学会による

労働市場調査（日本NPO学会,2002）によると、フルタイム換算で有給スタッフ数は19,778人（無給スタッフは66,410人）となっているという。しかし、経済産業研究所の調査（経済産業研究所2002,2003）では、NPOとして認証される団体は継続的に増加しつつも、正規雇用としての常勤スタッフの人数は、無給スタッフに比較して減少しており、特に新規に設立されたNPOで有給スタッフの数が少ないことを示しているという。

ワーカーズ・NPO、あるいはコミュニティ・ビジネスに「就労の場」としての役割を期待するという政策的な議論の前提となるのは、中長期的な失業率の増大に加え、若年者の離職率の増加等の問題と、女性、高齢者、障害者等の従来日本において周辺化され、労働市場から排除されがちであった人々に新たな雇用機会・職業訓練を提供するというワーカーズ・NPOの機能である。加えて、従来からの雇用関係から離れ、自ら起業する人、あるいは自らの能力を活かすためにNPOに新たな価値を求める人等もその対象となる。

2. 近年のスタッフの意識に焦点をあてた研究

政府・産業界からの期待には、政策的なターゲットとして周辺化されてきた労働力の再統合、あるいは新たなキャリア形成の場を提供するという視点が明確だが、果たしてどのような就労をワーカーズ・NPOに期待するのか、すなわち「典型雇用」としての常勤スタッフを意図するのか、「非典型雇用」としての非常勤スタッフ・有償ボランティアをもその範囲におくのか、必ずしも判然としない。ワーカーズ・NPOの実態を見てみると、医療・保健・福祉や子育て支援などの分野を除くと、すぐに常勤スタッフを増加させるような事業環境にはない。また、若年者、高齢者など、雇用のターゲットごとにそのワーカーズ・NPOに求める雇用形態は異なると考えられ、カテゴリーごとの詳細な分析が求められている。

以下では、「就労の場」としてのワーカーズ・NPOの課題について、特にそこで働くスタッフにも焦点をあてた定量的・定性的な先行研究を検討し、これらが提起する課題について、その概要

を見ていきたい³⁾。

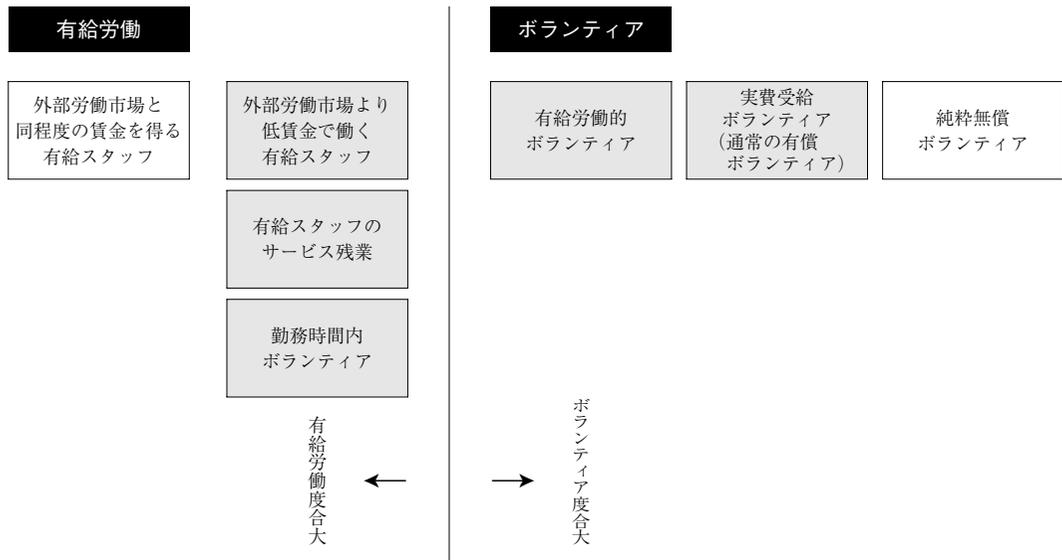
(1) 厚生労働省

厚生労働省はコミュニティ・ビジネスにおける働き方についての報告書（厚生労働省,2004b）を発行している。この報告書では、コミュニティ・ビジネスの機能として雇用創出、社会参加と自己実現、地域社会の再生を上げ、「コミュニティ・ビジネスに従事する人々の実態と要望を把握することにより、課題の分析や労働行政上必要な支援の検討に資する」（はしがき）ことを目的として、調査を実施している。特にスタッフへの調査を詳しく見ていくと、高齢になるほどNPO等からの収入は期待せず、また、若年者ほど今後活動からの収入依存度を高めていきたいという意向をもっていることがわかる。

(2) 労働政策研究・研修機構

労働政策研究・研修機構は、「多様な働き方を可能とする就業環境及びセーフティ・ネットに関する研究」を2003年に設置し、初年度の報告書を発行した（労働政策・研修機構,2004）。本研究の特にNPOでの雇用についての問題意識としては、「契約内容、就業環境などの問題など課題も多い。こうした中間領域での多様な働き方に対して、雇用と自営、雇用とボランティアの連続性に配慮した政策展開が必要」（p1）として、これまでの雇用労働者中心の労働法の見直しについて検討している。また、NPOに従事することの「多様化」について、有給労働とボランティアとの間に図に示すとおり中間領域が発生していると指摘する。特に雇用の観点では、保健・医療又は福祉、子どもの健全育成等の分野に多い「事業型NPO」に雇用創出の可能性があると指摘している。NPOに従事する属性として、セカンド・キャリアとしての高年齢者とキャリア・ステップとしての若年者が位置づけられている。

図 「有給労働」と「ボランティア」にまたがる中間領域



(資料出所) Helmut K. Anheier et al., “Work in the Non-Profit Sector”, ILO, 2003のP. 6～P. 20の記述等を踏まえて本プロジェクトで作成。 [] は純粹「有給労働者」と純粹「ボランティア」との中間領域。
 (出所) 労働政策研究・研修機構 (2004), p 5

(3) 神奈川県「多様な働き方研究会」

神奈川県は、2003年度、「多様な働き方研究会」を設置し、ライフスタイル・価値観の多様化に対応し、働き方の選択肢を拡大し、多様な働き方の環境整備をすすめるという目的のもと、ワーカーズ・NPOにおける就業面からの現状把握と課題整理を行っている（多様な働き方研究会, 2004）。この報告書では、NPO・ワーカーズにおける就業機会が限定的であるとして、「社会的ミッションや生きがいの実現の場を提供しているにもかかわらず、一方で、そうした人々が長く働き続けられる職場としては確立されていないという現状…（中略）…組織の財政的な自立性・持続性の弱さ、そして「雇用」や「管理」意識の希薄さなどに起因する労働条件・人事労務体制・社会保険制度の未整備などがある」（p 2）とする。具体的な課題として「①雇用対象の限定性、②雇用意識・管理意識の希薄さ、③キャリア形成を支える仕組みの弱さ、④財政的持続性の弱さ、⑤戦略的経営の視点の弱さと経営者の人材の不足、⑥セクターとしてのNPOやワーカーズ・コレクティブの基盤整備の遅れ」（p 147）を指摘している。

3. 先行研究の論点

「就労の場」として、ワーカーズ・NPOを取り上げた先行研究を検討してきたが、いくつか共通して指摘されている論点を整理したい。先行研究では、総じて常勤スタッフの給与は低く、社会保険への加入も十分になされておらず、さらに正当な評価システムが不足していることが述べられているが、詳細な分析を行う紙幅がないため、ここでは主要な論点について考察してみたい。

「多様性」をめぐって

まず、労働の「多様性」である。これは、終身雇用と年功序列、そして企業別組合の3点からなる日本型雇用慣行からの移行という、グローバル化下での競争力の確保が前提にあると考えられる。日本型雇用慣行が安定的に機能した前提には、持続的な経済成長とともに、企業内福祉の充実（それに伴った「日本型福祉社会」の形成）、専業主婦としての女性の役割などがあり、そこに回帰するといった主張が意味をなさないことは言うまでもない。しかしながら、「多様性」の名の

下に雇用を不安定なものにし、保障の得られないような仕事を生み出す傾向があることは、指摘しておかねばならない。

例えば、1995年に日本経団連が「新時代の『日本的経営』——挑戦すべき方向とその具体策」を発表し、「雇用ポートフォリオ」の概念を提起した。これは、これまでの終身雇用を相対化し、長期蓄積能力活用型、高度専門能力活用型、雇用柔軟型へと分化させることが必要と提起した。この主張は、単に従来型の正規雇用を大幅に減少させるという方向性を意図したとは言い難いが、結果として「典型雇用」と「非典型雇用」のカテゴリーを整理し、いつでも入替え可能な労働者として、縁辺労働を大幅に生み出す結果となり、また企業の中でこれを正当化することとなったと言える。この方向性の中に、近年の個人業務委託、派遣労働、パート労働の増大が位置づけらるであろうし、今後は外国人労働者等についても同様の課題が生まれてくるであろう。また、若年層の労働を検討する上での一つの政策ターゲットは「ニート」⁴⁾であるが、渋谷(2005)の指摘するとおり、「ニート」が「フリーター」となることで社会に参加すべき、という誘導が見られる。

このような意味での「非典型雇用」増大を「多様化」という形で正当化することは、ワーカーズ・NPOに置き換えてみるならば、組織の中核となる少数の「典型雇用」としての常勤スタッフとその縁辺に多数の「非典型雇用」としての非常勤スタッフ、有給・無給のボランティアを配置するという、雇用ポートフォリオを受け入れる結果になる可能性があるのではないだろうか。このシステムが正当に機能するための前提には、非典型雇用と典型雇用の間の、あるいはもう一つの軸として、企業、行政等のセクターとの間での移動を可能にするシステムを構築することが絶対的な条件であると考えられる。

3つの報告書が述べる「多様化」とは、どのような意味なのだろうか。単に、企業や行政とは異なった主体として、NPOやワーカーズという組織に「就労の場」を発見し、そこで雇用されることで失業問題を解決する1つの手段としてみているのか、あるいは、ワーカーズやNPOでの労働は従来までの働き方とは一線を画するものであり、

そこで働く人々の新しい関わり方を発見しようとしているのか、判然としないのである。すなわち、ワーカーズ・NPOが提供する労働に何らかの特殊性を希求するのか、あるいは雇用ポートフォリオに見られるような、フレキシブルな雇用体制を受容するのか、ということである。

異なる就労観

次に、ワーカーズ・NPOに関わる世代の就労観の違いである。組織をみるにせよ、新しい働き方の可能性を追求するにせよ、大きな課題は世代・ジェンダーの偏在性である。「就労の場」を提供する組織としてワーカーズ・NPOに期待するためには、関わっている世代や事業分野についてのより詳細な分析が必要となるだろう。これまでの先行研究では、世代別にみるとワーカーズ・NPOに関与する動機や求める収入などが異なるものの、総体としてみると「子育て後女性」「リタイア後男性」の二つのカテゴリーに大きく影響を受け、その影に隠れる若年層等の主体の意向が反映されていない。

例えば、ワーカーズ・コレクティブで働く若年層の座談会(東京ワーカーズ・コレクティブ協同組合編,2004)や、近年の私たちが行っている、NPOの中間支援組織で働く若年者のインタビュー調査⁵⁾によっても、雇用の場、収入確保の場としてのワーカーズ・NPOを一方で視野に入れつつも、自らのライフスタイルや生き方との関係の中でどのように就労スタイルを一致させ、またその後のキャリアをどのように形成したいかが語られている。今後、分析の方向性として、ワーカーズ・NPOに参加する層の多様性を配慮しつつ、その機能が彼らにいかにつिटし、どのような参加の場となるかを考察する必要がある。すなわち、例えば若年層にとっては、そのNPO自体での雇用の可能性もそうだが、将来的なキャリア形成を展望する上でのNPOの教育機能についても検討する必要がある。

期待されている領域の限定性

最後に、ワーカーズやNPOという組織での労働が「雇用」というカテゴリーにおかれることで生じる齟齬である。労働政策・研修機構の示した

とおり、NPO内にも多様な労働の中間領域が生まれてきており、よりボランティア的な労働に関わりたいという意向を持つ人々も多数存在している。「就労の場」という機能のみでワーカーズ・NPOを見ることは、「典型雇用」としての少数の常勤職員と、さらに安価で、多くは無報酬の「非典型雇用」としての非常勤職員等を多数生み出すことになるのではないかと先に指摘したが、このことに関連して、雇用として期待される領域が限られていることも指摘できる。

確かに、近年の介護保険制度・支援費制度の導入、子育て支援の需要の増大は、これらの課題に取り組むワーカーズやNPOに極めて急速な事業の拡大を促し、したがって雇用も増大させてきている。これまで見てきたように、ワーカーズ・NPOに対して就労の場として機能することを前提として考えるのであれば、そのために経営基盤を強化し、人事労務的な正当性を確保し、事業を拡大し、さらなる雇用を創出すべき、ということが主張されている。このこと自体は否定すべきものでもなく、むしろより企業経営、あるいはベンチャー企業的な発展を達成すると同時に、事業を通じてその社会的目的を主張できるワーカーズやNPOは、例えば英国の社会的企業が意図しているような、1つの成功モデルと言える。

しかし、例えば人権擁護や平和の推進のように、キャンペーンやアドボカシーに関わるNPOなど、事業モデルになじみにくい分野が存在していることは明らかである。すなわち、ワーカーズ・NPOへの雇用創出の期待の焦点は、成長分野としての「コミュニティ・ビジネス」なのであり、雇用力だけを視野に入れるならば、ワーカーズ・NPOの価値を低く見積もる結果となりうる。

おわりに

ワーカーズやNPOには一面として労働の場としての可能性はあるが、その実態は運営面で非常に困難に直面しているし、またワーカーズ・NPOの場で何を求めているか、という点では、そこに関わる人々の意向は多様であり、そして全てのワーカーズ・NPOが経済活動をその目的としているわけでもない。したがって、政策的にワーカー

ズやNPOに、企業の発展モデルの様な前提を持ち込んでの「期待」は、必ずしも的確なものではない。「事業を通じた社会目的の達成」は1つの有効で意義のある方法であるが、そのみを期待することは、ワーカーズ・NPOの社会参加機能を見誤らせる結果となりうる。したがって、ワーカーズ・NPOが雇用の場として機能するために、組織基盤を整備する施策をとり、人材育成のスキームを策定し、NPOの側でもより戦略的な観点から運営を行う、という1つの結論に加えて、組織に関わる世代ごとに彼らが何を求めてNPOに関わり、どのようなキャリア・ステップを構想できるか、という具体的な観点を持つ必要がある。

また、近年のSR（社会的責任）の議論に関わって、行政・企業との人材交流、流動性の確保が1つの重要な要素となる。ワーカーズ・NPOで経験を積んだ人が、行政のNPO施策を担当したり、あるいは企業の社会貢献部門に関わること、あるいはその逆のパターンも考えられる。これによって、NPO・ワーカーズにとっては、行政や企業での経験を持った人材の確保が可能であり、これがセクターとしてのワーカーズ・NPOの力量を高めていくことは期待できる。ただし、この人材交流が機能するための前提には就労の場としての「多様化」の、給与、社会保険等の条件整備（山口,2003）に加えて、雇用の流動性をいかに確保するか、という視点が必要となるだろう。

ワーカーズ・NPOの労働を、典型的な雇用関係の延長線上におくのか、あるいはよりヒエラルキーのない、フラットな「新しい」働き方として位置づけるのか、今後の検討課題としたい。

[本稿は、平成16年度文部科学省オープンリサーチセンター整備事業「コミュニティ開発におけるNPO・行政・地域企業・大学の戦略的パートナーシップに関する研究」(明治大学経営学研究所)の研究成果の一部として執筆されたものである]

【注】

- 1) 内閣府：NPOホームページ<<http://www.npo-homepage.go.jp/>>
- 2) ワーカーズ・コレクティブの連合組織である、

ワーカーズ・コレクティブ・ネットワーク・ジャパン (W.N.J.) が2003年度に実施した調査による。なお、本調査では日本における労働者協同組合を代表する日本労働者協同組合連合会傘下の各事業所のデータは含まれていない。このことについては別稿で検討したい。

- 3) ここで取り上げるもの以外にも、より定性的にスタッフの意識を調査したものとして、原田・今田 (2004) によるNGOスタッフへの調査や、玄田 (2003) がある。
- 4) ニートに関しては、小杉礼子・堀有喜衣 (2003) 参照のこと。
- 5) 明治大学オープンリサーチセンター整備事業の、人材育成研究事業の一環として実施。2004年度は中間支援組織で働く若年者に対するインタビューを実施している。本事業の報告は、近く発行される予定である。

【参考文献】

- 玄田有史 (2003) 「NPOで働くということ」(本間正明, 金子郁容, 山内直人, 大沢真知子, 玄田有史著「コミュニティビジネスの時代—NPOが変える産業・社会、そして個人—」, 岩波書店)
- 原田勝弘・今田克司編著 (2004) 「国際協力NGO: 市民社会に支えられるNGOへの構想」日本評論社
- 経済産業研究所 (2002) 「2002年NPO法人アンケート調査結果報告」
- 経済産業研究所 (2003) 「2003年NPO法人アンケート調査結果報告」
- 小杉礼子・堀有喜衣 (2003) 「学校から職業への

移行を支援する諸機関へのヒアリング調査結果—日本におけるNEET問題の所在と対応—」, JIL Discussion Paper Series 03-001

- 厚生労働省 (2003) 「雇用創出会議第1次報告書」
- 厚生労働省 (2004 a) 「雇用創出企画会議第二次報告書—コミュニティ・ビジネスの多様な展開を通じた地域社会の再生に向けて—」
- 厚生労働省 (2004 b) 「コミュニティ・ビジネスにおける働き方に関する調査報告書」(委託先: 三菱総合研究所)
- 日本NPO学会NPO労働市場研究会 (2002) 「日本のNPO労働市場」
- 労働政策研究・研修機構 (2004) 「就業形態の多様化と社会労働政策: 個人業務委託とNPO就業を中心として」『労働政策研究報告書』No.12
- 渋谷望 (2005) 「万国のミドルクラス諸君、団結せよ! アブジェクションと階級無意識」『現代思想』vol.33-1
- 多様な働き方研究会 (2004) 「NPO、ワーカーズ・コレクティブ等にもみる多様な働き方: その現状・課題・可能性: 多様な働き方研究会報告書」
- 東京ワーカーズ・コレクティブ協同組合編 (2004) 「働き方つくろうよ: 20年。さらなる一歩を踏み出そう」
- 山口浩一郎 (2003) 「NPOのための法的環境整備」『日本労働研究雑誌』No.515
- (やまぐち・こうへい、(財)生協総合研究所研究員)

市民を守る金融システム は出来るのか

平石 裕一

1. はじめに

最近、金融システムを悪用する犯罪事件が激増している。市場経済を大胆に改革して、少しの痛みを我慢してもらえれば、市民に利便性と快適な生活環境をもたらすと宣伝されてきたが、実は全く反対の結果をもたらされていることが次々に明らかになっている。

市民の痛みは広がり深まるばかりであるが、その金融実態と原因、それにたいする市民の「いのちとくらしを守るための」自衛行動がどう展開しているか、その問題点と課題をどう解決すべきか検討するのが、本小文の目的である。いささかでも皆さんに問題を考えていただける端緒を与えられれば幸いである。

2. 次々惹起し激増する市民の被害

1) 偽造カードの横行

「全国銀行協会によると、偽造カードの被害は年を追って急増している。02年度はわずか4件だったのが、03年度には91件、04年度は上半期だけで123件、被害総額は4億6千万円にのぼる」と朝日新聞05年1月24日社説は述べている。「手口はスキミングと呼ばれ、特殊な装置でキャッシュカードの磁気データを読み取り、カードを偽造して、それを使ってATMから預金を引出す」というもの。昨年3月ATMで預金を引出そうとした或る会社員が『1日の引出限度額を超えているため引出せません』と指摘され、確認した所、前月6日間にわたり連日500万円、約3000万円が110回にわ

たり引出されていたことがわかったという」（同新聞1月22日夕刊）。偽造は、この会社員のゴルフ場の貴重品ロッカーを開け、カードをスキミングしたためであるらしい。カードが元に返されているので、気付づきにくい。盗難・偽造カードの被害者達は「被害が広がり、カードの安全性が崩壊しているのに金融機関は根本的な対策を取ってこなかった」として十数人で銀行を提訴する方針だという。しかし、金融機関側は自分に責任はないとしているようである。昨年12月警察庁生活安全局長からの要請が、各金融機関に流され、カードのIC化、バイオメトリスクの採用などの検討要請が行われ、それに沿って改善研究が金融機関サイドで進行中のようなのであるが、その対応策が完成するまでは自己責任のままなのだろうか。

2) 振り込め詐欺（おれおれ詐欺）の被害 284億

偽造カードもさることながら深刻な社会問題化したのが「おれおれ詐欺」に象徴される振り込め詐欺の激増であろう。警視庁の発表によれば、昨年1年間で約26,000件、約284億円の被害が発生したという。手口も年々巧妙化して、本人になりすますものから、警察官・弁護士・事故相手側など複数人を演出する手の込んだものになり、そのため交番の警官すら逡巡させる演出となっている。これに加えて、架空の請求による「振り込み依頼」詐欺が多発している。国民生活センターと各地の消費生活センターに相談されたものは、2003年463千件に上り、01年の約27倍であるという（赤旗日曜版04.9.19）。手口も多様で、「貴殿が過去電子通信機器でご利用になった有料情報サイト等の料金未納」「サイトのログアウトが済んでいないか

ら」というものから、裁判所から正式な督促状がきて「出会系サイト料金19万円の支払請求」をされ、身に覚えがないのにと裁判所に問い合わせると、督促状そのものは正式であったという事例が発生している（朝日05.1.7夕刊）。利用していないのに督促がくる訳は、「支払督促」の制度が手続きが簡単で書式が整っていれば内容の真偽にかかわらず申し立てが認められてしまうからだ。放置しておくで財産差押えなど強制執行を受ける可能性がある。60万円以下の支払請求に小額訴訟制度が悪用される場合も多発している（ここ5年間支払督促は簡易裁判所で毎年50万件以上となっている）。ごく最近では、国税不服審判所をかたり、税金を架空請求する「支払督促状」が全国の納税者に届いている。

このような振り込み依頼詐欺の金員授受には、一見金融機関の責任がないように思われるが、通常民間金融機関の窓口を通じて行われるものだ。したがって、これらが金融機関の役職員による事務処理ないし機械チェック処理をかいくぐって成功している事実を深刻に考える必要があると思う。特に「振込め詐欺」のような緊急性に乗ずる詐欺の場合ではそうである。中堅地銀の或る支店長が漏らした「一見して店に駆け込んでくる被害者の挙動不審でおかしいなとわかりました」という言葉でも察せられるように、店に駆け込んでくる顧客の態度や言動を見れば、被害を未然に防げた事例がもっとあってしかるべきと思われる。ならない。

この詐欺事件は、最近暴力団による組織的犯罪であり、それに闇金融業者が関与して、借入人の口座名義借りが行われることにより犯罪遂行が完成されることがわかったというが、実はこの種の詐欺案件が個人的分散的なものでないことは、既に昨年の夏ごろには把握されていた。北海道新聞（04.7.16）によれば、札幌で逮捕されたグループは東京で詐欺グループの一員となって、電話を掛ける建物には数十人の者がいて、先輩格から手口の指導を受けていたと供述している。この報道は警察が把握したものであるから、この時点から組織暴力団の関与が十分予想されていた筈なのに、さらに被害を数百億円にも拡大してしまったのは、いかにも対応に重大なぬかりがあったといわれても弁明の余地がないように思う。金融機関といい、

警察といい、市民保護の使命がなおざりになっていたのではない。

3) 多重債務などの問題

金融犯罪とならんで、さらに大きな問題になっているのは多重債務問題である。これは金融債務が多岐にわたり、にっちもさっちも解決できなくなった人々の数が年々激増していること、それを背景にして自己破産・自殺者の数がうなぎ登りに増えているという社会現象の重大さを考える必要があるということである。

2003年における自己破産は遂に251,800件に達した。前年が224,467件、2001年が168,811件で、2000年が145,858件、1999年は128,488件であるから、年々破産者の数が激増しているのがわかる。破産の理由のトップは生活苦・低所得26%だが、次に多いのが負債の返済13%、保証債務・第三者肩代わり11%だから両者あわせれば約1/4になる（日弁連消費者問題対策委員会2000年調査）というように、自己破産の原因における多重債務の比重は大きい。それと比例するように自殺者の数も増加しており、3万人超がすでに6年連続している。働き盛りの40,50代の男性を中心に「経済・生活問題」が動機の自殺が激増して、初めて8千人を超えたという。中日新聞（04.5.20）によれば、「自衛官の自殺事故が2003年度は借財に関連するものが急激に増えた」そこで「防衛庁は長官政務官を本部長とする自殺対策本部を設置、その中で借財と自殺事故との関連がとりあげられ、3月に『多重債務対策マニュアル』が作られた」と報じられるほどである。自殺に至らないまでも、闇金融の被害は173.7億円にのぼるとされ（朝日03.8.5）、これらは「浪費・ギャンブルの付けを精算するため」「計画性ないクレジットカード利用から」「事業の連帯保証人になったばかりに」「内職商法・資格商法などが端緒」等で闇金融の利用者になり、それが多重債務へ転落する道筋だとされるが、不況と企業合理化による給料カット・ボーナスカットなどで返済額を工面せねばならぬ場合から始まったものが結構あるというし、クレジットカードでたやすく商品購入ができる仕組みになっている浪費社会がそれを助長させていることも間違いはない。そして、なにより注意しなければな

らないことは、金融システムが真面目な中小企業や市民に正常な融資の道を広く開けてはいないことである。中小企業家同友会や全国商工団体連合会が地域金融の円滑化を求めて強く運動を起こした理由でもある。

3、不安な金融システムを助長させる民間金融機関のリストラ

金融取引といえば、一定の利子収入をもらえて、安全に自己の金融資産を預けられるシステムと考えていられた時代、同時に低利の融資がどの企業個人でも比較的容易に利用できる時代は終わったと言って良い。市民が使い勝手のよい金融システムではなくなった幾つかの例を挙げるならば、今や超低金利で普通預金金利は0.001%、福井日銀総裁の衆議院予算委員会における証言によれば、この約十年間で国民一人当たり利子収入が121万円（1年間で12万円）、国民合計でなんと154兆円失われたという。金融サービスの質の低下も著しい。児童の1円玉預金を受け入れる金融機関がなくなった。町の同好の有志でつくるクラブの会計を気軽に金融機関で帳簿がわりにしていたのが、コンプライアンスとかによって会則や役員構成など厳しく求められるようになった為、解約せざるを得なくなった。ローンの受付窓口が集約されて隣町まで行かねばならなくなった。市民にとって相当な額と思われる定期積金も小額だという事で集金にきてもらえなくなった…等々数えれば切りがない。

一方、貸出は優良顧客でなければ、自己資本比率に悪影響を与えるために厳しくせざるを得ないという時代になった。金融庁は不良債権処理を早急に進める為に中小企業融資など小口を積極的にしたり、長年取引している中小企業の赤字を辛抱強く先延ばしにして業績回復を待つなどという人情的な効率性ない営業戦略を許さない時代にしてしまった。

資本比率と不良債権比率が融資判断のプライオリテイのナンバーワンになってしまったのである。その為、中小企業融資は圧倒的に減少されることとなった。統計に依れば、金融機関借入金金は資本金1千万未満が1997年時点にくらべて2003年3月

時点で1.7%増加したのに反して、10億円以上の企業は-3.5%減少している。そしてその他借入金比率は1千万未満が20.6%増加したのに比べて、一千万以上の企業がそれ程でないのと比べれば、小零細企業が如何に金融機関融資から疎外されたかわかる。大手金融機関は中小貸出を自分のリスクで取らなくなったのである。この間の中小企業融資が残高で約94兆円、先数で310万先も減少(03~98.3)しているのも鮮明である。しかも、そればかりでない、一般取引先の利便性を象徴する店舗数はこの間3千店舗以上も減少し、職員も13万名も削減されているのである。この結果、各営業店の職員の労働密度は倍加して、臨時職員の労力に負わざるを得ない事が起こり、通常取引以外の正規職員の経験と良識にゆだねられる部分が全くギブアップせざるを得ない状況になってしまっている。金融取引において取引者の安全安心を担保できるような気配りや目配りをする余裕も人材もなくなっているのである。しかも、小額取引をベースにしてきた協同組織金融機関すら自己資本比率規制のためもあって、先に述べたように小額預金取引から撤退しだしているのである。これでは、民間金融機関が従来受け持ってきた通常の金融機関の取引者にたいする最低の責務が果たせる筈がない。その上、個人融資の円滑化を担ってきた役割を金融会社に肩代わりさせ、かつては消費者ローンの42%を占めていたシェアを16%まで後退させ、金融会社がいまや消費者ローンの43%を主導するまでに変化させたのである。そして、金融会社への投資という効率良い資金運用を積極化することによって直接個人への低利な資金供給の役割を放棄しているのである。

ここに、地域の市民が金融不安の環境にさらされたまま、自己責任という大義名分によって金融取引を丸投げされ、生活ニーズに根差した日常の資金の預入や振替えが不安定にされ、更には市民事業や中小企業自立を目指す資金調達为民間金融機関から見放された結果として、自分達の手によってなんとか金融機能を自律的にもとんとする運動を起こさざるを得なかった理由があったといえよう。

4、非営利・協同の金融活動の現状と問題点

現在、市民のセーフティネットとして存在し、非営利・協同の金融供給活動を行っている組織は全国で9つある。便宜的に区分けすれば、①既存の金融システムによって生じた実害を是正するために立ち上げている組織②既存の金融システムから疎外されているものを、補完是正するための組織に大別できよう。

金融供給をせず、金融システムから被った実害を回復させようというもの、予想される実害に対する予防システムの確立を求める運動は、「日本弁護士会連合会」や「銀行の貸し手責任を問う会」や「金融オンブズマンの会」を始め、中小企業者同友会の「金融アセスメント法」制定を求める百万人署名運動や全国商工団体連合会（民主商工会）の「ヒマワリ道場」「さざんか道場」など創意あふれる協同の力で、多重債務の高金利や強圧的取立ては是正に取り組んでいる運動の実績があるが、省略させていただく（「銀行の社会的責任を考える」中小企業家同友会刊『企業環境研究年報2000.11』参照のこと）

1) 岩手県消費者信用生協等の多重債務者救済活動

最も早くできたのは、①に属する、岩手県消費者信用生協1969.8の誕生である。もっとも、それより5年前、九州の延岡消費者信用生協が発足しているが、残念ながら現在は活動をしていない。これらは高度成長期における商品割賦販売の信用保証もしくは購入資金代払い業務として発足したものであるが、岩手県信用生協の設立趣旨書をみればわかるとおり志は協同の精神である。すなわち「大企業中心の政治のもとで中小企業の破産倒壊は戦後最高の数に達していますし、物価のつり上げ政策と浪費攻勢によって勤労者はじめ市民の消費生活は莫大な支出増と生活のゆがみを押しつけられています。しかし、労組にも各種協同組合、共済団体にも保護されずに孤立した中小企業、商店等の勤労者や一般消費者にとって助けてくれる銀行、金庫など市中の金融機関は縁遠い存在であり、いきおい小口高利金融業者に依存せざるを得

ないのが現状です」。したがって、「弱い力を結集して協同の力を確立し、生活協同組合を設立しようではありませんか」と呼び掛けているのであるが、これは、「一人が万人のために、万人が一人のために」という協同互助の精神にもとづいて加入を呼び掛けたことを明らかに示している。

この時期から高度成長政策の破綻がほころび始める。静岡県へのドロ訴訟問題、オイルショックによるトイレットペーパーなどの買い占め事件、そういった状況の中で、大阪の弁護士会が中心に「全国クレジットサラ金問題対策協議会」78. が結成される。労働金庫もサラ金対策を打ち出すようになる。こういった中で、宮古市で自動車ローンの名義貸詐欺事件が起こり、数百人の被害者が生まれ、社会問題化して弁護士と信用生協の協同により被害者救済が行われた。この事件がきっかけで盛岡市との提携による多重債務者救済融資制度がスタートし、以後次々と地方自治体の賛同を得て、今日岩手県内自治体のほとんどの賛同を得、弁護士会や警察も巻き込んで4年間で（2000.5～2003.5）3550名、100億円以上の貸出実行額をもつ、確固たる多重債務者救済組織に成長したのである（詳細は「多重債務者救済活動について」04.4『全商連中小工業研究』p151）。

協同組織金融機関では、長崎県民信組が92.7借換えローンを発売してこの問題に一定の貢献をさせたが、2000年に至り、金融庁の監督下において経営の健全化指導の下、不良債権早期整理の要請から、この融資制度の継続を断念している。

2003年に開かれた第8回「クレサラ問題東北集会」の資料を見ると弁護士・司法書士、それに民主商工会など法律を中心にした救助運動が各地で行われだしているが、多重債務の整理救済融資が制度的に行われているところは、残念ながら他の地区ではない。

ところが、2004年に入って、多重債務者救済に関する新しい動きが首都圏三県などで芽生えつつある。生活クラブ生協の関係者や学識経験者などが、この問題の解決に向けて注目すべき研究会の成果を発表したり、資金供給組織の立ち上げに具体的に取り組みだしたのである。

即ち、横浜国立大学の西村隆男教授が代表で2002年から検討してきた研究会で、2004年12月に

「多重債務者の相談・救済体制の整備について」という提言を纏めて公表している。

提言は4項目に集約されており、提言1「多重債務問題に関する総合的な相談機関紹介窓口をすみやかに整備する」その説明として「長引く不況と実収入の減少のなかで、貸し手市場圧力も高まり、多重債務者は急増の一途を辿っている。関係窓口への相談では、2度目の破産申立なども見られ、法的解決のみでは、実質的な生活再建が困難な状況も伺われ、健全な家計管理、生活設計、就業支援などが今後の課題となっている」。提言2「多重債務者に陥ることを避けるための柔軟な貸付制度を整備する」。すなわち、「多重債務者は、一般的に利率に関わりなく、借り入れしやすいものから借り始め、次第に複数業者から借入れを重ねる行動を取る。計画性の欠如も指摘されるが、やむなく高利の借入れを余儀なくされることも少なくないので、①社会福祉協議会が扱う生活福祉資金貸付事業の改善②岩手県消費者生協をモデルとした民間型低利貸付事業の全国ネットの整備③痴呆性高齢者や障害等を伴う多重債務者および借金を主原因とするホームレスへの生活支援アプローチ体制についての研究」。提言3「生活支援アドバイザーの育成および全国配置の促進」。提言4「金銭管理や消費者信用に関する教育を推進する」…である。

大変啓蒙的で示唆に富む提言と言えよう。ここでは総合的な施策の実施が必要とされているが、前述した岩手県信用生協はすでに実践において、地方自治体・弁護士・警察のバックアップのもと、単なる融資相談貸付ではなく、生活再建相談なども包含した実績を長年行っており、模範的な事例としてきわめて先進的・模範的である。千葉県生活クラブ生協が開催した「多重債務問題フォーラム」04.12でも当該信用生協の専務理事から報告され、深い印象と共感を呼んでいる。

現在、この問題でもっとも注目される動きは、東京において多重債務者救済を主軸に「生活サポート東京生協（仮称）」の立ち上げが具体的に進行中のことである。許認可問題や資金調達など、クリアしなければならぬ多くの問題を抱えているが、2005.2には「多重債務は救える、支援フォーラム—いま、暮らしと命のサポート生協づくりが

東京で始まります—」をもって多くの都民にアピールし、夏には稼働させたいと頑張っている。

2) 市民の生活ニーズにもとづく起業運動への資金供給活動

わが国最初のNPOバンクは永代信用組合(株)プレスオルターナティブと提携してできた市民バンク(1989.4)であろう。以後94に東京江戸川区に未来バンク、98.8に神奈川県WC Bバンク(婦人市民銀行)、NPO法が発足した1998.12以後には、2001.11しあわせ市民バンク、2002.10北海道NPOバンク、03.6A Pバンク(芸術家パワー銀行)、03.8長野夢バンク、03.9東京コミュニティパワーバンク、と続々誕生している。

彼等はどうな想いで、組織を立ち上げたか見てみよう。WC Bの向田映子氏の述懐に依れば、「ワーカーコレクティブ活動の中で、仕出し・保育・パンの製造販売など市民事業を生み出してきたが、多くの女性たちは家庭や地域で、長く保育や介護など無報酬の仕事にかかわってきたため預貯金も少なく、不動産も夫名義のことが多かった。そのため起業や事業展開にあたって不足資金の借入れを銀行交渉しても、担保がない、法人格がない、女性が継続して事業を行えるか疑問などの理由からほとんど融資を受けられなかった。こうしたことから女性たちの市民事業を支援する金融機関が欲しいという声が高まった」のだという。また私財を担保にまでして永代信用組合と組んで「市民バンク」を立ち上げた片岡勝氏は「既存の金融機関と性質を大きく異にする。何よりもまず、融資をする際に土地や建物などの担保を必要としない。その代わりに、その事業が利潤波及を第一とするのではなく、『社会の問題を解決したい』という志をもって行われているかどうかを厳しくチェックされる。逆にどんなに多くの担保をもっていようと、事業に社会性がなければ融資できない仕組みだ」と語っている。この両者の発言に非営利・協同の金融組織を自律的に立ち上げざるを得なかった事情と決意のほどがわかる。以下、NPO法成立以後の非営利バンクのいずれも、同様な志をもって立ち上げられている。北海道NPOバンクがサポーター向けに出しているパンフレットをみてもそのことが明瞭に伝わってくる。「NPOバ

ンクは『道民による道民のための市民活動を相互に支援する金融システムです』『地域の課題解決や地域資源の活用などに積極的に取り組むNPOなどの市民団体に融資』を通じて支援する」(2002.8)

ここには、既存の金融機関に対する厳しい批判と自分達の資金を自分達の良いと思われる用途に振り向けようという自覚決意が読み取れる。この動きは、地球や市民生活環境の悪化を顧みず、企業本位の利潤追及型の施策を続けている社会の主流が垂れ流す害悪を阻止しだした世界の潮流に呼応するものでもある。だから、市民バンクの起業を援助する経営計画策定の講習などを、WWBジャパン（世界婦人銀行の日本支部）が手伝うとい

うことも自然体で行われたし、環境保全風車などAPバンクが一つの目標に掲げているのもそれに他ならない。今後も、市民の手によるこの種の運動は、世界の市民運動と連帯・影響されながら発展を続けるだろうし、それによって励まされることも多いだろう（関連年表参照）。これまでの活動実績を見ると、必ずしもすべて順調なわけではない。若干触れたが、すでに舞台から後退したものとしては、一時東京都信用組合協会の呼び掛けに応じて、都内9信組が参加した市民バンクは、永代信組の破綻を経て、今は3信組の窓口が開かれているのみで活動も停滞しているし、岡山県のしあわせ市民バンクもそれ程実績を上げていない。おもな実績を列举すると、以下のとおりである。

	件数	実行額 (万円)	約定利率	平均融資額 (万円)	該当期間
神奈川WCB	64	28,200	1.8~5.0	433	98.12~04.4
未来バンク	42	13,547	3.00	323	02~03年度
NPOバンク	34	5,810	2.00%	171	02.12~04.3
APバンク	04.5	75件実行、10月第2回受付中	金利	1%	

(注) 他の数値は不詳。WCBの実行平均金利は2.27%

このような動向に影響され、従来の金融システムも反応せざるを得なくなった。国民生活金融公庫も「女性・中高年起業家貸付」が新企業育成貸付のなかに設けられ、2003年度において6,315件、370億円を実行しているという。また、協同組織金融機関である労働金庫が2000.3にNPO向け融資制度をスタートさせたのを皮切りに、信用金庫も同年5月奈良中央信金が取扱い開始し、金沢信金、岐阜信金、多摩中央信金と続いている。地方自治体も腰を上げて国立市が2002.2、札幌市が2004.6、栃木県が同月、広島市が04.9とNPO支援融資制度をスタートさせている。しかし、協同組織金融機関の融資制度は端緒にすぎただけで、実績的には見るべきものがないようだ。

5、これからの課題について

これらは、非営利協同の市民団体が活動を展開

し、世界の動向と世論によってNPO法が制定されたのを契機として広く広がりだしたものといえるだろう。しかし、NPOバンクに象徴される、「市民のいのちとくらしを守る金融システム」が、このまま順調に発展するかといえば、そうではあるまい。以下、その課題を提起しておきたい。

2004年7月、北海道札幌市で、北海道NPOバンク・NPO事業組合の主催で、わが国最初の「NPOバンクフォーラム」が「市民が作る銀行〜ボランティア・ファイナンスの可能性〜」と銘打って開催された。当日は、NPO関係者、大学関係者、行政機関、金融機関、シンクタンク、マスコミなど120名ほどが参加して熱心に経験交流と質疑応答・討論が行われた。

基調講演とパネルディスカッション「ボランティアファイナンスの可能性」の後、5分科会「NPOバンクの設立」「同運営」「融資審査と融資後のフォローアップ」「借り手から見た理想のNPO

バンク」「広がる市民金融」で現状と問題点課題が交換されたことによって、まだ、全国的な広がりとは言えないが、神奈川WCBや未来バンク、労働金庫などの先進組織も交えての交流が行われ、NPO融資活動に関心をもつ多くの地域団体の励ましになり、現下のNPOファイナンス運動の到達点と課題を一応明らかにしたといえる。しかし、私から見るとまだ以下のような課題があるように思われる。

狭い意味の特定非営利活動法人だけでも、1万2千団体を超え、その資金需要の充足は上述の実績ではとても足らない気がする。地方自治体や協同組織金融機関の更なる支援参加が望まれようが、その参加形態が、自治体の資金拠出による民間金融機関の代理融資というパターンは、従来の金融機関ベースに乗らない、小口で市民的事業を捌くには限界がありはしないか。むしろ岩手県方式によって、資金枠を大胆にNPOバンクに供与したらどうだろうか。法的な制約等があるが、前例を大胆に咀嚼してほしいものである。

また、協同組織金融機関がプロパーでこの分野に参加している例も見受けるが、名前があっても実態が伴わない嫌いがある。むしろ、ファンドを各地で構築し、NPOバンクに資金を継続安定的に供給するとともに、金融ノウハウをもつ役職員を注入することの方が実績は挙がりはしないか。経験豊富で人生経験を積んだ中高年層がこれらの分野に期待されると思うのである。恐らく、このようなバックアップが確立されれば、志ある人材がきっと積極的に非営利協同の金融組織建設に乗り出すのではあるまいか。そのシーズとなるのは、広範な消費者大衆に生活必需品やサービスを供給してきた、生活協同組合や生活クラブ生協、民主的医療法人の経験と人材が役に立つと思われる。

協同組合間協同の新しい展開がきっと新しい協同・共生の地域社会構築に一役買うことになるよ

うに思うのである。

現状の改善としては、ボランティア活動の限界をどう克服するかということも重要な課題だろう。多くの組織(NPOバンク)は中軸部をボランティアで構成されている。それが斬新で倫理性ある判断をもたらしていることも確かであるが、一面では事業ニーズの発展に、照応できなくなっている面も見受けられる。起業段階から事業のステップアップ段階になると、資金規模も資金の必要時期もボランティアによる対応を超えるように思われる。

ここでは、非営利協同のNPOバンクから協同組織金融機関等へ取引経歴等のトランスファーがスムーズに行く仕組みがそろそろ必要になってきているのではないか。同時に、WWBが起業時に経営ノウハウを指導したような、本格的な事業としてのNPO運営の指導相談組織の立ち上げも真剣に考えられねばならないだろう。とかく、志あっても、武家の商法では現実に合わぬことがままあるからである。この点では、中小企業家同友会や民主商工会が市民運動と合流できるし、あらたな連合をくめる新分野とも言えよう。

民間金融機関は短期日に110回もATMから引出しが行われても、異常というチェック機能が働かない。そのような取引者の安全にインノセントな合理化・効率化に対し深刻な反省が必要である。事件を契機にして、頻度や額やIT技術の改善など取組みだされているが、取引者のくらしとこの安全安心を保障できるシステムは、人間的な取引(コレスポンダンス)を如何に配慮するかが根本ではなからうか。21世紀の協同組合金融機関は人間に対するやさしさを最優先する経営であってほしい。中央行政もこれらの刷新(例えば多重債務者救済融資制度)に目を向けるように、心ある官僚や政治家や研究者の賛同と支持協力を待たいたいものである。

(ひらいし ゆういち、金融問題評論家)

非営利協同・NPOの関連年表

年月	特記事項	年月	特記事項
1960. 5	新安保条約強行採決	97. 1	銀行の貸し手責任を問う会「銀行と消費者の取引を律する法制定への提言」
6	政府貿易為替の自由化計画決定	3	日弁連「銀行の融資者責任」発表
6	東京の信用金庫協会「消費者信用専門部会、事務機械化専門部会」を発足させる	12	京都議定書採択
10	浅沼稻次郎刺殺さる	98. 8	神奈川県WC Bバンク発足 最高金利29.2%へ引き下げ
11	長崎県佐世保市に俵町カトリック教会共助組合誕生（日本最初の共助組合）	12	NPO法施行
12	国民所得倍増計画採用決定	2000. 4	介護保険制度施行
61. 4	日本信販と提携、消費者ローン実施	12	弁護士・司法書士約140名で「全国やみ金融対策会議」結成
63. 2	トヨタ自販と提携、マイカー・ローン取扱開始（以上2件、東京の信金）	2001. 2	「やみ金融110番」開設
64.	延岡消費者信用生協へ改組	4	民事再生制度スタート
6	大蔵省歩積両建預金の自粛基準決定	8	中小企業家同友会「金融アセスメント法」制定を提言、100万人署名運動をスタート
65. 3	山陽特殊鋼会社更生法	2002.10	北海道NPOバンク発足
5	山一証券へ日銀特別貸出	2003. 1	第8回クレジット・サラ金・商工ローン問題を考える東北集会
11	戦後初の赤字国債発行決定	5	NPO活動分野5項目追加
66. 4	日産自動車・プリンス自工と合併契約	6	A Pバンク発足
	自動車業界の再編の始まり	8	やみ金融規制強化
8	文化大革命勝利祝賀集会	8	長野NPOバンク発足
69. 5	新全国総合開発計画発表	2004. 7	第1回NPOバンク・フォーラム札幌開催
8	岩手県消費者信用生協発足	12	長野県多重債務問題研究会第1回 神奈川県「多重債務者問題研究会」多重債務問題解決のための提言
70. 8	静岡県でヘドロ公害を民間が企業告発		
72. 2	浅間山荘事件		
6	田中角栄「日本列島改造論」		
73.10	オイルショック起こる		
77	アメリカC R A制定		
78	大阪の弁護士会中心に「全国クレジットサラ金問題対策協議会」結成		
	サラ金三悪「高金利、過剰融資、悪質取立て」告発。109.5%の高金利流通。		
秋	全国労働金庫サラ金対策を実施		
83	「貸金業規正法」施行。73.5%へ		
86. 4	チェルノブイリ大事故		
87.	宮古市で名義貸詐欺		
10	大手証券会社の大口投資家への損失補填		
88. 4	「マル優」廃止		
89. 4	消費税スタート		
	永代信組の市民バンク発足		
	盛岡市と提携、岩手県信用生協が消費者救済融資制度を開始		
	ベルリンの壁撤去始まる		
	バブル経済崩壊。個人情報流失事件。		
7	仮名口座問題		
10	住友銀行の仕手集団への浮貸事件		
91. 7	都銀数行の架空預金証書による不正融資		
92. 3	イギリスのコープ銀行倫理規範発表		
5	リオデジャネイロ国際銀行環境会議		
	全銀協「銀行公正取引に関する手引」作成		
7	長崎県県民信組借換ローン発売		
93.11	環境基本法公布		
94	未来バンク発足		
95. 3	地下鉄サリン事件		
96. 1	銀行の貸手責任を問う会発足		

介護保険制度『改革』 の狙いと背景

相野谷 安孝

政府は2月8日、介護保険法「改正」案を閣議決定し、国会に提出した。現在通常国会で審議中の05年度予算案の審議後、4月ごろより法案の審議が開始される。今回の「改正」は介護保険法に定められた5年目の制度見直しにともなうものであるが、「改正」案の内容は、高齢者の増加、なかでも介護保険サービス利用者の増大にともなう介護給付費の伸びを抑制することに重点を置いた見直しで、施設利用者の負担増と、軽度の在宅利用者へのサービスの制限が柱となっている。

本稿では、今「改正」案の狙いと動機および背景、そして狙い（本音）を糊塗するために使われたさまざまな論議について分析と批判を試みるものである。提案されている「改革」内容の分析と批判は、中央社保協が発行する『社会保障』誌2005年春号の拙稿を参照いただきたい。

● 介護保険創設の狙い

介護保険制度は、97年末に成立し2000年4月からスタートした。介護保険が創設された前後を簡単に振り返ることにする。それは、今回の「改革」および、政府が唱える「社会保障の一体的見直し」を考える上で、介護保険制度創設が持った意味を捉えなおしておくことが重要と思われるからである。

介護保険構想が政府の正式文書に登場したのは94年9月の社会保障制度審議会・社会保障将来像委員会が発表した「第二次報告」である。興味深いことに、1年半前の93年2月に発表された同委員会「第一次報告」には介護保険構想はなかった。

この1年半の間に何が起こったのか。

介護保険構想が発表される1年前、「第一次報告」の5ヵ月後、93年の7月には総選挙で自民党が敗北し、1955年以来続いてきた自民党内閣から、非自民による連立の細川内閣が誕生する。細川内閣は、「腰だめによる、福祉目的税（消費税）7%構想」を打ち出し、翌日にはとり下げるという事件があり、その2ヵ月後に政権は崩壊する。

厚生省（当時）のなかで、この消費税増税構想の失敗を受けて、介護問題を保険で実施するという方向が固まったのではないか。それが94年の「第二次報告」に反映され、翌年95年の社会保障制度審議会による「95年勧告（95年7月4日）」で介護保険創設にGOサインが出されることになる。

「95年勧告」では、社会保障を『国民相互の（お互いの）助け合いの制度だ』とし、国や企業の責任を棚上げにする社会保障の理念のねじ曲げをおこなった。いわく、社会保障は「みんなのためにみんなで作くり、みんなで支えていくもの」と、階層間格差の存在を無視した「新しい社会連帯」を強調した。

この新しい理念の下に少子高齢化などを理由とする「社会保障の構造改革」が叫ばれ、97年の橋本「六大改革」、01年からの小泉「構造改革」へと引き継がれていく。そして、財界による「構造改革」の要望の強まりとともに、その改革内容もまた改革のスピードも加速されていくのである。この10年間におこなわれた社会保障制度に関する改悪は「ゆりかごから墓場まで」の全分野に渡り、その内容も97年・03年の医療改悪、99年・04年の年金改悪など、80年代の臨調「行革」にもとづく

諸改悪とは一段と質の違った給付抑制と負担増を同時におこなう改悪、保育分野や高齢者福祉での介護保険の創設に象徴される措置制度の解体から保険化への「改革」、そして民営化・営利化の促進となっている。国民健康保険では「相互扶助の保険」が強調され、制裁措置にもとづく資格証明書の発行や人権無視のサラ金並みの取り立てといった実態が横行している。こうした背景のもとに介護保険制度は創設された。

なお、社会保障制度審議会は、1948年に首相の諮問機関として設置されたものであるが、01年1月に廃止された。これに変わる審議会として社会保障審議会が設置されているが、厚生労働大臣の諮問機関に格下げされた。一方で、04年7月に「社会保障のあり方に関する懇談会」がスタートしている。

話を介護保険に戻そう。

介護保険制度の創設には、当時（いまも）深刻だった介護をめぐる諸問題があり、その解決を求める国民の声があった。しかし、厚生省（現、厚生労働省）はこうした国民の声を逆手に取り、国民向けには「介護の社会化」という宣伝をおこないながら、先に見た背景や動機から、つぎのような位置づけをおこなったのではないだろうか。それは、①「95年勧告」を利用した社会保障制度解体をねらう「社会保障構造改革」の先駆け、②国と企業の負担を減らして国民相互の助け合いで解決する仕組みづくり、③そして当時高齢化によって増加し続ける医療費の抑制・削減を目的として、高齢者の入院費用、在宅の往診や訪問看護などを医療保険から介護保険の財布に移す、などの諸点である。

それぞれの詳細な分析は省くが、①については、介護保険法第1条「目的」が、「この法律は、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態となり、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練並びに介護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係わる給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保健制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国

民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする」とあり、長くまわりくどい文章であるが、「国民の共同連帯の理念に基づく（保険）」だということである。②、③については、介護保険構想が打ち出された当時の梶山官房長官（現故人）の「（介護保険に対する）厚生省や大蔵省の発想は、健康保険の金ぐりが苦しくなったので、新しい財源を見つけてシフトさせようというものだ」（「朝日新聞」96年5月17日付）という証言がある。

こうした動機のもとに、制度の設計にあつては、①給付費が増えれば、利用料・保険料に跳ね返る仕組みとして、応益負担の原則を介護保険の柱に据え、②介護需要が増しても給付費が増えない仕組みとして、介護保険サービスの需要を高齢者全体の最大13%程度とし、サービスの利用率も3割台にとどめる。③利用者を増やさない仕掛けとして、手続きや認定までの過程が煩雑な要介護認定制度を設け、さらには給付費のゲートキーパー役としてのケアマネジャーを新設した。また、④介護報酬を安く設定した上、ホームヘルプサービスを中心に、「草むしりはだめ」「雪かきは地域のボランティアに頼め」などの「べからず集」などもつくった。さらには、⑤基盤整備にも歯止めをかけるため、実際の要望とはかけ離れた「施設建設の参酌基準」をつくり、特別養護老人ホームの増設に歯止めをかけた。

財源については「応益負担」の原則に加え、1割の利用料負担を除いた保険給付費を保険料で50%（65歳以上17%、40歳以上65歳未満で33%、33%のうち健保加入者は労使折半）、公費50%（国＝25%、都道府県＝12.5%、市町村＝12.5%）でまかなうことにした。介護保険スタートまでの高齢者福祉に対する国庫負担、および訪問看護などの医療保険への国の負担でも50%近くあり、介護保険化で国自身の負担はほぼ半分になった。また、事業主（企業）の負担も老人保健制度への各医療保険者から出ていた拠出金の縮小とともに、介護保険の総費用に対する負担割合は10%以下で、他の保険制度と比べて低いものとなっている。しかも、「事業主負担の法定義務化は到底容認せず」（日経連の提言、96年10月2日）と反発していた。

●厚生労働省の誤算

以上のような動機と設計のもとにスタートした介護保険制度であるが、5年を経過しその矛盾と誤算が生まれた。

まず、サービス利用者が急増したことである。2000年4月のスタート時点に比べ、4年間でサービス利用者数は、149万人から297万人に倍加した。

利用者の伸びのうち、在宅のサービス利用者は129%増と倍以上に増え、その大半は軽度要介護者、特に要介護1のものが多い。しかし、要介護1の突出は、要介護2以上の中・重度者を増やさないうための要介護認定のコンピューターのプログラムによるものだと指摘もあり、実際に03年のプログラム変更後の要介護1の増加が大きい。

つぎに、特別養護老人ホーム待機者が急増したことである。1999年11月時点の待機者は104,599人であったが、介護保険実施から3年目の2003年2月現在で238,679人、昨年(04年)10月の厚労省調査では、34万人を超えた。

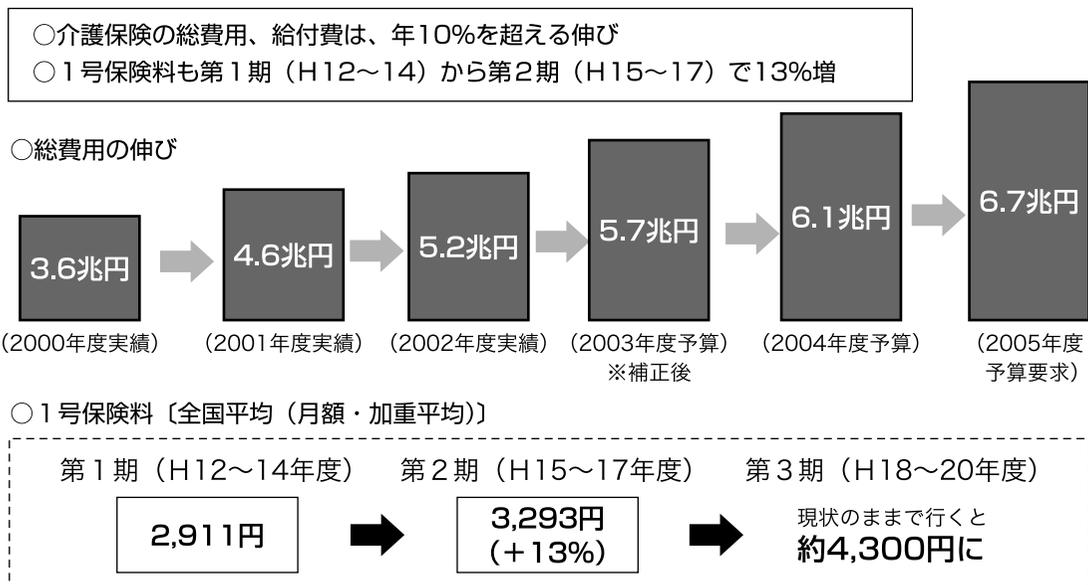
その結果、介護保険の総費用および給付費が、年10%で増加することになった(図1 介護保険の総費用の推移)。そして、各市町村が3年ごとに

みなすことになっている65歳以上の介護保険料は、03年に初の改定がおこなわれ、全国平均13%の値上げとなり、全国平均で月額3,300円になった。こうした大幅な値上げに対する高齢者の批判も大きく、自治体からもこのままでは制度を続けることができないとの反発が高まった。また、市町村ごとの介護サービス量によって保険料が設定されるため、65歳以上の基準保険料は最高で5,942円、最低で1,783円と自治体によって3.3倍の格差が生まれた。

また、各県の社保協をはじめ、住民の運動を反映して、自治体による独自の減免制度が広がった。04年4月現在で、利用料の減免で28%の自治体が、保険料で31%の自治体が実施、01年4月に比べ6倍もの実施状況になっている。厚生労働省は、減免にあたっての三基準などを示し、押さえ込みを図ったが、ほぼ3分の1の自治体を実施する結果となった。このことは、介護保険の応益割り負担の原則の矛盾を現している。

予想を超えた給付費の伸びは国と企業の負担も増やす他、国民の不満も強めることになる。実際に、03年に13%もの保険料値上げが行なわれた時は、自治体窓口には抗議や問い合わせが殺到した。

図1 介護保険の総費用の推移



厚生省「全国介護保険担当課長会議資料」より

● 介護保険見直しの焦点は給付費の抑制

以上のような背景から、今回の介護保険見直しの焦点は、伸び続ける給付費をいかに抑えつけるかに置かれた。

すでに給付費抑制策は、2003年から強められている。介護給付「適正化」対策として介護サービス事業所への指導監査を強め、ヘルパーや事業所への「べからず集」の徹底なども強化した。このため通所サービスのなかで、なかなか外出しない利用者をお花見に連れて行くなど、効果がある外出支援にさえ、「事業所の敷地外は給付外」とされた、などの行き過ぎた規制がおこなわれている。また、家族の介護力があるとの判断でサービスを制限する事例も生まれている。

長崎市では、05年2月3日付で、「介護給付費通知書」を利用者に送付する旨の「通知」が市内各介護保険事業所に送付された。すでに少なくない自治体で実施されているものであるが、介護給付費の抑制を目的として、利用者に「あなたにはこれだけ介護サービスの費用がかかっていますよ」ということを告げる「お知らせ」を送付するので、事業所に問い合わせがあったら事業所で「対処していただきたい」という通知である。すでに医療費の抑制を目的とする「医療費通知」は国保をはじめ広く実施されている。医療費通知も問題ではあるが、「介護給付費通知」は「医療費通知」以上の問題がある。医療費には基本的に上限はない。これに対して介護保険給費は、認定により6段階に区分けされ、介護度ごとに「区分支給限度額」が設けられている。つまり上限が定められているわけで、限度額そのものも必要十分なサービスを満たすには低い額である。しかも、要介護認定の結果、要介護度ごとに区分支給額までのサービスが必要であると判定された額であるはずだ。つまり、区分限度額まで100%使えるのが当たり前であって、それを「サービスを使いすぎだ」といわんばかりの「通知書」を送ること自体がおかしい。さらにいえば、区分支給限度額に対する利用率は全国平均で4割にとどまっている。1割の利用料負担のために、サービスを使いたくても我慢を強いられているのが介護保険の実態なのだ。

通知書送付の事務費もばかにならないはずだ。ただし厚生労働省は、この通知書を事業所による不正請求をチェックするためだとしている。

● 見直しに当たっての3つの視点

以上のように、給付抑制を最大の焦点として5年目の見直し作業がすすめられて来た。

見直し作業をすすめてきた社会保障審議会・介護保険部会は、7月にまとめた「意見」で、介護保険の見直しにあたって、3つの視点をかかげた。①制度の「持続可能性」をはかるため、「給付の効率化・重点化」を思い切ってすすめる、②「予防重視型システム」へ転換する、③「社会保障の総合化」として、社会保障制度全体を効率的・効果的な体系へ見直す、というものである。

この3つの視点に盛り込まれた本音は、みてきたとおり「抑制ありき」である。「給付の効率化・重点化」とは、いま受けている介護サービスの切捨てにはかならない。軽度要介護者へのサービスの切捨て、施設入所者への居住費・食費の全額自己負担化などが給付抑制として効果があると判断したのである。

この介護保険部会「意見」の発表を受けて、厚生労働省は昨年9月～11月には連続的に「全国介護保険担当課長会議」を開き、見直しの作業経過や内容を断片的に示してきた。そして、昨年末の12月27日に、2005年度厚労省予算案に関連させて、『介護保険制度改革の全体像（以下、全体像）』、『持続可能な介護保険制度の構築（参考資料）』、『介護予防Q&A』を公表し、見直しの骨格と大まかな内容を発表した。そして、そのまま2月8日の法案提出に至った。しかし、この「全体像」をみても、断片的・抽象的なものにとどまっており、見直しの詳細な内容はよくわからない。しかも、本来「改正」法案以前に「改革大綱」などを発表する手順も踏まず、国民に説明責任を果たさないまま、法案を直接国会に上程したのである。

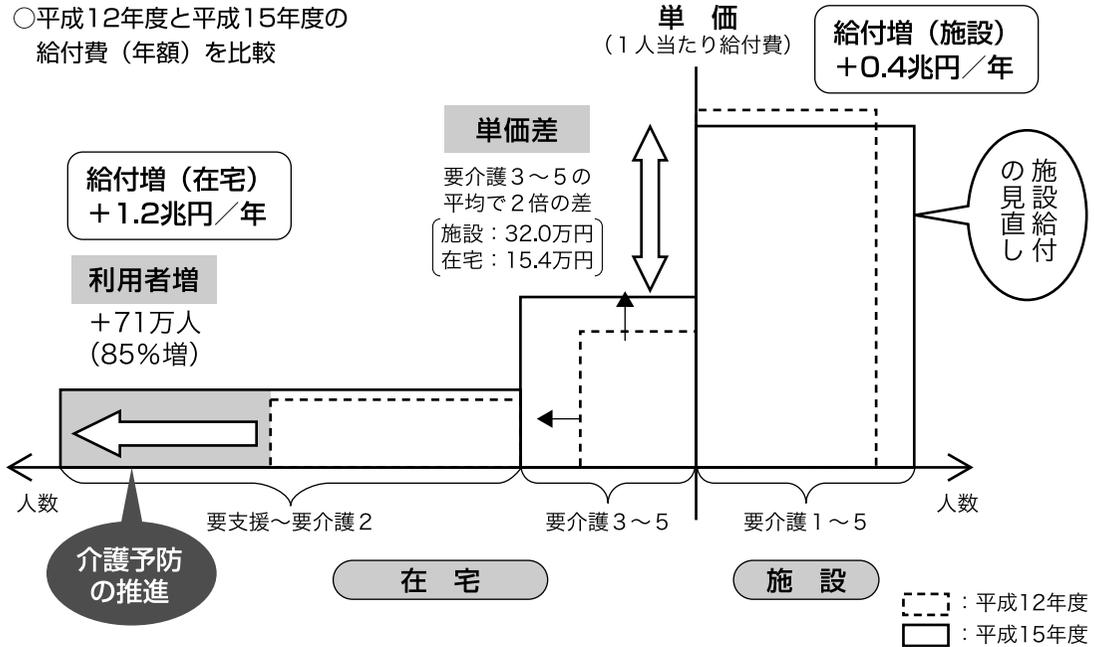
この「全体像」には、「持続可能な介護保険制度の構築」という副題がつけられている。制度実施からわずか5年で「持続可能な」と言い出すこと自体、そもそもの介護保険制度をつくったときの論議、出発点が何だったのかと疑いたくなるよ

うな副題である。「このまま制度をつづければ、介護サービスの費用（介護保険給付費）が増えて、財政破綻をする」というのが理由で、財政破綻を

回避し、持続可能な制度にするための「改革」、給付抑制ありきの本音をあらわにした副題である。

図2 介護給付費の構造—在宅と施設—

○平成12年度と平成15年度の給付費（年額）を比較



厚生省「全国介護保険担当課長会議資料」より

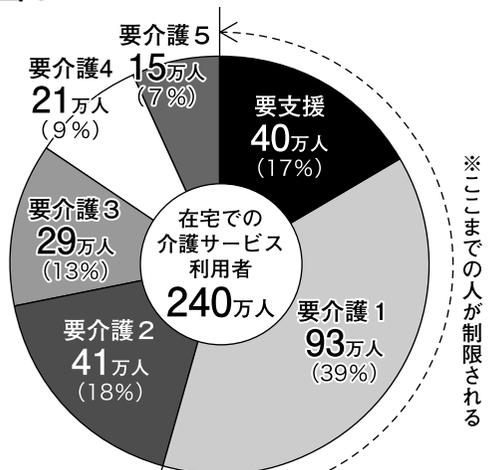
● 給付抑制の内容と狙い

では、どこで給付費の削減を図るか。図2「介護給付費の構造」を見てもらいたい。00年度（平成12年）と03年度（平成15年）の給付費の構造を比較した図である。在宅の給付が施設給付の3倍である。これは、施設建設を抑えているのだから、入所者の増は微増にとどまり、一人あたりの費用がかかっても施設全体での給付費は伸びるはずがない。在宅のなかでは、要支援から要介護2の利用者がほぼ倍の伸びと突出して伸びている。介護度別の構成（図3）をみると要支援・要介護1で56%を占め、要介護1が他の介護度と比べ倍以上のおよそ4割を占める。

ここで抑制をいかに図るかの焦点として、要介護1に白羽の矢が当たった。

しかし、まず利用者の増加を、予想を超えた急増とするのはおかしい。97年の介護保険法案審議のなかで厚生省が発表した「介護保険のポイント

図3



2004年7月末

出典：介護保険事業状況報告「2004年8月（7月サービス分）」

QandA」で、2005年の要介護高齢者等の数を340万人、総費用を5.5兆円、2010年で400万人、6.9

兆円と推計している。ちなみにこの推計で、05年の保険料は2,800円、10年で3,500円であり、現在の平均3,300円と比べると安い見積となっている。また、一方で同時期に発表した「高齢者介護費用と基盤整備量の将来推計」では、2000年4.4兆円、05年に7.0兆円、10年に10.5兆円（10年の場合、施設サービス整備率100%、在宅サービス整備率80%と設定している）と推計している。国民に対し、介護保険制度を作ることでここまで整備がすすむよとした推計である。

図4は今回の「改革」に当たったの介護給費の見直し（04年10月発表）だが、97年当時の2つの資料に見る推計とそう大きな変化がないのがわかるとおもう。つまりスタート前から予測できた伸びなのである。

ところが今回の「改革」では、この将来推計（図4）をことさらのように使い、このままでは、65歳以上の保険料は、06年の介護保険料の改定で、現在全国平均で月額3,300円が4,300円（30%増）に、09年に5,100円、12年には6,000円にもなるとした。保険料が高くなるのがいやなら、給付の制限や施設での居住費・食費の自己負担化といった抑制策の強要に使っているのである。

図4を使いながら、給付抑制の財政規模につい

て検討してみる。

厚生労働省は、「給付の重点化・効率化」という今回の「改革」で、第5期（2012年～15年）で、10.6兆円となる給付費費用が8.7兆円から9.2兆円にすることができると見込んでいるのが図4である。しかし、これでも今の保険料負担の仕組みのままでは、介護保険料はケース1で4,900円、ケース2では5,200円にはねあがる。

問題は、第5期の時点で「重点化・効率化」による効果として給費総額の2割削減をねらっていることである。

ここで現在の給付費の構成に戻って分析を続ける。現在、図3のように、要支援・要介護1でサービスを受けている人はおよそ130万人で、在宅でサービスを受けている人の6割近くを占める。これらの人々が受けているサービスの費用（給付費）はおよそ1兆円（年間）で、介護給付費総額（およそ5兆7千億円）の17%である（「介護保険事業状況報告、厚生労働省」から推計）。この1兆円の給付費の抑制・削減が「重点化・効率化」の最大眼目と考えれば、要支援・要介護1の利用者の「新予防給付」への転換ということのねらいも「底が割れる」のではないか。

なお、施設の居住費・食費の保険はずしの自己

図4 介護給付費の見直し

○介護保険の給付費費用は、それぞれ次のとおりになるものと見込まれる。

介護給付費（各期平均・年額）

		平成15～17年度 (第2期)	平成18～20年度 (第3期)	平成21～23年度 (第4期)	平成24～26年度 (第5期)
現行制度のまま推移した場合		5.5兆円	7.2兆円	8.8兆円	10.6兆円
給付の重点化・効率化	ケースⅠ	(▲0.1兆円) ※	6.5兆円 (▲0.7兆円)	7.5兆円 (▲1.3兆円)	8.7兆円 (▲1.8兆円)
	ケースⅡ		6.6兆円 (▲0.6兆円)	7.8兆円 (▲1.0兆円)	9.2兆円 (▲1.4兆円)

約2割減

(注1) 経済前提は、「社会保障の給付と負担の将来見通し（平成16年5月）」に基づく

(注2) 給付費には地域支援事業（給付費の概ね3%）を含む。

(注3) 端数処理（四捨五入）により、給付費の差し引き額と（ ）内の数値は一致しないことがあり得る。

※上記の試算は、制度改革を平成18年4月から実施するケースとして試算しているが、居住費用・食費の見直しを平成17年度中に実施した場合には、平成17年度における給付費の縮減が一定程度（例えば、平成17年10月実施で約1,300億円）見込まれる。

※出典は図1と同じ

負担化で、総費用でおよそ3,000億円、給付費で2,600億円が削減される（利用者にとっては負担増となる）。

● 「予防給付」についてのいくつかの疑問

「新予防給付」は、以上のような給付抑制・切捨の言い訳にすぎない。もちろん介護予防は重要な課題であるが、すでに介護サービスが必要と認定された人よりも、認定以前の高齢者全体を対象とすべき課題ではないのか。

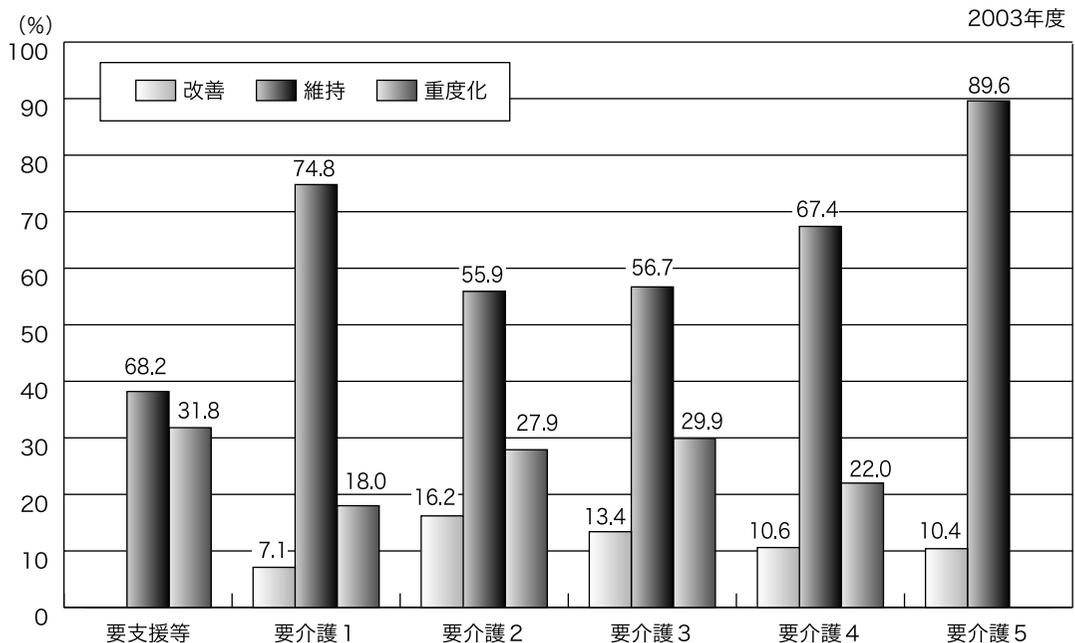
厚生労働省は、「予防重視型」に切り替える理由として、軽度の介護者の介護度が改善していないことをあげている。「家事援助サービスが、介護者の自立しようという意欲をさまたげている」などとも宣伝してきた。しかし、厚生労働省がまとめた「介護給付費実態調査報告（2003年度分）」（図5）でも、他の介護度に比べ、要介護1の重度化が最も低く（18%）、維持および改善は82%と最も高くなっている。軽度者ほど現行の「介護給付」サービスによる予防効果は高いことが示されているのである。

なお、要支援者の重度化率が高いのは、改善者が統計からはずれるためであり、要介護5の重度化がないのも、死亡あるいは入院などにより統計外となるためである。

国際高齢者医療研究所所長の岡本祐三氏も、2002年度分の同資料を示して、「要介護1の重度化率は18.9%と全介護度の中で最も低く、一方、維持・改善率は8割に達している。制度が定着し、ケアマネジメントも成熟しつつある。介護予防の実績は現状でも上がっているといいたい」（『シルバー新報』05年1月1日付）と指摘している。

全日本民医連が行った現在サービスを使っている要支援・要介護1の方の調査（04年9～10月実施、6,063件）では、現在のサービスが制限された場合、今後の生活に「懸念がある」とケアマネジャーが判断した利用者は95%にもものぼる。「懸念される」具体的な内容は、「生活の質の低下」が6割を超え、「ADLの低下」（54%）「病状の悪化」（41%）「介護者の負担増」（40%）「在宅生活の維持が困難になる」（34%）である。また生活状況は、「本人非課税」が85%、「独居」が4割、「老老世帯」が2割を占め、何らかの痴呆症状がある利用者は、要支援で4割、要介護1で6割と

図5 年間継続受給者数の要介護状態区分の変化別割合



注：年間継続受給者とは、平成15年4月から平成16年3月の各サービス提供月について1年間継続して介護サービスを受給した者をいう。

なっている。本来これらの人々は介護保険サービスの利用が最も必要なのだ。しかし、現在でも利用料負担の重さなどから、十分なサービスを受けることが出来ないのが現状で、これらの人々がさらにサービスを制限されれば、生活を維持することさえ困難になってしまう。介護予防以前の重大問題なのである。

「軽度者へのサービスの制限、切捨てだ」との批判が届いたのか、厚生労働省は昨年末になって、「家事援助サービスも『予防給付』としておこなう」などといいだし、「改定」法案にも「介護予防訪問介護」「介護予防訪問入浴介護」「介護予防通所リハビリテーション」などのメニューが並んだ。ただし、「介護予防訪問介護」とは自立を促すための見守り型の家事援助サービスであるなどと説明している。給付費抑制という今回の「改革」目的からは、この介護報酬は従来よりも安く設定（半分～3分の1程度？）される可能性が大きい。低額な報酬のもとで、時間や回数も著しく制限を受ける可能性がある。しかも、実際には「見守り」援助の方がヘルパー労働としては大変であり、報酬を下げられれば、担い手がいなくなるのではないか。

ここで、当初「新予防給付」の筆頭メニューに掲げられ、喧伝されていた「筋肉トレーニング」についても一言触れておきたい。「筋肉トレーニング」をはじめ、介護予防の強化は、いっそう重視しなければならないことは明らかである。しかし、今回の「改革」では、現在介護サービスを受けている人へのサービス制限の弥縫策として「筋肉トレーニング」が使われていることが問題なのである。このことを証明するように、これだけ宣伝された「筋肉トレーニング」や「口腔ケア」などの新メニューは、「改定」法案に、その言葉すら登場しない。厚生労働省によると、デイサービスや居宅療養管理指導として実施するとのことであった。

また、04年12月27日に発表した「全体像」に付属された「資料」の末尾に、東北大学大学院教授の辻一郎氏の論文「介護予防の基本的な考え方」（『介護保険情報』04年11月号所載）が添付されている。介護予防のエビデンスとして、運動トレーニングの効果を論じたものである。これを厚生

労働省はわざわざ重要部分に下線を引いて紹介しているのである。下線の中には、効果を証明した部分とともに、「要介護発生を促進しかねない」として、「家事支援ホームサービスで」「利用者が依存的になる」という問題がある」という記述もある。しかし、下線が引かれていない部分に、次のような記述もあるのである。「例えば、仙台市では、70歳以上の方に「敬老バス」を発行しており、市のバスと地下鉄は無料で利用できる。そうすると、しょうゆ1本切らしても町に行く。そしていろいろな風景を見て触れ合って帰ってくる。それが閉じこもりの予防に大きな貢献をしている。また、バスに乗っていると最高のバランストレーニングになる。建物を建てて機械を使ってバランストレーニングするよりも、バスに乗っているほうが楽しい。そうした幅を広げることも必要である」。まさにここにこそ下線を引きたい。「三位一体改革」などで各地ですすむ「敬老バス」の縮小・廃止やその他の福祉サービスの切捨てを厚生労働省はどう評価するのだろうか。

● 社会保障の一体的見直しの牽引車

最後に、介護保険改革が「社会保障の総合化、一体化」のけん引役をはたすという問題を考えてみたい。

小泉内閣がすすめる「構造改革」の一環として、高齢者福祉の「構造」を変えてしまう内容が今「改革」に含まれている。「改革」法案のなかには、介護予防事業のみならず健康診査（老人健診）まで介護保険制度に組み込もうという計画がある。これは負担の転嫁という問題にとどまらず、国と自治体の責任である公衆衛生や高齢者福祉を介護保険の狭い枠内に閉じ込めてしまおうというもので、高齢者福祉・保健の「保険化」である。介護保険でこうしたことがすすめば、次は医療保険制度にも波及する。

年金も含め、社会保障全体を大幅に抑制し、国や大企業の負担を減らし、国民相互の負担にする仕組みづくりが「総合化」のねらいである。そのさきがけが今回の介護保険見直しなのだ。

「改革」案が検討されはじめた昨年4月、財界

を代表する日本経団連は、「介護保険制度の改革についての意見」を発表し、いち早く注文をつけた。「施設入所者の食費および居住費の自己負担化、利用料の適正化（引き上げ）」「特別徴収の拡大、株式会社の参入」などを要望した。「改革」法案は見事にこの要望を反映したものであることがわかる。

また、昨年参議院選挙後、内閣官房長官の私的諮問機関として「社会保障のあり方に関する懇談会」が発足した。この懇談会は、選挙前の通常国会で、年金改悪法の強行採決の引き金となった自・公・民「三党合意」と、日本経団連・連合の両会長連盟の要請にもとづいて設置されたもので、「社会保障制度全体を一体的に見直す」という抽象的な目標がかかげられている。この懇談会のねらいは、戦争をする国づくりという政治路線と、財界・大企業がすすめる国際競争力強化・総額人件費抑制という経済路線（「構造改革」）にそって、日本の社会保障の再編成を図ることにある。社会保障の予算と大企業の社会保障負担を全面的に削減、縮小する方向をめざそうということだ。そして財源問題として、大企業には痛みのない消費税増税への筋道をつけることにこの懇談会の最大目的があるのだ。

昨年の年金改悪による負担増、配偶者特別控除や老年控除の廃止もこの経済路線の一環であり、

今年は低率減税の縮小・廃止がねらわれ、07年の消費税率引き上げ構想につながる。こうした増税路線と同一軌道で年金、介護、医療、生活保護、子育てなど社会保障の一切合財を見直そうという計画なのであり、「改革」などとはいえない財源対策にすぎない。

こうした路線にもとづく介護保険「改革」を阻止しなければならない。

高齢者が住み慣れた地域でいきいきと暮らしていけるためには、高齢者福祉を「介護保険まかせ、事業者まかせ」にするのではなく、国の財政支援や自治体の責任を明確にして、介護・医療・福祉・公衆衛生の連携をつよめるとりくみをすすめるべきである。

憲法9条、25条の改悪にストップをかける運動、消費税の廃止を求め増税をやめさせる運動、消費税増税の前段となる「定率減税」の縮小・廃止をやめさせる運動、介護改悪をやめさせ改善を求める運動、そして各地の平和とくらしといのちを守る運動、これが大きく共同できる条件が生まれているのではないだろうか。

「いのちが大切にされる社会」「いのちを大切にする経済路線」を目指す運動が求められている。

（あいのや やすたか、中央社保協事務局次長・全日本民医連理事）

「地域医療と協同の社会 —金持ちより心持ち—」

色平 哲郎

～ビデオ上映（南相木村診療所に研修に来た医学生をレポートした内容）～

●メディアの時代と心持ちの学び

手前味噌のものを見ていただきましたが、いろいろな思い出があるこの映像を、私はできるだけ見ないようにしています。私はお坊さんではなくお医者さんですが、似たような仕事をしています。今日は医学生さんの参加が多いそうですね。医者になればすぐに分かることですが、村に一人しかいない医者は死亡診断書を出すことになるのです。ですから、この映像は私にとってお弔いであるという意味もあります。地域医療を目指す人には格好良く見えるかもしれませんが、そんなこととは関係無く、高齢化した山村ではお弔いが多い、ということは言わねばならないことです。

また、この映像には問題があると私は思います。皆さんどう感じになりましたでしょうか？まず始めに研修に来た学生達をおとしめて、三日目に持ち上げるという手法を使っていました。これは編集上のテクニックとしては良くある「やらせ」ではないでしょうか。人間の意識というのはほとんど変わるようなものではありません。皆さんの周りにある新聞やテレビの報道でもそうだと思いますが、それらは編集が掛かっている。悪意ではないと思いますが、意図を持って編集を掛けているということです。皆さんの目の前にある様々な情報は編集が掛かっています。学生さんは問診するときに悪意でお婆さんの話を聞かなかったわけではないと思いますが、「聞かなかった」という

決め付けのナレーションが掛かっていました。そして二日後には「お婆さんの話が聞けるようになりました」とストーリー性を持たせていることにお気づきになりましたでしょ

うか。つまり、我々はメディアの時代に生きていますので、本当の自分のぶつかりの体験が、だからこそ、大事になると私は思います。

今日は「地域医療と協同の社会—金持ちより心持ち—」という題にしましたが、これはもちろん笑っていただくためのものです。私は金持ちになりたいのですが、金持ちになる能力もないし力もない。残念です。金持ちになりたいのだけどなれない、やっかみの気持ちで「心持ち」になってみたいという風にやせ我慢で言っているのだと思ってください。

私は村の中で心豊かな人達に囲まれています。その心豊かな人々の前に出ますと、自分が心貧しい人間であるということに気付かずにはいられません。それは『おしん』の時代の山村のご苦労を身に刻んだ人が目の前にいるからです。私達の新しい日本、それはつまり、電気があり、きれいな水があって、「かきくけこ」と言いますけれども—金と機械と車と携帯電話とコンビニのことで—そういう便利な時代に生まれ育ったのでは



ない、「日本原住民族」のご苦勞の体験を聴き取ることは大変勉強になると思うのです。そういう人達の心豊かな感覚から学ばせてもらう。また、私が学ぶだけではなく、来た学生さん達を「悪の道」に誘い込むという意味で、地域医療という苦難の道に誘い込んで行っているわけです。地域医療はずいぶん大変です。この大変さと楽しさというのは大学や大きな病院ではとても味わうことのできない奥の深いものです。

●この人に付いていきたい

それでは皆さんにご質問しますけれども、佐久病院という名前を聞いたことがある方、手を上げてください。…皆さん聞いたことがありますね。有名な病院なのですね。私は知りませんでした(笑)。私は学生時代にほとんど知らなくてフィリピンに行って「Saku General Hospital」と英語で聞きまして、日本に帰ってきてから若月先生の本を読んで遅れて知りました。海外で有名な病院です。途上国で、その素晴らしいプライマリー・ヘルス・ケアの活動で有名です。今のような大きな病院になる前のことです。(演者より：佐久病院の英語表記について、若月俊一先生は、「英語の普通名詞としてはSaku General Hospital(SGH)が正しい、しかし、私は『農村医学のコア、つまりセンター』としての理念を担うべく、あえて、意識的にSaku Central Hospital(SCH)と名乗っているのだ」とおっしゃっておいででした。)

1950年代の、まだまだ日本が敗戦後の混乱期に若月俊一というドクターがいました。皆さん佐久病院の名前をご存知ということは、この若月俊一という大先輩をご存知かもしれません。今年で94歳になります。佐久病院は長野県にあります。私は新潟県の出身で、長野とは縁がありませんでした。佐久病院の若月ドクターは偉すぎて私にはちょっとわかりません。その弟子である清水茂文というドクター、前の院長ですが、私の先輩にも当たる方で、この清水ドクターに出会ったとき、私はこの先生に付いていこうと決心して今に至っているのです。皆さんも、「この先生に付いていきたい」という先生に付いて、何年か修行してがん

ばってみるのも良いかもしれません。何かをやりたいとか、小児科医が良いとかを自分で決めない。「この人が良い」と思う人の指導・監督 supervise の下に、しばらく人生の修行をしてみるのも良さそうじゃないかなと感じます。

若月先生の思い出話については清水ドクターからいろいろと伺っています。若月先生ご自身に私は叱られたことがあります。名誉なことだと思っております。私が研修医のころ、H I V感染したタイの方々がずいぶん長野においでになりましたので、彼らの生活相談を受けておりました。研修医の癖に生意気なものであります。捨てられている人達、日本にいないことになっている人達です。しかしH I V感染ということは、いずれエイズが発症するわけです。そういう人達が癌に罹ったり、あるいは帰国相談など、「医職住」の問題、つまり医療と職業的な問題と住宅の相談を受けていました。私は無免許で、医者なのにそういうことをしてはたぶんいけないですよ(笑)。住宅の相談も職業紹介もして、研修医の癖に生活相談を受けていました。

そのころに若月先生に呼ばれまして、「君、正しいと思うことをやっているのは良いんだ。僕も支援したい。君を支えるために佐久病院に外国人労働者の支援機関を作ろう。月に一回、君の友人のタイ語の通訳と、君の友人のスペイン語・ポルトガル語の通訳と、君自身が英語で通訳をして。外国人の労働者——特に女性が多かったですけれども——彼らを支援するのは構わない。しかし、君に一言叱らなくてはいけないことがある。君ね、正しい事をやっていると思ったら、八割方正論が通ると思っているかもしれない。しかしそれは甘いんだ」、「僕はこういうやり方をした」と仰いました。若月先生流ですね。「まず酒を飲め」。サク病院はサケ病院です(笑)。「村の人とのやり取りだよ。村のお爺さんお婆さんとのやり取りだよ。村の有力者とのやり取りだよ。55%を取るんだけれども、五分五分に分けたようにしろ」、「五分五分で話を分けてそして意気投合したようにするんだが、しかし55%取れ」。それが若月先生の私を叱った言葉でした。55%を取り、相手を45%にす

るという意味が良く分かりませんでした。今でも良く分かりません。

●村社会と心理的格闘技

村の中に入ると、いろいろなぶつかりの体験があります。地域医療はある意味、医療ではないとも言えるからです。地域医療というのは地域の有象無象との心理的な格闘技、ボクシング、プロレスであります。

私はヘボ医者たらざるを得ません。なぜかという、一人しかいない医者だからです。私の後ろには180人のドクターを抱えた佐久総合病院もありますし、同僚達も小海分院というかたちで私を支えてくれています。しかし南相木村で一人で診療するという事は、誰とも相談ができないということです。また、検査をすることもできません。私は胃カメラができますが、すぐその場でできる体制にはないでしょうし、血液を採ることはできませんが、それを持って小海分院に行かなければならない。私が検体を持って行って、FAXで結果を受けている間、村は「無医村状態」になるわけです。今日も私は東京にきていますから、今もそうです。つまり、一人でやるということは自分が動かなければ物事が少しも進まない、また動いている間は医療に空白ができるという非常に怖い綱渡りであります。また、診断がつかない、「大丈夫だよ」とは言い切れないのですが、入院はさせずにご自宅にお帰りいただくということがままあるわけです。

もし私が佐久病院の医者でしたら、名医に成り得ます。きちんと診断して、リファール referral (紹介) し、専門の先生に「大丈夫だよ」と言ってもらったコメントをつけて、皆の知恵でその方に太鼓判を押して「どうぞお帰りください」と言えます。しかし、それはできない。昨日の診療でもそうでした。私は今日、患者さんの家に電話で「どう、大丈夫？」と連絡を入れることになっています。それは私の気持ちとしては、私はヤブ医者だから、昨日は適切に診立てしているかわからないから、「今日は大丈夫だったかな」と思っ

て電話しているだけなのです。しかし村の人はどう捉えるかということ、「あの先生は親身になって心配してくれている」と思うのです(笑)。それは単なる誤解で、それは私がヘボ医者だから注意しているだけです。医者 of 気持ちと患者の気持ちは、すれ違っていてむしろ当たり前だと私は感じました。

村人が気持ちだというのは、実際そうかもしれませんが、必ずしもそれだけではありません。日本社会というのは全体が村社会です。どこにいても村社会なのです。医局講座制という大学の中もそうですし、たぶん官庁とかお役人の世界もそうだと思いますし、会社もそうだと思います。村社会の集まりです。そういう村社会の中では、どういう風にしないと生き残れないのか、皆さんはぶつかりの中で勉強された方が良いと思います。私もずいぶん若月先生にも叱られましたし、清水先生にも叱られましたし、さっきの映像にもありましたように保健婦さんにも叱られました。

この保健婦さんは、私の地域医療の師匠でもあります。この方はとても地域で長く活動された方で、人気投票だったら村長に選ばれる方です。しかし、女性ですから、保健婦さんですから、いろいろな意味でその人望を警戒されています。村の中のバランスというのがありまして、ある人がとても力があると、それだけ警戒される。皆の心の中に住み込んで、保健師として十分な仕事をし、公務員であることを超えて24時間ボランティアプラス公務員をした保健婦さんが、悪口を言われているわけです。つまり、公務員の中では彼女がいるということは、他の公務員が働いていないということがばれてしまうという意味もあるのです(笑)。

私はそれを発見したときとても悲しかった。私も日本人ですから、「愛国者」としてこの日本がどうなっていくのか、行く末がとても心配です。つまり皆さんががんばればがんばるほど周りから浮き上がってしまうという日本社会、正論を言えば叩かれる日本社会です。私はこの日本の国が少しでも良くなるようにがんばってみたいと思って

いるけれども、そうそう簡単なことではないという
ことも段々分かってきました。

若月先生のように60年やられて、その先生でさ
え「自分の仕事は2割くらい」、「地域の民主化と
いうことについてはほとんど手をつけることがで
きなかった」と仰っております。60年間の若月先
生の仕事を振り返って見ますと、私はフィリピン
でドクターワカツキのお名前を聞いて、そのライ
ンを逆にたどって日本に戻って来ました。そして
彼に叱られたり、民医連の病院に修行に出された
こともあったり、いろいろなことがありました。

そういう中で、若月先生のご苦勞が本当の意味
で分かってきたかなと思ってきたのは、村に入っ
てからです。前の村で2年間保健婦さんと一緒に
やって、その後、無医村だった今の村に入って、
通算で9年が経ちました。それで村の良いところ
も悪いところも少しだけ分かってきました。まだ
まだ若月先生の60年の体験には全然及びませんけ
れども、7年か8年やってちょっと分かってきて、
9年目に「う～ん、そうかやっぱり一筋縄じゃい
かないな」と思うようになりました。

日本社会の村のありようというのは、とても心
理的な格闘技である部分が多いものです。正論は
通らない、言葉でかっこうつけても駄目です。し
かし、医者であるということでも入り込める。ど
れくらい身内意識で固まっているのか。その中に、
地域共同体ならではの涙と笑いがあるわけです。
それを感じ取ることができる感覚が皆さんにある
とすれば、地域医療で多少はやれるでしょう。

私ももう9年目か10年目になってくると自分の
医療技術がアウトオブデートになってしまうので、
「そろそろ戻ったほうが良いかな、けれど、どう
かな」など、いろいろ考えます。皆さんもそうい
うことを、現場に入って10年目くらいになると考
えざるを得ないと思います。医療はそういう意味
でやりがいのある仕事ですから、皆さんの前途は
洋々です。しかし、それは皆さんが下働きをやる
ということです。皆さんが偉い人間になるという
ことを考えてはいけません。皆さんは人々の下働

きになるために、お医者さんになるためにたくさ
んの国民の税金を、たとえ私立の医科大学であっ
ても、皆さんは数千万円のお金を国民からいただ
いて医者になるわけです。だから医科大学の中で、
自分に能力があるから私は医者になって当然とい
う人は、本当はまずい。そういう人は後で必ず困
ります。自分がサービス業であるということに気
付けるかどうか、皆さんの医療行為が逸脱した
り訴訟になったりしない、とか、皆からの納得を
得られるかというようなことを試す大きな試金石
となるのです。

今日の資料の中には、総研いのちとくらし研究
所に送ったイラクのこのメールもありますし、
山の中にも面白いことはいろいろできます。
今の時代はそういう時代です。また今、日本の医
療システムも大きく変わりつつあります。混合診
療というものが導入されますと、大きく変わっ
てしまうのではないかと思います。資料にある中越
震災の支援ということですが、私の故郷は
新潟ですから、先週の土日、ちょうど長野市で非
営利・協同の会合（いま協同を拓く全国集会 in
ながの）をやっていたのですけれども、自分の故
郷に支援に行っていました。

さっきの映像の中に、家具職人のおじさんが出
てきます。私の友人です。村に外から入った人—
外の人を「風の人」と呼びますが—風の人だけ
でも「土の人」達の論理をいかに汲み取っている
べきなのかを考える、そういった友人を地域の中
に持てるかどうか。その友人は皆さんの医療への
試金石です。「あなたはちゃんと下働きができて
いますか」「鼻が高くなっていないですか」とい
うことを日々試すためにこそ、こうした友人から
の忠告は必要です。

●風の人と土の人

60年の佐久病院の歴史ですけれども、その2倍、
120年前の佐久について申し上げます。120年
前の佐久に何があったか知っていますか？120年
前、明治17年11月といえば、秩父事件ですね。ど
ういう事件だったか、それは私には分かります。

私はノンポリに近いような人間ですし、その上、政治に関心が無かったはずだけれども、村人の中にも秩父事件があるので知っています。打ち壊した側、打ち壊された側、家の歴史として伝わっています。一回二回ではそんな話にはなりません。でも、往診をして「この家は一回燃えたんだ」、「この家は一回滅んだんだ」、「この罪人を出したんだ」という話の中に、明治政府がどういう政府であって、そこでどういうことが起きたのか、「自分達は泣きながら蜂起したんだけど」とか、「泣きながら蜂起した連中に焼き討ちにされて大変な目にあった」とか、そういう本音が出てくるのです。

中国の人も「墨で書かれた歴史はウソもある。しかし血で書かれた本当の歴史は打ち消すことはできない」と言っています。語りの中に本当の歴史があるということに気が付いてください。皆さんがどこでお医者さんをするにしても、その地域で100年前にあったこと、時には200年前にあったことが伝えの中にあります。そういう私達日本人が忘れてはならないようなまだ貧しかった時代、アジアの途上国であった時代、そしてその中で我々の先祖がいかに苦闘しながら現在のこの豊かな日本を築き上げたのかが、語りの中にはあります。戦争の体験はどうであったのか、ということをお聴きになる良い機会になると思います。

皆さんはお医者さんとしての腕も磨かないといけません。私は告白しますがけれど、ヘボ医者に過ぎません。しかし、ヘボ医者なりに信頼を得て、そういう話を聞かせていただいています。例えば信州であれば、「貧しかったから村を分けて満州に行った。満州ではこういう生活だった。開墾だと思って行ったら、すでに農地は開かれていた。その開かれた農地で、麦で中国人を雇い、米で朝鮮人を雇って使った。開拓民だったはずなのに、自分達には機械はないけれども今で言えば機械があるような生活をした」といった話を聞かせていただくことがあります。なぜ農地が既にあったかということ、もともとは中国人が開墾した土地を取り上げたものだったということが分かってきます。私達が理屈を後でつけるにしても、農民達あるい

は庶民達のいろいろな記憶の中にあるものを掘り起こします。すると、「ノモンハン事件はどうでしたか?」「ブーゲンビルはどうでしたか?」あるいは「タラワやマキンといった南太平洋の島でどういう戦いがあったのか」ということは、ちょっと言い辛い、言いにくいところがあります。酒でも飲まなければ語れないようなところ、涙の話があります。そして引揚げのときに、多くの信州人がなつかば死にかけた状態で帰ってきました。皆、難民になった。難民になった記憶も、こちらが聴きだそうと思って聞けるものではありません。何度か通っているうちにたまたまその話になり、たまたまご仏壇の中に小さな骨壺があって「引揚げのときに死んだ娘の骨壺です」と言ったときに、その「引揚げ」という言葉の意味が分かるかどうか、それが試されています。分からなくても同じような語りがあちこちにあります。ここで聞いた話を「ここで聞いた」ということだけにしないで、外部には漏らさずに、その上で次の話を聞けるようにしておくと、「この地域はこのような思いがこもっているんだな」ということが分かります。

我々のように外から来た人間にも、むしろ外から来た人間だからこそ、縁がない人だからこそ、無縁の人間には語っても良いのです。あなたに初めて会い、むしろ本音をしゃべることができます。なぜならあなたは二度と会わないかもしれないからです。「この学生さんは、私の係累とは決して会わないだろう。話は漏れないだろう。」そうお感じになれば、研修に来た学生さんの方が私よりも更に心の壁を聴きやすいのかもしれない。来た学生さんにはもう二度と会わないことを前提に、いろいろな人生の苦難の話やぶつかりの体験を語りかけてくれる。それは皆さんにとって見ると21世紀を生き抜く上で、あるいは医者としてこの医療への大波の時代を生き抜いていく意味で大きな学びになるはずなのです。私にとってはそうでした。歴史というものは誰かがある立場で書いて本の形になっているものだけではなく、語りの中・オーラルヒストリーの中に、物語の中に歴史があると感じた次第であります。

村というのは面白いです。例えば、村のお母さ

ん達は、自分の娘に自分と同じ苦勞をさせたくないのです。農家のお嫁さんの苦勞をさせたくない。だから自分の娘は都会に出したい。彼氏を見つけるのだったら、都会者と一緒になれと暗黙の指示を出していると言っても良い。しかし、自分の息子に嫁が来ないと何百年も続いた家が續かない（笑）。だからそうなる本当に困ってしまう。いっしょに酒を飲んでいると、どうしようにもなくて困り果てているのです。私のところにはたくさんさんの医学生が来ます。看護学生も来ます。女の子が多いわけです。「なんでこの診療所長がこんなにもてるのか？」ということになって、彼らは誤解している。私がかかっているわけではありません。村のご老人方の魅力に釣られて何度もリピーターが来ているに過ぎないのに、一緒に酒を飲んでいると「一人、娘さんを家の嫁になんとかならんか」と言い始めます（笑）。笑っちゃいけないですよ。本当に大変なのです。

何でそんなに自分の娘を都会に出したがるのか、これを皆さんは考えたことがありますか？医療職になると見えないけれども、介護職になったらすぐに分かります。日本では介護労働を女性に肩代わりさせてきた伝統があるのです。だから大家族の家へお嫁さんとして入る事は、その家のお姑さんとお舅さんと自分の旦那さんの3人を看取り、50年後になって、やっと、よそ者であった嫁がその家の人間になれる、となっているわけです。こんな封建的な感覚、皆さん許さないでしょう？あるいはここに居る女性もそうだけれども、50年間そういう家で嫁をやれますでしょうか？好きでもない人と、と言ったら言い過ぎかもしれないけれども（笑）。

…信州でしゃべるときはもう少し慎重にしゃべります（笑）。村人の中に染み付いた日本人としての有様、その中の欠点がこの間の戦争を引き起こしたのだと思います。そして、その中の良いところを頑張ったから、この高度成長を生み出したのだと思います。我々の知っている日本の歴史をどういう人が担ったのでしょうか？それは庶民が担ったのです。庶民の努力によって作り上げられた。庶民が協力したからこそ戦争ができた。そういう

庶民の有様というのを、私は世間知らずだったから後になって勉強させられました。非常に難しいです。

●パッチ・アダムスと日本の医療

介護、医療…皆さんにいくつか質問した方が良いでしょうね。パッチ・アダムスという人の名前を聞いたことがある人？…知られているんですね。私は全く知らなかった。この間、パッチ・アダムスと対談しました。知らなかったのに対談してしまいました。というのは、ある人から「一緒にしゃべってよ」と言われたからです。30分程で1300人位聴いていました。あんまり人が多すぎると、会場も暗かったし全然訳が分からないから、緊張もしなかったですね。

パッチと意気投合してしゃべりましたが、パッチは言っていることがおかしい。『パッチ・アダムス』という映画があります。その映画を見ると、夢の映画みたいです。皆さんもそれでイメージができています。私も対談しなくては行けなくなったので、映像を借りてきて見ました。見ながら行って、楽屋でしゃべっているときに分かったのですが、実は彼はその映画が大嫌いなんです。「なんであんなハリウッド映画を作ったんだ！」と言まくっている。「だったら撮らせるなよ」と思うのですが、しかし、お金を集めなきゃいけない興行主としてのパッチとしての有様があるのかもしれない。パッチはアメリカに帰ってから私に手紙をくれました。アフガニスタンで撮った写真だということで「皆でアフガンに出かけたんだ。ぜひ、また会いましょう」と書かれていました。光栄なことだと思います。

彼に会ったときに気付いたのですが、彼は本質的にアメリカの医療に対して憤懣がある人です。差別されている人が多い社会で、皆が掛かれない医療体制であるアメリカに対して、ものすごく怒っている人です。私が日本の、皆保険体制にある医療のことを説明したら、「すごいじゃないか」と言いました。アメリカ人のパッチにとって3回目の来日で、「やっとおまえみたいな奴に会えた」と私に言ったのですが、それまで話が合う人に全

く会わなかったそうです。「どういう人に会ったのかな」と思ったのですが、恐らく偉い人が招いたのかもしれませんが。私のような野人と会って、「意気投合した」と言ったあと、「日本の医療システムは良いよね」と言いました。日本では保険証があれば誰でも医者に掛かれますが、アメリカではそんなことは有り得ません。また「医者を選ぶ権利もあるんだ」とフリー・アクセスがあることを私が話した。彼は「へえ！」ともう本当に舞い上がった。それがパッチの感想です。

パッチ・アダムスについては他にも面白いことがあります。彼はテレビが大嫌い。大統領のジョージ・ブッシュが大嫌い。彼のしゃべっていることをそのまま直訳すると、もう講演会が成り立たない。内容が「ブッシュの糞つたれこの野郎！」と言っているわけです。私は英語で分かるから「そのまま英語を訳せないよ」と思ったのですが、通訳もやはり困っている。本当に四苦八苦しました。でも面白かった（笑）。

つまりね、映像の中にはウソがあるとは言わなけれども、映像が編集されているのは明らかなわけです。あのとき一緒にいた、安曇野ひろ美術館館長の松本猛さんもパッチと意気投合しました。彼の母親であるいわさきちひろさんについても、「映画を撮らせたい」とか「撮りたい」という話がずいぶんあったし、あるそうです。女優でちひろ美術館（東京）館長の黒柳徹子さんも、自伝的な映像を撮りたいという話がずいぶんあるのでとても警戒しているという話を楽屋で3人でしていました。

どうしてそんな話になったかという、自分を描かせるために商業映画がどれくらい「やらせ」を撮るのかという話になり、パッチは自分がどう描かれるのか分からなくて、1700のエピソードを提供したと言ったことからです。その中をうまく摘んで、一番面白いストーリーの映画を作ったようで、事実とは違うところがあるそうです。ロビン・ウィリアムズという男優がいますが、映画の中では歳を取ってから学生として医学部に入ることになった。しかし、事実のパッチは20歳で入っ

たのであって、別に歳食い学生ではないのです。精神病院で苦しんだ後、自分のぶつかりの体験の中で医師を目指す。これは本当なのですが、ロビン・ウィリアムズが俳優としては歳で、20歳の学生を演じられないからそうしたというだけのことです。もう一つ事実と違う点は、「Gesundheit Institute」を作って無料の診療をやっているときに、皆のためにできる範囲の医療—日本でいえばホームレスの方々への診療とか外国人労働者の診療をやっていたのだと思いますが—そういう中で自分のフィアンセである女性が殺されてしまうという悲劇が映画の中であるのです。映画の筋をこの場で言うのも問題があるかもしれませんが、事実は彼の男性の友人が殺されてしまったということのようです。つまり事実関係を皆組み替え、面白おかしくしてしまうのが映画だということで、彼はメディアの批判をずいぶんしていました。また、ブッシュを持ち上げているメディアに対してもかなり厳しい批判をしていました。今頃、ブッシュが大統領選で勝ちそうだとするので、たぶんパッチは向こうで怒りまくっていると思います。

●べてるの家と「弱さを絆に」

「べてる」と言う名前を聞いたことがある人はいらっしゃいますか？いない？これは説明しないといけませんね。「ベテル Bethel」という名前の街がドイツにあるようです。そこは精神障害者がたくさん集まる街として有名だそうです。日本で「べてる」というと、北海道浦河町の「べてるの家」のことを言います。「べてるの家」は精神障害者が自分達で集まっているところです。大体100人位で、どんどん結婚して子供の数が増えていくという説があります。読売新聞「医療ルネッサンス」に、2004年7月27日から5回連続で「べてるの世界 統合失調症と生きる」という記事があります。読む機会がありましたらご覧ください。（編集部注：読売新聞のサイトから概要を読むことができます。）

べてるの家には、理念というか「べてる語録」があります。

まず「弱さを絆に」と言います。皆さんは強い人間でしょうか？弱い人間でしょうか？例えば私はずいぶんしくじりがあり、大学を中退した親不孝者です。家出をし、キャバレーでボーイをやっ
てぶらぶらし、行き場がなくなって外国に行きました。その後医学部にでもいくかということで、こんなに根気のない人間が医者になるはずが無かったのですが、なぜか知らないけどなんとなく医者になった。ここで親孝行しているのかもしれませんが、しかし、たいした医者にはなれなかったという感じです。「弱さを絆に」とべてるに言われて、救われました。人間、強くはないということが良く分かる。「公私混同大歓迎」という言葉もある。これも救われます。私は公私混同してしまう人間です。「病気に助けられる」。…私は精神障害の病歴はないですが、性格障害の病歴はありますからね（笑）。関係障害の病歴もありますね。皆と喧嘩してしまったり（笑）。関係障害者だから彼の気持ちも分かります。後は、「利益のないところを大切に」ともあります。これからの医療で利益のないところを大切にできる医療機関は、これから伸びるかもしれないですね。「安心してサボれる会社作り」（笑）。今の時代に逆行、小泉改革に逆行しています。

私はべてるについて、以前から知っていました。佐久総合病院の第9回若月賞（全国の保健医療分野で「草の根」的に活動されている方を顕彰するために制定されたもの）を「べてるの家」と川村敏明ドクターが2000年に受賞しておいでになり、この集団との付き合いがあったんです。現地に足を運んだのは2003年です。夏休みに家族5人で行きました。「活発な息子さん、娘さん達が来た」ってずいぶん構われ、うちの子供達はべてるの仲間と一緒に遊んでいました。

「昇る人生から降りる人生へ」。これもなかなか言えないことです。ずいぶん挫折体験を持って、自分の中で辛い体験を積み重ねた上でのごとでしょう。「差別・偏見・大歓迎」。これもなかなか言えないと思います。私が友達になった彼は「私は精神バラバラ状態のナントカです」と自己紹介をするわけです。そして「僕の妄想はこういうこと

で、こういうふうの人に迷惑を掛けて」と自己紹介をやり、皆が拍手喝采してグランプリになる、こういうのがべてるですね。

いかに人に迷惑を掛けたのか、いかに家族に迷惑を掛けたのかの話せるのです。私もそうです。大学中退して、フラフラしてキャバレーでボーイやって。当時はキャバレーにいた女の子はまだフィリピンの女の子が来る前で沖縄の女の子だったのですが。当時私はキャバレーでピアノ弾きながらウェ이터をやっていて、面白かったとはいえ、ひどい生活ですね。そういう私の恥ずかしい体験に相当するものかどうかは分からないのですが、彼らにとっては病気の体験、もっと辛いかもしれないもっと酷い体験があったのかもしれない、そういうことをあからさまに皆の前で語って「私は、だから、救われました」と言うのです。なぜなら、幻覚・妄想の定義は自分で信じ込んでいることですから、皆の前で語るときに「私はこう信じている」という話になるはずですよ。でも、それを皆に笑ってもらえるのを前提に喋るとはということかということ「これはどこか幻覚・妄想じゃないか」ということにすでに気付いておいでになる、ということの意味します。「気付くきっかけを誰がくれたんだろう？」「誰によって僕は救われたんだろう？」そういう話になるのです。

私はこれを忘れられない。感動する。いかに医療が罪深いものであるか、いかに彼らを薬漬けにして幻覚を抑え、精神病院に閉じ込めてきたのか。ハンセン病施設と同じです。ずっと閉じ込めて今に至る。お金儲けの材料になっているのです。牧場の牛のように置いておけばお金が入るという制度を、日本政府は40年ほど前、ライシャワー事件の後に作ったから。

精神病院というのはいまだにいろいろな意味で偏見も酷く、差別も酷い。もちろん幻覚・妄想もある。被害妄想も感じてしまう。人に迷惑を掛けてしまう。しかし、人に迷惑を掛けた、爆発した経験がある人だからこそ「爆発救援隊」というのもあるのです。誰かが爆発しそうになっていて、すぐにそこに行き救援することができるのはやは

り医者ではない。もっとも、彼らはこんな風に言っているわけではありません。訥々と語るのです。

「ミスターベてる」という人がいます。彼はなんとやっているか。散々友達を失ってきた彼が、「友達のできる病気だ」と言いました。失うだけ失った後、「冷たい風が吹いてきたら温かくして返そう」というのもべてる語録です。「あいつはナントカで」と言われているにも拘わらず。ミスターベてるは早坂潔さんという方ですが、彼のことを仲間がなんと呼ぶかと言うと「ウルトラマン」と言っています。3分、座ってられない。私もさつきからウロウロ動いていますね。落ち着きがないわけです。彼の気持ちが分かる。座って3分間を待てない。どこかへ行ったりタバコ吸ったりしてフラフラとしちゃう。これは性分なんです。だから根気のいる昆布の袋詰めという仕事を皆と一緒にできない。3分くらいでいなくなりますから。でも彼は仲間だ。期待し過ぎるからいけないという説があります。昆布の袋詰めをすると一個7円です。早坂潔が一日に5個できたら、皆が「すごーい！」と言うことにしたんだそうです。この話分かります？確かに利益のないところを大切にしている。安心してサボれる会社作りです。しかし、早坂潔は売る方はうまい。売りに行くと早坂潔は症状が出てしまう。幻覚・妄想が出てくるらしい。それでパッパラパー状態になると倒れてしまう。皆が「かわいそうだ」、「潔さんが倒れちゃった」と言って、まわりのおばさんが必死になって売りまくって帰ってくる、という人なんです。本当ですよ。…いやあ、面白すぎる。友達ができる病気だ。

早坂にはY君という弟子がいます。この間群馬県にY君が来たときに再会したら、秘密の話を教えてくれました。早坂さんは40歳過ぎていますがY君は25歳くらいです。彼はかつてある研究所に勤務していて、「僕は安全な車作りと社長が言うのを信じて、安全な車を作るためにどうしたらいいのか」ということで、いろいろな欠点を指摘しまくった」そうです。たぶん三◆だね(笑)。そうしたら会社にマークされちゃって、4通の遺書を書かされた上でパラダイムシフトを強要された。

パラダイムシフトとはつまり洗脳です。「会社のために死力を尽くして働こう」、「今自分がやっていることは会社のためになっているかどうか」、「公私混同は絶対駄目」、「時間中はこの行為が会社のためになっているかどうかを確実に考えながら取り組むように」とパラダイムシフトを受けて、「会社のために働くんだ！会社のために働くんだ！」とぶつぶつ言うようになって、家へ帰ってきたそうです。そうしたら、それをみていた隣の家のおばさんが「あれは危ない」とその息子に知らせた。その隣家の息子がたまたまべてるに出入りしている人だったので、隣の兄ちゃんが「べてるに行くから一緒に来い」と言ってY君を飛行機に乗せ、連れて来ちゃったんだそうです。彼は「会社のために働くんだ！」と洗脳を受けたまま、なんだかよく分からないけど置いていかれてしまった。彼は教会があったり作業所があったりする北海道の襟裳岬の田舎にやってきて、「ここはべてるだな。よし、べてるのために死力を尽くして働こう！」と皆の前で宣言したらしいです。すると皆がしら一っとしていて、「でもさあ、Y君。自分を助けられないで他人を助けられないぞ」と言われてしまったそうです。これを言ったのが早坂潔だった(笑)。そのうちにY君がぶつぶつ言っていると「君、SOSの出し方が下手だね」と言われたそうです。「困っちゃったら固まっちゃったり、宇宙船を呼んだりしないで、言葉で表現しなさい」と言われた。言葉で表現するというについて彼は不得意だと指摘を受けたのです。だんだん落ち着いてきたときに、早坂潔に「君の病気の名前をつけてあげる」と言われて、「言葉の糞詰まり病」という病名を貰った。

べてるの仲間では、自分で自分の病名をつけるということが伝統です。Y君は師匠の早坂潔の「言葉の糞詰まり病」という病名を自分に当てて、「そうか、僕は言葉が上手く通じるように出せないのか」、「言葉に出せるようにすれば僕の悩みを聞いてもらえるだけじゃなくて、相手のことも聴けるようになる」ということが分かってきました。「そのままの自分で百点満点だよ」という仲間ができたとき、「友達ができる病気」だと早坂潔が言っていることが分かったのだそうです。

同じ統合失調症（分裂病）の仲間が幻覚・妄想が消えるところまで医者に薬を処方されて、病院の中でだらっと暮らしているのに比べると、べてるはそんなに強い薬を使っていません。私の親しくしている川村ドクターが「もっと治して良い？」と聴くと「いやあ、こんなもんでいいわ。これ以上治されても」と言うそうです。完全に幻覚・妄想が消えちゃうと寂しいのでしょうかね、多分（笑）。「今は友達もいるし、人に相談できなかった自分がちゃんと相談できるようになったのが一番大事だよ。治りさえすれば良いってもんじゃないんだよ」と言われてしまったそうです。つまり、この辺のパラダイムシフトというのは、先ほどの会社が洗脳をするのと逆だと思います。

「他人の目ではなく自分の目」とも言っています。これは皆さんにとっても大事なことです。どこかに正解があるわけじゃない。お医者さんが正解を示すわけでもない。あなたの苦悩をお医者さんに預ければ、行政に預ければ、誰かに預ければ良いわけではない。そうじゃなくて、あなた自身の目で、あなた自身の頭でどうなっているのかということを考えていく。こういう視点をべてるの中では皆で共有している。だから「べてるは問題だらけ」。いつもディスカッション。「三度の飯よりミーティング」と言っているくらい。

面白い仲間ですよ、皆さん。北海道は遠いですけど。どうしてこういう人達がいるのかな。多分、良いお医者さん、良い地域、良いケースワーカーに出会えたのだと思います。でも、それだけではないですね。自分達の中で理念を共有できるような、そういう暖かな回路、排除しないような感覚、それは散々排除されて行き場が無くて困っていた人達こそが持っている。

川村ドクターは「権威は低くしても、信頼は高めたい」と言っている。彼は日赤のドクターです。日赤病院といえば地域の大企業です。彼はこうも言っています。

「私は20数年前、地域で崇められる存在でした。でも、この20数年間、転落の一途です。かつて医

者の地位・存在感は高かった。しかし、今は、どっちが医者だかどっちが患者だか分からないところに混ざってしまっています。そして、気づいたこともあります。本当のことを患者は医者に言いません。看護師にも言いません。」

なぜか。例えば、私が幻覚・妄想がある人間だとしましょう。それを看護師さんに言えばお医者さんに伝わります。けれど、それを言ったら薬を増やされてしまうわけです。なぜなら、幻覚・妄想は打ち消さなくてはいけないことなのだからです。熱とか痛みとかと同じで医師は症状を消そうとする。そうするとヘロヘロ状態になります。薬が増えればヘロヘロになる。ヘロヘロになりたくないときはドクターには言わないものだということにするわけです。ヘロヘロになれば独房に入れられてしまうわけです。しかし、メディカルケースワーカー、心理ケースワーカーには言うのです。「ドクターには言わないもんだよ」と経験を積んだ患者達は言うようになっている。

がんばりすぎると再入院になります。がんばっちゃいけません。誰か、がんばっている仲間がいたら止める。「そんなにがんばって仕事したらいけないよ。べてるの標語は何だ？『利益のないところを大切に』って言ってくれているじゃないかと」と言うわけです。「安心してサボれる職場作り」ですよ！仲間が一人揃わない、二人揃わない。「たぶん昨日、あいつ、辛そうな顔してたし」となるわけです。「あいつ」がどういう状態なのか付度（そんたく）できる関係がある、人間関係あつてのサボりです。人間関係がないところでサボったら、単に「あいつサボってる」ということになってしまいます。

こういうべてるの感覚というのがどこから来ているのかということ、「べてる」という言葉はドイツの町だということは先ほどお話ししましたが、ナチス・ドイツが精神障害者を全部殺そうとしたとき、ベテルの住民は抵抗したんですね。必ずしも全部は成功しなかったのですが、本当に抵抗したんです。どうしてそういうことができたのでしょうか？私にはよく分かりません。ただ、医者が、医

療が罪深いものだということまでは分かります。それが、患者さん方の熱意、患者さん方の創意工夫、自分の力で生きていくのだ、という気持ちを奪ってきたのかもしれないね。

病を持ち症状を持った人達が理事になり理事長になって社会福祉法人を作り、その年間の売り上げが1億円。だって、早坂潔が出て行ってパッパラパーになると皆で売っちゃうよね。かわいそうだし。「潔さんが来たのに」というファンもいます。早坂潔は「やあ、ここにいる川村ドクターの失敗作です」などと言うんです。つまり、治療が成功していなくて、失敗作なのだと言う。川村ドクターは「みんな勇気があるなあ、実は僕らと呼ぶとその地域の病院の人達の具合が悪くなるんだよね」と言います。そうだと思う。なぜなら元気がついてしまいますから。元気がついてパッパッとやると、がんばりすぎて絶対症状出ると思いますね。

他にもべてるのメンバーは面白いことをいっぱい言っていました。ある人は「健常者の方が病んでいる」「早速助けに行かなきゃ」と、札幌に向かって走り出した。これ実は正しいことです(笑)。健常者だと思っている連中の方が病んでいるわけです。弱さを絆にしていたら自殺しないで済みますよね。弱さを絆にしていたら人を蹴落とさないで済む。そういうところの配慮が今の社会にはない。

デンマークは素晴らしい国です。アメリカはまずいところもある国です。皆さんいろいろなところの事情を勉強されたと思うのですが、日本の中にも、仲間作りという観点でこんな活動をしているところがあるのです。そしてこういうかたちで新聞に出ると、仲間作りをしている「べてるの家」のことを北海道以外の人達が知ってしまいます。そうしたら皆が雪崩れ込んでくる。そこでアツアツカップルができて子供が生まれる。そういう方が増えて、人口が増加しているのが今のべてるの実情です。

他にもおもしろいことがありました。「全てを

病名だけで括ってしまって良いのか。病気が良くなることだけを目指してれば、病気のことだけになっちゃう。病状の安定のことだけを考えて、悩むことさえ良くない、ストレスも良くないとしてしまっていたら、その人の幸せやその人の人生が無くなっちゃう」。これは川村ドクターの言葉です。私の言葉ではありません。こんなに素晴らしい言葉を私は言えないです。

あるとき、哲学者が「べてるの家」に来たそうです。それでミスターべてるの隣に座った。哲学者は「どんな仕事しているの?」と潔に聞かれて、「人間のことを考えている」と答えた。そうしたら潔が、「ふーん、俺と同じだな」と(笑)。そうだと思います。自分達は哲學家集団かもしれないという妄想に取り付かれているかもしれないね。べてるは地元の大企業です。私は北海道で地域医療をやっている友人の医師のところを訪ねて行ったのです。襟裳岬は、歌にも歌われましたが、風しかないところですからね。昆布しかない。でも、あんな辺鄙なところなのに、つつい家族で行ってしまいました。

●変えることができるものとのできないもの

精神病を持って生きる。精神病と共に生きるということはどういうことなのでしょう。「僕は、一生懸命病気に取りくんでいるのに…病気とともに歩むのが僕の人生だということに…薬を飲んで、それで症状さえでなければ、それでいい患者なんだろうか、それで、僕の人生っていえるのだろうか」と、自らに問いかける現状があります。これは依存症にも通じるところです。私は大酒飲みではありませんが、先日、糖尿病の専門家のドクターと会ったときに伺いました。「糖尿病というのはバイオ・メディカルの医療モデルで、生物学的に考えられるものを超える存在かもしれないよ」と。一種の依存症で、食べるということに捉われてしまう、捉われの病気。ここではちょっと言いくいけれど、麻薬もあります。そういう薬剤に依存してしまう人間の弱さ。しかしその弱いというのはべてる語録で言うと、「みんなが弱い」、「何

かに依存したい」。その弱さを絆にできるべてら
だったら、アルコールを飲んでスリップしちゃっ
たら—アルコール依存症の人達の言葉では、飲ん
じゃうことを「スリップ」と言うんです。皆さん
AA という略語を知っていますか?“Alcoholic
Anonymous” です—皆で集まって「また、スリッ
プしてしまいました」と話す。そういうことを医
者のいないところで取り組む。NA “Narcotic
Anonymous” もそうですよ。「また、薬に手を出
してしまいました」と話す。

しかし、決してそれを責めるでもなく、ミーテ
ィングの最初でなんと言うのでしょうか?皆で声
を揃えて言います。「神よ、変えることのできな
いものについては、それを受け入れるだけの心の
落ち着きをお与えください」。「変えることので
きるものについては、それを変えるだけの勇気をお
与えください」。「そして、変えることのできるも
のどできないもの、それを見分ける知恵をお与え
ください」。これは神への祈りの言葉になってい
ますね。有名なラインホルト・ニーバーという人
の祈りの言葉です。

変えることができないもの、例えば、地域の中
に入って医療をやること。医療をやっているけれ
ども、地域そのものは変わらない。封建的なと
ころも素晴らしいところも、酷いところもずるい
ところも全然変わらない。若月俊一という天才が60
年やっても、ほとんど変わらなかった。そして高
齢化の中で減びていっている。素晴らしいご老人
方がいなくなって私は寂しい。変えることができ
ない、しかし、今の時代に変わらないってことは
むしろすごい価値だと思う。頑固な人達ですよ。
そういう変わらない人達についてはそれを受け入
れる。無理して変えようとはしない。

それでも、変えることのできるものについては
闘って、決して諦めてはいけない。ぶつかって
ください。ぶつかるしくじります。自分の挫折の
体験を通じて、自分の拳を痛めたその痛みをも
って、変えられないものがあるのだということに
ぶつかって、そして気づいてください。120年前
の秩父の困民党とは違います。あれは蜂起すれば

刑か追放でしたが、今は違いますよね。いろい
ろなこと矛盾を感じたらぶつかっていってください。
変えることができるかもしれない。しかし我々は
人間だから、つまり我々は弱く、皆タバコ依存
症にもアルコール依存症にもなりうる存在であ
って、なかなか自分をさえ変革することができ
ない。それでも、変えることのできるのならば、
ぜひ変えたいものだ。そして、変えることので
きるものどできないものを見分ける知恵を残
念なことに、人間は持ってない。「神よ」と言
っていますが、別に神じゃなくても良いのです。
私達はそんなに強いものではない。しかし、そ
んなに弱いものでもない。だから、決して責め
るでもなく、威張るでもなく、できることを
がんばってやろう。できることからがんばって
やろう。

我々人間は弱いものですから、何かに依存し
て生きる。時にはべてるみたいに病気に依存
して、病気であることをネタに皆に昆布を買
ってもらったり、病気であることをネタに商
売というか、いわゆる「まちおこし」をし
てしまったり。「べてるに染まれば商売繁
盛」とも言われています。「勝手に治すな
自分の病気」、「幻聴鑑定団」が飛んで
いって「あ、良い病気してますねえ」など
と言う。でも、この笑いの中にある辛さ、
だいぶ厳しいところもあるのだと思いま
す。

佐久病院の現場は海のべてるとは異なり山
の中ですが、同じく過疎化が進んでいます。
皆さんが最初にご覧になったあの映像とい
うのは、50年先の日本の平均像です。我々
はあらゆる面で日本社会の中で急激に変わ
っていくところを見つめています。南相木
村はそのパイオニアです。50年先の我々が
老人になったときの日本の高齢化率38%
を、既に当村は実現しています。皆さんが
50年経ったときにはこういう日本で生きる。
先ほどみたいたところで、あのおじいさん
おばあさんとして生きる。そのお世話を
してくれる介護者、ケアをする介護労働
者が、しかも十分な数がいなければ私達
の老後がない。そういったことを「鏡」と
して考えることができるか。医者だけが偉
い、医者だけが仕切るといようなやり方
だけでは、もう社会はもたないのです。
どうしてもたないのか。

それは患者の満足度の問題もあり、医療事故の問題もありいろいろですが、私達の問題だからです。皆さんがご老人になったときに、高学歴の医師達だけが週に一回往診してくれるだけでは、皆さん生活できないでしょ？もっと親身になって夜でも診てくれるような看護師さんや保健師さん、ケアの人達が入り出てくれるようであれば、いくら高コストの医師が何人もいたところで皆さん自身の老後が暮らせないじゃないですか。「好きなところで好きな人と一緒に暮らし続けたい」というのが私達の本当の本音なのだとすれば、その介護の安心感、「あなたはあなたのままではない」、「あなたは一人ではない」という感覚は、医療関係者だけががんばっても達成できるものではありません。

●誰にどこでお世話になったのか

皆さん達は是非、地球のうちの4分の1の人類は電気がない生活をしていることを、自分のぶつかりの体験の中で知ってください。フィリピンやタイに行って、そこで下痢をして帰ってきてください。ボランティアとして行っても、皆さんは何の役にも立ちません。私はいろいろなところに行ってよく分かりました。日本人は何の役にも立ちません。お金を背負っていっても混乱させるだけです。それでも、出かけてください。熱を出した

ときに現地の人のお世話なって帰ってくれば、日本でフィリピン人やタイの人に会ったときに、「ああ、あの時はお世話になったな」という感謝の気持ちが湧いて来て、そしてつつい声の掛けになってしまう。そうした私は凶らずも「人権活動家」なるものになってしまったのです…。

外国人達が佐久病院のすぐそばでたむろし始めたとき、私はちょっと言葉ができるので「どうしたの？」と声を掛けたら、だんだんいろいろな人間関係ができてきました。タイの女の子達が「先生、仲間が風邪をひきました」と言ってくる。私が診て、「よかった、大丈夫だよ、お薬を上げるから、飲んでね」と言う。するとタイの女の子達がタイ料理とお酒で、大歓迎してくれる。「どうして日本の医者はこのうれしい出会い、楽しい、素晴らしいことをやらないのかな」と私は思ったものでした…（笑）。それは差別・偏見でした。皆さんは決して人権活動家にならなくて構いません。良いことなんてやらなくて構わない。ただ、自分のぶつかりの体験で、誰にどこでお世話になったのかということちゃんと分かっていたら良いのです。日本国民に対してもそうですよね。皆さんの授業料、医学部で学ぶための数千万円の授業料を誰が払ってくれているかということが分かれば、自ずと自分の生き方が決まってくるのではないのでしょうか。

【質疑応答】

司会

ただいまの色平先生のお話、この講演自体も格闘技という感じがいたしまして、皆さんに複雑ないろいろな技を掛けたのではないかなと思います。皆さんの方から掛けられた技に対して、質問やご意見がありましたらお願いします。

質問A

医学部3年のAです。今日は本当に来て良かったと思える講演を聞かせていただきました。そこでお聞きしたいのですが、先生の夢は何ですか？

色平

まあ、夢は実現していますので。へき地みたいなところで医者をやってみようかなと思って、それが実現したので、後はだらだらやっていくのではないのでしょうか（笑）。

質問B

僕も医学部3年のBと申します。僕は他の大学に少しだけ行って、医学部に入り直したのですが、先生ほどにいろいろ考えて入ったわけではないなとつくづく思いました。

今、自分がどういうことをすべきなのかなと考

えて学生をやっているのですが、学生のうちに「これはやっておいたほうが良いんじゃないか」ということがあったら教えてください。

色平

海外を回った方が良いですね。それも観光旅行ではない方が良いと思います。

日本の周りの国だと、韓国や中国は行った方が良いでしょう。韓国にはずいぶん友達がありますが、20回くらいは行きました。女房と一緒に10回くらい行っています。学生のときに出入りしていたことが今に繋がっての友達です。「アジア人が日本をどう見ているのか」ということを、現場でぶつかれたら良いと思います。中国もそうですね。私が中国のかなり田舎に行って、「こんなところは外国人が来たことがないだろう」と思うようなところにも、ちゃんと日本軍の銃剣があるわけです。昔、我々の爺さんの世代は、兵隊として、よくぞこんなところまで歩いて来たな…、と感じてしまいますよ。戦争の傷跡がありますね。

フィリピンもそうですね。フィリピンは虐殺が多かったところです。日本兵もずいぶん死んでいます。タイは対日感情が緩やかですが、日系企業がどういう活動をしているのか、ODA、つまり政府開発援助はどのようなものか、向こうの方々の気持ちに即してお聴きになったら良いと思います。

ソビエト・ロシアもアンドロポフ時代とチェルネンコ時代ですけれども、私は2回行って少数民族の方とずいぶん出会いました。ロシア人以外の民族がたくさんおいでになる。中央アジアに行くと朝鮮人がバザールで働いています。スターリンの強制移住の痕ですね。それは日本が朝鮮を植民地化したことの余波でもあるのです。そういうことを、ロシア語ができれば一番良いのですが、そうではなくてもコミュニケーションはできると思います。ポーランドはちょうど戒厳令に入るところでしたから行けなかったのですが、ロンドンで戦闘機乗りだったポーランド人に会いました。彼は祖国がナチス・ドイツとソビエト・ロシアに潰されたときに戦闘機を盗んで逃げ、マルタ島経由で英国に亡命し、ロンドンの上空で戦った人です。当然、81年に私が出会ったときの彼は、戦後共産

化された祖国ポーランドへは帰ることが出来ずにいたわけです。89年、東ヨーロッパの民主化実現の報は私にとってとてもうれしい知らせでしたよ。だって39年の大戦開戦以来祖国を離れ、50年を経た彼ら夫婦がやっとポーランドを訪れることが出来るような世の中になったのですからね。私の最初のガールフレンドはドイツ人の女性ですし…いろいろな出会いがあると思います。

皆さんは時間があるうちは海外を回った方が良いでしょう。すると日本についていろいろな想いを持った人達がたくさんいることが良くわかるでしょう。別にアフガンに行けと言っているわけではありません。私のところに出入りしている医学生はアフガンに出入りしているのもいますけれど、数百人出入りしているといろいろな人達があります。

ヨーロッパに行くと、住宅や教育、福祉などがほとんど無料であるという社会のあり方を学ばされるでしょう。日本とは合意形成の回路とありようがだいぶ違うのです。途上国に行けば、日本も昔はそうだったと思いますが、ずいぶん苦勞の経験の中で若者が民主化のために闘っている。私は日本の中では学生運動の世代ではないです。しかし、韓国やフィリピンの民主化運動の中に友人達がいましたから、彼らはだいぶ弾圧を受けていて、「お前みたいなおっちょこちょいな奴は韓国なら投獄、フィリピンなら暗殺」と言われていました。それはついこの間の日本の姿でもあるわけです。そういう学生運動が良いと言いたいわけではありません。そういう熱気ある時代が私が若いころのアジアにはありました。いろいろなぶつかりの体験の中で、医者になることをいろいろな目で複眼的に見てみると良いのではないのでしょうか。

質問C

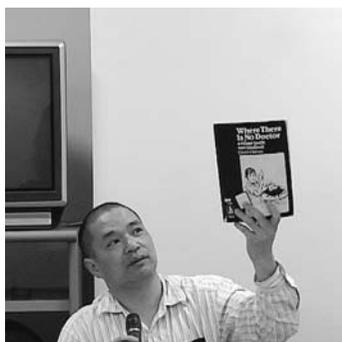
私も医学部4年のCと申します。先ほど先生が仰っていましたが、私自身も「こういうふうな医者をやりたい」というイメージが、頭の中に入學のときからあるんです。地域医療ですとか、どちらかというところジェネラリストの道を歩みたいと思っています。具体的にどういふふうに研修を積んでいったら良いのかというのが今のところの疑問点、悩みまではいかない状態なので

すが、その点をご教示いただけたらと思います。

色平

人生に正解がないのと同じ様に、医療に正解はないですね。あなたの人生はあなたが選ぶしかないところが人生の面白さであると思います。

ここに『Where There Is No Doctor』という本があります。この本を見たことのある人、あるいはこの本について聞いたことがある方はいらっしゃいますか？これは80数カ



国語に訳されていて、『医者のないところで』という本です。初版は1977年、著者はアメリカ人のデイヴィッド・ワーナーという生物学者です。バイブルに次ぐ世界のベストセラーです。80数ヶ国語ということは、ほとんど世界中の言葉に訳されているということでしょう。日本語にはこの間、私のところに入りしている自治医大生と私の友人達で翻訳しました。非常に精密に「医者がないところでどうすれば子供が生きる、どうすれば赤ちゃんが産める、どうすれば骨折を治せる」ということが書いてある本です。「プライマリー・ヘルス・ケアの世界の教科書」と呼ばれるものです。

日本の医者がなぜこの存在を知らないのか、国際保健を語っている人達も知らないのか？それは現場に行っていないからです。イラストが入っているということは、文字が読めないお母さん方のためにも使えるということです。クメール語が話せなくても、クメール人のための本を見て、自分が英語かスペイン語版を見ていれば、絵で察して全部わかります。「こういう薬の使い方はいけません」とか。本に出てくる必須医薬品は数十種類でしょう。日本の場合には1万何千種類からの薬が出回っているようですけど、数十種類があれば新潟の被災地でも十分に間に合うのです。

このような本が日本語になっていなかったのは日本の医療のある特徴を示しています。つまり国民皆保険であるということです。皆保険になってから「医者がないところ」が日本国内には存在しないのかのようになった。でも今後はへき地に医者がいなくなる時代が来るかもしれないし、あるいは被災地ではこういうものの活用が必要になるかもしれない。そういう一抹の危惧を持って、この間日本語に訳したのです。

ご質問に対する答えとしては、日本の中でどういう医者を目指すのかというように枠を狭くしないで、途上国ではどういう医療像が常識的なものなのか、先進国なるヨーロッパのいくつかの国々ではどういう welfare があるのか、というように保健・医療・福祉と並べていった場合の、前の保健と後の福祉について考えなければいけません。さらに insurance の保険についても考えなくては いけません。日本人が、どんな技術システムとしての医療システムに支えられているのか。あなたがどんなにがんばって医療技術を高めたとしても、あなたの医療技術は技術システムに支えられている。医療システムが日本では皆保険体制であり、いろいろなところに病院があって、という医療技術そのものとは関係ないところで支えられているということは、何もない途上国に行けばすぐにわかることです。

この間、私は中村哲先生（ペシャワール会現地代表）と小一時間雑談をしました。帰りがけになって分かったことがあります。「水がないところなので、井戸を掘るために、僕は重機の運転手になっちゃったよ」と中村哲ドクターは言いました。皆保険じゃないところで医療をやっていたのだということがわかりました。若月が言っていたことを思い出します。日本が国民皆保険になる前、金のない農民達にどういう医療をやっていたのかと似ている。それから40年経ったら、皆保険の有難さをみんな分からなくなってしまった。そのくらい、当たり前慣らされてしまっているということにも気付かされます。そして、今、我々はその皆保険制度が空洞化してきつつあるという、また全然違うステージ領域に踏み込みつつあります。

皆さんはいろいろなところに出かけていろいろな人の話を聴いてください。日本語だけではない友達をたくさん作ってください。そして、日本の医療がどういう姿をしているのかを知ってください。日本は皆保険であるが故に混合診療が禁止されていて、事実上の国営医療なのです。国営医療ということは国が責任を持ってやっている。その国営医療の中でいろいろな不満が出てきています。しかし、国が責任を持って医療費を全部統制してやっている割には、その苦情を国で引き受けるところはないのです。どこかに電話したら医療一般に関する苦情を引き受けてくれる、そういった相談場所がない。あるいは医療事故についても、事故があると思っても、思わなくても、訴えかける先がありません。

皆さんは医学生のうちこそ、医師としての立場性を背負う前にこそ、医療被害者である人々の気持ちを聴いてまわってください。皆さんが医学生であるからこそ本音を語ってくれるはず。薬害の被害者のところ、あるいは水俣にも足を運んでください。そういう体験をすると、大学の中には居づらい医者になってしまうかもしれない。私みたいに札付きになってしまうかもしれない(笑)。しかし現場をまわって皆さんの体験を増やしていくことが今こそ必要でしょう。その上で自分のキャリアを決めていく方が面白い出会いがあるのではないのでしょうか。

質問D

私は医学部ではなく、法学部で法律を勉強しているDと申します。私は司法書士を目指して勉強しているのですが、今日お話を伺って人が相手の仕事である部分ですごく参考になりました。ただ、私はすごくおしゃべりで自分からはたくさん話はするものの、人の話を聴くというのが苦手なのです。先ほどの映像にもあったのですが、人と話をして話を聴くということの訓練として、どんなことができるのかということをお伺いしたいと思います。

色平

それは私も不得意ですね。しかし自分ができるだけローギアに入れてトップギアに入れずに、相手の言い分、相手の思いを聴き取

るようにしています。そうすることで、大いに勉強になりますし、また、人が人によってどれくらい救われるのかということも実感できます。

先ほどのべてるの「爆発救援隊」もそうでしょう。彼らは一病者に過ぎません。誰かが爆発しそうになっているところに彼らが行って何ができると思いますか？人の話を聴くことです。その人がどう思ってどういうふうになっているのかを聴き続ける。「熱心に聴いてもらえて私は助かった。私が助かったんだから、今度は彼女・彼の話を中心に聴いています」という救援隊なのです。「気持ちを通じ合って自分の中の気持ちをぶちまけることができれば、ずいぶん人間は収まるものだ」と彼らは言っていました。我々医療者は、技術に頼って注射をしたがるわけですが。

別にあなたが医者にならないからとは関係ありません。むしろ学生時代に共に過ごした仲間と、今後どういう医療をとともに築き上げていくことができるか、どういう社会をとともに作り出していくことができるのかが大切なのではないのでしょうか。

今日は学生さんが多いようですから一言言いますと、皆さんが親の援助、親のお金で医学部なり学校なりに来ているということは、(日本では、むしろ当たり前なのかもしれないけれど、)あなたがそれを当然のことだと思っているようだったら、恥ずかしいことだ、と思いなさい。それは世界ではおかしいことだからです。皆さんが英語がうまくて「どうやって医学部に行きましたか」と聞かれたときに「親のお金で行きました」と答えたら、あなたは半人前どころか、ほんの子供ですと自分で語っているに等しいのです。メディカルスクールは、外国ではアメリカに限らず自分のお金で自分の奨学金を勝ち取っていこうとするものです。医学部の学生が勉強しないという悩みは、日本以外の国にはないのです。まともな講義をしなければ「おまえ二度と来るな」と医学部の教授を叱るのが医学生です。それが日本の中にないとすれば、恐るべきことです。法学部でもそれがなとすれば、やはり恐るべきことです。プロを目指すということは、非常に厳しい中で自分の身を

削ったお金で学校に来ているということです。あるいは（将来返す必要こそないけれども、）みな何かを背負って、人生をかけて勉強しているわけですから。

村のことを話しましょう。皆さんが村で育った人ならば話す必要のないことです。もしあなたが村的なことが分かっているならば、どういう場合には口を噤まないといけないのか分かってくるはずで、もしも故郷があるのだったら、そこに行って自分の従兄弟達の話をお聴きください。そうすると、いかに発言することができないでいる、自分と同世代の人間達がいるのかということが分かります。村では60歳代はまだ小僧っ子で、70歳代にならないときちんと人間として扱われない。あなた達は消防団に入って、ペーパーから始めて、私の歳になって分団長をやって、それで村で一人前になる最初のところによく付くことができるのです。

村では「長男は利口に育てちゃいけないよ」と言われています。あなたが長男だとして、あなたが利口者でいろいろな自分の意見を言ったとします。利口者というのは村では浮いてしまう。だから家にとってもあなたにとっても可哀想なことになってしまうから、「長男は利口に育ててはいけない」と「親心で」言っているのです。村では意見を言うてはいけません。自分の意見なんかありません。一人前じゃないから、女は人間ではないから。そういう意味では酷いですよ。そういう立ち振る舞いは、あなたが外孫だったら知らないはずで。

次・三男や娘は都会に出ます。都会に出た娘達は「故郷を捨てるのが最大の贅沢です」と仰います。故郷はありますがときどき——正月とお盆だけ——外孫として自分の娘と息子達を連れて帰って、おじいさんおばあさん達の良いところだけを見ることになるのです。いいところ取りです。おじいさんおばあさんは優しく、故郷は美しい。しかし、日常的に嫁姑関係のドロドロを見ている内孫、つまり長男の息子、特に娘達は、こんなところに残るなどとは考えられない。あなたがもし外

孫であるとすれば、自分の故郷に帰って、同じ大人としての立場で、内孫達、いとこ達の気持ちを聞いたらすぐに分かります。

質問 E

私はE民医連で事務をしております。先生は第一線の医療機関である診療所で働きになっていて、最近、大学ではそういうところで仕事ができるお医者さんを増やしていきましようという政策までできました。一方でこれまで同様、専門分野を持ったお医者さんというのを作ります。その間、日本にしかないようないわゆる中小病院、地域で入院施設を持っていてそこで働くお医者さんというのが育成できないシステムになってきていると思うのです。先生は今後、日本の医療制度としてそういうところで働き活躍できるお医者さんというのをどんなふうに作り出していけば良いのか、あるいは作り出す必要があるのかということを含めてお話を頂けるとうれしいです。

色平

まず先進国の中で、日本にはもともと医師が少なく、病床数が多すぎますね。「プライマリーケア Primary Care」という言葉を臨床研修医の必修科で使うようになりまして、ずいぶん懂れている医学生が多いと思います。しかし、プライマリーケアという言葉が一体何を意味しているのかが分かりません。Primary CareとはPrimary Medical Careのことなのか、Primary Health Careのことなのか。

Primary Medical Careというのは、医者がいる一次医療のことです。病床のない、私のいるような診療所のことで、佐久病院は、これを関連で7つ持っています。Primary Medical Careの次はSecondary Medical Care、これは二次医療です。私を支えてくれる先輩や後輩達が100床の病院を受け持っています。これを中小病院と言うのでしょうか。そしてTertiary Medical Care、三次医療。これは1000床ある佐久総合病院がそれにあたり、南相木村からは23 km北の地にあって、あらゆる医療に取り組んでくれています。ご質問の一次医療機関である私の診療所のようなところや、佐久総合病院のような大きな病院で働く医者は増える

が、二次医療機関であるところのお医者さんは少な目になるかもしれないということですよ？

Primary Health Care というのは PHC といいますが、Health ということは Medical がいないということです。イタリア語に限らずラテン語の系統語では medico というのは医者のことですから、Primary Health Care はゼロ次医療、つまり医者が居ないところでの医療です。医者が居ないところというのは、そこでは住民だけががんばるか、あるいは Public Health Nurse、PHN という保健師が中心になって、住民の自分達の力を引き出して医療活動なるものをやらなくてははいけない。だから Primary Medical Care と Primary Health Care というのは、違うどころかまったく対極の概念なのです。医者がいないところで内発的にがんばるのが Primary Health Care、医者があるからそれに頼ることができ、リーダーシップを発揮してもらいたいというのが Primary Medical Care です。

二次医療機関で働きたいという動機付けをどう育てたら良いかというご質問ですが、日本ではまだ見えていないところがあります。無医地帯に行くと、医療が必要だけれど医者がいないところではどの様子ががんばっているのかというのを絶対に見なければいけません。それから Tertiary Medical Care のところで、医者としての基本的な経験を積まなければならない。Primary Medical Care のところに行くと、「地域の有象無象との心理的な格闘技」になってしまって、もうほとんど医療とはいえない世界になってくる。それを後ろで引き

受けるのは Secondary Medical Care です。ここは私の感覚からすると、相当、遣り甲斐のある仕事です。佐久病院がうまくいっている例だとは言いたくありませんけれど、佐久病院の若手はやりたいたと言っている。地域診療所が困難を極めているのは皆が知っている。なぜなら村の中、いろいろな人達がいる中に一人で入っていくのは本当に大変ですからね。でも、Secondary Medical Care のところは、佐久病院の職員という中で、そういう困難さも垣間見つつ、医療そのものの修行もできるので、すごく人気が高いです。今後 Secondary Medical Care を担う医師が足りなくなるかもしれないことを前提にしても、私なりに医学生達を騙しているつもりがあります（笑）。

ここ（Primary Medical Care）の現場に入るのが困難であるということは分かったと思う。見た目は良いのだけれども、大変な心理的格闘技があります。すると、そういう大変な心理的格闘技を垣間見ながら医療の修行もできるというのは、実は二次医療機関なのです。先輩もいるし後輩もいるし、相談もできる。私のようなへボ医者にならないですみます。他のスタッフもいます。いかがでしょうか？

司会 本日はどうもありがとうございました。

(2004年11月3日実施)

(いろひら てつろう、長野県南相木村国保直営診療所長、長野県厚生連佐久総合病院医師)

※演者より付言：

医療事故報告については2005年1月31日付「日経」の記事に以下があり、国が直接に、ではないが公的な対応ははじまっているようで、大いにもてているようだ。

「医療事故報告、月に十数件・医療機能評価 機構」

病院の診療体制を審査し、一定水準以上を確保しているか評価、認定している財団法人「日本医療機能評価機構」（東京）が昨年7月に始めた医療事故の報告制度で、報告が毎月十数件に上っていることが30日、分かった。報告をもとに認定継続の是非を決める同機構は、審議を終えた分の半数以上は病院の安全管理などに問題があったと判断。一定期間内の改善を求める「条件付き認定」に「格下げ、するなどの対応を取った。

続々と寄せられる事故報告に審議が追いつかないため、同機構は今年4月から、報告内容を具体的に検討する「医療安全部会」のメンバーを15人程度に倍増する方向で検討を始めた。認定の扱いは同部会が上部組織の「評価委員会」に提案、審議・決定してきたが、4月以降は比較的判断しやすい案件は実質的に同部会で決定できる仕組みにし、処理件数を増やす方針。

関係者によると、昨年7月以降、新たに発生した医療事故の報告書は毎月おおむね10件以上、多い月で19件が全国の病院から提出されている。

※関連するインターネットのサイト一覧

- ・色平哲郎先生「信州の農村医療の現場から」
http://www.hinocatv.ne.jp/~micc/Iro/01_IroCover.htm
- ・パッチ・アダムス氏の作った「ゲズントハイト・インスティテュート」
<http://www.patchadams.org/home.htm>
- ・べてるの家 http://www.tokeidai.co.jp/beterunoie/index_040701.htm
- ・読売新聞「医療ルネサンス」 http://www.yomiuri.co.jp/iryuu/renai/20040727_sr_11.htm
- ・『医者がいないところで』英語版 <http://www.healthwrights.org/books/WTINDonline.htm>

セネガル保健事情—見過された優等生？

林 玲子

セネガルは、アフリカの後頭部、つまり西側の出っ張ったところにある国で、前回のサッカーワールドカップで旧宗主国フランスを負かしたことから一躍日本でも有名になった国、といったらおわかりになるだろうか。面積20万km²（日本の約半分）、人口1千万人の、砂漠と熱帯雨林の間の「サヘル」地域に位置するイスラム国である。この国に、保健人材育成プロジェクトの専門家として1年間滞在した。

首都ダカールの日常生活は、よく言えば、アフリカにしては治安もいいし、海に突き出した半島にあるため気候もよいし、旧宗主国フランスの影響か、もともとそうなのか、食事もおいしい。しかし一人当たりGNIが550米ドルという最貧国であるからには、もちろん東京と同じというわけにはいかない。

「ダカルには殆どマラリアがない」とは言われるものの、統計的にダカル州の病因第一位はマラリアであり、蚊に対しては常に注意を払う必要がある。その他髄膜炎や黄熱病等に対しても予防措置をとらなければいけない。

私自身は滞在中や、滞在前後の短期出張中には大きな病気にはかからなかったが、いざそうなるとパリに飛行機で搬送されることになる。私が短期や長期で滞在している間に、交通事故、造血器疾患、マラリアと、毎年一人くらいの割合で日本人が亡くなった。たかが200人程度の日本人コミュニティなのに…。

生活はある程度保護されている日本人でさえこんなことから、保健医療はセネガルの大きな関心事なのである。平均寿命は53歳（日本は82歳）、乳幼児死亡率は出生千対78（日本は3）、というと日本で言えば第二次世界大戦後すぐの状況だ。

幸いにして、サブサハラアフリカの中で、クー

デターを経験してないのは南アフリカ共和国とセネガルだけと言われる位、セネガルは政治的に安定している。そうしたわけで、我々外国人が入って一緒にプロジェクトを行うことができた。

プロジェクトの中で、私は「地域保健員 Agent de Santé Communautaire」と呼ばれる人たちの養成支援を担当した。セネガルには国立の看護学校が1校しかなかったので、正規の看護師が少ない。そのため、短期の研修だけをして「地域保健員」として看護師の補助をしたり、田舎の「保健小屋」を切り盛りする人たちが大勢いるのだ。その数を調べたところ、保健センターや保健ポスト、保健小屋と行った地域の医療施設では総従事者数の56%をも占めることがわかった。この地域保健員の養成をセネガル国として統一し、支援するために標準マニュアルを作り、それを使って現在モデル地区で養成が進んでいる。

さてここで、なぜこれほど地域保健員が存在しているかに目を向けてみたい。彼らは、その勤務地によって違いがあるが、無償のボランティアではなく給料が出されているのである。つまり、地域の協同組織である医療施設の運営がうまくいっているということで、こうした「発展途上国」にしては珍しいといわれることもあるので、ここでもう少し詳しく述べてみよう。

元来こうした「地域医療システム」、つまり各州に保健センターを設け、その下に、保健ポスト、保健小屋を作り、地域のプライマリーヘルスケアを向上させようというのは、1978年のアルマアタ宣言にさかのぼる。名称は各国で違うが、いわゆる「発展途上国」では、どこにいてもこうした地域保健施設が同じようにつくられている。さらにサブサハラアフリカでは1987年にバマコ・イニシアティブと呼ばれる、必須医薬品普及の方針が

各国で討議された。そうした流れの中でセネガルは、村を母体に「保健委員会」という組織を作り、それが保健ポストの運営を管理する方式を定着させた。保健委員長は村の長老であり、お金の出し入れは、保健委員長とその実務担当者、および保健ポスト長それぞれのサインがなければ行うことが出来ない。つまり、運営に透明性を持たせている。診療費や薬代はただではなく、患者は設定された料金を払う。保健ポストが仕入れて販売する薬剤の価格は公的に設定されており、一定の利益が保健ポストに落ちるようになっていて、薬剤が売ればそのマージンにより保健ポストの運営費が生じることになり、それにより保健ポストの維持管理費をはじめ、先に述べた地域保健員の給与も支出することができるようになる。

こうした保健委員会が運営している金額、つまり住民が支払った金額でもあるわけだが、それは年々増加しており、その額は国の保健予算の15%を占めているほどである。

セネガル内ではどんなに人里離れた保健ポストに行っても、薬がないポストを見たことがなかった。調査をしても、保健ポストはほぼ100%保健委員会を有しており、それにより、保健ポストが、地域の協同組織としてうまく機能しているのだ。

さて、こうして地域保健員が多く存在する、もしくは存在できる下地ができたわけだが、2003年から地方で准看護師の養成が始まり、今後は地域保健員が正規の医療職員に変わっていき、医療の質向上が目指されている。また、保健委員会も、今後は医療保険にシフトしていったらどうか、という提案もなされている。確実に、セネガルの医療システムは前進しているのだ。

余談ではあるが、この地域保健員の話と同じ西アフリカ、ガーナの保健省担当官と話をしていたところ、ガーナでは州に一つずつ看護学校があり看護師の数は多いが、英語圏でもあるのでイギリス、アメリカへの看護師流出が大きな問題になっており、もし地域保健員であれば国際的に通用する資格がないので逆に頭脳流出しないのではないかと感心された。セネガルとしては、頭脳流出させないために地域保健員を増やしたわけではないのだろうが、思わぬ副産物があったものである。

しかしこれら地域保健員の活動で忘れてはなら

ないのは、彼らを指導する立場にある医師、看護師の献身性、やる気、能力である。保健センター、保健ポストは、時には電気や水道もないことがある。家族で赴任する人もいるが、ご主人や奥さん、子供達をダカールに置いて単身赴任の人も多い。すばらしい仕事をしている人材に多く出会った。特に保健ポスト長である看護師については、赴任希望者も多く、また地域におけるその人望から地方議員選挙に打って出る人もいる。日本やアメリカ等、看護師の業務が規定されていて、それを如何に拡大するか日々格闘している国々と比べ、セネガルの看護師は、軽々と地域の医療を一手に引き受けてしまっているところが印象的である。

それではこうした保健システムの優等生であるセネガルが、どうして冒頭で述べたような低い平均寿命なのか？まず、これらの変化はごく最近進んできたので、向上はこれからであろうと見込まれること、低いといっても比較の問題で、近隣諸国よりは成績がいいこと、といった答を挙げることができよう。しかしもっと本質的に、経済発展がなければ健康指標も向上しないという意見もある。現在のところ、国の保健予算の35%弱は、実は外国の援助による資金であり、先程述べた保健委員会、つまり住民負担15%よりはるかに多い。今の健康水準を保つのでさえこれだけの外国援助が必要なのに、さらに水準を高めるために必要となる医療費は誰が払えるのだろうか？セネガルの経済指標は医療水準ほどの伸びを示していないのである。

これはアフリカが抱える、実は大きな問題だ。しかし、経済は需要がつくる。例えば10年前には「熱病」にかかったら死ぬ子は死ぬ、と思った母親たちが今、熱病はマラリアで、その原因である蚊にさされないように蚊帳を買おう、と思ったならば、蚊帳の流通量が増して、それをつくる製造業者や輸入業者が増えてくる。そうすれば自然に経済指標は上がっていくのではないかと？保健や教育を通じた人々の生活の変化が、長期的ではあるが経済向上をもたらすと考えたい。また、その変化がよい方向に向かうように、国際社会の「協力」活動が生かされればよいのだが。

(はやし れいこ、(株) リンツ代表取締役)

わだかまりを越えて

朴 賢緒

内外の情勢は歳が明けても慌ただしい。イラクの選挙は一応成功したと評価しているが肝心なスンニ派が脱落して今後の政局の見通しはおぼつかないし戦争もまだ長引く模様だ。アメリカではブッシュ二期政権が発足して国際協調路線に重きをおくように見えているが、やはりネオコンの鋭い牙はまだ隠しきれないままだ。北朝鮮は強硬姿勢を崩さず核武器の保有を宣言し六者協議に応じない旨を公言している。一方イスラエルはパレスチナとの3年間の紛争にけじめをつける停戦協定に合意した。年初1ヶ月あまりの国際情勢の重きものを並べても以上の通りである。そのほかウクライナ政局の親EU向け転換、台湾与野党議席の反転も今後の重要な変数になっている。

東北アジアに焦点をあててみよう。まず韓国は経済低迷と政情不安がそのまま続いている。特権を嫌い平民大統領を自負して2年前に当選した盧武鉉大統領は庶民の生活を豊かにするのが国家発展の基とみなし、政治改革、財閥規制、労使関係改善に力点を置くかのように見えたが、何一つ成果を挙げていない。半世紀以上も反共イデオロギーの尖兵として独裁政治に与し甘い汁を吸ってきた野党ハンナラの必死の妨害に抗しきれず政治改革の基本である「国家保安法廃止案」はそのまま棚上げされている。人口の1/3が首都圏に集中している現代超都市化の病理を癒すべく行政首都移転案も憲法違反で修正を余儀なくされている。弾劾訴追は免れたものの大統領としての権威は傷だらけで、金大中前大統領がかかげた対北朝鮮の太陽政策がそのままうけつがれているのが精一杯である。盧大統領の対北政策の維持とそれに伴う「開城経済特区」での生産開始はアメリカとのデリケートな関係に照らして好評を得ている唯一の

政策といえるだろう。政治改革でのひとつの進展といえば実質的な男女平等を果すべき「戸主制」の廃止のための民法改正といえよう。

朝鮮半島における南北間の雪解けに向かう情勢変化とは裏腹に、日本の最近の情勢は右傾化が目立っているのが特徴である。80年代の中曽根内閣からはじまり10年前の「戦後50周年」記念ムードから加速して、北朝鮮による拉致問題で一気に高まっている。デポドン発射とか不審船追いかけとかで北朝鮮にたいする敵愾心を煽った挙げ句の拉致問題浮上、そしてその敵愾心を背後で操る政界右翼と極右団体の乱舞。経済制裁を発動して3年前の金、小泉平壤宣言を無効化するのが狙いらしい。北朝鮮による侵略など加害を想定して有事法制の発動と戦力の増強、配置を目論む防衛大綱の策定も出来上がっている。残るは憲法改正のみと言うわけだ。

北朝鮮の体制危機が深まっているという観測が流れて10年も経っているが、まだその正確な診断は誰も施していない。ソビエト体制崩壊後孤立化の途を辿ってきた北朝鮮はキューバと共に世にただ二つ残っている社会主義国家であり、帝国主義の重層的な包囲のもと自衛のため体制強化を図っているが、生き延びるための瀬戸際外交が功を奏するかは詳らかではない。世襲制で固めたものの300万人の人民が飢え死に直面しているほどの国が先軍政策をうちだし核武装を遂げているといえればそれこそ戯画の骨頂といわざるを得ない。農業生産力も電力も物動力もはるかに劣っているのは事実であるが、その欠陥を充たしていく人民の組織力と精神昂揚はいかなるものか、CIA系以外の正確な情報が望ましい。この貧しいしかし凜とした国にたいし、アメリカがそしてその叢にかく

れて日本も刃をちらつかせているのが現状である。

20年以上も高度経済成長を遂げている中国のプレゼンスは、アジア平和構造には最も重要な要因になっている。国家統制における遠心化を防ぐ装置の最重要点に台湾がありチベットがあり新疆があるが、両湾問題こそその最たるものである。趙紫陽前首席の葬式で民主化運動再発への恐れが甦っている傍ら大国の覇権主義のかけらを見せている。今年も8.5%以上の経済成長を展望する中国の行く末はどうなることだろう。そして6者協議における中国の主導的役割は長引くだろうか。

* * * *

ちょうど3年前の2月、日本のある地方組織から招かれた講演で次のような内容を述べたことがある。ひとこま引用させて頂きたい。

19世紀は帝国主義の時代であったと規定しているがそれは20世紀の後半までも続いた。傲慢と憎悪、征服と支配、侵略と抵抗が織りなす時代である。偉大な遺産ソビエト体制の崩壊は冷戦構造の解消をもたらしたアメリカによる一極支配の世界戦略がまかりとおるかに見える。

軍事戦略面では超大核軍勢力を背景に「善」の使徒と自負しながら「お気に入らぬ」国家を威脅、応懲するため侵略戦争を敢行する寸前にきている。ポスト冷戦の特徴として各地域であらわれた部族、種族、民族、宗教間の紛争にはアメリカの軍事戦略は有効ではないどころか、かえってこれを煽っている。

経済戦略面では新自由主義を中核とするいわゆるグローバリゼーション支配理論を強要している。国際貿易では資本主義経済の市場原理をうたい弱肉強食のみをアメリカは選り好んでいる。世界いたるところ国家主権も民族の伝統と志向もゼロ化しアメリカの資本、技術、商品、様式などを標準と定めて一方的に強要している。

対抗軸なき独り善がりのウルトラ帝国アメリカは21世紀早々一団の超鷹派に囲まれてジョージ＝ブッシュ政権が誕生する。ブッシュは資質も気禀も勉強も足りない業界びいきで人類の普遍的価値追究には明きめくら同然、キリスト教根本主義の偏執症さえも見せている。就任初年の9.11で彼の本質つまりウルトラ帝国主義の本

質をさらけ出した。文明衝突論までとり沙汰されたアフガン戦争をやったのけ「われに従わずんばこれ皆敵」と断言し「悪の枢軸」にイラン、イラク、北朝鮮を挙げた。(中略)

なぜアメリカはかくも執拗にイラクを侵略しようとするのか。かくれた目的は石油資源の確保である。サウディ＝アラビアとの友好関係も傷つきはじめは、アフガニスタンからカスピ海に至る中央アジア一帯の制覇はサウディに次ぐ豊富な石油資源を有するイラクを抜いては考えられない。ブッシュをはじめチェイニーも、ライスもみなエネルギー業界の立役者で、その他ラムズフェルトなども関連している。アラスカ開発(掘鑿)禁止を解除した一党は国内の資源確保に限らず海外の資源征服に本格的に乗り出す態勢である。(後略)

* * * *

韓国も日本もイラクに派兵していて、韓国はアメリカに次ぐ兵力3千600人を送っている。いずれもアメリカとの軍事同盟によるものであるが、イラク再建のためと言いはっている。

国民67%の派兵反対世論を押しきって盧大統領は派兵を執行したが、その背景には北朝鮮の核疑惑につけこんでのアメリカからの武力先制攻撃を思いとどまらせるための苦肉の策であったと殆んどが思い込んでいる。彼が2期目の当選を果たしたブッシュに会うためすばやくワシントンに翔び、六者協議以外に道なしを強く迫ったとの観測が流れているのもその間の事情をかいま見せている。

一方、小泉総理は日米安保の強化に積極的に乗り出しているが、その背景には石油資源という乗り合いバスに乗り遅れないこともあるが、まずはUN安保理の常任理事国入りが目あてらしい。現下の日中間の政凍経熱状態では楽観は許されまいだろう。小泉政権が抱えている懸案のひとつに北方領土の返還問題がある。エリツィン以来の二島返還約束さえもプーチン大統領の来日が決まらず行く先がまだ見えていない。国家間の外交では虚実がつきものとはいえ、冷戦構造が終わったいま尚付きまとっているのが実情である。

「沖縄返還までは戦後は無い」。これは60年代の日本人の心をあらわしたスローガンであった。

しかしこの戦後論はいまも続いている。‘北方領土返還までは戦後は無い’のスローガンがいまも日本至るところに掲げられているからだ。戦後論が一国の現実を果てしなく重く規定している例として韓国を除いては論じられない。戦後論の感覚は‘解放論’あるいは‘統一論’に要約されるだろう。

第2次世界大戦の終焉期、朝鮮軍司令部麾下の日本軍の武装解除のため北緯38度線を境界に北はソビエト軍が南はアメリカ軍が進駐して国土を分断していまに至っている。民族恨の悲劇がここから生まれたのは言うまでもない。イデオロギーの分断を醸し統一政府樹立を妨げ遂に朝鮮戦争を起す源となった。

終戦の年12月モスクワ米英蘇三相会議で自主的統一政府樹立が決定されたが、最低5年の信託統治案で左右が別れて恨み骨頂の民族分裂と国土分断があらわれることになった。47年のトルーマン宣言、48年のベルリン封鎖、49年の中華人民共和国樹立そして50年の朝鮮戦争勃発を経て51年のサンフランシスコ講和に至っている。第2次世界大戦の総締めくくりとして、そして米蘇冷戦構造の要としてのサンフランシスコ体制は出来上がった。

サンフランシスコ条約の単独講話のつけは北方領土の返還に纏わっているし、附帯の安保条約は日本の非核三原則の実現を可能にした。しかし日本の平和憲法を保障すべきサンフランシスコ体制はアメリカの軍事戦略により日本の軍事大国化を促している。冷戦構造の要であった筈のサンフランシスコ体制はソビエトの崩壊でいまや用をなしていない。

脱冷戦で地域の集団安全保障の動きがではじめている。アメリカ極の覇権主義は恐龍の生理で諸国、諸民族を食い潰そうとしている。これに立ち向かうためにはサンフランシスコ体制の崩壊無くしてはなにもできない。この体制の相棒を担っている日本の人民的自覚がまずは要請されている。ポスト=サンフランシスコ体制の集団安全保障にはいろいろな検討事項があるが、まずは進歩的な諸国の人民連帯による第二のFRONT POPULAIRE（人民戦線）結成を目指さねばならないだろう。

* * * *

日本が真に平和憲法を護り通す意志があれば、国連安保理の常任理事国に入らなくともそれ以上の国際的地位を得ることができるだろう。日本の経済力を待たなくとも知的、文化的水準で国際上指導的地域に立ちうることを再言を要しない。確固たる平和憲法守護の意志を万邦に示せば、いかなる紛争地域でも日本は成功した仲介役を果し得ることが出来るノウハウも資格も持っているのだ。色あせた在りし日のバンドン五原則を身をもってつらぬくならば、覇権主義に抗する諸国は日本を平和の盟主に担ぐだろう。

但しそのためにはひとつの通過儀礼が待っている。戦前の過ちを率直に認め謝るべきである。帝国日本が犯したもろもろの過ちに頭を下げてお詫びすべきである。国はサンフランシスコ講和を盾に、また韓日基本条約締結を口実にうそおいてはいけなし、司法部もかつての憲法の無答責などに頼り嘘を言っではいけないのだ。

2月24日に名古屋地裁で‘名古屋・三菱朝鮮女子勤労挺身隊訴訟’に関する判決が予定されており、国と企業の責任を問い直す言い渡しを期待している。戦時下、軍の性奴隷として酷使され辱められた‘従軍慰安婦’ハルモニたちが毎週水曜日の正午日本大使館前でひらく抗議デモは15年をすぎ634回に及んでいる。日本帝国による被害者たちはいま全国で登録を行っており、補償請求を求める訴訟が後を絶たない可能性も強い。彼ら、彼女たちの血の叫びを無に帰してはならないだろう。

韓国は日本による屈辱的な乙巳条約が結ばれてちょうど100年になっているし、日本支配の桎梏から解放されて60年を迎えており、しかも韓日基本条約が締結されて40年が経っている。北朝鮮を含めた韓日両国のこれまでのぎくしゃくしている関係を癒すためにも、サンフランシスコ体制の解消が最も緊要とされている。

去年は‘ヨン様’で代表されるいわゆる日本での韓流が押し寄せて驚いたことがある。今はちょっと下火になっているようだが、ともかくそれはよいことに違いない。両国の人びとがお互いにどしどしふれあってつきあうということは、今後の両国間の信頼と友情を深めるのにこれ以上無い良策であるからである。互いに認めあい信頼を醸し

それを基にそれぞれの文化と伝統を重んじ歴史を辿ることは、いままでのわだかまりを解消し飛び越えて真の友誼を保つであろう。韓国政府の日本の大衆文化の韓国への開放政策と韓日ワールドカップ共同主催なども響いたのかも知れないが、兎に角お互いが気儘に行き来し交流をふかめるといふことは、今後の両国親善向上に寄与するといえるだろう。良識をもつ進歩的な両国人民はお互い

手をかたく握り、アメリカ帝国主義を粉碎するためサンフランシスコ体制解消に向け立ち上がるべきである。

(日本語原文のまま)

朴賢緒 Park, Hyun Seo

1930年生。ソウル大学校文理大史学科 同大学院卒 漢陽大学校教授歴任 現 源進職業病管理財団理事長

【事務局ニュース】 1・機関誌の論文募集、ワーキングペーパー募集

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。またワーキングペーパー(多少長めの論文)の募集も致します。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)程度
- 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
- 原稿料：研究所の規定により、薄謝ですがお支払いします
- 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

全人的ケアの歴史

野村 拓

市民革命の意味

「全人的ケア」を、とりあえず「時間をかけて、患者・クライアントと全面的に向き合うケア」と定義し、この作業仮説のようなものを検討する上での必要文献を紹介することにした。

保団連（全国保険医団体連合会）の「開業医宣言」（1989）の筆頭項目には「全人的医療」が挙げられているが、開業保険医団体から「全人的医療」が提起されたことは、歴史的にみれば当然の成り行きといえるだろう。というのは、患者と全面的に向き合う医療は、市民革命によるいきいきとした市民の登場、権力者のお抱え医者（侍医）の他に、「市民の医者」（町医者）が登場したこと、そして両者の間にヨコ並びの関係が生まれたことを基盤にして形成された、と考えられるからである。

『患者の進歩』（以下、海外文献には仮訳の和名をつけて紹介）。

☆Dorothy Porter 他：Patient's Progress(1989)Polity Press.

の表紙絵では、病人を前にして、医師と家族とが大論争をしている姿が描かれている。医師は患者だけではなく、患者の家族とも向き合わねばならなかった事情や、中世的桎梏から解放された市民たちの生きる意欲やバイタリティなどが想像される絵である。

ここでいう「市民革命」とは、狭義の「イギリス市民革命」だけではなく

オランダ独立革命（1609—1648）

イギリスのピュリタン革命、名誉革命（1649—1688）

フランス大革命（1789—1793）

などの民主的革命を含むものと考えたい。市民革命の時期を医療史的にふりかえる視点を持った本としては

『治療術、1500—1800』

☆Peter Elmer 編：The Healing Arts, 1500—1800. (2004)The Open Univ.

『政治体—イギリスにおける病気、死そして医師、1650—1900』

☆Roy Porter：Bodies Politics—Disease, Death and Doctors in Britain, 1650—1900. (2001)Reaktion Books.

などを挙げるができる。ここでは「全人的」と訳すべき Holistic という言葉が使われているが、Holistic を書名に含むものとしては

『全人的健康への招待』

☆Charlotte Eliopoulos：Invitation to Holistic Health (2004)Jones & Bartlett.

がある。医師（特に開業医）と患者の間にヨコ並びの関係が生まれ、しかも治療上のキメ手に欠ける時代はかなり長く続く。『現代的ヒポクラテスの探究』（第6回で紹介）には、1840年のマサチューセッツ州の開業医の診療内容が次のように紹介されている。

10月6日 フランシス マトソン 一晩じゅう
付き添う (無料)

10月8日 エドウィン B. 副木をあて、一晩
じゅう付き添う (6ドル)

10月8日 ミスターホワイト 往診し、死をみ
とる (1ドル75セント)

10月10日 昼も夜も付き添い (6.00ドル)

10月11日 いろいろ往診し、そして昼も夜も付
き添い (5.00ドル)

要するに、治療上のキメ手に乏しい時代の開業医は、ひたすら患者と向き合っていたのである。

つまり、医療の実質はケアであり、ケアとは患者と全面的に向き合うことであった。

医学史書の見分け方

市民の医者（町医者）が登場した時期は、「教典」発の医学の否定の上に「患者」発の医学が生まれた時期でもある。イギリス市民革命の戦士でもあった町医者、トーマス・シデナム（Thomas Sydenham, 1624-1689）は「教典」にどう書かれてあるかではなく、目の前の患者から得られる情報を重視し、『医学的諸観察』（1660）をまとめた。シデナムは実地医らしく、論著の数は少ないが、貧血患者に対する鉄療法の論文も紹介されており、「イギリスのヒポクラテス」といわれた。

医学史書を見る場合、まず索引にシデナムの名があるかどうかをチェックするべきである。次に、臨床医学の確立者といわれるオランダのヘルマン・ブールハーヴェ（Herman Boerhaave 1668-1738）の名があるかどうか注意しなければならない。もし、ブールハーヴェの名がなければ、それは細菌学者か解剖学者が書いた少年少女文庫・発明物語の類と見なすべきである。また、これらに加えて、医学サイドから初めて「全人格」という概念を定立したフランスのカバニス（D.J.G. Cabanis, 1757-1808）の名が載っていれば、かなり高級な医学史書といえるのではないか。

前掲の『治療術、1500-1800』と同じ編者による

『ヨーロッパにおける健康、病気と社会』

☆Peter Elmer 他: Health, Disease and Society in Europe, 1500-1800.(2004)

にはシデナムもブールハーヴェも登場する。そして「シデナム協会」が存在することを示したのが『医学史の位置』

☆Frank Huisman 他編: Locating Medical History. (2004)The Johns Hopkins Univ.Press.

である。また

『医学史・外論』

☆Owsei Temkin: "On Second Thought" and Other Essays in the History of Medicine and Science.(2002)The Johns Hopkins Univ. Press.

も、前述のキーパーソンが出てくるから、信用で

きる医学史書と考えていい。

「市民」「人権」「平等の理念」などはいずれも「全人的ケア」の前提条件というべきものであるが、これらの条件が満たされつつあったのが（広義の）市民革命の時代といえる。そして、フランス大革命の後に登場したルイ・ルネ・ヴィエルメ（L. R. Villerme, 1782-1863）は理念としての「平等」を統計的方法化した。すなわち、人口集団の平均値と、めぐまれない人、しいたげられた人の統計値とを比較することによって社会のあり方を批判した。ヴィエルメの1828年と1840年の論文にはこの特徴がよく現われており、これはイギリスの公衆衛生運動に影響を与えた。

この時期についての（フランス語ではない）英語文献は乏しいが

『近代初期フランスの女性医療職』

☆Susan Broomhall: Women's Medical Work in Early Modern France.(2004)Manchester Univ. Press. には、オテル・デュ（市立病院）や自治体小児ケアの歴史などが紹介されている。時代は「社会的人間」の「全人性」を問う人たちと、個々の人間ではなく、集団としての「人口」をどうとらえ、どうコントロールするかを考える人たちとに分かればつつあった。

体制・集団のケア

市民社会が生んだ個人を対象とする「臨床医学」と絶対王政時代に対応する「人口集団」を対象とする体制的・集団的施策とが並存する時代が17世紀から19世紀にかけての時期であった。市民対市民の関係の中から生まれた臨床医学、「全人的医療」の他に、管理者、支配者対集団という原理にもとづく救貧行政、軍隊医学、医事警察思想、隔離施設としての病院などが登場しつつあった。

病気持ちの浮浪者の大群を対象としたイギリスの救貧行政などは軍隊医学と並んで集団医学の「はしり」というべきであり（これに「行刑衛生」——監獄の衛生を加えるべきかもしれないが、これを取りげたのが

『性病と都市貧民』

☆Kevin P. Siena: Venereal Disease Hospital and the Urban Poor—London's "Foul Wards", 1600-

1800. (2004)Univ. of Rochester Press.

で、副題を訳せば「ロンドンの「不潔病棟」」となる。

院内感染は救貧施設としての病院では恒常的に起こっていたが、戦争によって大量の傷病者が野戦病院に収容されると、状況はさらにひどくなった。そして、これがクリミア戦争でナイチンゲールが登場した背景といえる。

「体制・集団のケア」は救貧行政、軍隊医学、そして「拡大された軍隊」としての「都市」を対象とする公衆衛生行政のなかで展開されるが、公衆衛生運動のリーダー、チャドウィックとナイチンゲールとのコンタクトをとりあげた本も出された。古い本なので省略するが、いくなれば「院内感染」対策者と「院外感染」対策者との出会いであった。これらにかかわる文献を挙げればきりがなく、軍隊衛生、公衆衛生、社会福祉行政にかかわる最新刊書だけを挙げれば次のようになる。

『水、民族、そして病気』

☆Worner Troesken : Water, Race, and Diseases. (2004)The MIT Press.

『イギリス社会学の歴史』

☆A. H. Halsey : A History of Sociology in Britain. (2004)Oxford Univ. Press.

『医学と勝利——第2次大戦下のイギリス軍事医学』

☆Mark Harrison : Medicine and Victory—British Military Medicine in the Second World War. (2004)Oxford Univ. Press.

この本では日露戦争時の日本の医療サービスがモデルとされているが、「体制・集団のケア」としては、後進日本の方が進んでいたのかもしれない。

「体制・集団のケア」は個人の人格の尊重にまでは手がまわらないものであるが、この流れは主にプロシャ、ドイツを舞台に展開された国状学・国勢学→官房学派→ドイツ社会政策学会→強制加入式疾病保険（ビスマルク）という系譜によって示される。

このような時代に「全人的ケア」はだれによって受け継がれ担われていただろうか。その担い手はおそらく町医者と Private Duty Nurse ではなかったろうか。

看護の位置づけ

「アメリカ全人的看護協会」(American Holistic Nurse's Association)という組織も存在するが、Holistic を冠した看護書が出されるようになったのは

『全人的看護』

☆Barbara Montgomery 他 : Holistic Nursing, 2版. (1995)Aspen.

に見られるように1990年代からではなからうか。いいかえれば、看護における「全人性の喪失」に対する危機意識がこのような本を生んだわけであり、ここではCCU患者への「音楽的介入」などがとりあげられている。そして、Holistic のルーツがナイチンゲールの whole-person approaches であることを指摘したのが

『慢性病への全人的看護』

☆Carolyn Chambers Clark : The Holistic Nursing Approach to Chronic Diseases.(2004)Springer.

である。また、同じ著者による

『看護婦の全人的スキル』

☆Carolyn Chambers Clark : Holistic Assertiveness Skills for Nurses. (2003)Springer.

ではインドの古医学、アーユルヴェーダ理論の利用までとりあげられている。

看護ではなく、町医者による「全人的医療」を考える上で重要な文献は

『権力と病気——アメリカ医療政策の失敗と病根』

☆Daniel M. Fox : Power and Illness ——The Failure and Illness of American Health Policy. (1993)Univ. of California Press.

であり、ここで開業医を主なメンバーとする同志的医師による「1895年の医療政策」づくりが紹介されている。

1895年、ボストン、ニューヨーク、フィラデルフィア、ボルチモア、セントルイス、シカゴなどで同志的医師の会合が持たれたが「参加者は優れた医師であり、また保健や社会福祉についての指導的フィランソロピストであった。……多くは40年代であり、開業医であったが、それぞれ医学校での指導に参加し、何人かは保健局にパートで勤めていた」と書かれてある。そして、彼等によ

って「医療政策1895」がつくられるのだが、その骨子は、第1に基礎医学の研究の推進、第2に住民のための病院づくり、第3に医学教育の改革であった。

これは医療における全人性やケアの継続性を確保した上で医療技術の進歩に対応する試みであり、アメリカのオープン・システムの病院を理解する上での重要な節目といえる。

看護を分解させるもの

この「政策」が出されたころ、アメリカの看護婦の90%は「全人的」Private Duty Nurseや訪問看護婦であり、病院看護婦は10%に過ぎなかった。病院看護婦の数がホームケア看護婦の数を上廻るようになるのは1930年代だが、この時期には医師の専門医化も同時に進行していた。1930年代に多くの専門学会が設立され、医師代替的な医療技術職や事務・管理職も登場するようになった。

開業医の専門医化と専門医グループによるグループ・プラクティスが盛んになるのもこの時期であり、病院看護では、いわゆる正看(RN)と看護助手との分化、さらに医師の領域に踏みこんだ仕事をするナース・プラクティショナー(NP)が求められるようになった。そして、第2次大戦における看護職員の短期・大量養成に対する戦後処理のよう形で、正看、准看、助手の三層構造ができあがるのである。

これらの経過を示した文献は、看護書を中心に極めて多いので、新刊書を数点挙げるにとどめる。『NPの業務の法的ガイド』

☆Carolyn Buppert : Nurse Practitioner's Practice and Legal Guide. 2版(2004)Jones & Bartlett.

『家族NP』

☆Joan Zerwekh 他 : Family Nurse Practitioner. 2版.(2004)Saunders.

『看護マネージャーの生き残りガイド』

☆T. M. Marell : The Nursing Manager's Survival Guide. 3版.(2004)Mosby.

グローバル化と「全人性」の喪失

アメリカの准看(LP/N, LVN)養成施設一覧にプエルト・リコまで含まれていることに象徴されるように、カリブ諸国からの移民看護職員は多い。また、RNがバイリンガル・ナース(英語とスペイン語、ポルトガル語、中国語……)をつとめなければ看護チーム内のコミュニケーションは成り立たなくなっている。つまり、下働きの病院職員は英語がわからない、ということである。

『1898年の戦争とグローバル化』(第7回で紹介)では、米西戦争がグローバル化の起源とされている。カリブ諸国からフィリピンまで、スペインの勢力圏をそっくり奪い取った米西戦争がグローバル化なら、それは「地球帝国主義」と訳すべきだろう。

新しく支配下におさめた国の労働力を安く買い叩きながら代替させることによって、看護労働、医療労働はバラバラにされつつあるが、人間自体もパーツ化されつつあることを示したのが

『医療政策』

☆Thomas A. Shannon 編 : Health Care Policy. (2004)A Sheed & World Bank.

で、ここではインドにおける「腎臓売り」の動機を統計的に示したものが紹介されている。

このようにして喪失した「全人性」を回復させる手がかりをどこに求めるべきだろうか。

ブルジョア的「全人性」ではなく

今日の市場経済のなかで「全人性」を確保し、全人性確保に必要な道具立てをすべて市場を通じて購入するのであれば、それは必然的に「ブルジョア・全人的医療」にならざるを得ず、金のある人にとってだけ可能ということになる。いいかえれば、「市民革命」の「市民」が持っていたブルジョアという一面だけが生かされてしまうことになる。

「全人的ケア」は金がないが「参加」という志を持った人たちに保障されるものでなければならぬ。そして、このことによって「ブルジョア・

全人的ケア」が克服されるのではないか。つまり、「ブルジョア・全人的ケア」ではなく、「非営利・協同型」全人的ケアの追求である。それは、先進国型「非営利・協同」から「アマゾンの森」型非営利・協同まで含む「自然」と「人間の自然」を視野に入れたものでなければならず、単に先進国モデルを探しにいくことであってはならない。

これは極めて難しい課題ではあるが、なにかヒントを提供してくれそうな新刊書を挙げれば次のようになる。

『過剰投与・アメリカ』

☆John Abramson : Overdosed America—The Broken Promise of American Medicine.(2004) Harper Collions.

『反資本主義』

☆Simon Tormey : Anti-Capitalism.(2004)Oneworld. 『タダの経済学』

☆Frank Ackerman 他 : Priceless —On Knowing the Price of Everything and the Value of Nothing. (2004)The Newpress.

『農に学ぶ』(第8回で紹介)

『健康と地域デザイン』

☆Lawrence D. Frank 他 : Health and Community

Design.(2003)Island Press.

『社会支援と身体的健康』

☆Bert N. Uchio : Social Support and Physical Health. (2004)Yale Univ. Press.

『保健と地方自治体との連携』

☆Stephanie Snape 他編 : Partnerships between Health and Local Government. (2004) Frank Cass.

『計画と社会科学——人間のアプローチ』

☆Gerald A. Guterschwager : Planning and Social Science.(2004)Univ. Press od America.

森を切り倒せばGDPにカウントされ、伐採に反対すれば投獄されるという政治、「土」をダメにするアメリカ農業が、「土」を大事にする農業を価格の面で圧倒した歴史、これらをふまえた上で、「全人的ケア」の前提条件を考えなければならない。もし、自然破壊に手をかけた上での社会保障要求であるならば、それは途上国の貧困という吸音板に消されて犬の遠吠えにしかならないだろう。「全人的ケア」の歴史はグローバルな連帯における「ふんばりどころ」を示唆してくれるのではないだろうか。

(のむら たく、国民医療研究所顧問)

【事務局ニュース】2・会員の海外医療体験談、情報掲載について

会員の皆様から海外医療体験談、活動近況報告を募集します。皆様の応募をお待ちしています。

- ・ 字数：400字～800字程度
- ・ 原稿料：掲載された方には薄謝を進呈
- ・ 内容：

1. 会員活動状況、情報募集

活動状況や情報募集など、読者へ知らせる内容をお書きください。

2. 海外医療体験談

海外で生活し、実際に現地の医療を受診した方の体験談を募集します。

・ 投稿先：

事務局へ郵送あるいはFAX、電子メールでお寄せください。

なお投稿いただく際には「活動報告」「情報募集」「海外医療体験」などのテーマを明記し、「情報募集」の場合は連絡先を必ず入れてください。

『社会的企業——雇用・福祉のEUサードセクター』

(ボルザガ、ドゥフルニ著、内山哲朗、石塚秀雄、柳沢敏勝訳、日本経済評論社、2004年)

日野 秀逸

本書は、全ページ数550を超える大著であり、社会的企業を正面から扱った貴重な共同研究の成果である。本書はEU12総局の「社会的経済研究」における研究成果をまとめたものである。この共同研究は、EU加盟各国全てから研究者が参加し、1996年から1999年まで行われた。テーマは「ヨーロッパにおける社会的企業の登場」であり、本書はその成果である。

本書の構成は、まず編者の一人であるドゥフルニが執筆した緒論であり、本書全体の主な論点や、本書の結論の概括的な記録がなされている。第I部が各国編で「EU15ヶ国における社会的企業」と題名され、各国での実態・問題・特徴などが示される。第II部は「社会的企業—理論的視点」で4つの資格から、社会的企業の理論的諸問題が検討されている。第20章が本書全体の結論である。さらに、訳者の一人である内山氏が執筆した解題がつき、事項索引が付いている。

読者は、どこから読んでも良いが、特にこの分野に詳しくない読者であれば、解題、緒論、結論、II理論編、I各国編がお勧めコースということになるだろう。また、特に関心をもつ国があれば、その国についての記載がなされている章から読み始めるのも良い方法であろう。

本書全体の大前提として、社会的企業は、歴史的・地域的・課題的な差異を源泉とする多様性を色濃く纏っていることが、随所で強調されている。第I部が読めば否が応でも、この点は納得せざるを得まい。したがって、現時点で、単線的・単色の・一義的な定義を社会的企業に与えることは不可能であり、合理的でもない。このことを踏まえて、本書を読む必要がある。

頭が痛いのは、社会的企業を「生み出した母体である社会的経済」自体が、一筋縄ではいかないことである。「社会的企業の登場は、19世紀に始まった社会的経済すなわち協同組合、共済組合、アソシエーションといった法人組織を含むセクター

の最新の展開である。ヨーロッパでは、『社会的経済』という用語は、いわゆるサードセクターと呼ばれるものと同一視されているが、サードセクターの方が国際的にはよく使われる用語である。しかし、サードセクターは非常利益だけで構成されているのではない。サードセクターは、資本投資家の物質的利益を制限し、共通資産の生産が個人投資家に対する利益還元よりも優先するすべての組織を含んでいる。しかし、社会的企業は伝統的なサードセクター組織と比較するとやはり違うところがある。たとえば、伝統的な協同組合と比較すると、社会的企業は、地域コミュニティに対して、より開かれた広範なサービスの実施をめざす市民団体によって運営されている。相互扶助組織や伝統的アソシエーションと比較しても、社会的企業は、独立性と継続的活動に関する経済的リスクの引き受けをより重視している。要するに、『社会的企業』という総称的な用語は、社会的経済諸組織との概念的な断絶を意味するのではなく、むしろサードセクターにおける新しい活力とそのあるべき諸形態の再編拡大を意味する」(p.420)。この記載などは、社会的企業の多様



性・複雑性を物語る代表的なものであろう。

とりあえずこの論点を協同組合に引きつけてみると、「労働者協同組合や農業協同組合のように、メンバーだけの利益を追求する一部のサードセクター組織とも違って、社会的企業はコミュニティへの貢献という目的をもっている」(P.424)ということになる。とはいえ、現在の全ての、労働者協同組合や農業協同組合が、こうであると固定的に見ることは誤りであろう。協同組合の名称によって、社会的企業が否かを決定することを、本書が主張しているのではない。問題はそれぞれの組織・企業の活動・運営の実態である。

さて、日本の医療生協について、上記の記述を敷衍してみよう。たしかに、医療機関の利用という側面では、組合員にその利用を限定している(院外利用の禁止)。しかし、医療生協の活動は、診断・治療・リハビリテーションという医療だけではない。地球まるごと健康という戦略に基づく、組合員と地域を対象とした保健活動、住みやすい健康な街づくりをめざす諸活動、そして社会保障活動。これらは、まぎれもなく「地域コミュニティに対して、より開かれた広範なサービスの実施をめざす」活動である。したがって、一般に日本の医療生協は社会的企業とみなすことができる。

さて、改めて社会的企業とは何であるかに絞り込んでみると、社会的経済を担う企業が社会的企業とされている。これは分かりやすい。しかし、社会的経済自体が日本ではまだ馴染みのある名称・概念とは言い難い。社会的企業の方が、具体的に事業を担う組織・事業体であるだけに、話は具体的に取りつきやすいのではあるが、いっそのこと、この際に、社会的経済と社会的企業をまとめて勉強することを、勧める。

社会的経済という現象に関する包括的な研究が、ドゥフルニ、モンソン編、富沢賢治他訳『社会的経済——近未来の社会経済システム』(日本経済評論社、1995、『社会的企業』の編者や訳者も相当数、この本の執筆・翻訳に携わっている。事実上の姉妹編で500頁近い大著)である。社会的経済とそれを担う社会的企業について、この2冊で、効率よく要点を学ぶことが出来よう。

社会的企業とは何であろうか。記念的な属性を

確認してみよう。制度面からみると、『『社会的目的をもった事業』、『市民企業』、『コミュニティビジネス』、『コミュニティ福祉企業』あるいは『社会的企業』と呼ばれてきた組織的な活動の展開

(p.396)が基盤にあって、本書の諸論文が示すところによれば、社会的企業の制度的な性格は、営利企業、公共機関、従来型の非営利組織に比べると、特定の財、例えば、対人サービス・社会的共通サービスを生産する際の問題点を克服しやすい独特のインセンティブシステムをつくりだす。

この観点からいえば、社会的企業がとりわけ関連していることは、明確な社会的目的であり、一方での生産者と他方での消費者・地域コミュニティとの近隣性であり、組織内部としては、労働者の努力への金銭的な報酬に対する開かれた民主的なマネジメントである。(p.392)。つまり、「社会的目的」「コミュニティへの貢献」「労働者志向の民主的マネジメント」という属性が、社会的企業を特徴づけるようである。

また、機能面からみると、「コミュニティに貢献するという社会的企業。」(p.436)であり、企業形態から見ると、「社会的企業を他の企業形態と区別する方法——を特徴づけるのは、民間資本と公的な資金の新しい結合の仕方」が1つであり、さらに「設立時の社会的企業の特徴は、コミュニティへのサービスという側面の統合をめざす取り組みにかかわって、互酬関係を通じて社会的資本を動員すること」である。「社会的企業は、コミュニティへのサービスという側面によって、互酬関係(自発的な関与という形態での)という支援関係を創出したり、サービス提供のコストを削減したりできるようになる」という企業形態の特徴を示す。(p.440)

また、収入源から見ると、「民間組織、公的組織、個人ユーザ、消費者から得られるだけでなく、国家機関からも得られるが、この場合、国家機関はサービスに対し(少なくとも一部の)金を払い戻すのである。社会的企業は社会的統合や労働市場への統合に向けたサービスの提供や仕事おこしに関わるが、ある程度販売から収入が得られるため、この販売収入がみずからを「企業」と称する理由の1つとなっていることも多い」(p.402)のであり、多面的な収入源を持つことが、特徴で

もあり、強さでもある。

以上、本書が、多様性を前提にしつつ、実例の比較検討を通じて、社会的企業のおおよその共通点として引き出した所属性を、紹介した。もちろん、他にも、社会科学理論から見た緒論点、経営者から見た緒論点等々、実に豊富な内容が含まれ

ている。

本書は、訳文、解題、索引も丁寧に出来ている。社会的企業に関する現時点での百科全書として、推薦したい。

(ひの しゅういつ、東北大学教授)

【事務局ニュース】 3・会員募集と定期購読のご案内

会員募集 「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」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。）

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せん。詳細は事務局までお問い合わせください。

○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・

- ・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

● 9号（2004年11月）—特集：非営利・協同と教育／破綻と再生から学ぶ非営利・協同の事業

- 巻頭エッセイ「セツルメント運動」升田和比古
 - 座談会「非営利・協同と教育」三上満、村口至、大高研道、川村淳二、司会：石塚秀雄
 - インタビュー「全日本民医連における教育の取り組み」升田和比古
 - 教育アンケートに見る特徴
 - 教育体験談： 長野典右、矢幅操
 - Part 1 「民医連北九州健和会再生の決め手」馬渡敏文
Part 2 「破綻と再生から学ぶ非営利・協同の事業」
吉野高幸、山内正人、八田英之、角瀬保雄、司会：坂根利幸
 - 論文「社会的責任投資（SRI）と非営利・協同セクターの役割・課題—コミュニティ投資を中心として」小関隆志
 - 翻訳「EUの労働挿入社会的企業：現状モデルの見取り図」訳：石塚秀雄
 - 文献プロムナード（8）「医療と市場原理」野村拓
 - 書評「近藤克則『医療費抑制の時代を超えて』」柳沢敏勝
-

● 8号（2004年8月）—特集：非営利・協同と文化

- 巻頭エッセイ「アメニティと協同」植田 和弘
 - 座談会「非営利・協同と宗教」若井 晋、日隈 威徳、高柳 新、司会：石塚 秀雄
 - 論文「今日の日本のスポーツ状況と非営利・協同への期待」森川 貞夫
 - 論文「非営利・協同と労働・文化を担う人間の発達」池上 惇
 - 論文「協同社会の追究と家族の脱構築」佐藤 和夫
 - インタビュー「前進座・総有と分配」大久保 康雄
 - 論文「国際会計基準と協同組合の出資金をめぐる最新動向—IAS32号解釈指針案と農協法の改正—」堀越 芳昭
 - 論文「フランスの社会的経済の現状と事例」石塚 秀雄
 - 団体会員訪問（1）「千葉県勤労者医療協会」
 - 文献プロムナード（7）「平和の脅威」野村 拓
 - 書評「二木立『医療改革と病院』」川口 啓子
-

● 7号（2004年5月）—特集：コミュニティと非営利・協同の役割

- 巻頭エッセイ「『満足の文化』といまの日本」相野谷安孝
- インタビュー「栄村高橋村長に聞く」高橋彦芳、福井典子、角瀬保雄、前沢淑子、司会：石塚秀雄
- 栄村REPORT
 - ・「栄村訪問記」角瀬保雄
 - ・「小さくても輝いていた栄村：山間部と都市との比較から学んだこと」福井典子
 - ・「栄村を訪ねて10年、いま思うこと」前沢淑子

・資料 事務局

- 論文「市町村合併政策と保健事業の危機」池上洋通
 - 第3回公開研究会報告「インドネシアの非営利・協同セクターと社会保障制度」サエディマン
 - 書評「橋本俊詔『家計からみる日本経済』その基本理念に関連して」石塚秀雄
 - 文献プロムナード(6)「医療職種」野村拓
 - 非営利・協同入門(5)「イギリスにおける社会的企業とコミュニティの再生—サンダーランドにおける非営利・協同組織の試み—」中川雄一郎
 - 海外医療体験エッセイ「英国の医療と『シップマン事件』」大高研道
 - 書評・東京民主医療機関連合会50年史編纂委員会編／『東京地域医療実践史—いのちの平等を求めて』相澤與一
-

● 6号 (2004.02) —特集:非営利・協同と共済制度・非営利組織と公共性

- 巻頭エッセイ「出征」日隈 威徳
 - 座談会「共済事業と非営利・協同セクター」本間 照光、根本 守、伊藤 淳、司会:石塚 秀雄
 - 論文「新非営利法人法の制定議論と税制改悪の方向」坂根 利幸
 - 論文「社会的企業体の連帯で保健・福祉・医療の複合体を」大嶋 茂男
 - 論文「長野モデルにおけるコモンズについて」石塚秀雄
 - シリーズ非営利・協同入門(4)「非営利・協同と社会変革」富沢 賢治
 - 文献プロムナード(5)「Careを考える」野村 拓
 - 書評／南信州地域問題研究所編『国づくりを展望した地域づくり…長野・下伊那からの発信』石塚 秀雄
-

● 5号 (2003.11) —特集:行政と非営利組織との協働(1)

- 巻頭エッセイ「民医連の医師」千葉 周伸
 - 座談会「行政と非営利・協同セクターとの協働について」
富沢 賢治、高橋 晴雄、窪田 之喜、司会:石塚 秀雄
 - インタビュー「医療と福祉に思う」秋元 波留夫
 - 特別寄稿(再録)「津川武一と東大精神医学教室」秋元 波留夫
 - 論文「韓国の社会運動と非営利・協同セクター」丸山 茂樹
 - 論文「韓国の医療保険制度と非営利協同セクター」石塚 秀雄
 - 第2回公開研究会報告「ヨーロッパの医療制度の特徴と問題点」松田 晋哉
 - シリーズ非営利・協同入門(3)「サードセクター経済と社会的企業—ライプリネスのデベロップメント—」内山 哲朗
 - 文献プロムナード(4)「医療の国際比較」野村 拓
 - 書評／野村拓監修・赤十字共同研究プロジェクト著『日本赤十字の素顔』角瀬 保雄
-

● 4号 (2003.08) —特集:障害者と社会・労働参加—支援費制度をめぐって—

- 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

- 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
 - 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
 - 論文「『共同作業所づくり運動』の過去・現在・未来」 菅井 真
 - 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
 - 「アメリカのNPO病院の非営利性の考え—薬品安価購入に関連して—」 石塚 秀雄
 - シリーズ「デンマークの社会政策（下）」 山田 駒平
 - 文献プロムナード（３） 「医療政策」 野村 拓
 - 書評・宮本太郎編著『福祉国家再編の政治』 田中 夏子
-

● 3号（2003.05）

- 巻頭エッセイ「わが家の庭から考える」 高柳 新
 - 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）

- 巻頭エッセイ「医療事故と非営利・協同の運動を思う」 二上 護
 - 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 福島清彦著・『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

「研究所ニュース」バックナンバー

○No.9 (2005.1.31発行)

書評「モブ・ノリオ著『介護入門』」(八田英之)、理事長のページ、副理事長のページ、「いま協同を拓く2004 in ながの」参加報告、「刑務所の医療」(石塚秀雄)、エッセイ他

○No.8 (2004.10.31発行)

アンケートの報告、理事長のページ、副理事長のページ、書評「渡辺雅男『階級！ 社会認識の概念装置』」(石塚秀雄)、エッセイ他

○No.7 (2004.7.25発行)

会員アンケート、欧米の老齢年金制度一覧、ブックレットNo.2『デンマークの社会政策』推薦、エッセイ他

○No.6 (2004.4.25発行)

総会とシンポジウムのお知らせ、書評「いま、改めて『帝国』とは」(藤野健正)、エッセイ他

○No.5 (2004.1.25発行)

研究費助成の公募、第3回公開研究会のお知らせ、「アメリカのホームケアワーカーの待遇改善」、他

○No.4 (2003.10.17発行)

「蹉跎への擬人法」(石塚秀雄)、「書評『人間のための経済学——開発と貧困を考える』」(大嶋茂男)、他

○No.3 (2003.7.4発行)

特集「角瀬先生慰労と激励のつどい」、「書評『福祉の哲学』」(高橋晴雄)、他

○No.2 (2003.4.17発行)

海外の医療・社会政策サイトの紹介、「書評『雲の都第1部広場』」(石塚秀雄)、他

○No.1 (2002.12.17発行)

「書評『20世紀の医療史』」(石塚秀雄)、いのくらエッセイ、他

総研いのちとくらしブックレット バックナンバー

(詳しくは、事務局までお問い合わせください)

総研いのちとくらしブックレット No. 1

『医療・介護の報酬制度のあり方』

2004年2月発行、56p

研究所発行による最初のブックレットは、第1章・日本の医療制度や診療報酬問題をめぐる歴史的概括、第2章・日本の医療・介護制度の直面している問題と二つの道、第3章・診療報酬、介護報酬についての提言という構成となっており、全日本民医連からの委託研究報告書を基に、診療報酬制度をめぐる動きや用語解説などが加筆されて作成された。



総研いのちとくらしブックレット No. 2

『デンマークの社会政策』

デンマーク社会事業省編、山田駒平訳

2004年5月発行、54p

デンマーク社会事業省が発行した『Social Policy in Denmark』の翻訳。2002年、デンマークへ高齢者福祉視察に行った訳者が、デンマークの社会政策全般の枠組みをはじめに、子ども・家族政策、労働援助、障害者、社会的困窮者への対策など、アクティベーションの福祉政策が一望できる内容となっている。序文・宮本太郎（北海道大学）。



【事務局ニュース】 4・2004年度後期研究助成の決定

2004年度後期の研究費助成は、以下の研究に行うことが決定しました。なお、来年度以降、募集は年度に1回となります。詳細は改めて発表します。

- ・共同研究： 助成金額 80万円
高木和美、岡田澄子「ドイツにおける『高齢

介護士』の業務の本質に関する議論、並びにその養成・資格制度改革の内容に関する調査研究」

- ・共同研究： 助成金額 70万円
藤野健正ほか東京勤労者医療会歯科部「日本の将来における歯科医療構造転換について」

【入会申込 FAX 送付書】

切り取ってお使いください
研究所のFAX番号：03 (5770) 5046

特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし入会申込書

会員の別 正会員（個人・団体） 賛助会員（個人・団体）
入会口数 （ ）口

ふりがな	
団体名称または氏名	

※団体正会員の場合は法人・団体を代表して入会する個人名を、個人正会員の場合は所属・勤務先等を記入して下さい。(団体正会員は、入会時に登録された個人が定款上の社員となります。)

※団体会員で、登録する人物と実務担当が異なる場合は、担当者の氏名も記入して下さい。

(団体会員のみ)	ふりがな 代表して入会する個人名	
	ふりがな 実務担当者名	
(個人会員のみ)	ふりがな 所属・勤務先等	

※機関誌等の郵送先、連絡先を記入して下さい

〒番号	—		
住所			
電話番号	()	FAX番号	()
電子メール	@		

※専門・主たる研究テーマまたは研究して欲しいテーマ・要望等を記入して下さい

--	--

入会金と会費	(1) 入会金	団体正会員	10,000円
		個人正会員	1,000円
		賛助会員(個人・団体)	0円
	(2) 年会費(1口)	団体正会員	100,000円(1口以上)
		個人正会員	5,000円(1口以上)
		団体賛助会員	50,000円(1口以上)
		個人賛助会員	3,000円(1口以上)

へ
き
り
と
り
▽

【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

<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			

へきりとりく

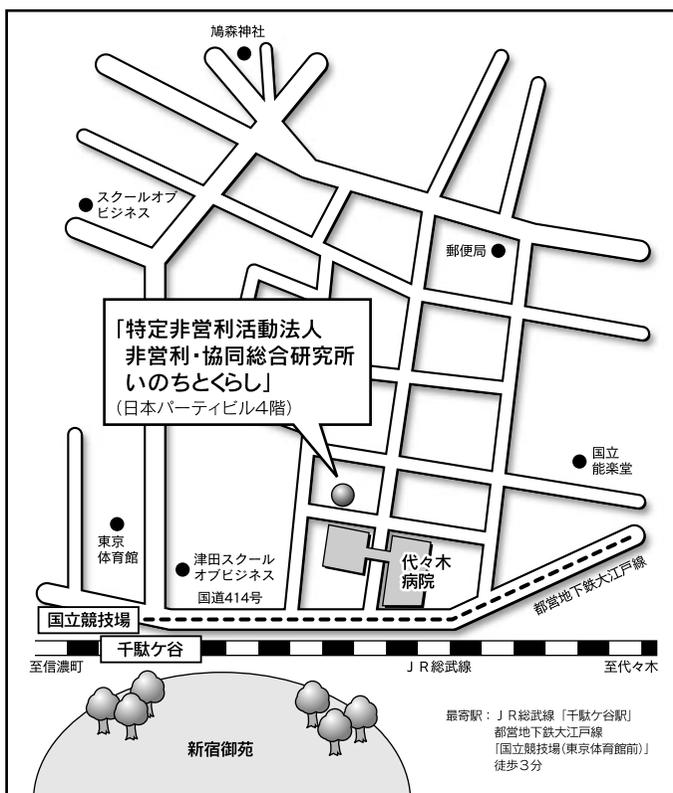
【次号第11号の予定】(2005年5月発行)

特集:非営利・協同と再編される社会制度

- ・座談会「憲法と非営利・協同」
- ・「医療福祉事業と外部委託」
- ・「共同作業所と介護保険の動向」
- ・「非営利・協同病院の経営比較」、など

【編集後記】

座談会では非営利・協同組織の医療労働の問題がいろいろと提起された。目指したはずの医療職をなぜ辞職するのか。色平先生の言葉でいえば「自分のぶつかりの体験」を積むことが出来るかどうか、鍵を握るのではないだろうか。準備号を含めると今号で10回目の発行である。まずはここまで続けられたことを、関係の皆様へ感謝申し上げます。来年度以降も新たな企画を開始し、ぶつかりの体験を積みながら活動を拡大していきたいと存じます。



**「指定非営利活動法人 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