

目次

○巻頭エッセイ：「次は医療と農業？」	……吉田 万三	1
特集：「非営利・協同と福祉国家」		
○論文「社会的排除としてのホームレス問題」	……中嶋 陽子	2
参考資料：「ホームレスの実態に関する全国調査報告書」から		8
○論文「『構造改革』の頂点と医療構造改革」	……後藤 道夫	10
○座談会「介護への取り組みについて」鈴木 洋、松本 弘道、 森尾 嘉昭、武井 幸穂、司会：石塚 秀雄		14
○翻訳「中央のサポートと地域への動員のバランス——スウェーデン 協同組合開発システム」 J. ストルイヤン、訳：竹野 ユキコ		29
○シリーズ医療事故問題②		
「医療事故問題をめぐって②」高橋 正己、根本 節子、中村 建、 伊藤 里美、棚木 隆、司会：石塚 秀雄		39
資料「アメリカの医療事故過誤救済制度について」	……石塚 秀雄	53
○エッセイ韓国から③「爪痕癒し」	……朴 賢緒	55
○文献プロムナード⑫「階層化・流動化」	……野村 拓	57
○研究所ニュース、04年度会計報告	……………	13、28、52、61、62
○バックナンバー	……………	63
○入会申込書	……………	70

次は医療と農業？

吉田 万三

しばらく前になるが、知り合いの女性からその出身地の田舎の話聞いた。

戦後、引き揚げ者を中心に入植した群馬県の開拓村の話だが、今では農業では喰っていけず、先行きの展望も見えないので後継者もない為、かなりの家が離農してしまい、残された畑は放置されていたそうだ。

ところが最近では、その休耕地を東京の会社が丸ごと借り受けて、ジャガイモを作っているのだそうだ。

ある日、種イモ満載のトラックがやって来て作付けをするというのだ。地元の農家の人の話では、その後の手入れは大ざっぱで畑は草ボウボウらしいのだが、秋にはそれなりに収穫があるらしい。

驚いたことに、そのトラックに乗ってやって来る人達はみんな派遣社員で、平日のみの勤務。土日は当然のことながらお休みとのこと。

何年かして畑がやせてきたら、会社は引き上げれば良いと思っているに違いない。今のところ代替地はいくらでもあるのだ。

その後の話は聞いていないのだが、多分、安い賃金で作られたジャガイモは、都会に送られてフライドポテトやポテトチップスになって、最後は私たちの胃袋に入ることになるのだろう。

こうでもしないと日本の農業は成り立たないのかもしれないが、ある意味でこれが「効率のよい」

農業経営の姿なのだとも言える。他人事とは思えない。

財界に後押しされた小泉首相率いる自民党は、「改革！改革！」と大合唱して総選挙で大勝した。

今やその財界の主流は、トヨタや松下に代表される自動車・電機などの多国籍企業であり、その生産拠点のかなりの部分はアメリカや中国などの海外にある。

彼らの言う「構造改革」とは、国内は可能な限り身軽にして、アメリカの軍事力をバックに海外でもっとも効率よく金もうけができる体制づくりのこことようだ。勿論それ相応の軍事的役割分担もしっかり果たしていく為には、憲法9条は邪魔である。

郵便局も農業も、医療も介護も、海外でやる仕事ではない。できれば投げ捨てたいくらいの重荷だと考えているのかもしれない。

郵政の次のターゲットは医療と農業と言われている。

海外金もうけ・効率第一勢力に対して、「国民のいのちと暮らしの安全と安心こそ最優先すべき原則なのだ！」という錦の御旗の下、本物の抵抗勢力は力を合わせる時だと思う。

(よしだ まんぞう、蒲原歯科診療所所長)

社会的排除としての ホームレス問題

中嶋 陽子

1. 概況

90年代以降、日本の大都市を中心に、ホームレス問題は大きな社会問題になり、2002年には、いわゆるホームレス自立支援法（以下、支援法）が成立した。翌年の厚生労働省全国調査によれば、少なくとも、ホームレスの人々は25,296人にのぼる。大阪府の7,700人余りと、東京都の6,300人余りを合わせると、14,000人余りとなる。この2府県で全国の過半数を占めた。支援法は、10年後の見直しを前提としているため、05年の現在、折り返し地点に近づいている。

先進国の場合、ホームレス化の原因は、複雑である。失業による経済的貧困といった、単一の要因によるとは、考えられない。確かに上記の調査では、当事者（ホームレスの人々を指す—以下同様）の就労希望は強く、約47%を数える。しかし、そもそもホームレス状態からの脱却までに、多くのハードルを越えなくてはならない。現実には、家族関係、薬物依存、各種の障害、借金、対人関係や社会関係をめぐる問題など、多くの要因が多様な形で重層化し、悪循環に陥っている¹。

日本においても、ホームレス問題は、当初、就労に焦点をあてた発想が多かった。不十分とはいえ、公的セクターの焦点も、就労対策に費やされてきたといえよう。企業では、人員整理が吹き荒れていた頃でもあり、故なきことではない。他方、関西でのホームレスの典型はといえば、大阪の日雇い労働失業者である。その後、第3次産業に従事する不安定就労者について、ホームレス化が懸念され始めた。都市雑業従事者を含め、フリーター層やニート層の広範な存在が、それを示唆しているといわれる²。これらは、15—24歳の年齢層

に多く、二桁を越える失業者を内包している。

すでに言われているように、生活困窮者の拡大は、高齢者と若年層において急速に進行しており、ホームレス予備軍は、実在する勢力になっている。予防策も含めて対応してゆかなければ、その裾野は、広がる一方であろう。この小論では、公的セクターと市民セクターでの就労問題をヒントに、今後の支援サービスのあり方を考えたい。

2. 「ホームレス」とは

「ホームレス」の定義は、何だろうか？もちろん、そういう「身分」があるのではない。これは、本来、人を意味する英語ではないが、日本では一般に、路上などの屋外で暮らす人々を指す言葉として、使われている。

日本の支援法の条文も同様であり、狭義の定義しか読み取れない。それは、イギリスでは、ラフ・スリーパーと呼ばれる、路上を起居の場とする人々に当たる。合衆国では、定常的な住居を欠く場合のほか、定常的な住居に至るまでの前段階として、シェルターや各種施設で暮らす入居者も含まれる（McKinney Act, PL100-77.Sec11302.）。このように、国際的にも幾つかの定義や用語がある。ここでは、端的に、経済的困窮を契機とする、住居のない生活状態を指す、としよう。住居がないことの含意、つまり、言い換えれば、住居が無いことによって生活全体にわたる有機的な経営が不可能なために、生活の内実を喪失せざるを得ない状態、である。

現在、ホームレスと一括して呼ばれる人々も、われわれと同様、さまざまな人生経路を胸に秘めながら、現在に至っている。ただ、今ある状態が、

屋根がないか、仮住まいの屋根なのか、永住可能な屋根の下なのかによって、市民社会に参加するアクセスには、大きな難易差が現れる。この差が、ひいては市民社会での立場や地位の違いにつながってゆき、最終的には、きわめて大きな社会的格差や排除を生む。一方の極にあるホームレスの人々は、市民として生活を送るための手段やネットワークから、隔絶されている。医療さえままならない場合も多い。

しかも、一たびこの淵に陥落すると、這い上がるのは容易ではない。公的制度や社会サービスの多くは、住所や住民票がないと利用できず、保証人なども得にくい。そのため、早期に適切な政策が打たれないと、ホームレス状態で滞留する期間は、さらに長引く。この遅滞が、心理的にも精神的にも、市民社会との間に新たな壁をつくり、そこから更なる悪循環が始まる。この彼我の差は、累積してゆく過程で、さまざまな「異型」や「社会的逸脱」として現象し、市民の目に飛び込む。その結果、ホームレスの人々は、あたかも、従来から異なった世界に住んでいたかのような錯覚が生まれる。この状況が、因果関係を転倒させたまま、一人歩きするようになり、彼我の距離が差別意識を醸成する温床となる。こうして、社会全体が、ホームレスの人々を排除する構造を、形成するのである。

他方で、現実には、細々と働いている当事者は多い。その内容は、空き缶、銅線、ダンボール集めなどであるが、多くの場合、夕方から朝方にかけての仕事である。その後、朝から午後にかけては仮眠を取るので、一般に、彼らが働いている姿は、目に触れにくい。働かずに気楽なものだ、と思われている場合も少なくない³。さらに、単発の仕事として、土木のほか、建築手伝い、引越し、ガードマン、時には派遣などで、短期アルバイトにも従事する。たまに現金が残れば、漫画喫茶やカプセルホテルで一泊、という場合もある。定住型の小屋やテントでは、住人がいなくなれば、通常は壊さずに、次の人が使う。数千円の家賃を、毎月古顔に支払う場合もある。他方、移動型のホームレスの人々は、状況はさらに劣悪だとされるが、実態の把握は困難である。大阪では、冬季に路上死する人々は、毎年、100人から200人台にのぼる。

3. 就労をめぐる

問題の解決にあたって、住まいが先か就労が先か、については議論がある。人権視点から言えば、前者が妥当である。しかし現実には、ケースワーカーの不足などによって、当事者が住まいを得た後にも、多くの課題が残る。そのために、現場ではしばしば就労先行型の発想も底堅く、一般にも、「しっかり働けよ」という市民感情がある。また、従来の政策的な含意・誘導もあって、当事者や支援者にも、その影響はぬきがたいものがある。このような中で、筆者は、京都市でビッグイシュー販売員や元販売員の支援を行って、2年になる。他方、公的な就労支援といえば、各地で、類似の自立支援センターが設営されている。ここでは、両者を対照してみたい。

ビッグイシューも、自立支援センターも就労まずありき、という支援構造を持つ点では同じである。まず、前者のシステムを説明しよう。販売員は最初の20冊を無料で受け取り、1冊200円で立ち売りし、その売上金を元手に次の仕入れを行い、後の販売へつなげてゆく。有限会社「ビッグイシュー日本」にとっては、街頭の販売員は自営業的な販売代理人である。会社は、ホームレスの人々の雇用を、雑誌販売員として、「創出」していることになる。経営陣の収入や自社スタッフの雇用も、雑誌の内容と販売とにかかっている。この両義性から、いわゆる社会的企業の一種であるとされている。社会問題にたいしてビジネスの企業的な手法を使って解決をはかる、といわれており、新しい試みである。

しかし、会社がモデルとしている「ビッグイシューロンドン」のように、ホームレス支援のための財団を設立するには至っていないため、販売員への生活福祉的なアプローチは、ほとんど行われていない。経営問題もあり、当面、会社に多くは期待できないだろう。希望者は、会社からごく簡単な面接と説明を受けて登録したあと、その日から路上で立ち売りを始めることができる。あくまで、本人の意志と「やる気」が前提である。現在、販売希望者に対し、事前の健康診断などはない。また他の社会サービスとの併用状況も問われるこ

とはなく、本人が打診しない限り、通常は、生活や福祉の情報を提供することもない。結果的に、販売以外のことは自己責任で、ということになる。ただし、販売員の生活福祉面を応援するボランティアがいたり、既存の支援団体が活動の一部として販売を導入したりする場合には、かなり様相が異なる。支援者は、販売員支援をホームレス支援の一部とみなし、販売以外の生活領域にも、関与するからである。

京都の例で言えば、現状からの脱皮を図る体力と気力の残っている販売員ほど、自尊感情も強く、自助努力のもたらす結果を信じている場合が多い。公的な福祉制度への意識は、当事者の眼中にさえ無かったり、あったとしても、なかなか要望化されにくかったりする。販売と福祉受給の併用は、少数派である。では、販売だけで路上を脱した例は、あるのだろうか。関東では、家賃3千円という公営住宅の活用策によって、可能となった。社の提示する100%自力モデルは、まだ実現していない。販売員の意欲には、一部に優れた主体性の開発がみられるものの、健康問題などを含めて、総合的に、ホームレス支援という視点からみれば、多くの課題がある⁴。

では、自立支援センター（以下、センター）の場合はどうだろうか。センターには、公的資金が投入されているので、一応のチェックシステムがある。通常、希望者には、事前に簡単な面接と健康診断が必要であり、罹患者が見つければ加療や入院へと、振り分けられる。健康な場合は、通常3ヶ月から6ヶ月間、入所する。センターでは、カーテンや仕切りで区切られた、ベッドのある小さな空間が得られるが、プライバシー確保は、難しい。食事に弁当が用意されるところもある。仕事が見つければ、貸室物件の敷金を払う蓄えができるまで、センターから通勤する。短期・有期雇用も含んでの「自立」もあり、後のフォローは必須であるが、それは、まだなされていないか、不十分であるかの、どちらかである。

入所者にとって見れば、衣食住は当面保障されるが、集団生活のなかでは、ストレスも多い。就職活動に専念できるとはいえ、数ヶ月以内に、居宅と雇用の両方を確保しなくてはならない。就職活動は、誰にとっても大きなプレッシャーである

が、特に中・長期間の路上生活の直後では、なおさらである。さらに、本人の人的資本としての脆弱さからみれば、職種も極めて限定されるだろう。一般的な市場環境も、新卒者・中高年共に極めて厳しいことを考慮すれば、再就職は多難である。

とくに、当事者は、路上生活のために通常の生活力が、後退したり、喪失したりしている。センターの一連のサービスは、いわば、既成のプログラムであり、個別には相談員などが補う場合が多いものの、必ずしも、十分な人員が配置されているわけではない。したがって、この制度に適應できる人もいるが、そうでない人も、同様に存在する⁵。また、仮に就職できたとしても、最低生活費を割り込む給与しか出ないところも多く、入居へのインセンティブ自体、決して高くない。こうした場合でも、公的・市民的セクターで補完的なサービスが滞ることなく行われる、という実績があれば、機運も高まるだろうと思われる。

4. 支援サービスの供給について —わがままな当事者？

では、こうした点について、一般的な反応はどうだろうか。「税金を使っている以上、贅沢言わずに我慢しろ」という答は、程度の差はあれ、市民感情としてよく耳にする。しかし、その前に問わねばならない問題は、いくつかある。

まず、公的な対応が後手後手に回ってきたという、財政責任・政策責任について、市民納税者は、厳しい目を向けるべきではないだろうか。なぜならば、すでに、プライマリケアにおいてその重要性と良好なコストパフォーマンスが指摘されているように、ホームレス問題についても、同様な指摘はあてはまるからである。つまり、早期に難なくセイフティネットを活用できるほど、社会への再参入も早い。早期であるほど、社会的排除の程度もまだ浅い。経済的な困窮と、社会的アクセス権の排除による生活での困窮との悪循環は、まだ構造化されていないからである。この点が、ホームレス状態の慢性化をもたらすか否かの分水嶺となる。早期に集中的な財政・政策出動がなされれば、何よりも、早期復帰の実例が説得力となるだろう。

第二には、社会的企業であれ公的・NPO的な施設であれ、当事者が抱えている個別の問題の質に、留意することである。実態に即したきめの細かいサービスができる、といわれるNPOでも、現実には、限られた人材のもとで、多くのサービスをこなしてゆかねばならない。そのため、支援自体は、公的なそれより実際的であっても、当事者に内在している問題群の核心には、なかなか追えないのである。

たとえば、アメリカのサービス・エージェントのNPOでは、コンティニュアム・オブ・ケアと呼ばれる一連のケアの供給が一般的であるが、この供給スタイルは、同様な問題を示している。つまり、行政の縦割りにかわって、NPO間の水平方向での、サービスの連携や情報の流通が期待される。しかし、実際には、NPO間のつなぎはしばしば滞り、当事者にかなりの負担を強いている。当事者にとっては、当然期待できるサービスが得られない、という意味で損失であり、空白期間によってサービス内容の効果も減退するかもしれない。たとえば、当事者は複数のNPOの間で何種類かのサービスを受けるために渡り歩かねばならない。供給主体であるNPOが変わるたびに、次のサービスを受けるまで待機期間ができたり、それぞれのNPOでたび重なる書類作りのために、同じヒアリングを繰り返し受けなくてはならなかったりする。特に、NPOとはいえ、定型化された一方通行的な管理手法には、不適応を示す人も少なくない。ベルトコンベアにのせた、流れ作業のような人的サービスとは、一体何なのか、を考えてみる必要があるだろう⁶。

言い換えれば、サービスの流れは、当事者の「わがまま」を聞き入れる余地はなく、供給者側の都合本位に組み立てられている。元来、人的サービスは、需給双方が人間である以上、画一化できるものではない。当事者と第一次的に接するサービス提供者の力量や、その人間的資質による所も大きい。通常は、その非画一性をなくし標準化することが、望ましいと思われているが、非画一性は人的サービスに内在する本質的な特質だと捉えたい。

第三は、仮に団体間でサービスの申し送りがスムーズにいったとしても、上記のベルトコンベア方式では、当事者との系統的な協働作業が行いに

くい。逆に言えば、当事者がセクター間やNPO間の連携によってサービスを受ける際、スタッフが細分化された分業システムを前提に関わりあうのに任せるばかりでは、不十分である。当事者の近くにあつて、系統的にサービスや周辺状況の全容を把握し、ガイドする仕事が、別途、設けられるべきである。要するに、当事者を展開されるサービスの中心に置くならば、当事者には、ふところ刀が必要である。それは、供給側へのアドボカシー的な機能も含めて、声の届きづらい当事者を補助し、未然に、当事者のサービス網からのドロップアウトを防ぐのである⁷。

さらに、サービスの受給中、当事者は、多くの関係者に自分をさらすことになるので、心理的にも、通常では経験しないような戸惑いや、それ以上のものを感じている。したがって、私的・内面的な点を含めてスタッフに事情を説明しなくてはならないとき、ごく少数の理解しあえる関係者だけに限定したい、と思うだろう。それは人間なら当然である。そして、いったん信頼関係が結ばれると、その効果には、一般的な標準以上のものを期待できる。特に、ホームレス問題では、当事者の個別性に基づき、その個々の全体像を系統的に理解することに対して、サービスを集中させる必要がある。要するに、人的サービスを、多くのスタッフで分担・分業するだけではなく、一定の限られたスタッフの間で、個別の当事者に見合った支援サービスを組み、「よき助言者」を充てることである。当事者の個別性をしっかり見極めない限り、当事者のかかえる問題群は、未整理なまま、複雑化していくかのように見えるだろう。

5. 需要者に即したサービスの展開—われわれ自身の人間開発

以上から明らかのように、国や地域の違いや、供給主体のセクターいかに関わらず、支援サービスは、結局は、供給者側からの一方通行的な流れに陥りやすい。サービスの一部に、定型化・一般化できる部分があることは否定しないが、効率や成果を急ぐがために、人的サービスの本質が十分追究されていないのではないかと。社会的マイノ

リティ、特にホームレスの人々は、発言力も無いために、人権が著しく侵害されたり無視されたりしてきた。また、当事者のかたわらに位置する支援者といえども、ほとんどの場合、自分自身にホームレス経験がないため、実際のサービスは、供給側からの発想に共振しがちである。では、この偏りを補うものは、何か。一言で言えば、論理性や推理力を備えた想像力だろう。それがなければ、支援やサービスは、当事者の実態から乖離したものになる。当事者と支援者は、たえず人間的に共感できる部分を耕してゆかないと、相互の距離は容易に広がる。両者の差異に根ざす彼我の生活の格差は、それほど異なっている。

もちろん、支援自体に冷静な分析が必要なため、表層的な心情的発露は、有効ではない。必要なことは、人間全般に関わる包括的な関係の構築、そのための工夫された道具立てである。それなくしては、当事者は、単なる福祉サービスを施術する客体でしかない。福祉や医療などの、人的サービスに従事するプロフェッショナル（以下、プロ）には、確かな客観性や観察眼が必要とされるために、対象化の作業も不可欠な過程ではある。しかし、生活全体の再出発を目的とする人々にとって、距離感を感じさせる合理的対応は、十分機能しない可能性が高い。様々な基本スキルを再び獲得することは、生活全体の再開発であり、それには、双方向のコミュニケーションこそが、生きた励ましになるからである。特に、支援サービスを受けている過程で挫折が多いことや、不意の失踪も少なくないことは、そのかんの事情を、雄弁に物語っているのではないだろうか⁸。

しかし、これは、当事者をゆえなく弱い存在だと見ることではない。どんな人でも、路上での環境におかれた場合、同様な傾向が生じる。市民社会の内部で生活する人々も、ひとたび屋根を奪われ・食うや食わずの毎日に追われ・劣悪な衛生環境におかれ・路上生活の不安や危険と隣接して生きてゆけば、一定期間の後、心身にどういふ変化が起こるか、ということである。どのような体力や精神力がのこっているだろうか。生き残るためには、どんな「適応」力が必要になるのか。こうした前提に思いをいたす力と、客観的な分析力・現実への接近力が、われわれの能力開発に問わ

れている。

6. 希望をもてるきざし

では、われわれ自身の開発には、具体的に何が求められるのだろうか。まず、ある活動領域の全体的な視野から、活動周辺の社会資源や人的資源を、実際に結びつけることが必要である。「社会的アンサンブル」としての生活者の取戻し—それが、ホームレス状態にある人々の最終目的である。したがって、プロも支援者も、分業化された人的サービスの数珠つなぎでは、十分なたちうちは困難なのであって、包括的なデザイン力がまず前提になる。それには、総合計画的な文書を持つことは必要であるが、それ以上に、現実の中で資源の網を張り巡らせることができ、現象を分析しながら、具体的な方策を修正したり調整したりする力の開発が決定的である。

もちろん、根本的な政策や適切な予算の投入が、大前提ではある。しかし、その実効性のほどは、実践者の現実的課題への構え方や、活動の総体としての質に、依存する。要は、遂行能力の、多面的で多元的な開発、ということである。言い換えれば、最前線での活動を効果的に浸透させるには、当事者への傾聴から始める。そして、それをプロの分業化された専門的職業の網の中に差し入れる。そのとき、ボランティアや市民セクターによる、活動周辺の人的・社会的資源のつなぎ合わせが、次の展開への要石となる。

最近、専門職をもつボランティアとプロの間の協働や、いわゆる政策ボランティアと通常のボランティアとの間の協力が重要性を増している。複数の者がある当事者の実情を共有し、系統的に支援する体制が重要である。プロと非プロの間や、異業種のプロの間の適切な組合せも有効であろう。従来、専門家は、長らく現場とは離れた世界に身をおくことが可能であった。現実の社会問題と距離があっても、仕事の性格が、より実際的なものであれば、間隙を埋めることは、必ずしも必要とされなかった。しかし、現実の社会問題が切実さをまし、専門サービスから多くの当事者が排除されていることが明らかになるほど、その解決策と

専門職の距離とが離れている、と認識されるようになった。特に、当事者が当該の制度から真剣な対応を示されない場合、今度は、該当する専門家が、自らボランティアとして出向く必要が生まれる。

さる10月30日、大阪市で、医療系専門職を中心とした、大規模な支援活動が行われた。筆者は、そこで聞き取りをした際に、ある当事者から、次のように言われた。「医療が来てくれるのは、もちろん嬉しいが、本当のこと言えば、おそすぎるよ」。とはいえ、このような横断的な異業種の専門職間の試みは、関西の支援団体では、おそらく初めてと思われる。医療を軸に福祉・法律・住まいといった各分野のプロが、平行して相談活動を行った。100人を超す当事者がレントゲンを受け、のべ200人を超す専門・非専門職ボランティアが集まった⁹。こうした専門職間の連携は、公的—市民的セクターを問わず、今後、サービスや支援の有機的な相乗効果を期待する上でも、重要性を増すだろう。これは、われわれの能力開発にとっても、有用である。報告文書の公表が待たれる¹⁰。社会的排除としてのホームレス問題とは、生活の全面にわたる剥奪状態に他ならないということ—その実情が、医療を中心として明らかになるだろう。

(なかじま ようこ、大阪経済法科大学講師)

1 ただし、精神疾患やアルコール依存については、必ずしも、旧来から罹患者だったとは限らない、という指摘も聞かれる。ながびく路上生活やストレスの多い諸施設での生活など、その環境自体が誘引になっているケースも多いのでは、という意見である。

2 イギリスでは、ブレア政権の登場以降、ラフ・スリーパー（日本で言うホームレス＝野宿者）が三分の一まで減少したとされる。しかし、今日では、「シングル・ホームレス」問題の検討を通して、「隠れたホームレス」問題が、新たに浮上している。これは、路上には現れないものの、友人宅や親・親類宅で無職あるいは低収入の状態にあり、居場所のない、広義の「ホームレス」に相当する人々である。Crisis(2004)Hidden Homelessness, Crisis UK., London.

3 <http://www.kyoto-poverty.org/>のパソコンビデオを参照。

4 中嶋陽子「ドキュメンタリーPCビデオ『古都に生きる—あるホームレスの人の場合—』その製作と『ビッグイシュー販売員応援団』の立ち上げ」、くらしと協同の研究所2003年度助成研究報告書ディスカッションペーパー008、2005年、p.36-39参照。

5 ホームレス状態に至る経過に多様性が見られる今日では、自立支援センターの就業率や復帰率が、必ずしも快調ではないのも、自然なことに思われる。ある近畿圏の専門家による、未公表の報告では、成功率は2割程度、とされていた。なお、2005年度の京都市の目標は、6割である。

6 中嶋陽子「サンタモニカ第2次調査報告書—03年6月訪問—ホームレス問題をめぐって」、くらしと協同の研究所2001年度助成研究報告書ディスカッションペーパー003、2003年、p.9-11参照。

7 藤井敦氏は、地域的な広がりのある視点から、「社会的に排除された人々」の問題解決を「包括的なエンパワーメント・プロセス」でもって行うべき、と指摘している。氏の視点は、地域での社会サービスの供給について、必要とされるサービスを、遺漏なく網羅する、という意味において、全体的なサービスの構成に留意している。(藤井敦「第25回日本協同組合学会大会報告要旨」日本協同組合学会、2005年、p.9-10。)この小論では、そうした点はむしろ前提である。むしろ、個々の当事者に即した形で、サービス支援の関連づけに注目している。

8 失踪については、別途、考察が必要だろう。その関連で、特に挙げたいのは、(a) 受給者の側からみて、その利益を損なわないためにも、サービスの系統性や不整合のない連続性が、確保されるべきであること、(b) 当事者を傍らで一貫して見ており、時にメンターの助言もできる人的存在が必要であること、である。

9 直後のメールニュースによれば、
・結核検診車の受診人数—109人、うち喀痰検査—7人
・全体で150~160人に聞き取り・相談
・居宅へ移った方—当日即入居4人、翌日以降の対応—2人
・歯科相談26人(記録分のみ)。その他、医療、法律、年金の相談など(未集約)。
・要医療の方を受診につなげるための「医療意見書」15枚を巡回相談室に提出。
・翌日からフリーダイヤルに7~8件の相談。

以上は、配信日当日時点の概要である(2005年11月1日、青空メール第19号、渡辺征二、大阪保険医協会事務局)。
情報の取り扱い上、一部、中嶋が削除・加筆。

10 最近、大都市では、路上でみかけるホームレスの人々の数が減ってきた、といわれる。その理由としては、(a) 当事者の高齢化や疾病等を契機とした、生活保護受給への移行、(b) 公的セクターでの民間アパートの借り上げ事業や公営住宅活用の一定の奏功、と言えよう。しかし、現在、国と自治体との間に生活保護をめぐる対立がある。また、低家賃物件政策は、当事者へのその後の政策的支援のありかたが、鍵を握るだろう。その意味でも、30日の活動は、反省点も多々あるが、より示唆的だったと思われる。それは、市民セクター主導で、おもなホームレス支援サービスの内容が全面的に網羅されたこと、かつ、多種多様な団体間・個人間の連携が実現できたこと、などである。

資料：03年厚生労働省「ホームレスの実態に関する全国調査報告書」から

本稿と関連のある部分を抜粋している。小数点以下は四捨五入するなど、筆者が最小限の加工をした。明示していない場合、数字の単位はすべて％である。

基本属性

- ・性別：男性95、女性 5
- ・年齢分布： 平均 56歳

30代以下	40代	50代	60代	70代以上
5	15	45	31	4

路上での生活

- ・初めて、路上生活をした時からの経年数：

5年未満	5—10年	10年以上
63	22	15

- ・今回、路上生活になってからの年数：

1年未満	1—3年未満	3年以上
37	31	32

——その間の居住：上位3つ

路上	時々ドヤ、飯場、ホテル等	一時的に病院や施設
65	22	9

- ・1日の食事回数：

1回	2回	3回
17	46	29

- ・現在、収入のある仕事をしている：65、していない35

——している場合の内訳：（100％換算）

廃品回収	建設日雇	運輸日雇	その他の雑業など
68	16	2	14

- ・現在の月収（以上・未満）：

1万円未満	1～3万円	3～5万円	5～10万円	10万円以上
27	35	19	14	5

- ・路上生活で、辛苦すること（重複回答）：

食べ物	入浴、洗濯など	寒さ	その他
40	39	35	47

- ・ホームレスになる直前職：上位5つ

建設作業	建設技能	生産工程・製造作業	サービス業	販売業
35	20	11	9	4

健康状態

- ・具合の悪いところがある：47、ない52

——ある場合の内訳（100％換算）：

通院・売薬などで対処	何もしていない
32	68

- ・持病・障害の有無（複数回答）：回答％—ケース％（全124％）の順

持病・障害あり	病気はない	その他	病気かどうか分からない
35—42	33—41	26—33	6—8

— 上記「持病・障害」の細目（全35%—42%）

高血圧	胃・十二指腸潰瘍	ヘルニア	糖尿病	肝炎	身体障害	アルコール依存症	皮膚病	結核
10—12	6—7	5—7	5—6	3—4	2—3	2—2	2—2	1—1

・ 自覚症状の有無（複数回答）：回答%、ケース%（全210%）の順

あり	85	179
腰痛	11	24
しびれ・麻痺	8	16
めまい	7	15
よく眠れない	7	15
目やにが出る・目がかすむ	5	11
咳がつづく	5	11
ひどくだるい	4	9
吐き気・嘔吐・胃の痛み	4	9
頭痛	4	9
ひどい下痢が続いた・激しい腹痛	4	8
皮膚のかゆみや発疹	4	8
耳鳴りがひどい	3	7
急激にやせた	3	5
むくみ	2	5
微熱がつづく	2	4
食欲不振	2	4
その他	10	21
なし	15	31

福祉制度

・ 路上生活の前か路上生活中に福祉事務所へ相談したことがある：33、ない67

— ある場合の相談結果上位6つ（100%換算）

相談のみ	病院紹介・病院受診	食事、交通費等もらう	施設入所	病院入院	生活保護（主に居宅保護）
32	23	13	11	8	7

・ 生活保護制度の利用経験

ない	相談には行ったが利用したことがない	ある
71	4	25

— 生活保護の利用経験の方法（複数回答）：回答%—ケース%（全114%）の順

病気入院で生活保護	施設入所で生活保護	アパート・ドヤ等で生活保護	その他
48—55	19—21	15—17	19—22

・ 支援を受けた経験ある：73、ない27

— ある場合の支援形態（複数回答）：上位4つ 回答%—ケース%（全207%）の順

炊き出し	衣類や毛布の配布	カップ麺や乾パン、パン券	福祉や医療相談
30—63	27—57	21—44	10—21

・ 支援は役に立った：93、役に立たなかった4、わからない3

（以上）

「構造改革」の頂点と医療構造改革

後藤 道夫

はじめに——9・11総選挙が明らかにしたもの

9月11日の総選挙は、急進的「構造改革」の最高の条件を作り出した。小泉自民党に投票した層のなかでは、大きく見ると二つのグループが重要であろう。一つは大都市部を中心とした上層国民であり、もう一つは抱えている生活不安を「特権的公務員」攻撃に誘導された層である。

大都市部を中心とした上層は、雇用の大リストラを含む、2001年からの急進的「構造改革」路線が大企業の業績を回復させ、グローバル競争に耐えうる企業体質を作り出したことを高く評価した。2004年の春、小泉内閣の3年間を問われて、財界諸団体のリーダーは、企業を悩ましてきた「三つの過剰」（雇用・設備・債務の過剰）の処理にめどが付き、それを助けた小泉内閣への評価が上がっていると述べていた。2005年にも引き続いた大企業中心の業績回復は、この評価を大都市部上層、さらに中都市部上層に拡大したのである。財界と大都市部上層がこぞって自民党支持にまわったこと、自民党がほぼ完全に新自由主義政党化したことが重要であろう。

これと別に、生産の海外流出と「構造改革」によって引き起こされた生活の不安定と展望の無さを、「大きな政府」、開発主義国家体制の持続のせいにする転倒した意識——小泉登場の際にも示された——が、今回は、郵政の「特権的公務員」攻撃に誘導された、という事態があった。マスコミが好んで報道した反応である。大都市中心の上層が利害得失計算で自民党を支持したとすれば、この人々は、「構造改革」へのオルタナティブが見えない状況におし流され、自分の首をさらに絞める選択をしてしまったとみることができる。他方、農村部、地方の反応は都市部とはことなり、中国、

四国、九州・沖縄の3ブロックでは、小選挙区票でみると、自民が減り、民主がふえた。郵政民営化への賛成の比率も都市部よりも低い。

だが、地方と農村部の保守意識を代弁するはずの「抵抗勢力」議員たちは、「構造改革」と軍事大国化に抵抗する組織的結集や体系的政策化をはかることが、全くできなかった。ここには、これまでの「開発主義保守派」が、地方の秩序維持のために国富の再分配を求めながら、結局は大企業中心の経済成長路線の積極的な推進者であったこと、中央直結を自分の最大の政治的資源とするシステムの中でしか生きてこなかったこと、などが如実に示されている。旧来型保守の支持層は、行き場を失って凋落をはやめている。他方、共産党と社民党に投じられた票は前回と大きく変化していない。「構造改革」への政治的対抗運動が未だ強い力にはなっていないことがわかる。

結局、9・11総選挙は、2001年から支配層が採用した急進的「構造改革」路線の、大きな政治的勝利を示したのである。

1. 「構造改革」の頂点へ

〈急進的「構造改革」政権〉

2001年4月にスタートした急進的「構造改革」は、「構造改革」の第二幕である。第一幕は、1996年末の総選挙で成立した第二次橋本内閣の「六大改革」であり、周知のように国民負担の急増を引きがねとした不況をもたらし、98年の内閣交代と財政構造改革の中断を余儀なくされた。だが、それ以外の領域では、橋本・小渕・森の3内閣下で、介護保険制度の創設をはじめ、労働規制の大幅な緩和、持株会社の解禁、大規模店舗法の廃止、所得税の累進率の引き下げ、省庁再編、地方分権・行財政リストラ、新農基法制定、中小基本法の抜

本改定、医療における患者負担の増大など、それまでの社会統合構造の全体をゆるがす大規模な制度改革が進んだ。

小淵・森内閣は、他方で、国家財政支出の大幅増とゼロ金利政策など、大盤振舞いの景気回復策を採用した。しかし、99年にはゆるやかに回復した景気も2000年秋には再下降をはじめた。未曾有の「なんでもあり」の景気回復策の下での不況再突入は、支配層に強い危機感をもたらし、「景気回復後の本格的財政構造改革」というそれまでの路線から、『構造改革』なくして景気回復なし』の路線への転換を生んだ。

この新たな路線は、企業業績の回復には企業が抱えている「三つの過剰」の処理（別の角度からみれば膨大な不良債権の処理）が不可欠という認識にもとづき、大規模な企業リストラとともに、それを促進する制度環境と徹底的な規制撤廃、行財政リストラを政府に要求した。

この「三つの過剰」の原因を経団連の今井会長は次のように把握していた。

「プラザ合意の後の円高で急速な海外事業展開を進めた日本経済……。自動車の国内生産は、かつて1,350万台……が、今は350万台減って1,000万台……。カラーテレビは、かつて1,800万台あったものが、今は350万台、電子レンジは850万台が300万台……。こうした組立産業の海外移転に伴って、国内で素材産業や部品などを供給していた産業は能力を削減したでしょうか。答えはノーです。国内に残った産業は過当競争を繰り返し、……デフレの一要因になっています。……企業は余剰人員を抱え、だいぶ減りましたが、本来、ニュービジネスに吸収されるべき労働力の移動を妨げています。また、景気対策の名のもとに行われた公共事業の繰り返しで、建設業に固定化され……。」（2001年6月）

製造大企業の国内生産の空洞化にともなって当然起こるべき、「すそ野」産業の縮小が、日本型雇用をふくむ経営慣行や政府の援助などによって引き延ばされている、そこに大鈍をふるわないと企業業績が回復しない、という主張である。企業大リストラ促進の制度環境は、急進的な「構造改革」派である小泉が、地方末端自民党員の強い政治的危機感によって自民党総裁に押し上げられた

ことで、急遽、実現した。産業空洞化と「構造改革」第一幕による長期不況と不況再突入は、2000年秋以降、自民党支持率の急落をもたらした。妄言・暴言をくりかえした森首相は、「旧態依然たる自民党」像を体現するものと受け取られ、「自民党をぶちこわす」と呼号した小泉への、いわば「逆立ち」した期待が国民から沸騰し、自民党の地方組織はそれにとびついたのである。

小泉政権は、「3年以内の不良債権最終処理」、「徹底的な規制改革」、「国債発行30兆円以下」を公約し、経済財政諮問会議を中心とする「構造改革」シフトをしき、財界の要望を丸飲みした。

〈2004年春の勝利宣言〉

2001年から2003年で、こうした財界の方針は、ほぼその通り実行され、それを通じた、アメリカ型の企業業績回復がもたらされた。2004年春の財界代表たちの「三つの過剰の処理にめど」発言は、企業側のリストラ努力を自画自賛するとともに、小泉内閣の3年間を高く評価したものだ。旧来の大型財政出動依存を排した急進的改革路線がほぼそのまま実行でき、同時に、大企業群は収益体質を大幅に強化したことで、支配層は急進的「構造改革」路線の勝利宣言を出したのである。

実際、2001年春からの1年間で、500人以上企業の男女正規労働者は、985万人から860万人へと125万人が削減された。しかし、この大リストラはマスコミでほとんど話題にならず、労働組合も大きく問題としてはいない。日本型雇用の中心的要素であった長期雇用慣行は、この大リストラを通じて、ほぼ崩壊したと見られる。日本型雇用を含む日本の経営慣行はこの3年間で決定的に後退したのである。グローバル競争における最適条件確保のための、たえざる企業リストラを妨害する慣行や対抗力は極小化した。

〈「構造改革」の頂点へ〉

大企業群・財界団体による「構造改革」推進は、2004年の春あるいは夏頃から、また新たな段階にはいる。経済同友会の北城代表幹事は、「構造改革」における新たな局面への移行をくりかえし強力にアピールした。「過去の負の遺産の処理や既得権益との確執に多くのエネルギーをついやし

て」きたこれまで段階から「将来の展望」へと視線を転ずる時期になった(2004.4.27)。「好景気が長く続くと国民に……危機感がなくなる。危機感が継続して、体力がついてきた今こそ改革の時期」(2004.6.16)。「これから構造改革の本丸と言われている、郵政公社の民営化三位一体改革の本格的な展開が始まる。……本格的な改革に踏み込むのはこれからだ」(2004.7.6)。

2004年夏の経済同友会「軽井沢アピール」は、断行すべき改革課題として、郵政公社民営化、社会保障制度の総合的・一体的改革、国と地方の三位一体改革、来年度予算を含めた財政の健全化の4点を主張し、2005年4月の提言「本格的な少子高齢化時代にふさわしい社会保障制度の確立——半世紀を見通した持続可能な医療制度の抜本的改革を中心に——」は、「社会保障制度の一体的見直し、さらには、消費税をふくむ抜本的税制改革について、この2～3年をラストチャンスと認識」すべきだ、と述べている。

日本経団連も2004年夏頃から、改憲への積極姿勢を鮮明にするとともに、企業の自己努力による業績回復をふまえて、消費税の基幹税化を前提した社会保障・税制・財政の一体的改革の実行を強力に主張し始めた。経済財政諮問会議が発表した「『日本21世紀ビジョン』専門調査会報告書」は、大企業群・財界の主張をうけ、2005、2006年度を「重点強化期間」とし、「構造改革を飛躍的に進めるべく集中的に改革を行」うと述べている。

こうした期限設定は、「負の遺産」の急進的処理をつうじて、アメリカ型の企業業績回復に成功した強い自信のあらわれであり、さらに、「構造改革」への広範な政治的反動が現れる前に決着をつける必要を感じたためだろう。経済同友会の提言「本格的な少子高齢化……」は、団塊の世代のリタイアなどによる社会保障改革への抵抗の増大を重視し、それより後になると、抜本的改革の「道はより険しく、また細くなっていく」と述べている。

今回の大都市部の上層住民の小泉自民党支持は、2001～2003年の大リストラによる新たな企業体質の出現とアメリカ型景気回復を高く評価し、以上のような「集中的改革」をも支持したものと考えべきだろう。財界のこうした主張は、9・11総

選挙によって、絶好の条件を与えられたのである。

2. 〈地方の自己責任〉と〈混合診療〉による医療構造改革

厚労省の「医療制度構造改革試案」は、こうした頂点的「構造改革」の一環であり、9・11総選挙の結果をも受けて、その内容はきわめてラディカルなものとなった。くわしく言及する余裕はないが、被保険者・患者負担分の大幅増による受診抑制と大衆収奪にくわえて、医療保険給付の水準を「保険者の自己責任」で下げさせるメカニズムが満載されており、その分、混合診療の私費部分を大きく膨張させ、国民共通の医療保障を、階層ごと・地域ごとに分断しながら縮小する意図が鮮明である。医療保険の地域統合は、地方自治体への国民の生活保障機能の押しつけと「地方の自己責任」化の一環であり、地方分権を通じた福祉国家的要素の削減・破壊の中心の一つとみることができる。

紙数もつきたので、混合診療にかかわる昨年末の規制改革相と厚労相の「合意」について、簡単に言及して終わりとしたい。

先の「合意」は、規制改革会議が主張してきた「ネガティブリスト」化を排し、「ポジティブリスト」型を維持したが、その内容は、「公私二階建て」医療の量的・質的な大幅拡大であった。規制改革会議の宮内氏自身が「実を取ってまだ名が取れていない状況なのかもしれない」と評価し、厚労省が「保険診療と保険外診療との併用に関する具体的な要望については、今後新たに生じるものについても、おおむねすべてに対応することができる」と述べているように、この合意は実質的に混合診療の扉を開けたものである。

もともと、規制改革会議と厚労省の見解の相違は、上乘せの診療について安全規制も何も事後処理という、という完全自由化への賛否にすぎず、上乘せ支払いしないと受けられない治療を質的・原理的に広げることについては、意見に違いはなかった。本来は保険診療に入れるべき新薬と新技術であっても、少なくとも一定期間は「保険導入検討医療」に入るため、支払える人間だけが受けられる。こうした点での意見の一致こそが大事な

ポイントであろう。厚労省の事務次官は「厚労省としては抜本的、画期的な改革を行うことになる」と述べている。

また、混合診療解禁をふくむ大規模な医療改革は、先にふれた頂点的「構造改革」の一環であり、医療保険の地域統合・給付水準削減と連動しているため、「合意」された混合診療解禁が「部分的」なものにとどまる可能性はほとんどないと考えざるを得ない。

先の「合意」をもって「混合診療の全面解禁を阻止」したと主張する日本医師会の、「構造改革」をめぐる位置にかんしても正確な評価が必要であろう。この10年をみると、ほぼすべての社会領域

で、開発主義保守派は「構造改革」に妥協を続け、最終的には解体、あるいは「構造改革」派への変質にいたっている。日本医師会も旧来の開発主義保守派の位置を貫くことはほとんど期待できないのではないか。開業医をふくむ医師層全体の利害を代弁し続けることは困難となり、医療構造改革を前提に競争で勝ち抜くつもりの大病院群と医師層の利害へと、その基盤をシフトさせる可能性が高いと思われる。「四十万戸」体制にとりこまれた農協と日医の比較も無意味ではない。

(ごとうみちお、都留文科大学教授)

【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の募集

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な分析、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

座 談 会

「介護へのとりくみについて」

石塚 医療、介護保険制度の改悪が数年来進んでいます。この中で、患者、利用者の負担増もそうですが、たとえば診療費の引き下げ、あるいは点数の中身、いわゆるホテルコストとか、サービスそのものが減らされていくことで医療機関の側にとってみて、どういう問題があるのでしょうか。そしてまた、今日お集まりいただいた各地域では、典型的ないろいろな積極なとりくみもなされており、その積極面、問題点も合わせてお話しただければと思います。

実際に医療機関が地域医療や介護への自らのとりくみとネットワークに関して、新しい事業のネットワークと実践例など、それぞれ、どのようなとりくみをなされているかを最初に簡単にご紹介をして頂いて一巡し、それからフリートークという形にしたいと思います。それでは石川の森尾さんから、金沢北健康友の会のとりくみをご紹介します。

● 金沢の「べんり君」、鶴岡のネットワーク

森尾 まず、「べんり君」の事業を中心にお話しします。「べんり君」という名前を付けて助け合い事業を開始したのが今から3年前です。どういう事業かというと、目的は高齢者や障害者が住みなれた地域で、その人らしい生活を維持し、少しでも高められるよう援助することです。その運営は非営利・協同で友の会という共同組織がこれを担って始めました。内容は送迎、いわゆる移動のサービス。それからお掃除、洗濯、買い物。一番困っているのは何かというアンケートをとったり、調査もしました。たとえば電球の玉が切れた。まさかヘルパーさんを



出席：鈴木 洋（千葉・千葉民医連事業協同組合事務局長）

松本弘道（山形・庄内医療生活協同組合および庄内まちづくり協同組合「虹」専務理事）

森尾嘉昭（石川・金沢北健康友の会事務局長）

武井幸穂（東京・医療法人財団健和会専務理事）

司会：石塚秀雄（総研主任研究員）

呼んだり看護師さんと呼んだりというわけにはいかなが、これが困る。電球玉が切れた時にも買ってくる。それを付けてあげる。こういういわば今の制度の中では手が届かないことを担えないか。そういう発想で始めたわけです。

チケットは6枚つづりで1,000円。これを購入してもらって、サービスごとに2枚とか3枚とかというような形で利用してもらいます。ボランティアさんへの還元は8割というように、提供する側もボランティアさんを募ってやろうということで始めました。

いま3年を経て、会員は533名にのぼっていき、男性が3割、女性が7割、平均76歳です。利用は月1,000件、1日50件にのぼります。そのうち9割が移送サービスの利用です。ただ移送サービスの中身は、病院に通う、役所に行く、銀行に行く、買い物に行くなどと多彩な内容になっています。

ボランティアさんは約46名、月の活動は15名ぐらいです。担い手の方の1人が勤医協の嘱託職員、2名が直接「べんり君」の専従者という形です。

私たちは、こういう事業を出発させて3年で、こういうレベルまで来ていますが「便利屋ではない」ということをこの事業の精神にしています。ご利用される方の「心を運ぶ」というのをキャッ

チフリーズにしています。

もう一つ、ボランティアさんの人たちが生き甲斐を持つようになっていきます。そういうものをこの事業を通じて生み出したところが、この事業が発展してきた要因だと思います。今後、活動をしていく上ではそこが一つのキーワードかなと思っています。

司会 ありがとうございます。次に松本さんのところでは地域ネットワークが特徴的に発展していると思いますが、最近の状況はいかがですか。

松本 武井さんにはお世話になり、健和会を中心とした事業協同組合の経験をもせていただき、鶴岡では、異業種の法人の参加による事業協同組合、庄内まちづくり協同組合「虹」を設立しました。

現状を紹介します。まちづくり協同組合に加盟をしている法人は7法人です。当初は医療生協、購買生協、高齢者福祉生協と社会福祉法人、それから損害保険を扱っている有限会社と薬局法人で設立しました。それにこの4月の総会から農民連さんの産直センターが加わって、7法人になりました。今年の10月から掃除、送迎等の仕事も、まちづくり協同組合が担当することになり、介護保険分野を担当する介護事業部、施設の給食と宅配弁当を担当する給食・配食事業部、ビルメンテナンスの清掃事業部、それに送迎や、警備・電話交換等を担当する送迎・警備事業部の4事業部で運営しています。

まちづくり協同組合「虹」の創立は2004年の2月、事業開始は6月です。1年とすこしの間に、私たちが予想していたよりもはるかに速いスピードで組織、事業の展開が進み、職員数も150名を超える法人となりました。

施設づくりや仕事おこしは、住民の要求を直接的に解決するとともに、地域での雇用を拡大し、農業をはじめ地域の商工業への波及的効果も期待され、地域経済の活性化にも貴重な貢献になるものと考えてきました。鶴岡の状況は、来春高校卒

業予定者の9月末での内定率は、県内希望で25.3%、前年同期より8.0ポイント減で、くらし続けたくても3人に1人も就職先がなく、過酷なものとなっています。高齢者の方たちもまだまだ老け込むには早いけれども仕事がない。これをなんとかコラボレーションをしながら、くらし続けられるまちをつくるということで努力をしています。

来年の4月以降、介護保険の改訂により、ヘルパーさんやデイサービス等が使いづらくなるのが危惧されます。その影響で心配されるのは、居宅の要介護者の低栄養です。ヘルパーさんに週2回ぐらい来てもらい、ちゃんとしたものを食べることで、週1、2回デイサービスを利用することでなんとか栄養を保全していた方が相当数いると考えられます。配食事業部を含めてなんとか格安でバランスの良い食事提供を実現しなくてはなりません。給食分野も、ホテルコストについて100%利用者に移行せずにいけるよう、共同利用によるコストの削減をすすめ、地産地消の推進も含めて給食センター化等が必要と考えています。今受けているサービスの利用制限を防ぐことと、くらし続けられるまちづくりのための雇用創出のコラボレーションが当面の課題として急浮上しています。

司会 農民連が入ってきたのは良くなってきたというか、とりくみが広がってきたといえます。テーマに食費、住宅費の取り扱いにも触れて頂きましたが、鈴木さん、千葉の方はどういうとりくみをされておられるのでしょうか。

千葉の「友の会」との連携、東京の協議会方式

鈴木 千葉民医連は医療経営の転換の中で、2000年4月より法制化された介護保険への対応に積極的に取り組んできました。そのひとつに、千葉県健康友の会、千葉県勤労者医療協会が法人会員となって、個人会員50名を含むNPO法人を立ち上げて、訪問介護サービス事業の受け皿となることを確認しました。その背景には、二和及び幕張の友の会が、1999年4月からそれぞれ任意のボランティア団体を設立し、ヘルパーステーションを開設していたことも運動の促進を早めたと言えます。



NPO法人は、年をとっても障害があっても「住み慣れた町で、住み慣れた家で」安心して住み続けられる町・地域社会をめざして、健康友の会の支え合い、助け合いの精神を基本とし、地域に根ざし諸活動を進め

福祉に寄与することを目的として出発しました。訪問介護サービス事業は、民医連院所の連携もあって2004年3月までに1,600万円超の繰越利益を出すことが出来ましたが、社会福祉法人の設立と同時に訪問介護サービス事業を廃止しました。

新たなNPO法人は、本来の目的とした助け合いの精神を基本として、生活支援、移送サービス等に移行することとしましたが、経営的にその事業だけでは維持することが難しく、船橋二和病院、千葉健生病院の協力を得て、レストランと病院売店を開設し、そこから出た利益を非営利事業に補填することを定款に掲げ、千葉県知事の認可を得て事業を開始することにしました。新たな事業のうち売店については介護用品等の紹介・相談・販売を非営利事業とし、その他の販売については収益事業に、また、レストランは、地域住民の交流を目的としたカフェ事業を非営利事業、病院の職員給食を収益事業としました。しかし、事業を通じて非営利と収益事業を経営的に分離することの難しさに遭遇し、改善の必要性が生じてきたところです。改善の方法は色々ありましたが、新会社の非営利性を担保することで、非営利事業をNPO法人、収益事業を新会社とすることで論議を開始しているところです。新会社の役割は非営利事業を補完することを基本とし、そこから出た利益は非営利事業に充当することとし、当然、出資者に対する利益の配当は行わないことを考えています。

この問題には、内閣府国民生活局より出されたNPO法人の運用方針で、「収益事業の費用割合を総費用の50%以下に押さえないければならない」との規制をかけていることが背景にあります。反面、税法上では非営利事業と収益事業の費用割合に対する税率の違いはなく、全ての事業を一体化した申告により、公益事業と位置づけながら、会

費等を除いて営利法人並みの税率をかけるという矛盾もあり、なぜ費用割合までして規制をかけるのか疑問もあります。行政側も矛盾を感じているものの、国の方針に従わざるを得ないということで、非営利事業はNPOで、収益事業は会社としてやっても良いのでは等の話が出てくる有様です。

司会 日本のNPOはアメリカモデルを使っている



ので、これから介護サービスを事業化していく時に、今の法律だとなかなか困難な点が多い。私どもは先般、ヨーロッパモデルともいべき『社会的企業』という本を訳したことがあるのですが、ヨーロッパ各国のこ

ういった事業組織とか、企業に対する法律はかなり各国で整備されてきています。個人的にも、日本でもそういうモデルを応用すると、今ご説明にあった問題がかなり楽になってくるんじゃないかなと思います。それでは武井さん、お願いします。

武井 組織の概要を紹介させていただきますと、



私たちのところは、2年前から東都保健医療福祉協議会という任意の組織をつくりまして、そこに参加する法人を軸に、医療と介護のネットワークをつくってきています。医療系法人が9法人、介護福祉系法人が3

法人、医療福祉関連事業法人が4法人となっております。全部で16法人で構成されています。もともと健和会が幹になっていましたが、特にこの10年間は、この地域の人たちの介護・福祉のニーズに応じて積極的に事業を展開し、制度的な改善提案をしようということで先行的に法人をつくって事業を開始したということもあって、いろいろな法人をつくってきました。10年前には、医療法人は介護事業ができなかったですからね。それから、都心部での活動や経営に大きな困難があった芝病院や新小岩診療所などと連携して、東京都心部での地域医療や介護の展望をつくっていかうと

いうことで、合併はしないけれど、協議会に入って連帯してやっていこう、という流れが合流しています。大小の約120ヶ所の事業所が、東京東部、湾岸部、埼玉県三郷市などで医療介護事業を展開しています。

もう一つ、近隣の民医連の法人との協同事業も本格化しています。2001年に東京勤医会、鈴木さんのところの千葉勤医協と協同事業で㈱福祉協同サービスをつくって、福祉用具・住宅改修の事業を展開しています。今年の4月からは、東京勤医会と協同で、給食協同事業の会社「リップル」をつくって、給食事業を開始しました。利用者の全額食事負担などの改悪が進行していますので、事業を早く軌道にのせ、他の民医連の法人にも利用してもらえるよう努力をしているところです。また、協議会には加入していませんが、精神・身体障害をもつ人たちの共同作業所・グループホームを展開している二つの社会福祉法人との具体的な連携もっています。

司会 ありがとございました。特に新しいものとして出てきたのは、給食と移送などの部門で新しい事業形態を作ってやっていくということでしたが、食費、住宅費等の経費についての展望はいかがでしょうか。

● 地域での社会的使命とその工夫

森尾 その前に、この「べんり君」の事業は二つの面によく聞かれるんです。形態とかはいろいろ工夫すれば出来るんだけど、一つは採算は合っているのですかということ。病院経営者からすると、「これで患者が増えますかね」って言うんですよ。私ははっきり言って、「採算は合いません」という話と、「患者が増えますかね、という発想だったらこの事業は成り立ちません。潰れますよ」という話をするのです。ただ、実際は人件費分は勤労者医療協会でみているわけです。だからその分を除けばトントンで運営が出来る。ある意味では経営的なサイドからいけば、これはかなり大胆な出発であったということです。

ただ私たちがしっかり見ないといけないのは、この「べんり君」事業は受療権を守る大きな役割を担っていることです。構成員を見ると1人ぐら

しが23%、2人ぐらしが16%、生活保護世帯が12%になるんです。生活保護の方々も含めて考えると、厳しい生活費の中から、チケットを買い「べんり君」を利用して医療機関に受診しているのです。

病院への移送もボランティアの組織も含めた運転集団で送迎をやっているんです。無料ですが、16人の集団を組織して、これも友の会でやっていますが、年間利用者は8,000人なんです。ですから、「べんり君」などの助け合い活動が生活弱者のくらしを支え、医療を受ける権利を守っているという側面がある。

もう一つの側面は、経営的なサイドで言うと、便利さという側面も立派に果たしているという点からも、この事業に投資しての効果があると盛んに言っているんです。

それから、医療情勢がこういう展開ですから、大変厳しい局面を迎えていますが、「これで患者が増えますか」って言ったら、実は増えているんです。さっき私は経営的な発想では潰れますよと言いましたが、非常に大きな役割を担っているなあと思うんです。

ただ、便利屋的な役割という側面だけで見ると、この事業は潰れるんです。信頼関係とか、顔が見えるとか、そういう支えがあって初めて、こうした事業に皆さんご利用されるんです。そこを外すと、まずいかなと思います。

一つのエピソードがあります。ご利用者の方が1人ぐらしで、親せきの人が亡くなった。香典を持っていかなければ行けない、でもその人は足が不自由で行けない。考えたのが「べんり君」です。「べんり君」に頼んでみたら「いいよ」と。「べんり君」は香典を持っていったわけです。受付のところに行って普通だったら「香典頼まれました、とどけにきました」と言うんですが、とどけただけではなくて祭壇に向かって手を合わせた。それを見て親せきの人が、「あんた、『べんり君』というのはえらいご丁寧ね。お参りまでしてってくれた」と依頼者の人にそういう返答をしたら、その人はものすごく喜んだ。私は、その話を聞いたときに、香典を運ぶ運び屋ではないんだ。そこには心を運ぶというのがあるんだよと。それをこの運動の一つの原点にしています。

鈴木 千葉勤労者福祉会が食事代の徴収額を調査したところ、千葉県内の介護事業者の食事代の徴収額は、最高650円から最低200円で、最多は300円台となっていることが分かりました。9月に開催された老人福祉協議会デイサービス部会での動向を見ると、金額の設定を600円台とするところが多数となっています。千葉民医連では食事代を600円とし、現在徴収しているおやつ代、レクリエーション材料費各100円は廃止することにしました。日常生活費としては、入浴用タオル、教養娯楽費、おむつ代を徴収する方針ですが、2005年度は223万円の減収が見込まれます。2006年度の新介護予防で介護報酬費が軽度者について4割カットした場合の減収は年間438万円で、率では24%減となる見込みです。基本的な考え方は、利用者の負担を軽くしないと安い業者に流れてしまい、結局他の事業者との競争に負けることになってしまいます。これで経営が成り立つかは別問題です。材料費をいかに安くするかも研究課題です。

それと論点が外れるかも知れませんが、最近、船橋市福祉サービス公社より、千葉県介護保健室と船橋市介護保険課の指導を受けて、「訪問介護サービスにおける通院・外出介助の対応について」の通達が出されました。その内容は今までは院内介助を介護保険で行っていたものが、本年9月より病院の玄関までは介護保険で対応し、院内介助は自費払いとしてもらうとのことであり、料金は平日8時から18時は1時間当たり1,450円、祝日及び時間外は1,810円で、既にその制度は始まっています。当然、利用者や民医連の職員からとても払える料金ではないとの声が出され、民医連では取りあえずの対策として、福祉会1,250円、NPO法人1,000円の料金設定をして対処しているところです。NPOで受け入れる場合の労働力は、福祉会に配属されている職員の協力を得てボランティアとして登録してもらい、その8割を活動費として払うようにしています。この措置により、登録型の賃金体系でNPOでは60%、福祉会では80%の水準になってしまい、いわば助け合い的な考え方で理解してもらわないと成り立たない状況です。

院内介助は移送サービスと同様チケット方式を採用していますが、なかなかボランティアが集ま

らないという悩みもあります。移送サービスだけでは院内介助が出来ないという限界の中で、どうしてもヘルパーさんの協力を得なければならず、この問題をどう解決してゆくべきか大きな問題になっています。

司会 玄関まで行って別な人が、それとも同じ人が別の役割をするんですか。

鈴木 基本的には、同じ人が身分のみをかえて対応するという事です。

司会 鶴岡はボランティアはいかがですか？

松本 鶴岡では「コープくらしの助け合いの会」という有償ボランティアの会が、まちづくり協同組合の傘下にあって、チケット方式で活動しています。生活支援や移送通院介助、見守りなど、さまざまな活動が展開されています。

来春から、介護予防給付が新設されることとの関係でいうと、ボランティアの存在がひとつのキーになってくると考えています。ヘルパーさん自体の仕事の介護報酬上の評価が高くない中で、さらに予防ヘルプの報酬単価が下がってくると、事業として成り立たせていくことが相当しんどくなっていくことが予想されます。また、使いたいけれども使えなくなる要支援1、2になる人が発生することも予想されます。鶴岡で研究をすすめているのは、高齢者福祉生協さんと、コープくらしの助け合いの会の役割をコラボレーションできないだろうかということです。もともと高齢協さんの目的のひとつは、高齢になっても生き甲斐を持って社会に貢献をしたいというニーズに応えようというものです。また、有償ボランティアの会という、事業所ではないのでキャパシティに合わせた広がりからぬけにくいところがあるように思います。地域の中で、ヘルパーさんを切られた要支援の人たちを、生き甲斐と一定のペイで支えるかたちで事業として担当する方法をボランティアの会と高齢協さんの知恵を借りて模索しようとしています。

森尾 私たちのところはもう一つ、地域サロンを

始めました。いま週3回になったんですが、昼食とお風呂とマッサージまでつけて1回500円という事業なんです。これは友の会という共同組織の、一つの支部の助け合い事業として始めたんです。今25名ぐらいの参加で11名のボランティアでこの対応を始めています。

どういうことかという、当初は元気な人を対象にしてお茶や絵画などの教室を開こうかと思ったんですが、実態は違ったんです。要介護1とか2の介護の必要な方がいらっしまったんです。なぜかという、同じ建物に通所介護と通所リハがあるんです。たとえば認知症の方が、ケアマネジャーから通所介護を紹介されます。その方が通所介護に行っても「私はばけておらん！こんな所は来ん！」と言うわけです。するとケアマネも家族の人も困っちゃう。「じゃあ、1階のほうにしばらくどう？」と言って地域サロンに来るわけです。

地域サロンは、私が入り出る、地域の人も入り出る、看護師さんも入り出る、「べんり君」も出てくる。いわば地域なんですよ、そこが。だから何するわけでもなく、会話を1日過ごしていくんです。

そこに地域の顔がある。元気な人もいれば、いろんな人がいる。ということで地域サロンに介護の必要な方を含めいろいろな方がいらっしまいます。したがってこの事業を大切に考え、ボランティアさんにヘルパー2級を取得してもらいレベルアップし、介護能力を高めています。他からみれば「友の会の助け合いでなく、介護事業じゃないの。友の会のやることなの」と言われますが、地域サロンは、地域の目線で、住民の要望にかみあった取り組みとして大切だと考えています。

今、介護を必要とする方は、介護認定を受け、制度の中から介護サービスを選択し、利用するわけです。言わば制度に人を合わせようとしているんです。

ところがその制度に合わない人たちが現実にいるんです。私に言わせると地域サロンというのは、制度によって決められた介護サービスでない特別のカード、ジョーカーのようなものだと思います。介護サービスを提供してもなかなかない場合には「それじゃあ～地域サロンに行って

みませんか」とおすすめてできるんです。制度にはない特別のカードを私たちは持っているんです。

今後、先程の話とつながりますが、来年からの介護保険改正によって、介護サービスの対象をはずされる方々がいらっしやる。そういう人たちに対して、私たちがどう一緒に手を差しのべていかという時に、さっき言った「べんり君」の助け合いの事業が重要になってくると思います。また、通所リハも含めて対象から外された人たちにどのようによりそっていくのか。ここでも地域サロンが大切な役割を担うと思っています。

地域の目線で、その要望にこたえて前進させていきたいと思っています。

● ボランティアの組み込みと事業

武井 うちの方はそんなに大きな組織だったボランティア、グループはないですが、最近ではだんだん定年退職後の方が地域が増えてきて、いまだ元気がある。そういう人たちが中心になっていろいろと活動を始めてあらたな活況をつくりつつあるという状況です。

送迎関係もボランティアでと考え、試みたんですが、実はあまりうまくいかない。事業とボランティアのドッキングは、ちゃんと準備をしてやっていかないと難しい面があるなあという教訓がありました。

食事サービスは女性が中心になってあちこちでやられています。これは1カ月に1回という所もあれば、1週間に1回という所もあるし、最近では、2年前に公団住宅の所に自治会の皆さんから要請されて、グループホームとデイサービスをつくったんです。そこに地域交流スペースも入れて欲しいということで、デイサービスの隣りに台所等のある交流室が出来た。そうしたら自治会の人たちを中心に、地域の人たちがボランティアグループを作って、毎日給食サービスをやっています。

ただ、とくに介護関係の分野のボランティアの議論するときには、気をつける必要があると思っています。基本的には介護保険導入の前後にも主張しましたが、直行直帰・登録型のヘルパー雇用形態は「それじゃまずいよ」と思います。同じではないけれど介護保険事業をボランティアを含めて担っていくというような流れもあって、それに

対して、私たちは反対したんです。きちっとした介護の仕事をやるという場合には、本当のプロ、専門家を育てていかないと、仕事の質の維持向上が難しい、生活も出来ない、新しい若い人たちが入って来ない。場合によっては介護報酬の引下げの理由になっていく、ということで反対をして、その立場は今でも変わらないですが、さっき石塚先生がおっしゃったように、もう一度見直しの中で予防給付とか、あるいは独自に自治体が生活支援事業をつくりだす、しかも安上がりやっこうという流れが出てきています。その時には、矛盾があっても、ボランティアの力も借りながら、活動を進めて、事業や制度を充実させる方向へ努力する、といったことも必要にはなってくるだろうと思います。

地域には、介護保険の対象にならない、孤立した高齢者もたくさんいます。こういう人たちへの食事サービスや交流を実現するために、銭湯を活用したミニデイをやってほしいという要望を数年来提言してきましたが、制度見直しのなかで、足立区でもモデル事業としてやるという方向ができました。ファミリーケアが受託して、ボランティアの力も借りながら、事業を実現しようと、今準備しています。

鈴木 森尾さんにお聞きしたいのですが、さっきボランティアの生き甲斐という話がありましたよね。ボランティア活動は無償でやっているのですか？

森尾 有償と無償とそれぞれあります。

鈴木 有償と無償の割合はどのくらいですか？

森尾 「べんり君」事業のボランティアは、先程言ったように8割還元を基本にしていますので、無償というのはいないです。ただ現実的には、金額的には無償みたいなものです。また独自に2人の専従者を配置しています。2人といっても1人は8万円で1人は10万円ですからね、週5日です。ボランティアみたいなものですね。

あとは地域サロンのほうは無償と有償に分けています。それはなぜかということ、制度を整備する

よりも、やはりボランティアさんの生き甲斐という問題があると思うんです。「私は無償でこういうことをやるべきだ」という考えを強く持つておられる方もいらっしゃるんです。そういう人にまで、「じゃ、あんた有償だ」というわけにはいかないわけですから、要はボランティアさんの生き甲斐をどういうふうにそれぞれが負っているのか。逆に「ちゃんとお金を出して」という方もいらっしゃる。さまざまです。週3回で3万円というのあれば、週1回で月1万円というボランティアさんもいらっしゃる。そこはそういうボランティアさんの意向も含めて尊重していこうと考えています。

鈴木 実はなぜお聞きしたかということ、千葉でも先週NPOの理事会があってボランティアのあり方が議論になりました。その中で出た話ですが、健康友の会で会員の方の住宅の草取りを無償に近い金額でボランティアを組織したのですが、夏の時期に炎天下ということもあったと思いますが、「もう、あんな仕事は二度とやりたくない」という話が出てきたということなのです。無償に近いボランティアということも影響したと思います。NPOの事業でも、家事援助、庭の草取り、犬の散歩、通院介助、ゴミ出しとかの生活支援を掲げていますが、先ほどもお話ししたように、チケット代が安いということもあって、ボランティアを募集してもなかなか集まらないという悩みがあります。また、移送サービスについても、利用する人の意識が重要であると考えます。これは啓蒙活動の弱さという問題もあるかも知れませんが、タクシーを利用するような感覚で考えている人が結構います。何かトラブルがあると、警察に訴えてやるというケースも起こっています。

理事会では、利用する人もボランティアに参加するという考え方を持ってもらわないと、この事業そのものが成り立たないのではということが結論となっています。来年介護保険が改悪されると、ますます助け合い的なボランティア活動が重要なウェイトを占めてくるのではないかなと思っています。それと合わせて、無償や安くやることが果たしていいのか、ボランティアというのはどういうものか、もう一度整理しておかないと、その重

要性が増すほど矛盾が出てくるのではと感じています。

森尾 その点で言うと、行政側が地域の社福協議会や婦人会を中心にして、比較的元気な高齢者を対象に地域のサロンを開設しています。小学校区に1カ所、金沢市内60ヶ所に設置しはじめています。そこには運営費補助等を出しています。社会福祉協議会が大体週1回とか、月2回とか3回とかでやっている。そこにお年寄りが集まると、大体利用料は1回200円前後です。あとは年間70~80万の補助を出しています。友の会のサロンはそういう公的補助はない。社福とか、地域の町内の婦人部ということが設置条件になっているが、これを友の会を含めて拡大するべきだということを私たちは対市交渉でずっと主張しているんです。

また、民家を開設して地域の社福の人が地域サロンをやっている。そこで友の会が班会という形でその場所を時々利用させていただいています。いわば地域型連携でその辺のものを取り組んでいる現状です。

また今度の食事負担の導入で、デイの場合、ご利用者の自己負担は、大体400円が600円にあがりました。通所系の食事負担等の助成補助はないんです。ところが全国的にはいくつか、東京でも2つぐらい、非課税所帯を対象にして自己負担に対して援助をやっています。我々としては、その運動もこれからの一つの課題かなと思っています。

私たちとしては、ご利用されている方々、地域の方々への視点に立った事業の展開を継続している力を友の会は持ち続けたいと考えています。

司会 千葉の場合はいかがですか？

鈴木 友の会の会員になることを条件にしています。

司会 トラブルについては、友の会に訴えるように、方向を変えさせられればいいですね。

松本 鶴岡では、援助する会員がA会員、援助を求める会員がB会員、経済的に支援する方がC会員で、使いたい人も、提供する人も、会の趣旨に

賛同し経済支援する人もそれぞれ会員に登録し、それで「コープくらしの助け合い」が運営されています。

司会 イタリアの社会的協同組合をモデルにしつつ、鶴岡独自の発想ですね。

松本 さっき武井さんからあった、どんどん安上がりですむ仕組みに加担するという側面は難しい課題です。ボランティアとして必要なことを実践し、行政に必要性を認識させていくことをすすめたいと思います。くらしの助け合いの会では、鶴岡市がモデル事業としてすすめている、安否確認も含めた見守りサービスを相当数担当しています。実践を通じて、公的にそのことに適切な報酬をつけて制度化させていくことも目標です。

今後ますます、介護分野には営利企業がたくさん入ってきますから、このくらしいの価格に抑えておかないと地域の人たちが使えないというところを、ボランティアの協力も得て暮らせる環境、サービスを受けられる環境を担保しておくことも必要と考えます。高齢者アパートをまちづくり協同組合で運営していますが、それは当時15万円ぐらいだった高齢者住宅の個人負担額の地域での相場を、私たちが8万円台で提供することで、一気に10万円以内に下げさせるようなことに成功しています。

高齡化する地域での施設作り

司会 行政は頭がかたいので、事業の中でボランティアの部分をうまく活用して、はじめて行政が「あなた方でやっているのは公益性があって公共性がありますよ」という認定をしてくると思うんですね。それを抜きにして民医連などが「我々は非営利・協同組織で公益性を担っているんだ」と言っても、なかなか行政は「うん」と納得してくれなくて、具体的にはボランティアをどれだけ活用しているか、というのが今の行政のわかりやすい判断基準になっている。それをうまく組み込んでいくことによって、専門員的な人たちの給与などを守っていくこととつなげていく筋道を考えないといけないのではないのでしょうか。

森尾 10年前にうちの方で孤独死が10件近く発生

したんです。それが拠点となる城北病院周辺の地域で起こったんです。この時に大変衝撃を受けまして、病院は病院の立場で議論をし、共同組織も共同組織として議論をし、地域の社会福祉協議会のほうにも問題提起もしてとりくんだんです。それが社福で言うと、金沢も見守りのネットワークで民生委員の方が1人ぐらしのお宅への訪問活動を強化しようということに取り組んだり、先に言った週1回の社福の老人の憩いの家とか、公民館などを会場にしてやるのですが、そういう取り組みを開始する経験が生み出されてきています。

友の会は、会員であろうとなかろうと、70歳以上の1人ぐらしのお宅を訪問して、食事会にお誘いするという運動をやりまして、大体100軒ぐらいを対象に、訪問するんです。そしてお食事会は今年の11月20日が記念すべき第10回目なんです。病院の方は看護師さんを中心にネットワークづくりを重視しながら、訪問活動を展開しています。

そういう中でおかげさまでその後、孤独死がなかったんですね。ところが去年1件発生してしまいました、これはさっき言ったように、地域の変貌に対応できなかった。金沢市中心部のスプロール化です。自宅が狭いので建て直そうと思ったら、郊外に若い人が出てしまう。しかし馴染みのある地域に高齢者だけが残るといった現象がずっと進んでいて、さっき言った孤独死の状況が生み出されるという社会的背景が周辺でずっと起こっていたということです。

それに対する対応策は病院が大きくなるにしたがって、地域との連携が薄くなる、顔が見えない状況が出てきて、そういう結果が一つの反省材料になったんですが、残念ながら去年1件起こったことを通じて、私たちは新たな地域の変貌にどう向き合うかが、これからのテーマだと思っています。21世紀型の運動の展開をどう担っていくか考えなければいけないと思っています。

今年からとりくんだのが認知症などの早期発見、早期予防の「おたっしや健診」と脳強貯筋運動のうきょうちよきんを始めました。ここまでが介護保険、ここまでが医療、ここまでが制度で、ここまでが…というのは、生活視点から見れば区別はできません。医療も介護も含めてそこで生き続けたい、生活し続けたい。そのためにそれらのネットワークをどう作ってい

くか。そういう目線にたった時に、医療と介護を包括して私たちが地域の資源も活用しながら、どう地域にネットワークを作っていくか。なおかつ事業体として存続し得る経済的な基盤もきちっと整えていく。そういうことかなと思っています。

司会 事業体同士の経済的なネットワークと申しますか、つまり医療と介護とは、受ける人にとってはあまり境界はないけれども、しかし報酬の面では決まっているわけで、そうなる医療と介護、福祉を経営機関側としては経済的にうまく立ちいくように連携をしていかなければいけないですね。簡単に言うと、赤字の部分もあるし、黒字の部分もあって、それを補完し合うというのも一つの考え方ですね。独立採算でそれぞれのところをやるという発想もあると思いますが。

松本 まちづくり協同組合が運営する「こころ」という高齢者住宅は、まさにそういう典型的なパターンだと思います。アパート自体は損害保険等を担当していた有限会社が資金調達をして建設しました。そこに入居している30人の要介護の人たちを、既存の介護事業所から必要なサービスを提供することで生活をサポートしています。医療機関は訪問看護と往診、そして救急対応を担当することとなります。全国どこでも、人工透析を受けていて、なおかつ寝たきりという人はなかなか施設に入れられない現状と思われます。入院すると退院できず、病床を専有することになります。その人たちをアパートで受け入れることで、限られた資源であるベッドの活用がはかられます。経済的にいうとサービス提供への報酬とベッドの回転を良くする効果を得ることになります。一方、介護事業所は、ヘルパー派遣や通所系サービスの提供で、介護収益が拡大することになります。建設を担当した有限会社に対して、まちづくり協同組合は、入居者から契約の家賃と、経済効果に応じて加盟法人から老人住宅の分担金を徴収し、家賃として支払うこととなります。医療依存度の高い要介護施設の空きを待っている人たちが暮らせる場所を確保し、加盟法人は仕事を拡大し設備や人材を有効に活用することで、経済的にもマイナスにせず、雇用や地産地消を推進するというふうな一石三鳥

で、何とかならないかということに挑戦をしたわけです。

鈴木 千葉は福祉会の事業として2ユニットで14室のグループホームを作りましたが、待ちの状況が20名近くあり、希望に応えられないのが実態となっています。このようななかで、低所得者層や高齢者を対象とした老人ホームや集合住宅が出来ないかの声も出されており、今後の検討課題になっています。今日は、先進的に取り組んでいる経験を学んで帰ればありがたいです。

松本 最初の高齢者施設は、先ほどの通り、施設待ちの500人、600人への対応について、医療依存度がとても高く、施設での受けいれが躊躇され、でも治療的に治まっているという方たちを含めてどうかできないかと考えていた時に、ちょうどうちのセンター病院の斜め後ろの土地を借りることが出来まして、高齢者対応のアパートを新築で建てました。

今年の4月に開設した2つ目の高齢者施設は、開業医さんの診療所と母屋だったところを改修し、泊まりがができるデイサービスセンターとして開設しました。土地はお借りし、建物は無償で譲渡してもらい改築しました。この施設は、デイサービスを受ける人が宿泊する施設とし、デイサービスの収入と1泊2食で1,200円の宿泊代で運営の財源を生み出しています。そのため、要介護度3程度の人で、1人夜勤で対応できるレベルの方に限定しています。デイケアは現在19人対応の届出で、施設的には30人対応が可能なスペースです。宿泊施設といっても実際は長期ステイの方たちが、宿泊代と介護保険の1割負担も含めて55,000円のペイで1か月らせる施設になっています。先程申し上げた「こころ」という高齢者アパートは、家賃と食費と介護保険の1割負担の総額で85,000円平均です。庄内では年金ぐらしの人は入れないレベルの施設なので、5万円くらいの施設を目指して、結果、泊まりが出来るデイだと可能と判断し開設しました。

オチがあって、それを地域組合員の運営委員さんにいよいよやりますと話をしたら、「専務それは使えない、もっと役立つ施設を作ってくれ」と

言われてガックリきました。それは開設する大山というエリアが、65歳以上の高齢者が3人に1人という、日本の15年ぐらい先をいっている高齢化先進地だったためです。1人の介護する人が2人の要介護の人をみていたり、お互いに介護が必要な老夫婦が寄せ合っただけでいる所が多くなるわけです。だから1人が入院となると、もう1人はというところがあって、「今日、今すぐ面倒を見て」という時に「あいよ」と言って引き受けてくれる、そういう施設をつくって欲しいということだったんです。これは厚労省が言っている小規模・多機能の施設を、地域が使えるかたちで望んでいることを実感する機会となりました。

司会 グループホームとは違うわけですか。

松本 違います。

森尾 こちらは庄内のところを学びまして、何回か見学等のお世話になりました。この12月に多機能施設をオープンします。

今、施設づくり運動を地域で展開していますが、いろいろな案を出して検討しました。あるホテルが倒産したのを安く買いまして、4階建てのビジネスホテルです。そこを改造して建てるんですが、3、4階はショートステイにして20床。1、2階をデイ15人と、今の友の会型のサロンと憩いのゾーンにするのと、介護予防のフロアをやろうということを取り入れました。

友の会の共同組織の支部づくりを合わせてやっていますが、そこで出てきた要望は、やはりお風呂だったんですね。身近な施設の利用をぜひ地域にオープンさせて欲しい、町内会の集まりもやらせて欲しい、という要望が出たんです。それも訪問活動から実際に要望を集めました。なぜかと思ったら金沢はまだ銭湯の利用が多いんです。割り屋といって長屋みたいな、お風呂がない家屋が多いのです。銭湯がたくさんあったんですが、その銭湯が潰れてきた。経営が成り立たないことと後継者がいないという問題があって、それで地域に行くとお風呂の要望がある。具体化について地域の方々と話し合っています。

3階、4階でのショートステイ。そしてデイサ

ービスと合わせて2階にもお泊りが可能な施設づくりを考えています。2階にある旅館で使われていた既存のお風呂を改造しまして、半分をショートと通所デイのお風呂、半分を地域の人たちにオープンできるお風呂という形で運営しようと考えています。

そうしたら行政の対応が始まりまして、地域に例の社会福祉協議会が主催する民家を借り上げて地域サロンを開設したんです。すぐ近くに対抗して(笑)。それでこっちもエスカレートして(笑)、今日も地域訪問をしているんですが、どっちが地域の願いをゲットするかということです。

司会 ある意味、ライバルがいると弾みがつくと(笑)。

森尾 大体、利用料は介護度5ぐらいで最大ショートは30日、10万ぐらいになりますね。施設から食事と部屋代の負担の導入で、自己負担が増えています。

今、金沢は有料老人ホームが次々と建てられています。入居費で一番安いのが30万、高いのが250万。家賃が10万から15万。全国的に考えると非常に安い。そこへの要望が非常に集中してきてまして、大きな市内のホテルが有料老人ホームに切り換えるという事態がずっと進行してきています。この分野はこれからの一つの大きな課題です。

武井 有料老人ホーム問題は非常に大事な問題で、表だって議論はないけれど、介護保険見直しなどの政策のなかで、特養建設を抑制して有料老人ホームがどんどん参入できるような準備と条件づくりがされてきた。異分野からのも含めてたいへんな数の事業者が参入している。「特定施設入所者生活介護」を利用して、相当の利益があがるようになっていっている。いずれ大問題になると思いますよ。

● 介護施設運営と事業連携

司会 介護の民営化の典型的なものですね。有料老人ホームは、ある程度財産を持っている人が入るといえる問題もあるし、年金や介護保険の補填を当てにして民間会社がやっている。医療機関との連携の点では、営利企業のところが先々劣悪にな

っていこうと思われま。一方で民医連のようなところは、自分たちのネットワークで質のいいものが作れるとは思いますが、質のいいものを低所得者たちにサービスをしていくのは、なかなか工夫をしないとやっていけないという問題も出てきます。

武井 介護施設の居住費や食費負担の問題は、厚労省の「基準」があっても、以前の病院の「差額ベッド料」や老人病院の「お世話料」とおなじように、かなり任意に決められている。有料老人ホームもふくめて施設の経営がブラックボックスになっていて、利用者だけが請求書を見てびっくりするというような状況が進行するでしょう。

都市部では建設が難しいし、工夫もなかなか見あたりませんが、私たちも高齢者住宅事業や有料老人ホームを検討していきたいと思っています。かなり強い要望がありますから。来年1月に、港区ですこやか福祉会が都営住宅を改修して「すこやかな家みたて」という複合施設を開設します。グループホーム2ユニット、デイサービス、訪問介護、居宅介護支援事業所が入りますが、そこに「グループリビングみたて」(高齢者見守りつき住宅)という住宅も併設されます。8室だけですが、また新しい活動が展開できるのではと考えています。港区などからの補助金があり、都心としては大変安い家賃で入居できるようになっています。

鈴木 千葉民医連に加盟する老健施設の並びに、ある会社の社宅があったんですが、そこを有料老人ホームに改造し、習志野市にある民間の医療法人と提携して、往診や必要に応じて入院させる等して運営をしているようです。丁度、千葉健生病院の斜向かいにもなっており、たまたま民医連の薬局が近くにあるので薬だけの仕事が舞い込んできますが、千葉健生病院を素通りして、習志野市の病院に入院していることは複雑な気持ちです。

松本 日本の介護保険制度の最大の政策的な欠如に、住宅問題へのアプローチがないということがあげられます。とりわけ北国では、山形も寒いですから、独居で冬を越せない問題が確実にあるん

です。そういう面から言うと、地域性も加味した高齢者の住宅政策がこのあとの大きな柱になるべきなのですが、今のところ明確ではなく、実践的に展開しておくべきという立場と、制度の保障のないところは慎重にとの考えで揺れているのが現状だと思います。

司会 伝統的に社会保障、福祉思想では住宅政策は、持ち家政策だったために、ヨーロッパと比較すると圧倒的に欠けている面があるかもしれないですね。健康な人の場合はコーペラティブハウスに老人たちが集まって暮らしていこうというのが最近でていますね。また雪国では1人で暮らせない問題は、長野の栄村でもそういう話を聞きました（『いのちとくらし』7号参照）。

森尾 雪かきというのがあるんですね。1戸建住宅の場合は自分の庭先はもちろんのこと、自分の住宅のエリアの道路の雪を除かないと駄目だという伝統がありましてね。高齢者になると深刻なんです。結局、食事の問題、介護の問題、そういう雪の時期の問題が重なってきて、1人ぐらしが維持出来なくなっていくのです。そこで、10年前ぐらいに私たちが始めたのが特養建設運動だったんです。

最初50床で作りましたが、知事は絶対民間の特定のものには認可しない、と言っていたのを運動をおこし、1億5000万円の寄付を集めて作りました。今は増設して100床になっています。今度は入居をまっている待機者が増え、入れるのは大体5～7年先なんです。そこで出てきたのがグループホームです。これはちゃんとサービス費用を介護保険が保障していないという意味では政府の安上がり政策の落とし子みたいなものです。でもやっぱり住めなくなる、暮らせなくなるということで要望は切実です。とりわけて地域での認知症に対する理解は十分ではありません。みんなが何を言うかということ、「あそこのばあちゃん、最近おかしいわね。火の始末も出来なくなったらどうなるの」という話になる。そうすると、地域の周辺の皆さんが「この人は1人で住むのは無理だ」と言って、親類やらなんやらでいろいろ相談して、「どこかの病院に入るか、施設に入らなくてはいけな

い」ということになってくるんですよ。

結局、行くところ探しになって、病院や老人施設、特養ホームをさがすんです。でも、どこも入れないというので今度はグループホームをつくりました。これも定員一杯で、さっき言ったように、お金のある人は有料老人ホームなんです。では年金3万円、4万円の人はどうするのか。

それと、高齢者がアパートを契約できないのです。もちろん保証人の問題がネックになる。今アパートは、私たちの地域周辺はリニューアルし始めまして、家賃が高くなってきていることもあって、なかなか1人ではアパートに住めなくなる。そういう局面を迎えてきている。住宅問題はそういう点で大変大きな課題です。

武井 グループホームが安上がり政策の落とし子というのは、制度的にそういう点では介護保険全体がそうですからね。私は介護保険の中で唯一、多少はメリットがあったなという分野はグループホームだと思っているのです。質の良くないというか、悪質な事業所の存在は知っていますが、それは本質ではなくて、それを許している仕組みの問題ですね。それから、いままで介護サービスがなかった地域に結構サービスが増えてきた面でも多少は評価できるかなと思っています。グループホームは私たちもやってみて、もちろん利用者負担が大きくて入れない人もいるといった問題はありますが、利用者本人にも地域に対しても、いろんな意味で予測以上にいい役割を果たしている。だから住まいでいうと、どちらかというとなるべく小規模の施設で、本当に利用者の介護度とか家の状態に合わせてうまく住めるという施設がいずれにしても必要だろう。あんまり大きなものはいらないだろう、という感じはしています。

グループホームを始めたころは、病気が重くなったり、末期的な事態を迎えたら多分グループホームには居られなくて、特養に行かないと駄目かなという議論で出発したんですけど、グループホームで亡くなる人が何人か出てきた。街の人々全体が、認知症への理解が進む、さまざまなかたちで支援・応援してくれる、コミュニティ再建の重要な役割を担ってしまう、そんなわれわれの予想以上の機能を発揮しているわけです。そういう

点でも、なるべく小規模、自分が住んでいた地域で暮らしていける、という住宅観が必要だと思います。

松本 高齢者アパートには、廃用症候群があってリハビリ病院でリハをやって戻らない方がたくさんいます。そういう方が高齢者アパートに入ったわけです。そうしたら家族と会話ができるようになる例が二つありました。ほとんど施設と同じ雰囲気のアパートでも、アパートというのはホームなんです。病院や施設に入っていると「診てもらおう」式のところがあってアウェイなんです。雰囲気はまったく施設と変わらないんだけど、そういう潜在意識があるんだと思います。リハビリ病院ではとてもいい患者さんだったのに、アパートに入った時点で主訴がものすごく多くなって別人のごとく変わる人、無反応な廃用症候群の方が会話できるようになる例なども含めて、住宅の整備の問題は、このあとの一つの研究テーマだと思います。

● 制度改悪に対抗する工夫

司会 グループホームもいろんな人を住まわせる、たとえば学生を住まわせるなどをするともっと活性化してくると思います。そういうアイデアもあるかなということですが。

さて、いろいろ貴重なテーマを出して頂いたので議論をもっとしたいところですが、時間も尽きてきましたので、最後に皆様から一言ずつお願いします。

鈴木 今度の介護保険の改悪の中身ですが、我々自身の経営に与える影響はかなり大きいのではと思います。

千葉市にある訪問介護サービスの現状を分析した結果、利用者の65%が要支援・要介護度1となっており、70%の利用者が高齢者のみの世帯、内、半数以上は独居世帯で、介護力の弱い世帯が訪問介護サービスを利用して生活している実態が分かりました。また要介護度1に限って実態を見ると、認知症は15%で、30%は家の中では暮らせても、外出では何らかの介助が必要な人となっています。今回の改悪で「新介護予防」に移行が予測される

利用者は、要支援25%、介護度1では病気で心身の安定していない者、認知症など25%を除く75%が移行することとなり、活動時間に換算すると全体の40%が新介護予防に移行することが予測されています。新介護予防の報酬は、3割から5割のカットと言われており、仮に3割カットでは12%、5割カットでは20%の減収となることが見込まれています。あるデイサービスでは、要支援・介護度1が全体の52%を占めており、認知症や何らかの病気を除く全利用者数の33%が新介護予防に移行する見込みです。これによる介護報酬への影響は、3割カットで7%、5割カットで9%の減収となることが予測されます。それ以上に、利用者の3割以上が、新介護予防給付の名のもとに現在のサービスを利用時間・日数等で削減され、期間も限定されることは大変な問題です。在宅支援センターは、市の対応によって直轄型や包括型が考えられていますが、船橋市の在支に対する補助金は現行の420万円を限度とする方向です。又、2000年度の介護保険制定時に統一したケアプランソフトを半強制的に導入させておきながら、今回の介護保険改悪に対応したソフトの更新に予算がつかないということで、2006年3月でやめる方向が出される等、市の無責任さが問題になっています。市川市では、来年度は補助金を減らす方向であり、今でも赤字体質の中で、在宅支援を返上してケアプランセンターにすることも検討中です。基本的には闘い無くして解決できない問題と考えますが、併せて現実的な対策も必要になっていると考えています。

武井 柳原リハビリテーション病院が4月にオープンして、柳原・北千住地域にまた新しい機能が加わりましたが、その時、知的障害をもっている人たちの共同作業所をつくって、病院の清掃や環境整備の仕事をやっていただくということを始めました。江東区のデイサービスでは、精神障害の共同作業所の利用者で調理師の経験がある方を中心に給食をつくるということなども昨年からは始めました。1~2万円の給料、なんてことがないやり方でね。障害者自立支援法案も成立して、深刻な問題は、これからますます出てきます。

医療も介護も福祉も、社会保障全体に攻撃が加

えられているわけですが、社会保障は絶対に人間社会に必要な制度ですから、あらためて地域から、社会保障全線にわたる事業とたたかいを組織して、一歩一歩展望を開いていきたいですね。

経営的にも困難がありすぎて、とても楽観できないけれども、悲観もせず、協同や連帯をつくりながら、事業と活動を進めていきたいと思えます。

司会 障害者自立支援法では、「障害者に働いてもらう、稼いでもらう、それで払ってくれ」のようなことになっているが、我々も工夫していかないと、従来の福祉思想で障害者を多くの制度で守れという主張だけでは、なかなか勝負に現実的に勝てないですね。

武井 認知症のお年寄りが地域で暮らすことと同じですよ。障害を持った人たちがなるべく大きな施設ではなくて、地域で暮らしていけるという条件を同じように作っていく。

司会 それも一つの課題になっているのかと思います。これはまた議論を深めていきたい課題ですね。

森尾 今、多機能の施設づくりを12月18日オープンを真近に控えて運動をやっています。その中で地域の方が、「森尾さん、友の会って、あんなのどこしかないやろ」と言うんです。「そうや」「そうやね、地域住民と意志疎通がないといけんわいね。これからは気持ちに通じ合う取り組みしてもらわな。その点では友の会があるというのはわしゃ安心や」という話がありました。

もう一つ、これは奥能登の話ですが、検査をしたら病気が発見された人がおった。「あんだ、入院して治療しないといけんよ」と言われたきり、しばらく来なかった。久々にその人が「これでわしは入院できるようになった」と言って来たんです。「どうしてや?」と言ったら、生命保険に入ってから入院給付がもらえるようになったから、安心して治療できるようになったという話がありました。

また金沢の有料老人ホーム問題も激しさがある

んですが、一方で民間資本のトレーニングジム建設がすごいんです、今。健康づくりの問題をめぐっても、これらの事例は要は大企業と政府側が組織するのか、それとも草の根で私たちがそれらの要求と願いを組織するのかとの激しいたたかいが地域の中であるんですよ。そうしたときに、私たちがこれからやる上で、地域に顔が見える、地域の要望や願いにかみ合わないと、施設づくりにしても、健康づくりの問題にしても未来がないですね。そういう点での発想にたつてやれるかどうかという問題があると思うんです。健康づくりの問題もそうです。一方では、入会金が5,000円、8,000円、1万円。私たちは友の会で無料でも、民間の施設なみに健康づくりに取り組みますよとキャッチフレーズにしていますが、大胆な発想で、草の根からの健康づくり運動が求められています。

もう一つは、なんといっても制度を良くする運動に正面から取り組まないといけない。そこに地域の人たちの願いと歓声上がるんですよ、「頑張るって。私たちが頑張るわよ」と。そこを抜きにはこの運動は成功しないと、改めてこの間の事例をみて思っています。

司会 最後に、すでにトレーニング施設をお持ちの松本さんに締めくくりをお願いします。

松本 皆さんもそうですが、経営を担当している幹部にとっては、今回制度が変わるとするのは基本的には頭の痛い話で、できれば予防介護からは撤収をしたい、これが本音だと思います。ただ地域ではすでに、目に見えて困る人たちがいるのがわかっています。そこについて責任のある対応をしていかないといけない。このことを考えた時に、社会的バランスシートの発想で、金銭的な収支の他に、地域への貢献を、具体的に提示できるようなくみを作る必要を感じます。そのことなしには、消極的な展開にならざるを得ないのではないかという気がします。社会的貢献とは言っても、屋台骨が傾いてはしょうがない話なので、対応の方向性考えると、二つの協同というキーワードが浮かんできます。一つは、事業連合といいますが、地域の中で1社では困難なことを協同することで活路を見い出せないかということで、すでに

実験に入っている状況です。

ボランティアの話が少しありましたが、二つ目は地域の人々との協同の中で活路を切り開けないかということ、鶴岡では頭に置いて諦めないでやっていきたいと思っています。

鶴岡にたくさん見学にいらっしゃって下さっていますが、なんで来るのかなと考え、施設の開設は駄目といわれても、でも困っている人がいるから力を合わせて高齢者住宅のかたちで実現する、何とか工夫して健康づくりの施設を展開するなどの、諦めの悪いところかなと思ったりしています。今は、「お達者健診庄内21」という介護予防検診に取り組んでいます。

介護の分野では民医連は野党ではないと思うんです。事業的には一定のシェアを持って実践をしている集団として、このほうがベターだということ

とを提言していくスタンスがもっと必要だと思います。行政が聞くスタンスはもっとも必要なのですが。地域の行政も逼迫し、いろいろ言っても保険財政が困窮することも事実なわけで、本質的な介護予防に取り組んで、効果を検証することも必要と考えています。

司会 ありがとうございます。やはり諦めないで、心を伝えて、事業も工夫を持ってやっていく上で、新しいいろんな制度に対応していくことだと思いました。今日はいろんなテーマを頂いたような気が致します。また機会があればぜひお集まり頂いて、積み残したテーマを議論させて頂きたいと思っています。本日はお忙しいところどうもありがとうございました。

(2005年10月29日実施)

【事務局ニュース】2・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。）

○会員の種類

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

研究所ニュースが無料配布されます。

○会費（年会費）

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

定期購読 機関誌『いのちとくらし』定期購読の申し込みも受け付けています。季刊（年4冊）発行、年間購読の場合は研究所ニュースも送付いたします。また、会員の方には機関誌が送付されますが、会員価格で追加購入もできません。詳細は事務局までお問い合わせください。

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

「中央のサポートと地域への動員のバランス—スウェーデン協同組合開発システム」

ヨハナン・ストルイヤン*
(竹野ユキコ訳)

はじめに

スウェーデンの協同組合開発システムは、中央（欧州地域、一国レベル、または全国レベル。数カ国レベル）での支援・開発プログラムと地方レベルでの格差を埋める、協同組合の発展促進を支援するための内発的な戦略が示されなければならない。問題は、地域開発を容易にするための財政支援であり方向付けである。すなわち、地域的にコントロールされた資源の動員と再配置をするためには、地域構造、地域資源にどのようにアクセスするかなどの「複雑性」が理解されていなければならない（Hirschman,1982）。

このような知識と活動能力は、官僚的な中央政府では見いだすことはできない。中央からの財政や専門指導を地方の活動組織にあたることは、まるで昔の計画経済や外国からの支援プロジェクトのようなものでさまざまな矛盾に地元では直面してしまう。地域の活動組織や社会的企業は、概して、地域に定着したものであり、したがって、その開発政策は、地域の複雑さに基づくものに近づくことになる。一方中央での計画者は、地方の知識情報が不足しており、地域の社会的企業への理解も不足しているので、地域の活動主体を中央の官僚に結びつけることもできないし、したがって、中央の予算配分にも上手く関与することもできない。しかし、中央にいる政策作成者と地域の活動

主体との間での交流ができたとしても、資源配分を上手にしあうのは難しいであろう。ヨーロッパ連合の枠組みではEU基金や計画の中で、中央が資源配分をして、地方が資源動員をするという二重の問題を解決しようとしてきた。このためには基準を作って、選別制度を作るという方式をとってきた。しかしなお、社会基金の配分をしても、制限された地方の能力では上手くプロジェクトを作り上げることができないということと、また地域の活動組織の活動能力も限られているがそれに資金を提供するという問題があり、実際の成果は、きわめて不十分ものにはかならないということがある。

スウェーデン協同組合開発連合会（FKU）は、全国的に地域の協同組合にたいして資金調達と活動支援を行い、地域資源の動員強化を行ってきた。FKUとその加盟組織は、次のような原則で活動している。

1. FKU、その概要

スウェーデン協同組合開発連合会（以下、FKU）は、地域の協同組合開発機関（LKU）があつまった全国連合会である（イギリスのCDA、協同組合開発機関とほぼ同じである）。各LKUは完全に独立した地域のアソシエーションである¹。FKUはそのルーツを1980年代半ばにもち、正式

* 著者はストックホルムにあるセーダートン大学経営学教授。本論文が基礎とする調査はバルト海財団（the Baltic Sea Foundation）からの資金援助を得ている。また本論の試論は2004年5月バレンシア地方のセゴルベで開催されたICA調査委員会で報告されている。

1 大部分は協同組合が主に採用する営利を目的とする「経済的アソシエーション（economic association）」という法人形態である。スウェーデンの社会的経済における組織の法人形態についてはStryjan（2002）参照のこと。

には1994年に連合会が作られた。理事は25名で、全国的にカバーしている。LKUの歴史的業績は、社会的経済の中で新しい組織の設立を支援することにある。したがって、労働挿入の分野において、相談業務に多くの人員を割いている。過去10年間で、FKUの役割は増加しており、とりわけ社会的企業の推進に力を入れている。また分野を超えたパートナーシップや職業訓練、市民組織の支援なども行っている。

FKUは準公的機関（半公的権力）とみなされるかもしれないのは、政府の社会的企業推進政策を推進し、社会的統合や雇用創出をしているからである。したがって、国家監査委員会やその他の公的機関からも同様の好意的な評価を受けている²。またFKUは、明確に社会的目的志向の組織であり、政府との非一致点についてはロビー活動などをおこなって、地域開発や社会サービスの独自計画を推進している。

FKUの活動には次のような特徴がある。

- 1) 「公的基本資金調達」：最低限の継続的安定的資金調達（他人からみると信頼性の元）。
- 2) 「資金マッチング」の制度的補償：政治組織に依拠して資源バランスを図る。各LKUは地域で社会的企業にたいして企業としての継続と定着化を支援する。
- 3) ゆるやかな「連合的構造」：各LKUはその地域条件にあわせて独自の基準をつくることができる。一方で中央レベルとの関係は協力的関係を保つようにしている。
- 4) 「実践コミュニティ」：情報ネットワークをつくり、協同組合の相談専門機関と諸個人の活動の調整と育成を行う。

こうして、制度的には単一のデザインで行われないうことでうまく行っているのである。そのかわり、この制度の強さは、「すべて」の構成要素が注意深くバランスをとっていることにある。

この点は後に触れる。この複雑なバランスは、ゆっくりとした自主的な発展の過程を通じて行われてきたものである。各組織が互いに調整をしながらか作り上げてきたものである。これについて以下に述べる。

2. 最初の活動組織の出現³

FKUの発展の歴史は、内部的な社会的運動に導かれたものであり、きわめて制度的に縛られた環境の中で生まれてきたものである（Stryjan, 1997参照）。「社会運動」さらには公的セクターとも密接につながっていたにも関わらず（これらは伝統的なスウェーデンモデルであるが）、LKUとその連合会であるFKUは制度的なデザインから作りだされてきたものではないし、またスウェーデンモデルに内包されるものであるともいえない。制度的な枠組みから見ると、LKUの登場は、当初は地域自治体が雇用や福祉を取り扱うものとして、そもそもみなされなかったのである。

伝統的なスウェーデンモデルは、完全雇用の維持は中央が総合的な責任をもつとデザインされていた（von Otter, 1978; Stryjan, 2003; Hedborg and Meinder, 1984も参照のこと）。それは積極的労働市場政策として公的権力によって運営された。また、「ビジネス・コミュニティ」によって仕事の配分が行われた。この伝統的スウェーデンモデルは、行政以外の第三者を雇用問題に関与させることは想定していなかったし、認めていなかった⁴。経済は成長するし、完全雇用が基本モデルだという仮説（Meidner, 1992参照）は、1970年代以降に急速に崩れていった。まずは地方自治体にその兆候が現れた。政治家は、田舎の問題を「補修」しようとした。それは失業者に補助金を与えて、まだ仕事があった都市部に移動させるというものであった⁵。続いて企業を仕事のない田舎に移住させる補助的な政策もとったので⁶、大きな反動が

2 RRV (Swedish Audit Bureau) (RRV, 1993) は、当時 LKU が 2,000 万クローネの取引があるとしている。LKU の支援によって新規に 300 協同組合が立ち上がり、5 億クローネの取引が始まり 1300 事業が作りだされた。各事業のコストは平均 11,000 クローネである。比べて労働市場庁 (AMS) が 1992 年に創出した 1 事業については 72,450 クローネかかっている。同じく Jonnergård & Svensson, (1990) 参照。最近のデータは事業開発庁がまとめている (NUTEK, 2003)。

3 この節の大部分は Stryjan 1997 に依拠する。

4 労働組合と民衆運動 popular movement はそれぞれ雇用環境や余暇、消費を取り扱っていた。

5 この政策は現在では「引越レトラック政策」という不名誉なニックネームがついている。

6 「地域バランスのための政策」(SOU 91:1975)

起り、80年代初期には「地域」を念頭に置く雇用やサービスの活動組織が増加した⁷。最初の協同組合開発センターは、イェムランドやヴァームランドの地域に1982年にできた。これらには地方大学や財団の支援がそれぞれにあった。トルロヘッタンの協同組合プロジェクトとエレプロの協同組合開発センターがその後設立された。こうした社会的活動組織の創設者、活動家、支援者たちは、社会的なインフラストラクチャーの準備に取り組んだ。

並行して、制度的な再編の過程において全国的に地域における活動組織の分散的発生が起きている。80年代初期に若者失業が増加してきたために、若者失業対策プログラムを政府は1984年に開催した。その時に協同組合が設立され、労働組合との協同ができた。全国レベルで、「協同組合協議会」が当時作られ、政府、協同組合、労働組合の代表がメンバーとなった⁸。スウェーデンの労働運動の伝統からこうしたプログラムは出発しているが、社会的経済のアクター（実際は、既存の協同組織⁹）は、戦後の伝統的な考えすなわち、雇用問題は、経営者や労働市場にある組織だけが関わる事柄だという考えを打ち壊した。さらに、パートナーシップと資金調達調整という考えが導入された。それはおそらくスウェーデンの行政にとっては初めてのことであった。このモデルが当時のEECの実践からのなんらかの影響を受けたからだとははっきりいえない。新しいパートナーシップについては二つの反論がある。すなわち(a)「直接的な」仕事の創出には国家産業局 SIND などの国家機関が関与しているのではないか。(b) 仕事の創出に労働者協同組合を導入しているが (Axelsson, 1985)、労働者協同組合はスウェーデンの労働運動の中では伝統的に疑問視されているものである (SOU 1996; Stryjan, 1996参照)。

地域に根ざした経済発展が一方に、また政治的動員が他方にと、二つの発展軸あったが、これが統合したのが1986年の協同組合協議会の主導したプログラムにおいてであった。これは直接的にはイギリスの経験を参考にしたものであった。農民協同組合と消費者協同組合の2大協同組合がそれぞれ設立された。このプログラムは、表面上はスウェーデンのアソシエーションの伝統に基づいて、強力な組織的運営センターを作って、そこから周辺的な位置にある弱い組織にたいして資源配分を行うものであった。このパターンは、通常は、ひとたび設立されたならば自己存続型の形態を取る。しかし、今回は全くことなった形態を取った。

協同組合プログラムが始まったが、その主とした存在理由は、1980年代における若者失業だったので、1980年代後半には加熱した労働市場の中で、消えることになってしまった。これにかかわった消費者協同組合、農協運動は、次第に衰退していった (Jonnergård and Svensson, 1990)。したがってこの二つのプログラムもまた解消していき、協同組合協議会も弱体化した。当時新しく生まれた LKU は明確な使命がなく、また連合会もなく取り残されていたが、みずから否応なく変身せざるを得なくなっていた。その創造的適用の詳細については、この論文では論じないが、LKU が新しいモデルの要石になったことは間違いがない。

LKU の発展過程は単位レベルとグループレベルがある。すなわち、

- ・各 LKU レベルでは、それぞれの環境に対応して、その存続のための地域支援を動員している。重要なのは新しい仕事をさがして新しい実践をするということであり、資金調達ができる新しいメンバーや支援者を動員することが、協同組合プログラムの一つの内容であった。それらの規則や発展構造については、

7 多くの地域開発プロジェクトが広く宣伝されたことも流行を生む兆しとなった。例: 'The Norberg Model', Bäckman 他 (1982) を参照。Arbetsmarknadsdepartementet (1984)、Brunsson and Johannisson 参照。

8 それまでのスウェーデンの実践と協調しながら、協議会のメンバーは運動の職権上の資格よりも協同組合運動から選ばれ、個人的な指名で委託された。他のアソシエーションや民衆運動が参加していない点は重要である。

9 この当時、スウェーデンには「社会的経済」概念は導入されていなかった。

第3節で述べる。

- ・ グループレベルでは、当初は孤立していた機関がまとまることにより、国家行政との協力を促進することになった。そのために1994年に連合会を形成した。2004年に常設的な組織を作ったが、これについては第4節で述べる。

3. LKU：その経済、定着化、資金調達機関としての役割

住民の新しい活力と制度的変化と政治的な変化の予測をする能力の主要な源泉は、LKUの資金調達メカニズムがあればこそであり、各地域組織はしっかりした制度的な基礎をもち、全国組織からはきわめて独立して活動をしている。すなわち地域にしっかりと根を下ろしているのである。1980年代半ばにこれらの組織についての規則ができたが、現在まで多少の修正があったのみである。

規則では、資金調達メカニズムにどのようにリンクするかについて、マッチング・ファイナンスの原則が適用されている。新規のLKU設立の手続きでは、EUよりも先だっているものの、EUのマッチング・ファイナンス方式を採用している（当時スウェーデンではそのことについて知られていなかったのであるが）。LKU設立のために、地域のアソシエーションは、マッチング・ファイナンスをメンバーやその他の地域組織から守るよう要請された。

また、LKUの基本執行予算を作る地域からの借り入れや中央からの基金は、その借り入れ期間によって金額の計算も違っていた。LKUの基本予算では従業員の数、事業の内容によって計算が行われた。これらは協同組合やアソシエーションづくりについて世間に知らしめることになり、活動組織を作りたい人や将来の社会的起業家たちにたいしては、初期の支援サービスは無料となった。マッチング・ファイナンスの原則はもともと

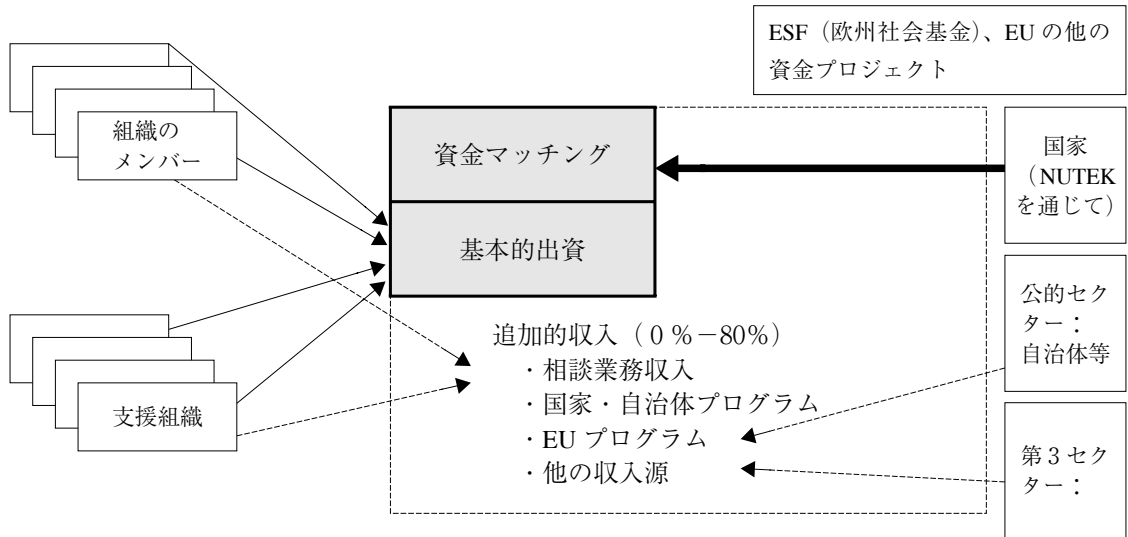
LKUの設立に際して適用されたものであるが、またその後、別の活動組織の設立についても、原則の一部修正をしながら適用された。いえることは、LKUは「毎年」マッチング・ファイナンスを動員して、予算配分の質を高めて¹⁰、プロジェクトと常設組織との間の組織、協同組合開発機関が地域に定着するような役割を果たしている。

活動組織のメンバーや創設者たちは、もともと協同組合の者が多かった。1990年以降にはさらに拡大して非営利組織・アソシエーション、地方自治体の機関なども社会政策や労働市場政策に関与してきた¹¹。地域のネットワークは、地域の組織創設者の考えや地域性によって多様である。その結果、LKUのガバナンスをする理事会の構成と、遂行する活動の種類の違いには、著しい地域差がある。もともとの規則に定められた活動を超えて、LKUの目標と活動は規則には収まらないものになっている。したがって自由に追加的なプロジェクトを始めている。資金調達をして、また相談活動からも報酬を得ている。新しくできたLKUは、80年代後半からでてきた医療福祉制度の再編に強い影響を受けた分野で活動することを目指している。LKUはしたがって、父母保育協同組合の分野で重要な役割を果たしている（Pessoff, 1998; Stryjan, 1996 b）。1991年以降、社会サービス提供協同組合はその他の福祉分野でも地方自治体と協力しながら活発化している（Lood-Gynne and Mann, 1996; Lindkvist, 1995）。さらには介護、福祉分野、労働市場分野にも1980年代以降に進出している。

硬く言えば、LKUの目指す追加的な活動に規制はない。しかし、協同組合開発にさいしてなにかが主要な任務なのかという線引きに沿うことが暗黙に期待されていることも確かである。そのためにもLKUの財政的構築が左右されることになる。

10 次第に国家の予算配分は協同組合協議会を通じて行なわれるようになってきている。1997年から、業務は事業開発庁（NUTEK）によって担当されるが、現在はLKU連合のマネージメントになっている。

11 Stryjan (2004) 参照。スウェーデンの地方自治体は独立した財政基盤を持ち、広い範囲で自治を行なっている。この20年間で公的サービスは次第に協同組合の責任へと視点を広げるようになった。



上記の図は、LKUが企業作りの点で優位点があることを示す。定款規則を超えて企業づくりができるのであるが（場合によっては8割以上）、一部はそうしたことをいやがっている。ファイナンス・ミックスがプロジェクトで重要になっている。90年代の都市再開発プロジェクト(SOU 1996: 54参照)では、都市のLKUの収入の多くがこうした企業活動であった。その他のプロジェクトでは、地域から国際レベルまでであるが、たとえば2002年度では国の資金融資は2200万クローネであったが、その他の資金源としては2400万クローネあり、事業収益によるものがさらに1600万クローネあった¹²。上記の図は2003年度のものである。現在のLKUの主たる活動内容は次のようなものがある。

- ・社会的協同組合の振興。
- ・高齢者介護協同組合の推進（組合員または地域コミュニティにより経営する介護施設、個人向け協同組合介護ホームなど）。
- ・社会的監査の推進と普及、相談。

サービスの内容によって利用者も異なる。すなわち、社会サービスや介護サービスの提供の場合は、公的行政のさまざまな組織が関与するのが一般的である。その場合、LKUの職員はコンサル

タント的役割であったり、創設者であったり、新しいプロジェクトとパートナーシップの仲介役であったりする。社会的監査の訓練と普及はサードセクター組織が主たる顧客である。一部のLKUはまた、中小企業に活動的を絞り、中小企業ネットワークづくり、人事相談、またその他周辺の問題についてサービスを行っている。

国際的な協同については、一部のLKUが接触をもっているが、なまじの小さな中央組織よりも活発に取り組んでいるといえる。ヨーロッパ連合の中で協同組合開発機関(CDA)に取り組み一員としては、LKUは主導者の場合もありまた下請けの場合もある。地方の条件によってどのようにその役割が異なるのか、またLKU自身がその地方戦略と優先課題をどのように形成するのかということをさらに見ていく必要がある。

4. ネットワークからアソシエーションへ：連合組織の形成

システムの中心となる資金アレンジのマッチングは、参入と運営の入り口となる。地方の連携を動員しサポートするために、および当面の環境に依存するLKUを維持するために必要となるネッ

12 NUTEK (2003)。

トワーク、意欲、能力を持つアクターが行うことで初めて可能となる。ひとたび合意が形成されれば、適用された率直な資格基準はLKUが中央組織の政治的気まぐれに翻弄されることを防ぎ、かつLKUが新規事業への参入や事業拡大を自由に行う余地を与える。このおかげで中央サービス組織の下降にも関わらず、システムの拡大は継続しているのだ。1987年末までには8つのLKUが展開していたが、1992年にはその数は18に上っている。組織は孤立した個々のものから即時に全国をカバーするネットワークへと発展した。LKUは設立当初から定期的会合やニューズレター刊行を通じて緩やかな連携を維持してきた。最初は協同組合協議会で議題とするために、次には、すぐの影響はないが潜在的な脅威となる他のアクターが当該地域を独占支配するような取り組みを回避するように、グループレベルでの非公式な連携を形成してきた。当初は全国的な組織形成や加入への動機は大変低く、LKUの地方財政的緊急事態によって動かされていた。その過程で非公式な協同組合形成はかなり早くから発展したので、ネットワークのメンバーはその全国よりも地域のネットワーク優先に従った独立（部分的には協同組合を形成したアクターに対するものもあった）と地域への参入を強調した。参加調整機関を作る必要性に関する合意は1989年フーズ会議で形成された（Johansson, 2004）。しかしその具体的実現には、さらに5年間を必要とした。その間にも、新たなグループが公的機関と財政支援に関して議論する関係をもつのに十分な力を蓄えてきていた。積み重ねた実績によってFKUは、90年代前半（これは公式に制定されるかなり前のことである）には、LKUに加盟したいものにとってはいわば非公式な認定機関となった（時の国家予算を預かっている協同組合協議会の保証が間接的に表明されることによって行われる）。この地位は、事実上組織化されたものと同じであり、その多くは国家財政の支出に対しアソシエーションの直接の影響があるという形となった。雇用者数は1989年の11人（4.5人のフルタイム雇用に相当する）から、1993年には35人へと増加した。この拡大はすでにこの

分野でボランティアやフリーランスで活動する人物を登用し、地位を作って迎えて成し遂げたものである。したがってこの発展でネットワークを弱めることはなく、むしろ強化されたのだ。

次第により強固な組織を作るべきだという圧力が強くなり、それは複数の異なる方面から出されてきた。

- ・協同組合協議会の緩やかな結成が、他のアクターがLKUの特別な必要性を代表できない空間を形成した。
- ・人口密度の増加と国全体を対象とするアプローチが、国の政策が他のアクター集団によって実行されることがないように政府への接触維持を必要とする。
- ・活動の範囲が個人で維持できる関係や古い友人関係のネットワークを超えて広がり、また雇用者が1993年の35人から1996年の70人以上へと倍増したので（Stryjan, 1997）、専門的な経験を集積し共有したいという要求が高まった。

10年にわたって数多くの議論と発展があり、FKUは1994年に国家機関に制定された。同時にスウェーデンがEUへ接近したことはこのプロセスに新たな状況を作り出し可能性を開いた。LKUの持つ長期にわたるパートナーシップ構造と資金マッチングの経験は、90年代前半のスウェーデンではさほど知られておらず、少なくともヨーロッパという構造の中で説明する機会やそれらに関する部分で活動する限り、LKUにユニークで有利な位置を与えていた。同時にLKUに全国的、超国家的なレベルでの説明を要求する声が高まった。注目すべきは、この組織が最初に行った大きな投資が、1995年という早い時期に他の社会的経済アクターと共同でブリュッセルに永続的代表を置こうとしたことである¹³。個別の常駐オフィスは、そのほぼ10年後に設置された。

形式上、また管理面ではアソシエーションは連合体であり、CDAのメンバーによる会費やサービス料で運営されている。全体的に見て、FKU

13 Sweedecoop 連合を通じて。後にアソシエーションに再結合された。

はあらゆる LKU メンバーの内部事情について、いかなる最終的発言力も持たない。つまり各 LKU は独立した法人であり、そのメンバーによって構成され、地域の状況や構造にあわせて組織や法人格は様々なアソシエーションとして法人化されるのである¹⁴。

FKU は、経済的活動の規制が多少あるボランティア・アソシエーション (ideell förening) という法人格である。議長、副議長は Gothenburg, Kronoberg, Östersund そして現在務める Dalarna とで交代する (年代順に議長を務める)。組織に関する事項 (例えば LKU 会議の組織と開催、内部管理のガイドライン制定、内部教育プログラム作りなど) は、通常は一つ、あるいは複数の LKU へ特別に委任されて行われる。LKU のグループは、外部のアクターと共に緩やかにアソシエーションとリンクした発展プロジェクトへ参加する¹⁵。

アソシエーションの理事会は、代表原理に基づいて選挙権のある組織で選出される。立候補は地域に基づいて調整を図り、投票権は各 LKU に与えられ、代表を各会議で指名することができる。LKU は雇用したカウンセラーあるいは、理事会の他のメンバー (たいてい CDA 地方組織の中から補充された他の組織である) へ会議を委任することが出来る。また年 2 回 (秋と春の総会) は双方を混えて形成される。投票権のない定員外の委任者も同様に参加し (これらの委任者の出席には LKU から費用が出される)、総会が社会的なものだという雰囲気を添える。

事業展開する分野や責任の拡大にも関わらず、FKU というアソシエーションは当初からの 10 年間、常勤スタッフを持っていなかった。それにもかかわらず、通常に独自プロジェクトを展開していたのである。そのかわり特定の LKU や LKU のグループが種々の主導権を握っていた。2003 年になって、最初の契約職員がアソシエーションの

フルタイムのコーディネーターとして雇用された。

5. 実践コミュニティ

当然、注目は FKU の非常に明白な (代表的ではない) 管理・組織的側面へと注がれたが、これらはシステムの核心的なアイデンティティを見えづらくしているといえる。擬似公的な、非常に社会的意識をもつ利益関連団体であることにより、このシステムは最初は「実践コミュニティ」とみなされた (Wenger, 1998; Wenger et al 2003)。組織が連携し協議会を形成するにより、FKU は (歴史的にも人口統計的にも) 最初の最も重要な組織となったのである。つまり (a) 協同組合コンサルタントという専門家が集まって形成した社会的意識をもつ集団となり、(b) 組織の中心となる任務は、すべての構成グループの相談専門機関となることにある。

この任務にはマネージメントと地域、領域、実践との境界を維持することも含まれる。

・地域：強力な資金、友好協定、(CDA 協議会の大きな部分を占める) コンサルタント集団と分かちあう自己認識とが、事業の最初の資本となる。債権はグループの構成時期にさかのぼる。多くの参加者が自らの CDA に参加する際に、いくつかは地域を移動し、他の CDA へ参加した。当然、長期間の交流や友好関係で培われる牧歌的ハーモニーを作ることができず、コミュニティという港は他のコミュニティと同様に対立や相違が生まれた。この文脈の中では信頼関係とは、相手の力の強弱さと密接に関わるのだ。同時に集団が成長し新たな雇用を継続することは、新規参加者が既存の社会的ネットワークに適合できるか、またメンバーが変化し地理的に分散した組織の中で、コミュニティへの理解と協同を継続できるかという難題をもたらした (cf Wenger, 1998:237)。「ひざを突き合わせる

14 そのうち 3 組織はボランティアのアソシエーション (ideell förening) であり、残りは経済的なものである。Värmland の LKU は法人形式が制定される前の 1983 年に設立され、当初は財団としてスタートした。財団は現在も存在するが、実権は社会的アソシエーションへ次第に移行している。

15 現在このタイプのプロジェクトは、社会的会計、高齢者ケア協同組合、社会的協同組合を扱っている。

懇談の機関¹⁶」が重要な役割を果たすのである。この役割は春と秋の総会、地域の会合、組織内の異なる地位の人々によって運営される通常のプロジェクト・ネットワークによって果たされる。FKU 総会の位置づけと非常に形式化されたスウェーデンの伝統的アソシエーションとの違いは、大きな教訓を含む。まず、総会は「年に2回」開催される¹⁷。プログラムはあまり合理化しておらず、意図的に社会的交流を図る余地がある。

・領域：活動分野に対し専門家として、組織化されたミッションとしての二つの理解をもつ。領域の境界は、CDA の形成された立場によって、ある程度制度的に守られる。ドメインを定義するという試みは多くの異なる側面からなされている。つまり、地域的には多くは自己資金力のある組織として、CDA は契約相談業務や勧誘・追跡・拒否などによって割り当てられた支払いを通じ、事業分野の選択を通じ、継続して専門的なアイデンティティと公的な印象を維持し続けてきた。全国的には協同組合の発展を推進することは潜在的な競争相手をサポートすることにもなるので、LKU の異なる役割のバランスに注意する必要がある。最後に、国際的プロジェクトに参加しヨーロッパでの活動を開始することにあたり、CDA は広範な異なる組織の伝統に自らを開放し、しかしうまく操作する必要がある。

・実践：LKU の相談業務にとって、実践は連結する分野の中で構成する。中心となる専門的な任務であるアドバイスや情報を与えること、加入を希望する組合員への指導は、入り組んだ公との契約相談を前提とし、社会保険や就業支援などは社会の周縁部の集団を統合するようになり、次第にその手順とネットワークはEU のプロジェクトへ参加する際の基礎となった。

CDA とその相談業務は、当初は社会的企業家（エンタープレナー）（Stryjan,2004）として、またさらに知識の仲介人として活動する。つま

り、

- ・新しい組織モデルをデザインし、あるいはまた普及させる
- ・潜在的な資金調達組織を参入させる
- ・それらの連合やパートナーシップをサポートする形式を作りだす。

この複合体を維持し定期的に一連の知識を最新のものにし重要な外部との接点を維持することは、個人が出来る範囲をはるかに超えている任務である。同じことは任務遂行に必要なネットワーク拡大を維持、最新化、発展させるのにもあてはまる。地域や地方レベルでのネットワークが地域のLKUにとって一番に重要なものである一方、他のネットワークが他の地域へ結びついたり、また全国・超国家レベルに接触したりする。経験を共有したり、領域での継続的な交渉を行ったりする重要な拠点は、インターネットを基盤とした講座やLKUとリンクするLärkaにおけるフォーラムでの議論であり、それは組織のコンサルタントや理事会のメンバーに公開されている。フォーラムは組織が新たな活動分野を開拓する際の学習と方式開発を支援する。反対に、全国的な新規事業参入を決定すると（現段階では、例えば社会的会計の実践、社会的協同組合モデルの普及、高齢者ケアにおける協同組合方式の発展など）、連合するアクターからその国家的、超国家的レベルプロジェクトが実施基準が検討途中であるのに地域ネットワークで実現するのかと関心を集めてしまう。「事業参加を取り巻く協同の取り組みの経緯は、最先端の学習について理想的な内容となる」（Wenger, 1998:214）。

終わりに

スウェーデンの協同組合開発システムは、非常に成功した組織の開発と不安定で政治化した分野での適合というとても興味深い状況を呈している。生き残りのために地域発展の矛盾を調整する能力が重要である。システム発展については、公的施設を形成することへの集中と明白な組織形態の記

16 Stryjan,2002.

17 スウェーデンの組織に関する用語として、総会は「årsmöte」と言い、文字通り年に1度の会議のことである。

録というきわめて根強い傾向があった。われわれの場合、確かな組織の核は確かにあるが、永続的な形態というものはさほどなく、その代わりシンプルで堅固な公的財政支援システムがあり、そのことによって安定と継続性を生み出す。サービスの受け手を継続的に再教育する必要がある一方で、それが結果的に地方の発展を記録することになるのだ。この管理方式のデザインと20年にわたる実績のなかでの当局の干渉抑制は組織の成功へと寄与してきた。この結果、EUのプロジェクトの複雑な状況に合致して展開する組織構成を作り出し、パートナーシップが予見できなくても結果は十分に戻ってきた。

一方、FKUは人的資本の導入や発展に特化したシステムとみなされたかもしれないが、重要なのは変化する状況に合わせてそれ自身が作り直し再生し、中期的目標を設定しなおすことにある。一つのシステムのレベルや組織では、組織の最初の目標は協同組合コンサルタントの契約や競争についての知識を保持することであり、事業継続の基礎とするために維持することであった。成果の客観的測定は重要であるが、結果からではなく、組織化の過程で生まれた副産物であった。過程を通じて組織メンバーがネットワークの能力を高めてはじめて、LKUのさまざまな集団を対象とする事業に参加して管理者は実務経験という恩恵を得る。「実践コミュニティ」から組織のシステムが生み出され実際の創造、維持、発展がはかられた。このコミュニティでは一方では信頼や相互共存、コミュニケーションのチャンネルと相互交流の場所を生み出すことによって永続をはかり、一

方では新規参入、潜在的に作り出した雇用を追及しようとする。

実践コミュニティのコンセプトは、もとは雇用者を一定の企業の「中へ」リンクする集団での学習と実践のシステムとして作り出された(Wenger, 1998)。さきの調査では企業内の業種を超えたコミュニティの形成とサポート、維持の方法を報告している(Wenger, McDermott & Snyder, 2002)。先の調査からここで論じられることは、FKUというコミュニティと組織の主体との歴史的因果関係は、この分野の研究によってようやく表面化してきた。われわれの場合のコミュニティは、明らかに組織に「先行」する。たしかにFKUを自らに適応して組織を形成した初期の実践コミュニティと見てとることは可能であるのだ。

最終的に適応した連合組織形態は、組織化を促す一連の挑戦・失敗、時には衝突といったものが「小道に集まるように」まとまることによって次第に発展した。高いレベルの柔軟性は非常にシンプルに中央組織の拡大を抑制して獲得されたもので(スウェーデンの伝統的アソシエーションではむしろありえないものである)、その代わりにサービスの供給や外部との関係維持を組織の「周辺」つまり組織のメンバー組織が行ったのである。この分配方式(あるいは拡散方式)とシステム全体の能力は、長期的には今までのどのような中央集権組織が採用したものよりも費用効果が高い。組織力の鍵はこの構造を維持し適用し続けることができるかどうか、コミュニティとアソシエーション、中央と周辺、企業家精神と公的サービスのバランスが取れるかどうかにかかっているのである。

参考文献

- Arbetsmarknadsdepartamentet/Bergslagsgruppen(1984): 'Local Initiatives for Employment Creation in Fagersta, Skinnskatteberg and Norberg'. Stencil, government printers, Stockholm.
- Axelsson, U. (1985): *Arbetskooperativet Klingan*. Brevskolan, Stockholm.
- Bäckman, G.; Londstrom, F.; Londstrom, S.; Olsson, S. (1982): "Norbergsmodellen". Mimeo, Örebro University College.
- Brunsson, Nils, and Bengt Johannisson (eds)(1982): *Lokal Mobilisering. Om industriens kommunalpolitik och kommuners industripolitik*. Doxa, Lund.
- Hedborg, A; Meidner, R. (1984): *Folkhemsmodellen* Tema nova Rabén & Sjögren, Stockholm.

- Hirschman, A. O. (1982): *Shifting involvements. Private Interests and Public Action*. Martin Robertson, Oxford.
- Jonnergard, K; Svensson, C. (1990): *Kooperationens utvecklingssystem. En utvärdering av verksamheten efter tre ar*. Publication Ds 1990:1, Allmänna Förlaget, Stockholm.
- Johansson, B. (2004) "Lokal kooperativ utveckling 20 ar" FKUs jubileumskrift Mimeo, available http://www.orebro.coop/lku_20_ar.pdf.
- Lundström, Tommy and Filip Wijkstrom (1995) *Fran röst till service? Den svenska ideella sektorn i förändring*. Sköndalsinstitutets skriftserie, No 4. Stockholm: Sköndalsinstitutet.
- Martensson, B. (1985): *Bykooperativ i Bredsjö och Husa*. Glesbygdsdelegationen and Kooperativa institutet, Stockholm
- NUTEK (2003): "Utvärdering av statsbirraget till Lokala Kooperativa Utvecklingscentrum." Report R:2003:16., NUTEK, Stockholm.
- Pestoff, Victor A. (1977) *Voluntary Associations and Nordic Party Systems*. Stockholm: Department of Political Science, University of Stockholm.
- RRV(Swedish Audit Bureau) (1993): *Utvärdering av stödet till lokala kooperativa utvecklingscentra*. Report F 1993:23, Stockholm:
- SOU (1975): *Politik för regional balans. Utvärdering av länsplaneringen 1974*. Liber/ Allmänna Förlaget, Stockholm. Publication 1975:91
- SOU (Statens offentliga utredningar) (1987): *Ju mer vi är tillsammans*. Allmänna Förlaget, Stockholm. Publication SOU 1987:33
- SOU (1996): *Attityder och lagstiftning i samverkan*. SOU 1996:31, Fritzes/offentliga publikationer, Stockholm
- SOU (1996): *Kooperativa möjligheter i storstadsomraden. Underlagsrapport från storstadskommittén*. SOU 1996:54
- SOU 1988:39 (Statens Offentliga Utredningar) *Mal och resultat - nya principer för det statliga stödet till föreningslivet*. Stockholm
- Stryjan, Y. (1989): *Impossible Organizations*. Greenwood Press, New York, Westport, London.
- Stryjan, Y. (1994) "Co-operatives in the welfare market", in 6, Perri and Vidal, Isabel (eds.) *Delivering Welfare*. Barcelona: CIES
- Stryjan, Y. (1996): "Personalkooperativ: bättre än sitt rykte". *Kooperativ Arsbok 1997*. Kooperativa Studier, Stockholm.
- Stryjan, Y. (1997): "Genossenschaften, Economie Sociale un der Arbeitsmarkt im Schweden". In Kramer, J. W.; Eisen, A. (eds) *Genossenschaften und Umweltveränderungen*. LIT Verlag, Münster. Pp 55-84.
- Stryjan, Y (2004): "Work Integration Social Enterprises in Sweden". EMES Working Papers, WP 04/02.
- Stryjan, Y (forthcoming): "The practice of Social Entrepreneurship". In Targalski and Stone (eds): *Entrepreneurship, Employment and Beyond* Cracow Academy of Economics Press, Kraków.
- Stryjan Y. and Wijkström F. (1998): 'Chapter XIII: Sweden' In C. Borzaga and A. Santuari (Eds) *Social Enterprises and New Employment in Europe* Regione Autonoma Trentino. Trento, Italy.
- von Otter, C. (1978):, "Swedish Welfare Capitalism: the Role of the State". In Scase, R. (ed.), *The State in Western Europe*,. Croom Helm, London.
- Wenger, E. (1998): *Communities of Practice. Learning, Meaning, and Identity*. Cambridge University Press, Cambridge and New York.
- Wenger, E.; McDermott, R.; Snyder, W. M. (2002): *Cultivating Communities of Practice*. Harvard Business School Press, Boston, Mass.

出
席
者

高橋 正己（埼玉協同病院事務次長）

根本 節子（千葉健生病院総師長）

中村 建（代々木病院薬局長）

伊藤 里美（王子生協病院検査課課長・東京民医連検査部会長）

棚本 隆（大田病院臨床検査課技師長・東京民医連検査部会事務局長）

司会：石塚 秀雄（研究所主任研究員）

司会 先般、第1回医療事故問題座談会を行ない、



その様子は機関誌『いのちとくらし』第12号へ載せております。第1回目は総論的に話を進め、特に新井賢一先生は薬の問題を強調されておられました。本日は第2回目ということで、医療の現場のなかで、具体的

にリスクマネジメントや安全対策委員会といったものがどういう考えでどのように機能しているのか、実際にどういう効果を持っているのか、また、それぞれの個人・集団・組織がこの問題にどう取り組み、どんな問題があるのかということについて、ざくばらんにお話ししていただきたいと思ひます。

それでは、最初の口火を、医療事故・過誤問題への取り組みについて高橋さんをお願いします。

● 医療事故のヒューマンファクター



高橋 埼玉協同病院の事務次長をしております高橋と申します。私はトラブル・紛争になった場合の担当をしております。3年前に協同病院に異動となり、2年前から担当しています。だ

からといって法律を専門的に勉強してきたのかといえはそうではなくて、日夜悩みながら顧問弁護士の先生と相談して対応しているところです。

本日は埼玉の規定を三つほど持ってきました。これは埼玉県連全体のもので、医療事故紛争などの対応マニュアル、医療・介護の安全管理に関する基本方針です。過誤や事故・ミス・トラブル・過失といった用語の規定や、事故のヒヤリ・ハットを0～5で分類しています。ヒヤリ・ハットの分類は厚生労働省による一定のものがあり、全国的に同じだとは思ひます。これらに基づいて実際に対応するわけです。埼玉県のなかでは、手術に関わるものなどがありますので、やはり埼玉協同病院が一番多くなります。事故のレベルによっては管理会議を召集して対応方針を決めています。

司会 全体的な対応の枠組みを示していただきありがとうございます。さて、事故の当事者は看護師が一番多いのではないのかと思ひますが、そういうお立場から事故の問題点や看護師の責任、



その他のスタッフとの関係など、事故発生 of 具体的なメカニズムについて根本さんをお願いします。

根本 千葉健生病院で総師長とリスクマネージャを兼務しております根本と申しま

す。

なぜ看護師がニアミス・事故の当事者の中で一番多くなるのか、そこの所を話したいと思います。看護現場が一番ニアミスや医療事故の発生が多いところですが、なぜかといえば、私たちの仕事は3交代あるいは2交代で勤務をつないで24時間、患者さまのお世話をする仕事であることと、医師の出した指示の最終実施者が私たち看護師であることが多いからです。では、今看護現場がどうなっているかですが、「忙しい、入院制限を」「介助が必要な患者さまが増えて人を増やすないと患者さまの安全が守れない」「やりがいが無い」などの悲鳴が聴かれます。患者さまの高齢化や医療の高度化、在院日数の短縮化に伴い看護が追いつかない現状です。見ていてあげたい、患者さまの声をもっと聴きたい、また痛い所をせめてさすってあげたい、といろいろな思いがありながら、出来ない悔しさを抱えながら毎日走り回っています。患者さまがコールを押しても即対応できない、患者さまも遠慮してコールを押さず転んでしまう、そのような実態の中で事故は起こります。なぜそうなるのかですが、看護師の配置の問題があります。千葉健生病院は全て急性期病棟、一般病棟入院基本料1群1で看護配置は患者さま2名に対し看護師1名の配置です。しかし夜間は患者さま20名に看護師1名です。20名の患者さまを1人の看護師が看ている、命を守っていくには限界です。そのような看護労働実態の中で看護師が悲鳴をあげ、せっかく看護師になったにもかかわらず辞めていく事態が起こっています。看護協会が「2004年病院における看護職員需給状況調査」結果概要を出しました。それによりますと一般病棟入院基本料1群1を算定し、平均在院日数が14日以下の離職率は13.9%と平均より高い数字がでています。

またもうひとつ、医療機器の問題もあげられます。同じメーカーの機種でも10年以上たったものを修理に出しますと、部品がなく修理できないと返ってきてしまいます。例えば同じメーカーで同じ輸液ポンプなのにいろいろな機種が混在してしまい、使い勝手が少しずつ違う。ここにミスが発生しやすくなる。このような器械を扱うのも看護師ですから覚えたり、注意したりという負担も大きいです。

司会 9月下旬に神戸で第7回全日本民医連学術運動交流集会がありました。発表のひとつに、医療機器には新旧型が混ざっていて、機器の取り扱いにかなり不安を持っている人がいる。その不安を持っている人が新人に取り扱いを教えなければならない。別の機器が入ってくる場合、1台1千万円くらいするので一度に全部取り替えられないという、医療機器の問題についての報告がありました。

いまお話にありましたように、人手不足と医療過誤というのは密接に関わりがあり、その矛盾が看護師さんのところに集中的に現れているのだと思います。機器や注射器やチューブといったものの事故の事例も多いと思いますが、中村さんの方から注射事故防止対策を踏まえてシステムの見直しという点についてお願いします。

中村 代々木病院の中村です。私は東葛病院で7年間薬局長を務めておりまして、この6月に移ったばかりです。330床から150床の病院となりましたが、同じく薬局長をしています。また医療安全対策委員をずっとしておりましたが、代々木では安全対策委員会の事務局長をしています。今回の座談会からも学べるかなと思って参りました。



私の書いたもの（「注射事故防止対策—システムの見直しから—」『民医連医療』No.369、2003年5月号）にも少しありますが、先ほど看護の事故発生が多いとありました。しかし私はそうは思っておりません。やはり人数がぜんぜん違います。先ほどの東葛病院では職員が400人おります。うち200人が看護師です。その看護師が関わるそれぞれのミスについてのミス・トラブル報告書やヒヤリ・ハットの提出件数は多くなりますが、個人別にみると看護が多いわけではない。むしろ医局が全然上がってこないの、そちらの方が多いのではないかなど、そうしたことの方が問題ではないかと思います。

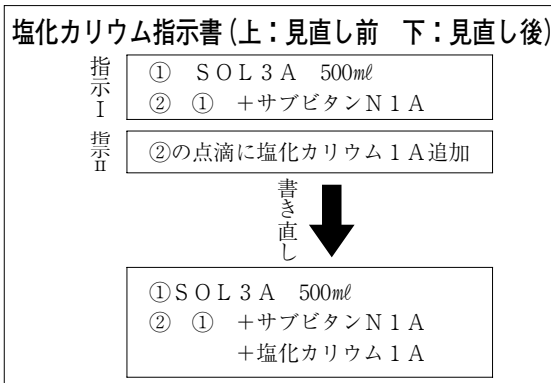
以前、東葛病院では川村治子先生という厚生科学研究費を使って医療事故のことを調べた先生に講演をお願いしました。やはり事故は人と人の絡

まりあいでは生じるもので、集中力があるときは10万分の1くらいしかミスは起こさないそうです。しかし集中力が欠如したときや例えば二日酔いなどのときには、千倍くらいに事故が増えるのだそうです。ヒューマンエラーのファクターが非常に大きいわけですね。医療は細かなプロセスを踏んで患者さんへいろいろなことを行なっています。千などという数のプロセスはすぐに経てしまう。そうすると1日に1〜2個くらいはミスをしてしまうのではないかということになります。

また、医療事故というのは基本的に未知ではなくて、ほとんどが既知です。やってはいけないと分かっていることを、ついやってしまう。例えばカリウムの誤注にしても、ワンショットで静注すれば患者さんが死んでしまうだろうというのは、基本的に看護師さんはみな知っていることです。それなのに、そんな事故が立て続けに、この2年間で民医連でも2件、日赤など他の医療機関を入れると4件も起こっている。基本は未知のものではなく、見かけ上の原因が些細で、些細であるがゆえに見落としや誤りが生じやすいので起きてしまうということです。

ここにお持ちしたのは、注射器と輸液のラインです。これは代々木病院で採用しているものです。いままでは塩化カリウムを注射するときは、アンブルから注射器に採って、患者さんのお名前を書いてワゴンにたくさん並べて運んでいました。医師の「カリウムを追加しなさい」という指示のときには、輸液の原液に追加することになっていたのですが、この間起きた事故では原液ではなくラインの側管から入れてしまっているのです。カリウムのワンショット静注というわざわざ針を刺すイメージがありますが、そうではありません。たくさん患者さんがいるなかで、カリウム剤がそのなかの1本として入っていて、患者さんの下へ持っていったときに本来ならば輸液に混ぜなければいけないのを側管から入れてしまうという単純なミスなのです。こうした医療事故を減らすのがシステムの改善ということになります。

例えば、東葛病院で行ったシステム改善は、カリウム追加の指示を書くときに、いまつながっている輸液にカリウム追加という指示を書かないことにした。これはシステム見直し1つ目の「指示の書き方」(図参照)です。しかし、まだこれだ



けでは看護師さんは入れてしまうこともあるかもしれない。そこで、システム見直しの2つ目の注射器に新しいデバイスを採用するようにした。またカリウムを輸液型の100mlになっている製品を採用しました。これではカリウム原液を静注することは出来ない。また代々木病院は注射器型で専用のシリンジをつなげるものにしました。専用シリンジは腕に打てるようなものではない太い針なので、単独では患者さんに打てない。いずれも絶対にカリウム製剤をワンショット静注しないというシステムを目指して生まれてきたわれわれの改善なのです。

こういう改善は病院によってまったく違います。いまだ三方活栓を採用しているところもありますし、直接注射針で追加するところもある。これらは個々の病院の判断になるかと思います。いまの例はカリウムだけになりますが、医療行為のひとつひとつの分野に関して積み上げていく必要があるかと思っています。

また薬に関してあとひとこと追加をさせてもらえば、事故の発生は薬が非常に多いのです。だいたい3分の1は医薬品が関与している医療事故となっている。これは、ひとつは薬の投与方法が非常に多様化してしまったということにあるかと思っています。例えば毎日食後に飲ませるのが当たり前だったのに、週1回だけ飲ませる薬などが増えてきています。リウマチの薬にもありますが、それを間違えて毎日飲ませて、骨髄抑制不全で死んでしまったという例が、民医連ではありませんが実際にあります。また抗ガン剤の投与が圧倒的に10年前と比べて増えています。10年・15年前と比較すると、いまの医薬品の採用数そのものも増え、使い方も非常に多様化している。こうした点は看護

師さんに相当協力していただかないと、薬剤師だけががんばっても薬による事故は決して防げないだろうと思います。また先ほどの輸液ラインひとつを見ても病院のラインが何を採用しているかで医療安全対策というのは変わってきます。したがって現場で他職種との連携が取れるかという点が重要なポイントになると思います。

司会 良いお話をありがとうございました。ひとつ質問ですが、先ほどの器具が病院によって違うというのは民医連の中で違うのか、民医連以外の病院と違うのでしょうか？

中村 民医連の中でも違います。例えば同じ法人ですが東葛病院と代々木病院では採用している輸液ラインは違います。医療安全に対する考え方もそれぞれ変わってくるのです。システムの問題は薬だけでは解決できないことになります。

司会 民医連の中で同質化しようというような動きはあるのでしょうか。

中村 それは難しいですね。規模や歴史、経営に関しての違いが難しい原因です。

根本 塩化カリウム（KCL）については警鐘的な事例を示して解決法とともに安全情報を出しているのですが、接続法を変える・確認するなどだけではなく、コストの問題もあります。そもそもラインが繋がらないような器材に変えないと防ぐことはできないのではと思います。改善策を考えるとどうしてもいままでのやり方の延長線上で物事を考えてしまいますが、効率性・機能性・利便性とかありますが、安全対策で大切なのは、なにより安全性から議論を出発させることが重要ではないかと思います。またメーカーとの連携、メーカー同士の連携も必要だと思います。

中村 ちなみに注射筒から入れられる方式は感染対策上からいっても非常に有効なのですが、150床程度の病院で年間1,300万円のコストアップになります。ものすごく高いので、代々木病院の管理委員会でもそうとうに議論をしました。それだけのコストアップは数億円を売り上げて割に合わないかたちになります。

根本 A材料、B材料というのがありまして、A材料は診療報酬からお金を頂けるのですが、医療はB材料が占める割合が大きく、これはほとんど病院の持ち出しになるのです。ですからコスト計算をして病院としては選択していくことになりますが、経営の問題が出てきます。

司会 コスト問題についてはあとで触れていただくつもりでしたが、先に出てきました（笑）。伊藤さん、検査の責任者というお立場から、いろいろと問題点をあげていただければと思います。

● ヒューマンエラーとシステム化

伊藤 王子生協病院の伊藤と申します。いま検査部会で患者誤認の問題についてどんな対策を取っているのか、各院所の取り組みなどのアンケートを取っているところです。診療所から大きな病院まで対象はいろいろと聞いています。



検査は、患者さんとは検査のときにしか顔を合わせませんので顔を覚えていくということはありません。それではどう確認しているかという、リストバンドで確認し、お名前を患者さん自身に言っていただくとか、そういうことをたいの院所で採用しています。

院所ごとで取り組みはいろいろで、館内放送で患者様を間違えないようにご自分でお名前を言ってくださいと訴えかけたり、同姓同名の方にはカルテに写真を貼ったりという参考になる取り組みも見られました。特に電子カルテを採用しているところでは、この1年間、患者誤認はほとんどないというので興味深く伺ったところ、ご本人がIDカードを持って回られ、受付のところでそれを確認してから検査をするので誤認がないそうです。逆に診療所では入院する方があまりに少ないので、病室から検査室に下りてきたさいにパジャマでその方とわかる、などとありました。これは後々問題があるとは思いますが、経験からいろいろな対策をされているということがわかりました。

さきほどヒューマンエラーのお話が出ていましたが、やはり思い込みがいっぱいあるという気が

します。検査では検体があって、お名前と検体とで検査を施行するわけです。実際のところ書いてある名前が1字違っていたり、ID番号の数字が1つ書き間違えていたりということを確認しないで、そのまま検査するときミスにつながっている。そうしたミスは検査のなかでも多く、ちょっとした確認ミスの積み重ねがあったときに何が起るのかを考えなければいけないと思います。ヒューマンエラーについても、何回も同じようなミスを繰り返す人がいて、「きちんと自分ではできているつもりだったけれど、やはり間違えてしまいました」と言われてしまったことがあります。それはなぜでしょうと尋ねたところ、本人曰く「体調が悪かった」そうです。体調不良の報告はなかったのですが、そういうことを訴えもせず自分なりにできると思っていたらミスにつながったということがあり、どうすれば良いのかと思ったこともあります。

中村 みんな、熱があっても働きますからね。

伊藤 そうなんですね。

司会 さきほど中村さんがおっしゃったように、ミスの連鎖的つながりで結果的にミスになるということなのでしょうか。柵木さん、いかがでしょうか。

柵木 大田病院の検査課の柵木と申します。検査室は相手が患者さんだったり検査材料だったり、両方で間違いが起る可能性というのはあります。検査室でも患者様の誤認というのを何回かやっています。リストバンドをつけていただいているので、名前をリストバンドで確認し、名前を名乗っていただくようにマニュアル上ではなっています。しかし、忙しいなどでたまたま抜けてしまうことがあるんです。マニュアルはあったのにできなかったことで患者さんを間違えて検査してしまう。そういう事例を見ていくと、やはり細かなことの積み重ねが事故につながる、という気がします。



また検体は名乗ってくれないのでシステム化するようにしています。検体ラベルにバーコードが付いていて、1人の患者様に1つのバーコードで検査して機械で読みとるようにしています。しかし、例えば最初のところで検体に検体ラベルを貼り間違えたりすると、機械は正しく読みとってくれても人為的ミスで最後まで間違えたまゝいってしまうことがあります。検査室ではそうした検体の仕事のところは、なるべく人手を介さないシステムにしています。しかし人の手が掛かるところのミスはゼロにはならないですね。

司会 皆様に一言ずつ話していただきましたが、患者が原因で起る事故というのものもあるのでしょうか。

● 多い転倒・転落事故

根本 看護の仕事には医療上の診療の補助と患者さんのお世話があります。患者さんのお世話のところでは一番多い事故が転倒・転落です。これには内的要因と外的要因があります。患者要因は内的要因にあたります。内的要因は例えば患者さんが脳梗塞や四肢麻痺、耳が遠いとか目が見えないとか、認知症があるなどです。外的要因は水があつて滑ったとか、段差があるなどです。

しかし看護のなかでは、先ほど言いましたように夜間配置は20対1、多くて20対2ですから、転倒・転落は減らせないと思っるところがあります。これは全国的な調査で明らかなのですが、昼間よりも看護要員が少ないところ、例えば深夜帯の朝6～8時に一番転倒・転落が起きている。この時間帯は2対1の看護要員がいないわけです。転んでいても見つけることができなくて行ってみたら転んでいたということが多くなります。必要などころに人手があれば発見が早くなりますし、介助によって転ぶのが少なくなると思います。転倒・転落は病室内で排泄のさいに転んでしまったというのが一番多いので、朝6～8時というのは目覚めて排泄する時間にあたります。これは予測がつくことです。この時間に看護要員が増やせて、看護行動につなげられれば少しは減るかと思えます。

また患者さん自身に、自分が転びやすくなって

いることを理解していただけるかどうかで変わってきます。千葉健生病院では10~12月に転倒・転落月間というのを設けようとしていて、職員と患者さんにアンケートをやっているところです。急性期の入院で廃用症候群は作られるといいますし、お年寄りには3日寝ていれば、以前のように歩くには1週間くらい戻る時間がかかります。そうした自分の体をどれだけご存じか、学んでいただけるようにするのも私たちの役割です。

あと療養上のお世話と診療の補助がもうひとつの私たちの仕事なのですが、先ほど中村さんがおっしゃったように診療の補助の中では与薬事故（内服・注射・点滴）が一番多くなっており、報告数の約3分の1を占めます。与薬事故を減らすためには最終的なセーフティネットとして患者さまの協力が大事になります。患者さまにお名前を名乗っていただくなどです。またリストバンドも患者さまにお願いして付けさせていただいています。

中村 転倒・転落に関しては人間の尊厳の問題もありますね。たとえ末期の癌患者であっても、最期まで排泄行為、トイレくらいは自分でやりたいというのが人間心理であるわけです。医療のなかでわれわれがどれだけ受け止められるかですね。逆にいえばきちんと対応すれば減らせるのだという確信を医療従事者が持っていることが大切だと思います。

それからリストバンドの件は、うちでもなかなかできていないです。これはやらなくても、そもそもほとんどができていますね。別にリストバンドを見なくてもベッドの上にお名前が書いてあったりしますし、いままでなかったものが業務基準のなかに急に入ってきたわけです。リストバンドの確認が医療ミスが減らすということで業務基準に入った以上、徹底させる責任が職場責任者にはあるわけで、きちんと徹底させなければミスは減らない。「時間もなし忙しい」という状況がどこの病院にもありますが、結果的に患者誤認を起こして誤った医療行為を間違った患者に行うという最大要因になっていますので、決めた以上は守るか守らないか、の問題ですね。

根本 確認のことですが、リストバンドを確認す

るのは人間です。どこの病院でもリストバンドの導入、目視による確認とそこまではいっていると思いますが、人の目で確認する限り、守れない、徹底できないというのはずっと続くと私は思うのです。機械の確認にしない限り、ダメなのではないでしょうか。

高橋 さきほど電子カルテで検査のさいのバーコードの話がありましたが、リストバンドにもバーコードを入れて、読みとらないと次のステップに進めないというシステムを導入しないとダメですね。しかしこれを導入するには、またお金のかかる話になってしまう。

中村 実際に電子カルテ導入と同時にやるべきことだと思いますね。しかしその前の段階が抜けているのも事実ではないかと思うのです。人の目で確認する作業自体が、リストバンドが導入された病院では不十分なんだと思いますね。

根本 患者さまの確認では、最近プライバシーの問題がありまして、「病室やベッドサイドにネームプレートの掲示をしないでほしい」という患者さまがいらっしゃいました。病院の基準になかったものですから病棟師長は困ってしまって、リストバンドだけはしてもらって、夜の注射のときに眠っていらしても起こして名前を名乗っていただいて良いかなどを一つ一つ確認して、その方はリストバンドだけになりました。プライバシーの問題が重視されるようになると病室に名前をかけることはなくなると思いますから、何らかのかたちで機械化などをしないと対応しきれなくなる。でもこれもお金がかかることです。

● 増えるマニュアル、追いつかぬ対応

司会 リスクマネージャーの仕事はどのへんが一番大変なところでしょうか。民医連では「民主的集団医療」と言っており、医療事故や過誤の問題にもそういう気持ちであたっていくことになると思いますが。

中村 一番大きいことは業務基準のなかで事故を防ぐシステムが何重になっているか、ということ

だと思えます。例えば患者誤認の防止にこちらから呼びかけて「はい」という返事が来たら医療行為を行うのではなく、患者さんに名乗っていただく、こうしたシステムが何重にもなっていることがミスから病院や患者さんを守ることに思えます。注射でいえばダブルチェックが行われているか。薬剤師が作って薬局でチェックをして病棟に出して、病棟で看護師さんがチェックして、三重目で初めてミスが発見されることもあります。各部署によってそれが違います。日頃やっている医療に患者さんを守る層が何枚あるか、いつもストレスではすぐに破れてしまう。各職場のトップがチェックの層をどう厚くするかを具体化し、自分の職場の業務基準を作っていく。他職種と連携して病院全体の基準を作っていく。そういうことがリスクマネージャーに課せられた本来の仕事ではないかと思えます。

しかしそれぞれのマネージャーが理論化してそうしているわけではありません。ですから、まずは周知徹底が必要です。「患者様に名乗ってもらいましょう」という運動もすごく大変です。いままでしていなかったのに急に名乗らせるのはなかなか大変で、患者さんから「なぜ名乗らなければいけないんだ」と言われたときに「安全のため」と答えづらいこともあります。「毎日のように通っている透析患者さんでも同じようにするのか」とか、細かな反対論が出てくるわけです。病院が提案した「名乗ってもらおう」という提案がうまくいかない場合、現場サイドで医療安全対策を一層高めるのにはどうすれば良いのかという議論になるのではなく、運動がそのまま止まってしまうことがあるわけです。本来ならば各職場がもっと具体化するべきで、そういう職場作りをどう進めていくか。リスクマネージャーの会議のなかでわれわれにとって課題は何なのかということを引き出していくのはとても難しいことです。

司会 検査の中でダブルチェックの機能はどうなっているのでしょうか。

伊藤 検体のところ、特に輸血は注意をしています。数年前に福岡で血液型の間違いがあって、結局医療事故になってしまいました。それは検査をし、確認をして、他の人がまた同じものを確認し

たということがありました。同じものを見て同じ判断をしたので実際に間違っていたわけではないのですが、操作手順が違ったのです。違う人が違う手順でやったものと確認したわけではなかった。そういうところでダブルチェックのシステムの間違い自体が事故につながってしまったというのがありました。

おかしいと思ったときには同じ方向からではなく違う角度から見るといえることが必要です。患者様に名前を言っていただくというのも、王子生協病院の場合は名前をお呼びして検査室に入ってください。しかし「またご自身に名前を言っていただくのは変ではないか」ということもあり、名前から生年月日を言っていただくことに変更になりました。ところが生年月日を間違えて覚えておられる患者様もいらっしゃる。そうなるカルテを持ち寄って確認する必要があるのではないかと話になります。生年月日の確認はだいぶ徹底してきたのですが、また違う問題が出てきたという感じでなかなか対策は難しいと思えます。

棚木 細かなインシデントというのは発生しているのですが、そのインシデントレポートに対して分析し切れていないという感があります。マニュアルを作ってもマニュアル通りにやらない人がいる。しかし、その指導の仕方などには生かしきれいていません。背景にちょっとしたミスが重なったことで大きなミスにつながるというのは分かっているのだと思います。ですが、「小さなミスのたびにどこまで指摘するのか」という、そのへんが一番難しいですね。

司会 それは教育・訓練という部分でやっていくのでしょうか。技術アップとかマニュアルを守れとか、モラルとか。

棚木 基本的に病院全体で取り組んでいますが、例えば名前を名乗るなどは全体で取り組んでいます。しかし、やっている人がいたりやらない人がいたりしますので、組織的に指導、習慣性を身につけることができれば良いのですが、なかなか徹底できない事や抜けが発生します。

司会 エラーをなくすという取り組みと専門家と

しての技術の側面から起こる事故というのがあると思いますが、そのへんはどういうかたちで保障していくようにしていますか。

高橋 埼玉協同病院であった例ですが、CTの異常所見の確認が遅れたケースがありました。出したオーダーは至急だったのですが、すぐには見ないで半日くらい経ってから常勤医が「出血があるじゃないか」と発見したのです。結果的には事なきを得たのですが、そうしたケースが頻発しました。

技師も新人からベテランまでいて、常にベテランが担当するわけではありません。撮ったその人の判断で「おや？」と思ったときにオーダーを出した医師に伝える。「よくぞ言ってくれた、だがそれは異常ではないよ」と言われても良いじゃないかという風土、医師の方でも、「こんなのは異常じゃないよ」「何でそんなことを言うんだ！」と相手を萎縮させるのではない、受け止める職場の関係ができると良いと思います。

その後、放射線科ではその日に撮った写真は放射線科のなかで再チェックするように手順を変更しています。気軽に指摘し合える雰囲気というのが必要なのかなと思いますね。当然、技師も研修医も読影の技量を上げる必要があるので、集団での読影の機会を増やすなどしなければなりません。このあいだの事例は、「先生が見てくれるんじゃないかな」と相手頼みにしてしまい、必要な情報が発信されずに終わったことも一つの原因かなという気がしますね。

中村 私はマニュアルが複雑すぎると思います。例えば代々木病院は12月に病院機能評価を受審する予定で、マニュアルの整備を進めています。東葛病院でもやっと合格しました。しかし、そのマニュアルの数というのがこの8人がけの机いっばいに並べても並べきれないくらいある。そのなかには感染対策マニュアルという1冊の分厚いものもあれば看護マニュアルというものもあります。機械の操作法もある。マニュアル自体が複雑で、しかもお互いの職種を連関するところが絶えず変わったり、改善する課題が十分機能しないということがあったりする問題があります。

それと、もともと医療のシステムができていながら新人が投入されるという現実があるんですね。看護のところの3年目までの比率はどれくらいでしたか？5年目で5割でしょうか。病院全体の5年未満の職員比率がそのくらいです。1年目も毎年かなりの人数が入ってきますから、それだけ膨大なマニュアルをわずか数ヶ月でマスターして病棟で一人前に活躍するというのは、とても難しい話です。しかし病棟のなかで働いてもらわないと回らないということもありますので、現実との戦いになります。ではどこから育てるのかという問題が出てきます。うまい育て方をしないと1年目・2年目は特にミス・トラブルを起こすケースが多いのが実情です。

またドクターの入れ替わりが激しいということがあります。これはパート医の問題があって、「今日1回だけスポットで入りました」という医師が病棟で指示を出すさい、病院の指示の書き方の基準とその先生の書き方との違いがあります。例え



ば代々木病院では、皮下注射のさいにはカルテに漢字で「皮下」と書くようにしていますが、「SC」とかになってしまいます。看護師さんはおおよそわかっていると思いますが、基準にないことが書かれるとエラーの原因となります。人の流動的な問題というのもミスになるのかと思います。

司会 指示は書式が決まっているのでしょうか。

中村 病院としては決めています。パート医は自分の病院でやっているように書きますし、薬品も採用していないようなものを出してきます。薬関係では多いですね。そうすると問い合わせに時間が取られますし看護師さんも大変になる。医療がそこで止まります。

司会 複雑なマニュアルをシンプルに読むマニュアルが必要になってきますね（笑）。

中村 これだけ医療が複雑になると本当に難しい課題ですね。

● 各人の専門能力アップと役割連携

司会 医療法などで医師の役割は決まっていますが、チーム医療という場合はどのくらいのテンポで確認をしているものなのでしょうか。

根本 医療安全委員会は月に1回程度でしょうか。他職種が入っていますから、月に起きた医療事故を出して対策を検討するうえで意見を入れてもら

っています。もちろんこれだけでは全部が解決にはなりません。

中村 代々木病院の場合は事例検討会を週に1度やります。先週出たミス・トラブル報告書を、毎週、看護師長と事務長と医療安全委員会の事務局のメンバーでチェックし、特に問題のあるものについては詳録をして翌週までに課題があれば職場へ問い合わせをしています。どうしても看護師が多いですが、師長がおりますので次週に回答が出てくるという流れになっています。

全体の医療安全対策委員会は月に1度で、医療安全の面からシステムを変える基準作りをやっていきます。「こういう事例はまずい」というものについては事例検討会がシステムを変えるきっかけになることもあります。

司会 医療事故と過誤は、英語ではアクシデント、インシデント、ほかにヒヤリ・ハットというものもあります。どのあたりまで報告されるのでしょうか。

中村 うちの場合は患者さんにいきそうになったヒヤリ・ハットまでが集約されています。比率でいうと1対1、患者さんまで行かなかったけれどもかなり危ないというのが1で、行ってしまったけれどもほぼ安全というか、ほんの少しのミスで取り返しがついた、すぐに止めたなどが1です。しかし転倒・転落などの重大なミスも月に数件あります。



● 医療事故対策とコスト

司会 訴訟や、死亡事故・トラブルになるものがありますね。これにはどのように対応されているのでしょうか。

高橋 埼玉協同病院では夜間の管理当直を置いています。課長以上が月に1回程度交代でやっています。夜中に起きた事故で実際に怪我をしてしまったとか骨折があったとか、そうした場合の家族を含めたすばやい対応をしています。レベルによって異なるのですが、埼玉協同病院の場合、レベル4以上の場合には管理会議を招集します。これは24時間いつでも召集となっています。まだ係争中で結論が出ていない事例ですが、新潟に行っていた院長が戻り、大阪から帰る途中の副院長が呼び戻され管理会議を開くということがありました。管理会議で誰が担当するかといったことなどを含めた対応方針が決められます。

中村 警察への届出基準とマスコミへの公表基準を代々木病院では作りました。警察への届出はやはり異常死体の場合にきちんと届け出なければいけないといったことです。マスコミについてはかなりグレーの部分もあります。大阪のセラチア菌の場合は保健所へ届け出たときに公表でした。どこで公表するのかというのは例えば院内感染の場合、何人以上に同じ菌が出たから院内感染とは決められないものなのです。そういった場合にも、管理部で会議を開いてグレーの部分判断して公表をしますと決めています。多くの病院がそういう仕組みを作っていると思います。

根本 レベル4以上は安全管理会ですね。一人では判断しないのが原則ですね。また病院にとって大きなことは法人だけで決めないで、全日本などへ相談する。

中村 うちもマニュアルに法人と顧問弁護士に相談するという2点が入っています。

石塚 医療事故対策・過誤対策は収支や経済性にそうとう負担になっているのでしょうか？それとも、それをやることでむしろ病院がISOを取る

などの評価基準が良くなるのか、そのあたりの兼ね合いはどのように取り組まれていますか？実際には人手を増やす、教育をする、ダブルチェックの手間を掛けるなど、いろいろと負担は増えそうですが、その問題と収支的な改善との関連というのは率直にいかがでしょうか？

中村 社会のなかの医療の力量と自院の医療の力量の相対的な比較が大事だと思います。社会一般的に、このぐらいの病院はここまではやっているのに、うちの病院ではできていないところがあるのか、ないのか。そういう点検が民医連のなかだけではお互いに視察して可能ですが、あまり外との交流がないので、もう少し外の情報をしっかり入れられるような体制が必要かと思います。

もう一つは、実際にはバランスのところになっています。バランスという言い方は良くないのですが、職員の発言力が強いとか非常にがんばっているとか、そういう職種あるいは職能の部分が実際には認められている部分があるのではないかと思います。代々木病院の場合には、1,300万円も出して三方活栓のものからこの輸液ラインに変えることができたのも、やはり感染対策委員会が非常にがんばっていて、どうしても感染を起こさないためにこういうラインが必要なのだと、管理部に迫っていたんですね。そういう力量が認められて、予算につながるというようなところがあると思います。ですから病院のなかで、本来であれば全部外部との関係で力量が均一化されているかどうかをチェックできるような機関があれば良いのですが現実的にはない。そうすると、やはり職能バランスといえますか、その病院のなかでがんばっている部分というのが一定の評価をされる。そのなかから改善や器具の変更ですとか、安全対策、例えば先ほどの機械の買い替え、高い機械でも必要性を早く認めさせれば認められるという傾向があることは現実的にはあるのではないかと思います。そのへんを管理部が全部うまくバランス良く認めていけるような病院というのも現実的には難しいかもしれません。中小病院が多いなかで全部をバランス良く見られるというのは、まだまだできていない面があるのではないかと思いますね。

司会 そのへんの調節は事務方のところでやるのですか？

高橋 埼玉の場合は、薬品については県連の薬事委員会が採用から含めて一括でやっていて、統一がだいぶ進んできました。医療材料の分野は薬に比べて全県的な動きは遅れているということがあります。先ほどの法人のなかでも違っているということがありましたが、県連単位のスケールメリットも含めて、より安全でより安くという点から業者との交渉ですとか、全体の調整などでは力を発揮しなければいけないと思います。事務方は直接使用している現場にいないので、なかなか分からないところもあります。そこは集団での論議のなかで、例えばどこかの病棟で試験的に使ってもらってその結果を戻してもらおうとか、そういうこともしながら、「じゃあこれで行こう」とか、「コスト的にはどうなのか」と比較した結果、「こっちの方がちょっと高いけど安全性という意味でこっちの方が良い」とか、その後の業者との交渉ですね。

根本 医療材料というのは使い勝手があるものなのです。例えばマーゲンゾンデひとつをとっても、コシが硬いか柔らかいかがあります。うちには2つ緊急医療があるものですから、二和病院では採用したけれども健生病院ではしないなど、医局がネックになって(笑)。そういうところはやっぱり安全性の一手で「とにかくやってくれ」と攻めるしかないんですよね。多少ちょっと高くても、いまやっている材料よりも安全性が保てるのであるならば、そちらを採用しなければならないと思うんです。

高橋 採用前の実際の事故件数と採用したあとの事故件数はどうかということなんかを、きちんとデータを取りながら効果があったかどうかを検討すると良いですね。

根本 医局は数字を見せれば動きますから(笑)。

中村 例えば針でリキャップが自動的にできる針というのがあるんです。看護師さんが針刺し事故を起こさないように、投与した後に自動的に針に

カバーがかかるものです。これがものすごく高い。この例の事故対策というのは、こんどは看護師さんを守るためのものですが、針刺し事故は結構多いものですから、これをどうするのか。そうしますと経営と看護師さん、つまり職員をどう守るかというバランスになってきます。患者さんを守るということも医療安全のなかではもちろん大事なんですけれども、コスト問題というのはすごく多様なですね。

司会 医療事故は機器と薬と人という要素があり、またコストだとか、機器の場合は自分たちだけではなくて作っているメーカーの問題もあるし、人の場合だといわゆる外からスポット的に来る人とか、つまりまったく自分たち内部だけということでもない。また新しく入ってくる人をどうやって教育するかということもまた難しい問題がありますね。

最後に一言ずつ、高橋さんからお願いします。

● 患者を含めた、予防システムの共有化

高橋 私の場合はどちらかというトラブルになって患者さんやご家族との話し合いに入ります。例えば、動脈採血時に神経損傷を起こしてそのあと痺れが残ったということで、ご本人と交渉に入ったり、保険会社と話したりしています。保険会社で対応する場合と顧問弁護士と相談をしながらする場合とあります。紛争の発生とその処理では、患者さんや家族との関係のなかでもかなりクレームに近いような、こちらに責任のない言い掛かり的であったり、過大な要求をしてくるケースがあったりします。患者さんや家族の思いがどこにあったのかという目で見ていくことが大切です。その時点でこちらがきちんと説明などをしていればクレームにつながらなかったというということも少なくない。あとで「何も言ってくれなかった」という思いだけが膨らんでいってクレームにつながる。言い尽くされているかもしれませんが、きちんと説明をして納得されたかどうか、検証の「以上よろしいですか、ほかにご質問ないですか」ということも含めて一あまりいろんなことを言い過ぎて分からなくしてはいけません(笑) —必要なことはリアルタイムで患者さんと共有していく

ということになると思います。そのことがその後の結果をよりスムーズにするというのが重要な点になるのではないかなと。どちらかというと後の方のことばかりやっているもので、そういう心がけをしています。「ああこの患者さんは変だな」と思っている、やはり誠意を持って対応していくと「そこまで一緒に考えてもらったので、ここで納得しましょう」となったケースもありました。

司会 まったく素人的な質問なのですが、実際にクレームがあって、どれくらいが正当なもので、言い掛かり的なものはどれくらいなのでしょう？あるいは自分の思い込みというケースもあると思うのですが。

高橋 あまり悪質なものは多くはないです。後からよく話をして理解していただける場合も結構あります。事務方だけは当然うまくいなくて、当事者である医師や当該の看護長から直接説明することもあります。

司会 責任というのは個人が負うのですか？それとも病院？

高橋 基本的には病院です。最初のころは病院としての責任なので、その当事者はあまり前面に出さないということもやっていたのですが、最近はそうでもなく、より早い時期に当事者を含めてきちっと状況を相手に伝える。そのときの事実を当事者を含めて確認しようということも必要なんじゃないかなとってきています。家族によっては「なんで当事者が出てこないんだ！」ということまで話が膨らむ場合もあります。ただシステムとしてのエラーだとすれば、個人をあまり責められない。そのへんはうまくしないと個人だけがへこんじゃって本質が見えなくなり、解決につながらないということはあると思いますね。

棚木 先ほど話に出ていたコ・メディカルが、自分たちの仕事をきちっとできるようにレベルアップやシステム作りをするのが良いのかなと思いました。私たちも、検査技師が採血をやったり、内視鏡の業務をやったりすることもあります。いままで看護師さんがやっていたグレーゾーン、事

務の人がやっていた部分とか、看護師不足などいろいろな要因もあるんですが、検査技師も進出してやっている。そういうところで責任を持って、いままでは看護師ができたり検査技師ができたりという、あいまいな部分をきちんと位置づけてやることで、看護師不足を補えることもあるし、職種間で捉えることも出来るのではないかなと思います。

さっきお話があったレントゲンの異常所見を読み取ることに関連して、検査も超音波の検査や心電図、その他検査結果で、異常値が出たときは主治医に情報を送っていく。基本的にマニュアル的には異常値は報告するという事になっているのですが、そこには技術者個人のレベルというものもある。それぞれの職種が自分たちの持っている技術レベルを最大限使って情報をあげていくのが大事なんだと思います。

伊藤 私もすごく勉強になりました。先ほどもマニュアルが生き物だという話が出ましたが、確かにマニュアルをあまり作れていない部分もあります。どんどん情勢が変化するので、環境の変化に対応するのは大変です。また、できない人とか、そのときにできない人、体調の悪い人も含まれると思うんですが、そういうところに合わせたマニュアルが必要だなと思いました。自分もそうですが気持ちの問題もあるので、体調が悪いときも周囲に隠さないとか、そういうことも実際に医療事故の改善につながっていくのではないかなと思いました。

システムのなとこでできるものは改善できれば良いのですが、コストの話もありますし、あとは人がシステムに甘んじてしまうとそこに穴ができてしまうのではないかなという懸念もありますので、いろいろと考えなくてはいけないと思います。

中村 やっぱり、ほかの人を気遣っちゃうんですよ、熱があってもみんな大変だからと。

飛行機事故で「ハインリッヒの法則」というのがあるのですが、これは医療事故でも同じだと言われています。1:29:300で、大きい事故が1件あれば中程度の事故が29件あり、小さなミス・トラブルが300件というようなものです。そうし

ますと、300件のミス・トラブルを減らしていくことで大きな1件を最終的には減らしていくことができるだろうということだと思います。現場がどういうふうに動いて、業務基準の改定・改善やあるいはその職員の知識や意識を作っていくかということにかかっていると思います。僕なんかも指導しなくてはいけない側なのですが、東葛病院から代々木病院に移っただけですごくミスが多いんですよ。これはシステムがぜんぜん違うからで、自分でやってみて「ああ、ほんとうに同じ法人の同じグループの病院のはずなのに、こんなに自分がミスしちゃうんだ」となります。やっぱりシステムというのはすごく大事なんだと改めて思いました。つまりその病院の業務というものにきちんと慣れないと、ミスやトラブルというのは発生してしまうんだらうと思います。やはり自分が属している現場というものを大事にしていけないといけないなということが一つです。

それから先ほども出ていた、事後対応というのはすごく大事で、僕も何回も患者さんのところに謝りに行くのをやっています。早さと誠実さが大事なんですね。決してミスの大きさではないんです。もちろん亡くなってしまったという大きなミスですとまた話は変わってくるかと思いますが、患者さんの方で怒っておられるミス・トラブルの内容が医療から言えば些細なことであっても、大変な労力と時間を費やすことがあるんですね。そうならないようにするためには患者さんの思いをわれわれがどう受け取り、誠実に対応するかということです。弁護士さんなどは「謝らないでください」と言うんですけども（笑）、確かにある面ではそうなんですけれども、現実的にはそこがすごく難しく、「この部分については謝ろう」と方針を決めていって、「ここまではこちらのミスでした」ということで早く謝ることでうまく切り抜けていける。そしてもう一度患者さんとの関係を作り直して、患者さんも病院に対して信頼をもう一度持ってくれるような、そういう環境も作れると思うんですね。だから、すぐ訴訟という社会にならないようにもしなくてはいけないですが、やはりわれわれが何かトラブルがあったときの事後の対応というのはすごく大事な課題として考えていかななくてはならないのではないかなと思います。

高橋 謝るというのは、こちらに過失があってその過失に対して謝るのではなくて、過失がなくてもそのことが起きている、患者さんが被ったということに対してなんですよ。そこは起ころなくとも良かったことが起きたとすれば、謝り方も非常に難しいです。

根本 このあいだ研修に行った内容で、医師は病状が変化したときなどにリスクを話すと、患者さま側は「医療者側が自信がないから言っているのではないか」と思う人がほとんどなんだそうです。これはNPO法人ヘルスケア・リレーションズの和田さんという方がおっしゃったことです。「リスクがこうあるよ」と医者が説明しても、聞いているご家族は1%の望みの方に賭けて聴いている。だからこそ事故というのはいろいろなところに潜んでいて、「医療というものはそういうものだよ」というところで説明しなくてはいけないということの大切さを言われていたんですね。132名の方にアンケートをしたら、その3分の1が起ったことについて、これはインシデント・アクシデントかを採ったときに、患者さま側のほとんどがアクシデントだと捉えているんですって。こちら側はインシデントと捉えていても、認識度が全然違うんです。だから起ったときの初期対応ではもう遅くて、入院したり外来に来たりしたときのインフォームド・コンセント、接遇にかかっていると言われたんですね。日々の関わりのところが一番大事なかなと思いました。

また事故を防止するためには、先ほども言わせていただいたのですが、私たちそれぞれの専門職種の質をどう高めるかが最終的には医療事故を減らしていくんだらうなと思います。

司会 ありがとうございます。今日は現場の状況を踏まえた、私ども研究所としてもいろいろと大変勉強になるご意見を聞かせていただきました。このシリーズは5回くらいやろうかと思っておりますので、今後ともご協力をよろしくお願いいたします。今日はお忙しいところありがとうございました。

(2005年10月24日実施)

第2回 医療事故（過誤）座談会 資料

○各論 「医療現場から見た医療事故の問題点」

今回は、医療現場における問題点と対策、今後の方向についてそれぞれの立場から議論をして頂きたいと思っています。

1. 現状

医療事故とはなにか、なぜ医療事故は増えるのか？

事故（過誤）の内部的定義、発生の頻度、発生の分野、発生の原因、発生の場所、発生患者の種類、発生の影響（社会的、経済的、技術的、労働的、法的）

2. 予防・防止、発生時の対応

予防・防止体制の効果と問題点とは？

職務体制の問題、技術的問題、患者対応問題、教育訓練の問題。社会的問題。
責任の所在（個人責任、集団責任、組織責任）

3. 情報公開（内部的・外部的）

情報公開の必要性の範囲とは？

4. 患者（家族）との関係・対応

患者救済はどのように行われる（べき）か？

内部処理（治療、示談）、外部的処理（訴訟、その他）

紛争の発生とその処理

5. 業務上の体制・予算と経済性

非営利・協同の医療組織として、医療事故対策の必要性和経済性の受給バランスをどのように考えるのか？

業務体制にとってのプラス面とマイナス面とは？

6. 望ましい医療事故（過誤）補償制度について

【事務局ニュース】3・「シリーズ医療事故問題」ご意見、投稿募集

座談会の結びにもあるように、引き続きこの問題を取り上げる予定です。今回の座談会を読んでのご意見やご感想、またこの問題に関する寄稿などを募集します。

・字数の目安：意見や感想＝1,000字程度
寄稿＝10,000字程度

- ・締め切り：2006年1月末日（機関誌14号は2月発行予定）
- ・「シリーズ医療事故問題」と明記し、必ずお名前、連絡先をお入れください
- ・掲載に当たっては編集委員会で検討し、薄謝を呈します

アメリカの医療事故過誤救済制度について

石塚 秀雄

● 医師、保険機関中心

アメリカにおいて医療事故過誤は、主として医療従事者（医師、歯科医師、看護師など）が行った行為に対するものと見なされる。また病院や医療機関に対してもその職員監督責任を問う場合もある。医療事故とは診断ミス、治療ミス、医療行為の遅延などと考えられている。

しかし、アメリカでは訴訟という形態で問題が解決するというのが医療事故過誤問題の中心的考えであると思われる。民間保険中心のアメリカでは、保険会社の存在が医療事故過誤賠償の際に重要な位置を占める。アメリカにおいては、医療過誤補償問題の当事者は、医療従事者および医療機関、患者・利用者、弁護士など法律関係者、保険会社・保険機関・賠償基金などである。医療訴訟賠償費用は医療費用全体の1%弱である。

現在、アメリカの医療過誤保険機関の約半分は医師たちが所有し運営していると言われる。1980年代に医療過誤保険料は各州の法律改正によって、約3割ほど引き下げられたが、一般保険会社が医療過誤保険で、高い補償支払いで損をしているのではなくて、逆に利益を十二分に享受していると批判が強くなる。医療事故過誤補償は医療費全体を増加させている。また医師の「防護的治療」の姿勢をとり、医療面よりも法的な側面などを考慮した対応をとりがちになることが指摘されている。医師は「防御的医療」を行う傾向が出てくるといふ仮説がある。事故支払い費用は医療費全体の5から9%だと言われている。医療事故問題については保険会社は被害者救済には積極的に取り組んでいない。保険会社の収入を減少させるからである。

医療事故訴訟には費用がかかる。医療過誤法、賠償費用の1/3が弁護士費用といわれている。医療訴訟は専門家による質問、証拠調べなどが不可欠だからである。

一方、患者側・利用者側にとってみると、医療

事故・過誤についての十分な制度が確立しているとはいえないし、法律専門家を通じて以外なんらかの権利請求を実施することは困難である。「インフォームドコンセント」によって医療従事者が患者に治療などの選択の可能性のための情報を事前に提供する。医師の失敗で患者に不利な過誤が発生した場合でも、救済に値する。

各州で「医療過誤法」が作られている。⇒被害賠償額の上限、弁護士報償の上限、賠償金分割支払い、患者補償基金または医師保険の設置の有無、免責事項など。

「トート改革」と呼ばれる中で、医療過誤における「非経済的損害」の上限を25万ドルとすることにした。

しかし、医療過誤が同保険料を増加させている、ということはない。医療過誤が医師数に影響を与えている、ということもない。行政レベルで医療過誤への対策が強化されている、ということもない（K, Baicker, A. Chandra, 2004, www.nber.org/papers/w10709）という意見もある。

保険会社の医療訴訟保険の収入利益は14.2%で、物的保険の利益8.2%より高いといわれる。

医療過誤保険は増加しつつある。医師に対する賠償要求額の平均は178,000ドル（2004年）である。平均賠償額は32万ドル（2002年）。100の訴訟に対して30件に賠償命令がだされた。フロリダ州では最高限度額を50万ドルとする判例をだした。他州のいくつかも同様の措置をとっている。

● 医療過誤対策にたいする観点

□ 政策的対策

- ①診療報酬を上げる（特に産婦人科）、対策：医師保険の強化、HMOやメディケアにおける医師報酬率を上げること
- ②無過失責任賠償制度を創設する。

現在の医療訴訟は行政費用・法律費用に半分以上支払われるケースが多いので、この制度創

出によって、全体費用の低減をはかることができる。しかし、「被害者」の「資格」が曖昧になり、全体費用の増加を逆に招くという意見もある。

③過誤医師の資格の検討

フロリダ州では、数回医療過誤を繰り返している医師は約7%と見られる。

④医療過誤賠償支払共同機関を設置する。

保険会社として、過去にさかのぼった事故訴訟に対応することができる。

⑤問題評価委員会を適宜設置する。

⑥医療過誤保険市場検討プログラムを作る。⇒保険会社のため。

⑦新しい「医療過誤リスク回避保証グループ（医師共同保険）」を作る。

従来の保険会社ではカバーできない部分をカバーする。すなわち、保険会社がカバーしたくない部分を医師たち自らが新しく保険グループを作る。医師達の「おまる共済」と呼ばれる。

⑧医療過誤訴訟に適した特別法令を作る。

すでにマサチューセッツ州などで検討されている。

⑨患者に医療過誤対策用の保険費用を支払ってもらう。

□ 医療事故の原因についての意見

1. 法的・規則側面の不整備⇒医療事故が医療の改善にかならずしも直結しない。補償金の支払者はメディケアなどの場合は行政、その他は一般の保険会社。また医療従事者は訴訟上、事故の過誤を認めようとしにくいことが多い。

2. 技術的誤り⇒たとえば、以前は自然死してしまった患者でも技術進歩のために「死なせずにすんだ」患者になってしまう傾向がある。高度技術によりヒューマンエラーが増加した。

3. 費用削減による発生⇒利益優先の経営が、治療時間の短縮、労働強化など生みだし、医療事故を作り出しやすい。

□ 医療事故の防止対策

1. 関連法整備
2. 専門技術の向上
3. 事前原因分析
4. カイゼン
5. 事前技術習得
6. ヒューマンファクター重視
7. ベンチマーキング方式の導入
8. 仕事の充実支援
9. コミュニケーション技術の向上

爪痕癒し

朴 賢緒

韓国では先月26日ソウルをふくむ4地域で国会議員補欠選挙があり、全席を野党ハンナラ党が占め政権与党の人气が落ちていることを改めて示した。こういう政権にたいする不評にもかかわらず、政府の改革路線はとどまる所を知らない。その例が法務長官による検察総長にたいする指揮権発動である。勿論補欠選が実施される前のことであるが、指揮権発動は史上はじめてのことで、保守陣営の総反撥をうけた。日本でも30余年まえ造船疑惑問題ではじめて指揮権の発動があったと記憶している。

指揮権発動のいきさつはこうである。東国大学社会学のカン・ジョンク教授の国家保安法違反の捜査で警察側の拘束方針を検察で認めようとするのにたいし、法務長官は逃走・証拠隠滅のおそれ無しとして不拘束取調べをするよう指揮したのである。法務長官は与党ウリ党の3選の実勢でソウル大首席、司法試のトップそして判事経歴である。彼はかねてから改革路線を唱え国家保安法の廃止を主張して大統領の見解と軌を一にしていた。野党は解任を要求し保守陣営もこれに同調して騒ぎ出した。

48年政府樹立後まもなく制定されたこの法は、李承晩及び朴正熙軍事独裁政権の維持に無くてはならぬ世紀の悪法であった。どれほど多くの無実の人々がこの悪法で苦しみ喘ぎ処刑されたことか周知のことである。平和的統一を渴望するほとんどの国民は、60年近くこの悪法を楯に悪業を極めた反共保守陣営を21世紀の開けた祖国には用無しと規定している。

カン教授が捜査にかけられるようになったのは、彼の学問的見解がもとになった。大韓民国という国の成立そのものに疑問を投げかけている彼は、

50年の朝鮮戦争は金日成主席による祖国統一戦争でありアメリカの介入のため祖国の分裂は今まで続いているという趣旨である。彼の論文が取り沙汰されたのは年初から繰り広げられたマッカーサー銅像の撤去運動とかかわりがある。仁川市の港を見下ろす小高い丘の上に建てられた銅像は、半島の南端に追い込まれたアメリカ軍を反攻に逆転させた仁川上陸作戦を記念して60年代に立てられた。南北頂上会談以後和解がゆるやかに進むなか、平和統一を促すため祖国統一の妨害者であり核武器使用を主張した典型的なタカ派マッカーサーの銅像を撤去するのは当然だと数ヶ月間立て籠もり運動を展開し、遂には極右団体と衝突がおきたことがあった。私が属している団体が主導した運動であるが体調のため参加を控えた。

韓国人のアメリカにたいする感情は好嫌両端を見せている。おそらく50代以上の9割は親米派で、以下の世代半数は嫌米派といえるだろう。マッカーサーの対日占領政策はアメリカの立場でいえば大成功といえるだろうが、韓国人の立場では侵略敗戦国から解放された民族にたいする最低限の処置を取っていなかったこと、例えばサハリンをはじめとする各地に連行動員された人々の送還処置を連合軍として全然取っていないばかりか、日本政府にその義務履行を指示していないことなどである。そればかりではない。3年間の米軍政は失敗続きで、民族の総意に基づく自主政府ではなく極右親米政府を樹て、左派は勿論中道派を掃討する後楯役割をになっていた。そしてサンフランシスコ講和条約に朝鮮民族の利益を全く反映しなかったことなどが挙げられる。アメリカにたいする怨念はまたある。民族分断を決定的にもたらした38度線画策の責任は米ソ両国にあるものの、その

提案者はアメリカであったこと、そして帝国日本の実質的朝鮮半島支配を了解したタフト・桂密約を韓国人は今も忘れていないのである。マッカーシズムの亡霊が21世紀に甦ったジョージ＝ブッシュ一味のネオコンは日本と固く結びつき、半島の北を叩き潰そうとしているのを韓国人は常に警戒しているのだ。

国家保安法が一般市民の日常生活に与えた影響は非常に大きい。一度官憲にいらまされたら、いつでも国家保安法という手錠が用意されているのだ。監視体制の厳しさがどれほどだったのか私事の例で挙げてみよう。72年のいわゆる維新憲法のもとでは、憲法の良し悪しを云々することすら厳禁する緊急処置9号が発令されていた。そして大学の学生処長室の傍にはいつも中佐級の保安軍司令部のものが私服で見張りに常駐していて、これは80年代半ばまで続いた。総長からなんども呼ばれて自粛してもらいたいと頼まれたものだ。反政府のコラムを大学新聞に書き続けたためである。

このような雰囲気は90年代後半まで続いたようだ。94年2月下旬東京に用があり、5泊して帰国したことがあった。『最後の特攻隊員—二度目の遺書—』の著者、信太正道さんとは今も親しくしているが、彼の配慮で一緒に家永三郎先生を訪れたことがある。約束の水道橋駅前まで待っていたら、10人ほどの婦人たちが来ていた。其の中には顔見知りの婦人もいて「有名な先生にお会いすると聞いて来ましたよ」と。電車を3度も乗り換えて行ったのだが、婦人たちが皆怖がっていたのでどうしてと尋ねたら「若者4人がさっきから付いてきてカメラを撮るじゃないの…」。東京到着の日から尾行していることを複数の人から提報を受け知っていたので、知らぬ振りをしなさいと言っていた。奴らは到着の日から帰国の日まで、6日間公然とカメラのシャッターを撮りながら尾行していたのである。帰国したら空港で検挙されることを覚悟したものだ。北朝鮮の地下党再建の首謀者のかどで検挙寸前であったことが後日判明した。尾行した4人のうち2人は警視庁の外事課のもの、残り2人は韓国の情報部員であることもその後知った。韓国人たる者がいくら国事犯と看做されたとはいえ、それが東京の都心まんなかで日本の警視庁員の尾行をうけるとはもってのほかのことで

あるが、防共の面では韓・日両国がそれくらい緊密に提携していたのである。

当時は講義の時間を除いては朝から晩まで会議やら民衆、労働者たちの闘争現場で過ごす毎日、当局では3回も逮捕状を出すつもりだったそうだが、ありふれた嫌疑では学生運動に油を注ぐ結果になりかねないとして国家保安法の適用を待っていたらしい。労災闘争でのアジテートだけでも懲役3年の適用は充分であったと警察側の告白を聞いたことがある。

国家保安法の法制的母体は戦前の日本の治安維持法にあるらしい。

この10年来、日本でも国民皆背番号制とか有事法制下での緊急動員あるいは緊急制約体制とかで戦前の治安維持法の亡霊が甦りつつあるようだ。果てはアメ帝の野望戦略でテロ対策の名のもと、共謀罪立法を検討云々に至っている状況だ。郵政解散と総選そして内閣改造などで紙面を賑わしている片隅で、日本司法史上特筆すべき記事に目が留まった。横浜事件再審受理と初公判にかんする記事がそれである。帝国日本の戦前の悪法1号である治安維持法がもたらした悲劇は、60年を過ぎた今ようやく日の目をみることができのだろうか。世紀の裁判であったドレフュス事件を憶い出しながら横浜事件再審の行末を見守りたい。そして横浜事件に限らず、戦前に犯した帝国日本の諸々の過ちを再検討し処置をとらねばならないだろう。深く刻まれている怨念の傷跡は一日でも早く癒さなくてはならない。

韓国でも民主化闘争過程での数々の疑問死究明をはじめ、各種権力機関による人権蹂躪及び軍内の不条理問題を政府次元で突き止めようとしている。国家保安法のもと犯された数々の人権蹂躪事件は、速やかに解明され補償されなければならない。反共保守の断末魔的身もがきに囚われてはならない。新しい開けた未来に向け民衆は動き出しており、憚る事はないだろう。日本においてもまた然りである。今に残されている傷跡の癒しに日本の進歩的民衆の叡智と勇気と行動力を期待してやまない。それはとりもなおさず現行の平和憲法の前文と9条を守り抜くことではないだろうか。

(Park, Hyun Seo、源進職業病管理財団理事長)

階層化・流動化

野村 拓

5階層分類

イギリスの公衆衛生学者、W. Farr が職業別・社会階層別死亡率に関する研究を展開したのは1851年センサス資料によるものであった。1801年を初回とする10年ごとのセンサスは回を重ねて豊富な資料を提供したものと思われる。

この1851年センサスには、地域別にアイルランドからの流入率を示したのがある、という指摘はすでに

『健康の位置づけ』

☆Stephan Platt 他編：Locating Health—Sociological and Historical Explorations (1993) Avebury. などなされているが、これは重要な視点である。つまり、ロンドンの死亡率は出生率を大きく上廻り、その埋め合わせは移民や移住者によってなされたわけである。

「流出民も流入民も英国史の特徴である」というクリアな指摘をしているのが

『健康と病気』

☆Michael Senior 他：Health and Illness (1998) Macmillan

という本だが、人間の消耗、病気、死亡の穴埋めがいかになされてきたかは重要な視点である。

ビクトリア期の繁栄、というよりも「世界の工場」といわれたイギリス資本主義が植民地から運び入れる「富」によって上層労働者が潤うようになり、かつ植民地から流入する労働力が、半失業的、下働き層を形成するようになって、いわゆる「5階層分類」(医師、管理職などを第Ⅰ階層とし、単純労働者、未熟練労働者などを第Ⅴ階層とする分類)が登場する。そのはじまりは国民保険法施行の年、1911年とされており、その後、何回

かの改訂を経て今日に至っている。

5階層分類をとりあげた本は、経済的事項、保健的事項から宗教的事項(カトリックか、プロテスタントか)にいたるまで数多く出されているが、新しいところでは

『看護師の社会学』

☆Elaine Denny 他 編：Sociology for Nurses. (2005) Polity.

が「肥満」や「精神障害」をとりあげている。

階層差の疫学

疫学の教科書には、5階層別の標準化死亡比(全体の死亡率を100とした場合の階層間のバラツキ)の歴史的推移を示した表がよく使われるが、(イギリスの場合)階層間の格差が歴史とともに縮まるのではなく、拡がる傾向にあることが示されており、これは流入する外国人労働者の貧困と不健康を示すものといえよう。

19世紀中葉、John Snow によって作成されたコレラ死亡の疫学マップ(地図上にコレラ死亡者をプロットし、共同井戸との関係を調べたもの)や、同時期の「水道会社別コレラ死亡率」などは、ある意味で社会階層差を地理的に示したものといえるのではないかと。

5階層分類などわずらわしい、イギリスは「ミドル」と「労働者」の国だ、「2階層」で充分だ、という意見もある。たしかにイギリスの「ミドル」は、借金まみれで見栄を張る日本の「中流」とはちがう。

1927年に、デイリー・メール社は「ミドル」対象のマイホーム展示会を開き、その時の展示内容や設計資料が

『理想的住宅読本』

☆The Daily Mail : Ideal House Book (1927) The Daily Mail

として1冊にまとめられている。その内容を一言でいえば「テニスコートも、セントラル・ヒーティングも」という設計・展示集である。そして、これと対照的なのが、ほぼ同時期に出された『門口での健康問題』

☆E. W. Hope : Health at the Gateway (1931) Cambridge Univ. Press.

で、ここでは労働者街の不衛生住居が紹介されている。そして、不衛生な住居がもたらす不健康や死亡を生命の浪費としてとりあげた本が『浪費された生命』

☆W. F. Lestrangle : Wasted Lives (1936) George Routledge & Soms.

である。ローン完済までにこわれてしまうマイホームのために営々と働く日本の「中流」も「生命の浪費」というべきかもしれない。

「国内植民地」という視点

イギリスにおける「ミドル」と「労働者」との差は、同一国の異なる社会階層というよりは「国内植民地」としてとらえる方が適切ではないか、という気がするが、このような視点に立った本として

『第三世界の鏡』

☆Sandra Halperin : In the Mirror of the Third World (1997) Cornell Univ. Press.

『黒人の境界』

☆Cathy J. Cohen : The Boundaries of Blackness. (1999) Univ. of Chicago Press.

などがあり、ここではBlack Communityという言葉が使われている。またルイジアナの黒人隔離政策をとりあげたのが

『福祉より仕事』

☆Jennifer Mittelstadt : From Welfare to Workfare (2005) Univ. of North Carolina Press.

だが、このような視点を把握するために、国民国家の責務から切り離れた形で“Blackwelfare”というカテゴリーを設けたのが

『公正なケア——市民の責任と権利・再考』

☆Paul Kershaw : Carefair——Rethinking the Re-

sponsibilities and Rights of Citizenship. (2005) UBC Press.

である。そして、社会階層間の境界線は国境のようなものであることを指摘したのが

『難問——不法移民と近代アメリカの成り立ち』

☆Mae M. Ngai : Impossible Subjects——Illegal Aliens and the Making of Modern America. (2005) Princeton Univ. Press.

であり、ここでは章名にNational Boundaries of Class (階層の国境)という言葉が使われている。この国境線が弱者のための防衛ラインとはならず、差別や隔離のために機能しやすいものである点については、いまさら述べるまでもない。重要なことは公権力による保護・救済からは疎外されながら、「資本」に対しては「国境」をまたいで安い労働力を提供し、「買い叩かれた労働力」の相場づくり (the bottom-line orientation) に貢献していることである。ヨーロッパの場合も、原理的には同様であって、「労働市場における性、階層、人種差別は限界低賃金、限界の悪生活条件のところのアジア系女性を集める」という指摘をしているのが

『健康と労働』

☆Norma Daykin 他編 : Health and Work. (1995) Macmillan.

である。

国民国家としての救済の責務からは切り離され、しかも、無権利、低賃金の「相場づくり」として政治経済的接続性を持たされている人たちをとらえるには「国内植民地」とかあるいは「異層化」というような新しい概念を必要とするのではなからうか。単に

『階層化』

☆Wendy Bottero : Stratification——Social Division and Inequality. (2005) Routledge.

というようなソフトなとらえ方では追いつかないような気がするのだが。

流動化する下働き職種

医療・社会福祉関係など対人サービス労働の分野で経営収支や利潤追求が重視された場合、労働力をより低位、低賃金のものによって代替させる

傾向が生まれる。看護職種の三層構造（正看、准看、助手）は日米共通といえるが、アメリカの場合、層化された下働き職種には移住者、移民労働者が多く、この傾向は日本にも及ぼうとしている。

カラー印刷の准看・看護助手用のマニュアル本の表紙の職種モデルや本文中の人体解剖図などもヒスパニックや黒人である場合が多い。

第4回と第5回で紹介した『ケアのない手の歴史の変遷』（2002）や『女性・健康・国民——1945年以降のカナダとアメリカ』（2003）などでは nurse black がウェートを増す歴史的経過が示されており、「カリブの移民看護婦」もとりあげられている。また、看護職員養成機関一覧では正看（RN）についてはアメリカ国内の養成施設を州別に示しているのに対して准看（LPN）についてはプエルト・リコまで掲げられている。

英語のできない下働き職種のための医療英語の教科書が出される一方で、スペイン語の繁用文を付録につけた

『医療職種の専門的発達』

☆Lee Haroun : Career Development for Health Professionals. 2版. (2006) Sanders Elsevier. も出されている。

国境をまたいで流動化しながら下働きをする人たを、国境をまたいでとらえなければ、という本が

『移民とソーシャルワーク——国境を越えて考える』

☆Diane Drachman 他 : Immigrants and Social Work——Thinking beyond the Borders of United States. (2004) The Haworth Press.

で、ここでは移民が一方交通的なものだけではないことを「プエルト・リコの循環移民」と「帰ってきた移民」などの項が示している。

また、保健医療労働力のグローバルな流動については

『21世紀の保健医療労働力』

☆WHO : Preparing A Health Care Workforce for the 21st Century. (2005) WHO が出されている。なぜ、グローバル化か、という問に対する書生っぽい答は、低賃金、無権利の相場づくりのための「流動」ということになるだろう。

人間まるごとの流動ではなく、貧者から富者への臓器の流動を示したものが

『臓器、移植、そして市場』

☆Mark J. Cherry : Human Organs, Transplantation, and the Market. (2005) Georgetown Univ. Press.

である。

流動は形の上では自発的意志にもとづくものとされるが、現実には追い込まれた貧しさが生む選択である。そして、内戦がらみの強制移住がもたらすものについては

『強制された移住と精神保健』

☆David Ingleby : Forced Migration and Mental Health (2005) Springer.

が出されている。貧困家庭にとっては「強制」も「選択」も、対概念を成さず、同じようなものであることは

『選択と強制』

☆Johanna Schoen : Choice and Coercion. (2005) Univ. of North Carolina Press.

が示している。

残る差別

いわゆるグローバリゼーションによって、形の上では「ご自由に流動して下さい」ということだが、流動先に差別はついてまわっているようである。

『保険なき国』

☆Jill Quadagno : One Nation, Uninsured. (2005) Oxford Univ. Press.

では黒人やヒスパニックの無保険者が多いだけでなく、依然として黒人病院、黒人病棟という区分が生きていることが指摘されている。

また人種別独居老人の比率を示しているのが『独居老人』

☆Robert L. Rubinstein 他 : Elders Living Alone. (2005) Aldine Transaction.

だが、やはり、黒人、ヒスパニック、白人の順で高率である。「勝手気ままなご隠居さん」が多いとは到底考えられず、貧しさ故に家族のバインディングが切れてしまった老人が多いと考えるべきだろう。

2005年9月、ハリケーン・カトリーナによってニューオーリンズ市の黒人貧困者街は大きな被害を受けた。補強されるべき堤防が放置されていたからである。

ニューオーリンズ市は、かつては奴隷売買センターであり、医師、J. C. Simondsが「奴隷の保健経済」に関する2つの論文（1850、1851）を地元医師会雑誌に発表したところである。その趣旨は、上水道の整備のために必要な投資額と、それによって死亡を免れるであろう奴隷のトータル価格との比較である。1人400ドルというように買値がはっきりしているので計算がしやすかったからである。

本稿の冒頭で紹介したW. Farrは同じころ、保健統計と経済統計とを駆使して、「人間の生涯通算の稼得可能性」を示した。後藤新平は『国家衛生原理』（1889）の中で、これを「命価」として紹介し、「命価」の高いことが公衆衛生の推進力になると解釈した。

W. Farrの「人間の可能性」評価に対して、J. C. Simondsの方は奴隷所有者の立場での計算といえる。ニューオーリンズの黒人貧困層は償却済みの物品と見做されているのだろうか。そして、産軍複合体や戦争ビジネス屋をふとらせるイラク戦争のために、堤防の強化を怠り、黒人貧困層を見殺しにしたのではないか。

グローバル化とは

イラク戦争の仕掛け人たちは、世界をリードしていくという思い上がりをこめて「グローバル」という言葉をしばしば使う。これについての文献は第8回で挙げたが、新しいところでは

『グローバル保健リーダーシップと管理』

☆William H. Foege : Global Health Leadership and Management. (2005) Jossey-Bass.

があるが、ここでは「グローバル保健への参加者」「グローバル保健の手段」「グローバル保健の資源」「グローバル保健のスキル」など「グローバルだらけ」で、「グローバル保健の利益」までとりあげられている。このような「思い上がり」と「お目出たさ」を示した本の他に、貧困と格差のグローバル化をとりあげた本として

『グローバル保健統治——分割された世界における国際法と公衆衛生』

☆Obijiofor Aginam : Global Health Governance—International Law and Public Health in a Divided World. (2005) Univ. of Toronto Press.

がある。貧困のグローバル化を示す結核の復活や、途上国との格差を示す「空港マラリア」などがここではとりあげられている。

また、グローバル化にもいろいろあるよ、ということを示したのが

『アジア医学のグローバル化』

☆Joseph S. Alter : Asian Medicine and Globalization. (2005) Univ. of Pennsylvania Press.

であり、インドのアーユルヴェーダ医学や漢方医学やサンスクリット産科学などの「グローバルな普及」を論じている。中国とインドの人口数から考えれば「マジョリティーの医学」といえるものはない。

また、グローバル化という視点で歴史をさかのぼるならば、漢方医学の母国、中国から大量の「軍夫」を雇い、アーユルヴェーダ医学の母国、インドから「植民地兵」を大動員した第1次大戦時のイギリスなどは「軍事的グローバル化」の本家といえるのではないか。

そしていま、多国籍企業や国際独占体が進めるグローバル化によって、アーユルヴェーダ医学の母国は、欧米型医学の実験場として臨床例集めのフィールドにされたり、移植用臓器の提供国にされたりしているわけである。

階級と階層

第1次大戦のとき、ニューヨーク市の貧民街でセツルメント活動や訪問看護に従事していた看護婦、リアン・ワルド、ラビリア・ドックやマーガレット・サンガーなどが「反ミリタリズム運動」を組織した。そのとき、サンガーは「戦争は階級闘争であり、戦争で死ぬのは労働者や貧民たち」と主張したが、

『戦争の経済学』

☆Paul Poast : The Economics of War. (2006) McGraw-Hill

には、所得10分位別戦死率（ベトナム戦争）が掲

げられている。

また、公権力による暴力行為としての戦争に対する補償要求運動をとりあげたものとして

『砲弾ショックから戦争トラウマ症まで』
☆Edger Jones 他：Shell Shock to PTSD—Military Psychiatric from 1990 to the Gulf War. (2005) Psychology Press.

が出されている。

公権力が公的保障（補償）を求められるとき、しばしば補償を値切るためのランクづけが行われる。これは戦争被害の補償に限らず、労働災害、職業病や公害被害などの場合もふくめてひろく行われている。拡大解釈すればランクづけ、「階層化」は公権力による保障を値切るために有効ということになるのではないか。つまり、労働力をグローバルに流動化させながら低賃金の相場づくりを試みるのが「資本の論理」であるならば、そのことによって生まれる社会的弱者に対する公的救済や保障を安上がりに済まそうとする階層化、ラ

ンクづけは「公権力の論理」といえるだろう。

以上、「階層化・流動化」というテーマで述べてきたが、Class という英語を「階級」と訳すか「階層」と訳すかは悩ましい問題である。それどころか、「階級社会」の英語、Class Society は「同級会」と間違えるおそれがある。

また(マクミランの社会科学辞典でもそうだが)、ドイツ生まれの「上部構造」「下部構造」という言葉がそれぞれ Superstructure, Base という英語で置き換えられると、なにか、カラ足を踏むんだような気分になる。

カラ足ではなく、ふんばりのきく理論構築が必要だが、そのためには、翻訳できなくてローマ字で示されている言葉、Zaikai (財界)、Keiretsu (系列)、Kanban (カンバン——トヨタ・カンバン方式) などを集めてみるのもひとつの方法だろう。

(のむらたく、国民医療研究所顧問)

【事務局ニュース】4・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、読者へお知らせす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。

〔2004年度会計報告(要約)〕

定期総会では会員の皆様に報告を行い、東京都にも報告しておりますが、誌面でもお知らせするようにいたします。

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

貸借対照表(要約)

(2005年3月31日現在)

(単位：千円)

科 目	金 額	科 目	金 額
I 資産の部		II 負債の部	
現金預金	25,353	未払金	
その他の資産	546	その他の負債	969
			103
		負債 合計	1,072
		III 正味財産の部	
		積立金	5,000
		剰余金	19,826
		正味財産 合計	24,826
資産 合計	25,899	負債及び正味財産 合計	25,899

収支計算書(要約)

(自2004年4月1日 至2005年3月31日)

(単位：千円)

科目・摘要	04予算	04実績	05予算
I 収入の部			
1 会費収入	37,750	37,214	38,476
2 その他の収入	2,275	259	1,601
当期収入合計	40,025	37,473	40,077
II 支出の部			
1 研究活動費	16,200	14,129	13,700
2 広報活動費	6,800	5,808	8,500
3 会議費	2,400	1,922	2,900
4 人件費	8,700	7,872	9,900
5 事務所及び事務局費用	4,900	3,819	6,000
6 その他の支出	1,025	88	1,900
当期支出合計	40,025	33,638	42,900
当期剰余金	0	3,835	-2,823
前期繰越剰余金	15,992	15,992	19,827
当期末処分剰余金	15,992	19,827	17,004

機関誌『いのちとくらし』バックナンバー

●12号（2005年8月）—特集：雇用失業問題と非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ：「よみがえれ、8月15日」小川政亮
- 論文「大量失業に直面した、われわれの課題—フランスの失業対策を参考にして」都留民子
- 論文「障害者自立支援法と真の自立への通」立岡暁
- 論文「共働事業所運動と障害者の労働参加」齊藤縣三
- 定期総会記念講演「スウェーデンの福祉戦略と市場主義への対抗ビジョン」宮本太郎
- 論文「スウェーデンでは、ケア付き高齢者集合住宅等における医行為を誰がどのように担っているか」高木和美
- シリーズ医療事故問題①
座談会「医療事故問題をめぐって」新井賢一、二上護、高柳新、大橋光雄、篠塚雅也、伊藤里美、棚木隆司会：石塚秀雄
（転載）「個人のニーズに対応する新規医療」新井賢一
資料「医療過誤補償機関制度（スウェーデン、フランス）」石塚秀雄
- シリーズ・文献プロムナード⑩「はたらきかけ」野村拓
- 書評・本の紹介：岡崎祐司『現代福祉社会論—人権、平和、生活からのアプローチ』谷口一夫
書評・本の紹介：角瀬保雄著『企業とは何か—企業統治と企業の社会的責任を考える』石塚秀雄

●11号（2005年5月）—特集：インフォームド・コンセントと患者・医療者の関係

- 巻頭エッセイ：「和をはかること」と民主主義 中澤 正夫
- 第5回公開研究会報告：「患者と医療者の医療技術観—相互理解のインフォームド・コンセントのため—」尾崎 恭一
- 論文：「インフォームド・コンセントを患者医療参加の契機に」岩瀬 俊郎
- 翻訳：M.ファルケフィッサー、S.ファンデルヘースト「オランダ疾病金庫の価格競争」竹野 幸子
- インタビュー「労働運動から見た非営利・協同」小林 洋二
- エッセイ韓国から②「易地思之の心構えで」朴賢 緒
- シリーズ・文献プロムナード⑩「社会的再生産失調」野村 拓
- 書評：八田英之『民医連の病院管理』石塚 秀雄

●10号（2005年2月）——特集：非営利・協同と労働

- 巻頭エッセイ「地域づくりと協同のひろがり」山田 定市
- 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
- 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
- 論文「市民を守る金融システムは出来るのか」平石 裕一
- 論文「介護保険制度『改革』の狙いと背景」相野谷 安孝

- 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
 - 海外医療事情②「セネガル保健事情——見過ごされた優等生？」林 玲子
 - エッセイ韓国から①「わだかまりを越えて」朴 賢緒
 - 文献プロムナード⑨「全人的ケアの歴史」野村 拓
 - 書評「ボルザガ、ドゥフルニ著、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
-

● 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—支援費制度をめぐる—

- 巻頭エッセイ「NPOによる地域福祉貢献活動とその困難」相澤 興一
 - 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

●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.12 (2005.10.28発行)

理事長のページ、副理事長のページ(坂根利幸)「ベレー・ロッホ」、参加報告「2005年度夏季医療・福祉政策学校参加記」(高山一夫)、「第7回全日本民医連・学術運動交流集会参加報告」(竹野ユキコ)、「NPO・社会的企業が議論された協同組合学会」(石塚秀雄)、書評・真田是著『社会保障と社会改革』(石塚秀雄)

○No.11 (2005.7.25発行)

総会報告、理事長のページ「企業と社会」、副理事長のページ(高柳新)「主権者学のすすめ」、フランスの医薬事情(廣田憲威)、ポルトガルの医療制度の特徴(石塚秀雄)、書評:北島健一・藤井敦史・清水洋行『イギリスの社会的企業の多元的展開と組織特性』・中川雄一郎『社会的企業とコミュニティの再生—イギリスでの試みに学ぶ』

○No.10 (2005.5.16発行)

書評・玄幡真美『仕事における年齢差別—アメリカの経験から学ぶ—』(石塚秀雄)、理事長のページ「労働組合運動」、副理事長のページ「MONDRAGON」、デンマークのオンブズマン制度(山田駒平)、ニューヨークの協同組合住宅運動(石塚秀雄)、韓国調査同行記(竹野幸子)、エッセイなど

○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

機関誌およびニュースのバックナンバーは、ホームページからも御覧になれます。

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）。



いのちとくらし別冊

No.1

『スペイン社会的経済概括報告書（2000年）』

J. バレア、J. L. モンソン著、佐藤誠、石塚秀雄訳

2005年4月発行、44ページ、頒価500円

スペインCIRIEC（国際公共経済・社会的経済・協同組合研究情報センター）から2002年に出された報告書の翻訳（序文等は省略）です。地域における雇用創出、事業の民主的運営、働く者の働きがい、医療・福祉・社会サービスの営利民営化への代案としての社会的企業の役割など、社会的経済セクターが認知されているスペインの事例が日本の課題にも大いに参考になるのではないのでしょうか。

お申し込みは研究所事務局まで。



【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

【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
▽

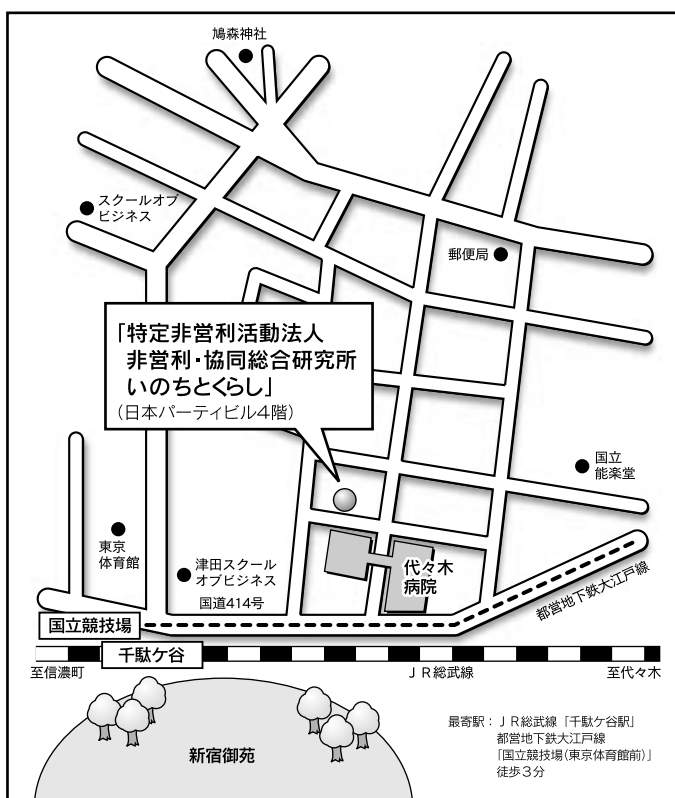
【次号14号の予定】(2006年2月発行)

特集：非営利・協同組織の法制

- ・郵政民営化と非営利・協同
- ・福祉協同サービスの動向
- ・医療事故問題その3、など

【編集後記】

社会的な貢献度を示すソーシャル・レポートの話題が座談会にもありますが、スペイン・スウェーデン視察においても社会との連帯の意義が大きく感じられました。不安と切迫を取り除く鍵のひとつに思えました。医療事故問題については次号も取り上げる予定です。医療従事者に限らず、多くのかたからこの問題に関してのご感想やご意見をお待ちしています。



「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」
事務局

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷1-29-3 日本パーティビル4階

TEL : 03-5770-5045 / FAX : 03-5770-5046

ホームページ URL: <http://www.inhcc.org/> e-mail: inoci@inhcc.org