

## 目次

- 
- 巻頭エッセイ「市民社会の『普遍性』の崩壊のなか、輝く非営利・協同組織」……………大野 茂廣 1
  
  - 座談会「農村地域の変化といのちとくらし」  
……………田代洋一、村口至、高柳新、色平哲郎、石塚秀雄 2
  
  - 論文「香川の地域医療の現状と打開の道」……………篠崎 文雄 21
  
  - シリーズ非営利・協同と医療（1）室料差額問題——
  - 「室料差額問題シリーズの開始にあたって」……………石塚 秀雄 23
  - 「室料差額と医療倫理（前）—格差処遇の正当性について—」  
……………尾崎 恭一 24
  - 「公的保険で安心して療養できる病室を—臨床医の立場から個室を考える—」……………池田 信明 29
  - 「室料差額問題—看護師の立場から」……………玉井三枝子 34
  
  - 翻訳「日本の民主化する医療—日本の事例—」  
……………ビクトル・ベストフ、石塚秀雄訳 36
  
  - 第9回自主共済組織学習会報告「芸能人年金はなぜ必要か」  
……………小林 俊範 49
  - ・「芸能花伝舎訪問—芸能文化を通じて地域・社会に貢献するモデルケース」……………（事務局 竹野ユキコ） 56
  
  - 書評「『ビッグイシュー』を知っていますか？」……………柳沢 敏勝 58
  
  - 社会福祉と医療政策・100話（6—10話）「2産業革命へ」…野村 拓 60
  
  - バックナンバー……………35、65
  
  - 入会申込書

## 市民社会の「普遍性」の崩壊のなか、輝く非営利・協同組織

大野 茂廣

日本は世界の中で、アメリカと並んで市民社会として存立する普遍性を喪失する国に歴史を逆流させている。「持続可能な社会保障」を口実に社会保障のネットワークから排除する「改革」が進められ、市民社会の一員であるはずの国民が市民社会から排除される層を形成している。個人的にはNPO法人の介護事業に働くようになって、改めて、市民社会の中の“非営利・協同”の役割や見通しを考えている。

市民社会と国家を最初に区別したヘーゲルは、『法の哲学』・第三部「倫理」の第2章で「市民社会」を扱っている。第2章は、“欲求の体系”－“司法活動”－“福祉行政と職業団体”となっているが、非営利・協同の組織は「職業団体」に関連している。「市民社会」は各個人の“特殊性”の権利（所有権にもとづく個人的利益を追求する競争）の支配する“欲求の体系”で、自由と平等など人間社会の“普遍性”と対立した社会であると、ヘーゲルは言う。この社会の否定的（未来にとって積極的）区別として「個々人の生計と福祉の保障が——つまり…権利としてとりあつかわれ実現することを要求する」（230節）。この担い手が、「福祉行政と職業団体」である。ここで職業団体は「おのれの特長的なものをめざす利己的目的は、同時に普遍的目的であることが理解され、かつ実証される」「組合という形で…顕現する」（249節）組織である。労働者互助会や労働者協

同組合に近いのだがヘーゲルの時代（1820年代）と違って、非営利・協同組織との関連で広くとらえる必要がある。しかし、市民社会の特殊性（競争）を「職業団体」の持つ普遍性（協同）によっては解決できず、「国家」に移行して矛盾は止揚される、とヘーゲルは考える。マルクスは、職業団体を“普遍性をもつ団体”として積極的に評価するが、生産手段の私的所有を是認したままで国家において矛盾を「調和」させるヘーゲルを批判する。

利己的個人の競争しあう格差社会の中で、職業団体が未来社会の普遍者であっても「その力〔は〕…極限されたままであり、…〔市民社会の〕外的秩序であるにとどまる」（231節）。こうした制限の中で介護現場にはいると、職業団体が「商工業の個々独立の営業を倫理的なものにし、それを一つの仲間集団に引きあげて、その中でこの営業に、強さと誇りを得させる」（255節追加）のは、とても困難で、市場競争の中で非営利・協同などどこかに飛んでいってしまいかねない現実にあつかる。「普遍者の威力」を発揮していくために、“地域にあつて、地域とともに発展する”こと、ミッションのもとに団結し「事柄について知識をもって決定を行う能力」（エンゲルス）をもった職員と組織構造を作っていくことが重要なであろう。

（おおの しげひろ、研究所理事）

# 座談会 「農村地域の変化と いのちと暮らし」

出席者 田代洋一 (たしろ よういち、横浜国立大学名誉教授、大妻女子大学社会学部教授)  
村口 至 (むらぐち いたる、医師、(財)宮城厚生協会坂総合病院元院長、当研究所委員)  
高柳 新 (たかやなぎ あらた、医師、全日本民医連名誉会長、当研究所副理事長)  
色平哲郎 (いろひら てつろう、JA 厚生連佐久総合病院地域医療部地域ケア科医師、前南相木診療所長)  
司会 石塚秀雄 (いしづか ひでお、研究所主任研究員)



司会 医療制度改革や格差の問題について、これまでは比較的都市の消費者を中心とした議論が多く、私たちは農村地域や農業問題というところでの議論をあまりしてこなかったように思います。そこで今回、農村

地域社会が抱えている問題、昨今で言えば医療問題、地域格差の問題、(2008年1月の) 毒入り餃子の問題で急激に出てきましたが食料自給の問題、農業政策の問題など、取り上げていきたいと思っています。

田代先生は農業経済学がご専門で、農協・生協についても、また農村地域についても詳しいので、その点からお話を伺いたいと思います。色平先生は佐久病院でお仕事をされていますが、特にグローバルな視点での発言をなさっていますので、そうした点もふまえてお話を伺えたらと思っています。

それでは最初に田代先生から「農村地域と共同性の問題」について、口火を切っていただければと思います。

## 食料・農業・農村をめぐる現状

田代 今年の2月に山形県白鷹町に講演に呼ばれ



ましたが、呼んでくれた団体が「命の値段を考える会」というのですね。命の値段を考えるというのは生命保険のようですが、命を育む食べ物の値段があまりに安いのではないかとこのことで名前がつけられたそ

うです。そうしたなかでこの座談会の趣旨に私も大いに賛成するわけですが、私自身は医療を専門にしているわけではありませんので、現在の農村の状況をお話させていただこうと思います。

まず食料・農業・農村から簡単に取り上げたいと思いますが、世界の食も日本の食もグローバル化に直撃されていることが大きな問題のひとつです。中国製の冷凍餃子の中毒事件の問題については原因がうやむやのうちに終わっているのですが、私にとっては誰が毒を入れたかということだけでもいいこと、刑事事件であるということだけであって、その商品が日本に入ってくるのをチェックできなかったということ、国内でああいうものが流通したということが問題だと思っています。

次に3月になったらにわかには食料危機によって暴動が世界中で起こっている、軍隊や警察が出てくるという報道がされています。世界的な食料危機の最中、食料自給率が非常に低い日本で6月にサミットが開かれるわけですが、総理を始めとし

てあまりに危機意識がない、世界の問題と切り離されたところで日本の対応を考えるということになってしまっているのが問題です。

日本の食料自給率が非常に低くて、低いということは食料危機の世界から輸入して世界にご迷惑をかけているという意識が低いのではないかと、いう気がします。さらに遺伝子組み換えトウモロコシをとうとう食用に使うという会社が出てきた、アメリカから輸入された牛肉の特定危険部位・脊柱が入っていたということが吉野家によって発見されたというのに、そういう問題があっても輸入禁止には至らないこと、さらにアメリカは居丈高に30ヶ月未満だったらどんどん輸入せよと言ってくるなど、輸入に依存している日本の食の安全性は明らかに根底から揺らいでいる現実があると言えます。

そういう中で、朝食を摂らない日本人が増えていて、高校卒業くらいから急激に摂らないという新聞報道がありました。私はこの4月から女子大に勤めていますので、講義の際に学生に聞いてみたら、やはり半分が朝飯を食べないというのですね。これは大変なことだと、大学でも朝飯を食べることの必要性から始めないといけないと思っています。

2番目に日本の農業の困難についてです。世界的に農産物価格が高騰しているのに、日本の米価は下がっています。政府は「品目横断的経営安定対策」で、4ha以上、20ha以上の農家や集落営農にしか交付金を出さないよ、という政策ですが、それに対して去年7月の参議院選で自民党は有権者から手痛いしっぺ返しを受けたので、少し農政の見直しという動きが始まりました。若干基準を緩めるとのことですが、既に始まってしまった政策に対して基準を変えるのは、現場が非常に困ることではないかと思っています。

いま農家が一番困っているのは、米価が下がっていくことです。一言で言えばこの根本に政府のやってきた生産調整政策が機能不全になっている、きちんと生産調整政策が出来ないようにしてしまっていることがあります。東北を中心に過剰作付、その結果として米価が下落してしまう事態になってきています。これは今年も引き続き混乱するのではないかと思っています。

すでに去年、一昨年あたりで平均10kg3,600円、10kg4,000円以下のお米を食べているのが消費者の4分の3となっています。これは計算すると農家の庭先価格で60kg当たり12,000円ですが、それに対して地代・労賃込みの生産費は14,000円ですから、耕地面積3ha未満の人はみんな赤字です。さらに原油や配合飼料、肥料・農薬のすべてが高騰してくる中で、畜産農家や施設園芸農家などの専門的農家が苦境に陥り、酪農家の自殺といった問題が出てきています。「日本の農業の困難—古典的シェーレ（鉢状価格差）」とレジメには書きましたが、まさに農産物の値段は下がるけれども資材の価格は上がっている、こういう挟み撃ちを受けているのだと言えます。

3つめに地域格差の問題について、いろんな先生方の本を読んでも地域格差はないとされる研究者もいるのです。ただそれは都市を比較した話で、一番大きいのは都市と農村との格差が開いていることが問題ではないかと思います。それが限界集落であり、郵便局がなくなったり農協支所が地域からなくなったりすることであり、交通弱者が取り残される、医療過疎という問題、農村の自殺といった問題が起こるわけです。今日の座談会のために新聞記事などを見てみますと、農家は健康ということに非常に気を遣っていますが、健康機器やサプリメントに安易に頼るといえるか、きちんとした対策もないままに健康面でもいろいろな問題が生じているというのが現在の状況ではないでしょうか。

司会 ありがとうございます。それでは次に村口先生、お願いします。

## 宮城県における地域社会と地域医療の現状

村口 私は医者になって40年ほどになります。1980年代の半ば、土光・中曽根臨調で老人医療費が有料になった頃の話ですが、外来でずっとおつきあいのあるお年寄りの患者さんが、いつも朗らかな方なのですが、非常に暗い顔をされている。どうしたのかと思ったら、開口一番、「息子から家を出る前に『もう年には不足ない』と言われた」



と言うのです。それですっきりしよげられていた。しかし、まだあのころは年寄りの年金に頼らなければ生活できないという時代ではなかったのです。それから20年以上経って、いまは50代、60代が親の年金に頼ら

ないと生活できない状況になっています。往診に行くと、その年代の息子さんが一生懸命に親の介護をしているのです。さらに最近、1ヶ月くらい前ですが、50代の男性が、初診から2回目くらいでしたが「金がかかるからこれ以上長生きしたくない」とおっしゃった。その方は一人暮らしで、高血圧、糖尿病、高尿酸血症、脂質代謝異常などもある方でしたが、ずっと治療もせずに検診も受けずにきていて、もう体がもたないというので外来にいらしたのです。そういう働き盛りの人が頼るものがなくなっている。近年は親も兄弟も頼るものにはならない、そういう状態が目立ってきています。

私の職場はむしろ半漁村ですが、今日は農村中心ということですので、宮城県の農村についてお話しします。宮城の米どころに登米市（とめし、人口87,000人）というところがあります。平成の

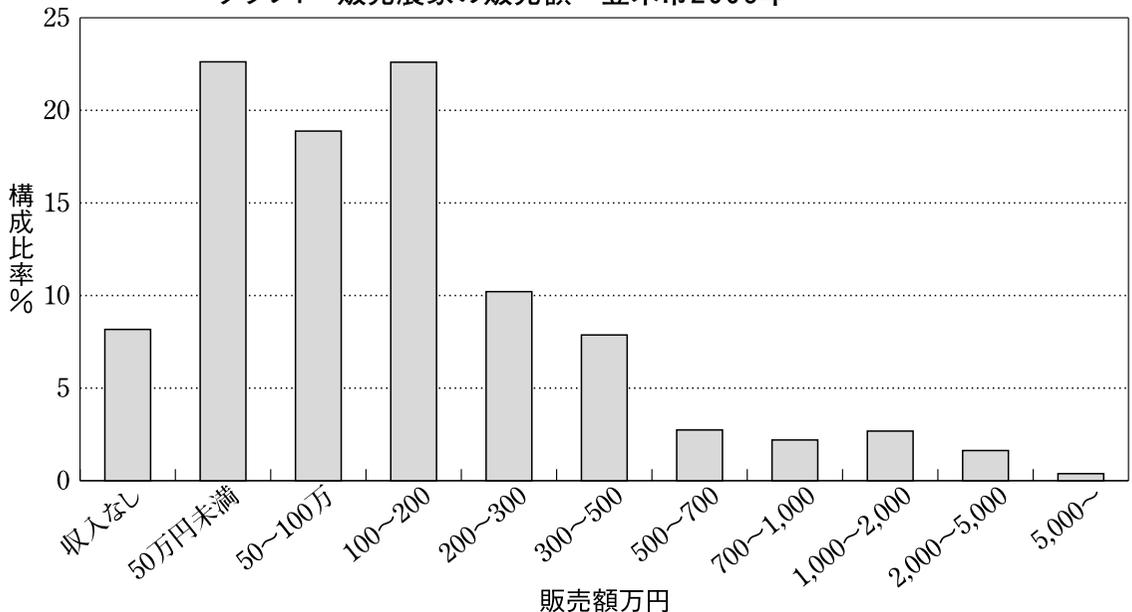
大合併で2005年に8町が合併して1市になりました。仙台市から70kmの距離ですが、新幹線の駅や高速道路のインターチェンジなどはありません。県内では人口・面積も4番目で、65才以上の人口比率は27%です。平地が多く、農用地に占める田面積比率は85%で県内最高の「米作地」です。ところが1人当たり平均所得1,979千円で、県下36市町村中32番目、これは下から数えて5番目です。これは県平均2,620千円の75%、国平均の65%です。まさに農業地帯だからこそ、という生活レベルだと言えます。

農業世帯は全体の14.9%、15歳以上の生産年齢人口では17.4%。経営耕地面積別に見ると1.0ha以下39.6%、1.0~3.0ha 46.1%で、平均は1.4haとなり、3ha以下が85%です。さきほど田代先生のお話にあった認定農家は1割もいないかもしれません。

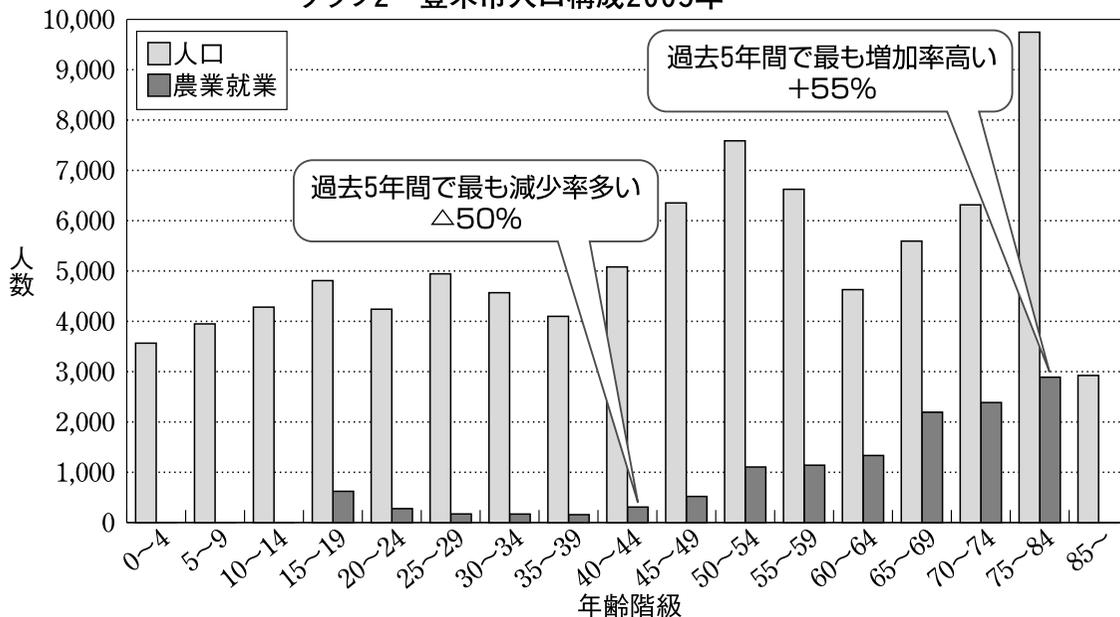
販売農家の販売額（グラフ1）では、200万円以下72.3%。原価率を60%とすると、農業だけの実収入200万円以下は90.2%。つまり、典型的な純農村の農家は農業のみで生活できないのです。

グラフ2に、登米市の年齢構成について示しました。その農業就業人口のうち70歳以上は39.7%で、まさに「後期高齢者農業」になっているのであり、2000年からの5年間で75歳以上は55%も増

グラフ1 販売農家の販売額 登米市2006年



グラフ2 登米市人口構成2005年



加しています。一方、40歳代前半は50%の減少率であり、中年層の農業離れ、働き盛りは他産業へ移行の傾向が強まっています。つまり、普通家族を支えるには農業では不可能となったことを受けて、高齢者の就農が強いられている状況にあります。余談ですが、社会からリタイアしたことを前提にした「後期高齢者医療保険制度、がリアリティに欠けることがこのことからはっきりします。

当市の総生産高は、(03年) 245,772百万円のうち第1位製造業18.6%、2位不動産業13.1%、以下表1のとおりで、農業は6.1%に過ぎない。不動産業が2位であることは、農地が他産業への転用の広がり性を示すのではないかと思います。

表1 登米市の総生産(2003年) 総額245,772百万円 割合(%)

1 製造	18.6
2 不動産	13.1
3 運輸・通信	10.6
4 卸・小売	9.7
5 建設	8.9
農業	6.1

15歳以上の就労人口では、第1位製造業20%、2位農業17.4% (戸数で34.3%)、以下表2で農業は第2位を占めています。就労者のうち37%が

市外地です。

表2 登米市の15才以上就労人口

	割合(%)	備考
1 製造業	20	
2 農業	17.4	戸数で34.3%
3 卸・製造業	15.2	
4 建設	12.4	
5 完全失業	8.4	
6 医療・福祉	8.1	

完全失業率8.4%。生保率4%、国保資格証明書+短期証明書発行は3.8%であり、これは都市部より低い傾向にあります。私のいる塩竈市などは生保率が15~16%ですから、はるかに低いのですが、土地を所有しているためとされています。ここ10年間は餓死や孤独死者は見られないのは、自家栽培や親戚、近隣の農村社会の絆の強さを反映しているのではないかと。一方で、大型パチンコ店などの遊興施設に若者が氾濫しているそうです。平均的に最低の職、住生活は維持しているが、憲法25条の「文化的生活、からは距離があると思われる。

医療機関は7病院で医師35名(市立5、国立ハンセン氏病療養所1、民間1) 総病床685、1日平均入院531(77.5%)、外来1,700人。開業37医

院医師43名。過去12年間で病院医師1名減、開業医4名増。人口10万人対88人（宮城県平均の47%、同全国43%）。地域生活の基盤としての基本的条件に欠けています。5病院の累積欠損金72億円。前年度より10%収入減。1日医師1名当りの稼働39万円で、全国平均31万円（地方公営企業年鑑）より高い。全国平均より3割の過稼働で医師の負担が増えています。

05年町合併と総務省「公立病院改革ガイドライン」（以下ガイドライン）により、5病院2診療所を2病院3診療所にする再編計画の下に、すでに1病院を診療所化しました。このとき、市民からの反対運動は目立ったものになりませんでした。宮城県全体にわたって市町村合併とそれに伴う公立病院の再編成が起っていて、それを迫るのはガイドラインなのです。大規模病院を1つ作り、その他はサテライトという形で編成しようとしているのですが、それには地域で住民からの大きな反対運動が起っているところもあります。

司会 農村地域は良しにつけ悪しきにつけ「土地を持っている」というのがクッションになっているように思います。さて高柳先生からは都市についてお願いします。

## 都市における医療問題



高柳 それでは都市の医療の問題に絞って勝手な意見をいくつかお話しします。

ひとつは大昔から満足する医療が手に入っていない貧乏な人は、依然として増えているように思えるということです。ほくが診療

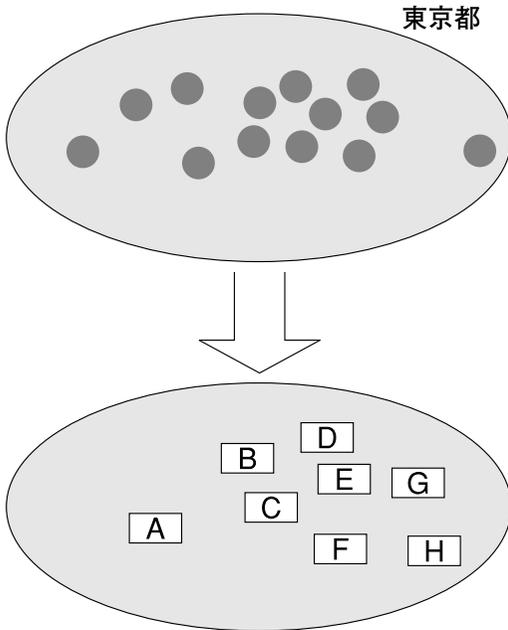
していた小岩や江戸川という地域には、典型的な貧乏な人がたくさんいます。何をしているのかと聞けばパチンコ屋に勤めたり焼鳥屋に勤めたりして、どうにもならないほどにへとへとになってから診療所に来る人たちです。こうした人は依然として各地に昔からいて、急に格差ではじき飛ばされたのではなく、大昔からはじき飛ばされていた人が東京の下町にはたくさんいるのだとい

うことです。

もう1つは、中産階級のかなり上だと思えるような人が、病気になったときに行き場を失っているということです。その理由がひとつは経済的に1日2万円の差額室料はとて続けられないものということ、また村口先生が言われたように病院が自分の専門へ異常に特化していく傾向があって、政策的な誘導もあるのですが3ヶ月以上入院させる訳にはいかないとなっていることです。具体例を挙げると、朝日新聞の論説委員をやっていたようなクラスの人が脳梗塞で倒れ、入院していた病院から3ヶ月で「もう他へ移ってほしい」と言われたのです。それでそこから次の病院へ入れてもらったのに、3ヶ月経つからそこも追い出されそうになっている。「訴えてやろうと思っている」とその方は言っていましたが、誰を訴えるのかとなってしまいます。結局そういう人を受け入れる場所が本当に少ないのです。それでは行き場を失った人が行ける場所があるのかと探すと、民医連がお得意だと思っていたのですが、「鼻から栄養ではだめ、胃ろうを作ってこないダメです」となってもめています。虎ノ門病院のトップの医者とつきあいがあったような人が、こうなってしまう。いつの間にか病院ががんじがらめにされ、病院の都合に合わせて患者を選別することになっている。経済的にだけではない、構造的に行き場のない人が増えているのです。そうした相談を良く受けませんが、いい処方箋を出してあげられない。「弱ったね、もう少し頑張る」、としか言えない。基本的にこういう人は、家庭に無理に押し込むことになります。無理を重ねて家庭で引き取らせるのですが、家庭にそういう力は誰が見てもほとんどない、そういう状況です。

それでは病院はどういう構造になっているかといえば、大きく変化しています。ひとつは都立病院です。ベッド数では東京の6%をカバーしていますが、昔は都立病院であれば「公的である」ということを前提に、とにもかくにも何でも診てもらえるという期待がありました。2000年以降、急激に転換しています。図を見ていただきたいのですが、基本的に都立病院は総合病院で、地域の人に行けば診てもらえるという前提だったのです。ところが転換でこの病院は急性期医療、ここは

## 図 都立病院再編イメージ



●はabc…各科をそろえた総合病院（急性も慢性も含めた）が基本的であった。3病院を合併して1センター化するなどの方へ向っている。（「特色ある病院」「公率的な運営」などの名目で）

□A □B □C …は一点に集約した専門センター。全東京を一つの地域と考えて生みだされた“一点豪華主義”。これまでの都立病院周辺の生活圏＝地域は離島化されていく。

心臓、こちらは脳と専門特化することによって、生活全体の地域から東京全体を射程に入れた強引な分業をしたのです。この変化は、実は働いている医者にとっては専門症例が集まるので希望にフィットするから、医師からの反発は意外に出てきません。何でも診なければいけない総合病院よりはるかに効率がいいのです。小さな生活空間から一気に東京全体で都立広尾、府中、墨東を柱に専門特化したら、結果として非常にかかりづらくなったのです。紹介状がないと診ないというのが出てきたし、よく分からないけれど40度の熱が出たので急性期が専門の墨東病院に行ったら、一晩救急室で寝かされただけで朝にぼくの行っている地元の診療所に戻されてきた、などということが起きている。それなりに急性腎盂腎炎と診断が出ているのに、高熱が出ていても何もしてもらえない。あの病院は安心して丁寧に受け入れてくれるといったものをみんなが失って、都立病院を中心に急激にアクセス権が悪くなったのです。

また東京にいくつかある日野市立病院、青梅市立病院などといった公立病院でどうということが議論されているかという、「安心・安全の医療、患者中心の医療、開かれた医療、効率的な医療」がキーワードで再編にさらされているのです。難

しい議論だと思いますが、一例を挙げると日野市立病院は300床で、市が持ち出す税金は3億円で、全然足りないので6億円入れる。すると何を公立と言っているのか難しいですが、殆ど人件費削減に向かって仕事をアウトソーシングしています。また医者の労働の効率化をはかるために能力給が導入され始めています。さらに入院の在院日数を短縮しようとして、使っているベッドを利用率が68%くらいになってしまっているのに救急医療を受け付けない、小児科も医師の最後の1人が辞めてしまったので、小児科医がいなければお産も診ないと産科の先生がボイコットしてしまった。救急はやらない、産科はやらないと突然発表されたから、300人近いお産予定のお母さんたちが路頭に迷いそうになっている。慌てて地元の産科の先生に振り分けをしている。出たところ勝負というか、効率的な医療のために無責任な構造になっている状況です。

司会 平成の大合併で地方が合併しましたが、都市部でも広域化が進み、特に医療システムが社会化ではなく家庭、在宅化へと向かっている状況、医療崩壊が自治体病院でも起きている状況だということが分かりました。

それでは色平先生お願いします。

## 佐久総合病院と地域社会



色平 佐久病院から出向して、山の村で12年間診療した経験から申し上げます。

若月俊一ドクターという大先輩がたいへん苦勞した地域でのさまざまな困難、とても一筋縄ではいかない「ぶつかり」が、地域共同

体にはあることに気づきました。若月先生のあとをついて行ったら、気づいたら、JA 職員、農協職員になっていたという人間であり、あとから協同組合とは何かを学び直しているところです。

ふるさは新潟で、一族はほとんど農業をしています。むしろ身近な存在であった農協について、田代先生の著作から学ばせていただいております。

「限界集落」などと聞くと、「俺たちは限界なのか、もうターミナルだというのか？」と、みんな内心では、憤慨していますよ。そんな「声なき声」が中央に伝わっていないようだ、と、「限界集落」などと、平然と、無神経に、命名してしまうのではないかと感じました。限界なのはむしろ自治体であって、地方自治体こそ戦後一度として自治に達してはいなかったという意味で、「限界自治体」ともいうべき状況にあるといえましょうか。

村にはご高齢の方が多く、米騒動のころ、あるいは昭和農村恐慌のころ、貧困が日常的であったような、江戸時代から連綿として続く山の生活のありようを日々の診療で聴き取りながら、追体験させていただいております。苦勞話が多い。それは農村ならでは、80歳代でも現役の百姓だ、ということでしょう。都会育ちの若者とは異なる、「原日本人」としてプライドとこだわりを持つ方々です。

南牧（みなみまき）村は、名前のとおり牧畜と高原野菜の村です。2年間この南牧に家族で住んだあと、南相木（みなみあいき）という国道も鉄道もない中山間地の山村で10年間、多くのご老人を見送りました。大変お世話になった、という感謝の気持ちがわいてきます。

ご老人たちに私たちは、家族ぐるみでかわいがっていただいた。すばらしい「原日本人」である彼らから、我々の世代がいったい何を受け継ぎ、何を受け継げずにいるのか。彼らのことをもっともってお伝えしたいと思って、医学生や看護学生を引き込み、農作業に参加してもらったり、草鞋を作らせてもらったり、機織りをさせてもらったりしています。

このような研修会を続けているのは、「農村医学」を、もし若月先生がご存命でお伝えになるとすれば、きっと農家で合宿しながら、人に共感できるような医療人になってほしい、そしてお金より心意気みたいなことを大事にしてほしい、とおっしゃたのではないかと考えているからです。

これは私にはお伝えすることがなかなか困難なことです。若月先生ご自身を戦時中、東京から信州の産業組合が招いた時期のことを考えると、なぜ百姓たちが、あえて「医師のいないところ」に農協病院を建設せざるえなかったのかという、その時代の「原点」を見つめることにならざるをえなくなります。そういう意味で、私は「アナクロ・サンディカリスト」になってしまいました。アナクロではなくアナクロ、時代錯誤、という意味です。

「不完全資本」でしかない協同組合運動が資本主義化される全体趨勢の中でどうすれば生き残れるのか、また、生き残っていかなければ日本の農山村では人が暮らし続けられないではないか、、「母なる農村」への思いを「遺言」に託された若月先生のお考えを現場で多少追体験させていただき、発言させていただいております。

先ほど村口先生は、土地を持っている農民だから生活保護にかからないで済む、とお話しされましたが、では、多くの農民がいつ土地を持ったのかと言えば、農地解放の時です。村のご老人方は、生まれた頃は「無保険者」であったのみならず、土地なし農民もたくさんいて、だから戦後我々自身が組合病院を作り、守り育て、自ら支えてきたのだ、という気迫と心意気を今に伝えてくれます。ここを若い世代の日本人にどうお伝えするのか、私にとって、チャレンジであり、とても大切なことになりました。

日本では、かろうじて古老たちだけがお伝えて

きることでしょうか。しかし海外では、いや地球上のほとんどの場所では、現在でも「医者がいなところ」がむしろ当たり前でありましょう。私のところに来た学生たちには、さらに途上国の農村を訪れていただき、また信州に来村いただいご報告いただく、そんな取り組みを毎月のように行っています。純真な医学生たちを「悪の道」に誘い込み、ハッパをかけていることになりますね。

高柳先生が先ほどおっしゃった、下町にこそ貧困な方々がおいでになる、ということですが、私も民医連病院で研修医としてお世話になったとき感じたことです。当時、外国人労働者や女性が多数おいでになりました。そして無保険者、貧困者、係累がないが故の生活困難に東京の下町で出くわしました。

信州では、南相木村の隣に川上村という千曲川最奥の村があり、農業が盛んなところです。ここでは、中国人労働者を毎年数百人規模で受け入れています。辺境、そしてマージナルな場にこそ、つまり「社会的へき地」や「地理的へき地」にこそ、様々なグローバリゼーション、「国際化」の矛盾が立ち現れてくるということに驚かされます。都会の外国人労働者・女性だけではなく、農山村では「花嫁さん」と呼ばれるような方々にも、いろいろな心理的葛藤や文化間問題が起こっていることを知りました。

佐久病院は現在、「再構築」つまり建て替え、建て直しの時期を迎えています。保守的な土地柄では容易につぶされてしまうというので、サク病院ならぬサケ病院を演じて参りました。そして病院長を中心に病院として、いかに相手とおりあって「再構築」のご理解を得ようか、と必死にこの十数年間取り組んできたにもかかわらず、それに対する反応は希薄です。残念なことです。

戦前からの「反産運動」のことをご存じだと思います。産業組合に反対する、強い反発と反感を込めた社会運動でありました。住民に寄り添った病院を建設しよう、建設したい、という住民や農民の運きに対し、医師会のみならず地域のいろいろな向きが反発してきた、、、そんな戦前からの歴史を彷彿とさせるできごとではないかと思っています。若月先生が、憤っても、決して文字にしきれなかった、そのお気持ちを追体験させてい

ただいている、それが現状なのかもしれません。農山村が、いかに国策と都市に翻弄されてきたか、、、。

先日、梶井功先生と対談させていただき、現況は「平成農業恐慌」ではないのかと申し上げました。日本の農村では、米価がここまで下がっては米を作り続けることができない。一方、国外では米価が上がっていき、辺境地の死角に餓死が起こりかねない。そんな状況で、農業協同組合運動の辺縁を担う私としては、梶井先生のような方にこそお願いしたかった。厚生連は農水省の仕切りの中で、農協法の管轄する農協組織の一員であるにもかかわらず、通常は厚労省の医療の仕切りの中にいて、両方の省庁から見えないような死角に落ちたかたちになってしまっている。我が厚生連の位置づけについて、ぜひJA本体の中で明確に位置づけていただきたい、と強く願うものです。自分たちの存在と思いをこの間きちんと外部にアピールしきれてこなかったということの結果なのですから、いまさら私の口から申し上げてはいけないのかもしれません。しかし梶井先生や田代先生こそ、厚生連という目立たない存在が従来語らずに細々とやってきた、その成果のひとつが、例えば長野県の老人医療費が安い、ということにつながっているのかもしれない、という仮説、これをぜひ分析検証いただきたいのです。

医療費が安い、というのは医者が儲けようとしていないからで、一種「アホ医者」だともいえることでしょう。自慢できることではない筈、しかし、あえて儲けないでいこう、ということは戦前の産業組合の時代からの伝統であり、農協を作っているのは農民ですので、農民たちが病気になるように努力することは、我々農協病院の本来の責務。このことは、後の皆保険制度創設につながる構図でありました。医療技術を協同化するのではなく商品化してしまえば、周囲が病気になる方が儲かってしまうという大変なモラルハザードを引き起こすことになりました。

現在の我々が空気のように当たり前だと思っている国民皆保険を築く歴史的原動力になった当時の農民たちの熱い思い、それを思い起こし、さらに、研修医や医学生たちにハッパをかけて参りたく存じます。

梶井先生や田代先生など、諸先生方でJAの中央向けに提言できるお立場の方々にこそぜひご発言賜りたく考え、今日ここに伺いました次第です。

司会 ありがとうございます。色平先生が言われたように下からの主体的な動き、産業組合や労働者でいえば都市部の無産者診療所といった歴史は、現在、地域の主体者としての農協の役割が農協法の改正や金融への偏向などによって問われています。伝え聞くところによれば農林中金はプライムローンで2千億円を損失したという話も聞いています。農村社会で歴史的に担ってきた主体的な運動、住民自治のあり方などについてお願いします。

## ●主体者としての農協、住民自治の現状

田代 農協について皆さんの熱い期待があるわけですが、それはかなり厳しいというのが率直のところですが、色平先生のお話を伺っていて思い出しましたが、農協共済というものがあります。あれは北海道から始まっています。開拓農民のリスクが非常に大きい中で、自分たちの身を守るために始めたことが、全国の農協共済へと広がっています。医療についても同じように広がったのだと思います。

しかしながら、かつての産業組合など地域の切実なところから立ち上がっていくという原点、初心はどこへいったのかということ、厳しいところに来ているなという気がします。いろいろな事業がそうだと思いますが、事業として拡大すれば事業それ自体が一人歩きし、本来のニーズや原点から離れてしまいがちです。地域の崩壊や農村の崩壊といわれる中で、具体的に農協や生協が協同の担い手として対抗していく主体になっているかということ、そうやってはいないのではないのでしょうか。いずれにしても金融事業を主体にして金融としての生き残りに賭けている。一口に言って減収増益、コストを減らすことで増益に持って行くようにすると、広域合併化して農協が地域から離れているというのが現状だと思います。

私は農協を2つに分けています。1つは経済事

業、販売・購買だけで黒字となるのを「産地農協」、もう1つは経済事業で赤字の「非産地農協」、こちらが圧倒的です。産地農協としてやっつけられるのは北海道や全国でも何十と限られる農協です。合併が問題なのは非産地農協の方であり、金融事業に特化するところでは採算のために合併を進めます。ところが生き残ってきた産地農協に対しても合併を強行しようとする動きがありますし、さらに一度合併したのを更に合併しようというのがありますし、合併しただけではなく1県1農協という動きも出てきています。一度始まった合併の動きは止めどなく出てきており、農協は金融共済事業を主体として合併を進め地域から離れていき、本来は協同の担い手であるべき農協が地域再生の担い手となりうるかということ、皆さんのご期待に添えていない面が強いのではないかと思います。

また自治体についても農協以上に厳しいですね。特に農政担当部門は人がどんどん引き上げられてしまい、現実把握能力を失っています。また県行政が主体性を失い国の農政のいうがまま、つまり下請け化しているのです。2008年の各県の農林水産予算を見ると、大阪と熊本は極端に減らしましたし、農業県ほど削減しています。

これらが暗い側面、地域崩壊の中で農業協同組合が地域再生の担い手とは言えないという面ですが、一方で合併を終了した農協では経済事業改革が一段落し、次を目指す段階の農協が出てきています。お米だけではやっていけないので施設園芸や園芸の振興、さらに集落営農などいろいろと取り組み始めています。農協事業が儲からないなかで唯一調子がいいのが直売所やファーマーズマーケット、また儲かりはしないけれど気を吐いているのが介護や福祉という分野です。

私が申し上げているのは全ての農協がダメだということではありません。主流として金融事業中心に広域合併を繰り返さずと地域から離れていく農協があるのですが、その一方で同じように合併をしながらも別の道を歩んでいる農協もありますし、さらに「小さな自治」、「小さな協同」という動きが出ています。その中で一番小さいのは集落営農という動きで、また広域合併によって便利が良くなかったなかで、「小さな役場」というか、明治の合併村、昭和の合併村、あるいは農協が撤



退してしまった支所を引き継いで自分たちの自主的組織を作り、必要不可欠な事業を行うという動きも出てきています。

また人が減らされる中で自治体と農協とが一緒になるワンフロア化し、地域農業支援に取り組もうという動きもあります。それが更に進むと地域農業支援センター化の動きになります。まったく崩壊というのではなく、小さな協同を立て直そうという動きが出てきていると思います。

ただし集落営農といっても先ほどの登米市の話のように高齢者が中心ですから、「病院に通いながらの集落営農」となっています。しかし地域のことはお年寄りが自分たちしかいないとなったら、自分たちで何とかしようという動きが強く出ています。さらに地産地消、食育、直売所といった動きもあり、一番元気なのは農村の女性、「若いおばあさん」と言いますか60代の女性たちが元気という印象です。医療との関係でいえば、ヘルパーの資格を取り、自分たちがボランティア活動で介護や福祉の活動に行く動きもあります。しかしここで農協が事業化しようとする、せっかく育ててきた農民の協同の動きと農協の事業とを一体化出来ればいいのですが、プロに任せてくれとなくなってしまうと自主的な動きを切ってしまうこと

になり、つまらなくなってしまう恐れもあります。

ですから、主流の協同組合が本当に地域再生の担い手たりうるかというのは深刻な問題を抱えていて、農協・生協とも自らに問わなければいけないというのが1点、他方で小さな協同が再構築されつつあるのが現状ではないでしょうか。

司会 農村の産直などは女性が頑張っていますね。農協の取り組みの良いところは家族経営協定によって女性労働を評価する点、また議論は分かれるところですが准組合員制度活用の可能性もあるのではないかと思います。

## ●地域社会の新しい窮乏化と対抗軸

村口 先ほどの登米市は、合併によって5病院2診療所を2病院3診療所へ縮小と話しましたが、隣市である大崎市では06年に合併特例法で1市6町が合併しました。医療機関を5病院1診療所から1病院4診療所に縮小再編する方針を市当局が出したら、住民や医師会の批判の前に、蜂の巣をつついたようになったのです。それで当面診療所化は公設民営病院案として再提案されている。2町では住民の運動が盛り上がり、住民8割の署名

が力になったのですが、再提案で運動は引いてしまったのです。公設民営とはどういう内容かの議論がなく、そのまま停滞してしまっているという問題があります。

一方、北の隣市である栗原市（05年、合併特例法で9町1村が1市に、人口8万人）では、東北大学教授2名、准教授2名も加わった専門委員会で「地区医療計画」（中間報告）が作成されましたが、当該地区の3病院4診療所では医療構想が作れないとして、大崎・登米の2隣市の医療機関との再編統合でマグネットホスピタル（400～500床規模病院）を作り、残りは診療所と具申しました。だいたい、8万人の人口にこんな大規模な病床の病院を作っても成り立つわけがないのです。なぜこうなるのかと言えば、いま大学病院の医師が行きたがるのはこの規模の病院だからという発想であり、隣市からしてみれば勝手にそんなことを考えていると反発が起こっています。この計画は出たけれども進まないとなっています。

平成の大合併の議論の中で、ある意味で私は評価していいと思うのは、合併したときに自分たちが農協や国保直営で作った病院、つまり「おらほの病院」がどうなるのかというのが大いに議論になった点です。こうした病院が縮小再編という動きが出てくるものだから、合併賛成派だった保守派の議員たちも困ってしまっている。そこで地域の立場でもう一度医療機関をどうするかという動きが出てきた、これは積極的な点です。一方で地域医療計画を具申する委員に東北大学が乗り込んできて、先ほどのようなりアリティのないことを言い出すので、計画が進まなくなってしまうのです。

ここに2つの問題が見えます。1つは総務省の出した「公立病院改革ガイドライン」が、平成25年までに赤字を解消した再編ネットワークに入らなければいけないと全ての公立病院に求めているのです。それを強制され、どこでもそういう内容の文書を作らなければならない。かなり無理な話なのですが、無理な中でそういう地域医療再編の議論の外に置かれている公立病院などの医師たちが展望を失って辞めていくのです。ですから地域の医療を崩壊させる原因の1つに、このガイドラインがあるのではないかと思います。

もう1つは各県に大学があり、大学が地域医療計画作成に参加しているのですが、大学の医師が抵抗なく赴任できる大規模病院（専門性が高く、専門分科した500床規模）づくりが第1義的な基本方針になっているために、地域の広域行政圏まで再編成を求めるようなことまで言い出すという本末転倒な問題です。地域にとって必要なのは、100床規模の中小規模病院です。そこで働く医師を大学がどう作り出すかではなく、いつでも大学から行って、大学に戻ることが出来る大規模な病院をどう作るかに視点がなっている点を改めて議論しなければいけないところです。

まとめると平成の大合併が何を地域にもたらしているかという視点、総務省の公立病院改革ガイドラインの問題、医師を養成する大学病院のあり方、これらを全体的に明らかにする必要があると思います。

それから農村では最低限食うことは出来るかもしれないが、人間的に生きていく条件が失われている問題が気になります。それが孤立化・孤独化となり、最近、都会で起きていた子ども殺しなどの凶悪犯罪が農村でも起こりだしたのが、その現れかとも思います。新しい意味での窮乏化現象についてどう対抗軸を打ち出すか、地域医療の再編という名の下の病院つぶし、病院が診療所化することで診療所は公的なものではなくとなるとはっきりしますので、「地域医療の公共性」をどう作り出すのか、いまある地域医療の公共性をどう見直し、深めるのか。また必ずしも自治体病院の職員が地域との距離感を明確な問題意識として持っていると思えないので、「地域公共性」と地域医療を多面的に深めなければいけないと思います。

**司会** フランスの地方自治体、いわゆるコミュニティは3万6千以上あります。一方、日本は平成の大合併でどんどん大きくし、地域のコミュニティはなくなり、サービスは広域事業連合で行うとなっていますから、地域住民に密接な公共領域が希薄化し、犯罪も農村地域で起きるとなっているといえます。

**村口** 宮城県では72の市町村が、大合併によって34まで減りました。

司会 農協も3分の1になっていますし、自治体も減らされてしまっているのですね。それでは高柳先生お願いします。

## 市民社会と協同的取り組み

高柳 先ほどの続きですが、日本の医療の積極的な特徴は、開業医を中心とした診療所が機能していることです。これが機能しなくなれば壊滅的です。

多くの理解では、現在の医療制度は、診療所は入院機能を持っていませんから、ある段階で次の病院へ進みます。病院にも限界がありますから、次々に総合病院を紹介していきます。例えば虎ノ門病院は日本を代表する総合病院でも、消化器科の先生は肝臓と胃腸科を含めて十数名でやっています。ところがさらに消化器科の先生たちが更にバージョンアップしようとしたら、女子医大方式として消化器だけで虎ノ門病院全部の医師を担当させるようになります。これはどんどん地域から離れて専門特化、非常な難病・奇病へと近づいていくのですが、このすき間を埋めてきたのは開業医を中心とする第1次医療が重視されてきたという点です。これは公立で行うべきところを開業医に押しつけたという議論もありますが、技術的には第1次医療を重視するという積極的なやり方が出来ていました。しかし今度は開業医まで患者と一対一の契約を結べと言いつけている。今までの自由に紹介をする診療所・開業医で地域の医療のゲートを守ってきたのが、総合病院を専門特化させながら一方で診療所も攻撃していく、技術的にも制度的にも無責任なことを進めようとしていることを提起したいと思います。そういう意味では開業医を中心とした第1線医療の重視を前提にしなければダメだと思います。いくら大きな病院を作り、専門センターだとしても日本の医療の水準は上がらないでしょう。

そういう中で、都立病院も村口先生が言われた公立病院再編成もそうですが、なぜそうするのかという説明がありません。少子高齢化で経営環境が今までと大きく変わったと理由付けしてはいますが、とにかく公社化、PFI（民間資金活用）などと言いつつ、民営化イコール効率化なのだと

なってしまう。どうすれば民営化に持って行くことが出来るかに重点をおいています。東京都が都立病院に示した結論は、独立法人・非公務員型の運営に切り替えるということです。住民の方はどうなっているかという、ここに地域の人が集めた5000名のアンケートがここにあります。アンケートによれば「いつでもかかれる医療」「差別のない医療」「差額は困る」という内容を挙げています。また石原都政へは「オリンピックなんてやっている場合なのか」と批判的です。

都立病院存続を求める運動は各地に広まっていて、墨東、広尾、大久保などで「運営主体は公立のままです」という主張をしています。同時に第1線医療機関への誤解、「開業医の先生たちは民間で儲け主義で実にあてにならない」ということへの裏返しでの公立要求になっています。ですから地域の住民、自治体と医師会の3者が膝をつき合わせて議論できる場所が出来れば、かなりの難問は突破できるのですが、その場所をどうやって作るのかが実は難しいことになっています。労働組合も素人のぼくを呼んで話を聞かせてくれとなってしまし、地域の人も赤字と聞くと一気に新自由主義的改革へ向かってしまい、経営が軌道に乗っている病院と比較して「ここは無駄だ」、と無駄の発見競争になってしまうのです。

今のままでは素人経営集団に丸ごと持って行ってしまうことになります。空き地のような場所でさえ、「この空き地は民営施設にして売り出しましょう」というプロジェクトが進んでいるところですから、どうすれば良いのか、ここを先生方にお話を聞きたいと思います。

司会 公設民営というと、テレビなどを見ると金融コンサルタントのような人が出てきて「職員を減らせ」ということばかりを言っているように思います。普遍的な医療制度と市場化との矛盾が対立的に表れているように思います。

## 農村地域の主体形成、グローバル化とローカル化の波

色平 先生方のお話から都会のあり様が大きく変貌しつつあることを知りました。集約・連携、そ

して自治体合併に伴う再編から、先生のおっしゃる「全東京の離島化」という現象さえが起きているのが分かりました。

私が十数年前に東京にいたときにも、都会の夜間医療は大変お寒い状況で、その点、佐久の方が、必ず佐久病院が「最後の砦」を引き受けるという信頼感と安心感がありました。公共が責任を果たすこと、すでにこの国では、この責務を投げ棄ててしまっているのかもしれないですね。レスポンシビリティ（責任）というとき、いったい誰にレスポンス（回答）するのでしょうか。本来、公的医療保険制度なのでですから、参加者全員にレスポンスしなければいけない筈ですが、当事者である行政がその責任を逃げて、放擲してしまっている。一方で、行政が自己責任とか社会連帯、ボランティア、とばかり言い募っている。私は以前から、現状の「自己責任」「社会連帯」なることばの流行に、どこか嘘っぽいな、という感慨を抱いております。

田中康夫さんという面白すぎる人が長野県で知事をしているときに、呼ばれて行って、行政と医師会と在野の私のような人間とで信州医療への提言を検討しました。たった7年前のことだということに今とは全く温度が違っておりまして、私が当時「今でも医師は不足しているし、今後どんどん不足します」と申し上げると、「キミは長く山の中に暮らしているから、そんなことを言うんだよ。そんなことはないよ」とその席で言われました。「でも皆さん、信州大学は県に1つしかない医科大学ですし、ぜひ松本に足を運んで、県庁として、お願いしてでも、揺さぶってでも、桐喝をかけてでも、へりくだってでもいいから、なんとか小児科医と産科医と救急医と精神科医とを多数養成するよう依頼すべきです」と申し上げたのですが、「えー、そんなこと、必要ないでしょう」という反応でした。現在ではあまりの状況の変化にこちらの方がビックリするくらいです。そのくらい、一般が、また医療職ではあってもそうなるとは予想していなかった程の「医療崩壊」ということなのでしょう。

皆さまはすでによくご存じのことだと思いますが、「医療崩壊」は昨今急速に話題に上るようになったとはいえ、これは土光臨調以来、二十数年

間ずっと構造的に動いてきた諸政策の当然の帰結、なれの果て、でありましょう。誰に対し、責任をもってレスポンスすべきなのか、お金の流れも含めたアカウントビリティ（説明責任）を果たすべきなのかということが現在の我々に問われています。この国の主権者はいったい誰だったのか、ということを生先生方の今日のご提起から思い起こした次第です。

この年末年始、私はバングラデシュとラオスに行きました。バングラデシュ、ラオスにはそれぞれの貧困がありました。最近ではサイクロンの被害地の友人たちからメールが届いています。

ニュースでとりあげられるようになって、日本の一般にもホットに感じるようになりましたが、私は現地に友人たちがいるので単なるニュースということを超えて、更なる焦りの気持ちと連帯感を持たざるをえません。

そこで申し上げることなのですが、私の友人に外交官がいます。

彼がアフリカで経験したことですが、アフリカの内陸国で道路があまりないので、集落の中であっても自動車がかかなりの高速で突っ走っていきます。日に何台しか車が通らないところですが、それで子どもを轢き飛ばしてしまうことがあるのです。車を停めて轢かれた子どものところにドライバーが飛んでいく。お母さんが子どもを抱えて泣いていたりするとき、彼は何をしますか？謝るのではありません。死んだ子どもを蹴飛ばすのです。俺の車に傷をつけやがった、と。

こんな状況が地球上にあるということは、私にとっても恐るべきことですが、医学生たちがそういうことを見聞し帰ってくると、日本がある意味でたいへん恵まれている、同時にある意味でそのことに気づけないでここに至ってしまっているということが分かるのではないのでしょうか。

戦前の若者は二十歳で兵隊に行行って死ぬことを運命づけられていたからこそ、自分はずせ死ぬことになるのかと、天皇を中心とする神の国、つまり「国体」について考えざるをえなかったし、哲学や生死について考え込まざるを得なかった。そんな「教養主義の時代」があったと思うのです。戦後、すばらしいことなのですが、一見平和になり、皆保険になり、農地解放が行われ小作人が土

地を持つことになって、社会矛盾が糊塗されて見えなくなってしまった。つまり若い世代が自らにハッパをかけ、自分の頭で考え抜いていくために、ぜひとも体験いただかないといけないであろう「ぶつかり」が消えてしまいました。

昔はこうだったという証言を日本の古老に語っていただき、その上で海外にも足を運んでもらい「ぶつかり」の体験を積んで追体験いただく。フィリピンや韓国では、メーデーも公然とはできない、そんな「非合法メーデー」の時代が長かったわけですから、日本の「お祭りメーデー」との温度の違いを感じとっていただく。ホントにビックリしちゃった、世界は広いわ、、、世間は広い、、、と感じていただくことから何かがはじまるのではないかと思うのです。お金もあり、一見仕上がった日本社会の中にありながら、何故その制度が、例えば医療保険制度ができていいのか、君は社会をどう変革していきたいというのか、そんなテーマについて、若者の熱意が盛り上がってこない。若い世代が突き上げてこないようだと、制度崩壊もいずれ時間の問題だと思います。

先ほど「後期高齢者農業」と村口先生がおっしゃいましたが、ある意味、本当に「農業崩壊」が時間の問題として迫ってきています。信州の農山村でも、じきに空洞化し、農家と農地の問題が吹き出してくるのは目に見えています。例えば、今年の南相木小学校への入学者は2名でした、、、だから今のうちに、若者たちに「私はこんな日本では困るのだ。こんな農業の現状では困るのだ。こんな医療の現状では困るのだ」とアピールしていただきたいのです。

こうなると誰を医学生として採用すべきか、誰に看護学生になってほしいのかということから考え抜く必要がでてきます。単なる「理科系クイズ人間」ではない、ぜひこういう医療者を目指してほしいという声が、我々ではなく住民の方から、つまり昔の産業組合が声をあげたときの熱意が再現されることを期待します。そういう回路がなければ、農村で働き続けること、よほど変わり者でもなければ、勤め続けられないことでしょう。先生方のように、都市で住民の思いを大事にする実践活動でもありません。おっしゃるように、放っておけば医療は集約化されどンドン一方向へ向か

ってしまう、いよいよそういうことになってきています。取り残される人がどんどん増えて、国としてのかたちをなさなくなるのではないかという懸念を持っております。歴史的に、先生方が戦前の無産者診療所からはじめてたたかった歴史を思いおこすこと。加えて、その弾圧の時期、我々の産業組合は農業会となって国家総動員態勢に組み込まれてしまった、この歴史を改めて反省することが必要です。

今、公立病院がさまざまな攻撃に晒されているというお話を伺いました。では「公的3病院」はどうなのか、と感じました。医師会については、先ほど高柳先生が評価なさいました。個々のドクターはすばらしい仕事をされているというのは分かるのですが、「医師会」という組織になると機能不全になってくる、そんな印象を私は持っています。公的3病院、つまり日赤、済生会と厚生連は、この「医療崩壊」の中で生き延びてもらわないと困ります。

公的3病院のうち、日赤は全国に数にして90病院ほど、済生会は70ほど、厚生連は120ほど。厚生連は厚生省の病院であるとよく誤解されますね、、、農協病院の連合体です。厚生連は、人口10万人以下の自治体にその80%以上が位置し、ロケーションに恵まれていません。07年度のデータはまだ存じ上げないので、06年度決算ですが、日赤の赤字が223億円、済生会は95億円、厚生連は14億円、すべて赤字です。しかし長野県の厚生連は黒字です。この14億円という赤字、小泉元首相だったら「厚生連は赤字が少なくてすばらしい」といいかねないと思います。内部にいる人間にとっての厚生連は、日本で最も医師・看護師の待遇が悪いところ、つまりお金持ちをめざす人に向かない職場です。「金持ちより心持ち」といいますよ、、、、心意気のようなものをJA側から、またお医者さんの先輩からも、医学生・若者に向けて語りかけていかないと職員確保が大変です。

それで、なのでしょうか、私のようなものが地方の医科大学に呼ばれ、こんなお話をする羽目になるのでしょうか、困ったことです。政治の話でもなく、革新や保守という話でもなく、地方できちんと人が暮らし続けていくために、地方で、心意気で続ける医師や看護師を育てなければいけな

いの、そういうことを考える回路がずいぶん細くなってしまうてきた。100年前にはあったし、50年前にもずいぶんあったと思うのですが、地域の熱意が、途絶えてきてしまって、しかも誰もが公言しきれないでいる。大変困ったことです。

ご同業でもある加藤周一先生にたまにお目にかかるのですが、加藤先生は90才近くになって、「私は前半は医者だったが、後半は歴史家になった。あなたはぜひ、若い世代にハッパをかけてくれ」とおっしゃいます。私なりにアジアを見て、途上国を廻り、人権的とはいえない状況下、人権確立に向けて、文明に向けて、少しずつ歩んでいる途上国の若い世代の苦闘に出会いました。日本は一見調和しているから、そこで生まれ育った人には矛盾が見えないかのようにになっている。でも実は隠れた矛盾がたくさんあるという、そういうことに関心を持つ若者にこそ医師や看護師になってほしいというメッセージを誰かが伝えなければならぬ。加藤先生がそういうことを書くわけにもいかないで、「あなたが、そこら辺でどんどんしゃべってきなさい」と、先生にハッパをかけられている次第です。

以下は中米グアテマラでの話と聞いています。

医療経済的には、100個の技術を1人の頭に入れて普及する方法と、100人の人に1個の技術を広げる方法は100×1と1×100で同じ等価だということです。しかしグアテマラの先住民族に農業技術を教えようとしたときに、大きな失敗と大きな発見があったといいます。それは普及する人が先住民族の言葉が分からない、スペイン語しか分からない人だったからこそ、1つか2つの技術しか伝えられなかったということです。しかしあとで閾値が分かってくると、25~40%の農民たちがその1つか2つの新技術で70%の収入増があり得るのだと気づいたときに、その技術は数年後には全員に広まってしまったのです。彼が更に観察したところ、お金やいろいろなサポートを持ち込んだ場合の技術はあまり長続きしない。またサポートを受けても150%以上の収入増を一部の農民だけが享受してしまうと、周囲のやっかみを買ってサポートが切れた瞬間に終わってしまう。しかし1つか2つだけでも農民が成功体験に味を占めると、

次の技術をくれともらいに来る。

「風の人」のところへ種をもらいに来て、その種を「土の人」が勝手に広げるので、「結果として」100個の技術が1000人へ広がってしまうのだそうです。

これを聞いた私としては、若月先生はそういうことをたぶん感じ取っていた。閾値のところは7割の収入増ではないかもしれないが、「金持ちより心持ち」つまり手応えのようなことで、「おたがいさま」「おかげさまで」のこころを伝えようとしたのではないか。農民を巻き込むためにか、佐久病院をサケ（酒）病院だと呼ばれてもふんばっちゃったところがあったのかなと、途上国の現実から思い返しております。

## 農地改革のもたらしたもの

高柳 今すぐ結論を教えていただかなくても良いのですが、戦後の農地解放についてどういうものを勉強すればいいか、この文献をというのを含めてお教え下さい。僕も戦後の医療が劇的に変わっていく、資本主義の転換の大前提になっているのは農地改革ではないかと思っています。その後の高度成長を農民対その他となっていますが、都市の労働力は農村からはき出されてきた若年・低賃金労働者でもっていたのだと思います。青森出身の先輩であり、国会議員でもあった津川武一さんは、国会活動と一緒に青森の出稼ぎ労働者の健診を日常的にやっていたわけです。そういう風に日本的な資本主義は、都市と農村とが繋がって出来ていたと言えるでしょう。その下での日本的な福祉国家のあり方というのを真剣に考えないと、いよいよアメリカ的な構造に一気に持って行かれてしまう。せっかく日本の良さ、特徴があるのにそうになってしまいかねない。

農村でもっとも強烈に起こってきているのは、医療の絶対的不足という現象ではないかと思うのです。都会にはなんだかんだと言っても、医者はいますし、医療機関もあります。農村にはいないのです。僕の先輩は80才になるのですが、この4月から長野県栄村の診療所長になりました。80才で山の診療所長とは、かなり勇敢な先生だと思

ます。それくらい、絶対的にいないのです。そういうのを無視したら、たちまち将棋倒しのようにならずこけてしまい、戦後作られた多少は問題があるにしても日本的な福祉国家への道というのがどんどん商品化されてしまう。僕らは対抗するために、商品化してはいけないもの、人権とか社会的連帯などを商品化しないようにし、商品化してしまったものは取り替えさなければいけないのだと今は思っています。

田代 今のご質問では一言では難しいですが、私の恩師でもある暉峻衆三（てるおかしゅうぞう）編『日本の農業の150年』（有斐閣ブックス、2004年）が良いのではないかと思います。

農地改革とは、一口に言えば実際に耕作する人間が土地を所有するのが正しいという考えであり、所有者が耕作するのが正しいというのではないのです。これには今は問題が2つあって、その農地が生活を保障するものにならない、農地価格が以前の何分の1になっていることをご認識いただきたいと思います。また農協とは何かと言えば、農地所有者の集団なのです。農地を所有しないものは准組合員です。私は農協が農地の所有者の集団でいいのかという疑問を持っておるのです。これはまたあとで議論になるかもしれません。

村口 主題から少々はずれるかもしれませんが、田代先生の著作から、WTO 政府調達協定とか FTA（自由貿易協定）、EPA（経済連携協定）などによって、日本の自給率がますます下がるかもしれないということのほか、東南アジアを含めたアジアとの協力が大切であると指摘されています。アジアは農業国で農産物を輸出し、日本は工業製品を延ばして農業を犠牲にしているという状況です。こうした国との協力で日本の農業の展望はどうなっていくのかが、今の我々の議論ともつながる話であると思います。

また色平先生に伺いたいのですが、先生は世界中の国を回っておられて、ある意味では先進国ではない国を歩かれているようですが、そういう国の産業は農業だと思います。こうした国と日本とがどういう連携のしかたがあって、日本の農村が活気づく方法はどのようなものがあるか、教えていた

だきたいのです。

田代 数年前の農業白書が明らかにしたことで、食料の純輸入額が大きいのは、もちろん日本が一番で、その次がロシア、中国、韓国です。つまり世界のビッグ5、あるいはビッグ4は、北東アジアが占めていて、食料危機になったら北東アジア同士で食べ物を奪い合わなければならない。食料が足りないのは北東アジアで穀物を中心として足りないのであって、食料安全保障は共にやっていると本当の意味では守れませんということなのです。ロシアはともかく、アジア・モンスーン地域の農業を守っていくことが必要だということなのです。

そう言うとアジアは食料輸出国なのだから、日本の食料自給率はさらに下がってしまうのではないかと質問が出ます。そうした質問が出るのはもっともだと思います。そうした中でタイと日本との FTA（自由貿易協定）というか EPA（経済連携協定）ですが、結果的には米の関税を下げてくださいと言うタイの要求は通りませんでした。しかし「アジアの緑の連携協定」で、日本は正直なところ米を輸入することは出来ないが、その他の得意分野、例えばアジアの農村の貧困問題にどう対処するか、食料の安全の問題に日本の技術を提供するなどと言った形でお互いの長所を生かしながら東アジアの共同体、連携をしていく必要があるだろうと思うのです。東アジアの中の日本の農業という観点がないと日本だけが良ければいいとなってしまうのではないかと思います。なかなか難しいということではあります。

色平 『ヘルプマン！』（くさかり樹、講談社）というコミック本をご存知でしょうか。この第8巻が特にお勧めです。フィリピンの家族の姿がよく描けています。私も医師にしてみますと、お隣で働いている看護師さんの気持ちもよく分からないのに、更にその向こうの介護職になるとまったくわからない。彼ら、医師会に対しては、とても言いたいことが言えていない、オドオドビクビクさせられているのではないかと思います。

申し上げましたように私は山中で見送りながらで学ばせていただいている感覚です。日本の若者

が海外へ行ったときも同じでしょう。どれだけ自分が無力で役に立たないかというのが分かる。「お金がないから貧乏だなんて、いったい誰が決めたんだろうね」と途上国の方がおっしゃる。いかにプライドを持って生きているのかということをおぼくことになります。「こんなに不便なところでよく暮らせるな」と思うようなところで、彼らは意外にもそのことをプライドにしている場合がある。お互いに活気づくためには上下関係ではない交流があった方がよいと思うのです。この『ヘルプマン!』では、フィリピンの人が日本社会でどう感じていくかと描いているのですが、いかに我々が差別者なのかがよく分かります。こういうことを材料に、「あなたは韓国人や中国人、フィリピン人やインドネシア人、イスラームの人と友だちになれるのか」といわれたら、現状ではかなり困難ではないでしょうか。

先ほど農地改革について妙なことを言ったかもしれませんが、申し訳ないことです。しかし途上国に共通する悩みは農村にランド・リフォーム（農地改革）がなされていないということです。ランド・リフォームがあればどんなにいいだろう、憲法9条があればどんなにいいだろう、とみんなが言い募っている、その熱意には、それらを欠くところに出かけて行いってはじめて出会うことができる。それが、日本の若者の、学び、出会い、「ぶつかり」の体験になる、というのが私の実感です。

司会 ありがとうございます。それでは最後にまとめの発言を一言ずつお願いします。

## ●農村の医・食の原点としての非営利・協同

高柳 まとめというのではないですが、田代先生や色平先生と直接お会いして、こうやって話すことが出来たというのが大変大きなことでした。今後ともぜひいろいろ教えていただきたいし、お時間があればちょっと二次会に行きたいと思います。農業にしても医療にしても、自由な話し合いから専門、非専門に関わらず大展開することが勝負になるのではないかと思うのです。それぞれ専門的には深まっていると思うので、そろそろ共同のテ

ーブルについて話し合う必要があるのではないかと。また自分の地域だけではなく、アジアではどうだという視点を持ちながら交流を続けるのが必要ではないかと思います。そうしていくことでじりじりと不平等から平等へとしていくことができるのではないかと、と思います。

村口 医と食ですと「医食同源」という言葉が出てきますが、改めてこういう機会に調べてみて、まさに食をめぐる唾然とするような状況が分かりました。また医療者は医者が不足しているからよこせという運動をするわけですが、それは医の立場でしか動いていないので、その差はどこまでも埋まらないのだという気がしました。農の問題を多面的に掘り下げて学習する必要性を感じました。

色平先生からは産業組合のお話が出ていたのですが、1930年代に医療利用組合が東北3県で一気に広がりました。1950年代には岩手県で国民健康保険の直営診療所が、直営診療所にかかれば無料というのが7か所くらい一気に広がりました。調べてみますと当時の篤農家、教員、アナキスト、マルキストといったインテリゲンチヤが集まって運動を組織し貧農を組織していくというものでした。地域の命に関わる問題に、そういう人たちが結集して組織を作って運動を作ったということでした。当時はいわば地域の官僚も支えたという総合的な力がすばらしいものを作ったという経験があるので、いまの我々の農村や医療の問題は、あそこから何を学びなおすかということが大切だと思います。まさに、いろいろな人、いろいろな階層の人を集めて参加しながら改めて作り上げることを、この時期にどうできるかが大切なのではないかと思います。それが非営利・協同の運動の新たな展開になるのかもしれないと思いました。

色平 非営利・協同という運動が民医連や生協を含み、「原点」に回帰することができるのであれば、私の田舎・新潟でも苛酷な体験でしたが、昭和農村恐慌の追体験だと思います。今が平成恐慌期なのだとしたら、恐慌の痛みを感じることができる感性を若者に期待したい、感じて揺さぶらなければ、自分がどこから来たのか、どこを目指しているのかを見つけられないのではないかと思います。

農文協ができた当時（1940年）、すでに戦時体制下でしたが、隊員は巡回映画をやり、演劇をやり、紙芝居をやり、農村保健活動をやり、巡回診療班をやり、共同炊事、共同託児所をやったそうです。若月先生こそ、戦後これらに取り組んだとされていますが、戦中の時代に農民たち自身がやったことであり、当時若月先生は獄中にいたはずでした。彼らには政治的な活動はできなかったからこそかもしれませんが、非営利・協同組合の精神をもし体現しているものがあるとすれば、戦時下の彼らの抵抗運動でないか。

・・・

昭和の初年、第一次大戦の恐慌の中で、無医村と高い医療費のために、医者にもかかれなくて死んでいく農民たちの窮乏を救おうとして、医療組合運動が展開された。この運動を起こし、組織化に献身的な努力をされた当時の産業組合の指導者たちに、私は心からなる敬意を表せざるを得ない。これには賀川豊彦氏らの、いわゆる大正デモクラシーの精神の背景があったからと思われるが、医師会を初め、当時の多くの旧勢力とたたかった歴史は、まことに先駆的なもので外国にもその例をみない。

・・・

以上、若月ドクターのお言葉です。反産運動の時期、医師会とぶつかったとき、内務省は医師会につきましたが、農林省は産業組合についてと伺いました。21世紀の今、民医連や医療生協も含めて広がった非営利・協同のセクターで、医学生を育てる気迫が必要だと思います。なぜかといえ、私立医科大学は従来いわば「医師会立」であったからです。

現在の日本では年間110万人が死亡します。私が死ぬころには170万人のピークになり、60万人が「死に場所」を失って悩むことになるのですから、農村医科大学構想がアナクロではなく、実に先駆的だ、と感じとれる時代がもうすぐそこに迫ってきていると感じます。

田代 女子大で生活経済論を教えているのですが、日本人が大切に思っているのはお金でも子どもでもなくて「家族」なのです。本当だろうかという印象ですが、この『ヘルプマン！』もそうなっていますね。これだけ地域もコミュニティも崩壊し

て、家族以外に頼るものがなくなっているということです。これが良いことなのだろうかと思うのです。家族を含めた協同が大切だというのが1つ思うことです。

また非営利・協同というのは本当なのだろうかと思うのです。ハーバーマスは市民社会や公共性の担い手として協同組合を入れています。日本の現在の農協や大規模生協は、明らかに企業の側、営利です。ですからこれを中ポツ（・）でつなぐのはどうかしら、と思います。

そこで今日のお話で強調されたように、協同はやはり営利ではなく非営利、利益追求が第一ではないのです。しかし医療でも事業効率や経営の確実さを求めていくとどうしても大規模化し、広域化している。これは生協がたどった道、農協がたどった道と同じであり、地域と離れていく。地域公共性の担い手ではなくなってしまうのです。もう一度、非営利であり、地域の公共性の担い手としての協同組合が大切になるのではないかと改めて感じました。今の農協は、農業関連事業は重視するけれども生活関係の事業は二の次として段々子会社化などが進んでいます。ところが、地域で求められているのは直売所もそうですが医療や健康や福祉といったニーズで、こういうことから農協が離れていってしまう。ならば准組合員制度を活用すればどうかという意見がありましたが、私はこれに反対なのです。今の農協は農地を持っている人しか正組合員になれなくて、地域の他の人は准組合員ということですが、准組合員は経営・運営に参加が出来ず、利用だけ出来る状況です。そういう人をどんどん増やすのは協同組合の正しい姿だろうか疑問に思うのです。農村地域の福祉や介護、医療といった公共的なものには誰もがアクセス出来なければならぬ。その時に地域の多くの人を准組合員としてとどめ置いて良いのか問題になると思います。では准組合員を正組合員に入れるとなると、正組合員の農家という資格が問題になり、逆に農家という資格がなくなってしまうと、農業問題にどれだけ関心をもてるかという問題が出てきてしまうのです。農という問題と地域住民との問題を正面から向かっていかなければいけないと思います。こういう問題に立ち向かっていく中で、地域の公共性を担うというか地

域再生を担うというか、地域住民に開かれた農協の医療や介護の事業となるのが正しいあり方ではないかと感じていますし、そういうことが少し出てきているのだと思います。

村口 新しい動きの集落営農について、農協はどのようなイニシアティブを取っていますか。

田代 農政は個別の認定農業者という個別の規模拡大を言ったのですが、農協は兼業農家、高齢者も含めて全体で農家なのだという動きが出てきて、むしろ集落営農で皆さんをカバーしていきましようという形になっています。だから、頑張っている農協は集落営農に非常に力を入れています。ただ、行きすぎが出てきて、協業しないかたちだけの「ペーパー集落営農」で補助金をもらえばそれでいいという動きまであり、これはまずいのではないかとされています。やはり集落営農の基本は協業ですから、むしろ西日本の個別の担い手がいないような兼業農家で集落営農は進んでいます。

司会 長時間ありがとうございました。私どもの非営利・協同は、公的責任が解体し、一方で市場

化が拡大する中で、新たな公的責任を担う主体的なアクターとして、非営利的なグループ、協同的なグループが集まって問題に新しい代案を出すことが可能なのではないかと考えてやっています。

田代 どうも失礼しました（笑）。ただ気になるのは、新たな公的、公というのは好きではないのです。公共性と日本で使う「公」とは違うものだと思うのです。「新たな公」といってしまうと「官」になってしまうので、支配の言葉に繋がってしまうので、難しいです。中国やヨーロッパでは公といえば、人民、みんなのことであり、お上のことではない筈です。

司会 本来はイギリスのパブ、public ですからね。

田代 だから、日本で新たな公というと、本来は官がやるべきことを民に投げて公という可能性があります。勝手なことを言いましたが。

司会 本日はありがとうございました。

(2008年5月10日実施)

(注1) 販売農家：経営耕地面積が30アール以上または年間農産物販売金額が50万円以上の農家

(注2) 認定農業者：意欲ある担い手に対して、市や農業関係機関が協力して支援するという制度。認定基準として年間農業所得550万円以上、「経営改善計画」の達成が見込める。農林水産省による小規模農家の切捨てにつながる批判されている。

# 香川の地域医療の現状と打開の道

篠崎 文雄

昨年9月、真鍋県知事は「乳幼児・母子・重度心身障害者」の県単独医療費助成制度への有料化導入を発表した。これに対し、県民から「少子化対策」に反するものと反対の声が出され、乳幼児医療費無料制度への自己負担の導入は見送られた。県政の与党会派からも強く反対されたこともあるが、「乳幼児医療費無料制度を国と自治体に求める香川県ネットワーク」や「香川県社会保障推進協議会」などが機敏に県知事に対して反対の声を突きつけ、県内での世論を巻き起こし、マスコミで取り上げられたことが大きかった。

しかし母子・重度心身障害者の医療費助成制度は自己負担を導入された。医療団体、障害者団体、市民団体などで構成する「有料化反対実行委員会」は、シンポジウム、街頭署名・街頭宣伝などを行い、県内のあらゆる患者・家族団体、労働組合などに協力を呼びかけた。だが与党会派の賛成により自己負担が決定された。

聖域ない財政再建の名の下に、弱者が切り捨てられる実態が今回明らかになり、県民の怒りを呼んでいる。

一方、国の医療改革関連方針に則って、「医療費適正計画」「地域ケア整備構想」等の策定が進められた。「医療費適正化計画」は08年4月から12年度までの5年間、第1期計画が開始される。この計画には、「医療費適正化」の5つの目標を達成した場合に予測される5年間の県民医療の見通しを算出することが義務付けられている。その対象は「長期入院と延長線上にある終末期医療」と「生活習慣病」などの慢性期医療である。5つの目標は、主に高齢者を対象とした「療養病床の削減」「平均在院日数の短縮」と、現役世代対象の特定検診の実施「特定保健指導の実施」「メタボリック症候群該当者・予備軍の減少」とされている。

厚生労働省は療養病床37万床（医療25万、介護

12万）を2012年度末には15万床へ削減することを打ち出したが、各都道府県の療養病床転換推進計画の合計数が22万床に達し、回復期リハビリ病棟を含めると現行の医療療養病床と同数で、政府が目論んだ目標設定は頓挫し、見直しせざるを得なくなった。

しかし、香川県は「適正化計画」を見直しするでもなく、療養病床削減が進められようとしている。2007年6月30日現在の県内療養病床数3,247ベッドを、2012年度末には1,382ベッドに「再編」としたままとなっている。実に半数以上を削減する目標である。医療機関の転換策・方針が具体的に進まないまま、また、入院療養中の患者の行き先が確定されないまま、香川県は国・厚生労働省の言うがままの施策を行っている。

県内の公的病院の統廃合はこの10数年で加速度的に進んだ。国立病院の独立行政法人への移行のなかで、県中部・善通寺市にある国立香川小児病院は、国立善通寺病院の小児科へ移転統合が決定されている。その善通寺病院では麻酔科、脳外科、精神科の医師が不足し、病棟閉鎖・救急対応を中止している。そのため救急患者の搬送は観音寺市の公立病院と隣接する丸亀市の病院に振り分けられている。精神科の病棟も同様の状態となっている。

県東部・さぬき市の公的病院は地域精神科医療を担ってきたがやはり医師不足のため病棟を閉鎖し、外来のみの対応となっている。

県都・高松市では県立病院の老朽化に伴う建替えと移転、経営の合理化が同時並行に議論され、建替え・移転については具体化が進められているが、患者・住民の意見や要望が十分聞かれないうままに進められている。

全国で言われている「医療崩壊」が現実には香川県でも進行している。重大なことは県政が「医療費適正化計画」などを見直ししないままであるこ

とにある。そもそも「医療費適正化計画」は、「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づいて策定された。後期高齢者医療制度と同根であることは言うまでもない。医療費の伸びを抑制することを至上命題とする「高齢者の医療の確保に関する法

律」を廃止させるほか、地方の地域医療を守る道はない。

(しのぎき ふみお、香川県保険医協会事務局長)

病床推移 (H18・4・1～H19・6・30)

### 療養病床を有する病院・診療所の病床数推移集計

(※注：香川県内全医療機関・病床数ではない)

自治体	H18・4・1		H19・6・30		総増減	療養増減	
	総病床	療養	総病床	療養			
高松	1,734	1,042	1,426	866	▲308	▲176	
丸亀	1,096	536	999	468	▲97	▲68	
坂出	424	108	419	98	▲5	▲10	
善通寺	72	65	72	65	0	0	
観音寺	830	431	811	428	▲19	▲3	
東かがわ	92	28	200	84	+108	+56	
さぬき	426	323	388	323	▲38	0	
三豊	764	343	753	325	▲11	▲18	
土庄	130	36	130	36	0	0	
小豆島	473	135	473	135	0	0	
三木	19	8	0	0	▲19	▲8	
直島	19	8	19	6	0	▲2	
宇多津	—	—	—	—	—	—	
綾川	100	43	100	43	0	0	
琴平	341	226	225	157	▲116	▲69	
多度津	90	57	184	109	+94	+52	
まんのう	149	104	149	104	0	0	
計	6,759	3,493	6,348	3,247	▲411	▲246	
		51.7%		51.1%	6.08%減	7.04%減	

★全国的には1割減

## 室料差額問題シリーズの開始にあたって

石塚 秀雄

当機関誌では、いわゆる室料差額問題について、短期シリーズとして取り上げることとしました。この問題は、日本の医療保険制度にその原因を発するものであることはいうまでもありません。制度的には、室料差額は特定療養費の中で規定されているものですが、いわゆる混合診療の一種として、位置づけられるものです。室料差額は多くの病院が取っています。その中には公立病院も含まれます。民医連の病院は差額ベッド代を取らない病院として知られています。また自治体によっては差額室料補助や貸し付けを行っている所もあります。一方で、よりよい入院環境を要望する患者の要求、個室化要求も高まっています。

現物給付を原則とする医療保険制度があり、その一方で、医療と介護を分離した形での介護保険制度が作られ、その原則は現金給付です。こうした中で室料差額の実態はどのようなものか、また実質的な混合診療を増大させていくという制度設計上の問題点とはなにか、また医療倫理上から見て問題はどのように考えるべきなのか、患者の権利の視点からみるとどのような形が望ましいのか、医療従事者の権利義務の観点からはどうあるべきかなど、多角的に問題を検討していく場を提供す

る予定です。さらには病院経営上からの問題、医療の平等なアクセスという点からの問題、非営利・協同の病院、公的病院、営利的民間病院などの室料差額に対する政策の違いなども取り上げたいと思います。

また欧米における医療制度も国によって違いがありますが、各国ではいわゆる室料差額問題はどのように取り扱われているのでしょうか。欧米では、アメニティ・ベッド（直訳すると環境ベッド）という形で議論が展開されています。スウェーデンやイギリスのような普遍主義的な医療制度を採用している国では、患者の医療以外の病室での要求にどのように対応しているのか、また米国のような民間医療機関中心の場合のアメニティ・ベッドの実態はどのようなものであるのか、などについても触れていく予定です。

室料差額問題から、医療制度の在り方、患者、病院、医療従事者の関与の仕方などについて議論が深まることを期待して短期シリーズを始めたいと思います。

（いしづか ひでお、研究所主任研究員）

## 室料差額と医療倫理（前）

### ——格差処遇の正当性について——

尾崎 恭一

#### はじめに

現在、多くの医療機関は保険料収入の大幅減少によって経営が困難になっている<sup>(1)</sup>。それは、とくに小泉内閣以来の「聖域なき」支出削減政策が生活関連予算に厳しく医療保険をも対象としたことなどに起因するところが大きい<sup>(2)</sup>。他方、同時に採用されている規制緩和政策が医療保険にも及んでいる。その結果、この両政策の圧力により、少なくない医療機関が保険外収入を求めて「特別療養環境室」（いわゆる差額ベッド）などを徐々に増やす傾向にある<sup>(3)</sup>。それは、東大病院のような公的病院までもが1日20万円前後もの差額を徴収する差額ベッドを設置していることにも現れている<sup>(4)</sup>。もちろん、この対処法は収入減を患者に転嫁することでしかない。それは、傷病で仕事収入を減らした患者の受診抑制を引き起こしてそれを悪化させることになり、好ましいことではない<sup>(5)</sup>。しかし、病院経営の窮状からすれば、法的に許された収入源を否定することは容易ではなく、それなりの批判根拠とそれに代る打開策が必要であろう。

本稿では、まず室料の差額徴収が倫理的に妥当か否かを検討し、打開策についてはそれに関連する限りで触れることにしたい。

そこで問題になるのは、厚生労働省の方針である。すなわち、患者から「保険外併用療養費」の徴収を認めるのは、病室という「療養環境の向上」に対するニーズが高まりつつあることに対応して、患者の選択の機会を広げるために」だとされる<sup>(6)</sup>。しかし、そもそも格差処遇のシステムは倫理的に認められるのであろうか。まず、このことが問題である。その上で、この保険外支払いが生命を守る医療の本質や国民皆保険の理念に合致するかど

うかが問題になろう。そして、その実態は「患者の選択」という手続きが守られ「療養環境の向上」という目的の実現につながっているのであろうか。他方で、経営を困難にしている現在のわが国の保険診療報酬体系下で、重要な医療を守ろうとするとき、医療機関は保険外の差額室料などに対してどのような態度を採るべきであろうか。これらの問題について、順次検討していきたい。

#### 1. 近現代の倫理観と格差問題

直接の問題は、公的健康保険外の自由な支払いに応じて入院病室に格差をつける処遇が倫理的に是認できるか、という具体的状況下の臨床倫理の問題である。しかしその前に、一般に格差は倫理的に容認できるかという倫理の原理原則問題を解決しなければならない。

そもそも格差を倫理的に判断する場合には、平等を行為の過程でみるか、結果でみるか、両者関係でみるかということによって、現代の3種の倫理学説が問題になろう。第1は過程重視の義務論、手段論の自由至上主義（libertarianism）であり、個人的自己決定の自由に関する平等な尊重を旨とする、形式的な平等の立場である。第2は結果重視の帰結主義、目的論の功利主義であり、社会的幸福量の極大化のために必要な限りで、という限定付の実質的平等化の立場である。第3は両者重視であるが、両者のバランスを取る論理によって様々な立場がある。これは、各人の個性（価値観や能力）の自由な発現・発達（自己実現）のための社会的条件に関する実質的平等の立場である。

##### 1.1. 自由至上主義と格差

第1に義務論的立場では、格差処遇という行為

や制度について、それが法的抽象的人格の平等に抵触するか否かを問題にする。というのは、人格の「平等」<sup>(7)</sup>は、近代市民革命が、上位身分による下位身分に対する差別的な支配を解き放ち、各人格を、自己自身の精神、身体及びその所産の「所有（property 固有性）権」<sup>(8)</sup>の主体として確立したものである。すなわち、人格の平等は、身分などに付随する特権（privilege）否定し、国法以前の自然法上の人間一般の「権利（right 正当性）」<sup>(9)</sup>とされる自己所有権の平等によって確保されたのである。これを引き継いだ現代の自由至上主義（communitarianism）の平等理念も、人格相互関係においては、自己の精神・身体・財産に対する理性的人格の自由な決定（権）に対する、平等な相互尊重を意味している。

とはいえ、自己所有権の平等といってもその所有内実（精神、身体及びその所産）に格差があれば、平等に自己決定しても、結果には格差が生ずる。近代市民革命において、それが問題にならないのは、独立自営農民主体など財産において同質の社会階級が革命主体となっている限りであり、小作人など他の階級が革命を前進させようとするときにはその格差を埋めさせる主張を前者に突きつけて対立せざるを得なかった。まして、労働者と資本家という生産手段をめぐる根本的な財産格差が中心となる産業革命期以降において、それを無視した自己決定権の平等な相互尊重は、その格差による社会的経済的な支配関係をもたらす。ここにおいては、労資間の契約は自己決定の形をとるにしても、労働者が不利な状況ゆえに契約せざるをえない限り、実質的には状況圧力による決定であり自己決定とはいえない。

この場合、そうした個々の状況の発生について「歴史的情報の多くが欠けている場合」、この労資格差において「社会の最下層に属する人々は、最も重大な不正義の犠牲者（の子孫）である蓋然性が高い」という推定がなりたち、そのため「賠償を受ける権利」を認め、「短期的にはより拡張的な国家が必要になり」その犠牲を補償しなければならない、とする<sup>(10)</sup>。つまり、出発点における大きな格差を情報不足や犠牲推定の上でやっとならぬのである。しかし本来なら、自由至上主義が問題にするべきなのは、過去の推定的不正義より

も現在の格差や弱者側の困窮や不安定さであり、その「自己」決定がそうした状況の圧力下で不本意な強制された決定にならざるを得ず、真の自己決定にはならない、という点であろう。そこで、自己決定を重んずる自由至上主義自体にとっても、一方の側に自己決定ができなくなるほどの窮状とその悪循環を招くような格差は、放任しておけないことになろう。これは、自由至上主義が自己矛盾に陥る事態であり、帰結主義的視点が必要になっている事態なのである。

## 1.2. 功利主義と格差

第2に、帰結主義側の功利主義はこの不平等を直接問題にするわけではないが、それが「最大多数（者）の最大幸福」という「最大幸福原理」から見る<sup>(11)</sup>。つまり、富と権力の偏在はそれらがもたらす満足量を減らすので、社会の幸福量の極大化をめざして、富と権力の一定の「平等化」をも主張するのである<sup>(12)</sup>。たとえば、「労働者たちから」徴収した「1万人分ないし10万人分の生存資料」という莫大な富によって国王1人の「胸中に作り出される幸福の量」は、逆に「当の労働者たちの1人の胸中に、このように行われる徴収がなかったらば生じる幸福の量」に比べて「大きくない」のは「確かなこと」だとされる<sup>(13)</sup>。それほどまでに、不平等は幸福量最大化の障害になるというのである。こうした判断により、最大幸福原理から富と権力の平等化が正当化されるのである。それは、王権の分割平等化としての選挙制民主主義であり、本来的な所有者のない遺産への課税による救済事業や、庶民自身の小口預金受入れ政策による老後準備支援などである<sup>(14)</sup>。

たしかに、この平等理念は実質的な平等化に踏み込んでおり、政治的格差は王政から民主政へと明確に平等化し克服できている。しかし、経済格差の平等化については、第1にその倫理原則である社会的幸福量の最大化のため、という大きな制約による限界がある。また、生命だけでなく財産についても、安全に保障することの方が平等化よりも重視される<sup>(15)</sup>。そこで第2に、平等化は財産権を侵害しない仕方で行えないことになる。

つまり第1の限界として、不平等は、それによって不幸となる個人自体の問題としてではなく、

当該社会内の諸個人の満足感の総量の問題としてのみ扱われている。その結果、少数者を犠牲にする格差システムでも、多数者がその犠牲を補って余りある幸福を享受できるなら、倫理的に正当化され、平等化はするべきでないことになる。つまり、最大幸福原理はその総量主義のせいで、少数者の相対的に少ない幸福を犠牲にするシステムを原理的に是認することになるのである。

しかも、平等化の第2の限界として、不幸量が幸福量を越えて平等化の必要が出た社会でさえも、累進課税収入による救貧支出などの効果的な平等化政策は採用できない。つまり、財産の安全を絶対化するの、最大幸福原理を実現するために必要な平等化さえ十分には実施できないのである。

そして、こうした経済格差システムは、教育格差や就職格差、政治的発言力格差などをもたらし、今度はそれらが経済格差を再び生産するということから、総体的な格差を固定化する恐れが大きい。だからといって、この格差固定化に苦しむ少数者が格差システム解消策を主張することは、第1限界に関連して社会の総幸福量を減らすことにもなるので、功利主義では倫理的に許されない。もちろん、少数者は格差固定化に甘んじまいとするであろうが、最大幸福原理の下で許されるのは、こうした格差システムには手をつけず不利な条件のままで、上昇しようとする下位の個人間の競争のみである。しかし、その成功は例外でしかない。これでは、参政権が各人に平等に認められていることなどを除けば、実質的には身分制への逆戻りである。功利主義自体、幸福計算の前提となる自由な人格についてまで否定されることになる。また格差固定化は、財産権の絶対的保全という第2限界において、最大幸福原理という帰結主義の原理を直接制限しており、むしろ財産権の絶対尊重という義務論的主張こそが原理であることになっている。つまり、今や功利主義の限界問題は行為義務に関わることが明らかなのである。

### 1.3. 正義論及び討議倫理と格差

こうして、いずれの倫理的立場も、格差問題に即して他方の立場に関わらないでは自己の立場を維持できないということである。そこで、平等と格差に関する第3の倫理として、行為自体とその

結果との両方を問題にする立場が重要になる。それは、一方で各人の自由な行為を互いに認めあう人格尊重の形式的平等の立場であるとともに、他方で結果として各人の個性の発現・発達（自己実現）が可能になるような社会的条件を保障する実質的平等の立場である。

そのようなものとして、まずロールズは、他人に対する自分の有利な点も不利な点も互いに知らない「無知のヴェール」<sup>(16)</sup>下で全員が合意できる正義の原則を探求した。それによれば、まず義務論的な第1原則として自由の平等を大前提とする。ついで、帰結主義問題を扱う第2原則で、容認できる格差とは挑戦する機会が全員に開かれている地位システムの格差であり、同時に下位の者にも有利な結果をもたらす格差システムである、とした<sup>(17)</sup>。つまりこれは、格差に最も否定的なはずの下位の者にとってさえ、その格差システムがある方が利益になる格差なら積極的に容認できるということであり、下位と上位との全員が歩み寄れる収束点ということになる。

さらに、全員合意の可能性というこうした形式的基準に加え、容認できる格差の実質基準について、「正義が許容する、階層構造の形態と不平等の程度とに限界を与える」のは、「もっとも恵まれていない人々のために、自分自身の価値についての自信に満ちた感覚 (the confident sense of their own worth) が求められるべきである」という基本条件である<sup>(18)</sup>。というのは、人間が主体存在である以上、「自尊心 self-respect」こそ人間にとって「本質的な根本善」だからである<sup>(19)</sup>。つまり、ここで本質的な根本善とされる「自尊心」は、まずは各人の主体性発揮の主観的な契機である。さらにそれは、客観的な「階層構造の形態と不平等の程度」が各人の「自尊心」ある人生活動を妨げるのではなく、むしろそれを可能にする範囲のものかどうかの判断基準となるものである。換言すれば、この「自尊心」は世界人権宣言にいう「人間の尊厳 (human dignity=Menschenwürde)」の主観的側面であり、ワイマール憲法で社会権保障の根本規定として歴史的に初めて明記された「すべての者に人間の尊厳にかなう (menschenwürdig) 生活を保障する目的をもつ正義の諸原則」の核心に当たる概念である<sup>(20)</sup>。

他方、ハーバーマスは、ルールなどの規範について吟味し合意に至る手続き倫理として討議倫理を唱え、討議原則と普遍化原則を立てた。前者は、不偏不党な正義要求から出てくる義務論の平等な参加同意原則であり、ある規範が妥当だと要求できるのは、当事者全員がその規範検討の討議に参加でき、その規範に同意する場合だ、とする<sup>(21)</sup>。後者は、要求実現の合意をめざす帰結主義の相互責任原則であり、ある規範が妥当なのは、当事者の誰もが自分の要求を実現しようとして全般的にその規範に従うときに予期される全結果を、その全員が自発的に受け入れられる場合だ、というものである<sup>(22)</sup>。そこで問題は、後者の場合、価値観が多様なことである。たしかに、近現代の倫理思想は一部の人にしかないという非受動的理性（アリストテレス）など身分的差別を正当化するような特殊能力を否定して、生命など誰にでも共通な普遍価値を基礎にすると標榜している。しかし、「特定の文化の特殊な内容が原理に導かれた道徳判断に混入している」といわなければならない<sup>(23)</sup>。近現代の義務論（自然権倫理とカント人格主義）でも帰結主義（功利主義倫理）でも、実際には特殊な価値を普遍的なものとして前提している<sup>(24)</sup>。すなわち、それらの倫理思想はそれぞれ個々人の生命、理性的自律、そして価値を選ばぬ主観的満足量を倫理体系の原理にしている。しかし、たとえば末期において延命第一か尊厳第一かは、万人共通というわけにはいかない。つまり、普遍化原則においては、これらの原理的価値の序列化の合意をも必要となるが、それを一義的に決定する原理の原理、つまり絶対的な価値観は、価値というものの本来的性格からしてありえない。それは、「文化やパーソナリティ」における多様な「集団と個人のアイデンティティ」という「善き生活」の問題であって、共通の道徳的な正しさの問題ではないからである<sup>(25)</sup>。そこで、普遍化原則における当該課題における規範の合意は、必ずしも様々な価値観の共通価値観への融合的な一致にいたるのではなく、当該課題の解決の範囲内での価値序列の一致にとどめた上での規範の合意でよいわけである。

以上の議論から、近現代倫理思想にとって容認可能な格差システムとは以下のようなものである

ことになろう。

- a. 諸個人の自由に対する平等な尊重義務を前提にした参加可能な全当事者の討議によって、
- b. 当該問題に適用する限りにおいて全員が合意した基本価値の序列に基づき、
- c. 格差で有利な位置への挑戦機会が全員に均等に開かれているとともに、
- d. 格差で不利な者をも利する結果ゆえに全員が受け入れうるという格差システムでなければならない、
- e. その格差の程度と形態は格差下位者の自尊心を尊重したものでなければならない。

もちろん、自発的に合意された格差システム規範であっても、討議参加者たちの属する文化の多様性の範囲の違いに応じて多様であることはいうまでもない。他方、いわゆる英雄的な自己犠牲を当てにした格差システムは、全員が自由意思によって合意したとしても c や d に反することになり、肯定することはできない。

以下、次号に続く

## 2. 医療や国民皆保険、非営利・協同などの理念と室料差額徴収の名目と実態

### 3. 不合理な診療報酬体系下での患者処遇の妥当なあり方

#### むすびにかえて

注

(1) 「平成15年度病院経営収支調査年報」（厚生労働省医政局指導課）によれば、医業収支率が95%以下は調査回答病院1402中776、100%以下は1062もあり（第12表）、総合収支率でも各々345、765である（第13表）。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokeiei/syushityousa/15-syushi.html>

(2) 以下の各医療団体や厚生労働省のHPを参照のこと。

[http://www.hokeni.org/top/public/pdf/08\\_kaiteikougai.pdf](http://www.hokeni.org/top/public/pdf/08_kaiteikougai.pdf)  
[http://www.byoinshinbun.com/nitibyoo\\_news.php?id=16](http://www.byoinshinbun.com/nitibyoo_news.php?id=16)

[http://www.mhlw.go.jp/houdou/0103/h\\_0306-1/h\\_0306-1r.html](http://www.mhlw.go.jp/houdou/0103/h_0306-1/h_0306-1r.html)

(3) 厚生労働省保険局「特別の療養環境の提供に係る病室の患者負担状況調査結果」などによると、全国の病室に占める差額ベッドの割合は、95年に前年より1.6%増の12.3% (<http://www.9.plala.or.jp/shingorilla/medrunesans/moneysec.html>)、2000年に前年より0.5%増の13.9% ([http://www.healthnet.jp/syukan/pages/2001/08/sf008\\_3.html#link2](http://www.healthnet.jp/syukan/pages/2001/08/sf008_3.html#link2))、03年に16.1%になったが04年は16.0%にやや低下した ([http://transplant.1-12-bike.net/medical/2006/04/\\_0416.html](http://transplant.1-12-bike.net/medical/2006/04/_0416.html)) という。また、医療経済研究機構の1997年度日米の国内総医療支出(TDHE) ([http://www.ihep.jp/publish/report/past/h12\\_k/data/table1.xls](http://www.ihep.jp/publish/report/past/h12_k/data/table1.xls))によれば、「特別医療環境室料」総額が毎年増えて、94年度-97年度に17%強上昇した。

(4) <http://www.yomiuri.co.jp/iryoudi/medi/nedan/20061117ik0b.htm>

(5) 受診抑制に直結する国民健康保険料滞納者が増大している。「国保料の滞納世帯は07年に474万6千あり、5年前より63万世帯増えた。加入者全体の約19%、5世帯に1世帯が滞納していることになる」(「医療再生へ選択のとき低所得者こぼれる国保」朝日新聞、2008年5月18日)。この数値は厚労省「平成18年度国民健康保険(市町村)の財政状況について=速報=」(<http://www.mhlw.go.jp/topics/2008/01/tp0115-1.html>)の「(参考5)滞納世帯数等の推移」による。

(6) <http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/03/dl/tp0314-1b15.pdf>

(7) J. ロック『市民政府論』岩波文庫、1999年、10頁及び12頁。

(8) 同書、32頁。

(9) 同書、31頁。

(10) R. ノージック『アナーキー・国家・ユートピア』下、木鐸社、1989年、380頁-381頁。

(11) J. ベンサム「道徳および立法の諸原理序説」『世界の名著38 ベンサム J. S. ミル』中央公論社、1967年、323頁。

(12) J. ベンサム「憲法典の主要諸原理」『人類の知的遺産44ベンサム』講談社、1982年、323頁-326頁。

(13) ベンサム、前掲書、324頁-325頁。

(14) 関嘉彦「ベンサムとミルの社会思想」『世界の名著38 ベンサム J. S. ミル』、35頁。Cf. J. Bentham, Supply Without Burden (<http://socserv.mcmaster.ca/econ/ugcm/3ll3/bentham/SupplywithoutBurden.pdf>)

(15) ベンサム、前掲書、325頁。

(16) Rawls, J., A Theory of Justice, revised ed., Harvard U.P., 1999, p.17. 『正義論』紀伊国屋書店、1989年、14頁。

(17) Rawls, p.53. 前掲書、47頁。

(18) Rawls, p.92. 前掲書、81頁。一部の訳文を変えた。

(19) Rawls, ibid. 前掲書、同所。訳語を変えた。

(20) 「世界人権宣言」(1948年)前文、第1条、第22条、第23条、『人権宣言集』岩波文庫、1978年、401-406頁 (<http://www.un.org/Overview/rights.html>)。「ワイマール憲法」(1919年)第151条、同書、212頁 ([http://www.verfassungen.de/de/de\\_19-33/verf19.htm](http://www.verfassungen.de/de/de_19-33/verf19.htm))。

(21) Habermas, J., Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln, Suhrkamp, 1983, S.103 und S.132. 『道徳意識とコミュニケーション行為』岩波書店、1991年、149頁及び193頁。

(22) Habermas, S.131. 同書、148頁及び191頁。

(23) Ebd., S.185. 同書、266頁。

(24) Cf. ebd., S.184. 同書、265頁を参照のこと。

(25) Ebd., S.189. 同書、271頁-272頁。

(おざき きょういち、埼玉学園大学教授)

## 公的保険で安心して療養できる病室を 臨床医の立場から個室を考える

池田 信明

### 1、はじめに

プライバシーが守れる個室で療養したいというのは患者の普通の要求です。我が国の公的医療保険制度のもとで個室が十分に整備されないのはなぜでしょうか。個室を増やすためにどうすればよいでしょうか。個室を増やすために室料差額を徴収することの問題点についてもふれます。「公的保険で個室を」実現する運動を呼びかけます。

これから述べる個室は、一人用の病室で洗面台があり、できればトイレ・シャワーが整備された病室とします。東大病院のホームページ（表1）にあるような特別室は含みません。

表1 特別室A 東大病院ホームページより

広 さ	155m <sup>2</sup> （ベッドルーム 48m <sup>2</sup> 含）
料 金	189,000円（税込み・1日当り）
室内設備	キッチン、冷蔵庫、電子レンジ、加熱調理器、バス、シャワー、洗面所、トイレ（ウォシュレット）2箇所、ウォークインクローゼット、ロッカー、応接セット、ドレッサー、ソファー、床頭台、テレビ2台、電話FAX（受発信可）、ビデオデッキ、茶器、ポットなど
室内風景	ベッドルームの他に会議室・談話室・受付・キッチンがございます

### 2、個室を増やす課題は患者の視点からは避けては通れない問題

「入院したことのある人は分かると思いますが、病院にはまるでプライバシーというものがありません。個室に入れる人以外は、4人部屋とか、6人部屋で、全くの他人と寝起きをともにしなければならないのです。私達は日常、自宅で暮らして

います。そこには、リビングがあり、キッチンがあり、寝室があり、お風呂があり、トイレがあります。自分の部屋を持っている人もいるでしょう。自分の部屋では誰にも干渉されずに好きなことができます。しかし、入院すると生活は一変します。薄いカーテンで仕切られたベッドのみが生活空間となるのです。お見舞いの人や、医師や看護師と話していれば、その話は筒抜けですし、着替える時も、食事をする時も、場合によっては排泄までも、そこで行わなくてはなりません。これは通常では耐え難いことです。」<sup>(1)</sup> これはほとんどの患者さんの普通の気持ちを表しています。特別なものではありません。憲法25条は「すべて国民は、

健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。」としています。プライバシー確保のための個室希望は患者の当然の要求で、安心してできる医療を受けたいという患者の受療権の重要な中身を構成するものと考えます。

しかし現状は個室の数には限りがあり、さらに室料差額という保険外の費用負担が一般化されており、個室に入りたいという希望を実現できる人は限られています。

### 3、病院で個室が必要になる理由

現実の臨床の場で多床室ではなく個室が必要と考える場合は以下のようなものがあると考えます。

- ① 医療スタッフの常時監視が必要な場合
- ② 術後や重症の病気のため安静が必要な場合
- ③ 抗がん剤やステロイドホルモンを服用中や免疫不全のため感染しやすくなっている場合

- ④ 悪性腫瘍の終末期で緩和ケアが必要な場合
- ⑤ 人工呼吸・人工透析・血液浄化などの機器をベッドサイドで使用する場合
- ⑥ 喘息発作等があり臨時で処置をする必要がある場合
- ⑦ 院内感染対策のため隔離が必要な場合
- ⑧ 多床室では他の患者に迷惑をかける場合（頻回の咳、いびき、歯ぎしり、排泄が自力でできず室内で排泄をする場合、不穏などの問題行動がある場合）
- ⑨ それ以外の本人の理由 対人恐怖、多床室では眠れない場合

それに加えて2で述べた⑩プライバシーを確保するためです。

## 4、何%ぐらい個室が必要なのか

表2は私の所属する法人の病院である耳原総合病院で個室の必要な患者が入院している割合をカルテから調べたものです。

耳原総合病院は堺市にある386床の救急指定(月救急車300台)臨床研修指定病院、7:1看護、DPC適応の中規模急性期病院です。築後30年以上を経過しており個室率(総病床に対する個室の割合)は16.8%です。3の項目で分類しました。

①から⑧の総計43.3%です。⑨それ以外の本人理由、⑩プライバシーが必要については、現状では患者が希望を述べるシステムがないため実態がつかめていません。相当の数があると思われます。また入院が必要な常時監視がいる救急患者を、個室がないため入院させず他院に転送している実態があります。個室の必要性は少なく見積もっても50%を超えと考えられます。

表2 耳原総合病院入院患者断面調査 全入院患者比(08年4月29日)

①常時監視	②安静	③易感染	④緩和ケア	⑤機器
5.4%	7.2%	4.5%	6.6%	0.3%
⑥発作	⑦感染対策	⑧迷惑	⑨その他	⑩プライバシー
1.5%	0.6%	17.2%	?	?

## 5、病院とホテルの違い

個室問題を考える場合、病院とホテルの違いを見ておく必要があります。

表3は一級建築士である久保田秀男がまとめた病院とホテルの違いです。

表3 基本的な病院とホテルの違い<sup>(2)</sup>

病 院	ホ テ ル
長期の生活	短期の生活
昼と夜の24時間の生活(病室)	夜の生活(客室)
日常性の延長	晴れの場/非日常性
安全重視/清潔感/明るさ	イメージ重視
清潔管理が重要	病院ほど問わない
病人・弱者・高齢者が対象	概して健常者
福祉サービス	利益が最終目的
緊急性のある医療機能	緊急性はない
見守られている安心感	プライバシー重視

私は我が国の入院医療は公的医療保険制度が提供するもので、ホテルサービスは全額自己負担の購入するものである点を久保田の表に付け加えたいと考えます。

病院では安全性や見守られている安心感も大切だということです。つまり個室問題を考える際、部屋の構造だけではなく安全や見守りを提供する側である医療スタッフの働き方や提供される医療との関連を合わせて考慮に入れる必要があります。

## 6、全室個室が理想なのか

聖路加国際病院は個室率100%で「いちばん理想に近い病院」と評されています。<sup>(3)</sup>

しかし久保田は「日本では、個室よりも多床室を好む人がいる。これは、差額がもったいないとか一人では寂しいということのほか、同室の患者に手術の経験を聞いて不安が

軽くなったり、いろいろな相談にもものってもらえる、あるいはナースコールを使えない患者をお互いに助け合うとかが理由であろう。<sup>(2)</sup>がんの末期で入院すると個室に入れられる。それ

が嫌だから入院しないという患者を私自身が経験したことがあります。これらは病院側の援助の足りない点を患者同士が補い合っている側面がありますが、少なくとも現在の日本では多床室での患者の助け合いふれあいが大切だと感じている患者がいることは事実です。

## 7、個室率アップのメリット

個室を増やすことのメリットは多い。建築学者の伊藤は、「個室のメリットについてアメリカの病院関係者が言うところを整理してみると、①患者の療養生活における個別性とプライバシーが保証できる、②病気の種類や性別に左右されることなく次の入院患者を決定できる（このために現在のように高い病床回転率を維持することができる）、③感染症疾患の取り扱いが容易である（日本でもようやくその重要性が認められつつある）、④医師や看護婦にとっても都合がよい（ほかの患者がそばにいては、仕事がしにくいということが事実時折あるらしい）、などである。」<sup>(4)</sup>と述べています。十分に納得できるメリットです。

伊藤によるとアメリカ建築協会は、病室は2床以下との指針を92年に出しておりアメリカではその基準をクリアしないと病院建設ができなくなっています。「アメリカの病室を2床以下にした理由については、もう一つ、保険制度の影響がある。多くの保険会社が、一床室や二床室でも室料を保険でカバーすることを認めていたからである。」<sup>(4)</sup>

ご存じのようにアメリカの医療は公的医療保険制度がなく、「国民の6人に1人と言われるメディケイド被保険者（5000万人）を潜在的無保険者として数えた場合、米国では、実に国民の3人に1人が無保険者あるいは潜在的無保険者となっているのである。」<sup>(5)</sup>その無保険者を除いた民間保険を持つ人に限り、個室を含めた入院医療が「保険」で保障されています。少なくとも「保険」を持つ人が個室に入ることは特別のことではないのです。

## 8、公的保険は個室を位置づけていない

日本の医療保険制度が療養環境について考慮していないことが最大の問題です。日本の医療の在り方を決めている医療法は病室についての規定をしていません。医療法施行規則で一床あたり病床の最低面積を決めているだけです。診療報酬点数表を見ても、構成は医師や薬剤師の技術料、薬剤費・医療材料費、検査費用などが含まれるだけです。もともと減価償却費等の投資的費用を医療機関の各種形態を考慮して評価し、診療報酬に反映する仕組みがないのです。つまり個室を増やすという視点がありません。

現行の公的医療保険制度では医療上必要からの個室使用に対して室料差額を徴収することを禁じています。<sup>(6)</sup>すなわち公的保険制度は患者の個室を利用する権利を認めているのです。問題は現行の医療制度が医療上の必要を狭く規定していることです。そして医療上の必要で個室を利用した場合も、診療報酬上は多床室利用と変わらず病院の収入は同じであり、個室を整備する財政的保障をとっていないことです。

耳原総合病院は病院建て替え事業を目前に抱えています。386床の病院が個室率をアップすると建設費にどのように影響があるかを推計しました。表4に示しています。

表4 個室率と建設コスト

個室率	面積増率	コスト
20%	0.0%	100
30%	8.3%	108.6
50%	25.0%	127.1
100%	66.7%	170.0

個室が増えると床面積が増加するとともにドア、壁、トイレ、空調、窓、照明、情報設備の費用が増えます。簡単にいえば個室率を10%アップするごとに7から9%の費用が増加します。当院でいえば約5億円ずつ費用が増えることとなります。

さらに個室を増やせば当然医療スタッフの動線は長くなり、サービスの水準を維持するためには1病棟あたりの患者数を少なくする必要があります。それは結果として人件費増となります。そ

のことも診療報酬では全く評価していません。

聖路加病院の日野原は「入院はプラスですが、520床のうち半分は差額室料をとっていて、3万円ないし6万円というところが大部分ですが、85%の占床率を維持しており、差額でなんとかなっているというのが実情です。」<sup>(6)</sup>と述べています。現状では「理想の病院」は高額の室料差額で支えられているのです。

## 9、特別療養環境室をどう見るか

厚生労働省は、次の条件を満たした4人部屋以下の病室を特別療養環境室と呼び、室料差額を徴収してよいとしています。<sup>(7)</sup>面積が1人当たり6.4㎡以上あり、少なくとも個人用の私物の収納設備、個人用の照明、小机等及び椅子下記の設備を有することとしています。あまりにも貧困な「特別療養環境」です。

そして室料差額を徴収してならない場合としてイ同意書による同意の確認を行っていない場合ロ患者本人の「治療上の必要」により特別療養環境室へ入院させる場合病状が重篤なため安静を必要とする者、又は常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする者・免疫力が低下し、感染症に罹患するおそれのある患者、著しい身体的・精神的苦痛を緩和する必要のある終末期の患者

ハ病棟管理の必要性等から特別療養環境室に入院させた場合 院内感染防止のための隔離をあげています。

また「痴呆あるいはいびき等で他の患者に迷惑を防止する観点のみから保険医療機関が当該患者を特別療養環境室へ入院させることは」差額徴収禁止にあたらぬとしています。<sup>(8)</sup>3で上げた⑧、⑨、⑩を除けば室料差額徴収禁止を規定したものです。

特別療養環境室に関する通知は3であげた⑧、⑨、⑩の場合に室料差額をとることを合法化していることが問題です。高齢化社会に医療においてせん妄を起こしやすく排泄に問題がある患者が個室に入院することは治療上の重要な選択肢です。また「そんな（多床室の・・・筆者注）病院で、同室の患者同士の人間関係がうまくいなくなる最

大の原因は、“いびき”です。」<sup>(9)</sup>いびきをかくから入院できないという患者もいます。いびきの患者の個室入院も医療上必要です。⑨、⑩についても個人の心理傾向性向やプライバシーに関係した個室希望も、特別な環境の要求ではなく医療に関係した基本的要求で、室料差額の支払いの必要がなければ多くの患者がもつものです。①から⑩までを医療上の必要とする必要があります。

また現実には室料差額徴収禁止規定が実践的に無視されています。東は「患者が希望するどころか、病院側の都合によって病室が決まるのだから、厚生省の指導も“ザル”いわざるをえない。なかには室料差額徴収によって経営の帳尻合わせをしている病・医院もあるといわれ、事務局が患者や家族にたくみに説明を行い、あの手この手で差額部屋に誘導するという。」<sup>(10)</sup>と指摘しています。

通知は緩和ケアでの室料差額徴収を明確に禁止していますが、国立がんセンターのホームページでは緩和ケア入院の費用として「医療費の他ににかかる費用として、給食費、個室の差額ベッド代が必要ながあります。」と明記しています。通知が守られていないのが実態です。

医療を安心して受けるために「公的保険で個室を」の要求を実現するために特別療養環境室に関する通知順守の徹底と患者の立場に立った改定をする必要があります。それとともに個室整備のための診療報酬上の手当てが必要です。

## 10、個室率アップを室料差額で実現しようとする見解の問題

以上述べたように個室は患者の切実な要求ですが、現在の医療保険制度のもとでは困難を伴います。そこで、個室率アップを室料差額徴収で実現しようという意見があります。その意見には以下の問題点があります。

一つは、室料差額徴収を前提とすれば個室希望の権利性を否定し、ぜいたくな要求としてしまうことになり、「公的保険で個室を」の要求に逆行することになります。

第二に、個室料を払えない人の要求の切り捨てになります。

第三に、現行の室料差額徴収禁止規定を順守すれば、多くの個室利用者が①から⑦の医療上の必要との理由に該当し個室料は取りたくても徴収できません。

第四に、室料差額収入を前提に病院経営を考えれば、病状で個室を必要とする人と、希望で個室を必要とする人の間でどちらを優先して個室に入っただけかかの矛盾がおこります。

少なくとも患者の受療権を守ることを考える医療機関は室料差額を取るべきではありません。

## 11、個室問題での議論と実践を

特別療養環境加算禁止規定の順守、特別療養環境加算禁止規定の拡大を要求します。個室率をアップできる診療報酬での裏付けが必要です。個室増加に見合った医療スタッフ数の確保と診療報酬が求められます。

目前に建設が控えている院所では現状の医療保険制度の枠内で個室率をアップするために、管理者と職員・共同組織の知恵・力の発揮が必要です。個室を含めた病床利用予測、建設コスト予測、地域協同基金を含めた資金計画を検討し力量に見合った個室率を決めることです。職員の体制を含めた働き方の合意が必要です。また多床室の療養環境を整備しプライバシーを確保するのの研究も大切です。

個室問題は低医療費政策を打破し、憲法の25条が輝く日本の医療を実現する重要なテーマです。医療従事者をはじめ国民の議論と実践が望まれます。

## 引用文献

- (1) 小嶋厚子「病院で暮らすということ」『准看護婦資格試験』2006；3：34
- (2) 久保田秀男『患者に選ばれる病院づくり』じほう 2001
- (3) 吉原清児『理想の病院』講談社現代新書 2000
- (4) 伊藤誠『アメリカの病院』鹿島出版社 2001
- (5) 李啓充「続アメリカの医療の光と影」『週刊医学界新聞』2654号 2005.5.4
- (6) 日野原重明「私の考える病院の理想像」医療問題研究会編『理想の病院をもとめて』医療文化社 2005
- (7) 厚生労働省平成20年3月28日通知 2008
- (8) 第116回国会答弁書第9号 2000
- (9) 後藤敏和「病室の問題（いびきとプライバシー）」『臨床研修プラクティス』2007；4：12
- (10) 東栄一「現代医療の抱える問題」『医学のあゆみ』1999；190：13

(いけだ のぶあき、特定医療法人同仁会理事長、医師)

## 室料差額問題—看護師の立場から

玉井 三枝子

日常的に他の病院が室料差額を当たり前のようにとっている現在、私の勤務する病院は現在室料差額の徴収をしておりません。しかし、経営悪化になり、診療報酬が下がるたびに職員からは「もうそろそろ室料差額をいただかないとこれ以上職員の賃金が下がるのはたまらない。」という意見が繰り返し出てきます。そのたびに、患者さんの置かれている状況や、室料差額を取っている病院の状況を話し合います。

先日意識不明となり救急車で脳外科病院に運ばれICUに入院した50歳代患者さんの奥様から悲鳴のような電話をいただきました。初めての入院経験でした。1回目の電話「なぜ意識がないのか原因がまだわからないのです。不安でいっぱいです。それもあつけれど、ICU室の前に室料差額が表示してあり、1日2万円とあります。何日も入ることになるのでしょうかと聞いたら1週間くらいでしょうと言われました」。2回目の電話「意識はだいぶ良いので個室に移動して下さいと言われました。1日1万円なのでもっと安い部屋にといいましたがないと言われました。私には元気に見えたとし、本人もお金のことを心配していたので、3000円の大部屋でいいと思うのですが…勤医協病院に移れないか」と。私は「そちらの医師が転院してもよいといわれてからでないかと転院できないこと。室料差額は拒否ができること」を話しました。しかし「お世話になっているのにそんなことはいえない。もっと安い部屋に入れてほしいということが精一杯でした」。退院までの1ヶ月で80万円の請求書がきて、親にお金を借りて支払ったそうです。

また、他病院で仕事をしていた中堅看護師は、「室料差額を取っている病院で働く人間がおかしくなると思い、室料差額のない病院で働きたい」と、私たちの病院に応募されました。退職を決意した内容は「差別意識は自分はないと自負していたが、詰め所内の雰囲気はだんだん悪くなり

ます。室料差額を払っている部屋の担当になると部屋に入る前に深呼吸をし、敬語を使えるように頭の中で考えてから入室する自分がある。ナースコールがなると優先して室料差額を払っているところに看護師は行くようになっている。病状優先で行動できない看護チームが出来上がっていて師長も当然というような態度になる。」とても人間がおかしくなるとお話をしていました。

室料差額をとっている他病院の師長さんは「これでいいのかと疑問を持ちながら仕事をしている」と話します。それは「病状で個室を利用する」ことを一番に考えているつもりだが、現状は病状に関係なく室料差額を払っても個室に入りたい希望患者を空床がある限り入院させている。病状が悪化し個室に入室させたい患者が発生しても「あなたは病状が落ち着いているので、個室を出してほしい」と話しても拒否されることもあるし、かといって高額な個室の空床を作らないことが師長の評価にもかかわるし、ベッド管理はすごくストレスです。また、病状が悪い患者で個室の室料差額金が払えない患者がいると、若い医師の中には「ちゃんともじめに働いていないから生命保険にも入っていないんだ。そんな患者は入院させなければいいのだ」と暴言をはく人もいます。

本当は師長である自分が『病気は誰にでも起こることなので、そのような差別的なお話をするのはいかがでしょうか』といたいところですが、何の不自由もなく育った若い医師に教育的な話をする元気も時間もありませんね。この若い医師はどのような医師に育っていくのか。誰が教育をしてくれるのでしょうか」と憂っていました。

日本中、格差社会が蔓延しているとき、「病気という誰にもおこること・そして、人生でとても困難なとき」まで、差別・格差を持ち込むことに医療従事者こそ反対の声をあげていきたいものです。（たまい みえこ、勤医協札幌病院総看護師長）

# 総研いのちとくらしブックレット

(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）。



総研いのちとくらしブックレットNo.3

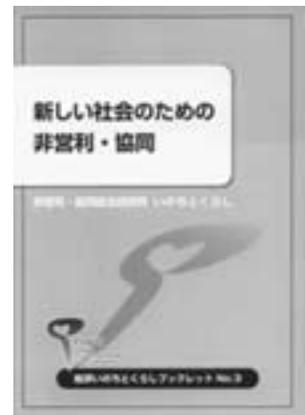
## 『新しい社会のための非営利・協同』

(ISBN 978-4-903543-04-8、2008年3月5日発行、A5判75ページ、頒価200円)

これまで『いのちとくらし研究所報』で発表してきた論文や座談会をまとめたものです。新しく用語解説を巻末に入れてあります。

### 【目次】

- はじめに 鈴木 篤
- 非営利・協同とは 角瀬保雄
  - (1) はじめに
  - (2) 理念としての非営利・協同
  - (3) 経済主体としての非営利・協同
  - (4) 経済セクターとしての非営利・協同
  - (5) 非営利・協同の課題
  - (6) 非営利・協同と労働
- 非営利・協同と社会変革 富沢賢治
  - (1) 社会変革の歴史
  - (2) 非営利・協同組織とはなにか
  - (3) 非営利・協同セクターとはなにか
  - (4) 社会経済システムにおける非営利・協同セクターの位置と役割
  - (5) 結論
- 非営利・協同の事業組織 坂根利幸
  - (1) 非営利・協同の意義
  - (2) 非営利・協同の出資と所有
  - (3) 協同の民主主義
- 座談会「非営利・協同入門」  
角瀬保雄、富沢賢治、中川雄一郎、坂根利幸
- 用語解説
- あとがき 石塚秀雄



ビクトル・ペストフ、石塚 秀雄訳

（訳者まえがき： この論文は、Victor Pestoffの論文“Democratizing Medical & Health Care — the Japanese Example”の全訳である。もともとは、近日刊行される彼の著作“A Democratic Architecture for the Welfare State”の第7章に当たるものである。ペストフは、スウェーデンのMid Sweden大学の教授を長年勤め、ヨーロッパにおける社会的経済論、福祉国家論の指導的論客であり、サードセクターの位置を示すいわゆる「ペストフの三角形」（日本ではペストフ・富沢の三角形）としても知られており、『福祉社会と市民民主主義』などが邦訳されている。ペストフは90年代の後半に金沢大学の藤田暁男教授の下に客員研究員として長期滞在した。そのときの調査研究の成果のひとつがこの論文である。訳者はペストフからこの論文草稿チェックを頼まれた関係もあり、今回、翻訳掲載の許可を得た次第である。この論文が掲載される単行本自体も邦訳の計画があると聞く。

この論文の意義は、なんといっても日本の非営利・協同の医療機関が著者の解釈の下に広く世界に紹介されたことであろう。これまで、ヨーロッパの研究者によるこの種の論文はほとんど見かけることがなかった。日本の関係者にとっては、多少の違和感を覚える記述もあるかもしれないが、国際比較研究にはつきものの事柄である。外の世界からどのように見られているのか、を知ることは大事なことである。ペストフはアローの仮説を借りて、日本の医療を事例にとり、公的セクター（国家）、営利セクター（市場）、非営利・協同セクター（市民社会）の関係性と役割を分析している。

## 序

1960年代に、ノーベル賞学者のK. アローは、厚生経済学の観点から医療産業について、市場が最適状態の実現に失敗した場合、社会がそのギャップを一定程度埋めるであろうし、非市場的な医療事業機関がその橋渡しをするだろうと述べている（Arrow 1963）。さらにアローは、米国における医療市場における特徴は、選択性の欠如をどうするかであり、医療情報提供が不完全であるということである。その結果、医師の望ましい行動は利潤動機から離れることである。それは米国において営利病院に対して非営利病院が優勢になるべきであるということである。

本論文の資料は1998年春から私が研究のために日本に滞在したときに自立的な医療機関を調査して集めたものである。資料は金沢、弘前、石川、青森などにある医療機関の文書や取材によるものである。

日本のこうした医療機関については、アローの言う、米国の医療産業の特殊性に関して、40年後においても日本にも当てはまる。アローは、社会

は医療供給と非市場との間にあるギャップを埋める方向に動くと言っている。しかし、われわれとしては、社会はこのギャップを埋めるのに政府主導で行わせるか、直接市民的なイニシアチブによって市民社会自体が医療を供給するという2つの方法があると考ええる。

## 1. はじめに、市場化か社会的機関か

ノーベル賞受賞者のケネス・アローは、市場が最適状態を達成することに失敗した場合には、社会がその欠陥を認識するだろうし、また非市場的な社会的機関がその橋渡しをすると言っている（1963：947）。さらにアローは、米国においては医療市場の特別構造があり、市場がリスクを取らないことや情報の非対称性に基づく最適性の欠如を埋めあわせると述べている。その結果、米国においては営利病院に対して非営利病院が優勢となったのである。1958年に営利病院のベッド数は全体のわずか3パーセントにすぎず、それに対して非営利病院のベッド数は30パーセントを占めてい

た。残りの間3分の2は連邦政府立、州立、自治体立の病院が占めていた (ibid.:920)。

アローは、米国の医療産業の特徴は、患者と医者との関係性における信頼の必要というものであり、医者は収入を最大化する者としては決して存在できないということであった。つまり医者は信頼を維持するために、利潤最大化する者という烙印を避けるのである。アローは言う。「利潤という言葉は、医療産業における信頼関係を損なうシグナルである」(ibid.:965)。

オズボーンその他は最近日本のボランタリィセクター・非営利セクターの変化を分析して、1995年1月の阪神淡路大震災以降の発展について触れている (Makoto, 2003)。オズボーンたちが強調しているのは、日本の新旧の非営利組織には大きな相違があり、従来のは官による統制すなわち制度化されているのに対して、新しい非営利組織は制度化されずにいる、ということである。出口 (2001) の議論に触れて、オズボーン (2003) は、制度化とはボランタリィ組織や非営利組織が国家に極度に依存することであり、非制度化のボランタリィ組織や非営利組織とは地域コミュニティや自立的な事業によって生み出されたものであると指摘している。しかし、非制度化すなわち無認可の非営利組織は、安定財政に欠けているとか、法的規定が無いために行政との制度的な関係がもてないという問題を抱えている。仏教的伝統にもとづく相互扶助による日本のボランタリィセクターは、国家に垂直的に統合されてきた。ヤング (2000) は、今日まで日本の非営利セクターは政府によって指導、統制、調整されてきた、と述べている。したがって、日本では政府と非営利セクターは補完的な関係を強く持っているし、非営利組織は「プリンシパル—エージェント関係」におけるエージェント (主人にたいする代理人) と位置づけられると見なされる (ibid.:168)。しかしながら、オズボーンは、1998年の「特定非営利活動促進法」と2000年の介護保険法によって、新しいボランタリィ組織や非営利組織が認定されることになったとしている (Osborn, 2003: 8)。

約40年前に、A. ハーシュマン (1970) は、「退出」と「発言」という議論を企業や組織や国家の在り方に対する消費者の拒否の手段として議論し

た。消費者はそれによって財とサービスの質の改善をさせるのである。「退出」とは市場における典型的な対応である。不満な消費者は買い物先を変更する。「発言」とは、政治的 (政策的) 対応である。消費者は粗悪なモノへの失望を個人的または集団的に表明する。「発言」は不満であったり改善提案であったりする (Stryjan, 1989; Pestoff, 1994)。

ハーシュマンは「退出」と「発言」の議論に対する批判に対して、消費者や生産者が財やサービスに対して無知であることが、特に最近複雑化して無知が増しているが、それが「発言」の原因になると述べている。消費者は、食品の味が好みでなければ、すぐに自分の好みの味のほうに「退出」してしまう。しかし、保育、教育、介護、医療などの福祉サービスについて好みを表明することは、消費者にとっても生産者にとっても、その質が不明確な場合は、もっと「発言」する必要がある。そこでは消費者と生産者との積極的建設的な関係が、財とサービスの質を改善するためには不可欠である。同時に、こうした財とサービスの売り手と買い手の間には知識の非常な不均衡があるので、たとえば医療での「発言」はサービスの質改善のために重要な役割を果たす。さらに、新しいサービスの必要はそのための知識の引き上げをもたらす。こうした事情で、消費者の教育だけでなく生産者も期待に応える仕事をするためにより情報提供が必要である。「発言」によって情報が引き出されて、詳細がわかることによって「退出」を避けることになる (ibid.)。

「発言」は消費者と生産者との間の継続的相互関係を繰り返すことであり、質改善の重要な手段である。消費者を共同生産者と考えれば、伝統的な取引交換関係から、相互関係に転換できる (Wikstrom, 1993)。生産者と消費者の相互関係には長期の安定的関係が必要である。それによって、3つの利点がある。すなわち、より良い財とサービス、短期に新しいものを開発できること、低コストである (ibid.: 8—11)。

複雑化した社会では、分業があり、多くの人が財とサービスの生産に従事している。しかし、個別の消費者や消費者グループもまた、財とサービスの生産に貢献できる。それは消費者である生産者というものである。この混合型はいろいろな形

で現れる。消費者と生産者の共同生産の場合、それは技術的、経済的、制度的、政治的な影響の結果である (Parks, *et al.*, 1981&1999)。技術は、普通の生産活動と消費者—生産者活動による生産機能の両方の在り方を決める。経済的な在り方は、両方の効率性を決める。制度的な在り方は最適混合を決めて、共同生産の技術的可能性や経済的効率性を高めたり、あるいは不適切性を確認する (ibid.:1002))。オストロム (1999) によれば、公共財とサービスは、通常の実産者によって産み出されるが、彼らはしばしば顧客にも相談している。しかし、「顧客」という言葉は、受け身的な言葉である。すなわち、なにかに対して動かされている者である。逆に、共同生産という言葉には、市民が公共財とサービスの生産に積極的な役割を果たすという意味が含まれる (ibid.:347)。

これまでの公的医療モデルは、人々が受け身であり、専門知識がなく、上からの手助けやガイダンスが必要であるという前提に立っていた。公的医療は専門家が推進し、トップダウン方式に基づいていた。このモデルでは、病人や障害者や失業者やホームレスは、情報源という存在ではなかった。それにたいして医者のような外部の専門家が彼らの代わりに回答を用意した。専門家が「これはこうなんだ」と言って、官僚が処方箋を書くのである。フォンテン (2000) は、民間セクターはサービスの中身について消費者の期待を満たす努力をしている、と述べている。フォンテンはヘスケット、ザッサー、ハート (1990) たちを引用して、次のように述べている。「医療専門家は主人のような仕事をして患者自身が子供扱いされることを望むようにし向ける。患者は話をすることができずに自分に起きたことを正しいことだと受け入れるようにし向けられ、医療が正しくされなくても不満を持つべきでないとし向けられる」 (ibid.:59)。

対照的に、スターリン (1997) によると、新しい医療モデルは、誰もがそれなりに専門家にいるという考えからスタートしている。そこでは各人の情報資源が増加し、各人の対応能力が増加することが大事であり、それにより民主性が深まり、各人の健康状態が改善される、とされる。これまでの医療モデルでは、問題が発生した場合は隠蔽

されたりするが、新しいモデルでは積極性が促進される。すなわち、資源、対応能力、平等性が促進される (Levi, 2000)。しかし、ルンドセン (2005) の指摘ではスウェーデンでは2003年の新公的医療政策によれば、社会における「参加」と「影響」が公的医療の再編にとって大事だと序文で強調されている。つまり、医療権に個別の目標がある (ibid.)。しかしスウェーデンの公的医療政策には問題もある。

医療はとりわけ貧困者問題を抱えている。新しい医療モデルは自立的な医療を強調している。貧困地区での医療は疾病問題の1つと見なされる。D. ワーナーの本『医者はいないところで』(1997 & 2003) は、貧困コミュニティに対する最良の医療マニュアルである。ワーナーは次のことを強調している。

- 医療は人々の権利ではなく、義務である。
- 自己治療が医療プログラムの目標である。
- わかりやすい情報が人々が家庭で健康問題を解決して、医者にかかるよりも安価ですませることができる。
- 医療知識は少数の選良たちによって秘匿されるべきではなく、自由に共有されるべきである。
- 知識のない人もある人と同様に信用すべきであり、確かに賢い人たちなのである。
- 基本的に医療は外から渡すものではなくて、内から作り上げるものである (Werner, 1997 & 2003)

ワーナーはすべての人々が自らの健康を最大限に維持する方法の1つを提示している。それは医者と患者の間の情報の非対称性を是正しようとするものである。すくなくとも先進国においてはインターネットなどで医療情報の入手が容易になるにつれて、情報の非対称性は将来的に徐々に是正されるであろう。A. ヴェイルの『自然医療、自然薬品』(1995 & 2004) というマニュアルでも患者に代替医療を紹介するとよいと述べている。

日本は、1961年に強制的な公的医療保険を導入し普遍主義的な医療制度とした。1973年に厚生省は、患者の窓口支払いを減らした。それにより患者は医療を受けやすくなり、どんな医療サービスを選んでも支払い費用のほとんどが保障された。

医療保険制度では医療機関には公的なものだけではなくて以下に示す医療機関も含まれる。

K. アローが示したギャップを埋める市民社会の役割とはなにか。病院の専門家と公的保険の患者との間の協同、共同生産のための役割を市民社会は果たせるのか。アローのいう情報の非対称性を市民社会は変えることができるのか。これらの問いに答えるために、本論文では日本における医療供給セクターの5つの「医療機関」すなわち医療のサードセクターを示す。それらの医療機関の目的、政府との関係、医者と患者の情報の非対称性の是正、患者の医療にたいする積極的役割を見ていく。

## 2. 方法と検討材料

日本では病院、診療所を経営する医療サービスを供給する非営利組織がいくつか存在する。日本赤十字社、厚生連（農協）、医療生協などは外国でもよく知られている。組合員サービスのためであるが、医療機関としての明確な社会目的も持っている。

本論文のための資料は1998年春に、金沢大学の研究員として滞在したときに、各医療機関を調査して集めたものである。医療機関の文書やインタビューなどによる。質問票に基づいて金沢、弘前、石川、青森、埼玉などの医療機関の代表者にインタビューを実施した。質問の関心は主として3つの分野であった。すなわち、a) 医療機関の概要、ベッド数、職員数、b) 当面の目標と課題、c) その他の医療機関や行政との関係、である。インタビューの多くは、面談方式により、通訳を介して、それぞれ約2時間であった。ただし、本論文の表の数字は2004年のもの書き換えている。

調査した非営利の医療機関は次のとおりである。a) 恩賜財団済生会、b) 日本赤十字社（石川県赤十字社、金沢赤十字病院、金沢赤十字血液センター）、c) 厚生連（農協、青森厚生連）、d) 医療生協（埼玉の医療生協病院、弘前の医療生協病院）、e) 民医連（金沢の介護施設）である。

## 3. 非営利・協同の医療機関の事例

取り上げる5つの医療機関は1997年の病院ベッド数の約7パーセントを占めている。この5つの医療機関で、2004年度では500病院、144,000ベッドであり、1997年度よりも3万ベッド増加している。病院当たりのベッド数は平均167から439に増加している。職員数は2004年度で22万人であり、1997年度より5万人増加している。この人数には医師、看護師、技術専門家、事務職員などが含まれる。付録の表1はこの5つの医療機関に関する数字である。次に各医療機関について簡単に触れよう。

### （1）済生会、恩賜財団

済生会は1911年、社会的な変動の中で、明治天皇の主導によって、救恤的医療を提供するために作られた。第二次世界大戦後、「社会福祉団体」となった。東京に本部を置き、各県に支部を置いている。済生会は、低所得者に対する無料、低費用の医療提供を幼児、障害者、高齢者、精神病患者に行うという明確な目的を掲げている。また看護師の教育も行っている。済生会は明確な慈善目的を掲げている。2004年には79病院を運営し、1997年以来2000ベッドを持つ病院は5つとなった。職員数は35,000人で、1997年度より7,000人増加している。病院の平均的規模は、285ベッドである。1996年度では補助的な医療施設として13保健診療所、産婦人科病院、17高齢者施設、18介護ステーション、32高齢者介護センター、19在宅介護支援ステーション、65の離島を巡回する医療巡回船を持っている。

### （2）日本赤十字社

日赤は1877年に設立され、1952年に「日本赤十字社法」に基づいて特別な医療機関として認定された。個人や団体の課税控除となる寄付を受けている日赤は、他の非営利組織が受けられない特別な優遇を受けている。医療事業と血液事業が日赤の二大事業であり、1997年度では職員の83.2パーセントが医療分野、12.2パーセントが血液事業分野に従事している。2004年度では日赤は90病院を

運営している。1997年度より6つの減少である。日赤は他の国々の赤十字に比べると医療においても血液事業においても大規模である。それには歴史的事情があり、明治維新以降、日赤と軍隊は密接な関係があったからである。1996年の日赤の活動は、災害救援、医療、看護師教育、児童・障害者・高齢者に対する社会的支援などがあり、また日赤青少年会、教育訓練事業、献血サービス、国際協力、資金提供などを含む。1996年度において、日赤は1870万人の会員がおり、ボランティアは430万人である。

1974年に政府は各県に血液センターを設置することとし、日赤に独占的な役割を与えた。石川県では、厚生省県事務所の所管となった。金沢血液センターの責任者によると、石川県は献血で十分まかなわれている。日赤は献血者に支払いはしていない。

赤十字病院の財源は事業と寄付である。血液センターと病院は利潤を上げるよう運営されている。一方、国際活動や社会福祉活動は非営利的運営である。寄付は年間150億円ほどであるが、近年減少傾向にある。このことは日赤の医療活動に大きな影響を与えている。半数の病院は将来、破産するかもしれない。ヨーロッパに比べて日本では患者は「長期入院」する。たとえば、盲腸手術では5-7日の入院だが、ヨーロッパでは1-2日の入院である。心臓バイパス手術は日本では5週間、ヨーロッパ5-7日の入院である。「日本の病院サービスは合理化されるべきだ。その点で日本はヨーロッパよりも20年遅れている」と金沢赤十字病院の責任者は述べている。

金沢赤十字病院は120ベッドの新病棟を建設中であった。できあがると全300床の病院となる。従来の病棟は築30年であった。50年前に最初の日赤病院が作られたときは独自性があったが、現在はその独自原則は失われつつある。国民医療保険制度が全国民をカバーしており、患者はどの病院にも自由にかかる。しかしながら、将来的にどの病院も独自性を持たなければならなくなれば、金沢赤十字病院の新病棟のように、全部個室としなければならないかもしれない。またどの病院も科目を糖尿病や産婦人科などに特化しなければならないかもしれない。

石川県日赤と金沢赤十字病院との関係は薄い。事実、日赤病院と一般の病院との違いはほとんどない。金沢赤十字病院は地方自治体や石川県との連携が強く、資金提供のほとんどをそれらから受けている。石川県日赤は、今のところ大きな問題はないが、さきざきボランティアの在り方が問題になるだろうとしている。特定非営利活動法は邪魔にはならない。日赤は日本における唯一の災害救援指定組織であるので、長年の実績と経験で独自の立場にある。

### (3) 厚生連、全国厚生農業協同組合連合会

日本の農協運動は20世紀初頭に始まった。1945年に再建された。今日では資金への高配当がその主要目的となっている。多目的な農業協同組合として、資材供給、マーケティング、信用、保険、医療、社会サービスなどを事業としてきた。JA（農協）は1948年厚生事業を開始し各地で厚生連として知られるようになった。公的医療が不十分な地域や組合員の資金能力不十分な地域で厚生連は発展した。農村地域住民に奉仕する医療を目的とした。すでに1951年に政府によって、農村医療プログラムの実施主体として認定され、公的資金や税控除の対象となった。厚生連は組合員の健康維持が目的であり、組合員の福祉向上のために財政的社会的支援を受けるものである。農村地域における毎年の定期検診は重要な機能を果たしている。移動診療所による検診により組合員の健康促進、食餌療法、居住環境などのための講習会や映画上映などをおこなってきた。300万人以上の農民とその家族が毎年、検診を受けている。

厚生連は農業団体や設備の近代化のために長期で低利の基金提供や農村地域の医療機関のためのロビー活動を行っている。農協は日本全国で病院経営をおこなったが、現在では都道府県の約半分をカバーするだけになっている。各地の農協が自分たちの社会活動の中身を自主的に決めている。弘前農協によれば、1950年代に青森に病院を持っていたが、何年か後には自治体に売却してしまった。それは当時青森の農協が組合員への医療サービスは自分たちの主要な仕事ではないと考えたからだろうとのことである。もし県などが医療サービスに熱心でないなら、医療事業はうまく行かな

いので、病院を売却するというにもなるのであろう。

1997年に、厚生連の病院と診療所の3分の2は人口5万人以下の農村地域に所在している。厚生連の唯一の大病院は長野県の佐久病院である。佐久病院は今日、農業農村地域の典型例を示している。2004年に厚生連は122病院、47診療所、総ベッド数46,400ベッド、287移動診療所を保有し、農村地域や過疎地での訪問検診、プライマリケアを行っている。2002年からの増加数としては、職員数7,400人、ベッド数100の増加である。2002年度においては医師数4,009人、看護師数23,456人、職員数11,539人である（栗本、2005）。今日厚生連の病院の平均ベッド数は309ベッドである。

厚労省の主導によって、農協法が約5年前に改正され、農協に社会福祉活動が認められた。現在、高齢者介護を全国で展開している。地方自治体は農村地域での高齢者介護の需要に対応できないので、厚労省は農協に「ホームヘルパー」養成の認可を与えた。こんにち、約6万人の女性、主として主婦がその資格を得ている。彼女たちは農協で資格を取得し、自治体を通じて仕事をしている。1990年代終わりまでに、青森農協は28のホームヘルプステーション、4のデイケアセンター、12の介護施設を運営している。ホームヘルパーになる農村女性は、それまで未経験であるが、教育訓練を受け資格を取り、収入を上げることになる。

#### （4）医療生協

医療生協の起源は、1930年代、1940年代の社会的混乱期に遡る。それは当時のアジアにおける日本の軍事的帝国主義に対する反対の一部でもあった。終戦直後の窮乏時に医療生協の役割は高かった。医療生協は公的医療サービスの不十分な地域で組合員の資金力以上に発展した。医療生協の目的はコミュニティと住民に医療とリハビリサービスを提供することであり、健康な生活を包括的に長期に維持するための予防活動をすることである。医療生協は生協法に基づく法人である。地域の人々が医療生協を作り、組合員の健康と医療のために運営を行う。日本生協連は、1980年代に生協医療部会を設立して医療生協を組織化した。1991

年に生協医療部会は医療生協「患者の権利宣言」を制定した。自己の健康や病気を知る権利、自己決定の権利、プライバシーの権利、健康や病気についての学習の権利、治療を受ける権利などが書かれている。

日本の医療生協の特徴のひとつは、組合員が自分の医療に対して積極的な役割が期待されていることである。したがって、組合員は病院や診療所に行ったら自分で血圧を測り、状態を看護師や医師に話すので、専門家から話を受けるというだけの消極的な存在ではない。多くの組合員は自分の通常の血圧がいくつかわかっており、ヨーロッパ各国の人々よりも医療知識が豊富である。組合員は10人程度の班組織に集まって、自分の健康促進の学習などをする。2004年に、医療生協の100万人の組合員の約4分の1が26,127の班に所属している。班は平均10人の組合員の構成である。班の組合員は地域医療生協による学習会などに出席する。一部の組合員は健康相談者になり班のリーダーとなる。今日約4万人の健康相談者（保健委員）がいる。

班のメンバーは看護師や保健委員の支援を受けて、自己検診を行う。組合員は血圧、尿の糖分と塩分量、肥満度などを単純な装置によって図る。異常が見つかったら、組合員は医療生協の医師の診察を受ける。こうした自己検診活動は病気の初期治療に効果を上げる（栗本、2004）。班グループではまた健康状態について自己検診にもとづいて話し合いをして、食餌、栄養、生活習慣、運動などのバランスについて話す。このように、班メンバーは自分たちの健康状態を自覚できるので、健康な生活が可能になるのである。学習や知識をつけた利用者が医療専門家と積極的に共同することが病気を予防することにつながる。それは医療専門家の手に自分たちの健康を任すという消極性とは対照的である。

1978年に医療生協さいたまの埼玉協同病院は74ベッドであった。それ以後病院は埼玉県南部地域の最大病院として発展し、1990年代半ばには350ベッド、1日の患者数は1000人となった。職員数は450人で、その中に医師50人、看護師210人を含む。1990年代後半において埼玉県にはさらに3つの医療生協病院、9つの診療所、4つの歯科診療

所、組合員数156,000人を数え、日本で最大の医療生協組織となった。組合員の出資金は5000円であり、また職員の出資金はその倍から10倍である。出資金は建物や医療設備機器に投資される。医療生協さいたまの職員は自分たちを埼玉県民に奉仕するコミュニティ病院であると考えている。

病院の理事会は約40人の理事により構成されている。3分の2は地域組合員の中から選ばれる。さらに医療生協さいたまは42人の理事がおり、9人が常勤理事であり医療の専門家である。33名の非常勤の理事は組合員から選ばれている。異なる種類の理事の組み合わせは、医療生協さいたまの病院がマルチステークホルダー型の組織であることを示している。

医療生協さいたま埼玉協同病院の幹部は、従来の医療の家父長的なやり方を是正するのが大事だと考えているという。組合員のほとんどは病気にならないかぎり医療生協にはやってこないの、組合員が病院経営に直接関与するという機会はほとんどないという。しかしながら、積極的に意識の高い組合員は、地域の健康学習グループや班に参加する。彼らはたいていは50代、60代の女性である。職員は公的医療機関と同程度の賃金であるが、単なる被用者ではなく、職員もまた組合員であり、出資金を出している。同病院にはボランティアも存在する。ボランティアは週に1日、朝9時から午後3時30分の間に病院にやってくる。彼らの多くは主婦か定年退職男性である。非専門的な仕事に携わり、患者の衣類の洗濯や入浴補助などを行う。

厚労省は医師数増加を目指した。医療生協さいたま埼玉協同病院は1990年代初期に医学部卒業後のインターン訓練の重要な病院となった。1994年にその協定を結んだ。2000年4月に高齢者介護保険法が始まった。多くの病院では現在、長期介護サービスに取り組みようとしているが、それはいわゆる医療社会的介護の複合体の動きを強めるものである。医療生協はそうした中で、医療福祉ネットワークの形成のためにコミュニティへの参加をすすめている。それには地方自治体との関係も含まれている。その結果として医療介護におけるより広いマルチステークホルダー的取り組みが、自治体レベルで進むだろう（栗本、2005年9月）し、

医療システムに共同的経営が導入されるかもしれない。

2004年に、医療生協は約250万人の組合員となった。1996年には180万人であった。1996年には38都道府県に336病院・診療所が存在した。その多くは民医連に加盟している。2004年には医療生協は40都道府県で76病院、240診療所、12,660ベッド、平均ベッド数167であった。現在、医療生協は25,000人の職員、内、医師数1,779人、看護師9,896人、その他職員13,897人である。医療専門家たちもまた医療生協の組合員である。医療生協は異なるステークホルダーを組織の中に関与させることで相乗効果をねらっている。多様な組合員区分は医療生協の理事会における利用者支配をもたらず。医療生協全体で、利用組合員の理事数は2,133人で、専門家組合員が710人である。たとえば、医療生協さいたまでは27人の理事が利用組合員で、常勤理事10人のうち、医師が3人、看護師1人、経営理事が6人となっている。弘前市の津軽保健生協の理事数は41人で、そのうち12人は病院の職員であり、27人が地域代表の組合員である。医療生協はしたがってマルチステークホルダー的運営を行っているのである。

津軽保健生協は1998年にその経済的・社会的目的を定めた。経済的な側面では、2000年以降の介護保険法に対応するためには施設が不十分であるとしている。そのために、訪問看護センターやベッド数やケアマネージャーや訓練士、介護施設、デイケアセンター、給食、ホームヘルパーなどの新たな取り組みに積極的である。1998年9月に、20人がケアマネージャーが資格をとったのは1つの成果である。医療生協は新しい介護保険法の個々の内容には反対ではあるが、ないよりはましであると見ている。医療生協の領域を拡大し、医療制度を改善して、自分たちの医療サービスの民主化の一助にしようとしている。弘前の医療生協の52,000人の組合員は27の地域に分かれているが、新しい介護保険法の下での介護サービスがどのようになるか心配している。

政治的な側面では、医療生協は民主主義とは人々の意思を重視することであると考えている。地域レベルではガバナンスの代表機能は十分ではない。津軽保健生協の組合員は弘前市において640

の班に分かれている。定期的に班会を開催し、医療問題を議論したり、組合員にデイケアを提供したり、医療や協同組合について学習したり、「患者の権利宣言」を議論したりする。津軽保健生協は生協医療部会を単なる医療団体というよりも組合員の力を引き出す道具だと考えている。社会的側面では、社会的に健康健全な社会を目指すことが目標である。津軽保健生協は医療サービスの民主化と市民と組合員の関与を推進を掲げている。地域のすべての住民が健康状態を保つこと、すなわち健康な国民というのが彼らの目標である。

津軽保健生協のある弘前市には済生会、赤十字、厚生連の病院はない。津軽保健生協は民医連の中でも活発な病院である。戦後、貧乏人や多くの元小作農民にとって医療はなかなか受けられなかったため、民医連が作られた。地域の他の病院とも共同しており、現在、弘前地域には6病院がある（県立病院1、生協病院1、民間病院4）。これにより24時間救急サービス、夜間救急サービスなどの分担を行っている。

津軽保健生協はまた県とも協力して医療教育、緊急サービス、専門職訓練コースなどを行っている。地域の医師会もいろいろな病院の医師が集まって定期的な会合を行っている。

#### （5）民医連、全日本民主医療機関連合会

民医連は、1930年代の社会的不安定な時期にルーツを持ち、戦争に反対し、アジアにおける日本帝国主義に反対した。1953年に（再）組織化された。1990年の厚生省白書によれば、民医連は国内の病床ベッド数の1.5パーセント、医師数の1.3パーセント、看護師の2.3パーセント、理学療法士の2.2パーセントを占めており、日本における重視すべき医療機関の1つである。2004年度では、病院数151、診療所数592、その内歯科診療所45、保険薬局81、その他加盟組織64（看護師学校、訓練施設など）がある。1993年以降3つの病院がなくなったが、診療所の数は過去10年で200以上増えた。加盟団体の約半分が医療生協であり、残りは医療法人等である。今日、民医連は医師数4,000人、看護師数22,000人、事務職数10,000人など専門家や一般職員を含めて総計62,287人の規模である。2005年でベッド数は27,000であった。病院や

診療所の法人形態は様々であるが、多くは医療法人と医療生協である。

民医連の患者は病気の種類によって147に区分される。患者は「共同組織」とよばれる利用者団体に組織されている。約300万人で、その約70%は医療生協の組合員である。患者の積極的参加が推奨されて、民医連の総会や地域会議にオブザーバーとして招待される。そのうち57,000人の会員が民医連のイデオロギーや平和運動の積極的参加者である。

民医連は4つの課題を持っている。a) 民医連では62,000人が働いており、毎年2千人から3千人の新入職員がいる。彼らにどのように民医連の原則を教育するのか。b) 民医連原則と資本主義の相性は悪い。しかし民医連は健全な財政形態で存続しなければならない。民医連はどのように自分たちの財政と投資をして医療サービスの向上を図るのか。民医連は資金を患者たちから借りている。c) 民医連の医師不足。d) 医師と患者は医療に参加する。民医連の名誉会長のモットーは「医療活動は、医師と患者が共に関わる共同の活動である」。

民医連は生協医療部会とも密接な関係にある。医療生協の多くは民医連に加盟している（94%）。日本労働者協同組合連合会との関係は強くない。日赤は民医連に年間10万円の寄付をしている。民医連と厚生連、済生会との関係はないし、地域でのそれらの病院・診療所間での制度的関係もない。ただし心臓麻痺などの緊急な場合には特別に連絡をとる場合もある。異なる医療機関の医師同士の人間関係は良好だという。

民医連は、日赤や済生会よりも1日あたりの外来患者が多いにもかかわらず、県や自治体の公的支援を受けていないことを強調する。またいかなる政党とも公式の関係はないと言うが、日本共産党の医療政策と民医連の医療政策は類似している。選挙では民医連の職員は日本共産党を支持することが多いし、民医連の医師が国政、地方での共産党候補になることも多いという。

## 4. これらの医療機関と公的権力との関係

日本のこれらの5つの医療機関はそれぞれ異なる社会的側面を持っている。済生会は1900年代初めに明治天皇によって、貧民医療のために設立されたものである。その起源と対象者のために済生会は慈善活動を行っているという社会的側面を持っている。日赤は医療について明確な運営方法を示している。特定の対象者に絞って医療供給するという戦略をとっている。農協（JA）の一部である厚生連であるが、農協は医療を主要な活動とはしていない。農協の一部地方組織は医療を提供しているが、していない地方が多い。しかし、高齢者介護保険サービスは農協にとって新しい社会福祉分野となっている。農村女性がホームヘルパーの専門教育を受け、新しい収入を得る機会を作り出している。農村の非常に保守的な風土に大きな刺激を与えることになるかもしれない。

医療生協は、利用者／組合員を医療の取り組みに関与させる点でユニークである。利用者は自分や他人の健康状態を知り、医療専門家と利用者との効率的な共同を促進させる。共通の目標は市民の健康とくらしの促進である。利用者／組合員は医療の共同生産者となる。医療生協はマルチステークホルダー型組織である。したがって、医療における民主主義を2つの方法でとりくむ。第1に、利用者と医療供給者との間、職員と患者の間の情報の非対称的関係を均等なものにしていくこと。第2に、医療生協の民主的ガバナンスである。最後に、民医連は職員の間での平等と民主主義を推進している。

日本のこれらの5つの特別な医療機関と公的権力すなわち行政との関係、また患者との関係はそれぞれに異なる。一部は厚労省やその他政府機関と密接な関係を持っているし、他の一部は行政とのつながりは薄い。一部は特定の社会集団に医療を提供するし、他は一般人に医療を提供する。こうしたことで各医療機関の目的や医療への影響力は将来的に違ってくるだろう（表参照）。

明治維新以降、日赤は公権力と特別な関係があった。日赤は戦後、法律によって再建されて、血液センターを独占した。さらに日赤だけが、最近

まで税控除を受けていた。したがって、市場的に医療供給が最適選択状態にない場所を社会的に穴埋めがされるのであり、社会的機関によってそのギャップが埋められるように橋渡しがされるのであるという議論が成り立つ。しかし、表の数字を見ると、日赤は、以前に軍隊と連携してやったような、もはや社会的における特別なグループを形成するという事はない。今日、日赤はすべての人々むけの医療を供給しているのである。

一方、済生会は1911年に明治天皇によって作られたのであるが、低所得者、貧窮者への医療を提供した。アクセスできない人々に対する医療の穴埋めをした。患者との間には明確な慈善的な関係がある。同じように、厚生連は、厚生省が戦後農村地域での医療機関として指定し、最近では農村部における高齢者介護保険制度のサービス供給者としても位置づけられた。農村での独占的な医療供給者という感じになったが、政府はこうした医療サービスをそうした場所では提供しなかったし、また競争相手もいなかったのである。済生会も厚生連も公権力とは特別な関係があったが、日本の非営利セクターの制度化された一部なのである。

日赤、済生会、厚生連の3つの医療機関は、アローが言うところの、市場が最適選択状況を作り出すのに失敗したところを埋めるために登場した社会的機関なのである。この3つの医療機関は、医療サービスのギャップを埋めるために、国家が天皇や厚生省を通じて作り出した事業組織である。したがって、日本の社会は、市民社会を通じてというよりも政府を通じて、市場が放棄したギャップを穴埋めを行ったのである。

医療生協と民医連の活動については、政府というよりも市民社会によってギャップが穴埋めされた例である。それゆえに、前3者とは異なるものである。医療生協と民医連は公権力との関係が希薄であるし、患者グループとの関係性や都市の労働者階級との関係性が強い。2つの組織は、互いに重なっており、医療専門家の数字としても重複している。しかし、民医連は医療について規模が大きくイデオロギー的な考えもある。一方、医療生協は小規模である。したがって、民医連はマクロレベルでの日本の医療改革を提言しているのであり、医療生協は主として、班グループにおける

組合員の自己検診や健康に関する情報や教育を行うということに重点を置いているのである。

たしかに、医療生協は民主的なマルチステークホルダー組織であり、患者と専門家が一緒に決定をして医療施設を運営し、協働してよりよい医療を目指す。すなわち両者の間に情報の非対称性の橋渡しをする。組合員／患者に対して健康管理と病院について「発言」をさせ、専門家によるご都合主義的な態度の点検をおこない、情報の非対称性を克服するのである。医療生協の組合員を多く作り、健康の共同生産者にすることは、純然たる専門的医療の受動的な消費者あるいは患者にとどまるということより大事な事である。これは従来の医療モデルよりももっと大衆的な医療モデルを示すものである。たしかに、これは簡単なことではないが、ともかくも一般の組合員が自分の健康と医療の民主化に関与することを促進するものである。

## 5. 結論と議論

日本のオルターナティブな医療機関を見るときに、われわれは米国の医療産業の特別な構造的性格に関するアローの仮説が、40年後の日本でも当てはまると結論できる。アローは、社会は医療供給のギャップを認識して、非市場的な医療機関が登場してそのギャップを埋めると主張した。しかしわれわれの見るところ、済生会、日赤、厚生連の事例のように、社会は政府や公的権力の命令によってこのギャップを埋めることもあるし、また医療生協や民医連のように市民の直接的なイニシアチブによって市民社会に医療供給をもたらす場合もある。

オズボーン（2003）が指摘した、日本における古い制度化されたボランティア・非営利組織と新しい制度化されていない非営利組織を区別するという見方は、こうした医療機関の事例にも由来するのである。3つのより制度的な医療機関は国家に依存し、医療の公的セクターの拡大として現れた。一方、2つの制度化されていない医療機関は公的権力と距離を置いた関係を保ってきた。前者は政府による規制や指導の下に医療サービスの種類や範囲が決められ、厚労省の下で垂直的に統合

されている。しかし、後者も阪神淡路大震災以降、地域の自主的なコミュニティの運動と密接になったというわけでもない。制度化されない医療機関は患者をいろいろな医療機関を選択する受動的な消費者だと見なさず、市民主義と民主主義に基づいた明確な価値を推進する。さらにこの2つの医療機関は、戦前に遡る相対的に制度化された2つの大衆運動の規制と指導を受けている。日本生協連と日本共産党は、戦後一貫して支配している自民党に対して反対の立場である。

医療産業における利用者と専門家間の情報の非対称性について、アローが述べているように、患者の知識が増えて不均衡が減って、患者の影響力と医療における民主主義が増加する。医療生協の多くの組合員が医療問題の教育を受けていることがそのことである。このことは、医療が人々の権利であるばかりでなく、また義務でもあるということである。医療生協が組合員を積極的に巻き込み、健康維持を図ることがそれである。組合員は自らの医療の共同生産者となりさらに経営にも「発言」をするのである。これは公的医療の考えよりも大衆的医療の考えに近い医療哲学に基づくものである。世界においてどこでも医療の民主化モデルを見いだすのは難しい。

医療協同組合は、相互扶助（共済）が社会で重要な役割を果たしている国で、国家が医療を推進しないときに一部の市民要求によって新しく作られてきた。国家は、社会の増大する多種多様なニーズにすべて応えることはできない。医療協同組合は、増大するマイノリティに「発言」を与え、社会的排除された人々に医療サービスを提供して、社会的集団の変化にともなう社会的ニーズに対応する。今日、一部の市民は医療においてより積極的な役割を果たしたいと思っている。厚労省主導ではあるが、高齢者介護保険法における農協の長期介護サービスや訓練の提供はそのひとつである。

医療生協における組合員の「発言」は民主的な手続きを経て、制度化され、医療の生産者と消費者の双方がマルチステークホルダーとなる。それにより医療の質の改善に組合員が参加し影響を与えることになる。こうした民主的な制度が、低費用で質の高い医療サービスをもたらすのである。しかし、専門家組合員／消費者組合員は互いに依

存しあってこそ医療の質を確保できる。どちらも単独ではそれはできない。互いに情報を交換することが必要である。またいずれにとっても励みと

なる確かな動機がなければ、医療の共同生産はできないのである。

表 5つの医療機関の比較 (2004年)

	済生会*	日赤*	厚生連*	医療生協*	民医連**
設立 (再設立)	1911	1877, 1952	1945	1990	1953
圏域	All	All	Na.	40	All
病院	79	90	122	76	151
診療所	10	2	47	240	592
訪問介護ステーション	42	50	102	Na.	379
医師数	Na.	Na.	4,009	1,779	4,059
看護師数	Na.	Na.	23,456	9,896	22,072
事務職数	Na.	Na.	11,539	13,897	10,471
全職員数	35,218	56,751	46,400	25,572	62,287
ベッド数	22,546	39,511	37,734	12,660	26,793
平均ベッド数	285	439	309	167	177
組合員数 (会員数)	None	1870万人	Na.	250万人	300万人
ボランティア数	Na.	430万人	Na.	40,000+	Na.

出所：modified from V. Pestoff, 1998 and e-mail correspondence with Alvar Hugosson, Hideo Ishizuka and Akira Kurimoto in 2006; \*figures for 2004; \*\*figures for 2005; Na.=not available.

図 医療機関と政府、患者グループの関係

	専門家との関係		患者グループとの関係	
	強い	弱い	No	Yes
政府との関係	強い	弱い	日赤	済生会、厚生連
	強い	弱い	……	医療生協、民医連

References:

a) published materials:

- Arrow, Kenneth, 1963; "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Econ. Review.*, v 53/5: 941-73.
- Deguchi, M., 2001; The distinction between institutionalized and non-institutionalized NPOs. New policy initiatives and non-profit organizations in Japan, pp.153-67 in Kendall, Jeremy & Helmut Anheier (eds), *Third Sector Policy at Crossroads. An International Nonprofit Analysis*; London. Routledge.
- Heskett, J., W. Sasser & C. Hart, 1990; *Service Breakthroughs: Changing the Rules of the Game*; New York: the Free Press.
- Hirschman, Albert O., 1970; *Exit, Voice & Loyalty. Responses to Decline in the Performance of Firms, Organizations and States*, Cambridge, MA & London : Harvard University Press.
- Hirschman, Albert O., 1981; *Essays in Trespassing*; Cambridge, London & New York : Cambridge University Press.
- Fountain, Jane, 2000; Paradoxes of Public Service Customer Service, *Governance: an International Journal of Policy & Administration*, v.14/1: 55-73.
- Kurimoto, Akira, 2004; "How Social Economy Can Improve User Access and the Capability of Health Services — the Case of Health Co-ops", *CCIJ News*, No.43 Dec. 2004: 1-7.
- Kurimoto, Akira, 2005 a; "What Can Co-operative Health and Social Care Offer?", Ch. 19 in *The Emergence of Global Citizenship: Utopian Ideas, Cooperative Movements and the Third Sector*; Tsuzuki, C. et al. (eds), Tokyo: Robert Owens Society of Japan.
- Kurimoto, Akira, 2005 b; "How Health Care Systems Cope with Aging Populations: the Japanese Case", Tokyo: Consumer Co-operative Institute of Japan.
- Levi, Lennart, 2000; *Folkhälsa makt o. demokrati*, Stockholm: LO Folk Styr, LOs Demokratiutredning.
- Lundåsen, Susanne, 2005; *Frivilliga insatser och hälsa*; Stockholm: Statens folkhälsoinstitut, R 2005:47.
- Makoto, Imada, 2003; The voluntary response to the Hanshin Awaji earthquake. A trigger for the development of the voluntary non-profit sector in Japan, Ch. 3 in *The voluntary and non-profit sector in contemporary Japan: the challenge of change*; Osborne, Stephen (ed.) ; London & New York: RoutledgeCurzon, Taylor & Francis Group.
- Osborne, Stephen P. (ed.), 2003; *The Voluntary and Non-Profit Sector in Japan. The challenge of change*; London & New York: Routledge Curzon, Taylor & Francis Group.
- Ostrom, Elinor, 1999; Crossing the Great Divide: Coproduction, Synergy, and Development, Ch. 15, *Polycentric Governance and Development. Readings from the Workshop in Political Theory and Policy Analysis*, McGinnis, Michael D.(ed.); Ann Arbor, MI: Univ. of Michigan Press.
- Parks, Roger B., et al., 1981 & 1999; Consumers as Co-Producers of Public Services: Some Economic and Institutional Considerations, *Policy Studies Journal*. v.9: 1001-1011 & Ch. 17 in *Local Public Economies. Readings from the Workshop in Political Theory and Policy Analysis*, McGinnis, Michael D. (ed.); Ann Arbor, MI: Univ. of Michigan Press.
- Pestoff, Victor, 1994; Beyond Exit & Voice in Social Services — Citizens as Co-Producers, in 6, P. & I. Vidal (eds), *Delivering Welfare — repositioning non-profit and co-operative action in western European welfare states*, Barcelona: CIES.
- Pestoff, Victor, 1998; "An Overview of Alternative Medical and Health Care Services in Japan", Stockholm: unpublished report.
- Pestoff, Victor, 1998 & 1999; *Beyond the Market and State: Social Enterprises and Civil Democracy in a Welfare Society*; Aldershot, UK, Brookfield, USA and Singapore: Ashgate.
- Starrin, B.; 1997; "Empowerment som tankemodell", I. Forsberg & B. Starrin (eds), *Frigörande kraft — Empower-*

*ment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*, Stockholm: Gothia.

Stryjan, Y., 1989; *Impossible Organizations - Self-Management and Organizational Reproduction*; Westport, CT: Greenwood Press.

Weil, Andrew, 1995 & 2004; *Natural Health, Natural Medicine. A Comprehensive Manual for Wellness and Self-Care*; Boston & New York: Houghton Mifflin Co.

Werner, David, 1977 & 2003; *Where There is No Doctor, a village health care handbook*; Berkeley: the Hesperian foundation. (事務局より：日本語訳のウェブサイト『医者のないところで 村の健康管理ハンドブック』日本語版（英語改訂版による）<http://wndoc.hp.infoseek.co.jp/>)

Wickström, Solvei, 1993; “The Customer as Co-Producer”, *Studies in Action and Enterprise*, Stockholm; Dept. of Business Administration, PP 1993:1.

Young, Denis R., 2000; Alternative Models of Government-Nonprofit Sector Relations: Theoretical and International Perspectives, *Nonprofit & Voluntary Sector Quarterly*, v. 29/1: 149-172.

b) interviews and personal correspondence:

*Min-iren* Nursing Home in Kanazawa on 26 May, 1998, interview with Dr. Shozo Azami, Honorary President of *Min-iren* and Dr. Kawanishi.

Ishikawa Red Cross Society in Kanazawa on 28 May, 1998, interview Mr. Norika Kobayshi, together with Mr. Yasushige Sano.

Kanazawa Red Cross Hospital (KRCH) on 28 May, 1998, interview with Dr. H. Matumoto, Director of KRCH.

Kanazawa Blood Centre on 28 May, 1998, interview with the Director.

*Sakura-so* Cooperative Hospital in Hirosaki, 1 June, 1998; interview with Dr. Ryoji Arituka, Chair & Psychiatrist at the mental hospital, plus three other unspecified staff, together with Prof. Kensaku Kanda and Mr. Alvar Hugosson, Faculty of Agriculture, Hirosaki University.

Aomori Prefecture Agricultural Co-op, on 4 June, 1998, interview with Mr. Narita, together with Prof. Kensaku Kanda and Mr. Alvar Hugosson, Faculty of Agriculture, Hirosaki University.

Dr. Alvar Hugosson, Faculty of Agriculture, Hirosaki University, e-mail on 13 March 2006.

Professor Hideo Ishizuka, e-mail on 9 March, 2006.

c) organizational documents

History of *Min-iren*.

Explanation of the General Principals of *Min-iren*.

Annual General Reports of the Red Cross of Kanazawa, 1984/85-1994/95.

## 第9回自主共済組織学習会報告

# 「芸能人年金はなぜ必要か」

小林 俊範

### ●芸団協とは

はじめまして、ご紹介いただきました日本芸能実演家団体協議会（略称・芸団協）と申しまして、社団法人になっています。

共済をめぐる動きに関しましては、懇話会というものがございまして、そちらの方から2年ほど前でしょうか、そういう動きがあるよというお話をいただきまして、その当時、私どもは十分承知しておりませんでしたので、その後いろいろ教えていただいたり、調べたりする中でこれは大変なことだという認識に至りました。先ほど理事長がおっしゃいましたが、私どもの対応が遅くはじまったわけですが、懇話会さんの会にお誘いいただいたり、年金制度をやっている団体に取材をするなりしながら対応しているところです。今日はそういうご縁もあってお招きいただいたのかと思いますので、よろしくお願い致します。

レジメを用意させていただきましたので、それに沿ってお話をします。70分ということでしたが、果たして70分丸々おしゃべりできるか不安でございますが、意見交換という形でさせていただきますと思います。

まずレジメを2種類用意させていただきましたが、1枚目「芸能人年金はなぜ必要か」というタイトルのものです。「不安定な職業、芸能人」と書いてありますが、テレビ等あるいは舞台等で活躍されている芸能人の方々は、いわばピラミッドの上のほうにいらっしゃる方々でして、そういう方々でも長くやっていたりいらっしゃる方もいますが、数年、10年というサイクルでこの世界を去っていくというぐらい、目まぐるしく変わっていく、非常に不安定な職業になっています。そういう状態でありますので、言葉は悪いですがけれどピラミ

ッドの真ん中から下という方々は、例えば社会保障ですとか、あるいは収入の面でも非常に不安定な状態に置かれているのが日常でございます。

国勢調査で言うと、ピアノの先生ですとか（学校法人の音楽教師はその中に入っていない）、そういった方々も含めて自分で職業は芸能だと思っていられる方々が18万人おられるという状況ではありますけれど、それでは私ども芸団協に加入されている方というのは、どういう方々で何人ぐらいいるのかという全体的なところをお話したいと思います。

『芸団協加盟団体のジャンル』とありますが、右側に『ジャンル別団体数・会員数』とございますが、芸団協の構成は個人ではなく団体が会員になっています。いま72団体・約6万人。その下に「団体構成の10団体の個人会員数を除く」とありますが、それらを入れますと約9万ぐらいと私どもではみています。団体の構成の10団体は劇団の集まりですとか、オーケストラの集まりですとか、バレエ団の集まりですとか、そういった団体で構成されている団体です。

どういうジャンルの団体が入っているかということ、演劇、邦楽、洋楽、邦舞、洋舞、演芸、その他。こういった団体が芸団協に入っています。

ジャンルを細かく見ていきますと、『芸団協加盟団体のジャンル』の欄に、ざっくりした配置ですが、現代の西洋、ヨーロッパ系の芸能、日本古来の芸能、ごく近く生まれた芸能までが網羅されています。たとえば右側のほうに「邦楽」というジャンルがありますが、これは日本の伝統音楽です。三曲、義太夫、常磐津、古曲、新内、長唄、琵琶、小唄。長唄、義太夫ぐらいですとご存じの方が多くかと思いますが、三曲とか古曲といったジャンルの音楽はご存じないかと思いますが、実際

に耳にしたり、舞台を見にいかれるという方は非常に少ない芸能分野だと思います。能、狂言、歌舞伎あるいは人形浄瑠璃、文楽といったものは、知らない方はあまりいらっしやらないと思います。

そのように非常に多様な芸能があって、これらを職業としてやっている方々が、国勢調査で18万人、私どもの会員団体で9万人の方々がいらっしやるとするのが芸能の世界でございます。

『地域』的に私どもの会員になっているのは、東京が多く、次に大阪、名古屋。その他に札幌、仙台、山形、広島あるいは福岡、広く点在はしておりますが、やはり首都圏中心です。札幌、仙台、山形、広島、福岡あたりはオーケストラがそれぞれの組織でありまして、沖縄は沖縄民踊とかありますが、舞踊を中心とした芸能が非常にたくさんございます。沖縄にいらっしやって驚くと思いますが、ほとんどの方が民謡を唄われますし、三線をお弾きになる。音楽、芸能が非常に身近にある地域です（昔は国だったのですが）。そういった特徴があると思います。そういうものを含めて非常に多様に芸能が存在しているということです。

そういった背景を踏まえて、芸団協の組織ができましたのは昭和40年です。初代の会長は徳川夢声で、ご存じでいらっしやると思います。『宮本武蔵』ですか、私は聞いたことがありませんが、そういったことで有名な方で、非常に器の大きい方だったようです。その方が会長になっていて、スタート時点では20団体ぐらいで、俳優さん、音楽家の方々が中心になって作っておられた。現在は構成団体の中には舞台の製作者、劇団の製作スタッフの方、あるいは音楽事業者。タレントさんを抱えている、あるいは音楽のアーティストを抱えているプロダクションの集まりの団体が入っています。

資料に「設立趣意書」を載せましたが、当初は、技術の向上、社会的地位の向上、福利厚生 の3本の柱を中心に設立して、日本文化の発展向上に寄与するというでスタートしております。社団法人ですが、「ここに社会的地位の向上」という言葉が定款の中にもあるんですが、伝え聞くとところによると、当時の文部省がこういったものも入れるのに少し抵抗を示したと聞いています。社団法人ですから公益団体、公益法人としての活動も

当然すべきなのに、構成員の利益を図るということは許せるわけですが、ある種、労働組合的なものを掲げていることに難色を示したそうです。「新聞の見出し」として、スタートが芸能人の権利を守れ、大半が保障のない生活をしている、あるいは福祉のための組織づくり、という観点がありましたので、そういったことも担う組織であるというので、地位の向上を定款、趣意書にも掲げたわけでございます。

最近いささかこの精神が薄れてきているわけですが、日本の芸能人の場合、労働組合を作っても自分たちの権利擁護をするとはなかなかありませんので、社団法人であります。そういったことも担うという側面も持っているということです。

3本の柱ということで、技術の向上、社会的地位の向上、福利厚生 の3本の柱という言葉が出ておりましたが、4年ほど前に、『新たな理念』というものを掲げまして、芸能が社会を豊かにする使命を持っているということを中心にしまして、「創造のサイクルを豊かなものにする『しくみ』を整える、芸能文化をにやう『ひと』を育てる、芸能文化を育む『場』をつくる」。そういった活動を始めました。その結果として、人々が多彩に、深く芸能を楽しみ、心豊かに暮らせる社会を目指す。そういう理念を新たにつくりました。

芸能の世界はピラミッドで、上の方で姿を消される方もいると申し上げましたが、ある種、そういう才能がなかなか受け入れられないという面もありますが、やはり使い捨てということではなくて、ひとつのサイクルの中に芸能人を育て、長くやっていただく。長くやっていただくためには、サイクルをうまくまわすということを前後含めてやっていかなければならないのではないかと。そのためには基盤整備、仕組みが基軸となる。担い手である職業人としての芸能人を養成を含めて育てていく。そういった方々が働く場を作るといって、これそのものがサイクルになると思っておりますが、そういうことを芸団協はやっていこうということでございます。

## ●芸団協の3つの活動分野

その理念のもとに、以下3つのことを具体的に

行っています。

ひとつは、実演家著作隣接権センター（略称CPRA：クプラ）事業ですが、実演家の著作隣接権の処理に関する業務。著作権という言葉はご存じだと思いますが、著作隣接権となるとなかなか耳慣れない言葉だと思います。著作権法に基づく実演家の権利です。

その権利にもとづき商業用レコードの二次使用料の徴収・分配、商業用レコードの貸与の許諾と使用料の徴収・分配などを行っています。商業用レコードというのは市販されているレコード、CDのことで、元来は自分で購入して聴いて楽しむという性質のものです。このレコードを使って放送に流すことがあたりまえのこととされています。本来の目的を超えて、放送番組に使われ二次的な利用がなされていることに対して著作権法上、実演家に報酬を請求する権利が定められています。

レコードというのは店頭で買って頂いて、その利益が事業者なり実演家や演奏家にくるとというのが本来なわけですけれども、買われなくて、放送に使われて、みなさんもお経験あるかと思いますが、放送を聞く方は録音してしまうということがありますので、当然買って頂いて得るお金がそこで得られないという、そういうことがございますので、それを補填、補償するということでこういった権利が法律上定められているということです。

今、インターネットの時代ですから、デジタル化された音源をコンピューターからダウンロードする、それをアイポッドとかデジタル機器へ録音ができる時代ですから、得べかりし収入が失われている点では同じなので、それに対しても対応をしていかなければいけないということで「私的録音、録画補償金制度」というのがあります。通常のカセットテープとかカセットレコーダーに関しては消費者がその補償金を払うようになっていますが、たとえばアイポッドとかコンピューターのハードディスクに関しては、それを通して録音ができるにもかかわらず補償金の上乗せがないということが実態でございまして、実演家としては変えていきたいということです。こういったお金の徴収、分配の仕事、法律の改正などをクプラで事業としてやっております。

2番目に「芸能文化振興事業」というのがあり

ますが、芸能花伝舎を3年前に新宿淀橋の廃校になった小学校を借り受けて改装しまして、ある種、情報発信の拠点にするという考え方でスタートさせたものです。稽古場が13ありまして、そこで劇団の方々等にスペースを貸与し、創造の場として利用いただくということをメインにしておりますが、もう一方で稽古場ということだけでなく、冒頭、理念のところでも申し上げたくみづくり、ひとつづくり、場づくりの事業を芸団協そのものもやっていく。調査、政策提言みたいなもの、あるいはキャリアサポート、一般でいうとOJTとか、職業人になって以降、キャリアを少しでも厚みを持たせる意味で勉強をしなければいけません。そのための講座を作ってセミナー形式、ワークショップ形式で提供して実演家の方に学んでいただくという仕事もしております。

場づくりでいうと、一般の観客の方に、たとえばプロの落語家に教えていただくということを1年を通してやっていますし、芸能体験、人間国宝の方をお呼びして鑑賞していただくことをしています。会議室にも利用できますので、ご利用いただきたいと思います。非常に若い芸能人の方々が出入りしておりますし、新国立劇場のバレエダンサーの方、オペラの方々が毎日そこで研修をしておられます。若い方々が一生懸命、芸道に精進されている姿は非常にいいもので、こちらも元気になります。そういった場であろうかと思えます。

最後に「福祉事業」ということで、今日のお話の中心かと思いますが、芸能人年金制度を1973(昭和48)年にスタートしたということです。

呼びかけの言葉として「いつまでも心おきなくいい仕事をするために」、我々サラリーマンですと、55、60、65と定年がありますが、芸能の方は体（精神もそうですが）が健康であり続けなければいつまでもできる仕事です。特に、邦楽とか伝統芸能の世界では80、90という方がざらにおられまして、長生きも芸のうち、という言葉もある通り、いつまでも現役でいられる職業ですので、老後を保障するという面もありますが、現役をサポートするという意味も芸能人年金にはあろうかと思えます。そういった趣旨でやっております。

ピーク時に8000人ぐらいいきました。

徐々に減ってきて約5500人、受給者が1000人ほど加入者より少ない状況です。芸団協の会員の方々だけではなく、芸能をやっている方でも何らかの関係で芸団協の組織に関連されている方は加入できます。会員だけとは限っていません。

最後に芸能人年金のスタート時点の新聞記事を集めてみました。あとでざっとお読みいただければと思いますが、一番上に芸団協の徳川夢声さんの次に会長になられた歌舞伎の坂東三津五郎さん、京都でフグでお亡くなりなられた方ですが、この方が芸団協ができる前の段階で皆さんが集まったときに、こういったことを言ったと伝えられています。「年にとって働けなくなった俳優ほどみじめなものはないのに、誰も働けなくなったときの保障などしてくれない。老後のための年金といった制度が考えられないだろうか」。これは昭和40年の夏ごろの会合で話されたことですので、年金制度ができる8年前、こういった考え方は当初からあったということになります。

ちなみに、この当時、国民年金に加入をして下さいというキャンペーンが始まった時代で、芸能人の方々はほとんど国民年金に加入されていなかった、あるいは国民年金そのものを知らなかったという状況がございます。国民年金があるよということも少しPRしながら、その上乘せとしての私的年金という考え方もあったということです。

「読売新聞」が下にありますが、森光子さん、あるいはお亡くなりになった千秋実さんといった方々も加入をさせていただいておまして、森さんは『旅路の果て』という映画をご覧になって、俳優の老後の惨めさを知り、こういう年金制度ができることを願っていたとおっしゃっておられます。

実演家の労働災害補償に労災法を適用してもらおう運動など、芸能人もやっと労働者として社会保障をしてもらおうという意欲が出てきた、芸人は「河原乞食、で保障なし、というのはあまりにもひどすぎるということで、こういった芸団協という組織を作り、公益的な事業もし、かつ自分たちの相互扶助という精神で年金制度をスタートさせたということなのです。

## ●芸能人の実像と意識

実演家の実像というのがここにありますが、年金制度をスタートさせた翌年に、実態調査を芸団協が5年ごとに行い、今までに7回継続をしてきております。新聞等で当初は非常に多く取り上げられておりましたが、平均年収、一般で400万ぐらいのとき、200万後半から300万というのが、昭和50年代の調査の数字で、非常に貧乏だということが新聞に取り上げられて、驚かれています。驚かれています。今もそんなに裕福ではありません。

第7回目、2005年に行った調査ですが、1500名の方々からいただいた回答を集計したものです。収入のところを見ていただきますと、400万円未満というのが56.7%、かつ200万円未満の方が30%いらっしゃるということで、1000万以上も13%おりますが、300万～400万円未満の数字が一番多い層です。

特徴としては、サラリーマンのようにひとつところに長期間お仕事をされているというのはオーケストラの方以外にはございません。ほとんどの方が使用者が常に変わって、仕事の依頼が断続的で、いつ来るか分からないという状態で仕事をされているということです。

一方で、邦楽とか邦舞の世界では、お弟子さんをとって教えるという方、それが本業になっておられるという方もいらっしゃいますが、かつてほど邦楽、邦舞をされる方が多くないということもありまして、こういう方々も非常に厳しい職業だろうと思います。

こういう厳しい状態でいらっしゃるわけですが、非常にプライドをお持ちですし、自分の才能や能力を発揮するために働くという意識が非常に高い。一般的にはお金を得るために働くという方が半数以上おられるのに対して、そのような意識のほうが強いです。但し、収入を含めての生活全体の満足度は芸能人の方は非常に低いです。自分の仕事について世の中からどう見られているかということで、意識の問題ですが、あまり理解されていないのではないかと、あるいは信頼されていないのではないかと、というふうには思っている方が半分以上おられます。

年金や失業への不安を持っていらっしゃる方が

80%以上います。また、仕事をしていて怪我を負われる、あるいは病気になる。そういった保障が十分だと思っていない方が75.4%いらっしゃるということでして、芸団協ができた当時も今も変わらない、芸能世界の一つの背景であるというふうにご理解いただければと思います。

そこで繰り返しますが、芸能人年金はなぜ必要かということの答えとして、こういった状況があるということですから、先程も理事長がおっしゃられたように、相互扶助で支えあって、みんなで守りあっていくことが必要であるという世界であります。

## ●芸能人年金のしくみ

年金につきましてはチラシを見ていただいたと思いますけれども、簡単なものであります。掛金は月々1220円から。当初1000円だったんですが、財政上の理由から220円アップをしております。掛け捨てなしの積み立て貯蓄型と、信託法でガッチリガードとは、元金割れしませんよという意味でなく、信託銀行に預けておりますので、一般のお金とは分別して信託銀行がきっちりと保全をするということなのです。

実演家ご本人だけでなく、配偶者（奥様あるいは旦那様）も入ることができる。終身制度、規約上は廃止しておりますが、実際、終身の方が1600人ぐらい残っておられます。規約上は受け取りは10年、15年、20年、25年と4タイプで定期年金。原則として65歳からの受け取り、実際に60歳に早めることも70歳まで遅らせることもできます。

この基本年金のほかに、月々の積立の他に、いつでもお金があるときには、特別加算年金という、一口10万円ですが、こちらに加入できるということで、バブルの崩壊前は、特別加算年金、利回りが4%ぐらいありましたので、お金をお持ちの方は1000万単位でお入りになるという時代もありました。ちなみに今は予定利率は1%です。

年金額早見表が出ておりますが、1%複利でお支払いするという数字になっております。

先ほど、加入者と受給者の割合を見ていただきましたが、自分で積み立てたお金を自分がもらうという制度ですので、多少、公的年金と違う制度

ですが、ひとつ問題として抱えているのが、成熟化が進んでいるという問題がありまして、掛金の収入よりも、支払いの方がここ4年ほど多い状態になっております。

それを運用でカバーしていかなければいけないのですが、過去3年は非常に運用が良かったのですが、その前の数年は非常に悪くて、制度の財政計算を毎年しておりまして、数理計算をして、将来にわたって支払わなければならない金額を出して、現在の金額と比べてどうかというチェックをしているのですが、今のところ財政上の不足金が発生していて、かつ、掛金収入より支払いが多いということで、これも財政上の健全性を回復させる足かせになっているという状態です。財政上の問題もかかっている上に、私どもの場合社団法人ですから、公益法人制度改革にもなってひとつクリアしなければならない点と、それと保険業法の適用と、2つ超えなければならない問題があります。

公益法人制度は今年の12月1日に施行されますが、年金制度をやっている、たぶん、公益社団なりを申請してもいけるかなあという感触は持っています。たとえばこのような制度をやっている団体がいくつかありますが、そういった団体に聞いても、公益社団のハードルは超えられるのではないだろうかということは聞いております。

もちろん、十分用意をし、研究をし、内閣府とお話をしていかななくてはいけないということなのですが、なんとかいけるのではないかと、ただ保険業法に関しては、これは逆に、一応金融庁とか、財務局とか、チョコチョコとつまみぐいの聞いていだけで、きちんとした話をまだしていない。するとそこで固まってしまうのではないかとということで、十分な準備をして対応しようと考えているのですけれども、信託銀行関連の研究機関等に聞きますと、現状の年金の姿でいえば保険業法は必ず適用される。適用除外という運動をするというのが一番いいのかも知れませんが、そのあたりは1団体でやれる範囲ではないので、懇話会さんとも一緒にということも考えているのですが、終身制度はやはりひっかかるそうなので、他の団体の年金の事務局をやっている方も終身制度を廃止する方向だとおっしゃっておられました。

芸能人年金には遺族年金という仕組みもあります。ご本人が亡くなっても一定期間はご遺族が年金を引き継ぐことができる。要するに、貯金をして遺族がその財産を年金として貰うという仕組みですが、これも保険業法にひっかかるのではないかと。とすると、保険業法にかからない形にするために、加入者からお預かりしたお金を芸団協が仲介なりをして信託銀行等に運用を委託する。つまり投資信託のようなものですね。そういうような形にすることも必要なのではないかとわかれておりますが、正式にアプローチをして得た回答ではありません。いずれにしてもいまのところ、年金の形を維持するのは非常に難しいのではないかと感じてはおります。

先ほど、公益法人のお話で、私どもはクリアできるのかなという感触を持っていると申し上げましたが、ご承知のとおり、保険業法は5年の経過措置期間中です。

新公益法人の移行登記をした法人、これは公益社団・財団あるいは一般社団・財団、どちらでも移行登記をした法人は、特定保険業を行うことができず、移行登記日以降、遅滞なく保険業の届け出を行う。一定の規制を課せられるということで、これは、内閣府の方も言うておられて、登記したら即保険業法ととられますので、その用意を現段階でしておかなければいけないということなんです。どうするかということはまだ最終的には結論を出しておりません。

ということで保険業法に関しましては、非常に雑駁な、まだ、具体的な対応は、案としてはできていないというのが現状で、一番いいのは適用除外にさせていただく方向性です。

## ● 労災の必要性

芸能人の場合、先ほどもオーケストラ以外はフリーであるということをお知らせしましたが、フリーと言われている芸能の方が大多数ですが、年金は国民年金。健康保険は国民健康保険で、芸能人国保や自営業者の社会保障などに入っております。ところが労災補償に関しましては、被雇用者の制度にも入っておりませんし、いわゆる一人親方といわれている大工さんとかタクシーの自営業の方

とか、そういった扱いを受けておりませんので、仕事上の怪我に関してはいっさい何の補償も受けておりません。先ほど、「非常に不安」というのが80%ございましたが、その点、国としてどうにかやってもらえないかということが、芸団協設立当初からありまして、ひとつのやり方としては、一般の被雇用者と同じように労働者と認めてもらう。それによって労災法も適用してもらう道が一つ。ところがフリーの方の労働者性は認めてもらうのが難しい現状で、その辺は労働基準法の9条で労働者が定義されておりますが、解釈の幅を広げてもらえないかという運動を一方でやっております。

実演家は労働者ではない、労働者性のない自営業者である、という扱いを受けておるわけです。そういった方々も補償対象とする新たな制度づくりが必要ということで、突飛なことを考えたのが、「独立の実演家」という言葉を定義して、請負的に仕事をやっているフリーの実演家も労働者として扱って下さいという考え方なのです。請負的に芸能活動を行っているが、実体的には出演先の使用者との間に指揮監督関係がある。使用者と従属関係にある。現場に行くと監督から指示される。自分勝手なことはできませんし、現場はどこそこで、何時から何時までですと指示される。実体的には指揮監督のもとにあり、従属関係にある。月給という賃金は受け取りませんが、報酬は受け取っていますので、対価も発生している。

ポイントは実体的に労働者と同じしびりで働いているのであれば、労働者の概念を少し広くして、そういった人たちも労働者に準じて扱って下さい、あるいは労働基準法全部が必ずしも適用ということではなくて、労災の補償についてはそういった仕組みをつくってもらえませんかということではなく、長年言ってきたとおりですけども、厚生労働省からは全然無理です、ということです。

「芸団協の提案」というところで、ドイツの芸術家社会保険法とか、フランスの制度とかが書いてあるページがありますが、特にフランスの場合、芸能人は労働者だとみなすと労働法で決まっていますので請負的にやっていますが、法律で労働者だと決められております。自分は事業主だと、事業主登録をしている芸能人はおりますが、それ以外

の芸能人は全部労働者です。労働者であるということ、私どもの社団法人の組織でなく、全部労働組合を作って、労働組合に入っているというのが、ヨーロッパ、あるいはアメリカの状況です。フランス式で、ひとくりに芸能人は労働者だというやり方もありますでしょうが、これも非常に難しい。

ドイツの場合は労働者というくくりをするのではなく、独立した芸術家、著述家というくくりでくって、芸術家のための社会保険法を1981年に公布、1983年に発効している。そういう制度を作って実演家、芸術家を保護している。

## ● 芸術家の地位向上

ヨーロッパはこういう形でやっている。アメリカの場合は非常に労働組合が強くて、映画俳優組合ですとか、放送、テレビの俳優組合とかがありますので、そういうところが中心になって、自己防衛をきちんとしている。

保険業法から離れますか、2001年に文化芸術振興基本法という法律ができて、振興するための政策を国及び自治体がやらなければならないといった趣旨の法律なんです、この中の第2条に、理念として「文化芸術活動を担う者の…地位の向上が図られ、その能力が十分に発揮されるよう」いろんな政策をやります。やらなければいけないということが盛り込まれております。

この基本法に基づいて5年に一度見直しが行われるのですが、基本方針が策定される。その中には「芸術家等が…安全で安心して活動に取り組める環境を整備すること」。これは閣議で決定された言葉ですが、こういった文言も盛り込まれている。

立法・行政の面で、この基本法を作りましたのは、超党派の国会議員が集まって議員立法をしている法律ですが、これを受けて閣議でこの方針を作って、行政もこれに基づいて動くということで、流れとしては若干、追い風が芸能界に吹いているというわけです。

芸団協は特に芸能の活動をするために、よりよい環境を作っていくという活動を中心に据えてやっている組織でして、その考え方に基いて具体的にやっている事業のひとつとして、芸能人年金

制度があるというふうにご理解をいただければと思います。

定期的な収入がある、そういう職業に就いている芸能人の方はごく少数で、多くの方が稼げるときに稼いで、翌年どうなるかわからないという状況でいらっしゃると思います。

転業、廃業も多い社会で、転業される年齢というと35歳以降、40代前半ぐらいまでのようで、ひとつにはご本人のこともありますでしょうが、結婚されて子どもが生まれて、今後も収入が不安定な状況でやっていけないということで俳優さんをおやめになる、別の職業におおきになるという特性をもった職業でもあります。また、声優さんはアテレコの方なども仕事があるときはありますが、ないときの方が多い、ないときはどうしているかということ、長距離のトラックの運転手をされている方もいるということをお聞きすることがあります。それから花伝舎にこられる若い役者さんたちは、当然、ほとんどがアルバイトをされているということです。

稽古の合間、合間で昼食をとる部屋がありますので、たまにそういうところを見に行きますと、たいがい、菓子パンとかコンビニ弁当の安いもの、そういったものを食べていますね。ただ他の世代の若者を私は知りませんが、好きでやっていますから元気ですし、目がイキイキしておりますし、非常に気持ちの良い人たちです。

そういった方々が長く続けられるようにということで、是非、芸能人年金に入ってください、大きくしていただければと思います。いろんな工夫をして制度を、細く長くではありませんが、永く運営していくさまざまな努力が必要かと思えます。そういった中で、改正保険業法への対応というものはすごくハードな問題で、少なくとも現状の姿ではいられないだろうということですので、そこをなんとかやっていければと思います。

インターネットにホームページがございますので、事業に興味のある方はご覧下さい。もちろん花伝舎は来ていただくと非常に古い施設ですが、3階建ての校舎で、周りは全部高層ビルになっておりまして、そこだけぽっかり谷間のようになっていてちょっと不思議な空間です。こういったと

ころでやっております。これもインターネットに出ていますのでご覧下さい。

サポート会員制度を設けていまして、1口1万円から毎年1回ご寄付をいただいで、そのご寄付を基にいろんな事業をやっています。いまのところ26社、100名ほどの方に会員になっていただいでおりますが、なかなか大きくなっていけないの

も現状でございまして、サポート会員制度もあるということもご記憶に留めておいていただいで、いつかお助けいただければと思っております。

以上でございまして。

(こばやし としのり、日本芸能実演家団体協議会芸能年金部長)

## 芸能花伝舎訪問

### 芸能文化を通じて地域・社会に貢献するモデルケース

春先のいいお天気の後、芸能花伝舎を訪問しました。以前は淀橋第三小学校という大正4年に開校の小学校であり、平成9年に統廃合により廃校となったところです。芸団協の40周年記念として、芸能文化の育成、練習、発表の場として、2005年4月に生まれかわりました。

3階建ての本校舎、特別棟、体育館、幼稚園棟とプール跡地に増築されたG棟という構成で、小学校時代のさまざまな施設や備品が生かされ、残っていました。施設内を案内、説明して下さったのは、花伝舎業務担当部長である関伊佐央氏と、第9回自主共済組織学習会の講師も勤めてくださ

った芸能人年金部長の小林俊範氏です。幼稚園棟は新国立劇場演劇研修所 NNT ドラマ・スタジオとして利用されていまして。体育館は本番のセットを組んでの稽古に使われ、かつては音楽室等があった特別棟でも舞台の稽古が、G棟では毎日、バレエや合唱の研修が行われていまして。校庭の用具室の壁絵や校門付近の飼育箱、校庭に引かれたラインなどはそのまま残されています。

廃校になったこの小学校は、しばらくはロケーション現場として利用されていたそうですが、事業活動の拠点を作りたかった芸団協と、文化芸術活動の振興に力を入れたかった新宿区とで「新宿区における文化芸術振興に関する協定」を結び、10年間契約とのことですが、芸団協の拠点となりました。この協定により芸団協と新宿区の協働で新宿区における文化芸術活動の振興を図り、新宿区民の文化芸術活動を推進していくことが目指されています。芸団協は以前に他の区でも廃校を活用する試みを行っていましたが、区の方針転換などのために継続にはいたらなかったそうです。しかし、西新宿という場所は公共交通を利用しやすい、周辺に住む人たちの集まりやすい場所であること、校庭を駐車場として利用できることは大きな利点になったといえるでしょう。

当初は芸能人が来ることへ町会の不安の声もあったそうですが、事前説明会を開き芸団協の事業への理解を求め、現在は隣接する私立幼稚園との協力、町会への参加など地域との交流も行ってい



左が元校舎、右が新しいG棟。

るそうです。またかつての小学校卒業生からは、小学校の建物や校庭が残り活用されていることに対して思い出が残っていることで安堵の声があるそうです。たしかに周囲は高層ビル群がぐるりと立ち並び、この周辺だけが空の見える空間でした。

校舎は元の教室を改修し、LAN環境を整え、壁の補強などを1.8億円かけて行い、年間3900万円で借り受けているとのこと。校舎内の教室、特別室が生まれ変わった11の創造スペースは、新棟（G棟）が2007年に完成して13となり、会議利用等も含めた全スペースの利用率は平均79%、体育館は86.8%（いずれも2007年度）で、より稼働率アップとなるよう目指しているそうです。会議、舞台やバレエの稽古のほか、映画やテレビ、雑誌などの撮影にも利用され、展覧会会場などにも利用されています。創造スペースの運営を行う芸団協事務局のほか、芸団協に関係する団体の事務所が入っています。事務所として利用したいという問い合わせが多いそうですが、芸団協所属会員が優先であり、現在は13団体が入っていました。

芸能花伝舎は文化芸能提供者の稽古、事務所などの拠点となるほか、発表の場として、また地域・社会への文化情報の提供の場として一般を対象とした芸能体験、鑑賞、生涯学習のプログラムがあり、またプロのための学校として実演家のスキ

ルアップのコースがあるほか、マネジメントのプログラムを開催しています。会計セミナーなどのほか、時事的テーマとして法律ガイドラインの学習もあるそうです。芸団協は芸能花伝舎において芸能文化振興事業（芸能体験・情報提供、調査研究、キャリアサポート）と芸能福祉事業（芸能人年金）とを行っていることは共済学習会で伺っていましたが、実際に芸能花伝舎を訪問して伺うと、その規模の大きさに驚かされました。また芸能花伝舎サポート会員、芸能福祉サポート会員（団体、個人）の制度があるそうです。

芸団協事務局は、東京オペラシティと芸能花伝舎にあり、全体で約40名。文化経済学会<日本>の事務局も設置されています。「創造のサイクルを豊かなものとする『しくみ』を整え、芸能文化をになう『ひと』を育て、はぐくむ『場』をつくる」には、芸能文化が人々に受け入れられてこそ成り立つものであり、その向上には、社会との協働が不可欠という芸団協の姿勢に、新宿区の地域の文化振興の姿勢とが重なり、行政との協働が生まれた1つのモデルであるといえます。しかし、期限付きの行政との協働が延長となるかどうかは、芸団協がいかに地域に根付き、必要とされる存在になるかにかかっていると課題を挙げておられました。文化芸能提供者のくらしを守りながら地域との協働もはかる芸団協の活力を十分に拝見した訪問でした。（事務局 竹野ユキコ）



右から小林さん、関さん、竹野。右上の用具庫壁に絵が残る。



屋上から正門を見る。右は幼稚園棟。

## 『ビッグイシュー』を知っていますか？

(有限会社ビッグイシュー日本、毎月1日&15日発行、300円)

柳沢 敏勝

「ビッグイシュー（日本版）を読む」というスタイルでの書評を、というのが編集部からの依頼である。だが、当然のことではあるが、多岐にわたる記事内容から成る雑誌をどのような視点で眺めるか、なかなかむずかしい。ビッグイシューは雑誌である。月2回発行されている。この雑誌は、1991年にイギリスで創刊されたThe Big Issueの日本版である。がしかし、翻訳版ではなく、ほぼ日本独自の記事で構成されている。

例えば2008年4月1日号(92号)は、しょこたん(中川翔子さん)の巻頭リレーインタビューから始まって、アカデミー賞主演男優賞にノミネートされたジョージ・クルーニーのスペシャルインタビューが続き、さらには「南米とアフリカのストリートマガジン誕生秘話」が綴られ、話題が日

本から世界に広がっていく。かと思うと、次には市民事業としての金融NPOに話題が転じ、今の時代人々が求める「市民のためのお金」について特集が生まれ、なるほどなるほどと、うならせる。それだけにとどまらず、日本ではなじみの薄い社会的責任投資やチャリティ文化に関する記事などがあり、なかなか内容が濃い。

この他にも文芸批評、書評、読者コーナーのページが設けられ、飽きさせない。日本版は36ページ建て(英国版は48ページ建て)になっているが、編集コンセプトは一貫して現代社会論であるように思われる。その観点からみると、この雑誌はひょっとしたら、日本社会で存在感の薄い市民活動に厚みと広がりをもたらす潜在的なオピニオンリーダーかもしれないという予感を抱かせるのである。

それもそうであろう。ビッグイシューは発行の目的がはっきりしているからである。ホームレスの自立支援である。しかし、ホームレスを施しの対象とはしていない。ホームレスが発行元からビッグイシューを購入し販売することによって自立資金を確保するという方法を採用している。つまり、ホームレスが自立するための手段としてビッグイシューを活用するのである。日本では、現在の販売価格300円のうちの160円が販売員の収入となる。

このようにビッグイシューは、街の書店に並び、誰もが手にすることができる雑誌ではない。ベンダーと呼ばれるホームレスの販売員が街角に立って販売し、そこでしか買えないのである。街角で見かけたことがある人も多いと思う。現在、札幌、千葉(船橋)、東京、神奈川、名古屋、京都、大阪、神戸、広島、福岡、熊本で販売されている。



世界には、イギリスのほかに、オーストラリア、南アフリカ、ナミビア、ケニアなどに拠点がある。

本家のイギリスでは70万部以上の発行部数があり、読者の6割が44歳以下であるという(2007年)。出版元としてのビッグイシューは施しとして活動を展開しているわけではないのでチャリティとしての登録はせず、保証有限会社となっている。しかし、自らはイギリスでもっとも成功している社会的企業だと考えている。この他にビッグイシューが呼びかけて立ち上げた国際ストリートペーパー・ネットワーク (INSP) があり、27カ国45誌を超えるストリートマガジンが参加し、毎月200万部を超える販売実績を誇っている。

だが、ストリートマガジンだからといってあなどってはいけない。「安かろう悪かろう」の編集方針ではないからである。日本版第93号(4月15日)の表紙を女優、キーラ・ナイトレイ(パイレーツ・オブ・カリビアンに出演)が飾っているように、編集部はニュースや娯楽のバランスを考え、読者に飽きられないよう、質の高い記事を作成することを心がけている。現に、イギリスでは100名に及ぶ専任スタッフが働いている。記事の多くはフリーランサーの手になるが、編集部やデザイン部門があり、編集長が責任を負うという体制で雑誌の作成が行われている。

質の高い記事を作成するという方針はどの国のビッグイシューにも共通するビジネスモデルであり、事実、イギリスでうまくいっているのは富裕層が読者になっているからだという。2007年9月にイギリスのビッグイシュー本部で聞いたことである。日本の記事もたいへん良質だというのが彼らの判断であった。

ビッグイシュー本部でのインタビューには印象的なことがいくつもあったが、そのひとつが販売員の訓練である。ホームレスであれば誰でもベンダーになれるわけではない。ビッグイシューでは自尊心の回復がホームレスの自立の鍵であると考えており、そのためには合法的に収入を得ること、社会に包摂されていることが重要だとしている。



したがって、物乞いであってはならない、酔っ払ってはいけない、ののしりの言葉を吐いてはならない、必ずバッジをつけて販売に当たらなければならないなどの販売員コードを設け、遵守を義務付けている。

街頭販売であるにもかかわらず、日本でもイギリスでも多くの定期購読者がいる。購入を社会的貢献と受け止めている人々が多いからである。企業も無関心ではられないようである。イギリスにはキャドバリーという名の知られたチョコレート会社があるが、この本社内でベンダーがビッグイシューを販売しているという。そのなかから試用期間を経て正社員になり、キャドバリー社で働く場を得る者も出てきているそうである。もはや、「社会的排除」問題に鈍感であってはならない時代である。街角で出合った時、「おっと」と引くことなく、販売員に歩み寄ってみてはいかがか。本も販売員も確かなものとしてそこに存在している。

(やなぎさわ としかつ、明治大学商学部教授・副学長)

## 2 産業革命へ

野村 拓

### 6. 体内循環と社会における循環

#### — 「血液循環の原理」と『経済表』 —

イギリス市民革命からフランス大革命、それにオーバーラップする形でイギリス産業革命と、革命つづきの時代には、当然のことながら、それ以前にはなかった新しい考え方、事物のとらえ方が登場する。そのひとつは時々刻々、代謝、再生産されつつある人体組織の研究としての「血液循環の原理」を、これまた時々刻々、生産され、流通し、消費される社会的生産物の流れに適用することから生まれた研究、フランソワ・ケネー（1694-1774）の『経済表』（1758）であった。

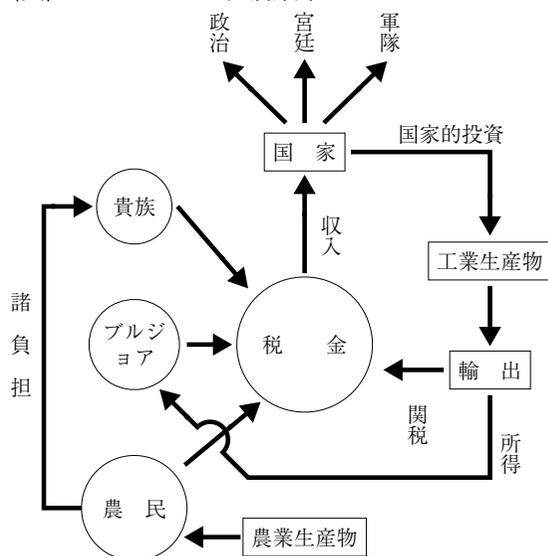
ケネーは外科医であり、王侯の侍医もやっていたが、ウィリアム・ハーヴェーの「血液循環の原理」にヒントを得て、社会における循環原理、社会における「再生産」もしくは「あるべき再生産」の研究を行ったといわれている。

〈図〉はルイ14世の財務総監が考えたコルベール・システムといわれる「農民の再生産なき再生産システム」であり、ここでは毎年、自然物、「天からの恵み」のような形で生まれる農業生産物などを、王侯貴族たちが年貢の徴収などを通じて、いかに集め、いかに使うか、を示したものである。ここでは農民自身、あるいは農業自体は考慮されていない。「百姓は生かさず、殺さず」の徳川システムと比べてどうだろうか。

富の生産者である農民自身の再生産が考慮されない社会は「病的な社会」であって、永続性のない社会である。では、健全な社会における再生産

はどうあるべきか、これを単純再生産表式として示したのが『経済表』である。

〈図〉コルベールの経済政策



(野村 拓『健康の経済学』1973,三省堂)

ケネーはフランス大革命前夜の医師、経済学者であったが、経済学を勉強していたことは隠していたようである。侍医としてケネーが住んだ世界では、経済学など下賤の金勘定と思われていたからではないか。

ケネーと同じころ、イギリスではアダム・スミス（1723-1790）が経済学の理論化をはかるわけだが、スミスの場合、その研究を動機づけるものは、世の中になぜ病人や貧しい人たちが多いのか、という問題であった。

ケネーは「病む社会」、すなわちブルボン王朝の圧政、収奪の解明を試み、スミスは「病人が多

く生まれるメカニズム」、すなわち資本主義的生産様式を研究した、と考えられる。だからこそ、古典経済学のことを warm economy (暖かい経済学) と呼び、現代の主流的経済学のことを cold economy (冷たい経済学) と呼ぶのだろう。

## 7. 「上からの改革」学

### —官房学・医事警察—

イギリス市民革命につづく産業革命、資本主義化というインパクトを受けて、「上からの近代化」を図った国がプロシヤ、オーストリアなどであり、「上からの近代化」のための学問が「官房学」(カメラリズム、カメラル・ヴィッセンシャフト)であった。「民」の自覚・覚醒による近代化ではなく、開明君主や側近、官僚(インテリ)主導による近代化が進められた国における「行政近代化」学のようなものが「官房学」であった。

「官房学」のルーツは「国状学」「国勢学」といえるし、これを近代的に展開させれば「社会政策学」にいたると考えていい。

「国状学」「国勢学」の段階では「国王の資産学」のような性格が強く、金や銀の産出額、家畜の数や農産物の量などが実質的な中身であった。統計(Statistics)という言葉の語源が State (国)であることを思い浮かべるべきである。

この国勢学、国状学の流れの中で、「人民」の値打ちが位置づけられるようになったのが「官房学」の段階であり、人民の数こそは国の力なのだ、数は力なり(Numbers are Strength)といわれるようになった。そして、人民は増えつつあるのか、減りつつあるのか、増やすべきなのかどうか、などの問題に関心が向けられるようになった。この時期を代表する著作がヨハン・ペーター・ジュースミルヒ(1707-1767)の『神の秩序—生めよ殖えよ、地に充てよ』である(ほぼ同時期に、イギリスでは「近代化」がもたらした人口問題をマルサスが論じている)。そして人民の数と健康を維持するための保健システムの必要性を説いたのがヨハン・ペーター・フランク(1745-1821)の『完全なる医学的警察制度』(1779)であり、これは

公衆衛生、産業衛生分野の先駆的仕事と評価されているが、その実質は「民」の「生存の保障」であり、「民」に手をさしのべないかぎり、このままでは済まない、ということを見ている。

フランス大革命のリーダーであったミラボーとの交友関係なども、このような視点から解明されるべきである。また、フランクのこの考え方はイギリスに medical police という言葉をもたらした(1800年代初頭)、日本では後藤新平の「健康警察」に関する建議などに影響を与えた。

「警察」(police)という言葉にアレルギーを示す人がいるかもしれないが、この時代の police は「民の健康の番人」ぐらいの意味に解すべきである。

## 8. フランス大革命前後

### —臨床医学の誕生—

さきにイギリス市民革命は、市民の医者、トーマス・シデナムなどを生み、オランダ市民社会の成熟はヘルマン・ブールハーヴェの臨床医学を生んだ。ヨーロッパで、もっとも早く市民革命が行われたオランダ(オランダ独立革命、1609-1648)について、魅力あるテーマを掲げた本を出されている。

『交易—オランダ黄金時代の産業、医学、科学』  
☆Harold J. Cook : Exchange—Commerce, Medicine, and Science in the Dutch Golden Age. (2007) Yale Univ. Press.

『知識表—フェルメール・スタジオのデカルト』  
☆Harriet Stone : Table of Knowledge—Descartes in Vermeer's Studio. (2006) Cornell Univ. Press.  
などは、いずれも臨床医学形成の歴史的背景を知る上で有意義な本である。

ブールハーヴェがリードした臨床医学の流れを「ライデン学派」と呼び、これが「エジンバラ学派」「パリ学派」「ウィーン学派」へと分派したというのが臨床医学史的な見方であるが、フランスの医学史書には、ブールハーヴェをさほど重視しない傾向が見られる。それはフランスこそは臨床医学の自家本流というプライドがあるからだろう。

フランスでは、臨床指導医的なブールハーヴェ

個人の登場ではなく、「バリ学派」あるいは「臨床学派」の名で総称される一団がフランス大革命と密接な関係を持ちながら登場したからである。

フランス大革命をもたらした啓蒙思想集団を歴史的に並べれば、まず「百科全書派」が登場するが、この世代は大革命のときには、すでに「現役」ではなかった。そして、大革命を働き盛りで迎えた有力な医学者たちは「イデオログ派」と呼ばれる集団に属していた。

「イデオログ派」という言葉は約100年後に登場する「印象派」という言葉と同様に、外部からの「蔑称」、当事者たちの「誇り」という両様の意味を持つが、その代表的人物の1人であるP. J. G. カバニス (1757-1808) は『人間の心身関係』(1799-1802) を著し、脳・神経の機能としてあらゆる心理現象を説明しようと試みている。精神病患者を鎖から解放したといわれるフィリップ・ピネル (1745-1826) もカバニスと親交を持ったと言われている。これらに、病理解剖をもとに組織概念を基礎づけたと言われる外科医グザウイエ・ビシャ (1771-1802) をくわえれば「イデオログ派」は多士済々であり、これらの豊富で実質的な「人間学」に支えられた形でフランスの臨床医学は大革命期に開花したといえよう。

また、フランス大革命は王侯貴族の「侍医」を否定し、数多くの医師たちがギロチンにかけられ、王侯貴族の「お抱え医者」ではない「人民の医者」の養成学校として「エコール・ド・サンテ」(「健康学校」1795年) を生んだ。フランス大革命を働き盛りで迎えた「イデオログ派」については、医学的視点でとらえるだけではなく、より広範な視点でとらえなおす必要がある。例えば、C. ダーウィンに先行する進化理論家ラマルク (1809年『動物哲学』を发表) や、F. エンゲルスによって「空想的社会主義者」のカテゴリーに入れられたサンチレールなども「イデオログ派」に属するからである。

なお、このような国民国家的な枠組みの中での変革という視点からこぼれやすい問題をとりあげたものとして

『光と影—奴隷とフランス啓蒙主義』

☆Louis Sala-Molins : Dark Side of the Light—Slavery and the French Enlightenment. (2006) Univ.

of Minnesota Press.

がある。

また、フランス大革命直前の時期に独立を達成したアメリカに関して

『マニュファクチュア革命—初期アメリカ産業の知的起源』

☆Lawrence A. Peskin : Manufacturing Revolution—The Intellectual Origins of Early American Industry. (2007) The Johns Hopkins Univ. Press.

がある。ヨーロッパの場合、政治体制としての絶対王政と経済システムとしての工場制手工業 (マニュファクチュア) とを対応させて考えることが一般的だが、絶対王政が存在しなかったアメリカの場合は? という興味がそそられる。

## 9. 軍医たちの集団医学

### —公衆衛生、社会医学へ—

市民生活が生んだ個人を対象とする臨床医学と絶対王政時代が生んだ「人口集団」を対象とする体制的・集団的施策とが並存する時期が17世紀から18世紀にかけての時期であった。市民対市民の関係の中から生まれた臨床医学、「全人的医療」の他に、管理者・支配者対集団という構図にもとづく救貧行政、軍隊医学、医事警察思想、隔離施設としての病院、などが登場しつつあった。

病気持ちの浮浪者の大群を対象としたイギリスの救貧行政などは、軍隊医学と並んで「集団医学」の「はしり」というべきものであるが、これに「監獄の衛生」(行刑衛生) も加えるべきであるかもしれない。イギリスの陸軍軍医ジョン・プリングル (1707-1782) は「病院熱」と「監獄熱」とが同一疾患であることを明らかにしたが、それぞれの集団でおこる熱性疾患 (今日の発疹チフスと思われる) の共通性をとらえたわけで、「集団医学」の先駆的業績というべきである。また、当時の病院が院内感染の名所であったこともうかがわれる。

ジョン・プリングルに先行する時代については『病院医療とイギリス陸軍, 1660-1714』

☆Eric Gruber von Arni : Hospital Care and the British Standing Army, 1660-1714. (2006) Ashgate.

がある。

ほぼ同時期にイギリス海軍軍医、ジェームス・リンド (1716-1794) は、長期航海で多発する壞血病対策としてレモン汁の服用を奨励した。また、ハスラー海軍病院における院内感染防止策の実行など、いわゆる「集団医学」のパイオニア的役割を果たした。

患者が河岸の鮪のように並べられている病院で院内感染がおこらなければ不思議であり、特に軍隊というコンパクトな人間集団が悪条件下で行動する場合、感染症のひろがりはずきものであった。少なくとも、ナポレオン戦争あたりまでは「戦死」よりも「戦病死」の方が多かったと思われる。

あとから歴史をふりかえれば、ナポレオン軍の軍医たちはブルジョア革命理念と集団医学とを結びつける形で、近代公衆衛生の起点を形成していることがわかる。そしてナポレオン没落後に登場したルイ・ルネ・ヴィエルメ (L. R. Villerme, 1782-1863) は革命理念としての「平等」を統計的方法化した。すなわち、人口集団の平均値と、めぐまれない人、しいたげられている人の統計値とを比較することによって社会のあり方を批判した。ヴィエルメの1828年と1840年の論文は社会医学の原典というべきものであり、イギリスの公衆衛生運動に影響を与えた。

この流れを技術史的にたどれば、「都市」を「拡大された軍隊」としてとらえたのが公衆衛生行政ということになる。

## 10. 産業革命の後始末

### 一工場法、改正救貧法、そして救貧医一

「社会福祉と医療政策」という視点で、イギリス産業革命をどうとらえるべきか。工場法(1833)、改正救貧法(1834)、公衆衛生法(1848)など、節目となる立法措置は1830、40年代に多いが、イギリス産業革命の時期を通説に従って、1760-1830年ごろとすれば、前記の立法は産業革命がもたらした状況に対する後始末的な性格を備えたものとも見ることができる。その後始末の対象は不健康、貧困、不潔などであり、大量に生まれた sick poor

であった。

「囲い込み運動」で土地から切り離された浮浪者を対象として成立したエリザベス救貧法(1601)に、多少とも医療的性格が付与されるようになったのが改正救貧法であり、ここで初めて「救貧医」(poor law doctor) が設けられたのは、sick poor を扱わなければならなくなったからである。

追いつめられて、子どもに保険をかけて殺すという親たちも現れて、保険会社は10歳以下の子どもの加入を禁止した。また、親の貧困が苛酷な年少労働を生み、早くもこの時期に「世代的再生産失調」の傾向が見られるようになった。年少労働の禁止、労働時間の制限などを盛り込んだのが、1809、1833年の工場法である。

産業資本は労働者の健康をそこねただけではなく、環境を汚染した。そして、汚染された環境はコレラによる被害を増幅させた。1848年の公衆衛生法は上下水道の整備によるコレラ予防が主眼とされている。もちろん、この法律によって環境問題が一挙に解決したわけではないことは「1854年における水道会社別のコレラ死亡率」(R. Beaglehol 他 : Basic Epidemiology. 1993. WHO.) などを見れば明らかである。これは同時に、いま水道事業民営化を進めようとする人たちの歴史認識が問われる問題でもある。

『門口での保健』

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

の口絵には横長のリバプール港の俯瞰図が折り込まれ、左右は7マイルと説明されている。櫛の目のように波止場、倉庫などが並び、水上では船が群をなしている。口絵の時期については、産業革命時代とだけ説明されているが、この本のねらいは、イギリスが「世界の工場」といわれるような経済発展の時代における海港検疫の重要性を歴史的にとりあげたことである。

しかし、今日的視点から見れば、リバプールは奴隷売買船のセンターであり、1000万から1500万の奴隷をアフリカから調達し、アメリカなどに送る基地であったことを重視すべきである。また、奴隷売買の単なる経由地でなかったことは

『イギリスにおける黒人と産業革命』

☆Joseph E. Inikori : African and the Industrial

Revolution in England. (2002) Cambridge Univ. Press.

などで明らかである。黒人が産業革命にかかわれば、当然のことながら、黒人も「救貧対象」になったはずだが、そのあたりはどうだろうか。また、救貧法の財源としての奴隷売買という視点も必要だろう。

「奴隷的低賃金」という言葉が使われるが、「奴隷的」は形容詞ではなく、実在した黒人労働者のコストであることを指摘したのが、

『イギリス救貧法の経済史, 1750-1850』

☆George R. Boyer : An Economic History of the English Poor Law, 1750-1850. (2006) Cambridge Univ. Press.

である。また、今回の新連載の冒頭部分ですすめた絵や図の多い「パラパラ読み」用の本として

『産業革命—ドキュメント史』

☆Laura L. Frader : The Industrial Revolution—A History in Documents. (2006) Oxford Univ. Press. があり、日本の富岡製糸の絵なども紹介されている。

今回は、市民革命、産業革命から国民国家形成の時期をとりあげたが、今日的関心からふり返れば、すでに「グローバリゼーション」への萌芽は

いたるところに散見される。17世紀以来のドイツからイギリスへの移民をとりあげたのが

『ドイツからイギリスへの移民』

☆Stefan Manz 他編 : Migration and Transfer from Germany to Britain 1660-1914. (2007) K. G. Saur

であり、産業革命時代までさかのぼって、「心の病」を「見えざる疫病」としてとられたのが

『見えざる疫病—精神病のはじまり, 1750年から現在まで』

☆E. Fuller Torrey : The Invisible Plague—The Rise of Mental Illness from 1750 to the Present. (2007) Rutgers Univ. Press.

である。また今日的巨大権力のルーツをフランス大革命に求める本

『巨大権力のイデオロギー的起源』

☆Mark L. Haas : The Ideological Origins of Great Power Politics, 1789-1989. (2007) Cornell Univ. Press.

も出されている。いずれも、国民国家の中にグローバリゼーションへの契機をとらえようとした本、といえるのではないか。

(のむら たく、国民医療研究所顧問)

## 機関誌『いのちとくらし』バックナンバー

### ●第22号(2008年2月)―非営利・協同セクターの直面する課題―法人制度・金融・保険共済―

- 巻頭エッセイ「退院支援システムの構築を」児島美都子
- 座談会「非営利・協同組織と法人制度の改正」…角瀬保雄、坂根利幸、石塚秀雄
- 論文「非営利・協同セクターの金融ネットワークの可能性～市民金融の視点から」多賀俊二
- 第8回自主共済組織学習会報告「弁護士から見た保険業法と自主共済組織の対応と問題点」渡部照子、小木和男
- 2006年度研究所助成報告「介護労働者における職業性ストレスに関する研究」富岡公子、他
- 論文「民医連による『孤独死実態調査』と『高齢者医療・介護・生活実態調査』」山田智
- 地域医療を考えるシンポジウム基調講演「医療に情けあり―“人より金”の世界でいいのか」高柳新
- 社会福祉と医療政策・100話(1-5話)「1市民の登場」野村拓
- 書評 多田富雄著『わたしのリハビリ闘争最弱者の生存権は守られたか』高田桂子

### ●第21号(2007年11月)―資金調達問題―

- 巻頭エッセイ 樋口一葉と憲法25条 村口至
- 座談会「非営利・協同組織医療機関の資金調達と非営利・協同金融の展開」八田英之、坂根利幸、根本守、岩本鉄矢、石塚秀雄
- 論文「近時の医療紛争の諸問題―裁判による解決と裁判外の紛争処理―」我妻学
- 論文「ドイツの医療事故補償制度」石塚秀雄
- 参加報告「ヨーロッパ福祉用具事情―REHA CARE 2004と2006視察を通じて―」小川一八
- 第7回自主共済学習会報告「共済と社会的企業」中川雄一郎
- 書評 角瀬保雄監修、非営利・協同総合研究所いのちとくらし編『日本の医療はどこへいく―「医療構造改革」と非営利・協同』青木郁夫
- シリーズ・文献プロムナード⑩(最終回)「医療・福祉の世界史」野村拓

### ●20号(2007年8月)―特集：各国の医療事故補償制度―

- 巻頭エッセイ「いのちとくらし」の意味 富沢賢治
- 定期総会記念講演「フランスにおける医療事故補償制度とONIAMの活動について」D. マルタン
- 定期総会記念講演「日本における医療事故・被害者救済の現状と問題点」鈴木篤
- 論文「英国の医療事故補償制度と医療機関の共済基金」石塚秀雄
- 論文「医療倫理と医療事故補償問題」尾崎恭一
- 論文「EU圏における歯科医療制度の動向と問題点―一次は日本の歯科医療が危ない―」藤野健正
- 論文「千葉県に見る地域医療の危機」八田英之
- 第6回自主共済学習会報告「制度共済の今後と自主共済への影響―農協共済を中心に―」高橋巖
- 書評 押尾直志監修、共済研究会編「共済事業と日本社会」杉本貴志

## ●19号（2007年5月）—特集：外国に見る検視（死）制度と医療事故補償制度—

- 巻頭エッセイ「安全文化について」肥田泰
  - 視察報告「英国における死因究明制度の視察」小西恭司
  - 視察報告「オーストラリア・ビクトリア州の検視制度の視察」大山美宏
  - 論文「デンマークの医療事故補償制度」石塚秀雄
  - 資料「デンマーク患者保証法（医療事故補償法）」、「デンマーク医療制度における患者安全法（医療事故報告法）」
  - 座談会「自主共済の存続のために」齊藤義孝、室井正、渡邊文夫、西村富佐多、司会：石塚秀雄
  - 第5回自主共済組織学習会「保険業法及び保険契約法における共済の位置づけ」松崎良
  - 文献プロムナード⑩「視点いろいろ」野村拓
  - 海外医療体験エッセイ②「〃厄得、？骨折治療で垣間見たデンマークの医療」山田駒平
  - 書評 野村拓『時代を織る—医療・福祉のストーリーメイク』高柳新
- 

## ●18号（2007年2月）—特集：問われる共済の意味—

- 巻頭エッセイ「『主権者』が問われる時」窪田之喜
  - 座談会「非営利・協同入門」角瀬保雄、富沢賢治、中川雄一郎、坂根利幸、司会：石塚秀雄
  - 第3回自主共済組織学集会「保険業法改正の論理と共済問題」押尾直志
  - 第4回自主共済組織学習会「米国の自主共済組織について」石塚秀雄
  - 論文「今、なぜ介護予防事業に『実践運動指導員』が必要か」森川貞夫
  - 「キューバにおける医療の現状—地域医療と国際医療支援活動を推進」岩垂弘
  - ルポルタージュ「いのちとくらし」今崎暁巳
  - 「フランスの医療事故保障制度」石塚秀雄
  - 書評 千葉智子、堀切和雅著『小児科を救え！』鈴木隆
  - 文献プロムナード⑩「タテ糸とヨコ糸」野村拓
  - 研究所ニュース
- 

## ●17号（2006年11月）—特集：医療の市場化と公益性—

- 巻頭エッセイ「人体の不思議展」筋昭三
- 座談会「医療法人制度改革問題」  
寺尾正之、鈴木篤、坂根利幸、角瀬保雄、根本守、司会：石塚秀雄
- 協働ウェブサイト転載「医療法人制度改革（社会医療法人新設）」 根本守
- 論文「医療法人制度改革と医療の非営利性」 横山壽一
- 第2回自主共済組織学習会報告：「保険業法改正の動向と共済問題」 森崎公夫
- 研究助成報告「往診専門診療所の満足度調査」 小川一八
- 論文「ロッチデール公正先駆者組合とその“分裂”—『非営利・協同』の源流についての一考察」

杉本貴志

○文献プロムナード⑩「嫌米スペクトル」 野村拓

---

## ●16号（2006年8月）—特集：格差社会と非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ「61年目の8月15日、ソウルで」平山基生
  - 座談会「格差社会の代案とは」後藤道夫、中嶋陽子、前澤淑子、司会：石塚秀雄
  - 資料「統計に見る格差社会」後藤道夫
  - 論文「EUにおけるワーキングプア対策と社会的経済」石塚秀雄
  - 事業所訪問「できることはみんなで分担—『すこやかな家みたて』訪問」事務局
  - 総会記念講演「CSR、コーポレートガバナンスと経営参加—中小経営における新しい労使関係の形成へ向けて」角瀬保雄
  - 研究助成報告「非営利・協同に関する意識調査」岩間一雄
  - 書評 今崎暁巳著「いのちの証言—私は毒ガス弾を埋めました」村口至
  - 文献プロムナード⑮「日本への目線」野村拓
- 

## ●第15号（2006年5月）—特集：共済は生き残れるか？

- 巻頭エッセイ「潮目を変える『怒り』を」八田英之
  - 座談会「共済と保険業法改正」本間照光、押尾直志、安部誠三郎、住江憲勇、山田浄二、司会：石塚秀雄
  - 労山インタビュー「自主共済は保険業法適用除外に」斉藤義孝、川嶋高志
  - 論文「共済事業の現状と改正保険業法」相馬健次
  - 資料「ヨーロッパの共済運動の特徴」石塚秀雄
  - 論文「CSRとグローバリゼーション」佐藤誠
  - 論文「『社会的排除との闘い』の担い手としての『社会的協同組合』」田中夏子
  - 第1回地域シンポジウム「モンドラゴンから学ぶ非営利・協同組織の運営問題」（シンポジスト・司会・コメンテーター）角瀬保雄、石塚秀雄、坂根利幸、山内正人、高柳新
  - エッセイイギリス便り「『非営利・協同』の“母国”で暮らして～『いのちとくらし』を考える～」杉本貴志
  - 文献プロムナード⑭「看護と福祉」野村拓
- 

## ●第14号（2006年2月）—特集：民営化と非営利・協同

- 巻頭エッセイ「福祉と環境に立向かう協同の仕組みの役割」藤田暁男
- 論文「郵政事業改革の国際類型とわが国の郵政民営化」桜井徹
- 座談会「介護保険改定と福祉事業の新たな課題と対応」浦澤正和、岡田孝夫、日吉修二、司会：石塚秀雄
- 論文「改定介護保険法の特徴と問題点」林泰則
- 論文「介護ショップのマネジメントの課題について—介護保険7年目をむかえ、地域において人と人

との接点を大事にする事業をめざして」小川一八

- 論文「国民健康保険料に関する自治体格差の実態について」鈴木岳
  - 書評 山口二郎・坪郷實・宮本太郎（著）『ポスト福祉国家とソーシャル・ガバナンス』（ガヴァナンス叢書）石塚 秀雄
  - エッセイ韓国から④「富の偏在と新自由主義」朴賢緒
  - 文献プロムナード⑬「マルチ医療論」野村拓
- 

## ●13号（2005年11月）—特集：非営利・協同と福祉国家

- 巻頭エッセイ「次は医療と農業？」吉田万三
  - 論文「社会的排除としてのホームレス問題」中嶋洋子  
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
  - 論文『『構造改革』の頂点と医療構造改革』後藤道夫
  - 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
  - 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」  
Y. ストルイヤン 竹野ユキコ
  - シリーズ医療事故問題②  
座談会「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
  - 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
  - エッセイ韓国から③「爪痕癒し」 朴賢緒
  - 文献プロムナード⑩「階層化・流動化」 野村拓
- 

## ●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」斉藤縣三
- 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⑪「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（SR I）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— I A S 32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年02月） — 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年11月） — 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—ライブ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年08月） — 特集：障害者と社会・労働参加—支援費制度をめぐる—

- 巻頭エッセイ「NPOによる地域福祉貢献活動とその困難」相澤與一
  - 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年05月)

- 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年02月)

- 巻頭エッセイ「医療事故と非営利・協同の運動を思う」 二上護
  - 新春座談会「NPOの現状と未来」 中村陽一、八田英之、角瀬保雄、司会：石塚秀雄
  - 論文「コミュニティ・ケアとシチズンシップ——イギリスの事例から」 中川雄一郎
  - インタビュー「介護保険にどう取り組むか」 増子忠道、インタビュアー：林泰則
  - 論文「『小さな大国』オランダの医療・介護改革の意味するもの——ネオ・コーポラティズム的政労使合意のあり方——」 藤野健正
  - 文献プロムナード① 「もう一度、社会医学」 野村拓
  - 海外事情 「アメリカの医療従事者の収入事情」 石塚秀雄
  - 書評 「日本へ示唆 福島清彦著・『ヨーロッパ型資本主義』」 窪田之喜
- 

## ● 準備号 (2002年10月)

- 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.22 (2008.5.10発行)

「理事長のページ：民医連考」(角瀬保雄)、「副理事長のページ：農は国民の健康の本なり」(中川雄一郎)、事務局経過報告、事務局からのお知らせ、読者からの声「人体の不思議展の不思議」、「イタリヤ社会的企業法について」(石塚秀雄)

### ○No.21 (2008.1.31発行)

「理事長のページ：菅野正純さんの逝去を偲んで」(角瀬保雄)、「副理事長のページ：医療崩壊物語」(高柳新)、事務局からのお知らせ、事務局経過報告、「医療事故を取り扱う第三者機関の設立をめざす1・19シンポジウム参加報告」「スペインの共済病院グループFREMAP(フレマップ)」(石塚秀雄)、「フランス非営利・協同医療機関視察概要報告(抄)」(廣田憲威)

### ○No.20 (2007.10.31発行)

「理事長のページ：医療と小説」(角瀬保雄)、「副理事長のページ：トリー民主主義—保守党の「社会的企業」政策—」(中川雄一郎)、事務局からのお知らせ、事務局経過報告、「第3回国際保健協同組合フォーラム参加報告」(竹野ユキコ)、「中国農民專業合作社と農民組織化の現状」(神田健策)、「本の紹介：児嶋美都子著『イギリスにおける中間ケア政策—病院から地域へ』」(石塚秀雄)

### ○No.19 (2007.7.31発行)

「理事長のページ：まちづくり、コミュニティビジネスと非営利・協同」(角瀬保雄)、「副理事長のページ：日野市立病院の改革に先立って」(高柳新)、事務局からのお知らせ、事務局経過報告、「フランス保健省ONIAMのマルタン局長は「国境なき医師団」の創立メンバーの一人だった！」(吉中丈志)、「外食チェーンワタミの介護事業」(石塚秀雄)

### ○No.18 (2007.04.30発行)

「理事長のページ」(角瀬保雄)、「副理事長のページ『イギリス社会的企業』考」(中川雄一郎)、会員からの声「座談会「非営利・協同入門」(「いのちとくらし」No.18,07年2月)を読んで」、「ジャパンケアサービス—24時間スポット介護に重点—」(石塚秀雄)

### ○No.17 (2007.01.31発行)

理事長のページ、副理事長のページ(高柳新)「民医連とは」、社会的企業シンポ参加報告、「ベネッセ『子供から年寄りまで』ビジネス」(石塚秀雄)、事務局ニュース

機関誌およびニュースのバックナンバーは、当研究所ウェブサイトからも御覧になれます。

## ワーキングペーパー（2006年11月）

©Takashi SUGIMOTO (杉本貴志), "Red Store, Yellow Store, Blue Store and Green Store : The Rochdale Pioneers and their Rivals in the late Nineteenth Century"

ISBN 4-903543-01-3 (978-4-903543-01-7)

### Summary

In this paper the birth and development of the co-operatives which were rivals of the Rochdale Equitable Pioneers Society are traced. Though the famous Pioneers Society has been studied by many historians, little is known about its rivals in Rochdale. In 1870 there were four co-operative stores, each with its own 'colour', in the birthplace of Co-operation. This work sets out to dig up these forgotten co-ops in the historical records and to clarify the meaning of the split in the Pioneers. In the course of the argument the position of the Pioneers in the co-operative movement should become clear.



『いのちとくらし研究所報』17号に日本語の論文が掲載されています（58～63ページ）。

## 報告書（2008年3月発行）

ご希望の方は、事務局（民医連関係者は（株）保健医療研究所）にご連絡ください。

◎全日本民医連・総研いのちとくらし共催

『フランス 非営利・協同の医療機関・制度視察報告書』

（ISBN 978-4-903543-05-5、2008年3月31日発行、A4判72ページ、頒価500円）

2007年11月に全日本民医連との共催で実施したフランスの非営利・協同の医療・社会保障機関視察の報告書。

### 【目次】

はじめに

フランス非営利・協同医療機関視察概要報告

フランスの医療・社会福祉の非営利・協同セクター

コラム-1 「都市の記憶の重なり」

フランス歯科制度の問題点

フェアップ（FEHAP、非営利保健医療機関介護施設連合会）

ユニオプス（UNIOPS、民間保健社会サービス団体全国連絡会）

老人介護施設「ラ・ピランデール」

フランスの医療事故補償制度、オニアム

フランスにおける民事責任論の展開

コラム-2 「ルモンド記者に会う」

サンテ・セルヴィス、在宅入院（治療）サービスのアソシエーション

マラコフ市訪問

フランスの保健センター

マラコフの「アソシアシオンの家」とアソシアシオンの意味

パリの薬局事情

コラム-3 「メトロとスト」

フランス視察時系列報告



## 報告書(2006年3月発行)

ご希望の方は、事務局（民医連関係者は㈱保健医療研究所）にご連絡下さい。

### ◎公私病院経営の分析—「小泉医療制度構造改革」に抗し、医療の公共性をまもるために—

(ワーキンググループ報告書 No.1、A4判73ページ、頒価1,000円)

日本の病院医療をめぐる問題について経営主体別に経営構造を比較分析し、医療の公共性を高める運動論、政策作りに寄与しようとするもの。

- |     |                              |
|-----|------------------------------|
| 序論  | 問題意識とワーキンググループの目的（村口至）       |
| 第1章 | 設立形態ごとの病院間経営分析（根本守）          |
| 第2章 | 独立行政法人国立病院機構の分析（小林順一）        |
| 第3章 | 地方自治体病院の分析（根本守）              |
| 第4章 | 済生会（石塚秀雄）                    |
| 第5章 | その他の非営組織病院経営と、経営論点（坂根利幸）     |
| 第6章 | 民医連病院の分析（角瀬保雄）               |
| 第7章 | 医療の公共性をめぐって—民間医療機関の立場から（村口至） |



### ◎全日本民医連・総研いのちとくらし共催 「スウェーデン・福祉の国づくりを探るツアー」報告書

(A4判72ページ、頒価500円)

2005年11月に行われた視察の報告書。医科、歯科それぞれの現状、医療介護セクターと労働組合の役割、医療供給者区分についての論文と翻訳、参加者感想。

- 序文（宮本太郎）  
スウェーデン・福祉の国づくりを探るツアーを実施して（長瀬文雄）  
日程概要と報告（林泰則）  
論文：スウェーデンの医療についての視察報告と考案（吉中丈志）  
歯科医療政策の転換の意味するところは？（藤野健正）  
スウェーデンの医療介護セクターと労働組合（石塚秀雄）  
感想：升田和比古、長崎修二、大高研道、石原廣二郎、上條泉、山本淑子ほか  
翻訳：スウェーデンの福祉セクターの供給者の区分化と  
制度設計—1991—1994年。新しい道筋と古い依存性（Y. ストルイヤン）



## ◎ 「スペイン・ポルトガルの非営利・協同取材」 報告書 (別冊いのちとくらし No.2、B5判96ページ、頒価500円)

2005年10月に行われた視察報告書。モンドラゴン協同組合の成功の鍵、最新データや幹部聞き取りの内容など。非営利セクター運営の病院、高齢者施設の訪問報告、参加者感想。

序文 (角瀬保雄)

### I. スペイン・MCC視察

モンドラゴン協同組合企業MCC (石塚秀雄)

MCCの協同労働と連帯、その組織と会計 (坂根利幸)

エロスキ (坂根利幸)

労働金庫 (CL) (根本守)

MCCの事業の維持と拡大の財政面の支え労働人民金庫 (大野茂廣)

イケルラン (坂根利幸)

まとめにかえて—MCCと非営利・協同 (角瀬保雄)

### II. ポルトガルの非営利・協同セクター

ポルトガルの非営利・協同セクターと医療制度の特徴 (石塚秀雄)

高齢者施設ミゼルコルデア (村口至)

### III. 感想 (野村智夫、村上浩之、山内正人ほか)

日程概要

あとがき (坂根利幸)



## 別冊いのちとくらし

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。



## 「研究助成報告」

### ●青木郁夫、上田健作、高山一夫、時井聰『米国の医療制度改革と非営利・協同組織の役割』

ISBN 4-903543-00-5      2006年6月発行（在庫なし）  
(978-4-903543-00-0)

#### 目次

- I. 医療における非営利・協同組織の役割
    - 1章 NPO論の到達点と課題
    - 2章 アメリカ医療事情断章—医療保険市場における選択と規制—
    - 3章 米国の保健医療セクターと非営利病院
  - II. ワシントンD. C. 現地調査報告書
    - 1. アメリカ看護管理者団体
    - 2. アメリカ病院協会
    - 3. ジョージ・ワシントン大学病院
    - 4. サバーバン病院ヘルスケア・システム
    - 5. アメリカ糖尿病協会
    - 6. バージニア病院センター
    - 7. シブレイ記念病院
    - 8. ブレッド・フォー・ザ・シティ
    - 9. プロビデンス病院
    - 10. ユニティ・ヘルスケア
  - III. 結語
- 参考資料（現地視察企画書）



### ●Hugosson, Alvar Olof、神田健策、大高研道『地域社会の持続的発展と非営利・協同（社会的経済）の実践—スウェーデン・イエムトランド地域の事例研究—』

2007年9月発行  
ISBN 978-4-903543-03-1

#### 目次

##### 第I部

- 第1章スウェーデンにおける社会的経済の現段階
- 第2章イエムトランドの地域特性と課題
- 第3章イエムトランドの社会的経済と支援体制

##### 第II部

- 第1章医師不足に直面する地域における医療協同組合実践の展開
- 第2章新しい障害者生活支援協同組合の実践

#### 参考資料



---

●東京勤労者医療会歯科診療部メンテナンスプロジェクト（代表 藤野健正）『Supportive Periodontal Therapyの臨床的効果について—長期管理における有効性とトラブルの種類と発生率分析—』

2007年12月発行

ISBN 978-4-903543-02-4

目次

- I. 目的
- II. 対象
- III. 研究方法
- IV. 結果
  - 1) CPITN（歯周治療必要度指数）の推移調査結果
  - 2) う蝕・歯周病リスクの8クラス分類とその分析結果
  - 3) A-Bグループ間の分析結果
- V. 結果
- VI. 考察

参考文献



---

●「非営利・協同に関する意識調査」（岩間一雄）『いのちとくらし研究所報』16号

---

●「往診専門診療所の満足度調査」（小川一八）『いのちとくらし研究所報』17号

---

●2006年度研究助成報告「介護労働者における職業性ストレスに関する研究」（富岡 公子、他）『いのちとくらし研究所報』22号

---

# 【FAX送付書】

切り取ってお使いください

研究所のFAX番号：

03 (5840) 6568

<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 (5840) 6568

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  
▽

【次号第23号の予定】(2008年8月発行)

特集：介護と社会的企業、室料差額問題(2)

- ・論文「室料差額と医療倫理(後)」
- ・論文「社会的経済、連帯経済の理論的問題について」
- ・第10回自主共済組織学習会報告、など

【編集後記】

今回は都合により6月発行として準備しました。室料差額をめぐる問題は数回継続して取り上げる予定です。皆様のご意見やご感想、あるいは投稿論文などをお待ちしています。巻末のFax用紙や電子メール、郵送などをお願い申し上げます。また、研究助成のほかに、ワーキングペーパーも募集しています。こちらでもご検討ください。

## 会員募集と定期購読のご案内 (巻末の入会申込書をご利用下さい)

**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

「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

〒113-0034 東京都文京区湯島2-7-8 東京労音お茶の水センター2階  
TEL：03-5840-6567/FAX：03-5840-6568  
ホームページ URL：<http://www.inhcc.org/> e-mail：[inoci@inhcc.org](mailto:inoci@inhcc.org)