

目次

○巻頭エッセイ「地方再生の条件」	今田 隆一	1
シリーズ「民医連の医療・介護制度再生プラン(案)によせて(1)」		
○「『医療・介護制度再生プラン』に思う」	角瀬 保雄	2
○「『医療崩壊』問題の一側面―医師・患者関係 ―民医連医療再生プランに寄せて―」	八田 英之	5
○「協同・連帯・共存・共生に基づく新しい社会経済システム」	津田 直則	8
○「オランダ社会と非営利組織の役割」	久保 隆光	12
○「韓国の社会的企業によせて―福祉と雇用の狭間で―」	北島 健一	17
○「2006年医療制度改革の障害のある人の暮らしへの影響」	風間 康子	22
○「医療費抑制政策と地域の医療者の役割～医療の公共性・社会性と 地域医療を守る協同～」	向川 征秀	30
○「住民のいのちを守る小さな村の取り組み―長野県栄村―」	前沢 淑子	39
○海外情報「キューバの医療制度におけるポリクリニコ(地域診療所) の役割」	石塚 秀雄	43
○社会福祉と医療政策・100話(16―20話)「4 植民地支配へ」	野村 拓	51
○書評 岩間一雄著『毛沢東 その光と影』	石塚 秀雄	56
○研究所ニュース		11、55、58
○バックナンバー		59
○入会申込書		

地方再生の条件

今田 隆一

「格差と貧困」が蔓延し、わたしたちの暮らし向きが大変悪くなっている今、わたしは「大都市と地方」の格差に興味を持ち、この1年半、いろいろと調べてきた。直接のきっかけは岩波新書『地域再生の条件』を読んだことにある。その中に地方の大事な輸送機関であった鉄道網がJRの民営化とともに崩壊し、そのために移動に極端に時間がかかるようになってきていること、しかも移動にかかる運賃などのコストが飛躍的に増加していること、そしてそのためにとくに高齢者には移動それ自体が困難になってきている現状が鋭く告発されている。では「再生の条件」とはなんだろうか。

病院数は1990年ころから国と厚生労働省がとっている医療抑制政策の過程でつぶされ始め、次第に数が減少してきているのはご存知の通りである。当時10000を越えていた病院数も、直近のデータによれば8800にまで減っている。その結果、面積あたりの病院数をみると10km四方(100km²)では秋田・岩手の両県が全国最低で0.6しかない。住民は15km移動してもひとつも病院に行き当たらないかもしれないのだ。もはや生活圈の中に病院は望むべくもない地域がわたしたちの想像をはるかに超えて広がっている。こうした地域は冬が

厳しい北海道や東北に多い。住民はなんとか自家用車の利用などで自衛はしているものの、冬の間は路面条件も悪化するので移動可能距離も短縮するだろう。病院が利用できない、使えない、住民の悲鳴が聞こえるようだ。

さて天井知らずだったガソリンの高騰もやや落ち着いたものの高価格で「高止まり」した感がある。ガソリン代も大都市圏と地方とは家計に対する負担はずいぶん違うものであった。公共輸送機関に乏しい地方は移動手段として自家用車への依存度が高い。中国電力の調査によれば、ガソリン代の上昇が家計に与える影響は地方が大都市圏の1.5倍であるという。むべなるかなである。結局、国の地方切捨て策に加えてアメリカ中心のグローバルイゼーションに対する無為無策のつけが2重3重の苦しみとなって地方を襲っているということであろう。もはや国のあり方を根本から変えるしかないではないか。こうして「地方再生の条件」とは国の政治を変えることにほかならない。それが1年半の結論である。

(こんだ りゅういち、宮城厚生協会坂総合病院院長)

シリーズ 民医連の医療・介護制度再生プラン(案)によせて(1)

「医療・介護制度再生プラン」に思う

角瀬 保雄

(1) はじめに

第38回民医連総会は、21世紀を切り開く新綱領改定(草案)を提起するとともに、全日本民医連の「医療・介護制度再生プラン(案)」を発表しました。これは「医療崩壊」「介護崩壊」がいわれる中で、医療界や国民との討議の素材となり、医療・介護政策転換の一助にと発表されたもので、積極的な意義をもつものといえます。

民医連は、早速、2008年7月19日、民医連外部の有識者を招聘して「再生プラン」をめぐるシンポジウムを開催しました。シンポジストとしては本田宏(済生会栗橋病院副院長)、権丈善一(慶応義塾大学教授)、浦野宏明(立正大学教授)、堀毛清史(北海道勤医協理事長/全日本民医連副会長)という各方面の第一人者を揃え、自由な意見の交換が行なわれました。

そこで私も紙上から「再生プラン」の討議に参加しようと思った次第です。

小泉「構造改革」が目指してきた新自由主義路線、「小さい政府」による「経済成長路線」と「財政再建」を大義名分とした「社会保障費抑制」が問題になっています。物価高騰、景気後退に追い討ちをかける米国発のサブプライム問題は、資本主義経済を震撼させています。これらは「医療再生」にどう影響してくるのでしょうか。

現実の矛盾や国民の批判によって、医学部定員の増加、臨床研修医制度の見直し、後期高齢者医療制度の「見直し」など医療政策の手直しが始まりましたが、その場しのぎの個別的、部分的な弥縫策ではなく、医療制度の抜本的な転換が必要です。日本列島を揺るがしている「医療崩壊」を「医療再生」にもっていくには、社会保障費の抑制ではなく、社会保障政策の抜本的な転換の道以外にはありえません。

ところで、昨年、当研究所が編集出版した『日本の医療はどこへいく』は、書評、紹介など各方

面から好意的に迎えられたようで、ご同慶の至りです。ただ、直接私が聞いた感想の1つに、財源論が欠けているという批判がありました。確かに当時はそこまで立ち入ることは考えていませんでした。出版した07年秋から08年春への半年間の情勢の進展は急速で、07年にはそれでよかったことも、08年には不足となります。民医連の「再生プラン」はそこにメスを入れるものとなっています。同時に、シンポでの議論がそこに集中したように、新たな議論を呼び起こすものとなっていることも確かです。

(2) 財源論について

そこでまず、この点に関する「再生プラン」の主張からみていきたいと思います。「財源確保に関する提言」では「1.消費税の税率引き上げ、福祉目的税化には断固反対する」というところに民医連の基本的立場が示されています。そして「すでに日本の消費税率は世界最高レベルにあります。」と述べています。これは北欧型の税を財源とした福祉国家の日本への適用を否定するものと思われますが、どうなのでしょう。国民意識は各種の世論調査に見られるようになりかなり複雑な様相を示していると考えられます。かねてからEU諸国など福祉先進国と日本との間での消費税率の大きな差の存在することは知られています。EU諸国では消費税率は日本のような一般消費税ではなく、個別消費税であるということが指摘されています。これは食料など生活必需品への免税制度の存在を意味しており、重要な論点になります。しかし、個別消費税化すれば高い税率も許容されるということにはならないでしょう。生活必需品への免税や贅沢品に対する物品税には賛成ですが、それだけで財源問題は解決するとはいえません。

高齢社会化にともない総医療費が高まるであろうことは、今日、立場の違いを超えた共通の認識

になっているといつてよいでしょう。そこで次に、「再生プラン」の積極的な「財源確保に関する提言」をみてみますと、「日本の総医療費をG7並みに引き上げるためには、約15兆円程度の財源が必要です。」として、次のように述べています。「今後早い時期にG7並みをめざし、当面、計画的・段階的に総医療費を引き上げます。その財源は、①医療費の無駄を省く、②応能負担を原則に、所得の高い層の負担を引き上げる、大企業中心に法人の負担を引き上げる、③無駄な公共事業や軍事費を削減し、社会保障に国の予算を投入するなどによって確保します。」

シンポジウムの冒頭に発言した本田宏氏は、「財源は財政の無駄を見直せ、『道路と命』どちらが大切なのだ！」として、民医連の「再生プラン」への共感を表明していました。私が本田氏の話聞くのは、確か2006年の日本医学会総会のポストコンGRES公開シンポジウムに続いて2回目ですが、良い意味でタレント化した氏の話術はますます磨きがかかっていました。

軍事費の削減で社会保障に国の予算を投入することにも反対する人はいないでしょう。この「再生プラン」の財源論と同様な考えは、東北大学教授の日野秀逸氏や東洋大学教授の片平洸彦氏など民主的な医療研究者の間で共有されており（日野秀逸編・国民医療研究所（『市場化の中の「医療改革」』2005、片平洸彦「医療費『受益者負担』は当然か？」日本科学者会議東京支部創立40周年記念、第14回東京科学シンポジウム2007・12）、正論といえます。スウェーデンのストックホルム国際平和研究所によると07年の日本の防衛予算は436億ドルで、世界第5位といわれます。日本円で5兆円にのぼります。日本は予算規模ではすでに「軍事大国」で、アメリカの戦争に協力するための軍事費を削減することは正論といえますが、ことはそれほど簡単ではないでしょう。まず国民意識の上で憲法9条支持を多数派にしなければなりません。

また、軍事費削減にとっての環境も必ずしもよいとはいえません。米ソの冷戦は終了しましたが、01年には同時多発テロの発生という問題が起きました。大国といわれるところはいずれも大きな軍備を保有しています。国民に信頼される平和の

政府、非核の政府が必要な前提となります。シンポジストの1人、権丈教授は財政論の立場から公共事業や軍事費の削減などの余地はないと明言しています。氏は社会保障への財源としては社会保険料の引き上げしかないといっています。こうした現実的な社会保障財源に対する主張に対しては、説得力のある数字の対置が必要になります。

大企業の税負担については、法人税率の推移をみると、1984年の43.3%が99年には30.0%へと大幅に引き下げられています。大企業への優遇政策の結果です。財界はさらなる税率切り下げによる大企業への支援を要求していますが、2007年度の大銀行の法人3税負担額はたったの4.0%という事実の対置が重要です。一方、日本の大銀行はモルガン・スタンレイやメリル・リンチなど金融危機に陥ったアメリカの投資銀行に巨額の出資を行ない、これを救済しようとしています（しんぶん「赤旗」08年10月5日）。それに対して中小企業や勤労者の減税こそが必要で、大企業本位のこの流れを逆転させる必要がありますが、今の政府にはそれを期待することはできないでしょう。政治を変えることが必要になります。

ところで権丈教授と同様な主張をしている論者としては、日本福祉大の二木立教授がいます。氏は以前には消費税と社会保険料の引き上げの両方が必要といっていました。現在では消費税の引き上げは難しく、主財源として可能なのは社会保険料の引き上げしかないとしています。ここで権丈教授と二木教授の見解は期せずして一致をみえています。権丈教授はかねてから二木教授の主張の支持者で、この問題でもお互いに共鳴しあっています。シンポの資料にも二木教授の医療財源調達2論文があげられています。消費税引き上げは国民から支持されないが、社会保険料の引き上げであれば、社会保障の充実のためという大義名分が立ち、支持をえることも可能というのでしょうか。施政者の立場からするならば、確かにそれは当たっているでしょう。しかし、国民への負担増ということでは、消費税も社会保険料も本質的な違いはないといえるのではないのでしょうか。国民がどう受け止めるかが問題といえます。

自民党総裁選で麻生氏は、消費税を将来的には今の倍の10%への引き上げが必要としています。

消費税問題については、私は若いときから関心を持って、「各界連絡会」や「なくす会」に当初から参加していました。立正大学の浦野広明教授は税制の専門家として反対の原則的立場を表明されました。教授とはその昔、消費税引き上げ反対の行動をとともにしたことが懐かしく思い出されます。しかし、社会保険料の引き上げに関しては、権丈教授の意見とすれ違いに終わっているようにみえました。権丈教授の意見と噛み合うところを知りたかったのは、私だけではないでしょう。

こうしたなかで新たな一石を投じているかにも見えるのが、日本福祉大の近藤克則教授の見解です。教授は次のように問題を提起しています。「税と社会保険料からなる国民負担率は、低いほどいいかのような論調がある。しかし、医療費の財源は、税と社会保険料と自己負担の3つしかない。国民負担率が低い社会とは、自己負担率が高い社会である。／国民負担率は低いが、将来の医療・介護費用の自己負担に怯え、消費よりも貯蓄、民間医療保険加入に走る自助努力社会がいいのか。それとも、民間保険料と同額を社会保険料として納め、それを財源に安心できる国民皆保険制度を守るのか。」(『エコノミスト』2008.8.26)

近藤教授のこの視点は注目されます。権丈教授の社会保険料の引き上げ論との関係がどうなるのか、問題になるところかと思えます。これをも、財源問題は一筋縄にはいかず、まだまだ研究や議論が不足しているように思われますが、どうでしょうか。

(3) 保険制度の一元化について

次に「再生プラン」は「(1) 医療費の無駄をはぶく」として薬剤費、医療材料費の価格などを具体的にあげております。無駄があれば省くのは当然です。「再生プラン」で重要なのは、「(2) 応能負担を原則に所得の高い層の保険料の負担を引き上げ、大企業を中心に法人税負担を引き上げる」という財政学の応能負担原則を掲げていることです。税制に関しては、さらに高所得者に対す

る応能負担として、株式配当に対する優遇税制の改革があげられています。これも正論といえます。しかし、「再生プラン」で難しいのは、応能負担原則の一例として、「組合健保、共済組合、政管健保の保険料を統一する」としているところです。これは負担の平等の原則からすれば当然のことといえます。現状では保険料率がどのように不平等になっているか、これを公平化することによってどの位の財政効果がうまれるか、「再生プラン」では医師会の資料が参照されています。しかし、これは計算上そうなるというだけのもので、その実現には身内からの抵抗も予想され、簡単ではないでしょう。

日本の社会保障制度は戦前から縦割りの分断、差別制度として成りたってきています。軍人、公務員、大企業のサラリーマン、中小企業の労働者などに対して、「分割して支配する」というやりかたが何十年にもわたってとられてきました。「再生プラン」でもこれは、「社会保険料の保険料率も各種健康保険によって差があります。一般に収入が高い組合健保や公務員共済などは、政管健保より低く設定され、各保険者独自の手厚い保障がされています。」と認めているところです。こうした現在まで続く不平等な既得権益をなくすということは必要なことですが、その実現は決して容易ではないように思われます。一元化の財源も、政府から出させるならばいいが、負担が自分のところに及ぶことには反対という意見が案外根強いのではないのでしょうか。建前ではなく、本音のところでの社会的な合意が形成できるかどうかの問題といえます。

以上は、21世紀社会をどのようなものとして構想するか、公正・平等な社会保障はどうあるべきかの核心に迫る問題と思われます。今回はシンポジウムでの議論を深める立場からその一端にふれてみました。

(かくらい やすお、研究所理事長、法政大学名誉教授)

シリーズ 民医連の医療・介護制度再生プラン(案)によせて(1)

「医療崩壊」問題の一側面—医師・患者関係

—民医連医療再生プランに寄せて—

八田 英之

はじめに

全日本民医連の「医療・介護再生プラン(案)」は、よくまとまっており、これが実現できたら確かに日本の医療を崩壊に危機から救い出すことができるであろうと思われ、まったく「異議なし」なので、なにを書いたらよいか困惑した。一読したところでは、「平和的生存権にふれるのはどうか、とか、ここまで書いたら、財政面の試算をすることが、求められるかな」と言ったくらいであったが、少々「医療崩壊」について勉強して見るとこの「再生プラン」の基本的解決策はまったくその通りなのではあるが、地域医療の崩壊状況を「いまどうするのか」ということとそれを実現していく運動のあり方は？という角度の切り口もあるのかな、と思われ、意見を述べることにした。

1、医師・患者関係をどう見るべきか

日テレ系のメールマガジン zeroxaction は、2008年7月「緊急医師アンケート」を実施し804人の回答を得ているが、その最初の質問の「医療崩壊をまねいた最大の原因は何だと考えますか？」に対する答えでは、「医療費抑制政策」と「訴訟リスク」「患者のモラル低下」がトップに並んでいる。さらに、医療再生の最も有効な対策は？という質問に対して、小児科では「コンビニ受診の抑制」が急務とされ、産科では「訴訟リスクの軽減」が突出して多くなっている。いま苛酷な現実さらされている医師の意識状況をそれなりに反映しているのではないか。

<モンスターペイシェント>

2008年4月の全日本病院協会の調査によれば、回答のあった1,106病院の半数に昨年1年間に患者やその家族からの暴力(暴言)があったという。

Wikipediaでは、モンスターペイシェントの行動例として「治療がうまくいかないことに腹を立て、病室に入った女性看護師に理由も告げずに一人ずつほおを平手打ち」、「検査結果で異常がなかった。医療費は高いなどを主張して支払い拒否」などの例が挙げられている。こうした患者が増えていることは否定できないであろう。マスコミの医療事故や患者の権利が声高に叫ばれ、病院で患者が「患者様」と呼ばれるようになった時期にこうした患者が増えてきたという指摘(【溶けゆく日本人】蔓延するミーイズム(7) 疲弊する医療現場、産経新聞2007,11,28)もあるが、問題の根はもっと深いところにあるのではないか。新自由主義構造改革の進行の中で、弱肉強食の資本主義の本性がむき出しにされ、人びとは競争に追いまくられ、相互不信、利己主義が助長された。かつて医師・患者関係では患者が弱者であったのが、1980年代以来の長年にわたるマスコミによる医療機関バッシングの積み重なりの中で、部分的に転倒が生まれ、困難や不満に対して攻撃的な姿勢をとる患者も生まれてきたのであろう。

<ほんとうの原因はなにか>

YAHOO!JAPAN 知恵袋「医療崩壊に歯止めがかからないのはなぜ？」という質問に対するベストアンサーは、「医療崩壊のおおきな原因の一つが、患者自身の問題です！患者の意識改革が進まなければ、いくら他が対策を講じても医療崩壊に歯止めがかからないのは当然です。1) 医療への感謝の気持ちを忘れ、診てもらって当たり前、直してもらって当たり前といった「傲慢な患者」の存在、1) 医療に100%の安全などあり得ないにもかかわらず、結果が悪ければ「医療ミス」と騒ぎ立てる「クレマー患者」の存在。3) 医療は公共の社会資源であるにも関わらず、「コンビニ受診」をくり返す「自己中患者」の存在。このよう

な『問題患者の存在』が医療崩壊の真の原因！です」というものであった。

さらに、舛添厚生労働大臣は『中央公論』9月号で、コンビニ受診などの国民の身勝手のために、「病院勤務医がますます疲弊し、医療は崩壊してしまう」と医療崩壊の原因を国民の医療資源の無駄遣いに求めている。

疲労困憊している医師にとって、「問題患者」の言動はそこで医療を続けていく最後の気力さえ奪うものでありえるであろう。だが、重篤患者に備える夜間救急外来に軽症患者が押し寄せるといことがあったとしたら、それは一次救急の仕組みが整っていないということではないのか？医療の結果が悪かったとき、患者がそれを納得できない場合があるのは当然のことではないか。医療内容の公開と結果に対する公正な第三者機関こそが求められているのではないか（これは厚労省の第三次試案まできたが、なお医療関係者の合意を得るには至っていない。私見では、全国医学部長病院長会議の世界基準で事故調査機関を、という提案でまとまるとよいと思われるが、とにかく真相を究明し、警察権力の不当な介入から医療従事者を守れるような制度ができるだけ速くつくることが望まれる）。医療への感謝の気持ちは、共同の営みである医療の過程を通じて形成されていくものではないのか。診てやる！直してやる！という立場も医師の奢りではないのか。

医師・患者関係の“崩壊”こそが医療崩壊の真の原因とすることは、社会制度の問題を人間の意識関係の問題に解消してしまうことであり、全面的ではない。医師・患者関係の問題は、社会制度の問題である医療崩壊問題をどのように食い止め、改善していくのかという立場に立ったときに、医師・医療従事者と患者・地域住民の協同と連帯こそが、今現在の問題を改善するとともに、国の制度である医療保障制度を確立していく展望を切りひらくものである、という視点で位置づけられる。民医連院所と共同組織の関係はその先進例として位置づけられるのではないか。

やはり、医療崩壊の根本的な原因は「医療費抑制政策」である。

2、どのように「再生」させるのか

＜医療費抑制政策の転換をすすめる力は？＞

全日本民医連の「再生プラン」は、いくつかの具体的な提案の前提として、税金の集め方（大企業と金持ちに対する減税政策をやめ適正な負担を求め、消費税増税には反対など）、使い方（他の国より高すぎる薬と診療材料などの価格を引き下げ、軍事費と不要不急の公共工事を削減するなど）を切り替え、OECD平均以上、G7なみの総医療費確保を掲げている。

日本医療政策機構編集の2007年度医療白書には、「公的医療費の規模と財源」についての、各政党の回答が載せられている。自民党は「数値で考えることに意味はない。財源は税で」とし、「消費税を引き上げた分は社会保障に」と医療費を増やさずに消費税を引き上げる意図をにじませている。公明党は「将来にわたり持続可能な制度」としていくというこれまで社会保障制度改悪の理由としてきたことをくり返し、「消費税の目的税化は大事な観点」としている。民主党は、「40兆円くらいに抑えられるだろうし、抑えるべき」、財源は「最終的には消費税でまかなうべき」としている。日本共産党と社民党は「GDP比約10%」「企業負担強化」で共通し、日本共産党は公的負担の充実もあげている。

総選挙が目前であるが、自・公政権から民主党政権に仮になっても、これでは医療費を増やす方向に政治の中身が変わることは期待できない。政治の中身を変える力を選挙で大きくすることがまず必要であろう。

＜当面する地域医療の崩壊を食い止めるには？＞

地域医療崩壊は病院の経営困難（東京商工リサーチによれば、2007年の病院倒産は52件、負債総額456億27百万円でいずれも平成に入って最悪である）もあるが、なんといっても地域医療の中心を担うべき公立病院の崩壊が問題の中心である。筆者の住む千葉県にそれが著しいことは以前レポートした（本誌No20 2007年8月号）。その後、銚子市立病院が閉鎖される、市川・浦安市民病院の身売りなど、事態はいっそう深刻である。これ

にたいして住民運動も発展している。「山武地域の医療をよくする会」「長生郡市の医療をよくする会」「市原の医療をよくする会準備会」「匝瑳市民病院と地域医療をよくする会（結成準備中）」「香取地域の医療をよくする会」、銚子の「公的医療を守る市民の集い」が、労働組合や地域の民主運動を中心につくられ、学習会、署名などが展開されている。また、患者・利用者を中心にして、県立こども病院統廃合計画に対して「こども病院の存続充実を求める会」は11万筆の署名を集めた。県立リハビリテーションセンターの公設・民営化、指定管理者制度反対で利用者と支援者の会は6万筆の署名を集めた。

また、市原市の鶴舞地区町会は県立循環器センターの一般内科体制が医師1人になってしまった事態の中で、センターの充実を求める署名運動を展開している。さらに、山武地域では「NPO法人地域医療を育てる会」が生まれ、地域で連続医療講座などをひらき、コンビニ受診をやめようという運動などをすすめている。これは、兵庫県丹波市の県立柏原病院の小児科医師体制が崩壊の危機に直面したとき、この病院の医師（院長が小児科）が地域に訴え、「県立柏原病院の小児科を守る会」が母親を中心につくられ、子どもの病気について学び、休日や夜間の「コンビニ受診」を慎もうという運動を行っているのと似たタイプのとりくみであろう。

千葉県の場合、いわゆる民主運動の取り組みとこうした新しいタイプの住民運動はまだ結びついていない。住民患者の啓蒙を主とする運動は県や国の責任を明らかにする方向には進んでいない。民主運動の側は公的病院で働く医師層を必ずしも巻き込めていない。当面の地域医療崩壊を食い止め、安心できる医療体制を地域に作り上げていくためには、地域住民と医師・医療従事者の共同を地域の中に作り上げていくことが、アルファでありオメガである。

自治体病院の問題は医師体制の問題と財政問題であり、解決すべきさまざまな問題があるが、それを変革する視点に立つなら、地域医療に献身し

ようという志を持った医療従事者とそれを支える組織された住民がカギになる。千葉県では、大学派遣でその病院に帰属意識を充分には持てない医師、2年ごとに交替する事務長（県立の場合）という体制の下で、経営的には膨大な赤字を累積し、大学への医師引き上げによって崩壊してしまった。

自治労連幹部は、（1）地域医療問題の本質を探る（2）地域の医療ニーズを把握する（3）自治体病院が地域医療で果たすべき役割を確認する（4）「自治体病院政策づくり」を推進すると言う4点を地域医療と自治体病院を守るための方針として打ちだしている（『経済』No158、2008年11月号P107）。民医連の医療宣言やポジショニングによく似ているが、問題はこれを労働組合だけでなく、そこで働く医師・地域住民の力で作り上げ、自治体の方針にすることができるか、ということであろう。

千葉県で山武医療センターは断念されたが、その最後の不一致点はセンター長を派遣する側が全体の人事権などを要求したのに対して、自治体が拒否したことにあつた。選挙で選ばれた自治体の長が、自治体がお金を出し、運営する事業について、それなりの発言権を要求することは理解できることである。他方、病院が生き生きと発展するためには、主体的に医療活動を展開する人事を含めた権限と主体的な経営を含む政策力量がなければならない。この統一は、経営を含む情報公開、地域住民の医療活動への参加、民主的な監査制度、病院が自治体の過重な負担にならないことなどによって可能になるのではないか。

自治体病院はどれほど赤字でもつぶれないという神話は崩壊した。共同の営みという医療の原点をふまえて、地域住民と医療従事者が力をあわせ、地域医療になくてはならない病院を確立し、さらに、国の医療費抑制政策を転換させることを要求していく運動の中に、日本の医療再生の展望があると思われる。

（はった ふさゆき、千葉勤医協副理事長）

1 3つの危機

人類の歴史上、未曾有の激動と危機が世界を襲っている。筆者は数年前から大学の経済学の講義でこの迫り来る危機を、自然環境の危機、経済システムの危機、人間性の危機という3つの危機として話してきた。自然環境の危機は、地球温暖化の問題や自然環境の破壊・汚染の拡大が根底にあり、世界的なレベルで災害が巨大化して、それらがいつわが身にも迫ってくるかわからない状況のことである。経済システムの危機は、アメリカのいう「世界標準（グローバル・スタンダード）」が競争・効率を至上化し、実力主義がもたらす所得格差の拡大や投機によるバブル拡大とその崩壊等さまざまな矛盾が世界的規模で広がっていくことである。最後の人間性の危機とは、倫理・モラルの衰退による宗教の対立、暴力、テロ、犯罪、戦争などが、地域的・世界的に蔓延している状況のことで、人間性が退化さえしつつある状況のことである。これらの危機は原因と結果が相互に作用し合い増幅しあっている。

現代は世界的レベルで文明の転換期にある。さまざまな社会的矛盾が拡大し、危機が進行している。しかしこのような転換期の時代には、危機と同時に次の新たな時代を担うシステムの萌芽が生まれ育っている。新しい社会を築くためには、研究者は時代の流れを見据え、思想や理論を磨かねばならない。

2 新しい文明と社会経済システム

3つの危機を克服するためには、それぞれの矛盾を拡大させている根本の原因を直視する必要がある。第1の自然環境の危機を克服するには、自然を破壊し征服する「人間中心主義思想」を問題にせねばならない。近代科学と技術の発展は、自

然を資源として利用し人間の生きる場を改造してきたが、それは自然秩序の破壊・崩壊につながり、自然は人間社会に襲いかかっている。危機を克服するためには、自然と人間が調和する「共生思想」へ転換する必要がある。自然と人間の共生を基礎にし、再生産可能資源や自然エネルギーを活用し、地産地消に基づく循環型経済を重視し、低炭素型社会を形成する必要がある。

第2の経済システムの危機の根底には、利潤追求のための効率と競争が至上化され、勝者が優れ、敗者は劣っているという誤った思想がある。このシステムの末期症状では、資本を所有する投資家が強欲な投機マネーゲームを展開し、搾取から生じる所得格差や貧困などの矛盾が拡大し、いかなる回復の倫理も働かないほどシステムの腐敗が進行していく。

現代の経済学は競争を当たり前のように正当化するが、弱者の排除を正当化する競争システムは、いずれは人類の過去の時代遅れのシステムとして葬りさられる時が必ず来るに違いない。人間が人間として生きられる社会経済システムを考える時代が来ている。新たなシステムは、協同・連帯・共存原理に基づく「人間と労働を大切にする経済システム」でなければならない。

資本と労働の関係が根底から見直される時が来るだろう。資本が労働を支配する経済システムが資本主義であるとするならば、これに替わるシステムはどのようなものであろうか。いずれ産業民主主義の諸モデルが再び議論の場に登場する可能性が高いが、その中で資本が労働を支配しないモデルまたはその周辺のモデルとしては、労使共同決定システム、労働者管理システム、米国の従業員株式所有計画（ESOP）を含めた従業員所有制度などがある。

旧ユーゴスラヴィアの自主管理経済システムは共産圏の崩壊と共に消滅したが、ヴァネック（Jaroslav Vanek）の労働者管理経済システムの

理論やそのモデルに近いモンドラゴン協同組合は生きている。また、労使共同決定システムに近いモデルはドイツ、スウェーデンなどヨーロッパ諸国で存在している。また米国のESOPの適用をうけた企業には、従業員が50%以上の自社株を所有する企業が少なからず存在する。日本政府もESOPの導入を検討している。

ノーベル経済学賞を受賞した新古典派のミード(J. E. Meade)は、晩年は資本と労働のパートナーシップと彼が呼ぶ、利潤分配制度を含む労使共同決定システム・アガソトピア(Agathotopia)の理論を展開し、ヴァネックの労働者管理理論と論争して注目を集めた。資本が労働を支配しないシステムは、言い換えれば、労働が資本を支配するか労働と資本が対等になるか、その両者の中間かである。新たな時代の経済システム論争は共同決定と労働者管理をめぐる展開される可能性が高い。

第3の人間性の危機は、現代の強欲な資本主義の矛盾と連動した危機でもある。自分さえよければいいという自己中心のエゴイズム民主主義は、もの・かね中心のエゴイズム資本主義と背中合わせである。そこから生じる現代のいじめ・詐欺・暴力・犯罪・戦争の数々を無くすためには、倫理・モラルを重視する「人格にもとづく民主主義」へ、また、もの・かね中心の「物質文明」から人間性・倫理性・精神性を重視する「精神文明」へと転換していかねばならない。そのためには、もの・かね重視の価値観から筆者が提唱する「非営利価値」を重視する価値観に転換していかねばならない。

「非営利価値」は個人、企業、組織、地域社会、法律、政府などあらゆるレベルで人間が重視している普遍的な価値であり、金銭的な私的利益の追求からくる営利価値とは次元が異なる価値コンセプトである。この非営利価値は、生きがい、共益、公益、倫理、心、人間精神、真理などに関係しており、深さも広がりも持っている。真・善・美、わび・さび・幽玄、心・技・体、愛・希望・信仰などは、究極の精神を追求する求道者やスペシャリストが重視する価値であり、非営利価値の深さに関係している。広がりについては、生活者、企業、労働組合、組織、地域、国に至るまで、さま

ざまな領域での非営利価値が見られる。働きがい、人間的労働などは労働組合が重視する非営利価値であり、協同組合が重視する参加・民主主義、安全・安心などの「基本的価値」もこの非営利価値に含まれる。新たな時代の幕開けには、いかなる時代でも通用する普遍の価値を重視する必要がある。

3 社会変革の協同組合モデル

協同組合は新しい時代の社会経済システムの一翼を担う組織として大きな役割が期待される。この組織を利用すれば、資本と労働の関係を資本主義とは対極の位置に逆転させることも可能であり、信頼のコミュニティづくりにも適している。以下ではこれらの成功例としてモンドラゴン協同組合と協同組合の町マレーニを取り上げよう。紙面の制約から詳細は参考文献を参照されたい。

1) モンドラゴン協同組合における資本と労働

モンドラゴン協同組合企業(MCC)は、2007年末で製造業、流通業、金融などに属する各種協同組合106、子会社約136、労働者数はMCC全体で103,731人、製造業事業高74億3,900万ユーロ(約1兆1,900億円)、流通業界事業高76億1,800万ユーロ(約1兆2,200億円)で、世界各国に工場をもつ多国籍企業となっている。多数の子会社(株式会社)を傘下に抱える協同組合企業のシステムは以下のような特徴を持っている。

モンドラゴン協同組合の最大の特徴は、労働を重視し、労働者の協同と連帯を重視し、雇用の拡大を目標としていることだろう。モンドラゴン協同組合基本原則には、「労働による統治」「資本の手段的役割」「報酬における連帯」が明示されている。

労働を重視することから、通常の協同組合とは異なり、労働者協同組合以外の協同組合においても労働者は組合員になり総会への代表者を選出する。労働者は組合員になるには年間給与ほど多額の出資金を出さねばならないが、これが銀行を通じて資本形成に回り、所有者意識の形成につなが

っている。また協同組合の利潤は、例えば2006年には50%、2007年には51.8%が労働者組合員に分配されている。これを資本形成につなげる革新的仕組みがある。しかし所有者としての労働者組合員は、赤字を出せば場合によっては出資金から補填する責任も負担する。また協同・連帯を重視することから、賃金労働者との協同や一時組合員の組合員への道を開き、他の協同組合の経営が困難になれば協同組合連合体が全体で対処するシステムを備えている。意思決定は参加・民主主義を重視し、協同組合原則に従い1人1票である。このように、決定参加、所有参加、利益分配参加のどの参加制度においてもモンドラゴン協同組合は比類のない高度のレベルを有している。

2兆円企業になった効率の高さは、起業支援システム、金融機関、技術開発研究所などのインフラ部門の存在と、リスクを連合体全体で分散させる仕組みなどがシステムとして働いていたからである。効率と協同組合価値の両立を可能にし、労働者の終身雇用を保証するなど労働者を大事にする点で、かつての日本的経営をさらに高度化したようなシステムである。支配する子会社の労働者にも参加システムを適用している。

2) 協同組合の町マレーニ

オーストラリア・ブリスベンの北100キロ、海岸から30キロのところマレーニという小さな町がある。1970年代にオーストラリアの酪農は国際競争で衰退し地域の雇用が縮小し、マレーニの町も死んだようになっていた。この町にヒッピーのようにやってきたジル・ジョーダン(Jill Jordan)という心理学者の女性が仲間達とオーストラリアで最初の生協メイプル・ストリート・コープを1979年に設立し、その後次々と協同組合や非営利組織を設立していく。今でも町の中心は2000人ほどの人口でその周辺を含めても1万人前後の町であるが、これまで設立された30前後の協同組合を中心とした非営利組織のつながりは、ここでの地域づくりに深くかかわっているデジャードン・由香理さんに言わせればくもの巣のようなネットワークで、コミュニティを守る連帯の精神が生きている。協同組合以外の非営利組織も協同組合のよ

うに運営されている。町の人口当たりの協同組合数では世界のトップレベルにあり、インターネットには、自分達はモンドラゴンの次だという言葉さえでてくる。日本の協同組合研究者にはまだほとんど知られていない。

1984年にはジル・ジョーダンたちは、素人集団ながら市民の出資によりコミュニティ・バンクを立ち上げる。協同組合ではなくマレーニ・クレジット・ユニオンとして設立されている。現在では預金高3730万ドル(37億3千万円)で、他の協同組合の設立支援、地域への利益の10%還元、経済・社会・環境の3つの視点から報告書を作成するトリプル・ボトム・ライン制度導入など多彩な事業活動をしている。

カナダの地域通貨レッツ(LETS)をオーストラリアで最初に導入したのもジル達である。コミュニティ・バンクでも埋められない富める者と貧しい者の格差縮小をねらって1982年に導入されたこの地域通貨はオーストラリア全土に広がった。現在でも毎月400人くらいが2万バニャ(1 Bunya = 1ドル)を利用している。

ニーズと結合し、リサイクルや植林など環境関係の協同組合やアソシエーションも設立されていた。エコビリッジでも4つの協同組合がある。その中のクリスタル・ウォーターズ・パーマカルチャー・ビリッジは、パーマカルチャー思想で世界初のエコビリッジとして1986年に設立された。水・エネルギーの自給など環境負荷を減らす生活を重視し、ミミズによる廃棄物処理など循環型生産や地産地消型自立生活を勧める。

その他、女性の起業家を育てるマウンテン・フェア協同組合(1989年)や起業支援のリード協同組合(1997年)などが設立されてきた。芸術・文化関係の協同組合もある。風光明媚な土地で暮らしやすいので多くの芸術家が集まってきている。

マレーニの現在の悩みは、過疎の町を協同組合で再生させるのに成功したが、不動産屋が乱立し、巨大スーパーの出店問題やゴルフ場計画など、コミュニティの性格を変える開発計画が次々と出てきていることにある。それでも彼らは次の戦略計画をねっている。

協同組合の町マレーニは小さくても社会変革のリーダーである。スペイン・モンドラゴン協同組

合が多数の株式会社を配下に従え、労働が資本を支配する大企業モデルであるのに対し、マレーニ協同組合群は協同組合の地域コミュニティ・モデルである。共に社会変革の協同組合モデルである。

参考文献

津田直則「非営利世界における連帯の共通コンセプトとしての非営利価値」『桃山学院大学総合研究所紀要』Vol.32, No.3, 2007年。

津田直則「協同組合における連帯と自主管理－モンドラゴン協同組合の創造と革新－」『桃山学院

大学経済経営論集』第49巻4号, 第50巻1・2合併号, 2008年3月, 6月。

津田直則「社会変革の協同組合－協同組合の町マレーニ－」『協同の発見』第197号, 2008年12月(近刊)。

D. L. Prychitko and Jaroslav Vanek ed., *Producer Cooperatives and Labor-Managed Systems*, Vol. I Theory, Vol. II Case Studies, 1996.

Anthony B. Atkinson ed., *Alternatives to Capitalism*, 1993.

(つだ なおのり、桃山学院大学経済学部教授)

【事務局ニュース】1・機関誌の論文募集、ワーキングペーパーの募集

研究所機関誌『いのちとくらし研究所報』に掲載する論文を募集します。応募の内容は以下の通りです。またワーキングペーパー（多少長めの論文）の募集も致します。詳細は、事務局までお問い合わせください。

- ・ 字数：（図表、写真を含めて）400字詰め原稿用紙30枚（12000字）程度
- ・ 掲載の有無については、研究所機関誌委員会にて決定させていただきます
- ・ 原稿料：研究所の規定により、薄謝ですがお支払いします
- ・ 募集する主なテーマ

1：NPO、非営利・協同組織における経営・管理問題

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

2：日本の医療、福祉政策・制度の現状分析と提言

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

3：新自由主義と市場経済論の打破

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

4：非営利・協同の実践・理論探求

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

5：その他

オランダ社会と非営利組織の役割

久保 隆光

1. 治水が育んだ社会的合意・連帯の文化

オランダの合意の文化、社会連帯の意識は、オランダの地理的条件、そして宗教と深く関わっています。そもそも、オランダという国際名称の国は存在しません。実は、オランダの国際名称は、ネザーランド (The Netherlands) です。このネザーランド (The Netherlands) とは、‘低地’ という言葉から由来しています。北海に注ぐ、ライン川、マース川、スヘルデ川流域の広大な三角州地帯の‘低い土地’ という意味から、ネザーランド (The Netherlands) という国名がつけました。日本で定着しているオランダという国名は、江戸時代、長崎出島にいたネザーランド人が、ネザーランドの最大地域で、ホラント家が支配していた‘ホラント (Holland)’ の出身であったため、この‘ホラント’ が、日本人には「オランダ」と聞こえたことから現在に至っています。

この低地オランダは、海拔0メートル地帯が国土の約4分の1を占めます。そのため、北海の波を防ぐために堤防を設け干拓(ポルダー)を行う一方で、ヨーロッパ大陸から低地オランダに流れ込む河川の氾濫を防ぐため水路を張り巡らし治水に腐心してきました。この治水活動と治水組織こそが、オランダの社会合意・連帯の社会意識やコミュニティの形成に大きく影響を及ぼしています。

堤防、河川は1ヶ所でも決壊すれば、オランダでは致命的な被害を被ります。そのため、堤防の水位、河川の流量・水位を管理するためには、川上から川下に至る総合的な管理、すなわちすべての河川周辺住民による計画的な協力が求められます。そのため、各地方・地域ごとに堤防・河川管理のコミュニティが形成されました。この治水組織こそが、のちに行政区画へと昇格していきます。その結果、河川管理コミュニティと行政との間に協力関係が生まれ、非政府組織と政府・行

政との連携という社会的要素を生むことにも繋がります。

治水を行うためには、各河川管理コミュニティ間の利害を超えた河川全体での集団的コントロールが要求されます。河川住民の利害を調整し、すべてのコミュニティの同意を取り付けてこそ、初めて治水が完了します。治水に関して議論を戦わせ利害を調整する文化が、社会的合意、社会的連帯の基礎を構築していくことになったのです。また、治水活動はボランティア精神を社会的に育むことにも繋がったのです。

このように、低地というオランダの地形から由来する治水活動・事業が、オランダ社会のコミュニティを形成し、社会的合意・連帯という社会文化・精神を養成していったのです。そして、この地理的要因に加え、オランダ社会・文化に決定的に影響を与えたのが宗教なのです。

2. 柱状社会

16世紀の建国の立役者であるプロテスタント教徒たちの「オランダ改革派」がオランダを統治してきました。そのため、17世紀にオランダ領土に編入された現在のオランダ南部地域で支配的であったカトリック教徒は、オランダ社会において政治的、宗教的影響を行使することが出来ませんでした。しかし、1848年の憲法改正によって信仰の自由が法的に保障され、また翌年に誕生したトルベッケ首相の支援によって、カトリック教徒は自由な宗教活動が展開されるようになりました。その手段として、まず中心的機能となる教会組織を整備し、そのネットワークをもとにカトリック教系の教育施設、医療・福祉施設などを建設し、カトリック教徒のコミュニティである「カトリック派」を構築しました。

このようなカトリック派の動向に刺激を受けたオランダ改革派も自らのコミュニティ構築に転

じ、カトリック派同様の施設の建設を行いコミュニティを形成しました。しかしながら、オランダ改革派のなかから、カルヴァンの教義をより厳格に尊重しようとするグループが離脱し、「再改革派（カルヴァン派）」のコミュニティを形成しました。また、19世紀から台頭した社会主義に影響を受けたグループが「社会主義派」、そして、これらのいずれにも属さない「自由主義派」のそれぞれが各コミュニティを形成しました。

その後、各コミュニティは、教育、医療・福祉の分野に留まらず、新聞およびマスメディア、労働組合、経営者団体、政党などさまざまな分野で組織化を行い、各コミュニティ内で生活圏が形成された結果、オランダは宗教、思想別に社会構造が成立しました。それは、イギリスのように貴族階層と市民階層といった社会階層を分化（横割り）した社会構造ではなく、階層に関わらず社会身分を柱のように縦断し、宗教、思想別に分化（縦割り）した社会構造となりました。その社会構造を、オランダでは柱状社会（*verzuijing*）と呼びます。

そして、1889年、公立学校を活用していた社会主義派の反対にもかかわらず、各宗教系コミュニティの（宗教系）私立学校への政府補助金支出が徐々に開始されると、その後、公立、私立の補助金の均等化が憲法で保障されるようになり、コミュニティの在り方、そしてコミュニティと政府との関係に変化が現れました。

つまり、学校への政府補助金の支出を皮切りに、教育だけに留まらずさまざまな分野における政府補助金の公立と私立の均等化が図られ、各コミュニティの活動に政府補助金が支出されるようになったのです。その結果、補助金支援により、各コミュニティ内でさまざまな活動・事業において非営利組織が組織化され、活動・事業によっては中核的な機能を非営利組織は担うことになったのです。

とりわけ、公益性の高い教育、医療・福祉・介護の分野のサービス提供は非営利組織が管理・運営し、そしてその経費は政府による補助金支出という関係が完成しました。ここに、先に言及したような治水におけるコミュニティと政府の連携関係同様、非営利組織と政府の協力関係が成立す

るのです。日本の現状からすれば、政府がなしえない活動を政府の補助金なしで非営利組織・非政府組織が行う、ややもすれば政府と非営利組織・非政府組織は対立関係が生じている場合があります。しかし、オランダの事例は、非営利組織と政府との社会的信頼関係の創造が可能であることを示しています。両者のパートナーシップのもと、社会問題に携わる自発的組織が多様な広がりを見せ、オランダの社会資本（ソーシャル・キャピタル）が高度化していきました。

こうした背景には、柱状社会の存在もさることながら、長年連立政権内で最大与党であったキリスト教民主主義政党によるキリスト教的見解「補助性原則」が関係しています。「補助性原則」とは「一方で家族や教会、結社といった下位の社会集団の問題解決能力を重視し、当該集団の自治と自律を尊重する。そして他方で国家の役割を、当該社会集団において解決できない問題が生じた場合のみ援助を与えることに限定する⁽¹¹⁾」というものです。すなわち、柱状社会内の派・グループ・コミュニティの「自治と自律を尊重」し、これらの「当該社会集団において解決できない問題が生じた場合のみ」、財政支援などの必要な「援助を与えることに限定」する役割を政府は行うというものです⁽¹²⁾。この「補助性原則」により、非営利組織と政府とのパートナーシップが確立し、「補助性原則」に基づいた政策展開により、オランダの柱状社会では非営利組織の重要度が次第に高まるようになったのです。

非営利組織の成立および拡大により、各コミュニティ内の囲い込みが進み、コミュニティの境界が明確になり、柱状社会を強化することに繋がりました。しかしながら、各派・グループ間の関係は敵対的な関係ではなく、共存共栄の関係を歩みます。各派・グループ内で利害を調整し、その総意をもって各派・グループ間の代表者・指導者たちが、利害調整により社会的合意を取り付けることによって、オランダ社会を統治するというオランダ型民主主義が出来上がったのです。その表れが、各派・グループ・コミュニティの利益を代表する各政党であり、また比例代表議会議制というオランダ型民主主義のあり方です。柱状社会において、圧倒的影響力を保持する派・グループ、

すなわちマジョリティーが存在しないため、オランダの政権は、常に複数の政党からなる連立政権です。各派・グループは他各派・グループを排除するのではなく、協力と合意により各派・グループを社会的に包摂し、共存関係を模索しながら、水平的かつ平等主義的な社会的ネットワークによってオランダ社会を建設してきました。マジョリティーの存在しない複数のマイノリティーの存在からなるオランダ社会を「マイノリティー社会」あるいは「多極的デモクラシー」とも呼び、多様な存在を尊重する柱状社会というのが社会構造が形成されました。

しかし、若者の脱宗教化、世俗化によって脱柱状社会が進み、現在では施設利用、各種活動、また、冠婚葬祭や伝統行事、そして投票行動などにかつての柱状社会の名残が残っているだけです。

3. オランダにおける非営利組織

柱状社会で発展し、オランダ社会に根付いたオランダの非営利組織は、脱柱状化の社会情勢にあっても、その存在感を示しています。オランダの全有償労働者の12.3%を占める66万9121人が非営利組織で働いています。この有償労働者比率に加えボランティア比率約6%は、ともに世界最高値であり、オランダ社会の社会的連帯の高さが伺えます。

オランダにおける非営利組織の活動比率⁽ⁱⁱⁱ⁾は、医療分野では入院患者の71.1%、看護施設入居者では88.9%、社会サービス分野の高齢者住宅入居者では96.6%を、非営利組織が活動を担っています。これらの分野では、公的機関は代替機能に過ぎず、まして民間セクターはほとんど存在しておらず、これらの分野では非営利組織が重要な役割を担っていることがわかります。また、小中学校の生徒、大学の学生比率を見ても、公立学校は25.1%、38.0%にしか過ぎませんが、非営利組織が担う学校^(iv)の割合は、74.9%、62.0%となっています。公共性、公益性の高い分野で、非営利組織の活動比率が極めて高いことが伺えます。

他方、非営利組織の活動財源^(v)は、教育・調査では91%、医療では96%、社会サービスでは66%が、政府補助金であり圧倒的な財源となってい

ます。これらの分野は、いずれも非営利組織の活動比率が高い分野であり、財源支出は政府、活動主体は非営利組織という役割分担が出来上がっています。また、政府財源支出割合では、オランダは、アイルランド、ベルギー、イスラエルについて、世界第3位の政府財源支出国となっています。社会的合意・連帯、そして「補助性原則」という社会土壌のもと、オランダの政府と非営利組織は互恵関係が成り立っています。オランダの非営利組織は、政府、企業と並んで重要な機能を果たしており、サードセクターとして確固たる地位をオランダ社会で築きあげていることがわかります。

4. オランダにおける若年雇用政策

教育分野で非営利組織は十分な社会貢献を担っていますが、オランダの労働情勢から鑑みると若年者失業対策上、非営利組織の今後の活躍が期待されます。

ヨーロッパ全般にいえることですが、15~25歳の若年者失業率は、15歳~65歳の失業率の約2倍に相当しています。オランダ(2001年)でも、15歳~65歳の失業率は3.47%であるのに対し、若年失業率は7.39%となっています。この状況を改善するため、ヨーロッパ各国は独自の若年者雇用対策を講じています。

これまでオランダは、若年失業者には失業補償以外には有効な対策を講じておらず消極的若年失業対策に甘んじていました。そこで、オランダは、政府が2003年に「若年者失業対策アクションプラン」を計画し、2004年に「タスクフォース」を立ち上げ、「3C活動—Co-operation、Communication、Campaigning」のもと、若年失業者に対し4万人の雇用を創出することを目標に掲げました。

そもそもオランダにおける若年者失業問題は、12~18歳までを対象とした中等教育学校を中退する「早期離学者」が失業状態に陥っていることに問題がありました。この「早期離学者」をいかに職業訓練へ復帰させ、就労へと導くかが若年雇用政策の課題となりました。「オランダでの雇用における基本原則は『必要な職能—資格を有した者を雇用する』^(vi)」ことにあります。したがって、

就業資格を取得できる中等職業教育準備学校とその上級のシニア一般中等教育学校へ再入学させ、就労する道筋をつけることが焦点となりました。こうした見解は、1996年の「就業促進法」や1998年の「求職者支援（雇用）法」の延長上の政策でもありました。

また、1996年の「教育遅滞対策に関する自治体の役割に関する法律」によって若年失業対策の責任所在を地方自治体に求めたことから、「若年者失業対策アクションプラン」では、職にも就かず、また職業訓練についていない若年失業社会保険受給者に対し、6ヶ月以内に就職もしくは職業訓練を受けない場合は、各自治体は若年失業者に罰金を課すことが認められるようになりました。

そして、各自治体は、就職斡旋、職業訓練の場を提供するために、管轄内の雇用・所得センター（CWI：Centres For Work and Income）、地方訓練センター（ROC：Regional Training Centres）、早期離学者地域登録・紹介センター（RMC：Early School-Leavers Reporting and Coordination Centres）、そして1996年の「教養・職業教育法」によって産業界が設立した職業教育機関・産業知識センターと連携した対策を講じました。

とりわけ、2002年の「雇用・所得執行組織構造法」によって設立されたCWIの役割が目されました。CWIは、これまで分離されていた職業紹介・就労支援機能と社会保障・福祉給付機能を統一した「単一窓口」方式を導入しました。これにより、社会保障・福祉給付を受給する場合には、まず申請の際、就労能力がある者には就職斡旋、就労支援を行い、就労能力のない者に対してのみ社会保障・福祉給付を許可するように変更されました。そして、若年失業者の就労可能性（エンプロイアビリティ：employability）を向上させるためにROCを活用したのです。

若年失業者に対してはCWIを、そして若年失業者のなかでも中等・シニア中等教育機関を卒業していない者に対しては、RMCが同様の機能を果たしました。RMCは、中等・シニア中等教育機関への再入学支援、職業訓練・体験などを通じ、就業資格を取得させ就労へと導きました。失業補填という消極的若年失業対策から、社会保障依存を断ち就労支援に重点を置くワークフェア

（Workfare）政策へと転じたのです。

しかし、政府のこれらの支援は、「早期離学者」の就労支援には繋がってはいませんが、「早期離学者」の発生の予防とはなってはいません。その予防策として、非営利組織の活動が今後期待されています。そもそも「早期離学者」が生まれる背景には、オランダ社会が現在抱えている社会的ひずみに関係しています。このひずみとは、移民問題です。移民の中で最大の人口を占めるトルコ人の就業率は47%、またモロッコ人は44%であり、失業の割合が極めて高い状態にあります。彼らの子弟が「早期離学者」になり、若年失業者として再生産されています。非欧米系の移民、とりわけイスラム教圏の移民の言語の問題、そしてその能力から生じる教育・職能レベルの低さによって社会格差が起き、若年者失業問題が派生しているのです。

これまでオランダはキリスト教圏という範疇で分化しながらも柱状社会のもと共存を図ってきました。しかし、キリスト教的柱状社会におけるイスラム教徒との融和は功を奏していません。これは、9・11事件もさることながら、柱状社会そのものの弱体化、脱柱状化によるコミュニティの脆弱化が考えられます。ここで大きな役割を果たすのが非営利組織です。イスラム教徒は都市部に集中し自らのコミュニティは形成しているもの、他コミュニティの相互交流が存在しません。宗教の垣根を越えたパートナーシップの組織化のため、非営利組織、ボランティアセクターの活動が欠かせません。社会的排除を是正し、社会的統合へ向け、宗教間のコーディネーター、中間支援組織としての役割を非営利組織が果たすことが期待されます。さまざまな民族を融和させ、オランダのソーシャル・キャピタルを高める主体こそ、主体的自律組織である非営利組織であると考えます。

参考文献

- 長坂寿久、『オランダを知るための60章』、明石書店、2007。
根本孝編、『Netherlands』、財団法人海外職業訓練協会、平成17年。
水島治郎、「大陸型福祉国家」、宮本太郎編、『福

祉国家再編の政治』, ミネルヴァ書房, 2002.
リヒテルズ直子, 『残業ゼロ 授業料ゼロで豊かな国オランダ』, 光文社, 2008年.
Ary Burger and Paul Dekker, The nonprofit sector in the Netherlands, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 2001.

⁽ⁱ⁾水島治郎, 「大陸型福祉国家」, 宮本太郎編, 『福祉国家再編の政治』, ミネルヴァ書房, 2002, p. 123.

⁽ⁱⁱ⁾例えば、失業保険、障害給付等の社会保険の運営・管理は、オランダでは政府ではなく長らく労働組合と経営者団体の両者によって行われ、この補助性原則は行政機能の高度なレベルまで応用されていました。しかし、現在は、政府の「所得就業センター：CWI (Center for Work

and Income)」が社会保険を管理しています。

⁽ⁱⁱⁱ⁾Ary Burger and Paul Dekker, The nonprofit sector in the Netherlands, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 2001, p 41.

^(iv)以下を参照のこと。リヒテルズ直子, 『残業ゼロ 授業料ゼロで豊かな国オランダ』, 光文社, 2008年.

^(v)Ary Burger and Paul Dekker, The nonprofit sector in the Netherlands, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, 2001, p 44.

^(vi)根本孝編, 『Netherlands』, 財団法人海外職業訓練協会, 平成17年, p 69.

(くぼ たかみつ、明治大学 兼任講師)

韓国の社会的企業によせて —福祉と雇用の狭間で—

北島 健一

アジアで初めての社会的企業に関する法

2007年1月に韓国で「社会的企業育成法」が公布され、同年7月1日から施行された。同法は社会的企業を、「脆弱階層に社会サービスまたは仕事を提供し、地域住民の暮らしの質を高めるなどの社会的目的を追求しながら、財およびサービスの生産・販売など営業活動を行う企業」と定義している。また、この場合の「脆弱階層」とは「本人にとって必要な社会サービスを市場価格で購買しにくい階層」を指している（以上、社会的企業育成法第2条）。2008年9月の時点でこの法律に基づいて認証を受けた社会的企業は108カ所に及び、所管する労働部は2012年までに1,000カ所に増やすことを計画しているという（チャン(2008)）。

ところで、韓国のこの法律による規定と同じような「社会的目的をもちながらも市場で生産・販売活動を行う事業体」を法制化していこうとする試みについては、ヨーロッパ諸国が先行してきた。1991年にイタリアで「社会的協同組合法」が制定されたのを皮切りにベルギー、スペイン、イギリス、フィンランド、フランスなどでも次々と類似の事業体に関する法律が作られてきた。そして、ヨーロッパの研究者たちは、これらの事業体を社会的企業という概念で把握し、分析しようとしてきた（たとえばボルザガ・ドゥフルニ編（2004））。今回の韓国における社会的企業の支援のための法律は、これらのヨーロッパの経験から学んで作られたアジアでは初めての法であり、大いに注目される。

チャン・ウォンボン氏（聖公会大学客員教授）は日韓社会的企業研究交流シンポジウム（2008年9月25日開催）において、育成法によって社会的企業は普通名詞から固有名詞化しつつあると発言した。育成法によれば、認証を受けた社会的企業

のみが「社会的企業」を名乗ることを許されるからである（育成法第19条「類似名称の使用禁止」）。この発言から、育成法が制定される前から、韓国社会において社会的企業として認識される事業体が存在していたことが分かる。以下では、断りのない限り、普通名詞としての社会的企業、つまり育成法に基づいて制度化されたものだけでなく、制度化されていないものも含めて社会的企業という言葉を使っていく。

韓国における社会的企業の類型

では、現在の韓国社会においてどのような社会的企業が存在しているのだろうか。上述のシンポジウムにおいてキム・ホンイル氏（社会投資支援財団）が提示した類型化によって、おおよそのイメージを得ることができよう。キム氏は次のような4つの類型に韓国社会的企業を分類している（キム（2008））。

- 1) 協同組合に属し、市民社会の活性化という世論の流れから結成され成長した組織。具体的には信用協同組合、生活協同組合、医療生協、共同育児協同組合、労働者協同組合、労働者引受企業など。
- 2) 低所得者層および脆弱階層の雇用創出のために、制度的な支援を受け活性化した組織。自活後見機関が支援する自活共同体、ホームレスのための自活共同体、障害者保護作業場など。
- 3) 独立した経済組織ではないが、政府と連携する中で今後、社会的企業への転換を目指すもの。自活勤労事業団、社会的職場事業団など。
- 4) 近年、企業の社会貢献活動の一環として進められている新しい組織。サムスン電子の下請会社のジョンリップ電子、キョボ生命が支援するタソミ看病事業団、SKが支援するお弁当事業団など。

韓国の社会的企業育成法は、イタリアの社会的協同組合法にならって、社会的企業を脆弱階層に社会サービスを提供するタイプのものと、同じく脆弱階層に仕事を提供するタイプのものとの2つに分けているが、このキム氏の類型化をみても、仕事を創出すること（職業訓練も含めて）を目的にしている社会的企業と、地域社会に必要な社会サービスを提供することを目的にしている社会的企業の大きく2つに分かれるのが見て取れる。

しかし、韓国の社会的企業育成法は労働部のイニシアチブの下で、「雇用の創出」というバイアスがかかる中で制定されている。したがって、育成法で規定している脆弱階層に社会サービスを提供する社会的企業といえど、それは脆弱階層の生活支援というサービスの質が問われる福祉的な意味合いよりも、むしろ安定した一般的な雇用を生み出す社会サービス分野の育成というむしろ「量」が問われる雇用政策的な意味合いの方が強くでているように思う。

今、便宜的に政策の形成、またその実際の運用などのあり方などに影響を与えて方向付けていく議論ないし論理をロジックと呼んでおくと、育成法には雇用の創出というロジックが強く作用している。しかし、社会的企業そのものの展開過程の中ではそれ以外のロジックも作用している。以下で韓国の社会的企業の展開を推進しているおもだったロジックを識別して整理しようと思うが、まずはそれに先だって一般的な背景となる97年のIMF危機や雇用情勢について触れておきたい。

1 社会サービスを提供する社会的企業の場合、育成法は認証の1つの条件として、サービス受益者全体に占める脆弱階層の割合が50%以上であることを求めている（2008年までは30%以上）。

経済危機の中での失業と貧困

1997年のアジア通貨危機はその年末には韓国にも波及し、IMFからの緊急融資と引き換えに厳しい安定化・構造調整政策が実施された。企業倒産、リストラ、廃業が続き、それまでの10年間（1987年 - 97年）の年平均では7.3%あった経済成長率は、98年には一気にマイナス5.8%にまで落ち込む。それに伴って失業者数は、「整理解雇制」（1998

年2月施行）や「勤労者派遣法」（1998年7月施行）の導入もあって急激に増加していった。失業率は危機以前には毎年2%台という低さであったのが、98年には7.0%（失業者数149万人）に急上昇し、1999年2月にはピークに達し8.4%（178万人）を記録する。ところが99年の後半以降、韓国経済は急激な回復を示し（2000 - 2004年の年平均成長率は5.4%）、失業率もそれに歩調をあわせて徐々に改善され、2001年3.8%（85万人）、2002年3.1%（71万人）と3%台に落ち着くようになる。

経済危機の中で、とくに深刻な打撃を被ったのは、低所得者層、零細・中小企業の従業員、臨時労働者（雇用契約期間が1ヶ月以上1年未満）・日雇労働者（雇用契約期間が1ヶ月未満）などのカテゴリーに属する人びとであった。五石敬路（2000）は、もともと失業のリスクのきわめて高いこれらの「脆弱な階層」が、経済危機によってさらにその傾向が強められたと指摘している（p.73）。さらに若年層での失業率がとくに高いという特徴も付け加えておく必要がある。また、このプロセスにおいて非正規労働者が急速に増えて賃金労働者全体の中に占める比率が上昇し、とくに女子の場合に非正規労働者となる割合が高かったことも、労働市場に関して顕在化してきた重要な変化であった（横田伸子（2003））。

この「IMF危機」のなかで失業者や貧困層、ホームレスに転落する人びとが大量に生まれ、国民の窮状は深刻な社会問題となる。当時すでに生活保護や雇用保険といったソーシャル・セーフティネットは一定整備されていたが、それらでカバーされる人はかなり限られており、そこから零れ落ちる人びとのほうが圧倒的に多かった。労働部や保健福祉部による激化する貧困問題への対策、そしてIMF危機に陥る前から存在していた貧民運動や社会運動による貧困問題への取り組み、これらが交錯する中から韓国の社会的企業の実態が形作られていった。

雇用創出のロジック

チャン（2008）によれば「労働部は2003年『公共勤労民間委託事業』を『社会的職場創出事業』に切り替え、この事業を効果的に進めるために『社

会的企業育成法』を制定するまでに至った」。雇用創出のロジックと名付けうるものは、この労働部による貧困対策の変遷のなかに色濃く現れている。

韓国の雇用保険は1995年7月に導入されているが、雇用情勢が急激に悪化する中で、適用事業所の拡大や受給資格の要件緩和など次々と修正が加えられていった。ところが、それでもなお雇用保険制度から排除される労働者は多数にのぼり、その多くはパートタイマーや臨時労働者などの非正規労働者であった。ここに、失業対策として「公共勤労事業」が1998年5月から始まる。その事業への参加者はのべでおよそ1998年35万人、1999年144万人、2000年80万人にも及んだ。「公共勤労事業」の主たる目的は、民間セクターでは満たされていないニーズに応えつつ、失業者を対象に公共部門で短期（3ヵ月弱、更新可）の職を作り出すことにある。しかし実態的には公共勤労事業はむしろ、「貧困対策」、所得保障プログラムという特徴を強くもっており、韓国政府も非公式にはそれを公的扶助プログラムであると認めていた。

女性・高齢者・低学歴労働者が公共勤労事業に滞留するようになり、これらのカテゴリーの一般就労がとくに難しいことが明らかとなる。その一方で、2003年に経済成長率はプラスなのに雇用者総数は減少するという「雇用増なき成長」の問題が表面化し、「雇用のセキュリティ」を達成するために安定的な雇用の創出という課題もクローズアップされてくる。このような背景のもとに、公共勤労事業は「社会的職場創出事業」へと組み替えられていった。それは、女性、高齢労働者、障害者など就労の困難なカテゴリーに仕事を提供しつつ（就労支援）、同時に社会に欠けている社会サービス—医療、教育も含めて—を提供しようとするプログラムである。韓国社会における高齢化の進行や女性の労働力化の高まりなどを背景に、安定的な雇道を創出していく可能性のある分野として社会サービスが有望視され、そこに就労の困難な人々の仕事も作り出しうると期待したといえよう。

そして、このプログラムが「持続可能で安定的な仕事」を生み出せていないという批判などを受けて、「社会的職場創出事業」の体系的なプロモ-

ト」のために労働部が考え出した1つの仕組みが、就労支援と社会サービス提供を切り離した社会的企業育成法の制定であった。以上のような政策の変遷を踏まえて育成法をみると、就労支援の要素を切り取った社会サービス提供を担う社会的企業に残る意味合いは、脆弱層への社会サービスの保障という意味合いよりも、社会サービス分野での安定した雇道の創出という意味合いが強いと云わざるを得ないのではないだろうか²。

2 より詳しくは、とりあえず拙稿（2008）を参照。

「福祉から労働へ」のロジック—韓国版ワークフェア・プログラムの導入—

韓国の社会的企業の展開を推進しているもう1つのロジックとして指摘しておきたいのは、「福祉から労働へ」というロジックである。それは、保健福祉部のプログラムに明らかに見て取れる。

大量失業の緊急事態の中で、公共勤労事業の開始と並んで、社会政策の分野では1961年に導入された生活保護法が改められ「国民基礎生活保障法」（1998年の3月頃から全面改正の運動が始まり、10月には法案が国会に提出されるが、法が成立したのは9月で施行は2000年10月）が制定される。

国民基礎生活保障法は、それまで生活保護から排除されていた勤労能力のある者でも、最低生計費以下であれば生計費支援を受けることができるようにしたという意味で、さらにワークフェアの考えを取り入れ、勤労能力のある者が生計費支援を受ける条件として、自活（支援）事業に参加することを義務付けたという意味でも画期的なものであった（中尾美知子（2000）、五石敬路（2003）などを参照）。保護の対象者を広げ、セーフティネットを充実させたことが大量失業の時代に一定の役割を果たしたことは言うまでもないが、ここで注目したいのは後者の点である。

実際にすでに就業している場合は除いて、勤労能力のある者が受給する場合（「条件付受給者」）は保健福祉部ないし労働部の管轄する自活（支援）事業に参加しなければならない³。保健福祉

部の自活事業は各地方自治体におかれる「自活後見機関」によって実施され、自活後見機関の運営は「社会福祉法人など非営利法人と団体および個人」などに委託される。地方自治体によって指定された自活事業対象者は、自活後見機関の下でその人の意志や労働能力に応じて、リハビリプログラムないしボランティア活動（まず自活への意志を励ます）、自活勤労（無料看護、住宅改修、リサイクルなどの労働を通して自活能力を高める）、「自活共同体」での保護雇用（自活を保障するために設立される自活共同体を通して労働市場に参加する）という段階を順に経て、最終的に自立していくことが期待される（五石敬路（2005）、尹文九（2004）、Ministry of Health and Welfare（2002）などを参照。また自活後見機関や自活共同体の実態については、岡安喜三郎（2002）、『協同の発見』（協同総合研究所）No.155、No.173などに詳しい）。

先に見たキム（2008）による韓国社会的企業の類型が、2）に「自活後見機関が支援する自活共同体」をあげているように、自活事業は就労支援の役割を担っており、そのプログラムの要所は自活共同体にあるといえよう。政府の委託事業という形を取り、したがって対象者は自治体から「措置」されてくるとはいえ、自活後見機関は基本的にはサードセクター組織によってその運営が担われている。また、自活後見機関によって創業ならびに運営を支援される自活共同体は、地域で地方自治体や中間支援組織などさまざまなアクターにもサポートされて活動している。

3 保健福祉部の事業に参加する人の割合が圧倒的に多い。なお、五石敬路（2003）は条件付受給者は就業貧困層に該当するとみている。

市民的連帯のロジック

最後に、以上のような政府サイドのロジックに先駆けて韓国の社会的企業を先導してきたのは市民的連帯とでも呼べるロジックだった。その担い手にはいくつかの潮流が存在するが、それらは2000年の国民基礎生活保障法の成立後に1つにまとまり、自活後見機関の活動に合流していった⁴。

このような潮流の1つに90年代初頭から貧民地域で進められてきた生産共同体の運動がある。その下で建設業や縫製業でいくつかの労働者協同組合が組織されていった。この潮流は、貧民運動に取り組み人々ばかりでなく、地域の労働運動の中にも支持者を広げていった。そこにもう1つの潮流であるモンドラゴンの経験に触発され、倒産企業を労働組合が引き受ける仕組みなどに関心を寄せた知識人たちも合流していった。しかし、労働者協同組合の多くは資金や技術などの問題のために失敗する。そして、この経験から学んだリーダーたちは、折しも貧困地域での労協の活動に関心をもち始めた保健福祉部と協力関係を結んで、保健福祉部に財政的に後援される「自活支援センター」の運営を通して労働者協同組合の設立・運営を支援していくという道を選んだ。1996年に4つの自活支援センターが設置され、それらをモデルにして保健福祉部の自活事業が構想され、自活センターは自活事業を実施する自活後見機関へと衣替えしていくのだ。

また、IMF危機後に浮上してきた失業問題やホームレス問題をきっかけに活動を始めた市民運動の潮流も存在する（失業克服連帯）。この潮流は、とくに公共勤労事業の民間委託を通して「社会的職場」を創出する運動を展開していった。後に労働部が立ち上げることになる「社会的職場創出事業」における「社会的職場」とは「社会サービス分野における仕事」という意味を持っているが、この場合の「社会的職場」とは、市場によって作られる職場ではなく社会によって作られるもの（シンポでのキム氏の発言）、言い換えれば就労の困難な人々のための、通常の労働市場における競争からは保護された職場という意味で使われていた。この「社会的職場創出」プロジェクトは後に自活事業の一部に組み入れられていった。

以上より、保健福祉部の自活事業には、市民的連帯のロジックも流れ込んでいると見ることができよう。

4 2007年3月10日に行った、労働者協同組合連合会・国際交流担当（当時）のオム氏への取材に基づく。氏を紹介していただいた岡安喜三郎氏（協同総合研究所）にこの場を借りてお礼申し上げる。

まとめ

韓国の社会的企業の展開を推進してきたロジックには、少なくとも以上の3つのものが存在する。しかし社会的企業育成法そのものは、市民的連帯のロジックをほぼ排除して制定された (cf. チャン (2008))。それゆえ育成法の残している大きな問題の1つに、保健福祉部の自活事業との折り合いをどのようにつけるのかの問題がある。さまざまなロジックを対等に突き合わせる協議の場をどのレベルでどのようなものとして作っていくのか、この課題はおそらく今後の韓国の社会的企業の展開を大きく左右する1つの要素となるだろう。

参考文献

- Borzaga, C. and Defourny, J. (ed.) (2001), *The Emergence of Social Enterprise*, London:Routledge. (内山哲朗、石塚秀雄、柳澤敏勝訳『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)
- チャン・ウォンボン (2008)「韓国社会的企業の現況と課題」(玄美児訳)(社会的企業研究会・韓国社会的経済研究会共催『日韓社会的企業研究交流シンポジウム』発表論文)。
- キム・ホンイル (2008)「韓国社会的企業の展開過程」(玄美児訳)(同上)。
- Ministry of Health and Welfare (2002), *Annual Report of the Ministry of Health of Welfare*, Ministry of Health and Welfare Republic of Korea.
- 岡安喜三郎 (2002)「7年を経た韓国の自活後見機関」『協同の発見』No.125。
- 北島健一 (2008)「韓国の労働市場政策と社会的企業」『松山大学論集』第20巻第4号(掲載予定)。
- 五石敬路 (2000)「韓国における「IMF時代」—経済危機の政治経済学—」『アジア・アフリカ研究』第4巻、第40号。
- 五石敬路 (2003)「韓国における「生産的福祉」政策の特徴と矛盾」『東アジアの福祉システム構築』(上村泰裕・末廣昭編, 東京大学社会科学研究所研究シリーズNo.10)。
- 五石敬路 (2005)「自活支援事業改革の動向と就業貧困層」『経済危機後の韓国:成熟期に向けての経済・社会的課題(研究会中間成果報告)』(奥田聡編, アジア経済研究所)。
- 尹文九 (2004)「韓国の Social Enterprise —ワークフェアの観点から—」『海外社会保障研究』Summer, No.147。
- 中尾美知子 (2000)「韓国「国民基礎生活保障法」(1999年9月制定)と“生産的福祉”」『岩手県立大学社会福祉学部紀要』第2巻、第2号。
- 横田伸子 (2003)「韓国における労働市場の柔軟化と非正規労働者の規模の拡大」『大原社会問題研究所雑誌』6月、No.535。
- [付記] 本稿は、「平成18—20年度日本学術振興会科学研究費補助金(基盤研究(C))」に基づく研究成果の一部である。
- (きたじま けんいち、松山大学経済学部教授)

2006年医療制度改革の 障害のある人の暮らしへの影響

風間 康子

I、はじめに

「医療センターでてんかんの手術をするために、1ヵ月半の検査入院で27万円近くもかかりました。高額医療費のため一部は返ってきましたが障害年金2級では暮らしていけません。」(男性・25歳～34歳・てんかん・精神障害の重複障害、不安定雇用層)。

「精神病以外で糖尿病等医療費(検査・診断・薬代)などお金がかかって負担が大きい。普通に生活できる収入、支援が欲しい。」(男性・55歳～64歳、精神障害、無業者層)。

「医療が欠かすことができない重度の障害者です。受けたいサービスが遠くにあって利用するにも負担が多いです。どの地域に住んでいても、同じようなサービスが受けられるようにお願いします。将来のことはもっと不安です。医療の受けられる入所施設を地域の中につくって下さい。」(男性、25歳～34歳、重複障害、不安定雇用層)。

これらは、きょうされん⁽¹⁾重度障害部会が2006年10月～2007年1月にかけて実施した「障害者自立支援法の制度改善に向けた生活実態調査」に寄せられた自由回答の一部である。いずれも、現在の医療保障制度が障害のある人々の暮らしに、不安と困難を生み出している。

2006年、『医療改革関連法』と同時に、障害者政策においては『障害者自立支援法』が成立した。その中に、医療保障制度として新たに『自立支援医療』が制度化された。

2006年の医療制度改革は、医療費削減を目的とし、「公的医療保険だけでは必要な医療が受けられない制度に変質させ、医療の市場化を加速させる⁽²⁾」制度への転換である。そのため患者の負担増、後期高齢者医療の新設、療養入院における居住費を導入し、同時に療養病床の削減、保険外併

用療養費、「混合医療」が進められた。このことは、医療を受けるための自己負担が大きくなり、自己負担ができない人は、医療が受けられない医療格差を生じさせている。

同時に制度化された『自立支援医療』は、従来の公費医療負担制度の「精神科通院医療費助成制度」、「更生医療制度」、「育成医療」を「負担の仕組みが異なることから、統一することが必要であったこと、精神通院医療や更生医療の対象者が急増し、財源的に極めて厳しい状況になっていた。このため、福祉サービスと同様に、給付の重点化を図るとともに、費用を皆で負担し支えあう仕組みに改め、持続可能な制度の改めること」⁽³⁾を目的に導入された。

これらの影響が、先に示した自由回答の内容である。

今回は、まず今日の医療保障制度改革、自立支援医療が障害者の暮らしにどのように影響を与えているかを、障害者生活実態調査報告をもとに検討する。そして、そこから今日の医療保障政策と障害者障害の課題を明らかにする。

今回用いる調査報告書は、「きょうされん重度重複障害者部会」が、全国きょうされん加盟施設の利用者とその家族2410人を対象に実施した『重度・重複障害者と家族の生活実態—「障害者自立支援法の制度改善に向けた生活実態調査—」⁽⁴⁾である。

II、障害のある人々の暮らしと 医療保障制度の現状

障害のある人の暮らしにおける医療保障制度の影響を検討する前提として、障害のある人々の暮らしの基盤の実態を見る。

(1) 障害のある人の暮らしの基盤

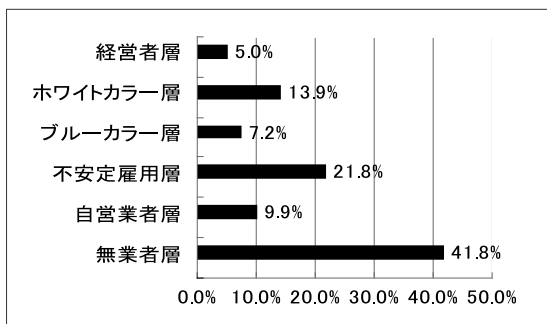
図一1-1は障害のある人々の世帯における生計中心者の仕事の有無、雇用・労働条件などを考慮して暮らしの基盤を区分したものである。「無業者層」が41.8%と一番多い。次に「不安定雇用

層」(規模30人未満の事業その雇用者ないしパート・アルバイト等の雇用形態)が21.8%である。

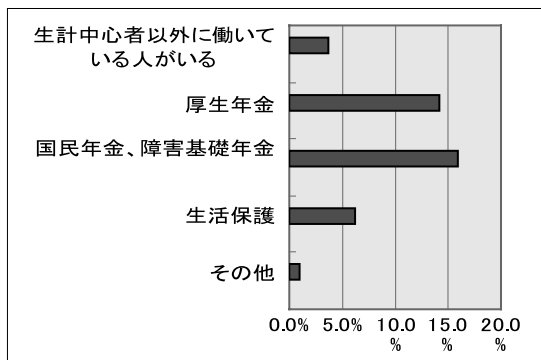
「無業者層」の内訳は、図一1-2が示す。収入源が厚生年金、国民年金、生活保護受給であるものは全体の36.2%占める。

加えて、図一2に示したことから読み取れるよ

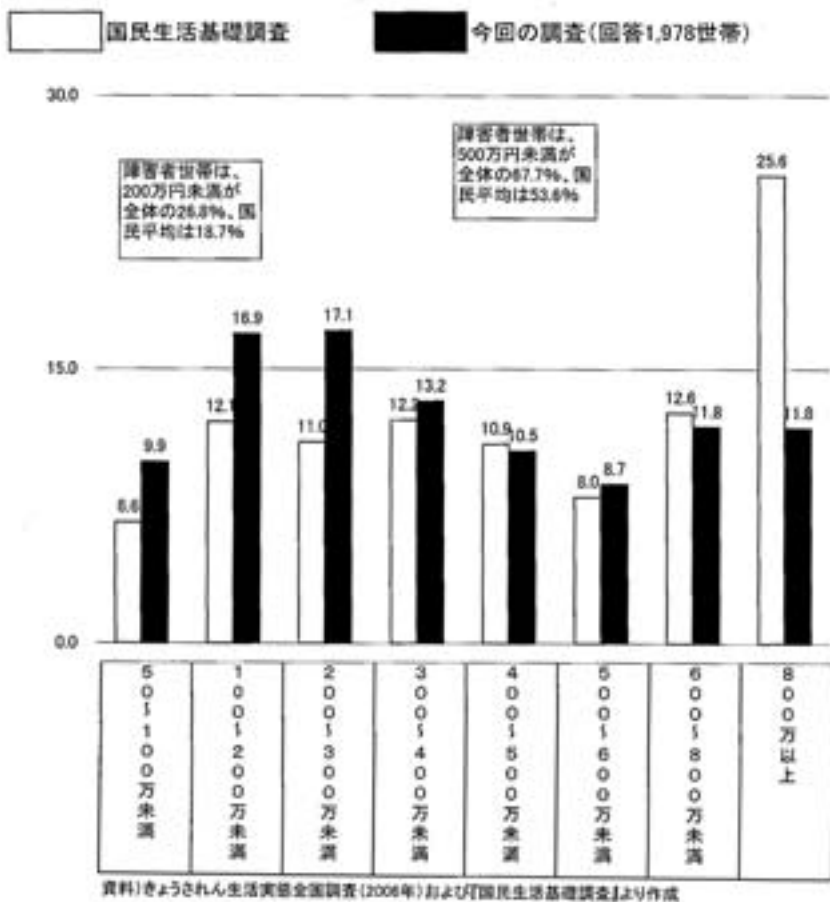
図一1-1 世帯主の仕事から見た社会階層



図一1-2 無業者層の内訳



図一2 国民の世帯年間平均所得と障害者のいる世帯の年間平均所得との比較



うに、世帯の年間収入を国民生活基礎調査と比較すると、国民平均を大きく下回っている。

障害のある人の世帯の暮らしの基盤は、脆弱である。

また、障害者が生計中心者の世帯は19.8%で、そのうち働いている人は0.9%で、働いていない人は95.6%である。障害のある人々の世帯は、無業者が多く、障害のある人が、家族扶養に頼らざるを得ない現状がある。

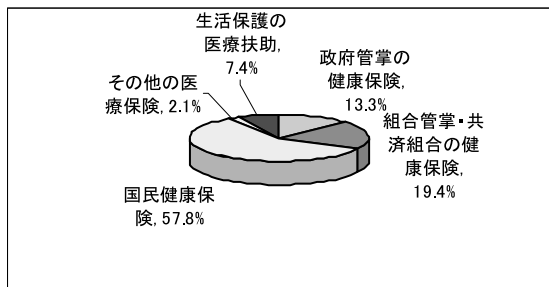
(2) 障害のある人々と医療保障制度の現状

脆弱な暮らしの基盤の中で、医療保障制度がどのように障害のある人の暮らしに関わっているかをみる。

図一3は医療保険別の割合である。世帯主の仕事による社会階層との関係から「国民健康保険」が約6割を占める。「政府管掌の健康保険」、「組合管掌・共済組合の健康保険」等の健康保険が32.7%、「生活保護の医療扶助」が7.4%である。表は掲載していないが、医療保険の世帯主、加入者別では、「本人の保険」30.4%、「家族の保険」69.6%である。

加えて、障害のある人への独自の医療保障制度を利用している人は、全体で72.7%、その種類は「重度障害者医療助成制度」57.8%、「自立支援医療制度」42.2%である。これらの制度は、保険診療における自己負担に対する助成制度であり、保険外診療については該当しない。

図一3 医療保険別の構成割合



(3) 障害のある人々の医療の利用状況

次に、障害のある人々の医療の利用状況を見る。

表1は、2006年3月と医療制度改訂後の通院・入院日数の比較である。80%以上が3月、4月とも医療機関を利用している。通院・入院日数に大きな違いはない。

診療科目の種別は「内科・小児科」、「精神・神経科」が5割を近くを占める。ついで、「歯科」、「皮膚科」、「整形外科」の割合となる。

しかし、精神障害のある人の場合は、別の調査において97.9%の人が精神科・神経科に、その他の診療科目に36.4%が受診している報告⁽⁵⁾がある。

ここから、障害のある人々は医療の必要度が高く、医療制度が変化しても通院・入院を継続せざるを得ない現状にある。

表一 2006年3月と4月の通院・入院日数の変化と診療科目

	回答者数	なし		あり				
		なし	あり	4日以内	7日以内	10日以内	14日以内	15日以上
2006年3月	2147	19.3%	80.7%	47.6%	16.0%	6.7%	4.3%	6.1%
	415	19.3%	1732	1022	344	143	93	130
2006年4月	2128	18.3%	81.7%	48.1%	15.8%	7.3%	4.5%	6.0%
	389	18.3%	1739	1023	337	156	95	128

2006年4月～6月間の受診診療科目(複数回答)

回答者数	内科 小児科	精神 神経科	整形 外科	耳鼻 咽喉科	皮膚 科	眼科	歯科
2044	47.9%	46.8%	14.8%	10.6%	15.5%	10.8%	36.7%
	980	956	303	217	316	221	750

Ⅲ、医療保障制度改革と障害のある人々の暮らしへの影響

今回の医療制度改革が障害のある人々の暮らしにどのような影響を与えているかを、2006年4月以降の家計の変化からみる。

(1) 治療代の変化

表2(25ページ)は2006年1・2・3月と4・

表一 2 階層別にみた2006年1・2・3月治療代平均額と4・5・6月の治療代平均額の変化

	1・2・3月の治療代平均額										4・5・6月の治療代平均額									
	回答者数	負担なし	2千円以内	5千円以内	1万円以内	2万円以内	3万円以内	4万円以内	5万円以内	5万円以上	回答者数	負担なし	2千円以内	5千円以内	1万円以内	2万円以内	3万円以上	4万円以内	5万円以内	5万円以上
合計 (増減ポイント)	100.0% 2009	38.9% 781	23.3% 469	19.0% 381	12.0% 242	3.9% 78	1.2% 24	0.3% 6	0.3% 6	1.1% 22	100.0% 1968	36.9% 727	22.1% 435	19.8% 389	13.6% 267	4.7% 92	1.6% 31	0.4% 7	0.2% 4	0.8% 16
												▽2.0	▽1.2	△2.5	△1.6	△0.8	△0.4	△0.1	▽0.1	▽0.3
経営者層 (増減ポイント)	100.0% 100	35.0% 35	27.0% 27	21.0% 21	9.0% 9	7.0% 7				1.0% 1	100.0% 99	35.4% 35	26.3% 26	15.2% 15	13.1% 13	4.0% 4	5.1% 5			1.0% 1
												△0.4	▽0.7	▽5.8	△4.1	△3.0	△5.1			
ホワイトカラー層 (増減ポイント)	100.0% 290	34.1% 99	22.1% 64	21.0% 61	14.5% 42	5.9% 17	2.1% 6			0.3% 1	100.0% 289	33.6% 97	18.3% 53	25.3% 73	14.2% 41	6.2% 18	2.1% 6			0.3% 1
												▽0.5	▽3.8	△4.3	▽0.3	△0.3				
ブルーカラー層 (増減ポイント)	100.0% 146	42.5% 62	21.2% 31	23.3% 34	6.8% 10	3.4% 5	2.1% 3	0.7% 1			100.0% 142	41.5% 59	21.1% 30	20.4% 29	10.6% 15	3.5% 5	1.4% 2			1.4% 2
												▽1.0	▽0.1	▽2.9	△3.8	△0.1	▽0.7			△1.4
不安定雇用層 (増減ポイント)	100.0% 438	37.7% 165	25.8% 113	18.3% 80	10.7% 47	3.4% 15	1.4% 6	0.2% 1	0.7% 3	1.8% 8	100.0% 435	35.4% 154	24.1% 105	20.5% 89	11.5% 50	4.8% 21	0.9% 4	0.9% 4	0.7% 3	1.1% 5
												▽2.3	▽1.7	▽5.8	△0.8	△1.4	▽0.5	▽0.7		▽0.7
自営業者層 (増減ポイント)	100.0% 194	38.7% 75	22.7% 44	24.2% 47	10.8% 21	3.1% 6			0.5% 1		100.0% 190	34.7% 66	22.6% 43	23.2% 44	14.7% 28	3.7% 7	0.5% 1			0.5% 1
												▽4.0	▽0.1	▽1.0	△3.9	△0.6	△0.5		▽0.5	△0.5
無業者層 (増減ポイント)	100.0% 816	41.4% 338	22.5% 184	16.3% 133	13.1% 107	3.4% 28	1.1% 9	0.5% 4	0.2% 2	1.3% 11	100.0% 790	39.4% 311	21.6% 171	17.0% 134	14.7% 116	4.7% 37	1.5% 12	0.4% 3	0.1% 1	0.6% 5
												▽2.0	▽0.9	△0.7	△1.6	△1.3	△0.4	△0.1	▽0.1	▽0.7

5・6月の1ヶ月の治療代平均額の変化である。

全体では、「負担なし」が2.0%減少している。これは、「自立支援医療」が医療上の必要性かつ継続的、加えて世帯収入別に利用者負担上限月額を設定したためである⁽⁶⁾。

治療代の変化は、2千円以内が減少した以外は、5千円以内が19.0%から19.8%、1万円以内が10.0%から13.6%など上昇している。治療代の負担が大きくなっている。

(2) 医療にかかる特別な経費

表3(26ページ)は受診にかかる特別な経費と平均額である。

受診にかかる特別な経費に対する回答率は、4月以降医療機関を利用した人の57.4%である。約6割の人が、受診にかかる特別な経費が必要になっている。

特別な経費の内容は、「交通費」が9割近くを占め、その他に「保険外の医療費」、「医療品以外の経費」、「付き添い等の経費」等がある。「個室等の自己負担」5.7%である。この時点では、今回の医療制度改革における混合診療「個室等の自己負担」の割合は低い。しかし、金額の高低は別問題として、医療費と医療にかかる特別な経費の二重の負担が必要となる世帯が多い。

受診にかかる経費の合計は、1ヶ月平均2500円未満が43.0%と一番高い。2500円～5000円18.6%、5000円～1万円12.8%、1万円～2万円12.8%、2万円～3万円3.5%、3万円～5万円2.1%、5万円以上1.8%が必要となっている。

(3) 家計における「かさむもの」、「4月以降よりかさむようになったもの」

次に、家計における「かさむもの」、「4月以降よりかさむようになったもの」の変化を表4(27ページ)からみていく。

「かさむもの」は、「主食費」、「副食費」、「医療費・薬代」、「福祉サービスの利用料」、「福祉施設での食費等」、「光熱水費」、「車の維持費・ガソリン代など」が20%を超え、高い割合を占める。

「かさむもの」は、食費に関する暮らしの基本的な内容となっている。

そのなかで「医療費・薬代」を「かさむもの」として挙げている割合は4割近い。この「医療費・薬代」に加え「車の維持費・ガソリン代」等の高さは、障害があるゆえと考えられる。

「かさむもの」としての「医療費・薬代」を社会階層からみると、「ブルーカラー層」43.0%、「無業者層—働いている人がいる世帯」45.5%、「無

業者層一厚生年金世帯」46.2%、「無業者層一国民年金世帯」46.2%と、不安定な社会階層において高い。この現状は、現行の医療保障制度の自己負担割合が、不安定層、無業者層の経済的負担になっている。

加えて、「4月以降よりかさむようになったもの」として高い割合を示すものは、「医療費・薬代」、「福祉サービスの利用料」、「福祉施設での食費等」、「社会保険料」、「車の維持費・ガソリン代など」である。

「医療費・薬代」は24.3%の世帯が「よりかさむもの」として挙げている。さらに、「社会福祉サービス利用料」を55.1%の世帯が挙げている。

これは、2006年4月以降の「障害者自立支援法」、「自立支援医療」等の障害のある人に対する医療保障制度や社会福祉制度が、その利用において二重に障害のある人の暮らしに多大な問題を及ぼしていることを示している。

「4月以降よりかさむようになったもの」として「医療費・薬代」を挙げている世帯を社会階層からみると、すべての階層において、負担が高くなっている。この点は、現行の障害のある人の暮らしの中で、医療保障制度に問題があることを表している。

(4) 家計の中で「切りつめているもの」、「4月以降さらに切りつめているもの」

表5 (28ページ) は、家計で「切りつめているもの」、「4月以降さらに切りつめているもの」の割合の変化である。

2006年4月以降「さらに切りつめているもの」

として18.4%が「医療費・薬代」を上げている。医療を必要としている障害のある人々にとり、「医療費・薬代」は不可欠な費用である。必要な医療さえ受けられない現状がある。

さらに障害のあるゆえに必要としている「社会福祉サービス利用料」、「社会福祉施設での食費など」も切りつめている。また「車の維持費・ガソリン代」、「娯楽費」は、日常的な交流において必要な費用である。それらを切りつめていることは、障害のある人の暮らしに交流の機会が削られている問題を現している。

以上の調査分析から、医療保障制度と障害のある人々の暮らしへの影響を、次のように整理できる。

①障害のある人々の大半が、医療を必要としている。

②家計において医療費が高い割合を占める。さらに、医療にかかる特別な経費の負担も生じている。現行の医療制度改革は、経済的負担を大きくしている。

③障害のある人々の暮らしは、不安定雇用層、自営業者層、無業者層等、生活の基盤が不安定な世帯が7割を占める。今回の医療制度改革における自己負担の拡大は、医療費を切り詰めざるを得ない状況を創り出している。

④障害のある人々の暮らしは、医療制度改革だけでなく、障害者自立支援法における自己負担、食事料負担の導入により、経済的に圧迫している。特に、医療費、社会福祉サービスの利用、交流の機会までも制限している。その影響は、障害のある人の暮らし全般に及んでいる。

表一3 受診にかかる特別な経費（複数回答）およびその1ヶ月平均額

	受診にかかる特別な経費（複数回答）							特別な経費の合計（1ヶ月平均）							
	回答者数	交通費	保険外の医療費	医療品以外の経費	付き添い等の経費	個室等の自己負担	その他	回答者数	2千5百円未満	2千5百円以上～5千円未満	5千円以上～1万円未満	1万円～2万円未満	2万円～3万円未満	3万円～5万円未満	5万円以上
合計	1130	88.6%	14.7%	13.4%	11.1%	5.7%	7.8%	908	43.0%	18.6%	18.3%	12.8%	3.5%	2.1%	1.8%
		1001	166	151	125	64	88		390	169	166	116	32	19	16

表—4 階層別にみた家計の中でかさむもの、4月以降より一層かさむようになったもの（複数回答）抜粋

	かさむもの										4月以降よりかさむようになったもの							
	回答者数	主食費	副食費	医療費・薬代	福祉サービスの利用料	福祉施設での食費等	税金	社会保険料	高熱水費	交通費	車の維持費ガソリン代	回答者数（回答率）	医療費・薬代	福祉サービスの利用料	福祉施設での食費等	税金	社会保険料	車の維持費ガソリン代
合計	100.0% 1982	29.2% 579	23.7% 470	38.3% 759	44.6% 883	32.2% 639	14.2% 282	10.4% 207	22.8% 452	14.2% 281	34.0% 673	32.4% 643	24.3% 156	55.1% 354	39.8% 256	6.5% 42	6.1% 39	18.0% 116
経営者層	96	11.5% 11	11.5% 11	29.2% 28	50.0% 48	39.6% 38	18.8% 18	9.4% 9	14.6% 14	12.5% 12	46.9% 45	35.4% 34	20.6% 7	52.9% 18	35.3% 12	5.9% 2	5.9% 2	26.5% 9
ホワイトカラー層	288	20.5% 59	25.0% 72	36.1% 104	56.9% 164	37.2% 107	20.1% 58	11.8% 34	24.7% 71	12.5% 36	45.5% 131	42.7% 123	22.8% 28	61.8% 76	43.1% 53	6.5% 8	4.1% 5	23.6% 29
ブルーカラー層	149	22.8% 34	22.8% 34	43.0% 64	56.4% 84	38.9% 58	17.4% 26	9.4% 14	22.1% 33	11.4% 17	47.0% 70	38.3% 57	26.3% 15	63.2% 36	47.4% 27	8.8% 5	3.5% 2	19.3% 11
不安定雇用層	450	31.6% 142	23.3% 105	36.2% 163	46.0% 207	34.4% 155	16.4% 74	11.6% 52	24.7% 111	14.9% 67	40.0% 180	34.4% 155	22.6% 35	55.5% 86	41.3% 64	6.5% 10	5.2% 8	22.6% 35
自営業者層	191	18.3% 35	22.5% 43	38.2% 73	47.1% 90	29.8% 57	18.3% 35	14.7% 28	20.9% 40	16.2% 31	42.4% 81	35.6% 68	20.6% 14	57.4% 39	41.2% 28	4.4% 3	2.9% 2	16.2% 11
無業者層	809	36.2% 293	24.6% 199	38.8% 314	35.2% 285	27.1% 219	8.4% 68	8.2% 66	22.0% 178	14.3% 116	19.8% 160	24.7% 200	27.0% 54	49.0% 98	35.5% 71	7.0% 14	9.5% 19	9.5% 19

Ⅳ、医療保障制度と障害者政策

前章までの分析を踏まえて、障害のある人々の暮らしにおける医療保障制度と障害者福祉政策の課題を3点にまとめる。

（1）障害のある人々の生活実態にあった医療保障制度の必要性

障害のある人々の暮らしは、不安定雇用層、無業者層等暮らしの基盤が脆弱な世帯が多く、かつ医療を必要としている割合が高い。

しかし、分析から明らかなように現行の医療保障制度は、自己負担を増大させ、経済的要因から医療抑制を創り出している。

この問題では、医療制度利用における自己負担を可能な限り低くすることが必要となる。基本的には公的医療保険における自己負担を、生活実態に見合ったレベルにすること。加えて、医療制度利用の頻度が高い障害のある方などに対して、自己負担が少なくなる医療費助成制度を用意することが必要である。「自立支援医療」制度は、後者の目的で導入されたにもかかわらず、結果的には、障害のある人の受診抑制を生じさせている。原因は、障害のある人々の生活実態を考慮した内容で

ないからである。

障害のある人々の医療利用を保障するには、現行の公的医療保険制度の自己負担割合の見直し、さらに障害のある人、高齢者等医療を必要とする割合の高い人々に対する医療費助成制度を、医療が必要なときに、誰もが安心して受診できる内容に改正することが課題となる。

（2）医療にかかる特別な経費と医療保障政策

医療制度利用に医療保険の自己負担だけでなく、医療にかかる特別な経費を必要とする人が大半を占める。特別な経費には、交通費、保険外医療費、付き添い等の経費、室料等が挙げられている。

障害のある人に対する通院費助成制度は、各自治体により異なり、すべて整備されていない。医療を必要とする人々に対して、居住地に関係なく、通院交通費助成を利用できる制度の整備が必要となる。

室料に関する自己負担は、医療利用における制約の問題である。今回の医療制度改革において「特定療養費制度が『保険外併用療養制度』に変わり、『選定医療』として組み込まれ・・・（略）・・・

・保険がきかない医療が拡大していく方向にすすんでいる⁽⁷⁾。医療を利用するにあたり、保険導入を前提としない範囲が拡大している。医療利用に自己負担が大きくなる流れは、経済的に不安定な世帯が多い障害のある人々には、医療利用の制約が生じる。

障害のある人を対象とした室料に対する助成制度で筆者が情報入手したものは、神奈川県愛川町の『重度障害者医療室料差額助成制度』のみであった。1976年に制定されたもので、「1日につき500円以上の室料に対して、1000円を限度として年間15万円まで助成⁽⁸⁾」する制度である。昨年は11人の利用があった。担当者からの情報では、自治体財政の問題の中で存続が検討されているとのことである。

室料負担が医療保障の制約にならないためには、室料を診療報酬の対象に組み込むか、室料に対する助成金制度の整備が必要となる。前者については医療費抑制の政策を改める方向が必要となり、後者は自治体財政の問題と関連してくる大きな課題である。

(3) 医療保障制度と社会保障制度

障害のある人々の暮らしに影響を与えている問題は、医療保障制度の改革だけでなく、障害者福祉制度の今日的流れから創り出されている。「障害者自立支援法」における福祉サービス利用料の自己負担、施設利用時の食料・光熱費などの負担の導入は、減免制度はあるが医療保障制度の自己負担に重ねて、二重の負担増を生み出している。

この基本的背景は、障害のある人とその家族の

雇用保障問題、所得保障問題を根底とする暮らしの基盤の不安定さがある。その不安定さが、障害のある人々の暮らしに不安と困難を生じさせている。

ここから、障害のある人の医療保障の課題は、障害者の雇用保障、社会福祉制度も含めた社会保障制度全体から分析していく必要がある。そのためには、障害のある人の医療保障制度に生じている問題を、社会問題のひとつである生活問題としてとらえる視点が不可欠となる。

結びとして、ふたたび自由回答を紹介する。

「病院でのリハビリは、筋肉、運動機能の低下を少しでもなくすために必要なもので、継続できるようにしてほしい。所得にもっと即した負担であればいいが、現実の生活では厳しい状況である。」

(女性、20歳～24歳、重複障害)

「制度が悪くなり、大変困っている。お金はかかっても必要なサービスばかりで(利用を)減らすわけにはいかない。」(男性・25～34歳、重複障害)

《参考・引用文献》

- (1) 「きょうされん」；共同作業所全国連絡会
- (2) 相野谷安孝 著『医療保障が壊れる』旬報者 2006年 P68
- (3) 障害者福祉研究会『障害者自立支援法』中央法規2007年P23
- (4) きょうされん重度障害部会『重度・重複障害者と家族の生活実態
「障害者自立支援法の制度改善に向けた生活実態調査」報告書』きょうされん 2008年

表—5 家計の中で「切りつめているもの」「4月以降さらに切りつめているもの」
(回答数 1663世帯)

家計項目	切りつめているもの	4月以降より切りつめているもの
主食費	31.5%	10.5%
副食費	41.0%	14.5%
医療費・薬代	8.8%	18.4%
社会福祉サービス利用料	11.8%	29.4%
社会福祉施設での食費等	4.1%	23.2%
光熱水費	34.7%	12.8%
交際費	30.8%	11.3%
娯楽費	46.8%	14.8%
車の維持費・ガソリン代	24.5%	19.9%

- (5) 福祉を守る市民会議・広島『精神障害者と家族の生活問題（調査報告書）福祉を守る市民会議・広島 2005年
- (6) 障害者福祉研究会 前掲書 P 157
- (7) 非営利・協同総合研究所いのちとくらし『日本の医療はどこへいく』
新日本出版社 2008年 P 130～131
- (8) 愛川町ホームページ hukusi-shien@town.aikawa.kanagawa.jp および担当者からの情報
- (かざま やすこ、Y M C A福祉専門学校専任講師)

医療費抑制政策と地域の医療者の役割

～医療の公共性・社会性と地域医療を守る協同～

向川 征秀

はじめに

限界を超えた医療費抑制政策のもとで、産科・小児科・救急をはじめとする急速な医療危機、医療崩壊の進行が問題となっている。僻地のみならず都市部、近郊においても、医師不足と経営困難から医療の縮小・撤退を余儀なくされる医療機関が後を絶たない。こうした実態がマスメディアでも大きく取り上げられ、国民の不安の声が高まる中、2008年4月に診療報酬改定が行われた。

わが国の病院・診療所の大半は保険医療機関であるため、医療保険からの診療報酬はその主たる収入源であり、医療活動を継続する裏づけとなるものである。また診療報酬制度は国が定める医療費の「価格」であり、保険医療の「標準」でもある。ゆえに診療報酬の改定は、国が保険医療をどういう方向に持っていくかという医療政策の「実行手段」という側面を持っている。

2005年秋総選挙での与党圧勝という情勢を受けての2006年診療報酬改定では、一部でささやかな混合診療の実質的解禁は含まれなかったものの、社会保障費圧縮の方針の下で最大のマイナス改定となっただけでなく、それまでの医療制度改革案の集大成と、成立が確実視された2006年の医療制度改革の先取りをも含んだ大掛かりなものとなった。並行して行われた介護報酬引き下げの影響も受けて経営が大きく圧迫され、事業の見直しを迫られた医療機関も多い。報酬の引き下げ、医療機関の経営難は医師やスタッフにも影響を及ぼし、医療現場のマンパワー不足も生じた。そして最終的なしわ寄せは地域住民、患者にもたらされることとなり、医療崩壊が叫ばれるようになった。

今回の改定では、全体として社会保障費の圧縮が続くなか、医療崩壊への不安の高まりを受けて医科・歯科本体部分は+0.42%と、ごくわずかな

がらのプラス改定となった。本体部分の引き上げは実に8年ぶりのことである。しかし、薬価・材料は引き下げが続き、全体では-0.82%と4回連続マイナス改定となった。プラス改定となった本体部分も、「産科・小児科・病院勤務医対策」に重点が置かれ、その財源を他分野から捻出する構造となっている。

本稿では、診療報酬改定を通してすすめられている医療政策が医療機関と地域医療にどのような影響を与えるのか改めて検討するとともに、地域医療を守る取り組みのありかたについて論じたい。

I 診療報酬引き下げが医療機関にもたらしている影響

1) 奈良民医連での事例

06.08年の診療報酬改定が医療機関の経営にどのような影響を与えているのか、一例として奈良民医連に加盟している3つの医療法人をとりあげたい。表1は2005年～2008年の各法人第一四半期の事業収支と、病院、診療所別の内訳である。表2は法人の総事業収益に対する、病院入院、病院外来、診療所群のそれぞれの割合である。表3は事業収益に対する分野別割合である。

A法人、B法人、C法人はそれぞれ中核となるA病院（精神科213床・一般99床）、B病院（一般100床・療養50床）、C病院（一般164床）と、5～6の無床診療所を有しており、2008年7月時点奈良民医連全体で3病院17診療所からなっている。¹

まず読み取れるのは、病院の赤字構造である。2008年度では10：1入院基本料の引き上げがあったため病院の入院収益は伸びており、C病院は黒字となっているが、これは4月度の病床稼働率99.5%、平均在院日数16日という異例の高回転に

表1. 法人・事業所形態別の各年度第一四半期事業収支

(単位：千円)

年 度	2005年	2006年	2007年	2008年	08/05差	08/07差
法人A	▲30,851	▲52,359	▲58,689	▲29,429	1,422	29,260
病院	▲45,025	▲33,215	▲51,984	▲39,712	5,313	12,272
診療所群(近接)	4,980	2,215	▲1,597	795	▲4,185	2,392
診療所群(近接以外)	9,376	▲5,595	▲8,270	7,667	▲1,709	15,937
その他	▲182	▲15,764	3,162	1,821	2,003	▲1,341
法人B	▲30,688	▲63,248	▲31,026	▲56,632	▲25,944	▲25,606
病院	▲43,606	▲49,120	▲23,278	▲39,555	4,051	▲16,277
診療所群(近接)	5,276	6,853	2,746	2,813	▲2,463	67
診療所群(近接以外)	20,097	▲863	▲2,089	▲6,708	▲26,805	▲4,619
その他	▲12,455	▲20,118	▲8,405	▲13,182	▲727	▲4,777
法人C	▲1,509	11,853	▲14,572	16,658	18,167	31,230
病院	▲27,762	▲9,214	▲32,724	8,676	36,438	41,400
診療所群(近接)	18,407	14,177	14,785	9,019	▲9,388	▲5,766
診療所群(近接以外)	1,608	▲648	4,267	▲58	▲1,666	▲4,325
その他	6,238	7,538	▲900	▲979	▲7,217	▲79

表2. 法人の各年度第一四半期事業収益と事業所形態別割合

(単位：千円)

年 度	2005年	2006年	2007年	2008年	08/05差	08/07差
法人A	896,115	892,066	921,835	946,329	50214	24494
病院入院	49.74%	51.60%	53.66%	54.02%	4.28%	0.36%
病院外来	11.49%	11.24%	12.14%	14.06%	2.56%	1.92%
診療所(近接)	7.41%	6.80%	4.95%	2.98%	-4.43%	-1.97%
診療所(近接以外)	18.58%	17.59%	16.42%	17.27%	-1.31%	0.85%
法人B	1,049,458	1,005,486	1,047,630	1,027,656	▲21802	▲19974
病院入院	33.03%	33.50%	35.52%	35.10%	2.07%	-0.41%
病院外来	14.36%	13.19%	12.43%	12.37%	-1.99%	-0.06%
診療所(近接)	3.82%	4.38%	4.57%	4.53%	0.72%	-0.04%
診療所(近接以外)	20.85%	21.10%	18.99%	19.11%	-1.74%	0.12%
法人C	1,007,079	1,084,792	1,086,772	1,149,503	142424	62731
病院入院	37.90%	39.46%	40.01%	42.22%	4.32%	2.21%
病院外来	20.67%	21.42%	21.02%	22.12%	1.45%	1.10%
診療所群(近接)	13.86%	13.16%	13.36%	10.89%	-2.97%	-2.47%
診療所群(近接以外)	10.49%	9.90%	10.52%	9.69%	-0.80%	-0.83%

※病院、診療所以外の収益を省いている為、合計は100%にならない

表3. 第一四半期事業収益に対する分野別割合

(単位：千円)

年 度	2005年	2006年	2007年	2008年	08/05差	08/07差
法人A	896,115	892,066	921,835	946,329	50214	24494
入院医療	43.30%	51.60%	53.66%	54.02%	10.72%	0.4%
外来医療	32.92%	30.74%	29.85%	31.24%	-1.68%	1.4%
介護・福祉	21.50%	15.47%	13.59%	12.58%	-8.91%	-1.0%
法人B	1,049,458	1,005,486	1,047,630	1,027,656	▲21802	▲19974
入院医療	29.71%	33.50%	35.52%	35.10%	5.39%	-0.4%
外来医療	34.07%	34.56%	32.72%	32.85%	-1.21%	0.1%
介護・福祉	33.26%	29.42%	27.99%	28.60%	-4.65%	0.6%
法人C	1,007,079	1,084,792	1,086,772	1,149,503	142424	62731
入院医療	37.90%	39.46%	40.01%	42.22%	4.32%	2.2%
外来医療	39.21%	39.29%	39.90%	37.64%	-1.57%	-2.3%
介護・福祉	21.06%	19.72%	18.17%	18.17%	-2.89%	0.0%

※2006年に法人A・Bは介護療養病床を医療病床に転換

支えられたところもある。A病院は大きく経営改善しているものの、赤字を脱却できていない。B病院は療養病床の入院基本料引き下げ、人工透析、リハビリテーションの引き下げなどの影響で赤字を拡大している。

また2005年と比較した場合、介護分野の収益割合が低下し、診療所群の経営が悪化していることがわかる。介護報酬の引き下げ、患者数の漸減傾向もあり、併設介護保険事業の整理や診療体制の見直しなどで費用を抑えながらも、それ以上に事業収益が低迷しているためである。2008年度では、A法人の診療所群（近接以外）が在宅療養支援診療所の新規届出や患者増で経営を改善しているが、対2005年比では依然マイナスとなっている。C法人の診療所群（近接以外）では、患者数の増加にもかかわらず経営が悪化している。どの法人も、事業収益に占める診療所の割合は漸減傾向にあり、入院収益の占める割合が高くなっている。

これらの法人はかつて診療所の収益で病院の赤字をカバーする経営構造となっていたが、今やその構造が成り立たなくなってきた。中核となる病院も介護療養病床の転換、亜急性期病床設置など、制度改革への対応を繰り返して収益は維持しながらも、赤字構造から脱却できずに苦しんでいる状態であり、経営の打開策を見出せていない状況である。

2) 制度改革、診療報酬改定と医療機関の選択

1990年代後半より「医療制度改革」の名の下に様々な改革が断続的に行なわれ、多くの地域の医療機関はその対応に追われている。特に診療報酬がマイナス改定に転じた2002年以降では、高採算部門へのシフトと不採算部門の切捨て、それも難しい医療機関は病床の廃止、撤退という経営的選択を迫られている。地域の医療機関がどのような選択をするかは、そこで働く医療労働者の働き方のみならず、地域の患者の受療権にも影響を及ぼしてくることになる。先に述べたように、診療報酬の改定は国の医療政策の実行手段である。国は医療機関に選択を迫り地域医療をどのような方向にすすめようとしているのか、次章では医療機関

の経営に大きな影響を与えた06.08年の診療報酬改定についてまとめてみる。

II 診療報酬改定と地域医療の「再編」

1) 2006年度診療報酬改定の特徴

① 全体的な大幅マイナス改定

本体部分1.36%、全体として3.16%の大幅マイナス改定は、再診料、処方箋料、レントゲン、血液検査など日常診療の広範な部分で報酬引き下げとして具体化された。ただし小児科は検査・処置では乳幼児加算の引き上げ、新設が行われた。診療の基本報酬である再診料、外来診察料も引き下げられたため、診療所、病院外来では減収が避けられない改定となっている。

② 一般病床入院基本料の抜本的改定

病院一般病床では8区分あった入院基本料が4区分に再編され、基本的な要件である看護職員の配置基準も平均入院患者数に対しての常勤看護職員の比率から、各時間帯において実際に勤務している1日平均の看護職員の比率へと根本的に変更された。旧来の基準での「入院基本料I群1」（2：1）1209点が新しい「10：1入院基本料」（1269点）に相当する。点数を比較すると引き上げだが、「夜勤看護加算」（「1」で72点）が廃止のうえ入院基本料の算定要件となったため、実質的にはマイナスとなったところも多い。高度な急性期病院を想定した「7：1入院基本料」が設定され、旧「入院基本料I群1」と比較して346点高く設定された。三次医療を担う大規模病院などは看護師を増員して「7：1」基準の取得に乗り出している。入院基本料の加算も、がん診療連携病院加算、栄養管理実施加算、ハイリスク分娩加算など、体制に対する評価項目が新たに設けられ、体制の整った比較的大きな病院に有利な点数設定となっている。改定のプラス面は急性期病院、大規模病院に集中している。

他方で旧点数「入院基本料I群2」（2.5：1）は、新点数「13：1入院基本料」では1107点から1092点へと引き下げられるかたちとなり、「夜勤看護加算」が加算から最低要件になったため、看

護体制が厳しい病院はあえて基準を下げた入院基本料を算定するか、減床を行うという選択を迫られることとなった。看護職員配置のほか、看護師比率、平均在院日数の基準も引き上げられ、旧来の入院基本料4.5に当たる区分そのものがなくなった。基準を満たすことが出来ない病院・病棟は575点の特別入院基本料を算定することとなった。特別入院基本料では到底病床の維持はできず、体制の転換が難しい小規模な病院では一般病床から撤退、または病床廃止せざるを得ないところも出てくることとなる。急性期、亜急性期医療を担っていた一般病床を集約、淘汰する改定となっている。

③療養病床への診療報酬の大幅切り下げ

療養病床においても、入院基本料の抜本的改定が行われた。一般病床と同じく看護職員配置要件の変更とあわせて、入院基本料の区分が患者のADLと「医療必要度」に基づく5区分に改められ、患者の状態によっては最大で4割の点数引き下げが生じることとなった。療養病床入院患者の約4割を占める「医療区分Ⅰ」では764点及び885点と、極端に低くなっており、病院の体制から見て到底採算のあわないものとなっている。一般病床では病院が狙い撃ちにされたのに対し、療養病床では患者が狙い撃ちにされたといえる。これについては厚生労働省も「医療の必要のない人」を療養病床から移すための恣意的な点数設定であることを認めている。「医療の必要のない」入院患者を介護保険と在宅医療へ移行させ、療養病床の機能と病床数を慢性期医療中心から亜急性期医療中心へと移行させるねらいがあるとされているが、退院患者の受け皿が不足しているだけでなく、「医療必要度」の基準も実態にあわないと現場から批判が出ている。診療報酬改定に先立って、厚生労働省が療養病床の削減を打ち出した際、療養病床に医療の必要がない患者が多く入院していることを理由にあげた。しかしその根拠についても、調査結果を意図的に改変し「患者の半数は入院医療の必要がない」としたという問題iiが指摘されている。

④在宅療養支援診療所の設定

病床の削減により在宅医療に移行する患者の受け皿として、「在宅療養支援診療所」（以下支援

診療）が設定された。在宅療養を行う患者に対して24時間対応が可能な体制をとっている診療所に対して、往診料加算、在宅時医学総合管理料などで他の医療機関と大きな差をつける点数設定となっている。しかし支援診療の要件は既存の在宅医療の基準に比べて厳しいものとなっており、医師、看護師の負担を増やすものとなっているため、支援診療になれる診療所は限られている。支援診療以外の医療機関では在宅医療の診療報酬が据え置きまたは下がっており、在宅医療全体を評価するのではなく優れた体制を持つ一部のみを評価する構成となっている。

また支援診療には、在宅での看取りを推進する役割も求められている。支援診療のみが「在宅末期医療総合診療料」が算定できることとなり、介護保険の特定施設や特別養護老人ホームの入所者に対しても同診療料が算定できることとなった。在宅での看取りを行った場合の「ターミナルケア加算」はその他の医療機関の8倍以上に点数が設定されるとともに、年1回、在宅看取り数を地方社会保険事務局に報告することが義務付けられた。高い点数は体制とケアの質に対する評価だともいえるが、「病院に入院させずに家で亡くならんたい」という厚生労働省の意図が露骨に表れている。

⑤リハビリテーションの算定制限

理学療法、作業療法等の領域別に分かれていたリハビリテーションの点数設定が疾患別の分類に再編され、それぞれに算定上限日数が設けられた。他方で急性期のリハビリの1日算定上限単位は引き上げられた。入院医療と同じく、医療保険は急性期に集中し慢性期をはずしていくという方向となっている。以前より漫然としたリハビリテーションが行われ、その医学的な妥当性が問題となっていたことは確かだが、機械的に日数で区切るのではリハビリテーションでADLを維持している人を締め出すことになり、現場の混乱と批判を招いた。このためリハビリについては幾度も「手直し」が施されており、2007年には慢性期リハビリを位置づけた「リハビリテーション医学管理料」を導入するなど異例の報酬改定も行われた。2008年度改定でも再度の見直しが行われている。

2) 2008年診療報酬改定

わずかながら本体部分のプラス改定となった2008年診療報酬改定であるが、その影響は医療機関ごとに大きく異なっている。なお、後期高齢者医療制度の問題については、すでに多くの議論が交わされていると思われるのでここでは割愛する。

①「拠点」「急性期」医療機関の体制への評価

小児科医20名以上等を基準とする小児入院医療管理料(4500点)の新設、ハイリスク分娩管理加算(1000点→2000点)の引き上げ、超急性期脳卒中加算(12000点)の新設など、高度な体制を持つ医療機関へのさらに高い評価の点数が設定された。勤務医対策の目玉とされる医師事務作業補助加算や入院時医学管理加算ⁱⁱⁱも、「拠点」ないし「急性期」の医療機関が主な対象である。また検査の部では、尿・血液検査などが多く引き下げられた一方、微生物学検査、診断穿刺、迅速検査加算など、院内での一定の検査体制を必要とする項目が引き上げられ、レントゲンでも専従医師を評価する画像診断管理加算が引き上げられた。前回改定の流れを受け継いで、体制の整った大規模病院に手厚いものとなっている。

②長期入院の抑制と在宅への誘導

回復期リハビリテーション病棟入院料に、在宅復帰の実績による区別が導入された。このほか退院調整加算、精神科地域移行加算など、長期入院をへらす体制を持ち、なおかつ退院の「実績」をあげた時に評価する点数が設定されている。また障害者施設入院基本料、一般病床の90日超入院の算定対象から脳卒中後遺症、認知症を除外する規定も盛り込まれた。在宅医療の部では、特別養護老人ホームなどの「特定施設」、グループホームなどの「居住系施設」に入所している患者への診療報酬が新たに位置づけられ、算定対象が拡大した。高齢者向けの施設への往診、訪問診療などを広げるものであるが、施設入所者への新設点数は既存のものよりも低く設定されており、在宅医療を行っている医療機関は、方法によっては明暗が分かれる形となる。このほか、在宅患者への地域連携に対する点数が設定された。

③中小病院病床の選別

今回の改定では、10:1入院基本料がすべての

病棟種別で31点引き上げられた。病床稼働率95%、300床の急性期病院では、1ヶ月あたり約270万円の増収が見込まれる。中医協での報酬改定の議論の中で急遽出されたものであり、多くの中小病院を含む地域医療の前線病院を評価した、今回改定の良心的部分と言える。また、中小病院を対象とした亜急性期入院医療管理料²が新たに設定された。急性期病院の在院日数を短縮し、その後の入院の受け皿として中小病院の亜急性期病床を整備する意図があるとされている。このほか、外科・麻酔科への報酬が全体的に引き上げられる中で、中小病院、有床診療所でも行われることが多い鼠径ヘルニア手術、ペースメーカー交換術などが引き上げられた。中小病院の位置づけは前回改定から大きく見直されたといえる。

しかし療養病床の入院基本料は今回さらなる引き下げが行われ、また13:1、15:1の入院基本料には手当てがなされず、引き上げられた10:1基準との差は大きくなった。療養病床の削減、中小一般・急性期病院の選別・淘汰という考え方そのものは今回の改定でも継承され、これらの病床を有する病院にはさらなる苦境となり撤退も含めた方向転換が迫られることになった。

④中小病院・診療所外来の位置づけと「5分ルール」設定

病院の再診料が引き上げられたほか、初診料、外来診療料、診療所再診料は据え置きとなった。ただ、一部の処置が初診・再診料に含まれることになったため、診療科によっては引き下げとなっている。一般診療所に夜間開業を促す目的で夜間・早朝に診療を行う診療所に対して「夜間・早朝等加算」(50点)が設けられた。ただし、診療時間の延長は医師の負担が大きく、スタッフの配置など経済的な負担も増すことになり、医師数の少ない個人開業の診療所に対してのインセンティブは小さい。レントゲンではデジタル映像化処理加算が廃止前提に大幅引き下げされ、診療所、中小病院外来で影響が大きくなっている。代わって「電子画像管理加算」が新設されたが、その場合フィルム代は持ち出しとなる。奈良民医連のC病院では、点数減とフィルムの持ち出しでおおよそ50万円/月の実質減収と試算している。

今回の診療報酬改定でとりわけ大きな問題とな

っているのが、「外来管理加算」の算定要件の変更、いわゆる「5分ルール」の導入である。これまでは処置等を行わない再診に対して算定できたものが、「懇切丁寧な説明」「概ね5分を越えて直接診察を行っている」場合に算定できることとされた。この条件が現場から大きな批判を呼んでいる。現場では医師体制と患者数の関係から、医師の診察を5分以内に終わらせているケースが少なくなく、その場合、看護師等が十分な問診や説明を行っていたとしても外来管理加算が算定できなくなる。そもそも「5分」という時間の根拠も不明確であるという批判もある。この変更は再診料の実質引き下げに等しく、診療所、病院外来の基本診療料収入を減らすものとなっている。もともと夜間診療を行っている診療所が上記の夜間加算を算定した場合でも、診療所の基本診療料収入はマイナスとなる可能性が高い。奈良民医連のある診療所では、夜間加算の影響がプラス15万円/月に対し、外来管理下加算の算定減の影響はマイナス23万円/月で、差し引き8万円/月のマイナスとなっている。また日中の外来件数の多い別の診療所では、差し引き25万円/月のマイナスとなっている。保団連の調査によれば、このルールのみで1診療所あたり平均7万5千円の減収、とりわけ小児科・皮膚科が深刻になっている。全体の減少額は年間約800億円にのぼるという試算もある。

3) 診療報酬改定が医療機関と地域医療にもたらす影響

2006年改定において、厚生労働省は「質の高い医療」を「効率的に提供する」ための改定であると唱えた。しかしここで言われている「質が高い医療」とは、多くの医療資源が必要な急性期、特に高度急性期医療のことだといえる。確かにその分野への十分な人員、設備の配置は必要であり、旧来の2:1基準を超える看護基準の設定などは以前より求められていたものであった。しかし全体としてのマイナス改定のもと、それ以外の分野での報酬の切捨て、引き下げが行われたため、中小病院の経営はさらに悪化することとなり、病床の撤退、診療の縮小が相次いだ。また慢性期医療を介護保険に移行する方向は示されたものの、介

護保険に医療保険からの移行者を受け入れるための整備はすすまず、むしろ介護療養病床廃止などで介護保険の給付は抑制される方向となった。

医療崩壊が叫ばれる中で本体部分プラスに転じた08年報酬改定だが、急性期への集約を目指した病床削減と、在宅医療への強引な誘導、後期高齢者診療料に代表される慢性期医療の抑制という前回改定の方向は引き続き進められている。さらに、外来管理加算などを通して、診療所や中小病院外来からのコストシフトが行われた。日医が行なったレセプト緊急調査では、4~6月のレセプト実績全体でマイナス0.31%、そのうち診療所ではマイナス1.85%、病院はプラス0.68%となっている。全体としてプラスとなった病院でも、中小病院では外来管理加算の算定減などの影響を大きくうけている。

地域医療という点から見れば、地域住民の命の「最後の砦」である高度な医療機関や危機の深刻な医療分野を救うために、その他の「前線」の医療機関・医療分野への財源を減らして移動させた形となっている。もちろん「前線」にも余力は無く、地域医療は個々の医療機関としても、地域医療全体としても必然的に縮小・再編という方向を選ばざるを得ない。だが、その縮小・再編も大きな矛盾を抱えており、地域医療の全面的崩壊の危険をはらむものとなっている。

Ⅲ 医療政策がもたらす地域医療の矛盾と克服

1) 地域医療の「再編」の矛盾

近年の医療制度改革、診療報酬改定は、公的医療費総額の抑制のみならず、医療の供給体制をゆるがし、縮小、再編をすすめるものとなっている。これにいかに対応するかをめぐって地域の中小医療機関は存続をかけた事業選択を迫られている。最近の医療経営に関するメディアでは「ポジショニング」という言葉が目立つようになっている。生き残る為には医療内容の収益性を高める「選択と集中」が必要であり、自院の体制から見て、どのような病床を選択するのか、または病床を老人保健施設等に転換するのか、外来はどの分野に力

を入れ、どこを切り捨てるのか、そうした見極めが求められるというものである。また地方公共団体の手によって運営されている公立・公的医療機関に対しては、医師不足、自治体財政難と相まって「効率化」「集約化」への圧力も同時に高まってきている。2008年度からは地方公共団体財政健全化法、総務省の「公立病院改革ガイドライン」によって、いっそうの削減、統廃合がすすめられようとしている。

医療の経済的、人的資源に限りがある以上、医療機関の「ポジショニング」「効率化」「集約化」自体は必要と思われる。特に医師数が少ない中で医療の質と安全性を確保するためにも、リスクの高い医療は集約して行なうことが望ましい。問題は、経営的あるいは行政的な選択とそれによる地域医療の再編が、果たして地域の医療需要に合致したものなのかどうか、医師・スタッフの労働環境と技術・士気の向上が果たされるものなのかどうか、ということである。

地域の一次・二次医療への財源が薄くなっている中で、医療経営、医療供給と医療需要との間にある根本的な矛盾は増大している。地域の医療需要を踏まえずに「ポジショニング」や「効率化」「集約化」を行うことは地域医療の縮小、切捨てとなって地域住民の受療を妨げるだけでなく、切り捨てられた医療需要が三次医療機関に集中し、さらなる疲弊を生むおそれもある。地域の医療需要に合わない機能再編は医療機関の経営にも悪影響であり、医師やスタッフは制度改革への対応のたびに業務が複雑化して多忙となるなか、再編でこれが改善されなければ士気が低下し離職につながるおそれがある。まさに地域医療の崩壊につながっていくことになる。

だが住民や自治体が地域の医療需要を訴え、地域の医療機関を守ろうとしても、医療経営の困難、自治体の財政問題、医師不足が壁となって如何ともしがたいのもまた事実である。需要があろうとも財源の見通しがたたなければ、医師やスタッフの労働環境を維持できず、医療を継続していくことができない。

2) 矛盾を乗り越えるための課題

地域医療をめぐる矛盾の中で患者・地域住民は不満と不安を強め、医療者は疲弊し、時に相互不信に陥っている。この矛盾に対する根本的な解決策は、医療費抑制政策の見直し、公的医療費の拡大であるということは言うまでも無く、今や医師会、保険医協会を始め多くの医療団体が異議をとなえて運動し、与党内部でさえも見直しの声が出ている。しかし、未だ政策の転換にはいたらず、2009年度以降においても、部分的な対策はとられながらも、社会保障費の圧縮は進められる見通しである。今のままでは、医療の崩壊は特定の地域や分野の問題ではなく、あらゆる地域、あらゆる医療に起きていくことになる。これを阻止するためには、医療者と地域住民が危機を認識し、地域医療を守る取り組みを協同して進めていくことが必要であると考えられる。

医療者と地域住民の間には、情報の非対称性に基づく認識の違いが横たわっており、それはしばしば「利害対立」として反発を生む。例えば医療団体が政府に診療報酬の増額を求めた時、税負担の問題と絡められて医療者のエゴとして批判を受けることがある。他方で地域の医療機関を維持しようとする住民や自治体の活動が、現場の医療者が求める労働条件、環境と一致せず、住民のエゴだとして医療者の反発を生んでいることもある。

3) 医療の公共性、社会性を問い直す

ここで大事なものは、医療の公共性、社会性の認識である。医療は市場で等価交換される商品ではなく、すべての個人の生命、尊厳を支え、社会の維持、発展に寄与するものであること、医療に用いられる財物や技術は、公有・私有を問わず、社会全体の資源であること、医療の供給はさまざまな条件により制約され、需要に対し有限であるという認識である。これを地域医療に当てはめれば、地域の医療機関、医療者の持つ力は地域の資源であり、有限なその資源を地域社会の維持、住民の生活のために必要に応じて公正に供給するべきものということになる。ただし地域社会内で完結できるものではないので、全体社会との関係もつね

に考えていかなければならない。

この認識にたつて地域医療のあり方を考える時、医療者と住民の協同による取り組みの必要性和可能性が見えてくる。地域医療の公正な供給は、行政任せでも、まして市場任せでもありえない。これらに制約を受けつつも、地域住民と地域の医療者が対等の立場で議論を重ねてはじめて実現できる。その議論から地域の本当の医療需要・要求と医療供給・経営の現状を明らかにして、住民の生命を守る地域医療の体制をいかにして守り育てていくか、住民から建設的な取り組みが生まれことが期待できる。個々の医療機関の「ポジショニング」や「効率化」を考える上でも、経営や行政の視点だけでなく、住民や医療者の多様な意見を引き出して検討することができる。また公的病院・診療所の存廃、病床削減などの地域の医療再編問題については、より具体的かつ明確な反論、提案の運動が可能となる。

医療の公共性、社会性を共通認識にして地域の医療需要・要求と医療供給・経営の現状を明らかにすれば、地域内で解決しがたい全体的矛盾である、医療費抑制や地域医療財源の貧困、医師不足問題に対しても、協同で運動することが可能となってくる。医療者・住民・患者が「業者と顧客」あるいは「公費の受益者と負担者」という図式に分断されるのではなく、地域を軸に医療の充実を共通の要求として取り組む道すじができる。

Ⅳ 医療者が果たすべき役割

地域で住民と医療者の協同をつくるためには、まず情報を得やすい側である医療者が現状を正しく認識し、声を上げていく必要がある。医療者が住民を啓蒙するという意味ではない。医療者、特に医療労働者が率直に自らの苦境を訴え、地域住民に対し現状を伝えることから始まる。それは時に反発を受けることもあるが、地域住民、そして国民の間に「医療費、社会保障費は必要だが『できるだけ』抑制しなければならない」、あるいは「医療は公的なものだから、必要なだけ受けられる『はず』だ」という一般論的認識が多数である限りは、いかに医療者が行政に訴え、運動しても政策を変えることは難しい。現場からの率直な声で、

住民の認識に一石を投じ、一般論にゆさぶりをかけることがまず必要となってくる。地域の手で小児科医療を守る取り組みが行なわれている兵庫県丹波市の例ivでも、現場の小児科医師からの深刻なメッセージが運動のきっかけとなっている。医療運動においては、増員運動の広がりなどで様相が変わってきているが、まだ医療者が患者・住民に対して診療報酬増などの「医療者の利益」を主張することには慎重なところがある。しかし、今の医療情勢の中でこの点を捨象し、患者・住民の利益のみを前面に出して住民に訴えるならば、真に「医療者と患者の対等な関係」とはいえず、住民・患者の支持も微温的にしか得られない。医療者が自らのための声をあげることで、住民と医療者、住民と住民、行政の間に議論を起すことが必要である。この議論が住民の医療不信を強める方向ではなく、医療者への信頼と対等な協力関係作りに向かうために、医療者の側は公的・民間を問わず自分たちの医療機関は地域住民の財産であるという意識のもと、積極的に情報や知識を公開、提供し、地域住民の不信を除き、住民との結びつきを強めることが求められる。一定規模以上の医療機関は、機関・法人の経営方針や財政に関する情報も公開し、地域住民の議論に乗せることも必要と思われる。

また医療機関、団体の枠を超えて医療者同士の連携を広げられれば、運動と協同がより進むことになるだろう。地域の個々の医療機関が持っている医療需要に関する情報を、二次医療圏等を単位にまとめあげれば、行政が行う調査よりもきめ細かく、重層的な医療需要と供給の実態を明らかにすることができる。

2006年の医療制度改革では、「医療費適正化計画」と新「医療計画」の策定など、都道府県を単位に多くの計画と運用が行われることとなり、今年度から本格的に動き出している。「切れ目のない医療体制」などの目標が掲げられ、医療圏ごとに個別、具体的施策が行われることになるが、全体的な医療費抑制政策のもとでは医療機関の淘汰につながり、地域医療の矛盾をより深めるものとならざるを得ない。だがこれは、地域住民に医療機関の必要性についての議論を起し、地域を軸に住民と医療者が協同し、施策の転換を求める運

動を作り上げる契機ともなりうるだろう。

〔参考文献〕

伊関友伸『まちの病院がなくなる？地域医療の崩壊と再生』時事通信社 2007年

宇沢弘文『社会的共通資本』岩波新書 2000年

大村昭人『医療立国論』日刊工業新聞社 2007年

金川佳弘『地域医療をまもる 自治体病院経営分析』自治体研究社2008年

二木立『医療改革 危機から希望へ』勁草書房 2007年

二木立『医療改革と病院』勁草書房 2004年

非営利・協同総合研究所いのちとくらし編 角瀬保雄監修『日本の医療はどこへいく「医療構造改革」と非営利・協同』新日本出版社 2007年

日野秀逸編著『地域医療最前線 住民のいのちを守る政策と運動』自治体研究社 2007年

本田宏編著『医療崩壊はこうすれば防げる！』洋泉社 2008年 109-132ページ

厚生労働省「第16回医療経済実態調査」2007年実施

(むかいがわ まさひで、医療法人健全会土庫病院事務)

i 2007年12月にA病院の近接診療所1ヵ所を閉鎖し、病院外来に統合

ii 安藤高朗「医療難民・介護難民はこうすれば解決できる！」本田宏編著『医療崩壊はこうすれば防げる！』洋泉社 2008年 109-132ページ

iii 「入院医学管理加算」は、2008年改訂で算定要件が抜本的に変更され、名称は同じだが全く別の点数となった。「勤務医の負担軽減策」「外来の縮小」というこれまでに例のない要件が定められている。後者については「初診に係る選定療養（保険外実費徴収）」を行っていることが通達で条件として明記されており、初めて選定療養の実施を診療報酬本体の算定要件としている。これは他の入院基本料加算等に拡大されることで、入院料の事実上の混合診療化につながる危険性を持つことが指摘されている。

iv 和久祥三「小児科医療崩壊を防いだ実例を見よ！～絶望の辞職宣言からの奇跡～」本田宏編著『前掲書』洋泉社 2008年133-153ページ

住民のいのちを守る小さな村の取り組み

—長野県栄村—

前沢 淑子

はじめに

いま、医療構造改革、医師削減政策が深刻な地域医療崩壊、医師不足の危機を招いている。この待ったなしの状況のなかで、自治体が「住民のいのちと健康を守る」役割を果たして欲しいと、全国津々浦々で「地域医療を守れ」の世論と住民の運動が広がっている。長野県のちいさな村—栄村—では、村長を先頭にした高齢化への対策を優先課題とした取り組みと医師確保、それに呼応し「無医村になったら大変！」と、単身赴任した80歳の市川俊夫医師の奮闘ぶりをレポートした。

栄村の概要

長野県の最北端に位置する栄村は、東西19.1キロメートル、南北33.7キロメートル、周囲106キロメートルにおよび、271.51平方キロメートルの広大な面積を有しており、その92.8%を山林原野が占める。また、8市町村と接しているため境界



出典：栄村ウェブサイトより

線は複雑なラインを描いており、北部を千曲川が東西に横断し、志久見川・中津川が南北を縦断して流れ、これらの沿岸部に集落を形成している。南部は鳥甲山、苗場山を中心に2,000メートル級の山々が連なる山岳地帯で、日本海型の気候により全国で有数の豪雪地である。平均積雪量は3メートルにもなり、昭和20年（1945年）2月12日にはJR森宮野原駅構内で7メートル85センチの日本最高積雪を記録している。栄村は、昭和31年（1956年）の町村合併で誕生した。合併後の昭和35年（1960年）の人口は6361人、高齢人口498人（7.83%）から平成20年（2008年）には2438人、高齢人口1086人（46.55%）となっている。高齢化への対策が村の施策のなかでも一番の優先課題となっている。今年5月に5期20年、全国に「小さくても輝く自治体」のネットワークをつくり、自らも住民自治の村として独自施策を実施してきた高橋彦芳村長のあとを継いで島田茂樹氏が村長に就任した。島田村長は、その政策に「福祉対策最優先」を掲げ、「ゆいの心で村民本位の村政を」をスローガンに職員とともに努力する決意を述べている。

安心して住み続けられる村へ、暮らしまるごと支援

「健康長寿で毎日を過ごせるよう応援したい」を目標に行われている5つの単独事業は、どれも住民参加の施策である。山に囲まれた農林業中心の村、高齢化の進む村の現状に合わせて暮らしを支援するものである。「田直し事業」「道直し事業」とともに医療・福祉・介護にかかわる以下の事業がある。

①げたばきヘルパー

「近所、隣なら下駄を履いて真夜中でも雪の中

でも駆けつけられる」と「げたばきヘルパー」と名付けられたこの制度は、平年2～3メートルの積雪地にあり、山里に点在した集落で24時間の安否確認と介護ができる態勢づくりを期待してつくられた。31集落の1級1人、2級54人、3級59人の総勢114人（男性7人、女性107人、20歳～70歳以上17人）の有資格者は、村の社会福祉協議会に登録し、村内集落を8地区に分け、ヘルパーによるワーキングチームを作り、24時間の介護を実現させるもので、住民パワーをもって住民による安心ネットで高齢者が住みなれた郷土で希望を抱き安心して暮らせる村づくりをめざすものである。平成20年度初めの65歳以上人口は1,086人、そのうち一人暮らしは210人（19.3%）、寝たきりは5人である。要介護認定者は、165人（第2号被保険者1人、要介護4：24人、要介護5：23人）で広域外も含め、老人ホームには37人が入所している。げたばきヘルパーのサービスは、デイサービス、介護予防事業、ホームヘルプサービス、配食サービス、安心コールサービスでそれぞれがサービス内容ごとに登録している。要介護者のうち施設介護サービス受給者は54人でヘルパー派遣世帯は16世帯（1.72%）、山村でのひとり暮らしを支える安心サービスとなっている。

②雪害対策事業（雪害対策救助員事業・道踏み支援事業）

住民の高齢化と過疎化により、自力では住宅屋根の雪下ろしや排雪が困難な世帯が増加したのに対応する「雪害対策救助員設置要綱」に加え、自

力で自宅から除雪路線までの道踏みが困難で、他からの支援が望めない世帯に対し道踏み支援事業を行っている。平成12年から村が道踏み支援員（19年度は、35世帯が支援員として登録し66世帯を支援）などを派遣し、無料で道踏みを支援している。平成17年度から国の介護予防生活支援補助金が廃止になったため、県単補助金がこの費用（約208万円）に当てられている。

③デマンド交通

村内のバス路線は、村直営の村営バス（49人乗り）と民間バス会社に村が運行補助金を出している東部線及び秋山線があったが、年々利用者数が減少し村の負担が増加し運行維持が困難になった。平成17年度から検討をはじめた結果、経費が安く散在する集落間を効率よく移動できる、乗り合い方式の戸口から戸口まで乗客を送迎するデマンド交通システムバス「かたくり号」を平成19年4月から導入した。平日のみの運行で区域内は一律300円、車両は9人乗りと14人乗りの2台で予約を受けて運行している。通園、通学にも利用され、平成19年度は1日平均31.6人の利用である。

無医村の危機を脱して山村医療の継続へ

（1）村の診療所のもつ重要な役割

現在、診療所には1日40～50人近くの患者が訪れる。ほとんどが高齢者である。部落からバス（デ



はざかけには83歳の奥さん

マンドバス)で来る患者さんで待合室は診療の始まる前からいっぱいである。この地域には、栄村国保診療所を除くと、隣の市に飯山赤十字病院、新潟県側には津南病院があるが交通の便が悪く、公的交通機関しか利用できない高齢者にとっては1日がかりになる。身近な診療所は、高齢者にとってなくてはならない存在である。また、校医や広域連合で運営されている70床の特別養護老人ホームの嘱託医も要請されていることから村民はもとより、広域の高齢者からも頼りにされている大きな役割を果たしている。

(2) 村の診療所の危機的な歩み

診療所は、昭和28年(1953年)9月に下高井郡堺村国保直営診療所として開設されたあと、以下のような歩みをたどって、現在に至っている。昭和35年(1960年)の人口は6,361人(高齢化率7.83%)から平成20年(2008年)の2,438人(高齢化率44.54%)となり、38%の人口減少と高齢化率5.7倍と変化するなかで多難の歩みである。

- 昭和31年(1956年) 町村合併にて「栄村」誕生
栄村国保診療所に名称変更
- 昭和33年(1958年) 秋山診療所開設 看護師1名
常駐 隔週1回の出張診療 冬
期間は診療なし
- 昭和47年(1972年) 栄村国保診療所 医師不在で
無医村に
- 昭和48年(1973年) 栄村国保診療所を役場敷地内の
村民会館に開設
- 昭和50年(1975年) 常勤医師がいなくなり飯水医
師会より週2回午後の出張診療
- 昭和52年(1977年) 韓国から医師を招聘し診療を
継続
- 平成7年(1995年) 国保診療所を廃止 開業医の
栄村診療所が開業
- 平成20年3月(2008年) 医師の廃業により栄村診
療所廃止
- 平成20年4月 栄村国保栄村診療所開設 市川医
師を迎える
- 5月 高橋彦芳村長から島田茂樹村長へ

(3) その危機を救った80歳の医師

あわや無医村になる危機を救ったのが80歳の市川俊夫医師である。「栄村で医師生活を全うし白衣を脱ごう」と決意し、単身赴任した。市川医師は、昭和24、25年の頃にこの村で過ごしたことがあるというが、当時の思い出は遠い記憶でも地域も変わっている。東京民医連加盟の城南福祉医療協会の理事長、目黒医療生協理事長としてゆたか病院(現在は診療所)などで診療を続けてきた市川医師にとって山村での診療ははじめて。まして診療所の医師住宅での単身生活もはじめて。80歳での初体験へ挑戦したふところの深さに脱帽する。活躍の様子は、多くのマスコミでも取り上げられ話題になっている。地元の津南新聞は、「村民の安心の拠り所の市川医師。白髪の温厚な人柄が、栄村の人たちに、大きな安心感をもたらしている。」(10・12)と赴任6カ月の状況を紹介している。月～金曜日までは診療所での外来診療、水曜日は往診、木曜日は車で1時間かけ新潟県との境にある日本の秘境といわれる秋山郷にある診療所への出張診療。新緑の春や紅葉の秋は美しい風景が心を休めてくれるが、豪雪の冬や突然の雪崩に会うこともあり危険をとまなう。しかし、雪に閉ざされた地域で医師を待つ人たちがいる限りでかけなければならない。そして、小中学校での健診、特別養護老人ホームの定期往診と看護師さんからの呼び出しに応える。他と比較して入所者の医療依存度は高く、夜間の電話相談も多いという。前掲の津南新聞の取材に「僕にとって初めての山間地での医療業務。お年寄りが多く、雪深いこの地でのみなさんのご苦労が良くわかります。足腰を

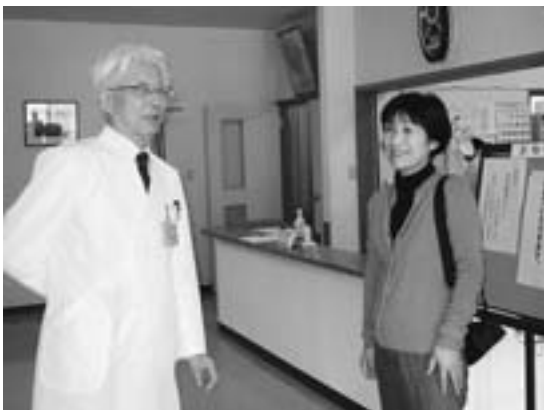


雪下ろし

病んでいる人が多いですね。それだけ、大変な労働をされたのでしょうか」と語り、診療所を訪れるお年寄りには「ごころさんだったね」と声をかけているという。この様子を地元NHK長野のイブニング信州が紹介した。背中が丸くなった高齢者に、「よく働いたんだね」とねぎらいの声をかけ、その背中に触れ「変わりなし。大丈夫!」ときっぱりという姿はやさしく、ほっとする患者さんの顔がいい。「慢性的な疾患も多い」と指摘し、長い間胃薬を飲んでいて人に胃カメラをすすめ、「胃がんも3例発見したよ」と11月に訪問したと

きに報告してくれた。本当に力強い存在だ。「次の医師が着任するまで」との約束での赴任が半年を越えたとき、近隣の市出身の内科医師が後任として決まった。誰よりも喜んだのは市川医師である。着任までの5カ月、長い冬を乗り越えるのが村と市川医師の大きな仕事になった。2009年栄村の新春を市川医師とともに迎え、後継の医師にしっかりバトンを渡せるよう声援を送りたい。

(まえざわ としこ、会員、東京民医連)



市川先生と筆者



栄村診療所



デイケアでのクリスマス

キューバの医療制度におけるポリクリニコ(地域診療所)の役割

石塚 秀雄

1. キューバ革命後の医療政策

「医療は連帯の新しい武器である」とチェ・ゲバラは言った。

1959年のキューバ革命後、キューバ政府は国家計画による普遍的医療制度を計画した。医師でもあったチェ・ゲバラは、「革命的医療について」という1960年8月に行った演説の中で、有名な医学者になろうとしていた放浪好きの若者だった自分が、ハイチとサントドミンゴ以外のすべての中南米各国を旅行して目撃したものは、人々の貧困と病気と飢餓であり、疾病による高い死亡率と政治経済的な暴力支配であったと述べた。ゲバラは革命的医師になることを決意したが、革命家そのものになってしまったという。そのゲバラは言う。新しいキューバを建設するために、医療概念を変えなければならない。すなわち、都市の大病院が常に人々に必要なわけではない。農民に医療と医療教育をすることがまずもって必要である。それによって人々による生産と福利が向上する、と。

キューバ憲法第50条は次のように規定している。

「すべての人は健康を達成し守る権利を有する。国家はこの権利を保障する。

—無料の医療と入院の提供。農村医療サービス機関、ポリクリニコ、病院、予防医療センター、特別治療機関等のネットワークをつうじて行う。

—無料の歯科サービスの提供。

—保健教育の普及、定期的医師試験、ワクチン、予防医療の提供などの計画。これらの計画はすべての国民と大衆組織、社会組織と協力して行う」

キューバ革命当時、キューバに残っていた医師は、わずか3000人にしかすぎなかったという。医師の国外流出も多くあった。キューバの医療の国内自給化計画はそのとき以来の課題であったと思われる。キューバの経済的危機はソビエト連邦の

崩壊によって、ソ連による財政支援が無くなったことにより1990年前後から加速化され、自立化に方向転換した。もちろん米国による経済制裁が最大の障害になっている。現在、国際的経済関係は中国やベネズエラなどとの貿易が増大している。

現在キューバの医師数は、世界有数の人口比であり、住民170人に1人の医師がいる。医師の給与は国民平均賃金の1.5倍にすぎない。所得を増やすために医師による兼業もあるという話も聞かれる。キューバの医師数は1999年には人口10,000人当たり58.2人となった。発展途上国にありがちな伝染病などの発生数や幼児死亡率（アメリカよりも低い）は、キューバにおいては極めて低く、そうした指標がキューバを医療先進国という評価に導いている。

2007年には医療データなどの国内電子ネットワーク化を行い、世界の最先端をいくことになった。それは INFOMED と呼ばれる。

キューバの医療機関はすべて国営・公営であり、民間病院・診療所はない。

キューバの普遍主義的な公的医療制度（SNS）は、公的予算に基づいており、いわゆる民間医療機関は原則的に存在しない。医療労働者はいわば公務員である。計画経済の下、労働者は所得税を徴収されない。近年、市場化を一部開放して、自営業者の存在を認めはじめ、彼らからは所得税を徴収している。しかし、混合経済を公式に認めてはならず、国営企業による計画経済体制を堅持する方向のように見える。計画経済と効率性は両立するののかというのはよく知られる論点である。

キューバの1人あたりのGDPは世界の中位くらいに位置しているが、医療と教育の水準は世界有数と言われている。その意味あるいは意義はどこにあるのであろうか。キューバのGDPの構成を見ると（2005年度）、農業4.6%（同労働人口構成比21.2%）、工業26.1%（同14.4%）、サービス

産業69.3%（同64.4%）となっている。すでに農業国とは言えないが、農民の比率はそれに比べると高い。キューバの輸出と言えば砂糖とタバコであり、ニッケル、鉄、セメントおよび薬品などがある。主要輸出先はオランダ、カナダ、中国などであり、主要輸入国はベネズエラ、中国である。

キューバの公的医療制度は1960年代に確立され、医学校設立、ポリクリニコ制度設立、ワクチンの実施、国营製薬会社設立などが行われた。1970年代になると、医療供給の実施責任を県と地方自治体に移管していわゆる分権化をすすめて、医学教育の整備、地域ポリクリニコ医師養成の強化に努めた。1980年代には医学研究センターや医療技術開発に力を入れた。

キューバの公的医療制度は3層構造をなしている。それは第一次から第三次医療に対応するといえる。すなわち、行政的には保健省、県保健局、地方自治体保健部の3区分であり、それぞれ国(保健省)が所管する医科大学病院、医学研究センターなど。県段階の病院、診療所、血液センター、その他。また地方自治体における家庭制度とポリクリニコ、介護施設などが対応している。これらの行政的な区分に社会主義体制独特と言って良いかわからないが、諮問機関としてそれぞれの段階で保健委員会が付随している。とりわけ地方自治体レベルで設置されている人民会議 (consejo de popular) と地区代表者会議および保健委員会が地域住民や大衆団体、社会組織 (職能団体など) の参加を保障するものとなり、医療制度に対するいわゆる住民参加を保障する機能を果たしていると思われる。図式的にいうと、キューバは県や地方自治体の行政と地域団体と医療機関との3つの協議機関が利害当事者的な関係を構築している分

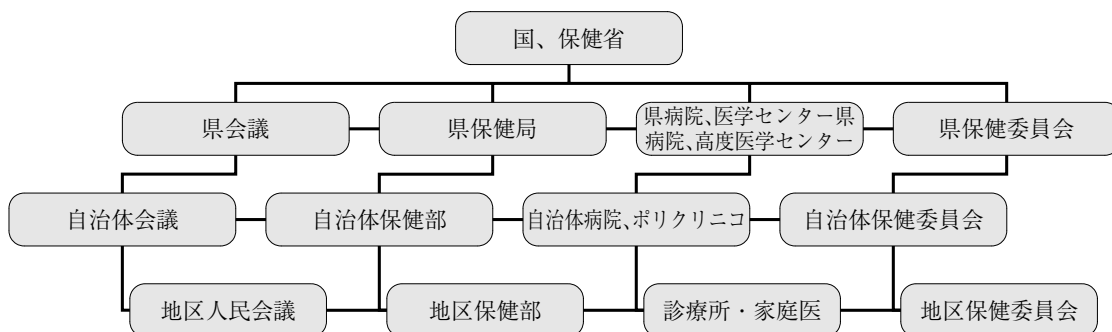
権型モデルとみることができる。しかし、それは相互チェック型と呼ぶこともできよう。

2. キューバ医療の国際協力

1989年以降、キューバは国連、WHO、UNICEF、FAO などとの関係を強めて、とりわけ、発展途上国の保健医療サービスに医師を派遣して協力するようになった。これによりキューバ医療の発展途上国での有用性の評価は高まり、また発展途上国のキューバにおける医学生教育も行って、医師養成の国際的役割を担っていることは周知の通りである。

キューバは68カ国に25,000人の医師を派遣している。また国際的災害 (近年で言えば、インドネシアなどの津波、パキスタンの地震被害など) に緊急支援医療団を派遣している。医師派遣はアフリカ、アジア、中南米の各国が含まれる。これはキューバの国際連帯精神の発露であるとともに、有力な外交的経済的手段である。

しかし、このことは、単純に手放して好ましい事柄として捉えることはできない。発展途上国同士の国際協力として評価できる側面は、各国の医師養成支援であり、緊急あるいは過渡的な対策としての医療サービス派遣である。一方、キューバも国際的連帯精神という社会的理由ばかりではなくて経済的理由もあるであろう。その一例は、ベネズエラへの医師の派遣である。キューバとベネズエラは2005年に「奇跡手術作戦」と呼ぶ共同医療プログラムを結び、医師約7,000人を派遣し、その見返りとして1日辺り9万バレルの原油供給を受けている。これを非難する者もいるが、貿易の一形態と考えれば、その点において非難されることはないであろう。しかし、一部の旧植民地の



ような社会的政治的な基本的なインフラが整備されていない国においては、医師の大量派遣はそれなりの意味があるが、ベネズエラのような「中進国」の場合に、大量の外国人医師が導入されることは、一国の社会システムにとって重大な意味をもたらすと思われる。ただし、ベネズエラを中心として「シモン・ボリバルアメリカ合衆国」のような構想が下敷きとして仮にあるならば、そうした医師派遣政策の必然性も了解は可能である。こうした点でキューバによる外国への医師派遣プロジェクトは、きわめて複雑な国際政治の要素と見なされることになる。

3. 家庭医・コンサルトリオ

2006年8月1日のイギリス BBC 放送はキューバ医療から学ぶとして特集をした。それによるとキューバには256病院、13医学研究センター、445の24時間オープンなポリクリニコ、13,857人の家庭医がおり、1人当たりの年間医療費は251ドルで、比べてイギリスは1人当たり2,389ドル、米国は5,711ドルであるという。キューバは米英に比べて医療費は10分の1程である。ただしこれは国民所得と比較しなければ、生活感覚としての費用はつかめないであろう。ちなみに、2007年度で見ると各国の1人当たりの国民所得（GDP）は、米国（45,790ドル）、イギリス（44,693ドル）、日本（34,254ドル）、キューバ（4,049ドル）となっているので、米英とは約10倍あまりの格差がある。とすると同じNHS型のイギリスとキューバはほぼ同レベルの医療費支出をしているといえよう。

家庭医はキューバ医療の3層構造の基礎をなすものである。1984年から家庭医制度は開始された。家庭医は看護師と組み、約600人の住民（患者）すなわち150家族を担当する。家庭医はコンサルトリオ（相談医）とも呼ばれ、年1回は住民を訪問する。これは予防的医療ばかりでなく生活習慣や環境についてもアドバイスするものである。午前中は診療所で診察し、午後は家庭訪問を行うのが一般的な形態であるという。在宅治療および介護、予防活動などをおこなう。家庭医はまたオルターナティブ医療の研修を大学で受けている（200時間）。家庭医を超える範囲の患者はポリクリニコ

に行く。

イギリス BBC によるキューバ医療の評価は高く、予防医療とコミュニティにおける地域医療の充実がその特徴だと指摘している。また、その理念はチェ・ゲバラ構想による革命的ロマンチズムと一方でプラグマチズムが合わさったものだと評価している。カストロ人気は国民の保健状態がよいからではないかとまで言っているように、キューバでは医療は非常に重視されている。経済はアメリカの不当な経済封鎖によって厳しいからこそ、キューバは医療を基軸にして社会的安定を図っているといえよう。

4. 地域診療所ポリクリニコ

ポリクリニコについてはBBCはすばらしい発明だと言っている。ポリクリニコは、内科や看護が中心であるが、神経科、ソーシャルワーク、心臓病などを持つポリクリニコもある。また、いわゆるオルターナティブ医療の組み合わせもある。ポリクリニコは24時間オープンで、病院にいくまでもない簡単な手術までを行う。

キューバの地域診療所制度（ポリクリニコ）はキューバ医療の中心的な役割を果たしている。それはなによりも地域医療としての役割と、また社会主義体制独特の地域における労働単位との関係である。さらにポリクリニコの医療的使命を支える労働倫理といったものも重要である。キューバの医療従事者たちの賃金は社会主義的に「低い」。しかし、医療における使命感といったものは、いわゆる「社会的使命感」に支えられているはずである。ポリクリニコ規則にはその基礎となる条文も見いだすことができる。

以下、「ポリクリニコ一般規則」を見てみよう。キューバの法制度についてはつまびらかではないが、キューバ社会主義国におけるポリクリニコ規則は独特の条文が含まれている。まずは項目を列記し、必要に応じて若干のコメントをつけた。

ポリクリニコ一般規則

1983年7月13日 公的医療法41号

1994年11月25日付 省令「予防医療と住民治療サービス」などに基づく。

第1章 一般規則 第1条—第7条

第2章	ポリクリニコの組織	第8条—第15条
第3章	ポリクリニコの機能	第16条
第4章	ポリクリニコの内容	第17条—第19条
第5章	経営委員会	第20条—第27条
第5章	つづき 諮問諸機関	第28条—第34条
第6章	会議	第35条—第39条
第7章	計画	第40条—第43条
第8章	ポリクリニコの経営機関の共通機能	第44条
第9章	学生の義務事項	第45条—第46条
第10章	ポリクリニコで働き学ぶ全員の禁止事項	第47条
第11章	患者と家族の権利と義務	第48条—第49条
第12章	ポリクリニコにおける教育、研究、拡大の基礎	第50条—第56条
第13章	教育モデルの作成と統制	第57条—第58条
第14章	専門職の認定とモデルの統制	第59条—第61条
第15章	労働文書。診療史	第62条—第66条
第16章	ポリクリニコの治療基本チーム	第67条—第71条
第17章	ポリクリニコの救急医療	第72条—第73条
第18章	ポリクリニコと救急センターとの関係（統一救急体制）	第74条—第78条
第19章	公的救急体制とその他の機関	第79条
第20章	外国患者医療対応	第80条
第21章	診療	第81条—第83条
第22章	法医学	第84条—第88条
第23章	身体の安全と保護	第89条
第24章	労働と環境における安全と健康	第90条
第25章	患者、家族、行政に対する情報	第91—第92条
第26章	医療チームの政策	第93条—第102条
第27章	経済計画と統制	第103条—第107条
第28章	ポリクリニコの衛生・伝染病活動	第108条—第110条
第29章	行政監視局による監視	第111条—第115条
附則	第2—第6	
規則確認日付	保健省	2008年6月17日 保健大

臣 Balaquer CABRERA

次に注目される条文について、その概要を示す。まずは、ポリクリニコの地域医療に対する責任が示される。

第2条 ポリクリニコは地域医療を提供するものであること。

第4条 ポリクリニコの条件

a) 特定の医療区域を持つ。b) 医療、予防や介護などでの専門技術を持つ。c) 24時間サービスをおこなう。

第5条 ポリクリニコの目的は、住民の健康維持改善。地域の医療機関との協力。

次に、ポリクリニコの基本的な価値が社会主義体制独自の倫理やエートスによって示される。こうしたものが規則化されるということは、やはり社会主義体制であるからで、資本主義国の法規制とは異なる特徴を持つ。

第6条 ポリクリニコは幹部、経営者、公務員、労働者さらに学生により構成される。倫理と社会主義的合法性に基づく。

第7条 ポリクリニコの共有価値

- ①革命原則への忠実性：革命の理念と達成点について忠実であること、医療の価値を高めること。
- ②モラル：社会主義原則を保持して、われわれの活動の基礎としての革命性、専門性、医療の方向性を保持すること。
- ③社会主義的医療倫理：革命的モラルを保持して、人間的価値、祖国、専門性を医療活動の中に反映させる。
- ④専門性：キューバ公的医療サービスの技術性、人間性を保持するために能力と経験を重視する。
- ⑤国際主義：世界のどの場所でも人間的連帯の表明として医療支援を行う。人間の苦痛を緩和し、医療を改善し、そうした場所での医療の高い指標を獲得する。
- ⑥連帯：人々の間での相互扶助により生活の質を高め、国内国際的な人間的改善に貢献する。

望ましい価値

- ①人間性：労働者、家族、コミュニティの尊厳のために、感性と理解を伴った活動をする。

- ②規律：労働の質を高めるために規則や原則に基づき行動する
- ③職務遂行：労働者各人は日常の業務に専心する。
- ④献身：医療サービスのために各人は利他主義、寛大さ、無私に基づいて活動する。
- ⑤無私と謙譲：人間的潔さ、真実愛好、自己の活動に対する厳しさと繊細さ。
- ⑥誠実と清廉：革命的モラルに合致し、名誉を重んじ、誠実、自己に厳しく、謙譲さを持ち、有言実行。
- ⑦批判的精神と自己批判：指摘や意見に対しては受容性を持ち、仲間の欠点をきちんと指摘して、自己の活動を深く自己分析して、変化の決意に導く。
- ⑧主体性：医療サービスの質を下げるような問題に取り組むための技術や管理能力を持ち、勇敢に解決に取り組む。
創造性：医療サービス遂行のための技術と管理能力。解決のための革新と新しい方法の探求。

第8条 管理の水準

- a) 第1レベル：所長、副所長（医師）、教師、総務、衛生疫学管理者、診療管理者
- b) 第2レベル：各労働基礎グループ長、各サービス部門長

第9条 医師相談者【家庭医】

- a) 医師相談者第1型：治療と診療
- b) 医師相談者第2型：治療のみ
- c) 補助相談者：MINASP（医療省）の定義による。コミュニティに合わせて派遣される。24時間医師や看護師の補助を行う。人口や罹病率により派遣数は異なる。

第10条 組織単位

患者数に基づき、サービスと区分が決められ、医療労働基礎グループが形成される。

第12条 ポリクリニコのサービス

12.1 診療

- a) 診療、寄生虫対策、b) 微生物学、c) エックス線、映像、d) 内視鏡検査、e) 胆汁排膿、f) ECG、g) アレルギー対策、h) 検

眼、i) 聴力測定

12.2. 救急

- a) 自治体地域救急、b) 外傷、c) 救急診察、d) 観察、d) 治癒、f) 注射、g) スプレー、h) 血栓、i) 電子心電図、j) 緊急胃潰瘍

12.3. 産科小児科

- a) 家族計画、b) 不妊夫婦治療、c) 月経、d) 小児科、e) 産科、f) 婦人科、g) 分娩室、h) 育児室、i) 子宮ガン予防

12.4. 労働基本グループ

- a) 第1型家庭医、b) 第2型家庭医、c) 補助診察者

12.5 看護師

- a) 消毒、b) ワクチン

12.6. 外科診療所

ポリクリニコの医療従事者についての規定では、医学生などがメンバーとして組み込まれているのは、いわば研修制度のひとつのあり方である。

第14条 労働基礎グループ（医療グループ）

総合医師、監督看護師の下に専門医・内科医、家庭相談看護師、治療助手、歯科医、医学生、看護学生、精神療法士、保健師など。さらに協力者として医療専門家、ソーシャルワーカー、リハビリ専門家、地域薬剤師など。

次にポリクリニコの機能である。ここでは地域住民の健康管理、予防、医療従事者の教育などを列記し、ポリクリニコが保健を通じて、「いのちとくらし」を側面から支援する役割が示されている。

第16条 ポリクリニコの機能

- a) 住民に対する内科、歯科、その他病気の診療をして予防、健康推進、リハビリを行い医療の総合的活動を行う。
- b) 住民の健康問題を常に注視する。
- c) 環境保護、病気と伝染病の統制、学校での保健、職場での保健を推進する。
- d) 専門家、技師、その他医療労働者の医療教育活動の推進。
- e) 医療分析による定期的な科学的活動による住民の保健問題の解決。キューバ医療の国際協力
- f) 地域住民と患者、労働者、学生に対する保健教育の推進。

- g) 伝染病の防止活動。
- h) 住民に対する病気の予防活動の推進のための資源の活用。
- i) 患者が国家医療制度を享受できること。
- j) 地域の医療機関を統合すること。
- k) 住民の健康推進のためにコミュニティの諸組織間の関係強化
- l) 災害からの被害を防ぐ準備
- m) 国際的使命のために医療労働者の育成計画実施

次にポリクリニコの中には諮問機関がいくつか存在する。第28条から第34条まで。科学委員会(医療技術的問題を取り扱う)、労働チーム委員会(労働条件などを取り扱う)、品質評価委員会(医療の質の問題を取り扱う)、医療倫理委員会、適正委員会(医療業務が規範に沿っているかを扱う)。

ポリクリニコの管理職の機能は第44条に列記されている。

第44条 ポリクリニコの管理職の共通機能

- a) 労働チームによるサービスの基本水準の維持
- b) 個人的責任遂行管理
- c) 組織の使命と目的の理解をさせる
- d) 管理指導
- e) 労働計画の指導承認
- f) 人材、資材、財政の活用
- g) 規則の遵守徹底
- h) 人事の対応と確定
- i) 教育活動の実施
- j) 医療労働者に対する政治イデオロギー指導、専門技術指導
- k) 品質プログラムの計画実施
- l) 毎月の部門別会議の開催
- m) 休暇計画の策定と保障
- n) 文書や情報の発行、管理
- o) 労働規則遂行監督
- p) 違反、犯罪、腐敗の防止
- q) 国民医療制度や経済部門における科学的達成の一般化
- r) チームの政策の策定と実施
- s) 統合化の推進
- t) 医療労働者の国際的使命の支援。
- u) 災害対策、戦時医療計画の策定と実施

- v) 人間に対する十分な配慮の保障
- w) 民間防衛、資産防衛、国家秘密防護の遂行
- x) 医療、労働安全、環境などの法律の遂行と専門委員会での検討

さらに第47条ではポリクリニコで働く医療労働者のサービス提供における禁止事項が列記されている。なんとなく実状というのが見えるようである。

第47条 禁止事項

- a) 他の地域の人とのアクセス
- b) 労働時間外に施設に立ち入ること
- c) 労働時間終了後に電灯や機器をつけっぱなしにすること
- d) 他人の出入りカードを使うこと
- e) 医療機関でタバコを吸うこと
- f) アルコールを帯びて仕事をすること
- g) 機器器具を許可なく持ち出すこと
- h) サービスの見返りに贈与を受け取ること
- i) 労働時間終了前に職務を離れること
- j) 別の仕事のために労働を中断【兼業禁止と思われる】
- k) 仕事に関係ない電話をかけること
- l) 労働時間内に別の仕事をする事
- m) 不適切な衣服を着て職務につくこと

第48条は患者や家族の権利について具体的に述べている。

第48条 患者や家族の権利

- a) 診療、病気についての十分な情報を受け取ること
- b) 親切で尊敬ある取り扱いを受けること
- c) ポリクリニコから提供される必要な治療の質を確保してもらうこと
- d) 診療日時を配慮してもらうこと
- e) 総合的継続的な治療をポリクリニコから受けるよう調整してもらうこと
- f) 薬剤師による薬の提供、緊急時薬の提供を受けること
- g) 患者の羞恥心が尊重されること
- h) 決まった時間に診療を受けること
- i) 必要なときに医療移送を受けること
- j) 診療に対して意見、不満、提案すること

第49条 患者家族の義務

- a) ポリクリニコ内できちんとした振る舞いをすること
- b) 医療機関の定めた規則を守ること
- c) 衛生を維持すること
- d) 医療機関の機材を大切にすること
- e) 動物を連れてこないこと
- f) 職員の聞き取りに答え、指示に従うこと
- g) 施設内、緑地帯では禁煙

第11章と第12章では医療教育についてのべているが、たとえば第56条ではポリクリニコの社会的、政治的な役割について触れている。

ポリクリニコの経済基盤については、第103条以下で、保健省の「モデルシステム」にもとづいて、地方自治体予算課とポリクリニコの経済委員会とが一緒に毎月「経済計画」を作成し、必要な供給を受ける。

5. おわりに

ポリクリニコ一般規則から見るとれることは、ポリクリニコがキューバにおける健康なコミュニティ形成の中核となっており、地域医療システム

が人々の「いのちとくらし」ネットワークの中心になっており、医療福祉サービスという労働集約型のサービスによって教育上にも相乗効果をもたらして、キューバが中進国であり社会主義国でありながら、貧困線以下の住民が1%としかいないという(WHO)状態を維持していることである。医療が計画経済下にあることで、医療経済のマネージメントということでは日本ではあまり参考にはならないであろう。医療サービスにおいては医師たちのインセンティブという議論は、キューバでは医療従事者の使命感と地域的な医療諮問(住民参加あるいは監視)機関の存在および、社会主義的労働者の賃金格差の少なさ(すなわち、専門能力と所得が連動しないという労働価値観)によって取って代わられているので、資本主義体制の日本の場合とは話がかみ合わないであろう。しかしながらキューバ医療モデルは、世界の多くの発展途上国においては、「健康と教育」をバネにして国造りをするモデルとして魅力があるであろう。最近のラテンアメリカ全体の社会的政治的变化にもキューバモデルがどのように活かされるのか注目される場所である。

1. 人口(2005年)

地方		人口(人)	人口密度	医師数	医師数/10,000人	人口/医師	家庭医数
Pinar del Rio	ピナールデルリオ	740,000人	67.2人	3,668人	50.0人	200人	2,010人
La Habana	ラ・ハバーナ	713,000	126.8	2,946	40.5	247	1,658
C. de la Habana	シウダー・デ・ハバーナ	2,176,000	3,012.6	21,505	98.1	102	7,508
Matanzas	マタンサス	666,000	56.7	3,731	55.0	182	1,778
Villa Clara	ビージャクララ	836,000	94.3	4,936	60.4	165	2,682
Cienfuegos	シエンフエゴ	399,000	95.8	2,315	57.9	173	1,261
Sancti Spiritus	サンクティ・スピリティス	463,000	68.8	2,747	59.2	169	1,535
Ciego de Avila	シエゴ・デ・アビラ	414,000	60.7	2,476	59.1	169	1,412
Camaguey	カマグエイ	793,000	49.3	4,579	58.1	172	2,231
Las Tunas	ラス・トゥーナス	534,000	80.7	2,557	48.1	208	1,494
Holguin	オルグイン	1,043,000	110.9	5,186	50.3	199	2,789
Granma	グランマ	837,000	99.3	3,884	46.7	214	2,279
Santiago de Cuba	サンチャゴ・デ・クーバ	1,043,000	169.4	6,937	66.4	151	3,472
Guantanamo	グアantanamo	518,000	82.8	2,655	51.8	193	1,401
Isla de Juventud	イスラ・デ・フベントウ	81,000	36.2	472	54.3	184	259
Total	合計	11,251,000人	101.5人	70,954	—	—	33,769

2. 医師・医療従事者（2005年）

地方		国家医療 制度従事者	看護師数	病院数	Policlinicos	老人 介護施設	祖母の家	障害者 施設
Pinar del Rio	ピナールデルリオ	27,940人	7,155	17	25	1	15	—
LaHabana	ラ・ハバーナ	23,069	5,192	9	38	10	12	3
C. de laHabana	シウダー・デ・ハバーナ	109,440	17,749	44	82	28	29	14
Matanzas	マタンサス	24,140	4,709	10	40	11	9	2
Villa Clara	ビージャクララ	29,499	6,144	13	43	16	20	3
Cienfuegos	シエンフエゴ	16,862	3,589	4	22	3	15	1
Sancti Spiritus	サンクティ・スピリティス	19,724	3,706	23	24	12	8	2
Ciego de Avila	シエゴ・デ・アビラ	15,431	3,241	7	18	7	12	1
Camaguey	カماغエイ	31,700	6,493	23	26	13	19	1
Las Tunas	ラス・トゥーナス	18,964	3,955	10	16	10	7	6
Holguin	オルグイン	32,405	7,221	24	44	7	15	1
Granma	グランマ	30,325	7,528	19	28	7	15	—
Santiago de Cuba	サンチャゴ・デ・クーバ	42,787	6,649	26	41	10	12	2
Guantanamo	グアンタナモ	21,169	4,217	17	19	6	10	1
Isla de Juventud	イスラ・デ・フベントゥ	3,568	814	2	4	2	3	1
Total	合計	447,023	89,462	248	470	143	201	38

3. 医師の主たる種類（2005年）

種 類	人数	種 類	人数
麻酔医	1,537	小児科医	2,926
外科医	2,114	内科医	3,553
一般医 M.general	959	産科医	2,845
統合一般医 M.general integral	33,769	精神科医	1,183
整形外科	1,286	行政職医師	6,391
		その他含む合計	70,594

注 うち女性比率 60.0%

4. 医療従事者の主たる種類（2005年）

種 類	人数	種 類	人数
看護師	89,462	セラピスト・リハビリスト	6,968
リセンシアドス	25,022	整形補助師	7,284
技術士	56,918		
中級技師	94,286		
眼科	9,717	その他	51,245
		その他含む合計	447,023

注 うち女性比率 70.2%

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

4 植民地支配へ

野村 拓

16. 鉄血宰相ビスマルク

— 社会政策と海外植民地 —

日本の健康保険法（1922成立、1926施行）がビスマルクが創始した強制加入式疾病保険制度（1883-89）を手本としたことはよく知られたことである。ビスマルクの疾病保険は、1840年代からの民衆の医療をめざした医師たちが展開した医療改革運動に対する行政的取り込みという面と、社会主義志向を示す労働運動に対する社会政策的対応という面とを持っていた。

ビスマルクによるドイツ帝国統一（1871）の2年後の1873年にドイツ社会政策学会が設立され、右から左までの多くの学者を集めた。労働者生計費の研究で有名な（エンゲル係数の）エルンスト・エンゲル（1821-1896）もメンバーの一員であった。

ドイツ社会政策学会は1881年に「社会政策大憲章」を発表したが、その具体化の一例が疾病保険制度であると考えて良い。

しかし、この時期、ビスマルクは社会政策立法と並行する形で、植民地の獲得、経営にも積極的に乗り出していた。1884-85年に「ベルリン・アフリカ会議」が開かれたが、これはベルリンとアフリカとが会議をしたわけではなく、ベルリンでビスマルクのリーダーシップの下で列強がアフリカでの縄張りについて会議をしたわけである。

後進ドイツの首相として、先進イギリス、フランスなどをリードしたビスマルクのカリスマ性については

『ビスマルクと第二帝国の創出』

☆Eda Sagarra : Bismarck and the Creation of the Second Reich. (2008) Transaction Pub.

などで、その「ひととなり」を研究してみるのも面白かろう。コワイ顔をしたビスマルク夫人も載っているし、ヘーゲルやディッケンズなど、青年時代の読書歴も示されている。

「ベルリン・アフリカ会議」の結果、第1次世界大戦前夜の段階で、アフリカはエチオピアとリベリアを除いて全部植民地となってしまった。

また、アニリンなどの合成染料メーカーが巨大化し（I.G.ファルベンに見られるように）「染める」行為が医学・医療に大きな影響を与えた。細胞を染色して顕微鏡をのぞき、染まりやすい部分を「染色体」と名づけた。そして、特定の細胞だけを染める特定の色素があるのだから、病原細胞に特異的にはたらく合成化学物質がありうる、との仮説によって、医薬品としての合成化学物質の開発が進められ、エールリヒ（1854-1915）とヘキスト社によって梅毒の特効薬、サルバルサン（606号）が開発され（1909）バイエル社はアフリカ睡眠病（トリパノゾーマ）の特効薬（Bayer 205）を開発した。これはアフリカにおける植民地経営の有力な武器となり、第1次大戦で敗れたドイツに対してイギリスは賠償品目として要求した。

今日のパプア・ニューギニアあたりを中心に、ビスマルクの名を冠した地名が多い。英語式表記では「ビスマーク」となっているが、第2次大戦中に、南太平洋における日本軍の前線基地として有名になったラバウル（ニューブリテン島）やカビエン（ニューアイルランド島）などは一括して「ビスマーク諸島」と呼ばれているし、その北側の海は「ビスマーク海」である。鉄血宰相の活躍

の名残りである。また今日

『ビスマルク型福祉システムのリフォーム』

☆Bruno Palier 他編: Reforming the Bismarckian Welfare Systems. (2008) Blackwell.

に見られるように、ビスマルクの社会保険は、依然として社会政策的原型として扱われている。

17. 列強はアフリカでなにをしたか

—直線の国境が物語るもの—

そこで暮らす人たちの生活や文化、習俗などによって設けられた境界ではなく、植民地支配者たちの線引きによって生まれた直線の国境が多く見られるのがアフリカである。私たちは宗主国別に色分けされたアフリカの地図を学校で習ったが、これは植民地支配者たちのやりたい放題の結果を示したものと言える。

産業革命で飛躍的に増大した製品の販売先、原料の仕入れ先、金やダイヤモンドの産地、さらには資本の新しい投下先を求めて列強はアフリカに進出した。

後発のドイツは第16話で述べたように、宰相ビスマルクが腕力を発揮して「南西アフリカ」（現在の南アフリカ共和国の西隣り）や、独領東アフリカ（現在のタンザニア）などを確保した。

部族の動向に無関係に引かれた国境によって、別々の宗主国を持つような状態は、しばしば深刻な部族間の紛争、戦争を生みつつある。また、アフリカ大陸の南端にある南アフリカ共和国は、かつてのボーア戦争（1899-1902）の舞台であったが、つい最近まで「アパルトヘイト」の白人支配国であった。1967年、世界最初の心臓移植手術がこの地でアメリカ人医師によって行われたことは「もっともやりやすい国」であったからといえよう。言い換えれば、施術者にとって人権上のバリアーのない国だったからである。

アフリカをとらえる場合に Sub-Saharan（サハラ以南）という言葉がしばしば使われる。クレオパトラの昔からローマや欧州諸国と関係の深かったエジプトなど地中海沿岸諸国を除外したアフリカが「サブ・サハラ」で、例えば乳幼児死亡率

の高さやエイズの猛威などの共通性を持っている。

アフリカの支配者を含む先進諸国の身勝手さによって、サハラ砂漠は年々拡大を続けている（中国のゴビ砂漠も同様だが）。そして砂漠の増大—貧困—売春—エイズの増加、というのが、サブ・サハラ諸国に共通する難問である。このような状況におかれているアフリカの医療を包括的にとらえるには、対象が大き過ぎて難しいが、歴史的にとらえる試みとして

『医療の拡散と分割—1800年代以来の南アフリカ医療』

☆Anne Digby: Diversity and Division in Medicine — Health Care in South Africa from the 1800 s. (2006) Peter Lang.

があり、また国別ケース・スタディのような形で、1884年から1914年まで「独領東アフリカ」であったタンザニアについて

『都市での健康のための闘い』

☆Bright Obrist: Struggling for Health in the City. (2006) Peter Lang.

が出されている。

18. アメリカは西へ

—ハワイ領有・米西戦争—

アメリカは直接アフリカに植民地を持つことはなかったが、黒人奴隷の数は南北戦争時で400万人といわれた。大西洋岸から太平洋岸へ、「西部へ、西部へ」と膨張するアメリカを、アメリカ公衆衛生の古典である

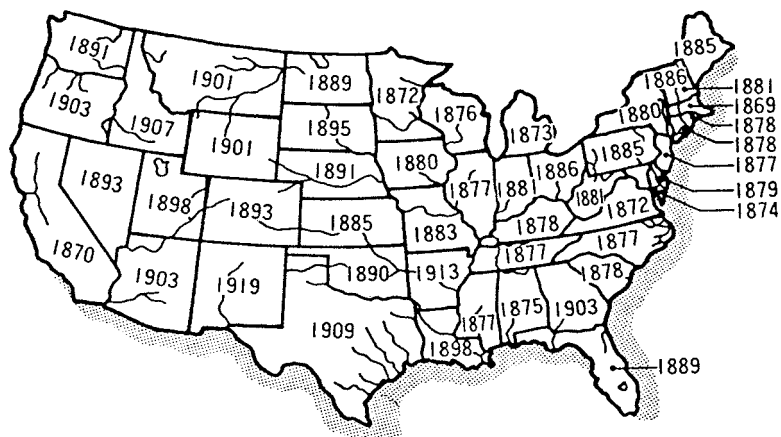
『米国における公衆衛生行政』

☆Wilson G. Smillie: Public Health Administration in the United States. (1935) Macmillan.

は、図のように、州保健局の設立年をマップ化することで示している（この本は、戦後訳書が出版された）。

このような西部への流れは、メキシコからもぎとってカリフォルニア州をつくったところで太平洋岸に達した。海の向こうはハワイだが、駐留海兵隊の反乱という「やらせ」によって、アメリカがハワイを乗っ取ったのが1898年である。ハワイ

〈州別保健局設立年〉(Wilson G.Smillie:前掲書より作成)



王国の最後の女王リリウオカラニが王女時代に作ったのが「アロハ・オエ」だが、これが王国への別れの歌となってしまった。

1898年という年は米西戦争の年でもある。米西戦争の「西」の字が何を意味するのかを知らない世代が増えたが、「西」は「西班牙」(スペイン)の「西」であり、アメリカがスペインと戦い、カリブ海からフィリピンまでのスペインの版図をそっくり手に入れた戦争である。

アメリカで出版されている米西戦争に関する本は、この戦争をアメリカの「グローバリゼーション」と位置づけている。ということは、「グローバリゼーション」とは企業の海外進出や多国籍企業化というようなお上品な意味ではなく、露骨な「世界制覇」の意味で使われていることがわかる。

アメリカは1898年にハワイを領有・支配しただけでなく、その年の末にはフィリピン、グアム、プエルトリコを領有しているから、世界制覇もスピードアップしたわけである。

医療史の上で注目すべきことは、この米西戦争の際に、はじめて米軍に看護部隊が編成されたことである(11話参照)。しかし、テント張りの野戦病院はマラリアを防ぐことができず、兵士も看護婦も多くの犠牲者を出した。熱帯、亜熱帯の戦争では戦死よりもマラリア死の方が多いものであることを米西戦争は教えてくれた。

また、アメリカがハワイを領有したころ、ハワイでは「らい」が多発していた。その時、人種の偏見から、「らい」は原住民と東洋人だけがかか

る「非アメリカ病」(un-American)であるとして、「らい」患者はモロカイ島に追放された。

このやり方は、ノルウェーなどでとられた開明的施策との対比において、「帝国主義的解決」といわれている。

19. ボア戦争とイギリスの苦悶

—その時、モネは—

欧州諸国が第1次世界大戦で「総力戦」を経験しマンパワー確保の苦しみを味わったのよりもヒトコマ早く、イギリスはボア戦争(1899-1902)で「兵隊不足」を経験した。南アフリカに本国兵だけで54万を送りこみ、それらが戦闘や疾病で消耗するのだから、事態は深刻である。

ある戦闘地域では、3つの野戦病院が1899年11月から1900年2月までの短期間に10,688ケース(13,500人の兵隊の中の)を扱い、551人が死亡したが、兵隊の補給は簡単にはいかなかった。

工業地帯をひかえるマンチェスター連帯区で、1899年に行われた志願兵の身体検査では5分の3の不適格者を出しており、1901年からは合格ラインの引き下げが行われた。身長についていえば、1845年には陸軍の標準身長(5フィート6インチ)を上回るものが、1000人につき105人であったが、1900年には56.7人になったからである。

ボア戦争末期の1902年には募兵・徴兵の責任

者であるジョン・フレデリック・モーリス大將が「どこで兵隊を得ればいいのか」という題の論文を発表し、翌1903年には議会に対して国民体位の傾向的低下を憂えた報告書を提出した。また、1902年に発足した体力低下対策各省委員会は1904年に報告書を出し、「スラム街の不潔」と「国家の安全」との関係論じ、不健康な市民の存在は国力の低下を意味し、身体的虚弱は軍事的虚弱を意味すると主張した。産業革命後、植民地支配を通じて「世界の工場」と言われたイギリス資本主義の金もうけのツケが、労働者の不健康、兵隊不足という形で現れたのである。

ジョン・フレデリック・モーリスの報告書の中には、貧困の調査研究で有名なB.S.ラウントリーの調査内容が引用されているが、ラウントリーがヨーク市で行った調査は、まさにボーア戦争の年、1899年からのものであった。

そのころ、「兵隊不足」で苦悶するイギリス国会議事堂を対岸から描いていたのがクロード・モネであった。戦争嫌いのモネは普仏戦争を避けてロンドンに渡って以来、しばしば訪れているが、丁度、ボーア戦争のころ、1899年、1900年、1901年、1904年とロンドンに滞在した。「ロンドン、霧の国会議事堂」(1905)は、霧の中で国会議事堂が歪んでいる。他に「チャリング・クロス橋」(1899-1901)、「チャリング・クロス橋とテムズ河」(1899-1901)などがある。

20. 帝国主義と貧困

一 ホームレス・センサス (1907、英)

ボーア戦争に頭を痛めながら、ビクトリア女王は世を去るが(1901)、華やかなビクトリア時代を用意した基盤はいうまでもなくイギリス産業革命であった。この時期を文化史的に眺めると、取り上げた時期が産業革命期とぴったり一致する本として

『華やかな艶技——イギリス女優、1768-1820』
☆Gill Perry: *Spectacular Flirtations——Viewing the Actress In British Art and Theatre 1768-1820.* (2007) Yale Univ. Press.

を挙げることができる。ここでは近代写真術以前の舞台女優たちが鮮やかに描かれている。そして、イギリス文化の爛熟は

『芸術至上主義——ビクトリア期絵画の唯美主義』

☆Elizabeth Prettejohn: *Art for Art's Sake——Aestheticism in Victorian Painting.* (2007) Yale Univ. Press.

などに示されている。しかし、ビクトリア期と呼ばれるイギリス資本主義「1人勝ち」の時期は、アメリカ、ドイツなど強力な競争相手の出現によって終わりを告げる。すでにイギリス農業は生産性、価格競争の面でアメリカ農業に敗れ、重化学工業ではドイツが先行する形となった。基幹産業の不振だけではなく、世界中に版図をひろげた大英帝国の版図の維持費(植民地制圧戦争など)も国内的貧困をもたらした。

1907年7月1日、一種の浮浪者センサスが実施され、当時のリバプールの人口に匹敵する86万8276人の浮浪者がいることが判明した。そして浮浪者の内訳は成人男子27.6%、成人女子43.0%、子ども29.4%であった。

浮浪せずに仕事についている人たちの生活も決して楽ではなかった。19話で紹介したB.S.ラウントリーの調査によると、労働者家族の最低生存費は21シリング8ペンス2(1週間)であったが、収入の方はおおむね18-21シリングという水準であった。

1914年に、婦人互助会(Women's Co-operative Guild)が会員から386通の暮らし向きについての手記を集めているが、そこに出てくる例は

- ・週賃金18-24シリング6ペンス、子ども6人
- ・週賃着10シリング-1ポンドで、子ども4人
- ・週賃金32-40シリングで、子ども5人、1人流産
- ・週賃金30シリングで、子ども7人、2人流産
- ・週賃金28シリングで、子ども7人、3人死産、4人流産

などである。当時の医者代(多分、往診料)については1ポンド1シリングと書かれてあるが1ポンド1シリング=21シリング=1ギニーで、当時の一般医の往診の相場であった(野村拓『20世紀の医療史』2002、本の泉社)。

半世紀ほど前までは、イギリスは労働者の所得水準が高く、自主的な労働者共済組合が発達しているから、ドイツのような強制加入式の健康保険は必要ないとビスマルク方式を軽蔑していたが、1911年、ビスマルクの真似をして国民保険法を制定し、年収250ポンド以下（職種によっては160ポンド以下）の階層を強制加入させた。

また、医師などを第1階層、単純労働者を第5階層とする「5階層分類」がはじまったのは1921年だが、その原型となった「8階層分類」は1911年のものであった（菱沼従尹・保坂哲哉：職業別・社会階層別死亡統計の歴史と現状・1960. 生命保険文化研究所）。

（のむら たく、国民医療研究所顧問）

【事務局ニュース】2・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『いのちとくらし研究所報』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 機関誌定期購読の申し込みも受け付けています。季刊（年4冊）発行、年間購読の場合は研究所ニュースも送付いたします。また、会員の方には機関誌が送付されますが、会員価格で追加購入もできます。詳細は事務局までお問い合わせください。

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

BOOK

岩間一雄 著

「毛沢東 その光と影」

(未来社、4600円、2007年、398頁)

石塚 秀雄

当研究所の会員でもある岩間一雄氏が出された本である。評者としては、一夜にして通読するほど感興をそそられて読んだ。1960年代、評者が高校生の時代に、毛沢東は革命的人物として大きな存在であり、革命を夢見る1人として評者も『矛盾論』、『実践論』、『文芸講話』、さらには『毛沢東選集』などを曲がりなりにも読み、エスペラント語の『人民中国』を中国から購読し、北京放送を夜な夜な聞いていたものであった。

現在、私を含めて一般の人にとって、毛沢東は中国革命の英雄であるが、文化大革命の失敗をふくめて、いわゆる中国史における英雄列伝的な人物となって毀誉褒貶半ばする人物像として受け止められているであろう。毛沢東の「光と影」は、近年出版されたさまざまな毛沢東暴露本によって、その怪物的な人物像が定着してきていると思われる。

本書は、基本的には、1920年代までの毛沢東の思想形成の過程について朱子学の影響を中心に論じた学術書である。本書の題名は恐らく出版社が営業戦略上つけたものであろうか。本書ではいわゆる中国建国以降の政治的思想的闘争における毛沢東の思考過程については、付随的に言及しているにすぎない。

毛沢東といえども、はじめから権力を握りヒーローであったわけではない。彼にも思想的師匠はいたのだし、思想形成過程には紆余曲折はあったのである。それは彼自身の内面的問題ということもあり、また中国の当時の思想的政治的状況の到達点との相関という面もあったのであろう、ということによって類推することができる。

もとより評者は中国思想史、中国革命、毛沢東についてなんら深い知識はなく、ひとりの一般読



者の立場として評者を引き受けたのであるが、しかし、当研究所の書評としての特徴的取り上げ方をしなければならない。それは、第1に、毛沢東におけるアナーキズム的傾向からマルクス主義的傾向への移行という問題である。これは毛沢東ひとりの問題ではなく、当時の中国の思想界の傾向を反映したものであったのであろう。

明治以降の日本も同様であるが、中国もまた近代化のために西洋思想の導入が進められた。本書では毛沢東の先生として、楊昌濟という人物が紹介されている。この人物はエドガー・スノーの『中国の赤い星』の中でも触れられている。(ちなみにスノーの前妻、ヘレンはニム・ウエルズのペンネームで労働者協同組合運動の理論家であり、スノーらはワーカーズコープを工合として抗日運動の中で推進することに寄与したのである)。楊は

日本・イギリス・ドイツに留学した倫理学者であり、『西洋倫理学史の摘録』を著し、カントの人格論、コントの人道論、シュライエルマハーの宗教論、ショーペンハウアの意思論、ルソーの社会契約論などを祖述したという。

評者は朱子学や陽明学のなんたるかについては門外漢なので、本書による毛沢東におけるそれら東洋思想と西洋思想との融合という肝心な論点の理解がおぼつかないのは、一読者としてなんとも残念な気がするが、しかし、評者として気がついた点を指摘してその穴埋めとしたい。

それは、1910年代の後半の中国思想界における社会思想の傾向についてである。これは毛沢東も最初は、楊先生の影響をうけて「理想主義者でありブルジョア民主主義者」であったというのであるが、これは具体的に何を指すのであろうか。本書の91頁に楊昌済の1919年11月6日の日記が載っている。1919年はすでにロシア革命が起きており、ベルサイユ条約で日本は中国の山東半島の占領をもくろんだりした。中国には五四運動の昂揚があり、当時26歳の毛沢東もその熱気を受けて、『湘江評論』を発行したという時期である。

本書91頁の楊の日記には時事新報の抜き書きがある。見出しは「自由正義と財産」。以下引用。

「社会の全財産はいかなる方法を以て個人に分配するか、はじめは自由の法則でやるか？ はた某形式の政府に分配の全権を委ねるか（公産主義）？ あるいは万人随意にこれを取るか（共産主義）？ そもそも一定限度の私有財産を各人に認めるか（分産主義）？ 正義は多く物質に属し、自由は多く精神に属す。組合社会主義の将驍コール氏は、現代の根本的欠陥は、貧乏にあらずして隷従にある。我々の要求するのは自由であり、自治であり、自らが主人公となる制度である。今日進歩が機械的科学的生産状態にあるとき、いやしくも広義の共産主義を実行した場合、はたして窒息するところがないだろうか」、ここまでが時事新報の記事で、以下は楊先生のコメント。「共産主義社会の成立のさい、賃金制度からの強制からはたして解放されるのか、労働者ははたして忠実に労働するだろうか、今日の状態よりも悪くならないだろうか」。次に著者岩間氏の付言。「彼（楊昌済）の目の前に、嫌でも共産主義が姿を現わし

ており、少なくとも地主佃戸制をどのように考えるかが、問題として彼の前にクローズ・アップされてくるのであろう」。

新聞記事にでてくるコールとはG. D. H. コール（Cole, 1889-1959）であろう。彼はフェビアン協会の会員であり、ギルド社会主義、ロバート・オウエンなどについての著作があるイギリス協同組合思想研究の先駆者として日本でも知られている。時事新報の記事は、すなおに読む限り、「組合社会主義」により好意的である。この場合の組合とはギルドとして労働組合とも読めるし、また協同組合とも読める。記事で面白いのは、政府の再分配機能にまかせるのを「公産主義」と称し、「共産主義」を「万人随意に財を取る」ものとしていることである。ここでいえることは、「共産主義」は理論的側面から捉えられているのであり、ソビエトの実態から見られていないことである。そして楊先生のコメントは、記事の組合社会主義的発想に共感を示しつつ、ソビエトの実態に連想が進んで、共産主義にあっても労働者は賃金制度の強制から自由になれるかという懸念を示したものであろう。

そこで岩間氏のコメントは楊先生が地主制度をどのように位置づけるかという問題に直面していると述べているが、確かに本書の流れからはそれが強調されることは当然と思われるが、評者としては、このところは、是非、協同組合主義思想、社会的経済、非営利・協同セクターの問題に触れてもらえたらと思う。それを飛躍といふなけれ。というのも、本書の範囲ではないが、中国革命後の人民公社運動問題および合作社の試みは中国社会経済制度における「協同組合化」の重要な試みであったからである。しかし議論は深まらなかった。地域コミュニオンである人民公社はいわば、フーリエのファランステールやオウエンなどのニューハーモニーなどと同種の実験であったといえよう。ちなみに劉少奇は『協同組合（合作社）論』を書いている。

こうした議論の過程は単に、アナボル論争あるいは無政府主義と共産主義という政治的議論に収まるものではないであろう。いいかえれば、空想か科学かという単純二分法ですましてはならない現代的問題でもある。

世界的に革命理論が急激に政治化していき、経済社会制度についての考察が弱まったのは、まさに1920年代からファシズムおよびあらたな帝国主義との戦いによってであったと思われる。毛沢東が指導者として「怪物化」していく過程は、激烈な内部闘争の過程を伴った。これはこれとして別の感興を催されることである。

中国人はいまや世界でもっとも資本主義人的人間であるといわれているが、中国の社会経済制度の歴史的ありようはどのように評価すべきなのだろうか。

著者岩間氏は次のように述べている。「もし毛

が、清風運動以下の思想錬成過程が生み出した、無数の冤罪、誤、偽、仮の意味、その過程で産み落とされた精神深部の傷などの意味や、党籍を剥奪されていった知識人たちの党とその指導者に対する批判の意味を真剣に考えたならば、またその後の過程で繰り返し生み出された『修正主義』の意味内容を、レーニンの土地国有論や労農同盟論の理論的連関の中で考察したならば、中国革命史はまったく別のコースを辿ったかもしれないと私は考える」。

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

【事務局ニュース】3・機関誌バックナンバーを進呈します

『いのちとくらし研究所報』2号～14号を着払いにて無料進呈しています。

希望者は事務局までFAXあるいは郵送にてご連絡下さい。(コピーしてお使い下さい)

FAX送付先 03-5840-6568 総研いのちとくらし事務局行

・希望号数(2-14号で号数をお書き下さい)()号～()号

・希望送付部数 各()部

・送付先 郵便番号 〒

住所

氏名

電話番号 ()

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

●第24号（2008年8月）——シリーズ非営利・協同と医療 差額室料問題（2）——

- 巻頭エッセイ「資本主義の制度疲労」岩間一雄
- 2008年度定期総会記念講演
「労働運動とアソシエーション—現代の連帯のあり方」富沢賢治（コメンテーター：角瀬保雄、坂根利幸、大高研道、石塚秀雄）
- 「格差社会における『非営利・協同』—室料差額問題に寄せて」杉本貴志
- 「室料差額と医療倫理（後）—格差処遇の正当性について—」尾崎恭一
- 「『室料差額』に関する考察」肥田泰
- 2007年度研究助成報告「立位、歩行装具のロボット利用の可能性について」細田悟、沢浦美奈子、平松まき
- 第10回自主共済組織学習会報告「ヨーロッパ共済組合法再検討の動向と共済組織の法的位置づけ」石塚秀雄
- 北秋田市・鷹巣福祉のまちづくり研究交流のつどいに参加して」廣田憲威
- 社会福祉と医療政策・100話（11—15話）「3 国民国家へ」野村拓
- 海外情報「ヨーロッパ主要国の病院ベッド数」石塚秀雄

●第23号（2008年6月）——農村地域と医療／室料差額問題——

- 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
- 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
- 論文「香川の地域医療の現状と打開の道」篠崎文雄
- 「室料差額問題シリーズの開始にあたって」石塚秀雄
- 「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
- 「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
- 「室料差額問題—看護師の立場から」玉井三枝子
- 翻訳「日本の民主化する医療—日本の事例—」ビクトル・ペストフ、石塚秀雄訳
- 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
- 書評「『ビッグイシュー』を知っていますか？」柳沢敏勝
- 社会福祉と医療政策・100話（6—10話）「2 産業革命へ」野村拓

●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⑳(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
 - シリーズ・文献プロムナード㉑「出版トレンド」野村拓
-

●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」斉藤義孝、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㉒「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㉓「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」 昴昭三
 - 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「格差社会の提案とは」 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⑩「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⑩「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・坪郷寛・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⑩「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・コンセントのために—」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『社会的企業——雇用・福祉のEUサードセクター』、日本経済評論社、2004年」日野秀逸
-

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

- 巻頭エッセイ「セツルメント運動」升田和比古
 - 座談会「非営利・協同と教育」三上満、村口至、大高研道、川村淳二、司会：石塚秀雄
 - インタビュー「全日本民医連における教育の取り組み」升田和比古
 - 教育アンケートに見る特徴
 - 教育体験談：長野典右、矢幅操
 - Part 1「民医連北九州健和会再生の決め手」馬渡敏文
Part 2「破綻と再生から学ぶ非営利・協同の事業」
吉野高幸、山内正人、八田英之、角瀬保雄、司会：坂根利幸
 - 論文「社会的責任投資（SRI）と非営利・協同セクターの役割・課題—コミュニティ投資を中心として」小関隆志
 - 翻訳「EUの労働挿入社会的企業：現状モデルの見取り図」訳：石塚秀雄
 - 文献プロムナード⑩「医療と市場原理」野村拓
 - 書評「近藤克則『医療費抑制の時代を超えて』」柳沢敏勝
-

● 8号（2004年8月）——特集：非営利・協同と文化

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

● 7号（2004年5月）——特集：コミュニティと非営利・協同の役割

- 巻頭エッセイ「『満足の文化』といまの日本」相野谷安孝
- インタビュー「栄村高橋村長に聞く」高橋彦芳、福井典子、角瀬保雄、前沢淑子、司会：石塚秀雄
- 栄村REPORT
・「栄村訪問記」角瀬保雄
・「小さくても輝いていた栄村：山間部と都市との比較から学んだこと」福井典子
・「栄村を訪ねて10年、いま思うこと」前沢淑子
・資料 事務局
- 論文「市町村合併政策と保健事業の危機」池上洋通
- 第3回公開研究会報告「インドネシアの非営利・協同セクターと社会保障制度」サエディマン
- 書評「橋本俊詔『家計からみる日本経済』その基本理念に関連して」石塚秀雄

- 文献プロムナード⑥「医療職種」野村拓
 - 非営利・協同入門⑤「イギリスにおける社会的企業とコミュニティの再生—サンダーランドにおける非営利・協同組織の試み—」中川雄一郎
 - 海外医療体験エッセイ「英国の医療と『シップマン事件』」大高研道
 - 書評・東京民主医療機関連合会50年史編集委員会編／『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commons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—ライプリネスのデベロップメント—」内山哲朗
 - 文献プロムナード④「医療の国際比較」野村拓
 - 書評／野村拓監修・赤十字共同研究プロジェクト著『日本赤十字の素顔』角瀬保雄
-

● 4号（2003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党使合意のあり方——』 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

○ N o . 24 (2008. 10. 31発行)

「理事長のページ：協同組合学会に出席して」(角瀬保雄)、「副理事長のページ：ニュー・ラナークの散歩」(中川雄一郎)、事務局からのお知らせ、事務局経過報告、本の紹介『隣人祭り』、参加報告「2008年度夏季医療・福祉政策学校」(竹野ユキコ)、「政管健保から協会けんぽへ」(石塚秀雄)

○ N o . 23 (2008. 7. 31発行)

「理事長のページ：闘病記」(角瀬保雄)、「副理事長のページ：新しい診療所で」(高柳新)、事務局からのお知らせ、事務局経過報告、本の紹介『非営利・協同のシステムの展開』『なぜ富と貧困は広がるのか』、「献血と『贈与関係論』」(石塚秀雄)、参加報告「全日本民医連シンポジウム—崩壊の危機にある日本の医療・介護制度『再生』に向けて」(竹野ユキコ)、海外事情紹介「若者の半分しか定職につけない—スペイン社会事情—」「協同組合や労働組合は貧困克服支援を—ILOによる非正規労働の克服プラン」(石塚秀雄)

○ N o . 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」、「イタリア社会的企業法について」(石塚秀雄)

○ N o . 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)

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る一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

●2007年度研究助成報告「立位、歩行装具のロボット利用の可能性について」（細田悟、沢浦美奈子、平松まき）『いのちとくらし研究所報』24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26号の予定】(2009年2月発行)

特集：地域医療・非営利・協同

- ・座談会「医療福祉の民営化と非営利・協同セクターの役割」
- ・京都地域シンポジウム報告
- ・「民医連の医療・再生プラン案に思う(2)」
- ・室料差額問題(3)、など

【編集後記】

2006年度医療制度改革がどのような影響を与えているかについて論文が寄せられました。医療を提供する側、医療を利用する側の双方の視点が必要であることを再生プランへのコメントから伺うことが出来ます。非営利・協同セクターにはどのようなことができるのか、海外事情についてもお知らせいただきました。日本で、地域で、どのような取り組みがあり、これから何が出来るのか。今号は次号と継続した内容になっています。ご意見やご感想をお待ちしています。



「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」
事務局

〒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