

目次

- 巻頭エッセイ：戦後70周年と未来……………朴 賢緒 1

【特集1】 戦後70周年と未来

- 非営利・協同の過去70年とこれからの70年……………富沢 賢治 2
- 戦後70年と民医連運動の課題……………藤末 衛 4
- 敗戦直後まで—いのちとくらし点描—……………山口 孝 6
- 沖縄のころ……………野村 秀和 8

【特集2】 医療福祉と地域コミュニティ

- 医療の市場化、「営利化」……………角瀬 保雄 10
- 地域医療構想をめぐる北海道の現状と課題……………太田 美季 14
- 地域医療ビジョンと地域包括ケアについて～千葉県の現状と課題～
……………加藤 久美 18

- 隠され続ける TPP 合意の真実 ……………鈴木 宣弘 20
- 図書館の公共性と民営化についての論点……………石見 尚 26
- 英国の社会的企業と社会サービスの現状と課題—協同組合の政治的自立性の
発揮の視座から— ……………澤口 隆志 30

- シリーズ医療政策・研究史（11）グローバル医療政策学の構築—まわり道
でも世界史を— ……………野村 拓 36

- 2013年度研究助成報告：名古屋市の一地区における路上生活者を対象とし
た精神保健調査の報告 ……………松浦 健伸ほか 46

- ・研究助成報告、報告書、ワーキングペーパー、バックナンバーなど
……………9、13、25、35、45、57

（表紙写真：前沢淑子）

戦後70周年と未来

朴 賢緒 (PARK HYUNSEO)

第二次世界大戦が終ってはや70年が過ぎているがその間の世界情勢の推移を瞥見すれば次のように言えるだろう。

世界大戦が終結するや否やそれまで連合国として締携していたソ連とアメリカは鋭く対立し始めた。48年の“ベルリンの壁”構築以来両陣営は鋭く対立して“冷戦”状態に突入し、いわゆる“アイロン・カーテン”時代が出現。一方アジアでも毛沢東率いる中共軍が中国全土を掌握し中華人民共和国が成立して“バンブー・カーテン”が成立。帝国主義体制国家とこれに対抗する人民民主主義国家間の対抗軸がくっきり浮かんで来た。従ってアングロ・サクソンに代る世界制覇を目論んでいた軍産複合国アメリカの帝国主義的野望は碎けてしまう。

一方冷戦構造の基でも民族主義運動の芽は絶えていない。54年のオーストリア統合（平和的）と76年のベトナム統一（武力的）が其の例である。90年のソビエト崩壊後は各地の民族主義は澎湃として現われ今やアラビア、アフリカのモスLEM世界では激しい武力闘争が繰り広げられており其の著名な例は“9.11 同時多発テロ”や今年11月13日の“パリ一爆弾テロ事件”が挙げられよう。其の傍ら主に新生国家においては独善的、独裁的な統治者による人民弾圧が激しく此れに対する人民の抗争も激しく夥しい犠牲者が出ている。韓国では圧政者李承晩にたいする60年4月の学生革命運動が挙げられるし、今年の場合、思想統制のため

中・高での国史教科書を“検認定”制から“国定”教科書制に変えようとして全国的反発を招いているし、最近のミャンマーに於ける長期にわたる軍部独裁を引っくり返した例がその証と言えらるう。

第一次世界大戦の終焉後ウィルソン米大統領が提案した民族自決主義は口頭禅に終わり大国の弱小民族にたいする過酷な搾取、統制、支配は今尚絶えていない。

其の最たる例は朝鮮半島の分断と其による朝鮮民族の分裂、対立と言えよう。2008年の春、“済州四三人民抗争50周年”記念のシンポジウムに参加した琉球大学の高嶋伸欣さんは“太平洋戦争は45年3月に東京大空襲で見切りをつけるべきであった。そうなればソ連の参戦で朝鮮半島が分断される羽目に落ちなかつただろう”と。この見解は東京大学文学部教授の小森陽一さんも2009年12月の公開講演（北部法律事務所40周年記念式）で強調している。日本人の良心と良識の顕れと言えよう。

“平等”とか“互愛”とか口頭禅で終わらせてはならない。70年間も“単一民族”が列強により分割されて今に至っている例はこの地球上にただ朝鮮半島と其の民族であることを此の場で強調して已まない。

（パク ヒュンソ、源進（WONJIN）職業病管理財団名誉理事長）

非営利・協同の過去70年とこれからの70年

富沢 賢治

本稿では、非営利・協同という視点から戦後の70年の社会経済をふりかえり、今後の70年を展望してみたい。今後70年間で私たちはどのような社会をつくろうとしているのであろうか。実現すべき近未来の社会像はどのようなものであろうか。

非営利・協同の担い手である組織は、協同組合、共済組織、NPOなどの種々の民間非営利組織であり、ヨーロッパ諸国では、「社会的経済組織」と呼ばれ、国連などにおいては「社会的・連帯経済組織」とも呼ばれている。非営利・協同組織は、基本的目的が営利追求ではなく社会問題の解決であるという意味で「非営利」組織であり、活動では組織内外の「協同」を重視するという意味で「協同」組織である。「非営利・協同組織とは、社会的問題の解決をめざす開放的、自律的、民主的な組織である」（富沢賢治『非営利・協同入門』同時代社、1999年、14ページ）。

このような非営利・協同組織が最近、世界的に注目を浴びるようになった背景には、2000年に国連が公表した「国連ミレニアム宣言」と2001年の国連総会決議「社会開発における協同組合」がある。国連は「ミレニアム開発目標」の第1目標である「極度の貧困と飢餓の撲滅」を実現するために協同組合の重要性を強調し、2001年の総会決議において各国の政府に協同組合発展のための法律制度整備を促した。2012年の国連協同組合年においては、多くの国の政府と民間で、協同組合の発展を目指す多様な試みがなされた。

非営利・協同組織の世界的な規模での増加は1970年代から顕著になる。NPOの研究者であるサラモンは、非営利・協同組織の世界的な急増現象をグローバルな規模での「アソシエーション革命」(associational revolution、結社革命)の進行として把握した(L. M. サラモン「福祉国家の衰退と非営利団体の台頭」『中央公論』1994年10月号)。

アソシエーション革命は、市民社会における住民の連帯の力を基礎にして、社会の総体(経済、社

会、政治、文化の各領域)において市民が主権者になっていく過程を重視する社会革命である。革命の核心は、社会革新への多数者の自発的参加である。多数者の自発的参加を可能とする非営利・協同組織は、社会革新の重要な担い手である。

社会問題発生の基本的要因は資本主義経済にあるので、社会問題の根本的解決は、「プロレタリアート独裁」政権を樹立し計画経済を実行する以外にはない、という伝統的な革命観は、1989年のベルリンの壁の崩壊とそれに続く社会主義諸国の崩壊の後、大きく後退した。国有企業と計画経済を基盤にして社会主義体制を樹立するという未来展望は、力を失い、新自由主義による世界制覇が進展していった。

このような問題状況を背景にして、伝統的革命観に変化が生じた。たとえば日本共産党の綱領は、2004年の第23回党大会で大きく改定された。それ以前の綱領では、社会主義への道として労働者階級の権力(プロレタリアートの独裁あるいは執権)の確立と社会主義的計画経済が強調されていた。しかし、2004年の党大会で改定された現綱領においては、「現在、日本社会が必要としている変革は、社会主義革命ではなく、異常な対米従属と大企業・財界の横暴な支配の打破——日本の真の独立の確保と政治・経済・社会の民主主義的改革の実現を内容とする民主主義革命である。それらは、資本主義の枠内で可能な民主主義革命である……」と記述されるにいたった。経済に関しては、「市場経済を通じて社会主義に進むことは、日本の条件にかなった社会主義の法則的な発展方向である」と述べられ、「1. 「ルールなき資本主義」の現状を打破し、労働者の長時間労働や一方的解雇の規制を含め、ヨーロッパの主要な資本主義諸国や国際条約などの到達点を踏まえつつ、国民の生活と権利を守る「ルールある経済社会」をつくる」。「2. 大企業にたいする民主的規制を主要な手段として、その横暴な経済支配をおさえる」と説明

された。

では、どのようにして大企業を民主的に規制し、「ルールある経済社会」をつくるのであろうか。「ルールある経済社会」とは、いかなる社会か。

「ヨーロッパの主要な資本主義諸国や国際条約などの到達点」として、とりわけ重要であるのは、ヨーロッパ諸国における「社会的経済」の発展と2002年のILO条約である。

2001年の国連総会決議に引き続き、翌年の2002年にはILO（国際労働機関）の第90回総会が「協同組合の振興に関する勧告」を決議し、「均衡のとれた社会は、政府セクターと営利企業セクターだけでなく、協同組合、共済団体などを含む社会的セクターを必要とする」という斬新な社会観を示した。

この勧告は、ILOの総会が全会一致で、すなわち政労使の合意で、採択したものであり、国際的に広く受け入れられてしかるべき勧告である。

今後70年間で私たちはどのような社会をつくらうとしているのであろうか、実現すべき近未来の社会像はどのようなものであろうか、という問題を考えるうえで、「均衡のとれた社会は、政府セクター、営利企業セクター、社会的セクターという3つのセクターから成る」という社会観は、非営利・協同運動が今後進むべき基本的な方向を示す道標となりうる。

目指すべき近未来の社会は、自由、平等、連帯という3つの理念のバランスから成る社会である。すなわち、自由を理念とする営利企業セクター、平等を理念とする国家セクター、および連帯を理念とする非営利・協同セクターという3つのセクターのベストミックスから成る社会である。3つのセクターのそれぞれが、相互に緊張関係を保ちつつ、それぞれの最良の機能を果たすことによって、ベストミックスを図るような社会が必要とされる。

どのようにしてこのベストミックスをめざすか。現在の日本社会においては、営利企業セク

ターと国家セクターが強大であり、非営利・協同セクターが弱小である。営利企業と国家の横暴を民主的にコントロールするためには、非営利・協同セクターを拡大強化して連帯の力を強める必要がある。国民の連帯の力によって営利企業と国家の横暴を民主的にコントロールすることが、3セクターのベストミックスを実現させるための前提条件であり、「ルールある経済社会」をつくる前提条件である。

「ルールある経済社会」をつくるための実践課題はなにか。国民の力によって国家と市場を規制することである。すなわち、第1に、市民を主体とする多様な非営利・協同組織をたちあげ、組織間の協同を強化することによって、非営利・協同セクターを拡大強化することである。第2に、非営利・協同セクターの枠をさらに拡大して、地方自治体や地元の中小企業など、なんらかのかたちで地域住民に貢献しているあらゆる組織の間の協同を強化して、地域社会活性化のためのネットワークをつくりあげることである。第3に、国民の連帯の力によって営利企業と国家の横暴を民主的にコントロールすることである。

社会主義社会は、このような「ルールある経済社会」を前提にして成立する。端的に言えば、社会主義社会とは、社会が国家と市場をコントロールする社会である。その経済システムは、社会的企業を基幹とする「社会的経済」システムである。非営利・協同組織が社会主義経済の基本的な担い手となる。社会主義経済のキーワードとされている「生産手段の社会化」とは、このようなかたちで生産手段が社会のものとなっていくことである。

今後の70年間で非営利・協同セクターをどれだけ拡大強化しうるのか、道は厳しい。しかし、ゴールとしての社会像は明確である。

（とみざわ けんじ、研究所顧問、一橋大学名誉教授）

戦後70年と民医連運動の課題

藤末 衛

民医連は、2015年夏の評議員会において戦後70年、被爆70年の特別決議を採択しました。戦前の体験と記憶のある世代がごく一握りとなり、再び海外で戦争をする国となるのか否かの攻防が熱くたたかわれる最中でした。憲法危機の根本にある現政権の歴史認識と海外で戦争する国づくりを批判し、今後自らが医療・介護という日常において倫理的行動を貫き、世界の人々とともに平和的生存権を実現する運動をさらにすすめる決意の表明がその趣旨です。そしてその中で、ドイツにおける「過去の克服」の歩みに学び、戦争時代の医学犯罪に対して歴史的な検証と反省をしていない日本の医学・医療界の一員であることを自覚し、戦争時代の医学犯罪についてアジアと世界の人々にお詫びしました。戦争時代の医学犯罪の検証、自覚と反省は、今日医の倫理を確立してゆく上での原点であり、医療界の自律性、国民と医師、医療

者の信頼関係構築の礎（民医連の提言2013）と考えています。

民医連は、戦前命がけて戦争政策に反対した無産者診療所を源流とし、今日までの綱領に「いっさいの戦争政策に反対する」ことを明記してきました。歴史的には、発布直後からの改憲策動とのたたかい、被爆者医療の実践、被爆者援護法制定や核兵器廃絶への行動、自衛隊海外派兵反対や辺野古支援連帯行動など、一貫して平和と憲法擁護の行動を続けてきました。2015年のNPT再検討会議では、過去最高の159カ国が核兵器の非人道性を告発し全面廃絶を求める共同声明を発表し、核兵器禁止の法的枠組みを求める意見を大勢にすることができました。また、ベトナムの枯れ葉剤に苦しむ子どもたちへの支援、中国で日本軍が遺棄した毒ガス兵器の被害者支援、在韓被爆者の支援や韓国の医療従事者との交流など、平和と人権

特別決議 戦後70年、被爆70年、平和と人権をさらに高く掲げて

2015年 8月23日

全日本民医連41期第3回評議員会

第二次世界大戦の終結から70年、日本は平和憲法のもと海外で戦争することなく、あの広島・長崎以来、武力としての核兵器使用も世界で一度もありませんでした。この到達点は、戦争と原爆投下という凄惨な加害と被害を経験した日本人と平和、人権、社会進歩を求める世界の人々が連帯し、努力してきた結果です。しかしそれは、日本においても決して平坦な道程ではありませんでした。ポツダム宣言に掲げられた日本軍国主義根絶と国内民主化は、米ソの対立構造の中で変質を迫られ、日本国憲法施行のわずか数年後から「憲法改正」を主張する国家権力、政治勢力とそれに抗い憲法を守ろうとする人々のせめぎ合いが始まりました。

2015年、再び海外で戦争をする国に向かうのか否かの攻防が熱くたたかわれている戦後70年目の夏。全日本民医連は、戦争をしない国の歴史を守り、人権としての社会保障の充実を求め実践することを宣言します。

憲法危機の根本にある日本の政治指導者の歴史認識
医療・介護従事者の倫理的行動の出発点としての戦後
過去を克服し、東アジアの友好と連帯を求める行動を
(目次のみ掲載、全文は全日本民医連ウェブサイト参照)

を求める東アジアの人々とともに活動し今日あることに誇りと希望を持ちたいと思っています。

2015年、原発再稼働、特定秘密保護法に引き続き、戦争法（安法法制）を巡って世代を超えた市民による広範な反対行動が生まれ、運動団体や政党の共同とともに相乗的に発展しました。残念ながら戦争法は強行されましたが、70年目をむかえた戦後民主主義は大きく発揚し、当面2016年の参議院選を焦点に戦争法廃止に向けた行動が止まることなく繰り広げられています。日本が戦後最大の岐路に立つ情勢のもと、2016年3月、民医連は42回総会を迎えます。民医連運動の重点課題について理事会討議が始まったばかりですが、私なりの考えを述べ総研会員、読者の皆さんのご意見をいただければ幸いです。

その第1は、戦争法廃止の運動を辺野古米軍新基地建設反対のオール沖縄のたたかい、戦争法成立下での全国にある米軍基地の危険性を知らせる活動と結合させて今の何倍にも共同を広げてゆくことです。政府と防衛省は、日米新ガイドライン実践のために戦争法にて可能となった準備を着実にすすめています。実態を出来る限り把握し、戦争法を発動させない、発動前に廃止する構えが必要です。市民運動の広がりこそが、野党を結束させ、立憲主義を取り戻し、戦争法廃止をする政府へとつながります。現政権も必死であり、戦争法成立の現状に憲法を合わせるとして明文改憲の時期も虎視眈々と狙っており、日本国憲法の価値を確認する学習を様々な機会に合わせて持つことが重要だと思います。

第2には、新自由主義的な改革の焦点となっている社会保障制度の変質、解体の攻撃に対抗して、日本の社会保障制度を99%の国民の安全・安心のための制度として再構築することを国民的合意とし、改善のための総がり運動の架け橋となることです。2012年に民主・自民・公明3党合意により、憲法25条の解釈改憲というべき社会保障改革推進法が成立しました。消費税増税のおとりに「社会保障の充実」を使いながら、まず生活保護制度削減、医療介護供給体制縮小・効率化（川上川下改革、介護保険対象制限など）と医療費削減を県の責任で推進させるシステム、そして医療の営利化をすすめています。反対の声が上がりにくい部

分から、国民から分かりにくい部分から攻め立て、一見もってもらしい4助論（自助、互助、共助、公助）で社会保障の権利性を否定し、社会保険に対して民間保険原理である負担と給付の公平論を持ちだしました。生活保護受給者と低額年金受給者、ワーキングプアをいがみ合わせ分断する中で、政府批判を回避する卑劣さには怒りを禁じ得ません。社会保障を人権ではなく、「国民の助け合いとお恵みの制度」に変質させる企みに、より有効なたたかひの旗印と戦略が必要です。あのロンドン空襲の前後に綿密な社会調査を行い、戦後の復興政策の柱であり、福祉国家づくりの基本となったベバリッジ報告にあらためて学び、社会保障理念の原点に立ち返った対抗軸を示すこと、そしてすべての社会保障に関わるたたかひの共同、総がかりの行動目標を定めて前進したいと思います。

第3に、民医連の事業所の活動と組織の今後について、自己完結的なモデルから本格的に脱皮して、住民参加と地域連携・ネットワーク型の保健・医療・介護モデルに転換、進化させることです。そして、地域経済の活性化やまちづくりと調和し、地域になくってはならない存在となることを重視しなければなりません。民医連の病院、診療所は、共同組織の組合員を中心に患者さんも組織し、やや自己完結的な方向で日常活動を組み立て、職員育成についても医師をはじめとして自前の育成を重視して、事業を拡大してきました。政府・厚労省は、効率化を主題にして手術や急性期治療場所の集中化と病院機能分化をすすめ、経済的に生き残れる地域づくりを奨励し、地域の自然淘汰をやむなしとしてしまっており、この中で民医連の医療分野の事業停滞と経営悪化、医師不足があります。地域包括ケアが声高に言われ、地域医療構想が具体化される中で、自己完結型から徹底して連携型に切り替えて役割を鮮明にし、地方自治体の民主的な発展に貢献してゆく必要があります。そして、前総会で提起した「人間的な発達のできる組織」の具体化をすすめる2年間をめざしたいと思います。

（ふじすえ まもる、全日本民主医療機関連合会会長）

敗戦直後まで—いのちとくらし点描—

山口 孝

今年の4月8日、88歳の誕生日を迎えた。1927年（昭和2年）生れたからほとんど昭和の全時期を生きることになる。

1927年は世界金融恐慌の年であった。しばらくして、過剰生産恐慌が世界をおそった。大商社がつぶれ、銀行への取り付け騒ぎも起こった。当然のように、わが父親が営む呉服屋も潰れた。この呉服屋は名古屋の早苗町という日本陶器の工場に近い場末の商店街にあつたたからか、この工場に勤める青年が下宿していた。彦坂という名の青年が私たちの引っ越し先までついてきて下宿していた。ある日、母は彦坂青年と2階の彼の部屋で話合っていた。母の膝に抱かれていた私は立っていつて彼の机に飾られていた陶器の「聖母マリア」の像をとって暗い階段から下に投げつけた…。それが私の生れてはじめての記憶である。きっと私は仲良く語る二人に嫉妬したのに違いない。

この青年は荷物を置いたまま「しばらく」ということで滋賀県の生家に帰り、もう戻ってこなかった。彼の部屋には北村透谷から始る文学全集やアッシリア、ギリシャ、ローマ、唐招提寺の仏像彫刻などが載る美術全集などとともに「改造」など当時の進歩的な雑誌や労働組合の文書が残されていた。少年・少女文学全集なども買って残しておいてくれた。その中の「アラビア・ナイト」、「クオレ・愛の学校」などにどんなに胸をときめかしたことか。

壊れた「聖母マリア」は黒髪を「あざえ膏薬」で顔は絵具できれいに修復されて残されていた。後年になって母はポツリと言った「彦坂さん自殺したかもしれないって、あのマリア様私にとてもよく似ているって大切にしてくれたの…」

この「聖母マリア」は書棚にあって見つめる私を無視して天を仰いでいる。

1929年から始まった過剰生産恐慌の克服策として、アメリカ合衆国ではTVA政策、イギリスでは安価に共同住宅や一戸建て住宅を提供する住宅政策、フランスでは社・共提携の人民戦線が結成された。この時期、アメリカ合衆国では大企業の専横を規制する「経営者革命」が叫ばれ、大企業の会計を社会に開示させるための会計原則も生み出された。日本ではこうした動きは未熟のまま、ドイツ、イタリアと共にファシズム・軍国主義への道を歩むことになる。

不思議なことにいや識者にはなんの不思議でないかもしれないが—昭和12～13年（1937～1938年）頃から景気が一時回復してきた。戦時景気というのである。その頃のある日、呉服の行商をしていた父はまだ小学生の私にポツリと「黒字になった」と言った。「いくら黒字になったの」と聞きかしたとき。父は「一円でも黒字は黒字だろ」と答えた。

この言葉は後年、会計学・経営分析論を研究し、学校法人や公益財団法人の経営をも担うことになる私にとって金科玉条の言葉となる。

「日・中戦争」が始まってから戦費調達のため国債が次々と発行すされるようになった。これを隣組単位で割り当ててくるのである。少し金回りがよくなった父親はこれを割り気前よく買い込んでいた。これで碧海郡・依佐美村、佐渡川の近くで農業と「よろず屋」に嫁ぐ2人の兄と姉の家からの借金の返済をし始めた。呉服屋を開いた当時借金をしていたのである。私にはこの国債での返金は不正に思えたのだが、この時この人たちは父の渡す国債を喜んで、「押し戴だいて」、収めたのである。

敗戦後この国債は紙屑同然となった。

だからと言ってこの田舎の人たちがすべて淳朴・善良であったとは言えないだろう。敗戦直前に父母と私は名古屋市から姉の嫁ぐ尾張横須賀（現在の東海市）に疎開した。勤労働員の休みの日などに私はそこから叔父たちの農家へ自転車に乗って農作業の手伝いに出かけた。私たちは飢えていた、いやしかった。米や麦が欲しかった。しかし、もう都会の飢えた人たちとの物々交換に慣れた農家にとっても米は貴重だった。農作業を終えて帰るとき新家の叔父は少しばかりの紙幣と、発芽し、新サツマ芋ができた後の種イモ—これをどう呼ぶか今も知らない—をくれた。カネなんか欲しくなかった。お米が欲しかった。でもこのイモは大きくツヤツヤしておいしそうだった。暗くなって帰ってそれをひろげた時、母は喜んでさっそくこれを蒸してくれた。しかし、驚いたことにこの芋はパサパサで「味もそっけもない」ものだった。

母は泣いた。

1945年9月8日—敗戦後1か月もたたない内に私は上京して明治大学専門部商科に学んだ。上京の前夜の日記に「大学で学ぶこと①なぜ日本はこのような戦争を起こし、惨めな敗北を喫したか。②これからどのようにしたら日本を再建できるか。」と書いた。自分の前途などどうでもよかった。

東京は焼け野原だった。上野駅ではハダカの戦災孤児が群がって東北から上京する人たちに食糧をせがみ、それを奪い合っていた。上野からニコライ堂がひととき高く聳えて見えた。しばらくはそれを目標に歩いて大学に通った。迫りくる秋、暖房などまったくない教室で飢えと寒さに震えながらも講義を聞いた。教師は関を切ったように真実を語り始めていた。佐々木吉郎という有名教授

は「君たちお腹がすくだろう。君たちの下宿の近くの菜園にトマトやウリなどがなっていたら、そっと一つ二つ失敬して食べていいんだよ。人間にはかけがいのない生存権がある…。」福沢諭吉は「学問のすすめ」を書いたが、佐々木先生は「泥棒のすすめ」を語ってくれた。

配給だけで過ごした裁判官は餓死していった。

私はいまでも「真理を説くに倦むことを知らない教師と真理を希求してやまない生徒がいれば瓦礫の上でも大学は聳え立つ」と思っている。いまの大学のさまはなんだ！

私は学問に飢えていた。昼飯は教室での「コッペパン」と水で十分だった。しかし、それを見ていたらしい瘦せた、しろい顔のほっぺたばかりほのかに赤い女子学生がいた。この学生はある日「そんな食事じゃ栄養失調で死んでしまうわ。これ飲んだら。わたし山羊飼ってるの。山羊の乳よ」

本当のこと言って、山羊の乳は少し気持ちが悪かった。でも飲まざるをえなかった。それから3～4回はこの乳を私に運んでくれたような気がする。しかし、その学生はいつのまにか教室に来なくなってしまっていたし、私も忘れてしまっていた。

ある日友人が言った「あの子結核で死んだらしいよ」

私は衝撃をうけた「あの子が死んで、私は生きている…」

88歳の今まで私は生かされてきたようにも思える。(2015・10・26)

(やまぐち たかし、明治大学名誉教授)

沖縄のこころ

野村 秀和

私の住む比叡平は、比叡山の登山口の前に広がる三千人ほどの集落である。滋賀の人々は、琵琶湖の周辺に住んでおり、この比叡平には、京都市内で家を建てるのが資金的にきびしい京都人が多い。ここでは、庭付きの住宅をかまえることができるからである。多くは、京都の大学関係者や公務員、教員が多い。

この小さな集落の中に、比叡山の坊さんの家があり、そこに沖縄剛柔流の空手道場がある。体を動かすことのない私に、少しは体のためになるだろうということで、女房の推めでこの道場に入門したのが66歳の時であった。

それから17年過ぎた現在まで、道場での修行は続いている。それまで体を動かすことなどの無かった私にとって、空手道場での修行は、新鮮な体験であった。

流派が沖縄剛柔流ということも、入門の動機となった。本部道場のある沖縄には、5年前までは毎年のように、比叡平道場からの修行に参加し、汗をながした後の泡盛は、かく別のうまさであっ

た。

さつまの支配の中で、武具を持つことが許されなかった沖縄の人々は、空手で身を守ることを身につけたのである。空手のけいこを通じて、沖縄のこころを知ることができたと思う。

やまとんちゅうのさつまの支配の中で、素手で身を守る中で育った沖縄剛柔流の空手道は、沖縄のこころと誇りを持っている。それは、沖縄の本部道場のけいこに参加する中で感じてきた。

アカデミズムの中では、知ることでできない沖縄のこころを、空手の道場で汗を流す中で感ずることができるまでには、十年以上の道場でのけいこがあったのである。かくして70代の半ばに黒帯をつけることが免許されたのである。

学問の世界では、活字の知識として沖縄のこころを読みとることができるのであろうが、道場の中で汗を流した十年以上のけいこは、私に沖縄のこころを強くきざむことになったのである。

(のむら ひでかず、京都大学名誉教授)

◎『東日本大震災からの復旧・復興事業の取り組みと課題に関する研究
—気仙沼市の復興状況を事例として—』

I S B N 978-4-903543-12-3

著者 小磯 明

発行日 2015年3月31日

頒価 500円

目次

I はじめに——研究の背景と方法

研究の背景

調査方法と本稿の目的

調査・研究の視点

II 調査結果——現状と課題

気仙沼市の概要

被害の状況

復興の状況

産業再生支援

雇用の回復

社会保障

再生可能エネルギー

応急仮設住宅での高齢者等の見守り事業

地域支え合い体制づくり事業の継続と拡充

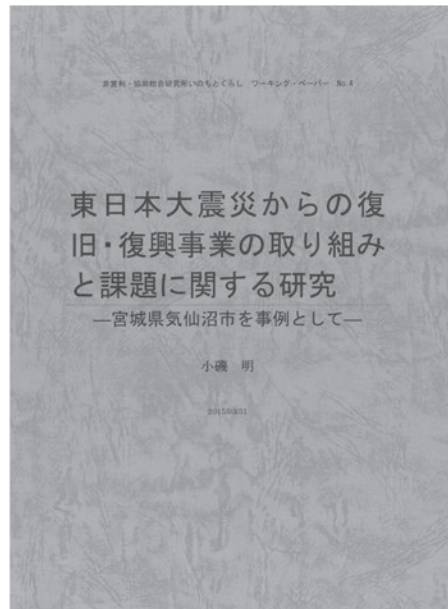
被災者の健康づくり支援

仮設住宅での自治組織の設立・運営支援

減災のためのコミュニティづくり・自治組

織同士のコミュニティづくり

情報の共有体制づくり



2014年度復興関連予算（2月補正分まで）
その他の取り組み

III まとめ——復興政策を問い直す

住民との距離感

漁業・加工業

保健医療

「生活被害」の深刻化

IV 震災復興とコミュニティ—気仙沼復興商店街
南町紫市場の事例—

資料 インタビューガイド

医療の市場化、「営利化」

角瀬 保雄

戦後長い間、医療は公益、社会保障に属するものとされ、その市場化、「営利化」は禁句とされてきた。わが国には世界的にも注目される非営利・協同の運動が発展している。

病院、介護施設には医師、看護師、リハビリ医師、薬剤師など様々な職種、職能の担い手が分業を担っている。これら直接労働の担い手とともに、病院、診療所、介護施設には医療・介護の直接労働を支える多くの間接労働者、事務労働者がいる。これらの担い手は、それぞれの職能に応じた役割が与えられている。

法人形態としては大きく医療法人と医療生協法人とに分かれているが、いずれの場合も、資本、経営と労働とに分かれるのは自然である。さらに個々の法人の内部組織についてみると、医療法人については、社員総会、理事会、評議員会、監事から構成されており、それは一般の会社法人の組織と変わるものではない（二上護「一般社団法人について」『民医連医療』2007年10月号）

医療生協法人に関しては、協同組合であるので、組織のあり方が医療法人とかなり異なっている。ここで注目すべきは医療法人の社員制度と協同組合の組合員制度の違いであるが、共通性がないわけでもない。さらに注目すべきは、法制度外で自主的に創造・運用されている人事制度がある。それは医療生協法人と医療法人の双方にみられるものであるが、自発的な、形成途上のしただがっていつまで未成熟な段階にあるものといえる。

かつて代々木病院に赤旗の翻ったことがあったというエピソードが残されているが、今日では考えることができないものである。民医連運動の中から生まれしてきたものに「共同組織」というものがあり、今日でも残っているところがあるが、歴史の産物として言葉だけになっているところが無いでもない。一例を挙げるならば民医連副会長・原和人氏の「民医連運動の発展の保障は共同組織」

（『民医連医療』2005年10月号）という論文がある。労使協調を体現したものである。

「共同組織」と並んでいまや過去の遺産と化しているものに「友の会」がある。医療法人の場合、その社員は当然「友の会」の会員たりうるが、患者も「友の会」会員たりうる。私の場合、患者→「友の会会員」となったことがある。こうしたタイプの「友の会会員」が多いのではなからうか。他方、生協組合員の場合は、改めて「友の会会員」にならなくても、組合員は当然に「友の会会員」といえるであろうから、問題は「友の会」の役割を知らなくてはならないということである。

医療生協法人から見ていくと、組織の基礎に組合員がいる。組合員から執行部に当たる理事、監事が選ばれ、組織が形成、運営されていく。組織が大きくなればなるほど一人一人の発言力が小さくなるのは否めない関係にある。組合員全員が増資、資金貸付という形で資金的に組織を支えるようになっている。生協では組合員の拡大が同時に組織の資金的強化につながるが、医療法人では必ずしもそうなるとは限らない点がある。元々社員の数が生協の組合員に比べて少ないので、社員からの出資には限界がある。そこで独自に資金の拡大を図らなくてはならなくなる。その反面、異論が拡大する余地は最初から少ない。

医療法人と医療生協法人とでは、その違いがあるとしても、株式会社が経営している病院と比べると財政的な条件は比べ物にならないことは確かである。病院の物的設備や医療施設には大きな格差があることは明らかである。

とくに最近のように病院施設や設備の拡大強化をはかる必要が高まったりすると、資金面での困難が大きくなる。そこでたとえば、医療法人の東京勤労者医療会の傘下にある東葛病院では、病院の新築移転にこたえるためとして以下のような工夫をすることになる。

1. 寄付金
2. 地域協同基金（無利息 無期限）
3. 特定協力借入金（有利息）

まさにあの手この手といえる。

もちろん医療法人に比べて、医療生協が資金の調達面で楽ということではない。東葛病院で見た資金調達のパターンは、医療生協にも適用される。ここで病院の名称の由来に眼を転じると、代々木病院は1952年に代々木診療所が病院化し、大きく発展し、さらに1974年に代々木病院後援会が名称変更したものである。伝統ある「代々木」を残し、「代々木」という狭い地域的な意味の名称ではなく、60年間にわたって地域医療、全国の民医連運動に貢献してきた伝統ある「代々木」を冠とする「代々木健康友の会」と名称変更することになっている。（『くらしと健康』2006年10月1日号）

民医連は社員組織、組合員組織、友の会型組織の三つの形の組織を、共同組織としているということであるが、「共同組織と民医連運動」全日本民医連・経営協同組織部 共同組織委員会編36ページ）。医療法人の後援会として作られたことが明白である。

2006年に私は、ここでも「友の会」の一員として医療運動の末端に加わっているが、医療生協の組合員と異なり、決定機構の外野との感を否めない。言い換えると応援団の一員というのが率直なところである。最近では「友の会」や「共同組織」に代えて、「健康友の会」と呼ぶところが多くなってきているようである。「友の会」や「共同組織」では他団体と紛らわしいからであろうか。

ところで政府は、地域で複数の病院が連携して役割を分担しやすくする仕組みを2015年にも導入しようとしているとのことである。グループを束ねる「持ち株会社」のような法人を新設し、大学病院や公立、民間の病院、介護施設などが傘下に入るとしている。地域内で高度医療から介護まで提供できるようにするというのであろう。患者のためというよりも、資金調達や仕入れをグループでまとめて、運営を効率化し、医療費の伸びを抑える狙いもあるとみられる。これは病院再編へ「持ち株」型を利用しようとするものであろうか。

しかし厚労省によれば、病院は全国で8565もあり、人口一人当たりの数は米国の約3倍、ドイツの約2倍あるという。日本は病院の約7割が200ベットと中小規模の病院が多いという。新型法人では個人ではなく、グループ内の病院が規模に応じて議決権を持つ見通しという。大規模病院が主導権を握ることができ、民間、公立を問わず病院再編の機運が高まる可能性といわれる（『日本経済新聞』2014年3月28日）。

また厚労省によると、持ち株会社によると、持ち株会社の役割を果たす「非営利ホールディングカンパニー」なるものを新設、グループの経営方針を決め、経営企画や財務、人事を集約するといわれる。医療法人や、特養ホームを持つ社会福祉法人を傘下に置き、医療法人や、医療・介護関連の企業への出資もできるようにするという。高度医療から介護まで地域で分担するというのである。

ところで2015年夏、衆院厚生労働委員会は8月5日、地域の病院、診療所、介護施設などを傘下に収め一体的に経営する新法人「地域医療連携推進法人」を作るために医療法改定案を、自民、公明の賛成多数で可決した。日本共産党は「政府の目指す医療・介護の一体的改革は医療も介護もそぎ落とし、自助・共助慈善的な社会福祉事業におきかえるものであり、その手段となる新型法人を創設するものにほかならない」（堀内照文議員）と反対した。反対討論で堀内氏は「地域医療構想実現のために、病床数や診療科の再編・縮小、医師・看護師の移動を行い、医療提供体制の改変を促進しようとするものだ」と指摘。「患者追い出しを加速させ、必要な診療科・医師が存在しない事態をいつそう進める」と批判した。

また、社会福祉法人が新法に参加できるとしたことは、社会福祉法の改定で公益的活動が義務化されたことで、介護保険から外した要支援者の支援などを社会福祉法人に担わせ、公的介護保障のない「地域包括ケア」の受け皿にしようとするものと強調した。

また堀内氏は、新法人の理事長は医師でなくてよく、株式会社への出資もでき、議決権は病床数で差をつけることも可能であり、一部大規模法人による実効支配が排除されないなど「医療の営利産業化への火種となるもので重大です」と指摘し

ている（『しんぶん赤旗』2015年8月15日）

以上、瞥見したところが、病院の市場化と「営
利化」への布石を物語るもので、『しんぶん赤旗』
はこれによって「患者追い出しが加速化され」、「営

利産業化」の危険が高まると警告している。

（かくらい やすお、研究所名誉理事長・顧問、
法政大学名誉教授）

報告書等の発行一覧

詳細はウェブサイトの出版情報をご覧ください

視察報告書、翻訳

タイトル	著者名	発行日	備考
『「スウェーデン・福祉の国づくりを探るツアー」報告書』	全日本民医連・総研いのちとくらし編	2006年3月1日	全日本民医連・総研いのちとくらし共催
『「スペイン・ポルトガルの非営利・協同取材」報告書』	角頼保雄・坂根利幸・石塚秀雄他	2006年3月1日	いのちとくらし別冊No.2
『フランス 非営利・協同の医療機関・制度視察報告書』	非営利・協同総合研究所いのちとくらし編	2008年3月31日	全日本民医連・総研いのちとくらし共催
『キューバ・メキシコ視察報告書—キューバ憲法・ポリクリニコ一般規則全訳付—』	非営利・協同総合研究所いのちとくらし編	2010年2月20日	全日本民医連・総研いのちとくらし共催
『ドイツの非営利・協同の医療と脱原発の地域電力事業視察報告書』	非営利・協同総合研究所いのちとくらし編	2013年3月31日	(在庫無)
『イタリアの非営利・協同の医療福祉と社会サービスの視察報告書』	非営利・協同総合研究所いのちとくらし編	2014年6月14日	
『スペイン社会的経済概括報告書(2000年)』(翻訳)	J.バレア、J.L.モンソン著 佐藤誠・石塚秀雄訳	2005年4月15日	いのちとくらし別冊No.1

ワーキンググループ報告書、ワーキングペーパー

タイトル	著者名	発行日	備考
『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—』	医療経営比較ワーキンググループ	2006年3月1日	ワーキンググループ報告書 No.1
『地域の医療供給と公益性—自治体病院の経営と役割』	地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ	2015年4月30日	ワーキンググループ報告書
『Red Store、Yellow Store、Blue Store and Green Store:The Rochdale Pioneers and their Rivals in the late Nineteenth Century』	Takashi SUGIMOTO (杉本貴志)	2006年11月8日	ワーキングペーパー No.1
『友愛社会とは何か—ヨーロッパから学ぶ社会像』	富沢賢治	2010年3月1日	ワーキングペーパー No.2
『地域医療と自治体病院をめぐる住民運動』2013/09 第一報	八田英之	2013年10月15日	ワーキングペーパー No.3
『東日本大震災からの復旧・復興事業の取り組みと課題に関する研究—気仙沼市の復興状況を事例として—』	小磯明	2015年3月31日	ワーキングペーパー No.4

地域医療構想をめぐる北海道の現状と課題

太田 美季

はじめに

地域医療構想とは、2014年に成立した「医療介護総合確保推進法」の一環として、団塊の世代が後期高齢者となる2025年にむけて医療費を抑制するために、2025年時点で必要な病床数を人口統計や医療需要などから推計し、その目標に向かってPDCAサイクルで病床を減らしていこうというものであり、現在、その策定に向けて二次医療圏ごとの地域医療構想調整会議が全国各地で始まっている。

厚生労働省のうたい文句は、「今後の高齢化の進展による医療ニーズの変化をふまえ、急性期から回復期、慢性期まで、それぞれの患者の状態にあった医療サービスを提供できる、バランスのとれた医療提供体制の構築」をめざすというものである。逆に言うと、現在はそれぞれの患者の状態にあった医療サービスが提供されていないことを意味しているのであり、とりわけ多くの「治らない」病気を抱えた高齢者が急性期病床や慢性期病床を占有して長期入院していることは無駄であり、その無駄を無くすためにそれぞれ「下流」に押し流す、そういう「効率的」な医療提供体制を構築することを意味している。

地域から病床がなくなる!?

7月25日の北海道新聞一面トップには「病床道南2圏域45%減」の大見出しが躍った。

記事の内容は、北海道が2025年時点での道内の必要病床数の推計値を発表したのを受けて、2013年時点での病床数に比べると全道では1万500～1万5千の病床が削減されることや、道内21の2次医療圏ごとの削減幅も明らかにし、とくに道南の北渡島檜山（八雲、長万部、せたな、今金）が

45.9%、南檜山（江差、上ノ国、厚沢部、乙部）が45.6%の大幅削減となることなどをセンセーショナルに報じるものだった。

不要ベッド…

1ヶ月後の8月27日の道新社会面には「不要ベッドはや現実」「稼働5割 医師や看護師不足」の見出しで、道内で最大の削減率となる北渡島檜山圏域の実情を伝えている。記事によると、同圏域の4町に5つある公立病院の病床稼働率は3～8割で、相当数の病床が医師、看護師不足で稼働できない休眠病床となっており、10年後にむけた病床削減を先取りしている実態がある。どの病院も経営難で自治体財政を圧迫しており、休眠病床も含めた許可病床数に応じて交付される地方交付税が段階的になくなれば、経営的なメリットも薄れて、病院の存続に関わる事態となることが危惧されている。

しかし、広大な北海道の住民にとって身近な自治体病院は地域医療の「最後の砦」であり、とりわけ遠方まで通院困難な高齢者にとってはまさにいのちに関わる問題である。

2025年に必要とされる「病床の量」

2013年（10月1日時点）に厚生労働省がおこなった医療施設調査による本道の病床数は、83,556床（一般60,069床、療養23,487）。一方、昨年の病床機能報告制度による各病院の機能別病床数は高度急性期7,426床、急性期38,270床、回復期5,289床、慢性期26,888床、無回答1,554床の合計79,427床である。また、地域医療計画による基準病床数（かつての必要病床数）はこれらよりもはるかに少ない59,648床である。これに対して、国

のガイドラインに準じて道が推計した2025年の各機能別病床数は、高度急性期7,348床、急性期21,927床、回復期20,310床、慢性期は最大23,485～最小18,925床、トータルでは最大73,070床、最小68,509床となっている。

道の推計値と病床機能報告との差を見ると、高度急性期は▲78床（-1.0%）でほぼ横ばいなのに対して、急性期は▲16,343床（-42.7%）の大幅削減、回復期は逆に15,021床（+284%）と大幅増、慢性期は最大で▲3,403床（-12.7%）、最小で▲7,963床（-29.6%）と大きな削減を迫る内容となっている。

つまり、道の推計からは、2013年度の病床機能報告に比べて、2025年でも高度急性期の病床数はほぼ変わらず、厚労省が問題視する急性期の約4割を大幅に不足している回復期に移行し、慢性期は在宅等に移行することで高齢者の長期入院を減らして医療費の国庫支出を抑制すればよいと考えていることが読み取れる。

医療提供体制の転換は可能か

はたして、そのような病床の再編が現実に可能なのか。

例えば、回復期への移行に関しては、急性期一般病床から回復期リハビリ病棟への転換が考えられるが、中小病院などでは、転換に必要なリハビリ技士の確保や施設の整備など、施設要件をクリアするにはそれなりのハードルが存在する。同じく回復期に分類されている地域包括ケア病棟は、リハビリも含めてほぼすべての医療行為が包括点数化されている。軽症の急性期や在宅への退院支援は可能だが、中等度以上の急性期医療や終末期・緩和医療の実施は経営的には困難と思われる。いずれも、削減される急性期病棟の十分な受け皿とはなり得ないのではないか。

また仮に可能だとしても、その大前提は慢性期病床の多くが「在宅等」に移行する（患者を追い出す）ことであり、現在よりも大幅に増える在宅での医療需要に応え得るだけの在宅医療や介護施設・サービス等の整備が必要となる。道の人口推計では、2010年に比べて2025年には道内全体の人口が9.9%減少し、地域によっては3割近く人口

減となるとされており、これが病床削減のひとつの大きな根拠となっているが、75歳以上の後期高齢者人口に限ってみれば逆に道内全体で28.7%も増加する見込みであり、家族介護力の乏しい北海道において、これらの高齢者が「在宅等」で療養し最期を迎えるためには相当の整備がなされなければならない。今後、10年でそれらがどこまですすむのか。この間の介護保険制度のたび重なる改悪や介護報酬の引き下げによる介護事業所の閉鎖などを見れば、結果は火を見るよりも明らかなのではないだろうか。

北海道の地域医療の実態

北海道における地域医療崩壊はますます深刻さを増している。

179自治体のうち、分娩のできる医療機関があるのは30自治体（16.8%）しかなく、そのうちのいくつかは経産婦のみに限っている。オホーツク海に面する遠紋圏域（紋別市、遠軽町など1市7町）は、面積が約5,150km²で愛知県や千葉県とほぼ同等の広さに人口約7万人が暮らす地域だが、この10月1日から産科医師が一人しかいなくなり、事実上、お産ができなくなることにに対して地域住民に不安が広がっている。

また、地域医療構想の最大の眼目である在宅医療についても、自治体病院の医師・看護師不足によって訪問診療と訪問看護を廃止したり、縮小せざるを得ない地域も現れており、在宅患者の命の綱が断たれかねない状況になりつつある。病床削減の大前提がすでに成り立っていないのである。

救急医療や専門医療の現状もきびしい。札幌市や旭川市、函館市など大規模病院がある地域を除けば、地方の中核都市であってもその実情は深刻である。ましてや郡部では救急医療や専門的な治療を受けるためには100km以上離れた都市部に行かなければならず、過疎化による公共交通機関の縮小・廃止なども相まって、住民が医療にアクセスする権利（生存権・健康権）がまったく保障されていない事態が進行している。

周産期医療や救急医療などは地域医療計画の中のいわゆる「5疾患5事業」の一環であるが、今回の地域医療構想ではそれらとの関連性がまった

く考慮されず、機能別の病床数だけが議論されていることに強い違和感を抱かざるを得ない。

地域医療構想調整会議*の開催状況

道が発表した必要病床数の推計値をもとに、2次医療圏ごとの2025年時点での高度急性期、急性期、回復期、慢性期の各機能別の病床数と役割分担等を議論する地域医療構想調整会議が、9、10月を中心に道内の各圏域で開催された。11月15日時点で、札幌圏域を除く20圏域で少なくとも1回以上の調整会議とワーキンググループ会議や機能別の部会などが開催されている。

11月12日に開催された北海道総合保健医療協議会地域医療専門委員会、各圏域の調整会議で出されたおもな意見が集約された。その中では、構想策定の視点については「地域の実情を踏まえた構想策定」「安心して住み続けることができるという視点」、病床転換については「回復期病床への転換はハードルが高い」「病院として機能しない」、病床削減への懸念として、「地域医療が守れなくなる」「医療技術者が不足してベッドを制限している」、さらに介護との関係では、「受け皿としての介護保険、在宅が整備されなければならない」「患者の行き場がなくなる」など、きびしい意見が噴出している。また、地域の実情として、医師や看護師、介護施設の従事者など人材確保の必要性を説く意見も多い。調整会議の進め方については「具体的な役割から議論すべき」と、病床数から決めるやり方に疑問を呈する声も出されている。これらの資料は、北海道庁のホームページにアップされているので、興味のある方は「地域医療構想 北海道」で検索していただきたい。

こうしたきびしい声をあげているのは主には郡部の首長や自治体病院の院長などであり、崩壊寸前の地域医療を守るために日夜、悪戦苦闘している人々にとっては当然の問題意識であると思われる。しかし、他方、道の担当官や都市部の医師会幹部等の中では「2025年の病床数も現状とさほど変わらない」、「急激に変えるわけではない。自然に収斂されていく」、「休眠病床など早く無くしたほうがよい」などといった声も聞かれていること

は憂慮せざるを得ない。

* 地域医療構想調整会議を構成するのは、地域の医師会長や自治体の代表（首長）、医療関係者（職能団体の代表や地域の病院等の代表）、住民の代表（消費者団体の代表等とされているが実態は不明確）など。

北海道における地域医療構想の問題点

北海道民医連ではこの間、道医労連、道社保協等と協力して情報の収集、問題点の分析などをおこなってきた。そのとりくみをふまえた運動のひとつとして、11月16日に札幌市内で「北海道の地域医療を守る緊急集会」を開催した。集会には医療関係者や地方議員、労組役員、市民など約80名が参加し、地域医療構想の内容や地域の実態を共有し、問題点と今後のとりくみを提起した。その内容を以下に紹介する。

問題点①データにもとづく全国一律の算定式で、地域の実情がまったく考慮されていない。

▶ 北海道は広域で冬季の積雪・寒冷など通院距離やアクセス等の面で郡部と都市部で大きな格差があり、本州ともまったく条件が異なる。また医師・看護師の偏在・不足など医療資源の地域差も大きい。これらを考慮した検討が必要不可欠である。

問題点②病床削減の受け皿となる在宅医療、地域包括ケア体制の整備がすすんでいない。

▶ 北海道はもともと家族介護力が乏しく、いわゆる「社会的入院」が全国平均に比べて多いという状況があるが、介護系（在宅医療や入所施設等）の整備は進んでいないどころか、介護報酬の引き下げなどにより在宅サービスそのものが存続できなくなるような状況がある。そもそも広域のため、在宅サービスの採算性が低いのも一因である。

問題点③医療の地域偏在、医師・看護師不足に拍車をかけることにつながる。

▶ 現在、休止している病床の中には医師、看護師等の不足により止む無く休止しているところが多く、安易な病床削減や医療機能の縮小等は医療従事者の地域離れを促進することに

つながる可能性がある。

- ▶ 2017年度から開始される「新専門医制度」にともない、専攻医（後期研修医）の大学や大病院への集中が懸念されており、郡部での医師不足、医師の地域偏在がさらに加速される可能性があることに留意すべきである。

問題点④地域の民間医療機関にとっても死活問題となる。

- ▶ 地域の開業医は、夜間の救急対応や専門的疾患の受入れ等を地域の公的病院に依存しながら地域医療を守るために日夜、奮闘している。公立病院の病床廃止や医療機能縮小は、これら地域の開業医にとっても存続に関わる大問題である。
- ▶ 民間病院も病床の維持や病床機能の選択等の対応を迫られる課題であり、適切な対応を誤ると経営破たんにつながり得る可能性がある。

問題点⑤全道に広がる医療崩壊がさらに進行し、地域崩壊を加速させることが危惧される。

- ▶ 周産期医療や救急医療、その他の専門医療や在宅医療まで含めて地域の医療崩壊が進行しており、このままでは地域に住めない、安心して暮らしていけないという事態が広がっている。地域医療構想はこれを加速度的に進行させる可能性がある。

私たちの今後の課題

- ▶ 拙速かつ機械的な病床廃止を許さないために地域から声を上げていくことが重要。
- ▶ それぞれの地域で必要な医療機能を守る立場で議論を積み上げていくこと。
- ▶ 単に「無くすな」というだけでなく、「何が必要か」「どうしたら守れるか」を住民目線で考え、医療機関、行政等と一緒に考える本来的な地域医療構想調整会議になるよう関係者に働きかけていくことが求められる。
- ▶ 徳島県議会では全会一致で「機械的な病床削

減をおこなわないことを求める」趣旨の国への意見書が採択された。こうしたとりくみに学び、北海道の地域医療の現状をつかみ、地域の声を北海道や国に届け、地域医療を守るとりくみをすすめることが重要であり、地方自治体・地方議会への働きかけも重視する必要がある。

後日談

本論稿の校正中の12月10日、北海道議会において「診療報酬を引き下げず、地域医療を守ることを求める意見書」が全会一致で採択された。

11月16日の集会成功の余勢をかって、25日に道民医連と道医労連を代表とする「公立病院を守る北海道連絡会」名で北海道議会の全会派に、国に対して「地域の実情に応じた医療提供体制の確保を求める意見書」の提出を求める請願への協力要請の申し入れをおこなった。北海道の実情を反映して各会派とも積極的に受けとめる対応であった。

11月26日からの第4回定例道議会では、政権与党の抵抗など紆余曲折はあったものの、保健福祉委員会で審議がおこなわれ修正協議を重ねた結果、議会最終日に採択となった。しかも、修正協議の過程で来年の診療報酬改定にも言及することになり、意見書の標題に「診療報酬を引き下げず」の文言が入るという予想外の成果をかちとることができた。また、「子ども医療費助成に係る国保の国庫負担減額調整措置の廃止を求める意見書」も同時に採択されたことも画期的な出来事であった。

今回の意見書採択を力に、このとりくみを全道、全国に広げ、地域医療を守るためにさらに奮闘していきたいと考えているところである。

（おた みき、北海道民主医療機関連合会事務局長）

地域医療ビジョンと地域包括ケアについて

～千葉県の現状と課題～

加藤 久美

はじめに

2014年6月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」（以下、医療・介護総合法と略す）により、2025年に向けての医療・介護の将来像が明らかになりました。今後は、都道府県が地域医療ビジョンを作成し、市町村が地域包括ケア計画（介護保険事業計画）を策定し、医療と介護の一体的な改革を進めこととなります。厚生労働省は、医療と介護の一体改革を川上（医療）・川下（在宅、介護）の改革と位置づけており、あらゆる病棟での退院促進がされ、在宅での受け皿づくりとして地域包括ケアシステムを構築することとしました。また、それを支える看護職、介護職に医療行為を可能にするための法律改正も行われました。「住み慣れた自宅で最期を迎えたいと願う人たちの要求に応えられる改革」になればよいのですが、「川下に止まれない困難を抱えている人は海に漂流するのではないか」という危惧を抱いています。

この間、千葉県民主医療機関連合会（以下、千葉民医連と略す）は地域医療と公立病院を守る千葉県民連絡会や社会保障推進千葉県協議会（以下、県社保協と略す）と一緒に学習し、行政や関係機関との懇談などを行いましたので、そこから見えてきた課題を報告します。

1. 加速する地域医療ビジョン策定の動き～千葉県の場合～

医療・介護総合法成立後の10月に病床機能報告制度が始まりました。医療機関がその有する病床において担っている医療機能の現状と今後の方向性を高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4区

分から選択し、病棟単位で都道府県に報告する制度とし、厚生労働省が示すレセプトデータから分析された必要病床、医療需要をもとに、千葉県では9医療圏域で病床再編、地域医療ビジョンを策定するものです。

千葉県の現状は、2013年実績での既存病床数と病床機能報告制度で自主申告された病床数に約2600床ほどの差異があり、医療整備課が医療機関に照会、回答待ちになっていることがその要因とされています。また、病床機能報告の結果と必要病床数の推計結果との比較を見ると、高度急性期で1千床以上、急性期が5千床以上も過剰、回復期は1万床以上も不足となっており、「それだけ、病床機能4区分の基準が曖昧」と言えるのではないのでしょうか。

さらに地域医療ビジョン策定に関して、都道府県は①医療機関所在地ベースか患者住所地ベースか、②療養病床入院受療率パターンA、B、Cのいずれかの選択、という①②の歳量しかなく、その中で千葉県として「一番良い数字を選ぶしかない」という状況です。地域住民の声を聴く、実態を把握するなどということは未実施で、「あくまでも圏域の医療機関で調整して」病床機能の再編を行いたいという姿勢です。さらに厚生労働省からの地域医療ビジョン策定のテンポを加速させるように促されて、千葉県でも既存の医療審議会、地域保健医療部会、地域保健医療連携会議を中心に計画素案を作成し、来年2016年2月にはパブリックコメントを募集し、4月に決定するという方針を明らかにしています。

2. 千葉県の医療課題

千葉県は、2014年6月の報道によると県内の非稼働病床が2517床あり、その60%の病院が「看護

師不足」を理由に挙げています。また、80%が一般病床でした。医療圏域ごとで見ても必要病床数が不足しているとされている山武長生夷隅圏域で非稼働の割合が最も高いという現状があります。人口10万人あたりの医師数、看護師数が全国的に最低レベルの千葉県ですが、これらの問題を放置したまま、地域医療ビジョンが策定される危険性があります。加えて公立病院の運営費に係る地方交付税措置の算定基礎を許可病床数から稼働病床数へ見直しが図られれば、公立病院の存立自体に危機が迫ることになります。

最近の報道では、医療・介護総合法の中で、圏域ごとの調整が合意に至らない場合の都道府県知事の権限は公立病院に対しては病床の展開および中止を「命令」できるが、民間病院へは「要請」に止まっていたものを、民間病院に対しても「命令」ができるよう法改正を準備していると言われています。国民健康保険の都道府県単一化と合わせて、医療供給体制と医療費適正化が国及び都道府県の管理下に置かれ、コントロールされていくと思われま

3. 地域包括ケアの現状と課題

2015年4月から市町村は第6期介護保険事業計画を実施していますが、介護保険法改正および介護報酬改定は、地域の中で大きな影響をもたらしています。私たちは、今回の改正は①要支援1、2の利用者の訪問介護、通所介護を2017年4月までに市町村事業（総合事業）とする、②一定以上の所得者の利用料を2割に引き上げる（8月実施）、③特別養護老人ホームは原則、要介護3以上からの入所とする、④施設利用時の居住費、食費の低所得者への補足給付の要件の厳格化（8月実施）の4つの切り捨てとし、影響調査に取り組んでいます。さらに介護報酬の改定はマイナス2.27%の引き下げ、とりわけ通所介護や施設での基本報酬と要支援者に対する報酬の引き下げが顕著です。県社保協で取り組んだ県内介護事業所アンケートでは223事業所から回答が寄せられ、通所介護事業所での経営悪化が明らかになり、とりわけ通所介護単独小規模事業所が閉鎖に追い込まれてい

ます。働く人の雇用の問題、利用者が通い慣れた事業所から変更を余儀なくされる、要支援者の利用を制限されるなどと言った問題も明らかになりました。

一方、医療・介護総合法では、中学区単位を基礎に30分以内に駆け付けられる日常生活圏域で、24時間365日、住まい・医療・介護・予防・生活支援（住民同士の助け合い＝互助）が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を2025年までに実現していくとしました。住まいは持ち家に限らず、サービス付き高齢者住宅への住み替えも視野に入れるとしています。県内では町の不動産屋がサービス付き高齢者住宅を紹介・斡旋するという状況も目立ち、運営に異業種も参入してきています。生活支援の部分は総合事業との関連で、受け皿づくりに市町村は必死です。今年4月から県内では既に4自治体（鴨川、銚子、松戸、流山市）が総合事業を開始しています。介護保険相当サービスから開始し、既存のNPO、シルバー人材センター等に委託している状況です。来年度から開始する自治体は市内の介護事業所を集めての説明会開催や単価設定の希望をアンケートで募るなどしていますが、厚生労働省が言う地域の実情に合った多様なサービスの発掘や整備は目に見えてこず、見切り発車のような現状があります。義務化された地域ケア会議の開催状況もばらつきがあり、今は個別事例の検討に止まっているところが多いように見受けられます。この3年間でどこまで進むのか注視していく必要があります。

この間、学習会や自治体との懇談で多くの自治体を訪問していますが、「生活圏域、中学校区、地域包括支援センターの設置、計画数そのものにズレがある」「地域に暮らしている住民の立場からの生活圏域の設定と地域分析が必要である」と考えます。そして何より、自治体が住民に対して地域医療ビジョンも含めて今後の医療、介護がどうなっていくのか、地域包括ケアシステムとは何か、住民は何をどうすればよいのかという丁寧な説明が決定的に不足していると痛感しています。

（かとう くみ、千葉県民主医療機関連合会事務局長）

隠され続ける TPP 合意の真実

鈴木 宣弘

どこまで国民を欺くのか～我が国の TPP 合意の国民への説明の異常

米国では、TPP（環太平洋連携協定）の影響試算を出し、それに基づいて議会で議論する手続きと日程が明示されているのに、我が国では、TPP協定の日本語版も国民に示さず、影響試算もいつ出すか曖昧にされたまま、国会決議を守ったと強弁するための国内対策だけが先に示され、しかも、関連団体から要望を聞いたふりをしただけで、対策も半年以上前に決まっていた。それに沿わない要請事項は事前に削除させられた。6,000ページに及ぶ協定の日本語版がそのうち出されたとしても、その条文の背景説明を求めると、交渉過程は4年間秘密なので説明できないとの回答が返ってくるだろう。そして、どさくさに紛れて批准してしまうという、こんな異常な手続きが「民主主義国家」で進められている。

何のためにここまでするのか

そもそも TPP が合意に達したとされたアトランタ会合で、日本は、決着することを目的化し、合意のためには何でもする「草刈り場」と化して、他の国が「よくそこまで譲れるね」というほどに譲歩を一手に引き受けた。他の国が医薬品の特許の保護期間などで最後までもめたら、どちらともとれる表現を提案し、火種を残したままでも、とにかく合意した形を作ろうとした（注）。

日本政府は、自動車での利益確保に、ハワイ会合を決裂させるほどにこだわった（ハワイ会合の「戦犯」は本当は日本だった）のに、アトランタでは、それさえ差し出した。TPP 域内での部品調達率が55%以上でないと TPP の関税撤廃の対

象とならないとする厳しい原産地規則を受け入れたが、TPP 域外の中国やタイなどでの部品調達が多い日本車はこの条件のクリアが難しくなっている。また、米国の普通自動車の2.5%の関税は15年後から削減を開始して25年後に撤廃、大型車の25%の関税は29年間現状のままで、30年後に撤廃するという気の遠くなるような内容である。

日本が、ここまでして合意を装いたかったのはなぜか。アベノミクスの成果が各地の一般国民の生活には実感されないのを覆い隠すため、TPP 合意発表で明るい未来があるかのように見せかけようとした側面もある。しかし、ビジネス拡大のバラ色の世界が広がるかのように喧伝されているが、TPP がチャンスだというのはグローバル企業の経営陣にとっての話で、TPP で国民の仕事を増やし賃金を引き上げることは困難である。冷静に考えれば、ベトナムの賃金が日本の1/36という下での投資や人の移動の自由化は、日本人の雇用を減らし、賃金を引き下げる。端的に言うと、グローバル企業の利益拡大にはプラスで、中小企業、人々の雇用、健康、環境にはマイナスなのが TPP だ。

特許の保護期間の長期化を米国製薬会社が執拗に求めて難航したことに、「人の命よりも巨大企業の経営陣の利益を増やすためのルールを押し付ける」TPP の本質が露呈している。グローバル企業による健康・環境被害を規制しようとしても損害賠償させられるという ISDS 条項で「濫訴防止」が担保されたというのも疑問だ。タバコ規制は対象外にできるが、その他は異議申し立てしても、国際法廷が棄却すればそれまでである。健康や環境よりも企業利益が優先されるのが TPP だ。

それらを隠して、「TPP はバラ色」と見せかけ、自身の政治的地位を少しでも長く維持するために、国民を犠牲にしてでも米国政府（その背後の

グローバル企業)の意向に沿おうとする行為は容認できない。

(注) 現に、豪州政府の「成果：バイオ医薬品」によると、「重要なことは、この規定は、豪州の現在のバイオ医薬品に関する5年間のデータ保護又は我々の健康に関する制度の他の部分は、一切変更しない、従って医薬品のコストは増大させない」と発表している(JC総研木下寛之顧問による)。

米国の要求に応え続ける「底なし沼」

農産物関税のみならず、政権公約や国会決議で、TPP交渉において守るべき国益とされた食の安全、医療、自動車などの非関税措置についても、軽自動車の税金1.5倍、自由診療の拡大、薬価の公定制の見直し、かんぼ生命のがん保険非参入、全国2万戸の郵便局窓口でA社の保険販売、BSE(牛海綿状脳症)、ポストハーベスト農薬(防かび剤)など食品の安全基準の緩和、ISDSへの賛成など、日本のTPP参加を認めてもらうための米国に対する「入場料」交渉や参加後の日米平行協議の場で「自主的に」対応し、米国の要求が満たされ、国民に守ると約束した国益の決議は早くから全面的に破綻していた。

しかも、「TPPとも米国とも関係なく自主的にやったこと」とうそぶきながら、結局、TPP合意の付属文書として、例えば、「両国政府は、①日本郵政の販売網へのアクセス、②かんぼ生命に

対する規制上の監督及び取扱い、③かんぼ生命の透明性等に関してとる措置等につき認識の一致をみた。」などの形で、その内容が出されており、「TPPとも米国とも関係なく自主的にやったこと」という前言がうそだったこと、国会決議違反を犯したことを平然と認めているのが、なんとも厚顔無恥である。国民を馬鹿にしているとしか言いようがない。

さらには、米国投資家の追加要求に日本の規制改革会議を通じて対処することも約束されており、TPPの条文でなく、際限なく続く日米2国間協議で、日米巨大企業の経営陣の利益のために国民生活が犠牲になる「アリ地獄」にはまった。

農林水産業への影響は軽微ではない

農林水産物で「重要品目は除外」と国会決議しながら、重要5品目に含まれる関税分類上の細目586品目のうち174品目の関税を撤廃し、残りは関税削減してしまい、自動車ではほとんど恩恵がないという合意内容で、日本の経済的利益を内閣府と同じモデルで暫定的に試算してみると、表1のように、控えめに推定しても、農林水産物で1兆円、食品加工で1.5兆円の生産額の減少が生じる一方、自動車でも、むしろ生産額の減少が生じ、全体で日本のGDP(国内総生産)は、わずか0.07%しか増加しない可能性がある。

政府は農林水産業への影響は軽微であるとし、国内対策を少し行えば、国会決議は守られたと言

表1 TPP合意の日本経済への影響の暫定試算

	TPP合意	全面関税撤廃
GDP増加率	0.069%	0.184%
GDP増加額	0.5兆円	1.3兆円
農林水産生産増加額	▲1.0兆円	▲2.1兆円
食品加工生産増加額	▲1.5兆円	▲2.1兆円
自動車生産増加額	▲0.4兆円	2.8兆円

資料：GTAPモデルによる東大鈴木研究室試算。

注：関税、輸入制度、原産地規則等の変更に伴う影響を試算したもの。内閣府が算入した「生産性向上効果」(価格下落と同率で生産性が向上)及び「資本蓄積効果」(GDP増加と同率で貯蓄が増加)は未考慮。GTAPモデルは国産品に対する輸入品の代替性を低く仮定しているため、関税撤廃の影響は過小評価傾向になることに留意。「大筋合意」内容を暫定的に組み込んだ試算で確定値ではないことに留意。

えると主張しているが、内閣府のモデルでも少なくとも1兆円の損失が見込まれるのを軽微とは言えない。そもそも、政府は、前回、関税撤廃された場合の生産減少額として、鶏肉990億円、鶏卵1,100億円、落花生100億円、合板・水産物で3,000億円と示し、これだけでも5,000億円を超えていた。今回は、同じ品目が全面的関税撤廃という同じ条件なのに、「影響は軽微」という説明は、まったく説明がつかない。また、現在の輸入先がTPP域外だから関係ないというのは間違いで、関税撤廃で有利になったTPP域内国からの輸入に置き換わる可能性（貿易転換）があることこそがFTA（自由貿易協定）なのである。

すべては、「TPPはバラ色」との政府見解に合わせて「影響は軽微だから、この程度の国内対策で十分に国会決議は守られた」というための無理やりの説明である。コメについては備蓄での調整のみ、牛豚肉の差額補填の法制化と豚肉の政府抛出の牛肉並みへの増加、生クリームを補給金対象にする、などの対策は、牛豚肉の赤字の8割補填から9割に引き上げる点を除いて、TPP大筋合意のはるか半年前に決まっていた。TPPの農産物の日米合意と「再生産可能」と言い張るための国内対策はとっくの昔に準備されていて、あとは「猿芝居」だったのである。

最も深刻な影響を受ける品目の一つである豚肉について経営に与える影響を見てみよう。現在は、279円/kgの輸入豚肉は入ってこず、 $524 + 22.5 = 546.5$ 円になっているが、今後は、 $279 + 50 = 329$ 円が入ってくることになり、218円、40%価格が低下すると日本養豚協会は試算する。国産豚肉が、

低価格帯の豚肉だけでなく全体が引っ張られて並行的に下落すると見込み、過去5年間の国産価格703.2円が218円下がると仮定すると、下落率は31%である。収入が31%減ると、表2のように、今でも1,000頭以上の大規模層のみが黒字の養豚経営において、TPP後は、大規模層も含めて全面的な赤字に陥ることが見込まれる。平均赤字の9割補填（政府の実質補填は 0.9×0.75 で67.5%だが）を行っても2,000頭以上層が黒字に改善するのみである。同様の事態が他の畜産・酪農経営にも生じる。経営分析してみると、事態の深刻さが如実にわかる。

特に、酪農については、「バター不足」に象徴されるように、図1で見ても、飼料高騰下での継続的な所得低下が飼養頭数の減少に直結していることは明白である。これにTPPの影響が加われば、少なくとも牛豚と横並びの緊急的な赤字補填システムを、いま導入しておくことが不可欠である。

米国では、ミルク・マーケティング・オーダー（FMMO）制度の下、政府が、乳製品市況（政府の乳製品買い上げで下支えされている）から逆算した加工原料乳価をメーカーの最低支払い義務乳価として全国一律に設定し、それに全米2,600の郡（カウンティ）別に定めた「飲用プレミアム」を加算して地域別のメーカーの最低支払い義務の飲用乳価を毎月公定している。それでも、飼料高騰などで取引乳価がコストをカバーできない事態に備えて、最低限の「乳代-餌代」を下回ったら政府が補填する仕組みも2014年農業法で確立した。

つまり、日本の加工原料乳補給金に匹敵、いやそれ以上の役割を果たす政府の乳製品買い上げ+

表2 肥育豚1頭当たり利潤（収入-全費用） (単位：円)

飼養頭数規模別	現在(H25)	TPP後	TPP後 (平均赤字の9割補填あり)
平均	▲628	▲10,964	
1～100頭未満	▲19,452	▲29,345	▲19,477
100～300	▲7,402	▲18,139	▲8,271
300～500	▲2,616	▲13,578	▲3,710
500～1,000	▲2,398	▲12,782	▲2,914
1,000～2,000	164	▲10,191	▲323
2,000頭以上	1,497	▲8,634	1,233

資料：農林水産省データから筆者試算。

用途別乳価の最低価格支払い命令に加えて、最低限の所得（乳価－飼料コスト）を補填する仕組みを米国では組み合わせているのだから、我が国で、「補給金と所得補償は両立しない」という議論は成り立たない。

また、コメと酪農の所得補償については、モラルハザード（意図的な安売り）を招くから無理との指摘がなされてきたが、例えば、コメを例に説明しよう。標準的な経営において、例えば、目標水準14,000円/60kgと現実の当該年の収入12,000円/60kgとの乖離幅2,000円の9割の1,800円を一俵あたりに補填することにすれば、努力の結果、当該年の収入が16,000円の経営でも1,800円はもらえるし、わざと8,000円で売ったとしたら、1,800円をもらっても経営は苦しくなるから、経営努力を促す要素が組み込まれている。酪農についても同様である。

さらには、当然のことながら、重要5品目以外は、ほぼ全面的関税撤廃に近いわけで、果汁の関税撤廃により果樹農業に2,000億円近い損失が出て、お菓子などの加工品の関税撤廃が食品製造業の空洞化を招き、国産農産物の需要の縮小と地域の雇用の縮小につながる可能性など、広範に影響が及ぶ。

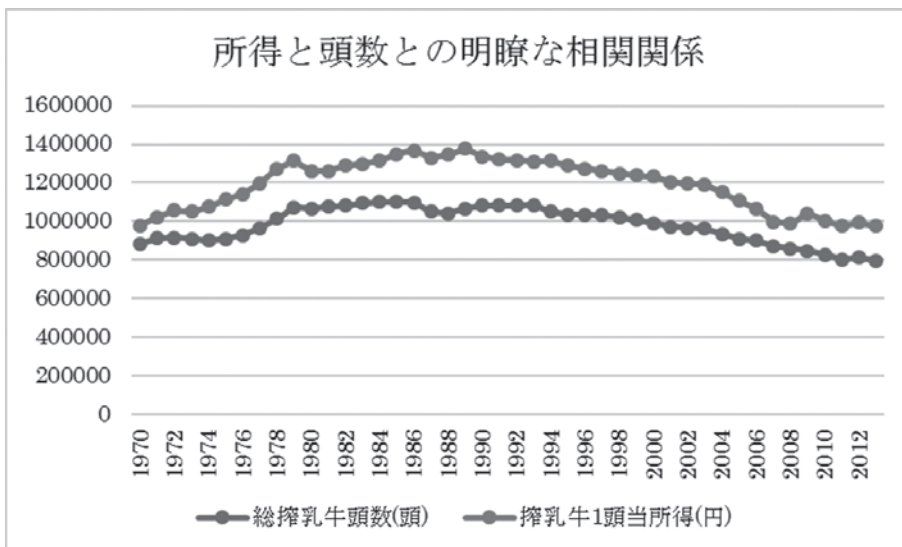
食品が安くなるメリットはあるのか

消費者の価格低下のメリットが強調されているが、輸入価格低下の多くが流通部門で吸収されて小売価格はあまり下がらない。さらには、日本の税収40兆円のうち1割程度を占める関税収入の大半を失うことは、その分だけ消費税を上げるなどして税負担を増やす必要があることになり、相殺されてしまうのである。

さらには、米国などの牛肉・豚肉・乳製品には、日本では認可されていない成長ホルモンなどが使用されており、それが心配だと言っても、国内で生産農家がいなくなってしまうたら、選ぶことさえできなくなる。

食品の安全性については、国際的な安全基準（SPS）の順守を規定しているだけだから、日本の安全基準が影響を受けないという政府見解も間違いである。米国は、日本が科学的根拠に基づかずにSPSを上回る厳しい措置を採っているのを米国がチェックして、SPSを厳格に順守させると言い続けてきた。例えば、「遺伝子組み換え（GM）でない」という表示が消費者を「誤認」させるとして、「GMが安全でない」という科学的根拠が示せないならやめろと求められ、最終的には、

図1



注：搾乳牛1頭当たり所得が1円減ると搾乳牛飼養総頭数が2頭減る明瞭な関係がある。
資料：農林水産省データから筆者試算。

ISDS 条項で提訴され、損害賠償で撤廃に追い込まれることも想定しなくてはならない。

闘いは続く

食料を守ることは国民一人ひとりの命と環境と国境を守る国家安全保障の要である。米国では農家の「収入－コスト」に最低限必要な水準を設定し、それを下回ったときには政府による補填が発動される。農林漁家が所得の最低限の目安が持てるような予見可能なシステムを導入し、農家の投資と増産を促し輸出を振興している。我が国も、農家保護という認識でなく、安全保障費用として国民が応分の負担をする食料戦略を確立すべきである。関係者が目先の条件闘争に安易に陥ると、日本の食と農林水産業の未来を見失いかねない。

政府は、「もう終わったこと、既存の農林漁家はつぶれても、企業参入による攻めの農業振興のみ」というような雰囲気づくりをメディアも総動員して進めているが、まず、食料のみならず、守るべき国益を規定した政権公約と国会決議と整合するとの根拠を国民に示せない限り、批准手続きを進めることは許されない。

米国では批准が容易でない状況にある。米国議

会が TPA（オバマ大統領への交渉権限付与）の承認にあたり、TPP で米国が獲得すべき条件が明記されたが、通商政策を統括する上院財政委員会のハッチ委員長（共和党）が TPP 合意は「残念ながら嘆かわしいほど不十分だ」と表明し、このままでは議会承認が難しいことを示唆し、再交渉も匂わせている。ハッチ氏は巨大製薬会社などから巨額の献金を受け、特に、薬の特許の保護期間、ISDS からタバコ規制が除外できることなどを問題視している。次期米国大統領の最有力候補のヒラリー・クリントンさんはじめ、労働者、市民、環境を守る立場から与党民主党はそもそも反対である。「巨大企業の経営陣の利益VS市民生活」の構造だが、双方から不満が出ている。

TPP に反対してきた人や組織の中にも、目先の自身の保身や組織防衛に傾き、現状を受け入れて、条件闘争に陥る人もいるだろう。しかし、それでは現場で頑張っている地域の人々や農家に示しがつかない。現場の人々ともに、強い覚悟を持ち、食と農と暮らしの未来を切り開いていくために主張し続ける人たちが必要である。闘いはこれからである。

（すずき のぶひろ、東京大学教授・JC 総研所長）

総研いのちとくらしブックレット

総研いのちとくらしブックレットNo. 1

『医療・介護の報酬制度のあり方』

2004年2月発行、56p

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



総研いのちとくらしブックレットNo. 2

『デンマークの社会政策』

デンマーク社会事業省編、山田駒平訳

2004年5月発行、54p

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



総研いのちとくらしブックレットNo. 3

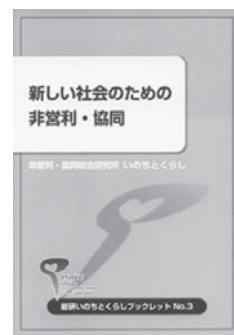
『新しい社会のための非営利・協同』

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

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

【目次】

はじめに	鈴木篤
非営利・協同とは	角瀬保雄
非営利・協同と社会変革	富沢賢治
セクターの位置と役割	
非営利・協同の事業組織	坂根利幸
座談会「非営利・協同入門」	
角瀬保雄、富沢賢治、中川雄一郎、坂根利幸	
用語解説	
あとがき	石塚秀雄



総研いのちとくらしブックレットNo. 4

『非営利・協同Q&A』

(ISBN 978-4-903543-08-6、2010年9月1日発行、A5版116P、頒価300円)

このブックレットは、非営利・協同の原則や理念などを、学者研究者等11名の執筆者により短い一問一答形式で、一般読者、学生、非営利・協同関係の人々向けに編集したものです。また巻末には「さらに深めたい人へのおすすめの本リスト」がついています。

【目次】

1. 非営利・協同の原則 (Q1 - Q8)
2. 非営利・協同の担い手 (Q9 - Q17)
3. 非営利・協同の展開 (Q18 - Q22)
4. 非営利・協同と制度 (Q23 - Q27)
5. 非営利・協同と経営・労働 (Q28 - Q37)
6. 非営利・協同の社会的位置 (Q38 - Q44)



図書館の公共性と民営化についての論点

石見 尚

1 武雄市 TSUTAYA 図書館の 衝撃

佐賀県の武雄市立図書館は2012（平成24）年、カルチャ・コンビニエンス・クラブ（CCC）株式会社を指定管理者とすることを決めた。CCCは、2013年4月、目的外使用の許可を得て図書館を全面改装して自社の事業とする^{つたや}蔦屋書店を設置した。

株式会社 CCC（資本金と剰余金185億円）とは増田宗昭氏（1951—）が1983年に大阪府枚方市で創業した「蔦屋書店」から始まったベンチャー企業である。書店と言っても街の普通の本屋ではない。「カルチャ・インフラをつくっていくカンパニー」を標榜して、新しいライフスタイルによる未来の街づくりを目標にしている。事業は書店を拠点として北海道から沖縄まで、海外の台北を含めると20都市にわたる店舗のネット展開をしている。

東京の代官山にある蔦屋書店はその一つで、渋谷駅前広場の喧噪を東横線で一駅離れた高級住宅地の代官山^{けんそう}に開設されたものである。そのモダン造形の書店は大げさに言うと、オシャレなショッピング街に大きく目立つブティック店がみどりの樹蔭の中にあるようである。ドレスやスーツ・セット、バッグ、ジュエリー、コスメティックの代わりに、和洋書のほか美術、建築、インテリア、オートバイ、料理、文学などの部門の書籍・雑誌が配架あるいは平積みされ、専門のコンシェルジュが配置されていて最新情報を提供し、旅行の手配もする。電子図書館サービスがあり、書架の連なる室内のくつろぎの空間には、各種グッズの販売コーナーやコーヒー・ショップもある。モダン・ファッションにふれることのできる都市空間がそこにある。若い女性の来訪者が多い。

人口5万人の武雄市に「代官山 蔦屋書店」を持ってきてほしいという期待が、市立図書館の管理運営をCCCに委託した動機である。しかし開館2年の間でおきたことは、既成の図書館マンの通念にとっては必ずしも好ましかったばかりではなかった。

第1は、図書館の読書の秘密を守るという公共図書館の規律が無効にされたことである。

第2は、図書館が「本のレンタル屋」になったことである。郷土文化誌が廃棄され、追加購入本に不要と思われる古本が混入していたこと。

第3は、図書館の責任者が退職後、CCC 関連会社に再就職し、癒着を思わせたこと。

日本図書館協会は次のように警告を発している。

「佐賀県武雄市図書館は、2013年にCCCが指定管理者となって以降、市長の政策意向と相俟って、指定管理者によって意図的に公益事業と営利事業を融合させ、宣伝効果を生む一方で、長期的、安定的な市民の知的インフラとしての図書館像の結実に歪みが生じ、全国的な議論となった。CCCのような直接的な営利方式による指定管理者導入が長続きしないことを、各地の図書館は実践で証明していかなければならない。…一旦指定管理制度を導入したものの直営に切り替えた図書館は、10館である。各図書館では、指定管理者導入が決まる前に、その導入の影響について、図書館協議会等の場で十分に話しあうことが重要である」（『図書館年鑑』2015年）。

全国の市区町村図書館の指定管理者制度の導入は426館で、公立図書館の設置自治体の32.7%に及んでいる。その業務委託先は、民間企業75%、公社・財団12%、NPO 9%、その他4%である（2014年度）。公立図書館の民間への業務委託は本来あるべき「公共図書館」への第一歩になるものであろうか。「公立」と「公共」の違いの認識、

これが民営化の核心的論点である。

2 図書の公共性と図書館の公共性

公共財とは何か？経済学でしばしば例にあげる灯台について述べよう。

- ①灯台はすべての船が安全に航海するためにはなくてはならないものである。でも灯台の費用を支払わない船に灯台の利用を拒否することができない。(排除不能性)
- ②灯台の便益はある船の利用によって他の船が利用できないことはない(非競争性)。

便益の利用にかんして「排除不能性」、「非競争性」の2つの性質をもつ物やサービスが公共財である。

印刷出版された本は知識の便益の点で「排除不能性」と「非競争性」の2つの性質をもっているから確かに公共財である。また近年さかんになったインターネット情報も公共財とすることができる。しかし公共財である図書や情報を取り扱う機関が政府や地方公共団体の直営する公共図書館でなければならないかについては、別に検討しなければならない問題がある。

一般的に言うところ情報は機密性が高く独占できるものほど、競争社会では価値が高い。だからそれらの営利的価値のある情報は有料で提供され、取り扱う機関は民間企業としても成り立つことができる。反対に「排除不能性」、「非競争性」を持つ

情報は経済的価値が低いとみなされ、民間企業の商売の対象とはならない。だから価値が低い情報を取り扱うには、政府や地方公共団体が公費によって直営する公営図書館が必要であるというのがいままでの通説であった。

しかし公共図書館の役割はこのような消極的なもののみではない。近代社会は個人の自由・自己責任によって成り立つ社会であるから、自己責任で選択のチャンスがある社会ほど民度の高い進歩した社会であるという価値観が定着してきた。それにつれて図書館の観念が積極的なものにかわってきた。インフォームド・コンセンサスに基づく健全な民主主義社会をつくるためには、良質で公共性の高い情報を国民ないし住民に公費で提供する公共図書館が必要である。公共図書館は国や自治体の健全な発展にとって不可欠な知的インフラであるという積極的評価の思想に転換してきたのである。

3 公立図書館の運営

ところが、公営図書館の運営にはカネがかかる。図書館の費用は建物・機材の維持費、図書購入費、司書などの人件費や研修・イベント費などからなっている。単純に言うと、図書館が物質的機能を発揮するには、最低でも標準的規模として20万冊の蔵書と3000平米の床面積が必要とされる。この固定設備のほかに、司書による選書、分類、配架、閲覧のソフトサービスとさらに利用者のためのレ

第1表 日本の市町村立図書館の概況(2011年)

	市区立	町村立
自治体数(a)	810	932
設置自治体数(b)	798	502
決算額(c)(億円)	213116	61388
公立図書館数(d)	2560	594
費用(e)(億円)	1404	139
設置率(%) (b/a)	98.5	53.7
自治体あたり公共図書館数(c/a)	3.1	0.6
1館あたり費用(e/d)(億円)	0.548	0.234
歳出に占める図書館費の割合(%) (e/c)	0.66	0.23

備考 総務省 「日本の統計」、「地方財政白書」、日本図書館協会「日本の図書館」

ファレンス・サービスがあつてはじめて図書館が稼働するのである。しかしそのソフトサービスの費用と利用の効果は無定量であるから、地方交付税の算定基準の対象とはなりにくい。したがって公営図書館に要する費用は地方自治体の自主財源による支出になる。その結果を見よう。

公立図書館は都市ではほぼすべての市区に設置されているが、町村ではまだ半数が設置していない。これは都市部では人口の増加によって歳入に恵まれまた市民からの設置要求が高いからであろう。都市では市区あたり3館が設けられているのに対し、町村では1自治体あたり0.6館にすぎない。1つの公立図書館当たり費用は、市区立が5400万円、町村立は2300万円であつて全体的に僅少である。前にのべた武雄市図書館がCCCに委託した年間運営費は1億2134万円であつて、2年連続赤字になっていることをみても公営図書館には運営費がかかることがわかる。さらに驚くのは、自治体の総支出に占める図書館費の割合である。都市の場合には0.66%、町村にいたっては0.23%にすぎない(第1表)。しかし先進的な図書館もある。その一例は千葉県浦安市立図書館である。この市の人口は50年前の2万人から2014年現在16万人に急増した。東京通勤者の多い住宅都市である。市は地域活性化事業、子育て、いのちの森整備事業に市民の「協働」を提唱している。図書館費に6億4千万円(2014年度)、市予算の1%を計上している。

4 公共図書館への変革の時代

市町村の公共施設一般への指定管理者制度の導入は2003(平成15)年からである。その目的は①経費の削減、②利用者へのサービスの向上である。公共施設一般について、①の経費の削減については15%である(坂田期雄著『民間の力で行政のコストはこんなに下がる』19頁)。公共図書館についての経費削減効果はさらに小さいと推測される。②の図書館利用者へのサービスについては、開館時間の1時間延長の例が多い。また有資格司書の割合が増えている。その司書増加の大部分は女性であつて、女性の就業機会に貢献したことは事実である。彼女たちは生き活きと勤務し、図書

館業務では直営と比べて遜色がないばかりか好感がもてる。女性の就業機会の拡大としては成功と評価できるが、問題はいままでの図書館関係職員の雇用がどうなったかである。その公表された調査資料がないので総合評価はできない。

私は以前、「中野区の図書館を考える会」の人たちに協力して図書館利用者懇談会の企画に参加したことがある。当日待っていたが、会場に現れたのはわずか1人であつた。それ以来、私は日本の図書館利用者は本を借り出すことだけに興味があつて、運営には無関心なのだと思うことにした。しかしその後、その責任は「貸本屋」の域を出ない図書館側にも責任があることに気付いた。図書館運営を市民参加型にするには「図書館協議会」での意見徴収だけでは解決しない。司書のレファレンス・サービスの質を日常的に変革しなければならない。たとえば退職後の生涯学習のプログラムでは、働きたい人のために希望に沿う働き口をさがす情報サービスを設けるとか、不登校児童についての研究会があれば、再復帰できるように有効な情報相談にのる。家族の介護や「がん」や心の病気などの治療について役立つ情報を提供する。これらは図書館の仕事ではないという意見は当然あるであろう。しかし情報化時代には公共図書館のサービスの内容が変化しつつある。その一例を示そう。

ニューヨーク公共(パブリック)図書館はいわゆる市立図書館ではない。公的資金と民間の寄付金によって運営されている。司書を公募している。88のコミュニティ図書館と4つの研究図書館からなり、電話レファレンス・サービスが普及している。市民の求職者のための仕事情報の提供があり、ボランティア活動のための情報もオンライン検索でき、また移民のための英語教室、識字学習クラスを開いている。それらの情報提供プログラムは毎年67000にのぼるといふ。だから企業も個人もパブリック図書館を自分たちのものと考え意識が育っており、寄付もすれば図書館の修理作業にも参加する。

こうしたニューヨーク公共図書館の市民的性格は100年前の民間主導による設立経過に由来するものではあるが、さらに司書たちの意識変革による面も見逃すことができない。1990年、「プログ

レッシュ・ライブラリアン・ギルド」という名の司書のグループが組織された。かれらは公共図書館のサービスが「中立性」という既成概念にとらわれていると、政治・経済・教養にかんする情報の私物化、営利化の進む時代には自縄自縛に陥ることの危険を感じた。そこで市民生活と自治に必要な情報提供の観点から、公共図書館サービスの民主化についてラジカルな検討をはじめた。そして司書もまた情報・コミュニケーション・教育のワーカーズであると認識したのである。

本論に戻ろう。こうしたソフトサービスの拡大は閉鎖的な図書館単独ではできない。外部の企業や利用者の参加型にするには、社会的連帯の精神と専門職意識のある積極的な司書たちが組織する非営利のワーカーズ・コープ（協同労働の協同組合）があれば、それに運営を委託するのも一案であろう。と言うのは、図書館というものは、館

長も平司書もフロントも掃除係も運営について全員が理解し参加でき、新しいプロジェクトについては誰もが自分の役割を実行できるまでは前に進むことのできない知識産業だからである。

5 結び

従来のお役所仕事では前例のないことはするなというのがきまりであった。これではIT革命のもたらす社会進歩に追いつかない。情報の公正な大衆化とそれを活かす英知を育む拠点が必要である。そのためには公共図書館は、公有市民運営化の方向に進み、惰性的な管理運営から創造的な市民文化の生き活きとした拠点に進化しなければならない。それが民営化のあり方である。

（いわみ たかし、協同社会研究会代表）

英国の社会的企業と社会サービスの現状と課題 —協同組合の政治的自立性の発揮の視座から—

澤口 隆志

はじめに

英国は、小選挙区制を基本とした議院内閣制、立憲君主制の島国同士であり、明治以来、大きな影響を受けてきた国の一つです。その意味で、英国で今何が起きているのかは、日本の混沌とした状況を整理する上で役に立つことが多いのではないのでしょうか。

1997年～2010年半ばまで政権を担当した労働党政府は、社会的に厳しい層の人々の就労支援や就学支援などの公共サービスにおける Public-Private Partnership 政策の主たる担い手として「社会的企業」の強化を図る政策を掲げ、18年ぶりに政権の座に返り咲きました。この「サード・セクター(Third Sector)」推進政策は、旧来の労働党の福祉国家政策でもなく、サッチャリズムの市場化一辺倒の政策でもない、「第三の道」として有名です。「サード・セクター(Third Sector)」政策の通算14年に及ぶ政権期間全体を通しての評価は、政権当初と政権末期では、その目的が大きく変化し一貫できなかったとの批判があります。しかし、その視座と方向性は、持続可能な未来への希望を見出そうとするならば、不可欠のヒントを示す先駆的で未来性に富む社会ビジョンだと考えます。

「サード・セクター(Third Sector)」推進政策は、第1に、議会制民主主義の母国といわれる英国の政府が、代議制民主主義政治だけでは社会の問題解決が不可能であることをオフィシャルに初めて認めたこと。第2に、複雑で多岐にわたる社会問題解決への主体を「社会的企業」として広く市民社会の中に求め、政府がその可能性を後押しするための政策を主導する役割を果たすことを表明したこと。第3に、公共サービスにおける

Public-Private Partnership 政策の主たる担い手として社会的企業の強化を図り、そのプロセスを通して社会とコミュニティの再生主体を育てようという仮説を立て、その成否はともかく、実践したこと。以上の3点から、その政策推進は英国社会とその政治におけるターニング・ポイントでした。現に、今日の英国の保守党・自由民主党連立政府も、「ビッグ・ソサイエティ (Big Society)」政策との名の下に、その政策目的に大きな差異はあるとはいえ、社会的企業推進政策を中心政策の一つとして堅持して見せなければなりません。東日本大震災を経験しても、未だに明治以来の国家政治・国家経済への依存を煽るだけで政権が維持できる日本とは対照的です。

1. 英国社会的企業の発展

1) 社会的企業は今も増え続けている

2013年1月21日に、英国三大紙 (Times, Guardian, Independent) の1つ「ガーディアン」紙は、2012年6月の英国貴族院での議論を取り上げ特集しました。それによれば、英国には62,000団体の社会的企業 (social enterprises) が存在し、約100万人の雇用と、240億ポンド (1ポンド170円として約4兆円超) 以上の貢献を行っているといわれます。その数字的根拠は、経済技術省 dBIS (the Department for Business & Skills) が発行した中小企業調査 ASBS (the Annual Small Business Survey) に基づくもので、この数字は2007年度の実態を示している数字です。次にガーディアン紙は、この2012年の数字を2005年の数字と比較しています。2005年の数字は2003年の実態を貿易産業省 dti (the Department of Trade and Industry) が報告したもので、当時の社会的企業

は53,000団体であったとしています。そして、最新の社会的企業の総数としては、英国で最も著名な中間支援組織であるソーシャル・エンタープライズUK (Social Enterprises UK) が2010年の中小企業調査 (the Annual Survey of Small Businesses UK 2010) に基づいて報告した68,000団体である、として大きく伸長している事実を報告しています。

2) 労働党政府による「サード・セクター (Third Sector)」推進政策

1997年に誕生したトニー・ブレア首相率いる労働党政府は、4年かけて2001年に貿易産業省 (dti : Department of Trade and Industry) 内に最初の担当部署となる「社会的企業ユニット」(Social Enterprise Unit) を設置し、同年には社会的企業連盟が発足しました。労働党政府は、2002年7月、『社会的企業～成功の戦略』を作成しました。

そこには「社会的企業は交易を実現する革新的且つ新たな手法を提供する」ものとし、政府は「将来の社会的企業の発展を支援するために可能なあらゆることを行う」として、以降3年間の支援を行うことが示されました。

ブレア政権を引き継いだゴードン・ブラウン首相は、HM Treasury “The future role of the third sector in social and economic regeneration : final report” 『財務省：社会経済再生における第三セクターの将来的役割：最終報告』(内閣府、2007年7月) を提出し、2007年11月には政府組織を再編して内閣府内に「Office of the Third Sector (第三セクターにかんするオフィス)」を設立し、各省庁の政策を調整する仕組みとしました。

また、労働党政府が社会的企業をクローズアップするためにとった政策としては、2003年にCDFI (Community Development Financial Institution；地域開発金融機関) への投資促進を目的に導入したCITR (Community Investment Tax Relief；コミュニティ投資減税控除税制度) の創出、2004年の投資ファンド“Futurebuilders”を設立し、社会的企業が行政からの事業を受託するための必要資金を融資する仕組みの設立、2005年における新たな法人格としてのCIC (Community Interest Company) コミュニティ利益会社

の導入が挙げられます。

3) 英国労働党政府の「社会的企業」の定義

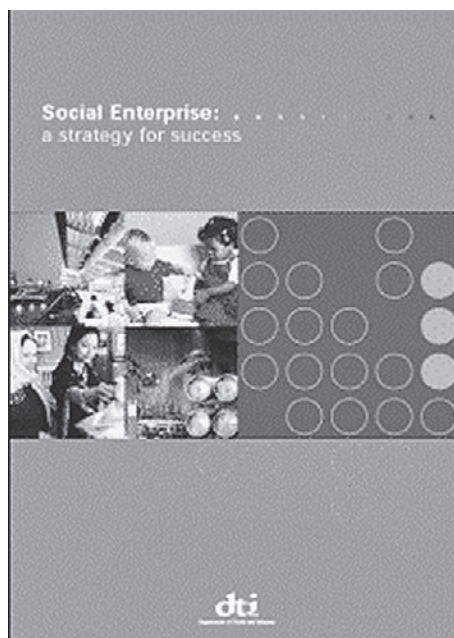
労働党政府が2002年に示した「社会的企業」の定義は下記の通りでした。

「社会的企業とは主として社会的目的を有した事業を行い、株主や所有者のための利益を最大化する必要性により動機づけられているというよりも、その剰余はその目的のために原則として事業またはコミュニティへ再投資される」

(英語原文：イタリック、下線、共に筆者)

“A social enterprise is a business with primarily social objectives whose surpluses are principally reinvested for that purpose in the business or in the community, rather than being driven by the need to maximise profit for shareholders and owners.”

この定義において重要なことは、イタリックで書かれた「原則としては」が明記されたことです。社会的企業は剰余を地域にすべて投資します。でも、この「原則としては」の文言を社会的企業の定義に入れたことによって、「組合員へ剰余を分配することができる」協同組合も社会的企業として位置づけることができるようになったのです。これは、コーペラティブUK が労働党政府に働きかけた所産です。この「原則としては」の文言に



2002年発行の『社会的企業～成功の戦略』

よって、英国では協同組合のすべてと営利企業の一部が「社会的企業」として、この政策を推進する担い手として参加できるようになったのでした。

4) 社会的企業としての協同組合の冷遇の理由と可能性

このように、英国における社会的企業には、定義上、協同組合も含まれます。しかし、労働党政府が社会的企業としてスポット・ライトを当てたのは、歴史的に労働党と密接な関係にあった協同組合ではなく、補助金などの支援策によって「官民連携」がし易い、NPOやCICを中心とした（英国では複数の法的根拠を持つ組織は多い）社会的企業でした。労働党が政権を奪取した当初は「協同組合統一法制定」による協同組合推進も囁かれていましたが、結局、労働党政府は、「出資金」という自己資本による財政基盤の強さと「民主的ガバナンス」の高さによって政府からの自立性が高い協同組合にスポット・ライトを当てなかったことは、政治学的視点からは、極めて興味深い事実でした。

洋の東西を問わず、高齢化、貧困、生活困窮、失業、差別、自然破壊、地球環境問題そして平和という多様で複雑な問題が、地域レベルから地球規模レベルまで繋がり、山積し、それが既存の国家政府・自治体という統治機構だけでは解決できないことは誰の目にも明らかです。そして、協同組合やNPO等の市民共和型の問題解決の仕組みと地域循環型の小さな経済の現代的開発は、未曾有の規模での深刻な諸課題の解決に道筋を見いだすには不可欠のカギです。しかし、英国労働党政府は、市民の組織的自律性・財政的自立性の高い協同組合を遠ざけ、御しやすいNPOを中心とした社会的企業を政権のアイドルとしました。この政府政策による市民社会の分断に関する研究は課題です。

5) 労働党の社会的企業推進政策とコミュニティ再生

他方で、労働党の社会的企業推進の諸政策に共通していたことは、コミュニティ再生に貢献することを使命とし、社会的企業が行政からの事業を受託し、その事業を高いレベルで執行するための

能力を高めることを目的にデザインされていたことでした。

それは、第1に、英国中央銀行が“Futurebuilders”に資金を供与し、労働党政府はSEL(Social Enterprise London；後述する保守党・自由民主党政権による地域戦略パートナーシップの全廃や自治体への補助金の大幅削減等の影響により2012年6月にSEUKに統合した)やSEUK(Social Enterprise UK)などの社会的企業の間支援組織との連携を緊密にすることを基本として、その支援策がより地域毎に効果的な施策となることを意図していた点からも伺えます。第2に、SELやSEUK、Futurebuilders、CDFIなどの多様な「集団的な社会的企業起業精神(Collective Social Entrepreneurship)」を応援することを目的とした中間支援組織のバックアップを公的セクターの役割とするという姿勢が、政権の前半と後半での温度差はあるが、一貫していたことが特徴ではないでしょうか。

以上からすれば、英国労働党政府の社会的企業推進政策は、前半は多様な社会的アクターの参加によるコミュニティと社会の再生をめざす「第三の道」に主軸があり、後半のそれは財政赤字の増大もあって効率性により重点が移ったという残念さは否定できませんが、当初は、政府・自治体セクターと、英国で言うコミュニティ・ボランティア・セクター（意味合いは完全には同じではないが日本で言う非営利・協同セクター）そしてプライベート・セクター（営利企業セクター）とのコラボレーションによる公共政策（政府政策含む）全体のレベルアップをめざしたものであったといえましょう。

2. 保守党・自由民主党連立政府の社会的企業推進政策の特徴

1) 「ビッグ・ソサイエティ(Big Society)」政策

これに対して、2010年の総選挙で成立した保守党・自由民主党連立政府の政策すなわち「ビッグ・ソサイエティ」政策は、社会的企業の社会的評価を測定する仕組みであると位置づけられたSROI（社会的投資収益率：Social Return on Investment）、休眠口座を原資として創設された基金、

ビッグ・ソサイエティ・キャピタル (Big Society Capital)、新しい公民連携スキームであるとされたソーシャル・インパクト・ボンド (Social Impact Bond) など、いわゆる「社会的起業家」を支援する仕組みを次々と打ち出しました。特に2012年4月設立の、各地の銀行で15年以上使われていない「休眠口座」のお金を活用したビッグ・ソサイエティ・キャピタルは、日本円に換算して512億円以上の資金といわれます。基金は、政府から独立した投資会社が一般より低い金利で、社会的企業を支援する団体に融資するとしています。これらの各施策の名前だけを見ると、保守党・自由党連立政府は労働党政府の「社会的企業」推進政策を引き継いだかのようですが、例えばSROIは補助を削減するための道具として活用されるなど、その内実は大きく異なります。

2) 地域戦略パートナーシップLSP (Local Strategic Partnership) の廃止

原田晃樹 (立教大学) によれば、保守・自由民主党連立政府下は、労働党政府の下で貧困対策や犯罪の減少、健康や教育の不平等の是正を目的に設けられていた近隣地域再生資金NRF (Neighborhood Renewal Fund) の受け皿として設置が義務付けられていたLSPを任意化し、LSPと政府の協定LAA (Local Area Agreement) とその政府事務所、両者の合意事項の進捗管理の仕組みである包括的地域評価制度CAA (Comprehensive Area Assessment) 等の一連の組織を全廃したと報告しています。同時に、中央政府から自治体への補助金が大幅に削減され、その結果として社会的企業の間支援組織や小規模チャリティへの運営補助や随意契約は激減し、存続の危機に陥っていると指摘しています。(原田晃樹「英国地方自治の危機とレジリエンス」協同組合研究誌『にじ』夏号No.650、24頁～33頁)

3) 拡大する公共サービスのアウトソーシングと狭まる社会的企業の存立基盤

今日、地域、自治体レベルのみならず、ナショナルなレベルにおいても社会的企業の存立基盤は大きく狭まっていることが下記からも覗えます。

ソーシャル・エンタープライズUK (SEUK) が

2010年12月に発行した「影の政府 (The Shadow State-A report about outsourcing of public services)」の19頁によれば、2011年に政府がアウトソーシングした公共サービスは800億ポンドだったが、2014年度には1400億ポンドにまで拡大すると予測しています。それはthe Health and Social Care Act、the Work Program、the Welfare Reform Actという社会福祉政策の変更とワーク・プログラムに代表される「福祉から労働へ」という誤解を恐れずに言えば「働かざる者は福祉の恩恵を受けるべからず」という「ワーク・フェア」政策への変更の影響です。そして、「公共サービス市場」は、それが巨額の契約単位によって構成されているために、ほんの2～3の最大規模の営利企業のサービス供給者 (a few very large, private - sector providers : 同20頁より) だけが契約主体を独占し、結果として中小規模の社会的企業は「公共サービス市場」から締め出される結果となっています。この英国ビッグ・ソサイエティ政策と歳出削減策等による社会的企業へのダメージの大きさについての詳しい背景と分析は藤井敦史、原田晃樹、大高研道他著『戦う社会的企業』(2013、勁草書房)を参照して下さい。

3. 英国協同組合の政治的自立性の発揮と「社会的経済同盟」の形成

しかし、こうした保守党・自由民主党連立政府の厳しい政策環境の中でも発展を続けている社会的企業は存在しています。その要因の1つに英国の協同組合とNPOを中心とした社会的企業との連帯があげられます。大幅に削減された政府からの資源に対して、多様な社会的人種民族的文化的属性を有する人々が力を合わせて問題解決に向き合うための共通のコミュニケーションな連帯関係を醸成していくために必要な資金、時間、労力、情報等の社会的関係資源を集め、生み出すことを目的に、コーペラティブUKとソーシャル・エンタープライズUKが中心になって「社会的経済同盟 Social Economy Alliance」を形成し、主要な全ての政党に対して2010年、2014年の総選挙に際して社会的企業・協同組合・ミューチュアル推進政策をマニフェストに掲げさせることなどの成功を

取める原動力となっています。例えば英国協同組合銀行は、一定の要件を満たす社会的企業を対象に様々な優遇措置の支援がある口座“The Social Enterprise Directplus Account”を設置する等、連携が進んでいます。

英国協同組合の中核組織であるコーペラティブUKは、英国労働党政権末期の2009年当時、既にその労働党寄りの歴史的なポジションを転換し、あらゆる政党との対話と連携を進めるために着々と布石を打ってきました。その結実の1つが、2014年に既存の17の協同組合関連法制度を一つに統合し活用しやすくし、また現代語化する“the Co-operative and Community Benefit Societies Act”の制定でした。

コーペラティブUKは、さまざまなレベルでの協同組合中間支援組織との連携によって、保守党・自由民主党政府下の補助金カットに苦しむ社会的企業を積極的に連携・支援し、立ち行かなくなった郵便局や店舗やパブなどの地域事業を市民がコミュニティとして購入し再建する“Community Share Initiative”を推進する等、協同組合が広範な市民社会連帯の媒介役を果たし、注目を集めています。英国協同組合と社会的企業の連帯ならびにそれによる社会サービスの質と量の創出と政策反映については、今後も継続した調査テーマとして取り組む必要があります。

その延長に、日本の各協同組合が連携を強めて、既存の17ものタテ割り協同組合法制の支配に甘んじることなく、日本においても「コーペラティブJP (Japan)」を設立し、市民社会連帯に貢献し、市民共和・市民自治に基づく地域循環型の小さな経済の現代的開発の担い手となり、そのプロセスが醸成するであろう市民参加型の地域民主主義政治の社会的文化的基盤として活躍する日を迎えたいと切に願うものです。

[引用参考文献]

澤口隆志 (2014) 「英国協同組合からの連帯のメッセージに寄せて」、『社会運動』410号、2頁 市民セクター政策機構。

澤口隆志 (2014) 「協同組合と政治—英国協同組合運動報告をモチーフに」、『社会運動』412号、2頁～5頁 市民セクター政策機構。

Ian Snaith (2015) 「英国「協同組合・コミュニティ利益協同組合法2014」の本質と概説」、『国際協同組合研究年次報告書第3巻—危機に立ち向かう協同組合と社会的経済』市民セクター政策機構。

(さわぐち たかし、生活クラブ生活協同組合・神奈川 新規事業推進室、前市民セクター政策機構理事長)

報告書

◎非営利・協同総研いのちとくらし10周年記念視察旅行Ⅱ

イタリアの非営利・協同の医療福祉と社会サービスの視察報告書

100p、頒価500円、ISBN 978-4-903543-11-3

発行日 2014年6月14日

2013年10月26日（土）～11月4日（月）実施のイタリア視察報告書です。
イタリア・ボローニャにおける地域医療と介護の現状や、社会的協同組合が運営する高齢者介護施設、障害者サービス、地区の社会福祉政策や高齢者が中心となって運営する社会センターなど、多くの写真とともに視察先を詳細にたどることができます。（表紙2色、本文モノクロ）。



●目次

日程概要

イタリア医療機関と医療制度の変遷と非営利・協同セクター

ボローニャの医療機関と非営利・協同組織

ボローニャ地域医療視察報告

カッシーナ・デル・ロンコおよびカッシーナ・コルテヌオーヴァ

イタリア・ミラノの家庭医訪問 —STUDIO MEDICO BARDI MONTANI SUTTI—

民主的医師協会（Medicina Democratica）とミラノ大学でディスカッション

ベアータ・ベルジーネ・デッレ・グラッツイエ

ソチエタ・ドルチェ（Societa Dolce）

ヴィラ・ラヌッチ（Villa Ranuzzi）

マジョレ・ボローニャ病院（Maggiore Hospital）訪問記録

コンフコープ（Confcoop）とは

ダビデ・ピエリ氏（コンフコープ）によるイタリアの協同組合概要説明

障害のある人のライフサイクルを通じた支援を考える —社会的協同組合 Domus Assistenza の施設 Casoni 訪問から—

就労支援職業訓練施設・障害者作業所オアシ（OASI）

社会的協同組合 COpAPS 訪問記

イタリアの社会的協同組合を見て

ボローニャ市ナヴィレ区の「地域の社会的計画 piano social del zona」—地区の運営、保健医療、社会福祉サービス施策—

ボローニャ市ポルト区ジョルジョ・コスタ社会センター —Centro Sociale Giorgio Costa—

イタリア視察から帰って思ういくつかのこと

コンフコープウェブサイトの視察団訪問についての記事（翻訳）

事務局

石塚秀雄

石塚秀雄

村口 至

高山一夫

小磯 明

小磯 明

高山一夫

八田英之

八田英之

吉中 文志

岡部 茜

竹野政史・竹野ユキコ

深谷弘和

伊藤 淳

中川 雄一郎

二上 護

小磯 明

小磯 明

今井 晃

竹野政史・石塚秀雄

〈医療政策・研究史〉(11)

グローバル医療政策学の構築

—まわり道でも世界史を—

野村 拓

●理科と文科、自然科学と社会科学

「グローバル医療政策学の構想」については前回述べた。その目的とするところは、医療関係者の社会科学的認識の深化と、医療のわかる社会科学者の養成であり、さらに目標を拡大するならば、医療に軸足をおいた「草の根・社会保障」運動の展開である。そして、なぜ、医療が「軸足」たりうるかを示すことも、この新分野の研究目的のひとつと考えるべきだろう。

私たちが受けた教育では自然科学と社会科学という分類がなされ、理科と文科に分けられてカリキュラムが組まれていた。しかし、この分類では、「グローバル医療政策学」にいたる学問的系譜を辿ることはできない。

ウィリアム・ペティ (1623-1687) は、社会の分析方法に「解剖学」を用い『アイルランドの政治的解剖』(1691)を著した。そして、農地の売買価格からのアナロジーから、可能性としての「人間の経済的価値」を論じ、「政治的医学」(Political Medicine)を唱えた。

Reproductionという言葉は社会科学では「再生産」と訳され、視野狭窄気味の日本医学では「生殖」と訳されるが、貧困、飢餓、疾病とたたかいつながりながら、みずから「再生産」する工夫は、たとえば中世の農民の「10分法」などにみられる。すなわち、収穫物を10等分し、10分の1税、来年用の種籾、農機具の修理代、家族の生活費などにあてる方式である。そして、市民革命の結果、生まれた「独立自営農民」(ヨーマン)が、略奪農業ではなく、「土」の再生産を考えたのが、前回述べた「ノーフォーク輪作」である。

「土」の再生産をめざした「ノーフォーク輪作」とほぼ同時期にフランスでは外科医、フランソワ・ケネー (1694-1774) が『経済表』(1758)を作成した。これは、ブルボン王朝の圧政下にあつて、根こそぎ収穫物を召し上げられている農民の生活の再生産を論じたものである。ウィリアム・ハーヴェーの「血液循環の原理」にヒントを得て、社会における、あるべき物の生産—流通—消費—再生産のを示したもの(単純再生産表式)と言われている。

イギリス市民革命は「人間の可能性」を経済的に示すペティの学説を生んだ。土地の売買価格の目安が20年分の収穫物の価格であることのアナロジーから、20年分の収入を「人間の資本価値」とした。つまり、年収100ポンドの人間の資本価値は2000ポンドということだが、このことを「年収100ポンドを年利5%で資本還元する」と表現した。「資本還元」(capitalized)という表現はむかしの日本人には理解しがたいものがあつたが、後に出てくる公衆衛生的投資の経済効果の計算には、そのことによって死亡を免れた人間の資本価値が効果として算定されるようになる。

オックスフォード大学の解剖学教授であつたペティはこのような「社会統計(学)の祖」ともいわれているが、もうひとつの流れは、フランス大革命の理念であつた「平等」が方法化したものとしての「平均」である。1800年代の衛生統計学者レイ・ルネ・ヴィエルメは労働者や貧困層の不健康を「市民的平均」と比較することによって示す論文をいくつか書いている。人間の諸能力は「平均人」を中心にした確率分布をなしているのだ、という「確率論的世界観」が有力化したのもこの

時期である。

統計学とはなにか、カンカンカクカクの議論から「統計学は鬮鶏学」と冷やかされていた時期もあり「統計学は方法科学か実質科学か」という議論はいまだに続いている。文科と理科、自然科学と社会科学という分け方を統計学の視点でながめてみると、あまり意味のある分け方ではないように思える。大事なことは人間の可能性、社会の可能性をどうとらえるか、ということであり、そのためには、「可能性の比較史」という学問が必要であり、前回述べたプロシャ・オーストリーの「官房学派」(カメラリズム)は、フリードリッヒ・リストのドイツ歴史学派経済学と相俟って「可能性の比較史」のルーツをなしていると思われる。

●はたらきかけの学問として

医療政策学は歴史と対話しながら、現実にはたらしかける学問である。ナチ時代のドイツの社会学者、クルト・レヴィンは「アクション・リサーチ」を提唱した。ナチが権力をほしいままにするプロセスを客観的にとらえる社会学でいいのか、その危険性を国民に訴え、解決法を国民とともに考える「アクション・リサーチ」こそ、今必要である、というのがレヴィンの主張であった。

私にとって、1985年以来、20年間とりくんだ「国立病院統廃合・移譲」問題はまさに「アクション・リサーチ」であった。

その主な経過は、国民の医療と国立病院・療養所を守る中央会議／監修『国民の医療を守る』(1991、学習の友社)のなかで、次のような構成で略述した。

〈戦後民主主義が産んだ国立病院〉

1. 戦前に国立病院はあったか？
2. 国立病院の生い立ち一病院「概況書」から一
3. 医療の民主化と国立病院
4. 地域医療と国立病院
5. 公費医療と国立病院

元陸海軍病院、日本医療団療養所、傷痍軍人療養所などが、戦後改革のなかで国立病院・療養所に生まれかわった経過を明らかにし、それゆえに、

「国立病院つぶし」は「戦後民主主義への挑戦」であることをまず強調しなければならない。つまり、「はたらきかけ」であり、銀行員がバランス・シートを読み上げることでなく、相手に通じない方が都合のいい話をパワーポイントで流すことでもない。

「はたらきかけ」はメモや原稿を読むことではなく、向き合って相手の目をみながら行うものである。トータル・ビジョンを踏まえ、総記憶量をフラッシュさせながら行うべきものである。「はたらきかけ」でなくても、裁判の証人の場合にも持ち込めないで、フリーで日本の医療制度全般に関して、尋問と反対尋問に答えなくてはならない。それはとにかく、社会科学というのは、重箱の隅をほじって「科学ごっこ」をすることではなく、社会のあり方に関して、トータル・ビジョンを提供しながら変革への手掛かりを提供することである。

昨年あたりから、夏・冬2回おこなっている研究合宿への四大生の参加が増えたので、急遽、予定を変更して「社会科学・入門」的な話をする機会が増えた。「のびやかに、どこからでも社会科学」という話である。

予定変更なので、障子紙を貼り合わせたようなものに、「新しい社会科学」(実は「グローバル医療政策学」)を学習する際の「アンテナの張り方」を示して、ボードに貼った。それを少しとり繕って示せば次のようになる。

〈新しい社会科学・学習アンテナ〉

人間の「再生産」可能性	可能性	比較史	在来型「歴史」への	
という	という	という	補強的	
と	と	と	事由	
ら	え	え		
え	方	方		
17世紀	(1)	(2)	(3)	(4)
18世紀	(5)	(6)	(7)	(8)
19世紀	(9)	(10)	(11)	(12)
20世紀	(13)	(14)	(15)	(16)
21世紀	(17)	(18)	(19)	(20)

このような「表づくり」を短時間でやってのけるのが「総記憶量のフラッシュ」だが、以下、テーマ別にタテ方向に紹介することにする。

●人間の可能性と「再生産」というとらえ方

〈人間の可能性〉

〈17世紀〉(1)

- ・衛生(保健)統計を「人間の可能性」の問題として読み返す
- ・ウィリアム・ペティ 「稼得の可能性」としての「人間の経済的価値」
- ・クロスセクション・データとしての年齢別死亡率をタイムシリーズに組み換えて「生存曲線」(エドモンド・ハレの天才)

〈18世紀〉(5)

- ・18世紀のはじめにスウェーデンではやばやと人口センサス
- ・年齢の関数として人間の能力をとらえる

〈19世紀〉(9)

- ・確率論的人間観 人間の諸能力は「平均人」を中心に正規分布
- ・産業革命 労資関係における人間
- ・社会階層別・職業別統計 ウィリアム・ファー

〈20世紀〉(13)

- ・20世紀は人間の育ちにくさから始まる母子問題、ミルク・ステーション
- ・「戦争の世紀」に翻弄される
- ・「総力戦」「人的資源」(第1次大戦)という言葉が生まれ、「戦争死」の可能性におびやかされる
- ・「不安」「不信」をマーケット化する生保、損保の登場
- ・大量殺戮兵器の登場、そして負傷者リハビリ職種が登場
- ・医療の治療効果発揮による医療の産業化

〈21世紀〉(17)

- ・寿命の伸長による貧困化を伴う高齢化、老後倒産
- ・農村的クッションの喪失、「あそび」「ゆとり」部分市場化

〈「再生産」というとらえ方〉

〈17世紀〉(2)

- ・ジョン・グラントの「死亡表」に consumption という「死因名」
consumption 消耗病(後の結核)、ジリ貧病、労働力の再生産失調
- ・「貧困の再生産」
sick poor に対して、医療抜きの Poor Law(救貧法)では

〈18世紀〉(6)

- ・「土」の再生産 ノーフォーク輪作
- ・農民生活の再生産 外科医ケネーの『経済表』(1758)(単純再生産表式)
- ・貧困の拡大再生産 マルサス

〈19世紀〉(10)

- ・資本の自己増殖、拡大再生産の上に人間的諸関係を把握 マルクス
- ・「人口再生産率」最初の計算は1880年代

〈20世紀〉(14)

- ・モノと人とを「戦争」という焔にくべる「再生産なき消耗戦」
- ・戦時・平時両用にはたらける資本の生き残りとしらなる巨大化(軍・産複合体)
- ・国家プロジェクトとしての「原爆」と「ベニシリン量産」
- ・増大する兵力に対応する医療マンパワーの計算(医療経済学)

〈21世紀〉(18)

- ・「土」をダメにする穀物メジャー
- ・地球をダメにするグローバル産業
- ・地球のバイタル・サイン(2002)
- ・「国際土壌年」(2015)

●「可能性の比較史」そして在来型医学史の補強

〈可能性の比較史〉

〈17世紀〉(3)

- ・国状学、国勢学、国家比較記述

〈18世紀〉(7)

- ・「カメラリズム」における農政学(テア)、医政学(フランク)の一体化

〈19世紀〉(11)

- ・資本による支配を意識する勢力の台頭により「社会政策ラウンド」へ
- ・「救貧医」(1834、英)(疾病金庫医、1883、独)
- ・奴隷売買、植民地支配、「ミドル」の形成、新世界の「ミドル」

〈20世紀〉(15)

- ・資本の自己増殖に対する国民経済的コントロールの可能性(ケインズ)
- ・比較経済史学派(マックス・ウェーバー、大塚史学)
- ・ドイツ社会政策学会と社会統計学派

〈21世紀〉(19)

- ・資本も労働力も国境をまたいで移動
- ・かつての植民地支配国は移民、難民を受け入れざるをえなくなる
- ・みずから耕す地球市民と地球市民の医者

〈在来型医学史への補強〉

〈17世紀〉(4)

- ・市民革命と市民の医者、町医者の登場
横並びの人間関係と臨床医学

〈18世紀〉(8)

- ・ヘルマン・ブールハーヴェによる臨床医学の確立
- ・フランス大革命のころ、10歳生存率は50%
- ・革命理念としての「平等」の方法化としての「平均」

〈19世紀〉(12)

- ・「最高の治療法は民主主義」(1847の医学革命)
- ・1848の公衆衛生法
- ・医学が治療効果を持つようになると
- ・看護と戦争 看護の変革

〈20世紀〉(16)

- ・ジョンズ・ホプキンス大学の「社会派医学史」—シゲリスト、ローゼン、アッカークネヒト
- ・〈医学史〉と〈可能性の比較史〉との統一としての「医学史研究会」3部作
- ・「社会医学を社会科学的に補強する」(1991)
- ・『20世紀の医療史』(2002)

〈21世紀〉(20)

- ・農政学・医政学同居時代」までさかのぼって再構成
- ・「医療に軸足をおいた草の根・社会保障」
- ・グリーン・ケア、「草の根・社会保障」、そして「新社会科学としてのグローバル医療政策学」

●情報の自分史座標への取り込み

この疑似マトリックスは、これから「新しい社会科学」を目指す人達の学習範囲であり、同時に学習事項が貼りつく座標軸でもある。

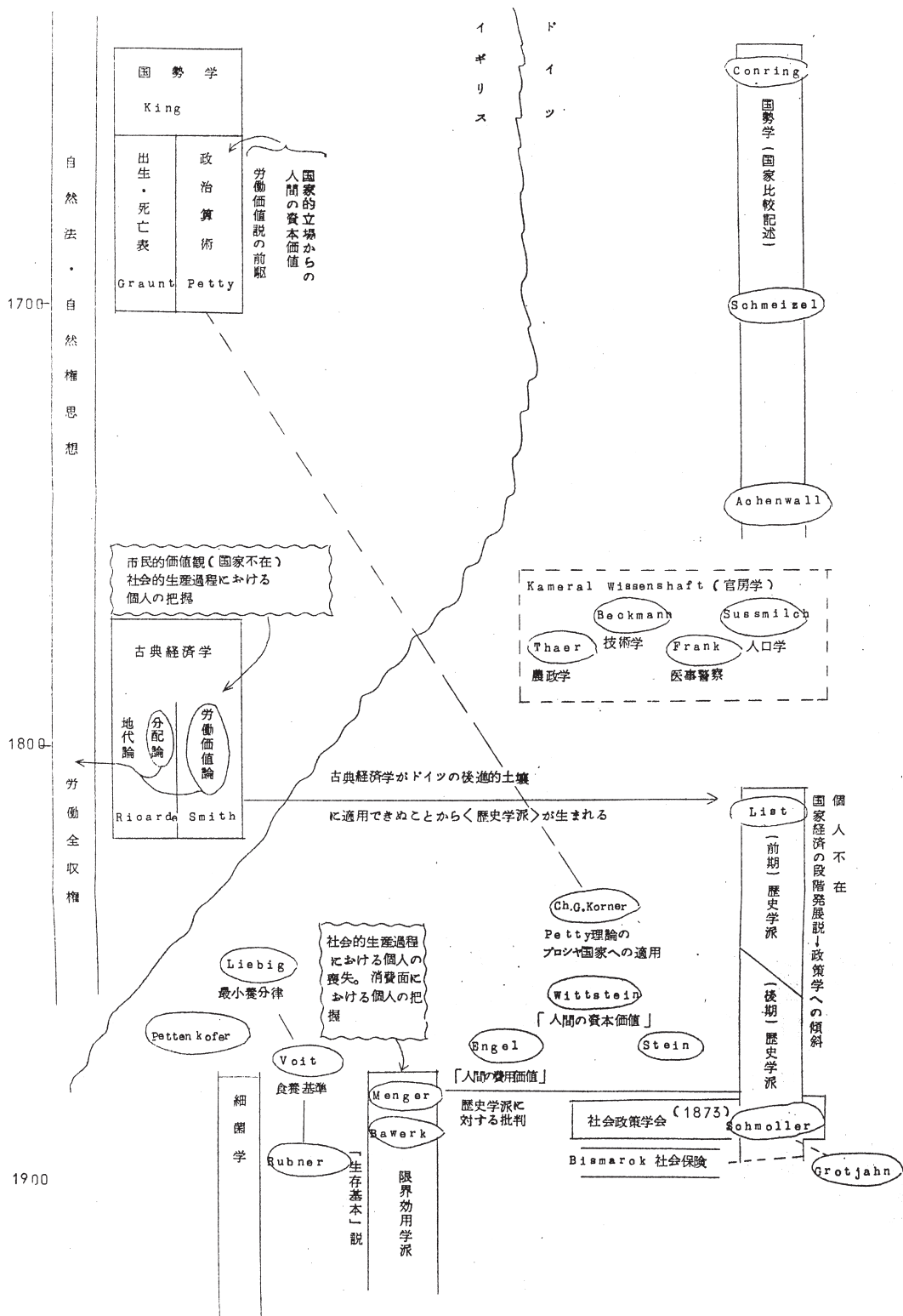
ごく一般的な言い方をすれば、自分史という座標軸に貼りついた情報が記憶であり、記憶の総量は「書いた量」に比例する。「聞いた量」や「打った量」はほとんど関係しない。これは、ワープロ、パソコンが導入されたとき、予想されたとどであったが、「ワープロ、パソコン世代」の「老後」の記憶量は見事にスカタンである。

前にも述べたように、情報には「単品情報」と「連鎖情報」とがあり、「連鎖情報」は座標軸から「記憶」となるが、「単品情報」はそのまま抜けてしまう場合が多い。

書くことは、ストーリー・メイクであり、「情報の連鎖化」である。それゆえに、記憶の総量は「書いた量」に比例するわけである。そして、面と向かっての「はたらきかけ」は「記憶の総量のフラッシュ」なのである。トータル・ビジョンを示すことから「はたらきかけ」まで、社会科学には「豊かな記憶の総量とフラッシュ能力」が求められる分野であることは肝に銘じてもらいたい。

自分史座標に情報が貼りつきやすくなるように手入れすると同時に研究・学習領域にアンテナを張ることが必要であり、前掲の疑似マトリックスはその一種であるが、いまから50年以上前の

〈図1〉社会政策をめぐる英・独の比較シエーマ



1964年段階の「研究アンテナ」が〈第1図〉である（野村拓：医療労働に関する労働価値論的考察「日本衛生学史資料」No.9.1964.3.1.）。

（この連載の第3回につかっていたシェーマを再掲することになるが）。

「先進イギリス、後進ドイツ」という社会経済史的とらえかたが色濃く出されたシェーマであったが、その後、阿知波五郎先生のオランダのヘルマン・ブルハーヴェ（による臨床医学の確立）研究、中川米造先生によるフランス衛生学、そのルーツとしてのナポレオン軍の軍医たちによる集団医学などを学んだ。また、同先生を通じてジョンズ・ホプキンス大学の「社会派医学史」を学んだ。

欧州各国のように社会政策的枠組みのなかで近代医学が技術的展開を見せた場合と対比させて、自由な市場経済のもとでの医療技術展開の例として、1930年前後に出された「アメリカ医療費委員会（CCMC）報告」も研究した。また、市場原理による「専門医化」（アメリカ）と植民地支配のプロセスで生まれた専門医とGPとの分化（イギリス）との対比なども重要な現代的意味をもっている。

これらを踏まえて作成したのが、前掲の疑似マトリックスである。

●のびやかで大胆な学習を

以上、アンテナを張って学習するべき範囲をしめしたが、学習の仕方はダイナミックであることが望ましい。「人間の可能性」のところでは、当然の事ながら、ペティの「稼得の可能性」から、ハレによる「生存の可能性」（最初の生命表、1693）まで、統一的にとらえなければならない。そして、クロスセクション・データとしての「年齢別死亡率」をタイムシリーズに組み替えて「生存曲線」を作成したのがハレである。

今日の平均寿命（零歳平均余命）の算出方法は、タテ軸とヨコ軸と「生存曲線」とによって構成される面積を積分によって算出し、タテ軸を構成する「数」で割ったものであり、その手法のルーツは天文学者ハレに帰する、と言っている。平均寿命の算定方法を知らぬ社会学者が多いのではな

いか。

「生存曲線」は時代とともに大きく変わるが、フランス大革命のころは、10歳生存率が50%であった。「自由、平等、博愛」は生き残った少数派のためのものであったことをフランス革命史の研究者は承知しているのか。

また、「負の可能性」としての「社会的再生産失調」に関しては、ペティの盟友、ジョン・グラントの「死亡表」研究のなかで、consumption（消耗病、ジリ貧病）という死因名として登場している。つまり、労働力の消費と回復との帳尻がマイナスということで、その後、「産業結核」とほぼ同義的に使われるようになった。そして、1880年代にコッホによって「結核菌」が発見されると、過重労働による労働者の死亡は、「結核菌」によるもので、労働時間や労働条件は関係ない、と主張する工場経営者が現れた。日本では、もの真似アナロジーから、東大衛生学黴菌学講座教授による「脚気菌」の発見が明治19（1886）年となっている。

「再生産」で一番難しいのが「人口再生産率」の計算で世代間にまたがるので、「零歳平均余命」のように算出できない。それで、オランダ人学者による最初の「人口再生産率」の計算はハレよりも200年近くおくれで1880年代とされている。

それは、産業革命によって、大量の労働者階級が生まれた時代から「ひと世代」経って、労働者は次の世代を再生産させることができているのか、研究者の問題意識に上がった時期であり、この連載の2回目で指摘したように、1880年代にオランダの研究者が初めて「人口再生産率」を算出した、とされている（むかし読んだ立川清の統計書には1848年と書いてあったが、これは1884年がひっくりかえったものと思われる）。

これと平行するような形で、イギリスでは「ライフサイクルにおける労働者の貧困問題」がチャールズ・ブースやB.S. ラウントリーなどによってとりあげられ「労働者の世代的再生産」にともなう諸困難が明らかにされた。そして、20世紀初頭の母子問題、学童保健問題のクローズアップ、貧困層への牛乳供給政策などは、これらの文脈で取り上げられなければならない。文脈は縦横にはりめぐらされるべきである。それが社会科学である。

前述の疑似マトリックスは、縦横に張り巡らせた文脈であり、「学習アンテナ」である。そして、実は「拡大・自分史座標」でもある。再々述べたように、情報は「自分史座標」に貼りつくことによって「記憶」となる。記憶は豊かな方がいい。だから「自分史座標」を「学習アンテナ」にまで拡大して、アンテナという「蜘蛛の巣」の中心に位置し、必要に応じて頭とからだの運動をつづければいい。

例えば、イギリス留学中の夏目漱石が友人に「ターナーの絵はすごい」という手紙を書き送った、という話を聞いたら、どんな風に頭を展開させるか。私にいわせれば、ターナーは、イギリス産業革命と田園風景とを統一的に描いた画家であり、同時に帆船の美しさと哀れさを描いた画家でもあった。

イギリス産業革命最中の1805年、英仏間で戦われたトラファルガー海戦は帆船時代最後の海戦と言われ、ネルソンは戦死し、その遺髪は海軍兵学校（江田島）の教育参考館に安置されることになる。帆船の美しさを描いたのもターナーであったが、トラファルガーで活躍した戦艦「テレメール」が落日のテムズ河をタグボートにひかれて解体場に運ばれる姿を描いたのもターナーである。

帆船時代の海戦には「上手廻し」「下手廻し」というような帆走用語が登場する。ターンを繰り返しながら風上に向かうときのターンの仕方だが、1869年、スエズ運河の開通によって帆船が完全に命脈を断たれたのは、狭い運河ではターンがきかないからである。

話をもどせば、トラファルガー海戦に敗れたナポレオンは落ち目になるが、ナポレオンがつくった近代的軍隊の軍医たちのなかから近代公衆衛生が生まれる。彼らは「集団医学」のベテランだったからである。

東日本大震災のとき、「トリアージ」という救急患者の三色分類がよくつかわれたが、このルーツは、ナポレオン軍の外科医、ドミニク・ジャン・ラレイが創始したものである。そして、軍隊という集団の効率的医学管理から、「都市」を「拡大された軍隊」として把握する近代公衆衛生が生まれるのである。

こんなことを、はりめぐらした「学習ネット」

の上を行き来しながらおぼえるのが主体的学習であり、ネット検索でグーグルの餌になることを「学習」とは言わない。自前でネットを張るには、それなりの展張力、「骨格力」のようなものが要る。以下、日本の「社会医学」に「骨格力」を求めた論文と社会福祉分野に「骨格力」を求めた論文と2編紹介し、「骨格力」をもって、医療・福祉を動的にとらえる提言としての『医療の政治力学』（2011）を要約したい。そして、その後におけるさらなるグローバリゼーションをふまえて『グローバル医療政策学』に挑戦したい。

●社会医学、社会福祉研究者への要望

私が社会医学研究者たちに「骨格力」を求めた論文としては「社会医学を社会科学的に補強する」（『社会医学研究』No.11.1992.）があるが、これは前年、同会でおこなった総会講演の内容をまとめたもので、以下の構成。

1. はじめに
2. 政治経済学と社会医学
3. 社会政策的人道主義
4. 人間労働をめぐる
5. 医療経済的関心
6. 社会科学の解禁と社会医学の再生
7. 社会医学研究分野からの社会科学者の撤退と医学者の社会科学的認識の後退
8. 医療経済研究会とその姿勢
9. 社会医学への提言
10. 社会科学との接合面—社会的再生産と医療
例えば、農村社会医学における農夫（婦）症というとらえかたなどは優れて社会科学的であった。すなわち
農業病（労働過程）
農家病（労働過程、労働力再生産過程）
農村病（労働力の消費、再生産が行われる場）
というように、社会科学のカテゴリーと対応させながら、雇患の総合的可能性として「農夫（婦）症」という概念を定立したことである。
11. 医療担当者用の社会科学
12. Social Medicine の国際動向
13. 日本の社会医学

「3. 社会政策的人道主義」は、大正期における日本の社会衛生学や労働科学を理解する上で必要なカテゴリー立てと考えるが、他方、社会福祉研究者に対しては、「社会福祉・その歴史的再構築」(『医療政策学校』No.1.2005.11.)で、以下のような内容の注文を出した。

1. 骨格的社会福祉史

2. 前史的部分

- (1) 「死」が身近で圧倒的な重みを持っていた時代
- (2) 「生」の哲学
- (3) 権力者(公権力)と無権利貧民・浮浪者という構図
- (4) sick poor に対して
- (5) 「近代」と「前近代」とのオーバーラップ

3. 社会福祉的对象の明確化

- (1) 市民革命と人間の可能性
- (2) 産業革命と労働者・貧民
- (3) 社会政策ラウンド—「資本」の責任は
- (4) 帝国主義へ
- (5) 公的救済の原資としての植民地からの「富」
- (6) ライフステージ的貧困
- (7) 「土」から切り離され「生活空間」を奪われた人たち

4. 第1次大戦と社会福祉

- (1) その前夜
- (2) 列強の母子保健、乳児死亡対策
- (3) ホームレス・センサス(1907、英)
- (4) 社会政策オンパレード、1911年
- (5) 保険医スト(1913、独)
- (6) 装甲自動車も救急車も(ロールスロイス社)、トラクターも戦車も、化学製品も毒ガスも
- (7) マンパワー的線引き—「軍事的健康」と「産業的健康」
- (8) 輸血の始まり、ベルギー、フランスにおける戦傷者リハビリ・職場復帰システム(OT、PTの登場)
- (9) 総力戦の副産物
- (10) 貧民(移民)セツルの看護婦たちの反ミリタリズム運動—リリアン・ワルド、マーガレット・サンガー、ラビニア・ドック(米)
- (11) 国内植民地・「異層化社会」という視点

5. 戦争への参加と公的責任

- (1) ILOの発足—資本の責任
- (2) ロシア革命と社会保障
- (3) 「人たるに値する生活」(ワイマール共和国憲法)
- (4) 病院—「隔離・収容の場」から「治療の場」へ
- (5) 公的責任の軽減、曖昧化と優生学的潮流
- (6) マネーゲームと大恐慌
- (7) ニューディール・社会保障法(1935)

6. ファシズムと社会福祉

- (1) 「持てる国」と「持たざる国」
- (2) 国家間の生存競争—民族衛生、社会ダーウィニズム、ノルディック・ゲルマン優良人種主義
- (3) 反社会福祉思想—移民、黒人に対する優生手術
- (4) 安楽死運動
- (5) アクション・リサーチ

7. 第2次大戦後の世界

- (1) 第1次大戦後にILO、第2次大戦後にWHO
- (2) 戦時立法の投影
- (3) 第三世界の変化
- (4) 人口と労働力流動(移民)
- (5) 流入先の国の社会福祉対象となる面と社会福祉などの分野での低位代替労働力として利用される面
- (6) 市場・競争主義、マネーゲームに対する対抗原理、克服原理は?
(これなくして社会福祉は語れないとおもわれるが)
- (7) 警告的メッセージとしての熱帯感染症

8. 現在の状況

というような中身で「骨格力」の強化を求め、その最後を次のような言葉で結んだ。

社会科学の難しさは「対象」自体が歴史的に動くものであること、そして動く「対象」に対して、これまでの「方法」的蓄積の中から有効な組み合わせを考えたり、あるいは「対象」の性質に応じた新しい研究方法を開発しなければ

ならないことである。そして、社会福祉研究を一般社会科学よりも、さらに難しくしているのは、「対象」と「方法」の両方にかかわるものとして、それぞれの時代、社会における人びとの権利水準、公的救済への期待水準などが重要な要素をなすことである。

この難しさをただちに克服できるような処方箋は見当たらないが、社会福祉的研究にまず求められるものは「志向性」「ベクトル性」であり、これらを確かなものにするための歴史的でグローバルな認識である。方向音痴的な調査・研究はむしろ有害であり、それぞれのケースの背後に横たわる歴史性、グローバル性をどうとらえることから、まともな「志向性」「ベクトル性」が生まれるものと考えられる。

社会福祉の概念規定に決定的なものがなくても、少なくとも社会福祉は強者のためにあるのではなく、社会的弱者のためにあるという点では共通認識が得られることと思われる。従って、社会的弱者のために公的責任を、あるいは場合によっては企業責任を引き出す手掛りの総称と考えてもいいだろう。もちろん、手掛りは多種多様であり、「対象」の性格に応じた組み合わせが考えられる。そして、それぞれのケースの持つ歴史性、グローバル性についての認識の深度こそ社会福祉研究の前提条件というべきである。

●医療・福祉をめぐるダイナミズムの把握

社会医学、社会福祉分野の研究に「骨格力の強化」を望み、ついで共同作業によって「医療・福祉をめぐるダイナミズム」の把握をこころみたのが次掲の8章構成の『医療の政治力学』（2011.

桐書房）である。

1. なにが医療を動かしているか
2. 世界のなかの日本医療
3. 診療報酬の政治力学
4. 医師の政治意識改革
5. 政権交代と医療
6. 日・米の医療政策とグローバル化
7. 地域医療にみる協働・連帯の過程
8. 求められる主権者のかしこさ

これらを読み返してみると、やはり次のステップは「グローバル医療政策学」ではないか、という気がしてくる。

「グローバル医療政策学」もふくめて、社会科学の難しさ、面白さは、対象としての「社会」のなかに自分自身がふくまれていることである。主体的情熱もみずからを客観的に眺める冷静さも、ともに求められる分野である。だからこそ、自分史座標の外延部分としての「学習ネット」の設定がまず必要なのである。

2015年の1月と8月に開催された「医療・福祉政策学校」の研究合宿に多数の四大生の参加があったので次世代への入門的メッセージとして「学習ネット」設定に重点をおいてみた。

社会科学の面白さ、難しさは、把握し、働きかける「対象」のなかに、はたらきかける自分（「主体」）がふくまれていることである。そして、自分史座標にとりこまれた情報と対象社会との間の作用・反作用こそは、年とともに充実しうる生き方を保障するものである。（2015.10.14.）

（のむら たく、医療政策学校主宰）

地域の医療供給と公益性

—自治体病院の経営と役割—

日本の地域医療が、80年代以降の日本のグローバル化の進展の中で、どのような困難に見舞われたのか。自治体病院の職員・労働者が地域住民とともにどのようにたたかってきたか。大震災から何を学ぶことができるか。地域医療を支える財源とは、自治体病院と民間病院である民医連病院との経営比較から見えることは。イタリア・ポローニャの地域医療から何を学ぶことができるか。ワーキングペーパーNo.3（2013年10月発行）も資料として全文再録。

○ワーキンググループ メンバー（執筆順）

- ・はじめに、第1章
村口至（代表、東北地方医療・福祉総合研究所理事長、坂総合病院名誉院長）
- ・第2章、資料（ワーキングペーパーNo.3）
八田英之（研究所副理事長、千葉勤労者福祉会理事長、全日本民医連顧問）
- ・第3章
山本裕（元自治労連医療部会議長、元京都自治労連副委員長）
- ・第4章
根本守（公認会計士、協働公認会計士共同事務所）
- ・第5章
石塚秀雄（非営利・協同総合研究所いのちとくらし主任研究員）
- ・おわりに
高山一夫（京都橘大学現代ビジネス学部教授）

目次

はじめに

第1章 大震災被災地の医療復興とそこに見える問題—公的地域医療を支えることで生み出す価値

第2章 地域医療崩壊の現段階と自治体病院の今後

第3章 地域医療・自治体病院再編の動向と住民・労働組合等の取組み

第4章 地方自治体病院の財政制度と財政問題

第5章 イタリア・ポローニャの地域医療システムの構造

おわりに

資料（再録）『＜地域医療と自治体病院をめぐる住民運動＞2013/09 第一報』（ワーキングペーパーNo.3）

A4版、160 ページ

ISBN 978-4-903543-13-0

発行 2015年4月30日

頒価 1,000 円

（送料別、10部以上は送料無料）

【問い合わせ先】 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 URL: <http://www.inhcc.org/>
〒113-0034 東京都文京区湯島 2-7-8-2F 電話: 03-5840-6567 FAX: 03-5840-6568 電子メール: inoci@inhcc.org

報告書注文票 FAX 送付先: **03-5840-6568** (民医連関係者の方は、保健医療研究所にお問い合わせ下さい)

ふりがな お名前		希望部数	部
〒番号		電話番号	()
住所			

名古屋市の一地区における路上生活者を対象とした精神保健調査の報告

調査責任者
松浦 健伸

I、調査実施の概要

1) 調査開始の背景及び経過

厚労省調査によると2012年1月現在のホームレス数は9,576人であり、1999年の調査開始以来、初めて一万人を下回った。公的支援も不十分ながら広がったということもあるが、実際は調査方法の限界（目視）、公共施設からの追い出しなど路上生活者の実態が見えなくなっているという指摘もある。またホームレスの支援団体からは、より支援の困難な人びとが増えているという声もある。障害を抱えている人も少なくないのではないかと経験的に感じられる指摘もある。より一人ひとりに寄り添った支援のために、2013年春、その背景を医学的にも把握したいという支援者団体の思いと、もともと貧困・格差と精神疾患の関連に関心をいただいていた民医連精神医療委員会、さらに岐阜大学の研究者が支援活動を通じて意思一致が進み、共同で調査を実施することになった。さらに愛知民医連の協力を得て、話し合いを繰り返し今回の調査実施に至った。

2) 事前準備

WAIS（知能検査）を全施行すること、当事者の感覚過敏、注意集中を担保できる場所を確保することを念頭において個室形態の会場確保を意識した。調査実施の準備期間が短かったこともあり、公共施設予約は困難なため、全日本民医連と協議の上で予算化し、ダイテック栄を確保した。

対象者の参加呼びかけについては笹島共生会、ささしまサポートセンターSSCの協力を

いただきながら、木曜医療相談と月1回の健康診断の際に当事者への呼びかけを行った。パイロットスタディであり、参加募集人数が限定されることもあって、宣伝を大々的に行うことを躊躇する反面、一定の対象者の確保を必要とするため、ある程度確約して参加していただけたような当事者を取捨選択する形となった。また、呼びかけの際に「こころの健康調査」であることに対して反応し、当事者からは「自分たちを病気扱いにしないでほしい」と忌避される方もみえたため、当日の調査についてはバイアスが生じている。当日に向けては24名の方の参加約束を得て18名の方に参加をしていただくことができた。本来ならば事前に様々な調整等を行い、情報共有をした上で調査に臨むことが必要ではあったが、距離的な制約、当日開場の時間などの課題のため、数回の話し合いとメーリングリスト上でのマニュアル共有に留めたため若干の調整課題を残したまま調査を迎えることとなった。

3) 調査日時および場所

・2013年10月27日（日）午前8時半～午後5時
・調査会場：ダイテック栄ビル（名古屋市栄駅近く）

4) 調査参加者

・岐阜大（精神科医1名、臨床心理士2名）、愛知医科大（看護師1名）、名古屋大学（内科医1名）
・民医連（16名）—北海道、愛知、岐阜、石川、奈良、大阪、岡山の各県連、全日本民医連より
・地元のホームレス支援団体（2名）—ささし

ま共生会、ささしまサポートセンター（全23名）
＜精神科医5名、内科医1名、研修医1名、心理士5名、精神科看護師3名、PSW（精神科ソーシャルワーカー）2名、事務4名、支援団体2名であった。＞

5) 実施内容

・事前の調査計画書に従い、あらかじめ今回の調査への協力者を登録し、1日の時間帯を3つにわけてあらかじめきていただく時間帯を指定し、会場に集まっていた。

・調査は最初の面接者が、参加者に調査主旨の説明を丁寧に行い、同意書のサインを得る。1) 精神科医による面接、2) 臨床心理士による検査、3) PSW・Nrによる聞き取りの3つに分かれ、一人2～3時間要した。1) では、M.L.N.I（精神科半構造化面接）、ASRS（成人用ADHDスクリーニングテスト）、JART-25（病前知能推定テスト）を行い主に診断面、2) ではWAIS-III（成人知能検査）で知能測定あるいはWAIS簡易版大六式（絵画完成・符合・数唱・知識）で知能評価、3) ではあらかじめ作成した「基礎情報聞き取り票」を用い、「路上生活に陥った理由や経過」「路上生活にとどまり続けるあるいは抜け出せない理由」をナラティブに聞きだし、ICレコーダーで記録した。

・調査用の部屋は6部屋。部屋の大きさによって、「聞き取り」と精神科面接は共用し、心理検査は単独として優先した。

・参加者（被験者）には待合室を設定しそこでは飲み物、お菓子など用意し、各パートで空きを待ってもらい。空いたブースに入っていた。調査終了後謝礼（クオカード3,000円分）をお渡し、順に帰っていただく。

・調査終了後は全員で振り返りを行い、感想、次回本調査実施に向け検討課題などを出し合う。

6) 実施結果

・事前登録者24名中18名の方が来所。特にトラブルなく終了。参加の方々では「疲れた」「こんな頭使ったことなかった」「あんまりできないので落ち込んだ」などの感想が聞かれたが（立ち話）、不満や怒りなどはなくむしろ検査に協力的で心理士によれば臨床で実施しているより

もずっとやりやすかったという意見が複数聞かれた。

・WAIS全項目実施は16名で、2名は簡易版での施行となった。一人あたりの調査時間は2～3時間を要した。一番時間を要したのはやはり知能検査で1時間半程度かかり、次に「聞き取り」に30～40分、精神科医面接は20分～30分程度であった。

・精神科医5名のうち、1名が受付及び参加者に上記3つのパートのどこに向かうか指示し全体を調整する役割を担った。

・空いているスタッフ（研修医含む）は、参加者への案内（会場は5階と7階に分かれ6部屋の使用）、待っている参加者への配慮や対応など行った。

・参加者が18名だったこともあって、予定よりも早く終了できた。また精神科医面接が予想よりもスムーズで早く終了した印象であった。

7) 振り返りでの発言のいくつか

・昼をまたいで実施になった人は負担だったのでは？お昼の用意なども検討

・4人「聞き取り」行ったが、3人はすらすらと話が出来たが、一人の方は難しかった。名古屋市の路上生活から脱するための施設や制度については、あらかじめ、ささしまサポートセンターで用意していただいたが、さらに名古屋市の地名や地域が分かる地図などあれば良いと思われた。

・路上生活がその人の生活になっていて、そこから抜け出したい意思が見えない印象の人がいた。

・自立の意思がないように見える方でも本当にそうなのか、自立の意思をどう確認するのか、環境によって出てくるのではないかなどの視点が大切でないか。

・あきらかに知的障害があると分かる人がいた。そうした人をすぐに支援につなげられたらいいと思われた。

・「基礎調査項目」で過ごしている場所や収入源については選択項目になっていたらよかった。「聞き取り」では、情報を聴く順番について工夫が必要と思われた。検討を。

・話に感情移入してこちらが泣いてしまった。

大変な生い立ちや生活をしてこられていると思った。

・心理検査施行は楽しくできた。良い経験、勉強になった。

・心理検査を真面目に受けてくれた。気持ちよく楽しく検査できた。

・かなり精神障害や知的障害を抱えている方が多い印象であった。MINIの診断ではすぐにひっかかってしまう印象があり、精神科医の臨床診断が大切と思われた。

⇒全体に調査スタッフも、多くの学びが出来、路上生活者の問題への理解や共感が広がり、また振り返りで支援団体の方の意見も伺い、双方にとって協力関係を高める良い機会となった。参加した岡山からの研修医も対応や案内、見学と積極的にブースを回っており、満足されていたようである。

Ⅱ、調査結果

Ⅱ-1、名古屋の一地域に暮らすホームレスにおける精神疾患、知的障害、発達障害の有病率について

【はじめに】

ホームレス*状態にある人は、そうでない人と比べると、精神疾患の有病率が高いことが、欧米諸国における調査で報告されている。例えば、1996年1月から2007年12月までのあいだに、ホームレスの精神疾患有病率について発表された論文をメタ解析したFazel S.ら¹⁾の報告では、ホームレスの精神障害の有病率は12.7%、大うつ病11.4%、人格障害23.1%、アルコール依存症37.9%、薬物依存症24.4%と推計されている。本邦におけるホームレスの精神疾患有病率調査は、森川らの、2009年に行った池袋駅周辺における調査が唯一である。池袋駅周囲半径1km圏内で路上生活をしている人を対象としており、実際に調査対象となったのは80人であった。彼らの報告では、16.3%に精神障害、41.3%にうつ病、16.3%にアルコール依存症があり、62.5%の人が何らかの精神疾患を有していた。この調査は首都圏の中

でも非常に限定的な場所における調査であり、ホームレスにおける精神疾患の有病率の実態が明らかにされたとは言えない。さらに他の活動地域において、広範囲かつ包括的な調査を実施する必要がある。

ところで、我々は、「笹島診療所」(名古屋におけるホームレスへの無料診療サービスを行う団体)において、定期的に、ホームレスを対象とした診療業務を行っている。そこから受ける印象は、前述の報告と異なり、うつ病や精神障害の割合はむしろ少なく、精神遅滞や、発達障害(特に成人のAD/HD(Attention Deficit/Hyperactivity Disorder))などが多くみられるというものであった。したがって、ホームレス支援のための方策を検討するためには、一般的な精神疾患の有病率調査だけでなく、知的障害や発達障害の有病率も測定することが必要であると強く感じられた。

*「ホームレス」とは都市公園、河川、道路、駅舎その他を故なく起居の場所とし、日常生活を営んでいる者をいう(ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法第二条)。

<対象、実施方法、精神疾患、知的障害の診断や判定は、上記調査報告参照>

【結果】

表1が、対象者の基本情報である。年齢、今回の路上歴、初めて路上生活をはじめた年齢、手帳の有無、年金の有無、生活保護受給歴、精神科受診歴、主な収入について聴取した。対象者の年齢は42歳から65歳までで、平均年齢は 56.8 ± 6.3 歳であった。全員が男性である。今回の路上生活期間は、バラツキが大きく、1年未満から30年にも及ぶものがおり、平均は 6.7 ± 7.0 年であった。はじめて路上生活をはじめた年齢は 47.1 ± 9.4 歳であった。精神科受診歴がある者は、精神疾患罹患率と比して非常に低く、わずか3人であった。何らかのかたちで現金収入を得る手段を持っている者が14人(78%)であり、最も多い手段は缶収集であった。

表2は、今回の調査で明らかになった対象者の精神科診断名と自殺危険度、AD/HD診断の結果である。対象者18人のうち、精神疾患を有する者は11人(61%)であり、気分障害圏が7人(39%) (軽躁エピソードのみは除く)、精神障害が

	年齢	今回の路上歴 ^a	初路上年齢 ^b	手帳	年金	生活保護歴	精神科受診歴	主な収入
No.1	55	8	47	-	-	-	-	草取り
No.2	63	10	50	-	-	-	-	缶収集
No.3	59	3	56	-	-	-	-	缶収集
No.4	50	4	46	-	-	-	-	缶収集
No.5	51	4	48	-	-	-	-	日雇い
No.6	64	1	60	-	-	6回	-	日雇い
No.7	54	4	46	-	-	-	-	なし
No.8	63	13	50	-	障害年金	1回、現在申請中	+	障害年金
No.9	54	6	48	-	-	-	-	缶収集
No.10	62	4	52	-	-	-	-	缶収集+日雇い
No.11	61	1	55	-	老齢年金	-	-	缶収集+日雇い
No.12	42	5	27	-	-	1回	-	日雇い
No.13	53	5	48	-	-	-	-	なし
No.14	48	17	28	-	-	-	+	日雇い
No.15	63	1	58	-	-	-	-	なし
No.16	61	30	30	-	-	数回	+	なし
No.17	65	4	54	敬老手帳	老齢年金	1回	-	老齢年金
No.18	55	1	45	-	-	2回	-	缶収集
平均	56.8	6.7	47.1					

^a単位は年。1年未満は切り上げ

^b単位は年齢。最初に路上生活をした年齢

表1 対象者の基本情報

	精神科診断名	自殺危険度	AD/HDスクリーニング
No1	大うつ病、PTSD	12	9項目該当も除外
No2	大うつ病	16	非該当
No3	なし	0	非該当
No4	なし	0	非該当
No5	アルコール依存症	0	6項目該当も除外
No6	精神病像をともなう気分障害現在	7	非該当
No7	大うつ病、アルコール依存症	1	非該当
No8	精神病性障害	0	9項目該当も除外
No9	アルコール乱用	0	非該当
No10	精神病性障害、軽躁病エピソード、アルコール依存症	4	非該当
No11	なし	0	非該当
No12	なし	13	非該当
No13	なし	0	非該当
No14	大うつ病(メランコリー型)、PTSD	0	非該当
No15	アルコール乱用	4	非該当
No16	精神病像をともなう気分障害、アルコール依存症	9	非該当
No17	なし	1	非該当
No18	なし	0	非該当

表2 対象者の精神科診断名

2人(11%)、アルコール依存症・乱用が6人(33%)であった。自殺危険度は、MINIによる構造化面接の中で定型的な質問によって判定されている。なお、1-5点は低リスク、6-9点が中リスク、10点以上が高リスクを意味するが、高リスクと判断される者が3人であった。AD/HDはASRSによるスクリーニングで3人が抽出された

が、いずれもAD/HDとは診断されなかった。

表3は、対象者の知的能力を測定した結果である。16人に対してWAIS-III完全版を、2人に対してWAIS-III簡易版(大六式)を施行した。対象者の平均知能指数(IQ)は、83.4±27.4であった。今回の調査では、およそ4割が知的障害圏の知能であることがわかった。

	言語性	動作性	全知能	言語理解	知覚統合	作動記憶	処理速度	備考	知的障害*	発達バラッキ**	JART予測IQ
No1	66	65	63	78	57	65	86		軽度精神遅滞		85
No2	62	52	54	59	55	56	54		中等度精神遅滞		71
No3	123	103	116	129	97	105	118		なし		120
No4	55	52	49	50	55	58	72		中等度精神遅滞		77
No5	99	94	96	100	91	88	100		なし		94
No6	71	64	65	78	57	65	66		軽度精神遅滞		108
No7	110	103	108	40	31	29	21		なし	あり	112
No8	82	74	76	86	77	83	75		なし		98
No9	68	67	65	69	72	69	75		軽度精神遅滞		75
No10	100	78	89	99	95	102	72		なし	あり	114
No11	77	92	83	78	108				なし		75
No12			34					簡易版	重度精神遅滞	不明	69
No13			138					簡易版	なし	不明	120
No14	94	90	91	86	97	105	81		なし	あり	104
No15	101	103	102	99	97	107	124		なし		118
No16	61	52	53	59	57	62	52		中等度精神遅滞		71
No17	107	102	106	100	106	111	86		なし		96
No18	100	101	100	97	110	100	94		なし		106

* IQ 70-56を軽度精神遅滞、55-40を中等度精神遅滞、39以下を重度精神遅滞とした。
 **「発達のバラッキあり」は、小項目の点数差が10点以上で判断した。

表3 対象者の知的能力

	言語	類似	知識	理解	算数	数唱	語音	配列	完成	積木	行列	符号	記号
No1	4	8	6	4	4	3	7	8	1	4	4	7	8
No2	2	4	4	5	4	5	1	2	3	3	2	2	2
No3	16	14	15	14	12	11	10	11	13	7	9	13	14
No4	6	2	6	3	7	5	2	1	1	5	2	3	7
No5	10	9	9	11	9	9	6	9	6	9	11	11	9
No6	4	7	7	4	6	6	2	7	2	2	5	7	1
No7	12	16	12	19	12	8	9	13	10	10	11	9	12
No8	7	8	7	5	8	8	6	8	9	5	5	4	7
No9	5	4	5	6	3	8	5	6	5	4	8	4	7
No10	10	7	12	11	9	11	11	2	9	9	10	4	6
No11	6	7	5		9			10	11	13	8		
No12			3			2			1				1
No13			15			19			13				12
No14	7	7	8	7	10	15	8	9	7	9	13	5	8
No15	9	10	10	10	12	10	12	9	10	8	11	15	14
No16	3	3	4	2	4	7	2	1	1	3	5	2	1
No17	10	9	11	13	9	15	12	12	14	8	11	7	8
No18	7	11	10	10	12	10	8	7	11	13	11	9	9

表4 対象者のWAIS-III下位検査の評価点

次に、対象者のIQ低下が先天的か、後天的かを判断するために、WAIS-IIIとJART-25によるIQ値を比較した。ただし、JARTではIQ69点以下を測定できないため、先天的にIQが一定以上低かった者は、見かけ上、WAIS-IIIとJARTのIQ値の間に解離ができてしまう。これらの者

を除外するために、WAISで中・重度の知的障害があり、JARTによるIQ推定値が精神遅滞圏、あるいは境界域に入る者（推定IQ<80）（No. 2, 4, 12, 16）を取り除いたところ、基準を満たした者は6人で、いずれも精神疾患を有していた。

表4は、対象者のWAIS-IIIの下位検査の評価

	精神疾患なし	精神疾患あり
知的障害 中～重度 IQ<55	No.4 No.12	No.2 大うつ病 No.16 精神病像を伴う気分障害、アルコール依存症
軽度 IQ<70		☆ No.1 大うつ病、PTSD ☆ No.6 精神病像を伴う気分障害 No.9 アルコール乱用
なし	No.3 No.11 No.13 No.17 No.18	No.5 アルコール依存症 △ No.7 大うつ病、アルコール依存症 ☆ No.8 精神病性障害 ☆△ No.10 精神病性障害、軽躁エピソード、アルコール依存症 ☆△ No.14 大うつ病(メランコリー型)、PTSD ☆ No.15 アルコール乱用

△発達のバラツキあり(小項目の点数差が10点以上)
☆JARTとWAISの解離あり(IQ値の差が11点以上 (JARTの推定IQ<80の対象者は除く))

図1 対象者の精神障害・知的障害のマッピング

点を示したものである。表3で「発達のバラツキあり」(下位検査項目の点数差10点以上)の基準を満たした者は、3人であり、いずれも精神疾患を有し、大うつ病2人、精神病性障害が1人であった。

次に、対象者の精神疾患と知的障害をマッピングしたものを示す(図1)。対象者18人のうち、精神疾患のみを有する者は6人(33%)、知的障

害のみを有する者が2人(11%)、両方の障害を有する者が5人(28%)であり、いずれの障害も有しない者は5人(28%)であった。これら4群について、年齢、今回の路上歴、はじめて路上に出た年齢の平均値を比較したものが表5である。検定にはStudent-T検定を用いて、各群の比較をそれぞれ行った。

	年齢	今回の路上歴	はじめて路上に出た年齢
精神疾患+知的障害	58.0±2.3	9.8±4.2	47.2±4.0
精神疾患のみ	58.0±2.5	7.8±3.1	46.8±5.1
知的障害のみ	46.0±4.0*	4.5±0.5	36.5±9.5
診断名なし	58.0±2.5	2.8±0.8	51.6±2.2

平均値±標準誤差
* p<0.05

表5 4群間の年齢、路上歴、路上生活開始年齢の比較

知的障害のみを有するものは、他の3群と比較して有意に年齢が低かった。有意ではなかったが、知的障害のみを有する者は、はじめて路上に出た年齢が低く、診断名を持たない者は、はじめて路上に出た年齢が高く、路上歴も短い傾向が見られた。また、精神疾患を有しているものは、有していない者よりも現在までの路上生活期間が長い傾向が認められ、知的障害と合併している者は、最も路上生活期間が長かった。

【考察】

本研究では、WAIS-III完全版を施行することで、知的障害の有無と発達のバラツキを測定することができた。本邦では、これらについて調査を行った報告がなく、貴重な報告であると考ええる。

精神疾患についての検討では、精神疾患の有病率は、精神病性障害が2/18(11%)、気分障害が6/18(33%)、アルコール関連障害が4/18(22%)であり、人格障害、薬物依存症と診断された者はいなかった。精神疾患全体の有病率は11/18(61%)であった。おおむね、森川の報告と似た数字を示していた。Fazel S.らの報告1)と比べると、本対象者の方が、うつ病の罹患率が高く、アルコール依存症、薬物依存症、人格障害の罹患率が低かった。この結果は、調査した我々自身にとって意外なものであった。というのは、調査の協力を得た18人は、サポートセンターと繋がっている比較的社会性の高い人たちであり、診断名のつかない人たちがほとんどであろうと考えていたためである。支援に繋がっている人の方が、障害を抱える率が低いだろうというのは思い込み過ぎないが、それでも、支援が届き難い人たちの精神疾患の有病率がいかなるものであるかと憂慮せざるを得ない。

次に知的障害についての検討では、18人の対象者のうちWAIS-IIIで知的障害圏にあった者は7人(39%)で、内訳は軽度知的障害圏が3人(17%)、中等度以上の知的障害圏に4人(22%)であった。ただし、軽度知的障害圏に入る3人のうちWAIS-IIIとJARTのIQ値に解離を認める者2人が精神疾患のためIQが低下したと考えれば、先天的な知的障害を有している者は、5人(28%)であると推定された。言語性IQ優位であるため、言葉で取り繕うことが可能であり、発見されづら

いのではないかと考えられる。先行研究については、大人のホームレスのIQを測定した報告は非常に少なく、我々が検索しえた限り二つだけであった。一つは、アメリカにおける16歳から21歳のホームレスの若者を対象に行われ、そのうち6%が、知的障害圏か境界域の知能(IQ<80)であったと報告されている。もう一つは、イギリスで50人のホームレス(平均年齢33.6±10.5)に対して行われた調査で、知的障害圏の知能(IQ<70)を示していたのは10%であったと報告されている。しかし、我々の調査対象に限らず、本邦におけるホームレスの平均年齢は60歳前後が中心であり、名古屋市が行った「ホームレス生活実態調査」の報告)でも、平均年齢は58.8歳(平成24年度)であった。我々の調査対象も平均年齢56.8±6.3歳で、名古屋市の調査を良く反映している。対象年齢が大きく違う上に、アメリカやイギリスとは社会状況が異なるため、これらの報告と単純に比較して、本邦では知的障害を有するホームレスが多いと言うことは当然できない。ただ、本邦において、今回の調査の結果から、ホームレスの中に知的障害圏に入る者が40%(先天的な知的障害は28%と推定)もいるという事実は、彼らへの支援のかたちを大きく変える必要があるという警鐘である。つまり、知的障害者が路上にこぼれ落ちないような予防的な支援と、路上から脱出するための「わかりやすい支援」である。本調査で示唆された重要なことは、会話においては一見したところ正常に見えるホームレスが、実は知的障害圏の知能であったという事態が多く見られることである。本人が路上から脱出する支援に乗らず、好んで路上にいるように見える場合でも、実は、(認知症患者のように)面倒くさがる素振りで、自らの理解力の低さを隠すことが習慣化しているかもしれないという、支援者の視点が必要である。

一方、ホームレスに対して発達障害という視点からアプローチをした研究は、我々の知るところでは、我々の調査がはじめてである。発達のバラツキを有する者を調べるために設定した「WAIS-IIIの下位検査の評価点の差が10点以上あるもの」という基準を満たした者は3人であった。基準を満たした3人は、いずれも知的障害を有さない者であったが、その理由として、発達のバラツキが基準を満たすためには、それなりに高いIQ

が必要とされることがあったのかもしれない。基準を満たした3人は、いずれも精神科病名が付く人たちであり、当初われわれが想定した、「知的障害も精神疾患も有しないが、発達のパラツキがあるため社会的不適応を起こしている人たち」は発見できなかった。またAD/HDが多いのではないかと考えたが、予想に反して、AD/HDと診断されたものは一人もいなかった。

以上の検討を統合して、障害の有無を「精神障害のみ」、「知的障害のみ」、「精神障害と知的障害を併発」「いずれの疾患もなし」の4群にわけ、対象者の年齢、路上生活歴、はじめて路上に出た年齢の関係を分析した。今回の対象数が少ない中でも、平均年齢の差に有意差を認めた。知的障害のみを有する者は、他の3群に比べて年齢が低かった。有意ではなかったが、今回の調査から「いずれの疾患も持たない者は、路上生活の開始が遅く、路上生活歴も短い。また、知的障害のみを有する者は路上の開始が早い。精神疾患を有する者は、路上生活歴が長い」という明らかな傾向が示された。

今回の調査・解析をまとめると、知的障害を有することは、早期の路上生活開始の誘因となり、精神障害を有することは路上生活の長期化に影響を与えることがわかった。この結果は、路上生活者の支援を行う上で重要な知見となる。つまり、知的障害を持つものには、路上にこぼれ落ちない支援が必要であり、精神障害を持つものには、路上生活から抜け出す支援が必要であると考えられた。

Ⅱ-2、名古屋市におけるホームレスのメンタルヘルス実態調査—精神・知的障害がホームレスに至った原因や抜け出せない理由にあたえた影響

ホームレスにおいて、精神疾患・知的障害が路上生活に与えた影響に関する研究はほとんどない。そのためにホームレスにおけるメンタルの問題に焦点をあてた研究が求められる。本研究では、名古屋市のホームレスにおけるメンタル問題と路上生活との関係を分析した。既報調査の第2報である。

【方法】

対象者18名の男性ホームレスを、1、障害無し、2、知的障害が基盤にある者、3、精神障害が基盤にある者の3群に分けた。そして上記の理由を対面調査によって自由に語ってもらい質問者が記録。内容をKJ法でカテゴリー化して、障害との親和性を分析するために、対応分析を行った。対象、実施方法、精神疾患の診断、知的障害の測定と判断は第一報と同様である。

対象者のグループ化は、18人のうち、精神疾患を有する者は11人、知的障害が有する者は7人であったが、そのうち精神疾患と知的障害の両方を有するものが5人であった。その5人のうち、JARTとWAIS-Ⅲの両スコアの間に基準値(11点)以上解離しているものが2人あり、この2人は精神障害が基盤にあって知的障害を後天的に併発したと判断し精神疾患が基盤にあるグループに含め

KJ法によるカテゴリー分類	知的障害が基盤にある者(5人)	精神疾患が基盤にある者(8人)	障害なし(5人)
自分の能力や資格の問題	0(人)	1(人)	1(人)
社会の問題	3	3	2
家族関係	3	3	2
家族以外の人間関係	1	2	3
病気	0	5	1
アクシデント	0	2	0
借金	0	0	3
自分自身の気持ちの問題	0	2	2

表6 路上生活に陥った原因と障害の関係

KJ法によるカテゴリー分類	知的障害が基盤にある者(5人)	精神疾患が基盤にある者(8人)	障害なし(5人)
住所身元保証がない	0(人)	3(人)	0(人)
仕事がない	1	3	1
お金がない	0	3	0
人間関係が苦手	2	0	1
生活保護を受けたくない	2	4	2
かつて生活保護でトラブルになり使えない	1	1	1
施設・シェルターを使いたくない	1	0	0
生活に困ってない	1	1	2
今の方が楽だから	2	0	0

表7 路上から抜け出せない理由と障害との関係

た。残り3人は、知的障害がもともと基盤にあって精神疾患を合併したと考え、知的障害が基盤にあるグループに含めた。

聞き取り調査では、看護師あるいは精神保健福祉士が、「どうして路上生活に陥ってしまったのですか」と、「どうして路上生活から抜け出せないのでしょうか」という二つの定型的な質問を対面で行い、自由に語ってもらい筆記記録した。その結果をカードに記載し、グループにまとめ(KJ法)、研究者2人の合意によってカテゴリーとして整理した。(表6、表7)

【結果】

上記3グループはそれぞれ5、5、8人であった。対応分析による位置づけからは、「路上生活に陥った原因」について、知的障害が基盤にある者は、「家族関係」や「社会の問題」のためにホームレスに陥ったと考え、「自分の能力」や「自分の気持ち」の問題とは考えないことが示唆された。精神障害が基盤にある者は、いずれのカテゴリーとも親和性が高いが、「家族関係」よりも「家族以外との人間関係」「病気」「アクシデント」の影響を受けやすい。障害を持たないものは「借金」や「家族以外の人間関係」が大きな要因になっていることが示唆された(図2)。さらに「路上生

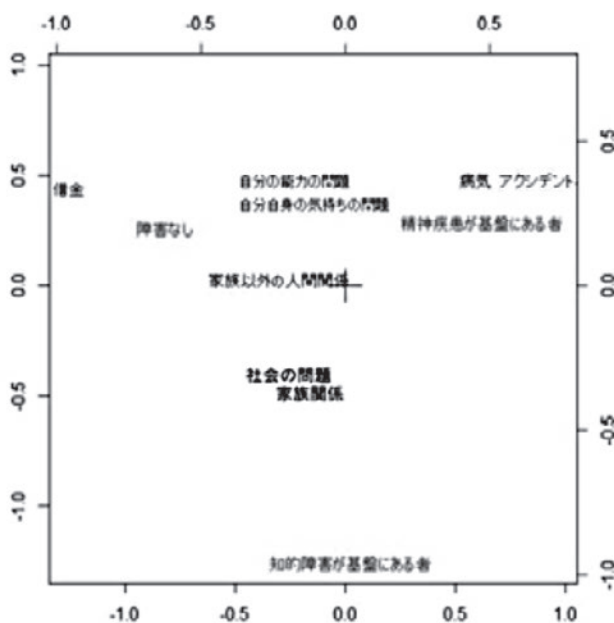


図2 路上に陥った原因と3群の対応分析(文字の重なりは手作業でずらしている)

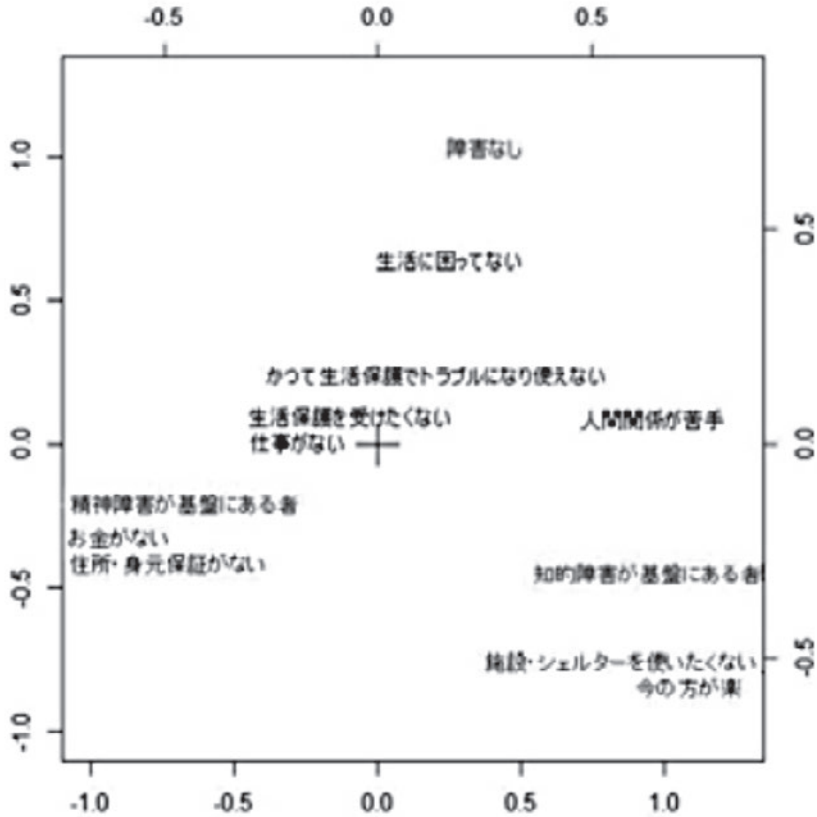


図3 路上から抜け出せない理由と障害との対応分析(文字の重なりは手作業でずらしている)

活から抜け出せない理由」については、知的障害が基盤にある者は、「施設やシェルターを使いたくない」、「今の方が楽」との理由の親和性が高く、精神障害が基盤にあるものでは、「住所・身分保証がない」「仕事がない」「お金がない」といった現状をそのまま理由と語る傾向があった。障害を持たないものは「生活に困っていない」に親和性が高かった(図3)。以上から、第1群は、借金など経済的な問題をもち、路上生活から抜け出したいと思わない傾向があった。第2群は、人間関係の困難さを訴える傾向があった。第3群は、現状を理解できておらず、その結果、路上生活から抜け出せないようであった。(図2、図3)

【結論及び考察】

精神疾患や知的障害と、路上生活に陥った原因、抜け出せない理由の関係についての研究報告は本邦はじめてのものである。本研究では、「障害無

し」、「知的障害が基盤にある群」「精神障害が基盤にある群」の3群に分けて、路上生活に陥った原因と抜け出せない理由について検討した。結果からそれぞれ典型的なライフヒストリーを想定することができる考えた。すなわち知的障害を基盤に持つ者は、他人との人間関係に困難を抱えており、それを理由に路上生活に陥り、抜け出すことができない。精神障害を基盤にもつ者は、病気やアクシデントといった偶発的な出来事を契機に路上生活に陥り、そこからどうやって脱出すれば良いのか具体的な方法を考えることができない。障害を持たない者は、借金などもろもろの理由で路上生活にいたったのち、生活保護を受給するための努力をしたが、なんらかの理由で受給に至らず路上生活を続けている。すべての事例に当てはまるものではないが、支援者はこうしたイメージを持つことが現場でも有用であると考え。本研究の結果は、ホームレスに必要な支援が、

障害によって異なることを示している。適切な支援を提供するためには、精神疾患、知的障害の有無を考慮すべきである。

*調査結果Ⅱ-1、Ⅱ-2は、以下のように投稿されている。詳しくはそれぞれの文献を参照

1、Nishio A, Yamamoto M, Ueki H, Watanabe T, Matsuura K, Tamura O, Uehara R, Shioiri T. *Prevalence of mental illness, intellectual disability, and developmental disability among homeless people in Nagoya, Japan: A case series study. Psychiatry Clin Neurosci.* 2014

Dec 18. doi:10.1111/pcn.12265. [Epub ahead of print]

2、西尾彰泰、堀田亮、佐渡忠洋、水谷聖子、渡邊貴博、松浦健伸、田村修、植原亮介、山本真由美、名古屋におけるホームレスのメンタルヘルス実態調査—精神・知的障害がホームレスに至った原因や抜け出せない理由に与える影響—、*社会医学研究*。第32巻2号、2015

(まつうら けんしん、石川勤労者医療協会 城北病院 精神科)

研究助成報告書(報告書・ウェブサイト公開)

- 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、ウェブサイトでPDF公開中）
(978-4-903543-00-0)

- 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

- 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

- 日野・市民自治研究所地域医療研究会『日野市立病院の現状と改革の方向—病院（医療従事者）と市民と行政の共同を—』

2010年6月発行

ISBN 978-4-903543-07-9

- 磯野理ほか「旧日本軍遺棄毒ガス被害者実態調査および日中共同の医療支援に関する研究—寒川およびチチハル日中合同検診を通して—」（2013年度研究助成）

（概要は『いのちとくらし研究所報』52号掲載、全文はウェブサイトでPDF公開中）

研究助成報告(機関誌掲載など)

- 「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

- 「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

- 「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

- 概要報告「京都地域における大学生協の歴史的研究」(井上英之、他)『いのちとくらし研究所報』31号

- 概要報告「介護される人と介護する人の安全性・快適性向上を目指した介護・看護労働者の労働負担軽減に関する介入研究」(埜田和史、佐藤修二、田村昭彦、服部真、舟越光彦、山田智、北原照代)『いのちとくらし研究所報』32号

- 「脳卒中慢性期患者に対する座位保持装置(キャスパー・アプローチ)による効果の検証」(細田悟、福村直毅、村上潤)2010年第47回日本リハビリテーション医学会学術集会ポスター講演

- 「非営利組織の連携による生活困窮者の『食』の支援に関する基礎的研究報告書」(大友康博、大友優子)『いのちとくらし研究所報』36号

- 「北欧における高齢者のグループリビングと住宅協同組合に関する研究」(上野勝代、上掛利博、佐々木伸子、阪上香、奥野修、大塚瑞希、田鶴遼平)『いのちとくらし研究所報』42号

- 概要報告「老親を在宅介護するひとり介護者の介護に確かな未来を！」
(久保川真由美、山岸千恵、浦橋久美子)『いのちとくらし研究所報』
44号

- 概要報告「研究助成『津波被災地保健師100人の声』(宮城)プロジェクト報告及び『宮城県災害時公衆衛生活動ガイドライン』の検討」(村口至)『いのちとくらし研究所報』44号(別途報告書『「津波被災地保健師100人の声」(宮城)報告』)

- 概要報告「県、3市1町(船橋、我孫子、旭、一宮)の『防災計画とハザードマップの検証から学ぶ』」(鈴木正彦ほか)『いのちとくらし研究所報』45号

- 概要報告「都市と農村が連携した共生経済の可能性の研究」(直田春夫ほか)『いのちとくらし研究所報』48号

- 概要報告「近年の最低生活費の算定方法に関する研究報告書」の概要(金澤誠一ほか)『いのちとくらし研究所報』50号

- 概要報告「『社会的包摂を目指す多層支援システムモデルに関する実証的研究』研究成果報告書」(川島ゆり子ほか)『いのちとくらし研究所報』51号

- 概要報告「旧日本軍遺棄毒ガス被害実態調査および日中共同の医療支援に関する研究—寒川およびチチハル日中合同検診を通して—」(磯野理ほか)『いのちとくらし研究所報』51号 (全文はウェブサイトで公開)

- 概要報告「民間研究所論～概要～」(鎌谷勇宏ほか)『いのちとくらし研究所報』52号

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

●第52号（2015年9月）——非営利・協同組織の社会的有用性と公益性——

- 巻頭エッセイ：新専門医制度のスタートを前にして（阿南陽二）
- 2015年度定期総会記念シンポジウム「地域のくらし連携について考える—鶴岡から学ぶ—」
 - ・鶴岡から何を学ぶことができるか（杉本貴志）
 - ・事業協同組合方式による「住み続けられるまちづくり」（岩本鉄矢）
 - ・社会福祉法人からみた地域のくらし連携（井田智）
 - ・生協共立社連邦運営の基本的考え方（松本政裕）
- 質疑応答
- 無差別平等の医療を貫いた60年、山梨勤医協の公益性とは何か（梶原祐治）
- 協同の事業組織の社会的有用性と公益性（柳沢敏勝）
- 介護保険制度をめぐる動向—介護報酬2015年改定、補正給付の見直しを中心に（林泰則）
- イングランドのNHSファンデーション・トラストの構造（石塚秀雄）
- 書評：地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ報告書『地域の医療供給と公益性—自治体病院の経営と課題』（田岡康秀）
- シリーズ医療政策・研究史（10）グローバル医療政策へ（野村拓）
- 2011年度研究助成概要報告：民間研究所論～概要～（鎌谷勇宏）

●第51号（2015年6月）——医療供給の変化と課題——

- 巻頭エッセイ：協同の明日に希望を託して（大八木秀明）
- 座談会「非営利・協同の医療機関を取り巻く状況と経営上の課題」（小磯明、谷口路代、田中淑寛、司会：石塚秀雄）
- 医薬品産業での新自由主義政策のさらなる進展について（高田満雄）
- 国保制度の都道府県化—国のねらいと市町村担当者の「幻滅」—（中村暁）
- シリーズ医療政策・研究史（9）国家的医療の解体と市場化（野村拓）
- フランスの社会的連帯金融の動向（石塚秀雄）
- 2012年度研究助成概要報告：「社会的包摂を目指す多層支援システムモデルに関する実証的研究」研究成果報告書（川島ゆり子）
- 2013年度研究助成概要報告：旧日本軍遺棄毒ガス被害実態調査および日中共同の医療支援に関する研究—寒川およびチハル日中合同検診を通して—（磯野理）
- 会員からの情報提供：先端医学技術展開に市民がどのようにかかわるのか—東北メディカル・メガバンクの展開に批判的にかかわって—（村口至）

●第50号（2015年3月）——「政府の成長戦略・改革」と非営利・協同セクター——

- 巻頭エッセイ：「地域連携」雑考（増田剛）
- 医療における構造改革型「地方分権」の担い手創出—国保都道府県化のねらいと皆保険体制解体—（後藤道夫）
- 未確立な医療をはびこらせ、健康保険制度の秩序を壊す「患者申出療養」の危険（高橋太）
- 協同組合における非営利とは何か—農協「改革」の非現実性—（田代洋一）
- 政府主導の「農協改革」と協同組合の株式会社化—その狙いと危険性—（堀越芳昭）
- 講演：非営利・協同と協同労働（角瀬保雄）
- 最近の社会的経済研究動向—社会的経済システム比較ワーキンググループ報告より—（竹野政史）
- シリーズ医療政策・研究史（8）：「日本医療団」再考（野村拓）
- 津波被災地の医師からの報告—気仙沼市医師会の活動と防災対策、地域医療（森田潔／まとめ：竹野ユキコ）
- 投稿論文：貧困者・生活困窮者の自立・発達に適合性をもつ福祉供給組織のあり方についての考察—非営利・協同組織に注目して—（石坂誠）
- 2012年度研究助成研究概要報告：「近年の最低生活費の算定方法に関する研究 報告書」の概要（金澤誠一）

●第49号 (2015年1月) ——地域の住民・非営利組織による社会サービスの取り組み

- 巻頭エッセイ：地域づくりの新しい要素（植田和弘）
- 越谷市における「地域の住民・非営利組織による社会サービスの取り組み」（大家けい子）
- 「仕事おこし懇談会inこしがや」がめざしていること（飯島信吾）
- 心かよう 支えあう町づくりを目指して一大田区のささえあいコミュニティコープの活動（伊藤宏一）
- 民医連とともにあゆむ共同組織の取り組み（竹野ユキコ）
- 「グローバル社会的経済フォーラム」参加報告（今井迪代、熊倉ゆりえ）
- シリーズ医療政策・研究史（7）：戦時下医療政策の研究（野村拓）
- 投稿論文：介護保険制度における「共助」と生活協同組合の介護事業の展開—高齢者生活協同組合の事例—（熊倉ゆりえ）

●第48号 (2014年10月) ——アベノミクスと医療社会保障

- 巻頭エッセイ：生産力の新しい指標としてのQOL（野田浩夫）
- 安倍政権の医療・介護制度改革（横山壽一）
- 医療の国際展開による医療総動員（吉中丈志）
- 東北メディカル・メガバンク（ToMMo）を考える
 - ・参加報告：東北メディカル・メガバンクを考える市民フォーラム in 仙台（八田英之）
 - ・参加報告：市民のための基礎学習講演会「ヒト遺伝子研究と生命倫理」（竹野ユキコ）
 - ・主催者から：ToMMo 市民フォーラムを開催して（水戸部秀利）
- 事務局長に聞く：民医連の取り組みと課題（岸本啓介、インタビュアー：竹野ユキコ）
- 医療政策・研究史（6）：雑務回避とマイペース（野村拓）
- ドイツの医療従事者数（石塚秀雄）
- 2009年度研究助成概要報告：都市と農村が連携した共生経済の可能性の研究（直田春夫）

●第47号 (2014年7月) ——労働と社会の新しいあり方

- 巻頭エッセイ：「新成長戦略・骨太方針」と地域医療（山本裕）
- 座談会：社会的経済、連帯経済と経済学（津田直則、北島健一、富沢賢治、司会：石塚秀雄）
- アベノミクスと労働改革の諸問題（橘木俊詔）
- 安倍政権による派遣法制の改変構想批判（伍賀一道）
- フランスの社会的経済・連帯経済法の成立と意義（石塚秀雄）
- 医療政策・研究史（5）：八面六臂の巻（野村拓）
- 投稿論文：高齢者の暮らしと地域の「あればいいな」～姫路医療生協地域調査における要支援・要介護者のヒアリングから～（川口啓子・小田史）
- 書評：中川雄一郎・J C総研編『協同組合は「未来の創造者」になれるか』（角瀬保雄）
- 書評：堀越芳昭・J C総研編『協同組合研究の成果と課題 1980-2012』（相馬健次）

●第46号 (2014年3月) ——10周年記念特集

- 座談会：研究所の10年と未来（坂根利幸、角瀬保雄、中川雄一郎、藤末衛）
- 論文：非営利・協同の10年（富沢賢治）
- 10周年記念懸賞論文・論考佳作：医薬分業における非営利・協同の意義と民医連薬局法人の先駆性（廣田憲威）
- 10周年記念懸賞論文・論考佳作：ケアとコントロールの狭間で一福祉労働者としてのケアマネジャーの立ち位置についての考察（石坂誠）
- 10周年記念エッセイ
 - 最近の「非営利・協同」論の動向（角瀬保雄）
 - 創立10周年記念によせて（中川雄一郎）
 - 非営利・協同論の探求（坂根利幸）
 - 研究所10周年に（高柳新）

百才を祝う！（八田英之）
「個人的所有の再建」と「等身大の技術」（後藤道夫）
研究所の一層の発展を（石塚秀雄）
自問自答、総研10周年エッセイ（今井晃）
協同組合の普遍性を問いかける（大八木秀明）
新しい社会を構想すること（河添誠）
「総研いのちとくらし」とのつながり（高木和美）
非営利・協同総研との関わり（高山一夫）
これまでを振り返り、これからにつなげたい（竹野ユキコ）
連帯社会の実現に向けて（津田直則）
社会を問う・人を問う（長瀬文雄）
広い視野での研究と実践に役立つ情報を（根本守）
研究所10年、連載10年（野村拓）
非営利・協同総合研究所いのちとくらしさんへ（平石裕一）
民医連の今と非営利・協同の探求（藤末衛）
研究所の発信機能一オープン化のさらなる検討を（松田亮三）
小さくても輝く自治体―長野県米村の復興への歩み―（前沢淑子）
民医連人生で考えたこと（村口至）
『ソウル宣言』と韓国の協同組合創立ラッシュ（丸山茂樹）
2020年東京五輪開催とあらためて非営利・協同への期待（森川貞夫）
非営利・協同の豊かな象徴を（吉中丈志）
お祝いのメッセージ（朴賢緒）

○資料：役員等一覧、会員統計、活動概要、研究助成一覧、発行一覧

●第45号（2014年1月）―社会保障制度改革と医療・福祉の現状

- 巻頭エッセイ：ポローニャ紀行（吉中丈志）
 - 社会保障制度改革国民会議報告書の考え方について―とりわけ医療制度の方向をめぐって―（石塚秀雄）
 - 都立病院 PFI の現状と問題点（組合幹部に聞く）（細井智、森松恵美子、飯島芳子、インタビュー：八田英之）
 - 座談会：各地の民医連MSWから見た貧困の現場と無料低額診療・生活保護活用の問題（長友祐三、森川尚子、富岡真理子、多田安希子、司会：河添誠）
 - スペイン・カタルーニアの地域協同と社会サービス（石塚秀雄）
 - 2011年度研究助成概要報告：県、3市1町（船橋、安孫子、旭、一宮）の「防災計画とハザードマップの検証から学ぶ」（鈴木正彦）
 - 医療政策・研究史（4）：なぜか医療政策史（野村拓）
 - 書評：協働公認会計士共同事務所、税務協働税理士共同事務所編著『非営利法人・団体と労働組合の会計と税務 Q & A』（今井晃）
 - 会員からの情報提供：彦根市史問題について（高木和美）
-

●第44号（2013年9月）―地域社会といのちとくらし

- 巻頭エッセイ：政策・実践上の重要概念としての普遍主義的給付（松田亮三）
- 地方自治制度改革をどう見るか―「10道州・300基礎自治体」再編の本質―（池上洋通）
- 東日本大震災の予算執行状況と地域社会（綱島不二雄）
- 研究助成報告：「津波被災地保健師100人の声」（宮城）プロジェクト報告及び「宮城県災害時公衆衛生活動ガイドライン」の検討（村口至）
- 2009年度研究助成概要報告：老親を在宅介護するひとり介護者の介護に確かな未来を！（久保川真由美、山岸千恵、浦橋久美子）
- イタリア医療機関と医療制度の変遷と非営利・協同セクター（石塚秀雄）
- 医療政策・研究史（3）：医療経済的ふるしき（野村拓）
- 書評：川口啓子著『職場づくりと民主主義』（今井晃）

「研究所ニュース」バックナンバー

○ No.52 (2015.11.30発行)

理事長のページ：戦いすんで日が暮れて（中川雄一郎）、副理事長のページ：枕詞の修飾語？（八田英之）、EUにおける社会的経済の動向（石塚秀雄）、本の紹介

○ No.51 (2015.8.31発行)

理事長のページ：発想の転換（中川雄一郎）、書評：デヴィッド・グレーバー著・木下ちがや他訳『デモクラシー・プロジェクト』（野田浩夫）、韓国だより：マーズ(MERS)事態と韓国の医療の課題（朴賛浩）、ベニスの商人、ヘイトスピーチと保険（石塚秀雄）、本の紹介：大場敏明・高杉春代著『「地域包括ケア時代」到来！ともに歩む認知症医療とケア』（竹野ユキコ）

○ No.50 (2015.5.31発行)

理事長のページ：「時代を把握する」ということ（中川雄一郎）、シカゴの若者雇用創出運動（石塚秀雄）、ワーキンググループ報告書と「保健医療2035」（竹野ユキコ）

○ No.49 (2015.2.28発行)

理事長のページ：ICA ブループリントの「アイデンティティ」（中川雄一郎）、副理事長のページ：地域崩壊と自治体財政危機の一場面（八田英之）、理事エッセイ：ワシントンDCでのセーフティネット医療供給者調査（松田亮三）、新役員抱負（野田浩夫）、ピケティ『21世紀の資本』の前後読み（石塚秀雄）

○ No.48 (2014.12.15発行)

理事長のページ：グローバル社会的経済フォーラム2014 (GSEF2014)（中川雄一郎）、副理事長のページ：ブラックバイトと雇用保険（後藤道夫）、理事エッセイ：高齢者と後継者（岩本鉄矢）、EUの派遣労働と非営利・協同組織（石塚秀雄）

○ No.47 (2014.09.01発行)

理事長のページ：「いわゆる」アベノミクスとは何だろうか（中川雄一郎）、副理事長のページ：外来から（高柳新）、理事リレーエッセイ：新任役員の抱負（内村幸一）、EUの最低賃金について（石塚秀雄）

○ No.46 (2014.05.31発行)

理事長のページ「コメントノート」（中川雄一郎）、「韓国医療制度と3つの「非給与」（編集注：自由診療本人負担分）改善に関する問題点」（作成：朴賛浩、日本語翻訳：朴賢緒）、書評：野村拓『新・国保読本 たたかいへの助走路を歴史に学ぶ』（野田浩夫）、「国分寺市役所における公務労働と業務委託」（石塚秀雄）

○ No.45 (2014.02.28発行)

副理事長のページ「非営利・協同論の探求(その2)」（坂根利幸）、会員寄稿「医学部の新設 被災地の復興考え県立で」（村口至）、事務局からのお知らせ（研究助成決定）、会員エッセイ「体験的マネジメント論―箇条書き風―」（道端達也）、「『所得保障なき生活困窮者対策』でいいのか？―最近のマスメディア報道を入り口に考える」（河添誠）、「フランスの社会的経済・連帯経済の規模」（石塚秀雄）

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。

【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) |

【次号54号の予定】(2016年3月発行予定)

- ・座談会「自主共済の現状」(仮題)
- ・地域医療ビジョンと地域包括ケア
- ・非営利・協同セクターと中間支援組織
- ・英国視察からの報告
- ・研究助成報告、その他

【編集後記】

この号がお手元に届くのは戦後70年目の終わりとなります。今年はどのような年であり、戦後71年目はどのような年となるのでしょうか。未来社会は現在の延長線上でしかなく、理想的な社会がどこからか降ってくるわけではないことを肝に銘じて、また各自の日常生活が集まって社会を作ることを忘れずに、ワークライフバランスを見直して年末年始を過ごしたいものです。(竹)

【投稿規定】

原稿の投稿を歓迎します。原稿は編集部で考査の上、掲載させていただきます。必要に応じて機関誌委員会で検討させていただきます。内容については編集部より問い合わせ、相談をさせていただきます場合があります。

1. 投稿者

投稿者は、原則として当研究所の会員(正・賛助)とする。ただし、非会員も可(入会を条件とする)。

2. 投稿内容

未発表のもの。研究所の掲げる研究テーマや課題に関連するもの。①非営利・協同セクターに関わる経済的、社会的、政治的問題および組織・経営問題など。②医療・社会福祉などの制度・組織・経営問題など。③社会保障政策、労働政策・社会政策に関わる問題など。④上記のテーマに関わる外国事例の比較研究など。⑤その他、必要と認めるテーマ。

3. 原稿字数

① 機関誌掲載論文 12,000字程度まで。

② 研究所ニュース 3,000字程度まで。

③ 「研究所(レポート)ワーキングペーパー」 30,000字程度まで。

(これは、機関誌掲載には長すぎる論文やディスカッション・ペーパーなどを募集するものです)。

4. 採否

編集部で決定。そうでない場合は機関誌委員会で決定。編集部から採否の理由を口頭または文書でご連絡します。できるだけ採用するという立場で判断させていただきますが、当機関誌の掲げるテーマに添わない場合は、内容のできふでに関係なく残念ながらお断りする場合があります。

5. 締め切り

随時(掲載可能な直近の機関誌に掲載の予定)

6. 執筆注意事項

① 電子文書で送付のこと(手書きは原則として受け付けできません。有料となってしまいます)

② 投稿原稿は返却いたしません。

③ 執筆要領は、一般的な論文執筆要項に準ずる(「ですます調」または「である調」のいずれかにすること)。注記も一般的要項に準ずる。詳しくは編集部にお問い合わせください。

④ 図表は基本的に即印刷可能なものにする(そうでない場合、版下代が生ずる場合があります)。

7. 原稿料

申し訳ありませんが、ありません。

**「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