

いのちとくらし

第54号 2016年3月

目次

- 巻頭エッセイ：今、民医連の看護学校で……………窪倉 みさ江 1

【特集】 共済、TPP、地域医療福祉の現況と課題

- 座談会：共済事業の今後と TPP の共済への影響
……………橋本光陽、相馬健次、高橋巖、司会：中川雄一郎 2
- 成田市特区での医学部新設について……………八田 英之 23
- 介護をめぐる諸問題～介護福祉士養成校の学生にみる貧困の諸相～
……………川口 啓子 26
- 「地域包括ケア」—その前提……………上林 茂暢 31
- 山口県にみる地域包括ケア・システム構築の現況—断片的に
……………野田 浩夫 35

- 19世紀欧州庶民銀行発生に係わる諸問題について……………平石 裕一 38
- 非営利住宅供給会社とコミュニティ開発—イングランド、サンダーランド
のジェントウー Gentoo の事例……………石塚 秀雄 46
- 英国社会的企業のインフラストラクチャー組織「SES」の現況
……………熊倉 ゆりえ 50

- 書評 松本勝明編『医療制度改革—ドイツ・フランス・イギリスの比較分
析と日本への示唆』旬報社 2015年3月 ……………八田 英之 60

- 2012年度研究助成概要報告：諸外国における社会包摂志向の医療展開につ
いての研究～米国ワシントン D.C. 現地調査を中心に～
……………高山 一夫 64

- シリーズ医療政策・研究史 (12) 「はたらきかけ」と自分史
……………野村 拓 68

- 報告書一覧、研究助成報告、機関誌・ニューズバックナンバーなど
……………45、59、63、78、80
(表紙写真：前沢淑子)

今、民医連の看護学校で

窪倉 みさ江

看護師として働き、今年で41年になります。2006年、川崎医療生協から全日本民医連に出向し、この8年間は副会長としての役割を担わせていただきました。今総会で退任です。全日本民医連で私が課題としたことは、困難に立ち向かって奮闘している看護集団を励ますこと。患者の命と人権を守り、職員がやりがいをもって働き続けることができること。看護師確保と後継者育成、看護の実態を明らかにし現場に変わって告発すること、医療・看護の質の向上を促進することでした。多くの困難があっても民医連の看護集団は、患者さんの生き抜く生命に寄り添い、「何ができるのか」と日々悩みながら人間発達の可能性を信じ、看護実践を通して人間のすばらしさを学び、またひとりの人間としての成長も遂げています。方針に団結し、全国の仲間とつながり、たたかう看護管理集団に何度も励まされ、民医連運動の方向性の正しさへの確信、社会変革へのゆるぎない決意、そして私自身の役割もまたさらに自覚することができたのだと思います。

2年前に、勤医会東葛看護学校の校長就任の話が舞い込みました。その時は椅子から落ちそうになるくらい驚きましたが、かつてより考えてきた民医連立看護学校の存在意義を輝かせ、看護師として40年の営みの中で獲得してきた看護への確信、それらを託すべき後継者の育成に非力ながら全力を尽くそうと飛び込む決意をしました。

2014年4月、校長としての初仕事の入学式の日、緊張しながらも明日からの学びに向かう初々しい新入生を前に、先輩学生から「この学校にはいのちに対する深い学びがあります。一緒に成長していきましょう」という力強いメッセージがあり胸を突かれました。2年間、教育実践や学生のあり様を見て、この学校の教育理念である「日本国憲法と旧教育基本法の理念に基づき、総合的保健医療の視点から、看護師として必要な基礎的知識・

技術・素養を習得させるとともに、平和で豊かな社会建設の形成者として貢献できる民主的で人間性豊かな看護の専門家の養成」をもとに、教職員は試行錯誤しながら、教育らしい教育をめざして奮闘し、学生の確かな学びや成長を支えているのだと実感しています。様々な教育実践を共にし、そのたびごとに成長していく学生の姿に出会い、看護現場とはまた違った感動をたくさんもらっています。看護とは、看護の役割とはを改めて考え、整理しています。

「学生の状況はまさに社会・教育の実態そのものであり、学生たちの抱えている背景・生育歴の重さに押しつぶされそうになることもある。しかし学生は患者さんに密着し、患者さんの医療要求を実現する看護チームの実践から多くのことを学んでいます。まさに共に育ちあう看護の実践だと思えます」という副校長の言葉に、私の役割もまた、民医連の看護学校の優位性を可視化し、教職員を励まし、民医連の後継者養成に貢献することだと認識しています。

2015年8月末、本校2代目校長の三上満さんが永逝されました。「この学校には、競争も、順位も、ランクもありません。ただ一つの目的は、皆さんが看護に必要なたしかな知識と技術、そして人間への豊かな共感と愛を身につけたナースに育ってくださることだけです。どうぞ思う存分学んでください。」入学式で毎年三上先生が話される「歓迎のことば」だったと聞きます。どんな時でも「学生の可能性は信頼できる」と確信し、「教育基本法が生きる教育」を体現された三上先生の教育実践を引き継ぎ、これからも学生と共に歩み続けたいと思います。学び続けられる喜びをかみしめながら。

(くぼくら みさえ、勤医会東葛看護専門学校
校長・全日本民医連副会長)

共済事業の今後と TPP の共済への影響

出席（発言順）：

橋本 光陽（はしもと みつはる、全国保険医団体連合会事務局）

相馬 健次（そうま けんじ、日本協同組合学会、ロバート・オウエン協会会員）

高橋 巖（たかはし いわお、日本大学生物資源科学部教授）

司会：中川 雄一郎（なかがわ ゆういちろう、研究所理事長・明治大学政治経済学部教授）

●共済規制のその後の流れ

中川 本日の座談会はまず、共済事業問題をいくつかの視点から考える際に、その背景となっている現代日本の社会-経済問題から入っていくことにします。

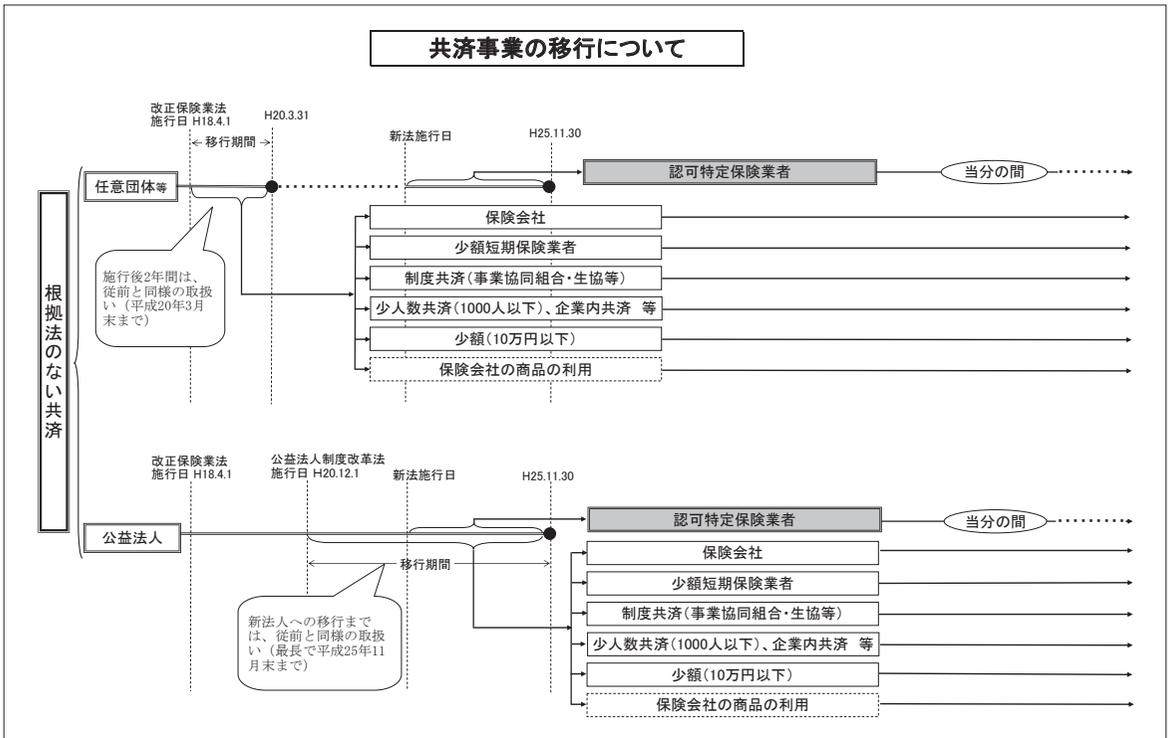
保険業法の改正とさまざまな協同組合法の改正によって、共済規制の問題が生じました。日本協同組合学会では2006年第25回春季研究大会で「共

済事業の今日的意義と法規制問題」を扱い、2008年第28回大会は「共済の課題と展望」をテーマに福島大学で開催されました。その後、現在の状況がどのようになっているのかということをお話していただいて、そこから現状分析に入っていたければと思います。



資料1 自主共済と改正保険業法への対応

出典：金融庁



橋本 2005年の保険業法が改定された以降の動きとして、一つは助け合いの自主共済がその後どうなったかということと、もう一つはアメリカが強く要求していた制度共済への規制強化がどうなったかということ、それぞれの進行状況を紹介いたします。



結論から申し上げますと、助け合いの自主共済はそのままでの活動ができなくなり、「少額短期保険業者」や協同組合、「認可特定保険業者」となって存続させたり、保険業法の対象外となるよう制度を改定して何とか存続させています(資料1、2参照)。

2005年改定の保険業法では、当時、助け合いの自主共済はマルチ共済などと一緒に「根拠法のない共済」という枠に括られました。そして平成20

(2008)年3月31日までに保険会社、もしくは少額短期保険業者になる、それ以外は協同組合になる、保険会社の商品に共済を切り替える、こういう限られた選択肢の中で対応が求められました。

当時、法施行されてから2年余りの移行期間が設けられましたが、ここで対応できた団体と対応できなかった団体が発生しました。

私たち全国保険医団体連合会が行っている医師・歯科医師が休業したときの保険医休業保障共済制度は、少額・短期の枠にあてはまりませんでした。少額短期保険業者の条件は、契約期間が2年以内であったり保障金額が1,000万円以内などの条件が設けられています。私たちの制度は、加入してから最長75歳まで保障される長期保障のため、条件に該当しませんでした。

では保険会社になるかということ、とても対応できないので、「共済の今日と未来を考える懇話会」や「共済研究会」にも参加して、皆さんともいろいろな機会でも連携して適用除外を求める運動に取

資料2 改正保険業法の改正の概要

出典：金融庁

「保険業法等の一部を改正する法律」の一部を改正する法律の概要

基本的考え方

- ・共済事業は、契約者から金銭を預かり、一定の事故が発生した場合には確実な契約の履行が求められる事業であり、契約者等の保護の観点が重要。⇒平成17年の保険業法改正により、原則として保険業法の規定を適用。
- ・他方、既存の団体の中には、保険業法の規制に直ちには適合することが容易でないものも存在。
- ・既存の団体の共済事業の将来的な位置づけについては、今後の運営状況等を見極めつつ、改めて整理する必要。

➡ 既存の団体のうち、一定の要件に該当するものについて、現行の制度共済の例等を参考に、保険業法の規制の特例を設け、当分の間、その実態に即した監督を行う。

対象

- ・平成17年の保険業法改正時に現に特定保険業を行っていた者のうち、一定の要件に該当するものは、当分の間、行政庁の認可を受けて、特定保険業を行うことができる
- 一般社団/財団法人であること
- 一定の財産的基礎、人的構成を有すること
- 業務・経理の適切性 等

「特定保険業」：改正後の保険業法に規定する保険業であって、改正前の保険業法に規定する保険業に該当しないもの

経理・監督

- ・特定保険業等と他の業務との区分経理
- ・財務状況等の開示
- ・責任準備金等の積立て
- ・保険計理人の関与(長期かつ保険料積立金が必要な場合等)
- ・監督(報告徴求、立入検査、業務改善命令 等)

業務

- ・特定保険業は、保険業法改正時に行っていた範囲内
- ・新規の他の業務は、行政庁の承認により可能
- ・資産運用方法は一定の範囲内(行政庁の承認により拡大可能)
- ・保険募集に係る重要事項の説明義務、虚偽告知の禁止 等

その他

- ・行政庁：公益法人については旧主務官庁、その他は内閣総理大臣(金融庁)
- ・主務省令：内閣総理大臣及び各公益法人に係る事務を所掌する大臣が共同で発する命令
- ・罰則その他所要の規定を整備
- ・今回の法改正に係る特定保険業の制度についての検討規定

いのちとくらし研究所報第54号/2016年3月

3

保険業法等の一部を改正する法律の一部を改正する法律	政令・主務省令のポイント
<p>対象</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成17年の保険業法改正時に現に特定保険業を行っていた者等のうち、一定の要件に該当するものは、当分の間、行政庁の認可を受けて、特定保険業を行うことができる <ul style="list-style-type: none"> 一般社団/財団法人であること 一定の財産的基礎、人的構成を有すること 業務・経理の適切性等 <p><small>(注)「特定保険業」：改正後の保険業法に規定する保険業であって、改正前の保険業法に規定する保険業に該当しないもの</small></p> <p>業務</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定保険業は、保険業法改正時に行っていた範囲内 新規の他の業務は、行政庁の承認により可能 資産運用方法は一定の範囲内（行政庁の承認により拡大可能） 保険募集に係る重要事項の説明義務、虚偽告知の禁止等 <p>経理・監督</p> <ul style="list-style-type: none"> 特定保険業等と他の業務との区分経理 財務状況等の開示 責任準備金等の積立て 保険計理人の選任 監督（報告徴求、立入検査、業務改善命令等） <p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> 行政庁：<u>公益法人については旧主務官庁</u>、<u>その他は内閣総理大臣（金融庁）</u> 罰則その他所要の規定を整備 今回の法改正に係る特定保険業の制度についての検討規定 	<ul style="list-style-type: none"> ○【財産的基礎】 純資産額が1,000万円以上であること。又は、改善計画の実施により、純資産額が1,000万円以上となる蓋然性が高いと見込まれること。 ○【平成17年改正当時に行っていた特定保険業の範囲内であることを確認するための事項】 認可特定保険業者が平成17年改正当時に行っていた特定保険業に係る保険の種類、保険契約者の範囲、被保険者又は保険の目的の範囲等 ○【資産運用方法の範囲】 有価証券（国債、地方債、上場株式、上場会社債等）、預貯金、一定の金銭信託、生命保険契約、その他行政庁の承認を受けた方法 ○【開示書類の記載事項】 財務諸表、組織に関する事項、主要な業務の内容、リスク管理体制等 ○【責任準備金等の積立て】 保険料積立金、未経過保険料、異常危険準備金、支払備金等の区分に応じ、主要制度共済に準じた積立基準 ○【保険計理人の選任を要しない認可特定保険業者の要件】 保険料積立金の積立てを要する長期の保険等を引き受けないこと <p>● 金融庁長官から財務局長等への権限の委任</p> <p>●：政令 ○：主務省令（具体的な規制の運用について監督指針を作成）</p>

資料4 認可特定保険業者認可一覧

【企業数：7】

平成28年2月22日現在

所管	認可年月日	認可特定保険業者名	法人番号	郵便番号	本店等所在地	代表等電話番号
関東財務局 【計5者】	平成24年1月27日	一般社団法人 セキュリティーパートナーズ	3010005017548	167-0032	東京都杉並区天沼3-9-13	03-3553-4550
	平成24年12月21日	一般社団法人 全国保険医休業保障共済会	10110005005049	151-0053	東京都渋谷区代々木2-5-5	03-3379-5927
	平成25年10月21日	一般社団法人 あんしん認可特定保険	4012305001552	194-0002	東京都町田市南つくし野3-1-2	042-706-3222
	平成25年12月12日	一般社団法人 ぜんかれん共済会	2010405012273	105-0004	東京都港区新橋4-9-1	03-3434-1173
	平成25年12月12日	一般社団法人 JMC厚生会	5010005013958	104-0031	東京都中央区京橋2-11-8	03-5579-9295
東海財務局 【計1者】	平成24年5月24日	一般社団法人 三重ふれあい互助会	5190005009872	514-1105	三重県津市久居北口町2729-8	059-253-6478
近畿財務局 【計1者】	平成24年6月25日	一般社団法人 兵庫県知的障害者施設利用者互助会	9140005020186	650-0016	兵庫県神戸市中央区橋通3-4-1	078-351-5028

(注) 認可特定保険業者の所管は、旧公益法人については、当該法人の業務の監督を行っていた主務官庁となり、それ以外の法人については、金融庁の所管となります(財務局へ権限委任されています)。金融庁所管以外の認可特定保険業者の詳細については、所管の主務官庁にお問い合わせください。

り組みました。平成22（2010）年11月12日に、一定の監督基準を設けて救済しようという法律ができ、「認可特定保険業者」という新しいカテゴリーがつけられたというわけです。

規制の内容は資料3にあるように、財務状況を開示する、所管庁の監督を受ける、などの条件があります。認可特定保険業者になった団体は資料

4にあるとおり、金融庁の所管では最終的に7団体が移行しました。恐らく、当時あった自主共済の数からすると、相当減ったのではないかと思います。

例えばPTAの共済団体がありました。小中学校のPTA、高校のPTAと、それぞれほぼ県単位で共済がありました。また、自治体職員の共済

団体もありました。やはりいろいろな団体が保険業法に対応することの困難を抱えており、その多くが存続を断念せざるを得ない状況となりました。平成22年5月に、先がけてPTA等共済法ができ、それに対応したところもありましたが、どうしても規模が大きいところでないに対応できません。専従職員を確保する、専門的な財務資料をつくるなど、そうしたことができるところは、やはり、結果的には限られていたと思います。

少額短期保険業者は、今は84事業者ありますが、自主共済団体で移行したのは私が知る限りで2団体です。それ以外は、もともと組合員向けにやっていたというよりは、お金を払えば誰でも共済会員になれるという、いわゆる不特定多数を相手として営利目的にやっていた共済がほとんどではないかと思っています。

認可特定保険業者も、法律上は「当分の間」特定保険業を行えるとしていますが、具体的な期間の定めはありません。金融庁は「法律の施行後5年を目途に検討する」としていますので、永続的なものになるのか、それともまた法改正があり規制が強化され、果ては全てが保険会社になりなさいとなるかは、これからの取り組み次第です。これが自主共済規制の経過と現状だと思っています。

もう一つが制度共済に対する規制強化の動きですが、JA共済については「農協改革」ということで、農協共済の監督指針の内容を、金融庁が策定している保険会社向けの監督指針に準じてきたというのが、この間の経過だと思っています。

アメリカ通商代表部（USTR）が毎年出している「外国貿易障壁報告書」について、2015年4月に外務省が仮要約版を公表しています。「4. サービス障壁」が保険・共済関係の項目になっています。このときは日本郵政に対してかなり強い意見を出しています。

共済に対しては「(2) 保険 イ 共済」で次のように要求しています。

まず「金融庁規制に服さない保険事業を有する共済に対して金融庁に監督権限を与えるという方向の進展を逆転させる動きについても引き続き懸念を有する」と述べています。「2005年の保険業法改正では、規制されていない共済を金融庁の監督に服することを求める」、これはいわゆる「無

認可共済規制」によって自主共済も含めて「少額短期保険業者」として金融庁の監督下に置かれるようになったことを「これは達成したであろう」と述べています。「しかし、日本政府は、実施を遅延し、また場合によっては例外を設けてきた」と、認可特定保険業者という新たなカテゴリをつくって特別扱いしており、けしからん、そういう要求なんですね。

それから、ほかの省庁も金融庁の監督基準に準じるべきとか、保険会社のように責任準備金を計算して公表せよとか、税法も同じ税率を適用せよなど、共済にだけ特別扱いすべきではないと、さまざまな機会に要求しています。

中川 相馬さん、補足があればお願いします。

相馬 2005年の保険業法改正によって、「保険業」の定義が変わりました。従来は保険会社だけが保険業法の対象だったのですが、保険会社だけではなく、非常に広範囲な共済や社会保険、あるいは経済政策保険だとか、要するに、保険のしくみを使った経済施設全般を、「保険業」と定義したのです。



その結果、保険業法は適用されている部分よりも「適用除外」になっている部分のほうが広いのです。協同組合をはじめ広範な適用除外の規定を設けている。その際に自主共済が入らなかったということがあって、先ほど橋本さんがお話しされたような問題に直面した。存続が許されないという状況になって、今は、かろうじて経過措置でもって当分の間の命をつないでいくというところです。

そして「認可特定保険業」という保険業法上の類型については、これは少額短期保険業よりも有利なところがある。さっき保団連の事例のことを話されましたが、これはけしからん、だからこの制度をなくすような方向でもって努力していくべきだという要求が、今年の在日米商工会議所（ACCJ）意見書「共済等と金融庁監督下の保険会社の間に平等な競争環境の確立を」のなかに出

てくるという状況です（資料5参照）。

中川 今年ですか。

相馬 今年の1月です。

自主共済は、もともと全容がなかなかわからない類型です。協同組合共済であれば日本共済協会が統計をまとめて発表しています。労働組合共済も統計資料は出ていないですが類型化はしやすいし、個別적으로는いろいろな資料が出ています。しかし自主共済になると保団連あり、PTA共済あり、知的障害者の互助会ありとさまざまなものがあって全容がわからなかったのですが、おそらくは相当な部分が事業を廃止しているのが現状だと思います。

自主共済がどういう対応をしたかをみると、PTAの「安全互助会」の相当部分が事業を廃止していますし、ほかにも廃止したところがあると思います。そして、保険会社の保険商品に転換することを選んだところもかなりあるんですね。代表的なのは知的障害者の互助会の場合です。

それから救済措置として、保険業法再改正による認可特定保険業のほかに、PTA等共済法が

くられて、これによってPTAや子ども会、それからボーイスカウトなども含まれるようですが、そういうものの共済事業を対象にした根拠法が出来て、それによる認可を獲得することが進んでいます。しかし、やはりハードルは高く、2015年4月1日現在で26団体、これは2015年10月30日付で文科省が発行している「PTA等共済だより」に出ている数字ですね。

ですから、PTA共済だけを考えても、各県に小中学校と高校があり、全国各県にある。政令指定都市ではまたそれぞれ連合会があって、そこも共済をやっていたものがありますから、100近くのPTAの共済事業があったはずですが、それが子ども会等までを含めて、今のところ認可をとったのが26で、いかに大きな被害を受けているかがわかります。

そして認可特定保険業者になると、さきほども出ていましたけれども、金融庁所管で7団体、その他の省庁・都県によるものが33団体あり、合わせて40団体、このなかに知的障害者の互助会だったものが5団体あります。しかし、数は少ないですね。

少額短期保険業者になったところは2団体、一

資料5 米国保険業界の共済規制要求とその法的根拠

〈要求の内容〉

共済等（制度共済+認可特定保険業者）と金融庁監督下にある保険会社との間に「規制面で平等な競争環境を確立するよう要請する。特に、日本政府は国際通商上の責務に従い、共済等を外資系保険会社と同等の規制下に置くべきである」。

安倍政権の「農協改革」を高く評価。JA共済と保険会社との「平等な競争環境の実現に向け、日本政府がJAグループの改革をさらに進めることを強く求める」。

認可特定保険業は少額で、かつ短期でない商品も扱うことができるなど問題がある。「日本政府に対して認可特定保険業の制度廃止に向け

た透明性のある議論を開始するよう要請する」。

「共済等の緩い監督制度は消費者保護と矛盾」。

〈法的根拠〉

「日本政府による共済等の優遇措置は、日本政府に課されているGATS上の義務に反している」。「政府はGATS上の日本の責務に従い、共済等を金融庁監督下の外資系保険会社と同じ監督下に置く義務がある」。

* GATS（サービス貿易に関する一般協定）、GATT（関税および貿易に関する一般協定）、WTO（世界貿易機関）

（資料）ACCJ『意見書』（2016年12月まで有効）をもとに相馬作成

つは改正保険業法が公布されたときに既に存在していたということで、特例扱いでNPO法人のまま認可されている「アビリティ共済」、もう一つはワーカーズ・コレクティブ共済で、これはあとから株式会社になって認可を得ました。

保険業法が適用されることになると、株式会社になるか相互会社になるかの選択肢だけなんです。これは少額短期保険業者の場合も同じで、株式会社か相互会社にならなくては行けない。それで株式会社になったというような背景があります。

中川 今まで共済で行っていた障害者やPTAの互助会は、この法令に倣っていろいろと変えてきたわけですね。共済事業を止めてしまった自主共済組織もあるのですか。

相馬 やめた団体も多いと見ています。私の経験ですが、ある県の知的障害者の互助会に電話を入れましたら、それは保険会社の窓口なんです。従来の互助会の事務局がそのまま保険会社の窓口になったといったような実情がありました。

もう一つ大きな制約は、認可特定保険業者に認定されて認可を得た場合にも、その共済制度は2005年の改正保険業法の公布された当時の制度でなければならない。だから制度改善というのはできない、そういう制約のもとに置かれているということがあります。

中川 保険会社はどこですか？

相馬 AIU 保険の生活サポート総合補償制度です。これを採り入れた互助会は生活サポートセンターというような名称の窓口にして、そして、そこには保険会社の社員が来ているわけではないと思いますが、電話では「保険会社です」というふうの名乗って出るんですね。

高橋 それは、営利の保険会社が、相互扶助でやってきた自主共済の事務局機能を、事実上侵食してしまったという理解でいいんです



ようか。

相馬 そうですね、そういうところですね。

高橋 つまり、自主共済の解体と民間の営利保険会社に対して門を開くことを法制度で後押ししていたということになりますね。

相馬 そうです。自主共済を廃止して保険契約に転換したのです。こういう保険は、前からPTA共済に相当するようなものにもあるんですね。

中川 それでは2005年の改正保険業法は、そのまま多くの自主共済に浸透していつてしまったということですね。

相馬 そうです。自主共済には保険業法が適用されましたから。

●それぞれの協同組合法改正と改正保険業法

相馬 保険業法の改正に前後して、農協法をはじめ、各協同組合法が改正されました。

農協法は2004年に改正していますが、もっと前から法制度をかなり保険業法に近い内容に変えています。だから2004年のときはそれほど大きな改正ではなくて、大体は農水省の省令などによって規制されていたものが法文に載るとい程度だったのです。ですから農協の場合には、今まできちんと対処してきているという受けとめ方であり、ほかの種類の協同組合に比べれば非常にショックが柔らかかった。つまりそれだけ、ある意味では営利保険との同質化が進んでいたということになるのです。

変化が大きかったのは生協法で、とくに日本生協連は購買事業と共済事業を一緒にやっていました。兼業禁止でそれができなくなったものだから、共済専門のコープ共済連をつくったのです。そして単協が元請けでやっていた事業を廃止しコープ共済連に集中して、単協は受託共済事業という形で手数料を受け取って共済の普及活動をやるよう

になったんですね。ところが農協法では、兼業禁止は全国連合会だけ、単協は兼業できるのです。

他には員外利用禁止の問題があります。これは農協法では2割の員外利用が認められていましたし、水産業協同組合法でも認められています（平成5年改正）。それから、中小企業等協同組合法（中協法）もその後の改正で2割まではいいとなっているようです。本当は協同組合のあり方として員外利用をどう考えるかということは、大きな問題だと思うのですが、一面では規制緩和というか、少し緩んできているという方向があります。一方、生協法では員外利用はだめとなっていて、もちろん今でもそうなっている。そういうわけで、協同組合によって、2005年前後の改正のなかでも少し違いがあります。

もう一つ、もともと保険業法、保険会社には保険契約を推進するために募集人制度というのがあったんです。それが導入されたのは生協法と中協法です。ですから、生協は専門の連合会をつくるだけでなく、共済契約募集人の仕組みをつくっています。事例として知っているのは日本コープ共済連と全労済ですが、これらの団体ではそういう専門職のようなものを養成しています。そして募集人になれるのはその団体の役職員に限る、ということになっています。

例えば全労済で言えば、今までは労働組合が協力団体として申し込みの窓口になっていたのですが、もうそれはできない。それからコープ共済では、今までは個配の配達をする人が契約推進をできたけれど、それもできなくなってしまう。いまは全労済、コープ共済連の宣伝資料を見ると、事務所に申し込むか、郵送で申し込むかにしてくださいとなっています。

だから、やはり大きな変容を強いられているということだと思いますね。

中川 では、高橋先生、農協の状況についてお話しください。

高橋 農協については、この間の「農協改革」の動きが大きなものとしてあります。「農協改革」の動きは、規制改革会議の「提案」から始まりました。これは、①中央会制度の廃止、②全農の株

式会社化、③JA＝単位農協（単協）の専門化・健全化の推進、④組織形態の弾力化、⑤理事会の見直し、⑥准組合員制度の見直しというおおむね6点です。

このうち、①については全中を一般社団法人化する、②については選択制とする、⑥については実質的に棚上げになるなどとなりましたが、基本的にはこの骨子に沿って改定法案がまとめられ可決し、2016年4月から施行されます。全体的に、非営利規程の見直しなど、極めて問題の多い法改定といえます。

共済との絡みは③になります。「単協の専門化・健全化の推進」と称して、「単協が農産物販売等に全力投球し農業者の戦略的な支援を強化する」などとしていますが、その目的は、信用事業は農林中金に直結した枠組みに移管し、共済事業は、JA共済連の代理店になれということで、改定法もそのような組織移行を可能にしています。この代理店化とは、事実上、信用・共済事業を分離しろということですね。農協はもともと農業者の職能組織だから、農業指導や農産物販売等の専門農協的に純化し、信用や共済との総合性はなくていいという話です。つまり、相馬さんがおっしゃった農協法の場合の、単協兼営という、これにメスを入れるというのをはっきり宣言している。共済との関係ではここが大きいですね。

ほかにも、4番目の「組織形態の弾力化」も、共済に関しては代理店化して、いずれはそれを株式会社にしていけという話です。5番目の「理事会の見直し」は、農協の地域性や職能性を体現した理事ではなくて、要するに外部の営利的な人物をどんどん入れていけと、そして6番目「准組合員制度の見直し」は棚上げになったけれど利用規制して、いずれやめよ、こういう話です。

さらに、「独禁法の適用除外の廃止」ですね。規制改革会議はこれがけしからんと、ずっと言っているわけです。農協は、協同組合ゆえに独禁法適用除外団体なのであり「価格交渉権」を持っています。それが株式会社になってしまうと、全部市場原理でやれという話になる。だから、2番目にあるように全農が株式会社になってしまうと、適用除外も何もなくなってしまうわけですから、規制改革会議のねらいもそこにあるということ

す。これらは、規制改革会議のメンバーや一部農業経済学者もずっとやってきたことです。

しかし、これには当然、協同組合研究者はずっと反対しています。なぜかといえば、もともと農業を含む一次産業というものは、災害や天候の問題などのほか、社会的弱者が家族経営により担うなど、産業としても非常に不確定な要素を抱えています。そういった立場の弱い産業の人々が、横につながり価格交渉権を有し市場で補い切れない機能を持つ、というのは、これはもう世界中の協同組合が歴史上ずっとやってきたことですから、それを全部否定するという論理はあまりにも乱暴なわけです。

そもそも全農の株式会社化という話は、もともと自主的な団体である協同組合に対し、なぜ行政が株式会社にしると言い出すのかと思いますし、准組合員についてもあくまで棚上げで調査していずれ見直すとなっているから、どうなるかわからない。なにしろ安倍首相は、「農協中央会だけは絶対に潰す」と言っていたそうですからね。先進国とは思えない恐ろしい独裁性だと思います。この官邸の強い圧力による「中央会潰し」については、一定の「成功」はしたのではないかと思います。とにかく監査機能を選択性にしてしまったのですから、これは大きいです。

もとより、日本の総合農協は、ICA（国際協同組合同盟）も評価しているように、東アジア型の非常に優れたモデルです。さらに、これは私が以前から主張していることですが、日本の総合農協というのは、新自由主義が力を増した「失われた25年～30年」において、社会の様々なセーフティネットが崩壊する中で、地域、とくに農山漁村の中で食から生活全般にわたる非営利事業の展開によって、セーフティネットを補ってきた機能を持っているんです。これをもっと積極的に評価したい。協同組合は、市場原理なり行政で補い切れないセクターなのだということを、共済事業もそのなかにあるんだと、私はずっとやってきているんですね。

確かに、協同組合の行う共済は、数次にわたる法改正で機能としては営利保険と非常に近いものになっています。しかし一般の銀行や営利保険では、自分の預けたお金、自分の入った保険のお金

がどこにいつてしまうのか（どのように資金運用されているのか）という問題が指摘される一方で、共済の資金運用は、基本的には堅実に運用されているということ、少なくとも農協系統の資金は、それなりにまだ流動性に制約がかかっているということは確認しなければならないでしょう。これが一般の金融保険市場に全てが流れていったら、それこそ、流動的な国際金融市場や戦争や原発にも投資されていくわけですから。農協・協同組合の資金は農業・農村や消費者に還元される要素があるんだという原則を、本来は全中なり農協系統の組織が、こうした論理を明確にして、原則的にしっかりと対抗すべきだと思うのです。

ところが、「農協改革」をめぐる経過を端的に言えば、「中央会を実質的に守る」とか「准組合員制度は何とか維持する」など個別の交渉に特化して、当面の間は問題先送りという形にしたわけですね。もちろん相当な圧力下での交渉ですから、やむを得ない部分はありますが、しかし問題は、この「当面の間」が、多分 TPP の圧力で今後崩れていくのではないかと、ということなのです。

つまり、先に一定の見直しがあった自主共済も、多分 TPP 実質合意を機に、一斉に再見直しをかけられていくのではということです。これは誰が担当しようと、私だってアメリカや USTR、ACCJ の立場だったら、そういう攻勢を強化しようとするのではないのでしょうか。規制改革会議があげた6点というのは、もとより、TPP の論理に基づいているわけですから、来年以降、とくに参議院選後に情勢が変わるのは間違いないと思っています。それに対して、いまの農協や生協サイドがどこまでこれを認識しているのだろうか。あるいは、どこまで対抗措置・オルタナティブをつくっていくかが極めて重要なのに、それが非常に弱いですから、自主共済、制度共済も含めて危険で危機的な状況だと思っています。

● 共済と各団体の事業とは本来は切り離せない

中川 今のような状況で、今後、共済は成り立つのでしょうか。

相馬 「共済の代理業に移行」という問題が、ACCJ「意見書」、このなかにも「単協は全共連の『総括』の下で窓口・代理業務を実施し契約に基づいた業務に応じた報酬を得る」と明確に出てくるんですね。だから、これはもう間違いなく、日本政府としてもやるでしょうね。

高橋 ええ。やっていくんじゃないでしょうか。そのほうが、事業者サイドから見ても短期の事業推進という経済行為に限定すれば、効率的ですから。

協同組合の原則的な組織論、すなわち、農業協同組合がそもそも単協の組合員が主人公だという論理でいくこととは全く反対だけれど、「事業推進の論理」から言えば、短期的には効率的にみえるわけですね。だから、これは下手すると押し切られかねない、ということです。もちろん、農協共済の歴史という視座からすれば、これはあまりに大きなマイナスになることはいうまでもありません。そもそも、「保障需要」に限定すれば、農協共済でなくてもほかに「いい商品」は一杯あるわけですよ。地域に密着して非営利の農協だから安心できる、だから共済に加入するという論理があること、それゆえに農協共済に「競争力がある」ということ、これをもう一度事業推進サイドは理解しないとイケないのではないかと。これは農協だけでなく、ほかの共済も同じですが。

相馬 農協共済のあり方は、他の協同組合、共済に対する影響が大きいと思います。ある意味でお手本になってしまいますから。

高橋 ええ、なります。

相馬 生協の場合、連合会をつくって共済事業をやり、単協は受託共済事業という格好で手数料をもらう関係にいまはなっているわけです。だから、この代理店と本店との関係のようなものは、生協の場合にも趨勢的にはなってしまうのではないかと気になります。

高橋 なると思いますし、最初からそれを狙っているわけでしょう。生協の兼営禁止を押し通した

時点で、農協への圧力になったと思われるわけで、生協陣営から、きちんと対抗軸なり協同組合間のヨコの連携がつけられなかったというところに、厳しい状況があると思っています。

このままこの方向でいけば、農協の行き着く先は、信用・共済事業の分離で、農協は農業者の職能組織だから収益性の低い農業指導だけをやれ、信用・共済を分離して、総合農協を解体する。そういう方向にシフトさせるのではないかと考えています。

相馬 保険業法の改正前後の各協同組合法の改正について、大体、協同組合陣営は肯定的に受けとめていますね。とくに日本生協連は声明のなかで非常に評価しているわけです。日本生協連がもとも狙ったのは区域制限の撤廃、員外利用を認めさせることだったらしいのです。共済事業についてはあまり視野に入れていなかったようで、だから、共済規制が出てきた場合、それに対して対抗するというよりも、保険会社に対する規制と協同組合に対する規制とが平仄を合わせた、共済事業に対する社会的認知度が高まったと受け止めたらしいです。

高橋 だから、それはやはりアメとムチじゃないけど、「欲しいものをあげるからこっちな」ということだったんじゃないかと思うんですけどね。

中川 橋本さん、いかがですか。

橋本 自主共済の多くは、もともと母体の団体があります。保団連の自主共済の場合、認可特定保険業者の要件を満たすため一般社団法人「全国保険医休業保障共済会」を立ち上げて存続しています。当時、一番気を使ったことが、いかにして全国保険医団体連合会の方針に沿って共済を運営していくかということです。

例えば、加入者は保団連を構成する各都道府県の保険医協会会員に限定することが規約で定められています。しかし、保団連と休業保障共済会が全く別組織として、事業内容だけを追求してしまえば、何のための共済制度なのか、ということが見失われてしまいます。認可特定保険業者の要件

の一つに「2005年当時の制度内容に限る」など、いろいろ制約がありますが、例えば、制度改善をしようとしたときに、どの視点に立って制度改善するかとか、母体組織と連携している場合と、分離・独立した場合とでは全く異なってきます。

米国の共済規制の要求では、農協をはじめとする協同組合共済が保険会社と同等の規制ということを求めています。保険会社となるためには株式会社化が必要となり、経営の主導権は大株主になります。TPPではM&A(企業買収)による投資家保護が色濃く出ていますが、仮に米国の保険・金融会社が大株主となれば、それまでの協同組合の理念ともかけ離れた経営方針を掲げるようになります。仮にそのようになったとき、今の日本社会に広く根付いた協同組合が、どのようになっていくか、大きな違いがあると思います。

特に多くの団体が、共済事業を通じて財政基盤をつくられたり会員を増やしていて、その上で団体の本体活動が広く取り組まれているという側面がありますから、これが完全に切り分けられたときに、活動自体が制限されたり、そのなかで採算性をまず追求しなければいけないとか、様々な影響が出てくると思います。

これはもう明らかに協同組合活動、協働活動とは異なり、本当に会社活動というか、営利を追求するように変質してしまいます。言葉に出さなくても、必然的にそちらに導かれていくようになってしまうと思います。

●共済規制は非営利・協同事業全体の弱体化に

高橋 自主共済の多くは、もともと労働組合であったり、それぞれ自主的であったり地域的であったりする様々な活動、たとえば登山であったりPTAであったり、そういう「本来の活動」があって、その「本来の活動」のなかで生じるリスクやさまざまな問題について、みんなで助け合いをしようというものです。今は巨大になった農協共済も、生協共済でも、共済の本質はそこにありますね。農業者なり生活者の事業組織の中で、組合員の生活をサポートする役割を担っているわけで

す。だから、自分たちの活動、つまり労働組合だったら、例えば労働条件の向上や組合員の拡大であったり、農協だったら農業や地域をもっとよくしていく、こういう活動の一環でやっているのが本来の共済で、その共済の剰余金というのは自分たちのために使うという仕組みになっているわけです。

しかし今の流れは、そうした全体性の中から「保障需要」の部分だけを「保険の論理」で引きはがそうということなのだと思います。総合農協の解体と同じ流れの論理なんです。それぞれの組織の事業機能をばらばらにして、それを市場に持ってきて、競争のセクターで競争しろと。そして、そこでつくられた資金は、全部グローバル金融市場に回る、企業に回る仕組みにしろと、こういう話なわけでしょう。

そこに保険の側のコンプライアンスとか、そういう技法を持ち込んでいる、本来はそのこと自体がおかしいという論理を構築しなくてはならないんです。

だから、やはりこれは各事業・組織への「攻撃」と捉えるべきなんですよ。それぞれの労働組合活動だったり、農業だったり、消費生活協同組合の事業やとりくみに対する攻撃というように捉えるべきだと思うんですね。だって、それを弱体化するということですからね。

相馬 その捉え方が非常に弱かったんです。

高橋 というか、ほとんどなかったんじゃないかな。

相馬 認識がね。その共済事業に対する規制や、自主共済というのは存在そのものが当時はあまり認識されていなかった。私だって、実は、知ったのは保険業法の改定があって、共済規制問題があちこちで騒がれるようになって、初めて知ったといったような事情で、自主共済があるということは知らなかったんですね。多くのところがそうだと思うんです。

だから、協同組合などは自主共済が非常に窮地に陥るといったことも、それ自体をなかなか認識できなかったということもあって、もともと腰が

重いんだけど、今世紀初めの共済規制問題で、自主共済が孤立といいますか、ほかの分野の共済事業の面から、十分な連帯や支援を受けられなかったといったような事態を引き起こしたと思うんですね。

最後のほうで、これからの課題ということになるとは思いますけど、そういう事態というのは、今あまり変わっていない。

高橋 変わっていないですね。

相馬 それと保険業法改正の大義名分が「根拠のない共済の規制」と言っていました。当時ニセ共済がいろいろ問題を起こし、それが社会問題になったというところをうまく使ったんですね。

高橋 そうですね。あれは、まさにそのとおりですね。

相馬 共済という名前で営利事業をやるのが出てきて、かなり規模が大きいのも出て、なかには後に保険会社に転換したものもあるんです。そういうものが社会問題になっていて、消費者保護という観点から見過ごせないということになっていったわけです。

高橋 よくできたシナリオだったなと思いますけどね。私たちが、日本共済協会「共済理論研究会」（主査：関英昭・青山学院大学教授／当時）で、「無認可共済」問題を取り上げたのは確か2002年でした。相当早い時期に着目して、ヒアリングしたのです。

相馬 そうでしたね。

高橋 だから、私たちは日本で一番先にその問題に取り組んだといえるんじゃないかと思うんです。あの時は、私も同研究会の「無認可共済問題」ワーキンググループに入って、「営利目的だけれど、共済を自称する共済団体」、要するに本来の「無認可共済団体」を呼んで話を聞きました。その実態は、確かに「偽装共済」そのものだった。事実上の保険会社でありながら「共済」を自称してい

ました。

そして、同研究会では、その後に金融庁も呼んでヒアリングをしています。その時彼らは、「何よりも消費者保護を考えている」「（そのために）偽装共済団体を問題視している」、そして「もし法制度を整備し（偽装共済団体を規制するとし）ても、皆さんには迷惑をかけません」という趣旨でした。しかし、その後にまさかの保険業法改定と「自主共済規制」になるわけですよ。その「皆さん」には、「健全に運営している自主共済」は入っていなかったし、共済と保険の同質性が法律的に担保されてしまった。だから蓋を開けてみたら、「あれ？」となったわけですよ。こんなはずじゃなかったという。それが2005年以降のことです。

相馬 だから、消費者保護というのは、協同組合、共済に限らず、これは上から規制されてやらなくてはいけないものかどうかということは、よく考えてみないと。消費者保護という名目で、このACCJの要求だって、消費者保護のためとか何とかということはいよいよちゅういうわけですね。

日本の行政でも、何か規制をやるときに、消費者の利益を保護するためにといったようなことをいいましたね。現代社会では消費者保護は非常に重要な仕組みですが、その消費者保護はどうあるべきなのかということを考えてみないと、それを名目にして、いろいろな規制が共済事業にも加えられるといったようなことになってきているんですよ。

中川 私は、素人なりに考えても、企業や企業人には自らが創ってきたその歴史や、それに依拠する矜持というものがあるだろう、と私は思いますが、例えば、ソニーは家電を生産している企業ですね。それが、たとえ「多角経営」とはいえ、いつの間にか保険サービス事業に乗り出して、しかも大きな利益を得ているというのは、自らの矜持を捨てたのと思われても仕方がない、と私は思いますよ。リーマンショック前のバブル期にアメリカのゼネラルモーターズ（GM）は、自動車生産ではなく、その子会社の金融事業で大きな利益を得ていたために、自動車生産技術が劣化し、バブ

ル崩壊後のGMに重大な損失をもたらした、と私は聞いています。

高橋 ソニー保険には生保・損保と両方あります。

中川 要するに、ソニーという企業は、保険サービス事業の別会社をつくって利益を得ようとしているわけでしょう。要は、ソニーの資本が事業を拡大していくため、というだけの話ですよ。それがなぜ、本来的に事業として一体の「共済・信用・営農・販売・購買」の事業を実行している協同組合に対しては、それらを別にしろというのか。アメリカと日本の保険資本から共済と信用等を切り離せ、という要求が出てきているが、その要求に追従して愛想を振りまいている自公政府や日経連の思考と行為が私にはよくわからない。

相馬 今、企業がどんどん巨大化して行って、多国籍企業化している。そういうところの支配が非常に強まっていて、各国の政府、アメリカ政府に

しても、日本政府にしても、多国籍企業の支配力というのが及んでいるという実態があると思うんですね。

多国籍企業というのは、非常にいろいろな業種を含んでいて、今の例のように、関係ないようなところが金融や保険をやるといったような実態がありますね。

● TPPの本質と共済

中川 では、これからTPPと共済などとの関わり合いについて話していきましょう。まずはTPPの概略をお願いします。

高橋 私も、まだ隅から隅まで分析したわけではないので、アウトラインしか言えないですが、基本的に、日本国政府の言い分は、資料6です。我々が「TPPが通ったらこんなことが起きると」いって警鐘を鳴らしていたことの結果を政府サイ

資料6 TPPのルール分野で懸念された主な問題と交渉結果(政府説明)

食の安全	残留農薬や食品添加物、遺伝子組み換え作物の表示義務など、食品の安全を守る規制や基準が緩むのではないか	⇒	既存の協定とほぼ同じ内容で、日本の制度変更が必要となる規定はない。「日本の食品安全が脅かされることはない」(政府対策本部)
ISD条項	外資系企業が日本政府を提訴し、規制や制度の改変を迫られるのではないか	⇒	ISD条項は導入されるが、乱訴を抑える規定を盛り込む。環境・健康など正当な公共目的に基づく規制は妨げられない
漁業補助金	日本の漁業補助金が規制されるのではないか	⇒	乱獲につながる補助金を規制。日本の補助金は該当せず、規制されない
国民皆保険	混合診療が拡大し、国民皆保険制度が崩壊するのではないか	⇒	国民皆保険制度は対象外。「サービス貿易」で留保、「金融サービス」章で「適用除外」と明記
公共事業	学校給食での地元食材の使用を求める条例が協定に違反しないか。外資系企業が地方の公共事業の受注を奪わないか	⇒	給食などサービスの提供は対象外。公共事業を全世界に開放する基準額は今までと変わらない
資格の相互承認	海外での資格を日本でも認めるようになり、医師や弁護士などの質が低下しないか	⇒	資格の相互認証を義務付ける規定はない
単純労働者	単純労働者が大量に流入し、日本人の雇用を奪わないか	⇒	単純労働者の受け入れを義務付ける規定はない。企業の駐在などビジネスマンの一時的な滞在、入国に限り規制緩和
著作権	著作権者の告訴なしに取り締まれる「非親告罪」化で、コスプレや同人誌などパロディー文化が廃れるのではないか	⇒	「非親告罪」化は決まったが、違反を問えるのは著作権者の収益に大きな影響が出る場合に限定

出典：日本農業新聞

下の言い分で示したものです。

まず、食の安全では、残留農薬や食品添加物、遺伝子組み換え作物などの表示基準が緩められるのではということについては、政府対策本部では、その協定とほぼ同じ内容で、日本に制度変更の必要とされる規定はないといっています。それから、企業が国を訴えることができる点については、ISD条項は導入されるが、乱訴を抑える規定を盛り込み、環境・健康など正当な公共目的に基づく規制は妨げられないので、そんなに心配することはない、といっています。

さらに国民皆保険ですが、国民皆保険制度の見直しは「対象外」になり、「サービス貿易」「金融サービス」の章でも問題ありません、としています。ほかには、医療に関する話で薬価の関係があるんですが、それに関係する著作権・知財の問題についても、現行制度を妨げるような影響はないとしています。

ところが、東大の鈴木宣弘教授は、「国会決議では『国の主権を損なうISD条項には合意しない』としていたが、交渉過程で、日本はもろ手をあげて賛成した」と批判しています。これに対して政府は、「日本にとってむしろ有利だからそうしました」という趣旨の答弁をしています。しかし、そもそもISDというのは、日本の裁判所が3審制で審議するわけではないわけで、国際法廷となる機関が一旦「企業利益の方が大事だ」となったら負けなわけですね。鈴木教授も、「何の歯どめもないに等しい」と警鐘を鳴らしています。また、医薬品の特許期間の延長問題でも、「製薬会社が保護期間の延長を執拗に求めて、多国籍企業の利益を増やすためのルールを押しつけることが懸念される」と指摘しています。

農業分野では、鈴木教授の試算だと、とくに豚肉は4千億円以上の損害が出るという計算が出ています。しかし、国はその後、「TPPによるメリット・デメリット」の試算値を大きく修正しました。メリット(GDPの押し上げ効果)を、当初10年間で約3兆円と言っていたのが、修正後は約12兆円というとんでもない数字を出してきた。だから農業分野で生産が多少減っても、メリットで大きくカバーされるというとんでもない論法です。この修正した試算値については、立場を超えて、

多くの計量経済学者からも異論が出ています。そもそもTPPの大筋合意に関する正式文書の全文では、日本語の文書が公式には用意されていなかったんですよ。日本政府が事前に要求して当然のものでしょう。日本の市民にTPPの詳しい情報を知らせたくないと思われても仕方ない。このように、政府の対応は、ほとんど全てにわたって信じられないものです。しかし、日本政府によれば「TPP大筋合意によるマイナスはあまりない」ということになってしまいます。

中川 本当にそうでしょうか。

高橋 私たちは、TPPの本質を見抜かなくては いけません。なぜTPPは推進されたのかということ。TPPは、関税や非関税障壁など国境措置を全て取り払いオープンにして、ヒト・モノ・カネの移動や投資の自由を保障することを目的とするものです。またTPPは、それまでの個別国・地域間で協定されてきたFTA・EPAとともにWTO(世界貿易機関)ルールの中の一部ですが、FTA・EPAが「国境措置を外せるものは何か」という協議から入る“POSITIVE”方式なのにに対し、TPPは全く逆に、「全て外すのが原則」という“NEGATIVE”方式なところ。加盟12カ国で、基準をそろえて原則的に実施する、というのが最初からうたわれているわけです。

なぜこのようなことが望ましいとされるのか。やはり、そこにある一番の問題は、市場原理主義です。私は最近、講演で「どこでもドア」などと言っていますが、それは要するに多国籍資本の徹底した自由と移動を保証するということです。つまり、今度の12カ国のなかで最も労賃と資源と輸送費の安い国、地域で生産し、利潤を極大化して、それが得られなくなったら自由に撤退する。まさに、今のグローバリズムの本質がそこにあるのですが、それをTPPでより強力に進めようというのがTPPの本質でもあるわけですね。細かいメリットは、それぞれ幾つかあるかもしれないけれども、これが本質ですね。

中川 市民の生活や生活の基盤である地域には、まったく根ざしていませんね。

高橋 たとえば、数年前に西武鉄道で起きた投資ファンドの経営権掌握の問題は象徴的でした。外資の投資ファンドが、西武資本が弱体化した時期を見計らって株を買い占めた。言ってみれば、自分の利潤を得るために日本に飛んできて、儲かりそうな所に目をつけたわけです。彼らは、別に西武が事業展開する地域の住民のことを考えてやったわけでも、西武ライオンズが好きだったり、西武鉄道の電車が好きで西武を買ったわけでもなく、大きなストックを持っている大企業が弱体化したから買いつけただけで、実際に、自由に投資行動ができないとみるや、さっさと引き上げた。もちろん TPP がなくてもそういうことは日常茶飯ですが、TPP の規制緩和によって、それぞれの加盟国間のルールが全部そろると、ますますそのようなハゲタカの投資行動が横行するようになるはずですよ。

共済と保険にこれを置きかえて言えば、いま日本が持っている制度は、長い時間をかけて保険と共済の「同質化」が進められて、今後はますますグローバル化した対応の中で、共済制度そのものがさらにターゲットになるのは間違いがない。そのために TPP をやっているわけですからね。

最悪の事態は、共済事業・組織のすべてが「保険会社」として完全に同質化されることです。最終的に TPP がめざしているのは、そういうことでしょう。結局、小さい企業がつぶれて、多国籍資本やそれに連なる大企業が市場支配して、そこでのストックは全部グローバル金融市場に乗せて運用していく、という流れです。つまり儲ける人は儲けられる。しかし、今までこつこつと、営々と日本中の人たちが形成してきたゆうちょ・かんぽのストックなどは、グローバル金融市場の運用に巻き込まれ、その一部は国外移転を余儀なくされることが懸念されます。その上で、次に狙っているのが JA 系統の資金ということですね。

だから、今回は細かいところで、たとえば米麦の国家貿易が守られたとか、混合診療が一定程度防げたとか、そういうことを言っているけれども、長い目で見てどうなのかと。しかも、まだ公開されていない話がいくつかあるわけでしょう。そのように考えていくと、共済・保険についても、今

すぐではないにしても、相当な圧力がかかってくるというのは、もう間違いがないと思います。

相馬 TPP の前に、WTO のもとで、GATT (関税および貿易に関する一般協定) や GATS (サービス貿易に関する一般協定) があります。実は ACCJ は、日本政府に対してずっと要求を出してきていますが、その際日本政府は国際通商上の義務を果たすべきだという言い方をしているのです。それは現にある、そういう通商上の一般協定ですね。それを根拠にして、日本政府に対して要求しています。TPP がもし批准されて発効すれば、それに上乗せされることになります。

高橋 そういうことなんですね。

相馬 日本政府に対する強い圧力になってくるといことだと思いますね。

高橋 GATT と WTO ・ TPP の一番の違いは、GATT が国内法より下位に位置していたということに対し、TPP は、国内法よりも優越的位置にあるわけです。だから、後で何か問題が多発しても、国内法で制御できなくなるということですね。

もともと TPP は、「P4」という、ブルネイ、シンガポール、ニュージーランド、チリの4カ国で、足りないものを相互に補うということから始まっています。この4カ国は経済状況がどれも違う国で、たとえば、農業生産の非常に少ない石油輸出国のブルネイは、ニュージーランドの乳製品を受け入れても何の問題もないどころかそれは必要なことだ、ということです。つまり、この TPP を今のように12カ国に広げて原則的に適用させることは、最初から構造的に無理なんです。これは、最初から政府関係者も認めていたことで、そこに参加すること自体に無理があったということです。特に、アメリカが日本に対してその無理を通そうとしているわけだから、相当いろいろなことが起きる。資料7 (次ページ) では「TPP に至るアメリカの対日要求とその『成果』」をまとめています。

資料7 TPPに至るアメリカの対日要求とその「成果」
～対日年次改革要望書の内実～再度アメリカの要求を見る～

- ア) 人材派遣の「自由化」(1996年、2002年)
- イ) 大規模小売店店舗法(大店法)の廃止
- ウ) 建築基準法の「改正」
- エ) 商法「改正」(国境を越えた企業買収における三角合併の認可)
- オ) 法務制度「改革」(陪審員制度要求→「裁判員」制度導入、外国人弁護士活動範囲の拡大の方向性?)
- カ) 公正取引委員会の「強化」(内閣府で取り組む、談合の摘発、罰則強化・検察権限付与)→競争入札を一律的に優先させる
- キ) 郵政公社「民営化」→300兆円余の国内資金が海外流出?
- ク) 日本の医療システム破壊と市場原理型医療

の導入要求(混合診療自由化、医療の国家負担の縮小→2006年「医療改革法」制定

→これに加えて、共済に対しても「保険との同質化」要求が出され続けた。この「成果」としての「保険業法」「保険法」の動きと、イコールフットINGの強化、自主共済への「弾圧」につながったことを強調しなくてはならない。

→上記の動きの度に翼賛的なメディアによる後押しと、「守旧派攻撃」が展開され、マインドコントロールが進められていった。

(資料)菊池英博(2011)「TPPは日本国民の金融資産の簞奪をねらうアメリカ仕立てのトロイの木馬だ」農文協編『TPPと日本の論点』PP. 65-73.をもとに高橋作成

中川 橋本さん、いかがですか。TPPと関連して、自主共済をどんなふうに見ていますか?

橋本 TPPで共済規制が強化され、再び存続ができない事態となれば、やはりそれぞれの会員・組合員の生活に影響が及びます。TPPでは、共済以外の分野にも自主共済規制と同様の問題が起きて、果てには国民生活全体が変わってしまう恐れがあり、重大な問題だと思っています。共済への影響では、共済団体の多くは、組合員なり構成員の生活要求をどう実現し保障していくかをベースにして制度設計しています。自主共済の多くが誕生した背景には、国の社会保障政策が不十分なところを補うため自ら共済を立ち上げたということがあります。近年、国の社会保障が毎年のように削減・縮小されているなかで、会員・組合員の生活を守るための共済を、今後は保険会社として行うべきということですが、それでは組合員の生活を守れなくなります。

先ほどの2015年「外国貿易障壁報告書」には「米国は、対等な競争条件が確立される前に、日本郵政グループがグループ金融機関の業務範囲を拡大

することを認めないよう、引き続き求める」とあります。これは、かんぽ生命ががん保険を開発しようとしたときに、アフラック(アメリカンファミリー生命保険)が事業拡大できないではないか、と圧力をかけてきました。このとき、当時の麻生金融担当大臣は、新たながん保険の認可について「適正な競争関係が確立されているかや、業務の適切な遂行体制が確保された」と判断できるまで、少なくともその認可を行う考えはない」として認可を見送りました。TPPでは独自の事業拡大を図ろうとしても、できなくなるという例だと思います。

共済規制を経験したことで気づかされましたが、共済団体は発足の経緯や目的に立ち返って物事を見ることが必要ではないでしょうか。単に自分たちの事業が健全なのか、組合員が満足していればいいのかというだけではなく、組合員自身がいろいろな団体で減少していますが、自分たちが取り組んできた協同の活動を文化として捉えて、共済以外のいろいろな分野でも協同の取り組みが生み出されていくことが必要だと思います。

10年前に自主共済規制の話が出てきたとき、そ

それぞれの自主共済団体はお互いの存在や歴史を知りませんでした。自分たちの共済の歴史や文化はそれぞれが会内で学習し次の世代に引き継ぎながら発展をしていたわけですが、他の自主共済団体のことはまったく知らなかったのです。自主共済規制の運動に取り組むようになり、助け合いの自主共済の存在を認識し、自主共済規制の本質を追究するとともに、共済の必要性を深めることができたことは重要です。この経験をさらに広めることが、今の私たちに求められていることだと思います。

●共済らしさと法形式への対応の両立

相馬 保険業法は2005年の改定でさきほどのような状況になり、協同組合共済など広範な分野が適用除外になりました。法的には、そういう適用除外されている部分を除くと保険業法を適用することになるわけですね。そうすると、保険会社にしても少額短期保険業者にしても、そういう事業をやれるのは株式会社か相互会社に限られています。ですから、もし協同組合共済に対しても保険業法が適用されるということになれば、そういう企業形態をとるよう変更が求められることになります。

これをどう見るかというのは大きな問題です。協同組合共済が株式会社に転換させられた場合、それをどう見るかということなんです。直ちに、それを営利保険に変わったのだと見る必要はないと思うけれども、株式会社化した共済事業を母体組織がどうきちんとコントロールしていけるか、そういう主体的な力を生み出せるかどうかが問われるだろうと思うのです。

現に株式会社の形式をとっていても共済事業として運営されているところには、共栄火災保険があります。また、さきほど自主共済で例が挙げたワーカーズ・コレクティブ共済も株式会社です。

それから、ヨーロッパの共済事業は、多くが労働組合などが所有しコントロールしている保険株式会社です。向こうの保険監督法は、早くからそういう規制を強めていましたから、労働組合が日

本のように共済事業、全労済のようなものをつくるができなかったのです。だから、株式会社の形態をとっている。ただ、そういうふうに形式が変わってくると、実態的には保険会社とあまり変わらなくなってくる。

もう随分前だけど（1981年）、オランダのデ・セントラーレという、共済と言われている団体を訪問しました。生命保険会社と損害保険会社、やっぱり、生・損保分離になっているから、実態はひとつですが二つの保険会社です。いろいろ尋ねたところ、商品も保険会社と変わらない、運営の仕方も変わらないと言うんですね。では、どういうところが違うかといえば、労働組合が行う福祉活動など、労働組合が行う事業に対して融資を行うこと。一般の保険会社はやらないけれども、そういう融資をやるということが大きな特徴として挙げられました。

だから、実際に株式会社化して、保険会社、何々共済保険会社となったような場合に、ちゃんと従来のように、株主に生協や農協がなると思うけれども、そういうところがコントロールできるかどうかということが大きな問題だと思います。

高橋 逆に言うと、「そうなるんだから大丈夫ですよ」というように言ってくるでしょうね。

相馬 そうならないように、それは危険なんだと。保険業法が適用されるということはそういうことなんだぞと。

高橋 多分そちらの方へいくでしょうね。このままだと。

橋本 保団連が認可特定保険業者になって以降、金融庁に制度改善を求めたことがありました。私たちは開業医が主体の団体ですが、勤務医の方もいます。近年、勤務医の方の待遇が変わってきています。常勤ではなく非常勤として、複数の病院を掛け持ちしている、もしくは特定の病院で、非常勤扱いとして週の半分以上は働いている、等ですね。

そのような勤務形態の変化が見られるようになったときに、金融庁に対して、非常勤の勤務医と

名乗っている人の中には、常勤の勤務医と名乗っている人の生活や労働の中身と差異はない場合があるということを主張して、非常勤の人でも私たちの共済制度に入れるようにしてほしいと求めました。

ところが、それは従来加入対象としていた範囲から拡大することになるので認められないと、そういう主張なんです。医師という立場であれば、国の公的医療制度を担う人たちなので、本来は国としてその実態を把握すべきですが、そういったところを、まずは情報収集して保険として成り立つことを検証せよと求めるのです。これでは到底非常勤の勤務医が加入できるようにはならないし、本来国が若手の医師・歯科医師の生活をどう保障するのか問われているのに、それをせずいかにして生活を保障するのかなと思います。

中川 今の話は、「常勤の医師と歯科医師の共済事業である」というので金融庁が特別に認可してやったのであって、「非常勤の医師と歯科医師も加入することを認可せよ」というのは虫がよすぎる、という官僚的な論理ですね。医師や歯科医師の社会的、普遍的な役割、またそれに相応した「制度」はどうあるべきか、要するに、医療のアイデンティティが彼らには欠けているようですね。

高橋 さきほどの TPP ではないですが、共済は保険と同質の経済行為なのだから、あくまでも保険業者になるのが彼らの言う原則だ、ということですね。当面、それを「特例として外した」ということがこの後に効いてくる。彼らは、保険業法の論理が当たり前だがそうは言ってもすぐには無理だから、当面の間は待つてやろうと、こういう話なわけでしょう。だから、「特例」に引っかかるようなことはさせない、事業を大きくするならば営利保険＝保険事業者になれ、ということでしょう。

相馬 そうですね。共済規制でとくに自主共済にかけられているのは、従来よりも発展させないことで、制度の改善は認めないし、加入者の範囲を広げることも問題視するのだろうと思いますね。

いまは本当に自主共済が大変な事態になってい

るのだけれども、それに対する理解が周りにないですね。自主共済もその辺をあまりアピールできていないですし。

高橋 歴史を見ると、農協共済は北海道の「特例」的な形で始まっていて、それが急激に成長していったわけでしょう。それは当時の農協が、言ってみれば大衆団体として力があつたということですね。社会的な力関係でもそうだし、それをもとに経済行為として事業を成立させながら影響力を増していったということです。要するに、それを二度とさせたくないのでしょう。日本では、NPO の役割が極めて限定されていたり、労働者協同組合がなかなか根拠法を持ってないのも、そういう姿勢の反映かも知れません。

つまり、保険は市場原理に沿って民間営利会社にやらせると。非営利セクターには、そんなことは二度とさせないと。全労済だとか、農協共済みたいには絶対にさせないと。だから、自主共済は小さいままでいると、こういう話なんじゃないですか。結果として、その意図は、結果的に現実に反映している。結局、日本政府もアメリカも、彼らの今の立場で共済の歴史をよく分析し、総括していると思います。だから、われわれも総括し分析しないとイケません。

橋本 自主共済規制が行われた頃の2003年9月に出された ACCJ の要望書を見ると、「共済は、共通の利害をもつ者、または同じ職業に従事する者（医師、農業者等）の集団により伝統的に形成されてきた協同組合類似の組織であり、構成員が出資した共同の基金から構成員に対して医療費、葬儀費の支払等の様々な給付を行う」ものであると言っています。それが要するに希薄化している、不特定多数を相手にするようになり事業拡大を追求していると指摘しています。ある意味、実態をよく把握していると思います。

相馬 それはもう、そうですね。一番新しいものでも同じようなことを言っています。だから、これは共済事業の方のあり方も、わが身の問題として考えないといけないですよ。ACCJ にお説教されているようなところがある。

高橋 大変残念ですが、「御説ごもっとも」な部分はあります。

もちろん、あれだけ大きな組織・事業だから、様々な制約があることは分かりますが、やはり共済団体として「自分は何者であるのか」という自己検証をして、協同組合・非営利事業体らしいところに資金運用し、それを加入者にアピールすることなどにもっと力を入れるべきだったのですよ。それが不十分だから、ACCJなどに突かれるわけです。これは、自己反省すべきですよ。弱い所を狙われたのだ、アメリカに見抜かれたのだ、ということです。

さきほどのオランダのデ・セントラーレだって、営利保険と商品のラインナップから何から全部同じということでしたね。ただ、労組の福祉活動に融資を行っている、社会貢献をしている。そこが一般の保険会社とは違うんだと。

相馬 それだけは共済らしいところであると。もともと労働運動から出発した保険会社ですからね。

高橋 そういうものを、今からでもきちんとつくらないといけないという話だと思うんです。

●保険共済、医療の危機：情報をいかに共有するか

中川 これまで多面的な問題が提示されましたが、では、これからどのように課題や問題と向き合い、対応していくか、ということになります。最後に今後の課題・問題とどう向き合い、対応すべきか、についてお話しください。

高橋 重要なことは、どう再建するか、ですね。

相馬 問題点の追加になりますが、今までの議論にも出てきたことだけでも、共済規制の現状やTPPの影響に対する危機感というのが、やや足りないのではないかと。多少、研究を始めているけれども、このTPPについて、まだ表立って共済事業の立場からこうだという発言が出ていないよ

うな感じがします。

それから、とくに協同組合共済が営利保険と同一化傾向を強めている点は、共済規制のなかでなおさら強められているところがあり、主体的な問題として、自分たち自身を社会運動だと十分に認識していないところがあると言えます。

こういう問題があって、相互理解と連帯の欠如がある。相互理解は、とくに自主共済について、事実自体はなかなか知りたいという状況もあるけれども、共済団体の幹部たちが自主共済という存在を認識するようになって、連帯するという動きはあまりできていなかったように思うのです。しかも協同組合共済の内部、自主共済の内部での相互理解、相互連帯があるかということ、これもまた問題です。

協同組合の場合には、日本共済協会や生協共済研究会があり、そして自主共済も参加している有志参加の共済研究会があって、わずかにそのあたりは一定の役割を果たしている。しかし全体として見ていると、相互理解は異種共済間だけではなく、同じ協同組合共済の内部でも欠けているのが現状ではないだろうかと思います。その辺、TPP問題に対処するという場合にも、克服されなければならない課題だと思います。だから、非常に問題が大きい。今後の課題と言われた場合にも、とてもこうだとはなかなか言えないようなところがあります。

中川 これまではアメリカの在日商工会議所がいろいろ口を出しては日本政府に要求の実現を迫り、多くの場合、日本政府は応じてきましたが、TPPになるとアメリカだけでなく他の全ての国が同じ立場に就くことになりますね。

高橋 ええ、おっしゃるとおりです。

相馬 やはりアメリカの保険業界を代表して今まで以上に強く要求してくるのはACCJであるし、それからアメリカ政府も直接日本政府に対して、今までも要望書などを出しているやらせてきたけれども、そういうところも強まりますよね。

高橋 そもそもTPPは、アメリカの生命保険会

社協議会が最大限に推進してきています。

中川 今後の課題・問題ですが、これはどうすればいいのでしょうか。つまり、まずは私のような素人の眼にも「これは危ないぞ」と、しっかり映るようなことをやらないといけないうえですね。

相馬 それを具体的にどうやるかということになると、われわれはこうやって議論して、仲間は相当それなりの意識は持っていると思うけれど、では、それをどうやって広げていくかという話になってきます。

高橋 TPPに関して言うと、これは情報統制です。事実上の報道統制もあるけれど、本当にひどい。そもそも21もの分野にわたる TPP が、どうして農業とか米の関税の問題だけに矮小化されるのか、という話です。主要メディアの報道は、TPPのことはほぼ農業一色です。だから、我々は、TPPの保険・共済、医療等への関わりを知ってもらう努力を更にしなければならない。

現実に、韓国でも、米韓 FTA によって医療や保険の分野で様々な制約が始まっていることが各媒体でレポートされてきています。

日本の医師会も以前はかなりがんばっていたけれども、改めて「TPPは農業の問題だけではない」ということを強調し、保険のルールが本当の意味でイコールフットイングされていくとなったときに「全労済だって農協共済だって、どうなってしまうのか？」ということを繰り返して、関係者に問題提起しなくてはいけないのではないかと思います。

だから少し整理して、作戦を複数練っていく。運動的には熱く動くこともいいと思うけれど、冷静な情報の提供とそれに基づいて、ビッグビジネスの人たちも動ける範囲で計画的に動いていく構造をつくっていかないといけない。今のままだったら、もうこのまま、さっき言ったようなシナリオで進んでいくと思います。

中川 一般的に日本のメディアは、新聞であれば読売、日経、産経だけでなく、東京新聞以外の全国紙、朝日や毎日でさえもが TPP に賛成する情

報を国民、とりわけ都市の人たちに流しており、しかもほとんどある決められた範囲の情報、例えば農業・農産物や自動車といったきわめて狭い範囲の情報しか流していません。

高橋 豚肉と米だけでも、もちろんそれは大事で大変な問題ですが。

中川 その他、私たちの生活に大きな影響を与える保健・医療、薬、保険、雇用、遺伝子組換え食品、知的財産など日本のメディアはほとんど国民に知らせていない。それが一番危険かなと、私は思っているんです。

高橋 そのとおりです。だから、日本協同組合学会が、その危険な部分も含めて早い段階で、極めて冷徹に TPP の諸問題を整理し、交渉参加に反対する声明を出したのは、よかったと思うんです。

中川 橋本さん、その点ではいかがでしょうか。

橋本 先ほどの繰り返しのようになりますが、実際に共済に携わっている立場としてできることは、自分たちがやっている共済がどう役立ってきたかというのを、もう一度振り返っていくことが必要だと思います。それは単に現在から見てというのではなく、発足したきっかけは何だったのか、それがどれだけ貢献してきたかを振り返ることです。それと見比べて今の社会はどうなっているのかということが一番発信できるのは、共済にかかわっている人たちだと思うので、その人たちがいるんなら、まずは自分たちで研究し、組織のなかに広めていくということが大事だと思います。

もう一つは、医療制度、社会保障制度というのは、全国民にかかわる問題なので、医療・社会保障分野の関係団体は、一緒に取り組んでほしいと思います。

TPP 交渉では国民皆保険制度が守られたというのが日本医師会の評価です。それをもって医師会の反対意見は控えられてしまったのですが、アメリカは TPP において新薬の特許期間を長く維持してほしいと要求しています。あとは高い薬代

を補償する保険商品があるかどうかなので、そこに米国の保険会社が参入し易くしてほしいと要求しています。TPPにおける米国の保険業界の要求はそういう構造ですから、直接的に共済規制を公言していなくても要求は明確だと思います。

共済規制の要求を振り返ると、それこそ共済の本来あるべき姿やニセ共済の実態など情報収集をし、少額短期保険業者や認可特定保険業者といったカテゴリーが作られた経過を分析する中で、規制に反対する勢力の実態や日本の国会議員の考え方なども認識したと思います。そうした中で、共済規制を要求しつつ、政府に農協規制を実行させたり郵政民営化させたりと、別のやり方で共済・保険の自由化を要求していると思います。それを、われわれが単純に共済規制を食い止めた、外圧を跳ね返したと安心してしまうと、アメリカの思惑にはまってしまう。もう20年来要求は公言されているわけですから、ほんの一瞬だけで要求が引き下がるものではないと思います。

中川 薬価の期間を延ばして保険が入るとするのは、どういうことですか。

橋本 新薬の開発研究は、安全性の検証など長い期間がかかります。アメリカは、その期間が長いいため、販売されてもすぐに特許が切れてしまうと問題にしています。特許期間が延長されれば、高薬価で販売する期間も延長されるという仕組みです。国民皆保険であっても薬価は高く、お金がものすごくかかります。そこで保険会社が提供する医療保険やがん保険で備えましょうと宣伝しているわけです。

中川 だから、結局は自由診療なり混合診療を拡大していく構造がつくられていくということですね。

相馬 医療分野でアメリカが狙っているのは、そういう意味での医療保険、民間の保険会社、大手の保険会社の日本市場への参入ということと、医薬品や医療機器などでも日本に参入したいということでしょう。だから、医療分野は幾つかの面からターゲットにされている状況ですね。そういう

ところを総合していうと、皆保険で支えられている今の日本の医療制度が蝕まれていくということだと思います。

高橋 だから、だんだんと来るんです。朝、起きたら一挙に変わっているという制度はあり得ないです。後になって振り返ると、あのときのこれはザルになっていたとか、ありますね。農産物だって、政府は「守られた」と言っているけれども、いずれ関税がゼロになってしまうという分野だってあるわけですし、影響は大きくなる一方ですよ。

中川 そもそもアメリカでは、共済は活発ではないのでしょうか。

相馬 アメリカは移民国家でたくさんの人種がいますから、人種別の、あるいは宗派のコミュニティのなかの協同として、一種の共済が行われていたというのがあります。フラタernal組合といわれるもので、主に生命共済事業をやっています。大小多数あるようです。それから、ICMIF（国際協同組合・相互保険連合）に参加している保険会社もあります。ネイションワイドやキューナ・ミューチュアルで相互会社です。大規模な企業集団になっていますが、これらは、国際的には協同組合原則にしたがう共済と見られているわけです。

あまり具体的には知らないけれども、農民運動を基盤にしたもの、それから労働組合を基盤にしたものもあります。監督法も州ごとに決まっているようで複雑ですね。

中川 それらも場合によっては株式会社になっているかもしれないと。

相馬 そうです。株式会社になっているところもあるでしょうね。

橋本 3年前の共済研究会で、アメリカに共済はあるのかという話を石塚秀雄さんにしてもらいました。実際は協同組合なのか共済なのかははっきりしない部分もありますが、無数にあるそうです。

ただ私の印象では、規模が小さいのと、都市部ではなくて農村部で共同活動として存在してお

り、保険会社からすれば、お金にならないところは自由にやっていいよと、競合相手とならなければ規制を要求しないと感じました。一方、政府が出す要望では、アメリカには共済はないのだ、だから、日本も同じルールにしろという都合のよい主張なのだ、そのとき勉強させていただきました。

相馬 共済は各国で法制度が違ってきますし、実態的には労働組合運動を基盤にしたところから発生しているのや農民組合からのものもあるし、また生協など別のところから発生したのもあります。法制度も形態もいろいろ違うので、とても分かりにくいですね。

だから、基準になるのは ICMIF に参加しているかどうかですが、ただ、そこに参加しているのは、いわゆる大手に限られています。

高橋 情報が分散化して、共有化されていないということ、それに基づいて問題点の整理・集約が

行われていないというのが問題ですね。それぞれ立場はあるけれども、共済団体や協同組合組織等が一致できる課題でとりくむことを少しでも醸成するために、まずは情報の整理と集約、提供、その開示ですね。そういうことを積極的にやっていく必要がある。これは急がないといけないのではないか。このまま行くと、間違いなく全面的に保険業法の適用除外が外されていくという流れをとめられないし、それを押しとどめるべきだという論理が形成されないまま過ぎていってしまうと思うんです。それは回避しなければいけない。回避するためには、われわれも関係業界の人たちと連携して頑張らなければいけないということだと思っています。

中川 今日はありがとうございました。ちょうど時間になりましたので、これで終わります。

(2016年2月9日実施)

成田市特区での医学部新設について

八田 英之

はじめに

2016年1月現在、国家戦略特区である千葉県成田市で新設医学部の校舎が着工されている。混合診療の問題との関連においても注目される、この問題についてレポートする。

1 成田市での医学部新設にいたる経過

それ以前に、どのような過程があったのかは詳らかでない（大学が成田市と医学部新設を目指して意見交換を始めたのは2011年からと大学のHPにはある）が、2013年8月～9月にかけて、国が国家戦略特区に関する提案を募集し、これに成田市が国際医療福祉大学とともに9月10日「国際医療学園都市構想」を掲げて、応募した（以下、「9月10日付文書」）。2014年4月、成田市が東京圏の一部として特区指定された。同年3月には、中医協（中央社会保険医療協議会）で特区における保険外併用療養の拡充についての方針が了承されていた（以下、「中医協文書」）。5月1日、総理大臣決定で東京圏において「医学部の新設に関する検討」を行う方針が決定される。同年12月、東京圏成田市分科会が発足、4回の分科会会議を経て、2015年7月、内閣府・文部科学省・厚生労働省連名の「国家戦略特区における医学部新設に関する方針」（以下、「連名文書」）が決定された。この「連名文書」には、「既存大学に医学部を設置し、平成29年4月に開学を行う場合」のスケジュール例が付けられており、その後事態は、このスケジュール通りに推移している。

医学部の新設については、平成15年3月31日付の文部省告示において認められていない。2004年から2009年にかけての「医療崩壊」という事態の

中で、医師養成数は増やされたが、それらはすべて既存の医学部の定員増によっておこなわれた。医学部の新設は、東日本大震災の復興対策として宮城県で認められたもの（東北薬科大学を医科・薬科大学に、定員100人中55人が地域枠）と、この成田市の「特区」によるものだけである。

経緯を見ると、この医学部新設が、安倍政権の強いイニシアチブで行われてきたことがうかがわれる。

2 国際医療福祉大学とは

国際医療福祉大学は、栃木県大田原市に本部を置き、栃木・神奈川・福岡に4つのキャンパスを持つ、看護師、医療技術者の養成大学である。国際医療福祉大学病院（那須塩原市）、山王病院（東京都港区）、高木病院（福岡県大川市）など13の病院を傘下に持つ。理事長 高木邦格（医師、東京医科大学）、学長 北島政樹（元慶応大学医学部長）、総長 矢崎義雄（元東京大学医学部長、元国立病院機構理事長）という体制で、学生総数6,445人（2015年4月1日現在）、成田市のHPや市からの聞き取りによれば、職員数約8,500人、医師数約750～800人、病床数3,450床（医療2600、福祉850）ということである。

3 成田市の動機と関与

成田市は、成田国際空港の存在が大きく、これまで千葉県の中では財政的にも豊かな市であった。しかし、近時羽田空港の国際化が進み、相対的な地盤沈下は否定できない。そうした中で、活路を特区に求めたであろうことは、想像に難くない。成田市は、先述の国際医療学園都市構想とともに、「エアポート都市構想」を国に提案し、航

空・観光にかかわる外国人材の受け入れ、卸売市場における輸出手続きのワンストップ化、空港を始発または終点とするアクセスバスの運賃・ダイヤ規制にかかる規制緩和、地域限定保育士試験の実施（これは2015年9月から認定され、実施されている。他は、「実現の見込み」と市はしている）を提案した。

成田市は、医学部と大学病院について、医学部は土地を取得して無償貸与（取得費22億7,600万円）、附属病院は土地を取得後造成して無償貸与（用地取得費と造成費で約10億円）、校舎設置費の二分の一補助（上限80億円、この補助金の半分を県に支援してほしいと要請中、県は35億円を2016年度予算案に計上）を行うことが決まっている。合計112.76億円であるが、さらに、附属病院建設に関して出資（別会社をつくり、そこが病院を建設して大学に貸すという形態をとる、その会社への出資）が要請されており、検討中とのことである。これを含めると133億円になるという。この財源には、起債が認められるということであるが、この借金は市民が返済していかねばならないものである。

市は、この事業の経済効果として、学生（840人）＋職員（2042人）、合計2,882人が成田市に集まる。建設に伴う経済波及効果は、最大で857億円が見込まれ、消費では、最大211億円／年が見込まれる、としている。これが「捕らぬ狸の皮算用」にならなければよいのだが。

4 問題点

（1）国際貢献と地域医療

いかに成田市が豊かな市であるとはいえ、133億円の負担は大きい。しかも、この大学は「国際貢献」をうたい文句にしている。「連名文書」では、「一般の臨床医の要請とは次元の異なる上記の目的（国際的な医療人材養成）にそった際立った特徴を有する医学部とすること」「養成された医師が、当初の目的に反して一般の臨床医として勤務するようであれば、長期間にわたり社会保障制度に影響を及ぼす可能性もあり、その場合には、医師需給を踏まえた全体の医学部定員の中で見直しをおこなう。」と述べている。

市民の間からは、「国際貢献のための大学になぜ膨大な市民のお金を注ぎ込むのか？」「千葉県医師不足を解消するうえで役に立つのか？」「かりに、そうだととしても、それは県の仕事ではないのか？」という声が上がっている。

千葉県の医師数は、2010年で人口10万人対比で170.3人、全国平均の72.5%しか医師がおらず、下から三番目の医師不足県である。銚子市立病院閉鎖という医療崩壊を象徴する事件もおこった。医師養成をする大学がほしいという声は確かにある。しかし、この大学が地域医療に貢献する医師を養成することができるのだろうか？まず、先の「連名文書」を素直に読めば、否定的な印象になる。この点について、成田市の担当者は、「140人の医学部定員のうち、国際貢献の部分は20人、その他の120人は、普通の医師であるということです。『連名文書』は、結論としては、医師が過剰になったら、全体の医学部定数の中で見直すということであり、地域医療に貢献できると思います。千葉県には、地域枠の設定を要請しています。」と述べている。

国と市の建前の違いは、今後のこの大学の前途に何らかの矛盾を生み出さないであろうか。懸念される場所である。

「9月10日付文書」では、「最先端の医療」「外国人向け医療サービスの充実」「高付加価値・高アメニティ」などを掲げているが、これは海外富裕層を対象としたものである。

また、学費の高い私立の医学部に入学できるのは、それだけの資力のある家の子供に限られる。病院の建設コストを回収しようとするれば、それなりに差額病床なども増やさざるを得ないであろう。低所得者が、入学できない、入院できない大学、病院にならざるを得ないのではないのか？そのような大学から地域医療に貢献する医師を生み出すことができるだろうか？この疑問については、「大学では、入学金などは、慶応大学や順天堂大学並にしたいということでした」というのが市の担当者のお答えであった。たしかに、慶応大学は私立の医学部の中では、学費の負担は少ない方であるが、それでも6年間で2,100万円を超える負担である。本来、医師のように公益的な仕事をする人の養成には、国家がより責任を持つべきであ

ろう。県や市も大学を作るのにお金を出すだけで事足りるというわけにはいきまい。本当に地域医療にかかわる医師を養成しようとするのなら、そのための継続的な然るべき方策を考えるべきであろう。

地域医療との関係では、もう一つより直接的に懸念されることがある。

医師が一人前になるのには、医学部入学から最短期でも10年にかかる。その間、この新しい大学は人材を輩出するよりも吸収し続ける。この大学病院は、当初600床でスタートし、順次拡大していく、という。成田市を含む印旛医療圏は、間もなくつくられる千葉県の地域医療構想において、2025年には2千床ほど病床を減らすことになる地域である。しかし、大学病院は、もともと地域医療計画の病床規制の対象外である。

600床の病院を稼働させていくには、看護師だけでも500人は必要であろう。医師も同じくらいが必要になるのではないか。大学は、「医師や看護師の引き抜きはしない」と説明しているようであるが、自分の意思で退職して、この病院に勤めることを止める方法はない。今後、16年以上、この大学は医師など医療専門職を吸収し続けることになる。日本医師会や千葉県医師会は、こうした懸念からこの大学の 신설に反対してきた。また、日本医師会は、あと7～8年で日本の医師数は、国際標準並みになる、養成に10数年かかる新たな医学部の 신설は、医師不足対策にならない、としている。

この大学が、地域医療に貢献する病院となりうるのかどうか、懸念せざるを得ない。

(2) 混合診療の問題

「9月10日付文書」では、「最先端医療を含め、保険外併用療養費制度の評価対象となっていない場合は、安全性を確認したうえで保険外併用療養の範囲を拡大できるようにします。」としている。

「中医協文書」では、「特区における保険外併用療養の拡大」について、「医療水準の高い国で承認されている医薬品等について、臨床研究中核病院等と同水準の国際医療拠点において、国内未承認の医薬品等の保険外併用療養の希望がある場合、速やかに評価を開始できる仕組みを構築する。

具体的には、米・英・独・仏・加・豪の6ヶ国で承認されている医薬品等について、国家戦略特区（比較的広域的な指定）における国際医療拠点（臨床研究中核病院と同水準か否かを先進医療会議で判断）において、速やかに先進医療の評価を開始できるよう以下の措置を実施、

① 特別事前相談の実施

② 先進医療技術審査部会と先進医療会議の合同開催による審査の迅速化」となっている。

これをどのように理解するか、かなり微妙な印象である。文字通りには、保険外併用療養費制度の枠を一応保ちながら、「速やかに」評価医療の対象として、保険外併用療養を行えるようにした、ということなのであるが、「臨床研究中核病と同水準」というのをどう理解するか。実は、臨床研究中核病院は、少し前までは全国に13あった。ところが、新たに、名称独占を伴う臨床研究中核病院が指定し直されることになり、新たな承認要件はかなりハードルが高くなって、2016年1月現在では、国立がん研究センター中央病院、東北大学病院、大阪大学病院の3ヶ所しか認められていない。必ずしもこの承認要件と同じことが要求されるわけではないであろうが、「同水準」と認められるには、それなりのものが要求されるであろう。成田の新しい大学病院で「保険外併用療養の拡大」をおこなうには、それなりに時間がかかるのではないか。

千葉県医師会は、「特区において混合診療が認められれば、その全面解禁につながり、国民皆保険制度が空洞化する」と警告している。今後の推移を情報公開を要求しながら、見守っていく必要がある。

成田における医学部の 신설は、医療を成長産業として位置づけ、営利市場として開放したいという安倍政権の方針と、羽田空港国際化との関係で焦りを感じたのであろう成田市と、医学部を作りたいという大学の願望が結び付いて進行している。これが、果たして市民、県民、国民にとって有益なものになるのかどうか、引き続き注目していかねばならない。

（はった ふさゆき、研究所副理事長・千葉勤労者福祉会理事長）

介護をめぐる諸問題

～介護福祉士養成校の学生にみる貧困の諸相～

川口 啓子

はじめに

介護福祉士¹養成校に勤務して14年目になる。当初、勢いのあった本学介護福祉学科も、今では1学年わずか40名の定員を満たすことすら困難になった。この傾向は全国的で、介護福祉士養成校は434校（507課程）だった2008年をピークに、5年後（2013年）には378校（412課程）へと20%減（定員換算で25%減）。さらに、定員充足率は7割にも満たない²。

また、厚労省が離職者対策として進めてきた介護福祉士訓練生募集³も、制度開始当初に比して受験生は半減した（本学の場合）。加えて、介護福祉士有資格者の介護現場への就業率は6割に届かない。

つまり、2025年を待つまでもなく、これから見込まれる介護需要に対して、介護人材（とりわけ有資格者）は、その量も質も決定的な不足に陥っているのである。このことは、どこかの高齢者の人権問題ではなく、直接的に私に、本誌読者に、さし迫った人権問題である。

本稿では、以上のような状況を考えるにあたり、本学介護福祉学科に入学した学生のさまざまに困難な姿から、介護と貧困が相互に絡み合う諸相を「介護をめぐる諸問題」として提起したい。

以下、ネガティブな事例を列挙する。困難を抱える学生が決して多数を占めるわけではないが、競争社会の遠心力に抗うことのできない学生たちが介護という職をめざす現実を議論の素材に加えてほしい。

介護福祉士養成校に来る学生の貧困

学生Aはアルバイトに必死だった。学費も自分の小遣いも賄っている。両親は離婚し、母親と妹の3人暮らし。奨学金⁴も借りていたが、妹の授業料（高校）と生活費に消えていた。母親に新しい彼氏ができ家庭を顧みなくなるにつれ、暮らしはひどくなった。Aは夜間のアルバイトをはじめ、授業中は机に突っ伏して寝ている。夜間のアルバイトは経済的な問題だけではなく、「家に帰

1 介護福祉士は、社会福祉士、精神保健福祉士とともに「福祉士」の名称に意味を持つ。『毎日新聞』見出し（注2）のように「介護士」という省略は不適切である上、資格名称であるかのような誤解を招く。現場では介護福祉士を「介福」と省略することがあり、介護に従事するものの総称は、介護従事者、介護職員などを使用する。

2 「介護士課程2割減：給与の低さや過酷労働で学生敬遠」『毎日新聞』2015年5月26日付。

本文の数字の詳細は、『今後の介護福祉士養成教育と養成施設の在り方について—職業能力に基づく養成教育とより高度な介護福祉士資格の創設—』（公益社団法人）全国介護福祉士養成施設協会 今後の介護福祉士養成教育と養成施設のあり方に関する検討会（2015年3月）pp. 98-109を参照。

なお、短大入学者の減は、18歳人口の減少による影響も大きい。

3 大阪府委託訓練事業（離職者対策）のひとつであり、介護福祉士養成科で訓練生を募集するもの。希望者はハローワークを経由して受験する。

4 困難を抱える学生の場合、奨学金の仕組みや手続きを理解する力量に乏しいこともある。自宅にパソコンがない学生も多く、奨学金手続きのパソコン操作には職員がつきっきりになる。学生Aの場合も同様であり、加えて、自身の奨学金であり借金であるという自覚も不十分であった。

んの、イヤヤから」と言った。「あんな家、出たい。でも金ないし、妹おるし…」。結果的には、さらにアルバイトの時間が増え出席が不足⁵。試験を受けないまま学費未納が重なり除籍となった。

Aの母親を悪者にすることはできない。Aの母親も新しい彼氏に依存する以外、活路を見いだす術を持ってない人生の中にいる。これも貧困のひとつの姿だ⁶。

このような貧困とは、家計や学力のみならず、家族、友人、食事、会話、住まい、ボキャブラリー、愛情、態度、悩む力、気力・体力、集中力、行動範囲…何からどういう順番で記せばよいかわからないが、生活の隅々にまで根づいては現れる全般的な貧困である⁷。

なお、先の学生Aは、有利子の日本学生支援機構第二種奨学金だった。除籍後、Aには借金が残る。介護福祉士養成の奨学金には条件を満たせば返還が免除される制度もあるが（社会福祉協議会など）、有利子であっても月額の大きい日本学生

支援機構第二種を希望する学生（家庭）が多い。

Aに限らず、困難を抱えながら介護福祉士養成校に来る学生の背景を辿ると、資格を取って就職し月々わずかな収入を得るといふささやかな未来さえ簡単に断たれてしまう—そんな生活層に行きつく。逆から考えれば、本学のような養成校は、資格取得によって貧困の連鎖を食い止めるボーダーラインに位置する機関とも言えるのである。

高校生の進路にみる介護と貧困

本学のような無名に近い短期大学は、受験生獲得のための高校訪問（営業）が欠かせない。高校進路指導部の教師らに介護を希望する生徒の有無を聞くと、必ず「います」という答えが返ってくる。だが、養成校への受験には結びつかない。その理由は、働きながらも介護福祉士国家資格が得られるからである⁸。したがって、短大の学費工面が困難な家庭は、生徒も保護者も「収入を得

【学生に見られる貧困の諸相 例示】

食 事	食費は節約しやすい。食事の種類も量も限られ、味覚は貧困になり栄養も偏る。一方、酒やタバコは中学生のころから習慣化してしまう学生もいる。
電 話	固定電話がないため、子ども時代の「○○さんのお宅ですか。△△ちゃん、いますか？」という経験がない。実習先への電話のかけ方は授業で教えている。
住 ま い	両親のけんかで、「障子も襖も、家中、破れていないところはない」、「家中、モノが散乱している」と言う学生。教科書やレジュメ、実習記録などの整理が困難である。
言 葉	出身高校について「府立？私立？」と聞いても、公・民の知識や概念がなく、質問の意味がわからない。あるいは、「社会的背景」という言葉に「テキハイケーって？」など。
悩 む 力	遅刻を繰り返す学生。注意を受けたことについては悩むが、「なぜ、遅刻するのか」を自らに問えず、遅刻の原因には悩めない。他者から指摘をされても響かない。
行動範囲	「電車で出かける」という経験ができない家計で育ったため、電車の乗り方（ホームの区別や切符の買い方）を知らない。JR、私鉄などの区別も難しい。

※これらは一つひとつが独立して現れるのではなく、関連しながら現れる。

- 5 厚労省指導により資格養成校の出欠、遅刻の管理は厳密である。介護福祉士養成は、2年間1850時間（概ね80～90単位前後）で時間割に余裕がなく、出席不足は留年につながりやすい。留年で生じる学費の負担は退学に結びつき、中退者の不安定雇用につながる素地となる。
- 6 本学では毎年、数人の学生について保護者を含めた面談を行う。情報を共有しながら、保護者には学生が介護福祉士として卒業できるよう協力を求める。学生Aの母親とも複数回の面談をした。
- 7 これらの貧困には、うつ病、統合失調症、自閉症を含む発達障害などの精神疾患を伴うケースもあり、親世代から続くこともある。ひきこもり、家出、パニック、リストカットなどの現実にも遭遇している。本稿ではとても記述しきれない。
- 8 実務経験3年、実務者研修450時間等によって国家試験受験資格を得る。介護福祉士登録者数のうち、国家試験合格者は87.3%、養成校卒業者は12.7%である。養成校卒業者の多くは若い世代である。前掲書（注1）、p.103。

ながら国家試験」という就職を「希望」する。だが、これは本当に「希望」だろうか。彼らの選択肢は、最初から限られている。

学生Bの高校時代の友人は、「介護福祉士なりたかったけど、やっぱ無理」、そう言って数ヶ月で現場を去った。わずか18年の人生経験しかない若者たちにとって、高齢者の介護現場はかなり難しい。こうして現場経験を経たものの、国家試験どころか、介護にネガティブな印象を抱いて転職する高卒者が生み出される。転職後、再び正規で雇用される割合はきわめて低い。Bの友人は今、介護とは無関係なアルバイトで生活している。

もちろん、「働きながら学ぶ」を業務の一環として取り入れている法人や施設もある。だが、介護の現場に就職を「希望」する高校生に、そうした情報が確実に伝わるわけではない。また、高校生も「自宅から近い」、「給料がいい」など目先の理由で就職先を選ぶ傾向にある。そのため「働きながら学ぶ」イメージもプランもないまま現場に行き、後は本人の努力に委ねられてしまう。

私たち養成校の教員は、介護現場への就職を急がないよう、高校進路指導部に願います。介護現場で働き続けるためには、わずか2年の課程であっても、知識と理論、技能と技術など専門的な裏付けが必要なことを痛感しているからである。もちろん、このことを理解してくれる高校教師は多い。学力に困難を抱えるからこそ、彼らの将来一学ぶこと、働くことの継続を考えれば当然である。それでも立ち足はかかる壁一貧困をどうすることもできない。

貧困と学力の相関関係が言われて久しい。介護福祉士養成校の全てではないものの、少なくない養成校が底辺校⁹といわれる高校の生徒を受け入れている。私の知るなかには、入学した生徒の約半数が中退してしまう高校もあった。高校の教師らも、生徒の家族まで視野に入れ、生活保護や各種手当などの福祉の支援、ハローワークの就労支

援などに奔走しなければならない現実を抱えている。

職業観の貧困と介護

学生Cは、介護に興味はなかったが、特にやりたいこともなく、将来を考えて資格の取れる本学に入学した—というより、母親が入学させた。Cの母親はヘルパーである。共働きだが生活は苦しく、介護福祉士の資格さえ取れば就職できることを知っていた。母親なりの愛情であると同時に、Cの学力と家計の状況から可能な選択は、2年分の学費で資格が取れる本学への進学だった¹⁰。

だが、Cが介護を主体的に学ぶ姿はなかった。そこにはヘルパーである母親の介護観が作用していた。「誰が好き^{この}好んで他人の下^{しも}の世話するねん。せんと生活できへんやろ」。介護の現場で働く当事者が、無意識のうちにも介護を見くだしている。むしろ、消極的ながらも本学で学ぶCは、「母さんのような考えで介護したらアカンと思う」とつぶやいた。

優秀な成績を修めた学生Dは、ある医療法人の介護職求人に応募した。その際、面接にあたった看護師に「介護より看護のほうがずっといい。お給料も身分も上だし、今から看護学校に行けば？」と言われ、介護福祉士として芽生えたばかりのプライドを傷つけられ面接を終えた。もちろん、「絶対、あそこには行かへん」とDは採用を断った。

医療も介護もそれぞれに固有の領域を持ち、限りなく連携を形成しながらアプローチの異なる支援で患者・利用者の基本的人権を実現しようとする。それにもかかわらず、日本の医療界の一部には介護を一段低く見る傾向が根強く残る。そして、介護職もいつのまにかそうしたヒエラルキーの下層に甘んじてしまう。

こうした現実にありながら、介護職を代表する介護福祉士の結集力は弱く、日本介護福祉士会へ

9 本学の場合、偏差値で言うと40弱レベルの指定校推薦が多い。多少とも偏差値の高い高校を訪問した際、「介護？ うちには関係ありません、進学校ですから」と門前払いされる経験もめずらしくない。

10 介護福祉士養成課程を有する大学のほとんどが私学60校(介護福祉士養成施設協会データ)で、国公立含む4年制大学、全708校(文部科学省基礎データ)の8.5%ほどである。

なお、国立大学は介護福祉士養成課程を設置しておらず、国として介護人材育成に取り組む姿勢が感じられない。

の加入率も4.1%（大阪2.6%）ほどである¹¹。この背景にも貧困が見える。介護福祉士会に加入しない理由の第一は「お金がかかる」、第二は「資格取得で満足」というものである¹²。介護職の量的拡大と質的充実は喫緊の課題だが、その牽引車となる介護福祉士会の努力もなかなか実らない。

そのようななか、介護職のキャリアアップを目指して、介護福祉士国家試験対策を業務にくみ入れる施設や介護福祉士会への入会を昇進の条件にする法人も現れた。

介護の現場が介護従事者を育て続けるという課題は、職場の学習会や伝達講習、個人任せの研修や学会に終わらせてはならない。職場の学び合う風土や労働条件とともに、介護従事者を育て続ける仕組みと機能を備えた組織の制度設計が欠かせない。規模の大小を問わず、介護を手がける法人のトップにそうした認識が問われる課題であり、現場が考える以上にきわめて重要な課題である。

介護の専門性を考える視座

さて、先述のように介護が一段低く見られる背景には、介護は「誰にでもできる」仕事として語られがちな世間の見方が作用する。果たして、「誰にでもできる」仕事だろうか。

たとえば、利用者の横に何時間も**座り**、利用者の断片的な話に**耳を傾ける**。しばらくすると、利用者は安心して自分を開示しはじめる…。**座る**ことも**耳を傾ける**ことも「誰にでもできる」**動作**ではあるが、利用者が自分を開示しはじめるに至る行為に、専門性を備えた介護の実践力がある。決して「誰にでもできる」行為ではない。2年間の

養成課程はこうした実践力の素地を鍛える。

だが、この実践力は介護福祉士にのみ求められる専門性でもないように思う。経験則から実践できる無資格者もいる。それでも、あえて介護の専門性を語るなら、こうした実践の法則性を理論として構築することに加え、介護に具現化された基本的人権を実現する行為を以て、より多くの人々に普及できる存在であり続ける力量だろう。その意味では、他の学問領域のように膨大な知識を駆使し確かな方法と深化した研究で語られる専門性とは、やや趣を異にするようである。

考えるまでもなく、私たちは寝がえりもできない状態で生まれ、人の支えに依存しながら成長する。やがて、老いともに歩くことも食べることも困難になり、寝返ることもなく呼吸を閉じる。この風景は、人類700万年の歴史の大半を占める原始の時代から今よりほんの少し前まで、人々の暮らしのなかに自然に存在した。戦後の日本は、この「生」と「死」の多くを医療のもとに置く。その必然性はあるにせよ、人類史的にみれば瞬間的な出来事である。今日迎えた高齢者の量的増大は、その「生」と「死」を再び地域へ、人々の暮らしのなかへ返そうと質的転換を促す。介護の専門性を考える視座には、この歴史的な時間軸¹³が欠かせない。

日本国憲法に基本的人権が明記されてから、まだ70年しか経っていない。「誰にでもできる」と言われる介護の仕事が、いつか基本的人権を尊重しあう「誰もがができる」行為一人々の自然な振舞いになる時代の到来を願う。

11 全国の介護福祉士登録者数は1,196,058人(公益社団法人社会福祉振興・試験センター)。日本介護福祉士会の会員数は49,692人。大阪の介護福祉士登録者数は95,199人、大阪介護福祉士会の会員数は2,498人である(いずれもHP情報公開から2014年度数値。2016.2.13閲覧)。

12 山内朱美他「介護福祉領域における職能団体についての意識—山口県美祿市介護福祉士へのアンケート調査から—」山口県介護福祉士会介護研究セミナー(2014、2015年)。本学卒業生も「お金がかかる」(大阪と日本介護福祉士会合わせて年会費6000円)と、加入を躊躇する。

13 ここでいう時間軸とは、身近な弱者に対して人類はどう対応した歴史を持つのか、今どのような到達段階を迎えているのか、史的唯物論的な長さを持つ時間軸である。

人類は健康が脅かされた時どう対応したか、その史的唯物論的展開として、日野秀逸『保健活動の歩み—人間・社会・健康』医学書院(1995年)を参考にされたい。

まとめにかえて

「介護をめぐる諸問題」は、直近で見れば、特養の待機52万人、介護職不足30万人、介護報酬引き上げ、介護職の賃金アップ、特養50万床増床など制度・政策上の課題が急がれる。

だが、特養が増えて「認知症の母が入所できました」は、家族の問題解決にはなっても、「認知症の母」本人の真意を尊重したと言い切れるだろうか。要介護になったとたん、利用者本人も家族も「施設入所」という選択肢の登場に押され、「最期まで自宅で暮らす」という当然の権利が、いつのまにか「希望」にすり替えられてしまう。

基本的人権を尊重する視点、実現する行為は、制度・政策を越えて、これからの社会の在りよう、暮らしの隅々で人と人が支えあう関係づくり¹⁴を私たち一人ひとりの課題として提起している。そこにまちづくり、地域づくりがあり、養成校も介護現場も地域で支えられる。

今年も卒業生が巣立った。彼らがこれから実践する基本的人権の尊重は、演説や文献に鎮座する難解な言葉とは違う。「敬語で話す」、「笑顔で接する」、「不安にさせない」などの行為となって、身寄りのない高齢者宅に足を運び、厄介払いのように入所してきた高齢者の支えとなる。

最後にもう一人紹介しておきたい。

ネグレクトを受けて育った学生Eは、強い自殺願望を持っていたが、卒業後はヘルパーとして元気に働いている。訪問先の高齢者宅で仕事をしながら、互いに身の上話をする。介護を要する高齢者の存在はEが仕事を続ける支えとなり、高齢者もまたEの訪問を心待ちにしている。おそらく、介護保険の範疇を越えてのかかわりであろうが、制度を越えて人と人がつながることも介護に備わる本質的な要素であるに違いない。

困難を抱える学生たちの姿は、介護という仕事に自らのケア(介護)を求める貧困の諸相であり、誰かとつながろうとする小さなエネルギーの発露でもある。

—付記—

本稿に登場した学生の事例は、個人が特定できないように加工しています。なお、「介護をめぐる諸問題」はあまりに多く、説明不足や議論の飛躍はご容赦ください。

末筆ながら、執筆にあたっては本学介護福祉学科教員にご協力をいただきました。紙面をお借りし、深く感謝申し上げます。

(かわぐち けいこ、大阪健康福祉短期大学教授)

14 購買生協では、組合員が生活する地域で人と人のつながりを意識的につくり始めている。その活動の広がりのひとつとして、2015年11月7日、生協しまね、コープぎふ、コープかがわ、コープいしかわを中心に「おたがいきさま4生協交流会」が開催された(くらしと協同の研究所)。詳細は、研究所および各HPを参照願いたい。

「地域包括ケア」—その前提

上林 茂暢

1. 国策としての「地域包括ケア」

「地域包括ケア」が国策として浮上し、近年の医療、福祉の諸施策はこれを軸に推進されている。職場の同僚、増子忠道が「寝たきり老人実態調査」を呼びかけた（1976）ことに触発されたこともあり、私たちは、比較的早くから、在宅ケアに関心をもってきた。病状は安定しても身のまわりのことが一人でできず、退院の難しい患者が増えていた。80床あまりの地域の小病院としては救急入院に対応するのが難しく、経験的に行われてきた定期往診を積極的に活用しはじめた。看護について外来の片手間では限界があり、専任化をはかった（1977）。これが当院での訪問診療、訪問看護の始まりである。

当初は、不安に思う患者や家族から、退院の説得を、「追い出される」と受けとめられたことも少なくなかった。しかしそのことが患者のQOLに予想外の効果をあげることもわかってきた。第二次大戦中、イギリスでベッドやスタッフ不足のため、日中、夜間苦しまぎれに患者を家に返した経験がNHSのナイト・ホスピタル、デイ・ホスピタルの誕生につながったのと似ている。

10cmをこえる大きくて深い仙骨部の褥瘡を見せられ、「どうしてこんなになるまで」と同居しているお嫁さんに怒りをぶつけたくもなったが、日中働きに出かけ、育児の合間をぬっての介護をみていれば、彼女だけを責めるわけにもいかなかった。そして在宅患者の処遇は、経済状態、居住条件、家族関係などにより、「天国と地獄」の差のあることを痛感させられてきた。

その惨状をなんとかしてほしいと願う人たちは、介護保険の登場（2000年）に大きな期待をよせた。今では、デイサービスへの高齢者の送迎や訪問入浴車を街で見かけるのも珍しくない。その点では、介護保険が在宅ケアの普及に役立ってきたのは確かだが、その内実にふみこむとさまざま

な問題をかかえている。何よりも、この15年あまり、ますます介護保険の使い勝手が悪くなっている点であろう。もっともらしく「地域包括ケア」を口にする前に、介護保険の総括が先決ではないのか。そんな思いで、職場のソーシャルワーカー、ケアマネジャー、若い医師と「地域包括ケア」について検討している。ここではその前提条件について考えてみたい。

2. 地域包括ケア病棟の役割とその担い手

「地域包括ケア」を具体化する重要な柱として、地域包括ケア病棟が2014年診療報酬で新設された。7：1看護病床削減が背景にあり、施設基準、看護基準、在宅復帰率、平均在院日数、診療報酬改定などをにらんだ経営的判断や、出発したばかりで手さぐりの部分もあり不明な点もみられるが、急性期病床からの受け入れ、在宅・生活復帰支援、在宅患者の急変時、医療依存の強いレスパイトなどが、その役割として想定されている¹⁾。

さらに2025年に団塊の世代が75才以上となり、死亡急増時代にはいり、とくに大都市での「死亡難民」が社会問題化するのを避けたいことが、「地域包括ケア」の浮上した背景にあげられている。

この点について、在宅死亡率の推移を調べた二木立氏は、次のように整理している²⁾。

①長年続いていた自宅死亡割合の低下は全国レベルでは2005・2006年に底をうち、その後は12%でいどで一進一退している ②子どもの同居割合が高い県ほど自宅死亡割合が高いといわれたその傾向も、現在は完全に消失 ③東京都区部では自宅死亡が急増しているが、その4割は孤独死の増加による ④大都市での自宅死亡割合の増加は在宅ケア（医療・介護）の拡充によるとされ、それを示唆する統計も少なくなかったが、孤独死の増加が大都市にも共通していることを考え、その寄

与は割り引いて考えなくてはならないかもしれない。

小泉内閣時代には「自宅等での死亡割合を4割に引き上げる」という数値目標が示された。診療報酬面で在宅の看取りを促進する施策もとられてきた。人生の最期をどこで迎えるかは、病状にもより、その人の希望で選択できるのが基本であろう。そのことを前提にしても、介護保険の施行後も自宅での死亡割合が増えなかった事実は、家での看取りを選ぶほどに在宅ケアの拡充が進まなかったことを物語っているのではない。

さらに、二木氏は次の点も指摘している³⁾。①厚生労働省は自宅での死亡割合の増加は想定していない ②老人施設（特別養護老人ホーム・老人保健施設）とならんで看取りに病院を組み込む方針に転換した⁴⁾。従って、地域包括ケア病棟に終末期ケアがかなり期待されていることになろう。

以前より、全日本病院協会、四病院団体協議会は、自らの病院の存在意義を、それぞれ「地域一般病棟」、「地域医療・介護支援病院」と位置づけていた。地域包括ケア病棟はこれらに近いといえよう。

技術システムとしてみれば、一方で診療所（一次医療・プライマリケア）をバックアップし、特殊専門分化した三次医療との連携をはかり、地域の医療をなう二次病院（地域密着型の中小病院、概ね200床未満）に相当するものであろう。とうぜん高齢化の進行にともない介護や福祉の比重がたかまり、これを視野に入れた連携が求められてきた。成人病における「働きながらの療養支援」に続いて「住み慣れた地域でその人らしく生きていく」ことへの支援も使命として加わる。患者にとっては、日常頻度の多い疾病なら急性期治療（増悪時・レスパイトをふくめ）から、リハビリテーション、看護、介護を一体的にすすめ、外来診療、訪問診療につなげていければメリットも大きい。そうすれば文字どおり、地域包括ケア病棟が地域の医療、福祉、介護のバックアップセンターとしての役割をはたしうるのであろう。

問題は、現実には、地域包括ケア病棟がこのような医療と介護、福祉の連結の要として期待されているとして、そのための条件が整備されているかどうか。終末期ケアとの関連で、「地域包括ケ

ア研究会報告書」では、「居宅ケアの限界点を高める」といわれている。在宅ケアを活用し、住み慣れた居宅で過ごす期間をできるだけ延ばし、その結果、終末期あるいはそれよりももう少し長い期間の病院や施設への入院・入所の率と期間をできるだけ抑制することをめざすといわれる⁴⁾。だがそれを可能にするのに、少なくとも二つの前提が必要となる。

一つは、地域包括ケア病棟を退院した後の受け皿となる地域での生活支援サービスの質と量をどう補強するのか。生活支援サービスの後退につぐ後退の介護保険の15年ではなかったのか。資力があればともかく、自分の生活も犠牲にして介護している家族、疲弊寸前の職員がサービスの持ち出し、本人にがまんを強いるなかで在宅生活をしのいできた。この現状の改善もない状況で、どうやって限界点が高められるのか。

第二は、今の医学教育でその担い手が育つのかどうか。地域包括ケア病棟で扱うのは、慢性疾患の比重が大きい。入院してくるときは急性期（増悪をふくめ）で、的確な診断、治療が必要なのはいうまでもない。だが、それだけにとどまらず、入院前どんな生活を送ってきたのか、どんな場に帰るのか、移るのか、家族関係、地域で可能なサービスのレベルなどを考慮に入れることを必要とされる。治療にしても、生命的予後と生活の質のバランスをどうとるか。高齢者によりあゆんだ人生も生活も千差万別。大事にしてきた生き方、意思をくみとる想像力も要求されよう。これらは何も高齢者の診療にかぎらないが、老いや疾病、障害により生活面のハンディを多かれ少なかれかかえているだけに、ゆるがせにできない。

これに対処できる力量をいかに身につけるか。求められる技術とは何か。これまで救急、急性疾患、入院医療をベースに蓄積されてきた技術を基礎に、どのように日常の外来や往診を展開していけばいいのか。外来や往診の技術的、社会的特性は何か。類書も少ないなかで、このような問題意識で自分たちの実践を整理したのが『今日の外来診療』である⁵⁾。出版記念会で、日野原重明氏は、「日本の医学教育は入院を基礎にしてきたが、外来診療を中心に転換すべきだ」と強調されたのを鮮明に記憶している。地域包括ケア病棟が現実

必要とされる現在、卒後の臨床研修にはこのような視角が欠かせまい。

かつての専門医制に偏重した卒後の臨床研修では、専門医になるための基礎研修としてはともかく、プライマリケアの担い手は育たない。専門が少し違うと患者を診られず、救急車のたらいまわしが社会問題となり、厚生労働省も臨床研修の改革に踏みきった。ハード中心の認定基準をあらため、プライマリケアを日常的に行なっている中小の地域病院の参加を求めた。ただその折角の試みも、卒後臨床研修の必須化（第四次医療法改正2001）の頃から、逆行している。そのなかで、総合診療科を推進する動きもみられ、専門科として認められるようになった。だがそれも病棟診療（ホスピタリスト）の枠内にとどまり、主戦場たる外来診療、訪問診療は射程に入っていないかのようである。

2004年、シェフィールドに滞在した際、イギリスの一般診療をいくつか見学した。その一人、家庭医学の教授（世界家庭医学会理事、「家庭医学」の編集に従事）の診療は、NHSの小さなクリニックだった。週3単位（夜間1単位を含む）、十数年診療を続けていると聞き、発言の基礎の深さの違いを感じないわけにはいかなかった。

地域包括ケアの展開において地域包括ケア病棟の役割が大きくなるとすれば、今の卒後臨床研修でその担い手が育てられるのかどうか。今のところ病院幹部が陣頭にたち地域包括ケア病棟の運営にあたっているところが少なくないが、いずれ本格化した段階では、人材面からのネックが表面化してこよう。

3. 医療・社会保障費抑制先行の病院再編—財政危機のなかで

地域包括ケアは、2015年に医療提供体制改革の焦点として登場した「地域医療構想」、病院再編と連動している⁶⁾。しかし医療提供体制改革といいつつ、病床数をいかに削減するかが前面に出た議論で終始している。

ほんらい、疾病構造、技術水準などをもとに高度急性期、急性期、回復期、慢性期の病床が都道府県単位にどれくらい必要か、その客観的計算は、

それほど面倒なことではあるまい。問題は、どのような技術内容をもち、資本主義の体制下で、他産業とおなじく民間活力に依存してきた集積、ツケを、社会的にどう調整していくかであろう。

そのためにも技術構造、住民のニーズをもとにいかなる技術システムをつくるかが先行しなくてはなるまい。たしかに個々の医療技術の進歩には目をみはるようなものが見られるものの、断片化され、全体として首をかしげたくなる、不満、不信をまねいている医療の現状をどうするか、システムとしてどのように変えていくかの議論が先決であろう。

これまで診療報酬の評価にたんてきにもみられるように、医療技術のなかで、薬、検査など有形の技術が偏重され、看護など無形の技術が軽視されてきた。生命の予後にかかわり、目にみえやすいこともあり、急性期医療、治療技術に偏し、慢性期はあとまわしにされてきた。しかも医療資源投下の絶対的不足のもとでは、ゼロサムゲームとなり、その歪みが拡大されてくる。

その結果、急性期医療において、医療の専門分化の進行とあいまって、技術の断片化がすすむ。断片化の進行は看護にも及び、診療介助的な役割が偏重され、看護技術の本質部分ともいべき生活支援が軽視されてしまう。IT化はこの動きを加速する。患者になってみれば、その非人間性を思い知らされるにちがいない。高名な大学病院、大病院でもこのような事例が珍しくないだけに、事態は深刻であろう。

診断・治療にとりたてて特殊、高度な手段を要しない高齢者医療では、偏りのもたらす弊害がいつそう大きくなる。強い社会的要請をうけた形で在宅ケアの推進を謳った介護保険の登場こそ、狭義の医療技術と生活支援の技術との関連を問い直すいい機会だったはずである。食、排泄、入浴、居住、移動といった生活の側から疾病を多角的、総合的にとらえなおすことで、医療技術の内容を深め、豊かにしていくことができたはずであろう。

ところがこれらは家庭の主婦、素人でもできると軽視し、それが治療の基盤になっている側面を見ようとしなかった。くわえて、介護保険に老人医療費の肩代わりをさせようという政策的な出自に制約され、その削減のみがはかられてきた。そ

の結果が、在宅、施設を問わず、サービス低下をもたらしたと云って過言ではない。重介護者は、財力と家族の犠牲的介護をぬきにしては在宅生活がなりたらず、さほど質のいいとは思えない特別養護老人ホームは数年の待機をよぎなくされた。介護保険の普及とともに介護保険費が増大するなかで、一人あたりのコストは大きくなくても数の多い軽介護者が、費用削減の次のターゲットとされる。生活支援のサービスに制限が加えられ、サービスを受けるには、障害が重くなるのを待たねばならない馬鹿げたシステムと変じてしまった。

しかも、安倍内閣の「骨太方針2015」（「経済財政運営と改革の基本方針2015」）で、小泉政権らしい9年ぶりに社会保障費削減目標を明記した。小泉政権の「骨太の方針2006」（経済財政運営と構造改革に関する基本方針2006）により、医療、介護の現場に荒廃を招いたのは記憶に新しいが、今回はその規模を上まわるといふ⁷⁾。

これまで家族に依存せざるをえなかったのに、自助、互助がいつそう強調されることになる。

公的インフラの整備の不足、後退は、インフォーマルの支援で埋め合わせることが求められている。これが「地域包括ケア」の本質だとすれば、すべての惨状の根源はここにあるとあってよい。さらに、一方で、若年層の40%にも及ぶ非正規雇用の増大は、「下流老人」予備軍をもたらすのは目に見えている⁸⁾。事態はいつそう深刻なものとなることが予想される。

「地域包括ケア」の意義を理解し現場で奔走している人がいるのは確かだし、共感もできる。しかし公的基盤を整備しないで、その存在に期待をかけるだけで事態を乗りこえられるわけがない。徒花的に美談がうまれても、普遍化の条件を欠いている。むしろこれらのエネルギーが枯渇しない間に、本格的なシステムの再構築をはかることであろう。そのためにも、医療技術と生活支援の技術の関連を明らかにし、それに即したシステム、必要な医療・社会保障費を確保していく要求が、「地域包括ケア」のさしせまった課題といわざるをえない。

今日、わが国では、税収が国債発行額を下まわ

る状況が続き、巨大な財政赤字をかかえこんでいる。そのなかで、以上のような主張は無理だと思われるかもしれない。だが、高度経済成長をささえてきた財政・金融のシステム、大蔵省（財務省）の統制が、先進国のなかでダントツの社会保障費、生活基盤関連の支出のレベルの低さをもたらしてきた面をみないわけにいかない⁹⁾。また地方財政を国家財政の調整弁として使ってきたことが、今日の「地方崩壊」にもつながっている。その点では、「土建国家」を、ムダなハコモノをつくってきたという理解にとどめないで、その構造、メカニズムにまで目をむけていかななくてはなるまい。

もはやこの方式の破綻がはっきりした今日、財政を自分たちのものにとりもどし、財政民主化の闘いに結びつけていけるかどうか。これこそ、「地域包括ケア」実現の基本的な条件といえよう。

註

- 1) 特集「地域包括ケア病棟は医療を変えるか」『病院』74巻1号2015年1月号 pp.17—67
- 2) 二木立『安倍政権の医療・社会保障改革』勁草書房2014年 pp.124—125
- 3) 二木立『地域包括ケアと地域医療連携』勁草書房2015年 p.8
- 4) 前掲3) p.8—9
- 5) 上林茂暢、三浦聡雄、高見茂人、宮崎康、松山公彦、川上武編『今日の外来診療』医学書院1989年
- 6) 二木立「地域包括ケアシステムと地域医療構想との関係をどう考えるか?」『日本医事新報』No.4768 2015.9.12、p.15
- 7) 前掲3) pp.131—135
- 8) 藤田孝典『下流老人——億老後崩壊の衝撃』朝日新書2015年
- 9) 例えば、井手英策『財政赤字の震源—寛容な社会の条件を考える』有斐閣2012年、井手英策『経済の時代の終焉』（シリーズ現代経済の展望）岩波書店2015年から示唆を受けることが多かった。

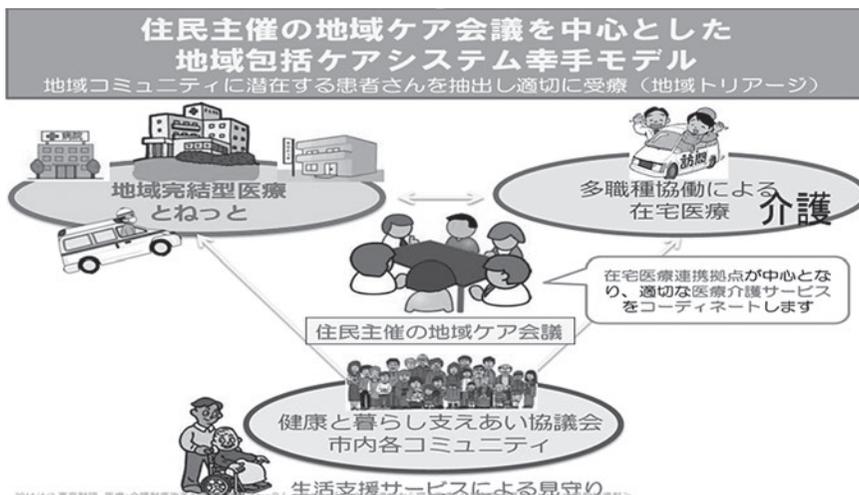
(かんばやし しげのぶ、柳原病院在宅診療部)

山口県にみる地域包括ケア・システム構築の現況—断片的に

野田 浩夫

地域包括ケア・システムの先進例として、埼玉県幸手市・杉戸町の人口約10万人の地域で展開されている「幸手モデル」が全国から注目されている。その模様は中野智紀医師（東埼玉総合病院）やコミュニティ喫茶「ぷリズム」経営者小泉圭司

さん（コミュニティ・デザイナー）の活発な発信から知ることができる。中野医師から提供された資料によると「幸手モデル」とは以下のような図のようなものである。



出典：中野智紀氏提供資料

「幸手モデル」の特徴は3点に集約できる。

- ①「とねっと」と呼ばれるITを活用した地域の診療・健康情報共有システムが実用的・効果的に稼働している。
- ②人口10万人の地域に30箇所近くもの「暮らしの保健室」が展開されている。これはさまざまなコミュニティ・デザイナーが手上げて主宰し、地域ケア拠点からコミュニティ・ナースが巡回派遣されるというものである。
- ③「暮らしの保健室」にアクセスできない人のニーズを発見するため、住民の自主的組織「健康と暮らし支えあい協議会」による地域診断活動（アセスメント調査）が不断に行われている。

今回はこのモデルと比較しながら私の住む山口県や宇部市の地域包括ケア・システムの現況を粗略く描いてみたい。

1. 地域医療・健康情報ネットワーク

全国ではおそらく100箇所以上で地域医療情報ネットワークが構築されていると思えるが、山口県宇部・山陽小野田・美祢地域にも「さんさんネット」が存在する。

そこで「さんさんネット」と「とねっと」を比

表 さんさんネット(山口)ととねっと(埼玉)の比較

	さんさんネット(山口)	とねっと(埼玉)
参加者	公開・閲覧医療機関、行政(退院情報連絡票のみ)	公開・閲覧医療機関、検査センター、行政、市民
システム提供	富士通 地域ネットワーク型	NTT データ クラウド型
患者同意法	医療機関ごとの同意書提出	行政窓口で同意書を提出して地域共通IDカード発行。その後はカード提示で情報共有可能となる
救急隊との連携	なし	カード提示で診療情報参照可能になる
患者の閲覧	なし	健康管理目標にスマホやPCで可能
行政との関わり	公開急性期病院からの退院情報連絡票を行政の保健師が取得	地域共通IDカードを行政が発行
閲覧できる検査データの範囲	公開急性期病院における検査データ	地域の全検査センターのデータの閲覧可能

較する表を作成した。

さんさんネットは、参加の医療機関ごとに患者の同意を書面で取得し、急性期大病院3箇所からなる公開病院において連絡を受けて公開設定を行わない、参加医療機関にIDを通知するという方法である。公開病院の診療時間外には公開設定を行う職員がいないため、参加医療機関における新患は、たとえ同意を取り付けても公開病院の情報閲覧ができない。

ここが、IDカード1枚を参加医療機関や救急車に提示すれば24時間利用可能な「とねっと」に劣るところで、ほとんど利用実績がないという実態につながっている。

「とねっと」の場合、患者自身も地域統一IDを知っているのですスマホで受診前に自分の検査結果を知ることができ、短い診察時間を有効活用できるという利点がある。

またカードさえ所持していれば救急車の搬入先の選択や、これがとても重要だと思いが災害時の避難所での発病時にも利用できるという利点がある。

「さんさんネット」のような利用しにくいシステムの改善が急がれると思っていたところ、2月に発表された山口県予算案では、健康福祉部関連では特養広域型2箇所・地域密着型24箇所建設に13億円強とされているのをのぞけば、「新地域医

療介護連携情報システム整備事業」として、群を抜いて高額の3億1千万円弱が提示されていた。宇部・山陽小野田・美祢地域とあと2箇所が対象である。

市民参加を貫いてシステムが構築されなければ、個人情報の保護や現場での活用は実現できないと思えるが、まだ私の所属する病院・診療所への情報提供もない段階である。

2. 「暮らしの保健室」

「暮らしの保健室」は東京都新宿区で秋山正子さんが主宰している常設型のものが有名だが、「幸手モデル」では月1回開催の巡回型のものがほぼ人口4000人に1箇所の割合で開かれ、地域の「健康と暮らし支えあい協議会」と協力し合っている。「暮らしの保健室」を主宰するコミュニティ・デザイナーは、喫茶店経営者や寺院住職など多様である。

ひるがえって山口県宇部市では住民の自主的な活動で行政からの助成金がある「ご近所福祉」15箇所が活動しているが、医療・介護・心理・生活の相談を掲げているものはない。

そこで行政は今後の計画として複数の「まちかど保健室」を構想しているというが、主宰者の募集など具体的な計画の見通しは明らかでない。

医療生活協同組合の複数の支部は宇部市内にたまり場を自ら確保しており、「まちかど保健室」主宰者の良い候補者だと思えるが、これに対しても何らかの情報提供があった気配はない。

医療生協の支部も行政からの働きかけの如何にかかわらず、自らその構想を持つべき時期だと思えるが、構成員の高齢化によりその動きはない。

行政も住民も低調というべき状況をどう打開するかが今後の課題になっている。

3. 地域診断

人口17万人の宇部市には32人の保健師（人口5千人に1人）が雇用されているが、そのうち10人程度が事務系の地域支援員と2人1組となって地域を巡回する地域診断を開始した。

その最初の試みとして5小学校区からなる人口3万人程度の「圏域」をモデル事業として行った地域診断では、次のような課題が発見された。

- 事業者による介護予防が少ない
- 買い物できる場所が少なく、買い物支援の必要がある
- 老人クラブの活動は活発だが、自治会単位での活動は少ない
- ある地域は介護度が格別高い
- 交流行事は多いが、常設の交流場所がない
- 駅、バス停が遠く移動の支援が必要
- 高齢化率が極めて高い地域は、一人暮らしの人も多い
- マンションが多い地域では他地域から移り住んできた高齢者が多く、地域との交流が少ない

介護度が特別高いとされた地域は歴史的に貧困な地域であり、その地域に要介護度が高い人が目

立つという認識は、人が要介護状態になるにあたっての社会的決定要因の存在を示唆していて特に重要な視点だと思える。

また、身近な商店の消失で高齢者にとっての買い物困難地域・フードデザート（食の砂漠）が出現していること、公共交通へのアクセスにも不公平があること、老朽マンションに住む高齢者が孤立していることも気づかれている。

これらのことは全戸訪問型の地域診断の重要性を示すことでもあり、今後の地域包括ケアを構想していく上での基本的な資料になるはずである。より多数の保健師が市に雇用され、地域診断がモデル事業のみに終わらず、全市的に継続的に行われるようにしなければならない。

しかし、この活動を「幸手モデル」における地域診断と比べてみると、重大な弱点が浮かび上がる。

なにより、地域診断の結果が住民にフィードバックされていないことである。したがって、住民がこれらの課題を自らのものとして自覚することがない。フィードバックすべき住民組織がないということが原因かもしれない。そういう住民組織がなければ、「幸手モデル」のように住民自らが地域診断を行うということにならないのは当然である。

「幸手モデル」の場合、住民組織にとって「暮らしの保健室」と地域診断が活動の両輪となっている。

ここにある大きな差は、地域包括ケア・システムの形成を、もっぱら医療・介護の一体化と捉え住民の活動をその補完物とするのか、あるいは住民によるコミュニティ形成そのものとするのかという根本的な姿勢の差であると思える。

（のだ ひろお、研究所理事・全日本民医連副会長）

19世紀欧州庶民銀行発生に係わる諸問題について

平石 裕一

[編集部前書き：平石論文は、19世紀半ば以降のヨーロッパにおける庶民銀行（people's banks）の発生がなぜ起きたのかという基本的な問題意識が背景にある。それはブルジョア的の生産手段の所有、いわゆる私的の対抗軸として、どのような労働経済の形態を模索するのかという19世紀に新たに発生した状況である。1847年にマルクスのブルドン批判、下って1875年のドイツ労働者党綱領「ゴータ綱領」批判に見られるようなラッサール批判において、庶民銀行、協同組合そして労働形態、および政治闘争を巡る重要な論争があった。協同組合は勤労者労働者の役にたつのか、国家が労働者協同組合を作るのがいいのか。マルクスは協同組合が自主的に作られなければならないと、ラッサールを批判した。資本や金融は労働者階級には無縁あるいは敵対するものだと見なされる場合も多い。しかし、19世紀における労働経済運動あるいは労働者解放の運動において、労働形態および生産手段の所有の問題に関して新しい考えと運動の展開が試みられ、議論も盛んであった。協同組合運動は、産業革命後の資本主義の発展に付随して、労働組合運動とともに発生した。労働者や職人たちによる生産協同組合、農民による農業協同組合、人々の生活保障のための共済組合（互助組合）や消費組合、そして生産商業活動に関わる信用組合（庶民銀行など）である。ヨーロッパにおいて19世紀の新しい協同組合運動は、資本主義の発展とともに、国民国家、植民地帝国主義国家の展開とともに複雑な過程をとった。日本においても1900年の産業組合法（信用組合など）の成立とともに、多少なりとも似たような過程をたどった。現在、いわゆる信用協同組合運動は、日本のみならず、世界においても伝統的な農協、信用金庫、信用組合、労金と呼ばれる分野だけでなく、市民バンクや社会的連帯金融などと、新しい展開を見せている。平石論文は、ヨーロッパに

おける庶民銀行の成立が、労働者による自主的な新しい労働組織の設立および労働者勤労者の福祉保障と密接につながっていたことを示すものである。また、この論文は、協同金融専門家むけの報告を、本誌掲載用に短くまとめたものである。字数の都合上、資料等を割愛したが、編集部で預かっている]

1. はじめに

19世紀欧州庶民銀行発生に係わる論文研究の主たるものとしては、H.W. ウォルフ『国民銀行論』（People's Banks, 1893）が著名であるが、近年の東信協研究センター編、高島浩訳解説『シュルツェの庶民銀行論』（1993）、最近の長谷川勉『協同組織金融の形成と動態』（2000）、農林中金総合研究所、斉藤・重頭共著『欧州の協同組合銀行』（2010）がある。

私の小論は、「イギリス女王陛下欧州視察団報告」（1867）、「同駐在員事務所報告」（1886）および、イタリアのルイジ・ルツァッチ「信用の普及と庶民銀行」（1864）、堺憲一「イタリア農業協同組合連盟の成立過程に関する一考察」（1981）等に依拠したものである。

2. イギリスによる報告書について

「イギリス女王陛下欧州視察団報告」（1867）は、大英帝国の資本がより収益性あるような事業によって、できるだけ対抗するためどうすべきか、比較的先進的な商工業企業を持つイギリスはいまや海外諸国のそれと活発な競争にさらされており、それは日増しに比重を増している、という問題意識の下に、5項目の調査を、フランス、プロシア、ベルギーの公使等に要請した結果のものである。

5項目とは、次のようなものであった。すなわち、

「①最近貴国の天然資源や産業が発展において、きわめて進歩したのはどんな事情があったのか？

②その国の輸出業、特にイギリスとの貿易でどんな結果が生じているか？ ③そのような増大する製造活動の効果は賃金や消費主要物品価格に何をもたらしたか？ 増加する労働需要を満たすのに困難はあるか？ ④その国の家内工業及び製造業において賃金に影響する目的で労働組合の性質を持つ働く階級の間の結合が増加しているか？そのような結合は政治的関心ある事態を含んでいるような展開に至っているか？ それらに対して彼らの存在や機能を規制する法的規則はあるか？

⑤その国においては労働者階級の間で協同組合はかなりの広がりがあるか？ それはそれらの間のみ協同行為が見られるのか、それとも雇用者との結合においてか？ また協同行為の原則の結果、そのシステムは広がり傾向を持つか？」

1886年版報告書では、調査質問事項は次のようなものであった。すなわち、

「①どの位の範囲で産業的協同組合店舗が勤労者の間にどんな基盤の上に確立されているか？

② (a) 協同の事業は勤労者の結社によってか雇用者と被雇用者の間のアレンジによって確立されているか？ (b) それらは商業的に成功しているか、それらはストライキや他の紛争を非常によく防いでいるか？ (c) 利益は通常その事業においてどんな風にどんな形で分配されているか？

③成功している協同組合もしくは庶民銀行はあるか？ そしてそれらの活動モデルはどんなか？

④自助ベースで勤労者のため社会的教育的雇用の施策を供給している協同組合の例と詳細がわかるか？ ⑤職人や労働者達に改良住宅を供給している協同組合はあるか？ どんなシステムを行っているか、それは成功しているか？ ⑥農業において何らかの成功を収めている郷土事業はあるか？ ⑦海運、漁業など既に述べた以外の産業において協同組合的の事業をしている詳細を教えよ。」

ウォルフは『国民銀行論』の緒論でこの調査報告の不正確さを非難しているが、大使館員による調査では仕方ない面もあるだろうが、十分注目に値する実情を先進的に明らかにした貴重な文献である

と私には思われる。

3. ベルギーの庶民銀行の設立

当時の欧州諸国の経済事情については、フランスは革命勃発時の輸出額は恐らく英国を凌駕していたが、革命によって外国貿易は激減し、資本は熟練工と共に海外に逃避してしまった。オランダは産業革命に活躍するだけの資源を持たず、ドイツは地方分権的な政治形態が事業の発達を不利にしていた。ただベルギー一国だけが欧州大陸でもっとも早く英国の繁栄に追従できた(小松芳香、『英国産業革命史』1953)。

当時ベルギーは、人口450万の立憲君主国で、ヨーロッパ諸国の中では、イギリスとベルギーのみが1848年のブルジョア革命の嵐を無事に乗り越えることが出来た。共和制への要求勢力は、民主主義的ないし社会主義的の旗をブリュッセルに掲げようとした。しかし、自由党の首相は、財産に基づく選挙制度の緩和により低所得層への投票権の拡大、行政制度と公的教育の改革などを図った。1848年6月に、市民のイニシャチブで、信用組合が設立された。

こうして労働者の貯金は慎重な業務を通じて商業と工業を促進する膨大な資本を形成し、労働者の貯金はその産業上の活動を促進し、職人・労働者の福利を増進させることになることとされた。1849年には組合員218人が、1863年には2,111人に増加した。

以下、この信用組合の定款の説明は、ルツァッチの資料に基づく。

弁済能力の評価は入会時の次の方法による。

1) 公衆の評判による 2) 不動産抵当による 3) 個人保証或いは連帯債務者の保証による 4) 国債への醸金、抵当貸付譲渡権もしくは所有権、あるいは経営協議会によって金利が固定されている現金預金による 5) 入会審議会によって換金可能と認められる動不動産を担保として(第3条)。

このような保証の多様性によって真に民主主義的なこの会への入会が総ての人々に開かれたのである。入会希望者は協議会に一定希望融資額を申し込む、その際入会時に融資希望額の5% (第5

条と第6条)預け入れねばならない。流通資本は組合員のこうした拠出金によって構成される。各組合員は認められた融資と同額の割合で組合の損失と利益に参加する(第6条)。そのため、すべての組合員は役員会により決定された形式により、債務を引き受けることとなる。債務の総額は組合が保証する資本を構成するから、各組合員は株式会社のようにただ個人の出資額まで責任を負えばよいのである。そしていうまでもなく、5%の拠出金は債務総額から差し引かれる。為替手形か約束手形を振り出し、組合員は全額或いは一部を自由に利用できる(第7条)。だが、1854年の規程によると実際に給付された額に対する拘束預金は入会時に認められた給付総額の5%までに達した時は、拠出した拘束預金は五分の一に減少される。3ヶ月の契約期間のうち最初の2ヶ月以内に於いては、役員会に通告して退会することは可能である。しかし退会したものも、その契約期間が終わるまで退会以前の組合の債務を保証しなければならない(第9条)。そして退会から6ヶ月過ぎなければ拠出した全額を引き出すことは出来ない(第6条)。

上記のように、組合に対する組合員の権利はつぎの3つの要素から成り立つ。

- 1) 入会時に拠出した5%の掛け金
- 2) 実際に給付された金額の3分の1ないし4分の1の天引きされた拘束預金
- 3) 管理費を差し引いた組合の営業活動からえられた純利益から生じる恩恵

利益に参加するとともに、組合員は組合の損失も埋め合わせなければならない。だから、損失が生じた場合に組合員は直ちに比例した金額を共同の基金に振り込む(第12条)。役員会と入会審査会が組合の経営を分担している。前者は組合の管理を営み、割引利率を決定するとともにさまざまな業務を遂行する。後者は役員会により指名された入会希望者の弁済能力を無記名投票で評価する。総会では役員会の指名や共通の事項について審議するが、すべての組合員は各自の融資限度額の大小に関わらず一人一票の投票権をもつ(第32条)。

さてこのように、この会社の組織を理解したうえで、若干の特徴点に注目したい。

組合員は組合で当座預金口座を開設し、それを通じて自由に処置できる金額を預ける。事実1863年に1023当座預金口座が存在し、その預金残高は3,058,572フランに達していた。つまり一口座あたりほぼ平均3,000フランに達している。それゆえ組合員は2つの範疇に区別できる。第一は認められた給付を利用するものである。第二はその給付を利用せず、または組合の金庫に遊金を預けているものである。こうして、遊金を持っているものはその資金を求めているものの割引を容易にする。流動性資金が増大し業務も数倍になり結局残高表に現れる純益も増大する。」

このブリュッセルの庶民銀行については、ウォルフ『国民銀行論』も取り上げている。

「この組織は農業及び真の貧民に利益を与えんが為にあらずして、小商人小製造家の用を成さんがために意図せられたるものなり。雑然として集まりたる無数の組合員が、わずか20フランもしくは10フランの払い込みをなすに過ぎざるに、その株券は彼をして信用の200フランに価する効力を有せしむ。故に組合はその手形面に記名してこれに対する責任を負担するものなり。勿論組合はその組合員の怠慢あるにあたりては相当の救治策を講じ、必要の場合には、株金の全額を徴収するを得べし。されど局外の人にありては、すべてこれらの事情知らざるをもって、組合の手形を買い、その支払いを組合に請求しうるものとせり。」と述べている。ただし、リエージュ地域の庶民銀行はシュルツェの教えを極めて忠実に守り、全債務保証責任制で維持されてきたとウォルフは強調している。

1886年のイギリス報告書では、1864年誕生のリエージュの庶民銀行が成功したとして、「わずか67名の組合員でスタートしてから、11年間で2,000名の組合員になり、1,400万フランを前貸をし、6,500フランが損失となっただけである。この11年の間に10万6,000フラン配当でき、19,000フランが内部留保された。」「協同組合資本は①入会金手数料、②組合員出資金(200フランの持分を一括払いまたは月々2フランあるいは週50セントの分割払い)、③組合員の貯蓄金、④外部一般からの投資、⑤協同組合銀行自体のローン、などにより構成される。」

なおフランスにおいては1836年M・ルクレールによってつくられた相互援助会について、彼は当初塗装請負業者として仕事場を持っていて、その事業純益の25%を投じて相互援助会を設立、病気や年金のみならず自身の事業資本も生み出すことを意図していたという。その他としては、1866年から「勤労信用」(credit au travail)の事例がいくつかあげられている。また1857年にヴィセンヌの森で相互貸付クラブ、後の“la société mere”というものが少数の勤労者によって、さらに翌年には親方達により作られたという。

1831年リヨンで貸付金庫が職工長に道具を担保に信用供与したが、職工長はその道具を使用し続け、「相互援助会が名誉貸付と信用銀行の提携により、時として労働者が道具・原料の借入れをする時、利子つき貸付をする方法も良いし、フランスの相互援助会が庶民銀行を作りつつある」とルツァッチは述べている。

4. 国家の庇護・管理の有用性をめぐって

シュルツェやルツァッチの庶民銀行のあり方としての自立自助の主張は、ラッサールなどの国の主導性一支援庇護や管理の必要性一を強く主張したのと対立していたことはよく知られているが、実践上や経験上からそれはどの程度認識・確信されていたのだろうか。以下フランスの失敗例から見てみたい。

シュルツェの「ドイツ手工業者及び労働者のための組合読本(『庶民銀行論』)」によると、「フランス革命政府の思想はついに物事の具体的解決や所与の状況との関連付けに至らず、いたずらに政治的昂揚への合言葉を待望するばかりであった。彼等は政治的昂揚によってのみ希望や願望が実現されると期待していた。それらは実際に起こり、1848年市民革命の勝利を実現した。」「政府は労働者協同組合に300万フランの総信用を与えて鼓舞しようとしたが、全額をこの目的に支出したとは言えず、現在活況を呈している多くの組合の役に立ったということは全くなかった。政府のこの信用供与には希望が殺到し、全体としては有益ではなく有害であった。というのは、それは外的動機

によって運動を人為的に強化するものであったから、自身による内発的な展開という点では寧ろ妨害になったのである。」

また、イギリス1886年報告によれば、フランスにおいて、1848年7月5日の法令で、「国会は契約の自由を損なわないで協同組合の精神を振興する希望を持って、300万フランの信用が農商務省によって、勤労者の間や親方と勤労者の間で形成された協同組合へ分配されることとした。国の財政援助で協同組合を開設することになった。第1年目で500件受け付けられた。投下された300万フランの10倍となったが、充分といえなかった。委員会の困難は善良な協同組合と単におこぼれを得ようとしてつくられたものの間の識別の大変さだった。金額は、1849年までは294万9,500フラン、そのうち91万4,500フランは32のパリの協同組合に与えられ、203万5,000フランは地方の29組合に与えられた。1851年、つまり2年後であるが、援助された組合のうち18が倒産し、12以上が短命であった。国による貸付の半分が失われた。」

ルツァッチによると、1850年2月にフランス政府は、あらゆる県の、町村では、町長もしくは村長、司祭などからなる地方的委員会を設け、3.65%の利子をつけて、500フランを預金した者が協同組合銀行の創設者になるように試みたが、結局計画は失敗した。またフランス政府は、「割引銀行」を作ったが、此の再割引制度というのは、一つの裏書しかない手形は「保証銀行」(sottobanchi di garanzia)が商品、有価証券、株などの担保に対して裏書し、それを得た上で「割引銀行」が3番目の裏書を加えることによって国立フランス銀行の手形割引を可能にさせようとしたが、ルツァッチはこの機能の複雑性のゆえに誤りはあきらかであると指摘している。

これらの事例から国家による協同組合に対する家父長的な関与が否定的な実例教訓となったのではあるまいか。

5. 庶民銀行は中所得層のためか、低所得層のためか

ウォルフの『国民銀行論』では、イタリアのミラノの庶民銀行に関して、新加入者は10ヶ月以内

に株券の値として50リラ、入会料として25リラを納めろとなっているので、これでは貧民労働者が入会できない、と批判している。

しかし、ミラノ庶民銀行の誕生年次1865年の定款原文によれば（ミラノ庶民銀行百年記念史—ミラノ庶民銀行刊イタリア文より。2011筆者訳）、「第8条 組合員は以下の義務がある。a, 初めの年に4リラと定められている入会手数料を支払うこと 4リラは銀行への入会の印として最低1リラを支払い、他の3リラは最初の3ヶ月の間に支払うこと、b, 出資を50リラ最低支払うのは、最低1リラを下回ることなく毎月続けて支払うこと、c, 組合から引き受けたすべての義務を持つ、署名された出資証券を最後まで責任を持つ。」とある。

比較すると、ウォルフの引用文では、この4リラがなぜか25リラとなっている。おそらく、イタリア語 quattro (4) と英語の quarter (25) と錯誤したものと思われる。

ミラノ庶民銀行では入会手数料4リラ、毎月1リラを50ヶ月払い続ける必要があるとしているし、借入額は「無利用出資額及び分割出資支払い済み額の2倍まで」と明記されていた。

次に実際の組合員構成比率から、その庶民性の度合いを検証してみたい。長谷川論文によると、「ルツァッティは中所得者層を庶民銀行の対象にしていたといわれる。1876年の調査によれば、大規模農家6.40%、小規模農家16.80%、農場労働者3.20%、大規模商工業者4.40%、小規模商工業者32.15%、職人7.25%、教師と事務職16.65%、その他13.15%となっていた。この結果が、ルツァッティの意図したものと同一であるかどうか不明であるが、概ね、職業から判断するならば、中所得者層によって庶民銀行が占有されていたこと、したがって、小作農、日雇い労働者（農村部と都市部）等の低所得者層は排除されていた。」と説明されている。だが、同じ統計と見られるルツァッチのパドヴァ報告（1878）からみると大農（大地主、大小作人等）6.40%、小農（小地主、小小作人、折半小作人等）16.80%、農民または土地労働者3.20%としている。明らかに両方の統計は同一のものからと思われるが、その説明から見ると後者の小農には小作人など含まれているのに、前者では別と解釈している。それ

は職人としているものについても言えるので、それには職工、日雇い労働者、賃金労働者がふくまれているのに前者の統計は入っていないと解釈されている。ここから別の結論が導き出されているとしたら、それは引用統計の項目作成方法や読み取り方の違いのためと見てよいのではなかろうか。

6. 貧民と庶民銀行組合員との間にどんな差異があるか

19世紀中頃には、相互援助会（societa de mutuo soccorso）が貧民の救済事業としてヨーロッパ各地に盛んであった。ベルギーの相互援助会（societe de secours mutuels）は1851年に施行されている。それに基づけば、これらの組合は以下のように存在する。①相互援助会は公認のものである。②相互援助会で公認されていないものは、公式名称に公的監督による名称がつけられない。③へき地の購買のための会は公認される。④類似の会は公認されない。

1861年にベルギーに存在する共済組合は、291あり、うち230は有効会員45,000名を有している。これらの主な目的は、それらのメンバーに対して、病気やケガ、身体障害に対する一時的援助である。それらはある面では薬または外科医療やあるいは金銭的なものであった。

イタリアにおいてもルツァッチの庶民銀行創設以前にかなり普及していた。1862年末このような組織は443、メンバーは111,608名でこの出資額は1,411,392フランに達していた。1件当たり直すと12.6フランときわめて寡少であった。うち265は85,495名のあらゆる職業に所属する会員を持つが、155は26,113名の特定の職業に属する会員を有していた。最大の組織数はピエモンテ州で175、次いでロンバルディア州が83、トスカニア州が55、南部のシシリア島でも8、サルデニア島で4存在していた。これらは1848年以前にも66の組合があったとされ、その若干はかなり古くから存在していたという。そして1848年から1860年の間に168の組合が作られ、1860年から1862年の間に209が作られた。

山崎功『イタリア社会運動史』によれば、「やがて労働者の“相互扶助協会”(mutuo soccorso)が1848年からピエモンテの各地につくられ、60年以降はほとんど全イタリアに存在していた。この機関には労働者のほかに、保守的な温情主義者から何らかの博愛や進歩的精神からも、多くのブルジョア出身者が参加していた。社会情勢の変化とともに、各協会は相互に連絡し、大部分が共同闘争に参加しはじめた。これらの相互扶助協会、54年から職工協会の提唱で作られた協同組合などが、マツィニー派の運動の土台をなしており、マツィニー派が71~72年にバクーニン派から打ちのめされるまでは、何の阻害もなく生き延びていた」と述べている。

それらの主な目的はメンバーの救済であり、老人や子どもの支援、未亡人や孤児の援助、教育貸付やメンバーの消費や原材料物資の供給へのプライムコストによる前貸し、または葬儀費用の供給となっている。先述の女王陛下1867年報告で引用されている、イタリア王国統計、農商工省編集によると、相互援助会1862年の支出費用内訳は、疾病救済53.9%、老齢年金6.9%、寡婦孤児支援3.7%、薬など支給3.7%、管理費25.8%となっていた。

カタラーノ著『ルイジ・ルツァッチ生涯と著作』p.302では、1862年第1四半期相互援助会は既にミラノ市で5,000が登録済み、63年初頭には6,000とされている。職業別に見ると裁縫師、梳毛工、紡績工、左官、印刷工などであった。

ルツァッチが貧民と区別しようとしたのは、相互援助会のメンバーへの前貸し(個人信用名誉貸付)と庶民銀行の組合員への金融との区別に他ならない。ウォルフや彼が著書で引用しているデュランは二つの文をくっつけて、あたかもルツァッチが高額に誤記した入会金が払えぬような貧民でなく、中層の人々へ傾斜していたかに印象付けたが、前部分は間違いで、二つの文は別々の説明として書かれていたのをあたかも同一の説明であるかに構成したと指摘しておきたい。そのことをより判然とさせる為に、ルツァッチの著書の第8章の結論において「1、ブリュッセルの組合やドイツの銀行のような相互組合形態は小商工業者と最下級ではない労働者の要求を満たす為にもっと

も適切な機関である。2、相互援助会における“個人信用/名誉に対する貸付”は、銀行の運営が他の業務部門から区別して管理できるときは非常に有益である。つまり相互援助会に於いては信用事業は付帯的な機能なので、中心的活動が確立されるまで、その信用事業は始めるべきでない。(中略)6、銀行の性質によって貸付額の高低はありうる。しかし災難・不幸を予防し、修復させるための貸付と労働に有益であり、投資に必要とする貸付は必ず区別すべきである。」と箇条書きしているのである。

因みに、ルツァッチが庶民銀行制度を導入するため調査研究した結論のほかの箇条書きをあげておこう。「3、担保品を債務者の手元に残す庶民銀行のようなものに質屋を変えようとするデュフォー氏の計画は、若し債務者を2つに類別できれば可能である。そして債務者の道徳性の評価は前述方法で相互援助会と貯蓄銀行から推定可能である。4、フランスの皇太子会社のような機関は時として有益である。上記3つの形態は、貧困性が信用の慈善団体に所属することが認められない労働者にとって非常に便利である。5、もし道徳性や人格性の確認の必要性が不可能の場合は、ベルギー銀行やドイツの組合の場合のように、なるべく現物的担保を常に請求されねばならない。そして貸付実行に際して家族の立会いで行うべきである。7、ベルギーとドイツの組合では利率は市場の条件によるが、貧しい労働者の条件改善を使命とする銀行の場合はある程度慈善の精神が入らねば存続し得ない。しかし、信用機関は出来る限り慈善機関と異なるべきである。8、政府の干渉も保護も不要である。すべての銀行は希望する地域に政府の許可なしに創立されるべきである。」

7. おわりに

ここでは触れなかったが、日本の協同金融の歴史は、ドイツのライフアイゼン、シユルツェの庶民銀行(信用協同組合)を模範として、政府主導のもとに1900年に産業組合として創設されたものである。したがって、シユルツェやルツァッチが強調していた政府の関与や管理の排除という点では残念ながら沿っていない。これは後進資本主義

国の故とも言えるが、1820年の二宮尊徳の五常講や1838年の大原幽学の先祖株組合という輝かしい協同の伝統が、わが国の制度の中に十分には伝承されないきらいを生じているような気がしてならない。また、協同組合金融の成立には労働経済のあり方と密接に関わっているが、その歴史研究が不十分であることは否めない。

国際協同組合年において、富沢賢治氏ら学識経験者から出された協同組合間協同の組織設立の提案が実らなかったことも、官庁間の利害得失の違

いを反映したセクト性が協同金融組織に根強く残っていた為ではなかろうか。また消費者信用生協が最近組織されだしたのも、既存協同組合の消極性にあきたらなくて、自らが行動を起こさざるを得なかった為の気がしてならない。わが国の協同の良き伝統を謙虚に大胆に取り入れなければ、既存協同金融制度の将来に栄光はないのではあるまいか。

(ひらいし ゆういち、協同金融研究会)

協同に寄せて

2012・1 Y・H

困難な時こそ協同がある
苦しい時こそ協同がある
差別されるから協同が起こる
守らないと壊れるから協同が起こる

二人三脚の協同もある
百人千人の協同もある
違いを許す協同であれ
違いの良さで協同は強い

慌てることで協同はしばむ
明日を待てる協同が良い
明日明後日の協同もよい
十年百年の協同もよい

解釈だけでは協同は進まぬ
褒めそやすだけでも協同は誤る
異議ナシ異議ナシの協同には異議がある
似非（えせ）であり墮落である

倫理ない協同は協同ではない
協同は人間・地球の証である

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、ウェブサイトにてPDF公開)
『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

非営利住宅供給会社とコミュニティ開発 イングランド、サンダーランドのジェントウー Gentoo の事例

石塚 秀雄

1. イギリスの社会的住宅政策

人々のいのちとくらしの質を確保するために住環境は重要であるが、日本では、持ち家政策を取ってきたので、社会政策としての住宅政策の取り組みは貧弱であり、また欧米のように住宅協同組合というものもほとんど発展してこなかった。イギリスにおいては、20世紀初頭には持ち家は少なく、民間賃貸が多数を占めたが、ロイド・ジョージの住宅政策以来、長年、公営住宅政策が進められた。しかし、サッチャー政権の民営化が進められて、公営住宅に関して売却をすることとし、一方

で市民の住宅を「買う権利 (right to buy)」を強調した。1980年を前後して、公営住宅 (Council houses) の売却政策が行われた (1980年、住宅法、Housing Act)。個人持ち家の比率が逆転増加して現在に至っている。持ち家が推奨されたが、庶民が必ずしも買い取るわけではなかった。営利不動産による買い占めが増えた。このときに営利民営化に対抗するものとしてうちだされた政策の一

表1. イングランドの住宅供給 (単位/1,000戸)

年度	個人所有 (持ち家)	民間賃貸	非営利社会的住宅	地方自治体社会的住宅	合計
2003	14,752	2,549	1,651	2,457	21,409
2008	15,067	3,443	2,056	1,870	22,436
2014	14,709	4,588	2,343	1,669	23,309

出所: DCLG. Housing Statistic, 2015



Gentoo の本部

(写真提供:小磯明氏)

つが、「社会的家主（地主）」（Social landlords）制度および「社会的住宅」（Social housing）制度である。これは地方自治体や住宅アソシエーション（HA）、住宅協同組合（HC）や地域住宅会社（LHC）など非営利・協同組合を登録社会的家主（RSL）として、貧困層や社会的弱者層に安価な賃貸住宅を供給するものである。したがって、

その運営方法も非営利・協同組織としての自主的な経営参加形態をもつ。すなわち、営利企業に公営住宅を売却するという、サッチャー政権の民営化路線に対抗して、地方自治体は、既存の公営住宅を「認可社会的家主」（RSL）に売却（払い下げ）をして、さらに地域における住宅供給の改善を図ろうとしたのである。

表2 サンダーランド市 個人所得 2011年度（単位／ポンド）

	週 所得		年間所得	
	最低値	中央値	最低値	中央値
サンダーランド	325.80	424.50	16,942.00	22,074.00
北東部	333.30	450.90	17,316.00	23,447.00
イングランド	360.00	507.60	18,720.00	26,395.00

出所：Sunderland 2012 Statagic Housing Market Assessment, Council, 2013

表3 サンダーランド市、住宅価格（単位／ポンド）

	2008年	2010年	2012年
最低	83,500	77,950	73,000
中央値	109,950	107,500	109,000
平均	126,722	125,214	121,895

出所：Sunderland 2012 Statagic Housing Market Assessment, Council, 2013

表4 サンダーランド市、個人所得比較（2012、単位／ポンド）

居住住宅種類	週			年間		
	最低値	中央値	平均値	最低値	中央値	平均値
持ち家（ローンなし）	225	325	430	11,700	16,900	22,356
持ち家（ローンあり）	375	625	630	19,500	32,500	32,740
民間借家（家具なし）	125	225	282	6,500	11,700	14,671
民間借家（家具つき）	175	325	399	19,000	16,900	20,761
ジェントゥー、非営利組織など社会的住宅	125	175	218	6,500	9,100	11,349
シェア持ち家（安価）	175	325	291	9,100	16,900	15,137

出所：Sunderland 2012 Statagic Housing Market Assessment, Council, 2013

表5 サンダーランド市住宅供給数（2012）

種類	戸数
持ち家（ローンなし）	34,638
持ち家（ローンあり）	36,928
民間借家（家具なし）	10,539
民間借家（家具あり）	4,150
社会的住宅（Gentoo,etc）	32,343（29,275）
その他（シェア、etc）	1,160
合計	115,600

出所：Sunderland 2012 Statagic Housing Market Assessment, Council, 2013

地方自治体における「社会的住宅」は、住民の住環境整備、コミュニティの再生（貧困対策、ホームレス対策）などを盛り込んだもので、各RSLの事業内容に対する監督統制を行っている（2008年住宅再生法、Housing and Regeneration Act、2011年地方法、Localism Act）。

現在、イギリスには住宅が約2,330万戸あり、その63%が個人所有（持ち家）、民間営利賃貸20%、非営利賃貸社会的住宅10%、地方自治体社会的住宅7%である。いわゆる社会的住宅は計17%である（表1）。

2. サンダーランド市の地域開発と住宅政策

サンダーランドは、イングランド北東部のニューカッスルに近く海に面した人口75,506人（2011年度）の都市である。年金生活者は人口の21.5%である。人種的には、白人系95.9%、混血系0.6%、アジア系3.0%、黒人系0.4%などとなっている。労働人口比率は70.9%（イングランド76.6%）で、失業率は8.6%（イングランド6.3%）と、相対的に無業者、失業者の比率が高い。個人所得は、市内中心部（年平均17,513ポンド、週225ポンド）は北部海岸部（平均27,092ポンド）に比べると4割程度低い。とりわけ、社会的住宅居住者の50%の所得は平均して週175ポンドである。かつて炭鉱の輸出港として、また造船業で栄え、軍艦や客

船クイーン・エリザベスなどを作った。サンダーランドは斜陽の町となったが、現在は、ニッサン工場が進出している。産業ではサービス業の比率がもっとも多い。またサンダーランド大学がある。地域開発の一翼を担っているのが住宅政策であり、また社会的企業の活動である。失業者の雇用創出のための社会的起業活動、介護社会サービスなどのための非営利・協同運動が活発で、サンダーランドは社会的企業の活動の町としても知られている。住宅問題は生活の基盤の重要な要素であり、地域開発コミュニティディベロップメントにとって必要不可欠なものである。サンダーランド市では、市当局、SES（Sustainable Enterprise Strategies）社会的企業ネットワーク、在宅介護協会、中小企業連合会、サンダーランド大学などが集まって社会的企業の促進に取り組んでいる。

サンダーランド市における登録社会的家主（RSL）は、突出したジェントゥー（Gentoo）を含めて18ある。社会的住宅は、高齢者、低所得者、失業者、社会的弱者を対象にした住宅政策を、市当局と社会的家主たちと協力して対応している。市当局は、住宅補賃貸補助金などの制度を設けている。

住宅の形式は、一戸建て11.1%、二戸建て38.0%、棟割り長屋23.0%、コテージ4.5%、バンガロー10.6%、アパート12.1%などとなっている。



視察したジェントゥー高齢者住宅の個室

3. ジェントウー (Gentoo) とは

ジェントウーはイングランド北東部をテリトリとする社会的家主 (RSL) という社会的企業である。ジェントウー・グループは2007年に設立された。その前身は、SHG (サンダーランド・住宅グループ) であり、伝統的な地域のビルディング・ソサエティ (住宅共済組合) と地域銀行などが中心となって設立された非営利組織である。社会的家主制度ができて、地域開発政策の中でサンダーランド市は、その自治体住宅を SHG に売却することにしたのである。それをあわせてジェントウーは、約3万戸の社会的住宅を保有することになった。ジェントウー・グループは2015年に協同組合コミュニティ利益会社 (Community Benefit

Society, CBS) となった (2014年協同組合コミュニティ利益会社法、前身は産業節約法)。ジェントウー・グループは、住宅供給会社 (ジェントウー・サンダーランド)、住宅管理会社、営繕サービス会社、建築会社、環境 (Gentoo Green)、社会的投資基金、生活支援協同組合など16の子会社により構成される。したがって、その運営方法は、CBS法に基づく、協同組合的ガバナンス形態をもつ。ただし、この新法はコミュニティ利益会社としての投資規定などももりこんでおり、より企業性が強い。サンダーランド社会的企業グループとも協力関係にあり、雇用創出プログラムなどを共同で実施している。

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

表6 ジェントウー／グループの事業高 (単位／百万ポンド)

	2010年度	2012年度	2014年度
総資産 (株式)	911.0	964.0	1075.9
事業高	144.0	175.2	243.8
事業利益	21.7	26.7	29.7
租税	—	1.5	4.4
損益	-2.1	1.7	2.3
負債	643.3	588.3	566.1

出所／Gentoo Group Limited Financial Statements, 2015

表7 ジェントウー／グループの住宅数 (単位／数)

	2010年度	2012年度	2014年度
保有住宅数	26,620	29,232	32,7671
取り壊し住宅数	278	215	25
新築住宅数	135	23	224
個人むけ売却住宅数	20	106	106

出所／Gentoo Group Limited Financial Statements, 2015

英国社会的企業のインフラストラクチャー組織「SES」の現況

熊倉 ゆりえ

1. はじめに：本稿の目的

非営利・協同総研いのちとくらはしは、2015年11月の英国視察調査を実施した。筆者もその参加者の一人であった。視察調査の報告書は近々刊行予定であるが、本稿では訪問先の一つであった Sustainable Enterprise Strategies (以下、SES) に焦点を当て、視察報告の一部を発表する¹。SES はイングランド北東部で、失業率も高く疲弊したコミュニティを抱えるサンダーランド市という地域において、雇用創出およびコミュニティの再生を目的として、30年以上活動を続けてきた社会的企業のインフラストラクチャー組織である。英国労働者階級の或る団体による雇用創出のための活動に起源をもち、1997年以降の労働党政権下で事業を発展させてきた。しかし、2010年の政権交代以降、政府からの補助金の削減等、苦難を強いられている。本稿で紹介する通り、SES に関する先行研究は既にいくつかある。本稿の目的は、視察報告と同時に、これら先行研究をレビューすることである。

2. 英国のインフラストラクチャー組織

2.1. 英国社会的企業政策の概要

英国で社会的企業の振興を目的とする政策が隆盛したのは、第2期ブレア政権下（労働党・2001～2005年）のことであった。紙幅の都合上、本稿では、社会的企業（Social Enterprise：以下、SE とする）政策の変遷の説明は先行研究に託し²、要点だけを確認したい。なお、表1の年表に主な政策を整理したので、参照されたい。

まず、前提として記しておくべきことは、英国の労働者階級に「ミューチュアリズム (mutualism)」という伝統があることである。18世紀までは、社

会的ニーズを満たしたり、貧困を救うのは、伝統的に政府と結びつきの強かった教会や慈善団体であるとの根強い考え方があった。こうしたいわば「地方エリート」による地域福祉活動とは別に、18世紀から発展した労働組合や協同組合といった労働者階級の様々な組織による相互扶助の活動は、労働者階級の文化を形成する重要な部分になった。これが、「ミューチュアリズム」と呼ばれるものである。1843年および1862年の産業共済組合法 (Industrial and Provident Societies) により、この文化は社会的・政治的に認知されるものとなっていった。

20世紀に入ると、福祉国家の導入に伴う政府による地域福祉への介入と、その後サッチャー政権（保守党・1979～1997年）を典型とする福祉における市場メカニズム活用、すなわち公共サービスの民営化が急速に進んだ。個人や家族の責任が強調され、福祉給付予算の削減とアクティベーション政策への偏重があった（テイラー2007）。こうした政策は、地域の人々の医療・教育・労働・住宅等の面での格差やコミュニティの疲弊をもたらした（桜井2006：53）。

これに対し、ブレア政権が提起したのは、福祉国家（「大きな政府」）でも新自由主義（「小さな政府」）でもない「第三の道」である。18世紀の「ミューチュアリズム」文化への関心を呼び起こさせ、コミュニティがもつ課題や潜在的な資源を発掘・強化する方向性がとられたのである。商業化していた慈善団体と同時に、協同組合等の事業体を含めたサードセクター（Third Sector：以下、TS とする）による公共サービス供給を重視し、ビジネスの手法を駆使して事業運営をする SE という概念が用いられることとなった。2001年には貿易産業省 (DTI) に社会的企業局 (Social Enterprise Unit) が設置され、翌年には DTI 報告書「社会的企業—成功のための戦略 (Social Enterprise: A

表1 英国社会的企業とSESの動向(1997年～現在)

年	英国の社会的企業政策		SESの動向
	政権	具体的な政策とその特徴	
1997	ブレア政権 (1997～2007)	◎パートナーシップや住民の参加を主眼とし、地域の社会関係資本の育成や雇用創出などに注目	
1998	※労働党	・「コンパクト (Compact)」発表	
2000			SCOERC から Social Enterprise Sunderland に名称変更
2001		◎公共サービスの革新と効率化を実現するサービス供給主体としてサード・セクターを促進 ・地域別戦略パートナーシップ (Local Strategic Partnership) 発表 ・貿易産業省 (DTI) に社会的企業局 (Social Enterprise Unit) 設置	
2002		・7月 DTI 報告書「社会的企業—成功のための戦略」 (Social Enterprise: A Strategy for Success) 刊行 ・「サービス供給におけるボランティア・コミュニティ・セクターの役割—横断的レビュー」 ⇒社会的企業発展のためのインフラ整備	9月時点での傘下企業数は約19 ※明治大学の社会的企業研究グループ (代表・中川雄一郎教授) による初訪問時
2004		・内務省アクティブ・コミュニティ・ユニット (当時) により「チェンジアップ」施策の発表 ⇒インフラ組織の効率的かつ適切な調整	↓
2005		・2004年会社法に基づき、CIC: Community Interest Company スキームの導入	2006/07年度までに、支援している社会的企業数は60社まで拡大 →それ以降の推移は、本文中の図を参照
2006		・内閣府にサード・セクター局 (Office of the Third Sector) 設置 ⇒報告書「社会的企業行動計画」 (Social Enterprise Action Plan) : 社会的企業に期待される社会貢献の一つに公共サービス供給とその改良を挙げ、社会的企業の競争力を向上させるための支援策を提示。	
2007	ブラウン政権 (2007～2010)		
2008	※労働党		Social Enterprise Sunderland から、Sustainable Enterprise Strategies に名称変更
2010	キャメロン政権 (2010～) ※保守・自民連立 (2015年～ 保守単独)	◎保守党・自由民主党連立政権は、前労働党のような中央政府による社会的企業やサード・セクター組織の管理は、地域におけるボトム・アップの自発性・独創性を制限してきたとし、「大きな社会 (Big Society)」というスローガンの下で、民営化と地域主義 (localisation) を公共サービス改革の柱とした。 (背景: ①財政赤字削減・経済成長の必要性、②小さな政府をめざす保守イデオロギーと合致)	※2010～2014年度にかけて、コミュニティ・地方自治省の自治体補助金も平均マイナス27% (戦後最大の削減) に。
2011		・7月「公共サービス民間開放白書」 (Open Public Services Whitepaper) ・11月 地域主義法 制定	政権交代後の影響 (2010→2014年度頃にかけて) 事業・組織の規模縮小 事業領域の変化 ・SESの年間予算130万ポンド→約70万ポンド ・スタッフ数26人→12人 公共サービスの外部化 (externalisation) に際してのアドバイス、コンサルタント事業が主力に。
2012		・3月 社会的価値法 (Social Value Act) 制定 ・6月 地域主義法 執行 →①「地域公共サービスの運営の移譲を要求する住民の権利 (Community Right to Challenge)」 ②自治体職員によるスピニアウト ③成果払い方式→社会的投資の推進 (SIB など)	
2013		・1月 社会的価値法 執行 ↑ TS 組織によるロビー活動などを背景として。	

遠藤 (2015)、熊倉・中島 (2015)、小熊 (2007)、原田 (2015)、明治大学日欧社会的企業比較研究センター (2015) をもとに筆者作成

Strategy for Success)」が刊行されるなど、具体的な SE 振興政策が開始された。中央政府は、SE の発展基盤を整備する役割を担い、政府と SE とのパートナーシップ（協働）により、地域に必要なサービスを拡充していくという方針が掲げられた。

その後、2010年に誕生した現保守・自民連立政権は、前労働党でとられた中央政府の役割を批判し、より「小さな政府」をめざし、コミュニティの力を効率的かつ最大限に引き出そうとする「大きな社会（Big Society）」政策に舵を切った³。前労働党政権で推進された SE をはじめとする TS を重要なアクターとして捉える視点は変わらないものの、福祉財源の引き締めが再度厳しくなり、前労働党政権下でのパートナーシップの仕組みは実質上全廃され、さらに自治体の財政緊縮により中間支援組織等への運営補助や随意契約等も大幅に削減された（原田2015：24,32）。公共サービスは、例えば自治体職員によるミューチュアル組織の立ち上げにより外部化（externalisation）されている。

2.2. インフラストラクチャー組織の位置付け

このように現政権下では、同じ SE 振興政策でも、前労働党政権より新自由主義的な色合いが濃くなっている。前労働党政権下の特徴は、SE を含む TS に対し、セクター全体の発展を推進していたことである。DTI による「社会的企業—成功のための戦略—」報告書が刊行されたのと同年の2002年、「サービス供給におけるボランティア・コミュニティ・セクターの役割—横断的レビュー」が刊行され、政府の歳出展望の一環として、SE 発展のためのインフラストラクチャー整備のための戦略が打ち出された。SE をはじめとする TS が公共サービス供給の役割を果たすためには、それら組織への適切な支援が必要である。しかしながら、セクター全体ではその質や地域的な分布に差があり断片的であるとの見解から、個々の TS 組織を支援する SE を、インフラストラクチャー組織（Infrastructure Organisation：以下、IO とする）と呼び、まずは IO の発展を政府と TS の協力のもとで行おうと考えられていたのである。これは、現政権では重視されていない点である。

前労働党政権が IO 支援をする目的には、以下のようなものが含まれていた。ボランティアを促進し、コミュニティの能力を引き出すことによるサービス供給主体の増進、TS が政治的影響力を保てるようにすること、公共セクターとの協働を支援すること等であった。

2.3. インフラストラクチャー組織の重要性

では、IO とは何であろうか。これは、我が国では中間支援組織とも呼ばれるものである⁴。中島(2006a,b)をもとに、簡単に紹介したい。IO は、現場でサービス提供をする組織（フロントライン組織、前線組織）に対してインフラストラクチャー機能を提供するボランティア組織と定義される。アンブレラ組織、あるいは、第二層組織と呼ばれることもある。IO のもつインフラストラクチャー機能は、大別して4つある。第1に、フロントライン組織の能力開発に直接関わる機能であり、情報提供・アドバイス・相談・訓練・資金分配・起業や事業化支援などがある（援助・開発機能）。第2に、英国ではとりわけ政府との協働を支援するため、フロントライン組織同士の媒体になる機能がある（調整機能）。第3に、TS の課題を明らかにし、セクターを代表して政府や民間企業といった他セクターに働きかけを行う機能もある（代表機能）。そして最後に、調査研究・政策立案・業界標準やベスト・プラクティスの開発など、セクター全体の開発を牽引するような機能がある（振興機能）。こうした様々な機能を包括的に担う IO もあれば、ある機能に特化したものもある。また、地理的にも全国的に活動する IO もあれば、ローカルで活動するものもあり、様々である。

政府の財源についてみると、中央政府から自治体への予算配分があり、自治体ごとに地域に必要なサービスを供給していく形式になっている。地域ごとに必要なサービスを明らかにし、適切なサービス供給をするためには、同一地域内の複数セクターにより構成されるパートナーシップ組織が重要である。そこで、TS を代表し振興する機能をもつ IO の発展が政策的にも重要視されていたのである。

3. SESの展開過程

3.1. 成り立ち

ここまで、英国におけるSE政策と、IOの位置付け、そしてその意義についてみてきた。本節では、英国の中間支援組織の事例としてSESを取り上げ、先行研究およびヒアリングをもとに、その概要と現況を整理する。

SESは、社会的企業および小規模ビジネスの起業支援と雇用創出を目的とする中間支援組織である。現在は、CIC(Community Interest Company)のステータスを持ち、イングランド東北部を中心に事業活動をしている。事業内容は、地域の女性や失業者による小規模ビジネスの起業支援や、社会的企業や協同組合の経営支援等である。SESの発展の経過については中川(2007:158-166)に詳しいため、ここでは詳細な説明を省略し、図1により展開過程を紹介するに留めたい。特記すべきことは、SESは、失業率が高く貧困が蔓延るサンダーランド市⁵⁾において、雇用創出やコミュニティ再生のために立ち上がった「サンダーランドディア」という建設協同組合の運動に端を発しているということである。その運動の過程で、高齢者ケア企業やコミュニティ小学校、コミュニティ・ビジネス起業支援団体等、1990年代にかけて様々な社会的企業を創出してきた運動である。SESは、こうした建設協同組合による、様々な社会的企業立ち上げのノウハウを継承した中間支援組織なのである。

SESの理念は、ビジネスによって北東イングランドの貧困と不平等の問題に立ち向かうことである。失業者や教育未修得者、障がい者、刑余者等、不利な立場に置かれた人々や就労問題に悩む人々が、自分たち自身の価値を認識し、自尊心を持てるように支援することがSESの活動の価値である。

3.2. 事業内容

現在の事業内容は、大きく分けて5つある。1つ目は、起業支援である。サンダーランドとニューカッスルの貧困地域で、小規模ビジネス⁶⁾や社会的企業の設立支援をしている。事業計画作成や資金調達等の経営支援はもちろんのこと、クライ

アントとの関係づくりに尽力している。本人の能力・スキル・意欲や環境について聞き取りをしつつ信頼関係を築き、起業のアイデアを具体化する手助けをしている。実績として、例えば、2012～2014年で支援に携わった小規模ビジネスは720ケースあり、実際に創業したのは408ケースある。このうち、女性による立ち上げは52%、失業者による立ち上げは75%⁷⁾にもなる。また、同時期に267の社会的企業の創業を支援しており、このうち女性による起業は78%であった。

SESの事業内容の2つ目は、既存の社会的企業や協同組合に対する経営支援である。3つ目に、コンサルタント事業であり、調査・評価・事業計画等の支援である。特に近年は、自治体の公共サービスの外部化の際のアドバイス等も行っており、これについては次節で述べる。これが現在のSESの収益事業となっており、収入の約半分を占めている。ここまでの3つの事業内容に関連し、4つ目に、社会的企業等への貸しスペースの提供をしている。地域コミュニティに礎^{いかり}を下ろすかのように、地域に根付いた事務所を構え⁸⁾、立ち上げ支援をした事業やその他の様々な社会的資源をつなぎとめ、「取引関係や協力関係をつくりだすコーディネーター」(原田2015:27)としての役割を果たしている。

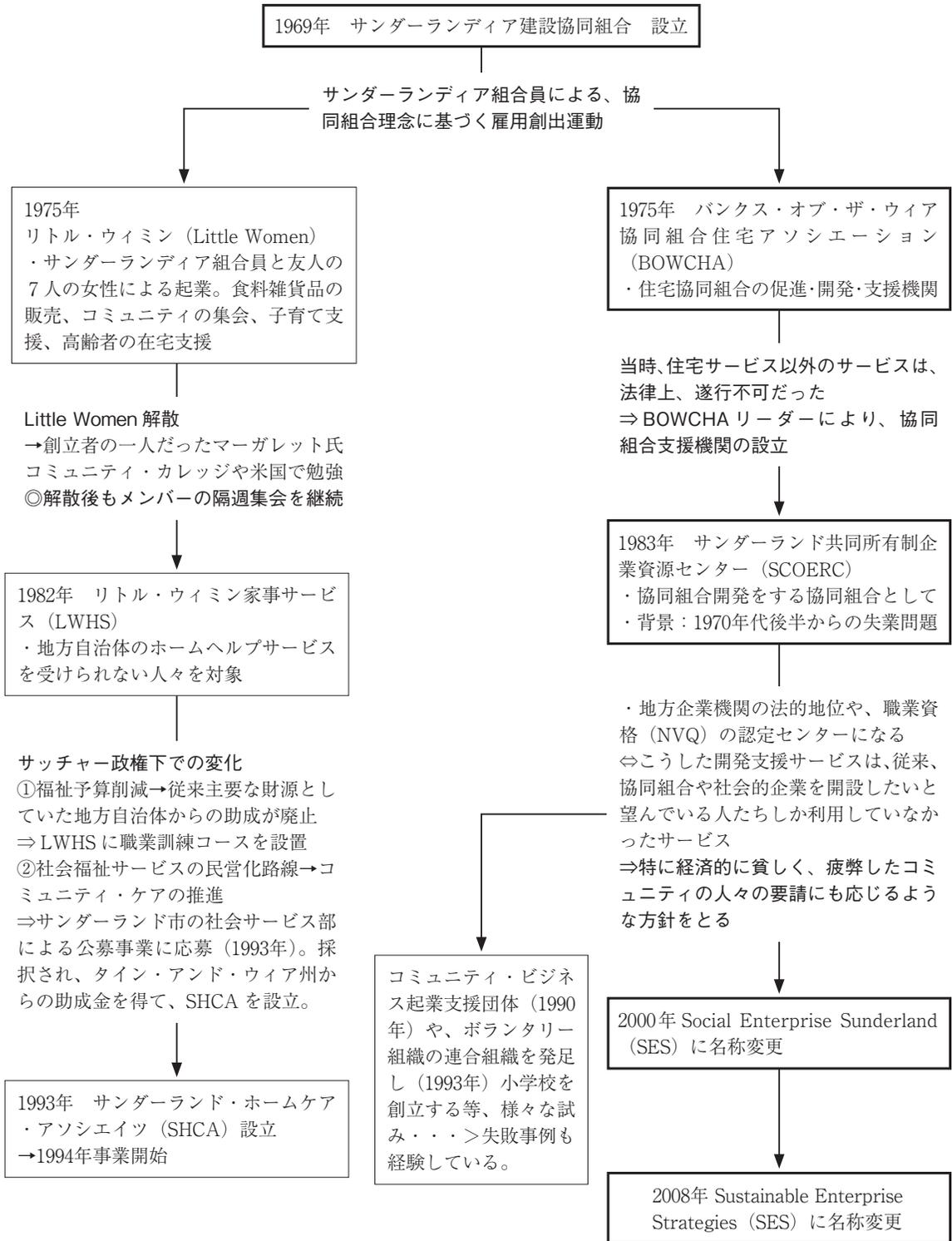
そして最後に、TSの社会的価値を客観的に証明するための社会監査(Social Audit)である。SESの活動がどのような社会的インパクトを発揮しているのかを、当事者・支援者に評価してもらうなどして、自身の活動を客観的に評価・測定し、報告書にまとめている。自治体等との契約の際には、自分たちの活動の価値がどこにあるのかを表明する必要があるため、社会監査の取り組みは、SESの重要な活動の一つである。

3.3. 2010年政権交代の影響

3.3.1. 起業支援実績の推移と事業・組織規模の縮小

SESという現在の名称を使うようになったのは、2000年のことである。2002年時点ではその傘下組織は20社に満たなかったようであるが、(明治大学日欧社会的企業比較研究センター2015:

図1 サンダーランディア建設協同組合を母体とする社会的企業の展開



中川 (2007 : 158 - 166) をもとに筆者作成。

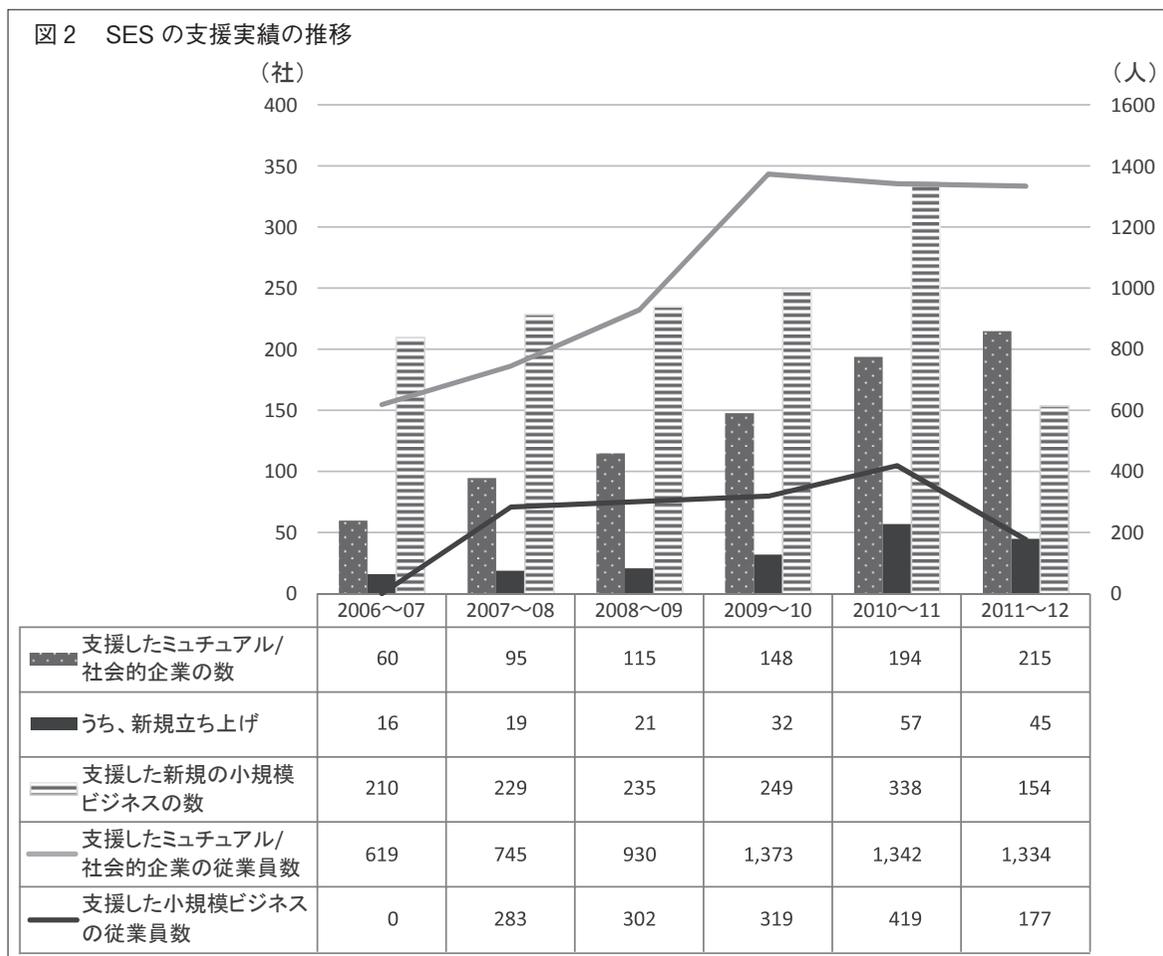
75)、前労働党政権のSE 振興政策も手伝ってか、2006年までに立ち上げや経営支援をする対象の社会的企業数を60社にまで増加させてきた。その後の小規模ビジネスも含めた起業支援ケース数の実績の推移は、図2の通りである。2006～2010年にかけて、新規立ち上げを含む社会的企業の支援実績を伸ばしている。支援した社会的企業の従業員数の推移をみると、漸進的に規模の大きい社会的企業の起業・経営支援をするように変化していることがわかる。しかし政権交代後の2011～2012年の実績では、新規立ち上げ数と従業員規模ともに微減となっている。次に、小規模ビジネスの立ち上げは、社会的企業支援と同様2010年頃までは順調に推移していたが、2011～2012年で大幅に下落している。このことから、政権交代後、先述のような貧困層のためのきめ細やかなサポートを伴う起業支援は、縮小していることがわかる。

実際、2010年の政権交代後、SES 自体が業務体制の縮小を余儀なくされている。予算規模は2010年度のピーク時で110万ポンドであったものが2014年度には50万ポンドに、SES 自体のスタッフは2010年度の26人から2014年には10人まで減少している（原田2015：27）。

3.3.2. 危機への対応

しかしながらこの危機は、かえってSESの抵抗力を高めているという。これまでの起業支援等の経験を活かし、現政権下での公共サービスの外部化に際してのコンサルタント事業を伸ばしているのである。最近の最大の収益事業となったのは、サンダーランドから6マイルほど南に位置するダラム市・シーハム（City of Durham, Seaham）という港町の再開発のコンサルタントであった。かつて炭鉱で栄えたが、産業の衰退とともに人口減

図2 SESの支援実績の推移



Saddington, M. H. 2012：6より筆者作成

少等を経験したことを背景に、自治体は、様々なアクターとパートナーシップを組み、2000年頃から投資と再開発に取り組んできた。再開発の中心の一つは、北埠頭 (The North Dock) にヨット・マリーナを建設すること等であった (County Durham Partnership 2012)。340万ポンドが投資されたこの再開発プロジェクトに対し、SES は、投資対効果検討書 (business case) を作成する等、これまでの社会監査等のノウハウを活かしたコンサルタント・サービスを提供した⁹ (Saddington, M. 2014)。このような公共サービスに対するコンサルタントをするためには、自治体との関係性づくりも重要である。原田によれば SES は、「入札の事前説明や小規模組織によるコンソーシアムの形成にあたっての事前協議などを通じて自治体の調達契約担当者や事業担当者と日常的に接触し、TS 側の要望や当事者ニーズなどについて情報交換を行っている」。また、自治体職員によるスピアウトについても、「SES はその構想段階からきめ細やかなサポートを行って」いるという (原田 2015 : 27)。

4. おわりに：今後の研究課題

2010年の政権交代で TS への補助金が大幅に削減され、中間支援組織を含む多くの TS 組織が危機的な状況を迎えている。このような危機的な状況だからこそ、TS が供給するサービスや活動そのものが、いかに社会的なインパクトをもつのか、そしてそれを積極的に自治体レベルでの政策に活かすためにいかにすべきか、ということが問われる。そうした中、SES は、自治体との関係づくりと社会監査を通じ、TS 組織のもつ社会的価値を政策に反映させるために努力していることがわかる。このように行動できる中間支援組織の存在は、TS の持続的な発展のために極めて重要なものであろう。

藤井・原田・大高は、このような TS 組織のもつ社会的価値の一つとして、サービス供給への地域住民の参加に基づきコミュニティを、社会的・政治的にエンパワメントしていく点に着目している。また、そのためには、個々の SE 等の組織の発展だけではなく、セクター全体を発展させてい

く中間支援組織の存在が重要であると強調している (藤井・原田・大高 2013)。

この視点に立てば、今後 SES をみる際の研究課題として以下二点を挙げるができる。第一に、SES が実際にどのようにコミュニティとの関係づくりをし、エンパワメントの機能を発揮しているか、という点である。一つには、失業者等への起業支援のマイクロなプロセスが明らかにされるべきである。もう一つには、近年の北埠頭のコンサルタントのような事業が、SES の財政基盤を支えていることはわかるが、ここでもコミュニティへの接近とエンパワメントを実現しているか否かを検証する必要がある。研究課題の第二は、SES の収益構造をより詳細に調査する必要がある点である。視察時のヒアリングでは、年間収益約 60 万ポンドのうち、30 万ポンドがコンサルタント事業、20 万ポンドが EU からの補助金、15 万ポンドが賃貸収入とのことであった。つまり、社会的企業や小規模ビジネスには補助金が充てられ、クライアントからの収入はほぼ無いようであるが、実際はどうか。補助金がなければ起業支援は不可能になってしまうのか。起業支援のための、より持続可能な経営はいかにして可能なのか、といった点について検証する必要がある。

参考文献

- County Durham Partnership, LGA Local Authorities and Economic Growth Case Study: Seaham Harbour Regeneration Framework, August 2012
- OPM/Compass Partnership, Working Towards an Infrastructure Strategy for the Voluntary and Community Sector, February 2004
- Saddington, M. H., Sustainable Enterprise Strategies PROSPECTING for ENTERPRISE: Summary Social Accounts for April 2010 to March 2012, November 2012
- Saddington, M. H., The Big Society: Mutual Social Enterprises Re-shaping of Public Service Delivery, A SES White Paper, 2014
- 遠藤知子 (2015) 「公共サービス政策と社会的企業—イギリスの事例から—」, 牧里毎治監修、川村暁雄・川本健太郎・柴田学・武田文編著『これ

からの社会的企業に求められるのは何か—カリスマからパートナーシップへ』ミネルヴァ書房（第2章）

熊倉ゆりえ・中島亮子（2015）「スモール・ビジネスを持続的に発展させるために—英国の社会的企業 SES—」『くらしと協同』2015春号, No.12, pp.22-27

小熊仁（2007）「英国の社会的企業における中間支援組織の機能と役割—ロンドン社会的企業（Social Enterprise London）のケース—」『公益事業研究』Vol.59, No. 1, pp.11-27

近藤康史（2015）「キャメロン政権下のイギリス福祉国家—緊縮財政と『大きな社会』—」『生活協同組合研究』2015.2, Vol.469

桜井常矢（2006）「イギリスにおけるコミュニティの自立と中間支援組織」『東北開発研究』2006.10, pp.52-63

中川雄一郎（2007）『社会的企業とコミュニティの再生』大月書店（第2版）

中島智人（2006）「英国における中間支援組織の現状とその支援策（上）」『公益法人』35（11）, pp.14-19

中島智人（2006）「英国における中間支援組織の現状とその支援策（上）」『公益法人』35（12）, pp.17-21

原田晃樹（2015）「英国地方自治の危機とレジリエンス—英国サンダーランド市と中間支援組織の取組みから—」『協同組合研究誌：にじ』No.650, 2015夏号, pp.24-33

藤井敦史（2010）「地域密着型中間支援組織の機能とその課題：CS 神戸を事例として」原田晃樹・藤井敦史・松井真理子『NPO 再構築への道：パートナーシップを支える仕組み』勁草書房（第4章）

藤井敦史・原田晃樹・大高研道編著（2013）『闘う社会的企業—コミュニティ・エンパワーメントの担い手—』勁草書房, pp. 1-175

マリリン・テイラー／柳沢敏勝訳（2007）「イギリスの福祉ミックス」, A. エバース・J.-L. ラヴィル編／内山哲朗訳『欧州サードセクター』日本経済評論社（第6章）

明治大学日欧社会的企業比較研究センター（2015）『2014年度シンポジウム報告書「英国インフラ

ストラクチャー組織の成功に学ぶ—雇用創出、自治体との協働、ネットワーキング—』

吉田忠彦（2004）「NPO 中間支援組織の類型と課題」『経営学論集』Vol.33, No.2, 2004.8, pp.104-113

1 視察団は、2015年11月5日に SES を訪問し、ヒアリング対応者は、ディレクターのマーク・サディントン (Mark Saddington) 氏であった。

2 英国社会的企業に関する政策の変遷の概要を整理した最近の論考には、遠藤(2015)があり、本稿でも大いに参考にした。

3 「大きな社会」が社会的企業にもたらす影響については、藤井・原田・大高編著(2013:144-177)を参照されたい。また、当政権の政策内容や英国福祉国家としての評価について端的に記したものに、近藤(2015)がある。

4 中間支援組織という言葉は、インターメディアリ・オーガニゼーション (Intermediary Organization) の訳語として我が国に導入されたと言われる。インターメディアリといった場合には、資金調達の支援に典型的なように、資源を媒介する機能に焦点が当てられる。一方、英国の中間支援組織は、この他に、組織間のネットワーク構築を支援したり、セクター全体の発展や効率的な公共サービス供給のためのアドボカシー活動の機能も兼ね備えている。そのため、セクター発展のための基盤 (インフラストラクチャー) を支えるものとして、インフラストラクチャー・オーガニゼーション (Infrastructure Organisation) という言葉が用いられる。なお、我が国の中間支援組織も、英国と同様の機能を果たしていることが多いと言われる (藤井 2010、吉田 2004 など)。

5 SES が事務所を構えるサンダーランド市は、イングランド北東部のタイン・アンド・ウィア州に位置する、人口約27万人の港湾都市である。かつて石炭と造船で栄えた街であるが、造船不況や炭鉱の閉鎖、石油危機後の景気後退などを背景とし、1970年代後半から失業率の高い地域となってしまった。当時のイングランド北東部の失業率は25~30%、困窮している地域では70%とも言われるほどであった (熊倉・中島 2015:23)。また現在でも、サンダーランド市の失業率は11.3%で、全国平均の7.2%と比較して高い (明治大学日欧社会的企業比較研究センター 2015:74)。この

ようにサンダーランド市は、高い失業率や犯罪率、教育水準の低さ等の問題を抱える地域である。

6 SESではこれを、社会的目的をもつ事業体である社会的企業と区別するために、伝統的なビジネス (traditional business)と呼んでいる。事業主と被雇用者を含めて1~2人、平均売上高は2万ポンドという規模である。サービス業が多く、美容院や販売店舗等が多い。あるいは、電気技師や内装業の個人事業主になるための支援も行っている。

7 ヒアリングでは、この75%のうち、65%は貧困層向け住宅に入居している人々による起業であるとのことであった。SESは、あらゆる人たちに門戸を広げている(原田2015:26)が、同時に、貧困層向け住宅等へのアウトリーチ(潜在的クライアントのもとを自ら訪問する)を通じ、クライアントの掘り起こしをしてい

ることも予想できる。

8 SESではこれを、「コミュニティ・アンカー (Community Anchor)」と呼んでいる(明治大学日欧社会的企業比較研究センター2015:12)。

9 より具体的には、北埠頭の再開発のマネジメントをするために立ち上げられたCIC法人「シーハム・ハーバー投資プロジェクト(Seaham Harbour Investment Project:SHIP)」がある。SESはこの法人に対し、法的な手続きのアレンジを行うと同時に、ワークショップの開催やマリーナの建設のための投資対効果検討書を提供したようである(Saddington, M.2014:10)。

(くまくら ゆりえ、明治大学大学院商学研究科博士後期課程)

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」がっています。

【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・協同の社会的地位 (Q38 - Q44)



松本勝明編

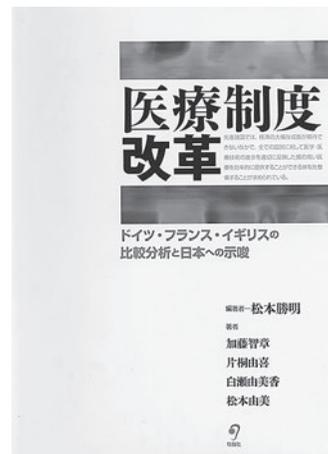
『医療制度改革—ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』 旬報社 2015年3月

八田 英之

本書は、2012年度及び2013年度に実施された厚生労働科学研究費補助金による「諸外国における医療制度改革と日本への適用可能性に関する研究」に携わった人々による、その研究成果に基づく労作である。この三つの国は、いずれも社会保障としての医療が確立しているが、それぞれに人口の高齢化や経済成長率の鈍化などを背景に、医療改革が進められている。本書の構成は、序章で「課題と視点」が提示された後に、ドイツ、フランス、イギリス、それぞれについて、最新の情報に基づいて、改革の課題、改革のための考え方、具体的内容、効果と問題点について書かれ、最後の第四章で、参加国の比較と日本への示唆が述べられる。

本書の意義は、まず、それぞれの国の医療制度の現状と改革の内容について、最新のまとまった認識を得ることができること、さらに、第二に、改革がなぜ、どんな考え方で取り組まれたのかを具体的に知ることを通じて、日本でも進められている「医療改革」の問題を考えることができる、ということにあるであろう。

第一章のドイツでは、1988年に制定された「医療保障改革法」以降、一部負担金の引き上げ、給付範囲の縮減など、医療費抑制を目的とする改革が保守政権の下で行われて来た。1998年社会党と緑の党の連立政権になって、前政権の一部負担金の引き上げや民間保険的な要素の政策が廃止されたが、2006年以降は、再び保守政権の下で、競争原理の導入を主とした改革が進められている。興味深い点をいくつか挙げると、①保険者（疾病金庫）の間の競争が導入され、被保険者が保険者を選択できるようにしたことである。この際にそれ



ぞれの疾病金庫の被保険者の年齢、性別、所得水準などリスク構造が異なることから、このリスク構造の調整が行われた。つまり、若くて元気な被保険者が多い疾病金庫は、拠出金を拠出し、不利なリスク構造になっている疾病金庫は交付金を受け取る。こうして保険料をダンピングして若くて元気な人を集めるようなことは、競争上無意味となった。②ドイツでは、国民すべてに公的保険に入ることが義務付けられてはいないが、その義務のない人は民間保険に入ることが義務付けられた。同時に民間保険には、保険料と給付水準が公的保険と同一水準の「基本タリフ」で被保険者に医療を提供することが義務付けられた。③医療供給体制の面では、2013年、新たな大連立政権の政策協定に、地方でも住民の身近なところで入院医療が受けられることを保障することが盛り込まれた。また、日本の開業医に相当する保険医が医師の少ないところで開業することに経済的インセンティブが与えられている。

ドイツの改革は、競争の強化や企業の負担軽減を図るなど新自由主義的な傾向が目立つが、それでもこうしたところを見ると、社会保障としての医療という論理は生きていようである。

第二章のフランスを見ると、この国でも医療費抑制のために様々な方策をとってきた。しかし、同時に医療へのアクセスの保障が最も重視されており、経済的理由から医療アクセスが制限されることは人類最大の罪悪とされている。1990年、社会保障目的税と言うべき一般社会拠出金が、社会党政権の下で導入された。その後、保守政権の下でジュッペ・プランなど医療供給面での医療費抑制政策が行われるが、これに対する医師などの抵抗は激しく、採用された政策に対して違憲判決がでるなど、所期の政策目的は実現できなかった。その後、保守政権の下で需要面から、或は医療の内容に踏み込んで医療費抑制を図る政策が行われているが、それでも国民に平等に医療を保障するという理念や社会保障の考え方は貫かれている。例えば、①1999年にはフランスで国民皆保険を実現した普遍的医療給付が導入された。フランスの医療制度では、医療は現物給付ではなく償還制で一般的に三割の利用者負担があるが、この利用者負担を国民の90%近くが加入する共済(mutuelle)や民間保険などがカバーしている。しかし、一部にはこれらの組織に入ることができず、一部負担金が払えないために治療を中断する人が、1999年当時には一定数いたという。こうした人が、共済などに加入できるように資金援助するようにしたのが、普遍的医療給付である。また、②薬剤費の上昇を抑えるために、参照薬価制度が導入されているが、これは同種同効の薬の場合、ジェネリック薬品があれば、その価格でしか償還されないという制度である。しかし、フランスでは薬剤師がジェネリックを選択する権利が与えられており、患者の同意を得てジェネリックを提供できる。これで実際に薬剤費の伸びは、かなり抑え込まれている。③供給面では、2010年に地域圏保健庁がつくられ、地域医療計画を作り、医療へのアクセスを保障する数値目標を実現することを迫っている。医師が過少な地域で活動する医師に対して診療報酬上加算する仕組みがつくられた。また、④かかりつけ医制度が導入され、そうでない医師に

かかると自己負担が増えるが、緊急の場合、旅行先、かかりつけ医不在の場合には適用されない。はしご受診などの不合理な受診行動を是正するためのもので、受診抑制が目的ではないからである。さらに、⑤一般社会拠出金以降、労働者の保険料は次第に引き下げられ、2006年以降は、使用者12.8%、被用者0.75%、合計13.55%となっている。

これらの政策は、多くがシラク・サルコジという保守の大統領・保守の首相の下で行われてきたものであり、ドイツ以上に社会保障としての医療の考え方が貫かれているように見える。

第三章はイギリスである。この国の医療はサッチャー政権以降のNHS改革(医療費支出の削減と競争原理の導入)によって、第三世界並と言われる惨憺たる状態に突き落とされた。救急車で運ばれてもストレッチャーの上で何時間も待たされる、がんと診断されても手術を受けられるまで一年も待たされるなどのウェイティング・リスト問題や修繕がなされず、不潔な状態が放置され、院内感染が頻発するなど医療の荒廃と言えるような状態になった。1997年、労働党政権となり、ブレア首相は毎年5%ずつ増やす政策をとり、ウェイティング・リスト問題などは相当に改善された。また、医療の質の向上(ナショナル・スタンダードの作成と普及、新薬、新しい技術の評価など)と地域格差の解消などを図るためにNICE(国立最適医療研究所)が創設されるなど、様々な努力がはらわれた。しかし、2010年、保守党のキャメロン政権となり、医療費の伸びは著しく弱められた。ために、実質賃金が下がり、NHSの医師や職員の不満が増大し、2016年に入って大規模なストライキが起こるという事態になっている。

イギリスのNHSは、税金を財源として全国民に無料で医療を提供するという理念的には世界に先駆けた制度である。しかし、こうした国家的巨大組織にありがちな官僚主義、予算の枠に縛られることによる停滞など様々な矛盾は存在した。それをサッチャー政権は、財政支出を抑えつつ、NHSの内部に準市場をつくり出すことによって改善できるとしたのである。しかし、結果は医療の荒廃であった。だが、ブレア政権も財政支出は増やしつとも一好景気に支えられて一NHS内部に競争関係をつくり出すという考え方では、保守

党政権と同じであった。例えば、ブラウン政権はGPの選択は国民の権利であるとNHS憲章において宣言し、これは2012年に法律となった。国民は自由にGPを選べるようになった。一方、GPに対しては、予約外診療やカルテ管理など比較的容易な医療内容改善のターゲットをクリアした場合に加算が付くようにした。また、NHSイングランドによって、「NHSチョイス」というインターネットを利用してNHSの医療機関情報を入手できるサイトが開発された（患者や職員からの評判も載せられているという）。

最近イギリスでは、認知症の問題が重視され、かつ医療と介護の統一的な供給が問題となっているという。これらについても本書で一定触れられている（例えば2003年のコミュニティケア法—社会的ケア・サービスの不備による退院の遅れが生じた場合に、自治体は一日について100ポンド遅延期間分病院に支払わねばならない—など）。この医療と介護の点では、ドイツ・フランスではほとんど触れられていない。

最後の第四章では、三国の比較と日本への示唆が述べられる。まず、医療費の負担の問題では、日本でも三割負担のために受診抑制が起こっているという事態を避けるために、フランスの補足給付制度（共済や民間保険で自己負担分をカバーするために、低所得者などに国が補助する）が有用

な示唆を与えるという。さらに、医療供給格差を是正するために、ドイツとフランスの医療過疎地域での医療機関への報酬加算などが日本でも活用できるとする。

入院診療報酬については、在院日数を短くするために、一件当たり報酬にすること、この場合適切な医療が行われたかを監査する仕組みが必要であるという。その他、薬剤の参照薬価制度、効能評価により保険でカバーする範囲に差をつける、高齢者医療制度のお金の受け手からの説明責任が果たされるべきこと、新たな薬剤・医療技術の導入に際しての有用性評価の専門的機関の設置の必要、などが提起されている。これらについては様々に意見があることであろうし、一つの問題提起であろう。

本書は、研究書であり、読みやすい本ではない。また、かなり医療に対する知識がないと読み通すことに困難を覚えるであろう。しかし、しばしば、日本の医療を語るに際して、これらの国の現象的事例が引き合いに出されるが、その背景を含めて正確に問題を理解するうえで、しばらくの間、この本は欠くことができないものであろう。

（はった ふさゆき、研究所副理事長・千葉勤労者福祉会理事長）

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—」

（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）

- 松浦健伸ほか「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」

（『いのちとくらし研究所報』53号にも掲載）

諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究 ～米国ワシントンD.C. 現地調査を中心に～

高山 一夫

研究の背景とねらい

貧困問題が引き続き注目されるなか、近年では、医療・介護を端緒として貧困に陥るケースが少なくないと報じられている。例えば、NHKスペシャル取材班『老後破産—長寿という悪夢』（新潮社、2015年）では、医療費の窓口負担や介護の利用者負担を支払うことができず、また、生活保護も些細な理由で受給するに至らないがゆえに、いのちとくらしを脅かされる人々の実像がリアルに描かれている。他方では、そうした人々にケアを提供することが期待される医療機関の側でも、貧困を背景として、必ずしも医師の指示に従わず、あるいは施設内外で様々な問題行動を引き起こす、支援の困難な患者・利用者にすくなく直面し、対応に苦慮されているという。本研究は、そうした困難患者を支援し、貧困に苦しむ人びとを社会に再包摂するためには、どのような医療展開が望ましいかについて、検討することを目的とする。

貧困者のケアは、単に社会保障あるいは医療保険制度によって解決するわけではなく、社会包摂の観点からする多様な取り組みを必要とする。困難患者のケアと社会への再包摂という課題は、ひとり日本に限らず、移民問題に揺れる米国やEU諸国においても、喫緊に解決すべき社会問題として認識されている。とりわけ米国では、いわゆるオバマケアの施行に伴い医療保険への加入者が急増したものの、非合法移民の大部分が改革の対象外とされたため、無保険のまま放置された移民に対するケアの提供については、むしろ医療機関の果たすべき役割が重くなっている。

実のところ、研究の当初は、社会包摂志向の医療展開について、日本やEU諸国も含めた国際比較研究を試みる予定であった。ところが、研究を進めるなかで、2013年度科学研究費助成事業「社

会包摂的医療に向けたアクション研究」（研究代表者：松田亮三）との連携が可能となり、また、米国でオバマケアが施行されるといった大きな情勢変化も念頭に、本研究の中心的な検討対象を米国のセーフティネット供給者（safety net provider）に据え、ワシントンD.C.における現地調査の企画と実施に活動を集中することにした。

本報告では、2015年2月16日から21日にかけて、米国ワシントンD.C.において実施した、米国のセーフティネット医療に関する聞き取り調査の概要を紹介したい。

現地調査の概要

米国では、無保険者やマイノリティなど、もっぱら医療弱者（vulnerable patient）を対象とする医療機関は、セーフティネット供給者とよばれる。セーフティネット供給者は、公立病院、コミュニティ・ヘルス・センター（CHC）、そして自治体の保健局からなる。現地調査では、セーフティネット供給者として、United Medical Center（UME）とProvince Hospital（公立病院ではないものの、カトリック教会を母体とし慈善医療に積極的な病院）の2か所を訪問した。また、公立病院およびCHCの全国団体（America's Essential Hospitals、NACHC）、米国保健福祉省の2部局（HRSA、CMS）を訪問し、セーフティネット医療に詳しい研究者とも懇談した。

訪問先のうち、じつはUnited Medical Centerとは、事前のアポイントがとれず、当初は訪問を予定してはいなかった。しかしながら、大寒波が到来するなかで初日の視察がキャンセルとなり、せめて施設の外観だけでもと飛び込みで訪問したところ、先方の広報担当者D. トンプソン氏のご好意で、詳細な聞き取り調査が実現したも

表 ワシントンD.C. 現地調査旅程表

2月16日(月)	中部国際空港より出国、デトロイト経由でワシントンD.C.へ
2月17日(火)	記録的な大雪のため視察先がキャンセル 午後 United Medical Center に飛び込みで視察
2月18日(水)	午前 Providence Hospital を視察 午後 The George Washington UniversityにてP. Shin先生、 K. Horton 先生と懇談 夕刻 The National Association of Community Health Centers (NACHC) を訪問
2月19日(木)	午前 U.S. Department of Health and Human Services, Office of Global Affairs, Health Resources and Services Administration (HRSA) を訪問 午後 同、Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) を訪問 夕刻 America's Essential Hospitals を訪問
2月20日(金)	ワシントンD.C.よりデトロイト経由で帰国
2月21日(土)	中部国際空港にて解散

のである。外国の現地調査ならではのユニークな経験であった。

以下では、UME と CMS での主な聞き取り内容について取り上げる。

(1) United Medical Center (UME) のアウトリーチ活動

UME は、1965年にワシントンD.C. (コロンビア特別行政区) によって設立された公立病院である。市内を流れるアナコスティア川東岸に立地し、第7・第8区の住民15万人にとっての基幹的な病院であり、隣接するメリーランド州からも患者が受診するという。病院が立地する地域は、低所得の黒人および高齢者が多く、薬物依存や犯罪も多い貧困地区である。とくに HIV/AIDS の患者数では、全米でも最悪の水準だという。

医療弱者に対する UME の支援活動で特徴的なことは、コンサルティング会社出身の現 CEO (最高経営責任者) のリーダーシップのもと、多様なアウトリーチ活動が展開されていることである。聞き取り調査では、アウトリーチ活動の事例として、①広報担当者と医師・看護師が連れ立って教会やコミュニティセンターの集会に参加し、住民との人的なつながりを深める、②様々な特集を掲載した病院の広報紙を地域住民(約6万戸)に配布する、③新聞やラジオ等に自院の医師が出演す

る、④移動式クリニックや看護師によるクルマでの回診(nurses on wheels)によって患者を診療し、病院での受診につなげることなどが紹介された。加えて、⑤地域の約300人の開業医への働きかけも行い、競争ではなく連携体制も強めているという。UME のアウトリーチ活動は、地域住民に対する広報的な活動(①②③)にとどまらず、現地ないし自院でのケア提供につながる、訪問支援型および施設紹介型のアウトリーチ活動(④)や、他の医療機関との連携強化(⑤)も含んでおり、総合的な活動であるといえる。

聞き取りにおいて、担当者が強調されたことは、貧困者の多い地域だけに、アウトリーチにおいては、患者・住民を一人の人間として扱い、思いやりを持って接すること、また、地域に赴く際には必ず医師・看護師を同行することで、地域住民との人的な繋がりを構築するのみならず、医療従事者の教育にも活用していることである。患者をその生活背景を含めて全人的にとらえ、感染症予防や保健指導もふくめて包括的なケアの提供をめざす UME の取り組みは、セーフティネット供給者による支援のひとつの典型であろう。

なお、そうした患者・住民や地域の医師に対する精力的なアウトリーチ活動の費用については、自治体からの補助金(使途が限定されない)で賄っているとのことである。

(2) CMS

米国保健福祉サービス省のメディケア・メディケイド・センターでは、医療保険制度改革と並んでオバマケアの両輪をなす、アカウントブルケア組織 (Accountable Care Organizations、以下、ACO) についての聞き取りを行った。ACOとは、ともすれば専門分化が進みがちな米国の医療提供体制において、患者中心のプライマリ・ケア提供を担う組織である。ACOは、メディケアに登録している医師 (グループ・プラクティス) や病院、ヘルス・センター、薬局、ナーシング・ホーム等によって自発的に組織され、それ自身として法人格と納税者番号を持つ。ACOの法人格についてはとくに規制はなく、営利でも非営利でもよいという。また、ACOはマネジドケアとは異なるため、組織の構成要素に関する要件もない。

ACOに対しては、医療の質を向上し、医療費を節減するインセンティブを与えるべく、メディケア診療報酬改革 Medicare Shared Saving Program (MSSP) も導入されている。ACOは、MSSPのもと、目標を達成した場合に追加的な報奨 (shared savings) のみを受け取るもの (トラック1) と、報奨は高いが目標を下回った場合には罰金 (loss) も課されるタイプ (トラック2) の、いずれかを選択する。現状では、ACOのほぼすべてがトラック1を選択している。

MSSPで興味深い点は、同制度がACOに対して詳細な医療の質の評価基準を課していること、また、費用と成果についてCMSがデータを収集し、ACOとのあいだで共有していることである。まず、ACOは、医療の質に関する基準を満たしていなければ、MSSPに参加できない。医療の質評価は、具体的には、①患者・医療従事者の経験、②ケアのコーディネート・患者の安全、③予防医療、④ハイリスク集団・虚弱高齢者の健康の、4つの次元で測定される。①の患者・医療従事者の経験は、アンケート調査によって集計されており、例えば、外来 (ERは除く) の待ち時間などが該当する。②のケアのコーディネート・患者の安全では、例えば、高血圧やCOPD (慢性閉塞性肺疾患) といった慢性疾患患者が退院後30日以内に再入院した場合に、マイナスの評価となる。③と④の予防医療とハイリスク集団・虚弱高齢者等に係る診療記録もCMSに提出するよう、ACOに

求めている。

データの収集と共有について、患者がACOとは別の医療機関を受診した場合には、それら外部の医療機関に対しても、診療記録をCMSへ提出するよう求める。そうして収集した情報をCMSが集計して、基準年と比較する。ACOの成果を改善するうえで、CMSはデータの活用を意識的に図っている。

2014年にCMSが公開した報告書によると、ACOにおける医療の質に関する33の指標のうち、30で改善がみられたという。また、ACOの半数にあたる58団体が目標支出基準以下を達成し、4分の1が報奨を受け取った。ACO全体として、7億ドルの医療費を削減し、3億1500万ドルの報奨を受け取ったことになる。

現地調査を終えて

現地での聞き取り調査から浮かび上がる米国医療の現状について、それが日本の医療現場と医療政策にどのような含意を有するのであろうか。本報告で紹介したUMEとCMSの調査を踏まえると、さしあたり、次のことが言えよう。

第一に、UMEが取り組んでいるような、貧困者・貧困地区を対象としたアウトリーチ活動に関して、日本では診療報酬にならず、また国や自治体からの補助金も乏しい現状では、事業として行うことは難しいことである。また、住民を病院への受診につなげる活動は、場合によっては、違法な患者の囲い込みとみなされる危険性もある。

しかしながら、住民との人的連携を深め、地域社会への貢献を果たすことは、医療機関のミッションとして、あるいはブランディング戦略上の課題として、不可欠の活動であろう。また、多様な支援活動の成果をうまく指標化し、エビデンスとして収集・分析することも大切である。根拠と理念に基づく政策提言 (アドボカシー) によって、国や自治体に制度の改善を促すことで、事業としての一定の採算をとる見通しも立つのではないか。

第二に、CMSでの聞き取りについて、日本でもすでに、診療報酬点数における各種加算・減算やDPCの機能評価係数などにおいて、医療機能と診療報酬を一定程度リンクさせる仕組みが導入されている。とはいえ、医療の質に関して詳細な

評価基準が設けられていること、また、費用と成果を分析する際にデータの収集と共有を重視していることは、日本におけるデータヘルスの試みや医療のインセンティブ改革の将来を検討するうえで、参考になるものと考えます。それだけに、米国の新たな医療提供体制改革がどのような結果をもたらすのか、今後とも注目すべきであろう。

今回の研究では、研究者と現役の医師とが共同して、研究活動を行った。研究者による文献レビューだけでは、具体的なことがあまりわからず、

また、現場の常識や思いと乖離する恐れもある。医療のような専門性の高い分野ではとくにそうである。それだけに、研究者と臨床医が共同で研究を行い、現地調査でもそれぞれの観点から聞き取りを行い、結果について遅くまで議論したことは、大変に有益であったと感じている。本研究が総研の活動に何らから寄与することができれば幸いである。

(たかやま かずお、京都橘大学教授)

〈医療政策・研究史〉(12)

「はたらきかけ」と自分史

野村 拓

●「はたらきかけ」学の試み

1980年代後半から21世紀初頭にかけて、「国立病院統廃合・移譲」問題に関連して、全国調査団による現地調査がおこなわれ、しばしば、その調査団団長をやらされた。団員には労働組合のリーダーが多いので、調査団の結団式のときに「団長！これは調査ですか、闘争ですか」という質問が出て、私は苦しまぎれに「これは『圧力調査』である」と答えた。

その後、クルト・レヴィンの論文から「アクション・リサーチ」という言葉を見つけて、この言葉を多用するようになったが、社会科学は、ある意味で「はたらきかけ」学であるから、「アクション・リサーチ」は重視されるべきである。

「芸術」は直接、市民・大衆にはたらきかけ、市民・大衆が評価、判断する。

「自然科学」は専門家、学界が評価、判断し、実験的追試や生産過程への適用によって正否を検証できる。

「社会科学」は「芸術」寄りに「市民・大衆へのはたらきかけ」が重視されるが、その成果を「自然科学」のような形で検証することは不可能である。しかし、運動家は社会科学的成果をみずからの運動に適用することによって、「手ごたえ」を感じることができるし、市民は地域社会での「はたらきかけ」へのヒントを得ることができる。これらのことを無視して閉鎖的な「学界」だけが判断、評価するのであれば、「人文・社会科学系」の論文は「学者渡世の通行手形」になってしまう。また、医学系によく見られるような「学位取り工場の工場長」による金魚の糞ほど共著者のぶらさがった論文などは、通行手形の最たるものである。

もちろん、必要があれば「通行手形」取得用の論文を作成すればいいが、学習事項の「副産物」が「論文」になるぐらいの力をもってほしい。

この関係をシェーマ化したものが、〈図1〉である。

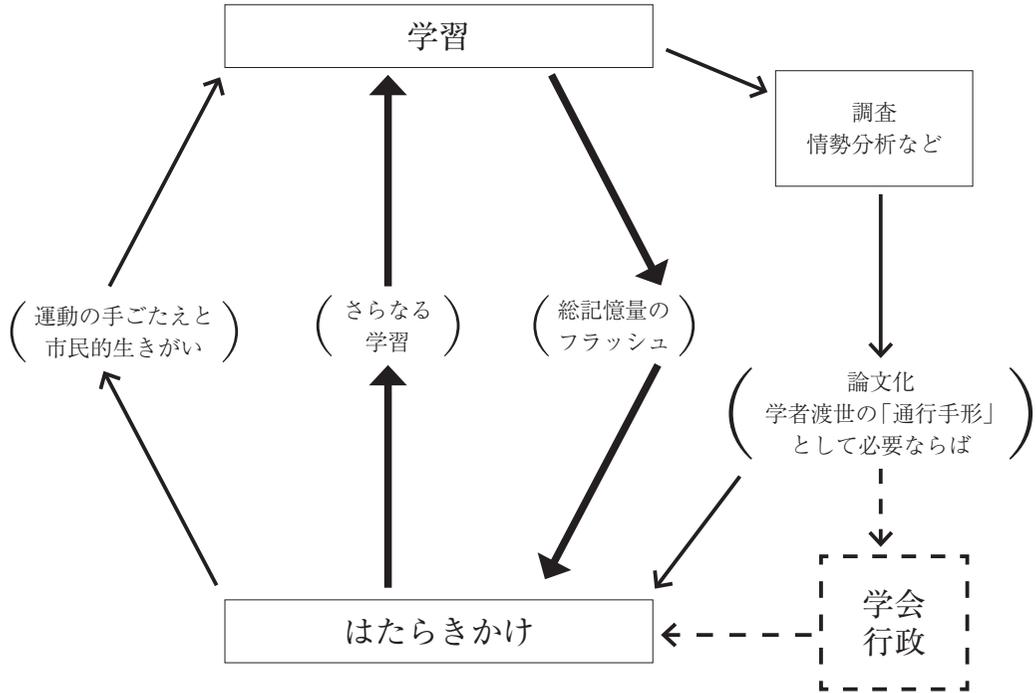
そして、私の主宰する「はたらきかけ」学学習の場、「医療政策学校」における研究者・運動家・市民の関係を示したものが〈図2〉である。

この「シェーマ」の下部に「事業体的能力を備えた事務局の確立とそれを基盤にしての学習活動」とあるのは、弱小学会の財政的基盤の薄弱さが、みずからの首を締めている実情の打開を考えたからである。具体的に言えば、年会費5000円を取って年1回しか会報を出せないのであれば、会員から見れば、1冊5000円のうすっぺらい買い物をしたに過ぎなくなる。しかも掲載の場は貧弱で、仰々しいのは投稿規定だけという有り様である。かと言って、医学雑誌のように、学位取り工場の工場長が論文掲載料を取りながら、「通行手形」を大量に発行し、それぞれの論文に多数の共著者がぶら下がる、というのもみっともない。

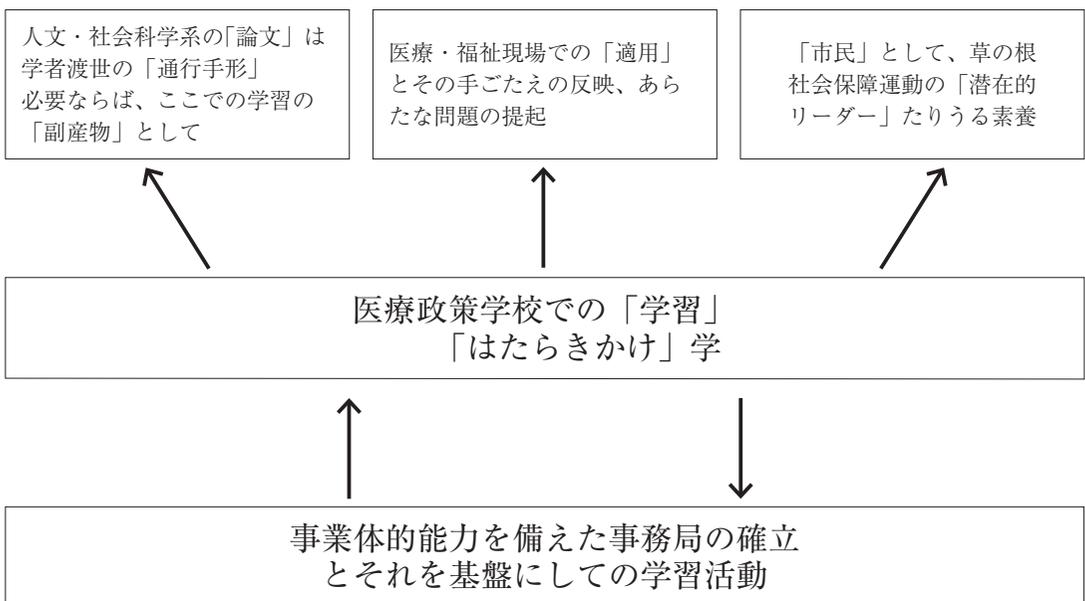
1960年代に、「いま、全世界で医学論文は26秒に1つのテンポで生産されている」と言われた。それから半世紀以上経って指数曲線的に増えていることだろうから、いまでは1秒間に26ぐらい論文が生産されているかもしれない。つまり、学位取り工場と製薬会社の利害が一致する方向で論文は量産され、貧乏学会は「投稿規定」だけ、ということになりかねない。そのような状況を打破するためには、ある程度の事業体的能力が事務局に求められるのではないか、事務局構成員がNPO法人をつくって事業活動を展開することが必要ではないか、というのが前掲のシェーマの下半分である。

〈図1〉 学習・調査・「はたらきかけ」・さらなる学習のサイクル

「はたらきかけ」学・学習とは



〈図2〉 「医療政策学校」における研究者・運動家・市民の関係



●「はたらきかけ学としての社会科学と自分史」

前回にも述べたように、社会科学の難しさ、面白さは「対象」としての「社会」のなかに、研究主体としての「自分」がふくまれることである。また、社会科学の特質は、社会のあり方に関して、トータルなビジョンを示しながら、語りかけ、はたらきかけることにある。そしてはたらきかけることを通じて、みずからを高める契機とすることにある。その意味で自分史は重要に意味を持つ。なぜなら、自分史にははたらきかける主体と対象との相互作用が書かれることになるからである。

また、他人のなかに「自分」を発見すること、「他人」を傷つけることは、実は「自分」を傷つけることなのだという自覚は「近代市民的自覚・連帯」の原点である。

2000年9月、京都で「100年の庶民史を勉強する会」が通所リハビリ施設の職員の勉強会としてスタートした。通所高齢者たちの「自分史」を知るための「歴史的座標」設定のためである。

この学習会を動機づけたものは、通所の老婦人の「鳥羽・伏見の戦いで」という話に若い職員がついていけなかったことである。高齢者たちが生きて来た時代を知ることは、対人ケアのABCといえるが、生きてきた時代を知るには「庶民史」の学習だ、ということになったのである。

「100年の庶民史を勉強する会」は2000年9月19日を第1回として、2010年3月27日には第100回を迎え、「100年100話の会」を持ち、現在、多少性格を変えながら170回に近づいている。その間、学習した「庶民史」を座標軸としての通所者からの聞き取りは、職員にとっても、通所者にとっても、いろんな学習成果を生んだ。

二・二六事件当時、高橋是清邸の近くに住んでいた老婦人は詳細な地図を描いてくれた。戦争末期の「大文字の送り火」は、灯火管制下であり、燃料も不足していたので、昼間、子どもたちに白シャツを着せて並ばせた（昭和18、19年）という話も初めて聞いた。

若い職員には読めなくて、高齢者には読める「地名漢字」は、高齢者たちを生き生きとさせた。例えば

「倫敦 伯林 巴里 紐育 桑港 維納 劍橋

牛津 西貢 河内 羅馬」

という地名漢字を、高齢者たちは

「ロンドン ベルリン パリ ニューヨーク サンフランシスコ ウィーン ケンブリッジ オックスフォード サイゴン ハノイ ローマ」とすらすら読んだし、国名漢字の

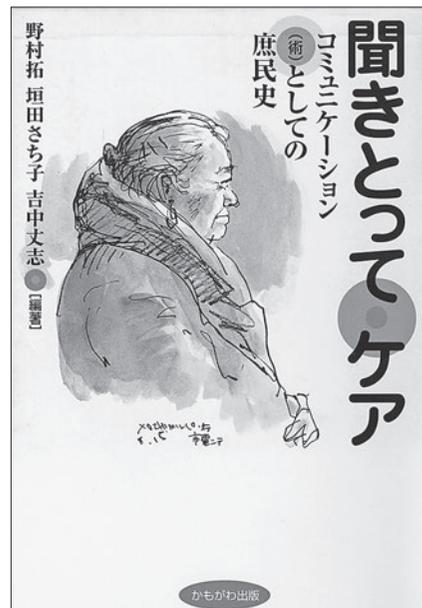
「丁抹 諾威 和蘭 愛蘭 波蘭」

を「デンマーク ノルウェー オランダ アイルランド ポーランド」

と読むことなど常識であった。

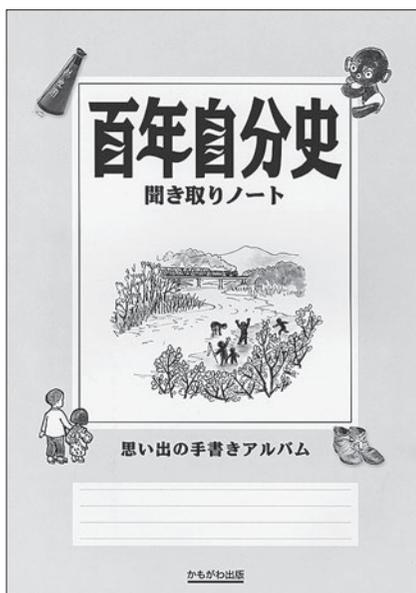
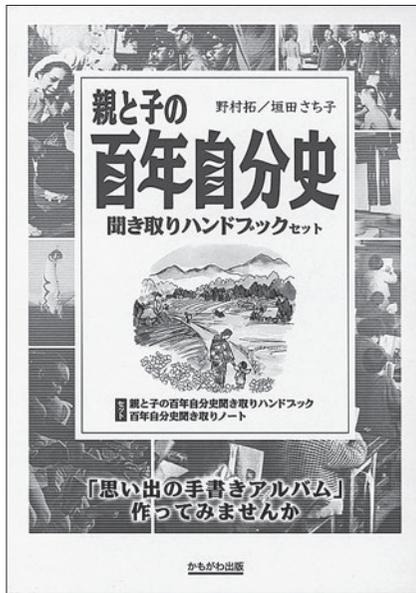
世代間の交流を通じて、職員は賢くなり、通所者は生き生きする成果は2003年に野村拓・垣田さち子・吉中丈志編『聞き取ってケア』（かもがわ出版）という形でまとめられ、15人の職員が執筆参加した。

「聞き取り」、はたらきかけという交流を通じて明らかになったことは記憶力の大切さ、そして豊かな記憶量とフラッシュ能力である。人と向かいあってフリーで話せる能力である。「はたらきかけ」は銀行員がバランスシートを読み上げることでもなければ、パワーポイントを使って、だれも聞いていない講義を展開することでもない。向き合って、大事なことをフリーで相手に伝える事であり、そのためには豊かな記憶量とそれらをフラッシュさせる能力が必要である。



●自分史座標に貼りつけた情報が「記憶」

記憶量を豊富にするためには、情報が貼りつきやすいように「自分史座標」を整備することが、一方で必要であり、他方で「情報」を「貼りつきやすい情報」に加工することが必要である。ではまず「自分史座標の整備」から、ということになるが、100年の庶民史の座標づくりとなれば、自分史に親の生きた時代をくっつけて100年にしてはどうか。50代の子どもが80代の親から聞き取る



形というのはどんなものか、などいろいろ考えてできあがったのが、野村拓・垣田さち子『親と子の百年自分史・聞き取りハンドブックセット』（2007. かもがわ出版）である。これは『聞き取りハンドブック』と『思い出の手書きアルバム』の2冊から成っている。ここで、当時80歳であった私は人生を次の5段階60項目に分けた。

1. 自我の形成

(1) 親、兄弟(姉妹)から聞いた話 (2) 「ものごころ」がついたころ (3) 家と隣近所についての記憶 (4) 「肉弾三勇士」と「靖国神社」 (5) 子どもたちの遊び (6) そのころ読んだ雑誌は (7) 小学校に上がったころ (8) 遠足・運動会 (9) 小学生時代の四季 (10) 日中戦争始まる (11) 修学旅行、人生コース枝分かれ (12) 国家総動員法のころ (13) 配給制と切符制 (14) 紀元は二千六百年 (15) 配属将校と軍事教練

2. 将棋の駒のように

(16) 産めよふやせよ (17) 体力章検定と体力政策 (18) 太平洋戦争始まる (19) 防空演習、そして空襲 (20) 球技全廃、国防競技 (21) 徴兵検査 (22) 勤労奉仕から工場動員へ (23) 学徒出陣 (24) 戦争と看護婦たち (25) 軍隊での戦争体験 (26) 内地で、軍隊以外で (27) 外地で、民間人として (28) 戦時下の女性 (29) どこで戦い、どこで死んだか

3. もどってきた自我

(30) 天皇の声を聞く—8月15日 (31) 歴史的どん底生活 (32) 「米」不足・空腹なれど知識欲 (33) 社会運動の時代 (34) 朝鮮戦争のころ (35) そのころの結婚生活 (36) 「もはや戦後ではない」?

4. 他者のために生きる

(37) 60年安保のころ (38) 「子育て」の時代 (39) 東京オリンピック前後 (40) 「三種の神器」とローン (41) マイホーム作戦 (42) 万博・公害・福祉元年 (43) オイルショックのころ (44) 教育の今昔—進学競争の時代へ (45) 世界を股に生きる時代 (46) 災害の記憶 (47) 定年を迎えての生活設計 (48) 「老い」と自由時間 (49) 同級会、体験を共有するグループ

(50) 年をとることの意味

もちろん、生きた時代が違えば「自分史座標」もそれぞれだが、要するに、意味のあるメッセージを次の世代に伝えるつもりで作成することである。

北九州市で私の米寿祝いをしてくれたときには米寿にあわせて88のショートストーリーを作成して時系列に配列してみたら、一種の「自分史座標」ができあがった。「ストーリー化」は情報の連鎖化であり、連鎖化した情報は「単品情報」とちがって座標軸に貼りつきやすい。情報の連鎖化と自分史座標と整備とは、にわとりと卵のような関係だが、看護史、貧困史などテーマごとに「100話」を考えるのは、構想力をみかく上でも、断片的な時間を利用して1話ずつ書いていく習慣づくりの上で有効なことと考えられる。

●百話スタイル構想とストーリーメイクの両面から

2008年から2013年にかけて『いのちとくらし研究所報』に「社会福祉と医療政策・100話」を20回連載したが、これは「医療・福祉職の世界史」を構想しながらの100話設定であった。

この「百話スタイル」のヒントは

・関以雄編：衛生講話材料 上巻（改訂増補6版1911. 初版1905.）及び下巻（1910）に由来する。

明治16（1883）年に発足した半官半民の衛生啓蒙団体、大日本私立衛生会の会員でもあった著者が、この時期に「講義講演のネタ本をポケット版で」という発想をしたのはすごい。

「上巻」は110話、「下巻」は62話となっているが、それならば100話にまとめればいいのに、と思った。

「上巻」では、92話の「軍陣衛生と戦闘力の消長」、94話の「児童期に於ける自殺」など、「下巻」では16話の「鉛中毒に就て」、29話の「衛生と武士道」など、興味あるテーマがあふれている。

グローバル化時代には、当然のことながら世界的視野がもとめられる。言い換えれば、世界的事項・情報を自分史座標に取り込むことが求められる。この場合、世界史と自分史の間を埋める

のが、人それぞれに持つ専門領域の歴史であり、私の場合は「社会福祉と医療政策・100話」だったわけである。

世界史的事項を自分史座標にとりこんで記憶を豊かにすることが可能であれば、逆に自分史座標の延長上に、あたらしい学習分野のアンテナをはりめぐらすことも可能だろう。では新しい学習分野「グローバル医療政策学」を考えた場合、どんな学習アンテナをはりめぐらすことができるか。四大生の参加者が多い研究合宿のときに示した「思いつきアンテナ」を少し精密化したものが、前回紹介した「学習アンテナ・疑似マトリックス」であった。これを学習範囲とすれば、その中心にするものは何か、それは医療・福祉における「はたらきかけ」学のようなものであり、世界史におけるエッセンスを取り込んだ医療観のようなものである。そして、この研究合宿で語られる中身は堅苦しい「論文」ではなく、「のびやかなエッセー」である。

ここでいう「エッセー」とは花鳥風月をあしらった「随筆」ではなく「革命的スペキュレーション」である。ジェームス・リンダの「壊血病対策にレモン・ジュース」という革命的業績の表題は

As Essay on —

マルサスの『人口の原理』の表題も

As Essay on —

である。このようなのびやかなスペキュレーションを心掛けながら、「はりめぐらせたアンテナ」の上を行き来して「ストーリー」を作成してやることである。例えば、前記、リンダはハスラー海軍病院で「院内感染防止法」を確立し、ナイチンゲールに影響を与えたと言われているがどうか、イギリス産業革命によって生まれたセパレートの鉄製のベットが院内感染防止に貢献したという説の検討とか、いろいろストーリーを考えながら、記憶内容を充実させていけばいい。こんなことを考えるのは、通勤電車のなかでもできることである。だから、通勤電車の中で、テーマ別100話を考え、机の前に座ることのできる断片的な時間を利用して、1話ずつストーリーメイクして「学習アンテナ」の上に位置づけてみることである。

1966年の医療史

野村拓

「空疎な興奮でもなく、平板な執務でもなくして、生活はひとつの計画ある営みである」——戸坂潤は「科学論」の書き出しをこんな言葉でかざっている。

1967年の生活に計画性をもたすためには、1966年の歴史を踏まえなければならない。1967年は既に始まっている。私達は取急ぎ1966年の年譜をまとめなければならない。しかも1967年が、あまり経過しないうちに。

1 月

- | | |
|---|--|
| <p>1. 1. ★健康保険料値上げ、1000分の63を1000分の70に ☆消費者米価8.6%値上げ</p> <p>1. — ★鈴木厚相、1月中旬をメドに「国民の健康と医療問題に関する懇談会」を設置する方針を表明</p> <p>1. — ★労働省、「雇用対策法案」まとめる</p> <p>1. — ★鈴木厚相、本年の重点施策として東南アジア医療協力を強力に推進する意向を表明</p> <p>1. 4. ★警察庁、40年中の交通事故の発生状況をまとめ発表、死者12477人、負傷411002人、件数557519件</p> <p>1. — ★自治省、地域開発方式を再検討</p> <p>1. 5. ★名古屋市南区堤町一帯で、下水管に流れこんだ大量の油によつて頭痛はき気等600戸から苦情続出</p> <p>★大蔵省、41年度一般会計予算と財政投資計画の大蔵省原案および</p> | <p>税制改正大綱を決定、厚生省5カ年計画狂り</p> <p>1. 7. ★経済企画庁、物価問題懇談会のメンバー20氏を決める ★静岡県藤枝市で、重症身障児（男・13才）を父親（43才）が殺す</p> <p>1. — ☆厚生省、「厚生年金基金制度」（いわゆる調整年金制度）を4月1日から実施する意向を表明</p> <p>1. 9. ★福田蔵相、41年度予算の復活折衝でガン対策費を20億以上にしよう事務当局に指示 ★川崎市駅前本町で6階建てのビルが火事、逃げおくれた同ビル内のパチンコ店の従業員ら12人が焼死</p> <p>1. 10. ☆初の物価問題懇談会、東京で開く ☆運輸審議会、平均20.5%の私鉄運賃値上げを答申</p> <p>1. 11. ☆青森県三沢市で大火、434むね700余世帯が被災 ★今治市の美容院の火事で、（旧精神衛生法によ</p> |
|---|--|

〈図4〉月日の不明確なものは

「清掃手数料賦課取消し請求」に対し、金沢地裁「手数料の徴収は正当である」と請求を棄却 ☆中央社会福祉審議会（会長・中川善之助）「特別養護老人ホームの設備および運営基準」をまとめ、鈴木厚相に答申 ☆山林入会権問題で半世紀にわたつた小繁^{コトギ}事件上告審判決公判で被告全員の有罪が確定

1. 一 ☆松下電器健保組合は、同組合の健康管理センターに、1年以上の慢性疾患患者188人の再検査を依頼
1. 一 ☆静岡市で仮性小児コレラ流行、1万人にのぼる
1. 一 ☆科学技術庁がコールド・チエーン推進計画を作成

~~~~~ 1月の記事から ~~~~~

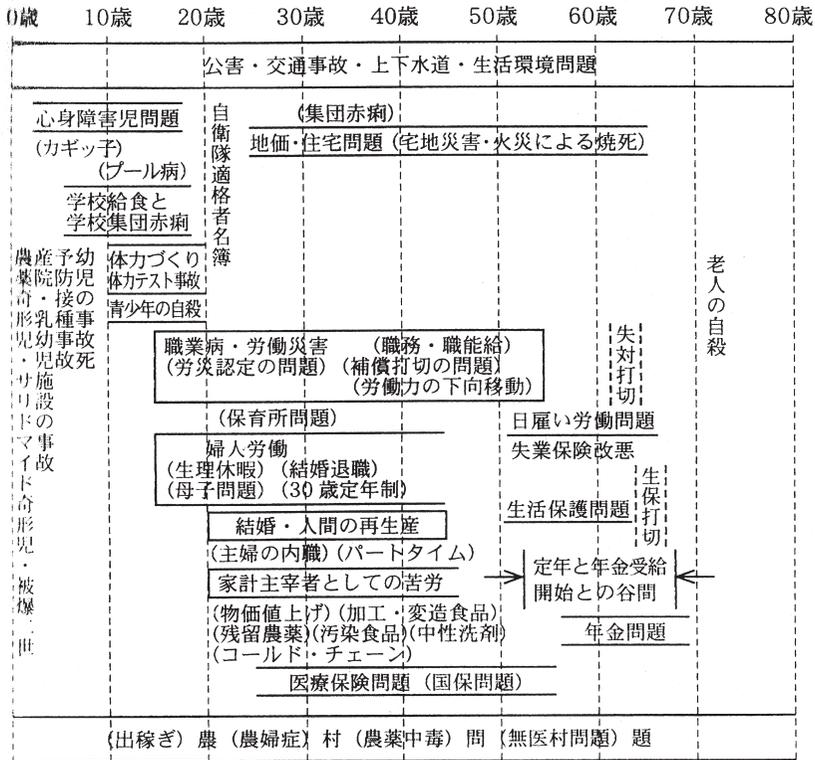
☆人口革命 ☆地方財政の危機 ☆春斗の諸要求 ☆青少年健全育成 ☆国内平和部隊 ☆現代「養生訓」 ☆工場誘致の帳尻 ☆東南アジア医療協力 ☆社会開発 ☆公共料金値上げ ☆職務給 ☆混合ワクチン ☆17年ぶりの国債 ☆血液不足 ☆地団研 ☆公害休み ☆工場廃液によるノリの「赤ぐされ病」と「パーマ病」（愛知） ☆重症心障児と予算 ☆ガンと脳卒中の村 ☆ガン対策費 ☆女子高に看護科 ☆員弁肝炎 ☆大減税の実態 ☆国際保健法で病気を一掃（ジョンソンの一般教書） ☆「私の要求」 ☆腰痛症 ☆軍人恩給増額 ☆練炭工場の有毒ガス被害（北海道） ☆41年度予算案の性格 ☆こどもの福祉予算 ☆医療費の不合理にメスを ☆赤らまんのフェニールケトン尿症 ☆給食費また値上げ ☆水道の独立採算制 ☆佐藤内閣の社会保障 ☆新入学児検診 ☆雇用転換 ☆空気が代に6億円（公害による損失計算） ☆宇宙開発とガン対策 ☆産児 ☆第二びわと学園（重症身障児施設） ☆ゴミ処理 ☆漁師町の赤痢 ☆無給医局員問題 ☆国民年金 ☆心身障害者の就職問題 ☆売血から血清肝炎 ☆保育所問題 ☆医療費値上げと低所得層 ☆変わる食生活 ☆食糧政策と農村 ☆ガンの検診料 ☆公営公団住宅の家賃値上げ ☆江工牛乳 ☆成人病と社会復帰療法 ☆物価戦争

2 月

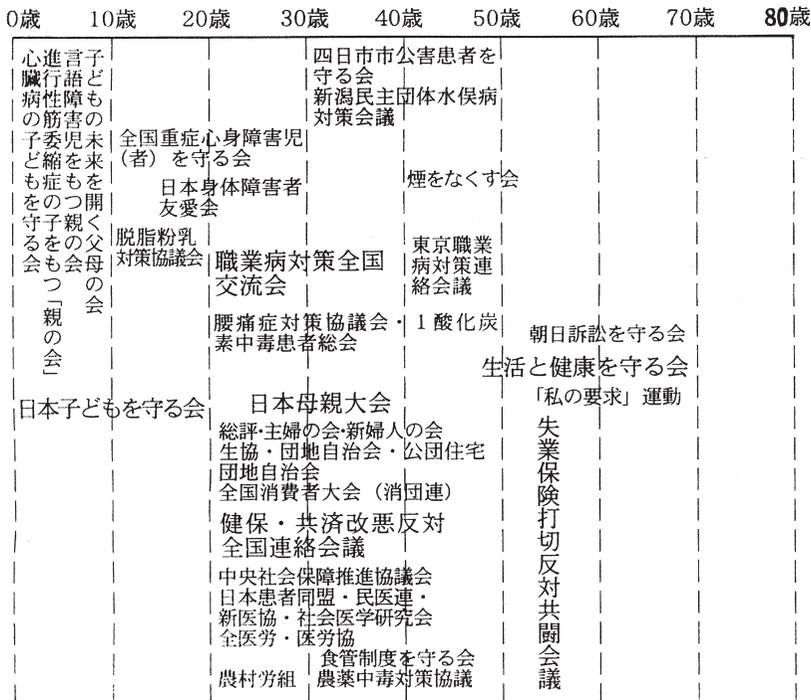
2. 1. ☆「成人病予防週間」はじまる（～7.） ☆労働省、40年6月末現在の労働組合基本調査結果をまとめ発表
2. 2. ☆入事院、「国家公務員災害補償法の改正にかんする意見」を衆参両院

- 議長ならびに佐藤首相に具申 ☆第1回の「青少年育成国民会議発起人会」開く
2. 一 ☆長野県社会部保険課は、診療費を不正受領していた飯田市天竜医院に対し、水増し請求分100万円の返

〈図5〉新聞事例の生活史的編成による「危機のパターン」



〈図6〉新聞事例の生活史的編成による「連帯のパターン」



# ●スクラップ30年—情報の共有とほたらきかけ

また、はたらきかける場合、対象者との情報の共有が大切だが、共有可能で、一番、ナマの現実に近い情報が新聞記事である。従って、新聞のス

クラブづくりは重要な意味を持つ。組織・機関として大々的にやるのではなく、個人が勉強のためにやる場合には、分類をしない「時系列一本化方式」で、自分が関心をもった記事をタイムシリーズでスクラップ・ブックに貼っていくのがいい。

〔図7〕 蜷川夫妻の物価問答（大阪朝日 1937.5.12）

博士 昭和六年の六月に官更の  
就任があつた、不景氣で合理化し  
なければならぬ、それには物  
料費を安くしてコスト安にせね  
ばならぬといふので、國民に  
をせよといふ時、言更で物  
行はれたんが、その日本用  
再行してゐるが、五  
夫人 夫は、その言を聞いて  
買はとてくゝ買ひ込んでゐるんか

## 物價は體溫でぼさ、 騰貴は發熱の状態

は婦主でこそ  
べ選を囊氷




(夫人) (博士 蜷川)

物價は近ごろの氣溫のやうにくん／＼上つてゆく、政府は物價調査委員會  
開會を致してその對策を講じようとしてゐ  
るが、逼迫した小市民たちのお腹の急を  
救ふには間に合はない、増給、増賃もそれ  
それ役所や會社にも増算があつてインフレ  
と行はれるところは少いといふ現状だ、こ  
の斷崖を切り抜けるには、さしあつて合  
理的な選別のほかに途はない、ではどうす  
ればよいか？京大經濟學助教授、經濟學  
博士 蜷川虎三氏と君子夫人に、物價騰貴に  
對する選別についての「夫婦問答」をよつて頂きました

物價は近ごろの氣溫のやうにくん／＼上つてゆく、政府は物價調査委員會  
開會を致してその對策を講じようとしてゐ  
るが、逼迫した小市民たちのお腹の急を  
救ふには間に合はない、増給、増賃もそれ  
それ役所や會社にも増算があつてインフレ  
と行はれるところは少いといふ現状だ、こ  
の斷崖を切り抜けるには、さしあつて合  
理的な選別のほかに途はない、ではどうす  
ればよいか？京大經濟學助教授、經濟學  
博士 蜷川虎三氏と君子夫人に、物價騰貴に  
對する選別についての「夫婦問答」をよつて頂きました

博士 朝日新聞の生活費指數  
によると、昭和七年が六十四、昭  
和七年の四月と三月は九〇、  
まあさつと二割五分の上り方だ  
わ、だがと日圓の小買物價では  
二割五分上つてゐる、物價騰貴だ  
といはれたし昨年十月からみ  
ても小買物價で八分三厘、生計費  
指數で三分上つてゐるんだよ、それ  
で郵便貯金の利率は二分七厘とい  
ふんだから、儲けりのはうはな  
なかなかないといふわけだ  
夫人 うちは儲けりなんか  
いんだから、そんなえらまな  
配はいらぬわ、いつたい、物價  
騰貴つてどうして起つてくるん  
ですか？  
博士 家でまで騰貴をしろとは  
ちと勢餘強だなア、物價とは  
だね、まあ一種の體溫みたやうな  
ものさ、だから物價騰貴とは熱が  
出たやうなものなんだ、この熱が  
出たためには、選別といふ選別のな  
かに一つは異常があるわけで、そ  
れを附さなければ熱は下らない  
この異常熱が急に覆せないものな  
ら覆せない間だけでも高熱による  
餘病を併發せぬやうに親に對する  
手當をしなければならぬわけ  
だ、とこの選別に對する選別  
ける方法としては、この選別  
る、二つは熱を降へられる、熱を  
降へる、二つは熱を降へられる、熱を

1937.5.21

長続きさせるには単純な方式でなければならない。

1965年にはじめて、この年は分類で失敗し、1966年から役に立つスクラップとなって、今年で50年である。最初の年に失敗したのは、「医療制度」と「公害」とに分類し、これならばダブリはないだろうと思っていたら、たちまち「公害健康被害補償法」が出て来て、どのような分類をしても複数の項目にまたがる記事が登場することを思い知らされたからである。「時系列一本化方式」のスクラップを時々通して読めば、ちょっとした歴史的読み物であり、あとから「タイムシリーズ検索」するときの役にも立つ。しばしば言うように「はたらきかけ」にとって重要な要素は「総記憶量のフラッシュ能力」だからである。

〈図3〉は新聞記事を日誌風にもとめたもので、〈図4〉は月日を特定できない記事の扱い方を示したもの（いずれも私本「医療経済」No4.1967.より）。なお、記事の選択、切り抜きは人任せにせず自分でやることである。切り抜きにはコンデー・カッター（紙1枚分切れるようにストッパーのついたものを使うのが常識だろう。

新聞記事を年表風に利用するだけでは能がない。年齢別、ライフ・ステージ別に整理・配列したものを年齢別「危機のパターン」として〈図5〉に示し、「危機への対応パターン」を〈図6〉で示してみた。

この時期から半世紀、パターンはどのように変わったか、2016年の新聞記事から「パターン」を構成してみたい。

例えば、「危機のパターン」のなかに「老人の自殺」があげられているが、これは1966年9月15日の第1回の「敬老の日」に老人が自殺した、という記事である。当時はまだ、老人の自殺は記事

になった。50年後の2016年正月の新聞には樹木希林のオフエリアが水に流されながら「死の美学」を訴えるコマーシャルが載った（朝日1.5.）この50年はなんであったか。

## ●先輩の「スクラップ」に思う

私のスクラップは50年だが、教室の先輩が残したスクラップには80年近く前のもの、つまり日中戦争直前のものがある。スポーツ欄には「剣牛レース、牛勝つ」（ケンブリッジ対オックスフォードのボートレースはオックスフォードの勝ち）という記事が載り、「クロスカントリー」を「断郊競技」と書いた時代の新聞記事である。

ここには、軍需物資の調達によって起こったと思われる「臨戦インフレ・物価騰貴」を話題とした当時京大経済部助教授であった蜷川虎三とご夫人（日本最初の女性タクシー・ドライバー）との「物価問答」が6回にわけて連載されており、その第1回目が〈図7〉である。

ここでの蜷川夫妻の対話は「歴史理論」（夫）と「日常」（妻）の対話のようで面白い。また、この記事がスクラップに選択した衛生統計学者、丸山博の「社会統計学者・蜷川虎三」への目線にも、深い意味がありそうである。

冒頭部分で、「他人の中に自分を発見することが近代市民的自覚」と書いた。これら、優れた先輩という名の「他人」の中に自分を発見するためには、その前に「発見すべき自分」をもう少し高めておく必要があるそうである。

（のむら たく、医療政策学校主宰）

## 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

---

- 「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）『いのちとくらし研究所報』53号（ウェブサイトでも公開）

# 『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

## ●第53号（2015年12月）——【特集1】戦後70年と未来／【特集2】医療福祉と地域コミュニティ——

- 巻頭エッセイ：戦後70年と未来（朴賢緒）
- 【特集1】戦後70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）
  - ・戦後70年と民医連運動の課題（藤末衛）
  - ・敗戦直後まで—いのちとくらし点描—（山口孝）
  - ・沖縄のこころ（野村秀和）
- 【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）
  - ・地域医療構想をめぐる北海道の現状と課題（太田美季）
  - ・地域医療ビジョンと地域包括ケアについて～千葉県の実状と課題～（加藤久美）
- 隠され続けるTPP合意の真実（鈴木宣弘）
- 図書館の公共性と民営化についての論点（石見尚）
- 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）
- 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）
- 2012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）

## ●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、補足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ー（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ー東北メディカル・メガバンクの展開に批判的にかかわってー（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」の担い手創出一国保都道府県化のねらいと皆保険体制解体ー（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ー農協「改革」の非現実性ー（田代洋一）

○政府主導の「農協改革」と協同組合の株式会社化ーその狙いと危険性ー（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ー社会的経済システム比較ワーキンググループ報告よりー（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ー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ー非営利・協同組織に着目してー（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ー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ー高齢者生活協同組合の事例ー（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（吉中文志）

○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—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—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—長野県栄村の復興への歩み—（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

## 「研究所ニュース」バックナンバー

### ○ No.53 (2016.2.29発行)

理事長のページ：大学人は戦う（中川雄一郎）、副理事長のページ：貧困への大学生の怒りと民主党政権の経験（後藤道夫）、副理事長のページ：「お世話になりました、今日は失礼して家に帰らせていただきます」（高柳新）、「空想から科学へ」（石塚秀雄）、「ようこそ文化のリッチな東ロンドンへ」（竹野ユキコ）、本の紹介

### ○ 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でのセイ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）

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。

◎『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

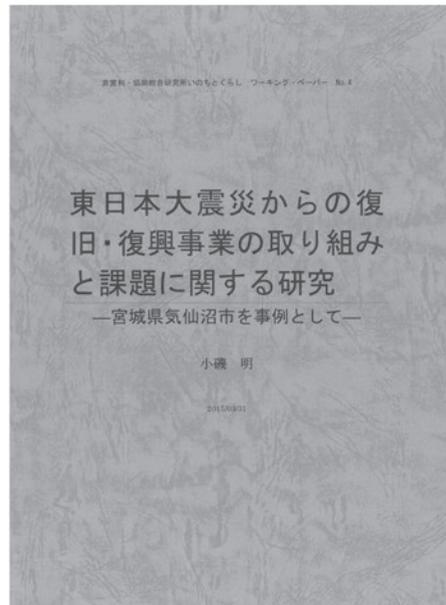
被災者の健康づくり支援

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

# 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](mailto: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<br>お名前 |  | 希望部数 | 部   |
| 〒番号         |  | 電話番号 | ( ) |
| 住所          |  |      |     |

# 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

# 【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                  |                                                             |      |
|                               |                                                             |      |

# 【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<br>代表して入会する個人名 |  |
|          | ふりがな<br>実務担当者名      |  |
| (個人会員のみ) | ふりがな<br>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55号の予定】** (2016年6月発行予定)

- ・ 民主的経営と運営
- ・ 地域医療ビジョンと地域包括ケア
- ・ 研究助成報告、その他

**【編集後記】**

今号ではTPPが共済や医療などに大きな影響があることを扱い、地域医療をめぐる制度、現場を担う介護従事者の実情などに触れました。いのちとくらしをめぐる問題には、連携協力して取り組むことが必要だと改めて思います。欧州庶民銀行の成立や英国SESの成立と展開から、協同を求めた人々が社会にどう「はたらきかけ」てきたか、事業体的能力を発揮してきたのかを参考にできるのではないのでしょうか。(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](mailto:inoci@inhcc.org)