

目次

- 巻頭エッセイ：「One for all. All for one.」と自己責任を考える
.....長瀬 文雄 1

【特集：非営利・協同の実践と思想】

- ・イタリア連帯思想並びに社会的協同思想とその実践—資本主義を超える新たな経済体制論—津田 直則 2
- ・（視察報告転載）イタリア医療機関と医療制度の変遷と非営利・協同セクター石塚 秀雄 8
- ・（視察報告転載）ポーランドの医療機関と非営利・協同組織
.....石塚 秀雄 13
- ・自立と包括的ケアのためのネットワーク（MAIA）—パリ西地区のMAIA, CLIC, Réseauxの活動—小磯 明 16
- ・非営利・協同の轍（第3回）鼎立社会構想の基盤となる非営利・協同運動の連帯—富沢賢治氏へのインタビュー記録—
.....久保 ゆりえ、菰田 レエ也 31

- 2014年度研究助成概要報告：若狭地域住民の原発関連事業所への就業実態と生活問題に関する調査研究—若狭地域の集落別世帯別就業実態調査による、住民と原発の結びつきの把握—高木 和美 38

- 〈医療政策・研究史〉（20・最終回）：第7ステージ（90歳—？）論
.....野村 拓 44

- 投稿論文：NPOと労働者協同組合のクロスロードとしての社会的企業—生活困窮者とワーカーズ・コレクティブとの協同（連帯）実践を事例に—
.....菰田 レエ也 52

- 書評：『協同の再発見：「小さな協同」の発展と協同組合の未来』（田中秀樹編、家の光協会）「小さな協同」の視点から「協同の実践」を捉える
.....中川 雄一郎 60

- 書評：マイケル・マーモット、栗林寛幸監訳、野田浩夫訳者代表『健康格差—不平等な世界への挑戦』（日本評論社、2017年8月）
.....高山 一夫 64

- ・報告書一覧、機関誌・ニュースバックナンバー59、68

「One for all. All for one.」と自己責任を考える

長瀬 文雄

YAHOO JAPANで「一人はみんなのために、みんなは一人のために (One for all. All for one.)」を検索すると3400万件がヒットするという。日本人が大好きなフレーズらしい。なんでもドラマ・スクールウォーズに登場して以来、よく引用されるとのこと。「しんぶん赤旗」(2006年2月16日付)によるとこの言葉は、古代ゲルマン人の言い伝えであり、文献ではフランスの作家アレクサンドル・デュマの「三銃士」(1844年)に登場、イギリスのラグビー精神のモットーとされていたようだ。一方、産業革命が進み社会矛盾が広がる中、協同組合運動では、ドイツ農協の父とされるライファイゼンが「信用組合論」第2版序文で最初に使ったとされている。1930年版イギリス協同組合卸連合会編「人民年鑑」にも登場する。

この「一人はみんなのために、みんなは一人のために (One for all. All for one.)」は、人びとの連帯を表す言葉として多く引用され、その価値観は広く万人に共有されているといえるだろう。

一方、国際比較(出典:「What the World Thinks in 2007」)を見ると、「自力で生活できない人を政府が助けてあげる必要はない」との設問に対し、イギリス8%、フランス8%、ドイツ7%、中国9%、インド8%に対し、アメリカ28%、日本38%と断トツで日本が高いという数字が示されている。第2位はアメリカである。この数字をどのように見るべきか。なぜ日本やアメリカが群を抜いて高いのか。この比較は、“自己責任論の意識度合い”とみるべきなのだろう。それはつくられたものである。

この20年来、アメリカや日本では猛烈な新自由主義の嵐が吹き荒れ、その結果、異常な「格差と貧困」社会が出現した。生活保護の行政を見ると

その一端が見えてくる。本来、人それぞれが、人生のライフサイクルの中で出現する病気や失業、離婚、障害、高齢などの事態に際して、日本国憲法は、第13条で「すべて国民は個人として尊重される」、第25条で「すべて国民は健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と謳っており、生活保護制度は憲法の生存権に由来し、すべての国民の権利である。しかし、国は一貫してこの制度の権利性を否定し、とりわけこの10年来、マスコミも動員しながら“生活保護バッシング”を繰り返してきた。実際に医療現場では、MSWなどが生活保護をすすめても、“世間に申し訳がたたない”、“家族に迷惑がかかる”と頑なに拒否されるが少なくない。ある自治体では担当の職員が「SATT」(くだらぬ奴らの意)とプリントしたヤッケを着て訪問していたと報道された。生活保護は国民分断の“装置”として使われてきた。

「助けて!」と言えない社会、言いにくい社会、それが今の日本社会の姿である。国民の大好きな「One for all. All for one.」とは裏腹に。「みんなは一人のために」を生かすことと自己責任論を克服することは同義である。

今、憲法9条の危機が叫ばれているが、同時に13条、25条、憲法の理念そのものの危機である。憲法を守り生かすためにも、もう一度、「権利としての社会保障」について本腰で学びなおすこと、そしてあらためて自らの人権意識を高めていくことが大事ではないかと思う。

(ながせ ふみお、淀川勤労者厚生協会副理事長)

イタリア連帯思想並びに社会的協同思想とその実践

—資本主義を超える新たな経済体制論—

津田 直則

1 はじめに

本稿はイタリア・ボローニャ大学マルゾッキ教授の講演「イタリア連帯思想とその実践」の概略の説明とそれを補足する「社会的協同」の論文の紹介を通じて、イタリア非営利セクター（社会的連帯経済）の全体像を経済体制論の視点から分析します。

マルゾッキ教授の経歴をご紹介します。現在ボローニャ大学・フォルリ校の教授ですが、これまで社会的協同組合全国組織の理事長、世界的に有名なイタリア倫理銀行（バンカエチカ）創設メンバー・理事、非営利セクター代表の一員として州法・国法制定に関与、協同組合と非営利組織の大学教育推進組織（AICCON）の理事長などの経歴を有し、イタリア社会的（連帯）経済における研究・運動の第一人者です。欧州レベルの大物といえるでしょう。大学の研究室に何度かお邪魔して、協同組合を中心とした聞き取りをさせていただいたご縁で、日本での大阪と東京における講演会開催（2017年10月）にご快諾いただきました。

2 マルゾッキ教授講演内容

マルゾッキ教授によれば資本主義社会は国家と市場の2つのセクターで説明できる。福祉モデルもここから説明される。しかしマルゾッキ教授は社会的連帯経済を「国家」「市場」「社会的連帯経済」という3本柱で説明していく。それが自由で公平な社会であり持続可能な開発モデルだという。講演ではこの3本柱を「補完性」「潜在能力」「経済民主主義」という連帯思想の3つのキーワードで説明して解説していく。

補完性とは、政府と市民の関係を法律上で補い合う原理であり、ここから「国家」と「市場」が出てくる。また次の潜在能力と経済民主主義から

「社会的連帯経済」が登場する。潜在能力とは、個人の可能性や能力に応じて全ての人が発展の主役となり活発に参加することができる、ということであり、経済民主主義とは、企業形態の多様性、営利と非営利の機会均等を意味しており、これら2つから社会的連帯経済を導く形になっている。

資本主義的企業と社会的連帯経済の企業との違いについては、資本主義の企業は投資し生産し、利潤を得て、そこから配当するという仕組みであるが、それに対して社会的連帯経済における企業は、利潤を広範囲の人々に均等に分配する。つまり社会的連帯経済は社会的な目的が企業の本質となっていると説明する。

次に社会的連帯経済の中心をなす協同組合の歴史と現状の話が展開される。イタリア協同組合は150年の歴史があり、その中の労働者協同組合も140年の歴史をもつ。現在のイタリアの協同組合は3階層に分類できる。

- ・第1次協同組合：個人または法人の組合員により構成されるもの。
- ・第2次協同組合：より大きな発展と普及を達成するために同一事業分野の第1次協同組合の集まりによって構成される「コンソーシウム」。
- ・第3次協同組合：第2次協同組合（コンソーシウム）を国レベルのネットワークで結びつけたもの。

また同じくイタリアの協同組合は相互互助の関係によっても次のように4分類できる。

- ・利用者協同組合：組合員は、協同組合が購入した商品の消費者または協同組合が提供するサービスの利用者である。
- ・労働者協同組合：組合員自身が労働者であり、より良い労働条件を作り出すために集まる組合。

- ・提供協同組合：組合員によって提供される商品やサービスを加工したり市場で販売することを目的とする（例：小規模農家が自分たちの生産物を持ち寄って加工したり販売する組合）。
- ・社会的協同組合：連帯によって相互互助を行う協同組合。1970年代初め頃に誕生し、相互互助の境界を社会基盤の外にも拡げることが目的とし、障がい者など排除された人々を含んだ市民社会の統合をめざしている。

現在では全協同組合の90%を占める3つの協同組合連合会（レガコープ、コンフコーペラティブ、AGCI）があり、それら3つは現在1つの法人格への統合をめざして協同組合同盟 ACI を形成している。このACIの事業全体は、加盟組合39,000、事業高1,400億ユーロ、組合員数1,200万人以上、労働者数115万人を占める。国内シェアは、銀行支店の14.8%、流通・小売りの34%、メイド・イン・イタリーの農産物加工生産高350億ユーロを占める。協同組合のうち90%以上が福祉関連であり従事者335,000人が700万人に保健サービスを提供している。ACIの事業高はイタリアGDPの10%を占めている。

上の協同組合同盟 ACI を構成する3つの協同組合連合会は、どれも異種協同組合を構成員とする連合会であり、コンフコーペラティブはカトリック系、レガコープは旧共産党系、AGCIは中間派という思想的違いを超えて1つの法人格 ACI をめざして統合を進めている。これらの連合会は州レベル、県レベル、県内のレベルなどに別れた支部を持っており、各支部連合が、サービスや組織体制のネットワークを広範囲に普及発展させ、法務、労務、税務、経理、研修などで加盟組合や組合員に継続的で効果的な支援を保障している。その協同組合事業分野は、生活、農業、運送、交通、信用、製造、住宅、漁業などあらゆる経済活動分野に広がっている。

また協同組合同盟 ACI は共同で5つの事業を行っている。第1はコーペルフィーディ・イタリアで、これは3つの協同組合連合会により作られた国内貸付保障のコンソーシアムである。イタリア全土で運営され、企業が有利な金利で信用貸しを受けやすくなる環境を提供している。第2は補

足的年金基金で、これは加入労働者と協同組合の分担金から出資されており、加入労働者は給与の何%かを基金にあてることにより、国民年金とは別に補足的な年金を受け取ることができる。第3は職業訓練のための基金で、例えば組合員の技術を磨くために行うが、経営者のためにも研修を行っている。これも協同組合員の分担金から出資され組合員給料の3%が充てられている。国からの支援ではなく自前の資金調達によっているわけである。第4はCFIという金融機構体制である。経営が困難になった民間企業を労働者が買収して協同組合として再建する仕組みとして最初は出発した。このCFIは3つの協同組合連合体と3つの労働組合連合体の連帯によりマルコラ法という国法により設立されたもので、ここでは国の官庁も参加しておこなわれている。その後、新規協同組合の設立や協同組合の強化目的にも使われるようになり、投資家組合員による投資という制度も加わった。金融機構 CFI によりこれまで5億ユーロが投資され、そのうち41%は協同組合の開発目的として使われ、39%は私企業を協同組合に転換する「ワーカーズバイアウト」として使われた。これにより本来解雇される労働者も組合員として再雇用できる。第5は補足的医療保険で、この10年にわたる税制改革により大幅に削られた健康保険の予算を補うために設立された。組合員の給料からの天引きで運営している。この相互扶助は大きな組織規模でないと実現できなかったであろう。

次に取り上げられたのは、協同組合の促進と発展のための上のCFIとは異なる「ミューチュアルファンド」という基金の説明である。3つの協同組合連合会が共に関わっているにもかかわらず上の5つの共同事業に含まれていないのは、3つの連合会はそれぞれ別個のミューチュアルファンドをもって運営しているからであろう。これは株式会社の形態をとっているが、国からの支援ではなく、補足的年金機構、補足的保健機構などと同様に協同組合内部からの調達による。連合会に加盟している協同組合の剰余の3%が充てられることが国法により定められている。目的は、新しい協同組合の創設と資金調達や協同組合全体の発展で、特に南イタリアにおける州の雇用の増加と発展に力を入れてきた。具体的には、コンソーシア

ムの設立、子会社の株式取得、役員や管理職の教育、協同組合運動に関する研究などである。そのためにここでも「投資家組合員」という制度が定められている。

次の協同組合コンソーシアムも3つの連合会それぞれが独自にかかわっている例である。コンソーシアムとは協同組合の相互互助の原理に基づき、新しい協同組合設立のためのサポートや、協同組合同士のグループ化によるスケールメリットを実現する組織である。協同組合が集まって協同組合を形成する。これがコンソーシアムのモデルである。非常に多くのコンソーシアムがニーズに従って形成されてきた。設立するには最低3組織が必要である。コンソーシアムの規模はいくつかあり、地方自治体の入札事業に参加できる規模、国レベルの入札事業に参加できる規模など、実現したい事業内容の規模に応じて、協同組合が集まる。コンソーシアムの規模によっては国際的な規模の事業に参加することも可能になる。イタリア全体の家族世帯を対象にしたサービスを展開するには全国規模のコンソーシアムのネットワークが形成される。

コンソーシアムの具体例をあげよう。第1はCGM（ジノ・マッテリ協同組合コンソーシアム）。1987年にマルゾッキ教授の故郷のフォルリで創設され、教授も創設に参加している。イタリア全土の65地域のコンソーシアムで形成され、766の社会的協同組合と4万2千人の労働者の事業活動をつないでいる。対象となるのは未成年、高齢者、移民、障がい者へのケアである。第2はConscoop（コンスコープ）で、製造業労働者協同組合のコンソーシアムである。イタリアはこの10年、経済危機のため製造業は大打撃を受けた。協同組合発展と生き残りのためにネットワークを形成する必要がある、様々な分野で活動する160の協同組合から構成されており、建設、修復、インフラ、病院工事、専門設備設置、グローバルサービス体制のメンテナンス、天然ガスの供給網の建設と管理などに従事している。事業高は8,600万ユーロを超える。第3はConserve Italia（コンセルヴェ・イタリア）で農業協同組合のコンソーシアムである。農業協同組合は18世紀の終わり頃に経済的に貧しい農民たちが集まって協同組合を

作った。イタリアではワイン生産者の組合がコンソーシアムを形成し国外に輸出しているのがいちばん大きいと思われる。コンセルヴェ・イタリアは保存食品加工産業ではヨーロッパでも屈指のコンソーシアムになっている。

マルゾッキ教授の講演は最後に協同組合からサードセクター、欧州では社会的連帯経済と呼ばれる分野の話に移る。この分野は協同組合と同様に「相互扶助」「連携」の原理によって活動しており、ボランティア団体、推進協会、互助会、NGO（非政府組織）、財団、社会的企業などがあげられる。これらは経済的に「国家」「市場」以外の3番目のセクターであることから「サードセクター」と呼ばれている。

サードセクターが誕生した経緯は協同組合と似たところがある。社会的改革が必要となった時、そのニーズに応じて誕生してきたからである。サードセクターの場合も、協同組合と同じように共通の目的を持つ団体が集まって手段や目的を共有していこうという流れが30～40年前から始まっている。この考えをもとに1994年からサードセクターフォーラムが形成されるようになった。これはボランティア、連合化、社会的協同、国際連帯、倫理金融、公正取引の分野で活動する81の第2次、第3次全国組織の政治的な代表機関となっており、加盟組織の地域支部は10万以上に及ぶ。その主な役割は、公正、社会的正義、補完性、持続可能な開発に基づき、政府や公共機関に対する社会的・政治的代表として、また相互のネットワーク間の調整・支援、またサードセクター組織の価値、事業の情報を伝えてゆく等の役割を果たしている。

イタリアではサードセクター、協同組合などの運動を国レベルで組織し、国レベルで総括しまとめていく流れが生まれた。2015年に国連で「持続可能な開発のための2030アジェンダ」が発表されたが、これをきっかけとして2016年、イタリアでは「持続可能な開発のためのイタリア同盟」（ASviS）が設立された。これはサードセクターのグループ化だけでなく、将来的には普通の資本主義的企業も共通の目的を持って長いスパンで活動してゆくものである。つまり営利組織であろうと非営利組織であろうと関係なく、またイタリアだけでなく他の国々も全てが同じ目標を持って共

にネットワークを形成してゆくということである。

3 社会的協同思想の確立過程

以上が連帯思想とその実践についての講演（大阪及び東京）内容ですが、ここで筆者に私的に送られてきた約5年前のマルゾッキ教授の論文「イタリアにおける社会的協同の歴史」^(注1)の内容を若干紹介して連帯思想の説明を補っておきます。その理由は、連帯思想と社会的協同の思想はイタリアでは一体のものであり、社会的協同は人権思想とそれを社会改革として進める基本的思想として重要だからです。具体的には社会的協同思想は、障がい者、孤児、その他社会的に排除されていた人々を市民社会に統合していく運動として第二次大戦後進んできました。社会的協同組合の発明などはその典型例だといえます。

マルゾッキ教授によれば社会的協同のルーツは1946年憲法に遡ります。憲法第2条の基本的人権、第3条の労働の権利、第45条の協同組合の認定のそれぞれはその後の市民による政治的権限の拡大、公民権の拡大、平等思想や障がい者・孤児などの権利つまり社会権の拡大であり、これらと並行して進んだのが市民権の拡大です。その結果個人の権利についてそれらの条件を満たすには協同組合が法的・組織的に最適であると考えられるようになりました。その過程では、法制度の改革により、1968年雇用法、1971年障がい者権利法、1967年孤児支援法などが整備され、1978年には精神病院廃止を実現したバザーリア法が成立しました。国家財政の破綻に伴う自治体の自立化やカトリック世界の改革と関連する若者や労働者の改革思想の発展などもこれら改革を実現した背景にあります。その結果として障がい者や排除された人々を市民として統合する社会的連帯に基づく協同組合が考え出され、1991年の社会的協同組合法成立とともに社会的協同思想が確立しました。

4 資本主義を超える新たな経済体制論

さて、以上で述べてきたマルゾッキ教授の講演と社会的協同思想の歴史を総合すると、その全体

像は実は資本主義経済を超える新たな経済体制論として展開できることを以下で示したいと思いません。

1970年代の経済体制論全盛の時代に、経済体制の分析方法の1つとして、理念・価値並びに制度・システムによって経済体制を分析するという方法がありました。ここではそれを資本主義経済とそれを超える新たな社会（社会的連帯経済）のパラダイム比較によって示そうと思いません。

資本主義経済のパラダイムは、①（新）自由主義、②営利企業、③競争システム、④市場システム、⑤国家と政策、の5項目によって示すことが可能です。これに対しイタリアの社会的（連帯）経済では次のようになります。まだ国家としての社会的連帯経済はどこにも存在していないので、そのひな形の経済体制として考えることができます^(注2)。

まず①の自由主義思想に対しては、社会的連帯経済では、参加・民主主義、公正、連帯などの思想（つまり非営利が重視する目標としての理念・価値）、②の営利企業に対しては、協同組合を中心とした非営利組織、③の競争システムに対しては、協同・連帯による制度・システム、④の市場システムについてはおそらく規制された市場システム、⑤の国家と政策については、社会的連帯経済の思想をもった国家と政策となります。

競争システムにとって代わる「協同・連帯のシステム」という点をマルゾッキ教授の講演内容によって補足しますと次のようになります。イタリア協同組合の3つの連合体は、全国、州、県のレベルや事業分野ごとで協力・連帯しあっており、講演では融資保証、基金、職業訓練、倒産企業買収基金、医療保険という5つの共同事業で説明されました。また連帯して各分野で、協同組合を会員とする協同組合コンソーシアムを形成しています。これらは目標としての理念・価値を実現する制度・システムであり、企業レベル、産業レベル、国レベルのどこにも形成されています。これらの思想と制度・システムによって実現している協同組合同盟（ACI）の全国事業高は14兆円であり、イタリアGDPの10%に達しています。従ってACI以外の協同組合事業高やその他の非営利組織の事業高を加えるとイタリア社会的経済の

GDP比は間違いなく10%を上回ります。マルゾッキ教授が「イタリア社会的連帯経済は資本主義と対立するものではなく、資本主義にとって代わることができるものである」、とまで発言されたのはこのような新たな体制への誇りを持っているからでしょう。

資本主義経済を支えている現代経済学は、競争システムを金科玉条のように重視し、協力・連帯などによって効率は実現できないと退けます。しかしそれは株式会社が単体で競争しているという前提があるからです。協同・連帯しあえば同じことが協同組合でも実現できることをイタリアは証明しています。イタリアにも次で示すスペインでも、労働者協同組合の多国籍企業でさえ存在しているのです。競争システムは資本主義という人類史の一段階における1つのシステムにすぎません。いずれ歴史博物館行きです。

スペイン・バスクのモンドラゴン協同組合連合体も独自の理念・価値とそれを実現する原則、制度、システムを持っています^(注3)。イタリアとバスクにおける社会的経済の理念・価値とそれを実現する制度・システムは、それぞれ別個に独自に発展させられたもので双方の国の特殊性を反映していますが、しかし双方には特殊性を超える共通点があります。資本主義のパラダイムとは全く異なり資本主義を超えるパラダイムをめざしていることがそれです。理念・価値の思想では、参加・民主主義、公正、連帯を重視していることが共通点です。また制度・システムでは、連帯によって上の理念・価値の実現をめざしていることも共通点です。つまり資本主義経済にも一般性があるのと同様に、社会的連帯経済にも一般性があるのです。イタリアでは更に、社会的協同思想の発展により精神病院を全廃し、社会的に排除された人々を市民社会に統合する運動が公益を超えて公益の分野で社会的協同組合を誕生させ、全欧州にその流れは広がりました。つまり協同組合は革新を通じて社会的連帯経済そのものを変革しつつあるのです。一般性そのものがどんどん広がっていくことになるでしょう。

従って、この新たな経済体制のモデルは新たな文明のモデルでもあり、いまだ幼少期であるため新たな文明のひな形としてみることができます。

しかしこのひな形のモデルは世界各地で都市としても誕生しているのです。イタリア・ボローニャ県に属するイモラの町は広域で12万人ほどの小さな町ですが、協同組合の町だけでなく社会的経済の町でもあり、市民はそれを自覚しています。またモンドラゴンの町もモンドラゴン研究第一人者の石塚秀雄氏が言われるように、協同組合連合体による多国籍企業の拠点であるだけでなく、社会的経済の町として市民は自覚しています。新たな社会のひな形はすでにこの世界にいくつも登場しているのです^(注4)。

5 日本の課題

以上述べてきたように、協同組合を中心とした非営利組織は新たな社会と新たな文明を築く歴史的な役割を担っています。世界の非営利組織は欧州を中心としてそれに気づき国際的な運動を始めているのです。韓国ソウル市長を中心としたGSEFもその運動体の1つです。しかし日本の非営利組織の多くはいまだ自らが何者であるのかほとんど自覚していませんし、非営利の理念・価値が何であるのかにも無関心な人が多い状態です。知っていても無視する人も多いでしょう。日本の縦社会の特性がそれに輪をかけており、横のネットワークの拡大を妨げています。

しかし今や日本も世界の流れに加わらねば、いくらリーマンショックを上回る危機が再発してもただの傍観者に終わってしまうでしょう。目覚めよ日本の非営利組織！世界の潮流に加わる方法にはボトムアップの4段階ネットワーク方式が望ましいと思われます。非営利の全国ネットワークは実現可能です^(注5)。

注

- 1) Gianfranco Marzocchi[2012] “A Brief History of Social Cooperation in Italy”.
- 2) 津田直則 [2014] 『連帯と共生』 ミネルヴァ書房。
津田直則 [2017] 「社会的連帯経済への道—資本主義のオルターナティブ—」 『変革のアソシエ』 No.29.
- 3) 津田直則 [2012] 「モンドラゴン協同組合—

連帯が築くもう一つの経済体制―』『世界』
11月号.

4) 同上 [2017] 参照.

5) 津田直則 [2017] 「競争社会と協力社会を逆
転させる!」JC 総研『にじ』No.659夏号,
オピニオン.

津田直則 [2016] 「社会変革の全国ネットワ
ーク構想」協同総研『協同の発見』289号,
12月号.

(つだ なおのり、桃山学院大学名誉教授)

イタリア医療機関と医療制度の変遷と非営利・協同セクター

石塚 秀雄

1. イタリアの医療制度の変遷の概括

現代イタリアの医療制度の出発点を19世紀にあると考え、その変遷は以下のように区分できる。

第1段階 1800年代からイタリア統一1861年まで。

中期の自由主義的、産業革命以後の共済組合運動に基づく、相互扶助的な医療と慈善的医療と開業医的医療供給。

第2段階 1861年イタリア統一以後から1920年代まで。

国家的な医療制度の整備。共済組合への依存。細分化。国民の1/3排除。

第3段階 1920年代ファシズム期から1944年まで。

ファシズム国家型医療制度、INAM(共済団体。疾病支援国家局)。特殊社会保険への共済組合の吸収。

第4段階 1944年から1991年まで。

社会保険形式と、医療供給の公的化整備。

① 1948—1971 共済組合依存

② 1972—1991 国民保健サービス制度(SSN)導入開始。国家医療基金の設立。地域医療事業単位(USL)の設置。

第5段階 1992年から今日まで。

① 1992—2007 国民保健サービス制度(SSN)の整備と分権化。地域医療企業体(ASL)の促進。

② 2007—現在 医療福祉政策の国、州、地方の三層構造の促進。医療報酬DRG化。地域医療企業体(ASL)の事業自主性の促進(準市場化、非営利事業化)。

2. 戦前イタリアの医療制度と共済運動の発生

年表 医療制度関係

1848 自由主義革命

1861 イタリア統一王国

1886 救済共済組合(Mutuo Soccorso)法(Legge 3818)

1912 共済保険金庫連合会設立

(Federazione italiana delle Società di Mutuo Soccorso e delle Casse e degli Istituti di Previdenza)

1915—1918 第一次世界大戦 60万人死亡

1925 ファシスト政権、保険共済組合をファシスト制度への組み込みによる骨抜きにして(1926.12.30 Legge)、社会保障(保険)国民機構(INPS)を設立。

年金、医療。ファシスト医師組合による社会(公的)医療の実施。

1934 共済組合、協同組合の閉鎖命令。

1944 救済共済組合が公的医療制度に組み込まれた。ただし職能区分にのみ。

1948 救済共済組合連合会(fim)

1978 SSN法(Legge 833)、共済組合は補完的な位置づけとなる。

1984 Fimiv ボランティア共済組合連合会

1992 法502(改正1999年法229)により、医療基金の設立。全国医療計画制定。

1997 バッサリーニ法による行政改革開始。

1999 法229により、SSN合理化法。共済組合は補完的な役割も付与、医療基金への組み込み。

イタリアの医療福祉サービスの前史として共済の役割がある。1848年のフランスを始めヨーロッパ各国で発生した自由主義革命は新興労働者階級の敗北という側面ももたらしたが、結社（アソシエーション）の自由への動きとともに、イタリアにおいても新たに非営利・協同運動、その中で救済共済（Mutuo Soccorso）運動を活発化させた。共済運動は自由主義ブルジョアたちの支援を受けるといった性格を伴いながら急速に作られたのである。労働者階級の運動はそれほど強力ではなかったのである。

それはまたイタリア統一に向けたリソルジメント運動（Risorgimento）とも連動していた。1859年サルジニア王国がオーストリアとの戦争に勝ち独立を勝ち取った。イタリアは1861年に王国として全国統一された。北部（ロンバルディアやエミリア地方）は急速に産業革命化がすすんだ。しかし、イタリアにおける南北経済格差は依然として残された。

この時期に共済組合は400以上あり、サルジニアや北部に集中していた。1880年代にかけて社会主義的労働者運動が活発化し、共済組合の制度化の動きが進んだ。

1886年に救済共済組合法 Legge 3818が制定された。第1条で、疾病、老齢、労働不能、家族扶助などの目的が述べられた。その頃は共済組合の数は約5,000であり、1904年までには6,347に増えた。そのうち救済共済組合については、共済組合の多くは組合員数200人弱の小規模のものであった。労働者運動は同時に、共済組合の他に、協同組合、信用組合、農村金庫なども誕生させていた。社会的薬局協同組合は、ヨーロッパのその他の国と同様に、イタリアにおいてもこの時期に作られた。共済組合はやがて、その役割分担として疾病救済分野に特化し始めた。共済組合は組織統合化が進み、地域共済組合が約7割、専門職能共済組合が3割の構成となった。しかし、日本の産業組合と同様に、共済組合の多くのイニシャチブは混合型といえるような、プチブルとプロレタリアとの共同的性格を持ちつつ展開した。

救済共済組合は、労働者階級・職人階級の生活

保障の役割を担ってきたが、それは当然ながら全人民をカバーするものではなかった。

一方、医療の担い手は、地域の慈善病院、在俗医療機関から次第に国家の関与が強まり、州単位の公的医療機関の設立が1890年のクリスピ法により進んだ。すなわち、当時約22,000存在した民間の慈善的社会扶助・医療介護機関（オペレー・ピエ）の一部にIPABとして公的な役割が付与されたのである。これが、イタリアにおける公的医療機関および社会サービス機関の始まりといえる。

しかし、1922年のムッソリーニのローマ行進に始まり、1933年のファシスト政府によるファシズム国家主義型の社会保険制度の導入とともに、ファシズム型の国民運動が盛んとなり、協同組合運動などは弾圧と解体・変質を余儀なくされた。第二次大戦がイタリアファシズム政権の敗北におわり、1946年に王政が廃止され、1948年共和国と変わり、民主化される中で、非営利・協同運動とともに共済組合活動は再び活発化した。

1970年代からの国民保健サービス制度（SSN）の段階的導入過程の中で、1978年に共済保険の社会保険的役割は廃止され、税に基づく無料のSSNサービスに移行した。現在、救済共済組合はSSN制度の中で補完的な役割として位置づけられており、約250の救済共済組合が存在する。共済組合の役割がSSNの成立により基本的に変化したのは、1992年法および1999年のSSN合理化法によって、共済組合は公的サービスにおける補完的な民間セクターとして統合的医療基金（FSI, Fondi Sanitari Integrativi）の中に組み込まれることになったからである。共済組合は法に基づき、割当金をFSIに支払う。さらに2008年以降、保健省政令に基づき共済組合はSSNの対象にはならないいくつかの追加的医療サービス（および歯科治療分野）を供給することができるようになった。また共済組合は自由診療むけの支払いの補填も行っている。

現在、約150の救済共済組合が医療、年金などの共済保険事業を展開している。

これとともにいわゆる医療保険の分野には、非営利組織の疾病金庫（Casse）および疾病基金（Fondi）の非営利の共済保険があり、SSNにおける補完的役割を付与されている。また営利の医

療保険会社があり、営利医療分野も存在する。これらの保険共済は、SSNの治療基準（LEA）でカバーされない、より高度あるいは良質な諸分野（入院、手術、専門の治療、歯科の一部）について、さらにSSNと契約していない民間病院での治療などの支払いの一部または全部を充当する。たとえば歯科では義歯やインプラント、SSN病院での個室料がLEAではカバーされない。

3. 戦後イタリアの医療制度の基本原則

イタリアは1957年にEECの創設メンバーとなり、経済成長をすすめた。1968年のヨーロッパ五月革命、1973年の石油ショックによる経済危機とともに政治的にも不安定になり、1978年にはモロ首相暗殺事件が発生した。またユーロコミュニズム潮流がこの時期登場した。その後左派が政権を担うこともあったが、1992年に公共事業に絡んだ政治汚職が顕在化し、政治改革が進み、第二共和制となり、現在に至る。1994年にはベルルスコーニ政権が誕生した。左派が再編されオリーブの木は1996年に作られた。左派は2006年から2008年まで政権を担った。

戦後民主化されたイタリアの医療制度は、イタリア統一以来からの制度化についての継続性とともに、新たな原理に基づき転換していった。その根拠はなによりも、戦後1948年に制定されたイタリア憲法に根拠をおくものであった。一言でいえば、教育と医療の市民（移民なども含むので国民とは言わない）の権利の承認である。イタリア共和国憲法（1948）は、ファシズムの否定に基づく民主的国家としての「基本原則宣言」で次のように規定している（以下、岩波文庫、『新版 世界憲法集』の訳を引用）。

第1条 イタリアは、労働に基礎を置く民主的共和国である。主権は、人民に属する。人民は、この憲法に定める形式および制限において、これを行行使する。

第2条 共和国は、個人としての、また彼の人格が発展する場としての諸社会的結合体においての、人間の不可侵の権利を認め、かつ保障するとともに、政治的、

経済的および社会的連帯の背くことのできない諸義務の遂行を要請する。

第3条 すべての市民は、等しい社会的権利をもち、法律の前に平等であり、性、人種、言語、宗教、政治的意見、人的および社会的な条件によって差別されない。市民の自由と平等とを事実上制限し、人間の完全な発展と、国の政治的、経済的および社会的組織へのすべての労働者の実効的な参加を妨げる経済的および社会的な障害をのぞくことは、共和国の任務である。

さらに、保健医療については次のように規定している。

第32条 共和国は、健康を、個人の基本的権利および共同体の利益として、守り、貧困者には、無償の治療を保障する。何人も、法律の規定によるのでなければ、特定の保健処置を強制されることはない。法律は、どのような場合でも、人権の尊重から必然に生ずる制約に違反することはできない。

第117条（州の立法範囲、医療関係以外、省略）
公共慈善事業ならびに健康、および医療扶助。
（2001年に追加改正されているため試訳、a-sまであり）

(o) 社会保障

この第117条の旧条文の訳における「公共慈善事業」とは、後述されるが、「公共慈善機関(IPAB)」を指す。IPABは主として世俗化した病院に公共性を付与した機関をさす。そもそもイタリアの病院の起源は教会によるホスピス(救貧院)であり、イタリア統一後、1890年のクリスピ法で、世俗化した病院に公共性を付与したのである。すなわち公立病院の前身といえる。1945年までは社会保障という用語は確立しておらず、IPABという用語が使われてきた。また「健康」は保健公衆衛生扶助、「医療扶助」は病院治療と訳した方がよいと思われる。2001年改正で第117条はEUおよびイタリア国家との関係で州の立法および権限をより詳しく明記している。

4. 1978年医療制度改革、準備期間

最初の医療改革の基点は1978年の Legge 833 “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale” 「国民保健サービス制度法」で、同法は1999年の Legge 229 “Di Razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale” 「国民保健サービス合理化法」につながるものである。

第833号法（全63条）は、次のような構成になっている。すなわち

第1編 国民保健サービス

第1章 原則と目的

第2章 権能と構造

第3章 サービス提供と機能

第4章 人員

第5章 管理、会計、財政

第2編 国民保健サービスのプログラムと実行

法833の第1条（原則と目的）1項では、国民保健サービスにより、医療に対する個人の権利と共同体の利益を共和国が擁護するとし、医療サービスの供給は、国、州、地方自治体、市民参加により、さらに自主的なアソシエーションもまた参加（concorrere）すると記している（さらに同45条）。同条2項（目的）では、8つの目的を列記している。すなわち要約すれば、(1)市民とコミュニティに対する医療教育、(2)生活と労働における病気と困難の予防、(3)診断と治療、(4)身体、精神のリハビリテーション、(5)労働における保健衛生の推進、(6)食品衛生と動物の衛生病気予防、(7)医薬品の教育、生産、販売の管理、(8)SSNの医療従事者の専門教育と科学的革新、としている。この原則と目的に基づいて、SSNは次のことを所管するとしている。すなわち、要約すれば、(a)医療の地域格差の是正、(b)労働者やその組織の参加による労働の保障、(c)母子への医療の保障責任、(d)公私の学校医療、障害者医療の推進、(e)スポーツ医療の擁護、(f)老人医療と老人の疎外の予防、(g)一般医療制度下による精神医療と社会復帰、(h)水や土地などの環境汚染の究明と除去。

こうした大原則と目的に基づいて、法833では、国、州、地方自治体のそれぞれの役割を示し、第

14条（USL）でUSL（地域医療単位）は人口5万人から20万人を単位として作るとした。それに基づき第3章（サービスの提供と機能）でUSLについて規定している。

第44条（医療機関との協定）では、州医療計画に基づき、USLと民間医療機関とが協定を結ぶとしている。第45条（自主的アソシエーション）、第46条（自主共済）ではそれぞれSSNに補完的に参加する自由を規定している。

医療従事者の処遇については第48条（協定関係人員）に規定している。全国団体協約に基づき、医療従事者としての医師や専門家がそれぞれの個別協約に基づくものとしている。

同法第5章は財政を定めている。USLの会計管理については第50条で、SSN制度外の医療機関（病院、診療所等）の数字比率すなわち、SSNに参加していない民間医療機関の数は、正確な数字は示すことはできないが約1割である。また、SSNにおける民間医療機関が占める比率は、2004年のデータであるが、医療分野25%、救急診療57%、介護施設53%、リハビリ施設79%である。

5. 地域医療事業体（ASL）の役割

SSNの財源は、国税と州税を中心とするものである。1992年にASL法と財政法により、医療供給体制と財政体制の2つの整備が始まった。医療政策は国、州、地方自治体の三層構造で進められた。国からの財源は、基本的に人口割りで州に配分される。国（保健省）は全国診療基準（LEA）を決める。各州は3年ごとに医療計画を作成する。

ASL（地域医療「公社」と紹介するものもあるが、「企業体」の方がより原語に近い）の守備範囲は、医療、介護、公衆衛生、薬、社会サービスなど、広範にわたる。予算には人件費、医療費用、社会サービス費用などが含まれる。ASLは医療機関（家庭医、直営病院または民間病院、医療機関、介護施設、介護サービス等）と契約をする。介護サービスは個人負担分が医療費に比べて多く、利用者は共済組合、民間保険などに加入して補填する。ASLが赤字の場合は、県および州政府が調整する。

6.1992年医療制度改革以降

1992年の法502により、病院の公営化が図られると同時に、民間医療機関との競合化を促進する準市場化、州の財政的責任化、家庭医の医療報酬の人頭割、医療企業体の自己採算化が方向づけられた。2000年の法56により医療の州財源化がさらに進められた。

SSN 制度は、総医療費の低減、LEA 医療基準の制限化、患者負担のチケット制度の制限化、民間医療との調整など、日本と似たような政策的問題を抱えている。営利市場化を回避するために、非営利準市場化を非営利・協同セクターとの協働で進めていくという方向がイタリアにおいて進められているといえよう。

表1. イタリアの SSN 制度の医療機関数(2010)

種類	公的医療機関	認定民間医療機関	合計
病院(ospedale)	634	531	1,165
救急医療機関	3,855	5,780	9,635
地域介護入院機関	1,513	4,640	6,153
地域半入院介護機関	983	1,661	2,644
その他地域医療機関	4,870	644	5,514
特定リハビリ施設	240	731	971
合計	12,095	13,987	26,082

(出所) イタリア保健省、2013

表2. 医療社会サービス分野の非営利・協同組織の法律

種類	
認定アソシエーション	民法12-35条
非認定アソシエーション	民法36-42条
財団	民法12-35条
社会的協同組合	1991年法381
社会的推進アソシエーション	2000年法383
ボランティア組織	1991年法266
救済共済組合	1886年法3818
社会的企業	2005年法118
宗教系事業組織	1985年法222
非営利組織	1997年制460

(出所) 石塚作成

表3. イタリアの非営利組織数(2011)

	数
非営利組織	301,191
ボランティア組織	243,482

(出所) イタリア統計局、2013

表4. イタリアの病院・医療制度に関する法律

- (Legge = 法、R.D. = 政令、D.L. = 省令)
 Legge 753 (1862)「病院組織法」、県地方単位で病院を配分設置。
- Legge “Pagaliani”, 5849(1888)「医療改革法」、
 コミュニティ医師機関、地方医師機関、医療一般局。
- Legge “Crispi”, 6972 (1890)「クリスピ法(慈善公的機関 IPAB)」、病院の公的化と医学教育機能。
- Legge 455 (1910)「医療身分命令」、医師、獣医師、薬剤師の県における団体規定。
- R.D.30 (1923)「政令」病院名称変更 (IPAB, 慈善救護公的機関)
- R.D.30(1938)「政令、病院サービス人事基準」、病院を役割3 区分(急性、慢性、回復)。病院の企業化、利益分配制。
- Legge132 (1968)「病院・病院治療法」、病院新区分。「全71条」により病院(ospedale)の公立病院化した。これにより病院は国と州の財政により機能することになった。同法第20条(病院区分)では、病院は、(a) 地域病院 (ospedali di zona)、(b) 県域病院 (ospedali provinciali)、(c) 州域病院 (ospedali regionali)と区分され、さらに一般病院と特別病院に区分された。また同33条では病院全国基金を保健省の所管で設置するとした。
- R.D.27 (1968)「病院サービス規則」「大学病院サービス規則」、「病院教育規則」
- R.D.14 (1972)「医療・病院の機能運営の州への移管規則」
- Legge 833 (1978)「国民保健サービス制度法」

D.L.30 (1992) 省令「医療教育規則」
 Legge 210 (1992) 「ASL 法」
 Legge 23(1994)、Legge28(1995)、Legge23
 (1996)、Legge 24 (2007) 「財政法」
 Legge 229 (1999) 「SSN 合理化法」
 Legge 56 (2000) 「SSN 財政法」

(出所) 石塚作成

1997年に制定されたいわゆるバッサリーニ法 (Legge Bassarini) により、SSN は地方分権化が進められた。医療サービス供給の運営管理監督権限は地方政府が行い、中央政府の役割は、医療サービスの均質化を図るための「全国医療プログラム計画」(PNLG, Piano Nazionale Linee Guida) の基準作りに責任を持つこととした。

さらに、地域医療事業体に運営上の権能を大きく任せるという制度である。ASL (Azienda Sanitaria Locale) は地域医療事業公社または地域医療企業体と訳せる。

『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』(2014年)より転載

ボローニャの医療機関と非営利・協同組織

石塚 秀雄

I. 病院

病院の種類は、SSN 制度に加入 (契約) しているものと、そうでないものに分けられる。SSN 制度に参加している事業形態としては、表 1 がある。SSN 制度に加入していない、すなわちいわゆる自由診療をしている民間病院は表 3 で示す。すなわち、民間病院は SSN 制度と契約しているものと契約していないものがある。それらの法人形態は、株式会社、有限会社、アソシエーション (非営利組織)、財団、宗教団体などであり、いわゆる営利企業と非営利組織 (企業) に大別される。どの病院においても患者はボローニャ市圏内に限定されるものではなく、国内、国外からも手術入院のためにくる場合がある。とりわけ SSN 制度外の民間病院にその傾向が強い。また外国人・移民の患者受け入れについても平等性が確保されて

いるが、詳細についてはここでは言及しない。また、いわゆる自由診療部分の統計資料などは、これまでのところ、入手できておらず、その規模と実態を把握することは困難である。

表 1. ボローニャ市圏内 SSN 関連病院とベッド数 (2012年度)

事業形態	急性期	リハビリ	長期療養	ベッド総数
ボローニャ AUSL 医療事業公社	1,619	47	152	1,818
ボローニャ大学病院	1,565	73	46	1,584
IOR, リゾーリ整形外科研究所 (公法人)	306	21	—	327
民間 SSN 契約病院	663	167	246	1,076
ボローニャ市圏内合計	4,053	308	444	4,805

出所: Bilancio Missione di 2012. AUSL di Bologna

表2. ボローニャ AUSL 関連病院（公立）大学病院、民間 SSN 契約病院

名称

1. AUSL 直轄病院
 - ① Ospedale Maggiore 3カ所 721床
 - ② Ospedale Bellaria 259床
 - ③ Bentivoglio 206床
 - ④ San Giovanni 149床
 - ⑤ IRRCCS Scienze Neurologiche 138床
 - ⑥ Budrio 111床
 - ⑦ Porretta 84床
 - ⑧ Bazzano 83床
 - ⑨ Vergato 45床
 - ⑩ Loiano 38床
2. 大学・研究機関系病院
 - ① AOSP S. Orsola 1,584床
 - ② IOR 310床
3. 民間 SSN 契約病院
 - ① Villa Erbosca 279床
 - ② Villa Chiara 145床
 - ③ Villa Laura 130床
 - ④ Villa Nigrisoli 119床
 - ⑤ Ospedale Villa Torri 2カ所 98床
 - ⑥ Prof. Nobili 86床
 - ⑦ Villa Bellombra 66床
 - ⑧ Ospedale S. Viola 62床
 - ⑨ Villa Regina 45床
 - ⑩ Villa Baruzziana 41床
 - ⑪ Villa Aicolli 5床

出所：Bilancio Missione di 2012. AUSL di Bologna

表3. SSN 制度外の民間病院

- ① Ville San Secondo
- ② Studio Medico Trallo Dott. Ssa Fiametta
- ③ Policlinico Sna Donatos S.P.A.
- ④ Ospedale Pediagrico Apuano-Opas 宗教財団病院
- ⑤ Gruppo Policlinico di Monza 8診療所
- ⑥ GVM Care & Research
- ⑦ Casa di Cura Prak Villa Napoleon
- ⑧ Colibri 有限会社

出所：http://bologna.paginegialle.it（電話帳、イ

エローページ）により作成。

なお、いわゆる診療所数については確認していない。

II. 家庭医（一般医）・小児科医

ボローニャ市人口87万人（2012年度）については、行政との家庭医契約制度により第一次医療を実施している。地域的に1200人程度を担当し、医師には基本的に人头割の経費が支払われる。住民は家庭医（MMG. 一般医）と小児科医（PLS. 選択自由小児科医）を選択できる。また、家庭医と小児科医は行政との契約関係にある。さらに自由契約関係にある医師としては表5に見られる救急専門医師がいる。これらの医師は時間契約であり、AUSL のシステムのなかで働いているが、AUSL などに雇用されているいわゆる公務員（正規職員）ではない。

表4. 家庭医・小児科医の人数

年 度	一般医	小児科医
2012	595	120
2011	613	118
2010	619	118
2009	621	117
2008	632	118
2007	634	114

出所：Bilancio Missione di 2012. AUSL di Bologna

表5. 救急専門医の人数

職 種	2007	2008	2009	2010	2011	2012
救急専門医 + 補助医	204 + 31	211 + 31	206 + 28	208 + 25	201 + 20	193 + 16
救急生化学・精神科医	11	12	13	13	13	15
刑務所医	-	-	-	13	10	14
救急専門医小計	246	254	247	251	244	238
地域救急員	3	7	9	11	11	11
医療支援員	124	118	109	101	109	105
地域計画活動医師	12	20	25	27	25	29

出所：Bilancio Missione di 2012. AUSL di Bologna

Ⅲ. ボローニャ市圏内のSSN制度公的セクター正規職員数

SSN 制度における従事者の中の正規職員（いわゆる公務員）とは、主としてSSN 制度下の病院従事者である。また、病院には契約従事者もいる。その全体数はきわめて把握が困難である。すなわち、人員が流動的であり、統計として把握しづらい点がある。表6は、ボローニャ市圏内のSSN 制度における正規職員数である。いわゆる公務員である。しかし、非公務員の人員についての資料は把握していないので不明である。

表6. ボローニャ市圏内のSSN 制度公務員数

職種	AUSL	大学病院	リゾーリ病院	合計
医師・獣医師	1,362	652	163	2,117
衛生士	189	88	45	322
地域診療担当者(PTA)	78	43	26	147
看護師	3,366	2,127	458	5,995
医療技術師	423	345	70	838
予防担当者	156	19	1	176
リハビリ治療師	382	83	39	504
社会支援者(ソーシャルワーカー)	86	8	2	96
技術担当者	526	581	132	1,239
技術介護士(OTA)	39	56	1	96
社会介護士(OSS)	747	519	83	1,349
特別補助者	12	8	42	62
業務担当者	856	343	174	1,373
特別専門職	1	-	5	6
2012年合計	8,223	4,916	1,241	14,380
2011年合計	8,419	5,039	1,193	14,651

出所：Bilancio Misssione di 2012. AUSL di Bologna

Ⅳ. ボローニャ市圏内薬局

薬局数は市内125。圏内を含めると236。開店時間は月曜から金曜日。8：30-12：30および15：30-19：30。ただし一部の薬局は24時間営業や休日営業をしている。

(出所：ボローニャ AUSL. www.ausl.bologna.it)

Ⅴ. 病院診療予約窓口数 (CUP)

病院の診療予約できる場所は以下の通りである。ただし、インターネットや電話で予約することもできる。

- ・病院・診療所予約窓口 136カ所
- ・薬局 236カ所
- ・電話コールセンター 28カ所
- ・CUP web
- ・SMS 携帯端末サービス

Ⅵ. ボローニャ市圏内の医療福祉の非営利・協同組織

ボローニャ市圏内にはアソシエーションが1060ある。そのうち医療福祉アソシエーション (socio sanitarie)は160である。分野は老人介護、障害者、難病患者、社会サービスなどが含まれる。

社会的協同組合は、ボローニャ市圏内に158あり、事業拠点数483カ所である (COMUONE DI BOLOGNA)。内訳ははっきりしないが、レガコープ (左派系協同組合連合会) 39、コンフコープ連合会 (カトリック系協同組合連合会) に52、その他 AGGI 連合会系を含めたものと推定される。その種類としてはA型 (社会保健・介護・福祉事業) とB型 (障害者等労働挿入型)、A+B型 (混合型)、さらにC型 (事業連合型) がある。社会的協同組合は老健施設や在宅介護サービスなどの分野に重要な位置を占めている。また薬局協同組合も2つ存在する。また財団 (Fundazione) の中にも医療福祉事業を行うものが含まれている。

表7. エミリア・ロマーニャ州の医療社会サービス分野の非営利・協同組織

種類	数
社会的協同組合	824
保健アソシエーション	918
社会的支援アソシエーション	1,874
財団	551
認定アソシエーション(総数)	5,690
非認定アソシエーション(総数)	16,949

出所：Comune di Bologna. <http://urp.comune.bologna.it> による。

自立と包括的ケアのためのネットワーク(MAIA)

——パリ西地区の MAIA, CLIC, Réseaux の活動——

小磯 明

I はじめに

フランスの政策立案者の立場にあり、専門職による様々なサービスシステムを作ってきた Lavallart, Benoit は、現在プラン・アルツハイマー実施監督責任者である。Lavallart は、最初に様々な障壁があることを確認したと述べ、それは「地域と施設、入院と外来、官と民、慢性期の長期ケアと急性期の短期ケア、医療と介護のケアなどである。なかでも医療と介護の財源も分断されている」(Lavallart 2013c)と指摘する。

Lavallart は「MAIA (『自立と包括的ケアのためのネットワーク』の意)をつくったのは、認知症の人や家族が誰に連絡をとればよいのかわからない、誰がどのようなサービスにアクセスできるのかわからない、という状態を解消するため」(Lavallart 2013c)と述べている。

Lavallart は「MAIA の重要な点は、既存の制度にとって代わるものではないこと、つまり、ミルフィーユのクリームとパイの1つの層ではないということ」「認知症の人や家族を方向付けし、受け入れ、ケアにつなげるためのシステム」と述べて、特に重要な点は、ケアとフォローアップの継続性と指摘する (Lavallart 2013c)。

フランスは高齢化に伴い、医療と介護サービスを一元化するために、ケアマネジメントを促進してきた。代表的なケアマネジメント機関である CLIC と MAIA ほかについて、特徴と役割分担について述べることにする。

II 課題の設定

1. MAIA の概要

「MAIA モデルはカナダ・ケベック州で開発され検証された PRISMA モデルを参考」にして

いる。「その主な目標は、各関係機関をネットワークすることにより、ケアプロセスを統合すること」である。「MAIA モデルの重要な点は、既存のシステムの代わりに新しいシステムをつくるのではなく、ケアとコーディネーションに構造を与えること」である。「MAIA モデルの結果、ケアパスを簡略化し、入院率および抗精神病薬の使用率を低下させることに成功したとの結果」が得られた (Lavallart 2013a,b)。

MAIA のポイントを整理すると、次の3つである。第1のポイントは、医療、介護、行政、地域などの関係者が全員、一同に介して話し合うコーディネーション会議がある。メモリーユニットや GP、ソーシャルワーカー、国、県、地方、在宅などの各層の責任者も関与している。

第2のポイントは、サービスへのアクセスを標準化するための統合窓口があることである。どこの地域に住んでいても、窓口で等しく対応されることが必要である。医療・介護従事者間での情報共有が非常に難しいが、それが統合システムの主要なポイントである。MAIA では、シンプルな症例と複雑な症例に分ける。そして、シンプルな症例はすべての関係者がシンプルに対応するが、複雑な症例にはケースマネジメントが必要である。

第3のポイントは、標準化された多面的アセスメントツールである。関係するすべての組織、サービスへのアクセス提供者が1つのツールを共有し、1人の認知症の人に対して、1人の担当者が持っている。

MAIA には2つのアセスメントツールがある。1つは、6～7項目の設問からなる、誰にでも使える非常にシンプルなツールで、そのシンプルなケアと複雑なケアのどちらが必要かを判断することができる。もう1つ、非常に複雑なアセスメントツールがある。例えば、在宅ケアのためのツールで、カナダの PRISMA モデルに含まれている

ものである。アセスメントには2～3時間かけて行う。

各 MAIA に所属する地域責任者は、関係者コーディネーションを行い、実際のシステムをシンプルにするための統合を進める。このシステムは、2013年時点で国の20% をカバーしており、2014年に完了する見込みであった。ちなみにフランスでは、包括ケアの費用対効果については、入院率を低下させたり入院を遅らせたりできると証明できれば、単純に費用対効果が優れていると考えている (Lavallart 2013a : 11)。

2. CLIC と MAIA の役割

(1) CLIC の役割

篠田道子によると「『地域インフォメーション・コーディネートセンター』(CLIC, Centre Local d'Information et de Cordination Gerontologique) とは、在宅高齢者とその家族に対する総合相談・助言を行い、課題解決のために地域の社会資源とのネットワークを形成し、諸サービスの調整等を行う、地域密着型の組織である。多職種による支援チームを形成し、連携して在宅支援にあたる。フランス全土に600カ所設置されている」(篠田2016)。CLIC は、2004年8月13日法、第56条を根拠法とする。財源は、市税、県の補助金、老齢年金金庫や疾病金庫からの拠出金で構成されていて、県が設置主体であるが、市やNPO 法人などが運営している。

篠田は「わが国の地域包括支援センターの役割に近く、在宅生活を継続するため、公正中立的な立場で、多職種による支援チームが他機関と連携しながら支援する。相談の結果、APA を利用する緊急度が低いと判断された場合は、地域のインフォーマルサービスの利用を推奨したり、本人や家族の持っている機能を高めて在宅生活を継続できるように支援している」(篠田2016) と述べている。

(2) MAIA の役割

「自立と包括的ケアのためのネットワーク」(MAIA, Méthode d'action pour L'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de

L'autonomie) は、「保健・医療・福祉・介護サービスの総合相談窓口として、2009年にモデル事業として17カ所設置され、2015年末には250カ所に増えた」(篠田2016)。

後述するパリ西地区同様に、多くの MAIA は CLIC と Réseaux に併設されている。篠田は「CLIC はわが国の地域包括支援センターに近い機能を持っているため、高齢者の保健・医療・福祉・介護サービスの総合相談窓口、医療と介護の連携の要として期待されていた。しかし、ケアマネジメント機能が弱かったため、医療と介護の連携は不十分なままであった」(篠田2016) と指摘する。

近藤伸介が、MAIA は「ワンストップ相談窓口が全国150ヶ所に設置された。サービスの分断によるアクセスの壁を解消し、タイムリーな診断と連携のとれたケアプランの作成という統合されたケアの提供が目的である」(近藤2015) と述べているように、当初は認知症の人に対する機関として設置された。

それが、徐々に役割を拡大して、現在は60歳以上の自立困難な高齢者に次の3つのサービスを提供している。「①医療・介護サービスへのアクセスを目的とした総合相談窓口、②標準化された包括的なアセスメントによる在宅支援、③ケアマネジメントによる、多職種・多機関の連携・協働である。特に、③のケアマネジメントでは、シンプルなケースと複雑なケースに分け、MAIA は複雑なケアマネジメントを担当している。シンプルなケースは CLIC で対応するなど、MAIA と CLIC でケアマネジメントの役割分担を行っている」(篠田2016)。

「ただし、MAIA には、2008年から資格化されたケアマネジャー (coordonnateur) が配置されている。ケアマネジャーの基礎資格は、看護師、ソーシャルワーカー、臨床心理士、作業療法士の4種類で、一定の実務経験を経た後、大学などの教育機関で研修を受けなければならない。2013年にはフランス全土で750人のケアマネジャーが誕生した。一人のケアマネジャーは、40ケースまで担当できる」(篠田2016)。

さらに篠田は、「複雑なケアマネジメントでは、コーディネーション会議が有効なツールとして機能している。コーディネーション会議はわが国の

地域ケア会議と同じ役割を担っているもので、参加者は、県の担当者、開業看護師、ヘルパーなどの多職種である。司会は、MAIAのケアマネジャーが担当することが多い」(篠田2016)とも述べている。

3. 本稿の目的

筆者はこれまで、フランスの在宅入院制度に關して、在宅入院全国連盟の活動と課題についてと、サンテ・セルヴィスの実践と課題(フランス最大手のHAD)について述べてきた(本誌No.59:46-71; No.60:54-84)。そして、「フランスの地域医療介護の動向と在宅入院制度」の中で、フランス地域医療の動向や日仏の違いについても述べた(本誌No.61:30-53(前稿))。

これらは、日本もそうであるように、現在、各国では様々な制度や細分化されたリソースを統合的に提供するための努力をしていることを、フランスの事例から証明しようとした。

前稿のフランスにおける医療と介護、社会サービスについて、日仏の違いの中で、細分化されたサービスの包括的な提供を目的として構築されたMAIAについて若干紹介したが、本稿は具体的事例として、パリ西地区のMAIA, CLIC, Réseauxの活動について詳細を述べることにする。

本稿の目的は、フランスのMAIA等がどのような活動を実際しているのか、それらは日本の地域包括ケアシステムへ示唆すべき点があるのか、について検討することである。

Ⅲ 調査結果

本稿で展開するMAIA等は、パリ市内に所在し、調査日は、2016年10月13日である。

1. Réseaux de Santé Paris Ouest

(パリ西地区の健康ネットワーク)

(1) パリを6つの区域に分ける

筆者らがレクチャーを受けた部屋はMAIAの部屋であった。同じビルの下の階に、Réseauxの組織の人たちがいると説明を受けた。Réseauxから説明に来てくれた女性は老年学(gerontology)

の医師であった。Réseauxには、悪性腫瘍、ターミナルケア、高齢者専門の3つのチームが作られていて、そこの老年科の医師である。

彼女たちはパリ西地区の16区、15区、7区を管轄している。パリは20区で構成されていて、そのうちの3区である。パリ全体の人口は224万9,975人で、担当の人口は46万1,769人になる。各区の人口は、16区が23万6,490人、15区が16万7,384人、7区が5万7,895人である。

MAIAもCLICもRéseauxも同じ地区を管轄している。図1のCLICの区分けをみるとわかるが、パリ市内を6区分している。フランス語で方角は、sud(南)、nord(北)、ouest(西)、est(東)という。図で説明すると、西、北西、北東、東、南、中央の6つに色分けされている。さらに、管轄区域が、それぞれ分かれている(表1)。

表1 管轄区域

管轄	区
Paris Émeraude Ouest (西)	7、15、16
Paris Émeraude Nord-Ouest (北西)	8、17、18
Paris Émeraude Nord-Est (北東)	9、10、19
Paris Émeraude Est (東)	11、12、20
Paris Émeraude Sud (南)	13、14
Paris Émeraude Centre (中央)	1、2、3、4、5、6

(2) 3つのチーム

Réseauxには3つのチームがある。1つは、高齢者専門チーム、2つがターミナルケアチーム、3つが悪性腫瘍チームである。高齢者専門チームは75歳以上の高齢者が対象である。ターミナルケアチームは、ターミナルのステージを自宅で迎えたい人が対象となる。そして悪性腫瘍チームは、現在がん治療中または治療と治療の間で休止の人が対象となる。

高齢者専門チームには、2人の老年科専門医と1人の看護師がフルタイムで所属している。この人たちは、全員がコーディネーターである。ターミナルケアチームには、フルタイム換算で1.6人の医師と1人の看護師、1人のハーフタイムの臨床心理士がいる。そして悪性腫瘍チームには、コーディネーター看護師が1人だけとなっているが、このコーディネーター看護師がターミナルケアチームの人に助けを頼んでも構わない。そして、アドミニスターチームには、1人のディレクターと1人の秘書がいる。ファイナンスはARSから予算

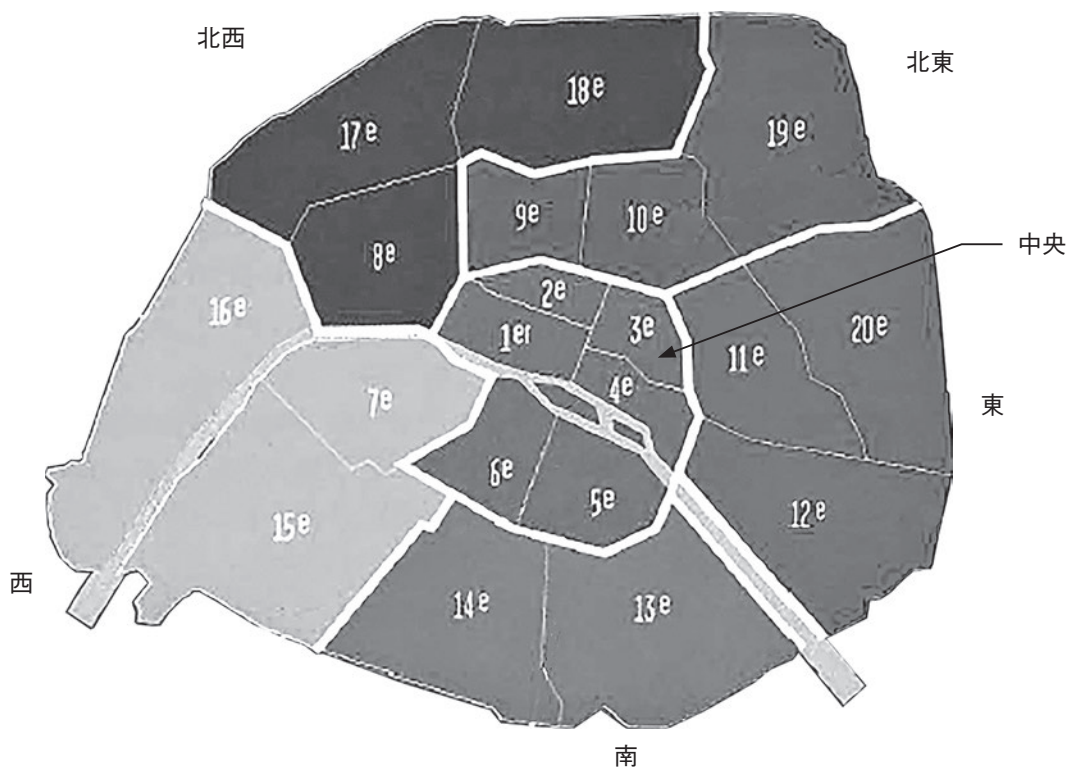


図1 6 CLIC PARIS ÉMERAUD (パリの6クリック)

を受けている。

現在、ARSの予算がカバーする給与は看護師だけである。医師の給与は、ARSからはでない。どうしてかという、医師というのは、Réseauxを利用している人たちには在宅医師だが、患者は主治医を別にもっているからである。主治医は、大抵が病院の医師である。だから患者は病院に支払っているという観点の基に、Réseauxの医師の給与はでない。

(3) 患者状態をアセスメント

各チームは、患者の自宅を訪問する。訪問するときは、医師と看護師の2人のペアで行く。患者と主治医からの同意を得た上で、自宅訪問をしている。Réseauxの医師は処方箋を書かない。処方箋を書くのは、その患者の主治医だからである。

患者の自宅に行って状態をアセスメントする。栄養状態、認知度、精神状態、もちろん身体状態についてアセスメントする。身体状態のアセスメントでは自分でどれだけ動け、どれだけできるかを診断して、Réseauxでケアプランをつくる。と

くに在宅医師になっていくうえで、身体状態の医学的なことも診るが、よく診なければいけないことは、認知症状がどれだけ進んでいるか、自分が誰だかわからない状態が進んでいないか、そして治療を拒否しないかである。そういう状態に陥りやすいので、それをフォローし、問題行動もフォローする。そこでのアセスメントは、メディカルなことも診るが、心理的なこと精神的なことも診る。そして、社会的なことも診るのである。

患者の家に行って冷蔵庫を開けて、冷蔵庫に何が入っているかをみる。どういうものを食べているか、期限切れのものばかり入っていないか、そういったこともみる。それから転倒リスクがないかをみる。たとえばバスルームに行ってシャワーを浴びられるかをみて、改装・改修の必要性をみる。これは医師ではなく、看護師がする。

Réseauxの医師がサマリーをして、患者の主治医なり自宅近くのかかりつけ医にレポートを書く。それは優れた取り組み(Good Practice)に基づいて、「こうした方がいいですよ」という、担当医に宛てた手紙である。

(4) 223人の高齢者と213人のターミナルケアの患者を診る

2015年の数字をみてみよう。高齢者専門のチームで200人、ターミナルケアチームで150人をみるように、ARSから目標値を与えられていた。それを条件にARSから予算をもらった。

そういった目標値は大抵緩い目標を設定しており、最低目標値である。実際に対処した高齢者は223人、ターミナルケアは213人のケースを扱った。さらに「150のパートナー契約をこなさい」といわれていたが、それに関しては172件のパートナー契約をした。172件のパートナー契約のほとんどは医師で、37件がその他の医療職の人たちである。契約をして一緒に仕事をしていくことになった。

では、どうやって彼女たちが患者の自宅に行こうと決めるのか、その決める初めの一歩は、誰かから「行ってきてください、見てきてください」と連絡が入るから行けることである。そうでなければ介入できない。介入の始まり方には、高齢者の場合は366人から高齢者専門チームに連絡が入ったそうである。ターミナルケアチームには301人から連絡が入った。全部が訪問を必要としなかったそうで、電話の相談で解決してしまったケースもある。

(5) 連絡はどこから来るか

連絡がどこからくるかという点、39%が病院から来る。「こういう患者さんがいるけれども、今退院が決まりました。戻すけれどもいかがですか」といった感じである。そして、13%は地域のかかりつけ医から連絡が来る。「うちの担当の患者さんが独居で高齢者で」と、そういう感じである。12%が専門医からである。そして同じ12%がその周囲の人からであり、患者自身から来ることもある。後見人も含め、家族ももちろん含まれている。12%がその他の医療職、コ・メディカルの看護師やリハビリ士からである。残りの12%がCLICやMAIAからの連絡である。

老年科専門チームの患者をみると、実に多くの方が何らかの認知症状をもっていた。そして認知症状とみえていた人のうち、精査してみたら81%は認知症状だったが、8%は精神科症状であった。残りの11%はその他の症状であった。

一方、ターミナルケアの人は、呼吸器系、循環器系が4.5%、神経系の病気が3%、そして精神科及び問題行動が1%、そして複合症状が7%、色々な合併症状を持っている人であった。そして84.5%が悪性腫瘍であった。

(6) かかりつけ医と病院医師など669人にコンタクト

Réseauxは、かかりつけ医のために415のメディカルレポートを書いて残した。81のアラート(alert: 警報)が、CLICとMAIAから来た。街で開業している臨床心理士にお願いしたケースが44件である。コンタクトした医師は、街のかかりつけ医と病院の医師など、669人であった。そのうちジェネラリストは250人で、165人の開業コメディカルに連絡をした。そしてそのうちの17人が後見人である。

現在のところ、高齢者専門施設にはRéseauxのメンバーは行かない。患者が住んでいる家だけに行っている。サービス付き高齢者向け住宅は外付けなので行くが、高齢者施設には行かない。ここは在宅入院とは違う。しかし、ターミナルケアの場合は高齢者施設にも行く。それは老年科医師ではなく、ターミナルケアチームの医師である。

MAIAとCLICと一緒に、Réseauxが同じビルにいるのは、2014年の3月からである。コンピューターや電話など、そういったものも共有しているので、リソースがシェアできている。一緒にミーティングも行っている。しかし3つの組織はそれぞれ違うので、3つの組織が同居している感じである。お互いの対象患者が時々重なるので、一緒にやれることは強みになる。「サロー」というフォーマットがあり、そのフォーマットに入り介入が必要だとなったら、連絡が入りRéseauxも自宅に訪問する。

(7) カオスからシンプルが目的

カオスになっていた状態を、MAIAを作って1つにして、シンプルにするのが目的であった。しかし実際は、MAIA、CLIC、Réseauxが別々になってしまっている。みんなが同じような患者、同じようなことをやっているという感じで、「これを一つにこなさい」と言われている。「一つに

しなさい」と言われると、何となく気まずい雰囲気である。「お互いに誰が対象者に言う」といった感じになる。結局 MAIA と CLIC と Réseau が一つになると、スタッフが25人の大所帯になってしまう。25人で3区をカバーするのは、あまりにも大所帯なので、どうやっていこうかと議論になっている。

電話番号が違うので、同じ電話番号にしようという話が出ている。カバーする対象人口がほとんど似ているのに、3つの電話番号があるのは患者に分かりにくいので、シンプルに窓口を1つにすることを検討中である。

2. CLIC (クリック)

CLIC の Dhalleine, Sylvie (ダリエヌ, シルビー) さんから、説明を受けた。

(1) CLIC は社会医療施設の位置付け

CLIC とは「Center : センター」、「Local : ローカル」、「Information : インフォメーション」、「Coordination : コーディネーション」のことで

ある。Réseaux は75歳以上であったが、CLIC は60歳以上の高齢者を対象としていて、多職種連携である。ファイナンスは県であり、社会医療施設と位置付けられている。

60歳以上の患者及び、患者を介護している人を対象に、平日朝9時から17時まで、月から金まで開いていて、その患者本人と家族と周囲の人、実際に介護をしている人を対象にして、色々なインフォメーションや情報を与えている。

(2) 管轄区域の4人に1人が60歳以上高齢者

CLIC の管轄区域は Réseau と同じテリトリーである。したがって同じ人口である。人口が多いのに、スタッフ25人が大所帯ということに納得がいかなかったので、少し詳しく見てみる。

人口の60歳から74歳の高齢者の数は、男性2万8,830人と女性3万8,723人で、合計6万7,553人である。全人口に占める各区の平均は15%前後に当たる。Réseau は75歳以上であったので、それで見ると、男性が1万6,358人、女性が2万9,211人であるので、全人口に占める割合で見ると、10%前後になる(表2)。

表2 管轄区域の高齢者人口

(人・%)

	60歳以上74歳未満			全人口に対する割合	75歳以上			全人口に対する割合	全人口
	男性	女性	人口計		男性	女性	人口計		
7区	3,989	5,412	9,401	16.27	2,278	3,694	5,972	10.33	57,786
15区	13,224	18,229	31,453	13.19	6,842	13,171	20,013	8.39	238,395
16区	11,617	15,082	26,699	15.71	7,238	12,346	19,584	11.52	169,942
合計	28,830	38,723	67,553	14.49	16,358	29,211	45,569	9.78	466,123

(資料)Selon les données de l'Insee, 2009

60歳から74歳未満の高齢者数は6万7,553人である。75歳以上高齢者は4万5,569人となる。この数を全人口で割り戻すと、それぞれ順に14.49%、9.78%である。高齢者のみのトータルで見ると、60歳以上は11万3,122人(6万7,553人+4万5,569人)で、24.26%である。管轄区域の4人に1人が60歳以上高齢者となる。

(3) CLIC のミッション

CLIC の活動は、まず患者に情報を与えることである。そして、「こういうふうにするといいですよ」、「あなたはこうですよ」、「こういう機関が

ありますよ」と教えることである。そしてそれを、簡単にしてあげることである。例えば、「それだったら、年金の受給要件をすでに満たしているので、手続きはここに行って、こういう手続きをするといいですよ」と、具体的な書類の書き方などを教えることである。それによって、その人たちは「年金が受け取れるんだ」「APA が受け取れるんだ」ということが、CLIC でわかるわけである。

CLIC のミッションは、ミッション1が「患者本人に与えるインフォメーション」だとしたら、ミッション2は、「それをその周りの介護をしている人に与える」ことである。「この人は年金が

受け取れるから、こういったことをやりについてください」、そういったインフォメーションを与える。1番目が情報を本人に与える、2番目がその周りの介護をしている人に与える。そして、3番目のミッションは、どうやってインフォメーションが来るのか後述するが、「独居の高齢者で家で動けない人の家まで実際に行ってみて、それと同じ手続きをやってあげる」ことである。

ステップ1、2、3、全部合わせて年間3,000人(件)を取り扱う。電話やメールでやりとりする。あるいはここに常駐しているので、CLICに来られる人は来る。もしくは自宅まで行くことでそれをやっていく。

(4) アセスメント

CLICの方に、まず連絡が入る。連絡が入ったら、その人の状態がどうなっているか、年金の受給資格はあるのか、そういう人ではないのか、社会的に阻害された人なのか、色々見回してその人にあったインフォメーションを与える。そしてオリエンテーションする。その後、Réseaux が動く。あるいは、色々なその人のニーズをアセスメントしに行く。

この社会的な側面のアセスメントを1時間でする(図2)。まずその人が社会的に近所の友達や家族に囲まれた人なのか、あるいは、本当に一人きりの独居なのか、その状態でそのまま在宅維持が可能なのか。可能だとしてもその住宅状況がどうなのか、階段はどうか、廊下はどうか、手すりはあるのか、そういったことを見る。

そして次に、ファイナンス的に年金はどれだけ入って来るのか、APAを受ける資格がどれだけあるのかを見る。それから自立度である。そういった色々なことを整備したら本当に自立して生きていけるのか、生活していけるのかを、見るわけである。

心理的側面、精神的側面のアセスメントをする(図3)。その人のヒストリーを見て、その人がたとえば認知症的なトラブルがある人なのか、一日中徘徊している人なのか、あるいは精神的に愛情不足で寂しいのか、ひとりでまったく寂しいのか、そういう精神的なトラブルがないかを見る。

家族とそのまわりの人たちとのリレーション、

人間関係のクオリティをみる。本当に一人きりなのか、あるいは色々な人がいるのか。

次に看護師、介護士、援助者、そういった人たちのリレーションはうまくいっているのかをみる。そこに問題がある場合がよくある。もうサービスを受けたくないという感じになって、問題行動を起こしたりすることがあるので、そのところをみていく。人とうまくいっているのかをみる。

運動療法アセスメントは、その人の身体機能がどれだけ残っているかをみる(図4)。そしてその人のどういった身体機能がどれくらいまだ動けるかをみる。それからまわりをみて、手すりをここにつけたらいいとか、風呂をまたげないからさげたほうがいいのか、そういう住宅改修をみる。「それにしてもこれは一人ではむりだな」となったら、「こういう人が必要だな」、「ああいう人が来て、背中を拭いてあげる人が週3回きてくれたらいいなあ」と、そういうことを見る。

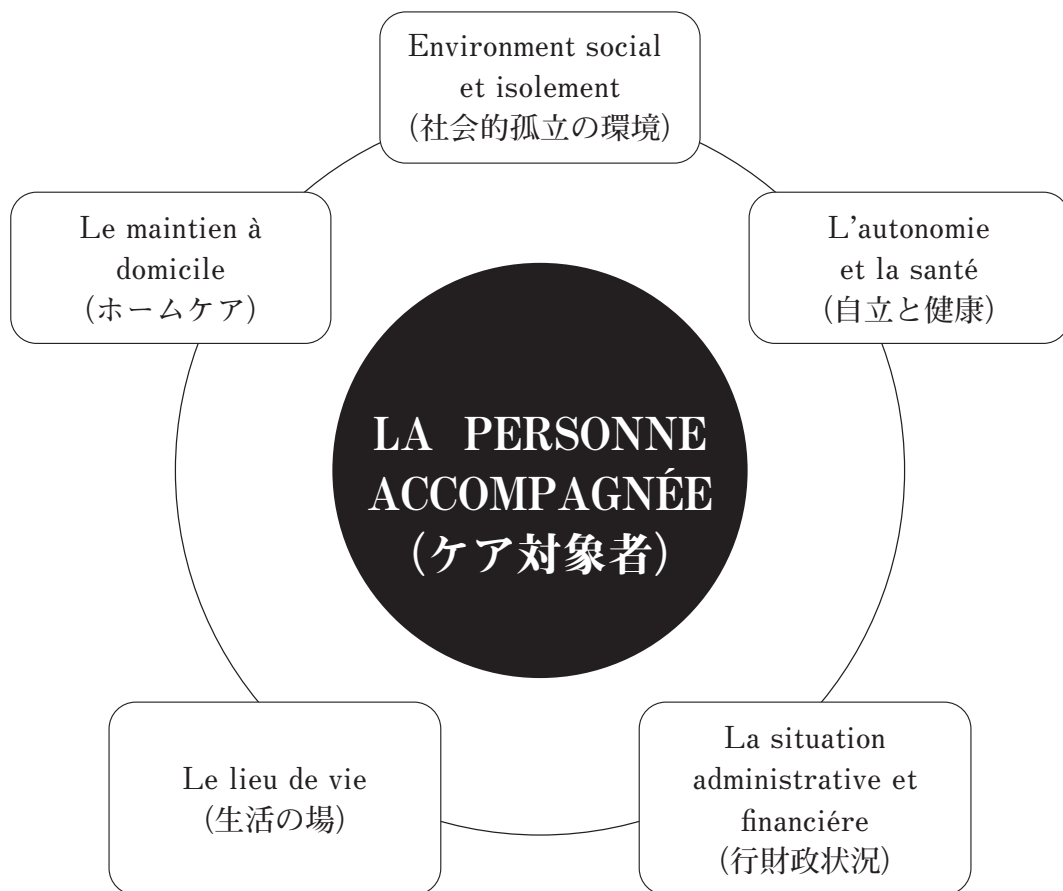
それからその人自身の生活習慣、全然風呂に入らない人を無理やり風呂に入れることはしない。そういった生活習慣をみる。そういうことを運動療法アセスメントという。もちろん目的は在宅での生活維持をより長くすることである。肉が切れなかったら、切らなくてもいい道具があるので、それで食べるようにしたり、そういった自立を援助する。

3. MAIA (マイア)

MAIA Paris Ouest のPilote (パイロット) の、JOLY, Matthieu (ジョリー, マチュー) 氏から説明を受けた。Pilote は日本語の「事務局長」の意味に近い。

(1) MAIA はシンプル化し在宅維持を継続させる

自立できなくなった高齢者の方を、よりシンプル化するのがMAIAである(図5)。色々存在するサービスの間をスムーズにする。MAIAの名のもとに、この地域にある病院や独立開業医、あるいは施設など、そういった人たちに3カ月に1回集まってもらい、みんなでミーティングを持つ。ミーティングは県レベルでもある。県レベルでは、



(資料) CLIC Paris Émeraude Ouest 2016.

図2 L'ÉVALUATION SOCIALE (社会的アセスメント)

ファイナンス、お金をだすところもそのメンバーに加わって、一緒に話し合う。

パリ西地区にある全部の人たちに集まってもらって、ひとつの同じ用紙のフォーマットで書いていく。ここの地域にある資源はどういう資源があるのか、CLICがあつて、デイサービスがあつて、病院があつて、HADがあつて、SSIADがあつて、Réseauxがあつて、色々な医療コ・メディカル、メディカルのスタッフにも集まってもらい、それから保険者もいる。そういった人たちに集まってもらって名簿を作る。「この地域にはこういう人たちがいます」という名簿である。

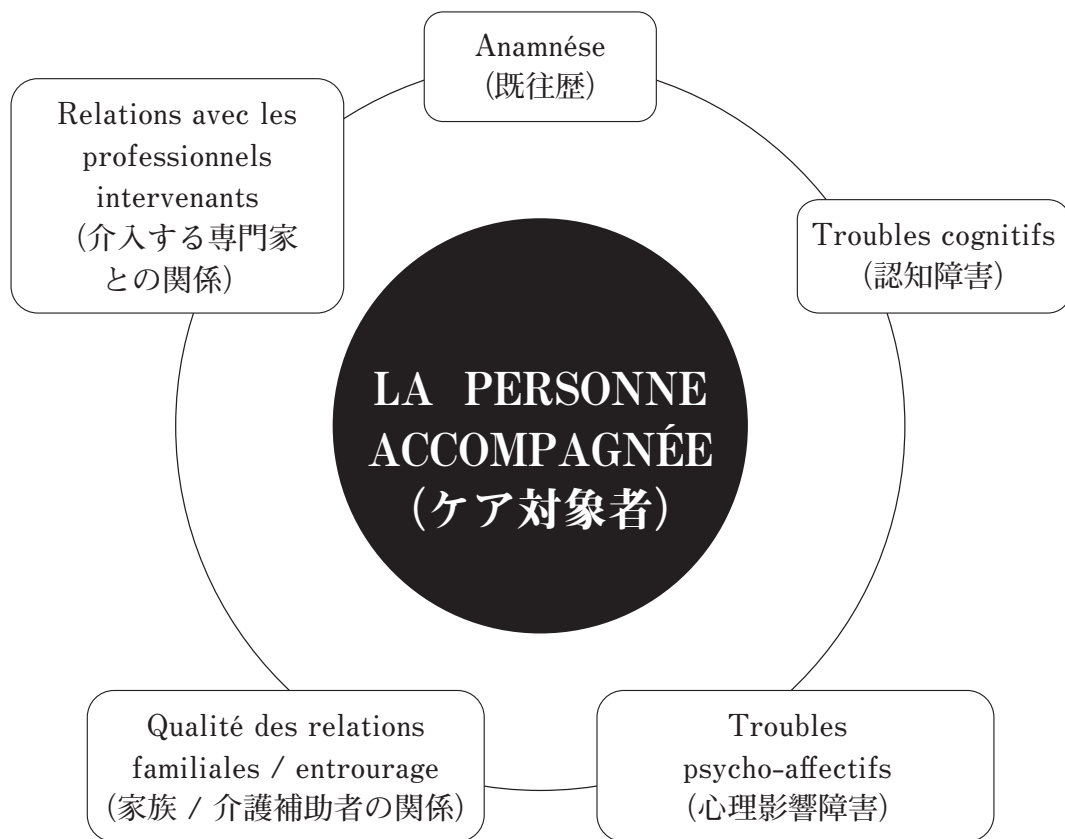
高齢者に関与するサービスの一覧である。施設

でも病院でも独立開業の看護師の電話番号でもよい。高齢者に関与するリソースを、一度全部洗いざらい出し切って名簿を作る。

CLICとRéseauxが介入した複雑困難事例があったとしたら、その困難事例をMAIAが受け取る。MAIAが受け取って、その人がどうやったら在宅維持を可能にするか、フォローの仕方を決めていく。機能的なことと継続的なことを決めるわけである。

(2) ケースマネジャー

それを担当するのが、Gestionnaire de Casと呼ばれる、ケースマネジャーである(図6)。ケ



(資料) CLIC Paris Émeraude Ouest 2016.

図3 L'ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE (心理的アセスメント)

ースマネジャーになれる人は、今までに医療分野で、あるいは社会分野で職務経験がある人、そういう資格を持つ人が望ましい。

しかも高齢者の在宅ケアに関わった職業経験がある人が望ましい。学歴としては大学でケースマネジャーという単位があり、それをとっている人が望ましい。学歴、資格、職歴の3つから、ケースマネジャーになれるかどうかが決まる。

社会福祉学系ではなく、医学部にその単位ユニットがある。どんな教育かという、4週間の理論と2週間の現場での研修である。1週間で、特に「ケースマネジャーとは何か」という理論があり、根拠法の中で何ができて何ができないか、法律で書く国がフランスである。その法的な定義は1週間で学ぶ。2週間は多職種連携とはどういうことかという Partenaire (パルトネール) を学ぶ。3週間は関係者、高齢者の関与する組織や関与する保険者や支払者、県の窓口にはどういっ

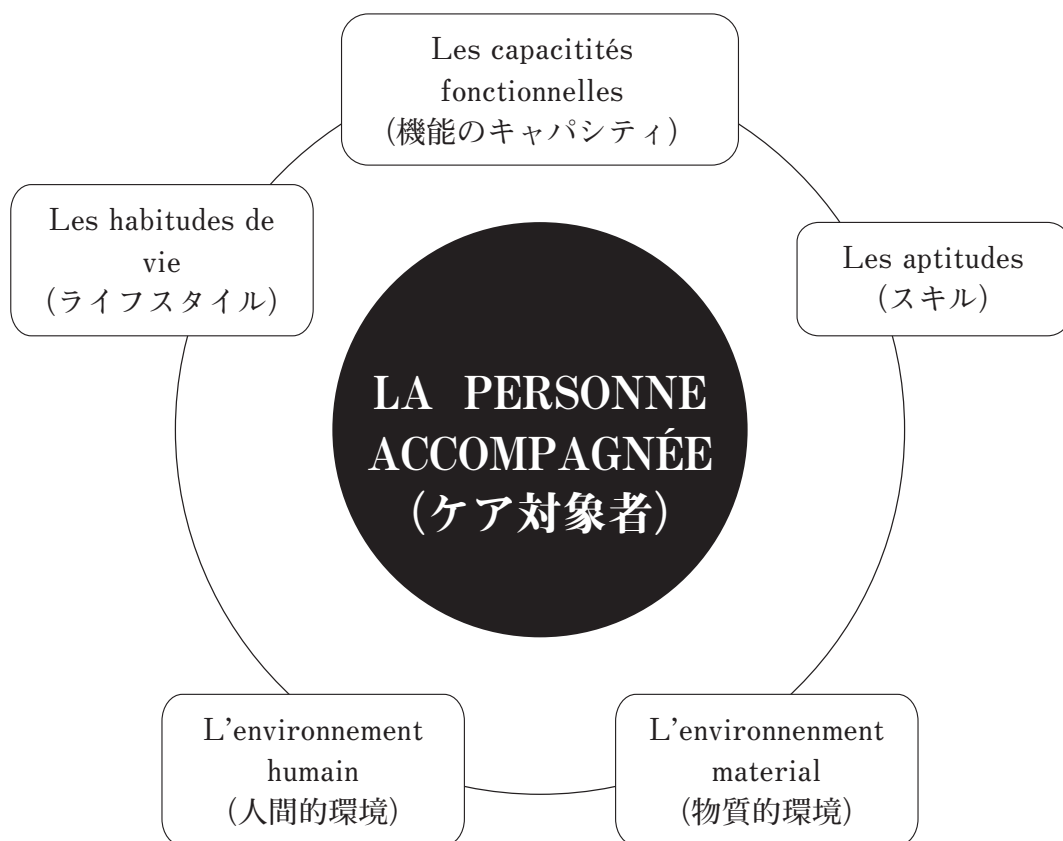
たところがあるのか、そういう関係組織学を学ぶ。そして4週間はケーススタディである。「こういうケースにはこうやる」などを学ぶ。この4週間は理論である。

2週間の実務研修はどこでやるかという、MAIA である。パリ西地区の MAIA によく研修生が来る。中には認知症学の問題行動学のカリキュラムもあり、老年科の専門の教授が授業をする。

話を聞いていると、やはり多職種連携や包括ケアという言葉がぴったりという気がする。色々な人たちが在宅を可能にするために、高齢者ひとりを中心にして、介入するので、そういった人たちと一番いい形でどうやって長く在宅生活を続けられるかをみていく。ケースマネジャーの使命を図で示すと、図7のようになる。

(3) MAIA が取り扱うケース

1人のケースマネジャーが抱えられるケースは



(資料) CLIC Paris Émeraude Ouest 2016.

図4 L'ÉVALUATION ERGOTHERAPIQUE (運動療法アセスメント)

最大で40ケースである。最初にスタートした時には、主にアルツハイマーと重度の認知症の人を対象としていた。しかしそれは2009年のスタート時点で、すべての60歳以上の人を対象にすることに変わったのは2011年からである。MAIA が取り扱うケースは、年齢は60歳以上である。そして次の3つの評価基準 (criteria: クライテリア) がある。まず医学的にみて、介入が必要な問題があること。2つ目は、何か機能上で問題があることである。現在、すでに何か介入があるけれども、実際その介入がうまく機能していないことが、クライテリアの2番目である。困難事例とはそういうことであり、何かうまくいかないから MAIA に来たわけである。さらに自分で決定をすることに何らかの問題があることである。独居であること、本当にひとりきりということ、周りに頼る人がいないことである。この3つのクライテリアをクリアしていないと、60歳以上でも MAIA の対

象外である。

2015年の数字をみると、1年間で扱ったケースは、困難事例は87件である。筆者らの訪問調査当時扱っているケースで一番若い人は62歳、一番高齢の人で95歳、平均年齢は82.5歳であった (2015年11月)。

地区でみると、本当に超高級住宅街といわれる富裕層が住んでいるところには、MAIA が介入するケースは統計的にみても明らかに少ない。一方、貧困とまではいかないけれども、普通のところになると、介入頻度が対人口比で多くなる。

(4) MAIA の介入効果

2015年のデータから、西地区の MAIA がどこと連携しているか、連携というより患者が利用しているかということ、46.98%の人が CLIC を利用している。54%が Réseaux を利用していた人、36.78%が APA の受給者、かかり付け医持ち率

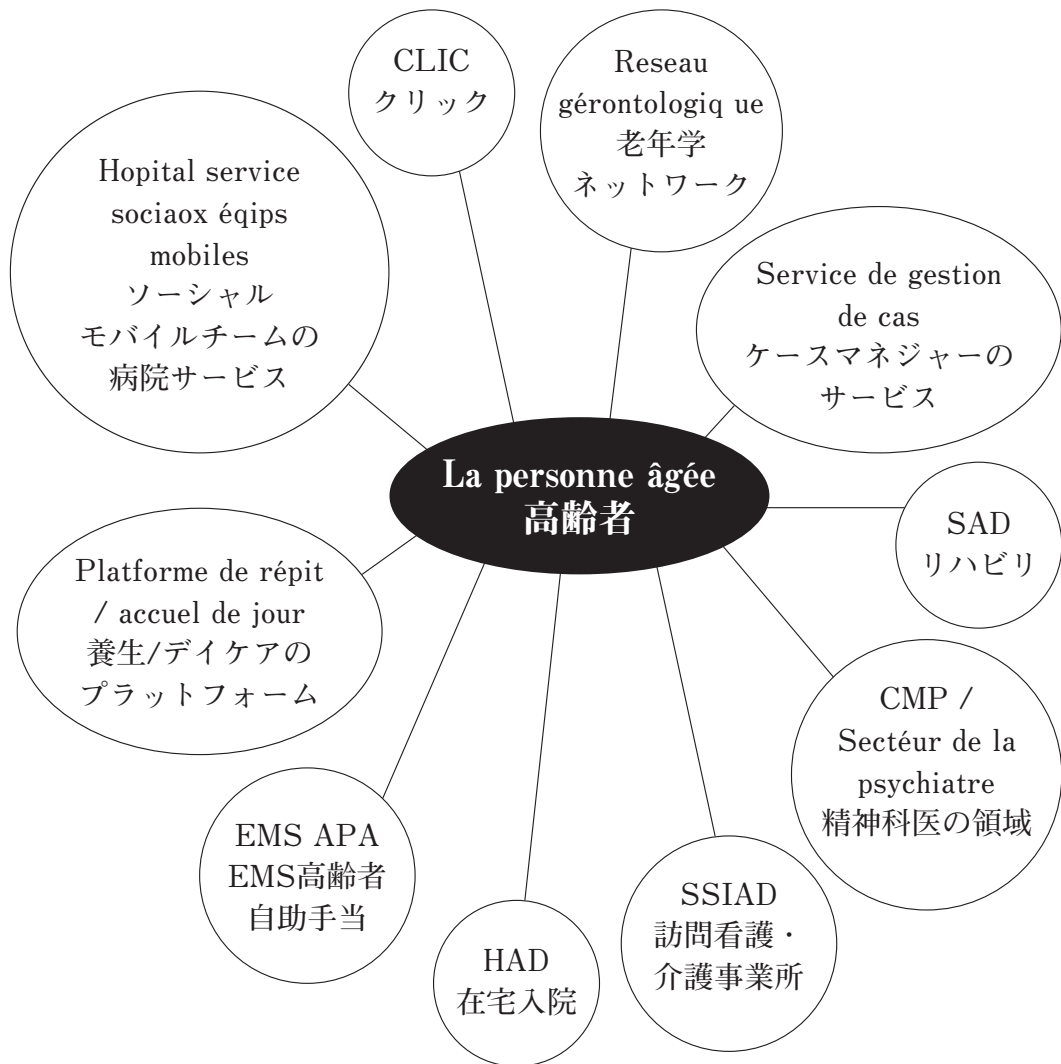


図5 MAIA (マイア)

86.21%である。

87.36%のケースが独居である。73.56%が拒否 (refuse: ルヒューズ) である。やはり2015年末になるとその率が40.23%に改善しているので、この差が説得できた人たちである。そして85.06%が認知症の人であり、42.53%が問題行動がある人である。

社会的にあまりにも離れた人たちがいて、かかりつけ医をみんながもっているといっても、かかりつけ医持ち率が77%であった。MAIAが介入したことによって、それが86.21%まで上がった。16.21%が説得してかかりつけ医をもたせられたわけである。そして、それが12月31日の年末時

点である。きちんとかかりつけ医のところに行つて、あるいはかかりつけ医も気にして、往診をするように積極的に関わりをお互いに持てるようになったケースは47%で、他の人たちはかかりつけ医はできたけれど、本当の関わり合いはあまりないケースである。この調査の母数は87人である。

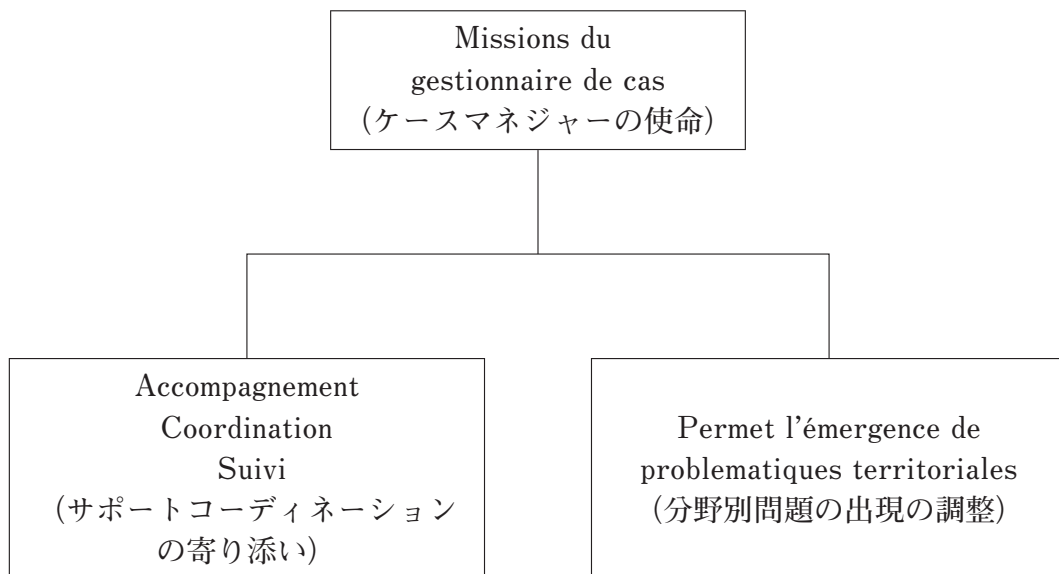
Ⅲ．まとめ

1. それぞれの役割分担

もう一度、それぞれの役割を整理してみよう(図8、9)。CLICは一般の人が、きちんとそれを



図6 Le gestionnaire de cas (ケースマネージャー)



(資料) MAIA en bref-13/10/2016.

図7 ケースマネージャーの使命

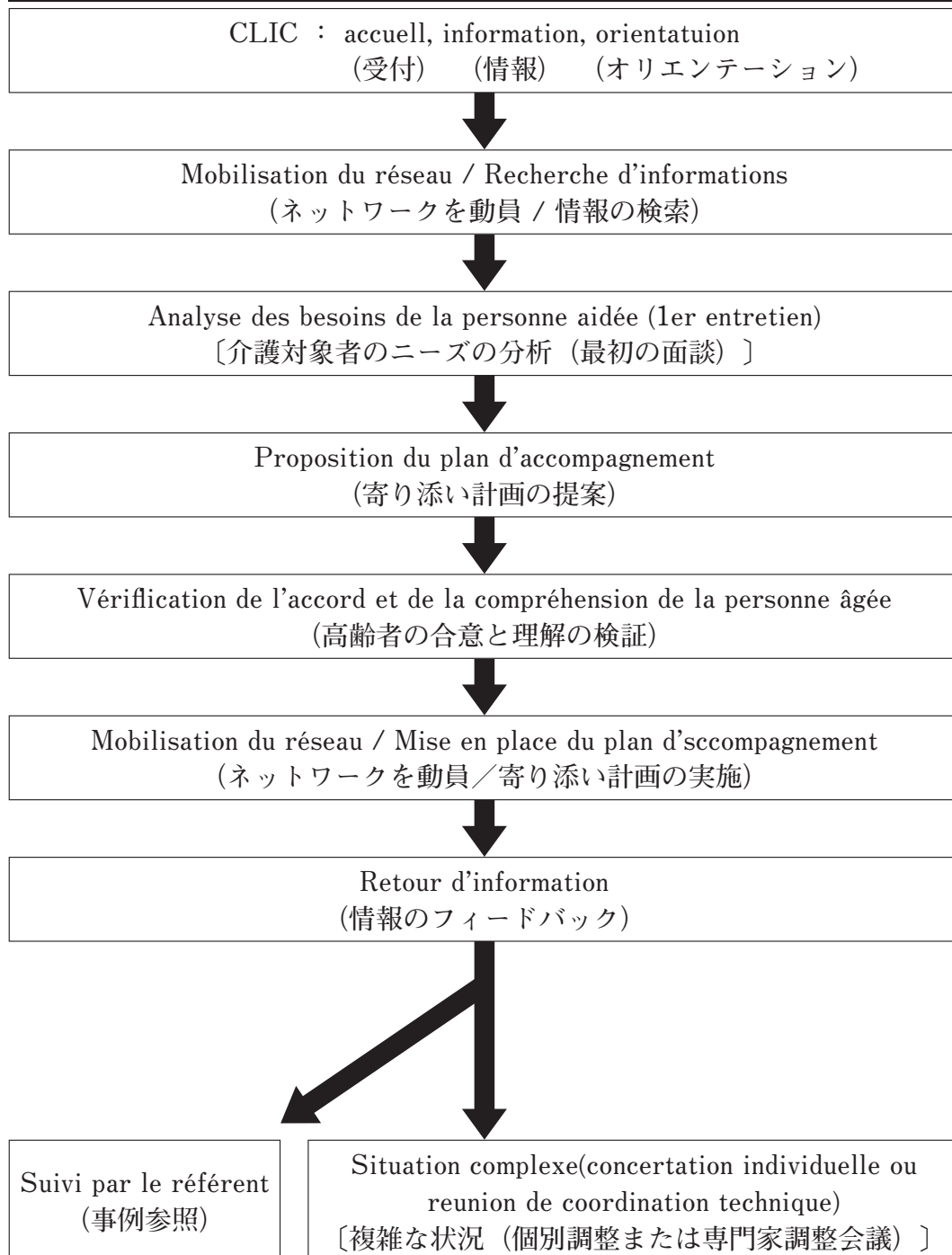
ヘルプする人からの相談を受けて情報を提供する。それからどうしてゆくかという際に、それぞれ専門家がいる Réseaux がある。それでも困難だったら、あるいはそれ以上続けなければならない場合はMAIAに渡して、という役割分担である。

組織は別々である。ファイナンスは県から受けていたり、市から受けている。MAIA をつくつ

た母体を見ると、11%がNPO 法人であり、13%はCLIC のように社会医療施設の設立である。37%が県立のMAIA で、一番多い。1%が高齢者ホームがつくったMAIA であり、13%が医療施設（病院）である。それから複数の病院がグループ化してMAIA を持つこともあり得る。

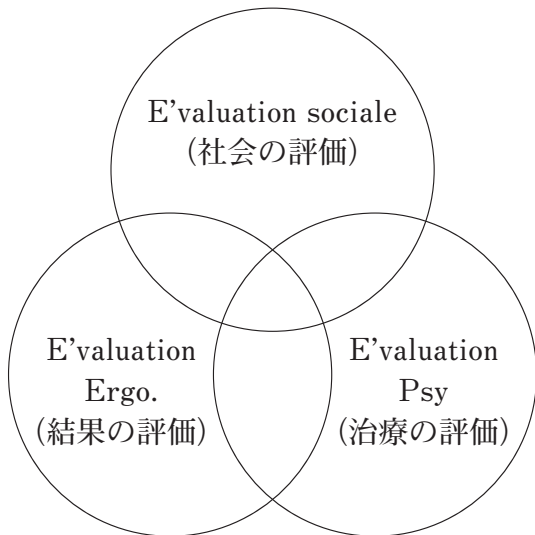
MAIA を設立できる法人は決まっているのか。

Personne âgée – Famille – Entourage – Professionnels
(高齢者) (家族) (介護補助者) (専門家)



(資料) CLIC Paris Émeraude Ouest 2016.

図 8 Organisation de la mission générale de coordination
(調整組織図)



(資料) CLIC Paris Émeraude Ouest 2016.

図9 L' EVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE (集学的評価)

答えは、「誰でもなれる」ということである。文献によると「非営利でなければいけない」と書いてあったようにも思われるが、PiloteのJOLY氏は、営利でもなり得るといっていて、誰でもなれるけれども、「うちがなりたいです」といったときに、それをARSがみて、その地域をみて、許可をするということである。ARSが「CLICがやるのが最もふさわしいですよ」といって、やることになったケースがこの西地区である。

2. 認知症国家戦略

日本では認知症の対策として、オレンジプランがある。認知症サポーターとなって地域住民を啓発する。サポーター講座を、地域包括支援センターがやっていたりする。フランスの認知症プランはどうだろうか。そういった一般国民に啓蒙する機会があるのだろうか。フランスは2009年に認知症国家戦略をつくった。しかし、国家として、全国民を対象としたキャンペーンはない。確かにアルツハイマー協会やCLICやMAIAなど、こういうところが主となって研修の日をつくっている。しかし、対象者は一般国民ではない。関係している人たちが自由に参加する。一般に公開して、何か全国的なプランをたててやっている教育プログラムはない。誤解がないようにいうと、日本の

オレンジプランも教育ではない。フランスの場合も認知症の国家戦略だということが正しい。

フランスは欧州で最も早く認知症国家戦略を策定した国であるが、なかでもサルコジ政権(当時)で施行されたプラン・アルツハイマー2008-2012(Plan Alzheimer 2008-2012)は、過去最大の国家計画であった。ケア・研究・連帯を3本柱に44の施策が実行され、16億ユーロという大規模な予算が割り当てられた。これによりフランスの認知症施策は大きく転換した。さらに2014年11月に公表された、新たな5カ年計画(神経性疾患に関する国家計画2014-2019; Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019)は現在進行中である¹⁾。

3. 2016年末には355の MAIA

MAIAは視察調査時250あった。2016年末には355になる予定であった。これによってフランス全国に、MAIAがあることになる。1人のPilote(パイロット)がMAIAにはいる。そしてケースマネジャーが3人いる。これがMAIAの定義である。

355から増えるかどうかかわからないが、少なくとも1つ1つ置かれるスタッフの予算は増えていくかもしれない。もっと力をいれなさいとなるかもしれない。MAIAはこれでフランス全土をカバーしたので、355以上認可がおりるかどうかはわからない。

県内で募集して、そこに誰かが手を挙げる感じではあるが、「やりたい。いいよ」ではない。県は募集するが、そこに誰が応募するかということであり、県としてMAIAの設置計画があるわけではない。「この地域に1つつくってもいい」とARSがいい、そうしたら「うちやりたいです」といってコンペになる。

パリ市内は6カ所で、1 MAIA から6 MAIA まである。CLICがやっているところもあれば、Réseauxが前身だったところもあれば、市役所がやっているところもある。

この地域に病院があって開業医があって、何があってというダイヤル帳をつくった。それを今度みんなで共有するのは世田谷区サイズだからできるともいえよう。現在徐々にMAIA どうして共

有し合っている。

2009年からスタートして5～6年でMAIAの仕組みが定着してきているとみていいのか。日本は2000年から介護保険で同じような仕組みを始めている。ケアマネジャーは30万人くらい合格者がいる。

認知症の人に会うと、必ずその人がアルツハイマーという問題ではない。必ずその人の認知症の裏には、理由となったヒストリーがある。それを探るのはまず、認知症の診断をするときに非常に重要で、だからこれだけ後ろまで深く掘り下げて、色々みていかなければならないわけである。それはその通りで、日本でもそれをやっている。

「あの人、この頃問題行動ばかりで困った」と苦情があがってくるので、CLICやMAIAに連絡が来るので、Réseauxにも来るので行く。しかし、よくみると精神疾患であることもある。以前だったらアルツハイマーだからといって、施設に入れていたが、そういう状態になっても「在宅で住まうことが可能であるか」を検討するようになった。20年くらい前だったら、すぐに施設や病院に入れていたと思われるが、MAIA、CLIC、Réseauxのネットワークの効果があることを、証明しているように思われる。

注

1) 詳細は、近藤伸介(2013;2015)、明日の医療プロジェクト研究会編(2014)を参照のこと。

文献

CLIC Paris Émeraude Ouest 2016.

Lavallart, Benoit「アルツハイマー及び関連疾患に関する国家計画(プラン・アルツハイマー)2008-2012」世界の認知症国家戦略、東京—2013a年1月29～30日。

Lavallart, Benoit「フランスの認知症国家戦略」公益財団法人東京都医学総合研究所『認知症国家戦略の国際動向とそれに基づくサービスモデルの国際比較報告書』平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業、2013b年3月、pp.104-8。

Lavallart, Benoit「フランスのMAIA(「自立と包括的ケアのためのネットワーク」)公益財団法人東京都医学総合研究所『2013 Tokyo Report 認知症国家戦略に関する国際政策会議 個別課題における各国の進

捗状況』2013c年11月、pp.23-4。

MAIA en bref -13/10/2016.

Plan Alzheimer 2008-2012. (Plan «Alzheimer et maladies apparentées»2008-2012. 1er février 2008.) http://back-alz.cloud14-firststudio.com/blacktheme/scripts/tinymce_new/js/tinymce/plugins/moxiemanager/data/files/PLANS/Plan%20Alzheimer_2008-2012.pdf.

Plan Maladies Neuro-Dégénératives 2014-2019. http://www.cnsa.fr/documentation/plan_maladies_neuro_degeneratives2014.pdf.

Selon les données l'Insee, 2009.

明日の医療プロジェクト研究会編『アルツハイマー病の国家的取り組み—フランスの経験2008—2013より得た成果と残された課題—J・メナール先生講演録』中外医学社、2014年。

近藤伸介「フランスの認知症国家戦略」『老年精神医学雑誌』編集委員会編『老年精神医学雑誌』24巻10号、2013年、pp.984-989。

近藤伸介「特集：認知症対策の国際比較 フランスの認知症国家計画」国立社会保障・人口問題研究所『海外社会保障研究』No.190、2015年 Spring、pp.14-23。

小磯明「フランスの在宅入院制度に関する研究——在宅入院連盟の活動と課題——」非営利・協同総合研究所『いのちとくらし研究所報』No.59、2017年6月、pp.46-71。

小磯明「フランスの在宅入院の事例研究——サンテ・セルヴィスの実践と戦略——」非営利・協同総合研究所『いのちとくらし研究所報』No.60、2017年9月、pp.54-84。

小磯明・松田亮三・吉中丈志・石塚秀雄「座談会 フランスの地域医療介護の動向と在宅入院制度」『いのちとくらし研究所報』No.61、2017年12月、pp.30-53。

篠田道子「特集：超少子高齢社会における医療・介護のあり方 医療・介護ニーズの質的变化と地域包括ケアへの取り組み——フランスの事例から——」国立社会保障・人口問題研究所『社会保障研究』Vol.1、No.3、2016年、pp.539-51。

(こいそ あきら、法政大学現代福祉学部・大学院公共政策研究科兼任講師、『文化連情報』編集長)

鼎立社会構想の基盤となる非営利・協同運動の連帯

—富沢賢治氏へのインタビュー記録—

企画趣旨

本企画は、若手研究者から先輩研究者に対するインタビューを記録し、連載企画として所報に掲載するものである。著書や論文を読むだけではわからない、先輩方が研究にかけてこられた想いに目を向けることで、非営利・協同研究の背景を理解する契機をつくりたいと考えた。

第3回となる今回は、事務局の竹野・久保に加え、菰田レエ也氏（一橋大学大学院博士後期課程在学中）もインタビュアーとして参加頂き、当研究所顧問の富沢賢治氏へのインタビュー（2017年2月6日、於・非営利・協同総研いのちとくらし）を掲載することとした。ご協力頂いた富沢氏に、この場をかりて改めて御礼申し上げる。

事務局担当 竹野ユキコ、久保ゆりえ

現代社会をどう批判的に分析し、過去の教訓を生かしながら、これからの連帯社会をどのように構想するのか。本インタビューはこのような問いに対する富沢氏からの応答であると考えてよい。いのちの再生産が可能な社会を目的に手段としての経済がある。こう社会的経済の理解を促す氏は、市場経済＝社会を目的とする現代の市場至上主義に警鐘を鳴らし、平等・自由・連帯の原理に支えられる「鼎立社会」を提唱する。そして、氏は、鼎立社会の構想を実現するため、連帯の基盤としてナショナルセンターの重要性を説く。これからの協同組合運動の方向性、過去の運動路線からの教訓など、氏が最近お考えになっていることをうかがった。

（一橋大学大学院社会学研究科博士後期課程・菰田レエ也）

（明治大学大学院商学研究科博士後期課程・久保ゆりえ）

■いのちの再生産(が可能な社会)を目的に手段としての経済があること

——富沢先生はかねてから、協同組合のナショナルセンターを作ることの重要性を説いておられました。そこで、富沢先生の構想についておうかがいしたいと思います。

富沢 ここ数年、協同組合のナショナルセンターを、ということをお願いしてきました。今日は「いのちとくらし」という研究所の理念に即して、私の構想についてお話したいと思います。非営利・

協同総研のあとに「いのちとくらし」を付け加えるというのは、すごく面白いというか、特異だと思えます。一般の人が聞くと、「非営利・協同」と「いのちとくらし」というのは、うまく結びつくでしょうか。それを私なりに解釈してみたい。

まず、「いのち」ということについて。人間や動植物を含めて、生物は社会をつくっています。生物の基本的な社会的機能は、いのちを生み、育て、引き継ぐこと。つまり、「いのちの再生産」だと思っています。そして、生物は、いのちを再生産するためにいろいろな活動をします。この活動の仕方が「くらし」ということだと思えます。

人間のくらしには経済的領域、政治的領域、文

化的領域などがありますが、特にここで重要なのは社会と経済の関係です。経済は、いのちの再生産のために生活に必要なものを生産し提供するという役割をもっています。人間の再生産を基本的機能とする社会に、生活手段を提供するのが経済の本来の役割なのです。

よく、「社会的経済」とは何かと聞かれるのですが、「的」の前に「目」を入れて、「社会目的経済」と言ったら理解しやすいと思います。社会、すなわち「いのちの再生産」が目的で、経済は手段である。目的と手段の関係にあるのではないかと思うんです。

■「元始、サード・セクターはファースト・セクターだった」

富沢 「いのちとくらし」をこのように見るとして、次は「非営利・協同」ということについて見ていきたいと思います。ここで人類史の観点から組織の歴史をみていくと、人間社会は、いのちの再生産の場である家族や近隣社会、つまりコミュニティを守るために組織をつくっています。最初の組織は、非営利・協同組織です。コミュニティのためにつくる組織は、営利目的の組織ではなく、コミュニティを守るという本当に単純な非営利の目的をもった、人々の協同の組織です。人類史が進んでいくと、村や集落を治めるための統治組織やリーダーが必要になってきます。彼らが権力を持つようになると、今でいう国家のような政治組織も出てきます。こうした組織も、非営利・協同組織の中から派生し、生まれてきたものなのです。次の段階になると、営利組織が派生してきます。村の中でも特殊技能を持った人たちが、技能を活かしてものをつくり、分業形態も生まれる。そしてつくったものを市場交換するようになると、ものを売って利益を得るための営利組織が出来てくるわけです。

国際的には、政治組織（国家）の集合を第1セクター、営利組織の集合を第2セクター、そして非営利・協同組織の集合を第3セクター（サード・セクター）と言いますが、歴史的観点でみると、非営利・協同組織が第1セクターだったのです。

■市場至上主義社会に抗う鼎立社会の構想を支える協同組合のナショナルセンター

富沢 図1は、現代社会の構造を示しています。友愛や共助の原理に基づく「血縁や地縁の人間組織であるコミュニティ」がまずあります。その上に、コミュニティに根ざした組織として非営利・協同組織があります。そして、国家は平等と公助の原理に基づき、営利企業は自由（競争）と自助の原理に基づいています。

この概念図では、いかにも非営利・協同組織の領域は広いように見えますが、現実にはあるやなしやというところですね。現実の社会は、市場至上主義の社会（図2）であって、市場が一番上にきています。組織でいうと、営利企業が一番上にあって、その下に国家がある。営利企業と国家の圧力の下に、非営利・協同組織がちよびりとあって、コミュニティは一番下のところでひしがれている。こういうふうに概念化できると思うんです。

しかし本来、バランスのとれた社会というのは、平等の原理に基づく国家、自由の原理に基づく営利企業、そして連帯の原理に基づく非営利・協同組織、この3つのセクターに支えられて、しかもそれぞれが拮抗関係をもっている社会です（図3）。しかし、現在は非営利・協同のセクターが非常に弱く、自由と平等、この2つのセクターが非常に強くて、社会にガタがきています。

3セクターという、「国家や営利企業を認めるのか」という非常に強い批判をする人たちもいます。しかし、市場というのは非常にうまくできた仕組みだし、国家がなくなるということもちょっと想像できません。効率を求めて自由に活動できるシステムがないと経済効率は達成できないのではないかと思いますし、国家という統治機構がないと国の統一は保てません。ただし、これら2つのセクターの行き過ぎは是正しなければならない。その是正をするのが、非営利・協同セクターの役割です。市場と国家を、コミュニティのニーズに合っているのかという基準でチェックして、バランスのとれた社会をつくっていくことが必要なのではないかと思います。

3つのセクターのバランスが必要だというの

図1 現代社会の構造

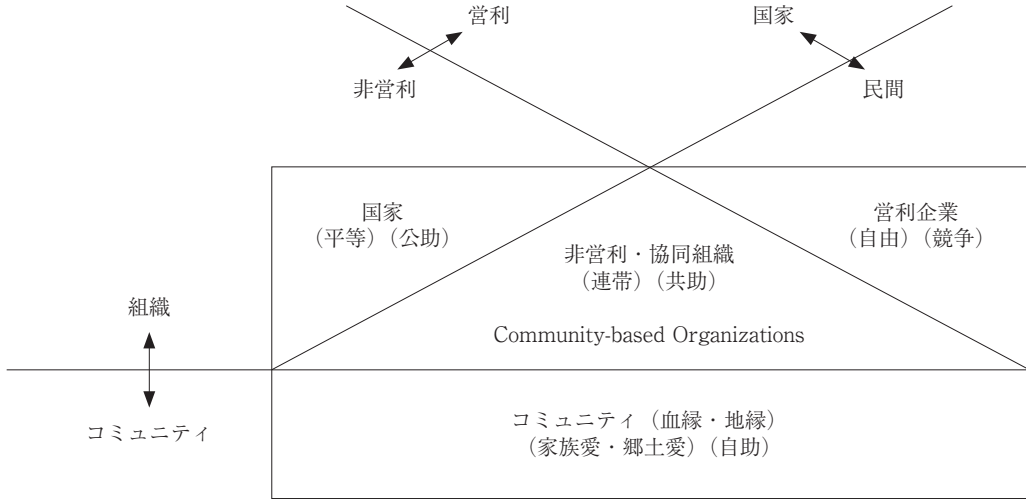
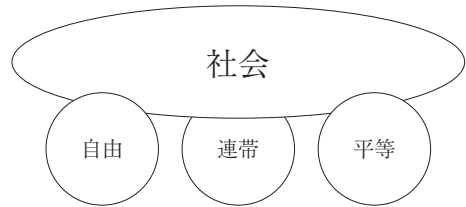


図2 市場至上主義の社会



図3 「均衡のとれた社会」(鼎立社会)の概念図



は、国連のひとつの組織であるILOもそういうことを言い出しました(2002年のILO総会)。社会がガタついている今、ILOが言うところの「社会セクター」、つまり非営利・協同の領域を拡大強化することが必要です。

非営利・協同組織の中心にあるのは、伝統的に協同組合であるので、協同組合士の連携が必要です。コミュニティに根ざした組織である協同組合が中心になって、社会セクターの連携を図って、国家セクターと営利企業セクターをそれぞれ規制するような力を発揮しないとうまくいかないのではないのでしょうか。

こういうことで協同組合のナショナルセンターが必要だ、とずっと言い続けています。

■協同組合ナショナルセンター作りの現状

——実際の日本における協同組合のナショナルセンター(以下、NC)作りは、進んでいるのでしょうか。

富沢 現在(事務局より:2017年2月当時)の状況を見ると、ナショナルレベルにおける協同組合関連の組織は、一つには日本協同組合連絡協議会(JJC)があり、日本の協同組合の代表として、ICA(International Cooperative Alliance)との連携を主な仕事にしています。もう一つは、2012年の国際協同組合年(IYC:International Year of Cooperatives)を契機につくられた国際協同組

合年記念協同組合全国協議会です。国際協同組合年にむけて世界各国で実行委員会がつくられましたが、日本でもIYC実行委員会がつくれ、私もその一員でした。IYC実行委員会は2012年で解散したのですが、その継続組織をつくったほうが良いと私も強く主張しまして、そうした意見も反映されてこの組織がつくられました。ナショナルレベルの国際協同組合連携組織としてはこうしたものがあります。

IYC実行委員会として、2012年を前にして具体的に何をやるか、ということ議論していた当時、私は、まずは協同組合の価値を政府に認めもらうために、政府に協同組合憲章をつくってもらおう、そういう運動をしたらどうかと提案したんです。そして協同組合憲章の草案を2012年につくり、私とその解説文も書きました。その中で、憲章草案策定の意義の一つとして、協同組合間の連携を強化して協同組合のN.Cをつくる必要があると主張しました。しかしその当時は、「時期尚早」として、私の解説文からは削除されてしまいました。

県段階の協同組合連携組織は全国に39組織あるそうです。例えば、福島県、広島県、神奈川県等にありま。神奈川県協同組合連携推進協議会は、2018年3月にこれを基盤として、新組織「神奈川県協同組合連絡協議会」をつくるそうです。協同組合のN.Cづくりは徐々に進展しています。

■日本における協同組合と草の根から新しく生まれてきた社会運動の連携について：社会的経済と連帯経済の合流を参考に

——従来は協同組合のナショナルセンター(N.C)に関する議論が中心でしたが、例えば、ホームレス問題の領域では、1990年代前後からボランティア団体が新しく立ち上がり、2000年代以降、NPO法人化してゆきました。2000年代後半には、社会運動を展開する過程で、N.Cに近いような団体(NPO法人ホームレス支援全国ネットワーク)も生まれています。

富沢 それはすごく重要なことです。政策提言をしていく上で、N.C構想は必要になってくるものなんです。例えば農民組織にしても、自分たちの活動がしやすいように法制度を整えていく。ある要求に関してまとまった政策提言をやって、それが法律になって、制度ができる。ですから、各組織がN.Cをつくり、政府に対して政策要求をしていく必要があります。

N.Cができる前に、都道府県などのローカルな段階で組織がまとまっていくと思います。私はこれをローカルセンター(以下、L.C)と言っていますが、ローカルなコミュニティのニーズに沿って政策提言が行なわれる。このL.Cを強固していかなければなりません。お城でいうと、N.Cは天守閣みたいなもの、L.Cは城壁です。天守閣だけでは機能しない。それどころか、天守閣だけつくと、敵に乗っ取られてしまう。政府にうまく利用されてしまう。そういう危険もあるので、非営利・協同組織に関しても、まずはL.Cをつくる、城壁から固めていかなければならないと思います。

しかし、その城壁を固めるにしても、運動全体の調整をとれるような組織はあった方が良いでしょう。今まではそれぞれの非営利・協同組織がそれぞれのやることで一生懸命ですから、他の組織と一緒にやってN.Cをつくらうという暇は出てこない。だけど、やっぱり強烈な政策要求ができるような組織を作っていかなければ駄目だと思うんです。

——今後の協同組合運動の展開としては、社会問題に近い現場から、新しく生まれてきた草の根組織、NPO等との連携も含まれると考えて良いでしょうか。

富沢 例えばEUでは、社会的経済という用語をつかって社会セクターづくりをしようという政策をとってきました。行政機関としては、社会的経済に関して法人格を明確にして何を支援対象にするかはっきりさせなければなりません。そこで、協同組合、共済組織とNPO、この3つの法人格をもった組織にはそれ相当の法制度をつくって支援します、ということで社会セクターを発展させて社会の連帯を図ろうとしたんですね。

しかし当然、こうした法人格をもった組織だけ

を支援するのはどうなのか。法人格をもたない、草の根の組織だってあるわけです。そういう草の根レベルの運動は連帯経済と呼ばれ始めていますね。南米をはじめ、草の根組織の人たちが声をあげ、それを理論家が連帯経済として概念化しました。彼らの主張は、法人格にとらわれず、草の根段階の組織でも、連帯して一つの活動体として横のつながりをもたなければならないということなんです。社会的経済はもはや時代にそぐわないという批判もあります。もちろん、そうした批判だけではしかたないので、社会的経済と連帯経済を仲直りさせようという理論家も出てきて、社会的連帯経済という言葉が使われてきています。

——今のNPOも含めた社会的連帯経済を作るために、意識的に協同組合が動けるのかどうか。一番難しいところだと思います。

富沢 協同組合は、連帯(ソリダリテ:solidarité)とはコミュニティを守ることだということを自覚して活動を進めないと、事業と運動との乖離が始まってしまって、放っておいたら事業一本やりで進んでしまいます。

協同組合は、その本質からいってメンバーのための組織であって、それを考えるのがリーダーの役割になる。だけど、メンバーを守るために何をやるか。リーダーたちは先を見るべきです。リーダーたちが、コミュニティを守るために、他の組織の人たちと共通の目的を達成するために、どうしたらいいかという問題を考え出すと、活動の範囲が広がっていくと思うんです。

1985年にICA原則に「コミュニティへの関与」という原則が付け加えられた時、私はびっくりしたんです。共助組織である協同組合がなんでコミュニティに関与するのか、と。

しかし、今の協同組合の現状を見ると、コミュニティをどう守るかという問題を意識しないと、自分たちの活動の先行きは怪しくなる。そういう時代になっているという認識が、ICA原則に表れたんだと思います。共助組織が共助組織であるためには乗り越えなければならない限界があるわけですね。

■過去におきた運動路線対立の記憶

——運動の連帯に関連して。労働者協同組合に着目し研究された富沢先生は、かつて、「関東の三悪人」とまで言われてしまいました。なぜそのような批判があったのでしょうか。

富沢 労働者協同組合運動は、全日自労という労働組合の中から始まったんですね。全日自労の組合員は、戦後の日雇い労働者がとても多かった。戦争で旦那が亡くなって、子どもを抱えて貧しい暮らしをしている女性たちもいました。こうした人たちに対して、戦後の失業対策として自治体が日雇いで労働者を雇って仕事を請け負わせ、公園の清掃等をしてもらっていました。しかし、しだいにその仕事もなくなっていき、失業対策が打ち切られたわけです。そこで、日雇い労働者としてではなく、自分たちの責任で運営する事業組織をつくって、そこに自治体から仕事を出してもらおう、というスタイルの活動がとられるようになったのです。

それまで全日自労は、自治体に労働条件改善などの要求を出して闘う、という組織だったんです。背景のイデオロギーとしては、政府を敵として、いかにやり合うか、そういう中で労働者を団結させ、最終的には権力を労働者たちの手にする、という革命論があったんです。資本主義体制の中においては経済組織の改革はできない、労働者が権力を手にして社会主義社会を立ててこそ労働者の事業はできる、と考えていました。そういう革命路線からすると、労働者たちで組織をつくって経済事業をするという労働者協同組合運動は、資本主義を認めるものであり、労働組合運動の立場から言うと「けしからん」という話になってしまうわけです。

それで、労働者協同組合運動を支持した黒川俊雄先生、角瀬保雄先生、そして私の三人。関西では、基礎経済科学研究所をつくった京大の池上惇先生などが、資本主義体制の中で革新を主張する改良主義者だ、「悪人」だ、などのレッテルを貼られました。

——そうしたイデオロギー対立は、どのようにして乗り越えることができるでしょうか。

富沢 私の体験から言うと、空中戦、つまり理論面での対立よりは、地上での運動・実践面での共通点を探ることが大事だと思います。中西五洲さんは労働組合の中から労働者協同組合を立ち上げたので、仲間たちからはさんざん叩かれたんです。労働組合の総会でも受け入れられず、年中やりあっていました。中西さんは「いや、実践を続けてみよう。実践のなかで、自ずから解答が見えてくるだろう。」と、うまいことを言ったんです。

つまり、イデオロギーが教えてくれることよりも、現実が教えてくれることの方が正しいというわけです。例えば学者が理論的な戦いをすることもあるけれど、10年、20年待てば自ずから答えは見えてくるという現実もあるじゃないですか。イデオロギー的な対立や不仲に入り込むんじゃなくて、実践を進めていきましょうよ、という方が良いのではないのでしょうか。

——労働者協同組合の話で言うと、労働者協同組合（ワーカーズコープ）系と、ワーカーズコレクティブ系の対立も、あるのではないかと思います。

富沢 かつては理論家同士の対立もありましたが、今では「協同労働の協同組合法」の必要性を

国家に対して要求する中で、統一的基盤ができたわけですよね。現場ではまだ対立もあるかもしれませんが、理論でやり合うより、実践運動の中で少し長い目で共通の目的をめざして行った方が良いのではないのでしょうか。

先ほど話題に出た「社会的経済」と「連帯経済」も、フランス等ではイデオロギー的対立関係にあったわけですが、法整備をして行く中で融和をしていって、対立しなくなっていったんです。

私の好きな言葉で、「We agree to disagree」というのがあります。我々は対立しているけれど、お互いに対立しているという点で意見は一致しているんだ、と。意見が一致しないということは自然なことだと思うんです。だけど、違うことを認めるということが大事なのです。昔、われわれの時代だと「弁証法」とか、「正反合」というようなことがよく言われていました。「正」があれば「反対」というのは当然ある。「正」と「反対」でやり合っていこう、その結果、次の上の段階に行くんだ、という考え方です。私自身の言葉では、「異は美なり」です。異なっているのは自然なのです。

——違いを認め合いつつ、非営利・協同組織が共通の目的を見つけ、連携を模索する大きな視野が大切だと思いました。本日はお時間を頂いて本当にありがとうございました。

年表 富沢賢治氏略歴¹

年	富沢氏略歴
1936	埼玉県に生まれる。 →戦争体験・戦後のアイデンティティの喪失が研究の出発点
1958	※聖学院中学校から約10年間、キリスト教教育を受けた。国際基督教大学卒業 →大学卒業後、3年間、教職に就く
1961	一橋大学大学院・社会学研究科入学 →社会思想史専攻（指導教員 高島善哉）
1966	一橋大学大学院・博士課程修了。同年、一橋大学経済研究所助手。 →その後、講師、助教授、教授
1974	『唯物史観と労働運動—マルクス・レーニンの「労働の社会化」論』（博士論文）公刊
1978	H. ブレイヴァマン『労働と独占資本—20世紀における労働の衰退』（翻訳）公刊
1980	『労働と国家—イギリス労働組合会議史』（単著）公刊
1988	『協同組合の拓く社会—スペイン・モンドラゴンの創造と探究』（共著）公刊
1991	日本協同組合学会会長（93年まで）
1992	一橋大学経済研究所所長（94年まで）
1995	J. ドゥッフルニ他『社会的経済—近未来の社会経済システム』（編著）公刊
1996	『労働者協同組合の新地平—社会的経済の現代的再生』（編著）公刊
1997	『非営利・協同セクターの理論と現実—参加型システムを求めて』（編著）公刊
1999	一橋大学退職。同年、聖学院大学大学院教授。 『社会的経済セクターの分析—民間非営利組織の理論と実践』（単著）公刊 『非営利・協同セクター—ヨーロッパの挑戦と日本の課題』（編著）公刊
2000	聖学院大学政治経済学部コミュニティ政策学科長
2002	非営利・協同総合研究所いのちとくらし発起人・顧問就任
2012	『協同組合憲章 [草案] がめざすもの』（5、6章著）公刊
現在	一橋大学名誉教授、非営利・協同総合研究所いのちとくらし顧問、協同総合研究所顧問、さいたま北商工協同組合顧問

1 略歴の作成にあたって、以下の文献を参考にした。『大原社会問題研究所雑誌』、第534号、2003年、22-35頁に掲載の「研究回顧 労働の社会化と社会的経済」、ならびに『いのちとくらし研究所報』、第46号、2014年、12-30頁に掲載の「非営利・協同の10年」を参考に筆者作成。

若狭地域住民の原発関連事業所への 就業実態と生活問題に関する調査研究

—若狭地域の集落別世帯別就業実態調査による、住民と原発の結びつきの把握—

高木 和美

1. 原発被曝労働者の雇用・労働条件、末端労働者の供給源、労災補償からの排除

ここでは、筆者が「1980年代」と「2012年以降」に実施した、若狭地域（本稿では、敦賀市を含める）の原発労働者や元労働者とその家族（遺族）に対する聴き取り調査結果^{注1}をもとに、原発労働者の雇用・労働条件、末端労働者の供給源、労災補償から排除されている実情を記す。

1-1. 被曝労働者が受け取る賃金の性格

科学技術の最先端をいくといわれ続けてきた原発は、生命・健康（被曝労働者自身とその次世代を含む生命・健康）とカネとを交換することにつながらざるをえない被曝労働を抜きにして成り立たない。原発は、生命を交換することになりかねない大量の人間の労働を常に必要としている。使用者が労働者に対し、法で規制された時間枠における過密労働や残業の積み重ねを課して行う搾取とは異なり、日本政府が定めた被曝線量限度値に基づいて企業が定めた閾値までの被曝労働及び拘束時間に対して、賃金が支払われているのである。人たるに値する労働が行われ、それに対して賃金が支払われているとは到底言えない。

原発被曝労働の場合、例えば1日8時間の拘束時間の中で、ある労働者が実際に作業する時間は、被曝線量の関係で、1日に30分にも満たないことがある。その場合、彼は、作業前の待機時間は拘束されている。防護服やマスク等を身につけ、ごく短時間働いたあと、彼の次に作業現場へ行った労働者たちが戻ってくるのを待って、彼の雇われ

ている下請会社の社員がひとまとまりで原発の敷地を出るまで待っている時間も拘束されている。労働者の拘束時間には、当然通勤時間も含まれる。労働者たちは、原発敷地内に泊まりこんで、交代制で深夜の作業を行うこともある。

1-2. 電力会社はなぜ多重下請構造を活用するか

生命・健康への負の影響が出ないという科学的根拠はないが、政府が設定した閾値以内の被曝であれば、原発労働者は、放射線の飛び交う区域で働くことができる仕組みが作られている（労働安全衛生法に基づく電離放射線障害防止規則）。

被曝労働者は、建前は、閾値以下で働いていることになっている。しかし実態は、とりわけ「80年代」「2012年以降」の聴き取り調査によれば、すべての被曝線量が、放射線管理手帳に正確に記録されてきたかという、そのように言い難い。

大きな事故処理にあたるのではなく、通常の定期点検の場合でも、短時間で被曝線量限度に達してしまう現場が数々ある。人海戦術で細切れの作業をつなぎ合わせ続ける体制がなければ、原発を動かしていくことができないのだが、電力会社や元請会社の知識と技術を持った正社員を育成・増員・組織し、的確に一連の被曝作業にあたらせ続ける体制を用意しようとすると、少なくとも次の3点が、原子力（核）開発を推進している政府と電力会社やプラント会社にとっての大問題となる。

- ①それに要する莫大な人件費が必要になる。
- ②正社員の場合、被曝と関連すると思われる健康への影響が出ても、すぐさま切り捨てられない雇用契約になっているので、病気休暇や配置転換、

被曝労働部署への社員の補充等の対応が絶え間なく必要となる。また健康への影響が表面上見られない場合でも閾値を超えた者に対する配置転換と被曝労働部署への社員の補充が絶え間なく必要となる。

③使い捨てにできない正社員の労災補償をせざるをえない事例が堆積し、その事実を隠蔽しえない場合に、被曝労働の危険性が明らかとなり、原発推進政策を取る政府（日本だけでなく）と原子力関連大企業の足元がゆらぐことは十分に考えられる。

これらの事柄を勘案した電力会社や元請会社は、必要な人員を自ら直接雇用せず、必要な時期に寄せ集め、必要がない時期には、あるいは傷病により使えなくなった場合には、いつでも切り捨てられる労働者を、多重下請構造を利用して安上がりを使用する方法を選んできたのである。電力会社や元請会社正社員の労働組合が、原発関連会社の多重下請構造の問題や、末端労働者ほど被曝線量が高く被曝との因果関係が疑われる疾病にかかっている人々が相当数のにほり、そのために命を落としている人々が存在することを、公に問題にしたことはないのではないかと。日本の全国レベルの労働組合も、労働者階級構成員すべての、人たるに値する雇用・労働条件獲得のための運動が乏しいといわざるをえない。政府は労働者階級を分断し差別的利用体制を温存して、原発（核施設）推進政策を取ってきた。

多重下請構造の末端労働者ほど被曝線量が多くなっていることは、統計上明らかである。原発の放射線管理区域で最も多く被曝する作業を受け持っているのが末端下請労働者、とりわけ日雇労働者たちである。

ところが、原発労働者の中でも底辺に置かれた者ほど、被曝が人体に及ぼす影響を具体的に知らない。被曝労働に就く直前の安全教育の内容は、あまりに不十分なのである。いわゆる閾値以内の被曝であれば、人体に害はない、自然界にも放射線はあるといった趣旨の教育をしていることからみれば、安全教育の内容は「不十分」というより、低線量被曝が人体に与える影響を正確に加えていない点で、一種のダマシ教育といえる。

1-3. 末端被曝労働者の供給源

末端下請の従業員の場合、正社員であっても、彼一人の賃金だけで彼の世帯の生計を賄うのは、厳しい状態に置かれている。日雇労働者となれば、その生活の中身は極めて弾力性がなく窮屈なものにならざるをえない。その日暮らし状態の原発日雇労働者の場合、被曝をさけられない作業現場であろうと、たった今の生活をつなぐためにそこに入っていくのである。これは窮迫就労といえる。

日本の雇用保障のあり方、一人の労働者が独立して人たるに値する条件で生活を維持・再生産できる水準の全国一律最低賃金制度が確立していないこと、失業補償のあり方の問題（補償水準の問題以前に、労働者や元労働者とその遺族が申請する権利を行使できない労務管理・地域管理が徹底されている。また申請しても認定のための諸条件が現実にあっていない）、住宅保障を含む生活保障諸制度の不備・不足が、この窮迫就労を促す構造になっている。

日雇労働者や日雇労働者と変わらぬ社会的位置に立つ一人親方の供給源は、農林漁業に従事していた者、零細自営業が立ち行かなくなった者、企業の都合により退職を余儀なくされた者、定年退職後も働かねば生計を立てていくのが難しい状況に置かれている者、安定職に就く機会に恵まれず職業訓練を受ける機会にも恵まれず、不安定就労を繰り返してきた者等で構成されている。このような層は社会の仕組み（日本の労働者政策、産業政策）の中で分厚く作り出されており、原発は、この層の一部を、一時的に吸収しつつ、次々と使い捨てて成り立ってきた。原発日雇労働者の健康状態が崩れた時、傷病休暇などありようもなく、いやおうなく失業するのである。健康が大崩れする前に雇用契約を切られ、解雇後間もなく手遅れのガンで死亡した事例もあった。被曝との関係が疑われるガン以外の病気で脱落した労働者も少なくない。

1-4. 労災補償から排除される末端被曝労働者

ところで、原発での被曝労働については、これまでガン疾患について、ごく少数、労災認定され

たケースがあるにとどまり、晩発性の非ガン疾患、とりわけ脳・心臓疾患等の循環器系疾患については、労災制度による補償が図られてこなかった。

電力会社の正社員が被曝との因果関係が強く疑われるガン疾患にかかった場合ですら、即解雇とはならないものの、会社が労災の手続きに後ろ向きで、健康保険による治療の後、死亡した事例が現にあった。元請会社の正社員が、被曝との因果関係が強く疑われる非ガン疾患にかかった折にも、使用者はその因果に触れず有給休暇を使わせ健康保険による検査・治療をさせ、配置転換で済ませた事例があった。

継続的に雇用されていない日雇労働者の被曝による晩発性疾患の場合、よほど当事者に制度を使う知識と権利意識があり、因果関係を追跡できる条件が整えられない限り、労災補償の対象になりようがないのである。社会的に弱い立場に置かれた者ほど、正当な声をあげられないのが、大方の姿というほかない。

原発労働に従事して被曝し、真実は業務起因性が認められる晩発性の非ガン疾患によって労働能力を喪失したとしても、非正規雇用の被曝労働者は、国民健康保険と自己負担により個人的な病気として治療を続け、貯蓄等財産があればそれで生計を維持しながら、それらがほぼ費消された段階でようやく生活保護法が適用される。当該労働者の家族がいれば、その家族の財産も相当程度費消されなければ生活保護法（制度的に最終的な位置にあり最低限の内容でしかない社会福祉制度）による保障を受けられないのが現実である。

健康保険にせよ、国民健康保険にせよ、ましてや生活保護制度は、労災制度を肩代わりする筋合いない。ましてや本人が賃金からいくばくか蓄えた財産や家族・親族の賃金を、労災による治療費や仕事に就けないために不足する生活費にあてることは、筋違いである。言いかえると、政府による労災補償責任を被害者とその家族・親族に転嫁することは、筋違いなのである。

筆者の聴き取り調査においては、原発における被曝労働者に対する、労災補償のシステムの機能不全状態は、電力会社及びその傘下企業によって、労働者やその家族への個別対策を用いて、意図的に作られてきた側面が確認できる。その結果、労

災行政を通じての労災の原因究明も行われないのである。そして、安全衛生の確保ができず、水面上で次々と労働者が健康を害し命を落としていく悪循環の歴史が続いている。

つまり、労災保険制度という、事業主から広く薄く保険料を徴収し、一定割合で発生する労災事故に備えるという労災の補償保険機能が、原発被曝労働にあっては、制度が機能していないのである。

2. 労務管理、地域管理の実態

ここでは、原発労働者に対する労務管理や若狭地域住民が受けている地域管理の実態、その中で労働者とその家族の自主規制が働いてしまう現実を、原発労働者・住民の声から捉える。被曝労働現場の実態がなかなか明るみに出ない現実、労働者が労災と思われる症病に遭遇しても労災として扱われないまたは労災申請しえない環境は、「作りだされている」のである。

なお、聴き取り事例の記号で、例えばAWやBGのはじめに付くAとBは、筆者が取り組んだ「1980年代」の聴き取りの事例を表し、CDのCは、「2012年以降」の聴き取り事例を表す。

2-1. 労務管理

(1) かつて1次下請会社9の正社員であったCHは、「私が地域で取り組んでいた文化サークルでは、電力会社Xから頼まれて慰問活動をしていた。慰問活動が終わると夜は飲み会があり、その費用は全て電力会社X持ち。電力会社Xからサークルに寄付金も入っていた」と当時を振り返った。CHは、ある時、政治的には革新的立ち位置にあるといわれた劇団の公演を企画したところ、電力会社Xからの「あらゆる協力がピタリと止まった」と述べた。そして電力会社の労務管理の担当者から、元請会社の支所を作るに際し、CHに「その支所長をやらせるから…公演の企画から手を引くよう」要請されている。CHがその要請に応じないとみるや、今度は元請会社から会社9の社長に対し、「CHのことがあるので、仕事をまわさないとも言ってきた」という。CHは退職を余儀な

くされている。電力会社Xから頼まれて慰問活動をしていた文化サークルであっても、一度、政治的には革新的といわれた劇団の公演を企画したとたん、企画したCHに電力会社社員が直接、懐柔策を講じたのである。それが失敗に終わると、CHのプライベートの時間のサークル活動であったにもかかわらず、元請会社はあからさまに会社9に圧力をかけたのである。

(2) 1次下請会社の正社員だったABは、次のことを語った。「息子の職場の上司から頼まれて、原発のPR館で大学生たちに原発の話をする機会があった。その時、自分の知っている具体的な話を何もすることが出来なかった。情けないが“電力を大切にしてくれ”としか言えなかった。盗聴マイクがないかと疑ったから。会社Aの警察あがりの社員数人と会社6の社員2人は、労働者の品行や思想のチェックを仕事にしている。正社員が少ない会社がいくつも集まって、原発の仕事をしている。労働者はつながりようがない環境にいる。一度、わしの家に労働組合の話をしに来た労働者がいたが、その人が見張られていたようで、その人がわしの家へ来たことは、すぐに勤めている会社に知れていた。転職してきた人が労働組合活動をしようとしたが、会社から班長の役をもらって、びたりと組合活動をしなくなった。わざと組合活動をしようとしたのかと思うほど」。

2-2. 労災封じ

筆者は、労災に関する生々しい捨て置けない事例を多く聴き取っているが、ここではそれを十分に記すことができない。80年代の出来事であっても、筆者に語った人がどのように追跡され、その人や家族・親族にどのような圧力がかかるかわからないので、生々しい具体例を記すことができない。

(1) 元・元請正社員CDは、次のように話した。「70年代初頭、会社Aで働くようになった年に高被曝した。その折ホールボディで被曝量を測った。その後半年ほど、出勤するが被曝する作業現場にいかないですんだ。その半年を除き、70年

代初頭から10年間、被曝労働についていた。80年代に入り気を失うようになり、下痢が度々起こり、白血球数が変化するようになった。それでも市内の医療機関の医師は、原発の中に入って働いてもよいと言った。産業医は入ってはダメと言った。複数の大きな病院へ行きいろいろ検査した。通勤時や現場で気を失うことがあったが、1年くらいは原発内部で働いていた。その後、会社の産業医が被曝作業につくと言った」。

CDのような状態であれば、被曝の影響が強く疑われる。使用者側は、労災保険による治療と休業ができるように取り計らう責任があったと思われる。産業医は、管理区域に入るなどのみ言い、一般病院では、CDに、被曝の影響を考慮した説明をしていない。使用者側(元請)は、地元の正社員をいきなりリストラするわけにはいかず、淡々と事務部門に配置転換して済ませたのである。

配置転換後CDは、「私の場合、事務はできたし、元請の正社員であり地元住民だったから、配置転換という措置になったのではないかと。被曝する現場の仕事を辞めてから、気を失うことはなくなった。労災の申請はしていない。大学病院の医者も原因が分からないと言った。私自身は、被曝労働と防護服を着た特殊な作業環境が複数の症状の原因と思っている。事務に異動するまでの集積被曝線量は、17,875ミリレム。作業現場でトラブルに直面するまでは、集積で100くらい。トラブルが起きた時、1,000は浴びただろう。同じ村の者で原発で働いていたAさんも、気を失うようになった。その人は私より若い、車の運転が出来なくなった。この地域には、“あったことは言うな”という、何かにつけての聞こえない見えない圧力がある。自己規制もある。自分の生命や健康が危険であっても、言う悪いやろという思いがある」。

CDは筆者に、健康保険制度を使い、有給休暇の限度まで使って、入院・通院をして検査を受けたこと、有給休暇の限度を超えて休むと賃金がカットされたり、勤めづらくなるので出勤したこと等を話した。

(2) 1次下請正社員ABは、「職場にいる者同士であまり仕事のことは口にしない。“お前、どんな仕事しとるんや”とは聞かない。仮に事故に

つながることがあっても、互いに隠しあう。会社も隠す。隠されてしまったことはその現場にいた者以外分からない。知っている者は言わない。自分が職を失うことにつながると思うから。大卒で原発で働いていた丹後出身の人はガンで死んだが、家族はなぜか沈黙した。金で病気を買うことはある」と語った。丹後出身のガンで亡くなった人の遺族もまた、沈黙したのである。

(3) 3次下請日雇労働者AKは、「怪我しても言わん。同じ会社内におっても、働いている者の間で言わない。上の者は知っているが隠す。怪我が電力会社Xに聞こえたら、仕事の受注に差し支えるから、内緒にしておけることは内緒にせえということ。おかしいと思っても、この年になってくると黙認してしまう。仕組みが、長いものに巻かれろになってしまっ、言えん。労働者も委縮して、上の顔色ばかりうかがっている」と語った。

作業中の怪我が表ざたになると、怪我人が出た下請会社に仕事を回してもらえなくなるため、同じ会社の労働者間であっても怪我を隠しあうのである。労働者は雇用が継続されることが日々の切実な課題なので、今現在、我慢できる怪我であれば何も言わない、言えない環境が作られている。

(4) 元医療機関非正規職員AJは、「一般の労働者の場合、現場の事故で怪我をしたら救急病院のM病院へ運ばれるのが常だ。しかし原発の場合は違う。原発から救急車が出ても、最も原発に近いM病院の前を素通りする。患者を県境を越えたところにある病院へ運んでいる。よほど単純な怪我の場合はM病院へ連れてくる。地元の病院へ入院させて内部情報が地元で漏れ広がることを恐れてのことか」と話した。このように、地元救急車によって、地元の救急病院から遠く離れた病院に運ばれる現実があった。労災申請するか否かは救急隊員に直接かわりがないとしても、M病院の前を素通りすることで救急対応になるのであろうか。

3. ある集落のすがた

筆者が住宅地図を持って訪ねた時、以下の話を

聴くことができた。筆者はCFから、CFの住む集落の全世帯について聴き取ったが、ここでは、そのごく一部を紹介するにとどめる。以下に記す「1家」「2家」とは、屋号を記号化したものである。

「1家の息子は、電力会社正社員」 「2家の世帯主は、元請会社Aの正社員だった。ガンだとわかってから肩たたきにあった。会社を変わってからガンで死亡」 「3家のおじさんは電力会社Xの下請で働いている」 「4家の世帯主は、原発の下請会社へ行っていた。息子は電力会社の正社員」 「5家の世帯主は、原発の下請に行っていたが辞めた。息子は電力会社正社員」 「6家の者は、元請会社正社員」 「7家の者も、元請会社正社員」 「8家の息子も、電力会社正社員」 「9家の長男は、電力会社正社員」 「10家の世帯主は、原発の下請会社で働いている」 「11家の娘婿は、電力会社正社員」 「12家の世帯主は、電力会社Xの社員」 「13家の娘婿は、電力会社Xの正社員」 「14家の世帯主は、下請会社の正社員だったが、ガンになり、今はその会社を辞めている」 「15家の娘婿は電力会社正社員」…。

聴き取りによって、この集落の多くの世帯員が原発関連会社で働いていること、集落まるごとが多重下請構造の中に組み込まれていることがわかった。この集落の各世帯は地縁・血縁で結ばれている。それだけでなく、その集落住民と他の集落住民、さらに広く若狭地域における血縁関係は、必ずといってよいほど存在する。血縁でない縁故で結ばれている例も少なくない。お互いに、たった今賃金を得られる仕事が必要で、そうしたお互いのこと、縁者のことを無視しえず、息子の白血病が労災であったかをあえて追跡しなかった事例もあった。

上記から、人権無視の労務管理、地域管理のありようが見えてくる。大阪で暮らしていた建設会社の社員が、原発建設期に末端下請の社長となり敦賀に拠点を置いてからの数年は、大阪から労働者を集めていたが、平時は地元住民を雇い入れるようになった理由として、寮で寝食の面倒を見なくて済むだけでなく、お互いにお互いを守り合い・

監視し合い・余計なことは言わず・まじめに働くムラビトを雇ったほうが、安心だと言っていたそうである（その社長の遺族からの聴き取り）。電力会社や元請会社による「地元対策」も、ムラの繋がりを利用している。

ところで、全国レベルの労働組合が、被曝労働者の問題に本腰をいれて取り組んだという話をこれまで聞いたことがない。これからであっても労働者の権利を打ち出す動きが出てくれば、国際的にも意義があろう。大方の科学者も全国レベルの労働組合と同様ではないか。政府や自治体は言わ

ずもがなだが、被曝労働者の問題を長期に渡り調査し問題の構造を克服するための継続的な取り組みをしてきた政党があっただろうか？ 構造的な問題を構造的に解く道筋を実態から明らかにしていかなばと思う。

注1 高木和美『原発被曝労働者の労働・生活実態分析—原発林立地域・若狭における聴き取り調査から』明石書店（2017）参照。

（たかき かずみ、岐阜大学地域科学部教授）

〈医療政策・研究史〉(20・最終回)

第7ステージ(90歳—?)論

野村 拓

●15年という「ステージ単位」

「第7ステージ」とは、15年ずつ6つのステージを生き延びて、90歳からの7番目のステージという意味である。

- 第1 0—15歳
- 第2 15—30歳
- 第3 30—45歳
- 第4 45—60歳
- 第5 60—75歳
- 第6 75—90歳
- 第7 90—?歳

90代を考える、ということは「長生き」を意味するかもしれないが、「長生き」自体を目的視するのはおかしいと、私は思う。まだ、やりたいことがあって死ぬに死ねないパフォーマンスの結果であるべきではないか。むしろ「不完全燃焼的羞恥心」をもって語るべき言葉だと思うが、この考えを他に押しつける気持ちはさらさらしない。ところでなぜ15年を単位としたか。

私は居住地の三重県名張市で1981年から1989年まで、2期8年間教育委員を務めた。当時の名張市には中学校が5校、小学校が21校、教育委員は5人だったので、中学校の卒業式には、手分けして挨拶することになっていた。

中学の卒業生はおおむね15歳、人生最初の節目である。孔子も「15にして学に志し、30にして立つ」、だから最初の節目は15歳、次の節目は30歳ということになる。

生まれてから義務教育修了までの15年は比較的、画一的だが、つぎの15年は「社会人」から「大学院・博士課程での親のスネカジリ」まで、なにかとバリエーションが生ずる時期でもある。それから、こんな話もした。赤ちゃんが生まれたとき

の産声の音の高さはおおむねAの音（ハ調のラ）の高さで、まだ声帯が発達しないので、その周辺の高さの声しか出せなかったのが、その後の声帯の発達で、今日は「今日の日はさようなら」が立派に歌えました、とも。

孔子様は「15にして学に志し」、硬式テニスのカウントも「フィフティーン・ラブ」から始まり、そのつぎは「サーティー」だからである。この15年を5倍した75歳が日本の男子の平均寿命（零歳平均余命）であったころ、個人誌「マクロ」に次のようなエッセーを書いた。

〈15年掛ける5期〉

名張市教育委員時代、中学校の卒業式でこんな話をした。15年という区切りを5つ重ねたものが人生であり、今日皆さんは最初の節目を迎えたのだ、と。

最初の15年間は義務教育終了までの時期だから比較的似たような状況だが、次の15年はずい分バリエーションがある。30歳ともなれば社会の第一線でバリバリやっている人もいれば、医学部に入りなおしたり、大学院に進んだり、はてはオーバー・ドクターになったりして親のすねをかじりつづけている人も出てくる。

次の15年で45歳、能力的にもソーシャル・ステータスの面でも登りつめる時期である。そして60歳までの15年間は後進の育成に力を注がねばならぬ時期である。60歳で第一線をリタイアし、さらに15年経てば75歳、そろそろお迎えが、ということになる。しかし、この時期は、座して「お迎え」を待つのではなく、人生をふり返って不完全燃焼の部分の総点検する時期である。そしてもし燃焼しそこなって75歳を超したら……それはおそらく

蛇足だろう。

(「マクロ」No.69. 1991. 10.)

「蛇足」が想定外に長くなってしまったわけである。

しかし、その後の展開は想定外で「平均寿命」水準を軽く突破してやがて、80歳ということになってしまった。今度は孔子様や硬式テニスではなく、「フランス語で80は『20が4つ』(カトル・ヴァン)と書く」などと駄洒落を言っている場合ではなく、いささか、やけくそ気味に看護雑誌に「80の手習い」を6回連載した。

そして、「ア・ラ・エイティ」の次にやってくるのが「第7ステージ」というわけである。

●定年までは手を抜いて

個人誌「マクロ」には次のようなエッセーを書いた。

〈定年までは手を抜いて〉

もし、「過労死防止用・健康いろはがらた」でも考えようということになれば、「て」のところで、「定年までは手を抜いて」というのが採用されるのではなかろうか。

しかし、

「学校時代は成績が良かったのでしょうか。」

などとお世辞半分にきかれたとき

「まあ手を抜いた割には、いいところにつけていたけどね。」

などと答える人がいる。本当はかなりガリ勉居士だったのに。

ということは、「手を抜く」ことは男の見栄なのかも知れない。見栄を張ると、「手を抜いたのに過労死」ということになるかも知れない。

定年後満2年、現役時代よりはよく仕事をしているような気がするのだが、これも一種のポケ現象だろうか。

(「マクロ」No.84. 1993. 4.)

「第3、第4ステージ」で、つくづくわかったことは「月給とは教育的雑用の対価」であり、研究は朝の出勤前の時間と「定年後」にしかできない

(図1)「朝食までに『1単位』」



い、ということである。出勤前の時間の利用法については『時代を織る』(2007, かもがわ出版)の「帯」(図1)に書いたとおりである。あとは、なるべく余力を残して「定年後」にがんばることである。ということで「第5、6ステージ」用に立てた研究戦略が、前回述べた「研究者の60-90歳戦略」であり、見方によっては、この時期の方が現役時代よりも実り豊かである。そして「第7ステージ」というわけだが、わずかに残された「もの書き能力」をいかに活用するか、という意味をこめて、著述、著作という視点で「第1から第6ステージ」までを通観してみることにする。

第1ステージ(0-15歳)で、将来のものの書きを動機づけるものが、なにかあったのか、という思いだしてみると、1冊の本が浮かび上がってくる。それはアルス社から出された『科学図鑑』シリーズの中の『科学文明史』で、科学者の伝記で構成されていた。ファーブルもおもしろかったが、私の関心は横道に逸れたもので、チャールズ・ダーウィンの書斎の写真にきざぎざになった。こんな書斎があればいいなあ、と。また、洋館を背景に庭を散歩するダーウィンの水彩画(油絵だったかもしれない)にも心ひかれた。

これらの本は『児童文庫』や「文学全集」「美術全集」などととも、名古屋の空襲で灰になってしまったが、「科学史的関心」の方は多少残ったようである。

第2ステージ（15-30歳）の唯一の仕事『発明発見図説』（1954, 岩崎書店）の「生物・医学編」の分担執筆は科学史的関心の戦後への投影といえる。

また、この仕事は好意的・育成的分担執筆であったことも私にとってはありがたいことであった。ただし、未熟の故、なにかと各位にご迷惑をかけたことは確かである。

●「もの書き術」の視点で振り返る

「もの書き術」の視点で、と言っても、この時期にものが書けるわけではない。小学校には「綴り方」、中学校には「作文」の時間はあったが、中学校の「作文」の時間は苦悶の時間であった。課題は「決戦下ノ学徒ノ本分」などで、書くことがなかったからである。

それに比べると、小学校の「綴り方」にはまだ「生活綴り方運動」の残照のようなものがあり、勝手気ままに書くことができた。

小学校4年の時に日中戦争が始まり、綴り方も窮屈になったが、5年のとき、音楽の先生から、譜面の読み方を徹底的に仕込まれたのは、のちの

ち役に立った。特に難しい曲でもないかぎり、耳から入ったものを頭のなかで譜面化して、口から再生できるようになった。この点に関して、満90歳からの新連載の「昭和BGM史」の第1回には次のように書いた。

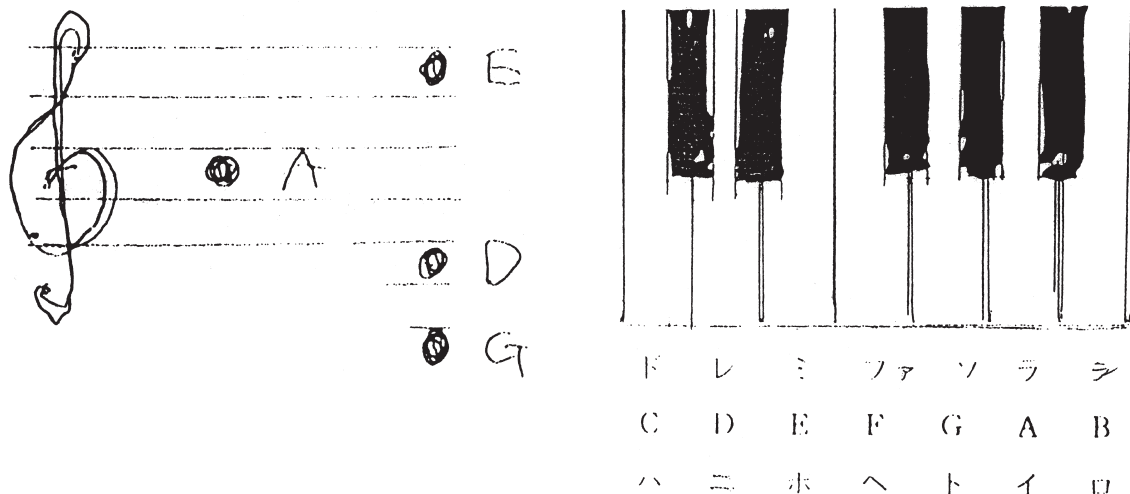
「赤ちゃんの産声の音の高さは（おおむね）Aの音（ハ調のラ）の高さと言われている。

そして、オーケストラの音合わせはAの音で行われる。コンサート・マスターが立ち上がってオーボエにAの音を吹かせ、ヴァイオリンならば、上から2本目を合わせるわけである。

ヴァイオリンの4本の弦の音の高さは〈図2〉のように〈高い方からE、A、D、Gであり、一番低いG線だけで弾くのが「G線上のアリア」である。弦の長さを半分にすれば1オクターブ高くなり、1オクターブは7音階の「7音」であり、「半音」の12倍である。

3年ほど前に「今年は『コンドルは飛んでゆく』100年」だと言われた。恐らく元歌はインディオが手作りの木管で吹いたものだろう。それを7音階に落とせばサイモン&ガーファンクルの譜面となり、モディファイの仕方は人それぞれの感性ということだろう。しかし、歌を聞いたら頭のなかで「譜面化」し、口から再生できる能力は「記憶力のキー」である。この「キー」を持つか持たないかで、記憶量、記憶力にかなり差がつくもの

〈図2〉左はヴァイオリンの4弦の音の高さ、右はピアノでの1オクターブ、7音で半音を入れると12音



と思われる。」

●構想力・単著・書き下ろし

歌（音楽）を「つなぎ」に使った記憶の総量は、実質的には最初の著作（単著）といえる『講座医療政策史』（1968, 医療図書出版）の構想立て、執筆に役立ったと思われる。

「医療政策史」の構想は1963年の12月に湧いたものである。急に湧いたのではなく、医療経済学の体系づけでくるしんでいたとき、ふと「医療経済学」を「医療政策」とおきかえたらどうなる、と思考の転換を試みたら、蚕が糸を吐くように構想が湧いてきたのである。そして、1964年段階で一応、「書き下ろし」としてまとまった。しかし、出版してくれるところがない。

丸山博教授は「原稿」を風早八十二氏に見せ、意見を求めたようだ。このとき、風早氏は色々意見を述べられたと思うが、丸山教授の話では「風早さんが社会政策史を書いたときには治安維持法によるガサ入れで資料類を押収されて大変だった」と言うことであった。都立大の柴田徳衛さんにも、いろいろお骨折りいただいたが、結局、雑誌「健康会議」に連載ということになった。ここで、はっきりさせておきたいことは、はじめに「書き下ろし」があって、それを分割・連載してから「本」にしたことである。

この第2ステージの終わりごろから、第3ステージの初めにかけて、まとまった時間がとれるうちに「書き下ろし」に挑戦するべきだと思う。どこからも声がかからず、どこも出版をひきうけてくれない1964年に「医療政策史」は書き上げられていた。

雑誌「健康会議」に連載中の1967年4月から立命館大学法学部と経済学部の教養課程で「科学史」の講義をやらされることになり、マイク片手のマスプロ授業に腰を抜き、その年の夏休みに『第三の科学史—人間科学の歴史』を急遽書きおろした。教科書は薄いほど良い、との哲学に従って52頁の小冊子であったが、モノグラフの書き方のようなものが分かった。

この1967年の夏と、『医学と人権』（1969, 三省堂）を書き下ろした1968年の夏とが、まとまった

時間が取れた最後となってしまった。まとまった時間がとれるうちに「書き下ろし」をやっておかないと悔いを残すことになる。そのころ、時間はとれたが、仕事場は、少年の日にあこがれたダーウィンの書斎とはかけ離れた四畳半の和室で食卓兼仕事机で食事のたびに店じまいという悪条件、クーラーもなく、1日20枚と決めた原稿の上に汗がひたたり落ちる毎日であった。

そのころ、放送作家、岸宏子さんの仕事場を覗いたとき、あるシーンと次のシーンとの間に「ブリッジ」というテクニカル・タームが書き込まれているのを見て、早速、真似をしてみた。第1章 空気、第2章 水…というような本には「ブリッジ」は不要だが、ものごとの歴史的展開を書く場合には、叙述のどうどうめぐりを避けるために章と章との間に「ブリッジ」を設定しておくことが必要だとわかったからである。そこで「シラバス」を章ごとにきりはなして、間に「ブリッジ」をはりつけたものをつくり、食卓兼仕事机に向かったわけである。

できあがった原稿を印刷にまわす前に「つぶし」という作業工程がある。それは編集者が「問題あり」として付箋をつけた部分を解決することである。三省堂が指定したお茶の水の旅館で「つぶし」の作業をしたのは、1969年の春であったか。

『第三の科学史』（1967, 医療図書出版）は小冊子、『講座 医療政策史』（1968, 医療図書出版）に「書き下ろし」ではあったが雑誌連載で、いささか妥協・変形した「本」、と考えれば『医学と人権』は、実質的に最初の「書き下ろし」と言える。初版2万、2刷2千、1977年に改版『国民の医療史』として初版5千、2刷1千、合計2万8千の、私にとってのベスト・セラーであった。

晩学の私にとっては、「書き下ろし」もその他著書も「第4・第5ステージ」の方が多いが、「第3ステージ」の主テーマは、その人にとっての「代表的・書き下ろし」の著述ではないだろうか。

なんとなく、「書き下ろし」のコツがわかったような気になって2匹目の泥鰻をねらったのが『健康の経済学』（1973, 三省堂）、これが初版1万売れたところで、オイルショックのあおりか、三省堂は倒産、じきに再建されたが、このあたりで「書き下ろしエネルギー」は枯渇してしまった。

以後の「書き下ろし」としては

- 『日本医師会』(1976, 勁草書房)
- 『医療問題入門』(1979, 医療図書出版)
- 『医療と国民生活』(1981, 青木書店)
- 『医療改革』(1984, 青木書店)
- 『日本の医療と医療運動』(1987, 労働旬報社)
- 『みんなの医療総論』(1993, あげび書房)
- 『親と子の百年自分史』(2007, かもがわ出版)
- 『新・国保読本』(2014, 日本機関紙センター)

ぐらい。多忙のため、「書き下ろし」用のまとまった時間がとれず、断片的な時間を利用しての「書き下ろし」には、いくつかの失敗作が交じっている。やはり、断片的な時間を生かすには「連載」方式しかなく、また、生活のリズムづくりにもなると思う。では短いものまで数えると80本をこえる「連載もの」の運命はどうなったか(これについては後述)。

●断片的時間を生かす「連載」

「書き下ろし」を分割・連載した後に「本」にした『講座 医療政策史』(1968, 医療図書出版)とは違い、「連載」をそのまま「本」にしたのが『現代の医療政策』(1972, 医療図書出版)である。やはり断片的な時間を生かすには「連載」という形がむいているし、また、生活のリズムづくりにもなる。それで「連載」をほぼそのまま「本」にしたのが

- 『戦時下医療政策ノート』(1978, 医療図書出版)
- 『保健医療の社会科学』(1979, 医療図書出版)
- 『昭和医療史』(1991, 阪大・環境医学)
- 『20世紀の医療史』(2002, 本の泉社)

などである。短いものまでかぞえれば80本を超えるが、「論集」に収めたもの、「リーダーズ・ファイル」に収めたもの、「それでおしまい」のものなどいろいろである。

「連載」方式には、2つの意味があると思う。ひとつは「断片的な時間の活用法」であり、もうひとつは「生活のリズムづくり」である。傘寿祝いなどの「引き出物」として、高木和美、長友薫輝両氏のご厚意で「連載巻物」が作成されたが、「リーダーズ・ファイル」(Vol. 18.)『時間活用としての「連載」』で1965年から2015年までの50

年間を総括した。

常に3本、多いときには5本の連載を持ち、満90歳を迎えた今日でも、月刊2本、季刊1本、計3本の連載を持っている。月刊は常に3月さきを考えなければならないので、鼻先に人參をぶらさげられた馬のように馬齢を重ねているのだろう。

ここで「連載もの」のその後の運命をあらためて整理してみると

- A ほぼ、そのまま「本」になったもの
- B 「論集」的なものに収められたもの
- C 「リーダーズ・ファイル」に収められたもの
- D その場かぎりのもの

ということになる。Aについてはすでにふれたので、ここではBとCについてリストアップしてみよう(連載ものは、時系列に整理するのが難しいので掲載が前後するが)。

- ・「日本の医学史」(1-24) (「ヘキストMD」)(1966. 4.-1968. 3.)
- ・「世界の医学史」(1-12) (「ヘキストMD」)(1968. 4.-1969. 3.)
- ・「医学史と統計」(1-7) (「ヘキストMD」)(1969. 4.-1969. 10.)
- ・「医学史と進化論」(1-5) (「ヘキストMD」)(1969. 12.-1970. 4.)
- ・「医学史と女性」(1-7) (「ヘキストMD」)(1970. 5.-1970. 11.)
- 以上の5本は「リーダーズ・ファイル」(Vol. 29.)『カラーとシェーマの医学史』を構成
- ・Medical Economics (1-24) (「現代医療」1970. 4.-1972. 10.)
- 『医療政策論攷』(1976, 医療図書出版)に収載
- ・「エコノミスト」に5回 (1976. 8.-12.)
- 『病める医療』(1987, 毎日新聞社)に収載
- ・「看護婦のための医療経済入門」(1-8) (「ナース・ステーション」1977. 1.-1979. 1.)
- 『医療問題入門』(1979, 医療図書出版)に再編
- ・「漫歩計」(1-24) (「月刊保団連」1986. 2.-1988. 1.)
- 「リーダーズ・ファイル」(Vol. 20.)『エッセーから新社会科学へ』に収載
- ・「医療海外文献に関する12章」(「月刊保団連」1991. 7.-1992. 6.)

- 「リーダーズ・ファイル」(Vol. 13.)『洋書分類学—読まずに強くなる』に収載
- ・「いりょうのひろば」(1-12) (「文化連情報」1992. 4.-1993. 3.)
 - 「リーダーズ・ファイル」(Vol. 24.)『「はたらきかけ」学』に収載
 - ・「雑花展」(1-30) (「月刊保団連」1992. 7.-1994. 12.)
 - 「リーダーズ・ファイル」(Vol. 20.)『エッセーから新社会科学へ』に収載
 - ・「医療縦横無尽学」(1-18) (「医療経営情報」1996. 2.-1998. 12.)
 - 「リーダーズ・ファイル」(Vol. 3.)『ショート・ストーリー・メイク』に掲載
 - ・「出会い・ふれ合い」(1-12) (「看護実践の科学」1997. 7.-1998. 6.)
 - 『時代を織る』(2007, かもがわ出版)に収載
 - ・「看護と介護」(1-12) (「看護実践の科学」1998. 4.-1999. 3.)
 - 「リーダーズ・ファイル」(Vol. 7.)『看護の社会科学』に収載
 - ・「講演余録」(1-13) (「くらしと福祉・北九州」1999. 2.-2000. 2.)
 - 「リーダーズ・ファイル」(Vol. 3.)『ショート・ストーリー・メイク』に掲載
 - ・「海外看護文献」(1-12) (「看護実践の科学」2000. 1.-2000. 12.)
 - 「リーダーズ・ファイル」(Vol. 3.)『ショート・ストーリー・メイク』に掲載
 - ・「音の記憶」(1-12) (「くらしと福祉・北九州」2000. 3.-2001. 2.)
 - 「リーダーズ・ファイル」(Vol. 4.)『語り得る〈限界時代〉と〈限界世代〉』に掲載
 - ・「医療の社会科学」(1-24) (「民医連医療」2001. 1.-2002. 12.)
 - 『医療の社会科学』(2003, 本の泉社)に収載
 - ・「音の記憶・戦後編」(1-10) (「くらしと福祉・北九州」2001. 3.-2001. 12.)
 - 「リーダーズ・ファイル」(Vol. 4.)『語り得る〈限界時代〉と〈限界世代〉』に掲載
 - ・「Music, English, Nursing」(1-12) (「看護実践の科学」2001. 7.-2002. 6.)
 - 「リーダーズ・ファイル」(Vol. 3.)『ショート・ストーリー・メイク』に掲載
 - ・「有事・戦争博物館」(1-50) (「くらしと福祉・北九州」2002. 9.-2006. 10.)
 - 「リーダーズ・ファイル」(Vol. 9.)『戦争に向かう医療』に掲載
 - ・「文献プロムナード」(1-20) (「いのちとくらし」2003. 2.-2007. 11.)
 - 「リーダーズ・ファイル」(Vol. 16.)『グローバル薬味学』に掲載
 - ・「看護英書学」(1-12) (「看護実践の科学」2003. 7.-2004. 6.)
 - 「リーダーズ・ファイル」(Vol. 3.)『ショート・ストーリー・メイク』に掲載
 - ・「医療競争曲」(1-3) (「医療経営情報」2003. 8.-2003. 12.)
 - 「リーダーズ・ファイル」(Vol. 17.)『研究的・評論的・編集的・エッセー的』に掲載
 - ・「生き方の処方箋」(1-12) (「看護実践の科学」2004. 10.-2005. 9.)
 - 「リーダーズ・ファイル」(Vol. 14.)『反認知症的生き方』に掲載
 - ・「海外新刊紹介」(1-100) (「くらしと福祉・北九州」2006. 11.-2016. 4.)
 - 「リーダーズ・ファイル」(Vol. 18.)『時間活用としての「連載」』に(1.-50.), 「リーダーズ・ファイル」(Vol. 30.)『貧困・軍備・人口』に(51.-100.)収載
 - ・「社会福祉と医療政策・100話」(「くらしと福祉・北九州」2008. 2.-2013. 2.)
 - 「リーダーズ・ファイル」(Vol. 6.)『医療・福祉職の世界史』に掲載
 - ・「80代の勉強」(1-6) (「看護実践の科学」2010. 8.-2011. 1.)
 - 「リーダーズ・ファイル」(Vol. 14.)『反認知症的生き方』に掲載
 - ・「看護史補強あ・ら・かると」(1-12) (「看護実践の科学」2011. 2.-2012. 1.)
 - 「リーダーズ・ファイル」(Vol. 7.)『看護の社会科学』に掲載
 - ・「なにが医療を動かしているか」(1-6) (「月刊保団連」2011. 7.-2012. 1.)
 - 「リーダーズ・ファイル」(Vol. 12.)『開業保険医のスタンス』に掲載

・「平成語部教室」(1-12) (『看護実践の科学』2012. 2.-2013. 1.) (『リーダーズ・ファイル』掲載予定)

このように並べて見ると、「連載」から、「本」になったもの、「論集」におさめられたものはわずかで、あとは「リーダーズ・ファイル」に収められたものと「野ざらし」である。「リーダーズ・ファイル」はそのまま、内輪の研究者間の交流に使えるし、「ペーパー化」の「紙漉き原液」としても使えるが、私自身が「90歳—?歳」の間に「ペーパー化」する可能性は低いので、そっくり後進にバトン・タッチすることになるだろう。

● 論集という名の寄せ集め、そして分担執筆

「論集」という形は、若い人にはおすすめできない。若いうちはエネルギーを要する「書き下ろし」に挑戦すべきであって「寄せ集め」は第5、第6ステージ当たりからで十分である。いいかえれば「書き下ろし」は高地トレーニングのようなもので、これをやっておけば平地を走るのが楽になる。

「寄せ集め」は杖をついた老人が落ち葉をかき集めているようなもので、若い人は真似をしない方がいいだろう。

そして、「寄せ集め」が「寄せ集められ」と受け身の形となれば「分担執筆」ということになる。

分担執筆には

- ・下請け分担執筆
 - ・横並び分担執筆
 - ・「安全パイ」型分担執筆
- などがあり、共著にも
- ・横並び共著
 - ・育成型共著

などがある。もちろん「浮世の義理」型分担執筆もあるが、「分担執筆」の場合は編者の指揮能力を確認しておく必要がある。

分担執筆した本を挙げ出すときりがないので、ここでは分担執筆の「性格分類」と「心得」とを以下に掲げるに止める。「分担執筆」は「第2ステージ」以降すべての「ステージ」にかかわる場合が多いが、「監修」、「序文書き」、毒舌家の大宅

壮一が「腰巻き文学」と称した「推薦文書き」など「第5、6ステージ」の仕事だろう。

意味はあるけれども大変な仕事は「辞典づくり」、経験しておいた方が良いような気もするし、壮大な時間とエネルギーを使った割には、という気もするし。「辞典はその国の文化水準を象徴する」というフィロソフィーで『医学大辞典』(医歯薬出版)の編集にとりくんだ後藤稠(阪大)教授の黒子(くろこ)的副官役を務めたことは良い経験になったと思う。それだけで350頁ほどになった「英文索引」は海外留学生から「医用英和辞典」として感謝されたし、私自身は同じ言葉でも「医学辞典」と「経済学辞典」とでは違った書き方をしなければならないことを知った。かくして、いよいよ「第7ステージ」である。が、これは2年で終わるか3年で終わるかかわからない。

● 情報ドーム、「紙漉き原液」、そして「歌」

いくなれば「ボーナス・イヤー」で、前回述べた「アナログ情報ドーム」に貼りつけた情報以外にかかわる資料は「グループ利用」を条件づけにして後進にゆずりつつあるので、2次資料の組み合わせであっさりした総説、エッセー、ピンチヒッター的穴埋め原稿書きぐらいが背丈に合った仕事と考える。しかし、生活のリズムづくりのために、簡単に月刊誌連載は続けようと思う。現段階では「昭和BGM史」(大阪保険医雑誌)と「洋書古本市」(「くらしと福祉・北九州」)の2本である。

公刊されたものは「自前のアナログ情報ドーム」に貼りつけ(海外文献は分類・整理法だけ)、未公刊のものは「紙漉き原液」(リーダーズ・ファイル)に入れて、ご要望に応じて、「ペーパー」に漉いたり、同学の後進にバトン・タッチすればいい。

記銘力の低下は「時系列一本化」のスクラップ・ブックの通読で補い、ピンチ・ヒッター的依頼原稿に応ずることで、前頭葉に刺激を与えればいい。

裁判の証人は法廷に何も持ち込めない。手ぶらで日本の医療制度全般について尋問と反対尋問を受けたことがあった。頭のはたらきまで情報機器に外部委託してしまった人間には不可能だろう。

しかし、別に裁判の証人ではなくても、日常的に電話で判断をもとめられたりすることは、しばしばある。そんなときに「豊かな記憶量をフラッシュ」できるかどうかである。最近、豊かな記憶量を持つためには連鎖キーとして歌（音楽）が有効であることに気づいた。

泉州看護専門学校で、著者みずからが音楽の講義に使った柴田仁『新・音楽の歴史』には次のようなことが書いてあった。未開人の会話は非常に音楽的であること、また、古代ギリシャの長編叙事詩は「歌いべ」によって歌いつがれてきたことなどである。

前掲の「昭和BGM史」は昭和期に謳われた童謡、唱歌、流行歌、ポップス、クラシック、軍歌などを「連鎖用BGM」につかい、日本が戦争への坂道を転げ落ちたプロセス、奈落からのはい上がり、そして、一応、世界に誇れる「国民皆保険」を実現し、高齢化とグローバル化のなかで、これから予想される苦闘を歌いあげてみたいからである。

また、国境線で言葉はとまってしまってもメロディー、リズム、サウンドは自由に国境をまたぐことができる世界語である。

ベトナム戦争のときの反戦歌「花はどこにいったの」の元歌はコザックの子守唄であったし、同じくそのころ歌われた「頭がい骨の歌」（「しゃれこうべと大砲」という訳もある）はシチリア民謡であった。

こんな事例ならいくらでもある。ボルネオ（カ

リマンタン）の首狩り族（イバン族）が宴席の度に歌う歌はけっこうモダンである。そして、それを採譜する能力も必要である。そのボルネオに向かうノルウェーの貨物船が、ブルネイ公国のラブアン島に寄港したことがある。後を追うようにイギリスのヘリ空母が入港してきたが、その島への上陸は許可されなかった。軍事基地だったからだろう。最近、このラブアン島が「脱税用ペーパー・カンパニー」の所在地としてリスト・アップされた。立ち入り禁止の軍事基地内に「脱税用ペーパー・カンパニー」、これは今日的状況を象徴するものである。

軍・産複合体、多国籍（脱税）企業対「グローバル市民連合」という構図を描きながら、市民的連帯の必要性と「手掛かり」を歌いあげる「医療政策・マイスタージンガー」を養成し、反核、反戦、「皆保険」の国、日本から世界へ発信すべきである。

クラシック歌手がオペラのオーディションで落とされるなかで、ニューヨークの名門ジャズクラブで、八代亜紀が歌った「舟唄」で、日本語の分からない人も鳥肌が立ったと言われる。

総説はアッサリがいい

エッセーはしみじみがいい

ハナ歌はフナ歌がいい

しみじみ飲めばしみじみと

そして、いつかは終わる。

(完)

(のむら たく、医療政策学校主宰)

NPOと労働者協同組合のクロスロードとしての社会的企業 —生活困窮者とワーカーズ・コレクティブとの協同(連帯)実践を事例に—

菰田 レエ也

1. 問題の所在 (はじめに)

福祉国家や大きな政府の新自由主義的な改革が進行する一方で、社会や地域の問題解決に取り組む市民活動が拡大し、協同組合やNPO等の担い手を中心としたサード・セクター組織への関心が高まりつつある。近年では、その担い手として「社会的企業」という概念が注目されてきた。

とりわけ、欧州では、社会的排除問題に立ち向かうサード・セクター組織による実践の文脈から、社会的企業という概念が理論化されてきた。欧州の社会的企業研究グループであるEMES¹をリードしてきたドゥフルニとニッセンズによれば、社会的企業という用語は、十数年前まで、あまり使用されていなかったが、近年になって、米国と欧州双方で驚くほどの進展を見せてきた。具体的には、米国では、1993年、ハーバード大学ビジネススクールで、ソーシャル・エンタープライズ・イニシアティブ(Social Enterprise Initiative)が立ち上げられたことを契機に、コロンビア、スタンフォード、イエールなど他の主要大学や財団も社会的企業やソーシャル・アントレプレナーに関する教育訓練や支援プログラムを立ち上げ始めた。他方、欧州においても、1990年代初頭に、社会的企業概念が登場し始めた。イタリアにおける「社会的協同組合(social co-operatives)」の法人形態が1991年に登場したことが、欧州における「社会的企業」概念の端緒と位置づけられる。その後、他の欧州諸国における同様の動きや新たな法人形態の出現をうけ、1996年によって結成されたEMESによってそれらの現象が研究され、理論化が試みられてきた(Defourny and Nyssens

2006)。とりわけ、ドゥフルニとニッセンズによれば、労働市場から長い間排除されるリスクにあるような、あまりスキルが高くない人や失業者を支援し、生産活動を通して彼ら彼女らを社会の中に包摂することを主目的とする「Work Integration Social Enterprise(労働統合型社会的企業、通称WISE)」が、アクティベーション施策等の公共政策の発展とも絡んで、注目されてきたとしている(Defourny and Nyssens 2014)。

日本の文脈を鑑みれば、1990年代後半以降、人口に膾炙し始めたNPO(非営利組織)研究の延長線上に、社会的企業研究の一潮流は位置づけられる(橋本2013: 3頁)。1995年の阪神淡路大震災、1998年のNPO法成立を契機に、サード・セクター(組織)の可能性、説明枠組みをめぐる論争が今日に至るまで続く中、NPOに近接した語句として社会的企業が用いられるようになってきたと言ってよい。現状、日本において「社会的企業」の法人格はない。しかし、サード・セクター組織を説明する際、より説明力(explanatory power)がある枠組み(K. Andrews et al 2010)として、社会的企業論の分析枠組みを支持する研究も決して少なくない。

では、NPO論や協同組合論と比べた場合、社会的企業論はどのような点が異なるのか。そして、社会的企業論の方が、サード・セクター組織の活動をうまく説明していると言える点はどこにあるのか。本稿では、「社会からの信用や活動の正当性(以下、社会性)」がサード・セクター組織のどこに担保されているのかを説明しようとする場合、社会的企業論の特徴を見出しやすいと考えている。以下では、既存の議論における社会性の要

1 EMESとは、L'EMERGENCE DES ENTREPRISES SOCIALES EN EUROPEの略。英語表記では、EMERGENCE OF SOCIAL ENTERPRISES IN EUROPE。

件をどう更新した上で、社会的企業論が新たな説明枠組みを提出しようとしているのか。その点を中心に議論の整理をおこないたい。

NPO論とEMESによる社会的企業論を比較検討した藤井(2004, 2010)によれば、従来のNPO論では、①社会的使命(ミッション)という目的のレベル、②非営利性(利益の非分配制約)という残余請求権(利益が配分される権利)を中心とした所有のレベルが、社会性を担保する重要な要件と論じられてきた²。利益非分配が重視される背景には、既に多くの論者によって指摘されているように、NPO概念自体が、実は、米国の制度や研究からの影響を色濃く受けていることと関係している。つまり、税制規定(内国歳入法501条(C)(3)の規定)の資格を得る団体をNPOと見なすのが米国では一般的になっており、それを画定する際の基準として、「利益の非分配制約(組織活動の結果、ある利益が生まれた場合、それを出資者、理事、会員等、組織の構成員に分配しないこと)」が重視されてきたからである。それに対して、EMESによる社会的企業(WISE)論では、①単なる事業の経済的目的に加えて、社会的排除・包摂問題の解決を社会的使命に持つという目的のレベル、②非営利性という残余請求権のレベルに加えて、様々なステークホルダーが参加する民主的意思決定や共同所有というコントロール権(組織の意思決定や運営)も重視した所有のレベル、③地域社会から信頼されて発展してゆく認識根拠として、ソーシャル・キャピタル³(以下、社会関係資本)という資源のレベル、これらによって社会性が担保されるという違いがあると説明されている。

また、②に関して、欧州の社会的企業論は既存の労働者協同組合論の更新性も備えているとされ

ている。具体的には、多様なアクターが参加するマルチステークホルダー型の所有構造という方向性は、これまでの単一のステークホルダーではなく、地域社会における公益を追求する協同組合としての意味合いも持つ。要するに、組合員内部に閉鎖化された狭い公益ではなく、地域社会の公益を志向する点に、従来型の協同組合とは異なる社会性がある。

加えて、③に関して、ここでの社会関係資本は、希少な財へのアクセスを可能とするつながりを個人や団体が所有するもの、ある種の資源として理解することから確認しよう。社会的排除の現場では、何らかの援助を必要とする困窮者は、諸々の理由から、様々な資源を有する地域の各機関へ自らアクセスできない場合がある。また、必要な社会的資源(居場所や就労場所など)が地域にない場合、それを当事者の相互扶助や資産だけで開拓することは極めて困難であろう。ゆえに、困窮者を必要な資源へとつなぎ、新たな社会的資源を共に作り出すことが社会的企業には期待される。加えて、当事者や支援者に対しても差別や偏見、非協力的な態度が地域から向けられることは決して少なくない。差別や偏見を信頼や共感へ導けるかどうかも課題になる。ここで大事なことは、諸課題の解決を可能にするつながりを築く中で、団体に社会性が付随してきたという理解・説明を試みることであろう。政治社会学者のエバースが述べるように、「最終的には社会からの共鳴と支援が、組織の真の性格、つまり社会的企業か否かを決める」(Evers 2001: p.301)のである。

また、地域とのつながりを考える際、ここでいう社会関係資本の形態についても認識しておく必要がある。コミュニティ開発の研究者であるM. テイラー(2008)によれば、同じ属性や状況に置

2 利益非分配を「信頼性」の代用基準として重視する代表的な米国の論者として、例えば、ハンスマン(Hansmann 1987)があげられる。

3 社会学者のパットナムによれば、ソーシャル・キャピタルとは、「調整された諸活動を活発にすることによって社会の効率性を改善できる、信頼、規範、ネットワークといった社会組織の特徴」(Putnam 1993: p.167)のことをさす。資源を生み出す基盤として、ソーシャル・キャピタル概念を構成する要素の中に、「ネットワーク」、「信頼」、「(互酬的)規範」を含めるパットナムの定義は、最も人口に膾炙した広義の定義である。しかし、これら3つの要素を含めるかどうかだけでも多様な理解がある(稲葉 2016)。また、権力や不平等に関わる批判(Portes 1995)も含めて、幅広い論争がある。

かれた人々同士の強固な結束関係を持続する内部結束型社会関係資本 (bonding social capital)、異なる利害関係にある異質な集団を結びつけてゆくような橋渡し型社会関係資本 (bridging social capital)、社会的地位や富に対するアクセスが異なる社会階層、例えば政府機関との関係のように異なるレベルの権力関係にあるアクターを結びつける連結型社会関係資本 (linking social capital) の3つに区分することができるという。社会的包摂の目的に資する活動基盤、具体的には関係先との連携、活動を遂行するための資源、活動への信用などを確保するため、地域での社会的連帯を重視するならば、これら社会関係資本の中でも、橋渡し型社会関係資本が特に大事になろう。社会的目的の達成を可能にしている地域の様々な集団とのつながりを明らかにすることによって、実態の伴った社会性をサード・セクター組織が備えてきたという説明を有効なものにできる⁴。

以上、従来のNPO論や労働者協同組合論の延長線上に、社会的企業論の分析枠組みはある。だが、現状、そもそも日本の社会的企業研究において、共有された社会的企業の定義や分析枠組みが必ずしも存在しているわけではなく、上記のような理解に立った研究が決して多いわけではない。その意味で、EMESの社会的企業論の枠組み、並びにその一諸類型としてのWISEは、ヨーロッパの事例として参考になろう。そこで、次節からは、日本のWISEの事例紹介をおこない、社会的企業論の理論に則って説明できるかどうかを実証的に検討し、考察してみたい。

2. 事例紹介

本稿では、NPO法人コンチェルティーノ(以下、コンチェル)の事例紹介をおこなう。コンチェルは、重度の知的障害の子を持つ生活クラブ組合員からの相談を受けて、2009年に東京都世田谷区で

市民によって結成された団体である。設立趣意書によれば、「障がいのあるなしにかかわらず、地域の中でお互いの個性を尊重しあい、誰でもが明るく元気に暮らし続ける社会」を目指し、「たくさんの人たちの力を借りながら、1人ひとりの力を出し合って、障がいのある人と地域の中で共に働く場を創り出す」ために、コンチェルは設立された。

主に提供している就労の場として、①生活クラブ生協施設、独居老人の個人宅、教会等の清掃事業、②チラシや情報紙等の封入・発送作業、③ポスティング(チラシ撒き)などがある。その他、月に1回、世田谷区で障害者支援に携わってきた福祉NPO専門の方も交えて、引きこもりや障がい者の人達のための相談事業もおこなっている。

現在、2015年に施行された生活困窮者自立支援法下において、東京都から就労訓練事業所として認定、世田谷区で認定事業所として登録され、20~70代までの訓練生を受け入れている。訓練生の中には、知的、精神、身体、発達障害、ひきこもり、依存症、刑余者など複合的な課題を抱えている方々も多い。

コンチェルでは、3ヵ月1クールの実習から始まり、1クール終了後、実習継続や就労移行など次のステップを本人、支援者、コンチェルのメンバーで共に考えてゆくようにしている。これまで、一般企業に就労した人もいれば、コンチェルでの就労を継続している人(例えば、5年間、筆談での会話しかできなかったが、現在では話せるようになり、コンチェルのチーフスタッフとして働いているメンターなど)もいる。

次節からは、限られた紙幅の中であるが、コンチェルの活動実態から理論的考察を試みたい。

3. 事例についての理論的考察

複数の組織アイデンティティの交錯

4 社会学者の藤井(2013)の議論によって示唆されているように、社会的企業のソーシャル・キャピタルの実態を明らかにしてゆく作業は、いくつかの方面からおこなうことが可能である。例えば、貨幣的資源混合の中に埋め込まれている寄付や贈与の実態、困窮者を包摂するための様々な関係諸機関との福祉的ネットワーク、政治参加の基盤となるようなアドボカシーネットワーク、そしてマルチステークホルダー型の所有構造など、様々な切り口から捉えてゆくことができるだろう。

コンチェルでは、NPO 法人格を持ち非営利性（利益の非分配制約）の遵守をしている他、独自に「ワーカーズ・コレクティブ（労働者協同組合）」と「社会的事業所」という法人格では存在しない2つの組織形態を自称し、追求（表現）している。実際、関連する独自の取り組みも存在し、例えば、NPO 正会員（費）とは別途ワーカーズ・メンバーになることができ、出資の代替措置として、毎月1000円ずつ積み立てをし、活動費として活用している（退職時には全額返却する）。

また、障害の有無に関わらず同一賃金の給与体系で働く規則をもうけている。多くのモノを作ることができる、できないという生産性の基準、すなわち能力の差を基準にしない形で職場作りをおこなっている。

ドゥフルニが述べるように、社会的企業は、NPO と労働者協同組合の要素が交錯（crossroad）しているような性質を持つという（Defourny 2014：p.34）。確かに、コンチェルはこれら複数の組織の自己認識を持つ中で活動をおこなっている。したがって、アイデンティティの側面から、社会的企業に類することができるタイプと考えることができる。

複数の社会的目的（包摂的な就労の場と地域社会の創造）を達成する手段としての経済活動

欧州の議論では、社会的企業の中でも、労働市場から排除されるリスクにあるような人々に対して、彼ら彼女らを様々な形で支援しつつ、生産活動を通して社会の中に包摂することを主目的とするタイプが WISE であった。言い換えると、社会的排除・包摂問題に関連する目標を持ち、福祉的要素に加えて、何らかの生産活動にも従事する経済的要素も併せ持つ事業体が WISE である。

まず、目的のレベルから考えると、コンチェルは、社会的に排除された人々の働く場所を生み出すことを通して、彼ら彼女らを社会の中に包摂することを目的に持つ WISE として理解できる。設立趣意書の文面から分かるように、コンチェルは、障がい者など労働市場から排除されるリスクのある人々に対して、働く場所を創り出すことを通して彼ら彼女らを包摂するために設立された。

ここで大事なことは、主目的から鑑みてコンチ

ェルがただ WISE であると確認することだけではない。団体内部に包摂的な就労の場を形成するという目的に加えて、外部の様々な団体や人々を巻き込み、協力を得て活動をおこない、包摂的な地域社会を形成するというもう一つの社会的目的があることに注目する必要がある。この目的から、社会問題に関心のない人々を巻き込み、活動への参与を促し、地域社会自体を変えてゆくという社会運動的要素があると言える。

しかし、社会的排除の現場では、当事者ばかりでなく支援団体に対しても、地域や社会から差別や偏見の眼差しが向けられる。不信感をあおるような非社会的な活動は、差別や偏見を助長する。当然、活動への協力を得ることはできない。地域の人々に協力してもらい、信頼を得ることができるかどうかは、団体が新しい資源へアクセスし、社会性を持てるかどうかの分岐点にもなる。

では、コンチェルは具体的にどのような形で地域社会の形成や協働を試みているのか。それは、経済活動の持つ社会的意義の側面から見てみると分かりやすい。確かに、コンチェルの経済活動は、上記のような意味で就労の機会を提供する側面から、社会的意義を見出せる。加えて、実際には、地域への財やサービスの提供活動からも、ある社会的な意義を見出せる。例えば、コンチェルでは合成洗剤を使用しない「石けん」「重曹」「クエン酸」などの洗浄剤やシックハウス対応型ワックスを使用する清掃事業を展開し、環境に配慮したサービスの質にこだわっている。また他にも、婦人会が高齢化し、掃除の担い手がなくなってしまった世田谷区のある教会の掃除を仕事として請け負うという取り組みもおこなっている。その他、区の相談窓口経由で依頼がある病気や高齢の独居者のお宅や庭清掃などにも取り組んでいる。これら事業内容から、コンチェルが社会貢献的な経済活動をおこなっていることが分かる。特に、地域の困りごとを起点に仕事を作ってゆくことで、普段は「支えられる側」と見なされがちな当事者を、地域の困っている人々を助ける「支える側」へとしている点は、注目に値する。加えて、最近ではこの教会関係者からコンチェルに対して寄付金が送られてくるという現象が起こっている点も見逃せない。この寄付を送るという行為は、日ごろの

コンチェルの活動に対する「おかえし」という互酬的な側面を持つと同時に、団体を信用し、活動に共鳴する意思表示と解釈することができる。このように、コンチェルは、就労の場を作ってゆくプロセスの中で、力を借してくれる地域の人々とつながり、共に支え合う、新たな相互扶助の仕組みを地域社会に作ってきた。

コンチェルの事例を社会的企業として説明するためには、「内」と「外」各々に社会的意義を持つ複数の社会的目的を追求している組織である点に注目すること、その際、地域コミュニティへ貢献する仕事おこしを通じて、橋渡し型社会関係資本を構築していたことが大事であった。

理事構成メンバーから見えてくる多様なステークホルダーによる組織の共同所有

欧州の社会的企業研究者であるハルガードとスピーア(2006)は、欧州各国ごとに、マルチステークホルダーのWISEの理事会において、具体的にどのようなカテゴリーのアクターが参加しているのかを明らかにしている(e.g. 利用者、ボランティア、スタッフ、職業訓練プログラムへの参加者、企業関係者、政府関係者、サード・セクター(NPO)関係者、その他)。また、彼らが述べるように、マルチステークホルダーの性質というのは、異質なアクターを巻き込んでいるという橋渡し型社会関係資本の認識根拠の一つでもある(Hulgard and Spear 2006 : p.98)。

議案書から、コンチェルの理事構成メンバーを見てみると、事業に関連する様々なステークホルダーがいることが分かる。具体的には、現在、スタッフ、ビルメンテナンス等の施設清掃に携わる会社や石けん清掃に詳しい会社関係者(企業関係者)、障害者支援のNPO関係者や東京ワーカーズ・コレクティブ協同組合関係者や生活者ネットワークの政治関係者(サード・セクター(NPOや協同組合)関係者)、その他(社会福祉協議会関係者)などが理事構成メンバーになっている(発足当初は、当事者の親もいた)。筆者によるコンチェル理事長へのヒアリングによれば、素人でも障がいのある人達と共に歩いて行けると思うけれど、いざという時、相談できる人が必要なので、専門家の知識や技術を借りるために集まってもら

ったという。

「いざという」時のために、相談できる専門家ががいるのは心強い。筆者もコンチェルの活動に参加観察する中で、そのような場面に出くわしたことがある。例えば、理事長が元困窮者就労訓練メンバーからの電話で自宅に駆けつけたところ本人は朦朧としていて床が血まみれになっており(足に包丁が刺さったということであった)、警察や救急車を呼ぶなど大騒ぎになった「事件」があった。後日、その時の適切な対応について、理事長が障害者支援のNPO関係者に相談している場面を筆者は見たことがある。この場面から、様々な困難な人たちとの協働は、「言うは易く行うは難し」の側面が少なからずあることが分かる。実際には、共に歩もうとする人(=伴走者)自体が、当事者の右往左往に巻き込まれてゆき、「支える側」としての悩みを持つ。ゆえに、「支える側」の伴走者も支えられる必要がある。

加えて、理事を構成している他団体の関係者は、単なる相談役ではなく、ある面での実働も実は担っている。例えば、企業関係者であれば、清掃の際の技術供与に限らず、一般就労先の受け入れ先としても協力関係にある。また、障害者支援のNPO関係者の方は、世田谷区のその他の団体にいる障害者をコンチェルに紹介することができる(実際にそういうケースがある)、逆にコンチェルからその他の団体につなぐことができる。

以上、コンチェルというWISEの理事構成メンバーに着目し、多様なステークホルダーが団体の意思決定に参加し、活動へ協力している体制について見てきた。このことから何が言えるのか。

第1に、コントロール権の所有のレベルにおける社会性を担保する根拠として、マルチステークホルダー型の運営実態があることを確認した。

第2に、(団体のガバナンス構造の中に)地域の異質なアクターを巻き込み、生活困窮者がその他の社会的資源へアクセスすることも後押しできる協力関係を持っていた。WISEの持つ橋渡し型社会関係資本の実態を明らかにしたとも言える。

第3に、支える側も支えられるための社会的仕組みとして機能していた。第2や第3の点は、マルチステークホルダー型の組織運営を社会性や社会的連帯の証として単に見てしまうのではなく、

実践者にとっての意味合いや必要性から考えてゆく重要性を教えてください。

以上のような組織の実態があることで、コンチェルによるミッションの追求、具体的実践が可能になっていた。

4. まとめと今後の理論的課題

本稿では、紙面の都合上、コンチェルの事例にもとづいた社会的企業に関する理論的考察をここで終わりにしたい。

本稿の内容を簡潔にまとめよう。社会からの信用や活動の正当性（＝社会性）がサード・セクター組織に担保されている状態をどのように説明すればよいのか。この社会性を担保する諸要件を説明しようとする時、既存のNPO論とEMESを中心とする欧州の社会的企業論では違いがあった。後者の社会的企業論の特徴は、①事業の経済的目的に加えて、社会的排除・包摂問題に取り組む社会的使命を持つ、特にWISEの場合には労働市場から排除されるリスクにあるような人々を支援しつつ、生産活動を通して社会の中に包摂する主目的がある点、②利潤の非分配制約という非営利性を備え、かつ多様なステークホルダーが運営に参加する組織所有のあり方を重視する点、③社会関係資本という資源の側面を重視する点に特徴があった。

確かに、社会的使命を持ち、非営利性を遵守するという既存のNPO論の立場から、コンチェルの活動の信用や正当性があるという説明は可能である。しかし、社会的使命や非営利性を持つという状態に加えて、組織所有や社会関係資本の観点からも、コンチェルの社会性を説明できる。実態の伴った社会性を多面的な角度から説明可能にする点で、社会的企業論は有効な側面を持つのではないか。

しかし、社会的企業論の説明枠組み自体も、今後、発展的な修正や検討の余地があるだろう。まず、WISEは「内」と「外」各々に社会的意義を持つ複数の社会的目的を追求する組織でもある。その際、橋渡し型社会関係資本を構築する手段として、地域コミュニティへ貢献する経済活動からの説明は有効であった。このことから、WISEを

説明する際、主目的でもある就労機会の創出に目を向けることで、例えばクッキー製造や封入作業など、財の生産過程ばかりに社会性があるという説明には陥らないようにすべきだろう。むしろ、就労の場を作る経済活動が環境問題へ配慮されている、地域の「困りごと」を助ける形にもなっているなど、地域への財やサービスの提供活動に込められた社会的意義の側面をすくい取った説明を積極的にすべきではないだろうか。

最後に、理事構成メンバーに着目し、地域の様々なステークホルダーが組織を所有し、活動へ協力している体制を説明することによって、WISEの社会性を担保する根拠、橋渡し型社会関係資本の内実を明らかにできた。WISEのマルチステークホルダー型の組織所有は、当事者の関係の「溜め」の拡大を可能にしつつ、（当事者を）支える側をさらに支える側で包み込む社会的仕組みとして理解できるのではないだろうか。もちろん、本稿に限界もある。理事に着目するだけでは、コンチェルの活動に関与する当事者の参加の実態がなかなか見えてこないことも分かった。実は、コンチェルでは当事者で数人が意見を表明できるよう、いくつか参加の回路を構築し、工夫を試みている。その点は、今後も検討してゆく必要がある。すなわち、WISEのガバナンスや参加の実態を説明する際、どのような形で社会的に排除されてきた人たちの声を吸収する回路があるのか、その参加のあり方を検討してみたい。

以上、本稿では、生活困窮者問題に取り組むワーカーズ・コレクティブを事例に、社会的企業論について理論的考察をおこなってきた。今後も、さらなる理論的検討をしてゆきたい。コンチェルの事例のように、様々な活動実態を伴って現れてくるサード・セクター組織のこれからの現象を説明しようとする際、社会的企業論の説明枠組みは有効になってくるだろう。

【謝辞】

本稿は、日本学術振興会特別研究員奨励費（DC1）による研究成果の一部です。また、NPO法人コンチェルティーノの浅川悦子理事長、各関係者の皆様にも感謝申し上げます。

【参考文献】

- Andrews, K, M.Ganz, M.baggeta, H.Han, C.Lim, 2010, Leadership, membership, and voice: Civic associations that work, *American Journal of Sociology*, Vol.115, No. 4, pp.1191-1242.
- Defourny, J. , 2014, From third sector to social enterprise : A European research trajectory, Defourny, J,L.Hulgard, V.Pestoff (eds.) , “Social enterprise and the third sector ” , Routledge, pp.17-41
- Defourny, J. and M. Nyssens, 2006, Defining social enterprise, Nyssens, M. (ed.) , “Social enterprise at the crossroads of market, public and civil society” , Routledge, pp. 3-26.
- Defourny, J. and M. Nyssens, 2014, The EMES approach of social enterprise in a comparative perspective, Defourny, J, L.Hulgard, V.Pestoff (eds.) , “Social enterprise and the third sector” , Routledge, pp.42-65.
- Evers, A, 2001, The significance of social capital in the multiple goal and resource structure of social enterprises” , C. Borzaga and J. Defourny (eds.) , “The Emergence of Social Enterprise” , Routledge, pp.296-311.
- Hansmann, H., 1987, Economic theories of nonprofit organization, in Powell. W. (ed.) , “The nonprofit sector: A research handbook”, Yale University Press, pp.27-42.
- Hulgard, H. and R. Spear, 2006, Social entrepreneurship and the mobilization of social capital in European social enterprises, Nyssens, M. (ed.) , “Social enterprise at the crossroads of market, public and civil society” , Routledge, pp.85-108.
- Portes, A (ed.) , 1995, “The Economic Sociology of Immigration : Essays on Networks Ethnicity, and Entrepreneurship”, Russell Sage Foundation.
- Putnam, R, 1993, Making democracy work: civic tradition in modern Italy, Princeton University Press.
- Taylor, M, 2008, The nature of community organizing: social capital and community leadership, Ram A. Chaan and C. Milofsky (eds.), “Handbook of Community Movements and Local Organizations” , Springer, pp.329-345.
- 稲葉陽二 (2016)「定義をめぐる議論」稲葉陽二・吉野諒三編著『ソーシャル・キャピタルの世界』ミネルヴァ書房、39-72頁。
- 橋本理 (2013)『非営利組織研究の基本視角』法律文化社。
- 藤井敦史 (2004)「NPO 論を超えて—社会的企業論の可能性」『都市問題』第95巻第8号、49-67頁。
- 藤井敦史 (2010)「『社会的企業』とは何か—2つの理論的潮流をめぐって—」原田晃樹・藤井敦史・松井真理子編著『NPO 再構築への道』勁草書房、103-158頁。
- 藤井敦史 (2013)「ハイブリッド構造としての社会的企業」藤井敦史・原田晃樹・大高研道編著『闘う社会的企業』勁草書房、79-110頁。
- (こもだ れえや、一橋大学大学院社会学研究科 博士後期課程)

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 イトで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	
『イギリスの医療・介護と社会的企業 視察報告書』	非営利・協同総合研究所 いのちとくらし編	2016年6月15日	総研いのちとくらし ・全日本民医連・保 健医療研究所共催
『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
『地域医療と自治体病院—展望を岩手 から学ぶ』	地域医療再編と自治体病 院ワーキンググループ	2017年7月15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
『TPP・共済問題研究会報告要旨集 TPPと共済規制問題』	中川雄一郎	2016年8月31日	ワーキングペーパー No.5

『協同の再発見：「小さな協同」の発展と協同組合の未来』

(田中秀樹 編 家の光協会)

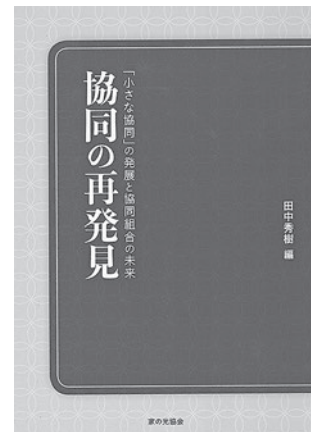
「小さな協同」の視点から「協同の実践」を捉える

中川 雄一郎

『協同の再発見：「小さな協同」の発展と協同組合の未来』というこの表題は、本書を手にとって読むまでは、現に一つの事業体として「大きな協同」を実践している農協や生協にとっては、「高い収益可能性を有する特定事業領域」であるにしても、実は「容易に手を出せない事業領域」でもある、言うところの「ニッチな事業」を意味するものだと単純に私は思っていた。とはいえ、表題が「協同の再発見」・「小さな協同」・「協同組合の未来」という三つの言葉をもって構成されているのであるから、^{なにがし}某かの「仕掛け」があるのだろーと思いつつ読み進めていくと、「やがて」私は本書の意図するところを理解することができた。

「やがて」という意味は、私は先ず序章を、そして次に終章を読んだので、本書の主旨を頭に入れてながら他の第1章から5章を読むことができ、市場のグローバル化に対応する「小さな協同」の経済的、社会的、文化的な展開プロセスに触れることができた、ということである。本書の著者の方々にお叱りを受けるかもしれないが、私としては、序章の次に終章を読むことをお勧めしたい。

さて、本書で言う「小さな協同」とは、例えば、福祉分野における助け合いの協同組織、また農業生産場面における集落営農から集落型農業生産法人への展開や新たな販売協同としての直売所など「1990年代頃から発展してきた新たな協同の取り組みや諸組織」を念頭においた協同であり、さらにはグローバル市場の段階に入ってから「くらしの困難の質が変化したことを背景に登場した新たな協同組織」を念頭においている協同である。本書は、このような「小さな協同」と、例えば、農協という「大きな協同」との相違について「序章」で分かりやすくこう論じている。



1970年代以降に戦後自作農の個別完結性が崩れ始め、個別農家を補完する集団的取り組みが見られ始めると、「機械共同や減反転作共同という形で集落営農が現れ、グローバル市場段階に入って、集落ベースの農業生産法人化という形で生産協同が本格的に進展」する。「村の農業を守ろうとするならば、村に残された労働力をかき集め、機械作業が可能なオペレーター集団と、水管理や畔草刈りを担当する高齢農家による分業にもとづく協業として、協同を組織することが求められたからである」。さらに集落型農業生産法人は生産場面での協同から生活場面への協同を含むものへと進化しつつ、かつての「村の農協」の現代バージョンとして、地域づくりの重要な一環を担いつつある。

換言すれば、農村における「小さな協同」とは、「グローバル市場の拡大・深化に伴う地域経済の空洞化や社会関係の個別化・孤立化、地域コミュ

ニティの衰退、さらには高齢化の急速な進展を背景に現れた」新たな協同組織であり、自立・自律した諸個人によって「利害の共通性」をベースに結成され、地域コミュニティにおいて彼・彼女たちの生活と労働を補完するためのアソシエーションなのである。

ところで、私は、第1章「『小さな協同』としての集落営農の実践と農協」の「4 農協は集落営農とどう向き合うのか」を読み進めていくうちに、地域コミュニティにおけるアソシエーションである集落営農の「小さな協同」と同じくアソシエーションである農協の「大きな協同」との対立、すなわち、「集落営農の事業的拡大と発展が農協の事業と対抗し対立するのは必然的であるのか否か」という重要な問題あるいは課題の可能性が存在することに気づかされた。したがってまた、私は「小さな協同」と「大きな協同」との対抗・対立の可能性は農協（農業生産・販売）のみならず生協においてもまた起こり得るのか否か、確と考察する必要がある、と思うようになった。筆者の小林元氏はこのことについて次のように提起している。

今日の集落営農は、政策対応として全国的に広がりつつあり、経営体的性格を強めるが、その多くは地域の農地の維持、地域農業の維持、その先に地域づくりを目的とした「小さな協同」としての性格を持ちうる。営農経済事業面に限らず、地域づくりとしての「小さな協同」にいかに関わっていくかが、農協に問われるところではないか。農協系統が進めてきた地域営農ビジョン運動は、担い手育成と同時に、地域づくりとしての意義が掲げられていたはずである。集落営農をビジネスパートナーとしてのみ位置づけるのではなく、地域づくりの「小さな協同」として積極的に位置づけ、総合事業を活かした関わり方を模索することが必要であろう。

第2章の「JA あずみ」における「助け合い活動」を追っていくうちに、私は次の言葉に引き付けられた。どこかで聴いたことのある言葉であったからである。

JA あずみのデイサービス「楡」の縁側前にある野菜畑も生き活き塾生が石ころを拾い耕し、管理運営を行うとともに通所者との交流もあり、農協らしいデイサービスとなっている。この生き活き塾は地域の人材発見の場であり、人材発見から活動につなげることによって新たな人材を育成し、地域に高齢者の活動の場を広げている。それぞれの活動がデイサービスや「あんしん広場」にもつながっており、地域に高齢者のネットワークを広げている。（中略）あんしん広場コーディネーターの存在は広場相互の情報交換の役割も持ち、共同開催などの工夫も生まれている。当初は「寄合所」であり、「高齢者の居場所づくり」だったあんしん広場は、次第に広場ごとの工夫や独自性が生まれ、季節に合わせた伝統食をつくり、記録を残す広場、遊休農地を借りて菜の花などから油づくりをする広場等が生まれ、地域の高齢者活動の場へと発展している。

この引用部分が私にはアマルティア・セン教授の言葉と重なって思い出されたのである。少々長くなるが、ここに記しておく。

高齢者を単なる「福祉の消費者」とみなすのではなく、もっと幅広い役割を高齢者に与えるべきである。第1に、高齢社会にあって高齢者は働けない訳ではない。働く能力があり、働く意志のある高齢者にどう結集してもらい、かつどのように活動してもらうか、ということに協同組合は大きな役割を負っている。特に、高齢者が退職後も働くことで「生きがい」をもち、また同時に所得を得ることを考慮するならば、高齢者を単なる「福祉の消費者」とみなすのではなく、「多様な生産者」でもあるのだと私たちは考えていくべきである。第2に、私たちは、そのような観点から、高齢者をもっと大きな社会的コンテクスト（社会的な文脈・環境）のなかで捉えることが肝要である。その点で、高齢者を社会的な「対話の場」に導き入れることも協同組合の役割

の一つである。

社会はさまざまなアイデンティティを持ったさまざまな人びとのグループによって構成されているのであって、それらのグループは「協力し協同する」ことによって成り立っているのである。高齢者も同様である。高齢者は生産者であり、消費者であり、また男性であったり女性であったり、就労していたり失業していたりする、という社会的な関係のなかで生活しているのであるから、高齢者のさまざまなグループを社会的な「対話の場」に導入し、彼・彼女たちに協力し協同することの意味と意義を理解してもらうこと、これも協同組合の重要な仕事なのである。協同組合は組合員の間「協力・協同」というレベルだけでなく、もっと広く経済-社会全体の「協力・協同」というレベルで物事を考えることによって、より一層の創造性を培うことができるだろう。

この言葉は、1999年10月にケンブリッジ大学トリニティ・カレッジ学長寮にセン学長（当時）を訪ねてなされたインタビューの一節である。20年ほど前の言葉ではあるが、現在にあっても私たちには十分生かされるべき言葉だと私は思っている。というのは、「5 福祉協同の発展と農協の展望」で主張されているように、他の農協の福祉事業と同様、JA あずみの農協福祉事業も「戦略の作り直し」を求められているからである。そしてこの「戦略の作り直し」に際しては「農の福祉力」の重要性を明確に取り込んでおくことが次のように強調されているが、私も同様の見解である。

（農協の）福祉事業の存在が家族の介護負担を軽減し、家族労働力を営農活動に向けられるだけでなく、高齢者の自給野菜生産とその延長線上での直売所など営農行為自体が高齢者活動の一環としての側面を強めている。信用、共済、経済担当も含め、すべての支所職員の日常の仕事に、高齢者の見守りや困りごと相談の声を聴き、福祉事業や地域の関係先につなげることができれば、支所は「高齢者の見守り拠点・窓口」となり、農協福祉事

業は農協全体の課題へと広がるだろう。

第3章「『おたがいさま』の活動と地域づくり」は実に見事な「たすけあい制度(システム)」の展開を見せてくれている。この「おたがいさま」は、私に言わせれば、「新たな形式(form)と秩序(system)」に基づいた助け合いである、と思える。というのは、この「たすけあいの形式と秩序」は、私をしてヘーゲル哲学の「3つの基本命題(テーゼ)」、すなわち、「精神は〈われわれ〉であり、〈歴史〉であり、〈歴史のなかで自己を知る〉」を想起させるからである。そこでここでは主に第1命題(テーゼ)について触れることで、「おたがいさま」の「新たな形式と秩序」の奥義を覗いてみよう。

〈われわれ〉は〈われ〉と〈われ〉となり、〈われ〉の行為や思考は社会の他の人びととの関係において実践され、行われる得るのであり、したがって、社会生活においてはじめて身に付くのであるのだから、実は〈われ〉のなかに〈われわれ〉が存在しているのであって、〈われわれ〉を基盤にしてはじめて〈われ〉が成り立つのである。このことによって、実際に「おたがいさま」のような特定の組織における協同性(共同性)が生み出され、創り出されるのである。しかも、この協同性(共同性)は、「おたがいさま」のメンバーがそうであるように、自立・自律した〈われ〉が存在する〈われわれ〉によって成り立つ協同性(共同性)であり、「個の自立と協同(共同)との統一」である、ということになる。

そしてここで「3つの基本命題(テーゼ)」をまとめると、次のように言うことができる。すなわち、私は「自分一人で生きているのではなく、他者との関係のなかで生きていることを意識する意識」としての「自己意識」——すなわち、他者を意識する意識ではなく、自己を意識する意識——は、その充足を他者の自己意識においてのみ達成され得るのであるから、他者に承認されてこそ自己意識は存在するのだとヘーゲルは言うのである。これが有名なヘーゲルの「承認の必要性」であり、「すべての人間の尊厳を承認する闘い」である。これを要するに、自己意識は、「人間は社会を離れて生活することができない」こと、それ

故、人間の生きる対象の総体は世界であることを自分自身に教え、したがってまた、世界史のなかで自らを理性的存在として自覚しようと努力し、自分自身を知ろうと促すのである。このようなプロセスを通じて個人一人ひとり、意識せずとも自らを普遍的な存在にしていき、自分自身を社会の構成員として自覚するようになる。この一連のプロセスこそ個人をして「個人的行為の社会的文脈」を確認させるのであり、個人の行為が普遍的な行為として現れることの意味を確認させるのである。

ヘーゲルの言う「自己意識」は、かくして、自立した個人一人ひとりが他の諸個人を自由な「自己意識」として相互に承認し合うことで「協同(共同)」を実現するのであるが、実はこれは、〈われわれ〉である人間にとって「極めて困難な営為」なのである。だが、困難ではあるけれど、「人類は長期にわたる歴史を通じてそのための諸契機を準備してきた」のであり、それ故にこそ、「精神は人類のそうした歴史的営為のなかに存在する」のだということを現代の私たちは自覚しなければならないのである。要するに、「精神」は「人間の歴史的営為のなかに——たとえ自覚されなくても——自らを現わしている」のである。

生協しまねの組合員が中心となって組織された「おたがいさま」について観ていくと、私は再びヘーゲルに出会うことになった。それは、「承認の必要性」を成り立たせる「承認の構造」であるが、私はそれを「4『おたがいさま』はどのようにして生まれたのか」に観たのである。ヘーゲルは次のように言う。「自己意識は自己自身を他者のなかに見いだす」ことによって〈われわれ〉は自分〈われ〉が他者と人間関係を結ぶなかでこそ「自分〈われ〉に対する期待」・「自分〈われ〉の果すべき役割」・「自分〈われ〉のなし得ること」について意識するのであり、したがって、〈われわれ〉は「人びとがお互いに承認し合っているこ

とを承認する」のである、と。

ヘーゲルのこの「承認の構造」を「おたがいさまのビジョン」に当てはめると、こう言い換えることができるかもしれない。「(人びとの) おたがいさまに対する期待」・「おたがいさまの果すべき役割」・「おたがいさまのなし得ること」について人びとがお互いに承認し合っていることは何であるのかを、「おたがいさま」は確と見つけ出すであろう。

もう一つ付け加えると、「想いをかたちに〜共に創る豊かなくらし〜」を「実現する上で大切にしたいこと」の5つの項目は「民主主義の概念」を適切に表現している、ということである。われわれは「概念」をこそ大切にしなければならない。なぜなら、キース・フォークス教授が論じているように、「民主主義は普遍的な真理を達成しようとするのではない。そうではなく、民主主義は多様な市民同士の間を築いていこうと努力することなのである」からだ。要するに、民主主義は市民同士の間を築くより厚く、より深くしていこうとする「努力のプロセス」なのである。

決められた紙幅を大幅に超えてしまい、第4章「ワーカーズ・コレクティブがつくる『福祉専門生協:福祉クラブ生協とは何か』および第5章「農協における『小さな協同』の発展と農協の展望」についての書評が叶わなくなってしまった。大変申し訳ありません(なお、第4章および第5章については本書の終章で簡潔に言及されています)。

〈ヘーゲル哲学の「3つの命題(テーゼ)」については、城塚 登著『ヘーゲル』(講談社学術文庫、1997年)および加藤尚武編著『ヘーゲル「精神現象学」入門』(講談社学術文庫、2012年)を参照しました。〉

(なかがわ ゆういちろう、明治大学名誉教授、研究所理事)

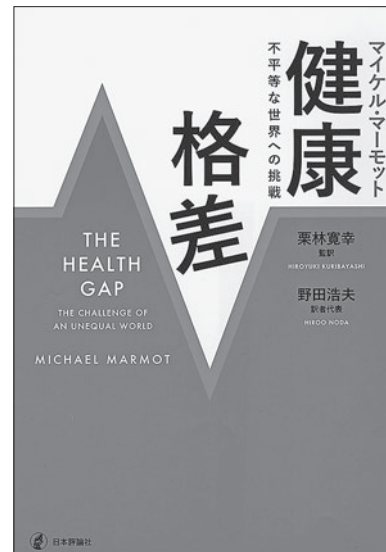
マイケル・マーモット、栗林寛幸監訳、野田浩夫訳者代表 『健康格差—不平等な世界への挑戦』 (日本評論社、2017年8月)

高山 一夫

本書の著者マイケル・マーモット卿（ロンドン大学疫学・公衆衛生学教授）は、「健康の社会的決定要因」(Social Determinants on Health)に関する研究と実践の世界的なリーダーであり、元世界医師会会長（2015-16年）も歴任されている。マーモット卿の略歴や日本との関わりについては、近藤克則氏（千葉大学教授）が補論で簡潔に述べられている。また、後藤玲子氏（一橋大学教授）による解説では、本書の問題関心と概要、特色と意義が簡潔に整理されるとともに、教育と健康の不平等に係る論点や方法論上の課題が鋭く指摘されている。それゆえ、本書の本格的な書評を試みることは、いわゆる屋上屋を架す気がしない。

そもそも評者は、疫学・公衆衛生学の研究者でもなければ、政治哲学や規範論的経済学の専門家でもない。医療経済や医療政策に係る若干の議論は承知しているものの、本書が根拠や例証として示した膨大なデータや事例を吟味できる立場にない。しかし、先の見通せない現代の日本社会に暮らす一人の市民として、健康とその社会的決定要因というテーマには、一定の生活実感に根差した問題意識をもっている。

幸いにも、本書は高度に専門的な学術書というよりも、むしろこれまでの科学的な知見と政策的含意とをわかりやすく伝える啓蒙的で教育的な書物という観が強い。取り上げられるテーマも、乳幼児期の発達、教育、労働、コミュニティの在り方など、人びとのいのちとくらしの全般にわたっているため、読者はみずからの関心を切り口として、どこからでも健康格差の問題にアプローチすることができる（敢えて言えば、地球環境問題と健康格差の関わりについて十分に論じられなかつ



たと、著者は第11章で告白しているが）。

そこで以下では、あくまで評者自身が面白いと感じた箇所について、章ごとに紹介してみたい。

本書は、序章と全11章からなる。序章では、著者の関心が健康の社会的決定要因へと至る研究遍歴が簡潔にまとめられている。著者の研究の出発点は、シドニーでの医学生時代に直面した、「せっかく治療した患者を、なぜ病気の原因となった環境に戻すのか？」という問いだという。著者は、指導医の勧めで疫学を学ぶためバークレー（米国）に渡り、健康格差の原因を探求する。著者の研究の画期となるのは、次の3つのようだ。ひとつは、日本人およびハワイとカリフォルニアの日系人における心臓病発症率の違いの原因を考察するなかで、遺伝や生活習慣（食事や喫煙）だけでなく、むしろ家族やコミュニティの人間関係といった社会的要因が、発症率に差をもたらしていることを

明らかにしたことである。次いで、イギリスの公務員制度に係る有名な研究(ホワイトホール研究)により、序列の底辺にいる男性の死亡率が頂点にいる男性の4倍であることを示し、本書全体のキーワードというべき「健康の勾配」を析出したことである。健康の勾配とは、社会的地位と健康との関連を表し、頂点から底辺にいたるほど、健康状態が悪くなる状況を表す概念である。健康の不平等を格差ではなく勾配として表現することで、すべての人々(トップ1%を除く)にとっての問題であることも示唆する。最後に、WHO(世界保健機関)の「健康の社会的決定要因委員会」(SDH委員会)において、健康の勾配をもたらす原因について多くの実証的知見を調査研究したことである。そして調査結果をまとめた報告書において、その裏表紙に「社会的不正義が大規模に人を殺している」と記すなど、加盟各国に対し政策的な行動を強く促していることも注目される。「良質な事実命題は、倫理的指令を含意する」(後藤氏による解説、354頁)のである。

第1章は、国内および国際的な健康格差について、事例とデータを示している。平均寿命以上に、障害なしの平均余命の社会的勾配が急であることを示した図表(29頁)が印象的である。また、健康の勾配の底辺にいる人々を、無力化(ディスエンパワメント)された人々と概念把握することで、そうした人々のエンパワメントが健康の改善に不可欠であることも論じている。

第2章は、健康の自己責任論に対する理論的かつ実証的な批判である。著者の立場は、「自分に何が起こるかをコントロールできないなら個人的責任をとることは不可能だ」(54頁)という主張にまとめうる。そうして、例えば糖尿病の治療費を自己負担化することについて、貧しい人々がより糖尿病にかかりやすく、豊かな人々がより多く税金を納めている現状では、そうした政策は、貧しい者から豊かな者へのお金の移転をもたらす、不公平な再分配政策であると喝破する。自己負担率の引き上げがマクロな所得再分配に及ぼす影響については、医療経済学の立場からも面白い論点であろう。

また、健康と医療とを同一視できないとの議論も目を引いた。ただし、米国のある行政担当者が、

著者の研究を引いて、医療は教育や住宅よりも重要ではないので、医療扶助の拡大には反対だと面と向かって語ったエピソードが面白い。「悪魔はいつでも自分の目的に沿うように聖典を引用できるのだ」(76頁)。

第3章は、シカゴ学派に代表される新古典派経済学、とりわけ顕示選好論(支払意思法)の批判である。著者は、ロールズやセン、サンデルらの議論を巧みに整理しているが、政治哲学に疎い評者としては、本書でも引用されている米国の女流詩人D.パーカーの名言、「神がお金をどう考えているかを知りたいければ、どんな人に神がそれを与えたかを見ればいい」(99頁)に尽きると思う。

さらに、評者は迂闊にも見逃していたが、グロスマンらが彫琢した人的資本・健康投資の理論では、健康は富をもたらす投資であっても、その逆ではないという。社会経済的地位が健康状態を左右することを無視し、健康状態が社会経済的地位をもたらすとのみ主張する一方通向のロジックについて、著者はこれを「経済学者を見つけ出す識別検査」(109頁)とよんでいる。ともあれ、経済理論は精確に吟味しなければならない。

第4章は、乳幼児期の環境と経験が生涯にわたって健康に影響を及ぼすこと(不利の蓄積、あるいは潜伏効果)を、豊富な事例によって示している。小児期に虐待や家庭の機能不全を経験した人々は、うつ病や自殺のリスクが数倍から十数倍にはねあがるだけでなく、糖尿病やCOPD、脳卒中や心臓病のリスクまでもが高くなるという。他方、親の行動は子どもの認知能力の発達にはほとんど寄与しない(むしろ学校や友達など家庭以外の関係が重要)だとする行動遺伝学の知見との矛盾について、著者は、問いの立て方の違いに起因すると説明する。すなわち、著者は社会集団間の相違のパターンに着目し、行動遺伝学は個人間(双子など)の違いに注目する。最近では日本でも行動遺伝学に関する啓蒙書が流行しており、行動遺伝学との関係について、今後より丁寧に整理されることを期待したい。

第5章は、教育についてである。健康格差の是正について、もし著者がひとつだけ勧告できるならば、教育、とくに女性の教育を選ぶと述べている(146頁)。女性が力を奪われる(ディスエンパ

ワメント)と何が起こるのか、その一例として、本章では、1970-90年代の最貧国における出生率の上昇を指摘している。関連して、国連開発計画(UNDP)が重視する人間開発指数(HDI)に大きな影響を及ぼすのは、教育と健康の不平等であり、所得の不平等ではないとの記述も目に留まった。ただし、教育がマクロな経済発展にも寄与することは、明治期の日本をはじめ、東アジアの各国が示している。なお韓国では、今なお教師が尊敬され、競争率の高い職業であるようだ。

第6章は、職場の労働条件や雇用環境と健康との関わりについてである。健康に悪影響を及ぼす要因として、著者は、重い肉体的負荷、裁量の乏しさ、報酬の低さ、職場での孤立、雇用の不安定性、交代勤務制、さらには組織的な不正義を列挙する。労働には、努力と引き換えに金銭、地位、承認、自尊心を得るという互惠の関係(183頁)が不可欠であり、この観点から、著者は、労働組合と安全衛生の規制がきわめて重要な役割を担ったと力説する。しかし、現代では働く貧困者が増えていることをふまえ、労働が貧困からの出口ではないことも同時に図示している(185頁)。

いまひとつ、緊縮財政主義者(ケインズ主義的財政政策を否定し、不況時にこそ財政赤字を削減すべきと主張)の論客のデータが誤っていたとの指摘も興味深い(193-4頁)。緊縮財政主義が健康に及ぼす悪影響については、D.スタックラーとS.バス『経済政策で人は死ぬか』(草思社、2014年)で詳述されており、併せて読書されたい。

第7章は、高齢者の健康をとりあげ、その公平を達成するためには、高齢者を取り巻く物質的、心理社会的、政治的なエンパワメントが必要であると説く。具体的には、仕事(定年の延長など)、公的年金の整備、社会参加、政治参加である。本書で紹介されている、貧困地域の学校の子どもの世話をする高齢ボランティアの事例などは、日本でも実践例があるのではないだろうか。

第8章は、個人ではなく、コミュニティのエンパワメントである。コミュニティはそこに住むあらゆる階層、あらゆる年齢の人々に影響を及ぼすがゆえに、住みやすく、回復力のある、持続可能なコミュニティをつくるのが、人びとの健康にとって不可欠である。その点で、リバプールのコ

ミュニティ・グループの事例をふまえ、「健康の不公平の原因はより広い社会にあるとしても、コミュニティのレベルで不平等を軽減させられることが数多くある」(236頁)とのべた部分が面白い。評者も本総研の共同組織ワーキング・グループに参加しており、共同組織が地域の健康に及ぼす寄与について大いに関心がある。また、世界中で貧困者が、感染症よりもむしろ屋内での火の使用や大気汚染を原因して、肺疾患により亡くなっているとの指摘(2012年のWHOの推計で、前者は430万人、後者は370万人)も、本書によって新たに学んだ点である。

第9章は、国・中央政府が健康に及ぼす社会的影響力について論じている。その中で、「良き社会とは健康と健康の公平性が高水準で、時間とともに向上していく社会である」(257頁)という指摘に注目したい。同じ個所で、著者は、健康状態の良さと健康の不平等の小さな点で「日本はすべての国を打ち負かしている」と高く評価しておられる。しかし、後半の「時間とともに向上していく」点については、留意しなければならないだろう。

また、本章では、著者が政策的提言の理念として重視する「比例的普遍主義」についても論じられている。比例的普遍主義は、普遍主義的政策として、貧困者のみを対象とするのではなく、健康の勾配を前提に、すべての人々に社会的な介入を行う。と同時に、ニーズに応じて比例的に介入するため、最も貧困者には最善を尽くす取り組みを言う。比例的普遍主義の核心には、社会的結束という原理がある。

本章で他にも面白かったのは、スウェーデンの自殺率をめぐる神話(261頁)である。評者もかつて何かの本で、北欧諸国は個人主義が徹底しているために、あるいは逆説的だが社会福祉が行き届いているがゆえに、アルコール依存症や自殺率の高さといった問題を抱えていると読んだことがある。著者は、「名演説を台無しにするのは残念だが、それは単なる作り話だ」として、スウェーデンの自殺率はOECD平均よりも低いことを示す。風説を鵜呑みにしないよう、心がけねばなるまい。(なお、フィンランドの自殺率はやや高いという。)

第10章は、グローバル化が健康に及ぼす影響について述べている。著者は、経済成長は人間の開発や健康に寄与するかもしれないが、むしろ成長の果実がどれほど公平に分配されるかが問題だと力説する。その際、単に各国の政策だけでなく、IMFなどの国際機関の動向や国際的な金融危機、貿易、多国籍企業などが各国に及ぼす影響を無視できないとして、本章では、世界金融危機と緊縮財政、経済成長政策と不平等、貿易、対外債務と援助、さらに多国籍企業（ファストフードとタバコ）と健康との関係について、多角的に論じている。目が留まったのは、「安い服を楽しむなら、労働者が服を作るときに利益を得るのか、それとも苦しむのかを気にするべきではないだろうか」

（310頁）と、倫理的（エシカルな）消費について触れた部分である。著者は本書において、倫理的消費について踏み込んだ考察をしているわけではないものの、健康の社会的決定要因に係る研究が非営利・協同セクターの議論とも接点を有するようで、興味深く感じた。

最終章である第11章は、本書全体のまとめである。本章では、「山を動かす三角形」として、政府（地方、国、国際機関）を動かすこと、民衆を巻き込むこと、学者や専門家が関与することを述べる。三番目の専門家の役割について、著者は、「政治はあつという間に科学的根拠を離れてイデオロギーの領域に入り込む」ことを認めつつも、「科学的根拠こそが対話の核心になればならない」（338頁）と強調する。それに続けて、「どの政党にも人を誤らせる情報を広める独占権はない」（340頁）と述べた部分が、いわゆるオルタナ

ティブ・ファクト（代替的な事実）をめぐる昨今の混乱を想起させるだけに、印象的であった。

また、本章では、J. ドレーズと A. センの研究を参照しつつ、ジニ係数の問題点も紹介している。すなわち、①貧困者の所得が低すぎて必需品すら購入できない場合、事態はきわめて深刻かつ言語道断であり、集計的な不平等指標で捉えることができないこと、また、②個人所得指標では、教育・医療・福祉・環境など公共サービスの役割を看過してしまうとの欠点があるという。評者は毎年の授業でジニ係数を紹介しており、その限界についてもきちんと講義する必要があると反省した。

以上、本書の序章から第11章までを対象に、評者が個人的に面白いと感じた部分をかいつまんで紹介してきた。本書を通読しての感想は、かの R. ウィルヒョウの「医学は社会科学であり、政治は大規模な医学である」という格言が、いまや膨大な科学的根拠に裏打ちされつつあること、そして、既存の学問分野を総合しつつ、人々の健康水準の向上と不平等の是正を目的とした、分配の社会科学が必要だということである。

健康格差とその社会的決定要因だけでなく、ひろく現代社会の格差と貧困に関心や疑問を抱く方々にも、本書を一読することをおすすめしたい。解説や注釈を含めると400頁を超える大部の書物ではあるが、時間をかけて読了するだけの値打ちがある良書である。

（たかやま かずお、京都橘大学教授）

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

第61号 (2017年12月) —— 【特集】 追悼坂根利幸

○巻頭エッセイ：人権教育と自主規制教育——医療倫理と道徳科——（尾崎（川堀）恭一）

【特集：追悼坂根利幸】

- ・ 故坂根利幸氏の職務の足跡をたどって（根本守）
 - ・ 坂根利幸さんを偲んで（角瀬保雄）
 - ・ 坂根さんの宿題（富沢賢治）
 - ・ あなたは民医連経営の恩人、いのちとくらし研究所の生みの親です。（高柳新）
 - ・ 坂根利幸さんと30有余年（二上護）
 - ・ 坂根利幸氏を偲ぶ（非営利・協同の探求の達人）（石塚秀雄）
 - ・ 非営利・協同の轍（第2回）：「民主経営」の実務の改善にかけた人生—坂根利幸氏へのインタビュー記録—（久保ゆりえ、竹野ユキコ）
 - ・ 坂根利幸先生の研究所発行物への執筆一覧（事務局）
- 山形県における購買生協と医療生協の連携協定の締結について（岩本鉄矢）
- 座談会：フランスの地域医療介護の動向と在宅入院制度（松田亮三、小磯明、吉中文志、司会：石塚秀雄）
- シリーズ〈医療政策・研究史〉（19） 研究者の60-90歳戦略（野村拓）

第60号 (2017年9月) —— 【特集】 非営利・協同をめぐる動向

- 巻頭エッセイ：輝く看護を、今一度見つめ直す（柳沢深志）
- 【特集：非営利・協同をめぐる動向】
- ・ 2017年度定期総会基調講演：非営利・協同の理念とナショナルセンターづくりの課題（富沢賢治）
 - ・ 講演録：社会的連帯経済の出現—世界そして国連の動向—（The Emergence of Social and Solidarity Economy in the world & at the UN）（パスカル・ファン・グリータイゼン、訳・まとめ：今井迪代）
 - ・ 非営利・協同の轍（第1回）：研究者として非営利・協同の実践に携わること—角瀬保雄氏へのインタビュー記録から—（久保ゆりえ、竹野ユキコ）
- シリーズ〈医療政策・研究史〉（18） 世代的重なりの中での学習（野村拓）
- 鶴岡市における「介護予防・日常生活支援総合事業」の到達点と医療生協やまがたの取組み（岩本鉄矢）
- 2014年度研究助成報告：認知症早期発見の検診と認知症進行予防教室の取組み（山田智）
- フランスの在宅入院の事例研究—サンテ・セルヴィスの実践と戦略—（小磯明）

第59号 (2017年6月) —— 【特集】 医療のアクセス障壁を考える

- 巻頭エッセイ：しつこくも生活維持も家族に丸投げ—憲法24条改憲と25条—（鈴木勉）
- 【特集：医療のアクセス障壁を考える】
- ・ 医療のアクセス障壁—実態分析への接近と状況把握について（松田亮三）
 - ・ 2016年経済的事由による手遅れ死亡事例調査（山本淑子）
 - ・ 千葉県における無料低額診療事業のひろがり（柳田月美）
 - ・ 東大阪市における国保四四四条減免の適用経過と現状（川添一彦）
 - ・ 資料「#最低賃金1500円になったら」投稿抜粋（後藤道夫）
- 地域医療構想策定をめぐる福岡県の現状と課題（洗川和也）
- フランスの医療事故補償制度の現状（石塚秀雄）
- フランスの在宅入院制度に関する研究—在宅入院全国連盟の活動と課題—（小磯明）
- インタビュー：マイナンバー制度と医療分野への影響（石川広己、聞き手：八田英之）
- シリーズ〈医療政策・研究史〉（17）：医療政策研究者にとっての「平成」（野村拓）

第58号 (2017年3月) — 【特集】 ワーク・ライフ・バランス

- 巻頭エッセイ：人間社会のゆくえ (根岸京田)
- 【特集】 ワーク・ライフ・バランス
 - ・インタビュー：ストレスチェック時代のメンタルヘルス—労働精神科外来の診察室から見えること— (天笠崇、インタビューア：門田裕志)
 - ・高齢者介護をめぐるワーク・ライフ・アンバランス (川口啓子)
 - ・投稿論文：オランダにおけるワーク・ライフ・バランス—コンビネーション・モデルに見る労働と生活— (久保隆光)
- 実践志向共同研究 (アクション・リサーチ) のすすめ—「支える医療」共同研究プロジェクトを振り返りつつ (松田亮三)
- 2014年度研究助成概要報告：宮崎県東北地域における子どもの社会的排除と「排除しないまちづくり」の取り組み (志賀信夫)
- 2015年度研究助成概要報告：特別養護老人ホームにおける多職種連携による円滑な終末期介護を実現するための調査研究—概要— (高橋幸裕)
- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ岩手調査：岩手の地域医療と財政 (井上博夫)
- 書評：
 - ・「医療を守る運動プロジェクト」、岡野孝信、岡部義秀編著『地域医療の未来を創る：住民と医療労働者の協同』 (八田英之)
 - ・吉永純、京都保健会『いのちをつなぐ無料低額診療事業』 (今井晃)
- シリーズ〈医療政策・研究史〉(16)：医療政策学校—その成り立ちとオリエンテーション— (野村拓)

第57号 (2017年1月) — 【特集】 イギリスEU離脱

- 巻頭エッセイ：世界の潮流は社会的連帯経済 (柳澤敏勝)
- 【特集】 イギリスEU離脱
 - ・対談「EU離脱・トランプ・新自由主義の現段階」(二宮元、進藤兵、司会：後藤道夫)
 - ・「EU離脱」をめぐる国民投票を眺めながら (松田亮三)
 - ・新たな始まり？—サンダーランドの社会運動家から見たイギリスEU離脱— (マーク・H・サディントン、翻訳：熊倉ゆりえ)
 - ・「新たな始まり？」へのコメント：歴史のなかで自己を知る (中川雄一郎)
 - ・イギリスの国民投票が教えてくれたこと (中川雄一郎)
 - ・書評：堀真奈美『政府は医療にどこまで介入すべきか—イギリス医療・介護政策と公私ミックスの展望』(ミネルヴァ書房/2016年6月/267頁/定価4000円+税) (小磯明)
- 論文
 - ・医療・介護の情勢動向について (山本淑子)
 - ・住民の願いに寄り添う地域医療をめざして—広島県地域医療構想案についての広島民医連の見解— (藤原秀文)
 - ・日本の皆保険制度を支えてきた開業保険医 (垣田さち子)
- 投稿論文
 - ・オランダ社会が目指す新たな働き方 (久保隆光)
- シリーズ医療政策・研究史 (15)：学習展開と著作 (野村拓)
- 2012年度研究助成概要報告：乳産婦・幼児期の子どもをもつ母親の食生活に対する意識に関する研究—東日本大震災前後、及び地域比較— (吉井美奈子)

第56号 (2016年9月) — 【特集】 2016年度定期総会記念シンポジウム

- 巻頭エッセイ：マイケル・マーモットに会う (野田浩夫)
- 【特集】 2016年度定期総会記念シンポジウム
 - ・基調講演「日米の医療セーフティネットを考える」(高山一夫)
 - ・個別報告①「日本における低所得者への医療保障の実態」(後藤道夫)
 - ・個別報告②「民医連における無料低額診療の現状」(内村幸一)
 - ・補足、質疑応答、会場からの補足
- 論文

- ・千葉県の自治体病院の現状と地域ビジョン（八田英之）
 - ・EUの移民問題と社会的経済（石塚秀雄）
 - シリーズ医療政策・研究史（14）人口政策と医療政策—間もなく国勢調査（1920）100年—（野村拓）
 - 2013年度研究助成報告：臨床研修医は現場の医師から何を学び人生の糧としているのか？～いのちを守るための医療者養成の観点からロールモデル像とその影響の解明～（菊川誠ほか）
 - 書評：岩永靖永・樋口恵子編『2050年超高齢社会のコミュニティ構想』（岩波書店、2015年）（今井晃）
-

第55号（2016年7月）——【特集】非営利・協同組織の管理と運営

- 巻頭エッセイ：東芝財務不正事件に思う（野村智夫）
 - 【特集】非営利・協同組織の管理と運営
 - ・座談会：非営利・協同組織の管理と運営（小磯明、根本守、吉中丈志、司会：八田英之）
 - ・フランスの非営利・協同の医療社会サービスの運営—ウニオプス（石塚秀雄）
 - ・英国・従業員所有企業の展開—Sunderland Home Care Associates Ltd.の事例—（熊倉ゆりえ）
 - 真の国民のための医薬分業とは～日本の医薬分業政策、調剤報酬の矛盾と課題～（高田満雄）
 - シリーズ医療政策・研究史（13）明治150年の医療—「モデル追いかけ」から「モデル」に—（野村拓）
 - 2010年度研究助成報告：中国農民專業合作社における信用事業の展開に関する—考察（宋暁凱）
 - 投稿論文：貧困者・生活困窮者支援の在り方を考える—長野県民医連生活保護受給者実態調査の自由記述の分析から—（石坂誠）
-

第54号（2016年3月）——【特集】共済、TPP、地域医療福祉の現況と課題

- 巻頭エッセイ：今、民医連の看護学校で（窪倉みさ江）
- 【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）
 - ・成田市特区での医学部新設について（八田英之）
 - ・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）
 - ・「地域包括ケア」—その前提（上林茂暢）
 - ・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）
- 論文
 - ・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）
 - ・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）
 - ・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）
- 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）
- 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）
- 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）

「研究所ニュース」バックナンバー

○ No.61 (2018.2.28発行)

理事長のページ：公共空間あるいは公共圏（1）（中川雄一郎）、韓国だより：文在寅（ムン・ジェイン）ケアについて（朴賛浩）、海外医療体験：スペイン透析体験記（その1）（石塚秀雄）、本の紹介、外国語勉強法（2）：石塚秀雄氏の場合（その2）

○ No.60 (2017.11.30発行)

理事長のページ：反知性主義あるいはポピュリズム（3）—反知性としてのポピュリズム—（中川雄一郎）、副理事長のページ：社会保障の2018年問題（八田英之）、役員リレーエッセイ：ドイツの介護保険・認知症ケア・在宅ホスピス視察（小磯明）、外国語勉強法（1）：石塚秀雄氏の場合（その1）

○ No.59 (2017.8.31発行)

理事長のページ：反知性主義あるいはポピュリズム（2）—ポピュリズムとは何か—（中川雄一郎）、副理事長のページ：政府発表「相対的貧困率」の減少と貧困の拡大・深刻化（後藤道夫）、役員リレーエッセイ：「利権」を煙に巻く東京ならではの手法（窪田光）、役員リレーエッセイ：地域医療構想をめぐる動向について（内村幸一）

○ No.58 (2017.5.31発行)

理事長のページ：反知性主義あるいはポピュリズム（1）—アメリカにおける反知性主義—（中川雄一郎）、副理事長のページ：地獄への途も（高柳新）、役員リレーエッセイ：共謀罪法案 あまりにも乱暴・危険（二上護）、三木清の協同主義（石塚秀雄）、本の紹介

○ No.57 (2017.2.28発行)

副理事長のページ：貯蓄に依存する介護保険利用と貯蓄崩壊（後藤道夫）、会員エッセイ韓国だより：韓国の協同組合の現状（朴賛浩）、理事エッセイ：消費税の本質（田中淑寛）、マルクス『ゴータ綱領批判』と保険共済（石塚秀雄）、理事エッセイ：フランスつれづれ（小磯明）

○ No.56 (2016.12.10発行)

理事長のページ：異次元の人：安倍首相とトランプ時期大統領（中川雄一郎）、副理事長のページ：匝瑳市民病院訪問記（八田英之）、書評：『資本主義を超えるマルクス理論入門』を読む（石塚秀雄）、理事エッセイ：パリの高齢者ケア視察調査（小磯明）、会員エッセイ：大阪万博の誘致…健康・長寿を利用した新たな儲け話？（田岡康秀）、本の紹介

○ No.55 (2016.8.31発行)

理事長のページ：首相の「言い訳」（中川雄一郎）、副理事長のページ：安倍政治と向き合う—金メダルは金（カネ）メダルではない（高柳新）、差別社会の克服と社会的経済（石塚秀雄）

○ No.54 (2016.6.30発行)

理事長のページ：イギリスの国民投票が教えてくれたこと（中川雄一郎）、理事エッセイ：南房総の戦争遺跡（今井晃）、年金積立金の市場化はいかがなものか（石塚秀雄）、新刊紹介

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

【入会申込 FAX 送付書】

切り取ってお使いください

研究所のFAX番号：

03 (5840) 6568

特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所のちとくらし 入会申込書

- ・会員の別 正会員（個人・団体） 賛助会員（個人・団体）
・入会口数 （ ）口

ふりがな	
団体名称または氏名	

※団体正会員の場合は法人・団体を代表して入会する個人名を、個人正会員の場合は所属・勤務先等を記入して下さい。(団体正会員は、入会時に登録された個人が定款上の社員となります。)

※団体会員で、登録する人物と実務担当が異なる場合は、担当者の氏名も記入して下さい。

(団体会員のみ)	ふりがな 代表して入会する個人名	
	ふりがな 実務担当者名	
(個人会員のみ)	ふりがな 所属・勤務先等	

※機関誌等の郵送先、連絡先を記入して下さい

〒番号	—		
住所			
電話番号	()	FAX番号	()
電子メール	@		

※専門・主たる研究テーマまたは研究して欲しいテーマ・要望等を記入して下さい

--

- ・入会金と会費 (1) 入会金
- | | |
|--------------|---------|
| 団体正会員 | 10,000円 |
| 個人正会員 | 1,000円 |
| 賛助会員 (個人・団体) | 0円 |
- (2) 年会費 (1口)
- | | |
|--------|-----------------|
| 団体正会員 | 100,000円 (1口以上) |
| 個人正会員 | 5,000円 (1口以上) |
| 団体賛助会員 | 50,000円 (1口以上) |
| 個人賛助会員 | 3,000円 (1口以上) |

【次号63号の予定】 (2018年6月発行予定)

- ・2018年診療報酬・介護報酬改定の影響
- ・新しい住宅セーフティネット
- ・その他

【編集後記】

3月に顧問会議を開催し、2018年4月1日に日本協同組合連携機構（JCA）が発足することが話題になりました。日本協同組合連絡協議会（JJC）が行ってきた国内外の協同組合の連携・協力活動をより促進することを目指すとのこと、非営利・協同セクター全体の連携につながることを期待しています。今号は連帯と協同の実践の先駆者であるイタリアを小特集にしました。イタリアから学びながら今後を考えたいと思います。（竹）

【投稿規定】

原稿の投稿を歓迎します。原稿は編集部で審査の上、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。

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