

研究所ニュース No.1

2002年12月17日発行

非営利・協同総合研究所いのちとくらし

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷1-29-3、日パビル4F

電話 03-5770-5045 Fax: 03-5770-5046

E-mail: soken@dd.ijj4u.or.jp

HP: www.inhcc.org/ Mail: inoci@inhcc.org (12月26日から)

書評

20世紀の医療史

戦争に始まる医療

福祉国家 Welfare state の前は戦争国家 Warfare state であったといわれる。本書を読むと、医療政策的には、この以降は反対物への転化というよりも、国家政策の衣装替えという性格が透けてくる。まことに20世紀の医療は戦争とともに始まったと言えるのである。本書は、さまざまなエピソードを交えながら、国家の医療政策と社会政策の変遷を豊富な文献を基に、わかりやすく物語ったものである。

著者は20世紀の医療史をイギリスと南アフリカとのボーア戦争 1899-1902 から始めている。かつてイギリスの軍隊では将校の体格が良く、兵隊の体格は貧弱であると言われた。兵隊の調達をどこですればいいのか。徴兵制は国民の兵隊としての体力健康維持、人口の再生産の必要から、20世紀において新たな医療政策を作り出したとしている。

イギリスにおけるラウントリーによる貧困線の調査はこのボーア戦争の時期と重なり、戦争遂行の政治的要請として貧困調査

野村 拓 著

本のいずみ社 p.238

2002年7月 2800円

と栄養調査が実施されたことを本書では指摘しており、社会政策と医療との関連の強さが改めて確認できる。また兵隊と性病との関心は世紀初めには非常に高かったし、いわゆる日本の従軍慰安婦問題とも関わるが、戦争の本質の一面を示すテーマの一つとも思われるので、こうした切り口の本があると面白いだろう。ところで兵隊の対局には産業戦士が存在しており、テイラー方式による労働収奪のための「時間研究」、「動作研究」、「産業疲労」がテーマとなり、「消耗病」という死因分類も存在したと言われる。また戦争による負傷者、障害者が大量に発生したことによるリハビリ治療などが活発化したということもわかる。

第一次世界大戦までのヨーロッパでは医療制度は共済組合や疾病金庫という形態が主流を占めていたのは、労働運動と国家の経済・社会政策との力関係の結果であったという。

ヨーロッパの社会主義運動、労働運動、

協同組合・共済組合運動は、過酷な帝国主義的資本主義に対する力強い階級闘争のそれぞれの側面であったし、なによりも人々の命と暮らしを守る医療社会保障の制度化と草の根の運動として現れた。

いわゆる優生学や安楽死、断種法の理念は、衛生思想の発展と排他的進歩主義の癒着として、主としてプロテスタント系の諸国で広まったようであるが、アメリカでは奴隷使用の健康費用の効率計算は、昔の極端な例とも思えるが実はそうではなくて、現代の労働者に対する健康搾取に直結するものであることがわかる。

年表

本書には年表がついていないので、主な事例を本書の中から拾って年表としてみた。もちろん最近の事例については、よく知られているので省略している。

1850 アメリカ・奴隷の保険経済(シモンズ)

1858 イギリス・医師法

1873 ドイツ 社会政策学会設立

1880 頃 アメリカ・訪問看護始まる

1883 日本・衛生学ばい菌講座東大、ドイツ・疾病保険実施

1896 日本・社会政策学会設立

1899 イギリス・ボーア戦争

1900 メンデルの法則の再発見

1901 ドイツ・血液型の発見(ランドスタイナー)

1905 ドイツ・民族衛生学会設立。

1907 アメリカ・インディアナ州断種法の端緒。

1909 イギリス・性病売春婦強制収容規則、

ドイツ・サルバルサンの開発。

1911 イギリス・国民保健法、ドイツ医療保険適用拡大、アメリカ・労働者災害補償法。

日本・大逆事件、

1919 日本・陸軍看護婦制度スタート。ドイツ・ワイマール憲法制定。

1920 頃 イギリス・保健所作り始まる。フランス・ホームヘルプ制度始まる。

1921 カナダ・公的・医療保険制度

1922 カナダ・インスリンの発見(バンチング)

1924 アメリカ・移民法で流入を制限。

1927 オーストラリア・国民健康保険法。アメリカ・医療委員会 CCMC 設立。日本・健康保険法。

1930 日本・民族衛生学会設立。浜口首相東京駅で狙撃さる。

1931 カナダ・自治体ドクター方式

1935 アメリカ・社会保障法

1936 ドイツ・ナチス医師法。ドイツ医師会・ユダヤ人対策。

1937 日本・支那事変。

1938 ニュージーランド・社会保険法制定、オーストラリア・国民健康保険法制定。

日本・厚生省発足、国家総動員法、国民健康保険法、医薬制度調査会設立。

1939 イギリス・ナーシングホーム法、救急看護委員会設立。

1941 日本・太平洋戦争開始、国家国防医学の導入、人口政策。

1942 日本・国民医療法。

1945 日本・敗戦。

1947 イギリス・NHS 国民保健制度開始。

- 1951 日本・各大学に公衆衛生学講座新設。
- 1965 アメリカ・メイディケア制度。
- 1970 頃 アメリカ・医師過剰論
- 1973 日本、石油ショック、福祉元年、老人医療費無料化。
- 1966 アメリカ・メディケイド制度。
- 1983 アメリカ・DRG 診断名グループ別定額診療費制度

医療制度への展望

20 世紀には、病院診療と在宅診療の比重が逆転してく過程をたどったようである。たしかに、日本でも、昔は医者はいわゆる家庭に往診してきたものである。いつ頃から風邪でも医院に行くようになったのか。昭和 30 年代あたりからであろうか。また、本書は末尾で、既存の主要な 4 つ医療制度によるマトリクスを紹介している。4 つの医療制度とは 1. 企業型医療制度、2. 社会保険型医療制度、3. 社会主義型医療制度、4. イギリス型国民保健制度(NHS)型医療制度である。これらと各国の経済発展段階や政治体制の相違が縦軸に置かれて、様々な医療政策ができてきているという。日本はいわゆる混合型と言われるが、そこにはどのような政策論理があるのか、その変遷について

は著者は別の本(昭和の医療史など)で論じているようだ。したがって医療自体に対する考え方も国によって異なっている。それは社会や文化の相違でもあるし、政治(政策)に顕著に現れることがわかる。

しかし、21 世紀の医療制度の類型はこれらの 4 つの制度枠でうまくいくものであるのかどうか。今後の医療として参加型の医療がヨーロッパ連合をはじめとして強調されているようだが、「参加」の中身については、今後さらに深める必要がありそうである。行政(制度)、医療従事者、保険者、患者などがどのように「参加」するのかという組み合わせの検討が必要であり、そのためには、まずもっとも弱いところの権利すなわち患者・社会的弱者の権利から重視されることは第一であるにしても、基本的人権、消費者主権論だけでは医療制度における「参加」の問題は良い回答が得られないことも確かである。

ともかく 21 世紀の医療史の始まりは、戦争ではなくて、新しい窮乏化(貧困)と選別化を軸にして始まったようである。

(S. A)

し	<p style="text-align: right;">研究企画の検討 すすむ</p> <p>企画委員会を中心に、今後の研究テーマについての検討が進められています。経営管理、労働の現場の問題、医療社会保障政策にどう対抗し代案をだしていくかなど課題はたくさんあります。会員登録のプロジェクトを、目指します。よいテーマ、企画がありましたら、事務局までお知らせください。</p>
---	---

山田真一郎 (親仁会理事長)

患者さんは言葉の天才

「年や、百までしかなかつか」

外来で。「山本さん、山本富士子さん、8番へどうぞ」70歳過ぎと思しきご婦人が入ってこられる。はなしを伺うと、どうやら風邪を引かれたようである。診察が終わって、処方段。なじみの患者さんのようではあるが、私にとっては初めての患者さんである。例によって、過去のデータに目を通す。血液一般・尿・生化、いずれも異常なし。

「お若いのですね、検査はすべて正常ですよ。おいくつになっておられますか」「今年で93です」「えっ、93歳ですか」(カルテの表紙を見ると、確かに93歳である)「いやぁー、お若い、どう見ても75ですね」

「息子が、ようゆうですたい。『ばーちゃんな若っか、そんな調子やったら百まで生きるとなかね』て、」それで、わたしゃゆうてゆりましたですたい、年や、百までしかなかつかて」「あっ、はっはっは」二人で大笑いをした。

その、山本さん、半年ほどあとに、脳梗塞で半身不随になられた。百歳過ぎまで長生きされることを祈ってやまない。

「もう墓場が近か」

N診療所でなじみだった患者さん。喘息で、心因性のネオフィリン中毒でもあった。

自転車で、毎日のように2キロ余りの通りを注射のために通っていた。中毒から離脱させたということもあって、関係はかなり気安い。

ある日、センターのY病院で会った。パジャマだったので一目で入院とわかった。何度目かの入院である。「入院ですか。N診療所とY病院だとこちらが近いんじゃないですか。外来もこっちに移ったらどうですか」「距離はそがゃん変らん。やっば、Nがよか。それより、もう墓場が近か」この方、70歳半ばだが現在もお元気である。

「先生、毎日、黒飴ば3個処方してくれんね」

83歳で一人暮らしだったおばあちゃん。脳梗塞で入院。かろうじて歩いておられたということだが、今は車椅子である。移乗・駆動ともに満点。

この方との会話はいつも楽しい。とにかく、頭の回転がよい。

ある時、黒飴を手に入れ毎日のように食べていた。食べすぎだということで看護婦が管理することになった。すると、のどが痛いという。十日たってものどが痛いという。のどを見ても、なんともない。「喉はなんともないです」「そげんゆうても痛かもん。先生、毎日、黒飴ば3個処方してくれんね」またやられた。

非営利・協同のコミュニティづくり

富沢賢治（聖学院大学・教授）

私は聖学院大学の教授という肩書きとNPO「コミュニティ活動支援センター」の事務局長という二つの肩書きを持っている。コミュニティ活動支援センターは、学校と地域社会とを結びつけることを目指して活動しているが、活動の一環として、この10月に聖学院大学内で地域通貨を始めた。うまく行けば、地位社会にも広がっていくつもりである。

地域通貨には、いろいろなやり方があるが、私たちはデナリという名の紙幣を発行することから始めた。デナリは、新約聖書時代のローマの通貨から採用された名称である。この紙幣は、大学内で通用する通貨で、人に何かをしてもらったら支払い、自分がしてあげたときはもらう。「ちょっと困った」だれかの手を借りたいがだれに頼んだらいいのか分からない。そんなときに気軽に助けあえる関係をキャンパス内につくことをめざす。

通貨の1単位は1デナリで、「できること」と「してほしいこと」を交換する際に、感謝の気持ちとともに「お礼」として支払われる。1デナリで1回、スクールバスに

も乗れる。だれかの手伝いができた「お礼」としてバスを利用できるというわけである。事前にメンバー登録を行い、自分ができることや人の助けを借りたいこと、求める情報などを申告する方式で、NPOのプロジェクトマネージャーが仲介する。ホームページを使った直接のやりとりも近く始める予定である。

ボランティア制度と比較すると、この地域通貨制度は、つぎのような特徴をもつ。

1. 助ける人(ボランティア)だけでなく、助けられる人をつくる。

地域通貨では、助けられ上手になることが大切になる。たとえば、パソコン操作を教えてもらうとき、いつも一方的に助けられるのは、つらい。つい遠慮して、マニュアルを読み、苦勞する。このような場合、遠慮しないで、いつでも助けてもらえるような仕組みがあると良い。その仕組みが地域通貨である。

2. しかも、助けられた人が、さらに人を助けることによって、助け合いが循環し、助け合いの輪、交流の輪が広がり、知り合いが増え、仲間意識が強まる。

3. こうして、非営利・協同のコミュニティをつくるのに役立つ。

村口 至

(宮城厚生協会理事長)

患者の権利を守る原理とは

ある学会分科会でフロア - から議論に参加した。方法論は緻密で結論もなかなかいいと評価しつつ「前提としている“患者ではなくて医療消費者”としてとの設定に意義あり」と発言した。「医療消費者の行動原理は財布に規制される」「それは憲法 25 条とは違う」と述べた。冒頭の評価で緊張が解けた若き女性精神科医の演者は、急に面を強張らせ 2、3 のやり取りになった。座長が「憲法論議は難しいので」と納めてしまったのは残念であったが。最後に彼女が言ったのは「パターナリズムの世界では、患者が対等意識になるには“消費者意識”こそがカギだ」と主張した（第 40 回日本病院管理学会学術総会、北九州市 11 月）。

そう言えば、前に読んだ本と重なるのを思い出した。「患者に消費者としての選択力を付与する」、informed consent も「医師は・・・」なのか「患者は医師の説明を受けて選択」なのか（飯野春樹著「バーナード組織論研究」）。つまり消費者行動の主語（主体）は自律した個人 医療では患者 であるということだ。

最近考えることは、我が民医連はサービス（サービス評価）において、他の同業者より遅れをとってしまったのはなぜだろうか。それも 90 年代後半に顕著に表れたのはなぜであろうか。我々の医療観や民医連運動論に問題が内包していないだろうか。かつて、医療の世界では民医連の“民主主義による成果”が同業者からも羨ましがられていたし、共同組織の人々からの絶対の信頼を得ていたはずだ。

そこで思い及ぶのは、我が民医連の四半世紀に及ぶ「共同の営み論」に問題が潜んでいないだろうかということである。私は「共同の営み論」の発展系譜や医療者側からのアプローチが持つ限界性が“パターナリズム”を本質的に打ち破れないでいるのではないかと感じる。市場万能主義の中での“消費者主義”の持つ積極性と限界性を見据えつつ、我が「共同の営み論」を憲法体系に位置付けつつ“消費者主義”との関係でも発展させねばならないと感じる。

アメリカのピュージェット・サウンド・グループ・医療協同組合

住民の1割が対象

ピュージェット・サウンドとは、約 130 キロメートルの長さをもつ美しい湾の地域を指します。このグループは、アメリカ・太平洋岸のワシントン州のシアトルを中心にした医療協同組合グループです。非営利・協同の医療供給機関としてはとしては全米で7番目です。医療保険方式としては混合型前納支払方式 (Mixed Model Prepayment)です。

その主要な医療保険形式である HMO(HMO, Health Maintenance Organization)とは、企業が社員の保険をまとめて購入して、社員が一律の金額を負担する保険を適用する医療機関です【医師・病院が指定される】。個人的に保険を購入するよりは安い負担ですみます。しかし、グループは、選択治療組織(PPO, Preferred Provided Organization)制度【医師・病院を個人選択する】や随時医療サービス制度 (POS, point-of-service health plans)【個人が保険会社と契約を結び医療サービスの内容を指定する】の適用も行っています。

1947年に医師たちと消費者によって非営利・医療機関として設立されました。1982年に患者の権利章典を作りました。1992年に HMO としては初めて「報告カード Report cards」システムを採用して、全米医療評価委員会の「ヘルスプランデータ・情報基準」(HEDIS)を採用しました。しかし、1990年代後半の経営危機には、部門整

理や職員の経営参加、事業戦略づくりへの参加を強めるなどして乗り切り、1997年以降安定的な経営を持続しています。ピュージェット・サウンド・グループには、現在約 65 万人の組合員(投票権をもつ組合員は 42,000 人)が主としてワシントン州の 20 郡(住民の 10 パーセントが加入)とアイダホ州にあり、2001 年度の職員数 10,500 人(前年比 6.4 パーセンテージ増)、うち 2000 人の医療スタッフ(うち医師 1,050 名)があり病院 2、診療所 32、メディカルセンター 3、事務所 6 などを有しています。2001 年の事業高は 160 億ドル(前年比 2.6 パーセンテージ増)で、収益は 2390 万ドルでした。形式は医療生協型で、患者となる消費者が統制をしています。理事会は 11 名で構成されており、医療スタッフ、経営担当陣も理事に入っています。また医療スタッフ委員会(GHP)も正式機関となっています。全米病院評価委員会 NCQA からは「優良」の評価を得ています。「患者のニーズに対応して、小さな規模の診療所から大きな病院まで、適切な資源配分で高品質で適切な価格の治療」を目指しています。三つの病院のうち、モンロー・メディカル・センターは 3,500 人の組合員、ウエスト・オリンピア・メディカルセンターは 8,400 人、ウエスト・シアトル・メディカルセンターは 4,850 人の組合員を対象にしています。また地域コミュニティ・ドクター(6,130 人)との医療サービス契約なども実施しています。また独自の医療研究所 Center for Health

Studies をもって慢性病、精神病、代替医療、女性医学などを中心に研究しています。またコミュニティにおける保健教育活動在宅介護、ホスピス、家族保健活動、エイズ・HIV、高齢者保健医療プログラムなどを推進しています。医療プランを立てる子会社「グループ・ヘルス・オプション」は 1990 年に設立されました。

地域での共同の伝統

グループ・ヘルス地域基金を作って、地域からの資金集めを行い、コミュニティ医療プログラムにより非営利・協同医療機関の支援を実施しています。これは計画評価委員会によって、事業の質と量について基準を設けて、住民参加の形式で評価を行うものです。手法として「共同方式」は全関係者がプログラムについて議論をして決めます。また「内容フィードバック方式」は実行されたプログラムについて初期の段階で、評価者の報告書を元にして改善点を出していくものです。これは従来のコミュニティ医療の評価方式だと迅速な対応ができないためです。

グループ・ヘルスが 2005 年を目標として掲げた社会的使命は次のようなものです。

1. 子供の健康 タバコをすわないようにさせる。栄養の確保、安全な環境づくり。健康維持への情報提供。
2. 予防と治療の改善 生活習慣病の低減化、とりわけ心臓病、ガン、糖尿病、喘息。
3. 医療情報と治療へのアクセスの改善 貧困層、無保険者に対するサービス。

4. 医療の文化的多様性への対応 医療スタッフの訓練、治療介護における文化的側面の重視。

組合員の権利・義務

組合員の医療や情報、参加などの権利義務を次のように定めています。

組合員の権利

- ・ 尊厳ある取り扱いを受ける権利、プライバシーと秘密が保持される権利。
- ・ サービス内容についての情報、患者の権利と責任についての情報、保険提供機関(会社)についての情報の取得の権利。
- ・ 高質の治療とサービスを適宜受けられる権利。
- ・ 治療とサービスに対する同意拒否の権利。これには費用や保険内容に関わらず、患者の状態に見合った治療オプションについての医学上の議論ができる権利も含む。
- ・ グループ・ヘルスに所属するプライマリケア・ドクターを選択する権利。
- ・ 発言する権利。グループ・ヘルスはそれに対して迅速に回答すること。
- ・ 自分に関わる研究プロジェクトへの参加権利。拒否した場合でも本人にたいする治療行為には影響しない。
- ・ 本人が希望する場合の新治療行為を選択する権利。

組合員の義務

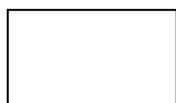
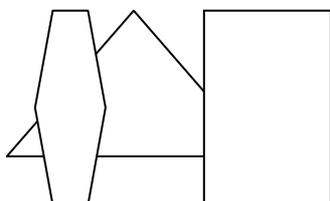
- ・ 治療に対して病歴や現在の健康状態について正確な個人情報を出す義務とそれに対する承認。
- ・ サービスプラン手続きに基づく支払

いおよび非カバー分についての支払い。

- ・ 自分のヘルスケア・プロバイダーとの決定参加。
- ・ 医療スタッフとの確認。受診予約の確認。

保険料と受けられるサービス

グループ・ヘルスには約 15 の保険プランのプロバイダーがあり、組合員である会社や個人はそこと契約をして受ける医療の範囲を決めます。カバーする項目の選択肢は個人向け家族向けそれぞれに多様であり、地域によっても保険料体系が異なりますが、個人向けの保険料支払い方式の簡単な例は次のようなものがあります。



基本月額 500 ドルまで無料(deductible)本人モデル(中部ワシントン州価格、2002 年)

年齢	月額保険料 (米ドル)
25 歳以下	132.30
25-29	162.00
30-34	180.00
35-39	189.00
40-44	198.00
45-49	202.50
50-54	225.90
55-59	263.70
60-64	335.70
65 歳以上または メディケア対象外者	443.70

受けられるサービスの一部

- ・ 入院 無料
- ・ 精神状態診療 20 パーセント支払い
- ・ 外来 10 パーセント支払い
- ・ 在宅診療 無料
- ・ 薬 処方箋に対して 7 ドル
- ・ 歯科
- ・ 診療 別途月額保険料支払い(たとえば 37 ドル)または別途診療時支払いなど。
- ・ 眼科診療 診療時 10 ドル支払い。
- ・ 救急車サービス 20 パーセント支払い

(石塚秀雄・研究員)

フランスの非営利組織 - 社会医療のユニオプス

1. 非営利組織は通知型と認可型、雇用ありと雇用なし

ヨーロッパでは、非営利組織や協同組合を括るものとして社会的経済という言葉が使われています。これは米国のNPOとは意味あいいも歴史も異なるものです。高齢者・社会的弱者への福祉や仕事興しさらには社会的統合や連帯のかけ声とともに、そうした活動や事業を担う組織を最近では社会的企業、コミュニティ・ビジネスなどと呼ぶようになってきています。フランスではさらに連帯企業とか非営利企業(ラントゥルプリーズ・アソシアティブ)などと呼ぶ向きもあります。

アソシエーションというのは、正確な定義が難しいのですが、簡単に言えば非営利組織だと言えるでしょう。フランスの場合は、1901年のアソシエーション法に基づいて作られた組織を指します。アソシエーション法によれば「二人以上の人々が共同して、継続的に、利潤分配目的ではなくて、認識・活動の一致を目的とする協約」といったも

のです。種類としては通知型と認可型があります。通知しなくても非合法ではありませんが、法的な権利を持つことができませんし、事務所などの賃貸借契約、銀行口座の開設、資産の所有ができません。ただし会員間で共有の資産をもつことはできます。非営利組織を通知型の法人として登録したい場合は、県に対して目的・場所・定款などを記載した必要書類を提出します。すると県は5日以内に受領の通知を出す義務があります。1981年からはフランス居住外国人も非営利組織を作ることができるようになりました。

認可型の場合は、法人格をとるために公共性の審査が行政裁判所によって行われます。また行政は、非営利組織が非合法的な目的や、良俗に反したり、公共を侵害する活動をした場合は解散を銘ずることができます(1936年法)。通知型非営利組織は、遺贈や公正証書に基づく寄付を受けるこ

とはできません。しかし、その事業目的が社会サービスや、慈善、調査研究、医療などの場合は無償贈与を受けることができます。通知型非営利組織は現物寄付をうけられます。寄付側は、法人であれ個人であれ、商法規定にもとづき一定の税控除を受けられます。また国や地方自治体からの公的補助を受けることもできます。また、活動目的のために人を雇用することができます。また借金をすることもできます。商業活動それ自体を目的とすることはできませんが、活動目的に付帯するあらゆる事業を行うことができますが、その場合は付加価値税制に従います。利益を会員間で分配してはいけませんが、非営利組織みずからの投資のためには使えます。経営陣は事業の連帯責任を負います。しかし、そのための特別保険「社会的代理人」保険というものがあります。

非営利組織が公益性を認知されるためには、少なく

とも3年間の継続実績が必要
 です。さらには年間予算
 が40万フラン(約900
 万円)、会員200名以上な
 どの条件も満たさなければ

なりません。非営利組織を
 所管する政府機関として首
 相府の諮問機関で、非営利
 組織代表と専門家などによ
 り構成された非営利組織国

民会議(CNVA)があり
 ます。非営利組織全体とし
 て予算の23パーセントが
 公的補助金からのものです。

表1. フランスの非営利組織の数(1994)

団体数	730,000	内	611,300	従業員あり	118,700	従業員なし
従業員数	570,000					
構成比(100%)						
スポーツ				21%		
医療・社会サービス				13.6%		
余暇・商業・雇用・消費				12.3%		
教育・訓練				8.2%		
社会事業				7.9%		
住宅・環境				6.8%		
釣り・狩り				2.8%		
文化・旅行				0.02%		
その他				3.6%		

表2. 非営利組織の受け取る公的補助金構成(100%対比)

	従業員あり	従業員なし
市町村	37.5	64.8
県	24.7	14.8
国機関	27.6	12.0
地方公的財源	10.2	8.4
計	100.0%	100.0%

従って非営利企業とは、
 アソシエーションという法
 的認可を受けた、社会的な
 目的を持った企業というこ
 とができます。概念的には
 社会的経済企業のほうが、

協同組合の企業とか共済組
 合の企業、民主的従業員持
 ち株会社などを含むさらに
 大きい括り方をしていると
 言えます。フランスの研究
 者たちの概念区分でいえば
 図のようなものになってい

ます。

富沢賢治著『社会的経済
 セクターの分析』でも論じ
 られていますが、フランス
 での社会的経済の性格とし
 ては、非営利であること、
 公平な分配、資本より労働

を優先すること、民主的参加、自立的組織であること、人間的なことを大事にすることなどが特徴として上げられます。

2. ウニオプス、フランスの医療社会サービス非営利組織連合会

1947年に設立されたウニオプス(UNIO PSS)は50年の歴史を持ちます。戦後のフランスの社会保障制度の公的統合化の中で、官僚的な方式にも商業的な社会保障供給にも満足しない協同的な医療社会サービスをする組織として作られました。単なる慈善ではなくて人間的な質を大事にしようというのが当時の主要なスローガンでした。1970年代には病院作り、障害者施設作りに尽力しました。さらに70年代後半からは貧困化の問題、社会的排除の問題に取り組みました。90年代には高齢化社会への対応してさらに高齢者施設の設置をすすめました。

現在、ウイオプスは140の単位連合会、22の地域連合会を組織し、約7,000の医療・社会サービス施設を数えています。それらの施設で働く人は30万人います。

ウニオプスは社会的経済セクターの一員として、協同組合銀行や共済組合とも密接に協力しながら、いろいろな課題に取り組んでいます。

家族問題

子供と親の関係、家族の社会的役割の改善：公的扶助の適用選択の緩和をして家庭内主義ではなくて社会性を重視する。

若者問題

公的補助を受けながら非営利企業が社会的支援を行う。若者の失業問題は相変わらず深刻である。失業保険給付方式から教育訓練仕事創設の方向で支援していく。

障害者問題

障害者の自立のための職業訓練の促進。生活スタイルの選択幅を広げるための技術、交通、公共空間の整備を促進する。複合障害者

のための施設の設立。

高齢者問題

日常家庭介護サービスの促進。老人施設の設備充実など。

医療

総合医療保険法に基づき、医療制度の改革を促進要望。非営利組織の有利性を主張。

住宅

安価住宅制度とともに、社会的弱者の社会的統合化のための住宅供給を促進する。

非営利雇用の促進

新しい労働の形態、失業克服を医療社会サービス分野で促進する。

地域の発展

地域政策の中に、雇用の創出を位置づける。社会的連帯を促進する。

社会的ヨーロッパの建設

社会保障制度の標準化と共通社会政策の促進。

(石塚秀雄・研究員)

鶴岡の冬、東京の冬

岩本鉄矢
(全日本民医連事務局次長
・当研究所専務理事)

東京に宿舍を借り、毎週鶴岡から通ってくるという生活が始まって三回目の冬を迎えました。

東京と鶴岡では季節が一ヶ月ぐらい違っていますので、地理的な移動は季節を行き来することでもありません。春などは梅から桜そしてツツジへと移り変わる花の季節を二度堪能できますし、秋の紅葉も鶴岡では木々がすっかり葉を落とした頃に東京でまた眺めることができます。

でも、これから迎える冬の様子は全く違っており、それぞれの土地でしか体験できない季節です。

鶴岡の冬は海も空も暗い灰色に変わります。毎日弱まることなく吹きつける北西の季節風が三メートルを超える波をつくりだし海と空の区別さえつかなくしてしまいます。冬の稲妻は当たり前で、雷が鳴ると大粒の霰が大地を叩きつけます。家並みも田圃も道路も雪に覆われ、地吹雪が荒れ狂うと、前を走っている車さ

え見えなくなってしまう。慌てて車を止めるとスリップして道路脇の田圃に突っ込んだり、後続車が追突してくるので、前が見えなくても速度を落として走り続けなければなりません。

それに比べて東京の冬はほとんど晴天が続きます。冬の布団干しなど想像もつかないことでしたが、マンションの南向きのベランダには当然のように布団が並んでいます。本当に寒いと感じるのはせいぜい二月ひと月ぐらいで、三月には春の気配が漂い始めます。冬の東京において、天気が良ければ良いほど鶴岡はきっと大雪に違いないと思っています。季節風が吸い上げた日本海の水蒸気を裏日本の各地が雪として引きうけてくれるから、表日本の各地は快適な生活ができるなどと思っている人はいないのだろうか、と僻んだりもします。

江戸から東京へと人々が集まり続け、日本の中心地でありつづけるのは政治や経済の中心地であるという理由だけでなく、この気候の影響もあるに違いと思うのは考えすぎだろうか。

しかし、それでも鶴岡には鶴岡の地を愛し鶴岡に住み続けようとする人々がいる。

そして、私自身も東京に暮らしながら鶴岡に戻る日をいつも心待ちにしている。たとえ季節が厳冬であったとしてもである。

本の紹介

<p>国立社会保障・人口問題研究所編 医療・介護の産業分析 2000 東京大学出版会</p> <p>社会保障研究シリーズ。平成8 - 10年度の研究調査「産業としての社会保障に関する研究」の成果をまとめたもの。</p>
<p>漆 博雄編 医療経済学 2001 東京大学出版会</p> <p>医療経済学を専門とする研究者たちが、経済学のロジックを用いて医療問題を解説した日本で初めての本格的なテキスト。(経済学者が執筆した医療経済学の専門書別として。)</p>
<p>社会保障研究所編 医療保障と医療費 1996 東京大学出版会</p> <p>平成5 - 6年度プロジェクト「医療サービスの变化と医療費変動の要因分析」の成果をまとめたもの。</p>
<p>石塚秀雄・坂根利幸監修 共生社会と協同労働-スペイン非営利協同の実験 2000</p> <p>同時代社 民医連を中心とする23人の大取材団による非営利協同の世界の徹底取材。</p>
<p>中川雄一郎監修・農林中金総合研究所編 協同で再生する地域と暮らし-豊かな仕事と人間復興 2002 日本経済評論社</p> <p>同一性の強要や横並びを求める桎梏の共から個人が連帯する奔放な協をめざして!(帯より)</p>
<p>岡本悦司 ケアエコノミクス-医療福祉の経済保障 2001</p> <p>医学書院 医療と福祉の経済保障システムをわかりやすく、かつ楽しく学習できることを目的に書かれた入門書。</p>
<p>権丈善一 再分配政策の政治経済学-日本の社会保障と医療 2001 慶應義塾大学出版会</p> <p>「看護婦不足問題」をきっかけに再分配政策形成における利益集団と未組織有権者の役割、制度派経済学としての医療経済学、社会保障と経済政策、日本における少子・高齢化危機論への疑問、再分配政策としての医療政策などについて論述する。</p>
<p>J.ドゥルフルニ、J.L..モンソン編著 社会的経済-近未来の社会経済システム 1995 日本経済評論社</p> <p>CIRIEC(国際公共経済学会)の刊行した"The Third Sector"(第3セクター)の訳書。解題付き。</p>
<p>ヘンリー・アーロン、ジョン・B・シャバーン 社会保障は民営化すべきか 2000 同時代社</p> <p>高齢化社会は社会保障のあり方にどのような変化を迫っているか。年金民営化はどこまで進むか。その影響は国民生活に何をもちたすか?アメリカ大統領選の争点の一つであった社会保障の最新でホットな論争を収録。</p>
<p>八田達夫/八代尚宏編 社会保険改革-年金、介護医療、雇用保険の再設計(シリーズ現代経済研究16) 1998 日本経済新聞社</p> <p>年金の積立方式への移行、制度間格差是正など、高齢化・低成長時代を乗り切る、給付と負担の新しいビジョンを提示する。(帯より)</p>

<p>小塩隆士 社会保障の経済学[第2版] 2001 日本評論社</p> <p>社会保障の考え方やメカニズムを経済学の視点から再検討し、制度改革の方向を提示する基本テキスト。(帯より)</p>
<p>坂本重雄 社会保障改革-高齢社会の年金・医療・介護 1997 勁草書房</p> <p>医療・年金・福祉政策の展開過程を跡づけ、社会保障の再編成の史的検討を加え、21世紀の社会保障のあり方を追究した。(帯より)</p>
<p>杉本恵申 診療報酬Q&A 点数から保険制度まですべてがわかる449問 2001 医学通信社</p> <p>『月刊/保険診療』"読者相談室"のQ&Aをまとめたものの、改定版第5版[2001年版]</p>
<p>神野直彦+金子勝編著 住民による介護・医療のセーフティーネット 2002 東洋経済</p> <p>現状の介護保険制度は地域の実情に合わず将来不安を煽っている。根本的に問題解決するためには、国から地方への税源委譲を含めた大胆な制度の組換えが必要なのだ。(帯より)</p>
<p>有岡二郎 戦後医療の五十年-医療保険制度の舞台裏1997 日本醫事新報社</p> <p>『実録日本医師会』(武見回想録)執筆時の取材をもとに、より客観的に戦後医療保険の歴史を書こうとしたもの。</p>
<p>川淵孝一 DRG/PPSの全貌と問題点-日本版診断群別包括支払方式の開発は可能か 1997 医事時報社</p> <p>DRGの基本的考え方や開発プロセス、利用する場合の留意点、DRGの国際的動向についての考察など。</p>
<p>野村拓 20世紀の医療史 2002 本の泉社</p> <p>『月刊保団連』に1995-2000にわたって連載されたものをまとめたもの。</p>
<p>鶴田忠彦編 日本の医療経済 1995 東洋経済</p> <p>日本の医療に関する経済的問題の解明と、政策的改善の方向を考えるための経済分析の枠組みを提供する。</p>
<p>宮本太郎編著 福祉国家再編の政治(講座・福祉国家のゆくえ1) 2002 ミネルヴァ書房</p> <p>北欧、大陸ヨーロッパ、イギリスの福祉政治動態分析をふまえて、福祉国家再編にかかわるキーワード群を掘り下げ、21世紀の福祉国家を展望する。</p>
<p>朝日新聞論説委員室・大熊由紀子</p> <p>福祉がかわる医療がかわる-日本を変えようとした70の社説+ 1996 ぶどう社</p> <p>ボランティアも、政治も、エイズも、お年寄りの介護も実は、こんなにつながっていた!だれもが輝ける、誇りをもてる、そんな社会に変えるための日本の、そして海外の知恵がぎっしりつまっています。(帯より)</p>
<p>佐藤 進 福祉と保健・医療の連携の法政策[新版]- 高齢社会・障害者社会への対応を考える上で 1996 信山社</p> <p>日本の高齢社会への政策の対応が、どのような政策形成環境のもとで生み出され、どのような問題を抱えて今日的な到達点に達したかを明らかにしようとする。</p>

事務局経過報告（2002年10月 12月）

<p>【10月】 (行事) ・設立総会 ・理事会前打ち合わせ ・ホームページ製作打合わせ</p>	<p>(事務処理) ・設立総会議事録作成 ・会員への機関誌送付 ・NPO 法人取得書類準備 ・事務用品準備(印章, 封筒等)</p>	<p>設立総会以降、表のようなことをやっています。書き出ししてみると何てことはないのですが、何かにつけてどういうものを作るのか、確認を取るの誰なのかなど、最初から作り出す分、わからないことばかりです。楽しい反面、混乱することも多いのに加え、生来のそそっかさが混乱ぶりに輪を掛けているので、普通の事務処理にかかる時間以上に時間を使っていること請け合いです。(威張ってどうするよ、ですが。)各方面で皆様にご迷惑をおかけしている</p>
<p>【11月】 (行事) ・1日 第2回理事会開催</p>	<p>(事務処理) ・挨拶状作成 ・ホームページ製作 ・委員会準備 ・研究所ニュース準備 ・機関誌準備 ・NPO 法人取得書類準備 ・図書購入、書棚整理</p>	
<p>【12月】 (行事) ・5日 第1回機関誌委員会 ・6日 第1回研究企画委員会 ・26日 ホームページ公開(予定) ・27日 第1回事務局会議(予定)</p>	<p>(事務処理) ・ホームページ製作 ・挨拶状の送付 ・研究所ニュース送付 ・機関誌準備 ・NPO 法人取得書類準備 ・会員名簿整理</p>	

ことと思います。本当に申し訳ありません。

ものの本で正常と異常は人の見方によってどちらにもなりうる、という文章を読んだことがあります。世間の常識、社会の仕組みも改めて考えてみると、何かの拍子、ちょっとした考え方の変更といったもので大きく状況が変化することは、いくらでもある気がします。昨今のリフォームブームではありませんが、「非営利・協同」は日本社会の隙間家具のようになり始めているのではないのでしょうか。まずは隙間家具、いずれは大黒柱を狙える逸品、私は「非営利・協同」にそんな期待をしています。この研究所がさまざまな棟梁たちによって利用されるよう、お手伝いできれば幸甚です。

短期決戦とばかりに頑張りすぎても長続きせず、長期に考えると何をしていたのか忘れてしまうという、まるで歩くとすべて忘れるようなトリ頭の持ち主です。なんとか脳内CPUの増強を図り、処理能力の安定化、迅速化を図るつもりです。今後ともご指導ご鞭撻のほど、よろしく願い申し上げます。(竹)