

研究所ニュース

No.79

2022.8.31



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

〒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

E-mail: inoci@inhcc.org <http://www.inhcc.org>

【理事長のページ】(No. 79)

再び「沖縄『復帰50年』」に触れて

中川 雄一郎

私は、本「研究所ニュース No.78」(2022.5.31)で、「沖縄 基地なお集中 あす日本復帰50年」と題する「現代沖縄歴史資料」(朝日新聞朝刊 2022年5月14日付)と共に、作家であり詩人でもある池澤夏樹氏の「巻頭言：復帰/返還五十年 減らない基地と沖縄の憂鬱」(AERA' 22.5.16. No. 22)、そして山本章子琉球大学准教授の『「安全保障」下の日常：空も水もほど遠い平穏』と題する「沖縄季評」(朝日新聞朝刊 2022年2月3日付)を引用して、いわば「沖縄の三つの不自由」について言及した。周知のように、これら「三つの不自由」は依然として「沖縄復帰50年にあってもなお沖縄にとって加重基地負担の声」の一部であって、文字通りの「減らない基地」であり、辺野古「新基地」に到っては「沖縄の憂鬱」の最たるものの一つである。それ故私は、「沖縄の市民の憂鬱は日本の市民の憂鬱であり、沖縄の市民の自立と尊厳は日本の市民の自立と尊厳である」、と私たちは真摯にそう思うべきだと強調したい。

そこで、私事になってしまうが、実は私は、池澤夏樹氏の「沖縄の憂鬱」と山本章子氏の「沖縄季評」を追いながら「沖縄への関心」を抱くようになった切っ掛けを思い起していたのである。そしてやがて私のこの「沖縄への関心」は、「沖縄の自立と尊厳」へと拡がっていき、次第に私の本位となってきたのである。言い換えれば、「沖縄の自立と尊厳」は「沖縄市民の自立と尊厳」であり、また「すべての日本市民の自立と尊厳」に他ならない、と私は考えるようになったのである。

私がそう考えるようになった切っ掛けを私は今でも鮮明に覚えている。それは、「偶然」と言うよりもむしろ、「思ってもみなかった」と言うべきかもしれない。

私は、大学では学生生活を豊にするとすると思える研究サークルに参加し、そこで自分の進むべき方向を見出して、大学生活を有意義なものにしていこうと考えていた。1965年4月に入学した私は、先ずは自らの勉学を進めるために役立つだろうと思える研究サークルをいくつか訪ねたが、しかし、そもそも「自らの勉学を進める」と言っても、高校でのそれのようにはいかず、まったく以って皆目見当もつかなかった。そこで私は「気取るのは止めて、行き当たりばったりで行こう」と考え直し、偶然にして少々埃っぽい部室を尋ねたのである。それでもこの部屋の入口には学生が書いたと思われる、私には到底書けそうもない筆で書かれた

達筆な看板「農業問題研究会」が掲げられていた。結局、この看板に引かれて、私は飾り気のない部室で4年間を過ごすことになるのである。そしてそれから1週間後に、私は「あの切っ掛け」を経験することになるのである。

女子学生1名を含め私たち新入生7名は、数名の2、3年生の待つ、少々埃っぽい「農業問題研究会」のあの部屋に迎え入れられ、簡単な歓迎挨拶を3年生幹事長より戴いた。そして新入生の自己紹介も済み、団欒が始まって間もなく、2年生の一人が私たち1年生に向かって語り始めた。「沖縄問題」である。私にはその言葉は、柔らかな「沖縄訛」で、しかも当初は話上手に思えたが、突然立ち上がって黒板に「西表島」と書き、これを何と読むか私たち新入生に質問したのである。その時にたまたま私と目が合い、彼は私を指して回答を求めたのである。私は戸惑い、少々考えたが、思いつかず——すなわち、「いりおもて」の「いり」が浮かばず——「さいひょうとう」と答えてしまった。その時の彼の顔は一見「笑っている」ようにも見えたが、しかしその目は「厳しかった」と記憶している。「さいひょうとう」ではなく、「いりおもてじま」である、と彼はやんわりと教えてくれた。

その1カ月後、私は思い切って彼に「沖縄戦中・戦後史」を教えてくれるよう頼み込み、夏休みに入って間もなく彼の宿舎で4日間を過ごし、日本の軍人による沖縄市民差別とその後の米軍統治の実体について「講義」を受けた。私にとってそれは初めての沖縄戦中・戦後史学習であった。振り返ってみると、私の中学・高校時代の日本史学習はこのような歴史研究と「ほとんど無縁」であった、とつくづく思った次第である。かくして最後に彼は、私の言葉「さいひょうとう」を笑って許してくださった。「やはり気にしていたのだな」と、私も改めて反省した。彼は卒業後、沖縄県農業協同組合中央会で活躍し、私も彼に依頼されて2回ほど同中央会で国際協同組合史などを講演した。

さて、それから長い月日が経ち、私は2017年3月に定年を迎えた。とはいえ、現在でも私なりに協同組合研究を継続させながら、現役時代にお世話になった、現在でもロンドンで活躍している著名な協同組合運動の女性指導者や、大学院で実に見事な博士論文を世に出し、韓国に戻って大学で近・現代協同組合を研究・教育している国際的に著名な女性の教え子が活躍している。そういう彼女たちが送ってくれるメールや手紙は私の楽しみでもある。

ところで最後に、私はこのページにもう1つ掲載したい文章がある。私にとってそれは、文字通りの「再び『沖縄復帰50年』に触れて」の文章なのだと言ってよい。それは、私が改めて読み返した「女性『九条の会』ニュース」(第45号、2018年8月20日発行)に安里英子氏が怒りを以って、しかし冷静に世論に訴えた「海を呑み、人を喰う政治に終わりを」である。彼女のこの心根は、当時も今も、私たち一人ひとりの気持ちを目敏く牽引してくれるのだと、私は感じ取ったのである。

大浦湾。どのように美しい海であったか。入り江に面した久志、辺野古、安部、嘉陽などのムラではサンゴの浅瀬で魚を獲り、藻を集める暮らしぶりであった。ジュゴンの親子の住処は、浜から近いサンゴのくぼみ。戦後食べ物がないうきには、ジュゴンが我身を人びとに分け与えた。浜につづく森には、ヤマモモが実り、青年男女がそろって木の実をとり、薪をひろった。そんな暮らしも、九〇年代にはリゾート開発で、消えた。今、基地建設で辺野古の海は埋め立てられようとしている。安部集落の浅瀬にはオスプレイも墜落した。埋め立てのための、護岸工事がほぼ終了し、防衛庁は八月一七日から辺野古の海に土砂を投入する。護岸工事とは埋め立て部分の周辺を砂利で囲ったもので、そのための工事をこれまで一日に延べで三五〇台から四〇〇台ものダンプで砂利を運んだ。想像してほしい、

巨大なダンプが海を埋め立てるために基地の中に入っている。それを食い止めるために何百日、数千日も多くの市民が道路上に座り込み、あるいは海ではカヌーや船で阻止行動をしてきた。女性たちはできうる限り、日に焼けないようにスカーフで顔を覆い、深く帽子をかぶっても、連日座り込んでいる人たちはほとんど火傷状態だ。日毎に市民への弾圧は激しくなり、これまでの逮捕者は九〇人にのぼる。

七月一四日、辺野古ではとんでもない工事がはじまった。米軍キャンプ・シュワープ工事用ゲート前に、柵の高さ四m、長さ四五mを設置した。柵の前にはさらに重量のある物体を築き、市民が入り込めないようにした。これまで市民は警察車両の間や機動隊の隊列に挟まれるようにして阻止行動をしてきた。ごぼう抜きにされる際、肋骨が折れるなどのけが人が続出している。

このような切羽つまった状況の中、一五日からは県庁前広場では、沖縄県知事に対して「辺野古埋立承認の即時撤回」を求めて座り込み行動を開始した。一方、翁長知事は二七日に記者会見をし、二〇一三に前知事が埋め立てを承認したことに対する「撤回」を行うと表明した。ただそのためには防衛庁の意見を聴くための「聴聞」が必要となる。

私は、基地闘争は全国の地域がそれぞれに現場だと思っている。日本の政治が変わらなければ、基地はなくなる。東アジアの状況は大きく変わろうとしている。日本で変革の波が起こらなければ、日本は世界に取り残されてしまうだろう。人を喰って(犠牲にして)生き延びる政治は終わりにしなければならない。憲法で保障された「平和的生存権」は誰もが享受されなければならない。

(ここで明らかにしておきます；実は、沖縄訛で私に「沖縄戦中・戦後史」を教えて下さった学生は、後に安里英子氏の夫となる安里精善氏です。)

(なかがわ ゆういちろう、研究所理事長・明治大学名誉教授)

【副理事長のページ】(No.79)

医療問題をわかりやすく伝えるには？

八田 英之

先日、地元富津市の私が代表を務める「ふつつ健康友の会」主催の学習講演会(年に1~2回ひらいている)で、「地域医療構想の現段階と大佐和分院」とうテーマで話す機会があった。「難しい。わからない」と言われるだろうと思ったので、事前に友の会の運営委員会でリハーサルをやり、出された意見で手直しして話したのだが、終わってからのアンケート(15人ほどの)で三分の一くらいの人が「難しかった。医療関係者には良いと思うが素人には解らないことが多かった」などと書かれた。

どういう所が難しかったのだろうと運営委員会で総括した。「DPCというのがどういうことなのか、具体的にイメージできない」「必要病床と基準病床、病床機能報告の数字と診療報酬のDPC病院、回復期リハ、地域包括ケア病床の数、三つも数字が出てきてどういう関

係になっているのか解りにくかったのでは」「医療圏ごとの数字、どこの事を話しているのか追いかけるのが大変だった」などの意見が出された。まことに御尤もである。

もちろんそれぞれについて説明しているのだが、一度の説明でその概念を頭に入れてその後の話を聞いて理解するのは容易ではない。例えば、DPCの場合、話している私自身、「ある病名で一度入院した人が退院後1週間たらずに再入院せざるを得ないとき、他の病名を付けることができるのか？」とか、「外科手術で入院した人が入院中に他の疾患が発見された時、いったん退院してから再入院になるのかどうか？」と聞かれたら、「よくわかりません」と答える他はない。病院によっても対応が異なるのではないか？

DPCは、1病名1入院の一日ごとの定額制であるから、病院を存続させようとするならインセンティブは費用抑制に向かう。主病名でない疾患への投薬は病院の持ち出しであるから、持病の薬は患者が持ち込むのが一般的になっている。入院中に肺炎などになったら、その治療費も持出になるかもしれない。高齢で治りが悪く、様々な病気をもっていそうな高齢者は敬遠されがちになるであろう。はじめから自分の病院での入院適応は何々と入院患者を選別せざるを得ないこともあるであろう、地域内の連携でカバーできるのであれば！

2022年診療報酬改定で、地域包括ケア病床の要件に他病院からの紹介が40%必要という要件が加えられた。大都市部はともかく、連携できる病院のあまりない田舎の場合、どうしたら良いのだろう。あるところでは、公的大病院がDPCを維持するために、地域包括ケア病床を計画したが、今回の改定で断念し、病床を減らすことにしたという。

<必要病床と基準病床>

千葉県全体では病床不足であり、千葉市や船橋など県北西部では、増床申請を受け付けている。例えば千葉・東葛南部（船橋市など）・東葛北部（松戸市柏市など）医療圏の場合、2022年4月1日現在、必要病床に対する不足は、千葉343、東葛南部1,567、東葛北部1,923であるが、基準病床に対する不足はそれぞれ、182、1,251、1,043と必要病床よりかなり少ない。では、必要病床は行政上どう使われるかという、病床公募に応じてきた医療機関に対して、その圏域で不足する医療機能の病床（千葉市の場合、急性期、回復期、慢性期のいずれも不足。過剰な高度急性期の病床は作らせない）にするように指導する。指導に従わなければ認可されない。

国が必要と認めた（この算定の数式そのものの問題もあるが、国の示した算式で計算した）数字とは別の基準病床数を算出する数式で計算した数字が優先されているのである。基本的に基準病床数の方が少ないから、このダブルスタンダードを続ける限り、永遠に必要な病床は確保できないことになる。このやり方では、過剰に病床を減らすことになる。実際、すでに一般病床も療養病床も2025年の地域医療計画の目標数字を下回ってしまった。病床の過不足は圏域の人口の影響が大きい。従って、人口減少の激しい田舎の医療圏では、医療機能も後退を続け、過疎化をさらに促進することになる。

ともかく、基準病床と必要病床の二つの基準の存在は、合理的な説明が困難な問題ではないか。それをあえて続けているのは、とにかく病床を減らせば医療費が減らせるという「神話」に厚労省もとらわれているのだろうか？ 1990年の一般病床153万床、2022年4月の医療施設動態調査は約118万床。35万床も減ったのである。しかし、医療費は増え続けた。同じ期間に20兆円から35兆円に国民医療費は増加した。病床が減っても高齢化の進行とともに患者数は増え続ける。病院はそれに対応せざるを得ないから、在院日数は短くなり、高日当点になって行く。地域に病院が減り、不便になる、医療労働者は過重労働になる、しかし、医療費は減らない。

<休眠病床の問題>

もう一つ、地域の医療充実を妨げている問題に「休棟等」（千葉県用語）の存在がある。千葉県全体で2020年の段階で4,111床である。医療法では1年間病床を使用しなかった場合、それに正当な理由が無ければ、開設許可を取り消すことができることになっている。医療圏ごとに見てみた。必要病床の過剰・不足について、休眠病床を外すと上記3医療圏に加えてさらに4医療圏が不足地域になる。それでも基準病床に対しては過剰地域である。この4医療圏はいずれも郡部である。私の住む富津市もこの中に入っている。この休眠病床について県はどのように対処しているのだろうか。私が議員なら議会で質問したいところである。「富津市みらい計画」での市民アンケート「必要な施設は？」の回答は、他より圧倒的に多くが「総合病院」と答えた。「みらい計画」では、富津市の人口は減少し続けることになっている。市内唯一の公立病院は「君津中央病院大佐和分院」（36床）である。大変積極的な医療活動を展開しており、経営成績も大変良好である。しかし、施設が老朽化し、新築が必要と思われるが、そのめどはたっていない。そして厚労省が「再編統合について特に議論が必要」とした424病院の一つである。市民の要望する総合病院をつくることは現状では困難であるが、新築と合わせて産婦人科・小児科の有床診療所をつくることは可能である。いま市内にお産ができる場所はない。市長に健康友の会として提言しようと思っている。

<医療問題をどうわかりやすく伝えるか？>

パンフレットやビラをつくることも必要であろうが、いま求められているのはインターネット上の情報拡散ではないか？我々の年齢では、若者に伝わる、興味を持ってもらうものはなかなか作れない。若いユーチューバーやブロガーと契約して動画発信などをしたらどうだろう。勿論シナリオ作りには専門家や医療現場などの協力が欠かせない。全国300万人の共同組織の内の10万人と職員が見るようになれば、なんらかの変化が期待できるのではないか？例えば、大きな病院に行って「診察を受けたい」という、「紹介状なしにはかかれませんが」と答えられる。なぜかということがやり取りや解説で示される。例えば、入院している祖母に孫が面会に行く、家に戻る状態ではないが転院を迫られる、なぜか？こうしたリアルな医療の現実を映像とともに発信することは、不可能なことではないのではないか？インターネット上の「いつでも元気」である。各方面と相談してみたいと思っている。

(はった ふさゆき、研究所副理事長・全日本民医連顧問)



【役員リレーエッセイ】

家事の科学

～平和で労働時間が短縮される未来社会をめざして～

西坂 昌美

当研究所の名称「いのちと暮らし」の「暮らし」に関わって身近な家事にまつわる話をさせていただきます。連れ添いが看護師で家事を行う場面がたくさんあったこともありますが、

基本的に家事は好きです。また、家事を通してミクロからマクロ、自然科学から社会科学、地球環境問題まで、たくさんの発見があります。

生命は誕生した瞬間から、生命維持のために不断の物質代謝が必須となります。人類の場合には、外界（自然、社会）との物質代謝の多くを「家」を媒介して行っています。そこで、「家」にかかわることを広く家事と考えてみます。人間の生活が豊かになるとともに、家事の種類もどんどん増えてきています。家事は英語では **Housework** ですが、**Internet of Things(IoT)** にならって **House of Things(HoT)** の呼び名も良いのではないかと思います。そんなことは、さておき。

まず、部屋の中は塵・埃とのたたかいです。掃除機はハンディなものを使っています。その際、フィルター替わりにティッシュペーパーを（元々のフィルターを覆って）利用しています。廃棄も簡単で、かつ、エコノミーです。これは、たまたまティッシュペーパーを掃除機で吸い込んでしまったときに発見しました。床や家具の上面、床など埃だらけのところは、重曹や炭酸ナトリウムの水溶液をスプレーしてから雑巾で拭き取るとサラサラになります。

水まわりは、カビとのたたかいです。次亜塩素酸はカビの細胞を破壊し色素を分解します。キッチン用品は水で薄めた次亜塩素酸に漬け置きしたり霧吹きしたりします。さらに、お風呂のバスタブや洗面器、座いすなども、残り湯を少し残して次亜塩素酸を適量入れ、漬け置きするとカビが良く落ちます。さらに天日干しするとカビ防止にもなります。タイルなどの目地部分の黒カビはしつこく、これは専用のカビ落としを用いた方が良いでしょう。

ガスレンジ周りは、油とのたたかいです。ガスレンジや周囲を、前述の重曹や炭酸ナトリウムの水溶液を霧吹きしてから拭き取ると良く落ちます。

洗濯では、天気気がかりです。気候変動にも敏感になります。最近の天気予報はかなり正確ですが、それでも出かけてからの雷雨や強風で洗濯物が台無しになることも。湿度の高い時期は近所のランドリーを利用しています。ひとカゴ分の洗濯物なら 20 分、200 円ぐらいでカラッと乾燥できます。アイロンがけで衣類のシワを伸のばすと気持ちもシャキッとします。

ゴミ出しは、環境問題を意識させます。自治体ごとに分別方法と曜日が決められています。が急いで家を出ると忘れてしまうこともあります。分別に努めますが、それでもたくさんのゴミが出るので、どうしたら減らせるのだろうと心が痛みます。

食事づくりには、やはり経験の蓄積が必要です。自分の経験からですが、夕食用に 10 メニューあると同じメニューが 10 日に 1 回ぐらいとなり子供からの文句も少なくなります。メニューはインターネット等でたくさん仕入れることができるので便利です。夕飯はたくさん作っておくと次の日のお弁当のおかずになります。調理に電子レンジを利用するとメニューの幅が広がり時間も節約できます。100 円ショップなどで購入できる肉まん用のふかし器を使うとシューマイや野菜など簡単に蒸すことができ便利です。作るのは手間ですが、自分が食べたいものを作れることや新しいメニューにチャレンジする喜びもあり、家族から美味しいと言ってもらわなくても満足度は高まります。

その他、トイレ掃除、寝具や衣類管理、家電管理などは、またの機会にしたいと思います（多分ないとは思いますが…）。

ところで、クラウゼヴィッツの戦争論にある「戦略、戦術、兵站」の視点は家事にも役立ちます。まず、軽視されがちな兵站は、家事にかかわる物品の調達と補充です。家事に関する品数は多い上に消耗期間も異なるので、物品を切らさないようにするにはかなりの工夫が要ります。足りなくなったものが出ると冷蔵庫に貼ってあるメモ紙にすぐ書き込むように

しています。後になるとたいがい忘れてしまいます。難しいのは冷蔵庫内の食品管理で、期限切れのものですぐにいっぱいになります。研究途上です。

戦術は、先ほど述べた各分野のたたかいです。また、家事にかかる時間は多いので、同居人が複数の場合には、分担できると家事を並行して行うことができます。子育て中はなおさらです。ジェンダー平等指数 5 位（2021 年度）のスウェーデンでも「家事（掃除、洗濯、料理等）で 1 時間以上を費やす女性たちは全体の 74% で、男性は 56%」とのこと（姉歯曉『福祉大国』スウェーデンの今、『経済』2022 年 9 月号）。AI 搭載のロボットが家事をしてくれる時代が来るかもしれませんが地球環境に負荷をかけてはいけません。家事は手ごろな手作業中心で良いのではないかと思います。

家事を分担して、かつ、楽しめるようにするための大戦略は、社会変革と平和です。家事の時間をたっぷりとれるようにするには労働時間の短縮が必要です。ジェンダー平等の土台にもなります。それを可能にする未来社会が求められます。もちろん平和があつてこそです。

以上、家事を通しての取りとめのない話でした。

（にしざか まさよし、研究所理事、東京民医連事務局長）

【会員エッセイ】

「医療問題」日経新聞記事より

村口 至

コロナ禍を経過しての医療問題への彼ら（財界筋）の視座がみえるという視点で、この企画を追ってみた。なお、紙数の関係で日経センターの個別の作業の評価については別の機会としたい。

I 日経新聞記事より

ここでは日経新聞を 2022 年 2 月から同 6 月間の記事を追ってみた。なお、一連の記事は日経新聞内の担当班と日経センター（JCER 公益財団法人日本経済研究センター）による合作となっている。後者では専門家を招集し、いくつかの作業をしている。その成果をそっくり紙上に掲載している。

2022.2.21 「日経新聞・日経センター緊急提言」

当日の第 1 面に 11 段抜きで「保険医療 政府に指揮権を デジタルで危機に強く」と題して登場し、新型ウイルス禍が日本の医療体制の脆弱性を浮き彫りにした。有事のみならず平時から患者が真に満足できる医療サービスを受けられるための緊急提言をまとめた。とこの企画の意義を語っている。そして緊急提言の骨子として、以下を提示している。

*このあと以降、医療問題についての”攻撃的”記事が登場する。

保険医療 政府に指揮権を デジタルで危機に強く

I 全国の医療データを可視化

1. コロナを普通の感染症に
2. 病床確保に政府のガバナンスを
 - ・保険医療機関は政府・自治体が病床や診療科をコントロールできるように
 - ・医療資源・人材の地域状況をデジタル化し政府・自治体が一貫して把握
3. 医療有事の司令塔を新設
 - ・内閣官房対策室と厚労省の二元行政体制を見直せ
 - ・非常時に医療資源・人材を総動員するための指揮権を持たせよ

II 医療イノベーションで早期承認

1. 臨床データ集め治験を効率化
2. 有事の承認審査を確立

III 社会保障の負担・給付改革に着手せよ

- ・社会保険料率 30%が間近、これ以上の上昇は持続可能性ではない
- ・社会保障給付の膨張圧縮・消費税 10%後へ与野党合意を探れ

以上に見えるのは、①政府・自治体の強いコントロール権の確立、②診療科の選択も自由開業医制による”特権”として描き、③それらをコントロールするためにデジタル化を推進と位置づけている。④医療費の上昇については、“ポスト消費税 10%”へ向けた地ならしをすべしとさらなる税率アップを示唆している。

この提言後、同年6月の最終提言までの間に、次々と後述のような記事が紙上に登場している。

【最終提言】の6月20日の第1面見出しは「**医療DX 政府が先導 岩盤排除へ規制改革**」とあり、以下のように提言されている。

医療DX 政府が先導 岩盤排除へ規制改革

I 医療提供体制の再構築

1. デジタルで医療格差解消：規制改革
2. 看護師にも医療行為を：タスクシフト拡大
3. 家庭医養成、患者も節度を：家庭医登録制
4. 成長の原動力：医療ツーリズム

II 医療イノベーションを国家戦略に

1. 国家安全保障の視点を
2. 「エコシステム」を構築せよ
3. 「価値に見合った薬価」を基本に

III 負担と給付の改革を急げ：私費医療拡大、負担・給付改革

1. 年齢よりも能力に応じた負担に
2. 給付の発想転換が必要：マイ・ナン登録で資産も基準に
3. 財源確保は消費税で

高い安全性・有効性を保ちつつ、より効率的な医療を実現すべく最終報告としたとあり、デジタル技術を改革にフルに活かす「ヘルスケア・トランスフォーメーション (HCX)」をてこに、患者本位のサービス産業への転換を徹底させるため、岩盤規制を砕く改革の断行を政

府に求めている。と解説している。以上に見るように、この改革提言は、公共性の高い医療を、民間産業へと投げ渡すことを提言しているように思える。

以下、最終答申までに日経新聞に登場した記事を、以下に追ってみた。

2.21 【コロナが問う医療再建(上)】強すぎる「経営の自由」

コロナ下で、発熱外来登録は 3.5 万施設、うち 1.2 万施設は公表を拒んでいる。「一般患者と両立できないからだ」という。こうした「半身」で構える診療所を除くと全体の 2 割弱。総力戦とは言えない。と批判する。「そもそも国民の医療アクセスが閉ざされる緊急事態なのに、なぜ命令や指示ではなく、要請しか出来ないのか」「自由という名の「放任」だ」とし、武見日医時代にさかのぼって「経営の自由」の歴史にメスを入れるべきだとし、「保険診療を担う病院や診療所は、税と保険料を財源とする診療報酬で経営が支えられている。民間でも高い公益性が求められている。よって公共性の高い課題を遂行するためには厚労省や知事の指揮下に入るよう法律で位置づけるのは当然だ」と戦前から保守政権の下で地域医療を形成してきた「自由開業制」が緊急時に桎梏になっていると指摘している。

2.24 【コロナが問う医療再建(中)】進まぬ病床再編 医療資源集約へ新規格を

コロナ患者の病院収容の混乱に対して、中小病院が急性期病床を手放さないことが問題だとし、「個別病院の経営判断に任せず、地域や国にとって全体最適となる目標を示し、病床再編を推し進める」司令塔となる政府機関の新設が必要だとし、医療現場の人員不足や施設の限界の実態に目を向けず、権力的統制を強調している。そして、中小病院を「なんちゃって急性期」とちゃらかして攻撃している。

2.28 Next1000 コロナ 2 年目、投資家の期待集めた企業

細胞加工、再生医療を支援

2.28 【全面広告】オンライン開催聴講無料「医療・健康分野の革新を求めて」(3月10日)

World Healthcare Game Changers Forum 設立記念カンファレンス

主催/日本経済新聞社。一般財団法人アライアンス・フォーラム団体

6.19 1面 急性期病床「名ばかり」3割 実績乏しく コロナ対応後手

体制さえ整えれば急性期を名乗ってしまうとして攻撃。

彼らが急性期医療実績の判定に用いた基準 (すべて1日単位)

- ・手術件数 1件以上、
- ・救急入院 1件以上、
- ・化学療法 1件以上
- ・病理組織標本作製 1件以上、
- ・放射線治療 約0.7回以上
- ・呼吸心拍監視 2件以上、
- ・ハイリスク分娩 1件以上

これらの基準は、日本経済研究センターの研究グループが設定した基準であり、改めて批判的検討する必要がある。

6.20 社説「デジタル化を軸に医療の再構築を急げ」

6.20 「医療再建(上)」遅れるデジタル活用 開業医の統治不全

医師の3割は診療所で働いている

6.20 「きょうのことば」医療のデジタル化 患者情報の共有しやすく

普及率国際比較 日本 42%、スイス 40%、イタリア 90%、米国 91%、

英国、スペイン 99%、イスラエル、コスタリカ、ドイツ・オランダ、
スロベニア、トルコ 100%

6.22 「医療再検(中)」朝令暮改の薬事政策 不透明さ 革新的創薬阻む
市場の成長率 22~26 年予測

米国 2.5~5.5% ドイツ 4.5~7.5% 韓国 3.5~6.5%
中国 2.5~5.5% インド 8.0~11.0 日本 -2.0~1.0

6.24 「医療再建(下)」迫られる負担の「脱・年齢」 給付メリハリ欠かせず

II 「緊急提言」とこの間の記事を以下のようにまとめてみた。

- 1) 現医療体制について
 - ①急性期医療攻撃→介護病床へ転換促す
 - ②開業医攻撃→夜間・休日診療放棄、「かかりつけ医」制度強化へ
英国式「登録医制度」提案→我が国の自由開業制度の問題・矛盾に気づいたか
 - ③受診抑制を→混合診療拡大
 - ④医師働き方改革→看護師などへ業務シフト促進→医師不足は認識しているか？
既に、タスクシフトと称して看護師はじめ放射線技師、検査技師等々への
医師の業務シフト検討が開始されている。
 - ⑤社会保障制度攻撃→生活保護受給者も医療費一部負担を
*全般的に、民間医療機関への攻撃
*公立公的医療機関には、踏み込んでいないのが特徴
- 2) 改革提起方針：国家権力による強制と統制を強調
 - ①医療情報のデジタル化：過疎地医療対策に言及しているが、本音は厚生行政の統率
手段強化の狙いは明らか。
 - ②薬価制度：製薬産業育成・成長策・治験等に提言
 - ③国家戦略として：製薬産業、人口細胞製造、IPS 事業など
 - ④医療ツーリズム：外国人誘導策で外資獲得を語るが、国内の保険外診療の拡大を狙
っているか

III 問題点として感じる事

- 1) 人口減少・過疎化、貧困・格差拡大にまともに向き合っていない・・・デジタル化で
ごまかすだけでなく、医療の官僚的コントロール強化を狙う
- 2) 地域医療像を提起できていない
- 3) 医師不足に目をつぶる
・働き方改革→看護師など他職にタスクシフト推奨でごまかす
- 4) 脱医療保険制度を狙う
・生活保護受給者からも医療費請求を提言 ・高薬価対応策
- 5) 公衆衛生分野を意識的に除外している・・・コロナ・パンデミックを語るも開業医
の受診拒否に矮小化→保健所行政の破たん→公衆衛生無視
- 6) 今後の医療保険財源について消費税 10%以上で財源化を狙う

*7:1 看護の高度急性期病棟の縮小や、心電図モニター監視料の削減等、すでに急性期病
院を狙った診療報酬改訂が始まっている。後者では 49.2%の病院が経営に最も影響としてい

る（独法・福祉医療機構調査、令和4年7月）。近年は、診療報酬の改定で病院の存続そのものを強力に変更させる国の意図を感じる。

（むらぐち いたる、坂総合病院名誉院長、医師）



中国の所有制度の実験

石塚 秀雄

●近頃、中国のイメージは悪くなっている。領土については海洋大国を主張して膨張主義、外については貧乏国を札束でほったを叩くような影響力の行使、内においては香港、台湾、ウイグルなど単一漢民族主導型の覇権国家主義、外交については軍事力によるごり押しという、なにについてもあまり評判はかんばしくない。中国だけでなく、世界各国の政権担当者の質は著しく低下しているようだ。独裁者、ポピュリスト、マフィア、愚か者といった連中が各国の政権を担っているのである。民主主義と専制主義の対立とかと言っているが、こと国際政治においては目くそ鼻くその類いと思われる。日本も例外ではない。

われわれは遠いヨーロッパでの出来事よりも身近なアジアにより関心を向けるべきであろう。その核心的存在は中国であろう。中国は果たして社会主義国なのか、それとも資本主義的社会主義国なのか、単なる資本主義の変形であるのか、全体主義的専制国家であるのか。最近の中国の発展変化の歴史を見るならば、そうしたレッテル貼りをするよりも、冷静に中国の現在と未来の動向についてあれこれ考える材料を見ていくことがよいであろう。

今、ロシアウクライナ戦争が注目されているが、この二つの国は、そう思われているほどの大国ではない。ロシアの人口は旧ソビエト連邦が解体して独立した国が多く、現在では1億4千万人にすぎない。ウクライナもソ連から独立した国であるが、現在は出稼ぎ国になっており、実際の人口は3千万人ほどと推察できる。旧ソ連圏内の国が社会主義制度を放棄したのに対して、中国はまがりなりにも社会主義国を標榜している。ニセ社会主義国だという意見もあるが、社会主義とはどのようなものであるのかというのは依然として未解決の論争の中にあると思われる。

●さて、手元にある岩波文庫の古い『世界憲法集』の中にある中華人民共和国憲法(1954年)を見ると、前文には「我が国の民族的団結は、各民族間の友愛互助を発揮し、大民族主義と地方民族主義に反対し・・・各民族の発展の特殊性に十分注意をはらい」と、微妙な言い回ししながら、基本的に多民族共存の国家理念を述べている。

そして、第5条では「生産手段所有制」として次の4つを挙げている。すなわち①国家的所有制、②合作社(協同組合)所有制、③単独経営労働者所有制、④資本的所有制(官僚資本主義、民族資本主義)。

この1954年憲法が作られる以前の1950年代には社会主義的所有とは全人民所有や労働者集団所有が強調され、その結果国営企業(第6条)や農村合作社(第7条)が規定されたが、いわば実験的過渡的形態との認識もあり、実際に農村合作社運動は失敗に終わったのであった。合作社とは日本語では協同組合という意味であるが、当時の合作社は多分に集産主義的な組織の傾向が強く、協同組合について理解の深かった劉少奇が1968年の権力闘争の中で失脚したことで、政府主導型合作社運動にシフトしていった、失敗したのであった。

1966年から1976年の約10年にわたる文化大革命の動乱、空白の10年を経て、1974年の改正憲法では、合作社(協同組合)的所有は消えて、農村人民公社的所有が記載されることになった。しかしながら、その頃から近代化路線が始まり、1978年には、集権型計画経済の縮小と、それに代わっていわゆる社会主義市場の提唱、農村人民公社の解体により農家戸別請負制度流通制度改革、外国資本導入などの政策が進められた。

四人組の支配が終わり、鄧小平が実権を握った。1982年の憲法改正では、社会主義的公有制、全人民所有制と集団所有制(第6条)。農村の集団経済、各戸の請負経済、自留。協同組合経済の復活、集団経済としての人民公社解体(第8条)が明記された。

1984年には都市部において株式会社制度が導入された。1989年には天安門事件が起きたが、同時に、不動産ブームが発生した。それは憲法第10条で都市部においては土地所有はできないが土地の使用権は売買できると明記されたからである。権力闘争では鄧小平が一時的失脚した。

1991年にソ連は崩壊した。1993年に中国は憲法改正で社会主義市場経済、私営経済、外資経済、国家・集団・個人の所有を認めた。この頃ようやくいわゆる会社法の制定が進んだ。人治国家からようやく法治国家へと進んで、以後急速に発展することになる。2003年以降、国有企業の株式制による民営化私有化が進み、党営資本主義とか官僚資本主義などと呼ばれた。農村部では、社区合作社が作られ、集団有資産に基づき利益配分を行えるようになった。村委員会、農地経営権を郷企業に出資。2003年農村土地請負法により農地経営権を企業に委譲(出資)することができるようになった。2004年の憲法改正では、公有制を基礎とした私営経済、社会主義的計画的市場経済が明記された。

●公有制経済は、都市部における共産党の主導による国有独占公司、集団経済、株式制、株式合作制、社会基金所有制経済、委託経済、資産経営責任制などであり、いわゆる経済の民営化や経済民主化とはほど遠いものである。しかし、これを統制経済と言うのはばかれるが、政治経済の一種であることは間違いない。われわれは社会的経済という概念を重視しているが、中国における経済制度は、いわば多元的であり、政治と社会、言い換えれば国家と市民社会の関係がどうあるのかについては、なお考察の必要があると思われる。

中国は都市と農村の別々の戸籍による分離政策を取っているが、13億人という巨大人口を抱えている国としては、仕方ない面があると思われる。しかし、農村部に対して独自の社会経済政策を採用して乗り切ろうとしているようである。

2007年に「農民專業合作社法」が制定され、農村の合作社は農民專業合作社(農産別)、社区株式合作社(村組織)、土地株式合作社の三大合作社に区分され、それらは民主的互助性経済組織と規定された。2009年に資金互助社管理弁法が作られ、政府の助成金を農村合作社に貸付け、地方型農村金融合作社が設立された。現在、83万の合作社があり、また子会社設立もある。習近平は、都市と農村のダブルスタンダードをどうするのかという、基本的難問に直面していると思われるが、2億6千万人いるいわゆる農民工を市民化するのかしないのか、中国的資本主義的社會主義の行方はどうなるのか気になるところである。中国の政治経済は振幅が激しく、いわば実験の試行錯誤を繰り返している現代史だとも言える。外交内政ともに矛盾を抱えつつ、どこに向かっていくのか。施政者である権力者が傲慢になったときにその矛盾は解決不能なものになるのであろう。習近平が社会主義者なのかどうか知らないが、愚かな指導者でないことを願うばかりである。

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)