

非営利・協同総研いのちとくらし10周年記念視察旅行Ⅱ

イタリアの非営利・協同の医療福祉と 社会サービスの視察報告書

2013年10月26日(土)～11月4日(月)



発行：2014年6月

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

目 次

日程概要	事務局……………	1
<hr/>		
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……………	2
ポローニャの医療機関と非営利・協同組織	石塚 秀雄……………	8
ポローニャ地域医療視察報告	村口 至……………	11
カッシーナ・デル・ロンコおよびカッシーナ・コルテヌオーヴァ	高山 一夫……………	25
イタリア・ミラノの家庭医訪問—STUDIO MEDICO BARDI MONTANI SUTTI—	小磯 明……………	27
民主的医師協会 (Medicina Democratica) とミラノ大学でディスカッション	小磯 明……………	34
ベアータ・ベルジーネ・デッレ・グラッツィエ	高山 一夫……………	41
ソチエタ・ドルチェ (Societa Dolce)	八田 英之……………	43
ヴィラ・ラヌッチ (Villa Ranuzzi)	八田 英之……………	44
マジョレ・ポローニャ病院 (Maggiore Hospital) 訪問記録	吉中 丈志……………	46
コンフコープ (Confcoop) とは	岡部 茜……………	52
ダビデ・ピエリ氏 (コンフコープ) によるイタリアの協同組合概要説明	竹野政史・竹野ユキコ……………	53
障害のある人のライフサイクルを通じた支援を考える—社会的協同組合 Domus		
Assistenza の施設 Casoni 訪問から—	深谷 弘和……………	55
就労支援職業訓練施設・障害者作業所オアシ (OASI)	伊藤 淳……………	57
社会的協同組合 COpAPS 訪問記	中川雄一郎……………	59
イタリアの社会的協同組合を見て	二上 護……………	69
ポローニャ市ナヴィレ区の「地域の社会的計画 piano sociale di zona」—地区の運営、 保健医療、社会福祉サービス政策—	小磯 明……………	73
ポローニャ市ポルト区ジョルジョ・コスタ社会センター—Centro Sociale Giorgio Costa—	小磯 明……………	85
イタリア視察から帰って思ういくつかのこと	今井 晃……………	97
コンフコープウェブサイトの視察団訪問についての記事 (翻訳)	竹野政史・石塚秀雄……………	98

(写真：各執筆者および事務局)

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日程概要

	月 日	曜	都 市	交通機関	摘 要	〈宿泊地〉
①	10月26日	土	成田／関西空港発 ミラノ着	航空機	空路、ミュンヘン経由／直通でミラノへ ミラノ空港からホテルへ ホテルにチェック・イン	〈ミラノ泊〉
②	10月27日	日	ミラノ	専用車	午前：ミラノ市内見学 ドウォーモ、スカラ座広場、スフォルツァ城 エマヌエーレ2世のガッレリア、「最後の晩餐」 団体会食	〈ミラノ泊〉
③	10月28日	月	ミラノ ミラノ発 ボローニャ着	専用車 鉄道	午前：Paulloにある社会的協同組合(A型)、高齢者介護施設 CRM Coop Sociale a rl(R.S.A)、Antonio Musto氏 午後：Medicina Democratica、Dr. Maurizio Bardi 診療所 ミラノ大学 Cascina Rosa で Medicina Democratica 概要 夕刻：ボローニャへ移動、夕食一緒	〈ボローニャ泊〉
④	10月29日	火	ボローニャ	専用車	午前：カトリック教区中心の社会的協同組合、高齢者介護施設 Beata Vergine delle Grazie(Soc.coop. r. l) Antonio Curti(運営管理責任者)、Eugenio Venturelli(理事長) 午後：Societa Dolce(Soc Coop)、社会的協同組合の成年包摂施設 Claudio Cantù、Lara Zuccolo 2人とも成年包摂(integration) 施設エリアコーディネーター責任者 午後：Villa Ranuzzi、有限会社運営の高齢者介護施設 Lorenzo Orta(社長)、Averardo Orta(副社長)、 Edmondo Buscaroli(取締役)、Eugenio DeMartino(老人病専門医) Vincenzo Pedone(医療責任者)、Patrizia Vitalbi(Villa Ranuzzi 運営管理責任者)、他多数 (地元のテレビ取材あり)	〈ボローニャ泊〉
⑤	10月30日	水	ボローニャ	専用車	午前：Ospedale Maggiore マッジョーレ病院 Mauro Goletti 院長、Maria Cristina Cocchi AUSL ボローニャ責任者、 Mino Picoco 118番通報オペレーション・センター責任者 午後：Confcooperativa エミリアロマーニャのダヴィデ・ピエリ(Davide Pieri)氏同行 社会的協同組合 Domus Assistenza(本部モデナ)運営の障害者施設 Gaetano De Vinco(理事長)、他 ラヴァリーノにある障害者作業所兼デイセンター Casoni カステルフランコにある障害者就労支援施設兼作業所 OASI カステルフランコ市長、理事長、他	〈ボローニャ泊〉
⑥	10月31日	木	ボローニャ ボローニャ発 フィレンツェ着	専用車 (分乗) 鉄道	午前：COpAPS、il monte(会食) Lorenzo Sandri(理事長) 午後：ナヴィレ区議会場で医療福祉政策 Massimo Peron(副区長)、Andrea Cuzzani(運営・管理責任者) (途中)Daniele Ara(区長) ナヴィレ区社会センター 見学	鉄道でフィレンツェへ移動(所要約45分) 〈フィレンツェ泊〉
⑦	11月1日 (祝日)	金	フィレンツェ		終日：フィレンツェ市内見学 聖母教会ドウォーモ、シニョーリア広場、(ヴェッキオ橋) ウフィッツィ美術館、サンタ・クロチェ教会	〈フィレンツェ泊〉
⑧	11月2日	土	(ボローニャ) フィレンツェ	(鉄道)	午前：ボローニャ・ポルト区のCentro Sociale Giorgio Costa(社会センター) 全国組織 ANceSCAO について GianFranco Barbi(元副センター長、現運営委員(理事)) 終日：各自でフィレンツェ(ピサ、ローマ等)	〈フィレンツェ泊〉
⑨	11月3日	日	フィレンツェ発 経由地着／発	専用車 航空機	午前：出発まで自由行動、その後、ローマ空港(3時間半) 午後：ミュンヘン乗り継ぎ／直通、帰国	〈機中泊〉
⑩	11月4日	月	成田／関西空港着		午後：空港帰着	

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	パ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。
2008	財政改革

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な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・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終わり、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

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、専門的治療、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μμ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、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國家としての「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、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」、コミュニテイ医師機関、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)、Legge 23 (1996)、Legge 24 (2007)「財政法」

Legge 229 (1999)「SSN 合理化法」

Legge 56 (2000)「SSN 財政法」

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。

(出所) 石塚作成



ポローニャ市ナヴィレ区議会場にて



Societa Dolce のリサイクル作品



Casoni の木工細工の時計と
ビーズ細工のキーホルダー

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 Erbosa 279床
 - ② Villa Chiara 145床
 - ③ Villa Laura 130床
 - ④ Villa Nigrisoli 119床
 - ⑤ Ospedare Villa Torri 2カ所 98床
 - ⑥ Prof. Nobili 86床
 - ⑦ Villa Bellombra 66床
 - ⑧ Ospedare 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頭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 Misssione 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 Misssione 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



sanitare) 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 (COMUUNE 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。



もともとボローニャには運河があった (一部跡地が公園として整備されている)

ボローニャ地域医療視察報告

村口 至

I エミリア・ロマーナ州の基幹病院 救急情報センター

《Ospedale MAGGIORE》ボローニャ市
2013年10月30日（水）午前訪問、巨大ビルの病院の一角にある。

〈救急情報センター〉から案内された。本院600床の脇に建物あり。ヘリポートも備える。施設長の医師（唯一）より説明を受ける。ボローニャ県内100万人を対象とする救急情報センター。年間11万5千件の通報あり、うち9万件に出動する。他に同規模のサントルソラ病院（心臓外科、臓器移植もやる）とで救急センターの役割を担い、州内9公立病院とネットワークを組んでいる。このネットには、救急車40台、ヘリ2台とハイテク情報機器でつながっている。市民は118番で通報する。それをこの情報センターが一手に引き受け、看護師が電話を受け重症度を3段階に分類（赤、黄、緑にトリアージ）し、受け入れ病院を指示する。PC画面には電話受信と同時に電話先の地図が表示され、通報者の症状などの情報を打ち込み、3分類のトリアージを機械的に行い、それをオペレーター（看護師）がチェックし搬送先病院を指示する。

オペレーターは24時間3交代で4チームが配置されている。ドクターズカー対応の医師は12名が11病院に配属となっている。看護師も乗る。1日に200~300件出動する。118番通報から救急車現場到着時間8分、山岳地帯では20分、現場到着から病院搬入まで平均35分。救急車受診は無料であるため、118番の乱用はある。啓蒙活動の上、チケット制でのペナルティを検討している。当面の課題は、救急情報のネットを広げること。患者の日常診療情報の電子網化は将来課題と考えている。

〈マッジョレ病院院長グレッティ医師、マリア女医（老人科、地区担当責任者）の説明〉

〈規模と機能〉州の東西に2つの基幹病院—マッジョレ病院とサントルソラ病院がある。過去には前者は庶民の、後者は富者の病院という評価があった。この地区には他に公立の小規模の特殊専門病院として、整形外科病院、神経・眼科病院と研究所がある。マッジョレ病院の規模：630床+日帰り治療20床、救急、一般、整形外科、産科、小児科、外傷は24時間対応。2012年で、入院3万2千件、うち2.7万件が一般入院。日帰りは4,500件。入院手術件数9,500件、日帰り3,000件、分娩3,100件。病院の稼働の1/3は病院ネットワークからのもの。心臓外科、臓器移植はサントルソラ病院



最初に救急情報センターを見学



この日は整備中で地上にあった

に紹介。平均在院日数8.2日。ベッド稼働率90%強。院長の役割はベッド管理にある。

〈職員〉は、地域医療公社 AUSL (AZIENDA UNITA SANITARIA LOCALE)に所属しており、院長としてこの病院の在籍人数の把握はしていない。公社の全職員8,500人、うち医師1,000人。2年前から病院所属に切り替えつつある。医療費削減政策により、国の基準が住民100人当たり3.7床になったため病床を244床削減した。手術の緊急性を4段階に分け、最重症は30日以内に施行する基準でやっており、医学上の問題はない。病院は公社に属している。予算、人事は公社がやる。院長の主任務は、病院改築計画推進、機能向上、ベッド管理など。医師獲得などの任務はない(公社の人事であるため)。医療改革のテーマは「全ての市民が基本的医療を受けられるよう改革を進めること」。公社の運営費は州から支給される。予算配分はマッジョレ病院45%、サントルソラ病院など他の公立病院や家庭医に51%、予防4%に配分される。2014年公社総予算106,000万€、住民1人当たりの基準で配分される。現在、2基幹病院の協力関係を強め、検査機器の共用、小児科医の重点配置など予算削減に対応している。

〈公立病院統廃合、医療公社新設〉

国は、120床以下病院を病院とみなさない決定をしたため、90年代から地域医療の質を確保するため病院の統廃合を進めている。市の社会福祉課と協力し、閉院にした病院施設を活用し、「健康の家 Casa della Salute」(介護、福祉施設)を県に5か所、ポローニャの4地区に作った。ポローニャ県は6区88万人の人口。90年代以降予算削減が始まっている。92年に医療公社 AUSL がマネジメントのために作られた。以降、予算案策定で医療労組等々の承認を得ることになっている。基本的に2つの柱 ①病院：患者対応 ②公社：市民に対して基本的医療サービスを保証する責任。

〈介護〉費用は州5,000万€、市1,000万€支出している。施設入居者は65歳以上となっているが、現在は希望者が多く85歳以上となっている。10年前には東欧の女性に滞在許可証を与え、研修修了者に自宅介護者としての受け入れが流行ったが、老人の生活文化一食習慣など一の違いによる不評

などがあることや、昨今の不況でイタリア女性の参加に入れ替わっている。子供の施設は0~18歳までで麻薬、移民、暴力事件などが対象となる。

〈地域医療計画づくり〉国、州レベルで作成し、それに基づき地区レベルの計画を作るのに各種団体、組合、協会の各代表者や自治体、首長などが参加する。個人参加はない。市民はいずれかの組織に所属しているためニーズは吸い上げられると説明された。

《感想》

- 1) 公立病院のネットワークで基本的地域医療が形成されている。
- 2) 州の救急電話118番情報を一手に引き受け、24時間体制での救急医療システムは、まさに公立病院のネットワークが保障している。救急車で搬送された場合は外国人も無料を実現している。救急車が現場到着から病院までの平均搬送時間が35分は、日本の救急車出勤から病院搬送平均31分より、かなり長いことになる。
- 3) 公社(AUSL)が、医師はじめ医療人の採用、登録をし、そこで人事管理をしているようだった。よって、医師の地域偏在などの調整ができていのかかもしれない。
- 4) 病院医師数を院長が把握していないことに驚いた。公社に入職し、病院に所属しない専門医による医療の組み立てで、固定した医師体制ではないことが次第に分かってきた。

II 民間病院

1) 《GVM グループ傘下 Villa Torri Hospital》
SSN 参加民間病院、ポローニャ市

2014年3月3日(火) 11:00~12:30訪問

専務(医師)の説明と院内案内

印象：心臓・血管・胸部外科に特化した機能。高機能に比して、建物はこじんまりしたたたずまい。玄関前に駐車している車は、BENZ,AUDI,LEXUS,Jeep など高級車が並んでいる。ポローニャ市の民間病院の第1号で、診療所から始ま

った。2010年全国組織のホールディングに買収され経営が立て直された。

〈規模・機能〉ベッド数98床（一般90、救急8）、年間手術件数：心臓300件、血管外科200件、胸部（肺がんなども）70～80件。買収後4年間で収入が1,100万€から2,000万€に拡大した。常勤医40名、非常勤（フリーランス）60名。州外の全国から患者を伴いやってくる。看護師47～48名、他に補助看（医療資格のないサポーター）11～12名。全職員100名。

医師管理：フリーランスとの契約は、3～6ヶ月で評価し再契約する。手術の平均死亡率が州の平均を超えないことが評価基準。年間給与：高額グループ40～50万€、平均20万€、若手医10万€。優秀な整形外科医の例では年間20日間就労で15万€の医師もいる。

〈経営〉高機能の部分に対して州から年間数百万€予算配分される。全収入の75%に相当。その他は、有料サービス。国民保険以外の民間保険、企業保険などで支払われる。CTスキャン料は120～130€。病院経営の苦労は医師管理であり、医師を含めたチームワークが大切だ。

〈州の監査〉3ヶ月毎に手術やカルテの10%を対象に行われる。リスクマネージャーを置くことを義務付けられている。医事裁判の賠償は病院が払う。医師個人の場合は保険で。

〈国家の経済危機の影響〉

病院への投資額や人員数が減少してきている。新しい技術導入をしても有効活用できない。民間病院の閉鎖や人員整理などが始まった。新卒看護師の80%は失業状態にあるという。

〈SSNについて〉国民保険制度がない時代では良い制度であった。今は、救急病院や検査機関に過度に集中するのが問題だ。家庭医が時間外など対応できていないので、グループを作り時間外も対応する方向が検討されている。SSNの課題：公・民サービスのミックスが必要だ。現在は、公の比重が高く、公の硬直化（人事、手術管理、人員過剰など）がみられる。医師の技術的評価に均一性がない。もっと民間の手法を取り入れるべき。過度に官僚的になっている。民間的管理処方の導入が必要と考える。非営利で医療改革を。

〈GVMホールディングについて〉

全国グループ規模では2番目。23病院・診療所あり。ローマ、フィレンツェ、ミラノなど、ポーランド、アルメニアにも所有する。病院は有限会社、ホールディングは株式会社。医師2,000人（登録医師か）、全職員5,000人。

35年前に企業家が立ち上げた。

2) 《Villa Laura グループ傘下 Ospedale Privato Accreditato》SSN 参加民間病院、ボローニャ市 2014年3月3日（月）16：00～17：00訪問 院長 Walther Domeniconi と、Quality 担当医（女医）、女性庶務課長の3人と懇談。

〈規模と機能〉130床（外科入院7日用43床、5日入院（月～金）用43床。州立基幹病院2つのうちの1つサンドール病院との契約での救急用12床、長期入院32床）。サンドール病院関係で350万€の収益あり。

〈医師、職員体制〉常勤5名（半日勤務）、院長のみ8：00～20：00まで。医師フリーランス150名。他の職員102～112名（看護師35名、社会医療オペレーター（無資格者の支援員・看護助手？）。事務10名。

〈機能〉年間外科手術の80%は整形（膝・股関節）800件、眼科10%、一般・婦人科関係10%。その他美容成形、耳鼻科が少々。手術室5室。

〈医師の労働契約〉3形式：①従業員（院長のみ）

②継続的協力者5人（半日勤務、他の病院掛け持ち前提）③フリーランス150人登録。優秀な専門医の獲得が経営に直結するため、医師獲得は院長の役割。当直医はフリーランス8人で担当。外来：午前 内科医3、外科医1、午後内科、外科各1名。麻酔終日1名。術者は、翌日、翌々日までアフターケアに来院する。外来実績：年間国民保険利用検査10万€300人、専門研修は一般に公立病院で行う。民間病院の専門医研修施設は全国で10病院のみ。

〈年間賃金〉看護師3.5万€（月手取り1700€）、理学療法士2.7万€、清掃2.2万€。医師：常勤（午前のみ）内科3人4万€、2人7.5万€、院長12万€（手取り6万€）。

〈経営〉年間州予算900万€（総予算の60%に相

当)。うち100%支払者分は70万€。州外分600万€(患者2,000~2,100人相当)。経営の黒字化には州外の患者獲得による。つまり、州は900万€分しか医療活動を認めないという建前で経営する。州内患者の手術費の9%が医師へ。州外患者の場合は15%が医師の取り分となる。

〈職員配置基準〉120床に1医師、一般外科では最低3人の看護師または社会医療オペレーター。

〈全国組織〉全国最大のグループ(本部:ローマ)。3兄弟の医師で1948年発足。当初の家族経営から企業化(有限会社)して全国的に発展した。民間が活動する背景として考えられることは、大戦敗戦直後には公務員や労働者は国民保険に加わっていたが、職人や中小企業者は無保険が一般生保であった。ここに、民間病院の活動の余地があった。現在は州の医療サービスの中で民間は20%を占めるが、医療費ベースでは5%にしかない。

〈経済危機の影響〉2010年までは、インフレ率に応じて予算配分されたが、去年はマイナス6%のダウン。

《感想》

- 1) 民間病院の規模は100床以下で、専門特化しているのが特徴
- 2) 民間病院もSSNに参加した形で公立病院との機能的関係を持ち、医療行為の対価として公的に保障されている。
- 3) 上記の範囲(予算規模)の上限が決められていて、それを超えることは出来ないように医療活動に制限がかけられている。
- 4) 医師は「専門医」で、多くのフリーランス“非常勤”で支えられている。外科系で、術後数日の在院日数であるため、問題が少ないのか。我国の実態からは考えにくい実情にある。
- 5) 州外からの患者を伴ってくる「専門医」による手術の収益が経営戦略上重視されている。

3) 《カトリック民間病院 Casa di Cura Madre Fortunata Tonilo Bologna》SSN 非参加、100%民間、ボローニャ市

2014年3月4日(火) 14:00~15:30訪問

大きな建物、玄関も立派。自慢の回廊型の階段あり。正面の大きなカウンターにはイタリア女性

がにこやかに座っている(この光景は、他の病院には見られなかった)。年配女性院長(2年前に公立病院から転入)、中堅男性事務幹部と遅れて加わったトップ尼僧の3人が対応。男性事務幹部が一番多くを語った。その後院内見学。築後60年経たにしては壁、天井がきれいであった。OLYNPASの内視鏡を握った医師と高柳氏が意気投合。

〈発祥〉1892年ベローナに生まれたカトリック「聖家族尼僧教会」運動の施設。社会福祉、障がい者支援、家族支援などから始まった。南米、アフリカにも進出。病院はこの病院のみ。60年前に人権尊重した病院として建設した。

〈経営〉100%民間。SSNに参加すると医療行為に厳しい規制がかかるため、参加していない。SSN参加病院は待機リストが長いことから、民間を利用する患者が増えている。受診者の医療費支払いは民間生命保険であり、その支給率は100%、85%、80%などいろいろだ。病院では赤字を出したことはない。決算は宗教法人全体で行う。「医療費を支払えない患者にはどうするのか」の問いに、返事にやや戸惑いながら「医療費支払い能力のない外国人などには尼組織で検討して対処する」との返答で、イタリア市民の問題ではないかの返答であった。心電図70€、室料(1室2床)で1日350€(含22%付加価値税)。宗教的医療団体ALISに加盟している。理事会なし。利益は再投資や国際プロジェクトへ。現在手術室を増築中。海外に学校を運営している。

〈規模、機能〉入院90人(ベッド180床あるも、1室2床で、うち1床は付き添い家族用、トイレ、風呂付で、日本では特等クラス)。整形外科の水準が高く全国から患者が来る。手術室5、診療室44(内視鏡、エコーなどの検査室も含んでいるか)。標榜科:心臓外科、神経外科を除き全ての科あり。平均在院日数3日。年間外科手術4,000件、入院4,000件、外来7~8万件、売上2,000万€。その他、州外からの患者を伴ってくる医師の手術での売り上げあり。

〈医師・待遇など〉院長のみ常勤。医師は全員フリーランスで200~250人を登録。各科科長は8時間勤務。人件費対策のため常勤従業員登録医師なし。全職員220人。うち看護師70~80人、他に看護

フリーランス15人（夜勤、集中治療室など）。常勤従業員登録では業績に対応した賃金査定できないため、非常勤雇用にしている。患者1人しか見ない医師にはそれなりに賃金査定する。常勤雇用形態では働かない部分まで賃金支給しなければならない。⇒「買い手市場」状態を示唆している？

〈医療プロジェクト〉「小麦アレルギー」「更年期女性」「出産前後家族支援」などやっている⇒我々の言うところの「グループ診療活動」か。

〈経済危機の影響〉民間保険を使った民営病院の利用者が増えている。

*100%民営病院はAUSLの監査対象外とのこと。「評判悪ければ自然に淘汰される」とAUSL職員が平然と語ったのには、びっくりした。

〈感想〉

- 1) 民間生命保険依存の「100%民間病院」が存在する。カトリック系のためか、他の民間病院より構えは立派、施設も日本の大病院的雰囲気である。民間保険契約者であれば、自己負担0~20%で受診できる。入院室料は、日本円で1日49,000円（含消費税22%、1€140円換算）と、我国の大規模病院の特等室並みの料金。
- 2) 優秀な「専門医」の獲得が経営戦略上重視されている。徹底した人事管理=医師評価をし、査定する。
- 3) 開設時を除き、地域の医療公社の監査対象外であることも、我国では考えられないこと。

Ⅲ 家庭医 Medici di Medicina Generale (MMG)

1) 《イタリア全国自律医師組合 SNAMI (Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani)》、ポローニャ市 2014年3月5日(水) 17:00~18:00訪問 幹部 BIAVATI 医師と若手医師 ESQUILINI (契約救急医)と懇談。CGL(労働組合)の大会開催中の会場のホテルの一室で懇談、話が盛り上がったが時間がなく終えた。残念！

組織は1976年設立、組合員はMMG(以下家庭医のこと)、夜間当直医、救急契約医、支援スタッフで構成している。公共部門医師も若干参加あり。

全国に7,000人。県ごとに組織されている。役員任期3年。「右翼」と名指されているが、それはMMGの1人の登録住民は1,000人でなく、1,500人~1,800人に増やすことを提案していることを批判されてのこと。⇒思想が右ということではなさそうだ。2005年のAUSLとの合意書にサインしなかったため、2005~2007年にかけてはSNAMIは交渉参加も拒否されていた。最大の組織FIMMG(会員4倍)は医師1人当たり登録住民を3~4,000人を要求している。彼らは、家庭医は「委託契約」にもかかわらず、登録住民数を1,500人に制限されていることを非難している。この組織は、SNAMIと正反対の立場をとっている。

〈収入〉1人につき月6€で、納税して3€となり生活できない。改善策として、手当を倍にするか、市民の自由選択にするかであろう(登録住民1,000人で年間6,000€、日本円で1,008万円、納税後500万円)。体力的にきついので65歳で辞めようと思うが、年金支給が低いため、70歳まで働くつもり。

〈MMG家庭医活動について〉

予防や治療活動が任務。予防活動は大切と思っているが、予算が少ないため中途半端にとどまっている。糖尿病、呼吸器疾患、喫煙対策などの管理が移されてきた。プロジェクトとして生活様式改善、運動療法などが取り組まれている。この組織のポローニャ市での会員は、一般内科120名、夜間や118番(救急従事)20名。業務のうち診療は20%で70%は書類書き。老人のおむつの処方書きなどもある。という具合で労働条件はきびしい。公立病院の医師からは、「MMGは自由度が高い」と言われるが、現実には、毎日6,7時間の労働をしているうえ、委託契約であるため有給休暇もとれない。電子情報システムは、処方箋を書くとき使う程度。「AUSLでPC、プリンターなど無料で配置している」とのことであるが同一州内でしか使えないこと、入力情報が不十分など予算不足でソフトが不完全なため使えない。患者カード方式を提案するも無視されている。

〈MMG(家庭医)専門研修など〉3年間制。公立病院で2年、MMGの下で1年。医師資格あればだれでも受験できる。エミリア・ロマーナ州の

定員枠50名。週30時間の研修義務あり。生活費は年間11,603€支給されるが、生活できないため30%は途中で離脱する。この研修を企画運営しているのが、規模最大組織のFIMMG（医師組合）が行っている。「利権がらみで閉鎖的」と批判。「MMG医師」になれない場合は、救急118番担当医、救急車専門搭乗医、時間外当番医などを公社AUSLと契約する。これらの医師は、10年間で半数になる。・・若いうちしかできないであろう。

〈医学部入学〉15年前から全国統一入試で成績順に選抜されるようになった。ポローニャ大学入学枠は330人でうち30人はEU圏枠。今日では理科系は入学試験がおこなわれている。45年前（Dr. BIAVATIの入学のころ）理科系高校また専門学校を卒業していれば入学試験なしだった。44年前からどんな高校でも受験資格ありとなった。ポローニャ大学では、入学者が1,100人から3,400人と増えたが卒業時は450人になった。全国統一入試制度になってからは全国で1万人入学し、卒業時には8,000人になっている。医師国試合格率98%、このうち専門医コースに4,500人、そこをあぶれた3,500人はバイト医師になる。よって海外流出（ドイツなど）が多くなり、2009年は半数が外国に出た。学生が多いため教育環境がわるい。解剖は見学のみで（“解剖劇場”と言っている）、卒業まで人間に触れないで医者になっている。メスを手にするのは、医師になって臨床の場に立って初めてということで、「人間を見ない医者」の問題が指摘されている。医学部は全国に50校あり。医療事故対策：保険加入進めている。

〈彼らが挙げた問題点、課題〉

- ・家庭医の社会的評価を高めること
- ・教育の質のコントロール
- ・専門医課程の改善：雇用（研修）枠を増やすこと、理論、実技関係の整理
- ・メカニズムの問題として：一般医が専門医へなれる道を作ること
- ・教育省と医療省がばらばらであり、相互関係での調節を求めたい
- ・国と州知事との会議が年1度あるも、現実の問題が伝わっていない

〈感想〉

1) 医師は厳しい競争の中に置かれている。MMG（家庭医）、専門医の枠が決められているために、そこからあぶれた医師は長期にわたって不安定で労働条件の悪い就業の場におかれる。救急車搭乗専門、休日時間外専門、夜間当直専門などなど。「若いうちしかできない」と語っていた。

2) MMG取得研修期間は勤務医賃金ではなく生活給支給制度であり、生活が苦しく、途中脱落者が30%にもなるという点で、医師サイドから見た「家庭医MMG」制度は厳しいものがある。

3) MMGは、公社AUSLとの委託契約である。正式職員でないために、有給休暇もなし。一日6,7時間の労働のうち70%が書類書きという“事務的労働”が多く、医師として必ずしも満足度の高いものではなさそうだ。

2) 《Medizina Democratica 民主的医師協会》ミラノ市 2013年10月28日訪問

〈MMG（家庭医）クリニック〉民主的医師協会参加医師のクリニックを訪問、Dr. Maurizio Bardiともう一人が迎えてくれた。6,7階立てのマンションが建て並ぶ一角の1階にある。門扉には施錠してあった。もう一人は女医で不在。医師3人で一人当たり1,500人の市民が登録されている。看護師3人、事務員2人のスタッフ。予約制で医師1人1日20人まで、勤務時間は1日7,8時間、往診もやる。土曜は午前迄。地域密着型で、親子代々の関係だ。医療費は無料であり、金銭が介在しないこともあり医師-患者関係は極めて良好だ。離婚騒動などの相談などももちこまれ、家庭に密着している。「金に影響されない医師患者関係」に価値がある。検査は他の機関に依頼している。検査の希望者が多いが必要性について説得しコントロールしている。委託費用は市民1人当たり年間50€支給される。その中から、室賃貸料や人件費を出す。他に市から補助金もある。地域での保健予防の教育活動などはやっていない。その時間がない。クリニック内での患者対応に終わっている。

〈MMG〉資格：卒後に病院での家庭医コース3年後開業試験を受ける。市民1,000人に1名。

〈医師労働組合について〉経済闘争中心で健康問題に取り組まないため加わっていない。医師労働組合は地域保健計画づくりには呼ばれているようだが、最近では積極的でない。医師会は学術活動のみ。登録市民に関する情報・入院、死亡などの情報把握は個々の患者関係からでしかつかめない。市への報告義務は一切なし。「保健カード」はまだ実施されていない。地域患者電子情報システムが導入され、患者情報が入手できるようになった。しかし、まだ不完全だ。

《ミラノ大学医学部研究棟で元教授2名＋Maurizio 医師と懇談》

民主的医師協会は1976年に結成した。行政と関係なし。ミッションは、医療と環境を改善し、全ての人が健康で、それぞれの人が役割を果たせるようにすること。労働災害や有害物質による環境汚染問題に取り組む。国の政策には反対している。1978年に、行政が治療と予防を分離し予防を軽視していることへの批判として、会の名前を変えた。つまり、予防や環境問題へ視野を広げた。1976年セベソ事件：企業が有害物質を投棄し農作物の被害を発生させた。これに反対する取組をおこなった。市民の健康問題では、ポルトアルゲラ（ベネチア）やアスベスト（スイス企業）へ抗議する取組みもある。また労災への取組みも。精神病院廃止の運動の中心を担ったのも、同様の精神科医師たちの運動によった。最終目的は、市民や家庭医を巻き込んで健康を目指す活動をする事。

アンドレア・ミケーリ博士（感染症学専門、がん研究部門に所属2年前に退官）の話：Dr. マッカーラーがこの運動の創始者だ。医療システムのEUでの違いについては、イタリアは医療への市民の参加があった。EUの他の国とは違う。公立の医療は、英、蘭、西、スカンジナビア、北欧で、保険システムは仏、独だ。イタリアは法的には国家が規定し、組織は州が運営する。10年前にイタリア式公的医療システムが強行された。政府は、①コストが安い、②長命になったことを証明しようとしてきたが成功していない。我々は公的医療システムの効率の悪さを検証してきた。公立、民間の区別がないため、医療が、治療と予防に分離してしまった。民間病院は利益追求のため、重

い病気の人は公立へとなる。我々は予防と治療を分けずに行うべきと考え、これに対して批判運動をしている。公立の大病院、市立病院、家庭医との連携が悪くなっている。前は、同じ場所で治療していたが、専門が分化細分化したため問題が多くなっている。長期化する疾患や関連する疾患管理にはよくないシステムになった。支払い方法も患者本位でなくなってきた。検査を多くすることで、3つの危険が生まれている①患者選択の危険、②治療放棄の危険、③不要な検査追加の危険などである。大病院は患者の立場より経営的視点が重視されてきた。儲かる医療は民間へと流れができてきた。がんも民間保険対象になってきた。

〔質疑まとめ〕

〈病院の経営など〉

- ・ロンバルディアには AUSL の病院はない。公立、私立の病院だ。エミリア・ロマーナ州には AUSL の中に病院がある。
- ・公立病院も利益重視になっており、想定した利益がない場合首が飛ぶ人がでる。ただし、欠損益の時は州と国から補てんされるので、民間に売却ということはない。
- ・イタリアの医療制度に問題点はあるが、それでもヨーロッパではよい方だ。国家予算の7～8%を医療に使う。他国は10%くらい使うが、イタリアはよい成績を収めている。医療は国民の権利と憲法で保障されている。

〈ウェイトイング・リスト〉

- ・何ヶ月も待つことがある。民間は職員の待遇が良く人数も多いため待機時間が少ない。しかしここ2年前からは、公立も短期化してきた。理由は、検査チケットが入手できなくなったことによる。検査は自己負担30%（ただし上限1,000€）。

〈医療費負担〉

- ・支払無料は、救急車搬送、家庭医を通しての手術、12歳以下、妊婦、65歳以上、指定難病、失業者、貧困者など。従来から歯科、眼科は無料ではない。薬代は、所得相応の支払いが求められる。民間病院を利用したときは、確定申告で19%が返還される。「自己負担」を「contributo sanitari（一部を協力する）」と表現する。

〈予防と治療の関係—制度改革の評価〉

- ・ロンバルディア州では、USL が、予防、治療、介護を一緒にしていたが、1992年改革でのコスト削減のため分離してしまった。間違いであった。職場で労災が起きないようにする（騒音対策）などで、かつては出来たが。
- ・健康教育活動は、かつてはあったが今はない。エミリア・ロマーナ州にはまだある。
- ・職場環境をチェックするのは AUSL で行う。ここでは、労災の原因を調査する。労災被害金を支払うのは INAIL だ。

〈EU との関係〉

- ・医療受診はパスポートがあれば可能国は支払う。
- ・医療人の国外流出が、流入より多い。

〈当協会の組織と運動について〉

- ・医師や看護師が多いが市民でも入れる。入会は、会費納入と活動参加で認められる。組織の中心母体は小さいが、社会的発言力は大きく、また他の団体のお目付け役となっている。
- ・市民の訴えで工場による環境破壊問題などに取り組んだ。南部のプーリア州、シシリア州では、「Medicina Democratica」によって、市民が意見を言えるようになった経験もある。
- ・医療団体に対しても意見を言えている。家庭医が力を持っている。
- ・精神科病院の廃止運動には、「Psichiatria Democratica」と連携して取り組んだ。
- ・定期刊行物「Medicina Democratica」を3ヶ月に1回刊行。その他出版物が展示されていた。

〈感想〉

- 1) 「MMG (家庭医)」が結集し、大学の進歩的研究者と共同で労災職業病、環境問題に取り組んでいる。わが国での民医連や保険医協会等とイメージを重ねることができる。
- 2) 1970年代半ばにボローニャ中心に全国的に沸き起こった「自律、自治」運動の時期と発祥の時期が重なり、市民運動との結合を特徴としているようだ。
- 3) MMG (家庭医) に、行政との関係で「何らの義務 (報告等)」ないことに驚きを禁じ得ない。
- 4) 帰り際に、教授に「コミュニスタ・パルタ

イ?」と尋ねると「ノー “レフト” “レフト”」と強調された。

IV 《薬剤師 D.ssa Giulia Zini — 薬局経営》 ボローニャ市

2014年3月4日 (火) 14:00~15:00

母親の薬局を継いだ中年の女性薬剤師。通訳の青山さんの娘の友人の親。娘さんが通うテニスクラブの喫茶室で懇談した。自己の意見を明快に語った。薬局関係の話で時間切れとなり、住民としての医療受療体験を聞けなかったのは残念であった。

〈医師への見方〉

医師には3種あり、・家庭医 (MMG)、・公立病院専門医、・フリーランス医師。MMGは、専門性を持たずコーディネーターの機能のみ。予算が厳しい中で、処方や検査指示の自由度が極めて狭く、細かいマニュアルに縛られている。それ以上の処方は専門医に回される。

〈薬剤師の業務〉: 患者の医療情報は患者自身からしか得られない。医療電子情報システムが構築されてきたが薬剤師はアクセスできない。処方箋の疑義紹介を直接処方医に問い合わせする慣習も制度もない。その場合は、公社 AUSL を介して医師へ伝達する。ただし、薬局に併設されている「予約センター CUP」に、予約するとき患者情報を見ることは出来る。家庭医と直接接触することは禁じられている。副作用が出た時は、患者が処方医のところへ行く。

〈薬代のチケット制〉州によって異なる。所得により6段階に区分される。無料対象の6歳以下と低所得者を除いた4段階で利用料が区分される。利用料の上限はなし。癌や心疾患などで「重症」と診断されれば医療費は検査、薬代など無料となる。

〈薬価〉は薬事公社で決定される。国民保険金庫の負担にならないように薬価を抑えられている。一般薬は自由競争で薬価が決まる。保険収載薬より力価を低くしたものが市場に出る。

〈薬局の開局〉住民2,500人に1軒。行政府が決め

る。よって、閉鎖を待つてしか新規開業できない。開業自由化の意見が議会に出されることはあるが、薬剤師も入る労働組合で反対している。薬の販売は箱ごとであるため、患者の服用状況のチェックができにくい。よって、箱出し状態での販売をすべきと意見が出ている。医師との境界線は明確で、それぞれが干渉、介入しづらい関係にある。薬剤師の権限強化を期待している。

〈SSN や家庭医制度について〉理念的に先進的と考えるが、経済的に浪費が多く、州間格差の他に、同一地域でも医療水準やサービスの質の点で格差が出ている。手土産の“こけし”に感激した様子。

《感想》

- 1) 薬剤師と医師の関係は我国と同様に稀薄な関係に置かれている。
- 2) 家庭医MMGの医療行為が狭く規定されていることがうかがえた。
- 3) 薬代が所得に応じた負担比率にあること。専門医が「重症」と判断すれば無料となること（検査料も）などで、現場サイド（専門主治医）での裁量権があることは興味深い。
- 4) 薬局開局も、市民2,500人に1ヶ所とコントロールされていることも興味深い。
同業者組合の歴史的な存在を示しているのか。都市集中や過当競争をコントロールする思想を感じる。
- 5) 市内の薬局に入ると、保険処方コーナーが明確にされており、我国の開局薬局と同じように化粧品や健康グッズのコーナーもあった。日本製の歯ブラシ「GUM」が人気とのこと。

V 《イタリア労働総同盟 医療部》ボローニャ市

2014年3月4日（火）11:00~12:30訪問

5階建ての大きな建築物の中にあつた。県レベルの公共部門労組の医療部門。AUSL、民間、全体担当の3名の幹部が迎えてくれた。州には、2基幹病院（マッジョレ病院、サントルソラ病院）のほかに7つの地域病院、整形外科専門病院、神経専門病院とボローニャ大学医学部病院がある。

組合の役目は、医療の質や労働者の権利を守ることにある。憲法32条には、国民の医療無料サービスがうたわれ、家庭医制度（法833号、1978）、AUSL（法502号、1992）が規定され、そこに民間部分も入った。1999年の各州分権化によって、医療サービスも州間の格差が生じた。1994年法で、病院の支出管理をAUSL（公社）が行うようになってから、民間手法を取り入れた運営となり厳しくなった。それまでは、公立病院の赤字は無条件に州が補填する仕組みであった。経営困難な民間が公立に移管される動きもあった。

〈医療労働者〉2~2.3万人。所属は78%が公的病院、22%がSSN参加民間病院、100%民間病院は僅か。全労働者の40%がこの労働組合に加入。加入は自由意志で組織率は50~60%、公務員が多い。共産党系、社会党系、カトリック系の3大労組がある。その他小規模の労組が沢山ある。過去には政治路線で厳しく対立していたが、今日では協調的にやっている。ベルルスコーニ首相時代には、共産党系労組は排除され、民営化を強引に進めようとしていた。

〈労働契約3種〉①医師 ②大卒資格者（弁護士、会計士）③看護、介護、清掃員など。エミリア・ロマーナ州の医療労働者は61,000人、そのうち医師9,100人、医師の組合参加率は他のEU諸国の2倍で高い。医師の組合加盟は従業員契約の医師である。「家庭医MMG」はAUSLとの委託契約関係—公的資金の雇用関係になっている。業務は楽で優雅に暮らしている。医師の組合には部長クラスの組合、放射線技師の組合など細かくある。

〈地域医療の取り組み〉3つの主体（州、AUSL、労組）が一体となって取り組むことを重視している。労働条件の悪化でサービス低下を防ぐこと。歴史的に、民と公での労働契約がちがう。労組としては公に統一することを課題にしている。「地域医療計画」作成には、決定する前に意見を聞かれる。委員会への参加はない。1990年代に、州の医療機関再編は終わっている。よって近年の120床以下病院閉鎖の政府指示の影響はない。この決定は、「指針」で強制力はない。州自身に具体化が任されている。3つの主体では、労組のイニシアチブが強い。

〈労組の3大課題〉第1に2009年に労働契約に関する交渉が2017年まで行わないことが決められた。その交渉の早期再開を目指す。第2に経済危機の影響。州の財政困難でカットされた2,700万€に対する取組。医療システムサービスの再編の問題。「健康の家」構想の実現—公的サービスであるMMG制度の見直しとして位置付けている。簡単な検査や外来手術などもやれるようにする。州の基幹病院マッジョレ病院の年間受診者60万件の30%は病院でなくとも良いとされており、その部分に「健康の家」が期待されている。すでに州には数か所できているが、ボローニャ市にまだなく数か所予定している。第3に3つの政治主体（AUSL、医師、労組）の協力で医師の待遇改善などの課題がある。

〈民営病院について〉労働契約の自由度が高い。SSNに参加している民営は州から厳しく監査されているが、自由化の方向が強まっている。労組による労働条件交渉は法律にのっとって行う。看護師の賃金格差は民は公より15%低い。

〈公立病院〉救急医療を担う。

〈フリーランスなど労働契約〉公立にも医師のみでなく、看護師、技術職にもフリーランス契約者がいる由。その他「協力者契約」として、「〇〇プロジェクト」参加などあり。人件費対策として公でも広がっている。医療の質、安全性、病院管理などの点から望ましくないと考えている由（同席女史の発言）。

〈社会的協同組合〉について。当初は良い役割を果たしていたが、市場競争の中で企業的な色合いを強めてきた。A型は大規模化で問題が多くなっている。B型が本来的協同組合の性格を維持している。

〈地域医療、保健政策の専門家〉を紹介してほしいと要望したことについては、大学の研究者は亡くなっている。今は市の部長がおすすめの返事だった。

〈階級闘争—資本との戦い〉について。本来の意味での「資本との戦い」の歴史はイタリアにはなかった。との答弁であった。何かあつけらかんとした感じであった。政治的には多様化している。憲法が保障している「医療の普遍主義」を守る、

民営化反対の闘いなど重視している。

《感想》

- 1) 民間病院の医師のフリーランスが多いことに驚いた。医師も看護師も「フリーランス」が多いことへの「医療の安全性」の問題意識はあるが、「本来的医療の在り方」などの運動の政策的課題にはなっていないようだった。
- 2) 公立病院の職員が公社に一括所属しているためか、公立病院の閉院から「健康の家」への転換では、「新しいモデルを実現するのは労組の使命」というとらえ方で協力してゆく立場であった。住民を組織しての地域闘争などの組織課題は感じられなかった。つまり、地元で市民と「公立病院閉鎖反対」で闘うことが出来難い仕組みや戦略課題の設定になっているように覗えた。
- 3) 地域医療制度や社会保障政策に関する根本的な問題意識を聞き出せなかった。

国家経済の危機に対する社会保障や地域医療を守る国民レベルの運動の課題設定など、語りの中に出てこなかった。

VI 《ボローニャ県 AUSL》訪問。ボローニャ市

2014年3月5日（水）9：30～11：30訪問

元精神病院であった建築物の正面に「OSPE-DARE PROVINCIALE RONCATI」の表示あり。その中のDirezioe Dipartimento Cure Primarieの表示のある部屋（広い廊下の突当りに大きな机が置かれている）に案内された。

プライマリケア部門の責任者ロベレ女医、総務責任者ギアンキーニ女史（MMG担当）の対応あり。資料（カラー220ページの2012年報告書—毎年県の地域保健関係報告）の他、家庭医と国、県の契約合意書コピーを我々のために用意、特別のカバーに挟んで準備万端であった。

〈AUSL〉1978年SSN法によって設置された。当時は州に17あったが2014年からは11の県に11カ所に減り、更に東部の4県を合併して現在8ヶ所になっている。業務：国レベルの3ヶ年計画に基づき、州、県、市という形で順次目標を具体化して

ゆく。州が県の AUSL 最高責任者や医療部門、総務部門の責任者を任命するというように上から整備されてゆく組織である。医療部門の中の病院部が公的病院の管理にあたる。薬剤部は、病院と市中薬局の管理をする。組織図：詳しい説明、職員数は資料に掲載されている由。

〈予算配分〉県の収入予算の90%は国、10%が州。基準は全人口や老人人口比率などで分配される。1人当たり年間1,600€。予算執行は予防4%、病院45%（かつては50%超えていた）、MMGと精神衛生に50%配分。州や県で自己完結する思想はない。外部からの患者流入が一定の比重を占めていることは、民間病院の経営からもうかがわれた。

〈従業員契約〉全従業員1,200人、うち医師（MMG 600人、公立病院専門医200人）その他委託契約医200人。

〈MMG 家庭医〉現在市に600人委託契約。1978年 SSN 改革以前は、自由診療で儲けのために地域を御用聞きのように回り収入を増やしていた医者もいた。MMGは2種類あり。小児科家庭医：0～16歳児、800人登録が基準であるが、1000人までOK。一般医：住民1,000人を基準にしているが、平均1,200人登録になっている。医師組合は1,500人を要求している。MMG 専門コース：卒後医師免許取得後3年間のコース（最初2年間公立病院、1年間はMMGの下で）。募集・倍率：毎年3,9月に州から問い合わせあり4月に州レベルで募集される。昨年のボローニャ市の倍率は5人枠に70人の応募あり。採用評価基準（点数化）にペーパー試験の他に、医学部卒業成績、専門性、MMG 代理経験、居住者か、他地区でのMMG 経験の有無などいろいろ評価の対象となる。モデナ地区では、応募者の30%が他地区経験者である。定年70歳、現在平均年齢60代になっており、近未来には大量退職で大量募集することになる。収入：登録住民1,200～1,300人で月に7～8,000€。医療活動実績や往診数、住民教育、健康プロジェクト参加なども評価の対象になる。

義務：月～金 8：00～20：00、土 8：00～12：00、8：00～10：00は電話対応でもよし。診察は、午前か午後、あとは往診（退院直後患者、死亡直前、慢性疾患在宅者など）、他にワクチン接種、健

康教育活動など。拘束時間以外はフリーランスをやってもよい。専門医資格を持つ医師は有利。研修：年間40時間義務（国の規定）、研修企画は AUSL で行うが、その企画などをオーガナイズする医師は高く評価する。症例検討などもある。公立病院の医師との関係は必ずしもよろしくない。患者は専門医の指示に従うが、MMGの言うことを軽んじる傾向があるなどもあり、相互の関係の改善は必要と考えている。診療の診断・治療計画のプログラム作成にかかわる事項など医師の話し合いの場を作っている。

〈AUSL の今年度地域医療主要課題〉

①管轄居住者は、管轄内の病院に入院するためにするための施策 ②受診者の複数個所の専門医受診を、患者の立場からできるだけ少なくなるように病院専門医が調整する仕組みづくり・・・専門医のところで調節を（予約センター CUP は、開局薬局内に設置されていることが多い。予約1件ごとに手数料を出している。） ③ quality を高める：在宅医療など、複数の関係者がかかわる医療・介護でのチームワークの改善。医師、看護師などのミーティングの時間を合わせるのに苦労する。〈職員数一資料参照〉2012年総数14,380人（2011年14,651）うち、AUSL 8,223人（8,419）、サントルソラ病院4,916人（5,039）、整形外科専門病院1,241人（1,193）、医師2,177人。看護師5,995人。

〈その他〉

病院との関係：・公立病院であっても、長期入院者、リハ患者調査などの協力が得られない。・SSN 加盟民間病院は、4年に1度認可要件調査を行う。

・100% 民営病院の監査はない。理由：質などについては市民が評価し、悪ければ倒産するので淘汰される。

〈印象〉

1) AUSL は、地域保健の運営機構であり、その管理指導をすることで。毎年200ページを超える報告書「BILANCO MISSIONE di 2012」（2014年3月入手）を出している。積極的な広報活動が覗える。

2) 我々の関心ごととも手伝い、話の多くは、「MMG」に関することになった。MMGをどう機能

させるか、結集させるかに苦労しているようだ。
3) 国の予算削減を上から下に向かってギリギリと攻め寄っている組織としての印象が強かった。国家からの自立・分権した地方自治の歴史と伝統がそうさせるのか、上からの官僚統制が、医師の自由裁量権を狭めているようにも見えた。上級組織にあたる州本部（SSN）の視察も必要であった。

Ⅶ お産の経験：イタリア人と結婚して1.5歳児を持つ日本人の経験

F女史、在留7年。居住地：レッジョ・エミリア州 Reggio Emilia レッジョ・エミリア県（13万人）、ルビエラ市 Rubiera（1.5万人） ボローニャから鉄道で30分の距離。

〈出産など〉医療費は無料、分娩入院は4日間（一般的には3日であるが、大量出血で輸血したため）。

〈周産期〉破水を疑い家庭医（Ambulatoria）を受診し、病院を紹介され妊娠の診断でCUP（通称カップ）を訪問し登録、同所内にある家庭診療所（Consultorio Familiare）で助産師による妊婦検診や周産期のつわり指導など教育を受ける。週1回（10時～12時）通い数名妊婦のグループで質疑、授乳指導、食生活指導、質疑や、ヨガ、音楽での瞑想体操など行う。内診や指導は助産師が行う。出産に良人立ち合い可。沐浴制度あり。産後は1年間通って指導を受けた。産前には3回病院でエコー検査を受ける。この間全て無料。高齢出産やダウン症などの羊水検査（希望者）は病院で行う。検査料は公立でも、有料、無料いろいろある。

ここでは、子宮頸がん検診（25歳～64歳）を3年に1度実施、助産師による。

〈CUP Centoro Unico Prenotazione〉予約センターと訳されるが、保健所のような機能を持ち、市民もカップと呼称している由。

家庭医から出た病院紹介状を持って訪問し病院の予約をする。予防注射、家庭医登録や変更、保険証発行、採血などもする。この建物内には、家庭診療所や小児科診療所（常駐小児科医）が同居

している。このCUPは、USL、ASLと同じものと言う。小地方都市の形態かもしれない。

〈薬局〉休日当番制あり。店内には、日本と同じく化粧品、歯ブラシなどの保健用品（サンスター、GUMなど高価な日本製品に人気）。処方箋とともに「保険証」（プラスチックカードに基本情報が入力されている）を提示する。薬品によっては有料と無料に分かれ、肌荒れの軟膏など生命に関わらない、医学的に重要でないものは有料になっている。支払った医療費は、年末に税控除の対象になる。風邪でかかった時は、40セント×7日間支払った経験がある。

〈老人福祉〉義祖父はすでに死亡。近在の義祖母は一人暮らし。今は介護対象ではない。知人の話では、施設入所希望であっても見積もりが高額でありその段階で諦める人が多い。普通の家でも東欧の女性やイタリア女性の家政婦、ベビーシッター、老人介護など、家庭で雇っている例が多い。

〈家族みたいな関係〉重要な人間関係の表現として使うことが多い。日本では“友情”“親友”など友との関係の表現が多いが、Famigliaのつく組織・機関名が多いので聞いてみたところの返事。イタリアは子供を大事にする風潮が強い。街を子連れで歩いているときに、駆け寄ってきてかわいいと手を差し伸べてくれるなどよく見られるという。

〈家庭医〉1人当たりの診療時間は5～10分、身体状況以外の事を話題にされることが多い。先客は数名で待たされることに苦痛を感じたことはない。予約制ではない。処方箋を発行する。病院の紹介状発行では、宛先に病院名での紹介は基本的にない。CUPを訪問し、そこで病院の予約をする。開院時間：9：00～13：00、16：00～19：00。家庭医の車は見たことないが、フェラーリなどは超金持ちのことで開業医はそこに入らない由。

《感想》

1) 地方の小都市では、かつての日本の保健所機能をグレードアップしたような施設が存在していることが分かった。小児科医の常駐、常駐助産師による周産期指導など大変参考になる学ぶべき事例である。

2) 日本の医療制度を知る者にとっても、医療に関しては特に問題を感じてない由。

Ⅷ 《ローマ市内日本人開業医》と懇談

2014年3月7日(金) 19:00~21:30 日本料理店「寿し千」(回転すしコーナーもあった)で会食した。神田生まれ、商社勤務でローマに駐在した。ローマ大学医学部を12年かけて卒業、入学時100人の同世代で、同時期に卒業したのは2名だった。卒業後はローマ市内で開業し、在留邦人や地域を対象に診療をしている。患者の邦人の比は20%。妻は、画家として芸術活動をしている。東京でも個展をやっているとのこと。開業の体験範囲しか話が展開しなかった。日本の保険医療制度との比較論を展開。

〈氏の問題意識：日本の医療制度について〉

①医師の自由度を制限し医療費をコントロールするやり方の限界が来ている。日本は、イタリアのような自由診療との混合診療制を導入すべき。

〈その他いろいろ〉

②イタリアの「フリーランスが多いなどの医師過剰」は、入学者が多いこととの関係は否定。入学制度が悪いとは感じていない様だ。卒業までに淘汰されるのでとのことか。

③国は医師免許で医師数をコントロールしてはいないようだ。

④医師会は保守政党を支持しているが、ロビー活動はやらない。存在感はない。

⑤カトリックの歴史的役割、存在が多くに影響していることを強調。底辺層の救済など。イタリアの政治や文化、地域制度を見るうえでカトリックの影響は大きいとの指摘。

⑥医学教育：進級・卒業試験の難しさ。すべて口頭試問形式。

⑦12年かけて卒業し、「家庭医」などの登録経験や病院勤務経験もないためか、地域医療のシステム等についての具体的な問題意識は聞けなかった。AUSLの機能などは、地域によって異なる。地方の小さい自治体では、保健所機能や保健サービスの実態を持った機能を持ったところもある由。

⑧在欧日本人医師の会を始めた。年に1回集まる。情報交換や、在留邦人の医療相談応需体制を作った。週間曜日を決めて、専門分野別の担当医師を決めている。邦人の多い疾患は精神科領域だ。

⑨観光案内の佐藤女史による評判・・・医療費が高いなどが在留邦人の評判はあまりよろしくないとのことだったが、車移動中にかかってきた電話の相手は、公立病院の勤務医であり主治医をやっているとのこと。地元医師からの信頼は厚いようだ。

【まとめ 3点に絞って】

全般的に

- ①憲法に国民の受療権を明記しているすごさ、国民の決意に脱帽する。
- ②それを保障すべく、行政機構改革で医療システムを構築したその結果を総括する時期に来ているようだ。
- ③今日の国家的経済危機が、地域医療制度や国民の受療権にどのように影響し始めているか注目したい。
以下3点について論点整理したい。

1 地域医療の構造と制度改革について、国家経済の危機の影響

- ①地域医療制度を官僚の主導で構築し官僚組織(SSN、AUSL)で管理運営している。それを可能とする要因として医師、看護師等を直接採用し人事管理していることが考えられた。国家の計画に合わせ「地域医療計画」を3年ごとに州、県、市と逐次段階的に見直しを図る。
- ②公立病院が全州的に配置され、基本的な医療が保障されている。家庭医を含め、医師の偏在はないという成果を上げている。無医地区はない。
- ③AUSLによって、当該地区の健康状況、公立病院、家庭医などの医療体制の情報が毎年報告書にまとめられ発行されている(市民への情報公開)。

2 「家庭医」「専門医」制度と民間病院

- ①医師の「専門医化」が徹底され、技術分業が一般化していることから派生する問題を感じた。
その結果として現場は「フリーター医師」が主役という状況が作られている。医師-患者関係は安定的にできるのか。我国に比して医療現場では、医師の数に比して看護はじめコ・メデ

ィカルワーカーが極めて少ないことなどから、患者のサポート体制が心配だ。

- ②フリーター医師が支えている地域医療の問題。民間病院勤務医師はフリーターで構成され、掛け持ちしている。医療管理、病院組織作りなど問題が大きいと感ずるが、当事者にそのような意識が強くみられないことが理解できない。夜間、土曜午後・休日、救急車搭乗医などなど、フリーター医師で重要な部分が支えられている現状がある。
- ③「家庭医」の自己満足度の地域差が大きい。他からの評価も大きく食い違っている。病院医療がフリーター専門医で成り立っている状況では、患者－医師の固定関係は「家族医」の役割と思われるが、そのような存在になっているようには感じられなかった。
- ④「家庭医」「専門医」など、それぞれ“医師の裁量権”が狭く限定されているようだ。これは、官僚の強いコントロールの反映かもしれない。むしろ、合理性、効率性を阻害しているように感じたが。
- ⑤医師への厳しい評価、賃金査定がある。それによる医師の賃金格差が大きいようだ。他国への流出なども少なくないなど、「医師過剰」現象というべきか。経済危機の表現なのか。

*今日、我国でも「総合診療医」の新設など「専門医」制の“実態”づくりの動きが強まっている。イタリアの現状から多くを批判的に学ばなければならない。

3 医療費を巡って

- ①公立病院は、入院、外来医療費は原則無料。薬代や検査料は収入に応じた負担がある。民間病院もSSNに参加することで、その契約した機能の範囲では、無料となる。民間病院の公的性を部分的に担保する仕組みを作っていた。病院の主治医が「重症」と判断すれば、検査や薬代が無料になるという制度は興味深い。
- ②国家の経済危機は、公的病院の閉鎖⇒「福祉施設」「総合診療所」などへの転換や、予算不足で「予防」活動の制限として表れている。外国人を含めた、救急医療やお産への無料制度の見直しの声は国民から出ていない。一方、福祉施設の入居基準が65才以上であるが現実には85才以上になっているなど介護・福祉施設の厳しい状況がある。
- ③医師のフリーター化の背景に、医療費問題が見え隠れする。専門性を重視し、厳しく査定することは病院経営の厳しさの現れと感じた。

カッシーナ・デル・ロンコおよび カッシーナ・コルテヌオーヴァ

高山 一夫

10月28日の午前中（現地時間）、ミラノ県パウッロ市（人口約11,000人）に立地する高齢者介護施設カッシーナ・デル・ロンコ（Cascina del Ronco）、および同じ敷地内の高齢者住宅カッシーナ・コルテヌオーヴァ（Cascina Cortenuova）を訪問した。両施設は、医療・介護や保育などを担うA型社会的協同組合である、CRM コープ・ソチャーレ（CRM Coop Sociale）の事業所である。対応してくれたのは、理事長のアントニオ氏、サービス責任者のパウラ女史、施設責任者のマッシモ氏、また看護師や理学療法士を派遣する業務を担当しているラウラ女史とアルマ女史である。

視察では、まず食堂にて施設や事業の概要について説明をうけた。母体であるCRMは、1985年に設立され、65歳以上の高齢者を対象とした入所施設（22床）、デイケア施設（30人定員）、高齢者住宅（アパートで16室、各室2床）、訪問介護・訪問リハビリテーション（理学療法士が実施）を営むほか、障害ある18歳以上の若年者のケアも行っている。組合員数は480名である。CRM コープ・ソチャーレの組合員になるには、出資金として51

6ユーロを拠出し、それとは別に133ユーロを寄付する必要がある。同組合は労働者コープであり、従業員は全て組合員であることから、職を求めて組合員となる者も少なくないとのことである。ただし、訪問先の施設の従業員（すなわち組合員）は、基本的には医療・介護の専門職者に限られていた。医師も組合員であるが、かつてはムッソリーニの時代の法律により、医師、弁護士、エンジニアは協同組合の組合員になることが長らく禁じられていた経緯があり、理事長のアントニオ氏も医師でありながら、診療に従事していないとのことである。

介護施設の利用に際しては、介護を必要とする市民がまずパウッロ市役所に相談し、市役所から本施設が紹介される仕組みである。ただし、紹介された施設を利用するかどうかは市民の自由であるため、そこに施設間の競争が生じるという。施設入所者の負担は、介護の程度や所得水準によるものの、1日100ユーロ程度とのことであり、決して安くはない。ただし、ロンバルディア州が費用の一部を負担しており、低所得者に対しては、ミラノ県やパウッロ市からの補助がある。



写真① 中庭からみた外観



写真② 施設内の様子

施設の所有者はパウッコ市で、組合は市から借りている。ヒアリングでは、訪問した介護施設、デイケア施設、そして高齢者住宅は、ひとつの建物内に開設されており、その点がユニークだと強調された。

待機者リストについては、他よりも費用負担が高めであるためか、施設の入所待ちはないとのことである。在宅を希望する者は多いものの、家族の負担や手間のためか、以前よりも減ってきたようである。

施設見学では、1階の共同スペース(理学療法、リハビリ室)、診療室、お風呂、霊安室、集会場、食堂、2階のナースセンター、アルツハイマー入所者の居室、食堂などを拝見した。続いて、高齢

者住宅(アパート)部分に移動し、集会場、個室などを見学した。

施設の外観はなんとなしに厩舎を思わせる造りであり、しかも施設近くに広大な牧草地が広がっているためか、それらしい匂いもかすかに漂っていた。ミラノという大都市(人口120万人)の郊外に立地する、非常にのんびりした環境である。最初の訪問先ということで、それなりに緊張して構えていただけに、ふっと心が和み、夜の食事とワインに期待が高まったことを覚えている。施設内の随所に飾られたキリストのレリーフや法王の写真を見かけるたびに、イタリアに来たのだと実感を新たにした。



写真③ リハビリ施設



写真④ 施設の外観。建物は役所と連なり、三部構成(入所施設、デイケア、アパート)

C.R.M.		RSA "Cascina Cortenuova" - Paulo				
ORARI DI FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO						
Direttore Generale	Musto Antonio	Su appuntamento				
Coordinatore del Servizio	Saccò Massimo	Dal Lunedì	Al Venerdì	dalle ore 09.00	alle ore 12.00	
				dalle ore 14.00	alle ore 18.00	
Responsabile Sanitario	Dott.ssa Ghiana Domenica	Ricevimento familiari - su appuntamento	Dal Martedì	Al Venerdì	dalle ore 09.00	alle ore 12.00
			Il Giovedì	Il Venerdì	dalle ore 11.00	alle ore 12.00
Medico di Struttura	Dott.ssa Rubini Giovanna	Il Lunedì	Il Mercoledì	dalle ore 12.00	alle ore 14.00	
Reception			Dal Lunedì	Al Venerdì	dalle ore 08.00	alle ore 20.00
			Il Sabato	la Domenica	dalle ore 09.00	alle ore 17.00

写真⑤ 高齢者施設の担当者のいる時間

イタリア・ミラノの家庭医訪問

—STUDIO MEDICO BARDI MONTANI SUTTI—

小磯 明

2013年10月28日、イタリアのミラノで、午後1時半から1時間ほど、Bardi先生ほかからイタリアの家庭医についてレクチャーを受けました。診療所は普通の高層住居の1階にあります（写真1）。看板などがあるわけではなく、ひと目みただけではどこが診療所なのかまったくわかりません。私たちも場所を探すのに苦労しました。参加者は、吉中先生、村口先生ほか私を含めて6人でした（写真2）。



写真1 マンションの1階にある診療所



写真2 診療所でのディカッションの様子

1. Bardi先生ほかからイタリアの家庭医について説明

医師1人に対し1,500人の患者さんを担当

Bardi先生は、「診療所はシンプルだし、診療地域もそんなに大きくありません。皆さんはイタリアの医療システムをご存知ですか」と話しはじめました。イタリアでは、医師1人に対し1,500人の患者さんを担当します。Bardi先生たちの診療所は3人の医師がいますので、4,500人の患者さんを担当します。それと、診療所には看護師が2人と秘書が1人います。

通常は予約制で患者を診ます。診療所が開いている時間は1日に7～8時間です。通常は、朝来たら夜帰るということです。しかしこれは、「オフィシャルでは」ということで、もちろん何か緊急のことがあれば別です。土日は、土曜日の午前中は開いています。土曜日の診療はすべての家庭医がしているわけではありません。ASL（アズル）が、「土曜日開けてくれる人はいませんか」といつて募るそうです。

患者が調子が悪いと思ったら、最初にかかる医師はBardi先生になります。最初から専門医とか大きな病院には行きません。まず、家庭医に診てもらいます。ただし、本当に緊急の場合はもちろん救急病院に行きます。この診療所には3人の医師がいますが、ミラノには1人で診ている医師もいるので、その場合は通常開いている時間がちょっと短いそうです。

家庭医は地域に密着していますから、患者さんとのふれあいが多いそうです。親の代から診ているということも多いそうで、体だけ診るのではな

く、「この人はどこに住んでいるとか、どういう仕事をしているか」など全部わかるようになります。普通に、単純に体を診るよりも、それ以上のことを知っています。

医療費は無料

Bardi 先生のところに来る患者さんは、ここでお金を払いません。無料です。お金のやり取りはないですから、地域密着型で非常にいい関係を保てます。例えば患者が病気になってここに来たら、1回来ようが5回来ようが何回来ても無料です。

Bardi 先生らの目標はなるべく患者を診ないことです。「患者が何回来てもお金を払わないなら、医師らの生活費はどこで稼いでいるのか」という当然の疑問が浮かびます。答えは、「患者さんは政府に税金を払っています。その税金から彼らはお金をもらっているので、1人の患者さんに対して点数制で、いくらとかが決まっています政府からお金がきます」です。

しかしイタリアの場合は、大病院ではお金を儲けなければいけないそうで、そっちの方がやはり問題が出てくるといいます。家庭医の医師は政府から給料をもらえるからいいですが、大病院の場合は、患者というお客さんが来て、どういう治療をしたかによって収入が変わってくるので、色々問題が多いそうです。Bardi 先生らの場合はお金が関係しないから、例えば医者の方から「心臓音とか肺の様子を診たいから2日後にもう一度おいで」とか、「もうあなた元気だから来るな」とか、そういった自由なことが言えるそうです。

例えば今の患者たちは検査が大好きで、というより検査が重要だと思っているので、「あなた検査しなくていいよ」と説得するのが難しいそうです。患者が血液検査をしたいとここに来たら先生と話をします。そして「どうしても検査がしたい」と患者が言ったら、「じゃあ、しょうがない」ということになるわけです。しかし、ここで検査をするわけではなくて、やっぱり病院にいかなければいけません。私たちが不思議そうに「血液検査も病院ですか」と聞くと、「緊急の場合を除いて血液検査をしたいと患者が言ったら、書類を書いてもらわないといけない」との答えでした。

予約患者は1日20人

3人の医師で仕事をしていますが、毎日3人が朝から出てくるわけではありません。1人が朝出とか1人が午後出とかするそうです。Bardi 先生は「郊外の街だったらわりと大きなスペースで10人一緒にということもできますが、ミラノの場合にはそれはなかなか難しい」といいます。「クリニック全体で1日に診察する患者は何人くらいですか」と質問すると、「1人の先生当たり予約してくる患者は20名くらいです。お年寄りで動けない方には往診もします」との答えでした。「往診の場合もお金はとらないんですか」とさらに質問したところ、「往診の場合も一切お金はいただかない」とのことでした。例えば20歳の若者が熱があると思ったら、タキピリーナという解熱剤があるので、「タキピリーナを飲んでここに来い」と言うけれども、「高齢者はそうはいかないので」と言いました。

薬も診療所では出しません。40度の熱があると思ったら、先生が書いたくれた処方箋をもって患者が薬局で買います。ただし、注射はここで打ってくれることはあるそうです。「薬局に行って薬を買う場合の自己負担はどれくらいですか」と聞くと、「薬にもよりますが、抗生物質みたいなものだったら、処方箋をもって薬局に行くと箱に10ユーロと書いてあっても、患者は2ユーロでいいそうです。残りは政府が援助する」といいます。

「政府からお金がくるといいましたが、1,500人の1人当たりいくらですか」と聞くと、「Bardi 先生が1,500人の患者さん、ほかの医師が1,500人の患者さん、それでももらうお金はいっしょですから、1人当たりいくらではありません。例えば僕（Bardi 先生）は1日に10人診察し、ほかの医師は0人、それでも同じです」とのことでした。その上で、「1人当たり」で計算すると、1年で1人当たり50ユーロです。「50ユーロ×1,500人」です。ただし、50ユーロもらったとしても、全部が医師たちの懐に入るのではなく、家賃だとか看護師さんとかに、そのお金から払わないといけません。援助金みたいな形で秘書を雇う、看護師を雇う、それから土曜日に開けるということで、ロンバルディア州から別に少しお金が入るということでした。ほかの州でも同じだそうです。

クリニックを自由開業できるわけではない

「1,500人は平均だと思うけれども、1人当たりだとどれくらいの方が登録されているのでしょうか、それからクリニックの開業は自由ですか」と聞くと、「多分1,500人よりちょっと多くもっていると思います」との答えでした。「クリニックの開業は自由か」という点に関しては、「患者さん1,000人に対して医師1人と決まっているので、人数制限があります。そういう場合は試験みたいなものをやります。登録して家庭医としてやれるかどうかの試験です。あと例えば、医学部を卒業したからといって、いきなり開業医になれるわけではありません。ここ最近の5年くらいは、医学部を卒業したあとに、家庭医・一般医になるという3年間のコースを修了しなければいけないそうです。それ以前は、「どこどこの病院で働いたとか、スペシャルな病院（専門医）で働いたとかで点数をもらって、点数が多ければ多いほど医者の方のランク表があって、上に上がって行く仕組み」だったそうです。

患者が医師を選ぶときに、保健所に行くリストを見せてくれますが、それは優秀な先生から順番に書いてあるわけではなく、アルファベット順に書かれています。「担当の患者さんたちが病気になるための教育活動・保健予防活動はしていますか」と聞くと、「患者が来たときに病気になるようなアドバイスはするけれども、それ以上のことはやっていません。そういうことに対する準備はないので」との答えでした。

イタリア医師会の活動

「州政府が医師リストを作るときに、医師側団体は何か働きかけをするのでしょうか」と聞くと、「基本は労働組合であって、とくに医師会がみんなで力を合わせてとか、そういうことはない」そうです。「どこの労働組合に入っているのですか」と聞くと、「入っていません。労働組合は経済的な面しかみていないので、僕達が入っていません。経済的な動きに対して効果はあるけれども、健康や医療には彼らはほとんど目を向けていないように見えるから加盟していません」とBardi先生は言いました。

「イタリアの医師会はどういう活動をしているのでしょうか」と聞くと、先生は「医者が集まって患者さんのために何かするというよりは、医学と科学の向上とかそっちのほうをしています。少数の医者で地域医療に関して活動している医師はいくはないけれども、そうした医師が上のほうにいくほどの力はありません」と述べました。

Bardi先生と一緒に働くもう一人の医師は、「イタリアでは、他の国と比べて医学を科学的に進歩させようということはない」と言います。「他の国だったら『血液検査を年に1回しろ』とかいうけれども、ここではそんなことはない」と言います。そのかわり、家庭医の人たちが患者さんをよく知っているわけです。「例えば、奥さんと旦那さんが離婚を調停中といった場合に、奥さんは誰に相談に行くかという、家庭医に相談に行きます。そういうことは非常に重要なことで、今の時代は誰かに話を聞いて欲しいときに、話を聞いてくれる人がいない、そういうときにお医者さんと話すというのは重要なことです」と述べました。

情報を行政に報告する義務はない

老人の介護が必要になったときに、福祉関係のコネクションはどのようになるのか。

高齢でもう動けないので、家においておくのもう無理だとなった場合、ほかに家族とか誰もいなければ、もちろん家庭医らが社会福祉のほうに連絡をとるけれども、例えば奥さんがいたり家族がいたらそちらに連絡を取ります。

「1年間の病気の受診状況とか病気の発生状況とか、そういう情報を行政に報告する義務とか、行政に対する義務とはどういうことがあるのでしょうか」と聞いたところ、「必要ありません」との答えでした。「この仕事にはコントロールが無いんです。上からのコントロールはないかわりに、患者さんは嫌だったら医者をすぐに変えられます。イタリアのシステムは非常にいいシステムと評価されているはずですよ」と述べました。

「地域医療計画をだすときに皆さん方が参加する機会がありますか」と聞くと、「ASLは通常何かをするときは医師の労働組合と話します。ただ今日の問題としては、そういうことをやっても参

加者が少ないです」との答えでした。また、「保健地域医療ですが、日本ですと学校医という制度がありますが、ここではそういう制度はありますか」と聞くと、15年前20年前には学校に先生（医師）が来ることはあったらしく、Bardi先生も若い頃10年くらい学校医をやったそうです。しかし現在は学校には医者はいません。幼稚園でそういうところもあるけれども常駐ではないそうです。

患者の具合を判断することが家庭医にとって一番難しい

「クリニックも重症の患者さんを紹介する病院というのは決まっているのでしょうか。契約でもあるのでしょうか」。

とりあえず患者に「あなたここが悪いからこっちに行ったほうがいい」ということは言えるけれども「そこに送ります」という、そこまでの強い直接のパイプはないそうです。「患者さんに近いところを紹介するんですか」と聞くと、「病気・症状に対して一番いいところを紹介しています」とのことでした。「紹介状は書面ですか」と私が聞くと、「直接大病院に行っても受けてくれないこともないけれども、やはりクリニックで紹介状を書いてもらう」、「この人はなるべく早く診てやらなければいけない」ということを書いて送ってあげないと、検査にすごく時間がかかるそうです。

家庭医の仕事にとって非常に重要で難しいのは、長期的に診ていいものなのか、たとえば下痢とか、長期的に診て普通の薬で直せるものなのか、それともこれは緊急を要するもので、普通に手に入る薬では治らないのかを判断することが、やっぱり一番重要で難しいところだそうです。

医療情報システム

「4,500人診ている患者さんが入院したとか死亡したとか、どういう形で情報をキャッチしているのでしょうか」。

現在のシステムでは、患者さんたちがクリニックに来る前に、他の医者にかかっていた場合のデータは、ここのクリニックには来ないそうです。だから、患者さんが言ってくれないと分からないことが多い。しかし今始まっているのは、医者が

中央のコンピューターにデータを送り、情報を見られる共通データベースづくりをやっているところなので、あと1、2年たてば、おそらく医者が患者さんの過去のデータを見られるようになると思うとのことでした。

けれども、例えばここの患者さんが明日別の医者にかかりに行くとしたら、「患者さんが今までの診察記録をください」といったら僕は上げますと、Bardi先生は言いました。次のお医者さんに持って行ってということはできるけれども、直接的なやり取りは今はないそうです。データベースづくりは、ロンバルディア州では州がやっています。

テッセレサニタリア（写真3）は患者さんがもっているもので、そこには患者さんの情報は何も入っていません。「何のためにあるんですか」と聞くと、ロンバルディア州では、テッセレサニタリアで何でもできるようにしたいのだけれども、これでは何もできないそうです。いずれはお医者さんのところにいつかこれを渡すと、患者のデータを見ることができるようになるそうですが、今はまだです。しかし、ロンバルディア州の医療情報システムにかけているお金は、スコットランドの医療費ぐらい使っているそうです。



写真3 患者の診療カード（テッセレサニタリア）

「先ほど、1年で1人当たり50ユーロということでしたが、ヨーロッパの金融危機があっても、金額としては減ってないのでしょうか」。

通常は3年ごとに契約更新しますが、ここ6年間は現状維持になりました。「このままのほうがいいです。お医者さんというのは他の人たちからしたら経済的には苦勞はしてないからね」とBardi先生は笑いました。

2. 診療所内を見学

Bardi 先生の診察室にはチェ・ゲバラの写真がかかっていました(写真4)。簡単な処置具が置かれており(写真5)、わずかばかりの薬剤の入った棚もありました(写真6)。

「患者さんの検査結果を見せてあげようと思っているけれどもコンピューターがうまくいかない。今日は調子が悪い」と Bardi 先生は言いました(写真7)。Bardi 先生は、「例えばここをクリックすると患者さんが先生を変えたかどうかわかります。患者さんは医師を自由に変えられます。患者がこのお医者さんは嫌だから、ここのお医者さんがいいお医者さんだからといっても、もうここのお医者さんがいっぱいだったら登録はさせてくれない。空いていればリストから自由に変えられます。A B C D という先生の名前と住所が書いてあって、それから時間が書いてあります。経歴とかは書かれてないけれども、小児科とかは書いてあった気がします」と述べました。

Bardi 先生の患者は1,500人ですが、彼は他の残りの3,000人の患者さんのデータも見られるし、彼らの他の医師もほかの3,000人の患者さんのデータを見られるようにしてあります。私が「グループ診療でしょう」と聞くと、「患者の主治医は Bardi 先生だけでも、彼がいないときには他の先生もいいよということです」と答えました。



写真5 簡単な処置具



写真6 わずかばかりの薬剤の入った棚



写真4 Bardi 先生の診察室にはチェ・ゲバラの写真がかかっていました



写真7 画面に映しだされた患者データを操作する Bardi 先生

モニカ先生の部屋

写真8はモニカ先生という女医さんの部屋です。私たちが訪問した日は残念ながら不在でした。



写真8 モニカ先生の机



写真9 モニカ先生の部屋に置かれた診察台

モニカ先生の診察室には少しばかりの薬剤が入った棚があり、診察台が置かれていました(写真9)。女性らしく、とてもきれいにしていました。

クリニックでは薬は売らない

廊下に薬棚があったので、私が「薬は患者が買



写真10 薬のサンプルが置かれた棚

うんですよね」と聞くと、「ここでは通常売らない。見本で試してみることはありますが、通常ここでは患者さんには売らない」との答えでした。廊下にあった薬はすべて見本(サンプル)でした(写真10)。

待合室

患者さんが待っているときに読む本は患者さんが持って行ったり、患者さんが本を持ってこることもあるそうです(写真11)。



写真11 待合室に置かれた本は患者用

待合室には、患者が自由に持ち帰れるリーフレットが置いてありました(写真12)。コレストロールはどうだとかオメガスリーはどうだとかが書かれています。これはASLがつくっています。中には、ASLではなく、女性の虐待のリーフレットも置いてありました。非常によく活動しているので、ここにおいているそうです。



写真12 待合室に置かれた患者が自由に持ち帰れるリーフレット

ASLとクリニックの日常的な関係

「ASLとクリニックの日常的な関係はどういった関係でしょうか」と尋ねました。

「あまり関係ないです。ここのお医者さんは本とかおいているけれども、何も無いところもあります。例えば、絶対診療所にはこれを置きなさいというのはありません。ここは3人の友達同士でやっている診療所だし、僕達は社会に目を向けているけれども、ほかはやってるかどうかはわかりません。僕達はどちらかという社会にちゃんと目を向けているので、こういうのをちゃんと置いているけれどもね」とBardi先生は述べました。

「開業医の先生たちで、病院で仕事をしたり福祉施設で仕事をしたりアルバイトしたりしている人は多いんですか」と聞くと、「昔はできましたが、20年前からそういうアルバイトは禁止です。朝から晩までだから不可能です」との答えでした。そして、「確かに僕達はたくさんバカンスをとっている、でも仕事のときは仕事だ。彼らがバカンスに行くときには替わりの人にお金を払います。バカンスのときはなるべく仕事から遠いところに行く」と言いました。

3. 地下室で会食しながら

私たちは一通り診療所の中を見せてもらいました。その後で、会食を用意していると言われて地下室に移動しました(写真12)。そこでは、村口先生からBardi先生たちにこけしのプレゼントがありました。

会食中も質問が続きました。「医学に関しては州によって大分違います。ミラノとかナポリとか」と先生は言いました。例えば、Bardi先生は「病気になるって医者にかかるとしたらミラノでかかる」と言いました。

Bardi先生は、「例えば家庭医ならナポリに行っても同じように働けると思うけれども、病院というのはそうはいかない。病院とか専門医とかを考えたならナポリには僕は行かない。ミラノの病院にかかる」と言います。

「登録していない患者さん以外の住民はいますか」と聞くと、「いない。でも、ホームレスの人や

ジプシー(ロマ族)たちも登録できる。移民とかパスポートや滞在許可証などを持っていないけども、ちゃんとお世話しますよという組織もあるので、そういうところにかかる」と言いました。

「例えば仕事がなくともペルメツソジョルノといって、外国人がここに住むときに登録をして許可証をとらないといけないんです。許可証をもっていれば失業していて税金を払って無くても診ます。アメリカなんかはお金を払わなければ死にそうでも診ない。それはイタリアのシステムとは違う」と述べました。

「お産と感染症については外国人でも無料ですか」と聞くと、「患者はお金を払わないです」との答えでした。「EU全体で共通していますか」とさらに聞くと、「それはわからない、他の国のことは」との答えでした。「例えばフランスだったら払うけれども後で返してくれる。イタリアは最初から無料なんです」。「僕はこの人を診てるから、いくら稼ぐからと考える必要が無いことは非常にいいと思う」とBardi先生は述べました。

「それは病院では違いますよね、病院では出来高ですよ」と尋ねると、「昔はそこにお医者さんが何時間いたかでお金をもらっていたが、今はいくつ検査をしたかとかそういうので、お金をもらうようになっちゃったから。だけど実は医者はいっぱい稼ぐわけではなくて、病院が儲かるだけです」と答えました。

予定の時間が過ぎていたので、私たちはミラノ大学へと歩いて移動しました。



写真13 地下室での歓待

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

小磯 明

私たちは、バルディ先生の案内で、2013年10月28日午後2時から5時まで、ミラノ大学のキャンパスであるカッシーナ・ローサで、民主的医師協会（メディチナ・デモクラティカ：Medicina Democratica）の説明を受けました。カッシーナとは、この地域の農家の建物の一種です。ミーネさんという女性がこの建物の責任者でした。

以下、メディチナ・デモクラティカからのレクチャー内容を紹介し、質疑応答の概要を紹介します。

1. メディチナ・デモクラティカから レクチャー



写真1 左から、バルディ先生、カルティドーリさん、通訳の森田さん、アンドレア・ミケーリ先生

メディチナ・デモクラティカの設立、目的、運動

カルティドーリさんがメディチナ・デモクラティカ、民主的医療協会の代表です。メディチナ・デモクラティカという運動は1976年に生まれました。行政と関係ないオームスというところがやっていました。メディチナ・デモクラティカの目的は医療環境に関してです。すべての人々にはそれ

ぞれの役割があり、俳優のように自分の役割を健康で演じられるように出来るような状態にすることが目的です。

イタリアでは1978年の改正でより地域に近く、治療だけでなく病気の予防の方にも力を注ぐようになりました。それから環境にも目を向けるようになりました。メディチナ・デモクラティカはイタリア全体の動きに反対しています。イタリアが向かっている間違った方向ではない正しい方向に向かわせようと考えています。

1976年に、この近くのセベソというところである事件が起きました。それは、ある会社が毒を土に捲いてしまったというものです。それが1976年です。そのせいで当分農作業ができなくなってしまいました。それから発がん性物質も問題になりました。メディチナ・デモクラティカが組織として環境を守ることとゴミのリサイクルなどに力を入れる契機となりました。市民の安全と健康を守るために、たとえばベネチアの近くのポルトマルゲーラというところや、スイスのエテルニックという会社のアスベストに対して、反対行動を行っています。

それから、仕事上の事故です。メディチナ・デモクラティカは、小さな他のグループの行動の援助もしています。メディチナ・デモクラティカは資本主義ではなく今後のことをみてゆくということです。それは、すべての人々の健康を目的とした行動です。彼らの最終目的としては、この運動にみんなを巻き込むということです。住民がメディチナ・デモクラティカの運動に賛同して、全員健康環境を守ってゆきます。当然家庭医・一般医というのも範囲に入ってきます。やはり市民の健康を保つには家庭医が必要になってきます。家庭医というのは、患者たち住民とコンタクトをと

れますから、患者さんと直接話ができる家庭医は患者さんたちの環境を知ることができるわけです。例えばどんな仕事環境にいるとか、そのときに仕事上でケガをしたとか、全部知ることができるわけです。それと普通の生活に関してもそうです。伝染病や環境から来る汚染からくる病気とかについて、家庭医は知ることができます。そういうことをベースとして、すべての人々が安全に暮らしていけるようにするというのがこの運動の主旨です。

イタリアの医療システムとEUの他のヨーロッパの国の医療システムの違い

アンドレア・ミケーリ先生はミラノ大学の伝染病学を担当していましたが、2年前に定年になっています。伝染病学はがん研究所の一部という位置づけになっています。ここ10年EUのがん予防運動のリーダーシップをとっていました。イタリアの医療システムとEUの他のヨーロッパの国の医療システムの違いについて説明がありました。

マッカカール先生という方が約50年前にこのメディチナ・デモクラティカという運動を始めたそうです。イタリアの医療システムには常に近いところに市民の参加がありました。イタリアの医療システムというのは、法律上からみると、公立のものになります。オーガナイズ、組織のほうは国ではなく、州のものとなります。

ヨーロッパの他の国には色々な医療システムがあります。イタリアのように公立の医療システムをもっているのはイギリス、オランダ、スペイン、ヨーロッパ北部、それから旧東の国々です。フランスとドイツは社会保険システムです。10年前くらいから非常に強い圧力がかかり、公立の医療システムの改正が強制されました。そういった動きがありましたが、ここ数年メディチナ・デモクラティカは公立の医療システムは非常に効率がいいということを証明しようとしてきました。まず費用が少ない、それから人がより長く生きる、しかし残念ながらそれらをちゃんと証明できずにいます。

イタリアの医療システムは、お金を公立の病院、プライベートの病院に分け隔てなく渡します。そ

の結果どうなったかという、医療が2つに分かれてしまいました。1つは治療、それから予防です。メディチナ・デモクラティカは両方を一緒にやっていきたいのですが、現在のイタリアの医療はそれとはまったく逆の方向にいつているのです。公立病院と私立病院の両方にお金が渡されているといいましたが、これは問題で、プライベートの病院は利益の追求ばかりします。儲かる部分は全部プライベートの病院がもって行って、重い病気は公立の病院の方にきてしまいます。

ヨーロッパでの動きですが、市民の声が非常に強く上がっているのです。例えばがんの治療には、全体として保険がきくようになってきていますし、政府の援助が出ます。公立の大きな病院とプライベートの小さな病院、家庭医とのつながりがどんどんなくなってしまっているのです。こちらの思っているのと違って悪い方向に行っていると思っています。昔は同じところで治療できましたが、今はどんどん細分化されています。

イタリアの家庭医制度

バルディ先生は家庭医です。家庭医制度は無料で市民に近い。距離的にも近いし人間的にも近いし、全員に対してすべて同じです。イタリア人は全員家庭医をもっています。例えばある人が調子が悪いといったら家庭医にいきやすいわけです。ここ20~30年で病気の質も変わってきています。病気も変わってきていますから家庭医が担当する患者さんはどちらかということ、回復に時間がかかる、長い病気です。長い時間がかかる患者さんは重くない病気なので高い薬を買う必要はないけれども、長い付き合いになるので、患者さんと非常に近くなります。どこで働いているとか家族構成はどうだとか、そういうことも知るわけです。

彼らの一番重要な仕事は、患者さんが来たときに、家庭医で治療できるものなのか、それとも急いで専門医に見せたり病院に運んだりしなければいけないのか、これが一番重要です。患者さんとの関係が一番重要になってきます。例えば患者さんが薬をちゃんと飲むとか、彼が指導した専門医に早く行くとか、そういうふうに全部うまくつながればつながるだけ患者さんの回復が早くなりま

す。治療開始までの時間、それが重要になってきます。

もう一つの問題は、家庭で治療しなければならない長期の患者さんです。必要がある人ほど答えをもらえない問題が出てきます。例えばちょっと精神的な病気になったときには精神的病気を治すだけでなく、まわりの環境にも影響してきます。高齢者で身体的には健康になった、しかし家にいて社会的接触がないという問題も出てきています。バルディ先生は医者なので、患者さんのところに看護師さんを送って点滴を打たせることはできるけれども、その後、患者さんが一人ぼっちでいるという問題を解決することはできません。

イタリアの医療システムは細分化されすぎてしまっているの、医者は病気を治すところまでしかできない、それ以上のことはやってはいけないことになってしまっているの、非常にシステムとしては悪くなってしまっています。だから細分化されていることで患者さんもここにいけばすべてOKということはなく、色々なところに行かなければなりません。

診たらすぐ治ってしまう病気に関してはいいけれども、長期の観察・治療が必要になる、そしてその周りの者も関係してくるような病気の方にとっては、今のシステムは細分化されていることで非常に悪いのです。

お金の支払いも問題になっています。大きな病院に行くと、病院というのはいくつ検査をしたかで病院にお金が入ります。それで、患者さん本意ではなくなってきました。このシステムは3つ危険性を冒します。まず患者さんを選択する可能性があります。病院にとって儲かる患者さんとそうではない患者さんです。それから途中で儲からないからといってほうりだしてしまう可能性ができてきます。それからやらなくていい検査などをさせてしまいます。大きな病院というのは患者さんの健康の方をみているのではなくて、病院の経済状況の方をみていることが多いです。患者さんがよくなるというよりは病院が儲かる方に動いています。

メディチナ・デモクラティカの人たちはそういうシステムを改善するために運動をしています。

お金のやり取りで、そっちのほうに向かないようなシステムにしようという運動をしています。

2. ディスカッション



写真2 ディスカッションの様子

Q：公企業化された病院の話でしょうか。ASL 直営の病院もあると思うのですが。

A：ロンバルディア州にはASLがやっている病院はありません。ロンバルディア州では、プライベートの病院であろうが公立の病院であろうが経営はそれぞれです。ベネト州とエミリア・ロマーニャ州はASLの中に病院がありますけれども、ロンバルディア州にはありません。

Q：公立病院が儲け主義に走るのは病院の経営構造の問題ですか。何が問題ですか。

A1：普通の会社のようになっているんです。だから患者さんの健康をみるというよりは利益をあげる方に目が行ってしまっています。ロンバルディア州が病院を監視して、この病院はこれだけの売上を上げるはずだということを見込んでいるそうです。その売上にいかないと言首を切られる人がいるそうです。または、ロンバルディア州が、「この病院はこれだけの売上が上がらないとおかしいだろう」ということであっても、上がらなかった場合には一応国から補助はでるそうです。

問題点があるにもかかわらず、ヨーロッパの中ではイタリアの医療システムは非常にいい方に位置しています。例えばイタリアの場合ですと、予

算の7%~8%を医療に使っています。他の国は10%~12%くらいを医療費に使っているにもかかわらず、他の国はイタリアのように動いていません。イタリアの方がうまく動いているそうです。

A2:確かにそうだと思うけれども、いい点というのは、公立は今まで使わなくていい費用を使っていた点もあると思います。だからそれを見直すという意味ではいいと思うけれども、当然利益の方に向かっていくのは仕方がないと思います。イタリアの医療というのは、みんながもてる権利だということになっている。だから貧乏人であれお金持ちであれ、全部医療サービスは受けられることになっています。

Q:治療と予防の分離の話がありましたが、昔の公立病院は治療と予防を行っていたのですか。

A:ロンバルディア州を例にとりますが、最初はUnita Sanitaria Locale(ユニタ・サニタリア・ロカーレ、USL)では、予防と治療とリハビリをひとつの組織でやれていました。イタリアはこのシステムの時日本とフランスに続いて、長寿の国でした。1992年の改造計画では改革で健康の方ではなくコスト削減の方に集中してしまいました。彼らがコスト削減に集中してしまったのは間違っています。リスボンのEUの会議で発言がありましたが、ヨーロッパの国の全員が医療を受けられる権利を持つのが義務だと発言されました。

Q:予防と治療を一緒にやっていたときというのは、予防とはどういう活動だったのですか。

A:病気だけでなくケガも入るわけですが、要するに労災ですね、労災が起きないような職場環境を昔は先ほどのUSL(ウスル)がやっていたのですが、今ではそれは分かれてしまったのです。騒音がひどいとかといったことに対するコントロールは昔はうまくいっていたのですが、今はなかなかそううまくいきません。若い頃働いていたときは、水と空気と土地と人が全員同じ場所で働いていました。しかしそれはほんの短い期間で終わってしまいました。

Q:日本では患者たちと一緒に血圧の図り方を教

えたり、食事の作り方を教えたり、そういったことをして住民が中心になって健康を守ろうという活動をしますが、皆さん方はこの考えをどう思いますか。

A:20年くらい前にまだUSLがあったときには、それぞれのUSLに教育係のような人がいました。それがなくなってしまいました。ポローニャにいれば、学校の近くとか幼稚園にはまだあるそうです。

Q:職場環境のことをいわれていました。スイスの企業がアスベストを使っていることに取り組んでいるというお話でしたが、そういうアスベストとか職場環境の話で病気を診断して治すということがありますが、一方で職場環境を改善するために労働組合の運動とか地域の人たちの運動があります。そういうことに私たちは強く関与します。イタリアではどうなんでしょうか。

A:AUSL(アズル)の中に職場環境をチェックする仕事があります。工場とか職場に行って職場環境をチェックしたり改善したりすることはするんですが、問題はそこ以外の環境係ですね、ゴミ処理などと2つに別れてしまいます。イタリアの場合職場で仕事に骨を折ったときにちゃんと証明できれば、イナイル(INAIL)というところがあって、お金を払ってくれます。イタリアの場合AUSL(アズル)が職場に行って、労災の原因を探るわけです。例えば、階段がちゃんとできてないとか空気とか、そういうのはAUSLが調べるけれども、お金を払ってくれるのはイナイル(INAIL)です。スイスはそれが一つになっているそうです。同じところが検査もするしお金も払ってくれます。

Q:アンドレアさんの話を聞いていますと、皆さん方の活動はWHOのとくに欧州事務所ですすめているヘルスプロモーション、あるいは健康の社会的要因ということをかなり強く意識されている活動で、同じ方向を向いているように感じますが、皆さん方はWHOの考えをどのように考えますか。

A:WHOの話に対してはそうですね。皆さんに

質問したいんですが、日本の一般市民がこういう医療活動に参加できるんですか。

Q：市民参加とは具体的にどういうことですか。
A：たとえば20年前は一般市民が AUSL（アズル）の人と話し合いができたそうです。AUSL（アズル）がケガとか病気の予防に「こういうふうにする」といえば一般市民が言えたそうです。ロンバルディア州は20に分かれています、そのうちの1つだけは市民が参加してディスカッションしています。ポローニャに行ったら同じ質問をしてください。ポローニャでは違いますから。僕が思うに、レッチョ・エミーリアが一番市民が参加している州だと思います。エミリア・ロマーニャ州の場合は市民が言って、AUSL（アズル）が、例えばどういうところにお金を使ったらいいとか、そういうのを全部言うそうですから、ぜひ質問してください。

メディチナ・デモクラティカという動きのおかげなんですけれども、例えばプーリアとかシチリアとか、とくに環境の問題が起きたときには、市民がメディチナ・デモクラティカに言うことができます。環境汚染で人が健康でなくなったら病院の数を増やすのではなくて原因を取り除くべきで、そっちに動かなければいけません。

Q：日本では公式な医療計画は県が作ります。その計画をつくる時にはある程度のところで、パブリックオピニオンを求めるということで、インターネットなどで意見を求めることになっていますが、出された意見で計画が変わったということは聞いたことはありません。自由開業制度で、しかも国民皆保険制度ですから、そのなかで医療機関を住民が作ることができます。私たちの組織は住民と医療従事者が病院をつくって医療予防活動に取り組んでいます。

A：いま言われたようなシステムはこちらにはありません。

（中川先生からの視察団の紹介）

皆さんがいまやっていることは僕達が一時期も

っていたもので、僕達はいまそれを手放してしまっています。後ろにもどっています。1世紀前と第二次世界大戦後と1992年の改革とありましたけれども、どんどん悪い方向に行ってるので、それをいい方向に戻してやっていきたいと思います。

Q：組織構成員は個人加盟でしょうか。医師以外の人も入っているのでしょうか。

A：一般市民でもメンバーになることはできますが、医師と看護師が多いです。一般市民がメンバーになるためには、記入していただいて年会費を払ってくれば活動に参加できます。

Q：組織人員は何人くらいいますか？

A：組織の中心の人は少ないです。ただ影響は大きく与えているし、このメディチナ・デモクラティカだけでなく同じような団体もたくさんあります。メディチナ・デモクラティカは、他の運動をしているようなところに対してのご意見番でもあります。

Q：運動の形態は。

A：工場で大爆発が起きたときに動きます。というのは人の体は健康が重要だと考えているので。あと市民からの連絡を受けることもあります。例えば、あるところの病院である部門を閉鎖するということになる、市民は誰かに言いたいわけですが、そうすると、メディチナ・デモクラティカに伝わってくる、そして動きます。「メディチナ・デモクラティカ」という雑誌を3カ月ごとに出しています。そちらをみていただくとメディチナ・デモクラティカの活動がわかります。ところで1,000個くらい同じような運動をしているところがあるのに、なぜうちにこられたのですか。

石塚：インターネットで見まして、医療の民主化とか医療の社会化を主張しているの、我々の考えと似てると考えてです。

Q：赤字で苦しむ病院を民間に売り払う計画は国にあるのでしょうか。

A：赤字経営が続いてもロンバルディア州だけでなく、国もマイナスの場合に補償するので、いく

ら売上が上がらないからといって私立の民営に売
ることはないです。そうでなかったら、小さいと
ころだったら閉めてしまいます。閉めて大きなと
ころに吸収させてしまいます。

誰でも医療を受けるということを言いました
が、ロンバルディアに「senza limiti(センツァ・
リミティ)」というボランティアのグループがある
んです。senza limiti(センツァ・リミティ)とい
うのは、「範囲がない」という意味です。そこに相
談すると、そこが裁判を起こして負けたことがな
いんです。そこに相談するとどこかの病院に入れ
て治療してくれます。

Q：そこの協力関係はありますか。

A：同じ建物にいます。センツァ・リミティも組
織として大きなものではないけれども影響力をも
っています。

Q：民間の病院はイタリアでは増えているのでし
ょうか。傾向はどうでしょうか。

A：イタリアの場合ではプライベートの病院はそ
れほど増えたりしていません。ミラノのプライベ
ートの病院で大きくなっているのががん専門の病
院があるらしいですが、でもそこはプライベート
といってるけれども公立と提携している感じで
す。だから例えば、患者としてベレネーゼという
病院に行く、もしくはミラノの公立病院に行く、
どっちに行っても患者はお金を払いません。

Q：州が払うんですか。

A：要するに、ロンバルディア州が払う。イタリ
ア人じゃないけれども皆さんも診ます。なぜなら
医療はみんな平等だから。

ちょっとこれまでいってきたことに反します
が、例えば交通事故にあったときに救急車を呼び
ますね、118番です。病院に行くときは、私のお
医者さんを通して病院に行った場合は無料、だけ
れども交通事故で行った場合は基本無料だけれど
もお金があったら払えということです。払わなく
てもいいということではなくて「払え」というこ
とです。最近そういうことも起こっています。例
えば23ユーロする薬があります。アンドレア・ミ

ケーリ先生は1ユーロ払っています。もし彼が貧
乏だったら彼はお金を払わなくてもよいそうで
す。彼はこの薬を死ぬまで飲まなければなりません。
彼がすごい貧乏かもしくは65歳以上だったら、
一銭も払わなくてもいいそうです。彼が65歳以下
で貧乏ではないから1ユーロ払っています。

Q：貧乏の判断基準は所得ですか。患者が支払わ
なければいけない分野、救急だとか薬だとか歯医
者だとか、どんなものがあるでしょう。

A：歯科と眼科は昔から違う位置づけになってい
ます。保険をつかったところに行くとしてごく待ち
ます。確定申告で19%くらいです。

Q：入院するには家庭医の紹介が必要ですね。

A：家庭医か救急病院です。

Q：自分で病院を選ぶことはできませんか。

A：救急車でいきなり運ばれた場合はどこの病院
かわかりません。しかし空いていれば行ってけれ
るそうです。今、パスポートはヨーロッパのパス
ポートのようなものですから、例えば私がフラン
スの病院で手術を受けた場合には、イタリア政府
がお金をフランスの病院に払います。とにかく普
通はイタリアの病院どこでも受けられます。

Q：医師やナースがヨーロッパの病院に流出した
り流入したりすることはありますか。

A：イタリアの医者が他の国へ行くよりも他の国
からイタリアで働く方が多いです。単純にイタリ
アで働いた方が稼ぎがいいからです。割と最近
は外国から医者と看護師がイタリアに働きに
来ています。例えばフランスは10年くらい前に
医学部の定員を決めたんです。それで医者が
足りなくなっているんですね。ですからイタリ
アも今医学部に入れる人数を限ってますから、
医者が足りなくなるかもしれません。

Q：公営医療の場合にはウェイティングリストは
深刻と聞きますが、イタリアの場合はどうでし
ょうか。

A：やはりウェイティングリストはあります。プ

ライブートに行った方が早いから。要するにみんなに平等にやるということなんだけれども、みんないっちゃんから待つことになる。例えばプライベートの病院で働いている医者とか看護師とかは給料が高かったりしますから人数が多いし、予約して待つ時間が少なくて済むわけです。ところが公立の病院はそうはいかないので何カ月も待つことがあります。

経済危機が叫ばれています。お金が無い人は本当にないので、そのウェイティングリストは短くなっています。「医者がこの病院に行ってこの検査しなさい」といっても患者はチケットを買わなければいけないんです。それが検査によって40ユーロだったり60ユーロだったりするんですけども、それが払えない苦しい人が増えてきているので、ウェイティングリストはここ2年くらい短くなっているわけです。

Q：検査はタダじゃなかったんですね。

A：検査の30%くらいのお金を払っています。でも例えば1,000ユーロなどの高い検査の場合でも、最高額は決められています。例えば12歳までは無料、妊婦さんは無料、65歳以上は無料、65歳以上で収入がある人、それから特別な許可をもらっている人、それプラス失業者です。

今はチケットという言い方もしなくなりまし

た。要するに言い方も変りまして、収入のある人が一部を協力するということになりました。

A2：チケットはあります。名前が変わっただけです。「コントリブート・サニタリー」という名前に変えました。そしてちょっと高くなりました。

Q：医師会とか医師団体、医療従事者はシステム・サニタリアのどれほどプレッシャーになっていますか。

A：結構影響力はあります。だけど家庭医がけっこう力をもっています。

Q：この運動に精神科医師は参加できているのでしょうか。

A：メディチナ・デモクラティカと非常に似ているんですけども、精神科の団体はメディチナ・デモクラティカよりも力が強いかもしれません。というのは彼らのおかげで、イタリアにあった精神病院を廃止しました。

Q：地域のソーシャルワーカーとの連携は行われていますか。

A：イタリアではこういう動きをしている団体もいっぱいあるし、ボランティアの団体もいっぱいあるし、何かあるときにはお互いに連絡を取り合っています。

ベアータ・ベルジーネ・デッレ・グラッツィエ

高山 一夫

10月29日の午前、ポローニャ市で高齢者の介護とリハビリテーションを営むキリスト教系の社会的協同組合ベアータ・ベルジーネ・デッレ・グラッツィエ (Beata Vergine delle Grazie) を訪問した。対応者は、理事長のエウジェニオ・ヴェントゥレッリ氏と、運営管理責任者のアントニオ・クルティ氏である。

視察では、まず事業の内容を説明していただいた。ベアータ・ベルジーネ組合は、1993年に設立された。組合員は9名で、全員がボランティア理事、出資金は少額であくまで象徴としての位置づけとのことである。現在の理事は、教会とつながりのある専門職者（エンジニア、銀行家、弁護士、大学教授、教会の関係者）からなる。組合の設立時に教区の教会から25,000ユーロの寄付を受け、後日さらに20万ユーロの寄付を受けた。

入所施設はもともと教区の中学校だった建物を改修して使っている。改修時には州から補助を受けたほか、組合員ではない教区の住民が150万ユーロを寄付したそうである。有給の職員は45名で、うち常勤の介護士が20名、看護師が6名、週4日勤務の医師が2名（地域の医療公社からの派遣医

師1名と、民間のプライベート医師1名）である。

組合の介護施設には、現在59名の高齢者が入所している。いずれも寝たきりなどの重度の要介護者である。死亡などにより、年間10人から15人が新たに入所している。入所者の3分の2はポローニャ市の社会福祉課からの斡旋であり、施設側は入所を拒否できない。これら入所者に係る費用の半分は市から補助される。入所者本人の負担は1日49ユーロとのこと。入所者の残る3分の1は自ら選択して入所した者で、入所の可否は施設が判断する。判断の際には、近隣住民が優先される。これら入所者の本人負担は1日80ユーロであるが、他の施設では100ユーロを超えることが多いとのことである。

入所にかかる待機期間は、本人希望の場合で7～8ヶ月である。ポローニャ市では全体として施設自体は多くあるが、費用が高いため在宅や公的な入所を待つ者が多いとか。待機リストは、市の機関が点数制で作成のうえ審査される。

説明に続いて、施設の見学を行った。見学では、2人部屋と1人部屋を見学し、続いて自前の厨房も拝見した。ポローニャの高齢者入所施設でキッ



写真① 施設の説明 (図書室)



写真② 二人部屋の様子

チンがあるのは本施設を含め2カ所しかなく、ほかの施設はケータリングに依存しているという。

見学の際、入所者が集会室にて塗り絵、編物、水彩画といったアクティビティに取り組んでいた。女性の高齢者が多く、陽気に声をかけてくださったことを覚えている。カトリック系の組合だ

けに、随所にキリストや組合に関係した神父たちのレリーフが飾られており、温かさのなかにも厳粛な雰囲気を保っていたことが印象的である。協同組合と宗教との関わりに思いを馳せるまたとない機会となった。



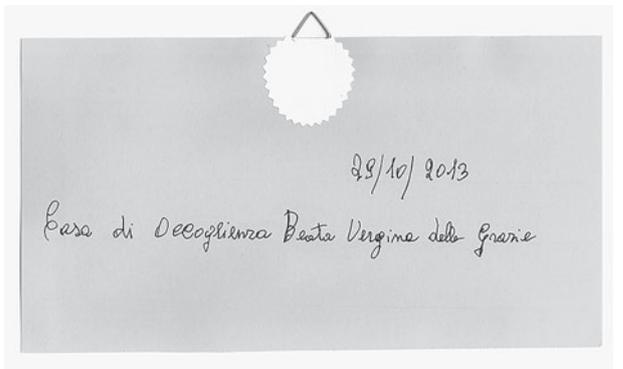
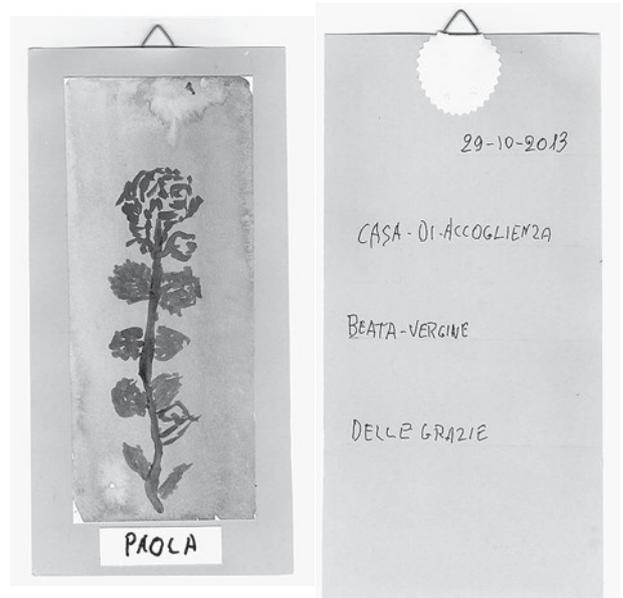
写真③ アクティビティの様子



写真④ かつては中学校の施設を改築して利用。となりには幼稚園



写真⑤ 施設設立を提唱した神父。晩年はここで暮らした



写真⑥ 入所者の作品を記念に頂いた

ソチエタ・ドルチェ (Societa Dolce)

八田 英之

10月29日、エミリア・ロマーニャ州のボローニャ市で2番目の訪問先は、ソチエタ・ドルチェ（「優しい社会」と訳せようか?）という名前の社会的協同組合が運営するカーサ・ドルチェ（「優しい家」）という施設であった。

現地での説明によれば、この組織は1988年に設立された、高齢者・障害者・社会的に困難な状態にある人などに対する様々なサービスを提供するA型の社会的協同組合である。0～3才の幼児教育部門、学校教育部門（普通学級への障害者補助教員の派遣など）、ホームレス・移民などへの宿泊所や住居の提供、障害者・老人に対する家庭での補助や共住サービスの提供などを行っている。

従業員の90%が協同組合員であり、組合員は2003年に1,300人だったが、2012年で2,700人である。事業高は2012年に6,600万ユーロという（1ユーロ＝140円として92億4,000万円となる。従業員数を3,000人とすれば、一人当たり年間収益は308万円ということになる）。4年前から50%収益が増加したとのこと。

州内のこうした分野の企業の中では、5本の指に入る規模であり、イタリア全体でも15～16番目の位置にあるという。

見学したカーサ・ドルチェは障害者施設であり、入所施設のほかにデイセンターがあり、家具リサイクルやリサイクル材料での雑貨づくりなどを行っている。雑貨はアソシエーションを通じて販売しているという。入居しているニコラさんが相手をしてくれたが、のびのびと生活しているように見受けられた。

質疑の中で、施設責任者が強調していたのは、利用者一人一人のニーズを把握し、人を中心にした運営を図っているということであった。従業員組合員が多く、経営を自ら考えざるを得ない。例

えば、国の労働協約より良い水準の雇用内部規定があるが、それを変更せざるを得ない場合があり、そうした時は組合の総会で議論される。最近の総会で出張旅費と夜間勤務手当の削減が提案されたが、出張は可決、夜勤手当は否決された。社会的協同組合も企業であり、市場で生き残るためには競争力が必要であり、難しい問題である。

障害者へのサービスは、市からの委託契約によって行っている。A型の社会的協同組合の収益はおよそ80%が公的機関からのものであるが（ただし、保育分野は100%民間負担であり、障害者分野は100%公的負担である）、そのお金が請求から90日～180日後にしか入ってこない。必然的につなぎ資金が必要になるが、その銀行金利が上がって経営に悪影響がでたり、予定外に入金がさらに遅くなって資金が回らなくなる危険が生ずるなど厳しい状況がある。さらに、行政サイドはコスト削減を進めようとしているが、利用者に対するコストは契約内容もあり、簡単には引き下げられない。したがって経営の利益が圧迫されることになる。

<メモ>

従業員協同組合員の比重が高い組合で、労働者協同組合に近いもののように思われた。組合の企業性と市場の中で生き残っていく必要の強調と「人を中心に」という理念のはざまでの苦悩が垣間見えたように思われる。



左から説明してくれたクラウディオさん、ラウラさんとニコラさん

ヴィラ・ラヌッチ (Villa Ranuzzi)

八田 英之

ポーロニャで3番目に訪問したのは、有限会社の経営する Villa Ranuzzi (「ラヌッチ荘」という151床の高齢者介護施設であった。

この有限会社は、1920年代に現社長の4代前の先祖がホームレス支援施設を作ったことから始まり、これまで29の施設を作ったが、戦争もあり、現在は3病院2施設を運営しているという。経営はどこも大変だというのが、スタッフ600人、医師100人(非常勤を含む)という体制で、年間(2012年度)3,000万€の収益を上げ、一人当たりで見るとおよそ700万~600万円(1€=140円として)ということになり、これは Societa Dolce の308万円に比べるとかなり多い。日本と同様に医療分野の方が障害者分野に比べて収益が多くなる構造になっているのだろうか。

3病院は、合計で180床(開放病棟の精神科・リハビリ科・長期入院)。Villa Ranuzzi は在宅復帰が可能になったら返すが、そうでなければいつまでも入所できるというタイプの介護施設である。もう一つの施設は、15日ないし16日で在宅へという通過型の施設であるとのこと。

ラヌッチというのは元の所有者の名前という。

入所定員は151人。二階建てで入所者のタイプ別に色分けされた4つのゾーンに分かれていた。緑が自立歩行可能な人、オレンジが中程度(プライベート入所者が多い)、青が寝たきり状態、虹色がアルツハイマーである。

ケアの内容は、入所者の希望や能力に応じてということ为前提にして、機能訓練、絵を描く、コンピューターのタッチパネルを利用した訓練、アニマルセラピー、電磁波やレーザーの治療、など医療的サービスを含めて多彩に行われていた。アニマルセラピーの効果は大きい、レーザー治療は薬と併用して関節炎やむち打ちに効果があるという。できるだけ薬は使わず、入所者が自由に動けることを重視している。現在、小さい家をあつめたような居住施設を建設中という(グループホームのようなものか)。リハビリは、フィジオセラピストが4人、リハビリ担当の医師1名の体制である。

AUSL と契約しており、公立病院の入院期間が短縮される中で、長期入院の受け皿として需要が生まれてきた。現在、入所者の90人ほどが民間からの受け入れであるが、公的機関からの受け入れ



施設の外観

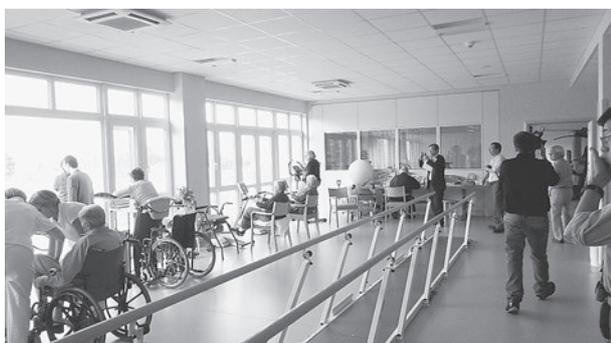


右から3人目が社長、4人目が副社長

を増やしたいと思っているとのこと。

入所者のかかる費用は、オレンジゾーンで1日80～110€ということで、これまで見た介護施設とあまり変わらない。

質疑には、二人の医師が参加した。一人は施設の医療責任者で、もう一人は老人病の専門医であり、認知症についてエミリア・ロマーニャ州内の調査に取り組み、レポートをまとめた方であった。二人の医師のお話では、“認知症の問題では、はじめテリトリーの問題があって、どこで、どう対応すればよいかわからないという問題があった。結局、総合内科で早期に診断し、薬を出すことが有効である。さまざまな施設のネットワークを形成し、無駄をなくし、合理化を図るべき。在宅の介護には一時期、東欧などからの移民を介護人として雇うことが広がったが、訓練もされておらず、問題が多かった。ポーニャ全体の認知症のコーディネートを進めるために、人材育成・意見交換のネットワークを拡大し、行政に意見を反映させたい。現在は非公式のネットワークがあり、それはこの法人施設の責任者が事務局を引き受けている。イタリアの医療システムは、州レベルで比較的自由に国から配分されるお金を使えるのがよいと思う。しかし、反面、南部の州では州の財源が少なく、医療への配分がうまく機能していない。患者が南から移ってきて治療を受けることもあるが、あきらめてしまうこともある。イタリアの医師が過剰というのは、当たらない。このままでいけば2018年には医師不足になる”ということであった。



2階のリハ室

5代目になるであろう副社長は、知日家で、日本にこれまで18回介護分野などの視察のために訪問している。彼の印象では、介護問題では家族介護の大きさなど日本とイタリアはよく似ていると思う、と述べていた。協同組合が経営する施設についての評価については、“経営形態がどうかよりも、どのようなサービスを提供しているかが問題である。どこでもスタッフのチームワークが課題だと思う。ここでは、レベルアップのためにISO2000を取得した。情報やお互いの意見、倫理、人間関係などについて「分かち合い」を大切にしている”とのことであった。

社会福祉サービスの大学を卒業した「ソーシャルワーカー」が配置されており、この施設から移動するときに医療データと併せて社会福祉データの情報を伝達する、ケアマネージャーとして居住する人の6ヶ月ごとの個人介護計画を作り、家族の同意を得るなどの仕事をしている、という。

<メモ>

日本とは制度がちがうのであろうが、有限会社形態で福祉分野の事業を長年にわたって営むことができている。単純な営利目的で続けることができるものではない。こうした企業が、なぜ存在しているのか、存在できるのか、についてより深く知りたいものである。

また、日本と同様、病院の入院期間の短縮が、長期入院施設を公的仕組みからはずし、民間に依存する事態を生み出している。



施設の周辺

マジョレ・ボローニャ病院 (Maggiore Hospital) 訪問記録

吉中 丈志

病院概要

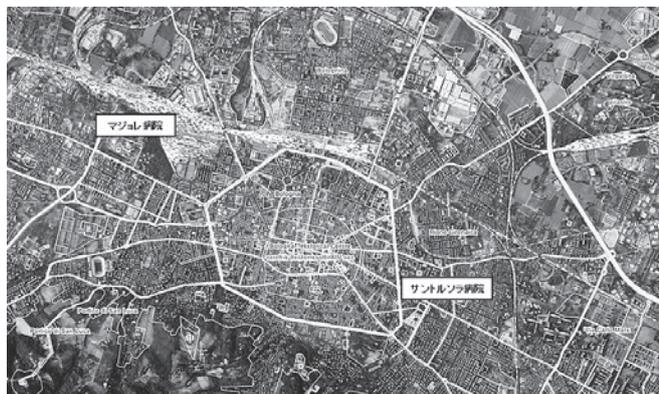
ボローニャ市の代表的な急性期病院であるマジョレ・ボローニャ病院 (Maggiore Hospital、以下マジョレ病院) を訪問しました。1994年にF1レーサーだったアイルトン・セナがレース中の事故のためヘリコプターで搬送されて息を引き取った病院です。AUSLが運営する病院で、エミリア・ロマーニャ州の救急センターが置かれています。ボローニャ市の基幹的な急性期病院はもう一つボローニャ大学のサントルソラ病院 (Sant' Orsola Hospital) があります。地図 (図1) で示すように両者はボローニャ市の旧市街を挟んで対側にありますが、その距離は4kmに過ぎません。

マジョレ病院は広い敷地の中に一部古い建物も残っていますが、2000年ごろから改築が進み、訪問した時には近代的な外観を見せていました。(写真2)

マジョレ病院は病床数654床、従業員2,300人の



大規模病院です。スタッフの内訳は、医師420人、看護師1,000人、補助者320人、医療技術者220人などの構成です。年間入院数30,000人、1日の外来患者5,500人、日帰り手術は10,000件以上です。これらの指標は同規模の日本の病院を大きくしのぎます(2012年)。一方のサントルソラ病院は1,758床で、スタッフ5,355人、入院患者数57,245人(2010年)で、より大規模であることがわかります。



(図1 2つの病院の位置)

マジョレ病院救急オペレーションセンター

2011年に出来上がった最新の救急オペレーションセンターは、マジョレ病院の敷地（病院の後方にある別の建物）の中にあります。ポローニャ県の年間の救急通報100万件、救急出動11万5,000件に対応しています。約40台の救急車がマジョレ、サントルソラ両病院のほか9病院（AUSL傘下などの公的病院8、私的病院1）に配置されています。日本では救急車は消防署配置ですから、大きく異なる点です。1日に200から300件の救急車搬入の内訳は、マジョレ33%、サントルソラ33%、他で33%という割合です。マジョレ病院から12名の救急専門医を派遣して必要な場合には同乗できるようにしています。マジョレ病院1名、ポローニャ市と周辺2名で、山岳部などが優先配置されているようです。救急用のヘリコプターは2機配備（川崎重工社製でした）されており、ポローニ



（救急ヘリスタッフから説明を受ける。後ろが救急オペレーションセンター。）

ャ県全域に対応しています。救急搬送にあたる看護師には、州が行う講習を修了し蘇生経験があることが求められています。もちろんAEDの普及も推進しています。救急車通報から搬入までの時間は、市内では85%のケースが8分以内に現場到着となっています。山岳部では30分です。救急コールから病院搬送を経て診察開始までの平均時間は36分ということでした。この数値は日本の実態とほぼ同等です。

（写真上段 救急車とヘリコプター 下段 女性が活躍（救急車ドライバーとヘリ乗務員）
（マジョレ病院救急オペレーションセンタービデオより）



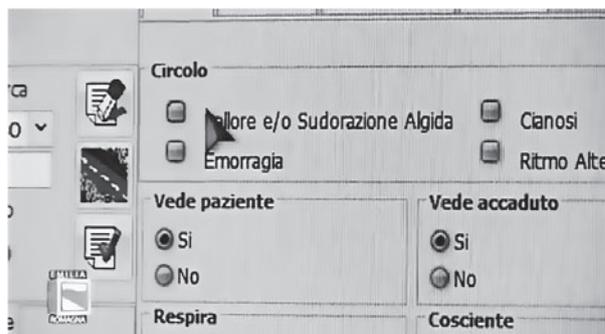
救急オペレーションセンターには看護師が40名配置されて交代制勤務をしています。昼間7人、

20時以後3人の体制をひき、高度なハイテクシステムを活用して業務を行います。市民からの118番

コール（日本の119）があると、訓練を受けたこれらの看護師が通報を聞いてやり取りを行い、病状と最適の対応を判断し、必要な救急車やヘリの派遣を指示する業務です。搬送先は超重症者がマジョレ病院、心臓疾患と脳卒中は上記基幹2病院と

いうように決められており、トリアージによってこれに対応しなければなりません。精神科救急通報もセンターで受け付けています。また、災害医療への対応もこのセンターの大きな役割です。

(写真 マジョレ病院救急オペレーションセンタービデオより)



イタリアでは救急車は無料です。安易な救急通報は少なくなく、10人に1人がコールする実態があるとのことでした。家庭医の役割の強化と育成、救急車有料化が話題になっているそうですが、政治問題なのでコメントしたくないという返事が返ってきました。AUSLではホームページを活用し

て、患者自身が医療情報を見ることができ、必要事項も記入できるようにしています。専門医の経歴などの情報を得ることもできます。救急についても救急搬入状況を地域別にリアルタイムで知らせるなど市民啓発を積極的に行っています。

(診療録を閲覧できるサイト 病院受診や検査の予約もできる)

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliera - Ospedaliera di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi

Pronto Cartella

Consulta e Scarica la tua cartella clinica

Puoi consultare per un periodo di 30 giorni la tua cartella clinica relativa ai ricoveri avvenuti presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi e presso le strutture Ospedaliere dell'Azienda USL Bologna; Ospedale Maggiore e Bellaria di Bologna, Ospedale di Bazzano, Ospedale di Bentivoglio.

Area Protetta

Codice Personale

Numero Prenotazione

Entra

Inserisci il Codice Personale e il Numero di Prenotazione che trovi nel foglio rilasciato al momento della richiesta allo sportello. La cartella rimarrà visibile e scaricabile per 30 giorni dalla data di emissione.

cup e-care 2000

Prenotazione Cartella Clinica

Codice Personale 921000qzvjhnnbp

AL DOCUMENTO SANCADEPOMI00117

La cartella sarà disponibile al momento di richiedere la cartella clinica su <http://prontocartella.bo.it>

OROKPERIADCE890

Codice Personale 921000qzvjhnnbp

Codice Prenotazione 100000082612

Per visualizzare la cartella clinica è necessario avere installato Acrobat Reader. Se non lo possiedi scaricalo gratuitamente per assistenza e informazioni puoi scrivere a info@prontocartella.bo.it

powered by CUP 2000

(右 専門医の情報検索 左 専門医の経歴書も閲覧できる 家庭医についても同様)



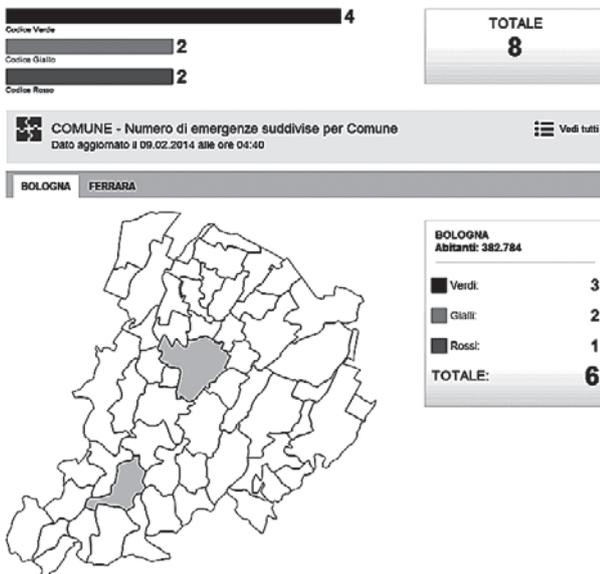
Operazione Trasparenza - Curricolo Vitae dei Dirigenti e dei Titolari di Posizioni Organizzative della AUSL di Bologna

Cerca Cognome JA Cerca

A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

Cognome e nome	Qualifica	Telefono	Fax	Email	CV
ABBATI PAOLO	DIRIGENTE VETERINARIO IGIENE DELLA PROD. TRASF. COMBI. CONSER. TRAS. DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI	051-6813381	---	paolo.abbati@ausl.bologna.it	
ABBATI PIETRO	DIRIGENTE MEDICO PSICHIATRA	051-6362383	051-6362381	pietro.abbati@ausl.bologna.it	
ABBATI PIETRO ENRICO	DIRIGENTE VETERINARIO IGIENE DELLA PROD. TRASF. COMBI. CONSER. TRAS. DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI	051-4224498	051-4224406	pietrenrico.abbati@ausl.bologna.it	
ABRAM WALTER	DIRIGENTE MEDICO MEDICINA TRASFUSIONALE	051-3172855	---	walter.abram@ausl.bologna.it	
ABU HYEU FAYEQ	DIRIGENTE MEDICO ANESTESIA E RIANIMAZIONE	051-6813259	---	hyeyq.abuhewej@ausl.bologna.it	
ACCIARI NICOLA	DIRIGENTE MEDICO NEUROCHIRURGIA	051-4225540	051-6225347	nicola.acciari@ausl.bologna.it	
ACCOGU ESTERITA	DIRIGENTE MEDICO MEDICINA INTENSIVA	051-6472969	051-6478664	esterita.accogu@ausl.bologna.it	
ADDUCI ANGELINA	DIRIGENTE MEDICO ANESTESIA E RIANIMAZIONE	---	---	angelina.adduci@ausl.bologna.it	
AFFINITA ANTONIO	DIRIGENTE MEDICO RADIOLOGIA	---	---	antonio.affinita@ausl.bologna.it	
AGATI RAFFAELE	DIRIGENTE MEDICO NEURORADIOLOGIA	051-4225526	051-4225785	raffaele.agati@ausl.bologna.it	

(2014年2月9日4:40の救急搬入情報)



(マルゴレッツィ院長)

マジョレ病院



(マジョレ病院全景)

院長のマルゴレッツィ医師から話を聞きました。ポローニャの基幹病院の中では、マジョレ病院は大衆的な病院、サントルソラ病院は中流階級の病院と言われているという説明から始まりました。マジョレ、サントルソラ両病院は昔からライバル意識が強かったようですが、現在では州政府が主導して検査室や小児科などの統合が進められており役割分担と連携強化が始まっています。

先にマジョレ病院の従業員は2,300人（医師420人、看護師1,000人、補助者320人、医療技術者220人）と紹介しましたが、AUSL傘下のポローニャ県の医療職は8,500人で医師は1,000人だということですから、AUSLの中では4割の比重を占める病院です。急性期医療機能が中心で630床の病床があります。加えてデイホスピタルに20床の病床を持っていますが、イタリアの標準からみれば中規模の病院とのこと。救急、整形、外傷、産婦人科、一般の各病棟があります。2012年の入院患者数は32,000人、普通入院が27,500人で残りはデ

イホスピタルです。手術数は9,500件、デイサージェリーが3,000件です。年間3,100人の出産があります。心臓外科と移植医療はサントルソラ病院が対応していますが、他はマジョレ病院で全て対応しています。CTは3台あり、装備は近代的です。AUSLのネットワークの病院から救急、心臓病、脳卒中、整形は全て送られてきます。臨床研究や学会活動にも力を入れており、ホームページから救急や災害学関連報告をみることが出来ます。投稿誌もJournal of American College of Surgeons(2014), The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery(2013)などもあり内容も充実しています。

2年前までは空床確保が大変だったそうですが、年間入院患者数のモニターからの推計値をベースにして空床を確保するシステムを導入してから円滑に受け入れられるようになったようです。

マンパワーについてはマジョレ病院勤務者がAUSLの他の施設と共有されている仕組みがあり複雑です。看護師は2年前まで病院所属でなかったとのこと。基本的にはAUSLの職員ですが、国家公務員や州政府の短期雇用者も含まれています。医師も含めて従業員の確保はAUSLが行います。医師の確保はそれほど難しくないとのことでした。

平均入院日数は8.2日で、日本と比べると各段に短くなっています。病床の稼働率は90%です。イタリアでも医療費のコントロールは重要課題となっており、国のガイドラインでは人口100人当たり1病床という基準が定められたり、不稼働病床が削減されたりしています。マジョレ病院も1,000床あった病床をここ数年で削減しています。国は病院の統合再編成のガイドラインを定め、120床以下の医療機関は病院とみなさないことにしています。しかし、エミリア・ロマーニャ州ではサービスの質を下げない組織編成であれば小さい病院も許容しています。医療については州政府が権限を持ち一定の裁量が認められています。

また、手術の待機日数が長い改善が求めら

れています。手術内容によって4段階に分けて評価されており、マジョレ病院は緊急施術については良好ですが、予定手術は改善が必要とされています。ただし、医学的に難易度の高い手術が多い点は考慮されているようです。

1978年に国民保健サービス(SSN)が発足し、2000年には福祉基本法(介護など)が制定されています。これらの改革によりすべての市民が医療を受けられるようになったと言われています。2001年の憲法改革によって、保健分野の立法権限は州にあると確認され、州政府の権限が名実ともに強まりました。医療関連予算も州税を基本に賄われています。

しかし、医療技術の進歩や高齢化の進行によって医療費が高騰し、これを補う州財政が厳しい状況に置かれています。

病院の医療収入は州政府が予算で決定した額(住民当たりの額)が支払われます。AUSLに支払われる医療関連予算の総額は10億6,000万ユーロです。私費診療は例外ですが認められています。州からの医療予算配分を歳入としてAUSLは1992年から予算を組んでいます。労働組合の承認が必要とされていますので、二つの予算執行主体があるような状況でもあります。AUSLは市民への医療サービスを保障する義務を負っており、病院、診療所など市民へ医療サービスを提供する様々な機関を組み合わせ運用する計画を予算の中で作ります。その方針に沿って病院は病院として医療サービス提供と医療の質の向上に専念する仕組みです。マジョレ病院には独自の予算はありません。

私的病院と家庭医(住民登録1,500人以下、小児科800人以下)は登録者数に応じた人頭割りの予算が配分されています。AUSL予算の51%がここにまわり、マジョレ病院には45%が割り当てられています。残りの4%が予防に使われています。

一方、サントルソラ病院は独立した病院(大学病院)ですから定額制支払い(DRG)を受けています。

医療と介護の概観



(コウキ医師)

エミリア・ロマーニャ州の場合には、6つのASL（エミリア・ロマーニャ州では、ASLとは呼ばず AUSL (Azienda Unita Sanitaria Locale) と表記される）が設置されており、概ね州内の県の配置と一致しています。ポローニャ県のAUSLでは地域を6分割して住民サービスの提供を行っていますが、ポローニャ地域の責任者をしているコウキ医師から、医療と介護の関連や現状について話を聞きました。老年医学専門家です。同州の高齢化率は25.9%（2010年）となっています。出生率は8.25（同）であり、日本と同様低くなっています。

病院は治療施設であり、長期の療養が必要な患者は医療付き介護施設で対応可能と考えて事業を実施しています。90年代から小規模病院を閉鎖し、社会福祉課と協力して閉鎖後の施設を使って社会福祉サービスを提供する方向での転換が進んできました。AUSLでは「健康の家」と呼んでいて、ポローニャ地域には5箇所あります。

国の全国保健計画（PSN）が提示した全国レベルで保障される保健水準を達成するように、州政府は州保健計画（PSR）を定めています。3年計画で作られています。各AUSLは、PSRに基づき、管轄地域の状況に応じて独自の医療サービスを展開することができます。策定に当たっては色々なタイプの組織がニーズを伝えてきます。協同

組合もその一つです。市長も政治的な意見を聞いて発言します。これらのプロセスを経て合理的な計画を練り上げて行くわけです。ニーズを持っている人は何らかの組織に入っており、そこを通じて意見を吸い上げることが基本で、苦情窓口はありますが市民個人の意見聴取は行っていません。

エミリア・ロマーニャでは介護の予算は州政府が出し5,000万ユーロです。社会サービスの予算はポローニャ市が出しており、1,000万ユーロです。これはFRNAと呼ばれています。予算の大部分は高齢者の介護に使われています。高齢化が進行してきたため入所施設には80歳以上の人たちしか入れなくなっている現状があります。本来は65歳以上が対象ですが、自宅介護を推奨し、そのための介護人に対する費用を補助するようにしています。在宅医療や介護は社会サービスとして位置付けられています。ニーズ判定は医師、社会福祉士、看護師などのチームで行われます。それにもとづいて買い物や入浴などのサービス提供が行われますがホーム・ヘルパーという資格職はありません。在宅での看護経験があるスタッフが訪問看護を行っていますが、専門の看護師資格はありません。資格職の確立が遅れているのは、イタリアでは家族で介護する習慣が強かったためですが、これは次第に変化してきています。東欧などから移住してきた人たちがこれらの仕事へ参入するようになってきており、研修を受けられるようにして資格職の育成が始まっています。イタリア人の中でも特に若者の中から希望者が増えてきています。

以上、マジョレ・ポローニャ病院を訪問して聞き取った内容を中心にして報告しました。限られた時間でしたので、ホームページなどを活用して不足分を補いました。マジョレ・ポローニャ病院のように、家族や地域の助け合いが強いイタリアにおいて、社会的協同組合は市民社会の前面にすわって公的役割の中核を担っているということ強く感じた次第です。

コンフコープ (Confcoop) とは

岡部 茜

今回のイタリア視察で訪問した Domus Assistenza という社会的協同組合は、コンフコープに加盟している実践体であった。コンフコープはイタリアの協同組合のナショナルセンターの一つであり、イタリアの社会的協同組合を考える際に重要なポイントになると考えられる。そのため、ここで少しその概要について簡単に触れておきたい。

イタリアの協同組合運動の歴史はいくつかの政党やイデオロギーに影響されてきており、保守主義、共和主義、社会主義、カトリックという4つの主要なイデオロギーが挙げられる¹。コンフコープ (Confcoop) はカトリック系の協同組合が結集した協同組合組織であり、1919年にレガコープ (Legacoop) から分裂して誕生した。最初に述べたとおり、コンフコープはイタリアのナショナルセンターの一つであり、現在、イタリアにはコンフコープ、レガコープ、AGCI、UNCIと4つの協同組合のナショナルセンターがある²。また、従来からカトリック系の協同組合は、農村地域で協同組合活動を行ってきたことから、コンフコープ系の協同組合の多くは農業分野で精力的な活動を展開している。

コンフコープのホームページ³によれば、コンフコープは協同組合運動と社会的企業を代表し、それらの援助および保護のために、法的に認められた主要な組織とされている。コンフコープはイタリア全土に広範に存在しており、22の州組織、81の県組織、2つ以上の県をまたぐ7つの組織に水平的に分割されている。

さらに、コンフコープ系の協同組合は小規模の組合員を基本とする。田中夏子氏⁴によれば、多くの場合、組合員規模は30人前後が最大であり、新たな社会的ニーズが生じた場合や、地域的な広

がりを求められる場合には、一つの組織を拡大するのではなく、別の組織を生み出して、従来ある協同組合が新しい協同組合のサポートを行う形をとる。

¹ John Earle, 1986, *The Italian Cooperative Movement: A portrait of the Lega Nazionale delle Cooperative e Mutue* (=川口清史・佐藤誠監訳、1992、『イタリア協同組合物語』リベルタ出版) や Piero Ammirato, 1996, *La Lega: The Making of a Successful Cooperative Network* (=中川雄一郎監訳、2003、『イタリア協同組合レガの挑戦』家の光協会) を参照。

² それぞれの正式名称は、以下の通りである。
コンフコープ : Confederazione Cooperative Italiane
レガコープ : Lega Nazionale Cooperative e Mutue
AGCI: Associazione Generale Cooperative Italiane
UNCI: Unione Nazionale Cooperative Italiane

³ コンフコープホームページ
(http://translate.google.co.jp/translate?hl=ja&sl=it&u=http://www.confcooperative.it/&prev=/search%3Fq%3Dconfcoop%26espv%3D210%26es_sm%3D93%26biw%3D1600%26bih%3D799)

⁴ 田中夏子、2004、『イタリア社会的経済の地域展開』日本経済評論社

ダビデ・ピエリ氏(コンフコープ)による イタリアの協同組合概要説明

竹野政史・竹野ユキコ

10月30日、社会的協同組合が運営する障害者施設へ移動中のバスの中で、コンフコープ・エミリア・ロマーニャのダビデ・ピエリ氏が、協同組合および社会的協同組合やエミリア・ロマーニャ州の特徴などについて説明してくれた。ピエリ氏は普段は農業分野で働いているそうだが、外国からの視察対応も担当しているそうで、英語やフランス語も堪能とのことだった。以下はピエリ氏提供の資料と併せて説明の概要である。

まず協同組合とはどのようなものかということについて、協同組合の原則、すなわち一人一票の原則や民主的な意思決定、自由な参加と離脱など、日本でも広く知られる協同組合の重視する価値について説明。また協同組合は、資本主義的な企業や多国籍企業とは大きく異なる特徴があるとし、ここエミリア・ロマーニャは、ヨーロッパでも初期に事業を行う協同のシステムができた地域であることを強調した。

イタリアの協同組合データ

(表1～4のいずれもコンフコープ、ダビデ・ピエリ氏提供資料より作成)

表1. イタリアの協同組合

連合会	協同組合数	組合員数	従業員数	事業高 (百万ユーロ)
コンフコープ	20,000	3,000,000	545,000	61,000
レガコープ	14,000	8,700,000	470,000	57,000
AGCI	7,800	440,000	25,000	8,000



ダビデ・ピエリ氏



Domus Assistenza は2012年に30周年をむかえた

またピエリ氏はイタリアの協同組合とエミリア・ロマーニャの状況について、次のように話してくれた（概要）。「イタリアには複数の協同組合のナショナルセンターがあるが、そのなかでもコンフコープとレガコープの二つが90%を占めている。第二次大戦後、イタリアではすべてのことが政治色を帯び、協同組合もその例外ではなかった。すなわち、ソビエト・共産主義の左派には「赤」のレガコープ、カトリック教会と伝統的な社会主義の中道右派には「白」のコンフコープである。1960年代以降、アメリカとソ連の理念の二つの大きな違いがあった。しかし、ベルリンの壁が崩壊して25年が経ち、グローバル化の時代にあっては、協同組合は政治的対立を解消し、協同して一致することを願っている。

エミリア・ロマーニャでは農業事業が大きな位置を占めている。50年前にはイタリアの人口の約半分は農民で、いまでは6～7%になっている。都市化、工業化した人々はこの50年間で、社会的ニーズや福祉、家事などの新しく必要となったニーズに応える協同組合を作っていた。

社会的協同組合は困難に直面した人たちのニーズに応えるものである。彼らには困難があり、ケアされなければならず、協同組合はできるかぎり少ない費用で彼らのニーズに応えようとしている。こうした協同組合のモデルの最も良いモデルをネットで調べるならば、スペインのモンドラゴンとエミリア＝ロマーニャの取り組みにたどり着くだろう。」



ラヴァリーノにある Casoni

表 2. エミリアロマーニャ州の協同組合の推移

協同組合の種類	1997	2002	2007	2010
農業	712	653	541	494
消費	43	44	32	41
労働・サービス	297	460	512	463
住宅	187	173	152	138
教育・スポーツ・ツーリズム	192	202	195	176
漁業	14	16	18	22
社会的連帯	194	306	386	411
保健	-	-	-	2
相互扶助	14	15	17	7
合計	1,653	1,869	1,853	1,778

表 3. エミリアロマーニャ州の協同組合の従業員推移

協同組合の種類	1997	2002	2007	2010
農業	11,533	14,162	15,738	17,758
消費	740	851	1,033	1,018
労働・サービス	13,237	17,316	23,537	31,782
住宅	142	153	181	149
教育・スポーツ・ツーリズム	721	904	1,067	1,405
漁業	81	80	72	90
社会的連帯	5,718	9,273	14,105	17,944
保健	-	-	-	301
相互扶助	10	17	50	6
合計	32,182	42,756	55,783	70,453

表 4. エミリアロマーニャ州の協同組合の事業高推移(百万ユーロ)

協同組合の種類	1997	2002	2007	2010
農業	4,053	5,120	7,240	8,433
消費	514	759	1,133	902
労働・サービス	977	1,414	1,926	2,019
住宅	97	130	173	152
教育・スポーツ・ツーリズム	42	61	77	90
漁業	29	26	31	35
社会的連帯	187	280	475	670
保健	-	-	-	258
相互扶助	1.5	2	3	2
合計	5,902	7,792	11,058	12,559



カステルフランコにある OASI

障害のある人のライフサイクルを通じた支援を考える

—社会的協同組合 Domus Assistenza の施設 Casoni 訪問から—

深谷 弘和

大学院では主に障害者福祉と精神保健を専門として研究させてもらう私が、佛教大学の鈴木先生にお声かけいただき、イタリアにおいてさまざまな福祉供給主体を訪問する機会をいただいた。とりわけイタリアの障害者福祉関係の施設への訪問を楽しみにしていた。本稿では、エミリア・ロマーニャ州のカゾーニ (Casoni) という共同作業所への訪問から、障害のある人のライフサイクルを通じた支援について簡単にではあるが、考えてみたい。

10月30日の午後より、ボローニャ市内からバスに1時間ほど揺られ、エミリア・ロマーニャ州モデナ県のラヴァリーノ市に入った。美しい平原が広がる中にレンガ調の可愛らしい建物が立っていた。社会的協同組合ドムス・アシステンツァ (Domus Assistenza) が運営する障害のある人の共同作業所カゾーニ (Casoni) である。建物はもともと1960年代まで小学校として使っていたもので、2000年代に改装し、計2階建てを障害のある人のデイサービスセンターとして利用がはじまっている。大きく1階部分は、障害のある人が日中を過ごすデイサービスセンターとして、2階部分は、就労に向けたリハビリテーションをおこなう共同作業所となっている。

まず、活動の内容についてデイサービスセンターと作業所でそれぞれ整理しておきたい。活動については、社会福祉オペレーターの方が丁寧に教えてくださった。

デイサービスセンターでは、月～金曜日にそれぞれプログラムが組まれており、作業や演劇、映画鑑賞、音楽活動などが取り組まれている。一日の平均利用者は10名程度で、約40人が登録しており、平均年齢は25歳とのことだった。演劇の活動では、年に一度の地域住民に向けた公演や、近隣

の小中学校へ出張公演をおこなっており、毎回、成功を収めているという。障害の種別や重さはさまざまな人が来所しているとのことだった。

2階の就労支援をおこなっている作業所スペースに見学へ向かうと、利用者の方たちがつくられた布製のブックカバーや小物入れや、ペンスタンド、キーホルダーなどの作品が展示されていた。作業所には、現在7名の方が通所しており、創作活動を通じて、五感を活発に使うことができるように作業が組まれている。作品は、地域のお祭りやバザーなどを通じて販売されている。他にも紙すきなどによって、リサイクル紙をつくるなどの活動がおこなわれている。社会福祉オペレーターの方からは、「もし気に入った作品があれば、お持ち帰りください。プレゼントしますよ!」と仰っていた。

共同作業所カゾーニは、日本でいうところの生活介護や自立訓練事業にあたる事業所であった。同じ社会的協同組合ドムス・アシステンツァが運営するオアシ (Oasi) では、日本の就労継続支援事業に似た職場の雰囲気を感じたが、カゾーニはゆったりとした雰囲気の中で、障害のある人が日中活動をおこなう居場所として、また、自分自身の余暇の過ごし方をみつけていく場として設定されていると感じた。

イタリアでは1978年のバザーリア法 (法律第180号)を代表とする精神医療改革が有名であるが、その改革に伴って精神障害以外の障害者運動においても脱施設化が掲げられてきた。その中で、障害のある人の日中活動の場として、カゾーニのような共同作業所が増加していった点では、日本が1970年代に経験した共同作業所運動と同じ雰囲気を感じるものがあった。その上で、日本とイタリアの障害サービスにはどのような違いがあるのだ

ろうか。社会福祉オペレーターの方が熱心に教えてくださったイタリアの障害のある人の「個別教育計画」から考えてみたい。

カゾーニを利用している障害のある人たちには、それぞれどのようなサポートが必要なのか、またどのような福祉サービスを受けていくのかについては、一人ひとりに「個別教育計画」が作成される。これは日本における障害者総合福祉法の「個別支援計画」と類似する部分がある。ただ、大きく異なるのは「個別教育計画」が州と地区の社会福祉課が計画策定にあたっての責任をしっかりと担い、本人や家族、そして各専門職が計画を作成する点であろうと感じた。イタリアは、障害児の就学権の整備をおこなうにあたり、1977年に学校教育改革法（法律第517号）を制定し、これまで統合教育をすすめてきた。1992年の障害者援助・社会統合・諸権利のための枠組法（法律第104号）を制定し、その第1条a項では「障害者の、家族、学校、労働、社会への十全な統合の促進」が掲げられている。実際にカゾーニの社会福祉オペレーターの方の話の中では、「乳幼児期に何らかの障害がわかれば、行政がライフサイクルを通じて把握し、制度利用につなげている。」ということであった。日本においては、乳幼児期に障害が明らかになっても「経過観察」のまま、学齢期を迎え、行政が障害のある人を把握していないことが問題として挙げられることがある。そして、不登校やひきこもりの支援現場においてははじめて、利用者の乳幼児期の発達のつまづきが学齢期にわた

り「放置」されてきた実態が明らかとなるケースが報告されることが少なくない。この点に関しては、いわゆる日本の「縦割り」と呼ばれる行政の体制への問題点を含めて、福祉の公的責任についてあらためてイタリアの障害者福祉に学ぶ点も多々あるのではないだろうか。とりわけ、障害のある人のライフサイクルを通じた支援をどのように展開することができるのか、イタリアの実践から今後、多くを学び取り、日本にとってより良い制度設計を検討していきたい。

個人的には、食事にじっくり時間をかけ、食べ物や飲み物を楽しみながら、文化や歴史について語り合うイタリアの文化的風土に、競争や効率について頭をまわす私たちはたくさんのことを学ばなくてはならないのではないかと、イタリア訪問を通じて感じさせてもらうことができた。とりあえず、手始めに京都のワイン Bar に立ち寄る際には、トスカナ地方のワインを注文して、イタリアの文化的な豊かさに思いを馳せるようにしている。

参考文献

小島晴洋ほか（2009）『現代イタリアの社会保障—ユニバーサリズムを越えて—』旬報社
障害乳幼児の療育に応益負担を持ち込ませない会（2013）『8人のママからのメッセージ—子どもと私と療育と—』全障研出版部
鈴木勉・田中智子編著（2012）『現代障害者福祉論』高学出版



もとは小学校の建物を利用



紙ナプキンの芯をリメイクした花瓶、フェルト細工などの作品

就労支援職業訓練施設・障害者作業所 オアシ(OASI)

伊藤 淳

作業所カゾーニ(CASONI)と同じく、ドゥームス・アシステンツァ(Domus Assistenza)が運営する施設である。

活動計画をつくり政策コーディネイトは市が担当し、実際の運営は施設が行う。

施設は企業の倉庫であった建物を利用し、職業訓練、受注品の作業、通所者のエリアが設けられ、福祉作業所としては面積にゆとりを感じさせられた。

地区にはもう一つの施設があり、カステルフランコ・エミリア市の市長は、私たちへの挨拶で「カステルフランコ地区内に有力な2つの施設があることに誇りを持っているし、両施設は順調に運営されている。障害者や寝たきり老人を抱えた家族の人は非常に負担が大きいため家族の負担を市、コミュニティが共有し分かち合ってゆく。家族の人たちが負担を抱えて孤立するのではなく、障害者も作業所に来て自分の能力を高めることができ自立できる。障害者が作業所に来ている間、家族は自分の仕事ができる。コミュニティ参加型でみんなの負担をやわらげてあげる。そのために作られたのがこの施設である。」と語った。

この施設では2つの活動が行われている。一つは職業訓練であり、目的は、就職できる可能性に近づけることである。もう一つは障害をもっていて自立性を高める訓練で、就業の可能性はないけれどもリハビリを中心とした活動である。

したがって職業訓練にいる人の最終目標は企業に就職することにある。この地区に点在する約30の企業が就職先となる。10月時点で29人が採用された。このうち8件が期間雇用から期限なしに契約変更となった。

ここでは3つの特徴があげられる。



(1) 職業訓練が段階的に行われている。初めにこの施設で職業訓練に入り、保護された施設で労働に慣れることを目的にした研修である。次の段階は実習ということで実際の仕事をやっていく、そしてうまくいけば雇用につながる。職業訓練は企業で行われているであろうと同様の作業を行う。

この過程では、作業の実技だけではなく、上司や同僚とつきあっていけるか、ちゃんと受け答えができるか、自分に自信をもって作業ができることや、やっていることに喜びを与える動機づけも考えながらの訓練が行われてゆく。

(2) 雇用が安定したものでなくてはならない、雇用されたところで関係が終了するのではなく、その雇用が労働契約で継続させなくてはならない。労働契約が継続性のあるものになるように協

同組合はサポートを続ける。サポートを続けるためにエドューケーターがサポートに付く。研修、実習の時にもエドューケーターと一緒にいて就労後もサポートする。

(3) その後段階的に離れてゆき、問題があった時に企業から連絡があれば対応する。このため企業も安心して就労を受け入れることができるのである。

また、これを実現するためには福祉担当者、労働組合など地域の協力体制が不可欠であり、当然AUSLとも連携している。

利用者は知的障害、精神障害、アルコール、薬物依存で9人から12人程度だが、職業訓練を行っている人は外に働きにも行っているため、いつも同じ人数がいるわけではない。

就業している人のモニターもやっていて、それらを合計すると全体で200人程度が対象者となる。

以上の特徴から明らかのように、この活動のキーパーソンはエドューケーターである。

施設での訓練から企業での作業を共にし、就労後のフォローまで寄り添い、職業訓練と就労継続を成功裏に導いている。

障害者が企業に在ることによって職場の雰囲気や和らぎ、互いに助け合う空気が生まれているという。

なお、訓練時間は8時半より4時まで、実働訓練時間は4時間45分である。

実際の作業は、器具を梱包する、コーティング・ガンも使用した部材の作成とプラスチックケースの作成である。

残念ながらすべての障害者が就職できるわけではないが、就職できる見込みがないけれどもも何等

かの作業に参加できるという人が障害者作業所に通っている。作業所に来ている人は就労することを目的としていないので、職業訓練とは違う作業で、社会的参加を目的としている。

作業だけではなく、ペットセラピーを行ったり演劇を取り入れたリプールに行ったりということもしている。10人から15人が来ている。17人が、作業所の受け入れ可能規模の人数である。年齢は18歳から50歳の成人である。

ここでは就労目的ではないが企業からの受注で、プラスチックケースにシートを貼る、ナプキンに商品タグを貼るなど単純作業だが正確さが要求される作業をしていた。職業訓練より少しリズムがゆっくりしている。8時から9時が受け入れ、9時から10時半が作業、11時まで休憩。その後12時まで作業。2時半まで昼食、3時半まで作業、4時にセンターは終る。

当日は私たちの見学時間に合わせ、時間を延長して活動を紹介していただいた。

作業報酬はヴァカンス（5日間の海水浴）の費用に充てる。

作業見学終了後には、市長、理事長、社会福祉担当評議員、市や協同組合のコディネーターも加わり、施設が用意した郷土料理、地元産ハムの軽食で懇談した。



社会的協同組合 COpAPS 訪問記

中川雄一郎

はじめに

「非営利・協同総合研究所 いのちとくらし創立10周年」を記念して企画されたイタリア医療団体、医療機関、財団施設および社会的協同組合等を視察する企画に参加した私たちは、主にミラノとポローニャにおける高齢者ケアサービスや障害者ケアサービスの事業に従事している社会的協同組合や財団などのケア施設を訪問し、それらの事業とそれらの事業を通じての地域コミュニティ（地域社会）との関係などを視察して、いくつかの有益な事例のみならず困難に直面している事例にも触れ、彼ら当事者の多様な実践的、運動的経験を知ることができた。このことは、私たちにとっても一ある意味で一貴重な実践的、運動的経験として十分に意識されることとなった、と言えるだろう。

ところで、私にとってイタリア訪問はこれで2回目の訪問である。先回の訪問は、協同総合研究所が主催した「福祉コミュニティ研究会」のメンバーによるもので一時間的には16年も前のことになるが—1997年6月1日から8日にかけて行なわれたポローニャ市における「イタリア社会的協同組合調査」である。この時の調査団長は、今回の私たちの視察調査に一別の研究組織の責任者として一同行された鈴木勉先生（現佛教大学、当時は広島女子大学）であった。またこの調査で通訳の労をとって下さったのは、今回の企画に（用あって）参加できなかった田中夏子先生（当時は長野大学）であった。

この「社会的協同組合調査」の日程を改めて振り返って見てみると、以下に見るように、かなりハードだと思えるが、当時は—鈴木・田中両先生と島村節子さんを別にすれば（であるが）—それ

ほどハードだったとの思いはなかった（ような気がする）。私自身50歳直前でそれなりの体力を備えていたからかもしれない。

6月1日：成田空港→ミラノ空港→ポローニャ着

2日：「ポローニャの社会的協同組合について」（ポローニャ・レガ社会政策担当 アルベルト・アルベラーニ氏）

「^{カティアイ}CADIAI 協同組合の経過、現状、課題」（理事長 パオラ・メネッティさん）

「ポローニャ市の高齢者福祉政策／自治体と協同組合の関係」（市社会政策評議員 トンバ氏）

「ガリエラ自治体の養護老人ホーム訪問」（自治体から CADIAI へ委託）

「サンピエトロ・イン・カザーレ自治体の保健・福祉支援住宅（イタリア版「高齢者保健施設」）訪問」（町と CADIAI が合同出資）

3日：「労働者協同組合 CIPES（ソファ等家具生産）訪問」（CIPES 理事長 ルチアーノ・ガロイア氏）

「ANCPL（レガ労働者生産協同組合連合会）バッカリーニ氏を囲んで」

「労働者協同組合 FRADAL（紳士用スラックスのデザインおよび製造）訪問」（理事長 ピエルジョヴァンニ・フランチェスコニ氏）

「農業協同組合 APOFRUIT（農産物の生産・流通）訪問」

4日：「教育協同組合 ALOUCS 訪問」（理事長 マファルダ・ミンゲッティさん）

「ドン・ミラーニ保育園訪問」（町から ALOUCS へ給食・施設管理委託）

「サン・ラッツァーロ・ディサヴェナ自治体の『午後の学校』(学童保育)訪問」
(自治体からALOUCSへ運営を委託)
「ニコレッタ陶芸工房訪問」
(ALOUCSの組合員ニコレッタさんの『もう一つの仕事』訪問)

5日:「リハビリテーション協同組合 AXIA訪問」(AXIA 理事長 ミネッリ氏)
「アグルトゥリズム協同組合 COpAPS 訪問」(理事長 ロレンツォ・サンドリ氏)

6日:「ボローニャの協同組合訪問を振り返って一質疑応答」(ANCPL (レガ労働者生産協同組合連合会)バッカリーニ氏)
「エミリア・ロマーニャ州におけるレガの社会的協同組合—現状と問題点」(ANCST 州連合責任者 パオロ・ジェンコ氏)
「社会的経済における人材教育のあり方について」(EFESO (社会的経済職業教育機関) 責任者 マウリツィオ・ミッリ氏)

7日: 休日 ベネチア・グループとトリエステ・グループに分かれて行動

8日: ミラノ空港発→成田空港着 (9日)

COpAPS (コーパプス) を訪ねて

このような(やはりハードと思える?)日程のなかで私に最も深い印象を与えたのはCOpAPSであった。コーパプスは、その当時、社会的協同組合ではなく、農業協同組合として登録されており、その理由をロレンツォ・サンドリ理事長は「農業が擁する人間性」である、と示唆した。コーパプスの印象については、この調査で副責任者の労をとられた(故)島村節子さんが思いを込めた「『COpAPS (協同組合)』を視察して」と題する報告(『所報 協同組合の発見』協同総合研究所、第72号、1998.4)を記しているので、先ずその一部を引用させていただくことにする。

(1)「COpAPS 協同組合を視察して」(島村節子

氏報告)

視察4日目にボローニャから南へ車で1時間、山間部の小さな町、カ・デル・ボスコにあるCOpAPS協同組合を訪ねた。COpAPSは、この視察でただ一つの障害者就労の協同組合であった。しかし、社会的協同組合のタイプBを選択せず、法人格は(1979年の)設立時の農業協同組合のまま。ただ、活動のなかで障害をもつ人びとが就労にいたるための職業教育サービスを提供する部分を社会的協同組合のタイプAに組織立てする形態を取っている。できるだけ自分たちの実態に合うように法制度を選ぶという、実に現実的な運営をしている。(中略)

ところで、COpAPSは山間部の静かな土地で、有機農法による野菜づくり、ハーブ栽培や他の花卉栽培とそれらの加工・販売、アグリツーリズム(農村観光事業)などを営み、少し離れた丘には瀟洒な農家風の建物でレストランも経営。17年前に障害者の就労機会の拡大をめざして、農業を中心に始めた活動から着実に新しい関連事業にも広げている。

また障害者の職業教育には専門家を配置する必要があるが、この点について(ボローニャ大学)農学部出身のロレンツォ・サンドリ理事長は、「障害者教育の専門家はどうしても障害者を社会サービスの対象者として捉える傾向が強い。ところが、農業の専門家は同じ仕事の同志として『あなたが必要』という視点で(障害者に)働きかけるので、職業教育に適している」と言い、したがって、「このような職業教育のできるスタッフを協同組合が育成していくことも重要である」と語っていた。このことは、<障害者の就労の場>として<農業>が大きな可能性をもっていることを見ることができた。

この『所報 協同の発見』(協同総合研究所、第72号)には、協同総研の「イタリア社会的協同組合調査」(1997年)で通訳を務められた田中先生の「エミリア・ロマーニャの社会的協同組合を訪ねて」と題する報告もまた記載されており、そのなかに「(5)『農』を通じて精神障害者・知的障害者の就労支援に挑む—「コーパプス(COpAPS)

協同組合」と題する3ページにわたる報告があるので、ここからもその一部を引用させていただく。「社会的協同組合」に関わる明確かつ重要な指摘がなされているからである。とりわけ、「B型」の社会的協同組合故の課題として、①「リハビリと自立支援の場」の創造の課題、②社会的協同組合法（「法律第381号」）とB型協同組合の理念との整合性の課題、とに関わる指摘は現在でもなお有効である。

（2）エミリア・ロマーニャの社会的協同組合を訪ねて（田中夏子氏の報告）

①農業を核としたリハビリと自立支援の場づくり

……コーパルスはCooperativa per Attivita Produttive e Sociali（生産的活動と社会的活動のための協同組合—中川）の頭文字をとった名称。精神障害をもつ人びとが就労に至るための実践的職業訓練教育を提供する、という目的で設立された協同組合である。有機農法による野菜づくり、ハーブや花卉栽培およびその加工・販売、レストラン、アグリツーリズムを通じて障害者の雇用の機会の拡大をめざそうと、1979年に始まった。「社会的協同組合」という考え方が普及するより10年も前のことである。設立当初の実質メンバーは3名。2年間は活動拠点探しに費やされ、本格的な始動は1982年からだった。農家の廃屋だったところを、近くの工事現場の仮設詰所に寝泊まりしながら、長い年月をかけて改修してきた。メンバーがそれぞれ農業と出稼ぎで得た資金と、総会で決定した年間100時間分の無償労働で資金を捻出し、拠点づくりに投入してきた。

現在、就労組合員は16名、そのうち4名が精神障害者であるが、雇用契約上の違いはなく、労働協約も皆同じものが適用されている。さらに教育サービスを受ける障害者の親たちから成るボランティア組合員が30名。これらのスタッフで15名の障害者の職業教育が行われている。事業高は農業部門と就労教育部門と合わせて30億リラ（2億4000万円）。内訳は、前者が11億リラ、後者が19億リラである。

（次に私たちは）コーパルスのもう一つの拠点、農業観光施設「イル・モンテ」に繰り出した。協同組合の支援者から、山頂にある廃屋を提供してもらい、素敵なレストランに仕立てたものだ。（中略）レストランの仕事はコーパルスで働く障害者が、障害の種類と程度に応じて分担している（パスタ打ち、ナプキンのアイロンかけ、動物の飼育、野菜の栽培など）。それぞれの持ち場で働くメンバーの姿が写真入りで紹介され、仕事をものにしていく様子が日記風に綴られている。

（ロレンツォ・サンドリ理事長の話）「コーパルスには障害に詳しい福祉の専門家と農業のプロがいる。障害を持った人たちとの関係のつくり方も両方でそれぞれ特徴がある。福祉を専門に勉強してきた人たちは彼らを指導の対象と見るけれども、農業のプロはそうではなく、彼らを仕事のパートナーと見る」。ロレンツォさんは、この協同組合が単一の専門家組織でなく、複合的な専門家集団であることを、大きな強みと考えているようだった。

②「法律の衣」をどう着るか

（当時）私たちは、このよう事業内容や構成メンバーのあり様から、コーパルスを「B型」の「社会的協同組合」と考えていたが、理事長の答は「否」で、B型でもなければ、なんと社会的協同組合ですらなく、コーパルスは定款上も実質も歴とした「農業生産協同組合」である。

約20年前、兵役を拒否して社会福祉の道に入った、(ボローニャ大学) 農学部出身のロレンツォ・サンドリ理事長は「社会的目的を掲げながら、社会的協同組合を名乗らないわれわれの選択は、皆さんには大変わかりにくいかもしれない」と言いつつ、その事情を次のように語ってくれた。「コーパルスの選択の複雑さは、この協同組合のアイデンティティと歴史に起因する」と同時に、「社会的協同組合の法制化が抱えるいくつかの限界とも関わる」。……そして彼は3つのことを具体的に指摘した。（1）コーパルスは（法律）第381号に謳う社会的協同組合を先取りして実践してきた。確かに農業は、障害者の就

労支援のための手段であるが、自分たちとしては農業を核にして取組んできた「歴史の根とアイデンティティ」を大切にしたいのである。

(2) 現在、われわれとともに働いている障害のある就労者たちは、「B型」となれば、あえて「社会的弱者」の枠で働くことになる。「今日まではわれわれと同じ条件、協約で働いてもらったけれど、明日からはハンディキャップ就労者の枠で働いて下さい」というのは、コーパプスの理念と目的に沿わない。(3) 「B型」を採用すれば、ボランティア組合員の制限条項によって30名の親組合員を著しく限定することを迫られることになる。

(このような観点からコーパプスは社会的協同組合ではなく農業生産協同組合として事業を展開しているのであるが) しかし、ロレンツォさんは、法律の不備を指摘している訳ではない。万能ではない法律の限界を、協同組合の側が見極め、逆に自分たちの身の丈に合うよう戦略的な活用を考えていくべきだと言っているのである。その言葉通り、コーパプスでは現在、組織改編を模索している。例えば、コーパプスの事業の発展に伴って、重度の障害者にケアワーク・サービスやリハビリ・サービスを提供する部門と、より実践的に自立・就労を支援する部門とをそれぞれ別組織として独立させ、前者をA型の「マストロ・チリエッジョ」協同組合、後者をB型の「COPAS (コーパス)」協同組合とするのである。そうなれば、従来のコーパプスは一種の「ホールディング・カンパニー」のような存在になり、各協同組合の設立と運営を支える役割を果たすことになる。要するに、「小さな単位で、身近なニーズに深くかつ専門的に対応していき、また近接分野の協同組合が孤立せず、運動面でも財政面でも連携していくことができる態勢・体制をつくり、そういう態勢・体制をコーパプスが支えていく」のである。

このように、協同総研主催による「イタリア社会的協同組合調査」(1997年6月1～8日<9日成田着>)に参加した私は、エミリア・ロマーニャ州の州都ボローニャ市で事業展開している社会的

協同組合を訪問・調査したのであるが、なかでもコーパプスは——1974年設立という比較的長い歴史を擁する女性中心の社会的協同組合「CADIAI」^{カディアイ}と並んで——日本の協同組合人や協同組合研究者がその当時から関心を寄せる対象であったし、おそらく現在もそうであろうと私は思っている。そのような観点から、協同総研の所報『協同の発見』(第72号、1998年4月)に掲載された(故)島村節子さんと田中夏子先生の文章を要約して掲載させてもらった。

すぐ前で要約的に記載させてもらった田中報告も言及している「法律第381号」、すなわち、「社会的協同組合法」の制定が1991年11月、そして協同総研による「社会的協同組合調査」が1997年6月なので、既に制定から6年を経えており、社会的協同組合の取り組みと動向に関心を寄せていた私にとっては、社会的協同組合の事業展開の傾向をある程度正確に捉えることができる条件が整いつつあった時期だと言ってよい。この調査に参加した私はイタリアの社会的協同組合の「全体像」をおぼろげながら掴むことができた。

それからまた6年を経た後の2003年9月に協同総研は——日本労働者協同組合連合(労協)と共催して——「イタリア社会的協同組合調査」を行ない、その調査報告を『協同の発見』第139号(2004年2月)および『協同の発見』別冊/増補版(2004年6月)に掲載している(別冊は次の調査報告である。田中夏子「イタリア社会的協同組合の形成過程と現況、課題」、岡安喜三郎「地域の普遍的利益を追求する協同組合」、鈴木勉「人間発達に適合的な福祉供給主体像を求めて」、現田友明「協同労働の現場から見たイタリアの協同組合・社会的協同組合」)。その当時「協同総研理事長」を仰せつかっていた私は、その別冊に次のような短文の「発刊にあたって」を記しているので、その一部を引用しておく。

(前略) 協同総合研究所は既に1997年にエミリア・ロマーニャ州の州都ボローニャでの「社会的協同組合調査」を行なっていますので、イタリア社会的協同組合に関する調査は2度目ということになります。ただし、今回の調査地は口

ーマとミラノですので、同じ「社会的協同組合」の調査といっても、歴史、文化、宗教、政治、産業・経済、交通、自然、地勢など調査対象地域の特徴が異なれば、社会的協同組合もその生成、種類、運動、ネットワークなども当然異なることでしょうから、前回の調査と異なる研究成果が得られるでしょう。そして何よりも、前回の調査から既に6年が経過しており、この間における社会的協同組合の発展振りは私たちの予想をはるかに超えるものです。(中略)

社会－経済および情報のグローバルゼーションの下で、イタリア社会的協同組合の展開と発展は、日本に限らず、世界の多くの国々の協同組合人に影響を与えています。特に、「不利な条件のもとに置かれている人びとを市民として統合する」——すなわち、障害者、高齢者、刑余者、失業者など弱者や不利な条件のもとに置かれている人びとを社会から排除しない——という政策を掲げるヨーロッパ連合(EU)諸国では、イタリアの社会的協同組合についての研究が高まっています。イギリスの「社会的企業」の一つである(障害者の雇用の創出と自立をめざす)「ソーシャル・ファーム」は社会的協同組合を参考にして生まれた非営利・協同組織です。日本でも今後、イタリア社会的協同組合の研究が質量共に高まることと思います。(略)

私のこの短文に「今回の調査地はローマとミラノです」とあるが、じつは、ワーカーズコープ札幌の現田友明さんがこの時にコーパスを訪ねておられるので、現田さんの報告の一部を引用させてもらうことにする(『協同の発見』139号)。

(前略) オペラ・ピア財団(キリスト教信者が寄進した土地を管理する財団。しかし、現在は市の管理下にある)からの借地30ヘクタールを利用して、小麦、果実、野菜を中心に多様な作物を生産している。地域社会との交流を図る意味もあり、直売システムも採用している。

1983年には、ポローニャで最初の実践的ケースとして、実際の企業活動を通じての職業訓練システムが開始された。社会に閉ざされた訓練

センターではなく、「職業訓練の場であり、仕事の場である」ことをめざしている。1990年代には花の苗の栽培や緑化事業(ポローニャ市との委託契約)の分野を拡大している。

現在の組合員はA型110名、B型37名で、組合員にはハンディのある就労組合員の親も含まれており、また理事会には親の代表も参加している。農業生産物の直売を通じての交流に止まらず、イベントの出展や小学校低学年の社会見学先としての受け入れなど、「自分たちとちょっと違う人たち」くらいに地域住民の意識を高めた、とのことである。

さて、ところで、イタリアの「社会的協同組合の実体(entity)」とはどのようなものなのだろうか。わが「いのちとくらし」による「イタリア医療視察」(2013年10月26日～11月4日)で私が得たコーパスの印象に言及する前に、ここで、「社会的協同組合の実体」あるいは「社会的協同組合の理念」を「法律第381号」、すなわち、「社会的協同組合法」に基づいて抽出しておくことにしよう。というのは、そうすることが、わが「いのちとくらし」が追究している「非営利・協同」の理論化や明確な概念化に繋がっていくことに寄与すると思われるからである。

社会的協同組合の「実体」あるいは「理念」は、その法律第1条(定義)で次のように明確に示されている(概要)。すなわち、

第1条(定義)

1. 社会的協同組合は、市民の人的発達ならびに市民の社会的参加(統合)を通じてコミュニティの普遍的利益を追求することを目的とする。

[A型] 社会福祉－保健サービスおよび教育サービスの運営を担う。

[B型] 身体的・精神的なハンディキャップをもつ者(the handicapped people)の就労を目的とした、農業、製造業、商業およびサービス業など多様な活動を行なう。

第4条（ハンディキャップをもつ者）

2. 身体的・精神的障害をもつ者、刑余者や薬物依存症者、アルコール依存症患者など（すなわち、社会的に不利な条件の下に置かれている人たちなど）社会的不利益を被る者（ハンディキャップをもつ者）が、当該協同組合の労働者の30%以上を占めなければならない、また、本人の状態が許す限り、同協同組合の組合員とならなければならない。

第5条（協約）

1. ハンディキャップをもつ者の雇用創出を目的とする場合、公共機関は、公共事業の契約に関する規定の例外として、B型協同組合との間で、社会福祉—保健および教育サービス以外の財ならびにサービス農業供給に関する協約を結ぶことができる。

見られるように、このような法律に基礎を置いている社会的協同組合は、さまざまなハンディキャップを負っている人びとを支援する「闘い」——社会的排除（social exclusion）を排除する「闘い」——を、すなわち、社会的包摂（social inclusion）を推し進める「闘い」を通じて「普遍的利益」の創出に貢献している。この「闘い」は、G.W.F. ヘーゲルの言う「承認を求める闘い」であって、「個人は自らが他者によって承認されることではじめて幸福に導かれる」のであり、したがってまた、「対等平等な人びとの間での相互の承認のための秩序」を創り出す闘いでもあるのだ。別言すれば、社会的協同組合の闘いは「協同と公正に基づく新しい社会秩序の形成」の諸条件を再生産する社会的役割を果たすのである。

COpAPS(コーパプス)再訪:ロレンツォ・サンドリ理事長の説明と質問への回答

さて、私にとって今回の「コーパプス訪問視察」（2013年10月31日訪問）は2回目の訪問視察になる。前述したように、1997年の私たちの初回の視察訪問時には、コーパプスは農業生産協同組合（農協）として登録されていた「社会的協同組合」で

あったが、2001年に「知的障害者と精神障害者の農場、レストランそれにグリーン・ツーリズムを経営・運営するB型+A型の社会的協同組合」として再登録され、現在に到っている（所在地は「サツ・マルコーニ」コムーネ）。以下のメモランダムはロレンツォ・サンドリ（Lorenzo Sandri）理事長の説明および私たちの質問への回答である（彼の説明と回答は、本部に隣接している野菜畑と温室の見学時および本部食堂での説明、それにイル・モンテのレストランでの説明と回答）。

- * COpAPSは1979年に農業協同組合として設立され、1982年に本格的に始動した。設立の定款に社会的目的を組み入れた。2001年に社会的協同組合として登録したが、農業協同組合と社会的協同組合が並存しているとみなしてもよい。
- * 設立から一貫して「障害者の事業活動（雇用）」の拡大に力を注いできた。特に1980年代には障害者が農業を通じて事業活動を実践する好事例としてヨーロッパでもパイオニア的なモデルを確立したことから、このモデルがさまざまな分野で応用された。
- * 知的障害者へのアプローチとして、「先ず作業を行ない」、そして「なぜ、そうするのか（そのような作業を行なうのか）の情報を伝える」。このアプローチは「健常者」の場合と逆である。
- * 法規定には「労働者」（総務および会計は除く）に障害者が最低30%加入していることが定められており、本協同組合のそれは36%である。
- * 「労働者」が「組合員」になるか否かは、（彼・彼女たちを）雇用して約2年間様子を見て指導する。それは、すべての労働者・組合員が働きやすい環境をつくるためである。組合員になれば、相応の責任が伴うのであるから、お互いに納得付くの上で組合員になるのである。
- * COpAPSの労働者（従業員）総数は52名、労働者（従業員）でありかつ組合員でもある者は32名、雇用されている障害者は12名、その他に「出資のみ」（1人500ユーロ）の組合員が16名である。またその他に研修中の障害者が5名（ポストが空き次第優先的に雇用される）。
- * ミッションには障害者も平等に参加する。

- * コムーネには経済的補助を求めないが、「仕事を回して欲しい」と依頼することはある。
- * 本部はB型としての協同組合活動を実践している。レストランのイル・モンテはA型。したがって、COpAPSはB型+A型である。またリハビリ・デイセンターには少し重度の障害者もいる。

* (配布された)パンフレットは2010年に制作されたので数字に多少違いがあるが、基本的傾向は変わっていない。すなわち、

- B型の事業：①年間総事業高130万ユーロ。
- ②有機野菜生産は拡大傾向。直売所、近郊のレストラン、それにスーパーマーケットの「ナチュラC」に販売。
 - ③加工製造を行なう。
 - ④レストラン「イル・モンテ」の経営は夏季のみ(12月～3月は積雪があり登坂不可のため)、また営業時間は週末のみと木曜日の夜。
 - ⑤緑地整備は、(公共の)公園・墓地、個人の一般家庭の庭など。地元のコムーネであるサツソ・マルコーニ、カーザレッキオ(カーザレッキオ・ディ・レーノ)などからの委託が多い。「健常者3～4人と障害者1人」のチームで仕事は伐採や花壇の手入れ(花植えなどの花卉園芸)が多い。

⑥ゴミの分別も事業の一つである。

A型の事業：①イル・モンテでの教育サービス事業—AUSLより「年間40万ユーロ」の委託事業。

- ②(勘違いする人が多いが)週末のレストラン「イル・モンテ」営業に障害者は従事しない。

* このように、COpAPSは年間事業高170万ユーロの小規模事業体である。

* 5事業を行なうメリットは、いわゆる「多角経

営」によってCOpAPS全体における事業の安定化を図り得ること。他方、そのデメリットは事業組織の複雑化であるが、それでもその点は工夫によって改善される余地がある。

- * 質の高い事業的、社会的な活動を実践するために、国家的な認定や資格(例えば、安全基準、環境基準、ISO認定など)を取得する。障害者を雇用したり、また障害者が組合員であったりする社会的協同組合においても安全基準や環境基準の認定などを取得することが可能であることを社会に可視化させることができる。
- * 障害をもつ労働者(従業員)や組合員の事業に関わる諸活動については、「障害の違い」を認識することによって、彼・彼女たちの持っている能力に見合った仕事・労働に就いてもらうことが重要である。そのためにはまた、彼ら一人ひとりの「計画」の策定が重要になる。例えば、直売所のアンドレアは、計算は強いが、何か言われないと、すなわち、指示がないと動けない。
- * 農業あるいは農作業は、一般的には、障害者に適している。イタリアには「カブからワインはできない」という比喩があるが、しかし、じつは、カブからは他のいくつもの美味しいものができるのである。
- * 社会的協同組合は、したがって、「生活の質」と「労働の質」を重視する。最初は農業に関わる労働から始めるのであるが、そこで働く者の安全を確保する労働環境を整える。
- * 現在、近い将来に雇用を見込まれている障害者は5名。環境に馴染むまで時間がかかることから、内部研修を実施している。

次は、私たちからの「質問」とロレンツォ・サンドリ理事長の「説明と回答」

Q: 資料(パンフレット)に掲載されている表を見ると、2010年ではB型の事業高のうち最も高いそれは「緑地整理」ですが、現在はどのようなですか。

A: 現在、最も苦しいのがレストラン事業である。財布の紐が固くなったのが、今年に入って間もなく客数が急に落ち込み、現在に至っている。他の事業は伸びている。

Q: 健常者、障害者の平均年齢を教えてください。
A: 健常者=34~35歳、障害者=36~37歳。途中退職は少なく、多くは雇用されると長期にわたり存続。
Q: この土地の面積と所有一借地あるいは（コーパスの）所有地一形態を教えてください。
A: 生産可能な面積は30ヘクタール。他の地域に12ヘクタールあり、そのうち5ヘクタールが生産可能地。イル・モンテ（22ヘクタール）では6ヘクタールが生産可能地。これらの土地はすべて借地で、元々、「オペラピア」と称する宗教団体が所有していた。現在は、「イーパップ」が、エミリア・ロマーニャ州の機関と長期契約を結んでいる。
Q: 労働者（従業員）の平均報酬を教えてください。
A: 年間900~1,000ユーロ。
Q: 出資組合員の16名はどのような人たちですか。
A: 30%が障害者の親、50%が以前ここで働いていた年金生活者、そして残りの20%はこの活動に賛同する個人。
Q: 出資組合員も「1人1票の議決権」ですか。
A: そうです。設立に関わった人の多くは障害者の親たちであるので、出資組合員には親が多い。COpAPSの設立には親の存在が何より大きかった。「親の会」は現在では社会的にその存在が認められていることから、別のアソシエーションを組織して、障害者のための居住施設の建設を進めようとしている。
Q: 働く障害者で一人暮らしの人はいますか。
A: 一人暮らしの人もある。COpAPSには2つの居住施設があるし、またグループ・アパートに住んでいる人もある。
Q: 知的障害者の他に精神障害者も働いていますか。
A: かつては精神障害者を受け入れたこともあったが、基本は知的障害者のみである。
Q: A型のリハビリの人たちは何名ですか。
A: 13名。現在4名が候補試験期間中。社会的協同組合には専門化への傾向が見られる。COpAPSは知的障害がメインであるが、他の社会的協同組合には薬物依存者や刑余者を受け入れ

てもいる。

IL Monte（山の頂にあるレストラン「イル・モンテ」）へ移動して説明を受ける

(1) 「イル・モンテ」周辺についてのロレンツォ・サンドリ理事長の簡単な説明

この地域はもともと、貝殻が見かけられるように、海底が隆起して形成された山地であり、それ故、この地域においては安定した水の確保が難しく、ローズマリーやラベンダーなどハーブ種しか栽培されておらず、他の農作物を栽培することができないでいる。1600年代まではオリーブ油を生産していたとのことである。冬の寒さは厳しく、2011年の冬季には「気温マイナス13度」・「積雪70センチメートル」にも達した。水道は引かれているが、畑地用の水は雨水であって、したがって、貯めた雨水を畑地にパイプで散水している。ここから少し離れた（下に見える）畑地では、イノシシやシカに野菜を食い荒らされる、いわゆる「獣害」が起きている。ラディッキオ（苦みのあるサラダ野菜）やペペロンチーノ（唐辛子）など美味しいところだけを食い逃げしている。

(2) レストランで改めてサンドリ理事長からCOpAPSに関わる私たちの質問とそれに対する説明と回答を受ける

* サンドリ理事長はまず、COpAPSについて簡潔に、「COpAPSは *Cooperativa per Attivita Produttivo e Sociali* [生産活動および社会的活動のための協同組合] である」こと、次いで「イル・モンテでは冬季の間、レストランは休業するが、(親の送迎やボランティアの送迎バスで通う) A型デイサービスを実施する」旨について説明し、その後私たちの質問に答えてくれた。

Q: COpAPSの設立に反対した(地域の)人たちはおりましたか。

A: 特にいなかったが、むしろ「かわいそうな人たちの施設に違いない」という認識がみられた。最初に(地域の人たちに利用してもらう)「直売所」を作り、地域のフェスティバルに参加し、また地域の人たちを私たちのパーティに招待す

るなど、地域および地域の人たちと密着することに努力した。

Q：事業の割合はどのようですか。

A：総事業高の50%が地方公共団体など公的機関による委託であり、残りの50%が民間との契約である。この点(民間との契約50%という数字)は重要である。

Q：イル・モンテを(事業の場所として)選んだ理由は何ですか。

A：事業拡大を計画していたので、土地所有者に空いている土地がないか尋ねたところ、使用していない土地があり、そこに建物もあるとのことだったので、それを借用し、建物を私たちの手で改装した。「この土地に呼ばれた」というような実感があった。

Q：ボランティアは多数参加していますか。

A：社会的協同組合は、一般的には、カトリック色が強いので、ボランティアは多い。しかし、COpAPSには宗教色はなく、希望者(志願者)のなかから必要な方を選ばせてもらっている。例えば、年金生活者で建築技術を持っている人など、あることを教えてくれることができる方をボランティアとして活動してもらっている。イル・モンテを増築してくれたのは、そのような方です。現時点ではCOpAPSにボランティアのスタッフはいない。

Q：エドゥケーターと社会福祉オペレータ、「農業」と「作業所」のどちらを重視しますか。

A：*どちらを重視するということはない。A型にはエドゥケーターが6名いる。一般の労働者(従業員)15名、社会福祉オペレータ1名、その他に農業関係者がおり、総労働者(従業員)は正確には52名である。

* COpAPSとイル・モンテは注目を集めており、イスラエルに紹介するので内容を教えてほしい、との問い合わせもあった。また農業に社会サービスを探り入れるとの動きも生まれている。これは農業活動を通して社会サービスを実践するCOpAPSの開始とは逆のプロセスであり、農業活動を実践している人たちが社会サービス活動を探り入れるようになってきており、農業分野での社会サービス活動の始まり、と言

ってよい。

* A型の活動にはラベンダー畑の手入れ、おい袋作り、生パスタの生産(週末レストラン用に冷凍)、レストランの清掃、テーブルデコレーションなどレストランと結びついた活動を実践している。

* 教育とのつながりについては、農業高校との連携もあり、障害を持っている生徒もやって来る。高校3年生までは義務教育(高校は5年制)であるが、その後の4年次生あるいは5年次生が研修にやって来る(週1回、年間120時間)。その際、オペレータのグループが計画し、生徒の両親、COpAPSの代表それにAUSL(アツィエンダ・ウスル)の担当者とが協議し、生徒の進路方向を話し合って決めていく。

Q：サンドリ理事長がこの「仕事」に従事することになった理由を教えてください。

A：私は、都市の出身ではなく山岳地方の出身ということもあって、ポローニャ大学農学部に入学するためにポローニャにやって来た。その当時は徴兵制度があったので、私としては「良心的兵役拒否」を選び、社会活動を実践するためにCOpAPSを訪れた。農業に関する知識を持っていたし、また父が聾者であったことから社会活動にも関心があったのでCOpAPSにやって来た。したがって、私は設立時の組合員ではない。

Q：先にグループ・アパートについて話題になりましたが、そこではどのような人たちがおり、またその運営はどのようになされているのですか。

A：* 3~4名の障害者を持つ住民に1名のエドゥケーターが付く。アパートは約7名までで、それ以上は居住施設に移り、カテゴリーが変わることになる。バリアフリーなどの基準に対応しなければならないからである。

* プロジェクトのコーディネーターがエドゥケーターであることが多い。実際には、グループ・アパートには社会福祉オペレータも一緒にいる。

* 運営サービスは社会的協同組合が提供しているケースが多いが、市が直接提供することもある。ポローニャでは社会的協同組合が運営して

いるケースが多い。

(*最後に、サンドリ理事長は、EUの社会的基金 [European Social Fund: ESF] が2006年より東欧の新加盟国支援に廻されて、COpAPSへのESFが打ち切られてしまったことを私たちに伝えた。ESFによる資金移行、すなわち、支援資金の打ち切りは、社会的協同組合のような非営利・協同の事業体に対して、多かれ少なかれ、影響を及ぼしていることの意味を私たちも複眼的な視点を以て考えなければならないだろう。)

私にとって2回目の訪問となったCOpAPSは、1997年の訪問よりも畑も拡大し、温室もかなり近代化され、充実しているように思えた。それだけ

に、今回の訪問でその実態の厳しさをサンドリ理事長からお聴きして、COpAPSだけでなく、社会的協同組合全体の更なる発展を私は心より念じるものである。イタリアにおける社会的協同組合がヨーロッパ諸国の協同組合、とりわけワーカーズコープに与えてきた影響力を考えると、なお更である。このことは、市民の社会的統合、すなわち、「シチズンシップ」の実体にも影響を及ぼすかもしれないからである。それでも、山の頂にあるレストラン「イル・モンテ (il Monte)」で食し味わった赤ワインと羊の肉がCOpAPSの実力を私たちに知らせてくれているようで、いささか光明を見たかのようにであった。



COPaPS 本部外観



説明してくれたロレンツォさん(右)。左は通訳の青山愛さん



レストラン「イル・モンテ」の看板



「イル・モンテ」前で

イタリアの社会的協同組合を見て

二上 護

イタリア、ミラノとポローニャの「社会的協同組合」を視察する機会をえた。

私に身近な協同組合は二つ。

一つは、スペイン北部のバスク地方に展開するモンドラゴン協同組合。

1987年最初に訪問した時は驚きの連続であった。1956年、内戦後の荒廃した社会のなかでごく普通の労働者たちがお金を出し合って小さな町工場をつくり、協同組合として組織し、やがて増加した160以上もの協同組合を群としてまとめ、農業、機械工業、サービス、住宅、教育、消費生協、金融機関として労働人民金庫、共済機関、大学まで持つにいたっていた。私は石塚秀雄氏とともにそれを可能にしたスペイン協同組合法を研究し、『協同組合の拓く社会 モンドラゴンの創造と探求』（1988年・みんけん出版発行）という書籍に載せた。

一つは、私も組合員の一人でもある川崎医療生活協同組合。

4万4千人余りの組合員がおり、川崎協同病院と8つの診療所、13の介護施設を経営し、年間延べ9万人の入院患者と35万人余りの外来患者の診療を行っている。日本に生協が経営する病院がいくつもあることさえ知らない国会議員もいるらしい。2002年、「気管チューブ抜去・薬剤投与死亡事件」を公表し、大いに世間の注目を集めた。

ところが、今回訪問したイタリアの協同組合は「社会的協同組合」と呼ばれている。「社会的」とは何じゃと思って参加した。

社会的協同組合は、社会福祉、保健、教育等のサービスの運営を担う協同組合で、これはA型と呼ばれるが、障害者を30%以上雇う協同組合はB型と呼ばれているようだ。

最初に訪問したのは、ロンバルディア州・パウロ市に15年前発足し、老人ホーム、ミニアパート、デイサービス、訪問サービスを手がけているA型の社会的協同組合。

建物はパウロ市から借りており、480人の協同組合員がフルタイムで働き、知的障害者も受けていた。費用が高めということで待機者なし。80年代に協同組合運動を始めたというアントニオ医師が代表者のようだ。

次に訪ねたのは、ポローニャ市のカトリック系の協同組合が1993年設立した老人ホーム。

組合員はわずか9人で、教会と関わりの深い医師、弁護士、エンジニア、銀行員など。教会の教区が中学校だった建物を所有し、改装費は州が負担し、隣に教会付属の幼稚園がある。従業員は45人で、59人の老人を収容するが、その3分の2は市の社会福祉公社から来ており重度の人が多い。3分の1は施設が決定する。1日80ユーロで、年金では払えない場合は家族の援助か市が負担するようだ。

ポローニャ市は高齢化が進み、出生率は低い。施設は十分にあるが、民間施設は費用が高いので、むしろ自宅で移民などの介護士を雇うことが多いらしい。

同日、エミリアロマーニャ州で5指に入るといふ大きなA型の社会的協同組合が経営する障害者用居住施設を訪ね、1997年から居住している障害者のニコラさんに案内された。

協同組合設立時、銀行財団からの補助があったそうだが、従業員は2700人で、その90%は協同組合員、生産高は6600万ユーロ（2012年）。

0～3歳児の幼児教育、学校に対し障害者の

サポート要員の派遣、成人サービスとしてのホームレスの夜間だけの收容、ジプシー（ロマ族）、不法滞在者、失業者、アルコール中毒患者などの支援、身体障害者と知的障害者支援、家庭への援助やデイサービスなどを行っている。

80%が入札によるポローニャ市からの委託契約だが、常時の補助金はないが、プロジェクトによっては補助金がある。経費の70%は人件費、国の財政難で費用の支払が遅れ銀行からつなぎ融資を受ける必要があるそうだ。

市場で生き残るためには競争力が必要で、難しい状況があるという話が印象的だった。

次に、2011年に開設したという151床をもつ高齢者介護施設を訪ねた。ここは、創業者一家の祖父が1920年代にホームレスの支援を始めた事業体だ。市場の需要により事業は変化し、現在、ポローニャ市内に、180床で長期入院が可能な精神科とリハビリ病院を3つ、ここの高齢者介護施設、在宅に返すための施設を経営しており、アルツハイマー、認知症のセクションには一戸建ての建物と集合住宅もある。

職員は600人おり、医師はコンサルタントも含むと100人、年間売りあげは3000万ユーロに及ぶ。

今はここで働くが40年間公的病院で働いてきた医師は、この施設で働く理由として医師を大事にしているためだ、（宗教団体、民間、公立に比べて、協同組合運営の施設はどうかという質問に対し）運営がどこかは問題とならない、スタッフのチームワークが大切だと語った。

1999年、認知症患者の治療について、エミリアロマーニャ州でプロジェクトを結成し、ネットワークをつくり合理化して無駄を省き効率的なサービスを提供しているそうだ。総合内科、専門センター、病院、居住施設が効果的に提携することが大切で、総合内科で早期発見し、薬物治療し、老人病専門の医師がみる専門のセンターが付加価値をつけるという。

老人施設をとりまとめている責任者は、民間施設、協同組合、宗教団体、公立で働く職員が非公式に集まり、意見交換し、ポローニャ市に要望を出しているそうだ。

モデナ県・ラバリーノ市にある社会的協同組合（コンフコップ・エミリアロマーニャ支部に加盟）が運営する障害者施設を訪ねた。1階がデイセンター、2階が作業所で、市と地域の社会福祉課と連携しており、障害者が送られてくる。

デイセンターに通う障害者は9人で障害の程度はさまざま、作業所は精神障害者7人が通っている。施設の計画書、障害者ごとの個人教育計画を作り、6ヶ月、1年ごとに評価し、家族と共有する。

五感をとぎすまず、色を使い視覚、触感を養う、身近なものを使う、年1回演劇をすることを重視している。

協同組合は居住施設も運営している。1500人の労働者は全員協同組合員であり、資格をもっている人を中心としており、売上は年3900万ユーロに及ぶ。

その後、カステルフランコ市にある成人障害者の施設も見学した。待っていた市長が、障害者をもつ家族の負担は大きい、市が負担を共有して家族の負担を軽減し、障害者も交流し、能力を高めるのだと挨拶した。

この施設全体では障害者300人位をみているそうだが、障害者の作業所では、企業への就職が最終目的の職業訓練、すなわちいずれ職業につけるために段階的に可能性を追求するグループと、リハビリ中心で自立性を高めるためのグループがあり、18歳から50歳の17人が通っていた。

地区の30の企業が29人の障害者を採用しており、職業訓練コースは、研修から実習そして雇用へと結びつけ、雇用してからも雇用が安定するようエデュケーターがつくそうだ。その実現のためには協力が必要で、作業ができるだけでなく、同僚、上司とのつきあいも大切で、仕事をする喜びの動機付けを与えるのが大切だが、全員が就職できるわけではないという。

視察の最終日、日本にも紹介されている障害者も雇っている農業協同組合の農場とその経営する丘の上のレストランを見学し、レストランで豪華な昼食をいただいた。

この協同組合は、1979年誕生し、農業活動を通じての障害者教育を実践してきたが、2001年社会

的協同組合に組織変更した。A + B型の協同組合である。

理事長のロレンツォ・サンドリさんは、自分は設立組合員ではないが最古参の組合員であり、父は耳が聞こえなかった、山岳部の出身で、ポローニャ大学農学部時代この活動を知り、軍隊、軍勢力反対のため兵役につかず、ここで働きだしたと自己紹介した。

ここは、COpAPS というが、その意味は「生産と社会的活動のための協同組合」であり、農作業を通じての障害者の教育のパイオニアとなった。障害者に身をもって憶えさせる、作業させながら情報を与えることを実践しており、生産可能な土地は30ヘクタールある。

B型の社会的協同組合は、法律上、最低30%以上の障害をもつ者を雇わねばならないが、ここは36%だそうだ。

従業員50名のうち組合員は32名で、雇用してから関係がよい場合2年位で組合員として受け入れる。組合員は責任が増えるが、働きやすい環境を作っていこうという目標を掲げている。

組合員のうち、出資組合員は16名で、一人500ユーロ程度であり、その3割は障害者の親、5割は以前働いていた人、2割は昔からの共感者である。

この協同組合の最大の目的は障害者を労働に参加させることにあり、自治体に対し、経済的援助は求めないが、仕事をまわして欲しいと要望している。

農作業は知的障害者にむいているが、もっている能力に違いがあり、一人一人に対する計画が必要で、それぞれにあったポジションに置くことが大切である。

B型の活動領域は、有機野菜・果物、植木の栽培と販売、市からの委託が多い公園・墓地・庭の整理草刈り・植え込み、他の協同組合とともにしている分別ごみステーションの運営であり、年間130万ユーロを売りあげている。

A型は障害者に対する教育サービスを提供しており、地域の保健医療公社から年40万ユーロの補助金を得ている。

丘の上のレストランは見晴らしがよく、ラベンダー畑が広がっていた。しばし散歩した後、知的

な障害もつ子どもたちも参加して作ったピザやパスタを、ワインとともにゆっくりといただき、豪華なランチを楽しんだ。

イタリアに何千とある社会的協同組合のうち大小の数カ所を視察したにすぎないが、それでもその多様性と共通する特徴が浮かび上がった。

行政・公的資金との深い関わりのなかで作られた施設、カトリックの影響のもとで作られた協同組合、資産家と思われる一家が創業した病院、独特な障害者の教育活動の結果としての協同組合など、その生い立ちはさまざまであり、高齢者や知的・身体障害者が対象の中心であるが、ホームレス、ジプシー（ロマ族）、失業者、アルコール中毒患者にまで及んでおり、いずれも社会において生活しにくい人々に対するサービスの提供という面で共通している。

イタリアにおいて社会的連帯協同組合として協同組合運動が発展し始めたのは、新しい貧困層といわれる高齢者、障害者、子どもなどの出現が認識され始めた1970年代末からだということから比較的最近のことだ。

最初はカトリックの権威によって協同組合の位置付けが確実にされたが、国際協同組合同盟の第27回大会（1980年）の「西暦2000年における協同組合」（通称レイドロー報告）に大きく影響を受け、左派系のナショナルセンター・レガも協同組合運動に取り組みだした。

レイドロー報告は、当時の世界の協同組合運動は「思想上の危機」という第3の危機（第1の危機は協同組合の存続そのものの危機、第2の危機は経営上の危機）に直面しているが、それは協同組合運動の目的が不明確になり、最大限の利益追求を目的とする私的な資本主義企業とは異なる事業体としての独自の役割があいまいになっていると指摘した。

これに影響を受けたと思われるのだが、レガは「新しい協同組合」として、「差別なき生産・労働の協同組合」すなわち社会的に不利益を被っている人々の労働を通じての社会参加を目的としての運動を展開した。

こうした運動が相まって、1991年に「社会的協

同組合に関する法律」が成立した。

社会的協同組合は、「市民の、人間としての発達および社会参加についての、地域の普遍的な利益を追求することを目的」とすると定義され、その目的のために、社会サービスの供給を目的とするA型と、ハンディをもつ者の労働参加の促進を促すB型が定められた。

イタリア憲法は、第1条において、「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。」という独特と思える規定から始まるが、第45条は「共和国は、相互性の性格を有し、私的投資の目的を有しない協同組合の社会的機能を承認する。法律は、最も有効な方法により、その増加を推進し、助成し、および適当な監督により、その性格と目的を確保する。」とあり、協同組合を重視する姿勢を明確に示している。

この憲法と91年成立の法律により、社会的協同組合の大切さが広く認識され、行政の援助と公的資金の投入も進められてきて、イタリアにおける社会的協同組合の今日の姿があると思われる。

日本の協同組合は、川崎医療生協もそうであるように、「利用者の相互扶助」を目的としている（先進国中、唯一遅れている状態なのだ。）のに対し、モンドラゴン協同組合グループを可能としたスペインの協同組合法は、資本と民主的管理をもって企業活動を展開することを目指して制定されている。

これらに対し、イタリアの社会的協同組合法は、社会的弱者、貧困層の救済、「地域の普遍的な利益を追求することを目的」としているのだ。

私は、この視察を通じて、あるべき協同組合運動の発展と非営利・協同の運動と組織の発展を願わずにはいられなかった。

最後に、イタリアの歴史について勉強しているなかで、『イタリア抵抗運動の遺書』（富山房百科全書・1983年出版）を知り、ミラノのドゥオーモの近くでは抵抗運動での死者の名前を刻まれた碑を見学した。

『イタリア抵抗運動の遺書』は、原題を直訳すると「イタリア・レジスタンス刑死者の手紙（1943年9月8日～1945年4月25日）」である。

1943年9月8日、イタリアと連合軍が休戦協定を発表後、連合軍がイタリア南部を占領下においたが、ドイツ軍がナポリから北の地域を占領し、ムッソリーニは北イタリアのサロに政権を置いたのに対し、反ファシズム諸政党が国民解放委員会を結成し、市民の間でドイツ占領軍とファシズムに対する抵抗運動が始まった。

「遺書」は、この戦いに立ち上がった様々な人々がファシストやドイツ軍につかまり処刑の場に向かう前に、家族にあてて書いた手紙などで残され得たものをつづっている。

その201名の年齢層、職業はまさに多様である。

17歳から63歳、早くから抵抗運動に立ち上がった社会党・共産黨員もいれば、1943年9月8日にパルチザンに入った者もいる。

町役場助役、裁判所書記官、事務員、学生、主婦、教員、弁護士、医師、聖職者、技師、さまざまな工員や職人、商人、店主、店員、農民など。警察官と憲兵、陸軍・海軍の職業軍人までいる。逮捕後拷問を受けた者も多い。

驚くべきは、いずれの手紙も家族への深い感謝の言葉で始まり、落ち着いた静かな気持ちで、正当な行動をとったという信念のもとに死を迎えようとしていることが切々と表明されている。

「祖国を愛した！そのことを唯一の罪であるという名誉を、私はきみに遺していこう。」「おまえのパパは正義と平等という理想のために死刑を宣告された。」「ぼくは最後まで自分の義務を果たしたことを思い、ひとつの理想に、すなわち祖国に、いっさいを捧げた自分の行為についていささかの悔いもなく、死んでゆきます。」などなど。

私は、たまたま病院のベッドのなかでこの本を読み出したのだが、疲れにもかかわらず読み続けたいという気持ちを押しさえきれなかった。

思えば、日本社会はこのような遺書をもち得なかった。戦後のイタリアの社会はこの苦しみと喜びの上に築かれてきたと言ってよい。イタリアについて報道される政治の混乱とは別の次元で、それはイタリア社会のなかに脈々と生き続けているのではないかと思う。

帰国後、私は何人かの友人にこの本を勧めた。

ボローニャ市ナヴィレ区の 「地域の社会的計画 piano sociale di zona」

——地区の運営、保健医療、社会福祉サービス政策——

小磯 明

私たちは、2013年10月31日午後、人口約7万人のボローニャ市ナヴィレ区における地区の運営、保健医療、社会福祉サービス政策などについて、マッシモ・ペロン Massimo Peron 副区長（Vice-presidente del Quartiere Navile）、アンドレア・クツァーニ Andrea Cuzzani ナヴィレ区運営・管理責任者（direttore del Quartiere Navile）、ダニエレ・アラー Daniele Ara 区長（Presidente del Quartiere Navile）より、区議会議場で説明を受けた上で、質疑応答を行った（写真1）。本稿はその結果について報告する。

地域の社会的計画 piano sociale di zona

「地域の社会的計画 piano sociale di zona」とは、法律328号「社会福祉の統合的システム実現のための枠組み法」によるもので、その第19条では「行政は、ASL（地域保健公社／元州立病院）」および第1条4項に示された諸主体との協働の形態を明確化するものとする」と規定している。第1条4項には、次のように示されている。

「行政（州・国）は、関連分野において、国が契約、協定、合意をかわした、社会的目的のための非営利組織、協同組織、アソシエーション、協会、財団、ボランティア組織、宗教団体が、福祉サービスの供給のための統合的システムの計画策定、組織化、運営において有している役割を認識し、支援するものとする」と。

すなわち、同法においては、社会福祉分野におけるサービス提供の重要な担い手として市民社会、特に非営利セクターを位置づけた上で、それらが単にサービス提供（運営）にとどまらず、地域における「計画の策定」と「組織化」すなわちネットワークづくりも担うとした。

各州では、州法で「参画」のあり方を具体的に規定した。エミリア・ロマーニャ州では、2003年に州法2号「社会福祉の統合的システム実現と社会的市民性（cittadinanza sociale）の促進のための法律」の20条第1項で、「州および地方公共団体は、社会的領域における、自治的市民社会組織（特にボランティア団体、社会的協同組合、社会的目的を有したアソシエーション）の経済的・社会面にわたる役割と重要性を認めるものとする」と規定した。



写真1 区庁舎



写真2 説明するマッシモ・ペロン Massimo Peron 副区長（写真左）

1. マッシモ・ペロン Massimo Peron 副区長 (Vicepresidente del Quartiere Navile) による区の政策の説明

ナヴィレ区の副区長のマッシモさんは、副区長であるとともに社会福祉政策のコーディネーターでもある(写真2)。はじめに区と区の政策について簡単に説明を受けた。

ナヴィレ区のコミュニティのための社会福祉

ナヴィレ区はポローニャ市に属しており、ポローニャ市にいくつかある区のうちの一つである。区では、区内の市民向けサービスを提供している施設の管理運営をしている。ナヴィレ区には約7万人の住民が住んでいる。特徴としては、やはり高齢者が多いということ、そして移民の方が多いということで、移民の方が多く入ってきていることで近年小さな子どもが増えているということである。この経済危機の状況にあって、ナヴィレ区の住民からは社会サービスのニーズが高まっている一方で、経済危機の影響で市なり区なりが経済的に苦しい状況にある。

そのため、いかに限られた資金の中で、どのように効果的に住民のニーズに応じてゆくかを考えなければならない。それを踏まえて立てた政策方針というのが、ナヴィレ区の「コミュニティのための社会福祉」ということである。

区だけがサービス提供の主体となって社会政策を行っていくということではなく、区に存在する社会的主体、例えば社会的協同組合のような区に代わって社会的なサービスを提供できるような組織を有効に活用することによって、住民のニーズに応じていこうと考えている。

区が直接サービスを運営していくというよりは、区はサービスの計画・政策・方針をつくっていくことに重点を置いて、それに沿って区内に存在するサービス提供の主体、個人などの組織を動かしながら、うまくサービスを運営していこうと区では考えている。市や区の地方公共団体と民間の組織が協力することによって、サービスを提供していくとともに、ボランティア活動も積極的に

行っていく方向に持っていこうと考えているそうである。

区内にある主体をどんどん発展させてゆくことを支援していくことと、お互いに意見交換を行っていくこと、もっと具体的にいえば、問題に対応していくために区に存在するボランティア団体であったり社会的協同組合であったりという主体をうまくネットワーク化して、住民のニーズに応じていくということである。

具体例を挙げると、高齢者にとってはやはりポローニャも夏がとても暑いので、老人だけの一人暮らしというのは非常に大変なわけで、バカンスに行かない高齢者の方に少しでも街の中で楽しんでいただくということで、(訪問した)建物の1階にある社会センターで色々な活動を行っているそうである。高齢者が家の中で一人で引きこもるのではなく、社会センターのようなところに来て、色々な活動に参加したり色々な人と話をしたりして、夏を過ごすプロジェクトもあり、区のアペレーターとボランティア組織の方たちが一緒になって高齢者に対する活動を行い、一部はボランティア団体に区から補助金を出して協力をお願いしている。

市民参加の方法

市民は、個人もしくは同じような考えを持つ市民とグループをつくることによって、区の政策・計画に意見を表明することができる。それはどういう形で行われるかということ、それぞれのテーマごとに、例えば社会福祉であったりスポーツであったり都市計画であったり、各委員会がある。その委員会の会合はどのテーマの委員会かによって開催頻度が変わってくる。一番活発に行われているのが都市計画委員会であって、ほぼ1カ月に1度くらい集っている。そこで、区の代表と市民が話し合う場がある。ほかの社会福祉やスポーツの委員会というのは、年にだいたい4回から6回くらい会合を行っており、定期会合だそうである。

それ以外に地区議会 Circonscrizone でとくに住民に非常に関係のあるテーマについて話し合われるときには、いわゆる公聴会が設けられ、住民が来て自由に意見を述べるができる。毎年の予

算の承認のときには必ず公聴会が行われている。

2. アンドレア・クツァーニ Andrea Cuzzani ナヴィレ区運営・管理責任者のサービス提供の仕組みの説明

ボローニャ市の人口の推移

表1 ボローニャ市の年齢階級別住民数の推移 (2007~12年: 6年間)

Età	2007	2008	2009	2010	2011(a)	2012(a)
00-14	38,992	39,858	40,853	41,913	42,853	43,606
15-29	46,409	47,264	47,674	48,251	48,880	49,707
30-44	88,518	89,038	88,881	88,942	88,895	88,936
45-64	97,859	98,803	100,372	102,477	102,689	103,287
65-79	67,530	66,567	65,667	64,105	64,622	64,987
80 e oltre	32,948	33,414	33,773	34,493	34,845	34,806
Totale	372,256	374,944	377,220	380,181	382,784	385,329
45 e oltre	198,337	198,784	199,812	201,075	202,156	203,080
65 e oltre	100,478	99,981	99,440	98,598	99,467	99,793

(資料) Il Comune di Bologna, 2013. より作成。

表2 ボローニャ市の年齢階級別住民数の構成割合の推移 (2007~12年: 6年間)

Età	2007	2008	2009	2010	2011(a)	2012(a)
00-14	10.47	10.63	10.83	11.02	11.20	11.32
15-29	12.47	12.61	12.64	12.69	12.77	12.90
30-44	23.78	23.75	23.56	23.39	23.22	23.08
45-64	26.29	26.35	26.61	26.95	26.83	26.80
65-79	18.14	17.75	17.41	16.86	16.88	16.87
80 e oltre	8.85	8.91	8.95	9.07	9.10	9.03
Totale	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
45 e oltre	53.28	53.02	52.97	52.89	52.81	52.70
65 e oltre	26.99	26.67	26.36	25.93	25.99	25.90

(資料) Il Comune di Bologna, 2013. を加工して筆者が作成。

マッシモ副区長の話はここでいったん終わり、実務部門の責任者のアンドレア・クツァーニさんより説明を受けた。

まず彼は、2007年から2012年までの年齢別の住民数の移り変わりについて説明した。

表1はナヴィレ区だけではなく、ボローニャ市の年齢階級別の住民数の推移である。それをみるとわかるように、2007年の総人口は37万2,256人だったのが2012年には38万5,329人の1.03倍になっている。とくに0歳-14歳は1.12倍に増えているが、45歳以上の年齢層は1.02倍、その中でも「65

歳以上人口が非常に増えてきている」と彼は述べ、「これは寿命が伸びているということでイタリア全体の傾向でもあります」と述べた。

しかし、筆者が改めて数値を計算しなおしてみると、65歳以上人口は2007年の100,478人から685人減少し2012年では99,793人(99.3%)になっている。2011年と2012年には(a)の印がついていることから、統計データの取り方の変更が推測されるが、例えそうであったとしても表2の年齢階級別構成割合の65歳以上人口の割合は、2007年と2012年では26.99%から25.90%へと1.09ポイント減少している結果となっている。45歳以上人口の構成割合についても、53.28%から52.70%へと0.58ポイント減少している。増加しているのは0歳-14歳の構成割合で、2007年の10.47%から2012年の11.32%へと0.85ポイント増加している。これは、マッシモさんの話から移民の子どもたちが増えている結果と推測できる。

社会サービス提供の一般的な仕組み

例えば社会福祉に関してみると3つの段階があるという。一番初めに政策をつくる、政策方針を固める。2番目に、実務責任者が実際の計画というものをつくる。最後に、その計画に沿ってサービスを提供する、もしくは補助金を出すという行動がある。

社会福祉政策はイタリアでどのように行われているのか。国は指針を出すけれども、最終的に社会福祉に関しては州に分権がなされているので、実際に実行法をつくるのは州になっている。その下に県が存在していて、3年間の地域計画がつくられる。そのさらに下の実行部門として、ボローニャ市があるわけである。

一番上にあるのが地区議会で、市長とその地区のアチエンダ・ウスル(地域医療公社)からなっている委員会である。その下にボローニャの場合はボローニャ市で一つの地区になっているので、その下にボローニャ市しかないけれども、周辺に関しては地区というのが2つとか3つの市が一緒になってやっているの、その下はコムーネと市が複数になっている。けれどもボローニャの場合はボローニャ市だけである。そこで、市の社会福

社サービスを市が行っているものがあり、それとは別にポローニャのアチエンダ・ウスルが行っている社会医療サービスというのがある。実際その社会サービスがどのように供給されているかという、まったく公的に直接供給されている場合もあれば委託契約という形で協同組合などが供給している場合もあれば、まったく民間の機関から供給される場合もある。

コムニ Comuni、ディストレッティ Distretti と書いてあるところが、いわゆる政策部門、その

下のセルビチ・ソチアーリ・コムナーリ Servizi sociali Comunali は市から供給される社会福祉サービスとアチエンダ・ウスルの社会医療サービスが計画部門になって、実際の供給部門はその一番下になる（写真3）。

これは一般的なモデルなので、一般的なモデルの場合は普通は1つの地区というのは複数の市からできている。だがポローニャの場合は規模が大きいのでポローニャ市になる。つまり、ポローニャ市の場合にはディストレッティ Distretti だけでいいということである。

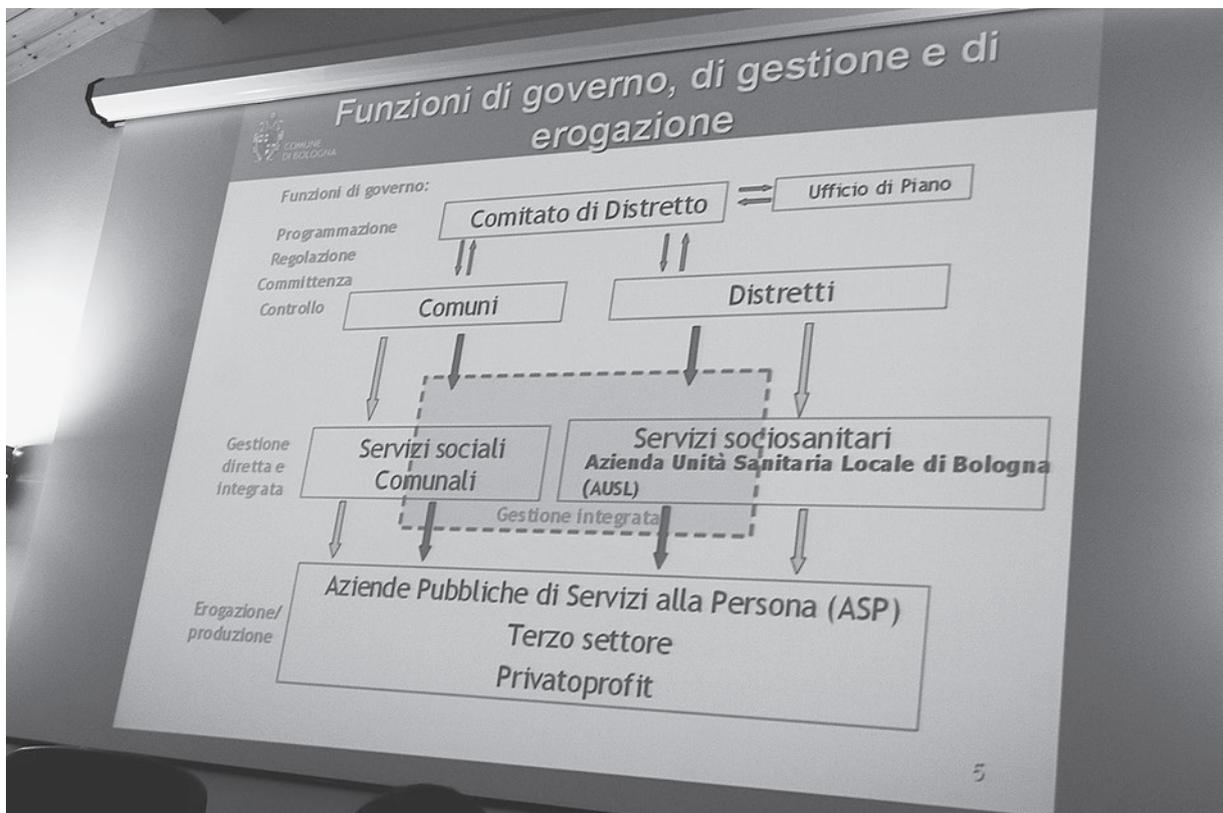


写真3 社会サービス提供の一般的なモデル

Realizzazione del PAI (リアリツァツィオーネ・デル・パイ) までの社会サービス提供の流れ

具体的にどのようにサービスが供給されるかというと、「まずある住民が、私にはこういうことが必要です」というニーズがあったとする。その人は区にある社会窓口(スポルタンテ・ソチャーレ)というところに行き、「私はこれこれこういう状況なんですけれども、どうしたらいいでしょう」と相談に行く。そうすると、そこで、情報ももらったりコンサルタントからのアドバイスをもらった

りする。実際にその状況の判断を行うのは社会福祉課になる。社会福祉課のところでその判断を行って、「パイ PAI」という、その人にあった個人の支援計画が作られる。その支援計画が作られた時点で、そこにかかれたサービスをどこがどういう形で提供するかが、一番右側の Realizzazione del PAI (リアリツァツィオーネ・デル・パイ) というところになる（写真4）。

6カ月ごとに見直しがあるが、状況が変わったとかニーズが変わったとかということになると、ま

た個人計画を作り直して、また個人計画に沿って 別のサービスが供給されるという流れになる。

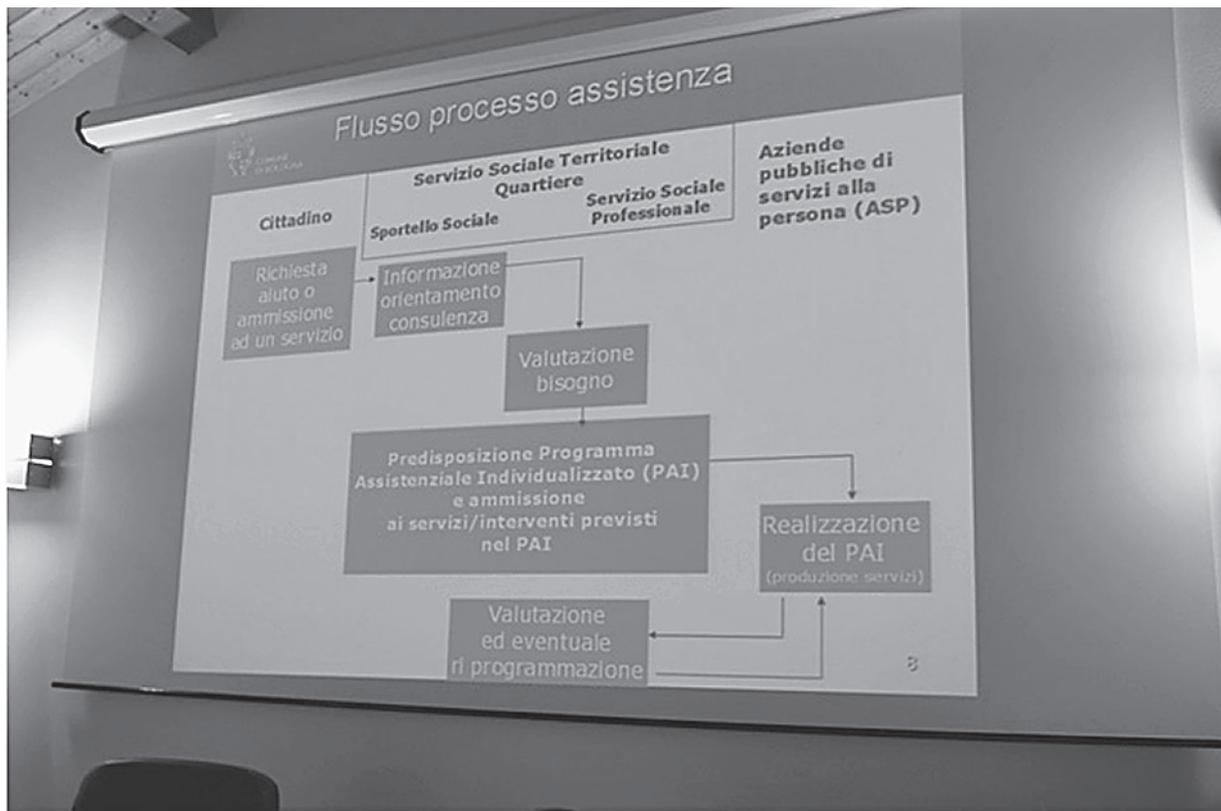


写真4 Realizzazione del PAI(リアリツァツィオーネ・デル・パイ)までの社会サービス提供の流れ

(写真3に戻ってみると)これが社会福祉サービスにかかわっている公的な主体ということで、ポローニャ市の場合は区とポローニャ市の社会福祉課になる。その下が、ポローニャのアチエンダ・ウスル(ポローニャの地域医療福祉公社)である。その下がASP(Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona)といって、これは「対人サービスを提供する公社」である。

社会窓口の中のサービスは3つのテーブルに分かれている。1つは未成年と家族、もう1つは青年なので18歳以上の大人の人がかかえる社会的サービス、3つ目が高齢者と障害者である。

区の中には、はじめどういう問題があるのかということを知りたいという受付の窓口と、それを実際に解決にもっていく社会福祉課と、2つのセッションが存在する。

対人サービスを提供する公社が何をやっているかということ、老人に対する居住施設=老人ホーム、老人を対象としたデイセンター、それから老人の在宅介護、それと企業内保育園の4つの仕事をし

ている(写真5、6、7)。

別のASP(対人サービスを提供する公社)では、高齢者とか小さな子どもとか高齢者でない青年を対象としている。例えば、今まで刑務所に入ってきた人へのサービス、移民のためのサービス、ホームレスの居住施設、夜間の収容施設、左の下の2つのみが老人ホームと老人のデイセンターなので、先ほど見たASPと重なるけれども、あと新しい貧困層のためのプロジェクトというものを行っている。刑務所からの出所者の年齢は18歳以上である。未成年の場合は別である。

ASP: Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (対人サービスを提供する公社)の仕組み

実際には人に対する公社が提供するサービスというのは3種類ある。最初に見たASPというのが高齢者専門で一部保育園が入っていたけれども、そうではなくて次のASPは青年層、大人に対するサービスが主、3つめのASPは子どもと幼児と未成年が対象のものである。子どもと家族

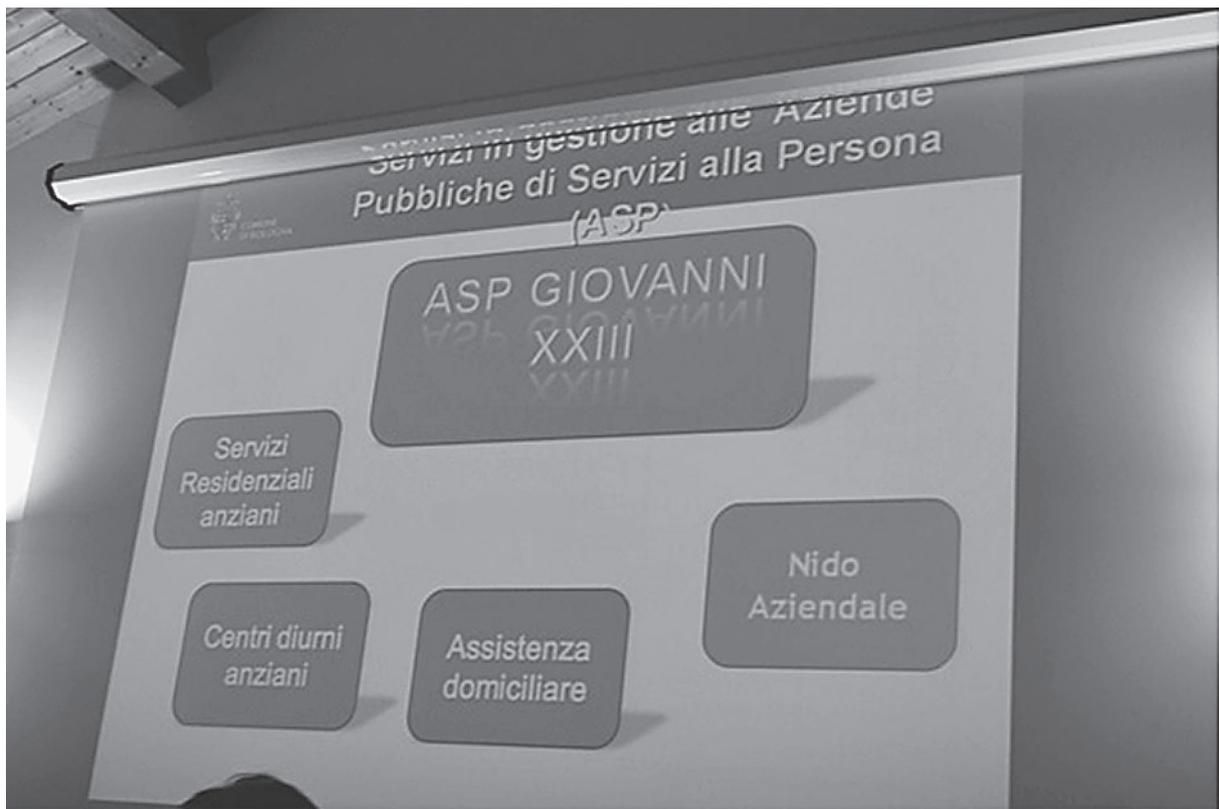


写真5 おもに高齢者向けのASP

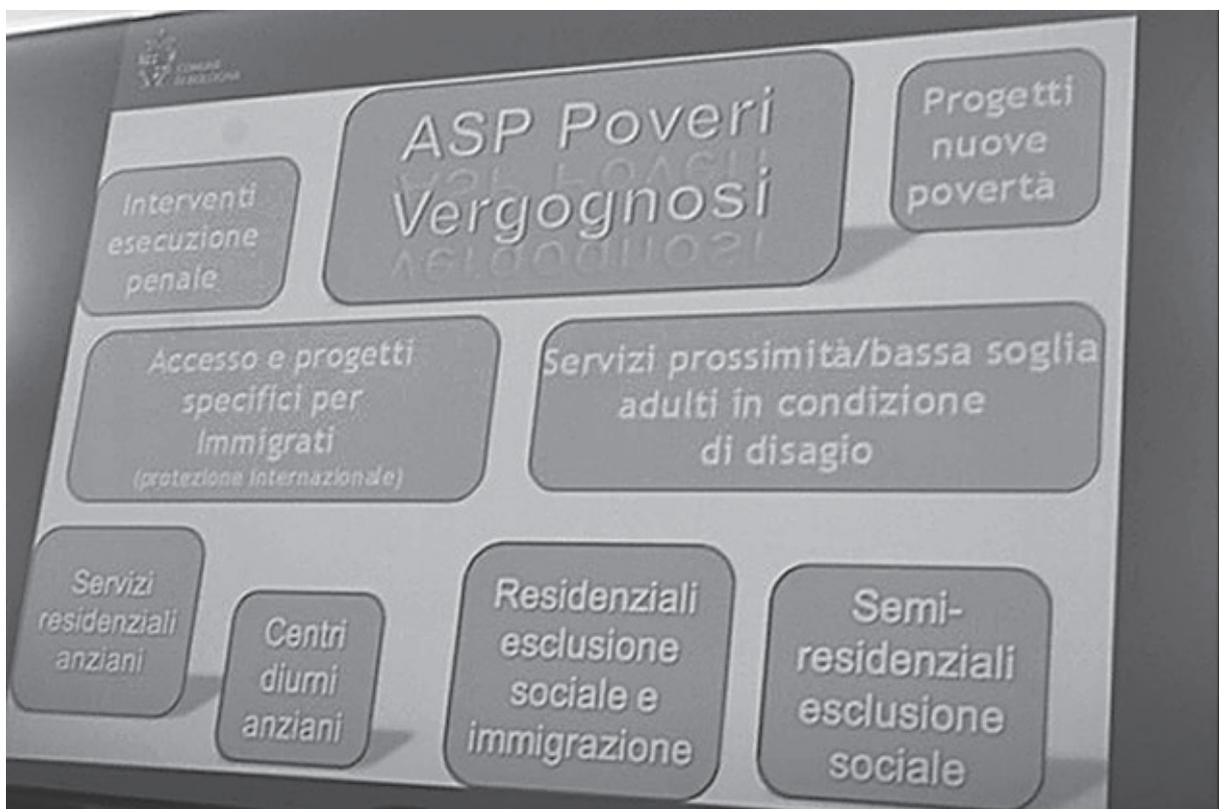


写真6 青年・18歳以上の大人がかかえる社会的サービスを行うASP



写真7 未成年と家族向けサービスを行うASP

の支援のためのセンターとか教育サービスであるとか、家族に色々問題がある未成年者のための居住施設であるとか、そういったことをやっている。

社会福祉サービスの流れはアチエンダ・ウスルから来る流れと、市の一般的なサービスとで2つのルートがある。それはサービスの種類によって違うのか、財源的なものであって、まとめて市として提供するようになっているのだろうか。

再び写真3をみると、真ん中に白い部分とグレーの部分とがある。白い部分は純粋に社会的な性格をもっているサービスが市から供給される部分で、白い AUSL の部分というのが医療関係のサービスでアチエンダ・ウスルから供給されているサービスである。グレーの部分というのはそれらが重なっているもの、社会福祉医療サービスというのはきちんと分けることができなくて、両方が協力して行っているサービスである。

財源的な意味か、それともサービスの種類なのかという疑問がある。グレーの部分というのは、そのサービスをどのように提供していくかということと両方で一緒に計画を決めるのであって、社

会性が強いが医療性が強いということと50%対50%の経済負担になったり、40%対60%の経済的負担になったりするということである。窓口は、あくまで区の社会窓口である。

純粋にこれは社会関係とか、これは医療関係とわかっている場合はアチエンダ・ウスルの窓口に行ったり、社会窓口に行ったりする。だいたいそれが両方混ざっているケースの場合にはどっちにいてもいいけれども、社会窓口に行くことが多いそうである。その場合でもお互い連携しているのでうまくいくという。

もちろんアチエンダ・ウスル（地域医療公社）は公的な機関である。基本的に、医療関係のサービスが多いけれども、中には知的障害をもっている子どもとか言語発達障害をもっている子どものケースの場合には、社会的なサービスも提供することもできる。だから純粋に医療サービスだけではないということである。

高齢者を見守るコミュニティの仕組み

「日本では一人暮らしのお年寄りの方が亡くな

る孤独死というのがあります。そういうことはこのシステムでは起こっていないのですか」と質問をした。

答えは、「そういうケースもないこともない。けれども数は多くない。文化的な背景が大きいんだと思いますが、ポーニャの場合には昔から助け合い精神ということが強く言われていて、社会センターがありますね。で、やっぱり社会センターなども老人の方がたくさん集まってきて、色々おしゃべりをしたりとかカード遊びをしたりとか毎日毎日集まってくるんですね。そうすると誰の顔がみえないと「アレッ、どうしたんだろうね」という話になって、「じゃあ、ちょっとお家にいってみるか」と、非公式な形で人間関係がまたつながりがあるんで、そういう意味では役に立っている」とアンドレア・クツァーニさんは述べた。

教会などにくる高齢者も多いわけで、そうすると、教会のイベントなどで来る高齢者も教会に来る人たちと深い人間関係があるそうである。あとやっぱり近所付き合いがあり、周りの方が老人の一人暮らしなどをしている場合には心配してくれているなど、まだポーニャの場合にはコミュニティが機能しているので、比較的そういうケースは少ないそうである。

引きこもり防止の役割をする社会センター

とくにポーニャ含めエミリア地方では、社会センターがわりと発達していて、それがイタリア全土に広がって行って、現在はイタリア全土に社会センターがある。ポーニャの場合には、市が所有するが使っていない建物を、老人達の集まりに普通は無料で貸してるところが多い。しかしその運営は老人のグループで、自分たちでやっていかなければならず、光熱費とかは自分たちで活動してお金を集めて払っていかなければならない。

例えば、みんなで旅行に行くこともあるけれども、ダンスパーティを開いたりバザーを開いて、色々な自分たちが活動の中でつくったものを売って資金にしたりとか、あとはパールを経営しているところも多い。パールを経営している場合には、街中のパールより安い値段で提供しているので、人が集まるという。

あとはビンゴ遊びをして、みんなで景品を当てることをやったりしている。社会センターの組織で働いている高齢者の方はみなさんボランティアでやっているけれども、未亡人の高齢者とか（イタリアの場合も女性の寿命がかなり長いので未亡人になる確率が高い）、そういう高齢者が一人で家にいるのではなくて、午後になると集まってきて、同じような高齢者たちと話をしたりとか、男性はだいたいカード遊びをしたりする人が多いそうである。そういうことで、老人の引きこもりを少なくしようということをやヴィレ区でもしているそうである。

高齢者の年金

イタリアの老人の年金は平均いくらだろうか。正確なデータは調べないとわからないが、だいたいの年金の最低額というのは500ユーロだそうである。日本のようにサラリーマンの年金のようなものは存在しないので、完全に正規雇用の形で働いていて、ある程度の一定年数の年金を納めた人でないともらえない。将来的には年金をもらえる人はほとんどいないんじゃないかといわれるくらい、かなり赤字で厳しい状況になっているのがイタリアの年金事情である。昔は年金に入る前にもらっていた給料がベースで年金が決まっていたが、今は何年間いくら年金を納めたか、積み立てたかがベースになって年金額が決まるようになっている。

高齢者のケア

「病院ではなくて、在宅死の率はどれくらいだろうか。そして、認知症の高齢者へのケアはどのようになっているだろうか」と質問が出た。

答えは、「在宅で亡くなる方の数もパーセンテージもわからない」ということである。傾向としては、「できるだけ老人の方は家で最期を迎えさせてあげよう」という傾向はあるが、人数、パーセンテージは不明である。

認知症の方に対するサービスというのは居住施設になる。公的な介護施設と民間のものと委託契約しているものとか、色々形態はあるけれども、そういう施設でサービスを提供している。公的な

施設の場合には、補助金があるのでそれだけ家族本人の負担が少ないので、入所したい希望者が多くてウェイティングリストがある。最低年金しか収入がないような高齢者の場合には100%公的な資金で施設の費用を払っている場合もあるし、ある程度の年金をもらっている場合には一部負担という形でその不足分を州が負担するという形をとる。それ以外に在宅介護という形のサービスもある。

やはり生活様式が変わってきたということはあるものの、ポーランドの場合には共働きが多いけれども、それでも家族がそういう認知症の高齢者の面倒をみていることがこれまでは多かった。しかし、現在の経済危機の状況で二人とも働かなければ生活していけない状況があるので、面倒を見たくても家では面倒を見られないという状況がでている。その一方で、やはり公的資金がどんどん削減されているので、こういう公的機関としても全員にそういうサービスを提供できる余裕がない。だからどうしても所得が低い人が優先になってしまうので、本当に所得の低い人の層しか実際にはサービスが受けられない実情がある。

そこで、東ヨーロッパから入ってきた女性たちが住み込みで老人介護に当たっているケースが非常に多い。その場合は、その家族と直接契約を結んでそこに住み込んで働いている。数が非常に多くて、今も増加傾向にあるので、それを公的機関としてはどうしていこうかということがある。その人は、自分の国では老人介護の経験はあるかもしれないけれども、イタリアではもちろんないわけで、イタリアに来てそういう仕事を始める人ももちろんいるわけで、文化も違うので「おばあちゃんがスパゲッティが食べたいわ」と言っているのに、スパゲッティの作り方を知らなくてスパゲッティがでてこないとか、話がうまく通じないとか、そういうことがあるので、できるだけそういう人たちにもっとプロ意識をもってもらおうと、質のいいサービスを提供してもらおうと、ASPの中に「人の人に対するサービスの公社」があり、そこでそういう人たちを対象とした、介護のスペシャリストを育成するための人材研修を行っている。

社会窓口に来る青年の増加

「青年の失業率が決して低くないと思うが、そんな中でホームレスが増えてきたりとか犯罪が増えてきたりとか、あるいは自宅に引きこもったりとか、そういう青年の状況をどのように把握しているかということと、それから青年に対する福祉サービス、それをどのように展開しているのか」と質問した。

ダニエレ・アーラ Daniele Ara 区長（写真8）は、「ヨーロッパで経済危機の状況が起きているので、だからポーランドでももちろんそういう状況は起きています。したがって、そういう非常に問題を抱えているご家族の方も増えてきているし、資金難でそれに対するニーズを提供する側としてもすごく困っています。だからこそ、公的機関と民間との協力関係が必要なのです」と述べた。



写真8 ダニエレ・アーラ Daniele Ara 区長（中央）

アンドレア・クツァーニさんは「やはり社会窓口に来る方が非常に増えている」と述べ、それは高齢者が増えているのではなくて、青年とか若者とかで社会窓口にどうしたらよいだろうかと相談に来る人が非常に増えているそうである。

写真9をみると、ナヴィレ区の65歳以上高齢者人口は16,327名で、それと2,870人少ない移民13,457名がいる。だからナヴィレ区としては、どんどん高齢化で老人の数は増える、しかもどんどん移民の数が増えてくる。経済状態がよくないので、そういう普通の労働のできる年齢の失業者が増えているということで、限られた資金の中でどのサービスを公平に提供していくかということが、非常に重要な問題になってきているという。

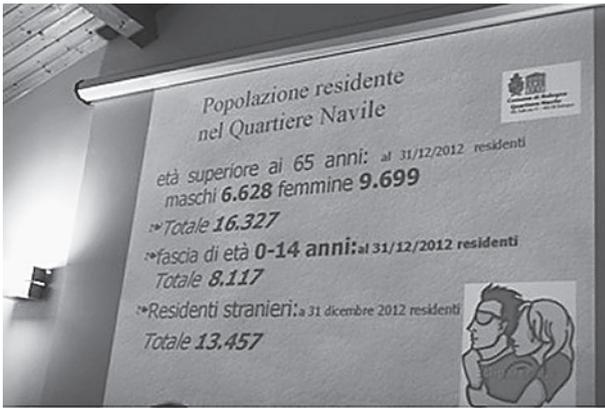


写真9 ナヴィレ区の人口構成

「そういう青年に対してどういうサービスを提供しているのだろうか」「日本の青年のように家に引きこもってしまう人たちはこちらの区でもあるのだろうか、そしてそういう状況は把握しているのだろうか」。

答えは、「やはりそういうケースがイタリアでも非常に増えてきている」ということであった。「若者の孤立のケース」はあるという。「高校卒業資格をもっているにもかかわらず、しかも社会的問題なども抱えていないにもかかわらず、勉強しているわけでもなく、仕事についているわけでもなく、そういう若者の数が非常に増えている」という。

「25歳以下の若者の失業率がいま40%くらいとなっていて、勉強もせず労働もせず、という若者の占める割合というのが、ヨーロッパで2番目に多いのがイタリアだと思う」とのことであった。

一昔前までは、暇があると若者達というのは広場なり公園なりとかに行き、サッカーとかほかのスポーツをして、同じような世代の若者と遊ぶことが多かった。しかし、この数年コンピューター依存症とかゲーム依存症とかの子どもが増えてきていて、夜の間ずっとコンピューターとかゲームで遊んでいるので、朝起きられなくて学校にもいけない、仕事にもいけないという、ほとんど医療問題になるくらい重度のケースが増えてきているということであった。

2つの質問——介護契約と区長選

「在宅で移民の方と介護の契約する場合、家族介護手当ては支給されますか」。

それは労働契約があるかどうかによる。正式な

労働契約を交わしている場合には、その人が移民であろうと親戚であろうと手当てができる。その人が違法入国者であったり口約束であったり労働契約を交わしていない場合には、そういうものはいっさいでない。

「区長は選挙で選ばれるのか。投票率は何%か」。直接選挙ではない。市長選があるとき同時に市議会選挙と区議会選挙が行われる。ナヴィレ区の場合には、20名の区議会議員がいるが、そのうち12人が左翼で8人が右翼ということで、12人の左翼の方が多数党であり、その第一回の区議会の場で区議会議員の投票で区長が選ばれるという。

つまり、区議会議員の中から区長が選挙で選ばれる、区議会議員が投票して1人を選ぶということである。しかし実際には、その区議会議員選挙があるときに、どの党が勝ったら誰が区長になるかはわかっているわけで、市民もそれをわかった上で投票するそうである。市長選、区議会議員選挙と一緒にされるが投票率は85%くらいだそうです。

3. 社会センターの見学



写真10 説明してくれたセンター長

社会センターのセンター長(写真10)は、「建物自体は区の所有の建物だけれども、運営は自主的に行っている」と説明してくれた。そして部屋を案内してくれて、「ここが子供たちがダンス教室に使ったり太極拳をしたりとか、高齢者が体操教室に使っている部屋」だと説明してくれた。5年前に新しく改装されたそうである(写真11)。



写真11 ダンス教室や子供たちのバレエや高齢者の太極拳に使う部屋

移民のためのイタリア語教室をやったりしている。移民はモロッコ、リビア、パキスタンが多いという。また、子供たちを集めて退職された学校の先生が数学を教えたりしている。毎年ミラノのポッコーニ大学が主催をして、数学オリンピックをしているようで、小学校6年生から高校生まで参加できるようにカテゴリーごとに年齢で分かれている。それに参加する子供たちがここに来て、2013年11月26日か27日に、最初の選抜があるという。上位3名をとっていき、最後に残った人はミラノのポッコーニ大学で最終のテストを受ける準備のための教室もやっているそうである。ポッコーニ大学でやっている数学オリンピックには高齢者も参加できそうで、子どもも大人も高齢者もみんな一緒になってやっているそうである。

毎週水曜日に赤十字の方がきて、老人のための健康診断で血圧を測ってくれる。毎週土曜日は、色々問題を抱えていて一人では外出できない老人の方を無料で劇場に演劇を観に連れて行ってくれ



写真12 遠足のパンフレット

るそうである。社会センターでは、遠足・小旅行にもみんなが行くという(写真12)。

こちらで働いている高齢者は皆ボランティアで、先生も含めて無償で働いている。建物は無料で使わせてもらっているけれども、光熱費等は全部自分たちで払っている。だから稼がなければいけないという。パールの厨房では200人分を作っている。陽気のいいときにはここでも色々イベントをやるそうである。パールやカード遊びに興じる



写真13 センターのバー



写真14 センターでのカード遊び



写真15 パールの厨房

高齢者を横目に、最後に劇場の中を見せていただいた(写真13~16)。ここで芝居を夜やる場合は5ユーロかかるそうである。



写真16 映画の上映会



写真17 庭に残る線路の一部

建物は1880年建設のトラム駐車場で、庭に線路の一部が残る(写真17)。それ以前は馬小屋だった。それを5年前に改装したそうである。

ボローニャ市ポルト区ジョルジョ・コスタ社会センター

—Centro Sociale Giorgio Costa—

小磯 明

再び赤い街へ

私たちは2013年11月2日、宿泊地のフィレンツェから45分かけてボローニャに引き返し、朝9時過ぎに駅に降り立った。そこで通訳の青山愛さんと合流し、駅からほど近いポルト区まで移動するためにバスに乗りPORTA LAMEのバス停で下車した。そこは、ドイツ軍とイタリアのレジスタンスの戦いで有名な場所で、赤い壁が昔のまま立っており、その前には2人のレジスタンスの銅像が建てられていた。

私たちが向かった社会センターの前の広場ではちょうど朝市が立っていて、日常の食料品のほかに鶏がそのまま売られており、小さな子どもがその鶏小屋の前に座り込み眺めていたのが印象的だった。

土曜の朝市が立っていた門を出たすぐ前に、私たちが訪問したボローニャ市ポルト区ジョルジョ・コスタ社会センター Centro Sociale Giorgio Costa はあった (写真1～3)。

私たちを出迎えてくれたのは、社会センターの元副会長で、現在は運営委員・理事をしているジャンフランコ・バルビ GianFranco Barbi 氏であった (写真4)。センターの会長は代わったばかり



写真1 センターの看板



写真2 センターの入口



写真3 社会センターの外観



写真4 ジャンフランコ・バルビ元副会長

で、ジャンフランコ・バルビさんは、前会長のピアーナさんのときに2期目と3期目の副会長だったそうである。彼は19年間、この社会センターの活動に携わっているとのことであった。

パールとカード遊び

私たちは入口右手の茶色の建物（後述）を横に見ながら石畳の庭を奥に進み、塔のある白い建物の中に案内された。入口を入ると奥が厨房になっている、食事会とか色々なイベントをやるときに使っている部屋を見学した（写真5）。



写真5 イベントのときに貸し出しする広間

社会センターは自分たちで運営していかなければならないので運営資金を得るために食事会とかしているそうである。月に1回ここに通ってくる人たちがいたり、他の団体の人たちが昼食会や夕食会をやりたいという要望があったときにも、ここを貸し出すそうである。幼稚園児のためにクッキーを焼いてあげたりもするそうで、近くの小学校やポローニャ大学コミュニケーション学部の学生寮もすぐ近くにあって、学生のためにご飯をつくったりもしているそうである。

ポローニャ大学には交換留学でフランスや中国など各国から学生が来るので、ポローニャ市や大学の受け入れ担当の部署と社会センターは関係をもっている。「ポローニャの伝統的な家庭料理でもてなしをしてください」と依頼されて、社会センターではみんなで料理をつくっておしゃべりをしながら食べるということをやっているそうである。

バルビさんが「もう一つの建物のほうは、改装はだいたい終わってるけれども、外にある喫茶室

（パール）が中に入るので、老人たちが午後来てカード遊びをするときにはこのスペースを使っています」と、パールBARとカード遊びをするための赤いイスとテーブルのある部屋を見せてくれた（写真6～8）。

バルビさんは、「建物が1600年代の建物なので保護対象の建物なんですね、外装はもちろん勝手に改装はできなくて、すべてのどんな小さな工事も市の許可を取らなければいけないのでけっこう



写真6 パールBAR



写真7 パールのイスとテーブル



写真8 カード遊び用の赤いイスとテーブル

大変です」と話してくれた。

「カード遊びはお金を賭けるんですか」と聞くと、「法律で禁止されています」とのバルビさんの答えだった。

センターの2階には会長室（写真9）をはじめ事務の部屋がいくつかあって、私たちは奥の会議室でバルビさんから説明を聞くことになった。バルビさんは、「外国人のためのイタリア語教室も無料でやっています。ここもイタリア語の教室に使うこともあります。基本的には会議室です。ここで話をしましょう」と言って私たちを案内してくれた。



写真9 会長室

社会センターの成り立ち

社会センターは今から40年から50年ぐらい前にでき始めたそうである。もともとは自主的な形で、こういう場所が欲しいという人たちのリクエストで運動が始まってでき始めたのだけれども、その後は地域の住民や労働組合からそういうものを作って欲しいというリクエストがでてきて、どんどん拡大していったそうである。

もともと社会センターはエミリア地方で生まれたので、今でもエミリア・ロマーニャ州に集中していて、ポローニャ市内だけで33の社会センターがある。現在ではそれはトスカナ州やラツィオ州、ヴェネト州、ロンバルディア州にも広がっていき、イタリア全土にあるそうである。しかしイタリア南部では自主運営ではなく、市がそういうものを真似てつくっているところもあり、名前は同じだが運営の形態が違うという。

1990年からイタリアの国レベルで社会センター

のとりまとめの協会ができた。協会名は「アンチエスカオ ANCeSCAO」である。「チェスカ」までが「老人のための社会センター」で、「オ」というのが「家庭菜園」の意味である。老人のための社会センターと家庭菜園のための協会ということである。運営は自主的なものになっているので補助金は一切ない。

ポローニャ市では「空いている土地は使っていますよ」と言って、市民に菜園として貸している。老人に菜園をやる人が多いので、社会センターに登録をしている人が優先で貸し出されているそうである。

社会センターを利用するには登録証（パス）が必要であり、年間費6ユーロを払うと登録できる。2年くらい前からは老人だけが集まる場所ではなく、若者と高齢者が交流できる場所にしようという動きがイタリアの国レベルで強くなり、年会費が3ユーロで18歳以下の若者向けのパスをつくったそうである。

現在、社会センターを運営している組織は、2000年の法律第83号で定義された「社会プロモーションのための協会」になっている。社会プロモーションのための協会であるためには定款などのほかにいくつか条件が必要である。

ジョルジョ・コスタ社会センター

ジョルジョ・コスタ社会センターは1984年の10月6日にオープンした。もともと建物も土地もポローニャ市の所有である。そこを無償貸与という形で借りている。建物の賃貸契約はポローニャ市とアンチエスカオの間で交わされる。その中にどのように費用を分け合うかが契約でうたわれていて、基本的に定期メンテナンスは建物を借りている側、つまり社会センターの運営側がやらなければならないが、それ以外の大きな改装のときはポローニャ市が費用を負担してくれることになっている。最初の改装費20億リラ（約10万ユーロ）の資金はポローニャ市から寄付された。

ここのセンターの会員の特徴として、ポローニャ大学のコミュニケーション学部が近いので大学生もいたり、また、文化アソシエーションなども多かったりするので、そういうところの友達など

が会員として加入しているそうである。

アンチエスカオ ANCeSCAO

アンチエスカオ（社会センターの協会）への加盟は自由なので、加盟しなければいけないわけではないけれども、ほとんどの社会センターが加盟しているそうである。そして、加盟するかどうかは毎年更新していく形になっているそうである。パスをもらうのに一般の人は6ユーロ払っているが、その一部はアンチエスカオの資金として使われていて、その一部には、会員の不測の事故が起こったときのための保険料が含まれている。

社会センターと、そのとりまとめをしているアンチエスカオは総会が3年に1回あり、年に1回新しく運営部が選ばれる。会長、副会長、理事の選出を行うという。

アンチエスカオでは月刊誌『aniziani società』を発行している。各地域の社会センターの取り組みが掲載されているが、真ん中辺のグレーの2ページは国全体の予算であるとか法律が変わったときとか、国全体の社会センターにかかわる、つまり会員みんなにかかわる記事がこのグレーの部分に掲載されている。省からの通達もここに掲載される。

アンチエスカオの本部はポローニャにある。それは、エミリア・ロマーニャ州の中でもエミリア地方が非常に勢力が強く発祥のモデルとなった経過があるからである。

ドーポラボーロから社会センターへ

社会センターが生まれてきた1980年頃は、イタリアでは40歳とか45歳で年金生活に入る人が多かった。労働闘争とかを潜り抜けてきた人たちが、普通の年金生活では満足できない、そして何かをやりたい、そんな人たちだった。その頃は、例えば郵便局とか鉄道とかで働いている人は、就業後みんなで遊びにいけるような、直訳すると「労働の後」というドーポラボーロという娯楽施設が企業にあり、そういうところで知り合った仲間が退職後にどこか集まれる場所がないかということで、それで市が使っていない建物があるじゃないかということで市に掛け合うことになった。それ

で市に掛け合って、そういうことなら建物は貸してあげましょう、運営は自分たちでやってくださいね、ということで生まれたのが社会センターである。

社会センターの運営の難しさ

基本的に補助金も何もない、すべて自分たちで運営していかなければならない。とにかく自分たちで資金を稼がなければならないということで、ダンスパーティをやったり食事会をやったりした、そして、ほとんどすべての社会センターでは喫茶室パールをもっていた。パールの売上がけっこう大きく、昔はみんなやる気がある人たちでつくったセンターだったからボランティアで運営していたけれども、現在60歳代の年金生活に入る人たちは、そんなにボランティアに興味がある人ばかりではない。そこで最近ではセンターの運営を協同組合に頼んだりするケースもあるという。

社会センターは色々と法律に縛られており、社会的プロモーションであるためには、その活動のうちパールの経営のような商業活動の部分は40%を超えてはいけないことになっている。40%を超えてしまうと、社会的プロモーションのためのアソシエーションとはみなされないので、建物の無償貸与も受けられなくなってしまふ。

以前はボランティアが不足しても文化的アソシエーションと協同運営という形で行っていたけれども、それも最近では難しくなってきたという。非常に細かい規定があって色々な責任もあるので、今までのような自主運営といっても民間のアソシエーションとしての運営をしていくことが難しくなってきた、どちらかというとな社会的企業にならざるを得ないような形になりつつあるという。

法律が実態に追いつかない現実

ポローニャ市の方はこういう社会センターのような非常に地域密着型の社会的性格の強い施設というものは、そこに住んでいる住民に広く開放されていなければいけないといっているにもかかわらず、法律ではやっぱり会員制の施設になっている。だから会員に対するサービスを行うというこ

とで、喫茶店にコーヒーを飲みに来る人も会員証をもってなければいけないことになる。例えば、朝市で買い物をした後にここに寄ってコーヒーを飲んでちょっとトイレ貸してほしいという人も多いけれども、それは違法となってしまう。

2012年には突然抜き打ちで検査があって、3人が会員証をもっていなかったために1,000ユーロの罰金を取られた。ポローニャ市は社会センターを地域に開放しろとっているにもかかわらず、法律自体はそうっていないので、社会センターを運営する側としては大変困ってしまうわけである。それらをこれから変えて欲しいとっているけれども、なかなか変わらない。

ジョルジョ・コスタ社会センターは、歴史的な中心街のなかにあるすばらしい建物なので、当然維持費も非常に大変である。そこで、商業活動の部分を広げていかないと維持していけないが、40%を超えてはいけないことなど、非常に問題になっているのが現実である。

会員数の増加と担い手の減少・高齢化

われわれが訪問した2013年11月現在の登録会員数は1,106人である(表1)。毎年6月から9月にセンターの外のスペースを使って文化アソシエーションの人たちと一緒に演劇のイベントや本の朗読会、歌を歌ったりするそうである。それらには会員証がないと参加できないので、2013年は夏のイベントに参加したい住民たちが100名くらい会員になったので、2012年より会員が増えたという。

90年代は運営に関わっている会員たちが40名くらいいて、色々イベントがあるときに参加してく

表1 会員数 (LIBRO SOCI ANNI)
(単位:人)

2006年	606
2007年	570
2008年	699
2009年	694
2010年	628
2011年	663
2012年	972
2013年	1,106

注1) 2013年は11月現在。

(資料) 2013年11月2日訪問時ヒアリングより作成。

れる会員たちが80名くらいいたが、現在は運営にかかわっている会員が20名くらい、イベントに積極的に参加する会員は30名から40名くらいということで、かなり活動が縮小している。

2011年の12月31日現在の時点では総会員数665人だった。男性が280名、女性が385名で、やっぱり未亡人の方がどうしても多くなる(表2)。

85歳以上の会員の方というのが40名(6.02%)、生年月日が不明な年齢不詳の方が5名(0.75%)、1901年から20年の間に生まれた方が1名、1921年から30年の間に生まれた方が92名、31年から40年の間に139名、41年から50年の間に123名、51年から60年が59名で、61年から70年が52名、71年から80年が173名、81年から93年までが21名である(表3)。そのうちの会員の方でポルト区に住んでいる方が284名、あとは近隣の区から来ている方が381名である(表4)。

普通の社会センターは非常に地域密着型で周辺

表2 会員の男女比

(単位:人・%)

男性	280 (42.1)
女性	385 (57.9)
合計	665 (100.0)

(資料) 2013年11月2日訪問時ヒアリング。

表3 年齢階層別会員構成割合

(単位:人・%)

生 年 (歳)	人 数 (割合)
1901~20年 (110~91歳)	1 (0.15)
1921~30年 (90~81歳)	92 (13.83)
1931~40年 (80~71歳)	139 (20.90)
1941~50年 (70~61歳)	123 (18.50)
1951~60年 (60~51歳)	59 (8.87)
1961~70年 (50~41歳)	52 (7.82)
1971~80年 (40~31歳)	173 (26.02)
1981~93年 (30~18歳)	21 (3.16)
生年月日不明(年齢不詳)	5 (0.75)
合 計	665 (100.0)

注1) 2011年の12月31日時点。

(資料) 2013年11月2日訪問時ヒアリング。

表4 区内外別会員構成割合

(単位:人・%)

区 内	284 (42.71)
区 外	381 (57.29)
合 計	665 (100.00)

注1) 2011年の12月31日時点。

(資料) 2013年11月2日訪問時ヒアリング。

の住民が会員になっていることが多いけれども、ここは例外で半分以上が区外からやってきている。それはなぜかという、もともとこの近くに郵便局とか鉄道とか当時の国の企業の公務員だった人が使える娯楽センターがあったからだという。そこに通っていた人たちが退職していく場所がなくなってここをつかったので、住む場所に関係なくそういうところに来ていた人たちがここに来続けている。それで区外から来る人の方が多くなっているのである。でも普通のほかの社会センターでは、そこに住んでいる人たちの方が多いという。

ポルト区の人口は2万人くらいだそうである。同じボローニャ市のナヴィレ区が7万人くらいであるから小さい区である。人口比で計算すると、2013年11月現在の会員数1,106人でも5.53%の割合である。

役員を選出の仕組み

立候補者が決まっていって争うような選挙ではないのではないかと勝手に決め付けていたが、役員選出までにきちんとした手続きを踏んでいると、バルビさんから説明を受けて少し意外であった。

まず総会があって、そこで選挙委員会をつくる。メンバーは基本的に3人だが、プラス補欠を選ぶ。なぜなら、病気になったり突然何かの理由でできなくなったりしたときに困るからである。選出された選挙管理委員会の委員たちは選出後10日以内に立候補者リストをつくらなければならない。そのために、選挙管理委員は誰が立候補してくれるのか意向確認を会員から聞いて回り、立候補者は自分の名前の横にサインをしなければいけない(写真10)。

こうして立候補者リストが確定したら、それを今度は社会センターの掲示板のところに5日間貼りだして、「5日間の間に文句のある人は言ってください」と掲示をする。その間に選挙管理委員会では選挙の投票期間が何日間か、1日で終わるのか2日で終わるのか3日で終わるのか、という期間を決める。そして時間帯は何時から何時まで投票時間とするのかを決める。

こうして投票が行われて運営委員会ができてこ

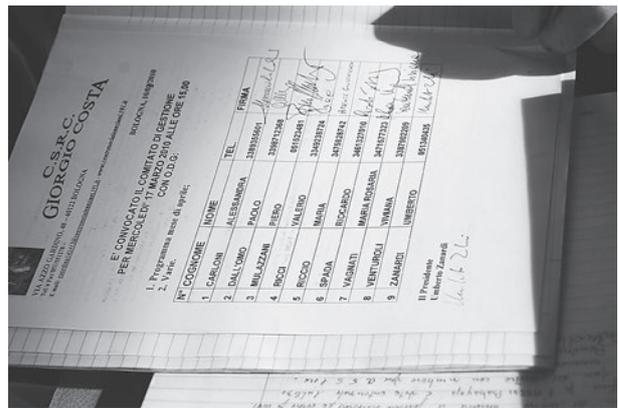


写真10 選挙時の立候補者のサイン

れが理事会になる。メンバーは7名から13名の範囲で決めることになっている。ジョルジョ・コスタ社会センターでは2013年度は7名を選出した。

このようにリストがあって、投票して最初の投票数の多い1番から7番までが自動的に理事になることになる。そのあとの人たちは補欠リストに記載され、3年の間に誰か死亡したり健康上の理由で続けられなかったりとなると繰り上がりになる。繰り上がりになっていてもまだ空きがある場合には、そこに選挙の立候補者にはない会員を入れることができる。しかしそのためには理事会の承認を得なければならない、という形で行われるそうである。役員任期は3年である。

総会

総会は定期的に年2回やらなければならないそうである。総会以外に臨時総会がある。そこで予算を承認しなければならない。私たちは、昔からの選挙のときの資料や総会の記録を見せてもらっ

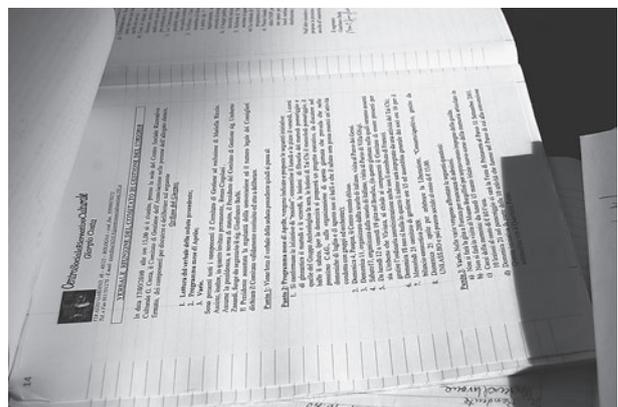


写真11 総会の記録

た。昔は書記が手書きで書いたものであったが、現在はコンピューターで打ち出した記録を貼り付けていた（写真11）。

会長・副会長・会計責任者の選出

会長・副会長・会計責任者の選出には、得票数は関係ない。どのように会長、副会長を選ぶのが聞いてみた。会長は最初の運営委員会の会議の中で選ばれるようである。選ばれた会長が自分の右腕の副会長と会計責任者を選ぶそうだが、それともう1人「会員がそぐわない行為をしたときに会員権を剥奪するかどうかを判断する人」を選ぶようである。

私たちが「どういう人がそぐわない人なんですか」と聞くと、「議論をしている間に議論が白熱して誰かを殴ってしまった人」とバルビさんから答えが返ってきた。実際に起こったことがあるようである。

私が「会長が副会長と会計係を任命するんですよね」と聞くと、バルビさんは「運営委員会の中で選ぶんです」と答えた。どういうことかという、会長が任命されると、自分の計画を話し、この人たちを副会長として欲しい、会計係として欲しいと運営委員会に提案する。それで文句がなければそれで決まってしまう。しかし、納得がない場合は話し合いになって、話し合いでも片がつかないときには選挙になるようである。それで、多数決で票が多い方が勝つ、というわけである。だから理論的に言えば、たとえ会長が提案した人でも、嫌な人であれば会長が提案した人じゃない人になることもある。理論的にはそういうことだそうである。

もちろん役員報酬はでていない。会長や副会長等はボランティアである。

人民の家 CASA DEL POPOLO

「人民の家」について聞いてみた。人民の家とはイタリア語でカーサ・デル・ポポロ CASA DEL POPOLO という。カーサは「家」、ポポロは「人民、民衆、市民」を意味する。イタリアのトスカナ州（州都フィレンツェ）、エミリア・ロマーニャ州（州都ボローニャ）、ピエモンテ州（州都トリ

ーノ）を中心にして、イタリア全土に1千カ所以上存在するといわれ、この「人民の家」は、1850年代に始まっている。その前身である「相互扶助会」を含めると、ゆうに130年の伝統をもつイタリア独特の民主的地域組織である（松田博『ボローニャ「人民の家」からの報告』1983年）注1）。

バルビさんは、「『人民の家』というのはもともと共産党がつくったもので、非常に政党との関わりが深い。（バルビさんが）子どもの頃、1950年代頃から1970年代頃までは活発に活動していた。今はアルチ ARCHI というイタリア文化レクリエーション協会注2）というのがあるけれども、それもPT（労働党）だから左翼である。もともとオリーブの本注3）（左翼民主党を中心とした中道左派連合——小磯）がPTになった。左翼の政党系の協会が運営をしているはずで、活動資金の中にも一部政党からの資金が入っていて、社会センターは、まったく住民の活動から生まれたものだけれども、人民の家は政党色が強くて、今でも政治色が強いような団体になっている。色々なイベントをしているはずだが、あまり聴かない、あることはあるようです」との答えだった。

社会センターの役割と運営を維持する資金面の課題

ジョルジョ・コスタ社会センターの場合には、もともとお年寄りが多いところなので、一人暮らしのお年寄りの方は自分で問題を抱えていても、どこにいけばいいかも分からないで一人で困っているケースが多い。だからそういう人たちの話をセンターが聞いてあげて、例えば医療福祉サービスが必要な人は窓口連れて行ってあげるとか、社会福祉課と話す必要があればその人とつなぎをつけてあげるとか、年金の申告の仕方がわからない人は窓口連れて行ってあげるとか、そういうアシスタントもやっているという。

パールは何時から何時まで営業しているのだろうか。普通は月曜日から日曜日まで毎日9時から夜の19時まで開いていて、夜のイベントがある場合には23時まで開いているという。しかも夏の間はだいたい9時から23時まで開いている。ライセンスをもっているの、もちろんアルコールも販

売している。

ポーロニャ市は内部の改装の費用は出してくれるけれども、パールの施設をつくるための費用は自分たちで捻出しなければならない。そのためにここの別棟のパールの工事費が約4万ユーロ必要とのことで、銀行から借りることになったが3年間の利子が3.5%で毎年1,000ユーロくらいずつ返していかなければいけないという。

1990年代には資本金がまだ4万ユーロくらいあったが、現在では3,000ユーロくらいしか残っていないという。なぜかという、2つの建物とパールの光熱費がかなり上がってしまって、光熱費だけで年間約2万ユーロも払っているという。

だから本当に資金をどうにかして得るようにしていけないと、社会センターの運営がやっていけないという。資金は倫理銀行注4)から借りているが、倫理銀行から借りていることと社会センターの関係はとくにはないそうである。たまたまそれを見つけたということだそうである。

会員の権利と若者の拡大

運営を維持してゆくためには事業を拡大していくこと、会員を増やすということが必要である。会員になり会員証をもらえるということは、他の地区からも来ている人は会員証さえもっていれば、他の地区のパールも使えるということであろうか。そして、若者たちにも2年前から会員の資格を拡大していくことにしたわけだが、どのような勧誘やイベントの広報をしているのだろうか。

バルビさんは、「会員証はアンチェスカオの会員証なので、他の社会センターでも使えるけれども、総会の決議に参加できる権利というのは自分が所属している社会センターだけになります。それぞれの社会センターが別のアソシエーションの形態をとっているのです。そこに公聴しに行くことはできるけれども、他の社会センターの決議には自分が所属する社会センターでしか参加できません」と説明してくれた。

前回の全国総会の中で、これから社会センターを運営している社会プロモーションのためのアソシエーションも法人格をもつことが決まったという。しかし彼らは、手探りの状態でどうしてい

かわからないという。要するに彼らは法律とかには普段から馴染みがなく、即席でやっているからだと言っている。

バルビさん自身も働いていたときは郵便配達のおじさんだったので、センターの運営には安全の基準とか色々な法律がかかわってくるけれども、70歳になった今、新しく勉強したとしてもなかなか頭にはいらぬ。そういうこともあって、積極的に運営にかかわっていくとなるとそういうことも自分たちで解決していかなければいけないわけで、だから高齢者には非常に難しいので、そういう責任を負いたくないという人の方が多くて、どんどん運営に参加する人も減ってきてしまっているという。

若者に対する情報の伝達となると広報活動を行うことは商業活動とみなされてしまって、会員からの口コミという形ではできるけれども、広告を載せることはできない。そのため、演劇や音楽とか詩の朗読とかのイベントを企画してコラボしている文化アソシエーションが「こういうのをやります」という新聞広告を出してくれるそうである。そのイベントに参加するためには、ここのパスが必要なので、それで会員になるという形になっているという。

ジョルジョ・コスタ社会センターの収支

センターの1年間の運営資金はどれくらいだろうか。パールでの売上はどれくらいあって、働いている人はボランティアなのか従業員なのか。パールでの売上が多いと思われるが、収入の構成がよくわからない。パールでの売上のほかには、ダンスパーティと食事会とバザーと誕生日会とか大学の卒業パーティに場所を貸すとかの賃貸業のほすが、そのへんはどうなっているのだろうか。

パールは、以前は全部ボランティアだったそうだが、途中で回らなくなって文化アソシエーションが一旦入って、今はどうなっているのかわからない。ボランティアの確保が難しくなったのではないだろうか。

こういった疑問をバルビさんに尋ねてみた。そしてバルビさんが「いまそれを作っていたところだ」と言ってオフィスから持ってきてくれたのが

表5のセンターの収支（収入と支出）の資料であった。

表5 ジョルジョ・コスタ社会センターの2013年度決算

(単位：ユーロ)

収入		支出	
会費	4,800.00	会員むけ支出	2,400.00
寄付金	6,500.00	寄付	3,000.00
レクリエーション活動	23,700.00	レクリエーション活動経費	7,100.00
バール・ツーリズム	51,500.00	バール・ツーリズム経費	40,000.00
商業活動	35,000.00	商業活動経費	15,000.00
		営繕管理費	7,000.00
		利用者むけ経費	20,000.00
		保険料	2,000.00
		活動還元金	2,000.00
		文具・郵便代金	2,000.00
		税金	4,000.00
		共済掛け金	12,000.00
		本部 Ancescano へ返済	5,000.00
収入合計	121,500.00	支出合計	121,500.00

注1) 収入の「レクリエーション活動」は、夏のイベント等のことである。

注2) 収入の「商業活動」とは、場所を貸すことで収入を得ることをいう。例えば、近くのマンションに住んでいる人たちに場所を貸す場合など。

注3) 支出の「会員向け支出」とは「アンチエスカオに払うお金」のことである。

注4) 支出の「レクリエーション活動経費」とは、例えば演劇の劇団に払うお金などのことをいう。

注5) 支出の「バール・ツーリズム経費」が4万ユーロとなっているのは、新しいバールをいれたときに必要な家具とか買わなければいけないものの費用である。そのため、2013年は特別に4万ユーロが入っている。

注6) 支出の「商業活動経費」とは、パーティの場合には食べ物を用意することがあるので、その材料費のこと。それ以外に例えばイタリアフランス協会とかフランスからきた人とかのために、ポローニャ料理を食べさせてあげたいという場合に、料理を提供する場合には材料費の仕入れのための費用のこと。

(資料) 2013年11月2日訪問時ヒアリング。

場所を貸すといっても、パーティの場合には食べ物をセンターで用意することがあるので、その材料費とかがかかる。個人で場所を借りたいという人の場合には、センターの会員でなければいけない。それ以外に、例えばイタリアフランス協会とかフランスからきた人とかのために、ポローニャ料理を食べさせてあげたいという場合に、場所を借りて料理を提供する場合には材料の仕入れのためのお金が必要になる。そういったものが「商業活動経費」である。

「バールにはボランティアでない人の賃金も入ってるんですか」と聞くと、バール自体は文化アソシエーションと共同経営の形になっているとのことであった。「今働いている彼女はここの会員で、もし事故があった場合には保険でカバーされる。でも文化アソシエーションのほうから人件費が出ている」とのこと、バルビさんらはバール

を提供しているというわけである。法律的にいうと、本当はすべてセンターが行っていなければいけないそうだが、ボランティアが急に少なくなったということで誰かに頼らざるを得なくて、それでその文化アソシエーションと合意の上で彼らが彼女の賃金を払うことになったそうである。その代わりに「彼らが何かのイベントをやる場合には安く場所を貸してあげましょう」ということで、うまく共同経営をやっていきたいと思いますということだそうである。したがって、現在はバールで働く彼女の賃金は文化アソシエーションのほうから支払われている。

イタリアのカード遊びは文化、しかしニーズは先を行く

彼らがしているのは普通のトランプではなく、イタリアのカード遊び用のトランプだそうであ

る。イタリアのカード遊びというのは非常に文化的に昔からみんなが楽しんでいる遊びで、今も男性同士が集まったり女性同士でもカード遊びに夜行ったりということがやられているそうである。子供たちの間でもイタリアのカード遊びは結構やられていて、イタリアの文化だそうである。

でもバルビさんは、カード遊びも昔やっていたカード遊びと変わってきているという。「だから今、遊び方自体もどんどん変わっている、要するに、カード遊びのようにニーズもどんどん変わっているんだから、もともとカード遊びをやったりダンスパーティをやったりしてきたけれども、やっぱり社会のニーズに合わせていかなければいけなくて、ダンスパーティに参加していたおじいちゃん、おばあちゃんが歳をとってきてダンスができなくなってきたりとか、やっぱり若い人たちも入れていかなければ経済的にやっていけなくなったりとか、そういうふうに変ってきているにもかかわらず、法を決める側では法律が古いまま残ってしまっているわけで、法律が古いままだとニーズに合わせてやりづらく、追いつきづらいままなので、そこを何とかしてほしいと、州や県や市に言っている」そうである。

「社会センターのすぐそばにはボローニャ大学のコミュニケーション学部があって、学生がいっぱいるわけだし、例えば今はここでは月に2回お食事会をやっているけれども、ちゃんと台所もあるし食事する場所もあるんだから、大学と契約すれば学生食堂のように使うこともできるわけですね、そうすれば経済的に楽になるし、しかも働くポストもできる、けど今の状態では商業活動が40%超えちゃいけないという規制があるためにそういうことができない状態にある、それでこのまま法律に縛られていくと、どんどんニーズが変わっているのに追いついていなくて、ここは成り立っていかなくなってってしまうんじゃないか」ということをバルビさんは心配している。

「もともとこのセンターがあるのは社会的プロモーションなんだから、一人で暮らしているような孤独な老人が家にずっといないで、午後だけでもみなさんと過ごして楽しく孤独から解放されるということに意味がある」とバルビさんは強調

した。老人病専門医の人にも、「これは老人病にも効果があるので、どうかして存続して欲しい」と強く言われているという。バルビさんもそう思うので、もう20年もやってきて疲れているけれども、まだ頑張っているんだと彼はいう。

新しいセンターの建物



写真12 新しいパールの入る建物（手前右側）



写真13 内装が終わったばかりの建物

新しくパールが入るといふ建物の1階はすでに内装が終了していた（写真12、13）。この建物は、



写真14 建物の2階部分

ももとは牛小屋(家畜小屋)だったそうである。塩の貯蔵庫が近かったので、ここに一部塩を貯蔵していたことがあるので、それで柱が塩を吸ってしまって、湿度が高いと塩が外にでてくることがあるという。柱は1600年のままの柱だそうである。

バルビさんの案内で私たちは2階へ移動した。そこは、ももとはダンスパーティとか体操をやっていたスペースである(写真14)。

今回の改装で床暖房になったそうだが、イタリアでも冬はすごく冷えるので、最近イタリアでは床暖房が流行っているそうである。床暖房はお湯を使っている。

私が「2階は何だったんですか。吹き抜けだったんですか」と聞くと、「下が家畜小屋になっていて、その世話をしている人がここで寝起きしていたんです。教会の菜園のお世話なんかもしていた。教会のために働いていた農夫の人の部屋だった」という。

それから建物は民間の所有になったそうで、戦後すぐは洗濯場だったという。1950年代に市が他の建物と交換した。港があって運河があったので、ここでみんな洗濯をしていたそうである。だから洗濯婦の人が住んでいたこともあるという。

入れ物は市のものだが、イスなどの家具はすべてバルビさんらが用意しなければいけないので、新しくパール用の机とイスを銀行からお金を借りて買わなければいけないというわけである。

私が「銀行から借りるって、担保はいらないんですか」と聞くと、社会プロモーションの協会に融資するのを専門としている倫理銀行なので、担保とかはいらないけれども、定款とか会計報告書とかを提出して、返済が終わるまでは、いま現在ほかのところにあずけている口座をその銀行に移すという。そして返済が終わったら、また自分の銀行に口座をもどす形をとっているそうである。倫理銀行は普通の窓口もあるが、そういう社会プロモーションの団体に融資を行う特殊な銀行である。

社会センターはコミュニティ・アソシエーション
社会センターは公共の施設だけれども、市に属

するわけではなく、市は建物を貸与しているだけである。市は活動内容に干渉はしない。ももともコミュニティで運営しているアソシエーションである。それにもかかわらず、法律の規則がだんだん細くなってきて、現状ではそういった圧力に困っている様子がうかがえた。

単純に社会的協同組合になってしまえばいいということではなく、アソシエーションだから市民の自主的な活動が基本である。日本にはこういう社会センターの施設やコミュニティ・アソシエーションの考えがないので、今回の視察は大変参考になった。コミュニティとは何かを考えるのに、イタリアの社会センターの仕組みや役割を聞いたことは何よりも幸いであった。

注

1) 松田博によると、ポローニャ県(人口約百万人)には「人民の家」が94カ所(うちポローニャ市内には20カ所)あるが、アルチ ARCI エミリア・ローマニャ州連合会議長、A・ヴォルピ氏からの聴き取り、および同氏の論文(『ディメシン』誌78年、1-2号)によると、この平均的イメージは、次のようなものであると述べている。

「人民の家」の建物は、平均3階建てプラス地下一階

各所のスペースと機能は、

1階…パール(パブ)、サロン、カード室、ビリヤード室

2階…政党事務所(主として社、共産党)、労組事務所(労働総同盟の地域労組)、各民主団体、サークル室、会議室

3階…多目的ホール(各種の集会、講演会、ダンスパーティなどに使用)

地下…倉庫、サークル部室、暗室、体育ホールなど

これらの施設が1つのビルの中に同居している。

松田は、各地の「人民の家」に共通する要素を次のようにまとめている。

(1)市民、労働者のカンパと自発的労働奉仕で建設されたこと。

(2)政党(とくに社、共産党)、労働組合、協同組合、青年組織、婦人組織、文化・レクリエーション・ス

スポーツ組織などが、協力・共同して運営にあたるか、または支援していること。その意味で、まさに「人民の家」は地域の民主的諸運動の「統一センター」である。

(3) パール（パブ）をはじめ、レストラン、カード、ピリヤードの部署があり、仕事が終わったあとの労働者、市民がワインでいっぱいゆったり、レクリエーションに興じたりできる「いこいの場」であること。

(4) 地域における文化・レクリエーション・学習活動のセンターとなっており、いわば地域の民主的文化センター的機能をもっていること。

(5) ヴァチカンを頂点とする強力な教会組織のイデオロギー的・文化的影響に日常的に対抗していく、民主的陣地の一貫をなしていること（松田博『ポローニャ「人民の家」からの報告』合同出版社、1983年、pp.9-21、参照）。

2) ARCI は、1957年に創立された、民主的な総合文化レクリエーション活動の全国組織である。現在、120万の会員を擁している。「ARCI は、レジスタンスと共和国憲法の精神にもとづく、民主的、反ファシズム的、自主的、統一的、複数主義的な全国組織である」と規約の第一条に明記されているようにレジ

スタンス期から戦後にかけて結成された、さまざまな民主的文化サークルの全国的結集体である（松田博『ポローニャ「人民の家」からの報告』合同出版社、1983年、p.72、参照）。

3) 1996年の選挙では、「オリーブの木」は22の政党、政治グループによって構成されることになり、（5パーセントの足切りをクリアするためにそれらが連携したため、比例区においては4つの名簿が出された）、それと共産主義再建党が「休戦協定」を結んで、上院232、下院475のすべての小選挙区で統一候補を立てる態勢がつけられたりした（後房雄『「オリーブの木」政権戦略—イタリア中道左派連合から日本政治へのメッセージ』大村書店、1997年、pp.58-59）。

4) 倫理銀行（Banca Etia）。イタリアで普及している協同組合銀行の一種たる「民衆銀行」（Banca Popolare）の一つで、正式名称は「倫理的民衆銀行（Banca Popolare Etica）」という。社会的目的をもつ市民のイニシアティブにのみ融資する銀行であり、1998年に設立され、1999年3月から営業を開始した。本部はパドヴァ市（Padova）におかれている（アルベルト・イアーネス／佐藤紘毅訳『イタリアの協同組合』録風出版、2014年、p.54）。

イタリア視察から帰って思ういくつかのこと

今井 晃

「民医連は、僕らがやりたかったけど、手放しちゃったことをやっているんだね」。その言葉は、ミラノ大学の一教室内で発されたものであった。ロンバルディア州で活動している民主的医師協会のメンバーと懇談しているときに、たしか、理事長の方が発言したのだと思う。民主的医師協会とは、簡単に言うと環境や労災問題を中心に住民の健康と権利を守る立場から活動する医師らのグループである(看護師等も構成員とのこと)。日本の何人かは、「ロンバルディア州の新医協」みたいだと言い交したのだが。「すべての人が主人公になれるようにすること」、「すべての人々が健康で安心して暮らせること」が目標とのことである。「治療と予防の分離でなく統合できる医療システム」、「今、イタリアが進もうとしている方向に反対」、「資本主義に代替する社会」などの発言もあった。

冒頭の言葉は、日本において民医連が医療生協や友の会などを組織し、住民参加型の医療・福祉を追求している説明を行い、イタリアでの動向を問うたときに出た言葉だったように思う。具体的には、この20年間のなかでポローニャのあるエミリア・ロマーニャ州を除いて、住民参加型の取り組みは消えてしまったという。最近、民医連もWHOが提唱しているHPH(Health promoting hospitals and services)の取り組みに参加するようになり、国際カンファレンスにも出かけるようになったが、こと保健医療に関して日本の医療生協や友の会のように医療専門家と住民が地域の健康づくり運動に取り組むところは他にはないようで国際的にも注目度が高い。多くの国のHPHの取り組みは、公的大病院中心の官製運動が多いようである。民医連が共同組織と共同して取

り組む保健・医療・介護の事業と運動について、その意義と課題について改めて検討する必要があるようだ。

同時に、イタリアでは、高齢者の医療福祉や障がい者の福祉等について、そのサービス提供事業体として社会的協同組合や各種アソシエーションが広範に展開されているようである。一部、有限会社のような高齢者施設もあったが、日本のように介護事業を全国的に展開する営利企業が大きくなるような営利市場化は聞くことがなかった。イタリアの国民保健サービス(SSN)改革でも、部分的に市場的な取り組みが行われたようであるが、大幅な営利市場化への道は開かれなかったようだ。どのような背景と考え方で医療や福祉での営利市場化の進展が抑制されているのか。もう一段、学びを深めなければならないと思う。

三番目に、若者や高齢者などの居場所づくりとして、ポローニャ(エミリア・ロマーニャ州)から始まった「社会センター」の取り組みである。住民が自主的に組織、運営するアソシエーションであるが、住民や労働運動の要望もあって広がっているという。法的には、社会的プロモーションのためのアソシエーション法によっているようである。日本の老人会・老人クラブと似たような組織であるが、もっと恒常的、事業的で、広く社会サービスの取り組みを行っているようである。日本において、町会・自治会、老人会の活動が高齢化や未加入者の増大によって運営困難、危機が言われ出しているだけに、機会があればこの社会センターの活動についてもフォローしていく必要があるようだ。

コンフコープウェブサイトの視察団訪問についての記事(翻訳)

竹野政史・石塚秀雄

総研いのちとくらしのイタリア視察がコンフコープ・エミリアローマニャとコンフコープ・モデナのウェブサイトのニュースで紹介されました。

以下は記事の翻訳です。

2013年11月12日 **imprendo coop**

日本の代表団がカステルフランコ・エミーリア市の障害者施設センターを訪問

モデナの社会的協同組合は海外からの調査のモデルであり続けている。先日、日本の代表団がカステルフランコ・エミーリア市の AUSL (医療福祉公社) に所属するいくつかの障害者施設を訪問した。施設は、社会的協同組合ドムス・アシステンツァ(福祉事業)が経営をしているものである。学者や医師や社会学者からなる日本の代表団を歓迎したのは、ドムスの責任者たちを始め、クラウディア・バスタイ (ソルバラ地区長)、カステルフランコ市長ステファノ・レヅジアニーニ、社会政策評価官ナディア・マンニ、パオラ・クアトリーニ (カステルフランコ地区長)、カステルフランコ市社会サービス管理所長ナタリーノ・ベルゴンチーニ各氏である。

日本人たちは最初に、ラヴァリーノ市にある成人障害者のためのデイケアセンターと共同作業所カゾーニに行った。障害者通所施設であるドムスのセンター責任者シモーナ・エルミニアーティさんは、利用者である障害者の個人教育プランは市の社会サービス課と AUSL の協力で作成されると説明した。デイセンターを利用しにくる障害者は、

五感を研ぎ澄ますための木工軽作業、ペットセラピーや演劇をするよう提案される。また、福祉的労働では石、再生紙やその他の原材料で小物を作っている。ドムスの職員たちは、障害者たちが作った小物を日本人代表団たちに贈った。

その後グループはカステルフランコ市の労働挿入訓練センター・オアジと、それに隣接する障害者社会的雇用作業所を訪れた。センターは、カステルフランコ市の地区 AUSL のコミュニティの社会サービスや、モデナ市の地区 AUSL の麻薬中毒患者サービスやメンタルヘルスセンターと協力し、全体で200名以上をフォローし、ドムスの10人の専門エデュケイターたちによって運営されている。そして、この作業所には18名の利用待機者がいる。この2つの組織のコーディネーターであるマッシモ・モントルジさんによると、今年はずでに29名の労働挿入雇用があり、8名が有期契約から正規雇用になった。日本人代表団は、障害者ケアと支援における公共サービスと民間社会セクターのパートナーシップというとてもイタリア的な経験に非常に興味を持った。「将来的にはますますサービスの設計と管理に関する社会的協同組合が増えるでしょう」とドムス・アシステンツァのガエターノ・デ・ヴィンコ理事長は語った。

(イタリア語のウェブサイト記事)



Delegazione giapponese visita centri per disabili del distretto di Castelfranco Emilia

La cooperazione sociale modenese continua a essere un modello studiato all'estero. Nei giorni scorsi una delegazione giapponese ha visitato alcuni centri per disabili del distretto Ausl di Castelfranco Emilia, la cui gestione è affidata alla cooperativa sociale Domus Assistenza di Modena. Oltre ai dirigenti Domus, ad accogliere il gruppo, composto da docenti universitari, medici e ricercatori sociali, c'erano anche Claudia Bastai (Unione Comuni del Sorbara), il sindaco di Castelfranco Stefano Reggianini, l'assessore alle politiche sociali Nadia Manni, Paola Quattrini (Comune Castelfranco) e il presidente dell'Istituzione per la gestione dei servizi sociali del Comune di Castelfranco Natalino Bergonzini. I giapponesi si sono recati dapprima al centro diurno e laboratorio protetto per persone adulte con disabilità a Casoni di Ravarino. La responsabile Domus dei centri semiresidenziali per disabili Simona Erminiati ha spiegato che per ogni utente viene redatto un progetto educativo individualizzato in collaborazione con i servizi sociali di Comuni e Ausl. Agli utenti del centro diurno vengono proposti piccoli lavori di falegnameria, progetti per sviluppare i cinque sensi, pet therapy e teatro; nel laboratorio protetto si realizzano piccoli manufatti con sassi, carta riciclata e altre materie prime. I dirigenti Domus hanno donato alla delegazione giapponese oggetti prodotti dagli utenti. Successivamente il gruppo si è trasferito a Castelfranco Emilia per visitare il centro di formazione e inserimento lavorativo Oasi e l'annesso laboratorio socio-occupazionale per soggetti con disabilità. Il centro di formazione collabora con i servizi sociali dei Comuni del distretto Ausl di Castelfranco, con il servizio tossicodipendenze e il centro di salute mentale dell'Ausl di Modena e segue complessivamente oltre 200 utenti, assistiti da dieci educatori professionali della Domus Assistenza. Il laboratorio, invece, ha attualmente in carico 18 utenti. Il coordinatore delle due strutture Massimo Montorsi ha sottolineato che quest'anno sono già avvenuti 29 inserimenti lavorativi e che otto contratti a tempo determinato sono stati trasformati in assunzioni definitive. La delegazione giapponese si è mostrata molto interessata all'esperienza tutta italiana della partnership tra servizi pubblici e privato sociale nella cura e assistenza dei disabili. «Una collaborazione che in futuro deve vedere la cooperazione sociale sempre più coinvolta nella progettazione e gestione dei servizi», ha concluso il presidente di Domus Assistenza Gaetano De Vinco.

Posizione corrente Home page > Dal Territorio



UNA DELEGAZIONE GIAPPONESE VISITA IL CENTRO DISABILI DI CASTELFRANCO

13/11/2013 - Composta da docenti universitari, medici e ricercatori sociali

La cooperazione sociale modenese continua a essere un modello studiato all'estero. Nei giorni scorsi una delegazione giapponese ha visitato alcuni centri per disabili del distretto Ausl di Castelfranco Emilia, la cui gestione è affidata alla cooperativa sociale Domus Assistenza di Modena. Oltre ai dirigenti Domus, ad accogliere il gruppo, composto da docenti universitari, medici e ricercatori sociali, c'erano anche Claudia Bastai (Unione Comuni del Sorbara), il sindaco di Castelfranco Stefano Reggianini, l'assessore alle politiche sociali Nadia Manni, Paola Quattrini (Comune Castelfranco) e il presidente dell'Istituzione per la gestione dei servizi sociali del Comune di Castelfranco Natalino Bergonzini. I giapponesi si sono recati dapprima al centro diurno e laboratorio protetto per persone adulte con disabilità a Casoni di Ravarino. La responsabile Domus dei centri semiresidenziali per disabili Simona Erminiati ha spiegato che per ogni utente viene redatto un progetto educativo individualizzato in collaborazione con i servizi sociali di Comuni e Ausl. Agli utenti del centro diurno vengono proposti piccoli lavori di falegnameria, progetti per sviluppare i cinque sensi, pet therapy e teatro; nel laboratorio protetto si realizzano piccoli manufatti con sassi, carta riciclata e altre materie prime. I dirigenti Domus hanno donato alla delegazione giapponese oggetti prodotti dagli utenti. Successivamente il gruppo si è trasferito a Castelfranco Emilia per visitare il centro di formazione e inserimento lavorativo Oasi e l'annesso laboratorio socio-occupazionale per soggetti con disabilità. Il centro di formazione collabora con i servizi sociali dei Comuni del distretto Ausl di Castelfranco, con il servizio tossicodipendenze e il centro di salute mentale dell'Ausl di Modena e segue complessivamente oltre 200 utenti, assistiti da dieci educatori professionali della Domus Assistenza. Il laboratorio, invece, ha attualmente in carico 18 utenti. Il coordinatore delle due strutture Massimo Montorsi ha sottolineato che quest'anno sono già avvenuti 29 inserimenti lavorativi e che otto contratti a tempo determinato sono stati trasformati in assunzioni definitive. La delegazione giapponese si è mostrata molto interessata all'esperienza tutta italiana della partnership tra servizi pubblici e privato sociale nella cura e assistenza dei disabili. «Una collaborazione che in futuro deve vedere la cooperazione sociale sempre più coinvolta nella progettazione e gestione dei servizi», ha concluso il presidente di Domus Assistenza Gaetano De Vinco.

視察参加者一覧（50音順、肩書きは視察当時）

石塚 秀雄	理事・主任研究員
伊藤 淳	会員
今井 晃	専務理事・全日本民医連事務局次長
漆田 稔	文化連資材部長
岡部 茜	立命館大学院生・日本学術振興会特別研究員 DC 1
木内 健行	文化連理事・業務統括参事
小磯 明	文化連情報編集長・法政大学講師
小磯 友香	会員・専修大学学生
鈴木 勉	会員・佛教大学教授
高山 一夫	理事・京都橘大学准教授
竹野 政史	事務局
竹野 ユキコ	理事・事務局
中川 雄一郎	理事長・明治大学教授（視察団長）
二上 京子	会員
二上 護	監事・弁護士
八田 英之	副理事長・千葉勤労者福祉会理事長
深谷 弘和	立命館大学院生・日本学術振興会特別研究員 DC 2
村口 至	医師・ワーキンググループ主宰
山本 耕平	立命館大学教授
吉中 丈志	理事・医師・全日本民医連副会長

総研いのちとくらし10周年記念視察旅行Ⅱ
イタリアの非営利・協同の医療福祉と社会サービスの視察報告書

ISBN 978-4-903543-11-6

発行日 2014年6月15日

発行 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

電話：03-5840-6567

FAX：03-5840-6568

電子メール：inoci@inhcc.org

URL：http://www.inhcc.org/

頒価 500円

