

目次

○巻頭エッセイ「民医連の医師」	千葉 周伸	1
-----------------	-------	---

特集：行政と非営利組織との協働（1）

○座談会「行政と非営利・協同セクターとの協働について」 ……………富沢 賢治、高橋 晴雄、窪田 之喜、司会：石塚 秀雄	2
--	---

○論文「韓国の社会運動と非営利・協同セクター」	丸山 茂樹	18
-------------------------	-------	----

○論文「韓国の医療保険制度と非営利・協同セクター」	石塚 秀雄	23
---------------------------	-------	----

○インタビュー「医療と福祉に思う」	秋元 波留夫	31
-------------------	--------	----

○特別寄稿（再録）「津川武一と東大精神医学教室」	秋元 波留夫	39
--------------------------	--------	----

○第2回公開研究会報告「ヨーロッパの医療制度の特徴と問題点」	松田 晋哉	46
--------------------------------	-------	----

○シリーズ非営利・協同入門③「サードセクターと社会的企業 ——ライブリネスのデベロップメント——」	内山 哲朗	59
--	-------	----

○文献プロムナード④「医療の国際比較」	野村 拓	72
---------------------	------	----

○書評／野村拓監修・赤十字共同研究プロジェクト著『日本赤十字の素顔』 ……………角瀬 保雄	77
--	----

○研究所関連ニュース・事務局より	17、58、79
------------------	----------

（巻末 バックナンバー案内 読者の声・入会申込FAX送付書 次号予告）

民医連の医師

千葉 周伸

69年にインターン制度が廃止され、その後35年にわたって続いた現行の医師研修制度が04年3月で終了することになる。69年に卒業した私は、制度の移行期に2回直面することになった。

前回の移行から30余年、現行制度のもとで医学生の一部は、民医連の呼びかけに応え、民医連を日本の医療供給体制の重要な構成要素に発展させる役割を担ったが、04年の新制度に直面する医学生と民医連がどのような関係を作っていくかは、主に民医連の働きかけ次第であろう。

30余年の時代の推移で、医学生の感覚も様変わりしたが、当時から現在に続く民医連の価値観＝民医連綱領の精神を引き継いでほしいと思うものの、その今日的な発展を表す、新たな言葉と理念が必要と感じている。

今日の民医連を医学生や国民にアピールするものとして、「民医連の医療福祉宣言」は、その議論の入り口であり、新たな関係の出発点と思う。

今日、医療界の色分けは急速に進み、民医連の病院は医療供給体制の上で、地域の頂点に立つ有名臨床研修病院や基幹病院とは異なる、地域に密着した（大）中規模病院・診療所ネットワークとしての性格が鮮明になり、開業医との関係も、地域住民との関係も一層開かれたものになろうとしている。

70～80年代に民医連を支え発展させた医師・医

学生は、医療と政治の変革に重ねて民医連を考えるものが多かったが、今日ではより普遍的な人権感覚に基づいた、地域住民・開業医等との共同の医療（福祉）を、創造的に発展させることに主眼をおいたアピールが必要ではないか。

民医連の医師問題は10年来の懸案事項であり、病院における専門的な医療の担い手においても、診療所・療養型などでも絶対的な不足に直面しているが、これらの問題を優先的に解決する私たちの取り組みは、未だ緒についたばかりであり、制度変更を契機に様々な角度から医師政策の見直しを行う必要がある。

研修制度の充実による医学生の結集を基本にしつつ、各理事会・各病院長が主導して多様な形態で医師や地域との関係を再構築し、21世紀に民医連が地域で果たす役割をさらに大きなものに前進させたいと願っている。

私たちは今日、医師・医学生や地域に対して、人権尊重に立脚した非営利・協同の医療機関としての特徴を、より具体的に打ち出し実践する時期に直面している。

（ちば かねのぶ、研究所理事、全日本民医連副会長）

特集「行政と非営利組織との協働」

「協働は始まったばかり」



石塚 非営利・協同セクターにつきましては、機関誌2号の座談会では、非営利・協同セクター、NPOの原理原則などの原則論的な話をさせていただきました。行政との協働、いわゆる協力して働くという協働とい

うことが、数年来、現実的な課題となってきております。しかし実態と将来はどうあるべきなのかということは、議論されてないのではないかと

思います。協働と言われているけれども、協働が進んでいるといわれている行政、長野県や「革新知事」がいる鳥取県とかですね、そういうところの協働の取り組み・考え方などをみましても、中身が実は深まっていないのではないかと。主に自治体はNPOという言葉が先行していて、我々が従来から考えている協同組合やその他の中間法人や、非営利組織・協同組織というものについては、ほとんど議論されていません。そしてパートナーという定義もあいまいで、行政とNPOが対等にやっているという気持ちは出ているんですけども、具体的な方策が練られてない。したがって協働が出来ている部面というのが実際は狭く、98年にNPO法が日本で出来てその過半数が社会サービスであって、この分野では注目すべきものがありますが、他の分野ではまだ大いに議論すべき点があるのではないのでしょうか。

本日ご出席いただいた窪田先生のところは、日野市で日本の市民運動の原型的な性格があるところだと思います。富沢先生は、もちろんこれまでも研究されていて、更に大学でNPO活動をされておられます。高橋先生につきましては、千葉県

出席者

富沢 賢治（とみざわ けんじ、聖学院大学教授）
高橋 晴雄（たかはし はるお、ちばコープ顧問）
窪田 之喜（くぼた ゆきよし、日野市民法律事務所弁護士）
司会：石塚 秀雄（いしづか ひでお、当研究所主任研究員）

の新しいNPO活動をされていて、大学でも非営利論を講義されておられます。



富沢 最初に、私の個人的経験に即して、行政と非営利・協同セクターの協働について感じたことを述べます。

私は、聖学院大学・政治経済学部のコミュニティ政策学科長という仕事と、NPO法人「コミュニティ活動支援センター」の事務局長という、2つの仕事をやっています。この2つの仕事は相互に密接に関連しているのですが、今日は主にコミュニティ活動支援センターの活動に即して協働という問題を考えたいと思います。

コミュニティ活動支援センターは、その1つの活動として「まちづくりセミナー」に取り組んでいます。これは、さいたま市が主催してコミュニティ活動支援センターが企画と運営をするという一種の協働です。一昨年・去年・今年とやっていますが、その協働の経験から言いますと、最初は手探り状態でした。しかし、3年もやるなかで、行政側もNPOの側も相互理解が進みつつあります。この意味から言うと、協働にとっては経験を積み重ねて、その経験をどう活かすかということ

が重要だと思います。

第2に、聖学院大学の所在地である上尾市との関係について述べます。上尾市は、「上尾市NPO協働まちづくり推進委員会」を去年立ち上げ、上尾市において行政とNPOとの協働をどう推進すべきかという問題を検討しています。その委員長を私はやっていますが、この1年半くらいやってみて感じることは、かなりの職員が、NPOに無関心か、あまりNPOに信頼を置いていないということです。むしろ、NPOに任せたら危ないから協働を進めることはしないほうがよいと、ブレーキをかける人がいます。この経験から言えることは、現場では協働を危険視する人がまだ多いということです。この背景には、職員は慣れたことをするほうがよいという保守的な考えから、公共の仕事は自治体でやるべきだという公共の担い手論まで、種々の考えがあるようです。

ついでながら、公共の仕事は自治体でやるべきだという公共の担い手論は、進歩的な思想を持つ人々の間にも多いことを付け加えておきます。このように、協働の推進には保守層からも進歩層からも反対論が出されています。

第3に、さいたま市の総合振興計画について述べます。さいたま市は、2001年に3市合併によってできた新しい市なので、2002年に「さいたま市総合振興計画審議会」を立ち上げ、さいたま市をどうつくっていくかという10年計画（2004—2013年）を審議しています。私はその審議会の教育市民部会長をしています。

今年の3月には、総合振興計画のための「基本構想」が出来上がりました。その「基本構想」では、「協働」が総合振興計画のもっとも基本的な理念とされています。

しかし、「協働」という理念を実際の総合振興計画にどのように具体化するかということになると、なかなか議論が進展しないのです。

このような経験から言えることは、協働は理念としては強調されながら、その具体化においてはまだまだ問題山積ということです。では、このような状況を見て、「それ見たことか」と言って、協働という考え方を批判してさえいけばよいのか、ということになると、私はそうは思いません。この現実をそのまま放っておいてはいけな

この現実に対応するかという問題に取り組む必要があります。

石塚 行政がなぜNPOとの協働を必要とするのかというのが行政として明確になっていないんですね。行政が自分達の旧来の行革路線の手段としてNPOを使い、職員に対して協働意識を高めようといったときには、俗に言う行政の民営化だとか、営利導入化というような、そういう議論をしている県や市町村が多いです。



高橋 千葉県が2003年8月に発表した、行政とNPOが良いパートナーシップを築くについてのパートナーシップマニュアルによると、協働とパートナーシップとを分けて考えているんですね。パートナーシップ

の方が広い概念であって、協働はその中に含まれると。協働とは対等の立場で事業を協力して進めるわけで、単に外部委託とか情報交換ではないと。私もそう理解しています。でも本当に対等かどうかは今後問われますね。堂本さんは日本一NPOが活動しやすい千葉県にするとあって登場したんですね。私も千葉資源循環型再生懇談会の委員や環境再生千葉基金の1つの座長をさせられたりした中で、知事のNPOと関わっていく意気込みが感じられました。知事は委員会には自ら出てまわっています。「なの花会議」と称して千葉県各地を回って、意見を吸い上げようとする努力はしているようです。確かに、就任したときに50くらいのNPOだったのが、今491になりましたからね。かなり急速に増えています。就任以降、積極的にNPO活動推進指針をつくってNPO千葉立県を目指しており、全国でも下から数えてNPOの数が少ない県でしたが、今では上から4番目くらいということになりました。

NPOの内訳は、半分近くは医療・福祉関係が特徴ですね。その次に子育ての問題とか、環境やまちづくりなんです。福祉の分野というのは将来は協働しないとやっていけない分野なんですね。しかし大半のNPOは事業規模が50万円以下で、

非常に小さい。こういう中で協働できる実勢はまだないのです。特に福祉は長期的・継続的なことが絶対不可欠な条件ですからね。それを担うに足るだけの、継続的なビジョンを共有したサポート体制が出来ているのかどうかという点になると、まだまだです。

予算執行の単年度主義も障碍ですね。目標にむかってシナリオを描いて、その実践を積み重ねていくためには、単年度ではとてもやれないわけです。しかもNPOに対する支援というのは、出来るだけまんべんなく広くとなっておりますからね。このままでは果たして福祉や医療関係のところで協働関係を作れるかどうかという疑問があります。その活路はすでに実績のある生協や民主的な医療機関との協働ですが、双方ともにそこまで考えが及んでいないのではないのでしょうか。確かに時代の背景もあるし、財政危機という問題もあってですね、雰囲気的には盛り上がりつつあり、地域市民社会形成の歴史的チャンスですが、混迷もありうるとみています。

県では、NPO推進室に住民の課題を全部集中して窓口を1本にして、全庁的な対応をしているわけですね。これが出来れば行政とNPO・協同組織の協働の条件は飛躍的な質的变化をもたらすでしょう。しかし、先のパートナーシップマニュアル発表会では、報告時間が過ぎるとぞろぞろ県の職員が退席し、残ったのは市民団体だけになったのをみて、行政は未だ本気になっていないなと思いました。堂本さんが言えば言うほど、行政は混迷する実感もあると当日の参加者は言っていました。明治以来の縦割りは根深く残っていますし、県と市は連携も対等ではない。でも仕事をするのは市町村ですからね。だから市町村はまだ理解するだけで精一杯というところでしょう。具体的な仕事には展開できないですからね。そういう点では協働ということについて、一部始まったばかりですね。

協働というタームにおいては、現場で交わりを深めて価値観の接点を広げることが不可欠だと思います。行政でも末端行政を担っている人、現実を担っている人がいるわけですね。この人たちは非常にまじめなんです。そこで価値観を住民といっしょにすると、新たな色んな組み立て方が

可能なことも確かなんです。それを上が邪魔せず、サポートすると思えばよらぬ展開も可能だと思います。

石塚 行政が上から協働とかNPOとか考えて政策を立てるのは、上からの協働のビジョンの側面があると思うんですね。一方、日野市というのは市民運動では革新市政時代も長かったんですけれども、下から積み上げてきた実績があるので、若干、他の場所とは違う住民参加のスタイルとか協働の仕方の違いがあるかなと思うのですが、いかがでしょうか？



窪田 私や革新市政時代にいっしょにやってきた仲間というのは、6年前の市長選挙で負けて以来、行政との接点は弱くなっております。私自身はいま2つのNPOに関係しています。1つは「福祉の学校」で、もう

う1つは「日野市民自治研究所」というものです。

社会教育センターという民間と日野市の共同設立した社会教育の場がありまして、これは1969年に、当時の有山崧市長が発想して作ったものなんです。その理念は、自立的な市民がいないところで民主主義は出来ないということ。自立的な市民が育っていくための学びの場として、日野市と（財）社会教育協会が共同してつくったものです。行政は、条件作りはするけれども口は出さないと。その社会教育センターの活動の1つに、デンマークの高齢者福祉視察の旅というのがありまして、もう11回、10年にわたってやっているんです。「どうしてこれだけ違うんだろう」、税率は確かに50%と高いけれども、老後を心配したり、学校教育でも教育ローンなどを心配しなくて良いという、非常に公が責任を持ちきる社会システムになっている。人々が共同し安心して暮らせる社会ってというのは、作ろうと思えば出来るんだという、实例の力というのを感じたんです。僕らも自分のまちで何か出来ることをしようじゃないかということで、福祉の学校というのを作ったんです。

福祉の学校では3つのことをやっていて、1つ

は学習活動、もう1つはヘルパー要請講座をやっています。もう80名が資格を取得しています。もう1つは介護支援専門員の受験支援講座というのをやっています。自ら事業をやろうというわけじゃないんですけれども、事業をやる人たちが力をつくっていくことに貢献したいということがありました。地域の福祉力をつくる力になりたい。

もう1つ、私は日野市民自治研究所というNPO法人にかかわっています。これは去年発足したもので、まだ出来たてです。1973年から24年間続いた森田革新市政は、様々な成果を生み出してきましたけれども、6年前に市長選挙に負けてしまった。私自身の一番の反省点は、市民自らが参加してつくっていくという民主主義としては反省材料が多いと。当初、社会党や共産党や公明党、当時の民社党までもが共同して革新市政が生まれたんですけれども、党派的には最後は共産党1党しか残らなかったんです。しかし市民的な支える力はかなりありまして、政党が1つ欠ける毎に市民的な支える力というものがむしろ強まっていったんですね。それで6期続いたんです。しかし、直接市民が参加する、平たく横のつながりで民主主義を作っていくという点が弱くなり、森田市長という期を重ねるごとに大きくなる存在に、市民が頼るというような民主主義の弱点があったと思います。

その反省もあって、とにかく市政のことについてそれぞれが積極的に参加して学習し事実からスタートして、どういう方向で考えれば良いのかをコツコツ地道にやる必要がある。そういうわけで、市民の力で学習・調査・研究をしようと。3年前に『市民がひらく21世紀の日野』という本を作ってがんばろうとしたんです。僕自身改めて読んで、すごい力作だなと思うんですけれども、どれだけ大勢の人が参加してどれだけ大勢の人のものになっているのかというと、まだまだ緒についたばかりだと。実はその本を出した後、本格的にNPO法人でまちづくりを一緒に考えていく組織を作ろうというので出来たのが、日野市民自治研究所なんです。

そういう意味で、行政との距離は接点を模索している状況ですけれども、本当の市民参加とか協働といった場合に、自分たち自身が誰かに頼ると

いうのではなくて、持っている力を出し合う関係のまちづくり運動を再構築していきたいと感じているところです。

富沢 今までの3人の話から1つの方向が見えてきたと思います。つまり、協働の実施にあたっては行政の方の動きが鈍いので、行政に何かして欲しいという期待はあまり出来ない。むしろ、行政を動かすために市民の力をつけることが先行すべきだということです。窪田先生がおっしゃったように、市民の力をつける、市民が主体的に動くというような方向を強めていかないと協働はうまくいかない。つまり市民が力をつけて行政を動かしていくというかたちで協働を進めていくという方向付けが必要じゃないかと思うんですね。

高橋 全く賛成ですね。生協を通していても市民の中にその力が醸成しつつあると思います。堂本知事も生協の主婦を中心とした地域活動を見て、びっくりしていました。そのことを県の幹部を集めての定例会議で話したそうです。これほどすごい組織が行政と関係ないところで出来ていますということで、40分かけて生協のことを話したんです。特にNPOとしての生協の事業活動注目していました。

生協が力をつけてきたのは、行政に振り回されることがなく、行政の方も振り向いてくれなかった(笑)。この20年間、全国の連帯に支えられながら自力でやったことが、3万から43万人にちばコープが増えた要因だと思うんです。介護についても、生協のヘルパー2級養成講座受講者が1000人を超えました。また、子育てが終わった人が子育てを支援する関係とか、年取った人にいろいろ配達するとか荷物を運んであげるとか、そういうお互いを助けるシステムが、コーディネーター46人で多くの支援者と被支援者をつなぎ、年間4万時間くらいになっています。介護も4万～5万時間になっています。これは住民同士が向き合う関係を作ったからです。意識において組合員といっても住民とほぼ変わりませんから、これは住民組織が作ったといってもいいでしょう。地域で住民がお互いに向き合う関係を作りますと、あんなにしんどいことをやっちゃうんですね。

私は地域の力とは、弱い人へのまなざしから始まると思っています。弱い人とは、子どもであり老人であり、妊婦であったり身障者だったり、いわゆる世に言う稼ぎのない人です。しかし稼ぎのある人だって通ってきた道であり行く道であり、交通事故や病気にも出合う存在ですから、弱い人の立場に立つことは、結局、自分の立場に立つことと同じですね。

本当にしんどい仕事やっているんですけども、生き生きしていますよ。それはなぜかと言うと、本物の一緒感があるからなんです。協働というよりも、共にという一緒感の方が、はるかに実態を表している気がするんですね。仕組みを作って枠組みを作って、協働というよりは、一緒に向き合ったらもうやらざるを得ないんですよ。他の選択肢が無いときに向き合うと住民はすごい力を発揮する、こういうことに対して心から信頼を寄せることが出来るかというのが大きな問題で、価値観の統一の問題は、弱い人たちに対するまなざしを持った行政であるのか、あるいは住民組織であるのかというのがキーワードかなと、僕はそんな気がしています。

石塚 従来、行政というのは、基本的に弱い人にまなざしを向けられないような仕組みになっていると思うんですね。弱い人は特定の扶助や措置の分野に限定されてきた。NPOの役割として言われるのは、1つはもっと豊かなニーズが欲しいという人に対する、2つには社会的な弱者に対するニーズの実現をするのだということです。ヨーロッパで社会的弱者というのは用語として社会政策の中で強調されているんですけども、日本の場合は整理されていないと思うんですね。どういう人が社会的弱者で、それをどうやって救済するかのか、そのための道具としての非営利・協同とかNPOとかという明確なものがなくて、漠然として行政も考えているし、NPO側も比較的漠然と考えているところが強いんじゃないかなという気がします。

1995年のマンチェスターでの国際協同組合連盟（ICA）の大会で、新しい原則の中に社会的関与、ソーシャルコンサーンというのが入ったのは、大きな転機というか時代の要請だったと思うんで

す。今までは協同組合みたいなものは、自分達のメンバーシップ・閉じられた会員・組合員というところでやっていたけれども、社会に目を向けざるを得ない、そういう状況が出てきたんですね。従来は行政と例えば生協がお互いに赤の他人みたいになっていて、それで生協が伸びてきたということがあったけれども、これから社会的関与をしてくると、必然的に自律的な組織も非営利組織も、行政とある意味では社会政策向上き合わなくてはいけなくなると思うんです。ヘルパー養成をしても、それではヘルパーというのはどういう枠の中で活動して報酬を受けるんだということになると、行政のデザインの中で、市場だけで決まらないこともあるわけです。そうすると必然的にNPO側も行政とどういう風に対応するのか、また行政もまた、まじめに考えるのならNPO・非営利組織というものを政策の中にどう位置付けるのかと。

日本は、今はスローガンの時代から1つステップアップをして、目的や組織の性格を区分けする必要があると思うんですね。今の行政だと、NPO＝公益のためにあって、基本的にボランティアだという論理が根強くある。事業型が入ってきたときに、今後必ず矛盾が起きてくる。それじゃあ、そういうものはNPOじゃありませんよという形で行政がやるのか、これは行政によっても考え方はまちまちみたいですけれど、例えば協同組合や他の非営利的な団体も、NPOのパートナーと掲げている中に枠を広げて入れて協働を進めていくという、2ステップに進むべきじゃないかなという気が日本の現状ではするんですね。

「目の前にある問題に取り組むこと」

富沢 上尾市NPO協働まちづくり推進委員会は、今年度中に協働まちづくりのための計画書を作成する予定です。私としては、第1に、NPOを広義にとらえて市民活動組織と行政との協働を問題にしたいと考えています。第2に、協働を継続的に発展させていけるようなシステムとその中核となる組織をつくりだしたいと考えます。第3に、そのシステムと組織を運営する人材を確保したいと考えています。実際には第3の「人材確保」がとても重要です。どんなに立派なシステムや組織をつくっても、それを運営できる人がいなければ

絵に画いた餅です。これとは逆に、人さえ確保できれば、なにかを始めることができます。

別の話になりますが、淡路・神戸大震災の事例を取り上げると、行政とNPOと協同組合との関係について、あるイメージが見えてきます。

これは本当の話かどうか分かりませんが、あるNPOが震災で困っている人に毛布をあげようと思って市役所に持っていったら、職員は平等に配らなくてはいけなからそんな半端な数を持ってこられても扱えませんと断ったそうなんです。そこでNPOは目の前の困った人に毛布を分けてあげたそうです。NPOは目の前に困った人がいればその人をすぐに助けてあげる、そこで共感が生まれ「一緒に」という感覚が生まれます。そして、弱い人はすぐに助けてあげなくてはならないんだという価値観が生まれます。NPOは、困った人のケアをする、そういうソフトの面が多かったと思います。民医連・医療生協などの活動も目覚ましいものがありました。これに対して、コープ神戸などの生協は、生活に必要な消費物資をすぐに提供してあげたでしょ。また、行政はやがて住宅などを提供しました。大震災の経験は、行政・協同組合・NPOが、それぞれの役割の違いを認めながら、どういうかたちで協働していったらよいのかという問題を考えさせてくれます。

高橋 阪神大震災のときは、民主的な医療機関が実に大きな役割を果たしましたね。全国から飛んで行って目の前の被災者のために力を合わせた。看護師さん、お医者さん、リハビリなどの専門家の力で実に多くの人を救ったのを目の当たりにして、このような急に際して出来るのは、それまでに長い間かけて培ってきた、時々刻々変化する患者の立場に立つ仕事をしてきたからでしょうね。付け焼刃で出来るものではないですよ。患者章典という理念で日常をたがやしてきたからと言えます。もちろん生協もやりました。時々刻々ニーズが変化していく、食べ物・水、ついで衣類、少し経って化粧品というように、生活用品へのニーズも変わっていく。相手の需要の変化に応じて対応する、出来る力というのが柔軟に発揮できるというのが協働の最大の目的だと思うんですね。目の前で向き合って、目の前にくる人をどうするんだ

という発想、それでその人が何を求めているのかということを読み取る能力が蓄積されないと、マニュアルだけで動いているところはだめですよ。あれは医療関係の人が一番向き合ったんじゃないですかね。あの教訓は、医療だけじゃなくて全体のものにする責任があります。機敏に小回りがきく組織が求められます。

その意味で、組織は小さくて結構だと思うんですよ。地域の多様なニーズに合わせて、ちっちゃなNPOをたくさん作っていくのもいいと思います。それから規模の大きい協同組合の中でも、大きい中に小さな単位をつくる。しかも地域ごとにつくっていく。これをやらないと時代の流れに対応できないと思います。現場を担っている人たちは地域の現場を担っているわけで、なんとかそれを事業に発展させる、そういう支援本部なりサポートセンターみたいなことが、ものすごく要求されている時代ですね。だから単位が小さいからだめだというのはなくて、むしろ小さな単位がたくさん出来て、それをネットワークする仕組みをどう作るかということが、今の時代に要求されていると思います。大きな組織も大きいだけではだめで、小回りがきくようなチーム的なネットワークが地域と交わっていくことが必要だと思います。

僕が住んでいる四街道で、県が非営利モデル地区にしようと500万円出したんです。公開プレゼンテーションが開かれ、数十のNPOが起案を持ち込みました。その中で11団体が採択されました。「地元の農産物を大切に作る市民の会」とか「子どもが育つ街づくり——子どもネットワーク」とか、介護のNPOである「ふきのとう」とか、「障害児の地域平等支援」とか、実にたくさんでした。この中に「メダカの会」があり、メダカの会が中心になっていくつかのNPOが協力し、1つの里山を自然公園にしようという動きがつけられたんですね。こういう動きがあるわけで、きっかけや場づくりをするとか、ちょっとした呼び水のお金を出すとかを行政がやれば、小さい単位でも重なり合うと色々な仕事出来る可能性があるだろうと思うんですね。協同組合が大きくなれば大きくなるほど、小さい単位で現場を担って地域と結びつく方式を考えないと、大きくなったらだめとか小さいからだめとか、そういう論理が流行ってい

ますから、事業化の問題についてはもう少し丁寧さが必要でしょうね。

「日野市に見る市民運動の必要性」

窪田 日野市の森田革新市政に戻りますとね、時代が要求していたんです。例えば、60年代後半から70年代にかけて小学校がプレハブでものすごい状態になっている。人口が急増して、数万のまちがたちまち10万人を超える時代になってしまった。そういうなかで小学校を作り、中学校を作り、高校を作ると。これは行政が言っている以前に市民の要求として、市民運動として高まったわけです。それから障害者運動にしても行くとこがない。自分達で手作りの作業所を作る、そういうところから始まって、まちの中にいくつも作業所が出来る。これを行政がきっちりとサポートしなきゃいけないんじゃないかなってきます。社会教育の方でも、図書館は建物が無くて車に本を積んで本に対する要望を聞いて整える。「移動図書館」がまちに出て行く、この思想でやってですね、地域に建物としての図書館もぜひ欲しいということで、まず分館から出来ていくわけです。中央図書館は後から出来てくるんです。市民的な要求と、図書館の理念、専門職のリーダーシップとかがかみ合って発展しました。難病の問題も、現実には難病で苦しんでいる子供がいて、市民運動の中から難病検診というような運動が立ち上がって、それに医師会も行政も協力するというところで、日野市の中では難病検診運動は歴史を画するようなものになっていくわけです。その後の障害者や難病に関わる施策がかなり前進していく非常に大きな推進力になったんです。

環境の問題にしても、日野市の南部の丘陵地域は次々と剥ぎ取られて住宅地になっていって、しかもその住宅地の出来方は非常に不完全な、危険性のあるようなものも含めて無秩序に広がっていったんです。それに対して市民の運動として、環境を守るというような声が強くなる。例えば日野には大小合わせると180kmの水路があるんです。水田は農業としては次々と減っていきました。しかし、水路を守る、水辺のあるまちづくりというのは市民の共感を得たんです。また、どんどん開発が広がっていく中で、緑を何とか保全できない

かという市民要求が当然あります。日野市というのは地形的には特徴がありまして、多摩川と浅川という比較的大きな2つの川の合流点にあるまちです。この沖積地の平野部分と、段丘崖とその上の台地と、南部の丘陵地という、3つの特徴のある地形を持っているわけです。この段丘崖の緑を保全する。自然を守る運動に支えられて、崖線の緑をほぼ市が土地を買い取り、東京都と共同して保全したんですね。多摩丘陵の緑が剥ぎ取られていった、しかし残った緑地がかなり保全されています。その1つの手法としては、緑地信託条例というものがあります。管理を市が預かり、相続が発生した時には買い取りましょうという制度なんです。

いずれにしてもその時代の要求に対して、市民運動があって行政を動かしたと。森田革新市政が6期続いたんですけれども、ある面ではずっと市民運動が支えてきたんです。それを先ほどの話につなぎますと、そういう変化している力強い時期に政党の共闘型の政治は分化・弱化してしまった。私たち自身が学習したところは、自分たち自身が主権者として担うという力を持たないとだめな時代に来ていたのに、それについていけなかったと。その中で、非営利・協同運動の在り方も1つの構成部分として非常に大きな注目するところになって、我々自身も主体を作って勉強をはじめたという段階なんですね。

石塚 今のお話を振り返ると、NPOは新しい市民運動になりえるのかという設問が出てくると思うのです。よく言われるのは協働、コラボレーションというカタカナが出てきます。市民運動と協力しようという文脈で行政が語っているわけじゃないという印象を強く受けます。そこに最初に申し上げたずれが、行政とNPOの同床異夢というか、お互いのずれを感じます。原理原則について交通整理が出来ていない、お互いに違うつもりでコラボレーションをしていることになりかねない、そういう危険があるのではないかなと思います。

高橋 時代の変化に対応できなかったというのは、我々の側にも問題があったと思います。ややもすれば原理主義的な批判に傾き、自ら提起し自ら動

くことによって行政をも動かしていくということについて、どれほどやったのかと。新しい運動の事業をつくるためには、行政をどうするかもあるけれど、事業化ということについて言えば、はるかにこちらの主体側をどう作るかというほうが重要な気がします。もう少し率直に言えば、革新側自体がそれに遅れた、と言っても差し支えないと僕は思いますね。

富沢 公共的なことは行政がすべきだという考え方がありますからね。どうしても要求運動に偏っていったんだと思います。

高橋 要求していいんですけれど、私たちはこれをやるから、こうせよとね。要求し言いたいことは言うけれども、それ以上にやることはやる。なるほどよくやっているなという住民の声や参加で、行政を引き込んでいく。そのような例も出てきていますね。市川市の北方遊水地づくりなどは、優れたものです。

富沢 まずは、要求する力がないといけないのです。小さい事業という問題とも関連しますが、私どものNPOは、さいたま市からの委託事業として「まちづくりセミナー」の企画と運営をしていますが、これが約70万円なんです。それで、初級セミナーと中級セミナーをそれぞれ3時間×4回、計8回やります。入札の結果そうなののですが、仲間のNPOからは「いかにも安すぎる」と言われています。そういう安い値段で請け負うことは、他のNPOにも影響を及ぼし、NPO全体の価格レベルを低下させると言うのです。

これは1つの事例ですが、同様なことは一般的にも言えることですね。つまり、本来行政がやるべきことを民間非営利組織が安い値段で請け負うと、全体の民間相場を引き下げてしまう。だからこういう行動はすべきではないという議論になります。

昨日もこの議論をしてきました。「まちづくりセミナー」は協働の事業ですが、協働の事業を安い値段で引き受けるべきではないと、NPOの同僚に批判されました。私は楽天主義だから、「ともかくやってみなければわからないだろう。私は

この値段でやれると計算した。やる前から問題点だけを指摘していたのでは、全然動けない。やってみて問題が生じたら、その都度どう解決したらいいかを考えていきたい。そして最後に総括して、次回に備えよう」と、その場はくぐり抜けてきたんです。

じつは、これは大議論を要する問題です。行政は仕事をできるだけ安く引き受けさせようとするでしょう。入札制度のもとでは、事業を請けようとする組織は安い価格を提示することになるでしょう。このように考えると、行政と民間非営利組織の関係を個々の関係で捉えるかぎり、うまくいかないと思うんです。雇用者と労働者の関係と同じです。個々の労働者の立場は弱いのです。雇用者と交渉するためには労働者の団結が必要となります。したがって、民間非営利組織の場合も、組織間の協力関係を強化し、民間非営利セクターを拡大強化するという課題が生じます。この課題に立ち向かわないかぎり、お互いに批判のし合いになって、活動がばらばらになり、非営利・協同の運動はうまく進まないと思います。

高橋 たとえ下請けにみえたとしても、僕は条件をつけてやったほうがいいと思う。つまり住民参加の機会が、あまりにも無過ぎたんです。下請けであっても、やってみて自分たちの陣地を築いていく方が、はるかにこれからの社会作りに重要なことだと思いますね。

富沢 協働の事業をやってみると、メリットとデメリットの両方があります。しかし、デメリットだけ見ていたのでは、一歩も進めないのです。一歩でいいから、とにかく前に出しましょう。それで問題が出たら、その問題をどう解決すればいいのか、いろいろな人と組織が集まってみんなで考えましょう。その方が前に進むと思うんですね。

石塚 以前、長野県の入札方式について書いたことがあるんです。田中県政は、入札方式そのものは安いところに落とすという経済効率だけを基準にする考え方で、名前を伏せてやっていたから、オープンでない、透明性の無いやり方をしていました。透明性や公正性のためには、入札原理を変

えていくべきだ。行政だったら経済効率原理だけではなくて、トータルのインプット・アウトプットでどういう結果が出るかという、イタリアの社会的バランス、社会的収支決算費用のような、住民にとってのプラスマイナスの評価を入れた新しい入札方式を採用すべきだ。入札の企業を選ぶ時に、安い所とか資本規模が大きいとかだけではなくて、従業員に対してどのような態度を取っているのか、社会貢献性とか企業内における公正性や民主性とか、労働者の基本的な権利の保障とか、そういうところも全部入札の評価条件に入れてやっていく。安いところだけに落としていけば、県のコンピュータシステム全体がある会社に1円で落ちるというありえないことが、現実起きてしまう。行政というものが経済効率だけみていくのは、行政の考えるべきことではないですね。

公正や平等を原理とする行政が、違う基準で考えはじめ出している。それが最近の協働の中にかなり入り込んできていますね。例えば長野県や千葉県もそうですが、民間のファイナンシャルを利用して何かやろうとか、三鷹市のまちづくりは株式会社を作って、昔で言う産学共同のようなことをやって、これがまちづくり・非営利なんだと評価されている。こうした協働をめぐるのは、相当考えが入り組んでいるので、分野別に整理をする必要があります。

富沢 1つの事例を出します。埼玉県の「NPO活動推進室」が今年「NPO活動情報サポート検討委員会」を設置して、NPO活動を支援するための情報提供システムのあり方について検討しています。私はその委員会の委員ですが、NPO活動のための情報提供システムを行政がつくることは、つまり、市民の税金でつくることは、たいへん大きな意義があると思います。情報が収集され、活用しやすいかたちで整理されていくと、NPOセクター全体の調整を図っていくための基盤が整っていくことになります。情報技術が進んでいくと、セクター全体の調整・コーディネーションもやりやすくなります。そうするとセクターが実際に目に見えるものになってきます。個々の組織との間の摩擦とか、行政と間の摩擦をどう解決するかという問題についても、情報が整理され、ルー

ルも次第に出来てくるでしょう。

石塚 私も大いに賛成ですね。この間フランスへ調査に行ってきたんですが、フランスあたりでは、県と社会的経済の地域オフィスとの関係は、行政は金は出すけれど口は出さないという方式ですね。社会的経済セクターはセンターを作って、情報から事業的なコンソーシアム（事業連合体）作り、行政との契約・イニシアティブの契約の問題とか、中心的な存在の役割を果たしている。そういうものを日本でも作っていかないと、やっぱり進んでいかない。

現在ある日本のNPOサポートセンターは、NPOをぜひ作りましょうという段階から少し進んで細くなって来ているところだと思います。いろいろな県にありますが、まだ我々の考えている非営利・協同セクターのフィールドより狭い範囲、日本のNPO法の範囲のボランティア的な区分で考えていることが多い気がします。ところが現実には、目の前にあってやらなくてはいけないことが、NPO法の範囲より広がっている。狭い枠で行政は考えてやっているのも、むしろ市民側のほうから、力をつけていかないと行政は変わっていかないのではないかと。

窪田 さきほどの入札制度の問題から、私はもう1つ見えてくると思うんです。

うちのまちでも入札問題、公契約の問題は大問題で、私どもの市民研究所でもテーマとして取り組もうとしているところです。下水道や橋の架け替え工事などで大きな談合疑惑があり、住民訴訟も起こしています。税金の横領ですね。他方で今の入札原理は、端的に言えば安いものが入札するという制度ですが、ただ安ければいいのか問題です。

例えば、私どものまちでは市民プールの管理を、先ほど名前を出ていた社会教育センターが随意契約で引き受けていました。これは体育指導のプロがいて、安全のことから救護の問題まで一応の基礎知識を持っているところなんです。もちろん手が足りませんから、アルバイトの学生たちを募って引き受けていましたが、アルバイトの学生たちも、意義から技術から、システムの中で自分たち

の役割について基礎研修を重ねた上で、しかも何年も蓄積がされていて、嬉々としてプールの監視活動に携わっていたわけです。ところが市から見ればそういった熱心さはむしろ邪魔で、安い方がいい。ともかく時給七百何十円かで安くやってくれればいいんだと。結局、彼らは入札制度で負けちゃったわけです。ところが現実の利用者からは、前の社会教育センターのプール監視が良かったという声が出てくる。安全だし、泳ぎ方も教えてくれていたし、と。

そこで出てきた問題は、安かろう悪かろうでいいのか、公共のあり方はどうなんだろうか。今の民間委託論というの、拡大すれば安いということが基準で、何でもやっていってしまう。しかし公共のあり方というのは、入札制度というシステムを通して、どう公共性が担保されるのかという、もう1つの側からの議論をしなければ、絶対に新自由主義的な自由競争原理を徹底する道具にしかなくなってしまう。NPOは善意をからめ取られて、自分たちは安上がり行政の手助けをさせられるという事態になりかねないのです。

ですから、僕は改めて入札議論の中で、石塚さんが言われたように、そこでやろうとしている公共の質とか公平性について議論を深めないことには、自由競争原理・入札原理で単純にやられてしまうと思うんです。これは大問題なんですね。特にNPOと行政がどう協力していくかという時に、自治体や国が公共の責任を果たしきる立場が必要だと思います。

富沢 行政の立場は非常にはっきりしていますよね。安くていい仕事をしてくれればそれでいいと。

窪田 多少良くなくても目をつぶってしまうと。

高橋 市場原理が働かない分野、たとえば教育や医療・福祉という分野における公共性とは何なのかというのを考えないといけないですね。

富沢 協働の1つ1つを取ってみると、入札というシステムが問題になってきますね。

高橋 ということは、システムを作り、行政の責

任を担保しつつ市民に任せろ、ということにつきますね。最終的には。

富沢 そのような市民をどう育成するかという問題がありますね。

石塚 その点、イタリアは進んでいると思うのですが、イタリアはいわゆる非営利組織がコンソーシアム（事業連合）を作って、そこが入札代行をする。一方でイタリアの生協を始め、ずっと考えてきているのは、社会的バランスや監査なんですね。つまり経済的評価基準だけではなくて、社会的評価要素も入れながら行う。社会的経済というのは、結局、市民・住民にとってどれだけ利益を還元するかというわけですから。例えば安全とか快適とかですね。そういうことで行政が基準を作り、入札に入っていく。

私は長野県について、企業のあり方そのものも評価基準に入れたらどうかと言ったわけです。従業員が低賃金で使われていて安く入札している、それでは浮かばれないわけですから。あと市民運動側が、行政に対してきちんと制度的なビジョンを出せるくらいじゃないと、行政はなかなか対応してこないのかなという気がします。

富沢 このあたりの問題は、窪田先生がおっしゃったとおり、公共のあり方をどう担保するかという問題ですね。

高橋 そうならないためには情報公開だけでなく情報提供が必要ですね。そうすることによって、住民の知恵を集めて何かをするという、その知恵の集め方が単に下請けの安上がりを意図する効率問題だけではなくて、その地域でよりよく生きるため、住むためにどうすればいいのかということも含めての知恵、生きるということに関わる効果が問われるようになる。言論の自由がどこまで保障されるかにも関わる。

富沢 それをどう具体化させるか、そのための推進力をどこに求めるかという問題があると思うんです。石塚さんのおっしゃられたコンソーシアム、つまりいくつかの組織が集まって1つの団体とし

て行政と交渉していく、そのやり方も今後重要になってくると思うんです。例えば、労働組合の全体の力で最低賃金制度をつくるのと同じように、非営利組織の全体の力で公共的な仕事を引き受けるための条件を整備していくことが必要だと思います。

イギリスには労働党政府と民間非営利組織の連合体との間で交わされたコンパクト（合意書）という文書があります。全国レベルのコンパクトだけではなくて、ローカル・コンパクトという各自治体レベルでの、行政と民間非営利組織との合意書があります。そこには協働のあり方についての全体的な枠組みに関して、行政と民間非営利組織とが合意した点が書かれています。しかも、その内容については両者が協議の上、毎年見直すとされています。

石塚 コンパクトの場合は目標をはっきりしていますね。行政の目標も地域開発や福祉をきちんと進めていきたいとか、はっきりしていますね。

高橋 イタリアはいかがでしょうか。

石塚 イタリアは言ってみればある業界の社会サービス、そういったセクターが特定の事業連合を作るという、言わば旧来型のプレッシャー組織、圧力団体ですね。非営利・談合です。

富沢 非営利は談合してもいいと、私は思うんですよ。

石塚 私も長野県については、その種の談合は必要だと書いたんですよ。

高橋 おとし、僕はイタリアとフランスとドイツの共済事情の調査に行ったんです。共済と保険の競争事情を見に行ったんですが、末端部の窓口を一番大事にして競争を超えていこうとしていました。1人1人に合った共済の相談が一番大切だということです。イタリアの場合は、その1人1人が生協銀行にも生協にも入っていますので、非営利事業間の連携が1人1人の市民の立場と連動しています。例えば銀行の窓口の隣の部屋に共

済窓口があるというふうに。協同組合間連携が地域で根付いていました。これが地方行政を動かしていると思うのですが、どうでしょうか。

日本の場合は、労金と共済と生協と農協もそうですが、地域の中で並存していて全くつながっていないですね。これは向こうの方が進んでいると思いました。こういうつながりがあれば、当然にも非営利・協同間の談合は可能でしょうね。

石塚 フランスの場合は、エコノミー・ソーシャル *économie sociale* グループに、全部入っているんです。政府の労働社会保障局にエコノミー・ソーシャル局というのがあるんです。私はこの間そこに行ってきたのですが、政府が非営利・協同セクターの形成を認識していて、セクターも組織を作っているし、政府も対応する局を作っている。そこで主な仕事というのは社会サービスとか、雇用・労働全般的なことをやっているわけです。日本も、もし非営利・協同セクターの中で、金融機関も共済も生協もワーカーズコープもそういうセクター意識が持てれば、全部まとめてそこで政府と雇用のコラボレーションをするとか、社会問題、保険の問題をどうするかということをするといいと思うんですが。

フランスだけではなくて、デンマークもそういう形ですね。日野市もデンマークに視察に行っていましたが、秋田県の鷹巣町も、デンマークをモデルにした地域ケアを実施して、注目を浴びたようですね。

現在の市民生活や住民生活全体を見る時に、端的に言うとう雇用問題が欠けています。日本とヨーロッパの非営利・協同セクターの大きな違いだと思います。日本では10年前に雇用や失業の問題を、非営利・協同セクターの問題として取り上げても誰も関心を示さなかった。

高橋 非営利セクター間の壁もありますね。ケンカしているところもありますからね。

石塚 それは大きな七不思議ですね。協同組織が協同しない不思議。

窪田 社会が縦型に組織されてきましたからね。

保守的であろうと革新的であろうと、横型の組織原理は、従来は非常に弱かったと思いますね。今のお話では、労働条件というのを真剣に考えないで、入札原理で効率的な行政ということを言っていたら、蛸が自分の足を食べているような、自分たち市民の生活基盤を弱めるようなことにつながっていく。行政は「改革」とかNPOとのつながりという、「安上がり」というのが貫かれている。この矛盾を縦割りで、上と下という関係で見ていると破れないと思いますね。

富沢 行政側は、つまみ食いであちこちとやってきましたから、それに対抗するためには横のつながりを強くしていくほかはないですね。

窪田 その点では、さきほど富沢先生がおっしゃられた、NPOというか、あるいはもっと大きく非営利セクターとして組織されて、情報公開という面と情報共有という面が作られて、人間らしく生きるというベースをはっきりさせていく必要がありますね。

「真の地方自治を作り上げること」

高橋 お互いにつながらない関係がどうして生まれたのか。組織に付きまとう問題です。タテの階層だけでなく、ヨコにも垣根があります。その中でタコソボも生まれる。建前はともかく、効率や動員が見え隠れすると、見えない壁がますます厚くなっていく。よそよそしい関係にもなる。それが一組織内だけでなく、他の組織間競争の中にも生まれる。

私は垣根をはさんで1つ高い次元で同じテーブルに着いて、おしゃべりが出来るようにすることが何より大切だと思っているのですが。そしてどんなことでも一緒に行動することを丹念に積み重ねることが大切ですね。時間がかかっても人の石垣をつくるのが大切だと思います。

富沢 そういう対話の問題まで含めて地域社会を見ないと、「これが正しいよ」だけでは通っていかないという気が強くなりますね。

窪田 これが正しいよというのを、ある人が言う

んじゃないくて、みんなが言える原理、自治的な組織原理が弱かったんだと思います。

憲法では国について三権分立だけではなくて、第8章に地方自治という章があります。これは明治憲法ではなかった章なんですね。この地方自治という章があるということは、国会が国権の最高機関で唯一の立法機関であるとなっていますけど、もし地方自治というものが下にあるものであれば、横に第8章というのが出てくるのは原理的におかしいわけです。第41条で国会について言っていることは、少なくとも国政について言っていることであって、地方自治について言えば、地方自治体が憲法で授けられた根源的な自治権を持っていて、その中には立法権もあるし行政権もある。司法については全国的な統一性の問題もありますから、司法権の殊性というのがあると思いますが、そういうものであると。なかなかそういう風には、私たちは憲法を学習してきてはいなかった気がします。

石塚 千葉県の資料を見えますと、市町村という考え方は議論から抜けています。県があってもNPOがあるだけです。

高橋 実態がそうさせていると思います。私は産業廃棄物にも関心を持っているのですが、市に行くとそれは県の問題と言う。県に行けば、不法な投棄を撤去する金もない、法も不十分。一番悲惨なのは、近くの住民です。市町村に住民参加の行政の経験が乏しい反映ですね。国・県・市の上からの流れが主で、国・県・市が対等の立場ではないのです。

窪田 そういう関係が弱いんですね。なんと言っても人間が暮らしているという事実からスタートするということだと思っんです。その中に要求もあれば思いもこもる。それが基本的にはそのテーマを前進させていく推進力にもなる。本当の意味での主権者というか、事実から、生活からスタートする主権者としての市民が運動を作り、NPO組織化をし、もっと大きな事業体を作るかもしれない。自分たちが税を出している公共というものとどう連携していくか、ある面では自分たちが公共

になり、ある面ではNPOをつくる。いずれも主権者の主権の行使の仕方だと思うんです。その辺のところを僕らはもっともっと議論していく必要があると思うんです。

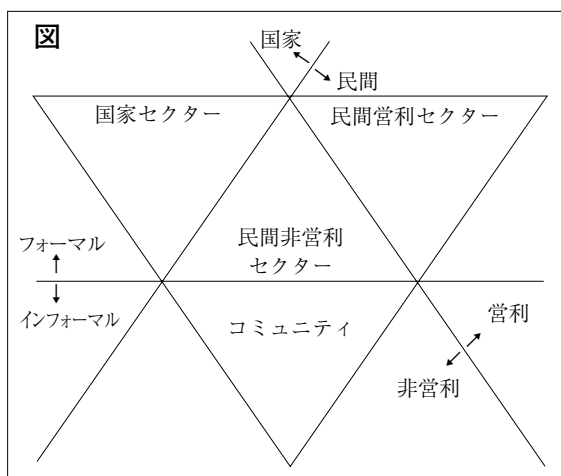
高橋 私は当事者意識が一番大切だと思います。敢えて言いたいのは、底辺というか、先端かもしれないけれど、生活の場で何が起きているかというのをみんなで出し合ってみた時に、そこに浮かび上がってくる課題をみんなですくい取っていくという過程が、市民運動の場合は大切だと思うんです。すくい取るというのは、正しいからすくい取るのではなくて、みんなで認識を合わせていく過程ですよ。地域に埋れているものを発掘することにもなる。これにはワクワクするものがあります。だから参加という問題についても、その中に自分がいなくてははいけない。その場にいないで発言すると、大変空々しいものになってしまいます。だから底辺の中に一緒にいる、一緒に気づいていくということがないと、対象を操作するという行政のように、地域が対象でしかなくなってしまう。その中に自分もいる、接点を持っているという、そういう仕組みを作っていかなければならない。その時にコミュニケーションがすごく大事で、地域とは交際とか交流の結果生まれるものであるということも出来ます。

1つの例だけれど、僕の家近くの里山50haが大開発されたんです。その中に住んでいる高校の先生が、高校を辞めて反対運動をしたんです。それで農業をやっていて、一角だけ残っているんです。僕はそのあたりを散歩しているんですね。この農家を守らないと私が住む住宅周辺すべてが開発されちゃうわけです。景観を守るためには農業を守らなければいけないということで、その人を中心に農家の農産物を大切に市民の会というのを作ったんです。昨日、朝市をやったんですが、雨が降っているのに多くの人が集まりました。

また、さる7月には、14ヶ所に増えた産廃の2つを視察に知事がみえた時に、自然や福祉、子どものNPOに関わっている市民が100人集まりました。自然を楽しんでいる人はごみで里山が汚れるのを阻止したいし、子どもを自然に触れさせたいと思う人たち、そんな人たちを中心に四街道を

きれいにする会が今日出来て、私も参加してきました。言いたいことは、生活の場で気づく過程をつくり、課題化することがすべてのベースではないでしょうか。

富沢 私はいつもこの逆三角形の図で説明します。逆三角形の一番下の小三角形は、窪田先生がおっしゃるような生活の場とか事実の場で、その場で発生する問題を解決するために民間非営利組織が問題解決型で出てきます。したがって、民間非営利セクターは生活の場を基礎にして、その上に位置し、三角形の中央の小三角形で示されます。さらに、国家セクターは、三角形中の左上に位置しますが、この国家セクター中の地方自治体が民間非営利組織と協同で問題を解決しようとする時に「協働」事業が生まれます。さらに、国家セクターと民間非営利セクターとの協働で新しい公共領域がつけられると、それが民間営利セクターに影響を及ぼすようになります。それが新しい社会を生み出す契機になります。このように、民間非営利セクターは、生活の場（コミュニティ）を基礎にして、国家セクターにも営利セクターにも影響を及ぼしうる社会的位置にあります。



窪田 この国家セクターを「公共セクター」とでもしていただくと自治体と国・中央政府も入ってきて、地に足がついてくる気がします。

富沢 社会運動家の中には、民間非営利セクターこそ真の公共セクターだという言い方をする人が

いますので、名前のつけ方は難しいです。

窪田 自分たちの税を出して自らを統治するという位置付けを、もっと大切にするべきですね。権力は自分を支配する、自分は被治者であると捉えると小さくなっちゃうかもしれない。敵対的な関係で行けば闘争目標に過ぎなくなるかもしれない。そうではなく、自分が主権者として自分がこのまちをつくる、国をつくると考えると自分が自分の統治者ですね。

富沢 つまり、公共的な仕事は、本来は住民が担っているというわけですね。

窪田 そうですね。少なくとも選挙し、住民投票し自分が主権者ですから。自分が主権を行使して税を納めているセクターをあまり軽視してはいけないのではないのでしょうか。むしろ、そここそが重要で、独走させたり被治者と統治者の関係にしたりしないためには、そこに属さない民間であれ非営利・協同セクターであれ、そこで主権者としての行動をする、その連携で初めて社会が成り立つというのを積極的に位置付けなければいけないと思うんです。

石塚 まったく賛成なのですが、その場合、例えば障害者や働けない人、税金を払えない人も主権者であるわけで、そこもやっぱり強調しないと、アメリカ型になってしまう危険性もある。俺は税金をたくさん払っているから俺のために税金を使いたいとなってしまっただけは困る。社会というものがあって初めて税や主権者が生きてくるのであって、個人主義になってしまうと狭い権利要求になってしまう。

高橋 そうですね。稼がない子どもや老人は、自分が来た道・いずれ行く道ということですね。いつ病気や事故に遭うかもしれない。したがって弱い人の立場に立つということは、結局自分の立場に立つということと同じになるわけですから、石塚さんのおっしゃる通りです。公務員の仕事は税金を使ってそのような人々のために仕事をする、と単純に割り切った方がいいと。みんなのために

仕事をするというのが公務員であると。

石塚 みんなのためって難しいですよ。理念はそうでも、公務員の雇用システムがそうなっているのか。みんなのために仕事をしなかったらペナルティがあるのかないのか、動機付けの問題はありそうですね。

高橋 このような位置付けをするならば、ものすごく柔軟な運営が求められますね。見識が高いとか、つまり国家セクター・協同セクターと浸透しあえなくてはいかん、民間営利セクターとも協同・コラボレーションしなくてはいけない。同じ泥水の中に入っていかなければいけない。かなり自分を開いて、相手も開いて交わっていかなければならない。富沢先生のおっしゃる開放性と共有性といいますか、相当習熟しないと難しいですね。

富沢 だから社会全体の変化と同時進行でないと難しいですね。

高橋 なるほど。時代認識を自分の住む地域の中で考えなければならないことに、否応なく直面していきますね。

私のいる団地は、同世代が一斉に高齢化しているわけです。その中では元気な老人が結構出てきているし、一方で、引きこもりの人たちもいる。若い人たちは勤め先から遠いからと出て行ってしまって、年寄りだけのまちというのが千葉のあちこちで現出しているんです。そういった中で高齢者の生きがいを見ると、子どもとの関わりなどの社会目的が入ってきていますね。それを見ると、やはりよりよく生きたいという気持ちが年を取ってくるにしたがって出てくるのかなと。そのよりよく生きたいという気持ちに、社会が素直に依拠しちゃったらどうかと思うのです。次の世代のために今の子どもたちと共にということは、本質的なニーズですね。今までのニーズの捉え方が、物に関わるものに片寄っていた気がします。よりよく生きたいという気持ちに対応してその場を作る、それに対応するというのが、地域づくりに関係して非常に大事な側面なのではないかと思い

ます。次の世代につながりを感じずるようなことに生きがいを感じずるというのは、どうも法則的で人間の本質ですね。また、元気な老人が弱くなった人を励ますとか、そういうシステムを作っていく。時代がマイナス視しているところをプラスにするという発想に立たないと、やっていけないのではないかと思います。

富沢 昨日は千葉県の習志野市にある秋津コミュニティの活動家に会ってきました。秋津コミュニティの特徴は、小学校の1階を借り切って地域の人たちに開放しているところに見られます。地域住民のいろいろな組織が小学校を活動の場として利用できるわけです。そこで地域住民の活発な交流も生まれます。昨日はまちのお祭りがあって、小学校前の通りには地域の人たちがいろいろな屋台を並べ、小学校では子どもたちがフリマーケットを開いていました。秋津コミュニティのリーダーたちに話を聞いてみると、「自分たちは地域のためとか子どものためとか、なんらかの大義名分のもとで活動しているわけではありません。ただただ自分が楽しいからやっているのです。ところが、自分の楽しみでやった結果、人々が集まり、皆が活動するようになり、それがまちのためになる、子どもたちのためになるという結果になっているんです」と言うのです。すごく面白いと思いませんか。

高橋 大学自体も地域と関わろうという動きが出てきていますね。大学が地域から学ぶというスタンスを取った方がいいと思うのですが、講義に地域の人を集めるというより、地域に学んで学生たちが出かけていくという発想の方がいい気がします。私もある大学でこの春から非常勤講師をしています、まだ一部に見られるだけです。1人1人の学生が現実を見て、知って、感じたことに向き合って、気づく力をつくるサポートをすることが、時代の転換を自分にひきつけられると思うのですが。そういう発想はないんでしょうか。

富沢 大学内にはそのような発想はあまりないですね。私などはそうしようとしているのですが、講義の代わりに学生を連れて地域住民とともに環

境調査などをすると、ちゃんとその時間分の講義を補講してくれと言われます。だから大学ではまだ講義が中心なのですね。

窪田 僕は自分の住む日野で日野市民憲法記念行事実行委員会という市民運動に参加して、憲法についていろいろ語り合う機会をもってきたんです。それは憲法第9条だけのことでなくて、基本スローガンは「誰でもが幸せになるために」というのだったんです。教育を、環境問題を、戦争と平和を語り、その共通項は憲法を大切にすることだったんです。それで今思うのは、憲法第25条の誰もが健康で文化的に生きる権利を持っていると言っていることです。さらっと言っているようだけれど、これはすごく深い内容で、健康に生きるだけではなく、文化的に生きるまで日本国憲法はきちっと言い切っています。

結局、人間らしく生きるというのを基本にして、自治的である、自分のまちをつくり国をつくっていく。そういった中でNPO法人の存在というのが次第に大きくなってきているという気がするんです。

富沢 大学を変えることは容易ではありません。私の場合は、大学とは別の組織としてNPOをつくりました。そのNPOの目的は、大学と地域とを結び付けることです。具体的な活動としては、学生が畑作りや蚕の飼育をしたり、住民とともにゴミ拾いをしたり、地域のお祭りに参加したりしています。そのような活動を通して地域住民と交流し、その結果、今年の4月には学校周辺の自治会、商工会など、いろいろな住民組織とともに「宮原駅西口地域まちづくり協議会」を立ち上げることができました。聖学院大学にも会員になってもらいました。また、冒頭で話したように、行政との協働もいろいろなかたちで始まりました。さいたま市の「まちづくりセミナー」の運営には学生たちも参加し、住民や自治体職員との交流を図っています。すると、学生たちも協働事業に関心が出てきて、協働について勉強をするようになる。協働事業にはこのようなメリットがあるので、たんにその経済的価値だけで評価するわけにはいかないのです。

このように、NPOは、学生、地域住民、行政を結び付けるうえで重要な役割を果たしています。NPOをつくらなかったら、このようなことは1つも実現しなかったと思います。

(2003年10月13日実施)

【事務局ニュース】 1・研究調査ワーキンググループ立ち上げ

研究所では、以下のような研究調査ワーキンググループを立ち上げることを決定し、現在準備中です。

ワーキンググループでは第1に、各種非営利・協同医療機関のあるべき方向の解明をめざして、経営・運営構造の比較分析調査を実施し現状の課題に取り組む企画を、また第2に、日本および外国の福祉政策・社会政策の制度的比較を通じて将来的枠組についての提案を目指す企画、第3に、地域の人々のいのちとくらしを守る地域共同の可能性について調査する企画を立てております。

実践者、研究者の積極的参加を呼びかけます。

参加希望の方は、詳細を事務局までお問い合わせ下さい。

- | | |
|----------|--|
| (1) 種類 | ①非営利・協同を掲げる／掲げない医療機関の経営構造比較
②福祉政策の制度論
③医療機関の地域における連帯について |
| (2) 参加人数 | 各グループ10人程度 |
| (3) 成果発表 | 公開研究会、機関誌上で発表する |

韓国の社会運動と 非営利・協同セクター

丸山 茂樹

1. はじめに…互いに学ぶ

本論にはいる前に私事で恐縮であるが、先ず私の韓国体験と問題意識について述べさせていただきます。

1999年の夏から2001年の夏までの約2年間、韓国の国立ソウル大学に留学し韓国語や韓国現代史を学ぶかわら、「ハンギョレ新聞」や「協同組合レビュー」「農村と社会」「緑色評論」「参与社会」等の雑誌にエッセイや論文を発表する機会があり、それが機縁となって韓国聖公会大学大学院NGO学科の講師として招かれ、協同組合論や社会運動論の講義をしてきた。また韓国の生協や環境保護団体で講演する機会もあって親しく交わり、帰国後は参加型システム研究所等で日本の市民運動や協同組合を研究しつつ、韓国からの訪問団を案内したり、日本からの訪韓団に韓国事情をレクチャーするなど、ささやかながら日本と韓国の市民交流に関わってきた。

このような体験のなかで強い印象を受けたのは、韓国の知識人や社会運動の担い手たちが、「自分達は苦難を乗り越えて民主主義を勝ち取り、今、より進歩的な社会を築きつつある」という自負心に満ち溢れていることである。第2には、彼等が「日本はもとより世界の社会運動の経験を摂取しよう」と意気込み、貪欲・旺盛に学び研究していることだ。私は彼等の情熱と努力の凄さにしばしば圧倒される思いがした。

翻って日本を顧みると、知識人と社会運動の担い手の連帯感は希薄であるように感じられるし、学生達の勉学意欲のなさ、社会運動への関心の薄さを失望する大学教員が少なくないことを知った。この違いは何であろうか?…自問して反省すること、しきりである。日本の協同組合組織の規模は

巨大であり歴史も長い。しかしそこで活動している人々の多くが「自分達は今、情熱をもって社会的使命を実践しつつある」という誇りを抱いているであろうか?…と問えば、はなはだ心もとない。私が知る生協人や農協人の多くは、競争の中で生き残ることに多くのエネルギーを使い神経を磨り減らして、社会変革への情熱が薄れ、言葉は「建て前」化しているようにすら感じられる。

韓国の社会運動の中の非営利・協同セクターの活動の歴史はさほど長いものではなく、組織や財政規模を数字だけで見ると、日本のそれとは比較すべくもない。しかし、知識人や社会運動の担い手と交わると、むしろ我々こそが彼等に学ぶべきだと思うことが多いのである。一方的にではなく、互いに学び合うことが大切だ、というのが私の実感でありこの報告のスタンスでもある。本稿では、まず最初に激しく流動している韓国の政治、社会、について概観すると共に、韓国の社会運動の歴史と現段階について分析することにした。

2. 韓国情勢の行方は?

この原稿が活字になる頃は、韓国の政治に相当大きな変化があるであろう。盧武鉉は、はたして大統領の座にいるであろうか?2003年10月の段階で日本に伝えられている報道は、「盧武鉉大統領が12月にも信任を問う国民投票を行うことを決意した」というものであった。しかし果たして予想どおりに信任投票は実施されるかであろうか。結果は決して単純に「イエス」ではないと思われる。仮に予想どおり実施された場合の結果はどうであろうか?実施されない場合には、その理由は何であったか?いずれにせよ議会で絶対少数(※)の盧武鉉政権は、保守派に打倒され政権の座を譲り

渡してしまい、社会運動や非営利セクターは再び「冬の時代」に逆戻りしてしまうのであろうか？

これらの疑問について、八卦を占うような予想を立てるのではなく、情勢の行方を見透すための前提になる韓国の政治や経済、社会運動を動かしているファクターについてまず考えることにしたい。

私の結論を先に言えば、大統領信任投票の結果如何に関わりなく、また2004年4月の国会の総選挙の結果如何に関わりなく、韓国社会の民主化を進める社会運動は発展する。韓国の市民社会は運動の発展によってより成熟した段階に進み、今はまだ萌芽の段階にすぎない非営利・協同セクターも着実に増大するであろう、ということである。

その理由は、韓国を変革してきた社会運動はこれから以下に述べるように、過去15年あまりの歳月に着実に前進し、その力量は質的にも量的にも増大してきたし、今後も政治・経済に一層大きな影響を及ぼすであろうからである。

後にも触れるが、韓国の政党や政権の性格、背景となる社会運動もまた大変複雑であり、伝えられるほどには単純明快でないと指摘しておきたい。というのは、日本の多くのマスコミが伝えてきた韓国の政党の説明、即ち「与党＝民主党は進歩的。野党＝ハンナラ党・自民連は保守的。民主労働党は極左的」という図式は、日本の一般読者には分かり易いかもしれないが、韓国政治の実態を説明するには余りにも大雑把で不正確であるということである。実際には与党の中にも反動派がおり、野党の中にも民主改革派がいるのである。そこで、先ず韓国の政治や社会運動を把握するには次の事柄を知る必要があると思う。

第1に韓国の政治と政党の現段階は、歴史的には如何なるものであるか。

第2に1990年代以後、韓国の社会運動の主役が変化した。即ち在野運動・民衆運動と呼ばれた運動から、新たに登場した市民運動が力を増し中心になってきた事。

第3に2003年以後、盧武鉉政権の下で政党も社会運動も再編成が開始されている事。

(※) 国会議員273の内、盧武鉉の与党＝国民参与統合新党は10月中旬現在44名である。

3. 韓国政治の現段階

現代の韓国を語る場合、その決定的な分岐点となったのは1987年の爆発的な民主化運動と、その結果として出された盧泰愚の民主化宣言であった。右派や左派の政治家たちばかりでなく、潮流を異にする政治学者やジャーナリストもこの点では一致している。

これ以後、韓国では制限つきではあるが市民が自主的に活動が出来るようになり、恒常的に組織された市民運動が登場する。別の言い方をすれば、それまでの社会運動は在野運動とか民衆運動と呼ばれ、法律的な庇護もなく軍事政権によって過酷な抑圧と弾圧に晒されてきたのである。著名な政治学者、チョ・ヒヨン氏（聖公会大学教授）は、歴代政府の性格を次のように分析している。

表1. 1987年以後民主主義移行期の各政府の性格

政 府	朴正熙政府 1961－1980 全斗煥政府 1980－1987	盧泰愚政府 1988－1992	金泳三政府 1993－1997	金大中政府 1998－2002	盧武 鉉 政府 2003－現在
	權威主義時代	民主主義への移行期			
時 期 区 分	權威主義時代	第1段階の民主化時期		第2段階の民主化時期	
		その1期	その2期	その1期	その2期
性	非選挙のクーデター政権	民撰政権			
	軍部政権		民撰民間政権		
格	与党長期執権			野党政権	第2「野党」政権
	権威主義的な既得権秩序 (establishment)	両金時代 (両金の既得権秩序)			ポスト両金時代

チョ・ヒヨン講演「盧武鉉政府成立の構造的意味と市民社会運動の課題」(2003年5月)より引用。

ここで、注目すべきことの1つは、人々が韓国社会を民主主義への移行期として捉えていることである。日本では金大中政権を民主化を実現した進歩的な政権であるかのように報道され、それを鵜呑みにしている人々もいるが、韓国の社会運動に携わる人々の間では、金泳三も金大中も既得権益秩序を守る政権として認識していることに留意されたい。盧武鉉政府によって初めて人々が参画(※)できる政府が登場したが、それは新しい時代の完成ではなく、やっと始まったに過ぎないという認識なのである。

(※)「参与」という言葉は漢字は日本語と同じであるが韓国では極めて積極的な「参画」(Participation)という意味で使われている。

4. 社会運動の中心の変化

さて、日本では韓国の社会運動について、在野運動、民衆運動、学生運動、労働運動、市民運動という言葉があまり区別されずに、大雑把に＜民主化運動＞として語られてきたようである。しかしながら、韓国では在野運動と市民運動は厳密に区別される。1960年代以後の韓国の社会運動を概観すると、1987年の民主化宣言以後に発生した市民運動が、1990年代に大きな発展をとげて、社会運動の主役となってきた点に注目すべきである。

90年代以前に社会運動の中心をなした在野運動や民衆運動と呼ばれた運動は、先ず何よりも軍事独裁政治を終わらせることを優先し、民主主義的権利のために弾圧を恐れずに、街頭デモを中心にして決起的行動を組織してきた。在野運動、民衆運動の基本的特徴は、「在野の生命力はその高い道徳性である」(ハンギョレ新聞)と言われる点にある。また既成の政治家たちの利権争いを批判する意味において「非制度圏」、非公開の前衛組織とは関係を持たないという意味において「公開制」を自己規定のキーワードにしてきた。

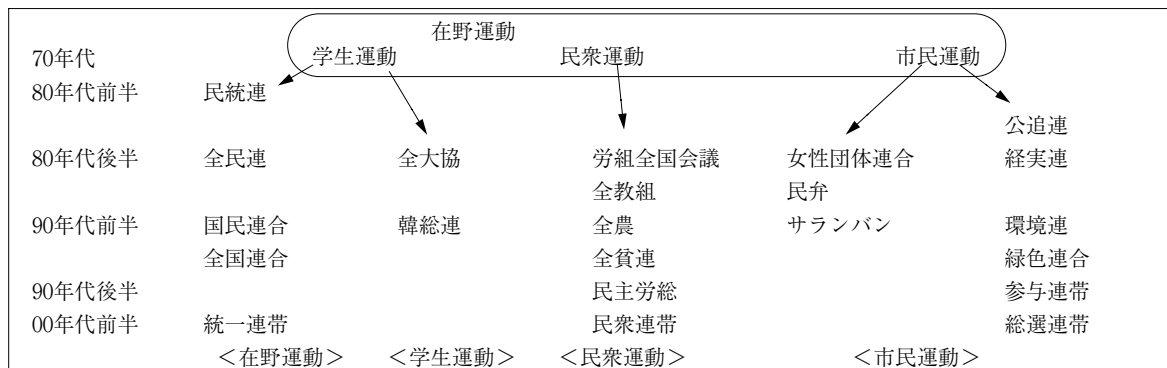
そして、政治的権利がある程度達成された90年代以後は、新しいタイプの新しい運動が必要であることを認識し、組織するようになった。即ち、開発における特権層の利権や腐敗の告発、労働組合を自由に組織する権利の確立、女性であるがゆ

えに不利益を被る制度や慣行の廃止、産業発展優先政策のために犠牲にされてきた環境問題や社会福祉の充実、地方自治の実行、農民と農業の擁護など。文字どおり多様な市民の要求を具体的に解決するために市民が自らを合法的に組織し、恒常的に活動する道を切り開いてきた。

市民運動には、経済正義実践連合、参与連帯、環境運動連合、緑色連合、女性団体連合などが代表的な団体に数えられている。私はこれらすべての市民運動団体を訪問し、資料を頂いてリーダーにインタビューしたが、まず驚いたのはフルタイムのスタッフの多さとレベルの高さである。各団体とも数十名の専従スタッフがいて、他に団体傘下のいろいろな研究所を組織しており、専門性においても政府や財閥と対等に論争出来るデータをもっていることであった。参与連帯を訪問したら、資料室には全ての国会議員、裁判官、検事の言動を収録したファイルが1人1冊づつ壁に並んでいた。この記録が、「民主化運動を弾圧したり、脱税や徴兵忌避など犯罪歴のある議員候補を公認するな！当選させるな！」という空前の広がりを見せたあの「落薦・落選運動」の根拠資料になったのである。

在野運動から自立した社会運動のもう1つは労働運動である。軍部政権の時代には、政府が認めた組合以外は同じ企業・産業で組合を組織することが「非合法」とされ弾圧の対象になっていたが、組合を組織する権利の達成とともに、労働運動は韓国の社会運動のもう1つの柱となった。新しく組織された進歩的労働組合は紆余曲折をへて民主労総に結集し、旧来の韓国労総もその刺激を受け

表2. 韓国社会運動の構成と変遷



金榮鎬『現代韓国の社会運動』(2001年)より引用。

て御用組合と言われた体質を脱皮しつつある。

ここで、韓国の社会運動団体が、どの次期に誕生したか、分かりやすく時代別・団体分布を示した表を紹介することにしたい。

5. 市民運動の新展開と非営利・協同セクター

さて、次に韓国の社会運動の新しい動向と、最初に触れた韓国の情勢との関連について述べることにしたい。先ず韓国の社会運動の新しい動向であるが、第1には、従来からの課題であったソウル中心の“中央集権的な”組織の体質を変えて、地方にもネットワークを広げ地域社会・草の根に広げようと試みていることである。これは、市民運動が政府・議会、財界などの不正・腐敗を批判・告発する上では大きな役割を果たしてきたが、主たる活動の場がマスコミへの発表に偏り、結果的にマスコミが大きく報道し一般市民の関心を集める時には活動も活発になり会員も増えて会費も潤沢になるが、一度関心が遠ざかると活動も財政も苦しくなるといった体質への反省でもある。マスコミ依存から草の根民主主義依存へ、という組織と運動の新展開である。

もう1つは、市民運動の中からの“市民事業”を創造しようという流れである。これは生協運動の成果として1999年に生協法が施行され、様々な問題点はあるが、とにかく生協を合法的に組織することが出来るようになったこととも関連して、韓国における非営利・協同セクター形成にとって弾みをつけることになった。

市民事業について少し具体的に述べると、市民運動を最も早く開始した経済正義実践連合（経実連）は、政府やソウル市が、ソウルの水資源の浄化のためにも安全な農業の育成のために、環境に親しい農業が必要であるとして、有機農産品の流通に力を入れ始めた時期に、これに呼応して経実連生協を組織する。女性差別の悪法の廃絶のために立上がり活発な活動を通じて差別的法律の改正など様々な成果を上げてきた女性民友会は、批判・告発するだけでなく、自分達の手で安全な食物をつくり流通させる仕組みをつくることを既に80年代に開始し、生協法の制定後には民友会生協を

独立した法人にした。

韓国独自のエコロジー運動団体として、農民も消費者も共に会員として抱え込んでいる社団法人“ハンサルリム”は、韓国最大の共同購入・有機農業組織である。また、ゼロに近くなった韓国の小麦を復活させた国民的運動である“我らの小麦を生かす運動”は、大規模に広がった後、経営の失敗で農協中央会に救済されたが、その運動の中から生み出された有機農産品を使った菓子工場や製粉工場などは成功裏に事業を継続発展させている。

地域医療を推進しようと試みていた医師や医療関係者のなかから、患者も医者も医療関係者も共に出資し経営に携わるのが最も好ましい組織の在り方であるという発想から、まだ数は少ないが幾つかの医療生協が組織されている。

韓国最大の市民団体と言われる環境運動連合は、全国にいる数万人の会員への様々なサービス事業を“自主管理と参加型”の協同組合方式で行うことを決めた。韓国で最も影響力があると評価されている参与連帯の指導者、朴元淳氏（パク・ウォンスン）は、全国的に呼びかけを発し、大勢の賛同者を得て新たに「美しき財団」を組織した。使い捨てを止めて各家庭の中古品を再び社会に循環させ、美しい心とゴミを出さない環境を育てよう！という趣旨の<リサイクル・ショップ>『美しき店』はソウルの繁華街に複数あり、文字どおり素敵なお店で、連日、押すな押すなの大盛況で話題をさらっている。盧武鉉の当選に大きな役割を担ったインターネット新聞“オー・マイニュース”は爆発的に発展した。

以上に述べた2つの動向、即ち「ソウル中心から地方へ、草の根へ」「マスコミ依存から自力の運動へ」「批判や告発から市民事業の創造へ」という傾向は、今や加速している。各生協や連合会を訪問すると、組合員も事業高も前年の2倍以上という話ばかりである。

この報告では敢えて裏づけとなる数字を示さなかったが、それには理由がある。非営利・協同セクターとして、農協、生協、水産協、信用協同組合などの協同組合や私立学校、慈善団体、宗教法人など、いわゆる“公益団体”の数字や規模を報告しようとすれば可能であるし、その巨大な数字

を誇示もできる。しかしそれは参考や慰めにはなっても、社会運動的には余り意味をなさないと考えたからである。

結論はこうである。社会運動としての韓国の非営利・協同セクターは、近年始まったばかりであり、未だ数的には微々たるものである。しかし、それは社会を変革しようとする人々の運動の中から生み出され、それと連携して社会運動の翼を広げつつある。

6. おわりに…市民社会の変革から政治社会の変革へ

以上、韓国の政治の現段階と市民運動、その新しい動向について駆け足で述べてきた。お気づきのことと思うが、韓国の市民運動は着々と権威主義的な支配から脱皮しようと社会運動の質を高め、活動領域を広げ、非営利・協同セクターの形成にまで射程に入れている。遅れているのは狭い意味での“政治の世界”の方である。

500年に及ぶ中央集権的な王朝政治、それに続く日本帝国主義の植民地支配、朝鮮戦争とアメリカの支配的影響力、クーデターによる軍事政権…と続いた韓国政治。その中で培われた制度と文化的精神的な負の遺産を克服する努力が、今まさに精力的に展開されている。このような市民社会の成熟が、旧態依然たる政治を一步一步突き動かしつつある。

盧武鉉政府の政策文書や著書『韓国の希望―盧武鉉の夢』（現代書館、2003年）、『私は韓国を変える』（朝日新聞社、2003年）等を読むと、北朝鮮との平和共存路線、人権無視に対する民主主義の実現については堅い信念をもっているが、経済政策においては資本主義・新自由主義への異議申し立てはなく、日韓のF T A協定も促進しているし、対米関係においてもいち早くイラク

に工兵隊中心に軍隊を派遣している。

市民運動とは全ての点で連携しているわけではない。盧武鉉の党と市民運動の間には親密な部分と緊張・対立する部分があるのだ。参与連帯の元リーダー、朴元淳弁護士は次のように述べている。「市民運動に近い政治権力の誕生は、市民運動にとって機会と危機を同時に提供した。市民団体で活動していた人たちが、権力の核心である大統領府や政府機関の指導部に大挙登用された。これは従来主張してきた政策や理念を貫徹しうるよい機会になるはずだ。いまや政府機関であれ企業であれ、市民団体の主張や要求を無視することはできない状況だ。市民団体の主張は国民とマスコミの支持を基盤としているからだ。だが、同時に政治権力からの中立性を維持し、牽制・監視機能をはたすべき市民団体としては、危機ともいわざるをえない。」（朴元淳『韓国市民運動家のまなざし―日本社会の希望を求めて』（風土社、2003年。）

この本は、著者の日本紀行であると共に、韓国と日本の市民運動比較の論考でもあり名著である。是非御一読をお勧めしたい。

なお、韓国の社会運動に強い影響力をもつ宗教団体の動向、世界が注目している北朝鮮との関係、米軍基地反対闘争について、本稿では紙幅の都合で論及しなかった。

市民運動がこれまでの運動に加えて非営利・協同の経済セクターの形成を促し、成熟した市民社会の力で政治社会を変革するという運動方向には揺るぎはないし、前にも触れたようにその力は強まっている。マスコミが伝える表層だけの報道に振り回されることなく、両国の市民運動同士の連携と交流が大切だという持論を述べて結びとしたい。

（まるやま しげき、参加型システム研究所研究員、韓国聖公会大学大学院講師）

韓国の医療保険制度と 非営利・協同セクター

石塚 秀雄

1. はじめに

韓国は人口約4700万人であり、2003年度現在、国民医療保険制度はほぼ全国民をカバーしている。医療費のGDPに占める割合は5.4%(1999年)で各国比較では低い位置に属する。国民医療費は約3兆7000億円(2000年度)で、1人当たりの医療費は日本の約4分の1である。韓国が国民医療保険制度を確立したのは1989年といわれ、準備から30年、1976年からの本格的準備からすれば13年という短期間での実現であった。国民医療保険制度の普遍主義的制度としての発展は、韓国の急速な社会的経済的発展をバックにしたものであった。

韓国の医療制度は1963年朴軍事政権下で「医療保険法」が制定されたことをもって正式にスタートした。「低負担・低サービス」というスタート点は社会経済的に避けられないものであった。

韓国の医療機関の90%は民間セクターである。民間医療機関は法人的には非営利組織であるが、日本と同様、実態的に非営利的性格は薄い。医療費は本人払いの比率が高く、医療サービスの現物給付という方式である。医療機関は出来高払いで、薬の提供も行っていた。薬局はすべて民間セクターに属し、薬剤師もまた別途薬の提供を行っていた。韓国政府は、医療サービスを民間セクターに基本的にまかせ、政府自体は公的医療の役割を制限する政策をとってきた。現在、公共保険医療機関は国立(12)、道立(9)、市・郡・区立(3,600)、地方公社(35)、特殊法人(32)の計3,698カ所で、医療機関としては総合病院(55)、病院(16)、特殊病院(17)、保健機関(保健所・保健診療所、3,447)がある。これらは第一次医療サービスと保健サービスの提供を担当している。

医療保険制度の当初は、職域の医療保険組合に

よる任意加入の方式が採用された。1976年に医療保険法の改正に伴い、保険者である医療保険組合は職域と地域に分かれて設立され、3種類の医療保険組合の区分ができた。すなわち、第1に、大規模・中規模の企業が加盟する職域組合(順次小規模企業を対象にする)、第2に、公務員(軍人を含む)・教員などの「公教医療保険組合」、第3に、地域の自営業者を中心にした「地域医療保険組合」が順次形成されて、徐々にカバー率を拡大した。国民の医療保険制度加入率は1977年にはわずかに8.6%にしかすぎず、その後公務員が加入し、さらには従業員数16名以上の企業の加入などがあり、1985年には44.1%となり、1989年の普遍主義的制度の実施により、地域の自営業もふくめることになる。1990年にはカバー率が97.6%となった。この3種類の保険者団体が統合されたのは1998年に単一の国民健康保険公団制度ができてからであった。

患者はプロバイダー(医師・医療機関)を自由に選択できるが、プライマリケア・ゲートキーピングシステムは存在しない。病院と診療所の間にはベッド数による規模の違いがあるだけで、明確な区分化はされていないので、患者はどちらでもよかったし(ただし、総合病院には医師紹介状が必要)、2000年改革以前には患者は医者からも薬局からも薬を貰うことができた。

プライマリケア的な役割をする医療機関は公的な保健センターであり、これは1981年に農漁村地域で設立された行政区(最低500世帯)に一カ所ごとに設置されたものである。これには医学生の徴兵免除に代わる制度を活用した義務的な医師を配置する試みもあった。

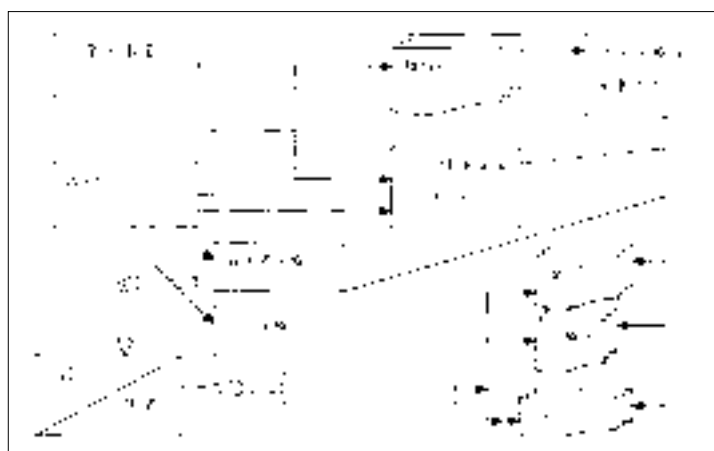
東洋医学も伝統的に利用されており、患者は西洋医学・東洋医学(韓方と呼ぶ)の両方に通院す

ることが多いといわれる。東洋医学は医療保険制度には組み込まれていない。

韓国の医療制度の出発点の基本的性格は、「低保険料負担、低給付」とであるといわれる。1999年に「国民健康保険法」が制定されて、医療保険制度の統合化すなわち、医療保険組合ごとにあった保険者機能を統合して、単一の保険者である公団に集中させる「統合」改革と、医薬分業を徹底させ「分離」改革の2つの基本的方向が定まった。

図表1. 韓国の改革前の医療保険制度

金→ サービス⇒ 出所：OECD, 2002. により作成



韓国の医療保険の議論については、参考文献で示した『研究報告』において3段階の議論区分を分けている。すなわち、第1次保険者統合論争（1980—1985）、第2次論争（1986—1989）、第3次論争（1993—1999）といわれる。この3つの論争はそれぞれの時代的要請をふまえたものであると思われるのでその区分に従って概要を見る。

(1) 第1次論争（1980—1985）

1980年に全斗煥政権下で光州事件が起きている。

この時期の論争のテーマは、地域医療保険をどのように組織するかであった。地域住民は組織された被用者（賃金労働者）に比べる所得水準が低いので、保険料徴収をどうするかという財源問題が第一の課題であった。保険者である職域組合と公教医療保険組合の統合が提案された。これはいわば財政的に健全な大企業被用者と公務員グループの統合により、規模の経済を目指し、それにより農漁村地域住民へのカバーをすることが主張された。この時期に地域医療保険の試験的運用を保険者を団体として実施した。

として実施した。

(2) 第2次論争（1986—1989）

1986年に「国民福祉増進総合対策」が発表され、88年から農漁村地域医療保険、1989年から都市地域医療保険の実施の提案がされた。88年にノテウ政権となったが、地方自治体の選挙は実施されおらず、1995年になって県レベルの選挙が実施されたという状況であった。1989年に統合を目的とした「国民医療保険法」案が提出されたが、ノテウ大統領の拒否権にあって廃案となった。法案の眼目は、①保険報酬審議会の設置、②累進保険料化、③診療費審査員の設置、④年金者医療の半額を年金基金より負担、⑤自営業の保険料への国庫扶助であった。大統領の拒否の理由は、簡単に言えば、統合すると富裕な医療保険組合の特権的位置が希薄化するということであった。いわば既得権の墨守ということにつきるであろう。しかし、地域医療保険組合が設立されることによって、都

2. 医療保険制度の歴史的特徴

韓国は日本よりも20年ほどのタイムラグをもって急速な国民的医療保険制度をすすめてきた。軍事政権から民主化という政治的社会的背景が大きな影響を与えているとおもわれる。

図表2 年表

制度	【保険財政方式】
1962 5カ年経済開発計画開始	
1977 医療保険法の実施（従業員規模500人以上の会社）	
	【組合方式】
1979 公務員・教員の医療保険加入開始	
1988 都市部の自営業の加入	
1989 農漁村部の自営業の加入（普遍主義的カバーの達成）	
1990 国民医療保険法の制定（保険組合の統合）	
1997 国民医療保険法の改定（医療保険公団の設立）	
1999 国民医療保健法の改定（改革の準備）	
	【組合+部分統合方式】
2000 医療保険運営の統一、「医療保険審査評価院HIRA」の設立、処方箋調剤分離法	【部分統合方式】
2002	【完全統合方式】
出所：『研究報告書』（2003）および金（2001）により作成	

市自営業階層が加入したことによって、組合方式にもとづく皆保険化が達成された時期であり、普遍主義的制度の確立といえるであろう。

（３）第３次論争（1993—1999）

1995年に老人医療費の組合共同負担および国庫扶助を開始した。市民運動の高まりにより、医療保険制度の統合化のための「医療保険連帯会議」が労働組合、病院労働者連合会医、保険医療団体、農民団体、女性団体、市民団体などにより結成された。

1997年12月の「国民医療保険法」に基づき、1998年に地域医療保険組合と公教公団との統合が行われた。1997年から2001年まで韓国は経済危機によりIMF管理体制下に置かれた。これにより社会的セフティネット整備への対応が迫られた。キムデジュン大統領は「生産的福祉政策」、「民主的市場経済」を唱えて、国家介入による社会的セフティネットを進めるとした。1999年には職場医療保険組合と地域医療保険組合との統合目指した「国民健康保険法」を制定し、医療保険制度の財政統合を図ろうとしたが、職場組合と地域組合は従来のおり別々の保険料基準のままであったので、職場組合の財政を地域組合に流用するという方式となり、依然として問題を残した。これは政治的には農村票の獲得を意図したものと見なされている。

（４）論争点の整理

医療保険制度改革の主たる論争点は、２種類の保険者（従来通りの職域組合と地域組合、組合派）の分立か、単一の保険者（現在の公団、統合派）か、あるいは広域（県単位）保険者（医師会派）かの３モデルの是非であったが、結果的には単一保険者が形成された。統合派のモデルが採用されたことになる。統合派の考えは保険者機能を統合することによって、個別の組合間の財政格差を是正し、保険給付を同一化できる。統合に際して国家から50%の支援を行うことを表明した。

これによって、医療における所得再分配機能が向上されたとする見解がある。また診療審査を独立させる（現在の「健康保険審査評価院」）によって、評価院の独立性・民主制が向上したとされる。保険者と医療機関との報酬契約制度も確立した。

医療保険制度は組合方式から始まったが、組合方式に対しては、階層間・地域間の不公平の原因とされ、「統合派」の主張では、職域組合の積立金を利用して地域組合との財政の平準化を図ること、群立する組合を統合することにより管理費用を低減できるし、負担の公平性を確保できるという主張に沿って制度改革が進められてきた。これはしかし保険財政の安定化を必ずしももたらさない。医療費の増大によって保険料値上げまたは国庫補助率をあげることが必要になっているが、公団一元化によって、保険料値上げには国民的抵抗が強くなることになった。また、自営業に対する保険料決定のための所得把握が異常に低いことは、問題であると思われる。

組合方式の支持者は、主として経済団体とそれに連動する安定的な労働団体すなわち、大企業、公務員の社会集団であった。農漁村部の地域住民（自営業）や中小企業の労働者たちは統合方式の支持者という図式である。

統合方式から租税方式への移行も1つの筋に見えるが、社会保険方式から租税方式に行く場合には韓国の場合、自営業に対する課税把握の「改善」をするか、消費税（あるいは社会保障税）という方式が有力である。

3. 2000年医療改革と現状

2000年7月の医療改革は、多くの自主的医療保険組合が単一の支払い保険者に統合したいいわゆる「統合改革」と、医薬分業により処方薬を医療機関の収入から分離して、薬剤師からの購入、一般薬を薬剤師の取り扱いにした「分離改革」の2つである。この2つの改革が同時に行われた意義の評価については、まだ定まっていない。

（１）医薬分業

1994年に薬事法改正し、2000年8月に「処方箋調剤分離法」により、医薬分業が実施された。医薬販売は2001年度においては、薬局での販売が60%を越えて1999年度から倍増し、一方病院の占有率は42%から27%に下落し、診療所は20%から4%に割増の占有率に下がった。韓国では伝統的に医療機関の収入のうち薬剤の占める比率が高か

ったので、医師側の反発が強かった。したがって医薬分離改革について医師会は抵抗した。このために医師のストライキが1999年から2000年にかけて波状的に発生した。医師側のロビー活動は強力で、結果として、医師にとっての医薬品のマージン分離を補填するために診療報酬は41%増加し、医師の薬剤処方箋料金も5倍となった。これが医療保険財政の赤字の大きな要因だと指摘されている。すなわち、政府は医薬分離によって、医療機関の調剤収入をカットすることで費用削減を目指したものの、2001年度において医薬費用分は前年対比25%増となり、医師の診療費用も増加したので、当初の目的とは逆の結果が生じた。また安価薬剤の利用などにより、外国製薬会社は大幅に売り上げを伸ばしている。この改革の結果についての国民世論の評価も芳しいものではなく、改革以前に比べて、医療サービスの低下および横ばいしていると答えているのは約80%である（朝鮮日報、2003.9.13）。医薬品の自由市場化よりも、たとえば、「医薬品流通公社」を設立してチェック機能をもうけるという提案の方が評価できる。

図表3．国民保険制度の加入率の変化

1977年	8.6%	500人以上の企業
1980年	24.2%	300人以上の企業、公務員・教員
1985年	44.1%	16人以上の企業
1990年	93.9%	5人以上の企業、自営業
1995年	97.6%	給付日180日。高額治療。
1999年	96.4%	給付日365日

出所：『研究報告』（2003）

図表4．医療機関の区分（2001年）
（30床以上を病院、100床以上を総合病院）

総計	62,744
総合病院	278
病院	706
医院	21,340
歯科病院	71
歯科医院	10,790
韓方（漢方）病院	139
韓方（漢方）医院	7,558
歯科医院	10,790
薬局	18,372
助産所	87

出所：『研究報告』（2003）

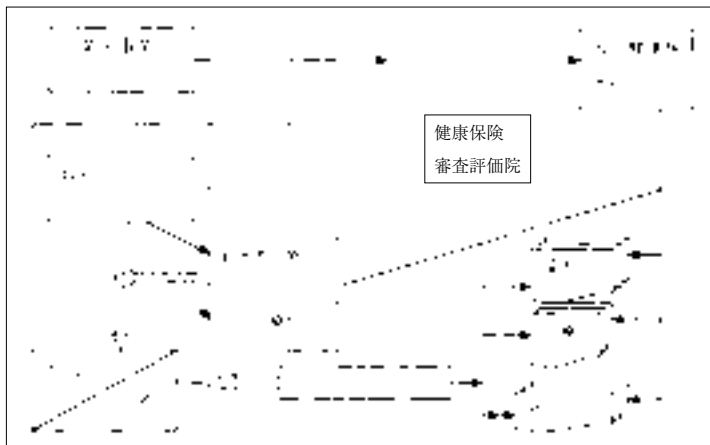
図表6．国民医療費

国民医療費	30,679億ウォン（3兆679億円）	
公的財源	136,157	44.4%
中央政府	22,177	7.2%
地方政府	8,766	2.8%
社会保険	105,274	34.4%
民間財源	170,642	55.6%
民間社会保険	13,199	4.3%
民間保険会社	13,433	4.4%
家計	126,677	41.3%
民間非営利団体	1,218	0.3%
民間企業	16,115	5.3%

出所：『研究報告』（2003）により作成。

図表5．韓国の新しい医療保険制度

金→ サービス⇒ 出所：OECD, 2002. により作成。



図表 7. 医療保険適用人口・加入者数 (2001)
(単位1000人)

総人口	47,343千人		
医療保障人口	47,882千人(重複加入あり)	保険加入者数	平均保険料
健康保険	46,379千人(96.9%)	30,500千人	11,274ウォン
職場	18,503千人(38.6%)	6,000千人	26,631ウォン
公教	4,664千人(9.7%)	1,400千人	38,673ウォン
地域	23,212千人(48.5%)	23,100千人	36,253ウォン
医療扶助	1,503千人(3.1%)		無料

出所：『研究報告』(2003)およびNHIC, 2001により作成

韓国の場合の保険適用扶養者の定義は「無収入で、実際に被保険者に扶養される者」とされるが、その範囲は日本よりも広く、兄弟姉妹も含まれる。扶養者は職域保険に集中しており、その平均扶養者数は2.08人である。一方、自営業の階層は国民の約半数を占め比重は高い。医療扶助制度はアメリカのメディケア・メディケイドと同じ考え方である。

4. 収入と支払い方式のありかた

(1) 診療報酬制度

政府は、資源基盤総体価格体系を元にして、医療サービスの単価を決めようとしている。公団と医療保険審査評価院(HIRA)は医療機関代表と毎年の交渉で単価を決めることにしている。診療報酬の単価基準を前年度の実績データに基づいて総枠削減の方向で進むならば、しだいにサービスの質の低下は免れない。韓国の場合、利害当事者の交渉駆け引きの果たす役割がつよく、医師団体による診療報酬の値上げがなされており、基準作りそのものは政治的交渉とリンクして活用される可能性は高い。すなわち、日本のように政府が一方的に診療報酬単価を政策的意図をもって決めるといった方法とは異なるアプローチの仕方である。

医療提供者の収入源は、①診療報酬契約、②患者負担 ③政府からの「契約決裂時報酬調整」である。医療保険審査評価院へのレセプト提出は、書面またはEDI電子データの2種類で、月単位または週単位で請求する。評価院は2000年7月に設立された。理事16人の構成は、医業団体5名、

保険公団3名、労使・市民団体5名、公務員3名。任期3年である。職員は1500名で、そのうち医師40名、看護師1000名である。運営費用は保険公団から一年予算総額を受け取る。独立性のためには直接政府からの財源を受けるほうがよいとする意見がある。

2000年の医療改革によって政府は全体費用を統制しようとしたが、結果的には費用は増大した。医療保険制度の財政危機は2001年度の赤字は2.7兆ウォンで年間予算の25%に当たる。改革後の赤字の理由としてあげられるのは、診療報酬を薬収入からの撤退を条件にあげすぎたことに直接の原因を求める声が強い。政府は保険料を2006年までに年間9%アップを図るとしている。診療報酬については、医師の側には歴史的に報酬の低さに不満があり、また政府が一方的に決めるだけの条件ではなく、政治的な交渉によって決まるものである。診療報酬を引き下げても、財政の膨張に対する効果は薄いとされる。診療数を増やすことにより収入を維持しようとするからだとされる。

医師数については41の医科大学の定員が2004年から2006年まで1割削減する方針が、医療制度発展特別委員会から出された(朝鮮日報、2002.09.03)。中小規模の病院の経営難のために、中国に進出する病院が増えて今年度2003年の8月までの投資額は175万ドルとなっている。美容整形外科、皮膚科、歯科、産婦人科など韓国の先端医療技術が進出を計っている。

資源を効果的に使うための支払いメカニズムには、出来高払いと頭割りの組み合わせがある。出来高払いは、患者数が増えれば収入が増え、リスク責任もあるが、過剰診療になりやすいし、人頭割りは逆に収入は診療内容に関係ないので、患者に対するリスク責任は弱くなる傾向にあると言われる。

政府はこの混合支払いメカニズムをめざして、2001年に「相対的価値基準制度」を導入して、アメリカ型の点数システムを導入した。これはアメリカのマネージドケアと同様に、サービスの真のコストを示すものではない。またDRG診療率基盤の導入は、診療コストの想定化と固定化に導くことになる。DRGは1997年に一部導入されて、試験的な試みがつづけられているが、DRGが医

療機関の質を改善することにはかならずしもつながっていないと言われる。

また政府は2004年度から労働者の医療費控除優遇を年間所得の3%超過分から5%超過分へと引き上げることを決定した。これまでの優遇者の約60%が控除対象から除外されることになるという。

医薬分業の結果、医療費支出が増えたという国民が73%もあり、国民の評判は良くないようである（朝鮮日報, 2003.9.22）。

（２）保険料制度

保険料徴収において、地域自営業の所得補足率が大変低いために（3割程度）、保険料徴収の基準は、自営業の場合、所得・資産・自動車の総財産を基準としている。実際に年間所得500万ウォン（日本円にして約50万円）が89%もいるということになれば、首をかしげざるを得ない。1999年度の職域組合における被用者の平均月額所得が147万ウォン（約15万円）に対して、自営業は86万ウォン（約86,000円）で、所得把握率が30パーセントであるとすれば、自営業の月額所得の実態は約300万ウォン（約30万円）ということが出来る。韓国は自営業の比率が45%と日本よりは高いので、問題は収税方法そのものにありそうである。

被保険者については従来区分を継続して2区分として、異なる基準により保険料を徴収している。被用者（職域）は、月収の3.4%であり、事業主も同額負担している。保険料支払い対象者の最低月額賃金は28,000ウォンである。また自営業（地域）の保険料は、年収500万ウォン以下と以上を区分して所得割を30段階と50段階、資産割を50段階、自動車資産7段階と細かく分けて、その組み合わせにより保険料支払いを行う。

窓口支払いは、診療所では通常30%負担、病院

で40%から65%負担である。薬は通常30%負担である。高度治療を受けるほど自己負担率が高くなる。

政府は保険料率を2008年度までに現行の3.94%から6.7%に引き上げ、保険支給比率を52%から70%に引き上げる方針という。また公共医療機関の比率も現在の15%から倍の30%に増加させる方針である。

（３）救貧医療制度

1977年に医療保険制度が出来たときに、生活保護者は保険料が支払えないので対象外とされて、別途制度が開始されたが、1997年に生活保護基準を改正して自助的性格を強めた。最低生活基準に達しない人（2000年、月513ドル、）と特定グループが対象となる。これらの人々は保険料支払いは免除されている。政府統計では対象となる貧困層は3.8%（2001年）にすぎず、対象範囲はきわめて絞られている。しかし、救貧医療患者は公立病院の患者の10%、民間病院の患者の1%を占めており、公的施設である保健センターにおける医療の質を上げることは、医療アクセスの平等を解決する方法の1つとなる。一方で、民間病院は料金が高く、貧困層がアクセスできないので、それを容易化するためには民間病院・診療所にゲートキーパー的な役割を付与することも一案とされている。

制度上、クラス1はもともと労働不能者、65歳以上の高齢者、福祉施設で介護を受けている者など。クラス2は、就労可能な生活保護者で自立している者。医療保険制度と救貧医療制度との間でのサービスの違いはない。

図表8．医薬分業と費用効果

	薬請求数	外来患者数	薬処方平均 価格(ウォン)	外来診療費用 (ウォン)	薬／医療給付 費用対比
1994－1999	53,302,468	216,491,987	2,454	13,348	2.51%
年間増加率	16.26%	9.49%	15.39%	11.01%	—
2001	247,178,527	322,729,988	13,791	18,857	35.76%

出所：OECD, 2002より作成。

（４）韓国の医療非営利協同組織

韓国の伝統的な非営利協同セクターである農業協同組合、信用組合、財団などは、現在でも公権力にコントロールされ従属させられ、私的利益や営利目的に従属しており、参加民主主義という性格に乏しい、と見なされている（北島・ビデ、1999）。また、ヨーロッパなどで伝統的に存在した共済組合がないことも労働者福祉の発展を停滞させた（Bidet, 2000）。現在、非営利組織は２種類あり、届け出非営利組織は約11,000であり、無届け非営利組織は約５万あると推定されている。非営利組織の74％は1987年の民主化以降に設立されたものである（Bidet, 2000）。民法、非営利法人設立法および関連法（医療法人ならば医療法、福祉法人ならば社会的福祉法など）に基づき設立される。

韓国におけるいわゆる非営利・協同セクターとして見なすことのできるグループは、協同組合、NGO、NPO、市民団体、市民運動団体、財団、公益団体などである。独立後の軍事政権下ではこうした非営利セクターが発展する素地はきわめて乏しかった。近隣組織、血縁組織、宗教組織の形態が主たるものであった。1980年代の民主化の過程の中で多くの非営利セクターの組織が誕生してきた。1999年に非営利民間団体進法が制定され、市民のボランティア参加による公益活動の推進を目指した。

医療機関は医療法人法に基づく非営利組織である。これは日本と同様である。従って、こうした医療団体が、非営利組織の原則である「民間・自律・利潤非分配・自己管理」をどの程度意識的にしているのかはまったく不明である。とりわけ民主的組織原則をもっているのかどうかは今後大きな区分基準になっていくべきであろう。民間非営利病院は法人税・地方税、寄付などの控除などの優遇措置を受けることができる。

こうした中で、韓国における非営利・協同原則を掲げた医療機関としてあげられるのが、医療生協である。2002年現在、韓国には6つの医療生協があり、もっとも古いものがアンソン医療生協で1994年設立であり、他の医療生協は2000年と2002年に設立されたもので新しい（日生協、www.jhca.coop/korea）。大学医療生協が浦項大学にある。ま

た、セツルメント的活動的な民主医療運動によって1992年にソウル市近郊に広津医療・福祉センターが診療活動と貧困者のための地域活動を行っているといわれる（勤医協新聞、1998.12. www.10.plala.or.jp/shosuzki/edit/asia/kormedic.htm）。また大学の研究事業から出発して労働災害における労働者の医療の権利を守る運動となった源進（ウォンジン）総合センターから発展分化してできたグリーン病院（『民医連医療』1999, 6/7. No. 323/324）などもある。いずれも1987年以降の民主化時代に誕生したものである。1987年にはまた民主的な医療をめざす「人道主義実践医師協議会（人医協）」が設立された。ソウルなどの大都市圏で医院が設立され、一部は医療生協となっている。

5. 今後の方向

1980年代より社会政策を重視し、経済発展の必要条件として医療福祉を位置づけてきた韓国であったが、国民総生産に占める医療費の比重は先進国平均値に比べる低いので、今後医療費総額を先進国並みにするとすれば、数倍あげていく余地はあると思われる。またヨーロッパ各国が、福祉・社会サービスの手段として非営利・協同セクター（第三セクター）を活用して新しいニーズや雇用問題の解決手段としていることに習えば、家族制度や門柱制度などの伝統的なつながりといわれる市民社会の台頭とどのように調整するのかは韓国独自の課題であるにしても、韓国もまた同じ施策を採用する余地はあると思われる。

公団があげている今後の課題は、管理運営の改善、保険財政の安定化、サービスの改善、組織の改善、市場を利用したサービス供給効率の改善である。OECD論文では、政策勧告として、医療保険制度においては、保険料の値上げ、支出目標額の設定、アクセス平等の改善、費用効率性の追求のためのDRGの導入、酒たばこ税の一部財源組み入れ、保険者のガバナンス・アカウンタビリティの向上、医療機関の規制と自己規制化の促進、予防医学の重視などの方策をあげている。そしてOECD報告ではシンガポールで実施されている医療貯蓄勘定(MSA, Medical Savings Account)制度という患者個人が医療費を貯蓄して支払う方

式を推奨している。しかし、シンガポールは外国人投資が中心の高級医療サービスと公立病院が一般大衆むけの医療サービスという差別化を行っており、もし韓国がOECD勧告にしたがってその方向を採用するとすれば、医療の平等性と営利民営化が強化され、医療の公共性指向は弱まり、普遍主義型制度よりも残余型制度になり、医療財政削減が主たる政策目標になるであろう。

一方で、医療の公共性、平等性を追求すべきとして、主としてイギリス型のNHS制度という税に基づく制度への転換や、保険料負担の事業主責任を重視するフランス型の採用などの主張もある。医療政策をめぐる様々な利害関係者たる社会的集団（医療関係者、患者、事業者、自営業、賃金労働者、団体など）が存在する。市場においてはそれぞれの利害は対立し競争するという原理の関係でしかないが、医療の公共性（この場合協同性）という場の中で、各利害関係集団の役割をとらえて行くならば、人々のいのちとくらしを護るための経済的社会的平等の実現という共通目標のために、連帯していくことが可能になり、それがまた国家の役割としての富とサービスの再分配機能を果たすことにつながるであろう。そのためには、医療を巡るサプライ側と受け手側の一層の協同関係と政策的連帯が必要である。韓国の場合でも、2000年医療改革を受けて、単一保険者公団の設立や医療評価審査院の設置など、より公共性を追求可能な運営機関ができており、また医療機関の予防的・治療技術的適正配置の計画も検討されている。その実現手段としては、医療の「営利市場化と最低限保障」よりは、「普遍主義化と適正アクセス」の道のほうが論理としてはあるべき方向であろう。そのためには民間の医療機関の営利性と非営利性の区分化と統制が大きな過大のひとつと

なるであろう。

参考文献

- 「韓国の医療保険改革についての研究報告」、健康保険組合連合会、2003
- 金永子編訳「韓国の社会福祉」、新幹社、2002
- 北島健一、エリック・ビデ『フランス、日本、韓国における新しい社会的経済もしくは非営利・協同組織の国際比較』、松山大学ディスカッションペーパーNo.1101., 1999
- リン・チェンウェイ（林成蔚）『台湾と韓国の社会保障制度－比較政治学の視点から』、東京大学社会科学研究所報告レジュメ（2000/10/25）
- “Review of the Korean health care system, OECD, 2002
- Meesook Kim, *Social Security and Social Safety Nets in Korea*, World Bank, 2002
- Ian Gough, *Welfare Regimes in East Asia and Europe*, World Bank, 2000
- I. Kim & C. Hwang, *Defining the Nonprofit Sector : South Korea*, The Jons Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project, 2002.
- National Health Insurance Program in Korea 2001*, NHIC, 2001
- <http://www.mohw.go.kr/> 韓国厚生省サイト
- 朝鮮日報サイト <http://srch.chosun.com/cgi-bin/japan/>
- Eric Bidet, *Économie sociale et nouveaux pays industrialisés : Le cas de la Corée du Sud*, *Annals of Public and Cooperative Economics*, CIRIEC, 71:3, 2000

（いしづか ひでお、研究所主任研究員）

「医療と福祉に思う」

インタビュアー 坂根利幸、高柳新、鈴木篤

○インタビューのきっかけ

機関誌『いのちとくらし』第4号の特集は「障害者と社会・労働参加—支援費制度をめぐる—」であった。共同作業所づくりに関する座談会出席や論文執筆など、きょうされんに大変ご尽力いただいた。きょうされん監事・当研究所副理事長である坂根利幸より、ぜひ先達にお言葉を頂きたいという提案が、また高柳新から、地域医療への取り組みなどについてもぜひ伺いたいとの提案があり、今回のインタビューが実現した。

精神科を志す

坂根 まず、先生はどうして医学部そして精神科を志されたのでしょうか、その動機をお話いただけますか。



秋元 私のルーツは信州なんです。私の父親は諏訪大社の神主の家に生まれました。お袋の方は木曾の野尻という宿、島崎藤村の出身地・馬込の隣の宿の出身で、父親も母親も信州出身です。親父は長野市の教員の組織である長野教育協会の会長をしていらしいんです。そこで私は生まれました。

兄弟4人でみんな男なんですね。不二三、袈裟夫、波留夫それから四人出来たからもう良いだろうというので寿恵夫って命名したんです。親父は漢学が出来たので漢詩を若いときから詠んでいたりでして、漢字に詳しかったのでしょうか。長男には「二、三ではない」ということで不二三（ふじぞう）、次男は生まれた時に臍帯が肩に掛かっていた、袈裟のように見えたから袈裟夫（けさお）という名前を付けたんです。私は1月29日に生まれたので、春だということで波留夫。しかし、「春」じゃなくて「波留夫」なんです。野球界にもハルという、苗字でしたがいい選手がいましたね。弟は末なんでスエオと言ったのですが、文字はあまりない「寿恵夫」です。

4人の男の子を一人前にするには教育が大事だろう、それには東京に出た方が良いだろうということで、私が3つの時に東京に出てきました。たまたま、東京高等師範学校に卒業生の組織である茗溪会という、今でも続いている筑波大学の同窓会があります。そこで『教育』という雑誌を出しておりまして、その『教育』の編集担当者として来てくれと声があったんで、それに応じて出てきたんです。東京・小石川に東京高等師範学校の構内に茗溪会のしゃれた洋館がありまして、そのそばに小さい社宅があって、そこに住むことになり

ました。

兄は長野中学2年生でしたけれども、東京に移って京北中学から一高に入って、東大の工学部を卒業したんです。次の袈裟夫は、東京高師の付属中学を出て、金沢の第四高等学校に入りました。非常に山が好きで、たまたま山登りの最中に暴風雨に遭ってびしょぬれになったのがきっかけで、結核になってしまいましたね。私が中学の3年生のときに、結核で倒れて金沢から帰ってきました、茗溪会の社宅で寝るようになりました。1年半ほどで、当時は結核に対して何も薬なんてありません。悲惨な状態だったんですけれども、とうとう21歳で死んでしまいました。これが、私がやがて医学を勉強しようとするきっかけになったと思います。兄貴の死を目の当たりにして、死に至る病を何とかすることができないだろうかと中学生なりに考えまして、医師を目指したわけです。

それで私は御茶ノ水にあった京華中学校に入りました。学校の授業はあまり面白くないので、近くに湯島聖堂がありますが、そこに大変面白い本がたくさんあるので聖堂にばかり行っていました。学校の勉強はあまりしなかったんです。けれども英語なんかは好きで、自分の好きなことは自分で勉強しておりました。当時、京華中学は進学校で、1学年に200人位いたのですが、その中で成績の良

い生徒50人を、特別なエリートクラスとしていたんです。私は4年間ついにエリートクラスに入ったことは無いわけです。落ちこぼれみたいなエリートクラス以外のところで学校に行っていました。

たまたま私は先ほどもお話したように、ルーツが信州であるということと、その頃から山登りが好きでしたから、旧制松本高等学校を受けることにしました。当時は非常にいい制度であったと思うのだけれども、4年修了でも高等学校が受験できたんですね。今だったら偏差値なんかで受けられないと思うんですが、当時はそんなことはありませんから、自分が受けようと思ったところを誰でもどこへでも行けたんですね。私は落ちこぼれのくせに松本高等学校を受けたら、4年修了で受かっちゃったんです。そういうことで父母の出身地である信州の松本高等学校に行くことになったんです。

ちょうどそのころ、中学時代からそうでしたが、予備役の軍人が学校の方に配属されて、訓辞やら軍事訓練をするんですね。京華中学校でも、生徒は全部ゲートルを巻かされるわけです。それで登校すると、配属された将校から、朝、訓示されておりました。松本高等学校でも配属将校がいて、指揮官になって軍事教練をするんですね。そこで

秋元波留夫先生の略歴

- 1906年 長野県長野市で生まれる
- 1925年 旧制松本高等学校卒業、東京帝国大学医学部入学
- 1929年 東京帝国大学医学部卒業、北海道帝国大学精神医学教室入局
- 1935年 東京府立松沢病院医員、東京帝国大学医学部副手
- 1937年 東京帝国大学医学部講師、外来医長
- 1941年 金沢医科大学（現金沢大学医学部）教授
- 1958年 東京大学医学部教授
- 1966年 国立武蔵療養所（現在国立精神衛生センター）所長
- 1979年 東京都立松沢病院院長
- 1983年 退職

現職 日本精神衛生会会長、社会福祉法人ときわ会理事長、社会福祉法人あけぼの福祉会理事長、社会福祉法人きょうされん理事長、きょうされん（旧・共同作業所全国連絡会）顧問

始まったのが「軍事教練反対運動」で、クラスの中には勉強家がいって、マルクスの『資本論』だとかエンゲルスなんかの本を持ってくるのがいたんですね。私もそれにかぶれて読んでいたんです。それで軍事教練反対の連中に加わったりして、軍事教練になると出ないで、近くの薄川の川原へ行っっては、ツルゲネフやトルストイの小説なんかを読んでおりました。その頃は共産党が地下で運動をはじめた時代で、松本高校にも細胞が出来て、軍事教練反対を組織していました。この運動のために2〜3人放校された者もいたんですけども、今考えると大変優秀な学生達でしたね。私としては軍事教練には反対だったんですけども、自分としては勉強を続けてなんとか医師になりたいということから、そういう運動にはまり込むということとはしないで、勉強を一応しました。そして、東京大学医学部を受験しました。なかなか難しかったんですが、なんとか医学部に進学するということになったわけです。

坂根 なるほど。医学の中でさまざまな分野がありますが、精神医学に進まれたきっかけは何ですか？

秋元 兄の袈裟夫が結核で死んだということから、医学部を志望した当座は結核の医者になろうと漠然と考えていました。クラスの中から結核を専攻する者も出ていました。そういう気持ちでいた矢先に、たしか私が医学部の3年生の頃ですが、私はそのころ古本漁りが好きで赤門のあたりだけではなくて神田の古本屋街あたりにもまわっていたのですが、たまたま店頭で立ち読みしたのが石田昇という人が書いた『新撰精神病学』という本に出会ったんですね。これはいろんなところでしゃべったり書いたりしているので知っている人も多いと思いますが、その本の序文に、

「精神病は、社会のすべての階級を通じて発現するところの深刻なる事実なり。いかなる天才、人傑といえども一度、本病の蹂躪に遭わば、性格の光暗雲の底に埋れ、昏々として迷妄なる一肉塊なり了らざるものまれならむ。狂して存せんよりはむしろ死するの勝れるを思う者ある、

まことに憐れむべきなり。」

とあるんですね。これを読んで私は大いに感銘を受けました。こういう病気があるんだ、どんな天才でも生ける屍になる。こういう状態になるなら、死ぬ方がましだと思わせるような病気について、医学がまだ、これは石田先生が書いているんですけども、まだまだ十分な救いの手を差し伸べることが出来ないという状態なんですね。よし、じゃあ俺は結核も大事だけれども、こういった未知の領域である精神の病を勉強するようになりたいたいもんだと、このときに思いました。それだけではなくて、他にも色々あるんですが。この話は、東京大学の教授を定年退職するとき「精神医学はいかにあるべきか」という最終講義で話をしています。

石田昇は、書かれた本が非常にすぐれているということで、やがて新設早々の長崎医専（現在長崎大学医学部）の精神科初代教授になったんです。この本を書いたのは、東京大学を出て、巢鴨病院で呉秀三先生の教えを受けて3年目に書いているんですね。そして4年目に長崎医専の初代教授になった、非常な秀才です。28歳で書いて29歳で教授になったんです。そして長崎医専から、文部省留学生としてアメリカに派遣されたんです。ところが、実に事実は小説より奇なりというより他はないのですが、石田さんは留学先のボルチモアの病院で、同僚のドイツ系アメリカ人医師のウォルフという人を射殺してしまうんですね。それで裁判にかけられるわけですが、ところが石田先生は射殺するその少し前から、精神に異変が生じていたんですね。被害妄想を持つようになっていたのがわかったわけです。当時は第1次世界大戦がはじまっていた時代ですが、ドイツ系アメリカ人であるウォルフが自分を敵視するという被害妄想から射殺に及ぶわけですね。裁判で精神鑑定が行われましたが、3人の鑑定人のうち2人が、事件当時彼の精神状態は正常であったという鑑定をするわけですね。そこで石田先生は、第1級殺人で終身刑となります。アメリカの終身刑というのは、日本の無期懲役と違って絶対に保釈にならない、一生涯投獄されるものです。彼はボルチモアの監獄に

入っている間に、肺結核が発病し、精神障害も重くなりました。アメリカ側もこういううるさい奴は面倒くさいと思ったのか、治ったら再びアメリカで刑期を済ませるという条件で帰国することになりました。それで石田さんは、かつて医師として勤務した巣鴨病院の後継ぎである、府立松沢病院の患者として収容されることになったのです。

しかし私はそんなことは全然知らなくて、先生が入院されてしばらくした後に、松沢病院に勤務することになるのです。私は東京大学を卒業すると、思うところあって新設早々の北海道大学の精神医学教室に行き、内村祐之教授（内村鑑三の息子）の指導を受けていました。そこに6年おりまして、昭和10年に東京に戻って、松沢病院に籍を置くわけです。

松沢病院に入った直後、一緒に夜回診にまわった婦長から「ここに、むかし長崎医専の先生だった石田さんというお年寄りが入っていますよ」と聞きまして、私は非常に驚きましてね、さっそく回診に出かけていったわけですが、非常に病重く荒廃状態で、話が通じないわけです。それで2年目から、私は石田先生の病棟を受け持つことになって、私は、私を精神医学へ導いた石田先生の主治医になる、ということになったわけです。

『実践 精神医学講義』の出版

坂根 まるでドラマのような話ですが、そうですか。

それから話は飛びますが、つい最近の話になりますが、先生は大変厚い1000ページにわたる本を出されています（『実践 精神医学講義』日本文化科学社、2002年）。これを出版されようというお気持ちになったのはなぜですか。



秋元 私の人生の前半、6年間北海道大学、そのあと2年間石田先生とめぐり合う松沢病院、その

あと北海道大学で教えを受けた内村祐之先生が、私が松沢病院に勤務した翌年、北大から東大の教授兼松沢病院院長になるわけです。不思議なことですね。

高柳 先生の方が早いんですか？先生がくっついてきたわけではないと。

秋元 私の方が早いんですよ。別に引っ張ったわけでもないし。

僕は北大に6年いました。北海道は、当時は精神医療の処女地として、北大のほかに精神病院なんかひとつもないのです。就職先も無いわけです。私が行った当時、助教授がいましたし、内村先生が言うには、「秋元君、君はせっかくよく勉強してくれたけれど、これ以上北海道にいたって食っていけないだろうし、私が紹介するから松沢病院にしばらくいて、いい話があったらそちらに行きなさい。」と、松沢病院の三宅教授を紹介してくれたわけです。当時、松沢病院は東大教授が院長を兼ねていたわけでした、私が東京大学で勉強した時の教授が三宅先生なんですね。私は三宅先生を蹴って北海道に行ったわけですが、今度また三宅先生のところで勉強することになる。三宅先生も喜ばなかったんじゃないかと思いますね。幸いにしてその翌年、内村先生が東大に来られるわけです。これも不思議な因縁ですね。

私は松沢病院に2年間お世話になりました。私は最初から大学の教職に就こうなどと思ったことはなく、地域の精神病人たちを診たいと思っていただけで、松沢病院で勉強して、どこかの病院に就職しようと思っていたんです。そうしたら、内村先生が東大に来られて2年経ったら「秋元君、教室に来てくれよ。教室に新しく講師の口ができたので来てくれ」と。それで、松沢病院に2年いて、東京大学の講師になるわけです。講師になったのが昭和12年で、戦争の真最中でした。どんどん同僚・仲間が招集されたりしていなくなってしまふ。

当時、大森に帝国女子医専（今の東邦大学）というのがありました。当時の医専には精神科の教

室はなかったの、講義を誰かに頼むわけです。私は松沢病院時代から続いて東大の講師になってからも、帝国女子医専から精神科の講義を頼まれて、講義をしていましたら、学生の中に精神科に興味を持つ女子生徒がたくさん出てきた。なぜそうなったかという、私の講義が面白いからというわけじゃなくて、講義をするとお金を少しもらうわけだけれど、家に持ち帰っても仕方ないので、学生を連れて銀座に行って、風月堂で時には学生を10人くらい連れていって一緒にコーヒーを楽しんだりしました。そういうことの方が、精神科希望の学生諸君の増えた原因でしょう。そして「私たち精神科やりたいから、東京大学の教室に入れるようお願いしたい」と言い出した。そこで、内村先生に頼んだんですね。当時は女医なんて誰もいなかったんです。内村先生に言うと、「君、女がうちの医局に来たら、風紀が乱れる」。私が責任をとりますからっていうので、女医さんたちが入局するようになった。でも、これは内村先生がとても喜んだ。というのは、戦争で医局の男性医師らがどんどん少なくなってきたところだったから、その代わりをしたのが女医さんたちだったわけです。今でも付き合っていますけれどね。

東京大学で勉強したなかで、なにも研究はできなかったけれど、いまでも非常に重要視されているのは疫学研究で、精神疾患がどれくらい人口動態にあるかということの現地調査をしたものです。そのために八丈島や、いま噴火している三宅島、信州小諸とか、人口密度や環境がちがうところの精神障害者の発生率を調査検討をしたんです。地方と、離島と、市街地と調査をしたわけだけれど、その中で面白い話があります。市街地の池袋の調査を担当したのが、津川武一君（故。津軽医療生協の創始者にして日本共産党国会議員）なんです。

津川君はああいう人だから、池袋では周りの連



中が津川を慕うようになってしまった。調査なんて1軒1軒訪ね歩いて聞いて歩くわけだから、そんなこと聞かれても困ると言って話してくれないのが多いわけですよ。だからずいぶん骨が折れた。ところが池袋はピックアップしたところが津川にみんな話してくれる。それで内村教授が「津川は見上げたもんだ」と言っていた。だけど、「津川武一と東大精神医学教室」という原稿のなかに書いたんだけど、津川は内村さんから重要視されていたのに、津川自身は内村さんから破門されたから、しょうがないから故郷に帰って開業したと小説や日記に書いているんだね。私はいろいろと調べてみたけれど、内村教授から津川が誉められたことはあれ、破門されたという事実は出てこなかった。なぜそう思ったのか、私なりに分析したのだけれどね。（編集部注：今回「津川武一と東大精神医学教室」再録の許可をいただき、掲載することになりました。）

大学の教職は自分が望んだわけではなく、運命のいたずらなんですね。東京大学、北海道大学は勉強する場だったわけで、人に教えることになるのは、内村先生が東大に來られて2年目に呼ばれてからなんですね。そのあと、東京大学に講師として戻った4年目に、金沢大学（当時の金沢医科大学）に赴任することになるんだけど、これもおもしろい話でね。

当時、金沢医科大学の教授の人事は、学長が一手に握っていたらしいんだね。たまたま石坂伸吉さんという面白い学者が学長で、内村先生のところにひょっこりやって来て、「秋元という若いやつを俺のところにくれ」と言ってきた。それで内村先生が研究室の私のところに來られて、「秋元君、びっくりしたよ。実は今、金沢医大の学長が来て、君をよこせと言っているんだけど、君、どうするかね」ということになった。当時は、金沢は1年の半分くらい雪にずっと埋まっていた、曇っているのは有名だったんですね。そういうことも知っていたし、どうしようかなってね。戦争が近いので困難だけれども、せっかく東京でやりかけていた研究もあるしと。そうしたら内村先生が「君、一度石坂さんに会ってみたらどうだね」というから、私は行くつもりがなくて断るつもりで石坂さんに会ったら、とっても面白い人なんだね。「秋元君、お前さんの仕事はなかなかいいじゃないか。『失行症』なんて、素晴らしい出来だよ」って、私の書いた本を読んでいる。「ぜひ来てくれ。君、勉強が好きだったら、器械なんかできるだけ買ってやるからな」って。「君は脳波やっているそうだが、金沢ではまだ脳波をやっている人なんかいないから、ぜひ来て下さいよ」とね。そこで意気に感じちゃってね、本当は女房に相談しなくちゃいけないのに、その場で「行きます」って答えちゃった。

そうしたら、家に帰ってきたら大変なことになってね。「金沢なんて、まだ子どもも小さいし、嫌ですよ」ってね。それから女房を口説くのにはずいぶん骨が折れた。だけど当時はもう東京では食い物がなくなってきていて、それで渋々、女房も金沢に行くことに同意したわけだ。ところが金沢に行ってみたら、東京で食べられないものが何でもある。私の住んでいた近くに、金沢の有名な近江町市場があるんだけど、あそこに何でもある。「これはすごいや」って。僕の住んだのは彦三四番丁だったんだけど、近江町市場からそばだった。けれども1年ぐらいで、金沢もだんだんえらい状態になったけどね。

鈴木 昭和20年の前ですか。

秋元 ちょうど、太平洋戦争がはじまる昭和16年ですね。米英に宣戦布告するちょっと前に、私は辞令をもらうんです。それで翌年の昭和17年1月から、金沢医科大学に赴任するわけです。そんなわけで金沢には足掛け17年いました。子供たちもそこで生まれ育っていますから、みんな金沢弁をよくわかりますね。内村先生が東京大学を辞められた昭和33年に、東京大学の教授会が私を選んでしまった。金沢はいいところだったので気に入ったし嫌だったんだけど、内村先生に「私の後に来てくれ」って言われて、それで内村教授の後任として東京大学に8年いました。そして定年で辞めたら、今度は武蔵療養所が来てくれとなったわけです。

私は東京大学を60歳で定年で辞めたわけですが、それからが精神病院で、国立武蔵療養所、それに次いで都立松沢病院と務めたわけです。国立武蔵療養所の所長を退職したのが昭和51年で、例外で71歳までやらされるわけです。その武蔵療養所にいる頃から、小平のきょうされんの藤井克徳君（当時事務局長）たちと一緒に障害者運動を始めるわけです。

坂根 あさやけ第二作業所ですね。

秋元 私は武蔵の所長のときから、地域と協力することをやろうと思っていました。そこで私は、武蔵療養所を辞めたあとは、民間と地域との協力を、医者としての立場で福祉の共同作業所づくりを、障害のある人たちの地域でのリハビリテーション施設づくりのお手伝いをしようとしたわけです。小平の藤井君たちと初めてあさやけ第二作業所、精神障害者の共同作業所づくりをやって、これが今から27年前ですね。私はこれをずっとやるつもりだった。

ところが、都立松沢病院の院長をどうしてもやってくれと言われてしまった。というのは当時、東大精神科で研究室、病棟のとり事件という大騒動があって、松沢病院にこれが波及し、院長を突き上げ、院長が苦しくなって辞めてしまい、院長がいなくなったわけです。しかもそういう状態

で、松沢病院はその源流である石田先生がおられた巣鴨病院創設からの歴史が100年を迎える。100年記念の行事をやる目の前にして、院長がいなくなってしまう、東京都でも困ってしまった。私と、猪瀬正という横浜医大の教授と、亡くなった島蘭安雄君と3人で松沢病院院長の選考をやってくれとなり、東京都衛生局の局長も含めて4人で全国にわたって教授諸君に話したのだけれど、誰も火中の栗を拾うような人はいない。誰もならないんです。困り果てていたら、衛生局局長が「困ったなあ、先生、やってくれませんか?」「俺たちは産婆じゃないのか?」って。せっかく地域のことをやろうと思っていたので、大学でも散々苦労したし、嫌だよと言ったんですが、先生じゃなきゃ対処できませんよと。しょうがないので、引き受けちゃった。

松沢に来てから、みんな挑みかかってきてね、医局でやりあった。医局会議じゃ非常に激論をしました。だいたい4年かけて片付けた。そのとき内村先生が「秋元君、松沢はそのうち潰れるよ」と言っていましたけれど、まあ潰れないで、立派ではないかもしれないけれど、今もやっているわけです。

そんなわけで私は大学、精神病院、地域という3つを、自分の精神科医のフィールドとして経験してきました。全体がどういう連携を持つかということ、国が精神障害の人たちに対してどういう取り扱いをしてきたかということを知ったこと、それから社会が精神障害者に関してどのように動いてきたかについて学んだ。言わば精神医学の研究面と社会面、福祉面で、これらを総合的に書いてみたい。これがこの本(『実践 精神医学講義』)を書く動機で、今から6年くらい前に書き始めたんです。

坂根 6年前? もう90歳じゃないですか。

高柳 そういえば僕が院長をしていた大田病院は、東邦大学のすぐそばで、大森のガスタンクのそばです。それから鈴木君の先輩で僕の友達の、新井尚賢教授の息子(新井賢一)がいました。

秋元 新井尚賢とは、大変親しいんです。僕は、彼の結婚の媒酌をしてみましてね。息子さんの方はよく知らないが、大変優秀だとは聞いています。たしか、アメリカに行ったのでしたか。

鈴木 はい。ゲノムの研究をして、アメリカで会社を作っていました。今は東大医科学研究所の教授です。

高柳 お父さんは当時、東邦大学の精神医学の教授をされていました。先生が行かれたあとに、教室を作られたのでしょうか。

秋元 そうですね、彼が教室を作ったんじゃないのかな。

地域・まちづくりと非営利・協同について

坂根 ぼちぼち最後の質問に行きたいと思います。

私がきょうされんや洗びん工場をみていますと、もう一昔前の作業所ということではなく、中身も規模もずいぶん広がってきたと思います。メンバーや職員も取引業者や生協も、多くの団体がひとつになるような取り組みではないですか。多少それぞれの思いの違いはあっても、集まることが出来る。民医連や福祉や介護にしてもみんなそうですが、地域というところで、街づくりを基本に考えようとする、利益は目的にはしないけれども——当然、一定利益をあげることは必要なんです——、それなりに同じ思いをもって集まれる、そういう仕組みや考え方を整理することが、今の世の中では大変重要なんじゃないか、そういうことを少しいろんな角度から研究しようということとで研究所を立ち上げたんです。

先生もそんなことを思っていらっしゃるのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

秋元 昭島の洗びん工場は、いわゆる働く場所ではあるけれども、地域の人たちがそれを支持するような仕組みにしないとだめですね。ようやく今

度、祝和子さんが地域に障害者のための生活支援センターを作りましたが、ああいうものが出来ましたから、地域と地域の人たちとを福祉・施設の人を結びつけるものになる。だけど本当はあれではいけないのです。

これは私がうらやましいのですが、かつて社会党の代議士であった外口玉子という人がいましてね。これが下落合に「街」という名前で精神障害者の作業所を作ったんです。そこでの仕事はケーキやパンを作ると同時に、広いきれいな喫茶店を持っていて、周りにたくさんあるマンションの若い奥さんたちが、そこでパンやケーキを買ったり、昼なんかにそこに来て軽食を食べたりしている。その作業所は精神障害者の働く場所であるとともに、近所の人たちの交流の場所にもなっている。それだけじゃなくて、私はこれはすばらしいと言って勧めているんですが、定期的にいろいろな展示会やピアノや歌のコンサートなどのイベントを広い喫茶室で開いている。また上にかなり広いホールがあって、地域の人たちにも使ってもらうようにしている。小平のあさやけ第二作業所なんかでもやりたいのだけれど、場所が狭くてなかなかできない。これは施設と地域が密着しているのがいいですね。

坂根 単に働くということはもとより大事なことです。おっしゃるとおり、地域に溶け込むというのも大変大切なことです。

秋元 地域に溶け込むといえば、私はもうひとつ、素晴らしいと思うのだけど、和歌山県和歌山市にある「麦の郷」という、伊藤静美さんというナース出身の人が作った素晴らしいところがある。きれいな川があるのですが、働く場所、住む場所がそこに沿ってかなり広いところに施設がまとまりになって出来ている。こういうのが東京にもできるといいですね。

鈴木 平松謙一をご存知ですか。彼も江東区でそのような施設を作っています。同じく鉄門（東京大学医学部）出身で、卒業は3年くらい僕よりあとでした。彼は今、沖縄に行っています。

彼は江東区でコスモスというグループを作っていて、大学と作業所と両方をやろうとしていました。多分、先生のお姿を拝見して、真似しようとしたんだと思います。今は同じ協議会グループに入っています。

坂根 僕らの研究所もそういったまちづくりとかいろいろやっていきたいと思いますが、ぜひいろいろと引っ張り出しますので、よろしくお願いします。

高柳 最後ですが、先生のこの厚い本も必読ではありますが、現在・過去そして未来と、いつも先生は見続けています。その先生の実践の立場から、医療関係者や医療関係者ではない次の世代に向けて肝心なことを一言でまとめていただけませんか？

秋元 これはやっぱり、それこそ「命を大事にする」ことですね。人の命はもちろん、その前に自分の命を大事にする。ところが戦争という命を粗末にする時代が迫っている。命を守るということは、戦争をやらせないということにつながるといいますね。今、イラクでも、中東でも敵味方に関わらずどんどん命が失われていますね。こういう時代を、命を大切に作る時代に変えて行くことが、これからの人間のやるべきことだと思いますね。

坂根 ありがとうございます。ところで、先生は88歳くらいからパソコンを始められたと伺いましたが。

秋元 米寿のときです。

坂根 そのあと腱鞘炎になったと聞きましたが、先生の健康法を教えてください。

秋元 健康法ですか？よく眠ることですね。

坂根 今日はどうもありがとうございました。
（すずき あつし・東京民主医療機関連合会会長、さかね としゆき、たかやなぎ あらた・研究所副理事長）

津川武一と東大精神医学教室

秋元 波留夫

津川が東大医学部を卒えて精神医学教室に入局したのは昭和14年（1939年）4月のことである。丁度その頃、私は講師としてこの教室に勤務しており、彼が学生時代、治安維持法違反で検挙、投獄されたことや、その後一兵卒として懲罰召集されたが、中国戦線で武勲をたてて軍司令官から感状を貰った逸話の持ち主であることなど医局の連中から聞いていたので、この特異な経歴の人物の入局に興味と期待を抱いたことを今でもよく覚えている。

彼と最後に会って、久しぶりでゆっくり話してきたのは、彼が亡くなる前年の1987年5月30日、富山市で開かれた第34回日本病跡学会でのことであった。彼はその時、若いときから調べていた、新古今集の編者、藤原定家の病跡研究を発表したが、昔と変わらない彼の旺盛な探究心には感心させられた。弘前に是非遊びにくるように、という彼のその時の誘いに、もう応えることができなくなったことは残念至極である。彼と私が東大精神医学教室で一緒に勉強したのは彼が召集され、私が金沢の大学に赴任するまでのわずか2年間だけで、それ以後は、それぞれ異なった道を歩くことになり、お互いに疎遠になりがちであったけれども、私は彼の思想、行動に共感し、終始変わることのない信頼と友情をもち続けたことを幸せに思っている。津川は私の生涯の良き友であった。

想出は尽きないが、彼が戦後、軍隊から教室に戻って研究を続ける道を選ぶことをやめ、故郷に帰り赤手空拳で弘前健生病院を創立した頃、金沢大学の教授であった私はそのことを聞いて東大のために大変残念に思ったが、せめて彼の診療を援けたいと願い、医局員を交替で送ったこと、彼らの多くが津川の人格と優れた指導力に敬服し、弘

前行きを希望したこと、1949年8月の松川事件で検挙、青森刑務所に収監されていた時、健生病院の三上事務長からの報せで彼がかいせん（かいせん虫による皮膚病）に冒され、ひどい状態だということを知り、吃驚して、すぐさま青森に出掛けて行き、彼に面会すると、全身に浮腫があり、憔悴がひどいのには驚き、刑務所長に交渉して彼を至急市内の病院に移し、治療を加えることを約束させたこと、私の東大教授時代には彼と一緒にイタコを調べるために、何回か恐山の祭礼を訪れたこと、私の国立武蔵療養所長時代には彼が共産党の衆議院議員として活躍していたので、国立医療機関のマンパワーの不足などの問題や、東大精神医学教室の病棟、研究室占拠事件で尽力してもらったことなど、いずれも私にとって忘れることのできない出来事である。津川の追悼録が編まれるようなことがあったら、これ等のことを書いておかなくてはならないと思っていたが、先日、「津川武一日記」の編集委員会阿部誠也代表から原稿の依頼があった。阿部から送られた資料のなかの文章『『精神病学教室』と破門。津川武一の回想』（赤旗、1990年8月25日号）を読んで私は驚愕した。

彼が東大の精神医学教室で研究を続けることを断念して故郷で開業するようになったのは、彼の師である内村祐之から破門されたためだと書かれていたからである。当の本人はもとより、内村から、また教室の同窓からもそういう話はこれまで、全く聞いたこともなかった私は、信じがたい思いであった。内村は津川が日記や小説に書いているように、本当に彼を「破門」したのだろうか。そうだとすれば、いつ、どこで、どんな経緯で行なわれたのか、当時の事情を知っていると思われるひとに聞いて確かめなければならないと思った。

内村はすでに世を去っており、当時を知るひとの多くは故人となったが、さいわい、二、三の関係者から貴重な回顧談を聞くことができた。そして、私なりにこの「破門事件」を理解することができたように思うので、それを書いて阿部の依頼に応えることにした。

まず、阿部の文章によると、弘前高等学校で津川と同窓であった石上玄一郎の小説「精神病学教室」の題材と舞台が東大精神医学教室とあまりにも酷似しており、津川しか知らない内幕が暴露されているところから、内村教授は石上を津川のペンネームと思い込み、これが原因となってついに教室から破門されることになるのだが、この問題の吟味から話を始めよう。阿部がこのように書いたのは、津川自身が「石上玄一郎あれこれ」（石上玄一郎作品集第1巻月報、1970年所載）で次のように回想しているからであろう。

「日本の軍部がアメリカとの戦争を計画し、ハワイ襲撃作戦を立てたときの大動員で召集され、山形の北部第十八部隊で軍医をしていたとき、中央公論社から中央公論が送られてきました。中央公論など送られるわけではないのにと、頭をひねりつつ、同僚の軍医とともに、なかを開いてみたら、石上玄一郎の『精神病学教室』なる小説が載っており、一気に読破したことは言うまでもありません。医学部副手だった私と主任教授だけが知っている事実をテーマにしていました」。「その後、『精神病学教室』のことなど忘れていたのですが、教室の主任教授がそれを問題にして、私と主任教授しか知らない事実が書かれているので、『精神病学教室』は私が書いたものと思い込み、私のことを怒っていることが教室に残っている同僚から彼や私に伝えられたのです。彼、上田（石上の実名）はそのことに心を痛め、中央公論の編集者とともに、その主任教授を訪ね、真実を述べたそうですが、主任教授が彼らの弁明を信用してくれたとは思われません」。「敗戦後、私が郷里の弘前で病院をはじめ、医師の派遣を教授に頼んでも出してくれませんでした。その主任教授が定年退職し、教授が変わると、私のところに医師を送ってくれるようになったのです」。

この津川の手記によると、内村が石上の小説を津川が書いたものと誤解して激怒したというのは

教室の同僚からの伝聞であり、直接このことについて内村から話があったわけではない。また、内村が石上や中央公論の編集者の弁明を信用しなかったというのも「信用してくれたとは思われません」と書いているように、津川の推測である。私は1941年（昭和16年）8月、津川の召集を見送った後、同年12月金沢大学に赴任したので、その後の教室のことは知る由もなかった。石上の小説は金沢で読み、これまで取り上げられたことのない医学研究と医の倫理の葛藤をテーマとした佳作だと感心したが、この小説が内村を怒らせたなど想像もつかないことであった。

今度あらためて石上の「精神病学教室」を読み直してみても、この小説の題材が丁度私が講師として津川たちと一緒に勉強していた頃の東大精神医学教室の中心的研究テーマの一つであった脳動脈撮影による頸動脈閉塞性疾患という専門的な問題であり、きわめて正確に描かれており、石上の友人であり、この研究に参加していた津川がこの小説が書かれた前年の1940年11月東京精神神経学会例会で「頸動脈の閉塞性血栓性動脈炎による障害」を発表していることなどから考えても、津川からこの問題の知識を得たことは間違いないと思ったけれども、実在の人物をモデルにしたとは到底考えられないこの小説に登場する「面白い患者、珍しい患者、面倒な患者があれば頗る上機嫌で、ありふれた患者ばかりの時は敷島をプカプカ吹かしてばかりいる」精神病学教室主任教授厚木は私の識る内村祐之教授とはおよそ異質の人物であるし、教授の業績至上主義と医の倫理の葛藤に悩み、ついに、狂気にいたる若い医師高津のような良心的で悲劇的な人物を、私は残念ながら当時の教室員のなかに発見することができない。これらの人物は、高津の受け持ち患者で、教授の暗黙の指示で大動脈に造影剤を注射して死に至らしめた、閉塞性動脈炎の患者石野、郊外のサナトリウムで死を待っている高津の友人の末期結核患者歌川などとともに、作家石上が追求して止まない医の倫理のテーマを小説の形式で表現するために創造した人間模様であり、精神医学教室はその主要な舞台だったのである。だから、津川はこの優れた作家に題材と舞台を提供した功績を讃えられこそすれ、責められる筋合いは毛頭無いはずである。当時教

室で行なわれていた研究は秘密でもなんでもなく、教室員周知のことであった。

津川は彼の手記で石上の小説が内村を激高させたことを教室員から知らされたと書いているが、このことについて当時の医局長高橋角次郎に聞くことができた。その頃の医局員で健在なのはもう彼一人になってしまったが、津川の入局には医局長として尽力したし、石上の小説には実名で出て来る椎骨動脈注射による脳動脈写の発見者で、津川と研究を一緒にやり、親しい間柄であった。彼に津川破門の話をする、そんな話は全く聞いたこともないし、第一内村先生の人柄から考えてもそんなことはありえない話だと即座に否定した。石上の小説については高橋も昔読んだことがあり、彼は津川の研究が書かれていることはよく記憶しており、石上が小説の材料を津川から得たと彼も考えていたが、この小説のことで内村が腹を立てたことや、医局で問題になったこと、まして津川に報せるなどということは全くなかったと断言していた。

内村が津川の研究能力を評価していたことを高橋は強調していたが、これは私も同感で、その頃教室を挙げて取り組んでいた精神疾患の疫学的研究での彼の貢献は抜群だった。「大都市における精神疾患頻度に関する調査」（精神神経学雑誌46、1942所載）は当時彼が住んでいた東京池袋の住民の戸別調査報告で、私も参加したが、プライバシーに敏感な都会の住民についてこのような調査が円滑に行なわれたのは、津川が町会の世話役をしていて住民から信頼されていたからであった。彼と一緒に、住民の一人である推理小説作家の江戸川乱歩を夜明け方に訪ねて話し込んだことを覚えている。彼は昼間寝て夜中に執筆する習慣なのでそんな時間に訪問したわけだった。彼もこの調査に積極的に協力してくれた。この論文は7名の連盟で発表されているが、彼一人でまとめたものである。入局してわずか2年足らずでこれだけの論文をまとめたのだから彼の研究者としての資質が並々ならぬものであることが判る。この他にも前傾の閉塞性血管障害の研究（1941）のほか、血族結婚と精神分裂病の遺伝（1941）、東京府下三宅島における精神医学的ならびに遺伝病理学的調査（1941）、精神分裂病の遺伝予後、殊に甥姪の遺

伝予後について（1941）などが発表されており、当時の教室員のなかで最もよく勉強したのは彼であった。いつ召集されるか判らないという思いが彼を研究に駆り立てたのだと思う。

津川破門の一件については、高橋だけではなく、内村夫人も全く聞いたことが無いということであった。夫人は津川のことをよく記憶していたが、石上の小説は読んだことがなく、これについて内村から特別な話を聞いたことはないということで、内村がこの小説が原因で津川を破門とまではいかないにしても、疎んずるようになったとしたら、夫人にすこしは話をしそうなものだが、夫人は全くそんな話は聞いたことがないし、第一内村の性質から考えても、弟子を破門するなど、そんなおかしい事をするはずがない、なにかの間違ひではないか、いずれにせよ、内村は津川を破門などした事がないということをはっきりさせて貰いたいというのが夫人の希望であった。健生病院が創立されて間もない頃、津川の依頼で金沢の医局から何人か医局員を送ったが、そのトップバッターだった中村五暁は津川の信頼が厚く、親しい関係にあった一人だけれども、津川破門の話は寝耳に水で私がその話をする、と吃驚していた。彼は津川から東大時代の研究の話は聞いたが、石上の小説や破門のことは聞いた記憶が全く無いということであった。

このように、津川が内村から破門されたことを客観的に裏付ける事実は私が調べたかぎり発見することができなかった。現に彼は東大精神医学教室同窓会名簿に載っているれっきとした同窓である。それであるのに、津川本人が内村から破門されたと日記や小説に書いているのだから、少なくとも主観的には彼がそう信じていたことも確かである。客観と主観とのこのギャップをどのように理解したらよいだろうか。それを解く鍵の一つが弘前民主文学21号（1958年2月）に発表された小説「急行日本海」の下書き原稿である。印刷されていない部分が重要である。この下書きは1955年8月7日、私を訪ねるために急行日本海で金沢に赴く途中、車内で原稿用紙に書かれたものである。

小説では主人公の開業医陽一が、先輩の金沢大学A教授に教室員の派遣を頼みに出掛けるところから始まって、その原因となった破門のいきさつ

が詳しく描かれている。

「彼は金沢大学のA教授のところに、医師を派遣して貰うために、旅に出たのであった。彼は東京の大学を卒業し、その大学の医局で精神科を専攻したのであったが、U教授から一種の破門にあり、出身の学校からは、医師を送って貰えないので、兄弟子のA教授のいる金沢に向かったのである」。陽一は、しかし、なんで破門になったか、いまもって合点がいかない。「何故、母校の東京帝大を破門になったかについては、いまも充分納得がいかず、それ故に悩みの種の一つでもあった」。陽一は悩みの種である破門の理由を色々思い巡らした挙げ句、次のような出来事に思い当たる。

「戦前の昭和十五年か十六年の頃であった。日本精神神経学会が大阪で開かれた春のことであった。U教授は、陽一たちが苦心して作り上げた研究論文を発表している最中に、大阪から姿を消し、京都にあらわれ、京都と近江で、万葉集や古今集の古跡をかけめぐっていたのであった。第一日目研究発表がおわり、その夜ホテルに集まった研究室の全員は首を集めて協議した。『U先生に古代国文学を研究するなというのではありません。一年に一回の学会ですから、その学会にだけは、立ち合っていただきたいのです』、『脳の病理学では、国際的権威である先生に、国文学から医学に、ぜがひでも、もどって貰いたいのです』。研究室の人たちが、すべての知恵をしぼってだした結論がこのような二つのことであった。この二つのことをU教授に告げにゆく、「猫の首に鈴をつける」大役を「若輩ではあるが、多少なりとも小説を書いたり、古典にも目を通すことがあるというので」皆から押しつけられたのは陽一であった。

「陽一は、京都の宿舎にU教授を訪ねた。教授は、何も言わないで、黙ってきいていた。一言も発しなかったが、次の日U教授は、はやばやと学会の会場にあらわれ、座長席につき、研究室一同愁眉をひらいた。学会がおわり、東京に帰ってから、U教授に、昼食の時間に、あの好きな万葉論をやらなくなり、ひたすら脳と精神の研究のことを語り、柿本人麿や紀貫之をあさりに文学部図書館に行かなくなった。研究室員一同、お家の繁盛と喜んだ反面、そんな教授の顔を、まともに見ると、心がいたんだ。教授をそのようにしておきな

がら、陽一自身は、心中とデカタンの小説をくりひろげている太宰治につきあったり、新古今集の藤原定家論を活字にしたり、短篇ではあるが小説を同人雑誌に発表したりした。『先生にやらせないで、君ひとりだけ、好き勝手なことをして大丈夫かい』研究室のなかでは、そんなことを心配してくれる人もあったが、陽一はかまわず、医学と文学のふた股をかけた」。

この出来事はいわば陽一の破門劇の前奏曲ともいべきもので、師のディレッタティズムを責め立てておきながら、彼自身「医学と文学のふた股をかけた」ことが、同僚が心配したように、U教授の怒りを買ひ、破門の準備条件となったと陽一は考える。しかし、これはあくまでも、小説上の設定であり、事実ではない。この小説の舞台の一つとなった「昭和15年か16年の日本精神神経学会」というのは、昭和15年4月6日、7日、大阪帝国大学で開かれた第39回日本精神神経学会総会であることは間違いない。日中戦争が苛烈となり、教室からも応召者が相継ぎ、手薄となっていたが、研究の灯だけは絶やすまいと教授以下熱意を燃やしていた。学会には留守番を残してほとんど全員、といっても五、六人だったが、出席して研究発表を行なった。津川は内村らとの連名で、「バラオキソカンファーの痙攣誘発作用並びにその治療的応用、特にカルジアゾル、アゾマンとの比較」を発表した。私も岡本玉枝との共同研究「てんかんの長期予後」を発表した。余談になるが、岡本は後に津川の世話で彼の友人と結婚した。津川の面倒見の良いのに感心したものである。

小説ではU教授が学会をすっぽかして、京都、宇治にでかけ、「万葉集や古今集の古跡をかけめぐっていた」ことになっているが、内村は私と同じホテルに滞在しており、私と一緒に学会に出席していたし、第一、内村には古典文学や古跡めぐりなんかの趣味は全くないかのだから、そんなことがあるはずがない。U教授の実在の内村とはほどといい、津川の創作した人物であり、彼自身のなかのディレッタティズムの投影のように私には思われてならない。

陽一はU教授との確執はそれから1年後に表面化する。「あれやこれやで1年もたつたろうか。夏の日、研究会がおわり、研究室あげて銀座に出

てゆき、ミュンヘンというビヤホールでおおいに飲んだ。教授も飲んだ。教授の機嫌は、飲むビールの量がふえて行くに従って、ますますよくなり、研究員一同いよいよ意気が上がっていったとき、どうしたというのだろう、U教授は、にわかにな顔になり、『安田君、君はいよいよ書いていますよだね』とやってきて、陽一をびっくりさせた。く『下手の横好きでやっています』陽一は、ぴょこんと頭を下げた。研究員たちはビールのコップを下において、二人のやりとりを見つめた。『生意気にも程がある。君には明日から、研究室への出入りはやめて貰うから、そのつもりで』教授は、顔をまっかにし、語気をあたためてそれだけ言うと、席をけて出て行ってしまった。たいへんなことになってしまった。のちに金沢の教授になる、そのときは講師であったA氏たちが、陽一を連れて行ってU教授に何回か詫言を入れたが、がんとしてきかなかった。人にはあんな失敬をことをしていながら、自分ひとり好き勝手に振舞う人とは、研究をともにするわけには行かないというのであった」。

銀座のビヤホール、ミュンヘンはいまもやっているかどうか知らないが、当時は私たちが愛用した店の随一だった。津川ともよく飲みに行った記憶がある。しかし、ここに書かれているエピソードはこれまた津川のフィクションである。現実の内村はビールで酔うようなことはなかったし、津川が小説を書くことなど全く気にしていなかった。「のちに金沢の教授になる、そのときは講師であったA氏」とあるのは私のことに違いないが、私が津川を連れて内村に「何回か詫言をいれた」ことなどまったくない。そもそも詫言を入れる理由など存在しないからである。この小説はもちろん、津川作品はこれまで手にしたことがなく、今度、阿部の好意ではじめて読むことができたが、もし、もっと前に読んでいれば、このようなことを書いた心境を津川に尋ねることができたのと思うと、まことに残念でならない。

小説「急行日本海」の続きを辿ろう。陽一はU教授から研究室への出入りを禁止されたあと、まもなく召集され、山形の部隊に配属となる。「昭和十八年、陽一は召集され、山形の部隊で軍医をつとめていた。支部における戦闘が思わしくなく、

陽一もいよいよ大陸にわたる形勢が見取られたので、暇乞いにして、陽一は上京し、教授室にU教授を訪ねた。ドアを開け、陽一が、お辞儀をして、U教授は、返礼しなかった。机の引き出しを開け、中央公論を引き出し、終わりに近い頁をあけ、陽一に押し出してよこした。『これは、君が書いたのだろう。そうだろう。君には今日限り、この教室に、出入りしてほしくないんだ』、教授はそれだけ言うと、立ちあがった。『講義にでなければならぬから』そう言って教授は、自分の部屋を出ていった。陽一は首をたれて教授室を出て、医局には顔を出さずに本郷通りに出て、中央公論を買い求め、鉢の木に入り、食事の注文をし、頁を開いた。題は『精神病学教室』であり、作者は石上玄一郎であった。一気に読んでしまった。なんだ、これのことだったのか。U先生も可哀相だ。とう思った陽一は、微笑を浮かべ、もう一度教授にあって釈明すれば、すべてが片づくと思った。「陽一は引き返して、もう一度教授を訪ね、石上と彼の関係を話して了解を求めたが、『石上というのは君だろう。この病気についてこれだけ書けるのは世界中に君しかいない』とやって相手にしてくれなかった。陽一は石上を探し、石上と相談して、中央公論社の記者にも加わってもらい、三人で教授を訪ね、陳謝したが事態は少しもよくななかった。医局長のA氏に相談したら、『教授には国文学をあきらめさせながら、君自身は好きな小説を勉強し、小説家と付き合っている。それを教授は怒っているんだ』というのがA氏の返事であった。陽一はとうとう破門になってしまった」。

この小説では「陽一はとうとう破門になってしまった」とあるように、石上の小説が引き金となり、U教授から直接破門を言い渡されたことになっているが、1970年に書かれた、前掲の手記「石上玄一郎あれこれ」によると、津川が石上の小説を読んだのは山形の部隊に軍医として勤務していたときのことであり、内村がこの小説のことで怒っていることは医局の同僚の報せではじめて知ったように書かれている。また、陽一が相談したという「医局長のA氏」は、私の名前のイニシャルAが使われており、「金沢のA教授」と同一人物のようであるが、私とは別人の、津川が創作した

人物である。私はまえにも述べたように、石上の小説が出る前年に教室を去っており、津川の相談にのれるはずがないし、医局長をやったこともない。当時の医局長で、津川と親しかった高橋角次郎は前述のように、石上の小説のことで津川から相談を受けたことがないと私に話している。

私は小説よりも手記のほうが真実であり、内村から教室への出入りを禁止するとか、いわんや破門とかいう言葉を津川は直接聞いたのではないと思っている。では、なぜ津川は内村から破門されたと書き、破門にこだわり、悩まなければならなかったのだろうか。小説「急行日本海」をもう少し読み続けてみよう。

「それから、十七、八年の間、陽一は医局に帰ることが出来ず、郷里の弘前で開業し、その規模が大きくなり、新しく医者が必要となり、昨年の春、名古屋で行なわれた学会に出てU先生に直接会い、医者を頼んだが、『東京と弘前では遠すぎてね』と拒否されてしまった。教授に拒否されても、患者はふえるばかりなので、どうしても新しい医者を探さねばならなくなった。当時の講師だったA氏が、その後金沢の教授に栄転してから十年あまりになり、弟子も多くなっているの、A教授に頼んでみる気になり、いま急行日本海の食堂車の窓から、美しい夕日を眺めているのである。食堂車にくる客が、ほとんど二等車からであるらしいので、陽一は、すっかり不安になってしまった。三等車に乗った理由を考えてみた。その日は八月七日であった。三十五人をこす従業員の七月分の給料は総額六十万円のうち、四十壱万円だけは、やっとのことで昨日払えたばかりである。政府からの医療報酬の支払金三百五拾万円が、三ヶ月もおくれているので、この一年間、給料をその月のうちに払えたことがなかったので、彼は従業員の手前もあって、三等車に乗ったのであった。そんな不満に焦りながら、ビールを飲んでいる、別の不安が浮かんでくるのであった。金沢に行ったとて、医者が手に入るだろうか、との疑問であった。U教授に破門にさえなっていなかったら、教授のところには、五十人も研究員がいるのだから、ひとりや二人は、何とでもしてくれただろうに、と思うと、U教授に、本当に悪いことをしたということが、身につまされて分かるのであ

た」。

私はこのくだりを読んで、名古屋の学会の折り、医師派遣の依頼を内村から断られたことを始めて知ったのだが、おそらくこれは事実だろう。しかし、1954年4月、名古屋大学で開かれたこの学会には私も出席しており、津川にも会っているが、そんな話は彼から聞いた記憶がない。だれにも語らなかったのだろう、小説以外には。三等車に乗って、はるばる弘前から金沢くんだりまで、それも、医者がはたして手に入るかどうか分かりもしない旅をしなければならぬ津川にとって「U教授に破門にさえなっていなかったら」の思いが強烈であったにちがいない。内村が津川の頼みを断ったのは津川が考えるような破門が原因ではなく、教授の一存で教室員の人事を左右することが難しい事情のためではないかと私には思われる。しかし、津川にしてみれば、自分が困っているのに助けてくれない内村の仕打ちから、昔東大医局に在籍していた頃の、石上の小説事件などと思いあわせて、破門されたとしか考えられなかったにちがいない。

「U教授に、本当に悪いことをしたということが、身につまされて分かるのであった」という語句の意味を私なりに解釈すると、津川は内村を恩師として尊敬しながら、それにふさわしくないことがあったという自責の念を抱いていたように思われる。津川にとって破門とはこの自責の思いの外部投射にほかならない。それを証明するのは小説急行日本海の続きの文章である。

「とうのは、陽一自身、この半年間、常に考え、そして迷い、今だに、決断がつかないことがあった。それはU教授と全く同じことであった。彼は昨年の十二月、読売新聞小説賞に佳作として拾万円の奨励賞を受けており、今年の六月には、サンデー毎日の大衆小説に入選し、これ又拾万円を受賞した。恩師のU教授にその研究を諦めさせた万葉集には、彼自身独特の見解を持ち始めていたし、さらには、新古今集の研究では、野心的なことまで考えていた。昔のU教授が大阪の学会を逃れて京都に逃げたときの境地に近いものがあった。だが陽一には、彼の好きなそんな文学の研究や小説書きを許さないものがあった。ついこの間の七月末の、自分の病院の労働組合との団体交渉が、そ

の一つの例である。『院長先生は小説を書くのをやめてくれ』と、労組の書記長が、つめよった。

『院長先生は、患者のための、病院のための、従業員のための、一つの道具であります。その道具に好き勝手なことをされては困るのです。院長先生が好きだからといって、文学にばかり取り組んでいたもので、たまったものではありません。私たちの生活を維持し、入院患者との約束を守るためにも、先生の小説は第二義的のものです。労働組合は、そう陽一にせまった。二十年近く前、医学の研究と研究生の指導のために、好きな古典文学の研究が、陽一たちの手によって諦めねばならなかったU教授と全く同じ運命が、陽一の上にもめぐり来たのである。しかし、陽一は、U教授のように簡単には諦めなかった。開業医として病院をやって行くか、文学をするかのせっぱつまった選択に直面しているとは思わなかった。その両方をあわせやる道が無いものかと模索した。金沢に行って、六、七年も経験のある医師が手に入れば、労働組合の要求を満たすことも、高等学校の頃から病みついている文学病も満足させることが出来る。そう思って、急行日本海の人となったのである。1955年の頃であった』。

小説急行日本海はここで終わっているが、読みおわって私は、東大精神医学教室時代の若き日の津川とその師内村との心理的葛藤（その具体的事実はいまとなっては知る由もないが）が、見事に昇華され、ロマンの世界が創造されていることに感動するとともに、彼にとって「破門」は苦悩ではあったが、同時にまた、それは彼の創作の強烈な原動力となったにちがいないと思うようになった。

彼が六十四歳の頃に書いた小説「破門」（弘前民主文学46号、1974年所蔵）は、優生学を信奉する教授がそれを批判するようになった、かつての忠実な弟子を破門、追放する話であるが、この好個の短篇もまた、破門が作家津川の生涯を通じてのモチーフであったことの証明のように思われる。

私は、今度始めて、津川が師の内村から「破門」されたと思いこんでいたことを知ったのだが、私が調べた限りでは、そういう事実は確認できなかった。津川自身の書いたものを読んでも、内村から直接破門を言い渡されたという確証は発見でき

ない。だから、「破門」はもっぱら津川の主観的な判断だったのではないか、と私は考える。おそらく、彼がそのように判断したのは、内村との間になんらかの心理的葛藤が存在したためであろう。小説「急行日本海」はこの葛藤の昇華の試みだと私は思う。

いま、津川について、私がいちばん強く感ずることは、彼は作家であり、思想家であり、行動的政治家であり、農民の友であったけれども、根底的には病めるものの側に立つ医師であり、研究者であったということである。彼のこの姿勢は東大精神医学教室時代の彼の特徴であった。「破門」を基調とする彼の作品はこのことの紛れもない証明であろう。私はこのところしばらく病院を離れて、共同作業所の仕事を手伝っているが、弘前の健生病院で津川の薫陶を受けた優秀な精神科医の協力をえる機会が多い。不思議なまわりあわせである。津川の精神がこれらの諸君によって新しい形で継承されていくことを願っている。

（1992年2月12日）

（初出『津川武一日記』第1巻、北方新社、1992年）

ヨーロッパの医療制度の特徴と問題点

松田 晋哉

1. はじめに

人口の高齢化と急性期疾患から慢性疾患という疾病構造の変化にともない、わが国の医療費は増大を続け、1999年度に国民医療費はついに30兆円を超えることとなった。対国民所得でみるとわが国の医療費は8%台であり、アメリカやフランス、ドイツといった他の先進諸国に比べるとまだ低い水準にある。しかしながら、今後の更なる高齢化の進行と、現在の経済の低迷を考えると、医療保険制度を含めた健康政策の見直しは喫緊の課題である。1999年度決算によると、健康保険組合、政府管掌健康保険、国民健康保険のいずれも単年度決算でそれぞれ2033億円、3163億円、1190億円の赤字と極めて厳しい状況にある。経済状態の悪化により保険料収入及び税収は減少しており、将来的には少子化がこの傾向に重なることになる。一方、高齢化の進行は有病率を高め、さらに医療技術の高度化が支出の増大につながる事となる。結果として、医療保険財政の収支は赤字傾向が継続し、医療費適正化の圧力はさらに高まっていくと予想される。平成14年度の医療保険制度改革では、診療報酬のマイナス改定とともに、保険料の基準となる収入には総報酬制度が導入された。池上が指摘しているように、1990年代以降における医療保険財政の行き詰まりの根本的な原因は経済不況にある（池上、2002）。その意味で平成14年度に行われた診療報酬のマイナス改定は、現在の経済状況が持続する場合、状況によっては今後も行われる可能性がある。では、

わが国の経済状況が回復すれば医療保険の財政も好転するのであろうか。残念ながら、欧米の経験が示すように、仮に今後経済状況が回復したとしても医療保険財政が劇的に好転することは期待できない。なぜならば、現在先進諸国における経済成長の源は労働集約的な産業から知識集約的な産業に移っており、「雇用の創出無き経済成長」となる可能性が高いからである。また、このような状況は社会の階層化にもつながりうるものであり、わが国の社会保障制度の原則となっている社会連帯のあり方そのものにも影響しうるものであろう。従って、従来手法の使えない2007年以降は新しい考え方に基づく医療政策が必要となる（図1）。

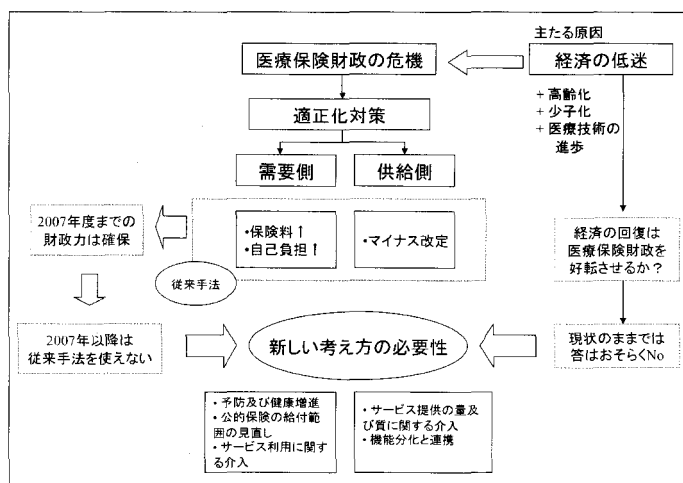


図1 医療費適正化の考え方

わが国の医療制度改革については経済財政諮問会議から表1に示した内容の「基本方針」が出されている。これを要約すると「基本方針」は、わが国の社会保障の現状について「むだがある、負担が不公平、将来は大丈夫か」という批判がある。質量両面でサービスの非効率性も否定できない。

そのため、制度を効率的な仕組みに変えるために思い切った制度改革・規制改革をすすめていく必要がある」と主張している。この主張の背景にあるのは新自由主義的な発想であるが、本当にこのような考え方で改革をすすめていくことが国民の安心の基盤となる医療制度を改善する上で望ましいのかについては、今一度慎重に考えてみる必要がある。実は、「基本方針」で示されている事項は、1980年代後半から公的な医療保障を特徴とする欧州諸国において取り組まれてきた医療制度改革の内容である。医療制度改革という、国民の社会生活に大きな影響を及ぼすものについては、単なる理念論ではなく、事実やデータに基づいた客観的な議論が必要である。従って、すでに種々の医療制度改革を行ってきている欧州における近年の動向を検討することは、わが国の今後の医療制度改革の方向を考える上でも参考になると思われる。本論文では、以上のような問題意識に基づいて欧州の医療制度改革について論述してみたい。

表1 経済財政諮問会議「基本方針」

- | |
|---|
| <p>1. 医療サービス効率化プログラム</p> <p>① 医療サービスの標準化と診療報酬体系の見直し</p> <p>i. 定額払い方式(DRG/PPS等)の拡大</p> <p>② 患者本位の医療サービスの実現</p> <p>i. 医療・医療機関に関する情報開示など</p> <p>③ 医療提供体制の見直し</p> <p>i. 機能分化の促進</p> <p>④ 医療機関経営の近代化・効率化</p> <p>i. 株式会社等による医療機関の経営</p> <p>ii. 外部評価制度の推進</p> <p>⑤ 消費者機能の強化</p> <p>i. 保険者機能の強化(レセプト点検、直接契約など)</p> <p>⑥ 公民ミックスによる医療サービスの提供など公的医療保険の守備範囲の見直し</p> <p>⑦ 負担の適正化</p> <p>2. 医療費総額の伸びの抑制</p> |
|---|

2. 欧州の医療制度の概要

欧州の医療制度は大きく2つに区分することができる。まず、第1のグループは国レベルあるいは地域レベルでの税金を基盤として医療を政府の責任で提供するNHSタイプ(ヴェバレッジタイプ)のものであり、イギリスやスウェーデンなどの北欧諸国がこれに相当する。第2のグループは

強制的な社会保険制度により医療を提供するビスマルクタイプのものであり、フランス、オランダ、ドイツ、オーストリア、ベルギーがこれに相当する。このほかヨーロッパにおいては、従来は社会保険制度を採用していたがNHS的な仕組みに転換したイタリア、ポルトガル、スペインなどの南ヨーロッパ諸国、あるいは社会保険制度からより民間保険的な仕組みを導入しつつあるスイス、旧ソビエト型の国営医療から民間保険制度の主体の仕組みに転換しつつあるロシアや他の東欧諸国などがあり、その制度改革は多様である。本論文では論点を明確にするために、ヴェバレッジタイプとビスマルクタイプの2つの種類に焦点をあてて以下の検討を行う。ただし、いずれの場合も、純粋な形式というものはなく、両者の要素が混在している点は注意が必要である。

1) イギリス(図2)

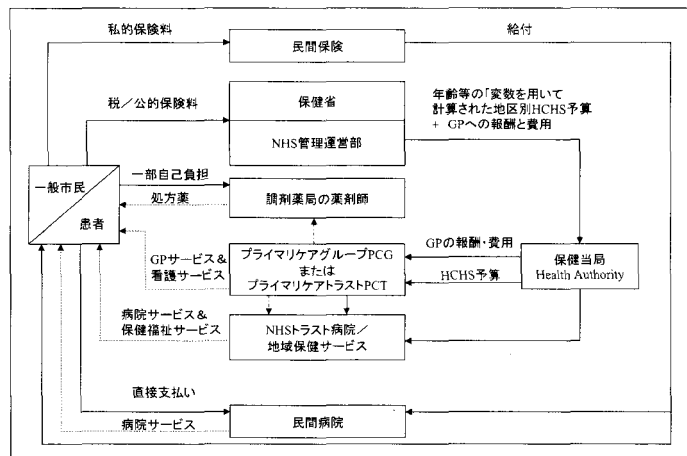
イギリスは国レベルの税金に基づいてNHS方式を運営している。国レベルで毎年決められる保健予算は前年度実績をベースとして地域当局に配分される。外来医療については、一般医GPによるゲートキーピングが行われており、住民は自らの選択でGPに登録し、プライマリケアの提供を受ける。専門医の診察や病院にかかる際には、登録したGPの紹介が必要となる。GPへの支払は人頭払いと出来高の組み合わせで行われる。病院医療については従来地区当局がそれを運営していたが、サッチャー政権の民営化路線の過程で、供給者と支払い者の分離が行われ、病院は独立行政法

人であるトラスト病院となった。そして、病院サービスについては、地区当局あるいは病院サービスを購入する権限を持つ予算管理一般医GPファンドホルダーが価格交渉によってそれを購入するという内部市場のシステムが導入された。GPファンドホルダーの仕組みはその後、ブレア政権における「競争からパートナーシップへ」という政策転換に伴いプライマリケアグループ(PCG)あるいはプライマリケアトラスト(PCT)に改

組されている。新しい組織はG Pに加えて理学療法士や地域看護婦も加わり、病院医療のみだけでなく、地域ケアや予防的サービスも購入する機能

市場の仕組みが導入されている。外来医療については人頭制あるいは俸給制の一般医によるプライマリケア体制となっている。ただし、スウェーデンではゲートキーピングは行っていない。民営化の動きも活発で、ストックホルム市内の公的病院が国際入札によりシンガポール企業に売却され病院サービスの民営化が具体化している。また、プライマリケアについても私的診療所の参入が検討されている。

図2 イギリスの医療保障制度



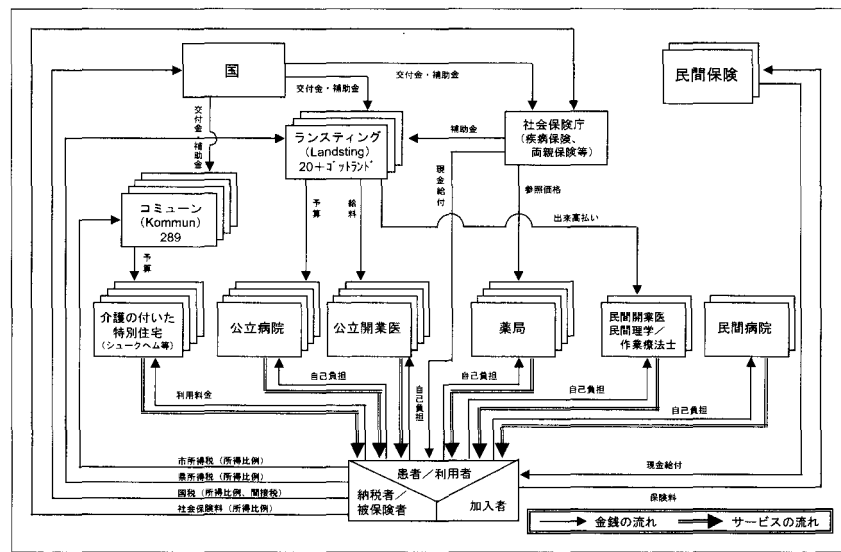
を持っている。

2) スウェーデン (図3)

スウェーデンを始めとする北欧諸国は、地方税をもとに各地方自治体が医療行政を行う仕組みとなっている。病院医療については、イギリスと同様に支払い者と提供者の分離が行われ、地区当局が交渉により病院サービスを購入するという内部

保険料は1997年時点では給与の18.3%で、雇用者負担12.8%、被用者負担5.5%であったが、被用者分については一般福祉税⁽¹⁾が当てられるようになり、1998年には被用者負担は0.75%となっている。すなわち、フランスにおいては社会保険制度の一般税化が進んでいる。医療サービスの財政方法は病院医療と開業医医療とで異なっている。公的病院については総括予算制であり、前年度の活動実績をDRGに基づく活動情報で調整し、その結果に基づいて地方レベルで病院医療を統括している地方病院庁と各病院が予算額を契約する仕組みとなっている。民間病院については、同様の手続きでHospital feeのみが1日あたり費用額として決定される。開業医医療については全国レベルで疾病金庫と代表的な医師組合との間で締結される協約金に基づく出来高払いである。民間病院のDr's feeは開業医医療と同じ扱

図3 スウェーデンの医療保障制度



動実績をDRGに基づく活動情報で調整し、その結果に基づいて地方レベルで病院医療を統括している地方病院庁と各病院が予算額を契約する仕組みとなっている。民間病院については、同様の手続きでHospital feeのみが1日あたり費用額として決定される。開業医医療については全国レベルで疾病金庫と代表的な医師組合との間で締結される協約金に基づく出来高払いである。民間病院のDr's feeは開業医医療と同じ扱

(1) 一般福祉税：社会保障財源を確保する目的で、給与所得だけでなく、資産収入など国民の全収入を対象として導入された税金。

いである。患者による支払は、病院医療の場合、窓口で自己負担分のみを支払う仕組みとなっているが、開業医医療については、受診時、患者がいったん医師に全額を支払ったのち、領収書を加入金庫に送付することで、給付部分を払い戻される償還制となっている。現在、この償還手続きは徐々にＩＣカードを用いた電子償還システムに転換されつつある（後述）。また、フランスの保険制度のもう１つの重要な特徴として、自己負担分を支

払う補足制度が発達しており、実質的な自己負担分は少ないことがあげられる。なお、医療サービスの利用についてはフリーアクセスが保障されており、ゲートキーピングは行われていない。

4) ドイツ（図5）

ドイツでは保険料算定報酬限度額を超えない被用者は、地域、企業等のカテゴリーに従って区分される8つの疾病金庫のうち、いずれかに加入する

ことが義務づけられる。保険料は通常労使折半である。また、保険者間では被保険者の財源力の格差を補正するために、性、年齢などを変数としたリスク構造調整という財政調整が行われている。一方、保険料算定報酬限度額を超える者は任意加入者であり、公的保険かあるいは民間保険を自由に選択できる。医療サービスの財政方法は病院医療と開業医医療とで異なっている。従来、病院医療については基本的に各病院と当該地域の疾病金庫との協定により、1日あたりの入院

医療費および診療科別療養費を決定するものであった。そして、これにいわゆるDRG類似分類による包括払い（FP：73疾患群）と特別報酬（SE：157疾患群）を組み合わせる形で金庫から各施設への支払が行われていた。しかしながら、病院医療の透明化とその支払の効率化を目的として、現在、オーストラリアで開発されたAR-DRGによってすべての急性期入院医療の支払いを行う一般化プログラムが進められている。開業医医療については、国レベルで定められた診療報酬点数表をもとに、出来高払いで支払が行われる。しかしながら、その支払方法は州レベル

図4 フランスの医療保障制度

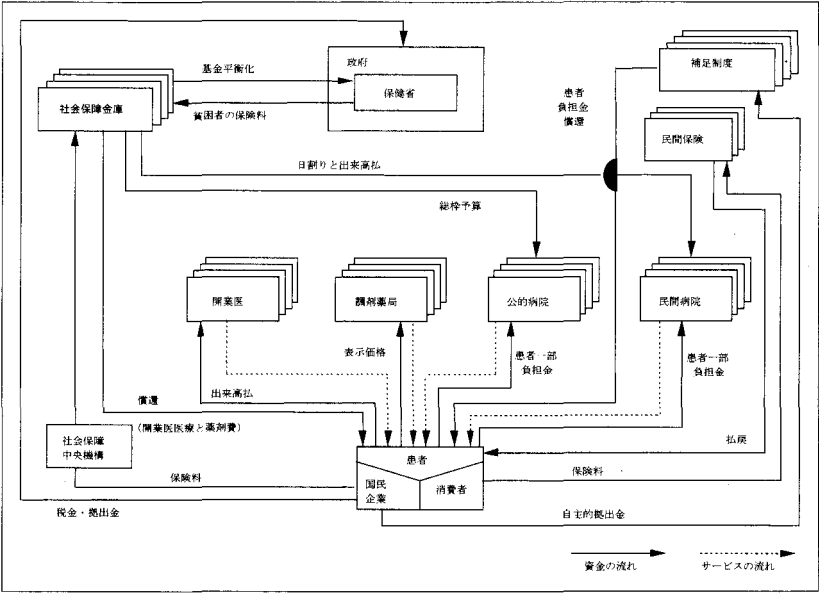
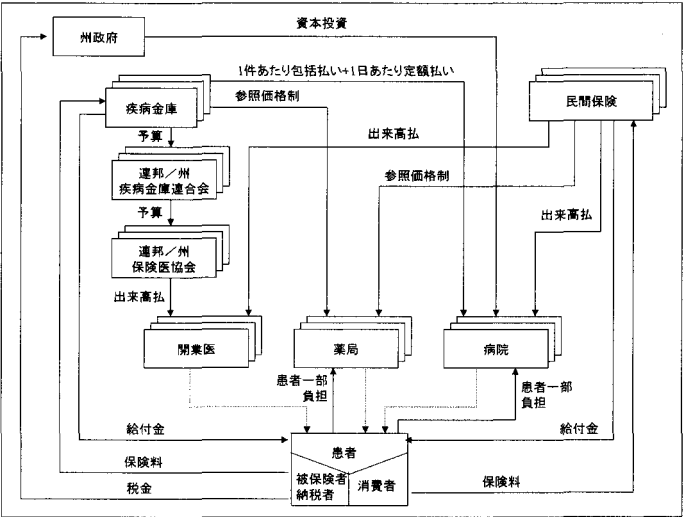


図5 ドイツの医療保障制度



で保険医協会と疾病金庫連合会と決定に基づいて保険医協会が総額を請け負う形式である。そして、例えば、支払い額が総額を越える際には1点あたり単価を変動させるという方式Floating pointが採用されている。開業医医療の場合、患者は保険医を自由に選択でき、その支払は第三者支払い方式となっている。病院医療にかかる場合は、救急を除き、原則、開業保険医による紹介状が必要となる。

3. 近年の欧州の医療制度改革

1970年代後半以降、低迷する経済環境と高齢化の進展に直面した欧州諸国は、従来の福祉国家的政策の転換を余儀なくされ、過去20年以上にわたりさまざまな医療制度改革を行ってきている。Ham (1997) は欧州における医療制度改革を3つの時期にわけて、それぞれの時期における目的と政策を整理している(表2)。経時的にその流れを見ると、1970年代の2度にわたるオイルショックを契機として生じた低経済成長下において、医療費増を制限するために、まず、1980年代に医療計画の制定や総額予算制といったマクロ的な抑制策が取られ、次いで医療における消費者主権的な考え方の台頭、個々の医療サービスレベルでの質や効率性への関心の高まりなどに対応するためにミクロレベルでの対策が取られるようになっていく。具体的にはガイドラインの策定やアウトカム

に応じた支払い、そして市場原理の導入による競争の導入などが1990年代以降、契約主義の原則のもとで試みられてきた。このような政策の医療費抑制効果について現時点で判断することは難しい。しかしながら、近年、わが国においても強調されている市場主義的手法の導入が、欧州では必ずしも成功してはいない点、イギリスのビッグバンの手法の行き詰まりやフランス・ドイツにおける情報の標準化の遅れによる医療制度改革の一次的中断などの経緯は、わが国の今後の医療制度改革を議論する上で参考になるであろう。そこで、以下の議論では市場主義の導入、分権化、患者の権利、健康増進を中心とした公衆衛生活動の推進、質の保証、マネージドケア、そして医療の情報化に焦点をあてて欧州における医療制度改革について分析してみたい。

1) 市場主義原理の導入

まず、市場主義原理の導入であるが、1989年のイギリスサッチャー政権による内部市場の導入はマスコミにセンセーショナルに書きたてられ、あたかも医療制度改革の切り札であるかのように取り上げられた。図6はサッチャー改革によって行われた市場主義的改革の内容を簡単に示したものである。この仕組みでは、サービス提供者間の競争を喚起するために内部市場を形成し、その上で両者がサービスの内容について契約を結んでいくという方法がとられている。例えば、病院医療について地区当局および病院医療に関する予算管理を行う権限を持つG P ファンドホルダーが、独立行政法人となったトラスト病院と病院サービスの価格について交渉を行うという仕組みが導入されている。この際、契約としては一連の契約について量のみを定めるBlock contract、サービス単位で価格とその量を定めるCost-and-Volume contract、サービスごとに価格を定めるCost-per-Case contractの3種類がある。後二者がより洗練された契約であるが、このためにはサービス単位での標準的価格が必要であり、この目的でD R Gなどのケースミックス分類が活

表2 近年の欧州における医療制度改革の経時的変化

第一期	1970年代後半から1980年代
目標	マクロレベルでの医療費抑制
政策	病院の総枠予算制
	医療計画に病院建設及び高額医療機器の制限
	医師収入の抑制
	医師教育体制の再構築
	医学部定員の削減
	一般医の養成
第二期	1980年代後半から1990年代前半
目標	ミクロレベルでの効率化と利用者への説明責任
政策	市場主義的手法の導入
	マネジメント改革
	予算管理
第三期	1990年代
目標	医療サービスの合理化と優先度設定
政策	一般的公衆衛生活動・健康増進
	プライマリケアの重視
	マネージドケア
	医療技術評価
	EBM
出典: Ham C. (1997)	

図6 イギリス・NHSにおける市場主義的手法の導入

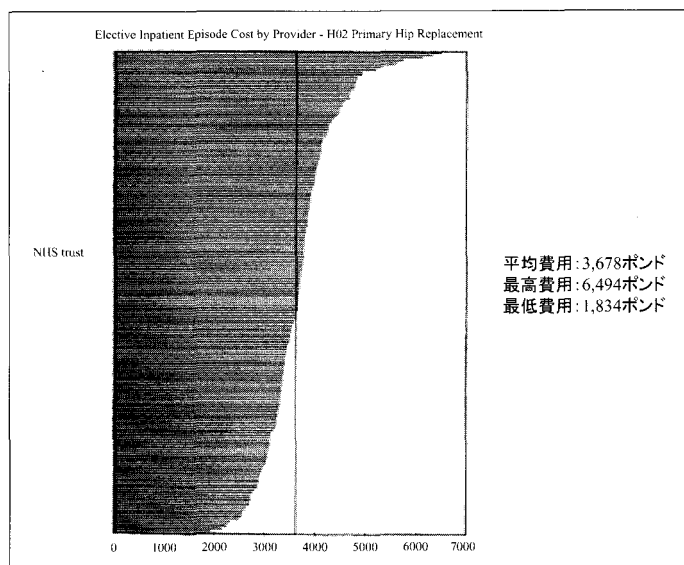
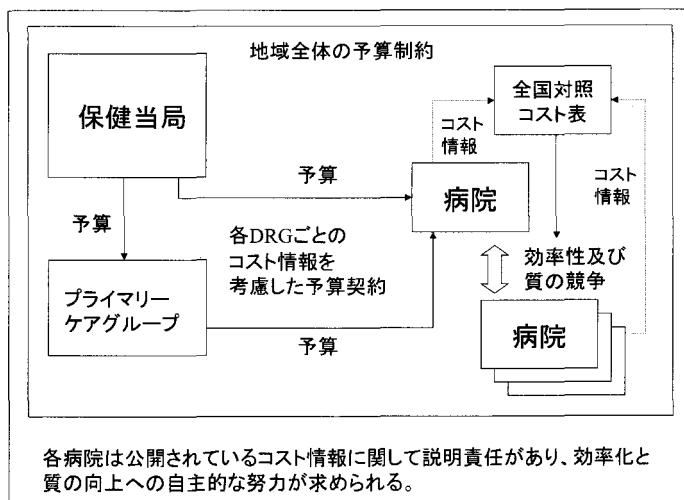


図7 初回股間接置換術（待機手術）におけるNHSトラスト病院間の平均費用の比較

出典：National Casemix Office(1999)

用されている。例えば、図7に示したようにDRG単位でのコスト情報が公表されている。

では、このような市場主義的手法の導入は、はたしてイギリス政府が仮定していたような競争を喚起し、医療サービスの効率化をもたらしたのだろうか。この点については、現在までのところかならずしも明らかではなく（Klein.1995）、むしろ、住民の多くは価格よりは、近接性や診療の継続性を基準に医療機関を選んでおり、政府が意図したような競争的な環境は生じなかったというの

が現状である。そして、現在のブレア政権では、競争ではなくパートナーシップに基づいて医療の質の向上と効率化を図っていくという契約主義的な手法が重視されるようになっており、市場主義的な手法は当初よりはトーンダウンしている。

2) 分権化

欧州における医療制度改革の第2のキーワードは分権化である。分権化のメリットとしては、サービス提供の効率性向上、ニーズに応じたサービス提供、自治体による医療政策における優先度設定、健康における不平等の克服が可能になることなどがあげられる。このような分権化への志向は、1980年代以降のヨーロッパの多くの国で広がった、官僚主義的でかつ意思決定の遅い中央政府への幻滅に呼応するものでもあった。例えばフランスでは、地方レベルで病院医療を統括する地方病院庁が設立され、地方レベルでDRGに基づく情報をもとに病院予算が決定される仕組みが導入されている（図8）。そして、地方レベルでのDRGに基づく評価は国レベルで集計され、国民議会での議決を経て、公的病院サービス部門、私的病院部門、開業医部門、社会医療部門の4部門別に予算化される（図9）。このような制度が導入されたことにより、従来問

題となっていた地域間の病院医療予算の格差が是正されてきている。また、DRGによる情報化が進んでいる病院医療については表3に示したように、実際の支出も当初予算の枠内に概ね収まっている。このように分権化は地域の実情にあった医療の提供と地域格差の是正を実現したという点においては肯定的に評価されている。

しかしながら、その一方で国全体としての制度の整合性や質の確保あるいは統制力などに問題が生じる可能性が高い。地方自治体（県）の責任で

図8 フランスの地方医療計画におけるDRGの利用方法

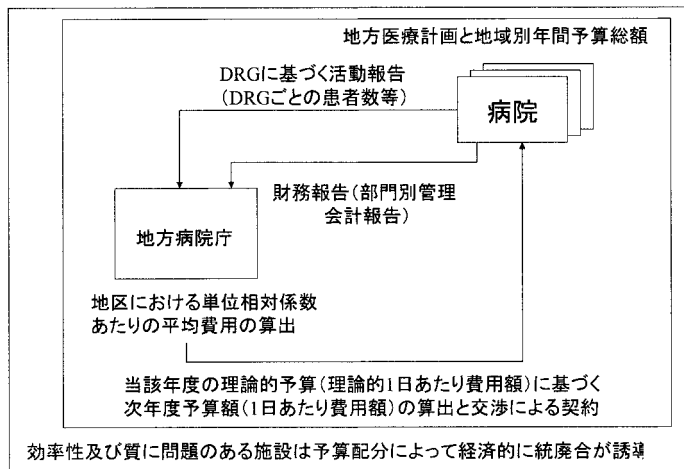


図9 フランスにおける4つの主要医療サービス領域における費用総額*の決定過程

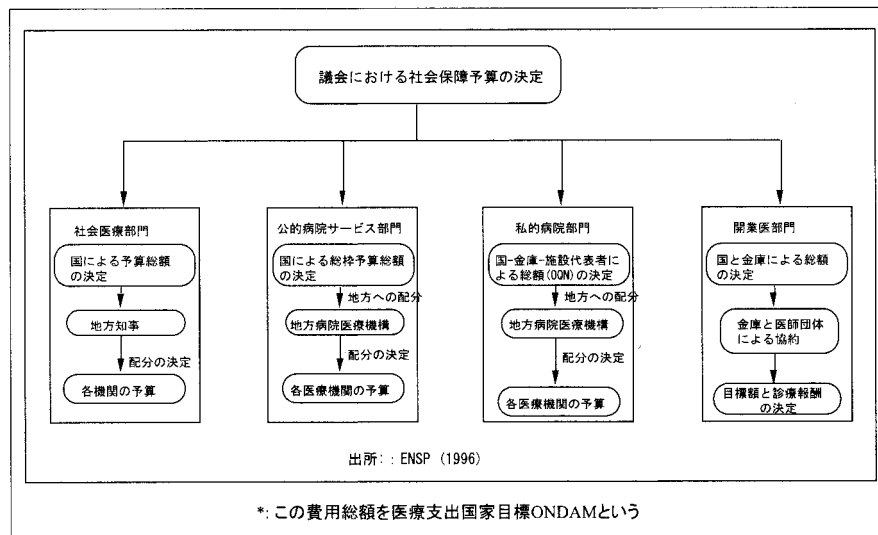


表3 フランスにおける医療支出国家目標ONDAMと実績の経時的推移

ONDAM	1997年			1998年			1999年		
	目標	実績	差	目標	実績	差	目標	実績	差
開業医部門	2618	2613	-5	2675	2762	87	2747	2875	128
	(2.0)	(1.8)	(-0.2)	(2.4)	(5.7)	(3.3)	(-0.6)	(4.1)	(4.7)
公的病院部門	2428	2435	7	2484	2475	-9	2540	2532	-8
	(-0.1)	(0.2)	(0.3)	(2.0)	(1.6)	(-0.4)	(2.6)	(2.3)	(-0.3)
私的病院部門	419	406	-13	414	420	6	413	412	-1
	(9.1)	(5.7)	(-3.1)	(2.0)	(3.4)	(1.4)	(-1.7)	(-1.9)	(-0.2)
社会医療部門	402	404	2	415	430	15	439	440	1
	(2.3)	(2.8)	(0.5)	(2.7)	(6.4)	(3.6)	(2.1)	(2.3)	(0.2)
合計	6002	5995	-7	6138	6236	98	6299	6412	113
	(1.7)	(1.5)	(-0.1)	(2.4)	(4.0)	(1.6)	(1.0)	(2.8)	(1.8)

治体にこれまでどおり任されるが、内容について国レベルでより国民の公平性が確保される個人化自立給付(Allocation Personnalisée d'Autonomie)制度に改められている。こうした例が示しているように、医療政策の基本的枠組みや医療資源の配分、安全や公平性にかかわる規定、そして政策の運用状況に関する情報収集とその分析は国の責任として残すことが、分権化の長所を発揮させるためには必要であろう。

3) 住民参加、患者の権利及びエンパワーメント

医療に関する政策決定における住民参加は、医療政策の民主化という点から、いくつかの欧州諸国において取り組まれてきている。最も直接的な住民参加の仕組みを持っている国はフィンランドであり、住民の直接選挙によって選ばれた市町村協議会(municipal council)が医療政策に関する決定権を持つ仕組みとなっている。このような仕組みはスウェーデン

やノルウェーなど他の北欧諸国も同様である。イギリスも地区評議会が地方レベルで組織されているが、そのメンバーは政府によって任命され、住民参加による政策決定という形式にはなっていない。これはフランスの地方病院庁においても同じ形式となっている。

一方、政策決定に関して住民の意見を聴取する仕組みは広く行われている。例えば、イギリスにおいては、政府がまずグリーンペーパーを出した後、一定期間、国民の意見を求め、それを踏まえ

高齢者介護保障を社会福祉の枠組みで一般化したフランスの高齢者自立給付制度(Prestation Spécifique Dépendence)では、その認定や給付内容及び運用面での地域差が問題となり、運用は地方自

た上でホワイトペーパーを出すという手続きをとっており、また、NHS当局が地域住民の意見をグループディスカッション方式で求めるLocal voiceという仕組みを設置している。このような住民の意見を求めるという点において、最も徹底的な運用を行っているのはオランダである。1990年に公的保険が給付すべき基本的サービスを検討するために設置されたDunning委員会は、ケアの必要性、効果、効率性そして個人の責任という4つの基準をもとに、個々の医療行為を評価し、その結果を国民に公開した。そして、国民の過半数を巻き込んだ数年にわたる公聴会を開いた後、公的保険の給付すべきサービスの内容が決定されている（Dunning,A.,1992）。

次に患者の権利であるが、これは近年における欧州の医療制度改革において共通の課題となっている。しかしながら、そのアプローチの方法には、それぞれの国でかなりの違いがある。まず、イギリスの場合、患者の権利及びサービスの質に関する基準を設定しているが、これはあくまで指針であり、法的にどのように適用するかは明示していない。一方、フィンランドやオランダでは、より直接的ないし包括的な患者の権利に関する政策となっている。例えば、フィンランドは1993年に患者の権利法を制定し、各病院に患者のためのオンブズマンを置くことを定めている。また、オランダも1995年に患者の権利に関する法律を制定し、その中でインフォームドコンセント、診療情報へのアクセス権と開示、診療録の保管方法と期間、患者のプライバシー、未成年者及び判断能力に障害のある成人の権利擁護などが包括的に記載されている。

患者による医療サービスの選択権の拡大も、NHS方式を採用している国においては議論の対象となってきた。例えば、イギリスは一般医（GP）選択の自由化とGPファンドホルダーを代理人として機能させることで専門医医療及び病院医療における選択の自由度を高めることを試みた。しかしながら、前述のように住民はGPの選択に関しては居住地域内の医師との長期の安定的な関係と信頼を重視しており、政府が意図するような選択の拡大とそれによる競争は生じなかった。また、GPと病院との間においても、継続的な関係が重

視されたために、GPによる病院の選択という点においても政府の期待したような成果は得られなかった。さらに、イギリスでは民間保険の活用による患者の選択権の拡大も図られたが、これについても部分的な効果しかなかったと評価されている（Calman,M.,et.al.,1993）。

患者の権利およびエンパワーメントに関するもう1つの大きな流れは、患者および国民への情報の提供である。例えば、24時間体制の電話およびインターネットで国民に健康相談や情報の提供を行っているイギリスのNHS Directや、フランスの全国医療評価認証機構（ANAES）による国民向けの診療ガイドラインの配布と病院の機能評価結果のオンラインでの公開、あるいは同じくフランスの疾病金庫による慢性疾患患者への情報提供と疾病管理サービスは、患者のエンパワーメントにより医療の質確保を推進していこうという試みである。長い入院待ちの解消が課題となっているスウェーデンでは、病院別に対象疾患ごとの入院待ち期間がインターネットで公開されており、患者による病院選択の自由度を高める試みが行われている。すなわち、患者による選択という圧力で病院サービスの効率化を図ろうとしているのである。

4) 健康増進

近年の欧州における医療制度改革の特徴として健康増進への関心の高まりがある。この基礎にあるのは1974年にカナダ政府が公表したラロンド報告に示唆を受けて、1984年にWHOヨーロッパ事務局がだした「欧州のすべての人々に健康を」戦略と1986年のオタワ宣言である。また、WHOの健康都市プロジェクトにも約650のヨーロッパの都市が参加している。ただし、具体的な疾病予防および健康増進に関しては、あまり多くのことは行われてきておらず、乳がんや大腸がんのスクリーニングや、国民あるいは被保険者向けの健康情報パンフレット配布などが細々と行われているというのが実情であった。しかしながら、循環器病予防を目的として行われたフィンランドのNorth Karelia計画の中間報告（Puska,P.,etal.,1981）において、食生活や運動などの生活習慣における行動変容が健康度改善につながっているという明確な証拠が出されたのを契機に、フランス政府による

肥満解消プログラム等具体的な健康増進プログラムが展開されつつある。このような例はあるものの、一般的傾向として、直接的な医療サービスに比較して予防的な活動に対する各政府の関与は依然不十分であるというのが現状である。この理由としては、欧州においてはわが国の老人保健法や労働安全衛生法における一般健診の仕組みが体系化されていないことがあげられる。一方で、禁煙対策による肺がん死亡の減少は多くの国において観察されており、また性行為感染症や薬物中毒が医療財政に与える大きな影響が認識されるようになり、各国ともこれらの予防に重点を移しつつある。さらに、医療保険制度やNHSのサービスの中に、こうした予防的サービスが給付対象として取り込まれるようになってきている。

5) 質の保証

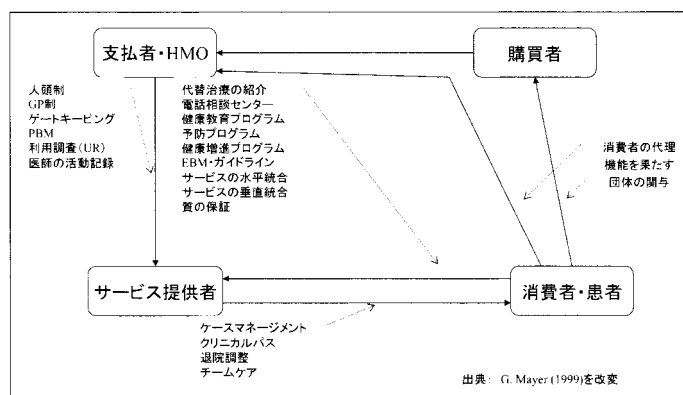
表2に示したように、1980年代後半から1990年代前半にかけて欧州における医療制度改革の目的はミクロレベルでの効率性の追求に代わっていった。そして、この検討の過程では、医療サービス提供者との合理的な議論およびそれに基づくコンセンサスを得るために、必然的に医療の質の維持・向上が課題となり、そのための対策が推進された。また、この間の消費者主権の考え方の広がり、国民の医療の質に対する関心を高めたことも重要である。まず、この時期にイギリスやオランダ、あるいはフランスにおいて医療の技術評価のための公的組織が創設された。例えば、イギリスNHSの評価広報センターやコクランセンター、あるいはフランスの医療評価開発機構ANDEM（後の医療評価認証機構ANAES）は文献レビューや専門家によるコンセンサスカンファレンスなどを用いて医療技術評価を行い、その結果に基づいて診療ガイドラインなどの策定を行ってき

る。しかしながら、こうした医療技術評価については、必ずしも政策上の意思決定に用いられているわけではなく、診療ガイドラインについてもフランスの「拘束力のある医療指標RMO」⁽²⁾を除くと、罰則規定のないものが殆どで、その効果には疑問が出されている（LomasJ.,etal.,1989）。そして、ガイドラインについてはそれを作成し、配布するコストの方が高つくのではないかという批判もある。しかしながら、質の向上はWHOヨーロッパ事務局の重点課題であり、最近は費用効果性よりも、むしろ治療の有効性に関しての患者への説明責任との関連で論じられる傾向にある。そして、このような動向の中で、医療サービスの質に関する認証プログラムが推進されており、例えば、フランス、オランダ、イギリスなどでは、同プログラムによる質の評価とその結果に基づく改善プログラムの実行が、法的あるいは契約上の義務として規定されている。

6) マネージドケア

マネージドケアとは、医療費の適正化のために超過需要を減らすシステムの総称である。具体的には保険者が医療を受ける者と医療を提供する者に医療費を抑制する動機づけを行うシステムで、抑制された成果を医療提供者・受益者が享受でき

図10 マネージドケアの構造



(2) 拘束力のある医療指標（Référence Médicale Opposable:RMO）：質を確保した上で、医師が自主的に医療費の抑制に貢献することを可能にするために、1994年以降導入された医療指標。この医療指標は全国医療評価認証機構（Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé:ANAES）によって組織される国内外の専門家によるConsensus conferenceにより決定される。そして、医師がこの医療指標に該当する患者を診療した場合は、医師はその旨を患者に渡す処方箋に記載しなければならない、またその医療指標を遵守しなかった場合は、その違反の重篤性により、疾病金庫から支払いの停止や協約医としての資格の剥奪等のペナルティを受けることになる。

る仕組みを構築し、抑制に必要となる交渉と管理統制を実施するものである。ただし、西田が指摘しているように、マネージドケアについては、今のところ明確な定義はなく、それぞれの国の社会経済的条件によって、多様な形態を取り得るものである（西田、1999）。図10はMayerを参考として、いわゆるマネージドケアの構造を示したものである（Mayer、1999）。イギリスのG PファンダーホルダーはG Pを患者及び地区当局の代理人として、このマネージドケア的な枠組みを採用しようとした試みと見ることもできる。また、社会保障制度を採用しているフランスやドイツにおいても、マネージドケア的な要素を取り入れようという動きがある。しかしながら、このマネージドケアについては、保険者による行過ぎた診療制限が

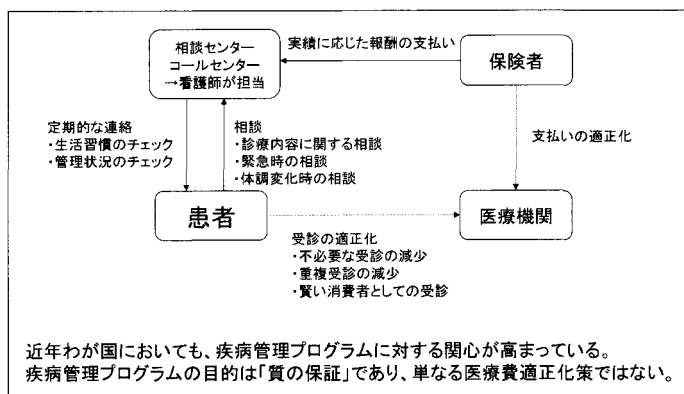
票などを用いることで、患者の管理状況を確認し、必要に応じてかかりつけ医への受診を調整するというものである。例えば、糖尿病の場合、このプログラムを導入することで、患者の自己管理の質が向上し、合併症の発生やあるいは悪化が防止され、受診率が減少し、結果的に医療費が節約されることになる。疾病管理会社は、この節約額の何割かを成功報酬として受け取ることで事業としている。

7) 医療の情報化

表3にも示したように、欧州における医療制度改革の主たる目的は医療サービスの質の保証と効率化に移っている。そのためには医療サービスの具体的内容について評価できることが必要であり、

そのためにN H Sおよび社会保険制度のいずれを問わず、情報の標準化と透明化が進行している。すなわち、N H Sでは効率性、透明性と説明責任の向上のために、そして社会保障制度を採用している国は議論のため議論という悪性コーポラティズムを回避するために、医療に関する客観的な情報の整備が進んでいる。そして、この目的のために多くの国でD R Gをはじめとする診断群分類の導入と一般化が進んでいる。短期入院医療で導入が開始されたD R Gは、

図11 疾病管理プログラム



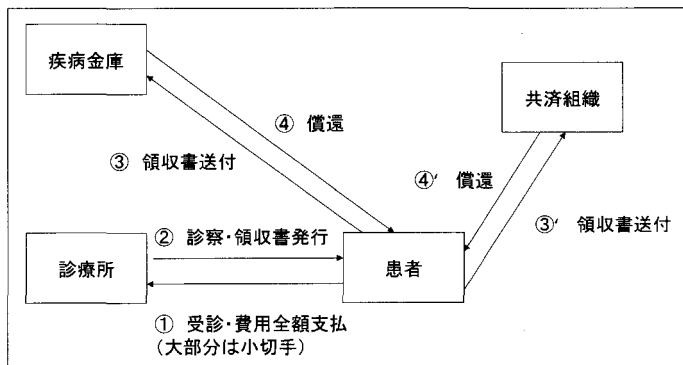
過少診療につながって、十分な医療を受けることができずに症状の重篤化や死亡例が生ずるとい、いわゆるホラーストーリーが問題となり、その改革が課題となっている（李、1999）。

以上のようなマネージドケアへの反省もあり、近年、欧米諸国では疾病管理プログラムDisease Managementへの関心が高まっている。図11はその概要を示したものである。保険会社と契約した疾病管理会社は、当該保険の被保険者のうち、例えば糖尿病の患者の疾病管理を請け負う。事業の核となるのは、経験の豊富な看護師による電話相談センターで、看護師が当該患者に定期的に電話をかけ、構造化された質問

慢性期入院医療や外来医療にも適用されるようになってきている。

ここで、簡単に診断群分類について説明してお

図12 フランスにおける従来の開業医医療支払い方法



くと、診断群分類とは、国際疾病分類で1万以上ある病名を、マンパワー、医薬品、医療材料などの医療資源の必要度から、統計学的に意味のある500から1500程度の病名グループに整理し、分類する方法で、代表的なものにはアメリカで開発されたDRGがある。また、わが国の特定機能病院において、平成15年4月から支払いに採用されているDPC (Diagnosis Procedure Combination) も診断群分類の1つである。

また、フランス等ではICカードを用いた医療情報システムの展開も進んでいる。フランスの開業医医療では従来償還払い制が採用されており、診療終了後に医師が患者に渡す領収書を患者自身が加入している保険者に送付して償還を受けるという仕組みになっていた(図12)。しかしながら、この領収書には具体的な病名や診療行為は記載されておらず、保険者は、個々の医師がどのような医療行為を行っているのか評価する術が無かった。また年間10億枚にもなる紙ベースの領収書処理

することは、膨大な事務コストを必要とし、保険財政が厳しくなっている状況で、その効率化が課題となっていた。ICカードを利用した仕組みでは、以下の手順によって診療情報の提出が行われるようになった(図13、図14)。

- ① 医師が自分のICカード(CPS:アクセスカード)を読み取り機に挿入
- ② 患者カード(Vitaleカード)を読み取り機に挿入
- ③ 医師が償還に必要な情報(行った診療行為のコードと料金など)を入力
- ④ 医師及び患者双方が画面上の情報を確認した後、CPS及び患者カードを挿入した上で、双方の暗証番号を入力
- ⑤ 疾病保険償還用紙を印刷して患者に渡す
- ⑥ 1日の診察終了後に、医師が疾病金庫ごとに電子化された疾病保険償還票FSEをまとめて、それぞれの金庫にRSS(社会保障ネット)を通じて送付。この際、CPSの挿入と暗証番号の入力が必要

図13 フランスにおけるICカードとインターネットを用いた医療情報システムの構築

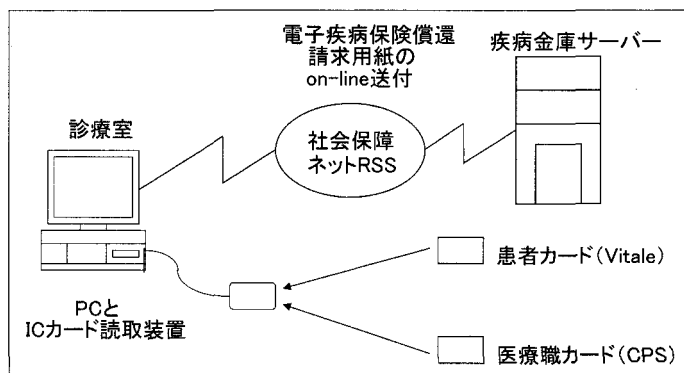
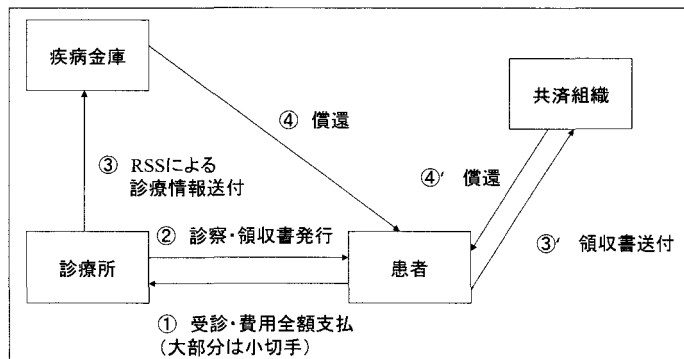


図14 フランスにおけるICカード導入後の開業医医療支払い方法



現在、電子的に送付される償還票には具体的な病名及び診療行為は記入されていないが、将来的にはそれがわかる新しい診療行為コード(CCAP)が記載されることになっており、それが実現するとフランスの保険者は膨大な医療情報データベースを構築することが可能となる。また、社会保障ネットを用いて医療施設間の情報の共有や、医師の生涯教育を行うことも計画されている。さらに、患者カードに支払機能(電子マネーあるいはキャッシュカード)を付置することも予定されている。

4. おわりに

以上、ヨーロッパの主要国における医療制度改革について論述した。その特徴をまとめると以下ようになる。

イギリスやスウェーデンのようなNHSタイプの国では、医療費について

は予算制限があるため、マクロレベルでの医療費抑制は容易であり、したがってその増大が問題となることは少ない。むしろ、これらのNHSタイプの国においては、長い入院待ちに代表されるように、強い医療費制約による過少診療といった、ミクロレベルでの非効率性が問題となってきた。これらの国における医療政策の第一の課題は患者満足であり、この問題に対処するためにサービス供給側と支払側とを分離し、アウトカムに基づいて、支払者が供給者と質・量に関する契約を結ぶ契約主義を導入し、供給者間の競争を喚起するという市場主義的な手法が採用されている。一方、フランスやドイツのような社会保険制度を採用している国においては、診療報酬の決定についてサービス提供側と支払側で契約を行う形式が伝統的に採用されているが、複数の関係者がそれぞれの立場を主張するために制度改革に関する議論は常に紛糾し、大胆な改革ができない状況にある。特に、保険者が複数あり、また医師組合も複数存在するフランスではこの傾向が強く、最近まで全体的な改革が行われることは無かった。このような状況で合理的な合意形成を行うためには情報が必要であり、そして、実際にこれらの国々ではその整備が行われている。例えば、フランスとドイツはほぼ同時期に病院医療におけるDRG導入検討を開始しているが、フランスがすべての急性期入院を対象とした情報システムを開発し、病院医療費の適正化に成功したのに対し、ドイツは2種類のDRG様分類（FPとSE）に加えて1日あたり費用額という3つの支払システムの混在を許したために、情報の標準化と一元的管理ができず、そのために病院医療費適正化が失敗している。一方で、開業医医療についてみるとドイツが地域レベルで各医師の診療行為がモニターできるシステムを構築しているのに対し、フランスはその情報化を行わなかったために、開業医の医療費適正化には失敗している。

このように欧州における経験を俯瞰すると、医療制度改革を勧める上で、最も重要なことは、医

療の現場で何が行われ、そのコストや質はどのようなかといった情報を透明化することであると言える。欧州の場合は、このような医療情報の標準化と透明化を図った上で医療サービスの質の向上と効率化に関する関係者の責任を明確にし、その内容を契約に基づいて実行していくというアプローチを取ることであることがわかる。こうした前提はわが国においても当てはまるものではないだろうか。現在のわが国の状況は、医療現場でどのような活動が行われ、その結果はどうであるのかということに関してほとんど情報がない状態で、徒に市場主義原理の導入や制度の民営化が論じられているように筆者には思える。そして、このような状況は医療制度の基本的理念は民主主義的な考えに基礎を持つ社会連帯であるべきであると考える筆者には、とても危険であるように思われる。もちろん、データに基づく十分な議論の後、国民の合意として新自由主義的アプローチが医療においても望ましいというのであれば、筆者はそれに反対するものではない。従って、医療制度の抜本改革が必要である現在だからこそ、医療情報の透明化と平行して、わが国の社会保障制度の基本理念をどうするのかといった点について、あらためて議論する必要があると考える。例えば、現在わが国においては日本版DRGであるDPCの展開が進んでいる。今のところ支払い方式としての関心が一般には高いようであるが、その本来の目的は医療情報の標準化と透明化、そしてその客観的な情報に基づく検討体制の確立である。欧州の医療制度改革の教えるところを十分吟味した上で、わが国においてもエビデンスに基づいて医療政策が展開される体制Evidence Based Negotiationが確立されることを筆者は期待したい。

なお、本論文の記述は既報（松田、2002）をもとに、内容を加筆・修正及び再構成したものである。

（まつだ しんや、産業医科大学医学部公衆衛生学教室教授）

＜参考文献＞

Calman, M., et al(1993), Going private: Why people pay for their care. Buckingham, Open University

Press.

Dunning, A (1992), Choices in health care: A report by the government committee on choices in health care. Executive summary. Rijswijk, Ministry of Welfare, Health and Culture.

池上直己 (2002). 「医療制度抜本改革とは何か—何が可能かを直視する—」. 『医療経済研究機構第8回シンポジウム記録集』, 東京: 医療経済研究機構.

Klein, R. (1995), Le service national de sante(NHS) britannique et le consommateur. In: Les transformations des systemes de sante en Europe: Vers de nouveaux contrats entre prestataires, payeurs et pouvoirs publiques? (MIREed), Rennes, ENSP.

Ham, C. ed. (1997), Health care reform: Learning from international experience. Buckingham, Open University Press.

Lomas, J., et al (1989), Do practice guidelines change practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. New England Journal of Medicine, 321:1306-1311.

松田晋哉 (2002). 欧州の医療制度改革, 医療と社会, Vol.12(1):51-69.

Mayer, GL. and Tanaka, S. (1999), Health care system innovations in the managed care era in the US, Keio Business Forum, Vol.17(2): 19-37.

西田在賢 (1999). 『マネジドケア医療革命』. 東京: 日本経済新聞社, 1999.

Puska, P., et al (1981), Community control of cardiovascular diseases: The North Karelia project. Copenhagen. WHO Regional Publications.

李啓充 (1998). 『市場原理に揺れるアメリカの医療』. 東京: 医学書院.

【事務局ニュース】 2・機関誌の論文募集

研究所機関誌『いのちとくらし』に掲載する論文を募集します。応募の内容は以下の通りです。詳細は、事務局までお問い合わせください。

- ・ 字数: (図表、写真を含めて) 400字詰め原稿用紙30枚 (12000字) 以内
- ・ 掲載の有無については、研究所機関誌委員会にて決定させていただきます。
- ・ 募集する主なテーマ

- 1: NPO、非営利・協同組織における経営・管理問題

組織論、組織構造論、経営論、所有論、労働組合と経営参加、政策と統制、賃金論、地域社会と医療社会サービス組織、など

- 2: 日本の医療、福祉政策・制度の現状分析と提言

政府医療社会保障政策批判と対応策の提言、社会政策・労働政策批判、制度比較分析、など

- 3: 新自由主義と市場経済論の打破

現状イデオロギーへの批判、基本的理念の歴史的分析、具体的実態分析と非営利・協同セクターの方向、公的セクターとの関係分析提言、など

- 4: 非営利・協同の実践・理論探求

NPO論、政治・社会システム論、ヨーロッパ社会的企業 (社会サービス、雇用) 調査、非営利・協同セクター運動論、など

- 5: その他

サードセクターと社会的企業

——ライブリネスのデベロップメント——

内山 哲朗

目次

- 1 実践が生み出した「非営利・協同」という発想
- 2 社会的共通益の実現を目的とする「非営利・協同組織」
- 3 「非営利・協同組織」をめぐる実践と研究
- 4 ヨーロッパにおける社会的企業の登場
- 5 社会的企業と「ライブリネスのデベロップメント」

1 実践が生み出した「非営利・協同」という発想

本稿は、非営利・協同総合研究所の機関誌『いのちとくらし』における連載〈シリーズ非営利・協同入門〉の第3回目にあたります。先行2回の連載は、「非営利・協同とは何か」を正面から問いかけ、「非営利・協同」をめぐる基本的な論点について考察を試みる論考だったと思います。本稿ではやや趣を変えて、①「非営利・協同」という運動論理をめぐる確認しておきたい若干の点にふれたうえで、②いまヨーロッパで注目を浴びようになっている社会的企業論の概要を紹介し、③社会的企業という概念を立ててみると、現代日本におけるさまざまな社会経済的諸活動・運動¹⁾にとってどのような示唆が得られるのかを検討してみようと思います。そして最後に、④社会

的企業という概念を実践的に活用しようとする際の留意すべき視点について述べておきたいと思います。

さて最初に、ここで確認しておきたいのは、「非営利・協同」という概念が実践の積み重ねの中から提起されたものであるという点です。すなわち、欧米でいわれるところの「サードセクター」²⁾をわが国において「非営利・協同セクター」ととらえ直し、その担い手を「非営利・協同組織」として規定しようと発想するようになった経緯を振り返ってみれば、まさに実践的な営みの中から練り上げられた概念としての「非営利・協同」に由来するという点がとりわけ重要だと思います。管見のかぎりでは、「非営利・協同」という考え方がはじめて提起されたのは、日本におけるワーカーズコープ運動を先駆的に創出してきた日本労働者協同組合連合会の第16回定期総会（1995年5

1 言うまでもなく、本稿で言及しうるのはごく僅かの事例でしかありません。現代日本における「社会的経済セクター」の構成組織を社会的企業という視点から分析・評価する作業を別途準備しているところです。

2 「サードセクター」とは字義通り「第3の社会経済領域」という意味です。しかしわが国で「第3セクター」といえば半官半民の事業体、しかも、杜撰な経営によって破綻を重ねてきた事業体というイメージがついて回ります。しばしば指摘されているように、欧米でいう「サードセクター」は、民間営利セクターにも公的セクターにも属さない、いわゆる市民社会から勃興してくる事業体群を総体的にとらえるための規定です。したがって小稿では、日本型「第3セクター」と区別するために「サードセクター」というカタカナ表記を使用しています。

月)においてでした。そこでは、ワーカーズコープ運動の4つの戦略目標の1つとして『『生命・労働・地域の再生』のために活動するすべての人々と手を結んで、『非営利・協同の大連合』の形成に向かう』³という方針が掲げられ、「非営利・協同」が明確に謳い込まれていました。ここにいわれる『『生命・労働・地域の再生』のために活動するすべての人々』の中には、ワーカーズコープだけではなく、協同組合、NPO、行政、地域住民、一般企業等々、「生命・労働・地域の再生」という目的を共有できる多様な諸主体が想定されています。研究書等で「非営利・協同」という概念が頻出するようになったのも、実はそれ以降のことだったと思われます⁴。

したがって、「非営利・協同」という概念の実践的な性格に鑑みれば、その内実の形成をめざす実践的な多様な試みの積み重ねがことのほか重要な意味をもつことになるでしょう。「非営利・協同」という概念の使用の歴史もきわめて短いものに過ぎず、それゆえ、今後とも多様な領域における実践の一層の蓄積が必要であり、それにかかわる研究蓄積との相互交流過程を通じて概念的な内実の確定も進められていくものと考えられます。

2 社会的共通益の実現を目的とする「非営利・協同組織」

以上の点を確認したうえで、現段階で最大公約数と考えられる「非営利・協同セクター」の規定を一例としてあげておくことにします。

「我々はここで『非営利・協同』組織、ないしセクターという、この間用いてきた概念を擁護し、維持しようとする。ここで言う非営利・協同は……諸組織を包含する社会セクターの目的からする規定である。非営利とは利潤を目的としないことであり、協同とは共通のニーズを協同して実現することを目的にすることである。非営利・協同と重ねること

によってその目的をネガティブにかつポジティブに表現することになる。／同時に、非営利・協同はその目的を図るための制度的保障をも表す。……それは、『利潤不分配』と『民主的コントロール』である。非営利は狭い意味では『利潤不分配』を表現する場合が多く、民主的コントロールは典型的には協同組合によって代表される。非営利・協同は、利潤不分配を持つ狭義の非営利組織と民主的コントロールを持つ組織としての協同組合を指すことになる。／理論的な意味ばかりでなく、実態としても、非営利組織と協同組合の協力、協働の関係はさまざまな地域、分野で広がっている。とりわけ、福祉や環境でそれは著しい。実態としてあるだけでなく、今後日本の市民社会としての民主主義的發展を展望するとき、このセクターが全体として大きくなること、そして内部で諸組織が相互に協力、協働しあうことは戦略的意味を持つものと考える」⁵。

以下では、ここにあげた「非営利・協同セクター」「非営利・協同組織」の規定を参考にしながらも、「非営利・協同」という発想に関する5つの点について、私なりに考えてみたいと思います。

第1に、「非営利・協同」という言葉自体には、組織・事業体の目的規定は実は含まれていないのではないかと、という点です。「非営利・協同組織」といわれる社会経済的事業体をいま協同組合とNPOに代表させてみましょう。それぞれの目的は、協同組合については「共通のニーズ」(共益)の実現、NPOについては「社会的な使命：ミッション」(公益)の実現といわれます。したがって、両者の共通性を最大限包括できるように正確に表現するのであれば、「共益あるいは公益の実現を目的とする非営利・協同組織」というべきでしょう。ただし、「共益」と「公益」との関係について言わずに、私は、両者を截然と区分する視点

3 法政大学大原社会問題研究所編 [1996] 292頁、内山 [1999 a] 140頁、富沢 [1999 a] 361頁を参照。

4 「非営利・協同」をキーワードとする文献として、さしあたり以下をあげることができます。協同総合研究所編 [1995]、富沢・川口編 [1997]、角瀬・川口編 [1999]、川口 [1999]、川口・富沢編 [1999]、高柳・増子 [1999]、富沢 [1999 b]、内山 [1999 b]、内山 [2000]、石塚・坂根監修 [2000]。

5 川口・富沢編 [1999] 42-43頁。

には立っておりません。「共益」から始まる事業が次第に「公益」として認知されることがありうるからです。むしろ重要なのは、「共益」にせよ「公益」にせよ、「私益」では決してないという点です。換言すれば、「共益」と「公益」とは、「私益」に対立する「公共の利益」（公益）すなわち「社会的共通益」の構成部分というべきでしょう⁶。この点を援用すれば、「共益あるいは公益の実現を目的とする非営利・協同組織」とは、「社会的共通益の実現を目的とする非営利・協同組織」と言い換えることが可能だと思います。

「非営利・協同組織」の目的をあらためて「公益」あるいは「社会的共通益」と規定したうえで、第2に確認すべきは、「非営利・協同」にいう「非営利」とは、組織経営・運営において、利潤極大化とその私的分配を目的とする「営利」の原理には立たない組織であること、すなわち、利潤分配をそれ自体として目的とはしない事業体であることを表現する規定であるという点です。その意味で、「営利」に対する「非営利」というかぎりでのネガティブ規定と言われます。ただし、「利潤を目的としない」という一般的に使用される文言の理解にあたっては、「私的分配それ自体を目的としない」という説明にこそ、その要諦があるという点がとりわけ重要だと思います。事業体である以上、事業剰余を生み出すのでなければ組織としての安定的な再生産はおぼつかないわけですから、当然のことながら事業剰余を否定するものではないのです。そのうえで、剰余処分にあたって、一定の制限を加える（協同組合の場合には一定比率内への分配の限定、NPOの場合は全面的な非分配制約が課せられる）という剰余処分のあり方、したがってまた、事業体の経営・運営のあり方を表現するための規定なのです。

第3に、「非営利・協同」にいう「協同」とは、「共通のニーズ」なり「社会的な使命」なりという「社会的共通益」を実現しようと自発的に参加する人と人との関係には、「社会的共通益」のま

えでの相互に対等に協力し合う、つまり、目的実現のために「協同」という社会関係が不可欠であることを規定したものといっていいいでしょう。それを、事業体経営・運営の制度として具体化されたのが意思決定における「1人1票制」原理です。協同組合ではそれを原則として謳っていることは周知のとおりです。また、それを制度として整備してはいないNPOであっても、内実的に協同の関係がなければ「社会的な使命」の達成には齟齬をきたすことにおそらくはなるでしょう。いずれにせよ、「社会的共通益の実現」の実現をめざす組織には、「1人1票制」原理に象徴されるような民主的な社会関係が必要であること、またそうした性格の組織であることを表現する規定だということです。

第4に、「非営利・協同」と2つの言葉を並列してサードセクターを把握しようとするのは、先の「社会的共通益の実現」という目的ともかかわって、とりもなおさず、協同組合・非営利組織(association)・共済組織等を包括するヨーロッパ型「サードセクター・社会的経済」論と、NPOに焦点を絞ったアメリカ型「サードセクター・非営利(non-profit)セクター」論を統合しながら理解するための理論枠組みを探索しようとするものであったという点が重要です。そして、それは、理論的な問題である以上に、たとえば、協同組合運動とNPO運動との連携・協力の必要性和可能性を探るという実践上の観点からも要請されるものであったということの意味をしています。実践的な課題として、「社会的共通益の実現を目的とする非営利・協同組織」の集合を「非営利・協同セクター」としてとらえる点にこそ、「非営利・協同」という発想に立ったサードセクター把握のポジティブ規定としての意義があるのだと私は考えています。

第5に、こうした理論的・実践的な視点からする「社会的共通益の実現を目的とする非営利・協同セクター」を社会・経済の領域に広げていくこ

6 「共益」と「公益」とを截然とは区別はしない、というのが私の理解だとしても、これは未だ十分に検討を尽くしたうえでの主張ではありません。というのも、「社会的共通益」であるはずのものが「集团的私益」に転落する可能性も、場合によってはないとは言えないからです。ただしその「転落」は、理論的・原理的な問題であるより、「社会的共通益」をめざす事業体の、原理からの逸脱という実質的な運営のあり方にかかわる実践的な課題かもしれません。いずれにせよ、今後、理論的に詰めていかなければならない論点だと考えています。

とが、社会・経済のあり方を徐々に変え、いわゆる「市民社会」を創り出していくには不可欠の過程だと思います。それは、「非営利・協同セクター」内部における諸組織間の協同・協働の関係、「非営利・協同セクター」と「公的セクター」との協同・協働の関係、「非営利・協同セクター」と「営利セクター」との協同・協働の関係を創造するといった社会的な過程を通じて、最終的には3セクター間関係でかたちづくられる「新しい混合経済」を基盤にもった「市民社会のための社会経済システム」へと結実するものと展望できるでしょう。

3 「非営利・協同組織」をめぐる実践と研究

上述の点とかかわって、若干の付言をしておきたいと思います。「非営利・協同セクター」を重視する発想に対して、社会的に未だ小さな存在でしかない「非営利・協同セクター」を取り囲む「資本主義セクターを看過している」だとか、また「非営利・協同セクター」だけで社会問題のすべてを解決できるかのような「過大な期待」に過ぎないなどといった「批判」（場合によっては根拠希薄な「非難」）が浴びせられることがしばしば見受けられます。しかしながら、「非営利・協同セクター」を重視することと「非営利・協同セクター」への「手放しの礼賛」とは同義ではありませんし、また、「非営利・協同セクター」を重視することと、それによってすべての社会問題が解決できるかのように「過大な期待」を寄せて「資本主義セクターを看過する」こととはまったく別の事柄です。私のわずかな見聞の中でも、すべての社会問題が解決できるかのように「過大な期待」を寄せて「資本主義セクターを看過する」というような「非営利・協同組織」は寡聞にして知りません。

「為にする批判・非難」は別として、無用の誤解は解いておく必要があるでしょう。もちろん「非営利・協同組織」を標榜する中には、それに相応しくないビヘイビアに走る組織もないわけではありません。ソ連末期の時代に、「協同組合」を名乗りながら「私益」を貪る「協同組合ヤクザ」

が存在したという話は有名です。また、「非営利・協同組織」の現段階におけるパフォーマンスが社会的な制約の中でさまざまな弱点を抱えているのも事実でありましょう。こうした逸脱や弱点はしかし、何も「非営利・協同セクター」にかぎったことではありません（誤解なきよう念のために付け加えれば、こう言うからといって、すべてが免罪されるわけでももちろんないことは当然です）。したがって、「非営利・協同セクター」が抱える弱点を超然とあげつらうかのような「批判」ではなく、市民社会の創出と発展のためには、どのような社会的条件を整備していけば「非営利・協同セクター」が有するであろう潜在的な可能性を社会的に引き出すことができるのか、また、社会的条件の整備との関連で「非営利・協同組織」の内的な課題としてどのような能力を身につける必要があるのか、そのためにはどのような仕事のあり方が求められるのか、さらには、仕事遂行能力を高めるためにはどのような教育・訓練・研修システムを整える必要があるのか等々、「非営利・協同セクター」をめぐる問題の連鎖を共有しながら、実践運動と理論研究との協同関係を築く中でそれらを分析していくことこそが喫緊の課題だというべきでしょう。

「非営利・協同セクター」の有する本来的な意義とは、現行の社会・経済のあり方に対する積極的な「異議申し立て」にあり、「批判型・要求型の運動」から「対案提示・実行型の運動」への転換という市民社会的な性格を強調するところにあると思います。私はこうした発想を、「対案なき抵抗は空虚、責任なき対案は無力」と表現したいとつとに考えてきました。さらにいえば、「非営利・協同セクター」は未だごく小さな社会的存在に過ぎないのかもしれませんが、しかし、私の理解では、何事につけ、「真実は少数から始まる」というのがそもそも社会運動というものなのではないのでしょうか。いずれにせよ、「市場の失敗」「政府の失敗」「ボランティアの失敗」といった歴史的な経験を踏まえ、「人間として生きるに足る社会」を創るためには多様な発想を実践的に絶えず生み出していく以外に方法はありません。「非営

7 内山 [2003]。

利・協同セクター」の形成という運動もしたがって、「人間として生きるに足る社会」を創っていく動態的な過程で登場した、「資本主義市場セクター」に随伴する競争至上主義という野蛮な性格に変更を求める市民社会からのひとつの意思表示として位置づけるべきなのです。そして、現行の社会・経済のあり方を少しでも「健全な」あり方へと変更するために、市民社会の活力や運動のダイナミズムを「健全な」かたちで引き出しうようような理論的な受け皿づくりが、「非営利・協同組織」が抱える課題を共有しながらその克服に関与する研究の側に求められるのだと思うのです。

4 ヨーロッパにおける社会的企業の登場

いまヨーロッパでは、福祉国家の衰退現象と軌を一にして、主として雇用と福祉のサードセクター領域において勃興してきた起業組織を社会的企業概念を導きの糸としながら実証的・理論的に把握しようとする試みが旺盛な議論に付されています。社会的企業をめぐる議論は、サードセクターの新たな発展方向としての可能性を示すものとして、わが国でもすでに各処で紹介・検討が進められるようになってきているところです。

社会的企業という概念

ヨーロッパの社会的企業を分析する、現段階におけるひとつの到達点とみなしうる研究成果として、『社会的企業——雇用・福祉のEUサードセクター——』⁸⁾という文献をあげることができます。社会的企業に関する理論研究とEU15カ国の事例研究から構成される本書に基づいて、社会的企業論の要諦をごく概略的に整理するとすれば、社会的企業の規定についてはおおよそ3点に集約することができます。すなわち、①社会的企業とは、「社会的」という属性（目的規定、非営利資源の活用、マルチステークホルダー型の参加組織）をもった「社会的企業家活動」を推進する事業体であること（図表1）、②そして社会的企業は、5つの「社会的指標」（コミュニティへの貢献、市民による設立、「1人1票制」による民主的な意思決定、影響を受ける当事者の参加、利益配分の制限制）と4つの「経済的基準」（財・サービスの継続的な生産、補助金の活用における自律性、経済的なリスクテイキング、活動継続のための有償労働の活用）に基づいて定義される事業体であること（図表2）、③さらに社会的企業は、「協同組合と非営利組織の交差空間」に位置づけられること（図表3）、という3点です。

図表1 社会的企業家活動

「社会的」「企業家活動」の基本要素		
「社会的」という属性	①目的規定	「利潤を生み出すことより、メンバーやコミュニティに貢献することを活動基準として重視する。生み出された剰余は「社会化」されるべきである。
	②非営利資源	公的資金、ボランティア資源の活用
	③組織方法	自律的・自立的な意思決定過程へのマルチステークホルダーの参加型活力を引き出す。
「社会的」属性を有する「企業家活動」	①新しい生産物の提供	伝統的民間セクターや政府セクターでは提供できないニーズへの対応。労働市場への統合型社会的企業と社会サービスの供給型社会的企業。
	②組織と生産の新しい方法	異質なパートナー・マルチステークホルダー構造（従業員、ボランティア、サービス利用者、支援組織、地方自治体等）
	③新しい生産要素	ボランティア・寄付等の非営利資源の活用、有償労働者とボランティアとの混合
	④新しい市場関係	公的セクターとサードセクターとの「契約」
	⑤新しい企業形態	社会的企業のための多様な法人形態 「社会的協同組合法」(イタリア、1991年) 「社会的目的をもった会社法」(ベルギー、1995年) 「社会連帯協同組合法」(ポルトガル、1998年) 「有限責任社会的協同組合法」(ギリシャ、1999年) 「社会的共通益のための協同組合法」(フランス、2002年) 「コミュニティのための企業法(案)」(イギリス) 「社会的な起業組織法(案)」(フィンランド)

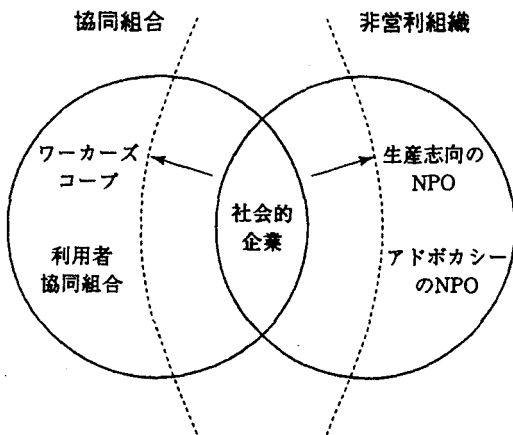
(注) 内山 [2003] より。

図表2 社会的企業の定義

指標・基準		概要
社会的指標	①コミュニティへの貢献	コミュニティ・地域レベルでの社会的責任を積極的に果す。
	②市民による設立	コミュニティ・市民の共同の活力に依拠する。
	③資本所有に依存しない意思決定	資本所有者の重要性は否定しない。しかし、「1株1票」制ではなく、「1人1票」制によって意思決定を行う。
	④影響を受ける人々の参加	顧客代表・ステークホルダーの参加を促進する。経済活動を通じて地域レベルの民主主義を促進する。
	⑤利益分配の制限	部分的なあるいは全面的な利潤への分配制約を置き、利潤極大化行動を抑制する。
経済的基準	①財・サービスの継続性	財の生産・サービスの継続的な供給こそ、社会的企業の第一の存在理由である。
	②高度の自律性	行政からの補助金を活用することもある。しかし、市民による自律的創設に依拠して、他の組織から管理されることはない。
	③経済的リスク	リスクを負うことを想定する。生存可能性はメンバーや労働者たちの努力しだいだと考える。
	④有償労働	貨幣的資源と非貨幣的資源の混合に依拠するとともに、有償労働の一定量を活動継続のために位置づける。

(注) 内山 [2003] より。

図表3 協同組合と非営利組織の交差空間に存在する社会的企業



(出所) C. ボルザガ・J. ドッフルニ編 [2003] より。

社会的企業の性格

以上の規定を踏まえて社会的企業と把握されうる起業組織の性格を考えてみると、いくつかの論点が浮かんできます。第1に、社会的企業は従来型の「企業」概念ではとらえきれないような企業のあり方であり、その意味で、社会的企業の登場は「企業」論の革新を迫る新たな挑戦につながる試みであるという点です。すなわち、利潤追求

とその私的分配を第一義的特性とするという点で「企業」を規定する発想からみれば、社会的属性の発揮を第一義とし、その属性に条件づけられた「企業家活動」を遂行する（ゆえに、「社会的企業家活動」と規定する）とするわけですから、社会的企業は伝統的企業論の枠からはみ出す存在です。こうした社会的企業のあり方を「非営利の企業家活動」あるいは「生産的な企業家的非営利組織」と呼ぶこともあります。

第2に、社会的企業は、伝統的な企業の枠から外れているだけではなく、「伝統的な非営利組織とも、協同組合のようなすでに確立した社会的経済組織とも」違う側面をもつ組織としてとらえられています。その違いは、「①新しい組織形態や新しいサービスを創出したり、新しいニーズを掘り起こしたりする際のイノベーション行動、②（非営利資源等の）資源を混合する際のより多様なあり方に依拠する能力、③とくに、新しい活動を立ち上げる際のリスクを背負う強い構え⁹」という3点に要約されるといいます。要するに、社会的企業は、伝統的なサードセクター組織の枠からみ出す存在と位置づけられるのです。

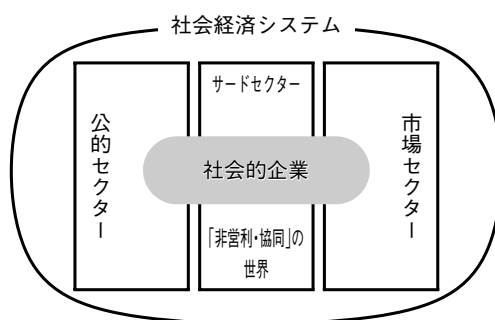
第3に、上述2点ともかかわって、「公的組織や伝統的な非営利組織のほとんどが市場の外部で

9 C. ボルザガ・J. ドッフルニ編（内山・石塚・柳沢訳）[2003]。

存在し、営利企業が公的システムの外部で存在するのに対し、社会的企業は、市場の外部で存在するのでもなく、資源配分の公的システムの外部で存在するのでもない」という点に大きな意味が付与されています。換言すれば、社会的企業は、「市場か政府かどちらか一方だけでみずからを説明する」のではなく、「むしろ、市場と政府という双方の領域における存在理由とルールに基づいてみずからを説明する」¹⁰というわけです。したがって、社会的企業というサードセクターにおける新しい起業組織の勃興を動態的にとらえるためには、サードセクター把握におけるヨーロッパ型理解（協同組合を軸とする社会的経済論）にもアメリカ型理解（NPOで代表させる非営利組織論）にも限界がある、というのが著者たちの強調点でした。

セクターへの帰属という点では、社会的企業はサードセクターの一部と位置づけられるとしても、その活動領域は3つのセクターにまたがっていくものであり、社会的企業にはマルチプル・アイデンティティ規定（多重的性格をもつものとしての存在規定）が必要だと私は考えています。すなわち、①サードセクター経済の担い手としての社会的企業の存在、②公的セクターとの関係における「公共サービス」の担い手としての社会的企業の存在、③市場セクターとの関係における「社会的企業家活動」としての社会的企業の存在、という三重の性格規定です。この点は、社会的企業の独特の性格を表現するものだといっていいでしょう。そこで、社会的企業を社会経済システムに位置づけ、社会的企業の存在空間をめぐる独特の位相を図式化したのが図表4です。とはいえ、こうしたマルチプル・アイデンティティ規定を社会的に確証していくためには、内部的にも外部的にも克服すべき課題が社会的企業には山積されているのが実情です（図表5）。まさに、そうした弱点や障壁を超えていくべき草創期にあるのが社会的企業の現在だと考えられます。

図表4 社会経済システムにおける社会的企業の位置



第4に、社会的企業に適合的な法人格は未だ十分には整備されていないという状況があります。これは、日本だけに限ったことではもちろんありません。社会的企業という新しい起業組織を認知する法人格の整備は図表1にある「新しい企業形態」に示されているとおり、EU各国でもようやくして進みつつあるところです。EUでも、社会的企業として活動する事業体が法人格としては協同組合形態をとったりアソシエーション形態をとったりということがしばしば見られます。こうした状況のもとでは、必ずしも事業体の法人格によってセクターへの帰属が明示的には区分されないこと、すなわち、法人格でいえば営利セクターに帰属する事業体（たとえば、有限会社や株式会社）であっても、実態としての活動性格を社会的企業として把握することが可能な事業体もありうるといわなければなりません。

社会的企業の類型

つぎに、ヨーロッパにおける典型的な事例の種別に触れておきたいと思います。「雇用・福祉のEUサードセクター」という訳書サブタイトルにもあるとおり、「仕事」と「暮らし」という領域にかかわって社会的企業の多様な発展が観察されています。ヨーロッパでは、各国における事例の収集と分析に基づいて、社会的企業の内容を表現する類型として、①雇用弱者の社会的統合のひとつの方法としての「労働市場への統合型社会的企業」、②市場ルートや行政ルートでは提供の難しい「公共サービス」を提供しようとする「社会サ

10 C. ボルザガ・J. ドゥフルニ編（内山・石塚・柳沢訳）[2003]。

図表5 社会的企業の弱点と障壁

内部の弱点		外部の障壁	
組織上の脆弱性	①社会的企業が社会・経済システムで果たす役割、とくに社会的企業の多目的な目的をマネージする能力が社会に十分知られていない ②それゆえ、社会的企業としての適切なマネジメント戦略が採れず、組織上の脆弱性が生まれる	営利企業の有効性という信念	①公共政策と営利企業との連繋こそ社会問題を効率的に解決するという信念が流布している ②それゆえ、社会的企業の「新しい企業形態」としての潜在的な可能性が過小評価される。
	既存組織への同形化傾向	社会・労働政策との関係における首尾一貫性の欠如	①社会サービス・コミュニティケアサービスをめぐる直接的な補助金と外部契約化とを混合するあり方が首尾一貫していない。とくに、外部契約方式の場合、社会的企業の特有の性格が考慮されなくなる ②それゆえ、営利企業等の大規模企業に押されて、社会的企業の活動環境が不安定になる ③雇用補助金等の労働政策がしばしば硬直的である ④それゆえ、労働市場への統合型社会的企業が雇用補助金の活用にあたって柔軟な活用が難しい
統治コスト	①マルチステークホルダーの参加を重視するため、その統治には大きなコストを要する ②それゆえ、ステークホルダー間に利害対立が発生すると、ステークホルダーの参加という利点が一転して不効率の大きな要因となる	適合的な法人形態の不備	①社会的企業に適合的な法人形態が欠如しているため、社会的企業の再生産が限界づけられる ②それゆえ、入札への参入可能性、パートナーシップ関係の可能性、人的・財政的資源の発展可能性に制約が生まれ、社会的企業としての活動それ自体が制約されることがある
発展規模の限界	①社会的企業には企業規模に発展の限界がある ②それゆえ、大きな課題に首尾よく対応できず、地域を越えた評判を高めることができない場合がある	政策へのアクセスの欠如	①新しい企業活動を促進する産業政策や革新的な社会サービスへの公的資金へのアクセスが不十分 ②それゆえ、社会的企業の発展が阻害される場合がある

(注) 内山 [2003] より。

ービスの供給型社会的企業」という2つが主要な類型として析出されています。ただし、この2つは、あくまで分析的に性格規定することを取り出

されるかぎりでの類型化であり、実態的には、両者の性格を兼ね備えた社会的企業も数多く存在するといわれています（図表6）。

図表6 E U各国における社会的企業の事例

労働市場への統合型社会的企業	社会サービスの供給型社会的企業	その他多様な社会的企業
*フィンランド／労働参入を促進するための社会的企業（障害者・失業者のための労働参入協同組合） *ドイツ／雇用創出（職業訓練、臨時雇用、追加的雇用等）の社会的企業 *イタリア／労働市場への統合のための社会的企業（Bタイプ社会的協同組合） *ルクセンブルグ／労働市場への統合のための社会的企業 *スペイン／障害者や社会的に排除された人々を労働市場に統合するための「橋渡し」社会的企業 *スウェーデン／失業者の労働市場への統合をめざす社会的企業（社会的協同組合）	*オーストリア／保育サービスの社会的企業 *ベルギー／コミュニティサービス（低家賃住宅・保育・在宅支援等）の社会的企業 *フランス／近隣サービス（共同保育・在宅保育、高齢者の在宅支援）の社会的企業 *ギリシャ／福祉ニーズのための社会的企業 *イタリア／社会サービス等供給のための社会的企業（Aタイプ社会的協同組合） *ポルトガル／障害者の社会復帰のための社会的企業（障害者児童教育リハビリテーション協同組合） *イギリス／福祉サービス（在宅介護等）のための社会的企業	*デンマーク／コミュニティ開発（生産・コミュニティ・共同作業所、財・サービスの生産、低家賃住宅、学校等）のための社会的企業 *アイルランド／地域開発（労働市場への統合、住宅供給、クレジットユニオン、対人サービス・近隣サービス、地域づくり等）のための社会的企業 *オランダ／近隣開発（近隣地区マネジメントへの住民参加、最低賃金の改善、失業者・高齢者等の孤立解消など）のための社会的企業

（注）C. ボルガザ・J. ドッフルニ編〔2003〕を参照して作成。

5 社会的企業と「ライブリネスのデベロップメント」

さて、ヨーロッパでとくに関心と呼ぶようになっている社会的企業論の概略を紹介いたしました。社会的企業のもっとも本質的な意義は、市民社会の中から生成する「仕事おこし」のための起業組織（initiatives）であるという点にあるといって大過ないでしょう。そして社会的企業は単に「ひと山当てる」ための起業ではなく、社会的な目的（たとえば、社会的弱者・社会的被排除者のための仕事機会の創出）を実現するために人が集まって、すなわち組織として起業するという点に大きな意味があります。まさに、集団を形成してのイニシアティブの発揮です。そこにはおそらく、社会的

な目的の実現に向けた人と人とのつながりをめぐる信頼関係が不可欠の要素として作用していると思います。このような文脈を条件としていえば、サードセクターを背景とする起業組織としての社会的企業とは、人と人との信頼関係を基盤とする「協同型起業組織」ということができるのではないのでしょうか。こうした観点から日本の社会運動史を振り返ってみると、広い意味で「協同型起業組織」ととらえうる組織の歴史的な経験が日本にも実は存在している、という点を確認しておくことはきわめて重要だといわなければなりません。

その代表格は、1つには「共同保育所運動」であり、もう1つは「共同作業所運動」です¹¹。先に見たヨーロッパの社会的企業の類型からいえば、前者は「社会サービス・コミュニティケアサービ

11 日本における「仕事おこし運動」の先駆的な経験としての「共同保育所運動」や「共同作業所運動」の歴史的な意義を強調するものとして、池上〔1995〕は必読文献だと思います。

スの供給型社会的企業」の日本版萌芽事例であり、後者は「労働市場への統合型社会的企業」の日本版萌芽事例であるといっても過言ではありません。

ここで、後者の共同作業所運動の実態と困難を知った著名な企業家がみずから障害者雇用に取り組んだ事例に少しに触れてみたいと思います¹²。その事例については、本誌『いのちとくらし』第4号に掲載された共同作業所運動をめぐる座談会の中でも言及されておりました。もちろんそこでは、社会的企業を直接の課題として先進共同作業所の経営事例が取り上げられていたわけではありません。しかし、障害者雇用に対する理念と実践事例を解説した企業家の著書を読んでも、たいへん興味深いことに、ヨーロッパにおける社会的企業の事例とかなり通底する性格が当該事例には含まれているように私には思われました。そこで、その著書で紹介されている「先進共同作業所の経営事例」の概要を整理してみたのが図表7です。

小倉 [2003] が強調する点をいくつかあげてみましょう。

①福祉の現状「現実の社会をみると障害者には働く場がほとんどない。あるのは障害者雇用のための共同作業所のような福祉施設である。しかも月給はたった1万円、というのが現状である」(2-3頁)。

②福祉と経営「これは黙視できない。では、なぜこんな現状が放置されたままなのかというと、こうした施設の運営に携わっているひとたちが、福祉の知識はあっても経営のことを知らないからである」(3頁)。

③行政の不備と社会の無理解「でも、作業所の方々を一方向的に責めるわけにはいかない。そもそもの問題は、障害者に対する行政の不備と社会の無理解にあるからです(ここでの「社会の無理解」は、障害者雇用促進法における1.8%の障害者雇用の法定基準が守られないところに典型的に表れているといってい

いでしょう——内山)」(40-41頁)。

④ノーマライゼーション「いま、障害者に必要なのは、社会に出て健常者と肩を並べて仕事をし、自立できるだけの給料をとる仕組みをつくることではないか。それが真のノーマライゼーションだろう。ならばその手始めとして、障害者が集う共同作業所を改めて『仕事の間』と位置づけ、ちゃんとおカネが稼げるところにすべきではないだろうか」(46-47頁)。

⑤仕事と生きがい「障害者の方々にとってみれば、健常者同様、やはり『働くことが幸せ』であり『働くことが生きがい』ではないでしょうか」(85頁)。「不愉快な労働とは、命令し監督されてやらされる労働です。やれと言われたから働く、これでは面白いはずがないのです。一方で、楽しい労働とは、誰かに言われたからではなく、自発的に考えて動く労働です。人は基本的に仕事を任されることで、やる気が起きるのです」(177頁)。

以上のような、①日本の福祉の現状認識、②福祉と経営との関係、③行政と社会における政策の貧困、④ノーマライゼーションの考え方、⑤仕事機会を創出することの生きていくうえでのかけがいのない意義、といった問題提起に対して、共同作業所運動の当事者からは、大要以下のような感想が述べられていました。すなわち、①「企業家」の視点からみると、共同作業所の就労事業は下請け仕事が多く、仕事づくりに対する発想の貧弱さが否めない、②「福祉的な発想」を経営の視点から見直すべきとの提言には「新しい影響、刺激」を受けた、③共同作業所運動からみても、「高工賃、高所得」がこれまで以上に「課題」となる。「もちろん、きょうされんの展望としては……所得に照準をあわせてあるのです。ところがこれは10年、15年のスタンスなのです。所得というと1人で、親が亡くなくても生活をして、食べて、着て、遊んで、やっぱり平均1ヶ月15万くらいはいるのではないのでしょうか」¹³。

12 小倉 [2003]。

13 立岡他 [2003] 16頁。

図表 7 先進共同作業所の経営事例

No	事業体名・設立年	事業内容・売上・メンバー	概 要
1	有限会社ヴィ（スワンベーカーリー十条店：東京都） 1999年5月22日	パンの製造・販売、カフェ事業 年商5000万円 ＜社員＞25名（うち13名障害者、パート含む）	* 障害内容（知的障害） * 社会的企業家（元養護学校教諭）の存在 * 障害者の親たちの協力と参加 * 商品開発に関するプロのサポート * 店舗・外販・宅配等によるパン販売 * 働く障害者13名平均給与月額、5～10万円
2	社会福祉法人はらから福祉会（宮城県） 1996年8月	豆腐・パンその他惣菜など関連商品及び陶器等の製造・販売 約1億7000万円（2002年度） ＜職員＞60名（グループホーム世話人、地域生活援助事業担当者を含む）	* 障害内容（知的障害・身体障害・精神障害） * 社会的企業家（元養護学校教諭）の存在 * 作業所の使命「障害者たちが地域で、生き生きと人間として当たり前の生活をするため」「やりがいがある仕事」「儲かる（高付加価値の商品：「本物の豆腐」を製造する）仕事」をつくること * 仕事の作業工程を細分化すれば「重い障害を抱えた人でも、担当できる仕事がある」という発想 * 「地方には地方の方法」として、農業との提携 * 130通所者のうち100名に平均給与月額、5万円 * 所得目標の数値化（労働報酬が7～8万あれば、障害者年金と併せて15万円の目標額が可能）
3	社会福祉法人一麦会（麦の郷：和歌山県） 1977年	クリーニング、印刷、食品製造、清掃、ウェス製造、在宅介護 1億6000万円（2002年度） ＜職員＞正規47名 パート70名 ＜利用者及び登録者＞約500名	* 障害内容（知的障害・精神障害・肢体障害・ろう重複障害など） * 障害者の「働くこと」「生活すること」を支援する総合リハビリテーション施設としての出発、そのための事業内容の拡大 * 全国初のクリーニング福祉工場のオープン（1995年）、工場勤務者への最低賃金・社会保険加入の保障 * 障害者一人ひとりの潜在能力を活かす発想 * 重度障害者、製菓部門の軽度作業で1万円弱 * 中度障害者、リサイクル雑巾製造・製パン部門で月額1～5万円 * 軽度障害者、クリーニング工場・印刷・清掃部門で月額6～10万円 * 自立可能なメンバーには施設パート職員への道（月額15万円）が開かれる * 一般店舗・農協・企業との連携等、販売力強化
4	株式会社ストローク（東京都） 1989年	ビル清掃 年商約2800万円 ＜従業員＞17名（うち障害者12名、他に障害者訓練生約10名）	* 障害内容（精神障害） * 社会的企業家（元テレビ局勤務経験者）の存在 * 株式会社として「精神障害者の雇用」に取り組む * 障害者が「働く力」（働く習慣、責任ある仕事、働く意欲）をつけるため「有料研修」を実施、働く側に「相応の覚悟」を求める * 障害者が健常者と「同じように働く」ための「支える体制」（体調管理、早期受診、勤務調整等）づくり、そのための「働く仲間・同僚との交流」を重視 * 訓練生→パート→社員へのルート開く。訓練生手当（時給平均310円）、障害者のパートタイマー平均時給755円、従業員の月額給与22万円程度
5	有限会社わんから（沖縄県） 1995年2月1日	名刺印刷、清掃、警備、クロネコメール便配達等の委託事業、トイレトーパー・ペットフード・紙おむつ等宅配 ＜スタッフ＞2名 ＜メンバー＞15名	* 障害内容（精神障害） * 「社会の片隅で細々と生きるのではなく、社会で役立つ」ことをめざして、同じ病院への通院者による自発的な設立 * 給与水準、「将来への希望を付加した金額」として「多い人で9万円前後」 * 「働くこと」を通じて「自立した納得のいく社会参加」に向かう * 週1回、「話し合いの場」としての「つどい」を開催、「つどい」での発言をミニコミ紙に掲載、関係機関への配付によって「地域社会とのネットワーク形成」をめざす

（注）小倉昌男〔2003〕192～217頁に基づき作成。

ここで決定的な点は、「平均1ヶ月15万」の目標額がきょうされんでは「10年、15年のスタンス」で考えられているのに対し、先進共同作業所の経営事例では現時点での現実的な目標として機能していることです。この点は、当事者ならずとも瞠目に値すると言わなければならないでしょう。ただし、「平均1ヶ月15万」の目標額は、きょうされんにあっても、先進共同作業所の事例にあっても、障害者年金という下支えがあつてのことであり、福祉政策の不可欠性を意味するものとして十分に確認しておかなければなりません。

ここで、先に概要を示した社会的企業という視点から先進共同作業所の経営事例を見てみると、どのような評価ができるでしょうか。当該事例について詳細に調査をしたうえでの評価ではありませんので、やや正確さに欠ける点があるかもしれません。とはいえ、図表7から少なくとも読み取れるのは、①当然のことながら、「障害者の仕事機会の創出」という社会的目的を実現するための事業体であること、②そのために中心となつて働くとするいわゆる「社会的企業家」に該当する人が存在し、そこに、障害者、その親、協力者たちが集まつて自発的に事業組織（株式会社、有限会社、社会福祉法人）を創り出していったこと、そして、株式会社や有限会社の法人形態をとつてはいても、その内実は、事業体の所有者による利潤の私的分配を目的とする事業体ではないこと、③顧客や地域とのつながりを大切にし、市場で通用する財・サービスの生産・販売を前提としていること、④そして何よりも、そこで働く障害者たちを健常者と同様の存在として処遇し、働くことの「厳しさ」も「楽しさ」も分かち合う仲間同士としての交流を重視していること、また、仕事機会の創出こそが「福祉の出发点」であることを事例をもって示していること、そして、雇用形態をとつてはいても単なる「使い捨て」労働力として扱われるのではなく、そのかぎりでは雇用する側の権力性はかなり希釈化されているであろうこと、等々の諸点です。

これを、図表1・2に掲げられている社会的企業の諸規定から見れば、すべてが適合しているわけではもちろんないとしても、多くの点での重なり合いを看取することは十分に可能だと思われるま

す。社会的企業を直接的に意識したものでは必ずしもないこうした事例の中にも、現代日本における社会的企業の1つの形態として、詳細な分析・研究を試みる大きな価値のある貴重な事例が多くありうるといえそうです。換言すれば、社会的企業というコンセプトによる現代日本における多様な事例の掘り起こしによって、とくに、障害者年金に象徴される福祉国家の要素としての社会保障政策と障害者の仕事機会の創出という社会的目的に沿うかたちで経済事業を自発的に組織するという福祉社会の要素との結合性の課題を具体化すること、社会的企業論の展開にとってはそれが不可欠の研究課題となるだろうと私は考えています。

最後に、社会的企業であることの確証をどこに求めるかという思想的な原点について簡単に述べて稿を閉じることにしたいと思います。これは、社会的企業という概念を実践的に活用していく際の留意点でもあります。上述の事例からも語り出されているように、「生きる活力」を引き出すことができる企業であつてはじめて、社会的企業と呼ぶに足る存在だと言わなければならない。言い換えれば、仕事の場面において「いのちとくらし」から活力を引き出しうるかが、企業が社会的企業として存在するための決定的な原点です。「いのちとくらし」を英語で表現すれば、ライフ(life)です。このlifeをよく調べてみると、lifeとは、ライブリーネス(liveliness: 元氣・生氣・活力・弾力・快活・陽氣・生きのよさ・新鮮さ等)がおのずと含み込まれた概念なのです。それゆえ、life(生命・命・人生・生涯・生活・暮らし等)すなわち「生きていること」それ自体の中にlivelinessがなければ、本来lifeとは呼びえないということの意味しています。私たちも「死んだ魚のような目をしていないで、元氣だそうよ」などと言うます。まさに、lifeをlifeたらしめるようにlivelinessをデベロップメント(development: 引き出すこと)しようとする無意識のうちの呼びかけだといえるでしょう。

したがって、社会的企業はlifeのなかの仕事の場面でliveliness(「楽しい労働」「自分で考えて働く労働」の実質等)を引き出しうるような企業でなければならないでしょう。そして「仕事」におけるlivelinessは「暮らし」におけるlivelinessを

支えるものです。さらにそれは、社会的企業だけにかぎったことではなく、企業一般がそのような方向にベクトルを向けていかなければならないでしょう。それゆえ、既存企業や社会に対して正当な要求を要求として提出すると同時に、lifeに含まれているはずの *liveliness* を *development* できるような社会的企業家活動に運動当事者もみずから取り組むことがどうしても必要だと思えます。ここでもあらためて強調しておきたいと思います。「対案なき抵抗は空虚、責任なき対案は無力」だと。社会的企業家活動をみずから推進することで「企業のあり方への対案」を提起し、社会的企業家活動を推進することで「社会的企業としての責任」をみずから発揮すること、こうした営為が運動の発展にとって大きな力となるのではないのでしょうか。このような社会的企業家活動にとって、「福祉の発想を大切に、真摯に運動に取り組んできた人々（活動家や障害者のみならず、その周りで仲間として活動を支えてきた人々）」こそ、先進共同作業所の経営事例にもあるように、社会的な企業のあり方を創出するためのもっとも貴重な「社会的な経営資源」なのだと私は考えます。（うちやま てつろう 専修大学経済学部教授）

〔付記〕本稿は、「平成14～17年度日本学術振興会科学研究費補助金基盤研究（A）（2）」に基づく研究成果に依拠したものである。

《参考文献》

- 池上惇 [1995] 『仕事おこしのすすめ』シーアンドシー出版
- 石塚秀雄・坂根利幸監修 [2000] 『共生社会と協同労働——スペイン非営利協同の実験——』同時代社
- 内山哲朗 [1999 a] 『「新しい労働のかたち」とワーカーズコープ運動』（日本労働者協同組合連合会編『21世紀への序曲——労働者協同組合の新たな挑戦——』シーアンドシー出版）
- 内山哲朗 [1999 b] 『「いのちと暮らしが輝く地域づくり」を協同の力で！——地域における懇談会活動の可能性——』（協同総合研究所『協同の発見』第90号）
- 内山哲朗 [2000] 「非営利・協同運動の現代的構図——社会運動と社会的経済——」（協同総合研究所『協同の発見』第96号）
- 内山哲朗 [2003] 「サードセクターの再構成と社会的企業」（C. ボルザガ・J. ドゥフルニ編『社会的企業——雇用・福祉のE Uサードセクター——』への解題、日本経済評論社、近刊）
- 小倉昌男 [2003] 『福祉を変える経営——障害者の月給1万円からの脱出——』日経BP
- 角瀬保雄・川口清史編 [1999] 『非営利・協同組織の経営』ミネルヴァ書房
- 川口清史 [1999] 『ヨーロッパの福祉ミックスと非営利・協同組織』大月書店
- 川口清史・富沢賢治編 [1999] 『福祉社会と非営利・協同セクター——ヨーロッパの挑戦と日本の課題——』日本経済評論社
- 協同総合研究所編 [1995] 『非営利・協同の時代』シーアンドシー出版
- 立岡暁他 [2003] 「座談会：非営利・協同と共同作業所づくり運動」（非営利・協同総合研究所『いのちとくらし』第4号）
- 高柳新・増子忠道 [1999] 『介護保険時代と非営利・協同——これまでとこれから——』同時代社
- 富沢賢治 [1999 a] 『社会的経済セクターの分析——民間非営利組織の理論と実践——』岩波書店
- 富沢賢治 [1999 b] 『非営利・協同入門』同時代社
- 富沢賢治・川口清史編 [1997] 『非営利・協同セクターの理論と現実——参加型社会システムを求めて——』日本経済評論社
- 法政大学大原社会問題研究所編 [1996] 『日本労働年鑑』第66集、労働旬報社
- C. ボルザガ・J. ドゥフルニ編（内山哲朗・石塚秀雄・柳沢敏勝訳）[2003] 『社会的企業——雇用・福祉のE Uサードセクター——』日本経済評論社（近刊）

医療の国際比較

野村 拓

先進国中心型

「医療の国際比較？ 比較というのは方法だろう。目的はなんだ」と問いつめられるとちょっと困る。日本は明治以来、「欧米に追いつき追い越せ」というスタンスで諸外国を見てきた。比較とは欧米との距離の測定であった。そして、いまやその距離は測りにくくなった。男女平均寿命（零歳平均余命）も乳児死亡率の低さも世界第1位である。

「追いつけ、追い越せ」の目標はすでにボヤけてしまったが、それだけではなく、かつては稀少価値のあった医療の国際比較に関する本がウンザリするほど流入し、しかも出版事情の厳しさで翻訳出版されるものはごくわずかである。言い換えれば、国際比較の目的はボヤけ、原書の洪水である。だから、目的がはっきりした場合にはどんな本があるか、という紹介にならざるを得ない（以下の紹介には、「仮訳の和名」をつけることにする）。

日本は脱亜入欧のスタンスで欧米の医療制度を勉強してきたが、医療の国際比較に関する本も、先進諸国だけに限定されたものが多い。その代表的なものは少し古くなったが（そして、翻訳本も出されているが）

『比較医療制度（論）——14カ国の分析』

☆Marshall W. Raffel 編：Comparative Health Systems——Descriptive Analysis of Fourteen National Health Systems, (1985) Pennsylvania State Univ. Press.

である。各国の診療科別医師統計に特徴を持つ本だが、標榜科目が自由で複数の診療科目を掲げる場合の多い日本に関しては橋本正己氏の苦心の統計が掲げられている。そこでは「内科および関

連科目」、「外科および関連科目」、「内科および外科」というような分類項目が設けられている。

先進諸国だけではなく、若干の途上国も含めて21カ国について比較を行ったのが

『医療制度の国際ハンドブック』

☆Richard B. Saltman 編：The International Handbook of Health-Care Systems. (1988) Greenwood Press.

で、ここでの「日本」担当は、かつて「圧力団体としての日本医師会」を政治学の博士論文として書いたW. ステズリックである。

いわゆる先進諸国の医療制度に関しては、「アメリカもの」がひとかたまり、イギリスのNHSに関するものがひとかたまり、そして北欧福祉国家に関するものがひとかたまり出されている。そして、やれ先進国だ、途上国だという分類だけでは不十分だろうということで登場したのが「国際医療制度マトリックス」である。

国際医療制度マトリックス

『世界の医療制度・1・国別編』

☆Milton I. Roemer：National Health Systems of the World Vol.1——The Countries. (1991) Oxford Univ. Press.

『世界の医療制度・2・課題別編』

☆Milton I. Roemer：National Health Systems of the World Vol.2——The Issues. (1993) Oxford Univ. Press.

はヨコ軸に、市場介入度によって「企業の保健医療制度」「福祉型保健医療制度」「包括的保健医療制度」「社会主義的保健医療制度」の4種を設け、タテ軸には1人あたりGNPを基準に「先進諸国」「移行期諸国」「極貧途上国」「産油途上

国」の4種を設定し、世界各国を4×4=16のマトリックスに分類した大胆なものである。

オランダが欠落していたり、台湾を「社会主義・極貧国」に分類したりする難点があるが、意気さかんなところを評価するべきだろう。なお、「福祉型保健医療制度」と「包括的保健医療制度」との区別がつきにくいかもしれないが、この本では前者に分類された先進諸国は

西ドイツ、ベルギー、フランス、日本、カナダ、オーストラリア

で、後者に分類された国は

ノルウェー、英国、ニュージーランド、スウェーデン、フィンランド、デンマーク、イタリア、ギリシャ、スペイン

である。そして先進諸国の中で、アメリカだけを「企業の保健医療制度」に分類したことがこの本の見識というべきで、後に「アメリカだけは別」という視点で「アメリカ抜き医療国際比較」の本が出されたりすることへの伏線となっている。その本の名は

『移行期の医療制度——その国際的展望』

☆Francis D. Powell 他編：Health Care Systems in Transition——An International Perspective. (1999) Sage.

である。アメリカを除外すれば、先進諸国の主役はヨーロッパということになるが、EC（欧州共同体）の段階で、はやばやとEC免許の医師統計を載せたのが

『英国医療の規制』

☆Margaret Stacey：Regulating British Medicine. (1992) Wiley

で、ここには1977年からの「EC免許の医師」の「年間新登録数」と「総登録数」とが掲載されている。

欧州という単位

医師免許が国境をまたいだだけではなく、保健統計もヨーロッパ全体をひとつのマップとして示すようになるのがECの段階からであり、その代表的なものが

『避けられる死、の欧州共同体地図・1』

☆W. W. Holland：European Community Atlas

of 'Avoidable Death' Vol.1.(1991) Oxford Univ. Press.

『避けられる死、の欧州共同体地図・2』

☆W. W. Holland：European Community Atlas of 'Avoidable Death' Vol.2.(1993) Oxford Univ. Press.

である。この本の圧巻はEC諸国を府県レベル（ロンドン、パリは区レベル）で、各疾患別の標準化死亡比（SMR）を、その高低によって塗り分けた地図である。また前記の地区にヨーロッパ統一のコード・ナンバーをつけ、各種保健統計が示されている。

その後、ECからEU（欧州連合）への発展に伴って

『欧州連合の医療制度』

☆Günther Lüschen 他：Health Systems in the European Union.(1995) R. Oldenbourg Verlag.

『欧州の医療改革』

☆Richard B. Saltman 他編：Critical Challenge for Health Care Reform in Europe. (1998) Open Univ. Press.

『EUにおける医療とコスト抑制』

☆Elias Mossialos 他編：Health Care and Cost Containment in European Union. (1999) Ashgate.

『欧州の医療政策』

☆Richard Freeman：The Politics of Health in Europe. (2000) Manchester Univ. Press.

などが相ついで出されるようになった。では、旧東欧社会主義国のその後の動向は、ということになると、英語文献には限界があるが、一応、次の2点を挙げたい。

『東欧諸国の保健・福祉改革』

☆János Kornai 他：Welfare, Choice, and Solidarity in Transition——Reforming the Health Sector in Eastern Europe. (2001) Cambridge Univ. Press.

『ビスマルクへの回帰——移行期の東欧医療制度』

☆Jörgen Marrée 他：Back to Bismark——Eastern European Health Care Systems in Transition. (1997) Avebury.

この「ビスマルクへの回帰」は「公的強制加入保険への回帰」と読みとるべきだろう。

比較の組み合わせ・いろいろ

国際比較研究は、それぞれの問題意識によって、いろんな組み合わせを生む。

『欧州4カ国の民営化』

☆Ralph M. Kramer 他：Privatization in Four European Countries. (1993) M. E. Sharpe.

における4カ国とは、イギリス、イタリア、オランダ、ノルウェーという珍しい組み合わせである。

『福祉国家は競争できるか？』

☆Alfred Pfaller 他編：Can the Welfare State Compete? (1991) Macmillan.

に登場するのはアメリカ、イギリス、フランス、ドイツ、スウェーデンの5カ国であり

『資本主義福祉システム』

☆Arthur Gould：Capitalist Welfare Systems. (1993) Longman.

は第1章 日本、第2章 イギリス、第3章 スウェーデンという構成で、「日本モデル」は「安上がり社会保障モデル」として推奨されている。また、スウェーデンとスイスという渋い組み合わせの本として

『スウェーデンとスイスの医療規制』

☆Peter Zweifel 他編：Regulation of Health——Case Studies of Sweden and Switzerland. (1997) Kluwer.

がある。

三色旗と星条旗という組み合わせの本としては

『医師と国家——仏・米の医療政策学』

☆David Wilford：Doctors and the State——The Politics of Health Care in France and the United States (1991) Duke Univ. Press.

『米・仏の母子保健政策』（意訳）

☆Aliska Kalaus：Every Child A Lion. (1993) Cornell Univ. Press.

などがあり、普仏戦争でプロシヤに負けたフランスが母子保健政策という名の「強い兵隊づくり」で奮起するあたりの統計資料が面白い。

医療の国際比較の上で、とかく「仲間はずれ」にされやすいアメリカに対して、北隣の「カナダを見習え」と手をさしのべたのが

『医療のために北方を見よ』

☆Arnold Bennett 他：Looking North for Health. (1993) Jossey-Bass.

である。地理的近隣性のためか、カナダとアメリカとを比較したものはかなり多い。

『医療政策の未来』

☆V. R. Fuchs：The Future of Health Policy. (1993) Harvard Univ. Press.

では「1人1日当たり入院費」「平均入院日数」「病床利用率」「入院1件当たり医療費」「出生1,000当たりの低体重児数」「人口10万当たりの自殺数」などについて、アメリカとカナダの比較が行われている。

この他にも、カナダとアメリカという組み合わせは多いが、少し医療から離れたところで

『女性・健康・国民——1945年以後のカナダとアメリカ』

☆Georgina Feldberg 他編：Women, Health, and Nation——Canada and United States since 1945. (2003) McGill-Queen's Univ. Press.

という本も出されている。

途上国の場合

今日、国連加盟国の圧倒的多数派を占めるのは、いわゆる「途上国」だが、その医療を先進諸国と比較することはほとんど意味がない。むしろ、富の集積の対極にひろがる途上国の貧困、そしてそれはしばしばテロリズムの温床にもなりうる、という視点が必要である。

『テロリズムと公衆衛生』

☆Barry S. Levy 他編：Terrorism and Public Health. (2003) Oxford Univ. Press.

では、このような視点が強調されている。

また、国家主体が非国家主体であるテロに対して、勝手に戦争を仕掛けたり、勝手に戦争終結宣言をしたり、という状況下での途上国問題であること、しかも、米軍戦死者には途上国からアメリカに流入し、市民権取得や家族の医療のために軍隊を志願した黒人やヒスパニックが少なからず含まれていることにも注意しなければならない。

地球的規模での富と軍事力の集積と貧困のひろがり、人口流動などを踏まえた上で、途上国の健

康・医療問題に関する本は次の3群に分けることができる。すなわち、アフリカ、ラテン・アメリカ、アジアである。

途上国についての総説的なものとしては、

『途上国の保健医療』

☆Peter Conrad: Health and Health Care in Developing Countries. (1993) Temple Univ. Press.

『途上国の医療計画』

☆Andrew Green: An Introduction to Health Planning in Developing Countries. 2版. (1999) Oxford Univ. Press.

があるが、世界地図を片手に読まなければならないことはいうまでもない。

アフリカに関しては

『アフリカの乳幼児死亡』

☆Douglas C. Ewbank 他編: Effects of Health Programs on Child Mortality in Sub-Saharan Africa. (1993) National Academy Press.

『アフリカのプライマリケア』

☆J. Chabot 他編: African Primary Health Care in Times of Economic Turbulence. (1995) Royal Tropical Inst.

などがある。「サハラ以南」(サブ・サハラ)と線引きされるアフリカ諸国では、飢餓線上的の子どもたちの姿が浮かび上がってくるが、少女売春婦を含む「路上の子ども」たちがイメージされるのがラテン・アメリカである。

『ラテン・アメリカの医療』

☆Carmelo Mesa-Lago: Health Care for the Poor in Latin America and Caribbean. (1992) Inter-American Foundation.

『米州の保健統計』

☆PAHO: Health Statistics for the Americans. (1995) Scientific Pub.

『米州の子どもたち——医療への距離』

☆Margarett Edmunds 他編: America's Children—Health Insurance and Access to Care. (1998) National Academy Press.

などいろいろ本は出されているが、近いようで遠いような感じである。国際会議に出てきた日系ブラジル人医師は日本人と同じ顔をしているのに、英語で質問するとポルトガル語で返ってくるという距離感がある。

柔軟な思考で

世界銀行がマルクス主義的概念としての「絶対的貧困」とはちがったブラクティカルな目安として「絶対的貧困」(例えば1日1ドル以下の生活)を使ったのが

『アジア・ラテン・アメリカの絶対的貧困』

☆World Bank: Social Development and Absolute Poverty in Asia and Latin America. (1996) Willy De Geynolt.

である。アジアと聞くと「人口うようよ」というイメージを持つ人が多いが

『インドの人口』

☆K. Srinivasan 編: India—Towards Population and Development Goals. (1997) Oxford Univ. Press.

『女性と健康・インド農村版』

☆Mridula Bandyopadhyay 他: Women and Health—Tradition and Culture in Rural India. (1998) Ashgate.

『中国の1人っ子政策』

☆Nathansen Milwerz: Accepting Population Control—Urban Chinese women and the One-Child Family Policy. (1997) Curzon.

など、人口と女性にかかわるものが多い。しかし、他方では

『東南アジアの福祉資本主義』

☆M. Ramesh: Welfare Capitalism in Southeast Asia. (2000) Macmillan.

というような、なにか新鮮さを感じさせる本も出されている。

『ジャワの医療』

☆Peter Boomgaard 他編: Health Care in Java, Past and Present. (1996) KITLV Press.

はオランダ植民地時代の医療についてはかなり書かれているが、日本の占領時代についてはふれていない。その頃には日本の若手医学者がジャカルタ医大教授に赴任し、「検閲済」の論文を日本の医学雑誌に発表していたのだが。

いわゆる途上国の問題を考える場合、もう一度、グローバルな視点に立った社会経済史を組み立てなおす必要があるのではないか、と思う。

『イギリスにおけるアフリカ人と産業革命』

☆Joseph E. Inikori : Africans and the Industrial Revolution in England. (2002) Cambridge Univ. Press.

には、イギリス産業革命時代の奴隷商売の統計が載っているし

『南アフリカ環境史』

☆Stephen Dovers 他編 : South Africa's Environmental History. (2002) Ohio Univ. Press.

では、「ボーア戦争」(この本では「アングロ・ボーア戦争」が南アフリカの環境に及ぼした影響が取り上げられている。

2003年夏、ヨーロッパはサハラ砂漠製の熱風の洗礼を受けて猛暑が続き多くの死者を出した。これをアフリカにおける植民地主義者の悪業のツケとしてとらえる視点が必要ではないだろうか。

欧米を主役とし、アジア・アフリカを「舞台装

置」としてとらえることによって成立した社会科学系の学問はすでに賞味期限切れである。これは、日本軍によって踏みつけられ、連合国軍によってもう一度踏みつけられなおしたアジア・太平洋地域の住民の立場を全く無視した戦争の歴史と同様に無意味、有害である。

いま、イラク駐留の米軍兵士たちは「舞台装置」から飛んでくる弾丸、ミサイルや自爆テロに困惑していることだろうが、この困惑は習った学問が間違っていたことから来ている。

「舞台装置」が自らの意志を持って動きはじめたグローバルな状況を「対象」とした場合、19世紀ヨーロッパという「箱庭」で生まれた「方法」はほとんど無力なのではないだろうか。

(のむら たく、国民医療研究所顧問)

野村拓監修・赤十字共同研究プロジェクト著

『日本赤十字の素顔』（あけび書房、2003年7月、本体定価1800円＋税）

角瀬 保雄

日本赤十字というと、誰でもがすぐ思い浮かべるのは全国いたるところで行われている献血事業であり、災害時の救援活動であろう。また全国各地に存在する赤十字病院や産院であろう。私のような戦中派は写真家土門拳の戦時中の代表作・「日本赤十字看護婦 若い看護婦」（1938）の凛とした横顔に惹かれる。同時に組み写真のなかの「整列」に示された軍隊式に整列した看護婦集団、「出征」での水盃となると、日本の侵略戦争との関わりが無視できない。また今日的な視点からは、医療分野における巨大な非営利組織として、社員数1724万人（2002年）を数えるに至っている日赤の組織の実相に関心がもたれる。

本書『日本赤十字の素顔』は、国民医療研究所顧問の野村拓氏を代表とする国民医療研究所と全日本赤十字労働組合連合会（全日赤）の共同プロジェクトの成果で、執筆者は医科系大学の看護、介護福祉関係研究者、現職の日赤労働組合役員から元日赤従軍看護婦、平和問題研究者など多彩な顔ぶれからなっている。3年がかりでの集団的な共同研究の成果がまとめられ、世に問われたものである。

プロジェクト代表の野村拓氏は「まえがき」のなかで、日赤は巨大なブラック・ボックスであるというが、本書は、その生い立ちからはじまって、日赤の多面的な顔のなかから、その素顔を描き出して余すところがない。学ぶところの多い書物である。かといって堅苦しい本ではない。質的にはレベルの高い内容の書物であるが、写真、図表など豊富に織り交ぜ視覚に訴える工夫がなされており、叙述も読みやすく、広く一般に推奨したい本である。以下、論点を絞って本書が提起するところを整理してみよう。

赤十字は、1859年、イタリア統一をめぐるフランス・サルディニア連合軍とオーストリア軍との、

19世紀最大の激戦といわれるソルフェリーノの戦いの悲惨な体験にもとづいて、スイス人アンリ・デュナンの呼びかけで1863年、「国際負傷軍人救護委員会」がジュネーブに設立されたのに始まるが、それより先、1854年、クリミア戦争における

イギリス女性ナイチンゲールの活動がデュナンに影響を与え、このような行動をとらせたという。その意味で赤十字の誕生には二人の精神と行動が深く関わっていたといえるが、戦前のわが国では明治政府の修身の教科書によって創設者はナイチンゲールであるかのような誤ったイメージが作られてきた。

日本では西南戦争における西郷軍と政府軍との壮絶な戦いに心を痛めた元老院議員の佐野常民が大給恒と協力して創設した博愛社が日赤の母体となった。法政大学市ヶ谷校舎の隣りに東京通信病院があるが、この一角の桜井忠興邸が日赤の前身・博愛社の本拠となったのである。1887年、国際赤十字への加盟が実現したが、軍隊内における初の救護活動は1894年の日清戦争で、690人の看護婦が従軍し、4人が殉職した。その後、日露戦争をへて第1次世界大戦では、日赤の救護班が初めて海外での救護活動に派遣されることになる。このように戦前、軍事救護に傾倒していた日赤は、戦後、GHQの指導により日本赤十字社法にもとづいた民主的な組織へと改組されることになった。ジュネーブ条約を行動規範とする一国一社の非営利・非政府組織であるが、その実体が問題となる。各国の赤十字は創設期には軍や王室と関係を持つ



なかで組織として確立していったといわれるが、現在の日赤の定款では皇后を名誉総裁に、皇族を名誉副総裁に奉戴するとなっているほかは、形式上は年額500円の社費を払えば、誰でもが社長以下役員の選出に参加できる民主的な形式をとっている。しかし、その組織の実体は「いつまでたっても同じ道をグルグル回っては振り出しに戻ってしまう」といわれ、一般社員の経営への参加の道は事実上閉ざされている。日赤のHP上でも、質問に対する答えとして「一般社員の方が役員等を選出し、またはそれに選出されるには地域の推薦がないと困難なものがある」と自ら認めているところである。一方、元宮内庁長官の社長など経営幹部は高級官僚の天下りポストになっていることは否定できない事実である。1724万人の社員の中には日赤病院で働く医療労働者も含まれるが、「代議員は有給職員と兼ねてはならない」という定款の定めによって参加への道は閉ざされている。

次の問題は赤十字と戦争との関係であるが、創立者の人道主義的な理念は別にして、客観的には、近代国家の成立に伴う徴兵制を補完する役割を担ってきたことは否定できない。もし傷病兵に適切な救護がなされなかったら、徴兵制は機能しないであろうといわれるゆえんである。「戦争では敵から攻撃されずに兵士の救護活動を行える組織が必要であった。これが、赤十字の最大の役割であった。」ともいわれる。赤十字の歴史上の汚点としては、ドイツ赤十字からのユダヤ人の追放とアウシュビッツでのユダヤ人の虐殺に対する「沈黙」が挙げられている。さらに第二次世界大戦では兵士だけでなく、一般人が被害を受けることが多くなった。戦争の仕方がそれ以前と大きく異なったからである。東京大空襲を初め、広島、長崎への原爆の投下など非戦闘員を巻き込んだ無差別爆撃が繰り返された。赤十字病院までが被害を受けるようになっていく。

これまで赤十字は中立をもっとも重要な行動原理としてきたが、現在この原則が論議を呼んでいるという。どんな非人道的なことに対しても、「沈黙」をしつつ犠牲者の救助を行うだけでは、加害者を免罪することにならないかという批判である。これに対して赤十字は、戦争をなくすために活動をする組織ではなく、犠牲者への援助を行う組織

であると答えてきているが、世界最大の非営利組織・国際赤十字の限界を示すものといえよう。「アムネスティ・インターナショナル」や「国境なき医師団」は見たことを積極的に世界に広めていき、そのことによって加害者を批判する世論を作り出してこうとしている。こうしたなかで伝統的な「中立」の原則が陳腐化し、「新しい中立の概念」が求められてきているといわれる。

以上、第1章から第3章が歴史・理論編とすると、第4章以下は実録・運動編となっている。第4章には元従軍看護婦の証言が収録されており、第5章には白衣の天使といわれた看護婦達の戦後の人権闘争、労働条件改善闘争から「よい医療・よい看護」を追求する労働組合の活動が描かれる。第6章にはよく問題となる日赤の血液事業が取り上げられる。日本における供血事業の始まりは朝鮮戦争時における連合軍への感謝・協力のキャンペーンであった。その後、ベトナム戦争時には米軍への献血、乾燥血漿の輸出が問題となった。第7章では、小泉内閣の下で有事法制が成立（2003年）したのをうけて、日米防衛協力の新ガイドラインによれば、自衛隊と赤十字病院が再び戦争にかりだされる危険が強まっていることに警鐘を鳴らしている。最後の第8章では日赤のあるべき姿を考えている。

日赤は民間組織（特殊法人）であると同時に、医療法上では公的医療機関として位置づけられている。本書は日赤のこうした特殊性を踏まえるとともに、医療法人など民間医療機関との役割分担と共生関係を打ち出している。一方、経営側からは企業感覚をもった経営の必要が強調され、「効率化」「近代化」などが問題とされている。それに対して本書は、「事業をする以上、健全な経営体であろうとするのは当然である。」と受け止めるとともに、5万3897人にのぼる職員の意思を反映できる組織の「民主的な運営形態」、出資を通じた事業参加として社費や寄付金の使途を、出資者が指定すること、などを提起している。注目される場所であるが、今一步の展開が望まれるところといえる。今日、アメリカ型の市場主義、営利主義が医療福祉分野全体に押し付けられつつある。かつて公務労働、教育労働とならんで医療労働というものが問題になったことがあるが、法人

形態の如何にかかわらず、医療経営の公共業務としての普遍性が問い直される必要があるように思われる。

本書は、「あとがき」でも述べられているように、これまでの日本赤十字社のとらえ方、理解の仕方について一石を投じるものとなっており、その開拓者的な貢献はきわめて大きいといえる。しかし、巨大な組織を使った草の根からの保守政治

への動員メカニズムの分析、非営利組織論の視点からの財政分析と管理論、労働論などの掘り下げはこれからの課題となろう。国民とともに歩む民主的日赤論の探究は本書によって今始まったところである。

（かくらい やすお、研究所理事長・法政大学名誉教授）

【事務局ニュース】 3・会員募集と定期購読

会員募集 「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」の会員を募集しています。会員には正会員（個人・団体）と賛助会員（個人・団体）があり、入会金・年会費は以下のようになっています。また、機関誌『いのちとくらし』を追加購入される場合、会員価格でお求めいただけます。（なお、会員への機関誌送付部数は、団体正会員1口5部、個人正会員1口1部、団体賛助会員1口2部、個人賛助会員1口1部となっています。）

○会員の種類

- ・正会員（団体、個人）：研究所の行う行事に参加でき、機関誌・研究所ニュースが無料配布され、総会での表決権があります。
- ・賛助会員（団体、個人）：研究所の行う行事に参加でき、機関誌・研究所ニュースが無料配布されます。

○会費（年会費）

	区 分	適 用	入会金	年会費(一口)
正会員	団体会員	団体・法人	10,000円	100,000円
	個人会員	個 人	1,000円	5,000円
賛助会員	団体会員	団体・法人	なし	50,000円
	個人会員	個 人	なし	3,000円

定期購読 機関誌『いのちとくらし』定期購読の申し込みも受け付けています。季刊（年4冊）発行、年間購読の場合は研究所ニュースも送付いたします。また、会員の方には機関誌が送付されますが、会員価格で追加購入もできます。詳細は事務局までお問い合わせください。

- ・1冊のみの場合：機関誌代 ￥1,000円＋送料
- ・年間購読の場合：機関誌年4冊＋研究所ニュース＋送料 ￥5,000円

機関誌『いのちとくらし』バックナンバーの紹介

● 4号 (2003. 08) ——特集：障害者と社会・労働参加—支援費制度をめぐって—

- 巻頭エッセイ「NPOによる地域福祉貢献活動とその困難」 相澤 與一
 - シリーズ非営利・協同入門(2)「非営利・協同の事業組織」 坂根 利幸
 - 座談会「非営利・協同と共同作業所づくり運動」 立岡 暁、斎藤 なを子、長瀬 文雄、岩本 鉄矢、坂根 利幸、司会：石塚 秀雄
 - 論文「『共同作業所づくり運動』の過去・現在・未来」 菅井 真
 - 第1回公開研究会報告「米国のマネジドケアと非営利病院」 松原 由美
 - 「アメリカのNPO病院の非営利性の考え—薬品安価購入に関連して—」 石塚 秀雄
 - シリーズ「デンマークの社会政策(下)」 山田 駒平
 - 文献プロムナード(3) 「医療政策」 野村 拓
 - 書評・宮本太郎編著『福祉国家再編の政治』 田中 夏子
-

● 3号 (2003. 05)

- 巻頭エッセイ「わが家の庭から考える」 高柳 新
 - シリーズ非営利・協同入門(1)「非営利・協同とは」 角瀬 保雄
 - 座談会「福祉国家の行方と非営利・協同、医療機関の役割」 後藤 道夫、高柳 新、司会：石塚 秀雄
 - 論文「地域づくり協同と地域調査実践」 大高 研道・山中 洋
 - 論文「介護保険制度見直しと法改正に向けての展望」 伊藤 周平
 - 文献プロムナード(2) 「地域への展開」 野村 拓
 - シリーズ「デンマークの社会政策(上)」 山田 駒平
 - 「アメリカの医療と社会扶助の産業統計の特徴」 石塚 秀雄
 - 書評・八代尚弘・日本経済研究センター編著『社会保障改革の経済学』 高山 一夫
-

● 2号 (2003. 02)

- 巻頭エッセイ「医療事故と非営利・協同の運動を思う」 二上 護
 - 新春座談会「NPOの現状と未来」 中村 陽一、八田 英之、角瀬 保雄、司会：石塚 秀雄
 - 論文「コミュニティ・ケアとシチズンシップ—イギリスの事例から」 中川 雄一郎
 - インタビュー「介護保険にどう取り組むか」 増子 忠道、インタビュアー：林 泰則
 - 論文「『小さな大国』オランダの医療・介護改革の意味するもの—ネオ・コーポラティズム的政労使合意のあり方—」 藤野 健正
 - 文献プロムナード(1) 「もう一度、社会医学」 野村 拓
 - 海外事情 「アメリカの医療従事者の収入事情」 石塚 秀雄
 - 書評 「日本へ示唆 福島清彦著・『ヨーロッパ型資本主義』」 窪田 之喜
-

● 準備号 (2002. 10)

- 発起人による「新・研究所へ期待する」
- 特別寄稿論文
 - ・「市場経済と非営利・協同—民医連経営観察者からの発信—」 坂根 利幸
 - ・「医療保障制度の問題点—フランスの事例を中心にヨーロッパ医療制度改革の問題点—」 石塚 秀雄

【入会申込 FAX 送付書】

切り取ってお使いください
研究所の F A X 番号：03 (5770) 5046

特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし入会申込書

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

ふりがな	
団体名称または氏名	

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

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

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

※機関誌等の郵送先、連絡先を記入して下さい

〒番号	—		
住所			
電話番号	()	F A X 番号	()
電子メール	@		

※専門・主たる研究テーマまたは研究して欲しいテーマ・要望等を記入して下さい

--

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

【FAX送付書】

切り取ってお使いください
研究所のFAX番号：03（5770）5046

へ
き
り
と
り
▽

☐ 読者の声	機関誌や研究所に対するご感想・ご意見・取り上げて欲しいテーマなどをお寄せください（機関誌等に掲載することもあります）。		
お名前・ご所属等			年齢 才
ご連絡先住所	〒		
電話番号・電子メールなど			

☐ 送付部数変更	会員で次号から部数変更を希望される方は、お名前と部数をお書きください	次回（ ）号からは 部
---------------------------------	------------------------------------	-------------

☐ 機関誌『いのちとくらし』購読申し込み	申込日 200 年 月 日		
・単独購読は、「1冊¥1,000円＋送料」です。 ・年間定期購読は、「機関誌年4冊＋研究所ニュース＋送料」で¥5,000円です。 ・お支払いは指定の銀行口座への振込、または郵便振替をお願いします。			
(フリガナ)			
お名前			
郵便番号	—		
送付先住所			
電話番号	()		
FAX 番号	()		
E-Mail	@		
購読区分	単独購読	号のみ	部数 部
(どちらかに記入ください)	年間購読	号～	

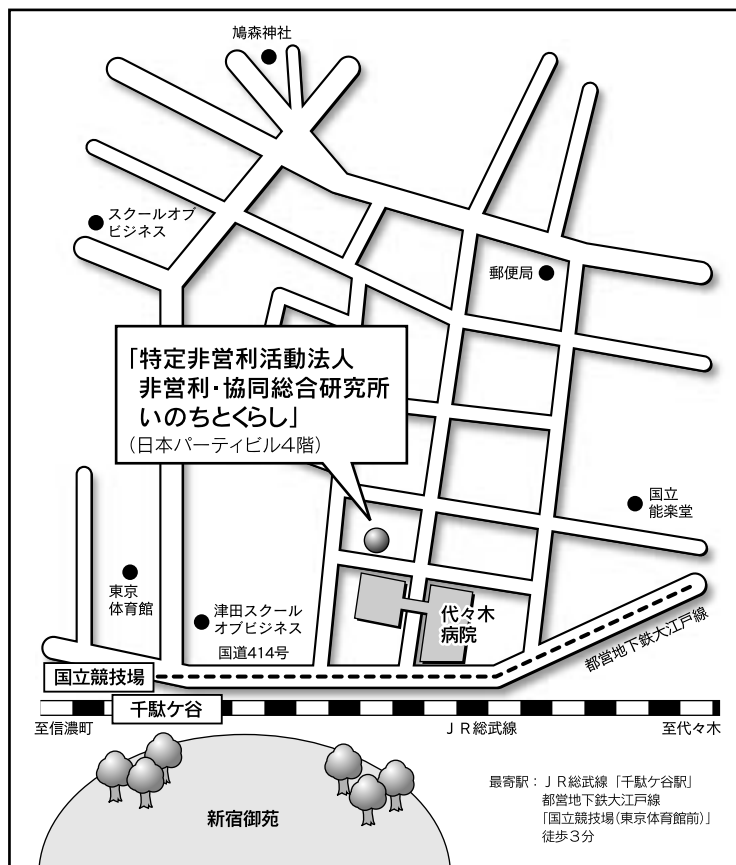
【次号第6号の予定】(2004年2月発行)

特集:行政と非営利組織との協働(2)

- ・市町村統合とコミュニティの保健医療体制の変化
- ・非営利・協同組織と共済
- ・座談会「医療制度と共済組織の役割(仮題)」など

【編集後記】

命を大事にすることが肝要であると秋元先生は言われた。その命が軽々しく扱われた報道がある一方で、命を大事に出来る社会を目指すと言えるような活動が各地で行われていることが、座談会で報告された。いのちとくらしを大事にするにはどうすればいいのか、考え続けたいものである。



**「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」
事務局**

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷1-29-3 日本パーティビル4階

TEL : 03-5770-5045 / FAX : 03-5770-5046

ホームページ URL: <http://www.inhcc.org/> e-mail: inoci@inhcc.org