

目次

- 巻頭エッセイ「スペインの保護雇用制度—カレス障害者特別雇用センターを訪問して」……………鈴木 勉 1

特集：地域シンポジウム「日本の医療はどこへいく—地域のいのちとくらしをだれがどのように守り発展させるか」

- ・「京都における医療機関の現状と地域医療の問題」……………吉中 丈志 2
・「開業医から見た地域の現状」……………津田 光夫 16
・「アメリカの医療制度と非営利・協同セクター」……………高山 一夫 18
・「千葉における公的病院の再編縮小問題と地域の課題」…八田 英之 23
・質疑応答、意見交換、まとめ……………28

シリーズ「民医連の医療・介護制度再生プラン（案）によせて」

- 「医療介護再生の思想的前提」……………岩間 一雄 38

○「改正介護福祉士養成制度の方向性と課題」……………坂本 毅啓 40
○「日本の看護師・介護福祉士への外国人労働者の受け入れについて」
……………竹野 ユキコ 50

- 社会福祉と医療政策・100話（21—25話）「5 第1次大戦・前後」
……………野村 拓 62

- 第11回自主共済組織学習会報告「〈貧困〉と〈労働基準法以下の労働条件の拡大〉とどうたたかうか—首都圏青年ユニオンと反貧困たすけあいネットワークの実践」……………河添 誠 67

- 書評 湯浅誠・河添誠両氏と本田由紀、中西新太郎、後藤道夫の各氏との鼎談集『「生きづらさ」の臨界—「溜め」のある社会へ』
……………相野谷 安孝 80

- 書評 里見賢治著『新年金宣言』……………石塚 秀雄 82

- 研究所ニュース……………78、86

- バックナンバー……………87

- 入会申込書

スペインの保護雇用制度 —カレス障害者特別雇用センターを訪問して

鈴木 勉

昨年11月、社会的排除者の「生きづらさ」と闘うスペインの社会的企業調査のため、バルセロナに滞在しました。本研究所からは調査費の助成を受け、また、石塚秀雄主任研究員と氏の旧知であるイサベル・ヴィダル教授（バルセロナ大学社会的経済研究所長）には、調査対象の選定などに格別の配慮をいただき、感謝を申し上げます。寄稿の機会を得ましたので、調査の中でもひととき印象深かった「カレス特別雇用センター」を紹介します。

11月5日、バルセロナ港の一角にある巨大な倉庫群の前に降り立ちました。訪問先は、カレス財団が運営する障害者の保護雇用の場です。スペインの障害者の就労保障は、OECD 諸国で一般的に実施されているシステムと同様、①企業に一定割合（2%）の障害者雇用を義務づける割当雇用制度、②企業就労が困難な障害者に対しては、「保護雇用」の場として「特別雇用センター」があり、③直ちには労働になじまない重度の障害者に対しては、福祉サービスが対応します。

わが国では保護雇用制度は未確立ですので、②について少し説明を加えると、継続的就労の意志があり、労働能力が一般の1/3から2/3の範囲にある障害者に開かれた制度であり、労働者として最低賃金制度と社会保険が保障されます。しかし、個別事業主に最賃保障を強いることは困難なので、国が賃金補助策を講じています。

3,600㎡あるという倉庫の1階ではフォークリフトが行き来し、障害がある人もちらほら働いて

いました。2階へ上がると、電気製品の組立て・点検・梱包、お菓子の箱詰めなどの作業を障害者が行っていました。ここはカタルーニャ州の「特別雇用センター」の1つであり、CARES（カレス）と呼ばれる保護雇用の場でした。もともとは障害者の親の会による作業所づくりから始まり、設立10年目の現在、従業員は180名、そのうち障害者労働者は90%で、うち70%は知的障害・精神障害者、15%が聴覚障害者でした。また、ここ以外にも4ヶ所の拠点をもつとともに、他の企業に障害労働者を派遣し、障害者雇用率の達成にも寄与しています。

障害労働者の賃金は州政府との労働協定にもとづいて設定され、生産性によって上乘せされます。また、「特別雇用センター」へは行政が最賃額の5割、社会保険料の全額を補助しています。年間事業高は600万ユーロあり、剰余の18%は労働者に割り戻し、他は青年の雇用の場づくりや障害者父母の会への支援、北アフリカの女性のワーカーズコープが生産するワインのフェアトレード、そして残りは、今後の事業展開の資金に使われます。

しかし、金融危機による実体経済への影響がここにも現れており、センターの責任者からは事業高が今後も維持できるのか、不安があるといわれました。他の社会的企業の調査でも、建設や営繕の受注が激減していると聞かされましたが、思いは日本に飛び、企業の下請け仕事を切られた共同作業所や授産施設の苦労に重なりました。

（すずき つとむ、佛教大学社会福祉学部教授）

地域シンポジウム「日本の医療はどこへいく—地域のいのちとくらしをだれがどのように守り発展させるか」

○シンポジスト（順不同・敬称略）

吉中文志（よしなか たけし、研究所理事・京都民医連中央病院院長）

津田光夫（つだ みつお、乙訓医療生協・医誠会診療所所長、全国保険医団体連合会政策部長）

高山一夫（たかやま かずお、研究所理事・京都橘大学准教授）

八田英之（はった ふさゆき、研究所理事・全日本民医連顧問）

司会：廣田憲威（ひろた のりたけ、研究所専務理事・全日本民医連事務局次長）

【吉中報告】

「京都における医療機関の現状と地域医療の問題」



吉中：私は、京都における医療機関の現状と地域医療の課題という報告をしたいと思います。

資料背景は、今年の10月号の「サイエンス」という科学雑誌に載っていたものです。いろんな受けとり方があると思うのですが、薬に医療が圧迫されているという意味を込めて取り上げました。医療問題の背景として忘れないようにということです。

わが国の医療は成績がいいと言われますが、それは基本的には国民皆保険と自由開業医性と呼ばれる医療提供体制の中で成し遂げられました。

医療提供体制の問題に着目して、京都における医療提供体制の変遷を概括をし、そこから政策的課題を探るのが今日の報告の目的です。

中身は3つです。最初に、慢性疾患に対応する病院機能が失われているという現状を報告いたします。それから2つ目は、医療機関が大規模化する方向で集積集中していますけれども、どういう特徴があるのかということをお話します。3つ目では、その医療提供体制に対する規制をどういう方向に変えていったらいいのかを考えてみます。

京都府は西北から東南の方向に斜めに伸びておりまして（図表1）、人口の6割を占める京都市は南の3分の1に位置しています。北のほうはいわゆるへき地という状況です。今日は主に、この京都市内に焦点を当ててみたいと思っています。

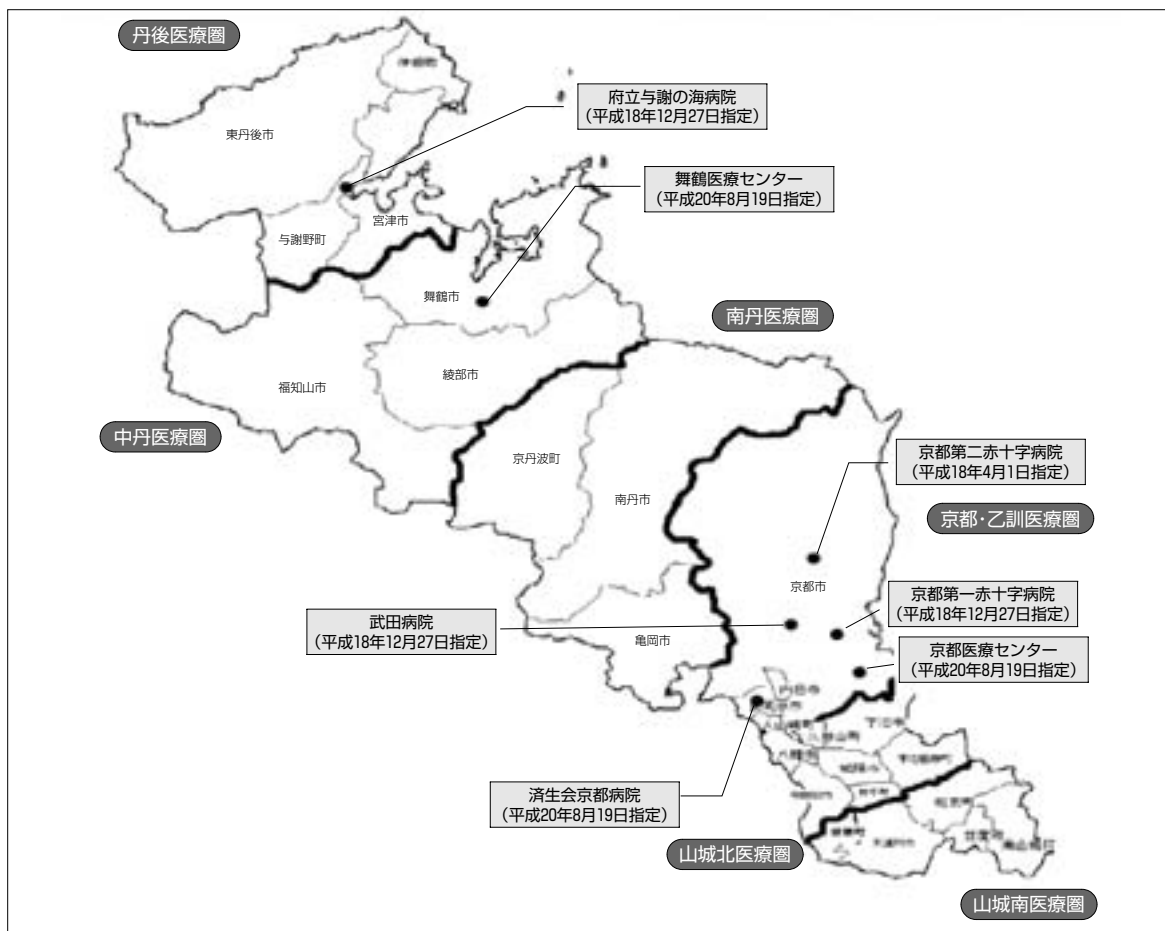
● 京都市内の病院医療提供体制の変遷と特徴

(1) 小規模病院の減少

最初に申し上げたいことは、中小病院が減少しているという実態です。京都府の保健医療計画（図表2、3）には、病院数の変遷が昭和40年から平成18年まで掲げてあります。

一般病院は昭和40年に148、その後増えて平成2年が216で最大になります。以降減少に転じ、平成18年時点で165です。16年間で44病院、およ

図表 1 京都府の医療圏



出典：吉中報告資料（地域医療支援病院を掲載）

そ20%の病院が減少しています。これを病床規模別に見たのが図表3です。一番上の20～49床の病院が減少率が非常に大きく、82から18病院になりました。一方で、200床以上、300床以上の比較的規模が大きい病院は伸び率が大きくなっています。特に300床以上では、26病院から38病院に1.5倍の増加率です。下の表の全国的な傾向と一致しています。残った小さい病院は療養病床など慢性期にシフトしていますが、療養病床削減政策や経営困難に現在直面しています。

(2) 病院の集積集中の形

次に、そういう中で医療機関の集積集中が急速に進んでいるということのみてみます。これには以下の2つの方向があります。

1つは、グループ化が進んでいることです。

「IHN」とは、Integrated Healthcare Networkですが、こういったかたちでグループ化して大きくなるというのが1つの方向です。それから2つ目は、高度急性期型の病院ということで、病院そのものの規模が大きくなる、専門分化が進んで重装備化する方向です。その裏で公的病院が減る事態も進んでおります。

京都の主な法人グループの06年の収益順位は図表4のようになります。京都大学医学部附属病院が年収250億と一番大きく、2番目が京都府立医科大学付属病院と京都社会事業財団で200億です。京都社会事業財団は、1900年代初頭にできた社会福祉法人です。現在、2病院とその他のネットワークを形成しています。

次いで、160億程度が洛和会グループです。山科区にある音羽病院と私の病院の近くにある丸太

図表2 病院数の変遷（1）

(単位：数)								
	総数		一般病院		精神科病院		結核診療所	
	実数	人口10万対	実数	人口10万対	実数	人口10万対	実数	人口10万対
昭和40年	169	8.0 (7.2)	148	7.0 (6.0)	13	0.6 (0.7)	8	0.4 (0.3)
45	198	8.8 (7.7)	184	8.2 (6.6)	13	0.6 (0.9)	1	0.0 (0.2)
50	201	8.3 (7.4)	190	7.8 (6.5)	11	0.5 (0.8)	0	0.0 (0.1)
55	215	8.5 (7.7)	204	8.1 (6.8)	11	0.4 (0.8)	0	0.0 (0.0)
60	220	8.5 (7.9)	209	8.1 (7.0)	11	0.4 (0.8)	0	0.0 (0.0)
平成2年	227	8.7 (8.2)	216	8.3 (7.3)	11	0.4 (0.8)	0	0.0 (0.0)
7	203	7.7 (7.7)	192	7.3 (6.8)	11	0.5 (0.8)	0	0.0 (0.0)
9	192	7.3 (7.5)	181	6.9 (6.6)	12	0.5 (0.8)	0	0.0 (0.0)
14	181	6.9 (7.2)	169	6.4 (6.2)	12	0.5 (0.8)	0	0.0 (0.0)
18	177	6.7 (7.0)	165	6.2 (6.2)	12	0.5 (0.8)	0	0.0 (0.0)

資料：医療施設調査

ピーク時から16年で44病院減少

出典：吉中報告資料より

町病院を軸として介護事業も含めて展開しています。

私が所属している京都保健会はその次で、140億ぐらいの年収になっています。300床の中央病院を軸に4つの小規模病院と20余りの診療所等々で構成されています。京都民医連の場合は、この京都保健会と第二中央病院がある信和会、それから葵会というのが3つの大きな法人グループです。その3つを合わせますと年収200億強になります。

武田病院グループは、京都駅の近くにある病院（300床）と医仁会武田（別法人）という500床規模の病院を持っています。グループとしては一番大きいでしょう。あと清仁会等々と続いています。

これらの法人・グループの中には独立行政法人や民医連グループ、それから低額無料診療もやっている社会事業財団、医療法人武田病院グループなど多彩な形態があることが見て取れます。これ

は最近の特徴です。

清仁会（年収100億）を例にとって大規模化の流れを見てみましょう。1986年、清水病院は脳外科の専門病院として100床程度でスタートしています。その後別の病院を買収して洛西清水病院となります。130床ぐらいの病院です。さらに2001年、京都市の西隣にある亀岡市の民間病院を買収し亀岡シミズ病院として傘下に入れています。2006年には関西医大附属病院の分院を買い取って洛西ニュータウン病院となります。エイズ拠点病院でもあります。これと並行して、老人保健施設、訪問看護ステーション、ケアハウスなど介護展開もしています。京都市西部に的を絞って急成長し、病床数では京都民医連に並んでいます。

武田病院グループは、先に述べましたように1970年代に50床台の病院からスタートして急成長を遂げました。法人は別でも同族的経営グループ

図表3 病院数の変遷（2）

（京都市）				（単位：施設）				
	昭和50年	55	60	平成2年	7	9	14	18
総数	201 (100.0)	215 (100.0)	220 (100.0)	227 (100.0)	203 (100.0)	192 (100.0)	181 (100.0)	177 (100.0)
20～49床	82 (40.8)	81 (37.7)	65 (29.5)	58 (25.6)	41 (20.0)	31 (16.1)	24 (13.3)	18 (10.2)
50～99床	42 (20.9)	47 (21.9)	52 (23.6)	54 (23.8)	45 (22.2)	44 (22.9)	45 (24.9)	45 (25.4)
100～199床	40 (19.9)	47 (21.9)	52 (23.6)	49 (21.6)	54 (26.6)	52 (27.1)	53 (29.3)	56 (31.6)
200～299床	11 (5.4)	17 (7.9)	22 (10.0)	31 (13.6)	27 (13.3)	27 (14.6)	22 (12.1)	20 (11.3)
300床以上	26 (12.9)	28 (13.0)	29 (13.2)	35 (15.4)	36 (17.7)	37 (19.3)	37 (20.4)	38 (21.5)

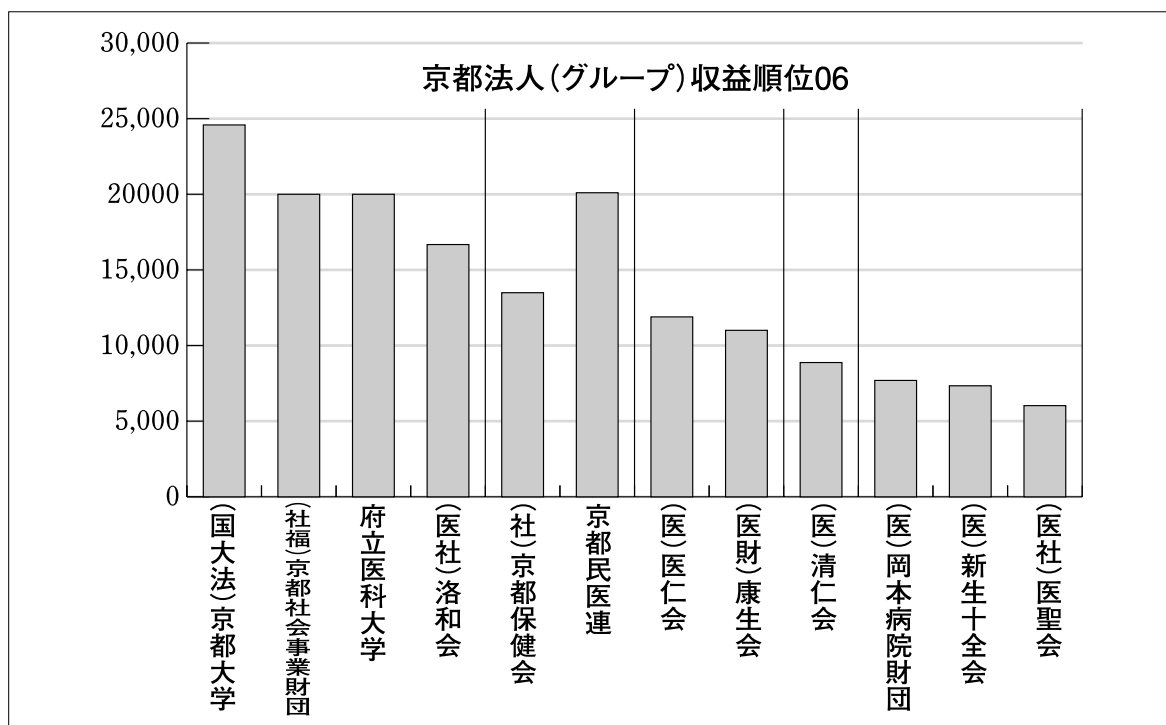
伸び率が大い

（全国）				（単位：施設）				
	昭和50年	55	60	平成2年	7	9	14	18
総数	8,924 (100.0)	9,055 (100.0)	9,608 (100.0)	10,096 (100.0)	96,06 (100.0)	9,413 (100.0)	9,187 (100.0)	8,943 (100.0)
20～49床	2,692 (30.2)	2,598 (28.7)	2,296 (23.9)	2,015 (20.0)	1,608 (16.7)	1,475 (15.7)	1,327 (14.4)	1,150 (12.9)
50～99床	1,962 (23.7)	2,291 (25.3)	2,467 (25.7)	2,524 (25.0)	2,478 (25.8)	2,438 (25.9)	2,399 (26.1)	2,332 (26.1)
100～199床	1,740 (21.0)	1,999 (22.1)	2,331 (24.3)	2,634 (26.0)	2,623 (27.3)	2,614 (27.8)	2,697 (29.4)	2,709 (30.3)
200～299床	877 (10.6)	1,003 (11.1)	1,182 (12.3)	1,361 (13.4)	1,295 (13.5)	1,274 (13.5)	1,165 (12.7)	1,153 (12.9)
300床以上	1,203 (13.5)	1,164 (12.9)	1,332 (13.9)	1,562 (15.5)	1,602 (16.7)	1,612 (17.1)	1,599 (17.4)	1,599 (17.9)

資料：医療施設調査
 （注1）45～55年は各年12月末現在、60年以降は10月1日現在
 （注2）（ ）は構成比率

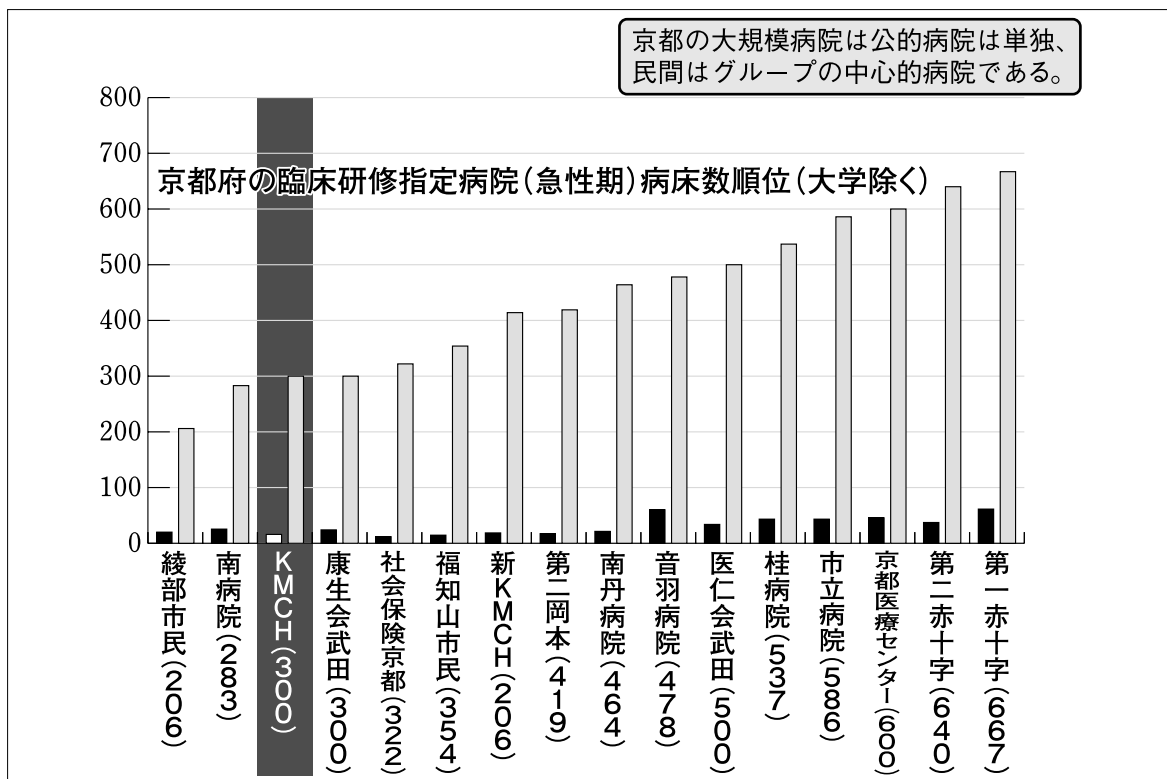
図表4

出典：吉中報告資料より



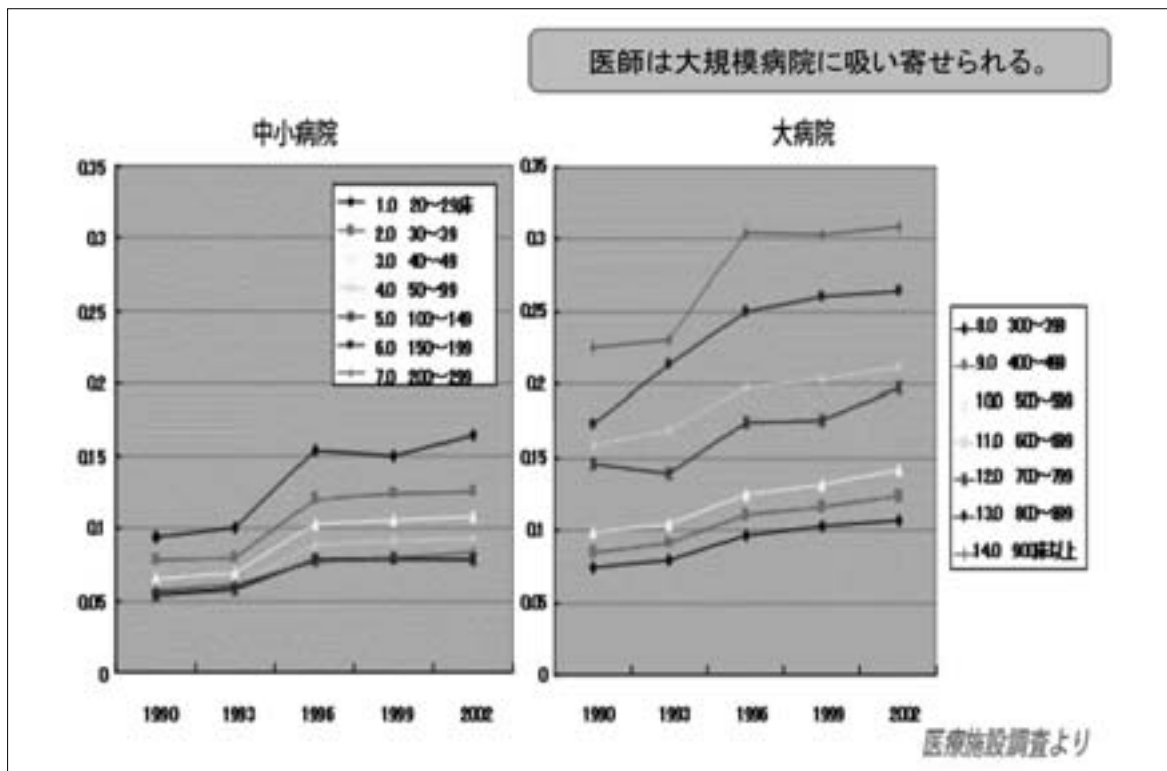
出典：吉中報告資料より

図表 5



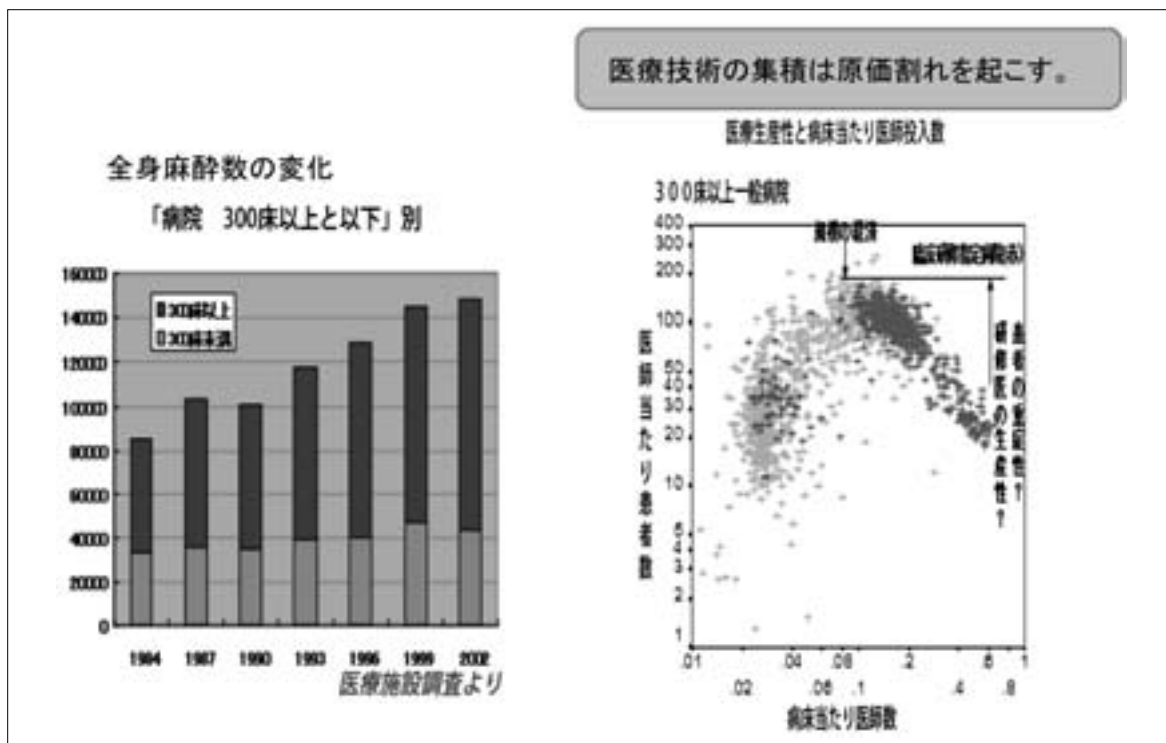
出典：吉中報告資料より

図表 6 病床当たり医師数推移 (病床規模別)



出典：吉中報告資料より

図表 7



出典：吉中報告資料より

です。自治体病院や専売病院、民間の病院なども精力的に買収しています。京都市内だけでなく京都府下全域が対象です。内科医師が大量にやめてマスコミにぎわせた舞鶴市民病院の受け皿になるという話が出た経緯もあります。最近では社会保険京都病院（300床）の受け皿になるのではな

いかという噂もありました。

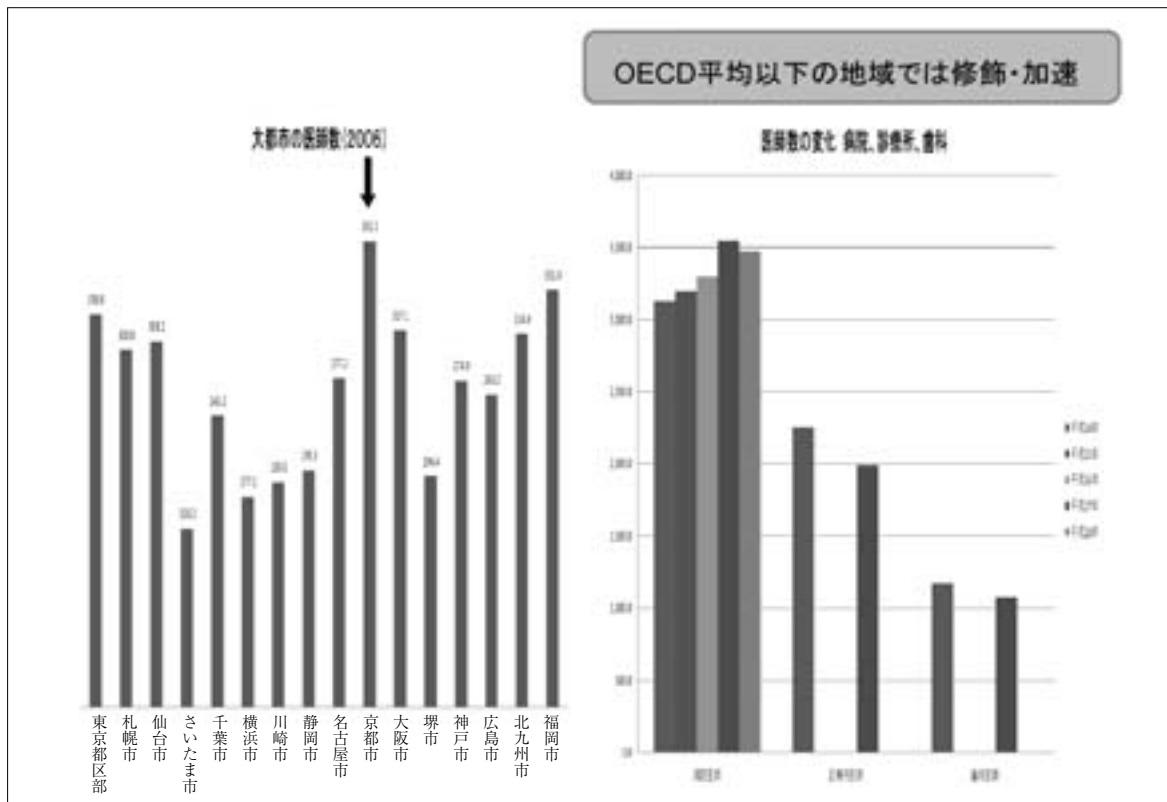
京都の病院を病床規模の順にみると図表5のようになります。上記の変遷の結果として現在このようになっているのですが、規模が大きい病院では、公的病院は単独で大きくなっており、民間の病院はグループの中心的病院として大規模化するという特徴があります。大学病院を除きますと、第一赤十字、第二赤十字が600床以上あります。それに続き旧国立病院の京都医療センター、その次が市立病院で、ここまでは公的病院です。社会福祉事業団の桂病院がそのあとに続き、武田病院グループの医仁会武田病院が500床で、洛和会の音羽病院が478床です。京都民医連中央病院は300床で16番目にあたります。

● 医師数など病院医療提供体制を規定する要因

現在の医療崩壊の大きな原因は医師不足にあると考えられているので、病院の医師数について検討してみます。図表6は厚労省のホームページにある病床当たりの医師数を病院の規模別に経年的に示したものです。左が中小病院、右が300床以上の大規模病院です。平均すると大規模病院の方が病床当たりの医師数が多くなっています。しかし病床規模別に細かく見ると、小規模病院では規模が小さいほど1ベッド当たりの医師数が多く、一番少ないのが200床前後です。これを底にして300床以上では規模が大きくなると病床当たりの医師数が再び多くなります。

医師は大規模病院の方へと集積集中する傾向のなかで、絶対数が少ない小規模病院は医師が確保できないと影響は甚大であるということです。同じ1名の医師の減少でも、小規模病院と大規模病院では与える影響が違うのです。注意が必要なのは、大規模病院であっても産婦人科などのように

図表 8



出典：吉中報告資料より

診療単位ごとに分解してみれば小規模病院と同様の実態にあり、産科の崩壊にも同様の背景があるということになります。

次に医療の在り方について見てみましょう。医療施設調査によれば(図表7左)、全身麻酔数が大規模病院に集中していることが見て取れます。1984年から2002年までの全身麻酔数を、300床以上の病院と300床未満の病院に分けて棒グラフで表したものです。両者の構成比に着目すると全身麻酔の手術は明らかに大規模病院にシフトしていることがうかがえます。

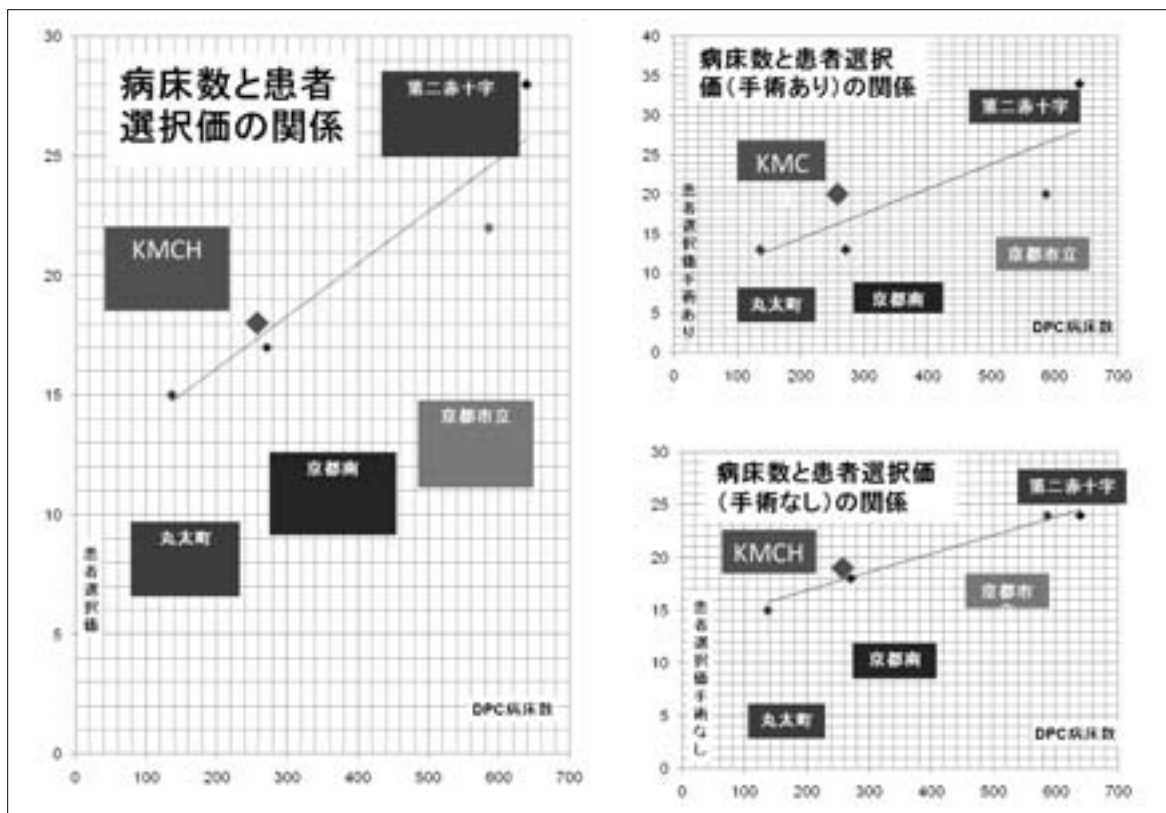
全身麻酔の手術では、医療安全のためにも最低外科医と麻酔医が必要です。関連する看護師やスタッフも必要になります。術前術後にもさまざまな医療的ケアが必要です。労働力がたくさん必要になり手間もかかるということです。医療技術の分化と高度化による医療の質の向上を背景に、病院医療の機能分化が起きているのです。別の言い方をすれば、患者の医療ニーズに対応しながら病

院医療が変化し、患者の集中が促され、病院の再編につながっているということです。

これらの結果、病院の総医療費に占める大病院の割合は次第に大きくなっています。病院が大規模化する中で、医療費も大規模病院に集中していく傾向です。しかし、「医療生産性」は規模の拡大とともに上昇するかといえば、そうではありません。「医療生産性」(図表7右)は大きな病院では反って低下しているのです。臨床研修指定病院の多くはここに入ります。このことはDPCの検討結果でも明らかになっています。産業医大の松田晋哉教授が、日本の急性期病院は原価割れをしている、と指摘されているところです。最近の医療政策は市場原理主義的競争的環境を作り出し、中小病院にも大規模病院にも強い経営圧力をもたらしており、これが上記のような病院再編の大きな要因であると考えられます。

以上、医師数、専門分化、経営圧力を病院再編の要因として挙げました。京都市は人口当たりの

図表 9



出典：吉中報告資料より

医師数が我が国の大都市の中では一番多く（図表 8）、人口10万人あたりでは OECD 平均を超えています。医師数が多い、言い換えれば医師不足要因が弱い京都市の中でも医療の専門分化や経営的な要因が強く作用して病院の再編という状況が起きているということには注意が必要です。

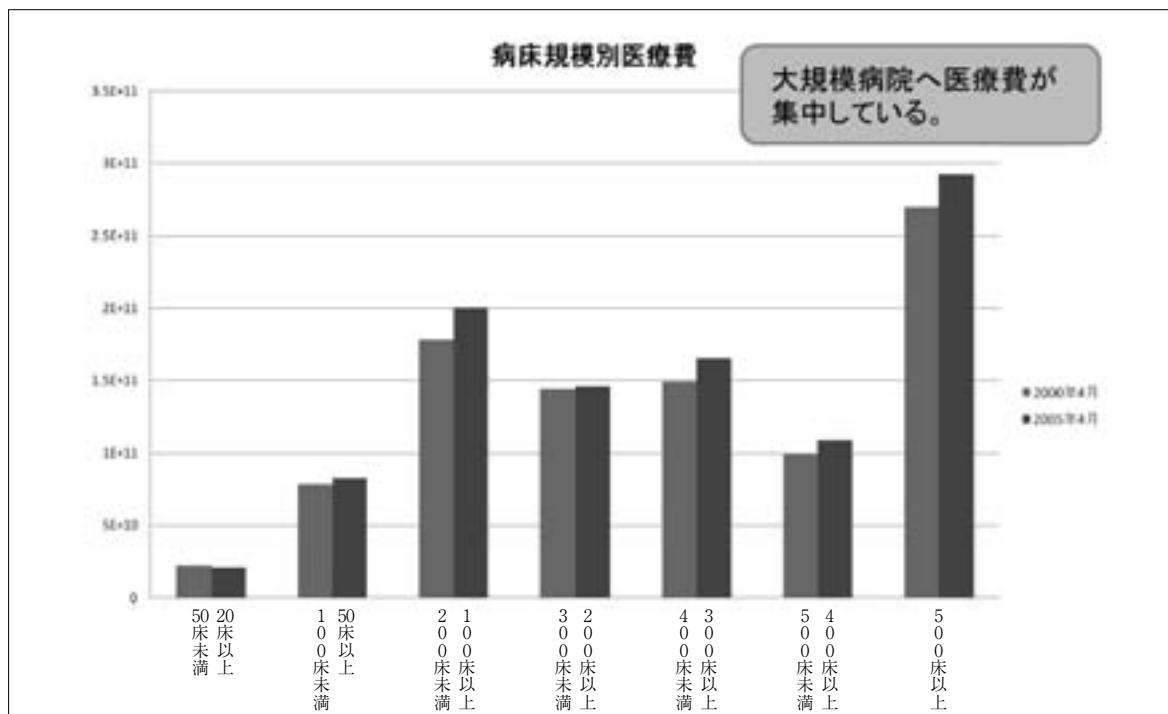
● 病院への患者集中と民医連の医療提供体制

DPC 制度のデータを使うと各病院の総患者数や疾患毎の患者数がわかります。周辺の病院間でのシェアが分かるのです。京都市西北部をカバーする DPC 病院は、京都第二赤十字病院（640床）、京都市立病院（586床）、京都南病院（283床）、丸太町病院（170床）と京都民医連中央病院（300床）です。この5病院のシェアを DPC を使って分析してみました。単純なシェアは病床規模によるところが大きいため、病床規模を同じにしてみた場合どのような傾向があるかを検討したものです。

横軸は各病院の病床数、縦軸は100床当たりの患者数（これを5病院の中で占める割合で%表示し患者選択値としました）です。総患者だけでなく手術のあるなしでも検討しました（図表 9、10）。京都民医連中央病院は KMCH と示してあります。これを見ると、病床数を同じにしても大規模病院の患者数がより多いことがわかります。しかも手術が必要なケースにその傾向が強く出ています。これは病院再編の強い力です。病院医療は大規模病院に集中する傾向を持っており、市場原理主義的競争的環境の中で医師不足という要因が拍車をかけて地域医療崩壊という事態を引き起こしていると考えられます。

京都市で医師数を見ると、開業の医師が減って病院医師が増えています。医師総数で見ると、単純に開業が増えて病院の医師が減るという現象ではありません。さらに開業医の場合高齢の医師が目立ち、ある調査では60歳以上の医師が3割を占めていると報告されています。これは在宅医療

図表10



出典：吉中報告資料より

や地域医療を担う力が十分でないということを示しています。

一方、臨床研修指定病院に着目すると、京都市では研修指定病院の病床数が病床数の過半数を占めています。これらの病院は急性期の大規模病院です。しかし、研修病院には研修の成果を十分にあげるだけの指導医の確保など十分な体力があるとは言えません。第一、第二赤十字病院とも経営問題のため研修医の定数枠を減らさざるを得ない事態です。

京都市内の各行政区で見ると民医連の病院がある行政区は5つ、診療所はすべての行政区にあります。医療の谷間は各行政区でいくつも生じてきているというのが現状ですが、このままでは民医連の医療提供体制が地域の医療崩壊の諸相を埋めるために有効に機能しきれないのではないかと感じています。非営利・協同の民医連病院・医療機関としてどうするかが問われていると考えます。武田病院グループにしても清仁会にしても、当初は民医連グループの方が大きかったわけですが、今や病床規模では民医連を追い抜き、患者さんの

シェアも増やしています。私たちには、機能分化によって提供する医療の質を向上させながら、谷間を連携で埋め、質の高い地域医療に挑戦することが求められているのだと思います。民医連が非営利・協同を意識的に掲げて地域医療の崩壊に取り組んでいける戦略を持ちたいと思います。

京都保健会では、京都市内の病院を再編し、これを第一歩に市内での展開、すなわち診療所なども含めた配置を見直そうと動き始めています。病院医療では京都民医連中央病院に病床を集中して400床化計画(12番目の規模のグループ中核病院)を持ち、小規模病院の転換を現在検討しているところです。

政策の転換が必要

デパート・スーパー・小売店あるいは大企業と中小企業で起きているような再編の波が地域医療に押し寄せているわけですが、これを市場原理主義的な政策が加速しています。これを規制当局が医療提供体制をコントロールする手法という角度

からみてみましょう。

1つは、1985年に改正された医療法で始まった病床規制です。「医療資源の適正な配置」を掲げ二次医療圏ごとの病床数が規制されました。病床過剰地域では病床数拡大はできなくなりました。このため病院買収によって拡大する方向が強く出ています。また、高齢者医療や介護保険制度の創設の中で、病院開設法人は事業の多角化やグループ化の選択を強めました。2000年代になってIHN（Integrated Healthcare Network）が注目され社会医療法人制度の創設へと進む中で、公的病院リストラの受け皿となる動きにもつながってきています。そのためのツールとしてIT化が促進され、これらを可能にしました。

もう1つは、医療圏の中で地域医療計画が定められるようになったことです。その中でどういう役割を持つかが、各医療機関の将来に大きな影響を与えると予測されます。国民の医療ニーズに、ある意味では対応したものです。代表的なものは地域医療支援病院やがん対策基本法に基づくがん診療拠点病院（2006年）の指定です。これは診療

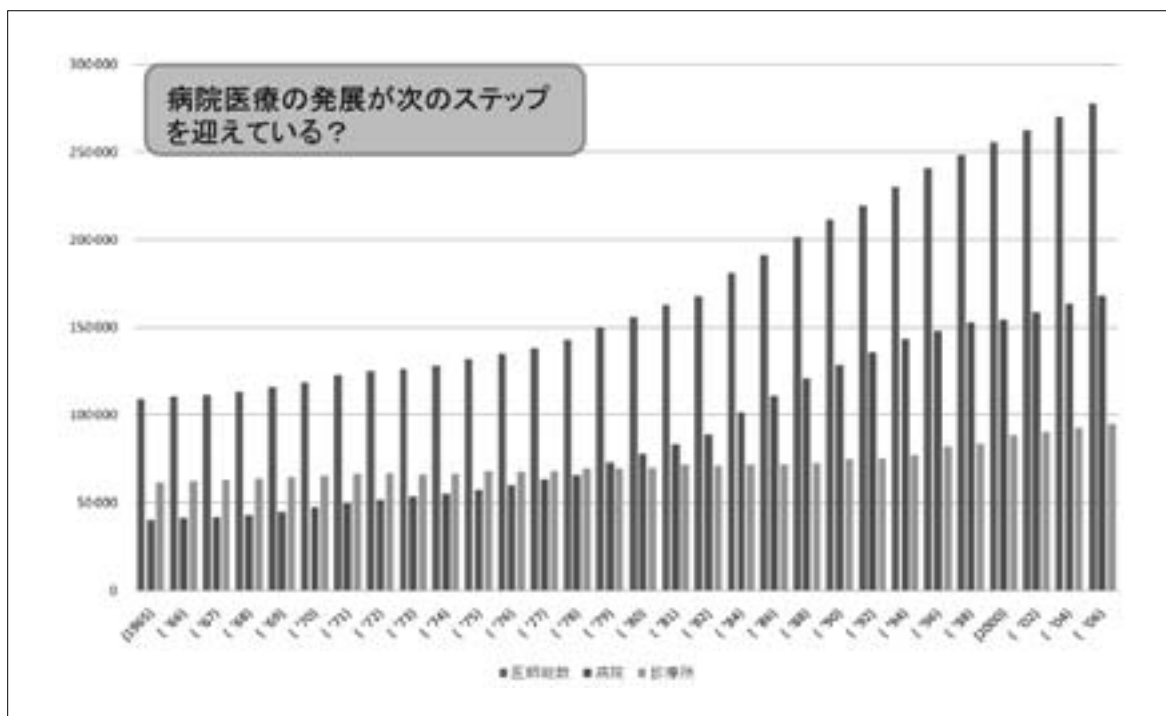
報酬とも連動し、病院の在り方に大きな影響を及ぼしています。

さらに総体として各種規制、誘導により、医療崩壊を契機にした医療機関の集約化が医師制度と連動しながら進んでいることが最近の特徴です。療養病床削減政策やDPC制度など、様々な角度から規制が行われています。従来からの診療報酬制度はその代表的なものですが、最近では診療報酬の点数のさじ加減が強力に医療再編の力を発揮しています。また臨床研修制度の影響も大きなものがあり、各種専門医制度も検討の俎上に上っているところ です。

経営的に厳しい状況に置かれている医療機関は、地域ニーズよりも規制当局の方針に対応することにより目を向けた経営ビジョンを掲げがちです。このままいけば医療の谷間は一層深くなり、地域医療の崩壊は止まらないのではないかと危惧します。

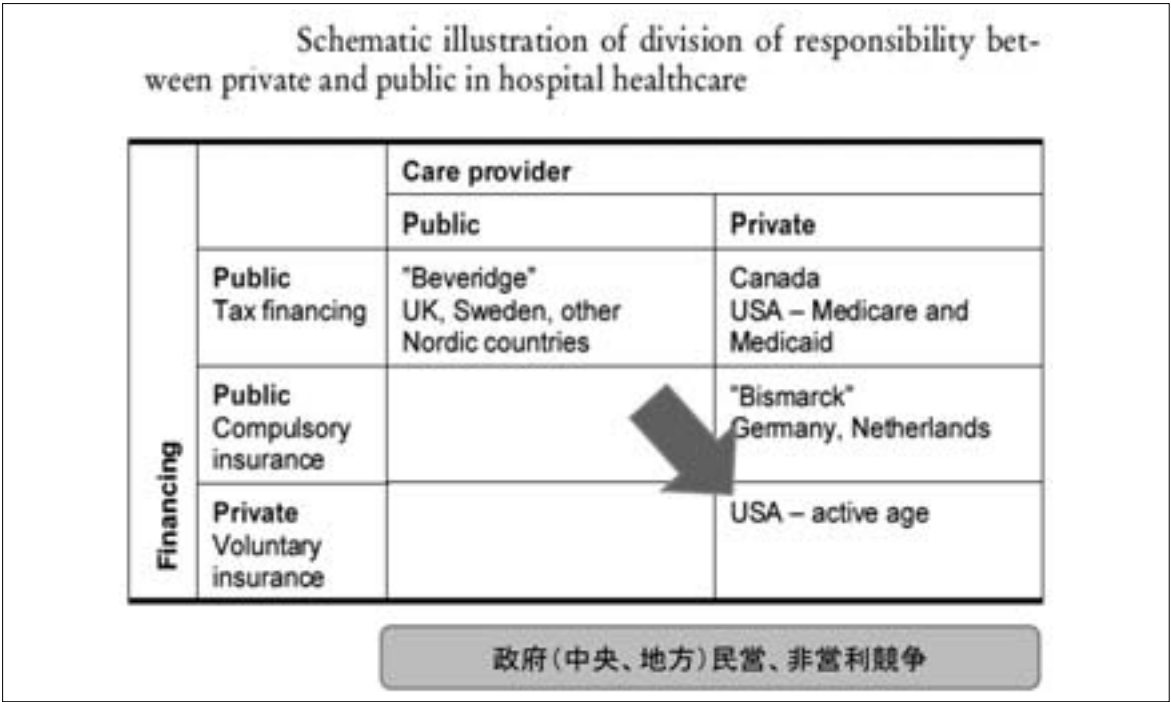
歴史的にみると戦後35年経った1979年ごろ、病院の医師数と開業医の数は逆転します（図表11）。この頃に日本の医療提供体制が病院中心に転換し

図表11 医師数の変遷 病院と診療所



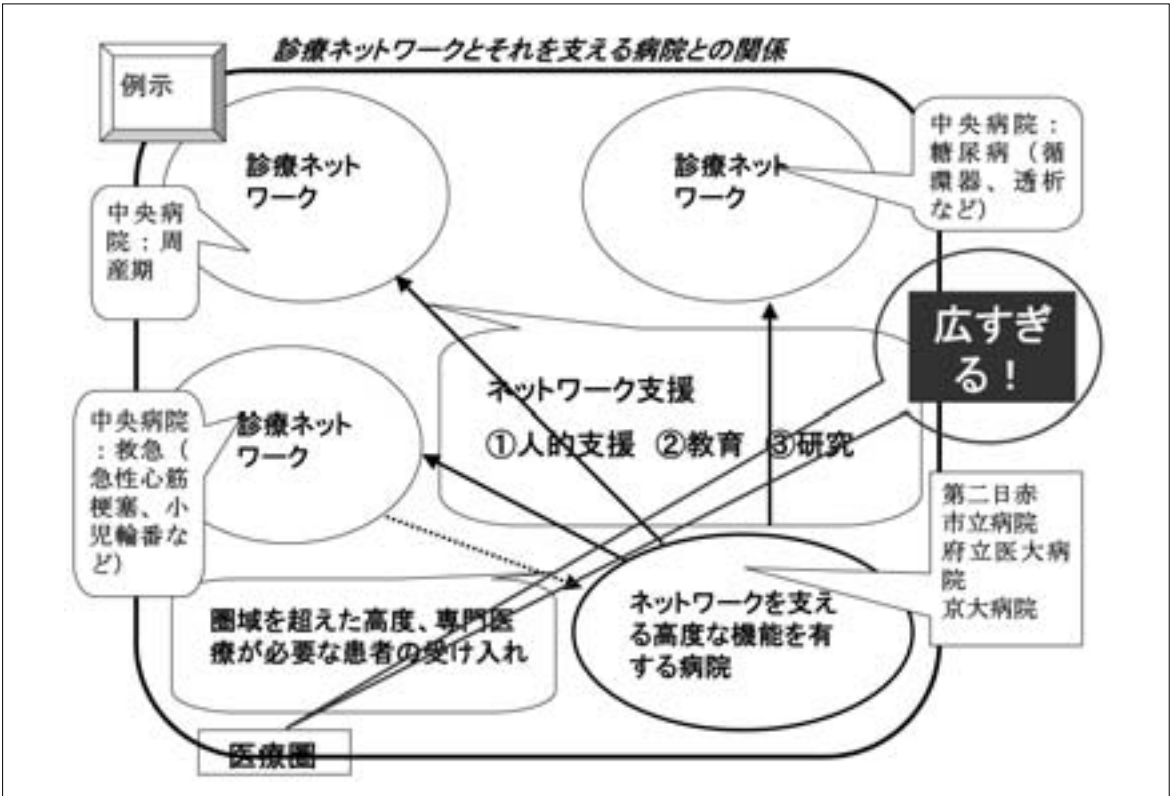
出典：吉中報告資料より

図表12 医療費財源と医療供給体制



出典：吉中報告資料より

図表13 二次医療圏を想定した医療ネットワーク



出典：吉中報告資料より

たということです。その後30年、現在が次の転換期にあると考えています。結論を持っているわけではありませんが、そういう歴史的視点で何が同じで何が違うのか、質的な転換のポイントは何か、対応する有効な政策はどのようなものかなど、研究する課題があるのではないのでしょうか。

スウェーデンでも医療制度改革の議論と政策転換は活発です。NPM (New Public Management) の手法を取り入れながら、イギリスと交流して進めています。医療費財源と医療提供体制を図表12のように分類して、国際的に長短を検討しています。アメリカは両方とも民間ということで右下にあります。貧困者や高齢者は公的保障と私的医療提供体制なのでこれは右上になります。スウェーデンやイギリスは両方とも公的ということで左上に入ります。ドイツは公的皆保険制度で医療提供体制は私的ですから右中段です。日本の場合はドイツと同様に医療保険制度で財政はまかなっていますが、医療提供体制は公私の混合ですからドイツの左側ということになるでしょう。現在の政策的方向は右下のアメリカの方向を向きながら転換が行われています。医療を規制する方向が市場原理主義的に働くのか、憲法25条に沿う方向で作用するのが重要です。国際的な経験に学びながら検討が必要な課題だと考えています。

政府は二次医療圏をベースにして医療圏を設定して、その中で府立医大や京大のような基幹病院を置き、糖尿病や周産期医療、心筋梗塞や小児とか四疾病五事業と言われますが、その各項目に対応する診療ネットワークをつくって連携を構築する方向を進めています(図表13)。これは二次医療圏を念頭に置いたものですが設定される医療圏が広すぎると思います。東京が一番いい例で、広くて人口が多い医療圏ではいくら人や物が集中しても、東京の墨東病院の産科のようなことが起きてしまうのです。厚生労働省の議論の過程では日常生活医療圏という言葉が出たことがありますが、もう少し狭い範囲、医療担当者がお互いが分かる範囲、日常生活的に顔が見える範囲のネットワークづくりを促進することが肝要なのではないでしょうか。ここに力を入れる施策が欠けています。

先にDPCで検討した地域は京都市の西北部で

す。これぐらいだとお互いの病院が分かるのです。救急医療のカンファレンスを、京都民医連中央病院と市立病院と南病院で研修医を交えて定期的に行っています。そうしたことを通じて救急患者を受け入れた時の対応が柔軟にできるようになります。病床の空き具合や医師体制の状況でお互いに無理も聞き、融通が利く関係が深まってくるのです。

このように病院間の役割分担をしながら、これに開業医の先生方も加えてネットワークをつくるとより患者さんたちのニーズに応えることができ、提供する医療の質も充実したものになるだろうと思います。しかし、あまりに競争環境に置かれると協力をするよりも、勝ち抜いていかに自分が生き延びるかというふうになってしまいかねません。政策は共同を育むベクトルを持たなければいけないと考えます。

● 今後の政策的課題

そこで政策的課題として以下のことがあると考えます。1番は、日常生活医療圏を細かく設定し、開業医も含めた医療提供体制の共同を作り上げることが必要ということです。2番目が、慢性期医療を視野に入れた医療提供体制の構築です。慢性期医療には、高血圧や糖尿病だけではなく、がんやうつのような精神疾患も入ります。そういったことも含めて、慢性期医療の役割を重視し、慢性期医療を担う医療機関の役割を明らかにする必要があります。3番目が、公益性・公共性を守る規制は、中央政府や地方政府の任務だということを明確にすることです。その中には公的病院を売り払ってはならない、逆に地方自治体には公的病院設置の義務があり政府はそれを支援するというような規制をしっかりとける必要があるのではないのでしょうか。一方で、4番目ですけれども、市場原理的競争を抑制して非営利セクターの育成を促進的に規制する必要があると思っています。

最後に、医療審議会が地方自治体のレベルでこれらを決定する大きな役割を果たしているわけですが、一般市民はおろか、医療関係者にもあまり開かれているとはいえません。ここをもっと日常生活医療圏レベルの声が反映されるようにし、透明化

「京都府『医療費適正化』計画と 在宅療養・在宅終末期への流れについて」 中間集計 概要 (11/27現在)

対象 地区医師会所属の開業会員820人（西陣114人、上京東部41人、伏見208人、中京東部69人、中京西部107人、下京東部80人、京都北90人、乙訓111人 ※23地区医師会中 8 地区医師会）
※総対象数はおよそ2000人の見込み。
期間 2008年10月2日～11月25日 ※調査終了予定2009年4月
回答数 167人
回答率 20%

1. 問題意識

2006年に成立した「高齢者医療確保法」に基づき、京都府は京都府内の医療費を適正化するための計画（「京都府中期的な医療費の推移に関する見通し」）を策定しました（2008年8月）。

同計画は、長期入院と慢性疾患患者をターゲットにしています。

長期入院の是正、つまり平均在院日数の短縮は療養病床削減によって達成することが国の方針となっていますが、京都府は全国で唯一、医療療養病床が介護療養病床よりも少ない地域であるため、全廃予定の介護療養病床から医療療養病床に転換する病床が一定数見込まれ、結果として医療療養病床は増床するという見通しになっています（2,647床→3,660床）。したがって、医療療養病床の削減による平均在院日数の短縮と医療費の削減は見込めないものと思われます。

しかし、それでも平均在院日数の2.1日短縮（2012年度目標）による約154億円の医療費削減を目指す医療費適正化計画を達成するために京都府は、医療計画（「京都府保健医療計画」）と療養病床再編後の退院患者の受け皿確保を目的とした「京都府地域ケア確保推進指針」などの諸計画によって、高齢者を中心とした入院患者の退院促進、在宅化を推進する方向を打ち出しています。

また、国においては2009年4月の「介護報酬改定」の議論が進んでいます。ここでも療養病床削減やリハビリテーション算定日数制限に表れている「医療保険から介護保険へ」「入院から在宅へ」の誘導が進む中、これまでは医療で給付されていたものが介護に置き換えられていくという問題も

起こっています。

こういった流れの中で今後、地域の開業医に対し在宅医療・在宅終末期への参加を求める動きが強められてくると考えられます。また、診療報酬においてもこれを後押しする流れが強まっています。そこで、このような医療費適正化ありきの在宅医療・在宅終末期の推進についてその是非を問い、併せて「在宅」への取り組みの現状を明らかにするために、地区医師会所属の開業会員を対象に本アンケートを実施しました。

2. 結果概要

削減ありきの計画には8割が反対

医療費削減そのものを目的とする計画が自治体において策定され、そのために平均在院日数の短縮が目標化されるといった施策の進め方については、賛成4%、反対81%、わからない15%、無回答1%（問2）。

早期退院・「在宅」化を進めることには反対65%

平均在院日数短縮が療養病床削減で達成できないために、早期退院・「在宅」化を主眼とする医療提供体制の構築により実現しようとしていることについては、賛成7%、反対65%、わからない27%、無回答1%（問3）。

在宅医療推進への対応、「積極的に」21%に留まる

「在宅」化を主眼とする医療提供体制の構築にあたっては、今まで以上に地域の開業医に対して在宅医療への参加が強く求められると考えられます。これへの対応については、「積極的に」21%、

「今以上は難しい」32%、「『在宅』自体が難しい」38%、その他7%、無回答2%（問4）

まず削減ありきの計画に反対が多数となることには当然の結果ですが、「在宅」化の推進や、在宅医療に積極的に取り組むとの意見が少数となったことは、在宅医療推進に肯定的と映る世論の受け止め方とはずいぶんと開きがあるように思えます。引き続いてその理由を見ていきます。

「積極的に」の理由

「できる限り在宅支援を行いたい」「患者や家族が希望すればできるだけ対応している」といった患者・家族の希望にかなうようにとの思いが基礎にあるものの、「でも入院も出来なければ在宅は成り立たない」「急変時の後送病院等の確保等が整えば」との条件付きの意見もあり、無条件で推進との意見は多くありません。

「今以上は難しい」「『在宅』自体が難しい」の理由

大きく分けて、医療機関にとって負担が大きく対応不可能とする意見と、核家族化が進む患者・家族の状況から不可能とする意見が多く、提供側と受け手側両方の条件が揃っていないことが明らかとなっています。

終末期も在宅だけでは難しい

今後の介護・医療提供体制のあり方についても、「在宅で終末期を」18%、「もっと病院や施設を」61%、その他19%、無回答2%となり、在宅を充実させる条件が、一般在宅とは反対のものと考えられてきた病院・施設の充実こそあるという結果が出ています（問5）。

特に、「在宅」≡「独居」「老老介護」が増え続けている家庭環境では、一概に在宅が最良とはとても言えません。

診療所の多くは常勤1人

常勤医師数1人が82%で、1人以上の非常勤医師がいるところは24%に過ぎません。多くを占める1人医師診療所に、24時間対応を求めることは現実的なのでしょうか（問6）。

既に在宅に取り組んでいる開業医

週平均1.86日在宅診療を行い、携わる在宅患者数は平均6.58人、ひと月の夜間・休日における緊急往診や電話対応の平均回数は6.76回。内科・内科標榜ありの診療所に限ると、在宅診療2.54日、在宅患者数9.62人、時間外対応平均回数5.95回（問6）。

このように、開業医にとって在宅に携わることはすでに日常的です。だからこそ掛け声だけで裏付けのない、これ以上の在宅推進に対しては、現在受け持っている患者さんに対する責任からも、提供側としても躊躇せざるを得ないのです。

在宅医療を阻む医療・介護制度

在宅療養を支えるのは医師だけではなく、看護・福祉との連携が不可欠なことは言うまでもありません。しかしながら、医療保険制度と介護保険制度が相互に連携が取りやすい仕組みとなっておらず、在宅医療制度自体にもさまざまな問題点があることが指摘されています（問7）。

在宅生活を支える基盤として家族が不可欠なことも、いまだ「介護の社会化」が実現していないことを証明しています。また、家族があっても費用を負担できるかどうか、次なるハードルとして立ちはだかっています。

「在宅へ」ではなく、「在宅も病院・施設も」へ

超高齢社会の本番はこれからやってきます。その備えとしてむりやり在宅療養・在宅生活を推し進めようとするのは、果たして幸せな老後を保障することにつながるのでしょうか。寄せられている数々の意見からは、残念ながらそのような未来は見えてきませんでした。

「在宅か病院・施設か、患者さんが選択できることが大切」。これが多くの意見でした。そのために必要なことは、「在宅へ」だけではなく「在宅も病院・施設も」を実現する施策であるべきだと私たちは考えます。

そのためには、問8の自由記述にあるように、在宅を含めて療養生活を支えるための基盤整備・システム作り、その裏付けとなる予算措置が不可欠です。

それと同時に介護保障も同様に充実させる施策に取り組まなければ、豊かな超高齢社会を実現することはできないでしょう。

を進めることが重要です。多彩な意見が出されて行政区レベルで意見交換が進むよう運用努力を改善するというのも、ひとつ重要な柱なのではないかなと思っています。

【津田報告】

「開業医から見た地域の現状」

津田：最初にこのシンポジストの話があったときに、いったい私は何を話したらいいのかなということを強く感じました。

私自身は民医連の医療生協、診療所で所長をやっておりますが、民医连云々というよりも、保険医運動のほうにずっと足を突っ込んでおり、今、全国の保険医団体連合会のほうで政策を担当しているという関係です。

全国の保険医団体連合会の、全国的な組織状況というと、約10万3000名の会員になっています。医科の先生方6万5000人、歯科が3万8000人というようななかたちで、医科の臨床医のだいたい3分の1ぐらいの組織率があるのかなと思っています。

そういう中で、来年の1月に保険医団体連合会は40周年を迎えますが、40年前、1969年に発足したときには1万名だったといえますから、40年間で10倍になって、今回の医療制度改革に関しても私たちの仲間がマスコミや、あるいはいろんなところに文章を書いたりして、民医連も保団連も取材攻勢にあいながら、この医療改革に対して大きな反対運動の力を持ってきたということがいえるのではないかと思います。

● 開業医と在宅医療

吉中先生から、非営利・協同という点から、各病院の問題、あるいは京都における医療圏の問題等々、お話がありました。非常に示唆に富んだ中身もあったのですが、私のほうは、開業医の意識についてです。京都府が医療費適正化計画で、今、在宅へ在宅へというかたちで患者を誘導しようとしている中で、開業している保険医たちが、何を考えて、どのような運動を立てていこうとしているかということ、アンケートをとりました。その中間集計を出しています（14～15ページ）。対

象は、地区医師会所属の開業会員820人ですが、回答いただいたのは167人です。

問題意識として、2006年に成立した「高齢者医療確保法」に基づいて、京都府は08年8月に医療費適正化の計画を出しました。これは、長期入院と慢性疾患患者をターゲットにしているということとはご存じのとおりです。

長期入院の是正、つまり平均在院日数の短縮は療養病床削減によって達成することが国の方針となっていますが、京都府は全国で唯一、医療療養病床が介護療養病床よりも少ない地域であったために、介護療養病床から医療に転換する病床が一定数見込まれ、結果として医療療養病床は増床するという見通しになっています。したがって、医療療養病床の削減による在院日数の短縮、それから医療費の削減ということは見込めない、ということになっています。

しかし、それでも在院日数の2.1日の短縮で、約154億円の医療費削減をめざす適正化計画を達成するために、京都府は、医療計画「京都府保健医療計画」と、「京都府地域ケア確保推進指針」というものをつくって、高齢者を中心とした入院患者の退院促進、在宅化を推進する方向を打ち出しています。また、09年4月には介護報酬改定の議論が進んでいるという流れがあります。

こういった流れの中で今後、地域の開業医に対し在宅医療・在宅終末期への参加を求める動きが強められてくると考えられます。また、診療報酬においてもこれを後押しする流れが強まっています。ということで、会員の保険医の先生方を対象にアンケートをとったというわけです。

今、保険医協会では、各地区医師会の先生方と、次々と地区懇談会を開きながら、その中でこのアンケートをとって、その結果をお返ししながら、本当に在宅療養が保証されるのかどうなのかという面を明らかにしようとしております。結果の概要というかたちでまとめておりますが、詳しい数字は省きますが、削減ありきの計画には8割が反対しています。

それから、早期退院・在宅を進めることには、反対が65%。在宅医療推進への対応を積極的にしようという先生方は21%おられましたが、今以上は難しい、あるいは在宅自体が難しいというよう

なご回答も結構な数にのぼっています。

まず削減ありきの計画に反対が多数となることは当然の結果ですが、在宅化の推進や、在宅医療に積極的に取り組むという意見が少数となったことは、在宅医療推進ということには肯定的な一般の市民の方々の受け止め方とはずいぶんと開きがあるように思います。

その理由を見ていくと、積極的にやりたいと言われた先生方は、「できる限り在宅支援を行いたい」あるいは、「患者や家族が希望すればできるだけ対応している」といった患者・家族の希望にかなうようにとの思いが基礎にあるものの、「でも入院も出来なければ在宅は成り立たない」「急変時の後送病院等の確保等が整えば」というような条件付きの意見もありました。無条件で推進との意見は多くありません。

それから、「今以上は難しい」「在宅自体が難しい」と言われた先生方は大きく分けて、医療機関にとって負担が大きく対応不可能とする意見と、核家族化が進む患者・家族の状況から不可能とする意見が多く、提供側と受け手側両方の条件がそろっていないことが明らかとなっています。

それから、今度の高齢者医療確保法の中で問題となった終末期の問題ですが、「在宅で終末期を」は18%、「もっと病院や施設を」が61%というふうになっております。在宅を充実させる条件が、一般に在宅とは反対のものと考えられてきた病院や施設の充実にこそあるという結果が出ているのではないかと思います。

そういう背景として、これは皆さんもまわりを見ていただいて、ほとんどの開業医のところは1人医師体制でやっている、中にはご夫婦でやっておられる、あるいは親子でやっておられるところもありますが、常勤医師数1人が82%、1人以上の非常勤医師がいるところは24%。多くを占める1人医師の診療所に、24時間対応をもとめることは現実的なのかということです。

また、すでに在宅に取り組んでいる開業医の先生方もおられまして、週平均1.86日在宅診療を行い、携わる在宅患者数は平均6.58人、ひと月の夜間・休日における緊急往診や電話対応の平均回数は6.76回。このように、開業医にとって在宅に携わることはすでに日常的です。だからこそかけ声

だけで裏付けのない、これ以上の在宅推進に対しては、現在受け持っている患者さんに対する責任からも、提供側としても躊躇せざるを得ないということがいえると思います。

それから、在宅医療を阻む医療・介護制度ということで、在宅療養を支えるためには当然看護・福祉との連携が不可欠です。しかし、医療保険制度と介護保険制度が相互に連携が取りやすい仕組みとなっておらず、在宅医療制度自体にもさまざまな問題点があることが指摘されています。のちに正式の報告集を作りますが、現場の開業医の先生方の生の声をいっぱい集めておりますので、これはまたその中で報告させていただきたいと思います。

「在宅へ」ではなく、「在宅も病院・施設も」へ転換する必要があるか、必要ではないかということを最後に述べさせていただきますが、一昨日の日曜日に、京都府保険医協会の主催で、介護保険のシンポジウムを行いました。その中でも、最終的に結論として、在宅も、それから施設も選択できるような制度が必要なのではないかというような提起がされ、それがおおかたの意見の一致を見たということをご報告させていただきます。

● 問題の多い医療制度

地区懇談会の中で、私たちが今開業医の先生方と問題意識を共有しようとしている問題といたしまして、いくつか提起をさせていただきます。後期高齢者医療制度をめぐるのいろんな議論は、もう皆さん方おわかりのとおりですから省かせていただきますが、京都保険医協会が非常に力を入れてお話をさせていただいている、医療費キャップ制、医療給付費のキャップ制という制度の話をさせていただきます。つまり、介護保険と同じ仕組みで、保険料の範囲内でしか医療がやられないという、あらかじめ医療費の天井が決まっているという中身でこの制度が作られている。これは非常に大きな問題で、介護保険と同じで、もっとよい介護を、もっとよい医療の給付をということを求めると、保険料の値上げにつながるというジレンマの中に置かれている。この点の認識が、全国の保険医の中にもまだまだ少なく（少ないのは

私のせいでもあるのかもしれませんが）そのへんを強く京都府協会では主張しているわけです。

それから、医療費適正化計画、先ほども吉中先生の話の中で出されましたが、その中で医療費を適正化していくために、新保健医療計画、新しい保健医療計画が今年の3月から策定されており、四疾病五事業、がんと脳卒中と心筋梗塞と糖尿病、この四疾病に関して連携システムをつくれということで話が進んでいます。

すでに手に入れている資料でいいますと、病院分はそれぞれ手上げをして、計画の中に名前が盛り込まれています。しかし、地区医師会のところには全然話がないので、保健所を通じたり、あるいはちょっとからんでいる大学の先生方を通じた程度です。昨日も実は乙訓医師会と懇談会をやったのですが、そんなもの問題ないよというところをされている地区医師会の先生方が圧倒的に多く、私たちは懇談会の中でこの問題をどんどん取り上げています。

またレセプトオンライン請求の義務化問題があります。これも、いろんなところで耳にされているかと思いますが、診療報酬の請求をオンラインにするのを義務化していくという方向が出されており、先ほども言ったような、開業医の先生方に対応できない人たちが出てきている。「もしも義務化されるならば私は医者进行を辞めますよ」という先生方が、高齢の会員をはじめとして、かなりおられます。医療崩壊ということがいわれている中、レセプトオンライン請求を義務化していくことで、開業医の先生方が辞めていくということになると、ますます医療提供体制の側に大きな問題が出てきます。これは実はそこだけの問題ではなく、患者さんの診療情報が全部もれ出していく可能性もあるのです。住基ネットのときにもあれだけ問題になりましたが、住基ネットはそれぞれの行政に守秘義務が課せられています。ところが、今度のレセプトオンライン請求の義務化ということになりますと、その入力端末がすべての医療機関にあるわけです。大きな病院になりますと、それぞれの職場に端末がありますから、どこからでも患者情報にアクセスすることができる状態になるので、これも非常に問題になってくるだろうと思います。

全国的には今、義務化撤回の訴訟を起こそうと

いう動きが、埼玉の協会、また神奈川の協会で行っており、昨日の乙訓医師会の懇談の中でも、「俺も原告団に参加する」というお医者さんが出ていました。そういう状況になっているところで

す。それからもうひとつ、京都協会のほうからは、社会保障基本法を制定する、立法化を進める運動というもの、全国的に提起しております。これに関してもいろんな意見が出されていますが、社会保障というのはこれから本当に焦点になってくると思います。社会保障国民会議が最終報告を出しましたし、雑誌『世界』で、若手の財政学者・経済学者たちも、新しい社会保障がどうあるべきかという座談会をやっています。舛添私案が出てまいりますし、民主党の案も出されてきます。それから、政府与党のほうも、新しい社会保障・医療をどう考えるかという基本法をつくるべきだという話が出されておりますので、これからこの社会保障ということが1つの焦点になってくると思います。

そのときに、私たちがどういう対抗軸でもって社会保障というものを考えていくのかという提案をして行く必要がやはりあるんだと思います。医療再生ということと、今日出された非営利・協同というのは非常に大きな中心的なテーマであろうとは思いますが、私たちはここへも焦点を当てながら運動を進めていきたいと思っております。

【高山報告】

「アメリカの医療制度と非営利・協同セクター」

高山：私の報告は、医療の話については、『日本の医療はどこへいく』を読んでいただくとして、本に書いていないことを少し報告しようと思います。

最初に、アメリカの大統領選挙についてです。今後医療がどうなるのかということで、アメリカの医学雑誌等、いろいろ議論もあったんですけれども、オバマ新大統領は、アメリカの医療制度改革について、ヒラリー・クリントン氏と対立していました。オバマ大統領は、18歳未満の人に対し

ては州の SCHIP (State Child Health Insurance Program; 州小児医療保険制度) という児童・小児向けの公的な医療保険プログラムを拡充するということを提案しているのですが、成人については、医療保険取引所 (Health Insurance Exchange) という取引所をつくって、そこで保険の加入を促すと言っています。

彼の演説では、「選択」(choice) ということをすごく強調するのです。実は医療政策の文脈で選択というのは、消費者選択なのです。また、かつてマネージド・ケア (Managed Care) がはやったときにもよく使われた言葉ですが、保険会社が被保険者を選ぶ「リスク選択」でもあるのです。ですから、選択という言葉を使うということは、実は市場主義的な医療保障体制に対して適的な言葉なんですよ。私自身はオバマ政権にとっても期待はしているのですが、アメリカの医療制度改革については、やや懐疑的な部分もあると考えています。

医療制度、非営利・協同セクターという点では、アメリカは市場原理主義の国だと思われています。そのとおりですが、じつは他面では NPO 大国です。ウォール・ストリート・国ではあるけれども、グラスルーツ・デモクラシーの国でもあるという二面性を持っているわけですね。

ですから、市場セクターと非営利・協同セクターとの関係を考える上で、アメリカというのはちょっと面白いと思います。

● アメリカにおける公益と非営利

その NPO 大国アメリカを支える法制度ですが、これが大変ややこしいです。わかりやすくいうと、公益と非営利の二重構造だということです。実は最近日本でも、一般社団・財団法人並びに公益社団・財団法人の制度、旧民法34条が改正されましたが、この仕組みを念頭に置くとわかりやすいのです。つまり、非営利と公益を分けるということです。旧民法はそこが渾然一体となっていて大変難しかったのです。

また、医療法人は確かに医療法で営利を目的とはしてはいけないという規定はあるのだけれども、税法上は、多くの医療法人は普通法人税率を課さ

れています。特定医療法人や特別医療法人 (社会医療法人) については、軽減税率があったり、本来業務について非課税になったりしますけれども。それから、民医連はまた独自の制度で、非課税だったと記憶しています。

要するに、医療法人だからといって、公益認定される、したがって税制優遇されているわけではないということです。ですから医療の分野ではむしろ、このアメリカの二重構造というのは、ある意味ではなじみ深いものだったかもしれません。

アメリカでは、非営利とは法人格の問題です。法人格の取得は基本的に申請主義で、主管も州政府です。ところが、公益については、詳しくは1年間の講義になるのでやりませんが、アメリカでは一応、宗教とか慈善とか学術とかその他一般に認められたものということで規定があります。旧民法34条みたいなものです。そうした事業については、社会全体の利益であるということで、その事業については税金をかけません。それから、その他の特典もつけますというふうになっています。

具体的には、内国歳入法に規定されています。内国歳入法の第501条C項(3)というところに公益団体 (public charities) に関する規定があり、これがアメリカで最も狭い意味での NPO になります。日本でいうと、公益社団・財団ということになります。ただ日本の場合は、特別法がいっぱいあって、NPO 法の場合も認定 NPO があるなどややこしいのですが、アメリカでは、連邦レベルでは501条C項の3に決められています。

ちなみに協同組合というのは、第501条にはありませんが、C項の3ではないので NPO とは区別されています。アメリカのいろいろな統計や書物では、非営利・協同セクターをくっつける例はあまりないわけです。株式会社とはもちろん区別されますが、共益団体、つまり会員相互の利益をかける組織だという扱いになっています。

この501条C項(3)によって公益認定された場合は、税金が免除されます。アメリカは連邦制ですから、他にも州税などがあり、固定資産税なども重いのですが、これも通常は州法によって免除されます。それから、寄付を受け取った場合は、寄付金控除を寄付した人が受けられるので、寄付を集めやすくなるという特典も付与されます。日

本でも所得税法で寄付金控除の範囲が少しずつ拡充していますが、アメリカでは上限が課税所得の50%です。

公益団体の認定条件に関する細かいことは省略します。1点だけ、パブリック・サポート・テストというのがあって、これを日本はNPO法において、認定NPO法人の判定基準にも参考とされたことが注目されます。

米国には公益団体がどのくらいの数があるということですが、図表14のとおり、2004年には27万6000ぐらいの団体があります。経済規模としては大きく、資産で見ると1兆2760億ドル、収益で見ますと1兆1530億ドルあります。日本円で100兆円を超える資産と収入があるわけですから、GDPに対する比率というのも、1割までいきませんが、それに近い水準です。日本に置き換えると、GDPがいま500兆円ですから、50兆円の資産や収益を持ったNPOセクターがあるかという計算になります。

医療費が30兆円で、民医連や医療生協がどれぐらい占めているかということにかかってきますが、

現状では1割もいかないのではないのでしょうか。頑張って1割くらいは占めてほしいですね。

● アメリカの病院

じつは、財政面から見ると、アメリカの非営利セクターの5、6割以上は医療が占めています。ですから、私がなぜ非営利・協同総研にいるかというと、アメリカの医療を勉強するということは、非営利組織論の勉強もしなきゃいけないということになっているからです。

そのアメリカの非営利病院は、いま非常に大きな危機に直面しています。煎じ詰めると、信頼性の危機と競争の危機ということです。競争の危機はわかりやすいですね。アメリカの場合、政府だけではなく保険会社ともし烈な価格競争になるので、力の弱いところは買い叩かれることになります。マイケル・ムーアの映画「シッコ」では、病院も保険会社もいっしょくたに批判されていますが、保険会社と病院との間にはまた確執や抗争があります。競争だらけです。

図表14

参考資料：

＜産業分類別公益団体数、収入額および支出額：2004年＞

Selected Items for Nonprofit Charitable Organizations Classified by NTEE Category, Tax Year 2004

(All figures are estimates based on samples—money amounts are in millions of current dollars)

NTEE major category (1)	Number of returns	Total assets	Net assets	Revenue			Total expenses	Excess of revenue over expenses (net)
				Total	Contributions, gifts, and grants	Program service revenue		
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Total	276,199	2,958,818	1,276,168	1,152,989	248,569	801,199	1,858,489	94,500
Arts, culture, and humanities	28,615	81,094	65,973	25,515	14,151	6,313	22,148	3,367
Education	48,809	677,087	486,746	220,138	64,470	116,619	985,093	35,946
Environment, animals	11,576	36,473	25,128	11,134	6,796	2,458	8,450	1,684
Health	36,372	801,770	424,567	455,063	46,581	575,543	819,048	36,515
Human services	104,837	236,302	114,700	157,653	62,853	81,785	151,549	6,104
International, foreign affairs	3,496	15,131	10,967	17,077	15,360	1,142	15,933	1,144
Mutual, membership benefit	674	13,285	8,748	2,850	178	1,748	2,127	723
Public, societal benefit	24,148	184,848	123,267	55,170	32,350	14,307	45,937	9,233
Religion-related	17,416	18,619	14,304	8,376	5,840	1,284	7,193	1,183
Unknown/unclassified	156	2	2	11	11	0	11	(2)

[1] The National Taxonomy of Exempt Entities (NTEE) is a classification system that uses 26 major field areas that are aggregated into the categories shown above. It was developed by the National Center for Charitable Statistics. The codes describe the purposes and activities of the organizations.

[2] Less than \$500,000.

NOTES: Data are from Forms 990 and 990-EZ for nonprofit charitable organizations that are tax-exempt under Internal Revenue Code section 501(c)(3) and exclude private foundations and most organizations with receipts less than \$25,000, as well as most churches and certain other types of religious organizations. Detail may not add to totals because of rounding.

出典：高山報告資料より

図表15

コミュニティ・ベネフィット基準をめぐる政策論争の経過

1946年	連邦病院調査・建設法（ヒル・バートン法）622条（f）において、連邦補助金の交付要件として、「財務能力の範囲内で、支払い能力を欠く患者を診療すること」を規定。
1956年	内国歳入法細則56－185の公布。病院調査・建設法と同じく、非営利病院に対して、その財務能力の範囲内において支払い能力を欠く者を診療することを義務付ける。
1969年	内国歳入法細則69－545の公布。チャリティケア提供をコミュニティ・ベネフィットの提供に代置。具体的要件は、①理事をコミュニティから選出すること、②ER（救命救急室）を開設し、救急患者の診療を拒否しないこと、③保険加入者の診療を拒否しないこと等である。（無保険者の診療は拒否してもよい）。また、健康の増進をチャリティと認める。
1974年	内国歳入法69－545に反対する訴訟において原告敗訴。（506 F.2 d 1278, 1278－89（D. C.Cir. 1974）, vacated, 426 U.S. 26（1976））
1983年	内国歳入法細則83－157の公布。病院のER開設要件を緩和。
1985年	ユタ州およびバーモント州において州税の免税要件厳格化の動き。ユタ州では最高裁判所がチャリティケアの実際の提供をもって免税要件とみなすと判断（翌年に住民投票により撤回）。バーモント州も同様。その他、12州で免税要件の厳格化、17州で非営利病院を不公正競争とみなす立法・判断が出される（いずれも実現せず）。
1989年	カトリック病院協会が social accountability Budget を公表（コミュニティ・ベネフィット活動を計画・実施・公開する際のガイドライン）。
1990年	ニューヨーク州およびユタ州において非営利病院規制立法が成立。ニューヨーク州では、病院は定款に定めるチャリティの理念と目的に即して、コミュニティ・サービス計画を策定し実施することが義務付けられた。ユタ州では、州税制調査会が免税のためのガイドラインを策定した。その主要な項目の一つが、非営利団体は免除された租税額を超える便益をコミュニティに提供しなければならないという規定である。
1990年	会計監査院が非営利病院は免税額にみあった便益をコミュニティに提供していないと報告。
1991年	連邦議会で病院免税資格改革法案が提案されるも審議未了で廃案に。
1993年	テキサス州においてチャリティ病院ケア法が成立。非営利病院は収入の一定額をチャリティケア並びに減額ケアに支出することが義務付けられる。また、コミュニティ・ベネフィットの実施状況について、州医療政策局に年次報告書の提出も義務付けられる。
1994年	クリントン医療保障法案において非営利病院の免税資格改革条項が盛り込まれる
1995年	カリフォルニア州において非営利病院コミュニティ・ベネフィット法が成立。病院は、コミュニティ・ベネフィットの実施状況について年次報告書を州医療計画局に提出することが義務付けられる。
2005年	会計監査院が非営利病院のコミュニティ・ベネフィット提供の動向を報告。全米17州においてコミュニティ・ベネフィット法が成立。連邦下院歳入委員会にて非営利病院免税制度に関する公聴会が開催される。

出典：高山一夫「米国非営利病院の公益性に関する考察（1）」

図表16

テキサス州におけるコミュニティ・ベネフィット規制法	
(1) コミュニティ・ベネフィットの定義	慈善診療に要した未償還費用、公的医療扶助、寄付、医学教育・研究、公的医療プログラム、保健サービスへの補助
(2) 免税のための要件	① Reasonableness Standard 慈善診療¹⁾と公的医療扶助²⁾を合理的な水準で提供すること ② 100% of Tax-exempt Benefits Standard 慈善診療¹⁾と公的医療扶助²⁾を州・地方税免税額に等しい額だけ支出すること ③ Charity Care and Community Benefits Mix 慈善診療¹⁾とコミュニティ・ベネフィット³⁾を純収益の5%以上支出し、うち前者を4%以上、後者を1%以上支出すること
(3) 罰則	年次報告書の作成義務違反は罰金 免税要件を充足できない病院については、毎年、州の司法長官および監査官に報告がなされる。
1) 慈善診療とは、貧困者の診療で発生した未償還費用をいう。貧困者の定義は各病院で定めてよいが、連邦貧困基準の200%を下回ってはならない。 2) 公的医療扶助とは、メディケイドその他の公的医療扶助受給者の診療で発生した未償還費用のこと。 3) 健康診断、健康教育、医学研究・教育などの地域貢献事業のこと。 出所) GAO (2005), p18 & 24.	

出典：高山報告資料より

信頼性という点も深刻です。本当にアメリカの病院は公益なのかという疑義が、じつに40年ほど続いています。この点については、最近、京都橋大学の研究紀要にまとめました(図表15)。

アメリカには4700万人の無保険者がいて、さらに1000万~2000万人の一部保険者がいます。一部保険者は、今受けている医療については医療保険が使えなかったり、あるいは持病については医療保険がきかないので、要するに無保険と同じ状態といえます。併せると全人口の4分の1から3分の1ぐらいになるので、彼らの医療保障をどうするのかという問題があるわけです。一番いいのは国民皆保険ですが、なかなかそうはならない。

現状ではどうやっているかというと、病院や開業医や自治体がお金を出しているわけです。要するに持ち出しです。アメリカもかつては、貧困者の救済(relief of poverty)が医療機関の公益認定の条件や連邦政府の補助金の交付の条件とされ、

無保険者の診療が義務づけられていました。1956年には内国歳入庁から通達も出されています。

ところが1969年に、この基準をコミュニティ・ベネフィット(community benefit)に変えるわけです。そして変えたときに、無保険者等の診療を公益認定の条件にしないということになったのです。1965年に公的医療扶助メディケイドができたので大丈夫だろうという楽観的な見通しがあり、また病院協会のロビイングが功を奏したからだといわれています。

無保険者については、地域でどこかが診てくれればいいので、その病院が診るかどうかは公益認定の条件にしない。メディケア・メディケイドの受給者を診療し、せいぜい救急部門を開設すれば、それでもう十分であるということになったのですが、実際には、無保険者が減りません。メディケア、メディケイドが1965年にできて、40年以上たってもまだ無保険者は解消しない。そうすると、

いったい病院の公益認定とは何なのか、なんであそこの病院が税金も払わず、固定資産税も免除されているんだ、公立病院と違うじゃないか、ということに当然なっていくます。

それで、州レベルでは、1990年代後半、具体的にはクリントン政権の医療制度改革が頓挫して以降、いろいろな州政府が規制を試みています。資料では、テキサス州におけるコミュニティ・ベネフィット規制立法の概要を紹介しています（図表16）。同州の規制は、純収益の5%以上を無保険者診療等に充当しなければ公益認定の剥奪もある、という厳しい内容です。

ただ、今は病院団体側も自主的にガイドラインをつくっていますので、どこの病院でもだいたい収益の5%程度を無保険者の診療に向けるというふうになっています。

とはいえ、病院の利益率は大変低い状況です。税金が免除されているから、やはりもうけているんじゃないかという研究もありますが、微妙なところです。

病院の話を離れますと、今、日本でも、特にがんの分野で患者団体の活用などが出ていますが、アメリカでもそこではまさにグラスルーツ・デモクラシーの中で、いろんなパーシェント・オーガニゼーションが形成されています。だいたい前ですが、アメリカで30近くのパーシェント・オーガニゼーションを見学してきましたが、実にいろんな取り組みを行っていました。貧困者やマイノリティに対する直接のサービス提供であったり、医学研究や教育支援であったり、民医連・保険医団体のように政府に対する政策提言をしたり、いろんな活動をしている団体がありました。

こうした非営利組織は3つぐらいの類型に分けられます。注意しなければならないのは、最近ではベンチャーとして設立し、そこから営利化しようという動きもあります。それから、製薬会社等と提携して、お薬の広告宣伝をしていく代わりに寄付金を受け取るといったようなこともあります。こうしたことから、信頼性の危機や市場競争の危機が生じてくるわけで、市場セクターと非営利・協同セクターというのは、ダイナミックにお互いに作用し合っているというのが、アメリカの姿であるということです。

そういう意味で、日本の患者団体の動向、あるいは医療法人の問題、今後のあり方ということを考えるうえで、アメリカの状況というのは、いろいろ参考になる点もあると思います。

【八田報告】

「千葉における公的病院の再編縮小問題と地域の課題」

八田：医療崩壊からどのように再生していくかということですが、まず医療崩壊については2つの面があり、医療の供給体制の崩壊に今は焦点が当てられておりますが、他に医療保障、受療権が保障されなくなっているということでもあります。

また、現在の制度のさまざまな変更によって、システムが機能不全に陥り、そのために医療が受けられないということにも現れています。典型的なのが、12月1日、NHK テレビの「クローズアップ現代」でやっていましたが、がん患者50代、歩けるけれども肝臓がんが薬が効かないという理由で、2つのがん拠点病院に診療を断られて、3つ目の神戸医大にようやく今通っているという状況。今は、がん拠点病院にかかりたいと思っても、治療効果がないとなったら診療は拒否されるという事態が生まれています。解説では、国が定めたがん対策基本法にもかかわらず、国の社会保障費2200億円削減という政策がその実現を阻んでいると述べていました。医療難民、介護難民を現在既に発生させている。これを医療崩壊の状況とっていいかと思います。

● 千葉県の医療崩壊

今日は特に医療供給体制の問題のお話をいたしますが、実は京都府は全国一、人口比でお医者さんが多い。それに対し、わが千葉県は下から2番目。こういう状況のところから見ますと、そしてまたさまざまな運動の成果でありましょうが、府医大などを中心に府がかかわって、北部方面に200人以上の医師を配置するなどの実践が行われている。千葉県には何も無い。そういう点では、まったく対照的な気がします。

看護婦さんも、千葉は全国46番目。それから、一般病床は46番目、療養病床42番目、特別養護老人ホーム47番目、老人保健施設37番目、グループホームがやや多くて32番目。保険の分野でいうと、資格証明書・短期保険証の発行は、長らく1位でしたが、去年あたりから熊本だとか福岡がどんどん増やしてきたので、ようやく下から3番目になりました。しかし、実数は少しも減ってはいません。そういう大変福祉・医療の遅れた県となっています。

人口は、全国で第6位で、財政力指数は第7位であり、老人人口が43位と若い県です。そういう点でまだ矛盾が顕在化していないように見えるにすぎません。

また「医療の半島格差」と呼ばれるものがありまして、千葉県というのはご承知のとおり半島ですけれども、旧国名でいうと、安房・上総・下総と3つの国がひとつの県の中にある。そのうちの上総と安房には、まともな病院は2つしかありません。1つは君津中央病院が木更津にあって、もう1つは鴨川にある亀田総合病院という病院。ですから、鋸山の麓の鋸南町の人たちは、東京湾側から太平洋に向かってバスに乗って亀田まで通う。あのあたりで心筋梗塞になったら死ぬ、千葉市で心筋梗塞になったら助かる、そのぐらいの地域格差が明確に存在しているというところです。

そういうところで、千葉県は、8つある県立病院を1つにするという無茶としかいいようのない計画を打ち出しました。その手始めが、山武医療センター構想でした。2002年のことです。

それが、さまざまな経過を経て大失敗し、そのプロセスの中で、特に山武地域の医療体制が崩壊しました。東金病院は、191床から60床になってしまいました。医師の大量退職という状況が起ってしまったわけです。そこがつぶれて、救急輪番から外れた。そうすると、救急患者さんは、ほかの病院にどっと回っていく。それで、近くの成東病院の内科医師全員退職。ここもまた救急がつぶれる。最後まで頑張った長生病院のお医者さんも、その3か月後に、2人を残して退職となりました。

ここで完全に救急医療体制はドミノ倒しのよう

に崩壊をし、交通事故の患者さんが収容されるまで何時間もかかるという状況が起こってしまう。救急患者は、05年のこの段階で28%から38%というふうに地域医療圏外に行くようになりました。

その後も、九十九里センターと名前を変えたり、いろいろすったもんだしたんですが、現時点では、白紙に戻っています。しかし県は、この東金病院と佐原の病院、それから鶴舞という市原の奥地にある病院、この3つについては、県立病院としては廃止するという意向はまったく変わっておりません。

最終的に、山武医療センターが合意に至らなかった理由は、千葉大学に院長を含めて全面的に人事をお願いをするという話になり、しかし自治体からはそのセンターにお金を出すということになる。そうすると、自治体の意向、首長の意見はどうなるという話で、最大限譲歩して、成東の町長さんが、自分の成東病院の医師確保もその院長さんのところに権限を渡す代わりに保障してくれるならOKとお答えになった。そうしたら、千葉大学のほうは、成東病院まで責任は持てないと言い、全部ご破算になったというのが、統廃合の結末でした。

自治体病院はどうなる

この問題では、自治体病院のあり方の最大の問題が判明しております。それは、自治体病院のあり方で最大の問題は人件費ではありません。図表17「国立・自治体立・（千葉県立）・公的・医療法人・民医連 費用科目構成比率比較表」は、2007年6月現在の医療経済実態調査と、2002年度の千葉県立と民医連のデータです。

日本の国立・自治体・医療法人・民医連と比較して、一番人件費率が60.2%と高いのが民医連です。だから経営がだめなんだというのはおきまして（笑）、自治体が59.7なのですが、これを今総務省は、51%にしろといっています。それを超えていたら民営化、もしくは閉鎖・統合等々を考えなさいということです。しかし、最後の収支差額を見ると、自治体病院は赤字だけれども、民医連は一応1.3%の黒を出している。どこが違うかということ、材料費を見てください。自治体病院は38.3%、千葉県立も38.1%、民医連は19.3%。ここに明ら

図表17 国立・自治体立（千葉県立）・公立・医療法人・民医連費用科目構成比率比較表（％）

	国 立	自治体	（千葉県立）	公的	医療法人	民医連
人件費	52.9	59.7	73.2	53.5	53.1	60.2
材料費	28.4	38.3	38.1	35.7	25.5	19.3
経 費	12.9	11.8	20.8	10.6	14.5	13.3
収支差額	-1.6	-7.6	-32.4	-3.8	2.2	1.3

（注）国立・自治体立・公立・医療法人は、2007年6月現在の医療経済実態調査報告による。（千葉県立）と民医連は2002年度である。

出典：八田報告資料

かに有意の差があります。つまり、こうした点の管理が、自治体病院は非常に弱いのではないか。千葉県の場合、事務長の任期はおおよそ2年です。病院に配置をされると「俺は病院に左遷された」と言って赴任されるとのことです。それでは、十分な管理ができるわけがなく、赤字も当然ということで、最近のガイドラインというのは、そのところについての視点がまったく見られない。独立行政法人にしたって、ちゃんとやる気のある医師と事務系がいないと、管理不在の状況では、同じ誤りが繰り返されるであろうと思います。

そういうことで、医療体制はどんどん崩壊が進んでおります。銚子市立病院の閉鎖ということが話題になりました。市長は存続を公約していたので、今リコール運動が起こっていて、成立するんじゃないかという話になっています。

それから、市川浦安病院というのは、自治医大系統の医療法人に身売りをするようになりました。持参金60億円つき、新しい建物をつけてと。その60億円というのは起債がきくんですね。それで、自分たちのところでやっているとずっと赤字が出ていく、持参金を付けても切り離れた方が有利という話で、事が進んでいます。このプロセスには、公立病院の役割という点の議論はありません。鋸南病院は指定管理者。研修制度では非常に有名な旭中央病院も指定管理者制度が検討中。それから、これも結構有名な松戸国保病院も民営化がうわさされるというように、今、千葉県では、公的病院で民営化、独立行政法人化、あるいは縮小・閉鎖

等の話がないところのほうが珍しいという状況になっています。

総務省のガイドラインに従いますと、病床利用率70%未満というのが、統合とか閉鎖とか、民営化という話になります。千葉県の自治体立病院25とそこに書いてありますが、そのうち11が70%未満。それから、赤字であるのは17病院。人件費率51%以上が16病院。これらのところに該当する病院は、総務省の課長さんによると、とにかく自治体病院は「原則民営化・閉鎖・統合を考えよ」というのが、総務省の方針。つまり、現在の政府には、地域医療や医療の公共性を守るという考えはありません。総務省がそう言うのもひどいものだと思うんですね。そもそもこういう事態になったのは三位一体改革で、2002年から2007年にかけて、自治体に対するお金は国からだいたい4兆円減っているわけです。これによる財政危機、それによって自治体が病院を支えられなくなりました。支えられなくなったら今度は民営化しろというわけです。

まさに、今の政府には、公的医療を保障する姿勢はまったく存在しないという状況であろうと思います。

そういうことに対して、住民は立ち上がらざるを得ません。図表18「地域医療と公立病院を守る住民運動マップ」をご覧くださいと思います。銚子地域というところでは、集会が開かれて、リコール運動。これは非常に幅広く展開されています。それから、匝瑳地域では、医療を良くする

千葉県版 地域医療と公立病院を守る住民運動マップ

〈県立病院全体〉

★08年4月、県立病院将来構想検討会が公立病院改革ガイドラインに沿い地域3病院の地域移譲を検討中。9月、県自治体病院支援対策本部を設置し医療機関の連携推進

★県が08年7月、07年度病院決算見込で一般会計からの繰入金約88億円と報告。95年度比88億円、30%の削減。

★08年、県病院局が後期研修医を43人確保と説明。

〈東葛地域〉

08年9月、松戸市立病院の早期建替えて市議会決議。東葛飾地域の医療を守る会発足を準備。

〈香取地域〉

06年、香取地域の医療をよくする会発足。学習会開催。

〈銚子地域〉

「公的医療を守る市民の集い」が700人で集会・デモ、5万筆の存続署名を市長に提出。10月に市長リコール決起集会開く。

〈千葉地域〉

08年10月、千葉社会保険病院が整理機構に移行。住民が病院を守る会の結成を準備。

〈市原地域〉

08年3月、鶴舞地区町会が循環器病センター拡充の29,856筆の署名を、県・市に提出要請。

〈安房地域〉

08年8月、鶴川市立国保病院の経営改革委が地域づくりの拠点と当面経営形態の維持を答申。

〈夷隅地域〉

08年9月、国吉病院が新病院完成で夷隅医療センター(144床)に名称変更。

〈長生地域〉

07年に「長生郡市の医療をよくする会」が発足。

〈山武地域〉

03年発足の「山武地域の医療をよくする会」が公立病院と地域医療を守れと知事に計3万5千筆の署名を08年3月に提出、前市町議会で意見書採択。6月に65人で学習会&総会を開催。8月に大網病院を守る学習会85人参加。



〈匝瑳地域〉

「匝瑳市民病院と地域医療を良くする会」を今秋、結成にむけ準備中。

※八田報告資料を簡素化

会。それから山武地域でも、医療を守る会。長生地域にもそういう会。それから、書いていないですが市原地域でもよくする会ができました。また、千葉地域では、こども病院の存立を求め、リハビリセンターの民営化反対等の運動が、10万、6万という単位で署名を集めるなどの発展があります。

これらの、考える会、よくする会などが、一昨日、千葉で連絡会を結成して、全体として、そういう地域で病院を守っていく運動が今発展をしている段階です。

自治体病院のあり方について、最近、インターネット等で調べると、大阪の柏原病院の話がずいぶん登場しています。小児科の院長先生ですね。小児科がつぶれそうになったとき、地域に院長が訴えたら、お母さん方が立ち上がって、コンビニ受診等をしないようにとかいろんな励ます運動をやって、それでやる気になって存立ができそうだ、という段階にあるようです。

こういった、既存の労働組合や民主運動とは区

別されたかたちで、新しい、自発的な住民運動が起こっています。この住民運動は、場合によりますと、主要な要因である社会保障費2200億削減という問題ではなくて、医師と患者関係のところに問題を絞り込みがち傾向もあります。また、既存の民主運動はこれらのところとちょっと一線を画していて、まだ新しい、統一された取り組みにはなっていないなという感がいたします。

いずれにしても、今、これから先のあり方として、地域医療崩壊の根本要因に、社会保障費2200億削減が存在しているのは間違いありません。医師と患者の関係は、その視点に立って、ともに運動を進めていくうえでの医療機関と患者の関係の問題として、そうした医師・患者関係というのは考えていくべきことであろうと思いますし、そういう点では、民医連の共同組織の関わりなどは、1つの典型的なものを示しているのではないかと思います。



図表19

千葉宣言

医療費抑制政策は勤務医に過重な労働を要求し、さらに国民の過大な期待は、はなはだしく勤務医を疲弊させています。そのために病院を去る医師はあつと絶たず、医療崩壊はますます深刻な状況です。

この状況を一刻も早く改善し我々にとって魅力ある職場を取り戻し、明るい明日の医療を築くため次の宣言をする。

- 一、勤務医の劣悪な環境を改善するため政府は直ちに医療費抑制政策をやめ、診療報酬制度の早急な見直しを求める。
- 一、国民の求める高い医療水準を保つため、医師の計画的増員を求める。
- 一、医師が安心して診療に専念できる法的整備を求める。
- 一、女性医師が働き続けられる職場環境の整備を求める。
- 一、そして、我々勤務医は医師会活動を通し、住民と共に地域のより良い医療体制を築いていく努力を続ける。

平成20年11月22日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・千葉

【質疑応答】

Q：最近の医師の運動についてはどうなのか？

八田：時間の都合で相当端折ってしまいました。もう1つの資料に「千葉宣言」(図表19)がありますが、この「千葉宣言」というのは、千葉市幕張で、日本医師会の勤務医部会が380人ほどの医師を集めて、発表したものです。勤務医では、医師連盟というのができて頑張っているのですが、日本医師会も、そこばかり任せていると組織上の問題が出てくると思われたんでしょうが、うちの理事長の石川先生というのがかなりそこのお膳立てもしまして、こういう宣言を発表しました。

さて、日テレ系のメールマガジン・ゼロアクションは、2008年7月緊急医師アンケートを実施しまして、804人の回答を得ています。これはインターネットですから、そういう関心のある方だと思いますけれども、それによりますと「医療崩壊を招いた最大の原因は何だと考えますか」に対する答えでは、医療費抑制政策と訴訟リスク、患者のモラル低下がトップに並んでいる。つまり、医療費抑制政策と訴訟リスクと患者のモラル低下は、

同じように医師のほうには意識をされているというところがあります。

確かに、モンスター・ペイシエントというのは、これは1つの説に過ぎないんですけども、「患者様」という言葉が使われるようになってから急増してきたという説もあります。実際問題としていえば、やはり1980年代以降、マスコミが、医療問題では医師悪論の立場にずっと立ってきました。それらの蓄積があるうえに、とりわけ小泉改革以後、新自由主義構造改革の進行の中で、弱肉強食の資本主義の本性がむき出しにされ、人々は競争に追まわれ、相互不信、利己主義が助長されました。

そういう中で、そうしたマスコミの宣伝によって、一部力関係が逆転したような状況が見られ、そこでモンスター・ペイシエントが現れた。治療がうまくいかないというので入院している患者さんが、病室に入ってくる看護婦さんのほっぺたを順番にひっぱたいたとか、検査が終わって、検査に異常がなかったのになんで金を払わなきゃいけないんだといって帰ったとか、そういうのが実にいっぱい紹介されている。

という状況がありまして、ヤフージャパンの医療崩壊に歯止めがかからない原因は何かという点

の最も支持された回答というのが「医療への感謝の気持ちを忘れた傲慢な患者の存在！」とされる。

例えば、昨年、一昨年だったでしょうか、奈良で起こった妊婦さんの脳卒中。これは墨東病院で起こったのと同じですが、そのケースについては、診療拒否、病院批判に力点を置いた報道がその時点ではされました。墨東病院の場合については、だいたい取り扱い方が変わっています。

やはり、医療問題でのマスコミ等の状況や患者の状況に対して、医師のほうにかなり防衛反応というか、過剰防衛反応のような心理的な状況も起きているのではないかと思います。

これに悪のりした人が1人おりまして、舛添厚生労働大臣は「中央公論」9月号で、「コンビニ受診などの国民の身勝手のために病院勤務医がますます疲弊し、医療は崩壊してしまう」と、医療崩壊の原因を、国民の医療資源の無駄遣いに求めています。

このように、医療崩壊の原因を医師・患者関係の崩壊が真の原因であるとするのは、社会制度の問題を人間の意識関係の問題に解消してしまうことであり、全面的ではありません。ひと言でいえば、社会的存在と社会的意識の関係の問題でありますから、その意味では、これは、やはり一面的なものだろうと思います。

例えば、よくいわれるコンビニ受診といわれるものでも、夜間の急病のところに患者さんが押し寄せるとすれば、それは、一次救急体制が不十分で、機能を発揮していないということのあらわれではないだろうか。また、病気の原因がわからなかったり、治療の結果がおかしかったり、患者さんが死んだときに、遺族が原因究明を求めるのは当然のことです。ところが、日本ではそれは今、警察優先、刑事優先になってしまいました。これが非常に大きな不信感の要因にもなっております。その点では、2001年にすでに全日本民医連は、第三者機関の設置を呼びかけておまして、これは日本の医療団体の中では一番早い部類、外科学会に次いで早い提唱であったと思いますが、そうしたことが求められている。

今、私たちは、あらためて地域住民と医療機関が、医療崩壊の原因がどこにあるのかということ、もう一度いろんなかたちでよく話し合いをし

て、団結をして1つ1つの医療機関を守ること、日本の医療システム全体をどのようにしたら守れるのかということと一緒に考えていくというスタンスでの取り組みが必要ではないでしょうか。その取り組みの模範例として、民医連と共同組織の関係がそうであったら素晴らしい、ということをお願いしたかったです。

Q：医療の公益性と無料定額診療との関連は。非営利セクターの公益性はどうなるのか。

高山：先ほど千葉県のお話でも、指定管理者制度を入れたらいいとかいろんな話がありますが、でも、煎じ詰めると、支払能力がない人の医療はどうするかということです。1つの考え方は拒否するという考えです。つまり医療は市場で取引される通常の財と同じであるとする思想です。もう1つは、そうではないとする考えです。患者には受療する権利があるんだという思想です。ただしその場合は、誰かが費用を負担しなきゃいけない。

問題は、病院が負担するのか、保険者が負担するのか、それとも税や社会保険料で負担するのかということです。

アメリカでどうして非営利病院が批判されているかというと、免税という補助金を受け取っているのだから、その補助金部分については地域住民に還元しなさいという理屈です。もし還元しないのであれば、課税して、それを財源にして公立病院で無料診療をやるということです。租税補助金という議論ですけれども、これをアメリカの州知事会、市長会、会計検査院なんかが主張していて、非営利病院側は対応を迫られています。

ですから、もし日本の今の民法改正の議論の中で、医療法人等における公益性が後退していくとすれば、アメリカの経験にならうなら、必ずそれが社会問題になって、病院の非営利性とはなんだろうということになって、困ることになります。そういう意味では、現在の制度のいい部分は残すということ、きちっと言っていくべきではないかと思いますし、民医連等の役割というのも大きいものがあると思っています。

八田：今度の医療法人の改革での一番大きな特徴は、持ち分のある医療法人が認められなくなったということです。今までの医療法人というのは、開業医の先生などが何人かいて、それぞれ、自分が出資持ち分7割とかと定め、そうすると解散したとき自分のもとに財産が戻ってくるという仕組みです。

ところが、それは株式会社と同じじゃないのかと批判があった。持ち分の売買なども実際にあったわけです。これが、医療の非営利性と株式会社病院の関係で問題になって、厚生労働省は、アリバイづくりのためにも、持ち分のある医療法人の新設は認めないということにしたんです。

ですから、これからできる医療法人は財団にしろ社団にしろ、すべて民医連と同じ、持ち分のない医療法人です。そういう意味では、医療法人の非営利性はより徹底されたということは間違いなしと思うんです。

日本の医療界全体が、営利と非営利の問題についてどうなるかという、むしろ私は、法人形態の問題よりも今起こっている事態、つまり医療の経営危機の中で、差額徴収の問題ですとか、いわゆる選定医療とか、そういうような、保険外併用療養費制度の拡大、これらの問題が、医療の営利化のほうに大きく影響している危険があるというように思っています。

吉中：私のところは、制度的には社会医療法人になれるかどうかということに不透明な部分があるということで苦慮しているわけですが、低額無料診療をすることで公益性に対応してきています。

先ほど紹介しましたが、実は、低額無料診療は社会福祉事業団、桂病院と紹介しましたが、そういったところも、それから、宇治にある宇治病院というグループも実施しています。そういうルーツを持っているわけです。済生会も入ります。

社会福祉施設協議会という組織があります。済生会が関与しているからということもあるんでしょうけれども、必ず厚労省の課長級が総会には出席し、厚労行政の動向について話をしています。社会的にはあまり知られていませんが、様々な団

体、法人、病院が公益性をかがけて活動しているわけです。

今の公益性ということできくると非常に幅が広い面がありますが、今の病院医療、私の病院を見ているとそうなんですけれども、病院は、公益性を保つ一方で、ステークホルダーといわれる取引業者などの関与も大きくなってきています。

ナンバーワンは医薬品関係ですし、ナンバーツーは医療機器メーカー、東芝とか、外資が今は多いですけども、そういったところとの取引関係はこれまでずっと浸透してきています。それに加えて、例えば難病患者さんの団体がたくさんありますが、このようなどころとの関係にも浸透しています。難病患者さんの団体でも自前では困難も多く、いろんなかたちで、製薬メーカーの補助を受けているなどの現象はめずらしくありません。しかし、それは一概にいい悪いではないと思うのです。

一例でいいますと、国立病院機構宇多野病院の前院長が定年になって私の病院で診療をされています。多発性硬化症という神経難病の患者さんたちを、日本では一番多く診てこられた先生です。若い患者さんが多くよい治療薬がないため、いつ神経がおかされるのかと強い不安を感じながら暮らしておられます。よい薬が欲しいという切実な願いがあるのですが、それを開発するのは製薬企業です。薬の開発にはきちんとした治験が必要です。そういう治験に参加する・しないは個人の自由ですが、患者さんたちは積極的に協力をしようという気持が強いのです。製薬会社という営利企業を省令できちんと規制しながら必要な薬の開発につなげるには、GPC (Good Clinical Practice) 省令に基づくきちんとした治験を実施することが非常に大切になっているのです。このため、患者さんたちはすごい情報収集能力を発揮し、全国的に講演会なども行い、治験への態度を決めるためのアドボカシー的な活動もやられています。なぜそんなことができるのかと思って聞くと、製薬企業からの財政的サポートを得ながら活動しておられるという実態があります。

患者団体の人たちは権利意識もはっきりしています。一方でそういったサポートも必要なのです。このように現実には相互浸透みたいなことが進んで

います。おそらくもっとも進むでしょうし、企業の側からいっても利益だけの観点ではなく、それが企業の社会的責任を果たすという面があるわけです。

世界一の製薬企業ファイザーというのを皆さんご存じだと思いますけれども、この会社は各種患者団体とかボランティアなどの非営利のグループを支援する会を全国的に持ったり、医師、保健師、看護師さんなどの現場での研究を支援し育成する取り組みをしています。政府の施策ではできていないところを埋めているわけです。公益性に貢献する社会的責任の発揮ということでしょうけれども、一概に否定できない面があると同時に、公益性という部分に非常に微妙な影響を与える問題でもあるわけです。非営利・協同ということを経営者は考えているわけですが、このような相互浸透をどういうふうにしたら患者さんのために生かせるのか、ざくっといえば、それをどうやってパブリックな私たちでコントロールするのかという課題があると感じているのです。突き詰めていくとか、一步を進めないといけないんじゃないかなと思います。

津田：最初の報告の中で、吉中先生の保険医協会の話で、開業の先生方と、むしろ病院の先生方が対立しているような話をちょっとされましたけれども、そういう開業医も含めて、医療をどう再建していくかという提起を、今日、私はしたかったです。

公益性ということになりますと、なかなか難しい問題がありまして、それこそ、まだ保険医協会自体がどこまでまとまっていけるかというような段階ではないかと思います。

企業の社会的責任という話をただで、躊躇する先生方もおられます。自分たちが小さいながらも一国一城の主だという限界が、そういうところからもあるんだろうと思いますが、やはり、企業といわれたら自分のところだって企業だと思ってしまうような人たちも含めて、開業医っていっぱいいるんだぞと。そういう人たちも一緒に再生に向かっていくんだぞというスタンスを、私自身は保っていききたいというふうに思うのです。

Q：吉中先生に対する質問です。中央病院が大きくなっていくのはいいんですが、例えば上京病院とか吉祥院病院とかは、少なくとも地域の二次医療機関の役割を果たしているわけです。新中央病院は市内全体ではやはり三次医療ではないか。そういうところに入院ベッドを全部移して、なくす方針で果たしていいのか、と。

それからもう1点は津田先生にですが、開業医は確かに営利的な側面があるんですが、今日報告されたアンケートの中間集計結果を見ていて、1人の医師でできる限界というのがあるわけですね。ほとんど開業医は1人の医師が多いと。そういうところで、開業医の協同化ができないか、です。

吉中：今のお話は、民医連において全国的に共通した部分が多い問題です。北海道民医連では札幌市内で地域の病院の病床を2ヵ所なくして勤医協中央病院に集中するという再編を行っています。

お答えとしては、今の基本的な方向は、このままでは経営的にも医療的にも患者さんのニーズに対応できないということから出発しています。

多くの不安は地域の病院をなくしてやっていくのかということだと思います。現在上京病院のような小規模病院で対応している患者さんは慢性期のケースが多いのです。これに対応する形で、慢性期の対応ができる病床を中央病院に作ることにしています。また、がん難民の話がありましたけれども、がんは急性の病気という時代は過ぎ去って、慢性の病気です。それにわれわれは十分対応できていません。診断した時から精神的なケアも含めて緩和ケアを治療と一体的に進めなければなりません。こういった問題にも対応できるようにしようということなのです。これは医療の質が問われているということであり、それにこたえていこうということでもあります。

それから、申し上げたいことは、病院の機能を分化させることでレベルを上げて、内部的にはチーム医療、外部的には地域連携ということで、全体を底上げしていこうというのが基本戦略です。民医連らしくということで考えますと、その中に差額病床の問題もありますし、どちらを向くかと

いうと、京大病院のほうを向いて京大病院のような大きくなればいいという話ではなくて、適正な規模で地域に貢献するという指向性を堅持しようとしています。民医連医療を徹底することで転換を図り再生したい。そういうふうに思っているということです。

京都は幸い、地域が狭いです。今、話があった上京病院などは中央病院から4キロもないですね。かなり近い。東京レベルでいいますと非常に近隣という環境にあります。しかもこれからの患者さんたちは団塊の世代の人たちで、自分で選択した病院に行くし、その範囲も広がると考えています。そういう意味では、中央病院に病床機能を集約して医療を刷新し、一方で上京病院のある地域では家庭医療学センターのような展開を考えて充実させていく、あるいは在宅や介護を充実させていくということで対応していきたいと考えています。

先日、九州の久留米市に行きました。久留米は、人口30万人の都市です。急性期病院は久留米大学の医学部附属病院があり、聖マリア病院という1000床ぐらいの病院があります。その中で、130床の久留米リハビリテーション病院を見る機会がありました。明治9年設立の病院です。東大ができる前ぐらいに設立された歴史があるそうです。昨今の医療環境の変化に応じて、急性期病院からリハビリテーション病院に切り替えたそうです。

特徴はリハビリに特化する方針が徹底していることです。漫然としたリハビリをしないという基本方針が非常にはっきりしています。自分たちの病院は訪問看護や往診はしない、その分野は地域の開業医の先生たちとネットワークをつくって一緒にやる。病室にはテレビを置いてないんです。ずっと寝っ転がってテレビを見ているというのはよくない。テレビを見るんだったら談話室に行ってください、見たい人はもちろん車いすで行っていただきます、それをサポートしますと。それから、徘徊する人も抑制しない。下におろして、転倒防止マットを使って対応する、数日たてば必ず治まると。130床ですけれども医師は3人です。ナース、栄養士、リハのスタッフなどで徹底したチーム医療を行って水準を支えています。しかも個室料は取らない、なかなかたいしたものだなと思いました。機能分化ということが、ひとつキー

ワードではないかなとつくづく感じた次第です。

機能分化すればできないことが出てきます。この病院でいうと在宅診療や訪問看護、急性期医療です。急性期医療は地域の急性期病院との徹底した連携で対応しています。輸血が必要な状況になれば急性期病院、というように明確に決めています。一番すごいのが、それまで地域には在宅医療や訪問看護のネットワークはなかったんですけれども、なければ自分たちで地域に働きかけてつくるといえるのです。自分たちの機能分化を支えるネットワークは自分たちで作るという実践をしています。

私どもは、小さい診療所から大きくしてきたという経過があって、何でもとにかくすべてに対応しようと考えてしまうのですが、今いわれている連携は、すべての機能を持っている人が仲よくしようということではなくて、自分にはないものをお互いに認め合って連携しようということなのだと思えます。ですから、そういった方向に民医連としても足を踏み出して、民医連の中の連携は重要ですが、それだけではなくて、民医連の外との連携ということも重視しなければなりません。私の病院で始めているのは、国立病院機構宇多野病院との間で医師の相互支援です。先方では循環器、消化器の医師が不在となり困っています。当院では脳外科医がいません。お互いにこれを補いあおうということで相互乗り入れを始めています。

これを通じて問題意識として強まっていますのは共同組織の在り方です。京都民医連中央病院が細菌検査室事件で危機に瀕した時には、民医連の共同組織の人たちに一生懸命支えていただきました。では宇多野病院が危機になったらどうだろうか。現実には社会保険京都病院の存続については民医連も共同組織も守ろうと活動していますから杞憂だと思うのですが、このような経験を積み上げて民医連の共同組織も本当に地域の公益性を担う団体になると思うんですね。

公益性ということが一番痛感させられたのが、実は研修制度の問題です。ご承知のように厚労省は研修医の募集枠を医師が多い近畿では削減する方針を持っています。削減する対象病院は研修医の募集枠に対して研修医の数が満たない研修病院とされています。府立医科大学などは数十名の枠

が毎年空いているのですが、実は削減対象に入っていないようなのです。北部のへき地の公的病院を地域研修プログラムに組み込んでいるからというわけです。では中央病院も綾部市にある京都協立病院を同様に組み込んでいるし、そこで家庭医を育てて丹後の診療所にも送っているじゃないかと言うんですけれども、それはお宅の法人の中の話だけであって、内輪でやっているだけだと、こういう対応になるわけですね。公益性がないというわけです。ここを打ち破る努力を私たちはしないといけないと考えています。公益性に対する変革と対応という課題です。

津田：在宅医療に限っていえば、在宅が医療のひとつの形態として医療法で出てきたのが95年くらいでしょうか。入院・外来ともう1つ在宅があるんだというかたちで出てきて、もちろん民医連はその前からずっと在宅に取り組んでいたわけですが、例え、今、私が抱えている在宅の患者さんでいうと、50人から60人です。

開業医の先生でそれだけ持っている先生というのは1人しかいない。そういう先生と連携をできればいいんだけど、50人が100人に増えたら大変だと思います。

例えば、数人持っている先生と連携を取ろうと行ったときには、私はかなり負担が減ります。しかし向こうの先生からすれば、50人増えるわけですから、そこでの連携はなかなか難しい問題だと思うんです。

京都府医師会でも、在宅の問題に取り組んでいる先生たちが、もうちょっときちっとした答申を出そうということで、日本医師会のそういう会があったときに報告に行ったんです。そのときに、左京方式と乙訓方式という2つの方式が京都府医師会の中にはありますと発言されました。

左京方式というのは何かというと、大学が2つありますから、そういうところから出されてくる人が、在宅でどれくらいの機能を持っているか、IVHできるかとか、いろんな機能を持っているかというマップを作って、手上げをすれば、そこに主治医と副主治医をつくり出すという話。左京医師会には170人だったと思う、具体的な数字はちょっと違うかもしれませんが、手を上げて、その

方式をやり出したんだけど、今まで成功したのが2例だといいます。

それから乙訓医師会でいいますと、ドクターズファイブというのがありまして、仲のいい先生たちが5人で、外科もあります、内科もあります、それから泌尿器科の先生も参加していて、5人の先生たちが組んで、そのドクターズファイブが学会に行ったり、いろんなときには支援し合おうというものををつくったんですが、これも成功したのは1例だけだったという話で、逆にいいますと、京都府の在宅のそれを日本医師会で仰々しく報告したということ自体が、あまり在宅に関しては進んでいないなということの表れかなというふうにいえるでしょうか。

今、例えば「日経ヘルスケア」とかいろんな雑誌がありますが、そういうところで、成功している例というのは、在宅に特化したものです。医者を3人も4人も抱えてというか、特に東京なんか都心はそうなのですが、在宅をとにかくやりまくるということで、その代わりそのレベルというのは非常に高いです。

入院から在宅に帰るときに、患者側の視点に立てば、同じ治療が受けられるかということのかやほり大きな問題です。それをやろうという人たちが今、増えているといったらどうか分かりませんが、紹介され始めているというか、そういうところが出てきている。

もし、もっと医者が増えてくれば、そういう在宅専門の診療所を考えてもいいのかなというふうに思います。当然、他のスタッフの養成、それから連携というのは不可欠だと思いますけれども。

そういう意味でいえば在宅も過渡期なのでしょうか。吉中先生が機能分化ということを言われたけれども、在宅ということ、在宅医療ということを実際にきちっと位置づけていくならば、そこへ機能分化していくようなことがあってもいいのかなと思いますが、今の私からしたら夢物語です。

【意見交換】

八田：医療の公共性が議論になっておりますけれども、どうも私は、医療の公共性ということと、医療提供組織の非営利性ということが、果たして一緒なのかどうなのか。それから、開業医という自然人が、営利・非営利を問われる筋合いはあるのかと。開業医というのは自然人なんです。

組織や制度の問題を論ずる場合には、人がもうけ主義なのか、いい人なのか悪い人なのかは、全体の本質論とは区別されるべきだと思います。全体としてその開業医という自然人が、どういう制度的な枠組みの中で、全体としてどのように位置づけられているのかということが問題なのだと思います。資本を持っている個人が、社会党か共産党か、自民党かというのが資本家という点では考慮されません。協同組合など組織となって一般的資本家と区別されるのと同じです。そういう意味では、経済の問題と、政策的な議論を考えていくときに、開業医というのは、営利でも非営利でもない。やはり全体としての仕組みがどういう仕組みであるか、診療報酬制度でどのような枠組みがあるのか、医師法でどんな義務がつけられているのか、それから社会的にどんな規制が行われていて、開業医の実態の行動はどうか。そういう総合的な、全体的なあり方の中で、私は、医療の公共性というものは考えなければいけないのであろうと思っています。これはちょっとより詳細に論じなきゃいけないと思っているんですが。この点は、川上武先生が、かつて『日本の開業医』というのを書いておられるんですけど、その今日のレベルで、公共の制度と関わった検討が必要ではなかろうかと思っています。

それからもう1つは、在宅医療の問題ですが、いわゆる介護に関わる在宅ケア、往診も含めたかたちで展開されるものと、がんの在宅治療、だいたいこの2つが大きな柱になるんだらうと私は思うんです。

そのあり方についてどう考えるのかですが、私自身1年ほど母親を介護した経験で申しますと、端的に言って、「よかったよな、うちの母ちゃん、俺がまだ元気なうちでな」と。自分のことを考えてみました。私が年取ったときにどうなるであろ

うか。家庭介護力はもうないです。同居などしてくれていませんし。だいたい、人口構成が、だんだん先細りになっていくわけでしょう。

一方、今いわれている在宅医療・在宅ケアと施設の選択の余地があるというのは、うそです。なぜなら、政府の決定している介護保険の、介護事業の整備計画は、2014年時点で要介護2ないし5の人の37%未満しか施設をつくってはいけないうちの37%未満、つまり6割以上は在宅だともう決めているんです。しかも施設に入れるのは、要介護4と5の人が7割以上でなきゃいけないと決めているんですよ。

これでは、在宅に行かざるを得ない。選択の余地なんぞないわけです。しかも家庭介護力はだんだんなくなる。訪問看護と往診でカバーできるなんてうそで、まったく日本の在宅ケアの10年後というのはあり得ない。今後の主流は、私は施設福祉だと思います。やはりそれだけのものをきちんとやらない限りは、介護難民どころか、介護してもらえないで家でたまわるとというのが私の将来像だろうと極めて心配になっておりますが、それが現実的なことなのではないでしょうか。

高山：医療とひと言でいっても、財政面がありますし供給面もありますから、混同してはならないですね。

医療の財政システムは、税か社会保険かとか混合システムとか、いろんな形態がありますが、いずれにしても、権力的な再分配システムをとらざるを得ないです。これが実は、よしにつけ悪しきにつけ、医療費のインフレーションを止めるうえでも有効なんです。ですから、医療を市場で取引しようとする、うまくいかない。この議論はケリがついている。

ただ、医療提供のあり方については、医療現場のあり方、川上武先生のいう医療の技術システムとも関わってきて、議論の余地がある。医療では公益性とか公共性が大事だからといって、じゃあ全部の病院を公立病院にしたらいいかということ、そういうことにはならないはず。自由開業医制のメリットというのもやはり考えなければならぬですし、結局そこは是々非々の部分で、デメ

リットをどう規制するか、メリットをどう促すかということになると思います。

日本はもう超高齢社会に突入したそうですが、私が高齢者になるころには、もっと大変なことになっているわけです。予測では、高齢者が人口の4割を超えるわけですね。ですから、そういった時代の医療や福祉のあり方というのは、50年ぐらいのスパンで考えなければならない。人口動態の問題だけでなく、経済も爆発的な高度成長は望めないわけですから、そういった中でどのような医療・介護のあり方が現実的かということである必要があり、民医連をはじめ医療運動の側も、そこは長期的なスパンから対案を提起する必要があります。

これは公益とか公共とか非営利の話とは別の問題です。実現可能な医療・福祉提供体制は何か、そこで非営利・協同組織はどういう役割を果たせるのかという議論が必要ではないかということです。

吉中：DPC というのを皆さんご存じかもしれませんが、病院への包括支払制度の日本版です。現実にはこの病気については1日いくらか決まっている定額部分と出来高部分の組み合わせです。これが日本の急性期病院ではほぼ半分に適用されています。慢性期の療養病床はすでに包括制度になっていますので、従来の出来高制の診療報酬の多くは外来診療部分に限定されてきています。このDPC制度をつくって進めている代表的な人の1人が、松田晋哉さんという産業医大の公衆衛生学の教授です。

彼は2回民医連に来て講演をしてくれているんですけれども、「私は自称社会民主主義者だ」と言うんですね。それで、先週お会いした時にこう言っていました。今、光が当たっていない慢性期医療とか在宅とかいうことがありますよね、そこでの典型的な医療のあり方を、民医連のようなところでつくってほしいと。そこを重視しないと急性期医療だけよくしても絵にかいた餅になってしまうと危惧されているわけです。同時に民医連へのエールでもあると感じました。

その理由は、こういうことなんです。

DPCは医療機関の経営実態を透明にするわけ

ですね。透明にした結果、急性期の病院は原価割れをしているということが明らかになった。そのことを明らかにすることで、実は医療費を増やせという話になる。根拠が不明なままで大変だ大変だと言っているだけでは国民の支持は得られないということを強調されるのです。

一面は私は当たっていると思います。透明性が貫かれるということを通じて、やはり医療費が不足しているのであれば増やすべきところは増やせという世論を得ていくきっかけになるだろうと考えているんですね。イギリスやスウェーデンのニュー・パブリック・マネジメントのような手法にも近いところがありますが、貴重な教訓でもあると思います。

そこで高山先生におうかがいしたいのは、地域医療や医療の公共性を守るために、医療提供体制がより整備されるようなコントロールが必要だと思うのですが、そんなような経験は、国際的にあるのかどうか、どういうところから学んだらいいのか。何かご存じのことがあったら教えてください。

高山：計画原理と市場原理のせめぎ合い、2つの原理があって、おそらく先生のお話でいうと、医師の養成や配置のところに、自由開業医制というのは市場原理ではなくて、計画的な配置ということが必要になるのではないかと思います。かつての旧社会主義国では供給や配置まで踏み込んで計画してきたと思いますし、もしかしたらかつての医局制度も医師の配置について計画原理を体現していたのかもしれませんが。そこは、歴史的経験として学ぶべき余地があるのかもしれませんが、わかっているような、わかっていないような部分もあるので、面白い研究テーマとして、いろいろ発掘できるのかもしれませんがね。

現状では、どうでしょうか。アメリカでは、医師の足りない分は留学生を集めたらいいとやっていますので、あまり参考になりませんし、イギリスは、医学部の定員を増やしたところですがけれども、英語ができる人というのは、ちょっと野心があればすぐアメリカに行くことができるので、事実上、旧大英帝国の植民地の人でもっているのかもしれませんが。そうだとすると、アメリカと同じ

構造になるわけですね。イギリスが今後どうなるか、注目しているところです。

日本については、もちろん医師を大幅に増やすべきだとは思いますが、現在のシステムで医師を増やした場合に、問題となっている産科と

か小児科や救急にどれだけ行ってくれるのかという点で、懸念が残ります。診療科や地理的な配置に関する計画原理がどうあるべきかということについては、少し慎重な議論がいるように思います。

【まとめのひとこと】

八田：とにかく、今日いろいろなことを話しましたが、すべては自公政権が連続することを前提にして議論をしているわけですし、そういう意味では、今年の政治情勢からいって今後どうなるか本当にわからないなという感じがいたします。

いろいろなことを言うんですけど、結局のところ、今の、小泉行革の2200億削減という路線のもとで2006年医療改革で決められたことは、手直しをいろいろやってはいるけれど、何ひとつ変わっていないんです。あれがそのまま進んでいったら、どうしようもない事態がどんどん拡大していくに決まっているわけです。介護の分野でも。療養病床廃止反対と言っても、それは法律で決まっていますから、あの法律を変えない限り、ことは進むわけでしょう。

こういう時期に、やはりそれらのことをもう一度あらためて広く知らせていくような取り組みというのがまず第1に必要なということです。もう1つは、そういうところまで行かなくても、日々一緒に医療に取り組んだり、あるいは医療に関わりを持ったりしている人たちと、新しい医療のあり方をめぐる勉強会なり何なりをする。やはり新しい人と人とのつながりというのを見いだしていくような取り組みをしていかなければいけないのではないかなと。その両方のことを運動論的には考えております。

高山：医療分野では無保険者を診療しなければいけないとされるのですが、それでは私立大学は学費を払えない人をどうするか。病院協会が批判するんです。大学は、授業料を払わない人を放学しているじゃないか、と。何を言いたいかと申しますと、病院だけがどうしてそういうことを問われるのか、ということです。逆に言えば、医療法人に税金をかけているんだったら、社会福祉法人や

学校法人はなぜ非課税なんだということです。

税金の問題というのは、民主主義の中心的なテーマですよ。そもそも課税をめぐる民主主義革命が起こったわけですから、民主主義について考える、あるいは公益性とか公共性を考える上での入り口の1つは、税なんです。

ですから、厚生労働省については民医連もきっちりチェックしていると思うんですけども、国税庁、それから金融庁ですかね、貸しはがしを指示していたりする、こういったところももう少し丁寧に見る必要があるのかなと。私自身はそこが専門に近いのでわりとチェックしているんですけども、まとめにもなりませんけれども、新しい提起をして終わりたいと思います。

津田：八田さんが先ほど、己の死に方みたいな話をされたんですが、実際、私は今年になってから、何人看取ったのかなということを考えてみますと、月に1人は平均的に看取っています。

看取っているのは看取っているのだけれども、意外な死に方というか、お風呂の中で浮いているのが見つかったとか、そういう人たちが、うちの組合員の中でも、今年になって何人かいるんです。

そういう人たちは、もうわれわれの在宅療養の対象でもなかった人なんですけれども、お風呂の中で見つかったというかたちでの死に方が、現実が増えてきていますので、これから、医者がついて回る、訪問看護がついて回るなんてことができなくなるって話が、本当に広がっていくんだろうなと。どこでその怒りが沸点に達して、医療をやはり変えなきゃいけないという話に力がつくのか、火がつくのかというところが、待っていたのではないかなと思いますけれども、われわれはそういう運動をどうつくっていくかということを今考えています。

それから、せっかく今日、このシンポジウムに呼んでいただいたので、私は、医療団体連絡会と

いうのがありますね、そのところでもせめて統一した要求が出せるような、なかなかそういうことが統一的な問題になりきれていない面があるので、もっともっとそういうところに紐帯を強くしていくとか、そういうことをお願いしたいなと思います。

吉中：今日は非常に興味深いディスカッションだったと思っています。日々医療をしている立場でいいますと、私たちはやはり視野狭窄になりやすいとつくづく思っています。医療はいいことだから医療費を増やせと医療者が思うほどには、国民みんながそう思っているかというと、そうではないということです。

麻生さんが、医者が変わったやつが多いと言いましたけれども、一面では結構国民的な空気を代弁している面があると思うんですね。ですから少し引いた目で見て、お互いに理解し認識を共有できるような取り組みをしなければいけないと思っています。

今年の4月に、民医連の医療・介護再生シンポというのを東京でやったんですね。そのときに、社会保障国民会議の権丈先生（慶応大学）が来られて、消費税に手をつけなかったら無理だという

ことをいろいろ言ったんですけれども、一番印象に残ったのは、国民に信頼される政府が「消費税は上げないでやっていく」というのであれば、それは国民の声として尊重し協力するスタンスであるという趣旨のことを言っておられました。

今は要するに政府が信頼されていない、右往左往していけないという話です。実は今は新自由主義もかげりがあって、新しい時代になるかもしれないみたいなこともあるわけですが、やはり信頼に基づく政府を、医療者も国民も手を組んでつくっていく運動が一番重要かと考えています。

そのためには、共同組織の人たち、毎日のことで困っている人たち、保険がない人たちと一緒に民医連運動に取り組んでいく、活動を積み上げることが重要です。夢としては、憲法9条と25条を合体をさせて、新しい平和主義、戦争がないのだけが平和ではなくて、貧富・格差がなく環境問題・南北問題も解決できるような、そういう新しい平和主義を新自由主義に対置する旗頭として打ち立て、これで行こうという契機になればなと思っています。

（2008年12月9日近畿高等看護専門学校にて開催）

シリーズ 民医連の医療・介護制度再生プラン(案)によせて(2)

医療介護再生の思想的前提

岩間 一雄

(1) はじめに

再生プラン(案)は、その巻頭に、日本医療崩壊の根本原因は、「長年の医療費抑制策」「医師の絶対的不足」であると断じている。そして、その再生のためには医療費の増加が不可欠であるとし、その財源を確保するためには何が必要かという議論に及んでいる。私は、この再生プランの提起する「応能負担原則」「企業負担引き上げ」や、「軍事費削減」、「公共事業費削減」などに基本的に賛成である。私としては、この案そのものにつけ加える論点は、ほとんどないといってよい。強いてあげれば、医療・介護再生というレベルからすれば、やや次元の異なる問題であるが、救急医療についての提案が欲しいなというくらいであった。

だが、まさにこの財源論をめぐる、さまざまな問題が出現する。『いのちとくらし』の25号(08年11月30日)は、医療・介護再生プラン特集第一弾として、角瀬論文と八田論文とを掲載している。角瀬論文は、財源論に関連して、「公共事業や軍事費の削減などの余地はない」、税負担の点での大企業優遇政策について「今の政府にそれを期待することは出来ない」、「消費税の引き上げは難しい」が「社会保険料の引き上げ」なら「可能」といった意見を紹介している。

八田論文は、各政党の公的医療費財源問題についての態度に触れている。自民党は「消費税増税」であり、公明党は「消費税の目的税化」であり、民主党は「最終的には消費税」であり、要するに消費税増税によって、この問題に答えようとしていること、共産党と社民党は、「企業負担強化」をあげていることなど。多数派政党は、消費税の増税をもって財源としようとしており、再生プランと真っ向から対立している。

なお、八田論文は、医療崩壊の原因として、以上の財源問題と並んで、医師患者関係の変化、具体的にいえば、「訴訟リスク」「患者のモラル低

下」などの表現が象徴するような「モンスターペイシエント」の出現にも言及し、「医師患者関係の問題は」、「(医療費問題の真の国民的解決を目指す)医師・医療従事者と患者・地域住民の協同と連帯」によって解決されるべき問題だとしている。

(2) 軍事費削減

多数派政党や、財政学者の多くは、医療費の増額を必要と考える場合には、その財源を消費税の増税に求める。中には、社会保険料の引き上げを提案する学者もいる。軍事費、公共事業費などの削減が出来ないという前提がそこにはある。現在の財政構造を前提にして、必要とされる医療費をまかなおうとすれば、あらたな税収入が必要であり、大企業に関して減税策をとるかぎり、消費税の増税しかないという考え方である。

この再生プラン(案)の積極的な意義は、こうした大前提そのものの変革 Change を提起した点にある。日本の防衛について、現行の日米安保体制を軸として考えるかぎり、現在計上されている軍事費は削減不可能、という答えが返ってくるかもしれない。しかし、日本国憲法第9条の平和主義に徹して、日米安保体制は破棄する、自衛隊は解体するという前提に立てば、軍事費は削減可能である。ただし、非武装国家として諸外国と平和的な関係を維持していくためには、軍事費とは違った意味での、平和関係維持費が相当額計上される必要がある。

アメリカの核の傘から独立して、自力で諸外国との平和的な関係を維持するためには、日本独自の外交方針を、それぞれ相手国の国情に応じて樹立し遂行する必要がある。世界各国の実情を掌握し、それに見合った平和外交の展開が必須となる。そのための予算は、現在の軍事費よりは少なくても済むかもしれないけれども、相当の巨額にのぼることが予想される。軍事費削減について触れるとす

れば、日本の「防衛」についての突き詰めた対案を財政レベルにまで具体化して提起する必要があると思う。

（３）大企業の応能負担

「タックス・ヘブン」という言葉がある。現在のようなグローバル化の中での企業活動は、世界各国を拠点として展開されるのであり、日本の企業といえども、その活動の拠点が国内に置かれるとは限らない。そして、税制は国によって違う。法人税が、きわめて安価なタックス・ヘブンとも称すべき国も、地球上にはいくつも存在する。大企業などの法人税を高くすれば、大企業は、日本を捨ててどんどんタックス・ヘブンへ流れていって、日本国そのものには、あのシャッター街のような空洞化が進行するに違いない。

こうした強迫観念にも似た思いが、企業減税の推進力である。定額給付金を受け取る高額所得者については「さもしい」とされ、その「矜持」が問題にされたけれども、こうした企業のタックス・ヘブンへの逃避については、これをやむを得ないものとして容認する心理がどこかで働いているに違いない。「愛国心」について語られることも多いが、タックス・ヘブンへ逃避する企業の「愛国心」について話題になったことを、私は知らない。

一般国民には、タックス・ヘブンは無縁である。そうした外国へ国籍を移す手続きや費用などを考えれば、国内に留まる以外の選択はありえない。生きていくかぎり、生活必需品を購入しないわけに行かない。そこへ消費税を課すならば、確実に税収を上げることが出来る。逃げ場のない一般国民から広く徴収するのである。その上、「美しい日本」を守るための「愛国心」を植え付けることで、国民から「血税」をも徴収しようとしているのである。

（４）「損得」でなく「善悪」で

グローバル化の中で展開される国際的な大競争 mega competition を勝ちぬくためには、ありとあらゆる手段を駆使しなければならないとして国民を煽ったのは、新自由主義者たちであり、政府与党であった。こうした扇動の中で、「小さな政府」

が目指され、企業の自助努力、個人の自己責任が鼓吹され、派遣労働が容認された。その無惨な結果が、世界大金融危機であり、職と住居を失う多数の労働者であった。

新年の新聞に、『損得』ではなくて『善悪』で』という大見出しが躍っていた（毎日、1月3日）。投書欄である。『『人間として良いことか悪いことか』の基本軸をしっかりと自覚することが明日を切り開いていく道筋になる』とあり、それこそが「経済の回復」に繋がると結ばれていた。若者が職を失い凍え飢え、老人が医療を抑制して病苦に悩み、他方企業家たちはタックス・ヘブンの陽光をエンジョイするという光景を、好ましいことだと断言できる人は少ないと思う。やむを得ないと容認する人も、どれ程あるだろうか。

私は、割と性善論者である。自分中心の人であっても、他人のことを思いやる心が全くないという人は少ないし、世のため人のために標榜する人であっても、自分の利益を一切顧みない人も存在しないと思う。利己利他、損得善悪の割合がいくぶん違うだけだと思う。新自由主義者たちの「犯罪」—私はあえて犯罪という—は、人々が、利他心や善意意識をかなぐり捨てることこそが必要だと叱咤激励したことである。

（５）まとめ 変革のための思想運動を

利他心や倫理観は人によって違うけれども、そうした違いを認め合って、人間として美しい社会システムへ向けての変革が、医療介護再生のためにも、金融危機からの脱出のためにも必要不可欠なのである。非営利協同＝連帯を第三セクターとして組み込んだシステムを提起しているいわゆる第三セクター論も真剣に検討されるべき次期だと思う。医師患者関係も、そうした国民的な変革運動、頹廃したモラルを立て直すシステムを構築する思想運動の中ではじめて解決される問題である。

医療・介護再生プランを実現するためには、社会システムの変革が不可欠であり、そのためには、国民的な意識変革を目指す思想運動が不可欠なのである。民医連の医療・介護再生プラン（案）は、はからずもそれを示唆している。

（いわま かずお、NPO法人朝日訴訟の会理事長）

改正介護福祉士養成制度の方向性と課題

坂本 毅啓

はじめに

いよいよ2009年4月から、改正介護福祉士養成制度が開始される。ここから2012年度までかけて、新カリキュラム導入から国家試験免除廃止（必ず国家試験を受験し合格が必要となるという意味）まで段階的に施行されることになる。介護福祉士養成制度発足より20年が経過し、これからの社会福祉と介護の10年から20年を見通した改正とも言われているが、それはどういうことなのであろうか。また、改正介護福祉士養成制度はいったいどのような方向を目指していて、これからどのような介護福祉士が養成されようとしているのであろうか。そして、果たしてそれによって介護人材の確保はなされるのであろうか。実際に介護福祉士養成の現場に携わる一人として、そして勤務短大において、2008年を改正介護福祉士養成制度に対応した新カリキュラム構築に走り回った者として、その渦中において疑問に感じたことを踏まえながら、ここに改正介護福祉士養成制度を検討することとした。

本論では、まず改正介護福祉士養成制度の改正の背景について整理する。その上で、改正介護福祉士養成制度の改正点からこれからの介護福祉士養成の方向性を検討する。そして、社会保障としての介護保障を担う中心的人材として介護福祉士を位置付けるという観点から改正介護福祉士養成制度の課題点と展望について考察を行う。

1. 制度の到達点と改正の背景

2006年1月に厚生労働省社会・援護局の局長の私的諮問機関が発足し、論議を重ねてきたことを受けて、2006年7月5日に「これからの介護を支える人材について～新しい介護福祉士養成と生涯を通じた能力開発に向けて～」(以下、「検討会報告書」)と題する報告書がまとめられた。その後、社会保障審議会福祉部会において審議を重ね、2006年12月12日には「介護福祉士制度及び社会福祉士制度の在り方に関する意見」(以下、「意見書」)がまとめられた。2007年3月14日に法案が参議院に提出され、4月27日に修正審議が終わり、衆議院へ送られた。そして「年金国会」と言われ、年金記録問題などの影響を受けた衆議院厚生労働委員会をくぐり抜けるかのようにして、2007年11月6日に衆議院可決、そして11月28日に参議院にて可決されて法案は成立をしている。12月5日に交付されたが、これは当初の予定より大幅に遅れた成立となっており、日本全国の介護福祉士養成施設¹⁾において2008年は新カリキュラムに対応するべく、その準備に追われて多忙を極めることになった。

さて、政治的な影響を受けながらも改正が行われた介護福祉士養成制度であるが、その背景にはどのような理由があったのであろうか。これについては、すでに拙稿(2006年)において整理しているので、簡単に整理するだけにここではとどめることにする²⁾。

(1) 大学等の社会福祉士養成校と異なり、大学や短期大学での介護福祉士養成は厚生労働省の管轄による厚生労働大臣指定介護福祉士養成施設として養成を行っている。本論では介護福祉士養成に携わる大学、短期大学、専門学校を総じて「介護福祉士養成施設」と表現することとする。ちなみに、「施設」である大学や短期大学の介護福祉士養成施設は、厚生労働省による細かい基準に基づいて運営されている。その基準は専門学校を前提としたような基準であるが、大学や短期大学の場合はそれに加えて文部科学省管轄の大学や短期大学としての基準も満たすことが求められる。この二重の規則が、介護福祉士養成の複雑さを物語る一つだと、私は考えている。

(2) 拙稿(2006年)「介護福祉士養成制度の見直しとその課題」(所収：『医療政策学校』第3号、本の泉社、P.33～P.40)。

介護福祉士養成制度の見直しについて、中心的存在となって取り組んだのは当時の厚生労働省社会・援護局長の中村秀一氏である。中村氏は2006年の介護保険制度改正に取り組んだ当時の老健局長でもあった人物であり、今回の制度改正の背景にこの介護保険制度改正があったのは自他共に認められるところである。

この中村氏によると、「介護福祉士は、介護を支えるマンパワーとして、中核的な存在になってきたといえよう」という認識のもと、直接的な動機として次の3点を述べている。

1つ目は2005年6月に参議院厚生労働委員会で介護保険法改正法案が採決された際に付帯決議が明記されたことである。この付帯決議のうちの「16

介護需要が増大する中で、介護労働の魅力を高め、優秀な人材を介護の職場に確保していくため、介護労働者の雇用管理や労働条件の改善、研修体系や資格の在り方を見直しに取り組むこと」³⁾の点に対して、中村氏は「付帯決議で示された事項についての取り組みが必要であると痛感したので、今回の介護福祉士制度の見直しを通じてこの問題に対応したいと考えたのである」としている。

2つ目の直接的動機は、2004年7月に社会保障審議会介護保険部会がまとめた「介護保険制度の見直しに関する意見」の指摘であったと中村氏は明らかにしている。ちなみにこの意見とは介護職員については、将来的には介護福祉士を任用資格の基本とすべきであるという意見である。

そして3つ目の直接的動機は、介護サービスの質の向上のためには、介護福祉士の質の向上を図

らなければならないという理由である。「検討会報告書」や「意見書」について、介護福祉士養成制度を見直す理由についてはこの中村氏の直接的動機の中の介護サービスの質の向上を目指すということは、特に反映された意見であったと言える⁴⁾。

確かに、社会福祉士及び介護福祉士法ができた頃というのは介護保険制度や障害者自立支援制度もなく、またそれらの制度の前提となる社会福祉基礎構造改革もまだ行われていなかった頃である。20年という時間が過ぎ、制度自体の大幅な見直しが必要とされたのも、社会状況の変化とそれに対応した社会保障・社会福祉制度の変化から考えると当然のことであったと言える⁵⁾。

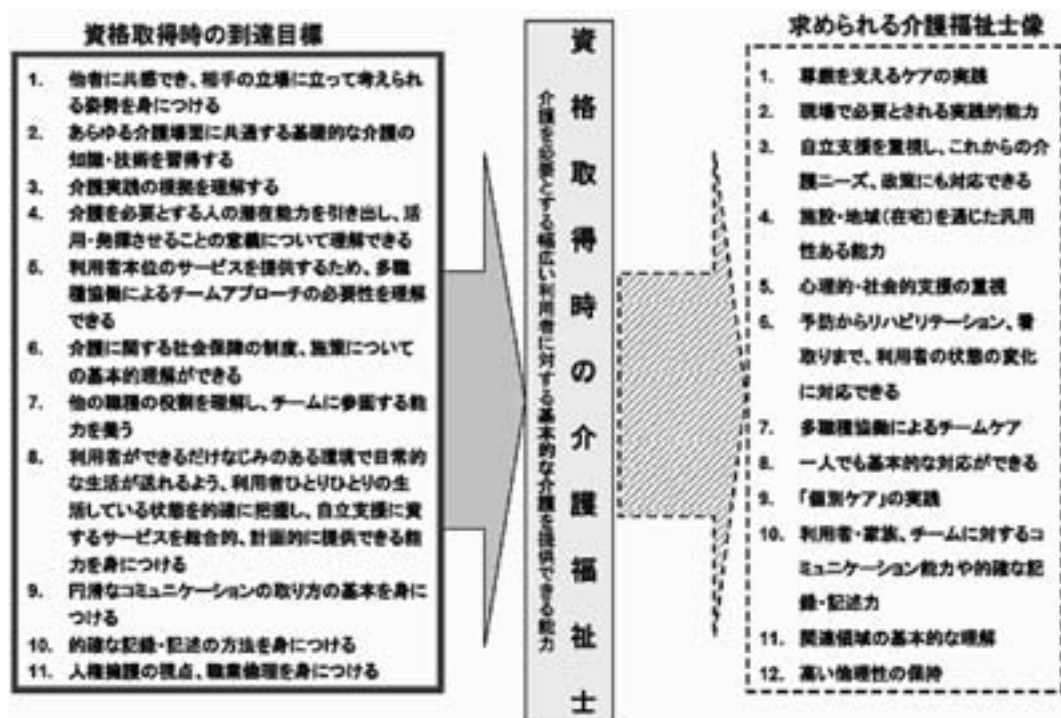
2. 制度改正の内容

今回の改正では、近年の社会情勢をふまえた「求められる介護福祉士像」を明らかにした上で、介護福祉士資格取得段階ではどの程度の能力を持つことが必要なのかを明らかにされた。「明確な目標概念を掲げてそれに基づいて教育をしようという、体系的な価値概念に基づいて教育を行うことは、今回が初めて」という指摘は、当を得ていると言える⁶⁾。

平野（2007年）によると「社会福祉士及び介護福祉士法」の改正のポイントは大きく見て①業務に関する定義規定の見直し、②義務規定の見直し、③資格取得方法の見直し、④社会福祉士の任用・活用の促進の4点に区分されるとしている⁷⁾。

-
- (3) 第162回通常国会参議院厚生労働委員会による、介護保険法等の一部を改正する法律案に関する附帯決議より抜粋。このときの附帯決議は全24項目あった。ちなみに、引用文の後には「また、労働条件の改善及びサービスの質の確保・向上の観点から、介護施設の施設基準を見直すとともに、直行直帰型のホームヘルパー及びグループホームの夜勤についてその労働実態を把握し、所要の改善を図ること」という文章が続く。
- (4) 中村秀一（2006年）『「介護福祉士のあり方及び養成プロセスの見直し等に関する検討会」報告書の解説』（所収：『新しい介護福祉士の養成と生涯を通じた能力開発～介護福祉士のあり方及びその養成プロセスの見直し等に関する検討会報告～』法研、P.10～P.32）。
- (5) 第162回国会法案提出理由によると、「近年の社会福祉及び介護を取り巻く環境の変化を踏まえ、社会福祉士及び介護福祉士の資質の確保及び向上並びに社会福祉士の活用の場の充実を図るため、これらの資格の取得方法及び身体障害者福祉司等の任用の資格の見直し等を行う必要がある」というのが、法案提出の理由となっている。
- (6) 金居久美子・黒澤貞夫・本名靖・吉田節子・澤宣夫（2008年）「特集・座談会 新カリキュラムにおける介護福祉士養成教育の方向性」（所収：『介護福祉教育』日本介護福祉教育学会、第13巻第2号（通巻第25号）、P.2～P.48）。
- (7) 平野方紹（2007年）「福祉専門職と資格制度」（所収：染谷淑子編著『福祉労働とキャリア形成～専門性は高まったか～』ミネルヴァ書房、P.59～P.79）、P.73～P.76。

図1 求められる介護福祉士像と養成の目標



出典：厚生労働省社会・援護局（2007年）「社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律案について」P.6より抜粋。

「③」の資格取得方法の見直しが、本論での中心テーマとなる。これをさらに掘り下げてみよう。大きな柱は①養成コースの再編成、②国家試験免除の廃止（養成施設卒業者も国家試験を受験し合格する必要がある）、③カリキュラム内容の変更の3点に整理することができる⁽⁸⁾。以下、それぞれの柱に基づいて、その制度改正の内容について見てみる。

2-1. 養成コースの再編成

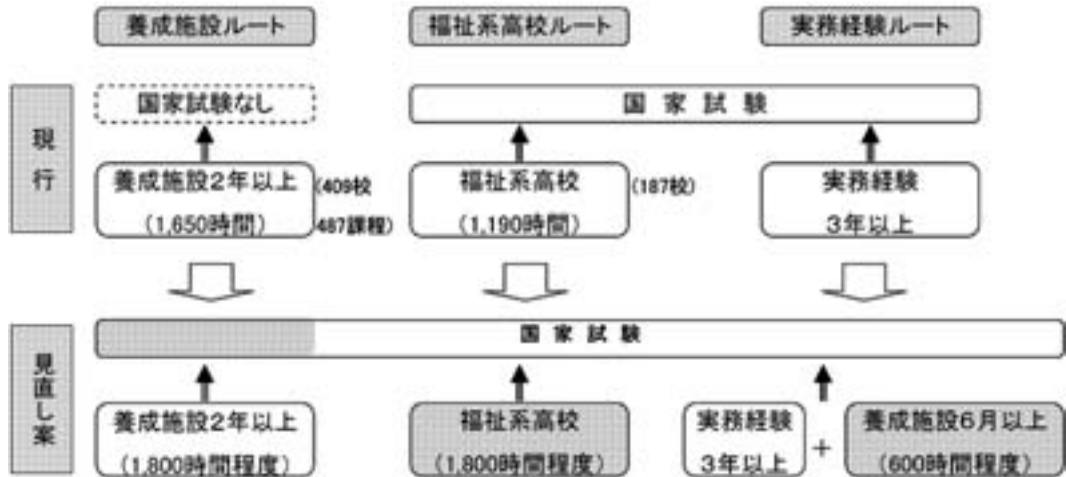
これまで介護福祉士を取得しようと思うと、①大学、短期大学、そして専門学校などの介護福祉士養成施設を卒業して国家試験免除で取得できる方法（養成施設ルート）、②福祉系高校において指定の科目を履修した卒業後に国家試験を受験して合格すると取得できる方法（福祉系高校ルート）、

③介護業務に3年以上従事したら国家試験を受験して合格すると取得できる方法（実務経験ルート）の大きく3つが存在していた（図2 資格取得方法の見直しの「現行」で示した部分）。

今回の改正では、図2の下半分、「見直し案」の部分のように再編成が行われた。特徴点は次の4点である。①すべての養成コースにおいて国家試験が課せられるようになったこと。②福祉系高校では旧カリキュラムに基づく1190時間のカリキュラムのままでは卒業後に9ヶ月間の介護業務に従事する実務経験が無いと受験資格が成立しないこと。③福祉系高校において新カリキュラムにあわせて1800時間のカリキュラムを新たに開講した場合は、卒業後の実務経験は不要で国家試験を受験できること。④実務経験だけで国家試験受験資格が発生していたが、必ず何らかの養成施設等で学ばなければならなくなったこと。

(8) 拙稿（2007年）「介護保障の観点から『介護福祉士養成制度の見直し』を考える」『福祉のひろば』総合社会福祉研究所、通巻452号、p.74～p.75。

図2 資格取得方法の見直し



出典：厚生労働省社会・援護局（2007年）「前掲資料」P.7より抜粋。

図3 改正の実施スケジュール



出典：厚生労働省社会・援護局（2007年）「前掲資料」P.9より抜粋。一部、坂本が改編。

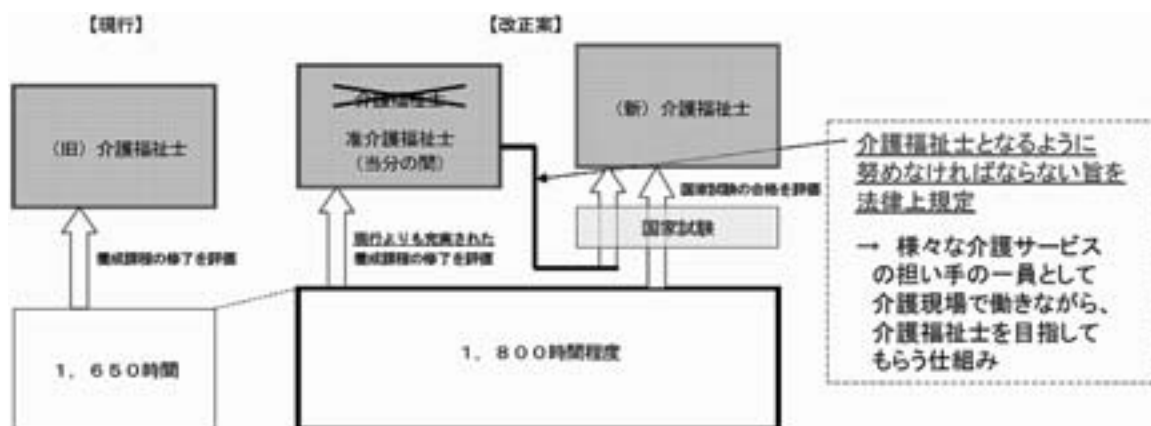
なお、養成コースの再編成とは別に、いつから国家試験を課す時期については、介護福祉士養成施設が一年制の専攻科から四年制の大学までと幅広くなっていることから、卒業年次にあわせて国家試験受験を課すようになっている。具体的には、2009年度に四年制大学に入学する学生が卒業する2012年度から、国家試験受験がすべての養成コースに適用される。図3 改正の実施スケジュールに示したように、二年制の短大や専門学校の場合は経過措置的に新カリキュラムで学びつつ、国家試験は免除されて、卒業と同時に介護福祉士を取

得することができるケースがある。

2-2. 国家試験免除の廃止

改正前の介護福祉士養成制度は、大学、短期大学、専門学校等の介護福祉士養成施設を卒業すると国家試験を免除されて、卒業と同時に介護福祉士を国家資格として取得することが可能であった。「社会福祉士及び介護福祉士法」案が1987年5月20日に参議院通過、翌21日に衆議院本会議可決成立、そして同年5月26日に交付されて以来、約20

図4 養成施設ルートの改正



出典：厚生労働省社会・援護局（2007年）「前掲資料」P.7より抜粋。

年にわたって維持されてきたものであった。今回の制度改正に伴い国家試験免除は廃止され、介護福祉士を取得する者は全て国家試験を課せられるようになる。この改正を図示化したものが図2 資格取得方法の見直しである。

これについて、日本介護福祉士養成施設協会内において各施設関係者は様々な意見を持つに至った。単純化すれば賛成派と反対派である。国家試験を必ず受験するようになることで他の医療、福祉専門職と肩を並べられるという意見や、あるいは一定の質の担保がはかられるという歓迎する意見もある。一方、既得権益の取り上げや、昨今の学生募集状況から養成施設事態の経営が危機を迎えるという意見もある。これらは、介護福祉士に対する社会的認知の向上、医療・保健・福祉分野における専門職としての扱いの地位向上につながるという中・長期的な観点からの意見と、介護福祉士養成施設において大半の施設が定員割れを起こしているという時期をふまえた短期的な観点からの意見、と見ることができるであろう。

しかし、これらの意見対立が見られるような国家試験を課すこと以上に大きな改正点は、「准介護福祉士」の導入である。これについては次章で検討を行うので紹介程度にとどめておくことにする（図4 養成施設ルートの改正を参照）。

「准介護福祉士」は、フィリピンとの間の経済連携協定との整合性を確保する観点から急遽導入が決まった資格で、介護福祉士養成施設を卒業して国家試験を受験したものが不合格の場合、あるいは国家試験そのものを受験しない場合に、暫定的に使用することができる資格である。介護福祉士の援護と助言のもと、介護サービスの担い手となる。法案提出の説明では、①養成施設の卒業者は、改正前の制度の下では介護福祉士の資格を取得できた者であったことを踏まえた経過的配慮、②養成施設の卒業者は国家試験を経ることなく介護福祉士の資格を取得することができる現行制度を前提として、フィリピンとの間の経済連携協定の中でその受入が盛り込まれていることとの整合の確保の2点とされている。①については、先に述べた養成施設ルートと実務経験ルートとの差別化と見ることができ、介護福祉士養成施設への学生募集に向けた配慮ではないかという説もある⁹⁾。

2-3. カリキュラム内容の変更

今回の養成制度改正で、カリキュラムの変更も大きな変更である。まず厚生労働省指定の総時間数が1650時間から150時間増の1800時間となった。実習時間数に変更は無かったが、学課科目の時間

(9) 高木博史（2008年）『介護労働者問題はなぜ語られなかったのか』本の泉社、P.65。

数が増えた。そして、科目構成が大きく変更となった。

これまでのカリキュラムでは基礎科目と専門科目の2つの分野に分かれていた。今回の改正ではそのような分け方をせず、「人間と社会」、「介護」、「こころとからだのしくみ」の3領域の構成に変更している。また各領域内の教育内容についても、項目として全体的に数が減っている。旧カリキュラムと新カリキュラムを比較して並べた表が、「表1 現行カリキュラムと新カリキュラムの比較表」である。社会福祉概論や老人福祉論、障害者福祉論といった社会科学としての社会福祉学分野の科目が領域「人間と社会」に含まれ、全体的に時間数としては減少している。一方、領域「介護」では介護過程が含まれるようになり、大幅な時間数増が行われている。

また、カリキュラムの変更に伴って、教員要件も変更されている。まず教員組織としてこれまで教務主任と専任教員だったのが、教務主任と各領域に科目編成専任教員という基準を新たに設けた。なお、それぞれの領域の基準を1人で満たす場合は、兼務をすることができることになっている。教員要件についても、従来は「医学一般」や「精神保健」などは医師でなければならない等の規定があったが、内容的に医学を含む「発達と老化の理解」や「こころとからだのしくみ」といった科目は、医師から看護師や保健師でも担当できるように変更された。また、専任教員以外の教員、つまり非常勤講師についても専任教員と同様の基準が求められていたが、「教授する内容について相当の学識経験を有する者又は実践的な能力を有する者」へと変更され、規定としてはかなり緩くなっている。これは介護現場の職員が教員として活躍できるように、基準を弾力化したものである。

3. 改正点の課題と展望

前章でみてきた改正点をふまえて、改正介護福祉士養成制度によってこれからどのような介護福

祉士が養成されるのかを考察し、そこからこれからの方向性を探っていくことにする。

3-1. 国家試験免除の廃止と「准介護福祉士」の導入の問題点

改正に伴ってどのような介護福祉士が育てられ、また介護福祉士はどうなっていくのかという点について、高木（2008年）の意見は注目に値する。

高木氏は介護福祉士資格取得について国家試験が課せられるようになる改革は、「介護福祉士の『質』を担保することを目的としているようですが、介護福祉士の将来にとって必ずしもプラスになるとはいえないのではないかと思います」と述べている。その理由について「国家試験の導入とセットでの『准介護福祉士』が創設されたことに懐疑的な思いを持っています。なぜならば、この『准介護福祉士』は、日本の介護労働事情に良い影響を与えるどころか、むしろ悪影響を及ぼす確率の方が高いと感じているからです」としている。さらに高木氏は「准介護福祉士」を導入した理由について、①介護福祉士養成施設がこれまで卒業と同時に国家資格取得できることが「ウリ」だったこと、②しかし介護福祉士養成施設は先述の通り定員割れをおこしている施設が多くさらに魅力が無くなって経営の危機に陥ってしまうこと、③それを回避するために養成施設を卒業すればとりあえず「准介護福祉士」でつないで働くことができると考えたのだと述べている¹⁰⁾。

また、日本介護福祉士会の石橋真二会長は「『准』が入れば、介護の専門性とは何なのかという疑問を持たれかねない」とも指摘している¹¹⁾。

さらには、「准介護福祉士」の導入は介護福祉士養成施設卒業者への配慮であると厚生労働省は言っているが、福祉新聞のアンケート調査では、その養成施設の教員側から「質を下げる」、「学生の意欲を高めない」、「介護人材の確保にならない」など批判的な意見が明らかにされている¹²⁾。

参議院厚生労働委員会では、2007年4月26日の

(10) 高木博史『前掲書』、P.64～P.67。

(11) 朝日新聞、2007年5月9日夕刊より。

(12) 福祉新聞、第2334号、2007年4月2日より。

表2 現行カリキュラムと新カリキュラムの比較表

現)2年課程			1650	新)2年課程			1800
基礎科目	教育内容		時間数	領域	教育内容		時間数
	人間とその生活の理解 (内容自由)		120		必修 人間と社会の理解	人間の尊厳と自立	30以上
			人間関係とコミュニケーション			30以上	
			社会の理解			60以上	
小 計		120	選択 ※上記必修科目のほか、人間と社会に関する選択科目				
			小 計			240	
専門科目	介護概論(講義)		60	介護	介護の基本		180
	医学一般(講義)		90		コミュニケーション技術		60
	精神保健(講義)		30		生活支援技術		300
	社会福祉概論(講義)		60		介護過程		150
	老人福祉論(講義)		60		介護総合演習		120
	障害者福祉論(講義)		30		介護実習		450
	リハビリテーション論(講義)		30		小 計		1260
	社会福祉援助技術(講義)		30		こころとからだのしくみ	発達と老化の理解	
	社会福祉援助技術演習(演習)		30	認知症の理解		60	
	レクリエーション活動援助法(演習)		60	障害の理解		60	
	老人・障害者の心理(講義)		60	こころとからだのしくみ		120	
	家政学概論(講義)		60	小 計		300	
	家政学実習(実習)		90	合 計		1800	
	介護技術(演習)		150				
	形態別介護技術(演習)		150				
	介護実習指導(演習)		90				
	小 計		1080				
	介護実習(実習)		450				
	合 計		1650				

出典：厚生労働省社会・援護局（2008年）「介護福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて」P.8より抜粋。

「社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議」の中で、「准介護福祉士の仕組みは、フィリピンとの間の経済連携協定との整合を確保する観点にも配慮して暫定的に置かれたものであることから、介護福祉士制度の見直し後の介護福祉士の受け入れの在り方について早急にフィリピン側と調整を行う等の対応を行い、その結果を踏まえ、速やかに介護福祉士への統一化を図ること」としている。

色々と批判的な意見が見られる「准介護福祉士」の導入は、経済協力協定（EPA）に基づく外国人の介護職への受け入れによって急遽取り入れられた制度と私は考えている。その理由は、2006年に見直しの検討会が始まってから、社会保障審議会福祉部会が2006年12月に「意見書」をまとめるまで、ずっと取り上げられる事の無かったことだからである。介護福祉士養成施設卒業者に対して国家試験を課すという方向性がすでに社会保障審議会福祉部会でもはっきりとしていたにもかかわらず、厚生労働省による2006年12月28日付けの「経済上の連携に関する日本国とフィリピン共和国との間の協定に基づく看護及び介護分野におけるフィリピン人看護師等の受入れの実施に関する指針（案）」では、養成施設卒業者は卒業と同時に介護福祉士資格取得で考えられている。むしろ2007年に法案を提出する段階になってEPAとの矛盾が明らかになり、厚生労働省社会・援護局としては苦肉の策として「准介護福祉士」という資格が出てくることになったと私は考えている。したがって、厚生労働省社会・援護局としても「准介護福祉士」という資格をつくることは本意ではなかったのではないかと私は考える。おそらく今後はフィリピンやインドネシアと調整を図り、将来的には「准介護福祉士」は廃止されることなる可能性は十分にあるのではないだろうか。

3-2.「基本的な介護を提供できる能力」程度で良いのか

前章の図1 求められる介護福祉士像と養成の

目標において、「求められる介護福祉士像」と「資格取得時の到達目標」について述べた。これについて、厚生労働省社会・援護局福祉基盤課外国人介護福祉士専門官の金居久美子氏は注目すべきことを発言している。少々長くなるが、以下に引用する。

「資格取得時の到達目標」についても併せて示しておりますが、養成段階においても、「求められる介護福祉士像」に向かって教育が行われるのであって、国家試験合格のための養成をしているわけではないわけです。養成教育についても、「求められる介護福祉士像」に向かっていくものとなります。

ただし養成課程において、介護福祉士の完成形を求めているというわけではありません。資格取得時には「基本的な介護」、つまり「求められる介護福祉士像」に到達するまでの間の基礎の部分、養成段階においてしっかり身につけていただきたいと思っています。介護を必要とする幅広い利用者に対して、基本的な介護を提供できる能力をまずはしっかりとつけられるような教育を、ぜひ行っていただきたい¹³。

介護福祉士取得後の専門職としての研鑽の方向性として「求められる介護福祉士像」を位置づけ、養成施設の段階では「基本的な介護」ができる、あるいは今後自己研鑽にとりくむことができるような力を養成することが、介護福祉士養成施設の役割として位置づけられている。介護福祉士養成施設を卒業した者の力量はその程度で良いのだろうか。新カリキュラムでは生活支援技術に重点を置き、基本的な介護が提供できるように時間数を割いている。しかし、科目を上乘せして発展的に力を養うような科目を開講するには、2年課程の短期大学や専門学校では限界である。指定科目だけで1800時間も求められるのであれば、いっそのこと4年課程を標準とするような大胆な改革が必要だったのではないかと。少なくとも、短期的な見通しの中では、資格取得後に自己研鑽に励むだけ

(13) 金居久美子・黒澤貞夫・本名靖・吉田節子・澤宣夫「前掲」P.6～P.7。

の余裕が介護サービス提供に従事する介護福祉士に果たしてあるのか疑問である。それよりも、より専門的な介護サービスの提供もできるぐらいの能力を、養成施設で学んでいる時にこそ獲得を目指す方が、より介護サービスの質の向上を図ることができる基盤になると私は考える。

3-3. 将来、介護福祉士の名称から「福祉」の2文字が無くなるかもしれない

新カリキュラムの教育内容を検討すると、社会科学としての社会福祉学の科目群が大幅に減少していることがわかる。旧カリキュラムで社会福祉概論、老人福祉論、障害者福祉論、社会福祉援助技術（講義と演習）の合計270時間は、新カリキュラムでは社会の理解の60時間以上と上乗せ選択科目の120時間以上の合計180時間程度になっている。

また、家政学や調理実習といった生活を理解し、組み立てていくために必要な科目や、あるいはレクリエーションといった生活における余暇活動、楽しみなどに関わるような科目が指定科目から無くなっている。逆に自立に向けた介護技術、つまり生活支援技術に特化した生活機能に特化した技術職的内容にカリキュラム全体が変化している。これではあたかも、介護福祉士ではなく「介護士」

である¹⁴。介護福祉士が担う介護サービスの社会的意義や役割も十分に学ぶこともなくそれで介護福祉士となるのは、自らの存在意義を対利用者との関係性の中だけに埋没させ、「何故、名称に福祉の文字が入るのか」もわからないままになってしまうのではないかと。確かに、厚生労働省の見解として「指定科目以外にも養成施設独自に科目を付け足せばよい」となっている。しかし、養成施設の大半を占める2年課程では限界である。

私は介護福祉士とは社会性を持った専門職であり、またその対象課題も社会性を持った介護問題の解決と生活の社会的保障であると考えている。「人間としてのくらしをまもり、その人の尊厳をまもる」ことを、その対象者（利用者）との関係性の中だけに埋没させることなく、より広い視点で介護問題を分析・検討する能力が求められていると考える。したがって、これからも介護福祉士の名称に「福祉」の2文字が残り続けるようにするためには、社会科学系科目を充実化して時間数を増加させた方が望ましいと考える。そして養成施設も2年課程を標準とするのではなく、3年以上の課程を標準として全国一斉に転換することで、さらに教育の内容も充実化することができるであろう¹⁵。

(14) ちょうど本論執筆前後に、EPAに基づくインドネシア人の「介護福祉士候補者」に関する新聞記事がよく見られた。この時にもよく見られた言葉が「外国人介護士」である。他にも一般的なマスコミ等では「介護士」という言葉が使われる。これ以外にも「介護ヘルパー」といった言葉も見ることがある。しかし、これは極めて迷惑な言葉であると個人的に感じている。いったい誰のことを言っているのか不明確だからだ。こういった言葉の使用の乱暴さからも、介護職に対する不理解も感じ取ってしまう。少なくともマスコミには、正しい言葉、あるいは法律に基づく言葉を使用してもらいたい。

(15) 私の勤務短大には介護福祉学科の夜間部（Ⅱ部）が開設されている。介護福祉士養成課程の夜間部を開設している短期大学は、全国で聖徳大学短期大学部と私の勤務している大阪健康福祉短大の2カ所である。専門学校については19カ所開設されている。さて、夜間部については養成施設取扱要項に基づいて2年課程分の教育内容を3年間かけてすることになっている。夜間部はだいたい18時から21時過ぎまでで1日2コマ（4時間）の受講で、1週間だと10コマ（20時間）である。これを3年間とすると、「10コマ（20時間）×30週間（1年間の授業期間）×3年間＝1800時間」となる。その内、450時間は学外での現場実習である。この実習期間を学年歴上30週間に含まないとすると、短期大学で独自に科目を開設できるのは1年間で150時間であり、2単位の講義科目（15週：30時間）で計算すると5科目分に該当する。3年間の時間割を「ピッチリ」と埋めたとして、残された5科目分（3年間なら15科目分）が短期大学としての独自性が出せるところとなる。実際にはゼミ教育や国家試験対策科目などを配置せざるを得ないので、事実上、自由な時間は乏しい。したがって、夜間部には1800時間以上の上乗せをするだけの余裕は乏しいのが現状である。

おわりに

介護福祉士養成制度の見直しの議論が始まった頃は、日本の経済状況が「戦後最大の経済成長」と言われていた時期で、社会全体の有効求人倍率が高まっていた。逆に介護職はマスコミなどのネガティブキャンペーンや一部の介護事業所の不正などから、介護職を目指す人は減少し、介護福祉士養成施設へ進学する者も減少した⁽¹⁶⁾。その結果、介護の現場は慢性的な人材不足状態に陥ってしまった。しかし、2008年後半からの景気の悪化、雇用情勢の不安により、改正介護福祉士養成制度が始まる頃には「雇用の受け皿としての介護職」といわれるようになった。その影響がこれからどれぐらい、どのようにして現れるのかは全くの未知

だが、おそらく、養成制度自体の変化と社会変動の二つの影響から、今後数年間で養成される介護福祉士は、これまでのそれと大きくその質を転換させることになるだろう。

これから実際に新しい枠組みの制度で介護福祉士が養成され、その評価をするまでには5年から10年にかかると思われる。少なくとも今回の改正の評価が定まった時には、「周囲から『失敗した』と言われられないような教育実践を一人の介護福祉士養成施設の教員として取り組む」という個人的な決意とともに、本論を締めくくることとする。

(さかもと たけはる、大阪健康福祉短期大学准教授)

(16) どれぐらい入学希望者が減少しているのか、一例を示してみよう。ある都市部の専門学校で、2005年度の入学は定員を満したが、2006年度入学生は定員の半分、2007年度入学生はさらにその半分（定員の4分の1）という切実な現状があった。これは日本介護福祉士養成施設協会の2007年度全国集会で、当該学校長が自ら報告されていた。これ以外にも、本学のある大阪府内でも、入学者数が一ケタという専門学校が存在する。また、某四年制大学では、40人定員で4人しか入学生がいないところもある。現在の経済状況の影響から「雇用の受け皿」として介護福祉士養成施設が再び脚光を浴びることがあるかもしれない。一方で、それによって介護職の雇用条件が改善されなくなるのではないかという不安も、私は抱えている。

日本の看護師・介護福祉士への 外国人労働者の受け入れについて

竹野ユキコ

はじめに

従来、外国人看護師は日本の看護師資格保有を要件に、出入国管理及び難民認定法の「医療」の在留資格で7年以内の研修目的の就労のみが認められており、再入国は禁止されていた。また介護福祉士には該当する在留資格は存在せず、介護を目的とした入国・就労は認められていなかった。しかし、2006年フィリピンとの経済連携協定（Economic Partnership Agreement、以下、EPA）により、「人の移動」のなかで「特定活動」という枠組みで受け入れが決定したのである。批准の関係でその後発効したインドネシアからの受け入れが先行し、第1弾として2008年8月にインドネシアの看護師・介護福祉士候補生たちが来日、2009年には受け入れ先での研修が始まった。

看護・介護労働者の不足が問題となる中で、外国人看護師・介護福祉士を受け入れることは、医療・福祉の現場にとってどのような意味があるのか。また専門職に外国人就労が開かれたことは、今後日本が恒常的な外国人就労を受け入れる体制を作る端緒となるのか、移民を受け入れることにつながるのかなど、さまざまな問題を抱えていると言える。そこで本論では外国人看護師・介護福祉士候補者受け入れに関する現状を整理し、受け入れに関する問題点、今後の課題を考察したい。

1 EPAによる外国人労働者の受け入れ

（1）各国とのEPA

EPAについて、財務省は「2以上の国（又は

日インドネシア経済連携協定に基づく看護師・介護福祉士候補者の受入れ（平成20年7月1日発効）

	看護師	介護福祉士
目的	看護師の国家資格取得と取得後の就労	介護福祉士の国家資格取得と取得後の就労
在留資格	二国間の協定に基づく「特定活動」の在留資格	
活動内容（国家資格の取得前）	日本国内の病院で就労・研修（雇用契約を締結）	日本国内の介護施設で就労・研修（雇用契約を締結）
活動内容（国家資格の取得後）	日本国内の医療施設等で看護師として就労（利用者宅でのサービスを除く。）	日本国内の介護施設で介護福祉士として就労（利用者宅でのサービスを除く。）
在留期間等	・資格取得前：看護師3年、介護福祉士4年が上限 ・国家試験に不合格（資格未取得）の場合は帰国 ・資格取得後：在留期間上限3年、更新回数の制限なし ・労働市場への悪影響を避けるため、受入れ枠を設定：当初2年間で1000人（看護400人、介護600人）を上限	
入国の要件	・インドネシアの看護師資格の保有者（看護学校の修了証書Ⅲ取得者又は大学の看護学部卒） ・2年以上の看護師の実務経験 ・日本人と同等報酬の雇用契約を締結	・「大学又は高等教育機関の修了証書Ⅲ以上の取得者十両国政府で合意した指針に基づく研修を修了し介護士としてインドネシア政府から認定された者」又は「看護学校の修了証書Ⅲ取得者又は大学の看護学部卒業業者」 ・日本人と同等報酬の雇用契約を締結
日本語等研修	入国後に6ヶ月間の日本語等研修（注）を実施：（財）海外技術者研修協会（AOTS）及び（独）国際交流基金	
送り出し調整機関	インドネシア海外労働者派遣・保護庁（NBPPIW）	
受入れ調整機関	（社）国際厚生事業団（JICWELS）	

（注）「日本語等研修」には、看護・介護導入研修を含む。日本語能力試験2級程度の日本語能力がある場合は研修を受講しないことも可。（留意点）不法滞在等の問題が生じた場合の受入れの一時停止を含む、秩序立った受入れのための必要な措置を日本政府が講じる。

出典：厚労省資料

日フィリピン経済連携協定に基づく看護師・介護福祉士候補者の受入れ（平成20年12月11日発効）

	看護師	介護福祉士	
		就労コース	就学コース
目的	看護師の国家資格取得と取得後の就労	介護福祉士の国家資格取得と取得後の就労	
在留資格	二国間の協定に基づく特定活動の在留資格		
活動内容（国家資格の取得前）	日本国内の病院で就労・研修 （雇用契約を締結）	日本国内の介護施設で就労・研修 （雇用契約を締結）	養成施設で就学 （修了後に資格取得）
活動内容（国家資格の取得後）	日本国内の医療施設等で看護師として就労 （利用者宅でのサービスを除く。）	日本国内の介護施設で介護福祉士として就労 （利用者宅でのサービスを除く。）	
在留期間等	・ 資格取得前：看護師 3 年、介護福祉士 4 年（養成施設の場合は、養成課程修了に必要な期間）が上限 ・ 不合格・資格不取得の場合は帰国 ・ 資格取得後：在留期間上限 3 年、更新回数の制限なし ・ 労働市場への悪影響を避けるため、受入れ枠を設定：当初 2 年間で 1000 人（看護 400 人、介護 600 人）を上限		
入国の要件	・ フィリピンの看護師資格の保有者 ・ 3 年間の看護師の実務経験 ・ 日本人と同等以上の報酬	・ 「フィリピン介護士研修修了者（T E S D A の認定保持）＋ 4 年制大学卒業者」又は「看護大学卒業者」 ・ 日本人と同等以上の報酬	・ 4 年制大学の卒業生
日本語等研修	入国後に 6 ヶ月間の日本語等研修（注）を実施		
送り出し調整機関	フィリピン海外雇用庁（P O E A）		高等教育委員会（C H E D）
受入れ調整機関	（社）国際厚生事業団（J I C W E L S）		

（注）「日本語等研修」には、看護・介護導入研修を含む。日本語能力試験2級程度の日本語能力がある場合には研修を受講しないことも可。
（留意点）不法滞在等の問題が生じた場合の受入れの一時停止を含む、秩序立った受入れのための必要な措置を日本政府が講じる。

出典：厚労省資料

地域）の間で、自由貿易協定（FTA）の要素（物品及びサービス貿易の自由化）に加え、貿易以外の分野、例えば人の移動や投資、政府調達、二国間協力等を含めて締結される包括的な協定」と説明している。2009年2月現在で発効済9（シンガポール、メキシコ、マレーシア、チリ、タイ、インドネシア、ブルネイ、ASEAN全体、フィリピン）、署名済2（ベトナム、スイス）、交渉中4（韓国、湾岸協力理事会GCC、インド、オーストラリア）となっている。

インドネシアとの協定は平成19（2007）年8月20日署名、平成20（2008）年5月国会承認、同年5月19日厚労省指針公示、社団法人国際厚生事業団（JICWELS）が受け入れに関する唯一のあっせん機関とされた。受入れ人数は2年間で1,000名（看護師400名、介護福祉士600名）であり、国家試験との関係から募集締め切り6月1日、来日は7・8月となった。2009年度の募集は3月上旬に説明会を開催、募集・選考を開始し、7月頃に研修開始予定となっている。

フィリピンとのEPAは平成18（2006）年9月署名、日本では同年12月に承認され、看護師・介

護福祉士候補者を受け入れることに合意した。しかしフィリピンにおける批准が遅れ、2008年10月の批准を待ち、2008年12月に発効した。インドネシアのEPAとはほぼ同じ枠組みであるが、フィリピンとのEPAでは看護師・介護福祉士候補者が病院・施設で研修・就労を行って看護師・介護福祉士試験に合格して看護師・介護福祉士を目指す「就労コース」に加え、介護福祉士養成施設で就学し介護福祉士資格の取得を目指す「就学コース」が設けられている点が異なっている。平成21年には看護200人、介護300人を上限とし受け入れる予定であり、すでに1月13日から募集が行われている。就学コースについては平成21年10月入国、平成22（2010）年4月入学予定であり、今年の6月ないし7月ごろに募集開始となる。

このほか、「人の移動」に関して検討しているのはタイ、ベトナムとのEPAである。タイとのEPAは2004年2月より交渉を開始、2005年9月に大筋合意に至り、その後、2007（平成19）年11月発効となった。日本側はタイ人調理人、指導員等の入国・就労条件を緩和し、また、今後、スパ・セラピスト、介護福祉士の受け入れを2年以内

に結論を出すよう検討・協議することになる。一方のタイ側は、日本人の滞在及び労働許可の取得に係る条件を緩和することになっている。同じく2008年12月発効となったベトナムとのEPAでは、ベトナム人看護師・介護福祉士の将来における受け入れの可能性については、協定発効後に継続して協議し、遅くとも協定発効後2年以内に結論を出すことになっている。従って、今後はタイ人の介護福祉士、ベトナム人の看護師・介護福祉士が就労する可能性もある。

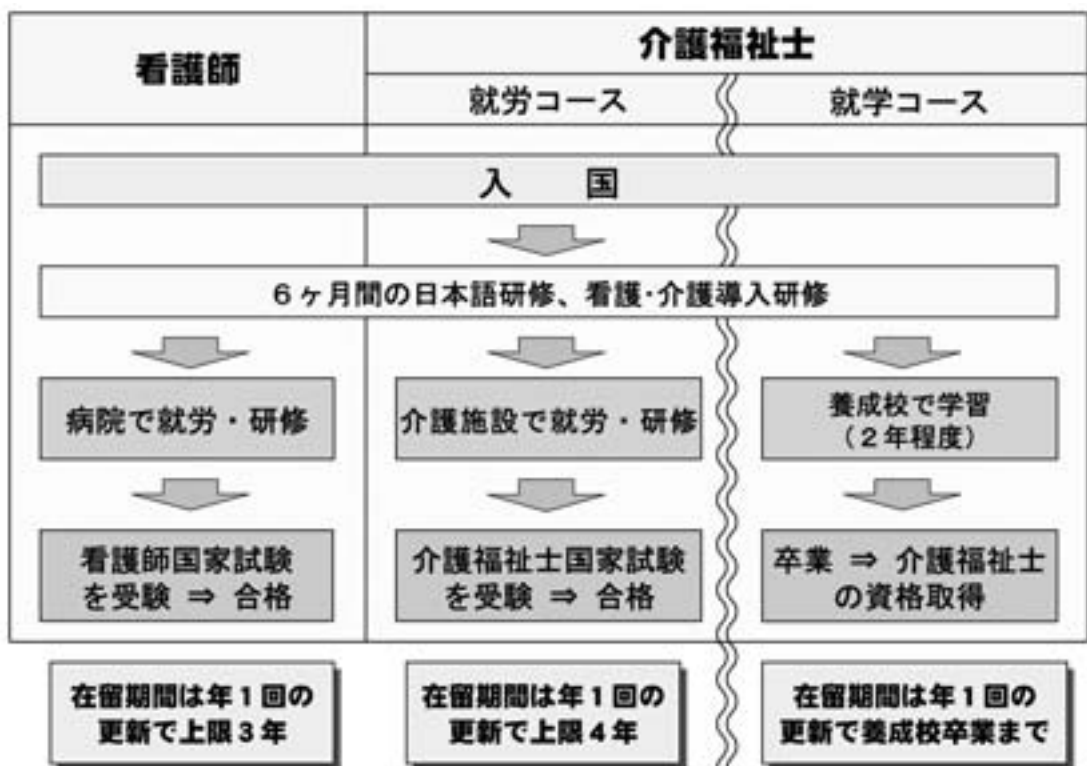
こうした協定は貿易活動に伴う関税を撤廃し、より自由貿易を活発化させることが目的であり、経済産業省は大きく宣伝している。その中での「自然人の移動」であり、送り出し国側からの要請が強く、海外労働者による外貨獲得の手段となる。現に厚生労働省は、「経済連携協定に基づく外国人看護師・介護福祉士候補者の適正な受け入れに

ついて」（平成21年1月13日）という見解を発表し、「これまで我が国として労働者の受け入れを認めてこなかった分野について、二国間の協定に基づき公的な枠組みで特例的に受け入れを行うものです」とし、参考資料にも「労働市場への悪影響を避けるため、受け入れ枠を設定」と、看護師や介護労働者の充足目的ではないと明言している。従って従来の在留資格に変更はなく、「特定活動」での研修・就労となる。

（2）インドネシア人看護師・介護福祉士候補者の受け入れ概要

それでは2008年度のインドネシア人看護師・介護福祉士候補生はどのように受け入れが進んだのだろうか。国際厚生事業団（JICWELS、1983年設立された厚労省認可社団法人）、厚労省の資料より確認する。

看護師・介護福祉士の資格取得までの流れ



※不合格者（資格を取得しなかった者）は、帰国する。

※国家資格の取得後は、引き続き、看護師、介護福祉士として滞在・就労が可能。

注 インドネシアは看護師及び介護福祉士就労コース（波線左）のみ。就学コースまで含むのはフィリピンの場合。

出典：厚労省資料、波線竹野追加

外国人看護師・介護福祉士の受け入れは、日本では国際厚生事業団が唯一の窓口となる。それぞれ在留期間は看護師が上限3年、介護福祉士は上限4年となり、この間に日本の国家資格試験に合格しなければいけない。

【人数】看護師が当初2年間で上限400名、介護士が当初上限600名であり、受入れ施設が1年間に受け入れる候補者の数は、当面、原則として2名以上、受入れ機関が1年間に受け入れる候補者の数は受入れ機関（法人）単位で原則5名以内となっている。

なお平成21年度（2009年度）の受け入れについては、2008年度が208名だったので最大792名の受け入れを予定し、最初の4ヶ月間の日本語研修はインドネシアで行い、残り2ヶ月間の講習を日本で行うことになっている。2008年度は海外技術者研修協会（AOTS）と国際交流基金が日本語研修をおこなっていたが、2009年度は実施団体の推薦を募集している。

【就労斡旋】下記によるそれぞれでの一元的管理を行う。民間企業は認められない。

日本：国際厚生事業団（JICWELS）

インドネシア：インドネシア海外労働者派遣・保護庁（NBPPW）（ナショナル・ボード）

【受入れ施設の要件】

看護師コース：看護師学校養成所の臨地実習受入れ病院と同等の体制が整備され、次の条件を満たしている病院（医療保険適用の病床に限る）

→看護師・准看護師の員数が入院患者3人に対し1人以上の配置（精神病床4：1、療養病床6：1）、看護職員の半数以上が看護師であること、など

→資格取得後でも居宅のサービスを提供する業務には従事させない

介護福祉士コース：特別養護老人ホーム、介護老人保健施設等の介護施設など、およびそれらと同一施設内にある通所系サービス

→介護福祉士養成施設における実習施設と同等の体制が整備されている、常勤の介護職員の4割以上が介護福祉士資格を有する職員であること、など（これにインドネシア人介護福祉士候補者を含めない）

→居宅系サービスは就労不可

【雇用契約の条件】同等報酬の確保（日本人が従事する場合に受ける報酬と同等額以上の報酬を受けることを内容とすること）、インドネシア側は看護師で月20万円以上、介護福祉士で月17万5千円以上を求めたが、日本側は政府による保証はできないとした。

【JICWELSの業務】

①受入れ希望機関の募集、要件審査等

②受け入れ希望機関とインドネシア人就業希望者との間の雇用関係成立のあっせん（職業安定法上の職業紹介、厚労省による有料職業紹介事業者としての許可、日本国内はJICWELSのみが行う）

③看護導入研修・介護導入研修の実施（日本語研修期間中に行う、1週間程度）（日本語能力試験2級程度の能力を有するなど十分と認められる場合は、6ヶ月の日本語研修は免除され、日本に入国後、JICWELSが実施する看護・介護導入研修の修了後、受入れ施設での就労が開始）

④受け入れ機関からの各種報告の受理等（受入れ施設の要件の遵守状況、研修の実施状況、雇用契約の遵守状況、インドネシア人候補者の失踪や不法就労活動、試験の合否結果など、JICWELSから厚生労働大臣へ提出）

⑤受け入れ機関に対する相談支援、巡回指導（最低年1回）

⑥インドネシア人看護師候補者・介護福祉士候補者に対する相談支援

【JICWELSの行う研修内容】

①日本語研修：約675時間（標準）

②日本の生活習慣・職場適応研修：約140時間（標準）

③看護・介護導入研修：約40時間（標準）日インドネシア対訳テキストなどの利用

（3）受入れを希望する機関の費用

受け入れを希望する機関が、国際厚生事業団へ支払うのは以下の通りである。また、1施設最低2名以上の受け入れとなるため、日本語研修を行う場合は1年間約585,500円×2＝約1,171,000円を支払うことになる。これらの他、渡航費用、雇用契約後の住居の確保、日本語学習支援と国家試

験対策、日本人職員への文化理解の教育や意思疎通への配慮、場合によっては通訳手配なども検討する必要がある。しかし、国家試験に合格しなければ就労することが出来ず、帰国することになる。

- ・求人申込手数料 31,500円／受入れ機関 職業紹介契約締結時
- ・あっせん手数料 138,000円／1名 雇用契約締結時
- ・ナショナル・ボードへの手数料 35,000円／1名 雇用契約締結時（JICWELS が代行）
- ・滞在管理費 21,000円／1名 初年度は受入れ支援契約締結時（次年度以降は年度当初）
- ・日本語研修期間への支払い 約360,000円／1名（日額2千円）日本語研修修了後1ヶ月以内（日本語研修が免除者は約270,000円）

2 外国人労働者の受け入れについての見解

これらの受け入れ政策について、関係する職能団体等はどのような見解を述べているのか。それぞれの見解を確認する。

①日本医師会

・「日本医師会としては、EPA で決定された看護師・介護福祉士の受け入れには異論はない。しかし、これらの医療関係職種は、本来、国が責任をもって養成すべきである。今回の協定が批准され、実行に移されたとしても、日本の看護師不足の解決策にはならないことを指摘しておきたい。」（日本医師会『グランドデザイン2007—国民が安心できる最善の利用を目指して—』2007年8月）

・「日本医師会としては『日比経済連携協定で決まったフィリピン人看護師、介護福祉士の候補者受け入れについての協定内容に反対するものではないが、本来これらの医療関係職種は国が責任をもって養成することが基本と考える。今回の協定がさらに批准され、実行に移されたとしても日本の看護師不足の解決策とは到底なり得るものではないことを指摘したい』としている。

また、『国家間の協定に基づく措置のため、フィリピン人看護師らを受け入れる実習病院については一定の基準を満たすもの、すなわち現在の看

護学生を受け入れている施設基準に準ずることが必要である。さらに、本人と施設とのマッチングにおいて問題になるのが地域差である。給与については都市と地方で格差があるので、生活指数を取入れるなど、諸々の要素を勘案すべきである』としている。

本委員会としても、EPA による外国人看護師等の受け入れについては、日本医師会の基本的な考え方に賛意を示すものであるが、看護師不足対策としてではなく、国家資格を取得した看護師は日本人、外国人の違いを問わずに受け入れるべきものと理解している。」（日本医師会医療関係者対策委員会『看護職員の不足・偏在とその対策について』平成18・19年度医療関係者対策委員会報告書、平成20（2008）年1月

②日本看護協会

（1）平成16年度第3回プレス懇談会（2005年2月24日）

・準備交渉の段階から、外国人看護師の日本への受け入れについては慎重に対処すべきであり、自国の看護師不足を解消するとの理由で安易に外国人看護師を受け入れるべきではないと主張してきた。（中略）本会は一定の受け入れ条件をつけ、条件が了解されなければ受け入れには反対であることを表明した。その条件とは①日本の看護師国家試験を受験して看護師免許を取得すること、②安全な看護ケアが実施できるだけの日本語の能力を有すること、③日本で就業する場合には日本人看護師と同等以上の条件で雇用されること、④看護師免許の相互承認は認めないこと」の4つである。

・フィリピン人看護師の受け入れが合意された現時点では、今後の具体的な受け入れ体制を同構築するかに関心を払い、その体制作りに関与していきたいと考える。（中略）フィリピン人看護師は自国で大学における一定水準の組織的、体系的な看護教育を受けており、日本語を習得して社会や職場に適応できるようになれば、本来の看護師としての力を発揮できる人材である。この人材を有効に活用するためには、彼らが言葉や文化、医療体制の違いを克服し、社会の中で孤立しないようにさまざまな支援を惜しんではならないと考える。

（中略）一方で、外国人看護師の受け入れは、送

り出す国の貴重な人的資源を奪うことであり、特に送出国の医療や看護、ひいては国民の健康に影響を及ぼす看護師の移動については慎重な対応が必要である。その意味においては、貿易交渉といった経済の論理だけでは受け入れが推進されることに關しては専門職農団体として危惧を持つ。

(2)「インドネシア人看護師候補者受入れにあたって日本看護協会の見解」2008年6月17日

・EPAに基づく受け入れであり、看護師不足への対応ではない

・外国人看護師の受入れについては(上記の)4条件を求める

・候補者が出来るだけ早い時期に日本の看護師免許を取得し、看護師として就労できるように、以下の事項に關して関係省庁および国際厚生事業団に対して働きかけていく

…関係法令の遵守の徹底・指導/JICWELSに配置予定の相談窓口へ教育や管理に熟達した看護師、インドネシア語を話す職員を配置する/相談内容や巡回等によって得られた候補者の生活や就労状況等について、受入れ医療機関代表者や関係団体等を召集した会議などの場で情報共有を図り、問題の解決及び候補者の支援等に反映すること/社会的な関心も高いため、公開可能な情報についてはホームページなどで公開すること

(3)日本看護協会看護確保定着推進事業 戦略プロジェクト Fax リリース No.20「あくまでも国内自給が原則!! インドネシア人看護師候補いよいよ入国」2008年6月20日

・「改めて言うまでもなく今回の候補者の受け入れは、2国間の経済連携協定に基づくもので確保対策ではありません。看護職の就業者数は着実に増えており、問題は「不足」ではなく「離職」からです」

③日本介護福祉士会

(1)「外国人労働者受け入れに関する本会の考え方について」2008年5月3日お知らせ

「…平成19年に行われた社会保障審議会介護給付費分科会における介護サービスの実態把握のためのヒアリングにおいても、安易な外国人介護労働者の受入れに対しては反対であるという立場で回答いたしました。石橋真二会長は毎日新聞社の

取材に対し、“報酬を上げてやりがいのある職場にすれば、国内で人手の確保は可能であり、なにより認知症やコミュニケーションが取れない人の仕草や動作からその人の意図をくみ取って介護にあたることができるだろうかとコメントしています。」

(2)「外国人労働者の受入れを巡る考え方について」2005(平成17)年6月9日

・わが国における介護福祉サービスの現場の現状、および労働力に着目しても介護福祉従事者の置かれたさまざまな労働条件を含めた状況から見て、にわかに外国人介護労働者の受入れを行うことは、介護全般に渡る条件整備が行われていないことに鑑み反対である。選択肢としての外国人労働力の導入に反対するものではない。しかしながら、それには優先順位があるということであり、その優先順位からするなら、外国人労働者の優先性は上位に位置しない。

(3)「外国人介護労働者の受け入れに関する要望書」(平成12(2000)年12月13日)を当時の厚生大臣へ提出

・私たち介護福祉士の職場を脅かす安価な介護労働力としての外国人労働者の受け入れについては、断固反対である

④全日本病院協会

・「看護師不足に対する取り組みとしては、潜在看護師の掘り起こしや外国人看護師の積極的な採用が直近の解決策として重要であるが、業務内容の見直しも検討されるべきである。」(病院のあり方委員会編『病院のあり方に関する報告書2007年版』平成19(2007)年3月)

⑤日本医療労働組合連合会(医労連)

「声明 外国人看護師・介護職の受け入れ問題について」2004年9月28日

・安易な受け入れ拡大では、賃金・労働条件が低下し、かえって看護師等の不足状況が深刻化し、医療事故の危険が増大する自体にもなりかねません。

・日本以上に看護師等の不足と保健衛生の不備が指摘される諸国からの受け入れを拡大することがいいはずがありません。就労受け入れ拡大で

はなく、東南アジア諸国の国内経済発展へのいっそうの協力こそ、必要ではないでしょうか。
・今後の少子・高齢化の進展を考えれば、安易に外国人労働者に頼るのではなく、国が責任を持って医療・介護労働者の労働条件を改善し、安全な医療を保障する人材を確保すべきです。

⑥日本経済団体連合会（経団連）

「外国人材受入に関する第二次提言」2007年3月20日

・職種によっては労働需給のミスマッチの懸念が高まりつつある。例えば、看護・介護、農業等、さらには製造業、建設業、機械組立等に係る技能者については、将来的に慢性的な人手不足が予想されている。労働需給のミスマッチは、若年者、女性、高齢者等の雇用を通じて解消することが重要であるが、求人募集をしても応募者がいない場合も多く、外国人材をも含めた人材の確保が考慮されてよい状況が生じている。

受け入れを決定した法人は「将来予測される人手不足を念頭に置いて」、「利益追求だけではなく国際交流・国際貢献のために」といった理由で受け入れていると報道されている。いずれにしても即戦力として求めるのではなく、将来を見越した行動であるが、日本語による国家試験受験への対応・生活を初めとするケアが大きな負担となる。一方、ある都心の病院関係者に聞いたところ、「外来看護師の募集には人が多く集まり、手術室などは不足しがちだが、外国人労働者の受け入れを検討するほどの状況ではない」と話した。地域や勤務内容によって看護師応募に偏りが生じること、もともと看護や介護の分野では女性の就労割合が高いこと、介護職では施設利用者に女性が多いと女性職員を希望する傾向があること、こうした状況は外国人労働者を受け入れる上で検討されるべき課題であろう。なお、2008年募集においてマッチング不成立68人のうち介護福祉士の10人中8人、看護師58人すべてが男性であったという。

以上、日本国内では、経団連の外国人労働者の看護師・介護福祉士への受け入れは労働力不足を解消する手段として積極的に活用するべきだとする立場から、反対はしないが国家が責任を持って

国内で看護・介護職養成をするべきであり、そのためにはまず国内の潜在看護師などの掘り起こしを行い、労働条件の見直しを行って離職を阻止する、安価な労働力の導入とならないように給与水準を引き上げ生活出来る条件を整え、働き続けられる職場作りを行うといったことが先決とする立場までさまざまである。しかし外国人労働者を受け入れることになった以上、文化摩擦や不法行為や差別などが起きないように最善の手立てをおこない、雇用契約の条件で明記されている同時報酬の確保など、日本人労働者と同じ雇用条件が遵守されるように注意を払うべきという点では一致しているのではないか。

こうした中で、日本医労連は2008年11月にフィリピン・香港、およびオーストラリアへ調査団を派遣したことを『医療労働者』第1488号で紹介している。それによれば、視察先の国立病院では予算不足で看護師が配置できず国内で働くことに希望が持てないことが指摘され、また看護師協会では日本で就労する条件が厳しく、安い労働力として扱われるとEPAに反対であると話があり、海外雇用庁ではフィリピン国内では介護職員（ケアギバー）が資格化されていないので、日本で研修・就労することに関して情報提供の要望が出されたことが報告されている。

フィリピン看護師協会(PNA)は会長声明(英語)を2007年9月10日に出している他、2008年9月25日付で「SAYONARA JPEPA」という動画を紹介し、JPEPAに反対を表明している。声明には看護師資格を持ちながら研修生扱いとなり、看護補助として就労することでより安い労働力として扱われる可能性が存在し、国際的な労働基準による医療従事者の権利保護とは両立しないこと、3年間で要求される日本語水準は非現実的な要求であり、日本以外の海外へ行くほうが現実的であること、またフィリピン国内の看護師をめぐる状況は決して良くないので海外就労の動機ともなっているが、日本でも看護師をめぐる状況には問題があることを指摘し、その改善を求めることなどに触れられていた。なお日本看護協会の小川忍は、2007年11月24日開催のアジア看護師協会同盟会議においてフィリピン看護師協会と個別にEPAについて意見交換した際には、フィリピン看護協会は日本の

国家試験を日本語で受験することには反対しておらず、アメリカの国家試験と同様にフィリピン国内で受験できるよう求めているのであり、日本の国家試験に合格するまで看護補助者として就労することに反対していると報告している（「看護確保定着推進事業 最新情報(2007年12月5日付)」）。さらに、PNAは2009年1月にはウェブサイトにも日本医労連からの情報として、日本で働く場合の労働条件チェックリスト(英語)を掲載している。

EPAによる受け入れへの賛同もある。結婚などによって永住権を得た在日フィリピン人介護資格取得者たちで結成された在日フィリピン人介護士協会(LFCAJ)は2006年に発足し、フィリピンから来る看護師や介護福祉士候補生と一緒に働くことを歓迎している。また日本向け介護育成プログラムをセブ医科大学内に介護士育成講座を開設、日本語教育、日本の介護士育成プログラム、日本での生活・文化・マナーなどの講座をあわせ、さらに雇用する病院施設側の新人社員教育マニユ

アルを参考に、新たに介護士育成プログラムを開発導入、スタートさせることになっている(2008年3月4日)。しかし2009年2月現在、この協会のウェブサイトは機能しておらず、ブログでの情報提供のみになっている。在日フィリピン人が日本で介護職として働くことは、かつて「興行」資格ビザで入国した人数がもっとも多かったフィリピン人が中高年となったなかで、新たな就労の機会を生み出すことにもつながっている。いずれにしても、在日フィリピン人のネットワークが生活上の支援や日本語学習支援などに大きな力を発揮すると思われる。

3 日本の医療・介護労働市場

外国人労働者を受け入れる前に、看護・介護の労働環境を整備すべきであるという見解が日本医師会や看護協会、介護福祉士協会などから示されていたが、その実態はどうか。

表 就業看護師・准看護師の年次推移

各年末現在

	平成8年 1996	10年 1998	12年 2000	14年 2002	16年 2004	18年 2006	対平成16(2004)年	
							増減数	増減率(%)
看護師	544929	594447	653617	703913	760221	811972	51751	6.8
准看護師	383967	391374	388851	393413	385960	382149	△3811	△1.0
人口10万対(人)								
看護師	433.0	470.0	515.0	552.4	595.4	635.5		
准看護師	305.1	309.4	306.4	308.7	302.3	299.1		

表は厚労省の「平成18年保健・衛生行政業務報告(衛生行政報告例)結果(就業医療関係者)」から就業看護師・准看護師数である。厚労省のデータでは前回調査の平成16年よりも看護師は51,751人(6.8%)増加し、准看護師は3,811人(1.0%)減少している。「平成17年 第6次看護職員需給見通し」では、平成18年度時点で4万人以上の不足だが、平成22年までに1万5千人程度までに不足数は減るとしている。しかし、ここには2006年医療制度改革で導入された入院基本料の配置基準による変化については含まれていない。

日本医師会医療関係者対策委員会「平成18・19年医療関係者対策委員会報告書看護職員の不足・偏在とその対策について」では、看護職員の不足

は若年人口の減少や新人看護職の早期離職、7対1入院基本料の看護配置による病院への集中という受給バランスの崩れもあるが、看護学校、特に准看護師養成校の減少が原因の1つと言える可能性がある」と指摘する。「教育年限の延長やカリキュラムの過密化などにより、その意図とは逆に看護職を目指す者達の門戸を狭める結果を招くべきではない」と主張、准看護師希望者の高学歴化・多様化をふまえ、単位制の導入なども提言している。

一方、日本看護協会「看護職員確保に関する考え方」(協会ウェブサイト参考資料)によれば、看護職員確保・定着促進には新卒看護職員の卒後研修の充実、子育て支援、育児・介護休業などからの復職支援研修実施、ライフステージにあわせ

た柔軟な雇用形態の考慮、メンタルヘルスケアの充実、給与・休暇取得・夜勤回数等の労働条件の改善、キャリア形成支援、等を挙げている。

介護の職場実態はどうであろうか。日本医労連「介護・福祉労働者の労働実態調査」（2008年7月14日）によれば、人手不足・過重労働・低賃金・健康と生活不安、労働条件と介護報酬の改善が切実な要望であり不可欠であるという。過半数が健康不安を訴え、人員不足による過密労働で満足なケアが出来ないどころか事故誘発につながっていること、低賃金で時間外労働代未払いや休日が取れないことなどが将来への展望が見いだせず、介護職を辞めざるを得ない状況にしていることなどが示されている。また厚労省が2008年11月に発表した「安心と安全の介護ビジョン」によれば、2007年度の介護関係職種の離職率は21.6%で全産業の平均15.4%（2007年度）を上回っていること、介護福祉士資格保有者47万人（2005年）の4割（20万人）が業務に従事しない潜在的介護福祉士であること、負担が大きい勤務や介護分野でのキャリアアップが見えづらいことなどが要因と挙げている。

医療・介護分野の労働条件は、早急に改善する必要があると言える。特に介護分野の条件を整えない限り、日本のこの分野では日本人も外国人労働者も働きたくないところになってしまうのではないか、自分が高齢者になるときはどうかという危惧を覚える。

4 問題点と今後の展望

日本の看護・介護分野に外国人労働者を受け入れることには、以下の点を検討・解決する必要があるのではないかとと思われる。

1つは看護職、介護職の資格についてである。看護職の中で准看護師は知事免許であり、戦後の看護師不足を背景に生まれ、医師または看護師の助言の下に医療行為を行うことになっている。同じ医療行為を行うのでも地位と給与水準に差が生じている。看護協会は准看護師廃止要求と看護教育4年制移行、卒研義務化を要求している。これは医師・薬剤師などの教育課程は高学歴化しているのに看護師のみ従来のみであり、看護の専門性確立のためには不可欠であると主張する。一方、

日本医師会は地方医師会などを中心に看護師、准看護師養成学校をもち、地域へき地医療、初期医療の担い手として准看護師は必要であり、すべての看護師を専門化するばかりではなく裾野を広くする必要を指摘する。また、同一職種でも地域による給与格差も存在する。

2007年に「社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律」が成立したことにより、准介護福祉士は国家試験に不合格だった場合の暫定的な資格となり、介護をする際に介護福祉士の技術的援助・助言を仰ぐと定められている。しかし介護福祉士の資格取得一本化と専門化とは矛盾する制度であり、日本介護福祉士協会は「准介護福祉士への対応について」（2007（平成19年）年3月26日）の会長声明で「この法律案には、日本とフィリピンとの間の経済連携協定との整合性の確保や激変緩和の観点から、養成施設を卒業した者には、当分の間、“准介護福祉士”の名称を用いることができる旨の規定が盛り込まれています。このことは、本会としても、介護福祉士の処遇の低下への影響、介護現場の混乱なども含めて、介護福祉士の資格全体のレベルアップを図るという本法案の趣旨に反するものではないかと懸念しているところでは」と見解を述べている。

看護・介護ともに専門性の高い分野である。その専門性を高め維持するために資格試験は必要であろう。資格保持者の給与を現状から引き上げることや人員増加による長時間労働の改善も、介護・看護分野労働へのインセンティブとなっていくだろう。一方で近年の経済的影響から、看護・介護分野への就労も検討しようとする動きもある。資格だけにこだわると労働の移動が難しくなる。いのちとくらしにかかわる職種である以上、基礎的な教育研修が大前提であろうが、業務分担を明確にして、専門性を高める方向、門戸を広げる方向と双方の工夫が必要と思われる。

また看護と介護の連続性の問題も検討するべき視点である。インドネシアからの介護福祉士候補者が少なかったのは、介護は家族が行うもので資格としてインドネシアには定着していなかったこともあるという。しかし、看護・介護を受ける側からすれば、どこまでが看護で介護であるのか厳密に区分できるものでもないのではないか。また

現段階では外国人看護師・介護福祉士を受け入れるのは施設、病院のみである。在宅医療等への対応も今後は検討課題と言えよう。

2つめは医療・介護事故と日本語に関してである。医療事故は警察が介入し刑事事件となることによって、医療提供側の大きな負担となっている。医療事故と自分の看護技術への不安は看護師の大きな離職理由となっている。既に現地での資格を持つ人たちが来日するので技術的な面は大きな問題はないかもしれないが、記録することについてはどうだろうか。カルテへの看護記録は重要な資料となる。介護でも同じことが言えよう。日本語で話することは問題ない場合でも記録することはやはり難しいと在日フィリピン人の介護士が述べているが、日本語学習期間がより短い今回の人々の負担はより大きいと思われる。周囲のサポートによって業務が円滑に進むようになることがのぞましいし、介護施設などでは日本語研修を免除されて9月から就労を始めた候補生もいたという。職場に活気がもたらされ、費用以上の効果もたらされたと受け入れ施設側はコメントしていたが、万が一、事故が起きてしまったときにはどう対応できるのか。日本人の労働者もストレスと感じている医療事故・介護事故問題に関連して、候補生の権利を守る手だてを講じることができるのだろうか。

3つめは、送り出し先の相手国内の制度と受け入れ側の日本との認識のズレである。嶋田ミカ「日本語研修スタート気になる候補者の負担」『月刊ケアマネジメント』によれば、インドネシア人候補者は、日本へ来るために、かなりの金額を負担することになっている。奥島美夏編著『日本のインドネシア人社会』にもあるように、インドネシアを出る際に銀行のローンなどを利用し、毎月定額を送金させる仕組みになっているという。こうしたシステムによって、看護師・介護福祉士候補生たちは日本に参入し、自国への送金を行う。国家試験へ合格した場合には資格取得者として就労する。そして場合によっては日本人との結婚などによって永住資格を得た場合は、日本のその他の労働市場へも無条件に参入することが出来るようになる。現段階では数年後は日本で学んだ技術を母国で教える仕事に就きたい、あるいは事業を行

いたいとする候補者が多いというが、単なる研修と期間限定の就労になるのか、より拡大した制度となっていくのか。送り出し国への影響への配慮や、受け入れ国側での差別防止策を考慮するなど、より長期的な視点で条件を整備する必要があるのではないか。

5 おわりに

EPAによる外国人労働者の受け入れは、2008年に準備期間が短い中であわただしくインドネシア人候補者が来日することで始まった。制度的には問題点が残ると言えるが、専門職に外国人労働者を受け入れる一歩となったのである。また第2弾として当初から検討されていたフィリピンからの受け入れも2009年から始まることになった。

厚労省は労働市場への悪影響を避けるため受け入れ人数を2年間で各1000人までに制限したが、2008年度は希望者も合計インドネシアから208名が来日するにとどまった。情報の不徹底だけではなく、日本で就労することがそれだけ魅力を見いだせなかった面もあるといえよう。また受け入れ機関が日本語学習と国家試験対策を行わなければならない、日本語の習熟度で候補者の国家試験の可否が未知数なのに、相当の費用を負担することになり、ある意味では各受け入れ機関の「自己責任」による対応となっている。そうした努力をしても外国人労働者受け入れに踏み切る背景には、労働力不足への対応が前提にある。看護・介護分野の人材不足へは厚労省の人材確保対策などが発表され、看護協会などもキャンペーンを行っているものの、まだ対策の効果は目ざましいとは言えない。労働と生活のアンバランスがこの分野への労働参入を疎外していると言えるだろう。日本から海外へ働く場所を求める動きもある。こうした中に専門職として一部限定された形であれ、外国人労働者が入ってくことで、制度改善の動きへとつながることが、労働力の国際移動の観点からも必要であろう。

何はともあれ、現実に動き出した制度の中で来日するインドネシア人、フィリピン人たちへの言われない差別や労働条件の違反などがおこらないよう、出来る限りの支援が必要だろう。特に日本

語習得と生活上の支援がなにより必要と言える。

国際交流基金ウェブサイト上の日本語学習支援サイト「日本語でケアナビ」は、日本で看護師・介護職従事者として就労しようとする日本語学習者の支援と、その日本語教育援助者の支援のために、国際交流基金関西国際センターが制作し、インターネットサイトで公開する和英／英和辞書であり、外国人看護師・介護職従事者が病院・施設で就労する場合に、同僚・上司・患者・利用者らとのコミュニケーションを円滑に進めるために必要な日常的日本語表現と専門分野の基礎的な語彙・表現が集録されている。外国人看護師・介護職従事者の日本語運用場面として1.職場のコミュニケーション2.お世話をする3.病院ではたらく4.気持ちを伝える5.日本でくらす、という5つの領域を想定して作られている。これはフィリピンの候補生が来日することを念頭にしたものであり、「コラムほっとケア」は、現在のところは日本のくらしと生活・フィリピンのくらしと生活という項目である。

一方インドネシアの場合には、準備不足のうちに来日が決定してしまったという感が否めない。受け入れ側である日本もインドネシアについて多くを知ることから始めないといけないであろう。候補生がイスラム教徒である場合は、受け入れ機関が配慮することが多くなると言える。礼拝場所の確保にとどまらず、断食や食べていい食材など、宗教上の取り決めが生活文化の中に大きく影響するイスラム教徒ネットワークとの協力は、生活する上、日本語を学習する上で大きな利点となるのではないだろうか。また外国人労働者と同僚として働く日本人職員への異文化理解も深める必要がある。すべてを受け入れ機関だけの努力で行うのには限界があるので、各候補生への支援のネットワークが連携を取れるようになると効果的であろう。その点、2009年1月25日に「ガルーダ・ネットワーク」「ガルーダ・サポーターズ」「インドネシア候補生受け入れ病院・施設交流会」発足会が開かれ、インドネシア人候補生をサポートする動きが東京で始まった。特にガルーダ・サポーターズ設立準備会は、インドネシア人候補生をサポートする市民の会として幅広い人たちの参加を呼びかけている。その他、各地で外国人看護師・介護

士候補者受け入れに関して、2009年初頭にはシンポジウムなどが多く開催されている（笹川平和財団国際ワークショップ、AHP ネットワークによるシンポジウム、日本インドネシア NGO ネットワークの連続講座など）。

今後、日本で資格を取ったインドネシア人やフィリピン人たちはどのくらいの期間就労することを希望しているのだろうか。新聞報道などによれば帰国してインドネシアでいずれは働きたいという希望を持つ声も多いというが、就労できても上限が7年と決まっている。短期的な研修だけではなく、長期的な受け入れも念頭にした受け入れ制度の改革、例えば資格を習得するまでの受け入れ機関の負担を軽減し、現地の教育機関で教育した上で来日するなどが必要ではないのだろうか。またこうした在日外国人たちの高齢化した時期を想定した配慮も必要である。

これらについて、AHP ネットワーク（アジアヒューマンパワーネットワーク）協同組合の事務局局長である二文字屋修がNHK「視点・論点」で「ベトナム人看護師とEPA・人の移動」と題して以下のように指摘している（AHPは1994年からベトナム医療省をカウンターパートとしてベトナム人看護師要養成支援事業をおこなっている「中小企業等協同組合法」に規定される協同組合。看護師要養成援は、民間病院と協力してベトナムで事前研修を受けた者が日本での看護専門学校を受験し、3年ないし4年間の教育を受け、卒業時に国家試験を受け、資格を取得するというものである。資格取得後は「医療」の在留資格で最大7年間就労することが出来る。また帰国後、ベトナムの看護師有資格者とみなされる。2008年までに56名のベトナム人が看護学校を卒業し、正看護師の資格を取得している。しかし現在は金銭的負担の大きさから事業を停止しているという）。大いに参考になるのではないだろうか。

「慢性的な人手不足の解消に向けて、国内の労働力確保、そして潜在的な看護師・介護福祉士の掘り起こし、これは確実に成果があがるよう、強力に実行していかなければなりません。

更にそれと並行して外国の方々の手もお借りする、そのような政策が必要です。外国人パワ

ーを人手不足の数合わせとして用いるのではなく、人材育成と就労によるキャリアアップ、そして日本の良さを理解していただき、ご自身の豊かな人生設計実現の場がここにある、そのような共生プランが、日本を出稼ぎの場ではなく、夢の持てる国としてアジアの方々に認知されていくことになるでしょう。」

参考文献

・厚生労働省、経済産業省、財務省のEPA政策関連資料

・国際厚生事業団「インドネシア人看護師・介護福祉士雇用パンフレット」、同「フィリピン人看護師・介護福祉士雇用パンフレット」

・外務省経済局「外務省・国際移住機関共催シンポジウム『国境を越えた人の移動』経済連携協定と外国人労働者の受け入れ—報告書」、2004年7月27日

・龍谷大学アフラシア平和開発研究センター「シンポジウム報告書フィリピン人介護士受け入れ戦略—アメリカ・シンガポールからの教訓—さあ、日本はどうする?」、(研究シリーズ4)、2008年3月

・山崎隆志「看護・介護分野における外国人労働者の受け入れ問題」『レファレンス』2006年2月

・上田和子「『看護・介護のための日本語教育支援データベース』開発調査をめぐって」『国際交流基金 日本語教育紀要』第3号、2007年

・日本医師会医療関係者対策委員会「平成18・19年度医療関係者対策委員会報告書『看護職員の不足・偏在とその対策について』」平成20年1月

・社団法人日本看護協会「看護職員確保に関する考え方」(平成18年10月、ウェブサイト資料)

・同上「看護職の多様な勤務形態による就業促進事業報告書」

・同上「平成18年度潜在ならびに定年退職看護職員の就業に関する意向調査ワーキンググループ報告書」

・Philippine Nurses Association, Position Statement on the JPEPA, 9.10.2007

・ibid., SAYONARA JPEPA, <http://www.youtube.com/watch?v=G3SfCWIKk>, 2008年8月27日更新、2009年2月22日確認

com/watch?v=G3SfCWIKk, 2008年8月27日更新、2009年2月22日確認

・日本医療労働組合連合会「人手不足・過密労働・低賃金・健康と生活不安の中、切実に求められる労働条件と介護報酬の改善—介護・福祉労働者の労働実態調査」(2008年7月)

・同上『医療労働者』第1488号

・同上「2007年度賃金・労働時間等実態調査」報告書(2008.3.8抜粋)

・奥島美夏編著『日本のインドネシア人社会 国際移動と共生の課題』明石書店、2009年1月

・「特集1 海の向こうからやってくる看護師・介護士たち」『月刊ケアマネジメント』2008年11月号

・宮崎和加子ブログ2009年1月15日分「ガルダ関連集まりへどうぞ!」および2009年1月15日分(2)「『ガルダ・サポーターズ』へ入会を!」、<http://miyazakiwakako.blog.102.fc2.com/blog-date-20090118.html>、2009年2月23日確認

・二文字屋修「ベトナム人看護師とEPA・人の移動」『NHK解説員室ブログ2008年06月17日(火)視点・論点』<http://www.nhk.or.jp/kaisetsu-blog/400/9792.html>、2009年2月23日確認

・久常節子『にわか役人奮闘記—久常節子の看護課長体験』2002年、学研

・望月弘子+宮崎和加子『あなたも地域看護のフロントランナー 挑み続ける保健師から』日本看護協会出版会、2008年11月

・角瀬保雄監修『日本の医療はどこへいく』、新日本出版社、2007年

・高木和美「看護と介護を考える」(第21回看護講座 in NAGANO 第IV講座)『月刊国民医療』No.257、2009年2月1日

・「特集 今、改めて看護の行く道を問う」『民医連医療』No.437、2009年1月

・福岡市医師会「医療情報室レポート No.104およびNo.106 特集:看護職の受給」

・各種新聞報道、インターネットCB医療介護ニュース

(たけの ゆきこ、総研いのちとくらし事務局)

5 第1次大戦・前後

野村 拓

21. 牛乳の配給

—列強の母子保健政策—

はじめて「人口再生産率」という統計指標が登場したのは1880年代とされている。この時期は産業革命によって大量に生まれた労働者階級が、その後、1世代ないし2世代経過するなかで、世代的再生産が順調に行われているかどうか問題視されるようになった時期である。端的に言えば、賃金で子どもが育てられるか、という問題である。

労働者家族、貧困家庭における乳児死亡率の高さは、子育ての困難さを示す指標でもある。しかし、乳幼児死亡対策としての大幅な賃上げは考えにくい。そこで、限定的に、もっともハイリスクな時期（妊娠、出産、育児）をカバーする母子保健政策が19世紀末から20世紀初頭にかけて、欧米諸国で展開されるようになった。その具体的な中

身はミルク・ステーション、母性(特に労働婦人)保護、乳幼児クリニックなどであった。

ドイツではハンブルグ(1899)、イギリスではフィンズバリー(1904)に、それぞれ行政サイドからミルク・ステーションがつくられた。この時期の各国の母子保健政策について、日本では内務省衛生局が『欧州各国に於ける母性及小児の保護施設』(1924)(図1)としてまとめており、特にドイツの「カイゼリン・アウグステ・ヴィクトリア院」については図面入りで詳しく紹介されている。

アメリカの場合は、1899年に、ニューヨークの医師、ヘンリー・コプリックが最初のミルク・ステーションをつくり、1890年代に入ると殺菌牛乳を貧困層の乳児に提供する運動が展開された。当時の欧米諸国の乳児死亡率は、今日のアフリカ諸国なみの高さで、出生1,000につき200—240ぐらいであった。

普仏戦争(1870)でプロシャに負けたフランスでは乳児死亡を未来の戦力にかかわる問題としてとらえ、1901年には「都市で毎年36,000人の乳児が死亡しているが、これは20年後における(兵隊として)15,000人の損失を意味する」(Aliska Klaus: Every Child a Lion. 1993. Cornell. Univ. Press.)という対独戦略的発言も登場した。

ミルク供給と並行する形で、人工栄養食品の開発が各国で進められ、ドイツでは化学者リービヒが母乳と牛乳との比較化学分析から「リービヒ食品」を開発した(1869)。

この「リービヒ食品」とほぼ同様のものを開発しながら、商売上手、宣伝上手でのしあがったのが、スイスの商人、ヘンリー・ネスルで、今日の多国籍企業「ネスレ」のルーツである。またネ



(図1) 日本政府が欧州各国の母子保健政策を調査したもの

ッスル社はアメリカ医師会雑誌（JAMA）を宣伝媒体として利用することによって医師を通じて大きく業績を伸ばしたと言われている。

22. 保険医の不満

—社会政策的しめつけ—

19世紀のイギリス資本主義独走時代には、ビスマルクの強制加入式疾病保険に対するイギリス側の反応は冷たかった。わがイギリスの労働者はドイツよりも豊かだから、友愛組合以来の自主的共済組合でカバーしているのだと。

しかし、そのイギリスが1911年には、ドイツの真似をして国民保険法を制定、施行して、一定収入以下の労働者を強制加入させた。ドイツ、アメリカが恐るべき競争相手となって、イギリス資本主義の地位は相対的に下落したわけである。

低所得層を強制加入させ、GP（一般医）による医療を給付する制度は、GPに対する経済的統制の強化を伴うものであり、歴史的に見れば、「救貧医」制度の国民的規模への拡大と見なすことができる。

疾病保険の本案、ドイツでも1911年から、その適用対象が国民的規模に拡大され、それだけ医療に対する経済的統制は強化されることになった。この1911年の改正で注目すべきことは、入院医療費抑制のために、訪問看護、在宅看護が保険適用になったことである。

ドイツの特徴は、このような医療政策の主役が政府ではなく疾病金庫（日本の健康保険組合に近い）であったことである。1911年の法改正以前にも、地方では疾病金庫に対抗して保険医ストが実行されたが、疾病金庫側は他から医師を導入してスト破りを行った。このような緊張関係は1911年以後、一挙に高まり、ライプチヒの医師、ハルトマンによって組織されたドイツ医師連盟（1900年結成、ハルトマン同盟とも言う）は1914年1月1日を期してゼネストに入ることを宣言した（Jan Blaupain : National Health Insurance and Health Resources. 1978. Harvard Univ. Press.）。

政府は疾病金庫とハルトマン同盟に対して第三

者的立場で調停作業を進め、長時間の交渉の末、1913年の年末に両者の合意を取り付けた。合意の内容は、保険診療に関して、金庫側と保険医側とが同数の代表を出して協議すること、政府が調停の労をとることなどを含む5項目であった。疾病

海外彙報

「醫師を救へ」

獨逸醫師の悲痛の叫び

獨逸の醫師が生活難に追はれて居る事は、既に本紙上にも度々報導したところであるが、今回ブムム、ピール、ヒス教授を初め、其他知名の醫家が署名の上、次の如き檄文を公にし、社會の同情に訴へるところがあつた。

『獨逸に於ける精神的勞働者は一般生活難に伴ふて多大の窮迫に陥つて居るが特に醫師に於て顯著である。吾人醫師の大多數は最早醫師として生活する事の出来ない狀況に陥つて了つた。従つて吾人の多くは各自生計を營む爲め、遂に醫業を放擲して職を他に轉じなければならぬ程の狀態である。若し最近設立せられたベルリン公衆食堂に於て一部の食卓を醫師に供し、廉價に食事を提供する事が出来たならば、幾分目下の窮狀を緩和する事が出来るであらう。然らずんば目下の窮狀は如何なる方法を以つてするも、到底救助の見込は成り立たぬ程である。

醫師は食物を求め、食堂に出入する丈の金錢を持たねばならぬ。過去に食て幾分とても醫師の助けを受けたる人士は此際國民保健の爲めに奮闘する醫師に對し、何卒一片の同情を給はらん事を』

以て獨逸、殊にベルリンの醫師が如何に糊口に窮して居るのが想像するに足るのである。（獨逸通信）

（図2）ドイツ医師の窮狀を報じたもの（「日本之医界」1924.4.5）

金庫に医療統制に関する悪役をやらせ、政府自身は第三者的役割を果たしたところがドイツ政府のずるいところであった。

日本の医学雑誌の雑報欄には「疾病金庫」も「ハルトマン同（連）盟」も登場する。例えば「日本之医界」（1926.9.15）には

「最近開催されたハルトマン連盟（独逸医師の医療保護に活動している大団体）の大会に於いて論議された事項中で独逸医学雑誌界で重要視して居るものは健康保険の契約診療に余り医師が過剰なために之が防止策を講じた事である。」

などと報じられている。また同誌（1926.9.22.）には、保険医団体と疾病金庫との協約内容が紹介されているが、ここでは「保険医」ではなく、「金庫医」という言葉が使われている。国民のための「保険医」ではなく、疾病金庫のための「金庫医」のみじめな状態を報じたのが〈図2〉の「医師を救え」（「日本之医界」1924.4.5.）である。

23. 植民地再分割のための総力戦

— 第1次世界大戦 —

第1次世界大戦は、終わってみれば植民地再分割のための戦争であり、戦敗国ドイツはすべての植民地と海外における権益を失い、その上、巨額の賠償金を課せられた（その苛酷さが後にナチズムを生んだともいえる）。

日本はその再配分にあずかるために、地中海まで艦隊を派遣し、旧ドイツ領の赤道以北の南洋諸島と青島（チンタオ）を手に入れた。ビスマルク海、ビスマルク諸島などの地名は現在も残っているが、これはドイツ支配の名残であり、隣接してニューアイルランド島やニューブリテン島（ここにラバウルがある）などの地名の島があるのは英国支配の名残である。

結果から見れば植民地再分割のための戦争であった第1次世界大戦の発火点がなぜバルカン半島であったのか、また、なぜ「バルカン半島は世界の火薬庫」といわれたのか。これは歴史的、政治力学的問題であり、国家間の謀略も含めて、もろもろの力が交差する場所だから、と考えればいい。

また、十字軍遠征以来、世界の「戦国街道」として踏み荒らされた地帯には、戦争のたびに埋設された地雷が撤去されることなく残っているようなものである。

「国境は歴史の傷痕」といわれるが、バルカン半島の国境はいつ血を噴き出すかわからない国境なのである。旧ユーゴスラビア時代に同国に調査に赴いて、ユーゴスラビアは「地方自治の強い国」と報告した人がいたが、地方自治が強いどころか、ドンパチの結果、6つの国に分かれて、血を噴き出しそうな国境線が引かれている。現に血を流しつつあるイスラエル・パレスチナ問題と並べて「危ない国境線」と言えるのではないか。

第1次世界大戦に対するもうひとつの重要な視点は、当時、イギリスなど巨大な海軍力を持った国で進行しつつあった石炭から石油へのエネルギー革命である。中東産油国をねらってのイギリスの謀略は、映画「アラビアのロレンス」などでよく示されているが、オスマン・トルコ帝国の版図から産油地帯を切り取って、イギリスの息のかかった国として独立させることであった。かくして、アラビア半島に直線の国境を持った産油国、イラクなどが生まれるのである。そして、これだけ仕掛けにモトを入れたイギリスであるだけに、イラク戦争にはアメリカとならんで積極的に介入したわけである。

第1次世界大戦後、すでに90年が経過しているが、この戦争に関する本は現在でも多く出されている。これらの本と医療・福祉とのかかわりについては、拙著『20世紀の医療史』（2002、本の泉社）の「第2章 第1次大戦前夜の医療」「第3章 総力戦・人的資源と医療」および「文献プロムナード・7・平和の脅威」「いのちとくらし」No.8.2004、「文献プロムナード・20・医療・福祉の世界史」（「いのちとくらし」No.21.2007）でとりあげたが、その後に出されたものを挙げれば次のようになる。

『世界史におけるバルカン』

☆Andrew Baruch Wachtel : The Balkans in World History. (2008) Oxford Univ. Press.

『ケンブリッジの図説史シリーズ——戦争』

☆Geoffrey Parker 編 : Cambridge Illustrated History—Warfare. (2008) Cambridge Univ. Press.

24. 戦争で死ぬのは貧しい人達

—看護婦の反ミリタリズム運動—

「看護は教会で生まれ、軍が育てた」という名言はイギリスの看護書に書かれた言葉であったが、ボーア戦争（第19話）で、イギリスの看護婦はあまり役に立たなかったと言われる。当時の写真で見る看護婦たちは修道女のようなガウンをまとい、傷病兵に優しく付き添ってやっているが、戦場につきものの外科的処置などに役に立ちそうには見えない。「教会から生まれたままの看護」は戦場では役に立たなかったわけである。それでボーア戦争（1899—1902）の2年後に起きた日露戦争（1904—05）には、日英同盟の関係もあって、イギリスから日本軍の看護についての視察者が参加し、「軍看護」のあり方について学んで帰っている。

日本では、10年前の日清戦争（1894—95）のときに「婦人従軍歌」がうまれたほどの戦争キャリアを持っていたからである。日本では、看護は教会とは関係なく軍が育てたわけだが、クリミア戦争におけるナイチンゲールの例が示すように、戦争は看護史における重要な節目となっている。

また、「敵味方の区別なく」というのが国際赤十字の精神と言われているが、看護婦自身は戦争についてどう考えていたのだろうか。戦争を必要悪として受け入れた上での看護だったか、あるいはみずからが参加する戦争を「善」と考えての看護だったのか。この点、第1次世界大戦時に、明確な戦争反対の意思表示をした3人のアメリカ人看護婦は際立っている。

『戦争と公衆衛生』

☆Barry. S. Levy 他編：War and Public Health.
(1997) Oxford Univ. Press.
には、

「第1次世界大戦中、特に3人の看護婦—マッガレット・サンガー、リリアン・ワルド、ラビニア・ドック—が公衆衛生改善の基本部分としての平和活動を行った。」という指摘がある。サンガーは戦争が国家間の戦いであるだけでなく、階

級間の闘いであり、戦争で死ぬのは労働者階級であると主張した。ワルドは大戦が始まった年、1914年9月に、貧しい移民たちが住むニューヨーク市のヘンリー・ストリート・セツルメントの社会改革者たちと一緒に「反ミリタリズム・アメリカ同盟」の結成を意図し、次の年には1万5千人を組織している。また、ドックはクロボトキンの影響を受けたとも言われているが、看護婦主導の平和運動に力を注いだ。

この3人の看護婦は、在来型の看護書では「反ミリタリズム」という視点では取り上げられていない。ワルドはアメリカにおける訪問看護の草分けとして、サンガーは産児調節運動の提唱者として、ドックは看護史、看護書の著者として取り上げられることが多い。看護教育では「戦争と看護」について、どのように考えているのだろうか。まさか「戦争あつての看護」などとは教えてはいないだろうが、看護婦の書いた看護史には、「反ミリタリズム」の視点で、この3人をとりあげたものが見当たらないのは、いささか気になるところである。

25. 学徒兵の死

—『西部戦線異常なし』—

ヘルマン・ヘッセの『デミアン』の主人公たちが、「戦争になるかもしれない」と語ったときの戦争は、青春の倦怠感の対極にある「一種の憧れ」のようなものであった。士官として馬に乗って戦場を疾駆し、やがて休戦、家に帰ってきて、恋人たちに、これまでになかった刺激的な話題を提供し、「大人になったのね」と賞賛してもらい、そんな戦争を思い描いていたのではなかったか。

しかし、そんな甘さを吹き飛ばした第1次世界大戦の非情さはレマルクの反戦文学を生んだと言える。レマルクは反戦を意識して『西部戦線異常なし』を書いたわけではないが、リアルに戦場の若者たちの悲惨を描くことによって、結果的に反戦作家になったわけである。

原作は1929年で、映画化は1930年だが、映画が圧倒的な支持を受けたのは、頭上に舞う蝶に心を

惹かれた塹壕から身を乗り出した瞬間に銃で撃たれて死ぬ学徒兵の「非命」と、前線司令部から参謀本部へ送られる無表情な通信「本日、西部戦線異常なし」との対比を映像的に示したからである。

文学史、映画史はレマルクとヘッセとの落差の中に、第1次大戦の悲惨さを描き出してくれる。そして、レマルクは反戦作家のラベルを張られてナチ政権から追われることになるのである。

『ナチと映画』

☆Susan Tegel : *Nazis and the Cinema*. (2007) Hambledon Continuum.

では、ナチ党が政権を取る以前の段階で、後にヒトラー政権の宣伝相となるゲッベルスなどが『西部戦線異常なし』(1930)の上映をしつこく妨害したことが紹介されている。映画館内に白ねずみを大量に放ったり、悪臭爆弾を仕掛けたり、クシヤミ粉を撒布したりして、このワイマール共和国の良心というべき映画を圧殺し、その功績によってナチ政権の宣伝相に就任したわけである。

『西部戦線異常なし』は原作・映画ともに当時の野戦病院の模様を描いているが、現在の医学技術ならば助かったであろう若者たちが、なすすべもなく死んでいくことや、死を予想してベッドの回転を考える衛生兵の目算などに心が痛む。当時、

血液型の研究、血液凝固防止剤の開発によって輸血は可能になっていたが、ごく限られた範囲でしか行われなかった。

『前線の看護婦』

☆Margaret R. Higonnet : *Nurses at the Front*. (2001) North Eastern Univ. Press.

はベルギー、フランス側の状況について次のように紹介している。

「傷兵たちは、蒼白い、ひげだらけの顔で、きれいなベッドの上で着衣から滲み出る血で新しいシーツを汚しながら死んでいき、外へ運ばれ墓地に葬られた。彼らが死ぬと、私たちは血で汚れたシーツをひっぺがし、新しいきれいなものに取り替え、次の苦悶者を待った。」

総力戦として戦われた第1次大戦では、戦争という巨大な炉に人命が次から次へと投げこまれたが、投げこむものがなくなってくると、兵隊の年齢を引き下げることになる。

ドイツ軍の年齢別戦死者数の統計には「15—17(歳) 8784人」(Richard Bessel : *Germany After the First World War*, 1995, Clarenton Press.) と書かれてある。痛ましい少年兵の戦死である。

(のむら たく、国民医療研究所顧問)

第11回自主共済組織学習会報告

「〈貧困〉と〈労働基準法以下の労働条件の拡大〉とどうたたかうか —首都圏青年ユニオンと反貧困たすけあいネットワークの実践」

河添 誠

まず今の貧困の状況と、それに対して首都圏青年ユニオンがやっていること、それから反貧困たすけあいネットワークがやっていることを大きく3つに分けてお話させていただきます。

今、申し上げるまでもなく、ここ1、2年ワーキング・プアであるとかネットカフェ難民であるとか、そういったことが問題になっているわけですが、その背景には労働者派遣法の一連の規制緩和と、それからそれに乗ずるようなかたちでの大企業の正規雇用の削減、非正規雇用の置き換えがありました。

それが今は金融危機という状況の中で、加速化されているという状況にあります。

●派遣の若者の苦闘

ここ1週間に受けた労働相談で、こういった事例がありました。

神奈川の厚木市の工場に派遣されている20代の労働者の方ですが、この方は日産自動車の部品を作っている工場へ派遣されていました。しかし10月28日に、ここの仕事はもうないと言われて10月31日で仕事を切られることになってしまいました。さらに、11月20日までに派遣会社の寮を出てくれと言われてました。

いきなりそんなふうと言われてしまい、仕事も失い、住む場所も失ってしまうという状況に追い込まれました。最初の1週間ほどは、そうはいつでもこれだけ工場があるのだからどこか仕事はあるだろうと思って、ほかの派遣会社を回ったりしながら工場の仕事はないかと探したそうです。

ところが、もう今はこの金融危機という状況ですべての製造業が減産体制に入っており、派遣社

員として働く場所さえ見つからないという状況で、途方に暮れてメールを送ってきたということでした。

実際に今こういうことが大量に起こっているわけです。根本的に人権そのものが守られないような状況が広がっているのです。

また別の事例を挙げたいと思います。30代前半の女性のケースです。

この方は埼玉県にお住まいの方で、都内の会社にお勤めでした。家庭の事情で夜遅くは働けないと、朝9時から夕方5時までの仕事を見つけました。

働きに行ったところ、実際には夜7時、8時の仕事がありました。彼女は困って、社長に「なんとかありませんか」と話をしたところ、「なんともならない」と社長に言われました。

彼女は困って、「それだったら私は辞めます」と言ったところ、社長はぶち切れて「そういうことだったら、最後に働いた1カ月の給料を払わない」と賃金未払いにされてしまいました。

それでユニオンに加入し、団体交渉を申し入れて、その話はその話で進めていたのですが、1週間ほどしてから彼女からもう一度電話がありました。

すごく困った様子で、「こういうことをユニオンに聞いてわかるかどうかかわからないのですけど、お金を安全に借りられるところはありませんか」という事でした。詳しく聞くと、前の会社を辞めてから別の新しい会社に働き始めているのだけれども、このままだと交通費がなくなりそうだったことでした。最初言っている意味があまりよくわかりませんでした。詳しく聞くとこういう話でした。

前の会社は賃金未払いで辞めて、今は新しい会

社に働いており、埼玉県内の自宅から港区内の会社まで毎日電車で通っている。仕事はきちんと9時—5時でやっていて、何も問題はない。人間関係も問題がない。けれども、手持ちのお金がなくなってきたために、このままいくと次の給料日までの生活がもちそうにないということでした。

彼女はいろいろ考えたんでしょうね。外食するのはやめよう。友達と遊びに行くのはやめよう。電気・ガス・水道代は1カ月くらいためても大丈夫かなと。携帯電話は止まっても仕方ないかな。いろんなことを考えたんだと思いますが、それでもどうしても節約できなかったのが、会社に通うための交通費だったんです。

会社に通えなくなれば職を失うことになる。それで困って、どこかでお金を借りなければいけないと考え、できる限り金利の少ないお金を借りる場所はないだろうかという相談だったのです。

それくらい生活に困窮すれば生活保護を当然受けられるわけですが、ややこしいのは、彼女の場合、新しく働き始めたところで見込まれる収入が、生活保護の受給できる金額よりも少し多い金額になるわけです。生活保護を受けるとなると今の仕事を辞めなければいけないという非常に妙な状態にあって、つなぎのお金がないという状態になっていたのです。

この相談を受けてからどうしようかと思って、もやいの湯浅さんにも相談しましたが、制度のはざまにないなとこにあり、あまり名案がないんですね。仕方なく、このケースでは私が個人的にお金をお貸ししました。それで彼女は次の給料日まで働くことができ、生活が成り立ちました。結果的には、前の会社の未払いの賃金を取り返すことができたので、貸したお金は一括して私に返してくれました。

こうやって1カ月間の生活が、次の給料日までもたないような状態になっている人が相当たくさん増えているわけです。

月給制の仕事に就くためには、大きく言って2つの条件が必要です。1つは、次の給料日までの生活費を持っていること。そうでないと飢えて死んでしまいますから。それからもう1つは、次の給料日までのひと月分の会社に通うための交通費を持っていること。この2つの条件がなければ、

絶対に月給制の仕事に就くことはできないわけです。

手持ちのお金が少なくなってきた人はどうしているかという、例えば手持ちのお金が1万、2万というお金になってくると、週給の仕事に就くしかなくなります。もっと手持ちのお金が少なくなり1000円とか500円とかになってくると、これはもういよいよ日々のお金にも困るようになりますから、日払いの仕事に就くしかなくなるわけです。

ネットカフェ難民と呼ばれている人たちがいます。家賃が払えなくなって家を失った人や、派遣会社の寮に入っていたが、仕事を失うと同時に寮も失い、アパートも借りることができず、夜寝るためにネットカフェにいる、そういうような人たちなわけですが、そういった生活に困窮している人たちの多くは、厚生労働省の調査でもはっきりしていますが、建設現場の仕事とか、日雇いの派遣の仕事に就いています。

ちょっと考えると不思議な感じがします。というのは、都内で普通に居酒屋とかコンビニに行けば、いつも人手不足でアルバイト募集という貼り紙がよくあります。この時給は850円とか900円とか、夜になれば1000円を超えるようなところも珍しくありません。でも、ネットカフェ難民の人たちはそういうところにそういう仕事があるにもかかわらず、日雇いの派遣や日雇いの建設労働に就いているわけです。

でも、これには事情があります。彼らは、月給制の仕事に就けないのです。手持ちのお金がない、もしくは少なすぎて1カ月生活がもたないので、そういったコンビニだとか居酒屋で働くことは、彼らはそもそも絶対にできない。だから日雇いの仕事に就くんですね。

日雇いの派遣の仕事も支払日というのが、前は日払いだったのを今は多少週1回とかになっていますので、本当に食いつめた人は、建設労働などの日払いしかなくなってくる。日雇いの派遣よりも建設労働の日払いのほうが本当の意味で日払いなので、そういう状況にあるわけです。

結果として、こういった派遣の労働などが増える中で、本当に食いつめなければならない人が増える仕掛けができ上がっています。

●使い捨てされる工場派遣労働

工場の派遣の話をしたいと思います。この方も30代の女性ですけれども、いくつかアルバイトなどの仕事を渡り歩いたあと、家を出て自立したかったので、工場の派遣の仕事に就きました。

1週間日勤の仕事が続くと、次の1週間は夜勤の仕事が続くという、そういった働き方です。毎日寮から工場までマイクロバスで運ばれて、寮といっても、民間のアパートと変わらない4万円、5万円という家賃を取られます。給料は20万円ほど。その中から、その4万円、5万円というのが、給料日になると天引きされる。それ以外に、テレビや冷蔵庫などの電気製品は部屋の中に備えつけのものがあって、同様にレンタル料が給料から天引きされます。同じく布団も備えつけがあって、レンタル料が天引きされます。

もちろん水光熱費も別に取られますし、社会保険料や所得税も取られますから、結果としていろんなものが天引きされて、残るお金は10万円をきるような数字になるわけです。

こういった働き方というのを彼女はずっと続けていて、その上契約の途中で切られることがしょっちゅうあります。今工場では、ジャストインタイムのシステムで、常に消費の動向を計算しながら、生産の量を1ヶ月単位で増産したり減産したり自在にコントロールするのがもっとも効率がいいといわれています。部品などの在庫を持たないことによって、倉庫代などの流通コストを減少させている。生産したものについても同様です。倉庫を持つとなるとその管理費がかかるので、そういったコストをできる限り減らすために、売れる分だけ作っていく。原料や部品というのは、その都度その都度必要な量だけ入れるというのは比較的簡単ですが、労働力についてはそう簡単ではないわけです。

言うまでもなく労働力は生身の人間が持っているもの(商品)なので、普通であればそれを入れたり出したりとかそんな簡単じゃない。直接雇っていれば、休ませるとか、首を切るとか、さまざまなコストがかかるわけです。それを派遣というシステムにすれば、免れることができるわけです。200人入れていた人たちを、来月から50人にして

くださいと派遣会社に言います。派遣会社は派遣スタッフに別の工場に移ってもらうしかありません。別の工場に移りたくないんですって言ったら、それだったらもう辞めてもらうしかないですねとこくる。そうやって自己都合退職に追い込んでいくわけです。

大手の派遣会社は工場が減産したり量産したりするのに応じて、静岡で働いている人を栃木の工場へ、栃木の工場で働いている人を愛知の工場へ、愛知の工場で働いている人を大分の工場へと、日本中を渡り歩かせる、そういうシステムをつくり上げているわけです。

彼女も、4社の派遣会社で全国の工場を転々としてしました。工場の中で働いているときも、収入が安定すればまだいいんですが、量産と減産を繰り返すわけですね。量産のときは残業が増え、減産になると出勤日・出勤時間数が減ることになります。そうすると、月給制で働いている正社員や期間工は出勤日数が減るというようなことがあったとしても、基本的に月の収入は変わらないわけです。そもそも出勤日が減るということはありませんから、仕事の量が減ったとしても、毎日定時に行って定時まで働いて、同じような給料を毎月毎月もらっていくことになります。

でも、派遣社員は雇用の調整弁なので、減産の体制になってしわ寄せがくるのは彼らなんです。派遣のスタッフは、出勤日・出勤時間そのものが削られます。そうすると、彼らは時給で働いていますから、即、収入が減ることになります。

問題は、それでも月々払う家賃などは同じように天引きされますから、手元に残るお金はすごく減ってしまうわけです。彼女のケースで一番少なかった月は、2万8000円だと言っていました。2万8000円しかなかったら生活が成り立たないので、彼女は貯金を切りくずして生活しました。次の月も3万2000円でした。これも、貯金を切りくずして生活しました。その次の月は3万円でした。こうなってくるともう貯金がないわけです。彼女は、生活するために、借りたくなかったけれど、サラ金を借りたと言っていました。

そうやって全国の工場を転々とし、借金まで抱えて、4社目の派遣会社では、工場を紹介すると言われたまま、実際には紹介してもらえませんでした。

した。紹介してもらえず、仕事もなく、そしてそのまま寮も出なければいけなくなって、結局住むところもなくしました。

実家に帰ればよかったんですけれども、実家の両親は、20代終わりから30代初めになるという娘のことを、なかなか受け入れられませんでした。いい年してあんた何ふらふらしているの、定職にも就かずにと。そういうふうにししか両親には映らなかったんですね。

そして、彼女は実家に帰れなくなりました。家があるんだかないんだかわからないような状態になっていました。両親が昼間仕事に出ているときに家に入って、お風呂に入って着替えて、それで夜は外で過ごす。夜寝る場所がないので、ずっと夜通し歩いたり、お金があるときには、ネットカフェに泊まる。お金がないとき、寒い日などは、コンビニで夜を過ごしていたと言っていました。1つのコンビニですずっといると不審に思われるので、家のまわりのコンビニを4つ5つ転々とすると言っていました。

私たちと彼女が知り合ったのは、ちょうどそういう生活を彼女がしていたところで、話を聞いて事実上家がない状態だったので、生活保護を受けたらどうかとアドバイスをして、今は生活保護を受けてアパートを借りて次のステップを踏もうと頑張っているところです。いろいろ大変なこともありますが、そういう中で頑張っています。

契約途中で首を切られたりそういう状態になったら、ほかの仕事につけばいいんじゃないか、なぜつかないんだろうかと思われるかもしれませんが、それはなかなかつけないわけですね。5万円しかない、10万円しかないという人が、仕事を探そうとしたときにはどうするかというと、住み込みの仕事に就くしかなくなるわけです。

住み込みの仕事とか寮付きの仕事というのは、最初はお金がかからないけれど、給料日になると、その分のお金が天引きされるというシステムなわけです。伝統的に住み込みの仕事が多いのは、旅館の仲居、新聞販売店、パチンコ屋の住み込み、女性の場合は風俗、こういったものが定番としてあったわけです。

●劣悪な会社寮のくらし

こうした住み込み・寮付きの仕事として、今、巨大に展開しているのが、工場の派遣の寮付きの仕事です。こういうところには、手持ちのお金がない人が入っています。そうでなければ入るメリットがないからです。初期費用が払えないから、そこに入っていくわけです。

羽田空港のリムジンバスの荷物を荷下ろししているような人がいますよね。あの人たちは、請負の会社で働いていたんですけれども、バス会社の子会社のさらに、そこに請負が入っていたんですね。そこで働いていた人は家賃を4万円取られており、3DKないし4DKの部屋に3人から4人の人が詰め込まれている。一人一人の部屋には鍵もついていない。会社の人間は鍵を持っていますから入り放題。ルームシェアしているようなものかなとイメージしてもらえればわかると思いますが、決定的に違うのは、ルームシェアというのは自分で相手を選べますが、会社の寮は相手を選べません。ある日突然隣の人が別の人にならなくなってしまったということがあるわけです。

それだったらアパートを借りたほうがいいじゃないか。でも彼らは、さっき言ったような理由で、住むことができないわけです。寮に囲い込まれているわけです。

ここには、奇妙な需要と供給の関係が成立しています。労働者の、生活に困窮している人から見れば、そういった工場の派遣会社の寮があることによって、そこに住んで新たに仕事に始めるということが可能になるわけです。もしそれがなかったら、そもそも仕事を始められない、失業状態がずっと続くという状態になってしまう。

派遣会社からすれば、寮を持っていることによって、とても劣悪でしかもいつ首を切られるかわからないような労働現場に、定期的に人を集めることができるわけです。生活に困窮している人がいる限り、そこに人が集まってくる。

派遣会社にとっても、生活に困窮している人たちにとっても、そこには、両方にとってメリットがある関係ができ上がってしまっています。

こういう仕組みによって、大企業の製造業の企業の中では、入れたいときだけ人を入れて、必要

がなくなれば外に出すということが自在にできる仕組みというのができ上がっているわけです。

●立ち上がる青年たち

これによって利益を上げているのは、もちろん派遣会社も儲けていますが、一番儲けているのは、間違いなく大企業のメーカーなわけです。そしてどこに犠牲が行っているのかといえば、その派遣の社員です。

2008年6月に、秋葉原の陰惨な事件がおきました。彼は日研総業という、これまた大手の工場派遣の会社から派遣されて、トヨタ系列の関東自動車工業という会社で働いていました。

彼が働いていた工場には、複数の派遣会社から数百人規模ずつ労働者が派遣されていたようです。日研総業からは200人近くでした。それを減らすという話だったわけです。

あの犯罪を犯した彼は、2008年の4月から2009年の3月末までが契約期間だったわけですが、6月で切られると、3か月で切られてしまうということで、ぶち切れてしまったわけです。

派遣先の関東自動車工業は200人を50人に減らします、だからあとはなんとかしてくださいというだけで、派遣会社にもう丸投げなんですよ。派遣会社は適当に人を選んで、もうここの仕事はなくなったからと通告するだけ。あとは、行きたいんだったらここがあるよ、あそこがあるよと言うだけなんです。こうやって日本全国を転がしながら、派遣を企業の調整弁にして、メーカーが儲かっている。

さらにそれに加えて、金融危機の影響で何が起きているのかといえば、その次に行く働き場所というのがもうなくなっているのです。次に行く場所がないということは、彼らはもともと生活に困窮していて家がない、借りられないような状態の人ですから、ホームレス化するしかないんです。これが、派遣切りで起きている最近の実態です。

派遣の中で生まれているワーキングプアというのは、決して働いていて収入が少ないというような水準の問題ではない。そもそも住む権利であるとか、あるいは働く権利であるとか、生きる権利であるとか、そういった根本的に人権そのものが

脅かされるような状況にまで追いつめられているわけです。

派遣の問題は法律そのものを変えていくような方向しか、道はないだろうと思っています。その中で首都圏青年ユニオンは、基本的には個人加盟の労働組合として、加盟した方の一人一人を支えながら、団体交渉を通じてその人を要求を実現していくというやり方です。

今ある状況は、最低限の労働条件の底が割れている、労働基準法そもそもが守られていないような状況にあると思っています。

私たちが違法の3点セットと呼んでいるものがあります。残業代の未払い、有給休暇がない、社会保険・雇用保険が未加入であること。違法な解雇を合わせれば4点セットと呼んでもいいかもしれません。こういった状況の1つ1つを団体交渉によって解決していく。

しかし時給800円の人の時給を850円にしていくというような交渉というのは、労働者の多数派を通っていないければ相当難しいわけです。けれども、残業代を払っていない企業に対して、残業代を払ってくださいと、あるいは有給休暇が取れない会社に対して有給休暇を取れるようにしてくださいとか、そういう交渉というのは、これら1つ1つがその労働者に事実上の賃上げに等しい効果を与えていくわけです。

この違法状態をなくしていくということを通して、問題を解決していこうと、少しでも改善しようということなのです。

●団体交渉の場へみんなに参加

どういうふうに運動をやっているのかともう少し具体的にお話をしたいと思います。電話で相談などを受けたら、ユニオンに加入してもらって団体交渉を申し入れます。団体交渉を申し入れるときは書類が2点ほど必要になりますが、この人は組合に加入しましたという加入通知書と、団体交渉の申入書は、基本的にご本人に作ってもらいます。生まれて初めて組合に入ったような人がそんなことできるのかなとお思いかもしれませんが、それでも、そんなに難しいものではないです。

というのは、パソコンの中から、前に交渉した

人の案件をひっぱり出してきて、会社の名前と社長さんの名前と日付と組合員さんの名前を変えれば、組合加入通知書は簡単に作成できます。

団体交渉の要求書はもう少し複雑ですが、例えば解雇の案件などというのは、たくさんこれまでもありますから、同じように作ればいい。

残業代の未払いなどの計算なども本人にやってもらいます。自分のタイムカードの写しを見ながら計算してもらうんですけど、労働法の簡単なパンフレットを渡して、1日8時間を超えたら25%の割増がつくんですよ、深夜10時から朝5時までは深夜の割増が別につくんですよ、休日の割増も別なんですよとアドバイスをしながら計算するわけです。いろいろ間違えたりもしますが、基本的には本人にやってもらって完成させています。

なぜ本人にやってもらうかという、大きくいて2つの理由があります。

1つは、これは組合に加入するときにも言うんですけども、ユニオンは、あなたの代理で問題を解決するような団体ではないんです。あなたが会社に自分の労働者としての権利を主張するんです。それをユニオンの仲間は全力で応援します。だから頑張らしましょう。そうやって励まして入ってもらうんですけども、それをはっきりさせるために本人にやってもらいます。

もう1つは、その人が問題を解決したときに、自分が何の権利を、会社に対して何を要求したのかということがわかっていなければ、あまり意味がないわけです。解決したあと友達と話していて、「おまえ残業代払われたんだって?」「ああそうなんだよね。ユニオンに入っていたら、なんか知らないけど全部解決できたんだよね」という話だと、もうそれで話がそこで止まってしまっただけで何の発展もないわけです。でもそのときに彼が「いや、残業代というのは、労働基準法に決まっています、1日8時間を超えたら割増がつくんだよ。深夜になっていたら割増がまた別につくんだよ。おまえ払われてる?」という話ができることに意味があるわけです。自分が何を要求したのかということを知ってもらうために、本人にやってもらうことにしています。

完成された要求書、団体交渉の申入書は、会社にFAXで送ります。もしくは郵便の配達記録で。

FAX番号も本人に押してもらって、儀式なんですけど、スタートボタンを本人に押してもらうと紙がピーッと流れていくわけですね。そうすると、ああ、もう後戻りできないねとか言っちゃちょっとおどかさ(笑)、というのは性格悪いんですけど(笑)。

その次は、会社にかけて団体交渉の日付を決めます。日取りが決まったら、今度は組合員が今320人ぐらいいますけど、メーリングリストで流します。例えばさっきのビデオのようなケースだと、「何月何日午後6時半、渋谷のハチ公前集合と。午後7時から団体交渉です。渋谷のハンバーガーショップなんかでのアルバイトの解雇の案件です。皆さん応援に来てください。当日の連絡先は河添の携帯まで。090のなんとかとかかとか」みたいなことを流すわけです。何日間か前に流していますから、そうすると、みんな手帳に予定を入れてくれます。

そういったいろんな情報が毎日毎日、その人の携帯電話やパソコンにメールで流れている。その呼びかけに応じて来ているわけです。

そうして渋谷のハチ公前に怪しげな円陣ができるわけです。まわりの人は、これから飲みに行くような人ばかりなんですけど、僕らだけ、団体交渉に行こうかという人たちなのです。

申入書のコピーしたものをみんなで回して、今日の案件はこんな感じです、じゃあ本人からどうぞと。で、本人が頑張りますとかと言って、団体交渉でビデオのようなああいうやりとりをするわけです。

交渉のあと、外でまた再度怪しげな円陣を作って、感想を言うようにしています。本人に対してよく頑張ったねと励ましの言葉をあげたり、あるいは、会社が言っていることがよくわからなかったけどどういう意味?と質問が出たり、さらには、もう少しこういうことを用意しておけばもっとよかったんじゃないの?と反省が出たり。15分か20分ぐらいそういう話をして、じゃあねといってみんな別れます。

別れると今度は、団交に参加していた人が、全体のメーリングリストに、今日の団交はこんな感じでしたと流します。一番早いときなんかは、団交が終わってから30分ぐらいあとにもうその情報

が流れていたりします。携帯電話で帰りがけに打っているんですよね。いろんな情報が流れます。これを参加型の団体交渉と呼んでいます。今、組合員が320人いると言いましたが、その人たちがみんないつも団体交渉に出ているわけではないので、今ユニオンがどういうことをやっているのかということが目に見えて伝わってくるわけですね。

しかも、一部の役員が書いた文章だとあまり面白くないんですけど、組合員がみんな参加していますから、その人たちの新しい言葉というか、新鮮な言葉でいろんな感想が流れます。これまでひどい目にあってきた人が、団体交渉をやってみて初めて会社と対等に話し合いができる。その中で、例えば解雇が撤回される、残業代を払わすことができるようになる、有給休暇が取れるようになっていく。そういったことが、みんなが参加していることの目の前で起こっていく。目の前で権利が実現していくということを実感することができるわけです。

●参加型の活動が大事

参加型にしていくというのは、片っ端からすべてを参加型にしていきます。団交だけでかたがつかなくて労働審判になるとか裁判になるとか、そういったケースもあるわけですけど、労働審判などは傍聴などはできませんが、それでもみんなで応援のためにメーリングリストに流して、時間がある人が応援に行きます。

裁判所というのは、普通の人にとっては非常に疎遠なところですが、応援に行くことによって、当事者にとっては励ましになりますし、組合員にとっては、こういうふうに労働審判という制度もあって、問題が解決するルートもあるんだな、方法もあるんだな。そういう話も、いろんなことを弁護士さんから教えてもらったり、解説なども聞きながら学んでいけるのです。

労働基準監督署に申告に行くとかそういったときも、片っ端からメールに流してみんなで行く。言ってみれば、1年中、社会科見学をやっているような、そういった運動スタイルでやっているわけです。

会議も、執行委員会という名前をやめて、ユニ

オン組合員ミーティングとして月に1度やっていて、組合員であれば誰でも参加できるようになっています。

もちろん、なんらかの議決が必要なときには、執行委員だけに議決権を限っていますが、そういうケースというのは実はそんなに多いわけではないので、メールで自由に参加してください、意見言ってくださいと呼びかけます。その人たちには、交通費を必ず出すようにしています。

さっき言い忘れましたが、先ほどの団交のあとの打ち合わせをなぜ道端でやるかということ、どこか喫茶店に入ろうかということ、お金がないからと帰っちゃう人がいるんですね。実際200円、300円のお金というのが惜しいという人が結構たくさんいるわけです。ですから、短時間で道端でやるというふうにしています。

参加してくれる人には、2000円を上限にして、必ず往復の交通費を実費払っています。なぜかというと、組合員の中には、まったくお金がなくて生活保護を受けているような組合員もいますし、失業中の組合員もいます。そういった人が参加できなくなるからです。そういった人たちも気楽に参加できるように、交通費を出しています。

さっきの会議のときも同様です。執行委員以外の人でも、参加してくれればその人に交通費を出すようにしています。それから交通費以外にも、必ず食事を出すようにしています。会費200円で、その食事をみんなで食べながら、わいわい言いながら、会議を進めています。

だんだん、それを楽しみにしている人も増えてきて、事前にメーリングリストで、今日のメニューはなんとかですと流して、それを食べにくるような人もいます。この間は、会議の前に事務所に電話がかかってきて、今日は何ですか？というような問い合わせもあったりして、そういったものが参加を強めたりもしています。

なぜこういうことをやっているかということ、今の状況の中で必要なことは、首都圏青年ユニオンの課題でいえば2つあると思うからです。

1つは、労働基準法以下の状況というものをひとつひとつ守らせていく。法律が守られていないようならば、最低限のところを守らせていくという課題が1つ。

それからもう1つが、その人たちの社会的な居場所を作っていくということです。派遣の労働者は典型ですけれども、その人たちにとって職場というものはない。日雇いの派遣の人は毎日毎日仕事も変わっていくわけですから職場はありません。そういったところで仲間がなかなか作れないような状況にある人が、実は相当たくさんいる。社会の中で居場所がない。家庭の中に居場所がない。そういった人たちに、ここは居場所ですよというような場所を作っていくということが、もう1つ課題だろうということで、運動を広げています。

言ってみれば、今の若い人たちが働いているような場所というのは、泥沼のようなところだと思うんですね。泥沼のようなところで足をびしょびしょにしながら、冷たい中でしゃがんで、寝たりご飯を食べたりしているようなものだ。だからせめて、ブルーシートを敷こうじゃないかと。風が吹けば、少し冷たいかもしれないけれども、とりあえず足もととは濡れない。とりあえずしゃがめる、とりあえず寝転がれる、そういったブルーシートを敷く必要があるんじゃないかというふうに考えています。

● 互助制度で広がる活動

そういった活動を広げているわけですが、昨年来、反貧困というふうに名前をつけられるような運動の流れができています。反貧困ネットワークのことはご存じだと思いますので省きますけれども、その流れの中で、反貧困たすけあいネットワークという互助制度を作るに至りました。

これはどんなものかということ、制度としては、申込書（末尾資料）を見ていただければいいんですけど、掛け金が300円、600円、900円とコースがありますが、最低限の掛け金300円で6か月掛けた人を条件に、病気やけがなどで休業した場合に、1日1000円、10日を上限として1万円の給付を行うという、「休業たすけあい金」という制度と、それから、お金に困ったときに、無利子で1万円を上限として貸しつけるという「生活たすけあい金」という、2つのたすけあい金制度で成り立っている制度です。制度としてはそういったものです。

なんでこれを考えたかということですが、最初のきっかけは、母子家庭の高校生からの相談でした。労働問題のトラブルを抱えていて、ユニオンに入るためには組合費が必要だという話をしました。首都圏青年ユニオンの組合費はかなり安いので、無収入の人は月500円、10万円以下の人は月1000円というふうに、細かく収入に応じてランクをつけているんですけれども、彼の場合は、高校生でしたので、10万円以下の月収でしたから、月1000円、で、加入金が1000円必要だという話をしたんですね。

そうしたところ、彼に、「組合に入らないと交渉してくれないんですか」と言われたんですね。そういうお金の余裕がなかなかないと。お金が少しでも余裕があったら家に入りたいと言われたんです。彼は高校生で、お母さんも朝から晩まで働いていて、貧困であると。本人も、自分が大学に行くためのお金のためにアルバイトをしているということでした。

これが私にとって、結構ショックでした。そういう生活に困っている人たち、若い人たちのために活動をしているつもりでしたけれども、実際に、そういった母子家庭の高校生を結果的には排除しているような状況になっているということがすごく気になって、どうしようかと悩みました。かといって、組合費を払わないでいいというわけにもいけないので、最低限の組合費はいただかなければいけない。

だから別の会費の安いネットワーク組織をユニオンの外側に作っておく。何かあったらユニオンに加入して交渉ができますよというネットワークを広げておいて、少しでもその人たちをサポートしようというようなことを最初は考えました。そこに、組合の先輩から共済制度的なものを作ったかどうかというアドバイスを受け、それはいいなということで作った制度です。

そういった共済金的な側面も、共済という制度にはありますけれども、それ以上に、ネットワークを作っていきたいという発想が強い組織です。それなので、会員の人向けに月々メールマガジンを発行していきまして、メールでその人の携帯なりパソコンなりにこちらからの情報が届きます。

生活に困窮している人ほど、バラバラにされて

しまいます。お金に困ったらサラ金を借りてしまって、サラ金が返せなくなったらまたもう1社からサラ金を借りて、そうこうしているうちにヤミ金を借りてしまって、多重債務者になってしまう。多重債務者になったら今度は、電車のつり革広告に出ている「債務整理の相談にのります」みたいなところに引っかかって、またそこで高い手数料を取られて何の解決にもならない。そんな人が世の中にたくさんいるわけです。

サラ金から借金しなくても、本当に生活に困っているなら生活保護がありますよとか、借金を抱えてしまっている人でも、ちゃんとした弁護士さん、司法書士さんに頼めば借金は解決できますよ、絶望することないですよ、というような情報をきちんと流して行って、ネットワークしたいということで、作っている制度です。

これを昨年から始めて、会員が今100名ほどですけれども、利用者がほちほち出てきています。これまでにはない層の人たちをつかまえているかなと思っています。言うのを忘れちゃけれども、反貧困たすけあいネットワークは首都圏青年ユニオンとは別に、まったく別の組織として作っています。

先ほど自主共済の規制の問題がありましたが、自主共済の規制の問題からどう逃げるかという話を当然意識してしまして、そのためにこの反貧困たすけあいネットワークは、形式的には、正式名称は「反貧困たすけあいネットワーク労働組合」になっています。だから労働組合の中の自主共済という形式をとることによって、なんとかしてこうというところで、当面は考えています。ですから、反貧困たすけあいネットワーク労働組合としての、労働組合法に適應するような規約も完備しています。

これはもやいの湯浅さんと私が呼びかけたというかたちをとってしまして、湯浅さんが代表運営委員になっていて、私が事務局長というかたちになっていますが、これまでもやいでも首都圏青年ユニオンでも組織していないような人たちを組織し始めています。

もやいに来ている人というのは、本当に食いつめている人たちなんです。手持ちのお金が200円とか300円しかないとか、もう何カ月も家賃を滞

納して、家を失ってしまっている人、ホームレス状態で2年間いるような人。そういう人たちなので、こちらに相談しに来ている段階で、相当いろんなことを試してみたけれども全然生活が立ち行かないという状態になっているので、生活保護の話をする、じゃあ生活保護を受けますという人が多いんです。しかしたすけあいネットに入っている人というのは、ちょっと違う人たちなんです。

もう少し、低空飛行している人たち、生活の上では、完全に、どうしようもない状態になる前に、ちょこっと収入があるとか、たまには親から借りることができるとか、そういうような人たちです。で、ちょこちょこ、たすけあいネットの生活たすけあい金とかを金が足りなくなると借りに来るんですけど、生活保護を受けたほうがずっと大きなお金がもらえるので生活保護のほうがいいですよというふうにアドバイスするんです。でも、いや、もう少し頑張ってみますと行って、なかなか生活保護にはつなげにくい人たちなのです。ここが今後ちょっと課題になってくると思いますが、たすけあいネットとしては、そういったネットワークをすることによって、生活保護制度などの告知をしながら、生活保護につないだほうがいい人には生活保護につないでいきたいのです。

このたすけあいネットの共済制度だけですべてを解決するというのはどだい無理な話なので、そこよりもネットワークを作っていくということに重きを置いています。

300円×6カ月で1800円になります。この1800円を6カ月間掛けたら、1万円の給付と1万円の無利子の貸付が受けられるということで、こんなもの成立するはずがないと最初言われました。でも実際には、回っているし、回るというふうに思っています。手応えを感じています。

というのは、実は世の中には、ただ乗りしようという人はそんなにいるもんじゃないのです。組織的に、これを壊すために乗り込んでくる、入ってくるというのは別ですけど、そうでない限り、お金は大塚にある首都圏青年ユニオンの事務所でお渡しするようになっていますので、お金をわざわざ取りにこなればいけないのでめんどくさいんですね。この小さな金額をわざわざ取りにくるのは、本当にお金に困っている人しか来ないん

です。だから、ただ乗りしようという人は実はそんなに多くはないし、そういう人はあまり使わない。中にはもしかしたらいるかもしれないけどね。

生活に困っているような人ですから、焦げつようなケースもあると思いますけど、今のところ焦げつかずにきちんと返していただいています。返してくれる人の数のほうが少なくとも多いので、なんとかなる。あと多少のカンパは必要ですけど。そういうふうを考えています。

これを作ったときには、ワーキングプア同士の互助会というふうに報道されましたが、実際には、ワーキングプア同士というふうには考えていません。このネットワークが意味があると思っているのは、むしろ、自分自身は給付は予定していないけれども、こういったことは必要じゃないかという人、そういう方々に積極的に入ってもらって、それで助け合っていくという仕組みを作りたいと思っています。

もともと、社会というのはそういうものだったと思うんです。困っている人同士が助け合うというだけではなくて、困っていない人も含めて助け合うのが社会だったと思うんです。でも実際は、本当だったら社会保障がそういう役割を果たしていなければいけないんですけど、日本の現状はそうしていない為に、こういった私たちのようなちっぽけな組織が必要になってしまうわけです。

だから、このような活動をやりながら、今本当

に必要な社会保障制度というのはこういうものなんじゃないですかと、今こういうことが実際に起こっているんですということを、状況をつかみながら、同時に実態を告発していきたいと考えています。

このたすけあいネットワークがほかの共済と一番違うことの1つは、一切の健康告知義務なし、給付制の制限なしというのが、たぶん一番違うところだろうと思います。どんな状況でも入ります。

休業補償のところも、貧困な人は国民健康保険を持っていない方が多いですから、病院にかからないケースが多いです。ですから、病院にかかっていなくても、薬の領収書とか、そういったものでも給付するというふうに、できる限り給付の枠を広げることによって、実利性を高めてネットワークを強めようとしています。

これを広げることによって、ここに多くの人が入っていただいて、健康保険もないような人たち、家もないような人たちを支える活動を通して、社会の中で助け合っていく感覚そのものを育み、そういった社会保障というのはどうやって作れるんだろうというようなことを、みんなで考えていくような場として、このネットワークが広がればいいなと思っています。そのためにいろんなイベントなども、この反貧困たすけあいネットワークでやっているところです。

〔質疑応答〕

Q. 湯浅誠さんの言われている「ためがなくなっている社会」になっている。トヨタでの3000人など、自動車産業だけで1万人近くぐらい派遣、弱労働者を追い出すようなかたちで、その場の人たちは行く場所がないというわけですね。それがほかの産業でもどんどん出始めてきた状況だと言っているときに、どういうふうにしていったらいいのでしょうか。

河添：派遣切りみたいに大量に首切りが起こるような状況のときというのは、小さな運動で何かすべてをカバーできるというような状況ではないんですよね。具体的にもう家がないような人たちが

発生するわけですから、それはもう政府がやるしかないでしょうね。

貧困の当事者を組織化するというそのものをどういうふうに追求するのかということは、あらゆる運動にとってとても大切になってくる。首都圏青年ユニオンは、その1つのやり方ですけれども、反貧困たすけあいネットワークは、言ってみればワーキングプア層を共済制度、実利的な共済制度をきっかけにしながら組織化しようという1つの実験です。どこまで成功するか、やってみなければわかりませんが、そこそこ、もう少し宣伝力があれば、その人たちにとってはメリットのあるものなので、もっと行けるんじゃないかと。

それから、今はリスクを計算して、ちょっと抑えぎみの給付にしているので、あまりメリットを

感じない人もいるかもしれないんですけど、もう少し会員数が増えれば、給付の条件をもっとよくできると思うので、あるいは貸付の条件を、もう少し金額を大きくできれば、もっとさらに会員が増えるということはあるんじゃないかなと考えています。

Q：これは、一般の人も会員になれるんですか。

河添：そうです。すべての人に開かれたものですので、ぜひ、月300円ですので、皆さんにご協力いただければと。むしろそういう人たちがたくさん入ってもらえることが意味があるんですね。

Q：一般の人が入るとなると、申込用紙は同じものを使われるんですか。

河添：そうです。要するに、お金に困ってようが何だろうが、まったく同じ条件。だからその方が、病気やけがで休んだときには同じように給付が受けられます。それは年収が1000万だろうが2000万だろうが受けられます。そういう制度設計です。まったく平等です。実務的には、これには、いくつか理由があります。

1つは、人を差別する、選別するというのを徹底して排除しようという発想です。それは、いろんな条件をつけて、結局どうしてもリスクがあるので、給付の制限をどこかで線を引かなければいけないんじゃないかという発想が、普通、共済とか保険というところに必ず働くと思うんですけども、その発想をやめようというのが、根本的な発想です。だから、ちょっと普通じゃあまりやらない考え方もかもしれないですけど、それはできるんじゃないかと考えたのです。だから入る人もすべて平等です。

実務的には、徹底してシンプルにしているのです、実務はとても楽です。審査は一切必要ない。この人は給付に当たるのか当たらないのかということが、基本的にほとんどない。申し出た人にはお金を渡しちゃってほとんどOKなので、わざわざ取りに来て、病気の、病院にかかったという書類を出しているような人には、そのままお金を出すだけです。だから、いちいち審査をしないで。だから、

こんなので大丈夫なの？と言われますけれども、実は大丈夫なんです。

Q：首都圏青年ユニオンというのはどういう活動をやっているのか、それが一番の関心事だったわけですが、青年に限定している理由は。「ビッグイシュー」という取り組みがあります。これはイギリスで始まって日本に波及してきているわけですが、これについてどのように考えられるのか。

河添：青年に限っているというか、平均年齢はこの間計算したら31歳が組合員の平均ですね。主力は20代の人たちですね。20代後半の人が多いです。一番若い組合員で18歳くらいです。

じゃあ中高年の人はいないのかという話ですけど、実際には40代ぐらいまでは入れちゃっています。じゃあ10年したらその人は完全に中高年になってしまうわけですから、20年後どうするんだというふうに当然聞かれますけど、まあ20年後まで残っていればたいしたものだというふうに思っています（笑）。

ただ、青年とうたうことによって、若い人が入りやすい組織になっていて、私自身は40代ですけど、20代中心の人たちがたくさん入ってくるし、その人たちが活発に自由に参加しているという雰囲気はつくれていると思います。

それから、「ビッグイシュー」ですね。そういう社会的企業の取り組みというのは、必要なことだろうというふうには基本的に思っています。というのは、仕事を、人間らしい仕事のあり方みたいなことをどういったかたちで作っていくのかというのが必要なのと、あと、ずっと長期にわたって貧困な状態にいたような人は、普通の企業の中で普通に働くというのはとても困難だったりするんですね。きちっと朝9時に行って、仕事をピシッと始めて、お昼休み1時間を除き5時までびっちり働くことが、実は案外大変だったりするわけです。そういう人にとって、もう少し自分のペースで働けるような、収入は少ないけれども、というような働く場というのは、作っていかないと、たぶん、長期にわたってホームレス状態にあったような人は、そもそも働くのは無理だろうという意味では、ああいうビッグイシューのような取り

組みというのは必要なことかもしれません。

ただ、もう一方で思うのは、これはこの間、これ東海林智さんという毎日新聞の記者の人が書いた本『貧困の現場』(毎日新聞社、2008年8月)なんですけど、この本の後ろで、この記者の東海林さんと私と、あとフランスのダヴィド・マリナスという、日本のホームレスの運動なんかを研究している研究者がいるんですが、3人で座談会をしたんです。その中で彼が言っていたのは、日本のホームレスは、とにかく仕事をくれというふうに言っていると。フランスのホームレスは、仕事をくれと言わないと言うんですよね。政府になんとかしろ、生活をなんとかしろと要求するという話。それがとても面白いと彼は言っていて、ああそうなんだと思ったのは、日本では、仕事をとにかくしなきゃいけない、仕事をして一人前というような感覚がちょっと強すぎて、社会保障要求みたいな話にあまりなりにくいというのが、おそらく社会保障がずっと弱かったという、日本に福祉

国家ができなかったことのひとつ裏返しのことなんだと思うんです。福祉国家要求、福祉要求みたいなものが、社会保障要求みたいなものが非常に弱い。弱いために、働くというところに比重が行ってしまって、働かずに、例えば社会福祉を、生活保護を受けている、けしからん、みたいな意識が、案外ホームレスの中にもあったりしているというようなことは、やはり克服しなければいけないのではないかなとは思っています。

もっと、社会的企業みたいなかたちで、働きやすい場を作りながら、でもそれでも足りないような収入については、生活保護で組み合わせて働く。社会保障と実際働きやすい働き方というのを組み合わせで生活するような働き方だとか、そういったことも考えていかなければいけないのではないかなと思っています。

(かわぞえ まこと、首都圏青年ユニオン書記長)

【事務局ニュース】1・機関誌の論文募集、ワーキングペーパーの募集

研究所機関誌『いのちとくらし研究所報』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。またワーキングペーパー(多少長めの論文)の募集も致します。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)程度
- ・ 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
- ・ 原稿料：研究所の規定により、薄謝ですがお支払いします
- ・ 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

反貧困たすけあいネットワーク

誰も守らないなら、自分たちで守る！

病気で1日1,000円、10日で10,000円の「休業たすけあい金」！

生活困窮時に10,000円の「生活たすけあい金」！

「しごと」と「暮らし」のお役立ち情報満載のメルマガの発行！

労働相談・生活相談のエキスパートによる相談！

若年ワーキングプアの居場所作り！

誰が「若者は連帯できない」などと言ったのか

「首都圏青年ユニオン」と「自立生活サポートセンター・もやい」の共同企画です。

月会費は300円から※。下記のようなサービスが受けられます。

◆病気で1日1,000円、10日で10,000円の「休業たすけあい金」！

6ヶ月以上の加入で、病氣・ケガ等で働けなくなるときに1日1,000円×10日間＝10,000円の「休業たすけあい金」が保障されます(1年間に1回まで。上限30,000円)。原則、面談が必要。病院の領収証、薬の名前の入った薬店の領収証を添えてお申し出ください。

健康告知の必要はありません。

国民健康保険証がなくとも病院にかかれなくても支給対象となります。

◆生活困窮時に10,000円の「生活たすけあい金」！

6ヶ月以上の加入で、生活に困ったときに10,000円の救済が受けられます(1年間に1回まで。上限30,000円)。予め面談が必要です。

◆「しごと」と「暮らし」のお役立ち情報満載のメルマガの発行！

月1回、メルマガジンをお届けします。申込書のメールアドレス欄を必ずご記入ください。PCでも携帯でも結構です。

◆労働相談・生活相談のエキスパートによる相談！

ひとりで悩まないで！困ったときはできるだけ早くご相談ください。一緒に対策を考えましょう。

◆若年ワーキングプアの居場所作り！

月1回、「若者カフェ」を開催します。まったりだるるもよし、悩み事を相談するもよし。

◆加入申込はカンタン！

「加入申込書」をご提出ください。後日、郵便振替用紙あるいは口座引き落としの書類をお送りしますので、同封の案内にしたがって手続きください。

お問い合わせは……「反貧困たすけあいネットワーク」事務局

170-0005 東京都豊島区南大塚 2-33-10 東京労働会館 5F 公共一般労組内

首都圏青年ユニオン気付

Tel 03-5395-3807 Fax 03-5395-5139 メール tasukeai-net@seinen-u.org

反貧困たすけあいネットワーク加入申込書

注)「休業たすけあい金」、「生活たすけあい金」を受ける際は、原則、面談が必要です。反貧困たすけあいネットワーク事務局(東京都豊島区南大塚)までお越しいただきます。

申込日	年	月	日	
ふりがな				性別 □男 □女 □その他
氏名				
生年月日	年	月	日	(歳)
住所	〒			
自宅電話番号				
携帯電話番号				
メールアドレス (メルマガ受信用)	(□PC □携帯)			
あなたの働き方は	□定年制の常勤 □有期雇用の常勤 □非常勤 □派遣 □請負 □無職 □その他 ()			
平均月収/年収				
社会保険	雇用(失業)保険 □あり □なし 健康保険 □職場の健康保険 □国民健康保険 □なし 年金 □職場の年金 □国民年金 □なし			
会費納入方法	□郵便振替 □郵便口座引き落とし(毎月20日)			
会費月額	□300円	□600円	□900円	() 円

お申し込み・お問い合わせ:「反貧困たすけあいネットワーク」事務局

170-0005 東京都豊島区南大塚 2-33-10 東京労働会館 5F 公共一般労組内

首都圏青年ユニオン気付

Tel 03-5395-3807 Fax 03-5395-5139 メール tasukeai-net@seinen-u.org

事務局使用欄

湯浅誠・河添誠両氏と本田由紀、中西新太郎、後藤道夫の各氏との鼎談集 「生きづらさ」の臨界—「溜め」のある社会へ

(旬報社刊、定価1500円、税別、2008年、192頁)

相野谷安孝

自らホームレス支援や相談活動に取り組み、貧困の廃絶を訴え行動し、いまや貧困問題の第一人者とも言える湯浅誠（評論家・NPO法人自立生活サポートセンターもやい事務局長）と、「破壊された労働」とたたかう首都圏青年ユニオンの河添誠の両氏が、本田由紀氏ら3人の学者と行った鼎談集である。「生きづらさ」をつくり出す日本社会の深淵をえぐり、「やさしくてやわらかい社会」への求められる運動のあり方を示唆する。

不安の蔓延、あきらめも蔓延し、多くの人たちの無力感や閉塞感が、凝縮されて不利な状態に置かれた人たちの『生きづらさ』がつくり出されているのがいまの日本社会である。90年代以来の新自由主義改革の中で大量に生み出された派遣労働者などの非正規労働者のなかで、労働者は「器用さ」を過剰に求められることになった。あちこちの仕事を先での仕事内容・人間関係に即座に対応できることが、働く上でも生きる上でも標準とされる。逆にこの器用さが身につけられなければ、「不器用」のレッテルを貼られ、労働からも社会からも排除され、やり遂げる自信も失い自分自身からも排除されてしまう。貧困の中で挑戦するチャンスすらも与えられず、「生きづらさ」を超えて生きることすらも困難な状況が生み出されている。

湯浅氏が言う「溜め」のない社会が日本の貧困問題を深刻なものにし、「臨界」を迎えている。この現実から、どのような社会の再生をめざし、どのように再生への運動をすすめるか。再生へのキーワードとして、「自己責任論からの転換、離脱」そして、「居場所」が提起される。

東京大学大学院教育研究科教授の本田由紀氏との鼎談で、河添氏は、「不器用な人」が、繰り返



し解雇される現実をあげ、不器用な人は「自己責任」だから解雇されても仕方がないのかと問う。本田氏は、「対人能力、リーダーシップ、意欲、問題解決力、創造性など、人格や感情と切り離せない柔軟な諸能力が社会の中での選抜や地位達成の基準として重要化した状態」を意味する「ハイパーメリトクラシー化」を問題視し、これに歯止めのかからないのが日本社会の現状であると指摘する。したがって、こうした諸能力を身につけられないものが、「不器用」を理由として解雇や排除されていると分析する。「学校教育」や「職業訓練」も含めて、多面的・立体的な対策が求められており、「不器用さ」を既定事実と捉えないこと、「人が変化してゆける余地・余白というものを手放してしまわないこと、それが大事だ」と強

調する。

各地のハローワークでは、求人率と就職率のギャップを、「(就職希望者の)、賃金や休暇などの条件の高望み」「コミュニケーション能力の不足」と説明されることが多い。個人の変化してゆける余地・余白を手放してしまった(意識的に)労働市場の実態を反映しており、就業できないのは本人のせいという「自己責任論」に帰結する。

横浜市立大学の中西新太郎教授は、「コストをかけない能力、コストのかからない人間であることを強制するためのイデオロギー的な手段として、自己責任論という言葉が使われている」と指摘。現状を丁寧にあぶり出していくことで、自己責任論からの転換を図る必要があり、「いろいろなしんどさを共有する受け皿・関係」をつくり、「自己責任論のイデオロギーを溶かしていく」と提起、湯浅氏が、「緊急避難的な居場所づくり」と応える。

都留文科大学の後藤道夫教授との鼎談では、河添氏が、「労働市場がガタガタになるにしたがって、労働市場では生きていけなくなっている人が増えていますが、かといって社会保障も不在のままなので、労働市場の外でも生きていけない。その結果、より劣悪な労働条件でもはたらかないと食べていけない、という人たちが増え、労働市場の不当廉売(ダンピング)が加速する、という貧困化スパイラルになっている」と指摘、労働市場をともに機能させるために、「労働力の不当な安売り」を禁止する必要がある。「そのために社会保障・福祉が必要だ。社会保障とセットでやらないとうまくいかない」とする。

後藤氏は、「低処遇正規とフルタイム型非正規の労働運動」を「大きな軸」にし、「食える賃金

水準・労働条件と社会保障環境」を確保する必要があると提起。非正規と福祉の個別ケアの運動はクロスオーバーしてきたが、「軸」とすべき労働運動はまだ弱いと指摘する。

この「軸」を強化する上でも、「個別ケア的な要素」を重視し、この告発と改善への政策提言を地域からすすめる重要性が説かれている。

3者との各鼎談を通じて、「NOと言える市民・労働者・消費者になろう」、そしてそれを言っても孤立しない、大丈夫だと感じられるようになれば、この社会の「生きづらさ」は相当程度軽減するだろう、と呼びかけている。

そして、「大丈夫と感じられる」一步が、自分自身からの排除された人々、自尊心を傷つけられた人たちを、いったん受け止める「居場所」、「孤立」に迎え支える「居場所」だという。既存の労働運動や社会保障運動、市民運動がどうこの提起を受け止めるかが問われている。ただし、口では簡単だが、苦勞して生活保護を受給させた人が、その後孤独死していたという厳しい現実もあり、「居場所」づくりは相当な覚悟のいる課題でもある。「実践的で幅広い人々が参加できる社会保障学校」という具体的な提起もされており、「希望のネットワーク」への実践の道を探ることが、本書に応える私たちの責任であろう。

戦後の社会保障運動は、「食わせろ！」の要求から始まった。21世紀の今日、「生きさせろ！」の叫びを社会変革の大きな「のろし」としなればならない。

(あいのや やすたか、中央社会保障推進協議会事務局長・総研いのちとくらし理事)

里見賢治 著

『新年金宣言—基礎年金を公費負担方式〈税方式〉へ』 を読む

(山吹書店、2,400円＋税、2008年12月、306頁)

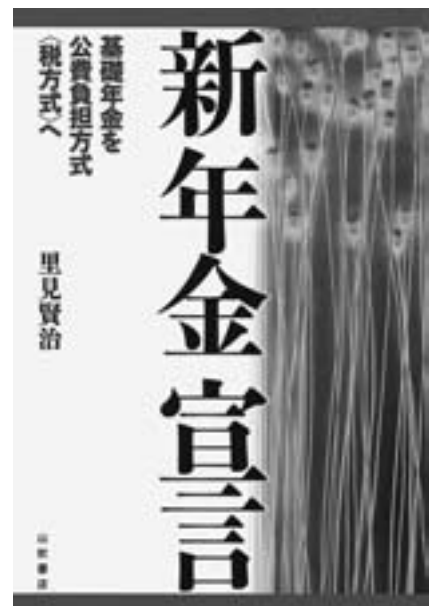
石塚 秀雄

●年金とはなにか

そもそも年金とはなんであろうか。我が国の現状においては65歳以上の高齢者の所得を保障する普遍的制度であろうか。つまりそれは生活を最低保障あるいは生活の基本的ニーズを満たすための基本・基礎的現金支給であろうか。あるいは労働の過程の中で積み上げてきた権利の追加的な享受であるのか。言い換えれば、年金を受ける「権利」はなにに由来するのであろうか。それは「基本的人権・社会権」(たとえば憲法第25条にいうような)に由来するものであろうか、それとも40年間働いた結果に由来するものであろうか。この二つの事例は、普遍主義型の税による年金と、社会保険型の保険料による年金の違いという形でいわれてきたのだが。

里見氏の『新年金宣言』を、これまでの氏の諸論文を読んだときのように、大いに啓発を受け、多くの点に共感しながら読んだ。おそらく多くの読者も本書に説得力を感じるに違いない。新年金宣言は、現在の日本の年金制度議論について各提案(政党・財界・新聞社)を示しつつ、いわゆる里見案を提案している。各種提案はきわめて近似しているものが多いので、里見案に政策的な現実性を感じる読者も多いと思われる。

しかし本書評では、里見案に沿いつつも、この本で書かれていないことに触れたい。それは、年金制度というものが社会制度に大きく関わるものであるという観点を大事にしたいからである。そもそも年金とはなにかという問いをまず置いたのはそのためであり、里見案の土俵に最初から乗ってしまうことはあえて避けたい。



さて、里見案の要約が示されているので、それを示す。

新年金宣言 (里見案)

1. 保険料を払うことのできない人が低年金・無年金となり、逆進性の強い、現行の社会保険方式の基礎年金を廃止する。
2. 新年金は、基礎年金を公費負担方式(税方式)とする。
3. 新年金は、基本年金(基礎年金)として、すべての人に最低生活を保障する額を給付し、その額は生活保護基準を下回らない水準の月8万円程度とする。
4. 新年金は、所得制限を設けない。
5. 新年金は、二階部分を、自営業やパート

タイマー統合含め、所得のあるだれもが加入できる所得比例型年金として、社会保険方式で行う。

(なお、番号は評者がつけた)

里見案と各政党などの基礎年金案を見ると、基本的に同じ発想に立っている。すなわち、基礎年金制度を作り、その財源を、消費税、所得税、事業税などと分かれるものの、税とするものである。ここでやはりそもそも年金とは何かという問いを発したい。各年金案を見ると、自民党を含めて、基礎年金プランは、普遍主義的の原則に立ったものである。この方式は国家による一律のナショナル・ミニマムの年金給付(state flat pension system)というイギリスのベバリッジ報告(1942)が構想した福祉国家的年金制度に近似している。自民党案がそうした国家型普遍主義制度というものを意識しているのかどうかは不明であるが、この方向で各年金案がまとまっているとすれば、それは日本独特の制度として慶賀すべきものである。そうなれば、おそらく国民の国家に対する関係意識は大転換(チェンジ)したのだということができよう。日本は期せずして福祉国家として再生するのだといえるかもしれない。国家の年金財源の徴収者、規制者、供給者としての役割は高まる。国民は受給者としての権利を享受することができる。なによりも国民は年金支給(生活保護費の場合のような)のための屈辱的な「資産調査(ミーンズテスト)」を受けなくても良い。議会制民主主義と官僚制度がその運営の持続性を保障するであろう。しかし、このような麗しい光景が現れるのであろうか。年金だけは特別だよという国民的合意になるのであろうか。こうした普遍主義的な方式は、医療や社会サービスや教育の制度にも波及しなくてはならない。そうなれば、日本は全くすばらしい福祉国家になるにちがいない。私にとってもそれは望ましいことである。しかし、里見氏も述べているように一足飛びにスウェーデンのようににはならない。とはいえ徐々にっていくのかも私にはわからない。いずれにせよ国民の合意がきめることであるが、この50年の支配政党の無変化ということを見ると、国民的合意の大転換を期待できるのか。

話を老齢年金だけに絞るが、そもそも年金を国民はどのように捉えているのであろうか。老後生活保障の現金給付であらうか。だとすれば、各案が示す基礎年金の普遍的給付に賛成の立場といえることができる。里見氏の言うように、金持ちも貧乏人も関係なく一律に基礎年金受給を受けることになるのであり、国家は十分にその再配分機能を果たすことになるのである。しかしまた、年金業務が官僚の手にゆだねられるということで、人々の年金決定の主体性が損なわれるおそれがあるといえる。

●社会保険制度の形成

ところで、各案で多少違いがあるが、年金制度が2階建ていうのも大方一致した見解である。里見案の2階部分はどうか。里見氏によれば、それは従来の厚生年金と共済年金それに自営業部分などの国民年金部分を組み込んだ一元的な社会保険制度ということである。社会保険制度は里見氏によれば、保険原理で行われているもので、普遍主義的原理ではなく、排他性と非公平性があるもので、また公的でなく私的なものとして位置づけられている。

ヨーロッパにおける社会保険の発達は、ビスマルクモデルとも言われるように、1880年代から始まっており、現在強制的社会保険制度を採用している国も多い(ドイツ・フランスなど)。日本の社会保険モデルと類似するかというと歴史的、本質的な点で異なる。ヨーロッパ社会保険の前史には共済組合の歴史があり、社会保障制度の中では保険会社よりも歴史は古い。これが日本とは異なる。共済組合はもともと自主的、非営利・協同性、相互扶助などを原理とする。現在では社会的連帯原理とも呼ばれる。共済組合運動が福祉国家制度に組み込まれていく過程があり、年金金庫・疾病金庫などが社会保険の運営を行っているのはよく知られている。社会保険と営利保険と共済は原理的に異なるという点において、里見氏はいささか区別をしていないのではないか。しかし里見氏のように社会保険をもって皆年金を実現しようとするには矛盾と限界があるのはたしかであるが、2階部分の所得比例年金のシステムとしては認め

ているのである。ということは、社会保険は年金制度としては陳腐化したものではなく（歴史はあるが）、今後とも有効性が認められているということになる。里見氏の公的財源原理主義とも言べきスタンスは「たとえ公費が99%で、保険料はわずかに1%にしかないとしても、そのわずかの保険料の納付が給付の条件となる限りは、それは社会保険方式なのである。したがって、社会保障の運営・財政方式に、第三の道はありえないことに注意を喚起しておきたい」（p 166）という文章に表れているのである。仮に1%の保険料であるとすれば、排除原理の比率は1%にすぎない。この場合、民主的に運営される制度であるならば、どのような排除原理あるいは共済原理を採択するであろうか。たぶんもっとも不利な人を優先した解決という方策をとるであろう。絶対的公平（平等）主義というのは公平に対する1つの態度にしかすぎない。現実にはこうした組み合わせはなく、現に日本の「社会保険」年金財政には公的負担金が入っているのであり、逆に、公的財政が入っているのだから、純粋に保険原理は成立しないのであるともいえるのである。真実は中間にあり、混合型年金制度というべきものであり、現実そのものがすでに「第三の道」といえるものなのである。

社会保険の形成の歴史は職能団体の形成の歴史でもある。日本の厚生年金と共済年金も賃金労働者と公務員という労働集団区分による。労働運動の歴史がこの2つの区分を作った。ヨーロッパにおいても歴史的に自営業は当初は社会保障制度に組み込まれなかった。それは労働者の概念に当てはまらなかったからである。

日本が1961年より皆基礎年金制度を標榜してのち、制度的に自営業その他を1号、賃金労働者・公務員を2号、2号の奥さんを3号と区分して、現在に至っているのは周知の通りである。1961年の時点で現在の里見案のような制度を作ればまことに良かったといえる。なぜそうならなかったかという2階部分の存在と論理に引きずられたからであろう。すなわち、年金とは労働を基礎として退職した者の所得保障（勤めていたときの所得を基準）だと考えられていたからである。年金と（賃金）労働は切り離せなかったのである。里見案の基礎年金は労働と切り離されたものである。

里見案の年金2階建ては、実は2階部分がずっと大きいのである。そうした建築物が立っているためには、巧みな設計技術が必要であろう。だから、それは2階建てではないのであって、むしろ本宅より大きな別宅と呼ぶべきものである。また1階が和風で2階が洋風という建て方はないであろう。すなわち、里見案の1階部分は、1人当たり月8万円の年金額である。各案では5万円、7万円などがあり、概ね同一規模の金額が基礎年金で想定されている。現在の満額基礎年金で約8万円弱、平均約5万円なので、現状プラスアルファの勘定である。ところで、これはナショナル・ミニマムなので、とてもそれまでの普通の生活水準を持続させることはできない。現在、厚生年金と共済年金はそれぞれ月20万円前後となっている。そうすると多くの高齢者は基礎年金に頼っているのではなくて、厚生年金と共済年金に頼っているのである。だから社会保険制度そのものの在り方を見直して、社会保険庁は解体してしまったが、年金機構などの官許の組織に相変わらず運営をまかせるのではなくて、社会保険（共済）らしく保険原理ではなくて社会的連帯原理に基づいて運営するように組織改造を国民的にすることが重要である。

現に里見氏も指摘するように厚生年金の脱落や逃亡が相次いでおり、また運営の民営化委託のような状況になっている。医療の政府管掌保険は協会けんぽとなり、各県の責任者はほとんど銀行出身者で埋められている。こうした「公的制度」の「実態民営化」が進んでいる中で、基礎年金だけが公的制度になるというのは、論者としては政府（自民党）年金案の論理的・一貫性のなさに狐につままれたような気がするのである。

結局、里見案を含め各案は、老齢所得保障手当制度の創設ということになり、年金制度は別立てで存続するということである。これは、なによりも無年金者と低年金者の増大という現象に対する政策である。実際に無（老齢）年金者はどのくらいいるのだろうか。80万人程度という推計もあるが、65歳以上人口から老齢年金支給人数を引くと数百万人という数になる。現行の満期40年、最低加入25年というのを満期30年最低加入1年にするという提案の方がより現実対応型の案ではない

か。

また、アメリカのオバマ政権が打ち出している医療保険プランは、営利保険を社会保険的性格にするために政府の介入を強化するという点でアメリカとしては大転換であるが、日本もいわゆる2階部分の年金制度の構造改革に、より力点をおくべきではないか。

● 2階部分を大部屋にできるか

世に言う年金一元化論は、実のところ厚生年金と共済年金の統合のことである。これは可能であろうか。可能にする論理とはなにか。まず、労働者概念の一元化である。それはいま進められている公務員の非公務員化の促進に見られる。公務員は賃金労働者に転換しなければならないということである。労働市場の概念もかわるであろう。こうした概念転換が難しいので、全労連案などは分立型年金を提案しているのではないであろうか。また労働形態の多様化の中で、労働者を賃金労働者に限定している現行法（労働法・社会保障法関連など）の中に、自己雇用者・協同労働労働者などの概念を導入すべきである。また会社法は営利・非営利の区分を取り払ったが、非営利企業、協同労働協同組合などの社会的企業概念を導入すべきである。そうした上で社会保険制度の拡大と加入義務あるいは条件の整備をして無保険者の労働者数を減らす努力をすべきである。年金改革の言葉上ではむしろこちらの方が重要であろう。

ところで、日本においては年金一元化には多少のどたばたがあると思われる。公務員共済組合は既得権の保持に努めるであろうし、企業サイドは事業主負担を避け、年金制度解体化を促進するであろうし、年金の貧困化が避けられない。退職金の法的取り扱いも変わったのも同じ理屈の流れにあらう。一時期待たされた日本版401K年金の普及はほとんど進んでいない。アメリカ型の従業員の自己責任において年金ファンドを運用するという文化は日本では定着していない。

また1階を公的基礎年金とするとして、2階というより別宅になった社会保険制度の運営に国はどのように関わるのであろうか。国庫負担は何割程度にするのか。「逆進性」の強い社会保険に国

庫負担をすることによって公平性をどのように担保するのか。あるいは事業者と労働者の保険料負担だけで行うのか。基礎年金の公的年金化をしたことで、2階部分の社会保険型はむしろ非社会保険型になるか、社会保険制度そのものの解体化が促進されるのではないか。周知のとおり、日本の年金は賦課方式概念から積み立て方式概念に重点が移行しつつある。人々は若いうちから、貯蓄という老後積み立てを意識せざるを得ない。基礎年金があるからいいやという積極的非積み立て派は少ないであろう。老後を国家に頼ることにおいて月8万円はやはり低い金額である。すると結局、最低セーフティネットの8万円と自己責任型積み立て方式というスタイルに落ち着くのではないか。年金案がいずれの政党、財界、労組でも類似していることは、同床異夢であるにしても、落ち着く先も同一ということであろう。

● おわりに

本書における少子高齢化論、身の丈社会保障論などに対する批判はまことに説得的である。公的基礎年金については大方の案が賛成であるのだから、そうなるかも知れない。また里見案に従えば、確かに、みんなに老齢手当が渡り、消えた年金問題のようなことは起きないであろう（その真の原因は、被保険者当人の申請を前提とした年金制度とされていたからである。転職・失職したときの年金保険料記録管理は自己責任と見なされていたからであり、社会保険庁の責任ではなかったのである。それならば被保険者たちが自主的に運営する機関を作るべきであり、社会保険庁に任すべきではなかったのである）。

結局、皆年金というのは用語上の矛盾であって、基礎（基本）年金はミーンズテストのない老齢生活保障金と呼ぶべきものである。社会扶助という言葉には反対されているようであるが、むしろ高齢者むけ生活保護費に区分すべきものではないであろうか。労働をやめたあるいはしない高齢者の生活保障をどのようにするかは、年金の現金給付だけでなく、さまざまな手当、物的なサービスや施設の提供や医療の現物給付やその他の保障制度と連関するものであろう。本書ではそうした点も論

じて欲しかった。また、2階部分の在り方のいくつかの可能性の存在（社会保険、民間保険（営利・非営利））などについても言及して欲しかった。

いずれにしろ別宅たる「2階」部分は依然存続させるということであり、そちらの方が真の年金問題の部分といえる。里見案は年金概念の一元化・統合化をしていない。現行の社会保険方式がだめだということに問題があるのではなくて、その真の社会保険制度化と事業主責任義務の強化、

加入条件の緩和拡大による労働生活の保障と老後の所得保障の安心安全を追求することが焦眉の課題であろう。年金は高齢者だけの問題ではなくて、どのように働き暮らすかという若い時（今は20歳以上）からの生活問題であろう。その議論はまだあまり深まっているとはいえない。

（いしづか ひでお、総研いのちとくらし主任研究員）

【事務局ニュース】2・会員募集と定期購読のご案内 （巻末の入会申込書をご利用下さい）

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・年会費は以下になっています。また、機関誌『いのちとくらし研究所報』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

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

●第25号（2008年11月）—2006年医療制度改革の影響／医療・介護再生プラン（1）—

- 巻頭エッセイ「地方再生の条件」今田隆一
- 『「医療・介護制度再生プラン」に思う』角瀬保雄
- 『「医療崩壊」問題の一側面—医師・患者関係—民医連医療再生プランに寄せて』八田英之
- 「協同・連帯・共存・共生に基づく新しい社会経済システム」津田直則
- 「オランダ社会と非営利組織の役割」久保隆光
- 「韓国の社会的企業によせて—福祉と雇用の狭間で—」北島健一
- 「2006年度医療制度改革の障害のある人の暮らしへの影響」風間康子
- 「医療費抑制政策と地域の医療者の役割—医療の公共性・社会性と地域医療を守る協同—」向川征秀
- 「住民のいのちを守る小さな村の取り組み—長野県栄村—」前沢淑子
- 社会福祉と医療政策・100話（16—20話）「4 植民地支配へ」野村拓
- 書評 岩間一雄著『毛沢東 その光と影』石塚秀雄
- 海外情報「キューバの医療事情」石塚秀雄

●第24号（2008年8月）——シリーズ非営利・協同と医療 差額室料問題（2）——

- 巻頭エッセイ「資本主義の制度疲労」岩間一雄
- 2008年度定期総会記念講演
「労働運動とアソシエーション—現代の連帯のあり方」富沢賢治（コメンテーター：角瀬保雄、坂根利幸、大高研道、石塚秀雄）
- 「格差社会における『非営利・協同』—室料差額問題に寄せて」杉本貴志
- 「室料差額と医療倫理（後）—格差処遇の正当性について—」尾崎恭一
- 『「室料差額」に関する考察』肥田泰
- 2007年度研究助成報告「立位、歩行器具のロボット利用の可能性について」細田悟、沢浦美奈子、平松まさ
- 第10回自主共済組織学習会報告「ヨーロッパ共済組合法再検討の動向と共済組織の法的位置づけ」石塚秀雄
- 北秋田市・鷹巣福祉のまちづくり研究交流のつどいに参加して」廣田憲威
- 社会福祉と医療政策・100話（11—15話）「3 国民国家へ」野村拓
- 海外情報「ヨーロッパ主要国の病院ベッド数」石塚秀雄

●第23号（2008年6月）——農村地域と医療／室料差額問題——

- 巻頭エッセイ「市民社会の『普遍性』の崩壊のなか、輝く非営利・協同組織」大野茂廣
- 座談会「農村地域の変化といのちとくらし」田代洋一、村口至、高柳新、色平哲郎、石塚秀雄
- 論文「香川の地域医療の現状と打開の道」篠崎文雄
- 「室料差額問題シリーズの開始にあたって」石塚秀雄
- 「室料差額と医療倫理（前）—格差処遇の正当性について—」尾崎恭一
- 「公的保険で安心して療養できる病室を—臨床医の立場から個室を考える—」池田信明
- 「室料差額問題—看護師の立場から」玉井三枝子
- 翻訳「日本の民主化する医療—日本の事例—」ビクトル・ペストフ、石塚秀雄訳
- 第9回自主共済組織学習会報告「芸能人年金はなぜ必要か」小林俊範
・「芸能花伝舎訪問—芸能文化を通じて地域・社会に貢献するモデルケース」事務局
- 書評『「ビッグイシュー」を知っていますか?』柳沢敏勝
- 社会福祉と医療政策・100話（6—10話）「2 産業革命へ」野村拓

●第22号（2008年2月）—非営利・協同セクターの直面する課題—法人制度・金融・保険共済—

- 巻頭エッセイ「退院支援システムの構築を」児島美都子
 - 座談会「非営利・協同組織と法人制度の改正」…角瀬保雄、坂根利幸、石塚秀雄
 - 論文「非営利・協同セクターの金融ネットワークの可能性～市民金融の視点から」多賀俊二
 - 第8回自主共済組織学習会報告「弁護士から見た保険業法と自主共済組織の対応と問題点」渡部照子、小木和男
 - 2006年度研究所助成報告「介護労働者における職業性ストレスに関する研究」富岡公子、他
 - 論文「民医連による『孤独死実態調査』と『高齢者医療・介護・生活実態調査』」山田智
 - 地域医療を考えるシンポジウム基調講演「医療に情けあり—“人より金”の世界でいいのか」高柳新
 - 社会福祉と医療政策・100話（1－5話）「1市民の登場」野村拓
 - 書評 多田富雄著『わたしのリハビリ闘争最弱者の生存権は守られたか』高田桂子
-

●第21号（2007年11月）—資金調達問題—

- 巻頭エッセイ 樋口一葉と憲法25条 村口至
 - 座談会「非営利・協同組織医療機関の資金調達と非営利・協同金融の展開」八田英之、坂根利幸、根本守、岩本鉄矢、石塚秀雄
 - 論文「近時の医療紛争の諸問題—裁判による解決と裁判外の紛争処理—」我妻学
 - 論文「ドイツの医療事故補償制度」石塚秀雄
 - 参加報告「ヨーロッパ福祉用具事情—REHA CARE 2004と2006視察を通じて」小川一八
 - 第7回自主共済学習会報告「共済と社会的企業」中川雄一郎
 - 書評 角瀬保雄監修、非営利・協同総合研究所いのちとくらし編『日本の医療はどこへいく—「医療構造改革」と非営利・協同』青木郁夫
 - シリーズ・文献プロムナード⑳（最終回）「医療・福祉の世界史」野村拓
-

●20号（2007年8月）—特集：各国の医療事故補償制度—

- 巻頭エッセイ「いのちとくらし」の意味 富沢賢治
 - 定期総会記念講演「フランスにおける医療事故補償制度とONIAMの活動について」D. マルタン
 - 定期総会記念講演「日本における医療事故・被害者救済の現状と問題点」鈴木篤
 - 論文「英国の医療事故補償制度と医療機関の共済基金」石塚秀雄
 - 論文「医療倫理と医療事故補償問題」尾崎恭一
 - 論文「EU圏における歯科医療制度の動向と問題点—一次は日本の歯科医療が危ない—」藤野健正
 - 論文「千葉県に見る地域医療の危機」八田英之
 - 第6回自主共済学習会報告「制度共済の今後と自主共済への影響—農協共済を中心に—」高橋巖
 - 書評 押尾直志監修、共済研究会編「共済事業と日本社会」杉本貴志
 - シリーズ・文献プロムナード⑲「出版トレンド」野村拓
-

●19号（2007年5月）—特集：外国に見る検視(死)制度と医療事故補償制度—

- 巻頭エッセイ「安全文化について」肥田泰
 - 視察報告「英国における死因究明制度の視察」小西恭司
 - 視察報告「オーストラリア・ビクトリア州の検視制度の視察」大山美宏
 - 論文「デンマークの医療事故補償制度」石塚秀雄
 - 資料「デンマーク患者保証法（医療事故補償法）」、「デンマーク医療制度における患者安全法（医療事故報告法）」
 - 座談会「自主共済の存続のために」齊藤義孝、室井正、渡邊文夫、西村富佐多、司会：石塚秀雄
 - 第5回自主共済組織学習会「保険業法及び保険契約法における共済の位置づけ」松崎良
 - 文献プロムナード⑱「視点いろいろ」野村拓
 - 海外医療体験エッセイ②「厄得。？骨折治療で垣間見たデンマークの医療」山田駒平
 - 書評 野村拓『時代を織る—医療・福祉のストーリーメイク』高柳新
-

●18号（2007年2月）—特集：問われる共済の意味—

- 巻頭エッセイ『「主権者」が問われる時』窪田之喜
 - 座談会「非営利・協同入門」角瀬保雄、富沢賢治、中川雄一郎、坂根利幸、司会：石塚秀雄
 - 第3回自主共済組織学会「保険業法改正の論理と共済問題」押尾直志
 - 第4回自主共済組織学習会「米国の自主共済組織について」石塚秀雄
 - 論文「今、なぜ介護予防事業に『実践運動指導員』が必要か」森川貞夫
 - 「キューバにおける医療の現状—地域医療と国際医療支援活動を推進」岩垂弘
 - ルポルタージュ「いのちとくらし」今崎暁巳
 - 「フランスの医療事故保障制度」石塚秀雄
 - 書評 千葉智子、堀切和雅著『小児科を救え！』鈴木隆
 - 文献プロムナード⑩「タテ糸とヨコ糸」野村拓
 - 研究所ニュース
-

●17号（2006年11月）—特集：医療の市場化と公益性—

- 巻頭エッセイ「人体の不思議展」昴昭三
 - 座談会「医療法人制度改革問題」寺尾正之、鈴木篤、坂根利幸、角瀬保雄、根本守、司会：石塚秀雄
 - 協働ウェブサイト転載「医療法人制度改革（社会医療法人新設）」根本守
 - 論文「医療法人制度改革と医療の非営利性」横山壽一
 - 第2回自主共済組織学習会報告：「保険業法改正の動向と共済問題」森崎公夫
 - 研究助成報告「往診専門診療所の満足度調査」小川一八
 - 論文「ロッチデール公正先駆者組合とその“分裂”—『非営利・協同』の源流についての一考察」杉本貴志
 - 文献プロムナード⑩「嫌米スペクトル」野村拓
-

●16号（2006年8月）—特集：格差社会と非営利・協同セクター—

- 巻頭エッセイ「61年目の8月15日、ソウルで」平山基生
 - 座談会「格差社会の代案とは」後藤道夫、中嶋陽子、前澤淑子、司会：石塚秀雄
 - 資料「統計に見る格差社会」後藤道夫
 - 論文「EUにおけるワーキングプア対策と社会的経済」石塚秀雄
 - 事業所訪問「できることはみんなで分担—『すこやかの家みたて』訪問」事務局
 - 総会記念講演「CSR、コーポレートガバナンスと経営参加—中小経営における新しい労使関係の形成へ向けて」角瀬保雄
 - 研究助成報告「非営利・協同に関する意識調査」岩間一雄
 - 書評 今崎暁巳著「いのちの証言—私は毒ガス弾を埋めました」村口至
 - 文献プロムナード⑩「日本への目線」野村拓
-

●第15号（2006年5月）—特集：共済は生き残れるか？—

- 巻頭エッセイ「潮目を変える『怒り』を」八田英之
 - 座談会「共済と保険業法改正」本間照光、押尾直志、安部誠三郎、住江憲男、山田浄二、司会：石塚秀雄
 - 労山インタビュー「自主共済は保険業法適用除外に」斉藤義孝、川嶋高志
 - 論文「共済事業の現状と改正保険業法」相馬健次
 - 資料「ヨーロッパの共済運動の特徴」石塚秀雄
 - 論文「CSRとグローバリゼーション」佐藤誠
 - 論文「『社会的排除との闘い』の担い手としての『社会的協同組合』」田中夏子
 - 第1回地域シンポジウム「モンドラゴンから学ぶ非営利・協同組織の運営問題」（シンポジスト・司会・コメンテーター）角瀬保雄、石塚秀雄、坂根利幸、山内正人、高柳新
 - エッセイギリス便り「『非営利・協同』の“母国”で暮らして～『いのちとくらし』を考える～」杉本貴志
 - 文献プロムナード⑩「看護と福祉」野村拓
-

●第14号（2006年2月）—特集：民営化と非営利・協同

- 巻頭エッセイ「福祉と環境に立向かう協同の仕組みの役割」藤田暁男
 - 論文「郵政事業改革の国際類型とわが国の郵政民営化」桜井徹
 - 座談会「介護保険改定と福祉事業の新たな課題と対応」
浦澤正和、岡田孝夫、日吉修二、司会：石塚秀雄
 - 論文「改定介護保険法の特徴と問題点」林泰則
 - 論文「介護ショップのマネジメントの課題について—介護保険7年目をむかえ、地域において人と人との接点を大事にする事業をめざして」小川一八
 - 論文「国民健康保険料に関する自治体格差の実態について」鈴木岳
 - 書評 山口二郎・坪郷實・宮本太郎(著)『ポスト福祉国家とソーシャル・ガバナンス』（ガバナンス叢書）石塚秀雄
 - エッセイ韓国から④「富の偏在と新自由主義」朴賢緒
 - 文献プロムナード⑬「マルチ医療論」野村拓
-

●13号（2005年11月）—特集：非営利・協同と福祉国家

- 巻頭エッセイ「次は医療と農業？」吉田万三
 - 論文「社会的排除としてのホームレス問題」中嶋洋子
参考資料：「ホームレスの実態に関する全国調査報告書」から
 - 論文「『構造改革』の頂点と医療構造改革」後藤道夫
 - 座談会「介護への取り組みについて」鈴木洋、松本弘道、森尾嘉昭、武井幸穂、司会：石塚秀雄
 - 翻訳「中央のサポートと地域への動員のバランス——スウェーデン協同組合開発システム」
Y. ストルイヤン 竹野ユキコ
 - シリーズ医療事故問題②
座談会「医療事故問題をめぐって②」高橋正己、根本節子、中村建、伊藤里美、棚木隆、
司会：石塚秀雄
 - 資料「アメリカの医療事故過誤救済制度について」石塚秀雄
 - エッセイ韓国から③「爪痕癒し」朴賢緒
 - 文献プロムナード⑫「階層化・流動化」野村拓
-

●12号（2005年8月）—特集：雇用失業問題と非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ「よみがえれ、8月15日」小川政亮
 - 論文「大量失業に直面した、われわれの課題—フランスの失業対策を参考にして」都留民子
 - 論文「障害者自立支援法と真の自立への通」立岡暁
 - 論文「共働事業所運動と障害者の労働参加」斉藤縣三
 - 定期総会記念講演「スウェーデンの福祉戦略と市場主義への対抗ビジョン」宮本太郎
 - 論文「スウェーデンでは、ケア付き高齢者集合住宅等における医行為を誰がどのように担っているか」高木和美
 - シリーズ医療事故問題①
座談会「医療事故問題をめぐって」新井賢一、二上護、高柳新、大橋光雄、篠塚雅也、伊藤里美、棚木隆、司会：石塚秀雄
 - （転載）「個人のニーズに対応する新規医療」新井賢一
 - 資料「医療過誤補償機関制度（スウェーデン、フランス）」石塚秀雄
 - シリーズ・文献プロムナード⑪「はたらきかけ」野村拓
 - 書評・本の紹介：岡崎祐司『現代福祉社会論—人権、平和、生活からのアプローチ』谷口一夫
書評・本の紹介：角瀬保雄著『企業とは何か—企業統治と企業の社会的責任を考える』石塚秀雄
-

●11号（2005年5月）—特集：インフォームド・コンセントと患者・医療者の関係

- 巻頭エッセイ「和をはかること」と民主主義」中澤正夫
- 第5回公開研究会報告：「患者と医療者の医療技術観—相互理解のインフォームド・コンセントのために—」尾崎恭一
- 論文「インフォームド・コンセントを患者医療参加の契機に」岩瀬俊郎

- 翻訳 M.ファルケフィッサー、S.ファンデルヘースト「オランダ疾病金庫の価格競争」 竹野幸子
 - インタビュー「労働運動から見た非営利・協同」 小林洋二
 - エッセイ韓国から②「易地思之の心構えで」 朴賢緒
 - シリーズ・文献プロムナード⑩「社会的再生産失調」 野村拓
 - 書評 八田英之『民医連の病院管理』 石塚秀雄
-

●10号（2005年2月）——特集：非営利・協同と労働

- 巻頭エッセイ「地域づくりと協同のひろがり」 山田定市
 - 座談会「非営利・協同組織における労働の問題——医療労働について」
田中千恵子、二上護、大山美宏、岩本鉄矢、坂根利幸、角瀬保雄、司会：石塚秀雄
 - 非営利・協同入門⑥「ワーカーズ・コレクティブ、NPOでの就労に関する論点と課題」 山口浩平
 - 論文「市民を守る金融システムは出来るのか」 平石裕一
 - 論文「介護保険制度『改革』の狙いと背景」 相野谷安孝
 - 第4回公開研究会報告「地域医療と協同の社会——金持ちより心持ち」 色平哲郎
 - 海外医療事情②「セネガル保健事情——見過ごされた優等生？」 林玲子
 - エッセイ韓国から①「わだかまりを越えて」 朴賢緒
 - 文献プロムナード⑨「全人的ケアの歴史」 野村拓
 - 書評「ボルザガ、ドゥフルニ著、内山哲朗、石塚秀雄、柳沢敏勝訳『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、2004年」 日野秀逸
-

●9号（2004年11月）——特集：非営利・協同と教育／破綻と再生から学ぶ非営利・協同の事業

- 巻頭エッセイ「セツルメント運動」 升田和比古
 - 座談会「非営利・協同と教育」 三上満、村口至、大高研道、川村淳二、司会：石塚秀雄
 - インタビュー「全日本民医連における教育の取り組み」 升田和比古
 - 教育アンケートに見る特徴
 - 教育体験談：長野典右、矢幅操
 - Part1「民医連北九州健和会再生の決め手」 馬渡敏文
 - Part2「破綻と再生から学ぶ非営利・協同の事業」
吉野高幸、山内正人、八田英之、角瀬保雄、司会：坂根利幸
 - 論文「社会的責任投資（SRI）と非営利・協同セクターの役割・課題——コミュニティ投資を中心として」 小関隆志
 - 翻訳「EUの労働挿入社会的企業：現状モデルの見取り図」 訳：石塚秀雄
 - 文献プロムナード⑧「医療と市場原理」 野村拓
 - 書評「近藤克則『医療費抑制の時代を超えて』」 柳沢敏勝
-

●8号（2004年8月）——特集：非営利・協同と文化

- 巻頭エッセイ「アメニティと協同」 植田和弘
 - 座談会「非営利・協同と宗教」 若井晋、日隈威徳、高柳新、司会：石塚秀雄
 - 論文「今日の日本のスポーツ状況と非営利・協同への期待」 森川貞夫
 - 論文「非営利・協同と労働・文化を担う人間の発達」 池上惇
 - 論文「協同社会の追究と家族の脱構築」 佐藤和夫
 - インタビュー「前進座・総有と分配」 大久保康雄
 - 論文「国際会計基準と協同組合の出資金をめぐる最新動向——IAS32号解釈指針案と農協法の改正——」 堀越芳昭
 - 論文「フランスの社会的経済の現状と事例」 石塚秀雄
 - 団体会員訪問①「千葉県勤労者医療協会」
 - 文献プロムナード⑦「平和の脅威」 野村拓
 - 書評「二木立『医療改革と病院』」 川口啓子
-

● 7号（2004年5月）—特集：コミュニティと非営利・協同の役割

- 巻頭エッセイ『『満足の文化』といまの日本』相野谷安孝
 - インタビュー「栄村高橋村長に聞く」高橋彦芳、福井典子、角瀬保雄、前沢淑子、司会：石塚秀雄
 - 栄村REPORT
 - ・「栄村訪問記」角瀬保雄
 - ・「小さくても輝いていた栄村：山間部と都市との比較から学んだこと」福井典子
 - ・「栄村を訪ねて10年、いま思うこと」前沢淑子
 - ・資料 事務局
 - 論文「市町村合併政策と保健事業の危機」池上洋通
 - 第3回公開研究会報告「インドネシアの非営利・協同セクターと社会保障制度」サエディマン
 - 書評「橋本俊詔『家計からみる日本経済』その基本理念に関連して」石塚秀雄
 - 文献プロムナード⑥「医療職種」野村拓
 - 非営利・協同入門⑤「イギリスにおける社会的企業とコミュニティの再生—サンダーランドにおける非営利・協同組織の試み—」中川雄一郎
 - 海外医療体験エッセイ「英国の医療と『シップマン事件』」大高研道
 - 書評／東京民主医療機関連合会50年史編集委員会編／『東京地域医療実践史——いのちの平等を求めて』相澤與一
-

● 6号（2004年02月）—特集：非営利・協同と共済制度・非営利組織と公共性

- 巻頭エッセイ「出征」日隈威徳
 - 座談会「共済事業と非営利・協同セクター」本間照光、根本守、伊藤淳、司会：石塚秀雄
 - 論文「新非営利法人法の制定議論と税制改悪の方向」坂根利幸
 - 論文「社会的企業体の連帯で保健・福祉・医療の複合体を」大嶋茂男
 - 論文「長野モデルにおけるコモンズについて」石塚秀雄
 - シリーズ非営利・協同入門④「非営利・協同と社会変革」富沢賢治
 - 文献プロムナード⑤「Careを考える」野村拓
 - 書評／南信州地域問題研究所編『国づくりを展望した地域づくり…長野・下伊那からの発信』石塚 秀雄
-

● 5号（2003年11月）—特集：行政と非営利組織との協働（1）

- 巻頭エッセイ「民医連の医師」千葉周伸
 - 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
 - インタビュー「医療と福祉に思う」秋元波留夫
 - 特別寄稿（再録）「津川武一と東大精神医学教室」秋元波留夫
 - 論文「韓国の社会運動と非営利・協同セクター」丸山茂樹
 - 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
 - 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
 - シリーズ非営利・協同入門③「サードセクター経済と社会的企業—ライブリネスのデベロッパー」内山哲朗
 - 文献プロムナード④「医療の国際比較」野村拓
 - 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
-

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

- 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」立岡晁、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年05月）

- 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年02月）

- 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年10月）

- 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

「研究所ニュース」バックナンバー

○ N o . 24 （2008. 10. 31発行）

「理事長のページ：協同組合学会に出席して」（角瀬保雄）、「副理事長のページ：ニュー・ラナークの散歩」（中川雄一郎）、事務局からのお知らせ、事務局経過報告、本の紹介『隣人祭り』、参加報告「2008年度夏季医療・福祉政策学校」（竹野ユキコ）、「政管健保から協会けんぽへ」（石塚秀雄）

○ N o . 23 （2008. 7. 31発行）

「理事長のページ：闘病記」（角瀬保雄）、「副理事長のページ：新しい診療所で」（高柳新）、事務局からのお知らせ、事務局経過報告、本の紹介『非営利・協同のシステムの展開』『なぜ富と貧困は広がるのか』、「献血と『贈与関係論』」（石塚秀雄）、参加報告「全日本民医連シンポジウム—崩壊の危機にある日本の医療・介護制度『再生』に向けて」（竹野ユキコ）、海外事情紹介「若者の半分しか定職につけない—スペイン社会事情—」「協同組合や労働組合は貧困克服支援を— I L Oによる非正規労働の克服プラン」（石塚秀雄）

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

ワーキングペーパー (2006年11月)

◎Takashi SUGIMOTO (杉本貴志), "Red Store, Yellow Store, Blue Store and Green Store : The Rochdale Pioneers and their Rivals in the late Nineteenth Century"

ISBN 4-903543-01-3 (978-4-903543-01-7)

Summary

In this paper the birth and development of the co-operatives which were rivals of the Rochdale Equitable Pioneers Society are traced. Though the famous Pioneers Society has been studied by many historians, little is known about its rivals in Rochdale. In 1870 there were four co-operative stores, each with its own 'colour', in the birthplace of Co-operation. This work sets out to dig up these forgotten co-ops in the historical records and to clarify the meaning of the split in the Pioneers. In the course of the argument the position of the Pioneers in the co-operative movement should become clear.



『いのちとくらし研究所報』17号に日本語の論文が掲載されています (58～63ページ)。

報告書(2008年3月発行)

ご希望の方は、事務局(民医連関係者は(株)保健医療研究所)にご連絡ください。

◎全日本民医連・総研いのちとくらし共催

『フランス 非営利・協同の医療機関・制度視察報告書』

(ISBN 978-4-903543-05-5、2008年3月31日発行、A4判72ページ、頒価500円)

2007年11月に全日本民医連との共催で実施したフランスの非営利・協同の医療・社会保障機関視察の報告書。

【目次】

はじめに

フランス非営利・協同医療機関視察概要報告

フランスの医療・社会福祉の非営利・協同セクター

コラム-1「都市の記憶の重なり」

フランス歯科制度の問題点

フェアップ (FEHAP、非営利保健医療機関介護施設連合会)

ユニオプス (UNIOPS、民間保健社会サービス団体全国連絡会)

老人介護施設「ラ・ピランデール」

フランスの医療事故補償制度、オニウム

フランスにおける民事責任論の展開

コラム-2「ルモンド記者に会う」

サンテ・セルヴィス、在宅入院(治療)サービスのアソシエーション

マラコフ市訪問

フランスの保健センター

マラコフの「アソシアシオンの家」とアソシアシオンの意味

パリの薬局事情

コラム-3「メトロとスト」

フランス視察時系列報告



報告書(2006年3月発行)

ご希望の方は、事務局（民医連関係者は㈱保健医療研究所）にご連絡下さい。

◎公私病院経営の分析―「小泉医療制度構造改革」に抗し、医療の公共性をまもるために―

（ワーキンググループ報告書 No.1、A 4判73ページ、頒価1,000円）

日本の病院医療をめぐる問題について経営主体別に経営構造を比較分析し、医療の公共性を高める運動論、政策作りに寄与しようとするもの。

- | | |
|-----|------------------------------|
| 序 論 | 問題意識とワーキンググループの目的（村口至） |
| 第1章 | 設立形態ごとの病院間経営分析（根本守） |
| 第2章 | 独立行政法人国立病院機構の分析（小林順一） |
| 第3章 | 地方自治体病院の分析（根本守） |
| 第4章 | 済生会（石塚秀雄） |
| 第5章 | その他の非営組織病院経営と、経営論点（坂根利幸） |
| 第6章 | 民医連病院の分析（角瀬保雄） |
| 第7章 | 医療の公共性をめぐって―民間医療機関の立場から（村口至） |



◎全日本民医連・総研いのちとくらし共催 「スウェーデン・福祉の国づくりを探るツアー」報告書

（A 4判72ページ、頒価500円）

2005年11月に行われた視察の報告書。医科、歯科それぞれの現状、医療介護セクターと労働組合の役割、医療供給者区分についての論文と翻訳、参加者感想。

- | |
|---|
| 序文（宮本太郎） |
| スウェーデン・福祉の国づくりを探るツアーを実施して（長瀬文雄） |
| 日程概要と報告（林泰則） |
| 論文：スウェーデンの医療についての視察報告と考案（吉中丈志） |
| 歯科医療政策の転換の意味するところは？（藤野健正） |
| スウェーデンの医療介護セクターと労働組合（石塚秀雄） |
| 感想：升田和比古、長崎修二、大高研道、石原廣二郎、上條泉、山本淑子ほか |
| 翻訳：スウェーデンの福祉セクターの供給者の区分化と
制度設計―1991―1994年。新しい道筋と古い依存性（Y. ストルイヤン） |



◎「スペイン・ポルトガルの非営利・協同取材」報告書 (別冊いのちとくらし No.2、B 5 判96ページ、頒価500円)

2005年10月に行われた視察報告書。モンドラゴン協同組合の成功の鍵、最新データや幹部聞き取りの内容など。非営利セクター運営の病院、高齢者施設の訪問報告、参加者感想。

序文（角瀬保雄）

I. スペイン・MCC視察

モンドラゴン協同組合企業MCC（石塚秀雄）

MCCの協同労働と連帯、その組織と会計（坂根利幸）

エロスキ（坂根利幸）

労働金庫（CL）（根本守）

MCCの事業の維持と拡大の財政面の支え労働人民金庫（大野茂廣）

イケルラン（坂根利幸）

まとめにかえて—MCCと非営利・協同（角瀬保雄）

II. ポルトガルの非営利・協同セクター

ポルトガルの非営利・協同セクターと医療制度の特徴（石塚秀雄）

高齢者施設ミゼルコルデア（村口至）

III. 感想（野村智夫、村上浩之、山内正人ほか）

日程概要

あとがき（坂根利幸）



別冊いのちとくらし

No.1

『スペイン社会的経済概括報告書（2000年）』

J. バレア、J. L. モンソン著、佐藤誠、石塚秀雄訳

2005年4月発行、44ページ、頒価500円

スペインC I R I E C（国際公共経済・社会的経済・協同組合研究情報センター）から2002年に出された報告書の翻訳（序文等は省略）です。地域における雇用創出、事業の民主的運営、働く者の働きがい、医療・福祉・社会サービスの営利民営化への代案としての社会的企業の役割など、社会的経済セクターが認知されているスペインの事例が日本の課題にも大いに参考になるのではないのでしょうか。

お申し込みは研究所事務局まで。



「研究助成報告」

●青木郁夫、上田健作、高山一夫、時井聰『米国の医療制度改革と非営利・協同組織の役割』

ISBN 4-903543-00-5 2006年6月発行（在庫なし）
(978-4-903543-00-0)

目次

- I. 医療における非営利・協同組織の役割
 - 1章 NPO論の到達点と課題
 - 2章 アメリカ医療事情断章—医療保険市場における選択と規制—
 - 3章 米国の保健医療セクターと非営利病院
- II. ワシントンD. C. 現地調査報告書
 - 1. アメリカ看護管理者団体
 - 2. アメリカ病院協会
 - 3. ジョージ・ワシントン大学病院
 - 4. サバーバン病院ヘルスケア・システム
 - 5. アメリカ糖尿病協会
 - 6. バージニア病院センター
 - 7. シブレイ記念病院
 - 8. ブレッド・フォー・ザ・シティ
 - 9. プロビデンス病院
 - 10. ユニティ・ヘルスケア
- III. 結語
- 参考資料（現地視察企画書）



●Hugosson, Alvar Olof、神田健策、大高研道『地域社会の持続的発展と非営利・協同（社会的経済）の実践—スウェーデン・イエムトランド地域の事例研究—』

2007年9月発行
ISBN 978-4-903543-03-1

目次

- 第I部
 - 第1章スウェーデンにおける社会的経済の現段階
 - 第2章イエムトランドの地域特性と課題
 - 第3章イエムトランドの社会的経済と支援体制
- 第II部
 - 第1章医師不足に直面する地域における医療協同組合実践の展開
 - 第2章新しい障害者生活支援協同組合の実践
- 参考資料



●東京勤労者医療会歯科診療部メンテナンスプロジェクト（代表 藤野 健正）『Supportive Periodontal Therapy の臨床的効果について—長期管理における有効性とトラブルの種類と発生率分析—』

2007年12月発行

ISBN 978-4-903543-02-4

目次

- I. 目的
- II. 対象
- III. 研究方法
- IV. 結果
 - 1) CPI TN（歯周治療必要度指数）の推移調査結果
 - 2) う蝕・歯周病リスクの8クラス分類とその分析結果
 - 3) A-Bグループ間の分析結果
- V. 結果
- VI. 考察

参考文献



●「非営利・協同に関する意識調査」（岩間一雄）『いのちとくらし研究所報』16号

●「往診専門診療所の満足度調査」（小川一八）『いのちとくらし研究所報』17号

●2006年度研究助成報告「介護労働者における職業性ストレスに関する研究」（冨岡 公子、他）『いのちとくらし研究所報』22号

●2007年度研究助成報告「立位、歩行装具のロボット利用の可能性について」（細田悟、沢浦美奈子、平松まき）『いのちとくらし研究所報』24号

【FAX送付書】

切り取ってお使いください

研究所のFAX番号：

03 (5840) 6568

☐ 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		

へきりとり

【入会申込 FAX 送付書】

切り取ってお使いください

研究所のFAX番号：

03 (5840) 6568

特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所のちとくらし 入会申込書

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

ふりがな	
団体名称または氏名	

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

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

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

※機関誌等の郵送先、連絡先を記入して下さい

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

※専門・主たる研究テーマまたは研究して欲しいテーマ・要望等を記入して下さい

--

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

へ
き
り
と
り
▽

【次号第27号の予定】(2009年5月発行)

特集：

- ・座談会「自治体病院をどうすればいいか、その組織と役割」
- ・「民医連の医療・介護再生プラン案に思う(3)」
- ・室料差額問題(3)、など

【編集後記】

キューバ視察とメキシコ視察が無事に終わりました。詳細は報告書でご報告したいと思いますが、国家で一丸となった医療保健予防を行うキューバと、医師が株式会社を作り利益を配分する一方、財団を設立し非営利事業を行っているメキシコの1法人とは、非常に対照的でした。その国独自のもの、普遍的なもの、それぞれを学ぶことが出来るようにしたいと思いました。



「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちくらし」
事務局

〒113-0034 東京都文京区湯島2-7-8 東京労音お茶の水センター2階

TEL：03-5840-6567/FAX：03-5840-6568

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