

目 次

- 巻頭エッセイ「条件不利地こそ協同の力の発揮どころ」…田中 夏子 1
- シリーズ「『非営利・協同Q&A』誌上コメント（その1）」
…富沢 賢治、八田 英之、坂根 利幸、司会：石塚 秀雄 2

特集1—社会的薬局—

- 「欧州における社会的薬局の活動について」……………廣田 憲威 15
- 「ヨーロッパの社会的薬局」……………石塚 秀雄 20

特集2—地域と医療保健—

- 第8回公開研究会報告「佐久病院の概況と再構築計画について」
……………油井 博一 24
- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ第2回研究会報告
「保健師の仕事」……………菊地 頌子 35
- 「『シンポジウム 国境を越える患者と病院』（2010年8月28日）参加報告」
……………竹野 ユキコ 46
- 「EUにおける越境医療ルールづくり」……………事務局 48

- 「韓国の社会的経済と医療—新しい取り組み手の登場」
……………エリック・ビデ、訳：石塚 秀雄 52
- 「社会的事業所制度と障害者の労働」……………斎藤 縣三 58
- 社会福祉と医療政策・100話（56～60話）「12 運動・胎動の時代」
……………野村 拓 62
- 2007年度研究助成概要報告「『多摩市民生活実態についてのアンケート』
調査結果の概要」……………近澤 吉晴 67
- 書評 「『分かち合い』の経済社会は実現できるのか—神野直彦『『分かち
合い』の経済学』」……………小塚 尚男 76
- 書評 石田一紀、埜田和史、藤本文朗、松田美智子編『高齢者介護のコツ
～介護を支える基礎知識』……………川口 啓子 80
- 事務局ニュース……………66
- バックナンバー、単行本、報告書、研究助成報告など……………57、79、82
- 会員の声FAX、入会申込書……………95

条件不利地こそ協同の力の発揮どころ

田中 夏子

ここ3年ほど、日本の中山間地域における協同事業組織について、学生たちと訪ね歩いてきた。条件不利地こそ、協同組合の存在意義が発揮されるべきという思いがあつてのことである。自治体の行財政逼迫から、地域の現状や地域運営のあり方を問う住民の関心や取り組みが深まっていった例は多く存在し、例えば長野県王滝村もその1つである。2007年、実質公債費比率が42%と報ぜられた同村では、900人という人口規模でありながら、ここ数年で、20近くのコミュニティビジネスや協同事業が生まれていった。

それらは協同組合やワーカーズコープとして設立されたものではないが、事業組織として制度化される以前の、まさに暮らしと文化の中から生み出された協同事業の源基、出発点ともなる取り組みが多い。例えば、郷土食材を利用し、和洋問わずその加工方法や調理方法を開拓するレストラン「ひだみ」（店名の「ひだみ」とは、木曽地域の言葉でドングリを意味する）、各地で閉鎖が相次ぐ山村留学センターが多いなか、通年で都市部から子どもたちを受け入れ、村の文化や自然を何よりの学習資源とする企業組合「子どもの森」、木曽一体の薬草を調べ、御岳信仰と結びついてもともとその地域に根付いていた薬草文化を活かして事業化を試みるNPO、住民が50名参加しながら、赤カブの形質固定を模索し、独特の漬物加工に挑戦するとりくみなど、多くの独創的な事業が展開

する。

財政的な厳しさが表に出て、進みかけていた自治体合併の協議が破綻した直後は、議会リコール、村長に対する責任追及等、政治的に厳しい季節を迎えたものの、同時に地域づくりにむけた村民組織の形成も進んでいった。その取り組みについてお話をうかがう中で、次の五つの積極面が浮上した。

①危機の中で、村にとって大切にすべき事柄が浮上し、相互にその価値を認め合う関係ができてきたこと、②従来のやり方を見直しながら、自分たち独自のやり方（参加、議論、意志決定）を開発していったこと、③葛藤の経験があるからこそ、対話的な関係づくりが意欲的に取り組まれたこと、④Iターン等、外の風も入れながら、地域の人々の間で、知恵、文化等、非市場的なものの交換が充実していったこと、⑤そうしたベースの上に、市場力のあるものが商品化されていったこと。

王滝村にたびたび訪れるなか、こうした中山間地域での、非営利・事業組織の理論面、実践面の存在の大きさをあらためて痛感した。既存の協同組合組織は、採算の論理のもと、条件不利地から撤退する傾向が否めないが、むしろ、そうした地域こそ、本来の機能を発揮しうる場として、協同組合陣営が位置づけなおすべき場と考える。

（たなか なつこ、都留文科大学教員、会員）

シリーズ 『非営利・協同 Q&A』

誌上コメント (その1)

出席者：富沢 賢治（とみざわ けんじ、顧問、聖学院大学大学院教授）
八田 英之（はった ふさゆき、理事、千葉勤労者福祉会理事長）
坂根 利幸（さかね としゆき、副理事長、公認会計士）
司 会 石塚 秀雄（いしづか ひでお、研究所主任研究員）

はじめに

石塚 ブックレット『非営利・協同 Q&A』は2年かけて作りましたが、その間、状況も変わりました。政権も変わり、民主党では鳩山さんの「新しい公共」、菅さんの「第三の道」など、主張も変わりました。非営利・協同というテーマと現実

の政治社会とがより密接に絡むようになったと言えます。しかしブックレットは比較的短い文章で原則論になっているので、執筆者の皆様にもいろいろ書き足りない部分もあると思います、何回かに分けて新しい状況にあった内容や足りなかった部分を機関誌上で補足いただくという企画です。

●Q4：非営利・協同組織の組織運営原則

A 非営利・協同組織の特徴はつぎの4点にあります。

- ①開放性（開かれた組織。自発性にもとづく加入・脱退の自由がある）
- ②自律性（政府その他の権力の直接的な統制下でない自治組織）
- ③民主性（一人一票制を原則として民主主義と参加という価値にもとづいて運営される組織）
- ④非営利性（利潤極大化ではなく、社会的目的の実現を第一義として運営される組織）

①と②が、どちらかという組織のあり方に関する原則だとすれば、③と④は運営の仕方にかかわる原則です。

「非営利」という言葉は、誤解されがちですが、組織が利益をあげてを否定しているわけではありませぬ。組織を維持し発展させるためには利益をあげて、それを組織のために用いることが必要です。（富沢）

富沢 非営利・協同組織の組織運営原則として、この箇所では4つの原則をあげています。①開放性、②自律性が組織原則であり、③民主性、④非営利性が運営原則です。しかし、より広い視点から、非営利・協同組織の特性をもっと明確にしたほうが良いと言えましょう。私が担当した5つの項目すべてに関わることでありますが、図で説明をしたと思います。

図1は、人間社会における「いのちと暮らし」の関係です。人間社会の基本的機能はいのちを守

り育てることです。人間の生産・再生産、あるいは個体の維持と種の保存とも言えます。そして人間のいのちを守るためにくらしがあります。図2では、それをもう少し複雑にしました。いのちとくらしはコミュニティとしてくりました。生活の場ですね。そして、コミュニティを守るためにいろいろな組織ができます。その組織を3分して経済組織と政治組織と文化組織としました。この図の意味するところは、組織はコミュニティを維持するためにあるということです。

図1 人間社会における「いのちと暮らし」の関係

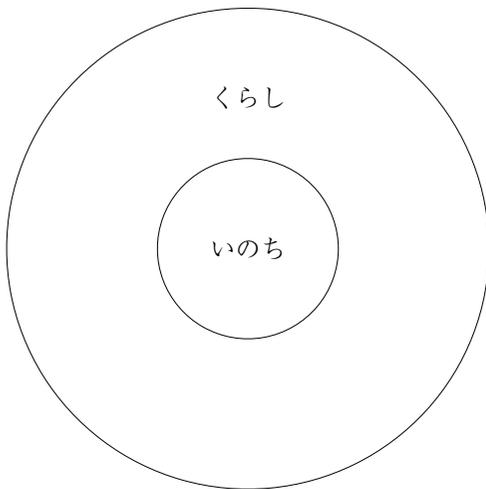


図2 コミュニティとアソシエーション

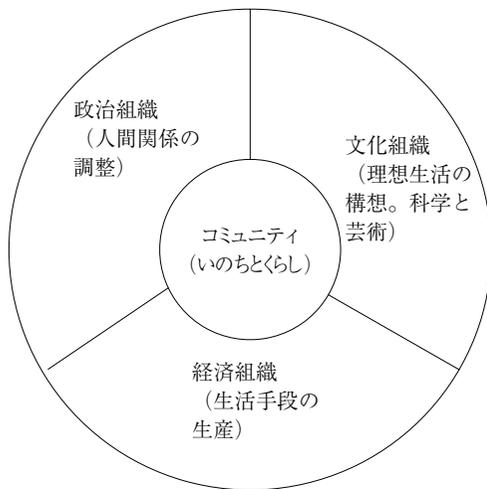


図3は、コミュニティと「コミュニティを土台とする非営利組織」との関係を歴史的視点から考えたものです。歴史の初期の段階では、人間の集団があり、そこから発生するいろいろな問題を解決するために組織ができましたが、その組織は儲けのための組織ではなく非営利組織です。

図4は、組織を3つの主要組織に分けて示したものです。非営利組織を母体としてそこから別の組織が発生します。それが国家と営利企業です。国家は、コミュニティの住民から税金をとってコミュニティのために公共財を提供する組織です。

営利企業は、経済的効率性等に優れた組織が経済活動に専念して作った組織です。いずれも非営利組織から発生した組織です。

図5は、非営利・協同セクターの社会的位置を示します。国家が第1セクター、営利企業が第2セクター、非営利・協同組織は国際的には第3セクターと呼ばれています。この図は、コミュニティを土台とする民間非営利組織が、コミュニティと直結しながら、国家と営利企業とも連携する、つまり社会の中心に位置していることを示します。

図6は、3つの組織の運営原理を示します。国家の運営原理は平等、営利企業の運営原理は自由、民間非営利組織の運営原理は協同です。非営利・

図3 コミュニティと、コミュニティを土台とする非営利組織

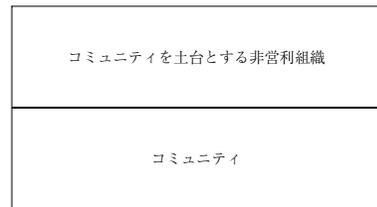


図4 コミュニティと3つの主要組織

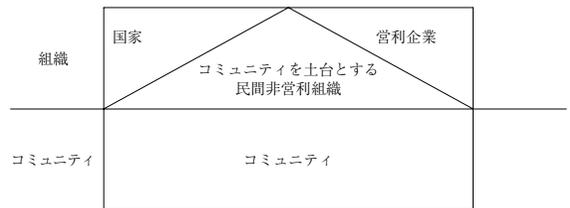


図5 非営利・協同セクターの社会的位置

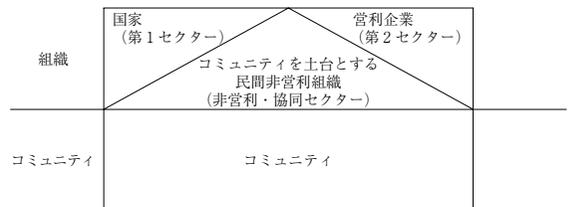


図6 3組織の運営原理



協同組織の運営原則の核心は協同だと言えます。

石塚 ありがとうございます。それではご質問やご意見をお願いします。

八田 4つの原則はすべて完全に備わる、様々な点で不十分であるなど、それぞれ組織によって段階があろうかと思われま。どの程度の水準をもって非営利・協同組織だという線が引けるのでしょうか。

富沢 レッテルと中身が違うことが多々あります。レッテルで非営利・協同組織だと言っても、中身の運営や組織が非営利・協同とは縁遠いということもあるでしょう。どの程度の水準で線が引けるかという問題ですが、私は、社会的目的の実現を図ることをきちんとやっているかどうか、第一義的に重要だと思います。どうでしょうか。

八田 社会的目的の実現を図るのは、第4番目の非営利性ということですね。しかし社会的目的は分野によって様々ですので、実践的に探求されているのかどうかということが基本なんではないかと。

富沢 コミュニティの中に生じる様々な生活上の問題の解決に実践的にかかわっているかどうかということですね。たとえば、いのちを育てる、守るなどの医療・介護の活動は、命に関わる問題を扱っていますから、図1で示したように、まさに社会の核心部分で社会的目的の実現に取り組んでいる活動ですね。暮らしから生まれる具体的な問題を解決するために、共通の目的を持って集まって、きちんとやろうとしているか、これが重要な

点だと思うのですが。

坂根 私の理解では、第4の非営利性は、運営の原則には入れていません。むしろ運営の前提、目的の抽象的な意味ということなので当たり前とし、日常の運営の中には入れていないのです。その他3つの原則はそうかなと思います。むしろ、運営を語るのであれば「協同」の意味を追う必要があるのではないのでしょうか。この間、「非営利」はいろいろな組織に共通する考え方、理念であり、「協同」は運営の原則、組織に関わる課題だと説明をしてきました。したがって、非営利だけど全然協同ではないという組織もあるし、逆に協同だけど、営利企業（パチンコ屋）といったこともある。コミュニティに役に立つことをやりながら協同的に生きようとする小さな組織もないわけではないので、組織原則に非営利が入るのはどうかと思います。

それから富沢先生は以前からずっと、非営利・協同はコミュニティがベースだと言っておられましたが、そのことにより重きを置くようになったということでしょうか？

富沢 そうですね。

坂根 実は最近、私も人類を含めた「いのち」のことを考えているのですが、人類以外は生物の生き方は協同だと思うのです。群れを守り子供を守るなど、共同体なのだという気がします。たぶん、人類も最初はそうだったのが、国家や営利企業などができて変わる中で、次第に協同から離れたのではないかと。それが元に戻ろうとすること、そこにコミュニティの原点があるのではないかと。思いますね。

◆Q15 民医連にあるさまざまな法人と非営利・協同の関係は

A 民医連には、民法法人・医療法人・生活協同組合、株式会社・有限会社・社会福祉法人・NPO法人・事業協同組合・一般社団法人・人格なき社団などさまざまな法人があります。しかし、共通してその事業所が民医連に加盟する（民医連綱領を組織目的とする）のを認めていること、その施設などの財産や収益が個人に帰属しないこと、会計や運営が最低限民医連組織に対して公開され民医連の指導に従うこと、になっています。株式会社などのように一般には営利目的とされる組織でも民医連に加盟する組織の場合には、原則的に配当を行いません。組織の実質に着目すれば、社会的目的のための組織といえます。

民医連には薬局を運営する株式会社もありますが、苦情処理を友の会と一緒にしたり、班会で薬の話をするなど協同の取り組みをすすめています。民医連加盟のすべての施設は、その実態からいって、全体が非営利・協同の枠組みの中にはいるといえます。（八田）

石塚 先程の形態と中身とが異なるということとも関連するかもしれませんが、お願いします。

八田 民医連にはさまざまな法人があります。医療法人、民法法人、生活協同組合、株式会社、有限会社、社会福祉法人、NPO法人、事業協同組合、等々、最近では社会医療法人も3つ、あります。共通する問題として4つの組織運営原則ということから言えば、民医連の法人組織には加入に際しての特段の制限はありません。ただ医療法人や民法法人の財団型というのがあり、最初は寄附行為で始まりますがいわゆる評議員会という形式で外部の意見を取り入れられるという仕組みを持っています。構成員の加入脱退という点では有限会社などもありますから、様々です。全体として情報が公開され、運営についてもおかしくなった場合には民医連組織が介入・規制ができるという点では開かれているとっていいのではないかと思います。当然自律性、民主性というところも民医連という意味においては担保されています。

目的、利益という点についてですが、民医連が利益を確保しなければならぬと決定したのは、実は1991年です。創立以来、経営組織でありながら利益を確保しなければならぬという方針が出せない組織でした（笑）。その頃、議論したのが利益3%論です。利益目標を決める、これは再生産のためにも事業継続のためにも絶対に必要なことからなりました。しかしこれは会計上の利益であって利潤ではないと言ったり、自己目的にしてはいけないと言ったり、いろんな言い方をしました。3%と決めたのは利益が大きければ大きい

ほどいいという立場は取らない、適正利益という考え方が必要ではないかとしてそうになりました。その後もこの率は変わりません。変わらないというのは、3%にはなかなか達成できないからということもあります（笑）。

富沢 3%は最大ということでしょうか。

八田 平均3%ですね。例えば法人として決算前剰余が5%になると、税金を納めた後に3%になる、何年度かの平均で3%であればすばらしい。収入に対する支出の構成比率をみると人件費・材料費・経費、減価償却等ですが、歴史的な経験則から、民医連の経営で5%の利益を出すというのは倒産して再建するのだから至難の業というのが明らかになりました。ともかく法人形態のいかに関わらず民医連は非営利・協同のグループに入っていると言っていいのではないかと、というのが、いままで民医連のとってきた立場です。

石塚 ありがとうございます。それではご意見等をお願いします。

坂根 民医連の法人形態は多岐に渡っていて、いろいろ経験してきました。学校法人もあるが、唯一、宗教法人がないだけです。それぞれの法人形態での規制法が監督官庁ごとに異なりますから、そこに非営利・協同という同じ考え方を貫いて適用しようとすると、結構面倒です。例えば医療法人の医療法には民主的管理運営や非営利・協同のようなことは想定してないです。処務官庁の定め

に従わなければいけない面もありますから、頭を柔らかくしていかないと対応できません。

八田 確かにそういう面もありますね。ただし、民医連は1950年代以来、そのことをずっと探求してきました。出発点で民医連は他の医療機関とどこが違うのかという議論があり、地域住民によって作られたものであり運営されたものであると最初に立論したのです。実際の法人形態は財団法人であったり社団法人であったりするので、法律上の組織構成員に地域住民が入っていない形態があるのです。少なくとも60年代半ばまでは生協法人もまだ多くなく、半分くらいが人格なき社団でしたから、その点は難しかったです。しかし本質的に地域住民によって作られ守られ一緒に医療をやっていくのが民医連なのだと思い出したから、揺れはいろいろありましたが、山梨勤医協の倒産問題などを経る中で確立してきたといえます。非営利・協同の理論はたまたまそういうことと一致するというで飛びついた、とも言えるのです。

石塚 先程のコミュニティと、地域住民や地域参加という言葉と、どちらか馴染みの良い方でこのブックレットを読む人がいると思いますが、これらの言葉は一緒と考えていいのでしょうか。またヨーロッパには「非営利・協同セクター」という考え方があり、それぞれの違いを乗り越えて共通という認識があります。しかし日本ではなかなか

そうしたセクターが成立しがたく、どうしても縦割りで自分たちは協同組合、自分たちはNPOだとなってしまいます。違いを超えて共通の旗で集まるのが難しいですが、これはどう克服していけばいいのでしょうか。

八田 そこは運動の課題ですね。結局のところ、地域に根ざしてあらゆるところで支えていただき運動でも組織していかなければ存立できないということが歴史的に明らかになってきたので、今日の民医連がともかくも組織を減らさず大きくしていることが本質的な要素なのだと思いますね。

富沢 私も地域に根ざした組織ということを強調していますが、アメリカにCBO (Community-based Organization) という概念があります。地域に根ざした組織という点が大変重要です。政府ではないのでNGO、営利企業ではないのでNPOと言いますが、両方とも「Non」がついた否定的な規定です。だからNGOやNPOの組織特性がはっきりしないのです。NGOにせよNPOにせよ、CBOだということを強調する必要があります。CBOとしての組織原則や運営原則はそこから出てきます。コミュニティの利益のために運動することが社会的目的を実現するということの中身だと言えます。そういう意味で民医連は歴史的にCBOという特徴を生かしてきている。この点は重要だと思いますね。

●Q24 非営利の法人制度と公益法人

A 2008年12月より施行されている新しい公益法人法では3つの法人類型が設定されました。

公益認定類型法人は認定要件が容易ではない代わりに認定を受けられれば概ね非課税の措置の適用となりますが、認定を継続して受け続けることは簡単ではありません。これに対して一般社団・財団法人は準則主義による設立手続ですむことから容易に選択しうる法人形態と言えます。一般法人のうち配当等をしないものとするれば非営利の一般法人類型となり、法人税法上の収益事業のみの課税となります。また既存の事業組織の財産を非営利一般法人に贈与または寄付した場合、受け手の非営利一般法人では原則として法人税等の課税は起きません。寄付等は収益事業ではないからです。これらの点で、非営利・協同の事業組織が非営利一般法人に組織を転換していく選択肢も十分に考えられます。ただし法人税等の取り扱いの展望、協同という本来的、根元的な組織と管理運営の有り様の工夫運用が重要課題として残ります。株式会社であっても非営利・協同の組織があるのです。(坂根)

坂根 もともと公益法人制度改革の話は、(80年代後半の)橋本臨調から来ています。天下りと補

助金に問題があるということです。それと並行して非営利法人法の議論がNPO法成立（1998年）の前後から出てきました。非営利というくくりに入る法人体系が全然ないということで、NPOや中間法人、公益法人とひとまとめに議論するというのが、行政の一部の人たちの間にあったのです。その頃の議論では、財団は非営利の世界では認められないとされてきました。その理由は、財団には人がいないので思想がはっきりしないからというものです。つまり非営利とは思想だという考え方です。だから社団以外には認められないというのが当初の議論の論調でした。しかし実際には医療の世界にも公益法人にも財団的な形態が過去からずっとあるので、結局、最終的には財団が否定されずに公益法人制度改革が行われました。

民医連にも、10数法人ですが公益法人形態の古いタイプがあります。それは昔から、医療法人制度がない頃からやっている法人で、どこの地域でも大きくて古い法人です。これらの法人はあと3年くらいの間に公益法人認定を取るかどうか、再度、公益性を問われているのです。公益認定基準を取れないと一般社団か一般財団となり、一般の医療法人と同じ扱いです。公益認定を受けると基本的に税制は極めて優遇、ほとんどないに等しいのです。社会医療法人とはほぼ同じ程度といえます。多くの公益法人はその過程にあるのですが、23公益目的事業のなかに「医療」はないのです。医療があれば医療法人はすべて公益法人になってしまうからです。したがって、「公衆衛生の向上」その他、似たような目的事業に合致した医療だと申請しなければなりません。また民医連のような法人が行う事業は分離不可能ですから、全部が公益目的ののだと申請してみることを検討しています。いくつかですが、民医連以外の医療法人でそうした認定をとっているところがあります。

法人形態に合わせた取り組みは個々でたくさんありますが、それにもかかわらず、民医連は法人形態を超えて非営利・協同だと取り組んでいる優れた団体なのだと思いますね。

八田 医療法人制度の創設は昭和25年ですが、その頃は自己資本比率20%と厳しく要求されており、

その頃の民医連の法人は医療法人格が取れなかったのです。そこで人格なき社団か生活協同組合の法人で行くのかとなっていたのですが、その4,5年前に法人格をとったのが民法法人、例えば宮城の財団法人宮城厚生協会、北海道や山梨の勤労者医療協会という社団法人など10数法人です。また医療法人の中から社会医療法人になれるという流れもあり、2つの方向から民医連は改めて公益性を非営利・協同的な法律の枠組みの中でさらにはっきりさせる必要性が出てきたと言えるのではないのでしょうか。

坂根 社会医療法人は、審議会の段階では当初「認定医療法人」と言われていました。何の認定だろうと思っていたものですが、途中で審議会に出ていた学者が言い出したのでしょうか、ソーシャルという言葉が入り、社会医療法人になったのです。

八田 私のいる千葉県勤労者医療協会も社会医療法人になったのです。千葉と東京の立川と秋田、民医連では3つです。全国で109だそうです。

坂根 税金の負担が全然違いますね。

八田 助かりますよ、去年のところで4,5千万円違いますから。

富沢 社会医療法人と公益認定を取る法人組織の違いはなんのでしょうか。

坂根 社会医療法人は医療法であり、認定公益法人は公益認定法、もともと民法34条の方で規定されるので法体系が違うのです。

富沢 どちらが得と言えますか。

坂根 それは私たちもはっきりとは言い切れません。しかし認定を取り消されるとどちらも元に戻って課税云々となるので、大変です。また認定公益法人が公益事業をやっていないとなるとそこで貯めた財産を逃せられないので、また大変です。

富沢 そうしたチェックは毎年ですか。

坂根 毎年です。しかも行政の手を離れ、公益認定委員会という第三者がやります。

富沢 税金以外に社会医療法人のメリットはありますか。

坂根 地域医療の拠点という意味付けもありますから、どこかの医療法人を探してみようかという時に基準になると言えますね。

八田 困ったことに厚生労働省は、公立病院原則民営化の自治省、法務省のガイドラインに沿って、その受け皿としての社会医療法人と言っているのです。自治体病院を引き受けろと言われても、我々も困ってしまうのですが。

富沢 社会医療法人になることで困ったことはありましたか。

坂根 手続き上の整備は大変ですが、やっている事業内容そのものを変えるわけではないので、民医連の救急医療等、一定のことをやっている法人であれば、整備さえすれば取れるのではないでしょう。

八田 千葉は救急医療と小児医療で取りました。うちで言えば船橋二和病院がそういうことをしているというデータを出し、管理運営についても公開され、おかしなところはないと議事録なども細かく確認して出しました。問題は9億円の累積赤字があることでした(笑)。これをいかにするかとなったのですが、厚生労働省の役人が千葉県に向けて言ったことには「社会医療法人の要件には何も書いていないので、赤字がなぜ問題なのですか」ということで、そのまま処理したそうです。

実は千葉勤医協は、地域の出資基金を20数億円集めていたのです。友の会会員である間はお返ししないという、生協の出資金よりある意味厳しいものでした。これを資本の部に入れていたのですが、会計的には厳密には負債だとなり、負債に動かし。だから赤字なんです。

坂根 さきほどの利益率3%もそうですが、最近では現金が課題なので、手持ちのキャッシュが1ヶ月分あるかが問題です。仮に年間120億円の売上がある場合、10億円のキャッシュがないといけません。

八田 確かに赤字が出ると、最近ではキャッシュがそのまま減る状況がありますね。

●Q6 階級論と非営利・協同論との関係

A 資本主義社会を構成する基本的な社会集団は、資本家階級と労働者階級です。両者の経済的利害は対立し、政治的には支配、被支配の関係を形成します。労働者階級が解放されるためには、労働者階級が政治的権力を獲得し、基本的な生産手段を社会化し、搾取関係を廃止する社会主義革命が必要とされます。しかし、社会主義革命にいたる道は単純ではありません。日本のような先進資本主義国では、政治と経済の民主化をめざす民主主義革命が必要とされます。民主主義革命の担い手は、労働者階級だけでなく、農漁民、中小企業家、女性、学生など、国民諸階層と諸組織の民主的な連合勢力です。民主主義革命のプロセスにおいては、とりわけ非営利・協同セクターの拡大強化を基礎とする経済と政治の民主化が、大きな役割を果たします。(富沢)

富沢 この箇所では非常に単純化して、「労働者階級が解放されるためには、労働者階級が政治権力を獲得し、基本的な生産手段を社会化し、搾取関係を廃止する社会的革命が必要とされる」と書きました。しかし、当面する革命、現に取り組まなければならない革命は民主主義革命です。そこで、民主主義革命のプロセスでは「とりわけ非営

利・協同セクターの拡大強化を基礎とする経済と政治の民主化が、大きな役割を果たします」と書きました。経済と政治の民主化が当面の課題として重要です。政治の民主化とともに経済民主主義が必要だと言えます。経済民主主義は市場経済を前提とします。伝統的な階級論だと市場関係はどちらかと言えばネガティブな評価を与えられてい

たと思います。しかし現実の変革においては市場経済を前提とせざるを得ません。市場経済をいかに民主化するかが大きな課題です。政治の民主化は明瞭なことなので、改めて論ずる必要はないと思います。

経済学では完全市場モデルとも言われますが、日常語で言えば「健全な市場」、「歪んでいない市場」を作っていく規制が必要だと言えます。市場の機能が健全に発揮されるために必要なことは、ひとつは自由競争の担保です。独占を禁止して市場参入を容易にすることが必要です。もうひとつは市場参加者の情報のアンバランス、情報の非対称性をできるだけ少なくすることです。例えば医療の現場ではなかなか難しい面もありますが、インフォームドコンセントなどで医師と患者の情報の非対称性を減らす努力が必要ですね。

市場の健全化とともにもう1つの重要な問題があります。市場の中で働く労働者のあり方を民主化するという課題です。これは私が担当した項目「Q34雇用労働者と協同労働者の違い」とも関係しますが、現体制内で賃労働から協同労働への移行を具体的な形で実践することです。伝統的な階級論で言えば、現体制内で賃労働から協同労働への移行を試みることは幻想であり、労働者の現実の職場闘争を軽視するものだととなりますが、私はそうは思いません。現体制内で可能なかぎりの移行を目指していくべきだと思うのです。

非営利・協同論の立場は、民主主義革命のあり方という点で階級論と関連します。階級論と非営利・協同論は、矛盾するものではありません。非営利・協同論は、階級論の現代的適用だと言えます。

八田 非営利・協同論について、利益を目的とせず大勢で力をあわせて社会的目的のために何かをすれば、協同組合などはそもそもそうだと言えますね。もっとも株式会社とどのくらいの差で言っているのかといえば、前者は積極的、後者は消極的という例のマルクス『資本論』にあることよとい前から思いますが、結局は働く人の働き方の形の問題として言っているのかなど。すると階級論と対置する二者択一のものではないという面が元からあるし、それに加えて先生は最近

は民主主義革命との関わりで強調されているという理解でいいのでしょうか。

富沢 そうですね、決して二者択一という対立的にとらえるものではないということです。

坂根 仮に民主主義革命の後であっても、協同論はさらに発展するのだということですよ。

富沢 社会組織を国家と市場の2つだけに分類すると、どちらかの選択になってしまいますね。資本主義体制だと市場だし、既存の社会主義体制だと国家という選択になります。国家主導の社会主義体制下では労働者が国家に雇われた労働者になってしまい、労働者の自主性が保証されなくなります。コミュニティに根ざした非営利・協同組織における協同が発展することによって、協同と連帯に根差した社会が成長していきます。

石塚 最近の意見では、新しい社会主義の中においては営利企業などに経済的な統制をかければ労働者は権利を遂行できるし、良き国家が出来れば統制によって権利保障されるから非営利・協同セクターが伸びなくても労働者の権利は守られる、それが階級闘争で実現する目標であるという主張があると思うのですが。

八田 それは少々国家権力というものについて、楽観主義的であり過ぎると思います。

坂根 その場合の政府と統制の、統制の意味が重要なんだと思いますね。昔の社会主義国を含めて考えれば、統制の部分に課題がたくさんあったわけですよ。

八田 統制についてですが、労働者自身が知識を持っているのか、生産について十分な認識を持ち知識を持たないで統制はできっこありません。生産の現場にいる労働者が自分のことについては分かっているわけですから、その会社なら会社で自らが生産の主人公になる道筋を外れた形、外からの規制、コントロールで労働者の権利が守られると思うのであればむしろ幻想であって、そういう

ことでやっていけばそれこそ墮落した労働者国家にしかなりようがないと思います。

富沢 ゴルバチョフの時の話があります。彼は国有企業を基本にして社会主義経済を作ることに疑問を持ったので、協同組合法を作り、協同組合を組み込むことによって社会主義体制を改善しようと考えたようです。しかし、実際に協同組合法ができると、それを利用したのはいわゆるロシア・マフィアでした。彼らは、商品を買収して商品の値段が上がるのを待って大儲けをしました。これによって「協同組合は悪い組織だ」というのが、協同組合についての定評になりました。実際に法制度を作っても、その法制度を担う本来の主体が育っていないために起きた悲劇ですね。私は労働者が育っていくプロセスが必要だと考え

ます。外から適当に良い法制度が与えられても、それを労働者がうまく活用するとは限らないと思います。

八田 最近の共産党の主張もそうですね。生産の社会化については、国営化ではなく社会のもの、つまりコミュニティであったり社会の労働者であったりしますね。形態論が不明確なのがいかにもという感じです。

坂根 社会主義の「社会」を「国家」として位置づけるとすれば、過去の例からほとんどアウトだったということですね。すると富沢先生が言っておられるように、あの「社会」は実はコミュニティだったのではないかな、翻訳が違ってしまったのかなと思いますね。

◆Q23 社会医療法人とは。非営利・協同との関係は

A 2006年の医療法人制度改革で新設されたもので、一般の医療法人より公益性があると県で承認された医療法人を社会医療法人といいます。2008年4月からスタートし、僻地医療や災害医療をにういくつかの社会医療法人が誕生し、その後、救急医療や母子医療などでこの法人格をとるところが増えています。

「持ち分のある」医療法人の持ち分が時価取引されるなど、「實際上株式とおなじではないか」という批判にこたえて、2007年4月以降「持ち分のある」医療法人は作れなくなりました。その中でも社会医療法人は「非営利性の徹底」、「住民参加型」（公認会計士監査を条件に債券の発行可）の医療法人として「効率的で透明性のある医業経営」を実現し、公立病院の民間移譲の受け皿と成ることなどが期待されています。「民間移譲」問題はともかく、地域医療の中核部分を非営利の住民参加も可能な組織で担わせようという考え方は注目に値するでしょう。ただし、法律の上では資金参加に限定されており、民医連のような住民運動が医療機関の「あらゆる分野のパートナー」となっている組織が社会医療法人になって、その経験を普及していくことが大切になっていると言えます。

社会医療法人と他の医療法人との主な違いは下表のようです。（八田）（次ページ参照）

八田 表の通り、特別医療法人の制度がなくなり、社会医療法人になるのかという話になります。厚労省は一貫して医療を行う法人は基本的に医療法人であるべきだというスタイルでした。ところが医療の営利市場化を要求するグループから持分のある医療法人があるのではないかと批判を受けたので、その点を改正するために法律改正が行われ、新たに作られる医療法人に持分のある社团は認められなくなり、一方で医療法人のなかでとりわけ公益性の高いものについては社会医療法人として

優遇する流れになりました。民医連はその流れに乗りうるであろうということで、現在は挑戦が始まったところだと思います。

ところで民医連の場合は、生活協同組合の法人が数では全体の50数%を占めています。医業収益やベッド数、職員数などの実態で見れば全体の47~48%となるのですが、いずれにしても医療生活協同組合はそもそも医療法人ではないので、社会医療法人になれません。この先、その点が難しいところです。また医療生活協同組合は、これまで

	医療法人	特定医療法人	特別医療法人	社会医療法人
根拠	医療法	租税特別措置法	医療法	同左
要件	07年以降設立の場合、出資者の残余財産請求権は出資額が限度、既存の医療法人は「当分の間」不適用、理事長は原則医師または歯科医師、その他役員数、自己資本比率20%など	同左に加え、自由診療、同族役員、差額ベッド30%以下、給与年間3,600万円以下などの制限あり	同左のうち、差額ベッド制限がなく他は同じ	医療法人のうち、同族役員などの制限及び解散時残余財産を国または地方公共団体または他の社会医療法人に帰属させること、また、救急医療、僻地、災害医療などに携わる
税率など	30% 収益事業不可	22% 収益事業不可	30% 収益事業可	医療保健事業は非課税 収益業務は22% 医療機関債の発行可
その他			2012年廃止	

の日生協医療部会という段階から独立し、全国連合会である日本医療福祉生活協同組合連合会（医療福祉生協連）を結成しました。多くの医療生協は民医連と医療福祉生協連の二重加盟になっています。一方、民医連に入っていない医療生協法人も10数%あり、この点は今後の組織発展にあわせて考える課題になるのかと思います。

坂根 先程も言ったとおり、社会医療法人は認定医療法人と言っていました。地域に根ざした救急医療等を行っている法人は優遇される制度ができるのだと言っていました、10年近く前に厚労省の役人に取材した際、課税については限りなくゼロに近くと言ったのですが、私は信じられなかったのです。ところが蓋をあけると限りなく課税はゼロに近くなっている。それだけ、自治体病院等が維持できなくなり地域医療が大変になるという危機感を持っていたのだと思います。社会医療法人がそれでは自治体病院を引き受けるかといえ、そうでもないし、自治体病院が独立して社会医療法人になるというのも簡単ではありません。一部は厚生連などが受け皿になっていますが、ここをどうすればいいのか、とても大変です。

八田 現場ではそこが一番の課題ですね。例えば千葉では、銚子市立病院が民営化し再建したとありますが、医師は1.5人で外来だけです、360床の病院は再開する展望がないのです。今の銚子市長が狙ったのは自治医大系統の公益社団法人

人である地域医療振興協会に渡すことでした。この法人は、市川浦安市民病院などをはじめ公的病院を自治体から営業譲渡を受け経営するという展開を、すでに全国49施設で始めています。しかし医師がいない360床の病院は引き受けられなかった。だから社会医療法人を作ったからといって、危なくなった自治体病院の引き受けをすぐに出来るというほど世の中は甘くないですね。自治体病院の崩壊と地域医療をどうするかという問題はまったく変わっていないと言えます。

麻生内閣の際に始まった地域医療再生基金は、病院を建てるには役立ちます。施設は建設会社を作り医療機器を購入すればいいのですから、そういう意味では確かに役立ちますが、医師の確保など人的資源については全く危ない限りです。最近、県内のある市長にお会いしましたが、九十九里医療センターという県立病院と2つの自治体病院を潰して作る計画について、建物については建つだろうが、確実に破綻しますと言っておられ、私は手を出しませんとも言っておられました。恐ろしい世の中です。

石塚 すると社会医療法人は自治体病院の受け皿という構想であったけれど、実際は将来的にもそうは機能しそうでないということでしょうか。

八田 少なくともこの2,3年は社会医療法人はそれだけの実力を備えられないでしょう。真面目にやっている社会医療法人には、お金はありません。買収できるほどの資金はないのです。だから自治体病院は自治体の力と住民の力で再建する。そのプロセスにはいろいろな選択もありうるでしょう。私は公益性のある医療機関イコール自治体病院以外ないとまでは言い切れませんが、公共的な医療機能を全うするとすれば、様々な努力と探求とが必要だと思いますね。

坂根 自治体と切り離されて独立行政法人になっているところがいくつかありますが、自治体が完全に切り離しているわけではないのです。

八田 独立行政法人は会計が独立しているだけで、結局自治体がお金を注ぎ込まなければなりません。

自治体病院の経営が大変だとか、公的責任を持ってやれというのは当然だが、それを維持できないと連結決算で自治体が夕張のようになってしまう場合、次の選択としてどうしたらいいのか。それは社会医療法人であれ独立行政法人であれ、地域住民と一緒に参加し運営に参加して、患者も一緒に病院をつくっていくしかない。そこを運動論としてどう展開するかが非常に重大で、民医連の運動として表現するとすれば、それは「非営利・協同だ」と強く打ち出すべきだと思うのですが。

富沢 夕張市立総合病院は、現在はどうなっているのでしょうか。

八田 多分、公設民営に近い形というのを見ました（夕張市立診療所）。

坂根 あのくらいの規模ならば、極端な医師数は必要としないですね。

八田 一番の問題は、九十九里医療センターのように地域の中に脳外科の手術や心臓カテーテルの治療をすることができる場所がないという、一定レベルが高いけれど一般的な、急性期を救うのに必要な技術を持った病院が、九十九里沿岸にはないということなんです。

富沢 国立病院の配置はどうなっているのですか。

八田 国立病院は、千葉市近辺にしかないのです。半島部はほとんど何もありません。だから亀田総合病院が大きな役割を果たしています。民間病院で最初に救命救急センターを認められたのが、亀田総合病院でしたからね。

石塚 医療ツーリズムに一生懸命ですね。

富沢 もう一度確認したいのですが、「社会医療法人」に「社会」という名称がどうして入ったのでしょうか。

坂根 認定医療法人だったのが、審議会で研究者がソーシャルという言葉を出したのではないかと

思います。だから審議会の記録を読むとわかるかもしれません。

石塚 社会医療法人は非営利性を相当に強調していましたね。

坂根 もともと医療法人は医療法で非営利と規定されています。しかし実態は開業医が多くて非営利かどうかわからないという面がありましたから、別途社会医療法人を配置しようとなりました。

富沢 地域性も重視しているのですか。

八田 僻地医療なども要件にありますから、地域性の重視もあります。僻地医療で社会医療法人を取得したところもありますから。

坂根 都道府県の所轄部署に申請ですから、申請のチェックをするとたいしたことないのかなと思いましたね。ただし、認可は各都道府県の医療審議会の所管となっています。

八田 実務的には資料を整えるのに専務などが数カ月かかりきりになったようです。しかし普通にやっていたらそう難しいことではありません。徳洲会が千葉県で2番目に取得して、千葉勤医協は3番目でした。

富沢 NPO法の正式名称は「特定非営利活動促進法」ですが、法律をつくる議論の途中では「市民活動促進法」という名称でした。しかし、1960年安保や大学紛争時に見られたような「市民活動」を促進していいのかという考えもあって、法律の定める特定非営利活動を促進する「特定非営利活動促進法」という名称になったようです。そのような流れから見ると、認定医療法人が「社会医療法人」になって「社会」という形容詞をつけたのは、「社会的経済」を研究している私などにとっては画期的なことですね。

坂根 驚きました。

●Q25 非営利法人の税制

A ここでは法人税の適用について我が国の非営利法人税制について記載します。まず学校法人や社会福祉法人、公益認定法人、社会医療法人などでは基本の事業は法人税は非課税です。これに対して医療法人では原則普通法人課税であり、協同組合では少し低率ながら全部課税です。我が国では各省庁ごとの法人所管であって、法人の理念や事業に共通する非営利法人税制としてはまだ確立していません。市場の営利株式会社の法人税制を基本として組み立てられてきた我が国税制の欠陥と言うべきでしょう。

この間も大規模消費者生協は普通法人課税とされるなど市場経済の側からの逆差別化攻撃に押されているのです。

社会医療法人等の法人税非課税措置等の新設は、設置の意図の解釈論点はあるものの、非営利法人税制等の入り口となるかどうかは先行き不透明と言えましょう。同時に非営利・協同の事業組織に対する寄付金の税制措置も我が国の現状はお粗末きわまる点で、非営利組織らの運動に期待したいところです。(坂根)

坂根 日本の税制度は主として事業に課税を行う制度であり、事業を行うことと非営利とはあまり関係がないと思われてきました。もともと公益法人はありましたが医療法人はそのすこし後、NPO法人はもっとずっと後に成立しました。だから利益を目的としないという非営利については、医療法人で非営利と言っているだけです。医療法人で税制上優遇されているのは、開業医からあがっていった一人医療法人との関係で、個人の税金を安くするという点で残っています。しかしいろいろな非営利的な法人を貫いた共通の税制はありません。それぞれの法人に適用される税制があるのみです。先程から言っているように、社会医療法人と公益認定法人は固定資産税や法人税がほぼ非課税となり、これはある意味では画期的なことだと言えます。

翻って、非営利への配慮が少ないのは、かつてはあったのかもしれませんが、戦後、日本の高度経済成長と共にあまり考えられずに来たのだと思います。たとえば協同組合の税制も、日本は一般の会社と比べて少しは低い配置ですが、大規模な単協、消費生協はほぼ大企業並みになっています。ところがヨーロッパの協同組合税制は、普通の会社の税制と比較すると半分以下ですから、スタートからすでに違います。また税率の差だけではなく、小さな企業が大きく成長する時に人を雇用したら税金が安くなるといった仕組みは、日本にはありません。だから日本では中小企業や非営利の法人は、一般の企業と同じことをすると同じ税

金がかかり、いつまでたっても大きくなれない。しかも富沢先生風に言えば、コミュニティという場で一生懸命活動しても、わずかに稼いだ金を税金として国に吸い上げられていくという矛盾があります。国から地方に分配されるのかもしれませんが、コミュニティに還元される仕組みがないと、コミュニティと自分たちの事業との関係がどうしても希薄になってしまう面もあります。

八田 大蔵省令の民法法人で公益性の強い法人は非課税を受けられるという制度は、今もあるのでしょうか。

坂根 今はあります。しかし無料低額診療等に伴う非課税制度も、いずれなくなるだろうと思われるます。

八田 生活保護と医療費の1割を免除した患者合計数が総患者取り扱い数の1割を超えると、大蔵省の制度に従って届け出ると法人税が非課税にあるというのがありました。

坂根 民医連もその特例をかなり受けました。しかし1割基準を満たせるかどうかで、課税に戻った法人もあります。

八田 生活保護の患者さんがぐっと減ったからです。1950-60年代ははじめの民医連は3~5割が生活保護の患者さんだったのが、高度経済成長の時

代に急速に減り、今では割合は数%になったのです。

坂根 生活保護自体を認定しないという点でも厳しくなりました。

富沢 生活保護は、最近は増えているのではありませんか。

八田 ここしばらくの状況で生活保護は増えていると言えるでしょう。

坂根 ただ、無料低額診療制度があるということ、一般の地域住民は知らない場合も多いのです。

八田 無料低額診療制度については、別の制度として運動で挑戦しています。どうも法人税は、最近では儲かっている大きなところの減税は行い、赤

字のところからは税金を取るという形になってしまっていますね。

坂根 例えば退職金準備をすると費用として立てなければなりません、税制上は費用と見ないのです。払ったときにみるという形になる。

またアメリカの場合は民間の医療機関もありますが、いわゆる慈善団体が行う医療機関が極めて多数です。だからそこには税金がないですね。ヨーロッパは公的な医療機関が多いから、かからないですね。

石塚 それでは今回はここで終了し、このシリーズは次号に継続したいと思います。どうもありがとうございました。

(2010年10月18日実施)

欧州における社会的薬局の活動について

廣田 憲威

1. はじめに

人類は古代の昔から薬とのかかわりがあり、すでにメソポタミアの時代には植物性・動物性・鉱物性由来の多くの処方（薬物）も存在していた。その後アラビアでは9世紀前半に薬の専門家として薬剤師の独立した地位が確立されたと伝えられている。そして10世紀に入りローマやモンテ・カシノで薬物を販売する薬局が誕生する。1240年になるとシチリア島の皇帝フリードリッヒ2世が、薬事に関する2つの法律（医薬分業と薬事監視）を定める。これは毒殺による暗殺をおそれた皇帝が、医師から薬を分離したためである。これがいわゆる「医薬分業」の始まりとされている。このことを契機に、薬剤師による調剤権や薬局の機能が発展していくのである。今日、ほとんどの国で薬剤師や薬局は存在するが、欧州はまさしく薬剤師や薬局のルーツであると言える。

今回、文献的ではあるが欧州における「社会的薬局」の活動についてふれる機会を得た。興味深い内容も多々あるが、まだまだ日本では馴染みが少ないので紹介してみたい。また関連して、筆者がパリ市内で見聞した薬局の現状についてもふれてみたい。

2. 欧州における社会的薬局の取り組みについて

(1) 欧州における社会的薬局の歴史

薬局の社会的役割としては、貧困格差を越えて全ての国民が薬に安易にアクセスできることにある。19世紀の終わりから20世紀にかけて、いくつかの国で社会的薬局の取り組みが展開されてきた。欧州のEU化の流れのなかで、欧州としてひとつの市場における社会的薬局の質の統一性や向上が望まれるようになった。そこで、欧州的な取り組みとして、1961年に社会的薬局の欧州連合（The

European Union of Social Pharmacies, EUSP）が設立された。

欧州連合に加盟する国は、ベルギー、フランス、イタリア、オランダ、ポルトガル、スイス、イギリスの7ヶ国で、2,325薬局が参加している。

とりわけこの20年においては、薬剤師の役割は大きく様変わりをしてきている。それは、調剤行為中心の業務から、患者への適切な情報提供や服薬指導へのシフトである。ここで改めて薬剤業務の「質」の管理が重要視されてきている。そのためEUSPでは、薬局における薬剤師業務を支援するための政策的課題の提言をしている。

1991年にEUSPが30周年を迎えた。それを記念してEUSPは、社会的薬局に従事する薬剤師の役割のための「憲章」を発表した。憲章の序論では、EUSPは、「社会薬学は医薬品の供給に加えて、服薬指導・情報提供・安全性などに関する全ての要素を含んでいる」と述べている。このことは、薬剤師と薬局に従事するアシスタントが、ヘルスケアの連携の中で、健康のための環境を整えることが課題とされている。

(2) 欧州社会的薬局の1991年「憲章」について

EUSPが1991年に決定した「憲章」について、以下紹介してみたい。

1. 欧州の社会的薬局は、医薬品とファーマシューティカルな製品をもって、国民の健康と幸福を維持するために重要な役割を担っている。社会的薬局は、一般国民の健康を改善するために、これらの製品の適正使用によって、病気の予防を行う、全ての公共または私的な取り組みを支持する。
2. 欧州の社会的薬局は、薬効のある全ての製品を供給することで健康管理において重要な役割がある。それらの機能は、一般市民が医薬品を安全に使用することができるためにある。

3. 欧州の社会的薬局は、薬剤師の初期および連続的な訓練を重視する。
この訓練は、医療用製品(製造、供給、調剤)の全過程において、科学的・経済的・社会的なレベルで行われるべきである。
欧州の社会的薬局は、科学的な訓練が最新の進歩に遅れないように薬剤師を支援する。
 4. 欧州の社会的薬局は、薬剤師を医薬品の唯一の専門家とみなす。
健康と社会経済レベルで、薬剤師の役割は考えられなければならない。薬剤師は医薬品と、さらなる公共医療の供給をすることで活発な役割を演ずるために組織されなければならない。このことは医薬品をモニターすることだけに薬剤師の役割を見出さないことを意味している。そして、処方内容が同一の場合、医薬品が安全な方法で使用されているか、また同一であるか正確な等価物(訳者注:ジェネリック医薬品のこと)、または健康についてのアドバイスを行う。これらの情勢は、健康管理の提供者としての薬剤師の役割に、きわめて重要な社会経済的な局面を持つ。医薬品の製品に関して、薬剤師は他の健康管理プロバイダーであると同時に、医師のアドバイザー役もしなければならない。
 5. 欧州の社会的薬局は、サービスの品質を保証するために薬剤師の活動状況や、患者の社会経済的利益のために組織している。
欧州の社会的薬局の所有者が、会社や健康管理関連の目的に基づいて調剤することに対して薬局の管理者と薬局の所有者の区別がないということである。
 6. 欧州の社会的薬局は、薬局をコーディネートすることと情報の提供者としての役割があることを前提に、医薬品の製品に対しては厳しく、製薬企業の枠組みを越えて、全体として最前線の健康管理のためになるように努力する。そのため、公衆衛生をはじめあらゆる処置に対してもサポートする。
欧州の社会的薬局は、薬局が唯一の情報提供のためのチャンネルであると考え、それは患者や国民の要求を満たすことができる。
 7. 欧州の社会的薬局は、市民のための健康管理の費用が政府の医療保険制度のバランスに影響を及ぼす方法について検討する。社会のため、患者にとっても、他に類似した製品が最も好ましい形で供給されることで、経済効果をもたらすことを公約する。
主に出費と強制的な健康保険制度の広範囲にわたる導入に関するシステムを支援する。
 8. 欧州の社会的薬局は、調剤の問題における全国的な供給の相互の認識、およびこれらの供給の最終の調和を支援する。
 9. 欧州の社会的薬局は、責任がある参加者として行動することを希望する。社会的薬局は、調剤の方で、公衆衛生のレベルを継続的に高めるための倫理的なアプローチを行う。哲学の相違があっても支援する。
 10. 欧州の社会的薬局は、ヨーロッパや各国当局が取得したすべての活動をサポートし、上記の規定に基づいて目標を達成する。
- (3) 欧州社会的薬局の“質”向上のための「6つの公約」
- EUSP は、2001年9月にナポリで開催した総会において、「6つの公約」を決定した。これはこの連合に参加する社会的薬局の行動指針となっている。以下、公約の概要について紹介する。なお、前述した「憲章」が薬剤師を対象としたものであるのに対して、「公約」は薬局が対象となっていることに違いがある。
1. 薬局から患者に提供するサービスが患者にとって適切であるか否かについての患者のニーズを調査すること。
 2. 薬剤師と彼らのスタッフの日常的な技術向上を行うこと。
 3. 患者の利益のために薬剤師同士や他のヘルスケア提供者間との調整を改善すること。
 4. 国民の健康的トレーニングのために積極的な役割を果たすこと。
 5. ヘルスケアの問題に関し必要な重要な決定をするために、情報提供の品質に基づいて薬剤師と患者の関係を促進すること。
 6. 調剤の際に服薬指導と安全管理に必要なツ

ルを提供すること。

3. パリ市内の薬局の現状

以上、文献的ではあるが欧州の社会的薬局の取り組みについて紹介したが、日本の薬局活動と共通するものとそうでない部分ともあり文面からは少タイメージがつかみにくいかもしれない。

筆者は以前パリの薬局を訪問する機会があり、その時に見聞した内容について次に紹介してみたい。

(1) フランスの薬剤師は「代替処方権」が与えられている

パリ市内のクレベール通りにある「クレベール薬局」を訪問した。パリ市内の中心部は、古い街並みが保存されており、見学した薬局も街並保存地区にあるため薬局のある建物は石造りの立派のものであった。間口は約5mで、鰻の寝床のように奥に長細い構造で、店の奥には倉庫があり、地下には倉庫と3畳程度のオーナーのオフィスが設けられていた。

一見した印象は、都会の中心にある薬局のような感じで、日本でよく見る商店街にある薬局やドラッグストアのように、店頭にはトイレットペーパーなどの箱物や特売商品は全くなく、通りに面した表側はブティックのようなきれいなショーウィンドウがあるだけであった。

店内は、フロアに化粧品やヘルスケア商品が並び、OTC(処方箋なしで購入できる一般用医薬品)などの医薬品はカウンター越しに配置されていた。日本の薬局では扱っていないものとしては老眼鏡が特徴的であった。フランスでは共済組合の給付内容に眼鏡もあるとのことで、納得がいった。

訪問した薬局は、午前8時から午後9時までの12時間営業。スタッフは薬剤師2名とテクニシャン3名の5名で勤務シフトを組まれていた。訪問した時は、オーナー薬剤師(年配の女性薬剤師)とスタッフ薬剤師の2名がおられた。オーナーはパリで開局して30年になるベテラン薬剤師で、1日に約220人程度の来局者がいる。

調剤の方法は、箱渡しが基本。日本であれば1日3錠7日分の処方であれば21錠を渡すのが普通

であるが、フランスではこの場合は薬剤師の判断で20錠か30錠入りのパッケージ(箱)をそのまま渡している(通常は多めに出すようである)。また、散薬や水薬はほとんどみられず、箱渡しのことも考慮すると、調剤にかかる時間と手間はほとんど無いので、少ない人数でもかなりの処方箋を処理できると推測できた。

服薬指導は、丁寧にされていた。カウンターには薬剤師会と常にオンラインされているコンピュータがあり、医薬品情報や副作用情報やすぐに入手できるようになっている。

フランスでは、2006年から医療費抑制政策のひとつとして、薬局の側で先発品からジェネリックに薬剤師の判断で変更できる「代替処方権」が、薬剤師に与えられていた。しかし、実態としては、医師の権威が非常に高いことと合わせて、医師—薬剤師—患者の関係から、簡単に「代替処方権」が行使されていないようで、残念に感じた。



筆者が訪問したクレベール薬局の正面
緑色の十字の看板とネオンが薬局の統一カラー
看板の下の「8h à 21h」は、営業時間が午前8時から午後9時までの表示

(2) フランスの薬剤師は「特別な商品(医薬品)」を販売する「商人」を自負している

薬局訪問と同時にフランス薬剤師会の幹部との懇談する機会を得た。そこで感じたことは、フランスの薬剤師は技術者という認識ではなく、特別な商品(医薬品)を販売する「商人」であることを何度も強調されていた。これは、日本では保険薬局での処方箋調剤には当然ながらさまざまな技術料があり日常的に重視しているが、フランスの場合では薬剤師会としては技術料が付くことを希望するものの、医療財政的には厳しいと非常に消

極的な意見を持っていたことである。また、在宅医療や地域での保健予防活動への薬局のかかわりについても、日常の処方箋調剤や医薬品販売が精一杯で、在宅については意識ある薬剤師がボランティア的にやっておられ、保健予防活動については行政の薬剤師の仕事と割り切っておられた。

日本で常に問題となっている、医薬品販売の規制緩和については、フランスでは薬剤師のいる薬局以外では扱えず、そのことが法的にも社会的にも明確になっており、医薬品メーカーの要望や圧力に対してもフランス政府も一線を踏み越えずに頑張っていることは驚きであった。アメリカやイギリスの他の先進諸国では、平気でコンビニやスーパーで医薬品を販売しているのに、フランスは何故違うのか？ 薬剤師の職能の高さが違うのか、政府の姿勢が違うのか？

フランスだけではなく欧州の薬剤師は、高い教育を受けて、薬剤師以外が扱えない商品(医薬品)を販売するというで国民医療や保健衛生に寄与しているという偉大なるプライドを持っていることは痛感した。この点が「社会的薬局」の所以かもしれない。

4. おわりに

日本では「社会的薬局」というと、すぐにはイメージができない。「社会薬学」という言葉ですら、学者の間でも定義が様々であるからなおさらである。薬局は、そもそも地域(コミュニティ)において医薬品の供給等を通じて保健衛生の向上のために存在意義があるが、最近では医薬品の供給(調剤)や販売が主となって、地域とのかかわりが希薄になってきているとも言える。このことは欧州においても同様で、一定の市場に対して量販店のな薬局が台頭してきている中で、薬局として存在意義が改めて問われているのではないか。欧州における社会的薬局の取り組みや、それらをサポートするための連合体の存在は、まさに地域における薬局の本来業務を追求するために重要な役割を果たしていると考えられる。

日本では薬局の団体として、日本薬剤師会(全ての薬局・店舗販売業と薬剤師を対象とした職能団体)と日本保険薬局協会(主として大手チェーン薬局のための業界団体)があるが、どちらの団体も社会性を生かした取り組みをしているとは決して言えない。その点で民医連(全日本民主医療



調剤室 ほとんどの調剤用医薬品はパッケージ包装されている

機関連合会)に加盟する薬局(2010年10月現在、326薬局)は、非営利・協同セクターの一員として、医薬品を通して地域にどう貢献できるかを常に模索している。民医連薬局以外でも同様の志を持って活動している薬局もあるはずである。そう

した薬局とも連携できる日本版の社会的薬局連合などの創設も望まれる。(2010年10月)

(ひろた のりたけ、全日本民主医療機関連合会事務局次長、薬剤師、総研理事)



倉庫にはかなりの種類の在庫が備蓄されている



カウンター周りも整理整頓がゆきとどいている



薬局内にあるビタルカード(共済カード)の端末機

ヨーロッパの社会的薬局

石塚 秀雄

1. はじめに

ヨーロッパにおいては、いくつかの国の薬剤師（薬局）団体によって構成される「ヨーロッパ社会的薬局連合会」（EUSP, European Union of Social Pharmacies）という団体が存在する。1961年に各国団体によって設立されて、ベルギーのブリュッセルに本部を置く。1991年に「ヨーロッパ社会的薬局憲章」を制定し2001年には「薬剤供給の質に関わる6つの提言」を採択した（いずれも本誌廣田論文参照のこと）。「ヨーロッパ社会的薬局」の目的はヨーロッパ市民の薬剤に対するアクセスをよくすること、また薬局の業界的利害の向上を目指すものであるが、その最大の特徴は、それらの薬局が協同組合などの非営利・協同組織の形態をとっていることである。従ってヨーロッパにおいてはこの団体は、いわゆる協同組合セクターおよび社会的経済セクターの一員と見なされており、自らも社会的経済セクターの一員であるという認識を有している。とりわけ、薬剤師という専門家により組織されている団体は、労働者協同組合セクターの中に含まれるものとされている。

別表に見られるとおり、「ヨーロッパ社会的薬局連合会」（EUSP）に加入している各国団体は、フランス、ベルギー、イタリア、オランダ、ポランド、ポルトガル、スイスなどにある。また加入していないが、スペイン、イギリス、ドイツにおいても同種の団体が存在する。

2. 社会的薬局の意義

（1）社会的薬局の原則

社会的薬局の運動は、各国の協同組合・共済組合の社会的経済セクター言い換えれば、非営利・協同セクターの運動と連動して展開されてきた歴史がある。非営利・協同セクターの医療・福祉・社会サービスとりわけ医療活動と連動してきた。

したがって、その使命は、非営利・協同運動の使命と重なるのは当然である。人々の薬へのアクセスを容易化するとともに非営利・協同セクターの様々な課題、流行の言葉で言えば、社会的責任を果たそうとしている。また、非営利・協同セクターの薬局として、ヨーロッパ連合および各国における薬局・薬剤師政策に対して、自らの主張と利害の擁護を促進している。

現在の最大の課題としては、2008年6月にはEUの薬局政策に対して、EUSPは他の17の社会的経済セクターの医療福祉機関との連名で、懸念表明を行っている。（声明「製薬会社による『患者情報』は市民社会からの反対を引き起こしている」、2008.6.5）。この声明はEU委員会の企業産業総局の出したアジェンダが、製薬会社による患者情報の独占的管理に道を開こうとすることに対して反対したものであった。声明団体には、EUSPの他に、NGOの国際保健活動（HAI）、国際共済協会（AIM）、ヨーロッパ消費者協会（BEUC）、ヨーロッパ公共医療機関連盟（EPHA）、公的薬剤師労働組合連合会（USPO）、ドイツ民主的薬剤師協会、イギリスの薬害問題を扱う団体「社会的監査（ソーシャル・オーデット）」なども含まれている。この声明と同時にまたEUSPは、薬局セクターに関するEUヨーロッパ連合の「薬局設置と医薬サービスに関する法制化」に対して、EU規則は各国の薬局と医薬サービスの基本的な諸権利と公益性を侵害するものとして、EUSP独自の見解をとりまとめている。それは薬局業務の営利市場化促進に対して、一定の歯止めをかけようとしたものである。薬剤は、患者にとっては治療の過程のなかで医療やりハビリティと密接不可分のものであるが、非営利・協同セクターが一丸となって、医療制度における薬剤取扱の営利化、患者不利益化に反対しているという動きが、ヨーロッパにおいては見ることができる。

EUSP の原則

1. 患者の利益が基本： 患者に対して薬の品質・安全性・効果・サービスへのアクセス性の保障。

2. 薬剤師の関与の不可欠性： 薬剤師のみが薬剤業務を行う資格と責任がある。

3. 上記の二つの項目を保障するための薬剤業務に関する EU 規則の整備の必要性。

4. 公的医療と連動した薬局セクターが公益に貢献するための基本原則の確立。社会的薬局が社会的医療、公的医療に貢献し、薬剤の生産者消費者とともに経済的役割も果たすこと。EU 市場は人モノサービスの自由化を進めているが、薬局は公共医療、公益性を守る必要がある。薬局は法人または個人所有の形態をとるが、いずれも、自由競争において薬剤の質、患者の権利を保障する必要がある。

3. 各国の社会的薬局団体

ヨーロッパ社会的薬局連合会 (EUSP) に加入または関係する各国の団体について触れる。その組織形態は、協同組合、共済組合、アソシエーションなど、国によって異なる形態をとっているが、ヨーロッパにおいては社会的経済セクターに属するものとしてヨーロッパ連合においても認識されている。

(1) ベルギー、オパコ (OPHACO)、「ベルギー薬局協同組合連合会」

オパコは1946年設立された。現在15の協同組合により構成され、卸小売業8社、薬局600、ドラッグストア50を有する。いわゆる薬局市場の事業高の2割を占める。ベルギー全体では5200薬局、400製薬会社が存在する。利用組合員は約220万人である。ベルギーの薬剤師の対人口比率はヨーロッパ各国の中において平均の2倍程度と高い比率にあり、政府は薬局に対する規制を強める政策をとっているが、社会的薬局としての特性を強調することで勢力拡大維持をはかっている。

現在ベルギーの薬価は、a、b、cの3つの区分がある(2001年薬品法)。a区分は病院の処方箋の必要なもの、b区分は薬剤師の処方箋が必要なもの、c区分は処方箋が不要で自由に買えるものである。薬局の2割は、c区分に対応した薬剤師

不在の薬局である。A区分の薬価は医療社会保険制度の中で交渉によって決定されているので、その点での価格競争はない。

(2) オランダ、サル薬局 (SAL Apotheken)

サル薬剤師薬局グループは、1978年に設立された非営利組織である。プライマリケアの非営利組織SGE診療所と連動している。現在、薬局数10、従業員数100人。大学薬学部(クロニンゲン大学など)と協力し、薬剤師の自立活動などの財政支援プロジェクトを実施している。

オランダでは、薬価は2区分されている。WTG薬品と非WTG薬品である。WTG薬品とは、医療料金法に基づき薬剤師と医師のみが販売または使用できるもので、患者はその取得に処方箋が必要となるものである。非WTG薬品は薬局やスーパーマーケットなどで販売可能な薬品である。オランダにおける「コミュニティ薬局」という呼称は、単なる町の薬局ということではなくて、医療機関における薬剤業務とは別の、コミュニティにおける薬剤業務という、いわゆる医療制度の包括化や市場化にともなう、患者に対する医薬品の供給のあり方の変化に伴う新しい供給のあり方を指すものと思われ、単なる個人的な薬購入の供給方式を指すものではないようである。コミュニティ薬局で処方箋付きで供給している薬の薬8割はWTG薬品である(2001年度)。患者は薬局で医薬品を購入する傾向が強まっており、近年の医療保険制度の転換の中で、コミュニティ薬局の役割は増加している。

(3) イギリス、薬局協同組合 (Pharmacy Cooperative)

イギリスの薬局協同組合のルーツは1844年のロッチデール協同組合運動に由来する。1945年に協同組合セクターの支援によって薬剤師たちによって最初の薬局協同組合が設立された。「イギリス協同組合グループ」に属し、医療保険、生協、金融などの分野の協同組合と連動している。「薬局協同組合」(Pharmacy Cooperative)は薬局数900でイギリスにおける医薬品取扱の第3位の薬局チェーンであり、独自の商標「Braille」を持つ。取扱処方箋は年間約6000万件(2009年度)。NHS制

度の下、GP（プライマリケア医）や地域診療所と連携している。イギリスはNHS制度の下、処方箋による薬の薬8割が無料である。薬市場の約半分がジェネリックである。

2010年には、薬局協同組合(PC)「新倫理戦略」を提言した。それによると、①ローカルコミュニティにおける医療供給支援、②持ち込み薬検査、③喘息対策、④ホームレス支援、⑤協同組合寄付金集め、⑥ガン治療支援、⑦移民支援、⑧海外貧困衛生支援、など多彩な活動を展開している。

（４）フランス、共済組合薬局

フランスの社会的薬局は共済組合薬局全国連合会（UNPM）の中に組織されている。共済組合薬局は医療制度の中で、医療共済組合と連動している。共済組合は補完的医療共済を3800万人を対象に実施しており、社会的薬局もこの補完的医療制度に組み込まれており、医療費払い戻し制度の中で基本的に運営されているので、社会的薬局の課題は医療機関とほぼ同列と思われる。しかし、EUが医薬品業務の自由化を促進しているので、患者の権利擁護の立場からの対応を促進している。処方箋による薬の患者負担無料分の比率は約12%とヨーロッパ各国平均並であるが、ジェネリックの市場占有率も17%であるので、今後、薬の自由化への対応を迫られるものと思われる。

CANSSMは鉱山労働者を中心とした疾病共済金庫で、1946年に設立された。全国に53の社会的薬局を組織している。

（５）イタリア、社会的薬局事業所連合会（ASSO-FARM）

イタリアでは全国に「コミュニティ薬局」（Farmacia Comunale）が展開しており、その一部は社会的薬局事業所連合会（アソシエーション）に加入している。加入薬局の形態は、非営利組織、協同組合、自治体事業所、会社、公営企業などである。また同連合会は、各労働組合連合会（CGLL、CISL、UIL）などと協定を結んで、薬供給を行っている。イタリアも処方箋での提供比率は1割程度である。最初の「コミュニティ薬局」は1900年前後に登場している。その当時は、まだ公的医療制度は存在していなかった。コミュニティ薬局は

貧困層への無料医薬品の提供なども行ってきた。

（６）ドイツ、民主的薬剤師協会、VDDP

ドイツの民主的薬剤師協会（VDDP）は、1960年代から70年代にかけての学生運動の時代に、いくつかの各大学都市に薬学部出身者たちにより小グループが作られた。1980年にベルリンやハンブルグに最初の準備組織が作られ、1989年にVDDPが設立された。現在会員は120名と小規模であるが、他の関連団体である、「民主的医師協会」（VDAA）、「国境なき薬剤師団」（AG）、「公務薬剤師団体」（BApoD）などととも、保健医療の民主化、医薬品・薬局と社会保険医療制度問題、患者の権利、貧困格差克服、環境問題などに取り組んでいる。また、VDDPが事務所を置く、ネプチューン薬局は、従業員による自主管理薬局として独自の経営を行っている。

（７）ポルトガル、ミゼルコルディア薬局および共済組合薬局

ミゼルコルディアは16世紀にキリスト教の慈善団体として誕生し、現在はポルトガルの社会的経済セクターのひとつとして、医療機関、介護施設、社会サービス組織などをもっている。ミゼルコルディアは33の社会的薬局を有する。ミゼルコルディアは法律的には社会連帯組織法人（IPSS）である。

また共済組合連合会も共済事業の他に、医療、介護施設、社会サービス組織、薬局事業を同様にしている。薬局協同組合全国連合会（MONAF）がある。この点ではフランスと類似している。（研究所『スペイン・ポルトガル非営利・協同取材報告書』、2005年10月、を参照のこと。）

（８）スイス、社会的薬局ゲノ、庶民薬局グループ

ゲノ薬局は1908年に設立され、現在5薬局でグループが構成されている。庶民薬局グループの創設は1891年で、現在21薬局で構成される。EUSPの課題にも取り組んでいる。

（９）ポーランド、フランドリア共済組合

体制変化後の1995年に設立されたフランドリア

共済組合は、病院との契約による医療サービス、老人介護、保育、社会福祉活動などを行う。またボランティア活動、教育なども行う。社会的薬局2店舗を持つ。自治体や社会団体との協力関係を

もち、EUSPの一員として国際的活動もしている。

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

表1. 各国のヨーロッパ社会的薬局の団体名

国	団体名	ホームページ
EU 全体	EUSP(ヨーロッパ社会的薬局連合会)	www.eurosocialpharma.org
スイス	GENO Apotheken(ゲノ薬局)	www.geno.ch
スイス	PPG(庶民薬局)	www.ppg.ch
ベルギー	OPHACO(ベルギー薬局協同組合)	www.ophaco.org
フランス	UNPM(共済組合薬局全国連合会)	www.mutualite.fr/
フランス	CANSSM(鉱山労働者社会保障自主金庫)	www.secumines.org
イタリア	ASSO.FARM(薬局)社会サービス連合会	www.assofarm.it
オランダ	SAL APOTHEKEN(安価薬局グループ)	www.sal.nl.
ポーランド	FLANDRIA(共済組合フランドリア)	www.flandria.pl
ポルトガル	UMP(ポルトガル共済組合連合会)	www.pedromartinho.com
ポルトガル	UMP(ミゼルコルディア非営利組織連合会)	www.ump.pt
ドイツ	VDDP(民主的薬剤師協会)	www.vdpp.de
イギリス	CP(薬局協同組合)	www.co-operative.coop/pharmacy
スペイン	COFARES(スペイン薬局協同組合グループ)、 Isfas/Muface/Mugeju 公務員共済組合	www.cofares.es www.isfas.es

出所：EUSP および石塚作成

表2. 各国の社会的薬局(EUSP)の規模(2007)

国	人口 (百万)	EUSP 患 者(百万)	薬局数	薬局数/ 1万人	EUSP 薬局数	薬剤師数	薬剤師数 /1万人	EUSP の 薬剤師
全体	199.7	13.21 6.61%	60,452	3.03	2,121 3.51%	98,277	4.92	4,015 4.09%
スイス	7.3	0.50	1,692	2.32	46	4,257	5.83	120
ベルギー	10.2	2.20	5,230	5.13	592	9,700	9.51	1,090
フランス	60.4	2.63	22,561	3.74	131	27,971	4.63	175
イタリア	57.6	7.50	16,808	2.92	1,300	33,000	5.73	2,550
オランダ	14.8	0.07	1,784	1.21	8	2,334	1.58	11
ポーランド	38.6	0.01	9,693	2.51	2	16,900	4.38	4
ポルトガル	10.8	0.30	2,684	2.49	42	4,115	3.81	65
イギリス	60.1	2.70	12,138	4.9	230	18,949	3.17	500

出所：EUSP, により作成。イギリスは2002年度の数字、全体に含まず。

佐久病院の概況と再構築計画について

油井 博一

はじめに

本日はお忙しいなかお集まりをいただきましてありがとうございます。佐久総合病院事務長の油井と申します。佐久は近年、新幹線や高速道路網も整備され、大変便利になりました。東京へは通勤圏ということで、本日のように夕方から出てくることも簡単になりました。

佐久病院では建物の老朽化と昨今の医療情勢の変化により、現在の病院を2つの機能に分けて建て替えるという、再構築計画を進めています。そのひとつの基幹医療センター（仮称）は新幹線佐久平駅に近くなりますので、都市部との連携も視野に入れた医療展開が可能と考えています。

2008年12月に非営利・協同総研の角瀬理事長をはじめ3名で佐久病院に來られました。その時に私も立ち会い再構築が難航している話はそこで詳しくいたしました。その後、この1、2年の間にかなり情勢が変わり、再構築計画が前進するという状況になってまいりました。今回はその状況の変化を中心にお話をさせていただきます。その場にずっと立ち会ってまいりましたので、実情がお話しできればと思います。

お話に入らせていただく前に、若干、自己紹介をさせていただきます。私は佐久病院に就職して32年になります。石油ショック後の就職の大変厳しい時期に佐久病院の事務局に就職をいたしました。もともと佐久の出身ですので、東京での学生生活ののち地元に戻ったということです。佐久病院のことは就職するまであまり詳しくは知りませんでした。大学時代の恩師に「佐久病院はある意味では日本一の病院だ」という話を聞き、たしかに病院の名は通っていて有名だという話はありませんでしたが、地元にいたときはあまり興味もなかった

というのが本当のところでした。

私は学生時代に合唱をやっていて、全国コンクールなどではかなりよい成績を収めていました。病院に入って何を期待されたかということ、合唱を一生懸命やって文化活動を盛り上げてほしいということだったように思います。その意味では、自分の経験が佐久病院の運動性や文化性と結びついてやってこれたのかなと思っています。

職場は総務系や地域ケア科などを回り、再構築の問題に直接関わる部署に換わり、3年前に事務長になれといわれたということでもあります。

今日は佐久病院のことは初めてという方もいらっしゃると思いますので、再構築の話の前に病院の概況をお話いたします。

I. 佐久病院の概況

○佐久病院と医療圏

佐久病院は、7階建ての本館が東西に分かれ、その北側に北病棟、さらに北に精神科病棟があります。7階病棟が昭和42、3年の工事ですから、築40年になります。北側はさらに古くなりますので、施設や設備等の老朽化による対策が急務でありました。そこで10年ほど前から、建て替えの検討が始まっていました。

図は佐久地域の二次医療圏です。長野県は大変広大な面積があり、日本で4番目の大きさだそうです。その東玄関に佐久地域があります。そのほぼ中央に佐久市があり、平成17年に合併して人口10万人の市となりました。南は南佐久郡という郡下であり、過疎化、高齢化が進む農村地帯です。特に北相木村は高齢化率42%という村で、人口が800人しかいません。

北の小諸市と北佐久郡を含めて佐久圏域という

佐久地域と佐久病院

長野県の東の玄関に位置する佐久地域は北に浅間山、南に蓼科山・八ヶ岳を望む豊かな自然に恵まれた地域です。
 2市2郡からなる佐久地域は人口21万人、高齢化率25%を超える準農村地域です。佐久病院本院はそのほぼ中央に位置しています。

佐久病院は昭和19年、産業組合（現在の農協）の病院として開設されました。
 開設当時、南佐久地域は23か村中13か村が無医村であり、以来「医療の民主化」と「無医村の解消」を掲げ、保健・医療・福祉を包括的に実践してきました。



二次医療圏を形成しており、人口は約21万人です。

佐久病院は二次医療圏の中核病院という役割を担ってきましたが、近年は上小（上田市・小県郡）からの患者さんが急増しており、上小を含めた東信地域（三次医療圏）の基幹病院としての役割が大きくなっています。

佐久病院が開設されたのは昭和19年です。農業会（農協の前身）の病院として設立されました。貧しい農村地域にはお医者さんが来ないという状況のなかで、自分たちのいのちを自分たちで守る、組合の病院をつくろうということで開設されました。その次の年に若月俊一先生が外科医長として赴任されました。そこから佐久病院の歴史が大きく展開されました。

当時の南佐久郡には23の小さい村々があり、そのうち13か村が無医村でした。若月先生の医療の実践は「医療の民主化」という大きな理念のもとで、無医村、無医地区の解消を進めた歴史でもありました。

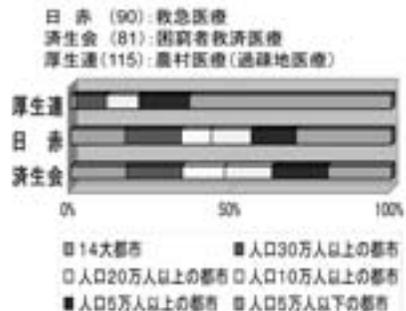
○長野県の特性と厚生連

次に長野県の特性を申し上げますと、人口は220万人、面積が1万3000平方キロメートル、高齢化

率23.9%です。長野県の医療特性は皆さんご存じかも知れませんが、日本で一番長寿の県ということで、平均寿命は男性1位、女性が5位です。長寿でありながら老人医療費は全国で47位で、日本で一番医療費の安い県ということです。これを「長野モデル」と称して全国から注目を集めています。調整死亡率やがんの年齢調整死亡率も非常に低い県という特徴があります。

次に公的病院には、日赤、済生会、厚生連という3団体があります。日赤は救急医療を中心とした病院で、全国に90病院。済生会は81、これは困窮者の救済医療、社会福祉が特徴です。厚生連は

公的病院の特性



[長野県の地域特性]

- ・人口：220万人（第16位）
- ・面積：13,585km²（第4位）
- ・人口密度：162人/km²（第38位）
- ・高齢化率：23.2%（第10位）

[長野県の医療特性]

- ・平均寿命（昭和40年）
男：1位 ← 9位
女：5位 ← 26位
- ・全死因年齢調整死亡率
男：1位 ← 28位
女：3位 ← 40位
- ・がん年齢調整死亡率
男：1位 ← 14位
女：2位 ← 15位
- ・老人医療費 47位



- ・人口、面積は平成16年4月1日現在、高齢化率は平成16年のデータ。平成22年4月1日現在、人口は216万人（第16位）、人口密度159人/km²（第38位）、平成20年10月1日現在高齢化率は25.5%（第13位）（総務省『平成20年人口推計』より）。
- ・平均寿命は平成17年と昭和40年を比較。
- ・全死因年齢調整死亡率は平成12年と昭和40年を比較。
- ・がん年齢調整死亡率は平成17年と昭和45年を比較。
- ・老人医療費は平成18年度データ。

厚生農業協同組合連合会の略称ですが、農協の病院として農村医療、過疎地域医療を担っている病院で、全国に115あります。特徴的なのは、前頁の図の通り、厚生連病院は人口が10万人以下の地域に全体の80%があります(平成の合併の前のデータ)。つまり中山間地といいますか、農村部、過疎地域に存立しているのが厚生連病院の特徴です。その割合は日赤が50%以下、済生会になると約15%となり、都市型の公的病院ということになります。そういう意味では厚生連のおかれているところは効率性の悪い地域だと言えるでしょう。

厚生連は長野県のなかに10病院、11施設あります。比較的東北信に集中していて、中南信に少ないという配置です。

○佐久病院理念

次の図は佐久病院の理念です。今から16年前の

佐久病院創立50年を迎えた時に文章化したものです。それ以前は若月先生のもとで「農民とともに」の一言がすべての行動規範でした。とにかく「農民とともに」を忘れるなど。この「ともに」に強調の点が付いていますが、はじめは「農民のために」であったようです。しかし「ために」というのはこちらから与えるという姿勢なのではないか、地域医療は地域の中にある医療であって、それは地域の農民（地域住民）と一緒に作り上げていくものでなければいけないとの反省から、「ともに」という言葉になりました。言葉として大きな違いはないように見えますが、佐久病院の理念、行動の基本においてこの転換が非常に大きいものでありました。

その精神をもとに「医療および文化活動を通じて住民のいのちと健康を守る」こと、それが「自分たちの使命だ」と思っておりまして、医療と文

長野県厚生連10病院の位置



佐久総合病院理念
 佐久総合病院は「農民とともに」の精神で、医療および文化活動をつうじ住民のいのちと環境を守り、生きがいのある暮らしが実現できるような地域づくりと、国際保健医療への貢献を旨とします。

行動目標

- 一、第一線医療の充実と高度専門医療の向上を図るとともに、保健医療福祉を一体化した地域の基幹病院としての役割を果たします。
- 二、農業と農村をとり地域文化活動を発展させ、地域と連携した「メデイコポリス」の実現に努めます。
- 三、研究・教育は病院の大きな任務であることを自覚し、医師の卒業研修や職員研修を通じ、地域医療の実践に役立つ人材の養成に努めます。
- 四、農村医学をさらに推進し、プライマリ・ヘルスケア医学を確立し、中国ならびに発展途上の国に保健医療に貢献します。
- 五、患者第一主義に徹するとともに、患者さんの権利と責任を明確にし、情報公開とサービスの向上に努めます。

化活動を両輪としているのが特徴です。

文化活動とは単に歌を歌ったり楽器を演奏したりすることだけではありません。そもそも文化(英語でカルチャー)という言葉の語源は「耕す」ということだそうです。地域を耕し、そこに健康の種を蒔いて育てる活動が医療と文化活動の協働のかたちだということです。佐久病院の文化活動の定義は、生き生きと豊かで人間らしくあることを文化的と呼び、それを獲得する活動を文化活動だとすれば、医療はまさに文化活動である。医療と文化活動は一体化したものだという考え方をしております。それらの活動をもとに「地域づくりへの貢献」が佐久病院の理念です。

〇運営の特徴

佐久病院の運営方針の特徴は、①二足のわらじ、②医療と文化活動が車の両輪、③5:3:2方式、この3つとよく言われます。佐久病院がめざすものは、医療の民主化、つまり住民主体の医療の実現です。

まず1つが「二足のわらじ」です。「二足のわらじ」論は佐久病院では活動の基軸をなす論点です。いま日本の医療体制、医療政策で「機能分化」がよく言われますが、再構築の検討の中で、そのことが一番議論となりました。機能分化が本当にいいことなのかどうかの議論です。

「二足のわらじ」の考え方は佐久病院精神の根源的な視点です。高度・専門医療と、第一線医療(プライマリ・ヘルスケア)の共存がなければいけないという考え方です。どこにも負けない高度な専門性の高い医療は、人の「いのちを救う」

という面で絶対に必要なものです。都会に行かなければよい医療が受けられないのではいけない。一方、地域のなかにあり、生活に根ざした第一線の医療も大切です。専門ばかりの医療だけでは安心して暮らしていきません。その2つを医療者は自らの中に持っていないといけません。同時に病院の機能としても、包括的に持っていなければいけないというのが佐久病院の「二足のわらじ」論です。

また、地域社会の多様性、人間の多面性、そういう価値観を受け入れ、共存できる病院、それが佐久病院の良さだという人もいます。これもある意味で二足のわらじではないかという考え方もあります。いずれにしても、「二足のわらじ」論は佐久病院の在り方を考える上で、大変重要な柱です。

次に先ほど言った「医療と文化活動を車の両輪」として病院の活動を行なっていくという考え方です。佐久病院の活動を振り返るに、文化活動が非常に大きな役割を果たしてきたと言えます。

佐久病院運営方針の特徴

- 二足のわらじ: 高度医療と第一線医療の実践
- 車の両輪: 医療活動と文化活動
- 5:3:2方式: 保健予防活動の取り組み



佐久病院は総合力、団結力が持ち味です。私はコーラス部で歌を歌ったり、吹奏楽団でトランペットを吹いたり指揮をやったりと、30年間続けてきました。そういう意味では佐久病院の特徴である文化活動の中心に身を置いてきたと言えます。そこで感じるのは、文化活動を日常的に行うなかで、職員が主体的に病院の運営や患者さんや地域のことを考え、また職員間の垣根を低くし、協力する力を育ててきたと思います。

佐久病院は5月の第3土・日に「病院祭」を行います。今年で64回になります。これは南佐久の「小満祭（こまんさい）」というお蚕さんのお祭りに合わせて、病院を開放して行う病院の衛生展覧会です。時代とともにテーマが設定され、公衆衛生や食の安全性、医療制度、介護問題など、さまざまなテーマが取り上げられてきました。そしてその取り組みには住民の参加がありました。病院祭は医療と文化活動の統合の一番特徴的な取り組みだと言えます。

3つめは「5：3：2方式」です。これは病院の経営、運営を考えると力の配分方式です。病院の持つ力を10とすると、入院に5の力、外来医療に3の力、保健予防活動（現在では地域ケアや福祉の分野も入りますが）に2の力を注いでいくという運営方式です。2の部分はどちらかというと不採算部門です。それを入院の5と外来の3でしっかり支えながらやっていくという形です。

佐久病院の活動のなかでの特徴的と言われたのは、この2の部分にあります。この保健予防活動の原点が、出張診療の取り組みにあります。

昭和20年代、農村が非常に閉鎖的・封建的ななかで、患者さんは我慢型、手遅れ型が非常に多かった。若月先生を中心としたスタッフは病院のなかで治療する上で、どうして手遅れになるまで放っておくのか、我慢するのかと考え、地域に入って実態を見なければいけないということで病院から地域へ出ていく活動を行いました。そのなかで潜在疾病というもの非常多くあることがわかり、出張して診療することの必要性がわかったわけです。佐久病院のなかに出張診療班というボランティアな組織を編成して、日曜日とか土曜日の午後、地域に出掛けていくという活動を始めました。その診療に衛生講話と演劇を組み合わせまし

た。若月先生がシナリオを書いた演劇を職員が演じる。これがたいへん評判になりました。この出張診療と衛生講話、そして演劇の組み合わせが佐久病院の医療と文化活動の統合といわれる所以です。

今年、若月先生の生誕100年の記念行事が行われていますが、先生の代表作である『志願兵』という劇が11月に上演される予定です。

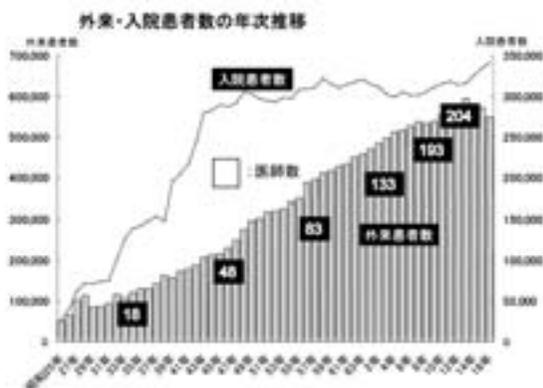
○佐久病院の概況

昭和25年からのデータです。患者数と医師数がどんなふうになってきたかを数字で見たいものです。佐久病院の入院患者数はベッド数の増加とともに伸びてきてはおりますが、昭和49年、50年頃からは横ばいです。外来患者数は右肩上がりが増えてきています。

佐久病院の外来患者数は年間延べ約52万人。入院は33万人です。特徴的なのは医師数で、昭和20年～30年代には10人から20人台の医師数だったのが、平成18年は204名、現在では215名の医師がいます。入院は増えていないのに医療が非常に高度化され、細分化され、専門化されたなかで医師数が非常に増えてきた。これは医師不足の一つの要因なのではないかと思われま

概況1は今年の4月現在ですが、病床数は佐久病院全体で1193床。これには老健の153床が含まれています。本院は精神112床を含む821床です。職員数は医師が215、看護系職員は看護師、看護助手、介護福祉士などで1000人を超えております。職員数は常勤で1938人です。

概況2としては関連施設、諸指定です。佐久病



病院概況1

病床数		職員数	
一般・療養・ドック	705床	医師	215人
精神科病床	112床	看護系	1075人
感染症病床	4床	技術系	327人
小計	821床	事務系	166人
小海分院	99床	その他	128人
美里分院	120床	看護専門学校(学生 / 271人)	
老健(佐久,こらみ)	153床	専任職員	27人
小計	369床	合計	1938人
合計	1193床	合計	1938人

H22年4月現在

院本院のほかに分院が2つ、診療所が1つ、訪問看護ステーションが5つ、宅老所、看護専門学校、健康管理センター、農村保健研修センター、研究所などがあります。佐久病院の直営施設と組織母体は違っても佐久病院が事実上運営している施設群です。

病院機能としては多くの指定を受けています。地域のがん診療連携拠点病院、救命救急センター、長野県で1機のドクターヘリ運航もしています。エイズ拠点病院、周産期母子医療センター等です。

主な施設基準としてはDPCと言われる診断群包括評価方式の対象病院、一般病床の看護基準7対1、精神科では13対1等々をとっております。また病院機能評価機構のバージョン・6を取得しています。

病院の経営概況は、医療収入としては210億円、全体では234億円の収入です。外来延患者数が年間52万5000人、入院が33万7000人です。平均在院日数15.7日、病床の稼働率は本院で90.6%（本院一般病床）。手術は年間約5700件をこなしております。救急車は年間3200台、ドクターヘリは昨年

で357回飛んでおりまして、大体1日1回ぐらいの運航となります。分娩は884件です。

年表をみると、佐久病院は昭和19年に開設されました。20年には若月先生が赴任され、演劇や出張診療が開始となり、昭和22年には第1回の病院祭が開催されています。

カリエスの手術を若月先生が全国に先駆けて行い、「カリエス7年」といわれた病気が手術によって治るようになりました。昭和27年にはそのカリエスの、日本で一番古い患者会ができました。

八千穂村での全村健康管理が昭和34年に始まっております。国際農村医学会は昭和44年に佐久病院で開かれました。昭和62年には全国7カ所のモデル事業として老人保健施設が佐久病院のなかに併設型でできております。

平成13年に開設した美里分院は、精神科の268床あった病棟を本院から切り離して、認知症と慢性期の精神科病棟120床を別に出しました。

平成17年には小海分院を新設しました。小海分院は佐久病院から南へ14kmほど行った小海町にあります。昭和29年に日赤病院として開設された100床病院がありましたが、医師不足と経営難により、平成14年度をもって日赤が撤退することになりました。南佐久の中核病院がなくなることによる地元町村の不安は大きく、佐久病院でぜひ後医療を受けてほしいという地域の強い要望がありました。院内での議論の末、平成15年4月1日午前零時に引き継ぎを行い、後の医療を引き受けました。さらに平成17年には近隣南部町村の支援をいただき、小海分院の新築を行いました。同年7月には全国で10県目、11番目のドクターヘリの運航を開始しております。

病院概況2

附属および関連施設

美里分院
小海分院
小海診療所
看護専門学校
長野県生涯健康センター
佐久東洋医学研究所
佐久老人保健施設
老人保健施設 ころみ
居宅介護支援事業所(6)
臼田地域包括支援センター
訪問看護ステーション(5)
宅老所(1)
日本農村医学研究所
農村保健研修センター
特別看護老人ホームのべやま

諸指定

臨床研修(内科)指定病院
臨床研修(歯科)指定病院
地域がん診療連携拠点病院
へき地医療拠点病院
心臓疾患基幹病院
救命救急センター
地域災害医療センター
老人性認知症センター
エイズ治療拠点病院
二類感染症指定医療機関
地域周産期母子医療センター
高次脳機能障害拠点病院

病院概況3

- ・ 医療収入 21,156,480千円
- ・ 患者数 外来 525,047人 入院 337,927人
- ・ 人間ドック 1日 8,100人 2日 10,270人
- ・ 老健 入所 55,377人 デイケア 9,844人
- ・ 訪問看護ステーション 35,600人
- ・ 平均在院日数(本院) 15.7日
- ・ 一般病床稼働率(本院) 90.6%
- ・ 手術件数 5,711件
- ・ 救急車数(本院) 3,261台
- ・ ドクターヘリ出動回数 357回
- ・ 分娩件数 844件

H22年3月末

Ⅱ．病院再構築計画について

○再構築計画の経緯

再構築の検討が始まったのは平成12年です。その前には将来の佐久病院のあり方を考える勉強会が始まっていました。平成12年に病院組織として策定プロジェクト委員会が立ち上がり、現在地再構築を基本に検討が行われました。

1年半に及ぶ検討の結果、平成13年秋に、敷地が狭隘であることや佐久病院の担う機能、近隣の医療情勢の変化などから、現在地だけでの建て替えが大変困難との結論に達し、機能分化して一部を佐久市内に移転する内容を発表しました。

再構築が必要な理由は、築40年を超える建物の老朽化による療養環境の悪化や病院機能の低下があります。同時に第一線医療から高度・専門医療まで包括的に担ってきた佐久病院の機能が診療圏の拡大や患者さんの重症化などが進むなかで、今までのように果たせなくなってきたことが大きな理由です。つまり混在化によるメリットよりデメリットが大きくなってきました。

翌年に佐久病院の運営委員会（地域の市町村長さんたちや医師会、保健所、農協の組合長さんたちが集まる）で基本方針として分割移転が承認され、そこから再構築の具体的検討が始まっています。行政や住民に再構築の必要性を訴え続けましたが、医療情勢の変化や病院機能など医療の中身より、「どこにいつてしまうのか」が問題になり、場所問題で調整がなかなかつかなかったのが平成14年から16年ぐらいの間です。

平成17年に基幹医療センターを建設する用地を自前で確保しました。そこは工業専用地域で4万坪という広大な土地がずっと使われないで残っていたところでした。しかし病院を建てるには行政の用途地域の変更許可が必要でした。しかし市町村合併や市長選挙など著しく政治課題に巻き込まれてしまい、なかなか行政の理解を得られずに、土地は取得したが計画は進まないという状況が平成18～19年と続きました。

地域医療の崩壊が叫ばれるなか、佐久地域あるいは東信の医療をどうしていくかという点でも佐久病院再構築計画の必要性を訴えてきたわけですが、それが土地問題というところに矮小化される

ことになってしまったのでした。しかしそうした状況下でも継続して地域住民への説明や訴えは大小さまざまな機会を利用して続けていました。

平成20年に入って、長野県全域におけるJAグループが立ち上がり、JAグループとして高度医療促進会議を発足させました。まずは佐久病院の再構築を進める活動を、全県JAを挙げて推進しようという組織です。また、継続して取り組まれた再構築計画の地域説明会を通して、住民の組織がいくつもできて、講演会の企画や自ら地域医療を考える会などが立ち上がりました。

そういった社会全体の動きも手伝ってか、なかなか進まない再構築の状況に対して、当時の村井長野県知事さんが「このまま座してはられない。長野県民の医療に関わる大きな問題であり、再構築を進める必要がある」ということで、佐久市、厚生連に呼びかけて県・市・厚生連の三者協議が始まりました。

いろいろな経過がありまして、「知事裁定」というのが昨年2月にあり、それを厚生連、市、県の三者で合意することができました。必要な手順を踏んで、佐久病院が取得した土地で再構築が進められるよう手続きを進めるという内容のものでした。

そして昨年4月には20年間続いた市政権の交代となる市長と市議の同一選挙があり、佐久病院の再構築を推進していくことを公約に掲げた39歳の市長が誕生しました。その市長さんの方針の一環で、6月には佐久市の組織変更が行われ、地域課題対策局佐久病院再構築対策室を市のなかに設置、局長を入れ4人の職員を配置し、佐久病院の再構築を推進していく方向に動き出しました。

いまはその対策室といっしょに佐久病院の再構築を進めるという協力体制ができ、以前とは180度ちがう状況となりました。

○市と協力して再構築計画を進める

まずはやらなければいけないのは、佐久病院の地元・白田地区への説明です。合併前は人口1万6000人弱の町に1000床近い病床の佐久病院があり、60年間、白田の町にとって佐久病院はなくてはならない存在、あって当たり前となっていました。それが機能を分けて東信全域の基幹医療センター

を佐久市の中心につくり、臼田には地域医療をしっかり支える地域医療センター（佐久病院本院）を再整備していくという案を出していたわけです。それについて臼田の住民が非常に不安を持ったということがありました。その不安の解消を行うというのが知事裁定のなかにもあったのです。市と佐久病院は臼田4地区に対し、住民説明会を開催することを始めました。

9月には佐久市と厚生連で覚書を締結し、お互いに連携をとりながら基幹医療センター（仮称）を佐久市の中心地に平成25年度内に建設し、地域医療センター（仮称）を平成28年度内に佐久病院の本院として再構築をしていくこととなりました。

臼田地区での説明会では9月、11月の説明会で一定の理解が進んだと判断をいただき、臼田に「まちづくり委員会」を設置して、これからの臼田については、そこで話し合っていくことが確認され、次の段階へ進んでいくことになりました。

次は土地を確保した佐久市中央の住民あるいは近隣工場への説明会に入っていました。中央区の住民の皆さんからは、佐久病院が建てられることに対しては大きな異論はありませんでしたが、ドクターヘリや救急車の騒音や交通渋滞が起きるなど、生活環境の変化を心配する声が出ていました。12月と今年3月の説明会とともに、2月にはドクターヘリの騒音調査も兼ねて模擬飛行を実施し地元の皆さんへの理解を深めました。

隣接する工業会の皆さんとの話し合いでは、工場専用地域内で工場の皆さんと病院が共存・共栄が図られるよう配慮してほしい、また、市も中に入って操業が続けられるようにしてほしい、などの意見が出されました。どちらかといえば佐久病院が工場用地に進出するような形になるものですから、工場としては警戒もあるなかで、お互いに共存できるような体制をどのようにすればよいかという話し合いを行いました。

もう一つは医療の在り方を考えていく作業が必要です。佐久医師会がまとめ役となっただき、佐久地域の機能分担と医療連携の在り方を話し合いました。佐久市には浅間総合病院という市立病院があって、特に佐久市の北部の医療を担っています。佐久病院と医師会と浅間病院の三者で12回に渡り話し合いを持ちました。また、三者協議を

基礎として佐久市が主催して佐久市の医療体制連絡懇話会を設置し、外部からも学識経験者を招き、三者プラス県と佐久市が入り五者懇話会も同時進行で開催されました。

今年7月にはそれぞれ3つの分野において協定書あるいは覚書が関係者間で結ばれました。

医療体制については「再構築にかかる医療体制協定書」が医師会と浅間病院と佐久病院の間で結ばれ、基幹医療センターは紹介型の病院として、お互いの連携・協力のもと、地域医療支援病院を目指し、地域完結型の医療体制を構築する。また、それぞれの機能が発揮できるようかかりつけ医制度の推進や、2次救急の医師会協力などを図っていくという内容のものです。

「生活環境の保全に関する協定書」としては住民の皆さん、近隣には3つの区がありますが、その区長さんの立会いのなかで佐久市長と佐久病院長で、住民の環境保全の協定書が結ばれました。

工業会については「事業環境の保全に関する覚書」ということで境界部分には緑地など一定の緩衝帯を設けることや必要な協議の場を設けることなどを謳いました。

この三者との調印をすることにより、佐久市長は3つのハードルを越えたので用途地域の変更手続きに入っていきますという考えを示されました。

○地域と再構築

このように大変長い時間をかけて少しずつ解決の方向に向かい、動きが具体的にになりました。最初の検討から数えますと10年以上もかかったこの再構築の課題はいったいどのようなことがその背景にあったのか、改めてまとめてみます。

まず、再構築の前提としては機能分化が挙げられます。自己完結していた医療から地域完結型医療体制への転換、それは医師会や市立病院および他の医療機関との連携を進めることが不可欠となります。

急速に広がる医療崩壊の影響で、今までより広域から重症患者さんが集まってきています。生活圈域で集まる一般の患者さんと、広域からの重症患者さんの混在化が大きな問題となりました。また、佐久病院独自の課題としては病院建物の老朽化と敷地の狭隘化があります。

急性期の患者さんも、月に1度だけ通う患者さんも混在しているのが現状で、かつては1カ所が何でも見てもらえたことがメリットとして働いていましたが、医療情勢がかわり、重症化が進み、患者さんも広域から集まってくるという状況の中で、そのことがデメリットに変わってきました。

次に医療の内容がなかなか住民にも行政にも判りにくいことがありました。外から見ると、例えば300床、400床の病院は同じような医療を同じようなスタッフでやっている見え、機能や役割が違うことがなかなか見えにくい。医療のわかりにくさがあります。

また、佐久地域においては佐久病院が65年間、健康管理の仕事から在宅医療までやってきているので、そういう環境が当たり前で、お医者さんもいるのが当たり前、215人もの医師を確保できているのは佐久地域ではけっこう当たり前という雰囲気があります。それはいまの医療情勢のなかでは奇跡的なことで、その体制を維持していくことは大変なことだという理解が、この地域の人たちにはできにくかったこともあります。

実際は地域医療の崩壊は佐久地域もけっして例外ではなく、小海町では日赤が廃業し後医療を佐久病院が受けるということが現実的に平成15年に起きているわけですが、しかしそれは切れ目なく引き継いだので、あまり医療崩壊を目の当たりにするような雰囲気ではなかったと思います。そういうことも含めて、ニュースでは千葉県がどうだ、上田の地域では産婦人科の医師が大学に引き上げてしまったという話題はあるのですが、佐久地域にはあまり関係ないという雰囲気があったのです。

それでこの問題が地域医療をどうしていくかという議論としてあまり広がらず、土地問題、佐久病院がどこへ行くかという問題になってしまった側面があります。

しかし、長野県全体の医療の20%強を厚生連医療が担っている。その中心が佐久病院の医療なので、佐久病院の医療がどうなるかは長野県の医療全体に大きく影響するというのを、県知事さんも非常に重大に考えられたということです。

○署名活動と住民・職員

再構築問題を通じて、住民の皆さんの協同活動

が生まれました。佐久病院と行政とのやりとりでうまくいかないのをただ見ていけばいいのか、地域医療は本来住民の問題なのではないか、ということを経験した方たちが言い始めたのです。住民にもいろいろな人がいて、皆さんがそれぞれの思いで立ち上がり、一緒にやろうという動きも出てきました。

再構築がなかなか進まないなか、長野県知事の判断で三者協議が始まったわけですが、最初はまとまるような雰囲気ではありませんでした。そこで自分たちの再構築計画がもし間違っているとしたら考え直さなければいけない。ぜひ住民の皆さんに意見を聞こうということで、署名活動をやらせてもらいたいと、平成20年11月下旬から署名活動に入りました。それについては賛否両論ありました。しかし、本当に自分たちが大きな方向性として間違っていなければ、ぜひ推進させていただきたいという思いもあって、署名活動になったのです。

署名活動には、JA組織、特に女性部がパワーを発揮してくれました。前述したJAの推進会議も協力してくれました。また、「佐久病院再構築物語」というマンガをシリーズでつくって、農協の皆さんが定期配布物と一緒に戸別配布をしてくださいました。

また、一般住民の活動も盛り上がり、一緒に俺たちもやるよと言ってくれる方々がたくさん現れました。さらに佐久病院の患者会の皆さんが非常に積極的に署名活動に取り組んでくれ、非常に大きな力になったと思っています。

私が思うには、佐久病院は「農民とともに」をずっと病院の理念として言ってきており、地域における健診や在宅医療など地域に根ざした活動を実践してきているわけです。しかし組織が大きくなるなかで、それは担当部署にだんだん狭められてきていて、担当する人はしっかりやっているけれど病院全体としては果たしてどうだったのか。仕事は忙しくなってくる、手術も多くなる、病棟も大変で休みも取れないという状況のなかで、地域にみんなが出掛けられていたかということ、そこはなかなか難しい問題がたくさん出てきていました。

労働組合の活動でも、かつては有事立法反対の

署名活動を地域に入って行うなど盛んにやりましたが、最近はそういう活動もだんだん少なくなってきた。本当に佐久病院は地域のなかに出ているのかという自己反省もありました。

そんななかで、職員が職場ごとに全部地域割りをして3万数千戸の一軒一軒に職員が署名用紙を持って日夜出掛けた。再構築を推進し、1日も早く実現しなければいけないという思いもありましたが、職員がもう一度地域に出て、住民の声を聞き、地域を知るきっかけになったと思います。

老いも若きも職員が自分の声で自分の言葉で直接説明して歩きました。臼田では玄関先で怒られたり、1時間も苦情を言われて帰ってきたりということもありました。そういう活動を通じて、自分たちが住民のニーズに基づいてといひながら、本当に住民の声を聞けていたのかを捉え直すきっかけになり、職員にとっても非常に大きな取り組みだった。むしろ一番勉強になったのは職員だったと思っています。

○再構築のプラン

基幹医療センターは佐久市の中心地で東信全域をカバーする高度医療センターとして、がん診療、救命救急、周産期医療等450床の病院になります。このセンター予定地は、新幹線の佐久平駅から約3キロ南側にあり、交通の便もよく東京との連携も緊密にとれる環境にあります。

一般的に高度医療センターと言えば10階、15階と高層が多いのですが、幸運にも4万坪という広大で緑ゆたかな、桜並木も非常にきれいという条件ですので、その環境を利用して急性期病院にふさわしい水平移動を中心とした施設にしようということになりました。1階は専門外来、診断、治療棟、がん診療を中心とした入院病棟を横導線で連携できるようにしました。

2階に救急車が着く形で超急性期フロアーを考えています。全体としては3階建て（1部4階）の、おそらく日本でも一番低層な高度医療センターになるのではないかと思います。ほかに佐久の気候を利用した太陽光、地下水の利用、災害時はエレベーターを使わない水平避難を考えています。

臼田地域の本院は、地域に密着した保健・医療・福祉が一体となった「医・職・食・住・友・遊」

をつくれるような地域医療センターとしていきたいと考え、一般、回復期、精神、緩和ケア、人間ドック等で300床の病院になる予定です。詳しい計画はこれから検討していきます。

○再構築の今後の課題

佐久病院のめざすものは医療の民主化です。住民が主体となるということが大切です。いつでも、どこでも、だれでもが最適な医療を受けられるという仕組みをしっかりと地域のなかで作っていかねばいけない。今回の再構築をめぐる取り組みの中で、住民の皆さんと医療について、地域について一緒に考え、行動する新しい仕組みが生まれました。それは再構築だけの課題ではなく、さまざまな形で生きていくと思います。これをさらに地域づくりに発展させていく必要があります。

また、医療者同士の話し合いもできました。医療連携と簡単に口にしますが、なかなか思うようには進みません。しかし、佐久は一步、それぞれの立場で連携を進める足を踏み出しました。実際に浅間病院内に10月から医師会が協力する休日夜間の急病センターが始まりました。基幹医療センターとの連携、佐久病院の本院との連携など再構築を進める中で、さらに協力体制が進められるのではないかと期待しています。

その他、課題はたくさんあります。財政的な問題もあります。確かに計画はいいがお金は大丈夫か。これから県にも国にも広域行政にもお願いをしていかなければならないと考えています。

また、病院の施設基準や諸指定の継続という課題もあります。また、制度補助金の削減なども言われており、それらについても県と連携しながら進めていかなければなりません。

一番大切なのは医師をはじめとする医療従事者の確保、人材育成、職員教育の課題だと思っています。いまでも医師確保が大変なのに2つに分かれればもっと大変だろう、そんな非効率なことをどうしてするのかという声もありました。内部でもこれ以上もっと忙しくなったらどうしようと心配する声もあります。

しかし、佐久病院がこのことをしっかりとやり遂げないと、研修医や一般のスタッフ医師が集まらなくなってしまいます。佐久病院の医師確保は

佐久地域のみならず東信地域の医師確保につながります。

佐久病院はいま、近隣の医療機関に医師派遣をしています。南佐久郡の村の診療所は、全て佐久病院からの医師派遣で成り立っています。佐久病院の医師がいなくなったり、もし引き揚げになったりすると、すぐに無医村、無医地区になってしまいます。そんなことが絶対にあってはけません。この再構築は過疎、高齢化が進む地域の医療体制を確保するためにもやらなければいけないのです。

佐久病院内部も課題としては佐久病院のアイデンティティーをどう守り繋いでいくかです。高度医療などに特化した医療機関は先鋭化し、佐久病院のいままでの運動性や文化性が失われてしまうのではないか、病院は本当に地域住民と一体となってやれるのかという心配だと思います。

私は佐久病院らしさの継続は、ひとつは文化的活動をどう具体的に基幹医療センターにおいても

実践するかだと思います。佐久病院の大きな力である職員の協働性において、文化活動が支えてきた役割はことのほか大きいと感じています。具体的には基幹医療センターでも病院祭をやる。またはそれに代わる佐久市の行事と一体化したものを実行する。また、地域の住民や医療関係者などと一緒に勉強会をやるとか講演会を企画するとか、いろいろなやり方があると思います。

佐久病院の良さはみんなで支えあう力です。病院の総力をあげて、この再構築の課題に取り組んでいこうと思っています。

以上、現状と、非常に悩みが多いところではありますが、そんな課題で進んでいるという状況を伝えさせていただきました。

(2010年10月8日開催)

(ゆい ひろかず・佐久総合病院事務長)

「保健師の仕事」

菊地 頌子

●保健師の誕生と職種をめぐる動き

今私たちは、長野県安曇野市穂高に保健婦資料館を建設し、戦前、戦時下、戦後の資料を集めて、展示の準備をしています。保健師年表の作成も新たに行いました。

看護職と言われる保健師・助産師・看護師のなかで、明治以降に最初に制度化されたのは明治32年(1899年)の産婆規則で、その後大正4年(1914年)に看護婦規則ができます。保健婦規則は昭和になってからですね。昭和16年(1941年)に保健婦規則が出来るので、保健師は保助看の三職種の中でももっとも最後に新たな職種として位置づけられた職種です。元々はそれぞれ別々の看護婦規則、助産婦規則、保健婦規則があったわけで、(保助看法として)一体化されたのは、戦後の昭和23年(1948年)です。「保助看法」として統合されてしまったということに対する問題については、あまり言う人はいませんが、助産師さんの一部ではそのことに対していろいろと批判をしている人がいます。特に保健師のような職種はアメリカにはないので、当時のGHQには保健婦のイメージがなかったと思います。だから、看護婦の資格を持っていて、保健婦の免許や資格を取ったりする人が多かったので看護職の中に含まれたと思いますが、この経緯については、公衆衛生を担う保健師の課題としてまた見直す必要があるのではないかと考えています。

こうした経緯のなかで、昭和58年(1983年)には日本看護協会が、保健婦と助産婦の国家試験や職名を廃止するという案を提案しました。「保健婦、助産婦という職名はもういらぬ。看護婦の中での一専門分野としてあるべきだ」という考えで、その案は結局総会で通りませんでした。常

に保健師や助産師はいらぬという考え方が流れています。例えば、助産師の場合だったら母性看護師という専門看護師分野に、保健師の場合には地域看護師という専門看護師分野に、また保健師の扱う産業保健や学校保健などもそれぞれの専門看護師分野に流れを変えていこうという主張は、特に看護師の分野から出ています。

助産師の場合には、そういう流れに反対して日本助産師会を中心に活動をしたり、グループでNPO法人を作って助産師教育のカリキュラム改正や、助産師への男子導入に対しては政治的運動も含めた反対運動をやったりしています。保健師の場合には、反対と言いつつも私たちの研究会以外には具体的に行動をおこすグループは当時はありませんでした。1993年の「保助看法」の改正で男性も保健士になれるようになり、現在では男性保健師がかなり増えています。2002年の法改正で職名が保健婦から保健師になりました。助産師の場合には、いまだ男性はいません。それは、とても大きな反対が今でもあるからです。例えば授乳指導を男性がやれるのかというような、そういうことも常に話題になっています。

戦後「保助看法」により保健師は看護職にくみこまれましたが、保健師の幅広い役割を考えると、看護の枠を超えた職種として、もう一度考えなくてはならないと思います。昨年は保健師と助産師の教育は6ヵ月以上から1年以上にという法改正があり、看護師の基礎教育も4年とする新たな改正が行われました。保健師教育が今はほとんど大学教育になって来ているので、保健師に特化した教育は2年制の大学院でという運動が、保健師関連の5団体で現在起きています。既に大分県立看護大学で大学院教育がはじまり、来年は北海道大学でもはじまる予定です。

●保健師の歴史的経緯

保健師の誕生には、振り返ってみると3つの流れがあります。

大阪では川上貫一さんなど社会事業家による保健婦養成が行われ、朝日事業団が中心になっています。当時は日本女子大を卒業した人が保健婦になったりもしています。

東京では、訪問看護の流れから保健婦が誕生しています。慈恵医大、聖路加などが中心で関東大震災の時に被災者の訪問事業が行われています。

それからもう1つは、産業組合が中心になって農村の保健婦養成を始めたのが東北地方で、東北更新会が中心になって保健婦養成をしています。岩手県などでは、一関の県立病院の先生が保健婦の配置に熱心であったと聞いています。

大阪の朝日事業団や東京の訪問看護活動は、都市部の非常に貧しい人々を中心とする活動ですが、東北の場合は、農民の人たちで当時は死亡診断書

を書いてもらう時にはじめて医者にかかったとか、子どもが生まれても次々と死んでいく状況のなかで、その対策として病気の予防が重要であることを考え、産業組合が中心になり保健婦の養成に力を注いだということです。

●保健師の配置

現在、保健師のほとんどは自治体に所属し地方公務員として活動していますが、保健師配置の法的根拠については、特に具体的な規定はありません。私たちは、憲法第25条が根拠になると言っています。なぜかという、京都府知事であった蜷川さんから、以前に講演をお願いした時に「君たちは憲法25条を暮らしの中に生かす仕事だから」と言われたことがありました。保健師は憲法を暮らしの中に生かす公務労働者であるという位置づけですね。それに法的根拠では第25条の特に第2項で公衆衛生は国に責任があると定めてい

資料 1

保健師の統計（厚労省の資料から）

1. 自治体保健師数の変化

年 度	H 9	H10	H12	H14	H16	H18	H20	H21
市町村	15,881	16,560	18,007	18,555	18,686	18,387	18,831	19,051
保健所設置市及び特別区	4,421	4,731	5,412	5,786	6,180	6,870	7,321	7,590
都道府県	5,915	5,840	5,871	5,636	5,503	5,304	5,160	5,058
全 国 計	26,217	27,131	29,290	29,977	30,369	30,561	31,312	31,699

↳地域保健法施行年 出典：各年度の保健師活動領域調査から

* H9年度と21年度を見ると、市町村は 3,170人増、保健所設置市及び特別区は 3,169人増
都道府県は 857人減で、全体で 5,482人増になっている。

2. 保健師の配置数

	全 国	一番多い県		一番少ない県	
①都道府県の1保健所あたりの保健師数	9.1人	大阪府	18.5人	群馬県	4.1人
②都道府県の保健所保健師1人あたりの人口	19,728	高知県	7,512	埼玉県	48,249
③保健所設置市の保健師1人あたりの人口	8,930	函館市	5,376	札幌市	14,280
④東京都特別区の保健師1人あたりの人口	7,617	千代田区	3,438	品川区	10,261
⑤市町村保健師1人あたりの人口	5,298	高知県	2,702	東京都	12,561

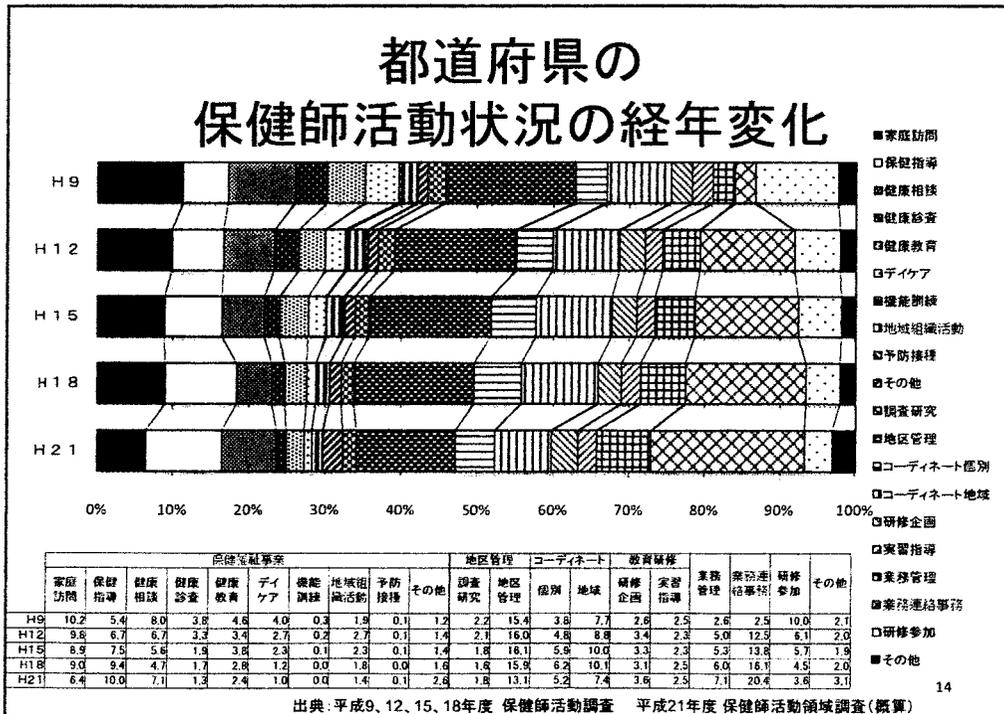
出典：保健師数は①②③⑤はH20年3月末の地域保健・老人保健事業報告から、人口は②⑤はH20年3月末、③はH21年3月末の住民基本台帳から、④は東京都H20年度保健師活動状況から

すが、これが根拠ではないかと思えます。これまで厚生省は、情勢の変化に対応して、保健婦の配置基準を自治体に通達で示してきています。特に戦時下には、結核がものすごく蔓延していましたから結核対策と、「生めよ、増やせよ」で健康な赤ちゃんをつくるという目的で、富国強兵政策の一環として保健婦が養成されました。当時の保健婦たちは、村のために一生懸命働いたと言っていますが、これがよく「保健婦の不幸な誕生」と言われるゆえんです。昭和18、19年頃の保健婦の役場での位置づけは悪くなかったようで、誰も自転車に乗っていないのに保健婦だけが公用車として自転車をもったという話が各地で聞かれます。かなり地域には期待されていたのだと思えます。

次に、保健師の活動の対象は「ゆりかごから墓場まで」です。赤ちゃんから高齢者まで、障害者・病人・半健康人・健康な人などなど、全ての地域の人々です。保健師は保健所や市町村の職員として地域を担当し、住民の疾病予防活動を行います。市町村の場合、はじめは国民健康保険の部署で国保の保健活動を行う保健婦でした。その後、

昭和53年(1978年)に市町村保健婦に身分が移管されました。保健所の保健婦は戦前から配置されています。学校保健については、昭和16年の保健婦規則以前から学校衛生婦とか学校養護婦として配置されており、保健婦より歴史は長く、戦後養護教諭として統一されました。産業保健については、大きな工場でない限り保健婦は配置されていませんでした。戦後、産業保健婦が一斉に増えた時があります。それは、昭和23年に帝銀事件が起きた時で、銀行で毒を盛られ死亡した人がたくさん出たことによると聞いています。先に保健婦と言えば、ほとんどが公的な業務の行政保健婦ととらえていいのではないかとお話ししましたが、その他の形態では、保健婦資格を持っている人を住民が自分たちで雇ったところがありました。それは熱海市からすぐの初島という島です。当時は医療機関がなかったので、島の住民たちが自分たちでお金を出して保健婦を雇ったそうです。静岡の保健婦が話を聞きに行っていますが、住民が自分たちのお金を出して保健婦を雇ったという話ははじめに聞きました。戦時下と戦後の短期間の話です。

資料 2



●保健師の仕事

保健所や市町村の自治体に働く保健師の仕事場は、「生活」の場である地域（担当地区）が基本です。主な仕事は、家庭訪問、健康相談、集団健診、健康教育、それに社会資源の活用や関係機関の調整、これはソーシャルワークの流れだと思えます。それから地区組織活動です。公衆衛生の担い手として保健婦を重視し、保健婦養成にとり組まれた大阪大学の故丸山博先生は『保健婦と共に』（医学図書出版、1972年、復刻・解説版、せせらぎ出版、2000年）のなかで保健婦の役割を「一定の地域を担当して教育的、組織的活動を行う」と定義しています。一定の地域を担当することが基本の活動になる「地区担当制」、これが公的な自治体に働く保健師の基本です。現在保健師未配置の市町村は殆どなくなりましたが、例えば東京の場合、伊豆諸島では保健師未配置の島があり、東京都の保健師が2年交替で派遣されています。保健婦の場合、開拓地やへき地、離島など全国各

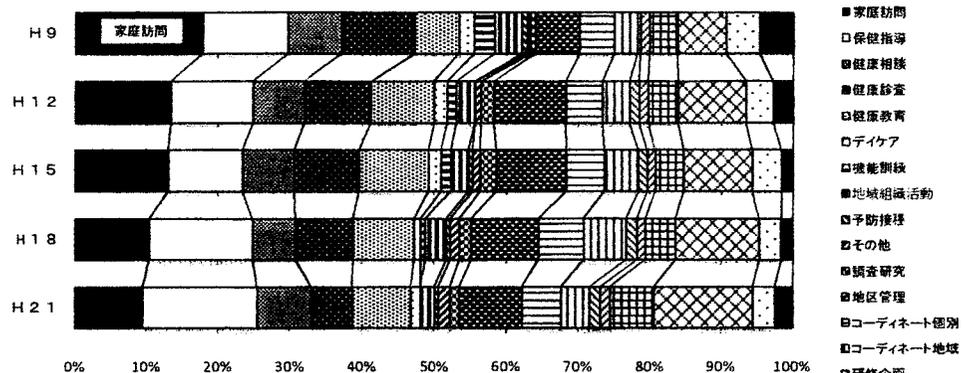
地で、また無医村のなかで奮闘してきた歴史がありますが、離島などはなかなか保健師が定着しないという話を今も聞かされます。平成の大合併で、約3300だった市町村が、現在は1733になってしまいました。村がなくなった県も13県もあります。このため保健師が未配置のところは離島中心になっています。

活動の内容は、先ほど言ったように健康相談、健康教育などを行いながら、地域全体の健康のレベルアップをはかることですが、保健師の場合は個々の家庭の訪問を行いながらも、常に地域をどうにかしなくてはいけないという視点で活動しているところが臨床の看護師などとは違う点で、公衆衛生活動はやはり集団に対する健康対策だと思えます。

例えば、宮城県石巻市蛇田の保健婦だった今野さんの場合、戦前に山形で東北更新会が養成した保健婦の第一期生ですが、せっせといろいろな問題のある家族の家庭訪問を行い、農家が忙しくて子供がほったらかしにされていたら、保育所のよ

資料 2

保健所設置市・特別区の保健師活動状況の経年変化



	保健師業務										地区管理		調査研究		研修企画		業務管理		業務連絡事務		研修参加		その他	
	家庭訪問	保健指導	健康相談	健康診査	健康教育	デイケア	機能訓練	地域組織活動	予防接種	その他	調査研究	地区管理	個別	地域	研修企画	実習指導	業務管理	業務連絡事務	研修参加	その他	研修参加	その他		
H9	17.8	12.0	7.4	10.1	6.2	2.1	2.8	3.8	0.8	0.4	0.7	6.2	4.8	3.2	0.5	1.2	3.9	6.9	4.7	4.7				
H12	13.3	11.6	7.1	9.2	8.8	1.8	1.3	2.5	0.1	0.8	1.8	10.0	5.1	3.8	1.3	1.3	4.2	9.9	3.9	2.7				
H15	13.0	10.4	7.1	9.0	9.5	1.8	1.4	2.4	0.5	1.1	2.2	9.8	5.2	4.8	1.2	1.2	4.0	9.6	4.1	1.6				
H18	10.3	14.5	6.0	7.9	8.4	0.9	0.7	3.0	0.5	1.2	1.6	9.4	6.4	5.8	1.5	1.2	4.2	11.7	3.0	1.7				
H21	9.5	16.0	7.6	5.6	8.1	1.3	0.1	2.0	0.5	1.6	1.3	8.7	5.5	4.0	1.5	1.4	6.1	13.8	3.2	2.4				

出典：平成9、12、15、18年度 保健師活動調査 平成21年度 保健師活動領域調査（概算）

うなものを作ったりしています。問題解決に地域のみなどと話し合い、地域に婦人部を作り、婦人部でどうすれば健康な生活が出来るかを話し合い、いろいろな取り組みをしています。

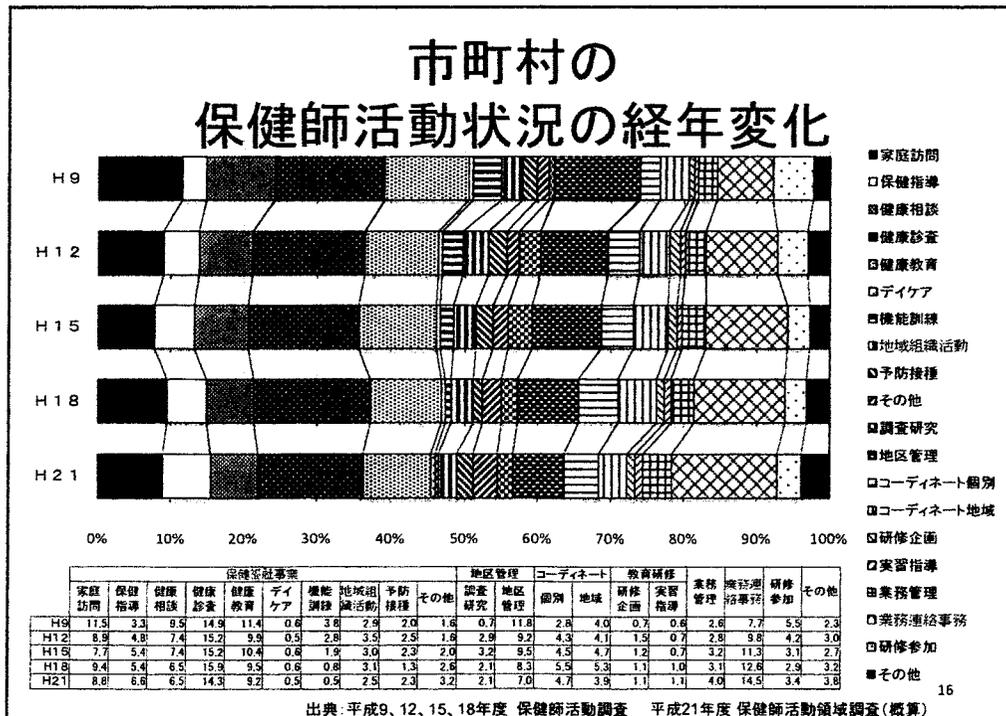
岩手県田野畑村の開拓保健婦だった岩見さんの場合、ムシロで寝たり、わら布団で寝たりしていたという開拓地で布団の作り方の指導をしています。寒さで死亡してしまう、だからみんなで布団づくりの講習会をやり生活改善に取り組んでいました。単なる保健医療だけではなく、生活改善、地域の改善、育児環境を良くする取り組みを村の人たちと一緒にやっているわけです。

開拓保健婦というのは農林省に所属していた保健婦です。終戦直後、政府が満州などから帰ってきた人々への開拓事業を開始しましたが、そうした開拓団の人たちは健康状態がよくないので、農林省が保健婦を一斉に配置し、一人の保健婦が200戸から250戸ぐらいを担当して健康管理をさせました。これは昭和45年に（1970年）廃止されるまで続けられました。開拓保健婦は、村の保健婦

とは違いますが、同じように僻地の開拓地でがんばりました。開拓地は特に無医地区が多かったので、非常に苦勞され、いろいろな手記が出ています（例：岩見ヒサ『吾が住み処ここより外になし—田野畑村元開拓保健婦のあゆみ』萌文社、2010年）。開拓地に入った保健婦の中には助産婦の資格を持つ人が多く、実際にお産の介助をしたり夜中でも呼び出されたりという状況が続いていました。その当時の保健婦の活動内容を、岩手県の畠山富而先生という小児科の先生が『野の花—岩手の母子保健に生きた人々』（メディアサイエンス社、1982年）に書かれています。北海道の開拓地でも、馬に乗ったりそりに乗ったりして雪の中を夜間に訪問するなど、24時間勤務で働いています。

保健婦の特殊な配置例として開拓保健婦をあげましたが、もう1つは沖縄の例です。沖縄は戦後は米軍統治下におかれ、公衆衛生看護婦と職名も変えられました。保健婦という日本独自の職種が理解できず、指導にあたったアメリカの看護師のイメージでつけられた職名ですが、沖縄の保健婦

資料 2



たちは、沖縄返還の昭和47年（1972年）まで、公衆衛生看護婦として離島などで活躍しました。ほとんどの人が琉球政府の駐在公衆衛生看護婦として島に駐在し、マラリア、デング熱といった沖縄独特の感染症問題とも格闘したようです。

与那国島の保健婦だった与那覇さんという人に聞いた話ですが、米民政府（琉球米国民政府）統治下にあった当時、在宅のハンセン病患者がいて患者訪問をしています。日本の場合は、ハンセン病の人たちは、行政が隔離し直接病院に行ってしまうが多かったので、保健婦はほとんど関わっていませんが、与那覇さんの場合は学校健診で療養所の先生と連携し、皮膚検診で感覚がない子どもを発見するなど、早期発見、早期治療にとりくんでいます。親にだけ話して内服させ発病を食い止めた活動を沖縄県の学会で発表しています。

日本では僻地対策、離島対策などで派遣保健婦制度と駐在保健婦制度がありました。離島の多い沖縄県や、高知県の場合、駐在保健婦は県職員の身分での駐在となり、青森県や和歌山県の場合も県の職員として派遣保健婦となり、町村役場に駐在して町村の職員と同じように机を並べて仕事をしています。この派遣保健婦、駐在保健婦の制度は離島振興法の改正や僻地対策振興法などの法律がなくなる1990年代には廃止せざるを得ないという流れになり、反対運動がかなりおきましたが、どちらの制度も残念ながら廃止されました。

駐在保健婦や派遣保健婦たちは、僻地、離島という医療過疎地域に駐在しなければならないので、かなり医療行為にあたる部分までせざるを得ませんでした。それで昭和40年代はじめぐらいまで医療行為をさせられたことへの悩みを語る保健婦がいました。例えば、静岡県と山梨県境の僻地で駐在をしていた富士市の岩間秋江さんが『青春を谷間に埋めて—無医村保健婦の記録』（講談社、1963年）という本を書いています。それから高知県沖ノ島の保健婦荒木初子さんの活動は小説になり、さらに「孤島の太陽」という映画になりました（1968年）。

保健婦たちのそういう悩みや相談のやりとりをまとめて雑誌を作っていたのが『保健同人 生活教育』という雑誌で、石垣純二という医療ジャーナリストが当時の保健婦の手記を雑誌の特集号と

して出しています。

各地に国保の直営診療所が出来たことで無医村はなくなりますが、医療制度改悪で、今はまた国保直営診療所が閉鎖されたり、医師がどこかへ行ってしまったなどの話がたびたび聞かれます。国保直診が廃止されたり統合されたりして医師不在となることで生じる悩みは、村や町の大きな課題になっています。

●保健行政の変化と保健師の活動

戦後の大きな流れの中で、保健師はその時の政府の施策でいろいろな仕事を担わされてきました。昭和30年代までの仕事の中心は感染症対策、特に結核対策と乳幼児対策でした。昭和26年（1951年）に結核予防法が改正され医療費助成が申請できるようになった後は成人病対策に移りますが、ライシャワー事件などがきっかけとなって昭和40年（1965年）に精神衛生法が大改正となり、保健所が精神障害者について責任を持ってフォローしていくという位置付けがされました。それ以降、保健所が精神障害者への対応の中心的な役割を担うようになり、保健婦の精神の仕事がかなり増えるようになりました。

精神衛生法は予防的な視点も入れるということで、1987年に精神保健法と改正され、その後にもまた福祉の視点を入れなければと1995年に精神保健福祉法に改正され、長期慢性化した精神障害者のための対応策として、在宅ケアが入ってくるようになりました。現在はその精神保健福祉法の改正で、保健所が精神障害者への対応の中心ではあるが、一般的な精神の相談窓口や、あまり問題はないが慢性化して働けないという精神障害者への在宅ケアは市町村業務になっています。

厚生労働省の「平成19年度地域保健事業報告（平成21年3月発表）」から、都道府県や市町村の自治体の保健師数は、平成20年3月末現在で全国で23,976人です。人口5,300人に1人の保健師の配置数となります。都道府県別の人口10万対の保健師数で見ると、全国平均が18.9人に対し島根県が38.6人で最も多く、東京都や神奈川県が11.0人と最も少なくなっています。

厚生省は戦後間もなく「保健婦は人口3千人に1人」、「保健所は人口10万人に1か所」（保健所法）と設置基準を示し、私たちもそれを目指して運動をやってきましたが、なかなか3千人に1人の割合の保健婦数にはなりません。ただ市町村の国保保健婦の場合は、その地域の運動によってかなり増えました。特に、国保の保健婦が増えてきたのは、その市町村の国保の熱心さや厚生連の活動などが影響していたのではないかと思います。長野県、新潟県などは市町村の保健師数が多いです。押し並べて九州の方は悪いですね。西の方に行くほど保健師配置率が悪くなっています。

昭和53年（1978年）の第一次健康づくり事業が始まった時に、国は国保の保健婦を一斉に市町村の保健婦に身分の切替えを行いました。同時に市町村保健センター設置推進のための国の補助を打出しています。国保の対象者のみ仕事をしているのは困るということです。国保のレセプトを一生懸命分析し「うちの村ではこういう病気が多いから、こういう対策をしなくちゃいけない」とやっていたのですが、ところが最近、2008年から施行になった高齢者医療確保法で国保への保健師の配置がまた出てきました。メタボ健診のために国保の保健師が必要になったのです。医療費削減、要するに高額医療を使っている人の対策でもあるのだろうとは思いますが、国保の安定化対策や特定健診・特定保健指導で、再び国保に保健師が配置されつつあります。

現在、保健師の就業登録数は5万近くになっていますが、自治体関連の常勤保健師数は3万人で一番増えているのは病院の保健師で、保健師の資格はあるけれど実際には看護師で働いている、そういう人がすごく多いようです。老人保健法が始まったのは昭和58年（1983年）で、その後いろいろな老人施設を市町村が作るようになりますが、その施設に保健師が配置替えされ働く人が出てきました。保健師といっても必ずしも公衆衛生の部署で働くとは限らなくなったのが老健事業からです。

それから、昭和48年（1973年）に公害健康被害補償法が制定され、四日市や川崎、東京などで公害対策を自治体が行うようになり、そこに専門の保健師を配置するようになりました。保健師の専

門的な分野への配置は老人保健法より先でした。

●地域保健法と保健所の再編

平成6年（1994年）には地域保健法が制定され、それまでの保健所法が廃止されました。地域保健法は平成9年4月1日に施行されましたが、平成9年3月に全国で845か所あった保健所が、平成22年4月1日現在で494か所に削減されました。地域保健法はとんでもない法律で、保健所削減の根拠として厚生省は市町村と都道府県の二重行政を是正するという役割分担論を主張しました。一方、保健師も全住民を対象にして仕事するような時代ではないと言い、要望の高い人に個別的に支援していくのが保健師の仕事であり、全住民を対象とするような仕事はこれからしなくてよいと厚生省が言い出したのです。地域保健法で新しく定めた保健所の設置基準は、人口30万人に1か所です。老人福祉法の地域福祉圏と同じように、地域の二次医療圏ごとに1か所（全国で約300か所）でよしとしたのです。しかし、厚生省は保健所の設置基準を人口30万人に1か所としましたが、札幌市は170万人で1か所、神戸市も、大阪市も、北九州市もと、人口100万人を越す大都市、政令指定都市がその後次々と保健所を1か所に統廃合しました。横浜市も300万人で1か所です。

保健所の削減で、特に食品などの監視業務がおろそかになりました。2000年に大阪の雪印乳業でO-157感染問題が起きたりしました。食品対策、環境対策が、ものすごく疎かになっているのではないかと思います。

また保健所が減らされると同時に、保健所の保健師も大幅に減ったのです。保健所の保健師は保健所の規模によっても異なりますが、1か所に10人から20人ぐらい配置され、青森県などでは、年間150万円ぐらいの独自予算を持って保健所の保健師が活動していました。今は大体5人ぐらいの配置に減らされ、群馬県の保健所では、保健師が3人しかいないという話を聞いたばかりです。

さらに地域保健法がスタートして2年ぐらいの間に、殆どどの県では保健師を地区担当制から業務担当制に変えました。母子担当保健師、感染症担当保健師などという保健師になっているので、

平成22年度の保健所設置数は494カ所に!

【中核市…設置自治体数40】⇨22年度 40カ所

【都道府県…設置自治体数47】⇨22年度 374カ所

年度	15			20			22				
	15	20	22	15	20	22	15	20	22		
北海道	26	26	26	石川	4	4	4	岡山	9	9	5
青森	6	6	6	福井	6	6	6	広島	7	7	4
岩手	10	10	9	山梨	8	4	4	山口	9	8	7
宮城	7	7	7	長野	10	10	10	徳島	6	6	6
秋田	8	8	8	岐阜	7	7	7	香川	4	4	4
山形	4	4	4	静岡	9	7	7	愛媛	8	6	6
福島	6	6	6	愛知	13	12	12	高知	5	5	5
茨城	12	12	12	三重	9	8	8	福岡	13	13	9
栃木	5	5	5	滋賀	7	7	6	佐賀	5	5	5
群馬	11	11	10	京都	12	7	7	長崎	8	8	8
埼玉	20	13	13	大阪	14	14	14	熊本	10	10	10
千葉	14	13	13	兵庫	25	13	13	大分	9	6	6
東京	13	7	7	奈良	5	5	5	宮崎	8	8	8
神奈川	11	9	9	和歌山	7	7	7	鹿児島	14	13	13
新潟	13	12	12	鳥取	4	4	4	沖縄	6	6	6
富山	4	4	4	島根	7	7	7	計	438	389	374

年度	15			20			22				
	15	20	22	15	20	22	15	20	22		
函館★	1	1	1	長野	1	1	1	高松	1	1	1
旭川	1	1	1	岐阜	1	1	1	松山	1	1	1
青森	1	1	1	豊橋	1	1	1	高知	1	1	1
盛岡	—	1	1	岡崎	1	1	1	大津	—	1	1
秋田	1	1	1	豊田	1	1	1	長崎	1	1	1
郡山	1	1	1	高槻	1	1	1	熊本	1	1	1
いわき	1	1	1	大津	—	1	1	大分	1	1	1
宇都宮	1	1	1	大塚★	1	1	1	宮崎	1	1	1
前橋	—	1	1	姫路	1	1	1	鹿児島	1	1	1
川越	1	1	1	尼崎★	★	1	1	相模原	1	1	☆
船橋	1	1	1	西宮★	1	1	1	新潟	1	☆	☆
柏	—	1	1	奈良	1	1	1	静岡	1	☆	☆
横須賀	1	1	1	岡山	1	1	1	浜松	1	☆	☆
富山	1	1	1	倉敷	1	1	1	堺	1	☆	☆
金沢	1	1	1	福山	1	1	1	岡山	1	1	☆
				下関★	1	1	1	計	33	39	60

★印は政令市からの移行
☆印は指定都市に移行

【その他政令市…設置自治体数7】⇨22年度 7カ所

年度	15			20			22		
	15	20	22	15	20	22	15	20	22
小樽	1	1	1	尼崎	1	1	★函館	1	★
八戸	—	1	1	呉	1	1	大塚	1	★
藤沢	—	1	1	大津	1	1	西宮	1	★
四日市	—	1	1	世田谷	1	1	下関	1	★
				計	9	8	7		

★印は中核市に移行

＝保健所数の動向＝

平成年度	都道府県				合計	前年度比 減少数
	都道府県	指定都市	中核市	特別区		
8	623	122	47	53	845	
9	525	101	41	39	706	139
10	490	93	44	36	663	43
11	474	93	43	31	641	22
12	460	70	38	26	594	47
13	459	70	39	24	592	2
14	448	70	41	23	582	10
15	438	71	44	23	574	8
16	433	71	44	23	569	5
17	411	72	43	23	547	22
18	396	73	43	23	536	11
19	394	58	43	23	518	18
20	389	58	47	23	517	1
22	374	50	47	23	494	23

*22年度は京都市保健所が1カ所に統合

【指定都市…設置自治体数19】⇨22年度 50カ所

年度	15			20			22				
	15	20	22	15	20	22	15	20	22		
札幌	1	1	1	新潟	☆	1	1	神戸	1	1	1
仙台	5	5	5	静岡	☆	1	1	岡山	☆	☆	1
さいたま	1	1	1	浜松	☆	1	1	広島	1	1	1
千葉	1	1	1	名古屋	16	16	16	九州	1	1	1
横浜	1	1	1	京都	11	11	1	福岡	7	7	7
川崎	7	7	7	大阪	1	1	1	計	71	58	50
相模原	☆	☆	1	堺	☆	1	1				

【特別区…設置自治体数23】⇨22年度 23カ所

千代田、中央、港、新宿、文京、台東、墨田、江東、品川、目黒、大田、世田谷、渋谷、中野、杉並、豊島、北、荒川、板橋、練馬、足立、葛飾、江戸川 の23区は15年度以降各区1カ所

住民が相談に来て「母子担当ではないので分かりません」となっています。大阪府の保健所の保健師から、人手不足のため母子保健法で決められた低体重児の訪問活動を100%やっていないと聞いた時には驚きました。ならば夜でも日曜日でも行けばいいのではないかと議論しましたが、現場ではとにかく行けないという状況のようです。

一番先に保健所を業務別配置にしたのが石川県や新潟県の保健所でした。新潟は市町村の保健師がすごくしっかりしていたので、市町村の保健師がやらなくてもいい結核訪問までやっていますし、精神障害者への対応も市町村がやっていますから良いのですが、石川県の場合は市町村の保健師も充実されてないので、非常に問題だと思いました。

業務別配置は横浜市が典型例で、1か所に20人程度いた保健師をすべて高齢・障害担当保健師、健康づくり担当保健師などと分散配置して、地区担当をなくしてしまいました。このため地区の全体の姿が見えなくなっています。家庭訪問も減少して、非常に問題になっています。また保健師全体の統括をするところがなくなってそれが問題となり、全国的に保健師の業務別分散配置の職場が増える中で、同じ自治体の中で保健師の連絡協議会を作り、月に1回ぐらいは保健師間の横の会議が開けるようにということを、厚労省が逆に言いますような状況になってきています。

東京は今でも地区担当制が多く、地区担当は保健師の命だから絶対になくしてはいけないと、多摩の保健所の保健師は地区担当をやっています。そうしないと地区の医療機関との連絡や、いろいろな地域の住民との連絡、共同での地区づくり、健康づくりなど、地区組織でヘルスプロモーションをということがなかなかできません。だんだん地域に出る回数が少なくなり、保健師の活動の中心であった家庭訪問も出来なくなっているのが、今もっとも大きな保健師の問題になっています。

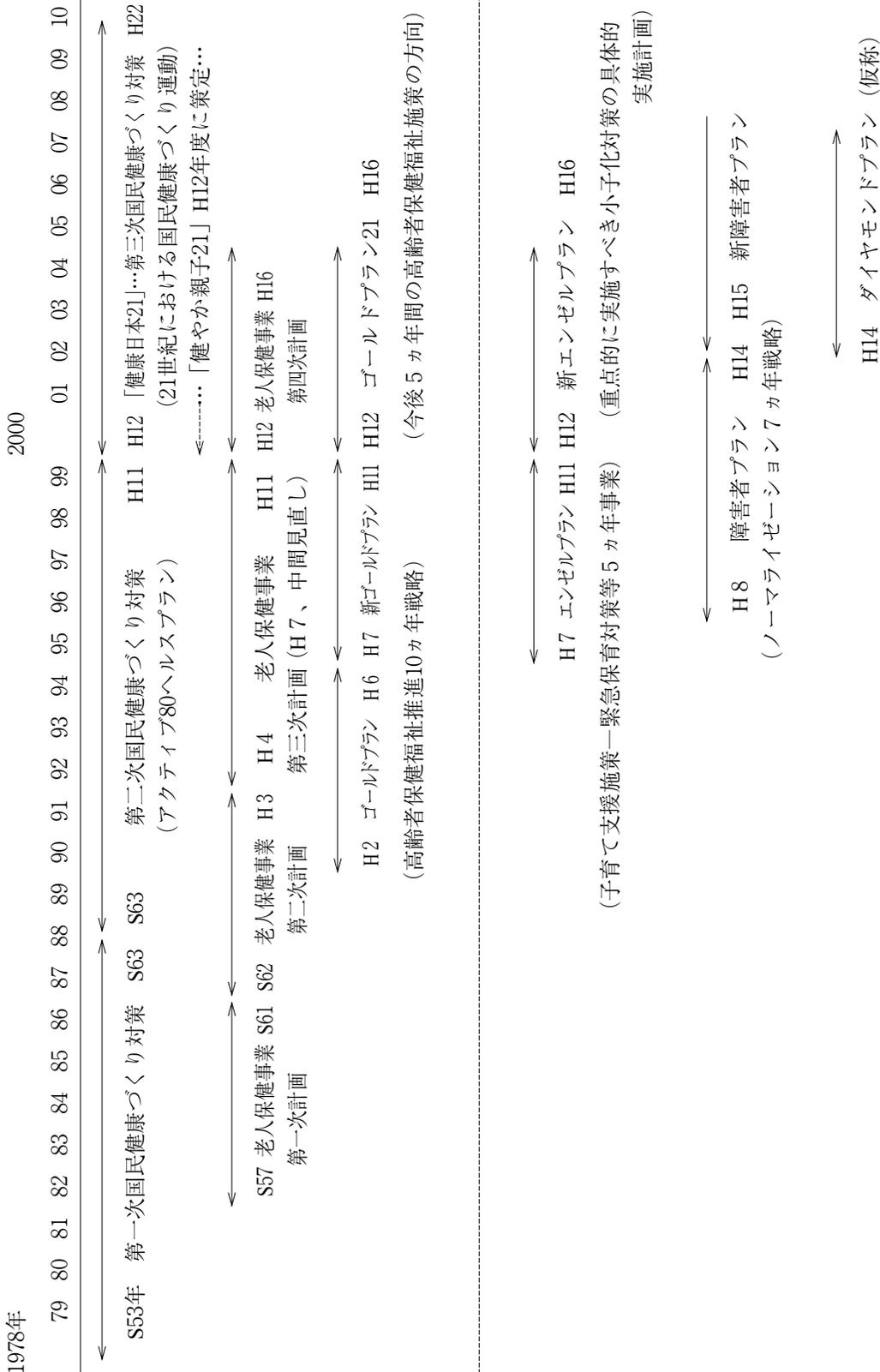
平成に入って、平成12(2000)年に介護保険制度がスタートしますが、この時期厚労省は次々と法改正を行い、自治体には母子保健計画、老人福祉計画など、やたらに計画を立てさせるという方針をとりました。このため計画づくりに保健師が追われるようになりました。その計画づくりの保健師だけ残せば、現場の仕事はできるだけ民間委託

にし、保健師はそんなに増やす必要はないという流れも出てきます。老人保健事業が第4次まであり、障害者はノーマライゼーション7カ年戦略、子育てはエンゼルプラン、健康づくりはアクティブ80ヘルスプランなど、これらが市町村に課題として押し寄せ、計画を出さないと予算も出さない、事業予算も付けないということになり、保健師がそれに振り回されました。毎日夜の9時までパソコンと格闘する状況です。また、これに伴い、会議や記録、報告作成の業務が多くなり、かつては現場に出て、家庭訪問をして地域住民と話し合っただけで済んでいたという活動がデスクワークに変わりました。さらに、各種保健事業も厚労省から出されるメニュー事業が中心になり、それ以外の地域の課題の仕事ができなくなって、保健活動への面白味がなくなり、意欲をなくす保健師が増えました。

こうした状況について、看護協会などは管理職になる保健師がいないから問題が起きるのだから管理職になるべきだとか、保健師には現場で働く保健師とスーパーバイザー的な保健師を置く必要があると、そんなことばかり言っています。

保健師をめぐる状況の話が長くなって、具体的な活動はどうしていたのかの話ができなくなりましたが、私が勤めていた東京都江東区の保健所はいわゆる市町村の保健事務と県レベルの保健事務を一体化してやっていたので、かなりたくさんのお仕事をやっていました。難病患者の援助システムを地域医師会や患者会など、いろいろなところとタイアップしてつくりました。精神保健業務も作業所づくりやデイケアを実施、家族相談教室も事業化しました。アルコール問題や認知症の相談事業も開始しています。精神保健の分野ではかなり充実をさせたと思います。パーキンソン病友の会や腎臓病、肝炎の患者会、膠原病友の会、乳がん患者会等々、療養の交流や学習、仲間づくりを行う自助グループもたくさん誕生させました。今は自主的に患者さんが運営していますが、最初は保健師たちが患者同士をつないで組織づくりの支援を行いました。現在患者同士で地域活動をしたり制度要求をしたりしています。保健所が本気になってやれば、法外事業、独自活動としてこのくらいの仕事は出来るのではないかと考えていま

「2000年を目途に次々と厚労省から出された施策」



* ダイアモンドプラン (精神障害者医療保健福祉対策5ヵ年計画)

す。しかし、保健所の管理職である医師の理解を得ることは困難で、東京都ばかりでなく他県でもやる気のない保健所長の問題が数多く出されています。市町村の場合、市町村保健センターは事務職または保健師がセンター長になっていますが、専門職でない事務職の方がかえって保健師の活動

を理解し、予防活動の充実を図っている自治体が各地にあります。

(2010年9月10日実施)

(きくち うたこ、全国保健師活動研究会及び保健婦資料館事務局)

資料5

東京都江東区の保健所における保健婦の仕事 (1990年代)

種別	所内活動 (健康相談・集団検診・衛生教育等)	所外活動 (家庭訪問活動・衛生教育等)
母子	乳・幼児経過観察 発達相談 療育相談 3歳児心理相談 ことばの相談 家族計画個別相談 レディス・クリニック 一般健康相談 産婦健診 乳・幼児健診 両親学級 母乳教室 育児学級 家族計画指導	若年初妊婦訪問 低体重児・未熟児・病児・障害児の訪問 出張両親学級 出張育児相談 出張健康相談 健康教育
成人・高齢者	一般健康相談 成人病予防健診 リハビリ教室 骨粗しょう症予防健診 成人病教室 講演会	各種健診の要医療者・要観察者訪問 出張健康相談 講演会 患者会支援 成人病教室 健康教育 区民まつり
結核	一般健康相談 管理検診 予防接種 (ツ反、BCG) 業態者検診 家族検診	新規登録者訪問 感染性の在宅患者 治療放置者訪問 小企業検診
感染症	予防接種 エイズ相談 講演会 防疫活動 エイズ抗体検査	伝染病発生時の家族・接触者訪問 講演会
精神保健	精神保健相談 一般精神 思春期 酒害 痴呆 生活指導 (デイケア) 一般精神 酒害 痴呆 精神家族相談教室・講演会 痴呆老人家族の会・講演会	所内相談により訪問が必要なもの 講演会 家族の会支援
難病	難病相談 講演会	難病訪問 患者会支援 講演会
その他	実習生の指導	

「シンポジウム 国境を越える患者と病院」 (2010年8月28日) 参加報告

竹野 ユキコ

はじめに

国際医療福祉大学大学院主催による国際シンポジウム「国境を越える患者と病院」に参加した。このシンポジウムは今年3月の「メディカル・ツーリズムの現状と課題」に続く第2弾とのことであり、日本の医療の国際化がテーマであった。冒頭の挨拶では、主催者が日本で外国人患者を受け入れることは可能か、海外での存在感があまりない日本の医療という現状や国内に反対意見も多くなかで、現実はどう考えるべきかを議論したいと述べていた。

前半は、国境を越えて海外の病院を受診する患者が急速に増えていくなかで政府はどう関わっていくべきなのかをテーマとし、後半は日本の病院が海外に進出する事例として、中国進出計画2例の報告や中国の医療事情が中心となった。なお参加者は100名以上にのぼり、主催者側の発表では40医療法人が参加したとのことである。ここでは、外国人患者を受け入れるインバウンドについての報告に重点をおきたい。

1、韓国医療グローバル・プロジェクト

韓国保健産業振興院（Korea Health Industry Development Institute、略称キディ KHIDI）国際医療事業団団長の張慶元氏が講演し、政府機関である KHIDI の紹介がされた。

2005年から外国人患者誘致戦略を立ち上げ、2年間をかけ民間の49団体で KHIDI 前身となる協議会を作り、医療サービス国際化の動向を検討、医療と観光をセットにしたメディカル・ツーリズムを行うタイではなく、シンガポールの医療中心モデルを参考に、「グローバル・ヘルスケア」を追究、競合国であるヨーロッパ諸国、インドやブ

ラジルなどの分析を行い、国内の医療資源過剰供給の解決のために、治療中心の外国人患者誘致を中心とすることに決定した。かつては重化学工業、ITが韓国産業の中心であり、次は医療という視点から、韓国政府が計画しモニタリングし、計画を発表し、医師会などの反対意見に対応したとのことで、民間での活動と政府からの説得を続けることが必要と主張した。

一方でタイの国内医療の崩壊した状況を懸念し、国内患者との逆差別が生じないように外国人患者受け入れの上限を決め、医療事故対策の法制化、外国人が韓国の医療をどう思うか、アフターフォローのシステム作りを進めたという。国家機関が横のつながりを作り協力するため、会議を毎月行うとのことである。24時間、5カ国語対応のメディカルコールセンターを設置し、次の目標はインバウンドからアウトバウンドであると述べた。

2、パネルディスカッション「外国人患者の受け入れと政府の役割」

経産省、観光庁、厚生労働省、亀田総合病院、順天堂大学附属病院からパネリストが参加し、それぞれの主張を述べた。

経産省はメディカル・ツーリズムではなく、原発や新幹線のように「医療の国際化」をめざしたいとし、平成21年にサービス・ツーリズム研究会を開き、日本の医療システム輸出をめざし、平成22年に医療国際化のファシリテータ・アレンジを開始、東京外語大の支援を受けているとのことである。外国人の生活にあった高度な健診を営業し、アウトバウンド全体の支援を考えるととのことであった。いかに日本の医療サービスを海外へ営業するかが主眼の発言だった。

観光庁は訪日旅行促進事業（ビジット・ジャパ

ン)の取り組みを行い、2013年までに1500万人、日本に人が来る動機付けを作ろうとしている。中国人などの外国人受け入れのルート作りを行い、旅行業者を中心とした誘客事業、商談会を行い、医療は調査中心、インバウンド医療観光に関する研究会を行っている。空港での訪日目的アンケート3906サンプルのうち、医療目的は4とのことであり、医療観光プロモーション推進連絡会を作り、まだまだ増やすつもりでいると発言していた。

一方、厚労省は国民の医療が疎外されないことを前提に進めると発言した。しかしツーリズムではなく「国際医療交流」として、外国人医師・看護師による国内診療等の規制緩和の検討・実施（日本にはない病気、投薬への対応）を考えるとのであった。医療事故への対応を考え、健診・医療機関の質の担保をはかり、外国人患者受け入れに資する医療機関認証制度などを検討することである。

こうした行政の対応に対し、亀田メディカルセンター特命副院長のジョン・C・ウォーカー氏は、日本は政府のサポートがないのでハードルが高く、病院の努力が必要になると発言した。具体的には診察、保険会社の言語の問題やビザの問題、医療費の不明瞭性、国際的な病院機能評価としてのJCI（アメリカの国際的な病院品質認証機関）取得は日本では亀田病院のみであることを指摘した。

順天堂大学医学部附属順天堂医院総合診療科先任准教授の久岡英彦氏は、日本のメディカル・ツーリズムは病床稼働率95%なので難しいのではないかと指摘した。しかし順天堂では会社取引先や個人レベルで昔から受け入れをしており、迅速な手術対応や半日で済む健診システムなど、日本の医療には利点も大きいと指摘した。また医療費の

不明瞭性については、実費100%ならば外国人患者も満足するとし、窓口がしっかりしていれば、日本でも外国人患者の受け入れは可能であると主張していた。

おわりに

韓国の事例は、政府と一部の民間団体が連携し強力に医療立国を進めようとした成果が現れたものだとして理解した。確かにインバウンド成功事例という印象を与えるが、韓国国内の実際の受け止め方はどうだろうか。また後半の中国への進出事例に関しては、1例はリーマン・ショックによる資金調達困難化での失敗、1例は進行中であり、民間医療法人が現状での挑戦を報告したものであった。そこには政府は何も関わってはならず、パネリストも民間からの視点による発言だった。混合診療の問題、医療従事者の資格の問題など、医療制度全体に関わる大きな問題には触れられずじまいであった。

観光庁は海外から外国人観光客をどう呼び込むかの一環で考え、経産省は新幹線や原発と同じに日本の医療を海外へ売り込もうとし、厚労省は既存の制度とのつじつま合わせを模索する発言内容だった。各論ばかりが先行し総論がないので、アウトバウンドでも韓国やタイなどに対抗して遅れを取り戻すのは困難であると思えるし、そもそもインバウンドにおいてもEPAによる外国人看護師・介護福祉士導入などでは混乱したままであり、国内の医療政策だけでも統一がとれそうにないのに、医療ツーリズムを推進しようとするのはさらに混乱をもたらすだけではないかと思われた。

(たけの ゆきこ、研究所事務局)

EUにおける越境医療ルールづくり

事務局

1. ルール化するすむ

2010年10月27日にEU議会の公的医療（公衆衛生）委員会は、越境医療（cross-border health care）のEU指令（directive）を採択した（反対保留は3カ国。ディレクティブはEUが加盟国にだす法案の指示文書で、いわゆる法に準ずる規則）。これはEU市民がEU域内どこでも医療を受けることができるようにすることを目指したものである。

医療制度は第一義的には加盟各国が自国の市民に対して責任を負うものとして、EUでは一般的サービス業の自由化とは異なるものと医療サービスを位置づけている（2006年12月12日EU指令「内部市場におけるサービス業」、Bolkesteinディレクティブと呼ばれる。派遣労働化、低賃金化を引き起こすとして反対が多い）。しかし、ヒトモノカネの移動の域内自由化というEUの方針に伴い、EU医療圏という問題は当然派生する問題であった。海に囲まれた日本とは異なり、陸続き国境を持つ国の多いEU域内では、ヒトの移動は労働力、移民、さらには居住、医療サービスの享受などの理由で容易に隣国等に越境する事態が発生する。ここに医療を含めた社会保障のグローバル化というよりもリージョナル化（地域化あるいは域内化）という問題が発生する。

この問題は医療ツーリズムとも関係する。端的に言って、越境医療は医療の市場化を促進するのではないかという懸念が一方で指摘されている。医療ツーリズムが引き起こす諸問題、すなわち公的医療制度との関係、ルール作り、患者の国外医療の権利と医療受給格差、医療機関の事業の営利性と非営利性、医師などの医療従事者の国外移動などにおける諸課題が発生すると思われる。現在、EUの越境医療の規模はEU27加盟国全体で公的医療（公衆衛生）の1パーセント（約100億ユーロ）にすぎないが、将来的にそれが引き起こす検討課題は多い。EUの専門家はこの比率が3パー

セントを越えると、国内医療制度の変更をもたらすと予想している。

EUの二大目標の一つとして「社会的ヨーロッパ」の促進がある。これは社会保障・社会政策においても加盟各国の平準化を追求して、EU市民であればどこにいても同じ社会的・市民的サービスを受ける権利を持つことを目指しているものである。実際は現在27カ国となるEU加盟国の社会的・経済的レベルは4段階程度に分かれており、依然として各国別に社会保障制度が異なる。医療サービスに関しては「EU医療カード」の発行により、EU域内で労働移動した場合に、同一の医療サービスが受けられることを目指している。

2. 各国医療制度への越境医療の影響

2008年12月にヨーロッパ社会経済委員会は、EU議会とEU委員会に対してEUの「国境を越えた医療を受ける患者の権利」指令（2008年7月14日Directive）に対して意見書を提出した。とりわけ「医療ツーリズム」に関連して、規則では「人々がEU圏内の外国に行って医療を受ける自由」をEC（ヨーロッパ委員会）条約第49条「サービス提供の自由化、施設設置の自由化」に基づいて認めるという点で議論が起きている。ただし、反対意見としては、この条文は経済活動に言及しているのであって、公的医療を経済活動の範疇に入れることは妥当ではないという意見がある。しかし、医療を産業としてとらえようとする観点もあり、EU単一市場化の論理と無縁ではあり得ないことも確かである。

またEC条約第152条「公的医療（公衆衛生）」では、「公的医療は加盟各国の手に残すべきものであり、EUの役割は補完的であり、加盟各国の努力を支援することであり、規則作りと各国の目的戦略の調整を計ることである」としている。

これまで、医療制度は、一国内で国民（または市民）に対して公的（または医療社会保険）医療供給を原則として、海外での医療については私的保険でカバーするというのが一般的な形であった。また各国の医療制度はEUにおいても、供給方式、財源・支払い方式など多様である。公的医療はもとも、国外からの患者受け入れを基本的に想定していない。ヨーロッパ諸国でも医療ツーリズムは相互に存在しているが、それらはいくまでも私的費用で実施されるものである。しかし、EU域内での医療サービスの共有化という課題は、新しい問題を提起しており、島国という日本においても、無縁でない新しい課題を惹起するものと思われる。第1は医療サービスが一国内で閉じられるシステムであり続けるのかどうかという問題である。第2は、公的医療制度（公衆衛生）と私的医療との関係がどう変化していくのかという問題である。第3は、患者の医療アクセスの自由または権利を国内外で行使する場合、それと公的医療制度との関連性であり、それを個人または市場の問題として放任してよいのかどうかという問題であり、これは翻って医療供給機関のあり方の問題としてもとらえることができるという点である。第4は医療費用の問題として、より安価な医療を求めて国外で医療を受けることの問題である。第5に医療を産業として活性化させる政策の問題である。第6に、たとえば、日本に看護師など医療従事者の流入政策の是非の問題は差し迫った議論となっている点である。第7に、一般的には公的医療の範疇に含まれない美容整形、臓器移植、人工妊娠、最先端医療などの「医療」の位置づけの問題である。第8に、医療機関がEU域内における各国での補完的な役割を担うという考えが、出現したことにある。さらに患者が広域で移動することによるリスクの増大が想定される。また公的医療（公衆衛生）における費用格差の問題も想定される。

ヨーロッパ社会経済委員会の主張では、次のことが強調されている。すなわち、加盟各国の医療制度は連帯と財政持続性に基づくものである。国境を越えた医療サービスのために各国の医療機関は補完的な役割を果たすべきであるが、教育と患者の移動に伴うリスクの拡散に留意すべきである。

各国は入院医療と非入院医療の基準を明確化すべきである。医療の市場化が増大し、ヨーロッパ全体の医療の質の低下を引起す危険がある。医療機関認定、患者カルテなどの共通の基準化の必要である。

スペインとポルトガルはEUの方針に反対している。逆にハンガリーやポーランド、イタリアとは保留している。EU案では民間病院や診療所は一部除外される。イギリス、フランス、ドイツは、EU案におおむね賛成しているが、各国の個別の医療制度にとって否定的な影響、とりわけ医師など医療従事者の国外流出を引き起こすことを懸念している。

1998年にKohl/Decker訴訟がEU裁判所であり、患者が加盟各国で医療を受ける権利を認めるという判決によって、患者の移動の自由が明示化された。EU裁判所によれば、医療は加盟各国の責任であるが、EU法も尊重し排除しない。医療の財とサービスの自由な移動は医療の種類や費用支払い形式に関わらず適用される。そのためには各国の社会保障制度における支払い費用に関わる調整が必要である。またEU圏内での医療アクセスのための医療情報の共有化、技術評価基準づくり、医療機関等についての情報開示、医療制度および、医療内容の共通化、EUの医療インフラに対する開発の必要性などがあるとしている。

一方、患者サイドは基本的に「患者の医療アクセス」の権利拡大として越境医療の拡大整備に基本的に賛成の立場を取っている。ヨーロッパ消費者組織（BEUC）は、患者はEU域内のどこでも同一の医療権と情報と受給権を持つべきであるとしている。消費者権を市場化の根拠とするのは、公的サービスの営利市場化の主張における一般的な傾向である。

また、ヨーロッパ医師委員会（CPME）は、越境医療に基本的に賛成で、医療の安全、質等についての枠組作りをきちんとすべきだとしている。2009年4月23日のCPME声明では、患者の医療アクセスの権利の拡大を大儀としている。EU指令では、患者の移動は、入院の場合は事前許可手続きが必要であり、外来の場合は、事前許可手続きは不要である。

実際に、北欧の人々が定年退職などしてスвей

ン、ポルトガルなどの南欧やクロアチア、ブルガリアなどの中欧に居住を移動して医療サービスを受ける傾向が強まっている。高齢者医療介護は、南欧や中欧では伝統的に家族を中心に行われてきたが、新たな問題を惹起している。人々の移動が現役および引退した高齢者、移民など、EU圏内で活発化してきており、医療制度も従来の一国内だけのものから、部分的に新しい越境医療を構築する必要が生じている。

また医療従事者の移動も活発化している。たとえば、イギリスの病院はドイツからの手術チームと契約をしている。これは長期の手術待ち日数に対処するためのものである。

3. 越境医療の法的枠組

医療は基本的に各国がその市民に責任を持っている。EUの役割はそれらの調整と補完的機能をどう構築するかにあるとされる。EU条約第42条に基づき、ヒトの移動の自由が保障されている。2004年の規則883号では社会保障の受給権を国内だけでなく一定の条件下において、費用的には自国の医療制度の条件を適用することを基本として、EU圏内で受ける権利を認めている。EC条約第152条では、高い水準で健康を守ることはEU政策と活動の取り決めと実施で遂行しなくてはならない。EUの活動は各国の生得の補完的役割を果たし、公衆衛生、病気予防と治療を行う。医療情報、教育など整備をはかる、などとしている。

1998年規則1408/71により、各国医療保障適用の調整が図られた。「臨時医療」(occasional health treatment. E111)と「計画医療(E112)」の2種類に区分される。EU規則2004/883でヨーロッパ医療保険カード(EHIC)を規定した。

2010年9月13日のEU理事会報告「越境医療における患者の権利について」では、指令案に賛成の立場から、次の点を強調している。すなわち、加盟各国における医療協力を促進して安全高質の越境医療のアクセスを容易化する。そのために各国の社会保障制度の調整のための法律作りをEUは行う。各国医療制度に対応した医療費払い戻し

のルールを作る。各国の医療制度の財政に危機をもたらす場合は、越境医療ルールを制限することができる。加盟各国外に出向く越境患者の取扱と費用等(人数も?)を調整できる。また国内に入ってくる患者についてもルールに基づき調整できる。越境医療供給する医療機関を特定することができる。越境医療のための処方箋の共通化を計る。長期介護や移植医療などは除外する。医療機関の種類に関わらず(公的か民間か)、患者は同一の医療を受ける権利を有する。

4. ヨーロッパ医療保険カード(EHIC)

ヨーロッパ経済圏(EEA)に加入している各国共通の医療保険カードは加盟各国の医療制度に基づく医療サービスを受けることができる「公的」カードであり、2002年に検討され、2004年から実施されている。これは「臨時医療」に適用されるものである。すなわち、たまたま加盟国に滞在しているときに治療が必要になったときに、自国から必要な書類(E111)を滞在国に提出して受ける治療である。このプラスチックカードには基本的な情報が入る。

5. 医療のリージョナル化

以上のEUの越境医療システムは、それ自体は市場化や営利化をめざしたのではなく、基本的に各国の医療制度(公衆衛生)の範囲内で実施されるものであるが、各国の医療サービス供給に営利の医療機関を組み込むかどうかは各国の政策にまかされていることは当然である。しかし、公的医療の範囲や質および待ち時間などの問題により、現在でも頻繁に、越境して私費で治療を受ける問題はヨーロッパでも一般的な現象としてあり、医療制度と医療ツーリズムの問題は、ヨーロッパではとりわけ、公的医療制度のリージョナル化および共有化という問題とも関係していることを、今後とも注視する必要がある。

表 一人当たりの平均越境医療への公的医療費支払い（ユーロ）

国	1998	2004	E112認可患者数(2001)
オーストリア	1.87	8.90	850
ベルギー	4.38	6.42	
スイス	—	10.02	
ドイツ	2.21	1.87	
スペイン	1.11	3.72	651
フランス	1.05	5.79	263
ギリシャ	3.15	0.79	
イタリア	2.89	2.26	16,280
ルクセンブルグ	116.0	130.33	11,506
オランダ	2.85	2.63	
ポルトガル	7.00	3.85	246
スロベニア	—	0.99	
スウェーデン	0.96	1.92	
イギリス	0.36	0.76	1,134
全体平均	1.99	2.74	—
アイルランド	0.93		600
フィンランド	0.52		4

出所：W.Palm, “Towards an EU law on health-care services?”, 2006に基づき作成。

注1：全体平均は単なる参考値である。数字は、自国民に対する支払い数である。

注2：ルクセンブルグの数字がきわめて高いのは、ルクセンブルグが人口50万人ほどの小国であり、患者が隣国のフランス、ベルギー、ドイツなどに越境治療に出かけるからである。ルクセンブルグの医療費用全体の7パーセントが越境医療に該当する。

韓国の社会的経済と医療—新しい取り組み手の登場

エリック・ビデ (ルマン大学) 訳: 石塚 秀雄

【訳者まえがき: 本論文は、フランスのルマン大学助教授のエリック・ビデによる英文論文の翻訳である。“*Social economy and health care in South Korea: The emergence of new actors*”, Eric BIDET, Le Mans University, France.

E. ビデは、フランスの「社会的経済研究誌」(RECMA)の編集者を経て、韓国の大学で教鞭を執り、現在はフランスのルマン大学助教授として社会的経済を教えている。主著としては、『社会的経済 *Economie Sociale*』(日本語未訳)があり、また韓国の社会的経済に関する論文も多数ある。海外における韓国の社会的経済および非営利・協同セクターの数少ない研究者の一人である。なお、英語原文は、当研究所ホームページより入手できる】

1. 歴史的概要

社会的経済のヨーロッパ的な概念はサードセクターとも呼ばれるが、それは公的セクターとも資本主義セクターとも区別されるもので、非営利原則すなわち制限利子原則、民主的管理(ガバナンス)によって運営される。しかし、韓国においても依然としてあまりよく知られていない概念である。韓国には各種協同組合や活発な非営利セクターが存在していることも確かであるが、それぞれ異なる歴史的背景を持ち、共通の価値観や自画像を共有しているわけではない。したがって、フランスで1970年代、ひきつづきヨーロッパ各国で出現したような、1つの特別な経済セクターとして一緒に推進するという事はなかった。

しかし、韓国の社会的経済組織はきわめて限定的で、ニッチな役割ではあるが、社会的経済やサードセクターを文化的政治的に根付かせる役割を果たしてきた。その点について、私は2002年の論文で論じた(参考文献)。ここでは簡単に、韓国の儒教的伝統が、社会的経済の発展にとって長所と短所があるということに触れたい。韓国の80年間(1910年から1987年)にかけて、権威主義的な政治体制が継続したが、日本の植民地時代(1910-1945)と独裁体制時代(1948-1987)のいずれにおいても、窒息するような社会において社会的経済的な動きというものが政治的に根付いていったと言うことができる。

韓国の社会的経済が、韓国の文化的政治的な流れのなかで、1つは国家代理的な特徴を持つもの(伝統的な協同組合や一部の市民団体)や営利主

義的特徴のもの(財団)が登場した。この2極の間に、ヨーロッパモデルとしての社会的経済の組織が出現したと見るができるが、それはニッチでもあり、慈善的組織に近いもので、社会運動組織や自助組織という性格は弱かった。

ギイ(Guy, 1991)の定義による古典的区分では、それらは公益団体と呼べるものであり、相互扶助組織と公益機関との中間にあるようなものであった。すなわち、それらのほとんどは、下から作られる組織ではなくて、上から作られる組織であった。儒教思想と独裁体制が結びついて、上下関係や義務や画一性が押しつけられ、下からの自主性は抑圧されて上からのトップダウン方式が強調されて、強権的国家権威の下にあったために、社会的経済のもつ諸原則(民主主義、人権、平等、任意の参加、草の根からの意思決定、多様性の尊重、国家の干渉からの自律性など)は敵対視されてきた。1920年代に最初の消費生協運動が起きたが、それは日本の植民地支配に対する朝鮮人民の経済的独立を目指す精神によって進められたものであり、ヨーロッパでは労働者人民階級の運動だったが、朝鮮では知識人が進めた運動であった。

医療や社会サービスの分野では韓国の社会的経済の担い手は、これまで市民団体(アソシエーション)や財団であった。とりわけ財団は、事業高や雇用数において規模が大きい。しかし、その多くは小規模であり、また福祉分野のNPOは対人サービスのニッチな部分(高齢者、保育、障害者)で活動している。いくつかの研究では、それらの団体は非営利法人法に基づくものであるが、財団の多くは、営利であり、また免税団体を目指して

いる。一方、多くの社会福祉センターは公的扶助制度の中に組み込まれており、財源の多くの部分を出している地方自治体の監督下に置かれている。したがって、NPOも財団のいずれも、営利セクターに近い公的セクターに近いのである。いずれも民主的原則は適用されていない。とくに財団は、メンバーシップよりも資本や資金を重視している。市民団体の場合もメンバーシップはあまり重視されていない。韓国の社会サービスを行っている非営利組織のもうひとつの特徴は、ボランティアにあまり依存していないことである。非営利組織は社会サービス提供では重要な役割を果たしているが、財団の多くは社会サービス提供をしていない。社会福祉センターは、地方自治体の社会福祉制度に組み込まれていて、社会運動や個人参加というよりも慈善原則に基づいたものといえる。

2. 新しい担い手の登場

最近、韓国の社会的経済に大きく影響を与える2つの事柄があった。1987年の政治民主化は、韓国市民社会の自由拡大と自立性の拡大に道を開き、いわゆる「市民社会の10年」が誕生したのである。それは生協や医療生協などを含む多くの市民運動の登場を伴うものであった。特徴的なのはこれによって、従来ある協同組合も、より国家からの自立を図ろうという動きを示すようになったことである。また1997-1998年の激しい経済危機は数百万人の韓国人を貧困に陥れ、伝統的な家族連帯が機能しないことが明らかとなり、既存の社会諸制度が貧困や大量失業の突発などの諸問題に効果的な回答を示すことができず、結果として急速に社会的危機に陥った。

この2つの出来事に加えて、より構造的な変化が韓国社会を大きく転換させ、また社会的経済の状態をも転換させた。1960年代に進んだ急速な産業発展によって、韓国社会は人口構成の変化という問題を発生させた。女性の経済活動への参加が増加し、高齢社会化が進み、核家族が登場し、さらには伝統的な地域コミュニティや地域連帯が崩壊し始めた。その結果、以前には主婦が担っていた仕事は家の外で組織化されねばならず、公的福祉の拡大化がもたらされ、また社会的経済の役割

が一層注目されるようになった。しかし、公権力は十分な公的福祉を提供できなかったもので、その代わりに社会的経済に関心を向けて、とりわけ社会的企業を公的制度の整備と公的支出の急速な増加を避けるために代替しようとした。

1980年代の民主化の後に市民運動は大きく花開き、社会経済的問題と政治的問題に関与するようになった。環境保全、社会的正義の推進、腐敗政治家糾弾、福祉制度の構築、大企業の少額株主運動などである。情報コミュニケーション技術を駆使して、市民運動は市民参加の範囲を拡大し、情報普及を行い、市民運動が目に見えるようにし、政策に影響を与え、支援の基盤を拡大した。市民運動はNPOよりも多くの人を集めて、国家からもまた営利セクターからもより独立的に活動するという点で、社会的経済に近づくようになった。とはいえ、市民運動の活動はアドボカシー（相談援助）が主たるもので、経済活動の規模は小さかったもので、会員は多くとも雇用は少ないものであった。厳密に見れば、これらは企業の活動を行っているとはいえない。「企業」と言うとするならば、従業員に賃金を支払い、年間予算や公認の会計報告書を作っていないからではない。

このような動きは、2つの大きな変化を社会政策と福祉政策にもたらした。それは第一に（1）「福祉システムの発展」である。これは社会保険制度の拡大によって特徴づけられる。従来はきわめた限られた人を対象にし、支給も限られていたが、大胆な制度改革によって、基本国民所得の底上げを、労働従事を社会的経済組織と契約化することで強制的に促進しようという政策をとった。最近（2008年）、新特別保険制度が導入され、高齢者長期介護が実施された。これはドイツと日本の介護保険制度に触発されたものである。これによって、将来的に韓国の社会的経済は大きく発展するだろう。日本で協同組合や非営利組織が高齢者介護サービス事業を促進してきているように、韓国でも福祉ミックスに進むかもしれない。

第二に（2）「社会的経済組織がより注目される」ことである。諸権利を遂行できない人々「脆弱階層」（失業者、障害者、社会的少数派など）に対する社会サービスの主要な供給者に社会的経済組織はなることができるし、また韓国政府が強

調する「福祉から労働」という政策に見合った効果的なパートナーとみなさる可能性が高いからである。

この新しい社会的政治的变化は、新しい社会的経済組織の登場を促すが、それは伝統的な非営利組織や市民運動組織とは違った特徴を持ったものである。社会的経済組織は、伝統的な農協や漁協に比べると官僚主義的でなく、また国家支配からも遠い。また社会問題に取り組んでいるという点でも違った分野で活動している。この社会的経済組織という新しいものの登場を示すものの先駆としては、1960年代に登場した2つの種類の信用組合、「信用組合」(CUs)とコミュニティ信用組合(CCCs)である。ただしこれらが法制度化されたのは1970年代である。従来の農協などが銀行事業を行っているが、これら信用組合は、都市貧困層に個人口座を持たせて、低所得家庭や、一般金融機関から借入れが困難な中小企業に貸し付けを行うことに特化している。これら信用組合は、より参加的な機能を目指しており、それは農協や漁協などの伝統的な協同組合と比較して、転換的協同組合と呼べるもので、農協や漁協の後に生まれた生協や医療生協に比べても新しいものである。ガバナンス(運営)の方式が異なるので、信用組合の間でも最近の違いが見える。すなわち、コミュニティ信用組合(CCCs)は、職員数が1998年の21,000人から2007年の31,000人に増加している。一方、信用組合(CUs)は、経営腐敗や不祥事により1998年の経済危機に倒産に追い込まれたものもあり、職員数は1998年の13,000人から2006年には8,000人と減少している。

1987年以降、市民社会はより新しい開かれた社会的政治的状況になり、コミュニティ信用組合も信用組合も「生協」の登場に道を譲り、ヨーロッパ的な社会的経済の考えに近い独立性の高いものが登場してきたことになる。生協は、伝統的な協同組合と違って、政府によって作られたものでもなく、公共政策の枠組みの中に置かれるものでもなく、市民社会に根拠を置き、その一部は先に述べた転換的協同組合から直接に生まれたものである。したがって、それはより独立的であり参加的な形態をとるが、依然としてニッチな分野にとどまっている。日本やヨーロッパ各国に比べると未

発達である。伝統的な協同組合と比較すると、それらは従業員数も少なく、組合員数も少ないが、組合員の投票権が強調されている。活動分野は、有機食品販売、医療が有力である。組合員の民主的運営と参加は、伝統的な協同組合に比べて、その価値が強調されるのは、規模が比較的小さいことにもよる。

こうした転換的協同組合が最初に登場したのは、1979年に信用組合によって設立された、現在は消滅したが、シンリ生協の取り組みであった。その後、信用組合によって進められた取り組みのいくつかは1983年にまとまって、非公式な連合組織を設立し、1987年に非営利組織として登記された。それが「韓国生協(消費者協同組合)連合会」である。この運動は、1998年に生協法の制定に決定的な役割を果たした。すなわち、ヨーロッパおよび日本に比べてさえも非常に遅れた生協運動であったが、韓国では新しい協同組合運動と見なされている。日本では生協は伝統的協同組合とみなされているはずである。オルターナティブとしての生協運動は異なるルーツを持つ(農民組合、フェミニズム運動、環境運動、大学・学園運動など)が、現在は8つの全国ネットワークを持ち、医療生協はその一つである。2007年7月の調査によれば、全国8つの生協ネットワークをあわせると、全部で221生活協同組合、約4万人組合員(そのうち20%は2005年以降の増加)、事業高は3300億ウォン(2005年対比23%増)である。

最近「新しいタイプの財団」が、社会問題とりわけ貧困大祭、労働参入の分野で登場してきた。これらは民間非営利組織や市民運動のリーダーたちによって主導されてきており、政府や営利セクターとのつながりはない。新しい財団の一部、たとえば「協働財団」や「韓国社会的投資財団」は、とくに仕事の創出と起業に取り組んでおり、さらに社会的弱者の貧困軽減や社会的統合を進めている。これらの財団は、1998年経済危機以降に始まった社会的企業の推進の中心的な担い手である。これにより市民社会運動は、労働者協同組合に触発されたし、国家統制的ではあるが、2006年には社会的企業促進法が制定された。

3. 社会的経済組織と医療

韓国の医療保障制度は1960年代に形成され始め、漸次拡大され、近年とりわけ整備された。現在は3つの制度がある。すなわち国民医療保険制度 (NHIP)、医療扶助制度 (貧困世帯に定額の補助金を支給する制度)、それと2008年にスタートした長期介護保険制度である。2000年に開始された医療改革は、たくさんあった医療基金を全国基金の国民健康保険公団に統一した。国民医療保険制度 (NHIP) は全人口の98%をカバーするが、その給付水準は依然として低い。その結果、本人支払いの比率が、韓国の場合は38%と、OECDの平均20%と比べると高い。

非営利セクターは、財団が大きな病院を経営し、規模の小さいアソシエーションは福祉センターを運営しているが、総じて韓国の医療供給の以前からの供給者である。財団の病院は高度で高額な医療を、アソシエーションの病院は貧困層を主たる対象としている。しかしながら、財団は営利性が強く、アソシエーションは福祉センターとして国家代理機関の性格が強いため、これらは、営利セクターや公的セクターのいずれとも異なるサードセクターとしての社会的経済組織とは少し違う。

より興味深いのは、最近の市民運動と医療生協の動きである。市民運動は、福祉制度の拡大とリニューアルに積極的に貢献しているし、医療生協は地域医療供給体制と運営において独自の取り組みを革新的に行っている。この2つの動向は、社会的経済組織の2つの機能を表している。すなわち「アドボカシー (相談援助) 機能」であり、これまで取り上げられなかったニーズや社会的正義に関わる問題に取り組み、解決のための主体的決定ができるように導く。第二は「生産的機能」であり、民主的運営や非営利原則などの価値やルールに基づく独自の生産形態を作り上げることである。いずれにも共通しているのは、市民社会の主導的な役割で、これが韓国では新しい特徴として考えられ、先に述べた歴史的文化的な背景によって登場してきたものなのである。

1987年の政治民主化以後に活発化した市民運動は、韓国のアドボカシー (支援相談) 事業の形成に決定的な役割を果たし、経済成長と社会政策の

バランスのために貢献した。このことは従来のバラバラの社会保険制度に対して、2000年に国民基本生活保障制度 (NBLSS) の導入し、国民的連帯の新しい境地を開いた。また参加的民主主義のための「民衆参与連帯 (PSPD)」は、韓国の大きな市民運動の1つであるが、政策決定に大きな影響を与える存在となった。

Kwon/Holliday (2007) が述べたように、「【韓国の】福祉国家の拡大は1990年代後半からであるが、どちらかと言えば中途半端なものになってしまった」。多くの研究者はこれは【韓国の】社会福祉の新しい傾向だと言う。Lee (2005) によれば、社会福祉のテーマは、「民主主義形成のために政策議論や国家政策日程 (アジェンダ) から、韓国の歴史初めての市場経済によるショックをいかに堪え忍ぶかに」移ってしまった。その結果、社会保障支出は急速に増加し、1996年には5%増だったのが、2001年に8%増となった。しかし、日本やヨーロッパと比較して韓国に特徴的なのは、医療にたいする公的支出の比率がOECDの平均値の73%と低いことである。

しかし、医療生協は、隅っこで数も少ない存在であるがそれなりに成長している。韓国の医療生協は前述したように、生協から派生したものであり、法的認知を受けたのは最近のことである。1990年代半ばに登場した医療生協は現在では約15,000世帯が加入し、年間事業高は900億ウォンである。西洋医療、東洋医療、歯科などを供給している。

医療生協は医療の質においても貢献している。それは医療が地域開発推進の役割を果たしていることである。そもそも医療生協は市民社会 (移民グループ、協同組合、キリスト教グループ、医療労働者団体など) から出発しているのであり、民主的運営、組合員参加を志向し、女性、高齢者、障害者を含めた社会的弱者の社会的統合に貢献しようとしている。

地域開発的に見ると、ソウル郊外に医療生協は展開している。韓国はどの地域も中央集権化が激しいのであるが、最初の医療生協は、安城地方で農民団体とキリスト教学生協会によって1994年にスタートした。2年後に仁川にキリスト教組織と医療労働者グループによって第2の医療生協が設

立された。3番目は2000年に安山に市民運動と医療研究センターの後押しによって設立された。現在4つの医療生協（安城、太田、安山、仁川）があり、こうした医療運動全体の75%を占めている。すなわち組合員数の75%を組織している。2002年にソウルにも医療運動は拡大して、2008年には合計12カ所できている。そのうち4つは2007年に設立された。医療生協はいずれも、生協、信用組合員のグループやコミュニティグループ、地域住民グループ、アソシエーション、市民の医療権相談グループ、障害者支援グループなどの市民社会グループによって設立されたものである。

医療生協は、2006年の社会的企業促進法においては、社会的企業の事例モデルと見なされている。同法は、アジアでは初めての社会的企業法であり、社会的企業をいくつかの種類に区分している。すなわち、労働参入の社会的企業（対象者の50%以上が社会的に不利な人々であること）、社会サービス供給の社会的企業（対象者の50%以上が社会的に不利な人々であること）、および両方の混合型の社会的企業。したがって、医療供給と直接的関連は少ないが、社会的に不利な人々に対する社会サービスや労働統合を主たる目的とするものである。近年の議論では、政府による社会的企業にたいする厳しい統制が批判されている。政府は、医療生協を含む一部の市民運動に距離を置こうとしているからである。本論では、この議論には触れないが、すでに私の別の論文で言及している（2009, 2011）。もう一つ興味ある意見は、医療生協の本来の原則に関するものであり、最近の長期介護保険法の議論と絡んでいる。

これらの役割を見ると、より民主的な参加的な運営方式や女性の参加促進を図るものであり、また医療の費用低減化をはかるものでもある。医療生協はとりわけ、社会的弱者の社会的統合に貢献することに重要な役割がある。参加的運営という点では、民主的ガバナンス（運営）という考えが重要である。この概念は韓国の組織ではあまり知られていない概念であったからである。

医療生協は、組合員が出資をし、利用し、運営するという参加的な組織として、これまで見られないものとして注目を浴びている。それはコミュ

ニティに医療を提供し、医療費を引き下げ、医療福祉サービス分野に社会的雇用を生み出すものである。

References

- Bidet, Eric (2002). “Explaining the Third-Sector in South Korea,” *Voluntas, Kluwer Academic*, vol. 13, No. 2, pp131–147
- Bidet, Eric (2009). “The Rise of Work Integration and Social Enterprise in South Korea,” *EMES Conferences Selected Papers Series, ECSP-B08* –17
- Bidet Eric and Eum Hyung-Sik, “Social Enterprise in South Korea: History and Diversity,” *Social Enterprise Journal* (to be published in 2011)
- Holliday, Ian and Kwon, Soonman. (2007). “The Korean welfare state: a paradox of expansion in an era of globalization and economic crisis.” *International Journal of Social Welfare*, No. 16, pp242–248, Blackwell Publishing
- Ishizuka Hideo. (2003). “Health Care Insurance System and Non profit and Cooperation Sector in Korea.” Unpublished paper.
- Kim Hyeon-Myung. (2006). “Towards a comprehensive welfare state in South Korea,” *Asia Research Center Working Paper*, 14, London School of Economics and Political Science
- Kwon, Huck-Ju. (2007). “Advocacy coalitions and health politics in Korea.” *Social Policy and Administration*, Vol. 41, No. 2, pp148–161, Wiley-Blackwell
- Lee Hye-Kyung (2005), “Civil Society and Welfare Reforms in Post-Crisis South Korea,” *Canada-Korea Social Policy Symposium II* (January 27–28, 2005)

総研いのちとくらしブックレット

No. 4 『非営利・協同Q & A』

ISBN 978-4-903543-08-6

2010年9月1日発行、A5版116ページ、頒価300円

このブックレットは、非営利・協同の原則や理念などを、学者研究者等11名の執筆者により短い一問一答形式で、一般読者、学生、非営利・協同関係の人々向けに編集したものです。

非営利・協同について、その基本的考えをまとめてわかりやすく説明した本は、これまでほとんどありませんでした。このブックレットは、非営利・協同とはなにかについての理解を深めるための、格好のテキストになるものと確信しております。また巻末には「さらに深めたい人へのおすすめの本リスト」がついています。

このブックレットを多くの方に読んで活用いただきたいと考えております。

※50部以上ご注文いただいた場合は、頒価から2割引きとさせていただきます。

(美和書店、保健医療研究所でもお取り扱いいただいております)

ブックレット『非営利・協同Q & A』の目次

1. 非営利・協同の原則 (Q1-Q8)
2. 非営利・協同の担い手 (Q9-Q17)
3. 非営利・協同の展開 (Q18-Q22)
4. 非営利・協同と制度 (Q23-Q27)
5. 非営利・協同と経営・労働 (Q28-Q37)
6. 非営利・協同の社会的位置 (Q38-Q44)



連絡・申込先：非営利・協同総研いのちとくらし 事務局

(担当：石塚秀雄、竹野ユキコ)

〒113-0034 東京都文京区湯島2-7-8 東京労音お茶の水センター2階

電話：03-5840-6567 FAX：03-5840-6568 e-mail:inoci@inhcc.org

ブックレット『非営利・協同Q & A』(頒価300円、送料別※)注文用紙

※メール便、ゆうメール、レターパック、宅急便などでもっとも低料金となるものでお送りします

●お名前：

●郵便番号：

〒

—

●部数：

部

●電話番号：

(

)

●ご住所：

●その他：送付方法の指定や領収書のご希望などがあればお願いします

社会的事業所制度と障害者の労働

齋藤 縣三

1. 障害者自立支援法の廃止から総合福祉法の制定へ

現政権は掲げていた障害者政策に沿って、昨年末、障害者自立支援法の廃止を言明し、内閣府に障害者制度改革推進会議（その上に首相を長とする改革推進本部がある）を立上げた。ここで画期的なことはこの推進会議の構成が委員24名の半数以上を障害者団体からの代表としており、その事務局たる担当室も障害者団体のメンバー中心に構成していることである。そのことでこれまで厚生労働省中心に進められてきた障害者政策とは異なる大胆な改革が始まろうとしている。

6月にはその推進会議の第一次意見書が作成され、それに沿った閣議決定がなされた。そこでは2011年には障害者基本法（障害者政策全体の方向を示す理念法）改正、2012年には自立支援法にかわる障害者総合福祉法制定、2013年には障害者差別禁止法の制定という方針が決定された。その他、基本的な考え方や改革の方向性が国連障害者権利条約に沿って示されると共に、労働・教育から国際協力までの個別の11分野の基本的方向と進め方も示された。

例えば労働分野では次のような点を決めている。

- ① 障害者雇用率制度について、より実効性のある具体的方策を2012年度内を目途に結論
- ② 福祉的就労の在り方について、労働法規の適用と工賃の水準等、2011年内に結論
- ③ 労働分野における差別の禁止、職場における合理的配慮の提供措置、労使間の紛争解決手続の整備等2012年度内を目途に結論

そして推進会議の問題意識として「障害者も障害のない人も対等な立場で一緒に働くことができる形態の職場を設置している者に対し、その運営に要する賃金を含む経費の一部を補填するいわゆる社会的事業所について、地方公共団体における先進的な取組を参考にしつつ、その一層の普及が

されるよう必要な措置を講ずる。」としている。

2. 総合福祉部会と就労合同作業チームの発足

本年4月には自立支援法を廃止し、総合福祉法を策定するために総合福祉部会が立ち上がり、来年8月までにその提言をまとめることになっている。部会では更に10月から作業チームが生まれ本格的な議論が始まった。障害の範囲をこれまでの身体・知的・精神の三障害から拡大を、認定制度をコンピューター判定から本人の意向をふまえた協議・調整のシステムへ、費用負担を応益負担をやめ応能負担へ、などの重要な課題が取上げられている。

同時に児童・就労・医療の三分野については推進会議と福祉部会による合同作業チームが立ち上がった。これらの分野は総合福祉法の枠には収まらず、他法との関連の中で検討しなければならないからというのである。共同連から総合福祉部会の一員となったわたしもこの就労合同作業チームの一員となった。

この就労チームでは、一般就労、福祉的就労、福祉と労働を結ぶ就労のあり方など障害者の労働のあり方を総合的に検討することが課題である。検討期間は6ヶ月、具体的には、

- ① 基本法に盛り込む労働についての提言
- ② 総合福祉法における福祉的就労のあり方
- ③ 障害者雇用促進法の見直し

を計5回でやることになっている。しかしとても5回の会議では議論はつくせない。②の福祉的就労ひとつをとっても、福祉と労働を結ぶ制度の問題や労働者性の確保の話に拡がり、単に総合福祉法の就労サービスをどうするという話にとどまらない。ここでも社会的事業所の検討は重要な課題としてあがっている。ましてや③に関しては、雇用率制度の見直し、合理的配慮をどう盛り込むか

も大変な議論である。この半年間の検討にとどまらず、いかに労働についての議論の場を継続的に作り上げていけるかが、障害者労働の改革にとっての正念場である。

そもそも、この推進会議は5年以内にわが国の障害者制度全般を見直すことが目的である。この実験の成否の鍵はまさに障害者総合福祉法がつかれるかどうかにかかっている。

しかしながら、野党（自民党・公明党）からは前政権時代に自らがつくった障害者自立支援法を改正する案が出され国会成立を狙っている。総合福祉法施行まで2年余の時間はかかるというもの、この自立支援法改正案が成立しても、日の目をみるにはやはり1年半程の時間がかかる。ならばその間は法の枠内での制度改良やそれに応じた予算措置で対応できる。そうしない所に自立支援法にこだわる厚生労働省の姿勢がみえる。

自立支援法か総合福祉法かが政党間の政治対立となつてはならない。障害者権利条約をふまえた改革を障害者団体が中心になって行なうことで、これまでの厚生官僚中心の政策形成からの転換が成しうるかどうかの実験である。わが国の福祉の未来を占う重要な岐路でもある。

3. 社会的事業所をめざす取組み

これまでに記してきたように、社会的事業所はこれからの障害者就労を考えるにあたって、推進会議でも福祉部会でも重要な課題となっている。共同連が目標として掲げてきた社会的事業所がようやく検討のまな板に登場することとなった。

共同連が社会的事業所づくりを課題として考え始めたのは21世紀に入ってからである。そして、それを方針として掲げるようになったのは2005年の滋賀大会からであり、更に「社会的事業所促進法」なる法制化の方針を打出したのは2009年愛知大会からである。

それまで共同連は障害ある人、ない人が対等に共に働き、経済的な自立を進める「共働事業所」づくりを掲げてきた。「共働事業所」から「社会的事業所」へといても、共働事業所がなくなるわけではない。共働事業所がもっと拡がりある存

在に衣替えするだけのことである。障害のある人、ない人という関係だけに着目するのではなく、社会的排除を受けている人—ホームレス、ニート、引きこもり、シングルマザー、刑余者、薬物・アルコール依存者など—も参加し、共働する事業体を社会的事業所と呼んでいる。どうしてもこれまでは障害者の割合が大きい場所が多かった。今後は様々な構成をもった場が手をつなぎ、競争原理の営利企業とは異なる相互扶助原理の事業体として育てていかねばならない。

2005年に滋賀県、2006年に札幌市にそれぞれ社会的事業所、障害者協働事業所制度が生まれた（1991年には大阪箕面市で先駆的に障害者事業所制度が生まれている）。これらは先程の推進会議が掲げた「障害ある人、ない人、共に働く職場形態」という規定をもつ自治体のモデル事業である。ここで滋賀県はこの事業に社会的事業所という名称をつけたので、共同連がいう社会的事業所との間で若干の混乱を生んでいる。どちらかというとなり滋賀県の制度は共働事業所そのものといってよいが。

こうした制度が各自治体に拡がっていけば、確実に障害者を先頭として社会的事業所は大きな社会的認知を得ていったことであろう。ところが2006年に始まった障害者自立支援法は中央集権的なしくみを強制するものであり、自治体は国からの補助金を得るため国の制度にあわせるしかない。よって自治体独自の作業所制度はほとんどなくなろうとしている。自立支援法という本人負担や事業者の報酬額などといった金の問題や区分認定というしくみの問題にすぐいくが、この地域主権を破壊し、中央集権を強制するという問題も大きいのである。

4. 社会的事業所促進法とは

今年8月の第27回共同連全国大会において「社会的事業所促進法」の骨格が提案された。現段階での社会的事業所促進法の大きな特徴を3つ挙げれば次のようになる。

- ① 社会的事業所とは障害者をはじめ社会的排除を受けている人々の労働参加を進める事業体であり、それを育成することを目的とする。

② 新たな法人格を設けるのではなく、どのような法人格であってもその事業と目的、内容によって認証される。

③ 公的機関による支援は補助金中心ではなく、仕事づくりを中心としたものとする。

①については、社会的企業という社会的サービスを提供する事業体が含まれるが、ここでいう社会的事業所は社会的排除を受けた人の労働参加を軸に事業構成をしている。とって社会サービスを行なう事業体は全く含まないということではなく、公的支援のない社会的排除を受けている人への社会サービスの事業体も積極的に位置付けていく必要がある。

②は社会的事業所というものを新たな法人格とはしないということである。働く人の協同組合が制度としてないわが国にあって協同組合という形態を求めることもできない。これから日本の各地に広げていこうとする時、特定の法人形態で縛るのではなく、既成の様々な法人形態を活用していくのがよいと考えた。

③についていえば社会的事業所も社会的企業の一つであり、これまでの福祉政策のように補助金依存の運営をやるのではなく、とにかく仕事の確保を行なうことで競争的営利企業との仕事をめぐる競争を勝ち抜いていかなければならない。そのため公的支援である。

具体的に社会的事業所の事業内容を規定づけるのは次の5点である。

① 社会的排除を受けている人々の割合が30%以上であること

② 商業、工業、サービス業、農林水産業などの業種のどれかを行い、その事業による事業収入が全収入の50%以上であること

③ 社会的排除を受けている人も対等に労働参加、経営参加できること

④ 働き方が競争の原理ではなく、人間的な相互扶助の原理で営まれること

⑤ 事業内容は地域社会の発展に寄与し、かつ人間社会の福祉・環境の向上につながること

では、社会的排除を受けている人とは誰をさすのであるか、ここでは社会的排除を原因として仕事につくことが困難な人々をさす。障害者はもとより、対象を明確にできる人としてホームレス、

シングルマザー、性暴力の被害者、刑余者、薬物・アルコール依存者などがあげられる。対象を限定するのが難しい人としてはニートや引きこもりの人があげられる。いずれにしても何らかの社会的排除要因により、現に仕事につけない人という点に着目して、自治体の長の判断で認める余地をつくるのがよい。

次にどのような公的支援を考えるかである。まず第一に仕事支援であるが、現行の契約制度を改めなければならない。社会的事業所に随意契約による優先発注ができること、そして競争入札制度においても、価格競争だけではなく社会的評価点高くすることで社会的事業所が優位に入札に参加できることなどが必要である。イタリア社会的協同組合においてもこの2つを制度化することで売上高の50%程度を確保することができている。発注元としてはEU、国、州、市町村と多岐にわたる。仕事支援は公的機関に限らず、民間からの支援が得やすいように障害者雇用率にカウントするなどの方策も必要である。経営・運営にかかわる財政支援については障害者の場合、自立支援法の就労支援事業の報酬額程度は振り分けることができるだろう。他の人達となると継続的支援をどこまで引き出せるか、一時的な立上げ時の支援はより得やすいだろう。

以上、社会的事業所や社会的排除を受けている人の定義と公的支援についてみてきたが、最後に障害者の労働（特に福祉的就労）に関する論議の争点を見てみよう。

5. 障害者の労働をめぐる

一般就労においても様々な問題は存する。特に近年規模の小さい企業ほど、障害者の雇用は悪化している。昨年11月に発表された5年毎の障害者雇用実態調査の内容は衝撃的なものであった。この調査は従業員5人以上の事業所に対するサンプル調査であり、毎年発表される従業員56人以上（1人以上の障害者雇用の義務が発生する規模）の統計との違いはそこにある。毎年の発表では障害者の雇用は伸び続けているとのことであったが、この2008年調査は障害者雇用の推計数は44万8千人、5年前の2003年調査の推計数の49万6千人と比べ

ると約5万人の減少となる。政府はこの間障害者雇用基本方針で60万人の雇用をめざすといってきた。ここからみえるのは従業員300人以上の企業で雇用はのびていても、それ以下の企業は減少しており、小規模の企業では大幅な減少となっている。厳しい障害者雇用の現状なのである。

それに対し、一般就労できず、施設や作業所にいく福祉的就労は政府統計でも伸び続け今や20万人に近づいている。ここでの最大の問題はこれらの人々（一部の雇用関係のある事業所を除く）には労働法規は適用されず、工賃は平均月額1万2千円程の収入しかもたらさないことである。福祉部会ではこれらの人々への労働法規適用を含めた労働権保障をどうするかは最大の課題である。福祉的就労といっても、仕事は何もせずリクレーションや生活訓練しかしていない所を除くとして、その他の何らかの作業をしている所に全て労働法規適用は可能かという問題である。そこででの最大の課題は最低賃金の保障であり、1万2千円では最低賃金にはるか届かない。そこでその差額を補填する賃金補填を求める声が大きくなっている。それらの声は賃金補填を軸とした社会支援雇用（昔は保護雇用といったが）という考え方にまとめられつつある。それに対し共同連は賃金補填は否定しないものの、障害者が働いて賃金保障できる新しいしくみとして社会的事業所制度を提起している。

広く、障害者の所得保障をどうするかは大きな課題であるが、賃金補填を考えるととなるとその基となる労働実態がどう存在するかは重要な鍵となる。そこで社会支援雇用にしても、社会的事業所にしてもいかに仕事確保を実現するかが大切である。社会的事業所の考え方は既に記したが、社会支援雇用では障害者施設製品の買上げなどを中心とした官公需の拡大がいられている。しかし、それだけでは工賃収入の増大にはつながらずもの障害者の経済自立にはつながらない。十分な官公需とそれを受けとめる事業体の力量とが結付いた社会的事業所制度がここでも有効である。イタリア社会的協同組合では1件2千万円以上の随意契約が可能となっている。

以上、福祉的就労における賃金保障、仕事保障についての問題点にふれたが、そこで基本的な前提となるのは次の点である。

一般就労から排除された障害者の福祉的就労というあり方をそのままにして、そこに労働法規適用を考えても問題は解決しない。社会の中で統合された働き方（ソーシャル・インクルージョン）を求める福祉的就労からの脱却が必要となる。社会的事業所は一般就労でも福祉的就労でもない第三の働く道として間違いなくその答となりうる。

（さいとう けんぞう、NPO 法人共同連事務局長）

12 運動・胎動の時代

野村 拓

56. 朝鮮戦争と看護

—「特需」でもうける人、動員される人—

朝鮮戦争（1950—53）勃発から60年経ち、「戦争を知らない人」が増えてきたが、朝鮮戦争はいま「休戦」状態にあるわけで、まだ終わってはいない。

『朝鮮戦争・再考』

☆William Stueck : Rethinking the Korean War. (2002) Princeton Univ. Press.

には、4枚の地図が載っているが、それらによって、この戦争の大筋を知ることができる。

- (1) 北鮮軍が韓国軍を釜山周辺まで追いつめていた時期（1950.9.14.段階）
- (2) 米軍（国連軍）が仁川に上陸し（1950.9.15）、北鮮軍は鴨緑江岸まで追いつめられた時期（1950.10.段階）
- (3) 中国人民義勇軍の参戦によって米軍を38度線の南まで後退させた時期（1950.11.から1951.1.段階）
- (4) 現在の休戦ライン

の4枚であるが、問題は（3）の段階で、近代兵器の米軍に対して中国人民義勇軍は、いかなれば「人海戦術」で米軍を後退させた。いかえれば、今日の北鮮地域は中国人の血で購^{あがな}った地域であることを承知していなければならない。

朝鮮戦争の歴史的インパクトは大きい。もし、この戦争が起こらなかつたらトヨタ自動車は倒産していたのではないかと、といわれるほどの「特需」を日本の産業にもたらした。一般的には、朝鮮戦争「特需」によって、日本の独占資本は復活したといわれている。

また、この戦争を契機に、日本の再軍備が大手を振って開始され、そのための予算は、やっとヨチヨチ歩きを始めた日本の社会保障を直撃し、せっかく用意された社会保障審議会の「勧告」（1950）も空文化されつつあった。

また、朝鮮戦争勃発のとき、九州北部地方の日赤看護婦に対して「占領軍の命令により」という召集令状が日赤本社から発せられ、この根拠のない召集令に応じた日赤看護婦たちは、米軍野戦病院などで、慣れない仕事、通じない言葉などで辛酸をなめた。おそらく看護婦としてではなく、看護下働きとして使われたことと思われるが、その人たちの消息も日赤本社の責任も、いまだに未解決の問題である。そして、日赤看護婦などを下働きに使いながら、アメリカの正看護婦（RN）は、通常は外科医がつとめるべきオペ場の第1助手の役割を担わされていたようである。

『第1助手看護婦』

☆Jane C. Rothrock : The RN First Assistant. 3版 (1999) Lippincott.

には、看護婦が第1助手の役割を果たしてきた歴史が書かれているが、それは因果なことに、野戦病院における第1助手の歴史である。つまりクリミア戦争（1854—56）、南北戦争（1861—65）、米西戦争（1898）などで、いかに看護婦が第1助手の役割を果たしてきたかの歴史である。そして「第1次世界大戦のときには8578人のアメリカ看護婦がヨーロッパ戦線で18万4千の傷病兵をケアした。この戦争では大量の切断手術に看護婦が第1助手をつとめた」などと書かれてある。

この傾向は第2次世界大戦で加速され、朝鮮戦争で制度化されたと見ることができる。このとき、陸軍移動外科病院（MASH）が、それぞれの単位

を16人の「第1助手をつとめられるベテラン看護婦」で編成した、といわれる。

「効率」を重視する軍隊の論理は医療経営にも適用され、RN（正看）に第1助手をやらせることは「費用効果的」（前傾書）という主張もまかりとおっている。

休戦後の北朝鮮に関して書かれた本は少ないが、女性問題（男女賃金格差など）や飢餓をとりあげたものとして

『冷戦後の北朝鮮』

☆Samuel S. Kim: The Northern Korean Systems in the Post-Cold War Era. (2001) Palgrave

『北朝鮮の飢餓』

☆Stephan Haggard 他: Famine in North Korea. (2007) Columbia Univ. Press.

がある。

57. 医療における戦後改革

— 権利と運動 —

日本の国立病院（現在は独立行政法人国立病院機構）の多くは元陸軍病院、元海軍病院、元傷痍軍人療養所、元日本医療団（結核）療養所である。軍事と戦争目的のために集積された医療機関が、国民のための国立病院、療養所として再生したこと、いいかえれば、国立大学付属病院とらい療養所以外に国立の医療機関がなかった時代から大きく変わったわけであり、医療面から戦後改革を見た場合に、まず第1にとりあげるべき事項である。

また、都道府県立病院、市町村立病院などは、地方自治の精神にもとづく自治体病院として再整備され、日赤病院、済生会病院、農協（厚生連）病院などは医療法上の公的医療機関として位置づけられることになった。

憲法第25条で「公衆衛生」という言葉が使われたからだけではないが、公衆衛生が重視されるようになり、結核死亡率を抑えるために、公衆衛生関係者は使命感をもって取り組んだ。

〈図1〉は長野県衛生部が月刊で発行していた『信濃衛生』（1954.4.）だが、〈図2〉の『岩手の保健』（25号、1952）は、岩手県国保連合会の発行によるもの。この組織は国レベルよりも3～

6年早く県民皆保険を実現し（〈図3〉）、予防・保健活動と生活改善運動によって病人（病氣）を減らし、病気になったときには「10割給付で」という運動を展開した。

戦後、来日したアメリカの社会保障調査団（ワンデル調査団）が日本国民の74.6%がなんらかの公的健康保険に加入していることを知って驚くが、すでに1943年段階で「国民皆保険」が目標視されていた。戦時遺制としてではなく、国民の権利としての「国民皆保険」の実現を図った場合、増大するであろう医療需要に対して、医療提供体制は対応できるだろうか、その前に病気にならないような予防・保健措置を強化するべきではないか、これらが戦後改革から1960年前後にかけての時期における多くの医療関係者の問題意識であった。

また、戦後、大きく変わったのは、「保険診療」に関する国民と開業医の意識である。戦前の健康保険施行時においては、保険診療は貧乏人の医療として、かなり差別的に見られていた。平均的市民は医師会規定料金（自由診療の相場）で診療を受け、保険診療は貧乏人相手、あるいは無産者医療運動のような社会運動的意識を持った医者がやるものと考えられていた。

また、戦後、大きく変わったのは、「保険診療」に関する国民と開業医の意識である。戦前の健康保険施行時においては、保険診療は貧乏人の医療として、かなり差別的に見られていた。平均的市民は医師会規定料金（自由診療の相場）で診療を受け、保険診療は貧乏人相手、あるいは無産者医療運動のような社会運動的意識を持った医者がやるものと考えられていた。



〈図1〉「信濃衛生」



〈図2〉「岩手の保健」



〈図3〉国保100%普及記念号(1955)

このような保険診療に対する偏見を吹き払い、国民の権利としての保険診療、レベルの高い保険診療内容、さらに保険診療によって開業医の生活が成り立つような社会保険診療報酬、これらを目指しての開業保険医の運動が起こったのも、戦後改革の特徴といえるのではないか。

医療における戦後改革の特徴を一言で表現すれば、「医療運動」という言葉で締めくくることができる運動が、医療労働運動、(結核)患者の運動、開業保険医の運動、さらには社会保障を充実させる運動などの形で広くわき起こったことではないか。もちろん、戦前の無産者医療運動から民医連運動へ、医療利用組合から医療生協への運動的系譜が重要な意味を持つことはいうまでもないが。

58. 東アジアの変貌

—中国、ベトナム、インドネシア—

「大日本帝国」の敗戦によって、アジア・太平洋地域の諸国は、日本軍による占領から解放されるが、それ以前の欧米の植民地に戻ることはなかった。このことを理解するためには、地図の上で、日本軍による占領が及んだ範囲を確認しておく必要があるが、なかなか1枚の地図には収まらない広がりをもっていた(野村拓/垣田さち子『親子の百年自分史聞きとりハンドブック』2007,かもがわ出版—の綴じ込み地図「大東亜戦図」参照)。

中国では抗日戦争の主演を演じた中国共産党が1949年に政権をとり、中華人民共和国となった。したがって、中国における保健統計は1949年を起点とする場合が多く、比較的まとまったものとして

『中国の公衆衛生』

☆Cui Yueli 編: Public Health in the People's Republic of China. (1986) Springer.

がある。そして、いわゆる漢方医学の歴史を簡単に紹介したものとして

『中国医学小史』

☆PY Ho 他: A Brief History of Chinese Medicine. 2版 (1997) World Scientific.

がある。また、明治以来の日本の近代化をトレ

スする形で、多くの日本の衛生学者が登場するのが

『中国の近代衛生』

☆Ruth Rogaski: Hygienic Modernity. (2004) Univ. of California.

である。

仏領印度支那(仏印)はベトナム、ラオス、カンボジアの三国に分かれ、蘭領東印度(蘭印)はおおむねインドネシア共和国を構成したが、ポルトガルを旧宗主国とする東チモールは後にインドネシアから分かれた。

『ジャワの医療』

☆Peter Boomgaard 他編: Health Care in Jawa. (1996) KITLV Press.

には、フランス統治時代の医療史は書かれているが、日本占領時代についての記述はない。ごく短期間だったからだろうか。

英領であったマレー半島やボルネオ島北部(サラワク州とサバ州)はマレーシアとして独立し、またシンガポールはシンガポール共和国として独立した。シンガポールにおける医学教育をとりあげた本には、それなりの誇りがこめられている。例えば

『患者の利益、第一』

☆Arthur SM Lim: Patient's Interest Foremost (1996) World Scientific.

などであり、ここでは「良い医者はシンガポールに良い未来をもたらすだろうというのが私の信念である」と書かれてある。

スペインからアメリカへと宗主国が変わり、第2次大戦での激戦地となったフィリピンは未だに政情不安定で、独立国としてのポリシーを見いだすことが難しい。日本に看護師を輸出し、腎移植ツアー受け入れがポリシーというのでは困る。

それぞれに困難を抱える東アジア諸国の状況を把握する上で、イスラム教徒の動向が重要であることはいうまでもない。また、仏教との関連において

『東アジア福祉モデル』

☆Roger Goodman 他編: The East Asian Welfare Model. (1998) Routledge.

とよばれているものの中身を解明することも必要ではないか。これは、西欧的目線での「福祉オリ

エンタリズム」を西欧化した仏教国の視線でどうとらえるかという問題でもある。

59. 60年安保と国民皆保険

—医療と政治—

ビスマルクの疾病保険（1883—89）を手本として1927年1月にスタートした日本の健康保険制度は、1938年の国民健康保険法、1939年の職員健康保険法、1940年の政府職員共済組合令などによって保険加入者が拡大し、1942年段階で「国民皆保険」が目標に掲げられていた（「日本医学及健康保険」No. 3308, 1942. 11. 14.）。

同じ年に厚生年金法が施行されるが、これは戦時国債とならんでの「戦費調達法」であった。つまり、一定期間、保険料が入る一方で「出る金」はなかったからである。極端に言えば、「後は野となれ山となれ」であり、この精神は戦後における運用には受け継がれたのではないか。それからもうひとつ、天皇制官僚や軍人には「恩給」制度があったので、厚生年金などは「二等国民」の年金、という姿勢が垣間見られることにも注意しなければならない。

1942年段階での「国民皆保険」は「広義の戦力維持」のための「国民皆保険」であったが、これが一種の「戦時遺産」として戦後にひきつがれたわけだが、日本の「国民皆保険制度」は、それなりの「下地」と「60年安保」を通すための権力者の「譲歩」「善政」という力のダイナミクスによって実現されたと考えるべきである。もちろん、「皆保険」とセットされた「国民皆年金」政策による財政投融资の原資確保（新制度をはじめてから給付者が出るまでは金が入る一方なので）という面もあった。かつて戦費調達のために「厚生年金」という形で「二等国民」をまきこんだ政府は、今度は産業基盤整備のために「国民年金」という形で「三等国民」をまきこんだわけである。

国民皆保険の実施にあたっては、厚生省の若手官僚の中には、イギリスのNHS（ナショナル・ヘルス・サービス）を志向する力も強かった。国民皆保険によって一挙に顕在化するであろう医療需要の増大に対して、在来型の自由開業医制と出

来高払い制の社会保険診療報酬体系では対応できない、と考えたからである。

予防・保健への契機を持ち、しかも登録・人頭割（capitation fee）のイギリスのGP（General Practitioner）に、日本の開業医を再編成しなければ、というのが厚生省の若手官僚であった。そして、このような意向に対して、正面から反対したのが、1957年に登場した日本医師会の武見執行部であった。

武見太郎日医執行部は、独特の政治的人脈を生かしながら、厚生省の構想をつぶし、このことによって、自由開業医制・出来高払制の診療報酬体系と国民皆保険とのドッキングという形が生まれるのである。そして、1960年代の成長経済のおかげで、このドッキングはしばらくの間、ほころびを見せずに済んだわけである。

60. 日本の医療団体

—労働組合と職能団体—

第2次世界大戦中、日本の医療は戦争遂行のために一元的に再編成されつつあった。医療を受ける側については「国民皆保険」が志向され、医療供給体制については国民医療法と日本医療団令（1942）によってピラミッド型再編成が進められた。

この国民医療法は旧医師法も包含するもので、この時期に医師免許を取得したものは「国民医療法施行令により免許取得」となっている。また、病院と診療所との区別は国民医療法施行規則においてはじめてなされた。すなわち10床以上が病院で9床までは診療所という線引きであり、これは戦後の医療法で19床までが診療所、20床が病院とあらためられた。

「一元化」体制の下で、日本医師会長は政府任命となり、日本医療団総裁が日本医師会長を兼ねることになった。開業医や私立小中病院もピラミッド体制の末端に組み込むことが試みられたが、あまり進行しないうちに敗戦となった。

戦後、国民医療法は廃止され、日本医療団は解散し、新しい医師法によって医師会が再組織されることになったが、幹部の公職追放や戦争責任の

追及などで、再起の足取りは遅かった。

これに対して、日本医療団に組み込まれた医療機関の職員たちによって組織された医療労働組合は運動の出足が早かった。いかえれば、国家的規模で集積された医療機関が、戦後改革の下で新しい医療労働運動を生んだといえる。

旧陸海軍病院、日本医療団結核療養所、傷痍軍人療養所などは、戦後改革のなかで「国立病院・療養所」として生まれかわり、その中から国立病院労働組合が生まれ、赤十字病院の労働組合とともに、医療労働運動の双壁をなした。

また、再建の遅れた日本医師会よりは開業保険医団体や、戦前の無産者医療運動の流れを汲む民主医療機関の連合体などの方が活発な運動を展開

した。そして1948年発足の結核患者を主体とする日本患者同盟は、これまで社会的弱者を無視してきた日本の医療行政に真っ向から対決する姿勢をもっていた。

このような形で、どちらかといえば「下からの医療運動」を担う団体が出揃ったなかで、日本医師会が、専門学術団体、職能団体として、「素人の発言」を封じながら、「医療行政における窓口一本化」をめざした活動を開始するのが1950年代後半であり、その主役は1957年に日医会長に就任した武見太郎であった。

(のむら たく、国民医療研究所顧問)

【事務局ニュース】①・会員募集と定期購読のご案内

会員募集 「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所いのちとくらし」の会員を募集しています。会員には正会員（個人・団体）と賛助会員（個人・団体）があり、入会金・年会費は以下のようになっています。また、機関誌『いのちとくらし研究所報』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

「多摩市民生活実態についてのアンケート」調査結果の概要

近澤 吉晴

はじめに

NPO 法人多摩住民自治研究所は多摩市の市民グループと共同し、2008年12月、「多摩市民の生活実態についてのアンケート調査」を行い、2010年8月、報告書を刊行した。調査にあたり、非営利・協同研究所のちとくらしの研究助成金をいただいたことを御礼申し上げる。

調査の目的は小泉「構造改革」以降の貧困と社会格差の広がりや市民生活にどのような影響を与えているのかを明らかにするためである。

調査対象の多摩市は人口15万人。高度経済成長期の東京の人口急増の受け皿として、「多摩ニュータウン」が開発され、多くの人々が全国から移り住んだ。当時は働き盛りの子育て世代が多く、近隣の他の自治体と比較し、年少人口の割合が大きい自治体だった。しかし、現在、年少人口の割合が東京都平均と並ぶ一方、合計特殊出生率は多摩26市の中で下位にある。また、高齢人口比率は1980年4.5%、2005年15.8%と急速に高齢化が進んでいる。

産業は第三次産業が中心で、駅前の一等地に朝日生命やベネッセグループなど本社機能を持つビルが立ち並び、キティなどで知られるサンリオピューロランドなども進出している。

調査は保健師、医師、デザイナー、自治体職員、議員などのメンバーと多摩住民自治研究所で「多摩市社会実態調査計画会議」を結成し、約1年の準備と学習を経て行った。

調査項目は回答者の属性、仕事、収入、医療・年金、社会参加、住まいなど22項目である。このレポートでは調査結果の概要を紹介する。

1、調査の経過

(1) 調査主体

「多摩市民社会実態調査計画会議」

NPO 法人多摩住民自治研究所民権 com。(自由と平和、民権をすすめる多摩市民懇話会)

(2) 調査目的

雇用・社会格差・貧困問題が住民生活に及ぼす影響について、多摩市を対象地域とする実態調査を行い、市民生活の現状と課題を明らかにするとともに、医療・社会サービスが求められる新たな課題と役割を調査・研究するその成果を広く公表し、市民活動と地方自治の政策活動に生かす。

(3) 調査対象

NTT 東日本ハローページ「多摩・調布・府中市版」個人名編2008年版(18,421件登載)から等間隔抽出により、3,542件(抽出率19.23%)を抽出した¹。

(4) 調査方法

郵送法による質問紙調査。

(5) 調査期間

2008年12月7日～20日

(6) 調査実施結果

発送数3,542件、回答数1,024件、回答率29.68%

2、調査対象の特性

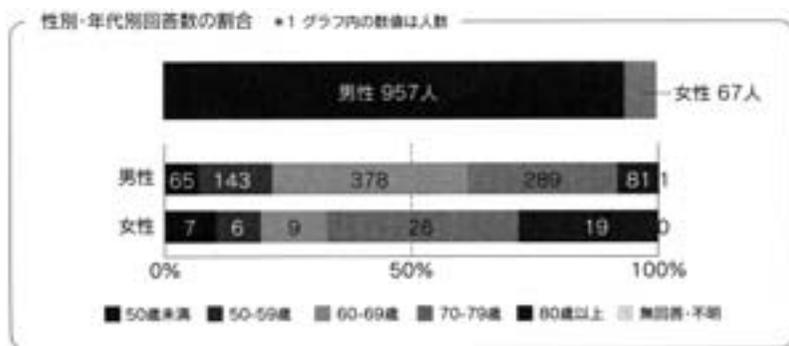
(1) 男性回答者が圧倒的に多く、女性は少なかった。

(2) 50歳未満の回答者が少なく、50歳以上、特に60代、70代の回答者が多かった。

男性が多い理由は電話帳に氏名を掲載する場合、多くは世帯主であり、その場合、男性であるケー

1 当初、対象者を選挙人名簿から抽出することを考えたが、選挙管理委員会に問い合わせると今回のような調査は閲覧条件に該当しないとの説明があった。次に、住民票の閲覧を申し込むと、一筆書き写すごとに、200円の手数料が必要と分かり、断念した。

スが多いためと思われる。また、高齢者が多いことについては、在住年数が長い市民が多いことの反映と思われる。このため、女性と50歳未満の男性回答数については参考値の扱いとした。結果的に高齢者を中心としたアンケートとなった。



3、調査結果の特徴

(1) 在住年数

在住年数は30年以上が48%と最も多く、次いで、30年未満が31.3%、20年未満が13.6%、10年未満が5.8%であった。

60歳を超えた人では50%以上が30年以上多摩市に住んでいる。郊外都市やニュータウンは転入転出が激しく、定住する印象が薄いですが、実際にはしっかりと根付き、暮らしを築いている様子がうかがえる。

(2) 世帯構成

世帯構成を60歳以上で見ると、50%以上が独居あるいは夫婦2人である。60-69歳で見ると、親子同居41.5%、夫婦2人41.3%、4人以上29.8%、独居25.5%の順であるが、70-79歳では夫婦2人58.8%、独居10.6%、親子同居41.5%、4人以上29.8%と夫婦2人・独居で65.8%を占めるようになる。80歳以上では独居が19.5%と70代に比較し2倍である。

(3) 学歴

男性の最終学歴では短大卒及び大学卒（大学院を含む）以上が43.8%であった。国政調査で東京都全体と比較すると、多摩市は東京都平均よりも10%高く、高学歴の市民が多いことがわかった。

(4) 就労

年代別に就労の有無を見ると、60-69歳では61.3%の人が就労していた。さらに、65-69歳で見ると、約50%が就労している。就労日数は47.7日である。

65歳以上では非正規雇用の割合が60%を超えている。「年金暮らし」とは程遠い現状である。

居住年数・性別

	総数	男性	女性
総数	1024 (100.0) <100.0>	957 (93.5) <100.0>	67 (6.5) <100.1>
10年未満	59 (100.0) <5.8>	52 (88.1) <5.4>	7 (11.9) <10.4>
20年未満	139 (100.0) <13.6>	132 (95.0) <13.8>	7 (5.0) <10.4>
30年未満	321 (100.0) <31.3>	303 (94.4) <31.7>	18 (5.6) <26.9>
30年以上	492 (100.0) <48.0>	458 (93.1) <47.9>	34 (6.9) <50.8>
無回答・不明	13 <1.3>	12 <1.3>	1 <1.5>

1. 総数には無回答数を含む。
2. ()内は、総数に占める割合。<>内は、性別ごとに見た割合(単位:%)。端数は四捨五入

(5) 収入

①月収別分布

月収20万円未満が16.5%、10万円未満は7%、72人であった。そのうち生活保護を受けている方は3人であった。3人以外の人々の中にも生活保護の対象となる人や世帯が含まれている可能性がある。

②収入の種類別割合

収入の種類別で見ると、「私的収入と公的収入」34.6%、「私的収入のみ」26%、「公的収入のみ」25%、「預貯金取り崩し」11%であった。「預貯金」を収入先とする回答は私的収入や公的収入がある場合でも「預貯金取り崩し」としてひとつのグループとした。これは預貯金を取り崩して生活をする人々の傾向を見るためである。

世帯構成・年代別

	総数	4人以上	親子同居	独居	夫婦2人	不明・無回答
総数	1024 (100.0) <99.9>	191 (18.7) <100.1>	265 (25.9) <100.0>	94 (9.2) <100.1>	462 (45.1) <100.0>	12 (1.2)
50歳未満	72 (100.0) <7.0>	36 (50.0) <18.9>	19 (26.4) <7.2>	10 (13.9) <10.7>	7 (9.7) <1.5>	
50-59歳	148 (100.0) <14.5>	51 (34.5) <26.7>	53 (35.8) <20.0>	8 (5.4) <8.5>	36 (24.3) <7.8>	
60-69歳	382 (100.0) <37.3>	57 (14.9) <29.8>	110 (28.8) <41.5>	24 (6.3) <25.5>	191 (50.0) <41.3>	
70-79歳	312 (100.1) <30.5>	30 (9.6) <15.7>	66 (21.1) <24.9>	33 (10.6) <35.1>	183 (58.8) <39.6>	
80歳以上	98 (100.1) <9.6>	17 (17.3) <8.9>	17 (17.3) <6.4>	19 (19.5) <20.2>	45 (45.9) <9.7>	
不明・無回答	12 (-) <1.1>					

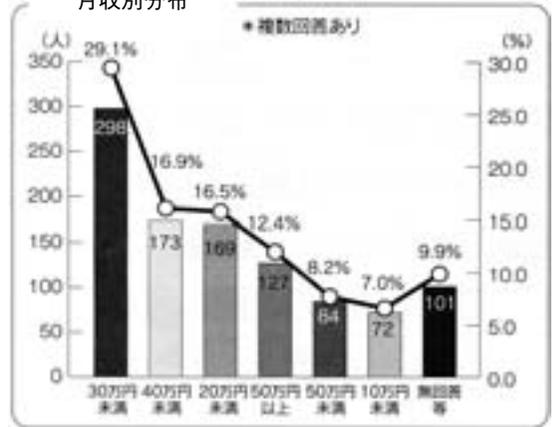
1. 総数には無回答数を含む。
2. ()内は、総数に占める割合。<>内は、世帯構成ごとに見た割合(単位:%)。端数は四捨五入

年代別の就労の有無(男性)

	総数	働いている	働いていない	無回答
総数	957 (100.0) <100.0>	503 (52.6) <100.0>	451 (47.2) <100.0>	2 (0.2) <100.0>
50歳未満	65 (100.0) <6.8>	61 (93.9) <10.6>	4 (6.2) <12.1>	
50~59歳	143 (100.0) <15.0>	137 (95.8) <27.2>	6 (4.2) <1.3>	
60~69歳	377 (100.0) <39.4>	231 (61.3) <45.9>	146 (38.7) <32.3>	1 (0.3) <50.0>
70~79歳	289 (100.0) <30.3>	63 (21.8) <12.5>	226 (78.2) <50.1>	
80歳以上	80 (100.0) <8.4>	11 (13.8) <2.2>	69 (86.3) <15.3>	1 (1.3) <50.0>
無回答	1 (100.0) <0.1>		1 (100.0) <0.2>	

1. ()は行の総数に対する構成比、<>は列の総数に対する構成比。(単位:%)
2. 計算値の端数は四捨五入

月収別分布

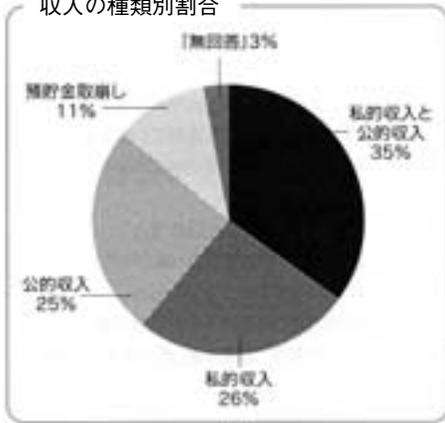


③年齢別にみた収入の種類の内訳～「公的収入」のみで生活する65歳から69歳は19.7%に過ぎない～

老後の生活保障を「公的収入」のみで支えている人は70～79歳で47.3%、80歳以上で51%であるのに対して、65～69歳は19.7%に過ぎない。年金の全額支給が始まっているにも関わらず、なぜ、このように低い数字なのか。

実は57.2%の人が「私的収入+公的収入」の群であった。また、5割が就労している。就労していない人の「私的収入」の多くは「私的年金」に

収入の種類別割合



よる収入である。ここからは老後の生活で、公的年金だけでは不安で、「就労」と「私的年金」に頼らざるを得ない世代の姿が見えてくる。

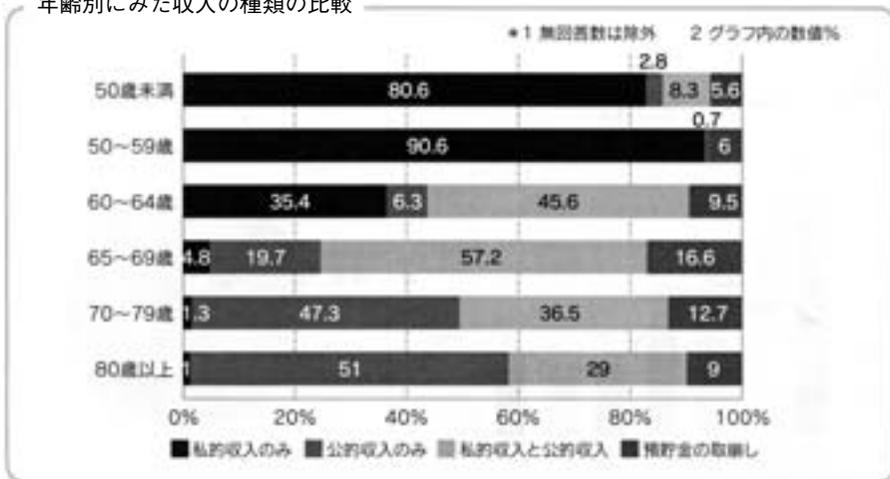
また、65～69歳は「預貯金の取り崩し」（他の

収入を含む）で生活している人が16.6%にのぼる。この数字は70代、80代より高い。本格的年金生活が始まって5年の間で、すでに預貯金が生活の糧になっている。いずれ、預貯金に頼れない時が来た場合、どう生活するのか。今後の高齢者の生活保障の上で、大きな課題が横たわっている。

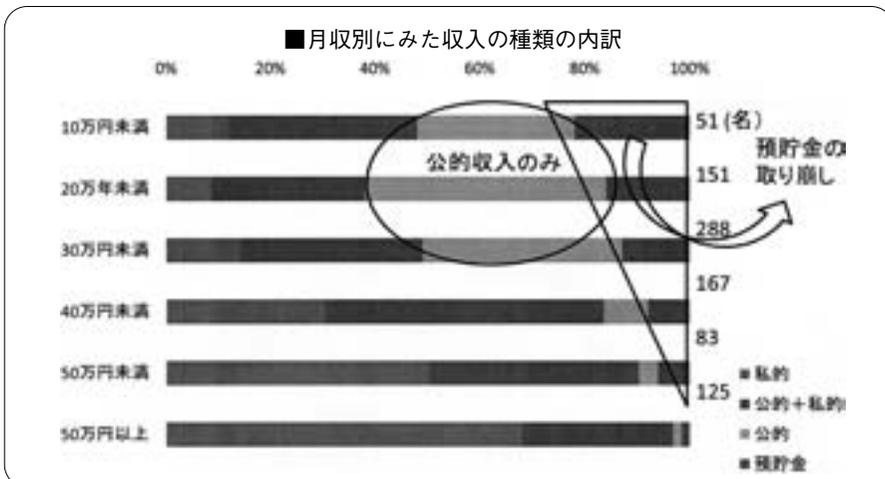
④月収別にみた収入の種類の内訳

さらに、月収別に収入の種類を見たのが、次の図である。これを見ると、公的収入で生活する人は「10万円未満」～「30万円未満」の群に多いことがわかる。中でも「20万円未満」の群は公的収入のみで生活する人の割合が最も大きいとともに、「預貯金の取り崩し」の群と合わせると60%を越えている。また、「預貯金の取り崩し」は「10万円未満」の割合が最も大きく、以後、月収が増えるに従って、取り崩しの割合は減少傾向にある。

年齢別にみた収入の種類比較



月収別にみた収入の種類の内訳



(6) 医療・年金

①民間医療保険への加入

全回答者1024人のうち697人、68.1%が民間医療保険に加入していた。

加入率を世代別に見ると、60～65歳82.7%、60歳未満81.9%、65～69歳76%、70～79歳57.5%、80歳以上30%というように、若年者の方が高い。現役世代やそれに近い世代ほど、老後の不安が強いことの反映とみるべきかもしれない。

また、保険料の平均月額は18,360円であった。

政府の調査²では民間保険の世帯加入率は75%、年間平均保険料は59万円であることと比較すると、上記の保険料は低い。本調査の質問項目で「医療保険」と特定したためと思われる。

②公的年金の加入状況

回答数は1024人中、970人(94.7%)。受給者は711人。この割合に「男女差はなかった。

民間医療保険への加入(男女別)

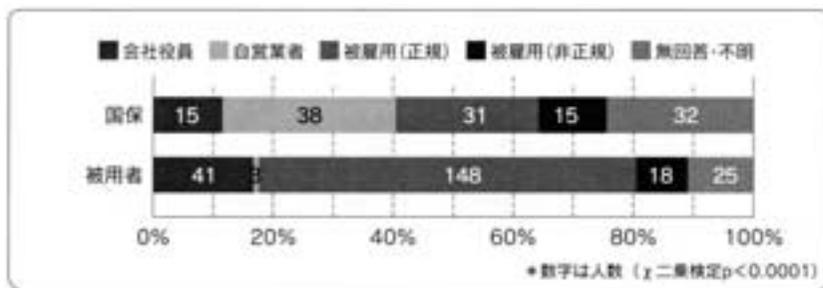
	総数	男性	女性
総数 (100.0)	1024 (93.5)	957 (6.5)	67 (100.0)
	<100.0>	<100.0>	<100.0>
加入	697 (100.0)	668 (95.8)	29 (4.2)
	<68.1>	<69.8>	<43.3>
非加入	257 (100.0)	228 (88.7)	29 (11.3)
	<25.1>	<23.8>	<43.3>
無回答・不明	70 (100.0)	61 (87.1)	9 (12.9)
	<6.8>	<6.4>	<13.4>

《国民健康保険加入者の特徴》

回答者のうち、65歳未満男女383人を対象に、国保加入者と被用者保険加入者とを分析した結果、次のような特徴がみられた。

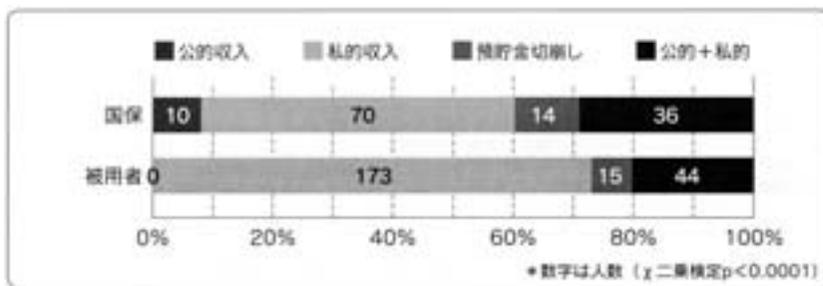
①自営業者が多い

保険の性格上、自営業者が多かった。



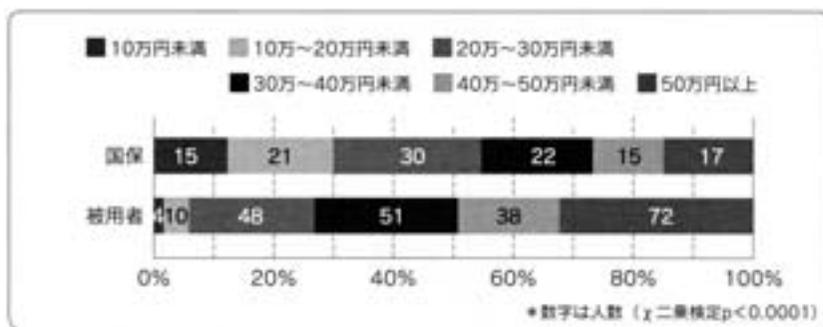
②「預貯金の取り崩し」の割合が大きい

国保加入者は「預貯金の取り崩し」の割合が10.7%で、被用者保険の6.4%と比較が高い。



③低収入者が多い

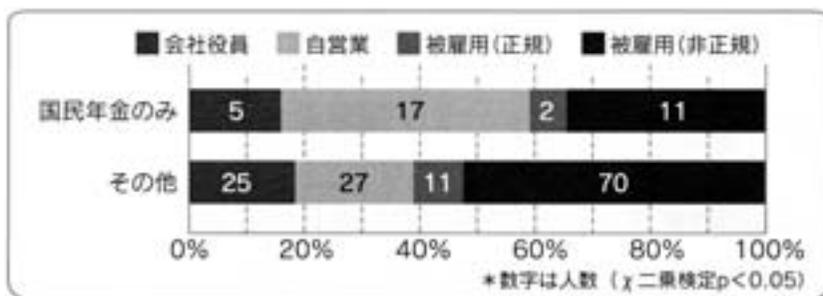
20万円未満の割合が37.5%。被用者保険の6.4%と比較が高い。



*この他の国民健康保険加入者と被用者保険加入者との比較では学歴にも格差がみられた。

《国民年金加入者の特徴》

国民年金のみの受給者の職業では、自営業が多いことが特徴である。(65歳以上)年金の性格とともに、働く必要性があると思われる。



(7) 住宅

住居の種類では「持ち家」が77.6%多く、その他「賃貸住宅」20.3%、「無回答」2.1%であった。「持ち家」の内訳はいわゆる一戸建ての「持ち家」40.0%、「集合住宅」53.6%、「無回答」6.4%で

あった。「持ち家」率が高い理由は調査対象に高齢者が多いためと思われる。

また、賃貸住宅の種類ではUR、公社、都営など公的住宅が84.2%を占め、「ニュータウン」の街の特性が現われている。

賃貸住宅の種類

	総数	市営	都営	公社	UR	民間	不明・他
回答数	208	2	53	26	95	27	23
	(100.0)	(1.0)	(25.5)	(12.5)	(45.7)	(13.0)	(11.0)

(8) 社会参加

①近所づきあい

89.6%の人が「ある」と回答している。高齢になるに従い増加傾向にあり、60代以上では90%を超える(下図参照)。

また、居住年数別にみると、居住年数が長いほど近所づきあいがある割合が高い。居住年数5年未満だと、約70%であるのに対して、10年未満以

上では80%を超えている。

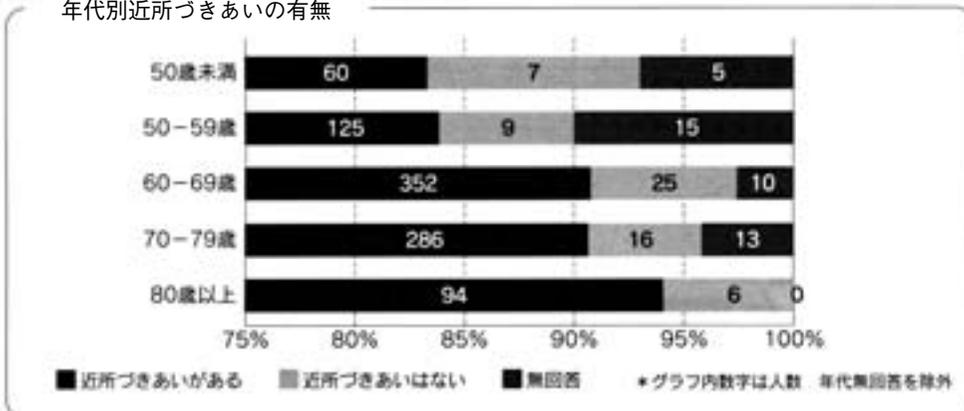
②困った時の相談相手

困った時の相談相手が「いる」は85.3%、「いない」が11.4%。80歳以上では「いない」割合が低い。40～50代では配偶者の割合が高く、加齢に伴い子どもの割合が高くなる。

③「相談相手がいない」人の配偶者の有無

困った時の相談者がいない117人(11.4%)の

年代別近所づきあいの有無

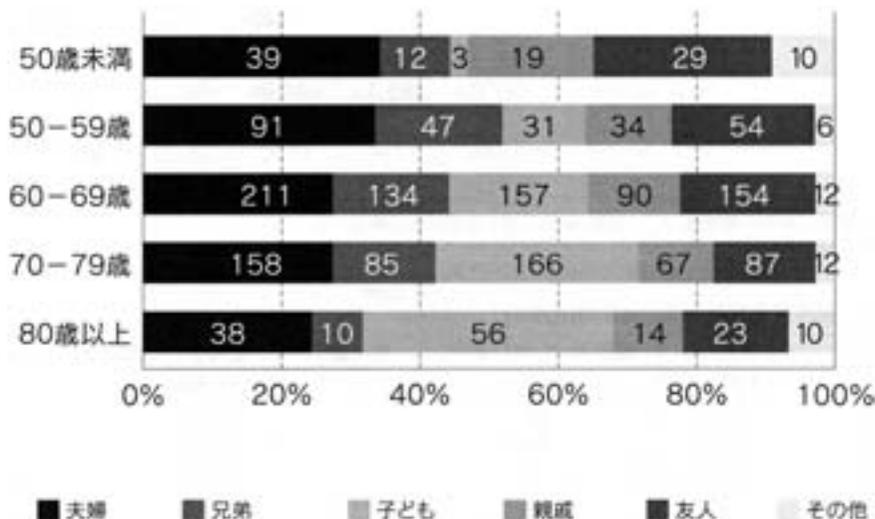


相談者の有無（年代別）

	総数	相談者がいる	相談者がいない	無回答
総数	1,024 (100.0)	873 (85.3)	117 (11.4)	34 (3.3)
50歳未満	72 (100.0)	64 (84.6)	8 (15.4)	0 (0.0)
50-59歳	149 (100.0)	131 (87.9)	14 (9.4)	4 (2.7)
60-69歳	387 (100.0)	330 (85.3)	48 (12.4)	9 (2.3)
70-79歳	315 (100.0)	266 (84.4)	42 (13.3)	7 (2.2)
80歳以上	100 (100.0)	81 (81.0)	5 (5.0)	14 (14.0)
年代無回答	1 (100.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)

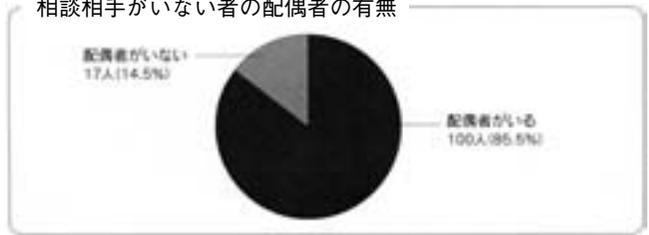
1. () は行の総数に対する構成比。(単位:%) 2. 計算値の端数は四捨五入

年代別相談相手先



うち、「配偶者がいる」と答えた人は85.5%、「配偶者がいない」は14.5%であった。配偶者がいても相談相手になりえていない事実をどうみるか。困難が大きく、夫婦間で解決しがたいか、配偶者が介護や認知症などの問題を抱えている可能性を指摘できる。

相談相手がない者の配偶者の有無



④社会活動への参加

趣味、スポーツ、自治会ボランティアなど何らかの「活動へ参加」している人は52.4%、「特になし」は37.3%、「無回答」が10.3%であった。

スポーツ 25.7%、「自治会など」32.6%、「ボランティア」22.0%、「学習・教養」6.4%が上位5項目であるが、年代別にみると、加齢とともに、スポーツ活動が減少し、自治会活動が増加する傾向が見られる。

⑤参加している社会活動の内容

社会活動の内容は「趣味の活動」45.6%、「ス

社会活動参加（男女別）

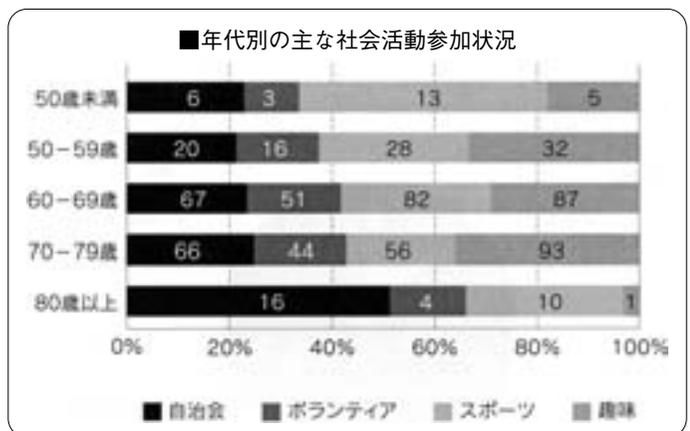
	総数	回答者数	無回答者数	回答別件数(複数回答)														
				老人クラブ活動	自治会などの地域活動	学校行事 PTAなど	ボイスカウトなど青少年活動	ボランティア活動	地域の(見回り)防犯活動	子育てサークル活動	まちの健康づくり活動	スポーツ活動	学習や教養を高めるための活動	趣味の活動	宗教活動	市政への参画	その他	特になし
総数	1024	919	105	37	175	4	4	118	22	4	23	189	66	245	25	6	30	382
				(3.6)	(17.1)	(0.4)	(0.4)	(11.5)	(2.1)	(0.4)	(2.2)	(18.5)	(6.4)	(23.9)	(2.4)	(0.6)	(2.9)	(37.3)
				<100.0>	<100.0>	<100.0>	<100.0>	<100.0>	<100.0>	<100.0>	<100.0>	<100.0>	<100.0>	<100.0>	<100.0>	<100.0>	<100.0>	<100.0>
男性	957	860	97	33	168	4	4	108	20	3	20	174	60	226	23	6	30	356
				(34.4)	(17.5)	(0.4)	(0.4)	(11.3)	(2.1)	(0.3)	(2.1)	(18.2)	(6.3)	(23.6)	(2.4)	(0.6)	(3.1)	(37.2)
				<89.2>	<96.0>	<100.0>	<100.0>	<91.5>	<90.9>	<75.0>	<87.0>	<92.1>	<90.9>	<92.2>	<16.0>	<100.0>	<100.0>	<93.2>
女性	67	59	8	4	7	0	0	10	2	1	3	15	6	19	2	0	0	26
				(6.0)	(10.4)	(0.0)	(0.0)	(14.9)	(3.0)	(1.5)	(4.5)	(22.4)	(9.0)	(28.4)	(3.0)	(0.0)	(0.0)	(38.8)
				<10.8>	<4.0>	<0.0>	<0.0>	<8.5>	<9.1>	<25.0>	<13.0>	<7.9>	<9.1>	<7.8>	<8.0>	<0.0>	<0.0>	<6.8>

1. ()は行の総数に対する構成比、<>は列の総数に対する構成比。(単位:%)
2. 計算値の端数は四捨五入

(9) 自由意見について

全回答者1024人中261人(25.5%)が自由意見を寄せた。意見は359件。分類し、多い順に並べると次の通りである。①市への要望、②生活環境、③保健・医療、④政治に対する不満、⑤生計費、⑥住宅環境、⑦住宅環境、⑧社会保険、⑨地域社会のあり方、⑩景気・経済問題。暮らしと健康に関わることを身近な行政に期待していることが伺える。

年代別の主な社会活動参加状況



4、おわりに

調査を実施し、近所づきあいや社会活動の活発さなど、「社会関係」の絆の太さに目を見張った。「国策」で出現した「ニュータウン」は高齢化が進んでいるが、市民の隣人と結び合う努力と歳月を経て、支えあいの街となっていた。回答を寄せ

ていただいた1,024人の多摩市民に誌上をお借りして御礼を申し上げる。「調査報告書」はご希望の方に有償頒布している。

(ちかざわ よしはる、NPO 法人 多摩住民自治研究所事務局長)



『多摩市民の生活実態についてのアンケート』調査報告書
(2009年12月)

(非営利・協同総合研究所いのちとくらし研究助成金研究成果報告書「2007年度研究助成」)

2010年8月発行、131P、¥1,000円+送料

発行 特定非営利活動法人 多摩住民自治研究所
〒191-0016 東京都日野市神明3-10-5
エスプリ日野106

電話：042-586-7651 FAX：042-514-8096

電子メール：tamajitiken1972@yahoo.co.jp

URL：<http://www.geocities.jp/tamajitiken>

「分かち合い」の経済社会は実現できるのか

〈書評〉神野直彦『「分かち合い」の経済学』

(岩波新書、2010年4月、202ページ、720円＋税)

小塚 尚男

1

本書の著者神野直彦氏は、財政学の第一人者であり、今日まで、近來のほとんどの内閣の経済、財政の審議会の委員、会長を務めてこられ、現政府でも地方財政審議会会長となっている。著者は、当初は正統派の気鋭の財政学者だったのに対し、北欧諸国の研究をされ、そこから広い視点からの財政学を、展開されるようになったと見られる。2002年「人間回復の経済学」(岩波新書)の頃より、ご本人は財政学を深めるかのように述べているが、経済から社会学、政治の領域に入って展開しているように見られる。その要因は日本の財政、経済、政治、社会へのもどかしさ、によるのではないかと思われる。

本書もまたその延長線上にあり、さらに進んでいるといえよう。“はじめに”において述べる。「本書は単なる希望の書ではない。むしろ失望の書である。幸福は『分かち合う』ものである。『分かち合う』べき幸福を『奪い合う』ものだとされている日本社会への失望である。一中略一 危機を乗り越え、人間の歴史的責任を果たす鍵は『分かち合い』にある。それが本書の伝えたいメッセージである。」

2

今日の日本社会は格差、貧困が広がっている。1999年の労働者派遣法の改正により、労働者派遣が原則自由化された、意図された雇用破壊である。企業は、非正規労働者を雇用すると社会保障負担を節約できる。低賃金と、解雇容易性と共に、非正規労働者を雇用するのが三大メリットとなっている。日本の政治では自然環境も人間環境の破壊も、市場が欲しいままにするのを放置したしてい



るのだ。

これに対し、「『分かち合い』の経済」は、貨幣を使用する「分かち合い」の経済」と、貨幣を使用しない「分かち合い」の経済」とに分類される。一中略一正確に表現すれば財政は貨幣を使用する経済と、貨幣を使用しない経済との混合経済である。貨幣を使用しない「分かち合い」の経済」とは家族やコミュニティ、あるいは非営利市民組織の経済である。こうした貨幣を使用しない「分かち合い」の経済」を「共同経済」と呼んでおくと、「共同経済」は無償労働によって支えられている。一中略一 つまりボランティアによる活動なのである。」こうして、神野財政学(経済学)のフィールドは広がる。

さらに、「貨幣を使用しない『分かち合い』の経済」である共同経済であろうと、貨幣を使用する『分かち合い』の経済」である財政であろうと、無償で必要に応じて財、サービスが分配されることになる。財政では無償で必要に応じて財、サービスを分配するために、それをすべて予算書

に盛り込み、社会の構成員の共同意思決定で分配を決定する。つまり、財政民主主義に基づいて決定する」。もっともここまで展開されると、日本の現実との乖離を痛感せざるをえない。

3

今日の時代を「分かれ路」(クライシス)としての「危機の時代」=恐慌とする。それはまた、「パクス・アメリカナ」の終焉を意味する。

パクス・アメリカナに先立って、イギリスが覇権国となった「パクス・ブリタニカ」の時代があった。19世紀から20世紀中盤まで100年以上に及んだ。軽工業を産業構造の基盤として、市場に委ねる「小さな政府」を旨とした。19世紀では、その小ささをもって「夜警国家」とも言われた。そのパクス・ブリタニカが終焉するのは第1次大戦の危機を経て1929年の世界恐慌によってである。この世界恐慌が失業と貧困を社会に溢れ出させ、社会不安を広げる。実際アメリカでも1929年の生産水準に戻るのは1941年だったという。そして第2次世界大戦がはじまり、その中でアメリカを覇権国家とする「パクス・アメリカナ」が形成される。1944年、アメリカのブレトン・ウッズに連合国44カ国が集まり国際通貨制度、安定した自由貿易についてとり決められ、国際通貨基金と国際復興開発銀行が設立され、金1オンス35ドルとし、ドルを基軸通貨とする固定相場制が実施される。「ブレトン・ウッズ体制」である。

パクス・アメリカナは「パクス・ブリタニカ」のような「金本位制と自由貿易」ではなく「国内における市場介入を前提」とした国際主義だった。かくして第2次大戦後、自動車と家庭電器産業の展開による重化学工業を基軸とする産業構造により、「混合経済」「福祉国家」が発展していった。

所得税と法人税とが基幹税となり、戦後経済成長が高まり、市場経済が安定することによって社会の統合性が高まるといった「幸せの」時代が続いた。かくして「小さな」国家より「大きな」国家と言ったケインズの福祉国家が生まれ、世界経済秩序が造られていく。しかし、重化学工業も行き詰まり、税収も相対的に減ることにより福祉国家も行き詰る。パクス・アメリカナも、1973年の、チリ、ピノチエットのクーデター、同年の中

東戦争からの石油ショック、そして1971年ニクソンの金兌換の停止、73年の固定為替相場制から変動為替相場制へ移行することによってブレトン・ウッズ体制は終焉した。

4

73年のチリのクーデターの頃より、「混合経済」「福祉国家」の「大きな政府」に変えて「小さな政府」を標榜する新自由主義が広がる。イギリス、アメリカ、そして日本の中曽根政権であり、小泉政権で一定の完成を見ることが出来る。新自由主義は、「大きな政府」を「小さな政府」へ変え、「大きな労働者」の発言力弱め、「大きな企業」の自由を目指す。新自由主義下では、1980年代に景気後退をもたらすが、90年代、アメリカでのIT革命で好況をもたらし、2000年代のITバブルとなり、その結果がサブプライム・ローンの破綻となる。かくして、「パクス・アメリカナ」の終焉へと向かう。

こうした現代の「危機の時代」という歴史の「峠」にあつて、次の社会のヴィジョンとして本書は「分かち合い」を挙げる。『「分かち合い」の原理は、競争原理の反対概念である。』『「分かち合い」の第一原則は必要性の相互確認、第二原則は共同責任、第三原則は平等である。そして、『「分かち合い」の組織の原基形態は家族である』。家族の「分かち合い」の組織からコミュニティの組織へ。「分かち合い」の社会の産業構造は重化学工業から知識産業やサービス産業を基軸産業とした知識社会へ移行する。女性が家族内で担っていた対人サービスは困難となり、「家族やコミュニティの相互扶助に代替する育児や養老という福祉サービス、医療サービス、教育サービスなどのサービス給付を、政治システムが提供せざるを得なくなるのである。』

5

大きなテーマを歴史的展開も含めてまとめた好著である。ただ末尾で「人間の可能性を信じ、人間がより人間的な未来を築くことができることを確信することには充分な理由がある。未来がそうなる信じれば信じるほど、そうなる確率は高まる。それが『予言の自己成就』の教えだからであ

る。」と結んでいる。社会心理学の用語らしいが、「予言の自己成就」は無責任の感を免れない。「分かち合い」の社会は日本で可能なのかと疑いたくなる。単なる北欧の「美しい物語」ではないであろう。共同経済の展開も気になる。市民が総がかりになり、非営利の組織、協同組合、労働組合な

ども加わり議論し、何よりも行動しなければなら
ないだろう。その展開が必要ではないだろうか。

（こづか ひさお、参加型システム研究所客員研
究員）

（事務局注：「」の表記は原書のまま）

単行本案内

◎ 「医療難民」「健康格差」はなぜ生じるか どう克服するか
『日本の医療はどこへいく 「医療構造改革」と非営利・協同』
角瀬保雄監修・非営利・協同総合研究所いのちとくらし編

2007年9月25日発行、新日本出版社、238ページ、定価1995円（税込）
ISBN 978-4406050616



目次

はじめに

序章 無保険、無医村の時代から現代に

第1章 医療保障と非営利・協同

第2章 日本の医療供給体制の現状と今後

第3章 2006年「医療改革」の行く末

第4章 高齢社会の実態、医療・介護における格差の広がり

第5章 米国の格差医療と非営利組織の役割

第6章 ヨーロッパの医療制度改革と非営利・協同セクター

おわりに

参考文献

角瀬保雄
高柳 新
角瀬保雄
岩本鉄矢
八田英之
廣田憲威
高山一夫
石塚秀雄
高柳 新

◎ 「崩壊」の構造を変える 『日本の医療はどこへいく』第2弾！
『地域医療再生の力』
中川雄一郎監修・非営利・協同総合研究所いのちとくらし編

2010年1月25日発行、新日本出版社、237ページ、定価2100円（税込）
ISBN 978-4406053334



目次

はじめに

第1章 自治体病院はどこへ行く

第2章 京都における医療機関の動向から地域医療の再生を考える

第3章 東京における開業医と住民運動の連携

第4章 佐久総合病院と地域医療

第5章 明日の見えない医療経営—経営論点と処方箋

結びにかえて——地域医療と「非営利・協同」

中川雄一郎
村口 至
吉中丈志
前沢淑子
石塚秀雄
坂根利幸
杉本貴志

『高齢者介護のコツ—介護を支える基礎知識—』

(石田一紀・埜田和史・藤本文朗・松田美智子編、クリエイツかもがわ、2010年、2200円、A4版223ページ)

川口 啓子

『いのちとくらし』読者の皆さま、お元気でご活躍のことと存じます。

だいぶ前になりますが、男性国会議員の方たちに「奥様が要介護になったら…」という質問をしたところ、みんながみんな「私のほうが先に死にますから」と答えた、そんな話を聞きました。脳天気な介護観。

「だから、日本の介護福祉は…」とぼやいてみても仕方ありません。それより、一家に一冊『高齢者介護のコツ—介護を支える基礎知識—』はいかがでしょうか。

皆さまは、ご自身やご家族が要介護状態になったときのことを、どれくらい想像しておられますか。要介護状態は、介護をする側が準備万端整えてからやってくるものではありません。突然やってきたり、ジワジワと忍び寄ってきたり…。

私の祖母は、ある日ひざがガクツとなってそれっきり、歩けなくなりました。突然です。その日から入院し、寝たきりで1週間。排泄は車椅子でトイレに行きました。もう30年近く前のことです。そのころは、看護師さんでも介護の基本が十分だったわけではありません。車椅子の使用もトイレに座らせる方法も、看護師さんも試行錯誤なら、私は見様見真似。ある日、祖母がトイレの壁と洋式便座の間にはまり込み、抜け出させるのに四苦八苦ししました。

でも、今なら大丈夫。『高齢者介護のコツ—介護を支える基礎知識—』には移乗・移動のコツが書いています。日ごろから読み親しんで、ご家族が健康なうちに自宅で体験しながら身体で介護を覚えましょう。ボディメカニクスやノーリフティングポリシーなど、読んでいっただけで身体が軽くなるような専門用語の解説が加わり、さらに納得



です。

私は、介護技術などのスキルは専門外ですが、先生方の演習授業を拝見し、学生たちの練習を手伝い、実習での話を聞くうちに、日常生活と介護福祉の緻密な表裏一体を感じずにはいられません。特に身体を使って＜介護をすること＞・＜介護を受けること＞は、健常者の何気ない日常動作の観察から考え抜かれた人間的動作なのです。

普段、介護に接する機会の少ない方こそ、ぜひ『高齢者介護のコツ—介護を支える基礎知識—』を手元において、健康なうちから＜介護をすること＞・＜介護を受けること＞の人間的動作を学んでください。柔道などで受け身の技を獲得するように、介護も、＜する＞側と＜受ける＞側のちょっとした技の相乗が、実質的な人と人の支え合いにつながることを本書は教えてくれます。

再び私事ながら、私の母は若年性アルツハイマー病でした。これも30年近く前。当時は病名すらわからず、認知症（当時は痴呆症）も一般的ではありませんでした。「ほとんどまともなのに、何

か変…。母の言動が理解できずに、あちこちの医療機関にかかり、さまざまな検査をしてもらいました。ひどくなるにつれ、「死んでくれたらいいのに…」と思ったことが何度あったでしょう。

でも今なら大丈夫。『高齢者介護のコツ—介護を支える基礎知識—』を読めば、どこに相談に行けば良いかわかります。何に気をつけなければいけないか、教えてくれます。全国に家族会があることもわかります。

認知症、特にアルツハイマー病はジワジワとやってきます。最初は日常生活に大きな支障がありませんので見逃してしまいがち。ですから、一人暮らしの場合には、詐欺の被害やご近所トラブルに巻き込まれることも多々起こってきます。高齢者夫婦の場合は、老々介護、認々介護の問題も浮上してくるでしょう。そのような事態と対処についても本書では網羅されています。介護とは、＜する＞側と＜受ける＞側だけで完結するものではないことが、よくわかります。

『高齢者介護のコツ—介護を支える基礎知識—』は、「実践編」、「介護の基礎知識」、「暮らしと生きがい・生活文化」の三編で構成されています。まず、「実践編」を試してみてください。介護は、実践が伴って初めて介護になります。本書の著者たちが実演した写真やイラストを真似て、身体の位置、体重のかけ方、顔の向きなどを体験してください。

そして、なぜそのような介護の仕方になるのか、「介護の基礎知識」で理由がわかります。ここでは、技術的なことだけでなく、介護についての考え方が書かれています。以前は「呆け」や「寝たきり」という程度の言葉で一括されていた要介護の高齢者像でしたが、なぜそうなるのか、どうしてそのような行動をとるのか、さまざまな局面において介護をする側にはどういった理解が必要か、ということを手易な言葉で伝えてくれます。

さらに、「暮らしと生きがい・生活文化」は、人類史的希望とともに、介護を通して人も社会も発達し続ける存在であることを教えてくれます。

歳をとっても、障がいを持っても安心して暮らせる社会を忌避する人はいません。その実現のため

には国の制度政策が重要です。でもそれと同じくらい、多くの人が『高齢者介護のコツ—介護を支える基礎知識—』のような本を持ち、チラチラと読み親しんで、日常生活に何となく生かしていく…そんなことの積み重ねが重要だと思います。

編者の藤本文朗先生も、誤嚥した食物を掃除機で吸引したことを、本書出版のきっかけの一つと書いておられます。風邪で発熱した時におでこを冷やすのと同じように、本書の内容が日常生活に溶け込んで実践されることこそ安心して暮らせる社会を底辺で支えます。

ところで、日ごろ民主主義と基本的人権を語る著名な大学の先生方から、こんな言葉を聞いたことがあります。

「私は、専門学校出の介護福祉士には介護してもらいたくない」、「有料老人ホームに入った。設備も整っていて安心なんだ」、「社会福祉士のほうが介護福祉士よりずっと賢いよ」

発言にはそれなりの文脈と理由があったかもしれませんが、不快感は拭いきれません。日常生活との緻密な表裏一体をなす介護福祉こそ、民主主義と基本的人権の実用化だと思うのですが…。

そう言えば、東大や京大をはじめ、国公立・私立を問わず著名な大学には介護福祉学科や介護福祉士の養成コースがありません。なぜ、率先して取り組まないのでしょうか。

『いのちとくらし』を読まれる大学人の皆さま。どうぞ、貴学では介護福祉士の養成に取り組んでください。あるいは、先生たちのゼミでほんの少しでも介護を語ってください。そして、本書『高齢者介護のコツ—介護を支える基礎知識—』を参考図書として使ってください。

介護、すなわち人と人との支え合いは、日常生活レベルにおいて身体に触れ合い身体を動かすことを不可欠の要素として含んでいます。若い学生たちなら、介護とは何かを肌で吸収していくことでしょう。そんな若者がたくさん輩出されることこそ、安心して暮らせる社会の実体を形作るのだと思います。

(かわぐち けいこ、大阪健康福祉短期大学教授)

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

●第32号（2010年8月）—特集：社会保障と社会の危機—

- 巻頭エッセイ「私と研究所」角瀬保雄
- 「社会保障の機能不全とその克服をめざして」伊藤周平
- 定期総会記念講演「学校は子どもの貧困を救えるか」青砥恭
- 「韓国の介護保険制度と市民社会（NPO・NGO、労働組合）（下）」秋葉武
- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ第1回研究会報告「千葉県と宮城県の『地域医療再生計画』について」八田英之
- 社会福祉と医療政策・100話（51～55話）「11 健康と社会保障」野村拓
- 「医療ツーリズムの概観と問題点」吉中文志
- 2005年度研究助成概要報告「介護される人と介護する人の安全性・快適性向上を目指した介護・看護労働者の労働負担軽減に関する介入研究」埜田和史、佐藤修二、田村昭彦、服部真、舟越光彦、山田智、北原照代
- 書評 宮本太郎著『生活保障』安井豊子
- 書評 中川雄一郎監修、非営利・協同総合研究所いのちとくらし編『地域医療再生の力』松本弘道
- 医療産業における労働力③「フランスの医療機関、医療専門家数と報酬」石塚秀雄

●第31号（2010年5月）—特集：非営利・協同と労働—

- 巻頭エッセイ「定年・退職に思わぬ落とし穴～最新治療と自己決定」森川貞夫
- 「労働政策の転換と非営利・協働セクターの役割」柳沢敏勝
- 「生協事業構造再編と労働力構成の変容」田中秀樹
- 「韓国の介護保険制度と市民社会（NPO・NGO、労働組合）（上）」秋葉武
- 「都立駒込病院PF1の問題点」大利英昭
- 2006年度研究助成概要報告「京都地域における大学生協の歴史的研究」
- 翻訳ILO報告文書（2009.10）「トルコの社会的経済または『サードセクター』—社会的脆弱性を減らし、セーフティ—ネットとディーセントな仕事作りによる社会的責任の推進—」石塚秀雄、竹野ユキコ
- 社会福祉と医療政策・100話（46～50話）「10 第2次大戦と医療」野村拓
- 書評佐藤真美子『われら青春の時』早川純午
- 医療産業における労働力②「ドイツの医療労働従事者（2008）」石塚秀雄

●第30号（2010年3月）

- 巻頭エッセイ「いない人間は誰一人いない」長瀬文雄
- 「『療養の給付』の外堀—介護保険・障害者自立支援法・保育改革」後藤道夫
- 「医療事故被害者救済制度のメカニズム—過失責任主義と無過失補償制度—」我妻学
- 投稿「事務労働概念の考察—先行研究を遡って」川口啓子
- 「オバマ政権の医療改革動向」高山一夫
- 第12回自主共済組織学習会報告「米国の生命保険と生命共済」松岡博司
- 投稿「ベトナムの医療・看護・介護は今—私たちの学ぶことは—」藤本文朗、渋谷光美、関山美子
- 海外情報：翻訳「フランスの『人体の不思議展』に中止判決」石塚秀雄
- 社会福祉と医療政策・100話（41～45話）「9 市場型医療とファシズム」野村拓
- 「都立病院再編の現段階」石塚秀雄
- 書評『いのちの平等をかかえて—山梨勤医協50年のあゆみ』角瀬保雄
- 「民医連総会、活発な議論」事務局
- 「医療産業における労働力①イギリス、イングランド」石塚秀雄

●第29号(2009年12月)―特集:公立病院のゆくえ/オランダ視察報告

- 巻頭エッセイ「社会的企業と雇用創造」 宮本太郎
 - 座談会「日野市立病院の現状と今後のあり方」 窪田之喜、中谷幸子、高柳新、根本守、司会:石塚秀雄
 - 「公立・自治体病院『改革』の現状」 事務局
 - 「総研オランダ視察 概要報告」 廣田憲威
 - 資料翻訳「オランダ病院薬剤師協会」 廣田憲威
 - 「MOVISIE とナレッジ・インスティテュート」 竹野ユキコ
 - 「オランダの医療(保険)制度の特徴」 石塚秀雄
 - 「日本の共済組織の危機的現状」 石塚秀雄
 - 「『協同労働の協同組合法』制定の特徴と社会的意義」 田嶋康利
 - 「オバマ 医療保険改革のゆくえ」 石塚秀雄
 - 「中国はどこへ行くのか」 岩間一雄
 - 「ポルトガル社会連帯協同組合法―知的障害児童の社会復帰を目指す―」 石塚秀雄
 - 社会福祉と医療政策(36―40話)「8 社会主義・社会福祉・優生思想」 野村拓
 - 本紹介・「野村拓『講座医療政策史 新版』」 山田智
 - 本紹介・「横山壽一『社会保障の再構築 市場化から共同化へ』の紹介」 齋藤裕幸
-

●第28号(2009年9月)―特集:「現代社会の転換と福祉・労働・経済」

- 巻頭エッセイ「診察室から見える日本人のルーツ」 原弘明
 - 2009年度定期総会記念講演「シチズンシップと非営利・協同」 中川雄一郎
 - 「現今の経済危機と社会的経済 持続可能な社会を目指す『ネオ・ニューディール』2題―『就労・福祉ニューディール』と『グリーン・ニューディール』―」 粕谷信次
 - 「企業福祉と労働福祉の諸問題」 橋木俊詔
 - 第7回公開研究会報告「現代フランス社会における若者と雇用」 エミリィ・ギヨネ(石塚秀雄訳)
 - 「転換する中国の医療保険制度―国費から社会保険へ」 石塚秀雄
 - 【投稿】「京都東山の洛東病院の歴史を探る―語られなかった歴史的事実にせまる―」 永利満雄、藤本文朗、渋谷光美
 - 社会福祉と医療政策・100話(31―35話)「7 『戦間期』の問題」 野村拓
 - 書評「川口啓子、黒川章子編『従軍看護婦と日本赤十字社―その歴史と従軍証言』 歴史の事実から『看護とは』を考える―冊」 山本公子
-

●第27号(2009年6月)―特集:経済と社会の危機への対応

- 巻頭エッセイ「たぬきそばを食べて」 高柳新
 - 座談会「経済危機問題と非営利・協同事業組織のあり方」 角瀬保雄、富沢賢治、坂根利幸、司会:石塚秀雄
シリーズ「民医連の医療・介護制度再生プラン(案)によせて」(3)
 - 「国民生活の危機と再生プラン」 相野谷安孝
 - 「自治体病院の危機を探る―第12回全国小さくても輝く自治体フォーラム』参加記―」 村口至
 - 「民主的な組織運営へのアプローチ―当事者のための5つの視点」 川口啓子
 - 「ヨーロッパの共済を訪ねて」 長谷川栄
 - 「スペインの医療過誤補償制度」 石塚秀雄
 - 社会福祉と医療政策・100話(26―30話)「6 保健・医療政策の時代」 野村拓
 - 書評リブライ「拙著『新年金宣言』への石塚書評によせて―改めて社会保険幻想の克服を―」 里見賢治
-

●第26号(2009年2月)―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―」

- 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
- 「京都における医療機関の現状と地域医療の問題」 吉中文志
- 「開業医から見た地域の現状」 津田光夫
- 「アメリカの医療制度と非営利・協同セクター」 高山一夫

- 「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
 - 質疑応答、意見交換、まとめ
 - 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
 - 「改正介護福祉士養成制度の方向性と課題」坂本毅啓
 - 「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
 - 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
 - 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
 - 書評 湯浅誠・河添誠編 本田由紀・仲西新太郎・後藤道夫との鼎談集『「生きづらさ」の臨界―溜め、のある社会へ』相野谷安孝
 - 書評 里見賢治著『新年金宣言』石塚秀雄
-

●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
 - 海外情報「キューバの医療制度におけるポリクリニコ（地域診療所）の役割」石塚秀雄
 - 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
-

●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
 - 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
- 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⑩（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⑨「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®「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

「研究所ニュース」バックナンバー

○No.32 (2010.10.31発行)

理事長のページ「日本協同組合学会第30回大会とレイドロー報告」(中川雄一郎)、副理事長のページ「インクレチン効果」(高柳新)、理事リレーエッセイ「登山と組織」(今井晃)、「自治体病院検討プロジェクト企画」(村口至)、「イギリス保守党政権の公的セクター縮小政策とエセ協同組合推進化」(石塚秀雄)、ほか

○No.31 (2010.7.31発行)

理事長のページ「『シチズンシップと地域医療』補遺」(中川雄一郎)、副理事長のページ「キャピタル」(坂根利幸)、「ハンセン病問題について」(谷雄二)、「イタリアのハンセン病患者支援の非営利組織」(石塚秀雄)、2010年度定期総会概要報告(事務局)

【事務局より訂正お知らせ】モンドラゴン紹介DVDは販売停止中

「研究所ニュースNo.31」(2010年7月末発行)の12ページに掲載した「モンドラゴングループ紹介DVDが発売される」についてですが、2010年8月現在、著作権の問題などもあり、販売、頒布ともしておりません。

関係の皆様、ニュース読者の皆様には誤った情報を提供しご迷惑をおかけしてしまったことをここにお詫び申し上げます。

○No.30 (2010.4.30発行)

理事長のページ「医療の産業化」(角瀬保雄)、副理事長のページ「しあわせの黄色い旗—大田病院創設60周年、本館竣工記念式典」(高柳新)、「行き先の遠い韓国の医療現実」(カン・ボンシム)、「オバマ医療改革の教訓」(石塚秀雄)、本の紹介「中小路純著『「無産者診療所運動」と豊住村』(成田史学会研究叢書)」、ほか

○No.29 (2010.2.20発行)

理事長のページ「空襲から生き延びて—学童集団疎開と東京大空襲」(角瀬保雄)、副理事長のページ「『レイドロー報告』30周年」(中川雄一郎)、「民主党政府は非営利・協同セクターを理解するか」(石塚秀雄)、など

○No.28 (2009.11.30発行)

理事長のページ「老化と難問」(角瀬保雄)、副理事長のページ「食事、散歩と人づきあい」(高柳新)、「広がる連帯経済の輪 —『アジア連帯経済フォーラム2009』」(石塚秀雄)、「スウェーデン視察報告」(竹野ユキコ)、「アカウント3 理事長講演会参加報告」(竹野ユキコ)、新刊紹介

○No.27 (2009.8.31発行)

理事長のページ「写真と医療」(角瀬保雄)、副理事長のページ「ソーシャル・インクルージョン Social Inclusion」(中川雄一郎)、「フランスの非営利・協同セクター議論あれこれ」(石塚秀雄)、「2009年夏季医療・福祉政策学校参加報告」(竹野ユキコ)

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。

報告書

◎キューバとメキシコの医療、ベネズエラ事情をさぐる 憲法の全文和訳は本邦初！

全日本民医連・総研いのちとくらし共催

『キューバ・メキシコ視察報告書—キューバ憲法・ポリクリニコ一般規則全訳付—』

ISBN 978-4-903543-06-2

2010年2月20日発行、A4判80ページ、頒価500円

目次

はじめに

視察概要

キューバの医療制度とポリクリニコ（地域診療所）の役割

【翻訳】ポリクリニコ一般規則

キューバ憲法入門—法律家のみたキューバ共和国憲法—

【翻訳】キューバ憲法 1976年制定、2002年改正

ベネズエラ視察Ⅰ「低コストにして高品質を」

ベネズエラ視察Ⅱ「キューバからベネズエラ」

メキシコの医療制度と社会的貢献病院メディカスール

キューバ・メキシコ日程概要

高柳 新

廣田憲威

石塚秀雄

石塚秀雄・訳

二上 護

石塚秀雄・訳

前沢明夫

前沢淑子

石塚秀雄

竹野ユキコ



◎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）

ウニオプス（UNIOPPS、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、オニアム

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「アソシエーションの家」とアソシエーションの意味

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

◎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、2006年3月1日発行、A4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

(2006年3月1日発行、A4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)



報告書

◎ 「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、2006年3月1日発行、B5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CIRIEC (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。



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)。

ワーキングペーパー No.2 (2010年3月1日発行)

◎『友愛社会とは何か—ヨーロッパから学ぶ社会像』 富沢賢治(聖学院大学大学院教授)

- 目次
- はじめに
- I 問題と問題解明の方法
1. なにを問題とするか
 2. 問題をどのように解明するか
- II 時代の動向
1. 世界の状況
 2. アメリカ
 3. ヨーロッパ
 4. イギリス
 5. 日本
 6. 民間非営利組織増加の要因
 7. 民間非営利組織の評価
 - (1) アメリカでの評価
 - (2) EUでの評価
 - (3) CIRIECでの評価
 - (4) フランスでの評価
- III 社会的経済の事例——モンドラゴン協同組合
1. 発展の歴史
 2. 組織と運営の基本原則
 3. 1990年代以降の状況
 4. 発展の要因
 5. ワーカーズコープ発展の基本的要因として
- IV 社会的経済の理論
1. 「社会的」という言葉の意味
 2. 社会的経済論の歴史
 3. EUの政策としての社会的経済
 4. 社会的経済論の社会認識
 5. 社会的経済論の政策提言
 6. 社会的企業の発展
 - (1) 社会的企業という概念
 - (2) 社会的企業の社会的位置と機能
- V 友愛社会の展望
1. 市場経済と労働の社会化
 - (1) アダム・スミスと市場経済
 - (2) マルクスの人間観と労働観
 - (3) マルクスの未来社会論
 - (4) 「労働の社会化」論 2. 生活の社会化と友愛社会
 - (1) アソシエーティブ民主主義
 - (2) アソシエーティブ経済
 - (3) 労働運動の根本方針
 - (4) 生活の社会化と友愛社会の成立
 - (5) 労働の社会化を促進するための法制度
- 参考文献

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



研究助成報告

●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) CPITN（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



●日野・市民自治研究所地域医療研究会『日野市立病院の現状と改革の方向—病院（医療従事者）と市民と行政の共同を—』

2010年6月発行

ISBN 978-4-903543-07-9

〈目次〉

序章はじめに

- 第1章 全国的な医療の危機とその原因
 - 第2章 大変な事態を迎えている日野市立病院の今
 - 第3章 日野市立病院問題を深刻化させた日野市の病院政策の問題点
 - 第4章 日野市立病院が担う医療と市民・職員の声
 - 第5章 日野市立病院の危機打開にむけて—病院の職員、市民、行政の共同を
- 終章 まとめ
- 補論 憲法25条と今日の医療保障
- 参考文献
- （資料）



研究助成報告

- 「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

- 「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)『いのちとくらし研究所報』22号

- 「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

- 概要報告「京都地域における大学生協の歴史的研究」(井上英之、他)『いのちとくらし研究所報』31号

- 概要報告「介護される人と介護する人の安全性・快適性向上を目指した介護・看護労働者の労働負担軽減に関する介入研究」(埜田和史、佐藤修二、田村昭彦、服部真、舟越光彦、山田智、北原照代)『いのちとくらし研究所報』32号

総研いのちとくらしブックレット

(詳しくは、事務局までお問い合わせください)

総研いのちとくらしブックレットNo.1

『医療・介護の報酬制度のあり方』

2004年2月発行、56p

研究所発行による最初のブックレットは、第1章・日本の医療制度や診療報酬問題をめぐる歴史的概括、第2章・日本の医療・介護制度の直面している問題と二つの道、第3章・診療報酬、介護報酬についての提言という構成となっており、全日本民医連からの委託研究報告書を基に、診療報酬制度をめぐる動きや用語解説などが加筆されて作成された。



総研いのちとくらしブックレットNo.2

『デンマークの社会政策』

デンマーク社会事業省編、山田駒平訳

2004年5月発行、54p

デンマーク社会事業省が発行した「Social Policy in Denmark」の翻訳。2002年、デンマークへ高齢者福祉視察に行った訳者が、デンマークの社会政策全般の枠組みをはじめに、子ども・家族政策、労働援助、障害者、社会的困窮者への対策など、アクティベーションの福祉政策が一望できる内容となっている。序文・宮本太郎（北海道大学）。



総研いのちとくらしブックレットNo.3

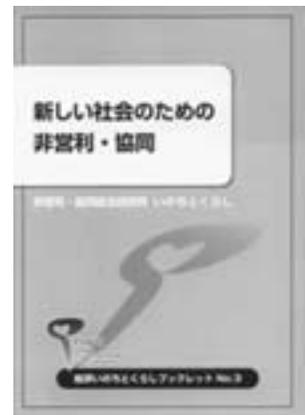
『新しい社会のための非営利・協同』

(ISBN 978-4-903543-04-8、2008年3月5日発行、A5判75ページ、頒価200円)

これまで『いのちとくらし研究所報』で発表してきた論文や座談会をまとめたものです。新しく用語解説を巻末に入れてあります。

【目次】

- はじめに 鈴木 篤
非営利・協同とは 角瀬保雄
- (1) はじめに
(2) 理念としての非営利・協同
(3) 経済主体としての非営利・協同
(4) 経済セクターとしての非営利・協同
(5) 非営利・協同の課題
(6) 非営利・協同と労働
- 非営利・協同と社会変革 富沢賢治
(1) 社会変革の歴史
(2) 非営利・協同組織とはなにか
(3) 非営利・協同セクターとはなにか
(4) 社会経済システムにおける非営利・協同セクターの位置と役割
(5) 結論
- 非営利・協同の事業組織 坂根利幸
(1) 非営利・協同の意義
(2) 非営利・協同の出資と所有
(3) 協同の民主主義
- 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
用語解説
あとがき 石塚秀雄



【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

<input type="checkbox"/> 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		

【次号34号の予定】 (2011年2月発行予定)

- ・変化するヨーロッパの社会保障制度と財源問題 (イギリス、スウェーデン、フランス、日本)
- ・誌上コメント『非営利・協同Q & A』(その2)
- ・第3回自治体病院問題ワーキンググループ研究会報告、その他

【編集後記】

ワーキンググループでは、地域における保健師活動について、歴史的経緯、地域による独自の活動など、多岐にわたる内容が議論となりました。地域、コミュニティの独自性と普遍性は、医療を考える上でも大きな柱になると思われます。韓国でも社会的企業促進法ができ、非営利・協同の独自の新たな潮流が活発になっているようです。

【投稿規定】

原稿の投稿を歓迎します。原稿は編集部で考査の上、掲載させていただきます。必要に応じて機関誌委員会にて検討させていただきます。内容については編集部より問い合わせ、相談をさせていただきます場合があります。

1. 投稿者

投稿者は、原則として当研究所の会員(正・賛助)とする。ただし、非会員も可(入会を条件とする)。

2. 投稿内容

未発表のもの。研究所の掲げる研究テーマや課題に関連するもの。①非営利・協同セクターに関わる経済的、社会的、政治的問題および組織・経営問題など。②医療・社会福祉などの制度・組織・経営問題など。③社会保障政策、労働政策・社会政策に関わる問題など。④上記のテーマに関わる外国事例の比較研究など。⑤その他、必要と認めるテーマ。

3. 原稿字数

- ① 機関誌掲載論文 12,000字程度まで。
- ② 研究所ニュース 3,000字程度まで。
- ③ 「研究所(レポート)ワーキングペーパー」 30,000字程度まで。

(これは、機関誌掲載には長すぎる論文やディスカッション・ペーパーなどを募集するものです)。

4. 採否

編集部で決定。そうでない場合は機関誌委員会にて決定。編集部から採否の理由を口頭または文書でご連絡します。できるだけ採用するという立場で判断させていただきますが、当機関誌の掲げるテーマに添わない場合は、内容のできふでに関係なく残念ながらお断りする場合があります。

5. 締め切り

随時(掲載可能な直近の機関誌に掲載の予定)

6. 執筆注意事項

- ① 電子文書で送付のこと(手書きは原則として受け付けできません。有料となってしまいます)
- ② 投稿原稿は返却いたしません。
- ③ 執筆要領は、一般的な論文執筆要項に準ずる(「ですます調」または「である調」のいずれかにすること)。注記も一般的要項に準ずる。詳しくは編集部にお問い合わせください。
- ④ 図表は基本的に即印刷可能なものにすること(そうでない場合、版下代が生ずる場合があります)。

7. 原稿料

申し訳ありませんが、ありません。

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

〒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