

目次

- 巻頭エッセイ「東電・福島第一原発事故と健康権」……………小西 恭司 1

【特集 介護保険制度と非営利・協同セクター】

- 座談会「介護サービスの現状と非営利・協同事業組織の展望」
……………林 泰則、山田 智、加藤 久美、井田 智、司会：八田 英之 2
- 「2012年『改正』介護保険法・改定介護報酬の問題点～介護保険で私たちの介護保障は可能か?!～」……………藤松 素子 21
- 2006年度研究助成報告「北欧における高齢者のグループリビングと住宅協同組合に関する研究」……………上野 勝代 28
- 「21世紀の協同組合と非営利・協同セクター—世界の憲法から」
……………堀越 芳昭 39
- 「ケベックの社会的連帯金融」……………石塚 秀雄 44
- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ・第9回研究会報告「日本医師会の医療政策などよもやまばなし」……………石川 広己 55
- 「朝日資料の整理を終えて」……………朝日訴訟の会・岩間一雄 78
- 書評 全日本民主医療機関連合会歴史編纂委員会編『無差別・平等の医療をめざして』……………角瀬 保雄 80
- （新シリーズ）医療政策・研究史（1）「科学史への関心」…野村 拓 84
- 事務局ニュース……………27、43
- 単行本案内・バックナンバー……………83、91

「東電・福島第一原発事故と健康権」

小西 恭司

健康権は、1948年の WHO 憲章に起源を有し、1976年発効した国際人権規約で「到達可能な最高水準の健康を享受する権利」とされ、WHO の健康戦略により発展し現在に至っている（所報 No 40野田論文参照）。

1986年にオタワで開かれた第1回ヘルスプロモーション国際会議で採択された『オタワ憲章』には「健康のための基本的な条件と資源」として①平和②住居③教育④食物⑤収入⑥安定した生態系⑦持続可能な生存のための資源⑧社会的公正と公平性、と8つの前提条件が提示され、1998年に「健康の社会的決定要因」として整理された。福島第一原発事故は、国民、特に被災者の健康の前提条件にどのような影響を与えたのであろうか。

- ①平和（平和的生存権）が脅かされた
- ②住居を脅かしている→避難を強いられた
- ③教育を脅かしている→外に出ることができない。子どもの分断
- ④安全な食料の確保を脅かした
- ⑤安全な環境の確保を脅かした
- ⑥安定した収入を脅かしている
- ⑦持続可能な生存のための資源を脅かしている
- ⑧社会的公正や公平性を脅かしている

以上のように、すべての条件が侵害されている。福島第一原発事故とは、国と東京電力による被災者（＝国民）に対する健康前提条件の全面的な破壊（＝健康権の侵害）であった。当然、国と東京電力がその責任を全面的に認め、侵害された権利の回復と損害補償をしなければならない。しかし、現状は、国はもちろん、事故を起こした東京電力も人権侵害の認識は薄く、被災者に対する対応はきわめて無責任なものとなっている。

従って、現時点では、被災者自身が被災の現実から出発して健康権の侵害を申し立て、その補償を要求してたたかわざるを得ない状況にある。原爆被爆者が「被爆の実態を重視する立場に立つ

て」集団訴訟をたたかったように。

具体的には“生業を返せ”の大運動、子ども・被災者支援法の具体化を求める取り組み、原発作業員全員に当たり前の賃金と危険手当が支給されるその生活と健康を守る運動などである。国と東京電力の責任を明確にして省庁交渉などを繰り返し、地方自治体に対しても避難者援助の要請を行うなど多面的な取り組みが求められている。

同時に健康権侵害に対する国民のたたかいは、脱原発と再生可能エネルギー普及の結合を求めている。

①再稼働や新たな建設を許さない脱原発に向けた草の根の活動を多様に行うことが必要である。これらの運動を交流し、脱原発の全国的連帯を強めていこう。

②再生可能エネルギーによる市民共同発電所を無数に作ろう。その際、再生可能エネルギーの小規模・分散という特徴をしっかりと理解し、地域間で連携することが重要になる。大切なことは、故原田正純氏が「『水俣病学』ではなく『水俣学』である」と喝破したように、徹底して地域に学び地域住民の健康を守る立場で進めることである。非営利・協同の運動は市民共同発電所建設に向けた住民結集の大きな条件を持っている。

以上のように、福島第一原発事故がもたらした健康権侵害に対する国民のたたかいは、脱原発の運動と再生可能エネルギーの普及が結びつくことにより、新しい福祉社会への展望を視野に入れ、地域から医・食・職・住・環境再生（＝地域再生）をめざす非営利・協同の事業へと連なるであろう。それはさらに憲法9条を守り、25条を生かす大きな国民的運動に合流し発展する道へつながっている。

（こにし きょうじ、全日本民医連副会長・福岡医療団理事長）

座談会「介護サービスの現状と非営利・協同事業組織の展望」

●急速な営利法人のシェア拡大

司会 座談会の「非営利・協同事業組織の展望」という趣旨ですが、最初に介護保険が始まるにあたり、そもそも介護事業を営利企業に道をひらくという指摘がありました。確かに一定進んでいるのですが、では介護市場全体が営利市場となっているのかというと、必ずしもそうではない。これは法人形態の問題と、全体の営利化という問題は区別して考えるべきではないか、その辺を議論出来ればと思っています。

ではまず、林さんから資料の説明をお願いします。

林 それでは資料を紹介します。

図表1は「開設（経営）主体別事業所数の構成割合」です。2000年は制度施行直後ということもあり、今と比較できる形でデータの整理がされておらず、2001年から今と比較できる形になっています。2006年は前年に介護保険法の「改正」があり、地域密着型サービスが始まった年でした。いちばん最近の公表されているデータが2011年ということもあり、ちょうど5年ごとのデータになっています。

これは構成比なので、100%に対して開設主体別にそれぞれどのような割合で事業が展開されているかという意味になります。左端に地方公共団体、真ん中あたりに医療法人、営利法人（会社）が右から3つめ、その隣には特定非営利活動法人

（NPO）があります。

訪問介護で見ると、開始直後の営利法人のシェアは約3分の1、34%だったのですが、2011年には58.6%とほぼ6割まで比重を高めています。営利法人の割合について主なサービスを見ると、訪問看護ステーションは開始直後7%から現在は26.8%、通所介護（デイサービス）は最初8.8%だったのが比率を高めて46.4%、ほぼ半分は株式会社の事業所です。通所リハビリや短期入所（ショートステイ）についてはあまり株式会社はありませんが、特定施設入居者生活介護が比率を減らしつつも7割前後のシェア、福祉用具にいたっては、貸与も販売も9割が株式会社です。それから2006年からスタートした夜間対応型訪問介護は、2006年では12か所しか開設されなかったものの91.7%が株式会社です。一昨年から制度化された定期巡回・随時対応型訪問介護看護も株式会社の展開がかなり先行しています。どちらもスタートダッシュは株式会社とびつき、そのうちならされていくという傾向にあります。認知症対応型通所介護も3割近く、小規模多機能型居宅介護は4割です。グループホーム（認知症対応型共同生活介護）は、もう5割を越えるシェアです。最後にケアマネジャーの居宅介護支援事業所ですが、開始直後は2割弱だったのが、現在は4割です。

以上のように、介護事業所の中での基幹的なサービス事業については、株式会社、営利法人がシェアを高めていると言えます。「官から民へ」といいますか、一方で表の左端の地方公共団体は、

司会



八田 英之（はった ふさゆき）、研究所副理事長。社会福祉法人千葉勤労者福祉会理事長。1988～97年全日本民医連事務局長、98～99年同副会長。



林 泰則（はやし やすのり）全日本民医連常駐理事。2000年に全日本民医連の理事となり、2000年4月からの介護保険実施を機に介護福祉分野を担当している。

図表1 開設(経営)主体別事業所数の構成割合(居宅サービス、地域密着型サービス、居宅介護支援)

		総数	地方公共 団体	公的・ 社会保険 関係団体	社会福祉 法人	医療法人	社団・ 財団法人	協同組合	営利法人 (会社)	特 定 非営利 活動法人 (NPO)	その他
訪問介護	2001	100.0	2.0	…	42.0	10.7	2.0	5.0	34.0	3.1	1.2
	2006	100.0	0.6	…	26.2	7.5	1.4	3.6	54.3	5.7	0.8
	2011	100.0	0.5	…	23.9	6.5	1.1	3.0	58.6	5.6	0.7
訪問入浴介護	2001	100.0	2.0	…	66.3	2.6	1.1	0.9	26.1	0.8	0.1
	2006	100.0	1.0	…	57.7	2.6	1.0	1.0	35.8	0.8	0.1
	2011	100.0	0.5	…	42.8	1.6	0.8	0.8	52.5	0.8	0.1
訪問看護ステーション	2001	100.0	5.2	3.4	10.3	52.2	17.1	4.4	7.0	0.4	0.2
	2006	100.0	3.9	1.6	9.2	44.4	15.1	5.3	18.7	0.9	0.7
	2011	100.0	3.4	3.1	8.5	39.4	13.3	3.5	26.8	1.6	0.4
通所介護	2001	100.0	4.7	…	75.6	5.6	1.1	1.5	8.8	2.1	0.6
	2006	100.0	1.5	…	45.3	8.2	0.8	1.9	36.2	5.5	0.6
	2011	100.0	1.1	…	36.9	7.5	0.6	1.8	46.4	5.1	0.6
通所リハビリテーション	2001	100.0	3.4	1.4	8.0	71.8	3.2	…	0.1	・	12.1
	2006	100.0	3.3	1.4	8.8	75.5	3.1	…	0.1	…	7.9
	2011	100.0	2.8	1.5	9.5	77.2	2.8	…	0.1	…	6.1
短期入所生活介護	2001	100.0	6.8	…	91.9	0.5	0.1	0.1	0.5	0.1	0.1
	2006	100.0	4.2	…	86.6	2.5	0.1	0.4	5.7	0.3	0.2
	2011	100.0	3.0	…	84.5	3.3	0.0	0.4	8.3	0.4	0.1
短期入所療養介護	2001	100.0	5.2	1.8	8.5	73.1	3.0	…	0.1	・	8.3
	2006	100.0	5.1	1.8	10.0	76.0	2.9	…	0.0	…	4.2
	2011	100.0	4.1	1.8	11.4	77.1	2.8	…	—	…	2.7
特定施設入居者生活介護	2001										
	2006	100.0	0.2	…	17.1	0.6	1.1	0.3	79.0	0.5	1.3
	2011	100.0	1.2	…	26.0	3.2	0.6	0.3	67.5	0.3	0.9
福祉用具貸与	2001	100.0	0.3	…	6.3	2.5	0.4	4.3	85.4	0.3	0.5
	2006	100.0	0.1	…	3.7	2.1	0.4	3.3	88.9	0.9	0.6
	2011	100.0	0.1	…	2.8	1.4	0.4	2.4	91.6	0.7	0.6
特定福祉用具販売	2001										
	2006	100.0	0.0	…	1.5	1.1	0.3	2.8	93.3	0.7	0.3
	2011	100.0	0.1	…	1.5	1.0	0.3	2.1	93.8	0.6	0.5
夜間対応型訪問介護	2001										
	2006	100.0	—	…	8.3	—	—	—	91.7	—	—
	2011	100.0	1.0	…	22.3	16.5	2.9	1.0	53.4	2.9	—
認知症対応型通所介護	2001										
	2006	100.0	0.8	…	58.1	10.9	1.2	1.5	21.8	5.3	0.4
	2011	100.0	0.6	…	49.4	12.8	1.0	1.6	27.9	6.6	0.2
小規模多機能型居宅介護	2001										
	2006	100.0	0.5	…	21.9	13.9	2.1	1.1	46.5	13.4	0.5
	2011	100.0	0.1	…	32.7	14.3	0.6	1.5	44.0	6.5	0.3
認知症対応型共同生活介護	2001	100.0	0.7	…	36.7	29.5	0.7	0.2	26.1	6.0	0.2
	2006	100.0	0.2	…	21.9	18.6	0.3	0.4	52.9	5.4	0.3
	2011	100.0	0.1	…	23.7	18.0	0.4	0.4	52.3	4.8	0.2
地域密着型特定施設入居者生活介護	2001										
	2006	100.0	—	…	26.1	4.3	—	—	65.2	4.3	—
	2011	100.0	—	…	30.3	9.9	1.3	0.7	54.6	2.6	0.7
地域密着型介護老人福祉施設	2001										
	2006	100.0	16.3	—	83.7	・	—	…	…	…	—
	2011	100.0	8.4	—	91.6	・	・	・	・	・	…
居宅介護支援事業所	2001	100.0	6.1	…	37.4	25.6	5.3	3.7	19.5	1.2	1.2
	2006	100.0	2.3	…	30.6	21.1	3.8	3.5	34.8	3.0	0.9
	2011	100.0	1.3	…	29.4	18.6	2.9	2.8	40.6	3.5	0.8

出典：厚生労働省「各年度介護サービス施設・事業所調査」

<林 作成>

注：1) 事業所数は集計対象となった事業所数である。

2) 「公的・社会保険関係団体」とは、日本赤十字社、厚生(医療)農業協同組合連合会、健康保険組合及び健康保険組合連合会、国家公務員共済組合及び国家公務員共済組合連合会、地方公務員共済組合、全国市町村職員共済組合連合会、日本私立学校振興・共済事業団、国民健康保険組合及び国民健康保険組合連合会、全国社会保険協会連合会をいう。

目も当てられないくらい比率が下がっています。介護保険は施行されてもうすぐ13年目となりますが、事業の供給主体は営利法人が比率を高め、営利法人が主導して介護事業のマーケットを拡大していると言えるのではないかと思います。

●訪問介護の時間短縮に悲鳴

司会 民医連全体としての介護分野の取り組みはどうでしょうか。

林 昨年の4月から介護報酬が変わりました。改定後の利用者や事業者への影響を調査し社会的に発信しようと、先日、記者会見を行い「介護保険法2011年『改正』、介護報酬2012年改定後の影響調査結果報告」を発表したところです。

この調査は、「事業所アンケート」と「事例調査」、そして利用者家族の生の声を集める「ひとことカード」の3つをセットで実施しました。

「事業所アンケート」では、やはり生活援助時間短縮（60分→45分）が相当に深刻な問題として現れていることが分かりました。また「事例調査」では、今まではケアマネジャーに報告してもらっていたのですが、今回は主治医の先生方にコメントを入れていただくのをかなり重視して実施しました。生活援助の時間短縮の影響が日常生活にさまざまな支障として現れており、その結果、病状や病態が深刻に悪化しているケースがずいぶん報告されました。主治医の先生方も改定後のサービスのあり方についてかなり危惧されています。調理の時間が減って配食サービスにしたというケースが多く、なかには洗濯の時間が減ったので自分で洗濯物を干すようになったら転倒・骨折し、入院したなど、かなり深刻な事例も報告されています。

また、ヘルパーと利用者との会話時間が大幅に減っていることから、重要な変化を見逃してしまうのではないかという不安がヘルパーから表明されています。そもそも対人援助サービスにとってコミュニケーションがとれないというのは根本的な問題であり、ヘルパーの専門性そのものに関わる問題として発信していく必要があるのかと思います。

加えて費用負担の問題です。特に支給限度額との関係で、今まで限度額いっぱいを利用していた人が、利用料が増えて限度額を超え自費が発生するのを避けるためにサービスを減らす事態、これは調査をすると一貫して出てくる問題ですが、今回も事例として多数出てきました。また、特定のグループに困難が集中しているというのもわかりました。1つは一人暮らしの認知症のケース、それに低所得層・生活保護受給者です。無年金・低年金のためサービスが追加できないとか、また、家族の介護支援もないなかでの認知症の人の一人暮らしは本当に大変なのですが、今回の改定によってヘルパーの支援時間が減っているものですから、さらに深刻化しています。これらは少し整理をして、現場での学習や社会的なアピールや制度改善の動きにつなげられればいいと思っています。

昨年から今年にかけては緊急改善を求める請願署名にも取り組んできました。先ほどの生活援助の問題や介護報酬の緊急改定などの要求をかけた、13万5千筆を集め、2月20日に約100名の介護職の人に集まっていただき国会議員への要請行動を行いました。昨年の総選挙で衆議院の厚労委員もかなり替わっていて、3分の2が新人議員であり、国会のことがさっぱりわからないという議員が多数を占めているので、議員一人一人への働きかけが改めて重要だと思っています。

現在、「社会保障制度改革国民会議」（国民会



加藤 久美（かとう くみ）
社会医療法人社団千葉県勤労者医療協会福祉介護部長。2006年からは地域包括支援センターの主任ケアマネ、社会福祉士を務める。2010年、本部に福祉介護部立ち上げの際に異動。



山田 智（やまだ さとし）
医療法人社団健友会理事長、リハビリテーション科医。2004年から全日本民医連理事として介護福祉部。

議)で、今後の介護保険制度の改革基本方針が議論されています。年内に次の改革の内容が準備され法案が整備され、2014年の通常国会には次の改定法案がかかってくるという流れです。おそらくは生活援助と軽度の介護を本体給付から外す、利用料を一部の利用者について2割負担にするなど、かなり根本的な改革案が出てくると考えられ、今後の運動が非常に大事になると思います。今は今後の方針を改めて議論しているところです。

司会 単純な確認ですが、特定施設入居者生活介護というのは、どういう内容でしたか？

加藤 いわゆる有料の老人ホームと言っていますが、在宅扱いになる施設です。そこにケアマネ、外付けのサービスが入ってきます。

林 ケア付きの有料老人ホームですね。

司会 施設基準があって、外付けサービスを利用できる、だから特定施設なんですね。

加藤 H町にある「HF」などがそうですね。ケアマネがいて、同じ敷地内には名前が違っても同系列のヘルパー事業所や福祉用具の事業所もあって、そこからデイにも行けるし、ヘルパーも使えるのです。ただし、ケアマネを変えてください、となるんです。

司会 ありがとうございます。それでは資料の内容は後で議論するとして、次に山田先生お願いします。

●介護保険改訂と地域の現状

山田 私は1983年に大学を卒業し、当時10万人以



井田 智 (いだ さとる)
社会福祉法人山形虹の会事務局長、介護老人保健施設かけはし施設長。介護福祉士。山形県介護福祉士会副会長。

上の都市のなかで高齢化率が26%と一番高かった福岡県の大牟田—現在では30%を超えています—に研修医として入りました。リハビリをやりながら高齢者に接する機会が多いので、九州・沖縄の地協で「高齢者医療を担う医師の会」を作り、成人医療の延長でない高齢者の医療を勉強していこうと始めました。その縁で、全日本民医連の高齢者医療委員会に入れていただき、2004年から理事として介護福祉部に入って今まで全日本の仕事をさせていただいています。

大牟田の仕事では、特例許可病棟から医療療養型病床が変わっていく経過を見ていた中で回復期リハ病棟が出来たので、急性期から後方としての回復期リハ病棟、さらにその後方としての医療療養型病床で仕事をさせていただいたことなどで、医療より介護に近い方を見る機会が多くなっていました。途中からは「くろさき苑」という老人保健施設の施設長も担当していましたので、介護保険に関わりました。

大牟田は高齢者と認知症でまちおこしをしたところですから、認知症のケア、コミュニティケアを非常に勉強させていただきました。

3年前から、叔母の看取り、それこそ介護で東京に来ているのですが、立川相互病院の回復期リハビリテーション病棟を担当しながら、大病院の中での回復期リハ病棟のあり方を勉強させていただき、去年からは中野にある健友会の理事長と中野共立病院の院長を仰せつかりました。自分の病院を紹介しますと、中野共立病院は110床（一般急性期55床、回復期リハ55床）の中小病院です。

今日の座談会テーマにも関わるところですが、中小病院の医療と介護の連携で言うと、一般急性期は完全に老人、高齢者の救急に徹しています。一般に急性期の機能の高い病院が受け取りたがらないような、高齢者のポピュラーな疾患—たとえば誤嚥性肺炎などを診て、在宅に返していくようにしています。それから、中野区医師会の在宅患者さんの、実に4分の1のレスパイト入院（介護休暇目的入院）を引き受けている病院でもあるのです。

司会 それはすごいですね。

山田 急性期の増悪も含めてですが、医師会から褒められましたね。そういう役割も担っているところですよ。それから回復期リハビリ棟は、92%が紹介で、地域の基幹病院の後方という位置づけになっています。従って地域に根付いた地域密着型の中小病院の見本のようなところですよ。また当法人の9診療所の在宅患者さんを合わせると、約470名います。連携強化型在宅療養支援病院もとったし、在宅療養支援診療所も取ったし、ヘルパーステーションも訪問看護ステーションもある、そんなところですよ。

後の話題とかかわりますが、急性期医療を続けていきたいというのは、介護といかに連携するか、いわゆる退院先、出口が大切となるからですよ。出口を介護に求めないと、急性期医療が出来にくくなる可能性がある、そういう状況になってきている。在院日数が限られるなかで、高齢独居、老老介護で介護力が期待できない方の退院先を探すのは困難になるでしょう。そこで住まいが重要になります。どうやって連携していくか。出口をどう作るか、急性期の出口を介護という認識をしないといけないと思っています。急性期の病院周りはするけれど、後方の介護施設とのやりとりを盛んにしないといけないかなというのが、いまの問題意識ですね。

司会 ありがとうございます。この辺も後ほど議論したいところです。それでは井田さん、お願いします。

●介護職員のやる気を失わせる・・・

井田 17年前、法人が出来たときに入職したのですが、私は異色でして、全く異業種から、具体的には体育学部出身で、27歳まではスポーツクラブのインストラクター、エアロビクス等をしていて、バブルの頃にはゴルフ業界におりました。バブル崩壊とともに今の世界へ35歳で転職した人生を歩んでおります。

司会 華麗なる転身ですね。

井田 どうしてこの業界に移ったかと言えば、ひ

と言でカッコよく言えば、「人に優しい仕事がしたい」ということでした。飛び込んで、一介護職員として業務を行いました。3年間の実務経験を経て介護福祉士を取得し、その後ケアマネジャーの仕事も2年ほどしました。介護保険の始まった2000年に、本体施設の老人保健施設隣接地にグループホームを立ち上げようと、9人1ユニットですが、立ち上げました。同時に訪問入浴を立ち上げ、その立ち上げの仕事をさせてもらったことで、現場から管理的な仕事へ移ったという形ですよ。

その後、グループホーム2ユニット、ショートステイ(21床併設型)を作り、最大の目的である特別養護老人ホーム(29床)を去年の4月に開設出来ました。地域密着型の小規模ですが、ここにも10床のショートステイを組み入れ、39床で立ち上げました。ようやく地域でもっとも必要だった特養を立ち上げられたので、良かったと思っています。ところが去年4月に立ち上げたばかりなのに、待機者が100人おります。

司会 29床に100人の待機者ですか。

井田 そうですよ。老健の方は定員100名ですが、待機者は200名を超えています。鶴岡市は14万人都市なのですが、現在の特養待機者は1,200名で、全く施設が足りていないという地域柄かなと思います。それから、山形県介護福祉士会という日本介護福祉士の山形県支部に当たる会の副会長をさせてもらっているんで、介護福祉士のさまざまな教育を含めた育成の仕事もさせていただいている、そんな状況ですよ。

介護保険が始まる前から仕事をさせていただいて、私自身のなかで今はどこに問題意識があるかと言えば、やはり介護職員に元気がないことですよ。介護職員に元気がなく、やる気がなく、疲弊している。最たる原因は、介護保険改定とともに事業所収益が下がっていく、そのなかで介護職員の処遇がだんだんと削られる、人件費が抑えられること、これが問題ですよ。なおかつこうした状況で、介護職員が医療行為の仕事もしなければならぬ、具体的には喀痰吸引や胃瘻の対応についてやらなければならないようになってきています。今後、これらをどうするかというのは大きな問題ですよ。私は

常々、介護職員は介護・福祉の専門職であり、看護の補助業務ではないと申し上げているわけで、介護は障がいのある方や高齢者の生活を支える、生活に寄り添う仕事と思っていますから、そこに看護の下請的な業務が課せられるのはどうかという問題意識を持っています。

またこれから考えなければいけないのは、精神疾患を含めた障がいのある方たちを地域で支えるためにどうするのかを、介護職員は真剣に考えなければいけないと思っています。私の地域には県立の精神科の総合病院がありますが、これが新築移転をします。100床程度が削減されるので、地域にそれだけの人が出て来ます。こうした方が介護保険を使うことになり、保険を使わずとも地域で障がい者をどう支えるかというのが、介護職員や介護福祉士の大きな役割となるだろうと思っているのです。

●所得の低い要介護者の行き場は

司会 ありがとうございます。それでは千葉についてです。

千葉勤労者福祉会は2000年に設立と若い法人なので職員層が若いのですが、在宅のヘルパーはそれなりに年齢が上の方々もいますから、この分野はいま世代交代の時期です。そのトップレベルが変わらざるを得ない、ヘルパーや介護の職員のなかでどう幹部養成をしていくかというのが具体的な問題です。それから事業的には特養をもっていないので、これを何とか作りたい。船橋と千葉との2つに手を挙げていて、うまく行きすぎると両方同時に、だめな場合は両方もだめになるという状態です。明日も打ち合わせがあるのです。船橋では、県の企業庁の土地を船橋市に無償譲渡させ、その土地に我々が特養を作るという離れ業に挑戦しています。船橋市に無償譲渡までは決まりました。

そういう状況の中で、今回の改定で出てきた時間短縮の問題を、利用者との関わりでどう対処するか、なんです。比較的うまく対処してしまったというか、回数を増やすなどしているのですが、アンケートをとれば先ほどのような不十分な点がいろいろ出てきているのは間違いありません。

それと、住まいの問題が出てきています。さきほど言われた一人暮らしの認知症の方や低所得層などの行き場がない。「お泊まりデイ」などが一般化してしまっている。うちのデイサービスに通っている利用者たちからも、アンケート調査をするとそれなりにお泊まりデイをやりたいと要望が出ています。吹きだまりとしか言えないようなお泊まりデイという劣悪なものに要求が集まっている。それから住まいのところでいわゆる貧困ビジネスとなっているものにぶつかるケース、これらが千葉での問題かと思います。

では加藤さん、お願いします。

加藤 私は最初に就職したのが千葉民医連の千葉勤医協・千葉健生病院の相談室で、そこで医療ソーシャルワーカーを15年近くやりました。そのあと在宅介護支援センターとケアプランセンターの管理者をやらせてもらい、2006年の介護予防になったときに、在宅介護支援センターが当時の千葉市には24ヶ所あったのですが、そのうち12ヶ所を地域包括支援センターにするというので手を挙げ、地域包括支援センターで主任ケアマネ、社会福祉士の仕事を4年ほどやり、千葉勤医協の本部に福祉介護部を作るというので異動となりました。本来は本部で介護福祉分野全体の職員の人事管理も含めた管理を担当するのですが、この3年間、職員が病休や産休などで、人の確保が困難となり、自らが現場の穴埋め、応援にほとんど行っている状況です。

2012年4月の介護報酬の改定で地域では何が起きているかというのは、利用者や事業所から見た問題は出てきました。私はケアマネジャーや地域包括の担当もしているのでケアマネの問題で言いますと、もうケアマネをやってられない、利用者に改定の説明をつけられないと、次々と辞めていくケアマネがおられるのです。報酬改定の説明をケアマネに押しつけられると言いましょか、ケアマネをしているのが精神的にきつくなって辞めるという人が多いのです。地域包括ではケアマネに辞められてしまうと委託できる人がいなくなるので、たちまち直営プランが一度に増えてしまい、こちらも非常に苦しい思いをしました。

今回の改定は保険者からもかなり厳しい指導が

ありました。報酬改定の説明と、報酬が絡むのでサービス担当者会議、ケアプラン再作成などを、遅くとも4月中にはやりなさい、出来れば3月中にという指導がありました。そこで対応せざるを得ないので、本来ならば利用者の生活にどんな影響を受けてどういうサービスが必要だと言う必要があると思うのですが、保険者からは対応を強く求められるので利用者との板挟みという形で苦しい思いをしたというのがありました。うまく調整を図ってしまったという面も確かにありますが、今回の事例調査などへの取り組みを通じて、民医連のケアマネだけではなく、地域の他の事業所さんと一緒に改善の声を出していく方向へ動かないといけないと思い知らされた気がします。

地域包括の担当もさせて頂いているのですが、現在2月から3月は地域ケア会議の研修が続き、こぞって出ている状況です。千葉県モデル事業という形で地域ケア会議を推進する委員をいろいろな職能団体から選び、そういう人たちの指導の下にケア会議をするということがさかんに行われています。一方で保険者からは地域包括支援センターが予防プランばかり作るのではなく、地域包括ケアのシステム作りに向かっていかなければならないので、そういう業務をやりなさいと言ってきています。いま、ある自治体では、地域ケア会議や地域づくりをしなない場合は委託料の返還を求めるということを言い始めてきました。これはすごい状況だと思っています。

司会 それは随分と強引なことです。相手のあることですからね。

加藤 つい先日の話ですが、今年度はこういうことも考えざるを得ないといった言い方をしています。非常に苦しいところに置かれているかなと思います。

司会 地域包括ケアを作るのが中心なのですか？

加藤 地域包括支援センターがやはり中心になっていくんだと。

山田 本末転倒も甚だしいですね。本来は行政が

作るべきものでしょう。

加藤 丸投げなんですね。

司会 それは他でもそうなのでしょうか。

加藤 どうでしょうか、他の自治体はどうでしょうか。

井田 山形ではそこまでは言ってきません。

山田 自分たちのプランがないということですね。だから言うてくるのでしょうか。

加藤 やりなさいと言うだけで、それに対して市がどう援助するという具体策がまだみえません。

司会 だいたいそれを考えるのが本来は行政の仕事なのであって、せめて場面設定くらいは市がやらないといけないでしょう。地域包括支援センターの人が中心を担うのは良いけれど、事業者を集めたり利用者の代表を呼んできたりと、包括の仕組み作りなどというのは知恵を集めてやらないと作れる訳がありません。その知恵を集めるところまでを支援センターにさせようというのなら、集める権限も下さい、自治体の代わりにするのだから、強制的に会議に出なさい、来ないと貴方の所は減点します位まで言える権限がないと。それこそ支援センターに包括の金を返せと言いつすなどは、逆ですね。驚きました。

山田 恐らく焦っているのでしょうか、ひどいですね。厚労省に実態を報告し改善を求めないといけません。

●営利法人と営利主義の違い

司会 既にいろいろな問題が出てきているのがわかかったと思います。それではさきほどの資料(図表1)の感想的なご意見をいかがでしょうか。

山田 医療系のところは医療法人が強いですね。例えば訪問看護ステーション、通所リハ、デイケ

アといった医療や医療人を必要とする場所は、非営利の事業者のほうが強い。営利企業の方は、どちらかと言えば施設系のところが強いですね。医師・看護師がいない介護事業に強いということですね。圧倒的にシェアを示しているのが驚きました。営利の事業所がこういう所では確実に伸びてきている、国の思う通りの方向へ進められているというのがはっきりしますね。

井田 そもそも介護保険が始まる前は、措置で行われていたサービスが多くありました。ヘルパーなどは措置で動いていたのに、地方公共団体ないし社会福祉協議会が丸投げして責任を負っていないと最初に思いましたね。自治体がどれだけ責任を果たしているのかを疑問視する数字ですね。

司会 そうですね。この営利法人には、大手から中小企業までいろいろとあって、内容はどうかというのはいくらもわかりません。全体としての傾向は山田先生の言われた通りだと思います。同時に、かつてコムスン事件があって、会社の方に対してかなり厳しい規制、監査の強化が図られました。その点では営利法人が積極的に取り組みをしているとは見て取れるのですが、形態論だけで営利主義であるとは必ずしも言えないです。ここは重要な点で、もっと細かく見なければいけません。

例えば福祉用具貸与はほとんどが会社ですが、民医連が経営している事業所もすべて会社です。これはこの法人形態がもっともやりやすい形態だからと言えるのではないのでしょうか。例えば新しい事業にすぐに入りやすい、機動性があるって企業人としてのイニシアチブを発揮しやすいと言えます。しかし、一見した印象は、営利の市場として提供するというもろみがそれなりに広がっている、しかし全てが営利主義ではないということでしょうか。

そういう点では、医療と関わる介護サービス、医療人がしなければならない医療サービスというのは、営利化の歯止めという役割を果たしているとも言えるのかもしれないですね。

加藤 医療法人の訪問看護ステーションの減少が気になりますね。地域でも営利法人の訪看ステー

ションが出来はじめていますし、通所介護など、例えばお泊まりデイなどを行っているところなどは、同じ名称でも運営する会社が違うのです。要は名前とノウハウをもらってやっているだけで、いわばフランチャイズです。

司会 運営主体はさまざまで、名前は同じなのですか。

加藤 私は千葉民医連のデータの関連機関マスターを見ているので、ケアマネからここをデータに入れて欲しいと言われると、全体の傾向が見えてきます。デイサービスはそういう所が増えていきますし、訪問看護ステーションは先ほど言ったとおり株式会社形態で、「何でも受けます」と言うところが増えてきています。

山田 ある訪問看護ステーションですが、大きな営利企業から合併しませんかという話があったと聞きました。やはり看護師さんが欲しいのでしょうか。

●訪問介護の利用者の視点

司会 特に訪問介護などは営利企業が6割と増えてきていますが、利用者からみてどうかというのはまた別の問題です。利用者視点で言えば、最近の大きな問題は生活援助時間の短縮です。現場のヘルパーは苦勞して対応していると思いますが、営利法人と非営利法人とで、対応に差があるのでしょうか。例えば、民医連の事業所でも60分にしたのですが、利用者からの要望があれば90分を続けるとか、最大限を経営とのバランスを取って融通するなどとしています。こうした点はどのようなのでしょうか。

井田 ある営利法人では、90分を45分×2回にするという方法をとっていると聞きました。民医連では45分を越え60分までを1つの区切り、中には90分までという形で対応しています。しかしこれは事業所持ち出しになるので、持ち出しにならないように45分を2回に分けて計画を立て、収入を上げているというのを聞きました。実際こういう

方法もあるのでしょうか。

林 事例調査で出てきたのは、回数を2回に増やすことによって利用料が上がってしまうので、時間が減って構わないから回数を増やしてくれるなどという事例です。それからヘルパーの出入りが激しくなるのがストレスで嫌だというケースも報告されています。その人その人に合わせて対応せざるを得ませんね。

司会 現場では利用者の意向を反映せざるを得ません。厚労省はあまりに評判が悪いので1日2回行ってもいいと認めましたが、そういった負担増などの問題が出てきているのです。果たして営利法人と非営利とではその差があるのかどうかは難しいです。

●株式会社の事業所も批判

林 事業所アンケートについては983事業所から回答があって、民医連以外の事業所の回答が4分の3を占めました。ここに集中する意見は民医連だろうがそうではなからうが、同じような問題意識を持っている事業者です。事業所名からみて、4分の3のほとんどが株式会社だと思われます。生活援助の対応については同じような問題意識を持っています。今回の介護保険改訂については7割が全く評価しないと批判的ですし、先ほど八田さんが言われたように、営利法人、株式会社だから機械的に営利主義とは言えないのだと思います。株式会社でも地域で真面目にやっているところはそれなりの問題意識を持っている。ただ、そうではない営利のところ、利益至上主義で展開する事業所がどのような対応をしているのかは、わかりません。

司会 なるほど。それにしてもアンケート調査に株式会社の回答がそれだけ集まるとするのはすごいことですね。

林 小さな会社などは、恐らく声を出すところがないのではないかと思います。

●制度の隙間と貧困ビジネス

司会 次に行き場のなくなった人や一人暮らしの認知症の人や低所得層など、多彩な形で現れる介護保険制度の隙間になってしまふところに、一方でいわゆる貧困ビジネスが食い込んできたり、一方で住民の力で何とかしようとしていたりしています。この点、井田さん、現状ではいかがでしょうか。

井田 私の地域では喀痰吸引が必要な人たちの行き場がなくなっています。というのは、特養で介護職員の喀痰吸引の研修会をやり、それを受けた者でないと吸引できないと厚労省が歯止めをかけているものですから、全ての介護職員がその技術を取得しているわけではありません。そこで一部の特養では新規の喀痰吸引が必要な方や経管栄養者を受けないという方針を打ち出してきているので、行き場がなくなってしまったのです。実際にショートステイを利用しているそういう利用者や、ショートステイ側が私の施設に送ってきます。経管栄養の人たちや医療行為が必要な人たちを手放し、やってくれるところへどんどん移そうとしています。ケアマネジャーを含めてそういう動きです。うちも含め、数が増えてしまうと困るので、なかなか受け皿が難しい。医療が必要な人たちの生活の場、住まいの提供が大きな問題です。

生活保護について問題となっているのは、特別養護老人ホームはユニット個室になっているので、そういう人を申請すら受け付けられない傾向があることです。うちの特養は人数制限をして一部だけ受け入れる体制を組んでいるのですが、一般的にはユニット個室には生活保護の人は全国どこでも入れない状況が続いています。全日本民医連の中でも話題になりますが、お金がないから雑居寝でいいのか？という問題は、決してそうではないだろうし、お金が有る無しにかかわらず、個室でプライバシーを保てるような生活空間を確保していくことが大きなテーマだろうと思っています。

それから、両親の年金をあてにして生活している方が多いという印象があります。利用者の中にもそういう方がいて、どうしても未収金の発生が出てきます。これをどう解消するかが問題です。

昨年、成年後見制度の活用で1件対応したくらい、この問題はなかなか大変な問題です。

司会 これは結構ある話です。千葉でも失業し、老健に入っている親の年金で暮らす人がいて、利用料金を払わないというケースがありました。また別のケースでは、生活支援ハウスの入居者で、年金が入るとパチンコに行ってしまうという人もいます。全体としての貧困の問題は置いて、要するに行き場のないケースがどのように出てくるのでしょうか。

●在宅医療は覚悟が必要…

山田 医療の症度が高いために行き場を失う方たちが今後増えてくるでしょうし、受け皿の準備がないままに地域へ返しているというところはあります。私も老健の施設長をしていたとき、恥ずかしながら症度が高いからとなかなか受け入れてもらえず、地域の中にかくつかある老健でも痰引や胃瘻は3床などと制限し、それ以上は増やせない状況にありました。いきなり来るとなると準備が出来てないし行政は準備をしないという中で、今後は社会的な問題として取り上げて欲しいですね。

もう1つ、介護療養病床はどうしても必要です。私だけの意見ではなく、これは続けていかなければやっていけないと思います。全国で胃瘻が約40万人、50万人に近い人数が在宅でいます。民医連の一昨年の在宅交流集会の1万4千人のデータのなかで、胃瘻は8%、1,000人を越えます。しかも震災があったために、このときは43%の回収率だったのです。恐らく倍以上いるのではないかと思います。

司会 だいたい無理がありますね。胃瘻や喀痰吸引などを介護職員にやらせろ、そのためには訓練をすればいい、しかし訓練をしたからと言ってそれだけのペイがあるわけではなく、多少増えるだけです。医療的な側面から見て、行く場所がない。お金がなくて行き場がない。行き場の問題としては、医療・お金の他には、認知症や制度的適応で行く場所がないということでしょうか。結論は「20万円払える人は施設に入れますが、そうではない

人は在宅で頑張るしかない。在宅介護には覚悟が必要です」という、淑徳大学の結城康博先生のお言葉ですね。NHKスペシャル「漂流社会」で聞いて、ぞっとしました。

山田 慶應義塾大の田中滋先生が昨年のケアマネジメント学会で紹介した地域包括ケアのスライドでも、「本人・家族の覚悟が必要」とあります。覚悟とはどういうことなのかと思いました。

司会 嚥下性肺炎で呼吸が大変になっても、入院できない覚悟を決めて下さい、ということなのではないでしょうか。家族に苦しむのを見ているというのですから、いまの在宅医療はすごいものです。在宅医療のお医者さんの中には、家族がそういう覚悟を決めるのを容認する方もありますね。

山田 日本老年医学会でもいわゆる終末期が問題になっていて、ガイドラインが出ました。今年6月の民医連の在宅医療交流集会のおおきなテーマの1つになるでしょう。

司会 今までは、まずいのちを尊重し、現在の医療技術を使えば長らえられるし、痛み・苦しみを避けられましたが、そういうことを適用させない状況が起きていますね。

山田 「がん死」、「非がん死」という言葉があります。がん死は医療技術を駆使して短時間で亡くなっていくけれど、胃瘻などの非がん死の場合はターミナルケアをどうするかが大きな課題です。特養待機者の在宅介護は介護度4や5が約5-6万人いる。地域の中にたくさんある問題だと言えます。

司会 こうした困難事例の入所できない、入院できないというケースでは、貧困ビジネスでさえ引き受けてくれない。そんなに手のかかることはしない。まさに何もしてもらえないまま、一人暮らしなどでは劣悪な状況になってしまうというのが実情ですね。私のイメージでは、貧困ビジネスは比較的身体が動き、生活保護の申請が出来る人を収容し、お弁当などを与え差額を徴収してしまう

というのですが、お泊まりデイはどのようなものでしょうか。

●「お泊まりデイ」の実情

加藤 特養ができショートステイが一緒に出来る
と利用希望者が殺到し、ショートの前約がいつも
とれない状況になる訳です。お泊まりデイは、普
段通っていたデイサービスに通いながら違うとこ
ろでショートというと、3ヶ月前からでないとい
予約できないので、本来は日帰りのデイもあって、
介護保険の対象外ですがそこにも泊まれるとい
う場所に家族が変えていくという状況です。それ
ではどういう所かと言えば、ほとんど民家です。普
通の一戸建てで小規模のデイをするという形な
ので、泊まるというと和室で男女を並べて寝たり、
リビングにソファベッドで寝たりという状況で
す。それこそ人の身体の状態に合わせていられ
ない、片麻痺の人がそんなソファベッドに寝る
ので良いのかとなります。ただし家族はショ
ートをずっと探して転々とするのは嫌なので、そ
こをずっと利用したいとなるのです。デイサー
ビスのお泊まりは800円だったり無料だ
ったり、1,000円だったりとまちまちです。デ
イサービスを利用する人を確保できるので、泊
まりは1,000円、800円です。

山田 これは必要悪に名を借りた貧困ビジネス
の一種だと思います。施設基盤が整備されてい
れば、こんなケースは起こらないのですから。そ
こをやっている側も心苦しいと思っている事業所
もあるとは思いますが、施設基盤の充実を図ら
ないといけません。国がその状況を放置してい
るのは問題です。

加藤 それでいて、保険者はケアマネにはなぜ
お泊まりデイのプランを作ったのかとケアプラン
点検に入るのです。ショートを何件当たってダ
メだったからお泊まりにしたという根拠を示せ
という。ここでもケアマネは絞られてしまうの
です。お泊まりデイの実態を見て見ぬふりをし
つつ、ケアマネで絞るという方法には納得がい
きません。良心的にやっている事業所もありま
すが、自治体への

届け出義務はなく、人員配置や防火設備は事
業者任せなのです。実際には門扉に鍵をぐるぐ
るに巻いて出て行けないようにしているデイも
ありますし、火事になったらスプリンクラーな
どの整備もされていません。

山田 群馬県渋川市にあった高齢者施設「静
養ホームたまゆら」焼死事件と同じ状況にな
りかねません。

加藤 だから私たちはそういうことを危惧し、
お泊まりデイは使わないようにしようと努め
ているのですが、家族の方は切羽詰まっている
という状況もあります。

●サービス付き高齢者向け住宅の状況

司会 施設設備が不十分なために、どうみ
ても劣悪な処遇が横行しているというのが実
態なのでしょう。そういうものと関わって、「サ
ービス付き高齢者向け住宅（サ高住）」の資
料を林さんに用意して頂いたので、説明をお
願いします。

林 図表2は「サービス付き高齢者向け住
宅協会」のまとめた資料です。サービス付き
高齢者向け住宅というのは、「高齢者住まい
法」という法律が改正されて新しく制度化さ
れたもので、2011年10月から登録が始ま
りました。個室で居室面積は原則25㎡以上、
「サービス付き」のサービスとは安否確認と
生活相談です。国は2020年までに60万
戸整備する目標をもっており、現在どこまで
進んでいるかということ、2012年11月末
で82,800戸だそうです。週に1千戸くら
い増えていますね。

山田 厚労省老健局高齢者支援課のグラフ
で見ると、その後さらに増え、この1月で
93,000戸を超えています（図表3）。

林 全部のデータではないのですが、実態
がこれでわかるかと思います。法人種別では
株式会社56%、有限会社14%です。7割
が会社です。運営している業種は介護系事
業所が60%ですが、建設

図表2 サービス付き高齢者向け住宅の現状と分析（平成24年8月末時点）

サービス付き高齢者向け住宅事業を行う者

■法人等種別

有効回答数:2,076件

法人種別	件数	割合
社会福祉法人	146	7%
医療法人	215	10%
株式会社	1156	56%
有限会社	283	14%
NPO法人	92	4%
各種組合	8	0%
その他	29	1%
個人	45	2%

※その他は、一般社団法人、合同会社等。



■主な業種

有効回答数:1,933件

業種	件数	割合
建設業	49	2%
不動産業	177	9%
ハウスメーカー	3	0%
介護事業業	1161	60%
医療事業業	321	17%
その他	222	11%

※その他は、福祉機器の製造・卸売業者、金融機関等。
※法人等種別「医療法人」が、「介護系事業者」として登録しているケースも見られる。



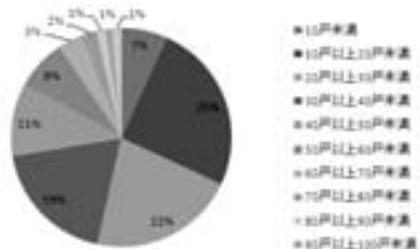
サービス付き高齢者向け住宅の戸数、階数

■住宅戸数

有効回答数:2,065件

戸数	件数	割合
1戸未満	14	0%
10戸未満	500	24%
20戸以上30戸未満	44	2%
30戸以上40戸未満	263	13%
40戸以上50戸未満	218	11%
50戸以上60戸未満	150	7%
60戸以上70戸未満	73	4%
70戸以上80戸未満	40	2%
80戸以上90戸未満	20	1%
90戸以上100戸未満	21	1%
100戸以上	28	1%

平均:31.8戸

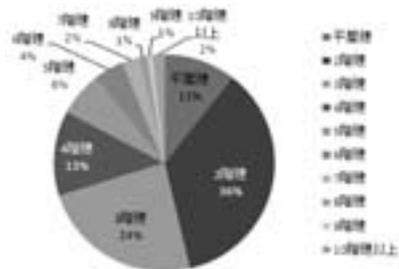


■階数

有効回答数:2,065件

階数	件数	割合
1階	418	20%
2階	511	25%
3階	451	22%
4階	252	12%
5階	132	6%
6階	54	3%
7階	30	1%
8階	18	1%
9階以上	39	2%

平均:3.2階



出典：「サービス付き高齢者向け住宅協会」ウェブサイト

サービス付き高齢者向け住宅において提供されるサービス

有効回答数:2,065件

	提供する		提供しない	
	実数	割合	実数	割合
状況把握・生活相談サービス	2,065	100%	-	-
食事の提供サービス	1,949	94%	116	6%
入浴等の介護サービス	1,075	52%	990	48%
調理等の家事サービス	1,125	55%	940	46%
健康の維持増進サービス	1,284	62%	781	38%

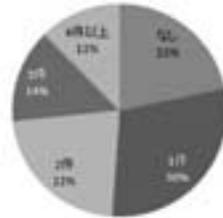
※ 併設施設等からサービスが提供されているケースが含まれている場合がある。

サービス付き高齢者向け住宅と併設される高齢者居宅生活支援事業を行う施設

■併設施設の有無

有効回答数:2,065件

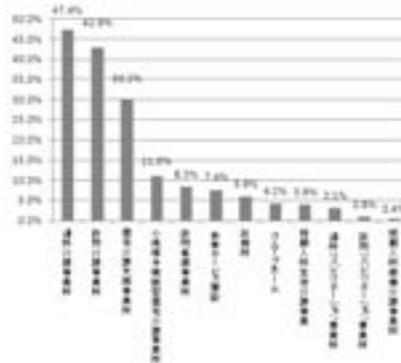
併設数	実数	割合
なし	447	22%
1件	609	30%
2件	459	22%
3件	295	14%
4件以上	255	12%



■併設施設の種類

有効回答数:2,065件(複数回答可)

併設施設	実数	割合
通所介護事業所	979	47.4%
訪問介護事業所	885	42.9%
居宅介護支援事業所	622	30.2%
心身障害者福祉施設等介護事業所	227	11.0%
訪問看護事業所	172	8.3%
食養サービス施設	153	7.4%
託児所	121	5.9%
グループホーム	86	4.2%
短期入所介護事業所	80	3.9%
通所リハビリテーション事業所	65	3.1%
訪問リハビリテーション事業所	16	0.8%
短期入所療養介護事業所	9	0.4%



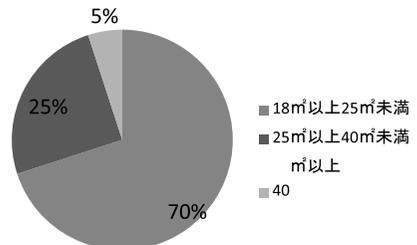
住宅の規模

■専用部分の床面積

有効回答数:2,065件(65,647戸)

選択肢	実数(戸)	割合
18㎡以上25㎡未満	46,156	70%
25㎡以上40㎡未満	16,164	25%
40㎡以上	3,318	5%

平均:23.03㎡



出典:「サービス付き高齢者向け住宅協会」ウェブサイト

状況把握及び生活相談サービス

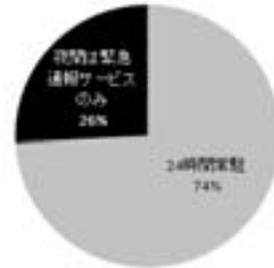
■常駐する者

選択種	実数	割合
社会福祉法人の職員	156	8%
自らの設置する住宅を管理する医療法人の職員	260	13%
委託を受けてサービスを提供する社会医療法人の職員	4	0%
住宅介護サービス事業者の職員	780	38%
ホームヘルパー2級以上の資格を有する者	870	42%



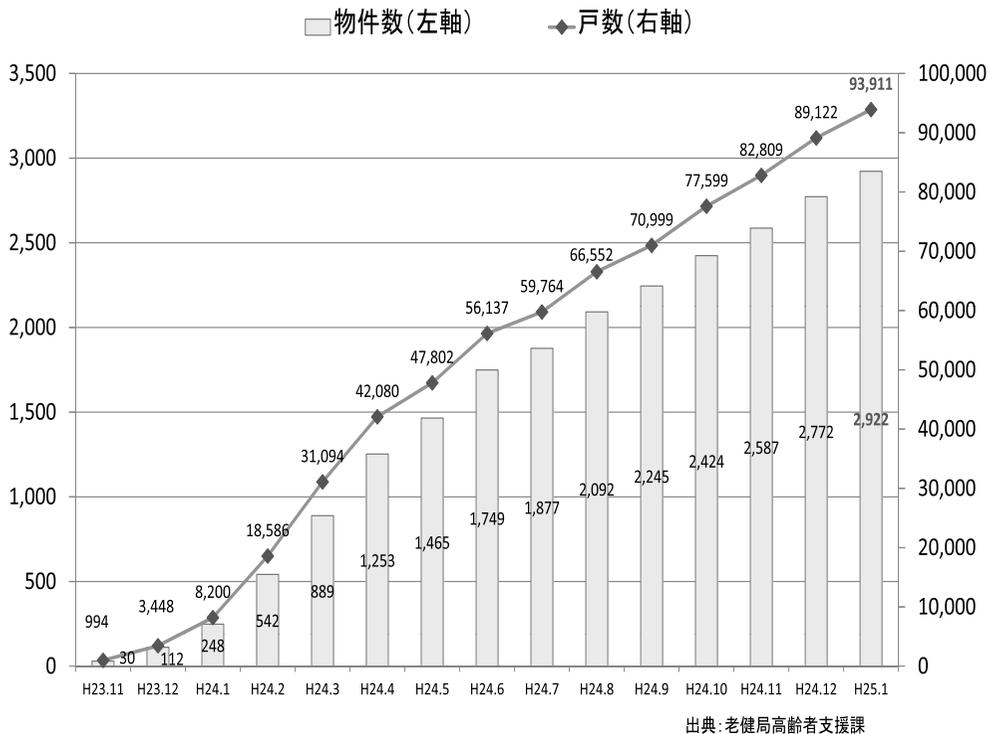
■提供時間

選択種	実数	割合
24時間常駐	1,536	74%
夜間は緊急連絡サービスのみ	534	26%



出典：「サービス付き高齢者向け住宅協会」ウェブサイト

図表3 サービス付き高齢者向け住宅の登録状況の推移（平成25年1月31日時点）



会社が立てて介護系事業所に委託しているケースがあるので、持ち主とは実際は違うのではないかと思います。住宅の戸数は1-10戸未満が多く、2階建てが圧倒的です。サービスは安否確認や生活相談は100%つけなければなりません、あとはまちまち。ただし食事の提供は多いです。他には入浴や調理などの家事、健康維持増進サービスは5-6割、個々によって異なるのかなと思います。併設施設の種類ではデイサービス・訪問介護事業所・居宅介護支援事業所の併設が多いです。常駐している職員の体制ですが、圧倒的にヘルパー、あとは併設している居宅介護支援事業所の職員が対応しているところが多いですね。24時間対応しているところが7割、夜間・緊急通報サービスのみが26%です。

このサービス付き高齢者向け住宅は、介護保険が始まったときの第1次参入ブームに続いて、第2次参入ブームだと言われています。異種業種の展開が非常に増えています。例えばJR、南海、近鉄といった鉄道不動産が線路脇の空いている土地を利用して作ることが話題になっています。あとはヤマダ電機、電気量販店が進出していますし、面白いのではファミリーレストランのデニーズと学研ココファンが提携し、1階は駐車場、2階はファミリーレストラン、3、4階は高齢者向け住宅というのを、この秋に立川に作るらしいという話もあります。非常に広がりを見せており、建設業界は空前のビジネスチャンスだという位置づけです。

ただし問題点も指摘されており、当初に厚労省が説明していたのですが、制度設計上、入居対象者として厚生年金受給者を想定しています。そういう設計で家賃などが考えられている住まいです。それから高齢者住まい法の改正と関わるのですが、公的な家賃助成があった「高齢者向け優良賃貸住宅（高優賃）」が廃止になりました。やはり低所得者の終の棲家の問題が改めて浮上してきているという実態があります。また、国はサ高住を施設の代替だと説明しているので、24時間のサービスをセットすれば最後まで施設に入らなくても高齢者住宅で暮らせるという話ですが、玉石混濁で必ずしも医療や介護が保障されていません。この点は、厚労省が近々実態調査に乗り出すという話も

出ています。様々な現状があり、この制度が出来たときに施設はもういらぬというマスコミの報道もありましたが、どうも実態はかなり違う状況です。

それに低所得者はこうした家賃のところへは入れませんから、お泊まりデイのようなところで3年間も住んでしまっているというケースもある訳です。さきほどのたまゆらホームも2013年1月に理事長に有罪判決が出ましたが、あれだけ劣悪な施設でも待機者が100人いたそうです。それだけ、必要とされていると言わざるを得ない現状がある。これは営利企業の住まい分野への進出の問題と、貧困ビジネスの横行とがセットになっている、これからは住まいが大きな争点となりそうです。

井田 林さんの報告を裏付ける話として、先日、特養を建設している人と話をしたところ、資材と職人が足りないということでした。なぜなら、このサ高住がどんどん建設されているので、資材と職人が取られ、特養建設が1ヶ月も2ヶ月も遅れているというのです。うちが特養を建てたときも1ヶ月遅れたのですが、それは東日本大震災があったために、復興に伴う資材と職人不足でした。

鶴岡でもそうですが、建設会社がこういう大型の住宅を作り、そこで完結させようとしています。ケアマネジャーもそこで、デイサービスもそこで済ませようとしています。60人、80人、100人規模の高齢者を住ませるのです。もう一つは医療法人がどんと自分の病院の隣に建てて、一括して面倒を見ていくというケースもあります。特養も含め、認可の施設はもうなかなか出来ません。地域密着型小規模施設しか認められない中では、こういう住宅が増えるのかなという気がします。

司会 千葉県でも予算を見ると特養は減らされている傾向がありますが、どうでしょうか。

加藤 千葉では大手事業者がサ高住を建てようとしています。そしていろいろな自治体に展開しようとし、訪問看護ステーションに連携のステーションをやりたいとさかんに声かけをしているのが目立つ気がします。あとは医療法人、病院が同じ敷地内にサ高住を建て、ヘルパーステーション、

訪問看護ステーション、ケアマネを入れて建てるというのがあります。

もう一方では開業医の先生が小さなものを建てるという動きもあります。1階はクリニック、2階がグループホーム、3・4階が住まい、5階にヘルパーステーションと訪問看護ステーションを入れた建物を作り、最初は家賃設定を生活保護基準にしていた開業医がおられました。しかしそれでは成り立たないので、去年お会いしたときには4万9千円の家賃を9万円に上げると言われ、驚かされたということがありました。

司会 民医連ではサ高住を作っていますか？

林 福岡、長野、福井、北海道など、現在数カ所で建設しています。

山田 福岡は、健和会が大手町病院の隣に新しいサ高住をつくりました。

司会 健和会はどのような土地を使ったのでしょうか？

山田 隣の土地がたまたまあいていて、それをいただけたと聞いています。

司会 隣接で土地が手に入ったとは、運が良かったですね。

山田 県別のデータはありましたか？

林 出ていましたがこういう表にはなっていないので、省略しました。やはり都道府県ごとで差はあります。

●低所得層の住まいをどのように担保するか

山田 これから高齢者が増えていくなかで、こうした施設づくりに地域差はあるのでしょうか。

林 地域差はあると思います。民医連ではこうした施設が5、6ヶ所ありますが、どこも苦勞して

いるのは家賃の設定です。建設コストの関係で、どうしても家賃を下げられない。食費・家賃・共益費で12、3万円になってしまうのです。それでも入る人はいるものの、国民年金だけの人や生活保護の人が入れるような家賃設定になかなか出来ないと言っていました。

例えば北海道では、生活保護の住宅扶助の金額で設定し、それだけでは大きく赤字になるので、サービス事業所を併設してやっているそうです。かなり様々な工夫をしないと、この高齢者向け住宅の枠組みで低所得層に住宅を提供するのは大変です。どこも住まいを作ろうという呼びかけをしても、その点で逡巡してしまう、なかなか手を出せないという点があります。ただし、地域の中では非常に必要とされていますね。

司会 古い建物を利用してなどと言いますが、耐震基準を見ると、そう簡単には古い建物は使えないですね。

林 昔はそうではないかもしれませんが、東日本大震災後の今はそうはいきません。

司会 ましてや70%の確率で首都直下型地震の可能性などと言われては難しいところです。家賃問題は大きいですね。特老でもサ高住でも、まず低所得層、生活保護の人たちの行き場を保障できるのか、次にその他のサービスとの関わりで何とか経営出来るのかとなりますが、いわば実験の段階ですね。

林 やって見なければわからないという状況があります。

司会 いろいろなところで「自分たちの手で終の棲家を作りたい」という声はあるけれども、ある程度の資本力があるような企業や民医連の医療法人などでないと、こういうものに挑戦するのは容易ではないのです。方法があるとすれば、公的に低所得層の住まいの問題を別立てで考えないといけない。今の施策は養護老人ホームから何から切り捨てるだけですから、低所得層に対する施策とは呼べません。生活支援ハウスだって認めなくな

りました。うちでも大赤字ですし、この住まい問題は難しい。となると、基準などは一切関係ない卑劣なビジネスが横行するということでしょうか。

●NPO 法人とまちづくり、専門職とボランティアの協力と事業

司会 介護保険が始まった頃には、NPO 法人という形態が注目を集めました。NPO は健闘していると見るべきでしょうか。先ほどの図表1では訪問介護などは当初より増え、そこそこと言えるのですが、住宅などはどうでしょうか。実際にはNPO 法人と言ってもいろいろで、それこそアグリ・ビジネスをしているところ、例えばホームレスを捕まえて生活保護を取らせ、監禁状態にしてしまうと言われているところもあります。

林 真面目に専門性を高めてやっているNPO 法人もあれば、ボランティアの延長でやっているような団体もあれば、今のようなあやしい展開のところもあると、様々のようです。ただやはり、非営利法人の役割や機能は全体として力を発揮できていないという印象があります。

司会 協同組合というところも、それほどぐっと伸びているとはいえません。介護分野で組合員や友の会といった住民の運動だけではない取り組みに、なかなか主体者として登場するまでは容易ではないのでしょうか。井田さん、いかがですか。

井田 鶴岡では社会福祉法人、医療生協、生協共立社など7法人でまちづくり協同組合を立ち上げ、それぞれが役割分担をして1つのまちを住みよくしていくという方針で事業に取り組んでいます。確かに事業存続ということでは、なかなか容易ではありません。

司会 例えばどうでしょうか？

井田 法人同士が同じ事業を立ち上げると、まちづくりとして大きく考えるという考え方とは別に、やはり事業所運営を考えてしまいます。すると事業運営上赤字にならないようにと、利用者確保(囲

い込み等)が起きてしまう。きちんとした役割分担を明確にしないと成り立たないかなと思います。しかも地域の要求等により事業はどんどん拡大していくのです。

司会 なるほど、住宅の問題はこうすれば良いと、まだ言えない状況ですね。

山田 地域包括ケアを実践していくときに、共同組織の課題というか、共同組織が大きくなっていく課題ではないかと思います。より洗練されないといけません。

地域の介護の予防も含め、みんなで知恵を出し合って共同組織が力をつけていかなければならないのではないかと思います。「地域包括ケア」への取り組みを、共同組織の大きな取り組みの課題してほしいと思いますね。

司会 地域包括ケアがまだ具体的にイメージできないのですが…。

山田 図表1の項目を見ると、NPO 法人は小規模事業、多機能の事業が多いようです。寄りあい所など、貧困ビジネスにつながらない人が集まる拠点というか、こういう事業をさらに拡大展開できないかと思います。例えば食事会の取り組みがもっと大きくなって、認知症予防の取り組みにつながるとか、一人にしない活動につなげるとか、そういったことに出来ないものかと思います。

井田 地域で支えるという意味では、協同組合の組織力は大きいのです。ただ、この表に出てきているのは介護事業に関わることだけなので、協同組合は介護事業に特化していない事業も多岐にわたります。助け合いの会や、地域みんなで何とかしようという取り組みなど、そういう方が協同組合の役割分担としては大きいかもしれません。

●非営利の事業として

司会 千葉健生病院には配食サービスがありましたね。

加藤 病院の栄養科が作り、ボランティアさんが運んでいます。

司会 この取り組みを広げていくというと、専門職と組織されたボランティアの協力という話になり、さらに長期に継続するというと、事業としてどう成り立たせるかという話になります。ボランティアだけでは事業としては成り立ちません。これから先はそういうことも含めて考えていかないといけません。まだ試みの段階と言えるでしょうか。

井田 鶴岡のまちづくり協同組合の配食事業は、今期はしっかりと黒字が出ました。単に税金としてもっていかれるだけにならないように、清掃業務を含め様々な事業をしていますが、組織に還元するという形が出来ました。また、この冬は大変な大雪でした。高齢者の独り住まいの方々の除雪なども含め、生活を支える仕組み作りにも大きく貢献をしています。

山田 埼玉にも、障がいを持つ子どもたちがいろいろと取り組みするのをみんなで作るといえるのがあります。

司会 こうした先進的な取り組みを、事業として成り立たせるという仕組みがないと続きません。仕事であり、雇用の場ですからね。

●今後の非営利・協同の介護事業組織の課題は？

司会 最後に、在宅や住居、まちづくりなど、これから先の介護サービスをめぐる課題について、ひと言ずつお願いします。

加藤 やはり公的責任の追及というのをしていかないといけないと思いました。地域の活動を支え人を育成し、介護予防を支える仕組みを作り、持続していくことが大切ですが、一方で住まいにしても予防や生活支援にしても、公的責任はきちんと果たしてもらおうことをしっかりと打ち出さなければならぬと思います。

林 厚労省は、最近「事業モデル」ではなく「ビジネスモデル」と言い出しているのが、明らかに営利法人、しかも大規模な営利法人がシェアを占めるのを前提にした政策が組まれてくるのではないかと思います。例えば、新設された定期巡回・随時対応型訪問介護看護のサービスも、入札制度で一度受けると地域丸抱え、いわば独占状態が作られるわけです。そこにジャパン・ケアサービスなどの大手事業者が赤字覚悟で参入している。非営利の事業体としては、住まいの問題も含め、あるべき介護保障のあり方や負担のあり方をきちんと地域に示していくのが大きな役割となっていくのかなと思います。

もう1つ、自分でデジタル化して愕然としたのですが、日本の介護の担い手は大半が営利法人に流れているという実態です。もちろん、良心的な会社もありますが、ここに対して今後のあるべき介護保障のあり方や地域包括ケアを求めるとあたり、供給主体についてどういう政策提言をしていくのかというのが大きな問題意識になっています。今は規制緩和で間口は広く、どんどん参入させて、あとから規制で締め上げるという手法をとります。それに対し、例えば事前審査を住民参加を含めて厳格化させるなど、そんなことをきちんとと言う時期に来ているのかと思いました。私などは、すべて一般社団法人化を義務づけてはどうかというくらいに考えます。民医連という1つの団体では立ちゆかない問題なので、ぜひ、こういった政策課題を研究所で取り上げてほしいです。

司会 ぜひ一緒に研究しましょう。そのためにも非営利・協同の介護事業の取り組みが営利主義の企業の取り組みに優越するという実践が必要なのではないでしょうか。

山田 この座談会へ参加するにあたり、非営利と営利とはどういうことだろうと考えてきました。営利でも真面目にしっかりとやっている事業所が普通でしょう。では非営利の事業所の役割は何だろうか考えると、たまたま、朝日新聞に中国で介護ビジネスをやっている日本の人を紹介する記事がありました。記事では中国の人が、「お金のいる人は立派な民間施設で良い老後を送り、お金の

のない人は生きるだけ」と言っているのです。私はこれを見て、非営利はお金の有無にかかわらず、豊かな老後、豊かな生活を共有できるように支援することだと改めて思いました。非営利組織の代表に音頭を取ってもらい、私たちも一緒に活動できたらと思います。

井田 私は介護現場の人間として、現場で働く職員が生きがいを持って、やりがいを持って仕事を継続できることが必要だと思います。いまは日本中どこに行っても介護職員が不足しているのが現状ですし、介護福祉士の養成校も定員割れして四苦八苦しています。そんななか、厚労省はそういう介護福祉士養成校へ補助金を出し、雇用促進を目的とした介護職員を増やそうとしています。今後、新卒の介護福祉士で40代、50代の方が資格を取得して卒業してきます。今が何とかなればいいという場当たりの対応では、何の解決にもなりません。そもそも、いま働く人たちがしっかり働ける仕組みが出来ないと、いつまで経っても不足です。そういうところに目を向けて欲しいです。

司会 ありがとうございました。今日の議論を聞いて、全体として、厚労省の政策の前提に、底上げや全ての人の人権を保障する介護、底辺の人をどうするのかという視点が抜けていると思いまし

た。先ほどのサ高住にしても、果たして最後までケアを出来るのかは疑わしいですね。家族がいない人を看取りまで考えるならば、24時間、人が配置されている病院と同じサービスを考えなければ成り立たないはずですが。しかし、そこまですると病院よりも介護事業の方が高くなるはずですが。だからこの点からも、人権を保障した介護を今のサービス付き高齢者向け住宅で出来るというのは、これは嘘だと思わざるを得ません。つまり政策の基本的な部分にごまかしがあり、事実と反することには目をつぶり、一定の範囲でという対応です。

これについては公的な責任の追求と、事実から目を背けているという弱点、問題の告発が我々の課題であり、これらに対応するとりくみ、例えば実験的なことであっても、北海道や福岡などでやっていることから情報発信するのが課題になっているのではないかなと思いました。

そして今後のテーマとして、山田先生が指摘された地域包括ケアを住民と一緒に作っていく何らかの典型作り、まちづくりと介護がセットになっているような取り組みが必要だと言えます。こうした典型の実践をやっていくことが、われわれなど非営利・協同の事業組織に求められるのかなと思います。

(2013年3月8日実施)

～介護保険で私たちの介護保障は可能か?!～

藤松 素子

はじめに

人は、人生の途上で何らかのアクシデントに出会わない限り、徐々に老い、やがては亡くなっていくものである。死の訪れは貧富の差もなければ、性別や居住地域による差もなく、誰にも平等にやってくる。しかしながら、高齢に伴い要介護状態になった段階での生活の質は千差万別である。また、その延長線上にある死の迎え方も、その人の社会・環境要因に大きく影響されている。

日本国憲法第25条は、私たちの健康で文化的生活を営む権利を保障している。老人福祉法第2条では高齢者の生きがいをもてる健全で安らかな生活を保障している。それにも関わらず、日本で老いを迎え介護を受けている要介護高齢者とその家族たちの多くは、自己の生きがいやささやかな楽しみはおろか、それまでの生活水準の維持すらあきらめ、介護すること・されることに全力を注がなければならない。あるいは、老親介護が子世代の生活維持と両立することができない場合には、さらに複雑な家族問題をひきおこし、それぞれに苦悩の日々を送らざるを得ない。

介護の「社会化」は、介護される・する双方の誰もが望む方向性であったはずである。地域に十分な社会資源を用意することにより、専門施設においても、在宅においても安心して介護を受けられる。また家族がそれを望めば家族自身が介護することもできるし、必要に応じていつでも専門職のケアも受けられる。だれもが自分らしさを失うことなく従前の暮らしを継続できる基盤を創ることが介護の「社会化」の意味するところであった

はずである。介護保険法はそれを実現するために1997年の年の瀬に可決・成立した法律である。その施行から12年が経った現在、介護保険法は私たちの暮らしに何をもたらしたのだろうか。2012年の法「改正」、介護報酬改訂は介護の「社会化」を促進し、介護保障の実現につながっているといえるのであろうか。

I 介護保険制度の根本問題

2000年に「いつでも、どこでも、だれでも必要な介護が受けられます」というキャッチフレーズと共に導入された介護保険制度だったが、その制度設計上の諸問題については制度発足当初から様々な指摘がなされてきた¹。

その最たるものが保険料負担の問題である。具体的には介護保険料と介護報酬がリンクしたいわゆる「給付と負担の連動」によるものである。現行制度においては、給付総額に占める50%を国、県、市町村による公費で負担しており、残り半分を被保険者による保険料負担でまかなっている。その宿命として、当該地域において介護保険サービスの利用が増加すればそれに伴って給付総額も増加し、その分、保険料の増額が必要となる。同様に介護現場で働く職員の処遇改善のために介護報酬を増額しようとするれば、それもまた国民が負担する介護保険料に跳ね返ってくるのである。

今回の改定で、保険料は全国平均で月812円の増額、率にして約20%の負担増となった。制度発足当時2,911円からスタートした保険料は改定のたびに大幅に増加し、2012年改定においては全国

1 「高齢者の自立」「普遍性・公平性・妥当性・専門性」等の理念的な問題、措置制度批判と保険方式採用の根拠に関わる問題に加え、①保険料負担問題、②要介護認定・利用料・支給限度額・社会資源の未整備による「利用抑制」問題、③介護報酬の低さ、規制緩和に伴う福祉労働現場における混乱と労働条件の悪化が指摘できる。詳細は藤松素子（2005）「介護保険をめぐる基本的問題と理論的検討の課題」『佛教大学総合研究所紀要別冊 介護保険の施行とその課題』137-140頁。

平均が4,972円となり、この12年間で70%もの増額となっているのである。厚生労働省の試算によると、このままの水準で上昇し続ければ、2025年には8,500円を超えるという。

他方で、老齢基礎年金のモデル平均支給月額はずか65,541円であることを勘案すれば、5,000円近い介護保険料に、75歳以上であれば後期高齢者医療制度の保険料5,561円が加わり、高齢者にとってその経済的負担がどれほどの重さとなるかは想像に難くない。介護保険における自己負担1割の利用料捻出はおろか、基本的な生活費そのものを奪う結果を招くこととなるであろう。

また、実質的な「利用抑制」問題も看過できない。在宅生活を支えるのに不可欠な訪問介護サービスにおける生活援助の介護報酬は、2012年3月まで60分以上2,910円の設定であったが、4月以降は、45分以上2,350円に変更となった。時間設定として、従来の「30分以上60分未満」、「60分以上」から「20分以上45分未満」、「45分以上」に再編され、介護報酬はそれぞれ20%近く引き下げられた。改定のねらいは言うまでもなく効率化にあり、厚生労働省としては、基本単位の60分を45分に設定し直せば、1日5軒であった訪問を6軒に増やすことができるとした。これは、買い物は1件あたり28.7分、洗濯は16.6分で可能であるという「訪問サービスにおける提供体制調査」の結果を根拠としたものだ²。

要介護者がこれまで同様の生活援助を依頼しようと思えば、利用回数を増やさざるをえなくなるため、その結果、負担すべき利用料は増加する。経済的に生活が苦しい要介護者が自己負担増加を回避しようとするれば、依頼時間を短縮せざるを得なくなる。全国労働組合総連合による「介護報酬改定に関するヘルパー実態アンケート」の中間報告によれば、回答した約1,200人のうち、59%は

訪問時間が減り、57.6%がサービス内容を制限するようになったと答えている。「いつでも、どこでも、だれでも必要な介護」は受けられていないことの証左であろう。

また、日常的に外部との交流を望めない独居の要介護高齢者の多くは、ヘルパーとの関わりや会話を楽しみに待っている。ヘルパーの専門性は指示書に従ってただ黙々と作業をすることにあるのではなく、人間的なコミュニケーションを通して、その日の要介護者の体調を確認し、心情を受けとめ、その人らしい生活を形成する援助を行うことにこそある³。今回の「改正」は、介護保険制度発足当初から顕著であったように、生活援助を家事の代行とみなし、介護報酬を不当に低く位置づけてきた政府の貧困な介護観に基づくものであり、利用者の暮らしを後退させるだけでなくヘルパーの仕事のやり甲斐をも奪う結果につながっていくものである。こうして見ただけでも、そもそも介護保険制度が有している根本問題に加えて、今回の「改正」が更なる矛盾を重ねていることは誰の目にも明らかであろう。

Ⅱ 「改正」介護保険制度の実像① ～虚像の誇張～

「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」は東日本大震災が発生した2011年3月11日に閣議決定され、その詳細な内容は広く明らかにされぬまま、また十分な審議を経ぬままに同年6月15日に採決が強行された。

そのねらいは「高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される『地域包括ケアシステム』の実現に向けた取り組みを進める」ことにあるとされている。それは、「社会保障・

2 平成23年度厚生労働省老人保健健康増進等事業等サービスにおける提供体制調査研究等事業（速報値）を参照。このタイムスタディの妥当性・普遍性は大変疑わしい。過疎地等で居住地に商店等が不在の場合、遠方まで出かける必要があるため30分弱で買物が済むことは想定できない。また、洗濯機の設定において16分程度で完了するコースなど見られないし、何より洗濯に要する時間には洗濯物を干す時間も含まれるので、このような時間設定で完了するのは不可能であろう。全く家事経験のないものであったとしても、その程度のことは予想できるはずである。

3 二宮厚美2005『発達保障と教育福祉労働 コミュニケーション労働の視点から』全国障害者問題研究会出版部を参照。

税一体改革の確実な実施に向けた第一歩」として位置づけられ、具体的には「医療と介護の連携の強化等」、「介護人材の確保とサービスの質の向上」、「高齢者の住まいの整備等」、「認知症対策の推進」、「保険者による主体的な取り組みの推進」、「保険料の上昇の緩和」という6つの柱が掲げられている。要介護高齢者が地域で生活していく上では、確かにいずれも重要な論点ではあるが、その実際の内容は如何なるものであるのか。以下、論点をしばって概観したい。

1 幻想の「地域包括ケア」

今回の「改正」の最大の特徴は、高齢化率が30%を超え、「団塊の世代」が75歳以上になり高齢化のピークに達すると予想されている2025年にむけて、「地域包括ケアシステムの実現」を図ることを掲げていることにある。ここでいう「地域包括ケアシステム」とは、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義されている。

しかしながら、結論を先取りすれば、これは「給付の重点化・効率化」と「自助・互助・共助・公助」の新たな役割分担の提示による介護・医療における「公費抑制・地域頼みのケア」システムとしか言いようがない。

そもそも、2011年3月UFJリサーチ&コンサルティングがまとめた「地域包括ケア研究会報告書」によれば、「2025年に実現を目指す」べき「地域包括ケアシステムの姿」は、「おおむね30分以内（日常生活圏域）に生活上の安全・安心・健康を確保するための多様なサービスを24時間365日を通じて利用しながら、病院等に依存せずに住み馴れた地域で生活を継続することが可能になっている」「独居世帯等の中重度の要介護者でも、医

療を必要とするようになって、住み馴れた地域で生活を継続することが十分に可能になっている」と描かれている⁴。

加えて「介護の機能再編」の必要性が強調され、次のような記述がなされている。在宅医療については、従来医師が行っている「定期的な訪問診療」を看護職員による「病状観察」に移行させ、看護職員には「急変時の対応・指示」「看取り」などの、より自律的に医療提供にあたる役割を付与している。そして、現状では医療行為として看護職員が担っている痰の吸引、経管栄養などの「基礎的な医療ケア」は介護福祉士に任せ、さらには介護職員やヘルパーが行っている生活援助は自治会やNPO等に担わせるというストーリーとなっているのである。そして、「医療ケアは看護師から介護職員へ」、「生活支援はヘルパーから地域住民へ」、医療と介護の公的費用を極限まで抑制し、「公助」なき「自助」「互助」「共助」による地域包括ケアシステムの確立を目指しているといえるであろう。

実際の要介護高齢者は単に介護だけを要しているわけではない。加齢に伴う身体機能の全般的な低下、認知症の発症にとどまらず様々な疾患をもち、定期的な医師による診療が不可欠な人がほとんどである。また、要介護度が高くなるにつれ、日常的な誤嚥や転倒・転落、症状の急変など様々な生活リスクも高まってくる。いつでも医師の診察が可能な環境を整えなければ、安心して在宅介護を行うことなど不可能であることは自明のことであろう。

また、プライバシーの保護を最優先し、人間関係が希薄化した昨今の地域コミュニティにおいては、高齢者のみならず若者も孤立・孤独状態に置かれており、子育て中の親達も簡単にネットワークを構築することが難しくなっている。ましてや要介護の高齢者、障害児・者など生活問題を抱えた人たちの支援に際して、住民同士が自然発生的に深いかわりを持つことなど全く現実的ではな

4 平成20年度老人保健健康増進等事業である「在宅医療と介護の連携、認知症高齢者ケア等地域ケアの在り方等研究事業」は三菱UFJリサーチ&コンサルティング株式会社に丸投げされて実施され、「地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～」としてとりまとめられたものである。地域包括ケアシステムについての分析は岡崎祐司（2012）「人としての尊厳が守られる『地域包括ケア』をめざして」『月刊保団連』1099号4-10頁に詳しい。

い。安易な自助・互助頼みのケアシステムは、何ものをも包括することなく、要介護高齢者の尊厳ある暮らしが瓦解するのを見捨てる結果となるであろう。

2 介護職員処遇改善交付金の廃止

次に、2012年度介護報酬改定に関わる問題である。今回の介護報酬改定に関わって、厚労省は1.2%のプラス改定だと標榜しているが、2012年3月まで支給され、実質的に月額1.5万円の賃金改善となっていた「介護職員処遇改善交付金」が廃止され、介護報酬の「処遇改善加算」として2%相当分が移行されたため、それを差し引けば実際には0.8%の「マイナス改定」であることは周知のことである。しかも、これは3年間の「例外的かつ経過的な取り扱い」であり、2015年の次期報酬改定においては基本報酬に組み込まれる方向であるとされている。また、加算分は区分支給限度基準額の対象からは外されているが、利用料に直接反映することになっており、利用者負担の更なる増加の一因となっている。

「介護職員処遇改善交付金」を廃止し、介護報酬に組み入れた理由は明確で、処遇改善に対する国庫負担の削減にある。「介護職員処遇改善交付金」用の費用は年間約1,900億円程度であったが、介護報酬に移行すれば保険料などが充当されるため国庫負担は500億円程度で済み、約4分の1に抑えることが可能となるからである。また、あらかじめ基本報酬に組み込むのではなく加算として設定したことの問題も看過できない。上述したとおり利用料負担に対する利用者からの批判が顕在化するのとは火を見るよりも明らかであり、それを警戒する事業所が加算の算定を控えることにより実績があがらず、介護報酬の次期改定時に基本報酬に包括する際に処遇改善部分を圧縮することをねらっているのであろう。

一般に介護労働者の報酬は決して充分なものではない。介護労働安定センターが実施している「平成23年度 介護労働者の就業実態と就業意識調

査」によれば、回答のあった全国の介護労働者18,187名の平均時間給は1,035円、平均月給は190,400円であるという。要介護高齢者とその家族の暮らしと生命を守る使命をもつ介護労働者に対する社会的評価を高めることなしに、介護現場における人材確保の見通しは立たない。厚労省は2030年までに医療・福祉の従事者を300万人増加させる必要があるとしているが、希望を抱いて介護の仕事を選んだ若者たちが、結婚・出産を機に転職しなければならない現実を政府はどのように考えているのであろうか⁵。

Ⅲ 「改正」介護保険制度の実像② ～あるべき体制との乖離～

1 介護職の医療行為をめぐって

今回の「改正」にあたり、「社会福祉士及び介護福祉士法」も「改正」され一定の研修を受けた介護職員等は、一定の条件の下に口腔内、鼻腔内、器官カニューレ内部の痰の吸引、経管栄養等の医療行為を実施することが法的に容認されることとなった。確かに、これまでも福祉現場においては痰の吸引等を行っていた事実がある。しかしながら、それは医療職が圧倒的に不足する介護現場において、日常的に痰の吸引等をしなければ生命の維持ができない要介護者に向き合い、家族に代わって行わざるを得ない状態に追い込まれてきたが故のことであった。本法律の「改正」は、これまで介護現場に医療職を適正に配置してこなかった国の無策を逆手に取ったものであり、介護職に更なる矛盾と不必要な緊張を強いる結果となっている。

当然のことながら、医療行為は医療職が行うべきものであり、厳密には介護職の医療行為は許されるものではない。しかも、ここでいう「一定の条件」とは、常に医師の指導・管理の下に医療行為を行うことを指すのではなく、都道府県等が実施する「喀痰吸引等研修」を受けることを指しているのである。「喀痰吸引等研修」とは、基本研

5 筆者の勤務校からは毎年200名近くの卒業生を社会福祉現場に送りこんでいるが、社会福祉労働者においては結婚・出産を機に職場を去るのは女性よりもむしろ男性に顕著である。賃金水準、福利厚生水準、労働条件の厳しさ、子育て支援策の貧しさ等が大きく影響している。

修として50時間の講義を受けた上で筆記試験を行い、各行為のシュミレーター演習を受けた上で実地研修を行うことを想定したものである。

医療行為を肩代わりするために、この程度の研修で充分だといえるのかという論点と共に、ただでさえ多忙を極める介護職が日常の介護業務を続けながら果たして50時間もの研修を受けることが可能であるのか、という論点も浮かび上がる。他方で、本「改正」により「喀痰吸引等研修」を受けなければ痰の吸引や経管栄養を行うことはできなくなり、介護現場はたちまち立ち行かなくなるのである。また、前述したとおり、現在、医師が行っている病状観察、急変時の対応や看取りなどを看護師の業務と位置づけ、現在、理学療法士や作業療法士が行っている機能訓練等も含め先の医療行為を介護福祉士等の業務に位置づけることが目論まれている。報酬のより低い介護職に医療行為を行わせることで、高騰を続ける医療費の削減をねらい、結果的に安上がりの医療・介護システムを構築しようとしていることが透けて見える。

介護職はあくまで生活を総合的に援助することを通して、要介護者とその家族の生命と生活を守ることを維持すべきである。要介護高齢者も介護職も安心して人間的なケアを行うためには、地域社会で安定的に医療職を養成・配置していくことが何より必要なのである⁶。

2 創設された新たな事業

今回の法「改正」において新たに提起された事業で「地域包括ケア」を支える基礎的サービスとして位置づけられている主なものとして、24時間対応の「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」と「複合型サービス」がある。

「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」とは、「単身・重度の要介護者」であっても、在宅を中心とする住み慣れた地域で、尊厳と個性が尊重された生活を継続することができるような社会環

境の整備を目標としたサービスであると位置づけている。それは「適切なアセスメントとマネジメントに基づいて、介護サービスと看護サービスが連携を図りつつ、短時間の定期訪問、随時の対応、といった手段を適宜・適切に組み合わせて、1日複数回、必要なタイミングで必要な量と内容のケアを一体的に提供する全く新しいサービス類型である」という。

それにもかかわらず、厚生労働省が発表した第5期介護保険事業計画におけるサービス実施を見込んでいる保険者数および利用者数は、2014年度段階で「定期巡回・随時対応型サービス」が329保険者（一日当たり1.7万人）、「複合型サービス」が233保険者（一日当たり0.8万人）にすぎない。また、2012年10月現在で「定期巡回・随時対応型サービス」は27府県において、「複合型サービス」では実に38都府県において空白のままである⁷。「地域包括ケアシステム」を支える準備は全く整っていないといえるであろう。

当時の訪問介護サービス企業最大手であったコムスは、介護保険が開始された2000年4月、全国で1,200事業所を展開し始めたが、わずか2カ月で4割の事業所を撤退させた。その最たる理由は地方において採算がとれないことにあった⁸。24時間対応の「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」では、スタッフが30分以内で駆けつけることが可能な圏域が想定されているわけだが、人口が集中している都市部ならいざ知らず、中山間地、離島やへき地等の地理的条件に制約のある地域では、手を挙げる事業者がいるとは考えにくい。仮に事業展開したとしても、採算性があがらなければコムスの二の舞となるであろう。

「複合型サービス」では、小規模多機能型居宅介護に訪問看護を組み合わせ、医療必要度の高い在宅の要介護者を24時間体制で支えることを想定している。そもそも小規模多機能型居宅介護の事業所は、2006年改定の新たな事業として注目をあび

6 森永伊紀（2010）「介護職の医療行為をどう考えるか」『月刊ゆたかなくらし』334、中村幸子（2011）「改正法にみる介護職の医療行為」『月刊ゆたかなくらし』355を参照。

7 厚生労働省介護保険事業状況報告月報（暫定版）平成24年11月分。http://www.mhlw.go.jp/topics/0103/tp_0329-1.html

8 撤退問題も含めてコムス問題の本質についての分析は、横山壽一（2007）『「コムス問題」の本質と課題』『福祉のひろば』456参照に詳しい。

ていたにもかかわらず、制度化から約6年の2012年1月時点で3,337か所しか設置されていなかった。それは、軽度者の利用を想定していたことと、他サービスが利用できるしくみになっていなかったことに加え、医療職の配置基準がないことが利用者から敬遠される大きな理由となっていたからである。

他方で、「複合型サービス」最大登録定員は小規模多機能型居宅介護と同じ25人であるが、看護職員の配置が2.5人以上（通いと訪問に1人以上、常勤保健師または看護師1人以上）となっている。医療職が配置されたことは利用者の安心に寄与するが、定額報酬であるため事業者にとっては、それが逆に二の足をふむ要因となっているのであろう。

おわりに

以上、2012年の法「改正」についてごく簡単に外観してきたが、ここで触れられなかった問題も小さなものではない。介護報酬改定に際しては、基本的に診療報酬との同時改定に伴う「医療と介護の機能分化・連携の強化」を前提に、社会保障・税一体改革が強調する「介護サービス提供体制の効率化・重点化と機能強化」が押し進められている。社会福祉領域に社会保険原理、利用契約制度、応能負担方式を導入する先発隊としての任を任された介護保険制度は、このまま日本の社会保障を解体する礎を築いていかんとしている⁹。

介護報酬の「効率化・重点化」において特に大きなダメージを受けたのが施設系サービスで、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）と介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）は、いずれも基本報酬が引き下げられた。度重なる改定の中で極限状態まで切り詰めて運営している介護施設において、これ以上、どうやって効率化を追求せよというのか。そもそも、私たちの生活と経済効率性は相矛盾するものである。特に認知症高齢者に対するケアにおいては、ゆとりをもって充分なコミュニケーションを行い、穏やかな時間を共

有することが何より重要である。ケアするものが常に時間におわれて殺伐とした雰囲気を醸し出している中においては、認知症高齢者の不穏は更にふかまるばかりだからである。

加えて、老人保健施設には「在宅復帰支援機能の強化」のために在宅復帰の状況及びベッドの回転率を指標とした報酬の設定となった。そもそも老人保健施設は「中間施設」と称されたように、理念的には退院患者が在宅に戻るまでのリハビリテーションを担う機関として設計されたものであった。その意味では当初から医療報酬の膨張を解消し、介護報酬に移行するための制度的調整弁を担わされていたわけであるが、要介護高齢者のリハビリ期の実態と地域医療の貧しさ、社会福祉施設における医療職の配置不足により矛盾を抱え込みながらの運営を余儀なくされている。そこにさらなる成功報酬的な設定を行うということは、行き場のない要介護高齢者を地域に放り出せと指示しているに等しいであろう。

今回の「改正」では先送りされたものもいくつかある。要支援の利用料引き上げ、要介護1・2の入居者の利用料引き上げ、ケアプランの有料化、多床室の居住費の値上げなどがそれであるが、「給付範囲の適正化」の対象として、次期改定においてはおそらく射程に入ってくるであろう。これでは軽度者は経済的に余裕がなければ介護保険制度を利用することはできなくなり、採算性を重視する介護保険事業者はますます「顧客」を選り好みすることになるであろう。

「効率化・重点化」の名の下に、地域における十分な受け皿が用意されないままに、施設から在宅に強力に誘導され、軽度者と経済的負担の困難な者は制度から排除され、幻の地域包括ケアシステムの下、最後は地域における互助のみに依存してどうにか生活をつないでいくほかない現状が確実に創られていく。これを生活保障と呼ぶことなど、だれができるであろう。

高齢期になって要介護状態になったとしても、どこで、だれと、どのように生活を送るかを決めるのはその人自身のはずである。在宅生活を希望

9 社会保障・税一体改革のねらいとその問題についての同様の主張は、横山壽一（2013）「社会保障解体を進める社会保障制度 改革推進法の危険な内容と役割」『隔月刊 資料と解説 社会保障』447、68-75頁。

する人には、それを支える十分な医療・保健・福祉サービスが不可欠である。当該地域に利用可能な事業所がなければそれを諦めなくてはならないことなど、あってはならない。他方で、24時間365時間の専門職によるケアと見守りがある社会福祉施設での生活を許されるのが、経済的余裕のある一部の重度者のみであることも、また許されることではない。

今回の法「改正」および介護報酬改定は、そも

その制度の目的であった介護の「社会化」、要介護者の生活保障の実現に全く逆行していることを確認し、高齢期における安定的な収入、安全な住まい、尊厳ある生活を保障することを前提に、あらためて日本における介護保障のあり方を抜本的にデザインしなおすことが、今、切実に求められているのである。

(ふじまつ もとこ、佛教大学教授)

【事務局ニュース】 1 10周年記念懸賞論文・論考の募集

- ・内 容：非営利・協同セクターおよび、社会保障、医療、経営管理労働問題など、研究所の定款に掲げる目的に添った、人々の「いのちとくらし」に関わる社会的経済的的分野について、また2011年東日本大震災および福島第一原発事故を受けて、東北地方のみならず日本社会全体の課題として、政治・経済・社会・生活等幅広い領域における復興再建の実践的・理論的内容についての論文・論考を募集します。
- ・応募資格：研究所の会員および団体会員の職員
- ・字 数：4,000～6,000字
- ・締 切：2013年9月30日（月）消印有効
- ・選 考：選考委員会による選考を行います。
最優秀賞（10万円）1人、優秀賞（5万円）2人、佳作（2万円）2人
- ・選考作品は10周年記念号に掲載

詳細は事務局へお問い合わせ下さい。

北欧における高齢者のグループリビングと 住宅協同組合に関する研究

代表 上野 勝代

1. はじめに

本グループは筆者が1992年にノルウェーに在外研究として滞在した時にシニア向けコ・ハウジング（コレクティブ住宅ともいう）と住宅協同組合に出会った翌年から発足した。高齢者福祉や施設が整備されている国で、何故また市民グループが協同でシニア向け住宅を建てようとしているのが当時の筆者にとっては大きな疑問の1つであった。その後、共同で、このテーマについて主として入居者側からみでの動機と評価をデンマーク、ノルウェーで調査を行ってきた¹⁾²⁾。

近年、特に阪神大震災後、コレクティブを含めたグループリビングの実践がわが国でもはじまってきたており、高齢者の要求は高い。しかし、それらは、必ずしもうまくいっていないケースも多々見られる。高齢者の健康状態は急変しやすく、高齢者ばかりのグループリビングは継続や運営面において若・中年層での協働生活型住居よりも困難であることが懸念されている。

本研究では、前調査から11年経ったノルウェー・デンマークのシニアたちによるグループリビングの住み方はその後どうなっているのか、またこのような住宅づくりがかの国の社会に根付き継続しているのかを追求してみたいと考えた。

住宅は福祉の基盤といわれるが、北欧については、福祉や施設についての報告は多いが、住宅に関する居住者の評価そしてそれをすすめる住宅協同組合やコーディネーターについては、その蓄積は薄い。

住宅政策の枠組みがかわり、セーフティネットがあやしい我が国において、協同組合方式から学

ぶことが多いと考える。しかし、新自由主義の影響から逃れることのできないデンマークやノルウェーにおいて、高齢者向けグループリビングはどのようなになっているのか、前回、調査対象とした事例を再度訪問し調査を行うこととした。

2. 用語の説明

はじめに、用語について説明しておきたい。本報告でいうグループリビングとは、建築空間面では「個人の住戸とは別に共同空間をもつ、コミュニティ形成に配慮した住宅」であり、住み方の面では「複数の人たちが共同空間を活用して集まって暮らす居住形態」である。

デンマークやノルウェーでは、シニア向けコ・ハウジング（Co-housing）と称している。少し、長くなるが、わが国でも混同されることが多いので、説明しておきたい。コ・ハウジングとはデンマーク語の *bofaelleskab*、ノルウェー語の *bofaellesskap* を英訳したもので、建築の空間構成、計画プロセスに関しては、スウェーデンでいうコレクティブハウジングと類似している。ただ、デンマークやノルウェーで、コレクティブと称していないのは、コレクティブ（*kollektiv*）住宅が別の概念、個人的レベルでも共同生活に束縛されることを意味しているからであった。1993年9月にコペンハーゲンで開催されたEC（現在のEU）主催の「シニア向けコ・ハウジング会議」の文書の中でも、「シニア向けコ・ハウジングとは、簡単に言うと、50歳以上のまだ健康な壮・高齢期の人たちが、“プライバシーを損なわない形で助け合いながら共に住む”ことである。ここで強調さ

れることは、あくまで共同の住居であって、生活の共同ではない」とまとめられている。

デンマークにおけるコ・ハウジング研究の第一人者であるカレン・ツァーレ前王立芸術アカデミー教授は次のように述べている。「コ・ハウジングとは、何人かの人が必要な設備を共有する居住形態をいう。基本フレームはどのコ・ハウジングも同じで、専用キッチンとバスルームがついている独立した小さな住戸と1室以上の共同室、屋外スペースから構成されている。この共用空間をもつことによって、一緒に食事をしたり、くつろいだりすることが簡単にできる。コ・ハウジングの特徴は、共用スペースをどの程度利用するか、食事会などの共同活動にどの程度参加するかを各居住者が自分で決定できる点にある。コ・ハウジングに住むことを自分で選んだくらいであるから、実際にも居住者はかなり積極的に共同活動に参加している。また、コ・ハウジングの計画は、通常、入居予定者ととともに協力して行われる」と。

3. デンマークにおけるシニア向けコ・ハウジングの居住者調査

3.1 シニア向けコ・ハウジングの概況

デンマークにおけるシニア向けコ・ハウジングの最初のプロジェクトは1982年に始まった。90年代に入って急速に増え95年時点で約50プロジェクト成立していた。以来、プロジェクト数、住戸数が現在いくらあるのか、まだ正確には把握できていないが、200プロジェクト以上あるだろうときく(2007年時点で人口544万人のデンマークであるから、単純に日本の人口で計算すると約4400プロジェクトとなる)。

その建築的特徴は、やや古い資料であるが、SBI(デンマーク建築研究所)の1993年報告書によると、60~80㎡の独立した住戸と食堂、趣味室、図書室、ランドリー、ゲストルーム、菜園などの共用空間を持っている。住戸数は7~51戸であるが、最頻値は12~20戸程度であった。所有の形態は、住宅協同組合による共同所有や非営利住宅協会による賃貸が多い。

3.2 シニア向けコ・ハウジングの出現した背景

デンマークの高齢者政策は1980年代後半に大きく転換した。一言で言うと、“施設”から“住宅化”である。政府の高齢者対策委員会は、プライエム(日本で言う特別養護老人ホームのようなもの)のような施設は、高齢者福祉の三原則である〈継続性の維持〉〈自己決定〉〈残存能力の活性化〉を阻害することになると指摘した。同時に、高齢化率が高まる中でそのまま従来型の施設中心の政策を行うと財政的に困難が生じるという事情もあった。また、自宅で一人過ごす高齢者たちの“孤独”の問題も社会的関心を集めるようになってきた。

3.3 調査方法

調査対象は、デンマークの中でも比較的初期に建てられ、13年前に調査を行ったオーデンセ市の3事例である。調査は①居住者の代表者へは13年間での入居者、協同生活の変化をヒアリング調査し、②居住者に対しては、入居動機・コ・ハウジングのメリット・デメリットについてデンマーク語でのアンケート調査を実施した。調査時期は2007年9月であり、アンケート用紙はヒアリング調査を行った代表者に配布を依頼し、郵送で回収をおこなった。配布数24票、回収数16票である。

3.4 調査事例の概要と設立された経緯

調査した3事例の概要は表3.1のとおりである。童話作家アンデルセンの故郷である Odense 市につくられた Optimisternes Faellesbo(以下 Optimist と略す)と Det Kreative seniorbo(以下 Kreative と略す)、Agerdrup 市の Hammeren はオーデンセ市の成人学校 AOF が1989年に政府の補助金 400,000Dkr を得て、立ち上げたものである。老人ホームに入所していた身体障害を持った人が、新聞に投稿し成人学校に呼びかけたことがきっかけになった。AOFは「シニア向けコ・ハウジングー新しい居住形態」という住民向け講義を開き、オーデセン市と協議して、住民のコ・ハウジング研究会が結成された。1989年11月から本格的に始められた学習会では、参加者たちの人生観や価値観の違いを明確にする話し合いからグループづくりが始められ、最終的には、異なる目標を持つ上記3グループが形成された。その後、建築家や非

表 3.1 調査対象の概要 (2007年 9月)

プロジェクト名	Optimisternes Fællesbo	Det kreative seniorbo	Hammeren	
入居開始	1992年	1992年	1992～1993年	
供給主体	非営利住宅協会	非営利住宅協会	非営利住宅協会	
所有形態	賃貸	賃貸	賃貸	
住宅概要	住居・面積	1戸 1DK/ 53㎡ 5戸 1DK/ 61㎡ 6戸 2DK/ 82㎡	12戸 1DK/ 70㎡ 8戸 2DK/ 85㎡	
	家賃	3,500Dkr	3,670～ 4,900Dkr	3,800～ 4,400Dkr
コモンハウス	配置	2階建3棟 156㎡	平屋連続建 (131㎡)	平屋建
	空間設備	ランドリー、 共用台所、食 堂集会所、エ レベーター	工作室、グ ストルーム、共 用台所、食 堂、集会所	工作室、共用 台所、食堂、 集会所
	利用頻度	居住者全員 週2回 居住者個人 不定期	週2～3回	ほぼ毎日
	管理	入居者による 自主管理	住宅を建設した 会社が行なう	住宅を建設した 会社が行なう
	掃除	使用者が行なう	清掃会社に依 頼	清掃会社に依 頼
入居者概要	入居者数 ()内は 前回	男性 7名 女性 17名 (14名) 合計 24名	男性 7名 女性 8名 合計 15名	男性 6名 女性 17名 合計 23名
	年齢 ()内は 前回	62～89歳 平均75歳 (69歳)	70～86歳 最頻値 70歳代 (平均66歳)	65～88歳 平均 69歳 (69歳)
	世帯構成	单身 19世帯 夫婦 3世帯	单身 8世帯 夫婦 4世帯	单身 17世帯 夫婦 3世帯
入居・ 退去 状況	入居待機 者	管理会社が管 理しているた め不明	35名	夫婦向け15組 単身者向け20 名
	入居条件	55歳以上	50歳以上	50歳以上
	空き室	無し	1戸	なし
	退去理由	特になし	特になし	特になし

営利住宅協会との協力の下、それぞれの居住者の意向を反映して設計がなされた。居住者が要求した共用設備はいずれの事例にも設けられ、費用を安くするために賃貸という重要な要求も反映された。

建設までのプロセスには、入居予定者が当初の計画段階から積極的に参画している。さらに、注目されるのは〈人生の第三期にどのような生き方をしたいのか〉を考えるとところからスタートしていることである。ついで、第2段階は〈グループの結成とアイデンティティの確立〉である。ここでも、互いに隣人として住むことができるのかどうかという生活観や生活スタイルにおける共通性を大事にしている。終の棲家となる家だからこそ、それまでの人生でできあがったスタイル、価値観を許容できるかどうかは他世代よりも重要となってくる。ここでコーディネーターに求められるのは高齢者の意識、心理的側面を考慮したコミュニケーション能力であろう。その後、〈課題のとりまとめ〉、〈企画案の提示〉、〈地方自治体との計画づくり〉、〈資金〉、〈認可〉、〈制度と特別な協定〉、〈計画、設計、経費〉のプロセスを経て〈入居〉段階に至る。

3.5 コ・ハウジング入居者の特徴と評価

入居者の調査時の年齢は、13年前より平均年齢は約5歳前後上昇し、60歳代後半から70歳代前半が多く、男女別では女性が6～7割を占め、単身者が多いのが特徴である。過去13年間に約半分弱の居住者が入れ替わっているが、退去理由の多くは「死亡」であり、生活があわなかったという理由では3例のみであった。

3.6 入居動機

居住者アンケートの結果、前住宅は持ち家が多く、87.5%であり、前住宅の処分方法としては、「売却」が68.8%、「賃貸」が12.5%であり、前の住宅を空き家のまま置いている人はおらず、コ・ハウジングを終の棲家と考え、入居を決めている。

入居動機としては、「安心感」、「バリアフリーな造りであること」「前の住宅の管理が困難になったから」「街中に出ていくのに便利」「孤独感や

図3.1 入居の動機（無回答を除く）

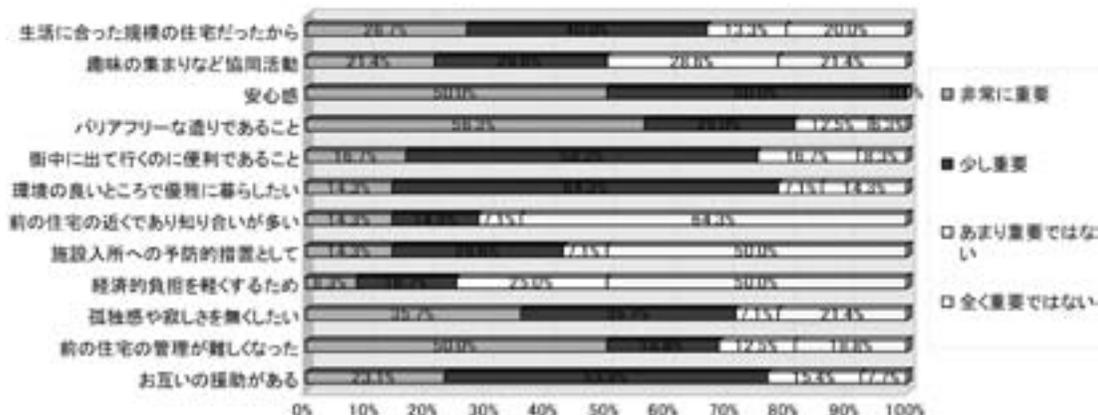


図3.2 コ・ハウジングのメリット（複数回答）

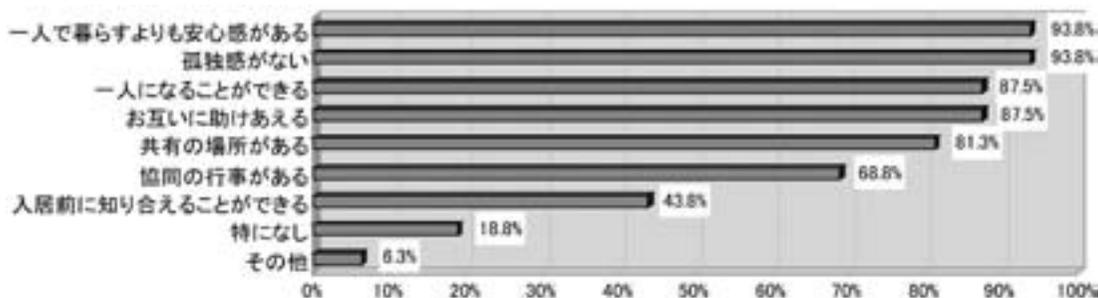
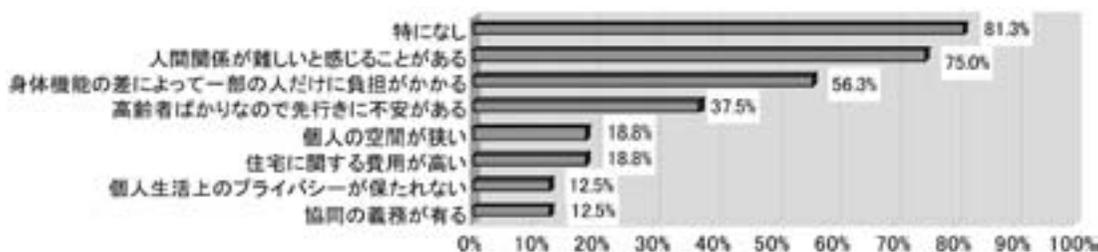


図3.3 コ・ハウジングのデメリット（複数回答）



「寂しさをなくしたい」というのが大きな要因となっており、コ・ハウジングの特徴である相互扶助の利点が入居希望者には理解されており、この傾向は13年経った今回の調査でも前回と変わらなかった。同時に、立地や住居設備にも魅力を感じて入居している姿が浮かび上がってくる。

3.7 コ・ハウジングのメリット・デメリット

13年前のコ・ハウジングのメリットに対する回答は、「孤独感がない」が82.9%、「お互いに助けあえる」が73.2%、「一人で暮らすよりも安心感がある」が73.2%と続いた。

今回の調査では、「孤独感がない」が93.8%、「一人で暮らすよりも安心感がある」が93.8%、「お互いに助けあえる」が87.5%と13年前の調査とほとんど評価の変化はなかったが、よりメリットと感じる割合が高くなっている。注目されたのは、変化した項目として、「一人になることができる」が前回の53.7%から87.5%、「共有の場所がある」が53.7%から81.3%に増え、近隣に知り合いが居ることによって生まれる安心感と交流のための空間、そしてドアを閉めれば一人になることのできる空間の良さ、魅力が居住を継続する中で評価されていたことである。

一方、デメリットについては、前回は「特になし」という回答がほとんどであったが、今回の調査でも「特になし」が大半であるが、「人間関係が難しいと感じることがある」と解答した人の割合が前回に比べて増えている。これは、特に、新しく入居した人と以前からの入居者との間の関係において多いのではないかと推測される。空室ができた時はウェイティングリストの順に入居が決まるため、設立当初のように入居者間での選択や決定がないことによって、意思疎通の難しさが生じているということ従来からの入居者から聞いた。

3.8 協同生活、コモンハウスの利用

協同生活は設立当初に比べると緩やかになっているが、各プロジェクトとも趣味の集まりを呼び掛けたり、コーヒーを一緒に楽しむなどの会合は続いている。コモンハウスの利用については、居住者全体のイベントも行われているが、参加に関しては義務ではないため新しく入居してきた人の中には参加しない人もいる。しかし、コモンハウスは3事例ともほぼ毎日利用されており、居住者にとって孤独感を紛らわす場所や、共通の趣味を楽しむ場所として使用されている。

3.9 入居後の総合評価

今回の調査では、コ・ハウジング入居に関して「非常に満足している」、「満足している」と回答した人は87.5%、「まあまあ」と回答したのは6.3%、「よくなかった」と回答した居住者はいなかった。満足度は13年前の調査よりもやや高い。継続してうまく運営されていることがうかがえた。また、『今後デンマークでシニア向けコ・ハウジングが増えていけばよい住居形態だと思うか』という問いに対して、81.3%の居住者が「強く思う」と回答し、シニア向けコ・ハウジングの満足感があらわれている。さらに、親のコ・ハウジング入居に関して、子どもたちの評価は回答者の8割が「非常に満足している」と答え、不満の答えはない。入居者本人だけでなく、その子どももコ・ハウジング入居に対して肯定的に捉えているようだ。なお、現在各プロジェクトにはかなりの待機者がいるという点でも、地域で一定程度の評価がなされ

ていることがわかる。

4. デンマークにおけるコ・ハウジング設立に重要な役割を果たす専門家コンサルタント

4.1 調査対象の概要

デンマークにおいては、住民が主体となって住宅づくりを進めていく上では、そのコーディネーター役としてのコンサルタントが重要な役割を果たす。今回ヒアリングを行ったコンサルタント事務所の「Bofællesskabsrådgivning」は、1999年に設立され、職員は代表者1名である。以前から勤務していた「Boligtrivsel i Centrum」のシニア向けコ・ハウジング部門を政府の援助が受けられなくなったことを機に代表者が買い取る形で独立し、現在に至っている。代表者はソーシャルワーカーとして経験を積んでおり、入居希望者と建築会社とをつなぐ役割を担っている。

コムーネ（基礎自治体）からは援助金があり、一プロジェクトにつきネットワークを作っていく段階では10万 Dkr、建築が始まってからのコンサルタントに関しては15万 Dkr がそれぞれ払われている。

コ・ハウジング建設に当たっては、まず入居希望者のグループができてから、そのグループが市町村に相談に行き、市町村が「Bofællesskabsrådgivning」と契約し、コ・ハウジングを造っていく。2005年から2007年までの2年間で6件のプロジェクト、1999年の設立から2007年9月まででは30件のプロジェクトを完成させ、建設場所はデンマーク国内のあらゆる場所に至る。2007年現在携わっているプロジェクトは3件で、10件のプロジェクトは待機状態である。

「Bofællesskabsrådgivning」への相談から入居開始までは平均で約27ヶ月、最短でも24ヶ月掛かっている。高齢者にとって、新たな住居への入居は慎重に行なわれならず、コ・ハウジング入居に関してもしっかりと話し合いや相談が行なわれていることが窺える。

4.2 コ・ハウジング建設までの工程

「Bofællesskabsrådgivning」では、コ・ハウジ

ング建設のためのコーディネーター業務については、すでに標準的な工程モデルを作成している。それは〈スタート段階〉〈交流段階〉〈建築段階〉の三期に分けられ、それぞれ、詳しくその業務内容が明確化されている。その詳細な内容は紙幅の都合上割愛するが、簡単に紹介すると次のようになる。

まず、はじめの〈スタート期〉においては、自治体と高齢者住民委員会が市民ミーティングのインフォメーションキャンペーンに参加することが重要となる。これは、多くの高齢者はシニア向けコ・ハウジングと60年代のコレクティブ住宅（前述したような共同生活の束縛が強い生活を意味する）とを取り違えていることが往々にしてあるからである。そのため、「高齢者向けコ・ハウジング」は「自らが選んだ仲間との独立した住居」であることを招待状やインフォメーションに明確にすることがキーポイントとなる。

第2段階の〈交流段階〉に入ると入居希望者による研究会が開かれ、目標と必要条件が決められ、作業段階では毎回、全員が発言する機会を保障し、グループワークはそのチームにおいて互いに親交を深めることを重視し、各人の意見を出しつつ共通の価値観について議論をする。

第3段階の〈建築段階〉に入ると業務担当者や建築家を賃貸の場合は参加者が選挙によって選択する。ここで注目されるのは、建築家や供給側の住宅協同組合が複数のプレゼンテーションを公平に行い、研究会参加者、つまり入居予定者である借家人がその議論と決定に参加することである。

5 小括

以上、デンマークにおけるシニア向けコ・ハウジングは「自宅としての自由な生活」と「気心の知れた隣人がいることによる安心感」、それを支える空間としての“独立した住居”と“交流のための共用空間”をもち、そして、いざというときの社会的なケアサポートが確立しているということで、入居者や子どもの満足度も高く、市民の間で一定の市民権を得たものとして機能し、維持、普及されてきたように見える。また、それを推進していくコンサルタント業務の内容もそのノウハ

ウが確立している。もちろん、このプロジェクトが円滑に遂行できるのは、住宅協同組合、非営利住宅協会が制度的に有利な形で存在し、そしてまずコムーネ（基礎自治体）からの経済的、人的を含めた支援策があることを忘れてはなるまい。

SBI レポートをまとめた Ambrose 氏が語った次の言葉が印象に残っている。

「シニア向けコ・ハウジングに入居する人は戸建て住宅に住むことによる煩雑な仕事から逃れるためもあるが、人生をどのように生きていくのかを考えている人達で、高齢になって身体が弱り、他人から高齢者ホームに入れられる前に、自分自身を高齢者ホームに入所させることが大切なのです。ですから、彼らは展望を持っていて、どちらかといえば予防的な態度をとっている。また、このような住居づくりには、現代デンマーク精神の父といわれ、成人教育で著名な N.S.グイントヴィの影響がある」。

グイントヴィ（1783～1872）の教育思想の中心は「相互作用と対話」といわれており、人は生まれながらにして、他者とのコミュニケーションを求め、それによって育ち、他者との生きた言葉によるコミュニケーションをグイトヴィは「相互作用」と呼んだ。

6. ノルウェーにおけるシニア向けコ・ハウジングの居住者調査

6.1 ノルウェーでのシニア向けコ・ハウジングのはじまり

ノルウェーにおけるコ・ハウジングづくりは、スウェーデンやデンマークの影響を受けながら1970年代後半に始まった。当初は働く女性たちや共働き世帯、単身者によるものであった。シニア向けコ・ハウジングは1980年代後半、Astrid Aure という一高齢者女性が提案し、ライオンズクラブに呼びかけ高齢者のための貯蓄組合（DES）を創り、住宅組合法によって実現したものである。その背景としては、当時、その地区に住む住宅は“広すぎて”、“階段が多く”高齢者向けの住宅に改造するのも困難な問題があった。他方、公的なサービスハウスを建設するには財政的な負担が重く、その実現は容易ではなかったこともある。

表6.1 ヒアリング及びアンケート調査の概要

ヒアリング調査	調査期間	2006年8月
	調査対象	表6.2の3事例の居住者の代表者
	調査内容	事例の概要、入居・退去者について、11年間での変化
アンケート調査 (ノルウェー語による)	調査期間	2006年8月
	調査対象	表6.2の3事例の居住者
	調査方法	直接配布・郵送での回収(返信用封筒を同封)
	調査内容	入居動機、入居を決める際の要素、メリットとデメリット、評価
	配布数・回収率	Ulvøya 回収率43% (6/14) Grefsentunet 回収率80% (24/30) Midtstugrenda 回収率41% (34/83) 計 回収率50% (64/127)

表6.2 調査対象事例の概要

事例	Ulvøya	Grefsentunet	Midtstugrenda
入居開始	1986年	1987年	1989年
立地	Oslo市 郊外の住宅地	Oslo市 市街の住宅地	Oslo市 高級住宅街
供給主体	住宅協同組合	住宅協同組合	住宅協同組合
所有形態	共同所有・利用権方式	共同所有・利用権方式	共同所有・利用権方式
住戸・面積	2room type/ 68.74m ² 3room type/ 82m ² (計16戸) 1階建4棟 2階建2棟	2room type/ 57m ² 3room type/ 73m ² (計80戸) 2階建14棟 3階建1棟	2room type/ 85m ² 3room type/ 85m ² 4room type/ 95m ² ・108m ² (計16戸) 2階建17棟
入居時支払額	1,500,000 Nkr	2,500,000 Nkr	1,970,914~2,700,614 Nkr
家賃	3,400Nkr	2,750Nkr	2,840~3,590 Nkr
入居者数	女性12人 男性9人 合計21人	女性80人 男性10人 合計90人	女性76人 男性39人 合計115人
入居者年齢	55~96歳 平均 約75歳	60~95歳 平均 約80歳	55~95歳 平均 約81歳
世帯構成	Single 7世帯 Couple 7世帯	Single 70世帯 Couple 10世帯	83戸

6.2 調査方法

調査対象は、11年前に調査を行った³⁾対象のうち、今回の調査に協力した頂いた3事例⁴⁾である。調査方法としては①シニア向けコ・ハウジング居住者代表者へのヒアリング調査、②居住者へのアンケート調査を実施した。調査の概要は表6.1である。また、調査を行った3事例の概要を表6.2に示す。

6.3 11年間の変化(代表者ヒアリング調査より)

入居者数や世帯数に大きな変化はなかった。各事例共に入居者平均年齢は2.5~11歳上昇しており、緩やかな上昇率である。この理由は、高齢化の対策として、入居条件の年齢を下げていることである。その対策が功を奏し、居住者アンケートでは、住居の高齢化への不安が解消していることが証明された。また、11年前にあった住宅への入居希望者のウェイティングリストはMidtstugrendaのみ存在、他の2件はなくなり、住宅は完全に市場化し売り出されている。入居時支払金は11年前と比べ約5~10倍になっている。これは、住宅協同組合の住宅が市場に出されるようになったため、従来は低価格で提供されていたコ・ハウジングが、市場価格と連動して高くなったと考えられる。このことが入居者の層を絞る要因になっていることも考えられる。しかし、各事例とも空き家はなく、売りに出せば確実に売れていることから、需要は高いと考えられる。そして、コモンハウスを利用している共同活動は居住者の高齢化・体力的な問題や、共同活動の中心人物が亡くなることにより活発でなくなってきたという声もきかれる。このようなことからコ・ハウジングにおける高齢化対策は不可欠であるといえる。

また、この11年間で各事例とも、半分弱ほどの入居者が入れ替わっている。退去理由の多くは「死亡」で、介護が必要になったための施設への転居もある。しかし、居住者間のトラブルによる退去はなく、パートナーが亡くなくても住み続けていることから、コ・ハウジングへの満足と住み心地の良さが伺える。

6.4 居住者へのアンケート調査結果からみた前研究との比較⁴⁾

前研究では、前住宅は戸建てと集合住宅を合わせた持ち家率が85%と非常に高く、これは今回の調査結果の85.5%とほぼ変わりはない。前住宅の規模は、今までよりも広がった人が6割ほどである。また、前住宅の場所は、前回の調査では、同じ地区または隣接地区だった人が8割以上、今回の調査では78.8%と約8割である。若干の減少はあるが、自分の住みなれた地区から離れたくないという思いが強い点では同じようによく反映された結果である。前調査で一番多かった入居動機は「環境の良いところで優雅に暮らす」(77%)で、次いで「前住宅の近所で知り合いが多い」(53%)「前住宅の管理が難しくなった」(42%)と続いていた。今回の調査での上位は、「環境の良いところで優雅に暮らす」(56.3%)「街中に出て行くのに便利であること」(51.6%)「バリアフリーな造りであること」(50%)と前回上位の知人がいることや住宅の管理の困難さよりも、今回は立地や住宅の設備が上位にきている点が前回とやや異なっていた。

コ・ハウジングでの暮らしのメリットに関する質問の回答では、前回の調査の上位は「孤独感がない」(84%)「互いに助け合える」(81%)「一人で暮らすよりも安心感がある」(74%)であった。今回の調査でのメリットの上位は「孤独感がない」(78.1%)「一人で暮らすよりも安心感がある」(68.8%)「互いに助け合える」(65.6%)で、順位に入れ替わりはあるもの上位3点に変化はない。これらが住居の住み心地に良い影響を与えていることがわかる。また、前回同様、その次の4,5番目には「一人になることができる」(66%)、「共有の場所がある」(60%)という個々の住宅と共有空間を持つ、といったまさにコ・ハウジングに特徴的な理由が挙げられている(図6.1)。

デメリットに関する質問の回答として、前調査で一番多かったのは「身体機能の差で一部の人に負担が行く」(共に26%)で、次に「特になし」が34.4%である。今回の調査では「特になし」が34.4%と最も多く、次いで「身体機能の差で一部の人に負担がいく」は20.3%であった(図6.2)。両調査ともデメリットよりもメリットをあげる人

図6.1 コ・ハウジングのメリット(複数回答可)

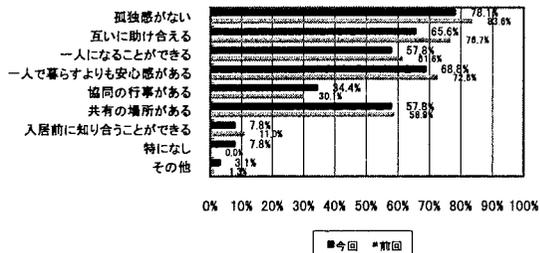
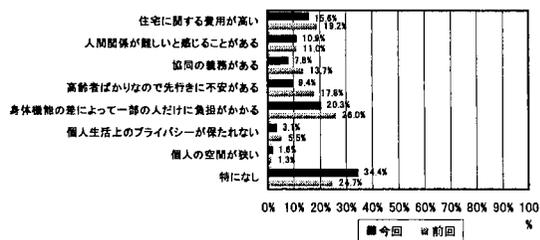


図6.2 コ・ハウジングのデメリット(複数回答可)



が多く、コ・ハウジングへの満足度が高いことが伺える。コ・ハウジングへの評価としては、前調査では居住者は「非常に良かった」(83.6%)もしくは「まあまあである」(11%)を選択しており、今調査でも、「非常に良かった」と「良かった」の合計が84.4%、「まあまあ」(6.3%)と非常に評価は高かった。

居住者へのアンケートの結果、居住者の特徴や経歴、コ・ハウジングへの入居動機、入居を決める際の要素、メリットとデメリット、評価には、11年前とほとんど変化がないことがわかった。しかも評価は継続して非常に高い。シニア向けコ・ハウジングは設立から約20年経っているが、設立10年後に行われた前調査から11年を経た今回の研究までコ・ハウジングの形態がうまく機能し続けていると考えられる。

6.5 居住者調査のまとめ

以上の結果から、11年前と比べ変化した点は、①住宅協同組合による会員への住宅供給ではなく、住宅が完全に市場化したこと、②入居時支払金の大幅な増加、つまり、より裕福な層の入居、③居住者の高齢化による共同活動の減少、が挙げられる。このような変化にも関わらず、居住者のコ・ハウジングに対する評価に変化はない。同じような背景・世代の人たちとは価値観が似ており、人

間関係は非常に良好なものとなり、個々が自立し、共同で行われる行事にも強制力はない緩やかな共同体となっている。周囲には自分に理解のある人が住んでおり、いざという時に手を貸してくれる安心感と、自分の生活を自分で選び過ごすことができる自由さがあり、外的な要因が変化しても住み心地に対する評価は変わっていないのではないと思われる。よって、ノルウェーでコ・ハウジングは順調に根付き継続しているといえるだろう。しかし、首都オスロでは、その後の新たな供給事例はきかれなかった。

7. ノルウェー住宅協同組合の状況

ノルウェーの人口は、調査時の2006年では人口は約450万人であり、住戸数は192万戸、このうちの63%が個人所有であり、17%が共同所有、3%が公的賃貸、17%が民間賃貸である。オスロ市の人口は約51万人、住戸数は26万戸で、30%は個人所有で、45%が共同所有、6%が公的賃貸、17%が民間賃貸である。つまり、北欧の他の国よりも公共賃貸住宅が少なく、持ち家にこだわり、住宅協同組合の中でも、所有路線を歩んできたのには、その歴史的、風土的、社会的制度が大きく関わっていた。現在、住宅協同組合には104もの地方協会があり、スウェーデンの同様な組織が“中央集権型”であるのに対して、ノルウェーのそれは、“地方分権型”と称されている。

ノルウェーの住宅協同組合の歴史を振り返ると、他のヨーロッパ諸国よりやや遅れて産業革命を経験した同国で、労働者住宅の改革運動が起こったのは1850年代である。当時、農村では、小規模自作農は土地と住宅は所有してきたという伝統があるため、労働党ですら「労働者は自分の住宅を所有すべき」だとする政策をとったため、労働者向け公共賃貸住宅はほとんど建てられなかった。

住宅政策の特徴は、国は住宅の法律と規則を定め、住宅銀行を通じて助成金やローンの資金を与え、自治体は計画策定と土地を提供し、協同組合住宅建設協会が住宅建設の中心的役割を果たすことであり、これが、戦後長く継承されてきた。このことは、シニア向けコ・ハウジングにおいても、賃貸型ではなく、住宅協同組合による共同所有型

が多いという特徴がある。

以下、今回の調査では、首都オスロ市で協同組合住宅を供給してきた住宅建設協会のOBOS (Oslo og Omegns Bolig og Sparelag) とUSBL (Ungdommens Selvbyggerlag) の2組織についてヒアリング調査を実施した。

7.1 OBOS (オスロ協同組合住宅建設協会)

OBOSは1929年労働者に住宅提供することを目的として発足したものである。労働党政権の下、自治体と協力して当初の50年は公とともにひたすら住宅建設を遂行してきた。低価格で良質の住宅供給が目的であった。オスロ市からは無料で土地が提供され、建設の1/4~1/5はオスロ市のものとなり、国立住宅銀行が低利で優利なローンを貸しだしていた。住宅は建設実費で販売され、再販の時も価格規制がなされ、低価格に抑えられてきた。しかし、1985年以降は政府・自治体からの援助はなくなってきているという。現在は、OBOSが供給する住宅には、特に価格面での利点はなく、市場価格で取引されている。土地も通常価格で購入し、他の一般会社と同じである。

2006年現在会員数は20万人、住宅協同組合数(ここでいうものは日本の分譲マンションの管理組合のようなもの)は340、供給戸数8万戸である。

ここで注目されるのは、上記のように、保守政権、規制緩和の下で、政府・自治体からの援助がないにもかかわらず、今でも会員数が伸びていることである。その理由としては、長く組合員であれば、優先権が得られるということである。例えば、新築や中古の売買の時にも優先的に選ぶことや買うことができる。そこで、親が生まれた子どものために子どもの名前で入会することもあるという。

現在、OBOSが建設している住宅は海の見える金持ち向け住宅と環境配慮型住宅団地だという。

7.2 USBL (若者のための住宅協同組合建設協会)

USBLの発足は1948年である。OBOSはその20年前に設立されていたが、会員歴の長い人が優先されたので若い人は家を買えなかった。そこで、若い人たちがUSBLを創ったという。当時は25~40歳の人が多く、セルフビルドが中心であった。

現在は年齢制限がない。

協同組合住宅の建設に当たっては、自治体と政府、住宅銀行、住宅協同組合建設協会が協力した。最初は国が経済的な援助を行うなど公的な援助があった。住宅銀行を通じて低利で85～90%のローンを組むことができた。ただし、建てる場所によって基準があり、建物自体も豪華過ぎない簡素なものを建てるのが条件であった。

ノルウェーでは1つの町に1つの協会があるが、オスロにはOBOSとUSBLの2つがある。

1945～85年までは協会が住宅を供給するときも不公平にならないように国が供給に関与し、価格を支配していたが、その後は市場価格へと移行した。1985年から変化した背景には、保守党政権になり、右翼からの強い圧力がかかり、サッチャーやレーガンと同じ方向に変わっていったことがある。また、家族の状況も変わってきた。少子化となり、親から受け継ぐ遺産も増え、個々人が金持ちになってきた。このことも援助カットの一要因だろうとヒアリングしたUSBL事務長のRoar Viken氏は語っている。

住宅協同組合住宅も価格規制がなくなって市場価格で売買されている。現在会員数は27万人で50歳以上の人が多い。また、供給数そのものも現在は年に500～1000戸と減少している。設備に関しても10年前までは洗濯室、リビングを共同で作っていたが、今は共有空間にもお金がかかるし、個人で持っているので作らなくなってきている。

以前のような特殊なグループ（ホームレス、若者、移民）に対する供給は限定的であり、高齢者対象のものは供給していない。かつてはHaugerudhaganのような協同組合住宅（移民・若者・障害者がミックスした団地）を作っていたが、今は利益が大事なので作っていない。1985年から公的な援助のカットが始まり、社会的弱者の住宅は建てたいが賃料の問題もあり、援助がないと建てられないため、今は一般的な住宅を建てているとのこと。現在民間の供給会社とUSBLなどの住宅協同組合建設協会との違いはなくなってきているということである。

また、現在は周り調整しながら暮らすのは面倒くさいと考える個人主義の人たちが増えている。

他方、以前は集合住宅における個人所有（日本

という区分所有の分譲マンション）が人気だったが、現在は共同所有の住宅協同組合住宅の方が人気が高いという。それは、近年法律上、双方の違いはあまりなくなってきたことによるという。例えば、以前の共同所有協同組合住宅では人にまた貸しすることはできず、所有できるのは一人一戸であった。それに対し、個人所有ではいくつも持つことができ、強制がなかった。しかし現在では、区分所有による個人所有では経済的な自己負担が大きく、改築の際には全員の合意が必要などわずらわしいと考えられるようになってきている。一方、住宅協同組合では年一回の総会で物事を決めるため、意思決定が簡単であり、また経済的にも月々のローンを住宅協同組合全体で少しずつ払っていくため新築でもローンを組みやすいという事情がある。このようにローンの組みやすさと管理と意思決定がしやすいことを人気の理由としてRoar Viken氏は説明した。

8. おわりに

以上、今回北欧の中でもシニア向けグループリビングについて、デンマークとノルウェーにおける居住者と住宅協同組合関係者への調査結果から以下のことがわかった。

まず、デンマークとノルウェーでは同じ北欧といっても、ミクロにみると、このテーマにおいても事情が若干異なっていた。例えば、デンマークでは、グループ内での協同生活、価値観や共通性をやや大事にしているのに対して、ノルウェーでは、協同生活は緩やかなことを望み、住みなれた地域、立地を重視している。また、住宅の供給形態としては、前者は賃貸、後者は共同所有の形態が多い。

しかし、共通して明らかになったことは、入居後の評価と満足度は高いことであった。孤独感がないことやいざというときの安心感や助け合いがあることでの評価は両国ともに高い。

翻って我が国に目を転じると、国立社会保障・人口問題研究所の試算によると、2015年には、高齢世帯は1700万世帯となり、そのうち一人暮らしの世帯は約33%の約570万世帯に達すると言われている。こうした“孤老”の人々の問題の解決は

これから大きな課題となってくるであろう。

数年前に、私は日本で先駆的にはじまったシニアのグループリビングを訪問する機会があった。その中には高齢で亡くなられた方や、入院したために空室になっていた部屋もあったが、複数のプロジェクトで、当初考えられていた空間利用が採算のため閉鎖されたり、変更されたりしたものや、入居者の人間関係のまずさからかなりの方が退去されたというケースもあった。わが国では、一般的なコーポラティブ住宅づくりについては、すでに多くの優れたプロジェクトが積み重ねられており、またコーディネーターの経験も豊かであるが、シニア・高齢者向けの住宅についてはまだ開発、研究の余地があると考ええる。協同で住むための空間と同時に、そのよさを発揮、持続させるためのソフト面でのツールも必要であると痛感している。デンマークでも、終の棲家となるわけなので、お互いに一緒に住んでも気が合うのかどうかを確かめるため、心理学の勉強会をしたり、互いの家を訪問したり、グループづくりに長い時間をかけている。コーディネーターも、私が出会った人々は社会教育、ソーシャルワーカーなどの分野の人々であった。

わが国でも、シニア向けコーポラティブ住宅づくりを考えると、従来の子育て世代を中心とした日本でのコーポラティブ住宅でのコーディネーターでは中心的であった建築家よりも、高齢者福祉に携わる人、医療、生協の人々とのコラボレーションによる作業、ネットワークづくりなどが必要であろうと考える。

最後に、SBIレポート⁵⁾では、高齢者たちが助け合って暮らすコ・ハウジングでの入居後の生活によって、補助器具を利用していた人やホームヘルプサービスを受ける利用時間が減少するなど、入居前よりも生活の質が向上し、同時に福祉の費用も削減されることになることを明らかにしていた。

デンマークでは、“福祉政策は住宅に始まり、住宅に終わる”といわれている。シニア向けコ・ハウジングのような予防的効果のある高齢者住宅の充実が、医療や介護、高齢者施設の経費の削減につながるようになるということにもっと注目する必要がある、そうしたプロジェクトへの支援策

が強く望まれる。

本研究の中の居住者調査部分については、共同で調査を行なったノルウェーの調査は当時京都府立大学上野ゼミの4回生大塚瑞希さん、デンマークでの調査は同田鶴遼平さんが卒論研究として実行したもの、ノルウェーの住宅協同組合については、阪上香さんがまとめたものを中心に上野が補筆編集しなおしたものである。

なお、本調査実施後に両国においては、政権が交代している。その後、このテーマではどのような展開がなされているのか、現時点では追究できていないことをお詫びしたい。

〈参考文献・注釈〉

- 1) 上野勝代：「コ・ハウジングの展開」『講座現代居住2 家族と住居』東京大学出版会、pp.181-201, 1996
- 2) 上野勝代（主査）「北欧におけるシニア向けコ・ハウジングに関する研究—主としてデンマーク、ノルウェーの場合—」, 住宅総合研究財団研究年報 No.22, pp.287-296, 1995
- 3) 阪上香、上野勝代、佐々木伸子：「ノルウェーにおける高齢者のコ・ハウジングに関する研究」, 都市住宅学16号, pp.94-100, 1996 WINTER
- 4) 前研究（上記2）での調査対象3事例は Ulvøya, Midtstugrenda, Bygdøy であった。このうち、Bygdøy では今回、調査協力がえられなかったため、同程度の居住者層である Grefsentunet を調査対象に選んだ。
- 5) Ambrose IVor: Etablering of seniorbofaellesskaber, SBI-MEDDECELSE 97, 1993, p.88

研究組織：

主査：上野勝代（当時京都府立大学教授）

委員：上掛利博（京都府立大学教授）

同：佐々木伸子（当時徳山工専准教授）

同：阪上 香（金光大阪高等学校教諭）

同：奥野 修（当時京都府立大学大学院生）

同：大塚瑞希（当時京都府立大学4回生）

同：田鶴遼平（当時京都府立大学4回生）

（うへの かつよ、神戸女子大学教授）

21世紀の協同組合と非営利・協同セクター

—世界の憲法から—

堀越 芳昭

今日の混迷と大転換の時代において、協同組合の地位と役割はどのようなものか。19世紀・20世紀・21世紀における世界的な至上課題の推転において、協同組合はいかなる位置づけにあるか。本稿では、世界の憲法の検討から21世紀協同組合の世界史的位を考察し、協同組合セクターないしは非営利・協同セクターの社会経済的地位について考えていきたい。

1. 世界の憲法における協同組合規定

世界の憲法において協同組合はどのように位置づけられているのであろうか。憲法はその国の政治経済社会文化の根本的方向を定めたものであり、他の諸法律を規定する基本法である。したがって憲法にはその国の支配的思想が反映されているばかりか、その国の進むべき方向性やビジョンが示されている。

今日の世界の各国憲法において協同組合の保護助成を明文規定しているのは、次の51ヵ国地域・ドイツ6州である。

イタリア、ブラジル、ロシア（近似）、インド、中国、韓国（近似）、インドネシア（近似）、メキシコ、トルコ、スペイン、ポルトガル、ギリシャ、マルタ、キプロス、ブルガリア、ハンガリー、セルビア、ベラルーシ、タジキスタン、スイス（近似）、フィリピン、台湾、ベトナム、タイ、東ティモール、イラン、シリア、イエメン、クウェート、ミャンマー、エジプト、アンゴラ、ナミビア、モザンビーク、ペルー、ボリビア、パラグアイ、ガイアナ、スリナム、ウルグアイ、エクアドル、ベネズエラ、コスタリカ、ハイチ、ニカラグア、エルサルバドル、グアテマラ、ホンジュラス、パナマ、キューバ、ドミニカ共和国およびドイツ6

州（ヘッセン州、バイエルン州、ラインラント・プファルツ州、自由ハンザ都市ブレーメン州、ザールラント州、ノルトライン・ヴェストファーレン州）。

先駆的には、メキシコ（1917年）、ドイツ・ワイマール（1919年）、スペイン（1931年）、キューバ（1940年）、ペルー（1944年）の憲法において協同組合の保護助成規定が見出される。

これらの国の憲法は、国家の統治や基本的人権（自由権）を中心とした19世紀近代憲法に止まらず、社会権・労働権・経済権を重視した20世紀現代憲法ないしは21世紀憲法の特徴を有している。

19世紀は経済的自由が至上課題とされ、営業の自由・職業選択の自由が希求され国家からの自由が目指された。いわゆる自由放任の時代である。しかしこの経済的自由は、結社の自由を否定し、不自由や経済的格差、さらには自由ならぬ独占を生み出し、労働者・農業者・中小企業者・消費者の経済的弱者の社会経済的問題は体制を揺るがす深刻なものになった。

かくして経済的自由の弊害を克服し、社会権・労働権を尊重する経済的公正が20世紀の至上課題となる。社会経済的公正や機会均等、農業者・中小企業者・消費者等の経済的弱者の保護が憲法上の重要課題となる。公正かつ自由な競争のために独占の禁止が憲法上の規定となり、また独占禁止法が制定される。そして完全雇用が国家的課題となる。このように経済的公正の実現が20世紀の大きな課題となり、経済における国家の役割が高められた。こうして各国の憲法では、経済的弱者の経済的地位の向上を目的とする協同組合がこれら経済的公正の重要な担い手として位置付けられることになる。

2. 21世紀の憲法課題と協同組合規定

21世紀は経済的参加の時代であり、参加型民主主義を体現する協同組合の本領発揮の時代である。これは20世紀の経済的公正に加えて経済的参加（利益参加・経営参加・所有参加・事業参加・計画参加）が促進される。

この経済的参加は21ヶ国とドイツ各州の憲法で規定されている。中でも協同組合を経済的参加の担い手として明記した憲法に注目したい。その例として以下、スペイン、ブラジル、ベネズエラを紹介しておきたい。

<スペイン>

スペイン憲法（1978年）は、「公正な社会的経済的秩序に従う」ことを闡明し、人間の尊厳、各種の自由権、財産権、企業の自由等の基本的人権が保障され、家庭・子・母の保護、児童の権利、所得分配の公平・完全雇用政策・労働政策、社会保障制度、青少年の政治、社会、経済、文化への参加、障害者・高齢者・消費者の保護、消費者及び利用者の組織振興等の社会権・労働権の保護を謳い、国富と全体の利益・経済における公的主導、社会保障・公的機関の活動への参加・企業への参加・協同組合の助成と労働者の生産手段の所有の促進、経済部門の近代化・発展（生活水準の均質化、農業、牧畜業、漁業及び手工業の近代化及び発展）、経済活動の計画的・所得と富の公正な分配等の経済権を規定する。

その経済権は、経済的公正（所得と富の公正な配分や消費者保護、経済的弱者保護）と経済的参加（経営参加・利益参加・所有参加）が謳われ、協同組合に関する規定は、その経済的公正と経済的参加の担い手として、協同組合の保護助成が規定されている。このようにスペイン憲法は、近代憲法の経済的自由を前提として、現代憲法としての経済的公正と21世紀憲法としての経済的参加の担い手として協同組合を位置づける。

<ブラジル>

ブラジル憲法（1988年）は、「人間の尊厳」・「労働および創業の自由の社会的価値」を基本原則として、「1.自由、公正かつ連帯した社会の建設、2.国家の発展の保障、3.貧困と限界の生活条

件の根絶および社会的、地域的格差の縮小、4.血統、人種、性別、皮膚の色、年齢に関する偏見、その他いかなる形態の差別も無い、すべての者の福祉の増進」を国家の基本目的に掲げ、「人間の労働の尊重と創業の自由にもとづき…社会的正義の規範に従い、すべてのものに尊厳に値する生活を保障することを目的とする」こと、「1.国家主権、2.私的所有権、3.所有権の社会的機能、4.自由競争、5.消費者の保護、6.環境の保護、7.地域的および社会的不平等の是正、8.完全雇用の達成、9.小規模民族資本のブラジル企業に対する優遇措置」を経済活動の一般原則とする。これら一般原則は、先の国家の基本目的の具体化として、経済的自由はもちろん、経済的弱者・原住民保護等の経済的公正の追求が重視されている。

これら経済的公正追求の中で、協同組合の保護助成規定が置かれ、農業・農業政策に協同組合運動の経済的参加（事業参加、計画参加）が明文規定される。このようにブラジル憲法は、近代憲法の経済的自由を前提として、現代憲法としての経済的公正と21世紀憲法としての経済的参加の担い手として協同組合を位置づける。

<ベネズエラ>

ベネズエラ憲法（1999年）は、基本原則として「民主的社会的国家」を標榜し、「至高の価値として、生命、自由、正義、平等、連帯、民主主義、社会的責任」、国の本質的目的として「人間の尊厳、国民の意思を民主的に行使し、公正で平和を愛する社会の建設、国民の繁栄及び福利の増進」と「教育及び労働の重視」を規定する。「連帯」・「公正」または「正義」が重要な価値や目的となっている。

また「第6編社会経済制度」において、「社会正義、民主主義、効率性、自由競争、環境保護、生産性及び連帯の原則を基礎に置く。国は公開協議による民主的かつ参加的な戦略的計画の立案を通じて、富の公正な分配を達成するため、経済成長についての法的安全性、確実性、活力、持続可能性、永続性及び均衡を保障し、民間の発意とともに、雇用を創出し、国民の付加価値を高め、国民の生活水準を向上させ、かつこの国の経済的主権を強化するため、国民経済の調和的發展を促進

する」と言明する。

そして経済的弱者保護（経済的公正）として、先住民保護、共同所有地保護、地域格差是正、水資源保護、食糧安定供給の保障・持続可能な農業の促進、総合的農村開発・大土地所有の禁止・農民的土地所有の保護、中小企業・家族経営企業・零細企業の共同所有制度下の協同組合や共同事業体の保護・奨励、伝統産業保護が謳われる。

さらにベネズエラ憲法の特徴は、参加型民主主義を追求するところにある。国民の参加と関与の社会経済的事項に関しては、相互協力と連帯の価値に沿った自主管理、共同管理、協同組合の方式によるものとした。また労働者による企業の利益参加を認め、社会的参加的性格を有する協同組合、貯蓄金庫、共済組合の結合方式を奨励することで経済的過程への参加を促進し、公企業への労働者と地域組織の経営参加を促進し、さらに協同組合及び地域サービス企業が行う政策の企画を通じて、経済的参加の定着を図ることを明文規定する。協同組合はその経済的参加の重要な担い手として明確に位置づけられているのである。

このようにベネズエラ憲法は、近代憲法の特徴を前提とし、経済的公正として現代憲法の特徴を有し、経済的参加に基づく21世紀憲法の特徴を具備している。協同組合は文字通りそれらの担い手とされる。

3. 協同組合セクターの憲法規定

以上の憲法における協同組合規定は、それ自体セクターとしての協同組合の承認保護規定ということができるが、協同組合セクターそれ自体を明確に規定するようになったのは1970年代以降最近のことである。以下では混合経済体制の下での「協同組合セクター」を明示的に憲法規定している国の代表例として、ポルトガル・メキシコ・エクアドル・ボリビアについてみていきたい。

<ポルトガル>

ポルトガルでは、1974年の民主化により1976年憲法が制定され、2005年の改正が現行憲法として有効である。同憲法において協同組合の承認保護助成規定は14カ条に及ぶが、協同組合セクターに関しては以下の各条で規定されている。

第2部 経済組織：第1編一般原則：第80条（基本原則）社会と経済は以下の原則に基づいて構築される。

- a) 経済権力は民主的な政治権力へ従属する。
- b) 公的セクター、私的セクター、協同組合・社会セクター（cooperative and social sector）は生産手段の所有権として共存する。
- c) 混合経済の枠組み全体において、起業と組織化の自由がなければならない。
- d) 公的な利益にとって必要な場合、天然資源や生産手段は公的に所有されなければならない。
- e) 経済社会発展は民主的に計画されなければならない。
- f) 協同組合・社会セクターは生産手段の所有権に関して保護されなければならない。
- g) 労働者を代表する組織や事業を代表する組織は、主たる経済的社会的方式の決定に参加しなければならない。

第82条 生産手段の所有セクター：（1）生産手段に関する3セクターの共存は保障される。

このようにポルトガル憲法は明らかに協同組合セクターのみならず社会セクターと関連させそれとの一体的なものとしてとらえている。

<メキシコ>

メキシコは、1917年原始メキシコ憲法において、生産者協同組合の独禁法適用除外と住宅協同組合の社会的事業としての承認（第123条）といった2つの協同組合規定が設けられていたが、現行メキシコ憲法はこれらを継承しつつ、1983年の改正によって経済セクターに関して次のように規定した。

第1編 第1章 個人の保障 第25条〔経済活動における国家の役割〕③公的セクター、社会セクター（sector social）及び私的セクターは、社会的責任をもって、国家の経済発展に協力するものとする。ただし、国の発展に寄与するその他の形態の経済活動を妨げない。⑦法律は、社会セクターの経済活動の組織と拡大を促進する機構を確立するものとする。すなわち社会セクターは公有地、労働者の組織、協同組合、コミュニティ、労働者に多数若しくは排他的に帰属する企業、並びに一般に、商品と社会的に

必要なサービスの生産・配給・消費を目的とするすべての形態の社会的組織である。

ここには公共セクター、社会セクター及び私的セクターの協力の必要や協同組合を含む社会セクターの組織と拡大の促進が規定されている。協同組合は、公有地、労働者の組織、コミュニティ、労働者所有企業等すべての社会組織とともに社会セクターを構成し、公共セクターや私的セクターと並んで促進されるものとしている。

<エクアドル>

現行エクアドル憲法（2008年）では、経済政策の目標として、①所得と国富の公正な分配、②生産性と競争力の奨励、③食品とエネルギー主権の確保、④自然と生活と文化の尊重、⑤地域的、都市と農村、経済社会文化的均衡的発展、⑥完全雇用の促進と労働者権利の尊重、⑦産出投入の経済的安定、⑧公正かつ補完的経済、社会と環境に配慮した消費の促進を明示している。さらに独占の禁止、完全雇用の実現、消費者保護、中小企業の保護、農業保護、先住民保護、公正な報酬、貿易の公正等経済的公正が詳細に規定され、その上で5カ条にわたって協同組合の憲法規定が置かれている。

協同組合セクターに関しては次のように規定されている。

第6編 開発計画 第4章 経済的主権 第1節 経済システムと経済政策 第283条 経済システムは、憲法に規定される公的、私的、混合的、民衆連帯的の経済組織の形態で統合される。民衆連帯経済は、法律に合致して管理される協同組合、アソシエーションおよびコミュニティのセクターが含まれる。

このようにエクアドルの経済システムは公的、私的、混合的、民衆連帯的の経済組織とされ、協同組合セクターはアソシエーションおよびコミュニティを含む民衆連帯経済に位置づけられる。いわば社会連帯セクターともいえようか。

<ボリビア>

現行ボリビア憲法（2009年）では、前文で「主権、尊厳、相補性、連帯、調和、正義、尊敬と平等の原則に基礎をおく」とし、「国家は、団結、平等、包摂、尊厳、自由、連帯、相互、尊敬、相補性、均衡、機会均等、社会的公正、参加におけ

る性的平等、社会責任、社会正義、流通、商品や社会財の再分配を原則とする」と闡明する。さらに、先住民農民の保護、消費者保護、中小企業・中小生産者保護、独占の禁止が規定されている。その上で協同組合に関する規定及び協同組合の参加に関する規定は12カ条にわたり、協同組合セクターに関しては次のように規定される。

第4部 国民経済の構造と組織 第1編 国民経済の組織 第1章 一般的性質 第306条 II 国の多元的経済は、コミュニティ、国家、民間部門と協同組合の経済組織で構成される。

ボリビアでは国の多元的経済としていわば公的、私的、コミュニティ、協同組合の4セクターが提起される。同憲法では協同組合は連帯、平等、互惠、分配の公正、社会目的及び非営利の原則に基づくとして承認保護される。このコミュニティは、連帯と協同、非営利の協同組合と深い関連があるものと考えられる。

以上のようにメキシコ憲法における協同組合を含む社会セクターのとらえ方、ポルトガル憲法の協同組合・社会セクター、エクアドル憲法における協同組合・アソシエーション・コミュニティを含む民衆連帯経済、ボリビア憲法のコミュニティ重視や連帯と協同、非営利の協同組合といった位置づけは、今日における協同組合セクター論にとって極めて示唆的な憲法規定といえよう。すなわち協同組合セクターはそれ単独で構成されるのではなく、社会セクターやコミュニティと関連しそれを内に含みつつ構成されるということである。

21世紀は人々の生活と人生といった人間存在の根底において、自発的な人々の結社による協同活動と地域における自主的自治的活動が結び合い「相互自助」を原理とした協同組合セクターが重要な存在となるであろう。また協同組合セクターを広く個人セクター、社会セクター、コミュニティ、民衆連帯経済との連関に位置づけることが重要になるであろう。すなわち今後の協同組合運動は、協同組合をはじめ社会セクターやコミュニティを基盤とした各種の社会組織との連携による協同組合セクター、協同組合・社会セクターあるいは非営利・協同セクターの形成が求められるので

ある。

同様の観点はILO「協同組合振興に関する勧告」(第193号勧告、2002年)にみることができる。最後にその要点を示すことで本稿の結びとしたい。

本勧告の目的の一つは、協同組合と組合員を援助して、コミュニティの社会的・経済的必要に応えることのできる、協同組合を含めた活力あるダイナミックな独自の経済セクターを確立し拡大することにある。均衡のとれた社会は、強力な公的セクターや私的セクターと同様、強力な協同組合、共済組合、その他の社会的セク

ター・非政府セクターを必要とするのである。

<主要参考文献>

- ・日本協同組合学会編訳『ILO・国連の協同組合政策と日本』日本経済評論社、2003年。
- ・堀越芳昭『協同組合の社会経済制度—世界の憲法と独禁法にみる—』日本経済評論社、2011年。

(ほりこし よしあき、山梨学院大学・大学院元教授)

【事務局ニュース】 2

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 2013年度定期総会 & 10周年記念シンポジウム・記念レセプションのご案内

<記念シンポジウム> (参加費無料・どなたでも参加いただけます)

「あるべき最低生活保障を考える」

雇用と社会保障に対する全面的な新自由主義的な攻撃が仕掛けられている下で、いかなる最低生活保障が必要か、その構想とその構築をめざす社会運動の展望を論じたい。

パネリスト

稲葉 剛 (自立生活サポートセンターもやい理事長)

民医連MSWの方 (依頼中)

後藤 道夫 (本研究所副理事長)

コーディネーター：河添 誠 (本研究所研究員・事務局長)

日時：2013年6月15日(土) 会場：明治大学リバティタワー

〒101-8301 東京都千代田区神田駿河台1-1

12:30~受付開始

13:00~13:30 定期総会 @リバティタワー13階 1134番教室

13:30~15:30 記念シンポジウム @リバティタワー13階 1134番教室

16:00~18:00 記念レセプション @リバティタワー23階

<記念レセプション>

個人会員、団体会員の関係者、ご招待の皆様とともに、研究所のこれまでの10年間を振り返り、これからの活動へとつなげたいと思います。

ケベックの社会的連帯金融

石塚 秀雄

はじめに

カナダは、フランス語圏のケベックと、その他の基本的に英語圏であるカナダとは比較的没交渉である。ケベック州は独立化の州民投票も実施（1995年、50.6%49.4%で独立には至らず）されたこともあり、フランス語圏としてカナダの中で独自の歴史を持つ。ケベック州は人口760万人である。ケベックには約7000の社会的経済企業（協同組合、非営利企業など）が存在し、12万人がそこで働いており、ケベックのGDPの8%を担っている（2004年度）。

ケベックの社会的経済セクターの規模は次の通りである。

表1. ケベックの社会的経済 (2005)

法人形態	組織数	雇用数
共済組合	39	4,875
協同組合	2,795	82,586
事業型アソシエーション(NPO)	3,941	45,080
非事業型アソシエーション(NPO)	8,000	35,000
合計	14,775	167,541

出所 Y. Vaillancourt, 2008

またケベックにおける社会的経済企業とは、おおむね次のように規定できる。①社会的目的を持った企業。②企業の作り出す財とサービスが個人的および共同的にも経済的社会的要求に合致していること。③民主的管理。④資本に対する労働と人間の優先。⑤剰余金分配における、資本より労働の優先。⑥資本と生産手段の共有。⑦地域開発、自治体発展への貢献。⑧持続的雇用の創出。⑨生活の質の向上へ寄与。⑩協同組合や非営利組織などの自主管理企業。⑪自主的収益を持つ。

われわれは日本においては、社会的経済という用語は非営利・協同の経済という言葉と類似したものとして議論している。社会的経済セクターの

定義としては、ヨーロッパの学界においては、協同組合・共済組合・アソシエーション・非営利組織・財団などによる経済セクターであるとされている。日本においてはアソシエーション概念の定義はむずかしくカタカナのままであるが、非営利組織に類似するものと理解するのがとりあえず適当である。社会的経済セクターとは、サードセクターと呼ばれる場合もあり、これは第1セクターとしての公的セクター（国家・地方自治体による経済セクター）と第2セクターとしての私営の営利セクター（営利企業）の2分法に対して、第3番目として定立されたセクターである。この社会的経済セクターはいわゆる非営利的あるいは協同的な経済事業活動を市場で行うというところに最大の眼目がある。営利企業が市場を前提にしていることは当然であるにしても、公的セクターの事業体は基本的に準市場を想定して存在している。社会的経済セクターは民間セクターとして位置づけられるものの、社会的機能を重視する非営利・協同の原理を有するところが肝心な点である。

1. ケベックの社会的連帯金融ネットワーク

ケベックにおける社会的経済・連帯経済のネットワークの中で重要な役割を果たす分野として社会的連帯金融の運動がある。金融は、非営利・協同セクターにとっては理念的にも躓きの石でもありまた弱点でもありつづけてきた。そもそも非営利とは営利を目的としないということで儲けることや金を稼ぐということに否定的な原理を掲げてきた理論がこれまで主流であったからであり、協同組合運動の歴史においても、協同組合の資金は資本なのか出資金なのかという論議が続いてきたからである。近年では、ノーベル賞を受賞したバングラデシュのユヌス氏の創設したグラミン銀行が女性貧困層の起業活動に対するマイクロクレジット

ットとして注目を浴びたが、社会的連帯金融の運動からすれば、それはひとつの分野として位置づけられるものである。先進国における社会的連帯金融のネットワークはより多様なものとして展開されている。

さてケベックの社会的連帯金融の運動は1990年代後半になって活発化してきた。その要因は、1980年代から活発化してきた社会的経済ネットワークの運動推進のための財源的問題が浮上してきたからである。いわゆる従来の協同組合運動などにおける協同組合銀行や信用組合などといった金融機関の資金を積極的に新しい社会的経済・連帯経済運動において活用すべきという認識が高まってきたからである。社会的企業は一般の金融機関にアクセスが困難なことについて、ケベック大学のレベックたちは次のように指摘している。

「①社会的経済企業にたいして一般投資家は高配当を期待できない。②協同組合や非営利組織は小企業なので、銀行は少額の資金に対して高利で融資する。③社会的企業は新規分野が多く金融機関に理解されづらい。④社会的企業のガバナンス形態と配当形態が一般投資家に理解されない。」(Mendell, 2003)

しかし、ケベックにおいては社会的連帯金融ネットワークが張り巡らされてきている。ケベックにおける社会的経済セクターにおける金融を担う主要な組織・団体には次のようなものがある。「ケベック社会的投資ネットワーク (RISQ), 1997」、「コミュニティクレジットケベックネットワーク (RQCC), 2000」、「フィルアクション (FilAction, 2001)」、「社会的経済ネットワーク信託 (FCEC), 2006」など、いずれもここ十年くらいで設立されている。これらの新しい組織は、その背後に従来型の社会的経済セクターすなわち大規模協同組合、デジャルダン信用組合、「FTQ 連帯基金」、「フォンドアクション (FondAction)」や労働組合さらにはケベック政府投資資金などの支援がある。こうした仕組みはまだ日本などでは手つかずの手法といえる。こうした社会的連帯金融の担い手は、当然ながら一般の銀行などの金融機関とは異なる金融リスクの考えと、なによりもその社会的経済的目的が明確に異なる使命を掲げて

いる。すなわち、現在盛んに議論されているいわゆる「企業の社会的責任 (CSR)」や「企業の社会的投資 (CSI)」などの考え方とは重要な点で異なるものであることをまず強調されなければならない。もちろん、企業一般の議論として共通する側面はあるが、社会的連帯金融は社会的企業とのネットワークの構築というセクター形成の課題を持っているものである。

この10年間のケベックの社会的経済企業に投資された資金は1996年度においては2800万カナダドルから2005年度の1億1400万カナダドルに増加し、総額7億5500万カナダドルと推定されている (ARUC, 2006)。これは非営利・協同的企業が増加したことに対応する。それはとりわけ若者の雇用・起業、社会サービスにおける社会的企業の必要性が増加しそのための財源が養成されたことによる。もちろんケベック州政府の社会政策や労働政策の中に社会的経済セクター育成のプログラムがなければ、こうした社会的企業の増加は期待できない。しかしながらケベック政府の役割は、日本におけるいわゆる行政側による「新しい公共」・「協働」路線のように、非営利組織などを、本来公的業務であったものの安上がりな業務委託先として利用するという上から目線のものではない。この点は、日本において非営利・協同組織にたいして、行政の下請けとして安く受託して、正規の労働市場の賃金を引き下げる役割を果たしているという批判があるが、公的サービスの民営化論議とあいまって、その根拠となるところである。問題は、それは非営利・協同組織の責任であることに誤りがある。現在のところ日本の非営利・協同組織は行政に対しては従属的対応を強いられる場合が多い。それはひとえに政府・行政サイドの非営利・協同セクターに対する認識の低さからくるものではあるが、結局国民・市民社会も同断であるということでもある。しかし、なによりも日本の非営利・協同セクターともいべきものを構成するはずの既存の協同組合や共済組合、非営利組織の人々自身のセクター認識および構想力の低さという主体的問題に跳ね返ってくることは当然である。

ケベックにおける社会的連帯金融セクターの構築はどのように行われているのであろうか。そも

そも社会的連帯金融市場といった独自の領域の構築が可能であるのかどうかという議論が日本でも起きよう。2008年のリーマンショックなどによる世界的金融危機によって、アメリカ型の金融システムの破綻と新自由主義路線の破綻が指摘されている。この中で、たとえば、日本の協同組合金融機関である農林中金は金融市場で約1兆円を損失したと噂されている。非営利・協同セクターはこと金融に関しては既存の一般金融市場に依拠してきたが、そのあり方を今後も変えることはできないのか。このテーマは本稿で論ずるには難しいが、私見によれば、社会的連帯金融市場は国内的にもグローバル的にも可能であると考ええる。その兆候は、フランスの社会的連帯金融ネットワーク、イギリスの倫理銀行、イタリアの倫理銀行などヨーロッパのいくつかの国における金融ネットワークづくりや中南米を中心とした地域社会的連帯金融の形成にむけての動きがある。本論で示すケベックにおける社会的連帯金融ネットワークの形成は先進的事例である。この場合、社会的連帯金融ネットワークの形成のアクターとして、政府、非営利・協同セクターおよび市民社会の対等なパートナーシップがその場合不可欠な条件である。行政が合理化・民営化の手段として非営利組織・社会的企業などを利用しようとする傾向があることも世界的に避けられないが、そうした後退的な発想が現状としてあることも確かであるので、それら障害となる諸問題を克服するためにも社会的連帯金融の意味と意義というものを明らかにしていく必要がある。本稿の目的のひとつはそこにある。

2. ケベックの社会的連帯金融組織

ケベックの社会的連帯金融ネットワークでは上記の組織が代表的社会的連帯金融機関であるが、まず、社会的経済企業が融資を受けられる金額を簡単に示しておく。

表2 ケベックの社会的連帯金融組織

社会的連帯金融組織名	融資金額(カナダドル)
コミュニティ信用金庫 Credit communautaire	最大20,000
地域開発センター CLD	最大125,000
共同事業体開発会社 SADC	最大125,000
ケベック社会的投資ネットワーク RISQ	最大50,000
フィルアクション FilAction	50,000-150,000
協同組合金融基金 FFC	100,000-250,000
ケベック資本投資 IQC	25,000-500,000
デジャルダン地域協同組合資本 CRCD	200,000以上
フォンドアクション FondAction	250,000以上

石塚作成

以下、代表的な連帯金融の組織を見ていく。

①ケベック社会的投資ネットワーク (RISQ, Réseau d'Investissement Social du Québec)

RISQは1997年に設立された。RISQはその組織性格・価値として社会的経済の4つのPを掲げている。すなわち①資本に対する人間の優越(Primauté)、②個人責任と共同の責任(Prise)、③民主的決定手続き(Processus)、④社会的有用性の生産(Production)である。

設立以来2008年までに6000人の仕事と雇用を創出してきた。社会的経済企業・非営利企業にのみ投資をして雇用創出と雇用維持を目的とする。融資は2種類ある。

第一の型は、「貸し付け」であり、最大5000カナダドルである。事業が軌道に乗るまで無利子である。2007年度においては、245プロジェクトに114万カナダドルを貸し付けし、777人の雇用と雇用維持約1600人を加え2,392人に仕事を作り出した。

第二の型は「資本作りのための融資」である。2万カナダドルから最大5万ドルを融資するが、これは資本増加だけではなく、技術開発投資にも融資する。無保証、返済猶予措置あり。手数料は1%である。2007年度は、239プロジェクトで、831万カナダドルを融資し、新規雇用1185人を含む3663人の仕事を確保した。2007年度で見ると次の通りである。

第一の「貸し付け部門」型の融資額は企業別に見ると融資対象は協同組合が30%、非営利企業が70%であり、新規企業が67%である。その事業分

野別は次の通りである。

サービス部門23%、レジャー・ツーリズム部門21%、資源リサイクル部門14%、連帯商業部門12%、文化部門10%、農業製品部門4%、共同住宅部門3%、コミュニケーション部門3%、その他。

第二の「資本作り」型の融資額を企業別に見ると融資対象は協同組合が44%、非営利企業が56%であり、新規企業は29%であり、事業拡大が主である。その事業分野別は次の通りである。

サービス部門16%、レジャー・ツーリズム部門12%、農業製品部門10%、文化部門10%、葬儀部門10%、資源リサイクル部門8%、連帯商業部門7%、コミュニケーション部門6%、在宅介護部門2%、共同住宅部門1%、学校部門1%、その他。

一方、RISQの財源は1000万カナダドルで、参加協同組合・社会的経済企業などからの出資金が約400万カナダドル、ケベック政府の出資金が約600万カナダドルである。

RISQの理事会は17名で構成され、その内に政府関係者が1名、職員代表が1名入っている。おおかたは社会的経済セクターの代表である。また運営委員会は9名で構成され、政府関係者が1名入っている。

②コミュニティクレジット・ケベックネットワーク (RQCC, Resau quebecois de credit communautaire)

RQCCは2000年に設立された。2006年度で見ると、資金は地方自治体から19%、金融機関から18%、社会的経済企業・非営利組織から16%、個人から11%、社会的連帯金融機関から7%、労働組合から4%などとなっている。こうした組織の多くは「コミュニティ経済開発コーポレーション」にも加入している。

RQCCの組織原則は、「参加」、「民主主義」、「協議」、「パートナーシップ」である。地域社会振興のための金融すなわち「近隣金融, finance de proximité」を進める。これは主として個人の労働挿入(雇用)を促進するための貸し付け融資を行う。いわゆるマイクロクレジットの役割を果たす。コミュニティクレジットの利用者は2006年度で見ると女性59%、男性41%である。年齢的には18歳

—35歳が43%、35歳以上が57%である。失業者が43%、自営労働者が18%、無業者13%、常勤者14%、パートタイム労働者6%である。また移民が23%、社会的排除を受けている者が27%と区分される。貸付金の平均額は20,000カナダドルである。貸し付けを受けた者の39%は起業(マイクロ企業、社会的経済企業)を目指している。雇用回復を目指した者は43%である。

③フィルアクション (FilAction)

2001年に労働組合による基金FondActionなどによって設立された。コミュニティ基金として地域の雇用促進のための中小企業・社会的経済企業、連帯経済企業むけの融資を1社あたり5万カナダドルから15万カナダドルまでおこなっている。また労働者の経営参加の促進も含む。またマイクロクレジットも行う。返済は、3年から7年。2001年から2006年にかけて、700万カナダドルの投資をしており、そのうち500万ドルは協同組合や非営利組織などのいわゆる協同企業に対して行われている。また女性起業投資基金ネットワークや地域協同組合開発機関(CDR)などともパートナーシップを組んでいる。さらに南北問題における公正貿易発展のための基金も持っている。

④社会的経済ネットワーク信託 (FCES, Fiducie du Chantier de l'economie sociale)

FCESは2006年末に設立された。労働組合、ケベック政府なども出資している。より長期的・高額の金融支援による社会的経済企業促進が必要とされるようになったのが設立の目的である。社会的連帯金融の中心的な組織となっている。FCESは一般市場で活動する社会的経済企業の支援を対象とするもので、公共政策との関係が深い分野である労働挿入や社会サービスの分野の社会的経済企業については直接の融資の対象とはしていない。

FCESは社会的経済の独自の金融市場の確立を目指すものである。そのような金融の第2市場が一般の金融市場に対して対抗的に作ることができるのかどうかについては、意見が別れるであろう。その準備段階として、投資家に対しては信託ということできず受け入れて貰うということである。いわば連帯証券取引所という構想は、フラ

ンスにおいても見られる。今後のこのアイデアがどうなるかはもっとも重要な問題であると思われる。

FCES は資本金5000万カナダドル以下、従業員200名以下の社会的経済企業、協同組合、非営利組織に対してのみ融資する。公的事業体（保育所、在宅サービスなど）は対象外である。金額は5万カナダドルから150万カナダドルである。2つの投資形態がある。すなわち、①事業長期資本（CPO, un capital patient operations）と②不動産長期資本（CPI, un capital patient immobilier）である。長期というのは15年の返済猶予があるためである。すなわち、15年後から返済を行う。もちろんその前に返済もできる。ただし毎月の利子払いは行う。FCES では2009年から5年間で4900万カナダドルの投資を予定している。事業長期資本（CPO）は社会的企業の起業資金および運転資金を融資するもので、新製品新市場の開拓や設備・機器の取得などに使われる。融資に担保は不要である。融資額は事業予算額の35%以内とされている。労働コストなどにも活用できるが、借金返済に使用することはできない。一方、不動産長期資本（CPI）は建物や倉庫の取得のためのものである。計画予算の35%—90%の範囲で融資される。担保は融資前の資産がその物件となる。

FCES の2007—2009年の投資の取り組みは29の社会的経済企業に対して総額5800万カナダドルで842人の仕事を生み出した。融資を社会的経済企業をいくつか紹介すると以下のようなものがある。

2007年度のFCESの投資先の分野は、共同資産形成25%、小売業18%、対人サービス17%、文化・芸術事業14%、環境事業11%、レジャー事業9%、農業製品事業6%、コミュニケーション事業1%などとなっている。融資先の社会的経済企業の法人形態は非営利組織58%、消費者協同組合21%、労働者協同組合16%、連帯協同組合5%となっている。起業目的が37%、事業拡大目的が55%、取得統合が8%となっている。

FCES 自体の財源は、自己資金20%、設立基金7%、補助金17%、準資産（quasi-equite）11%、借入金45%である。「準資産」は疑似資本とも訳せるものであり、近年社会的企業の資金調達方法

表3. FCES 投資実績 2007年度（カナダドル）

社会的企業名	事業分野	FCES 融資額	事業額	達成 雇用数	主なその他の 支援組織
エステテ葬儀協同組合	葬儀	450,000	2,051,000	87	CDR,CLD
連帯協同組合,ジャリイ	共同所有	715,000	2,300,000	—	CDEC
ビール協同組合	農業	169,000	510,000	6	CDR,CDES
温室協同組合,ギエンヌ	農業	250,000	1,680,000	155	CLD,CDR,CDES
社会的ツリズム,ベルソンス	レジャー	150,000	465,910	17	CLD
プティック,シェブ	小売り	150,000	450,000	10	CDEST,CLD
レジェンドファンタステイク	劇場	412,000	3,150,000	31	SDE
創造アトリエ	芸術	743,885	2,900,000	3	CDES
バイオ検査センター	環境	381,969	1,300,000	5	CLD,SADC
旅行振興事業	レジャー	100,108	477,108	6	CLD
ケバック祭り会社	レジャー	250,000	572,750	28	—
食品コープ	農業	750,000	5,600,000	40	SDE,COOP
リサイクルセンター	環境	350,000	1,600,000	48	CLD
シュェルブルク大学協同組合	小売り	250,000	1,450,000	30	COOP
CHNC労働者協同組合	メディア	95,000	271,650	10	CLD
ドルモン葬儀協同組合	葬儀	500,000	4,260,000	26	COOP, SDE
映画配給会社	芸術	506,373	1,800,000	25	CDC
地域共同土地所有会社	レジャー	59,000	224,670	3	ECOF,SDE
介護施設「こんにちは」	対人サービス	160,000	530,000	20	CLD

出所：FCES, 2008. 注：CLD（地域開発センター）、CDR（地域開発協同組合）、COOP（協同組合）、SDE（雇用支援サービス局）、CDES（コミュニケーション経済開発コーポレーション）、ECOF（共同経済支援機関）、SADC（共同体開発支援会社）

として導入されているものである。これは社会的企業が一般企業に比べて資本リスクが高いために投資や融資を受けることが難しいことから採用された手法である。すなわち、従来の資金調達の寄付と一般金融機関という二種類から新たな第三の資金調達としてのキャッシュフローの増大を目指したものであり、設備投資などの有効な力を発する方式である（CAF, 2008）。

FCES はその他の社会的連帯金融組織とも連携をとっており、FCES での融資を受けられない社会的経済企業はそうした金融機関を利用することが可能である。すなわち、

- ・コミュニティ開発コーポレーション（CDC）
- ・コミュニティ経済開発コーポレーション（CDEC）
- ・地方開発協同組合（CDR）
- ・地域開発センター（CLD）
- ・コミュニティ貸し付け組織（OCC）
- ・共同事業体開発会社（SADC）

- ・ケベック社会的投資ネットワーク (RISQ)
- ・若者雇用センター (CJE)
- ・コミュニティ信用金庫 (CC)

また FCES は社会的経済各連合会よりなる理事会と投資委員会、成果検証委員会、評価委員会などをもつ。

⑤ デジャルダン連帯経済金庫 CESD/CRCO デジャルダン地域協同組合資本

デジャルダン運動は信用協同組合、共済組合を中心としたケベック最大の社会的経済組織であり1900年に始まっている。その活動の一分野としてデジャルダン CRCO は2001年に設立された。協同組合支援については年間2500万カナダドルまでの融資を受けることができる。2004年までの3年間に124企業に3億1000カナダドルを投資した。

CESD は1971年に設立された。社会的経済・連帯経済企業への投資を行う。2008年度では1億1200万カナダドルが社会的経済企業むけに融資されている。その内訳は非営利企業に24%、協同組合企業に33%、文化事業の企業に6%などとなっている。

CESD は社会的責任投資の実行を掲げ、また倫理基金を設立して社会的有用労働（社会サービスの分野）に融資も行っている。さらに、連帯共同基金に2008年度で68万ドルを使用した。また環境開発支援基金 (FADM) として110万ドルを使用した。これは環境事業のみならず文化活動、社会連帯活動、海外支援なども含まれる。

⑥ 労働組合系社会的連帯金融組織

(i) FTQ ケベック労働組合連帯基金

1983年にケベック労働者連合会 (FTQ) が連帯基金を設立した。雇用創出を目的とする。主として中小企業に投資される。これまで10万人の雇用を創出した。社会的経済企業に対しては1991年に設立した SOLIM (資産運用会社) を通じて行う。不動産投資会社。建設関係の社会的経済企業に対する投資。SOLIDE (雇用促進投資会社) も連帯基金を社会的経済企業に投資し、社会的経済信託 (FCES) にも出資している。

(ii) FondAction, 全国労働組合連合会 (CSN) の投資の取り組み

1960年に設立されたカソリック系のこの労働組合連合会は、協同組合運動と社会的経済運動支援に積極的である。カナダ・ケベックにおける労働組合運動は1900年代に始まり、1920年代、1930年代に活発化した。CSN が1995年に設立したのが FondAction である。雇用創出目的に3つのタイプの事業に投資する。すなわち①労働者が主体となる自主管理企業、②協同組合などの社会的経済企業、③環境事業企業、への支援である。2006年度総資産は4億4200万カナダドル。64,140人の投資者がある。2006年度においては8162人の雇用創出した。Angus 開発会社や Fiducier にも出資している。労働組合の立場としては、社会的経済セクターへの支援をしつつも、公務員などの雇用の確保も支持していく姿勢をとっている。公的セクターの民営化問題と労働と経済の民主化という問題提起がなされている。

全国労働組合連合会 (CSN) は1987年に CSNF バティラント年金会社を設立した。環境事業などにむけた社会的責任投資を原則として打ち出している。2008年度では62億カナダドルに達している。この基金は単に融資をするだけではなく、労働者が投資をして株主として配当を受け取るということで、従業員株主方式とも言うべきものであり、また社会的経済企業に投資する場合は社会的連帯金融方式ということになる。

⑦ 社会的経済企業開発基金 (FDEES)

地域開発センター (CLD) が1998年に設立した基金。地域の雇用創出のための社会的経済企業の起業のための投資基金。投資基準としては、企業として共同的目的をもち、自主管理、剰余の配分において労働者などの人的要素の優先、参加責任型の運営など。コミュニティ貢献、雇用の社会的挿入など。資金化融資利子は1%と低い。

⑧ 協同組合金融基金 (FFC)

この10年間に社会的経済企業に投資した金額は755百万カナダドルに達する。いわゆる社会的責任投資とは異なる。

⑨ケベック資本投資 (IQC, Investiment Quebec)

1998年にケベック政府が作った。2001年に協同企業に対して投資する FQ ケベックファイナンスを設立した。非営利組織にも1500万カナダドルを投資した。

⑩地域開発基金 (FIER)

地域経済開発基金は一般企業支援、協同組合支援を含む。FTQ やデジャルダン CRCD、FondAction も出資している。

⑪ケベック共同体貸し付けネットワーク (RQCC)

2000年に設立された。ケベック政府の支援を受け、1175人の雇用創出をした。

3. ケベック政府と社会的経済支援

1996年にケベック政府は公共サービス政策の転換を行った。このときに社会的経済の促進を図った。社会的経済セクターで2万人の雇用創出や社会的経済の金融の必要性による連帯金融セクターの発展を目指した。

◎公共政策と社会的経済セクター

カナダ連邦政府の公共政策と社会的経済はどのような関係にあるのか。次に政府方針を見してみる(2005年)。

戦略

- (1)社会開発と経済発展の新しい統合的モデル。
- (2)地域政策、コミュニティ政策に基づく長期的なコミュニティ事業戦略。
- (3)社会的経済組織を新しい市場と要求に応じて発展させること。
- (4)社会的経済企業への投資のための税制度の確立。
- (5)社会的経済とコミュニティ経済の発展のための労働政策づくり。
- (6)社会的経済企業増加のための政策づくり。
- (7)社会的イノベーションのための公共政策作り。
- (8)社会的経済むけの政策により女性、障害者、移民などの支援事業の促進。

ここでは社会的経済企業が公共政策や社会政策

の枠内にとどまるという、すなわち政府の道具になるという側面と、しかし、その枠に収まりきれないコミュニティ・市民社会のニーズに応えるという側面がある。またなによりも経済活動・企業活動そのものは政府統制の枠内には収まらないものである。政府セクターと社会的経済セクターのよい関係とは、非営利性と「公共性」によるパートナーシップであり、従属関係では本来的にありえない。たとえば日本政府・地方自治体も、市場において民間営利企業を十分に財源支援しているように、雇用や福利などの社会的目的を全面に掲げる社会的経済企業を支援する政策を採用しなければならない。

政府が社会的経済セクターを推進することの是非は、今日とりわけ、公的セクターと社会的経済セクターが公的セクターの責任の肩代わりあるいは安上がりな外部化や民営化の先兵のような役割を果たしているのではないかという疑念に関わる。この問題は本論では詳しく触れないものの、その議論の対象となる事業分野は主として社会サービスの分野である。すなわち公的サービスの非公的サービス化という文脈で語られているものである。公務員の非公務員化という雇用労働形態に関わる問題は、社会的経済セクターが原因要素と考えることはできないので、社会的経済セクターに直接の責任はないであろう。企業の活動については、本来公的セクターが主体的に関わる領域でなく、投資ということであればなおさらである。社会的連帯金融という分野は社会的経済セクターが主体となってこそ成立する分野である。政府がそうした分野の発展にどのように公共政策・社会政策で支援していくのが重要な点であると思われる。

ケベックは政府・地方自治体と社会的経済セクターのパートナーシップが積極的に展開されている事例である。2001年にケベック政府の副首相兼財務大臣のポリヌ・マロワ (Pauline Marois) がケベック政府の社会的経済局の責任者となり、社会的経済に関わる政府アクションプランを作成した。2009年度も財務大臣モニク・ジェローム・フォージェ (Monique Jerome-Foget) の下でケベック政府の社会的経済開発プログラムが作られている。

地方自治体連合会 (FQM) と社会的経済ネッ

トワーク（Chantier）との連携も強化され、「社会的経済とコミュニティ開発」などのガイドブックを作成している。近年は、医療・社会サービスの分野について行政との共同関係が進んでいる。

表4. ケベックにおける社会的経済セクターへの投資金額推移

年度	金額(カナダドル)	年度	金額(カナダドル)
1996	27,800,000	2001	82,535,643
1997	20,049,000	2002	90,596,730
1998	56,113,321	2003	113,127,493
1999	52,312,804	2004	136,381,535
2000	61,246,758	2005	114,999,693
		合計	755,163,975

出所 “Investir Solidaire”, ARC, 2006

表5. ケベック社会的経済発展公共政策（2009）
（単位：カナダドル）

政策分野	プログラム内容	予算額
保育センター	保育料政府支援	年間8億ドル
環境・資源	社会的経済企業支援、30万ドルまで。	5年で2200万ドル
共同住宅	協同組合・非営利住宅9,000建設補助金	3年で7億ドル
在宅介護	介護料支援。介護企業むけ基金。	年間5300万ドル。
出産	出産育児費用補助	年間150万ドル
新規分野	文化・科学・社会的ツーリズム・連帯企業支援	3年で750万ドル
地域開発基金	社会的経済企業創設基金	年間160万ドル
社会基盤開発支援基金	社会基盤整備企業に半額補助金	3年で2000万ドル
社会的経済支援プログラム	社会的経済セクター整備	3年で450万ドル

出所；ケベック政府「協同組合局」2009/05/21

ケベック政府の社会的経済政策遂行の機関は1998年に各地方に設立された地域開発センター（CLD）である。ただしこれは社会的経済企業のみを対象にしたものではない。地方首長と社中小企業、社会的経済組織、環境団体などの代表により構成される。その使命は地方経済と雇用の活性化である。雇用創出、企業づくり、協同組合支援、非営利組織支援、若者支援、保育所支援などを

う。その資金の1つは「社会的経済企業開発基金」（FDEES）であり、CLDが配分を行う。2008年度のCLDは849企業（57%は一般中小企業、43%や非営利組織や協同組合などの社会的経済企業）に、300万カナダドルを投資した。雇用は693人であった。

表6. ケベック政府地域開発センター（CLD）所管の社会的経済企業の設立プロジェクト数

年度	社会的経済企業数	年度	社会的経済企業数
1998	111	2002	715
1999	483	2003	714
2000	563	2004	602
2001	577	合計	

出所 “Investir Solidaire”, ARC, 2006

4. 政党と社会的経済

ケベックにおける政党は社会的経済についてどのような態度をとっているのだろうか。政権党であるケベック党（PQ）は社会的経済に好意的で公共政策の中にその振興プログラムを導入している。ケベック自由党（PLQ）は、その選挙政策のなかに、医療・社会サービスを中心とした社会的経済・連帯経済による政策を掲げている。「ケベック民主行動」（ADQ）は社会的経済をより個人中心の運動とみなしているようである。社会的連帯金融については一般の社会的責任投資と同じように考えているようである。「進歩力連合」（UFP）は、たとえば、保育所については国家、協同組合・非営利組織などが共に関わるようにと主張している。

5. 社会的連帯金融の資金源

連帯金融の目的としては次が上げられる。

- ① 連帯金融の資本投資者のネットワーク作り（労働者投資家を含む）
- ② 連帯金融の仲介者の組織化
- ③ 協同企業コレクティブ企業の金融についての公共政策の促進

こうした社会的連帯金融の資金源はどこから来るのだろうか。それは大きく3つのアクターに

分けられる。①個人の預金。これを社会的企業などの貸し付けに利用する。これのもっとも進んだ形はフランスの「勤労者貯蓄法」に基づく社会的連帯金融の優遇措置であろう。②労働者による投資。ケベックの場合は社会的経済ネットワーク信託がその方式を採用している。③機関投資家・団体の資金。アメリカやヨーロッパなどで活用されている。

これまで連帯金融が促進されなかった理由としては、社会的経済企業・非営利組織は小規模、市場競争力が弱い。失敗するリスクが高い。企業としてゴーイングコンサーンの程度が低い。持続性がない。認知度が低いために金融の対象になりにくい。社会的企業は企業ガバナンスが一般企業よりも複雑なので、株主を引きつけることが難しい、などがあげられる。従来社会的企業の財源は、その社会的目的に沿ったものとして政府の資金補助金や寄付にたより、また自己資金調達のものなにかの方式に頼っていた。

連帯金融とはいろいろと呼び名はあるが、社会的経済企業・社会的連帯企業、協同企業、非営利企業、さらには中小企業を対象にするものであり、マイクロクレジットから連帯金融市場を形成することをも含める。

マイクロクレジットは連帯金融市場の形成を必ずしも必要としていない。いわば小口の貸付制度であり、グラミン銀行のユヌス総裁も述べているように、それは「利子のない投資（貸付）」と位置づけられている。いわば、労働者（勤労者）投資家の発生する余地が少ない、発展途上国むけに有効な方式である（もちろん、先進国においてもマイクロクレジット方式は有効である）。ケベックの連帯金融はそれに対して、なによりも投資をする社会的経済セクターの金融機関の存在、投資家たる労働者の存在、社会的経済企業などの存在、それらに対する政府の支援政策の存在があることである。そして、「企業」あるいは企業活動という存在が市場を前提とするものであり、さらに進んで資金調達のための「金融市場」を持つことの必要性が認識されているということである。

企業とNPOの違いの一つは、その目的性の中で事業を継続するという意志を持つことである。NPOがある社会目的を持っている場合、その目

的が達成された場合は、基本的に解散するのが普通である。それは利他主義を本義としているからである。一方、企業は基本的に継続することをその本義としている。企業が「ゴーイングコンサーン」と言われるゆえんである。そのときとりわけ社会的経済企業の場合になるのは資金調達の問題である。社会的経済企業の資金調達は、これまで①出資金、②寄付、③一般金融機関からの借り入れという形であった。これに対して「資本」という形で導入は可能であろうか。社会的経済企業における資本は二つ考えられる。①一般資本（この利用は不利な点が多い。そもそも営利と非営利性、リスク性などに問題がある）、②「社会的連帯資本」である。資金調達の問題は協同組合を含めて歴史的につまずきの石であった。さきに述べたように社会的経済企業特有の困難さが存在する。これに対抗するために、①社会的経済セクター自らの金融機関の資金を活用すること、②労働者みずからの資金を活用すること、すなわち労働者・勤労者が出資者・投資家になること、③社会的連帯金融市場そのものの形成をすること、がその打開策となるのである。

言い方を変えれば、社会的連帯金融市場はどのような金融商品を労働者に提供できるのだろうか。やや中間的な金融商品としては、米国の「コミュニティ開発金融機関 CDFI、Community Development Financial Institutions」がある。これはコミュニティ開発事業組織支援のためのものである。市民がそうした事業組織・コミュニティ企業に対する資本投資をリスクを負って行う。

社会的連帯金融市場の形成は、順序から言えば、一般金融市場を利用していったものからの一部移行を伴うものである。したがって、社会的連帯金融における投資にはこれまでの金融市場から引き継ぐ性格も多いと言える。その最大の一つはリスクを投資家が引き受けるということである。これまで、協同組合の出資金などは基本的に預金と同じような受け止め方をされてきており、基本的には「損をする」ことを想定していない。一般株式投資家でも「損をする」ことを想定しなくて、「証券会社にだまされた。損をしたからカネを返せ」と訴える人も多くいるのも事実である。

6. 機関投資家となるべき主たる年金制度機関

ケベックの社会年金制度は職能別の基金が約20ほど分立している。すでに社会的経済セクターの一員と見なされる金庫などに加えて、こうした機関投資団体が、協同組合などの社会的経済企業にたいして、投資をすることは政府のいわゆる社会的責任投資促進政策に沿ったものといえる。2004年度でもこうした公的機関投資団体の資金総額は1740億カナダドルとなっている。いかにこうした退職基金が社会的連帯金融と接点を持つかは、社会的経済企業がわの投資環境の整備も要求されている問題だと思われる。しかし、重要なのは政府の政策として社会的経済セクターをこうした機関投資家の資金の活用で促進させるということである。カナダおよびケベック州では、1980年代から企業の社会的連帯基金による雇用創出、地域開発支援の取り組みが始まった。その中心概念は社会的経済であり、連帯金融であった。ケベックとフランスは同じフランス語を話す国として関係が深い。

表7. 社会的機関投資家（2008年）の資金量

・公的機関従業員年金基金	340億カナダドル
・ケベック年金基金	228億カナダドル
・年金制度調整基金（FARR）	270億カナダドル
・ケベック建設委員会年金基金	84億カナダドル
・幹部年金基金	60億カナダドル
・特別年金基金（RREM）	1.2億カナダドル

おわりに

社会的連帯金融の新しい市場は可能であろうか。まず、「社会的連帯金融市場」を形成するアクターたちの存在感と性格付けが必要である。社会的経済企業たる社会的企業、協同組合、共済組合、非営利組織、アソシエーションなどが一つのセクターすなわち非営利・協同セクターの一員であるという家族意識が醸成されなければならない。仲間意識と信頼というどんな集団でも必要な意識である。そのためには共通の意識すなわち共同協同の意欲がなければならない。最低限の判別するアイデンティティたる原則を確認しておく必要があ

る。さらにはそこに利害という要素も加わえなければならない。単純であるが「弱い者は団結しなければならない」という原理が根本である。日本の労働法制も労働者は社会的に弱い存在だからこそ団結権などが権利として与えられているのである。その団結は自らの力でしなければならない。社会的連帯金融は、社会的経済・連帯経済セクターの組織だけの問題として完結するものではない。その輪は政府の政策と支援、労働者の社会的投資家として役割、さらには将来的には一般銀行までが社会的責任投資に基づいて社会的連帯金融の利害当事者となることによってぐるりとつながるものである。社会的経済企業とは単に外向きに社会貢献や社会的責任を果たすものではない。内向きには、労働者の経営参加すなわち民主的運営、労働者の福利の実現を「資本」よりも重視するという立場に立つ者である。社会的経済企業はもはやニッチの分野で息息するのみではなく、医療、社会サービス、流通、環境、食品などの分野で社会的に大きな役割を果たすようになってきている。社会的連帯金融は社会的経済セクターが飛躍する新しい道具である。それによって社会の形が変わる可能性がある。

付録 2006年のモントリオール社会的経済・連帯経済宣言（要旨）

「社会的経済のアクターとは、アソシエーション運動、コミュニティ運動、協同組合、共済組合、文化団体、環境団体、社会団体、労働組合、国際協力組織、地域開発組織などであり、地域、地方、全国、国際的な社会的経済・連帯経済の建設に取り組むものである。

この数十年来、われわれはケベック全体において、社会的プロジェクトと経済的プロジェクトをたゆまず推進し、正義、公正、連帯、民主主義の価値を追求してきた。

今日、われわれは社会的経済のアクターとパートナーにより多くの雇用創出、社会的統合、人々の動員とガバナンスの強化し積極的市民性を実現してきた。また女性の経済活動を促進してきた。

こうした取り組みは、世界における社会のおよび地域的な貧困化、経済的不平等の増大に対抗するものである。社会的経済は貧困と社会的経済排

除に対する闘争の主要なアクターである。

協同的企業は経済の民主化に貢献するばかりではない。われわれは責任的投資を行い、労働組合が経済発展に寄与するようにし、公共政策が持続的発展に寄与するようにし、責任ある消費を推し進め、企業の社会的責任を推し進める。かくして、社会的経済は新自由主義に対するオルタナティブとしての運動に参加し、連帯的でより民主的な経済を目指す。」

主要参考文献

- Mendell et als. “The Non-profit Sector in a Changing Economy”, Paris, OECD, 2003
“Rapport du Comité investor solidairement”, CLS, 2006,
“Aide-mémoire”, Fiducie, 2008.
“Rapport Annuel “, RQCC, 2008.
“Portrait du Développement Localen 2008”, CLD,

2009.

- “Politique d’Investissement”, SOLIDE, 2008.
“Mémoire 2004”, RISQ, 2004
“Rapport Annuel 2007–2008”, CES, 2009/05/21
“Entreprendre Solidairement–Bilan 1966–2006”, CES, 2006
Gilles L. etal. “Le portrait du placement responsable au Quebec” Aruc, 2007.
“Bilan et perspectives”, CES, 2006, CES.
“Fondation, Le Fonds de Développement de la Confédération des Syndicats Nationaux pour la Coopératoïn et l’Emploi”, CSN, 2008.
Yves Vaillancourt “L’économie sociale au Quebec et au Canada”, Aruc, 2008
Paul Cheng “Quai–Equity”, CAF, 2008

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

「日本医師会の医療政策などよもやまばなし」

石川 広己

(当日資料をもとに、石川先生のお話を事務局がまとめました)

●医師会とは

日本医師会というかなり大きな組織の中において、今年度から私は医療政策担当常任理事となりましたので、まず医師会の構造についてお話しさせていただきますと思います。

医師会は三層構造です。医師会というのは、法人が郡市区医師会、県医師会、日本医師会と全く異なる組織です。ですから、日本医師会が県医師会に命令をする、郡市区医師会に命令をする等は全くありません。しかし、基本的には非常に話が通ります。

入会金、年会費は全て別であります。日本医師会に入るためには、必ず郡市区医師会、県医師会を経由してこないとい日本医師会には入れない構造になっています。ですから、日本医師会に入っている先生というのは、郡市区医師会、県医師会に必ず入っている。ところが、郡市区医師会だけの先生方、県医師会までの先生方もいます。日本医師会には入っていない方もいるのです。

それから、郡市区医師会は全国に900弱あります。これが必ずしも1自治体に1つとは限りません。複数自治体で1つの医師会を形成しているところもあれば、東京23区内では、1つの区に3つあるようなところもあります。

例えば文京区には、小石川医師会というのと文京区医師会と2つあります。お隣の墨田区には、ちょっと前まで3医師会がありました。これはどういうふうにあるのかといいますと、区の保健行政は3つの医師会に均等に、それなりに割り振るんですね。区がうまく調整をして、夜間・急病診療所や、予防接種などといった保健行政を上

手に仕切っているというような構造になっていきます。

この自治体と郡市区医師会というのは、絶妙な関係になっていまして、予防接種、学校保健、学校医は郡市区医師会に話を通すことになっています。これはもう永々とした歴史がありまして、それ以外の医療機関、医師会に入っていない医療機関については、市町村の業務というのは全て直接に契約しなければいけません。

ひところ、山梨の歯医者先生が、私は（政治団体である）歯科医師連盟に入りたくないと云ったら歯科医師会に入れなかったということがあって、訴訟になりました。例えば、市町村の予防接種をやりたい、しかし医師会に入らないなら、市と直接契約を結ばなければいけません。

ところが、医師会に入っていれば、市と医師会が契約をして、その医師会に入っている先生方が協力医療機関として、けっこう簡単に予防接種ができます。そういうところで大変簡略化しているのが現状です。

いまだ医師会に入れていただけていない民医連も全国には存在しています。なぜ入れないのかといいますと、こういう例があります。

ある市の健診があったときに、共産党の議員さんが「俺は（民医連の）病院で受けるのに、何でその病院では受けさせてくれないんだ」と市のお役人に言ったところ、「ああ、いいですよ、じゃあ、直接契約をしましょう」というふうに言った。つまり、医師会のルートを通らずに、共産党議員を通して、市と直接契約した病院ということで完全なレッテルを貼られていまして、この病院はもう創設以来ずっと医師会に入れてもらっていないということはあります。そういう点では、しぶとくパージが貼られているというような感じになっています。

逆にある県では、ようやく市医師会、あるいは県の医師会に入れることになりました。地域医療をやるためには、郡市区医師会で公衆衛生や保健行政を一緒にやるというのがとても大事ですので、私は民医連でも医師会に入っておくべきだと考えております。

それから、県医師会がその上にありますけれども、郡市区医師会に入れられないということもあります。郡市区医師会の入会金は大変高いところもあります。ちなみに、私の郡市区医師会では100万円です。それを入会するときに、みんな耳をそろえて払うことになっております。郡市区医師会によっては500万円というところもありますので、大変なハードルになっていることは確かです。

ですから、若い先生方が開業するというときに、金額がとても壁になって、頼むから分割払いにしてくれという話もあるぐらいです。しかし、郡市区医師会に入ると、それは大変便利ですので、開業すると多くの先生が入るということになっています。その上に県医師会があり、大変入会金も安く、数千円です。年会費も数千円ですから、お金はあまりありません。しかし、この県行政と巧みに県医師会は仕事をしておりまして、地域医療計画等では、全て県医師会に相談がいきます。

それから医療審議会は県行政の中で大変重要な役割を持っています。この審議会は、多くの県でトップが県医師会長になっています。その分科会も全て県医師会の役員が入っております。私も千葉県にいるときには、この県医師会で医療審議会に入っておりました。病床規制、病床数の決定、それから社会医療法人の決定、そういったものを全てつかさどっているのです、大変重要な役割を持っています。

これは全ての都道府県に存在しております。しかし、公益法人ばかりではなくて、歴史、それから所有する財産が全て異なりますので、私のところは公益法人にならないとか、いろいろなところが存在します。一番大きな問題になったのは優生保護法の指定で、これが公益法人にならないとできないということに今後なるが、どうしてうちの県の医師会は公益法人になれない、なりたくないというところは、この優生保護法の指定は大変

困りました。

今まで優生保護法の指定は、県医師会が推薦して国が認可するという形になっていたのが、もう公益法人でないと推薦できないということに法律ができてしまいました。例えば兵庫県医師会は、公益法人にならないので、困るわけです。そこで法律を若干変えて、今では県医師会が推薦できるようになって、国が認定するということになりました。

●医師会の機能

各医師会は必ずしも命令指示系統が通っていて統一されているわけではありません。しかし、私たち日本医師会が県医師会、郡市区医師会に行って「日本医師会はこういう方向でやっています」と言うと、大抵そのとおりにやってもらえます。

千葉県でいいますと、郡市区医師会の会員30名に対して1名の代議員を選出して、代議員会で県医師会理事が承認されます。県医師会の方では150名足らずが代議員会で構成して、理事を任命するということです。

それから、県医師会会員の500人に対して、1名の日本医師会代議員が選出されて、日本医師会代議員会が形成され、そこで選挙が行われます。

したがって、例えば、千葉県は4000人の医師会員がいますから、8名の代議員になります。ちなみに、東京はなんと39名の代議員がいますので、会長、副会長、常任理事選に圧倒的な力を持っております。ですから今回の横倉会長のよう、関門海峡を越えるということは甚だ珍しいということになります。箱根の山もなかなか越えないということでもあります。会務は日本医師会の会務に則って、県医師会、郡市区医師会が決めています。

日本医師会のホームページは広報である私がデザインその他を許可し、載っている部分も全部私が目を通しております。

この日本医師会の主な活動の次に、日本医師会役員紹介として細かな執行部職務分担があります。常任理事は10人いて、細かくその分担を持っています。私の名前のところでは、医療政策、広報・情報。情報（IT）、国民生活安全対策（健康食品や食中毒関係）、環境保健（公害、エコ）などと

なっています。医療政策担当、広報担当ということが一番大きい仕事になっています。それから、私は16年間医師会で役員をやっている中で、ITはずっと欠かさずにやっております。

ちなみに、この医師会は順位がすごくきちんとしていまして、常任理事のこの順位というのは、単純に年齢などではありません。理事歴、医師会入会歴、そういったもので厳選されて順番がなっていて、この席次が狂うことは絶対にありません。どこに行っても、この席次で呼ばれます。

民医連から日本医師会に来たのは、私がおそらく初めてでありまして、県医師会でも、千葉県では初めてでした。ただ、1期が終わって2期目に、千葉県は150人ぐらいの代議員会ですけれども、私の再選は満票当選でした。もう150人全てが(信任の)丸をつけてくれたということで、それは過去に一例もなかったということを知っています。

それから日本医師会でも、最初私が来たときには、民医連だということがだんだんわかってきまして、職員も大変げんな目で私のことを見ていまして、ちょっと狭苦しい感じがありました。しかし、2選目は、福島から出ている常任理事に5票足らずの第2番目で、一応、医師会では民医連の医者はよく働くということに今はなっております。

日本医師会は会員数が現在16万6000人で、北里柴三郎によってつくられました。会員の構成は開業医約8万人、勤務医約8万人で、「本会の行う事業は、医道の高揚、医学教育の向上、医学と関連科学との総合進歩、生涯教育などを含む幅広いものです」とあります。日本の厚労行政には大きな関わりがあります。

●医師会による病院経営分析

日医総研ワーキングペーパーでは、病院経営の現状について書いています。

病院経営の現状2010年度、診療報酬改定後について、前田由美子という日医総研研究機構の方が書いています。医業収入の総額というのが〔図2.1.2〕です。医業収入の規模、これは国立、労

災、赤十字、済生会で比較したものです。医業収入の規模でいきますと、国立、赤十字、国立大学が8200億円強の収入です。厚生連が約6000億円、済生会が約4000億円、公立大学は数が少ないですから約1900億円となっています。

医業収入の内訳〔図2.1.4〕は外来と入院の種類で、国立が一番外来収入に比べて入院収入が多いです。医療法人は、69.7%が入院で、大病院の数字が反映されているものだと思います。

国立は経常利益率については7.2%と非常に高くなっています〔図2.1.6〕。これは運営交付金補助金の制度で利益率がでているわけです。医療法人はそれなりに善戦していますが、経常利益率は3~5%、国立大学附属病院に次いで高いです。当期純利益で比較すると、医療法人と公的医療機関等は、ほぼ同じ水準になっております。

もう1つのワーキングペーパーで、DPCという診療報酬政策からの病院経営の分析があります。DPCという診療報酬で病院経営面から分析したものの最初には、100床当たりの医業収益の平均が書いてあります〔図2-3-1-1〕。平成18年DPC対象病院、準備病院、DPC以外となっています。

100床当たりの医業収入の平均で見ますと、やはり差がある。もう既に対象病院になったところは高い、平成18年準備病院というのが一番高いということになります。

次の図表〔図2-3-3-1〕は、入院患者1人1日当たり収益について、既にDPC対象病院が一番高いということです。DPC以外というのがこれだけ差があるということでは、やっていられないというようですね。やはり、われわれも経営防衛のためには、DPC対象病院にならないといけない。DPCがDRG(疾患別分類)の1つのものだけということはもちろん分っているながら、DPCに転化せざるを得ないという根拠は、こういうところにあると思います。

続いては、平均在院日数です〔図2-3-4-1〕。これも歴然とした差がありまして、DPC対象病院はもうこうやって短縮しておりますが、準備病院に至っては、とにかく15を切ろうということで頑張っております。しかし、DPC対象病院の15.4日というのは、これはほぼ、もうこれ以上の短縮が困難になっているということを示唆している数

図 2.1.2 医業収入の規模 (2010 年度)



字だと分析されております。

外来入院患者比率は、DPC 対象病院と DPC 以外とでは約 2 倍近くです [図2-3-7-1]。入院患者数というのは、占床率というのを掛け合わせたものです。

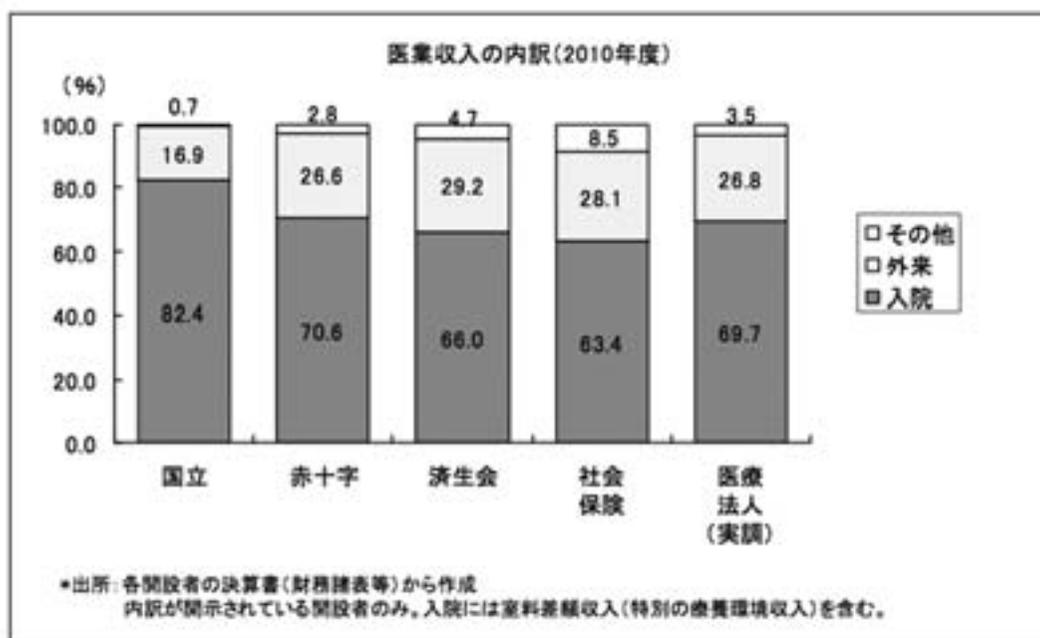
続きまして、医師 1 人当たり平均給与月額は、DPC 対象病院と DPC 以外ということで考えています [図2-4-4-1、2-4-4-2、2-4-4-3]。医師 1 人当たり平均給与月額が高くなる一要因というのは、DPC 以外の病院では、平均給与月額が高い。これは DPC 以外の病院は小規模で医師数が少ないため、平均給与を算出すると、給与費の高い院長給与の影響を強く受けてしまうことも一因であるということです。

もう 1 つ、看護師 1 人当たりの平均給与月額は大体横ばいです [図2-4-4-4、2-4-4-5]。DPC 以外のところは、ほぼずっと横ばいですが、平成 18 年対象病院、もう既に対象病院については、どんどん下がってきているというのが現状です。これは恐らく看護師 1 人当たりの平均給与月額を統計で出すときに、平均年齢が書いていないためです。

続いて、自治体病院医業利益率はマイナスになっています [図2-5-1-1、2-5-1-2]。特に DPC 以外の -21.2%と、どんどん減ってきている。そういうことから考えますと、この DPC 以外の病院というのは、DPC 対象になれなかった病院、なりたくてもなれない病院であり、こういうところは自治体病院の中でも小規模であり、なかなか看護師獲得、医師獲得ができないところです。しかし、地域の中では大変重要な役割を持っているところもあるわけですから、そういう点では、こういうところの診療報酬を上げるような算段をしなければいけない。

また別の資料(前田由美子「DPC という診療報酬政策についての病院経営面からの分析」)では「現在、この DPC の要件に達していない病院は、小規模で、平均在院日数が長く、医師数や看護職員数が少ない。しかし、地理的背景から状況を打開できない。医療は、平時の国家安全保障の要である。自治体の財政力に委ねるのではなく」—ここには「地理的な問題にかかわることなく」がちょっと欠けていますけれども—、「国民が安

図 2.1.4 医業収入の内訳 (2010 年度)



心して医療を受けられるよう、急性期偏重の診療報酬を見直すべきである」と書いています。

自治体病院は、急性期だけでなく、慢性期のところでも役割を持っています。われわれとしては自治体病院の役割をちゃんとみて、評価するような診療報酬にするべきだということでもあります。

●医師会の自治体病院分析

続いて、別のワーキングペーパーでは地方の中小病院の現状について、「15対1」に注目しております。日本医師会は会員約16万人の半分が開業医層ですが、やはり地域の自治体病院、特に慢性期のところもきちんと担っている「15対1」病院についても注目しているということで、このワーキングペーパーを出しました。

これには「不採算地区」という名前が出てきます〔図2.2.1、表2.2.1〕(P.67)。不採算地区では、「15対1」の病院が3割近くを占めています。平均病床数63床の小規模病院となっています。

この不採算地区については、2008年度までと2009年度以降で違います。2009年度以降は、第一

種不採算地区病院、第二種不採算地区病院と分かれていて、要件が2つとも150床未満です。

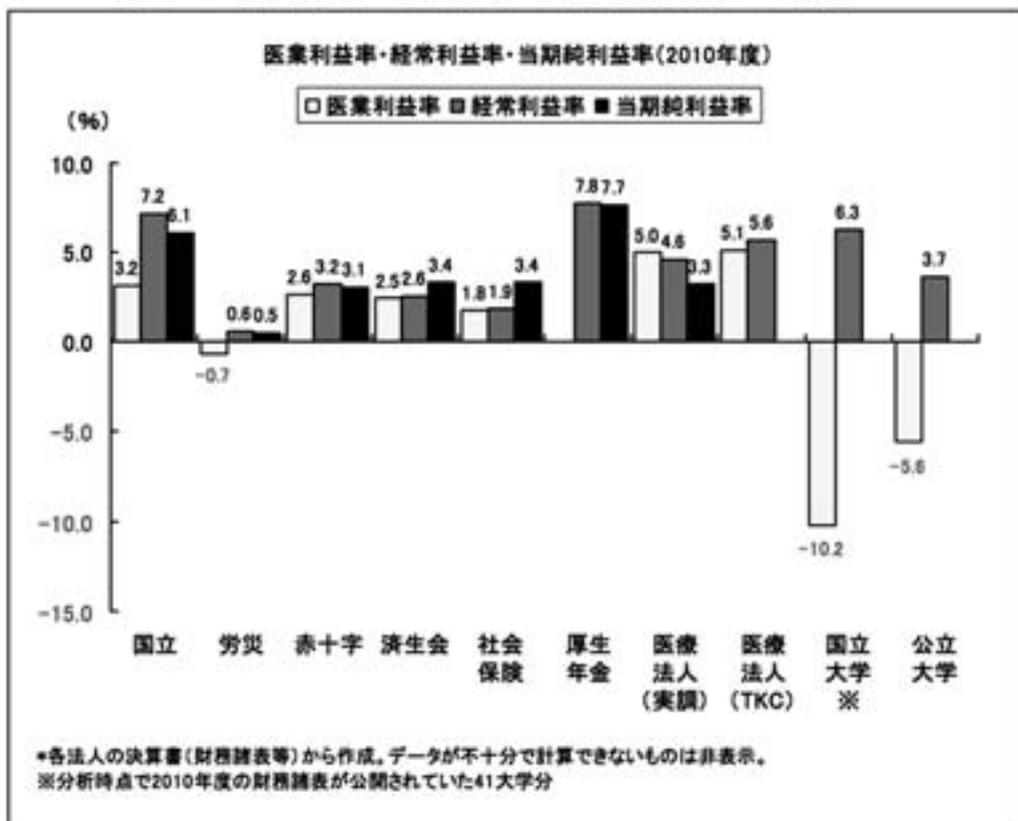
第一種不採算地区病院というのは、直近の一般病院まで15キロメートル以上あるようなところにある病院で、これには特別交付税措置額というのがあり1床につき123万円支払われます。

それから、第二種不採算地区病院というのは、非人口集中地区ということで、150床未満です。1床当たり82万円のお金が特別交付税で、措置額でついていることになっています。

ここでの自治体病院の立地条件に関連するの、「7対1」というのが何と2.5%しかない。「10対1」が50.4%、あとは「13対1」「15対1」が半分ぐらいで、半数近く「13対1以上」ということです。不採算地区以外では、「7対1」がけっこう多くなっております。

自治体病院のDPC病院では、そもそも不採算地区でDPCをとっているというのは少ないわけですが、「7対1」「10対1」は、すごく件数が少ないわけですが。特に不採算地区の「10対1」では、DPCが7件に対してDPC以外は130件、圧倒的にDPCがとれないという状況になってい

図 2.1.6 医業利益率・経常利益率・当期純利益率（2010年度）



※以降、経営指標等を計算するための十分なデータが揃っていない開設者については、グラフ上非表示。

ます。

不採算地区以外のところでは、「7対1」でも、「10対1」でもDPCをとっているところがあるということです。

続きまして、自治体病院に占めるDPC病院の割合を都道府県別に見ると、地理的に大変困難がある北海道は11.5%です[図2.2.4]。DPC病院がこれだけということです。逆に、東京(62.5%)、神奈川(63.6%)は、高いです。それから、富山が自治体病院であってもDPC病院が多い(72.7%)のは、集約されているからになります。つまりDPC病院の割合が多いのは、自治体病院が再編成されて、集約されているところが多いということです。

さらに自治体病院の100床当たりの職員数を比

較して見ますと、圧倒的に看護部門が多いが不採算地区のDPCがとれていない[図3.2.1]。看護師の割合をDPCで「7対1」ととっているのは、とにかく看護師を集めています。不採算地区以外のところは81.7%ということで、職員のほとんど、8割以上が看護師ということです。民医連で職員の8割が看護師というところはありますか。ないですね。きっと、とてもやっていけないです。

自治体病院の医師1人当たりの年間給与を見ても、不採算地区では、意外に少し高めになっているということです。想像ですけれども、僻地手当てみたいなのが若干入ってくるかなということです[図3.2.5]。

次のワーキングペーパーは「自治体病院の入院

図 2-3-1-1 100床当たり医業収益の平均

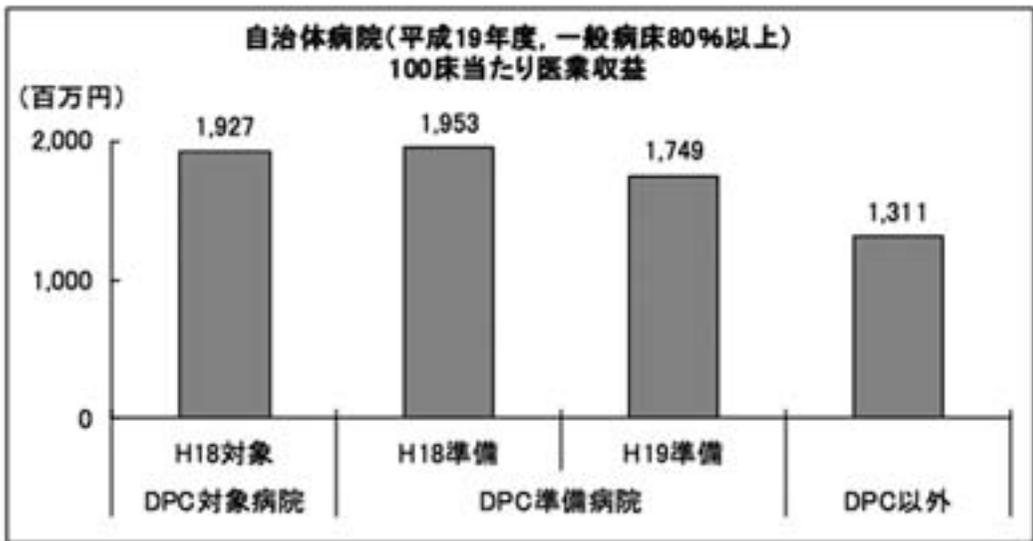
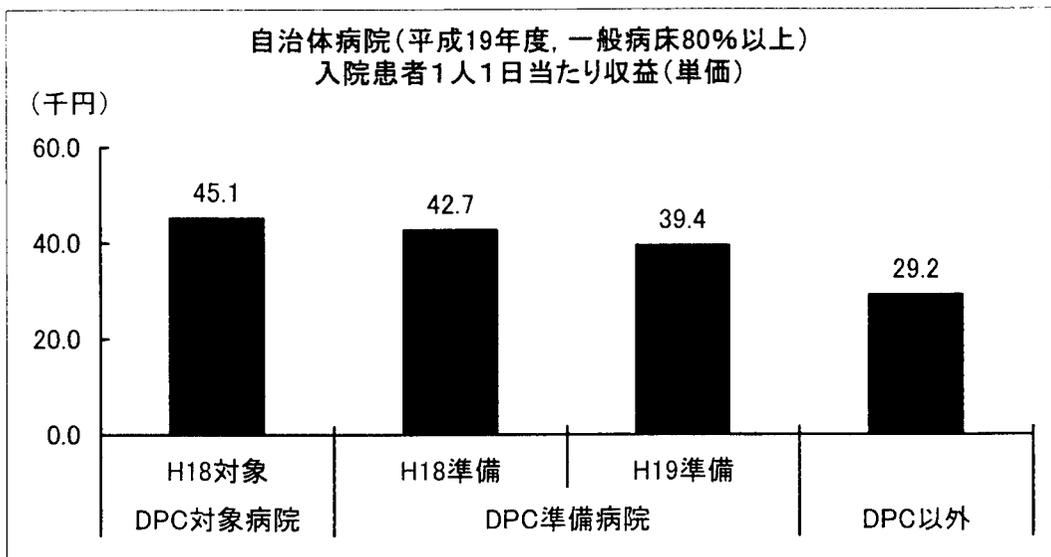


図 2-3-3-1 入院患者1人1日当たり収益の平均



基本料別経営分析—15対1入院基本料の引き下げは妥当であったか」という題で書かれているところです。中医協・医療経済実態調査に見る入院基本料別の費用構成ということで書いてあります〔図1.1.1〕(P.71)。

これで見ますと、損益差額ですが、「15対1」は損益差額というのがないという中医協の医療経済実態調査だったのです。これは本当かというこ

とですね。

それから、中医協・医療経済実態調査から計算した国公立病院の費用構成で見ますと、「7対1」「10対1」「13対1」「15対1」全てに損益差額が出ている〔図1.1.2〕。これを補助金などで補っているというのが国公立病院の現状だというふうになっているのが中医協の実態調査ですね。

ところが、われわれは違う結論を出しているわ

図 2-3-4-1 平均在院日数

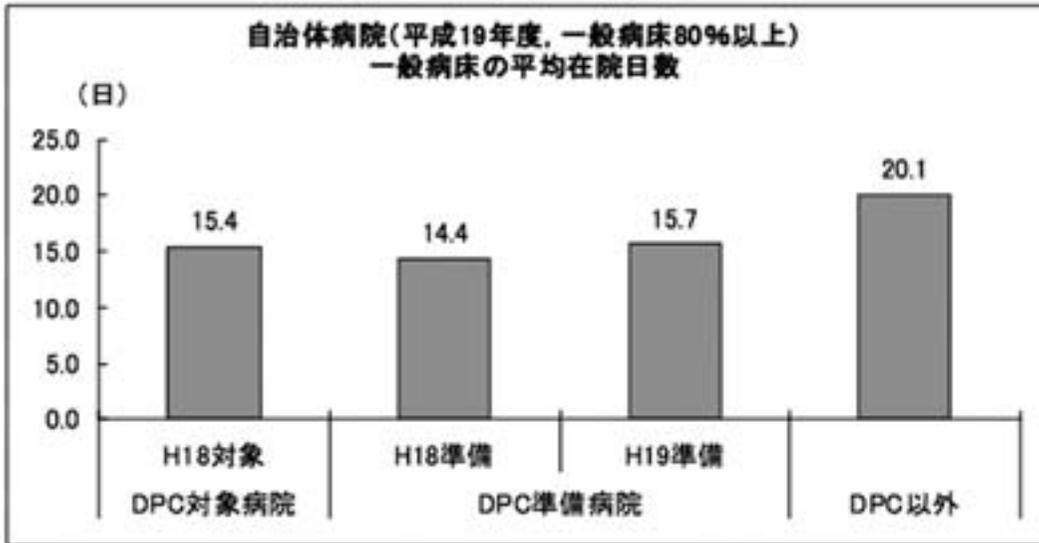
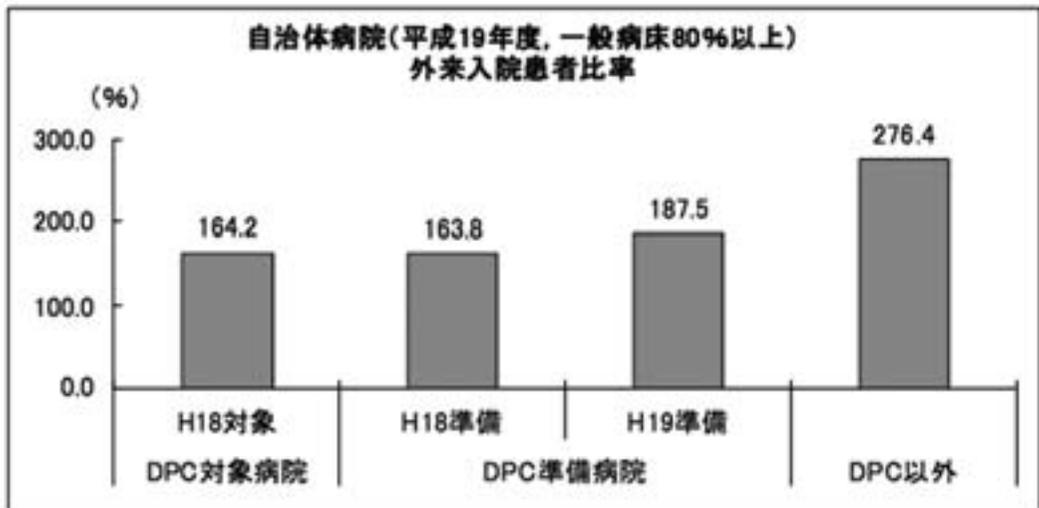


図 2-3-7-1 外来入院患者比率の平均



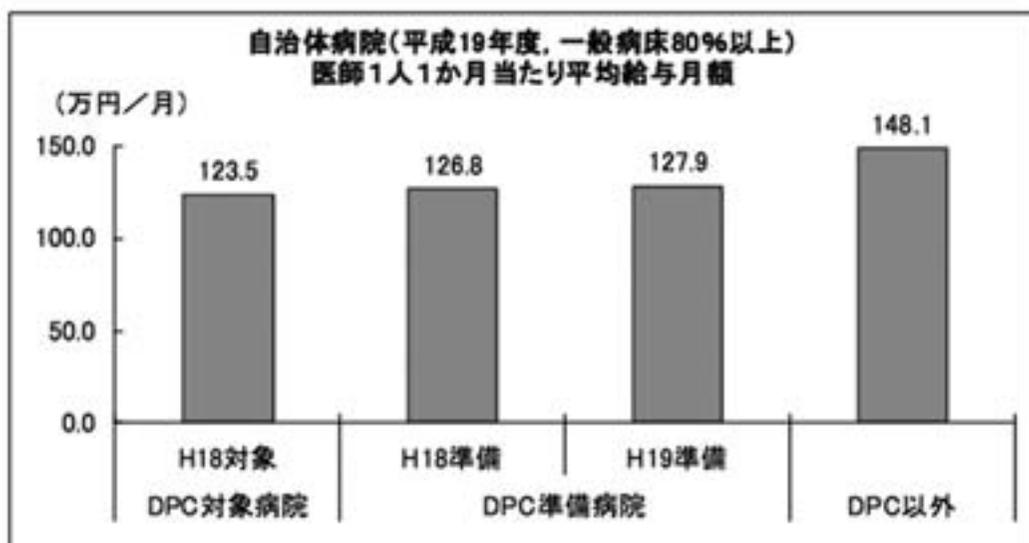
けです。自治体病院の費用構成では、看護体制別に「7対1」から「15対1」となっていますが、私たちが別のところから引っ張ってきた資料では、自治体病院で「15対1」でやると、費用構成で-32.8%と出てしまう〔図2.2.2〕。「15対1」の赤字幅は最も大きいということになります。

それで、職員数と入院基本料の比較ということについて、100床当たりの職員数は「7対1」を100

とすると「15対1」は、職員数は全体では77.7人、しかし、基本料が改定されたのは「7対1」が100に対して60.1に下げられた。これだけ下がったらどうするのかということ、このワーキングペーパーでは言いたいわけです。

最後は自治体病院の経営分析のまとめで、ここに看護職員数と入院基本料(7対1を100とする)というところで、看護師を見ますと、100床当たりの看護職員数は「7対1」を100としたら、「15

図 2-4-4-1 医師 1 人当たり平均給与月額



対1」では72人も集めない「15対1」にもならないです〔表2.5.1〕。それで入院基本料はなんと61%、これではやっていられないだろうということです。

地方では、急性期の患者だけでは病床が埋まらないという現実もあるわけですが、**「15対1」**は、その地方の立地条件から医師、看護職員確保が非常に困難であると推察されます。

ワーキングペーパーを見ると「2010年度の診療報酬改定の検証は、中医協の医療経済実態調査によって行われることになるが、同調査は、決算データでかつ定点観測で行うべきである。厚生労働省の予算に制約があるというのであれば、民間データの併用を検討すべきである」ということで、この違いがあった上で診療報酬をつけられたのはたまらないということの証明であります。

●社会保障制度改革と医療

次に、新しい「社会保障と税の一体改革」の中で、いま行われようとしている病床の機能分類です。特徴的なのは、高度急性期と一般急性期と亜急性期、長期療養の相互の連携深化ということがあることです。急性期病棟、一般病床を類型化しようということ、今さかんにやっています。このことについて、医師会としては、地方の中小病院の

中には急性期も扱っているが、慢性期も扱いミックスされている病院もあるので、一概にこういうふうに分けて、診療報酬に手当てするということはできないということを強調したいわけです。しかし、厚労省と中医協は一般病床を類型化して、細分化してやっていきたいと考えているようです。

それから、医療・介護の提供体制の将来像の例ということで、医療・介護サービスのネットワーク構築ということがいわれていますけれども、人口20~30万人レベルでやるもの、それから小・中学校区レベルでやるものなど、実現にはほど遠いものがあると考えています。

また地域医療支援病院についてですが、都道府県医師会で調査をしましたところ、地域医療支援病院制度の存続については、「このまま制度を続けるべき」という回答は25.5%です。「地域医療支援病院に対する経済的インセンティブは必要だとお考えですか」については、38%の人が「必要だ」というふうに答えていますが、「内容を見直すべき」も同じような数がある。それから「その他」の者もある。だんだんその辺では、制度・経済的インセンティブについて、もういいのではないかということも言われています。

個別の地域医療支援病院の評価では「評価できる」が7割以上、病床の共同利用、在宅医療の支援は「課題がある」が3割です。個別の地域医療

図 2-4-4-2 医師 1 人当たり平均給与月額推移

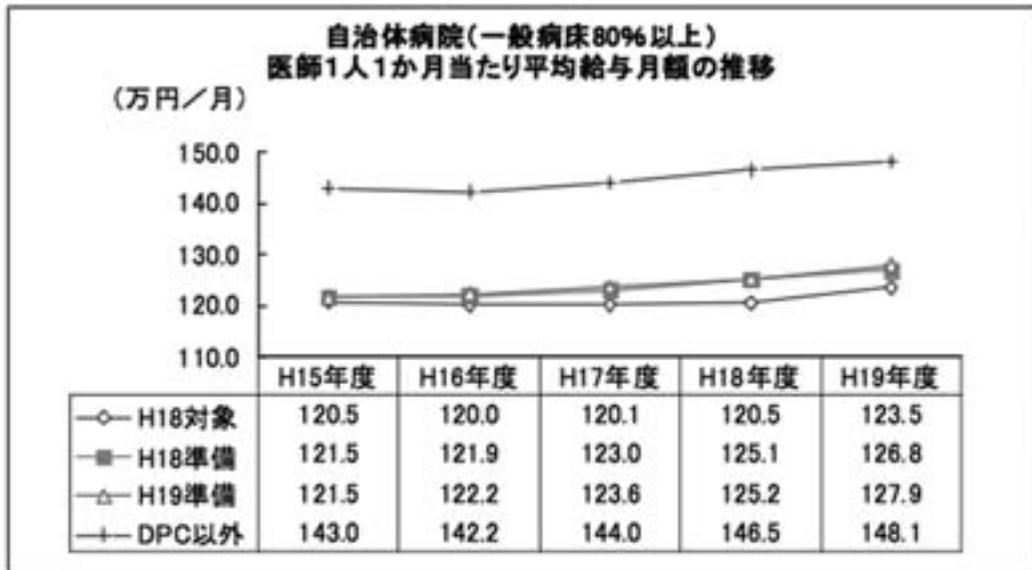
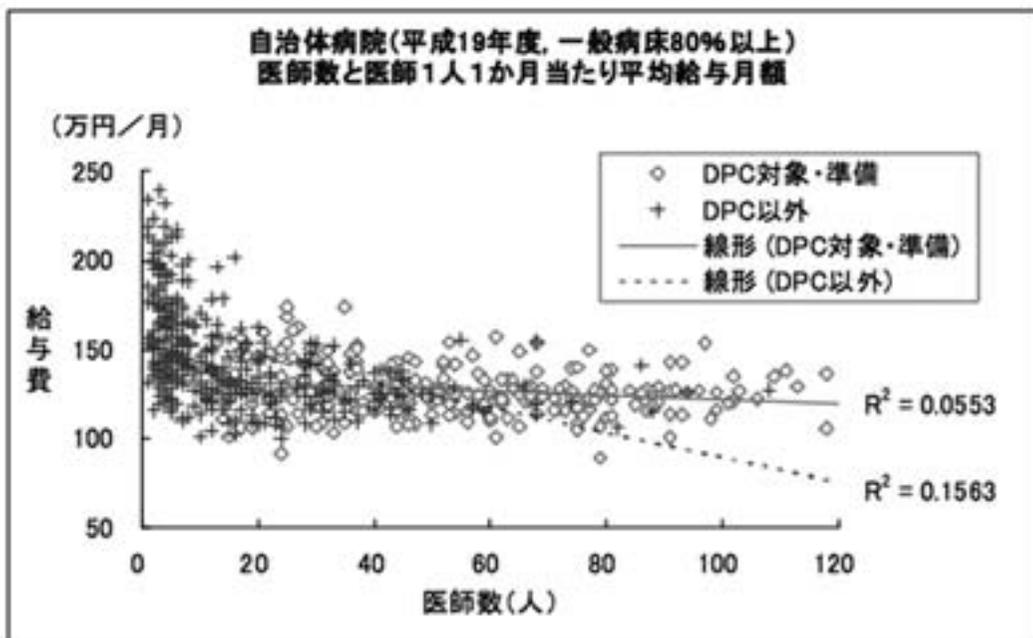


図 2-4-4-3 医師数と医師 1 人当たり平均給与月額の相関



支援病院の評価はけっこう高いが、特に逆紹介が少ないという意見が出ています。

診療所医療費の伸びは2001年と2011年度を比べ

たときに、2011年度は診療所医療費は総額で8.3兆円です。全体としては、この10年間のうちに0.8兆円増えました。しかし、保険調剤薬局医療費の

図 2-4-4-4 看護師 1 人当たり平均給与月額

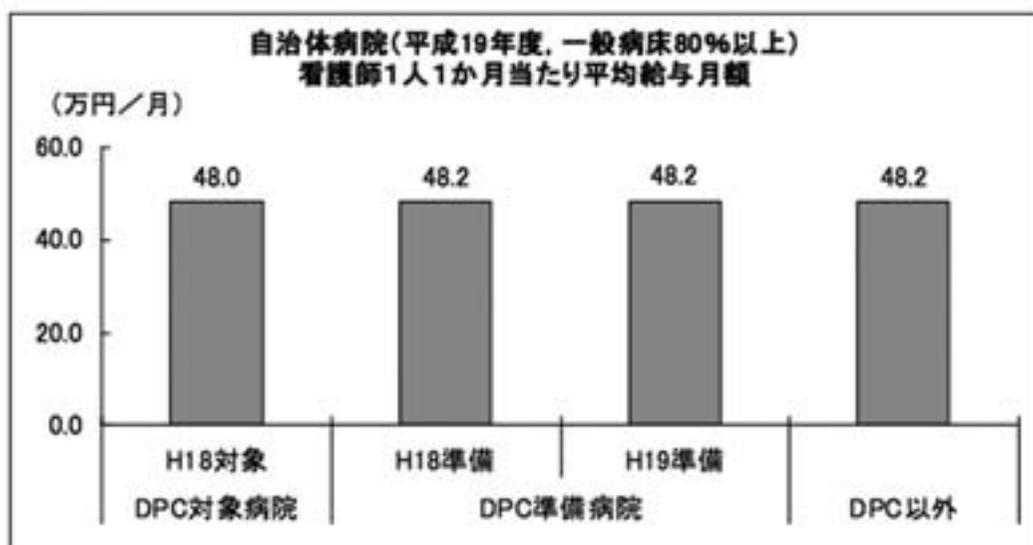
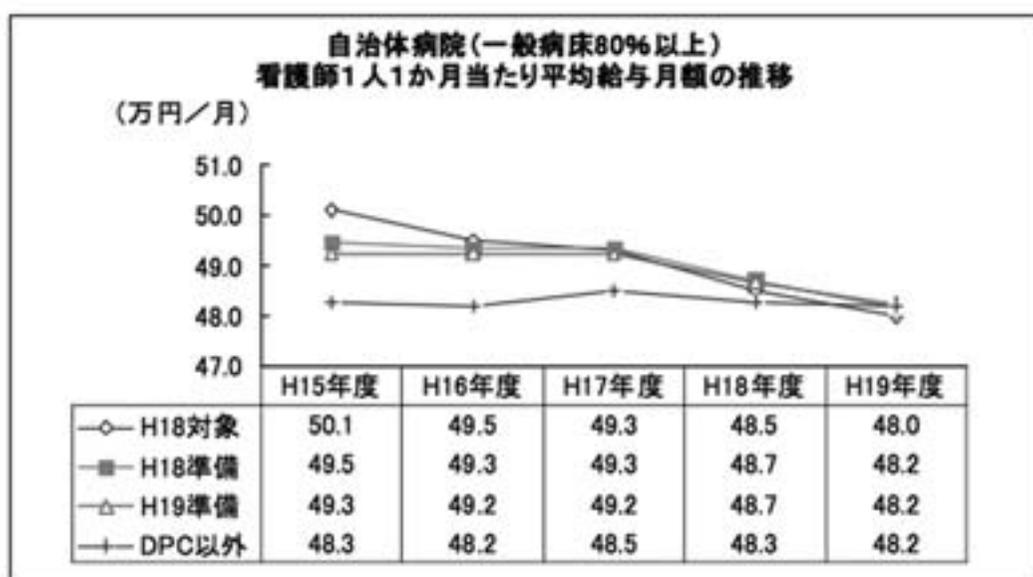


図 2-4-4-5 看護師 1 人当たり平均給与月額の変遷



伸びの内訳を見ますと、2001年度が3.3兆円だったのに、2011年度は、全体で6.6兆円にまで増えました。そのうちの大きな増え方は、薬剤料が約2倍になっていて、技術料だけで0.7兆円も増えている。この部分は診療所の伸び率と全く同じだ

ということで、開業の先生方は相当頭にくています。

薬について、調剤薬局の大手4社合計売上高がどんどん伸びています。医師数、薬剤師数はそろそろ同数になっています。今度出てきたのはスイ

図 2-5-1-1 医業利益率の平均

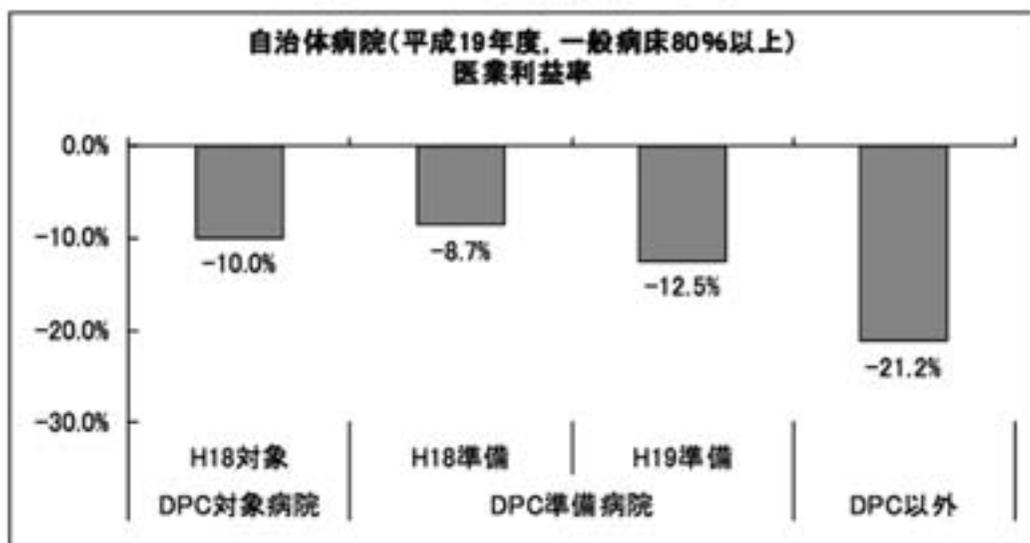
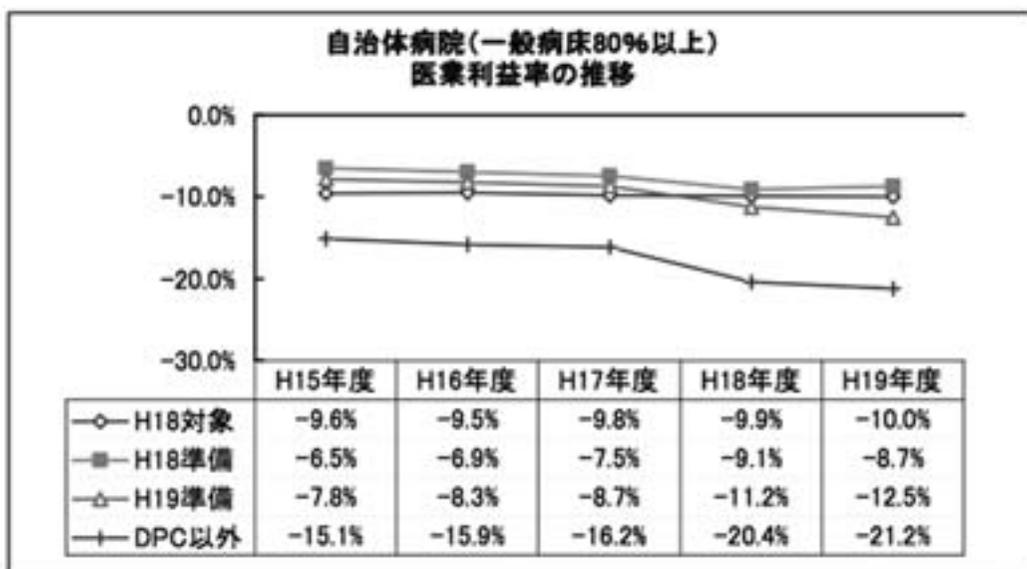


図 2-5-1-2 医業利益率の推移



ツチ OTC（医療用医薬品から一般用医薬品への転用、Over the Counter）ということです。つい最近、脂質異常症治療薬エパデールのスイッチ OTC 化が強行採決されたことで、日本医師会は大変怒っています。特に今回は、いわゆる生活習

慣病分野で初めて出てきたということが重大です。実際に頭痛薬とか、水虫などの外用薬については、つけてよくなったか、よくなるかというのが、自分でよくわかるわけです。

ところが、この生活習慣病薬というのは全く症

図 2.2.1 自治体病院の立地条件別看護基準別構成比 (2009年・一般病院)

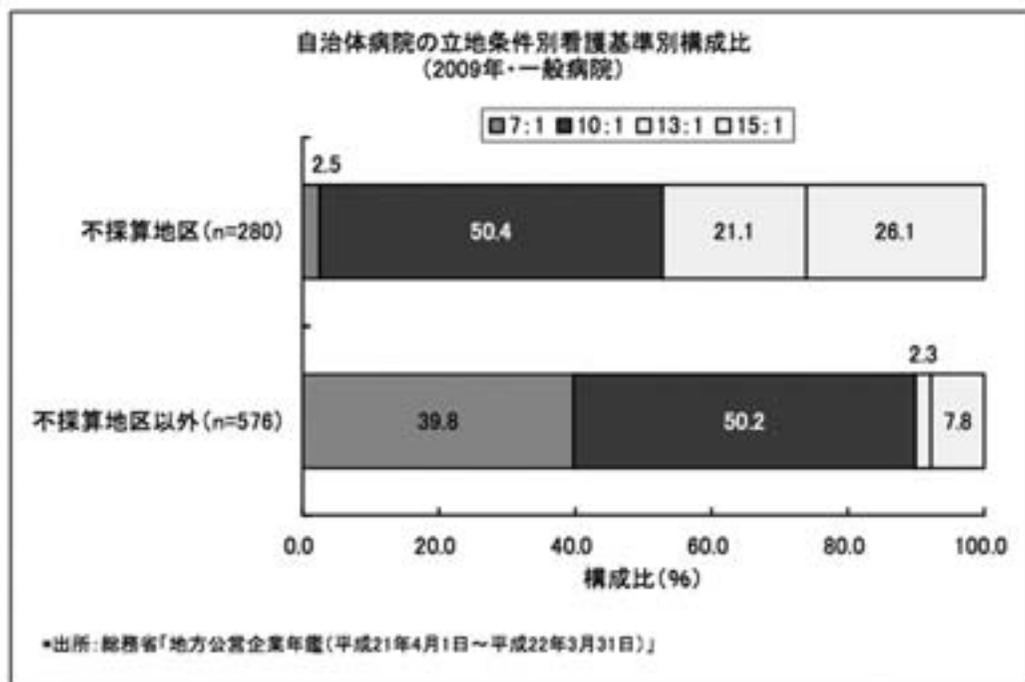


表 2.2.1 自治体病院のDPC病院の内訳 (2009年・一般病院)

		7:1	構成比 (%)	10:1	構成比 (%)	計	構成比 (%)
不採算地区	DPC	1	14.3	7	5.0	8	5.4
	DPC以外	6	85.7	134	95.0	140	94.6
	計	7	100.0	141	100.0	148	100.0
不採算地区以外	DPC	155	67.7	107	37.0	262	50.6
	DPC以外	74	32.3	182	63.0	256	49.4
	計	229	100.0	289	100.0	518	100.0
合計	DPC	156	66.1	114	26.5	270	40.5
	DPC以外	80	33.9	316	73.5	396	59.5
	計	236	100.0	430	100.0	666	100.0

※DPC準備病院はDPC以外を含む

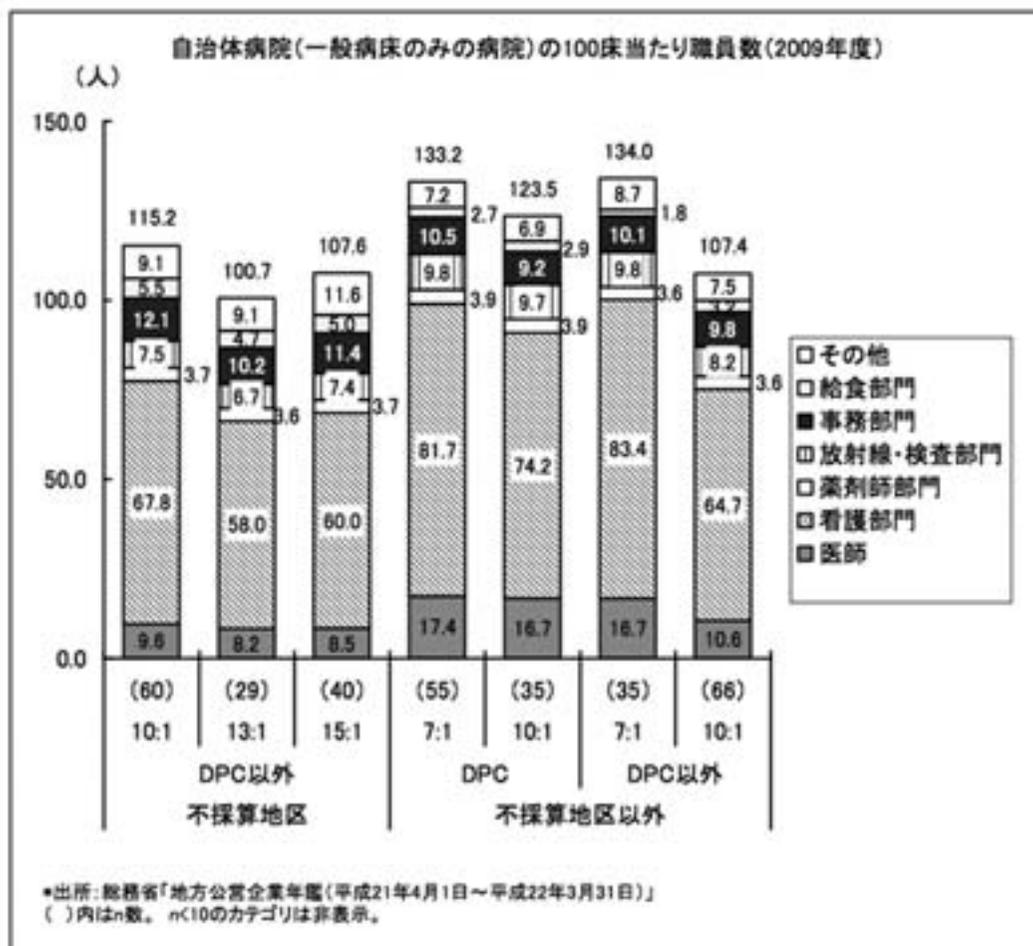
※出所: 総務省「地方公営企業年鑑(平成21年4月1日～平成22年3月31日)」

厚生労働省「7月から12月までの退院患者に係る調査について」2010年6月30日, 中医協診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会資料

状がありませんので、飲み始めようが始めまいが、途中でやめようが、全然ご自分の症状が分からない。医療にかかわらないところでそういうことを

使うなというのが、われわれの言い分であります。しかし、ここには医者意見を聞かなくても、薬を処方できるという薬剤師の権限拡大という問

図 3.2.1 自治体病院（一般病床のみの病院）の100床当たり職員数（2009年度）



題が見え隠れしているという点で、われわれは大変問題にしています。

今、地方の中小病院、あるいは自治体病院に対しては、医師会のパートナーとして大変重く見ていまして、診療報酬の点でも、きちんとそれに見合うだけのものをやりなさいということを、私たちも支援しているということです。

〔質疑応答〕

—日医の会員たち、特に過疎地や地方の会員は地域医療の崩壊現象を厳しく認識されていますが、どんなふう議論されているのでしょうか。

石川 いい例が、全国的に有名になりました銚子市立病院の崩壊という現象があります。あれは銚子市長が、不採算部門であった市立病院を切り離れた、捨てたということです。しかし、300床の大きな自治体病院で、あの地区では唯一の大病院だった。それを本当に地域の声を十分に聞かないで、あるとき突然つぶしてしまう。大変な不採算部門であったことは間違いありません。人件費比率の問題など、そういったものは今示した自治体

図 2.2.4 自治体病院に占める DPC 病院の割合 (2009 年・一般病院)

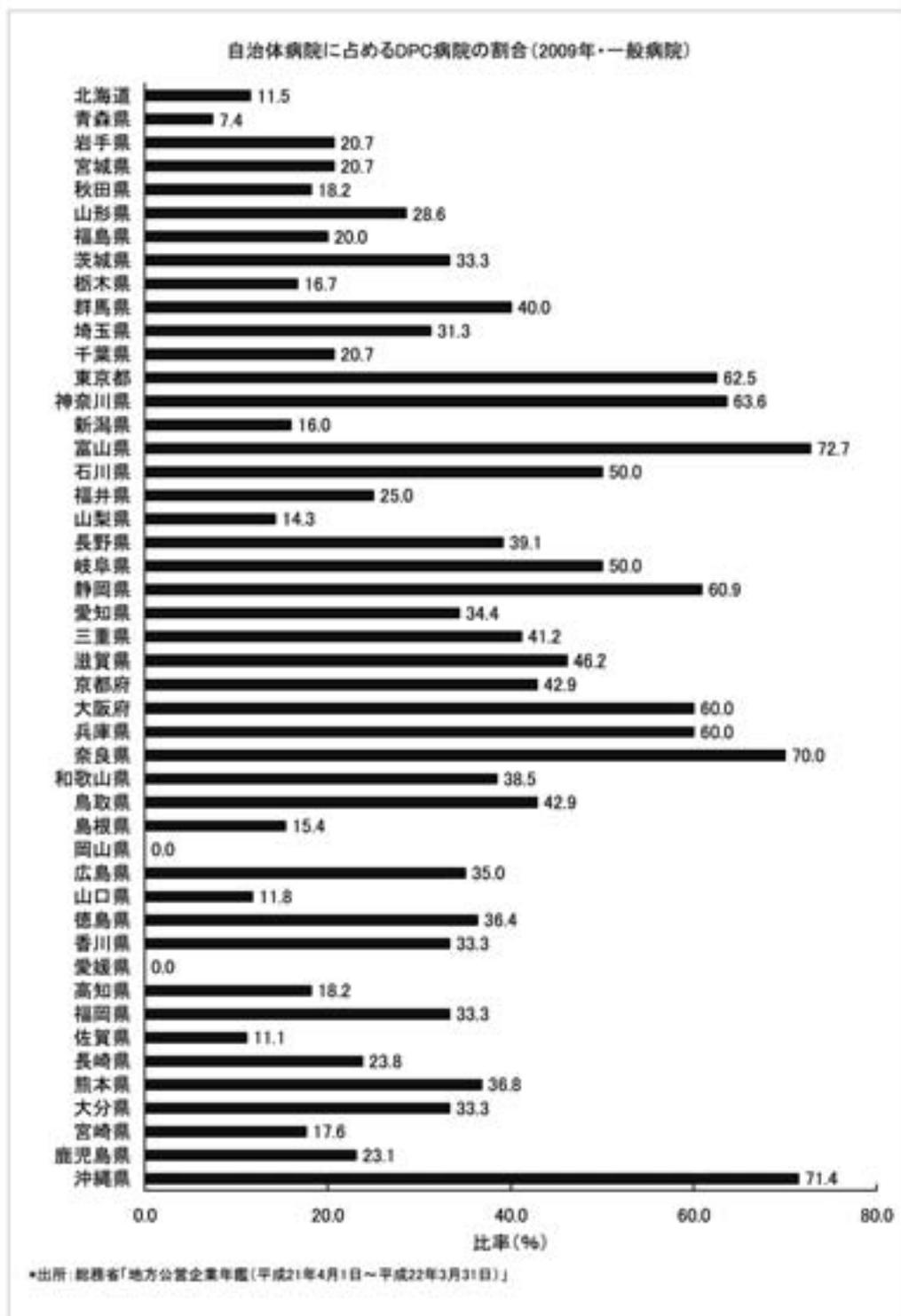
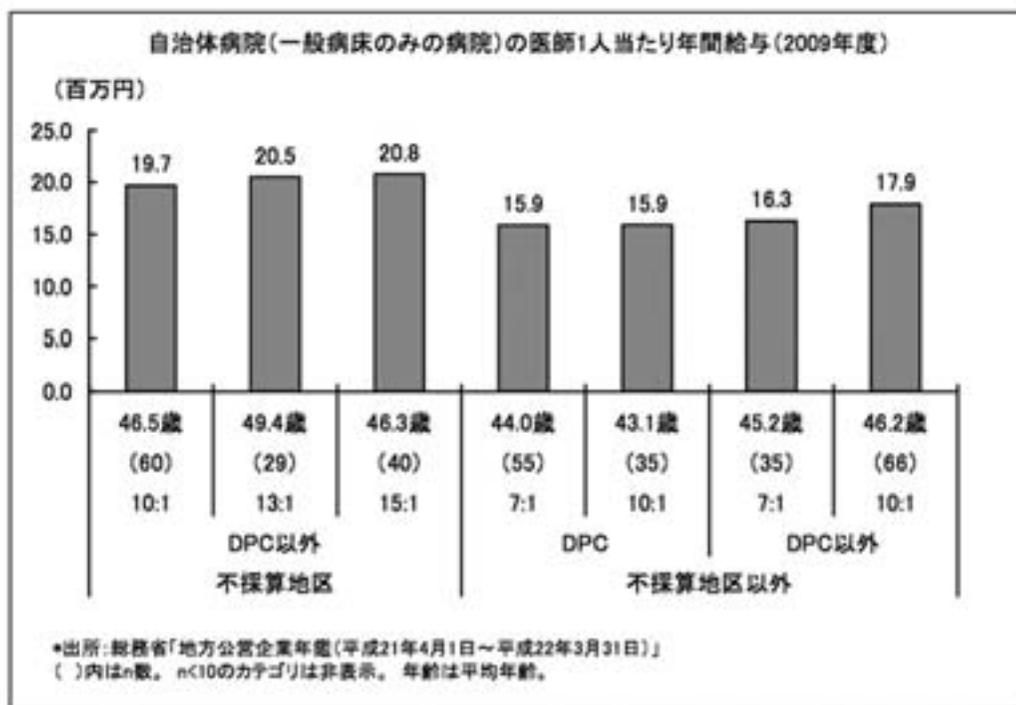


図 3.2.5 自治体病院（一般病床のみの病院）の医師1人当たり年間給与（2009年度）



病院の矛盾の典型であります。そういう点では財政困難な自治体が切り捨てようというのは、仕方がないことなのかもしれませんが、それにしてもひどいことであります。

その患者さんたちが路頭に迷うわけです。そこで千葉県医師会は銚子市の医師会と患者さんの受け皿ということについては、いろいろと十分工夫をしようという動きを、地区医師会で頑張っていておりました。

ただし、どうにもできないことが1つだけあった。それは精神科です。地域の統合失調症の方を、銚子市立病院の精神科は一手に引き受けていました。入院病床もありましたし、そういう点では、これが一緒にやらなくなりますと、外来には1000人を超える統合失調症の患者さんが外来通院している状態でした。悪くなると、その100ベッドの精神科に入院したり、良くなれば外来通院したりしてやっていたわけです。

それは全く、開業の先生方にはどうにもできないわけです。これをどうしたかといいますと、県行政と県の医師会で(千葉)大学の精神科に行っ

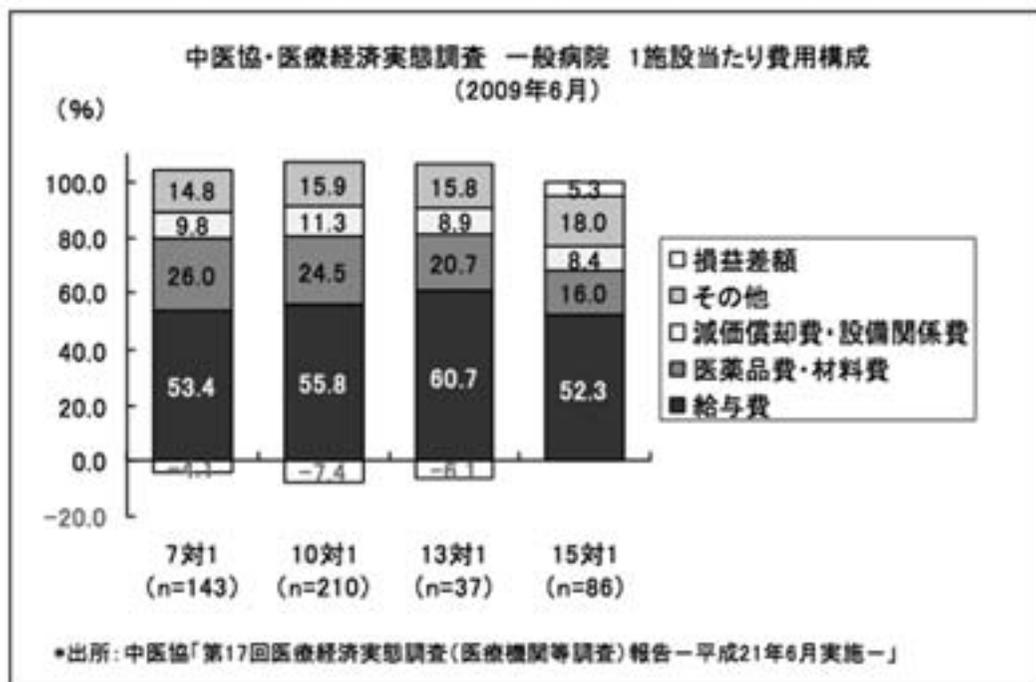
て、とにかく大学の精神科から、若い先生から順番で2人ずつでも出してもらって、外来だけでもやってもらいたいということで、今も延々と外来だけが続いています。

それから、地域の病院の基幹病院の中に、第一次救急というところで、それを医師会が担うということは、これは普通に行われています。

松戸市立病院の下でも夜間診・休診をやっています。夜間急病の大部分はやはり子どもです。小児科の先生だけでは足りないので、必ず小児科の先生と内科の先生が2人ずつ、どちらかという小児科の先生がトレーニングするような感じで、一緒に協力して地区医師会の先生が順番でやっています。

それが何を意味しているのかというと、そこにいる小児科の勤務医、松戸市立病院の小児科の勤務医というのは14、5人いるので、けっこう大きい医局ですが、もしそれがなかったら、夜でも何でも全部当直の先生が関わらなくてはいけなくなり、全然寝られない状態になってしまうということを回避するためにやったのです。

図 1.1.1 中医協・医療経済実態調査にみる入院基本料別の費用構成



それが千葉県の中でも、そこと船橋市医師会、印旛郡市医師会、それから千葉市医師会、4つはもう既に開業医の先生がやられています。そういう形で自治体の中核病院をつぶれないように救急の面からサポートしているというのは、医師会の役割であります。

なぜ千葉が自治体病院の小児科を守るなどの点で進んでいるのかといたら、これはもう本当にしかたがなくてやっているのです。人口10万人対比でいくと千葉県は45位ですから。同じように困難なところ、例えば茨城にしても、これは人口10万人単位46位で、それから埼玉は47位ですね。これらは同じようなことをやっています。

どうしても勤務医が疲弊します。市立病院には患者もいるだけ(全員が)来るんです。「ここは市立病院じゃないのか、何で診ないんだ」「俺は市民だ」と、寝ていようが何していようが、どんどん起こす。そういうことがあるので、特に医師不足のところは、医師会も思いを共にするという形でやっています。

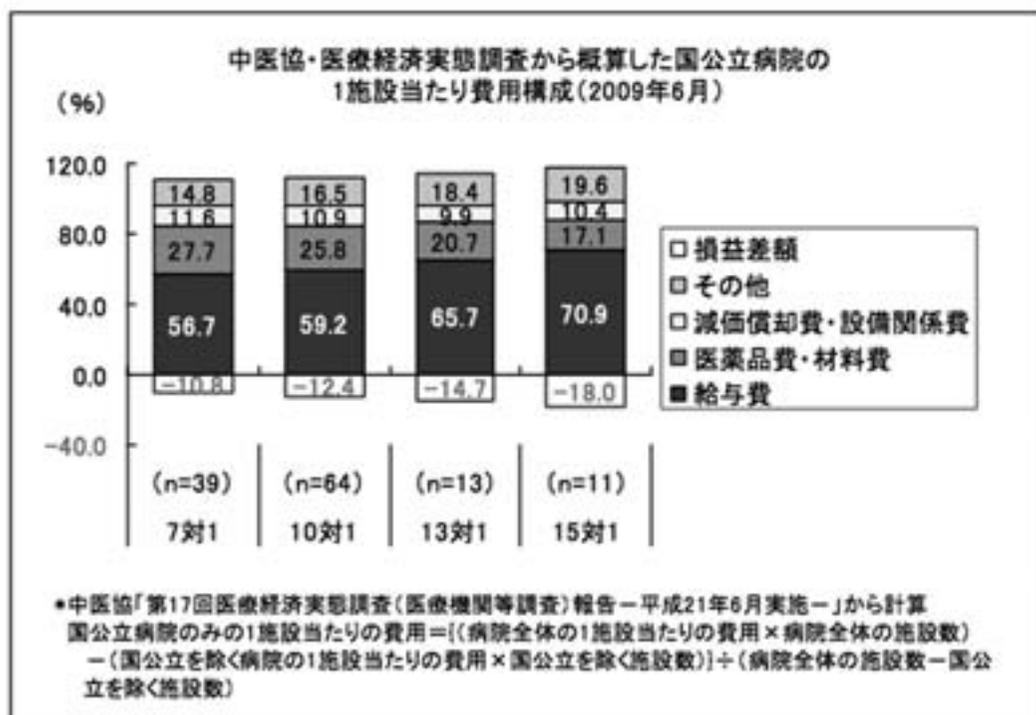
——初期研修の問題で、義務化になって以降、特に大病院思考というか、研修医も有名どころに集まっていくような現状もありますが、新専門医制度に対してはどんな議論がなされているのでしょうか。

石川 私が日本医師会に入りまして、もう3年になります。その分野については、かなり議論をしております。私は、民医連が卒後医師研修に対してもっと意見を言ってほしかったなど、大変残念に思います。

やはり自分も民医連の中で研修をやっていたし、自分の今までの経験の中で、プライマリケアを最初の2年間のうちに、十分にローテーションで学ぶという、ある面では民医連はどこでも、みんな大体そうやっているわけですがけれども、その手法をきちんと徹底するべきだというふうに思っています。

ご存じのように、1994年に臨床研修研究部会という厚労省の部会の中で、医師法の中で2年間の義務づけがされました。そのときに、全人的な医

図 1.1.2 中医協・医療経済実態調査から計算した国公立病院の費用構成



師をつくるということと、バイトをさせないということ、それから、きちんと身分保証するということが決まります。それから一定自由な研修が決まりました。この4本柱がきちんと臨床研修部会の中で、1994年のときに出されたのです。

それが10年の議論を経て、2004年に実行されたんですね。それで実行されて、見直しするまでの5年間でどういうことがされたかということ、結局、大学は嫌々手放すというようなことで、学生たちはプライマリケアができるから市中病院、大きな市中病院にみんな行ったわけですね。有名どころとか、そういうところへはもうどんどん行って、この5年間に、実は、要するにプライマリケアが本当にできるかどうか、この内容の見直しというのを厚労省がやらなかったわけです。

それで、その5年経ったときに—私は改善だとは思っていないんですけども—どういう改善をやったのかといえば、1年しかローテートしないで、あとは自分の専門のほうに行きたければ、その専門のほうに行ってい。つまり、快速みたい

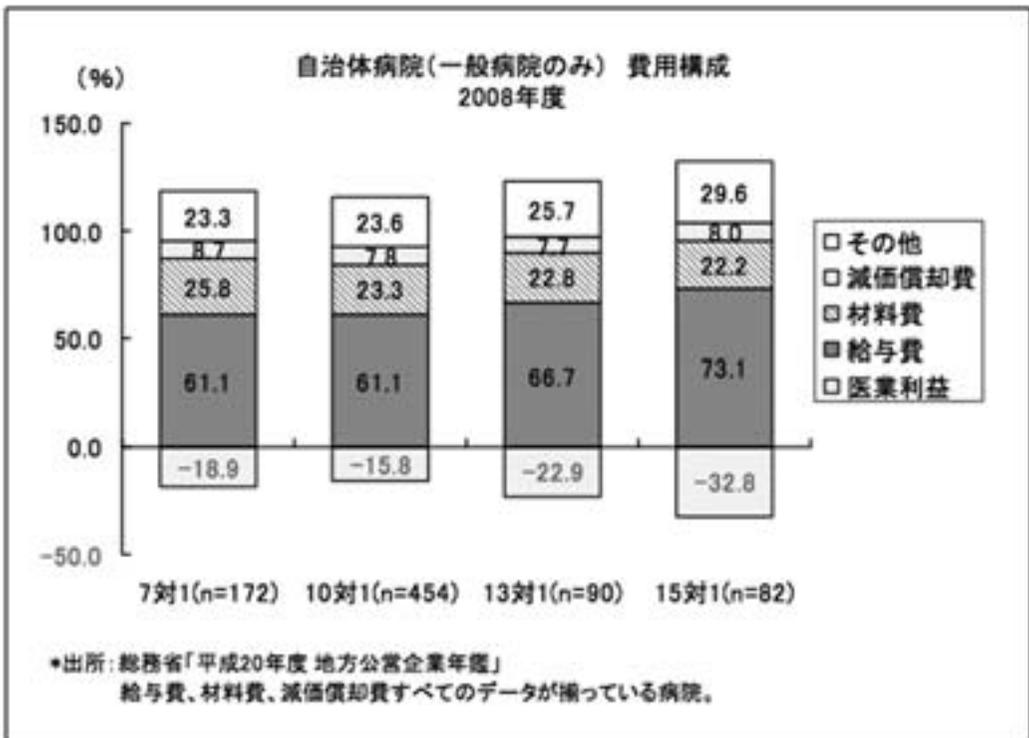
に飛ばしをやってもいいということになったんです。あれは大学の医局の医者たちがかなり文句を言っていた背景があり、そういうルートでもありにしようと思ったわけです。

一番ここで問題なのは、ちゃんとプライマリケア、全人的な医療を担うような医者がつくれたのかという検証をしないで、そういうことをやってしまったことです。これはまず、この5年間の改革で一番問題だった。

今は第2期目に来ていて、2期目もこの間、言われているようにもっと悪くなった。われわれ民医連で1994年の議論のときは医師研修のトリアスということで意見を出しましたけれども、けっこういい臨床研修のパターンがつけられました。

そのとき実現しないこともありました。例えば、国は400億円の金を用意する。1人29万円の月給で400億円金を用意するといった彼らは用意できなかったわけです。140億円ぐらいしか用意できなかった。そういうこともあったんですが、内容としてはよかったです。

図 2.2.2 医業収入に対する費用構成



今はきちんと検証しないでやったために、1年間しかローテーションしないで、飛ばしで専門に入るという大学の意見が通ってしまう。また何が起こるかと思ったら、1年のローテートなんて、ろくなことができないわけですよ。

それから、ちゃんと地域医療研修みたいなものを1カ月とか2カ月置いた。そこまではいいのだが、これも全く形骸化していることがある。私たちは今の臨床研修について、どういう議論をしているかといいますと、医学教育の中に、オスキーだとか、そういった対患者の臨床能力をつけるようなことを、まず前倒しするような形をして、できるだけ全人的な医師づくりをしようじゃないかと議論しています。

それから、医学教育の基礎にも、いわゆるリベラル・アーツとしての教育をきちんと改善して入れていく。また、知識偏重だけではない、全人的な能力を重視し6年間を過ごさせて、かつ臨床能力というのも、その中に少し入れて、2年間の臨床研修を経験させようという感じで議論していま

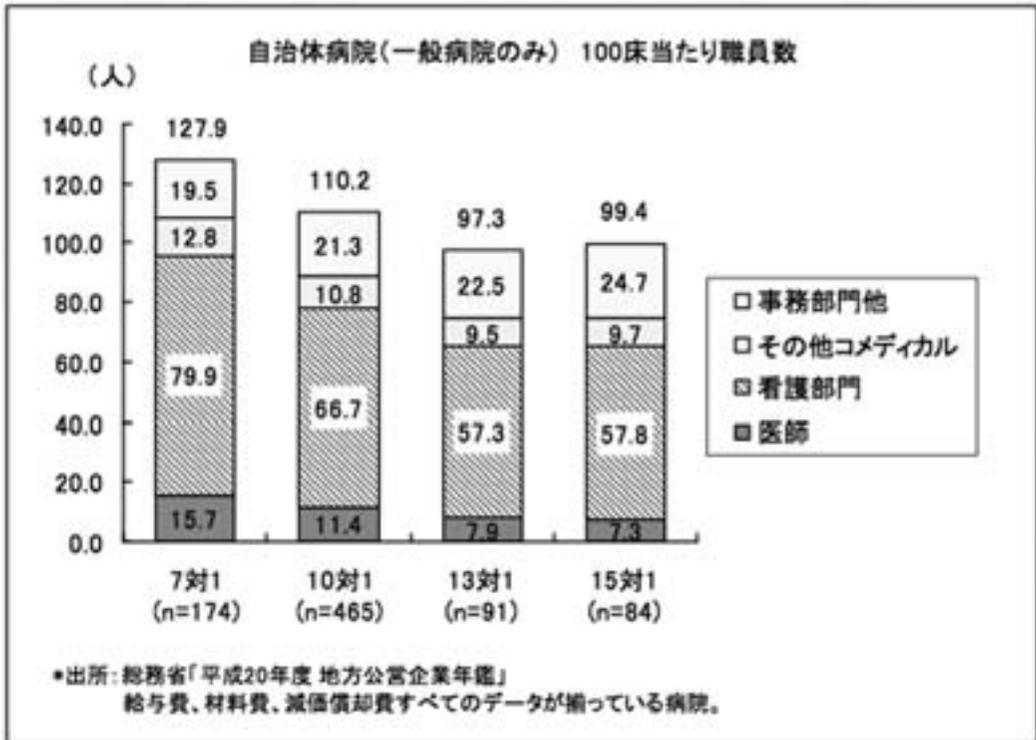
す。

そこではまた、医師の偏在、例えば専門医の偏在というのは問題があるわけです。それをなんとか同時に解決したい。特に東北、弘前大学などは20%ぐらいしか大学に医者が残らないわけです。それは九州の宮崎だとか、そういうところも同じで、もう全部都会に戻ってしまう。

そうすると、せっかくそこに医科大学なりが県に1個あっても、全然その医師不足対策としてはうまくいかない。それから、専門医ということも偏在してしまうことで、医師会の中で議論が続いています。反対意見もありまして、意見は統一されていませんが、その県の大学に医師をプーリングさせるような、要するに登録するような制度を、一応医師会としては提唱しています。

もう既にNPOをつくってから4年も5年も経っているんですが、私は千葉県と千葉大学と千葉県医師会でNPOをつくりまして、そこに医学生のと時から医者を集めているんです。プーリングして、どこに研修に行きたいかなど、悩みも含め

図 2.3.1 100床当たり職員数



その他コメディカル: 薬剤部門、放射線部門、臨床検査部門

事務部門他: 事務部門、給食部門、その他部門

表 2.5.1 看護職員数と入院基本料 (7対1を100とする)

	100床当たり看護職員数	一般病棟入院基本料 (2010年度改定前)
7対1	100.0 (79.9人)	100.0 (1,555点)
10対1	83.5 (66.7人)	83.6 (1,300点)
13対1	71.7 (57.3人)	70.2 (1,092点)
15対1	72.3 (57.8人)	61.4 (954点)

て相談するし、将来的には、自分が初期研修が終わって専門研修へ行きたいと相談に来たときに、うまく千葉県の特設だとか、そういったものが解消できるような形のNPOをつくったのです。

しかも私も当時は力がありましたので、地域医

療再生基金を5億円ぐらいを自分のつくったNPOに投入し、公的な医師人材派遣をやらうとしました。もう既にやっていますが、それはまだ十分うまくいっているとは言えません。しかし、ほかには真似をしています。日本医師会も、そのこ

とを見てちょっと真似をしています。

だから、そうやって医師づくり、県の中でもキャリアアップができますよということを示し、地方でもキャリアアップしてもらいながら、そこにいてもらう。それがそのまま医師の偏在、専門医の偏在改善に若干でも寄与できるわけですから、そういうことをいろいろなところが考えています。

われわれ日本医師会の医師研修方針には、そういう意見も入っています。

最後に専門医の話です。専門医については、総合診療医というのが今度専門医の1つとして認められることになりました。これはすごく意見があったのですが、私は、実は専門医の法制化の議論のときから、もう審議会のところにいました。一番の問題は、専門医というのが法制化されて、それが診療報酬にリンクされたり、いわゆる定年制などの専門医の更新制で、かなり足かせをつけられたりするのではないかとということを警戒しています。

ですから、なんでもかんでも専門医というふうにするのは全く反対です。しかし、今までの議論の中では、総合医と総合診療医というのを分けたほうが良いというふうに議論してきました。

総合医というのは、例えば、私みたいに小児科医でありながら、実は内科も診たりしている。それから、診療所へ行って何でも診ます。おじいさん、おばあさんの往診もやるという医者のことを、私は総合医と言えたいと思う。こんなのは専門医は要らないと。

だけど、例えば、私がたまたま胃カメラをできるから私が胃カメラをやった場合と、消化器の人が胃カメラをやったのと点数が違うなんていうことをやったら怒るぞということで、ずっと議論してきました。そうしたら、今度、総合診療医という専門医、科をつくらうじゃないかということになってしまっている。

これは民医連の先生方も、若い人に総合診療医の専門医をとったほうが良いよと、プライマリケア専門医ということ、どんどん進めているみたいですが、十分警戒していかないといずれ専門医の法制化のときの議論のように、縛られるぞと私は言っております。

しかし現状は日本医師会も参加した中で、総合

診療医が専門医として許可されてしまいましたので、ちょっと困っています。ただ、われわれとしては、いわゆるかかりつけ医、総合医というものは決して消滅させるべきではない。それから、そのところに診療報酬で格差を持ってくるべきでないということは、まだまだ強く言っていると思っています。

若い先生方に言うでしょう？プライマリケアの専門医をとったほうが良いと。私はそれがすごく疑問なので、自分の県連でも本当にそう言っているのかをよく考えてからと言っています。

—— 高齢化、人口減少ということで、現在ある病院だけでも経営が厳しくなるのではないのでしょうか。宮城県で問題になったのは、新設医大の問題です。特に被災地などはまだまだ医師が不足している。なかなか東北大や国立大学だけでは足りないという中で、新設医大の問題が出ているけれども、県医師会のスタンスは、将来人口が減るので、医大を今つくったら医師過剰になってしまうという立場です。日医としては、どんな議論になっているのでしょうか。

石川 その点については、宮城県医師会に大いに私は意見があります。というのは、その論理ならば、例えば千葉県にもう1つ医大というのは簡単にできます。それは論理を組み立てていけば、絶対につくらないといけないのは千葉県ぐらいです。人口600万人いて、たった1つの大学しかない。先生方のところよりもっと僻地の人口の医者の数というのは幾らでもあるんですね。

だから、その論議でいくならば、私は日本中いろいろなところに医大みたいなものをつくらないといけないと思います。

今の医師労働についてもっと改善すべきだと思います。だから、今はかなりの医師労働で週40時間以上でみんな働いていますから、そのことを将来推計するならば、もっと医大をつかって、医者をいっぱいつくらないといけないという議論が全国的にはあると思うのですが、そこまでまだいないのです。

問題なのは、医師の偏在ということに、どういふふうに手を打っていくかということです。それ

はキャリアアップの問題で、少しでも地方でもいい研修をできる、キャリアアップできる、専門医ができるのだ、研修資源があるのだということを宣伝していきたい。ただ、宣伝だけではだめで、何とか地方の大学などでしばらく頑張っ、そこで自分のキャリアアップと地域にも貢献するというをやっていただけないか、という方策を出したいと思っているんです。つまり、医大を新設する前にやることがあるだろうと。

——基本的に医大新設に日本医師会は反対だとか、そんな方針は出ていないんですか。

石川 明確に反対なんです。だから単純にいきますと、今の歯医者さんのような、歯科医師数が増えちゃって大変な状況になっていると私たちはこれで推計したんです。

人口が減っていくとその地域の病院が成り立たなくなってくる。そういう医療経済的な、医療経営的な問題というのにも、医者がどんどんまた増えてきてしまうと、もっと釘がさされることになると思います。

——2008年ごろの時点で厚生労働省が医師の抑制策から増員に転じましたね。

石川 一番低いのは2004年で、そのときよりは年間1300人増えていることになります。これは、医科大学13校に匹敵するわけですね。それだけではなく今は東北の大学でも力のあるところには140人定員になり、例えば、宮城の東北大学は今度140人定員になりますよね。そうやりながら、もし過剰になったときは、人数だったら少し縮小することもできると。

それから、例えば、宮城の場合にも、仙台のほうに1つ病院をつくるとなると、ここにいわゆる指導者層を集めなければいけない。仙台ならば、指導者層は400人とか500人レベルですが、意外に集まると思うのです。ところが、これもまた東北のいろいろなところから人を引っ張るわけです。

例えば、東北メガバンク構想なんていうものを今度宮城県でやるわけですが、実際には山形の教授を引き揚げさせ東北大学に連れてきたりしてい

るのです。そういうことが、やはり実際に起こってしまうのです。

そうすると山形大学の遺伝学の教授なども、もちろん東北メガバンク構想の中に引っ張られてきたりしているのですが、同じように、仙台にもう1個つくとなると、山形・福島から人を引っ張る。恐らく仙台あたりにつくと、東北全体の中でより偏在するだろうと考えられます。

——今の若い医師たちが、郡市区医師会に入らない、特に都会や都市部では医師会に入らないで、しかも、ほとんどビル診みたいな形とか、あるいはマイナー診療科を選択しますね。(自宅ではないので)夜間に起こされなくて済む、ある意味では安易な方向にどんどん流れていますね。

石川 若い医師がいわゆるビル診でやるというのは、次のような現象です。私の在籍する地区医師会は鎌ヶ谷市というところにありまして、実は東京のベッドタウンです。ところが、鎌ヶ谷市にビル診で開業するんです。どこから通っているのかといったら、東京から通っている。住んでいるところは東京なんです、それが鎌ヶ谷というベッドタウンの、しかもビル診を経営する。これは、もちろん先生がおっしゃるように、夜のデューティーなし、医師会に入らなければ、面倒くさい学校保健や予防接種もやらなくていい。マイナーの診療科目、例えば耳鼻科だったら、もうそれだけで十分だということで、東京から通う。それで東京で自分の子どもを育てて、教育環境ですね、それでやっているという人がどんどん増えてきているんですよ。本当に困ったことです。だから、われわれとは逆方向に、みんな通勤するわけですよ。そういうことがあります。

——イギリスのNHSのように、地域の定員規制のようなものは、日医の議論には出ないのでしょうか。

石川 出ないですね。日医の議論の中で出ないのは、やっぱり日医というのは、プロフェッショナル・フリーダムをかなり重視しています。

——中川副会長がこの間、三重県医師会の主催の企画に2回ほど来て発言したときに、冒頭にまず2回とも言ったことは、「日本医師会はこれまでもこれからも新自由主義とたたかう、新市場主義とたたかっていくんだ」ということです。日医の理事会の全体的な意識の変化、切りかえがあったというふうにとっていいのでしょうか。

石川 いや、新自由主義とたたかうというのは、もう何代も前からそうですね。少なくとも唐沢会長の途中からそうになりました。中川さんの言っていることは、もう基本的には、私たちはそのとおりだと思っています。

【参考資料】

・前田由美子「病院経営の現状（2010年度診療報酬改定後）－国立・公的・社会保険・大学病院等

－」（日医総研ワーキングペーパー No.247、2011年12月20日）

・同「DPCという診療報酬政策についての病院経営面からの分析」（日医総研ワーキングペーパー No.196、2009年7月1日）

・同「地方の中小病院の現状について－入院基本料15対1に注目した分析－（自治体病院の例）」（日医総研ワーキングペーパー No.235、2011年6月8日）

・同「自治体病院の入院基本料別経営分析－15対1の入院基本料の引き下げは妥当であったか－」（日医総研ワーキングペーパー No.217、2010年6月24日）

（いしかわ ひろみ、千葉県勤労者医療協会理事長）

（2013年1月25日実施）

朝日資料の整理を終えて

岩間 一雄

表題では、「朝日資料の整理を終えて」となっているが、厳密に言えば、現在まさに資料整理を終えようとしているということになる。残すところ40件前後のところまで来ており、全5千点を数える資料の中で、わずか1%足らずを残しているところだからあえて「終えて」といっても許されると思う。

最後に扱っている資料が、「中央報告控」と表書きされたファイルであり、この表題の横に、「昭和38年4月」と書かれている。資料の中身からすると、昭和38年というのは、この綴りが作り始められた時期のことであり、このファイルの中には、昭和42年までの資料が含まれている。

昭和38年～昭和42年、1962年～1967年という時期は、朝日訴訟にとって決定的ともいえるべき時期である。この間の出来事を年表風に書いてみると、

1963年11月4日 東京高裁逆転判決

1964年2月14日 6時43分朝日死去

1964年2月14日 健二・君子夫妻養子入籍

1965年「最低賃金制、社会保障、憲法」で、第3次列島縦断大行進

1967年最高裁「終了」判決

ということになる。

収められているのは、この時期岡山の結核療養所内に設けられた「現地対策委員会」から東京の「中央対策委員会」へ向けての提案やら問い合わせの手紙であり、多くが「速達」便で送られている。その内容は、会計帳簿の記入方法から、会費の納入状況、朝日の病状、列島縦断大行進の準備などなど、さらには現地対策委員長吉田力雄氏の上京に関わって東京での対応方法についての依頼まで、運動に関わるほとんどすべてが網羅されている。

これらの資料の一部を紹介しよう。1964年1月12日（朝日茂没12日前）の中央対策委員会宛の「朝日さんの病状について報告」と題する小林昭の文章である。

「1月9日の摂取量

朝 餅二つを雑煮にして食べた

昼 牛乳、卵、片栗をクリームにして食べた

夕 卵、1ヶか2ヶ

1月10日

朝 ゆで卵2ヶと牛乳、卵、片栗のクリーム

昼 にぎりめし2ヶ（半食程度の量）、刺身、果物リンゴ1ヶ

夕 たべない

（中略）昨年暮れ20日頃からあまり食べない状態がつづいているので、腹に力がなく、起きると（用便など）ふらふらとする。息切れもする。脈拍は以前の100～120から今は100以内に落ち着いている。

尿量が数日前は250ccくらいで、そのころはよくなかったが、9日は400cc、10日は600cc、11日以後も600cc程度で回復にむかっている。（中略）

朝食を過ぎたらしく昼になって下痢をした。全身倦怠がある。下痢のためだと思うが痔がすこしわるい。

最近使っている薬を列記すると、

ストマイ週2回、カナマイ週2回、ヒドラ、シノミン毎日、食後薬（消化剤らしい）、腸の薬（速迫）チオクタン、グロンサン、注射としてソーアミン、ブドウ糖、ビタミン（連日）

朝、強心剤と気管支拡張剤をかねたもの（おそらくオモブシン）、夜、アドナー1本。なお、ヘスナーは最近やめている。痰が溶解状態で、そのため喀血する回数が多い。（後略）」

私自身の狭い知識から、朝日茂の時代には、結核の治療法は、まだ確立していなかったし、特効薬とされるストレプトマイシンなどは、まだ使用されていなかったと決めてしまっていた。遺品の中にどんと居座っている3個のドカベンが、体力をつけるための食事療法が基本だと思いこませてしまったのである。ところがである、今見たこの資料によれば、明確に朝日のためにストレプト

マイシンが使われている。

私はこの報告の中で、末期の治療内容について改めて語った。事後の討論の中で、朝日の解剖にも立ち会った水落医師の発言が、私の疑問を氷解した。水落医師の証言によれば、「朝日の肺の片方は完全につぶれていて機能していない、生きていたのが不思議なくらいである。大腸には、いくつもの穿孔があいていた。気になったので、肺と大腸の組織を一部もらって帰り、同僚の医師に検査してもらった。検査の結果によれば、結核は治癒しており、大腸の穿孔は、ストレスによるものだ云々」。

この水落発言が、私の多年にわたる疑問を氷解させた。結核そのものは治癒していたのであるが、朝日を取り巻くさまざまな状況、その中心には、朝日訴訟そのものの帰趨についての心労があるであろうし、運動を運動として進めていく際の、さまざまなトラブルをどう裁いていくかについても、朝日は絶えず心を配っていたであろうし、療養所内の人間関係とても、朝日のストレスとならなかったとはいえないのである。それと基礎的な体力の低下、栄養状態の劣悪さが、朝日のいのちを奪い去ったのである、と。

こうした朝日への個人的な同情や支援の気持ちは、朝日訴訟を推し進めた力であることはいうまでもない。同じファイルに「いくども書いたように3月後半から4月がカンパが激減」とある。朝日死亡直後にカンパが激減しているのだ。

朝日自身、朝日訴訟は朝日茂一個の問題ではない、国民の生活レベルの問題であるとして、プラス・スパイラル思考や、統一戦線実践や、浅沼判決（予算策定の原則）まで打ち出すことに成功した。私たちがそこから受け継ぐべき教訓は、その3点に集約されるだろうが、それを中心として戦った朝日本人、それを取り巻く多くの人々の献身的努力を、私たちは、片時も忘れてはならないだろう。

今回の報告を通じて、私はそのことを改めて痛感した。

なお、朝日資料をどのように活用しているのかについて追加しておきたい。まず第一に特筆すべき「事件」は、津山の作州民芸館の一角に朝日訴訟関係の常設コーナーを設けていただいたことであ



る（写真）。朝日訴訟関係の遺品には寄せ書きやはちまき、ゼッケンなどが多数残されており、当時の運動の盛り上がりや今に伝えている。これを出るだけ大勢の人の目に触れさせたいというのが私たちの願いであった。館長をなさっている葛原先生のご厚意で、わたしたちのこの願いは一部分かなえられた。

さらに私たちは、朝日訴訟発祥の地であり、現地対策本部が置かれた岡山国立結核療養所（現在は岡山県南医療センターと名称変更）の所在地である岡山早島町の市民会館と、朝日さんの出生の地である津山市役所に常設のコーナーが得られたらと考え交渉した。結論から言えば、双方とも常設のコーナーをもうけることは出来ないが、秋の「人権週間」などの場合に利用することは可能ということであった。そこで私たちは、早速去年の秋、どちらにも朝日訴訟コーナーを設置した。

こうした展示品が、かつて岡山の地から発して、国民的な大運動にまで発展した朝日訴訟の精神が、そしてその運動の力強い息吹が、時とところを越えて、現在の若者たちの魂を揺さぶるようなものとなってくれることを私たちはひたすら祈っている。

（いわま かずお、NPO 法人朝日訴訟の会理事長）

【事務局より】朝日訴訟関連資料の整理・データベース化に際し、研究所は研究委託費として「朝日訴訟の会」に合計100万円をお渡ししました。資料整理の完成にともない、2月10日の総会で岩間一雄理事長がご報告された概要を掲載させていただきます。

全日本民医連『無差別・平等の医療をめざして』（上・下巻）

(株)保健医療研究所、2012年、334ページ（上巻）、518ページ（下巻）

角瀬 保雄

上・下2巻からなる本書は、全日本民医連の歴史編纂委員会の手になる全日本民医連の通史である。民医連の設立は1953年なので、2003年には50周年を迎え、2013年には「60周年」を迎えている。本書が一般の医学関係書と異なるのは、民医連運動の発展が、社会保障運動史と、医療経営論とによって、マクロ、ミクロの両面から描かれていることである。歴史書には読む楽しみにあふれたものが多いが、本書は苦渋にみちた出来事や実践例にも満ちており、それだけに過去の経験から学ぼうという意欲をもった者には、またとない学習書になっている。

私の本書に対する書評は、民医連運動の実践を要約、再現するというよりも、民医連運動の到達点を踏まえて、評者の学問的、理論的立場から批判的なコメントを加えることになろう。それによって、新しい議論が進展し、運動の水準が高まれば幸いである。

私が民医連院所と一人の患者、「友の会」会員以上の関係をもつようになったのは、今から10年前の、2002年の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」（非営利・協同総研）の発足を契機としている。当時、全労連は労働運動の強化を図るため労働運動総合研究所（労働総研）を立ち上げており、私は常任理事としてその一端を担う仕事をしてきた。次いで民医連が進めていた「非営利・協同」の運動のために力を傾注することになった。

当時は世界的にも新しい時代への模索が図られつつあった時で、資本主義国の労働運動や「非営利・協同」の運動においても同様の状況にあった。21世紀の新しい時代を目前にして新しい「非営利・協同」の組織論と運動論が期待されていた。私



もその一端に加わり、それなりの探求を試みていた。運動面では新たに設立された「非営利・協同総研」に参加することとなった。国連は2012年を国際協同組合年と定め、国内では農協、生協、医療生協、信金などが「協同」を大々的に打ち上げていた。しかし、それらと民医連運動がうまく連携するものではなかった。

いま、本書の構成をみると、以下のようになっている。

- 第1編・戦前の社会と無産者医療運動
- 第2編・民主診療所と草創期の民医連
- 第3編・着実な前進と飛躍の時代
- 第4編・逆風に抗して組織強化を進めた時代
- 第5編・民医連運動の今日と新たな前進をめざして

第1編では民医連の前史が語られている。1930年の大崎無産者診療所創立をもって今日の民医連

運動の先駆としている。その後、民主的な診療所は全国各地に広がっていったが、時の支配権力の弾圧によって1941年の新潟の五泉、葛塚の無産者診療所の閉鎖によって前史を閉じた。

第2編では、1946年の東京自由病院（小豆沢病院の前身）の発足を嚆矢とする、戦後の民主診療所運動の草創期が語られる。新憲法下、戦前の無産者診療所とは根本的に異なる条件下で活動が開始される。1953年には全国の民主医療機関の連合体が民医連として結成される。初期には政治主義への偏向もみられるが、それも反省され、1958年の第6回民医連総会で初めて、「無差別・平等の医療」ということが民医連の方針として書かれることになった。1961年の臨時総会において新しい綱領の決定をみ、医療活動を中心とする地道な努力がはられることになった。しかし、「この2項目だけでは『民医連とは何か』というもっとも肝心なことが明らかにされていない。」（上巻120ページ）との批判もあった。組織の運営もガラス張りになっておらず、一部指導部の専断的運営が続いたりしたといわれる。

それに対して、医療生協は、地域の人びと自身が出資者であり、大衆的な出資を運動化できるメリットは大きかったという。しかし、総会では異論が相継ぎ、協同組合形態がもっとも適合しているとは、確認されなかったという（上巻129～130ページ）。

こうした民主診療所と医療生協との関係をめぐる初期の議論は今日まで続いているといえる。東北大学名誉教授の日野秀逸氏は「法人形態を問わず、医療利用者と医療専門家の複合型協同組合運動が民医連運動」（下332ページ）としている。私も同様に考えているが、協同組合概念の下で両者を統一的に理解するよりも、より広い「非営利・協同」概念のもとで様々な法人形態を統一的に認識したいと思っている。民主診療所の医療法人も生協法人も資本主義の企業形態の一変種であることには変わりなく、大きくは営利法人、非営利法人とも、資本主義の下で生まれた企業形態であるといえる。株式会社の協同組合化があれば、協同組合の株式会社化もある。「非営利・協同」論は非営利組織と協同組合組織とを一体として、統一的に認識することができるのである。

戦前の無産者診療所時代はその内容、名称ともに単純であったが、戦後の民医連では院所の名称は様々で、それだけ多様化し、発展しているものといえる。私は『企業とは何か—企業統治と企業の社会的責任を考える—』という著書を書いているので、その視点から医療機関についても考えてみた。いま必要なのは医療法人や生協法人だけでなく、社会福祉法人など様々な法人形態を活用することである。NPO法人ばかりでなく、非営利株式会社法人などの活用も必要になっている。

欧米諸国の非営利医療機関は公的組織が多いが、日本の非営利医療機関は民間組織が多い。いまこうした視点からその所有・経営についてみると、まず病院施設を整えるためには工場と同じく外部からの資金の調達を必要とする。民医連には旧来の所有の枠組みを超える、350万を超す「共同組織」が存在しているという。この力をどう発揮させるか、活用するかという問題がある。ところで「共同組織」は医療法人の「友の会」会員と医療生協の組合員の両者から構成されている。医療生協の組合員は出資の責任を負い、社員になる。それに対して医療法人の「友の会」会員の場合には、限定された社員が出資持ち分を所有していることになる。医療生協の組合員は膨大な数になるが、その全員が意思決定に参加することは事実上できない。そこで班から選ばれる代表が総代となり、理事となることによって、意思決定がなされることになる。

民医連の「共同組織」は過去には色々な呼称で呼ばれてきたが、今日では病院の「友の会」として様々な社会運動にも参加する運動単位となっている。東日本大震災のような災害の救援・復興や、原発ゼロをめざす運動、消費税増税反対の宣伝などで、医療、福祉、社会保障の充実を目指す運動の単位となることを目指している。

資金面での支援としては、まず寄付がある。しかし、資金面から病院に力を貸すことには限界がある。寄付金は誰でも応募できるもので、その資金は医療介護の内容の充実に活用される。その他に、地域協同基金（無利息・無期限）や特定協力借入金という名目の資金援助支援で、これは「友の会」会員（家族）と職員（家族）のみが応募できるものである。

医療生協の場合には、こうした応援団はない。組合員一人一人が社員で、病院の出資者として所有者になる。この組合員一人一人を「共同組織」のメンバーに数えているようであるが、組合員が形式化している。

民医連規約によれば、民医連は「県連」（および直接加盟医療機関）によって構成されるとなっている。民医連に特有のところで、他にはあまり例をみない。後は総会（決定機関）、評議員会（決定機関）、理事会（執行機関）、四役会議（執行機関）をもっているところは一般の組織体と変わらない。医療生協では組合員を「基盤となる組織」と呼ぶが、所有者組織として位置づけられている。同じく民医連に属しているので、どうにかなればと思わないでもない。

民医連では法人と事業所、施設にあたる院所の機能が分化している。1966年時点の民医連の法人構成は、生協26.4%、公益法人4.6%、医療法人22.2%、人格なき社団22.2%、個人13.2%、その他1.4%となっているという。全国都道府県にある施設の数はいくつかをこえ、約5万人の職員が働いている。さらにその事業には医療生協の組合員と医療法人の「友の会」会員を合計すると約350万人のメンバーが参加していることになるという。

医療生協が利用している生協法人も医療法人が利用している社団法人もともに同質の法制度なので、どちらがより優位にあるということにはならない。生協法人の問題点は購買生協にみられるように、大規模化すればするほど民主的運営が空洞化していく。他方、医療法人も「友の会」型組織をとっているが、名目化しがちであるという点では生協法人と変わりがないといってよい。

民医連はこうした構成の下で、①医療社会化の発展・強化、②医療「経営」の管理と会計の民主的な発展・強化、③社会保障運動の発展・強化のために活動しており、その発展は目覚ましいものがある。

しかし、その反面、大規模化による激動の時代を経験してきた。

1983年4月・山梨勤医協の投機と倒産

1983年9月・東葛病院の倒産と再建

1985年2月・北九州健和会の不渡り手形

1997～98年・大阪同仁会の経営危機・「前倒産」

2002年4月・川崎医療生協の器官チューブ
抜去事件

2002年9月・京都民医連中央病院の虚偽報告不正請求事件

こうして1980年代から90年代、21世紀にかけて民医連の屋台骨を揺るがすような企業経営上の諸問題と医療事件が次々と起こったが、適切な対応によって乗り切ることに成功した。民医連院所は地域住民の要求と運動によって生まれたものであり、地域住民との結びつき、すなわち大衆による所有と運営こそが民医連の本質であるといわれる（下60ページ）。その土台のところが緩んだ結果といえる。詳しくは本書に具体的に述べられている。

私が民医連と関係するようになったのは2002年前後で、民医連内部での議論と並行していた。非営利の戦線を構築しようとしていたのである。

私はヨーロッパ諸国で広まっている「非営利・協同」の経済、「社会的経済」のなかに日本の民主的医療機関を位置づけている。主要な資本主義国の一つとしてのわが国における「非営利・協同」の経済が占めている位置、比重については、英、米、独、仏など他の主要な資本主義国の医療機関と比べても決して劣るものではないことは確かである。同時に「非営利・協同」の医療機関を資本主義の営利企業化しようとする圧力も日々強まってきているのは現実である。それは規制緩和、市場主義の流れとなって保健・医療・福祉の分野に押し寄せてきている。本書上下二巻はこうした医療の営利主義化に抗する貴重な文献となっていることは確かである。

民医連が激動の時代を乗り切った経験は他の分野ではみられない貴重なものといえる。

（かくらい やすお、法政大学名誉教授・研究所顧問・名誉理事長）

国民の安全・安心を取り戻すために必要なことを探求

角瀬保雄 監修 非営利・協同総合研究所「いのちとくらし」編



医療と地域社会の ゆくえん

震災後の国で



震災と原発事故が示したのは、人の命にかかわる問題を「効率」や「経済成長」の論理に立ち上げないがしろにしてきた政治・社会の歪みでもあった。その痛切な教訓を記録するとともに、新たな焦点とならているPPP、医療をめぐる「成長戦略」、社会保障制度改革推進法などの問題点を解明、非営利・協同という可能性を探る。

4月26日発売

(目次)

- 第1章 被災地・宮城県からの報告
- 第2章 福島第一原発事故の構図
- 第3章 先端医療と日常医療の関係
——IT、バイオの問題にふれて
- 第4章 社会保障制度改革推進法と今後の医療、介護、年金
- 第5章 DPOと国民皆保険制度
- 第6章 医療における非営利・協同組織の役割と課題

四六判上製 定価2100円(税別)
ISBN 978-4-706-05680-9

医療政策・研究史（1）

科学史への関心

野村 拓

●お茶の水界限

時は1950年、まだ、ニコライ堂が高層建築でかくされなかったころの話である。お茶の水駅西口（西口と言ったかどうかは知らないが）から駿河台下に下って行く最初の辻の右側に政経ビル（今は明大の大学院？）があった

1階は民主書店で、2階に民主主義科学者会議（民科）が入り、3階には「ジャーナリスト連盟」（ジ連）が入っていた。2Fからは、資本論講座でもやっているらしく、「いいかい、わかったかい？」という大声が廊下までひびいてくるので、そこは素通りして、3Fの「ジ連」には、しばしば出入りした。朝日の畑中政春、フリーの淡徳三郎などジャーナリストや評論家の軽妙な話の方に心ひかれたからである。

しかし、間もなく、新聞・報道関係の根こそぎのレッド・バージで、「ジ連」は解散。その後は錦町河岸まで下りて、中央气象台で開かれている日本科学史学会の月例会をひやかすことにした。

气象台には湯浅光朝、根本順吉の両御所がおり、学会事務局は大岡山の東京工大で、田中実、山崎俊雄の両氏が担当されていた。

巷では、朝鮮戦争（1950-1953）がらみで、サイレンを鳴らすパトカーの先導で米軍戦車を積んだトレーラーが街路を疾走したりしていた。阿佐ヶ谷で電車を降りると、「前衛」を持っていたというだけで職務尋問を受けたという女子高校生が抗議の街頭演説をやっていた。そんな時代であった。

そんな時代に、正面から体当たりする勇氣はなかったもので、お茶の水周辺のヒヤカシ・ポイントに沈潜した。そして、その「沈潜」は「なんとなく科学史」という方向を取った。

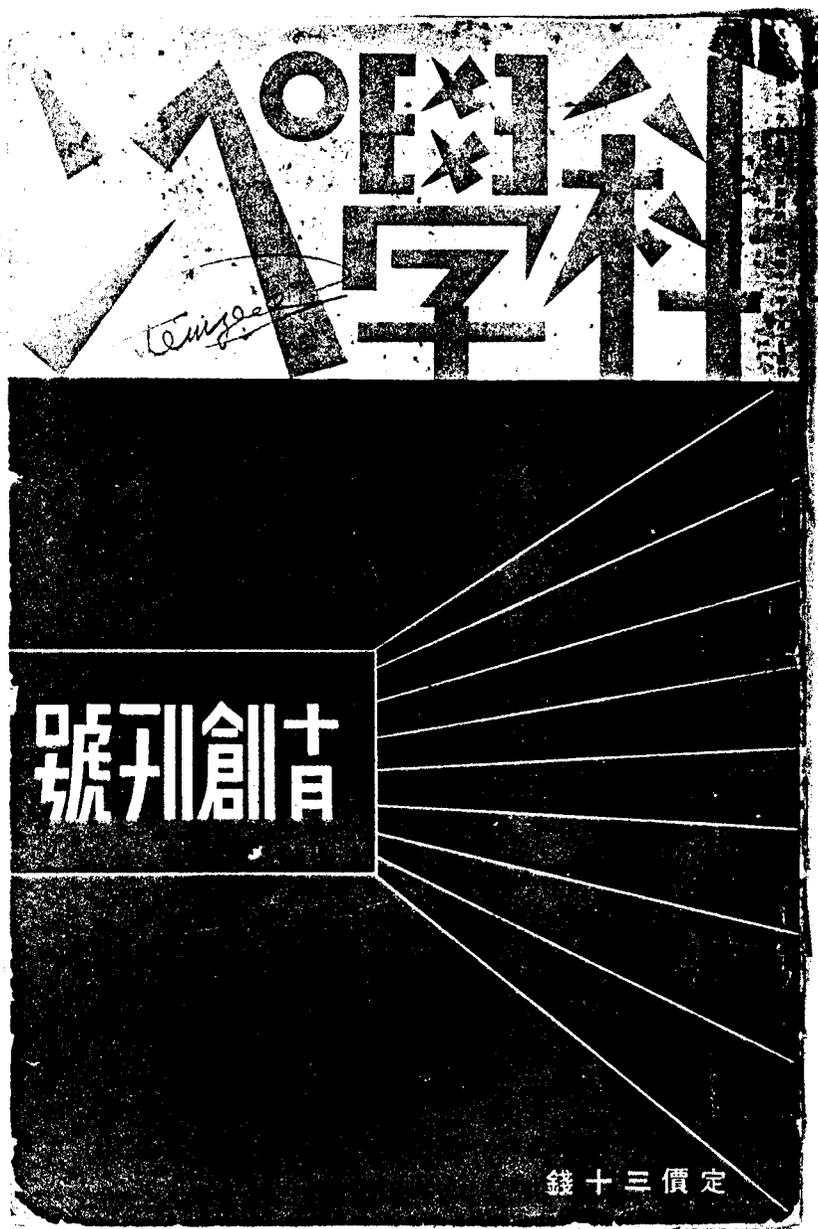
戦前・戦中の小・中学生時代に、アルス社発行の『科学図鑑』というシリーズを買ってもらったが、その中に『科学文明史』という一巻があった。印象に残っているのは、チャールズ・ダーウインの書斎の写真と瀟洒な洋館を背景にして庭に立つダーウインの絵であった。こんな書斎があればいいな、などと思いながら、わけもわからずに頁を繰ったものである。

●「科学ペン」という雑誌

私が『科学文明史』の頁を繰っていたころ、「科学ペン」という雑誌が創刊されていた（1936年10月）。私に言わせれば、「戦前・戦中期における三大知的遺産」のひとつに数えられる出版物である。あとの2つは明治末期から大正期にかけて富士川游編集で出された『人性』と大正後期から昭和期にかけて出された大原社研の『社会衛生年鑑』である。

「科学ペン」は短い寿命であったが、困難な状況下で開花した日本の知性である。当初、医師式場隆三郎が医学に軸足を置いた総合雑誌「メヂカル・ペン」として創刊を意図したが、先輩医師、入沢達吉の意見を容れて、間口を広げて「科学ペン」という誌名で創刊されたわけである。

その会員名簿を見れば、驚嘆すべき間口の広さが見える。医学領域にかぎっても元陸軍軍医総監、飯島茂をスペクトルの端とすれば他方の端には安田徳太郎、宮本忍という幅のひろさである。もちろん、筆達者の医官、高野六郎は一枚かんでいる。また、弾圧されつつあった唯物論研究会からの流れとみられるメンバーも少なからず見られるので、科学論、技術論、科学史、医学史分野はまことに人材豊富である。元陸軍軍医総監だからと言って、



〈図1〉「科学ペン」創刊号（1936.10.）

軍事医学を論ずるのではなく、「ドイツにおける森鷗外先生」という医学史の問題をとりあげているわけである。

すでにこの時期は「社会科学禁制」の時代に入っているのだから、科学史（自然科学史）は「自然科学の社会科学（歴史学）」として、屈折した社会科学的表現の場という意味も持たされた。三木清は巻頭論文を書いているし、宮本百合子も中条百合子で1回、宮本百合子で1回、計2回登場しており、「キュリー夫人伝」とホグベンの「百万人の数学」を取り上げているから、これも「科学史バージョン」といえなくもない。

「科学ペン」にはG.サートンもH. E. シゲリストも登場する、すごい雑誌である。そして、会員名簿には前記、湯浅光朝の名も見られる。

●『発明発見図説』（1954）

本の著者として知っている人の実物を見るのも、科学史学会例会の楽しみであった。「あれが武谷三男かいな」といった調子で。もちろん、ヒヤカシだけでは飯が食えないので、出版社でアルバイトをした。アルバイト先の出版社では、女優、手塚理美の母、手塚政江と一緒にだったが、そのころ、彼女は明大生であった。後年、テレビドラマ『ふぞろいのリングたち』で手塚理美を見たとき、「あっ」と思った。似ているし、名前は手塚だし…

この時期に手塚政江からもらったはがきと一緒に出来たのが岩崎書店のはがきを使った相川春喜さんの速達原稿督促状であり、これが2通あるから、力量不足の分担執筆者であったことを証明しているが、これは相川春喜・田中実・山崎俊雄編『発明発見図説』（1954、岩崎書店）の「生物・医学編」の原稿である。どうやら、「ヒヤカシポイント」としての科学史学会が「仕事ポイント」に変わりつつあったようである。

そのころ、科学史学会で1回だけ報告した。ダーウィンの進化論のベースとしてのイギリス農業技術史、品種改良史というような中身である。当時、勉強したホグベンの『市民の科学』は誤訳だらけのひどい本であった。Turnip（かぶ）をチューリップ（Tulip）と訳しているのだから、「ノーフォーク輪作」には、チューリップが使われたことに

なっている。これでは「ウォータールーの戦いはイングランドのかぶら畑の上（農業力）で勝った」という警句は、イングランドのチューリップ畑がナポレオンを負かしたことになる。

いま、当時のノートを読み返してみると、例えば、エリザベス女王を「救貧法」「奴隷売買」「イギリス印度艦隊の壊血病」という文脈からだけでなく、「薬草園」「植物園」という文脈からとらえることも必要であることがわかる。

科学史学会での報告のときには、かぶりつきに座った湯浅光朝さんから、繰り返し質問を受けた。そのころ、湯浅さんが中央公論社の科学雑誌「自然」に連載していた「科学文化史年表」が話題になっていた。

その雑誌「自然」の書評欄で『発明発見図説』が紹介され、分担執筆者として「野村拓」の名が記されたことはうれしかった。かくして、私にとってのお茶の水界限は「ヒヤカシ・ポイント」から、次第に「お仕事・ポイント」に変わっていくことになる。その後、1961年に阪大で「医学史研究会」がスタートし、1963年からその関東地方会の例会が東京医歯大で開催されるようになって、出没の頻度は増した。

1972年ごろには、川上武さんに呼び出されて、お茶の水の喫茶店で雑誌『医療と人間』の創刊計画を聞かされたりした。これについては、後にふれる機会があると思われるが、ここで言っておきたいことは、川上さんの「医療の総合雑誌」への強い意欲である。36年前に「メヂカルペン」から「科学ペン」へという経過をへて医学主導の総合科学雑誌が生まれたが、ほぼ1世代を経て、困難な医療の総合雑誌へのチャレンジがなされたことである。

「科学ペン」と「医療と人間」との時代を隔てての総合雑誌としての共通性を指摘して、話を1960年代にもどすことにする。

●日本科学史学会・医学分科会（1960）

中央气象台時代の湯浅光朝さんはしばしばこんな話をした。「私が大学を卒業したころは、映画『大学はでたけれど』の時代で、ろくなクチがなかったのだから、气象台に来た」と。しかし、その後、

日本科学史学会 1960年 総会・第7回年会プログラム

第3日

医学分科会(緒方洪庵生誕150年記念)

共催 日本科学史学会

とき：昭和35年5月5日(木)(10.00~17.00)

ところ：大阪大学医学部

大阪市北区常安町33 電話 大阪④ 5531

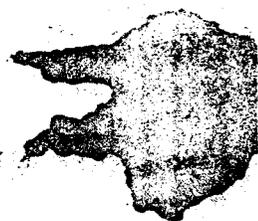
大阪駅前よりバス ④大阪港行 ⑥辰巳橋

行乗車 たみの橋下車(5分)大阪駅

より約1.7km

なお当日は緒方洪庵の「適塾」(文部省史蹟指定)

見学希望者のために阪大からバスが出ます



開会の辞(6040k).....丸山 博(阪大医)

衛生学史方法論序説-衛生学の社会科学的構造について(6041k).....中川 米造(阪大医)

医学史研究における基礎的命題について-R.H. シュライオック

「近代医学発達史」をめぐって(6042k).....阪大衛生学教室医学史グループ

近代日本医学史試論一年表を中心に- (6043k).....川上 武

医学の隣接科学における歴史的諸問題(I)

生物学史から(6044k).....佐藤 七郎(東大理)

医学の隣接科学における歴史的諸問題(II)

農学史から(6045k).....筑波 常治(法政教)

総括討議(6046).....司会 丸山 博

閉会の辞.....中野 操

〈図2〉日本科学史学会・医学分科会プログラム

『科学文化史年表』などの業績が認められて神戸大の教授になられたわけである。

当然のことながら、『科学文化史年表』がテキストに使われ、「そこにアンダーラインを引いて」という講義をされたので、神戸の古本屋にはアンダーラインつきの『科学文化史年表』が出回ったという伝説がある。その湯浅さんのところで1960年、第7回日本科学史学会が開催されることになり、なんの因果か、同じころ、私は不安定就労に終止符を打って、阪大に拾われることになった。

1960年3月16日付で阪大医学部助手に採用されたころ、「歴史」と「統計」を主テーマに掲げる丸山博教授は、医学史団体の創設を考えておられた。また「歴史」と「統計」とを合体させたような社会統計史にも関心が深く、奇しくも3月16日付の松川七郎先生から丸山教授あての書簡が存在する。松川先生は『ウィリアム・ベティ 上下2巻』を岩波書店から出されたところである。

医学史研究についての丸山教授のねらいは、まず1960年5月3、4日、神戸大で湯浅光朝さんを実質的主催者として開かれる日本科学史学会第7回年会の第3日として「医学分科会」を加えようという工作であった。丸山教授は日本科学史学会への工作、日本医史学会への参加呼びかけを行いながら、教室員にたいしては当日、なにか発表するように命じた。そんなむちゃな、と言ってもはじまらないので、そのころ大城功先生の訳で出されたシュライオクの『近代医学発達史』をみんなで研究して、その結果を報告しようということになった。そして、医学概論講師としてすでに豊富なレパトリーを持つ中川米造氏が1題、それから医学の隣接領域から、という苦しい因縁をつけて生物学から佐藤七郎氏、農学から筑波常治氏を引っ張り出し、〈図1〉のようなプログラムができあがった。

Shryockの勉強会には、記者の大城功先生（当時、大阪市大文学部教授）にもお越しを願って翻訳上の苦心談などうかがった。また、Shryockと親交のあった渡辺正男先生（当時、東京女子大教授）からはShryockの著書を風呂敷いっぱい貸していただいたが、当時在籍した、さして有能とも思えぬ「腰掛け研究者」に持ち去られたままであ

る。その中の一冊、「看護史」については、私が翻訳しかけたノートがあるが。原典は行方不明である。

この年、春の年会に続いて、秋には、京大人文科学研究所で、「日本科学史学会関西支部大会」が開かれ、なんとなく素人っぽい医学史研究者がものおせずに大挙出演した。

議長席ではルバシユカを着た吉田光邦と山田慶児が「玄人でござい」という顔つきで、ニヤニヤしながら報告を聞いていた。

このとき、私は「比較衛生史・試論」を報告したが、これはシュライオクに不足しがちな社会経済史的視点を導入した上で、近代ヨーロッパの保健医療をとらえなおそうと意図したものである。

しかし、そのような研究意図を吹き飛ばすような勢いで、丸山教授は、このときの懇親会の席上で、オフサイド気味に「医学史研究会」の設立と雑誌「医学史研究」の創刊を宣言されたので、俄然、いそがしくなった。

●ガリ版の「医学史通信」

会の設立と機関誌発行準備のためにガリ版の「医学史通信」が発行された。「発行された」などと他人事のようにいったが、作文もガリ切りも私の仕事である。教務のガリ版を借りて刷っていると、オバサンから

「それ、講義の教材ですか」

などとされた。ムニヤムニヤと答えながら、No.1は11.15.の発行日付になっているから、11月13日の関西支部大会の3日後ということになる。「通信」は1961年5月の『医学史研究』創刊までに4回か5回発行されたと思う。

当時、日本医史学会は日本医学会の第1分科会として活動しており、定期的に総会が持たれていた。

日本医史学会が存在するにもかかわらず、新たに医学史研究会をスタートさせる大義名分については、丸山教授、中川講師の苦心のマニフェストがある。結局、医史学会とはおのずからちがわなければならないことを主張しながら、関西在住の医史学者をたよりにするというはなはだ勝手なスタンスで出発することになるのだが、三木栄、中

医学史通信

No. 6
1961. 6. 1
大阪大学医学部衛生学教室内
医学史研究会

その
★
14
の
印
決

医学史通信

1961. 1. 25 (毎月1回25日発行)
No. 4
(1部10円)
発行所 大阪市北区常安町33
大阪大学医学部衛生学教室内
医学史研究会

の使命

医学史通信

「医学史研究」創刊に際して
人間にと

1960. 12. 1.
No. 2
阪大 衛生学教室内
医学史研究会準備会

医学史通信

1960. 11. 15
No. 1
医学史研究会・準備会

「医学史研究」発刊について

「医学史研究」を一種の同人組織で発行しようと思います。ここで同人組織を提案するのは、最低限の経営的安定と、どこからもヒモのつかない自由さを確保するためであり、決して風通しの悪い排他的なグループをつくりあげるわけではありません。

その内容については、同人各位が決めることであり、従って今のところ白紙に近い状態です。しかし、少くとも新しい雑誌を出す以上は、従来の文人趣味的な医学史から脱却したものでなければならず、また医学を厂的に研究する以上は、当然「社会医学」への志向が意識される筈です。このような了解の上に立って、自由奔放な雑誌をつくりたいと思います。

雑誌の内容・運営等について、ともしし即思見をお寄せ下さるようお願いいたします。

〈図3〉ガリ版の「医学史通信」

野操、阿知波五郎などの諸大家は「大人」の目で、若手の盲蛇におじずの研究を見守ってくれた。

見守るだけではなく、当初、同人雑誌レベルのもの考えていたのを、広告面でのサポートなどを通じて立派な雑誌にしたてあげてくれたのは宗田一氏であった。

また、森鷗外の研究者でもある医学書院の長谷

川泉氏も本の広告などによる協力をしてくれた。

ご好意を謝しつつ、当時の時代状況をしるために、「医学史研究会」のプログラムに出された広告を再掲することにする。

(のむら たく、北九州医療・福祉総合研究所所長)

Schmidt: **Medical Discoveries Who and When** 1959 5,900

A dictionary listing thousands of medical and related scientific discoveries in an alphabetical order, giving in each case the name of the discoverer, his profession, nationality, and floruit, and the date of the discovery. 555 pages

Cope: **Sidelights on the History of Medicine** 1957 2,700

246 pages with 18 figures

A selection of papers which had been presented to the Section of the History of Medicine, The Royal Society of Medicine during the past 40 years.

004011

東京・文京・本郷 医学書院
Tel 921-1101・振替東京 96693

医学史概説

横浜医大講師 石原 明

A 5判 360頁
155図 ¥1,300

序説 医学とは何か・医学史の研究手法・医学発展の段階
科学前の医学 原始医術の形成・経験医術の集積（バビロニア・エジプト・東洋・ギリシャ等）・記述医学への移行（粘土板・パピルス・黄帝内経・ヒポクラテス学派等）
解剖学としての古代医学・古代医学の黄金時代（東洋医学の成立）
宗教支配下の医学・暗黒時代の欧州医学（教条事業・東方医学の流入・宗教医学の改革）東洋医学の宗教的影響（仏教の医学観・回、唐、宋、金、元の医学・道教とキリスト教の影響）

自然科学としての医学の確立 医学のルネッサンス（解剖学の確立・臨床医学の革命）・計数的概念の導入（血液循環の発見・極微の世界の探究）・産業革命時代の医学（生化学と病理学・ロマン主義・人道主義の影響等）
日本における実証的医学の黎明 近世初期の日本医学・臨床医学の趨勢
近代医学の機相 専門が分化の傾向・わが国の近代医学・現代医学の動向

東京・文京・本郷 医学書院

〈図4〉医学史研究会のプログラムに出された広告

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

●第41号（2013年2月）—貧困問題と生活保護制度の再検討

- 巻頭エッセイ「連帯経済への道」津田直則
 - 貧困問題と生活保護制度の再検討「はじめに～本特集の趣旨」吉永純
 - 「あるべき生活保護基準とその重要性～社会保障審議会生活保護基準部会の検討枠組みについて」布川日佐史
 - 「生活支援戦略（新たな生活支援体系）を読み解く」岡部卓
 - 「生活保護基準額の引き下げによって影響・被害を受ける制度概要」吉永純
 - 「社会保障制度の構築こそ、ディーセントワークへの道」都留民子
 - 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ・第8回研究会報告「石川県内の公立病院—奥能登4病院を中心に—」武田公子
 - 社会福祉と医療政策・100話（95—100話）「20 医療・福祉職の世界史」（最終話）野村拓
 - 本の紹介・中川雄一郎・杉本貴志編、全労済協会監修『協同組合を学ぶ』黒子和彦、中島崇博
-

●第40号（2012年10月）—自治体病院再編動向

- 巻頭エッセイ「生存権と健康権」野田浩夫
 - 2012年度定期総会記念講演「福島原発以降の生命科学—私のミミズ研究」中村方子
 - 座談会「新自由主義政治の現段階といのちを守る社会運動の課題」渡辺治、長瀬文雄、（司会）河添誠
 - 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ・第7回研究会報告
 - （1）「自治体病院の再編等をめぐる最近の動向について」山本裕
 - （2）「千葉県自治体病院の2009VS2010経営実績比較」八田英之
 - 「フライブルク市の医療福祉サービスの非営利・協同事業組織」石塚秀雄
 - 書評 二本立著『TPPと医療の産業化』角瀬保雄
 - 社会福祉と医療政策・100話（91—95話）「19 百話方式」野村拓
-

●第39号（2012年8月）—TPPと共済・医療。福島と非営利・協同

- 巻頭エッセイ「『日本社会と社会科学』のゆくえ」内山哲朗
 - 「TPPと共済事業」相馬健次
 - 「TPPと医療イノベーション政策」石塚秀雄
 - 「東日本大震災後の非営利・協同組織の課題」富沢賢治
 - 「福島の農協・漁協と原発事故の影響と現状、地域社会への影響」高瀬雅男
 - 「福島第一原発事故から一年？明らかになったことと今後の課題」伊東達也
 - 座談会「非正規労働の拡大と労働契約法改正などをどうみるか」木下武男、伍賀一道、後藤道夫、河添誠
 - 「朝日訴訟と生存権」岩間一雄
 - 「ギリシャの医療制度と社会的経済」石塚秀雄
 - 社会福祉と医療政策・100話（86—90話）「18 喪失と閉塞の時代」野村拓
-

●第38号（2012年3月）—日本社会の変容と非営利・協同セクター、公益と公共の変容

- 巻頭エッセイ「22年前に書いた『東京電力～原発にゆれる電力』と現在」谷江武士
- 「法人制度改革の動向について（公益、一般法人制度を中心に）」根本守
- 「障害者政策の課題からみた2011年障害者基本法改正」鈴木勉
- 座談会「東日本大震災1年後の課題」中川雄一郎、角瀬保雄、坂根利幸、司会：石塚秀雄
- 「TPPと米国の対日医療戦略」高山一夫
- 「ドイツの電力協同組合と地域社会」石塚秀雄
- 「国際協同組合年と日本の社会的経済セクター」杉本貴志

- 社会福祉と医療政策・100話 (81-85話)「17 反社会保障の風」野村拓
 - 書評 ジャン＝ルイ・ラヴィル編、北島健一・鈴木岳・中野佳裕訳『連帯経済—その国際的射程』石塚秀雄
-

●第37号 (2012年1月) —シリーズ東日本大震災公開シンポジウム (第1回)

- 巻頭エッセイ「震災の顔と私たちの明日」藤末衛
 - 「福島原発問題と市民社会のゆくえ—いのちとくらしをどうまもるか—」難波謙二
 - 「福島の汚染周辺地域の生活は今」藍原寛子
 - 「原発以後の日本の市民社会、地域共同体のありかたとは」大高研道
 - 「復興構想会議の復興構想7原則の問題点」石塚秀雄
 - 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ・第6回研究会報告「自治体財政と公立病院」初村尤而
 - 「フランスの医療事故補償制度の最新動向」石塚秀雄
 - 社会福祉と医療政策・100話 (76-80話)「16 売り買い医療」野村拓
 - 書評 小村富美子著『日本の薬剤師—医療社会学の視点から—』廣田憲威
 - 書評 キース・フォークス著、中川雄一郎訳『シチズンシップ—自治・権利・責任・参加』富沢賢治
-

●第36号 (2011年9月) —震災原発と日本のゆくえ

- 巻頭エッセイ「非営利・協同論の探求」坂根利幸
 - インタビュー「色平哲郎医師に聞く『3.11発災と日本のゆくえ』」色平哲郎、インタビュー・石塚秀雄
 - 「被災地宮城からの報告—漁業権は沿岸漁業のかなめ—」庄司捷彦
 - 「『社会保障・税一体改革』の特徴と問題点」相野谷安孝
 - 「日の丸・君が代強制をめぐる一連の最高裁判決をどう読むか」窪田之喜
 - シリーズ「『非営利・協同Q&A』誌上コメント(その4、最終回)」富沢賢治、中川雄一郎、角瀬保雄、坂根利幸、司会：石塚秀雄
 - 2008年度研究助成報告「非営利組織の連携による生活困窮者の『食』の支援に関する基礎的研究報告書」大友康博、大友優子
 - 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ第4回研究会報告「公平・無料・国営を貫く英国の医療改革」武内和久
 - 「ドイツ・高齢者看護師を看護師に統合する制度改革の意味—2005年6月の聞き取り調査から—」高木和美
 - 社会福祉と医療政策・100話 (71-75話)「15 社会階層と健康・医療」野村拓
-

●第35号 (2011年6月) —震災原発問題と人々の協同

- 巻頭エッセイ「地から生えるように」野村拓
 - 緊急座談会「福島第一原発と市民社会」角瀬保雄、中川雄一郎、坂根利幸、高柳新、司会：石塚秀雄
 - 「東日本震災、原発による農民の現状と今後のたたかい」笹渡義夫
 - 「破壊されたのは人生そのものだった—大震災・津波・原発事故の被災地をあるいて—」池上洋通
 - シリーズ「『非営利・協同Q&A』誌上コメント(その3)」秋葉武、大高研道、高山一夫、司会：石塚秀雄
 - 第13回自主共済組織学習会報告「保険業法改正法(2010年法)と共済の課題」相馬健次
 - 「協同組合と政治的中立性原則の問題」石塚秀雄
 - 社会福祉と医療政策・100話 (66-70話)「14 ベトナム戦争前後」野村拓
 - シリーズ医療産業における労働力「④イタリアの医療機関の特徴」石塚秀雄
 - 書評 鈴木勉・田中智子編著『現代障害者福祉論・新版』石塚秀雄
-

●第34号 (2011年3月) —特集：持続可能な社会システムに向けて／地域と医療保健

- 巻頭エッセイ「先進医療技術を享受して」鈴木篤
- 「低炭素社会への課題：緑の経済成長とグローバル化の視点から」植田和弘
- 「新自由主義VS連帯経済」北沢洋子
- シリーズ「『非営利・協同Q&A』誌上コメント」(その2) 杉本貴志、中川雄一郎、八田英之、司会：石塚秀雄
- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ第3回研究会報告「地域医療：自治体病院の再生について考える」山本裕
- 「韓国の非営利・協同医療機関訪問記」角瀬保雄

- 「医療・福祉政策学校（通称、赤目合宿）の歩み」高木和美
 - 「共済法の課題と展望—P T A・青少年教育団体共済法の成立と平成22年保険業法の改正を踏まえて—」松崎良
 - （寄稿）「命平等の国づくりを」小林洋二
 - 社会福祉と医療政策・100話（61-65話）「13 人口・途上国・貧困」野村拓
 - 書評：農林中金総合研究所企画、斉藤由理子・重藤ユカリ著『欧州の協同組合銀行』平石裕一
-

●第33号（2010年12月）—特集：社会的薬局／地域と医療保健—

- 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
 - 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
 - 「欧州における社会的薬局の活動について」廣田憲威
 - 「ヨーロッパの社会的薬局」石塚秀雄
 - 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
 - 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
 - 「シンポジウム 国境を超える患者と病院（2010年8月28日）参加報告」竹野ユキコ
 - 「EUにおける越境医療ルールづくり」事務局
 - 「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
 - 「社会的事業所制度と障害者の労働」斎藤縣三
 - 社会保障と医療政策・100話（56-60話）「12 運動・胎動の時代」野村拓
 - 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
 - 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
 - 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
-

●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PFIの問題点」大川英昭
- 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
- 書評佐藤貴美子『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

「研究所ニュース」バックナンバー

○No.41 (2013. 02. 28発行)

理事長のページ「経済学と倫理(1)」(中川雄一郎)、副理事長のページ「地域医療の再生と中核病院」(八田英之)、副理事長のページ「無料定額診療と『維新』票」(後藤道夫)、「ベネズエラの社会的生産企業」(石塚秀雄)、「『貧困』報道の『貧困化』」(河添誠)、「参加報告 2013年冬期医療・福祉政策学校概要」(竹野ユキコ)

○No.40 (2012. 12. 31発行)

理事長のページ「シチズンシップ再考」(中川雄一郎)、副理事長のページ「非営利組織と消費税」(坂根利幸)、「スペイン・マドリッドの自治体病院の民営化とストライキ」(石塚秀雄)、「宇都宮健児さんとともにたたかった都知事選」(河添誠)、「ドイツ視察概要報告」(竹野ユキコ)、「各国の消費税」(石塚秀雄)

○No.39 (2012. 08. 31発行)

理事長のページ「少子高齢化社会と雇用問題(2)」(中川雄一郎)、副理事長のページ「説明できない事実は無視してよいのか」(八田英之)、「アメリカのオキュパイ運動の与えた意味—そして、日本の現在」(河添誠)、「米国、協同組合による雇用促進法案」(石塚秀雄)

○No.38 (2012. 05. 31発行)

理事長のページ「少子高齢化社会と雇用問題(1)」(中川雄一郎)、副理事長のページ「頭痛にはバツファリン」(高柳新)、理事リレーエッセイ「イルカ放送の向こうに」(吉中丈志)、「水道事業の海外進出と民営化」(石塚秀雄)、会員投稿「水車を回せ」(平石裕一)

○No.37 (2012. 02. 29発行)

理事長のページ「『無言国ニッポン』の深層心理」(中川雄一郎)、副理事長のページ「マネー・ウォーズ」(坂根利幸)、理事リレーエッセイ「『てんでんこ』思考停止病」(八田英之)、理事リレーエッセイ「戦争と格差・差別の実相をつたえる」(柳原晃)、「スウェーデンの保育制度と日本の新システム」(石塚秀雄)

○No.36 (2011. 12. 10発行)

理事長のページ「『失敗の新自由主義』: オバマ政権は真剣に失業と向きあっているか」(中川雄一郎)、副理事長のページ「ゆりかごからゆりかごまで」(高柳新)、「ドイツの電力供給の経済セクター」(石塚秀雄)、本の紹介・京都民医連中央病院大震災災害支援対策本部編『東日本大震災の支援活動の記録—災害支援と地域づくり—暮らしに生きる学問をめざす』、せせらぎ出版、2011年11月(事務局)、井上英夫・後藤道夫・渡辺治編著『新たな福祉国家を展望する(社会保障基本法・社会保障憲章の提言)』旬報社、2011年10月(細田悟)、「第10回全日本民医連学術・運動交流集会、生協総研生協総研賞第8回表彰事業受章式に参加して」(竹野ユキコ)

○No.35 (2011. 09. 20発行)

理事長のページ「デンマークとイギリスを訪ねて」(中川雄一郎)、副理事長のページ「戦争、原発を商いにする世の中は駄目だ」(高柳新)、「アメリカの災害対応ガイド」(石塚秀雄)、参加報告「医療・福祉政策学校 夏季合宿概要」(竹野ユキコ)、会員アンケートまとめ

○No.34 (2011. 5. 20発行)

理事長のページ「原子力発電(原発)のリスク認識とシチズンシップ」(中川雄一郎)、副理事長のページ「3.11事件」(高柳新)、副理事長のページ「東日本震災と『バランス』」(坂根利幸)、理事リレーエッセイ「税と社会保障の一体改革」(相野谷安孝)、「アメリカの電力協同組合」(第3回C I R I E C、社会的経済第3回国際研究会開催される—スペイン、バジャドリッド)「公平・無料・国営を貫く英国の医療改革」(石塚秀雄)

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

【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		

【入会申込 FAX 送付書】

切り取ってお使いください

研究所のFAX番号：

03 (5840) 6568

特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所のちとくらし 入会申込書

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

ふりがな	
団体名称または氏名	

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

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

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

※機関誌等の郵送先、連絡先を記入して下さい

〒番号	—		
住所			
電話番号	()	FAX番号	()
電子メール	@		

※専門・主たる研究テーマまたは研究して欲しいテーマ・要望等を記入して下さい

--

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

【次号43号の予定】 (2013年5月発行予定)

- ・憲法と人権、非正規・貧困対策
- ・貧困拡大の実態と分断をどう越えるか
- ・日本における社会的企業の可能性
- ・ホームレス社会復帰の取り組み
- ・地域シンポ報告、ほか

【編集後記】

今号の特集は介護保険制度を取り上げました。制度の改定によって生じた問題点、とくに「住まい」については、北欧の研究助成報告から多くのことが得られると思えます。また世界の憲法を検討し、協同組合セクター、非営利・協同セクターの社会経済的な地位について論じていただきました。様々な分野で事業内容が非営利・協同である組織が果たせる役割を拡大する上で重要となるのは、市民の参加やシチズンシップとなるのではないのでしょうか。(竹)

【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で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で決定。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（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