

目次

- 巻頭エッセイ：協同の明日に希望を託して……………大八木 秀明 1

【特集】 医療供給の変化と課題

- 座談会「非営利・協同の医療機関を取り巻く状況と経営上の課題」
……………小磯 明、谷口 路代、田中 淑寛、司会：石塚 秀雄 2
- 医薬品産業での新自由主義政策のさらなる進展について…高田 満雄 16
- 国保の都道府県化—国のねらいと市町村担当者の「幻滅」—
……………中村 暁 26

- シリーズ医療政策・研究史（9）国家的医療の解体と市場化
……………野村 拓 31

- フランスの連帯金融の発展—フィナンソルの現状……………石塚 秀雄 42

- 2012年度研究助成概要報告：「社会的包摂を目指す多層支援システムモデルに関する実証的研究」研究成果報告書 ……………川島 ゆり子 52

- 2013年度研究助成概要報告：旧日本軍遺棄毒ガス被害者実態調査および日中共同の医療支援に関する研究—寒川およびチチハル日中合同検診を通して— ……………磯野 理ほか 58

- 会員からの情報提供：

先端医学技術展開に市民がどのようにかかわるのか—東北メディカル・メガバンクの展開に批判的にかかわって— ……………村口 至 68

- ・研究助成報告一覧、報告書、機関誌・ニュースバックナンバーなど
……………15、51、72、75

（表紙写真：前沢淑子）

協同の明日に希望を託して

大八木 秀明

馬車で旅するジプシーの女性詩人パパーシャ（ブロニスワヴァ・ヴァイス）が「おお、なんてすばらしい、生きるのは」と歌うがごとくに、自己と同じように他者も人間として尊重され、相互に自由でありたい。ところが、世界には不平等が蔓延し貧富の差は深刻である。この過酷なまでの格差をどうやって克服しようとしてきたのかと自問するとき、まずこれまでの考えや行動の誤りを自省することが前提となるように思う。

このように考える契機は、これまでの活動経験などから、企業における労働者の自主管理を基本とする民主主義が、事業運営の善し悪しを分岐する試金石だと判断するようになったからである。

これまで、上意下達の中央集権的運営に固執したり、重要な局面で事業組織の防衛を優先したり、現場における自主的な取り組みを軽視してしまうことがあったなどが、自責の念を伴って思い出される。

大事な多くのことを、自分たちの意志で決めて、そのとおりに実践することができずにきたのである。そこで、これまでの労働組合運動と協同組合運動の経験を踏まえながら、自分の頭で考えながら近現代史や経済理論を学び直し、プルドンが最初に提唱し、その後マルクスが推奨した生産協同組合のアソシエーションを振興することが、国民国家や資本主義経済を揚棄するための土台づくりであると考えに至った。今から10年余り前のことである。

その転機となったのは、やはりソ連型社会主義国家群の崩壊であった。また、自身も大阪から東京、そして京都、名古屋へと目まぐるしく移動し

たからである。働き方と住所を絶えず移動し、視点や立場を柔軟に変えることができた。そして、東西冷戦構造の終焉を受けて、株式会社の国有化という決定的な誤謬に、真摯にかつ実践的に向き合うことができた。ただし、この間数多くの面目ない失敗を積み重ねたため、修正するにはかなりの期間がかかりそうである。

したがって理想的には、いわゆる社会民主主義への回帰ではなく、自由の相互性が実現される連合社会をめざすべきである。しかし、代替貨幣や信用銀行を含めての協同組合は、一人一票制などの協同組合原則にみられるように、そもそも利潤追求のための競争には向いていない。何よりも資本を集める力が決定的に弱い。そのためこれまで、消費協同組合や資本が参入しないような小規模生産者の協同組合に限定されてきたのである。そして近未来的には、政府による株式会社の協同組合化への支援を中核とする法制度の確立が不可欠となるだろう。

フランク・パヴロフによる反ファシズムの物語『茶色の朝』（大月書店、2003年）のような国とならないためにも、労働者が主人公となる協同組合企業は、自己責任を伴うだけに「お任せ民主主義」とは対極にあり、独立自尊を貫く気骨さが求められる。そのような取り組みを後押しできるように、社会的起業家や各種協同組合のアソシエーションと労働者による生産協同組合の法制化をめざす、社会派税理士でありたいと願っている。そのため明日に希望を託して活動を続けたい。

（おおやぎ ひであき、会員・税理士）

非営利・協同の医療機関を取り巻く状況と経営上の課題

出席：小磯 明（こいそ あきら、法政大学大学院公共政策研究科講師・『文化連情報』編集長）
谷口 路代（たにぐち みちよ、全日本民主医療機関連合会事務局次長・経営部）
田中 淑寛（たなか としひろ、協働公認会計士共同事務所・公認会計士）
司会：石塚 秀雄（いしづか ひでお、研究所主任研究員）

司会 日本には非営利・協同の医療機関がいろいろとあります。JA厚生連、民医連その他、個別の違いはあれ、病院経営などには共通の課題を抱えているのではないかと思います。一般に国の医療保険制度への批判的な議論も重要ですが、変化する制度のなかで非営利・協同の医療機関が抱える問題については、今まであまり意見交換がないのではないかとということで、今回の座談会を企画させていただきました。

●政府の保険医療制度改革の影響と対応

司会 現段階（4月16日）では、政府の医療政策がどんどんと具体的に出てきました。そのなかで医療機関はどういう対応を迫られているのかといった話からお願いします。それでは小磯先生に、一般論をお願いします。

小磯 昨年6月に「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」（医療介護総合確保推進法）が成立し、一見すると肅々と進んでいるように見えます。私は二つだけ述べます。

一つは、地域医療構想における病床再編です。高齢化等により医療ニーズが増えても病床数の増加を認めない、急性期大病院にヒト、モノ、カネを集中させて入院期間を短くして回転率を上げ、病床数は慢性期を中心に削

減し、「在宅」で対応します。

もう一つは、医療より介護に、「施設」より「居宅」に、の流れです。高齢化の進展で医療より介護に比重が高まります。特養、老健、介護療養の「施設」より、それ以外での「居宅」のケアが重視されています。

地域医療構想は、昨年10月から11月14日までの病床機能報告を受けて、現在作業中です。都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、二次医療圏等ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能の分化と連携を適切に推進するための地域医療のビジョンを策定し、医療計画に新たに盛り込み、更なる機能分化を推進します。そのため国は今年3月に、「地域医療構想策定ガイドライン」を各都道府県知事宛てに通知しました。今後、都道府県は「地域医療構想調整会議」を設置して、構想実現の調整を行います。医療機関の自主的な取り組みが基本とされていますが、地域医療構想実現のために消費税を財源とした基金による補助金の活用や、ペナルティとして、病院名の公表、融資・補助金の制限などありますが、あくまでも自主的な取り組みが基本です。

もう一つの「施設」より「居宅」への流れでいいますと、地域包括ケアシステムの在宅までの流れです。冒頭に述べた法律でも、第一条で、「国民の健康保持及び福祉の増進に係る多様なサービスへの需要が増大していることに鑑み、地域における創意工夫を生かしつつ、地域において効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに地域包括ケアシステムを構築することを通じ、地域における医療及び介護の総合的な確保を促進する



措置を講じ、もって高齢者をはじめとする国民の健康の保持及び福祉の増進を図り、あわせて国民が生きがいを持ち健康で安らかな生活を営むことができる地域社会の形成に資することを目的とする」と述べています。第二条では「地域包括ケアシステム」とは、「地域の実情に応じて、高齢者が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制をいう」と定義しています。

私は、「地域包括ケアシステム」という言い方が妥当かどうかわかりませんが、地域（包括）ケアは、随分前から言われていたし実践もされてきました。有名なのは、公立みつき総合病院で、皆さんご存知のことと思います。いろいろな地域で地域包括ケア的なものはやっていたわけです。

問題は、第二条の定義で述べているような体制が本当につくれるかどうかです。システムを客観的に評価する方法が示されていませんし、厚労省の事例集はありますが、ターゲットとされる大都市で果たしてシステムができるかどうかは、事例集からは判断できません。国は市町村にシステム構築の責任を持たせ、「多様性」と「自助」を強調しますが、丸投げとの厳しい指摘もあります。医療機関によっては在宅医療を視野に入れる必要はありますが、「居宅」における介護事業所との関係を密にすることも必要だと思います。

システムが本当にうまくいくかどうかは未定です。うまくいく地域もあるけれどもうまくいかない地域もある、そんなことを考えています。

司会 それでは谷口さん、民医連のほうはいかがですか。

谷口 今度の医療制度改革に関しては、私たちは次のような視点で見えています。一つは、国民皆保険は消費税で賄う。二つ目は、公費は成長戦略につき込む。三つ目が、医療介護を営利産業化する。このことなしに持続可能な社会保障の構築と安定財源は確保できないと、国民に脅しをかけているのです。まさに、「社会保障版ショック・ドクトリン」と言っていいでしょ。



いずれにしても、社会保障の権利を「自助」、「互助」にすりかえて、医療の営利化が進められているなかで、私たち民医連がどうたたかひ、対応するかということで、この間も議論してきたところです。

急性期の絞り込みと在宅への流れということと言うと、この3月に経済産業省が『「将来の地域医療における保険者と企業のあり方に関する検討会」報告書』というものをしました。これは保険者と企業が連携して、医療提供体制を絞り込んでいくという内容です。

この報告書は2025年のもっと先を見据えて、2040年というスパンで議論されていて、外来は2025年をピークに下がり出すとされています。入院は2040年をピークにほぼ横ばいから若干下がっていく。外来医療需要は、団塊世代が80歳を超えることにより下がっていくという見方をしています。

入院の高度急性期と急性期機能は、もう縮小でいい、ニーズがなくなるといいます。その一方で回復期と慢性期機能のニーズが非常に高まるだろうとなっています。そこを補完する上で在宅のほうにさらに流していく、そういう流れがつくられていて、それでも医療需要が高まる地域については、企業と保険者が一緒になって、保健事業、いわゆる予防をするということになっています。保健事業を集中的に行って健康寿命を長くするという流れで、これをもとに各都道府県で、地域医療構想をつくっていけというのです。

これは今年3月18日の取りまとめです。こうした流れの中で、民医連が中長期を見据えてどのような構想を描くのかということ、改めて考えなければいけません。企業や行政、いわゆる（営利）企業などが新たな連携を創造する一つの形をつくらうとしているのではないかと思います。

ただ、そこに背を向けるのではなくて、参画していくことも含めて考える必要があります。民医連としてはその中で非営利・協同の事業をパワーアップするような役割を果たさなければいけないのではないかと思います。それはなかなか難しいことなのですから。

それから、何よりも民医連の運動の原点は何かということ、この時期に改めて確認しながら、一方でこういう流れを否定するだけではないに、自分たち自身も変わっていかねばいけない。あるいは民医連としても新しい価値を生み出していくことも求められているのではないかと思います。

民医連は全国に事業所がありますので、各県連（県民医連）、地方協議会（地協）、そういう組織の力を総合しながら創造し前進させていくことをもっと模索しなければなりません。その上で、地域の他の医療機関、介護や福祉施設や自治体との連携と働きかけが、同時にセットで必要になっていくのではないとも思っています。

司会 ありがとうございます。田中先生、いかがでしょうか。

田中 大きな保険医療制度改革の流れはそうだと思います。その具体的なあらわれとして、2014年度診療報酬改定で実質マイナス改定の影響があって、私は民医連のことしか詳細は把握していませんけれども、いずれにしても診療報酬の改定に伴って、それにうまく対応していくことが経営的には安定していくという流れになってしまっているのかなと思います。

逆に言うと、診療報酬にきちんと対応できなければ、経営的にはどんどん悪化していく、もっと言えば、切り捨てられていくということです。もちろんポリシーを含め、自分たちがめざす方向性ははっきりしているのだと思いますけれども、現状としてはいかにそれらを維持しつつ、診療報酬の改定にいかに対応していくのか。とれる加算をとっていくのかというところが、経営を維持・発展させていくための課題になってきているのかなと。



その点、政府の保険医療制度改革の枠内で、ある意味ではその枠内でしか経営を維持・発展させていくことがだんだん困難になってきているということだと受けとめています。

2014年度は、その診療報酬改定と消費税の増税ということで、経営は大きく悪化してきています。対応しているところは、何とか前年比を維持してきていますが、そうは言っても、消費税が5%から8%へと上がった分、約1.6倍の負担をまるまる医療経営のところにかぶっていますので、その分だけは明らかに悪化してきているということです。診療報酬改定の影響もありますけれども、将来的には非営利事業にとっては、今の日本における消費税のしくみ、最終消費者、非営利事業にとっては全部消費税の増税分をかぶるところが、医療機関にとっては経営を圧迫させる、もっと言えば経営を破綻させかねないような問題になってきているのです。

非営利事業の医療機関の経営を見る上では、2025年に向けての2年ごとの診療報酬改定、3年ごとの介護報酬改定の対応もありますけれども、そういう消費税の負担が経営的には大きく、この根本を変えない限りは、いくら自助努力と言っても、なかなか経営的には厳しいところはどんどん撤退していかざるを得ない、経営がもたないような状況が生まれてきているのかなと思います。そういうところからも見ないと、なかなか自助努力でできる限界も来ているのかなと思います。

司会 新聞を見たら、OECDが「日本は消費税を15%に」と言ったという話もありました。これから消費税が8%から10%になるのかどうかはわかりませんが、非営利事業組織の税制度では、ご指摘があったように困難の原因になろうかと思えます。

診療報酬制度というのがあるので、非営利・協同の医療機関も、自分たちの事業方針や政策をそれに対応しながら柔軟に変えていかざるを得ないという面があります。イデオロギー的には政府のやっていることに対して真っ向対立することもありますが、現実的にはいかに柔軟に、よりいい方向に持っていくか。この辺のところが一番経営上難しいところかなと私も思います。

●非営利・協同医療機関として の特徴、法人格など

司会 それではテーマが少し飛びますけれども、非営利・協同医療機関の特徴、目的、法人格というようなお話ををお願いします。

谷口さんのお話にもありましたように、医療の営利化、株式会社を導入させる、混合診療をさせるなどいろいろなことが言われており、医療の法人格では最近政府が言っている持ち株会社、非営利ホールディングカンパニー法人構想など、いろいろなものが矢継ぎ早に出てきているわけです。

法人について言うと、厚労省の従来の非営利医療法人の考え方と、今度の政府が言っている株式会社ホールディングとでは、非常に矛盾するところがあります。そういう議論がある中で、民医連という医療機関、厚生連という医療機関、それぞれに特徴があると思います。それではどのあたりが特徴かということ、二つを少し対比して、雑誌の読者にわかりやすくしていただけたらと思います。小磯先生、JA 厚生連の特徴はいかがでしょうか。

小磯 法人格は農協法人です。厚生連の使命は、組合員および地域住民が日々健やかに生活できるように、保健・医療・福祉の事業を通じて支援を行うことにより、地域社会の発展に貢献することです。

厚生連の沿革について言いますと、明治33年に制定された産業組合法のもとで、大正8年11月、窮乏する農村地域の無医地区の解消と低廉な医療供給を目的に鳥根県鹿足郡青原村の信用購買販売生産組合が医療事業を兼営したのが始まりです。その後、この運動は全国に広がります。戦時中は農業会に改組し、昭和23年に農業会が解散、農協法のもとで厚生連が継承し現在に至っています。

JAの医療事業は、農協法第10条第1項第11号に「医療に関する施設」と規定されています。こ



の事業を開設するにあたっては、医療法上、都道府県知事の許可が必要です。昭和26年、「全国厚生農業協同組合連合会の会員である厚生農業協同組合連合会」は、医療法第31条に規定する公的医療機関の開設者として厚生大臣から指定を受け、特に農村地域の医療・保健活動を積極的に推進してきています。

病院をもつ厚生連は21の道県にわたっており、2014年3月31日現在、病院施設111病院を有しています。一方、主に健診活動を行う厚生連は12の都県に設立しています。厚生労働省医療施設動態調査（平成26年3月末概数）から、日本における位置をみると、2014年3月末の病院施設数8,510、病院病床数1,571,698床ですから、病院施設数では1.3%、病床数2.2%となります。しかし厚生連病院は、人口5万人未満の市町村に42.3%が立地し、農村地域の医療の確保に貢献しています。たとえば、同じ公的病院の日赤、済生会と比べると、日赤17.4%、済生会8.9%ですから、いかに農村地域に立地しているかわかると思います。また、厚生連病院には、へき地巡回診療車、生活習慣病検診車等が配置されており、健診センターを併設するなど地域保健活動に積極的な取り組みをしているのが、他の公的病院にみられない特色です。

病院機能でみますと、111病院中、65%の73病院がDPC病院です。うち、6病院がⅡ群で、67病院がⅢ群です。農村地域であっても、高度急性期と急性期医療を提供している病院が多いことがわかると思います。

司会 どちらかという厚生連は農村地域型で、民医連は都市型ということになるのでしょうか。

谷口 そうですね。民医連は、県庁所在地には大体ありますからね。

司会 ところで厚生連の場合は、会計制度は県単位だったのでしょうか。

小磯 都道府県厚生連と郡厚生連があり、各厚生連には本部がありますので、厚生連単位です。

谷口 厚生連で行う政策医療は非課税というのものがあって、例えば、社会医療法人と同じように救急医療や周産期医療、へき地医療などの認定要件がありますよね。

小磯 厚生連は、医療法第31条に規定する公的医療機関の開設者とされていますが、法人税の一部を改正する法律（昭和59年法律第4号）、法人税法施行令の一部を改正する政令（昭和59年政令第56号）及び法人税法施行規則の一部を改正する省令（昭和59年大蔵省令第8号）が昭和59年3月31日に公布され、同年4月1日から施行されました。これにより、厚生連の行う医療保健業については、次の要件を満たせば法人税が課税されないこととなりました。

1つは、「特定の要件・公益法人等の指定を受けるための要件」で、①営む事業は医療・保健事業及び老人福祉事業に限る、②出資配当の禁止、③残余財産の帰属先の制限、の3つを満たす必要があります。平成10年度税制改正で、老人福祉事業が事業の範囲に追加されました。

2つには、「一定の要件・医療保健業が収益事業に該当しないことに関する要件」で、①低額診療であること、②臨床研修指定病院等一定の施設を有すること、③医療に関する法令違反の事実、その他公益に反する事実がないこと、④①～③のすべてに該当し、財務大臣の承認を受けてから5年を経過しないこと、です。

これにより、固定資産税のほか厚生連の行う医療保健業にかかわる法人税、所得税、事業税、取書に係る印紙税等が非課税とされました。

司会 谷口さん、民医連はいかがでしょうか。

谷口 民医連は、法人でいうと344法人あり、医科法人は155法人あります。法人格は現在は155のうち92、約6割が生協法人です。それから旧特例民法法人でこの間新たに公益財団・社団法人の認定を受けたのが13法人、一般社団、財団法人が2法人、社会医療法人は14、医療法人が34です。医療法人については、条件のあるところは社会医療法人への移行を呼びかけています。医科法人以外は社会福祉法人や薬局、若干NPOもあります。

事業所単位では、病院が141病院ありまして、医科診療所が505、歯科が78、老健が52です。民医連は事業所単位で加盟になっていますので各事業所の加盟が今、1,800を超えたというような組織になっています。

つけ加えると、薬局法人は現在、株式会社と有限会社がほとんどですが、この間、非営利一般社団法人への移行を進めようとしており、今のところ6ヶ所が移行したと思います。法人格と事業所の数等で言えば、そういう状況です。

民医連の特徴でいうと、この間、無料低額診療事業（無低診）の実施を呼びかけ、今年1月現在で357医科の事業所が無低診をやっている、医科の事業所の約46%、半分近いところがやりはじめました。

ただ、公益法人等は税制の優遇措置があるのですが、医療法人等は持ち出しとなるのです。それでも民医連は「受療権を守り手遅れを生まない運動」として実施しようということですね。2013年度の経営実態調査では、全部の報告ではないですが、357事業所のうち275から報告があり、無低診の延べ患者数が27万5千人でした。事業所が減免している額で約5億円弱という結果でした。

以前、角瀬先生が「民医連運動は無低診の実施によって、医療・福祉分野における非営利・協同の運動の実態をつくり出している」というようなことを書かれていましたけれども、無低診の取り組みはかなり意識して広げているということです。

もう一つは、連携型の保健・医療・福祉の複合体への脱皮をということを呼びかけています。先ほど、小磯先生が「地域包括ケアシステムとして第二条で述べているような体制をどこまで作れるのか」と言われていました。民医連の場合、在宅や介護分野を、2000年以降、急速に広げてきました。しかし本当に形ある連携をとれているかという、まだ内部的にも十分ではありません。だから本当の意味で「複合体への脱皮」をしながら、その過程で非営利性を担保して、公共性の確保につなげるということが大事ななと思っています。

もう一つの特徴は、私たちには共同組織（医療生協組合員、「〇〇健康友の会」）に加入している地域の人々、職員などで構成し、民医連の方針と密接に結びついて地域の要求を実現する自立した

住民組織)という組織があり、現在360万の構成員がいることです。そういった地域の人たちとの連携、地域の医療機関との連携、そして法人内、県連内のいろいろな事業との連携が、いっそう重要な時期になってきていると思っています。

司会 民医連は何年か前に、医療・福祉と、「福祉」という言葉を民医連綱領に入れようということが定期総会で決まりましたね。

谷口 そうです。

司会 民医連はその頃から、医療・福祉の連携を組織的に強めていこうとしてきているのかなと思います。

田中 JA厚生連と民医連の一番の違いは、厚生連は法人格が明確で、出資は農協です。それに対して民医連はさまざまな法人格の形態があって、医療法人、協同組合の医療生協、それから公益法人、一般法人という形で、法人格も違いますし、税制も違ってきている。同じ医療をしながらも、法人格によって、その持ち分の関係もありますし、税制も違ってくるところが、この二つを比べると特徴的なのかなと思います。

もうちょっと民医連のところを補強しておきますと、まず、税制で言いますと、医療法人については、基本的には普通法人と同じ全部課税、税率も一緒です。医療法人のなかの社会医療法人は、収益事業の34種類の特掲事業の範囲から医療保健業(附帯業務を除く)が除外されており、医療保健業には課税されませんので、実質的には非課税に近いような取り扱いを受けています。

それから医療法人のなかでも、税制上優遇されている特定医療法人というのと、協同組合方式である医療生協、これにつきましては全部課税ではあるけれども、一定税率のところ減免されているということです。

それから、この間の公益法人制度改革で旧特別民法法人であった法人については、公益法人への移行と、公益にいけなところは一般法人ということになり、公益法人には13移行できたということです。公益法人は、基本的には公益目的事業な

ので、医療も含めて原則非課税です。ただし一部収益事業として、収益事業にしなさいと指導を受けたところについては課税されるということで、公益法人のなかでも、基本的には全部公益目的事業と認められたところもありますけれども、他方、介護事業等については、民間の営利事業も参入しているということで、介護事業については収益事業ですという形で、介護事業が公益目的事業と認められなかった法人も幾つかあります。基本的には収益事業については、公益法人といえども税金がかかることになっていますので、そういう意味では、(民医連として)同じ医療をしておりますが、法人格によって税制も全く違ってきているというのが特徴と思います。

それから、当然ながら、非営利性といったときには、分配・配当をしないというのは医療法で求められていることですが、基本的には持ち分が共有ということから、それを個人的な還元をしないというのが、(民医連の)非営利性ということだと思います。

医療法人については、現在は持ち分のない法人しか認められていませんが、従来からあるところの持ち分はいまだに残ったままです。そういう意味では、医療法人、協同組合、公益法人と、法人格によっても違いますし、そういう持ち分のあるところがいまだに、個別に帰属する形も残っています。民医連の法人においては、内部のルールで個人還元しないということにはなっていますが、法的には、個人に帰属するようなどころもまだ残っているのです。

一番困難なのは、個人還元をしないことをわかっていらっしゃる方が出資されている場合はいいのですが、相続等が起きた場合には、相続人は当然ながら権利を主張することが考えられます。そうしたときに、配当はしないにしても、財産の分配ということで、個人的な分配が起こる可能性は残っています。

こうした非営利性といったところの矛盾が生じかねないという現象は残っているという点で、将来的には、同じ目的で医療事業しているにもかかわらず、法人格によって税制も違う、持ち分も違っていているという、その辺は大きな改革を求めているかないと、矛盾が起きるのかなと思います。

司会 そうですね。民医連のほうが、やはり複雑ですね。

田中 複雑ですね。

司会 法人格については、とくに最後のお話の、いわゆる共同組織のなかでお金を出す、つまり基金ですね。それが持ち分となって、将来的にそれに対する一種の株的な権利要求がドライに行われること、そういう対応もしなければいけない。やはりその辺は協同組合の出資とはまた違った対応といいますか、経営状況等を考えていかなければいけないということがあるのかなと思いました。

ところで公益法人になることのメリット、デメリット、その辺はいかがでしょうか。

田中 メリットは、やはり世間的に公益性が認められたということですね。民医連がこの間行ってきた無差別・平等ということが、オフィシャルに「公益性あり」と認められたというのが、一番の意義があると思います。医療機関でも、特例民法法人形式の医療機関は民医連以外にも数々ありますが、これだけの数がまとまって公益性が認められたのは民医連だけということからすれば、今までやってきたことがオフィシャルに公益性ありと誰もが認めざるを得ない、それだけのことをしてきている、今後もするということであるのかなと。

あとは税制上です。基本的には公益目的事業については非課税なので、税制上のメリットもあるということですね。デメリットは今のところないように思えます。

司会 運営管理上の問題や縛りなどはどうでしょうか。

田中 いわゆる公益法人になれば、公益法人会計基準があったり、行政からの指導を受けたりします。逆に言うと、一般法人は自主性が認められているので、法律の枠内であれば何でも結構自由に行けるといってはありますが、公益法人に移ったからといって、公的な縛りのために自由な経営ができない、自由な医療ができない、自分たちが生み出すことができないということは、今のところ

は生じていないです。将来的にも、そこで縛りが来るとするのは、今のところは想定していないのかな。

公益事業で黒字を出してはいけないという縛りはあるのですが、当然ながら黒字がないと将来の設備投資の原資も貯めていけないので、当然ながら、そこは収支相償要件から外れています。そういう意味では、今のところは大きな縛りはないです。

ただ、制度上は内閣府の認定によって基本的には同じ対応をするということですが、県によって全く対応が違ってきているというのが、制度上の課題なのかなと思いますね。基本的には、各県の認定等委員会がさまざまな判断をして認可を与えるのですが、その判断基準にあまりにも差があり過ぎるといところが、今の制度のちょっとした矛盾。民医連も幾つかはそれで苦勞しています。

谷口 そうですね。県からの指導なども、ばらばらです。

●地域社会との関わり、介護・慢性期医療の取り組み

谷口 民医連の場合は、先ほど言ったように様々な法人形態や事業活動の幅も広がる中で、いろいろな活動の管理統制をしていくために工夫をしなければいけません。ガバナンスも含めてその辺を、厚生連ではどうされていますか。

小磯 先ほど、厚生連の行う事業には、「医療・保健事業」と「老人福祉事業」があると述べました。厚生連の老人福祉事業を簡単に説明します。

病院や診療所が行う訪問看護、訪問リハビリ、短期入所療養介護など、医学的管理を必要とするサービスの他、ケアプラン作成（居宅介護支援）、訪問介護、訪問入浴介護、通所介護といった老人福祉に関するサービスを提供しています。

介護保険制度の実施事業所は、平成26年3月31日現在、病院・診療所50施設、訪問看護ステーション106施設、介護老人保健施設32施設、特別養護老人ホーム5施設、老人福祉事業のうち居宅介

護支援（ケアプラン作成）99施設、訪問介護6施設、訪問入浴介護1施設、通所介護8施設、短期入所生活介護4施設、認知症対応型共同生活介護2施設があります。

病院病床の種類でいうと、34,971床のうち、86.5%の30,251床が一般病床です。精神が1,921床、結核が34床、感染症122床、そして療養は7.6%の2,646床です。

もう一つは、厚生連ではありませんが、地域の単位農協が高齢者福祉事業の取り組みをしています。4つの事業・活動を展開しており、1つめは「JA 公的サービス事業」で、介護保険サービス事業、市町村受託事業等です。2つめの「JA 高齢者生活支援事業」は、公的サービス外等のJA事業による高齢者への生活支援です。3つめは、「JA ボランティア活動」で、JA 助け合い組織の活動やJA 職員によるボランティア活動、JA 助け合い組織やボランティア組織との連携に向けた調査や窓口等です。4つめは、「元気高齢者に対する取り組み」で、高齢者が集い、生きがいを共有する場の提供とJA 健康寿命100歳プロジェクトの取り組みで、健康の維持・増進です。

平成3年度からJA 女性組織を中心に養成を進めてきたホームヘルパーは、平成23年度の累計数で約12万人となっています。JA 助け合い組織は、平成4年頃から全国の各JA で立ち上がり、年々高齢化が進む中、地域の高齢者の暮らしを支援しています。現在、全国のJA 助け合い組織数は670組織となっており、各地域でニーズに合わせた様々な活動を進めています。

JA が実施する公的サービス事業をみると、平成12年の介護保険制度スタートに合わせて介護保険事業にも取り組み、平成24年4月現在、299JA で1,024事業所（介護予防事業所を除く）が居宅介護支援事業、訪問介護事業、通所介護事業、福祉用具貸与事業等に取り組んでいます。また106JA で市町村行政から委託された210の「地域支援事業」に取り組んでいます。

2012年4月時点でのJA 全中調べから、JA 介護保険事業所数と地域支援事業実施数をみてみます。

JA 介護保険事業所数をみると、訪問介護事業325、通所介護事業197、居宅介護支援事業290、

福祉用具貸与事業105、福祉用具販売事業95、訪問入浴事業12で、事業所合計1,024事業所です。地域支援事業実施数でみると、配食（給食）サービス44、軽度生活支援43、いきがい通所サービス58、その他のサービス事業65です。

司会 農協として、協同組合として連携をとりやすいというところがありますね。

小磯 はい、そうですね。

司会 民医連は、共同組織との連携ということになるのでしょうか。

谷口 そうですね。共同組織は民医連の事業と運動にも参加し、経営も守り、職員の成長にも大きな力を発揮しています。

民医連は、1つの県のなかに、例えば生協法人、医療法人、公益法人など、幾つかの法人があるわけです。民医連の場合は各事業所が県連に加盟しています。全日本民医連は、民医連綱領・規約を承認する県連をもって組織しています。県連に加盟する事業所は綱領・規約を承認し、綱領・方針の実践に務めなければならないとなっています。そこで、県全体としての方針の実践や意思統一、連携の課題など、県連機能をもっともっと強化しなければいけないという問題意識があります。その辺のやり方を厚生連さんから学ばなければいけない部分があるのかなという気がしています。

先ほどの地域医療連携推進型法人、ホールディングカンパニーですが、もともとは成長戦略や規制緩和の流れの中で提案され、医療事業に株式会社の資金を投入する仕組みや、病床をいかに削減するかとか、上からの再編をどうかけるかというような目的で出てきました。しかし、この間の検討会議事録を見てみると、かなり医師会などもがんばって、非営利性というのをだいたい文言にも入れて、「非営利性の担保」という立て前にはなっています。

私どもは基本的には、医療を上から再編し、医療の営利化・市場化をすすめる制度には反対です。しかし、一方で保健医療福祉複合体として民医連が活用できないかも含めて、この制度を研究する

必要があるのではないかと考えています。

司会 そうですね。先例の研究なども必要です。

谷口 それこそ強力なガバナンス機能が求められます。二次医療圏等の範囲となっていますけれども、その地域全体で、しかも民医連だけで自己完結しない機能を作るようなことができないかということには、すごく問題意識を持っています。

しかし、あれは連携協議会のようなものが間にあり、そこには県知事が入ることになっています。いわゆる地域医療構想を推進するための機構として、県の地域医療構想を実践するために動くという縛りがかかる可能性があります。

田中 しかけとしてはそうですね。なかなか難しいです。

司会 どうも安倍政権が新しい政策を出すときは、まず安倍さんがアドバルーンを上げて、実際本人たちも実現するかどうかわからないけども、いろいろ言ってみて、それで落ち着くところに落ち着かせようということのようです。真に受けて、すべてを受けとめた対応をしようとすると、ちょっと違ったものになると思います。

本来のホールディングカンパニーは、理論的にはもっと厳しい持ち株会社の制度ですから、地域連携のM&Aで落ち着くのであれば、本来とは別に無関係な話だけれども、そういう話でまともっていく。突拍子もない人ですよ、安倍さんというのは（笑）。全然勉強していないから勝手なことを言うので、振り回されてしまうところがあると思います。

田中 非営利カンパニーの話もそうですが、基本的には、もともと経産省からの発想ということで、将来的なTPPも含めた医療への営利産業の参入が主題としてあって、こういうしかけが起こったのかなと思いますし、制度化案が出たけれども、基本的には税制などがまったく明らかになっていないところがあります。おそらくは後追いでなされるのでしょうか、その辺はよく見ておかないといけないかなと思っています。

司会 ガイドラインには社員参画とありましたが、すると各経営はどういう形となるのか。外国の例とかをコピペしているから、わけがわからないところがあるのではないのでしょうか。

谷口 この形式での活動は、おそらく増えないだろうという感じがします。

田中 それから財産の移動等がどう構想されているのか。ふつうは財産を移動すれば、当然、そこに課税をかけるというのが基本的な考え方です。こういうホールディングカンパニー化して財産の移動を認めないのだったら、そもそも意味合いがね。

司会 政府・権力側がそういういろいろな構想を自分たちで夢に描いてやっているということは確かなので、われわれの方も反対だけではなく、地域連携を実際にどういう形でやったらいいかという代案を考えていかざるを得ないと言えます。

谷口 方針や理念を決定機関で一致させるということと言うと、民医連の場合は容易であるようにも思います。そんなこともすこし考えてもいますが、かなり研究しないとイケませんね。

司会 むしろ、内部での議論としては、かなり有効に使えるのかなという気がします。全く別の団体、行政などと組んで非営利ホールディングを、ということは、一種の観念的なことに留まりそうです。

●病院経営上の諸課題、職員教育・参加

司会 次に、病院経営上の諸課題、職員教育・参加とか、その辺をどんな感じにされているのか、ちょっと簡単にご紹介下さい。

小磯 医師不足と看護師不足は相変わらず続いていますし、今後も当面続くと思います。経営上、

医師確保が一番の課題だと思います。職員教育は、病院段階でも臨床上の研究研修を行っていますし、各厚生連本部が主催してやっています。全国段階でも、農村医学会や病院長会議などの研修が行われています。

司会 理念教育はいかがですか。

小磯 理念教育は、各厚生連で行われています。

司会 職員教育については、民医連はいかがですか。

谷口 いろんな分野で教育の機会をつくっています。経営的な側面から言うと、例えば決算書や予算は事務方あるいは専務がつくる、理事会では理事長がそれを信用して追認するというものもあるのではないかと、法人の理事長と病院を中心とした院長を集めた経営セミナーというのを、2年前に初めてやりました。内容は、経営の基礎の基礎と、民医連の山梨勤医協や福岡健和会など、経営や管理運営等の問題で大変な思いをしてきたところの歴史を振り返り、経営トップが将来展望や中長期の計画をどう考えるかというものでした。医師に対する経営の学習機会ということでは、おそらくは全日本民医連としては初めてだったと思います。

その他、事務幹部学校というのを5年間連続して開いて、50人ずつ250名、幹部を全日本民医連として養成してきました。その参加者たちは、今、1人も辞めずにがんばっています。しかも、経営幹部あるいは次を担う任務について奮闘しています。しかし、全てのことを全日本民医連がやらなければいけないということではなくて、全国を7つに分けた地協や、県連という単位で、もっとたくさんの職員が参加できるような、そんな学習の機会を多く持っていったほうがいいのかと思っています。

経営課題での職員教育ということ言えば、常に「全職員の経営」ということを追求することが大事だと思います。各事業所の目標と職員の生きがいと一致するようにすること、事業運営や経営を維持、発展させていくためにも、共同組織とい

う存在があるということ、それから、患者や地域の住民から信頼されるようにすること、労働組合との協力・協同という、この四つの視点で、職員が日常の経営を見るというようなことを心がけることが必要です。それが民医連は非営利・協同の組織であると言える一つの大きな視点ではないかとも思います。

あと、民医連も幾つか経営が困難になった法人があって、その要因の一つは、正しい経営状況が法人の理事会等で把握されていないことです。理事会が把握していないわけですから、正しい経営実態が職員には全然伝わっていない。

それから会計基準では、民医連は公認会計士の先生方からも援助をいただいて、民医連の統一会計基準をつくっています。その統一した会計基準がちゃんと守られていないことです。それから損益計算書ばかり見ている、いわゆる資金の流れ、キャッシュフローというものをあまり認識できていないことです。そんなことで、我流、経験主義に走って、ついついこれでいいんだというような誤解をしている。そんなことが弱点として現れています。この間、経営危機に陥ったところは、ほぼ同じような形であらわれているし、民主的な管理運営の問題というのがその根底にあるんですね。

司会 田中先生から見て、民医連のいろいろ経営の職員教育などはいかがでしょう。

田中 正直に申し上げて、1970年代、80年代のころからすれば、かなり人が増えているのも当然ありますし、世代が変わってきていることもあるので、若干薄まってきているのかなというのは見てとれます。

実は、静岡と福島の厚生連の労働組合側から呼ばれて学習会をしたことがあるのですが、そのときに感じたのが案外情報公開されていないなということでした。学習会は組合向け、職員向けにしたのですが、数字を知らない、あまり伝わっていない。それで経営が悪くなったときに、危機だということと呼ばれるのですが、そうしたときに日常的に予算管理や決算の数字ということが、あまり職場で伝わっていないのかなと感じました。予算も幹部が決めて、このとおりにやってくだ

さいというような、どちらかという上意下達的なところで、そのとおりやっていたら経営は安定ですというようなことなのかなと思いました。

民医連はどちらかという、そういう側面もなきにしもあらず、ですが、今、谷口さんがおっしゃったように、基本的には全職員参加の経営ということで、予算についても各事業所、各法人、もっと言えば各部門のところで、自分たちで目標を立てて、それについてどこまでの到達があるのかという形で、上からこのようにしなさいということではなくて、基本的には積み上げで、自分たちで目標をつくって、自分たちでやり切るかどうかなんです。そういう意味では、予算管理についても、決算の数字、日常的な業務遂行についても責任を負っているということで、それが全職員参加型の民主的な管理運営と言われている一つの側面だと思うんです。

そこが少し弱体化してきているがために問題が生まれるのですが、基本的な考え方としては、営利企業で言えば、当然命令形でこの予算、この目標をやり切るという上意下達ですけれど、非営利事業でいくとすると、自分たちで目標を持って、経営的にも責任を負っていくというような、労働者協同組合ではないですけれども、そういう考え方を持っていることが、非営利の事業を長く続けていくということの仕掛けという意味からいくと、経営面だけではなくて、そういう組織の管理のあり方、運営のあり方ということも、非営利、民主的というところを追求していくことが、一番経営にも将来的にはつながってくると思っています。

谷口 民医連も病院の建て替えラッシュになります。1985年にベッド規制がかかって、その駆け込みである時期に多くの法人が病院建設をしました。だから30年を過ぎた病院がかなりあって、もう建て替えないと保たないというところが出てきていますが、建設コストがすごく高騰しています。

田中 そうですね。急性期医療だと医療機器も全部高くなります。あとは消費税があります。

谷口 いま民医連の病院は、控除対象外消費税が

収益の2.4%です。消費税増税前は1.2%~1.4%ぐらいだったので、増税が経営に大きな打撃を与えています。

田中 消費税が上がっただけで、利益は全部吹っ飛びますね。

谷口 最近の新聞で、「赤字病院が過去最高になった」とありました。その特徴は私的病院の赤字が全体の37%から52%に急増したということです。民医連も厳しいですけれども、診療報酬マイナス改定、消費税3%増税、急性期病床の急速な絞り込みによって経営悪化が拡大しています。「収益の伸びを費用が大幅に上回った結果だ」というのも、どこも同じですね。

●非営利・協同医療機関の今後の役割

司会 将来的に民医連や厚生連、これら非営利・協同医療機関の今後の役割と申しますか、存続をどうしていくかという点について、繰り返しになるかもしれませんが、一言ずつお願いしたいと思います。

小磯 高齢化の進展で、都市部の高齢者が増加することは当然です。また地方が消滅するかのようには言われていますが、これはあまりに極論です。都市部に比べて絶対数は多くはありませんが、農山村の高齢化も進みます。こういった中で厚生連病院がどのような役割を果たすのかが現在問われています。病床数と病床種、医療機能については、将来構想の中で変化はあると思います。しかし2025年になったからといって、入院数が減ると予想しません。外来数は減少しますが、75歳以上高齢者数が増加して重症化複雑化した疾病の患者が増えるので、入院数が減少するとは考えられません。

今回の地域医療構想調整会議のなかでも積極的に関与していき、どうすれば地域住民のための医療を提供できるかを考える必要があると思います。

司会 厚生連としては、先ほど言った農協と連携しながら、とくに介護事業の領域でネットワークを強めていくということでしょうか。

小磯 はい。厚生連とJAが連携して地域の保健・医療・福祉を提供することで、地域の高齢者を支えることが大事です。JAグループだけでなく、その他の社会資源ともネットワークを積極的につくってほしいと思います。最終的には、地域づくりまで行く着くと思います。

司会 安倍政権の言っているような、例えば輸出をしている農民だけを重視するのではなくて、農協には准組合員制度というものがありますから、准組合員は地域住民ですから、そういうものを重視しながら、より幅広い地域でやっていくことができますね。

小磯 農協は協同組合として公益性を追求しつつ、同時に生活インフラ、ライフラインの提供を通じて開かれた公共性を追求してきた歴史的事実があります。それが地域社会のニーズに即している事実を強調すべきです。農業者のための公益性と農業者を含む地域住民のための公共性、この二つを同時追求するのが、今日の農協のあるべき姿だと思います。

谷口 私たち民医連の活動は非営利・協同だと位置づけてはいますが、とくにいまは医療難民、介護難民が増えています。最近私は「お薬難民」も追加しています。例えば、無料低額診療で診療を受けても薬局は無駄がききませんので、薬局には行けない、薬はもらわない。そんな状況のなかで、無差別・平等の医療を地域に展開していく、それを全国に広げていくというのが、私たちの信念というか、本当に追求しなければいけないところだと思っています。

ただ、そういうなかでも、ロマンだけでは語れませんので、どんなに厳しい状況があっても、確固とした経営基盤を築いていくというのは、手放してはいけないとも思っています。先ほどもすこし言いましたが、山梨勤医協、福岡健和会、大阪の同仁会で、非常な経営危機を経験してきました。

いずれも1カ所も潰すことなく、その地域に民医連運動の火を消すなということで、民医連を支える職員、地域の仲間の人たち、約360万人の共同組織の方々がいらっしゃって、そうした地域の人たちと一緒に、地域医療を守る。最近は「無差別・平等の地域包括ケア」という言い方をしていますが、それを地域の人たちと守っていく。しかも、今まで以上に、民医連以外の医療機関や福祉施設などとも一緒に地域を変えていくということが追求されなければいけないと思っています。

同時に、私たちはこの間、たたかう経営とか、たたかいと対応とか、いろいろな言葉を使ってきました。そうした経営、人づくり、それから医療の質の向上と併せて、運動課題にもしっかり力を注ぎながら、今の社会保障の削減をストップさせるということと両輪ですすめていかなければならない。経営も成り立たせていかなければいけないし、医師をはじめとする人の確保も非常に重要な課題だと思っています。

司会 では田中先生、まとめをお願いします。

田中 厚生連も民医連もそうですが、非営利・協同の医療機関としては、今、お話にあったように、地域住民、あるいは無差別・平等の医療ということですね。どこに根ざしているのかというのは、地域である無差別・平等の医療というところで変わりないですし、それこそが非営利・協同の医療機関の役割かなと思っています。

ただ、それを守っていくためには、昔のように右肩上がり診療報酬が上がるわけでもないし、補助金が出てくるわけでもないで、そういう意味では、自分たちで守っていける経営基盤を築いていかないといけない時代になってきている。経営を守る地域、医療、職員を守るために最低必要な利益というか、それを獲得していかないと経営自体が壊れてしまえば、地域医療を捨てるを得なくなってくる。そのためには経営の安定、経営基盤を築くということが、非営利といえども必要ということと思っています。

そういう意味では、この間のTPPの流れをはじめ、自由診療拡大という動きがありますが、それも、やはり営利団体、営利企業が医療を

儲けの手段として、医療を社会的にやるというよりは単なる儲けの手段として、まだ開放されていないところを開放せよというような流れですので、そういう営利側の医療の流れと非営利・協同、儲けのためではなくて、基盤は社会、地域住民であるというところが、決定的な違いだと思いますので、同じ医療と言っても、全然やっている中身、目的、目標が違うというところ、逆に言えば、そこが危うくなってきているからこそ、非営利・協同の医療機関の存在意義が重視されてくるし、クローズアップされてくると思いますので、そうい

う意味では、そういう非営利・協同の医療機関を潰さないためにも、少なくとも経営の安定が必要になってくると思っています。

司会 ありがとうございました。医療制度を取り巻く状況は厳しくなっていますので、まさに理念的にも、営利と非営利のたたかいのようになってきていると思います。

本日は、どうもありがとうございました。

(2015年4月16日開催)



地域の医療供給と公益性

—自治体病院の経営と役割—

日本の地域医療が、80年代以降の日本のグローバル化の進展の中で、どのような困難に見舞われたのか。自治体病院の職員・労働者が地域住民とともにどのようにたたかってきたか。大震災から何を学ぶことができるか。地域医療を支える財源とは、自治体病院と民間病院である民医連病院との経営比較から見えることは。イタリア・ポローニャの地域医療から何を学ぶことができるか。ワーキングペーパーNo.3（2013年10月発行）も資料として全文再録。

○ワーキンググループ メンバー（執筆順）

- ・はじめに、第1章
村口至（代表、東北地方医療・福祉総合研究所理事長、坂総合病院名誉院長）
- ・第2章、資料（ワーキングペーパーNo.3）
八田英之（研究所副理事長、千葉勤労者福祉会理事長、全日本民医連顧問）
- ・第3章
山本裕（元自治労連医療部会議長、元京都自治労連副委員長）
- ・第4章
根本守（公認会計士、協働公認会計士共同事務所）
- ・第5章
石塚秀雄（非営利・協同総合研究所いのちとくらし主任研究員）
- ・おわりに
高山一夫（京都橘大学現代ビジネス学部教授）

目次

はじめに

第1章 大震災被災地の医療復興とそこに見える問題—公的地域医療を支えることで生み出す価値

第2章 地域医療崩壊の現段階と自治体病院の今後

第3章 地域医療・自治体病院再編の動向と住民・労働組合等の取組み

第4章 地方自治体病院の財政制度と財政問題

第5章 イタリア・ポローニャの地域医療システムの構造

おわりに

資料（再録）『＜地域医療と自治体病院をめぐる住民運動＞2013/09 第一報』（ワーキングペーパーNo.3）

A4版、160 ページ

ISBN 978-4-903543-13-0

発行 2015年4月30日

頒価 1,000 円

（送料別、10部以上は送料無料）

【問い合わせ先】 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 URL: <http://www.inhcc.org/>
〒113-0034 東京都文京区湯島 2-7-8-2F 電話: 03-5840-6567 FAX: 03-5840-6568 電子メール: inoci@inhcc.org

報告書注文票 FAX 送付先: **03-5840-6568** (民医連関係者の方は、保健医療研究所にお問い合わせ下さい)

ふりがな お名前		希望部数	部
〒番号		電話番号	()
住所			

医薬品産業での新自由主義政策のさらなる進展について

高田 満雄

はじめに

安倍首相が「30年来の持病の潰瘍性大腸炎が新薬でよくなった」せいか否かは不明だが、第2次安倍政権はとりわけ医療と医薬品産業に関心の深い政権といえる。政権を奪取した2012年12月の総選挙では、医療用医薬品の薬価制度では試行段階だった新薬創出加算の恒久化を政権公約として掲げている。その後、アベノミクスの第3の矢の成長戦略が発表されたが、真っ先に掲げたのが医薬品の規制緩和、「市販薬のインターネット販売解禁」だった。

本年4月になって神戸国際フロンティアメディカルセンターで生体肝移植を受けたインドネシアの子供2名を含め8名中4名が死亡していたという報道がされた。成功率の高低や医師体制問題など様々な論議を呼んでいるが、アジア諸国を巻き込んだ日本医療の国際展開が着々と進んでいることを実感させる報道であった。このメディカルセンターが「医療特区」のなかでスタッフ細胞論文で問題になった理化学研究所の隣にあると聞くと「成果主義、新自由主義的な施策の様々なことで日本はおかしくなってきた」と暗澹たる気分にもなる。しかし、そんな報道にひるむことな

く安倍政権はアメリカ国立衛生研究所（NIH）の日本版といえる日本医療研究開発機構（AMED）を本年4月始動、本稿執筆の2015年5月初旬時点で衆議院を通過させた「患者申出療養制度」を含め製薬業界で10年来求めてきた施策を次々と実施段階に移している。

本稿では安倍政権下、新自由主義的施策が急進展をみせている医薬品産業の分野がどのような到達にあり、どこに向かうのか検討してみたい。

1. 今でも製薬メーカーが世界一活動しやすい日本

1) 製薬メーカーにとって最も長く高く、医薬品が売れる国日本

日本はアメリカに次ぐ世界第2位の医薬品市場である。また、世界一高い医薬品薬価のアメリカと肩を並べる高薬価、欧州各国の1.2倍～2倍の価格がつく公的薬価制度を持った国である(図1)。

さらに2010年薬価改定からは新薬創出加算が試験導入されており、2年おきの実勢取引価格調査(医薬品価格調査)に従って5%前後引き下げがされる薬価改定でも新薬創出加算が適応されている医薬品は影響を受けない。アメリカでは後発医薬品(ジェネリック医薬品)が販売されればすぐ置き換わるが、日本では後発医薬品への切り替わりはなかなか進まず、後発医薬品が市場の半分を占めるのに5年以上かかると言われている。

保団連の推計によると(図2)、日本の概算医療費は2005年32.4兆円、薬剤費比率は28.7%から2010年段階では36.6兆円、33%と医療費の伸びに比して薬剤費の伸びが大きくなっている。欧州諸国の医療費の薬剤比率は10%台にあり、日本の医療のゆがみがわかる数字である。このもっとも大きな原因は図3にあるように、品目数で13%しかない新薬が医薬品費の47.8%と5割近くを占めて

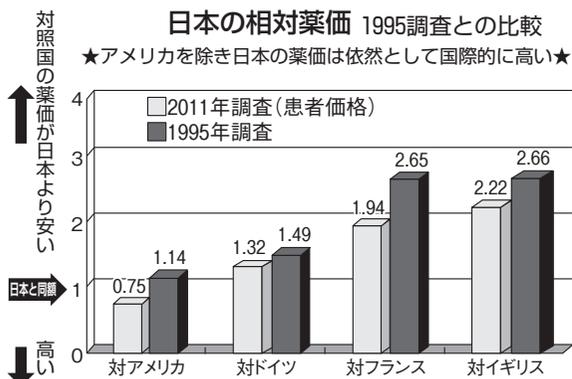


図1 2011年使用上位医薬品薬価国際比較(2011年全国保険医団体連合会、国際比較調査より)

ることによる。つまり新薬の薬価が高すぎ、かつ使われすぎていることに由来する。

日本はアメリカ同様の高い薬価をつけてくれる。新薬創出加算で値段は下がらないようしてくれる。後発医薬品が出てもしっかり先発の医薬品を使い続けてくれる。今でも日本はアメリカ以上に製薬メーカーに儲けやすい国になっている。

2013年、厚生労働省は医療費抑制策として後発医薬品使用促進のロードマップをだし、2017年度末には欧米（90%～60%）並みの数量ベースで60%を目指す後発医薬品のさらなる使用促進策を打

ち出した。財務省は目標達成のさらなる前倒しを求めているが、後発医薬品の使用については、ここにきて大きく前進の兆しが見えてきている。

現在、世界で年商1,000億円以上の市場を持つブロックバスターといわれる医薬品が、日本においても次々特許切れを起こしている。後に表1で見るように日本市場で売り上げの上位5位までに入るプロプレス、ディオバンの後発医薬品が2014年に販売となり、プラビックスが2015年に後発医薬品発売を予定している。後発医薬品使用の前進が見え始めたのを機に、新薬メーカーはより安定

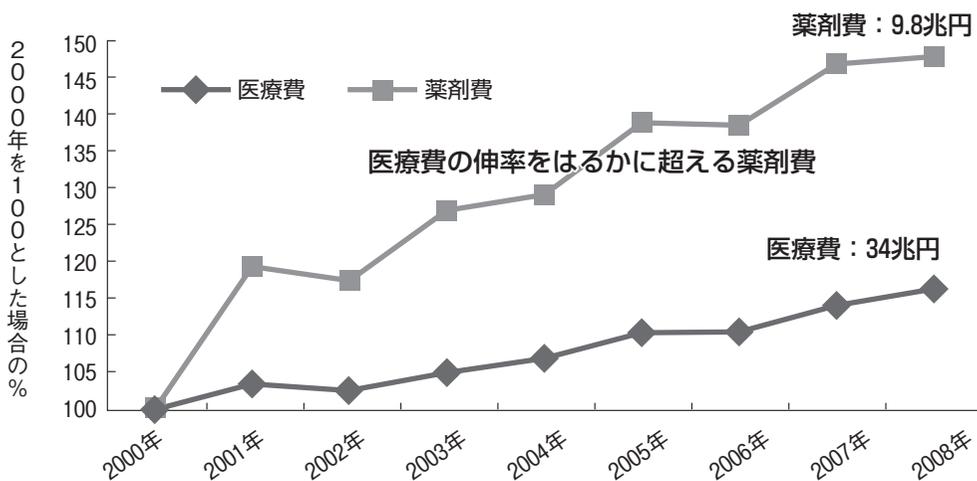


図2 わが国における医療費と薬剤費の推移 (2011年全国保険医団体連合会、国際比較調査より)

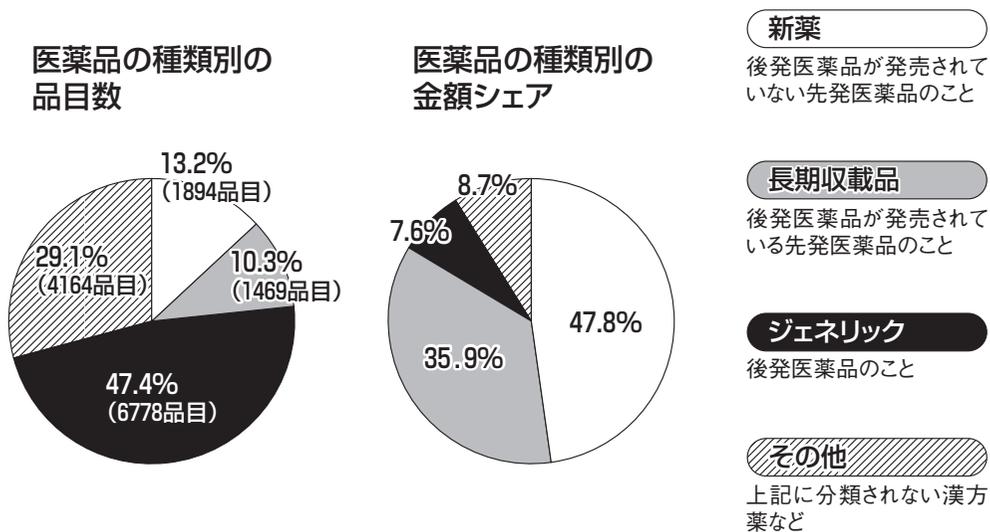


図3 医薬品の種類別の品目数と金額シェア (平成21年度9月薬価調査結果より 厚生労働省調べ)

的にこの特許切れを切り抜けるため、昨年よりオーソライズドジェネリック（AG）の販売で対応をはじめた。AGとして自社社会社に先発品と適応、添加剤もまったく同等品を販売させることにより他社後発品への市場の切り替わりを止め、AGの販売価格を高値で安定させ急激な後発品への切り替わりへの収益減を抑えるねらいだ。

2) 製薬メーカーが最も販売促進活動のできる日本市場

メディカリゼーションという言葉をご存じだろうか。製薬業界では「薬を売るなら、病気を売れ」＝「メディカリゼーション」（医療化）という販売促進と市場拡大のマーケット戦略をおこなっている。従来、薬物療法の対象とならない疾患や健康な患者にたいしても、学会のガイドラインなどを通じて、新たな診断基準の作成やその変更をせまり、マスコミなども利用した疾病啓発宣伝により患者を増やし、患者としてとりこみ、薬の治療対象と市場を拡大する戦略である。

テレビを観ていると抗うつ剤、骨粗鬆症治療剤、肺炎球菌ワクチン、子宮頸がんワクチンなどの疾病啓発テレビCMが次々流されているのにお気づきだろうか。「ああ、あの女優さん、あの男優さんの出てくるCMね。」と役者さんが思いうかぶ方も多いだろう。CMは「この症状は病気です。医師に相談して治療しましょう」と製薬メーカー名で終わり、医薬品商品名は出ることはない。これが市場を拡大する（患者を増やす）疾病啓発宣

伝である。疾病啓発宣伝はTVのみならず、新聞も含め近年大幅に増えている。

顧客（患者）に直接広告を打つDTC（Direct To Consumer）広告は、医薬品については欧州では禁止されており、それが世界の潮流である。日本でも医薬品のDTC広告は行政指導で制限してきた。しかし世界の潮流から逆行するように2000年ごろからDTC広告の1つである疾病啓発宣伝が増え始めている。インターネットでの情報氾濫もあり、患者が医師に新薬を要望する状況を作り出している。

利益相反の透明化についてはアメリカでさえ2010年「患者保護及び医療費負担適正化法」が施行され、1件あたり10ドル以上の小さな支払であっても政府保険社会福祉省に報告義務とインターネット公開を義務付けるサンシャイン条項が設けられている。日本では日本製薬工業協会（製薬協）の「企業活動と医療機関等の関係の透明性ガイドライン」が自主基準で策定され、2013年春よりやっと開始となった。

下の表1は医薬品の2012年国内売上ランキングと世界売上ランキングの順位表である。

世界で高血圧治療の標準薬はACE阻害剤と利尿剤とされている。しかし、高血圧治療で新薬であるプロプレス、ディオバン、オルメテックというARB（アンジオテンシン拮抗剤）の3剤が日本の売上ベスト10に入っている。右の欄の世界売上ランキングと見比べても、世界の治療の趨勢か

表1 2012年国内および世界医薬品売上ランキング

順位	日本、医薬品名	薬効	世界、医薬品名	薬効
1	プロプレス	高血圧（ARB）	ヒュミラ	リウマチ
2	プラビックス	抗凝固剤	レミケード	リウマチ
3	ディオバン	高血圧（ARB）	エンブレル	リウマチ
4	アリセプト	認知症	アドエア	喘息
5	レミケード	リウマチ	クレストール	高脂血症（スタチン）
6	モーラス	NSAIDs 貼付	リツキサン	リンパ腫
7	アバスチン	抗がん剤	ランタス	糖尿病（インスリン）
8	オルメテック	高血圧（ARB）	アバスチン	抗がん剤
9	ジャヌビア	糖尿病（DPP 4 阻害）	ハーセプチン	抗がん剤
10	タケプロン	胃潰瘍（PPI）	ジャヌビア	糖尿病（DPP 4 阻害）

（薬事ハンドブック2014等より作成）

ら外れて ARB だけが突出して使用されていた実態が浮かび上がる。高血圧の一薬効群のみで年間 5,000 億円の市場となっていた。日本の新薬偏重の医薬品使用の異常さがうかがい知れる。

2014 年、ノバルティス社の高血圧治療剤ディオバンの臨床研究データ改ざん問題は刑事告訴され、元社員が逮捕される事態となった。続いて、武田製薬のプロプレス、協和発酵キリンのネスブ注など、次々と他の薬剤でも不正が明らかになっている。

日本の医薬品市場は外資製薬メーカーもこぞってこのメディカリゼーションを繰り広げている。日本はどの国よりも、販促活動すればするほど医薬品が売れる国になっている。こうして作られる「新薬」の「高薬価構造」が日本の医療費膨張の大きな要因となっている。

この ARB の日本国内での販売競争の果てに、今回のディオバンの臨床試験データ捏造が発生したのである。

3) TPP 参加前に非関税障壁が取り除かれる医薬品業界

交渉が始まった TPP 参加は日本の農業という国民の命を守る食の主権が奪われるだけでなく、これもまた命に係わる公的な医療保険制度そのものが破壊されかねない問題となっている。TPP でのアメリカのねらいは、アメリカの世界的企業の企業利益を最大化することにある。そのため、金融保険分野、知的財産分野での関税、非関税障壁の撤廃が大きな狙いとなっている。

この間に行われているアメリカの通商代表部会議の大統領宛「外国貿易障壁報告書」が公表されており、2011 年の日本との貿易における非関税障壁が表 2 (20 ページ) に挙げられている。現在の時点でも薬価制度に関して試験導入された新薬創出加算を恒久化、市場拡大再算定ルールの廃止、外国平均価格ルールの廃止など総じて薬価引き下げルールの廃止、新薬の投与日数制限の廃止など、製薬メーカーの医薬品をさらに高値安定して売りやすくするためのルール変更を求めている。金融保険分野でのかんぽ生命のアフラックガン保険取扱いと同様に、医薬品、医療機器分野の要求はサプリメントの規制緩和、ヒブ・子宮頸がん・肺炎

球菌ワクチン助成など、着々と実施に移されている。ちなみにワクチンは疾病を持たない健康な小児、高齢者、中学校女子児童などと目いっぱいに対象を広げられる。また薬価の設定もなく、ほぼ言い値で売れる最強の商品といえる。このような状況の中で接種助成がされた子宮頸がんワクチンで多数の副作用被害が出ており、新たな薬害の様相を呈している。許しがたい事実である。

医薬品における非関税障壁は、実際の TPP が開始される前提条件として障壁をなくすことから手がつけられる。ここで強調しておきたいのは、製薬メーカーは、薬価制度そのものは障壁とは決して言わず、市場実勢に即して薬価が引き下げられる薬価改定ルール、新薬の安全性を考えた投与日数制限ルールだけを非関税障壁としていることである。これらの要求は来年の診療報酬改訂、消費税対応も含め 3 年間連続で行われる薬価改定の中で実施に移される可能性が高くなってきた。

以上、高薬価、新薬偏重、非倫理的な製薬メーカーの販売競争がなされ、TPP に参加前から非関税障壁すら取り除いてきている日本の医薬品市場の現状の到達を観てきた。日本は今でも世界で最も製薬メーカーが活動しやすい国である。

2. 安倍政権の下の製薬産業の戦略産業化

1) 2013 年医薬品産業ビジョン

2013 年に厚生労働省が作成した医薬品産業ビジョン 2013 の副題は「創薬環境の国家間競争を勝ち抜くために、次元の違う取組を」としている。つまり過去にない異次元の規制緩和、医薬品産業振興政策を目指している。

2007 年に出した旧医薬品産業ビジョンでは、製薬業界の将来像としてグローバルニッチファーマ、グローバルカテゴリーファーマ、OTC ファーマ、ジェネリックファーマなどを育てるという記載だった。「国内市場を住み分けながら、それぞれがんばりましょう」という、今から考えると、なんとなくゆるい牧歌的な感じすらするビジョンである。しかし 2013 年版はニッチファーマというような記載は消え、「自然淘汰もありうる、新薬メーカー、後発医薬品メーカー、市販薬メーカー

表2 医療に関わる非関税障壁についての米国政府の対日要求（2011年）

分野	具体的内容
保険	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 郵政民営化を着実に進め、かんぽ生命と民間保険会社との公平な競争環境を整備すること。 ✓ 共済と民間保険会社との間で、規制面での同一の待遇および執行を含む公平な競争環境を整備すること。 ✓ 生命保険契約者保護機構について、より効率的で持続可能な制度を作ること。制度改訂にあたっては透明性を確保すること。 ✓ 保険の銀行窓口販売チャネルについて、消費者の選択肢の拡大と利便性の向上のため、適時見直しを行うこと。また、見直しにあたっては、利害関係者から意見を得る機会を設けること。 ✓ 外国保険会社が円滑に日本での法人化ができる環境を整備すること。 ✓ 保険商品の第三者販売チャネル（独立代理店）の競争力を強化するための措置をとること。
医薬品・医療機器	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 新薬創出加算を恒久化し、加算率の上限を撤廃すること。 ✓ 市場拡大再算定ルールを廃止もしくは少なくとも改正すること。 ✓ 医薬品価格の外国平均価格調整（FPA）ルールを改正すること。 ✓ 新薬の14日処方日数制限ルールを改正すること。 ✓ 東アジア諸国における臨床治験データの受け入れを検討すること。 ✓ 医薬品の承認審査に関わる目標が達成され、審査前相談の申入れへの対応が迅速に行われるよう保障すること。 ✓ 近年の業界との密な交流を基に、医薬品医療機器総合機構（PMDA）ならびにスポンサーが、質疑応答プロセスの支援に必要な実務要員をより効率的に計画・管理するために役立つ明確なプロセスを構築すること。 ✓ 年4回の薬価収載を月1回に増やし、日本の患者の新薬へのアクセスを迅速化すること。 ✓ 次期審査手数料制度の詳細について業界との協議を開始すること。 ✓ 自給体制、表示、規制、保険償還の問題についての米国業界との協議を通じ、日本における患者の血液製剤へのアクセスを拡大すること。関連する委員会等において、業界が情報、意見および証言を提供する機会を設けること。 ✓ 医療機器に関する外国平均価格調整ルールを廃止、もしくはそれが不可能な場合はFAP算定時のルールと手法の不変性を確保すること。 ✓ 体外診断薬（IVD）に関する保険償還にあたっては、臨床的価値に基づいた評価をすること。 ✓ 大型医療機器に対するC2保険適用プロセスについて、業界と対話を行い、それらの日本への導入を促進すること。 ✓ 医療機器の審査迅速化アクション・プログラムを確実に実行すること。 ✓ 企業にとって負担となっている品質管理システムおよび外国製造業者認定に関する要件の修正に向け利害関係者と協議し事態の改善を図ること。 ✓ 日本全国へのワクチンの供給促進策を推進し、2010年に採用されたHIB、肺炎球菌、HPVワクチンについての措置を拡充すること。 ✓ 推奨ワクチン特定のための明確な基準およびスケジュールを設け、新ワクチンの日本導入を迅速化すること。 ✓ 二国間の協力および意見交換を通じ、国のワクチン計画の策定に取り組むこと。 ✓ 化粧品・医療部外品・栄養補助食品について、業界の意見に基づいた規制緩和策・審査基準等の透明化策を取ること。
医療IT	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 国際基準に基づき、技術中立性や相互運用性を促進すること。 ✓ 患者自身による自らの医療記録へのアクセスを向上させる医療ITを早急に導入すること。
医療サービス	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 営利的な事業者（外国のサービス提供を含む）が営利病院を運営し、全ての医療サービスを提供できるようにすること。

（医総研ワーキングペーパーNo.241より）

も新興アジア市場、海外に打ってでよ」という弱肉強食の新自由主義的な基調トーンにつらぬかれている。

製薬産業の利益率は他産業に比べ異常に高い。2011年のアメリカ製薬上位8社の営業利益率は30%弱前後を示し、日本上位8社でいうと15%前後台となっている。他産業が3%前後といわれるなかで、空前の利益率である(図4)。

しかし、先ほどまでみてきたように、数ある産業の中で唯一とっていいほど海外企業の競争で競り負け国内市場も席卷されている輸入超過産業である(図5)。2013年ビジョンでは、アジア市場が確実に広がるなかで、アジアの中で唯一創薬のできる国(図6)としての地の利を生かしながら国家再生の中核産業、成長エンジンとして医薬品産業を位置付けた。

2) 創薬立国をめざした法整備と指令塔 AMED 設立と医薬品の混合診療の拡大

昨年11月25日より旧薬事法から改定施行となった「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」(略して薬機法)には、再生医療材料の承認迅速化、医薬品、医療機器の輸出入手続きの簡略化など、この新自由主義経済政策を後押しする法整備をふんだんに盛り込んだ。

日本版 NIH として、日本の医療研究、創薬の司令塔として日本医療研究開発機構 (AMED) が今年4月より300人の体制で設立され、活動を開始している。

また、「患者申出療養」という新たな保険外併用療養の枠組み制度が本国会で可決され、2016年実施をめざしている。つまり混合診療で未承認の医薬品をふんだんに使える環境を整えたのである。今まで選定療養で未承認治療を行っている額は約170億円といわれる。その後治験が実施され、保険適応とされる医療もあり額も決して多くない。

一方で患者申出療養は国が定める臨床研究中核病院15施設とその関連施設100ヶ所以上で実施可能としている。安全性では使用前例がない場合でも、選定療養の審査では6ヶ月だったのをたった6週間で審査するとしている。保険適応の治験に進むか否かも判然としないまま、未承認薬医薬品を乱用させる恐れも出てきている。

この制度は自費による高額な医薬品費が患者に課せられる。先頃、国立がん研究センターが発表した調査では、欧米既承認・日本未承認の抗がん剤について患者申出療養対象の42剤のうち24剤で1ヶ月あたりの薬剤が100万円を超えると報告している。

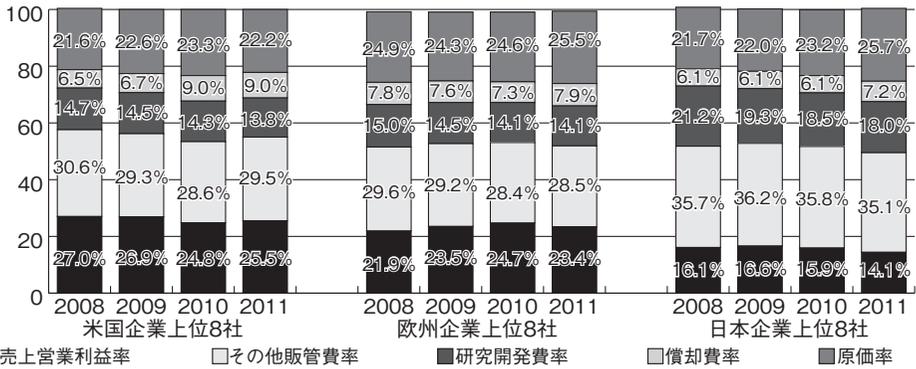
文字どおり「経済格差」を「命の格差」に直結させる制度で許しがたい。なにより患者申出による理由で使われた医薬品の健康被害は自己責任とする無責任な制度である。真っ先に「日本難病・疾病団体協議会」が反対の声明を出したが、ろくな論議もされず衆議院を通過している。

この患者申出療養制度を衆院通過するのを見て、イレッサ薬害を思い浮かべる。イレッサは当時、承認されているが薬価収載されていない薬を混合診療として自費で使用していい、特定療養費払い制度適応の第1号の医薬品であった。藁にもすがる思いで、肺がん患者は飛びつき自費で治療をすすめた。結果は重篤な副作用の情報が医師、患者に十分告知されず間質性肺炎で販売半年後に180名の命が奪われる事態となった。2013年の最高裁判決では、地裁判決から一転、メーカーの責任も国の責任も問われなかった。副作用死はそれを使用した患者の自己責任とされたのである。第2、第3のイレッサが発生しないよう最大限の手立てが必要である。

3) スイッチ OTC によるセルフメディケーションと市販品類似薬の保険外し

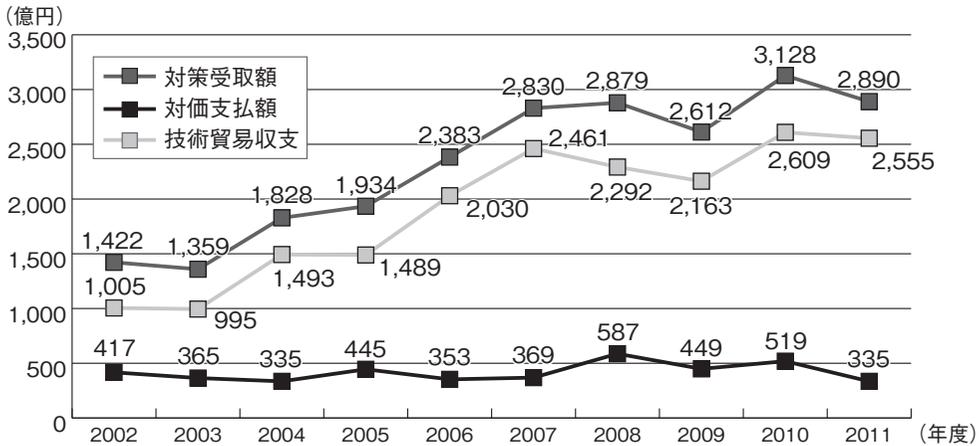
日本再興戦略改定2014では、柱の1つとして「公的保険外サービス産業の活性化」をあげ、ヘルスケア産業の育成、スイッチ OTC (医療用医薬品を市販薬に転換した医薬品) の促進、医療、介護のインバウンド、アウトバウンドの促進をあげている。安倍政権が第3の矢として真っ先に取り組んだ市販薬の規制緩和、OTC 市場についても少し触れておきたい。

OTC は2014年度で約6,000億円市場、その周辺の健康食品、サプリメントなどを含めて2兆円の市場規模とされている。現在、中国人の爆買などで「インバウンド取り込み」と言って活況を呈しているようにみえるが、リーマンショックの経済不況以降、市場は停滞ぎみであった。国はセルフ



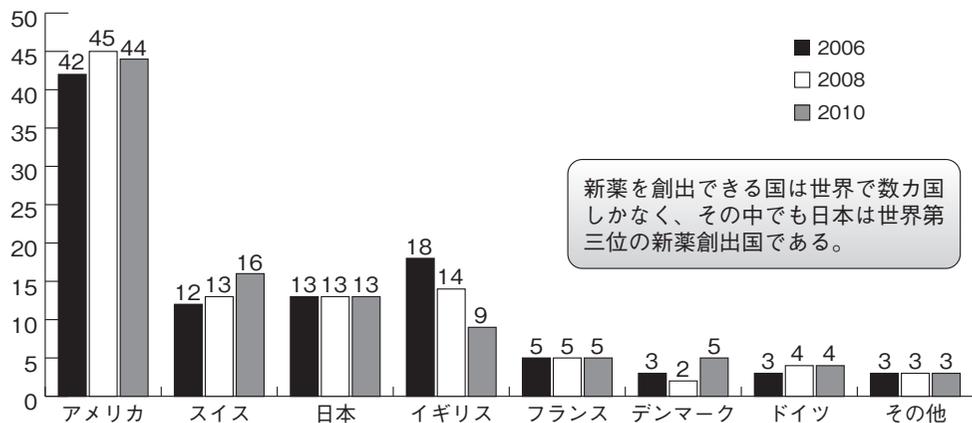
■売上営業利益率 □その他販管費率 ■研究開発費率 □償却費率 ■原価率
 出所：Thomson ONEをもとに作成
 作成：日本製薬工業協会 医薬産業政策研究所
 注：対象企業は、日米欧企業の2011年売上上位企業とした。
 米国企業は、Pfizer、Johnson & Johnson、Merck & Co、Abbott、Lilly、Bristol-Myers Squibb、Amgen、Baxter。
 欧州企業は、Novartis、Bayer、Roche、Sanofi、GlaxoSmithKline、AstraZeneca、Merck KGaA、NovoNordisk。
 日本企業は、武田、大塚、アステラス、第一三共、エーザイ、田辺三菱、大日本住友、塩野義。

図4 日米欧製薬企業の研究開発費率と営業利益率（厚生労働省 医薬品産業ビジョン2013 より）



出典：医薬産業政策研究所「日本の製造業の技術貿易と製薬産業」（政策研ニュースNo.33、2011年7月）
 及び総務省「科学技術研究調査」をもとに厚生労働省作成

図5 医薬品産業における技術貿易収支の推移（厚生労働省 医薬品産業ビジョン2013 より）



注：2012年12月時点調査。ここでは売上上位100品目（診断薬1品目除く）をオリジン企業の国籍別に集計した
 出所：IMS World Review, Pharmaprojects（転載・複写禁止）
 作成：日本製薬工業協会 医薬産業政策研究所

図6 主要国別オリジン新薬数（2006年、2008年、2010年の世界売上上位100品目）
 （厚生労働省 医薬品産業ビジョン2013 より）

表3 今後スイッチングが検討されている生活習慣病などの医薬品候補

薬効	候補医薬品
糖尿病治療剤	グルコバイ、ベースン
高脂血症治療剤	コレバイン、ベザトール、メバロチン、ローコール、リボバス
痛風治療剤	ザイロリック、ユリノーム
抗生物質	バクシダール、タリビット、クラビット

(平成22年度厚生労働科学研究「スイッチ OTC 医薬品の選定要件及び一般使用が求められる検査薬等に関する研究」より作成)

メディケーションという耳障りのいい題目を底流に流しながら医薬品の規制緩和、医薬品費の削減、OTC 市場の活性化の政策を強めている。

2014年の診療報酬改訂より、うがい薬の単独処方保険適応が外された。今年に入って、規制改革会議、ワーキンググループでは湿布剤の刺激型第一世代(サリチル酸メチル、Lメントール含有)の保険外しの論議がされ、規制改革会議答申としてだされる予定だ。うがい薬の保険適応外し時に「医薬品の保険外しの蟻の1穴になる」のではとの論議もあったが、いよいよ湿布剤まできた。市販薬(OTC薬)の存在する医療用医薬品、次は漢方薬の保険外しへと論議が進む可能性が高くなってきた。

実は製薬メーカーにとって、医療用医薬品の保険外しや後で述べるスイッチ OTC は願ったりかなったりの所がある。

今回、論議の湿布剤だが、メーカーはすでに強い鎮痛剤(フェルピナク、ケトプロフェンなど)を基剤に含ませた湿布剤を1.5倍~4倍の薬価で自社ラインナップとして持っている。現在の第1世代を使用していた患者は、保険外しが起こると鎮痛剤を含んだ高い第2世代の湿布剤にシフトしていくこととなる。製薬メーカーとしてはシフトしてしまったほうが、売り上げがのびる。また、どうしても第1世代で欲しいという患者はドラッグストアに「処方してもらっていた湿布薬をと」と同名の市販薬を医療用より高い価格で購入してもらえ。製薬メーカー医療用は第2世代にシフトするし、第1世代は市販薬で高く売れる。

スイッチ OTC も同様である。市場にでて長い年月がたつと特許が切れ、薬価は徐々に下がり、後発医薬品が出されればますます稼げなくなる。この間の後発品使用促進策と長期収載品への薬価

引き下げ効果も徐々に大きくなっている。医療用ということもあり、先発品は「良く効き、名も売れている」。医療用は後発医薬品に市場をとられてしまい、薬価も大きく下がり始めた医療用の市場ではなく、新たな市場を開拓してくれるドラッグストア、薬店で売りたいのである。5年前、スイッチングしたロキソニンSは女子高生の鞆には必ず入るヒット商品になった。また昨年よりアイドルが派手な宣伝を繰り返しかしテレビで放映される抗アレルギー薬アレグラFXなどもその典型になりそう(ちなみに医療用医薬品は、先ほども述べたように商品名を使った広告宣伝は特にテレビなどでは制限されている)。医療用では高齢者の整形外科疾患中心に使用されていた薬が、女子高生の生理痛薬として医療用の3倍近い価格(ロキソニンは医療用17.5円/錠 OTC 定価54円/錠)で広く使用されるようになったのである。メーカーにとっては新たに市場を開拓してくれるし、いつまでも高値で売り続けられるスイッチ OTC は願ったり叶ったりである。

国も医療財政が抑えられ、OTC 市場の活性化はよろこばしい。ドラッグストア業界も売れる新商品のスイッチ OTC を待望している。

今後のスイッチ OTC は生活習慣病である、高血圧、高脂血症、糖尿病の治療剤でのスイッチングが検討されている。2013年高脂血症治療剤のエパデールが、医師会の反対を押し切ってスイッチングされた。しかし医師会との折衝の中、エパデールの OTC は中性脂肪高値のみで合併症がない人、医療機関に受診していることなど厳しい条件付けがされ、販売は思うように伸びていない。

しかし、日本再興戦略改定2014では改めてスイッチ OTC を掲げており、医師会とのせめぎあいがつづいているが生活習慣病治療剤のスイッチン

表4 店頭での自己採血による検査項目

■店頭での検査可能項目は特定検診と同じ8項目

血糖	血糖値	空腹時血糖を測定。糖尿病かどうかの指標の一つ。
	HbA1c	過去1～2カ月の血糖値の指標となる数値。食事などによる日内変動がない。
脂質	中性脂肪	肥満や脂肪肝の原因となる高トリグリセライド血症かどうかを見る。
	HDL コレステロール	血液中のコレステロール値を測定。動脈硬化や心疾患のリスクを見る。
	LDL コレステロール	
肝機能	AST (GOT)	肝機能を測定する指標となる酵素で、肝細胞が破壊されると血中濃度が上昇する。
	ALT (GPT)	
	ガンマ γ-GTP	肝機能の指標として用いられる。アルコールの影響で上昇しやすい。

日経ヘルス&メディカル「薬局・ドラッグストアの店頭で血液検査が可能に」 2014/7/20

グは一気に加速する可能性がある。

2014年春からはドラッグストア、薬局での検体検査が認められ始まっている。昨年末にはOTC検査薬のスイッチング承認スキームが確認されており、生活習慣病治療剤のスイッチングと合わせ準備を備えつつある。

生活習慣病治療剤のスイッチOTCが市場に出れば、診療代、薬代を払うより、時間もかからず、実質安く、治療薬が手に入るようになる。しかし、患者は本当に必要だったかもしれない検査や診察を受けずに、高いスイッチOTCのみにお金を使うことになる。

医薬品という人の健康を守るものを、生き馬の目を抜くようなマーケットの論理で動いている小売市場に投げ込み販売させて安全性が担保できるのかは、おおいに疑問である。戦後の大きな薬害、サリドマイドもスモンも市販薬で使用された医薬品であることを、再度ここで記載しておきたい。

3. 医薬品業界の自由主義的な進展はどこに向かうのか

アベノミクスの第3の矢である日本再興戦略の狙いは、先に述べた神戸の国家戦略特区（最先端医療開発特区）、患者申出療養、TPP交渉に象徴されるように、医薬品を露払いとした混合診療、自由診療の解禁、医療の市場化にある。

安倍政権下でTPPへの参加交渉が着々とすすめられているが、TPP締結後は、メーカーの利益を損なう非関税障壁として後発医薬品承認販売が考えられている。ISD条項を盾にしてメーカー

株主が提訴すれば後発医薬品の販売が差し止めになるとされている。医薬品の知財特許の延長も検討されている。これ以上、日本市場で後発品の販売を遅らせる、また薬価引き下げルールをなくすなどの変更は、薬価制度そのものを、製薬メーカー利益を保証する高薬価維持装置へと変質させるものである。また、日本で繰り返す薬害事件の教訓から日本独自に作り上げてきた医薬品の規制システムである医薬品の再審査、再評価、医薬品副作用救済制度が非関税障壁とされる可能性も指摘されている。

さらに国家戦略特区での自由診療、患者申出療養の開始は、言い値で売れる未承認高額医薬品の自由診療、混合診療での使用を加速させる。これはまがりなりにも安全性を担保していた、医薬品承認制度までもが形骸化される懸念もでてきている。生活習慣病の軽症者はスイッチOTCで済ませる状況へ進む可能性も大きい。

保険医療では医療用医薬品を疾患ごとに一定額までは保険でみるが、それ以上は青天井で個人負担で医薬品使用をどうぞという参照薬価制度の導入へと進むと考えられる。

保険医療全体が完全に自由、混合診療に突き進んでいくには、まだまだ国民の反発もあると考えるが、医薬品の自由診療であるセルフメディケーション、混合診療である参照薬価制度までは抵抗なく進むのではないか。

医薬品は命と健康を守る大切なものであり、無差別平等で、有効で安全な薬物療法を進めるために、患者申出療養制度の実施、TPPへの参加はもちろん、医療、介護に市場原理を持ち込む政策

には早急に反対の運動をひろげなければならない。

筆者が所属する民医連の「人権としての医療・介護保障をめざす提言」では、この日本の新薬の高薬価構造の是正が国民の社会保障の財源を作り出す上でも大切であるとしている。窓口負担を軽減する運動と、安全性が高く、有効性の評価が高い、経済的な後発医薬品を使用して、高薬価構造を打開していく医療活動を広げることが、人権、健康権を守る医療の発展にも欠かせない。

参考文献

- 1) 吉中文志「医療の国際展開による医療総動員」『いのちとくらし研究所報』No48、P9-17
- 2) 全国保険医団体連合会、『月刊保団連』2012 No1087 「薬価の国際調査にもとづく医療財源提案」
- 3) 厚生労働省 「後発医薬品のさらなる使用推進のためのロードマップ」2013年
- 4) 廣田憲成 「オーソライズドジェネリックを民医連的に考える」『民医連医療』No511 p50-54
- 5) 鈴木利廣、水口真澄、関口正人『医薬品の安全性と法』、エイデル研究所、2015
- 6) 坂口一樹 医総研ワーキングペーパーNo241、「オバマ政権の通商政策と TPP、および日本の医療」
- 7) 厚生労働省 「医薬品産業ビジョン2013」
- 8) 望月眞弓ほか「スイッチ OTC 医薬品の選定要件及び一般使用が求められる検査薬等に関する研究」平成22年度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）
- 9) 高橋太「未確立な医療をはびこらせ、健康保険制度の秩序を壊す「患者申出療養」の危険」いのちとくらし研究所報No49、Pp7-12
- 10) 二木立 「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」（通巻106号）総研いのちとくらしウェブサイト
- 11) 薬事ハンドブック2013, 2014 株式会社 じほう
- 12) マーシャ・エンジェル『ビッグ・ファーマ』篠原出版新社、2005
- 13) 全日本民医連医療機関連合会「TPPの危険な狙いをあばく！ TPP参加阻止緊急学習交流集会」講演録
- 14) 福祉国家研究会、岡崎裕司、中村暁、横山壽一『安倍医療改革と皆保険体制の解体』大月書店、2015年
- 15) 渡辺浩、岡田知弘、後藤道夫、二宮厚美『大国への執念・安倍政権と日本の危機』大月書店、2014年

（たかだ みつお、研究所理事、薬剤師・協立医師協同組合）

国保の都道府県化

—国のねらいと市町村担当者の「幻滅」—

中村 暁

粛々とした採決を受けて

2015年5月27日、市町村国民健康保険（市町村国保）の都道府県化を柱とする「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案」（医療保険制度改革法案）が参議院本会議で可決・成立した。筆者もインターネットで厚生労働委員会を傍聴したが、粛々とした採決との印象を受けた。

ただの感想だが、国保の都道府県化が柱とはいえ、この法案には取り上げるべき内容がたくさんあった。全体を網羅して追及するのは至難の業なのだろう。野党議員がたとえば法案中の「患者申出療養」を取り上げる。すると底なしである。掘り下げきれないほど問題が深い。患者申出療養創設が法案に盛り込まれた理由すら釈然としないまま質問時間は終わる。そんなことの繰り返しで粛々と採決される。「それで一体この法案は何なのか」という謎が残る。

安倍政権の医療・介護制度改革は、1990年代に本格化した新自由主義改革（構造改革）の流れを受け継ぎ、給付抑制による「制度の持続可能性の確保」を追求する一方、同時並行で成長戦略に基づく改革も進める。今回の医療保険制度改革法案もそれらを一括提案したため、改革の全体像を「一つの塊」として捉えるのが難しい。

本来、国会論戦で浮彫りにすべきは、後藤道夫氏の本誌50号の論稿（「医療における構造改革型『地方分権』の担い手創出」）が指摘したような、国家改造計画の進行の中で医療制度を変貌させようとする皆保険体制解体の恐るべき全貌だった。その点ではまだまだこれからというところで審議が打ち切れ、成立してしまったことを残念に思っている。

知事会・市長会の賛成

さて4月23日、衆院厚労委員会の参考人質疑で全国市長会の岡崎誠也氏（高知市長）が賛成の立場で陳述した。岡崎氏は法案が国保の「危機的状況を打開し、国保の広域化と基盤強化を図る」として、その理由を次の4点に整理して述べた。

1つ、医療提供体制のコントロール権限を持つ都道府県が保険者を担うことは理にかなっている。2つ、法改正に伴い2017年度から総計3,400億円の国保への財政基盤強化策が実施され、一定めどがつく（一方でさらなる国費による財政支援も要求）。3つ、財政安定化基金が設置される。4つ、厚労省が主導的に国保の標準システムの開発を進めることになる。

同様に、全国知事会の福田富一氏（栃木県知事）も賛成の立場で陳述した。福田氏は今回の改革について「大きく2つの論点」を示した。

1つ、財政上の構造問題について、今法案は公費拡充により一定の国保財政基盤の強化を図ろうとするものだが、知事会はさらなる公費投入を国に要求。これについて厚労大臣から「しっかり取り組む」と発言があった。

2つ、都道府県と市町村の役割分担について、都道府県が財政運営の責任主体になり、国保運営に中心的な役割を担い、市町村が資格管理・保険給付等を引き続き担う役割分担が示された。こうした点から、持続可能な制度の構築に向けて一定の前進があった。但し、公費拡充については、毎年3,400億円の財政支援だけでは安定的な財政運営はできない。改革後も今後の医療費の増大に耐え得る財政基盤の確立を図るよう求めた。

市町村実務担当者の「幻滅」

以上のように、今回の医療保険制度改革は自治体側の賛成を得た形である。しかし国保の都道府県化は現場で国保実務を担う自治体担当者にどう受け止められるのか。

ある自治体職員は「市町村レベルは幻滅感があるのでは」と語り、その理由の1つに市町村のマンパワー問題をあげた。「市町村の実務担当者は手いっぱい」だという。なるほど考えると、同じ市町村といっても、市と町村、あるいは都市部とそれ以外ではマンパワーの違いがある。例えば京都府では、京都市の職員数は総数13,858人。市長部局職員に限定しても8,012人。これに対し府内には職員総数46人の町がある^{*1}。無論、対象とする国保の被保険者数には大きな開きがあり、扱うデータ数も桁が違うことが推察されるため、単純比較はできない。しかし同じ自治体である限り、規模の大小にかかわらず「せねばならない業務の範囲」は共通して存在し、なおかつ都市とそれ以外では各々求められる役割の違いもあるだろ

う。いずれにせよ、全体として自治体職員数は減少傾向にあり、とりわけ地方部では少ない人数で一個の自治体のすべての実務を担わなければならない、その厳しさは想像すべきであろう。

さらに「幻滅」「手いっぱい」との言葉には、今回の都道府県化では国保財政をめぐる問題が解決しないのではとの根本的疑問も込められているようだ。

被保険者数が400人であれ36万人であれ、市町村は同様に国保保険者として特別会計を持ち、財政運営してきた。2015年1月28日に厚生労働省が公表した市町村国保の財政状況^{*2}では、2013年度の全市町村国保の実質赤字（決算補填のための法定外一般会計繰入金を除く実質収支）は▲3,139億円に拡大（前年度比▲85億円）した。単年度収支差でみた場合の赤字保険者の割合も13年ぶりに5割を超えた。そうした厳しい状況の中、市町村の実務者の間で都道府県化への期待があったことは想像に難くない。すなわち、市町村が国保財政から解放されるとの期待である。

しかし、ふたを開けたら都道府県化後も市町村

図1

国民健康保険の改革による制度の安定化（運営の在り方の見直し）

- 平成30年度から、都道府県が財政運営の責任主体となり、安定的な財政運営や効率的な事業の確保等の国保運営に中心的な役割を担い、制度を安定化
 - ・給付費に必要な費用は、**全額**、都道府県が市町村に交付
 - ・保険料負担の平準化を更に進めるため、都道府県は、市町村ごとの標準保険料率を提示（標準的な住民負担の見える化）
 - ・都道府県は、**国保の運営方針を定め**、市町村の事務の効率化・広域化等を推進
- 市町村は、地域住民と直接顔の見える関係の中、資格管理、保険給付、保険料率の決定、賦課・徴収、保健事業等地域におけるきめ細かい事業を引き続き担う

【現行】市町村が個別に運営



（構造的な課題）

- ・年齢が高く医療費水準が高い
- ・低所得者が多い
- ・小規模保険者が多い

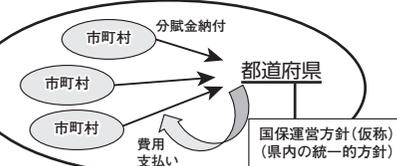
・国の財政支援の拡充
・都道府県が、国保の運営に中心的役割を果たす

- ・資格管理（被保険者証等の発行）
- ・保険料率の決定、賦課・徴収
- ・保険給付
- ・保健事業

※被保険者証は都道府県名のもの
※事務の平準化、効率化、広域化を進める

○引き続き、地方との協議を進める

【改革後】都道府県が中心的役割



・財政運営責任（提供体制と双方に責任発揮）

- ・市町村ごとの分賦金決定
市町村ごとの医療費水準、所得水準を考慮することが基本
- ・市町村ごとの標準保険料率等の設定
- ・市町村が行った保険給付の点検、事後調整
- ・市町村が担う事務の平準化、効率化、広域化を促進

※国の普通調整交付金については、都道府県間の所得水準を調整する役割を担うよう適切に見直す

（「医療保険制度改革骨子（案）」（平成27年1月13日 社会保障制度改革推進本部決定）付属資料より）

は引き続き保険者であり、特別会計も抱える。窓口業務だけでなく都道府県の求める納付金（分賦金）を納めるべく、保険料率決定・賦課・徴収も引き続き市町村が担う（図1）。市町村の実務軽減は望めそうになく、国保財政への責任から逃げる事ができない。実務担当者が「今までと何が違うのか」という気分になって当然である。「そもそも住民に対して都道府県化のメリットが説明できない」との声もあがっているという。

そこで推察できるのは、今回の都道府県化は市町村の実務者レベルが思い描いていたイメージと大きくズレがあったということだ。その根源はどこにあるのか。

3,400億円の追加公費と都道府県化は直接関係がない

先述の岡崎氏は雑誌インタビューに答えて次のように語っている^{*3}。岡崎氏は参考人質疑での陳述にあるとおり、都道府県が国保の保険者になることは理に適うとの立場である。その上で、「都道府県がこれまで首を縦に振らなかったのは、財政負担の問題が一番大きかったと思」う。「平成25年度の国保決算では、全体で約3,400億円の収支不足」、「地方6団体も『国の責任で補ってほしい』と強く要求してきた。『都道府県が財政責任を担う30年度から3,400億円が投入されることになり、当面のめどがついた』とする。

しかし、本当は「当面のめど」さえつけばよいわけではなく、3400億円はあくまで政治決着のための妥協し得る水準に過ぎなかったと考えるべきだろう。

先の自治体職員は次のように語っていた。「本来、追加公費3,400億円投入と国保都道府県化は直接関係がないはずのこと。自治体側は都道府県化と無関係に国の追加公費支出を求めていた。なぜセットでなければ公費を増やせないという理屈になるのか？という話になる」。

つまり、追加公費は都道府県化を受け入れさせるための説得材料＝持参金であり、自治体サイドが求めていた「構造的な課題の解決」さえ本当の目的ではないということになる。国にすれば都道

府県を軸とした医療費抑制の仕組みを構築するため、追加公費を投入してでも国保を都道府県化する必要があったのだと考えられる。国は自治体が求め続けた国保の「構造問題の解決」を梃子に、自らの政策目標の達成を図ろうとしたのではないのか。そうだとすれば、自治体のイメージした国保都道府県化と実際の都道府県化のズレの根源はこのあたりにあると考えられる。

追加公費3,400億円から見えてくるもの

確かに3,400億円の追加公費投入は画期的である。しかし国保に対する「国の責任」の果たし方として、それは正しい姿だといえるだろうか。むしろ国の説明からは、今回の財政措置が性質上抱えている問題点が見えてくる。そしてそれは、自治体が抱いていたイメージとのズレに止まらず、国民や医療者の願う国家責任による医療保障の仕組み（国民皆保険体制）とも大きなズレを起しているのである。

大体、なぜ保険給付に対する「定率国庫負担」引き上げではなく「定額の財政支援」なのか。京都府保険医協会が府と懇談した際、担当者も今後医療費の増加が見込まれる中、定率でなく定額の支援では「いずれ不足する恐れがある」と述べている^{*4}。

追加財政支援のうち、2015年度からの実施分約1,700億円は、「低所得者対策の強化のため、保険料の軽減対象となる低所得者数に応じた自治体への財政支援」である。現行の保険者支援制度は各保険者における7割・5割の法定軽減対象者の人数に応じて交付されているが、その対象に2割軽減の被保険者も含むよう拡大する等、低所得者を多く抱える保険者への支援策を強化する財源である。

また、2018年度からの実施分約1,700億円は、財政調整機能の強化、自治体の責めによらない要因による医療費増・負担への対応（精神疾患、子どもの被保険者数、非自発的失業者数等）、財政安定化基金創設、保険者努力支援制度（保険者機能を発揮し、後発医薬品の普及促進など医療費適正化へ努力する自治体への支援）というもの。実

際にどの保険者がどれだけの追加支援を受けられるのか、現段階では不明である（図2）。

総じていえば、これらは結果として国保財政の一定の強化にはつながるであろうが（被保険者1人あたり10,000円の財政改善効果だという）、給付への国庫負担増額という発想で組み立てられたものではない。

そこには、後藤論文のいう「地域互助組合としての国保へ」の転換をはかる国の政策が直接反映している。社会保障制度改革国民会議報告が述べた「社会保険制度」に対する「公費投入」を低所得者の負担軽減等に限定する（社会保険財源は被保険者の拠出を原則とすべきだという）思想がそのまま体现されているのである。こうした社会保険観を受容する限り、国保の財政規模をどれだけ広域化しても、国家による医療保障責務を体现した医療保障制度へと結びつくことはない。

さらには、図2後段の1,700億円の「保険者努力支援制度」に至っては、財政支援を餌に自治体

の医療費適正化＝抑制努力を引き出すものであり、極めて政策誘導的な性質を持つものと考えられるだろう。国は追加公費の投入そのものにさえ、自らの政策目標達成に向けた仕組みを盛り込もうとしているのだ。

この仕組みについて自治体職員は「自治体が評価されたい努力とは何か。いささか感傷的な言い方だとは思いますが、医療制度で住民の生命を守ることこそ、本当に評価されたい努力のはず」と語ってくれた。

今後、そうした思いを抱く自治体職員と住民の共同が大切になる。今回の法案で国保都道府県化と同時に「都道府県医療費適正化計画」が見直されたが、今後国が自治体に医療費支出に関する目標を課し、その達成如何による財政ペナルティ導入すら、いつ現実化してもおかしくない。医療保険制度への公費投入は医療保障のためのものであり、医療費抑制の手段にしてはならないのである。

図2

国民健康保険の改革による制度の安定化（公費拡充）

国民健康保険に対し、平成26年度に実施した低所得者向けの保険料軽減措置の拡充（約500億円）に加え、毎年約3,400億円の財政支援の拡充等を以下の通り実施することにより、国保の抜本的な財政基盤の強化を図る。

〈平成27年度から実施〉

- 低所得者対策の強化のため、保険料の軽減対象となる低所得者数に応じた自治体への財政支援を拡充（約1,700億円）

〈平成30年度から実施〉

- 財政調整機能の強化（財政調整交付金の実質的増額）
- 自治体の責めによらない要因による医療費増・負担への対応（精神疾患、子どもの被保険者数、非自発的失業者等）
- 保険者努力支援制度（仮称）…医療費の適正化に向けた取組等に対する支援
- 財政リスクの分散・軽減方策（財政安定化基金の創設・高額医療費への対応等）等

- ・平成27年度から、財政安定化基金を段階的に造成（平成27年度約200億円）
- ・平成29年度には、高齢者医療における後期高齢者支援金の全面総報酬割の実施に伴い生じる国費を優先的に活用し、約1,700億円

財政基盤を強化するため、公費の拡充とともに、以下の施策により、事業運営の改善を一層推進

- ・医療費の適正化に向けた取組の推進
- ・収納対策の推進
- ・賦課限度額の引上げ（平成27年度は4万円）
- ・被保険者資格の適用の適正化

（「医療保険制度改革骨子（案）」（平成27年1月13日 社会保障制度改革推進本部決定）付属資料より）

皆保険体制を前進させる－医療保障拡充のための展望

今回の国保の都道府県化は、保険者として財政的・人材的に国保運営を抱えきれない市町村を救済するものではなく、国の責任での医療保障を前進させるものでもない。ましてや私たちが日頃の国保改善運動で求めている保険給付への国庫負担率引き上げや資格証明書廃止、保険料引き下げ、滞納処分中止等の課題解決とも結びつく要素はない。むしろ地方自治体に新たな医療費抑制「努力」を課し、国の思うように医療費抑制をはからせるための道具立てに過ぎない。

一方、追加公費を受けた市町村の動きとして、保険料引き下げに踏み切るところがいくつか出ている。京都市も「国民健康保険への財政支援の拡充が実現したこと等により確保した財源を最大限活用」し、2015年度の保険料を「制度創設以来初めて」、1人当たり保険料を「大幅に」引き下げた^{*5}。こうした動きをもたらしたのは、何よりも市民・医療団体の継続的な運動があったからこそである。今後も、新たに保険者となる都道府県はもちろん、市町村に対する国保の改善運動に取り組むことが必要になる。

なお、追加公費投入を機に法定外繰入をやめる市町村が増え、保険料の引き上げにつながるという指摘も国会審議で繰り返し取り上げられた。国の社会保険制度を「共助」と位置づける立場から

は、それを明に暗に指導する可能性は否定できない。しかし、そうであっても法定外繰入の可否は引き続き市町村に委ねられるべきであり、それを決するのも運動の力である。ただし仮に市町村に法定外繰入を継続させたからといってそれによし、という運動では不十分である。

私たちの運動は、この国に暮らすすべての人たちが「いつでも・誰でも・どこでも保険証一枚で必要な医療を必要なだけ」保障する国民皆保険体制の解体に抗し、皆保険体制を発展させ、国家責任による医療保障制度の実現を目指さねばならないのである。今回の国保都道府県化が市町村の直面する困難の解決につながらないことは、日を追うごとに明らかになってくるはずである。その意味では国の責任を明確にした医療保障制度の実現をめざす共同を都道府県・市町村と共に築くことも現実的目標になるべきと考えている。

※1 出典：いずれも「平成25年京都府統計書」

※2 出典：「国保新聞」（第2081号・国民健康保険中央会発行）

※3 出典：「社会保険旬報」（第2601号）

※4 出典：「京都保険医新聞」（第2920号）

※5 出典：おしらせ「平成27年度京都市国民健康保険事業（案）」について（市保健福祉局）から引用

（なかむら さとし、京都府保険医協会事務局）

〈医療政策・研究史〉(9)

国家的医療の解体と市場化

野村 拓

●「日本医療団」施設の戦後

前稿で、1944年段階で、日本医療団が「結核療養所10万床」計画を「簡易結核療養所（奨健寮）5万床」計画に縮小したことについてふれた。結核療養所も簡易結核療養所も、現存のものを組み入れたケースがほとんどだが、一覧表にすれば、〈図1〉結核療養所、〈図2〉簡易結核療養所（奨健寮）となる（いずれも出典は「日本医療団報」創刊号、1944.7.）。

ここに掲げた療養所、簡易療養所の多くは、戦後改革のなかで、他の陸海軍病院、傷痍軍人療養所などとともに国立病院・療養所として生まれ変わるが、1980年代に公表された国立病院統廃合・移譲計画の対象とされたものが多かった。

1986年1月、国が公表した計画によればハンセン病療養所13カ所を除く239カ所のうち74カ所をつぶすというものであった。

反対運動の出足も早かった。〈図3〉(34ページ)は、国が「統廃合・移譲計画」を発表する1年以上前の1984年11月15日の集会の写真であり、国立田辺・白浜両病院を統合して第三地点に新病院を、という想定案に対して、いかに行動するか、という集会であった。この集会で講師をつとめた私は、「全林野」の組合員の参加を確認して感銘した。

●「兵糧攻め」と「岩石落とし」

国立白浜（温泉）病院の前身は大阪陸軍病院の分院であり、「移譲」の対象となった国立福知山病院の前身は陸軍病院であった。陸軍の連隊の所在地には陸軍病院があり、海軍の軍港、要港の所在地（呉、横須賀、佐世保、舞鶴、大湊など）には海軍病院があり、温泉地には傷痍軍人療養所が

つくられ、それらが戦後、国立病院・療養所に生まれ変わったのだから、それらに元日本医療団の施設を加えると、1986年段階で「ハンセン病療養所」を除いて239カ所あった。しかし、ここでは文脈上、まず、元日本医療団の施設から2、3拾ってみよう。まず、〈図1〉から「静澄園」（三重県）。その昔、落ち葉を踏みしめて結核の友を見舞った療養所だったが、現地調査で訪問したときには、レントゲン室に大きな空隙があった。

院長に聞くと、「統廃合計画」に反対の意思表示をしたので入るはずのレントゲン機械が止められているとのことであった。「兵糧攻め」である。しかし、このころは院長が現地調査の調査団と会ってくれたが、やがて、本省からのお達しがあったらしく、事務長が代行し、その後事務長も会うなくなるのである。

〈図1〉で「静澄園」の隣にでてくる「比良園」（滋賀県）は、戦後「国立比良病院」となるが、これも統廃合の対象となった。

このときには、集会用の会場がとれなくて、病院の駐車場に300ほど椅子を並べて集会を開いた。夏の夕方でスタート時は快適であったが、やがて暗くなって原稿が見えなくなった。看護婦さんが強力懐中電灯をあててくれたら、そこらじゅうの虫が集まって来て、いやはやという結果となった。

〈図2〉の「奨健寮」リストの方から拾って見よう。

「三豊奨健寮」（香川県）は、戦後「国立西香川病院」となって「統廃合リスト」に挙げられることになったが、もともとは、地元開業医がはじめた民間の結核療養所「松岡回春園」を日本医療団が「奨健寮」として召し上げたものである。だから歴史的経過としてとらえるならば、国が「民」のものを召し上げておいてつぶすのだから「岩石

日本醫療團病院診療所一覽

(昭和十九年二月末日現在)

名稱	所屬支部	所在地
茨城厚生病院	茨城縣	水戸市裡五軒町
魚沼共濟病院	新潟縣	北魚沼郡小出町
山口縣中央病院	山口縣	防府市三田尻一四五五
南那珂病院	宮崎縣	南那珂郡油津町
小笠原島父島診療所	東京都	小笠原島父島大字大村
小笠原島母島診療所	東京都	小笠原島母島沖村

日本醫療團奨健寮一覽

(本文字ハ新規開設
細文字ハ開設準備中)

名稱	所屬支部	所在地
札幌中央奨健寮	北海道	札幌市北一條西十八丁目
小樽東雲奨健寮	北海道	小樽市稻穂町東七丁目
旭川中央奨健寮	北海道	旭川市七條五丁目
旭川西奨健寮	北海道	旭川市九條十丁目
釧路奨健寮	北海道	釧路市天廣町二ノ二八
帯廣奨健寮	北海道	釧路市西二條南十丁目
八雲奨健寮	北海道	釧路市山越郡八雲町大字八雲
湯之島奨健寮	北海道	釧路市川上郡湯之島村字湯之島
美幌奨健寮	北海道	釧路市川上郡美幌町
富澤奨健寮	北海道	北見國網走郡美幌町
田澤湖奨健寮	秋田縣	仙臺市富澤字原二一
山形奨健寮	山形縣	仙北郡生保内村田澤温泉ホテル
高須玉奨健寮	山形縣	山形市小姓町字東前
伊勢崎奨健寮	群馬縣	安積郡丸守村大字安子ヶ島字蓬山
伊香保奨健寮	群馬縣	伊勢崎郡須村湯本
伊香保湯奨健寮	群馬縣	伊勢崎郡伊香保町
伊香保湯健寮	群馬縣	群馬郡伊香保町香湯
藥師奨健寮	群馬縣	群馬郡伊香保町香湯

名稱	所屬支部	所在地
神梅奨健寮	群馬縣	勢多郡黒保根村神梅
大井奨健寮	東京都	本所區兩國一丁目二〇
豐橋奨健寮	愛知縣	惠那郡大井町魚戸
西尾奨健寮	同	豐橋市前如町一一五
向陽奨健寮	同	幡豆郡西尾町大字花ノ木
會木奨健寮	同	千種區代町蠅ヶ淵
山泊奨健寮	同	岐阜縣土岐郡曾木村君ヶ塔
加茂奨健寮	同	田方郡葦山村奈古谷大字加藍澤
石川湖山奨健寮	石川縣	三島郡寺泊町大字寺泊字金山
高濱奨健寮	同	南蒲原郡加茂町大字上條
須坂奨健寮	同	南蒲原郡加茂町大字加茂
湯田中奨健寮	同	江沼郡片山津町
網野奨健寮	同	大飯郡高濱町若宮
石中奨健寮	同	上田市常盤城字新屋
武尾奨健寮	同	上高井郡須坂町字立町
洲本奨健寮	同	下高井郡平穩村字湯田中
金井奨健寮	同	京都市右京區梅ヶ畑町二
廣島奨健寮	同	竹野郡網野町
岡山奨健寮	同	豐中市柴原二五
三井奨健寮	同	滋賀縣大津市石山南郷町
柳井奨健寮	同	阿倍野區阿倍筋五ノ六四
三井奨健寮	同	有馬郡鹽瀨村
宇和島奨健寮	同	本院 兵庫縣洲本市小路谷
久留米第一奨健寮	同	分院 兵庫縣洲本市細工町
久留米第二奨健寮	同	淺口郡金光町
久留米第三奨健寮	同	御調郡奧村
久留米第四奨健寮	同	玖珂郡柳井町柳井
久留米第五奨健寮	同	三豐郡上高瀬村
久留米第六奨健寮	同	宇和島市榊形町榊形沖
久留米第七奨健寮	同	三豐郡市田町中町三八
久留米第八奨健寮	同	嘉穂郡越波大字椿一九八ノ二
久留米第九奨健寮	同	京都郡行橋町
久留米第十奨健寮	同	京都市大字佐志八八四ノ二四
久留米第十一奨健寮	同	別府市大字別府字太呂邊
久留米第十二奨健寮	同	別府市壺屋町二〇六

落とし」方式というべきである。

この「岩石落とし方式」でもうけたところが2カ所ある。ひとつは国立西香川病院が所在する高瀬町であり、もうひとつは、この問題に関与したコンサルタント会社である。

厚生省は、国立西香川病院の「身の振り方」に関して、高瀬町に1,000万円の調査費をつけた。全医労が対厚生省交渉で「地元合意なくして（この問題は進めない）」という確認書をかかわっているので、この1,000万円は「地元合意表明工作費」である。そして、現地調査の調査団長としての私に耳にしたのは次のような話であった。

高瀬町は1,000万のうち、300万をはねて、700万で某コンサルタント会社に委託し、某コンサルタント会社は「つぶしてサラ地にするのがよからう」という報告書を作成した、とのことである。

●コンサルタント会社

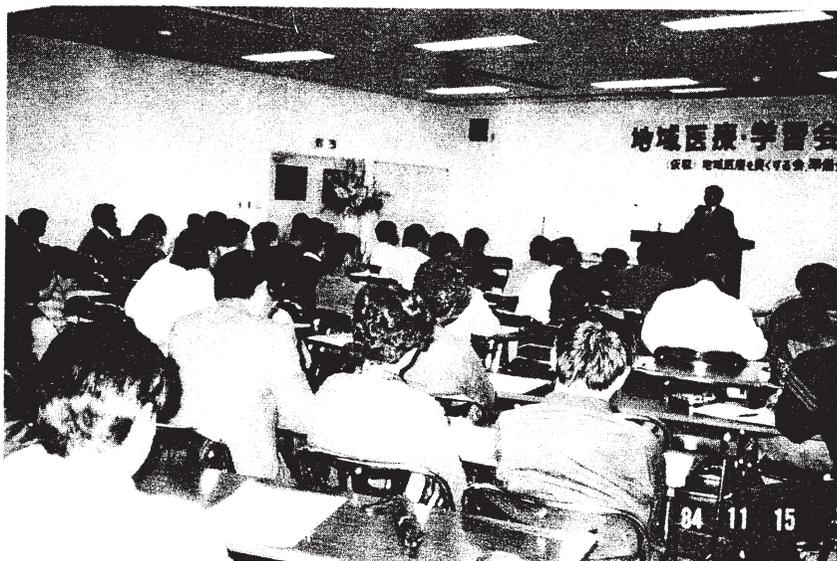
国立病院統廃合・移譲問題の特徴のひとつは、それぞれのケースにうさん臭いコンサルタント会社がかからなかったことである。当時、どのようなコンサルタント会社が存在したか、1996年4月10日の衆議院厚生委員会における政府委員の答弁をもとに整理してみると次のようになる。

- (1) 社団法人 病院管理研究協会
東京都新宿区外山1-23-1 国立医療・病院管理研究所
代表者 小西 宏
国立療養所武雄病院「移譲」に関与
(コンサル料700万と聞いた)

〈図3〉1984年11月15日の集会（和歌山）

11月15日 『地域医療良くする会・準備会』を12団体8000名で発足

（構成団体）西牟婁地評、田辺西牟婁地区労、紀南病院労組、田辺市職労組、交連共闘、西牟婁統一労組懇、田辺民主商工会、民青西牟婁地区新婦人西牟婁支部、ふたば共同作業所、振動病なくす会、全医労和歌山地区協議会



▲阪大助教授、野村先生を講師に招いて『地域医療学習会』を開催

(2) 株式会社 自治体病院施設センター
東京都千代田区紀尾井町3-27 剛堂会館2階
代表取締役社長 森 泰樹(豊橋市民病院名誉
院長)

社団法人全国自治体病院協議会が全額出資
国立福知山、国立習志野(千葉)、国立湯田川(山
形)に関与

(福知山の場合、コンサル料金300万と聞いた。
この場合は「国」から「市」への移譲なので、
移譲された場合の地方交付税交付金の算定方法
まで「指導」していた。)

(3) 株式会社 システム総合開発研究所

東京都多摩市落合6-12-9

代表取締役社長 渡辺 芳人

取締役 副島 有年(元大蔵省関税局長)

取締役 佐分利輝彦(元厚生省医務局長)

監査役 木戸 俯(元厚生省援護局長)

もっとも広汎に、この問題にかかわった組織で、
国立湊(静岡)、国立津山(岡山)、国立太田(鳥
根)、国立西香川(香川)などのケースに関与。

(4) IIE 国際環境研究所

東京都港区南青山5-12-24-611

代表取締役 佐高 啓三(一級建築士)

国立下関のケースに関与。

(5) 社団法人 地域発展計画研究者機構

代表者 岩本 普(山口県立大学看護学部教授)

国立山口のケースに関与。

(6) 株式会社 保健医療総合研究所

吹田市春日3-20-6

国立弟子屈(北海道)、国立渋川(群馬)、国立
壱岐(長崎)のケースに関与。

(7) 菱和メディカル総合研究所・東北支社

大阪市北区西天満5-14-19

国立鳴子(宮城)のケースに関与。

(8) 株式会社 ホスピタル・ブレイン昭和

国立伊東と国立熱海の統合ケースに関与。

●システム総合開発研究所

この時期に、コンサルタント会社ないしシンク
タンクとして、国立病院再編成問題に、もっとも
広汎にかかわったのが「システム総合開発研究所」
であるが、1995年段階における同研究所のプレゼ
ンテーションは以下のとおりである。

〈システム総合開発研究所の概要〉

人類の健康を願い、健やかなヒューマンサービ
スのコンセプト・システムづくりを通して、昭和
52年創立以来、当研究所は一貫した理念と理想の
元に、事業展開を図ってまいりました。

この間、我が国における保健医療及び福祉環境
は大きく変貌し、予測されていたこととは言え、
人口の高齢化による様々な社会的、行政的対応を
余儀なくされるに至っております。

当研究所では、早くからこうした高齢化社会の
到来に備えた、コンセプト展開と、システム開発
を行い、保健医療福祉の幅広い分野で、常に先進
性と機能効率性を追究してまいりました。

いかなる時代においても、専門性に裏打ちされ
た総合性、それに先進的視野を背景とした独自性
を以て臨み、専門領域における“時代の水先案内
人”たりえるよう、さらに研究研鑽を重ねる所存
でありますとともに、保健・医療・福祉の分野で
の皆様の問題解決にご協力いたしたく存じあげま
す。

〈名称〉略

〈英文名称〉略

〈所在地〉略

〈設立〉昭和52年6月6日

(平成元年6月 病院システム開発研究
所を上記に所名変更)

〈理念〉“明日の保健・医療・福祉を考える”を
モットーに、変化する社会ニーズに対応
できる保健・医療・福祉機能を、保健・
医療・福祉と人間の側面からソフトウェア
を中心とした医学、福祉、医療経済の
裏付けをもつ保健・医療・福祉システム
を開発する。

〈業務内容〉1. 保健・医療・福祉計画
2. 健康福祉都市開発構想

〈図4〉システム総合開発研究所



3. 保健・医療・福祉センター、病院、研究機関などの基本構想策定、運営システム設計
 4. 保健・医療・福祉センター、病院、研究機関などの経営診断、経営指導、経営改善
 5. ニューテクノロジーの保健・医療・福祉への応用
 6. 保健・医療・医業保険の開発価値研究
 7. 海外医療協力アセスメント
 8. サービス・システム・費用便益研究
 9. 診療への精度管理・快適性管理研究
 10. 健康文化生活活動の便益研究
 11. 保健・医療・福祉施設の再編成、活用手段研究開発
 12. 保健・医療・福祉政策、施策の研究
 13. 保健・医療・福祉政策の国際比較研究
 14. 先進保健・医療・福祉技術アセスメント
 15. 保健・医療・福祉の人材開発の改善指導
 16. 保健・医療・福祉関連ビジネス事業の調査研究
- 〈資本金〉3,000万円
〈所員数〉23名
〈主要参加学会〉略
〈海外連携研究機関〉バツテル記念研究所(米国)
〈役員構成〉
会 長 副島有年(財政学)(元大蔵省関税局長、元駐米特命全権公使)
所 長 渡辺良久(病院管理学、システム工学)
理 事 佐分利輝彦(医療行政学)(元厚生省医務局長)
春日 齐(公衆衛生学)(東海大学医学部名誉教授)
監査役 木戸 侑(医療行政学)(元厚生省援護局長)

〈主要受託先〉

- 国家機関：厚生省、国立がんセンター、国際協力事業団、国立岡山病院、等
- 都道府県：北海道、神奈川県、兵庫県、熊本県、静岡県、山形県、宮城県、三重県、佐賀県、茨城県、千葉県、鹿児島県、島根県、等
- 市町村：釧路市、恵庭市、静内市、石巻市、鶴岡市、山形市、北村山公立病院組合、浦和市、鳩ヶ谷市、柏市、市川市、習志野市、川崎市、横浜市、沼津市、富士市、富士宮市、清水市、焼津市、藤枝市、島田市、豊橋市、鯖江市、名張市、大阪市、泉佐野市、池田市、豊中市、宝塚市、西宮市、加古川市、姫路市、兵庫県御津町、境港市、等
- 公的機関：日本赤十字系病院、済生会系病院、国際協力事業団、住宅・都市整備公団健康保険組合連合会、全国社会福祉協議会、厚生問題研究会、食品農医薬品安全性評価センター、医療情報システム開発センター、国家公務員共済組合、公立学校教職員共済組合、私立学校教職員共済組合、自警会東京警察病院、伊豆地域医療施設整備検討委員会、田附興風会医学研究所、諸大手企業健康保険組合、等
- その他：諸大学附属病院、諸地域医師会、諸外国政府機関、諸海外研究機関、等

専門領域における“時代の水先案内人”がうたわれているが、「水先案内人」ぶりを発揮したのは、

国立湊病院（静岡県南伊豆町）の移譲問題のときであった。経過は省略するが、システム総合開発研究所が地域医療振興協会とつるんだ形で発表したのは、次のような案であった。

周辺7市町村で一部事務組合をつくらせて、ここに移譲し、経営は自治医大グループ（社・地域医療振興協会）に委託（計画作成はシステム総合開発研究所）〈図4〉。そして、赤字が出た場合は南伊豆町が50%、下田市が35%、その他5町村が3%ずつ負担し、黒字が出た場合は「協会」に、というシステムであった。

国の責任を免責し、病院が収益をあげれば、周辺自治体の国保財政が痛むという住民転嫁システムをもちこんだのだから、まさに「悪しき時代の水先案内人」であった。自治医大としても、卒業後9年間の義務年限を終えた医師がたまりはじめていた時期であったから、渡りに船だったのかもしれないが、ここで、当時の「地域医療振興協会」について説明しておかなければならない。

●地域医療振興協会

〈図5〉は1997年段階における同協会の役員名簿であり、〈図6〉は活動内容をシェーマ化したものである（38、39ページ）。この2つから会の性格や活動パターンがつかめるのではないか。もともとは、僻地医療の充実が目的であったはずだが、「僻地」であろうがなかろうが、「移譲」の対象にあがった国立病院があれば、「支援」ないし「テイクオーバー」したかった。

このことを地域医療振興協会サイドの資料で見ると、次のようになる。

〈共立湊病院〉

「元の国立湊病院で、国の国立病院再編成計画により移譲対象となっていた。これを地元市町村が国有財産の無償譲渡を受け、共立湊病院の開設者となり、管理運営を当協会に委託した。」

〈公立丹南病院〉

「元の国立鯖江病院で、国の国立病院再編成計画により移譲対象となっていた。これを地元市町村が国有財産の無償譲渡を受け、公立丹南病院の

〈図5〉地域医療振興協会の1997年段階の役員名簿

(社) 地域医療振興協会 役員名簿

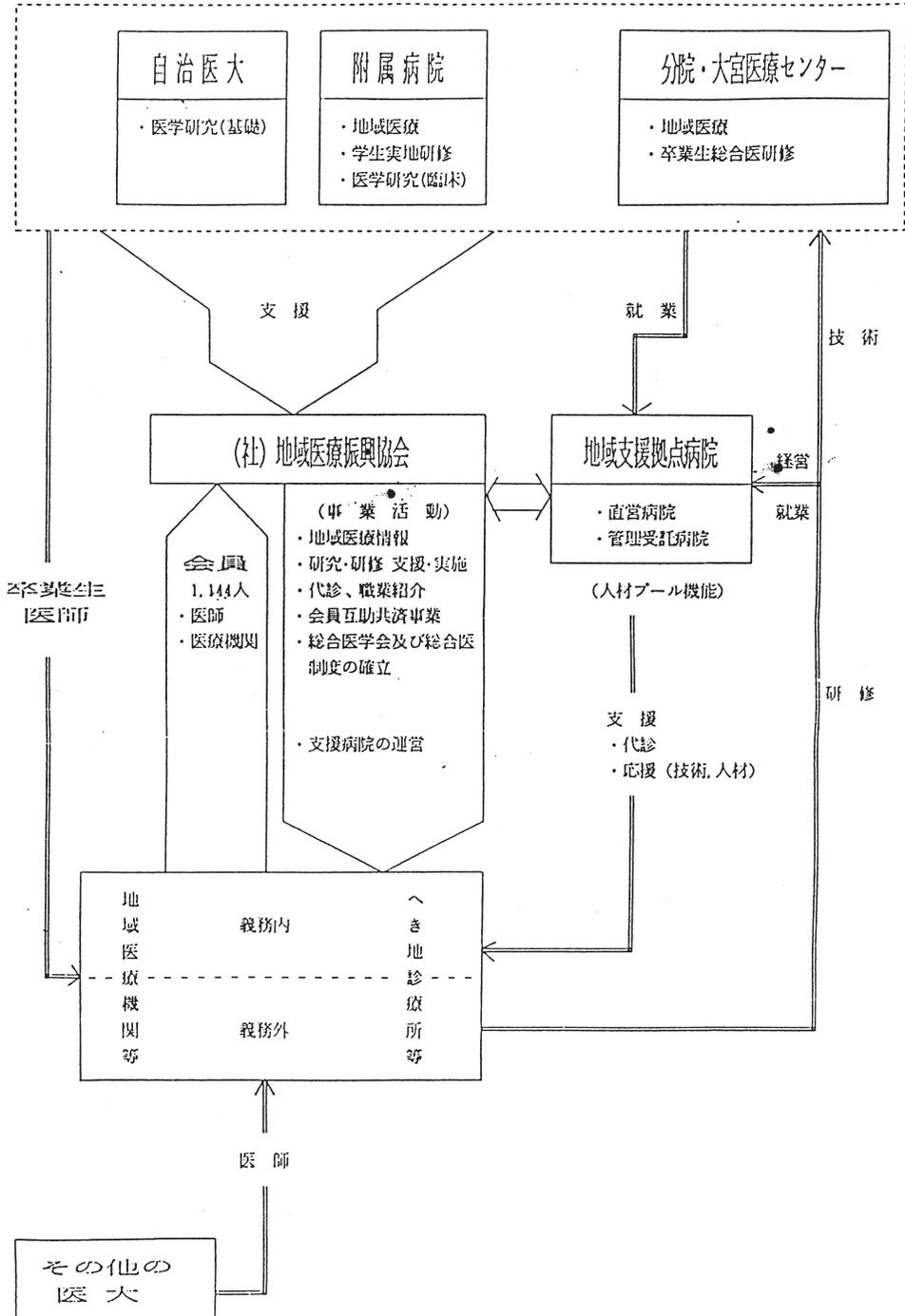
平成9年6月1日現在

役職	氏名	現職	
会長	高久 史麿	自治医科大学 学長	
理事長	吉新 通康	安良里診療所 所長(静岡県) 自治医科大学助教授	
常務理事	吉野 浄	石岡第一病院 管理者(茨城県)	
	奥野 正孝	自治医科大学 助教授	
	梶井 英治	自治医科大学 教授	
	箕輪 良行	自治医科大学附属大宮医療センター 講師	
	小池 宏明	組合立塩川病院 院長(山梨県)	
	水口 忠男	(社)地域医療振興協会 事務局長	
	理事	竹中 浩治	(財)ヒューマンサイエンス振興財団 理事長
糸氏 英吉		(社)日本医師会 副会長	
鴨下 重彦		国立国際医療センター 総長	
長谷川 慧重		公害等調整委員会 委員	
細田 瑳一		(財)日本心臓血圧研究振興会 常務理事	
長谷川 嗣夫		自治医科大学附属病院 院長	
金澤 康德		自治医科大学附属大宮医療センター センター長	
柏井 昭良		自治医科大学看護短期大学 学長	
五十嵐 正紘		自治医科大学 教授	
伊東 紘一		自治医科大学 教授	
曾根 啓一		自治医科大学 学生部長	
佐々木 秀一		全国離島振興協議会 事務局長	
劔持 浩裕		全国山村振興連盟 常務理事・事務局長	
井 忠平		全国過疎地域活性化連盟 総務部長	
理事 (地域担当)		渡間 久	山形県立中央病院(山形県)
		笹井 康典	大阪府 健康増進課 課長(大阪府)
		茶川 治樹	美和町立美和病院 院長(山口県)
	溝渕 和久	今西医院 院長(高知県)	
	小田 和弘	国立湊病院 副院長	
	松田 一夫	福井県民健康センター(福井県)	
	沼田 裕一	熊本赤十字病院(熊本県)	
理事 (業務担当)	野崎 昭彦	信楽町国保中央病院 院長(滋賀県)	
	石川 雄一	日本ヘルスサイエンスセンター センター長(東京都)	
	坂口 敏夫	(医)総和中央病院 院長(茨城県)	
	住永 佳久	自治医科大学附属大宮医療センター 講師	
	大場 義幸	石岡第一病院 副院長(茨城県)	
	藤本 健一	自治医科大学 講師	
	佐藤 純一	石岡第一病院 院長(茨城県)	
	藤井 幹久	自治医科大学附属大宮医療センター 講師	
	折茂 賢一郎	六合温泉医療センター センター長(群馬県)	
	高橋 昭彦	(医)沼尾病院(栃木県)	
	新鞍 誠	自治医科大学附属大宮医療センター	
監事	青沼 孝徳	涌谷町町民医療福祉センター センター長(宮城県)	
	中村 正和	(財)大阪がん予防健診センター 調査部調査課長	

〈図6〉

協会の活動と管理委託の仕組み

(社) 地域医療振興協会事業活動概要図



開設者となり、管理運営を当協会に委託した。」

〈市立伊東市民病院〉

「元の国立伊東温泉病院で、国に国立病院再編成計画により移譲対象となっていた。伊東市が国有財産の無償譲渡を受け、開設者となり、管理運営を当協会に委託した。」

〈横須賀市立うわまち病院〉

「元の国立横須賀病院で、国の国立病院再編成計画により移譲対象となり横須賀市が移譲を受け開設者となり、管理運営は当協会が委託した。臨床研修病院として地域医療を志す医療スタッフの研修の場となる。」

●医療政策研究

地域医療振興協会については、地域包括ケアや総合診療専門医制度とのかかわりでさらに掘り下げる必要があるが、本稿では「国立病院つぶし」に関与した団体としての志向性をとりあげるにとどめた。

歴史的に見れば、「国立病院つぶし」は医療の市場化にむけての重要な転機であったが、実は「医療の市場化」というよりは、医療分野への魑魅魍

魎的な事業体の参入によって特徴づけられた時期でもあった。そして、介護保険の導入によって、魑魅魍魎ぶりはさらに加速されることになり、事業体から研究者にまでおよぶのである。〈図7〉は「医療政策」を専門とする大学教授が、みずから経営するコンサルタント会社を使って不正を働いた記事である。

「医療政策が専門」といわれているこの人にとって、医療政策とは、コンサルティングやロビー活動によって口銭をとることを意味していたのだろうか。あるいは、かつて医療政策研究者がいただいていた「志し」のようなものは「センター入試方式」で吹き飛ばされてしまったのかもしれない。

センター入試世代は、決められたフレームの中で選択肢を探すことはしても、フレームそのものを問題視しない。そんなことをしていたら落第してしまうから、おとなしく、出題者の設定した正解を当てることに専念する。

しかし、医療政策研究者は、フレームそのものの正当性を検討するような仕事が多い。国民の首を絞めるフレームをいかにして変えるがテーマであって、フレームはそのままにして「首の絞められ方についての選択肢を示すこと」ではない。

「センター入試方式」のほかに、もうひとつ、医療政策研究を矮小化させているのが、アメリカ

〈図7〉中日新聞2015.3.12

東大教授を懲戒解雇 研究費を不正に取得

東大は十一日、業者との架空契約で東大に研究費三百二十万円を支払わせたなどとして、政策ビジョン研究所センターの秋山昌範教授(金)を詐欺罪で起訴し、六日付で懲戒解雇処分にしたと発表した。

東大によると、秋山被告は二〇一〇―一一年、研究事業で東大と契約した業者から、自身が実質経営していた医療コンサルタント会社に業務を再委託させるなどして、研究費約千六百万円を取得。うち三百二十万円は架空契約だった。

秋山被告は医療政策が専門。研究事業は、厚生労働省の科学研究費(科研費)補助金などによるものだった。三、四月、東京地検特捜部が一三年八月、架空の研究費名目で東大と岡山大から計約千八百十万円をだまし取ったとして、詐欺罪で起訴。今月十七日に東京地裁で初公判が予定されている。

羽田正副学長は「本学教員としてあるまじき行為で決して許されるものではなく、厳正に処分した」とコメントしている。

医療社会学の粗雑な「点数稼ぎ論文」の影響である。

「ナーシングホームにおける墜落の研究」（ま
ずなくすことが必要でしょう）、「錠剤の色別プラ
セーボ効果の研究」（患者の騙し方も4肢選択で
すか）などなど。おまけに、孫引きをくりかえし
ているうちに「ウィリアム・ペティー」が「リチ
ャード・ペティー」に化けてしまった論文がかな
り有名な医療社会学者の「編」という形で出され
ている。「誤記」は犯罪ではないが、「盗用」「改竄」

「捏造」と縁続きである。そして、視野狭窄の研
究者の「点数稼ぎ」の対極にあるのが、広い視野
と柔軟・多彩な方法を備えた医療政策研究である。
今回は「日本医療団」から国立病院へ、国立病院
再編成にからむシンクタンク、コンサルタント会
社などにスポットをあてたが、次回から「医療政
策的研究としての開業保険医論」をやってみたい。
(2015.4.25)

(のむら たく、医療政策学校主宰)

フランスの連帯金融の発展 —フィナンソルの現状

石塚 秀雄

1. はじめに、連帯金融の誕生

連帯金融とは、フランスで2000年前後以降に活発化した、社会的連帯経済（ESS）セクターが主導する、勤労者・労働者による投資や寄付を通じて、雇用や社会的企業などの創出と勤労者・労働者自身の生活福利の実現という二つを目的とした、制度化された金融運動のことである。日本でも、協同組合などによる市民金融や社会的企業の起業融資、マイクロクレジット、多重債務救済などの事業が小規模ながら存在し奮闘しているが、フランスの連帯金融とはいくつかの点で状況は大きく違う。

第一に、制度化の点で、日本の場合は、きわめて整備されていない。ワーカーズコレクティブなどによる市民金融は、銀行業法ではなく貸金業法にもとづく。政府は協同組合金融の新たな拡大を望んでいないようである。これまでの一連の協同組合金融に対する規制や共済規制の動きを見るならば、政府が営利金融市場に有利な政策を取っていることは明らかである。

第二に、日本では社会的連帯経済セクターの形成の主体的な動きが弱い。日本の行政や法制度が縦割りであることの弊害は協同組合セクターにも相似形で反映して、各種協同組合が非営利・協同のナショナルセクターを主体的に形成するという発想と動きが弱い。このことは個別協同組合セクターが各個撃破を受けやすいことは、近頃のJA全中の株式会社化の強制政策への対応にも見ることができる。フランスの連帯金融は、伝統的な非営利・協同セクターと、近年の福祉国家の揺らぎの中から新しい連帯経済の動きとが結合して、社会的弱者の雇用創出や社会的企業の育成を、新旧の非営利・協同セクターが協働して進めていこうとする動きである。連帯金融は血液のようなもので、身体がなければ意味がない。バーチャルな金融ゲームとは異なるものである。

第三に、フランスの連帯金融はもともと企業における労働者生活保障・労働権に基づく制度を母体として、その応用発展系として形成されたものである。応用発展というのは、企業内における労働者の諸権利・福利という内部的な枠組みから、外部に開いた社会的な支援貢献に広げたことである。日本においては、戦後において、企業内福利や「社員持ち株制」などが見られた。これは一定の労働者福利を実現したが、近年、「日本の経営」の崩壊により非正規雇用の増大など格差社会が問題化されている状況になっている。日本においても、改めて企業内における賃金労働者の生活保障・福利についての理論的再検討と取り組みが必要であろう。

第四に、フランスの連帯金融は勤労者の社会的金融の取り組みであるということである。そこには発想の転換がある。従来、労働と資本は対立するものとされ、当然ながら賃金労働者と資本家は利害の対立する存在である。株や投資で儲ける労働者も存在するに決まっているが、労働者が資本家や投資家になることは、利己的な営利や貪欲の表れであり、労働者階級の価値観にふさわしくないと一般に見なされてきた。たとえば、ノーベル賞を受けた、貧民への事業融資のグラミン銀行（マイクロクレジット運動）に対する個人出資者も、利子を受け取らないとか寄付であるとか利他主義的なものであった。しかし、連帯金融では勤労者は社会的投資家・寄付者になり、投資先も社会的企業なのである。これは協同組合出資方式をより社会的に拡大したものとも言える。非営利活動は、利潤そのものを作り出しはいけないという誤解は、そろそろなくなりつつあるが、非営利組織の事業収益の非配当原則がその他の社会的連帯経済事業組織にも適用されなくてはならないという誤解は、まだ払拭されていない。

また政府などが称揚する「みんな投資家」といったマネーゲームやカジノ資本主義を嫌うあま

り、勤労者階層が社会的な貢献をする金融に背を向けることは得策ではない。勤労者とその金融資産を都市銀行など民間営利銀行に預金して、その資金がマネーゲームの資金に使われることは、せっかくの勤労者の金融利得が支配層にかすめ取られていることである。マックス・ウェーバーが指摘するように「資本主義の精神」は資本家の精神というのではない。労働者もまた資本主義の経済活動の中でどのように社会的な役割を果たしていくのかが、きわめて肝要であろう。

2. 連帯金融の基盤としての社会的連帯経済

フランスの連帯金融の発展の基盤のひとつは、1980年代から明確化してきた社会的経済セクターの発展である。すなわち、連帯金融の投資先、寄付先および財とサービスの実現の場としての社会的経済事業組織の発展が前提とされている。社会的連帯経済（ESS）事業組織は、ヨーロッパ連合やフランス政府の定義によれば、協同組合、共済組合、アソシエーション、財団、社会事業組織等、民主的運営をする企業が含まれる。勤労者貯蓄法などでは、連帯企業が定義されている。

社会的連帯経済 ESS の 4 原則（フランス [社会的連帯経済法]、フランス社会省、EU）

- ① 制限的営利、営利を個人化しない→賃金の制限、剰余金を事業に使う。利潤の公正分配
- ② 民主的ガバナンス→一人一票原則
- ③ 一般的利益・集团的利益目的 *interet general collectif* →社会的統合、不平等の低減、雇用の確保
- ④ 地域に根ざし、市民動員（参加）*mobilization citoyenne* →住民参加

表 1. フランスの社会的連帯経済の規模 (2012)

	社会的連帯 経済セクター	営利民間 セクター	公的セクター
事業所数	222,912	1,951,075	177,409
被雇用者数	2,341,346	14,523,071	5,804,435
労働人口比率	10.3%	64.1%	25.6%

出所：CRESSs Panorama de ESS, 2013

表 2. フランスの社会的経済の規模

	協同組合	共済組合	アソシエーション	財団	合計
事業所数	25,871	6,964	188,810	1,267	222,912
労働者数	306,424	126,125	1,840,864	67,933	2,341,346

出所：CRESSs Panorama de ESS, 2013

3. 勤労者貯蓄制度の成立と変転

連带的勤労者貯蓄制度（L'epargne salariale solidaire）は、勤労者貯蓄法（Loi epargne salariale）を利用したもの、あるいは制度的には内包されたものである（注）。勤労者貯蓄法の成立展開の経過は、一様ではない。1959年および1967年の政令（*participation aux benefices*）「資本家と労働者との間の利益配分制度」が従業員数100人以上（1990年以降50人以上）の会社に義務化されたことに始まる。これは、いわばフランス独特の考え方による制度といえる。すなわち、公式の数式によって算定された企業における従業員に対する収益分配金を認めて、それを従業員の取り分（貯蓄）として様々な名目のために使うものである。これは会社と労働組合や企業同数委員会（経営者と従業員）などの交渉によって決まるものである。この制度は2001年の「勤労者貯蓄法」（*ファビウス法*）として大幅に姿を変え、その後のサルコジ（経済相、大統領）による2004年改正で金融緩和がすすめられ、2015年3月の同法改正（*マクロン法*）によるさらなる金融緩和が進められてきている。金融緩和は、金融グローバル化の中で、一般大衆の金融財産を金融市場に取り入れ、株式や投資活動を盛んにさせるという要請にしたがったものである。一方で、同法は、連帯金融制度の規定をも内包するようになった。これは、同法の出自が労働者の金銭的利益の確保という目的に由来するものでもあるが、1980年代からのフランスにおける社会的経済セクターの発展および社会保障制度の変化に基づいたものである。とりわけ、社会的連帯経済の発展がなければ、たんなる労働者福利としての貯蓄制度にとどまったにすぎないであろう。したがって勤労者貯蓄法は、3つの指向付けが付与された複合的な性格をもつものである。すなわち、本来的な①労働者福祉目的、②勤労者のマネーゲーム参加、投資家、金融消費者化、③

連帯金融、である。連帯金融の規模は、勤労者貯蓄制度全体からすれば、大きいものではないが、社会的な影響力を持つほどには大規模である。またサルコジ政権など保守政権の時期には、勤労者貯蓄を金融市場のマネーゲームに取り込もうとする政策が進められてきているといえる。

勤労者貯蓄商品を取り扱う市場は直接証券取引所 (Bourse Direct) とよばれ、契約型投資信託 (FCP, Fonds Commun de Placement)、オープン投資信託 (SICAV, Societes d'investissement a capital variable) など、主として非上場企業や中小企業向けの投資を取り扱う。金融面の所管は金融市場局 (AMF, autorite des marches financiers) で、2003年に設立された。同時に、産業経済雇用省、労働社会家族市民省も所管する。

(注) 訳としては「賃金労働者」あるいは単に「労働者」とできるが、同法の対象にはいわゆる独立労働者 (自己雇用労働者) も含まれている。とりあえず勤労者という訳にした。いずれにせよ、日本の労働者概念とは異なる労働者の種類概念がフランスにはある。

4. 連帯金融制度に関わる主たる法律

連帯金融に関わる法律は、金融、労働、社会保障、社会的経済など多様な領域にわたるが、直接に関わるものは以下である。

(1) 勤労者貯蓄法 Loi Fabius 2001-152 Loi dd epargne salariale, 全31条

各条において、労働法および租税の修正条項、勤労者貯蓄証券の種類、連帯経済の助成、企業における賃金労働者の権利、勤労者株主などを規定している。

(2) 経済近代化法 Loi de Modernisation de l'Economie, LME, 2008.8.4、全178条

個人企業、中小企業、消費者、貯蓄金庫などの経済活動の促進のための商法や労働法など多岐にわたる規則の改正を盛り込んだものである。

とりわけ、以下に連帯企業に関連する規定がある。

第81条

第1項. 労働法改正 L. 3332-17で連帯企業において投資基金の企業貯蓄計画の適用可。

第2項. 労働法 L. 3332-17.1連帯企業の定義。労働挿入の従業員を雇用している企業。

第5項. 非営利組織 (アソシエーション)・公益認定財団

労働法 L. 5213-13. 事業高の最低80%が障害者従業員による企業。障害者を労働市場への労働挿入を進めている企業。

労働法 L. 5132-2. (社会的弱者の) 経済的挿入をする企業。

労働法 L. 5134. 障害者・若者の労働挿入をする企業。

Decret 2009.3.18. code de travail article L3332-17-1, L443-3-1に「連帯的企業 entreprise solidaire」の定義。

・ 社会的弱者、労働挿入雇用の労働者を雇用する企業。

・ アソシエーション、協同組合、共済組合、社会保障団体、従業員自主管理企業で従業員と管理職の報酬を、政令に基づく規則で定めている企業。

・ 連帯企業は行政に認定を受ける。

また、労働法 L5131-1において、連帯企業でいう社会的弱者とは、①18-25才の若者、②長期失業者、③50才以上の失業者、④RMI (労働挿入最低所得) 受給者、⑤障害者、と規定している。

(3) 社会的連帯経済法 (Loi 2014-856, l'conomie sociale et solidaire, 2014.7.31、全98条)

社会的連帯経済法は、協同組合・共済組合・アソシエーション・社会的企業などを公益、社会益などの実現の手段としてEUを含めた公権力が推進するための法律である。連帯金融に関連しては、とりわけ第11条、第12条の「社会的有用性の連帯的企業についての協定」の規定が該当する。

(4) その他

協同組合法、共済組合法、社会保障法、民法、商法なども関わる。またEUの各金融、労働などの規則法規も関わる。

5. 勤労者貯蓄の種類

勤労者貯蓄法で定められた貯蓄目的内容は、大別すると次のように分類される。すなわち、①

Interessement 労働者への利潤分配、②労働者による企業買収のための資金、③無償譲渡分貯蓄 (PAGA, attribution gratuite actions aux salaries)、④企業貯蓄投資計画 (PEE)、⑤共同退職貯蓄計画 (PERCO)、⑥勤労者株主資金、⑦企業間貯蓄計画 (PEI)、共同貯蓄計画、⑧期限前基金取り崩し (結婚・離婚・失業・企業設立・SCOP 労働者協同組合の出資金、その他) など。

これらの貯蓄目的内容のうち、いくつかが連帯金融が利用活用できるものである。そしてフィナンソルはその主たる推進役であるが、連帯金融は広義には勤労者貯蓄制度の中に位置づけられるものであり、要するにフィナンソルのシステム以外にも連帯金融のシステムが含まれているということである。

6. フランスの連帯金融の背景

フランスの連帯金融の方法は、大別して勤労者貯蓄を通じたものと、勤労者が直接的に連帯企業に対して投資を行うものとの2種類に分かれる。フランスの連帯金融の規模は約100万人の勤労者が120万の連帯貯蓄口座をもっており、60億1800万ユーロで、フランスの金融資産の0.15%を占め

る (2013年度)。連帯金融の事業は1990年代を前後して始まった。その中核となる事業母体であるフィナンソル協会 (アソシエーション、以下フィナンソルと呼ぶ) は1995年に設立された。

フィナンソルは社会的連帯経済企業への投資などを行い、その成果は35,000人の雇用、4,400軒の社会的住宅確保、4,000軒むけのエコ電気供給、発展途上国の2,000万人へのマイクロクレジットなどとなっている (2014年度)。

現在フィナンソルラベルの金融証券は120種類となっている。連帯金融の目的は複数ある。すなわち、①勤労者の金融資産 (貯蓄や投資資金) の貯蓄による形成と勤労者生活保障への活用。これには各種の税制優遇などを伴う。②勤労者貯蓄の活用による公益、社会的利益の実現である。すなわち、雇用創出 (主として社会的連帯経済セクターにおいて協同組合・社会的企業の推進)、人権保障事業、社会的文化事業の推進、社会的弱者の住宅保証、環境保全、発展途上国の社会的連帯経済セクター発展のためのマイクロクレジットなどの金融支援を行い、なおかつ人民労働者が貯蓄の優遇税制や投資による適正な収益を得るシステムである。

表3. 連帯金融(フィナンソルラベル)の規模(2013.12.31) 単位/百万ユーロ

種類	2008	2009	2010	2011	2012	2013
連帯企業取扱貯蓄高	195	240	293	348	395	429
株式 (非上場企業)	140	177	220	259	295	324
定期口座	54	62	69	85	97	101
その他証券 (小口貸付等)	1	1	4	4	3	4
連帯金融機関取扱貯蓄高	957	1329	1329	1479	1718	1894
投資						
貯蓄口座	168	196	240	398	409	425
FCP, SCIAV) (90/10基金)	410	496	567	495	635	695
利子分						
貯蓄口座、事業債	160	201	252	317	415	471
FCP, SCIAV	185	211	214	204	197	207
生命保険契約	34	44	56	65	62	96
連帯的勤労者貯蓄	478	1012	1460	1721	2577	3695
合計	1639	2400	3082	3548	4690	6018

出所: Zoom sur la finance solidaire, Finansol, 2014

注. 事業債 bons a caisse, FCP, fonds commune placement. 投資共同基金、SICAV, Societs d'investissement a capital variable, オープン信託投資、90/10 fonds (貯蓄の10%を連帯基金として活用するもの)。生命保険契約は資金を連帯金融に活用することを承認するもの。

表4. 連帯金融(フィナンソラベル)の種類比率
(2013)

種類	比率
株式(非上場企業)	5.4%
定期口座、連帯企業証券	1.7%
連帯投資貯蓄口座	7.1%
FCP,SCIAVの90/10基金	11.6%
連帯金融定期口座	7.8%
連帯金融基金	3.4%
生命保険契約	1.6%
連帯勤労者貯蓄基金	61.4%
合計	100%

出所: Zoom sur la finance solidaire, Finansol, 2014
注. この表の項目区分は表1との数字の対応性は不明。

表5. フィナンソルの預金の使途(2013)

項目	金額	内容
連帯預金高	60億2000万ユーロ	フランスの金融資産の0.15%
社会的使命・環境事業への連帯金融	10億2000万ユーロ	22,000人雇用創出 3,500人へ社会的住宅、社会的挿入 8,500世帯への代替電力
アソシエーションへの寄付	610万ユーロ	約100アソシエーション。 主要、Habitat et Humanisme, CCFD Terre et Humanisme
発展と途上国事業支援		100万人マイクロクレジット 協同組合作り、

出所 La b arometre de la finance solidaire, La Croix, 2014

7. 連帯金融の種類

連帯金融の種類は大別すると2分類である。すなわち、①連帯的投資、②連帯的貯蓄取り分であり、フィナンソルの事業はこの両者を含む。連帯的投資の種類はさらにおおむね3種類に分かれる。また、貯蓄取り分は6種類に分かれる。

連帯的投資部門は、社会的連帯経済事業に投資するものであり、貯蓄利子取り分部門は、貯蓄利子取得分を社会的連帯経済セクターの事業団体に対して寄付や譲渡を行うものである。そして、繰り返して強調すべき点は、連帯金融システムは単なる慈善や寄付と違って、貯蓄者たる勤労者が一定の利益(減税、利子取得、株式配当取得)を享受することである。

2001法に基づく。預金残高の90%から95%をフィナンソラベル事業に活用する。5%から10%を連帯企業に投資する。定期預金期間は5年。最

低貯金額285ユーロ。

表6. 連帯金融(貯蓄)の種類

分類	種類	預金者
連帯的投資	① 社会的連帯経済企業への直接投資または出資。	預金の100%。投資家・株主・出資者として経営参加。
	② 連帯的組織・事業への融資	預金の50%以上。融資承認者。
	③ SICAV(投資共同基金)を通じて、社会的連帯経済企業への投資。	預金の5%から10%。投資家・株主・出資者。
貯蓄利子取り分	① 連帯的アソシエーションへの寄付。	預金の利子の25%, 50%, 75%, 100%。寄付者。
	② 連帯的アソシエーションへの寄付。	投資基金利子の全部または一部。寄付者。
	③ 連帯事業貯蓄運用組織のために貯蓄利子取り分制限の承認。	預金の制限利子取得者。
	④ 連帯的アソシエーションのための投資基金の一部運用管理委託。	預金の運用権利譲渡者。委託者。
	⑤ 連帯的アソシエーションのための投資基金の管理費の譲渡。	預金の運用権利の全部または一部の譲渡者。
	⑥ 生命保険会社への出資歩合の寄付。	出資歩合寄付者。

出所: Fineurosol, Febea, 2007に基づき石塚作成。

8. フィナンソラベル

フィナンソラベルは、フィナンソル協会が認定した連帯金融商品である(注)。これは連帯金融商品を既存の勤労者貯蓄商品(clasicと呼ばれる)と区別するためであった。1997年よりフィナンソラベルが開始したときに、ラベル認定は7種類であった。2007年に66種類、2014年に135種類となっている。認定はフィナンソラベル委員会が行う。同委員会の委員の構成は、12名である。委員の大半は連帯金融の専門家であり、連帯金融アソシエーション、社会的経済専門家、労働組合関係者なども含まれる。年4回の開催で新規認定の審査をおこない、また認定各ラベルの運用状況の確認を行う。

ラベルは大別して2種類ある。①連帯投資証券 produits d) investment solidaire, →社会的有用性、環境などの事業に投資。②取り分証券 produits de partage →利子の最低25%をアソシエーションなどに寄付。

フィナンソラベル認定のその他の基準は、そ

の後の法律整備により後述するように法的な規定に準拠する。フィナンソラベルと社会的責任投資（ISR）との違いは、連帯金融は株式市場で倫理・社会的・環境によい企業を選択して投資することである。連帯金融は、失業、社会的排除、持続的発展などを行っている企業を選択したり、株式市場にない企業を対象とする。

（注）連帯金融商品（products）は、一般的な言い方として「金融商品」という言い方があるので、それにならった。

9. 連帯貯蓄

連帯貯蓄には、いわゆる預金通帳と証券、投資証券がある。勤労者が直接的に連帯的企業の株を購入（投資）することは連帯貯蓄制度に含まれるが、狭義には連帯貯蓄とは言わない。

表7. 連帯貯蓄の種類

種類		
連帯証券	連帯貯蓄通帳 (livret d'epargne solidaire)	利子・配当の最低25%を、選択した
	OPCVM solidaire 連帯有価証券集団投資、生命保険会社	アソシエーションに寄付する。
連帯投資証券	FCP	預金の一部または全部を社会的・環境的事業に投資する。利益報酬を確保できる。
	SICAV（オープン投資信託）	

出所：Fineurosol, Febea, 2007に基づき石塚作成。

注 Opvcvm organisme de placement collectif en valeurs mobilières

注. 連帯証券の場合、投資者は金得機関（連帯金融）にて、預金または証券を購入する。PFL (Prelevement fiscal liberatoire 弁済課税天引きに登録。利益課税が通常24%のところ5%となる。アソシエーションに寄付した金額は課税控除となる。

10. 寄付税制

寄付には次のような形態がある。①現金支払い、②物品（たとえば芸術品）寄付、③分担金支払い、④所得や生産品の放棄（例えば、著作権の放棄）、⑤ボランティア活動における必要経費（アソシエーションは、そのボランティアに対して、活動経費の支払いをしない。その経費については個人所得税から控除ができる。そのためには、ボランティアは所得申告にその旨を記載する必要がある）。

表8. 寄付課税控除の基準

組織の種類	課税控除の権利	最大控除幅
公益・社会一般 目的事業	支払い総額の66%	課税対象収入の25%
社会的弱者 支援組織	最大529ユーロの75%。	397ユーロ
	529ユーロを超えた場合の寄付の66%	課税対象収入の20%

出所；Service-Public.fr, 2015/05/14 に基づき石塚作成。

11. 連帯投資課税

連帯貯蓄預金者が連帯投資商品を購入した場合の勤労者への課税措置は、次の通りである。

表9. 連帯投資課税

証券の種類		
Revenue fixe 確定 利回り投資所得	投資額2,000ユーロ以内、最大24%。	一人最大25,000ユーロ、(配偶者として50,000ユーロ)。課税率は別途基準。
Reven ue variable 可変利回り投資所得	投資額50,000ユーロ。(配偶者として75,000ユーロ)、21%課税	控除基準あり。

出所；Service-Public.fr, 2015/05/14 に基づき石塚作成。

注；毎年の課税基準に基づく。

表10. FCP, SiCAV 連帯投資貯蓄証券発行機関

名称	内容	
Credit Cooperatif	協同組合銀行	
Ecofi Investiment	連帯金融アソシエーション	
BNP Parivas	貯蓄銀行	
Covea Finance	相互保険グループ	
LCL/IDEAM	貸付機関	
Natixis AM	勤労者貯蓄会社	
La Banqu Postales AM	郵便銀行	
Madif/mMacif Gestion	共済組合	
Credit Agricole	農協銀行	
Mandarine Gesion	投資基金	
Amundi	資産運用グループ	
AG 2 R	社会事業団体	
Mederic	社会事業団体	
Caisse de depots	預金供託公庫	
Fondation de France	社会環境国際支援財団	
La Mondiale	共済組織	
Danone communités	食品会社 連帯事業	
Axa	保険金融会社	
CGT	労働組合	
CFGT	労働組合	
CNEI	アソシエーション	
Caisse d'Epargne	貯蓄金庫	

出所：Zoom sur la finace solidaire, Finansol, 2014およびLa barometre de la fincace solidaire, Lacroix, 2015, により、石塚作成

12. 連帯金融仲介機関

連帯金融仲介機関は、勤労者貯蓄制度、フィナンソルなどを活用して、社会的連帯経済セクターの金融支援する仲介的な組織である。時として、連帯金融を利用する連帯企業と同じく広義に「連帯企業」と呼ばれることもある。狭義の「連帯企業」は経済近代化法などに規定されるものを指す。フィナンソルに加盟している連帯金融仲介機関の多くの法人形式は、アソシエーションである。連

帯金融仲介機関は、自ら連帯基金（フィナンソルラベル商品など）を作り、また連帯金融銀行（および一般銀行）の連帯金融商品や融資を活用して事業を行う。提携する金融機関はフランス国内だけに限られず、ヨーロッパ各国の連帯金融銀行なども含まれる。連帯金融仲介機関の金融規模は、社会的連帯経済企業への小口融資、社会的有用事業・環境保全事業などに当てられ、その規模は、3億3,100万ユーロである（2013年度）。

表11. 主要連帯金融仲介機関

名称	性格	主要融資事業
Autonomie et Solidarite	連帯的株式会社	雇用推進
Babyloan	連帯的株式会社、マイクロクレジット	途上国起業
Caisse Solidaire	協同組合銀行	雇用推進
Chênelet	グループ(アソシエーション。労働挿入企業)	雇用推進、社会的住宅、環境事業
Clef	女性起業家支援貯蓄地方クラブ	雇用促進
Confides Nord-Sur	途上国支援	雇用促進
CDI Investment	投資イノベーション組合	雇用、途上国起業、社会的住宅、環境
EHD	社会的弱者起業	雇用、起業
EPI	エネルギー投資	環境事業
ESIS	連帯貯蓄	社会的住宅、アフリカ起業支援
Femu Qui	投資株式会社	雇用支援
FinanCites	連帯的投資株式会社	雇用支援
Garrigue	グループ。協同組合、連帯的株式会社	雇用、起業、環境事業
Habitat et Humanisme	社会的使命不動産業 (AIVS)	社会的住宅
Habitat Solidaires	協同組合、連帯的企業	社会的住宅
Herrikoa	連帯的株式会社	雇用促進
leS	連帯的経済推進	雇用促進
La Nef	協同組合	雇用、社会的住宅、環境事業
Lurzaindia	農業株式会社	環境事業
Microfinance Solidaire	マイクロクレジット	途上国起業
Oikocredit	協同組合	途上国起業
PhiTrust Partnaires	グループ。投資株式会社、アソシエーション	雇用、起業、社会的住宅、環境事業
SIDI	投資開発国際連帯	途上国起業、環境
SNL-Prologues	社会的経済株式会社	社会的住宅
SOLID	連帯的投資株式会社	雇用、社会的住宅、環境事業
SPEAR	事業推進貯蓄会社	雇用、社会的住宅、環境事業
Terre de Liens	アソシエーション	環境事業

出所 /La varometre de la finace solidaire, Lacroix, 2015に基づき石塚作成。

(注) Cigales(Club d'investisseurs pour une Gestion Alternative et Locale del Epargne Solidaire) はフィナンソルの1995年創立以来のメンバーであるが、フィナンソルの2014年度の各報告書のリストには掲載されていない。また Cigales は2015年にフィナンソルラベル認定商品の一つを認定辞退している。理由は明確ではないが、フィナンソルラベル認定されなくても金融商品としては維持できると考えたと推察できる。Cigales はベルギーの Triodos 連帯金融銀行とも提携している。

13. 連帯的企業の定義と発展

勤労者貯蓄法における連帯的企業とは、前述したように労働法などに規定されているものである

が、いわゆる一般的に言われる社会的企業の範疇に含まれると考えられる。規定によれば、連帯的企業従業員の最低30%が社会的労働挿入による労働者であること。社会的連帯経済に属する企業

(協同組合、共済組合、アソシエーション、社会保障機関、従業員経営参加企業 (une forme de gouvernance participative))。管理職と従業員の賃金体系が逆進的であること(省令規則に基づく) (l'echelle de salaries est reduite)。連带的企業の株式の最低35%を所有している組織。貸付・投資の80%を連带的企業に対して行っている金融機関。(以上、2010年より適用)。

連帯金融を活用した事例として、フィナンソルで最近紹介されているものとして以下の二つをあげる。トゥールーズの「モブリブ・トゥールーズ」という電気自動車スタンドは、市民、行政、連帯金融機関などが協働して、5年がかりで作られた社会的共益協同組合(SCIC)である。当初、60人の組合員が各750ユーロの出資金をだし、また連帯金融仲介機関であるIES(社会的経済イニシヤチブ)からの融資を受けてモブリブを設立した。地域の環境運動と雇用創出を結びつけたものである。

パリ13区に2010年に開かれたパン屋「ファリネブ」は、「連帯パン屋」とも呼ばれ、社会的弱者の労働挿入事業として設立された。従業員10名のうち、4名が社会的弱者労働挿入による連带的企業である。「フランス・アクティブ」をはじめ、Cigales や la Nef などの複数の連帯金融仲介機関や協同組合銀行であるクレディコープなどの連帯金融制度を活用して株式として資本を取得し、CDIAE(経済活動による労働挿入省庁会議)の認定による失業者による連带的企業を起業した。国内産の食材にこだわり、いわゆる健康によいエコロジカルなパンの製造販売をしている。障害者の従業員については、毎週心理療法士が様子を見に来ている。

14. ヨーロッパにおける連帯金融

ヨーロッパレベルには、FEBEA (Federation Europeenne de Finances et Banques Ethiquis et Alternatives、ヨーロッパ倫理銀行オルタナティブ金融連合会)が2001年に設立された。「社会的金融」の担い手として、EUの社会的連帯経済政策、社会的イノベーション、雇用政策と連携している。メンバーにはヨーロッパ各国の24の連帯

金融組織(協同組合銀行など)が加盟している。イギリスのCharity Bankはスキャンダルのために消滅している。イタリア(倫理銀行)、ベルギー、ドイツ(社会的経済銀行)、スウェーデン(Ekobanken)、デンマーク(Merkur Cooperative Bank)、ノルウェー(Culture bank)など、近年はポーランド、ハンガリー、スロバキアなど東欧諸国の加盟がある。

フランスのフィナンソルラベルと対応して、「Fineurosol」ラベル発行の動きがある。ヨーロッパの連帯金融は、各国の法制度また社会的経済セクターの発展、EUの金融政策・社会政策・労働政策などと連動して、各国のそれぞれの特徴をもって展開されている。

15. おわりに

フランスのフィナンソルの運動は、世界的な金融のグローバル化の流れの中で、日本も同様であるが、金融市場の拡大および人民大衆の金融資産をも金融市場に積極的に流入参加させようという動きの中で、作られたものであった。日本では庶民の投資/株式ブームの扇動という現象が見られるが、人民大衆がマネーゲームに興味を持つことに対しては、従来その価値評価は二分される。金儲けは良いという肯定の見解と、人民大衆が投資家・資本家の真似事をするのは、損をすることが多いし庶民道徳的(社会道徳)にもよくないという否定的見解である。

したがって内面的には連帯金融の発生は、人民労働者が投資家あるいは資本家となってよいのかという、従来根強い価値観の止揚の要素がなければならない。伝統的な資本と賃労働、資本家階級と賃労働者階級の対立理論からすれば、賃金労働者が投資家になることについては否定的かもしれない。しかし、日本を含めて欧米などの先進国の歴史を見るならば、人民労働者階級が担った金融セクターは存在してきたし、またその規模も決して小さいものではない。いわゆる協同組合金融、共済組合そして日本では歴史は浅いが非営利組織、アソシエーションにおける金融的事業は、いわば人民労働者の金融資産の大きな一角をしめている(日本の場合は、JAバンク、JA共済、労金、

全労済、コープ共済、県民共済、信金など)。

フランスの連帯金融の発展は、それを実現するための実体的な社会的連帯経済セクターの展開を前提としている。勤労者の金融資産を社会的有用性のために活用し、社会的投資と社会的資本の担い手になるという発想は、社会的連帯経済セクターの構築と存在を認めるところに成立する。日本においても社会的連帯経済セクターの理論的実体的構築と法制度の整備活用を、さまざまな障害を克服しながら進めていく必要がある。

主要参考文献

- Fineurosol*, Febea, 2007
Zoom sur la finance solidaire, Finansol, 2014
La barometre de la finance solidaire, Lacroix, 2015,
Panorama de ESS, CREsSs, 2013
2014 Rapport d'activite, Finansol, 2015-05-20
La finance solidaire en marche, Finansol, 2015
La Label Finansol, Finansol, 2015
Guide pratique epargne salariale, Finansol, 2015
Loi sur l'epargnes salarier, 2011-152

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

総研いのちとくらしブックレット

総研いのちとくらしブックレットNo. 1

『医療・介護の報酬制度のあり方』

2004年2月発行、56p

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



総研いのちとくらしブックレットNo. 2

『デンマークの社会政策』

デンマーク社会事業省編、山田駒平訳

2004年5月発行、54p

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



総研いのちとくらしブックレットNo. 3

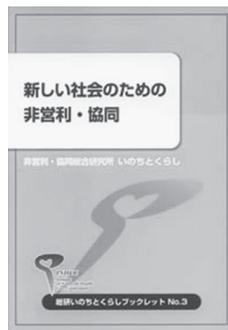
『新しい社会のための非営利・協同』

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

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

【目次】

はじめに	鈴木篤
非営利・協同とは	角瀬保雄
非営利・協同と社会変革	富沢賢治
セクターの位置と役割	
非営利・協同の事業組織	坂根利幸
座談会「非営利・協同入門」	
角瀬保雄、富沢賢治、中川雄一郎、坂根利幸	
用語解説	
あとがき	石塚秀雄



総研いのちとくらしブックレットNo. 4

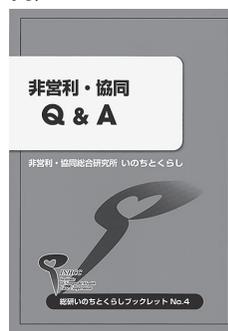
『非営利・協同Q&A』

(ISBN 978-4-903543-08-6、2010年9月1日発行、A5版116P、頒価300円)

このブックレットは、非営利・協同の原則や理念などを、学者研究者等11名の執筆者により短い一問一答形式で、一般読者、学生、非営利・協同関係の人々向けに編集したものです。また巻末には「さらに深めたい人へのおすすめの本リスト」がっています。

【目次】

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



川島 ゆり子

1. はじめに

本研究助成期間である2013年～2014年度は、生活困窮者自立支援法の国会審議から成立にいたる一連のプロセスと時を同じくしており、国による社会包摂政策の進行をまさに横目で見ながらの研究プロジェクトであった。

2012年4月より社会保障審議会内に「生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会」が設置され本格的に議論が行われ2013年1月、特別部会による報告書が提出されることとなった。この議論がいよいよ法制化された2013年12月「生活困窮者自立支援法」（以下自立支援法）が成立し、準備期間を経て2015年4月より支援システムが全国一斉にスタートをした。自立支援法において生活困窮者の定義として「現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者」とされている。

研究チームは、社会的排除問題に関心を持つ研究者・実践者で構成されており、共通して以下のような問題意識を持っていた。すなわち、社会的排除の状況にある人の生活問題は複合的に絡まり合っており、経済的困窮というリスクが表出されていたとしても、その背後に構造化された「社会関係の貧困」が内在しているということ。さらには、支援者側が制度として社会的排除問題に対応しようとするとき、当事者の生活問題を単純化してラベリングし、支援成果の出やすい人をクリームスキミングする可能性があることである。

本研究はそうした問題意識に基づき、制度の狭間にもれ落ちる社会的排除状況を、個人の経済的ニーズにラベル化し、就労支援による自立促進にのみ矮小化するのではなく、「社会の構造的矛盾を個人の生活に見出すソーシャルワーク本来の支援の視座を確認して『何に向けての包摂か』を問い直す（加納2012）」ことを目指した。

2. 研究方法

1) 制度の概要

大阪府社会福祉協議会及び大阪府社会福祉協議会老人施設部会は2004年度から「社会貢献事業」に取り組んでいる。事業の内容は制度のはざまにある生活困窮者を対象とし、問題解決手段として経済的援助を含めた総合生活相談を実施している（片岡2013）。老人施設部会が社会福祉協議会とともに事業主体の両翼のひとつとして位置付けられているが、相談事業は高齢問題に特化せず、様々な相談に応じ、必要な支援につなぐワンストップの総合生活相談活動を行っている（大阪府社会福祉協議会2013：6）。

社会貢献事業の最大の特徴は、ワンストップの総合相談と他機関の支援へのつなぎにとどまらず、現実的な支援ツールとして金銭援助を実施していることにある。窮迫した状況に対し、老人福祉施設が拠出した社会貢献基金を活用し迅速的な金銭援助をソーシャルワーカーの所属する施設の施設長決済によって実施（概ね10万円以内の現物給付）することができる。この金銭援助を実現できた大きな理由はこのシステムが社会福祉法人という民間の組織が拠出した資金を財源とすることにある。公的扶助であれば租税が財源となるため制度運用の適正化が求められ厳格なミーンズテストが実施される。しかし民間財源をもとにする本事業は、実践現場での柔軟な対応が可能となり、「ここなら何とかしてくれるかもしれない」という申請のインセンティブが働き、埋もれた狭間ケースの掘り起しが可能となっている。また、相談窓口に座して待つという「待ち」の姿勢ではなく相談が入ると、必ず当事者宅に訪問を行うアウトリーチ支援を実施する点も特徴的である。

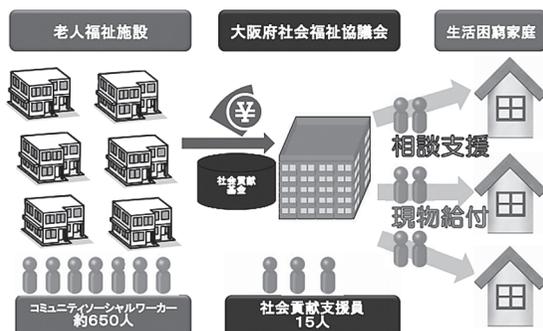
2) それぞれの研究者の視点

大阪府で蓄積された大阪府社会福祉協議会によ

図1 大阪府社会貢献事業
社会貢献事業の取り組みについて

社会福祉法人 大阪府社会福祉協議会
 同 老人施設部会

社会貢献事業の全体像①



出典：大阪府社会福祉協議会 社会貢献支援室HP

る社会貢献事業のデータを基に、チームメンバーである研究者および実践者はそれぞれの関心から社会的排除状況にある研究テーマを設定し分析を行った。社会的包摂を目指す本研究としては、まず排除状況にある人の生活実態を構造的にとらえることが必要と考えたからである。また、社会的排除状況にあると単純にラベリングすることへの課題意識により、本研究では特に排除の多層性が潜在化していると想定される障害女性および、生活が困窮する母子世帯を対象とした。本研究のチームメンバーである川島と加納は、ジェンダーと福祉に関連する研究会のメンバーでもあり、男性稼得者モデルを起点とする日本の社会保障システムから漏れ落ちる女性の姿に以前から着目していた理由による。しかし、本研究は生活困窮とジェンダーの関連性を明らかにすることが主旨ではなく、そうした特定の層に顕在化する社会的排除や地域的剥奪とそれによってもたらされる人権侵害や人格崩壊の問題にどのように向き合っていけばいいかのヒントになる実践モデルを、当事者が主体的に生活再建に歩みだすために構築していくことを目指している（加納2012）。

また、大阪府社会福祉協議会において、当時社会貢献事業を担当していた片岡は、「実践支援のその後」に着目し、ピンポイントで実施される経済的支援が当事者のその後にどのような影響を及ぼしているのか、また事業評価をどうすべきかという問題意識にもとづき膨大なデータの後追い調

査を実施している。

3. 研究内容と結果

1) 女性障害者の複合差別と福祉支援研究<加納恵子>

(1) 研究の目的

社会貢献事業の相談事例の中でも、とりわけワークフェア路線とはかい離した生活困窮の実態を代表する要援護層として「ジェンダー」と「障害」の複合的な差別を被っている「女性障害者群」に光を当てることで、①「生活保護制度」のもつ本来の「保護」の重要性を確認し、②「自立支援」規範の強調によって変質させられていく「福祉支援」（個人化／パーソナライゼーション）の問題点を探ることを目的とする。

(2) 研究方法及び結果

研究対象は2011年度社会貢献事業において「女性障害者」の支援事例57ケースを主な研究対象として設定し、具体的な「はざま支援」の実態把握を目指した。支援記録を分析することで、生活困窮の要因と実際の支援としての給付金の使途を量的に把握し、補足的に生活支援員へのインタビュー調査を実施し支援状況の把握や課題を質的に整理した。

57ケースのうち障害者種別を確認したところ、精神障害53.8%（42名）、身体障害16.7%（13名）、知的障害14.1%（11名）、疾病15.4%（12名）（重

複含む」と、精神障害が過半数を占める結果となった。

次に家族構成については、母子世帯31.6%（18名）、核家族14.0%（8名）、親などと同居26.3%（15名）と約7割が家族を有し、一般的な低所得女性像としての「高齢独居」との違いが浮き彫りとなっている。虐待やDVの経験については、22.8%（13名）が経験ありとして記録の検証により抽出された。

（3）考察

女性障害者の生活困窮の特徴は、妊娠・出産・子育て・離婚・家族関係上のトラブルといった女性の性と生殖、家族形成に関わる親密圏での複合多問題である。男性の特徴が「関係の欠如（孤立・無縁）」として語られるのに対して、女性障害者の特徴は、「関係のもつれ（もつれ縁）」から生じる複合多問題から脱出できないでいる状態といえよう。まずは、親密圏での「もつれ縁」を整理し「生活保護による自立」を目指すことが重要な支援となった。「生活保護からの脱却」といった就労自立支援シナリオとは逆方向の支援シナリオの必要性が明らかとなった。生活保護受給抑制に抗して、積極的に生活保護受給につなげる本事業の意義は大きい。実践現場からのアドボカシーとワーカーのアクション機能が問われるところである。

生活困窮者レスキュー事業の最前線で把握できた「女性障害者像」も今後、生活保護受給抑制が進行する中で、アメリカで手厳しい道徳的避難を受けた「福祉依存」の象徴としての「ウェルフェア・クイーン（旧AFDC（生活保護）受給の黒人母子家庭へのバッシング）」像に重ねられていく危惧がある。日本では女性障害者や外国人女性といったマイノリティ女性の貧困はまだ隠された状態で社会問題として十分に共有されていない段階であるが、非寛容な「生活保護バッシング」のロジックはこの「ビクティム・ブレイミング（被害者避難）」（W.ライヤン1971）につながる兆候でありAFDCがTANF（有期保護制度）に容赦なく移行したアメリカの轍を踏まないためにも、今後一層警戒をする必要がある。つまり「福祉依存」集団というラベリングは、①複合差別／排除から生活困窮に陥ることで、すでに「ビクティム（被害者）」であるにも関わらず、②今般の

生活保護制度の見直しとセットで導入される「生活困窮者の自立支援制度」のコンセプト「就労自立」規範によって、「自立の見込みのない者」と分類され「依存状態」への非難が増幅されるという懸念である。しかしながら調査で明らかにした「福祉依存」の内実とは、個人の生活に立ち現れる「複合多問題」が実は「複合差別／人権侵害」という社会の問題であって、「もつれ縁」とでも称すべき「複数の文脈の中でねじれたり、葛藤したり、一つの差別が他の差別を強化したり、補償したりという複合差別（上野1996）の渦中から抜け出せないでいる状態であった。こうした複合差別を被っている当事者を救済する社会資源としての生活保護受給に何の躊躇があるだろうか。

2）社会貢献事業における支援後の追跡調＜片岡哲司＞

（1）研究の目的

社会貢献事業は制度・サービスへのつながりがその支援の主目的であり、支援機関は概ね3か月とされ、また支援は原則1対象者に1度に限定されている。こうした経済的困窮をワンストップで受け止め、危機介入を図る本事業の特徴はレスキュー事業としてきわめて意義の高いものである反面、その後の検証が進んでいない状況にあった。そこで次の3点を

研究の目的として設定し、社会貢献事業の追跡調査を実施することとした。

- ①社会貢献事業としての事業効果を検証する
- ②継続して生活状況が苦しいという、生活困窮状況継続の実態を検証する
- ③支援を受けた後の変化を検証することにより、支援の方向性を見出す

（2）研究方法および結果

2009年度－2011年度の経済的援助を伴う相談事例（2,020事例）のうち支援が終結し、なおかつ連絡可能と思われる事例を抽出し最終的に859事例を対象とした。

大阪府社会福祉協議会社会貢献支援員15名＋コミュニティソーシャルワーカーにより、調査対象者全員に対する電話または訪問による聞き取り調査を実施した。調査期間は2012年9月－2013年3月であった。

調査項目は以下の通りである

- ①生活の経済的な安定の側面に関する変化
- ②生活の心理的な安定の側面に関する変化
- ③生活の社会関係の安定の側面に関する変化
- ④就労の状況
- ⑤支援を受けていた当時、どのような支援が心強かったか、役に立ったか
- ⑥希望や夢、やりたいこと

追跡調査の結果、連絡が取れ調査が実施できた人数は859名中436名（50.8%）であった。

「生活の改善（経済面）」については8割が「改善・安定」したと答え、「生活の改善（気持ち）」については6割が「前向き」になったと回答している。これらは本事業の成果として捉えることができる。しかし、「生活の改善（社会関係）」については5割がよくなったと答えているが2割については「相談できる人がいない」と回答をした。このことにより、支援終了後、継続する社会的孤立の課題が見えてくる。

（3）考察

生活困窮者支援においては、現物給付を活用した即応的、具体的な支援の有効性が検証され、社会貢献支援者による相談支援により、そばにいる、話を聞く、受け止める存在の重要性が検証された。また「危機回避」+「つなぎ」により、一定の経済的安定に効果があることが検証された。当事者が主体的な意欲を取り戻し、希望を持つということが、当事者の行動の変化につながり就労や社会参加が具体化されるということが、聴き取りにより明らかになった。しかし、以下の課題も見出すことができた。短期的な経済的支援のほかに、中長期的な視野に立った経済面以外の生活課題の解決や心理的側面でのサポートが必要であること。特に社会関係の広がり不足が社会参加の度合いが低い層が存在することから、これらへの支援が必要となること。さらに調査研究を進めていく中で追跡可能だった割合は50.8%であり、特に30-40代のアフターフォローが難しいことが明らかになった。たとえスポット的な経済的支援であっても、その後のフォローを可能にし、事業検証ができるシステムが必要ではないか。

今後の課題としては即応的経済的支援の必要性

を今後も重視しつつ、社会的自立や自己決定できる暮らしをめざし交流や生きがい・居場所づくりを地域に整備し、就労自立の前に中間的就労の場を設定し、地域の中で人とつながり、支援をされる側から、地域の担い手にシフトチェンジできるような機会を創造していくことの重要性が確認された。

3) 生活困窮者支援における支援ネットワーク検証<川島ゆり子>

（1）研究の目的

本研究の主旨は社会的排除への支援の実態を明らかにすることであり、母子家庭への支援に焦点化するものではないが、母子家庭がその大半を占めるひとり親世帯の貧困率が50.8%とOECD加盟34か国の中でとびぬけた高さ（OECD 2014）であり、貧困の連鎖の実態に関する先行研究（阿部2008：山野2008）から、社会的排除が最も集積する典型的な層の1つとして、「精神障害をもつ母子世帯」を研究対象とする。生活困窮者の社会的排除の状況が負のスパイラルともいべきプロセスをたどりながら、複合的に蓄積される実態に着目し、支援者も多様なメンバーが連携を取らなければ当事者の生活保障が実現され得ないという問題意識から支援者ネットワークの検証を行う。

（2）研究方法および結果

先駆的に実施されている大阪府社会貢献事業の実践事例を抽出し、記録から実践のプロセスを読み取ることでできるケースについて検証を行う。窓口につながる最初の主訴は経済的困窮（逼迫状況）であるが、それ以外にも多様な排除が重なりあい、過去から現在に至るまでプロセス性をたどりながら現在進行形“ing”の形で課題が表出していることを確認する。研究対象は大阪府社会貢献事業が2010年度から2012年度の3年間に支援を実施したケースを対象とした。社会貢献事業は2004年度から10年あまりの支援実践の蓄積があるが、本研究は実践者に対してケースのネットワーク実態を振り返り記述してもらい調査手法を選択したため、振り返りが可能であると判断した過去3年のケース（1838ケース）に限定をした。その中からさらに課題が重複し社会的排除の状況にいる可能性が高いと推察される「稼働年齢であり精

神障害をもつ母と子の家庭」の事例に焦点を当てることとした。倫理的配慮から検証が難しいと判断したケースを除外し最終的に38ケースを分析対象としている。

対象ケースの支援に関わるネットワークに何人のメンバーが関わっているのかについて検証を行ったところ平均人数は 4.03 ± 2.54 であった

さらに、支援ネットワークメンバーとしてあげられた支援者・支援機関名の中に、最初に社会貢献事業にケースをつないだ相談経路が含まれないケースがないか検証したところネットワーク設問に回答があった31ケースのうち、6ケースは相談をつないだ後、相談経路が支援ネットワークには参加せずネットワークから退出していることが検証された。このことは、社会貢献事業へのケースのいわゆる「投げ込み」状況があることを示している。

次に支援開始後、互いに連絡を取り情報交換しながら支援に関わったメンバー（以下連携ネットワーク）について検証を行った。支援ネットワークメンバーの中で、連絡を取り情報交換を行った連携ネットワークメンバーの数について検証を行ったところ平均人数は 1.66 ± 1.64 であった。明らかに支援ネットワークサイズに比べてネットワーク参加人数が減少している。社会的排除が複合化し、フォーマル・インフォーマル含め多様なメンバーの連携の必要性が指摘される生活困窮者支援の実践現場で、連携推進が現実には難しく、専門分野縦割り支援が展開されている状況を示唆している。

また、支援開始時に社会貢献事業にケースをつないだ相談経路によるケース投げ込みが確認された6ケースについては、そのすべてのケースにおいて、社会貢献事業支援終了後のケース状況について社会貢献ワーカーが把握できていない現状が明らかとなった。このことから、支援開始時から終了後他機関への引き継ぎに至る生活困窮者支援の一連のプロセスにおいて、支援の入り口ではケース投げ込みの実態があり、支援期間中も連携をとらない分野別の支援が確認され、出口では、連携の不足とその後のフォロー不足が検証され、連携ネットワークの内実がケースの入り口・出口さらには引き継ぎに至るまで影響を及ぼしていること

が確認された。

（3）考察

生活困窮者の連携ネットワークの実態は、連携が取れているかどうかとい外面的な捉え方だけではわからない、連携実態という内実で検証すると二つの側面で課題があることが分かった。

①支援プロセスにおける「時間軸の分節化の課題」

生活困窮者のケースは、本人の申請から支援につながるケース割合は少ない。社会的排除状況にあつて相談相手も存在せず、社会からの孤立によって入手可能な情報も限定される状況において、水光熱費の滞納など悲惨をさらすことによって命にかかわるようなぎりぎりの状況で社会貢献事業につながったケースが本調査においても多数を占めた。公的財源による生活保護、あるいは社会福祉協議会による福祉資金貸付は申請から支援実行までのタイムラグがあり、ほとんど手持ち資金を持たない逼迫した生活困窮状況に柔軟かつ迅速に対応することは難しい。本研究により、民間財源による「セーフティネット機能」としての社会貢献事業の機動性、金銭的支援の実効性という事業の存在意義を改めて確認することになった。

しかし、支援開始に至る相談経路からの引継ぎの分節化、支援終了後の他機関への引継ぎの分節化、そして他機関に引き継いだのちのその後のケース状況把握の難しさという複合的な「時間軸の分節化」という課題が検証されたことも事実である。つまり、本人の生活という視点から見れば当然のことながら一連のプロセスである時間軸が、支援者ネットワークの不連続性によって分節化されているという課題である。

②支援プロセスにおける「専門性の境界による分節化の課題」

関係する支援者をリストアップしたネットワークサイズの平均値は4.03人であったが、それに対して「情報交換し、相談する相手」としてフィルターをかけた連携メンバーのネットワークサイズの平均値は1.71人であった。このことは、共通の当事者に関わってはいるが、互いに情報共有することなく単独支援を行う支援者のほうが相互に情報共有し協働支援を行う支援者より多数を占めている現状を示唆している。

定型化困難な生活課題に対して、分野別に課題

を切り分け支援者が分業体制で支援を展開することは、たとえ故意にはないにしても自らの実践に境界を設定することが重なり合う中で「はざま」を生み出してしまうという、「専門性の境界による分節化」の課題が浮かび上がる。定型化困難な生活課題をリスクとして管理するのではなく、当事者の生活保障という視点に立ち、互いの専門性のマージナルな部分を押し広げながら狭間を埋める支援を展開するためには、まず狭間がどの部分に存在するのかということと専門職が相互に認識し合い、マージナルな部分をひろげていくための方法についてケースごとの柔軟な対応を作り上げていく必要がある。関係機関が存在するというネットワークの構造だけではなく、ネットワークの構造上に互いに専門性の境界を超える存在としての信頼と、社会的排除状況にある生活困窮者に寄り添い支援するという共通の規範を持つ、地域にとっての社会関係資本となりうるような連携ネットワークを構築していく必要がある。

4) 今後の課題

加納の研究では、女性障害者が研究対象とし、個人の生活に立ち現れる「複合多問題」が実は「複合差別／人権侵害」という社会の問題であって、生活困窮者を就労支援に追い立てるのみでは、そのルールに乗れない存在に対するビクティム・ブレイミングの危険性が示唆された。また片岡の研究では先駆的に生活困窮者支援を展開する社会貢献事業であっても、その支援は他制度につなぐというスポット的支援であり、その意義を評価しながらも地域の中での交流や生きがいがづくり、就労にはすぐに結びつかない人に対する中間的就労の必要性、さらに地域の中での居場所づくりという地域福祉との連動が喫緊の課題であることがデータにより実証された。川島の研究では、複合的な排除課題に対して多様なメンバーが支援に関わっている実態は明らかになったが、その内実としてケースの投げ込み実態、縦割り分担支援、ケース終結後の引継ぎの不足などのネットワークに関する課題が提起された。

生活困窮者自立支援法は、それぞれの市町村において総合相談窓口の設置体制も異なることが予想される。施行後の相談窓口担当者にどのようにネットワークのコーディネート機能の権限を担保

できるのかが、総合相談事業の成否の1つの鍵となるのではないかと考える。生活困窮者支援を1人のワーカーの個人的な技量の問題に矮小化してはならない。また生活困窮状態を、本人の意欲の問題に矮小化し、就労支援に追い立てるようなワークファーストの施策ではなく、社会の構造的矛盾を追及するアクション性と、本人自らが主体的に生活再建に歩みだせるよう共に寄り添う長期的な視点での地域におけるソーシャルワークが求められている。

<参考・引用文献>

阿部彩 (2008) 『子どもの貧困 - 日本の不公平を考える』 岩波書店。

片岡哲司 (2013) 「地域福祉セーフティネット研究会(中間報告)」近畿地域福祉学会口頭発表資料。

加納恵子 (2013) 「福祉依存の内実とビクティム・ブレイミング (被害者非難)」日本社会福祉学会口頭発表資料

加納恵子 (2012) 「何に向けての包摂か—地域福祉における生活困窮者支援活動の今日的意味—」日本地域福祉学会要旨集

川島ゆり子 (2005) 「コミュニティソーシャルワーク実践へのアプローチの方向性—コミュニティソーシャルワーカー養成研修受講者アンケート分析を基に」『日本の地域福祉』19、3-15。

厚生労働省社会・援護局地域福祉課生活困窮者自立支援室 (2014) 「新たな生活困窮者自立支援制度に関する質疑応答集」。

O E C D (2014) Family Database 2014 (http://www.oecd.org/els/soc/CO2_2_ChildPoverty_Jan2014.pdf, 2015.2.25)。

大阪府社会福祉協議会 (2013) 『社会福祉法人だからできた誰も制度の谷間に落とさない福祉』ミネルヴァ書房。

上野千鶴子 (1996) 「複合差別論」井上俊・上野千鶴子他編『岩波講座現代社会学15差別と共生の社会学』岩波書店

Ryan, William (1971) Blaming the victim, Pantheon Books

山野良一 (2008) 『子どもの最貧国・日本』光文社。

(かわしま ゆりこ、花園大学教授)

旧日本軍遺棄毒ガス被害者実態調査および 日中共同の医療支援に関する研究 —寒川およびチチハル日中合同検診を通して—

磯野 理¹⁾、吉中丈志²⁾、藤井正實³⁾、橋田亜由美⁴⁾、
鈴木義夫⁵⁾、中川元⁶⁾、宮城恵里子⁷⁾

I はじめに

2013年8月化学兵器のサリンをシリア軍が使用し、多数の市民が被曝した。また1995年オウム真理教による松本と営団地下鉄サリン事件は忘れられない記憶である。イラン・イラク戦争（1980年～1988年）でイラク軍が放った大量のマスタードガス（別名イペリット、正式名称 sulfur mustard、以下 S M）に10万人のイラン人が被曝し、未だに後遺症に苦しんでいる。化学兵器被害は現在進行形の問題である。

旧日本軍が終戦後廃棄、隠匿・埋設した遺棄化学兵器《毒ガス：その多くは S M およびルイサイト Lewisite というびらん性毒ガス》は中国全土で70万～200万発が放置されており、その廃棄処理作業は遅々として進んでいない。そのような状況の下で2003年8月中国黒竜江省チチハル市の建設現場で旧日本軍遺棄毒ガス大量暴露事件が発生し、また、2002年9月神奈川県寒川の化学兵器工場跡地建設現場で毒ガス暴露事件が発生した。

我々はチチハル事件被害者の後遺症の実態、生活状況の推移を2006年より2014年10月まで計6回の定期的な検診により把握し、また寒川事件の被

害実態について神奈川県汐田総合病院を中心に調査とケアを行ってきた。

ここでは旧日本軍遺棄毒ガス被害者の後遺症の実態を中心に我々のこれまでの活動を報告する。

II 三つの毒ガス事件の概要

1. チチハル事件

2003年8月4日、中国黒竜江省チチハル市内の団地の地下駐車場建設現場から5つのドラム缶が掘り出された。このドラム缶には、旧日本軍が第二次世界大戦中に秘密裏に製造した S M 及びルイサイトの毒ガス液が詰められており、ドラム缶から漏れた S M 液が周辺の土を汚染した。しかし、掘り出された時点でそのような危険な液体とは認識されず、ドラム缶と中に残る液体、汚染された土を媒介に被害が拡大し、わかっているだけで44名の被害者がおり、うち1名は事件発生17日後に死亡、その後肝臓がんや脳血管障害で2名が死亡している。状況は図1の通りである。

2. トンカ事件

2004年7月23日、中国吉林省敦化市の市街地から50 kmほど離れた小川で、二人の少年（当時8

-
- 1) いその おさむ、京都民医連第二中央病院神経内科
 - 2) よしなか たけし、京都民医連中央病院 内科
 - 3) ふじい まさみ、芝病院 内科
 - 4) きつだ あゆみ、東大阪生協病院 神経内科
 - 5) すずき よしお、汐田総合病院 神経内科
 - 6) なかがわ はじめ、耳原総合病院 小児科
 - 7) みやぎ えりこ、健和会臨床看護学研究所 副所長

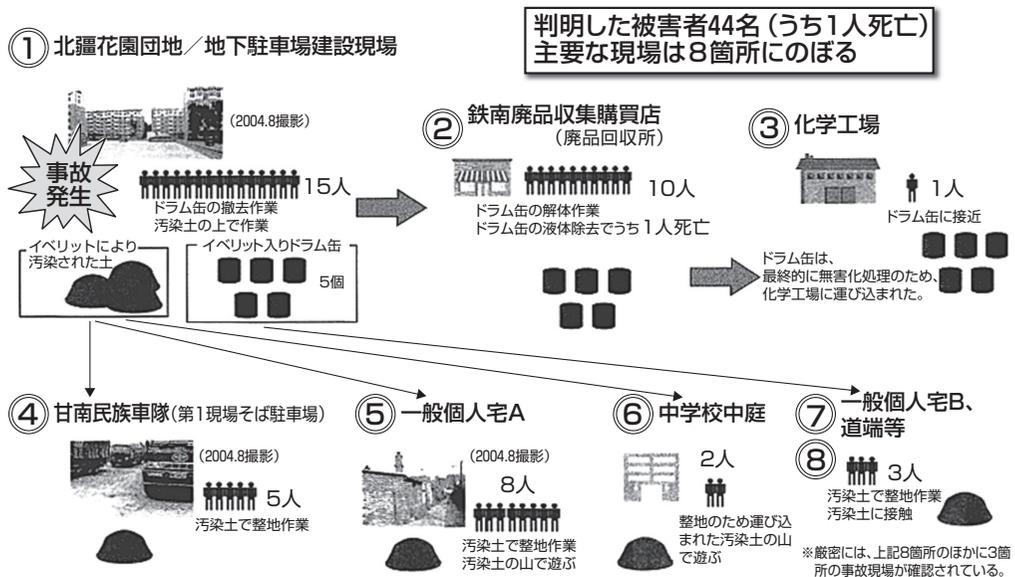


図1. チチハル事件の被害の拡散状況(ケアみらい基金提示資料から)

歳、12歳)が水遊び中見つけた砲弾(毒ガス弾)の中の液体が太ももや脛や足についた。その部分にできた大きな水疱はひどく痛み、毒ガス液をぬぐった指も腫れ上がった。二人は61日間入院した。後遺症として免疫力低下・持久力低下・集中力・知能低下を認め、一人の少年は毒ガス被害を受けたことでいじめに遭い、退学を余儀なくされた。

3. 寒川事件

2002年9月26日、国土交通省相模縦貫道建設現場で作業員10数名が、びらん性毒ガス、SM、ルイサイト等の入ったビール瓶の破損により、毒ガスを吸入・付着し被災した。工事現場は旧海軍の極秘の毒ガス製造工場「相模海軍工廠寒川本廠」の跡地で、2003年3月末までに806本の毒ガス入りの瓶が発見された。被害者は現在も後遺症に苦しんでいる。

Ⅲ 毒ガス事件被害者に対するハルピン検診

1. 第1回から第6回検診の経過概要

2005年7月末に遺棄化学兵器被害チチハル事件弁護団より依頼を受け、8月6日に来日されていた被害者6名(成人3名、小児3名)の検診を実施したのが今回の問題の端緒である。SM・ルイ

サイト混合ガスを製造していた従業員の健康被害をまとめた広島大学第二内科の健診結果を参考にして、内科は呼吸器系の障害を重点におこなった。この検診では健康被害は軽度の気管支炎程度でさほど問題ではないと判断したが、Healthy workers effectの可能性も疑い、健康被害の本質は全員を診察してみないと分からないと考え、2006年に始まる現地での検診を弁護団に企画してもらった。

2006年の検診時、被害者のほぼ全員から「胸が苦しい」「集中力が無くなった」「記憶ができない」の訴えがあり、突然の発汗や瞳孔の異常などから、健康被害の本質は自律神経障害ではないかと疑った。2008年の検診で、神経内科医により起立性低血圧、発汗異常、異常な頻尿などの自律神経障害が明らかになった。さらに記憶力低下などの高次脳機能障害の存在が疑われ、2010年以降、その専門家である作業療法士(OT)理学療法士(PT)言語聴覚士(ST)が加わり、高次脳機能障害の実態を解明することに努めた。検診に参加する医療者も次第に拡大した。以下に検診結果の特徴的要点を述べる。

2. 内科検診結果

1) 臨床症状

SMは塩素系ガスであり、気道刺激性が高いの

で吸入すると咳や痰、咽頭痛、胸痛などの症状が出現しやすい。被害者たちも一様に咳が頻発する、痰が良く出るなどの気管支炎症状を強く訴えていた。それ以外にも易疲労感、全身倦怠感、頻尿、発汗異常、羞明などの症状を訴える者が多かった。

2) 検査結果

2006年検診の問診では、ほぼ全員に脱力感、意欲・集中力の低下、記憶力の低下、皮膚の難治性潰瘍、頻発する咳と膿性痰などの訴えが見られた。呼吸器系検査では胸部レントゲンで気管支壁の肥厚所見を小児を除くほぼ全員に認めた。喀痰培養で11名に肺炎球菌や肺炎桿菌を検出した。喀痰細胞診では全員悪性細胞を認めなかった。呼吸機能検査では、%肺活量低下が2名、一秒率低下が5名に見られ肺野領域の障害も疑われた。血液検査では造血器障害を疑わせるような異常は認められなかった。生化学検査では肝機能障害が15名に見られ、空腹時高血糖が23名と全体の60%近くに見られた。免疫機能の検査では、リンパ球サブセットのうちCD3・CD4が減少し、CD8が増加していた。免疫グロブリン定量ではIgG値増加が2名、減少が14名、IgM値は全員正常範囲であった。尿検査では、尿糖陽性と尿潜血陽性が1名ずつ見られた。腹部超音波検査では、1名に肝臓の結節影が見られ、5名に脂肪肝所見が存在した。

2008年の呼吸器系の検査では、胸部レントゲンは前回同様に気管支壁肥厚所見が、ほぼ全員に見られた。喀痰培養では8名で肺炎球菌、肺炎桿菌などを検出。喀痰細胞診では全員悪性細胞なし。血液検査は異常なし。生化学検査では肝機能障害は7名に見られ、耐糖能障害は空腹時高血糖のみが5名で、HbA1cも高値は6名であった。免疫機能の検査ではIgG値が減少は皆無となり、増加が7名となった。IgM値は全員が正常範囲内であった。尿検査では耐糖能障害の影響によると思われる尿糖陽性が7名存在していた。また、甲状腺機能検査は全員正常であった。

2010年の検診では、呼吸器系検査は変化なし。喀痰細胞診が悪性細胞の検出なし。造血機能検査に異常なく、IgG値は増加が7名、IgM値は全員正常範囲。生化学検査では脂肪肝(疑い)が9名。耐糖能障害は空腹時高血糖のみが5名で、HbA1cも高値が6名であった。2012年、2013年

の検査の参加は少数で、結果はおおむね改善傾向にあった。

2014年検診では、血液生化学検査は、高血糖が5名、そのうちHbA1c高値は2名のみ。脂質異常は高コレステロール血症10名、高LDL血症4名、低HDL血症5名、中性脂肪高値8名であった。肝機能障害が3名存在した。腫瘍マーカーは全員異常なし。免疫系ではIgE高値が9名存在した。生理検査では心電図で頻脈2名、徐脈4名のみで虚血性心疾患を疑う者はなかった。腹部超音波では脂肪肝14名、胆のう壁の毛羽立ち20名と胆嚢炎2名であった。胃内視鏡検査は12名に実施し、びらん性胃炎6名、びらん性十二指腸炎2名、慢性表層性胃炎3名、十二指腸潰瘍1名であった。胃内視鏡が実施できず食道造影のみをおこなった2名はともに異常なかった。

3. 神経内科検診結果

1) 臨床症状と検査結果

びらん性ガスであるSM・ルイサイト混合ガス暴露における自律神経障害、高次機能障害についてはほとんど先行研究や報告例がなく、我々はチチハルをはじめとする旧日本軍遺棄毒ガス被害者を実際に診察して、その神経学的後遺障害像の複雑さに困惑した。

神経内科グループは2008年に初回訪中し、以後合計5回の訪中での訪中調査を行い以下の知見を得た。

成人期に被曝した被害者と、小児期に被曝した被害者とは神経学的後遺症に差異を認め、成人期被曝者は自律神経障害と高次機能障害を中心とした症候群であったが、小児期被曝者は発達障害、学習障害などの症状が顕著であった。

(1) 自律神経障害、求心性視野障害、感覚障害、筋力低下について

2008年、2010年(表1)の検診にてチチハル毒ガス被害者が共通して訴えた症状は、「少しの運動や労作で、胸が苦しく、痛くなり、動悸がする。汗が大量に出てだるくなり動けなくなる」というものであった。特に、「胸が苦しく、痛くなる、動悸がする」ことがつらいのだと苦痛表情で訴える被害者が非常に多く、それを彼らは「胸悶(シユンムン)」と表現した。インポテンシ、頻尿、下痢、ふらつきの訴えも多く、自律神経障害の存

表1 19名の神経学的自覚症状について
(2010年第3回検診)

自覚症状	人数(名)	%
易疲労	19	100
筋力低下	19	100
もの忘れ	19	100
多汗症	18	95
労作時動悸	17	90
頭痛	17	90
立ちくらみ	17	90
しびれ	16	84
四肢の痛み	15	80
陰萎	15	80
頻尿	14	74
下痢	11	58

在を強く疑った。また2010年検診で求心性視野狭窄の存在が明らかとなった。

①自律神経障害

<自覚症状> (表1)

すべての検診において多汗、労作時の動悸(胸悶)、立ちくらみ、頻尿、陰萎、下痢などの自律神経障害による愁訴を訴えた。

<自律神経検査の概要>

寒冷昇圧試験、心電図 CVRR、能動的起立テストにて自律神経障害の評価を行った。

- ・寒冷昇圧試験は氷水に1分両手を浸し、その前後で血圧を測定して、収縮期、拡張期のどちらかが10以上の上昇が得られたものを正常とした。
- ・CVRRは安静時心電図を100拍計測し、RR間隔の変動係数を計算し、2未満を低下とした。
- ・能動的起立テストは臥位安静5分後、立位直後、立位5分後、再臥位にて血圧と脈拍を測定し、立位時に収縮期血圧20以上、または拡張期血圧10以上の血圧低下を認めたものを起立性低血圧と判定し、脈拍のみ30/min以上上昇したものをPOTS(体位性頻脈症候群)と判定した。

<結果>

主に交感神経の障害を反映する寒冷負荷試験(表2)は、2008年に17名に施行し、うち11名(64.7%)に正常な血圧の上昇反応を認めず、うち2名は血圧が低下した。2014年にも20名に施行し、うち12名(60%)で血圧が上昇せず、

うち7名は血圧が低下した。

副交感神経の障害を反映するCVRR(表3)では2008年12名中5名(41.7%)で低下を認めたが、2014年は20名中低下していたのは3名(15%)にとどまり、そのうちの1名は糖尿病であった。

能動的起立試験(表4)も交感神経系の反応を見る検査である。2014年の検診では21名に施行し5名(23.8%)に起立性低血圧を認めた。うち1名は糖尿病であった。3名(14.2%)に体位性頻脈症候群POTSを認め21名中8名(38.0%)に異常所見を認めた。

表2 寒冷昇圧試験(2008年、2014年施行)

	2008年第2回	2014年第6回
血圧上昇なし	11/17	12/20
血圧低下	2	7
心拍数低下	—	4

表3 CVRR(2008年第2回 2014年第6回)

	2008	2014
異常CVRR(<2.0)	5/12	3/20

表4 能動的起立試験(2014年第6回)

異常所見	8/21
POTS(Δ HR>30/min)	3/21
起立性低血圧 (sBP>20mmHg or dBP>10mmHg)	5/21

POTS: postural orthostatic tachycardia syndrome

<経過>

自律神経障害は年を経て若干改善傾向にある。初期には非常に多かった胸悶の訴えがや減り、胸悶や易疲労性から全く就労できなかった被害者の一部は、短期間の就労が可能となった。検査上は、寒冷昇圧試験の異常率はほぼ横ばいでCVRRは改善した。しかし、起立試験においても多くの被害者に自律神経障害が残存し、著しい頻尿や、下痢、易疲労性、ふらつきなどの症状が生活や就労を阻む大きな要因であり続けた。

②求心性視野狭窄(表6)

チチハル被害者で調査し得た24名中7名(29%)に両側性求心性視野狭窄を認めた。

③筋力低下・感覚障害

全検診において、筋力をMMT、握力にて評価、筋持久力は反復握力測定を10回連続で評価した。常に筋力低下を認めた。2010年第3回検診の反復握力試験による、筋力低下（握力）と反復施行による易疲労性を表5に示す。

表5 反復握力試験（2010年第3回検診）

男性 SM被害者 (n = 17 平均年齢38.4歳)

- ・平均握力
 - 右20.0±8.8kg 左17.4±7.7kg
- ・10回反復握力負荷後平均握力比率
 - 右72.0±20.4% 左74.7±16.6%

参考: 日本人男性事務員 (n = 13 平均年齢38.7歳) (Ono et. al. 1981)

- ・平均握力
 - 右41.2±7.4kg 左39.2±7.0kg
- ・20回反復握力負荷後平均握力比率
 - 右82.8% 左85.0%

感覚障害は、皮膚びらんを形成した痕や、皮膚移植部の感覚鈍麻、しびれ、疼痛（神経因性疼痛）及び皮膚びらん面に一致しないしびれ、感覚障害を示すものが2008年の調査で27名中22名に見られ、症状は持続した。皮膚びらん面に一致しない感覚障害では、末梢神経障害型表在感覚障害（29%）が多く、半身表在感覚異常も時にみられた。

表6 24名の神経学的所見
(2010年第3回～2014年第6回検診)

神経所見	人数(名)	%
四肢末梢感覚鈍麻	7	29
求心性視野狭窄	7	29
体幹失調	2	8
錐体路徴候	1	4
複視	1	4

2) 高次脳機能障害について

2010年3月に行われた第3回検診から2014年10月に行われた第6回検診までの計4回、OTとSTが検診に参加し被害者に対して高次脳機能評価を実施した。

簡易的に全般性知能を評価するHDS-RとMMSEでは大きな低下は認められない。しかし、詳細に下位項目の検査を実施していくと、全例に

何らかの認知機能障害が認められた。特に記憶については、視覚性記憶が言語性記憶よりも低下しており、また保持再生よりも記憶で低下が認められた。WAIS-IIIの結果では、数唱は比較的保たれ、符号・積み木問題という動作性認知機能がより低下していた。動作性IQの低下だけではなく、BVRT検査での誤謬数の多さから視覚系の認知・処理・統合過程にも低下があると推測された。

最終的な評価として、被害者の症状が軽度であれば典型的に認められる視覚性記憶優位の記憶障害のみを呈し、中等度であればそれに加えて視覚的な処理および、注意・遂行機能も含む動作性の処理・統合課題での障害が強くなり、重度であれば全般的な認知機能低下を呈するという結果だった。この傾向が一貫していることは、2010年第3回検診から2014年第6回検診（表5）までの複数回、検査バッテリーの種類を変更しても、常に同様の傾向を示していることから確認できた。表7に第6回検診結果を示す。

表7 2014年10月(第6回検診)検査結果まとめ

検査項目	被害者平均(SD)	年齢標準
全般的認知機能		
HDS-R	26.12(3.43)	
MMSE	25.76(2.82)	
注意、遂行機能		
TMT-A	154.3(92.7)	
符号 WAIS-III	2.8(1.3)	10
数唱 WAIS-III	8.8(2.7)	10
視空間認知		
積木 WAIS-III	4.9(17.6)	10
短期記憶		
言語性対連合課題 I WMS-R	18.5(5.4)	
言語性対連合課題 II WMS-R	5.6(1.6)	
ベントン視覚記憶検査		
正確数(最大10)	4.1(1.6)	8.2(1.02)
誤謬数	10.0(3.9)	2.6(2.09)

IV 小児期の暴露症例について

症例：現在20歳 女性。

7歳時に、チチハルのSM・ルイサイト混合ガ

スガしみ込んだ土山で遊んだことで被曝。被曝後、下肢遠位部の皮膚びらんを形成した。被曝後から易疲労性、びらん部の皮膚の痛みのほかに、学校に行っても、授業が覚えられないと自覚するようになった。実際、前日の授業内容を、翌日朝には忘れてしまうため学習障害が顕著となった。

2012年第4回検診時16歳11ヵ月。実施したWISC-Ⅲの結果、言語性IQ47、動作性IQ41、全IQ40未満、中央値7歳10か月、平均値7歳3～4か月と、精神遅滞に該当した。事故に遭ったのは7歳で、発達年齢と事故時の年齢と一致しており、事故の時点から発達が止まった状態であることが判明した。

V 寒川事件の被害者の実態調査

戦時下に稼働していた毒ガス工場の跡地（神奈川県寒川町）で相模縦貫道の橋脚建設中、5人の土木作業員がsulfur Mustard（SM）、chloroacetophenが充満していたビール瓶を作業過程で破砕し、液状の内容物と蒸気を被曝してしまうという悲惨な出来事があった。被害者は直ちにA大学病院に搬送され検査、治療が開始された。主症状は眼症状（眼のかゆみ、流涙）、皮膚症状（発赤、水疱、びらん、癬痕）、咽頭症状（喉の違和感）、呼吸器症状（息苦しさ）であった。また障害皮膚の染色体検査から、細胞異常（転座）が認められ、将来、発癌の可能性も指摘されている。5名の作業員のうち2名が約9年間の同大学病院でのフォローアップがなされた。しかし、手足のしびれ、物忘れ、倦怠感などの精神神経症状がなおも持続するため、当院神経内科を紹介受診され現在も通院中である。

症例1は迄逆を伴う咽頭違和感、多発神経炎型末梢神経症障害、頑固な下痢、こむら返り、高次脳機能評価では軽度の記銘力障害を認めた。症例2は癬痕部の皮膚の神経痛、多発神経炎型末梢神経障害、高次脳機能評価では軽度記銘力障害を認めた。視野検査では左右とも求心性視野障害を認めた。

SM被曝後、長期予後を検討した報告例では、不安、不眠、うつ、記銘力低下、社会生活への適応障害、思考過程の障害などの精神神経症状が記

載されている¹⁾。さらにSMは脳細胞のDNAに障害を与えることが近年の報告でも明らかになっている²⁾。自験例の2名の作業員の精神神経面での症状はPTSDのほかにSMによる脳障害の可能性が示唆された。

VI チチハル・トンカ毒ガス被害者の生活状況と医療支援について

1. 毒ガス被害者の生活実態調査結果（2014年第6回検診より）

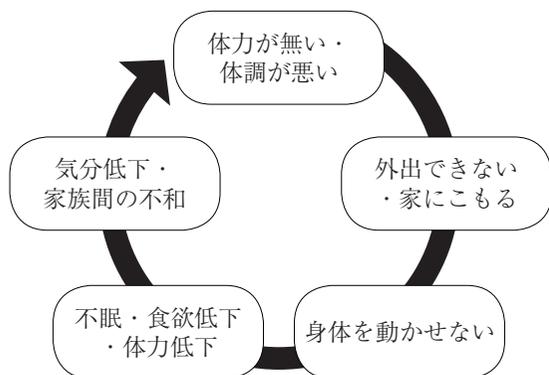
2014年第6回検診では21名の被害者から日常の生活実態を聴取した。多くの被害者は今も咳や痰が持続し、風邪をひきやすいと答えた。息切れや動悸のため長く歩くことや階段を昇ることが困難だった。排泄に関して、頻尿や水様下痢が頻回なことが日常の活動を阻む要素になっていた。体調が悪い、体力が無いので仕事にもつけない、収入の道も閉ざされ、家族に頼るしか無くなり、家にもついていた。活動が減ることにより、体力の低下に拍車がかかり、不規則な生活は、食事や睡眠にも反映されていた。食生活は、肉や魚は高価で買えず、野菜中心の副食になっていた。そして、同居している家族との関係が悪化しており、特に夫婦間では険悪になり、離婚した被害者も少なくなかった。また、収入の道が閉ざされ、経済的に困窮を極めていた。親、兄弟親戚からの借金で医療機関にかかっていたが、長い経過の中で、それもできない程になっていた。その為に、医療費や日々の食事、清潔行動（特に入浴）等に多くの制限が生じていた。

被害者が置かれている状況は、多少の違いはあるが、図2のような「負のスパイラル」から抜け出せない深刻なものである。

2. 日中共同医療支援の取り組み

2006年から概ね2年毎に、2012年以降は毎年検診に取り組んできた。当初は日本の医師のみであったが、2012年からは、中国の医師も複数参加するようになった。日中の医師が、被害者の問診や診察を共に行い徐々に被害者の状況を共有するようになった。しかしその一方、治療や診断に関し

図2 被害者の「負のスパイラル」



ては双方に違いもあった。関係性を構築していく事は簡単なことでない。被害者のデータの共有の方法を始め、お互いの意見交換をどのように進めるか、連携する上で大きな課題である。建設的に進めていけるような工夫が必要である。

また、今回（第6回）の検診では、検診後に被害者が病院で必要な薬剤を処方してもらうことができた。これは、日中の民間の弁護士団体の協力によるところも大きい。実際、ハルピンの羅弁護士事務所の尽力なしには健診は運営できなかった。これまで、被害者への検診結果返しには、時間がかかり次回の検診の時になされることも多く、被害者たちの健康不安に対して的確な対応が出来ていなかった。またそのことが被害者たちの不満でもあったが、今回はその点の解決策へ一歩近づいた。

Ⅶ 考察

1. 内科的側面から

2006年3月の問診ではほぼ全員から「胸が苦しい」、「力が入らない」、「集中力が無くなった」、「記憶が出来ない。覚えたことをすぐに忘れてしまう」などの訴えがあった。集団ヒステリーやPTSDを疑う所見であった。しかし、検診場所が暖房されている室内であるとは言え、外は氷点下の気温である。異常に発汗が多いこと、ひどい場合は10分に1回排尿に行くなど、集団ヒステリーやPTSDでは説明できないと考えた。そして、健康被害の実態はひどい咳や痰などの慢性気管支炎や

皮膚の障害でなく、「胸が苦しい」、「力が入らない」、「集中力が無くなった」、「記憶が出来ない。覚えたことをすぐに忘れてしまう」などの症状に代表される神経系の障害のために被害者の生活の質が低下しているという思いに至った。また、瞳孔はほぼ全員が散瞳しており、被害者の訴えと併せ健康被害の本態は自律神経障害ではないかと疑った。

今回までの検診を通じて痛感したことは、先入観を排除することの大切さである。中国での被害者の検診結果をまとめるにあたり、「問診をしても自分に有利なことばかり述べているのでは?」「都合の悪いことは否定する」、「訴えは集団ヒステリーやPTSDで説明可能なものばかりではないか?」との周囲の声もあった。さらに困難であったのは、医療界におけるこれまでの毒ガスに関する知見の存在である。SMやルイサイト中毒に関しては一定の知見があり、それに該当しないものは否定する風潮が強かった。しかし、真実を明らかにするために、医療制度や生活、考え方の相違を前提にして向き合うことが重要であると考え、簡単に結論を出すことは避け、被害者の訴えを真摯に受け止め、診察所見と併せて医学的に解明していくことに徹しようとする取組んだ。

諸検査では、既知の慢性気管支炎や免疫機能低下のみでなく、耐糖能障害が41名中23人と全体の60%近くに発生しており、弁護士による被害者の食生活の聞き取り調査や20歳台から30歳台の被害者が多いことを考え合わせると被曝した毒ガスによるインスリン分泌能の低下、インスリン抵抗性の増大、副腎髄質刺激などを疑った。

検診を重ねて行くにつれて、被害者の慢性気管支炎症状に変化なく、免疫機能は当初の低下傾向から亢進状態に変化していき、耐糖能障害も概ね改善した。

脂質は中性脂肪が低い傾向にあったものが、経過とともに高値に転じた。コレステロールは2006年では高HDL、低LDLが大多数を占めていたが、2010年になると、逆に低HDL、高LDL傾向になっていた。被害者達の食生活は、主食はお粥や中身の入っていない中国饅頭で副食も野菜炒め程度であり、高カロリーを摂取しているとは考えにくく食生活では説明がつかなかった。しかし問診か

らアルコール度数50度にもなる白酒を毎日250ml～300ml程度飲んでいる被害者もいることが分かり、運動不足とあまって脂肪肝による肝機能障害の発生や中性脂肪高値の原因になっている可能性が示唆された。

発がん性については、大久野島の毒ガス製造者では1952年に30歳代の男性が肺がんを発症したことをきっかけに広島大学での健康調査が開始された。胃がんの発生も多い。チチハルの被害者でも曝露後約10年が経過した2013年に肝細胞がんで死亡した者が出現した。B型肝炎ウイルスキャリアーであり、肝細胞がん発症の高リスクではあった。曝露したSMは、IARC（国際がん研究機関）の発がん性リスク Group 1（ヒトに対する発がん性が認められる）に分類される発がん物質であることから、45歳と言う比較的若年での発病は、その発症に何らかの影響を与えた可能性がある。

広島大学での健康被害調査も、がんの発生が考えにくい若年者でがんが発生がきっかけとなっており、また、2006年の検診の際にも中国に遺棄された毒ガスで1970年代に被害を受けた者からも多数がん患者が発生し死亡していることを中国の専門家が力説していた。内科分野では検査データからは免疫機能障害や耐糖能障害は改善傾向にあるように思われ、慢性気管支炎は症状悪化がない状態で保たれている。

これまでに判明した健康被害は未だ序章と思われる、発がんの問題や1970年から1980年代に同じ毒ガス混合物に曝露した被害者に心疾患の発生が多数見られ、本当の健康被害の発生はこれからのことと思われる。がんの早期発見、早期治療の問題や生活習慣病と思われる脂質代謝異常症や糖尿病、肝機能障害の改善のために生活指導や食事指導をどう進めていくかなど課題が山積している。

また、チチハルの被害者と一括りにして論じて来たが、実際は超高濃度の毒ガスに1回曝露者した者、揮発したガスを短時間吸入すると同時に汚染土壤に座ってしまい皮膚からも吸収した者、低濃度の毒ガスに数ヶ月間曝露した者など曝露形態が異なっている。現在のところ、超高濃度1回曝露者の中からは死者も出ているが、そのような状況から生還した者の健康被害は比較的軽度である。低濃度長期間曝露者は内科的には異常が少な

いが、神経系の異常が重度の様な気がする。曝露形態の差が今後どのような健康被害の差となって現れるか検討が必要であろう。

今後も支援団体の資金状況によるところが大きいが最低でも2年に1回、可能であれば毎年検診を実施し、被害者の健康不安に伝えていきたい。それには中国の医療関係者との意思疎通を密に図ることと同時に日本の医療支援者を増やしていく努力も欠かせないものであり、この点も重視していく必要がある。

2. SMの神経障害について

1) チチハル事件被害者の神経障害の特徴

(1) 自律神経障害と易疲労について

自律神経検査上の異常所見、即ち寒冷昇圧試験の異常（血圧上昇なし）、心電図CVRR検査異常、能動的起立テスト（Active Standing Test）では、起立性低血圧、体位性頻脈症候群POTS、心拍数減少などの結果より、チチハル被害者における自律神経障害は、コリン作動性ニューロンのみならずノルアドレナリン作動性ニューロンを介した交感神経系および副交感神経系に及ぶ広汎な障害であることが明らかになった。

Engelら³⁾は易疲労をpost-war syndromeとして、心因性要素が強いと報告した。起立試験で起立時に血圧低下や頻拍になるほど自律神経障害が重度であることは、例えば階段を2階まで上がる途中で「動悸がひどく、胸が苦しくなり」（酸素飽和度の低下はない）、倦怠感が強く一服しなければならぬ、という被害者の易疲労を説明しうる確かな所見と考えられる。したがってこれらの症状は心因性というより、自律神経症状のそのものを反映していると考えられる。

(2) その他の神経症状

求心性視野狭窄と末梢神経障害を3割程度に認めた。頭部MRIでは視野狭窄の原因となる異常を認めなかった。求心性視野狭窄はサリン事件の急性期⁴⁾、水俣病でみられるが、SMでの報告はなく原因について更に精査する必要がある。

(3) 高次脳機能障害について

神経心理学的検査では全例に何らかの認知機能障害が認められた。軽度であれば、言語性よりも視覚性記憶に優位な記憶障害を呈し、中等度であればそれに加えて視覚的な処理および、注意・遂

行機能も含む動作性の処理・統合課題での障害が強くなり、重度であれば全般的な認知機能低下を認めた。2010年第3回検診から2014年第6回検診までの複数回、検査バッテリーの種類が変更しても、常に一貫した傾向を示していた。検査自体は被験者の意欲や集中力に左右されやすいものである。しかし、年度を隔てても各自の成績に一貫性があること、集中力の指標ともなる数唱課題では低下が少ない事実は、真剣に検査に取り組んでいることの現れである。したがって、この結果は単にやる気の問題と片付けることはできない。また、視野や視力などが視機能の低下が成績に影響しているとの懸念に対しては、立法体などの図形の模写課題で、図形模写は全例問題なくできている結果から視機能は保たれていると考えられた。

2) SM/ルイサイト混合剤の影響

旧日本軍（陸軍）はSMとルイサイトを混合して使用していた。その割合は中国（陸軍）においてSM（43%）＋ルイサイト（55%）の混合物であったという（Hanaokaら 2006）⁵⁾。SMの凍結防止目的で同じびらん性毒ガスであるルイサイトと混合された。一方、神奈川県寒川で発見されたもの（海軍）は純度の低いSMであった⁵⁾という。

ルイサイトは毒性強化のためにNerve Agentなど他の化学兵器と混合して使用されることがある。したがって、イラン・イラク戦争やその他のこれまでのSM被害者で、あまり注目されていなかった認知機能障害や自律神経障害がチチハル事件被害者に多く認められたことは、このルイサイトとの混合によりSMの持つコリン作動性作用が増強された結果であるか、あるいはルイサイトそのものの中樞神経作用である、という仮説も成り立つ。

3. 医療支援の今後

本研究によって明らかになった実態は旧日本軍遺棄毒ガス兵器被害の一端にすぎない。継続的な調査を行い得たこと、それによって医学的な検討を深めることが可能になったこと、日本国内の事例との比較検討が可能となったことは本調査の特徴であり、ケアみらい基金・弁護団との協働した活動、「医の倫理実行委員会（医の倫理－過去・現在・未来－企画実行委員会～日本医学会総会

2015関西に向けて～）」及び「十五年戦争と日本の医学医療研究会」との連携により達成された。

これらによる成果は以下のとおりである。①医学的には旧日本軍遺棄毒ガス兵器被害（SM・ルイサイトなど）には神経障害があることを初めて明らかにすることができた。②被害者の生活社会環境の困難さが具体的に浮き彫りになった。③被害者救済のための基金（人権発展基金）を設立する方向が定まり、被害者救済への端緒が開けて来た。④化学兵器禁止機関（Organisation for the Prohibition of Chemical Weapons、略称：OPCW）との交流が始まった。

この経験を活かして今後の医療支援の課題を以下で検討する。

本報告書が明らかにした被害の実態に即せば医療支援には三つの課題があると考えられる。第一に、診断と治療方針の決定という医学的な課題である。第二に、現地（中国）での医療に結びつける課題である。第三が、医療や生活保障などの社会保障の課題である。

1) 医学的な課題

本報告書の結論は日本側が実施した検診に基づいている。中国側の医師の参加は途中からとなった経緯もあり、医学的な共通認識を作っていくのはこれからの課題である。これが、今後の診断や治療の基礎になることを考えると、現時点で最も急がれる。これまでの医学的なデータと到達点を共有できるようデータベース化し、カンファレンスなどを通じて病態認識を深めていくことが必要である。それにはOPCWなどとの国際的な経験交流も不可欠であろう。これらは薬物治療のみならず、リハビリテーションや精神科的支援などの必要性につながる問題でもある。その中で中国側の医師団が形成されるようサポートしたい。

2) 医療の課題

中国での検診は民間医療機関と医師個人の厚意によって実施されて来た。治療やケアを進めていくには医療提供体制の確保が必要であると思われる。

医療提供体制の確保には、中国の医療制度が日本と大きく異なっていることを認識しておくことが必要である。医療制度には双方がたどった歴史の違いが大きく反映しているためである。日本の

制度を念頭に置いて議論するだけでは実現できない。中国の医師と医療機関が主体的に取り組めるよう支援することが重要である。

3) 社会保障の課題

遺棄毒ガス兵器被害者たちは貧困な状態に置かれていることが多くみられる。その意味で、医療保障、生活保障など社会保障の課題は治療・ケアと共に被害者にとって、最も切実な課題である。人権発展基金委員会が設立されることになり、被害者の代表が決まるなどの動きもある。日中の支援者、医師や弁護士等の専門家による民間交流を広げて、中国における被害者救済の方途が形成されていくよう尽力したい。

旧日本軍遺棄毒ガス兵器被害は現在の問題である同時に日本軍による中国侵略と加害の歴史に根ざす問題である。日本の医師・医学者・医療者にとって、731部隊に象徴される加害の歴史を受け止めた上で、被害者に向き合うことによって未来へ向かう意思を行動によって示す課題であるということが出来る。

戦後70周年という節目にあたり、政府による政治的な思惑を超えて、人道と平和を掲げた民間交流事業を深化させ、被害者の救済に努力していきたい。

VIII まとめ

チチハル・トンカ・寒川と旧日本軍遺棄毒ガスによる3つの被害事件。中国・日本とも被害を受けたのは罪もない一般市民であった。SM被害者らは、過酷な後遺症状に苦しみ、生活が困窮した。われわれの検診活動により、これまでの報告と異なり、中国のSM被害では神経障害、とりわけ自律神経障害と高次脳機能障害が強いことが明らかになった。それは旧日本軍の遺棄化学兵器が、SMとルイサイトとの混合物であることによる可能

性がある。

被害者の医療支援に関して、2014年10月中国と日本の民間団体による基金委員会が設立され、今後の被害者支援の道筋は作られた。それが成功する鍵は、中国医師団との交流で生まれた連帯を突りのあるものにできるかどうかにかかっている。

さらに最近OPCWとの交流も始まり、われわれの検診活動が今後、化学兵器禁止へ向けた世界との連帯へと発展していくことを願って止まない。

文 献

- 1) Razavi SM, Negahban Z, Pirhosseinloo M. et al. Sulfur mustard effects on mental health and Quality-of-Life : A Revi-ew. Iran J Psychiatry Behav Sci 2014 ; 8 (3) : 11 - 21
- 2) Batal M, Boudry I, Mouret S et al. DNA damage in internal organs after cutaneous exposure to sulphur mustard. Toxicol Appl Pharmacol 2014 ; 278 (1) : 39 - 44
- 3) Engel CC, Jaffer A, Adkins J, Riddle JR, Gibson R. Can we prevent a second 'Gulf War syndrome' ? Population-based healthcare for chronic idiopathic pain and fatigue after war Adv Psychosom Med 2004 ; 25 : 102-22.
- 4) Yanagisawa N, Morita H, Nakajima T. Sarin experiences in Japan : acute toxicity and long-term effects. J Neurol Sci 2006 ; 49 : 76-85.
- 5) Hanaoka S, Nomura K, Wada T. Determination of mustard and Lewsite related compounds in abandoned chemical weapons (Yellow shells) from China and Japan. J Chromatography A. 2006 ; 1101 : 268 - 77.

先端医学技術展開に市民がどのようにかわるのか —東北メディカル・メガバンクの展開に批判的にかわって—

村口 至

1. 総研の後援を受けて

筆者は、昨年8月に「東北メディカル・メガバンクを考える 市民フォーラムin仙台—ヒト遺伝子研究の意義を学びながら、倫理の問題を考える—」（以下フォーラム）を同実行委員会に加わって企画しました。その際には、貴研究所からの補助金等の後援を受け企画は成果を上げることができました。内容については、速報的に『いのちとくらし研究所報』48号に八田、竹野氏による報告と、フォーラムのシンポジスト水戸部氏の論文が掲載されています。今回、「東北メディカル・メガバンクを考える市民フォーラムin仙台」の報告集（以下「報告書」）を作成しましたのでそれも併せてご覧いただければ幸いです。この小論では、フォーラムの到達点とその後の運動について記述いたします。

2. 市民の視点からのかかわりと運動

東北メディカル・メガバンク機構（以下 ToMMo と略す）の事業が動き出したのは、東日本大震災のあった2011年6月、当時の菅内閣の内閣府の第2回経済成長戦略会議の場に東北大学医学部長（当時）が参加し報告したときに、その場で決定し動き出しました。筆者は、震災復興のために市民が結集した「大震災復旧復興支援みやぎ県民センター（以下県民センター）」に参加しており、宮城県の復興計画作成過程で ToMMo の動向を知り、県民センター内に対応するグループを作り当事者とも接触しつつ運動を起こしてきました。当初は、センター内の議論でも“つぶしてしまえ”との強硬な意見もありましたが、議論の中で「遺伝子研究そのものは否定できない」という観点か

ら、被災地対象の遺伝子研究は倫理的な面や「創造的復興論」、復興予算の執行の面からも不適切であることを確認してきました。「県民の人権と幸福の追求権」を擁護するために、運動上は「先端科学研究に市民がどのようにコミットメントするか」の今日的に新しい課題の追及、解明を課題に設定して以下の運動を行ってきました。（「報告書」参照）

- 1) 宮城県内関係者に ToMMo 批判文書送付180部（県知事、同議長。県内全自治体首長、議長。県内主要大学、病院長あて）（2012.2.16）
- 2) 文科省、厚労省、総務省企画検討会議参加（東京 2012.4.5）



フォーラムの報告書

- 3) ToMMo 主催公開学習会参加 (11回 20・ ・ ~2015.6.)
- 4) 県教育委員会、教育長あて意見書提出「宮城県小中学生の健康アンケート調査について」 (2012.11.8)
- 5) 宮城県知事宛て公開質問状提出、記者会見 2回 (2013.9.4、2014.2.21)
- 6) 学会発表：日本生命倫理学会シンポジウム (2013.11.2東京)
- 7) 市民学習会 (石巻、気仙沼、塩釜)
- 8) 雑誌『世界』古川美穂氏の取材を受ける (2013年)「東北ショックドクトリン」(連載)
- 9) 東北大学倫理委員会への情報公開請求 (2014.2.3)
- 10) 宮城県内市町保健師アンケート (除仙台市) (2014.6.30)
- 11) 「東北メディカル・メガバンクを考える 市民フォーラムin仙台 -ヒト遺伝子研究の意義を学びながら、倫理の問題を考える-」 2014.8.1 150名参加
- 12) 宮城県知事宛て公開質問状 (第3回)、記者会見 2015.5.13

この間に、ToMMo が主催する公開学習会 (10回以上) にも参加し、質疑に加わってきました。

この運動に取り組む中で、我々自身の生命倫理に関する思考力を作り高めるために、「日野秀逸先生の医学概論講座」(東北地方医療・福祉総合研究所主催、5回企画で、隔月実施4回まで終了)で医療倫理の歴史的形成経過を学ぶなど企画してきました。

3. 私たちの到達点

以下は、フォーラムを企画した「呼びかけ人」としてフォーラムで明らかになったことを踏まえ、今後の課題の整理のために作成しました。

1. ToMMo 事業の企画に関する問題点

- 1) 調査方法の問題について
 - ・健康調査と遺伝子収集を市民検診会場の同

じ場所で行っており、被験者誘導になっていること。

- ・個々人の遺伝子特性に対応した「オーダーメイド医療」などがあたかもただちに実現するかのような誤った期待感を被験者に抱かせる宣伝を先行させていること。

- 2) 遺伝子情報結果の回付 (開示) について
 - ・結果を回付することを前提にしているが、遺伝子読み取りや情報の管理を完全無欠に行うことが不可能な現状からして回付 (開示) を前提にすべきでない。

- ・遺伝子研究の成果を臨床医学につなげられるかは未知であり、個人の直接的利益に繋がるとは言えないことを明言すべきである。「ながはまコホート」のように“公共的利益”と位置付けるべきである。

- 3) 研究の方法論について
 - ・バイオバンク事業および疫学調査を含めた医学研究と、個人利益に直結する検診等の健康支援事業とを分けるべきである。

- ・統計的疫学調査研究においては対照となる調査が必要となるが、非被災地区が対照となりうる場所であるかの検討が事業企画者に求められる。

- 4) 情報管理の問題
 - ・情報漏洩は不可避であること (バンキングの限界)。

- ・「匿名化対照表」の管理については、県民の人権を守る立場にある宮城県当局の責任も明確にすること。

- 5) 企画の経過について
 - ・東北大学は、震災復興として“内発的企画”と強調するが、震災前からあった国内の遺伝子研究者グループの動きや、2011年6月の内閣成長戦略会議、宮城県復興計画策定委員会での、小宮山座長発言などとの関係については、疑念を残した。

- ・元来医療過疎地であった被災地への「循環型医師派遣」事業とのドッキングは、被災地域住民にとって地域医療機関への医師支援を受けているという“負い目”をもつという複雑な陰影をもたらしている事実があることは重視すべきであろう (保健師アンケート)。

2. 倫理的視点からの問題

- 1) 甚大な被害を蒙った「脆弱な地域、人間を研究対象にすること」を禁じているヘルシンキ宣言第19条に悖ること。
- 2) 代理同意について社会的合意がなされたといえない現状で、子供など同意不能者を対象にしていること。
- 3) 国家予算は経年的に減衰してゆくため、今後企業との関係が強まっていくことが予想される。そのもとの、個人情報の保護や研究テーマの管理をどうするのが問われている。
- 4) ToMMo はただちに倫理綱領を作り内外に公表すべきこと。

3. 今後の課題

1) 「ルール」作り

「ながはまルール」(注)等を参考に、宮城県民の人権、幸福権を守るための「ルール」を行政、大学、県民との間で作ることを求める。その場合、遺伝子情報管理責任の所在などを明らかにすべきである。

2) 法的問題

- ・わが国の生命倫理にかかわる基本法を作ることを政府、国会、学会関係者に求める。とりわけ、“究極の個人情報”と言われる遺伝子情報は、障がい者や民族、犯罪者等に対する差別(就職、結婚、保険、教育等)を助長するおそれがあることから、差別を禁止する規制を設ける必要がある。
- ・ToMMo が国家プロジェクトとして実施されており、かつ多数の県民の遺伝子情報を扱っていることに鑑みれば、遺伝子情報の管理等の取扱いについて監視・監督する第三者機関を設置する必要がある。この点、外部評価委員会がその役割を担うのだとすれば、その権限と役割を県民にも周知すべきである。
- ・遺伝子バンクは、研究者に広く共有されることを前提としている。その際、究極の個人情報である“遺伝子情報”にかかわる個人情報保護がどのようになされるのか。研究に関する“自己決定権”がどのように保障されるの

か、「匿名化」の情報管理や「連結化」の技術管理など個別の「倫理規定」では国民にとり不安この上ない。そこで、匿名化された遺伝子情報が、どのような目的で、どのような研究に利用され、またどのような事業者にどの程度提供されているのかを提供者本人に知らせる、又は本人が知りうる状態に置くとともに、それに対する本人の意思(同意・不同意)が反映できる措置を講じるべきである。

- ・遺伝子情報が漏えいした場合の法的責任の在り方についても検討すべきである。

3) 企業との関係

- ・バンクデータの利用は民間企業もできることが表明されている。我々は、遺伝子バンクは「高い公益性」を持つものとする立場から、異議を表明する。その上で、企業利益を追求する民間企業が、自己決定権、個人情報保護、国民の「公共的利益」、研究の公開性(制)、国民の不利益に際しての損害賠償等々に関して問題が生じたときに、ToMMo はどのような責任を取るのか。それを明らかにすべきである。
- ・現今拡大している「遺伝子情報ビジネス」に、ToMMo がどのようなかわりを持つかを明確にすることを求める。

4) 宮城県に対する要請

この事業に関して、私たちは、宮城県知事あての公開質問状を2回提出し、対県交渉を行ったが、宮城県当局の姿勢は県の独自の見解を示さず“ToMMo 丸投げ”としか受け取れない対応であった。当フォーラムでは、県民の人権と幸福追求権を守るうえで、行政の役割が大きいことが明らかになった。当面 ToMMo 事業に関する「ルール」をつくるために県民に対して責任を果たすことを求めたい。

以上のまとめを、ToMMo の事業に批判的運動をしてきた私たち自身の今後の活動の「基点」として進めてゆくつもりです。

この問題意識を基盤に、宮城県知事あての第3回目の公開質問状を本年5月13日に出し、県保健福祉部長と面会しましたが、基本的には、ToMMo の言い分をそのまま「回答」とする内容で、

この事業の開始に当たり東北大学総長と県知事が交わした「協定書」に対する県民への責任を果たす姿勢はみじんも見られないものでした（文書回答は後日となっている）。

今年4月には、ToMMo企画で「遺伝子バンクの利活用」についての説明会がおこなわれ、企業の研究者も含めた遺伝子提供の方法が提示されました。質疑の中では、「研究者の良識にゆだねる」、ルール違反があっても「次回の提供を断る」以外ペナルティもない究極の個人情報である情報の管理が危ういという末恐ろしい状況下にあることがわかりました。

4. 今後の展開… “トランス・サイエンス” の時代認識と非営利・協同

近年、国家の経済成長戦略（輸出）の中心的課題に、人体や生命に直接関与するテーマが増えてきています。代表的なものとしてiPS細胞にかかわる産業化政策がありますが、遺伝子ビジネスも“花形”産業でもあるかのようなマスコミの扱いです。これらの技術の先進的発展は、われわれ国民の「生命倫理観」を置き去りにして突き進んでいます。国の、遺伝子研究の倫理規定も、近年あわただしく改定が繰り返され、市民的視点から見れば、研究者の自由度を高めるような手直しがなされているように感じます。

このような状況の中で、近年“トランス・サイエンス”という新しい学問分野が開拓され始めま

した。つまり、先端技術の発展に市民がどのようにかかわるのか、コントロールするのかという視点で、我々も実践的に取り組むことが求められています。「いのちとくらし」にかかわる非営利・協同研究所としても、一歩も2歩も踏み込んだ取り組みを期待したいところです。

（参考文献）

小林傳司『トランス・サイエンスの時代—科学技術と社会をつなぐ』NTT出版、2007年
藤垣裕子『科学技術社会の技法』東京大学出版会、2005年

（注）

「ながはまルール」とは、滋賀県長浜市と京大の研究所が、「市民健康づくり」と「医学発展への貢献」を目的におこしたながはま0次予防コホート事業における遺伝子情報の収集と研究に関するルールを言います。2008年に作成。この事業は、成人市民1万人の参加で2007年～2016年の10年間の健康調査と遺伝子研究です。

「ながはまルール」には、関係者の責務（事業に携わる者、事業実施者、市長、医学研究科長、研究者等）が個別に記述されています。試料等の蓄積・管理運用・個人情報管理者等の規定もあります。

遺伝子コホートのルールとして、一つの規範を示すものとなっています。

（むらぐち いたる、会員、医師、東北地方医療・福祉総合研究所理事長）

●報告書をご希望の方は、価格1,000円に送料を添えて、下記へお申し込み下さい。

〒985-0835

宮城県多賀城市下馬一丁目10-6 宮城民医連事業協同組合内

東北地方医療・福祉総合研究所 福岡眞哉 宛

研究助成報告(概要)

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

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

- 「介護労働者における職業性ストレスに関する研究」(富岡 公子、他)『いのちとくらし研究所報』22号

- 「立位、歩行装具のロボット利用の可能性について」(細田悟、沢浦美奈子、平松まき)『いのちとくらし研究所報』24号

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

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

- 「脳卒中慢性期患者に対する座位保持装置(キャスパー・アプローチ)による効果の検証」(細田悟、福村直毅、村上潤)2010年第47回日本リハビリテーション医学会学術集会ポスター講演

- 「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)『いのちとくらし研究所報』36号

- 「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、上掛利博、佐々木伸子、阪上香、奥野修、大塚瑞希、田鶴遼平)『いのちとくらし研究所報』42号

- 概要報告「老親を在宅介護するひとり介護者の介護に確かな未来を！」
(久保川真由美、山岸千恵、浦橋久美子)『いのちとくらし研究所報』
44号

- 概要報告「研究助成『津波被災地保健師100人の声』(宮城)プロジェクト報告及び『宮城県災害時公衆衛生活動ガイドライン』の検討」(村口至)
『いのちとくらし研究所報』44号(別途報告書『「津波被災地保健師100人の声」(宮城)報告』)

- 概要報告「県、3市1町(船橋、我孫子、旭、一宮)の『防災計画とハザードマップの検証から学ぶ』」(鈴木正彦ほか)『いのちとくらし研究所報』45号

- 概要報告「都市と農村が連携した共生経済の可能性の研究」(直田春夫ほか)『いのちとくらし研究所報』48号

- 概要報告「近年の最低生活費の算定方法に関する研究報告書」の概要(金澤誠一ほか)『いのちとくらし研究所報』50号

研究助成報告書(報告書)

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

ISBN 4-903543-00-5 2006年6月発行

(978-4-903543-00-0)

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

2007年9月発行

ISBN 978-4-903543-03-1

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

2007年12月発行

ISBN 978-4-903543-02-4

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

2010年6月発行

ISBN 978-4-903543-07-9

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

●第50号（2015年3月）——「政府の成長戦略・改革」と非営利・協同セクター——

- 巻頭エッセイ：「地域連携」雑考（増田剛）
- 医療における構造改革型「地方分権」の担い手創出一国保都道府県化のねらいと皆保険体制解体—（後藤道夫）
- 未確立な医療をはびこらせ、健康保険制度の秩序を壊す「患者申出療養」の危険（高橋太）
- 協同組合における非営利とは何か—農協「改革」の非現実性—（田代洋一）
- 政府主導の「農協改革」と協同組合の株式会社化—その狙いと危険性—（堀越芳昭）
- 講演：非営利・協同と協同労働（角瀬保雄）
- 最近の社会的経済研究動向—社会的経済システム比較ワーキンググループ報告より—（竹野政史）
- シリーズ医療政策・研究史（8）：「日本医療団」再考（野村拓）
- 津波被災地の医師からの報告—気仙沼市医師会の活動と防災対策、地域医療（森田潔／まとめ：竹野ユキコ）
- 投稿論文：貧困者・生活困窮者の自立・発達に適合性をもつ福祉供給組織のあり方についての考察—非営利・協同組織に着目して—（石坂誠）
- 2012年度研究助成研究概要報告：「近年の最低生活費の算定方法に関する研究 報告書」の概要（金澤誠一）

●第49号（2015年1月）——地域の住民・非営利組織による社会サービスの取り組み

- 巻頭エッセイ：地域づくりの新しい要素（植田和弘）
- 越谷市における「地域の住民・非営利組織による社会サービスの取り組み」（大家けい子）
- 「仕事おこし懇談会inこしがや」がめざしていること（飯島信吾）
- 心かよう 支えあう町づくりを目指して—大田区のささえあいコミュニティコープの活動（伊藤宏一）
- 民医連とともにあゆむ共同組織の取り組み（竹野ユキコ）
- 「グローバル社会的経済フォーラム」参加報告（今井迪代、熊倉ゆりえ）
- シリーズ医療政策・研究史（7）：戦時下医療政策の研究（野村拓）
- 投稿論文：介護保険制度における「共助」と生活協同組合の介護事業の展開—高齢者生活協同組合の事例—（熊倉ゆりえ）

●第48号（2014年10月）——アベノミクスと医療社会保障

- 巻頭エッセイ：生産力の新しい指標としてのQOL（野田浩夫）
- 安倍政権の医療・介護制度改革（横山壽一）
- 医療の国際展開による医療総動員（吉中文志）
- 東北メディカル・メガバンク（ToMMo）を考える
 - ・参加報告：東北メディカル・メガバンクを考える市民フォーラム in 仙台（八田英之）
 - ・参加報告：市民のための基礎学習講演会「ヒト遺伝子研究と生命倫理」（竹野ユキコ）
 - ・主催者から：ToMMo 市民フォーラムを開催して（水戸部秀利）
- 事務局長に聞く：民医連の取り組みと課題（岸本啓介、インタビュー：竹野ユキコ）
- 医療政策・研究史（6）：雑務回避とマイペース（野村拓）
- ドイツの医療従事者数（石塚秀雄）
- 2009年度研究助成概要報告：都市と農村が連携した共生経済の可能性の研究（直田春夫）

●第47号（2014年7月）——労働と社会の新しいあり方

- 巻頭エッセイ：「新成長戦略・骨太方針」と地域医療（山本裕）
- 座談会：社会的経済、連帯経済と経済学（津田直則、北島健一、富沢賢治、司会：石塚秀雄）
- アベノミクスと労働改革の諸問題（橘木俊詔）
- 安倍政権による派遣法制の改変構想批判（伍賀一道）
- フランスの社会的経済・連帯経済法の成立と意義（石塚秀雄）

- 医療政策・研究史（5）：八面六臂の巻（野村拓）
 - 投稿論文：高齢者の暮らしと地域の「あればいいな」～姫路医療生協地域調査における要支援・要介護者のヒアリングから～（川口啓子・小田史）
 - 書評：中川雄一郎・J C総研編『協同組合は「未来の創造者」になれるか』（角瀬保雄）
 - 書評：堀越芳昭・J C総研編『協同組合研究の成果と課題 1980-2012』（相馬健次）
-

●第46号（2014年3月）—10周年記念特集

- 座談会：研究所の10年と未来（坂根利幸、角瀬保雄、中川雄一郎、藤末衛）
 - 論文：非営利・協同の10年（富沢賢治）
 - 10周年記念懸賞論文・論考佳作：医薬分業における非営利・協同の意義と民医連薬局法人の先駆性（廣田憲威）
 - 10周年記念懸賞論文・論考佳作：ケアとコントロールの狭間で—福祉労働者としてのケアマネジャーの立ち位置についての考察（石坂誠）
 - 10周年記念エッセイ
 - 最近の「非営利・協同」論の動向（角瀬保雄）
 - 創立10周年記念によせて（中川雄一郎）
 - 非営利・協同論の探求（坂根利幸）
 - 研究所10周年に（高柳新）
 - 百才を祝う！（八田英之）
 - 「個人的所有の再建」と「等身大の技術」（後藤道夫）
 - 研究所の一層の発展を（石塚秀雄）
 - 自問自答、総研10周年エッセイ（今井晃）
 - 協同組合の普遍性を問ひかける（大八木秀明）
 - 新しい社会を構想すること（河添誠）
 - 「総研いのちとくらし」とのつながり（高木和美）
 - 非営利・協同総研との関わり（高山一夫）
 - これまでを振り返り、これからにつなげたい（竹野ユキコ）
 - 連帯社会の実現に向けて（津田直則）
 - 社会を問う・人を問う（長瀬文雄）
 - 広い視野での研究と実践に役立つ情報を（根本守）
 - 研究所10年、連載10年（野村拓）
 - 非営利・協同総合研究所いのちとくらしさんへ（平石裕一）
 - 民医連の今と非営利・協同の探求（藤末衛）
 - 研究所の発信機能—オープン化のさらなる検討を（松田亮三）
 - 小さくても輝く自治体—長野県栄村の復興への歩み—（前沢淑子）
 - 民医連人生で考えたこと（村口至）
 - 『ソウル宣言』と韓国の協同組合創立ラッシュ（丸山茂樹）
 - 2020年東京五輪開催とあらためて非営利・協同への期待（森川貞夫）
 - 非営利・協同の豊かな象徴を（吉中丈志）
 - お祝いのメッセージ（朴賢緒）
 - 資料：役員等一覧、会員統計、活動概要、研究助成一覧、発行一覧
-

●第45号（2014年1月）—社会保障制度改革と医療・福祉の現状

- 巻頭エッセイ：ポローニャ紀行（吉中丈志）
- 社会保障制度改革国民会議報告書の考え方について—とりわけ医療制度の方向をめぐって—（石塚秀雄）
- 都立病院 PFI の現状と問題点（組合幹部に聞く）（細井智、森松恵美子、飯島芳子、インタビュー：八田英之）
- 座談会：各地の民医連MSWから見た貧困の現場と無料低額診療・生活保護活用の問題（長友祐三、森川尚子、富岡真理子、多田安希子、司会：河添誠）
- スペイン・カタルーニアの地域協同と社会サービス（石塚秀雄）
- 2011年度研究助成概要報告：県、3市1町（船橋、安孫子、旭、一宮）の「防災計画とハザードマップの検証から学ぶ」

(鈴木正彦)

- 医療政策・研究史(4):なぜか医療政策史(野村拓)
 - 書評:協働公認会計士共同事務所、税務協働税理士共同事務所編著『非営利法人・団体と労働組合の会計と税務 Q&A』(今井晃)
 - 会員からの情報提供:彦根市史問題について(高木和美)
-

●第44号(2013年9月)―地域社会といのちとくらし

- 巻頭エッセイ:政策・実践上の重要概念としての普遍主義的給付(松田亮三)
 - 地方自治制度改革をどう見るか―「10道州・300基礎自治体」再編の本質―(池上洋通)
 - 東日本大震災の予算執行状況と地域社会(網島不二雄)
 - 研究助成報告:「津波被災地保健師100人の声」(宮城)プロジェクト報告及び「宮城県災害時公衆衛生活動ガイドライン」の検討(村口至)
 - 2009年度研究助成概要報告:老親を在宅介護するひとり介護者の介護に確かな未来を!(久保川真由美、山岸千恵、浦橋久美子)
 - イタリア医療機関と医療制度の変遷と非営利・協同セクター(石塚秀雄)
 - 医療政策・研究史(3):医療経済的ふるしき(野村拓)
 - 書評:川口啓子著『職場づくりと民主主義』(今井晃)
-

●第43号(2013年6月)―京都・地域シンポジウム報告／憲法問題と非営利・協同

- 巻頭エッセイ:民医連の経営課題と幹部集団づくりの課題(今井晃)
 - 特集1【京都・地域シンポジウム報告】
 - ―医・職・住・環境 市民シンポジウム 災害医療とまちづくりを考える―
 - 主催者挨拶(吉中丈志)
 - 「被災地は今」被災地からのメッセージ(熊谷俊夫)
 - 記念講演「がんの体験から」(鳥越俊太郎)
 - まちづくりからの発信(古武博司)
 - 災害医療とまちづくりを考える～地域医療からの発信～(尾崎信之)
 - 食物アレルギー対応避難拠点づくり―食物アレルギーをもつ家族と地域の安全、連帯のために(長澤澄子)
 - くらしからの発信(吉永淳)
 - 特集2【憲法問題と非営利・協同】
 - シチズンシップと国民主権(中川雄一郎)
 - 宇都宮健児さんインタビュー:人権や憲法をかたちだけにせず、権利主張するたたかいをつくる(宇都宮健児、インタビュー:河添誠)
 - 投稿論文:ドイツにおける看(介)護職養成・資格制度改革の経過に関する聞き取り調査報告(中間報告)(濱島淑恵・高木和美・芦田麗子)
 - イタリアの医療労働人口と非営利・協同セクター(石塚秀雄)
 - 医療政策・研究史(2):かけだし時代の研究(野村拓)
-

「研究所ニュース」バックナンバー

○ No.50 (2015.5.31発行)

理事長のページ：「時代を把握する」ということ（中川雄一郎）、シカゴの若者雇用創出運動（石塚秀雄）、ワーキンググループ報告書と「保健医療2035」（竹野ユキコ）

○ No.49 (2015.2.28発行)

理事長のページ：ICA ブループリントの「アイデンティティ」（中川雄一郎）、副理事長のページ：地域崩壊と自治体財政危機の一場面（八田英之）、理事エッセイ：ワシントン DC でのセーフティネット医療供給者調査（松田亮三）、新役員抱負（野田浩夫）、ピケティ『21世紀の資本』の前後読み（石塚秀雄）

○ No.48 (2014.12.15発行)

理事長のページ：グローバル社会的経済フォーラム2014（GSEF2014）（中川雄一郎）、副理事長のページ：ブラックバイトと雇用保険（後藤道夫）、理事エッセイ：高齢者と後継者（岩本鉄矢）、EUの派遣労働と非営利・協同組織（石塚秀雄）

○ No.47 (2014.09.01発行)

理事長のページ：「いわゆる」アベノミクスとは何だろうか（中川雄一郎）、副理事長のページ：外来から（高柳新）、理事リレーエッセイ：新任役員の抱負（内村幸一）、EUの最低賃金について（石塚秀雄）

○ No.46 (2014.05.31発行)

理事長のページ「コメントノート」（中川雄一郎）、「韓国医療制度と3つの〔非給与〕（編集注：自由診療本人負担分）改善に関する問題点」（作成：朴賛浩、日本語翻訳：朴賢緒）、書評：野村拓『新・国保読本 たたかいへの助走路を歴史に学ぶ』（野田浩夫）、「国分寺市役所における公務労働と業務委託」（石塚秀雄）

○ No.45 (2014.02.28発行)

副理事長のページ「非営利・協同論の探求(その2)」（坂根利幸）、会員寄稿「医学部の新設 被災地の復興考え県立で」（村口至）、事務局からのお知らせ（研究助成決定）、会員エッセイ「体験的マネジメント論―箇条書き風―」（道端達也）、「『所得保障なき生活困窮者対策』でいいのか？―最近のマスメディア報道を入り口に考える」（河添誠）、「フランスの社会的経済・連帯経済の規模」（石塚秀雄）

○ No.44 (2013.11.30発行)

副理事長のページ「非営利・協同論の探求(その1)」（坂根利幸）、「2013年度医療福祉政策学校夏合宿に参加して」（高山一夫）、「住民運動と関わってこの頃の焦り」（窪田光）、「生活保護改悪反対の現局面と文献紹介」（河添誠）「EUにおける共済の動向」（石塚秀雄）、「イタリア視察概要報告」（竹野ユキコ）

○ No.43 (2013.08.31発行)

理事長のページ「はじめに行為ありき」（中川雄一郎）、副理事長のページ「地域医療の崩壊とたたかい」（八田英之）、「ディオバン問題の背景は」（高田満雄）、「ドイツ左翼と社会的経済」（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52号の予定】 (2015年9月発行予定)

- ・地域の連携を考える一鶴岡から学ぶー
- ・山梨勤医協と共同組織
- ・共済と社会制度の今後、その他

【編集後記】

6月定期総会前に1冊、機関誌を発行しようと思いましたが、前年度分を2冊、3月にワーキングペーパー、4月にワーキンググループ報告書を発行しているため、2015年前半は発行事業に傾注していました。長期ビジョンの作成ほか、研究事業面でも少しずつ成果を積み上げることができるよう、今年度もよろしくお願ひ申し上げます。(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、内容のできふでき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