いのちとくらし
第52号　2015年 9 月

目　次

●巻頭エッセイ：新専門医制度のスタートを前にして……阿南　陽二　1

【特集】　非営利・協同組織の社会的有用性と公益性
●2015年度定期総会記念シンポジウム
「地域のくらし連携について考える―鶴岡から学ぶ―」
・鶴岡から何を学ぶことができるか……杉本　貴志　2
・事業協同組合方式による「住み続けられるまちづくり」
……岩本　鉄矢　4
・社会福祉法人からみた地域のくらし連携……井田　智　14
・生協共立社連邦運営の基本的考え方……松本　政裕　17
・質疑応答……21
●無差別平等の医療を貫いた60年、山梨勤医協の公益性とは何か
……梶原　祐治　25
●協同の事業組織の社会的有用性と公益性……柳沢　敏勝　29

●介護保険制度をめぐる動向―介護報酬2015年改定、補足給付の見直しを中心に　……林　泰則　36

●イングランドの NHS ファンデーション・トラストの構造
……石塚　秀雄　44

●書評：地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ報告書『地域の医療供給と公益性―自治体病院の経営と課題』……田岡　康秀　50

●シリーズ医療政策・研究史（10）グローバル医療政策学へ…野村　拓　54

●2011年度研究助成概要報告：民間研究所論～概要～……鎌谷　勇宏　64

・視察報告、ブックレット、研究助成報告一覧、バックナンバーなど
……35、43、53、63、66

（表紙写真：前沢淑子）

新専門医制度のスタートを前にして

阿南　陽二

新しい専門医制度が始まろうとしている。2015年度に卒後研修を開始した医師が、キャリアの３年目を迎える2017年度からスタートする。2004年には、卒後臨床研修必修化という、我が国の医師養成制度史上36年ぶりとなる大改革が実施された。それから10年余、今回の制度導入は、それに勝るとも劣らぬ影響を医療界に及ぼすことになるかもしれない。

我が国の専門医制度は、各領域の学会が独自にルールを決めて運用してきた。それに対して新制度では、第三者的な機構が認めた研修プログラムに則った研修が求められるようになる。内科や外科など19の基本領域が定められ、３年間以上の研修を経て専門医資格を取得する。その後、消化器や循環器などのサブスペシャリティー領域の研修に進むことができる。

新制度の特徴として第一に、研修施設を大学病院か大病院を中心に設定したことがあげられる。各学会すなわち大学関係者が主要な設計者になったためであろう。しかし資格の取得や維持・更新のために大学や大病院に医師が集中するようになると、中小病院の医師不足が深刻になる恐れがある。

もともと医学部卒業生の７割以上は、出身大学の各医局に所属して卒後研修を実施していたが、2004年の卒後研修必修化を契機に大学に進む医師は４割まで減少していた。そこに登場した今回の制度は、大学関係者にとっては、大学に医師を取り戻す絶好の機会として期待を集めている。

医学部の学生に対し、「初めから大学で研修した方が専門医になりやすい」などと、露骨な勧誘を行う大学の教官がいるという。専門医制度が始まっても、「プライマリ・ケアの基本的な診療能力を身につける」という卒後臨床研修の理念をないがしろにすることは許されない。

新制度の第二の特徴は、基本領域の中に、あらたに「総合診療専門医」を設けたことである。全人的な医療を求める国民の声に応える点で積極的な意義がある。しかし一方、国が描く2025年ビジョンでいえば、医療や介護の給付抑制の視点に貫かれた「社会保障制度国民会議報告書（平成25年８月）」の中で、高齢化に対応する地域医療の核として総合診療医を位置づけていることには注意を要する。医療給付節約のキーパーソンと期待されているからである。

第三の特徴は「ダブルボード」の禁止で、基本領域については原則として、ひとりの医師はひとつの領域の専門医にしかなることができない。質の担保がその理由とされているが、医療現場では複数の領域をカバーし合い、ひとり二役・三役はめずらしいことではない。「優れた単能医」とつなぎ役の総合診療医だけでは、医療は成り立たないのではないだろうか。

新しい専門医制度がこの時期にスタートするのは、税と社会保障の一体改革路線や2025年ビジョンと無関係ではないだろう。はじめは「ゆるやかな」ゲートキーパーである総合診療専門医も、一旦フリーアクセスの制限が始まれば、「きびしい」ゲートオープナー（保健医療2035）に変身させられるかもしれない。専門医の定数設定が、医師と診療科の偏在を是正する強制力になる日は、そう遠くないように思われる。

病床機能の再編や病床削減を進めていく際に、地域医療連携推進法人制度や地域医療介護総合確保基金の活用が考えられている。新専門医制度についても、定数設定や保険医の配置と組み合わせることによって、病床再編に活用されるかもしれないと想像するのは、考えすぎであろうか。

（あなみ　ようじ、全日本民医連副会長・宮城厚生協会坂総合病院副院長、外科）

2015年度定期総会記念シンポジウム

「地域のくらし連携について考える ―鶴岡から学ぶ―」

鶴岡から何を学ぶことができるか

杉本　貴志（関西大学教授）

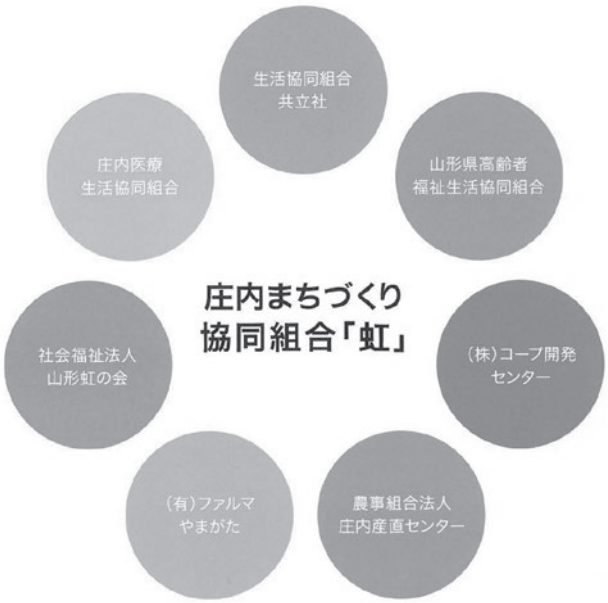
1．はじめに

地域の暮らしと連携について考える、鶴岡から学ぶというテーマは、まさにタイムリーな話題であると思っております。子どもを産む年代の女性が半分以下になってしまうという予測数字を根拠として、全国で896市町村が消滅するというような予測も立てられているなど、何とか国を再建しなくてはいけないということは国民的課題となっていると思います。そのなかでは当然、本研究所が研究対象としております非営利・協同組織についての期待が高まっているわけです。

しかし非営利・協同組織、例えば最近では農業協同組合、少し前は共済組織や共済の協同組合が、狙い撃ちのような形で非常に理不尽な仕打ちを受けているわけで、それに対して有効に反撃できているかといえば、農協に対する攻撃は、一応形の上では声明等を出していますけれども、われわれとはあまり関係ないというように、その他の協同組合はあまり真剣にこれに対応していないと思いますし、共済のときは、まさに自主共済規制ということが実行されてしまったわけです。

そこで、山形県の鶴岡という地域に注目いたしました。この鶴岡では、非常に工夫された方式による、事業協同組合という形態をとることによって、まちづくりの協同組合という注目すべきとりくみがなされているということです。

本日は、この庄内まちづくり協同組合・虹について、まず当研究所の理事であり、庄内医療生協専務理事である岩本鉄矢さんから総括的なご報告をいただき、続きまして社会福祉法人山形虹の会の井田事務局長から、そして、最後に、生活協同組合共立社の松本理事長からお話を伺いたいと思っております。



庄内まちづくり協同組合「虹」の構成
（「虹」パンフレットより）

2．まとめにかえて

各種協同の組織、協同組合等がそれぞれ単独で何かをやるということは、もちろん意義があることですが、その限界性は20世紀の後半から指摘されてきていました。

例えば、医療・保健、福祉、保育等々、ヨーロッパの協同組合では、医療従事者等が集まって理想の医療機関をつくろうと、自分たちの職場づくりとして医療の協同組合をつくってまいりました。それに対して日本は、非常に珍しいのですが、患者さん、あるいは利用者が少しずつお金を出し合って、自分たちの理想の診療所、病院をつくろうと、医療の協同組合づくりをしていったわけです。それぞれ一長一短あると思いますが、ペストフ先生など欧米の研究者のいろいろな調査を見ますと、医療従事者だけでつくった場合、理想の医療機関ができるかというと、必ずしもそうでもないということがわかってきています。恐らく、日本型の医療利用者だけでつくる医療協同組合についても同じことが言えるのではないかと思います。

つまり、そうしたシングルステークホルダーの協同組合モデルだけではなくて、患者も医療従事者も、あるいは地域の方々も一緒に協同組織をつくるというマルチステークホルダー型の協同組織をこれからは考えていかなければいけないというのが、研究者のほぼ一致した考え方だと思います。しかし残念ながら、日本の場合はとくに個別に協同組合法があるという法律的な問題があり、生協でなくてはならない、農協でなくてはならないという制約があります。

このような事情から、「協同組合間協同」としてそれを進めるしかないと思ったわけですが、では、どうやってやればいいのか。なかなかヒントがありませんでしたが、この鶴岡から、庄内地域から、非常に多くのものを学べるのではないかと思いました。要するに、事業協同組合方式という形で、異種法人や異業種法人間で、何か一つのまちづくり協同組合というものができるのではないかということを、庄内からは学べるのではないかと私自身は思っております。

連邦は、英語では「ユニオン」ではなく「フェデレーション」です。地域ごとの特色を出しながら連携していくというやり方、その経験があったからこそ、このまちづくり協同組合「虹」のようなことが可能であったのかもしれません。

鶴岡が新庄に火をつけたということであったり、あるいは反生協という姿勢の市長がいたりと、偶然的な要因もあったかもしれませんが、そういう長いフェデレーションの伝統が、日本で最初のこういう試みを離陸させたのではないかとも感じました。ほかの地域にとっても、そういう意味では、非常に参考になるお話だったと思います。

（すぎもと　たかし）

鶴岡地域での協同の経過

1955年　鶴岡生活協同組合設立（11月19日創立総会組合員1,200人出資金24万円）
1956年　最初の家庭班鷹匠町1班（10月1日）、大山地区上栄町1班（10月4日）誕生
1964年　新潟地震で甚大な被害
　全国から85万円の義援金が送られる。内10万円を医療生協設立基金に
　庄内医療生活協同組合設立（12月6日創立総会組合員529名出資金68,700円）
1974年　診療所から鶴岡協立病院へ（双葉町25床）
　鶴岡灯油裁判提訴（原告1,654人）
1978年　革新市長候補を擁立し民主団体も共闘し市長選挙と闘う（惜敗）
1979年　第一次共立社連邦誕生
1980年　（株）コープ開発センター設立
1985年　灯油裁判秋田高裁で逆転勝利判決
1991年　共立社第12回通常総代会「90年代構想」
　協同組合運営による「高齢者保健施設」の開設を課題として明記
1992年　2団体（共立社、医療生協）による「くらしのたすけあいの会」スタート
1993年　（有）ファルマやまがた設立
1994年　庄内医療生協、共立社鶴岡生協ともに組合員30,000人突破
1995年　「老人保健施設をつくる虹の会」発足
1996年　「老人保健施設建設募金」組合員約4,800名から1億円の募金達成
　老人保健施設かけはしオープン
　山形県高齢者協同組合（高齢協）発足、農事組合法人庄内産直センター発足
1997年　第1回四団体会議（四者協）介護型たすけあい活動の実施について
1998年　高齢協「2級ヘルパー養成研修」開始
　四者協トップ会議（介護保険対応事業の協同展開について）
1999年　「介護保険をよくする市民の会」発足
　高齢協が生協法人取得「山形県高齢者福祉生協」
2000年　介護保険スタート、四者協の協同による介護サービススタート
2001年　四者協トップ会議（以降毎月定期開催）、前進座「赤ひげ」公演2,208名観賞
　総合介護センターふたば開設（介護に関わる駆け込み寺）
　機能：ケアマネ、訪問ヘルパー、ディサービス、ショートステイ、配食サービス、福祉用具
2003年　高齢者住宅「樫」（高齢協運営）
2004年　庄内まちづくり協同組合「虹」発足、高齢者住宅虹の家こころオープン
2005年　高齢者住宅虹の家おうらオープン
2006年　高齢者住宅かがやき（三川町：医療生協運営）
2007年　小規模多機能介護施設かがやきオープン（同上）
　12月虹の家こころ増床（32室→52室）。通所介護、療養通所介護併設
　12月サポートセンターあさひ（旧朝日村：医療生協運営）
2008年　山形県知事選挙で新人候補の推薦を決定し、当選を勝ち取る
2009年　虹の家こころ・おうらにスプリンクラーを設置、便利屋事業立上げ
2011年　東日本大震災には、加盟法人と連携し松島海岸診療所再会支援・募金の対応
2012年　特別養護老人ホームかけはし・ショートスティかけはし2号館オープン
　介護療養型老人保健施設せせらぎオープン（医療生協運営）

（「虹」パンフレットより）

2015年度定期総会記念シンポジウム・地域のくらし連携について考える

事業協同組合方式による「住み続けられるまちづくり」

岩本　鉄矢（庄内医療生協専務理事）

このシンポジウム企画のはじめに「いろいろなところで鶴岡の話を聞くけれども、鶴岡の実態は何なのか、裸の鶴岡を知りたい」と、そんな話を伺っているので、少し具体的な状況についてお話ししたいと思います。

庄内まちづくり協同組合「虹」というパンフレットがお手元にあります。これはここへ到達するまでの過程、地域について、さまざまな協同組合運動を中心としたとりくみの一つの到達点だと思います。私からは鶴岡という地域の概要と、鶴岡における協同組合の歴史と特徴、それから、まちづくり協同組合設立までの経過、そして現在のまちづくり協同組合に加盟している各組織の事業の現状と、まちづくり協同組合自体の事業の現状というところについて、ざっと報告させていただきます。その後に、私が所属しています庄内医療生協の実情についても、併せてご報告をさせていただきます。

鶴岡市の位置

1．鶴岡市の概要・沿革と特徴

地図を載せましたが、北に秋田県、東に宮城県、そして南に福島県、新潟県と連なっている山形県のなかの、日本海側に属したところを庄内地方と呼んでいます。この庄内地方の南半分、これが鶴岡市です。後ほど申し上げますけれども、平成の大合併で今の鶴岡市ができていますので、かなり面積的には広いところになっています。最近の新聞報道によると、『鶴岡市で熊！』などと出ていますが、山間部も一緒になっているからであり、市内で熊が出ているようなことではありません。東北では一番広い市でもあります。

江戸時代には、1622年に最上氏に代わって譜代大名の酒井忠勝が庄内藩14万石の領主として入国し、鶴岡を居城として城下町を整備したとあります。この酒井藩は幕末までずっと続き、途中で全く入れ替えなしに続いた地域です。実は今日に至るまで、この庄内藩がずっと続いたことの影響が、さまざまに経済や政治に色濃く残っているという実感を持っていますが、そんな地域です。

これが戦後、昭和28(1953)年に合併し、平成17(2005)年にさらに合併して人口約14万人の鶴岡市となっていますが、これも合併の後、引き続き人口が減少しています。

合併後の人口の推移をご覧下さい。合併直後は14万3,000人いたのが、2015年３月には13万2,000人となり、既に１万人がこの間で減っています。毎年1,000人以上、去年と今年は1,500人以上人口が減少している地域だということです。また人口構成の推移をみると2015年の状況で65才以上の高齢者人口の割合が３割を超えています。65才から79才、80才以上を分けて書いてありますが、これを合計すると既に32％に到達している。引き続き、どんどん高齢化が進んでいくと言われている地域

鶴岡市の概況

＜人口推移＞

	世帯数	人口			前年比増減
		男	女	計	
2006年３月	46,833	68,530	74,758	143,288	702
2007年３月	47,093	68,017	74,321	142,338	−950
2008年３月	47,066	67,259	74,321	141,580	−1,708
2009年３月	47,166	66,573	73,637	140,210	−1,370
2010年３月	47,341	66,032	73,046	139,078	−1,132
2011年３月	47,491	65,507	72,467	137,974	−1,104
2012年３月	47,724	64,892	71,946	136,838	−1,136
2013年３月	48,186	64,397	71,006	135,403	−1,435
2014年３月	48,184	63,656	70,175	133,831	−1,572
2015年３月	48,293	62,995	69,318	132,313	−1,518

＜人口構成推計＞(2015年以降は推計)

		0～14才	15～64才	65～79才	80才以上	計
人数	2010年	21,087	79,803	26,172	13,136	140,198
	2015年	15,441	72,867	26,438	15,060	129,806
	2020年	13,668	66,383	27,121	15,633	122,805
	2025年	12,089	61,124	26,786	15,540	115,539
構成比	2010年	15.0%	56.9%	18.7%	9.4%	100.0%
	2015年	11.9%	56.1%	20.4%	11.6%	100.0%
	2020年	11.1%	54.1%	22.1%	12.7%	100.0%
	2025年	10.5%	52.9%	23.2%	13.5%	100.0%

＜産業別従事者＞(2010年度)

産業区分	従事者数	構成比
農業	6,207	9.4%
漁業	359	0.5%
第一次産業	6,566	10.0%
鉱業・採石業	61	0.1%
建設業	6,030	9.1%
製造業	13,554	20.5%
第二次産業	19,645	29.8%
電気・ガス・水道業	273	0.4%
情報通信	322	0.5%
運輸・郵便業	2,172	3.3%
卸・小売業	10,014	15.2%
金融・保険業	1,448	2.2%
不動産・物品賃貸業	443	0.7%
学術・研究・技術業	1,138	1.7%
宿泊・飲食業	3,909	5.9%
生活関連サービス・娯楽業	2,623	4.0%
教育・学習支援業	2,877	4.4%
医療・福祉	7,872	11.9%
複合サービス	1,001	1.5%
その他サービス業	2,880	4.4%
公務	2,326	3.5%
第三次産業	39,298	59.6%
その他	478	0.7%
総計	65,987	100.0%

＜就労状況＞(2010年度)

	人数	構成比	人口比
就業者	65,096	93.1%	46.4%
休業者	891	1.3%	0.6%
完全失業者	3,969	5.7%	2.8%
労働力人口	69,956	100.0%	49.9%

（国勢調査資料、国立社会保障・人口問題研究所『日本の地域別将来人口』・鶴岡市住民基本台帳、鶴岡市統計から岩本作成）

です。

それから、産業の状況でも、面積的には非常に農地が多いのですが、就労状況でいうと、農業従事者は9.4％、製造業を中心とする第二次産業が３割を占めており、第三次産業の比重が高いのですが、そのなかでも卸小売業に次いで医療・福祉に就労している人口の割合が高い状況がおわかりいただけるかと思います。全体の人口のなかで、働いている人は半分、このような地域の状況です。

こういう地域である鶴岡における協同組合運動の歴史の特徴について、以下にいくつかポイントをまとめてお話ししたいと思います。

２．鶴岡の協同組合運動

（１）個人主義と班会

これは、共立社の前身である鶴岡生協の歴史から始まると思います。資料によりますと、戦前から購買生協はあったのですが、実質的には、戦後のとりくみから始まり、鶴岡生協そのものは1955年、組合員1,200人でスタートしたということになっております。

戦後、全国的にも、たくさんの生協が次々と生まれました。これらの戦後に誕生した生協は、福祉対策協議会（福対協）、あるいは労働組合が中心になって生まれたと言われておりまして、その多くが労働組合の大会で「生協に入りましょう」という組織決定をして組合員になる、いわゆる「団体主義」と呼んでいますが、団体主義に基づいて組合に入ることになっていました。そのために、非常に組織の組合員数が拡大するのが早かったのです。しかし、一人ひとりの組合員は、協同組合に参加したという意識が少なく、組織力の弱さが露呈し、事業継続困難になる生協が続発したと言われています。

そのなかで、鶴岡生協の組織方針は、労働組合等々に協力を依頼しながらも組織に依存するということはしないというものでした。地域の一人ひとりに生協を説明して加入を勧めてきたのです。これを団体主義ではなく「個人主義」と呼んでいるのですが、組合員拡大のテンポは非常に鈍いながらも、組合員としての意識を大切にする組織基盤をつくってきました。

なおかつ、日常的な学習や共同活動の場として班を組織して、班会を組織運営の基本に据えてきたという歴史があります。その後、班が他の共同購入事業の手段などといった利用のされ方をしてきている傾向がありますが、鶴岡ではあくまでも

班は学習や共同活動の場という位置づけで進めてきたという経過があります。

このようにして地道に一人ひとりの意識をもとにしてつくられてきた組織でありますが、その運営のなかでも、生協の目的として働く人々が自らの協同と団結の力で暮らしを守ること、その目的達成手段の一つが具体的な事業だという思想があります。だから事業そのものが目的の全てではないのだということと、資本主義の支配体制のなかでは、自らの事業だけで生協の目的を達成することができるわけではありません。そのために生協は、運動というもう一つの手段で目的の達成をめざすのだという考え方が根づいておりました。

（2）灯油裁判

そのことが端的にあらわれたのが、1974年のいわゆるオイルショック等々のなかでのことです。寒さが厳しい鶴岡では、冬場は灯油が米とともに命の綱という大事なものです。この暖房用の灯油が不足し、また大変な値上がりをしたために、地域のひとびとは一升瓶で灯油を分け合って何とか過ごすという状況が生まれました。これは実は、後の国会の議論を通じて大規模な独占のヤミカルテルによってもたらされたのだという状況が明らかになってきます。そうしたなかで、組合員が裁判、いわゆる灯油裁判に立ち上がるというとりくみを行いました。

資料によれば、当初、200人ぐらいが何とか原告になってくれるのかと思っていたとありますが、実際最終的には、1,654名が原告になって、この灯油裁判をたたかいます。一審の地裁では負けますが、二審の秋田高裁で逆転勝訴、最終的に最高裁にいって、「カルテルを組んだという証拠を消費者側が出せ」と言われ、そんなことができるわけがなく、敗訴する結果になっています。同じ灯油裁判をたたかったものには、神奈川の川崎のたたかいがあり、これは独禁法に基づくたたかいでしたが、鶴岡生協は地元でたたかえるようにということで、民法に基づくヤミカルテルによる損害賠償というたたかいでした。しかも、損害賠償の総額は3,895,458円、先ほどの原告団で割ると１人あたり平均2,355円という金額でした。そのことが運動的に大きな意味を持っており、さまざまなところの支援を受けて、長期にわたってたたかい続けたと言えます。

（3）鶴岡生協から共立社鶴岡生協へ

先ほど少し申し上げた全国の状況と同様に、山形県内でも地域労働者生協の多くが倒産あるいは解散するという状況でした。生協がなくなっていた最上地区、あるいは北村山地区と言われているところでは、灯油裁判でのたたかい等の影響もあって、灯油などの共同購入をしたい、そのために生協をつくりたいという要望の高まりがあり、県生協連が中心になって県内の生協の空白地域へ生協を作ろうと乗り出すということになります。

これらの地域については鶴岡生協が担当すると決められたわけですが、新庄地区の生協の事務所に「鶴岡生協家庭班センター」という看板を掲げることに対して、地域住民から非常に大きな違和感が提起されました。当時、専務理事であった佐藤日出夫さんから聞いた話によれば、幕末に庄内藩が新庄藩を焼き討ちにしたことがあり、市中焼き討ちをした鶴岡の名前を語ることはとても嫌だと新庄地域の住民が思っていたそうです。それではということで、鶴岡生協は自らの鶴岡生協という名称をやめ、共立社と名称を変更し、自分のところは共立社鶴岡生協と名乗り、新庄については共立社新庄生協と名乗ることになりました。つまり、その地域の人々の文化や思いを尊重するつくり方をしてきたことが、こうしたことにあらわれています。

1984年には、ダイエーの出店反対闘争についてもとりくみます。これは、医療生協も一緒になって、民商の会員である小売店などとも一緒に全市を挙げてたたかいました。そんな大企業による地域の流通支配に反対する闘争も進めてきたというというのも、この地域での運動の特徴です。

（4）庄内医療生協の誕生と拡大

そんな鶴岡生協のつくられ方を前身として、庄内医療生協は、1964年12月に組合員529名でスタートしております。この時期に隣の酒田市には、全日本民医連を創設したときから民医連に加盟していた本間病院という民医連の病院がありました。その院長の本間誠先生と、今、話をした鶴岡

生協の佐藤日出夫専務との間で、本間病院も含めた庄内地域全体を活動エリアとする医療生協創設の構想が話し合われていたのです。

そのようなときに新潟地震が起こって鶴岡でも甚大な被害を受けたのですが、地域住民は全国の民医連・医療生協から救援隊が駆けつけて奮闘している姿に感銘を受け、「ああいうような医療機関が私たちにも欲しい」という思いが持ち上がり、併せて鶴岡生協に全国から寄せられた義捐金の一部を医療生協設立資金に充てることが可能になったために、医療生協設立の機運は一気に盛り上がっていきました。

当初、本間病院も一緒にと進められた計画だったのですが、本間病院は実は本間誠先生の叔父さんがほとんど全額出資している組織であり、生協に変えることはできないという問題がありました。もっと組合員が多く、もっとたくさん出資金を集められれば話は別だったのでしょうけれども、生協法に定める「組合員一人の出資金が総額の４分の１を超えてはならない」に抵触してしまうので、本間病院は加わることができませんでした。名称は庄内医療生協としましたが、実際の活動エリアは庄内地域南部の鶴岡市を中心とするということでスタートすることになりました。

庄内医療生協の初代の所長は、本間病院から派遣されております。ただし初代の所長を病気で２年ほどで失い、常勤医師不在の時代が長く続き、その間、宮城厚生協会を中心とした民医連から医師支援が４年間にわたって続きます。その後、常勤医師が来て何とか盛り返していったのですが、その間も、当時、購買生協の専務でありました佐藤日出夫さんが非常勤の常務理事として庄内医療生協の組織運営に加わりました。そういう経過があって、実は、庄内医療生協の組合員と鶴岡生協の組合員とが相当重なっているという実態があり、なおかつ、先ほど申し上げました班会も合同班会として開いていました。医療生協の議題についても、購買生協の議題についても、一緒にそこで話すというとりくみがされてきました。

庄内医療生協自身も、地域で初めてというようなことに、たくさんとりくんできました。透析も地域で初めてとりくみましたし、訪問看護も初めてとりくみました。当時、この地域は冬になると仕事がなく、男の人は出稼ぎに出ていってしまいます。車の運転ができる人がいない冬場に、バスも走らない地域へ出張診療するということもしましたし、あるいは越冬入院も進めてきました。

当時、この地域は入院病床が必要数の半数以下という極端な医療過疎地域でした。

常勤医師着任後、近隣の宮城、あるいは秋田の民医連からの医師移籍に加えて、医学部がなかった山形大にも医学部ができ、その卒業生が参画してくるという経過のなかで、医療生協の事業と組織規模は大きくなっていきました。

現在、介護を含めて総合的な活動をしておりますが、2014年に創立50周年を迎え、４万人の組合員になり、世帯比の組合員比率は全体の48.2％というところまで上がってきております。

（５）購買・医療生協の共同運動と市の反生協路線

そんな購買生協、医療生協の設立後の動きですが、この地域については、先ほど申し上げましたダイエー出店反対闘争や、水道料金、新聞代値上げ反対闘争、学校給食での生乳切替運動等々、いわゆる住民運動を、事業活動とともに相当に幅広く進めてまいりました。そのなかで「政治を変えなきゃいけない」というような住民意識が高揚しました。

そうしたこともあり、市長選挙になると、しばしば保守系の市長に対抗馬を立てて選挙をたたかうということがありました。ほとんど相手にならないたたかいではなく、結構いい線にいって、勝ちそうになる。保守系の市長はそのせいもあって、大変に生協が嫌いという市長であり、いわゆる「反生協市政」が長い間続くというような状況がありました。

山形県の生協大会を開くとき、どこの市で行っても市は後援団体になってくれるのですが、鶴岡市は絶対になりません。鶴岡市は民間団体主催の丹波哲郎の「大霊界」の講演会は後援するけれども、庄内医療生協が企画する日野原重明の講演会は後援しない、そんなことが続きますし、市の許認可が必要であるようなことについても、大幅に生協は排除されてきました。

とくに介護保険法ができて介護事業が始まるときに、このままでは、いわゆる生協陣営に介護事

業をみんな持っていかれるということに対抗するため、市長が音頭を取って社協へ市の幹部が天下りし、介護事業を全面的に独占するということが起こっております。この傾向は今も続いておりまして、市の社協が現在1,000人近い職員を抱える介護事業を行うとなっている状況です。

この間、「ソウル宣言」（事務局注：2013年に韓国ソウルで開催された「グローバル社会的経済フォーラム」で採択された、地域再生や持続可能な経済を推進するために社会的経済組織や自治体などが協力することを宣言したもの）などの経緯を見ていますと、もともとさまざまな協力をしていたソウル市が呼びかけた形になりますが、その点について言うと、鶴岡のとりくみは協同組合陣営と自治体との協力が非常に大きく欠落しており、逆に十分な協力が得られないなかで張り合っているというところが、ややこれからの課題になろうかと思います。

（6）介護保険法施行を契機に事業協同組合へ

核家族化・高齢者世帯の増加に伴い、全体として入院患者が退院するにあたり家庭には帰れないという状況が多くなり、その受け皿としての老人保健施設（老健）が必要という要望が高まりました。しかし員外利用禁止という条項を楯に、当時の厚労省は医療生協には老健の開設を認めないというようなことになっておりました。

一方、老健の開設自体に枠があり、地域の残り枠は100床分しかないという状況でした。その状況に対処するために、地域の購買生協、医療生協の組合員を含めた住民の人たちに募金を呼びかけ、社会福祉法人を立ち上げるというとりくみをしました。両生協組合員を中心に4,700人から集めた１億円の設立募金と、無償で提供された2,000坪の農地を基本財産とし、社会福祉法人山形虹の会を立ち上げ、1996年に老人保健施設かけはし（100床）を開設しています。

無償で提供された農地は農業専用地域で、こういった施設以外は一切建物を建てられず、農地の転用もできない地域です。提供者からは、実は2,000坪の農地をもらい、さらに1,000坪の農地を駐車場として借りたのです。その駐車場料金として、毎月20万円を支払うことにしましたので、提供者にとっては、20万円で駐車場を貸すほうが3,000坪の農地で農業するよりも実収入は多くなるという状況も背景にありました。

庄内医療生協のセンター病院を新築した1984年に病院の清掃や夜警業務を委託するとき、受託先としていわゆる労働者協同組合がこの時期に設立されました。労働者協同組合は当初、中央組織である事業団直轄の組織として設立されたのですが、実際には中央に対する指導料の負担等々もあって、働いている人々には県の最低賃金もなかなか出なかったのです。労働者が主人公だから、途中の搾取がないのだからと言っても、実際はそれほど稼ぐことができず、これは分担金の負担が大きいためではないかと考え、事業団直轄をやめて地域事業団としたのですが、実際にはなかなか管理ができず、現地管理者の不正も続発して解散ということになりました。この事業団の清掃や夜警業務の従事者たちが働き場所を失うということになるため、次に話をします「まちづくり協同組合」をつくるときに、この人たちの働き場所の受け皿という意味合いも持ってつくりました。したがって「まちづくり協同組合」は雇用の創出ということも設立目的のひとつに掲げています。

労働者協同組合の一部は高齢協、生協法に基づく高齢者協同組合に移行していきます。当時の構想としては、高齢者はいわゆる仕事を遂行する力はやや劣るが、年金等があるのでそれほど高い報酬ではなくてもやっていけるはずだという思いで始めたのです。しかし実際に「まちづくり協同組合」を進めてみてわかるのですが、まともに暮らせる年金をもらえるような人はそんなに多くはおらず、まともに働いてまともに生活できないと困るのだという高齢者が圧倒的に多い状況でした。

最後の「まちづくり協同組合」へ至る経過ですが、介護保険法が施行されて、介護事業にかかわりを持つ協同組合間の調整が必要になりました。それぞれ部分的、あるいは全面的に介護事業にとりくんでおり、あるいは新しくとりくみたいという構想を持っていました。一方で、市の社協が中心となったグループができ上がっているため、協同組合間の調整などをきちんとしていく、連携していくということが必要になったため、当初、鶴岡生協・庄内医療生協・高齢協・社会福祉法人山

形虹の会が『四者協』という形の協議機関をたちあげました。

さまざまな協議をしながら、そのなかで地域の要求に応えた事業展開をするためには、給食や、清掃、利用者送迎など、それぞれ四者の事業で共通する業務については一元化していくことが必要なのではないかということや、山形虹の会で老健はつくりましたが、それだけでは全然足りず、高齢者住宅事業が必要だということが地域のなかではっきりしていたので、高齢者住宅の共同運営ということを念頭に置いて、事業協同組合「まちづくり協同組合」をつくりました。

その際、先ほども申し上げたように、それぞれの協同組合については、ベースにある組合員、住民組織がほぼ重なって共通している状況だったので、事業協同組合として、事業体が協同するという形式をとり、実質的には、そのもとにある地域の人たちの協同組織をベースにして、この組織がつくられてきております。

3．まちづくり協同組合の概要

この「まちづくり協同組合」の構成団体については、下記の表が現況です。組合員の数、出資金の額など、山形県で全県展開している組織がありますので、全県の分と鶴岡地区の分とを分けて表示しています。それぞれが担っている事業分野、事業高等についても、その表に記載しております。

それから、「まちづくり協同組合」に参加している組織の介護事業における実績が次の表にあります。全体の介護事業の分野だけで約26億円の事業高となります。

まちづくり協同組合　介護事業実績（2014年度）

	法人区分	年間事業収益（千円）	一日平均利用者数	事業所数	備　考
訪問介護	庄内医療生協	22,308	19	1	
	まちづくり協同組合	138,670	146	2	
	高齢者協同組合	38,073	26	1	
	小　計	199,051	191	4	
訪問看護	庄内医療生協	60,030	30	1	含医療訪問
訪問リハビリ	庄内医療生協	20,986	10	1	
訪問入浴	㈳山形虹の会	15,099	4	1	
通所リハビリ	医療生協	363,876	133	3	
	㈳山形虹の会	76,714	23	1	
	小　計	440,590	156	4	
通所介護	庄内医療生協	220,629	115	5	
	高齢者協同組合	51,187	19	1	
	まちづくり協同組合	91,202	34	2	
	小　計	363,018	168	8	
短期療養生活介護（ショートステイ）	庄内医療生協	200,113	48	1	
	㈳山形虹の会	126,772	29	1	
	小　計	326,885	77	2	
老人保健施設	庄内医療生協	206,602	39	1	
	㈳山形虹の会	456,143	97	1	
	小　計	662,745	136	2	
小規規模多機能	庄内医療生協	19,749	10	1	利用者数は月件数
グループホーム	㈳山形虹の会	110,167	27	1	
特別養護老人施設	㈳山形虹の会	134,664	27	1	
有料老人ホーム（家賃収益）	庄内医療生協	34,451	39	2	
	高齢者協同組合	23,453	22	2	
	まちづくり協同組合	46,637	59	2	
	小　計	104,541	120	6	
居宅介護支援（ケアプラン）	庄内医療生協	95,277	529	3	
	㈳山形虹の会	20,748	134	1	
	高齢者協同組合	3,755	30	1	
	まちづくり協同組合	15,535	85	1	
	小　計	135,315	778	6	
合　計		2,592,840	1,732	38	

まちづくり協同組合構成団体概要

			共立社		庄内医療生協	（社）山形虹の会	高齢者福祉生協		ファルマ山形		（株）コープ開発センター		（農）庄内産直センター
			全体	鶴岡地区			全体	鶴岡地区	全体	鶴岡地区	全体	鶴岡地区	
組合員数（友の会数）		人	154,417	38,413	40,098	2,678	3,314	1,767	株主＝コープ開発		3		12
出資金（資本金）		万円	363,821	104,381	288,406	17,287	5,824	4,080	3,000		5,000		585
職員数	正職	人	217	83	629	103	32	12	30	20	8	6	
	パート等		909	346	250	47	108	34	21	11	5	5	
	計		1,126	439	879	150	140	46	51	31	13	11	
年間事業高		万円	1,933,558	637,709	694,886	95,836	28,540	11,646	130,124	87,465	87,840		
事業内容			生活物資供給 共済 介護福祉 共同墓地		医療 介護 保健予防 住宅	介護	介護　住宅		保険薬局		保険　不動産賃貸 病院売店・食堂 保険薬局出資		農産品 加工品 販売

次の表はこの地域における介護事業でのシェアについて述べています。例えば、下から２番目のデイケアは、地域のデイケアの定員の34％が私たちのグループで、有料老人ホームが３割、ショートステイが24％等々、比較的地域のなかで高率になっています。

ただ、先ほども言いましたように、特別養護老人ホームは市の認可事業ですので、やっと山形虹の会が小規模の特養を運営することができるようになったという事情があります。これ自体の占有率は非常に低いというのが現状です。

介護事業の中でのまちづくりグループの占有割合

事業の種別	事業者数			利用定員数		
	地域計	虹グループ	占有率	地域計	虹グループ	占有率
特別養護老人ホーム	17	1	5.9%	1,047	29	2.8%
老人保健施設	12	2	16.7%	712	140	19.7%
有料老人ホーム	22	6	27.3%	417	128	30.7%
サービス付高齢者住宅	5	0	0.0%	138	0	0.0%
グループホーム	24	1	4.2%	405	27	6.7%
小規模多機能	11	1	9.1%	268	24	9.0%
ショートステイ	19	3	15.8%	330	82	24.8%
デイケア	13	4	30.8%	590	200	33.9%
デイサービス	58	8	13.8%	1,509	220	14.6%

まちづくり協同組合収支実績（2014年度）

科　　目	金　額	構成比	備　　考
家賃収益	46,638	6.5%	
介護事業収益	256,235	35.7%	
小　　計	302,873	42.2%	
給食収益	126,903	17.7%	
配食収益	48,427	6.7%	
小　　計	175,330	24.4%	
送迎・警備収益	46,761	6.5%	
清掃事業収益	180,485	25.1%	含除雪等受託収益
小　　計	227,246	31.6%	
その他事業収益	8,908	1.2%	
事業収益合計	714,357	99.4%	
人件費	440,522	61.3%	
材料費・外注費	126,589	17.6%	
経　　費	109,483	15.2%	
リース・減価償却費	22,624	3.1%	
事業費用合計	699,218	97.3%	
事業利益	15,139	2.1%	
事業外収益	1,875		
事業外費用	3,927		
経常利益	13,087	1.8%	

＜職員数＞

正職員	101
パート職員	131
合　　計	232

「まちづくり協同組合」本体の2014年度の事業収支が下の表に書いてあります。介護事業関係で約３億円、給食･配食事業で１億7,000万円、清掃、送迎・警備で２億3,000万円弱、合わせて７億円ほどの事業高です。

2014年度については、1.8％程度の経常利益が生まれており、職員数は正規職員とパート職員あわせて232名で、先ほど言ったように、仕事づくりというとりくみの実績がこうした数字となっています。

それから次ページでは、私どもの庄内医療生協の実情について述べています。

市内を学区別に分けた支部別組織状況を表示しており、第６学区というところまでが先ほど言った昭和の大合併の前の鶴岡市、その後、大山から豊浦というところまでが昭和27年の合併、それから羽黒から温海というところまでが、平成の合併で鶴岡市になったところです。鶴岡市には約４万8,000世帯があり、私どもの活動エリアにはそのほかに三川町、立川・余目をまとめて庄内町というところを含んでおります。これらの世帯に対して、先ほど申し上げたように48.2％の加入率です。表の組織と書いてあるのは、班に組織されている世帯の割合です。

次ページの下段に注意書きがありますが、鶴岡市のなかで高齢者のひとり暮らし世帯は3,892世帯、高齢者夫婦だけの世帯が3,789世帯で、要介護高齢者が8,783人ということになっております。高齢者世帯比率15.8％、要介護人口が全体の6.6％です。

そのなかで、われわれが大変苦戦しているのは、ひとつは、医師、看護師不足です。とくに看護師について、日本看護協会の資料でやや古いのですが、全国各県の高齢者人口１万人当たりの看護師養成総数を拾ってみました（13ページ）。これは１学年の養成数です。これを見ますと、徳島県の678.2に対して山形県は186.5で、実に看護師の養成数が徳島県の３分の１以下ということになります。

なおかつ、少ない山形県のなかでも、山形市を

支部別世帯比組織率（2015年04月）

支部名	世帯数	組合員世帯数				加入率（%）		
		地域	職場	個人	合計	地域	組織	全体
第１学区	4,160	501	228	1,770	2,499	12.0%	17.5%	60.1%
第２学区	3,133	125	129	1,079	1,333	4.0%	8.1%	42.5%
第３学区	5,560	295	182	1,274	1,751	5.3%	8.6%	31.5%
第４学区	3,998	317	187	1,305	1,809	7.9%	12.6%	45.2%
第５学区	3,801	170	152	1,090	1,412	4.5%	8.5%	37.1%
第６学区	4,736	314	214	1,429	1,957	6.6%	11.1%	41.3%
大山	2,488	589	112	732	1,433	23.7%	28.2%	57.6%
西郷	1,891	285	82	577	944	15.1%	19.4%	49.9%
加茂	1,093	289	43	282	614	26.4%	30.4%	56.2%
上郷	694	243	21	202	466	35.0%	38.0%	67.1%
田川・湯田川	716	77	38	298	413	10.8%	16.1%	57.7%
大泉	1,647	250	45	287	582	15.2%	17.9%	35.3%
斉	684	34	38	306	378	5.0%	10.5%	55.3%
黄金	564	102	35	253	390	18.1%	24.3%	69.1%
豊浦	1,149	396	50	284	730	34.5%	38.8%	63.5%
羽黒	2,611	373	115	991	1,479	14.3%	18.7%	56.6%
藤島	3,184	347	189	1,249	1,785	10.9%	16.8%	56.1%
櫛引	2,168	444	108	870	1,422	20.5%	25.5%	65.6%
朝日	1,354	321	66	561	948	23.7%	28.6%	70.0%
温海	2,863	312	57	668	1,037	10.9%	12.9%	36.2%
鶴岡市計	48,494	5,784	2,091	15,507	23,382	11.9%	16.2%	48.2%
三川	2,252	813	93	407	1,313	36.1%	40.2%	58.3%
立川	1,711	219	25	367	611	12.8%	14.3%	35.7%
余目	5,253	143	103	725	971	2.7%	4.7%	18.5%
庄内町計	6,964	362	128	1,092	1,582	5.2%	7.0%	22.7%
支部組織エリア計	57,710	6,959	2,312	17,006	26,277	12.1%	16.1%	45.5%

支部別人口推移

支部名	2014年４月末			2015年４月末			増減			増減率	備考
	男	女	計	男	女	計	男	女	計		
第１学区	4,958	5,656	10,614	4,949	5,635	10,584	－９	－21	－30	－0.3%	中心市街地
第２学区	3,684	4,060	7,744	3,630	4,022	7,652	－54	－38	－92	－1.2%	
第３学区	6,111	6,743	12,854	6,088	6,638	12,726	－23	－105	－128	－1.0%	
第４学区	4,551	5,070	9,621	4,520	5,016	9,536	－31	－54	－85	－0.9%	
第５学区	4,253	4,620	8,873	4,239	4,573	8,812	－14	－47	－61	－0.7%	
第６学区	5,652	6,266	11,918	5,610	6,252	11,862	－42	－14	－56	－0.5%	
小　計	29,209	32,415	61,624	29,036	32,136	61,172	－173	－279	－452	－0.7%	
大山	3,229	3,744	6,973	3,197	3,723	6,920	－32	－21	－53	－0.8%	1953年町村合併法に基づく鶴岡市
栄・京田・西郷	2,999	3,146	6,145	2,965	3,104	6,069	－34	－42	－76	－1.2%	
加茂・湯の浜	1,221	1,408	2,629	1,194	1,367	2,561	－27	－41	－68	－2.6%	
上郷	1,131	1,240	2,371	1,109	1,229	2,338	－22	－11	－33	－1.4%	
田川・湯田川	983	1,103	2,086	966	1,098	2,064	－17	－５	－22	－1.1%	
大泉	2,301	2,041	4,342	2,311	2,059	4,370	10	18	28	0.6%	
斉	1,002	1,155	2,157	994	1,127	2,121	－８	－28	－36	－1.7%	
黄金	925	1,035	1,960	909	1,027	1,936	－16	－８	－24	－1.2%	
豊浦	1,640	1,865	3,505	1,599	1,823	3,422	－41	－42	－83	－2.4%	
小　計	15,431	16,737	32,168	15,244	16,557	31,801	－187	－180	－367	－1.1%	
羽黒	4,193	4,617	8,810	4,152	4,529	8,681	－41	－88	－129	－1.5%	2005年平成大合併による鶴岡市
藤島	5,154	5,664	10,818	5,105	5,569	10,674	－49	－95	－144	－1.3%	
櫛引	3,648	3,935	7,583	3,588	3,872	7,460	－60	－63	－123	－1.6%	
朝日	2,207	2,389	4,596	2,138	2,333	4,471	－69	－56	－125	－2.7%	
温海	3,868	4,373	8,241	3,767	4,243	8,010	－101	－130	－231	－2.8%	
鶴岡市計	63,710	70,130	133,840	63,030	69,239	132,269	－680	－891	－1,571	－1.2%	

○高齢者１人世帯＝3,892世帯　○高齢者夫婦のみ世帯＝3,789世帯　○65才以上人口比率＝30.4%　○要介護高齢者＝8,783人
○高齢者世帯比率＝15.8%　○要介護人口比率＝6.6%

中心とした村山保健所管内に看護師養成数の75％が集中しており、庄内保健所管内の鶴岡では極端に看護師養成が少ないという状況であり、地元で養成施設をつくらないとなかなか確保ができません。

また、医師の問題についても、医学部のある場所から鶴岡までの距離が遠く、県都である山形市からの距離を含めて非常に遠いため、簡単にパートで医師が来てくれる関係にないのです。庄内医療生協の病院のパート医は、ほとんどがフライトドクターと言って、東京から飛行機で飛んできて１泊で帰ります。このような地理的な状況で、このような医師､看護師不足の状況になっています。

以上、とりあえず、私の最初の報告にさせていただきます。

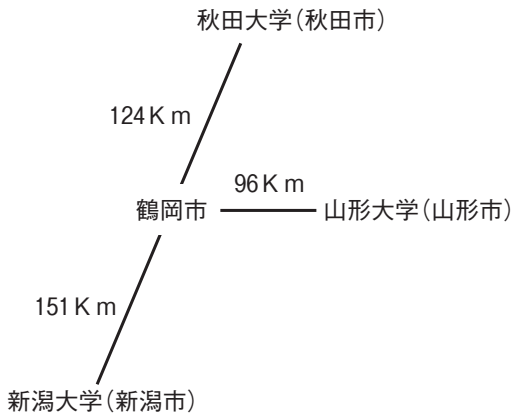
（いわもと　てつや）

県内看護職養成定員（１学年）

2015年度募集定員

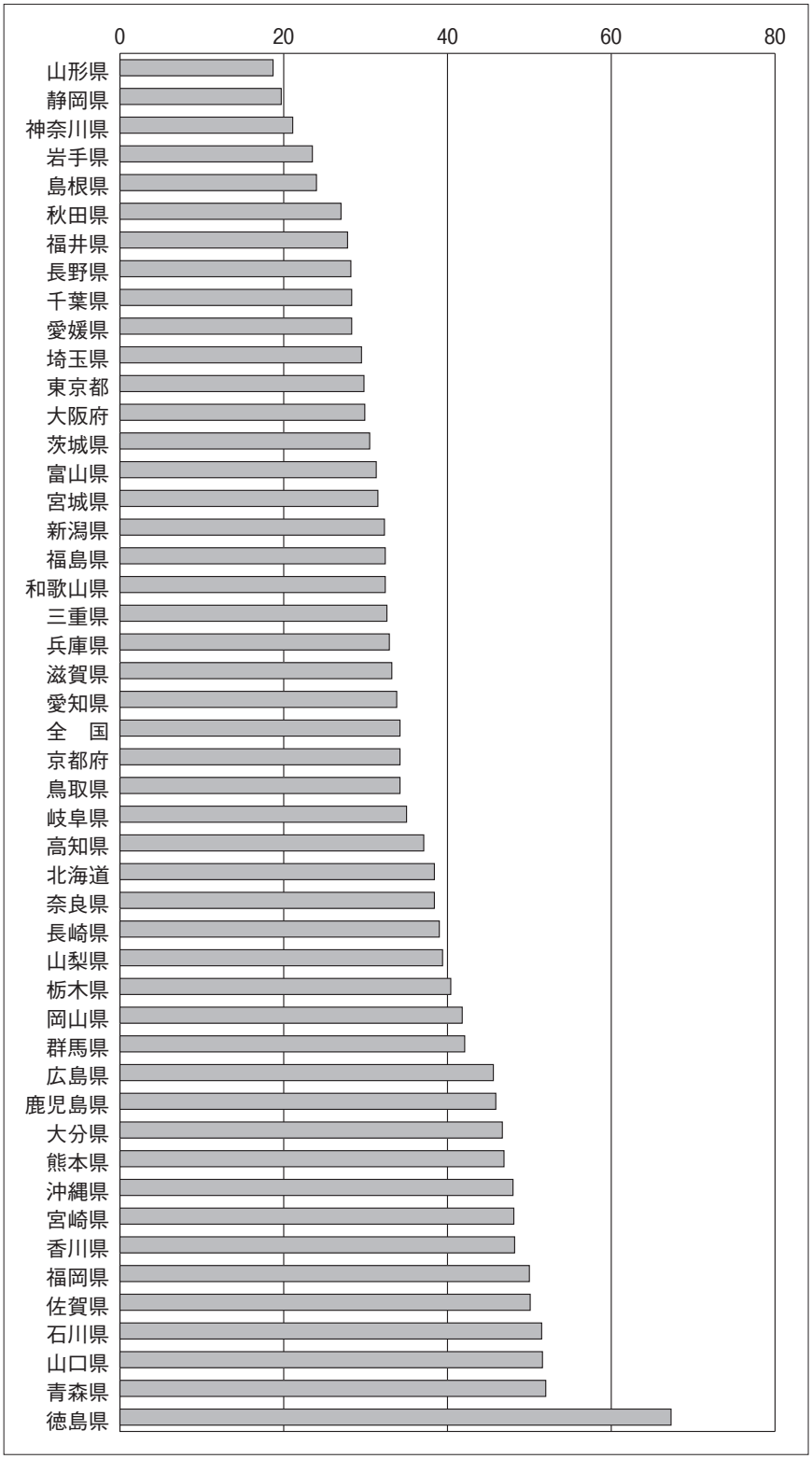
養成施設	学年定員	構成比	人口10万当
山形大学	60		
県立保健医療大学	63		
国立山形病院附属	40		
山形市立済生館看学	30		
山形厚生看学	80		
篠田看学	40		
山辺看学	40		
村山保健所管内計	353	75.4%	62.0
置賜保健所管内（三友堂看学）	40	8.5%	17.3
鶴岡市立荘内看学	20	4.3%	
酒田市立酒田看学	30	6.4%	
庄内保健所管内	50	10.7%	16.7
看護師養成合計	443	94.7%	37.3
鶴岡准看学院	25	5.3%	
総　　計	468	100.0%	39.4

医学部のある場所から鶴岡市までの距離



高齢者人口１万人対看護師養成総数

山 形 県	18.7
静 岡 県	19.7
神奈川県	21.1
岩 手 県	23.5
島 根 県	24.0
秋 田 県	27.0
福 井 県	27.8
長 野 県	28.2
千 葉 県	28.3
愛 媛 県	28.3
埼 玉 県	29.5
東 京 都	29.8
大 阪 府	29.9
茨 城 県	30.5
富 山 県	31.3
宮 城 県	31.5
新 潟 県	32.3
福 島 県	32.4
和歌山県	32.4
三 重 県	32.6
兵 庫 県	32.9
滋 賀 県	33.2
愛 知 県	33.8
全　　国	34.2
京 都 府	34.2
鳥 取 県	34.2
岐 阜 県	35.0
高 知 県	37.1
北 海 道	38.4
奈 良 県	38.4
長 崎 県	39.0
山 梨 県	39.4
栃 木 県	40.4
岡 山 県	41.8
群 馬 県	42.1
広 島 県	45.6
鹿児島県	45.9
大 分 県	46.7
熊 本 県	46.9
沖 縄 県	48.0
宮 崎 県	48.1
香 川 県	48.2
福 岡 県	50.0
佐 賀 県	50.1
石 川 県	51.5
山 口 県	51.6
青 森 県	52.0
徳 島 県	67.3



（日本看護協会 統計資料室『都道府県別学校養成数及び定員』から岩本作成）

2015年度定期総会記念シンポジウム・地域のくらし連携について考える

社会福祉法人からみた地域のくらし連携

井田　智（社会福祉法人山形虹の会　事務局長）

まちづくり協同組合虹に加盟するなかでは唯一の社会福祉法人ですから、その役割と今後の課題ということを報告させていただきたいと思っております。

1．法人設立と事業展開

さきほどと重なるお話ではありますが、法人の設立について述べます。

平成７(1995)年に、およそ5,000人の方たちから寄せられた１億円の寄付と、地元の方から寄贈された約2,000坪の土地を基本財産にして、社会福祉法人山形虹の会が開設されました。今年、2015年で20周年を迎えます。

法人設立５年後に、民医連運動のあらゆる活動をともに進めるパートナーとして、共同組織である友の会「山形虹の会と福祉を良くする友の会」が発足しました。ようやく15年経ちまして、共同組織の15周年記念と法人設立20周年記念を一緒にやろうと現在計画しております。現在、2,678名の友の会の会員が集まっています。

短期間でこれだけの人数が集まったというのは、先ほど岩本専務から話があったように、医療生協と購買生協の組合員さん方たちと、われわれの友の会の方たちが重なった形で、お互いに手を取り合っていくという土壌があったからではないかと思います。

これまでの事業展開についてですが、法人設立した翌年の４月に、老人保健施設かけはしが開設されました。認知症専門棟40床、一般棟60床で100床です。地域に認知症を専門的にケアする施設サービス事業所はありません。そのため、デイサービス、あるいはショートステイをやっているところには、認知症重度の方がサービス利用を希望するのですが、事業所側が認知症の専門的なケアができないからと断られるケースが多くあります。この方たちが「かけはしであれば受けてくれるだろう」という話になり、私のところには認知症の重度の方たちがたくさん紹介されてきます。

法人の方針は「どんなに認知症が重度であっても絶対に断らない」というもので、私たちはしっかりとケアをしていこうということを職員ともども研修しながら、意思疎通を図っているというのが、一つの特徴だと思います。

一生懸命ケアして、「こんなふうにするとよくなりますよ」とか、「こんなふうにすると落ち着いて生活できますよ」ということが周囲にもわかってくると、紹介元の事業所が「では、もとに戻してください」と、ケアの方法がわかると利用者さんを引き上げていくということも、実際起きています。

法人は平成12年(2000年)の介護保険が始まったことをきっかけにして事業を拡大してきました。その年に認知症高齢者グループホームと訪問入浴事業を新設しました。訪問入浴事業は病院から紹介されるケースが多く、利用者さんには要介護５の人もおり、平均すると4.8ぐらいです。だから、事前の調査で１回契約したら翌日亡くなってしまって、実際はサービスを１回も受けられなかったという重度の方もたくさんいらっしゃいます。訪問入浴というのは、このような本当に重度で施設にも通えない、通所にも通えない、自宅で最期を看取るという方も含めた方々に対応させていただいているというのが現状です。

その後、２～３年ごとに新しい事業を展開してきました。ショートステイ(21床)をつくり、認知症対応型デイサービスをつくり、認知症高齢者グループホームも増設しました。グループホームは、最初は９人で１ユニットをつくったのですが、その後、２ユニット、18名に増やし、現在は27名で行っております。そして、念願であった地域密着型小規模特別養護老人ホーム（29床）をつくり、その後、その併設のショートステイ（10床）をつくり、私たちの法人は入所施設を主体とした事業

運営を行うようになりました。

地域に入所する施設が少ないこともあって施設に入りたい方がたくさんおられ、申し込みが多数あります。老健は100床ですが、現在200名の待機状態です。小規模特養は29床ですが、300人が待機している状況です。そんな状態で施設に入りたいという方たちをすべて入れることができないなかでも、事業運営が行われているという状況です。

2．地域との連携

社会福祉法人としては、特別養護老人ホームをつくりたいということをずっと考えながら法人運営を行ってまいりました。過去２回、手を挙げたのですけれども、先ほど報告があったように、自治体から認められないとつくれないというのがこの特養の決まりなので、残念ながら希望はかなわなかったのです。

実は２回目は、８割程度建設が可能ではないか、こちらに風がなびいていると思ったのですが、当時の市長が突然、議会で、市が建設し社会福祉協議会が運営という公設民営の特養をつくると発表し、議員さんたちも何も知らされていなかったと後で聞きました。特養100床、ショートステイ50床を併設させた150床の特養をつくりたいという、とてつもなく大きな施設をつくるということを表明しました。何としても、民医連の事業所には特養はつくらせたくないということだろうかと、非常に腹立たしい思いをしました。

平成21(2009)年６月に、３度目の意思表示をしたときに、このときから少し考え方が変わったというか、考えざるを得なかったのですが、地域の自治振興会の会長さんや老人クラブの会長さん、民生児童委員、住民会の会長さんの４人が連名で、「社会福祉法人山形虹の会に特養を建設させてほしい」という要望書を提出してくださいました。提出するだけではなく、市長にこの４人が直接、持参してくれました。「私たちのこの地域に特養をつくってほしい」「地域でがんばっている山形虹の会に何とかつくらせてほしい」ということを、直接訴えていただいたわけです。日々、私たちが地域のためにとりくんだ実績を理解していただけたのかなと思います。

例えば、地域の祭りでは後片付けを率先して行いました。地域の保育園の祭りの準備や後片付けを施設の職員が行い、最後の後片付けをきれいにしたり、あるいは準備で人が必要だということであれば、率先して協力したりするということを行っていました。また、地域の高齢者や障害を持つ方たちの相談に乗ったりしてきたことが、地域の方たちへ私たちの思いが伝わったのかなと思っています。

3．介護保険改悪に対する運動と今後の課題

平成27(2015)年４月の介護保険改定について、今回の改定は介護職員の処遇を改善することや、障害のある中重度者あるいは認知症高齢者に対する対応について、一部はプラス改定がありました。しかし、事業所のほとんどのサービス費用が減額され、全体では2.27％マイナスと言われていますが、事業所レベルでは4.48％の減額となっています。したがって、これは全国的に当てはまることですが、小さな事業所が運営できなくなり、経営が成り立たないと閉鎖しているところがたくさんの地域で発生しています。

利用者を守る立場や事業運営が継続できるしくみづくりをする必要があると考えますし、改定された内容についての再改定を求める運動が、まだまだ必要だと思います。2025年のゴールをめざし、「誰もが安心して生活できるまちづくり」が必要です。

国は、もう既に2040年を見据えた対応の検討に入っています。高齢者が亡くなって人口が減ることを予測したときの制度を検討しています。だからこそ、簡単に施設ができないというのもあるかもしれません。地域分析をしっかり行い、必要なサービスは何かということを明確にした計画の検討が必要だと考え、私どもの法人も中長期計画をしっかり検討しているところです。

最後に、社会福祉法人の特徴を生かす今後の課題ですが、社会福祉法人の役割は高齢者及び要介護者だけを対象とするものではありません。私どもは地域公益活動の一環として、元気な方を対象とした「いきいき健康クラブ」を行っています。

これは毎月１回、デイケアが休みの日に、全フロアを開放して地域の方たちにマシントレーニングや、あるいはカラオケ大会などを実施しております。参加費は昼食代を実費ということで、500円だけいただいて、毎回15人ぐらいの方たちが参加して楽しいひとときを過ごしていただいています。

また、収入が少ない方に対しても施設利用ができるように、「社会福祉法人による独自減免制度」を適用しています。社会福祉法人はこうした減免をすることで税金が免除されているのですが、この３月31日現在で調べたら13名に適用していました。平成26年は、全体で350万円ほどの金額を法人から拠出して、収入の少ない方でも安心して施設が利用できるような体制を整えており、地域公益活動としてのとりくみを行っております。この活動は、法人設立時からずっと継続して行っており、毎年、予算を組んで対応しています。

今後、社会福祉法人の特徴を生かす課題として、障害分野と保育分野のとりくみを重視することが必要だと考えています。長年、私どもは介護事業100％の法人運営でしたから、他の事業経験やノウハウがありません。そんなことを含め、今後は地域の方たちの生活を継続支援するためにも新たな課題として位置づけ、検討していく必要があるだろうと思っております。

社会福祉法人であるという自覚を持って、その役割をしっかり実施していきたいものです。国は、社会福祉法人バッシングで「内部留保を貯め込んでいるから、それをはき出せ」というようなことを言っておりますが、実際のところ、社会福祉法人は一般にはそんなにお金を持っておりません。確かに同族会社のような社会福祉法人がそれなりの金額を貯め込んでいるということは、実際にあります。しかし、民医連で行っているわれわれの社会福祉法人はそうではないので、しっかり地域に還元していく事業を今後も継続していきたいと思っております。

（いだ　さとる）

2015年度定期総会記念シンポジウム・地域のくらし連携について考える

生協共立社連邦運営の基本的考え方

松本　政裕（生活協同組合共立社　理事長）

先ほど、まちづくり協同組合「虹」の構成団体の名前が出ていましたが、私が関連するところは、生協共立社の理事長と、コープ開発センターの社長と、それから、まちづくり協同組合の理事長を仰せつかっております。しかし今日のところは、共立社についてお話しさせていただきます。

先ほどの歴史の流れにもありましたが、今年、鶴岡生協が発足してから生協共立社はちょうど60周年になります。われわれも含めた共立社の存在がどういうものかを含めて話をさせていただいて、各論の連携という話につなげたいと思います。

1．連邦運営という考え方

最初に、定款で連邦運営と表記しているのは、日本では生協共立社しかないのです。

先ほど山形県の地図が出ていましたけれども、生協共立社は、現在では県内の10地域生協で構成されている単一生協です。生協共立社は県の全域にわたっているのですが、生協共立社という名称以外に、各地域では、例えば鶴岡ならば「共立社鶴岡生協」と地域の方たちは言うので、地域で「共立社」と使われる場合はあまりないのです。チラシやラジオ番組の宣伝などでは出ますが、それぞれの組合員は自分のところの地域生協の名前しか言わないし、電話をとると職員も「山形生協です」「鶴岡生協です」というふうに地域では存在しています。しかし、法人名で言えば「生協共立社」となります。

歴史的な共属感で結ばれたエリアが「地域」になっているので、先ほどの庄内の図でいけば、鶴岡市とその脇の庄内町と三川町、３つの地域では「鶴岡生協」と言っています。北に行くと「酒田生協」となるという、そういう形です。

その「地域」のところで歴史的に形成され共通の生産・生活の文化、食文化を持っているので、基本的には、そういう仲間が集まっているところの暮らしを土台に、それぞれの地域生協が存在していると思っていただいたほうがいいと思います。

このため、われわれも通常は新聞などに出ている「地域貢献」という言葉をあまり使いません。もともと地域のなかに住み、地域のなかに存在しているため、生協自体の活動が地域そのものなので、生協としていろいろな事業や運動をするということが、そのまま地域貢献だという捉え方をしています。

2．生協運動の原点は組合員

生協を発展させるエネルギーも、社会変革のエネルギーも、組合員にあるという位置づけをしています。庄内、とくに鶴岡でいろいろなとりくみがそれぞれの団体で協同してできるということは、基本的にそこに住んでいる人たちの参加によるものだからです。つまり鶴岡で言えば鶴岡の住民、そのほとんどが組合員ですが、同じ組合員が地域で暮らしている悩みや、困りごとに対応しようとすると、購買・医療などのそれぞれの生協が独力でやるよりは、全体で地域のためにどう貢献できるかと考えなければいけません。組合員の意見を聞く場合や対応する場合にも、一面的にならないで組合員の生活を丸ごとで考え、どのようにするかというとらえ方をしています。問題の解決を、協同組合間同士で協同の連帯のなかで進めるという考え方です。

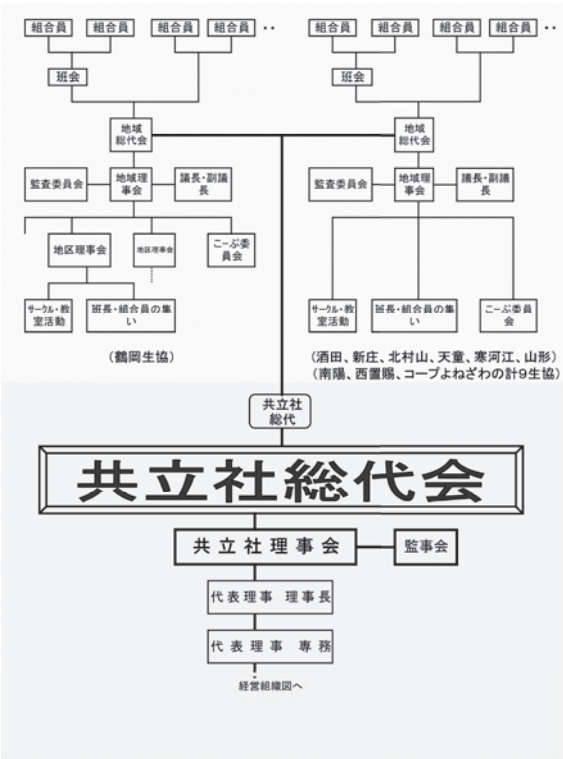
連邦運営として県全体で一つの法人になっていますが、もともとは、生協は人である組合員から始まるもので、人と人のつながりが「班」だというとらえ方をしています。後年、全国の生協では、共同購入をするために班を組織するという形になりましたが、私たちの場合は、班というのは、あくまでも「人と人とのつながりの場」です。もともと、鶴岡の班は共同購入のない時代からなので、共同購入するという班はほとんどありませんでし

た。だから基本的には、班は事業と運動の拠点であり、暮らしの悩みごとをみんなが集まって相談するというようなところで、その班が集まったのが「地区」というとらえ方をしています。地区の集合が「地域」で、この地域全体が「鶴岡生協」になるという考え方です。

運営に関しては、それぞれの地域生協に地域理事会が存在しており、各地域理事会から２名ずつ理事を出し、５名の全県区の理事とで一つの法人である「生協共立社」の連邦理事会を形成しています（「組合員運営組織図」参照）。そういう形式で大同団結をし、経済組織として経済行為を行っていますので、事業者団体としては、外に大きく内に小さいという、民主的経営ができるような運営をしています。

事業と運動については「両輪論」や「だんごになって進んでいく」という表現がありました。共立社では、これは元理事長であった故佐藤日出夫さんの時代から言われていたものですが、生協を家に例えれば、組織と運動が土台で、その上に建つ建物が事業だというとらえ方をしていて、組織と事業、経営を分離しないで基本的に両方で成り立つものだとしています。

■ 組合員運営組織図



暮らしの困りごとや何かを達成するための手段が運動と事業であり、二つの手段で取り組んでいくとき、組合員の要求に基づいて運動を起こし、組織をつくり、それを事業として結集、結実する。こうして、その組合員の要求に対しての継続した対応ができるというとらえ方をしてきた、これが共立社の基本的な考え方になります。

３．共立社（鶴岡生協）の課題の推移

鶴岡生協の課題と推移について、ずっと時代を追ってお話しします。鶴岡生協は1955年に設立し、50年代、60年代は、創立期から生成期となります。基礎組織である班の拡大や事業拡充を進めるなかで、基本的な視点は三つあります。

地元産業の育成、地元中小商工業者・農民との連携を進めるというスタンス、住民要求に基づいた地方自治への働きかけ、住民運動の展開という視点、それから三つ目に、協同組合間提携です。この三つを主な点として、先ほどの運動と事業の組み立てをしていくというスタンスでした。協同組合間提携では、山形県は農業生産県なので、とくに農協と連携しています。当初から山形県内の生協だけで販売・供給していると事業高が少ないので、山形県の生産物を全国の生協を通じて広めていくというとりくみもずっと行っています。

70年代から90年代という流れのなかで、灯油裁判の時期は、管理価格と物価への挑戦の位置づけがあり、それ以降の80年代には、安全・安心な商品を求め、全国でも共同購入が飛躍的に伸びていく時期となります。その時期は、生協ではお店を「店」とは呼ばず「くらしのセンター」という呼び方にし、単に物を買いにいくところではなく、そこで人と人が触れ合う場所で、くらしの全ての要求に対して対応するところ、単にものを売る店というだけではなく、集会室を含めてとりくんでいくということを進めた時代です。

90年代は、くらしのよりどころとしての役割を追求するという位置づけのなかで、それと同時に

90年代構想というのを発表しました。これは21世紀に向けて、くらしのよりどころから地域のよりどころへということに課題を変え、そのなかで、地域の総合生活保障体制の確立に向けたいろいろなとりくみをしていくというものです。

この時期からは「協同のあるまちづくり」ということをスローガンに掲げて、県連全体でもとりくんできた流れとなります。この活動のなかで、山形虹の会や、先ほど話しがあった庄内まちづくり協同組合へとつながっていくことになっていきます。

また、県内のいろいろな団体との協定については、88年に山形県経済連と協同組合間提携に関する基本協定を結びました。当時はまだ山形県には庄内経済連と山形経済連の二つがあったのですが、庄内経済連とはとりくみは進んでもなかなか協定ができませんでした。

単位農協としては、JA 余目（昔の余目町農協）と、また合併農協では庄内で一番早く合併したJA たがわとの提携協定を進めています。庄内医療生協との協同や四者協のスタートなど、それ以降のところは、先ほど岩本さんの説明にあったので省略いたします。

4．共立社鶴岡生協の到達点と課題

2015年３月20日での到達点は、以下の通りです。

鶴岡生協の事業は、共同購入とお店です。鶴岡生協自体はお店からスタートした生協なので、共同購入は本当に後発で、現在も構成比は少ないです。一番供給の多い時期は、90億円近くあったのですが、競合店が増えるなかで、一度お店が大きく縮小し、最近少しまた盛り返してきているという状況です。共立社全体の事業高は200億円弱ですが、そのうち鶴岡の事業高が63億円です。

出資金は、共立社全体は36億円で、鶴岡は10億円を超える数値です。最近の傾向として、鶴岡の場合は出資金がなかなか増えていません。高齢化が進み、亡くなられる方がいるからです。毎年、200人ほどが亡くなられるのですが、その方たちは加入してからずっと積み立てをしてきており、300万～400万、多い人では1,000万円近い出資金を貯めていらっしゃる。「終活」も含め、われわれのほうでは解約や減資を、現在すすめています。したがって、出資金が減るほうが多く、横ばいから若干減少気味というのが、今の鶴岡生協の出資金の状況になっています。

それから店舗の状況ですが、いままでの古い店舗を次第に建て替え、統合してきていました。鶴岡の場合、一番多いときには10店舗がありました。小学校区単位に班と班の結合である地区があり、そこのお店と併せて地区理事会を組織し、地区理事会の集合が地域理事会という積み上げになっていたので、くらしのセンター（店舗）建設の基準を小学校区単位としていました。しかし人口が減り、また競合が激しくなるなかで、小さいお店を維持していくというのが非常に厳しくなってきました。そこで、事業構造改革で中学校区単位に再編し、今は５つのくらしのセンターです。それと併せ小学校区単位であった地区理事会についても、くらしのセンターがないとなかなか運営できないので、くらしのセンターと併せた５地区理事会に合区した形になっています。

この間ずっと店の事業も厳しく、今年の３月決算で、19年ぶりに店舗の事業も黒字になりました。この前、日本生協連の総会があったのですが、全国の生協で店舗事業が黒字なのは11だと言っていましたから、そのなかのひとつに戻れたというこ

2015年３月20日での共立社鶴岡生協の到達点

- 共立社鶴岡生協の対象地域は、鶴岡市・庄内町・三川町。
- 班数は、1554班（班会を開催できる班は、高齢化とともに10％以下に減少）
- 組合員数、38,413人（新加入1,441人、脱退631人、移動▲395人、純増415人）、
- 出資金　10億4,381万円（前年比▲3,830万円）。増資8,968万円、減資9,156万円。
- 事業高、63億7,709万円、
  くらしのセンター５か所（＋ふれあいステーション１か所）、54億8,535万円、
  共同購入事業、６億6,773万円。
  灯油事業、２億2,400万円

とです。

いろいろな形でお店の事業対策をするなかで、過去に積み立てていた法定準備金も含めて剰余金を全部使い切ってしまい、残りの減損損失（11.5億円）処理をし、今、累計の赤字（12億円）を抱えている状況になっています。しかし、2013年、2014年度と黒字決算にすることができ、14年度は事業剰余で３億円の利益を出せました。これは創立以来、過去最高の剰余金を達成できたので、あと３年ぐらいで今の累積赤字を解消して出資配当できるところに戻せるようになればと思っています。

５．新たな事業へのとりくみ

今、新しく鶴岡の地域で組合員と進めていることが二つあります。その一つは共同墓地の開発です。「墓所を考える会」という組合員の自主的な集まりがあり、それぞれが終末期を迎えるにあたり、団塊世代の方には、長男はいいけれど次男・三男も含めてお墓をつくるのがなかなか大変だということや、これまで生きてきて貯めたお金を、最後に死ぬときに全部使うのは非常にもったいない、そういうのは何とかならないかという問題がありました。そこで最初は自分たちで墓をつくろうとしていたのですが、つくる時はいいけれども維持することを考えると誰かが管理しなくてはならない、そうなると難しいので生協にお願いしたいという文書を３年前にいただきました。ちょうど他の組合員からも要求があり、生協として独自事業ができないかとこの３年間取り組んだ結果、ようやく事業開発認可を取ることができました。2015年、納骨堂と合祀塔が一体となった共同墓地「こ～ぷ協同の苑」事業という形で、やっとスタートできるような形になります。

調べるなかでわかったのですが、なぜか納骨堂だけは員外利用ができると法律にありますので、全国の方たちにも広げることができればと思います。とくに東京の方々は困っていることなので、いろいろ提携している生協のサービス事業を通じて提携できればということも思っています。

それからもう一つ、山形県知事が原発に頼らない「卒原発」を提案し、原発１基分の発電を再生可能エネルギーでつくろうとしています。今年、県の新電力の会社を起こすということで準備しているようです。生協共立社でも、同じような取り組みを始めようとしています。当初は私も、FIT（固定価格買取制度）については、最終的に住民が負担するので批判的でした。しかし、いろいろな面から考えてやるべきだと、去年、理事会のなかで「原発に頼らない」「化石燃料に頼らない」「温暖化進行防止」という形での電力の地産地消を、具体的に事業として開始する準備をしようとなりました。

県内ではNPOなど、さまざまな団体の方がこうした取り組みをしています。広く住民参加にしようとしたときに、なかなか資金参加ができないのですが、生協がかかわることによって参加の可能性が広がっていく。このような視点で、風力発電を事業として開始する準備をしています。

ほかに配布資料には「コープくらしのたすけあいの会」鶴岡地域のまとめ、共立社産直・提携商品実績、教育活動センターの活動などの説明があるのでご覧ください。以上、ざっと雑駁ですけれども、ご報告させていただきました。ありがとうございました。

（まつもと　まさひろ）

【質疑応答】

●事業協同組合について

Ｑ１：庄内まちづくり協同組合虹の構成メンバーの「農事組合法人庄内産直センター」についての補足説明と、事業協同組合の可能性について。

Ａ１（岩本）：介護事業等をやっているところで共通な事業として給食・配食があげられます。これは各々でやっていたのでは効率が悪いので、この事業協同組合をつくるときに、そこを集中してまとめ、一つの主要な事業部門にしようという話がありました。当初は「庄内浜で捕れる全てのキスをここでフライにするのだ」とか、「地元の農産物を使って、安全・安心な食事をつくるのだ」と、産直センターもそういう意味では農産物をつくっているわけだから入っておこうと、こういう関係だったのです。

実際には、そんなに多面的にいろいろな作物をつくっているわけではありません。米は確かに産直センターから買っているのですが、必要な食材全部が産直センターの農産物のみでそろうわけではありません。しかし、そういうことのかかわり合いも含めて一緒に加わって、それから先を展望していこうということです。現状ですぐに事業的な結集やかかわりとして集まったのはそんなに多くはありません。それでも、毎回理事会には参加し、一緒に議論している。その他もいろいろな運動等があります。

Ｑ２：まちづくり協同組合「虹」を事業協同組合方式にしたことについて、どうしてこれを思いつかれたのか、あるいは、どう運営されていくのか、具体的にいえば、この事業協同組合の運営が個々を構成する協同組合の組合員までがかかわった形でされているのかどうか等について。

Ａ２（岩本）：まちづくり協同組合の運営は、それぞれの事業組織の代表でもって理事会を構成しています。直接に評議員会があって個々の組織の組合員がそれぞれ入るという形にはなっていません。

事業協同組合を構成している個々の組織の労働条件には、大幅な違いがあります。実は、このまちづくり協同組合虹という本体の職員の労働条件が一番悪いのです。去年の理事会で年間休日数をやや増やしましたが、労基法どおり週１日だけというような労働条件に対して、例えば庄内医療生協は、週休２日制のほかに祝日は全部休みであるということになります。また、医療生協は賃金条件も介護事業を中心にやっているところは全然違いますし、同じようにはできないという状況があります。

さきほど話に出てきた故佐藤日出夫さんは、そういう状況を含めた管理力というものができないうちは、全部を一緒にやるのは無理ではないかという話をされていました。とある労働金庫と生協の店舗とが同じ建物につくり、１階が生協の店舗で２階が労働金庫だったが、労働金庫の職員は５時になったら帰ってしまう。しかも、給料もボーナスも生協よりもずっと多い。そこで一緒にいるということは、とても希望が出てこないという話も伺ったことがあります。

現状がそれでいいとは言えませんが、ただそういう状況のなかで、一つの組織になるというよりは、事業協同組合方式のようなことでいかなければいけない部分があるのではないかと思っています。

Ｑ３：　この「虹」をつくり上げていくところで、共通業務の一元化と、高齢者住宅の共同運営が必要だと書かれています。なぜ高齢者住宅の共同運営が必要だという議論になったのでしょうか。

Ａ３（岩本）：一番の問題として、病院からの退院先がなく、医療生協が非常に必要に迫られていたという背景があります。老健についてもそういう状況でつくった経緯があります。また住宅運営の問題の一つに入居者の負担能力があり、１ヶ月の負担金が全部合わせて10万円以上だと払えないということが背景にあるため、料金設定をかなり低くしなくてはならないということがありました。

そこで住宅本体であるアパート部分ではほとんど利益が生じない料金設定とし、外付けとなる介護事業でもって利潤を得る構造にして、住宅運営を成り立たせようと考えました。そうすると、一番必要としている医療生協のようなところの賃金体系ではとてもやっていけないという問題、あるいは資金をどう確保するかなど、さまざまな問題も含まれていたため、共同運営という方式で進めようとしたというのが、私の印象です。

Ｑ４：まちづくりからは、例えば環境や教育など、いろいろな分野が思い浮かびます。すぐにそういう事業を行うのは難しいかもしれませんが、事業協同組合の事業展開の可能性として考えた場合、それらの幅広い活動を展開していくことは法律的にも可能なのでしょうか。また一次産業はいかがでしょうか。

Ａ４－１（岩本）：かなりの事業が中小企業協同組合法に基づく組織なので、事業の範囲にとりわけ許認可が必要なものも少なく、かなり可能ではないかと思います。実際にどうかは別として、可能性としてはいろいろあります。ただし、中小企業協同組合法には、出資金の制約があります。参加している一組織が４分の１以上を持ってはいけないとなっています。われわれのところに参加しているところも、事業規模の大きいところからそうではないところも入っているので、全体の出資金の金額を上げようと思うと負担し切れないところが出てきてしまいかねないという制約があります。

Ａ４－２（松本）：事業協同組合としての一次産業は難しいと思います。事業協同組合に農業法人も入ってはいますが、基本は、協同組合間協同による事業協同組合が地域に貢献できるという形だと思います。

新しく事業をしようとするとき、そのときに構成している組織の要求や、これからの需要の問題と併せて、運営力の問題と資金力が一番問題になります。最初に高齢者アパートを建てたときも、スタート時に独自ではお金を借りられないので、共立社の子会社である(株)コープ開発センターがお金を借りてアパートを建て、貸すという形をとりました。やはり一定の事業規模に育つまではなかなか難しく、そういう壁は大きいと思います。

●共立社の連邦制について

Ｑ５：連邦制という用語は、生協法上の用語とは思えません。実態として、例えば共立社北村山生活協同組合、共立社新庄生活協同組合と言いますが、生協としては共立社という一体のものではないのでしょうか。それがどういう仕組みで連邦的な運営になっているのでしょうか。

Ａ５（松本）：連邦制というのは、共立社の法人としての運営が地域に基づく連邦運営ということで、まちづくり協同組合は鶴岡地域の構成団体の協同組合間協同による中小企業協同組合法による事業形式を持っている組織なので、共立社の連邦運営とは全く別です。したがって、事業協同組合である「虹」は、構成している団体の理事会でもって議決している形なので、連邦での運営ということは論議していないのです。

連邦運営という問題は、共立社の定款に入れている言葉で、それぞれの地域生協を連邦制で運用します。

地域とは、例えば、鶴岡地域は、鶴岡市、三川町と庄内町とが鶴岡生協の定款上の区域となります。そのなかに地域理事会を置くことになっています。共立社鶴岡生協は、法人名は生活協同組合共立社です。この言葉で全体を指すのですが、地域では「鶴岡生協は共立社鶴岡生協と呼ぶ」というふうに内部の規約で決めています。鶴岡生協の場合は、鶴岡地域理事会がこの地域の事業運営に責任を持つという規約を設け、総会のような形で鶴岡地域総代会を行います。ただし、議決権はないのですが、その地域における方針や総括はその

生協共立社　定款
第５章　地域の運営（地域生協の設置）第67条　この組合は、市を中心に周辺市町村を包含した地域を定め、その地域を地域生協と言います。２　共立社は、地域生協の連邦制による単一生協として運営します。（地域生協の要件及び運営）第68条　地域の設定及び地域理事会の設置の他、地域生協の要件及び運営に関して、必要な事項は共立社運営規約で定めます。

地域理事会の責任のもとに行うということになっています。このように、それぞれが地域の運営をしている。それを共立社全体として法人としてまとめ、事業の決算や方針をまとめ、連邦として共立社理事会が責任を持っているのです。

まちづくり協同組合に関しては、加入をするときは法人として、つまり生協共立社として加入します。しかし、実際かかわるのは鶴岡地域の組織であり、鶴岡地域理事会が責任を持って加入し、組合員もそこに責任を持って運営参加します。ただし報告は共立社理事会にも報告しますので、ほかの地域も報告された状況については把握しています。例えば、出資金を出すという行為は共立社として行うので、全体の承認のもとに行うという形になっています。したがって、他の地域からすれば「なぜ鶴岡の事業にばかり出資するのか」という意見が総代会でも出てきます。この間、ずっと店の赤字が大きかったので、持ち出しも含めて鶴岡によるところも多い。今まで鶴岡の利益が全地域に広がっていましたが、近年では全地域が鶴岡を支えてきているので、「それでも鶴岡か」という意見が出てはいるものの、そういう連邦制としての運営をしています。

Ｑ６：生協運動のなかで、全国的に合併を行う時期がありました。とくに各県内にある地域生協を合併し、一生協として拠点生協を作ろうという動きがありました。合併によって大きな単協にした場合、もとの地域の単協の独自性はだんだん失われてしまい、各県内の拠点生協のなかにはいわば中央集権的な運営実態ができてしまうことに対して批判があったわけです。そういう批判を具体的な形にしたのが、この山形県における共立社の連邦制だと思いますが、いかがでしょうか。

Ａ６（松本）：おっしゃるとおりです。日本生協連のもとに拠点生協方針があって、合併が進んだときに、その合併の一つの方針として、山形県生協連で中長期計画を出すところで、共立社構想が練られていきました。また、共立社構想と共立社連邦構想と二つの言葉があります。県連の中長期計画に基づくのが共立社構想で、具体的な方法として連邦制の運営を行う共立社連邦としての県内での連帯という、ひとつの合併の方法です。そういう形で進んできた過程があります。

●高齢者の住宅問題について

Ｑ７：高齢者住宅については、いろいろな団体・住民の方から「どうやったらつくれるのだろう」、「高齢になったらどこに住んだらいいのか」という質問を受けます。虹の事業活動のなかで、住宅型有料老人ホームを２軒つくっていますが、これから高齢者の住まいとして、どのようなことを考えているのか、いまは形としてはないけれども理想としてはこういう形があったらいいとお考えになっていることがあれば、教えていただきたいと思います。首都圏で考える場合には、建築的な規制や住宅の建設コスト、敷地がないなど、いろいろ悪い条件ばかりです。しかし、高齢者の住まいは非常に大きな問題だと思いますので、先進地域でのお考えをお聞きしたいと思います。

Ａ７－１（岩本）：高齢者の住まいの問題は、有料老人ホームだけではなく、さまざまな現在の制度のなかで可能なとりくみをしています。ご指摘のように田舎でも建築コストはあまり変わらないのですが、土地が安いですし、土地はあります。高齢者の核家族化が進んでいるためニーズが多くなっていると思います。

現状では、例えば山形虹の会は老人保健施設でスタートしています。老人保健施設も最近は長期間滞在はだめで、早く帰すと加算をつけるとなり、利用しづらくなってきています。ショートステイ利用者の４分の３は、実は１カ月以上ずっと入所し、全然ショートステイではないのですが、これが今の制度のなかで本人負担が最も安く済む方法です。したがって、外付けの高齢者住宅では、住宅本体にかかる費用と、それに対する介護にかかる費用が出てくるので、その両方を考えていかなくてはならないことだと思っています。

また一部には、田舎に東京から高齢者を引き受けるところをつくる話がもう始まっているのではないでしょうか。

Ａ７－２（井田）：社福の立場から今のご質問に答えると、私の法人で特養をつくった後で一番感じたのは、特養は安いということでした。特養に入所できる方は得だというのは、すごく感じました。

住所を移して単独世帯になりますから、その方の収入だけが世帯年収という形になりますから、当然のことながら補足給付になります。2015年８月から補足給付の制度もまた変わりますが、今、利用されている方は、非常に安い料金で入られています。老健の半分ぐらいの金額で利用される方も実際にいらっしゃいます。したがって、国民年金だけで入れる特養をつくっていくことは、非常にまだまだ必要だろうと思います。

もう一つ、今、収入の少ない方たちが住まわれる場所の一つとして、養護老人ホームやケアハウスというものがあります。これは認可事業なので、勝手に作れるものではないのですが、収入が少ない方が優先的に入ることができる施設として、国は県に対して検討しなさい、あるいは、自治体に対しても、養護老人ホームとケアハウスの活用を検討しなさいということを通達として出しています。

私たちの施設も社福の立場で、ぜひこの二つのものをつくっていきたい。今後の新しい検討課題として考えています。先ほどの話にあったように、私たちの施設の周りは全部田んぼだからです。ところが市街化調整区域になっていますので、住宅を建てたり会社をつくったりすることができません。アパートもつくれない。そのため、売ってものがつくれませんから土地も売れない。逆に言うと、ケアハウスや養護老人ホームはつくってもいい。そこで、安い金額で借用、あるいは購入して、私どもの事業をどんどん拡大してきたというのが一つの特徴だと思います。このような住まいも今後重要な課題だと思います。

（2015年６月20日開催）

無差別平等の医療を貫いた60年、山梨勤医協の公益性とは何か

梶原　祐治

公益法人改革関連三法の成立

2006年５月26日国会で成立し，2008年12月１日に施行された公益法人改革関連三法（一般社団及び一般財団に関する法律、公益社団法人及び公益財団法人の認定等に関する法律、関係法律の整備等に関する法律）は、明治から110年ぶりという制度の見直しであった。

従来、公益法人制度は官僚の重宝な道具とされ、官の自由裁量にまかされていた。官は公益法人に官の業務の委託先として自由のきく便利なものとして利用することを考えたため、官の自由裁量で設立し、監督できるものとした。本来民間の非営利存在の中心的存在であるはずの公益法人を官の便宜を中心に考えた発想で、法人の設立と許可、監督を自由な裁量で決められるようにしていた。こうした結果、国や地方の公務員が退職後に天下りする温床にもなってきたのが実態である。実際に国が所管する公益法人のうち、約2,300団体に約5,900人もの理事が公務員出身として天下り、都道府県が所管する公益法人には約5,000法人に約13,000人の元公務員が天下って理事を務めている。

こうした弊害をなくし、民間の非営利活動をより活発化して、社会経済の活動を増大して社会の進展に寄与するような制度にするために公益法人改革関連法が制定された。

要点は、①法人の設立を、従来の官の許可から、容易に法人を設立できる準則主義に変えた。②公益性の認定も、官の裁量から、民間の有識者による合議制の機関によるものに変えた。③法人の組織及び運営に関して、会社法並みの厳しいガバナンスを導入し、法人の運営の透明性を確保し、社会の進展により寄与できるようにし、同時に社会から指弾を受けることのないような仕組みとした。

山梨勤医協の法人格の取得

山梨勤医協の前身である甲府診療所は、1955年６月１日、甲府駅から徒歩３分ほどの水門町で前日までの開業していた医院を引き継ぎ開院した。57年には有床診として現在地に新築を行ない、61年に26床の甲府共立病院として開院した。

病院開設後、法人化が課題となり、医療法上の医療法人とすることで動き始めたが、院長名義の財産を医療法人に移す際、多額の税金を納める必要があり、法人化後も所得税、地方税が多額になるという問題もあったが、「今まで営利を目的とせず、病気で困っている人や患者の立場で診療することをモットーに運営してきた病院が、営利法人とほとんど変わらない扱いを受ける医療法人になるのはおかしいではないか」という疑問が出された。

法人設立発起人達は甲府共立病院がその実態と実績のうえで、立派に公益法人の資格を持っていると確信した。

活動の実績と運動で公益法人を取得

創立以来一貫して貧困者の診療、健康相談、生活相談を行ってきており、無医地区に対する犠牲的な医療活動、武川診療所の台風時救援活動・復興活動、共立互助会への多額の補助などの実績は誇るに足るものであった。甲府共立病院の61年10月から翌年９月までの１年間の外来患者数のうち、生活保護の患者は10.1％、入院患者では実に27.5％に及んでいた。このような実績に自信を深めた発起人たちは、山梨県をはじめとする関係各部署に対し宣伝と説得活動を続け、理解を得ることに努め、困難な選択ではあったが社団法人の許可を得られるという確信を持つにいたった。（『山梨勤医協50年のあゆみ』より）

翌1963年３月に山梨県知事から許可がおり、「社団法人　山梨勤労者医療協会」が発足した。

公益社団認定に向けて

（１）移行認定における県担当及び審議会との交渉経過

公益法人改革関連三法の成立に伴い、山梨勤医協としても一般か公益社団かの選択が迫られ、2009年１月15日に第１回公益法人制度対応検討委員会が開催され、課題と任務を①公益社団に移行か、一般社団に移行かの基本方針の検討、②基本方針に沿った定款、会計の検討、③整備課題の確認と改善方向の提案などとした。

その後、学習や調査、県私学文書課や公益認定取得病院の事務長との懇談など準備をすすめ、2010年11月の第２回委員会で新公益法人取得を目指すことを決定した。新公益法人移行期間が2013年11月30日に終了することから、2012年３月末の取得を目指すこととした。

（２）申請書提出までに３年、更に認定までに１年半

申請書の準備を進める中で、県担当者と懇談で出された特徴的な意見は、「認定法５条（公益目的事業を主たる目的とするもの）に当てはまらない。一般社団法人の内容と変わらない。提供するサービスについて対価を受け取っていればそれは営業であり、営業が主たる事業の法人は公益法人としてふさわしくない。勤医協の事業には救急や分娩等々、部分的には公益にふさわしい事業と認識できるものも当然あるが、いずれも「主たる事業」ではないとの感触から、５条には当てはまらないと思われる。主たる事業は一般の病院と変わりがない（公益とはいえない）」という県の担当者の意見であり、申請後も医療介護の位置づけについての見解が審議会とのやりとりの中心でもあった。

山梨勤医協が当初に申請した事業の公益性の内容

事業の種類（別表の号）	本事業が、左欄に記載した事業の種類に該当すると考える理由を記載してください
01	本会の行う、臨床研修病院・歯科臨床研修施設での医師・歯科医師の初期研修（医師については後期研修も）学会や医学雑誌への論文発表及び虚血性心疾患に関する「ライブデモンストレーション」活動、豊富な臨床実習を会得できる看護師養成事業は、医学の進歩に貢献し「学術及び科学技術の振興を目的とする事業」に該当すると考える。
03	本会の行う、無料低額診療、透析医療（夜間透析）在宅・リハビリ医療（往診、小児リハビリ、在宅、通所リハ）障害者歯科医療などの事業及び東日本大震災に対する災害被災者救援活動は、「障害者若しくは生活困窮者又は事故、災害若しくは犯罪による被害者の支援を目的とする事業」に該当すると考える
04	本会の行う、在宅医療（往診）療養病棟運営、サービス付き高齢者向け住宅、全体医療保険収入の６割を占める高齢者医療（病院／診療所）と看護・介護（訪問看護・介護ステーション、包括支援センターなどの介護事業）の連携事業、山梨健康友の会と共同しておこなう医療懇談会、青空健康相談会などの催事を通じた高齢者健康啓発活動、認知症サポーター養成活動などは、「高齢者の福祉の増進を目的とする事業」にがい等すると考える。
06	本会の行う、救急医療、住民健診や予防接種などの保健予防活動、夜間診療、周産期医療感染症対策、山梨健康友の会、患者会と共同で行う医療懇談会や青空健康相談会、「寝たきり在宅患者さんのための青葉若葉を見る階」などの諸催事は「公衆衛生の向上を目的とする事業」に該当すると考える。
12	本会の行う、社会的・経済的に困窮している外国人に対する医療は「人種、性別その他の事由による不当な差別又は偏見の防止及び根絶を目的事業」に関連づけられると考える。
19	本会の行う、救急医療、総合医療・高齢者医療・障害者医療・周産期医療、看護・介護事業、健康診断や予防接種などの保健予防活動及び山梨健康友の会･患者会等と共同で行っている医療懇談会、健康相談会、健康まつりなどの諸催事や認知症サポーター養成活動、気になる患者訪問活動、「青葉若葉を見る会」活動、社会保障の拡充を求める活動は「地域社会の健全な発展を目的とする事業」に該当すると考える。

（3）申請書に明示した山梨勤医協の公益性

申請にあたって、事業の公益性について認定法別表の公益目的事業の種類に対して以下の申請を行った（前ページ表）。

その後、審議会との交渉の中で、全ての活動を別表19「地域社会の健全な発展を目的とする事業」に該当するものとして修正変更をおこなった。

（4）「特徴ある医療」について公益認定

申請書提出後に審議会から問われた内容も、県の担当者と同様な内容であった。内閣府のＱ＆Ａでは「特徴ある医療」について公益認定するものであり、医療＝公益との考えではない、申請された医療内容は特徴ある医療として説明されていない、とし、「貴法人が設立された昭和30年代は、保険制度も完備されず、医療費を支払えない者もある中で、非営利的に経営することが「公益」とされる余地がありました。（ただし、医療事業はいずれも非営利とされています。）しかし、現代における医療行為が前記のとおり解釈される以上、法人の特徴ある取り組みが何で、当該取り組みと一般の医療事業との関係、比重等について明確にする必要があるため、「病院･診療所の経営」とその他別表19号に該当すると掲げた事業が、どのように「相互に密接に連関する」と認定法別表19号「地域社会の健全な発展を目的とする事業」に該当する事業となると考えるのか、再度説明願います。」と説明が求められた。

（5）特徴ある４つの取り組みで認定法別表19号との関連を説明

審議会からの求めに対し、協会は特徴ある取り組みとして、第１：救急救命医療、第２：生活困窮者の支援を目的とする医療、第３：障害者の支援を目的とする医療、第４：医師と看護師養成を目的とする事業の４点を掲げ、これらの活動が日常の医療活動と密接に関わり、そのため日常医療活動が公益性を有することを明らかにした。

１，救急救命医療

救急救命医療は、厚生労働大臣が定める社会医療法人の夜間休日救急搬送件数の基準の3.3倍を超える､実に年2494件にのぼる実績をあげており、これは病院､法人の日常の医療活動を土台として、それと一体をなすものとして構築され、運営されている。

２，生活困窮者の支援を目的とする医療

生活困窮者の支援を目的とする医療は、国民皆保険制度が瓦解寸前と言っても過言ではないという事態の中で開始した無料低額診療が年ごとに増加しつつあり、差額ベッドなしの医療は「お金のあるなしで命が差別されてはならない」という本会設立の理念に基づく事業であり、両者が相まって生活困窮者に対し本会が日常的に行っている医療をひろく提供している。加えて、本会に特徴的な医療ソーシャルワーカーが、患者から年間12,000件もの相談を受けており、その内容は高齢者の相談が半数以上をしめ「入院・外来・転院に関する援助」だけでなく､「経済的問題への援助」が３年間で11,000件あまりにのぼり、相談件数の30％を占め、「生活保護」「身障者福祉」「精神科・自立支援」の申請に関する相談が３年間で5,000件近くあり、相談件数の13.8％になっている。この医療ソーシャルワーカーの多彩な活動も、本会の設立の理念と生活困窮者の支援を幅広く行っていこうという方針が貫かれ､日常医療の中で、多くの職員と一体となって取り組んでいる結果である。

３，障害者の支援を目的とする医療

長い歴史をもつ小児に対するリハビリ医療は、県内の患者の半数を本会が担当し、小児の親と関係機関と連携・協力し、特徴ある医療を提供しており、歯科医療においても、１ヶ月89名もの障害者に対する診療を、日常の歯科治療のなかで、さまざまな困難を克服しながら続けている。

４，医師と看護師養成を目的とする事業

医師・看護師不足のなかで、医師養成、看護師養成を積極的に続け、県内に貴重な人材の提供を続けている。医師の臨床研修は本会のすべての病院、診療所の日常診療の場が提供され、豊富な臨床事例が医師養成に多大な貢献をしており、全医師の４割もが指導医として研修医の指導にあたっ

ている。

共立高等看護学院は、本会の『患者の立場に立ち、いつでもどこでも誰でも安心して受けられる医療』という理念のもとに看護師教育を進めており、本会の全ての臨床現場が教育の場として提供され、実習指導者が配置されており、本会の10事業所が他の11の看護師等の養成のための学校・施設の実習先となっている。今日の看護師養成は日常医療との密接な関連なくしては進められなくなってきており、本会医療・介護現場は他の看護師養成機関の実習の場としてもなくてはならないものとなっている。

(6)日常医療活動は特徴ある医療を支える上で不可欠

本会の日常的な全ての医療事業は、本会の極めて公益性の高いこれらの特徴的な事業を支えており、特徴的な事業は本会の全ての日常的な医療全体を土台としてなりたっており、本会の全ての事業は認定法別表19号「地域社会の健全な発展を目的とする事業」に合致し、公益認定にたる事業である。

(7)2014年4月1日公益社団法人としてスタート

2014年3月18日付けで山梨県知事より公益社団法人として認定され、その公益目的事業として「医療、保健予防事業の維持・充実・向上を通じ、地域住民・患者等と共同して、健康で安心して暮らせる地域社会の形成・発展に寄与する事業」と示されていた。

協会の将来に向けた道標

山梨県において、行っている一般医療全てが公益認定をされたのは、身延山病院（僻地医療に貢献）と当協会の2法人だけである。このことからも協会の行っている医療の特殊性とその公益性の高さがうかがえる。協会が公益認定を取得したことにより、協会の法人税の課税対象範囲が収益事業だけになるのは大きなメリットであるが、協会が公益認定を取得しようとした大きな動機は経済的な利点もあるが、それ以上に長年の医療活動等が公益に十分資することを自負しており、それが公益認定を取得することで、第三者によって認められた事実である。このことは、協会の将来の歩むべき道を明確にしたことでもある。2015年は創立60周年の年でもあり、表題のごとく無差別平等の医療を貫いた60年、そしてこれからも定款の目的「貧富の差によって生命の尊さが差別されてはならないとして創立された甲府診療所の使命を受け継ぎ、何にもまして尊い人命と健康を守る医療、介護・福祉及び保健予防に関する事業を非営利的に経営し全県的に発展させ、地域住民・患者等と共同して、健康で安心して暮らせる地域社会の形成・発展に寄与する事を目的とする。」を将来にわたって達成すべく邁進をしたい。

（かじはら　ゆうじ、山梨勤労者医療協会専務理事）

協同の事業組織の社会的有用性と公益性

柳沢　敏勝

はじめに

従来共益組織と受け止められてきた協同組合と公共空間との距離を一気に縮めたのがイタリアの社会的協同組合法であったと言っても大過ないと思われる。周知のように、社会的協同組合は就労を通した社会的統合や社会サービスの提供を担う事業体であり、いずれも事業を通して地域社会に存在するニーズに対応するという社会的有用性を初めから内包している。小稿では、協同組合や社会的企業など、今日、社会的連帯経済と呼ばれることも多い協同の事業組織の社会的有用性や公益性について考察することを課題とする。

1．協同組合と公益との距離

1991年にイタリアで制定された社会的協同組合法では、「市民の、人間としての発達および社会参加についての、地域の普遍的な利益を追求することを目的」として組織されるのが社会的協同組合だと規定されている。この社会的協同組合には、福祉や教育などの社会サービスを提供するＡ型と、就労を通じて社会的不利益を被る人々を社会に統合することを目的とするＢ型の２類型が設定されている。ここでいう社会的不利益を被る者とは、心身に障がいを持っている人や高齢者が中心であるが、それ以外にもいわゆる「社会的に排除されている人々」も含まれる。すなわち、移民、薬物依存者、アルコール依存者、服役者、服役後の差別に苦しむ人々、亡命者、社会への適応が困難な人々などであり、実に多様である。そういう人々をも構成員とする地域の普遍的な利益を追求するのが社会的協同組合なのである。

法律制定に向けた動きの中、協同組合の全国組織の間で政策的な合意がなされ、その合意内容が法律に組み込まれた。第１が、障がいを持った労働者を一定の比率で組合員にすることである。第２は、障がいを持った人々を職場で受け入れるための費用を社会的経費と捉え、税の優遇措置などを通じて公的な対応をとることである。そして第３に、社会的協同組合に対する自治体からの業務委託である。とくにＢ型社会的協同組合が雇用創出を目的としている場合には、公共機関が協同組合と契約を結ぶことができるとしている[(1)]。

この法律制定のなかで注目すべき点は２つある。第１が合意形成に向けて全国組織が果たした役割であり、第２が社会的な経費の負担のあり方である。社会的協同組合の前身であった草の根の社会的連帯協同組合をつなぎ法制化へと結びつけていく土台（プラットフォーム）となったのが協同組合の全国組織であった。これまでの日本において決定的に欠けていたのがこうしたプラットフォームの形成である。そのことは縦割りとなっている個別協同組合法と無関係ではない。一部の人々のための共益組織という前提の下で法制化がなされれば、員外利用禁止の規定が盛り込まれることになる。共益組織という捉え方は法律によって強いられたと言ってもいいであろう。このことは、第２の論点である社会的な経費の負担に関して、なにゆえに「共益組織であるはずの協同組合」に公的支援がなされるのかという点と深くかかわってくるが、この点については後に考察することとする。

他方、韓国では2011年12月に協同組合基本法が制定され、その第４章で社会的協同組合に関する規定が盛り込まれた。基本法の制定に携わった李宰郁（イ・ジェウク；韓国生協全国連合会前事務総長）氏によると、「社会的協同組合は社会的弱者に対する社会サービスまたは働き場の提供、地域社会に貢献できる活動を行うことを目的とする組織である」とされている[(2)]。この基本法第93条において、次のいずれか一つ以上の事業に従事す

るのが社会的協同組合であるとされている。すなわち、①地域社会の再生、地域経済の活性化、地域住民の権益・福利増進およびその他、地域社会が当面している問題解決に貢献する事業、②脆弱階層に福祉・医療・環境等の分野で社会サービスまたは仕事を提供する事業、③国家・地方公共団体から委託された事業、④その他、公益増進に貢献する事業、である。

地域社会の課題および社会的排除を解決することを目的として制定された社会的協同組合の規定は、地域の普遍的利益の追求を目的とするイタリアの社会的協同組合法およびイギリスのコミュニティ利益会社規則にみられる考え方を踏襲しているということができる。

2．社会的企業とコミュニティとの関係

イギリスでは、2005年に、コミュニティへの貢献を目的とする企業を支援するために、「コミュニティ利益会社」（Community Interest Companies。以下 CIC と略す。）規則を会社法の中に組み込んだ。法律の理解と周知を図るために貿易産業省が用意した『ガイダンスノート』（The Community Interest Company Regulations 2005 – Guidance Notes）によれば、この規則は社会的企業を保護育成するための法律だとされている。つまり、CIC とは社会的企業のことである。さらにこのノートによれば、社会的企業とは「社会的目的をもって仕事に従事するビジネス」である。社会的目的とは、会員や従業員の利益のためにではなく、コミュニティの利益のために活動を展開することである。さらに、コミュニティの利益に貢献しているか否かはコミュニティ・インタレスト・テストによって判断される。また、アセットロックに代表される資産の非分配・固定化の原則に従う必要があり、CIC 監察局の監督を常に受けなければならないなど、新しい概念を数多く採用している。

では、コミュニティに貢献するとはどういうことなのか。ノートでは、３つの視点から説明している。第１に、コミュニティの利益とは考えられない企業活動についてである。CIC 規則第４条では、特定の団体の構成員や特定の使用者に雇用される従業員のみを利する活動と判断されるならば、それはコミュニティの利益のために遂行される活動とは扱わないとしている。逆に、ハンディキャップのある人々、たとえば長期失業者や特定能力喪失者の雇用は明らかにコミュニティの利益にかなっていると判断されるのである。また、公共交通にアクセスできない人々に対してコミュニティ輸送サービスを提供するなどのような社会的目的を効率的かつ有効に遂行する企業の場合は、従業員がハンディキャップを負っていなくとも、テストを通過するものと考えられている。

第２に、CIC 規則が考えるコミュニティについてである。規則は、個人のグループが容易に識別できる特徴を共有し、かつ彼らがその一部をなすコミュニティの他のメンバーとはその特徴を共有していない場合、そのグループはコミュニティの一部となる場合もあると規定しているが（第５条）、コミュニティの一部とされるか否かは、監察局長官の判断によるものとされている。監察局長官がコミュニティではないと判断する典型的な例として挙げられているのが、家族や特定個人の友人関係、特定ブランドの飲食物の定期的利用者のグループである。

さらに第３に、コミュニティへの貢献という点から考えられたもうひとつの重要な概念が適用除外企業である。政党や政治運動と関わる企業は、その子会社も含め、適用除外企業であり、そもそも CIC への申請資格もなければ、CIC となることもできないと定めている（第６条）。政治からの監察局の独立性を守り、社会的企業に対する一般的信頼を確保することが適用除外企業規定の趣旨である。

では、規則は何を CIC にふさわしい組織と考えているのか。ノートは５つの例を挙げている。その第１は、保育や高齢者介護、公共低家賃住宅などのサービスを提供し社会的ニーズを満たす企業である。第２が営利企業の例である。営利企業であっても、自社の従業員のほとんどを不利な立場にある人々から雇用する場合や利益をコミュニティに還元する場合は、コミュニティに貢献していると判断される。第３はフェアトレイドである。ただし、その企業は従業員および原料供給国であ

る途上国の生産者によって所有され、利益もフェアトレイドおよび生産者のコミュニティに還元されることが求められている。第４の例がチャリティの設立する子会社である。この子会社はチャリティの目的促進のために設立され、その利益のすべてがチャリティに還元されるものとされている。第５の例がスポーツクラブの会員によって設立される企業であり、その企業がコミュニティの利益のためにスポーツ施設の管理運営をするものである[3]。

この法律では、コミュニティに貢献する企業を社会的企業と規定しているのであり、そもそも社会的企業はコミュニティとの関係が前提とされている。コミュニティのニーズを満たすために存在する以上、社会的企業は社会的有用性を内包しているのである。コミュニティを公共の空間と捉えるならば、その事業は公益に即応しているともいえる。

３．ハックニー・コミュニティ・トランスポート（HCT）

HCT は、上記のガイダンスノートでも意識されていた、公共交通にアクセスすることのできない人々に輸送サービスを提供する社会的企業である。ロンドンの貧困地域の一つであるハックニー区において、公共交通から「社会的に排除されている」人々に対して、「地元の足」としてボランティアによる送迎サービスを開始したのが HCT の出発点である。1982年の設立であった。現在は、①障がい者、高齢者、貧困者などへの輸送サービスの提供、②仕事に就きたい人々への職業訓練サービスの提供を主たる事業としている（2010年ヒアリング調査）。言い換えれば、HCT の目的は、「持続可能なサードセクター組織を発展させ、質の高い公共サービスを提供するだけでなく、地元での雇用機会と職業訓練機会とを提供することである。」（HCT ― A Social Enterprise というパンフレットから）。

HCT はイギリスに数多くあるコミュニティ・トランスポートの中でも最大の社会的企業であり、現在有給の従業員１千人（2010年の調査時点では約600人）を抱え、2014年度の売上は4,500万ポンド（約90億円）である。ロンドンだけでなく、リーズやブリストル、英仏海峡にあるガーンジー島（2012年）、ジャージー島（2013年）でも契約にこぎつけている。ジャージー島の場合、年間800万ポンド（16億円）の10年契約となっている。HCT は、株主にとっての企業価値を高めることが目的ではなく、コミュニティ価値を高め社会にインパクトを与えることを主要目的としている。

HTC で重視すべきはバス運転手の育成を中心とする職業訓練である。もちろん、公共交通の民営化の下で移動手段を奪われ「社会的排除」にあっている人々に対するサービス提供が最も基本的な事業として営まれており、そのことの意義は十分すぎるほどに大きいが、他方での貧困地域における長期失業者に対する職業訓練がコミュニティに大きな影響を持っていたことの意義を過小評価してはならないであろう（なお、現在は職業訓練だけでなくさまざまな教育を受けられる学校となっている）。2014年度には1,000人の受講者がおり、そのうち40% が就職することができた。ものすごい実績である。さらには、たとえば、長期失業のシングルマザーが職業訓練による資格取得後の就職によって、収入はもちろんのことながら、それ以上に自尊心を取り戻すことができたという事例が紹介されている。貧困地域でのコミュニティの再生に大きなインパクトを与えていることは間違いない[4]。

４．韓国の社会的企業育成法

韓国では、2006年12月に社会的企業育成法が制定された。その第１条で、「この法律は社会的企業を支援しわが社会で十分に供給されていない社会サービスを拡充し新しい就労を創出することにより、社会統合と国民の生活の質の向上に寄与することを目的とする」と規定している。社会的企業が社会サービスの拡充と新しい就労機会の創造とを結び付けているのであり、ヨーロッパでの社会的企業の特徴を反映しているといえる。また、この法律のなかで社会的企業として認定されるには８つの要件が満たされなければならないとしている。そのなかでも、社会的目的の実現やマルチステークホルダー型の意思決定、利益の確保と社

会還元、有給労働者の雇用など、ほとんどがボルザガ達の定義と重なっているのである[5]。

この法律が持っている大きな特徴が、公共セクターからの支援である。まさしく社会的企業「育成」法である。国や地方自治体からの施設費等の支援、社会的企業の提供する社会サービスを公共セクターが優先的に購入すること、減免税や社会保険料の支援、財政的支援がその内容である。いうまでもなく、画一的な公共サービスでは対応できず、しかも利益が出ないため営利企業も参入しないエアポケットにも、様々な社会的ニーズは存在する。自発的に組織される社会的協同組合や社会的企業に求められるのはこうした領域での事業である。したがって、自発的な協同組織が受け持つ経費は多くが社会的に分有されるべき費用であると言っても過言ではない。自発的だからといって協同の事業組織にそれを負担させることに元々無理がある。しかし、補助金や寄付にのみ依存せず、自前の事業によって収益を確保し、必要な財やサービスを持続的に提供し続けるのが、社会的企業や社会的協同組合の特徴である。言い換えれば、地域社会から求められる社会的に有用な事業を、公益的だからといって補助金に頼るのではなく、経済的リスクを引き受けて継続して営むところに、社会的企業や社会的協同組合の新たな意義がある。

5．国連・社会的連帯経済タスクフォース

2013年９月、国連の中に、社会的連帯経済タスクフォース（TFSSE）という横断的な機関が新たに設置された。ILO など、国連の19の機関（現在は20以上）と、国際協同組合同盟（ICA）をはじめとする世界を代表する４つの市民組織、NGO によって構成されている。国連の認識は次の通りである。「通常型のビジネスでは金融危機、食糧危機、気候の変化、減ることのない貧困、不平等の拡大を阻止することができなかった。」つまり、営利企業ではさまざまな社会問題を解決できなかったばかりでなく、問題の拡大を止めることもできなかったのであり、営利企業とは異なる原理原則によって立つ社会的連帯経済（SSE）が注目を浴びることになったのである[6]。

今日、協同組合や社会的企業の公益性が話題に上るのは、20世紀における市場と国家の失敗、とくに公益の担い手であるはずの国家の失敗によるところが大きい。TFSSE 設立の主導的役割を果たした国連社会開発研究機構（UNRISD）の副機構長を務めた P.Utting によれば、成長モデル、工業化モデル、福祉国家モデルから成る20世紀モデルの失敗が、職なき成長や格差拡大（１％の富裕層）、環境破壊、生物多様性の消失、温暖化、都市集中などの問題を生み出したのである。これらが21世紀に解決すべき中心的課題となっているのであり、彼はその解決のうえで社会的連帯経済の役割が大きいと述べている[7]。

TFSSE の認識によれば、社会的連帯経済は上に述べた社会的課題の解決を目指すという明確な目標を持っているだけでなく、「協力、連帯、倫理、民主的自主管理といった原則や実践によって導かれている」のであり、「21世紀初頭の社会的に持続可能な開発という課題にとって核となる」がゆえに重要な位置を占めることになる。そして、この社会的連帯経済組織には、協同組合のほか、社会的企業、自助グループ、コミュニティに根差した組織、サービス供給型の NGO、連帯金融などが含まれるとされている。したがって、「協力、連帯、倫理、民主的自主管理といった原則や実践によって導かれている」社会的連帯経済組織が、自助、自己責任、民主主義、平等、公正、連帯を基礎とし、組合員は正直、公開、社会的責任、他者への配慮という倫理的価値を信条とする「協同組合の価値」と重なり合うのも、いわば当然である。

こうした認識の上に立って、TFSSE は８つの領域において社会的連帯経済組織が果たす役割について検討し、各国政府に対応することを求めている。その８つの領域とは、ディーセントワーク、環境保護、地域開発、持続可能な都市と人間的解決、女性のエンパワーメント、食糧保障、医療サービス、金融制度の変更である。各国政府は社会的連帯経済組織の潜在能力を認めるだけでなく、それらが活躍できる環境の整備を図るべきであると TFSSE は主張している。このように考えてくると、国連をはじめとする現在の世界の認識のひ

とつは、協同組合や社会的企業が社会的連帯経済を構成する主要な要素であり、単なる共益組織にとどまるものではないという受け止め方だといえる。

小括

1995年のICA100周年記念総会で採択された協同組合原則では、第7原則「コミュニティへの関与」において、「コミュニティの持続可能な発展のために活動する」ことがうたわれている。協同組合は組合員の自助にもとづく相互扶助の組織であるにもかかわらず、なぜそう言えるのか。それは、結局のところ、「協同組合はコミュニティにルーツをもっていることから、住みよい地域社会づくりに向けて積極的に貢献することが一般の企業にもまして求められるようになり、コミュニティへの関与の原則が盛り込まれることになった」からである[(8)]。

生協であれ農協であれ、あるいは漁協であれ、いずれの協同組合もそれぞれの地域で暮らす具体的な個々人がつくる組織である。組合員は機能別の共益集団に括られてしまうものではない。個々人は自らが暮らす地域社会に向かって広がっていく全的な存在である。それゆえに、こうした具体的な個々人の組織である協同組合は、彼ら彼女らが暮らす地域社会と、彼ら彼女らを通じて繋がっているのである。協同組合は、組合員を通じて、地域社会につながっていると言い換えることもできる。したがって、組合員参加が欠落すれば、いかなる協同組合といえども地域社会から遮断されることになる。

協同組合は、組合員という具体的な存在を通じて、元々から地域社会とつながった存在であったことがICA第7原則であらためて確認され、「コミュニティにルーツをもっている」こととして表現されることになったと考えることできる。また、コミュニティへの貢献を第1の課題とする社会的企業は、そもそもがコミュニティとの関係なしには成立しえない。コミュニティとの関係を前提とした協同の事業組織は、元来、共益と公益の境界線を問わないはずである。ただはっきりしていることは私益のための事業組織ではないこと、および社会的に有用であるか否かの判断を市場に委ねる営利企業とは異なることである。

このように共益と公益との境界線を問わないのが協同の事業組織であり、その活動は社会的有用性を内包している。しかしながら、私たちの暮らす社会では、その価値を見失った時に巻き込まれるのが市場競争なのである。そのことに警鐘を鳴らし、社会的連帯経済の代表的な組織として協同組合や社会的企業の価値を重視したのが国連であった。新自由主義の嵐が吹き荒れる21世紀初頭の今日、国際機関が新自由主義と対抗的な公益の担い手として協同の事業組織に大きな期待を寄せている現実を看過すべきではない。

（注）

（1）田中夏子『イタリア社会的経済の地域展開』日本経済評論社、2004年。

（2）李宰郁「韓国協同組合基本法の制定過程と意義についての考察」、『社会運動』第383号、2012年2月。

（3）柳沢敏勝「コミュニティ利益会社（CIC）規則の影響」、柳沢他編『イギリス非営利セクターの挑戦』ミネルヴァ書房、2007年。社会的企業の調査をEU15カ国で実施したボルザガたちは、調査の際に9つの指標を用意した。それにもとづけば、社会的企業とは、コミュニティに貢献することを第1の目的に、市民が設立し民主的に意思決定する自立した事業組織であると同時に、経済的なリスクを引き受け、有償の専門的経営者が社会的に有用な財やサービスを継続して供給していくものである。C. Borzaga et. al., *The Emergence of Social Enterprise,* Routledge, 2001.（柳沢他共訳『社会的企業』日本経済評論社、2004年）。

（4）2010年12月および2014年3月のヒアリング調査、ならびにHCTのHPによる。なお、Community Transport Association UKという全国組織があり、機関誌CTA Journalを発行している。

（5）「社会的企業育成法（日本語訳）」『協同の発見』177号（2007年4月）。

（6）*Social Dimensions of Green Economy and*

Sustainable Development: Executive Summary of a TFSSE Position Paper. http://www.unrisd.org/tfsse（2015年４月23日）。

（７）Peter Utting, Introduction: The Challenge of Scaling Up Social And Solidarity Economy, P. Utting ed., *Social and Solidarity Economy,* UNRISD, Zed Books, 2015.なお、同書でラヴィルは、ポランニーが指摘する市場、再分配、互酬の混合こそが、社会的連帯経済アプローの強調するところだと述べている点はきわめて興味深い（pp.50－51）。

（８）2012国際協同組合年全国実行委員会編著『協同組合憲章［草案］がめざすもの』、家の光協会、2012年。

（やなぎさわ　としかつ、明治大学教授）

報告書

◎非営利・協同総研いのちとくらし10周年記念視察旅行Ⅱ

イタリアの非営利・協同の医療福祉と社会サービスの視察報告書

100p、頒価500円、ISBN　978-4-903543-11-3
発行日　2014年6月14日

2013年10月26日（土）～11月4日（月）実施のイタリア視察報告書です。
イタリア・ボローニャにおける地域医療と介護の現状や、社会的協同組合が運営する高齢者介護施設、障害者サービス、地区の社会福祉政策や高齢者が中心となって運営する社会センターなど、多くの写真とともに視察先を詳細にたどることができます。（表紙2色、本文モノクロ）。

●目次

日程概要　事務局
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
ボローニャの医療機関と非営利・協同組織　石塚秀雄
ボローニャ地域医療視察報告　村口　至
カッシーナ・デル・ロンコおよびカッシーナ・コルテヌオーヴァ　高山一夫
イタリア・ミラノの家庭医訪問 ―STUDIO MEDICO BARDI MONTANI SUTTI―　小磯　明
民主的医師協会（Medicina Democratica）とミラノ大学でディスカッション　小磯　明
ベアータ・ベルジーネ・デッレ・グラッツィエ　高山一夫
ソチエタ・ドルチェ（Societa Dolce）　八田英之
ヴィラ・ラヌッチ（Villa Ranuzzi）　八田英之
マジョレ・ボローニャ病院（Maggiore Hospital）訪問記録　吉中丈志
コンフコープ (Confcoop) とは　岡部　茜
ダビデ・ピエリ氏（コンフコープ）によるイタリアの協同組合概要説明　竹野政史・竹野ユキコ
障害のある人のライフサイクルを通した支援を考える ―社会的協同組合 Domus Assistenzia の施設 Casoni 訪問から―　深谷弘和
就労支援職業訓練施設・障碍者作業所オアジ（OASI)　伊藤　淳
社会的協同組合 COpAPS 訪問記　中川雄一郎
イタリアの社会的協同組合を見て　二上　護
ボローニャ市ナヴィレ区の「地域の社会的計画 piano social del zona」―地区の運営、保健医療、社会福祉サービス施策―　小磯　明
ボローニャ市ポルト区ジョルジョ・コスタ社会センター ―Centro Sociale Giorgio Costa―　小磯　明
イタリア視察から帰って思ういくつかのこと　今井　晃
コンフコープウェブサイトの視察団訪問についての記事（翻訳）　竹野政史・石塚秀雄

介護保険制度をめぐる動向
ー介護報酬2015年改定、補足給付の見直しを中心に

林　泰則

はじめにー医療・介護総合確保法と介護保険制度改革

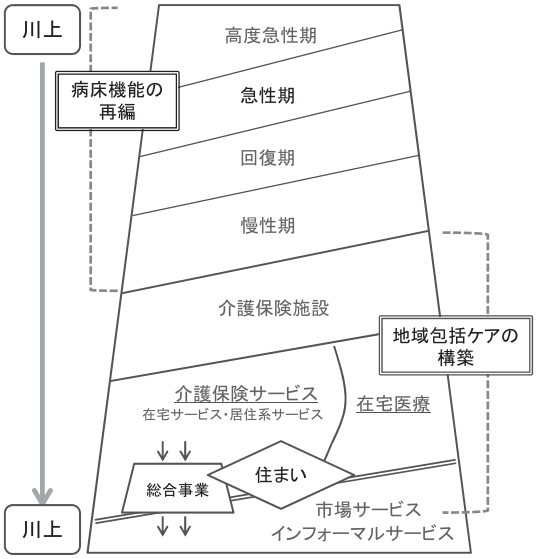
今年４月から「改正」介護保険法が施行され、介護報酬の改定、予防給付や特養の入所対象の見直しが実施に移された。さらに８月からは一定以上所得者の利用料の引き上げ、新たな要件による補足給付（施設等での居住費・食費の軽減制度）の運用が開始されている。

「改正」介護保険法は、2025年に向けた「地域包括ケアの実現」と、保険財政の観点からみた「持続可能な制度の実現」を目的に、昨年６月、医療・介護総合確保法との抱き合わせで成立した。医療・介護総合確保法は、「2025年の医療・介護の将来像」の実現に向けて、病床削減を主目的とする「病床機能の再編」（“川上”の改革）と、その受け皿としての「地域包括ケアの構築」（“川下”の改革）の２つの改革課題を掲げた。あたかも水が上から下に流れるように、「入院から在宅へ」「医療から介護へ」、さらに「介護から市場・ボランティアへ」と患者・利用者を押し流すことによって、全体として国にとって低コストで効率的な医療・介護提供体制をつくりあげようという構想である（**図１**）。ここに位置づけられている地域包括ケアは、地域医療・福祉の充実を願う高齢者・国民の要求を逆手にとり、公的給付の徹底的な削減を図るために、「自助」（市場サービスの調達も含めた本人の自己責任、家族の“連帯責任”）と「互助」（地域住民の“共同責任”）を基軸に据えて政策化されている。

この地域包括ケア構想に合わせ、「改正」介護保険法は、「総介護給付費の削減と重点化」をはかるための「４つの切り捨て」―①予防給付の見直し（要支援者の訪問介護・通所介護をボランティア支援を組み込んだ市町村主体の「総合事業」に移行）、②特養入所の重点化（要介護３以上を基本とし要介護１、２を原則排除）、③一定以上所得者の利用料を２割に引き上げ（合計所得160万円以上、利用者の15％が対象）、④補足給付の要件厳格化（資産要件等の新設による支給対象の限定化）―を断行した。軽度から重中度への給付体系の再編、一部２割負担（＝８割給付）の導入など、医療・介護総合確保法に沿った大規模な制度変更である。介護保険のこうした見直しを前提とする地域包括ケアは、病床再編の安上がりな受け皿であると同時に、このままでは財政破綻必至な介護保険制度自体の延命策ともいえるだろう。医療・介護総合確保法－地域包括ケア構想－介護保険法2014年「改正」－介護報酬2015年改定は、まさに一体的・ひとつながりの改革である。

本稿では、一連の介護制度改革をめぐる動きのうち、2.27％もの大幅な引き下げとなり、事業所

図１　2025年の医療・介護の将来像



※厚労省資料より筆者作成

にかつてない経営難を生じさせている介護報酬改定と、資産要件（資力調査）の導入により申請の段階から様々な矛盾が顕在化している補足給付の問題を取り上げ、その概要と問題点、具体的に立ち現れている事態について紹介したい。

1　介護報酬2015年改定の概要と影響

介護報酬2015年改定は2.27％の大幅なマイナス改定となった。「（社会保障分野について）自然増も含め聖域なく見直し、徹底的に効率化・適正化していく」ことを掲げた「骨太方針2014」を基本とする2015年度政府予算編成の一環である。

今改定では介護報酬の土台となる「基本報酬」（基本サービス費）部分が軒並み引き下げられた。これだけの規模の基本報酬の削り込みは過去に例がない。経営を見通せず廃業する事業所が相次いでおり、これまで実施された改定で過去３番目の引き下げ幅となるが、地域や事業者におよぼす影響は最大級といえるだろう。

（１）改定の特徴－「適正化」「効率化」「重点化」

改定率▲2.27％の内容は以下のように説明されている。

▲2.27％（在宅：▲1.42％、施設：▲0.85％）
- 月額＋1.2万円相当の介護職員処遇改善加算を拡充　＋1.65％
- 中重度や認知症高齢者に対して良好なサービスを提供する事業所や地域に密着した小規模な事業所に対する加算　＋0.56％
- 収支状況などを反映させた適正化など　▲4.48％

処遇改善や中重度・認知症対応などでプラス分（1.65％＋0.56％＝2.21％）を見込み、その財源を捻出するために、基本報酬を中心とするその他の部分全体で4.48％圧縮（＝適正化）するというのが、改定率▲2.27％の内訳となる。政府は、「各サービスの収支状況、施設の規模、地域の状況等に応じメリハリをつけて配分を行う」（１月11日、大臣折衝事項）としたが、前述した「地域包括ケアの実現」と「持続可能な制度の実現」という「改正」介護保険法の目的に沿って、「重点化」「適正化」「効率化」をキーワードに文字通り「メリハリ」をつけた改定が実施された。

①　基本報酬の軒並み引き下げ・減算強化＝「適正化」

総介護費抑制方針のもとで、ほぼ全てのサービス事業において基本報酬が概ね５％前後引き下げられた。中には小規模型の通所介護など10％近く削られたサービスもある。また、介護予防の通所系サービスでは20％強の引き下げとなった。介護予防報酬は総合事業の単価設定の基準とされていることから、要支援者の訪問介護、通所介護の受け皿となる訪問型サービス、通所型サービスの単価が低く押さえ込まれることにもなる。

減算関係では、特定事業所集中減算（居宅介護支援事業）の対象に訪問看護などの医療系サービスが加えられた影響が大きい。これらのサービスは主治医の指示が前提とされており、事業所間の密接な連携が不可欠なため必然的に集中割合が高まるからである。減算に該当するケアプランが１件でもあれば、その事業所の全ての居宅介護支援費が減算になり、さらに特定事業所加算も算定できなくなるため経営上大幅な減収になる。９月から半年間の実績に基づき来年４月から減算が開始されることになるが、事業所では減算を回避するために利用者の“事業者間トレード”などの対策を講じることを余儀なくされており、利用者の側にも大きな混乱が生じている。介護サービスの提供実態と明らかに乖離しており、医療・介護の連携に重大な支障をもたらす改定といってよい。

加えて、特養多床室については８月に再度報酬改定が実施された。室料相当分の基本報酬を引き下げ（月額１万4000円程度）、それを居住費として入所者から徴収することになる。

②　基準緩和による「安上がり」な対応＝「効率化」

人員配置基準の緩和により、人員増を伴わずに職員に新たな役割を担わせることを可能とした。

例えば、通所介護の生活相談員の配置要件を緩和し、地域ケア会議への出席や社会資源の発掘・

活用による地域連携拠点としての機能を展開したり、特養職員の専従要件の規定を見直し、地域貢献活動等に当たれるようにした。老健施設では、看護・介護職員が併設事業所の職務に従事することを許容した。

慢性的な人手不足が続く中での「対症療法」と考えられるが、業務の拡大に応じて必要な職員を確保し、そのために必要な経済的保障をふくむ条件整備を行うのが本来のあり方である。現状の職員体制の厳しさを黙認・放置したまま、もっぱら「安上がり」に対処しようという方向では真の機能強化は図れない。むしろ業務の過重化や質の後退が懸念される。

③　加算算定を通した強烈な政策誘導＝「重点化」

今改定は「2025年へのアプローチ」（厚労省・三浦公嗣老健局長）と位置づけられている。政府の地域包括ケア構想に沿って中重度、認知症、看取り、リハビリテーションなどを重点領域とし、新たな加算が多数設定された。事業者は、収益を確保するためにこれらの加算の算定を追求せざるを得ず、政府の地域包括ケア構想に否応なく誘導されていくことにもなる。

加算を算定することは質の向上や事業所の機能強化につながる側面がある。しかし、実際に設定された加算額は、職員体制の強化など算定に要する追加的経費をカバーできない水準にとどまる。

新規加算の「目玉」とされたのがリハビリテーションである。「心身機能だけではなく、活動、社会参加に焦点を当てた生活期リハビリテーション」の拡充には積極的な意義がある。しかし、予め算定の期間を区切って総合事業などの社会参加型サービスへと移行（卒業）させていく仕組みや、一定割合の利用者が社会参加型サービスに移った場合の報酬上の評価など成果主義的な性格をもつ加算も新設されている。給付費抑制の枠組みのもとでは、「自立」（保険給付からの離脱）の強制や利用者の逆選択につながりかねない危険性がある点をみておかなくてはならない。

④　処遇改善加算の「拡充」＝「重点化」

「介護人材確保対策の推進」を目的に、介護職員を対象とする介護職員処遇改善加算の拡充が図られた。新たな加算区分（新処遇改善加算Ⅰ）が設けられ、介護職員１人あたり月額1.5万円相当のこれまでの改善に加えて、新たに月額1.2万円相当を上乗せするとされた。

しかし、介護報酬全体が大幅に引き下げられている中で、この加算が抜本的な処遇改善につながるものか疑問を抱かざるを得ない。事業所全体の収益が悪化すれば、経費の削減が求められることになるが、労働集約型の介護サービス事業においては、それはいきおい総人件費の圧縮に向かわざるを得ないからである。仮に処遇改善加算によって介護職員の給与だけが上がったとしても、正規職員を非正規職員に切り替えたり、新規採用をとりやめることによって、逆に業務の過密化、労働環境全体の悪化をもたらし、そのことが離職者を増やし、人手不足に拍車をかけるという「負の連鎖」を断ち切れないまま困難が増大していくことになるだろう。

また、ケアマネジャーや看護師、事務職員を対象外とする要件も是正されておらず、加算が利用料の算定基礎に組み込まれている仕組みもそのまま維持された。介護職員以外の職員の給与を改善する原資を確保できない、利用者負担の増大を回避するなどの理由から、要件を満たしていても敢えて算定を見送る事業者もある。

（３）今改定がもたらす影響

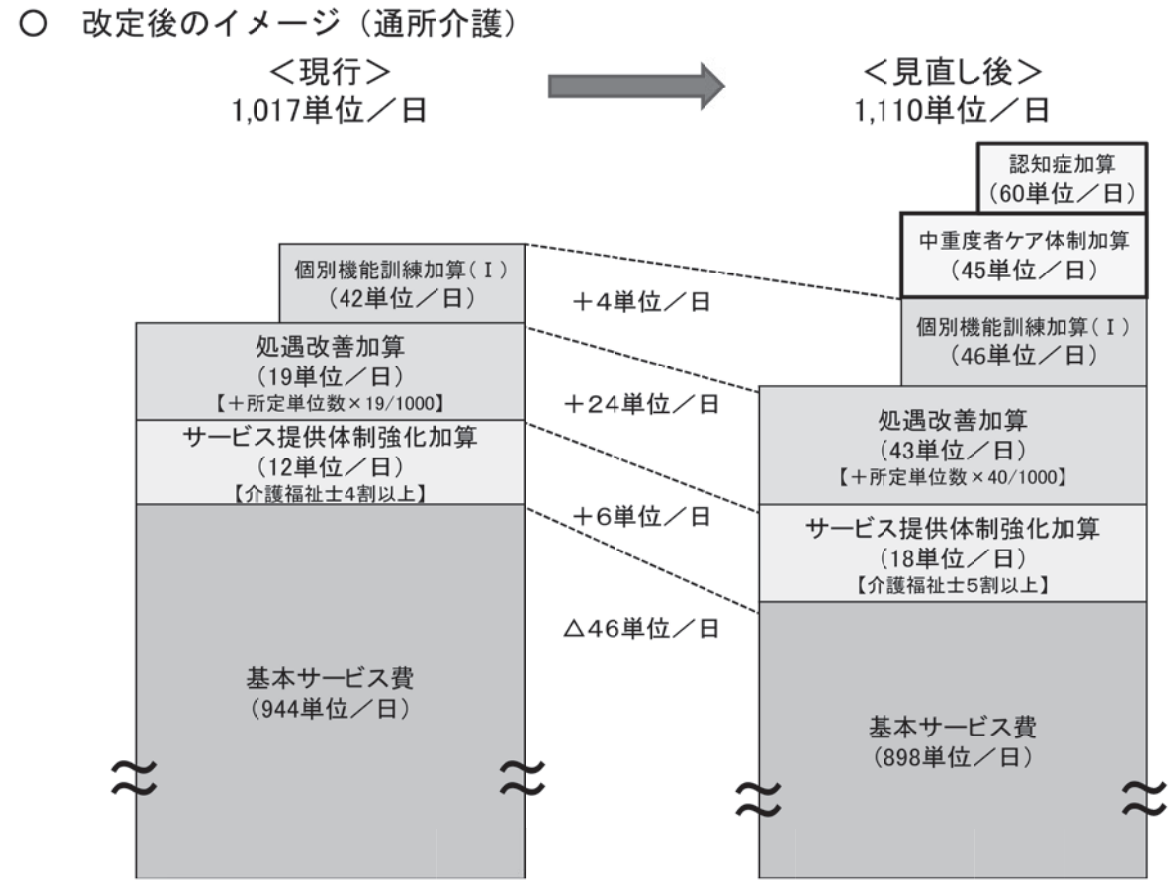
①　基本報酬の引き下げを加算でカバーできない構造

図２は、通所介護の事例である（通常規模の通所介護事業所において　要介護３の利用者が「７時間以上９時間未満」の通所介護を月10日利用している場合の収益の変化）。

基本報酬（通所介護サービス費）が大幅な減額となっており、個別機能訓練加算など改定前から算定していた加算の単位数はそれぞれ引き上げられたものの、これらの加算を合算しても基本報酬のマイナス分をカバーできず、収益全体が減少していることが分かる。基本報酬引き下げ分を従来の加算では取り戻せない今改定の構造をよく示している。

厚労省は、新たな加算の算定によって増収は可能としており、通所介護では「認知症加算」「中

図２　通所介護にみる今改定の構造的特徴



厚労省「改定前後の介護報酬のイメージ」（2015年２月６日）より

重度ケア体制加算」が新設されている（図の太枠部分）。しかし、「認知症加算」を算定するためには、認知症に関する一定の研修を受講した介護職員を配置することが必要とされる。この加算に限らず、今改定で新設された加算は、職員の加配や有資格者・特定の職種の配置、職員のスキルアップを求めるなどいずれもハードルが高く、容易に算定できるものではない。職員数が少なく規模が小さい事業所は、加算の要件への対応は困難だと思われる。加算を算定出来なければ、基本報酬引き下げの影響が直撃することになり、事業の継続そのものを左右する事態となる。

②　事業所の「スクラップアンドビルド」を促進

基本報酬の引き下げにより経営的な見通しがもてず、通所介護や認知症グループホームを中心に小規模事業所の廃止・休止が相次いでいる。介護予防事業の縮小・撤退も目立つ。

福岡では、「これではもう要らないと言われているようなもの」と３月いっぱいで閉鎖を決めた定員10人の通所介護事業所のケースが報じられた（西日本新聞、2015年３月16日付）。長野では、廃業予定の事業所管理者から「身を削って利用者や地域のためにと頑張ってきたが、うちのような小さな事業所は、政府の言うような加算は取れないし、安いながらも給料が払えるうちに、引き際だと思って。心残りは利用者のみなさん」（『いつでも元気』2015年８月号）との悲痛な声が寄せられている。

基本報酬の大幅カット、加算偏重の今回の改定は、政府が描く地域包括ケアを推進しうる事業所は存続させるが、そうでないところは撤退・廃業

に至っても構わないという露骨なメッセージを込めた、事業所の選別・スクラップアンドビルドを従来にない規模と水準で促進する改定といえるだろう。このままでは今まで築き上げてきた地域の介護基盤を大きく毀損、変容させることになりかねない。事業所は今後存亡をかけた競争を強いられることにもなる。それは連携・ネットワークの強化を前提としている政府の地域包括ケア構想そのものにも逆行するものである。

（4）引き下げの論拠をめぐって

本節の最後に報酬引き下げの政府の論拠についてふれておきたい。

昨年10月、財務省は、「介護サービス全体の平均収支差率＋８％」と「一般の中小企業の利益率＋２％～３％」とを対比させ、「少なくても中小企業なみの収支差となるよう６％程度の適正化」することを提言した。さらに、特養ホームについては「良好な収支差の結果、内部留保が蓄積されている」（１施設平均3.2億円）とし、「内部留保が蓄積しない水準まで介護報酬を適正化すること」を求めた（財務省主計局「社会保障①－総論、医療・介護、子育て支援」、2014年10月８日）。この財務省の「６％引き下げ」提言が改定率の議論の事実上の起点になったと言える。

ここでいう平均収支差率は、厚労省「平成26年度介護事業経営実態調査」による。しかし、「８％」はあくまでも平均値にすぎず、中には利益をほとんど出せない事業所や収支差がマイナスになっている事業所が当然存在する。仮に、同じサービス事業でも法人形態、事業規模、開設時期など個別の事情に収支差率は大きく左右される事情があり、「平均値」のみで全てを判断することにはそもそも無理がある。また、調査の有効回答率は全体で49％にとどまっており、経営や職員体制が厳しく回答自体が困難な小規模事業所の実態が反映されておらず、平均値が高く出ている可能性も否定できない。加えて、介護保険法に基づいて指定を受け、事業内容に公共性が求められる介護事業所と、一般の中小企業の経営数値を機械的に対照させて報酬引き下げの論拠とする財務省の手法はそもそも成り立ち得ないものである。

「内部留保」の問題については、一部に多額の利益を蓄積している社会福祉法人、特養ホームがあることが再三報じられてきた。しかし、あたかも全ての特養ホームが利益を貯め込んでいるかのように扱い、施設の改修や建て替えなど将来必要とされる資金まで「内部留保」と称して介護報酬引き下げの根拠とする論法は決して受け入れられない。

なお、介護事業経営実態調査が介護事業所全体の経営実態を反映したものではないことは、塩崎恭久厚生労働大臣自身も国会質疑の中で認めている。特養ホームの「内部留保」についても、財務省の担当者が、「会計制度の違いがあり、一般企業における内部留保とは単純に比較できないことは承知している」と述べている（１月８日、全日本民医連との懇談）。引き下げの論拠とされた内容を政府自身がいずれも否定しており、今回のマイナス改定は到底納得できるものではない。基本報酬の底上げを中心とした介護報酬の再改定と現行報酬の改善を重ねて求めていく必要がある。

2　補足給付について

次に、冒頭で述べた「４つの切り捨て」のうち、補足給付の見直し（要件の厳格化）についてとりあげたい。８月の実施前から申請手続きをめぐって各地で混乱が生じており、厚労省が運用上一定の修正を余儀なくされたことも含め、その動向が制度改革をめぐる現時点の焦点のひとつとなっているからである。

（1）「要件の厳格化」とは

補足給付（負担限度額認定）は、住民税非課税の低所得層を対象とした施設等の居住費・食費の負担軽減制度である。受給者は現在103万人であり、介護保険３施設で入所者の６割、特養では８割に及ぶ。

従来は本人・世帯がともに住民税非課税であれば対象となったが、今回の「改正」で新たに資産要件が加えられ、「預貯金等」が1,000万円以上（夫婦で2,000万円以上）保有している場合は対象外とされた。「預貯金等」には、普通預金・定期預金だけでなく、有価証券、時価評価額が容易に把握できる貴金属などに加え、いわゆる“タンス預

金”も含む。報告した預貯金額に虚偽がないかをチェックするため、市町村による金融機関への照会も制度化され、「不正に負担軽減を受けた場合」には、それまでに支給された軽減額に加え、最大で２倍の加算金を返納させるペナルティ措置も導入された（通称「２倍返し」「３倍返し」）。さらに、所得要件において配偶者（事実婚も含む）の所得を勘案するとされ、仮に世帯分離を行なっても配偶者が課税であれば補足給付の対象から除外されることになった。

これらの要件が追加されたことにより、戸籍上の配偶者の有無とその課税状況、預貯金等などの資産状況などの申告が求められることになり、申請の際に申請者本人及び配偶者の預金通帳等の写し、金融機関に対する残高照会承諾書の提出が施行規則上義務づけられた。重大なプライバシー侵害を伴う資力調査であり、しかも申請時に資産証明の書類添付を求める点で現行の生活保護以上に厳しい要件が科されることになった。

今「改正」によって、本人の収入が少なく住民税非課税であっても、一定の資産があるために補足給付を受けられないケースが多数生じることになる。補足給付の対象外になれば、ユニット型個室の特養で月額３～４万円の居住費・食費の負担（第１、第２段階の場合）が10万円強に引き上がる。入所の継続に支障を来す利用者、費用を工面できずに「待機者にすらなれない」高齢者を多数生み出すことになりかねない。また、補足給付の対象外となる場合、厚労省は施設に対して「食事・居住費の額を基準費用額を上限として設定する等の配慮措置」を求めるのみで、具体的な対応は個々の施設の責任に委ねている。

（２）どのような事態が生じているか

各市町村において、早いところでは５月連休明けから再申請の手続きが開始された。多くは申請書類一式を個々の利用者に郵送し返答を求める方法を採ったが、厚労省の通知に沿って、施設に制度変更の説明、申請代行などを「協力要請」した市町村もあった。ただし郵送の場合でも、再申請の趣旨・内容を本人・家族が十分理解できず、最終的に施設に相談するケースが多数であり、施設の相談員、ケアマネジャーが制度変更の説明や申請手続きに追われた。

職員からは、「申請支援は本来行政が行うべきであり、プライバシー侵害となる行為を施設側に求めるのはおかしい」との疑問･怒りが殺到した。申請のために、配偶者の課税状況、預貯金額などを職員が本人、家族から聴取したり、金融機関への照会承諾書の記入を求めなければならないからである。遠方に住んでいる親族が本人の資産を管理しているケースもあり、申請内容や結果など施設・職員側が負うべき責任の範囲の曖昧さを指摘する声もあった。

利用者や家族からは、「月に２～３回のショートステイ利用のために、通帳のコピーまで提出させるのは納得できない」、「身寄りがなく申請に必要な書類を揃えられない」等を理由に申請そのものを拒否もしくは断念するケースが相次いだ。福岡県のある市では対象者29人に申請書類を送付したところ、２週間経っても３通しか返送されず、家族が個人情報の扱い方、権利侵害に対して強い不満を抱いているとの報告があった。申請の手続きがいわゆる「水際作戦」として機能し、本来補足給付の対象となるべき利用者が排除されるケースが多発している。

（３）運用の改善を求めて

６月17日、小池晃参議院議員の同席を得て厚労省交渉を実施し、担当者に利用者、事業所の実態を伝え、資産要件そのものの撤廃を求めた。その後７月14日の参院厚生労働委員会で小池議員がこの問題を取り上げ、「生活保護は口頭申請も認められており、通帳コピーの提出も申請後で良い。補足給付の資産要件の厳しさは異常」、「給付資格がある人が申請断念に追い込まれている」と厳しく追及した。

それに対して厚労省は、「書類提出が間に合わなくても支給決定は可能」、「認知症などで親族の助けが望めない場合もいったん支給可能」、「自治体が定めた期限を過ぎた後でも、月の末日までの申請ならその月の支給は可能」など、運用の一部を改善する通知を小池質問の前日13日に発出したと回答した。厚労省交渉、小池議員の質問通告を受けて、厚労省内で「何らかの対応が必要」との意向が示されていたともされており、現場の実態

を訴え、実施前に制度を変えさせた意味は大きい。小池議員が当日の質問の中で「申請手続きが難しい方には市町村が手続きの相談に丁寧に対応していくことが必要」との大臣答弁を引き出したことも重要である。それ以降自治体の対応が改善し、いったん断念した申請が受理された利用者もいる。

しかし、資産要件そのものが撤廃されたわけではなく、来年４月からは収入の範囲を障害年金、遺族年金などの非課税年金に拡大することが決定している。さらに、当初案では、資力調査の対象を不動産まで広げ、一定価額以上の土地を所有している場合は補足給付の対象外とするが、その土地を担保に補足給付相当額を貸し付け、死後売却して回収するという内容まで盛り込まれており、次期法「改正」で実施に移される可能性が高い。８月から特養多床室の室料徴収も開始されていることと相まって、低所得者の施設入所はいっそう厳しくなっていくことが予想される。

政府は「能力に応じた負担」を掲げ（「骨太方針2015」）、高額療養費や高額介護サービス費などにも資産要件を導入することを方向づけている。今回の補足給付の改悪はその突破口であり、資産要件そのものの撤廃を重ねて求めていく必要がある。

おわりに

補足給付の見直しに加え、８月からは一定以上所得者の利用料引き上げが開始され、すでに８月分、９月分のケアプランでサービスの利用を減らす利用者が多数出ている。その他にも特養入所の限定化、総合事業の実施など一連の制度改悪による様々な影響が各地で現れている。

これらの詳細については別稿に譲りたいと思うが、いずれにせよ給付抑制と負担増を先行させた「改正」介護保険法のもとで、今後利用者、事業所双方において新たな困難が確実に増大していくことになる。具体的な事例を集約し、国、自治体に改善を求める運動はこの秋以降正念場を迎える。医療・介護総合確保法に風穴を開けるたたかいとして、介護改善を求める声、地域での新たな共同を大きく広げていくことが求められている。

（はやし　やすのり、全日本民医連事務局次長）

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

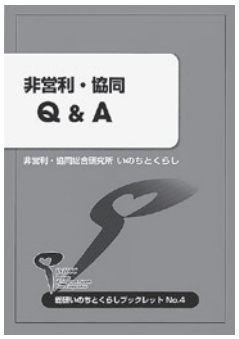
『非営利・協同Ｑ＆Ａ』

（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」がついています。

【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・協同の社会的位置（Ｑ38－Ｑ44）



イングランドのNHSファンデーション・トラストの構造

石塚　秀雄

1．NHS制度とNHSトラスト

イギリスの医療制度はNHS（National Health Service、国民医療サービス）制度と呼ばれ、税を基本とした普遍主義的医療サービス制度である。より正確にいえば、主たるNHS制度と少数の非NHS医療がある。すなわち、公的医療サービスのNHSとそれ以外の民間医療サービスがある。すなわち、NHS制度に参加しない医療機関も少数であるが存在する。

NHS医療サービスの供給形態は現在、3種類に大別である。第一は、プライマリイケアの供給主体である家庭医GP（General Practitioner）制度である。第二は、第二次・第三次医療を提供する病院などの医療機関である。第三は、公衆衛生などの予防・保健業務機関である。

従来のNHS制度において、病院などは公営であり、そこで働く職員も公務員であった。1980年代のサッチャー政権の頃から、医療財政の削減、医療における効率化や医療供給者における競争、患者サービス向上、医療費抑制などが言われて、医療サービスの公的セクターによる供給から「民営化」路線がすすみ、公営病院かトラスト病院化、いわる独立行政法人化が促進された。プライマリイケアの供給者であるGPはNHS制度の発足当初から公契約の個人開業医であり、また公衆衛生の供給者は公務員である。したがって、病院などの医療供給主体についてのみが公営化から独立行政法人という準公営化の対象となり、トラスト化が促進された。すなわち、イングランドにおける医療機関の法人形態は、1990年代までのNHS公立医療機関（病院、診療所）から、1990年のNHS法改正（NHS and Community Care Act）によって、各医療行政局が独自予算をもって医療供給者となって、運営されるNHSトラスト（trust、基金）に転換するようになった。その流れのなかで2002年には地域のGP医師の集まりであるプライマリケアトラスト（PCTs）が作られた。しかし、PCTについては、2012年の医療社会サービス法（HSC Act）の改正で廃止され、それに代わって診療委託グループ（Clinical Commissionig Group, CCG）が設置されて、現在は211のCCGに再編されている（2013）。プライマリイケアトラストはGP医師と公的地域医療部門が同居していたが、それが制度改革により切り離されることになって、CCGとしていわばNHS制度下の委託民間家庭医の集団だけになったからである。切り離された部分は、コミュニティ医療保健部門として、地方自治体の事業として、またはNHSトラスト、NHSファンデーション・トラスト（NHS - FT）の中に組み込まれている。

そして新たな医療供給制度の改革案においては、すべてのトラストが、2014年までにファンデーション・トラストに転換するとされた。しかし、経営状態の悪いトラストも少なくなく、その計画は予定通りにはすすんでいないので、2016年までにそのデッドラインを延期した。それでもファンデーション・トラストに転換できないトラスト病院は、営利会社の転換を目指すのがキャメロン政権の方針である。

トラストが独立行政法人のようなもので、基本的に公営で、行政が運営管理するものであるのに対して、ファンデーション・トラストは民間非営利の医療機関であり、その運営方法に大きな違いがある。

イングランドにおいては現在、NHSトラストの種類は、4種類に分けられている。現在NHSトラストの多くはファンデーション・トラスト（FT）に移行するよう行政指導されている。従って、その運営については、次第にFTモデルを導入しつつある。すなわち、運営に関してこれまで行政理事主導型であったものに職員理事を導入するなどの措置をとっている。

表１．イングランドのNHSトラストの数(2014／2015)

種類	トラスト数	赤字トラスト数	赤字トラスト比率
急性期医療（病院）	60	38	63%
救急医療	5	0	0%
コミュニティ医療（プライマリケア以外）	19	3	16%
精神医療	15	2	13%
合計	99	43	42%

出所：Annual Report, 2015, NHSDA

２．NHSファンデーション・トラスト（FT）の設立

2006年のNHS法改正によって（第５章、ファンデーション・トラスト）および医療社会的ケア法（HSC ACT, 2012）より、NHSトラストはファンデーション・トラスト（NHS-FT）に再編され設立されていった。FTとは医療法人であり、単に病院というよりも各種医療機関（病院、診療所、センター等）がグループ化して集まったものであることが多く、FTによってその構成内容に多少の違いがある。診療所や医療センターだけで、いわゆる病院を持たないFTもあり、グループのあり方は多様である。地域のCCGやその他のNHSトラストやNHS-FTとも協力をするように法律で定められている。

NHS-FTはしばしば日本におけるPFI（民間資金投資事業）方式による病院（医療機関）経営のような、営利企業が出資して特別会社を作って運営する病院と同じと見なされるが、法律的にはそれとは異なる組織運営方式を持っている。すなわち､FTは非営利医療機関（公益事業体）であり、その資金（資本）は公的資金であり、民間資本による経営参入を認めて来なかった。NHS = FT化は、営利民営化の手段ではない。この点については、1990年代にいわゆるビルディング・ソサエティ（Building Society, 共済組織）が営利化して、本来の性格を喪失していった経過に鑑み、NHS-FTが営利化することは法律によって認められていない。しかしながら、キャメロン保守党政権の下の2012年医療制度改革で、NHSトラストにPFI方式を導入して営利企業に運営管理を10年委託するような事例を認めるようになった。NHS-FTの場合には、民間資金の借り入れが認められているものの、運営における非営利性は、いまのところ確保されている。むしろNHSトラストのほうが、公営的性格が強く、民主的管理方式を重視していない点で、NHS-FTよりもPFIの導入がしやすいといえよう。しかしまた、NHS-FTにおいても、NHS以外の医療サービスの許容比率を最大49パーセントまで認める方向になった。これは民間医療キャップ（private income cap）の廃止と呼ばれる。現実的にはその事業比率はきわめて小さいが（平均２％）、キャメロン保守党政府の下で、医療供給事業体のあり方が、営利民営化圧力に揺れ動いているのは確かである。日本での混合診療問題と類似している。

表２のとおり、イングランドにおけるNHSファンデーション・トラストの数は147である（2014）。急性期部門の事業費比率が７割で、事業赤字もそこに集中している。

表２．NHSファンデーション・トラストの数（2014）

	急性期	精神	救急	専門	慈善	合計
数	83	41	5	18	(53)	147
全体事業構成比	71.00%	19.77%	2.16%	7.05%	0.03%	100%
剰余（損失）百万ポンド	−111	114	9	112	10	134

出所：NHS-FT Consolidate Accounts, 2013-2014, Monitor, 2015
注：慈善の53は、実質的に取り組んでいるNHS-FTの数。

NHSに登録されている病院の半数がNHS-FTである。NHS-FTの制度が作られた経緯は、先に述べたような理由であるが、制度時には中央政府から、医療サービスの管理権限の一部が地方自治体へ委譲されたことに特徴がある。NHS制度の原則は、医療の平等的サービス供給であり、その原則は変わりない。NHS-FTは行政が運営するのではなく、NHS-FTの運営者たちおよびそのメンバーたちによって運営されるものである。住民などがメンバーに登録するための資格制限は特になく、定款を承認することである。メンバーには、関連する当事者すべてがなることができる。運営メンバーの中に含まなくてはならない者は、地方自体代表者､プライマリイケア医師代表（CCG）、職員代表、患者（地域住民）代表など、また病院が医療教育機能を持つ場合は、大学関係者、である。また地域の他の医療機関と共同することが法

により規定されている。すなわち地域医療の担い手である。

NHS-FT 化が促進される理由は、一般的には医療費予算の削減など財政的な理由が強調されるが、医療サービスすなわち患者の医療へのアクセスを質量ともに向上させること、医療従事者の仕事のモチベーションをあげること、医療機関の財政を含めた自主性を拡大することがあげられることにも注目すべきであろう。NHS-FT の考えは、もともと労働党政府のときに作られたものであった。したがって、それぞれの当事者とりわけ、患者市民、職員の関与または参加が制度的に強調されている。たとえば、職員(医師を除く)の雇用は、NHS 賃金制度に基づく(AfC, Agenda for Change)。この制度は、NHS 制度発足の当初の1948年に作られた。2005年度からは、労働組合、事業主(NHS トラスト FT)、政府の三者により基準が決定される。また、他の FT に転職しても NHS 年金制度や NHS 社会保障制度はそのまま適用される。

表 3. NHS職員年間給与モデル 2014／2015(医師以外)
単位：ポンド

	最低	最高
Band 1 (point 2 − 3)	14,294	15,013
Band 2 (point 2 − 8)	14,294	17,425
Band 3 (point 6 −12)	16,271	19,268
Band 4 (point11−17)	18,838	22,016
Band 5 (point16−23)	21,388	27,901
Band 6 (point21−29)	25,783	34,530
Band 7 (point26−34)	30,764	40,558
Band 8 (rangeA, B, C, D) (point 33−50)	39,239	81,618
Band 9 (point49−54)	77,850	98,453

出所：NHS Agenda for Change, 2014／2015
注 1. Band(および point)は職能および知識・熟練度により分かれている。
注 2. 看護師の初任給は Band 5 の最低21,478ポンド。
注 3. 地域で 3 ランク(ロンドンが最高)に分かれている。
注 4. 職能はキャリアアップしていく。

3. ファンデーション・トラストの運営

NHS-FT は自らの土地、建物などの不動産を持つ。これらは、患者に対する医療サービス保障という観点から、法律によって「保護」される。資産を借り入れの担保にすることはできない。また自らの金融資産を持ち、また民間資金や公的資金を、法(Prudencial Code)に基づき借り入れることができる。この場合、借り入れ制限かそれぞれの NHS-FT に準じて適用される。

NHS-FT が自らの財政運営に対する責任と決定権をもつことは、政府が求めた病院経営の効率化の実現にどれだけ実効性をあげているのかは、明らかではない。FT は独自に資金を集め、投資することができる。

NHS-FT の事業で剰余金が出た場合の処分を自由にできる。しかし、NHS 制度との契約関係を通じて、また NHS 開発局(NHS Development Authority)と医療品質委員会(CQC)およびモニター(Monitor)によって監査･監督を受ける。また、NICE(国家診療基準局)の基準に従う。

モニターは、四半期ごとに、FT(および NHS トラスト)について 2 種類の評価付け(rating)を行う。一つは医療サービス評価で、4 段階(1 −リスク度最大、4 −リスク度最小)である。もう一つは、ガバナンス評価で、運営経営管理状態を見るものである。これはグリーン(green, 良)、レッド(red, 不良)、要調査(under review)の 3 段階に分かれる。モニターによる評価付けで直ちに行政的対応がとられるのではない。しかし、モニターが FT が契約違反や NHS 基準などを守らない、財政状態の悪化などの危険があると判断した場合は、FT に対して改善計画を提出するよう要求できる。さらにまたモニターは指示規定(A Guide to special measures)に基づき特別措置として、FT に対して、①その他の FT と共同すること、②改善責任者を新たに指名すること、③FT 内部での経営陣の選出の自由の制限、④経営陣の解雇などの措置、⑤改善計画書の提出、をとることができる。また医療品質委員会(CQC)の再検査を受ける場合もある。CQC の病院調査官(inspector)が医療サービスについて「患者ガイド」に基づいて FT の基準検査を行う。NHS 開発局は NHS トラスト病院の運営を所管し、トラストが FT に移行するように努める。また、患者が医療サービスに苦情がある場合は、医療サービスオンブズマンに訴えることができる。オンブ

ズマン制度は、議員委員会法（1967）と医療サービス委員法（1993）に基づき設置された。NHS以外にも行政一般に対する苦情を受け付けている。

また、NHS-FT の収入は、大別して４種類に分けられる（表５，表６）。ファンデーションの事業内容によってもその内訳比率は異なるので、表に示した事例は一例にすぎない。すなわち、①急性期医療あるいは第二次医療の分野、研究教育分野は、国すなわち NHS 制度から、②プライマリイケアに関わる医療は CCG（家庭医グループ）から、③保健・予防については地方自治体から、④独自金融資産運用などである。

４．事例― チェルシー・アンド・ウエストミンスター・ファンデーション・トラスト NHSFT（CWHFT）

ロンドンにある CWH ファンデーション・トラストの前身は､1994年に聖ステファンズ病院など、５つの病院が集まって作られた NHS トラストである。トラストから FT に移行したのは2006年10月である。周辺地域住民約50万人を対象にしており、年間の病院患者数72万人、救急11,600人、新生児6,000人である(2015)である。分野は急性期、救急、小児科、社会的弱者医療などである。職員数は3,375人（うち女性75％）である。

表４．CWHFT の職員数

部門	人数
医師・歯科医師	622
業務	625
医療支援	353
看護師・看護サービス	1,089
専門技術	360
総務経理	505
その他	0
合計	3,554

出所：Annual Report，2014／2015，CWHFT

表５．CWHFT の財務指標（2014／2015）千ポンド

収入		支出	
事業収入	377,967	事業費用	363,465
		（職員給与、医師除く） （医薬品）	（186,732） （63,502）
事業剰余金			14.562
金融所得（銀行利子）	50	金融負債	828
		公的配当金・資本配当金	11,356
剰余金			2,360(0.6%)
キャッシュフロー			17,771

出所：Annual Report，2014／2015，CWHFT
注：事業収入は、主として各種医療部門の収入。このうち非 NHS の患者収入は15,402である。

表６．CWHFT の事業収入の公的部分の内訳　千ポンド

NHS CCGs’（４CCG）	177,375
NHS イングランド	115,747
地方自治体	15,941
NHS 傷害制度	670
小計	309,733

出所：Annual Report，2014／2015，CWHFT

５．ファンデーション・トラストの組織構造

イングランドでは NHS 法に基づくファンデーション・トラスト（FT）のモデル定款が用意されており、2012年の「医療社会ケア法」の改正に基づいて改正している(改正版2013年４月)。以下、定款（constitution）の骨組みを示す。

FT の目的（第３条）については、「医療サービスのための財とサービスの提供」、「患者への診療、予防。公衆衛生」としている。また「医療サービスによる収入が他の目的より上回ること」と述べているのは、NHS 制度に入っていない民間医療の実施や投資活動などによる収入を指している。

メンバーには定款を認める者は誰でもなれる。理事会メンバー（第５条）については、必ず１名は含めなければいけない当事者として、「行政」、「職員（最低１年以上勤務している者)」､「患者」

と規定している。

年次メンバー総会はFTの最高機関である（第13条）。

運営委員会（Council of Governors）の選任は、保健省の作成した「選出規則」に基づく。運営委員長の任期は3年以内である。再選可。（第14条―第24条）

事業委員会（Boards of Directors）については、専務、会計ディレクターを置く。また、事業委員会には、FTにおける実務責任者となっている者（executive）と、そうでない非常勤（non executive）ディレクターを含む。非常勤ディレクターには、行政メンバー、患者メンバー、さらにFTが医療教育機関として指定されている場合は、大学メンバーを含める（第25条―第40条）。

FTの公的監査については提出する書類が多い。そしてこれらの書類がメンバーたちにいつでも公開されなければならない（第41条）。監査（Inspection）のために用意すべき書類には、定款、年次報告書、会計報告書をはじめ、10種類ある。これらの書類を運営委員会、監査委員会の審査を経て、モニターおよび監査局に提出して承認を受けなければならない。

6．ファンデーション・トラストの経営参加形態

NHS-FTの理事会は11名で構成される。運営メンバーの中には、地域住民も入ることができる。NHS-FTはモデル定款（constitution）に基づき、それぞれの定款を作成している。最高機関はメンバー総会である。正式機関として理事会と運営委員会の二本立てである。住民代表は理事会の方に入る。運営委員会は事業全般の決定実行、すなわち、ビジネスを担当し、理事会はそれを承認する、いわゆるガバナンスを担当する。この二つの機能が分離されて、理事会が実質的な役割を機能させているかが、非営利組織や協同組合など協同組織の存在理由を左右する。

いわゆる、営利企業としての株式会社が株主のためにあるという考え（それが妥当かどうかは問題であるが）と比較すれば、非営利企業のビジネスとガバナンスは、どのような当事者（ステークホルダー）たちのためにあるのか、ステークホルダーたちの機能とは何かが問われなければならない。非営利・協同組織の場合、利用者もそこに働く労働者も、いずれもステークホルダーと見なされる。すなわち、民主的運営経営の原則に基づくものである。一方、株式会社においては、従業員は、運営に関与しない賃金労働者である。

7．患者市民の医療アクセスと参加

（1）患者の医療アクセス

患者の医療アクセスについては、患者の選択権について、保健省のガイドブックにより示されている。自分の家庭医（GP）を選択し登録すること。通院する病院の選択（待ち時間が18週、ガンの場合2週間を超える場合は、病院を変更することができる）。GPにより専門医テストが必要と認められた場合、専門医の選択。産科の選択。地方自治体によるセラピー療法の選択。医療研究への協力。「個人保健予算」の作成（2014年10月より開始。①CCGやNHS機関における医療予算、②共済支払いによる医療予算、③個人負担または会社負担による医療予算）。

（2）患者の医療サービスへの評価・意見

NHS制度における医療サービスの質に対する患者の評価・意見・苦情は、主としてNHS制度に『ヘルスウォッチ』という機関を通じて行っている。たとえばNHS－FT病院についての患者としての評価を5段階星取り表で評価する（医療サービス、清潔さ、職員の態度、待ち時間、治療説明、治療の質、食事の質など）。ヘルスウォッチは医療だけでなく介護社会サービスについても評価を行っている。また患者市民は、公的機関としての保健省、医療品質委員会（CQC）、NHSコミッショニング・ボード（委託委員会）、モニター、地方自治体などにも意見を出すことがができる。NHS-FTの運営への参加については、メンバーになることによって、経営参加することが可能である。

8．ファンデーション・トラストの今後

医療に関わり、医療予算を管理する国、医療サービスを供給する医療機関、そして患者市民という当事者がすべて関われるような医療改革をNHSは進めてきたが、そこに新自由主義的な競争・効率化・営利化、財政緊縮などの圧力も加わった試行錯誤の過程をたどっている。ファンデーション・トラスト化が今後、患者および医療従事者が共同することによって、双方にとって良い方向に進むのか、それとも営利化の圧力の下に偏向してくのかは予断を許さない。少なくともファンデーション・トラストが非営利原則を堅持していけば、医療の普遍性・公正性および医療従事者のよい仕事への大筋は確保できるであろう。

主要文献

Annual report 2014/2015 CWHFT
Annual report and Acount 2013/2014, NTH FT
NHS Foundation Trust Model Core Constitution, 2013, Ministry of Health
Annual Review 2013/2014, NWLH Trust,

（いしづか　ひでお、研究所主任研究員）

BOOK

地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ報告書『地域の医療供給と公益性―自治体病院の経営と課題』

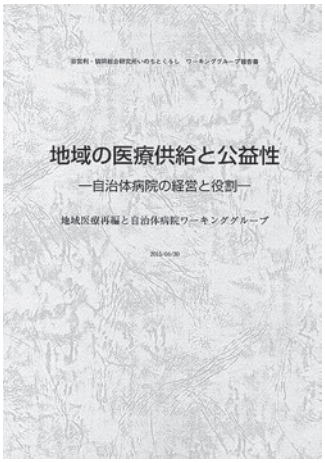
田岡　康秀

私は大阪府立病院機構労働組合書記長で、大阪府立急性期・総合医療センター事務局で勤務している。大阪府立の５病院は2006年４月に地方独立行政法人化（2014年４月に非公務員化）され、10年目を迎える。2008年に就任した橋下府知事は非公務員化を明らかにし、運営費負担金を減らすとともに、大阪市長に転身後は大阪府市統合本部で、住吉市民病院の廃止と大阪府立急性期・総合医療センターへの統合、府市病院の統合をすすめ、自治体病院をお荷物と評価する一方で健康・医療を成長戦略に利用しようとする大阪府市医療戦略会議を主導してきた。

私は、公立病院はどんな経営形態であれ自治体病院であり、そこで働く人々は自治体労働者だと認識している。地域住民の立場に立った自治体病院づくりのために、労働運動でも、日常業務でもその姿勢を貫いてきたと自負している。橋下維新の会が進める住吉市民病院の廃止に反対する住民運動にかかわり、自治体病院の役割を果たすよう運動を進めてきた。

本書は多彩な分野で活躍している経験豊富な執筆陣が分担して書いており、読み応えのある報告書であると同時に、各章の分析が自治体労働運動にとって大変参考になるものとなっている。自治体病院の存在意義を明確にし、住民合意の図れる内容になっている。

第１章の村口至氏の論文は、東日本大震災後の地域医療復旧復興の状況が岩手県と宮城県で違ったことを、地域の開業医などのヒアリングをもとに教訓を引き出している。岩手県は開業医の地元での再開が比較的早くでき地域医療の復旧も早かった。一方、宮城県は開業医が仙台市など都市部で再開せざるをえなかったことを紹介し、その背景を分析している。



村口氏は、宮城県では県・県立病院と医師会など地域の横の連携が希薄で県の姿が見えなかったと指摘し、知事の政治姿勢の違いも影響していると感じている。震災後の民間医療機関への補助率は、岩手県は当初から３／４を支援したが、宮城県は１／３、１／２、２／３と徐々に引き上げてきたのが復興の遅れの原因になっている。

「地域医療計画策定懇話会」の委員構成でも、専門家中心の委員構成で東北メディカル・メガバンク構想や創造的復興など成長戦略とも呼応する知事の姿勢は、岩手県とはっきり違いがあらわれている。地域団体や市町村代表などを入れた岩手県では、運営には時間がかったとは思うが、住民合意をはかれば協力体制をとりやすく、結果として地域医療の復旧復興も早かったということである。大阪でも橋下大阪市長のように強いリーダー

シップによるトップダウンの政治が成果を得ているような報道があるが、実態は住民の声を抑えているだけである。住民合意をはかる地道な取り組みが復興支援という点でも近道だったことがうかがえる。

村口氏は、個々の保健師等は頑張っていても、保健所の顔が見えなかったと指摘しているが、その原因を1995年の地域保健法など保健所機能の縮小後退に求めている。20年近く前の改悪が地域をむしばんでいる姿は、自治体病院の縮小政策とダブって見えてくる。

第２章の八田英之論文は、地域医療の崩壊の原因の一つに医師の臨床研修義務化がクローズアップされがちだが、積年の自民党政権の低医療費政策による日本の医療システム歪みの蓄積と新自由主義的改革が飽和点に達した結果であり、医師臨床研修義務化は引き金にすぎないと分析している。診療報酬制度の問題、医師の過重労働、医師患者関係、行政改革の問題など多角的に検討して結論付けている。

また、病院崩壊に対する国の対策に検討を加え、地域医療再生計画で医療供給体制の縮小再編成が貫かれていることに、注意を促している。さらに、自治体病院の現状を分析し、この間の地域医療の崩壊は自治体病院の崩壊であり、自治体の財政危機を理由とした自治体病院の縮小は、結局、住民が安心して暮らせない、地域そのものの崩壊につながると警告している。

八田氏は、医療崩壊に対する全国の住民運動を検討し、労働組合が危機感をもって「守る会」などを組織した場合、医師との共同や病院・自治体を巻き込めない弱点がある一方で、逆に、行革を推進する立場からの住民運動も見られ、医師との共同が重要であるという教訓を導き出している。自治体病院の経営形態の問題や経営問題の本質は何かということも問いかけているが、自治体病院の労働運動にとっておさえておくべきものだと感じた。自治体病院の存在意義を明確にし、地域創生と結びついた自治体病院つぶしに対する運動の方向性が示されている。

第３章の山本裕論文は、自治労連医療部会の豊富な経験をもとに、全国の特徴的な運動を分析し、そのあり方を提言している。総務省の「公立病院改革ガイドライン」による自治体病院再編を細かく分析し、経営効率最優先で医療政策抜きの再編見直しが地域医療の崩壊に結びついたと指摘している。

それだけではなく、自治体労働者の粘り強いたたかいも詳細に紹介され、それぞれの課題に応じたたたかいの教訓が明らかにされており、参考になる。安倍暴走内閣のもとで新たな段階を迎えている地域医療の情勢の中で、自治体病院の存在意義を常に再確認し、地域全体で共有し、共同した粘り強いたたかいが求められる。

第４章の根本守論文は、財政分析を通じて自治体病院の存在意義と課題を明確にしている。とかく、財政のことになると、医療従事者は数字に弱く、見るだけで頭が痛くなるという人が多い。結論だけを求めるものも多いが、このような分析方法で、このような考え方をするのか、という思考過程がわかり、納得の出来るものとなっている。病院ではベンチマークとか経営指標など経営優先の比較分析が強調されるが、非営利という視点からの経営分析は重要である。また、自治体病院の経営形態によって改革が進むというものでもないことを明らかにしている。

個々の会計項目の分析はお読みいただくとして、私からは一点指摘したい。根本氏は、自治体病院の委託費の割合が高い点を「人件費等の代替的要素を含むので、その点を考慮した評価が求められる」としている。現場の感覚としては、委託化する場合、労働組合よりも当局サイドが委託業務をふくらませ、サービス改善に利用するという傾向があり、公契約条例や非正規労働者の待遇改善の観点も考慮しないといけないと感じる。

自治体病院は一般会計からの繰入金（運営費負担金）がなければ成り立たない。このような補助制度に対し不要論を唱える新自由主義改革者も存在するが、「明確な基準での補助金等の支給は正当性があり、それを維持発展させていくべきだ」という論者の視点に敬意を表したい。

第５章の石塚論文は、非営利・協同セクターが

活発なイタリア・ボローニャ地域の医療システムの紹介を通して、医療公社（医療だけでなく公衆衛生、介護、医療教育など広範囲をカバー）に対する住民参加が権利として保障されていることを明らかにしている。イタリアの医療制度の歴史の中で住民運動の果たした役割が感じられる。日本の医療制度の歴史と比較すれば面白いと思った。

自治体病院の存在意義、経営形態や経営のあり方、補助金のあり方、地域との連携のあり方、住民運動や共同のあり方など論点は多彩である。高山一夫報告にもあるように、住民にもわかる補助基準をどのように提示するか、課題と言える。大阪では「民間病院が多い大阪には公立病院の役割を見直すべき」（府市統合本部会議）という発言も飛び出し、橋下市長も「多額な税金を投入するのは間違っている」と議会答弁している。村口氏が指摘するように大都市で県や自治体病院が地域医療にどうかかわっていくか、一層の議論が必要である。

最後に、民間や民医連が行う非営利の分野への公的支援の問題にも言及している（根本論文）。このことは当然であると思うが、今日、非営利ホールディングや民間病院の非営利増益モデル（大阪府市医療戦略会議）という表現が使われ、内容的には営利的な医療でも非営利のごとく扱う動きがあり、非営利・協同の運動をあいまいにする策動ともいえるので、自治体病院との連携という課題は重要だと思う。

私が関わっている住吉市民病院の廃止反対のたたかいは、２年前に廃止条例が市議会で可決されたにもかかわらず、現地建て替えの運動が一層大きくなっている。報告書の各論文が分析しているように、地域住民と自治体労働者（自治労連）、地域医師会などがつながった運動が大きな力になり、自治体病院と地域医療を守り発展させるポイントだということがわかる。

自治体労働者はもちろん、多くの住民のみなさんに一読をお勧めしたい。

（たおか　やすひで、大阪府立病院機構労働組合書記長）

地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ報告書

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・ボ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（ﾜｰｷﾝｸﾞﾍﾟｰﾊﾟｰ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
髙山一夫（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・ボ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			

〈医療政策・研究史〉（10）

グローバル医療政策学へ

野村　拓

●もっとのびやかな社会科学を

前回まで、主として私自身の医療政策研究のプロセス史について述べて来た。そして、重点的にトレースする必要のある日本医療団史についてはリフレーン的に再検討を試みた。そして、研究プロセスを公開することによって後継的研究者の研究効率化に貢献したつもりである。もっと率直に言えば、用心深く萎縮した「本」からは得られない情報を提供したつもりである。このような形での研究情報提供は今後もつづけるつもりだが、ここで、日本の社会科学者が、もっと広い視野から、のびやかに研究を展開されることを提言したい。

私に言わせれば、社会科学とは、つねにトータル・ビジョンと展望とを提供し、社会にはたらきかける意味と気概を教える学問、ということになる。その意味で「社会」という名の重箱の隅をつつきまわして論文化するものは、既に社会科学の名に値せず、権力者の力を借りるまでもなく、みずから滅びる学問である。既存、既製の約束事にしばられて、すでに「社会科学的な頭の回転」の止まってしまっている人間が少なからず見受けられる。

例えば、医者でもあった本居宣長の『全集』には診療録が載っており「熊吉から20文」などと書かれてある。熊吉や留吉から金を取って生活しているのであれば、藩医や御典医ではなく（兼務というケースもあるが）「町医者」のカテゴリーに入る。

では、お抱え医者、侍医ではない町医者、市民の医者のルーツは、とさかのぼって世界史の骨格部分にたどりつくのが社会科学のABCではないか。オランダ独立革命（1609–48）まで逆上るべきか、あるいはイギリス市民革命（1649–1688）あたりにねらいを定めるべき、ということである。

ここで浮かび上がってくるのが、「イギリスのヒポクラテス」と言われ、ピュリタン革命の戦士でもあった町医者、トーマス・シデナム（1624–1689）である。シデナムは「教典」にどう書いてあるか、よりも、目の前の患者の状態の方を重視した。そして臨床的観察に立脚して「疾病のNatural History」を『医学的諸観察』（1660）としてまとめ、この時期、すでに「貧血の鉄療法」に関説している。

市民革命、市民の医者、臨床医学の確立の一体性については、さらに掘り下げて研究する必要があるが、例えば、コルセットを外さない宮廷女性への産科診断は間違いやすいし、直接触れることが許されず、「糸診」でのバイタル・サインの確認などできるはずもない。要するに、臨床医学のベースには横ならびの市民関係があった、ということである。

いや、そういう医学史的事項は医学部で、などと言っている社会科学者は落第である。市民革命の結果、生まれた独立自営農民は「王国の華」と言われ、みずからの土地、そして「土」を大切にした。馬耕法と「ノーフォーク輪作」によって「土」を肥やした。大麦、小麦にクローバー（まめ科植物）や「燕」（家畜飼料）組み込む輪作によって、略奪式農業から土地を肥やす農業へと転換させたわけである。つまり、まめ科植物の根瘤バクテリアによるチッソの取り込み、飼料作物がもたらすきゅう肥のすきこみなどによる土壌改良であった。ワーテルローの戦いは「ノーフォーク輪作」によるイギリス農業生産力の勝利と言われる所以である。その問題は農学部の問題という社会科学者は社会科学者であることをやめた方がいい。日本で翻訳が出されたホグベンの『市民の科学』で

は、Turnip（蕪）をチューリップ（Tulip）と訳しているから、ワーテルローに、錦上華を添えている。

イギリスで「ノーフォーク輪作」が生まれたころ、フランスでは医師、フランソワ・ケネー（1694–1774）がウィリアム・ハーヴェー（1578–1657）の「血液循環の原理」にヒントを得た形で『経済表』（1758）を作成した。「ノーフォーク輪作」が「土」の再生産であるとすれば、「経済表」は「農民生活の再生産」のありようを示したものである。そして、おなじころ、プロシャ、オーストリーでは、「上からの近代化」をめざす「カメラリズム」（官房学派）が登場する。「ノーフォーク輪作」を理論化したアルブレヒト・フォン・テーア（1752–1828）の「腐植土」（Humus）理論に代表される農政学派、国民の健康のための医学的警察を主張したヨハン・ペーター・フランク（1745–1821）に代表される医政学派など「官房学派」に包含されるとみなすことができるが、フランクはミラボーと親交があったといわれるから「上から」ときめつけるわけにはいかないだろう。

では、なぜ、農政学と医政学が同居したのか。それは「飢え」と「疫病」が人類の脅威の双璧だったからである。その後300年を経て、「土」をダメにしながら遺伝子組み換え作物による支配を推進する穀物メジャー、その健康問題への跳ね返り、などに取り組む場合、より広い視野、のびやかな方法論を備えた新しい社会科学がもとめられるのではないだろうか。

そして、「飢え」や「疫病」以上に重大な脅威は戦争である。考えてみれば、日本の社会科学は国家が戦争に向かうときに虐待された。社会や政治のあり方を問う科学は邪魔になるらしいのである。かつて日本が戦争への坂道をころげはじめたときに社会科学への弾圧が始まった。滝川事件（1933）の年に、『女工と結核』の著者、石原修（1885–1947）も文官分限令により阪大医学部を追われた。

そして、理科系だけに徴兵猶予の制度をもうけ人文科学系を虐待した。自然科学は戦力増強に貢献しうるが、社会科学は戦争のさまたげになるという考え方である。だから戦争が終わるまで「社会科学」という学問が存在することすら知らない学生がいた。

戦後、いたるところで学生による「社会科学研究会」が組織されたのは、「社会に関する科学」が成り立ちうることにたいする新鮮な驚きによるものであった。その後70年近く経ち、医師の社会科学的認識水準はむしろ低下気味で、医療をテーマとする社会科学者の育ち方ももひとつという状況である。社会科学が消滅したとき、科学は戦争貢献学に堕落するおそれがある。このような危険な傾向を阻止・克服しうる「魅力ある医療政策学」の構築を考えその前史的学説史を、いうのがこの連載であった。では、医療政策学とはなにか、これについての私見は以下のとおりである。

「医療政策学」とは、権力と人間存在との関係を、健康、病気、飢え、貧困などの日常語を介して明らかにし、人権の確保とその可能性を医療サイド、市民サイドから明らかにすることを目的とする。

ある意味で、「医療政策学」は「生存の脅威」に対する権力者的対応と庶民的対応の歴史である、とも言える。ペスト、コレラの大流行よりも、飢饉、凶作による餓死の方が多ければ「医療政策学」は「農政学的・医療政策学」とならざるを得ない。日本における安藤昌益などはこのカテゴリーに属する。

では、経済大国、日本の都市の一隅でおきる「餓死」をどう考えるべきか。「都市の一隅」で起きる餓死には加齢、失業、生活保護行政の不備などが考えられるが、歴史的に見れば、日本農業、農村社会がもっていた「社会保障的クッション」の役割の喪失を重視しなければならない。そして、この「社会保障的クッション」としての農業・農村社会の役割については、グローバルな世界史的認識なしには理解できないものである。

●「本」とノートの間ー「ルーズリーフ本」

2014年の夏ごろから、私は同好、同学の士を対象に「ルーズリーフ本」を出し始めた。出版の場合の採算ベースの部数とそれを必要とする同学の士の数とがかけはなれているからである。手づくりなので、少々高くつくが、丸善経由で入ってくる洋書の平均価格と比べてどうか、戦前、改造社

が「円本」を出したときの１円は労働者の日当だったが、などと理屈をつけている。そして、ほぼ１年の間に第１シリーズとして次の17冊を作成した。

（Vol.１.）『自分史100話』
（Vol.２.）『海軍史と医学史』
（Vol.３.）『ショート・ストーリー・メイク』
（Vol.４.）『語り得る〈限界時代〉と〈限界世代〉』
（Vol.５.）『医療史の核・「日本医療団」』（開業保険医シリーズ・C巻）
（Vol.６.）『医療・福祉職の世界史』
（Vol.７.）『看護の社会科学』
（Vol.８.）『健康保険スタート事情』（開業保険医シリーズ・A巻）
（Vol.９.）『戦争に向かう医療』（開業保険医シリーズ・B巻）
（Vol.10.）『「武見日医の25年」と逆風の1980年代』（開業保険医シリーズ・E巻）
（Vol.11.）『占領･民主化･カオスの中の医療』（開業保険医シリーズ・D巻）
（Vol.12.）『開業保険医のスタンス』（開業保険医シリーズ・F巻）
（Vol.13.）『洋書分類学―読まずに強くなる』
（Vol.14.）『反認知症的生き方』
（Vol.15.）『「本」の社会科学』
（Vol.16.）『グローバル薬味学』
（Vol.17.）『「研究的」･「評論的」･「編集的」･「エッセー的」』

まず豊かな世界史的知識とそれをフラッシュする能力がもとめられるが、記憶量を豊かにする、ということは、各種情報を「自分史座標」に取り込み位置づけることである。そのために情報がはりつきやすいように「自分史座標」を整備することであり、その方法をしめしたものが（Vol.１.）『自分史100話』である。情報には「単品情報」と「連鎖情報」とがあり、ストーリー化した情報は座標軸にはりつきやすく、「単品情報」は抜けやすいので、まずは「100話方式」で、ということである。

しかし、世界史的事項を「自分史座標」に取り込むには、いささか距離がありすぎるので、人それぞれに「中間項」をもうけるのがよかろう、ということで、私の場合は（Vol.２.）『海軍史と医学史』を取り上げた。大航海時代から帝国主義段階まで、世界史を効率的にとらえるのに、海軍史は便利であり、「海乞食」からスタートしたオランダ海軍と２等軍医ポンペ(1829-1908)、という流れも、ヘルマン・ブールハーヴェ（1668-1738）による臨床医学の確立―坪井信道―緒方洪庵の「適塾」、という流れも、日本の濃縮化された「近代」をとらえるのに必要な学習コースである。

（Vol.３.）『ショート・ストーリー・メイク』は「情報の連鎖化」のための短文づくり事例集である。200字あれば話にオチがつけられることを知っておいた方がいいだろう。そして1,000字あれば、なんでもいける、ということも。

今年は「戦後70年」でいろんな特集が組まれたが、大事なのは「奈落からはい上がった70年」よりも、その前の「奈落へ転がり落ちた10年間」である。しかし、この時期を語れる人が少なくなったので、（Vol.４.）『語り得る〈限界時代〉と〈限界世代〉』を作成してみた。

「連鎖情報」と「座標軸」との関係は、鶏と卵のような関係だが、本誌連載の「社会福祉と医療政策・100話」を世界史的に再編・補強したものが（Vol.６.）『医療・福祉職の世界史』である。

イギリスの看護史には「看護は教会から生まれ、軍が育てた」という記述がある。この記述の是非はとにかく、この種の骨格的記述が日本の看護史には欠けているので、「まず竜骨を据えて」というメッセージを盛り込んだのが（Vol.７.）『看護の社会科学』である。イギリスでは『看護と社会政策』という本が出されているし、アメリカ看護協会（ANA）は1980年に『社会政策声明』を公表しているが、「社会政策」という言葉がピンとこない看護師を養成している日本の看護教育には問題があるのではないか。

もちろん、医師の社会科学的認識水準にも問題があるので、このシリーズ17冊のうち、６冊で、次のような『開業保険医シリーズ』を構成した。

A巻　『健康保険スタート事情』（Vol.８.）
B巻　『戦争に向かう医療』（Vol.９.）
C巻　『医療史の核･「日本医療団」』（Vol.５.）

D 巻　『占領・民主化・カオスの中の医療』（Vol.11.）
E 巻　『「武見日医の25年」と逆風の1980年代』（Vol.10.）
F 巻　『開業保険医のスタンス』（Vol.12.）

ここでは、「まわり道でも世界史的学習を、開業医を『特殊日本的』ととらえる狭い視野からは展望は生まれないよ」、というメッセージを中心に据えている。

（Vol.13.）『洋書分類学―読まずに強くなる』はその方向にむけての一助であり、風呂敷を広げすぎて「時間ぎれ」にならないための心掛けが（Vol.14.）『反認知症的生き方』である。そして、そもそも「ルーズリーフ本」を思いつくにいたった動機は「本」の「読み捨て・量産本（ディスポン）化」にある、という視点で社会科学的に「本」をとりあげたのが（Vol.15.）『「本」の社会科学』である。

●開業保険医シリーズ

これらのなかで、「開業保険医シリーズ」の6冊は、これから舵取りの難しい開業保険医団体が目配りするべき事項として、次に目次的内容を掲げることにする。

A 巻　『健康保険スタート事情』（Vol.8.）
1．前提的予備知識
（1）『戦後開業医運動の歴史に欠けているもの』（1995）
（2）まわり道でも、ミニマムの世界史的認識を
（3）いま、アベノミクス御用学者はイギリス型GPを推奨しているが
（4）イギリス医療史では
（5）大英帝国の「ミドル」とは
〈植民地支配と「ミドル」〉
（6）アメリカの「ミドル」は
（7）日本の場合
〈開業医の「国民体力管理医」選任状況・1938〉
〈1949年段階での「登録人頭式」研究〉
（8）「前提的予備知識」の総括
2．市民革命、市民の医者、臨床医学
〈Hermann Boerhaave　1668-1738〉
3．日本における社会政策的段階
（1）日本の開業医、明治、そして大正
（2）「開業医六十年瞥見史」（1939）
（3）大正期の開業医―山崎佐の著書から
（4）「社会政策段階」を代表する2著
〈桑田熊蔵『工場法と労働保険』1909〉
〈光岡安芸『国勢調査論』1912〉
（5）大原社会問題研究所と『日本社会衛生年鑑』
（6）東大社医研『医療の社会化』（1926）
（7）『医療社会化の道標』
（8）無産者医療運動
4．プレ健保時代の総括
〈実費診療所〉
〈医療利用組合〉
〈無産者医療運動〉
〈健保反対スト〉
5．健保、1990年代での総括
（1）健保制度発足当時の基本的枠組み
（2）政府と日医との請け負い診療契約（政管健保）としての保険診療
（3）請け負い契約者である日医が保険診療を行った保険医に対する診療報酬分配原理が点数・単価制
（4）はやばやと国民医療費統計
（5）保険診療の拡大と保険医の不満
（6）国民医療法（1942）による供給体制の一元化と「医療保険一元化」、そして国民皆保険のかけ声
（7）新憲法、社会保障の理念のもとでの保険医運動
（8）戦中・戦後の単価
（9）労医提携と予算の補正
（10）「薬価差益があるのだから」という単価固定による抑制策
（11）高度経済成長、医療技術革新時代における「点数いじり」
（12）石油ショックと省資源、省エネルギーの知識集約型産業―医療産業
（13）ゼロサム時代（1981.6.1. 改定）
（14）ゼロサム +「福祉肩代わりインセンティブ」（1992.4.）

（15）展望

B 巻　『戦争に向かう医療』（Vol. 9 . ）

1 .「複線医療」へ
2 . 政府管掌健保と組合管掌健保
3 . 社会政策的要請と開業医制とのドッキング
4 .「大阪保険医協会」（1938）
5 . 医学雑誌での昭和戦前期
6 . 無医村を抱え、徴兵検査成績は低下
7 . 国民医療法準備期の医療統計
8 . 有事戦争博物館

C 巻　『医療史の核・「日本医療団」』（Vol. 5 . ）

1 . 問答無用の「マル秘」路線・1938
〈話題の間奏曲・医学雑誌のナチ賛美〉
2 .「軍医予備員令」（1937）
3 . 医薬制度調査会(1938)とその答申(1940)「全文」
〈話題の間奏曲・体力章検定〉
〈話題の間奏曲・なぜ「戦時下」の研究 ?〉
〈話題の間奏曲・満州国の医師法〉
4 . 内務省「マル秘」文書（1937）から
・昭和12年度設置保健所一覧表
・保健婦ニ関スル調
・保健婦は「養成」ではなく「練成」
・保健所法改正案も「マル秘」
・保健所で調査すべき筆頭項目は「地域別・徴兵検査成績」
〈話題の間奏曲・乳幼児栄養の国家管理〉
5 . 体力管理も「マル秘」
・体力手帳
・国民体力法関係法規集
・体力検査精密検診指針
〈話題の間奏曲・そのころの医薬品広告〉
6 . 医療管理は「極秘」
・（極秘）医療営団（仮称）設立要綱
・（極秘）医療管理要綱概要
7 .「国民医療法」案も「マル秘」（全文）
・国民医療法と「国民皆保険」
・日本医療団がめざしたピラミッド型の医療体系
〈話題の間奏曲・そのころの厚生省人事〉
8 .『日本医療団史』と言う本
9 . 国が考えた３本の矢
〈話題の間奏曲・女医界だより〉
10.「日本医療団情報」と「日本医療団報」
・高野六郎 : 日本医療団の医療施設
・三宅正一 : 国民皆保険と日本医療団の使命
11. 調査報告資料
・「一般体系医療施設経理調査報告書」
・「全国助産婦並に産婦人科取扱病産院の分布状況」
・「東京都に於ける産婦人科取扱病産院施設調査」
・「旧東京市の出生状態」
〈話題の間奏曲・最初の医師国試 ?〉

D 巻　『占領･民主化･カオスの中の医療』(Vol.11.)

1 . 出足早の医療民主化運動
2 .「お役所」は「民主的傾向」に「照応」
3 .「統計空白時代」（1944-46）
4 . 未完成「年表」における敗戦直後の時期
5 . 占領とは―予算書の和文英訳
6 .「西日本」ではなく「南日本」で
7 . 占領下の研究のその後は？
8 . 横ならびのドン底生活
〈大阪府に於ける医師最低生活の測定〉
9 . なぜか生計費統計は「極秘」
10. ヤミ屋さんの生計費例も
〈社会保障綜合基礎調査〉
11. もう一度、基本資料の洗い直しを
12.『医療統計調査報告』
13.『岩手の保健』『信濃衛生』『厚生』
14. 医学生たち
15. 社会保障の追求と人権意識
16. 厚生省がましだったころ

E 巻　『「武見日医の25年」と逆風の1980年代』（Vol.10）

1 .「出おくれ日医」のパフォーマンス
2 .『現代の医療政策』（1972）から
3 . 1970年代後半の医療問題
4 . 日医の政治的動向
5 .『日本医師会』（1976）
6 . 講演の演題としての『日本医師会論』
7 . 日本医師会と医療行政
8 . 逆風の予告編―「今次健保改悪案と日本医師会」
9 .『武見日医の25年』
10. 時評での日医会長交代
11. 逆風の1980年代と日本医師会
12. 健保改悪案にみる軍事優先路線

13．２次医療圏単位での病床規制
14．国立病院つぶし
15．怪しげな事業体・オンパレード―国立病院・自治体病院つぶしから「介護保険」がらみ―
16．地域社会の「市場化」と1.5次医療
　1）日本の重装備1.5次医療の歴史
　2）イギリス GP の「救貧医」的軽装備
　3）「ミドル」相手のアメリカ専門医
　4）日本的マッチングの国際比較

F 巻　『開業保険医のスタンス』（Vol.12.）
1．まず診療報酬問題
（1）診療報酬のプロ
（2）診療報酬・今昔物語―その政治力学的文脈
（3）人とモノの評価―歴史的堆積物としての診療報酬体系
2．国保の歴史のおさらい
（1）『新・国保読本』（2014）から
（2）2011年は国保50年
3．なにが医療を動かしているか
（1）医療政策と医療運動
（2）診療報酬と医療費
（3）市場・保障・折り合い
（4）日本医療への目線
（5）グローバリゼーションと医療
（6）はたらきかけ
4．日本の開業保険医のスタンス
（1）「複線化医療」への抵抗
（2）『アルマ・アタ宣言』（1978）と「象牙の塔・症候群」（1988）―「格差医療」「健康格差」の国際的克服
（3）『開業医宣言』（1988）
〈ヒポクラテスから「開業医宣言」まで〉
5．国立病院つぶしと魑魅魍魎的事業体の参入―医療の市場化
（1）1980年代の逆風
（2）民活化トリオ―サッチャー、レーガン、中曽根
（3）国民医療総合対策本部・中間報告
（4）国立病院つぶしへのコンサルタント会社の参入
〈コンサルタント会社〉
6．システム総合開発研究所
〈国立湊病院移譲問題における「シス研」所長の発言〉
7．地域医療振興協会
〈地域医療振興協会役員名簿〉
〈協会の活動と管理委託の仕組み〉
8．研究者の魑魅魍魎化と医療産業都市
（1）改竄、捏造にいたる医療史散見―市場化、競争、密室化
（2）コンサル屋の営業品目としての「医療政策」
〈コラム・1〉医療費抑制策へ、自治医大、産業医大の関与
9．地域・自治体病院・開業医
〈地域医療・地域保健のあり方を考える〉
〈コラム・2〉草の根・社会保障
10．医療情勢のとらえ方
（1）日本医療への目線
（2）日本医療への国際的評価
（3）日本医療のアクセスを問う―「アクセスの良さ」再考
（4）「1.5次医療」というべきか
〈往診カバンから重装備へ―看板、標榜科目、マッチング〉
11．「土」と「草の根」からの運動を
〈「土」をダメにするグローバリゼーションと「土」と医療を結んだ日本の国保運動〉
もう一度、マニフェストを

このような６冊の「開業保険医シリーズ」がそのまま「本」になる可能性はまずないが、「中間製品的な役割」は果たし得る。

例えば、「戦後70年の医療の総括」する雑誌論文を依頼されたときなど、比較的簡単に原稿ができあがる。それだけではない。

「戦後70年というのは、奈落のそこからはいあがった70年でしょう。もっと大事なことは奈落へ転がり落ちた10年間です。」と編集者をたしなめながら、（Vol.４.）『語り得る〈限界時代〉と〈限界世代〉』をネタに使えばいい。

このルーズリーフ本は中間製品プールのようなもので、たとえは適切でないかもしれないが、紙漉き原液のようなものである。そして、ご要望があれば、漉いて「ペーパー」にするわけである。

●グローバル医療政策学の構想

では、次の紙漉き原液づくりはなにをテーマとするか。生きていれば、の話だが、ルーズリーフ本、５、６冊分のテーマとしては『グローバル医療政策学』などどうだろうか。「緑」と「土」とを視野に入れた「医療のわかる社会科学者の養成」と医師層の社会科学的認識の深化を目指して、以下のような構想を考えている。

〈グローバル医療政策学の構想〉

１．前提となる世界史的認識
（１）『医療・福祉職の世界史』（リーダーズ・ファイル―以下「RF」Vol.６.）
（２）『20世紀の医療史』（2002、本の泉社）
（３）「建艦競争年表」―（「RF」Vol.２.『海軍史と医学史』
（４）医療政策史における1911年

２．グローバリズム―「帝国主義」「覇権主義」との異同
（１）西部への開発前線が太平洋岸に達した時期と「マーケティング理論」
（２）グローバリズムの起点を米西戦争（1898）とする本
（３）キューバ革命の原点を1898年とする本
（４）ハワイ領有（1898）と「らい患者」のモロカイ島への追放
（５）「らい」対策における「開明性」（ノルウェー）と帝国主義性（アメリカ）

３．植民地支配と経済的多国籍化
（１）「市民革命」と町医者
（２）社会政策的段階（「RF」Vol.８.『健康保険スタート事情』）
（３）改正救貧法（1834）による「救貧医」（英）
（４）疾病保険法（1883）による「金庫医」（独）
（５）1911年の「国民保険法」（英）
（６）医療の複線化―流入労働力確保のための「聴診器医療」と「ミドル」のための高度専門医療
（７）植民地再分割戦争（第１次大戦）不参加の北欧諸国は「経済的多国籍化」と公費医療

４．植民地帝国の「ミドル」と新世界の「ミドル」
（１）イギリスGPの病院からの「追い出され」―移民、貧困層はGPのコンサルテーションまで
（２）1880年代のアメリカでは「ミドル」を対象に「貧困見物ツアー」
（３）北部の「ミドル」はせっせと働いて財を成し、南部の「ミドル」は奴隷を働かせて財をなし、「ミドル」対象のGPがオープンシステムの病院をつくり（1895年の医療政策―『20世紀の医療史』）
（４）アメリカの場合、「ミドル」の下は医療の圏外
（５）「ミドル」対象のアメリカGPの医療は「キャデラック医療」で、イギリスGPやドイツ保険医の医療は「フォルクスワーゲン医療」
（６）1927年のイギリス「ミドル」対象の住宅展―テニスコートとセントラルヒーティングは常識（「RF」Vol.15.『「本」の社会科学』）
（７）1930年の大英帝国植民地統計

５．「医療の複線化」、その解消
（１）「薬価講」「医療利用組合」そして「実費・軽費診療」
（２）「医療の社会化・無産者医療運動」
（３）「円」単位の医師会規定料金と「銭」単位の健康保険診療
（４）保険診療を蔑視せずに改善する運動
（５）戦後における開花―「保険で良い医療を」

６．医療の国家管理モデル・「日本医療団」
（１）結核対策
（２）ピラミッド型・一般医療体系
（３）官製日本医師会の会長を日本医療団総裁が兼務
（４）国民皆保険
（５）標榜科目は自由
（６）どこで「折り合い」をつけるか

７．CBA（費用便益分析）、CEA（費用効果分析）、そして国際比較
（１）American Health Policy（1974）の問題提起
（２）OECD統計
（３）1980年代の医療国際比較書―HMO、病院チェーン、DRG
（４）日本の「兼業医家」的専門医統計

（5）ANA（アメリカ看護協会）『社会政策声明』—これ以上の専門分化は不要
（6）『アルマ・アタ宣言』（1978）
（7）WHOの『「象牙の塔・症候群」批判』（1988）、「開業医宣言（案）」（1988）保団連

8．日本医療への国際的目線
（1）低コスト・平等主義
（2）日本企業の低医療費負担
（3）乳児死亡率の低さ、零歳平均余命の高さ
（4）開業医の重装備はかえって効率的
（5）日本は「皆民間医療保険」と誤解している学者も
（6）『グローバル日本化』という本も
（7）医療カイゼン
（8）日本的「折り合いネットワーク」

9．「医・産複合体」「軍・産複合体」そして軍事的港湾型医療産業都市
（1）ハブ空港・医療産業都市・仁川
（2）真似をして走る神戸、捏造・改竄都市
（3）海軍造船所、ボーイング社、そしてスウェーデン医療センター、シアトル市
（4）「福祉市場」とロッキード・マーチン社
（5）潜水艦専門の造船所、ポートアイランド、神戸市

10．労働力の国際流動、移民とグローバル・ボトムライン形成
（1）バングラデシュの縫製工場
（2）経済的ボトムラインのその下
（3）「兵隊」と「売春」のための人身売買
（4）植民地支配の反対給付—感染症と移民受け入れ
（5）アンチ・グローバリゼーションの動きいろいろ
（6）国境を超えた労働者の運動
（7）草の根・社会保障運動

11．「素人農業」「グリン・ケア」も視野に
（1）かつて「ミドル」や「社会保障」の財源を生んだ植民地支配のメリットは「移民」の受け入れなどによって消える
（2）地表の「コンクリート化」によって増大する高齢者用社会保障費抑制のための「グリン・イノベーション」を試みる
（3）２世代型・菜園つきセカンドハウスなども考える。
（4）「農政学」（テーア）と「医政学」（フランク）とが同居していた「カメラリズム」までさかのぼって「グローバル医療政策学」を構築する。

この「農政学」と「医政学」とのかかわりについて、私は武見太郎に影響を与えた、などとうぬぼれているわけではないが、1969年段階における両者の論説を、タイムシリーズで、次に掲げることにする。

「かつて、農政学や農業経済学は、育種学・土壌肥料学等の自然科学的技術と、日本の農業問題・農民問題とを結びつける役割を果した。明治以来、日本の農業問題・農民問題は、それだけの重味をもっていたからであろう。

しかし、今日の医療問題・健康問題は、かつての農業問題・農民問題にまさるとも劣らぬウェイトを占めつつある。にも拘らず、医療の社会学、医療の経済学などが、いまだに未成熟であり、その必要性に対する認識が浸透していないのはまことに残念なことといわなければならない」（野村拓・「薬の社会科学」へ・「医薬ジャーナル」・1969.4）

「農学部におきましては農政学というふうな特別な学問がございますが、医学部におきましては医政学というものはなくて医療技術学で終始しておりまして、マクロ的な視野が養成されなかったというところに私は問題があると思います。……農学部が農政学と技術学とを総合した農学部教育であったことに対し、医師のほうは医療技術学に終始して医政学がなかったところに非常に大きな片ちんばな教育が行なわれてまいりました」（武見太郎・医療の創造的発展・日医誌・1969.10.1）

さいごに「カメラリズム」における「農政学」と「医政学」との一体化、をもってきたのは、例えば、「成田」のような第１級の畑作地帯の土をつぶしてアスファルトでかためた「報い」について考えることである。農業労働が対象化された

「土」を殺し、首都圏という巨大なアスファルトの凹面鏡の焦点で熱中症の死者を出している状況に対して地球温暖化問題もふくめて立ち向かえる「政策学」は「グローバル医療政策学」とよぶべきだろう。「グローバル」という言葉に「地球表土の」という意味も持たせて『グローバル医療政策学』の構築を試みて見たい。(2015.8.10.)

(のむら　たく、医療政策学校主宰)

「研究所ニュース」バックナンバー

○ No.51（2015.8.31発行）

理事長のページ：発想の転換（中川雄一郎）、書評：デヴィッド・グレーバー著・木下ちがや他訳『デモクラシー・プロジェクト』（野田浩夫）、韓国だより：マーズ (MERS) 事態と韓国の医療の課題（朴賛浩）、ベニスの商人、ヘイトスピーチと保険（石塚秀雄）、本の紹介：大場敏明・高杉春代著『「地域包括ケア時代」到来！ともに歩む認知症医療とケア』（竹野ユキコ）

○ 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 でのセイ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」（髙山一夫）、「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）

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。

民間研究所論～概要～

鎌谷　勇宏

医療・福祉に関係する研究所（研究機関）が、どのような研究活動を行っているのか、どのように研究者を確保しているのか、どのような経営形態なのか、の３点を明らかにし今後の研究所運営の一助となるよう試みたのが当該研究の発端である。人々の生活に密接に関連する医療・福祉領域を研究する研究所をクローズアップし、民間研究所論の現状や抱える問題を整理し、そこから一定の成果をあげることが本研究の狙いである。

本研究の対象として選んだのは医療・福祉関連の民間研究所である北九州医療福祉総合研究所、非営利・協同総合研究所いのちとくらし、総合社会福祉研究所に加えて、社会科学研究所の雄である法政大学大原社会問題研究所の４つの研究所である。調査方法はヒアリング調査を軸にしているが、法政大学大原社会問題研究所についてはその歴史的重要性から歴史分析も並行して行った。

ヒアリング調査とその結果

ヒアリング調査は､北九州医療福祉総合研究所、非営利・協同総合研究所いのちとくらし、総合社会福祉研究所、法政大学大原社会問題研究所を対象とし、それぞれ

⓪研究所概要
①事業内容
②人員（研究者数）
③研究所の具体的な実態（設立背景、会員数、財源、研究内容など）
④課題と方向性

についてヒアリングを行った。ヒアリング調査から得ることができた研究所の共通課題は財源面、人材確保､研究テーマ､研究所の将来像であった。

どの研究所にとっても財源面は大きな課題であり、今回調査した４つの研究所も独立した経営を行える収益を研究事業そのものから得ることはできていない。本部からの繰り入れや、大口団体会員の会費でやりくりしている状況である。

人材確保の課題として、研究者確保や研究範囲の確保、研究者の高齢化、事務職員の不足があげられている。また、研究テーマの課題とも関連するが、研究所が期待する研究テーマと研究者の専門範囲が一致しないことが多々ある。しかし、研究所が期待するテーマを行える研究者の確保が難しいため、確保できる研究者が行える研究テーマを設定するしかなく、研究所として一貫性のあるテーマ設定ができないといった問題も見受けることができた。

最後に、研究所の将来像であるが、これはどの研究所も大きな課題として危機感を持っていた。この問題の根底には前述の研究所が抱える財源面、人材確保、テーマ設定の問題があり、どの研究所も現状のままでは研究所自体の継続が困難となる危機感を感じている。しかし、具体的な対策や研究所の将来像を設定するには至っていない。

大原社会問題研究所の歴史分析

ヒアリング調査に加えて民間研究所の歴史分析を行った。歴史分析の対象として、社会科学研究所のアイコンであり、今日の社会政策や社会保障政策に大きな影響を与えた大原社会問題研究所（現法政大学大原社会問題研究所、大原社研と呼ぶ）を取り上げる。

大原社会問題研究所の特徴として次の４点があげられる。

①貧困と社会運動の時代が要請

大原社研設立期は、第一次大戦による貧富の格差拡大や物価の高騰による米騒動が発生するなど、国家としても社会運動や貧困を看過できない状況となり、社会政策の必要性が増した時代であった｡このような時代背景の中で設立されたため、大原社研は社会政策的特色を色濃く持っていた。

②学問の自由・自治への攻撃が逆に大原社研を強化した

大正デモクラシーによって思想の取り締まりが強化されたことによって、社会科学系研究者の言論の自由が奪われ、さらには職を追われる研究者も発生した。このような研究者の受け皿となったのが大原社研であり、有力研究者が続々と集まったため非常に高い研究レベルを維持できた。

③学問の自由が守られたこと（出資者が口を出さなかったこと）

研究所の出資者である大原孫三郎が研究内容に口を出さなかった。一般的に考えれば、出資者の意向が研究内容や研究成果に強く反映されることは想像に難くないが、大原孫三郎は研究内容に口を出さないという取り交わしまで行っていた。当時からすれば学問の自由が守られていた唯一の研究機関と言っても過言ではない。

④客観的な姿勢（実存主義）

大原社研の最大の特徴とも言えるのが、実証的な統計研究と海外研究であろう。国内の社会問題に対しては実証的統計資料を軸に分析を深め、海外留学や海外研究を通じて海外の研究成果に常に気を配っていた。このような姿勢は大原社研の「政学分離」のスタンスに不可欠な要素であった。大原社研では、個々のメンバーが政界、財界、労働組合などと深い関係を持っていたものの、研究所全体として特定の集団や団体と密接に結びつくことはなかった。

大原社研の歴史分析が現在の民間研究所に教えてくれることは

・時代の要請に合った研究テーマの設定
・出資者や後援など特定の立場に影響されない研究活動
・さまざまな立場が共通して利用できる実証的なデータ収集や分析

になるのではないか。民間研究所が特定の集団や団体のためでなく、社会に開かれた公益性の高い研究機関として存続していくためにはこのような特徴が欠かせない。

大原社研の歴史分析から民間研究所が現在抱える経営的・財源的問題への示唆は得ることができなかったが、本稿のテーマである民間研究所論に関して「民間研究所哲学」とも呼べる成果を得ることができた。それは「研究所として活動するにあたり、経営的・財源的問題に対応するため出資者の意向を尊重する研究を行うことを安易に求めず、社会的要請にしたがって客観的な研究を積み重ねる」ことの重要性である。

民間研究所が抱える大きな問題として今も今後も経営的・財源的問題は不変であろう。しかし、ここにばかり気を取られてしまい本務であるはずの研究に偏りがでてしまえば研究所の存在そのものの否定につながりかねない。研究所を存続させるための研究ではなく、研究を社会に還元する手段としての研究所という初心を再確認し、それぞれの研究所が将来像を築き直す必要があるのではないか。

（かまたに　いさひろ、大谷大学講師）

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」（冨岡　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」（垰田和史、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

●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」（川島ゆり子ほか）『いのちとくらし研究所報』51号

●概要報告「旧日本軍遺棄毒ガス被害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）『いのちとくらし研究所報』51号

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

●第51号（2015年 6 月）――医療供給の変化と課題――

○巻頭エッセイ：協同の明日に希望を託して（大八木秀明）
○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）
○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）
○国保制度の都道府県化―国のねらいと市町村担当者の「幻滅」―（中村暁）
○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）
○フランスの社会的連帯金融の動向（石塚秀雄）
○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）
○2013年度研究助成概要報告：旧日本軍遺棄毒ガス被害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）
○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）

●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―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（吉中丈志）
○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、インタビュアー：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・ＪＣ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・ＪＣ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いかける（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（髙木和美）
　非営利・協同総研との関わり（髙山一夫）
　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：ボローニャ紀行（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、インタビュアー：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（髙木和美）

●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（綱島不二雄）
○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）：医療経済的ふろしき（野村拓）
○書評：川口啓子著『職場づくりと民主主義』（今井晃）

【ＦＡＸ送付書】

切り取ってお使いください
研究所のＦＡＸ番号：
03（5840）6568

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

【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・協同総合研究所いのちとくらし　入会申込書

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

ふりがな	
団体名称または氏名	

※団体正会員の場合は法人･団体を代表して入会する個人名を､個人正会員の場合は所属･勤務先等を記入して下さい｡(団体正会員は､入会時に登録された個人が定款上の社員となります｡)
※団体会員で、登録する人物と実務担当が異なる場合は、担当者の氏名も記入して下さい。

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

※機関誌等の郵送先、連絡先を記入して下さい

〒番号	―		
住所			
電話番号	(　　)	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53号の予定】（2015年12月発行予定）
・医療の市場化、「営利化」
・地域包括ケアをめぐって
・研究助成報告、その他

【編集後記】

定期総会記念シンポジウムでは、鶴岡での取り組みについて伺いました。地域の中で、住民・組合員・職員など、それぞれの立場から意見を出し合うことで、一つ一つの課題に取り組んで来た様子が再現できていればと思います。巻頭エッセイにあるとおり医師の資格という面からも医療供給に大きな変化が作られていきそうです。今号が非営利・協同の事業組織がもつ公益性について考える、歴史を踏まえて日本の今後を考える一助となれば幸いです。（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く場合があります。

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こと（そうでない場合、版下代が生ずる場合があります）。

7．原稿料

申し訳ありませんが、ありません。

「特定非営利活動法人　非営利・協同総合研究所　いのちとくらし」
事務局

〒113-0034 東京都文京区湯島2-7-8 東京労音お茶の水センター２階
TEL：03-5840-6567／ FAX：03-5840-6568
ホームページ　URL:http://www.inhcc.org/　e-mail:inoci@inhcc.org