

## 目次

- 巻頭エッセイ：照一隅～25回目をむかえた被爆者集団検診  
.....山田 秀樹 1
  
- 特集：コロナ禍を考える（2）各地の動き
  - ・新型コロナ感染拡大で明らかになった保健所と自治体病院の現状と課題  
.....高柳 京子 2
  - ・無料低額診療事業の相談事例から、コロナ禍での格差と貧困を考える  
.....渋谷 直道 11
  - ・京都民医連中央病院のリニューアルにおける地域づくりとコロナ禍が与えた影響 .....松原 為人 16
  - ・2020年夏の新型コロナ対応に関する宮城・岩手県の聞き取り調査記録  
.....村口 至 23
  
- 論文
  - ・労働者協同組合法の概要.....竹野 ユキコ 30
  - ・労働者協同組合法成立と協同労働について.....石塚 秀雄 32
  - ・（新連載）社会科学的医療論の構築（1）はじめにマグマありき  
一まずヒストリカル・フラッシュ .....野村 拓 36
  
  - ・2018年度研究助成報告：イギリス卒前医学教育政策における教育概念の通時的分析：1990年代から2010年代 .....柴原 真知子 46
  - ・研究概要：根岸謙「ドイツの住宅協同組合（Wohnungsgenossenschaft）による住宅の建築・居住に関する法的枠組みについて—住宅協同組合によるいくつかの実例をもとに—」東洋法学64巻1号（2020年7月）107-132頁 .....根岸 謙 59
  
  - ・研究助成報告一覧、機関誌・ニュースバックナンバーなど.....29、65

# 照一隅～25回目をむかえた被爆者集団検診

山田 秀樹

「医師不足だから無理だと言われますが、私たちも電車に乗って代々木まで行くのはもうきついです。何年もお願いしているのです。何とかありませんか？」

2007年秋、学習会にお招きした被爆者の方から、集団検診を実施して欲しいという悲痛な願いがあった。私が広島から立川に赴任した2002年当時、確かに、医師数は底の状態であったが、多くの研修医が当院での勤務を継続するなど、徐々に増加傾向にあった。それまで打ち上げ花火で終わる当法人の原水禁大会代表団派遣の有り様を変えようと、2007年度の団長に推された私は、大会参加後も学習会と飲み会を継続していたのだが、被爆体験を聞いた後に、予想外のお願いをされてしまったのである。初耳だったが、事務長に聞くとその通りだという。しまった、自分の足元での取り組みをぬかっていた。参加メンバーで協議して、年2回の集団検診を開始することにした。

今年で25回目となった集団検診。歯科検診や、お薬相談、栄養相談など、専門職が検診制度の枠を超えて参加しその力を発揮すること、医学生や看護学生、青年職員などが被爆者1人1人に寄り添って案内しながら、被爆体験の聞き取りを行い平和学習の場にする。業務ではなく運動として取り組む、と位置づけて開始し、多くの職員・ボランティアに支えられて今日がある。

春はコロナ禍で中止。秋も無理かなと思っている中、担当者から、3密対策をとりながら、どうしても実施するとの申し出があった。すでに国内外などから、がん患者数が減少しているとのエビデンスが示されている。実は減っているのではない、受診控えが原因で、今後、重症化した患者の増加が懸念されるとの報告である。被爆という高リスクを抱え、常に健康不安を抱えながら暮らしている方たちのいのちを守ることに繋がる検診活動。最小限の職員で取り組み、普段とは違う構え

方とはなったが、今回は、中高年層の被爆2世の受診者も目立ち、価値がある取り組みとなったのではないだろうか。

アフガニスタンで凶弾に倒れた中村哲医師は「一隅を照らす」との言葉を語られている。自身が置かれた場所で、出会った人、出会った出来事の中で人としての最善を尽くすこと。集団検診はまさしくそのような小さな取り組みかもしれないが、コロナ禍で人と人とのつながりの大切さを感じるいまだからこそ、みんなの思いを紡いでこられたことをあらためて、ただただうれしく思う。

開始当時、交流会で、口々に取り組みに感謝されていた三多摩地域の東友会の支部長さんたちも時を経るにつれ、天寿を全うされ、少しずつ姿を消し、支部の継続も困難になっていると聞く。同時に開設した被爆外来の患者もいなくなり、私の外来に、たまに各種手当の書類のお願いに被爆2世の方が訪れるのみとなり、時の流れを感じずにはいられない。

「憲法は我々の理想です。理想は守るものじゃない。実行すべきものです。この国は憲法を常に行ないがしろにしてきた。インド洋やイラクへの自衛隊派遣。国益のためなら武力行使もやむなし、それが正常な国家だなどと政治家は言う。私はこの国に言いたい。憲法を実行せよ、と」。中村医師のこの言葉は、今はもう会うことができなくなった被爆者の方々の言葉とも重なる。様々な思い出を残し、笑顔の素敵だった面々が、今年、もしこの場に集ってくださっていたら、核兵器禁止条約の発効をどれほど喜び、日本政府の有り様にどれほどの怒りを私たちの前で語り、後を頼むと励ましてくれていただろうか。その姿や声があらためて思い出される。

(やまだ ひでき、全日本民医連副会長・立川相互病院副院長)

# 新型コロナウイルス感染拡大で明らかになった 保健所と自治体病院の現状と課題

高柳 京子

新型コロナウイルスの感染拡大が住民のいのちとくらしを脅かし続けています。

「コロナ危機」は、感染症対応をはじめとした公衆衛生行政と医療制度がいかに脆弱かを明らかにしました。もともと脆弱な体制が新型コロナ感染拡大に耐えられずに逼迫し、いのちが危険に晒されているといえます。

そして、2020年はじめに感染が拡大し始めた際に、早急に保健所や自治体病院をはじめ医療機関の体制を拡充してこなかった国の責任は重大です。

今、保健所や医療機関の職員は過酷な労働環境に置かれ続けています。現場が逼迫していることは感染拡大の当初から問題とされましたが、状況はいつこうに改善されていません。保健所職員・医療従事者の責任感と努力だけでは限界であり、長期にわたる収束の見えない状況に、現場は疲弊しきっています。感染拡大を止めるためには労働環境の改善もまったなしの状況です。

自治労連は、保健所と自治体病院への実態調査を基に、『住民のいのちとくらしを守りきる』ための政策提言(案)の「保健所・公衆衛生版」を2020年9月に、「自治体病院版」を11月に発表しました。現在の保健所・自治体病院の課題と本来の在り方をこの政策提言(案)をもとに考えます。

## 1 公衆衛生行政のありかたを見直し、保健所の拡充を

### (1) 感染症対応を担う保健所職場の状況

#### 1) 保健所が担っている感染症対応

感染拡大を防止するためには、「検査」で感染者を特定し、「保護・隔離」「追跡」「治療」することが必要であり、これらを担う検査機関・保健

所・医療機関をセットで拡充しなければなりません。しかし、保健所の仕事や役割はあまり注目されず、拡充の必要性が認識されてきませんでした。

新型コロナウイルスに関する保健所の業務は、接触者・帰国者相談センターの電話相談、積極的疫学調査(感染経路の推定、濃厚接触者の割り出し)など多岐にわたっています(※表1)。

また、保健所は住民が最初に接する窓口として、国の対応や、検査・医療体制などへの要望・苦情などを真っ先に受け止めることとなります。そして、積極的疫学調査での行動調査や基本情報等の聞き取りでは、他人には話したくないことまで聞かなくてはならない場合や、記憶が曖昧など、難しい対応が求められます。

表1 保健所の新型コロナウイルス感染関係業務

帰国者接触者相談センター電話相談
感染したと考えられる者の相談
帰国者接触者外来の予約・受診調整
PCR検査(行政検査)受け付けと受検の書類作成
医療機関から行政検査機関への検体搬送
PCR検査陽性者の隔離入院搬送(車両消毒含む)
感染経路調査
積極的疫学調査(クラスター対策含む)
病院医師からの個人情報黒塗りの発生届ファックス受理後、発信元病院へ患者氏名、住所連絡先等の聞き取り
都道府県庁への感染者数日報
自宅等での療養患者の健康状態把握
入院患者の病状把握
感染者・陽性者からの公開可能範囲の同意
行動や接触者の名前や連絡先の聞き取り
濃厚接触者の疑いのある人への連絡
感染疑いのある人の経過観察

季刊『自治と分権』第81号(2020年10月)  
「新型コロナウイルス感染症における保健所・公衆衛生の現状と課題」  
波川京子(川崎医療福祉大学特任教授)より筆者作成

長期にわたり感染が拡大し続ける状況でも人員不足が改善されず、対応が追いつかないのが現状です。

## 2) 新型コロナ対応で長時間過密労働になっている保健所職員の労働環境

保健所数も感染症対策に携わる人員も減らされてきた状況で、職員は長時間過密労働が強いられています。

報道でも、「京都市保健所では感染が広がり始めた3月以降業務が急増し、5月までに延べ43人の残業が国の『過労死ライン（月100時間）』を上回り、うち10人は200時間を超えた」「大阪市保健所で4月に新型コロナ対応に専従していた職員22人のうち7人の残業時間が100時間を超えていた。全体の平均73時間は一年前に比べて倍以上」などと報じられています。

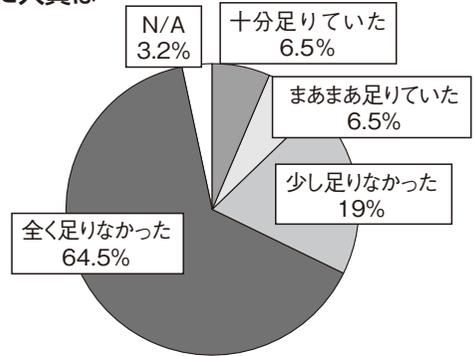
自治労連が実施した「感染拡大期（4月）の保健所の職場実態調査」では、4月の人員は「全く足りなかった」が6割を超え、「少し足りなかった」をあわせると8割を超えます（※グラフ1）。人員不足を「他部署からの応援」（61.3%）と「非正規職員の採用」（19.4%）で補っても（※グラフ2）、「応援が次々変わる」「ローテーションでは対応が難しい」などの実態が明らかになりました。

「仕事上、精神的にストレスを感じたか」には、「強く感じた」（41.9%）、「まあまあ感じた」「少し感じた」まで合わせると8割を超える人がストレスを感じながら仕事をしていました（※グラフ3）。

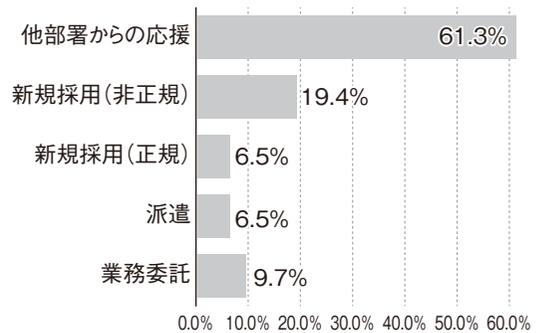
記述回答では「早朝まで仕事を行い、数時間だけ帰宅した後に再度通常出勤するなど体力的・精神的にも厳しかった」「時間外でも職場の電話が鳴る」「毎日残業、土日出勤、代休すらとれない」「他部署から応援体制があっても残業が減らない」などの切実な声が寄せられています。保健所職員には身体的にも精神的にも大きなストレスがかかっており、収束の見通しが見えない状況で、このような状態が長期間に渡れば保健所の役割が果たせなくなる恐れがあります。

さらに、11月に感染が急増した大阪の保健所の労働組合主催のオンライン集會に寄せられた声は

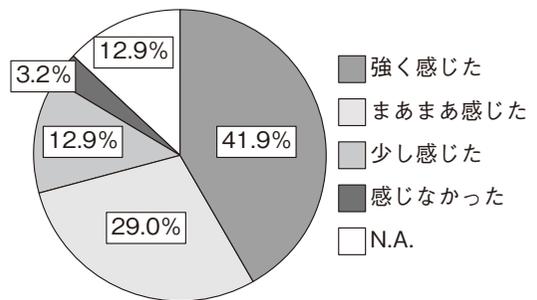
### 4月に人員は



### 人員不足をどのように補ったか



### 仕事上、精神的にストレスを感じたか



「全所に対応しているが業務が終わらない」「感染症チームの保健師が食事（昼食）できたのは18時過ぎだった」「自殺者も増え、自殺未遂の相談も増えている。保健師の仕事はどれも大事。人が増えてほしい」「派遣の保健師も来ているが、患者や検体には触れないので常勤の保健師が対応する。今の人数では全然足りない」など、4月から半年以上が経過したいまも抜本的な改善が図られていない実態がわかります。

保健所が人員不足で機能できず、抑え込みができなければ感染を広げてしまいます。保健所はすでにパンク状態であり職員の責任感や努力だけで解決できる状況ではありません。保健所が本来の役割を果たせるよう、今すぐに国の責任で抜本的な体制強化・人員確保が必要です。

## (2) 保健所を減らしてきた国の政策

### 1) 地域保健法以降変えられてきた保健所の役割と感染症対応

国は「感染症の時代は終わった」として感染症対策を縮小してきました。1994年の地域保健法の成立により保健所の在り方が変えられ、「保健所は広域的・専門的な保健サービス（第二次予防）、市町村保健センターは直接住民に身近な保健サービス（第一次予防）」を実施することとされ、二次予防の感染症対応は保健所が担う業務とされました。

保健所の設置は、都道府県は二次医療圏に概ね1か所（県型保健所）、政令指定都市、中核市、特別区ごとに1か所の設置とされ、減らされてきました。

### 2) 「地方行革」でさらに減らされた保健所と職員 さらに、地方自治体の人員削減や民間委託等を

進める「地方行革」が、保健所削減に拍車をかけました。

政令指定都市の保健所数は地域保健法施行前の1995年には、東京特別区53か所、横浜市18か所、名古屋市16か所、京都市11か所、大阪市24か所、広島市8か所、北九州市7か所であったものが、2020年には一つの市（特別区）に1か所に減らされています（※表2）。

東京都保健所（多摩地域）は、1997年にそれまでの17保健所・14保健相談所が統合されて12保健所になり、2004年には市に移管予定の保健所（八王子市、町田市）を含めて二次医療圏に1か所の7保健所に再統合されました。その結果、人口100万人余りを管轄する多摩府中保健所や東京都全体の3分の1の面積を管轄する西多摩保健所のように広域で住民から遠い存在となり、訪問活動も難しくなりました。保健所を集約した結果として、管轄地域が広域化し、全体の職員定数の削減も行われ、保健所機能強化の掛け声とは裏腹に地域のニーズに応えることが難しい現状となっています。感染症対策についても保健所が全面的に担うことになっており市町村との情報共有も難しい状況です（※1）。

このように全国で保健所が減らされ、1992年には852か所あった保健所が、2020年には469か所にまで減らされ、この25年程で住民から遠い存在になり、感染症対応は優先順位が下げられてきました。

京都市職員労働組合が2020年10月9日から30日に実施した「京都市保健所アンケート」では、「京都市の保健所は市役所1か所であること」を「知っている」が34%、「知らない」が66%、「保健所支所はコロナ対応をしていないこと」を「知っている」が25%、「知らない」が75%、「保健所を利用したことがない」が78%と、保健所が住民から遠い存在となってしまったことがわかります（※2）。

「地域保健法」や「行政改革」により保健所を減らしてきたことで住民から遠い存在となり、さらに感染症対応を縮小してきたことが、新型コロナ感染拡大時に本来の役割を果たすことを難しくしたといえます。

### 3) 新型インフルエンザ流行時の教訓が生かされ

表2 政令指定都市の保健所数の推移（2020年4月）

	保健所数		保健所当たりの人口（万人）
	1995年	2020年	
札幌市	9	1	197
仙台市	5	1	109
特別区(東京)	53	23 (各区1)	41
横浜市	18	1	375
川崎市	7	1	153
名古屋市	16	1	233
京都市	11	1	147
大阪市	24	1	274
神戸市	9	1	152
広島市	8	1	120
福岡市	7	7	23
北九州市	7	1	94

自治労連作成（2020年5月）

なかった

日本で新型インフルエンザが流行した際（2009年～2010年）の厚労省「新型インフルエンザ対策総括会議」の報告書では、感染症対策拡充の必要性が強調され、2010年の「厚労省通知」では、保健所の組織強化や人員増、PCR検査の体制強化が課題として明記されています。しかし、今日まで十分に実行されてきませんでした。加藤勝信前厚労相も国会で報告書で求められた対応の遅れを認めており、事実上放置されてきたのが実態です。

この報告書のように国が地方衛生研究所や保健所、医療体制など感染症対応の充実を図っていれば、新型コロナ感染症による今回のような事態は避けられたのではないかと考えられます。

### （3）自治労連『「住民のいのちとくらしを守り切る」ための提言（案）」 —保健所・公衆衛生版—での提起

1) 感染拡大を止めるために今求められること  
政策提言（案）では、今早急に求められることとして以下の5点をあげています。

- ①住民のニーズや不安等に対応できる保健所の人員を含めた体制強化
- ②PCR検査を的確に実施できる体制づくり
- ③「積極的疫学調査」の実施のための体制の強化
- ④自宅療養者等へのフォロー
- ⑤住民への情報提供、正しい知識の発信により、感染拡大を防ぎ偏見差別をなくす

2) 「住民のいのちを守り切る」保健所・公衆衛生行政を実現する

また、今後の在り方について以下の提起をしています。

- 1) 保健所の設置基準を10万人に1か所とし、当面20万人に1か所を早急に実現すること。
- 2) 保健所体制の強化
  - ①公衆衛生課程を修めた医師を保健所長とすること、また所長以外の医師を確保する

こと。

- ②専門職員を含めた人員体制を拡充すること。
- ③公衆衛生行政を担う人材育成を計画的に行うこと。
- 3) 地方衛生研究所など公衆衛生に関わる施設及び業務にあたる人員を確保すること。
- 4) 保健所・公衆衛生行政の強化にあたっては、外部委託や派遣などによらず直営で実施すること。
- 5) 必要な予算の確保は、地方交付税の増額など国が責任を持ち、自治体によって格差が生じないようにすること。

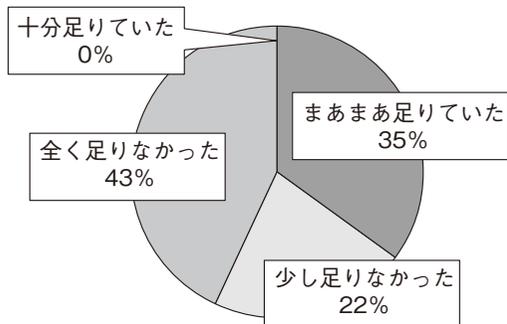
名古屋市では、全国の政令市の保健所が1か所に統廃合される中であっても2018年まで1区1保健所体制を守ってきました。残念ながら1か所にされた後も、保健師の配置を純増させ、保健師の活動も全国的に業務分担が主流となる中でも地域担当制を継続しています。保健センターに所属する全ての保健師が通常から感染症業務にも対応しており、新型コロナ対応でもその経験が活かされています。「緊急時こそ平時にどれだけの活動をしているかが問われている」と名古屋市職員労働組合の保健師は語っています（※3）。

このことは、自治体職員が、住民要求に基づき、公衆衛生行政と保健所の本来の在り方を守るために奮闘してきた結果といえるのではないのでしょうか。

保健所が新型コロナ対応に集中する一方で、他の業務（母子、難病、介護予防など）を縮小、中止せざるを得ない実態があることも大きな課題となっています。

保健所や地方衛生研究所の機能・体制強化、保健師などの専門職員体制強化と人材育成など、感染症対応も含め「住民のいのちを守りきる」ための公衆衛生行政を実現することが不可欠であり、住んでいる地域の違いが「いのちの格差」につながるよう国の責任で実施にしなければなりません。

## マスク・防護服等は4月は足りていたか



## 2 地域医療をまもる自治体病院の拡充を

### (1) 新型コロナを受け入れた自治体病院の状況（4月実態調査から）

#### 1) 感染症指定医療機関以外の自治体病院でも新型コロナ感染者を受け入れてきた

2020年7月、自治労連は新型コロナウイルス感染者を受け入れた自治体病院を対象に、同年4月の感染拡大期の実態調査を行い40病院から回答を得ました。

回答のあった自治体病院のうち感染症指定医療機関に指定されているのは67.5%であり、それ以外の32.5%は指定医療機関でなくとも、新型コロナ感染者を受け入れていました。

#### 2) マスク・防護服等が足りない中での新型コロナ対応

「マスク・防護服等は4月は足りていたか」の問いに、「全く足りなかった」「少し足りなかった」を合わせると65%もの病院で身を守る物資が足りない中で従事していたことが分かりました（※グラフ4）。さらに7月時点でも「備えがない」「備えはあるが充分ではない」と75%が回答しています。院内感染の防止に不可欠な物資さえもないことは、患者・医療従事者を感染の危険に晒し、感染不安によるストレスも増大します。これらの生産を海外頼みとし、日頃からの備えも調達もしてこなかった国の責任は重大です。

#### 3) 過酷な労働環境で勤務せざるを得ない実態

看護師の「4月のサービス残業」は「大幅にあった」あるいは「少しあった」と回答した病院は約32.5%でした。また、「最高夜勤回数」は東京・大阪などの急激に感染拡大した病棟では、3交代で15回、16回などの回答が見られ、どの病院も夜勤回数が非常に多い結果となりました。

記述回答からは「(看護師の)感染者や濃厚接触者、自宅待機により看護師が不足し、夜勤協定が守られなかった」「変則2交代を導入したため、拘束時間が(長く)精神的にきつかった」等が寄せられました。外来では「感染管理の方針の調整のために時間外労働」、感染管理認定看護師も「保健所との連携」「スタッフ教育」など、今までにない業務を、時間外業務で対応したことがわかります。

#### 4) 感染症病棟以外の職場から人員を補って運営している

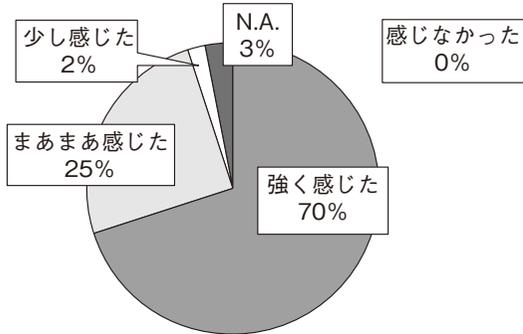
人員体制については、「全く足りない」が「通常時」15.0%から「4月」には25%とさらに増えています。人員不足を補った方法については、「他部署からの応援」が77.1%と最も多く、他部署の人員を回して対応したがそれでも足りず夜勤回数を増やすなど過重労働の実態が浮かびあがりました。記述回答からは、「重症者病棟(4床)では、看護師18人体制でも人員不足」など重症者病床での新型コロナ対応の過酷さがわかります。

#### 5) 精神的ストレスや偏見差別が医療従事者の大きな負担に

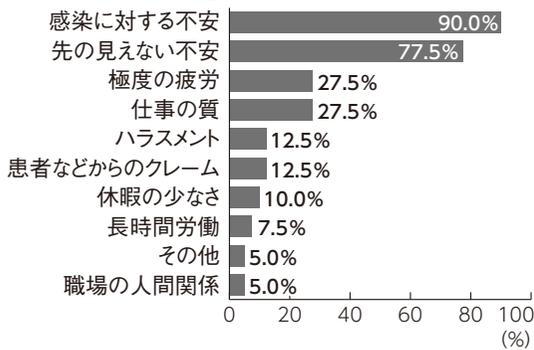
「仕事上、精神的にストレスを感じたか」の問いには、「強く感じた」「まあまあ感じた」が95%に及び、ほとんどの職員が精神的緊張度の高い状態で勤務していたことがわかります（※グラフ5）。その原因は「感染に対する不安」90%、次いで「先の見えない不安」77.5%、が特に多くなりました。記述回答では「自分が感染してしまう不安が強い」「高齢の両親への感染を恐れホテルに泊まる職員もいた」「プライベートにも制限を掛けられ発散することもできない」など、業務上に加え、プライベートにまでストレスが及んでいる結果となりました（※グラフ6）。

また、偏見差別や感染源になる不安からくるス

## 仕事上、精神的にストレスを感じたか



### 特にストレスを感じたこと(複数回答上位3つ)



トレスが大きく、「あっちにいつうつる、と言われた」「差別的にあつかわれたことで感情の起伏が激しく涙が出る」「バイ菌扱われた」「家族との接触を控えた」などの声が寄せられています(「大阪医療問題連絡会」9月の聞き取り調査より)。

## (2) 9月時点での追加調査(10~11月実施)結果

1) いまだに自治体病院の状況は改善していない  
4月時点で回答を得た病院に対し9月時点での追加調査を実施しました。

「労働実態」では2交代職場での平均夜勤回数が「5回から6回」、3交代でも最高夜勤回数が13回と、規定をはるかに超えるところがあります。記述回答では「十分に休めたと思う日がない」「連休がない」など未だに過重労働の実態があります。また、感染症対策が「行われていたが充分ではない」「院内研修等の教育環境の保障がない」現状

にあります。

「精神的ストレス」は、程度の差はありますが多くの病院が「感じた」と答えており、その理由は「感染に対する不安」が一番多く、「先の見えない不安」や「患者からのクレーム」が続き、長期にわたってストレスが継続していることがわかります。その結果、「看護師の中途退職や高齢の医師の退職が相次いでいる」など人員不足を助長することになっています。

## 2) 急がれる「人員増」「感染対策」

「今後必要だと思われる施策」は、「人員の拡充」「労働時間の短縮」などの労働環境の改善、「マスク・防護服等の拡充」「人材育成・研修の推進」など感染症対応に関することがあげられ、半年近くが経過しても困難な状況が解消されたわけではなく、再び4月のような状況になりかねない実態が見えてきました。

## (3) 自治体病院をはじめ医療機関を減らしてきた国の政策

### 1) 医療費削減のための病床削減、地域医療破壊

1983年、厚生省(当時)は「医療費増大は国を減ぼす(医療費亡国論)」を示しました。その後1984年に現役世代医療費に1割自己負担を導入、退職者医療制度の創設、老人保健制度(その後の後期高齢者医療制度)などが創設され、1989(平成元)年には、消費税の創設(3%)から相次ぐ引き上げ、さらに2000(平成12)年には、介護保険法が施行されています。

医療では、診療報酬において安倍政権が2014年(平成26年)度改定以降、4回連続で診療報酬全体を引き下げた結果、病院のベッド稼働率を引き上げる「効率至上主義」が、全国的に広まりました。

こうしたことから通常は空きベッドになる感染症病床や、人的に厚い体制が必要なICU(集中治療室)病床等は最も削減と効率化の対象とされました。結果的に今回の「コロナ危機」で明らかになったように、感染症病床やICUが全国的に不足し「医療崩壊の瀬戸際」に追い込まれています。

## 2) 感染症対応を軽視し怠ってきた国の責任は重大

2009年に発生した新型インフルエンザをきっかけに、世界的には、ドイツや韓国、台湾では感染症対策を怠ることなくすすめてきました。

一方でイタリアは、日本と同様に新自由主義路線の下、医療切り捨て政策を進めており、コロナ対策への遅れが指摘されています。ICU病床の比較(2020年5月時点)では、日本は人口10万人あたりわずか5床にすぎず、ドイツの6分の1、イタリアの半分以下であり改善も進んでいません。医師数も異常に少なく人口1,000人あたり2.4人で、OECD加盟36カ国中32位、OECDの平均からも14万人不足しています。

さらに受診抑制や病床確保による収入減も重なり、全国多くの病院・診療所が経営危機に瀕する異常事態に陥っています。もともと「かかりつけ医」が不足しており、地域的にも診療科的にも偏在しています。国は「かかりつけ医」への業務負担で対策をすすめようとしていますが、「かかりつけ医」への負担増では、地域医療体制そのものが逼迫するのは明らかです。

また、医師、看護師人員不足が政策的に作られてきたために、今、人員が確保できずに感染症病床が稼働できない事態がおきています。長年にわたる医療費削減路線を抜本的に切り替え、拡充することは、感染拡大に対応するうえでも、日本の未来にとっても文字通りの急務です。

## 3) 「地方行革」による自治体病院の統廃合と民営化

国は医療費抑制策をよりいっそう推進するために、地域医療の充実よりも「地域医療構想」最優先の「新公立病院改革ガイドライン」に基づく病床削減を強行しています。そのために、地方交付税などによる財政誘導により公立病院の廃止統合や民間委託を推進しようとしています。

さらに厚労省は、2019年9月に「地域医療構想」をもとに各地域の調整会議が出した結論を再検証するように440もの公立・公的病院を公表し、住民自治と地方自治に介入してまで更なる統廃合を進めようとしています。地域にとって最後の砦となる公立病院の統廃合や病床削減、病床機能の変更は、その地域での生活権を壊し、安心して住み

続けることが難しい地域を増やすものです。

また、東京都が強行しようとしている都立・公社病院の「独立行政法人」化は、公的医療の後退、患者負担増と、制度移行に伴う作業及びコスト増や人件費増と業務増が発生すると指摘されています。

さらに、「指定管理者制度」では、民間的な経営手法が導入されることになり、地域医療・政策医療が後退する恐れが多分にあります。さらに、指定管理者の引き受け先がない場合や経営難などの理由により事業の継続が困難となる時は病院の存続に影響することも考えられます。「民間譲渡」も含め、自治体病院の運営形態の変更も、地域医療にとっては大きな影響を及ぼします。

## 4) 新型コロナウイルス感染拡大における自治体病院の役割

全国の感染症指定医療機関のうち第1種の約6割、第2種感染症病床の約7割が自治体病院です(2020年4月30日時点)。さらに、感染症指定医療機関でない自治体病院も積極的に新型コロナウイルス感染患者を受け入れています。

また、前述の「公立・公的病院の再編統合の再検討リスト」にあげられた約440病院のうち、感染症指定医療機関が53施設(106床)をしめ、119施設が新型コロナウイルス感染者を受け入れています。

静岡自治労連が地域医療を守る取り組みとして、「再検証リスト」で名指しされた共立蒲原(かんばら)総合病院について、地域労連の仲間や研究者、市民団体とともに実施した住民アンケート(6月実施)結果では、「再編・統合はすべきではない」(52.9%)、「地域医療が後退しない形で」(25.5%)となり、合わせると地域医療の維持を願う声は80%近くになっています(※4)。

また前述の自治体病院実態調査(4月時点)でも、「財政保障や賃金の保障がなければ『医療崩壊』が生じる可能性」「診療制限や入院制限による収入の落ち込みが賃金や人員補充に影響がでないか」など、財源保障を求める声があがっています。

9月時点でも「人口減少と高齢化に加え受診控えが合わさり稼働率の著しい低下と医療収益のかつてない低下に見舞われています。このまますすむと規模縮小や診療所化してしまい、地域で医療

が受けられない事態になってしまうことを危惧しています」「自治体の力では限界があります」「手遅れになってから救急搬送される患者の病態格差や、それを自己責任で済ませる国のやり方を抜本的に見直す時」「政府が示す財政支援・人員確保・診療報酬の大幅な改定等、待ったなしの政策が必要」など、住民のいのちを守る自治体病院は国の責任での地域医療を守る施策を求めています。

#### (4) 自治労連『「住民のいのちと暮らしを守り切る」ための提言(案)」 —自治体病院版—での提起

政策提言(案)では、今求められることとして以下の5点をあげています。

- ①新型コロナウイルスを受け入れる医療機関・療養施設を確保すること。
- ②「必要な医療が提供できない状態」を起こさないために、必要な財政保障を国の責任で行うこと。
- ③新型コロナウイルスに十分対応できる医師・看護師等の人員体制と労働環境を整備すること。
- ④国及び地方自治体において、地域における感染症の専門家、例えば、感染症担当医や感染症の公衆衛生知識を有する行政官、感染症疫学者等の養成を推進すること。
- ⑤自治体病院は地域住民に不可欠な感染症等を担う医療機関であり、「再編統合計画」や「新公立病院ガイドライン」を撤回し、拡充の方向に転換すること。

地方自治体が責任をもって運営する自治体病院は、その責務として地域医療を担っており、感染症対応についても、その体制を日頃から整備しておく必要があります。そのためには、自治体病院の統廃合・運営形態変更、医療費削減、病床削減を求めている「地域医療構想」から転換し、直営で拡充することこそが求められます。

### 3 公務公共サービスを直営で拡充し「いのちと暮らしを守り切る」

この間、新自由主義を基本とする「儲け」や「低コスト」に価値が置かれる政策により、保健所や自治体病院をはじめ公務・公共サービスは「非効率」であり無駄が多いと攻撃されてきました。人員の削減・非正規化、民間委託、統廃合等が強行されてきた結果、住民サービスの低下を招く事態となっています。

地方自治体の役割は「住民の福祉の増進」であり、「効率」や「儲け」を優先して公務・公共サービスを低下させてはならず、正規・直営を原則とすべきです。

今、新型コロナ対応についての国の責任が大きく問われています。住んでいる自治体の違いが、「いのちの格差」となってはなりません。

新型コロナ感染拡大は、これまでの政権が脆弱な社会保障制度と公務・公共サービス体制を作り、弱者を切り捨ててきたことを明らかにしました。

2020年12月21日、総務省は「令和3年度地方財政対策の概要」で、保健所の恒常的な人員体制強化をあげ、「保健所において感染症対応業務に従事する保健師が現行の1.5倍となるよう2年間で約900名増員する」としました。感染症対策を軽視し、直営正規の公務公共サービスを減らしてきた国の姿勢を、世論と運動が「一歩」変えさせたといえます。

「住民のいのちと暮らしを守りきる」ために公務公共サービスを拡充し、住民の手に取り戻すのはこれからの運動にかかっています。

#### 参考・引用

※1 佐久間京子(元東京都保健師)「新型コロナウイルス感染拡大 充実を求められている保健行政とは—一東京都の保健所の歴史と現状にもふれて—」三多摩保健医療問題研究会研究交流集会

※2 「京都市保健所アンケート」(2020年10月9日~30日実施)京都市職員労働組合

※3 名古屋市職員労働組合 塩川智代(名古屋市保健師)「新型コロナウイルス感染症をめぐる公衆衛生の現

場から」東海自治体問題研究所総会発言集

※4 「地域医療を守り、蒲原病院をよくするためのアンケート結果」静岡自治労連・蒲原病院をよくする会

## 引用

※表1

波川京子（川崎医療福祉大学特任教授）「新型コロナ感染症における保健所・公衆衛生の現状と課題」季刊『自治と分権』第81号（2020年10月）より筆者作成

※表2

自治労連作成（2020年5月）

※グラフ1、2、3

自治労連「感染拡大期（4月）の保健所の職場実態調査（中間報告）」

※グラフ4、5、6

自治労連「感染拡大期（4月）の自治体病院実態調査（中間報告）」

（たかやなぎ きょうこ、日本自治体労働組合総連合・副中央執行委員長）

# 無料低額診療事業の相談事例から、 コロナ禍での格差と貧困を考える

渋谷 直道

## はじめに

新型コロナウイルス感染症がどうにも収まらないなか菅新政権が生まれました。菅首相は総理大臣就任にあたって新型コロナウイルス感染症への対応とともに「全世代型社会保障」の一層の推進を述べていました。思えば2019年12月にこの全世代型社会保障検討会議の中間報告が発表され、その全貌が少しずつ明らかになってきました。その報告では、人生100年時代を迎えるなかで①就労しやすい社会②個性・多様性を尊重し支えていく環境③社会保障の持続可能性の重視を念頭に論議を重ねてきたというものでした。

そのなかで医療分野については「かかりつけ医」の重視とともに一定所得以上の高齢者の負担割合を2割負担にすること、紹介状なしに大病院の外来を受診した場合の定額負担の対象を200床以上の病院に拡大することを提言しています。低所得者層へ一定の配慮はされているものの、窓口負担を2倍とすることで高齢者の医療費抑制をはかる仕組みとなっています。また多くの国民が加入する国民健康保険（以下、国保）では保険者の都道府県化が進められるなかで軒並み保険料が値上がりし、保険料が支払えない滞納世帯が増加しています。私の勤務する病院がある東京都中野区でも、2018年度の滞納世帯数は24,820世帯（38.4%）、窓口で一旦全額支払わなければならない資格証明書は942世帯（1.5%）に発行されているとのこと。2019年8月に東京都立川市の社会医療法人社団健生会で国保の外来患者約400人に実施された調査では「病院・診療所に行く回数を減らしている」「ドラッグストアの薬で済ませている」との回答が96人（24.8%）に及んでいるとのことでした。

私たち医療ソーシャルワーカーは、病院で医療費が困難な方の相談に応じています。収入が見込めず困窮が明らかな場合には、生活保護の申請を考えていきます。しかし少しでも基準以上の収入がある場合など、すぐに生活保護の申請には結びつかない事例も多くあります。これらの方々は生活費で精いっぱい、医療費までは支払えない方ばかりです。しかし治療を受けなければ命に係わる疾患を抱えている方も多くおられます。このような方へどう対応していけばよいか、私たちの法人では2017年10月から無料低額診療事業を開始しています。今回はこの無料低額診療事業の実践を通じて、今般のコロナ禍での課題を考えていきたいと思います。

## 無料低額診療事業とは

無料低額診療事業は、社会福祉法第2条第3項第9号で「生計困難者が経済的な理由によって必要な医療を受ける機会を制限されることのないよう、無料または低額な料金で診療を行う事業」と規定されています。医療法や公衆衛生法とは異なり「社会福祉事業」として規定されていること、国や自治体が定める「制度」ではなく、法人・事業所が主体的に実施する「事業」であることが大きな特徴です。

この事業を実施するには、生活保護受給者等を延患者数の一定割合以上取り扱っていることや診療時間外での相談体制を整えていることなどの一定の基準を満たしている施設が、都道府県に届け出ることが求められています。

2018年度の厚生労働省統計では、無料低額診療事業を実施している医療施設は703カ所、利用者は7,608,773人と報告されています。東京都では

2019年4月現在で53カ所の医療施設で実施されています。なお実際の診療費の減免基準や周知方法などについては、都道府県など関係機関と協議のうえ各実施事業所で規定を設けることとなっています。また実施施設は法人税や固定資産税、不動産取得税などの税制上での優遇措置が講じられています。しかし無料低額診療事業の実施機関の多くは社会福祉法人や社会医療法人であり、そもそも非課税措置がとられており、無料低額診療事業での優遇措置とは考えにくいものと言えます。

## 無料低額診療事業のあゆみ

無料低額診療事業は医療福祉の歴史と密接にかかわり、その背景によって役割が変化してきました。ここでは明治時代からの特徴的な点について触れていきます。

### ①明治時代（慈恵主義）

1874年天皇主権のなか「恤救（じゅっきゅう）規則」が制定されました。この時代から「自助」「共助」の考え方が成文化され、「身寄りのない貧困者」のみ天皇の慈悲によって援助をおこなう制度となっていました。（慈恵主義）。この時代に恩賜財団済生会が設立されています。

### ②第一次大戦後から第二次大戦（国力増強）

この時代は日本が侵略戦争へ突き進んだ時代です。1929年に「救護法」として整備され、公的扶助規定が明文化されました。しかし保護の第一の目的は国力の拡大の一助であったとも考えられています。

### ③第二次大戦後（無料低額診療事業の誕生）

第二次大戦後、1946年「日本国憲法」が制定されました。憲法で「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」（生存権）が確立し、生活保護法が制定されました。1950年生活保護法が改訂された翌年の1951年に社会福祉事業法が整備され、ここで無料低額診療事業が制定されました。

### ④戦後の社会保障制度の整備～無料低額診療事業の終焉論

戦後の混乱期は、社会保障にかかわる諸制度はまだ手付かずの状態でした。一方で感染症の蔓延や経済的な困窮者の健康が問題となり、無料低額診療事業は医療福祉政策を民間医療機関へ委託する形でスタートしたと言われています。やがて社会保障制度の整備が進み、国民皆保険制度をはじめ「公的医療」「公費負担」の整備が進みました。このことにより無料低額診療事業はその使命を終えたとされ、新規開設は抑制される時代を迎えました。

### ⑤「格差と貧困」、そしてコロナ禍のなかで再び脚光を浴びる無料低額診療事業

2000年以降、「ワーキングプア」に代表される収入が不安定な非正規雇用者、働いていても生活に十分な収入が得られない労働者、その一方では富める者がさらに富める政策が進められてきました。やがて「医療保険に加入していても窓口負担金が払えない」そして「病院にたどり着いたときにはすでに手遅れ」といった深刻な事例も報告されました。今日の新型コロナウイルス感染症の影響では、主にサービス業の業績が悪化した影響で非正規雇用者など収入が不安定な方に一層の追い打ちをかけることになりました。無料低額診療事業はいわゆる「制度の狭間」の方々の受診抑制を回避できる事業として注目されることとなりました。

## 当法人での無料低額診療事業

それでは私たち社会医療法人社団健友会の無料低額診療事業を少しご紹介します。当法人では基準を満たしている中野共立病院・中野共立診療所・川島診療所・川島診療所歯科で無料低額診療事業を実施しています。ご相談はご本人やご家族様のほか、ご近所の方や福祉事務所など様々な方面から寄せられます。まずは病状・症状を伺い緊急性を判断し、必要に応じて応急対応を実施後、当法人内で診療対応可能な症例であるかを確認します。対応が可能であれば、医療ソーシャルワーカーが面接を行い、ここで詳細な事情を伺います。大筋で適応と考えられる時点で生活実態（主に収入面）を示す年金通知書や給与明細書などをご

提出いただき申請の手続きが必要となります。当法人では世帯の収入が概ね生活保護基準の120%以内であれば診療費の一部負担金の全額減免、140%以内で診療費の1割を減免する規定となっています。申請が妥当なものであり基準に該当していれば、事業所の決済のもと減免開始となります。期間は概ね3ヵ月と規定していますが、困窮状態や治療の状況によって延長の措置をとっています。また外来の薬剤の処方については、調剤薬局では無料低額診療事業の対象となっておりません。そのため、当法人では東京都の助言のもと減免対象者に限り院内での調剤を実施しています。また2019年から入院中の病衣等についての減免を開始いたしました。

～医療費でお困りの方へ～

## 無料・低額診療事業のご案内

○無料低額診療事業とは？  
社会福祉法第二条第三項に基づいて、経済的理由により適切な医療を受けられない方々に対して安心して治療を受けていただくため、無料または低額な料金で診療を行う事業です。

○どんな人が利用できるの？  
この制度を利用することができるのは、中野共立病院、中野共立診療所、川島診療所歯科で治療を受けられる方で、経済的な理由で診療費の支払いが困難な方です。ひと月の収入が一定基準内の方が対象となります。  
基準は、年齢や世帯人数によって変わりますので、まずはお気軽にご相談ください。

○無料・低額になる診療費は？  
中野共立病院（外来・入院・訪問診療）、中野共立診療所（外来）、川島診療所（歯科）での診療費に限ります。（保険調剤薬局は適用外です。その他一部適用されない診療費もあります）

○申請に必要なものは？  
基準を満たしているかどうかを判断するため、給与明細書や源泉徴収票、年金証書、家賃証明書、通帳の写しなど、経済状態の分かる資料のご呈示をお願いすることがございます。

○ご利用するには？  
この制度の利用を希望する時は健友会事業所職員にお申し出ください。担当の相談員と面談をしていただき、該当すると思われる場合は必要な手続きを行います。

**社会医療法人社団 健友会**

東京都中野区中野 5-44-3 <TEL>03-3387-3051 (代)

## 適応事例の背景にあるもの

コロナ禍での無料低額診療事業を適応した事例をいくつか紹介していきます。

### ①20代男性Aさん

Aさんはビジネスホテルの契約社員としてベッ

トメイクやリネンの業務に従事していました。友人の話によると真面目な勤務を評価されて社会保険にも加入されていたとのことでしたが、生活には余裕がなかったとのこと。新型コロナウイルス感染症の緊急事態宣言を受けて勤務先のホテルが営業自粛となり、Aさんの勤務は隔日の午前中となってしまう給料収入が激減してしまいました。そんなある日、腹部の激痛に襲われ当院へ救急搬送となり急性膵炎と診断、緊急入院となってしまいました。元々生活に余裕がないところに給与収入が激減してしまい緊急入院、医療費が不安とのことと相談がありました。健康保険に加入されていたのですが高額療養費の限度額認定証の手続きを実施しました。幸いなことに1週間程度で病状は改善し退院できることとなりました。しかし給与が激減したところに1週間の入院で会社を休んだことから、更に収入は減少、退院はできたものの医療費を払うと家賃や水光熱費など生活費が払えなくなってしまいました。そこで今回は無料低額診療事業を適応し入院診療費を減免し、その分を生活費に充当していただくこととしました。現在は治療し元気に仕事をされているとの報告を伺っています。

### ②50代男性Bさん

Bさんはフィリピンから日本で働く娘さん夫婦のもとへお孫さんの世話をするために来日しました。娘さんは日本で運送業を営む夫と暮らしていました。運送業の繁忙期が落ち着く4月に帰国を予定していましたが、新型コロナウイルス感染症の影響で帰国を含む渡航が禁止となり、帰国ができなくなってしまいました。Bさんは高血圧症・狭心症・脂質異常の既往があり、本国から長期の処方をもって来日していました。しかし帰国ができなくなってしまい内服薬がなくなってしまったとのことでご相談にみえました。また娘さんの運送業も業績が振るわず事業の継続さえ困難となっているとのことでした。循環器医師に相談すると血管拡張剤が投与されており、内服薬の中断は狭心症の発作など重篤な症状の危険があるとのことでした。Bさんは日本の医療保険には加入していません。私

たちは福祉事務所をはじめ支援団体を通じて入国管理局等へこの事例について相談しましたが、結局有効な手段を得ることはできませんでした。そこで無料低額診療事業を適応とし、帰国までの診療費を減免して対応しました。そして8月後半ようやく帰国の途につくことができました。

### ③80代男性Cさん

Cさんは長年奥様とともに定食屋さんを営んでいました。高齢となりお店を閉店し、年金で暮らしていました。長く当法人の診療所へ高血圧と糖尿病で定期通院されていましたが、ある日奥様が診療所に「車いすを貸して欲しい」と来院されました。お話を聞くとCさんは新型コロナウイルス感染が怖くて外出を控え家にいるうちに、動けなくなってしまったとのことでした。どうやら認知症も進行している様子です。診療所では訪問診療（往診）へ切り替えることや要介護認定を受けて介護保険サービスの利用を提案しました。すると「そんなお金がない」と話されました。Cさんは自営業であったので国民年金であり、満額受給していましたが10万円に満たない金額でした。中～長期的には生活保護の申請を視野に入れながら当面の対応として、無料低額診療事業の適応として往診による診療を継続、そして地域包括支援センターと連携し要介護認定を申請、介護保険サービスの相談を開始しています。

事例①では若年層の雇用の問題が背景にあります。2000年以降の規制緩和の政策から派遣社員やアルバイトなどの非正規雇用が若年層を中心に急激に増えていきました。しかしいざ業績不振など企業側の事情が生じると、いち早く影響が及ぶのがこの非正規雇用の方々です。既に「ワーキングプア」との言葉が示すように、働いていても生活が苦しい。コロナ禍以前からこの「格差と貧困」は社会の問題となっていました。そこでコロナ禍がさらに追い打ちをかけています。非正規雇用の多くは飲食業をはじめとしたサービス業に多く従事しています。報道でも明らかなように、今回のコロナ禍での影響は甚大です。日本の雇用の問題

を正しく捉える必要があります。

事例②は外国人の問題です。日本の政策として外国人労働者を積極的に迎えることやオリンピックで多くの外国人を迎えて一大ビジネスを描いていたはずです。一方コロナ禍で来日した技能実習生などの報道をご覧になり心を痛めている方も多くおられるかと思いますが、住まいや健康管理、医療に至っては、まったく何も手立てが打っていません。花園大学の吉永純先生は医療については「無料低額診療事業」しか手がないと話されていました。しかし医療保険に加入していない外国人の医療費を無料低額診療事業で対応すると、100%全額医療機関が負担することとなります。当然のことですが医療機関の経営にも影響します。人権として外国人の医療をどう考えるか、私たちはむしろこの事業は民間の医療機関ではなく、公立の病院が実施すべではないかと考えています。そして無料低額診療事業で減免分は施策として補っていただくことが必要ではないかと訴えています。

事例③は高齢者の問題ですが、低額な年金制度が背景にあります。かつての「伝統的家族観」のように子が親の面倒を見ていく時代ではなくなりました。特に国民年金のみの世帯では、年金だけでは生活できない金額です。そこでやむなくパートやアルバイトで働く高齢者も多くいます。これを「就労しやすい社会」と考えてよいのでしょうか。年金制度ともに日本の医療給付をはじめ社会保障制度の高負担、低給付が潜んでいます。

## 無料低額診療事業の今後の課題

コロナ禍での無料低額診療事業が有益な事業であるための課題を考えてみたいと思います。

①無料低額診療事業による減免は、保険診療の一部負担金を対象としています。保険診療の一部負担金であれば保険負担分の費用は確保されます。しかし保険未加入者の場合は、全額減免の対象となってしまいます。国民皆保険制度と言っても医療保険未加入者が増加していることは実感として感じています。事例②で示したように、外国

人のほとんどは日本の医療保険に加入していません。東京都との懇談では「外国人医療費補てん事業」の利用について説明がありましたが、複雑で実用的な制度とはなっていません。コロナ禍でも感染者の治療を積極的に受け入れた医療機関が患者減につながり赤字が増大したとの報道がありました。この事業においても同様に、無料低額診療の適応を増やせば増やすほど医療機関の負担が多くなる仕組みです。やはり制度自体の改善が不可欠と考えます。

②先程も触れましたが、調剤薬局は無料低額診療事業の事業者ではありません。医療機関で発行する「処方せん」で調剤された薬剤費はこの事業の対象外です。医療費に困っている患者様の多くは、診療費よりも欠かすことのできない薬剤費に困っている状況にあります。当法人では無料低額診療事業の対象者に限り院内処方に対応しておりますが、調剤機能を持たない事業所もあります。また「医薬分業」は国の進めてきた施策です。調剤薬局の薬剤費も無料低額診療事業の対象とすることが必要です。なお青森市・高知市・旭川市などでは、自治体独自で無料低額診療事業の対象者へ薬剤費助成を実施しているとのこと。多くの自治体で実施していただけたらと考えています。

③これまで無料低額診療事業の仕組みや事例を通じて課題を述べてまいりました。しかし改めて考えると、この事業そのものは一民間の医療法人

や医療機関で担っていくものなのかを考えてしまいます。国民健康保険法第44条では、一部負担金の支払いが困難な者に対して減額や免除の規定が設けられています。しかし実際の運用では「災害等による」など実際には利用しにくく敷居の高い制度となっているようです。東京都中野区での2018年度の44条の適応はわずか9件（いずれも火災・水害）とのことでした。この制度の柔軟な活用と周知が本来の姿であると考えます。そして、新型コロナウイルス感染症はだれの責任でなく、もはや「災害」です。もはや自助・共助などの範疇でないことは明らかです。迅速な困窮者への対応と医療機関への支援を進めて欲しいものです。

最後となりますが、この無料低額診療事業での医療費の減免は一時的なもので、生活全般を根本から解決できる手段ではありません。無料低額診療事業の適応をきっかけに明らかとなった世帯の課題を自治体や介護事業所など地域の関係機関としっかり連携をはかり、医療福祉の一環としての役割を担うことのできる事業に発展させていきたいと考えています。

（しぶや なおみち、社会医療法人社団健友会中野共立病院・地域包括連携室医療社会課、事務次長／社会福祉士）

# 京都民医連中央病院のリニューアルにおける 地域づくりとコロナ禍が与えた影響

松原 為人

## 1. 沿革と移転までの経緯

京都民医連中央病院は右京病院を前身とし、1987年に京都市西北部の急性期医療と医療従事者の育成を担うべく京都民医連のセンター病院として、京都市中京区の西端に205床で開設された（第一期）。1998年に医師初期研修制度への対応を見据え法人内ベッド移動等により増築を行い300床と病床規模を拡大し、並行して近接診療所建設の計画を進め、2003年に病院外来を近接診療所に移行した（第二期）。当時は救急指定も受けておらず、現在のような地域連携の視点も不十分であり、近接診療所とグループ内医療機関を病棟医療のリソースとする発想であった。2006年に救急告示、2011年、老朽化した上京病院（現上京診療所）の改築議論にあたりその病床と吉祥院病院の病床の一部を移動し、隣接地に西館を新築し回復期リハビリテーション病棟、医療療養病棟（後に地域包括ケア病棟）、緩和ケア病棟を設けて現在の411床となった（第三期）。しかし、急性期機能はすべて本館にあり、第一期部分は築20年を迎え、老朽化が進んでいたことと、第二期、第三期の増床にあたり院内導線が複雑化していたこと、さらには激しく変わる医療情勢下で病床機能の転換を考慮しなければならない場合に、医療法上の旧基準4.3㎡/床の本館部分は新基準6.0㎡/床に改築する必要があり、それに伴い100床以上の病床削減が余儀なくされる問題が浮上してきたことから、リニューアルが喫緊の課題となってきた。

旧病院の立地は京都の市街地の西端に位置し、JRの最寄駅から徒歩5分と近く、病院前に市バスの停留所があるなど、交通の便は申し分ない場所であり、現地建て替えを目論んで周辺の土地確保を試んだが不調に終わり断念せざるを得なかつ

た。並行して他の地域での土地確保をすすめ、西に隣接する右京区内で旧病院から3.0kmの距離にある7,600坪の土地（企業住宅跡地）と、約1.5km離れた4,000坪の土地（京都市残余地）の2か所が候補として挙がった。前者は非常に広大であることと交通の便に難があり、後者は逆に手狭ではあるが地下鉄の駅の直近であり期待がもたれたが、残念ながら選考には至らなかった。

移転地（図1）は旧病院の診療圏の一部であったが、京都市は行政区ごとの地区医師会で運営されており、右京医師会とはこれまでの中京西部医師会ほどは密な連携関係にあったとは言えず、またマーケティング調査では右京区では当院の知名度は予想以上に低いことが解った。広大な土地取得の費用は今後の財務状況に大きな影響を与える

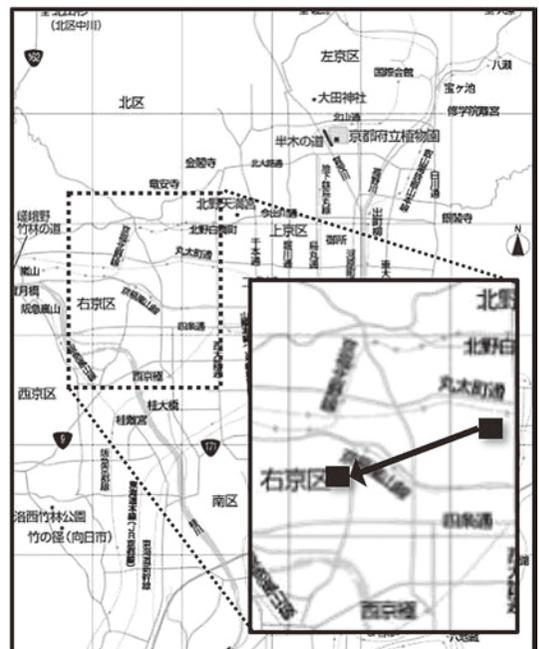


図1 移転地

ことは明らかであり、診療部門を中心に上がった不安の声は少なくなかったが、議論を重ね「当院の果たすべき役割を続けるには移転は必要である」との合意を得ることができ、2015年1月に正式に前者を移転地とすることが決定した。

## 2. 直面した巨大な経営計画と医療構想の転換

第一期の建設計画ではその位置付けが京都民医連全体の重要な構想であり、計画、資金の双方で県連を上げての計画となった。しかし、それ以降の様々な経緯から各病院の独立性が強まってきており、その中で今回のリニューアルでは、その広大な土地を有効活用し県連全体に必要な機能を盛り込み、「総合移転計画」と称して県連事業としての位置付けを明確化し、事業協同組合や看護学校の移転を含んで計画がすすめられた。しかし、昨今の建築単価の高騰を受けて、建築費用には相当の制約がかかり、それでも必要な費用は当初の予定を大きく超過し、経営計画は相当の飛躍を含んだものとならざるを得なかった。

これまでの京都民医連中央病院の医療は、多くは近接診療所と京都民医連内の医療機関からの紹介に依拠したものであったが、医療の効率化が強く押し進められる中で、自院への救急搬入と近隣医療機関からの紹介を増加させることが必要となっていた。移転に伴う経営計画では、非常に多くの入院数に基づき相当の入院日数の短縮が求められ、現状よりはるかに幅広い連携の構築が必要であった。その中で、2015年6月に正式に右京医師会への申し入れを行い協議が開始されたが、初回の協議において、患者の取り込みに結びつくような一般外来の在り方は受け入れられない旨が表明され、一方で、在宅患者の受け入れや救急対応等、相互の利点となり右京区に根ざした診療を行うことへの期待はあり、今後の病院の医療構想は経営計画と相まって、自己完結を主とした構想から連携を拡大し深化させる方向への大きな転換点となった。

## 3. 基本構想議論～夢を現実へ～

院内では、2015年5月より現場で働く中堅職員を中心に共同組織の役員も加え、リニューアルプロジェクトを発足し基本構想の議論を開始し、「新病院に対する夢を出し合い」「夢を現実に変えて行く」ことをコンセプトに、「新しい病院は地域とともに」を基本方針とし、急性期機能で地域の医療機関の診療と救急を支え、回復期機能で地域の在宅医療を支え、地域の健康増進の拠点となりソーシャルキャピタルの一翼を担うことを確認した。

同年は病院機能評価の更新審査の受審年であり、医療サービスの提供において各委員が担うプロセスの改善を見据えた構想を、病院機能評価の視点と他院の見学も含めて優れた取り組みを積極的に取り入れ、これまでの病院で建物の制限が大きかった課題の解決を図ることを強く意識して組み立てて行った。

基本構想の議論が進む中、総合移転計画のビジョンとして「(すべての人々にとって)なくてはならない病院をめざす」を掲げ、そのミッションを「急性期・専門的医療の提供と在宅復帰支援」「地域のヘルスプロモーションの拠点」「双方を支える人づくり」の3点とすることに到達した(図2)。これらは今後、病院の基本理念へと発展させて行く予定である。



図2 新病院のミッション

地域住民との関わりは、2015年6月に自治連合会へ正式に建設工事の申し入れを行った。土地取得の契約は2014年7月に締結し、すでに既存建物の解体が始まっており、「何ができるのか?」と思われていたところ、医療機関である当院が移転することは好意的に受け止めて頂いた。自治連合

会の下に対策委員会が設けられ、工事の工程の確認等を行っていった。しかし、地域住民からは、「病院が原因で交通渋滞が起こるのではないか」「大きな建物が建つことでプライバシーが侵されるのではないか」との意見や、敷地の中央に「生活道路」と呼ばれていた車道があり、その移設に伴い「周辺の車の流れが変わってしまうので不安」との声が挙げられており、その調整では対策委員会に大きな役割を担っていただいた。

2010年に新築移転を行った愛知の南生協病院の「千人会議」は非常に興味深くその取り組みを学ばせて頂いた。しかし、前述のように費用的な制約が大きくかかる中で、共同組織の会員や地域住民に広く構想議論への参加を求めることの問題も浮上し、役員の方の参加に止まったことは誠に残念であった。

基本構想が進行していた8月に設計業者の選定が行われ、その後は各部門のヒヤリングを繰り返し行い基本構想から基本設計をまとめ上げる作業が行われた。まさに「夢を現実に変える」作業であった。しかし当時は2017年4月に予定されていた消費税増税（後に延期）対策としてそれまでに施工契約を結ばなければならず、時間不足の感は拭えず職員からは不満の声が上がった。

## 4. 基本構想における地域との繋がり作り

入院医療においては、病床構成は基本的には旧病院と同様で、急性期機能を主に担いながら在宅復帰機能を持つ、言わば「急性期寄り」のケアミックス病院が当院のポジショニングであることには変わりがない。一方で、外来医療においては、全日本民医連の方針では、「外来機能は地域との接点であり強化すべき」となっているが、当院では、医師会の意向もあり「かかりつけ医」機能から「専門」機能へと転換されて行く中で、目指す外来機能にそのような視点を持たせることは困難であり、当院職員が地域とどのような繋がり作りを構築して行くかは重要な課題であった。

一方で広い敷地を有効活用し、病院そのものに地域との接点を持たせ、まちづくりにおけるプラットホーム機能としての役割が果たせることを期

待し、

- ・病院の会議スペースは十分な面積を確保し、可動式のパーティションを駆使し300人を超える集会から10人以下の集まりまで行えるようにしてそれを地域住民が使用できるようにする。
- ・会議スペースと併設して職員食堂と一般向け食堂を設け、食と健康を考えるスペースとする。
- ・病院の建物外の敷地は基本的には出入り自由で、車両が通行しない公園構造を確保し、日時を問わず地域住民の憩える場とする。
- ・旧病院から設置していた医療制度や福祉との繋がりを1か所に対応できる「患者総合サポートセンター」に共同組織の相談窓口を設けて「ちいき総合サポートセンター」を名称変更し「くらしの相談」もワンストップで行えるようにする。
- ・職員と地域のサポートとして病児保育所を併設する。
- ・広域災害時に地域住民の命を守る役割を果たす。

等を基本構想に盛り込んでいた。

新病院で提供する医療内容が固まりつつある中で、医師会とは定期的に協議を行っていった。それと並行して共同組織が右京医師会と連携して、かかりつけ医が講師を務め、そのクリニックに地域住民に集まって頂き、医療懇談会を開催する取り組みが繰り返し行われ、医師会との距離が狭まって行った。病院が医療の連携を右京医師会と築いて行く中で、共同組織と地域住民の繋がり作りにより右京医師会が一翼を担うことで、医療・介護のネットワークとまちづくりのネットワークが重層化され、地域のヘルスプロモーションのネットワークがより堅強になることが期待された。

WHOの提唱する「健康推進病院（HPH）」への加盟について並行して議論を重ね、2017年11月に加盟した。加盟後は、このHPHのスキームを通して地域と病院の関係を捉えることで職員にとっても共同組織にとっても可視化がすすむことが期待された。そして、急性期病院の職員がなかなか地域との繋がりの中へ関わって行くことに苦慮する中で、これらの可視化が大きな役割を果たすことが期待された（図3）。



図3 病院職員と地域の繋がり作り

## 5. 基本設計議論～夢と現実の狭間で～

色々な夢を語り合い、またそれを大きな期待感を持って基本設計へと繋いで行ったが、費用の問題は夢から現実に戻すかの如く大きく立ちふさがっていた。夢をふんだんに取り入れた設計を当初の予算の範囲で施工する業者が存在するとは思えず、このままでは計画が前進することはあり得ず、大幅な計画の見直しが余儀なくされた。総合移転計画の柱の一つであった看護学校の併設は不可能となり、そればかりか基本構想内の医療機能の一部を諦めざるを得なかった。各部門も限られた面積の中に必要な機能を取り込まねばならず一時はまるで「陣取り合戦」となり、様々な不満も浮かび上がり混乱を極めた。その收拾は、基本構想の議論のあり方とは逆行するが、設計業者が提案する費用削減計画を調整する役割をリニューアルプロジェクト事務局が一手に担い、言わば「夢を削り落とす作業」をすすめていった。職員のモチベーション低下に配慮をしつつ、病床面積の削減のために個室率を減らすこと、一般向け食堂を無くし面積削減をすること、RI検査を廃止し他の面積に充てること、病児保育は院内設置を断念し院外への併設を考えることを決断し、その他、ドアや窓、内装の設えを安価なものに変更し何とか施工業者の選定が望める所まで到達することが出来た。

## 6. 基本設計の完了を受けて

基本設計が完了したことで新病院における医療提供の仕組みが大枠で決定した。それにより各方面への説明が開始された。最大の課題は、医師会

との関係から新病院がかかりつけ医機能を持つのではなく、かかりつけ医との連携を強め協働して医療を提供する、日本医師会の提唱する「二人の主治医機能」を如何に構築して行くかであり、その理解を得ることであった。

共同組織とは基本構想議論の初期からこの方向性を繰り返し協議し、概ね理解が得られ、前向きに捉えて頂き、その後の協力金のお願いや移転地域での会員拡大に積極的に取り組んで頂いた。

医師会とは定期的に協議を行い、当院の示した方向性は好意的に受け止めて頂き、協議の論点は実際の医療の内容へと変化していった。

行政とは右京区役所との懇談を定期的に持ち、行政としての健康政策に積極的に関わって行きたい旨を了承頂いた。また、行政、福祉、企業、自治会等の集まりを通じて、地域の一員としての位置付けを強めて行けるように努力した。

周辺住民への説明会は、建築関連のものも含めて計3回開催した。交通に関する心配やプライバシーへの懸念は残っていたが個別対応できる範疇のものであり、建設反対運動などは起こらなかった。関心事は利用の方法等へ移っており、紹介状の扱いや救急受診の方法などを説明することで納得いただけた。

院内では本格的な運用手順作成と医療機器や大型の備品に関連するプロジェクトが進行しており、「骨組みに肉付けする作業」が進行していた。移転と同時に医療情報システムもリプレースを計画しており、それを成功させることが重要な課題であった。

基本設計と並行して行われていた詳細設計が完了し、2018年3月に施工業者が選定され、2019年11月の開院までのスケジュールが確定した。

## 7. 施工から開院まで

5月の地鎮祭以降、建設は順調に進行した。全国的な建築資材不足の時期も何とか乗り切ることができ、予定通りの開院を迎えられた。

一方では、前述のプロジェクト等が着々と進行していても職員間ではなかなか移転を実感できない状況があり、職員のモチベーションの低下が危惧されたが、工事が進み建築現場やモデル病室の

見学、そして現実の空間が出来上がって来るにしたがって期待感が増してくるようになった。実際に現場に赴くと、内装が仕上がってくることで画面上ではイメージしにくかった空間が確認していた以上に広いことに誰しもが驚きを示していた。

工事は順調に進み、2019年8月に引き渡し、諸検査を済ませ、10月20日に開催した内覧会では300人の招待者に加え700人を超える地域の方々が来られ、当院への期待感の大きさを感じさせられた。オレンジとグレーを基調とした温かみのある内装は、照明以上の明るさを感じさせ、費用削減の意図もあり、壁やカウンターを廃して完全オープン化した病棟のナースステーションは対角のデイルームと合わせて広大なスペースを形成しており注目を集めていた（図4）。



図4 ナースステーション(上)とデイルーム(下)

内覧会ではエントランスの目立つ場所に共同組織の入会受付カウンターを設置し呼びかけを行ったところ30名程度の新規入会を頂けた。

11月1日、いよいよ開院日となり、リハーサルを繰り返し入念に準備してきた患者移送の本番となった。幸い大きなトラブルもなく、安全に移送を終えることが出来た。移転後に広々としたデイルーム

で談笑しながら夕食をとる高齢の患者さんらの姿を見ると、療養環境の重要性を痛感した。

## 8. 開院後、コロナウイルス感染拡大まで

開院後は様々な問題点が続出し、決して順調とは言えなかった。電子カルテのデータ移行に問題があり、リカバリーを試みたが、結局、検査のオーダーを部門システムで受けることが出来ず再入力を余儀なくされた。日々の診療を行いながら問題点を解決していく必要があり、連日、管理者のミーティングを行いながら情報を集中し、一方では幅広い権限委譲の下に現場での問題解決を図って行くことが必要であった。2019年度の品質目標の中核が「現場力を高める」ことであり、まさにその力が発揮されたとと言える。

種々の混乱もあり、移転後のベッド稼働の回復は順調とは言えず、また旧病院より継続して入院している患者の退院促進も滞り、経営上は大きな欠損が生じてしまったが、年明けからは稼働も正常化しつつあり、落ち着きを取り戻して行った。

前述のオープン化したナースステーションにより、入院患者のご家族やケアマネージャーがスタッフに気軽に声をかけることが可能となり、想像以上の効果を得ることが出来た。また、改善された療養環境（病室・デイルーム）を活用して、入院中も様々な人たちとの接点を作ることで、急性期医療の提供の中にも生活の視点を取り入れることを模索した。結果、DPC 病棟の平均在院日数は2日程度短縮することが出来た。

医師会の会員訪問の再開と地域との医療懇談会が月に複数回開催され、徐々に様々な連携が強化されつつあった。

病院内の施設の活用は年明けから徐々に計画が進み、エントランスを活用した各部署リレー方式の医療懇談会が開催された（図5）。



図5 リレー方式の医療懇談会

敷地内公園（図6）の活用は、冬の季節柄行われなかったが、天気の良い日などは公園で寛ぐ地域の方々や遊ぶ子供たちの姿が徐々に増えてきていた。

従来は病院近隣の公園を借りて、「健康まつり」を開催していた。移転後は是非とも敷地内開催を目指し、「KMCH 健康フェスティバル」として計画を進めていた。まさに春に向けて地域連携の花が開くことを誰もが期待していた。



図6 敷地内公園

## 9. コロナウイルス感染拡大の影響

2020年2月より日本での拡大が始まったSARS-Cov-2の感染により、移転後の混乱からようやく抜け出し、目指すべき姿へと進みつつあった当

院の状況を一変させてしまった。

3月末よりの第一波の影響は、4月5月の受診控えに顕著に現れ、外来・入院ともに大きく患者減となった。一方ではCOVID-19患者の受け入れを行うために、体調不良患者のトリアージは地域の人々の病院へのアクセスに大きな影響を与えた。また、見舞客を通じての感染拡大が全国的に報道される中、当院も病棟への感染持ち込みを防ぐため、4月末より原則、病棟への職員以外の入棟を禁止せざるを得ず、再び入院生活が極端な「非日常」となってしまった。同時期より京都府の要請を受け、COVID-19の入院受け入れを4床で開始した。

HPHを軸とした健康増進活動では、ミッションの一つ、「地域のヘルスプロモーションの拠点となる」ために、病院の機能を駆使して人と人との繋がり作りを進めて行くことを目指していたが、人と人との距離を保つことが感染対策上の重点となり、これらの計画を一旦は全て止めざるを得なかった。

6月に入って、京都ではCOVID-19の患者数は大きく減少したが、依然として首都圏では患者が散発する状況が続いており、第一波で講じた対策は継続せざるを得ず、そうしているうちに7月からの第二波では、一旦中止していたCOVID-19入院患者の受け入れを6床で再開した。

その後、増減はあるも首都圏や大阪、愛知と同様に年末に向けて患者の急増が生じており、京都府のCOVID-19受け入れ病床の逼迫から当院も16床への受け入れ拡大を準備している。

職員の感染も数回あり対応を行ったが、幸いそこから他の職員や入院患者への院内感染は生じなかった。これは第一波の時から、会食の制限などの行動提起は幾度となく行っており、その効果かもしれないが、一方でこれらの制限はすでに1年近くとなっており、職員のストレスも限界に近づいてきている。

コロナ禍の中でもビジョンを見据えて、発熱や呼吸器症状のある人たちの診療を全人的な医療の実践として取り組んできた結果、過去最高の入院数と救急搬入数、そして10月には単月の予算達成と、第一のミッションである「急性期医療の提供と在宅復帰の支援」については地域に根ざした医

療の提供が認められつつあると思われる。

共同組織の活動も、繋がり作りが困難となりレクリエーション等は全てが休止となっている。一般にはオンラインを活用した交流が様々な所で拡がって来ているが、現実的には地域の多くの方々とオンラインで繋がることは難しく、今後の課題と言える。しかし、徐々に成功例の報告も耳にしており、多様性を持って取り組める可能性が見えてきている。

SARS-CoV-2の感染様式も徐々に解明されてきたこともあり、第一波で不十分であったこと、逆に過剰であったことを評価しつつ、感染のリスクを低減しつつも人と人との繋がりがどのように可能であるかを考え、幅広く実践して行くべきであろう。実際に、感染対策に留意しつつ、地域の住民を交えた医療懇談会も開催されつつある。

コロナ禍での生活の課題は非常に深刻であり、今こそ地域の繋がりの役割を發揮させなければならない。共同組織の会員による「電話がけ相談」や「いのちの相談室」のチラシ配りにより繋がりが拡がりつつあり、前述の「ちいき総合サポートセンター（図7）」では、無料低額診療の相談が増加しており、同時に友の会カウンター（図8）



図7 ちいき総合サポートセンター



図8 その奥にある友の会カウンター

の相談業務も重要となって来ている。

第二のミッションである「地域のヘルスプロモーションの推進拠点」となることは、現状に合わせて形を変えつつも、着実に進めて行かなければならない課題である。

## 10. おわりに～コロナ禍を超えて～

現状ではコロナ禍がいつ、どのような形で終息するかは解らない。ワクチンの接種が始まるが、死に至る病としてのCOVID-19を従来のような普通感冒の一つとしてのHCoV感染症に変えられることを心から願いたい。

コロナ禍が市民の生活に与えた影響は計り知れない。これまでの災害対策の状況が示しているように、様々な「自助」「共助」が行われそれが賞賛されているが、本来、基盤となるような「公助」が正しく行われているか、甚だ疑わしい。

アフターCORONAにおいて、医療機関は個々の市民を「公助」へと繋いでゆく大きな役割を担っている。それは医療費の問題から始まり、全人的な医療を通じて生活そのものに眼を向け正しい「公助」が行われているか否かを発信して行く役割が医療機関に求められていると言える。

京都民医連中央病院は、その建設自体が人と人との繋がり作りから、まちづくりに貢献できることを目指してきた。それがこのコロナ禍でどのような役割を担えるか、今まさに問われている。

（まつばら ためひと、京都民医連中央病院院長）



図9 病院の夜景

# 2020年夏の新型コロナ対応に関する 宮城・岩手県の聞き取り調査記録

村口 至

## ○聞き取り調査の目的と内容

前号71・72号の特集で「3.11東日本大震災から復興9年目とコロナ対応を、岩手県との比較で宮城県を見る」を執筆したが、その際に両県の医療関係者等に対面や電話で聞き取り調査を行った。今号の特集「コロナ禍を考える(2)」では地域による差異にも触れたいとのことであり、宮城・岩手における当時の現地の声を掲載することで記録とすることになると考えた。

内容は筆者がまとめ、現地の状況などについては追加の解説を加えている。

【編集部注：岩手県に関する本記録は2020年8月3日から8月5日にかけて行われたものである。コロナ感染の状況は、その後変化している。】

## ○聞き取り調査の内容

### 1. 一関市いとう脳神経内科、伊藤久雄院長

宮城県に隣接していることの緊張感があった。県内では、いち早く市医師会で取り組み始めた。医師会主導で検査所を設定、行政がバックアップした。会員のうち30人が手を挙げた。週3日間開設。保健所から誘導されてくる。自らは、高齢でもあり職員に反対されて参加を見合わせている。30年ほど前に小児の救急医療でのトラブルがあり、それを機に夜間6:00~8:00時間帯の救急当番医制度を発足させた。2ヶ月に3回ほど当番が回ってくる。

### 2. 国保葛巻病院(県北地区)、阿部郁夫先生

県民の雰囲気として特に警戒感が強いとは感じていない。ただ、花巻空港の閉鎖が早かった。冬

場スキーの中国客が主であるが、幸いしたのは台湾人が主であったことだ。知事が、県外県職員新採用予定者の来庁を、2週間遅らせる処置をとったことなど評価できる。

### 3. 齊藤信県議(日本共産党岩手県)

〈コロナ〉

岩手県の“ゼロ”について、①人口密度が低いこと。②専門家会議の立ち上げが早かった。③県外人(特に首都圏)から入県者に2週間の自宅待機を求めたこと。県職員新採用者も同様に指示した。

その後は、①節々で具体的な手立てをとったこと、②3.11の経験を生かしたこと(ICAT)、地域が外来検査センターを9医療圏に10ヶ所設置した。医師会員の協力で運営できたこと。民間の検査機関も動員したことが大きい。当初は保健所⇒環境保健衛生研究所(県衛生研究所)のみでは検査数が伸びなかった。そこで開業医師の判断で、熱発外来から民間検査機関のルートを加えることによって件数が伸びた。

〈3.11の復興課題3つ〉

第1:被災者医療費助成:9年間続けたが10年目に入り、県議会で請願は採択されたが市町村の対応は決まっていない。国が8/10、県1/10、市町村1/10負担。

第2:災害公営住宅家賃問題 現在8,800人、仮設300人。コミュニティ形成に課題あり。集会場に集まらない。そこで生活支援相談員を増やし訪問活動を強化している。家賃問題:4年目から上昇する。就労することで収入が増えると家賃を払えなくなる。上限を77,000円と抑えたが、それでも高い。懸案対応として、一般入居者として募集することで対応方法の再検討を始めた。

第3:地域経済の復興…借入れ金の返済に窮し

ている（水産加工、漁業）。

#### 4. 岩手県医療局労働組合、中央執行委員長中野るみ子氏、書記長和田誠氏

①医療局の指示が遅れたため、当初各県立病院の対応がバラバラであった。千厩病院院長は、当初受け入れしないと宣言。久慈病院院長は、隣の八戸市の病院に依頼するなどとの発言に見られるように足並みは揃っていなかった。県医療局としての統一方針はまだ示されていない。2次医療圏ごとの取り組みになった感がある。②職員に対しては、8時間3交代から12時間2交代勤務への誘導を感じる。③組合員は家族に心配かけたり、子供の保育園から警戒されるなど起こり始めている。

2次医療圏での会合に参加した時に、院長間での互いの思いやる発言に感動したことがある。県知事と医療局長へ組合として申し入れをした。岩手県知事達増拓也あて 2020年4月20日 「医療崩壊」を防ぐために必要な対策を求める要請。熊谷泰樹医療局長あて 4月24日 「新型コロナウイルス感染対策に関する要望書」の提出。医療局としての方針は示されていない。病院が個々に対応している状況にある。9医療圏個々に任されている。感染ベッドも明らかにされていない。情報開示が弱い。当局は風評被害を恐れている感じだ。

医療局は、この機を利用して3交代8時間勤務を2交代12時間勤務体制にもって行こうとしている。理由としては、防護具不足、人手不足を理由にしている。感染対応要員を減らすためとも思われる。…つまり人員増の施策をとらない。赤字が11億円になるなどと称し、労働者が大切にされている感じがしない。不安な思いで就労している。

#### 5. 特定医療法人盛岡つなぎ温泉病院理事長、小西一樹先生（日本呼吸器感染症学会専門医、県専門委員会委員）

##### 〈罹患ゼロの評価〉

人口密度が低いことはあっても「ゼロ」はたまたまだった。首都圏から離れているので濃厚接触者が少なかったことが挙げられる。県内で最初の

PCR検査指示は小西先生であった（2月22日）。疑い段階で2名入院させた。これまで20人ほど疑い患者で入院させている。疑い患者が来院して検体採取し、その結果が保健所から連絡されるのがその日の夜9時ころになるため経過観察入院となる。盛岡つなぎ温泉病院が指定病院になったには、小西先生が感染症学会認定専門医であるため。県の専門家委員会のメンバーでもある。これまで3回開催されている。

盛岡市内に減圧室を持つのは、当院と市立病院などの3病院で、県立中央病院にはない。盛岡市立病院には減圧室6室あるも、専門医がいないため、必要に応じ医大から医師配置されることになっている。看護師配置は未定だ。ECMOは、県立中央に2、医大に4、大船渡病院に1台それぞれある。これらの状況下での役割分担は話し合われている。情報の秘密主義に問題を感じる。入院受け入れ病院や帰国者接触外来病院の公表なしなど“強い秘密主義”の問題を感じる。県の助成として、毎年2～300万円規模の医療器械が提供される。

#### 6. 盛岡市保健所長、矢野亮佑氏

「ゼロ」に関しての感想：市民がまじめ、暖かい感じがする。マスクの装着率も高い。市民の積極姿勢の表れを、厚労省の「接触確認アプリ」のダウンロード者は、岩手県民が全国で最も多いことにも示されている。7月より濃厚接触者疑い者が増加している。緊急事態宣言後は、最高で1日117件。県立中央病院では、6月に職員全員のPCR検査を実施した。陽性者ゼロだった。県のコロナ対応については特にコメントなし。県の対応についての小西医師の感想についてもコメントなかった。盛岡市保健所の保健協力員制度は、草の根の協力者の存在として、高く評価している。

#### 7. 岩手県保健福祉部医療政策室主任主査、松館宏樹氏

ICAT（Infection Control Assistance Team）について：3.11での取り組みで結成した組織についての説明を受け、資料も頂く。その後の震災時にも派遣している。今回のコロナでは、9医療圏で

のPCR検査に関わる職員の研修などを担当した。クラスター発生に対して保健所とともに調査と管理など対応することになっている。

チームは5～6名で構成。構成員は公表していない。通常は各医療機関に所属し、必要に応じて知事が招集をかける。所属組織と個人への費用は県が弁済する。

## 8. 喫茶店女性店員Aさん 40代

コロナ情報はテレビによる。テレビでは、知事が穏やかに、わかりやすく話すので安心感を抱ける。コロナ対策では、客もマスク装着が多い。店も3密対策している。

### 9-1. 岩手県医師会、事務局長千葉時胤氏

(1) 地域外来検査センターは市町村と地域医師会によって10ヶ所。3月段階で検討をはじめ、まず東京各区・市・地域医師会の動向に注目し情報を集め始めた。4月17日に東京都医師会事務局長に問い合わせた。PCR検査の流れが悪いこと。医師会員の心配の声、受診患者の声などいろいろあり、保健所の対応も混乱状態で、その職員の疲弊状態などの混乱状況を知った。

(2) 県内各地方での動きが始まった。一関が早かった。地方の医師会の力量はバラバラである。各地域の医師会・行政の取り組みに任せた。医師の傷害保険の仕組みは、県医師会で早期に作り対応した。外来開設・運営のための諸経費は県で負担することにし、4月に県庁に提案した。

(3) 4月から始まり8月初旬までに、9医療圏に地区医師会・地方行政・保健所による外来センターができた。郡医師会では意見がいろいろあった。しかし会員7、8名の医師会でも引き受けてくれたことは、感動のものである。一関医師会が早かった。市長の積極性も評価される。保健所は当初はプレーキかかっていたと感じる。官庁は、新しい業務には取り組みにくい慣習があるのでは？医師会は、5月連休前に整えたかったが保健所の動きが鈍かった。一関市の次に宮古市が続いた。共通点は、首長の積極性であった。後者の市長は歯科医である。

(4) 県のICATの役割は大きかった。地方での外来センター開設などに当たり、知識の啓蒙や防御方法（予防衣着脱法などなど）などの講習・指導に当たった。

(5) 問題点として、情報の非公開問題：“風評被害”を理由としているが、医療従事者や市民にとって疑心暗鬼…不安を増長しないかがある。

### 9-2. 県医師会千葉事務局長との会談まとめ

- ①取り組み方が「バラバラでよい」地方の組織：医師会・保健所・行政の力量などは“バラバラ”である。その中で一つの目標に向かって“ばらばら”に取り組んだ。そこに到達したときの質の高いものがある。
- ②地域に根差している「地区医師会」の存在は重要だ。地元行政と保健所を動かし、コロナ対応の地域の仕組みを作った。小規模地区医師会も参加し全県に普及したことにも意義がある。その際に、行政の長の姿勢も大切だ。一関、宮古と続いたことが全県への広がりに積極的に影響した。方式は、外来センターの建物は地域行政、スタッフ配置は地区医師会（医師と看護師または検査技師）、経費は県負担。
- ③県医師会の取り組みは早かった。
  - 1/22 医師会長専決「岩手県医師会新型コロナウイルス感染症対策本部」設置
  - 2/15 県医師会HPに新型コロナウイルスに関するコーナー設置
  - 2/19 常任理事会提起承認
  - 4/14 第1回岩手県新型コロナウイルス感染症医療体制検討会開催
  - 4/17に東京都医師会に電話し情報取得。(1)当初の問題の所在 (2)PCR検査等に関する件、医師の体制と傷害保険保障などについて情報を得た。損保パジャパンと契約。
- ④システム：「地域外来・検査センター」全県10ヶ所配置（医療圏は9であるが、花巻医療圏が広いので2ヶ所）。その開設に、県医師会として援助している。準備の訓練や開所式には事務局員などが参加。
- ⑤ICATを高く評価する。各地方の取り組みの

促進に貢献した。

- ⑥「バラバラが良かった」各地区のそれぞれの状況の中で目標に向かって取り組んだが、取り組む時期も、進め方も“ばらばら”だった。ここに特徴がある。この評価の仕方、視点は極めて重要だ。上からの指令ではないという強調が素敵だ!!
- ⑦3.11の時と同様に、「行政—医大—医師会」がタッグを組んだトライアングルの成果として評価できる点も重要。一朝にしてできるものではない。千葉事務局長は、5月のゴールデンウィークは、平泉の実家の畑しごと中であつたが、携帯が鳴りっぱなしであつた由。

## 10. 岩手県地域外来・検査センター開設経過

平均1日当たり検査件数 6人7所、最低3人、最大20人

- 5/18 一関・平泉町外来・検査センター始動  
月・水・金  
宮古市外来・検査センター始動  
月・水・金
- 6/4 奥州金ヶ崎発熱外来始動 火・木
- 6/9 釜石・大槌地区地域外来・検査センター始動 火
- 6/10 盛岡地域外来・検査センター始動  
月～土
- 7/22 北上地域外来・検査センター始動  
水・木
- 7/29 花巻地域外来・検査センター始動  
水・木
- 二戸地域外来・検査センター始動 水
- 8/5 気仙地域外来・検査センター始動  
水・木
- 8/6 久慈地域外来・検査センター始動 木
- このように、地方ごとに、その必要度と力量に応じて取り組まれている。

## 11. 一関市医師会、事務長菅原幸子氏

一関医師会の取り組みに関して

- ①国の緊急事態宣言の前の2月に、役員から声が上がってきていた。2月に年次総会があるため

3月理事会前にことを進める必要があると前会長が判断し、行政との話を始めた。市長も市議たちも積極的に対応してくれた。

- ②昨年来の新型コロナウイルス発熱外来の経験があつたことで、接触者・発熱外来設立の構想が進んだ。
- ③外来は、月、水、金の週3日間14:00～16:00。市民は、手上げた協力医療機関（38医院）を通して、外来センターに紹介され検査を受ける。協力医療機関は非公表。風評被害対策で保健所からの指示である。市民は、協力医療機関がどこなのかは、ほぼ知っているようだ。センターに参加している医師会員は24名。
- ④無症状者や妊婦を検査対象にするかは未定⇒県の指示待ち
- ⑤県や保健所の対応について：当初は、保健所を通して問い合わせても回答が遅いなどがあつたりで、そのマンパワー不足を感じた。
- ⑥医療機関の広報体制は、帰国者・接触者外来は県立磐井病院、入院は県立千厩病院となっている。しかし、千厩病院には感染症の専門医がいないため、必要に応じて磐井病院から医師を派遣する。
- ⑦一関医師会が、岩手県でいっただけで地域システムを立ち上げた背景に考えられるのは、宮城県との県境にあり、日常的に人・物の交流が強い地域である。現市長は、県境の連携を重視し『栗登一平（くりといっぺい）』と常々発信している。「栗原市・登米市・一関市・平泉町」（栗原市と登米市は宮城県、一関市と平泉町は岩手県）のことで（全車指定席新幹線でも、一関駅～仙台駅間は、指定券なしでも乗車できる）。
- ⑧一関保健所の現所長は、4月に赴任してきた。元外務省関係の技官で、海外の経験を持つ。

### 【経過】

- ・一関保健所主催で先行した企画があつた。
- 1/30 保健所感染対策連絡会議
- 2/25 両磐圏域感染症対策連絡会議（新型コロナウイルス感染症対策会議）
- 4/22 新型コロナウイルス感染症対策圏域別医療連絡会議
- ・一関医師会
- 4/8 第1回新型コロナウイルス感染症対策に関わる打ち合わせ会議（一関市と平泉町と発熱

外来設置に関して検討)

4/9 勝部一関市長へ要望書提出

4/14 第2回同上会議

このように、保健所の取り組みが鈍かったとはいえ、1月に学習会を企画している。

## 12. 岩手県民の反応 感染第1人目の出現 に(『岩手日報』より)一関市図書館閲覧8/6

・達増知事「自分も感染する可能性があるのだという思いで、感染した人に共感してほしい」(7/29)

・「行動利益を負えない人が増えると対策が困難になる。感染者の立場や行動で善悪を考えることは慎むべきこと」(県感染症対策専門委員・岩手医科大学附属病院感染制御部長)(7/30)

・社説「症状がある人は、県のコールセンターやかかりつけ医師に相談する。必要に応じて、従来から受け入れ窓口になっている帰国者・接触者外来か発熱外来を予約受診する。

まじかに出産予定を控えた女性が希望すれば、県が費用を負担して全額補助する。

県内のPCR検査体制は、8月末までに1日864件、県の推定では1日当たりの患者数ピークは379人。7月末までに350床、軽症者施設300室で計650床確保に向けて対応。(7/30)

・「我慢をせずに受診してほしい。医療機関にも検査センターにつなぐ働きかけを強めてゆく」(7/31)

・争論「コロナ第2波への備え」として、1ページ全面企画。「保健師増員必要」(鎌田久美子(日本看護協会常任理事・元全国保健師長会会長)と「衛生研に法的定義を」(調恒明 地方衛生研究所全国協議会議長)(7/30)素早い問題提起であった。

## 13. 仙台市の取組

宮城県の特徴は、政令100万都市仙台に人口の46%が集中し、第1、2次産業を除き東京首都圏の支店経済であり、東北地方の中心地に位置するところから、はやい時期に感染が露呈することは必定であった。仙台市は、県の対策本部設置(1

月27日)よりも早く、医療機関連絡会議を招集(同22日)し、その後も積極的に対応した。「新型コロナウイルス感染症対策調整局長」を専任で配置し、専任1名と兼任9名のスタッフを配置したことはその後に全部局にわたる細かい対応策を作るうえで効果があった。それは、8月早々に「中間検証」(140ページ)を出し、保健所体制の強化などの方針を出していることにも見て取れる。

市民の要望にこたえるために、市医師会の関わる会員450名にアンケートを出し、145名の賛同で、コロナ対応医院(外来相談・検査)を設定するなど独自の取り組みをも生み出している。これは、情報の閉塞感の中での有効な対策でもある。しかし、残念ながら、仙台市医師会報(月刊)には、記載がないが。

\*『新型コロナウイルス感染症対応検証結果報告書』令和2年8月仙台市

144ページの間接検証報告書作成公表。宮城県より初動が早く、全組織での対応が特徴。

・危機管理課(3.11で新設)が初動に対応し、4月にコロナ担当局長ポストを新設し配置(健康福祉局次長)ここがコロナ対策のリーダーシップを発揮した。全部局の組織的関わりが成果をあげられた(各分野にわたり細かく政策・対策をたてられた)。

・情報開示に積極的(マスコミ広告、各種ラジオ)。感染症専門家、医師会、地元財界などの意見を詳しく開示。

・市立病院(2類感染ベッド8床)の存在が大きい。市医師会との協力関係もよし。協力医師165人。

・2つのルート:①市民→コールセンター⇒5軒開業医(手挙げ医師)紹介⇒帰国者・接触者外来登録医療機関(検査)\*東北大ドライブスルー(検査)②クラスター検査:⇒自衛隊基地(検査)

・PCR検査体制の拡充に積極的対応。10件/日⇒80件/日⇒104件/日

・保健所保健師支援策(事務的サポート、補充など)

・ガイドライン9回改定

\*ただし、この「中間検証」には、保健所の縮小・統廃合に関して言及していないのは残念だ!

#### 14. 登米市医師会、事務長佐々木洋一氏

電話 8 / 25 15 : 00 ~ 15 : 15

地区医師会で、コロナについて話題になったときのこと。会員は高齢者が多い、罹患したら大変だ。との会話から始まり、医師会として取り組む方向で話が始まった頃に、突如、登米市長がマスコミにて発言し、一気に事が進んだ。登米市立病院の空き室を発熱外来に設定して、かかりつけ医から該当者を誘導し、検査をする。医療スタッフは医師会が配置する。毎日13:30~16:00。土日祝日については検討中。当番医は市立病院の嘱託医として扱う。登録医師は11人（会員78人）。施設がクラスター化したときのことを検討している。

かかりつけ医は、該当者の情報（診療情報や車ナンバーなど）をFAXで、発熱外来に送信する。隣りの一関市の取り組みも知っており、日常的な連携感がある。同様の取り組みは、気仙沼でも始まっているはずだ。とのことだった。取り組み状況を、県医師会報に寄稿することをお願いした。

#### 15. 気仙沼医師会、事務局長高橋良氏

コロナ対策として5月下旬より準備し、6月より発熱外来開始した。「気仙沼市感染症クリニッ

ク」として気仙沼市が被災した旧高校校舎の一角を診療スペースとして設定し、市民に開示、開業医の紹介も含め水、金曜日の週2回16:00~17:00検査も含め外来診療をする。予約を電話で9:00~14:00まで受け付け、予診もとる。参加登録医師（手挙げ）は11名（実働は7名、医師会員65名）で対応している。これまで検査実績は70人。運営費用は、市が負担する。医師の謝礼は、PCR検査診療、普通診療、待機のみ等で異なる。検体回収は、県が担当。

3月ごろより、森田医師会長が気仙沼市長と話し合いを始めた。3.11での災害対策本部で、医師会と保健所と市の連携関係ができていた。そこでの災害医療チームがベースになった。気仙沼市立病院とは、医師会長との関係でつながっている感じだ。

参加医師が罹患した場合の補償は、県医師会で斡旋している損保ジャパンで対応する。看護師の獲得に苦労している。1単位2名必要であるが、当番医が伴ってくることもあるが、そこにはばかり頼れない。公募しているが苦労している。岩手県の気仙医師会とは、年1回の交流会がある。親しい関係だ。

（むらぐち いたる、坂総合病院名誉院長）

# 報告書等の発行一覧

詳細はウェブサイトの出版情報をご覧ください

## 視察報告書、翻訳

タイトル	著者名	発行日	備考
『「スウェーデン・福祉の国づくりを 探るツアー」報告書』	全日本民医連・総研いの ちとくらし編	2006年3月1日	全日本民医連・総研 いのちとくらし共催
『「スペイン・ポルトガルの非営利・ 協同取材」報告書』	角頼保雄・坂根利幸・石 塚秀雄他	2006年3月1日	いのちとくらし別冊 No.2
『フランス 非営利・協同の医療機関・ 制度視察報告書』	非営利・協同総合研究所 いのちとくらし編	2008年3月31日	全日本民医連・総研 いのちとくらし共催
『キューバ・メキシコ視察報告書—キ ューバ憲法・ポリクリニコ一般規則全 訳付—』	非営利・協同総合研究所 いのちとくらし編	2010年2月20日	全日本民医連・総研 いのちとくらし共催
『ドイツの非営利・協同の医療と脱原 発の地域電力事業視察報告書』	非営利・協同総合研究所 いのちとくらし編	2013年3月31日	(在庫無、ウェブサ イトでPDF公開)
『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』	非営利・協同総合研究所 いのちとくらし編	2014年6月14日	(在庫無、ウェブサ イトでPDF公開)
『イギリスの医療・介護と社会的企業 視察報告書』	非営利・協同総合研究所 いのちとくらし編	2016年6月15日	総研いのちとくらし ・全日本民医連・保 健医療研究所共催
『スペイン社会的経済概括報告書 (2000年)』(翻訳)	J.バレア、J.L. モンソン 著 佐藤誠・石塚秀雄訳	2005年4月15日	いのちとくらし別冊 No.1

## ワーキンググループ報告書、ワーキングペーパー

タイトル	著者名	発行日	備考
『公私病院経営の分析—「小泉医療制 度構造改革」に抗し、医療の公共性を まもるために—』	医療経営比較ワーキング グループ	2006年3月1日	ワーキンググループ 報告書 No.1
『地域の医療供給と公益性—自治体病 院の経営と役割』	地域医療再編と自治体病 院ワーキンググループ	2015年4月30日	ワーキンググループ 報告書
『地域医療と自治体病院—展望を岩手 から学ぶ』	地域医療再編と自治体病 院ワーキンググループ	2017年7月15日	ワーキンググループ 報告書
『Red Store、Yellow Store、Blue Store and Green Store:The Rochdale Pioneers and their Rivals in the late Nineteenth Century』	Takashi SUGIMOTO (杉本貴志)	2006年11月8日	ワーキングペーパー No.1
『友愛社会とは何か—ヨーロッパから 学ぶ社会像』	富沢賢治	2010年3月1日	ワーキングペーパー No.2
『地域医療と自治体病院をめぐる住民 運動』2013/09 第一報	八田英之	2013年10月15日	ワーキングペーパー No.3
『東日本大震災からの復旧・復興事業 の取り組みと課題に関する研究—気仙 沼市の復興状況を事例として—』	小磯明	2015年3月31日	ワーキングペーパー No.4
『TPP・共済問題研究会報告要旨集 TPPと共済規制問題』	中川雄一郎	2016年8月31日	ワーキングペーパー No.5

# 労働者協同組合法の概要

竹野 ユキコ

2020年12月、労働者協同組合法（以下、労協法）が成立した。協同組合に関係する法律として42年ぶりに成立した労協法は議員立法であり、衆参両院の厚生労働委員会と本会議をいずれも全会一致で可決されている。本稿では厚労省のウェブサイトに掲載された労協法の条文、労協法概要説明などをもとに、成立した労協法の概要を確認したい。

## ●基本原則と要件

労協法では、社会の現状を「各人が生活との調和を保ちつつその意欲及び能力に応じて就労する機会が必ずしも十分に確保されていない」という背景があると指摘している。労働者協同組合は「労働者が出資し、それぞれの意見を反映して事業を行い、及び自らが事業に従事することを基本原則とする組織」と規定し、労働者協同組合で行われる事業を通じて、究極的には「持続可能で活力ある地域社会の実現に資することを目的とする」と記されている。出資し、話し合って事業を行い、事業に従事する協同労働を行うことで「多様な就労の機会を創出することを促進するとともに、当該組織を通じて地域における多様な需要に応じた事業が行われることを促進」することとなり、地域社会に貢献する事業が行われるようにすると意義づけている。

ほかには、以下の五つの要件が定められている。

- (1) 組合員の任意加入、脱退
- (2) 組合と組合員とで労働契約を締結する
- (3) 組合員の議決権・選挙権は、出資口数にかかわらず平等
- (4) 労働契約を締結する組合員が総組合員の議決権の過半数を保有
- (5) 剰余金配当は、組合員が組合の事業に従事した程度に応じて行う

このほかにも組合は営利を目的としてその事業を行ってはならないとされ、特定の政党のために

利用してはならないとも定められている。なお組合員とは、定款で定める個人となっている。

## ●設立、出資、議決・選挙権

設立は届け出をすれば設立できる準則主義であり、官庁の認可が必要な認可主義とは異なる。名称には労働者協同組合という文字を用いなければならない。3人以上の発起人が必要であり、登記が必要となる。組合には役員として理事（3人以上）、監事（1人以上）を置くことが必要となる。

組合員は1口以上の出資をすることが必要であり、1人の出資口数は出資総口数の100分の25を超えてはならないとされているが、組合員が3人以下の場合はこの項目は適用されない。組合員の責任は、その出資額を限度とすると定められている。また組合員の持分は、譲渡することができない。

組合員は出資口数にかかわらず一個の議決権、役員あるいは総代の選挙権を持つ。

## ●労働契約、事業、剰余金

組合は事業に従事する組合員との間で労働契約を結ぶが、一部の組合員（組合の業務を執行し、又は理事の職務のみを行う組合員、監事である組合員）は除く。労働契約を締結した者には、労働関係法規が完全に適用される。したがって労働組合に認められる権利・権能はすべて認められる。

事業の種類についての制限はないが、「労働者派遣事業、その他組合が目的に照らして行うことが適当でないものとして政令で定める事業」は行えないことになっている。総組合員の5分の4以上が事業に従事しなければならない、事業に従事する者の4分の3以上が組合員でなければならない。したがって、繁忙期のアルバイトやパート労働者なども考慮されているといえる。

剰余金がある場合は、準備金の積み立て、繰越金を義務づけている。定款が定める額に達するまでは、毎事業年度の剰余金の10分の1以上を準備金として、毎事業年度の剰余金の20分の1以上を就労創出等積立金として積み立てなければならない。ほかに組合員の知識向上のため、毎事業年度の剰余金の20分の1以上を教育繰越金として翌年度に繰り越さなければならないと定められている。剰余金の配当は、組合員の事業への従事分量によるが、出資配当は行えないとされている。

## ●連合会、行政庁による監督等、移行規定

労協法には、組合又は連合会であって定款で定めるものが会員となる労働者協同組合連合会（以下、連合会）についての規定がある。連合会は会員の指導、連絡及び調整に関する事業を行う。連合会は会員に出資させるものと出資させないものがあり、連合会を設立するには、その会員になろうとする2以上の組合又は連合会が発起人となることが必要となる。

所轄行政庁は、個別の組合についてはその主たる事務所の所在地を管轄する都道府県知事、連合会は厚生労働大臣である。また厚生労働大臣は、組合及び連合会の適正な運営に資するため、必要な指針を定めるとされている。

労協法は、公布後2年以内の政令で定める日から施行することになっている。施行の際、現存する企業組合またはNPO法人は、施行後3年以内に、総会の議決により組織を変更し、組合になることができる。NPO法人からの組織変更については、附則で特別な規制がある。

## ●NPO法、企業組合との差違

特定非営利活動促進法に基づくNPO法人は、設立に都道府県知事の認証が必要であり、社員は出資することができない。また活動分野も法律で定められた20分野と限定される。しかし営利目的の活動ではない点は、NPO法人と労働者協同組合とは同じである。一方、中小企業等協同組合法に基づく企業組合は、出資と運営はできるが、設立に都道府県知事の認可が必要となる点で労働者協同組合とは異なる。なにより労協法によって非営利の法人を簡便に設立できることになった点は大きいといえる。

厚労省のページにある「労働者協同組合法について」に挙げられた事業の具体例は、介護・福祉関連（訪問介護等）、子育て関連（学童保育等）、地域づくり関連（農産物加工品直売所等の拠点整備、総合建物管理等）、若者・困窮者支援（自立支援等）となっている。委員会の審議では、地域の中小企業の事業承継、小農についての可能性も話題となっていた。

労協法成立は関係者の長きにわたる実践とその上に積み重なる運動の成果であるが、これからどう活用されるかのスタート地点に立ったところとも言える。2年後の施行に向けた準備や、今回は踏み込めなかった課題達成に向けた準備も必要となる。人口減少や高齢化、環境問題などに加え、新型コロナ禍で改めて表出した社会の課題は多い。協同労働という働き方が社会に広まることでこれらの課題解決の可能性が広がることを期待しながら、今後にも注目したい。

（たけの ゆきこ、研究所事務局長・研究員）

# 労働者協同組合法成立と協同労働について

石塚 秀雄

## 1. はじめに

我が国で新しい個別協同組合法が成立した。なにはともあれ喜ばしいことである。労働者協同組合法の与える効果や影響については、これから多くのコメントが書かれると思われるので、まずは重複しないテーマである「協同労働」について若干コメントしたい。

日本の協同組合法制は縦割りの種別で作られており、農協法、生協法などがある。日本の協同組合運動では主としてこの二つの協同組合種類、さらには信用組合、信用金庫なども含んで考えられているが、企業組合や事業協同組合その他、協同組合と名が付くものがあったとしても、協同組合運動に含まれるものとは見なされていない。ところで、これまでいわゆる労働者協同組合及びワーカーズコープ、ワーカーズコレクティブにはその法律がなかった。発生当初、これらのワーカーズは協同組合運動内では認知されないこともあったが、協同組合理論においては、重要なセクターと見なされてきた。いわば、新しい協同組合運動であったのである。このほど成立した「労働者協同組合法」はその構想から約30年を経て成立したものである。関係者の努力が報われてなによりである。同法成立による実践上の利点や効果については各所で論じられることと思われる。もとより法律の制定は利害の妥協あるいはせめぎ合いの産物であって、一つの当事者のみに絶対的有利に作られるということはない。

## 2. 労働者協同組合法の制定の 現在の意義

欧米先進国の協同組合運動に比べて、日本ひとりかなぜ労働者協同組合法制がなく、その成立が現在に至ったのであろうか。第一に、協同組合運動理論上の問題点である。日本では1900年の産業

組合法（現在の農協）が戦前の協同組合法であった。戦後に生協法などの法制ができた。産業組合法はドイツのライファイゼン協同組合などをコピーしたものであった。ライファイゼングループの理論は、労働者協同組合を視野に入れたものではなかった。また生協運動はイギリスのロッチデール運動などに範を置き、いわゆる消費協同組合を中心としたものであり、また社会主義運動の中で協同組合は、労働者階級には消費協同組合は運営できるが労働者協同組合は不向きであるという理論が有力であった。第二に日本社会経済の戦前からの歴史的制約が労働者協同組合の発展を阻害したといえる。明治維新以降の遅れた資本主義における労働運動はきわめて脆弱で、産業革命を下支えする職能団体の存在もまた労働運動も1900年代以降にようやく顕在化したのであって、欧米に約100年の遅れがあった。すなわち、労働者階級形成の実質的遅れが、当然ながら労働者協同組合の形成というものにまったくつながらなかったのである。とはいえ、第三に、日本に労働者協同組合運動の萌芽がなかったわけではない。しかしそれは理論的にも実践的にも協同組合運動とはいえないような未成熟のままに貧弱な土壌の上ですぐ枯れてしまったのである。戦後の1945年から数年の間に、日本でもいわゆる労働者協同組合と呼ばれる実践と運動があったのであるが、これは戦後の失業、物資不足、生活困窮の中で自然発生的に生まれたものであって、理論は中国の抗日時代の合作社運動のまったくのコピーで、その理論を十分に理解してのものではなかった。したがって配給制度などが復活し、失業が吸収されると労働者協同組合運動は一過性のものとして消えてしまった。そして日本に労働者協同組合運動が登場するのは1980年代になってからである。そして、その登場は、政府の失業対策事業の打ち切りがひとつのきっかけとなっていたのである。失業者が労働者協同組合を形成する運動はイタリアの歴史に顕

著に見られたものである。一方、ワーカーズコレクティブ運動は生協運動から派生し、アメリカのカリフォルニアにおける運動をモデルとして、その実践主体は高学歴の女性たちであった。すなわち日本の労働者協同組合運動は二つのルーツを持つと言って良い。

しかし、欧米の労働者協同組合運動と異なる特徴は、欧米が生産協同組合という性格すなわち、製造業セクターが中心となって発展してきた歴史があるのに対して、日本ではサービス業それも社会サービスセクターが主流となって展開してきたということである。したがって、近年ヨーロッパの社会的協同組合が法制化されているが、社会的弱者を対象として労働参加・介護福祉・障害者労働などの分野と類似しているといえる。このことは今後の日本における労働者協同組合運動の展開にとっていささかの影響を与えらると思われる。

### 3. 協同組合法と協同労働の意義

#### (1) 労働参加の意義

日本の協同組合法制は一般法ではなくて個別法である。いわゆる農協法や生協法があり、労働者協同組合法も個別法として制定された。どちらの形式がよいのかは議論があるところであるが、協同組合一般として理論を考えるという点が弱くなる恐れがなきにしもあらずである。日本の協同組合運動のナショナルセンターが脆弱なもの個別法という縦割りのために、協同組合セクターとしての多様性と共通性の認識の下にまとまるのが難しいという問題がある。それはさておき、労働者協同組合とその他の協同組合との大きな違いは、組合員が「労働参加」するという点にある。

労働者協同組合法（以下、労協法と言う）は「組合員が出資し、それぞれの意見を反映して組合の事業が行われ、及び組合員自らが事業に従事すること」（第1条目的）と明記しているように、「出資参加、経営参加、労働参加」という三つの参加がその特徴である。その他の農協や生協では、最後の「労働参加」はない。すなわち、労働者協同組合にあって特徴的なことは「労働参加」である。他の協同組合にあっては、そこにおける労働者または職員は賃金労働者いわゆる被用者（賃金労働

者）であり、その労使関係は、株式会社や有限会社と同じである。したがって従来の諸労働法が適用される。一般会社の「社員」すなわち「株主」は出資参加と経営参加の二つの要素を持つ。同じく農協や生協の「組合員」も出資参加と経営参加を行う。そして経営参加は、「1人1票」である。一方、労協はそれに加えて「労働参加」あるいは「従業すること」が含まれる。このことは組合員加入条件の違いとしてあらわれる。組合員資格として、農協は「農民であること」、生協は「消費者であること」の属性に基づくが、労協の場合は「労働者であること」だけでは加入の必要条件にはならない。それは一般企業においても雇用する場合に誰でもよいということではなく、仕事に関連した選別が行われるからである。したがって労協における組合員とは「選別された従業員」ということが一つの特徴である。そしてその「従業員」が、同時に「経営参加」という点に第二の特徴があるのである。この点は労協の本質に関わることであるから軽視することはできない。すなわち、「参加の三位一体」が労協の特徴である。

#### (2) 賃金の決定

一方、労協に関して、最低賃金を守れるのかどうかという疑念を主たる問題点とする意見もあるが、それを強調することは労協法の議論の本質から外れた議論である。たとえばブラック企業の存在によって、株式会社形式に問題があるという議論がなされるだろうか。労働搾取という本質的な問題であればそれは議論されるかもしれないが、その場合、労働者協同組合はかえって理論的には搾取否定の原則を適用していることが明らかになるであろう。労協法がそこで働く者の「労働者性」を認めたからには、最低賃金を守るかどうかは実態論であって、理論的にはクリアされた問題である。すなわち賃金決定は理論的には労働者組合員たち自らが行うものである。確かに、実態論として低賃金の事例が起こりうるという懸念はある種根拠のあるものである。しかし、労協の目的が「この法律は、各人が生活との調和を保ちつつその意欲及び能力に応じて就労する機会が必ずしも十分に確保されていない現状等を踏まえ」（第一条、目的）と明記されているように、社会的弱者や失

業者による雇用（仕事）創出を目的の一つに置いたものである。ちなみに、「各人が生活との調和を保ちつつ」という文章は、労働契約法の中の「労働者及び使用者が仕事と生活の調和にも考慮しつつ」という文章とほぼ同一のものである。したがって、労協の役割を、これまで手薄であった社会的弱者（失業者、障害者、女性、高齢者、若者、非熟練労働者など）の仕事（雇用）創出にその意義を認めることが肝要なことであるので、最低賃金論に関心を集中するのは論者が労協の意義を矮小化するものと言わざるを得ない。もともと労働市場に参入の困難な人々を事業に組織するのであるから、賃金条件においても比較的低賃金でスタートするのは実態論として大いにありえるのである。

### （3）労働契約の意味

また、労協法では「事業（労働）に従事する組合員」は「労働契約」を締結するとなっている（第3条2―2。第20条）。労働契約法は2008年施行の比較的新しい法律である。従来の労働基準法などの労働三法に加えて、なぜ労働契約法が制定されたのかについては労使それぞれのメリットとデメリットがあるものであるが、ここでは特に触れないが、「労働者の保護を図る」と明記されていることにおいて、労働者側のメリットが示されている。したがって労協が最低賃金を守れるかどうかという議論は、理論的な必要性に欠けている。この点においては労協は一般企業とおなじであるからである。第二に、考慮すべきは、労協においては労働契約法にいう、「使用者」と「労働者」の同一性があることである。すなわち、労働三法では、労働者は使用者に対して「弱者」として捉えられており、それ故、団結権等が認められているが、労働契約法では、労使対等という仮説が前提となっている。労働契約法にいう「使用者」と「労働者」との合意に基づく決定という条件は、労協こそがもっとも正しく実現できるということを含意するものである。

新労協法では、組合員の出資参加は明記されたが、「労働参加」という点では、既存の「賃金労働者性」に基づく解釈により「組合員が組合の行う事業に参加すること」（第3条3）、「それぞれ

の意見を反映して組合の事業が行われ」（第1条）、「その事業が行われるに当たり組合員の意見が適切に反映されること」（第3条2）などと明記されているにとどまる。もちろんこれらの規定も画期的なことではある。しかし、「事業に参加すること」や「事業に組合員の意見を反映させる」ということは「労働者組合員が経営参加すること」「労働者が経営を行うこと」とは厳密には異なる。

ここで「経営参加」は「ガバナンス」と「マネージメント」に分けて考えなければならない。これを混同するといわゆる一般会社の経営と労働の分離の妥当性に陥りやすくなり、労協においても経営と労働の分離が適用されやすくなるのである。経営者と労働者の理論的同一性が看過されてしまうのである。実際問題として全ての労働者組合員にいわゆる経営能力すなわちマネージメント能力があるわけではない。労協においてはそれは専門性の問題であり、あるいは職務分掌の問題である。農協や生協では組合員は利用組合員なので、マネージメントに参加することはほとんどの組合員にはない。したがって、農協や生協の総会は、まさにガバナンスの検討決定の場なのである。しかし、労協の眼目はまさに労働参加と経営参加なのであるが、それをどのように実現するのかは新労協法では明らかにされていない。すなわち、労働契約を結ばない組合員として「組合の業務を執行し、又は理事の職務のみ行う組合員」（第20条1）、「監事である組合員」（第20条2）と明記されているように、経営（業務）と労働の分離が想定されているのである。これはガバナンスとマネージメントが混同されているからである。役員「補償契約」（第48条）は一般会社の役員（経営陣）と同じ扱いを想定したものである。労協においては、マネージメントは職務分掌の一つである。したがって組合員はマネージメントに参加はしなくてもガバナンスには参加するものであるということであれば、外部からの労協批判において、労働者が主人公だときれい事を言いながら、結局のところ労働者搾取をしているのではないかという批判に対して有効な反論ができなくなる恐れがあるのである。

#### (4) 協同労働は認知されたか

日本の労働法制における概念においては、「自己雇用」や「協同労働」という概念がない。そうした新しい概念定義を創出することなく労協法は作られたといえる。したがって、労使関係については労働契約法の条文が一番準用しやすいものであると見なされたのである。いわゆる賃労働者、被雇用者、雇用労働者とは別のものとして「労協組合員」という「事業に従事する者」（すなわち従業員あるいは労働者）が労働契約の適用を受けるのである。しかしながら、この場合、「労働者」と「使用者」の同一性ということは、「自主管理」を通じての「民主的経営」を含意するものであることが強調されなければならない。ILOが言う「ディーセント・ワーク (decent work)」すなわち「人間らしい仕事」というのは、「民主的経営参加」を意味するものである。労協法が制定されての議論が賃金論に特化するのとは、労協の存在意義の本質的議論を看過する貧困な議論と言わざるを得ない。労働搾取のないディーセントな人間らしい労働をどのように構築するかは、労働時間の短縮という労働そのものの人間的役割を看過したものとわざるを得ない。実態論はともかくとして、労協は労働者自主管理あるいは労働者主権の企業を追求しているものであり、企業の営利性・非営利性の議論とともに、その可能性について議論を集中することがより生産的な議論になるであろう。

しかし、これらの理論的側面は、法案作成者たちに十分理解されていたとはいえない。それは現行の労働関連法体系を踏まえて、そこに新しい「協同労働」という概念を取り入れることなしに労協法を作ったという限界がある。彼らにとっては労協のイメージは、会社・企業というイメージより「組合」団体あるいは非営利市民団体である。したがって「政党」や「暴力団」に利用されてはならない（第3条5,6）と言った条項が入っているのである。これは微笑ましいというか、法案作成者たちが労協を企業というよりも非営利組織のバリエーションと考えていたこと、「協同労働」と

いう概念は分からずじまいだったことを示している。記憶によれば、初期の労働者協同組合法の検討案には「協同労働」が入っていた筈である。日本におけるこの概念把握の難しさは、なんと言っても「協同労働」という法律概念が存在しないことによる。憲法には労働はなく、勤労である。労働三法は労働を「賃金労働」と同一視している。ヨーロッパにおける「自立的労働」「自己雇用」「協同労働」は、日本では概ね「自営業」となっている。したがって日本では「協同労働」概念は極めて理解しづらいものなのである。

法律用語として「協同労働」が入っている欧米の協同組合法はスペイン協同組合法しかない。「協同労働」は労働者協同組合の根本概念であるが、「社会的協同組合法」というような名称のほうが早く法制化できたかもしれない。「協同労働」は「共同労働」「分業」「協業」「集団労働」「共同所有労働」「自己雇用」「共同事業」「自主管理」「民主的経営」とは厳密には異なる。それは協同労働労働者協同組合で行われる労働である。

## おわりに

予定字数を超えたのでとりあえず終わりにしたい。新労働者協同組合法はできてよかった。不十分な点は改正していけばよい。連合会規定というのも異色ではあるが、日本の実情を反映したものであろう。今後、新労協法施行により、労働者協同組合がいろいろな分野で作られていくのかどうか、また他の法形式から労働者協同組合に転換するのかどうか。まずは想定される社会的弱者のための事業、地域おこしのための事業、社会サービス分野での数の拡大があるのかに注目したい。労協法の議論としては、出資参加の問題、連合会のあり方、非労働者組合員（投資組合員及び賃金労働者）の比率問題などについては次の機会で見たい。

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

## 新連載 〈社会科学的医療論の構築・1〉

# はじめにマグマありき

—まずヒストリカル・フラッシュ

野村 拓

### ●世界史を自分史に取り込み「精神の王国」を

前シリーズ『継ぎ足し生涯学習のすすめ』は大々的な補強、再編成し、『医療・福祉職の生涯学習—うたおう「人生のエリア」を』（2020. 錦房株式会社）として、つぎの8章構成で出版した。

1. 生涯学習とは
2. まず頭の回転を一100曲、100話、100年
3. 回転軸への取り込み—自分史座標づくり
4. 高速・世界史認識法
5. もの書きテクノロジー
6. 働きかけ、バトンタッチ
7. 限界世代的「語りべ」
8. うたおう「人生のエリア」を

これは、一言で言えば、歌（音楽）を連鎖キーとして「世界史」を「自分史」に取り込むことによる「精神の王国」づくりを目指したものであった。

他方、「大阪保険医雑誌」に連載の「平成医療史」は2020年12月号で、24回の連載を終えた。その題名を掲げれば次のようになる。

1. 1988年という年
2. 「弱み」作りの行政、「弱み」マーケット化の企業
3. はたらきかけ、アクション・リサーチ
4. 医療の国際比較・いろいろ
5. 日本への目線、日本からの発信
6. 「コスト抑制」対「政治経済学」
7. 病院をどう見る

8. 戦後50年の節目と社会保障運動
9. 「格差ケア」から「弱者淘汰」へ
10. 「まやかし語」と弱者切り捨て
11. 国民医療研・プロジェクト

12. 学習運動の高揚
13. 世紀の変わり目の多忙
14. 世代間の交流—語り・聞き取り・自分史
15. 日本への目線いろいろ
16. 昭和・平成・令和ドッキング医療史
17. 「改革」という名の「市場化」「独算性」、そして軍事化
18. テロリズム・戦争・貧困
19. 次世代へのバトンタッチ
20. 秒キザミ社会と虐待・レイプ
21. 時代を織る
22. グローバル「平成」、災害の「平成」
23. 2つの medical history
24. 生涯学習としての medical history



平成時代を通じて、まず気になることは「医療保険」という言葉がオリックスなどの民間保険を意味し、「給付」のことを「保障」と呼ぶように

【問72】 わが国の現行医療保険制度について該当するものは次のうちどれか。

- |             |               |
|-------------|---------------|
| a 前払い現金給付方式 | b 出来高払い現物給付方式 |
| c 人頭制方式     | d 出来高払い現金給付方式 |
| e 疾病一括処理方式  |               |

なったことである。つまり、民間保険の給付は「医療保障」なのである。このような状況を、かつて「医療保険」に「公的医療保険」の意味を持たせた医師国試の出題をした厚労省が黙認しているのはなぜだろうか。

例えば、1989年の医師国試では、上図のような出題がなされている。

ここでの「医療保険」は明らかに「公的医療保険」を意味しているが、いま、新聞広告で大活字で踊っている「医療保険」は「民間医療保険」である。その間になにがあったのか、新自由主義や「民活三羽鳥」（レーガン、サッチャー、中曽根）の登場などあったが、このような言葉のすり替えを許す「社会科学的認識の後退」があったのではないか、という問題意識で前シリーズの結びで「社会科学的医療の再構築」を提言した。では「精神の王国」づくりと「社会科学的医療論の再構築」とはどうかかわるのか。

## ●ヒストリカル・フラッシュとしての『社会科学的医療論200話』

「精神の王国」づくりには、まずテーマに関する頭の縦横無尽の回転、ヒストリカル・フラッシュから始まる。ヒストリカル・フラッシュは「熱き精神のマグマ」であり「冷たきフレーム」に制約された「センター入試型人間」とは無縁である。

「この問題についてどう考える？」

「先生、選択肢を示して下さい」

というタイプや、「はじめに伴奏ありき」のカラオケにゴマをすりながら恍惚感を浮かべてうたったり、下手くそな歌にお義理で拍手したりするタイプは将来の「認知症予備軍」と心得ておいた方がいいだろう。ゴマスリ・カラオケではなく、アカペラで「アモーレ モナムール 命あるかぎり」とうたうのが「熱き精神のマグマ」の持ち主である。

ではまず、「熱きマグマの精神」で「社会科学

的医療論」について100話を思い浮かべて考えたが、「大阪保険医雑誌」（2021.1.）への執筆経験で100では納まりそうにないので200話をフラッシュさせてみた。

1. 「社会科学的医療論」—医療者にとってミニマム必要な社会科学と社会学者にとってミニマム必要な医療論との重なり
2. ルネサンス・解剖学・コンドーム
3. 絶対王政、国家比較記述、国状学（国勢学）と侍医
4. 救貧法、女王様の奴隷商人、ロイヤル・タッチ
5. イギリス市民革命を起点に一「四大生用・学習アンテナ」（2015. 夏合宿）
6. 人体の解剖から「社会の解剖」へ、そして「政治的医学」（Political Medicine）
7. 市民革命と「上からの近代化」
8. 「官房学派」の医政学と農政学、そして人口論
9. 農業の近代化—馬耕法、ノーフォーク輪作、有機肥料、土壌学
10. 外科医F. ケネーの「経済表」—「血液循環原理」の社会的適用
11. 単純再生産から拡大再生産へ
12. 科学革命とイギリス産業革命
13. 資本の自己増殖、そして「人口の再生産」は？
14. 「人を食う都市」ロンドンとアイルランドからの補給
15. 植民地支配と反対給付としての感染症
16. 国内的貧困と感染症（「治療法は民主主義」R. ウィルヒョウ）
17. 「集団医学」としての「軍隊医学」「軍陣衛生」—「脱走統計」もあり
18. 陸軍軍医J. プリングルは「監獄熱」「病院熱」、海軍軍医J. リンドは「壊血病」
19. ナポレオン軍の軍医は「トリアージ」
20. 医療・衛生史におけるフランス革命—ミラボーとJ. P. フランク

21. 市民社会と臨床医学—ヘルマン・ブールハーヴェとライデン学派
22. 「平等」から「平均」ヘーケトラーとヴィエルメ
23. 貧困と年少労働、「子殺し」、「煙突掃除法」
24. 長時間労働と Consumption (消耗病、結核)
25. 工場法 (1833) と救貧法改正 (1834)、「救貧医」の登場
26. 「コレラ撲滅か、インド人撲滅か」
27. 都市を「拡大された軍隊」としてとらえる「公衆衛生」
28. 「上水」とコレラージョン・スノーと「コレラの疫学」
29. チャドウィックとナイチンゲール—「都市内感染」と「院内感染」
30. 「看護は教会から生まれ、軍が育てた」(英書)
31. 「数は力なり」—人口センサスの始まり
32. 「世界の工場」、イギリスの「ミドル」
33. 「水晶宮」—第1回万国博
34. W. ファーの公衆衛生統計—「可能性」の統計—後藤新平の「命価説」
35. 看護と戦争 (1) クリミア戦争 (1853-56) とナイチンゲール
36. 看護と戦争 (2) 南北戦争 (1861-65) と看護ボランティア
37. 看護と戦争 (3) 日清戦争 (1894-95) と「婦人従軍歌」
38. 看護と戦争 (4) ボーア戦争 (1899-1902) で役に立たなかった修道女看護
39. 日露戦争と軍看護 (イギリスから見学者)
40. 「中世なきアメリカ」がさかのぼるべきは—1848のドイツ革命挫折と医師・薬剤師の渡米
41. 1895年の医療政策—オープン・システム病院
42. 社会政策から医療政策へ
43. ビスマルク—内に社会政策、外で植民地経営
44. 内に貧困問題、母子問題を抱えながら建艦競争
45. 最初のホームレス・センサス (1907. 英)
46. 社会保険的 disease 観—「治癒可能なもの」が病氣
47. 強力独占体 (鉄鋼、合成化学) と「疾病金庫」、そして保険医 (金庫医) スト
48. 1911年の医療政策
49. 植民地再分割戦争前夜の医療—アフリカ睡眠特効薬 (バイエル) と黴毒特効薬 (ヘキスト)
50. 血液検査、血液型と輸血
51. 明治期の医師の社会科学的認識  
「資本ノ源タル力役 (労働)」(長谷川泰)  
「年収を年利5分で資本還元 (人間の経済的価値)」(1873年のウィーン万国博でのベッテンコーフェルの啓蒙講演『都市に対する健康の価値』からは森鷗外も理解できず)
52. 帝国主義と社会政策の師匠たち—工場法と社会保険
53. 第1次世界大戦と医療 (1) 総力戦、人的資源、リハビリ職種
54. 第1次世界大戦と医療 (2) 「軍需」も「民需」も—装甲自動車も救急自動車も
55. 第1次世界大戦と医療 (3) 「軍事的健康」と「産業的健康」
56. 第1次世界大戦と医療 (4) アメリカの参戦とインフルの欧州持ち込み
57. 第1次世界大戦と医療 (5) セツルメント看護婦の参戦反対と米陸軍の黒人看護婦採用
58. 「社会政策的な人道主義」と大正デモクラシー
59. 「千山万水楼主人」(若き日の河上肇) そして『貧乏物語』と「衛生法」
60. 「労働科学」「社会衛生学」「大原社会問題研究所」
61. ドイツからの医薬品輸入途絶による製薬産業の自立化  
「日本製606号5割5分引き—特売」(塩野義商店)
62. 旧ドイツ領 (チンタオ、南洋) を手に入れて帝国主義の仲間入り
63. 日本の「社会政策的段階」—国勢調査・内務省に「社会局」(1920)
64. ドイツ疾病保険の研究—エリート官僚とノン・キャリ長瀬恒蔵
65. 東大社医研『医療の社会化』(1926)
66. 戦勝国イギリスでは「耐久消費財革命」(自動車、住宅、電化)、そして「ミドル」用専門医医療
67. 大戦時、傷病兵収容のために患者を追い出して確保した9万床は「専門医医療」の場—GPは病院から締め出され聴診器1本の「救

- 貧医」に
68. ドーソン報告—締め出された GP と保健所との統合 (NHS の原型)
  69. ドイツ社会衛生学の民族衛生学への変容
  70. ドイツ民族衛生学会 (1915) の分裂—「軍事優先学派」(ナチズム) と「ノルディック福祉派」(福祉のための優生手術推進)
  71. 日本では「法」に基づかない「ハンセン病患者」の優生手術 (1915) と「進歩派」の賛同、同、支持 (賀川豊彦、加藤時次郎、平塚雷鳥)
  72. 社会衛生学者、国崎定洞の悲劇
  73. 「社会衛生学講座」対「製薬会社寄付講座」
  74. 健康保険法、普通選挙法、治安維持法、そして「漠然たる不安」
  75. アメリカ繁栄のなかの「市場型医療」、そして世界大恐慌
  76. 「ミドル」対象の「水平的専門医療分化」(「ミドル」の下は無視)—そして「医療抜き」の「社会保障法」(1935)
  77. アメリカ医療費委員会 (CCMC) 報告書 (1928-33, 28巻)—社会科学的「傷病の定義」(占領軍・ニューディーラーを経て『国民健康調査』の「傷病の定義」に)
  78. ソビエトのお粗末—レニングラード (現・サンクト・ペテルブルグ) の女子医学コースに男子も交えて1,412人の新入生
  79. 大英帝国、1930年の統計、そして「産業疲労局」の業績
  80. Time Study, Motion Study 労働合理化 (米)
  81. ロックフェラー財団のグローバル戦略—全額寄付で「公衆衛生院」(日本)
  82. つかの間の「平時」と社会科学的医療論
  83. 長瀬恒蔵『傷病統計論』(1935) と賀川豊彦『医療組合論』
  84. 戸坂潤『科学論』と宮本忍『社会医学』、安田徳太郎訳『大自然科学史』
  85. 西野陸夫「労働寿命論」、暉峻義等「発達犠牲量」
  86. 安藤政吉「工業人口再生産論」
  87. 加野太郎「G. v. マイヤーの社会統計学の産業医学への適用」
  88. ナチズムに対するアクション・リサーチ (クルト・レビン)
  89. 戦争体制へ—保健国策 (1936)
  90. 保健所法 (1937)
  91. 「軍医予備員令」(1937)
  92. 厚生省発足、国民健康保険法、医薬制度調査会 (1938)
  93. ナチ医師の医学的犯罪と731部隊
  94. ノーベル賞学者の「ガス室安楽死」提言とアウシュビッツ
  95. 国民優生法、国民体力法 (1940)、人口政策確立要綱 (1941)
  96. 国民医療法、日本医療団令、言葉としての「国民皆保険」(1942)
  97. アメリカ戦時プロジェクト—「原爆」と「ペニシリン量産」
  98. 「国防総省が私を医療経済学者に育ててくれた」(イーライ・ギンズバーグ)—28万から820万に増えた兵力に必要な医療マンパワーの研究
  99. 栄養失調は「戦時浮腫」、結核患者は「重症」と「軽症」に選別、「重症」は切り捨て、「軽症」は「簡易結核療養所」(奨健寮) へ
  100. 「国民的授業料」(310万の戦争死) を生かすには
  101. 「社会科学」解禁—学生「社研」花盛り
  102. 「科学論」「科学研究方法論」「自然弁証法」
  103. 医療民主化の社会科学は?
  104. 医師の最低生活費研究—どん底での横並び、そして保険医運動
  105. 農村医学の社会科学的先進性—高橋実、林俊一、若月俊一
  106. 結核医の社会科学、そして患者同盟、療養雑誌
  107. 朝鮮戦争と「オベ場の第一助手 RN」(米軍)、そして日赤看護婦への「赤紙」
  108. レッドパージと民主的医療機関
  109. 国民のための統計
  110. 「岩手の保健」—旧国民医療法に新憲法の精神を盛りこむ
  111. 「信濃衛生」—自治体も健康雑誌
  112. 情熱のガリ版雑誌—医学生たち
  113. 医者も患者もごっちゃで厚生省前座りこみ—雑誌「厚生」
  114. 厚生省がましだったころ—所得階層別有病

- 率、結核実態調査
115. 「虚脱」から「存在感」へ—武見医師会、サムの「医薬分業」を骨抜きに
  116. 医薬品の進歩—「人工冬眠剤」だから「ウインタミン」
  117. 結核新薬と「公衆衛生のたそがれ」
  118. 活版印刷になって内容が低下した『厚生白書』
  119. 朝鮮戦争特需による独占資本の復活と二重構造
  120. 社会保険診療報酬と医療団体のスタンス
  121. 性格の違う「病院スト」と「保険医総辞退」
  122. 社会保障論、社会政策論の延長上に「医療」をとらえる社会学者と開業医制度を軸にとらえた川上武
  123. 国民皆保険前夜の医療—単価固定と健保統合論
  124. この時期の名著2点『ウィリアム・ペティ』（松川七郎）と『形式人口学』（館稔）
  125. 国民皆保険と「医学史研究会」
  126. 『日本の医者』（川上武）
  127. 高度経済成長と保健・医療
  128. 四日市ゼンソク、水俣病、イタイイタイ病
  129. 危険作業の下請け化
  130. 老人福祉法、母子保健法、公害基本法
  131. ベトナム戦争と献血、売血、そして「貧血」
  132. ベトナム戦争と医療—救急ヘリとインターネット（米本国の救急は霊柩車）
  133. 「医療という名の参戦」（『週刊女性自身』）
  134. 「医療政策」という言葉がなかったころ
  135. 市場としての医療—医療器械屋から「医療産業」へ、東芝メディカル、日立メディコ
  136. 製薬産業と保険点数インセンティブ、そして薬価差益—大手12社、中堅25社、生物6社（ワクチン）、ゾロゾロ3000社
  137. 抗生物質学術協議会事務局長は元731部隊
  138. 「健康犠牲」と「経済成長」—『健康の経済学』（1973）
  139. 「福祉元年」のオイル・ショック、「老人医療無料化」の年に「有料化プロジェクト」スタート
  140. 世界一、医学医療に金を使っているアメリカの健康水準はなぜ低い（米・下院）
  141. 米・政治学者の日本医師会論
  142. 反社会保障・武見の保険医団体つぶし（保険医総辞退）
  143. 「防衛医大設置に関する懇談会」座長・武見太郎
  144. 「自治医大」断固反対、「防衛医大」受け入れの所沢市医師会
  145. ゴマスリ学者の「ケインズ・武見仮説」
  146. 「地域医療」に目が向けられた時期
  147. 職場の鉛中毒から排気ガス中の鉛へ—GMの加鉛ガソリン発売（1916）から60年
  148. 「アルマ・アタ宣言」・2000年戦略
  149. 医療産業の在庫を押しつけるODA 批判
  150. 新自由主義—民活三羽鳥—歴史を知らぬレーガン、歴史を忘れたサッチャー、歴史を歪曲した中曽根
  151. 臨調・行革路線—戦後政治（民主的達成）の総決算（中曽根）
  152. アメリカでは「マーケティング理論」の医療への適用  
医療の市場化と公的支出の抑制
  153. 病院チェーン、HMO、買い叩かれる麻酔医
  154. アメリカ DRG, 日本「医療標準」（中曽根）
  155. イギリスはNHSに「差額ベッド」（Amenity Bed）を導入、このAmenityを日本の厚生省は「快適サービス」と訳し「快適サービス」は別料金
  156. 医療国際比較と橋本正巳苦心の「専門医統計」
  157. 専門医制度にたいする比較医療政策史的考察
  158. 医療費抑制の手法—老人医療有料化（1983）—健保本人負担の導入（1984）—病床数規制（1985）そして国立病院つぶし（1986）
  159. 戦後民主主義の産物としての国立病院つぶし
  160. 医療国際比較マトリックス
  161. 欧州全体のSMR 統計
  162. 「アルマ・マタ宣言」10年、WHOの「象牙の塔・症候群」批判
  163. 「開業医宣言」の位置づけ
  164. 社会主義国家の崩壊と「ビスマルクへの回帰」
  165. 国立病院つぶしに使われた「政策医療」という言葉
  166. 暗躍するシンクタンク、「コンサル屋」、厚

- 生省 OB
167. ハイエナの自治医大グループ（地域医療振興協会）
  168. 医療研究集会に1,400人、250人の大調査団（アクション・リサーチ）
  169. 患者団体を貴様呼ばわりした防衛医大出身医師
  170. 「医療政策」をコンサル屋の営業品目にして逮捕された東大教授
  171. 日くつきの「産業医大」一反革新府政で堺から北九州へ、そして自治体病院つぶし
  172. 「社会医学を社会科学的に補強する」
  173. 「医師法」のマイナー化、「防衛庁設置法」改正で防衛医科大学校卒業生に医師国試受験資格、自衛隊海外派遣
  174. 医療生協がんばる、東京で国際大会（1992）
  175. 「医療国際比較」のお粗末（台湾は「社会主義、極貧国」）
  176. 欧州全体のSMR（標準化死亡比率）デンマーク151, ギリシャ71（35-64歳、虚血性心疾患）
  177. ナーシング・ホームの三層化（米）退院患者受け入れ型から、「看護師のいないナーシング・ホーム」まで
  178. 正看（バイリンガル）、准看（カリブ）、看護助手（アフリカ）
  179. 比較医療政策史なき国際比較の不毛
  180. 『20世紀の医療史』（ジョン・ホプのカリキュラムから「医学史」消える）
  181. 『21世紀の医療・介護労働』『21世紀の医療政策づくり』
  182. 「100年の庶民史を勉強する会」
  183. グローバリゼーションと冠グローバル用語
  184. 「地球覇権主義」の起源
  185. 「グローバル・バイタル・サイン」「グローバル借金爆弾」「グローバル感染症」
  186. 日米貿易摩擦と自動車1台あたりの「労働者医療費」
  187. トヨタ、カンバン、カイゼン、アマクダリ
  188. 医療政策学校
  189. 災害医療、災害看護、テロリズム
  190. 医療ツーリズム、医療産業都市
  191. 移民、難民、国内植民地

192. 「モデル視」される日本医療
193. 比較医療政策史的考察
194. 昭和・平成ドッキング医療史
195. 「グローバル健保百年」
196. 社会科学的医療論の研究・学習方法論
197. クロスセクション国際比較の限界
198. 専門医制度は比較経済史をふまえたグローバル医療政策学で
199. 世界史を自分史に取り込んだ市民的 Layman
200. グローバル市民連合のリーダーは？

さて、この後どう展開するか、講義に使うのならピックアップ方式で半期（13回）、通年26回ぐらいいにアレンジすればいい。本（単著）にするなら、「ヒストリカル・フラッシュ」―「フラッシュ・シラバス」―「編・章・節・項編成（本格シラバスづくり）」と進めればいい。また、若手・次世代育成が目的なら、この段階で「集団執筆」をよびかけるのもいいだろう。しかし、今回はテーマ（「社会科学的医療論の構築」）をさらに掘り下げる形で展開を試みることにする。

## ●更なる「掘り下げ」

レーガンは歴史を知らず、サッチャーは歴史を忘れ、中曽根は歴史を歪曲していた。予診・問診のことを History Taking というが、社会科学的テーマについては、まずスピーディな「ヒストリカル・フラッシュ」が必要である。

アメリカの医師は History Taking で20ドルぐらい請求するが、社会科学的 History Taking は「中世なきアメリカ」では、あまり意味をなさない。だから、平地でパチンコの玉を転がしたら、どんな転がり方をするか、というような底の浅い社会学しか生まれない。少なくとも、「いかにヨーロッパに失望・絶望した人たちがアメリカに向かったか」までさかのぼる必要がある。

若き医学徒が「疾病と貧困の悪循環」に気づき行動を起こしたのは、文献的に迎れるかぎりでは R. ウィルヒョウの「シレジヤ報告」（1847）あたりまでではないか。中川米造研究室で全訳の原稿を拝見したが、出版にはいたらなかったようで、H. E. シゲリストなどの紹介論文などで知る限り

では、シレジャ地方で流行する発疹チフスの原因は貧困と貧困がもたらす不潔であり、したがって「最良の治療法は民主主義」「制限されざる民主主義」という主張であった。

1830年代から1840年代にかけて、ヨーロッパが革命の波で揺れていたころウィルヒョウは若き同志たちと「医学革命運動」を起こすが、1848年の革命挫折とともに消滅する。この運動には公的健康保険実現も含まれていたが、進歩的医師に限られ「民衆を含まぬ運動であったために挫折した」と前記、シゲリストは指摘している。

ここで注目すべきは、この「挫折」の結果、後にドイツ帝国に統合される「1小邦バーデン」だけでも、30人の医師と20人の薬剤師とが、祖国を捨ててアメリカに渡ったといわれている。薬学史ではアメリカ東部に多い「調剤薬局」を、このことから説明しているが、「中世なきアメリカ」はこのような歴史を踏まえるべきである。

新自由主義、医療の市場化、という経済哲学の下で「民間医療保険」は奨励すべき商品だからなのだろうか。かつて「暖かい経済学」と言われた「古典経済学」は、世の中に、なぜ貧困や病苦で苦しむ人達がいるのか、の解明という動機を持っていたが、現在の有力な経済哲学は「鉄砲の玉の最終消費者は玉が命中した人間で、消費の拡大こそは政治の役割で、消費に『民需』も『軍需』もない」という中身のようなものである。そして、不動産屋が大統領になり、武器商人のような働きをしたところで、世界は新型コロナ・ウイルスの洗礼を受けることになる。

医療市場化と武器商人の国、アメリカで2020年9月段階で20万人を超える死者を出したことは、当然の帰結といえるかもしれないが、「公衆衛生母国」といわれたイギリスの惨状は意外であった。2020年8月段階で死者は4万5千人に達し、ここで統計のとり方を変えて4万1千人に減少させている。さすがは「公衆衛生の母国」、死者を生きかえらせたようである（その後、10月段階で再び4万5千を越え、11月11日に5万を突破した）。

これに対して、ドイツの死者がはるかに低いのはなぜか、2次医療へのアクセスの良さなのか、それとも社会医学的認識の歴史的深度の問題なのか、このあたりの問題を改めて掘り下げてみる必

要がありそうである。

本稿では、まず「社会医学的認識の歴史的深度」の問題にスポットをあててみることにする。

ドイツで、若き医学徒たちが「医学革命運動」に取り組んでいたころ、イギリスはインド支配の反対給付としての「コレラの大流行」に悩まされ、1830年代には「コレラ撲滅か、インド人撲滅か」という野蛮なスローガンが出現したりしていた。コレラ菌発見の50年ほど前の話であり、ようやく、コレラがインド人ではなく「飲み水」と関係することがわかり、医師ジョン・スノーは地図の上にコレラの死者をプロットし、使用井戸との関係を調べる「コレラ・疫学マップ」を作成した。

ロンドンには彼の偉業をたたえて「パブ・ジョン・スノー」があるが、恐らく、今回の「コロナ禍」で利用禁止になったのでないか。それはとにかく1848年には行政官、E. チャドウィックなどの努力によって、上下水道整備を根幹とする世界最初の「公衆衛生法」が施行されるのである。この時期にあきらかにされた「水道会社別コレラ死亡率」の統計などを後のサッチャー政権はきれいに忘れて水道事業民営化を始めるのである。

この時期、イギリス産業革命が生んだセパレートな鉄製ベッドが「院内感染」の防止に貢献したと言われる。F. ナイチンゲールはハスラー海軍病院で「院内感染防止法」を学び、ナイチンゲールと接点を持つチャドウィックは「都市内感染防止」に努めたということになるか。

当時、イギリス資本主義は「世界の工場」といわれた絶頂期であり、1851年の第1回万国博が開かれ、メイン会場は「水晶宮」（クリスタル・パレス）と呼ばれる鉄とガラスによる巨大な建造物であった。イギリスの工業力を世界に誇示したわけだが、7つの海をユニオン・ジャックが支配し、植民地から流入する「富」は「ミドル」という社会階層を生み、一部の上層労働者もうるおした。

## ●帝国主義、覇権主義、そして「医療の複線化」

この時期は、戦争を節目として看護や医療が変わった時期であり、大局的に云えば、医療技術革新によって、病院が「隔離・収容施設」から「治

療の場」に変わりつつある時期であった。イギリスの看護史の本には「看護は教会から生まれ、軍が育てた」と書かれてあるが、ナイチンゲールはクリミア戦争（1853-56）の体験に基づいて『看護覚え書き』（1860）、『病院覚え書き』（1861）を著している。

映画『風と共に去りぬ』を見れば、南北戦争（1861-65）時代の看護はボランティアの仕事であることがわかるが、アメリカで軍に「看護部隊」が編成されるのは1898年の「米西戦争」の時であり、この「米西戦争」を「グローバリゼーションの起点」とする本も出されている。カリブ海からフィリピンまで、スペインの版図をそっくり手に入れたのだから「グローバリゼーション」とは「地球覇権主義」と訳すべきかもしれない。そして、ほぼ同じ時期に、駐留海兵隊の反乱によってハワイ王国を乗っ取り、当時、ハワイに多かったハンセン病患者を「非アメリカ病」として、モロカイ島に追放・隔離した。「地球覇権主義」と「帝国主義的隔離」とは表裏一体のものといえる。

同じころ、イギリスは南アフリカの「覇権」を目指して、オランダ系の「トランスヴァール共和国」とボーア戦争（南アフリカ戦争）（1899-1902）を始め、本国兵54万人をつぎ込んで「兵隊不足」に陥っていた。戦争をすることによって、初めて社会的貧困がもたらす「人口の世代的再生産失調」があきらかになったのである。C. ブースやB. S. ラウントリーの貧困に関するフォローアップ・スタディーが展開されたのも、この時期である。欧米諸国で一斉に母子保健政策が採用され、「子どもに牛乳」が供給されるようになったのはこの時期である。

それぞれの国が抱える問題は複雑でありながら共通性を持っていた。そして、それゆえに1911年という年に、申し合わせたように医療政策上の動きがあった。

まず、イギリス。1880年代にはビスマルクが始めた「強制加入式の疾病保険」を「ドイツの貧困が生んだもの」と嘲笑し、植民地から流入する「富」の分け前にあずかれるイギリスの労働者は、例えば「友愛組合」のような労働者の自主的組織で課題を可決してきた、と。

しかし、ボーア戦争で、貧困が生む国民の不健

康が明らかになり、「体力低下防止各省委員会」をつくらざるを得なくなった。また、修道女タイプの看護婦は患者に寄り添うことは知っていても、「切った、はった」の戦場の看護には役に立たないこともわかった。（この点に関しては、日英同盟の誼で、日露戦争（1904-05）での、日本の軍事看護について、イギリスから見学団が派遣されている。）

1907年には「貧困の象徴」ともいえる「ホームレス・センサス」が行われ、リバプールの人口に匹敵する約80万人の存在が明らかにされた。そして、かつては嘲笑の対象としたドイツの「強制加入式疾病保険」の真似をして「一定年収以下の国民の強制加入」を定めた「国民保険法」（1911）を制定施行するのである。これはイギリス医療の「複線化」「階層化」の歴史的起点となるのである。

エリザベス救貧法（1601）以来、イギリスの社会政策の根幹をなす「救貧法」は1834年の改正で「救貧医」（poor law doctor）という「イギリス型GP」のルーツというべきものを生むが、1911年の「国民保険法」の医療は、ある意味で「救貧医医療」の国民的拡大適用であった。

では、「強制加入保険」の本家、ドイツではどうか。評価は難しいが、1911年段階では給付対象は家族にまで拡大適用され、同時に入院医療費削減のための「訪問看護」も導入されていた。鉄鋼独占体や合成化学独占体の労働力把握に活用された「疾病金庫」は強力に保険診療を支配し「保険医」を酷使した。戦前の日本の医学雑誌が「保険医」という言葉を使わずに「あわれな『金庫医』」という表現をしているが、保険医たちはしばしば「金庫」相手に「保険医スト」を行い、「金庫」側はよそから「保険医」を雇って「スト破り」を試みた。

1913年には、保険医組織「ハルトマン同盟」が全国的ストを試み、政府は「第三者」のような顔をして、仲裁に入った。

「英」と「独」、こんな問題を抱えながら「ドレッドノート」クラスから「超下級」戦艦づくりで「建艦競争」を行い、やがて、第1次世界大戦へ、ということになるのである。

他方、「中世なきアメリカ」では、この時期、ウィルソン民主党政権によって1911年に、「労働

者災害補償法」が成立し、ついで「公的健康保険」づくりが試みられるが、これは生命保険会社、AMAなどの反対によってつぶされ、この構図は今日まで続いている。

日本は一齣遅れた形で、この年に「工場法」が成立し、「恩賜財団済生会」がスタートしている。

詳論は紙数の関係で避けるが、「比較史（特に英・独の）」的センスを持っていた後藤新平は、ドイツ・オーストリーの官房学派（カメラリズム）のヨハン・ペーター・フランクの「医事警察思想」を「健康警察についての建議」として紹介し、イギリスの公衆衛生学者、ウィリアム・ファーによる「可能性としての人間の経済的価値」を『国家衛生原理』（1889）のなかで「命価」として紹介した。

長谷川泰は半官半民の衛生啓蒙団体「大日本私立衛生会」のリーダーとして、また、西洋医の速成養成機関、「済生学舎」の主宰者として、指導的論説を書いた。

短い寿命であったが、「済生学舎医事新誌」（明治30年代）には、ロンドンとベルリンの衛生行政比較やイギリスのボードウィン・レイザムの「衛生工事の効果」（上水工事の投資的意味）などが載っている。また、長谷川泰の「資本の源たる力役（労働）」という表現はその当時としては一歩踏み込んだ認識といえる。

おそらく、これらのソースは日本政府が公式に参加した1873年のウィーン万国博で仕入れたものと思われるが、この時のドイツの衛生学者M. v. ペッテンコーフェルの啓蒙講演「都市に対する健康の価値」は保健経済の草分け論文として影響力をもった。

もうひとつの「草分け」は1873年のドイツ社会政策学会の設立であり、これは技術革新によって、ようやく治療効果を持ちうるようになった医療と社会政策とのドッキングであり、やがて生まれるビスマルクの強制加入式の疾病保険は日本に強い影響を与えるのである。

日本ではドイツの後追いのような形で1896年に日本社会政策学会がスタートし、主として工場法と健康保険の検討を始めるのだが、学問的にはドイツ生まれの「社会衛生学」に関心が寄せられるようになった。

## ●日本の「社会衛生学」の悲劇

この時期は欧州生まれの「社会科学的医療論」受容の時期といえるが、それには3つぐらいのコースが考えられるのではないか。ひとつは欧州の絶対王政が生んだ「国状学」「国勢学」「国家比較記述」の影響としての「国家医学」であり、これにドイツの社会主義対策としての社会政策が加わることによって、「国家医学会」は「社会医学会」と名称を変えた。同時に運動体的「社会医学」も生まれ、「特権階級に限られた医療対象を『大衆』にひろげる運動」も展開された。そして医学部の中でも新しい動きが起こった。それは東大で起きた「衛生学第二講座」としての「社会衛生学講座」設立の試みであった。

3つ目が日本に強い影響を与えたドイツ社会政策学会のメンバーによる「社会衛生学」であり、東大医学部では衛生学黴菌学講座のほかに「衛生学第二講座」としての「社会衛生学」講座を、という機運が盛り上がった。

やがて生まれる大正デモクラシー的雰囲気は「国力としての国民の健康」から「市民の可能性としての健康」へという気分を生んだ。河上肇は『貧乏物語』（1917）も書いたが、ほぼ同じ時期に「健康書」の翻訳を出している。阪大（の前身）の福原義柄はカーエスの「社会衛生学」を翻訳し、衛生学者横手千代之助は「横手社会衛生書」を編纂した。

こんな雰囲気になかで、「社会衛生学講座」の教授に予定されていた国崎定洞は社会衛生学の本場と見なされていたドイツに留学するのである。しかし、本場のはずのドイツでは世界大戦の影響もあり、1915年発足の「民族衛生学会」が力を持ち「社会衛生学」は「民族衛生学」に変質しつつあった。

民族衛生学に変質しつつあったドイツの社会衛生学に失望した国崎は、その後、ドイツ共産党に入党するが、この時期の国崎については、俳優座の千田是也がエッセーを書いている。そして、後にソビエト入りし、スターリンの粛清によって命を絶たれるのである。そして、「社会衛生学講座」の方も新設講座争いに敗れて流産するのである。当時の医学部は（東大の場合）現在の「薬学部」

を「医学部薬学科」として包摂していたので、昭和初年、「社会衛生学講座」は製薬業界の寄付講座「臓器薬品化学講座」との競争に敗れるわけだが、第1次世界大戦によるドイツからの医薬品輸入の途絶に対して「産学共同」の製薬企業起こしがこころみられ、その陰で「社会衛生学講座作り」の方は命脈を断たれるのである。

「社会科学的医療論」の系譜からみれば、この時期にとりあげるべきものとして、「東大・社会医学研究会」があるが、社会科学全体ということであれば「大原社会問題研究所」や「労働科学研究所」の存在は大きかったのではないか。

## ●フラッシュ能力とクリアカッティング能力

では、この日本の「社会衛生学の悲劇」を、今回のテーマ『社会科学的医療論の系譜』のなかでどう位置つけるか、限られた生存時間内で、これをこなすためには、「クリアカッティング能力」と「フラッシュ能力」を要する問題であり、この能力は机上の勉強からは生まれない。芸術、スポーツ、「お遊び」「政治活動」などから生まれるものである。まずクリアカッティング

- ・ 明治は「衛生啓蒙」 「大日本私立衛生会」
- ・ 大正は「社会衛生」 「横手社会衛生叢書」
- ・ 昭和は「複線化医療」の克服、「結核」から「成人病」へ、公衆衛生のたそがれ
- ・ 平成は医療の市場化、「成人病」を「生活習慣病」に、公衆衛生の空洞化

いささか乱暴に見えるかもしれないが、あれもあります、これもあります、と言いながら、先人の仕事のトレースの途中で人生を終わるよりは大胆なクリアカッティングで次の段階にすすむべきではないか。

前稿の「生涯学習の締めくくり」（「いのちとくらし」No.71・72.2020）で「多くの場合、人生後

半戦のはじめあたりで『情報ドーム』か『情報ゴミ屋敷』かの岐路に立たされる」と述べたが、それは考え方に系統性があるかないかの問題であり、なにが「根幹」でありなにが「枝葉」なのかを見分ける能力がなければクリアカッティングはできない。

森鷗外の「キタ・セクスアリス」の主人公は少年時代、各科目ごとにノートを2冊用意し、重要度に応じて書き分けた、というくだりを読んで、そんなことができるのか、と思ったが、心掛けるべき思考の系統性である。

まず、日本の医療史、衛生史のなかで、クリアカッティングによって、おおまかに「社会衛生学」を位置づけ、次はグローバルな視点からの検討項目、研究方法論などのフラッシュである。

「ヒストリカル・フラッシュ」の「ヒストリカル」は読書歴、学習歴であり、精神形成史であり、「フラッシュ」は「トータルな瞬間的頭のはたらき」であり、見方を変えれば、「センター入試・4肢選択」で萎縮し退化した「頭の活性化」のために必要である。

若き日の河上肇が「千山万水楼主人」のペンネームで既成の経済学者を撫で斬りしたのが、彼にとっての「ヒストリカル・フラッシュ」であった。

むかしの哲学青年のザレ歌

クワキはゲンにヨク稼ぎ（桑木巖翼）…ハタノ見る目もセイイチ（イッパイ）はい（波多野精一）なども「日本哲学史・フラッシュ」をいえるのではないか。このようなのびやかな頭の発達が可能ない時期に、「4肢選択のフレーム」を示され、どこの馬の骨が考えたか分からない「正解」を当てるような「ゴマスリ学習」をやっていたら、「社会科学的な脳のはたらき」の退化は必然であり、日本の社会科学が、そして日本の社会医学がつまらなくなったのは、担い手がこの世代になったからではないか。（2020年11月）

（のむら たく、医療政策学校主宰）

# イギリス卒前医学教育政策における教育概念の 通時的分析：1990年代から2010年代

柴原 真知子

## 1. 研究目的

本研究は、イギリス General Medical Council (GMC) の1990年代から2010年代までの卒前医学教育政策で用いられた教育概念について、通時的に分析すること目的とするものである。GMC は1858年の創設以来、医籍の登録・管理を行ってきた民間組織であり、1983年改正医事法において、卒前医学教育から生涯教育までを含めた医師養成全般に法的責任と権限を有するものと定められている。

本論で検討するのは、1990年代から2010年代までの GMC の卒前教育改革文書で用いられた主要教育概念である。この時期に、医師専門職を取り巻く文脈は大きく変容した。イギリスや日本などの先進国は、定常化 (post-growth) 時代を迎え、経済成長は頭打ちとなり、人口減とともに高齢化社会へと突入した。一方で、専門職 (profession) のさまざまな制度や文化は、近代以来の科学技術の発展、国民国家の発達、経済成長の文脈で確立・体系化したものであり、定常化・グローバル化・不確実性を特徴とする現代社会では、さまざまな問題に直面せざるを得ない。

特に先進国で現在、深刻化しているのは、格差の拡大と社会の分断である。ごくわずかな裕福層への富の集中は、T. ピケティを代表とする研究者らによって明らかにされてきた。20世紀的な格差是正措置は、教育や労働機会の平等化とケインズ的な財の再分配に特徴づけられるが、文脈が大きく変化した21世紀において、果たして20世紀型と同じ方策は有効なのかを問う必要がある (Robertson, 2016)。例えば、フレイザー (Fraser, 2016) は、これまで格差や分断は、発展途上国の問題として捉えられてきたが、現代社会では、発展途上国と先進国の両方で深刻化しており、20世

紀とは問題の性質が異なると指摘している。ますます多くの先進国市民は、不安定な生活基盤の上で暮らしており、次世代を産み育てコミュニティを再生産するだけの「ケア」を手にしにくい状況にある。フレイザーは、このように新自由主義があまりに深く浸透した社会状況を「ケアの危機」と呼び、従来とは異なるアプローチの必要性を訴える。

これらの問題提起は、すなわち、従来のケア提供や専門職の仕組みを当然視したまま、機会や財源を調整することでは、現代社会における格差や分断の問題は解決されないという指摘である。本論は、このような問題提起を受けて、現代社会において専門職はどのような社会関係の中にあるか、「ケアの危機」と言われる状況を脱する手がかりはどこにあるのかを、1990年代からのイギリス卒前医学教育政策を手がかりに検討しようとするものである。

以下では、まず、本研究の理論的枠組みを整理した上で、1990年代から2010年代までの GMC 卒前医学教育政策について、主要概念に着目して分析・考察する。

## 2. 理論的枠組み：専門職の社会学

医師養成を含めた専門職教育は、一般的に、各職種・分野内で行われる。例えば、医学教育は、当然ながら、医師によって担われるものであり、医学以外の研究者や職業人からすると、医学教育の実際を知ることすら容易ではない。このようなアクセスのしにくさから、医師を始めとする専門職教育についての社会学的研究は蓄積が少なく、医学教育政策や実践にはあまり貢献してこなかった (Whitehead, 2012)。しかし、「専門職の社会学 (sociology of profession)」には一定の蓄積が

あり、これらを土台とすれば、専門職とその教育への理解を発展させることができる。

専門職の社会学は、特に西洋の近代化の文脈において専門職はどのように成立し、いかにして一定の社会的地位を占めるに至ったのか、近代国家や経済的発展とはどのような関係にあったのか、また科学技術の発展やグローバリゼーションは専門職にどのような影響を与えているかといった問いに関心を持ってきた。専門職の中でも医師は、典型的な(proto-typical)職種として位置づけられ、専門職を論じる多くの研究の対象となってきた。

例えば、19世紀から20世紀初頭に活躍した社会学者デュルケームは、産業資本主義体制が浸透し、個人が旧来の地縁・血縁から離れ、社会が不安定化する中で、再び個人を結びつけ、市民社会の営みを成立させる存在として、近代国家が登場し、また市民生活に密接に寄り添う形で専門職が登場したことを、「有機的結合」という概念とともに指摘している(Durkheim, 1957)。専門職は自発的組織(association)を発達させながら、国家とも市場とも異なる役割を引き受けることで、二者の肥大化を防ぎ、市民社会を維持させることに貢献してきた。20世紀後半のアメリカにおける専門職(特に医師)について研究したフレイドソン(Freidson, 2001)は、国家とも市場とも異なる機能をもった専門職の性質について、「第三の論理(the third logic)」という概念で捉えている。

フレイドソンが明らかにしたところでは、「第三の論理」は、専門職が単体で形成するものではなく、国家や市場との相互作用を通じて専門職が発達させるものである。また、国家や市場との相互作用は、さまざまな機関(institutions)を通じてなされる。医師で言えば、医学部、学会、病院、医師会などさまざまな機関が複雑に機能することによって、国家と市場そして市民社会との「間」をとり結ぶ。フレイドソンは、これらの専門職機関の判断や決定は、一般的に期待されるように客観的・科学的なものではなく、時には国家や市場の論理を積極的に取り込むという戦略的・政治的な側面があると指摘する。

そして、これまでの社会学研究が示すところによれば、「第三の論理」を形成するにあたり、鍵

となってきたのは「教育」であった。例えば、19世紀から現代までの専門職の発達を歴史的に跡付けたパーキン(Perkin, 2002)は、専門職の確立プロセスにおける資格主義(credentialism)の重要性を指摘した。アメリカにおける20世紀後半の医師専門職を研究したローソンも同様に、医師職は資格へのコントロールを通じて市場独占を達成してきたプロセスを明らかにした(Larson, 2013)。「資格」へのコントロールを獲得することで、医師職は、市場における特権的地位の占有を実現し、それによって、社会からの信頼や政策上の影響力を持つに至った。医師が「第三の論理」を形成・実践するにあたり、戦略的に高い地位を獲得することは必要不可欠であるが、パーキンやローソンが共通して指摘するように、資格主義は「市場の論理」の内面化を進め、実践者としての専門職の存在を脆弱にするものでもあった。つまり、資格制度を精緻化し、高度化すればするほど、専門職者の知識は統一化され、細分化された知識の暗記と反復が中心となる。そうなると、実践者が個々に発達させる知識や柔軟で複雑な思考を、専門職自らが軽視することに帰結してしまう。

これらの知見を用いると、医師養成とりわけ卒前教育(医学部)の機能について、従来とは異なる理解を得ることができる。専門職養成機関の役割といえば、専門的知識・技術の伝達と考えがちであるが、上述した社会学研究が示唆するように、専門職教育は、国家や市場とのバランスを強化・弱化する場でもある。教育(大学)を通じて、専門職は「第三の論理」を獲得したり、またそうすることで、意図せずして自らの実践を危機にさらしてしまうこともあるのだ。

これは、成人教育学者ジャーヴィスらが、社会学の知見を用いてまとめた「専門職の知識構造」の理解に近い(Jarvis & Gibson, 1991, pp. 6-7)。ジャーヴィスらは、専門職教育では、「教科書的な知識(knowledge that)」と「実技的な知識(knowledge how)」の2つが念頭に置かれることが多いが、専門職者にとって重要なのは、「なぜこの知識・技術を用いるのか(knowledge why)」という知であり、前者2つは専門分野内(医師であれば、医学)で伝達できても、knowledge whyは専門分野以外の存在との関わりを通して

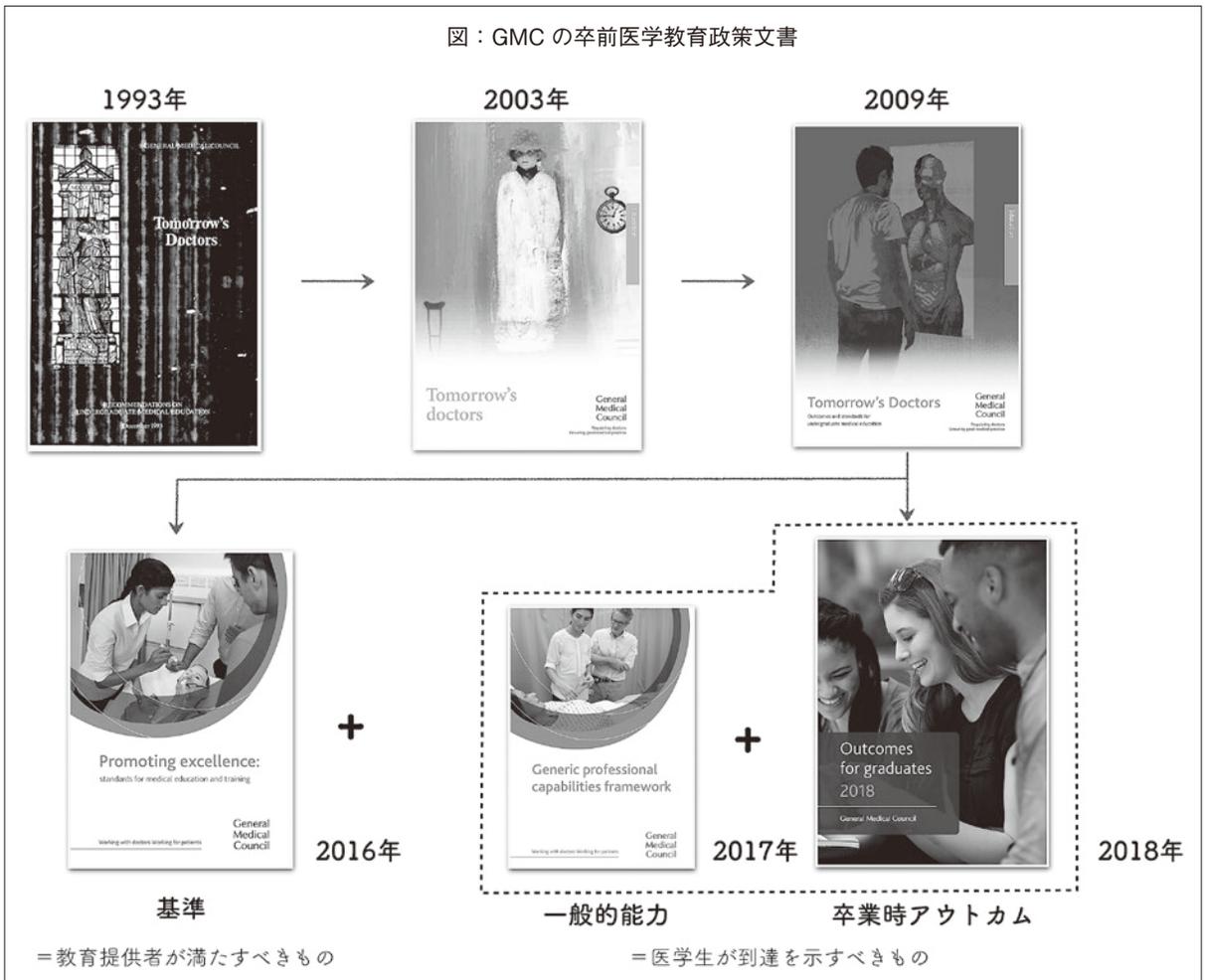
のみ形成されると指摘した。ジャーヴィスが「専門分野以外」として念頭に置いていたのは、哲学や政治学や経済学などの他の学術分野であって、国家や市場などのアクターとの相互作用を捉えているわけではないが、専門職及び教育の機能を理解する上では有用な概念である。

現代社会では、特に、科学技術の発達やグローバル化との関係で、専門職がどのような状況にあるのか、また「第三の論理」を獲得するための動きが、教育領域でどのように展開されているのかを捉える必要がある。「教育」に焦点化した研究ではないが、例えば、社会学者のベックは、チェルノブイリ原発事故を受けて、現実性を高めると期待された科学技術の発展は、むしろ不現実性を高めると指摘した (Beck, 1992)。ジャサンフ (Jasanoff, 2015) は高度に発達した科学技

術は、今までにないグローバルな権力関係を生み、それがいかに専門職に関する国際的・国内的政策に反映されているかを論じている。現代社会における医学教育また医師職への理解を深めるためには、これらの知見を足がかりとしつつ、「第三の論理」形成に鍵となってきた「教育」に焦点を当てた研究が求められるのではないかと。

本論では、専門職教育研究を切り拓く小さな一歩として、イギリスにおける卒前医学教育改革の中心的存在である GMC の政策文書における教育概念について通時的に分析・考察する。このことを通して、現代社会において医師職はどのような社会関係の中にあり、どのような課題に直面しているのか、それを乗り越える手がかりはどこにあるかを考えたい。

図：GMC の卒前医学教育政策文書



### 3. 研究方法

本研究が着目する1990年代から2010年代は、近代以来の医師職が根ざしてきた文脈が大きく変化した時期であり、教育政策には、この文脈的变化がもたらす専門職の課題が反映されると考えられる。GMCは、イギリスにおいて19世紀半ばから医籍登録・管理を行ってきた専門職規制機関であり、医事法（1983年改正）において「高水準の医学教育を促進し、あらゆる段階の医学教育をコーディネートする一般機能を有する」と定められている。GMCは、サッチャー政権による新自由主義改革の余波が強く残る1993年に、最初の卒前医学教育政策文書 Tomorrow's Doctors（以下、TD1993と表記）を公表し、1995年以降はこれを基準として医学部の認証評価を行ってきた。その後、Tomorrow's Doctorsは、2003年と2009年の2度改訂され（以下、TD2003、TD2009と表記）、2016年には卒前・卒後教育提供者が準拠すべき「基準」として Promoting Excellence: Standards for medical education and training が、2018年には医学部卒業生が達成すべき「アウトカム」として Outcomes for Graduates が発表され、この2文書をもって Tomorrow's Doctors は廃止となった。

本研究において分析の対象とするのは、これらの卒前医学教育政策文書である（図、参照）。分析では、1）1990年代から2010年における主要教育概念の変化、2）GMCの役割の変化、3）各文書の背景となった出来事や要素に注目した。背景や経緯については、GMCの会議議事録（「カウンシル・ペーパー」と呼ばれ、2013年まではGMCのホームページ [http://www.gmc-uk.org] から、それ以前のは資料請求によって入手できる）、政策に関連して作成された補足文書（ガイドラインなど）、GMC以外の機関が発表した記事や報告書等を参考にした。

### 4. 結果

1990年代から2010年代に発表されたGMCの主要卒前医学教育政策は、4つに分類することができる。最初の3つは、TD1993、TD2003、TD2009

であり、最後の1つはTDに代わる文書として発表された Promoting Excellence（2016年）と Outcomes for Graduates（2018年）である。

#### 1. Tomorrow's Doctors（1993年）

TD1993は、1983年の医事法改正で医学教育に対する法的権限を得たGMCがはじめて発表した医学教育の認証評価基準である。主要勧告には、詰め込み教育の改善（カリキュラムで扱う知識量の大幅な削減）、選択学習の設定（領域を問わず学生が自分が学びたいものを学ぶことができる機会のことで、いわゆる選択科目とはニュアンスが異なる）、基礎医学と臨床医学の統合、課題基盤型学習など学習者中心の教育モデルの採用、試験の見直しなどが含まれ、批判も含めて大きな反響を呼んだ（Clack, 1994; Dillner, 1994; Carnall, 1995）。

このような改革が求められる背景としてTD1993では、高齢化社会への突入とプライマリ・ケアのニーズの拡大、科学技術の進歩と遺伝子レベルでの医学研究の発展など、医師・医療をめぐる文脈の変化が挙げられた（TD1993, p. 4）。これらを踏まえれば、医学生が医師になる頃にどのような知識や技術が必要かは「予測できない」（同、p. 4）のであり、予測できないものについて何を習得すべきかを定め、それを教えることになれば、それは「非現実的な完全性」（同、p. 6）への期待を生む。このような姿勢は、知識の詰め込みをこれまでと同様に（またそれ以上に）強化するだろう。

現状をこのように捉えた上で、TD1993は勧告の軸を、「非現実的な完全性」への期待とそれに根ざした「詰め込み教育」の改善に置いた。まず、研修医として求められる最低限の知識・技能を「コア・カリキュラム」（同、p. 7）として定め、医学部で扱われる知識量の総数を減らし、「学習者中心型」（同）の教育方法を用い、「選択学習（specialty study module）」（同、pp. 9-10）の時間を設けた。「選択学習」は、既存の科目にとらわれることなく、医学生が興味をもつテーマや分野を選んで行う探究型学習であり、医学以外の分野についてのものでも構わない。TD1993は、全カリキュラムの3分の1をこの「選択学習」に割り当てるように勧告した。また、カリキュラムは、

基礎医学と臨床医学の「統合」と生物医学的枠組みを超えた人間理解を重視する視点から、従来の医学分野（講座）による構成ではなく、「診療方法」「臨床手技」「患者ケア」「コミュニケーション・スキル」「人間生物学」「人間の病気」「社会における人間」「公衆衛生」「ハンディキャップ、障害、リハビリ」「研究と実験」という区分で設定されなければならないとした。雑誌BMJの副エディターであったローリーは、伝統的な医学部講座別のカリキュラム構成を変えるという点は、TD1993のさまざまな勧告の中でも「最も勇気が要るが、最もワクワクする部分」と評した(Lowry, 1993, p.1021)。

また、カリキュラムと教育方法を進歩的なものに変えても、「既存の試験制度が存続すれば、全体として改革は実現されにくい」(TD1993, p.18)として、学習者評価についても改革が勧告された。従来の試験では、穴埋めや多肢選択肢試験が一般的であったが、学生がテーマに取り組み、そこでわかったことや考えたことを表現する「プロジェクト・ワーク」や、「進歩的評価」の仕組み、学生が自分の経験や思考を記録する「ログブック」などを活用するように医学部に求めたのである。

さらにTD1993で示されたGMCの役割も特徴的であった。第一に、GMCは同文書を認証評価基準として用いるとしながら（つまり、TDを用いてGMCは各医学部を評価し、場合によってはその機能を停止することができる）、その記述はあえて抽象的なものに留め、「何をどのように教えるべきか」はそれぞれの医学部が考えるように要請した(TD1993, p.6)。医学部側からは「具体的指針がほしい」という声もあったが、医学における多様性を維持する意味でも、また講座間の連携を促す上でも、それぞれの医学部において「小規模だが、多様な構成員から成るワーキング・グループ」(同, p.21)を作り、「何をどのように教えるか」について話し合うように求めた。この点についてGMCは、「市民の利害に応える我々の役割について慎重に検討するならば」(医学部が)各々の状況に合わせた判断をできるように、GMC調査団との対話を継続すること」(TD1993, p.22)が重要だと説明している。

加えて、GMCは、卒前と卒後の「接続」と同

時に「切り分け」が必要だとした。イギリスでは長らく、卒後医学教育が未整備であったため、医師資格取得にふさわしい高度な知識はすべて医学部で教えなければならないというプレッシャーがあった。しかし、1975年以降少しずつ卒後臨床研修が整備されたことで、1990年頃によく「これまで医学部で教えなければならないと考えられてきた教育内容を卒後研修に移行するきちんとした理由ができた」(TD1993, p.6)。卒後との「切り分け」ができたことにより、卒前医学教育では、「卒業者が自信と情熱をもって初期研修に臨めるように必要な知識・技術・姿勢を習得する」(同)ことで卒後教育への準備をしつつ、過度な詰め込みに歯止めをかけることができると考えられた。

## II. Tomorrow's Doctors (2003年)

第2版のTomorrow's Doctorsが発表されたのは、TD1993から10年後のことである。この10年の間に、政権は保守党から労働党へと変わり、ブレア政権での「第三の道」の考えに沿って、機会の平等や多様性といった社会的価値と市場的アプローチの融合が図られた。医療では特に、200人以上の患者を殺害した容疑で家庭医が逮捕され、「シップマン事件」として社会的注目を集めた。2000年から2003年にかけて詳細な調査が行われ、膨大な証言に基づく『シップマン事件調査報告書』が発表され、GMCを含めた医師組織の閉鎖性が厳しく非難された。GMCはこれに応える形で、2003年には運営委員会メンバーの4割を非医師とするなどの組織改革を行った(Dyer, 2003)。TD2003には、これらの政治的・社会的流れが反映されている。

TD2003の特徴は、一言で言えば、「医療現場への接近」にある。冒頭では、「Good Medical Practiceで示された原則を、卒前医学教育の中核に据えるものである」(p.4)と述べられているが、このGood Medical Practiceとは、医師に求められる倫理的判断や行動、能力を列挙したものである。1995年に初版が発表され、改訂を重ねて現在も用いられている。Good Medical Practiceが勧告している対象は、医師免許保有者ではあるが、TD2003はこれを「卒前医学教育の中核に据える」と述べ、「医療現場に入る準備」として卒前教育

を充実させることを医学部に求めている。

卒前医学教育を「医療現場への準備」と位置づけた TD2003では、「ロールモデル」「シャドーイング」「業務評価 (appraisal)」といったキーワードが登場した。「医学生は、できる限り雇用に近いポイントで経験を得るべき」(TD2003, p.20)との観点から、病院や診療所において医師の仕事の様子を直接に観察したり、現場を模した場面で学ぶ機会が重視された。「ロールモデル」や「シャドーイング」といった用語には、実際の医師を一つの「模範」としてその行動や判断を学習し、学習者自身もそれに近づくという意味が込められている。また、新しくキーワードとなった「業務評価」は、「被雇用者の職務上の進歩、ねらい、ニーズについて雇用者と話す場」(ケンブリッジ辞書)を意味する企業用語である。TD2003では、医学生は業務評価を「定期的かつ構造的で建設的な形で受けなければならない」(同, p.23)とし、「ログブック」や「ポートフォリオ」などを用いて「強みと弱みを把握し、それに焦点化した学習」(同, p.21)を行うように勧告した。

TD1993と比べて期待される医学部の役割も変化した。TD1993において医学部は、それぞれの歴史的文脈や使命に根ざして「何をどのように改善するか」を自らで判断するように要請されたが、TD2003では、体系的で効果的なカリキュラム・デザイン、学習計画、学習者評価の整備と、一貫した教育実践のための教職員研修(いわゆるFD)が重要であるとされた。また、医学部には、専門スタッフを雇用して「教育の管理監督システム」を構築することが求められた。

こうしてGMCの役割も、対話者から管理者へと比重を移した。TD1993では、あくまでも医学部が何をすべきかを判断し、GMCはそれを助ける存在とされたが、TD2003では、GMCは医学部がアウトカムにどの程度達成しているかを評価しフィードバックするというマネージャー的役割が強調された。この背景には、1997年に高等教育全般に関与する「質保証機関 (Quality Assurance Agency)」が設立されたこと、「シップマン事件」を受けてGMC自身の評価や、問題があると報告された医師に対してのパフォーマンス評価など、全体として質保証業務が増えたこと

がある (Council Paper, 2001年5月, pp.4-5)。

このように、TD2003は、TD1993の主要概念であった「コア・カリキュラム」「統合的学習」「自己主導型学習(学習者中心型)」を引き継ぎつつも、全体としては、企業経営的発想に基づく教育を推進することとなった。TD1993の特徴であった「選択学習」は、Student-selected Components (SSCs)へと名称を変え、医学部から提示された科目 (component) を組み合わせる授業形態と定義された。また、選択できる科目は「カリキュラムに示されたアウトカムを支えるものでなければならない」(TD2003, p.18)とされ、TD1993のように科目にとらわれない学習者の関心を中心とした学習時間という意味合いから、いわゆる「選択科目」としての性格が強くなった。

### III. Tomorrow's Doctors (2009年)

TD2009は、TD2003で見られた「企業経営的概念の教育適用」をさらに進めた形となり、TD1993からの乖離は顕著となった。

「アウトカム」は、TD2003において初めて設定されたが、Good Medical Practiceの項目に沿った大まかなものであった。医学部で扱われるべき知識・技術・能力は、「カリキュラム内容」として記され、認証評価に際して医学部は「どの内容をどのように扱っているか」を提示すればよかった。しかし、TD2009では、それまで「カリキュラム内容」で記されたものが「アウトカム」として提示され、かつTD1993とTD2003では意図的に回避されてきた、解剖学や分子生物学、薬理学といった講座(分野)名による構成が復活した。

「カリキュラム」は、教育内容というよりは、「授業実施の方法」という技術的意味に縮小されて用いられた。これはつまり、認証評価における焦点が、「医学部はどのようなカリキュラムを作り運用しているか」から、「医学生は定められたアウトカムをどれだけ達成しているか」に移行したことを意味する。認証評価で提出するエビデンスも、TD2009では、試験などの学習者評価関連の資料がより重視されている。

医学生に焦点化する傾向は、他の側面にも見られる。例えば、TD2009では、「医学生の責任」として、「個人的志向や宗教的信念に関わらず、TD

に記されたすべてのアウトカムを習得すること」や「教育の質管理を目的とした教育評価に協力すること」(TD2009, p.13)とされた。「医学生の実任 (the responsibility of medical students)」という表現は、TD2003でも登場するが、臨床実習の場面、つまり患者を前にして行う実習に限定した勧告に過ぎなかった (TD2003, p.26)。これに対して TD2009での「責任」は、医療現場で患者に配慮することを越えて、教育の質保証システム全体への医学生の参加・貢献を求める用語として用いられている。

このような内容となった背景には、2000年代以降の「医学生を準医療者として扱う」という流れがある。2007年に GMC は、イギリス国内の医学部長で構成される全国医学部協議会 (Medical School Council) と共同で作成した医学生向けのガイドライン Medical Students: professional behaviour and fitness to practise にて、医学生の不適切な行為を報告する際の基準を定めた。この文書内で、「医学生の実任」は繰り返し登場する。また、2010年には GMC の卒前教育を中心とした業務に、卒後教育を評価・監督する役割が追加され、卒前と卒後の接続が進められた。従来は別組織だった卒後臨床研修委員会 (Postgraduate Medical Education and Training) が、GMC の一部として再編され、「職場で求められる能力を卒前教育で教える」流れが加速した。これを受けて、TD2009では、実習以外の場面でも、現場に近い形での教育や学習者評価が重視されるようになったのである。

また、TD2009作成時の議事録には、GMC は「医学部卒業生を雇用する NHS や、イギリス大学附属病院協会 (The Associations of UK University Hospitals) と緊密に連携する必要性を認識するに至った」(Council Paper, 31 March 2009, p. 4) という経緯が記されている。TD2009を作成するにあたり、GMC は、病院など雇用者からのコメントを積極的に受け付けた。それらのコメントの中には、例えば、「医学部カリキュラムは、純粋な科学というよりも、若い医師がキャリアを築くに当たって役立つものに時間を割くべき」とか「将来的には、卒業生の将来の雇用者が、医学部カリキュラムの決定プロセスに大きく関与すべき」と

いった声があり、TD2009の内容に反映された (Outcome of consultation on review of Tomorrow's Doctors, 2009, p.A16)。このとき全国医学部協議会などによって提案された「プロフェッショナリズム」や「リーダーシップ」といった経営論のキーワードは、TD2009の軸となっている。

こうして TD2009は職場中心型の内容となり、TD1993が提起した学習者中心の教育は縮小した。GMC は、これまでの TD の特徴 (長) でもあった抽象的な叙述について、「イギリス医学部の対応にばらつきが生じた」(Council Paper, 31 March 2009, p. 7) と総括し、TD2009では勧告内容をより具体的にし、さらにはテーマ別に「補助資料」を作成し具体的実践例を提示することで、統一的で「ばらつき」の少ない医学教育が目指された。TD1993における「選択学習」は、TD2009でも維持されたものの、「最も少ない場合で、課程全体の1割とする」「全体のカリキュラムに統合する」(TD2009, p.50) といった内容が追記された。

#### IV. Promoting Excellence (2016年) と The Outcomes for Graduates (2018年)

現在、イギリス医学部が準拠している卒前医学教育政策は、Promoting Excellence: standards for medical education and training (2016: 以下、『基準2016』と表記) と Outcomes for Graduates (2018: 以下、『アウトカム2018』と表記) である。前者は、医学部など医学教育提供者が満たさなければならない「基準」を、後者は、医学生が卒業までに習得するべき「アウトカム」を示す。これまで一つの TD の中に統合されていた2つの要素が別々の文書として作成され、かつ前者は卒前・卒後共通となった。そして、この2つの文書をもって、1993年以来継続されてきた Tomorrow's Doctors は正式に廃止となった。

これらの新文書の特徴は、1) 経営組織としての医学部の位置づけと、2) 扱われる能力の網羅性の2点に整理できる。『基準2016』の冒頭では、まず「本基準の中核は患者の安全にある。すぐれた医学生・医師は、患者のケアを第一に考えるのであり、それは彼らの教育・研修を担う組織でも

同じである」(Promoting Excellence, 2016, p.5)と述べられた。個々の医療者による「ケア」は「組織」で行われるのであり、したがって「組織」の向上と「教育」の向上とはイコールである。この考えを土台に、基準内容は、①学習環境と文化、②教育的ガバナンスとリーダーシップ、③学習者の支援、④教育者の支援、⑤カリキュラムと学習者評価の5つのテーマで提示された。

議事録によると、「過去のTDは、Good Medical Practiceを反映したもので、個人の医療実践に焦点を当てていた」(Council Paper, 10 December 2014, p.3)が、GMCが行ってきた「リスク・ベースの教育質保証で問題が指摘されたのは、臨床での学習環境である場合が大半であった」(Council Paper, 2 June 2015, p.3)。このことから、新文書では、「組織」により焦点を当てた内容となった。

したがって、新文書で用いられる概念には「組織」に関するものが増えた。代表的なのは「ガバナンス」である(表、参照)。「教育におけるガバナンス」とは、「医学教育提供組織が、自らの教育事業をコントロールし、提供する教育の質についての説明責任と継続的向上を示す仕組み及び基準」(Promoting Excellence, 2016, p.40)と定義される。TD2003、TD2009でも、教育の質の評価・管理は言われてきたが、『基準2016』では、医学部だけでなく、医学生に関わるさまざまな教育担当者、実習先の病院や診療所などが、アウトカム達成の評価・フィードバック・管理を行い、それを市民に説明することの重要性を強調している。

このような「組織」としての医学部の位置づけは、TD2003からの傾向を引き継ぐものである。特に、TD2009では学習者に対する経営者的管理の傾向が目立ったが、『基準2016』ではそれが多少、修正されている。経緯を示す資料を見ると、GMCは2007年頃から「問題があると報告された医学生・医師への対応(fitness to practise)」に注力してきたが、報告される医学生・医師は、民族的マイノリティなど不利益者層に偏っていたり、問題が報告された医師や医学生への対応中に自殺者が出るなどした結果、GMCの基準や対応に無理があるのではないかと指摘された(Regan

de Bere et al., 2014; Baker-Glenn et al., 2015)。この経緯から、新文書では、「個人」に行動改善を求める近年のアプローチが見直されている。

もう一つの特徴は、教育/学習するべき能力の網羅性である。これまでは1つにまとまっていた「基準」と「アウトカム」が別文書となり、さらにアウトカムについては、別冊子Generic Capabilities Framework(2017年)で列挙された「医師に一般的に(ジェネリック)求められる能力群」についてもその達成を示さなければならないとされた。GMCは、医学部の負担を減らすため、「全体的に簡素化した」としているが(Council Paper, 2 June 2015)、医学部が参照しなければならない文書は1冊から3冊に増えており、簡素化とはかけ離れている。

『アウトカム2018』では、医学部卒業時までには習得すべき項目が、①専門職的価値と行動、②専門職的スキル、③専門職的知識の3つに分類され、それぞれについて多面的かつ詳細なアウトカムが定められている。TD2009でも見られた分野(講座)名による列挙も継続しており、専門的知識・技術・能力を多面的かつ網羅的に習得することが期待されている。さらに、上記に加えて、別冊子のGeneric Capabilities Framework(2017年)には、「専門職の責任」(p.4)として身につけなければならない能力群が列挙されている。これらは、「ジェネリック」の言葉が示すように「医師全般に求められる能力」であり、「健康促進・予防」「リーダーシップとチームワーク」「医療安全と質向上」「弱者の保護」「教育と研修」「研究」の6つで整理されている。現行の卒前医学教育において医学生は、卒業時までにはこれら「アウトカム」すべての達成を何らかの形で示さなければならない。

このように、新文書では、医師に求められる能力が多面的かつ詳細に述べられており、TD1993で批判された「非現実的な完全性」への期待が、従来とは異なる形で復活している。今や医学生に「詰め込む」内容は医学知識だけではなく、物事の判断やパフォーマンスなど、医療者個人の思考や判断に踏み込んだ能力群も含まれる。他方で、TD1993以来、縮小されながらも継続してきた、学生が関心あるテーマを自ら選んで掘り下げる「選択学習」については、『基準2016』『アウトカ

表：イギリス卒前医学教育政策における用語集の比較

I. TD1993	II. TD2003	III. TD2009	IV. Promoting Excellence (2016)
知識詰め込みの負担	業務評価 (Appraisal)	業務評価 (Appraisal)	臨床ガバナンス
好奇心、知的探求、エビデンスの批判的評価を通しての学習	生物学的差異	学習者評価 (Assessment: カリキュラムに定められたアウトカムの到達を図る)	研修医
(患者や同僚、社会一般に対する医師としての適切な)姿勢	カリキュラム (教育と学習機会についての詳細なスケジュール)	臨床テュータ、臨床指導者	教育担当組織 (卒後研修局と医学部のこと)
エッセンシャル・スキル	統合的学習	カリキュラム	教育ガバナンス
コア・カリキュラム	医学部 (研修医資格授与試験を実施する権限をもつ)	イレクティブ (学生が選択して行う臨床実習)	教育者
選択学習 (Specialty Study Module : 関心あるテーマを掘り下げる)	周術期医療	試験者	地域の教育提供者のコーディネーター
システム基盤型教育と (基礎/臨床、講座間の)統合	初期医学資格制度 (Primary Medical Qualification)	統合的教育 (integrated teaching)	学習者
コミュニケーション・スキル	免許更新制度 (Revalidation)	医学部以外の教育提供者	学習アウトカム
公衆衛生	評価体系	臨床実習	地域の教育・研修担当委員会
変化する医療	科学的方法	初期医師資格制度 (Primary Medical Qualification)	地域の教育提供者
学習システム	自己主導型学習 (self-directed learning)	免許更新制度 (Revalidation)	指導医
評価システム	選択学習 (Student selected components)	評価体系	臨床指導者 (卒後臨床研修局による認定)
領域横断的なメンバー構成で、学生・若手教職員が参加する教育監督システムの構築		自己主導型学習 (self-directed learning)	教育指導者 (卒後臨床研修局による認定)
医学部の年次報告、GMCとの継続的対話による勧告内容の実現		学生による臨床補助 (Student Assistantship)	医学教育関連組織 (地域の教育提供者、大学、専門医関連組織など)
			臨床実習
			卒後臨床研修局
			初期医師資格制度 (Primary Medical Qualification)
			認定指導者 (Recognised trainers)
			医学生 (医籍登録をしておらず、医療行為は法的に制限される)
			研修プログラム

注1: TD1993には用語集はないが、巻末に「主要勧告」をまとめており、キーワードは太字表記されていることから、それらを掲載した。

注2: 掲載ページはそれぞれ、p.23-34(TD1993)、p.33(TD2003)、p.94-95(TD2009)、p.41-47(Promoting Excellence 2016)である。

注3: 「IV」については、The Outcomes for Graduates(2018年)には用語集はないため、Promoting Excellence 2016のみを用いた。

ム2018』から消え、一連のイギリス卒前医学教育改革の流れは、ここで一つの区切りを迎えた。

## 5. 考察

以上に見てきたように、TD1993から現在までのGMC卒前医学教育政策文書を通時的に見ると、イギリス医学教育政策の動向として、1) 企業概念の教育適用、2) 卒前・卒後の接近、3) 組織管理の重視、4) 専門職の完全性への回帰を指摘することができる。

一つ目の「企業概念の教育適用」は、TD2003以降に見られる傾向である。近年の文書では、「業務評価」や「質保証」、「ガバナンス」といった用語が頻出するようになった。市場の発想を非市場領域に援用する新自由主義的アプローチは、すでにサッチャー政権下でも採られてきたが、TD1993において企業経営的用語はほとんど登場しない。その理由としては、1990年代初頭の段階では、新自由主義的医療改革に対する医師・医療者側の抵抗があったこと、教育分野への浸透は2000年以降に進んだこと (Beach, 2010) が考えられる。

二つ目の「卒前・卒後の接近」も、近年の特徴である。TD1993においても卒後への準備は言われていたが、焦点は「接続」によって両者を「切り分ける」ことにあった。しかし、特に2000年代後半からは、GMCの組織運営においても、また教育政策でも、卒後（職場）のニーズに応えた改革が進められてきた。2010年には卒後研修委員会がGMCに統合され、大学病院経営者の利害を代表する全国医学部協議会との連携が進んだ。二者は共同で、「問題が報告された医学生・医師への対応 (fitness to practise)」のガイドラインを作成するなど、雇用者の声は以前よりも卒前医学教育に反映されやすくなった。また、医師関連の重大事件のたびに、GMCは社会的要請に応じる形で、卒後だけでなく卒前においても、医師の行動や判断を規制・管理する方針を強めてきた。

三つ目の「組織管理の重視」は、このような規制強化や教育プロセスの合理化を通じて顕著となった傾向である。認証評価を行うGMCは、TD1993段階では、医学部の「対話」を促すコー

ディネーター的役割であったが、次第に、「医学部は基準に沿った教育を行っているか」「医学部によってばらつきはないか」「医学生は期待されたアウトカムに到達しているか」を管理・監督する役割を担うようになった。現行の基準では、「医学部教育は、医学生の学習が既定のアウトカムの達成に向けられており (directed towards the outcomes)、達成について評価していることのエビデンスを、GMCに提示しなければならない」 (Outcomes for Graduates, 2018, p.6) と述べられている。

四つ目の特徴は、「専門職の完全性への回帰」である。この点は、TD1993では「非現実的な完全性」として厳しく批判された。しかし、特にTD2009以降、「アウトカム」はより詳細な叙述となり、TD1993とTD2003では回避されていた分野別の授業構成も復活した。政策の経緯を示す議事録からは、GMCが2000年後半から採用してきた「リスク・ベース」での質保証・認証評価を行う中で、「問題」が指摘されると、それを埋めるようにして「学習者が習得すべきアウトカム」が増加してきた様子が浮き彫りとなった。

## 6. 結論

本論で見てきた、1990年代から2010年代までの卒前医学教育政策の動向は、何を意味するのだろうか。ここでは2点、指摘しておきたい。

第一に、医学部という教育空間の質的变化である。大学の「閉鎖性」が指摘されたこともあり、「医学生は、できる限り雇用に近いポイントでの経験を得るべき」(TD2003, p.20) との考えから、企業経営的概念の教育援用が拡大してきた。医学生は、医療運営の一部を担う者として、求められるアウトカムを習得し、よりよい運営に貢献することが期待されるようになった。TD1993では、卒後研修体制を整備することで、卒前と卒後との「切り分け」が意識されたが、2000年代以降は両者の壁を積極的になくしていくことに注力された。用いられるキーワードも、ガバナンスやリーダーシップなど企業経営から派生したものが増え、学生・教育者・医学部それぞれの役割や相互関係、学生と社会との関係は、少なくとも言説空

間においては変化したと言える。TD1993段階で問題視された「非現実的な完全性」は、専門的知識や技術だけでなく、個人の内面に踏み込む項目を含みこむ形で復活した、と判断できる。

第二に指摘できることは、医学部の論理形成能力の変化（弱化）である。TD1993は、認証評価基準でありながら、医学部に具体的指示や例示をしなかった。医学部の中に対話の場を作り、「何をすべきか」を各々で検討することができるように、GMCはコーディネートしまたそれを認証するものとされた。これは、社会学フレイドソンが専門職の特徴として述べた「第三の論理」

（Freidson, 2001）に重なる。市場とも国家とも異なる「第三の論理」を形成する可能性は、大学（医学部）にあるのであり、だからこそ、教育改革では余白を残さなければならない。一方、2000年代以降の政策は、医学部からの要請もあり、具体的かつ詳細な勧告をするようになり、その傾向は近年さらに強まっている。医学部には、「第三の論理」を形成するという創造的役割よりは、組織管理者としての役割がより一層期待されるようになった。この点は、例えば、2000年代後半以降、全国医学部協議会が雇用者の視点を代表する組織として、積極的に政策決定プロセスに関与していることから示唆される。

イギリスにおける卒前医学教育動向の特徴をこのように捉えると、進歩を目指すはずの「教育改革」を通じて、専門職自らが「ケアの危機」の素地を形成していないだろうかと思うことができる。この視点は、過去の医学教育政策の意味を理解し、また今後の教育政策を検討する際に有益であると考えられる。例えば、本論で取り上げたTD1993の意味はどのように解釈できるのか、また近年のイギリスの主要政策の一つである、医師偏在の是正を目的とした入学者多様化政策（Widening Participation）をどのように理解・評価できるのかについて、その表面的な意味を越えて、考えることができる。筆者が現在注目している入学者多様化政策は、2000年代後半からGMCの政策決定に影響をもつようになった全国医学部協議会が先導している。政策の目的は、医学部入学者の採用を社会的不利益者層や民族的マイノリティへと広げることであるが、本論が提

示する視点をを用いると、政策を通じて、医師という専門職をどのような社会関係に位置づけ直しているのか、医師職が直面する現代的危機を、そのねらいとは逆に深めている側面はないかを検討することができる。

偶然にも、本稿の執筆時期は、新型コロナウイルス感染拡大時期と重なった。1990年代頭に認識された不確実性、定常化、グローバリゼーションの傾向は、この30年間で和らいだわけではなく、より一層鮮烈に課題を突きつけていることは、感染拡大により広く実感された。このような状況において、人と人をつなぎ、社会の持続的発展を助ける存在は、ますます求められる。デュルケームが述べたように、専門職は「有機的結合」を形成する中間的存在として近代社会に登場したのであり、現代社会もまたそのような中間的存在を必要とするが、近代以来当然視されてきた前提や仕組みがそのまま有効ではない。専門職を支える文脈は、専門職が登場した時と現在とで、途方もないほどに異なっている。本論で見たように、大学（医学部）には、知識・技術の伝達以上に、社会関係の構築というきわめて創造的な機能を持っているのであり、この点を活かすことが、コロナで揺らぐ現代社会において専門職を再生する上で、重要なのではないかと考える。

2020年6月12日提出

2020年11月27日修正稿提出

〈謝辞〉

本研究は、2018年度「非営利・協同総合研究所いのちとくらし」の研究助成を受けて、筆者が2018年10月に開始した博士課程の研究の一環として行ったものです。このような研究をご支援いただいたことに、この場を借りて、心より感謝申し上げます。

## 7. 参考文献

- Baker-Glenn, E., Marshall, J., & Caplan, R. (2015). The GMC review of fitness to practise investigations and its impact on doctors.

- BJPsych Bulletin*, 39(6), 317.
- Beach, D. (2010). Neoliberal reconstruction in education and health professionals in Europe: Questions of global class and gender. *Current Sociology*, 58(4), 551–569.
- Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity* (M. Ritter, Trans.). Sage Publications, Sage. (U. ベック『危険社会: 新しい近代への道』、東廉、伊藤美登里訳、法政大学出版局、1998年)
- Campbell, D. (2019, October 13). New report reveals alarming shortage of country doctors. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/society/2019/oct/13/nhs-consultant-shortage-rural-coastal-areas>
- Carnall, D. (1995). Sweeping reforms recommended for medical education. *BMJ*, 311, 345.
- Clack, G. B. (1994). Undergraduate medical education. *BMJ*, 308, 208.
- Dillner, L. (1994). GMC says it will watch curriculum reforms. *BMJ*, 308, 361.
- Durkheim, E. (1957). *Professional ethics and civil morals*. Routledge.
- Dyer, O. (2003). GMC announces its new lay appointments. *BMJ*, 326, 951.
- Evetts, J. (2011). Sociological analysis of professionalism: past, present and future. *Comparative Sociology*, 10(1), 1-37.
- Fraser, N. (2016). Capitalism's crisis of care. *Dissent*, 63(4), 30-37.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: The third logic*. Polity.
- General Medical Council. (1993). *Tomorrow's doctors*.
- General Medical Council. (1995). *Good medical practice*.
- General Medical Council. (2001). *Council paper: 22-23 May 2001*.
- General Medical Council. (2003). *Tomorrow's doctors*.
- General Medical Council. (2007). *Medical students: Professional behaviour and fitness to practise*, 2007
- General Medical Council. (2009). *Council paper: 31 March 2009*.
- General Medical Council. (2009). *Outcome of consultation on review of Tomorrow's Doctors*.
- General Medical Council. (2009). *Tomorrow's doctors*.
- General Medical Council. (2014). *Council paper: 10 December 2014*.
- General Medical Council. (2015). *Council paper: 2 June 2015*
- General Medical Council. (2016). *Promoting excellence: Standards for medical education and training*.
- General Medical Council. (2017). *Generic capabilities framework*.
- General Medical Council. (2018). *The outcome for graduates*.
- General Medical Council. (n.d.). Medical Licensing Assessment. Retrieved June 11, 2020, from <https://www.gmc-uk.org/education/medical-licensing-assessment>
- Jarvis, P., & Gibson, S. (1991). *The teacher practitioner in nursing, midwifery and health visiting*. ELBS with Chapman and Hall.
- Jasanoff, S. (2015). *Dreamscapes of modernity: Sociotechnical imaginaries and the fabrication of power*. University of Chicago Press.
- Larson, M. S. (2013). *The Rise of professionalism: Monopolies of competence and sheltered markets*. Transaction Publishers.
- Lowry, S. (1993). A model for British medical education. *BMJ*, 307, 1021–1022.
- O'Dowd, A. (2019). More non-UK graduates than home grown clinicians joined medical register in past year. *BMJ*, 367, I6203.
- Perkin, H. (2002). *The rise of professional society: England since 1880* (2nd ed.). Routledge.
- Regan de Bere, S., Bryce, M., Archer, J., Lynn, N., Nunn, S., & Roberts, M. (2014). *Review of decision-making in the General Medical Council's Fitness to Practise procedures*. Plymouth University Peninsula.
- Robertson, S. L. (2016). Piketty, capital and

education: A solution to, or problem in, rising social inequalities? *British Journal of Sociology of Education*, 37(6), 823–835.

Smith, J., & Shipman Inquiry. (2002). The Shipman Inquiry: Independent Public Inquiry into the Issues Arising from the Case of Harold

Shipman; First Report, July 2002.

Whitehead, C., R. (2012). The conceit of curriculum. *Medical Education*, 46, 534–544.

(しばはら まちこ、ケンブリッジ大学大学院教育学研究科博士課程)

## 【研究概要】

# 根岸謙「ドイツの住宅協同組合(Wohnungsgenossenschaft)による住宅の建築・居住に関する法的枠組みについて—住宅協同組合によるいくつかの実例をもとに—」

東洋法学64巻1号(2020年7月)107-132頁

## 第1. はじめに

ドイツでは50万人以上の人口を抱える13都市の月額家賃価額が2018年を通し平均8.3%も値上がりするという事態に直面した。特にミュンヘンの家賃水準は最も高く、1㎡あたり17.73ユーロとなっている。このような中、例えばハンブルクでは2011年より年間1万戸のアパートの建設を促す長期的な住宅政策が実施されており(うち3,000戸が公営住宅としての助成を受けている)、また、ミュンヘンでは2007年から2018年にかけて約17,500の公的助成住宅(いわゆる社会住宅)を完成させている。

しかし、このような政策をもってしても都市部では地価の高騰の影響により、個人で持ち家を購入することは困難な状況にある。2018年にはドイツ全土で約286,000戸が新たに建設されたものの、年間360,000戸の推定必要量にはまだ達していない。このような事情も相まって、何人かで共同体を組成して共同体として土地を購入して建物を建て、そこにその構成員が居住するという住宅の建築・居住形態が昨今注目されるようになってきている。その共同体の形態についてはいくつかあるが、中でも、住宅協同組合という共同体によって住宅(以下「協同組合住宅」という)を建築し、居住するというスキームは広く利用されている。2010年のデータであるが、約4,013万のドイツ全

住戸数に対し、住宅協同組合(合計1,850団体)が建設した協同組合住宅は約218万戸(全住戸数の5.4%程度、全賃貸物件約2,180万戸の10%程度)にもほり、ドイツ全人口約8180万人のうち6%程度に相当する約460万人(うち住宅協同組合の組合員は約280万人)が協同組合住宅に居住している。

この住宅協同組合という共同体による協同組合住宅の建築・居住形態は、地価の高騰により個人で住宅を取得することができない人々が集合住宅を建てて居住するためだけに用いられているのではなく、後述するように、共に居住するということを通して、ハンディキャップの有無や世代間の差異を乗り越えたり、歴史的建造物を改修したり、環境問題に取り組むなど、様々な社会的活動を実行することができる箱もしくは受け皿としても利用されている。例えば、OEKOGENO協同組合は住宅について様々なプロジェクトを実施しており、ヘッセンではOEKOGENOヘッセン連帯住宅協同組合を組成して、ニッダーのイルベンシュタット修道院の敷地内に集合住宅を建設したり、フライブルクではOEKOGENO住宅協同組合を組成して社会的統合を目指した住宅プロジェクトを遂行したり、またフルトヴァンゲンではOEKOGENO包括的住宅協同組合を組成して、多様性を認め合うことを目的とした住宅プロジェクトを実施してきている<sup>注)</sup>。

注) OEKOGENO協同組合は1988年に設立され、ドイツ南西部にあるフライブルク・イム・プライスガウに拠点を置いている。組合員の人数は、2008年の時点で約16,000名である。

OEKOGENO協同組合は、環境や社会的活動に強い関心を有し、持続可能な経済活動を目的としたコンサルティングや資金調達を行っており、本稿で主として検討しているOEKOGENO住宅協同組合による住宅プロジェクトのほかにも最近ではエネルギーファンドや太陽光発電ファンド、風力発電ファンドなどのプロジェクトも行っている。

もともと、このような住宅協同組合を概括的に取り上げたり、紹介したりする Web サイトや資料では、住宅協同組合によるスキームにつき、「住宅協同組合が集合住宅を建て、組合員がその住戸を利用する」といったような説明のものが多く、その具体的な法的枠組みを知ることはできない。そこで、本稿では、フライブルクの OEKOGENO 住宅協同組合を素材として、どのようにして住宅協同組合が組成され、これに組合員が加入するのかという点、および組合員は住宅協同組合に対してどのような居住に関する権利を有しているかという点について、明らかにしてみたい。その際の基礎資料としては、OEKOGENO 住宅協同組合定款や協同組合法だけでなく、住宅協同組合のためのモデル定款や住宅協同組合についての体系書である『実践のための協同組合—住宅協同組合の案内』（Thomas Schlüter / Mirjam Luserke / Stefan Roth, Genossenschaftsrecht für die Praxis, Ein Leitfaden für Wohnungsgenossenschaften, 1. Aufl., 2014.）も参考にしてみたい。住宅協同組合のためのモデル定款については複数の団体によって公表されているが、ここでは、協同組合連盟によるものや、ベルリン住宅協同組合によるもの、ドイツ住宅・不動産企業連邦連盟によるものを取り上げる。

## 第 2. 実例紹介：OEKOGENO 住宅協同組合

本稿では、先に挙げたフライブルクでの OEKOGENO 住宅協同組合を実例として取り上げ、住宅協同組合の組成、および組合員の居住に関する権利関係という観点から検討していきたい。

### 1. 住宅協同組合の組成

まず、住宅協同組合の設立に関しては、OEKOGENO 住宅協同組合定款には規定が設けられていないため、ドイツの協同組合法の規定にあたる必要がある。同法では第 1 章において協同組合の設立手続についての規定を置いている。

前提として、協同組合は 3 名以上の組合員によって構成され（4 条）、組合員からなる理事会お

よび監事会が置かれなければならない（9 条）。その上で、書面により定款を作成しなければならず（5 条）、同法では、協同組合の名称および所在地、事業目的などの絶対的記載事項（6 条）、個々の組合員が出資できる金額（持分）および個々の組合員が義務づけられている払込金額などの必要的記載事項（7 条）、事業年度や、員外取引をする場合はこれを認める旨などの任意的記載事項（8 条）の規定が定められている。

そして、定款作成後に理事会は裁判所に対して登記申請を行い（11 条 1 項）、裁判所による設立および申請の適否に関する検査を経た上で（11 a 条）、適正と判断されれば協同組合は登記協同組合となり（10 条）、登記済の定款が公示される（12 条）。これにより登記協同組合は、独立して権利義務の帰属主体となり、不動産に対する所有権等を取得し、訴訟における当事者適格も肯認されることになる（17 条 1 項）。法人格を有する登記協同組合と異なり、登記前の協同組合にはこれらの権利主体性が認められないため（13 条）、登記協同組合と登記前の協同組合は明確に区別されなければならない。本稿では、登記協同組合のことを便宜上、単に「協同組合」と称し、登記前の協同組合については扱わないこととする。

次に、OEKOGENO 住宅協同組合への加入手続についてみてみる。OEKOGENO 住宅協同組合では、新たに組合員になることを希望する者に対し、「OEKOGENO 住宅協同組合への加入申込書」というひな形を用意している。そこには、OEKOGENO 住宅協同組合の目的・理念、持分の金額（1 口につき 1,000 ユーロ）、有限責任であること、追加の出資金は不要であること、組合員はいつでも書面にて解約することができること（ただし、定款に基づき、2 年間の解約告知期間を要する。）などが説明文として記載されている。そして、その下に、協同組合法に規定する「法律および定款に定められた持分の払込みをなすべき組合員の義務」（15 a 条第 1 文）を明らかにすべく以下の宣言文が記載され、署名等の欄が設けられている。

「私は、最低 1 口以上の義務持分をもって、OEKOGENO 住宅協同組合の組合員となること

を宣言する。私は、OEKOGENO 住宅協同組合の持分（1口につき、1,000ユーロおよび管理手数料5ユーロ）として合計\_\_\_\_口を引き受ける。私は、法律および定款に基づき持分を払い込むことを約束する。私は定款の内容を承知した。私の持分はOEKOGENO 住宅協同組合の組合員として使用され、当該住宅から引っ越したときは、私は当該持分を放棄する。

定款では、解約告知期間が2年と定められており、OEKOGENO 協同組合の組合員として最低5口以上の持分が必要であることを承知した。まだ私が5口以上のOEKOGENO 協同組合の持分を有していない場合、最低5口を取得したい。私はOEKOGENO 協同組合に別途、組合員になる申請を行なっている。OEKOGENO 協同組合の持分は、1口につき33.71ユーロおよび管理手数料5ユーロである」。

このようにして加入した組合員の資格について、OEKOGENO 住宅協同組合の定款は、「OEKOGENO 住宅協同組合内に現に住みもしくはこれから住もうとする者」と「その他組合員がOEKOGENO 住宅協同組合に対して特別な利益を有する者」の二種に分けて捉えている（3条1項）。組合員になることのインセンティブとして協同組合住宅の住戸に居住することがあげられ、上記組合員の資格の前者はまさにこのような居住組合員のことを指す。居住組合員は上記の持分の出資の他、さらに32,000ユーロ以上の出資金が必要となる（なお、2020年4月20日時点では全ての住戸が埋まっているため、待合リストに記入して順番を待つ状況にある）。

他方で、後者に該当する者として、あえて居住という選択をしない組合員もいる（以下「非居住組合員」と称する。OEKOGENO 住宅協同組合の定款14条3項）。彼らが住宅協同組合に加入する目的は、持分を出資し、その持分に対する最大4%の配当金を受領するという点にある。2019年9月に欧州中央銀行（ECB）は、市中銀行が中央銀行に余剰資金を預ける際の金利を、現在のマイナス0.4%からマイナス0.5%に引き下げる決定をし、現在の市中銀行の預金金利は、日本と同様、ゼロをわずかに上回る程度となっているため、住

宅協同組合は投資先として魅力的な選択肢の1つとなっていることがうかがえよう。

もっとも、すべての住宅協同組合がこのような配当を実施することができるというわけではなく、これを実施するには貯蓄機関を住宅協同組合内に設けなければならない。2020年2月時点で、ドイツ全土で1828の住宅協同組合が登記されており、Tagesgeldvergleich.netでは、そのうち46団体の住宅協同組合が提示している最低出資金や出資に伴う管理手数料、直近の配当レートを比較する形で整理されている。1口の最低出資金は、15.5ユーロ（西ケムニッツ住宅協同組合など）から1,500ユーロ（ハンブルク・ハンザ住宅協同組合）までと多岐にわたるが、直近の配当レートは3%から4%としている団体が多い。OEKOGENO 住宅協同組合では、平均2.8%の配当レートとなっている。

## 2. 組合員が有する居住に関する権利—継続的利用関係

組合員の権利および義務に関しては、OEKOGENO 住宅協同組合の定款では、総会での議決権（10条3項）や配当を受ける権利（14条1項）、義務持分の払込義務（9条1項）などの協同組合の団体としての構成上、最低限必要となる規定しか置かれておらず、組合員の協同組合住宅の居住に関する権利関係については、わずかに理事会に関する規定の中で、「理事会は、協同組合住宅の住戸の割当てや利用、施設の使用に関する規約で定められた方針について監事会に通知しなければならない」（11条3項）と触れられている程度である。

同条項では、組合員が協同組合住宅に居住することにつき、「利用」という用語をあてているが、ベルリン住宅協同組合のモデル定款でも同様に「利用」という用語が使われている。なお、ベルリン住宅協同組合のモデル定款では、組合員の居住に関する権利関係につき、より多くの規定が置かれており、13条で組合員の一般的な権利（計13個）が列挙され、14条で、組合員が協同組合から「継続的利用契約に基づく協同組合住宅の利用権」を受ける旨の規定が置かれ、そして15条で、

「協同組合住宅の（住戸の）引渡しにより、組合員は継続的な利用権を取得する。利用関係は、利用契約に定められた条件のもと、組合員としての期間中に限り、解約することができる」という規定が置かれている。

では、この「利用」の法的性質は何であろうか。何かしらの法律に規定があるものなのか。これらの点について、『実践のための協同組合』をもとに、少し検討を深めてみたい。

同書では、協同組合法と使用賃貸借法（ドイツ民法典（以下「BGB」という）535条から577 a 条）の関係という観点から、「利用」概念について次のように説明されている。

「協同組合住宅の『利用者』という概念は、使用賃貸借法における協同組合法の特別な取り扱いと影響を反映しているものであるが、実際にはごく限られた範囲でのみ用いられる程度であり、協同組合住宅においてもほとんどの場合、『使用賃借人』と『使用賃貸借関係』という用語が用いられている。

使用賃借人は、『通常の』使用賃貸借関係における契約当事者のことをいうのに対し、協同組合法の利用者は、いわゆる利用関係における協同組合の契約当事者のことをいう。利用関係はまた、住宅協同組合と利用者の間における使用賃貸借関係のことでもある。使用賃借人は賃料を支払うのに対し、利用者はいわゆる利用料を支払う。

利用者は常に組合員であるが、反対に、組合員は常に利用者でなければならないというわけではなく、協同組合住宅を利用せずに住宅協同組合に加入し続けることもできる（筆者注. 非居住組合員のことである）。利用者が組合員の資格を喪失した場合は、当該利用者は『通常の』使用賃借人に戻る」。

BGB 上の使用賃貸借とは別にあえて「利用」という用語を用いていることからすると、BGB には規定されていない、住宅協同組合の定款に定められた何らかの付加的な権利等があり、利用者であればこれを享受することができるということではないかも考えられようが、そのような点については同書では触れられていないことからする

と、考えられるのは非居住組合員にとっての利点であろう。すなわち、住宅協同組合の組合員であれば、住宅協同組合との間の利用関係に基づいて協同組合住宅の住戸の引渡しを受けて利用することができ、非居住組合員は、住戸の空室状況にもよるであろうが、いつでもその引渡しを受けて利用することができるのに対し、これから使用賃貸借契約を締結しようとする非組合員の「通常の」使用賃借人は使用賃借人に対して、契約締結自由の原則から、利用権のような組合員としての引渡しに関する主張をすることができないという差異があるのではないだろうか。

そして、この利用関係（利用契約）は、継続的な利用権を付与した継続的な利用契約と、継続的な利用権のない利用契約に分類され、住宅協同組合は組合員と契約を締結するにあたり、このいずれかを選択することができ、それぞれ異なる方法で処理されることになる。後者の継続的な利用権のない利用契約は、BGB の使用賃貸借に関する規定が適用され、住宅協同組合は BGB573 条に基づく解約告知をもって組合員との利用関係を終了させることができる。他方、前者の継続的な利用契約では、住宅協同組合の BGB573 条に基づく解約告知権が除外され、住宅協同組合は利用者との利用関係を終了させることができず、利用者は継続的な利用権を有することとなる（同書では、このような組合員に継続的な利用権を付与する条項について「継続的な利用条項」と表現されている）。したがって、継続的な利用条項があるものが継続的な利用契約であり、継続的な利用条項のないものが、ほとんどの場合で BGB の使用賃貸借に関する規定が適用される、継続的な利用権のない利用契約ということになる。

しかし、両契約の基本的性質や内容はほとんど同じとされ、連邦通常裁判所も、協同組合から組合員を除外したことにより住宅協同組合による居住関係が終了するかが争われた判決において、両契約が同内容のものであるという見解のもと、BGB の使用賃貸借に関する規定は継続的な利用契約にも適用されると判示している（連邦通常裁判所 2003 年 9 月 10 日判決、V III ZR 22/03）。

もっとも、住宅協同組合は非常に特殊な組織的・構造的枠組みのもと成り立っていることから、無

差別的にBGBの使用賃貸借に関する規定を継続的利用契約に適用させてはならず、協同組合における組合員の資格や利用権という性質を踏まえた上で、どの程度BGBの使用賃貸借に関する規定が継続的利用契約に適用され、利用者側の権利が制約されるかについては個別に議論されている。

それでは、OEKOGENO住宅協同組合と組合員間の利用関係は、継続的利用契約であるか。OEKOGENO住宅協同組合定款では、組合員の継続的利用権を認める規定、もしくは協同組合側の解約告知権を除外する規定はない。もっとも、同定款では、BGB573条1項とは異なり、「解約告知は、事業終了時の2年前までに書面により行わなければならない」（同定款4条）と、解約告知権を制限する規定を置いており、継続的利用契約でないとは明確に否定することまではできないであろう。

### 3. 小括

以上の検討より、住宅協同組合の特徴として、次の5点をあげることができる。

1点目；住宅協同組合は、メンバー・バリューを基底に据えつつ、共に居住するということを通して、ハンディキャップに対する理解を深めたり、自身とは異なる世代の考え方や感じ方の違いを受け入れたり、また、放置されている歴史的な建物を改修したり、環境問題についての認識を共有したりといった様々な社会的活動を実行することができる箱もしくは受け皿として大きな価値がみられる。

2点目；住宅協同組合は連邦政府からの手厚い支援のもと、組成や運営がなされている。すなわち、土地の購入や協同組合住宅の建設時には連邦政府を通じた国営の復興金融公庫から低利融資を受けることができ、また、住宅協同組合は法人格を有するため、他の法人と同様に法人税が課せられるが、その税額については軽減されている。

3点目；住宅協同組合の組成段階では厳格な手続ルールが用意されており、組合員に不利益を与えるおそれのある住宅協同組合はこの時点で排除されることになる。もっとも、本論では触れることができなかったが、協同組合法やOEKOGENO

協同組合定款などをみると、そのような手続きの厳格さは協同組合の機関の構成や役割において一層求められていることがうかがえる。OEKOGENO協同組合定款では、55条からなる全規定のうち33個の規定を「第4章 協同組合の機関」に割いている。具体的には4つの機関からなり（4条）、組合員によって構成される最高意思決定機関である総会（26条から42条）、業務執行機関である理事会（14条から21条）、その監督機関である監事会（22条から25条）、そして、諮問機関である顧問会（43条から45条）がある。総会では、議決権や総会の期間および開催地、招集手続、決議事項およびその方法、情報開示権、議事録など、日本の会社法における株式会社の機関と同程度の詳細な規定が置かれている。

4点目；非居住組合員による出資金という資金調達手法も認めることによって、組合員の人数が増え、結果的に居住組合員の出資金の額を抑えることができ、投機的な賃貸市場よりも低額な家賃で住戸を提供することができる。

5点目；継続的利用契約を締結した組合員は、継続的利用条項に基づき、長期間にわたって協同組合住宅を利用することができ、これにより住宅共同組合の本来の目的である組合員の支援やコミュニティの持続可能性へと発展的につながっていくことになろう。

## 第3. むすびに代えて一日本法 についての若干の考察

上記では、ドイツの住宅協同組合という共同体を用いた協同組合住宅の建築・居住に関し、実際のプロジェクトをもとに、どのような法的枠組みが用いられているかについて検討してきた。

日本でも、居住に関する共同体という視点は徐々に認識が広まりつつあり、実際にいくつかのプロジェクトが計画・実行されてきた。中でも小林秀樹教授は、実践的観点から共同体による住宅の居住スキームについての研究を行っており、例えば、集合住宅の老朽化に伴う改修の場面では、本来尊重されなければならない個別の財産権である区分所有権が多数決によって制約されてしまうことから、区分所有に代替しうるものとして、居住

者どうしの繋がりが高い組合所有によるコーポラティブハウジング（コープ住宅）を提案する。また、小林教授は、既存の分譲マンションが老朽化し、改修に関しての意見がまとまらず、建物を取り壊して区分所有関係を解消せざるを得ないという状況につき、建物を取り壊さずに区分所有関係を解消させ、賃貸形態に切り替えるという、スケルトン定借（いわゆる、つくば方式マンション）を考案し、実用化させている。

また、公的賃貸住宅の払下げ等がなされるとき、当該集合住宅の賃借人がそこに住み続けたいと思っても一人のみでは金融機関から集合住宅の取得費用の融資を受けることはできない。そこで、例えば賃借人等が共同体を組成して、共同体として融資を受けて集合住宅を購入し、賃借人が所有者たる共同体と賃貸借契約を結んで、賃料を融資金の返済に充てるといったスキームも考えることができるかもしれない。

このように、共同体による住宅の建築・居住形態は、住宅政策やコミュニティの形成、区分所有関係などにおける様々な課題を解決していく上で、可能性がみられるものの一つと捉えられよう。このような問題意識のもと、筆者は、日本法において共同体による住宅の取得・建築形態を考える上で、いかなる法的枠組みのもと、いかなる法的性質の共同体が適しているかということを中心に大きな課題として設定し、これについて研究を進めていきたいと考えている。そこで、ここでは、そのような大きな課題に取り組むにあたり、日本でも協同組合という形態による住宅の建築・取得スキームを実現させることは可能か否かについて検討を加えて、むすびに代えたい。

そもそも日本ではどのような協同組合法制がとられているのだろうか。日本の協同組合に関する法制は、1900年の産業組合法から始まる。同法は、資本の少ない中小の零細企業を救済するため、ドイツの1889年の協同組合法を参考にして制定されたものであり、各種協同組合法に規定されているものはドイツの協同組合法と似ているところが多い。しかし、日本の協同組合法とドイツの協同組合法の大きな違いは、ドイツでは全協同組合に共

通する統一法として位置づけられているのに対し、日本では業種ごとに個別に協同組合法があるのみであり、統一法は存在しないという点である。

そのため、日本では住宅協同組合に関する協同組合法はなく、また、住宅協同組合の法的根拠を現行の各種協同組合法に求めることはできない。もっとも、日本ではこれらの各種協同組合法が施行され、協同組合という共同体形式が根付いていることから、共同体の法的枠組みや組織設計を行うに際して、これら協同組合の特徴を取り入れることは有用であろう。

これに関し、独占禁止法は事業支配力の過度の集中を防ぐために、事業者の結合によって不公正な取引方法や一定の取引分野を実質的に制限することを規制しており、原則として、中小事業者や消費者らの結合体である協同組合もこの規制の適用を受けることになる。もっとも、同法24条では、①小規模の事業者又は消費者の相互扶助を目的とすること、②任意に設立され、かつ、組合員が任意に加入し、又は脱退することができること、③各組合員が平等の議決権を有すること、そして、④組合員に対して利益分配を行う場合には、その限度が法令又は定款に定められていることという4つの要件を満たした協同組合については、同法の適用除外となる旨規定されている。住宅に関する協同組合を設立する場合は各種協同組合法のような事業者の結合による不公正な取引という問題は生じないため、住宅に関する協同組合が24条に該当するか否かという問題は本来、無関係のものであるが、これらを協同組合の特徴とみて、一つの参考と捉えることはできよう。そして、このような日本に根付いている協同組合の特徴を踏まえつつ、先にあげたドイツの住宅協同組合の5つの特徴をも参考にすれば、より内実のともなった住宅に関する共同体を組成させることができるのではなかろうか。その具体的な法的枠組みの設計については、大きな課題の中に位置づけ、今後、研究を進めていきたい。

以上

（ねぎし けん、東洋大学法学部講師）

## 研究助成報告書(報告書・ウェブサイト公開)

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

ISBN 4-903543-00-5 (978-4-903543-00-0) 2006年6月発行(在庫なし、ウェブサイトでPDF公開中)

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

2007年9月発行 ISBN 978-4-903543-03-1

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

2007年12月発行 ISBN 978-4-903543-02-4

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

2010年6月発行 ISBN 978-4-903543-07-9

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

(概要は『いのちとくらし研究所報』52号掲載、全文はウェブサイトでPDF公開中)

- 松浦健伸ほか「名古屋市の一地区における路上生活者を対象とした精神保健調査の報告」

(『いのちとくらし研究所報』53号にも掲載、ウェブサイトでPDF公開中)

- 高山一夫、松田亮三、石橋修ほか『諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究』

2016年6月15日発行

ISBN: 978-4-903543-15-4 (概要は『いのちとくらし研究所報』54号に掲載)

- 渡邊貴博ほか「名古屋市の一地区における路上生活者114名を対象とした精神保健および身体調査の報告」

(『いのちとくらし研究所報』64号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中)

- 谷口起代「東日本大震災および原発事故を契機に生まれた「共創」的実践活動の調査—震災・原発事故からの社会の再建にむかうヘルスプロモーションの理論構築にむけて—」

(『いのちとくらし研究所報』68号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中)

- 川口啓子「医療生協職員意識調査の年代別集計にみる傾向と課題」

(『いのちとくらし研究所報』69号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中)

## 研究助成報告(機関誌掲載など)

- 「非営利・協同に関する意識調査」(岩間一雄)『いのちとくらし研究所報』16号
- 「往診専門診療所の満足度調査」(小川一八)『いのちとくらし研究所報』17号
- 「介護労働者における職業性ストレスに関する研究」(富岡公子、他)『いのちとくらし研究所報』22号
- 「立位、歩行装具のロボット利用の可能性について」(細田悟、沢浦美奈子、平松まき)『いのちとくらし研究所報』24号
- 概要報告「京都地域における大学生協の歴史的研究」(井上英之、他)『いのちとくらし研究所報』31号
- 概要報告「介護される人と介護する人の安全性・快適性向上を目指した介護・看護労働者の労働負担軽減に関する介入研究」(埜田和史、佐藤修二、田村昭彦、服部真、舟越光彦、山田智、北原照代)『いのちとくらし研究所報』32号
- 「脳卒中慢性期患者に対する座位保持装置(キャスパー・アプローチ)による効果の検証」(細田悟、福村直毅、村上潤)2010年第47回日本リハビリテーション医学会学術集会ポスター講演
- 「非営利組織の連携による生活困窮者の『食』の支援に関する基礎的研究報告書」(大友康博、大友優子)『いのちとくらし研究所報』36号
- 「北欧における高齢者のグループリビングと住宅協同組合に関する研究」(上野勝代、上掛利博、佐々木伸子、阪上香、奥野修、大塚瑞希、田鶴遼平)『いのちとくらし研究所報』42号
- 概要報告「老親を在宅介護するひとり介護者の介護に確かな未来を！」(久保川真由美、山岸千恵、浦橋久美子)『いのちとくらし研究所報』44号
- 概要報告「研究助成『津波被災地保健師100人の声』(宮城)プロジェクト報告及び『宮城県災害時公衆衛生活動ガイドライン』の検討」(村口至)『いのちとくらし研究所報』44号(別途報告書『「津波被災地保健師100人の声」(宮城)報告』)
- 概要報告「県、3市1町(船橋、我孫子、旭、一宮)の『防災計画とハザードマップの検証から学ぶ』」(鈴木正彦ほか)『いのちとくらし研究所報』45号
- 概要報告「都市と農村が連携した共生経済の可能性の研究」(直田春夫ほか)『いのちとくらし研究所報』48号
- 概要報告「近年の最低生活費の算定方法に関する研究報告書」の概要(金澤誠一ほか)『いのちとくらし研究所報』50号

- 
- 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 (ウェブサイトでも公開)
- 
- 概要報告 「民間研究所論～概要～」 (鎌谷勇宏ほか) 『いのちとくらし研究所報』 52号
- 
- 「名古屋市の一地区における路上生活者を対象とした精神保健調査の報告」 (松浦健伸ほか) 『いのちとくらし研究所報』 53号 (ウェブサイトでも全文公開)
- 
- 概要報告 「諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究」 (高山一夫ほか) 『いのちとくらし研究所報』 54号
- 
- 「中国農民專業合作社における信用事業の展開に関する一考察」 (宋曉凱) 『いのちとくらし研究所報』 55号
- 
- 「臨床研修医は現場の医師から何を学び人生の糧としているのか?～いのちを守るための医療者養成の観点からロールモデル像とその影響の解明～」 (菊川誠ほか) 『いのちとくらし研究所報』 56号
- 
- 概要報告 「宮崎県北地域における子どもの社会的排除と『排除しないまちづくり』の取り組み」 (志賀信夫) 『いのちとくらし研究所報』 58号
- 
- 概要報告 「特別養護老人ホームにおける多職種連携による円滑な終末期介護を実現するための調査研究—概要—」 (高橋幸裕ほか) 『いのちとくらし研究所報』 58号
- 
- 「認知症早期発見の検診と認知症進行予防教室の取り組み」 (山田智) 『いのちとくらし研究所報』 60号
- 
- 概要報告 「若狭地域住民の原発関連事業所への就労実態と生活問題に関する調査研究—若狭地域の集落別世帯別就業実態調査による、住民と原発の結びつきの把握—」 (高木和美) 『いのちとくらし研究所報』 62号
- 
- 概要報告 「高齢化団地における住民の福祉ニーズに対する地域活動の成果と今後の課題」 (坂本毅啓・石坂誠) 『いのちとくらし研究所報』 63号
- 
- 「名古屋市の一地区における路上生活者114名を対象とした精神保健および身体調査の報告」 (渡邊貴博ほか) 『いのちとくらし研究所報』 64号 (ウェブサイトでも公開)
- 
- 「北海道の病院看護における労働編成と人材育成—道央の急性期病院：勤医協中央病院を事例に—」 (谷川千佳子) 『いのちとくらし研究所報』 65号
- 
- 概要報告 「非営利・協同体における若手職員の育成および主体形成に関する研究—鹿児島・麦の芽福祉会に注目して—」 (石倉康次、深谷弘和、申佳弥) 『いのちとくらし研究所報』 66号

---

● 「漁村人口減少対策と非営利・協同組織の機能に関する研究」(宮澤晴彦)『いのちとくらし研究所報』67号

---

● 「東日本大震災および原発事故を契機に生まれた「共創」的実践活動の調査—震災・原発事故からの社会の再建にむかうヘルспロモーションの理論構築にむけて—」(谷口起代)『いのちとくらし研究所報』68号 (ウェブサイトでも公開)

---

● 「医療生協職員意識調査の年代別集計にみる傾向と課題」(川口啓子)『いのちとくらし研究所報』69号 (ウェブサイトでも公開)

---

● 概要報告 「児童養護施設職員の労働問題・労働組合に関する研究：20施設のアンケート調査から」(堀場純矢)『いのちとくらし研究所報』70号

---

● 「松江生協病院における医療アクセスの疎外要因と社会経済的関連要因の考察～救急搬入から入院となった方を対象にしたアンケート調査～」(眞木高之ほか)『いのちとくらし研究所報』71・72号

# 『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

## 第71・72号（2020年10月） — 【特集1】：東日本大震災9年／【特集2】：コロナ禍を考える

- 巻頭エッセイ：若き日の読書でつかんだ、「民」の論理と「市民の政治」（岡崎祐司）
- 特集1：東日本大震災9年
  - ・3.11東日本大震災から復興9年目とコロナ対応を、岩手県との比較で宮城県を見る（村口至）
  - ・東日本大震災における宮城県での住宅・生活再建と教訓について～浮き彫りになった災害ケースマネジメントの制度化の必要性～（小川静治）
  - ・岩手の9年を振り返る（遠藤洋史）
  - ・岩手・山田町の9年を振り返る（佐藤照彦）
  - ・原発事故発生から9年 福島から（伊東達也）
  - ・福島子ども甲状腺がん—放射線誘発子ども甲状腺がんの歴史をふまえて（齋藤紀）
- 特集2：コロナ禍を考える
  - ・座談会「新型コロナの社会的・経済的影響と非営利・協同」（山田秀樹、今井晃、高柳新、後藤道夫、司会：竹野ユキコ）
  - ・新型コロナウイルス拡大による中小業者への影響（長谷川清）
  - ・日本の看護労働とコロナ（山崎ちひろ）
  - ・アメリカにおける新型コロナウイルス感染症の現状—社会的側面と政策対応を中心に—（高山一夫）
  - ・新型コロナウイルスとアメリカの看護労働—Physician Assistantと上級看護師への緊急タスクシフトを中心に（早川佐知子）
  - ・中国・山東省における新型コロナウイルスの影響（宋曉凱・権慶梅）
  - ・コロナ禍とEU、仏独の雇用問題対応策（石塚秀雄）
- 論文
  - ・地方独立行政法人の運営に移行した公立病院の収支構造の変化とその背景（岩本鉄矢）
  - ・継ぎ足し生涯学習のすすめ—4（完）：生涯学習のしめくり（野村拓）
- 書評
  - ・高山一夫著『アメリカの医療政策と病院業—企業性と公共性の狭間で—』（八田英之）
- 2017年度研究助成概要報告：松江生協病院における医療アクセスの阻害要因と社会経済的関連要因の考察～救急搬入から入院となった方を対象にしたアンケート調査～（眞木高之、他）

---

## 第70号（2020年3月） — 【特集】 介護保険20年を振り返る

- 巻頭エッセイ：沖縄の過去、現在、未来（岩下明夫）
- 特集：介護保険20年を振り返る
  - ・介護保険20年の変化、現在の動向と課題（林泰則）
  - ・地域包括ケアと地域の動き「共同組織とともに作る地域包括ケア」～『健康づくり・まちづくり手引書』作成の紹介～（山田智）
  - ・介護保険で何が変わったのか—ケア保障のためのソーシャルワーク（末永睦子）
  - ・介護福祉士養成施設という社会資源—介護の担い手を地域で育む（川口啓子）
  - ・ドイツの介護保険改革（3）介護強化法の補論と示唆（小磯明）
- 論文：
  - ・「保険外併用療養」をめぐる動向について（山本淑子）
  - ・2019年秋千葉県台風災害の教訓と提言（八田英之）
- 継ぎ足し生涯学習のすすめ—3：市民的生涯学習のすすめ（野村拓）
- 書評：
  - 吉永純・原昌平・奥村晴彦・近畿無料低額診療事業研究会編著『無料低額診療事業のすべて：役割・実線・実務』（田中淑寛）
- 2015年度研究助成概要報告：児童養護施設職員の労働問題・労働組合に関する研究：20施設のアンケート調査から（堀場純矢）

---

## 第69号 (2019年12月) — 【特集】自治体と災害

- 巻頭エッセイ：人類史の「巨大な曲がり角」と新たな協同組合像の模索（田中秀樹）
- 【特集：自治体と災害】
  - ・公共施設の統廃合・再編の動きと課題—指定管理者制度と公共施設等総合管理計画—（角田英昭）
  - ・2019年秋の台風災害を考える（八田英之）
- 論文
  - ・ドイツの介護保険改革（2）介護強化法の給付と鑑定（小磯明）
  - ・総合診療の立場から見る社会医学系専門医制度（草場鉄周）
- 継ぎ足し生涯学習のすすめ—2「高速世界史認識」と「健保百年」（野村拓）
- 2016年度研究助成報告：医療生協職員意識調査の年代別集計にみる傾向と課題（川口啓子）
- 書評：
  - ・佐藤一子著『学びの公共空間』としての公民館—九条俳句訴訟が問いかけるもの—（梓澤和幸）
  - ・西沢いづみ『住民とともに歩んだ医療 京都・堀川病院の実践から』（生活書院、2019年、349ページ）（松田亮三）

---

## 第68号 (2019年9月) — 【特集】公害問題と自治体

- 巻頭エッセイ：人生を彩る介護が花開く未来を（山本一視）
- 【特集：公害問題と自治体】
  - ・大気汚染被害者の医療費救済制度創設を求めて（西村隆雄）
  - ・ノーモアミナマタ第2次訴訟の分析と対応（中山裕二）
  - ・今、また「水俣病」が教える学術団体の影の側面（戸倉直実）
- 論文
  - ・ドイツの介護保険改革（1）介護強化法制定の背景と保険料（小磯明）
  - ・国際医療福祉協同組合2018年の動向—ICA 国際協同組合連盟委員会報告書—（石塚秀雄）
  - ・「マーモット先生と語る会 格差という病に挑む」（2019年度定期総会協賛シンポジウム）参加報告（竹野ユキコ）
- （新連載）継ぎ足し生涯学習のすすめ—1「国勢調査（1920）100年、そして…」（野村拓）
- 2015年度研究助成報告：東日本大震災および原発事故を契機に生まれた「共創」的実践活動の調査—震災・原発事故からの社会の再建にむかうヘルスプロモーションの理論構築にむけて—（谷口起代）

---

## 第67号 (2019年7月) — 【特集】地方自治体と非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ：だれもが主体者として創る楽しい共生社会（池上洋通）
- 【特集：地方自治体と非営利・協同セクター】
  - ・公共施設等の統廃合をめぐる動きと課題—千葉県習志野市を事例に（長澤成次）
  - ・福祉先進都市・京都市の凋落—京都市3施設一体化問題の経緯と運動から（中村暁）
  - ・公共サービスの民営化を考える 水道を中心に（尾林芳匡）
  - ・種子法廃止による社会的影響（印鑰智哉）
- キューバ憲法改正と所有形態の追加について（石塚秀雄）
- 座談会：（第1回）社会医学系専門医制度座談会（小泉昭夫、松田亮三、広瀬俊雄、（司会）吉中丈志）
- 連載〈次世代へのメッセージ〉（5）完：「高速・世界史認識法」試論（野村拓）
- 2016年度研究助成報告：漁村人口減少対策と非営利・協同組織の機能に関する研究（宮澤晴彦）

---

## 第66号 (2019年3月) — 【特集】ヘルスリテラシーと非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ：公営住宅の「訪問&相談会」で見えたこと（牛渡君江）
- 【特集：ヘルスリテラシーと非営利・協同セクター】
  - ・HPHの取り組みと課題（舟越光彦）
  - ・八王子・長房団地の友の会活動（竹野ユキコ）
  - ・インタビュー：長房の活動とヘルスリテラシー（高柳新・相澤美里、インタビュアー：竹野ユキコ）

- ・診療所の師長として地域でみている人達の健康と私の思い（相澤美里）
  - ・介護のヘルスリテラシー：我々は介護に対してどんな備えをしていくことが求められるのか（高橋幸裕）
  - ・活動を見える化することでできること：近藤尚己先生の学習会まとめ（竹野ユキコ）
  - ・イギリスの社会的処方方式と非営利・協同セクターの役割（石塚英雄）
  - 論文：社会医学系専門医・考（野村拓）
  - 2015研究助成報告概要：非営利・協同体における若手職員の育成および主体形成に関する研究—鹿児島・麦の芽福祉会に注目して—（石倉康次、深谷弘和、申佳弥）
  - 連載〈次世代へのメッセージ〉（4）：もの書き能力の養成—「知的」老後戦略（野村拓）
  - BOOK：中川雄一郎『協同組合のコモン・センス—歴史と理念とアイデンティティ—』（日本経済評論社、2018年5月）（野田浩夫）
  - BOOK：『〈食といのち〉をひらく女性たち』佐藤一子・千葉悦子宮城道子編著（農文協、2018年4月）（中川雄一郎）
- 

## 第65号（2018年12月）——【特集】持続可能な開発目標 SDGs と非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ：競争と破壊（杉本貴志）
  - 【特集：持続可能な開発目標 SDGs と非営利・協同セクター】
  - ・座談会：持続可能な開発目標（SDGs）をどうとらえるか（中川雄一郎：司会、野田浩夫、富沢賢治、岩本鉄矢）
  - ・SDGsの担い手に関する考察（柳澤敏勝）
  - ・2018GSEF ビルバオ大会参加報告（石澤香哉子）
  - ・マドリッドの社会的市場と社会的貨幣（石塚秀雄）
  - 連載〈次世代へのメッセージ〉（3）：「平成医療史」を考える（野村拓）
  - 本の紹介：二本立『医療経済・政策学の探究』勁草書房、2018年（高山一夫）
  - 2012年度研究助成：北海道の病院看護における労働編成と人材育成—道央の急性期病院：勤医協中央病院を事例に—（谷川千佳子）
- 

## 第64号（2018年10月）——【特集】いのちとくらしを守る

- 巻頭エッセイ：軍事費を災害と温暖化対策に、の声を広げよう（斉藤和則）
  - 【特集：いのちとくらしを守る】
  - ・生活保護基準の引き下げと医療扶助の締め付けにどう対応するか（尾藤廣喜）
  - ・介護保険優先原則問題の本質と課題～浅田訴訟と天海訴訟を踏まえて～（山崎光弘）
  - イタリアの家庭医と日本の開業医：15周年記念シンポジウム概要報告（竹野ユキコ）
  - 連載〈次世代へのメッセージ〉（2）：雑誌と自分史—「雑」は多様性の演出（野村拓）
  - 論文：社会医学系専門医のすすめ（吉中丈志）
  - 2014年度研究助成報告：名古屋市の一地区における路上生活者114名を対象とした精神保健および身体調査の報告（渡邊貴博）
-

## 「研究所ニュース」バックナンバー

### ○ No.72 (2020.11.30発行)

理事長のページ：「学術会議問題」をつくり出した「菅義偉首相によるページ」（中川雄一郎）、副理事長のページ：短時間労働者の雇用保険排除が照らし出すもの（後藤道夫）、役員エッセイ：『社会的弱者への診療と支援 格差社会アメリカでの臨床実践指針』の監訳を行って（松田亮三）、健康の決定要因（SDH）パンフレット 民医連版のできあがるまで（1）（野田浩夫）

### ○ No.71 (2020.8.31発行)

理事長のページ：“本当に社会というようなものはあります” “There really is such a thing as society”（中川雄一郎）、副理事長のページ：コロナとコレラ—医師沼野玄昌の災難—（八田英之）、役員エッセイ：ふるさとの町の捕虜殺害事件（今井晃）、医療事故と警察（石塚秀雄）

### ○ No.70 (2020.5.31発行)

理事長のページ：「検察庁法改正に反対する検察OB 有志の意見書」を読んで（中川雄一郎）、副理事長のページ：自然と社会が交又するとき（高柳新）、転載：慌てず、騒がず、油断なく（高柳新）、役員エッセイ：外科医師冤罪事件で実感したこと（窪田光）、新型コロナウイルス感染症と自然科学主義（吉中丈志）

### ○ No.69 (2020.2.29発行)

理事長のページ：スポーツと民主主義—スポーツと「自立」の社会意識—（中川雄一郎）、副理事長のページ：＜男性世帯主賃金＞の幻想化とリビング・ウェイジ（後藤道夫）、2020年1月医療福祉政策学校冬季合宿参加報告（竹野ユキコ）、韓国だより：被曝労働者に一筋の光を（朴賛浩）、映画「夜明け前 呉秀三と無名の子供たちの100年」の紹介（竹野ユキコ）、特養あずみの里裁判とフランスの事例（石塚秀雄）

### ○ No.68 (2019.11.30発行)

理事長のページ：「イギリスのEU離脱」再考（中川雄一郎）、副理事長のページ：台風私記（八田英之）、短信（石塚秀雄）、外国語勉強法（5）北島健一氏の場合、役員エッセイ：フィンランド・リトアニアの全世代型社会保障視察（小磯明）

### ○ No.67 (2019.8.31発行)

副理事長のページ：護憲派3分の1の闘い（高柳新）、木下ちがや『「社会をかえよう」と言われたら』大月書店、2019年（野田浩夫）、機関誌67号「福祉先進都市・京都市の凋落」の周辺補足（中村暁）、佐々木隆治「福祉国家論の意義と限界—70年代西独「国家導出論争」を手がかりとして」感想（『闘わなければ社会は壊れる』岩波書店、2019、第7章）（石塚秀雄）、『老いる前の整理ははじめます！：暮らしと「物」のリアルフォトブック』の感想（竹野ユキコ）

### ○ No.66 (2019.5.31発行)

理事長のページ：協同組合研究組織の連帯に寄せて（中川雄一郎）、役員エッセイ：移民と民医連（岸本啓介）、EU議会と社会的経済セクター（石塚秀雄）、日本協同組合学会第38回春季研究大会の概要（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。

【71-72号の訂正】後藤先生にはご迷惑をおかけしてしまい、誠に失礼しました。

64ページ グラフタイトルの訂正

資料3 誤：「リーマン期 雇用者と就業者 対前年同月比増加分」

→正：「コロナ期 雇用者と就業者 対前年同月比増加分」

資料4 誤：「コロナ期 雇用者と就業者 対前年同月比増加分」

→正：「リーマン期 雇用者と就業者 対前年同月比増加分」

【次号74号の予定】(2021年3月発行予定)

- ・コロナ禍を考える(3)多層に及ぶ影響
- ・研究助成報告
- ・その他

【編集後記】

冬になって寒さが厳しくなるとともに、新型コロナウイルス感染が増えています。今号は刻々と変わる各地のコロナの記録を残せたらと企画しました。コロナ感染の拡大はしばらく続きそうですが、後年に振り返ったとき、どういう時代とされるのか、引き続き取り組んでいきたいと思います。(竹)

### 【投稿規定】

原稿の投稿を歓迎します。原稿は編集部で審査の上、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、内容のできふでに関係なく残念ながらお断りする場合があります。

#### 5. 締め切り

随時(掲載可能な直近の機関誌に掲載の予定)

#### 6. 執筆注意事項

① 電子文書で送付のこと(手書きは原則として受け付けできません。有料となってしまいます)

② 投稿原稿は返却いたしません。

③ 執筆要領は、一般的な論文執筆要項に準ずる(「ですます調」または「である調」のいずれかにすること)。注記も一般的要項に準ずる。詳しくは編集部にお問い合わせください。

④ 図表は基本的に即印刷可能なものにする(そうでない場合、版下代が生ずる場合があります)。

#### 7. 原稿料

申し訳ありませんが、ありません。

「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」  
事務局

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

TEL : 03-5840-6567 / FAX : 03-5840-6568

ホームページ URL: <http://www.inhcc.org/> e-mail: [inoci@inhcc.org](mailto:inoci@inhcc.org)