

いのちとくらし

第22号 2008年2月

目 次

○巻頭エッセイ 退院支援システムの構築を……………	児島 美都子 1
○座談会「非営利・協同組織と法人制度の改正」 ……………	角瀬 保雄、坂根 利幸、石塚 秀雄 2
○論文「非営利・協同セクターの金融ネットワークの可能性～市民金融の視点から」……………	多賀 俊二 12
○第8回自主共済組織学習会報告「弁護士から見た保険業法と自主共済組織の対応と問題点」……………	渡部 照子、小木 和男 19
○2006年度研究助成報告「介護労働者における職業性ストレスに関する研究」……………	富岡 公子、他 32
○論文「民医連による『孤独死実態調査』と『高齢者医療・介護・生活実態調査』」……………	山田 智 42
○地域医療を考えるシンポジウム基調講演 「医療に情けありー“人より金”の世界でいいのか」……………	高柳 新 50
○社会福祉と医療政策・100話「1 市民の登場」……………	野村 拓 59
○書評 多田富雄著「わたしのリハビリ闘争 最弱者の生存権は守られたか」……………	高田 桂子 64
○研究所ニュース……………	31, 49, 63
○バックナンバー……………	66
○入会申込書	

退院支援システムの構築を

児島 美都子

東京在住の73歳のMさんは、末期肺がんで手術も放射線治療も手遅れ、抗癌剤も投与されない。本人は自宅に退院したいが妻の同意が得られない。主治医に紹介された転院先（ホスピス）は自己負担が多く、とても払える額ではない。Mさんは入院まではADLが自立していたのだが、一月足らずの入院生活で、寝たきり、点滴による栄養摂取になった。癌末期のMさんを在宅でケアするには、家族の同意とそれを支える地域の医療や福祉のサービスが必要だ。「医療構造改革」の下で、退院支援は医療ソーシャルワーカーの大切な役割である。Mさんの入院先の病院にはソーシャルワーカーがいるのだが、Mさんはそこに自動的にとはつながらない。病院内に退院支援相談のシステムが構築されていないからだ。

退院支援には大別して2つのタイプがある。ひとつは多専門職による診療チームと連携して病院内に退院支援システムを構築し、なるべく早く医療ソーシャルワーカーが関わって他の医療専門職と協働して医療福祉アセスメントを行い、これに基づいて退院を支援するタイプ、もうひとつは、こうした診療チームとは距離をおいて、自発的に相談室をおとずれる相談者（家族であることが多い）の相談にのるタイプである。

筆者が住む名古屋市内のN病院は、前者のタイ

プ。5人いる医療ソーシャルワーカーのうち2名は、退院支援専門で、医療福祉アセスメントに基づいて、病室に自由に出入りし、患者、家族に接して、環境条件の調整に当たる。1人は在宅ケア支援専門だ。退院支援には3つのポイントがある。第1は患者本人の意思を確かめ家族と診療チームとの合意を形成する。第2は地域の医療や介護のサービスやネットワークに関する情報の提供、第3は社会資源の拡大開拓を含む条件整備である。

退院支援の過程でN病院のある地域には、問題意識をもつ6人の地域の若手医師による24時間往診専門クリニックが誕生した。クリニックは、訪問看護ステーションや地域のケアマネージャーと協力して在宅患者の支援にあたる。過重な経済負担なしに利用できるホスピスも徐々に増えている。

退院先の見通しがもてず困惑する患者や家族をできるだけ早く、医療福祉アセスメントを行い支援ルートにつなげる退院支援システムの構築とそこにおける医療ソーシャルワーカーの確固とした位置づけが望まれる。

（24時間往診専門クリニックは、1月18日NHKテレビナビゲーション『密着 在宅専門医、命の最期支えて』で放映されました。）

（こじま みつこ、東京福祉大学教授）

座談会 「非営利・協同組織と法人制度の改正」

角瀬保雄、坂根利幸、司会：石塚秀雄

●会社法、公益法人法など改革の影響

司会 今回は第2弾としまして、もう少し広く、非営利・協同組織とそれを取り巻くいろいろな法人制度が変わりつつあるので、それがどういう影響を及ぼすのかということについて、改めてお話をさせていただきたいと思います。会社法も出来て、公益法人法、それから財団・社団法、医療法も改正になって、更に少し関係があるかと思いますが、保険法が変わるといった動きもあります。いろいろ変わるなかで非営利・協同事業組織のあり方について、今どういうふうに規定されるのか、あるいは、どういう法人形態が望ましいのか、あるいはそれらの法律が非営利・協同組織にどういった影響を及ぼすのかというあたりをお話いただきたいのです。

それでは最初に坂根先生から、例えば、公益法人法や医療法では公益性と監査というようなものが対になって出て来て、厳しくなってくるのではないかなと思うのですが、その辺も含めた全体の概要、状況を話していただけたらと思います。

坂根 どれから話をするのがいいかわかりませんが、僕ら会計士は旧商法でずっと育ってきて、ご存知のとおり、日本の商法を含めた法律は大方ドイツ法に基づく考え方で、主として企業を取り巻く債権者を保護・保全することがベースです。そのことは商法が何度も手直しされて、先般会社法ということで全く別になりましたが、それがある意味ではヨーロッパの法制等をベースにしたものからアメリカ型にという流れだろうというふうに、どちらかといえば、債権者から株主へというような仕組みかなと思います。

ただ、それはそれで、その流れが全部おかしいというふうにも必ずしも思っておりませんし、そ

れから、今度の会社法の中には今まで全くない、協同組合株式会社のような合同会社という制度が出来ました。これは持ち株数に関わらず議決権が1票という、ある意味では協同組合と株式会社が合体したような仕組みです。それがいかなる意味をもたすのかは、あまり周りで実践例がないので、まだ検証されているわけではありません。

1990年代は、ずっと商法を中心にして企業のフォームが整備されてきました。その周辺で会計のありよう、あるいは情報公開のありようを含めた、いろんな様々なそれぞれの分野の整備がされてきました。

社会福祉法人の会計のありようも先般大改正が行われて、それが他の、例えば独立行政法人や国立大学法人などに一定の影響を与えているように思います。

どちらかと言えば、従来の独自の非営利なのか公益なのかは別にしても、そういう考え方に基づくものから、市場の、あるいは、市場経済の側に少し寄ることになる。これは、旧来の考え方を残しながらということなので、しばらく前の状況からすると、極めてへんてこりんな会計のありようが一方では生まれています。

そのことと平行して公益法人の制度改革がずっと行われて、先般新しい公益法人法が出来ました。2008年12月1日に新しい法律が施行されます。同時に、従来の民法34条法人は廃止され、経過措置として12月1日から5年間のみ特例続行することによって残となりました。民法方式みたいな事柄です。

これは90年代からずっと続いてきた議論で、議論の過程はいろいろありましたが、結論的に言うと、極めて公益性の高いものだと思われたものについては公益を認定すると、公益の事業として認定をすると。それ以外のものについては、社団であっても財団であっても、一般公益法人という

のか公益一般というのかよく分かりませんが、大きく分けると2分類です。法体系も別々になりました。

公益認定法人は、いわば事業のかかなりの部分が形式上で言うところ規模なのかどうかは別にして—半分公益的な事業がないと認められないということと、公益的な事業では剰余をほとんど出せない。すなわち、公益事業以外の俗に言うその他の事業、あるいは、収益事業のようなものでかなりの高利益を上げて維持しないと出来ない。しかも公益認定を受けると、運営上も、チェック等も厳しい制約があるので、従来の公益法人よりもかなりずっと維持していくのは簡単じゃないのです。

従って、僕らの周りでも公益認定を受けられる可能性のある法人が一定数あるように思います。しかしそれをずっと維持していくのが妥当なのかとなると、かなり疑問が残るなという印象です。また、一般の公益認定をされない、受けない公益法人—おそらく現在の公益法人の中の大部分がそうなるだろうと思うけれども—は、ある意味では従来ほどの縛りや制約もチェックもあまりなくなって、従って、公益法人という名前に近いけれど、実は従来のものとは全く違うという設定がされるだろうと思います。

もともと公益法人やこれらをめぐる行財政の改革議論が始まった時は、この間もいろいろ言われている各省庁に関連した業界団体的、天下り団体的なものが多く、それらの一部で様々な不祥事が起きたりしていることが論点の1つであったわけですが、それらは多分、今の一般公益法人に、あるいは、一般財団法人か一般社団法人などになり、それで温存をされる。温存するがためにそういう制度を残したように僕には見えます。

2008年1月になってから、政府の税制改正案が出来ました。この新しい公益法人制度が12月1日に施行されることを前提に出来ましたが、端的に言うと、公益を認定される公益認定法人がいくつかありますが、大方が非課税だということです。これは、従来、公益法人は収益事業をやっていた場合は、低率ではありますが課税という制度だったけれど、公益認定法人については、よほどのことでない限り大方が非課税になるのです。逆を言うと、それらの法人がたくさんあってはいろいろ

大変なので、かなり絞られるはずです。絞られる以上、その存立や運営等々を含め、税制も配慮しながら厳しいチェックを一定受けることになるのです。

またこの公益認定法人は、それぞれの都道府県で、いわば第三者の評価委員会が評価をして認定をするということになっています。つまり従来の監督行政のところが認可をするということではありません。しかし、常にチェックを受けているので、公益的なものではないとか、公益認定を取り消されるようなことになる過去に遡っていろいろ問題が生ずるので、これは簡単ではないと思われます。税制はそういうことです。

その他の財団法人や社団法人は、原則普通法人並みです。従来、公益法人であれば、収益事業を行っている場合、いわば普通法人が30%の法人税率、公益法人は収益事業の部分について22%という低率だったんですが、今度の一般法人は普通法人と同様と配置をされました。つまり、このことから見ると、税率から見ると全く普通法人と同じだし、一定の届けや報告等とかは必要であるにしても、従来より縛りがなくなって、なんとなく残したのという印象が強いです。

新たに設定された概念として、一般法人の中の、非営利の一般財団法人、一般社団法人については、いわゆる収益事業について普通法人並みの課税を行うことになっています。これは何を言っているかという、会費収入等々には税金をかけないということです。

それでは非営利性とは何かというと、税制で要求しているものは、配当をしない、残余財産の分配を構成員にしないこと。つまりは、国または自治体または同業者団体みたいなところにいざとなれば寄付をするというような定款の定めがあって、それで非営利なんだとする。誰かの個人的、私的な利益を追求するものではないんだということが分かれば、会費等々の収入に税は課さないと言っているのです。従って、そういう配置をしていないと、一番右側か左側かわからないけれど、そういう定款ではない財団法人や社団法人は、会費収入を含めたすべてが普通法人並の30%課税という配置になったということです。従って、広い意味の公益法人、従来の公益法人が極めて優遇さ

れる公益認定法人、それから、ほとんど優遇されない一般財団法人、社団法人に分けられた。分けられたというよりも、さっきから申し上げているとおり、結果的にこういう同業者団体みたいなどの排除が出来ないがために残した。ただし残してもあまり従来のような恩典は与えないで、ということに見えるということです。

このことと広い意味の公益法人が2極化することとの関係で、従来のその他の非営利的な法人の税制については、この2008年度の税制改正案のところでは極端に盛り込まれているわけではないので分かりません。分かりませんが、結局、従来は公益法人と協同組合が22%という低率課税で、公益法人はなくなったので、協同組合が一体どういうことになるのだろうと。今年中にどうこうと動くと思っただけではありませんが、もう一度この協同組合、あるいは事業協同組合、あるいは医療法人等々を含め、少し見直しにかかる時が来るのではないかなと思います。それは、おそらく消費税を上げる前には行われるような気がして、これは前にお話したとおりです。

僕らの会計事務所がよく関わっている民医連のところにも、公益法人形態の民医連法人が20弱あります。このうちの半分が、法人税法に定める無料低額診療等々の要件を満たして、法人税が非課税になっている10弱の法人があります。これらの公益法人形態の医療機関が、もちろん、その他の一般の公益法人形態である機関も一定数ありますから同じことですが、多くのところが同じように非課税措置を受けています。この非課税措置がこのまま残るかどうかにについては先行きははっきりしていないし、あわせてさっき申し上げたとおり、公益認定を受けられる可能性はありうるとしても、その後の縛りが非常に厳しいので、それを選んでいくのが長期的に適正な方向かについては慎重な検討が必要だというのが、今のところ僕らのところで議論している内容です。

もうひとつ、既に配置された社会医療法人の税制についても、今年度の税制改正案に同様に盛り込まれました。結果論で申し上げますと、社会医療法人として認められると、先ほどの公益認定と同じようにほぼ非課税となります。医療法人でありながら、この社会医療法人が行う医療保健業につ

いては収益事業とは見ない。もとより、社会医療法人は公益認定法人と同じように扱うとなりました。これが前提になって、社会医療法人が行う医療保健業は何だとなると、それは収益事業とは扱わないとしたがために、そのために社会医療法人はほとんど非課税になる。公益認定よりも要件、内容は医療という特殊な分野なので、同じ要件ではないですが、公益認定法人よりも将来の縛りそのものは緩やかと思っているわけじゃありませんが、何とか対応できるような部分も含めて社会医療法人は、元々厚労省が考えたのは、潰れていく自治体や公立病院等々の受け皿として各地域に配置をしようとしたことなので、数年前にも税制上の優遇をするのだと言っていました。当時、私が聞いた課長補佐は、税率については限りなくゼロに近いところを目指すという言い方をしていました。私は難しいのではないかと考えていたのですが、そういう配置を財務省も含めて厚労省はしたと、そういうふうに理解出来ます。

全体としてみると、従来型の公益法人等々は、数としても量としても増税みたいな流れになって、一方で公益認定、もしくは、医療機関の中では社会医療法人はかなり優遇される税制になって、トータルではどうかと、ちょっとはつきり分かりませんが、国家の税収入としてみるとそれほど極端に損も得もないように思われます。つまりは、その他の法人制度のところがどうなるかによって決まってくる感じがしますし、その他の法人税制というのは、これは法人税だけじゃなくて、固定資産税やその他がいろいろ絡んでくるものだから、国の税金だけではなくて、地方の税金も含めての配置になるので簡単な議論ではないように思われます。

それから今までの話では抜けていましたが、先ほど石塚さんが言った中で、保険業法の改革—僕らは改悪と呼んでいます—との関係です。この間の保険業法の改正が改悪、改悪はこの保険業を営む組織の規制法としての改悪です。従来の、いわば不特定多数のものを相手にした保険という保険業法の、最初の定めである「不特定多数」を外してしまいましたから、特定されたものを対象とする、いわば特定共済みたいところも保険業法の対象にするという改悪です。このことによってな

かなか成り立たなくなった共済団体が多数生じました。

この改正、改悪を契機にしながら、共済事業に対する会計や考え方、あるいは運営等々の改正が協同組合法や準協同組合法を含めて一定行われました。その考え方は、共済事業の会計や剰余金についてかなり厳しく算定をし、他の事業に簡単にまわしてはいけないということが中心ですし、収支決算書、損益計算書についてもきちんと事業の区分をしなければならないとなっていて、従来からも多少そうでしたが、かなりより厳格な取り扱いに変更されたことになります。公益法人でも共済事業を行っているところがありますが、この先どうなっていくかについては、従来の民法34条法人があるうちは認めているだろうと思われますが、5年間の経過期間を過ぎれば共済事業を行う公益法人というのはまずなくなるだろうと、僕としては理解しています。

協同組合にしても、従来も共済事業と供給事業とできちんと分けろという指導がありましたが、それはより強い指導と情報公開ということになってきています。

保険業法が改正されてからもう3年ぐらい、施行されて2年が終わるところですが、あと3年するとこういった見直しが入ることになって、この間の議論のことを考えると、最初の改悪、改正が組織規制法だとすると、次が契約法、これは組織に関わりなく保険共済契約についての規制法になるのではないかなと言われていて、これがいかなることになるのかについては、まだはっきりしていないのです。

もう1点、監査制度とか情報公開についてです。それらのことは、まあまあ正しい方向のように思われます。もともと日本の社会は、そういうことに配慮することが、欧米に比べると非常に薄いように見受けられてきたわけですから。制度を作ったら上手く行くとはいえませんが、それはそういう流れを一定受け止めながら対応していくということが必要だと思います。ただ、日本のように決算期がほとんど集中していて、決算とか税金の計算とか監査とかみんな集中しているから、全体としてこのことが矛盾をもたらしめているような気がしています。また情報公開も多くのところで何を情

報公開するののかといった議論が起きるけれど、僕らは逆に、基本的に全部情報公開するのだとまず考えないと、なかなか議論が先にいかないと思うのです。もちろん、組織の中で議論をする対象のすべての情報をとっているわけではなく、自分たちの企業や経営や組織の周りにいる方々、あるいは取引先等々を含めた人たちに、最低限このぐらいは知っておいてほしいという情報を積極的に開示していく、開示する情報についても、可能な限り第三者のチェックを受けるということが必要なんだと思われます。その意味で言えば、ホームページ等々で決算情報などを情報公開する法人が増えつつあると思われるので、それはそれで進めていくことが重要なと思います。

司会 ありがとうございます。いろいろな論点が出ました。続きまして角瀬先生の方から今の話を受けてお願いします。

角瀬 いま坂根先生が、包括的に最近の企業法制に関わる法改正の問題を取り上げてお話されました。このお話をいま少し敷衍していただくと、論文ができてしまうのではないかと思います。あえて付け加えることもないと思います。しかしせっかくの機会でもありますので、私が日頃考えているところ、疑問に思っているところを開陳し、議論の材料にいただければと思います。

明治以来、日本の法制の上では経済活動を行なう法人組織を、非営利と営利とに区分する2分法がとられてきていました。具体的には公益法人と営利法人の会社とに、大きく2つに分ける考え方が支配的であったかと思います。法律上では民法34条の公益法人と35条の営利法人の規定がその基本になってきました。それに対して協同組合は中間法人として位置づけられていました。これが2005年の新会社法によって大きく影響を受けることになりました。民法35条も姿を変えることになりました。ご存知のように新会社法は明治以来の規制主義に対して、アメリカ型の自由化を目指しており、いわば何でもありというものになっています。会社の目的についても営利を目指すという限定が取り払われております。もちろん、会社法

には利益処分の規定は残っていますから、その限りで基本的には営利企業であることは変わりありません。しかし、利益を株主、出資者に分配しないことも可能で、会社組織というものを社会的な目的の実現に活用する余地が広がりました。事実上、非営利の事業活動を行う道具とすることが可能になったといえます。これまでも民医連には利益追求を目的としない株式会社がありました。これからはそうした非営利目的のために会社法人を使うことが自由になりました。私は当初からそのようにみておりましたが、法制審議会の委員にもなっている東大法学部の教授もそのようにいっております。

それから、もう一方の公益法人については、早くからこれは天下り組織として利用され、問題ありと言われていたところで、社会的な批判の対象にされてきました。これを本来の公益目的のものに変えていかなければならないということで改正ということが浮上したわけですが、この公益法人の改正に対しては、NPO、あるいは協同組合など非営利・協同組織の側からは一斉に激しい批判が提起されました。どういうことかと言いますと、第三者による公益認定が厳しくなると、非営利・協同組織のところの税負担が増えるのではないかという不信感が広がっていきました。非営利・協同の側としては、自分たちのやっている公益目的の事業に対しては、一切税金を免除してほしいという要求を持っていたわけですから、これを契機に税金を課せられるようなことにでもなれば、とんでもないことになるで一斉に反対の声を上げたわけです。しかし私は、公益ということが本来の意味できちんと貫かれるならば、そんなめっちゃなことにはなるはずがないとみておりました。税問題をあえて取り上げて議論する必要がない、公益をちゃんと実現しているのであれば税金のかかりようがないはずだと、そういうような考え方を持ってきましたので、どちらかというこの公益法人制度の改革に対する反対運動には批判的であったわけです。

結果として、そんなにおかしな形にはならないで済んでいるのではないかというふうに思います。改正法は一般公益法人と「認定公益法人」との2階建ての法制度になっています。いわばアメリカ

のNPO法と同じ構造といえます。第三者による公益認定ということで、社会的に認められる活動をやっている場合には、それが広く認められていくということになっていくだろうと思いますし、税制改正でもそれなりの非課税措置がとられるものと思います。

それからもう1つ、医療法人制度についても、救急医療や僻地医療など公益性の高いものについては、社会医療法人という新しい制度が作られることになりました。これは経営危機に陥った公立病院、自治体病院の民営化の受け皿として考えられているという側面がありますが、公私の別を除けば、社会的な必要は確かで、そうした法人には税制上の特別措置が準備されなくてはならないものといえます。現実にもそのようになるということです。いまの政府・行政の手法としてのメリットシステムからみてもそうしたことは否定できないものといえます。したがって、私は当初より二面性を持つものとみていました。積極面が生かされるかどうかは、社会的な運動や世論の帰趨によります。

一方、会社の問題ですが、会社を現在では株主が主体となった社団という形で捉えているのが一般的かと思いますが、果たしてそのようにとらえていいのかという疑問があります。日本においてはいうまでもなく、ヨーロッパなどにおいても、会社は大企業と中小企業とに分かれており、会社の90%以上が中小企業です。そういう中小企業は人々が集まって作ったもの、社団といえるわけですが、大企業といわれるものは財産の集まりとして、財団とみるべきではないのかと思っています。個人に持分が帰属する社団とは違ったものとして、将来を展望した場合、考えていかなければならないのではないかと思います。そうでないと、大きな社会的活動をしている大規模な会社が、株主の所有物として、その資産もやがては分配されていくことが予定されるものとしてみるのは、どこかおかしいのではないかという疑問を持っております。株主中心主義のアメリカ的な考え方に対して、ヨーロッパでは会社を様々な利害関係者から構成されるもの、マルチ・ステイクホルダーからなるものとみられています。

非営利・協同組織のところについてみても、社

団と財団との2つの種類のものがあると考えられており、医療法人の場合についても、医療法人社団と医療法人財団とに分かれます。私は社団よりも財団のほうが社会性が強いものと考えております。また協同組合についてもそういうことが問題になってきます。地域に根付いた、顔の見える小規模な協同組合とグローバル化した大規模な協同組合とは同じようにみることはできなくなっているのではないのでしょうか。非営利・協同組織のなかで、医療と並んで数の多い教育関係についてみると、学校法人、大学から幼稚園まで様々な組織があるわけですが、教育関係についても同じようなことがいえるのではないかと思います。戦前の私立大学は財団とみなされていた時期があったかと思いますが、戦後この点が曖昧になっているように思います。私は非営利の財団で、現役教職員、OB教職員、学生など全ての関係者の協同の組織とみるべきものと考えております。いわば決定権を持つ理事会は、社会から信託されているものとみるべきものと思います。そうすると、医療、福祉と教育関係については現実に即してとらえることが、現在の世の中の趨勢からみても妥当であると考えております。一般の医療法人についても、「出資額限度医療法人」という規定がなされる時代になっています。牛歩のような歩みですが、解散時には社会に帰属していくのが妥当という時代になっているように思います。まずは法人組織の現状、その問題点について、若干述べてみました。

司会 ありがとうございます。社団と財団のとらえ方について、坂根先生、いかがでしょうか。

坂根 この公益法人制度改革議論の中で、当初は財団というのは配置しないという議論がずっとあって、それが最終的に公益認定という公益という言葉に残っているのです。非営利法人制度の議論のなかで、非営利には財産が集まる財団という組織形態はなじまないというのが政府の審議会の議論に少し位置を占めていた議論でした。はっきり書いてはないのですが、つまり、財産に思想はない、みたいな感じです。やはり思想があるのは人だと、人が集まって作る社団というのが非営利にはふさわしいと。ちょうど角瀬先生がおっしゃら

れた大企業が財团的ではないかということと、すこし裏返しの議論のように思いました。

司会 税金が非課税になることについて、そもそも公益認定委員会が行う公益的事業を行うというのは、公益法人法の最初を見ると、ニュアンス的には要するに国がやるサービスを、民間の団体なりが公益をやるのだから認めてあげようっていうことのようなのです。そうすると、国が本来やるようなことをやるので非課税にするのか、そもそもの公益の政府との関係がよく分からないですね。

角瀬 公益ということになると、民間の法人が税金を納めるのではなくて、国がそういう団体の活動に対して補助をする、支援するというのがヨーロッパなどでは一般的な形態かと思います。

司会 本来はそれで非課税とし、補助金もあると。その思想は、やはり国家、地方自治体が行うべきサービスを民間が代わってやるから、こういう規制が認定されるというロジックがあると思うのですが。ですから、この剰余金を出すなという説明は、ヨーロッパの一部の国では公益・非営利認定というのでしょうか、その公益認定のそういう条件といいますかが、あると思うのです。

社会医療法人と非営利・協同組織

司会 それから国立病院や自治体病院が、社会医療法人になるのはどのくらいでしょうか。

坂根 1番目の公益認定のところは、まず通常で考えると今民法34条の法人と言っているのです。当然天下りの、業界団体みたいな公益法人と、そうじゃない地域や土地に足のついた公益法人とが実際にはあるので、これらが一定公益認定というところを目指すのだと思います。それではNPOでもそういうことをやっている、他の法人形態でも非常に公益性の高い事業とボリューム等が地域密着型であるとする、別に門戸を閉ざしているわけではないからこれらも目指すことが出来る。新しい公益法人法の公益性認定は、別の、

またその上の要件だけれども、公益法人そのものを目指すのは、今度は準則主義になりましたから設立そのものは昔に比べると簡単です。昔は1億円ないと駄目だとか、行政認可とかがあったけれども、今度は、そういうのはクリアしているから、その上の公益認定を受けようとするとは結構大変だろうしその後の縛りもきついだろうと。

もうひとつは、すでに行っている事業について公益認定を受けたり、公益認定を受けたところに事業や財産を移転するときには、そこでの財産移動について課税は起きないけれど、公益認定が取り消されたり、やめるとか、あるいは別の法人形態に移行するとかの場合は、今度の税制改正でかなり難しい定めができていますから簡単じゃないというのが、とりあえずの感想なんです。「やめた」ということがなかなか出来なくなってしまう感じがする。目指すのはどこでも出来ます。

2番目の公益性、あるいは、公共的な役割、それはおっしゃるとおりじゃないでしょうかね。だから、もともと非営利法人、あるいは、非営利制度みたいなことが、いわゆる公共的な役割と民間市場経済のあいだに一真ん中かどうか分からないけれど一配置が必要なのだらうと思います。だから、どちらの色にも染まりうる、みたいなことなんだらうと。公益認定のところは、そういう市場の側に染まらないように配置をして、税制上も配慮・優遇しながら、一定程度、監督・監視していくということではないかなと思います。

3番目の社会医療法人に単独で国立病院や自治体病院が分離してなるのは、簡単ではないように思われます。厚労省はそういうふうに書いているのではありませんが、むしろどこかで自治体病院がもう維持できない、公立病院は切り離すと言ったときに、これを受けてくれる医療法人は社会医療法人と認定し、税制上もどのみち赤字を負担するから、その分税制は全体としてカバーしようといった、こういうことではないのかと僕は理解していました。つまり、ひとつの自治体病院、あるいは国立病院が、単独で企業統治みたいなことが出来ることにはなりにくいことだろうと思えるので、ここが分離されてひとつの法人になるという選択はゼロではありませんが、簡単じゃないだろうと思えます。現に、例えば厚生連などは自

治体病院や公立病院を受けて、地方のところでは引き受けているので、それは厚生連は厚生連だということの意味かなと。厚生連もまた今のところ非課税の病院組織ではあるけれど、そんな理解です。

司会 そうしますと、民間の病院グループが引き受けた時に、その部分だけ社会医療法人になるということですか。

坂根 ゼロじゃないでしょうね。ただ、ひとつの企業の中の1事業ということはありえないから、法人全体としての認定だから。単独の、例えば、A自治体病院を受けてA自治体病院法人を作って、社内法人みたいなことでやるのであれば、それは可能かもしれない。

角瀬 それと今までの議論の発展として提起しますと、税との関係が特に議論されてきたかと思いますが、それでは税金というのは、そもそもどこから取ってくるのかということです。つまり、公益性のある法人から取らないということになると、営利法人、営利企業から取るということにならざるをえません。しかし果たして、そういう区別が必要なのでしょうか。税金というのは、個人であればその所得に応じてしかるべく負担をする。そして社会の共同の費用を負担するということになるわけですけど、企業についてみても、それが営利法人であれ、公益法人であれ、また非営利法人であれ、等しく能力に応じて負担すべきものではないのかと私は思っているわけなのです。ちょっと議論の次元がこれまでと違ったものになりますが、こうした視点から考え直してみることも必要になるように思います。

司会 それは、新しい会社法が営利・非営利というような区分、つまり、会社が営利であるということは消したわけですから、そうすると、いわゆる会社税というものは営利活動ということではなくて、経済活動に対してかかるかと解釈すればいいのでしょうか。

角瀬 そうですね、営利・非営利ということには、

それなりの意味がありますが、営利・非営利の違いを超えて、一定の経済主体は全てその能力におうじて税を負担していくべきだという考えです。利益を獲得するのが目的の営利法人が、正当に利益を獲得し、それに応じた税負担をするのはしごく当然のことで、そこには善悪の価値判断の入り込む余地はないかと思います。またそうでなければならぬということは、全ての人が認めるところだかと思えます。しかし、社会的な目的を追求する非営利法人は、利益を追求すべきではなく、追求する必要がない。したがって、税負担の社会的役割、義務もないということがいえるのかどうかということです。いずれの組織も社会のなかの存在であり、社会に対してそれなりの役割を果たさなくてはならないということになると、利益の存在は社会的役割を果たした結果でもあるということにならないのでしょうか。常識的な利益悪論に対して逆説をいうことになりませんが、公益を果たしているということと、経済主体が利益を確保することとは矛盾しないと考えのです。同じ公益を果たしているとした場合、経済的に効率的な組織と非効率的な組織とでは、社会に対するその貢献が異なってくるといえないのでしょうか。公益を果たしていれば、利益をあげる必要はない、逆に国が補助、助成すべきということになりますが、そういうことでどこまでいけるのでしょうか。私は本当に公益的であればあるほど、組織内的にも、社会的にも、その存在の正当性が認められるようになる必要があると考えています。

坂根 おっしゃっている意味は分かります。必ずしも同じ意見じゃないけれども。もとよりそういうように決めればそうなるかもしれないけれど、それでは負担をした税が、それを負担した国民のそれぞれが納得できるような使い方が出来るかということも、もう一方の重要な部分じゃないですか。そうすると、今の日本を見ると、どうも納得の出来ない使い方、使われ方がされているということを考えて、税金の負担をする代わりに直接、税を通さないでお金を出したいということもある。今度の公益認定のところも、この公益認定のところに寄付をすると、税制が従来でもかなり優遇された配置をされる。それがいま言った税を

通じての再配分じゃなくて、直接配分したいという出し手の側と受け手の公益認定のところが従来よりも税制が配慮されたので、こういうのがあっても、それはそれで意味があるような気がします。どちらかと言えば、税制の配分のところが今の日本では縦割り行政だから、それはなかなか難しいかと思えます。

司会 常識的に言って、寄付を受け取るものは会社ではなく財団や協同組合、非営利組織などです。会社は会社法で言えば株式会社、合名会社、合資会社です。合名会社はお話だと、協同組合に近いものだというふうに考えると、逆に非営利・協同組織が会社法を使って非常に協同組合的なものを作って市場で活動するという可能性も開けるのではないかという気がします。そこは飛躍のしすぎでしょうか。

坂根 その場合、小さい企業イメージであつたら可能です。市場で通用しようとする会社は、例えば、資金調達との関係もあるけど、結局、相当な資本、お金が必要になるので、通常見える範囲の人々から出させようとする、それでは限界があるのです。やはり市場で通用する企業を育てるには、巨額な資金が集まる、でかい金を出資できる仕組みじゃないとはなはだ困難です。そのことは角瀬先生がさきほど言われた会社＝財団的なことにつながり、人の思想とか思いを超えていく部分の規模が、量が発展をもたらしみたいなの意味だと理解しました。

司会 もうひとつ、初歩的な話で申し訳ないけど、会社法でなぜ有限会社はなくなったのでしょうか。

坂根 有限会社は、元々は小規模な株式会社のイメージで、社員数50人未満で存在したわけです。資本金も途中で差がつけられて、このぐらいいいというのがある、それはそれなりの役割があった。株式会社の最低資本金が1千万円、これは最初に出せないが有限会社ならば300万円しかなくてもいいということでしたが、途中から事実上、資本金は抜けてしまったわけです。

司会 株式会社が資本金1円でも一人でもいいということになったからですね。

坂根 有限会社が残っていることの意味が事実上なくなったので、従って、特例有限会社として名称は残ってはいるけれど、新たに設立することは出来なくなって、事実上法律（有限会社法）は消滅したということです。

●公益的な活動と利益、資金の調達

角瀬 ところで一般に、あの企業は儲けている、けしからんという話がよく出るわけです。社会的に認められないような方法、手段によって不当な利益を得ることは当然認められません。しかし、利益を上げること自体が不当であり、けしからんということがありうるのでしょうか。公益的な活動をやり、社会的な活動をやって、しかもなお正当な利益を沢山あげることが出来れば、こんなにいいことはないのではないかと思います。そこから税金がどんどん入ってくるし。そういう、ごく素朴な考えに対して、どういう答えが出せるのでしょうか。

坂根 角瀬先生が言いたいのは、非営利の企業でも効率性をきちんと考えれば、非営利じゃない一般の市場の企業と同じように利益が出る、出なきゃおかしいのではないかというのがまず一点で、そうだとすると、同じ税負担の方がいいという議論ですね。

司会 NPO 団体が非課税を主張していますが、市場で経済活動をしたときには、税金は優遇税制かもしれないけれど、ゼロということはなかなか難しいと思うのです。今回の公益法人法の改正で、従来の NPO も税金を払うことになるのでしょうか。

坂根 今と変わってないから同じだろうと思います。

角瀬 私が余計なことと言って議論を混乱させてし

まったかも分かりませんが、そういう議論を踏まえた上で、次に出てくるのが、後半のテーマになる資金調達問題ですね。

非営利・協同組織における資金調達問題をどう考えたらいいのか。営利企業における資金調達は、これは単純ですよ。つまり、営利企業は資本としてそれを使うわけです。営利追求の資金を調達して使う。ところが非営利・協同組織の場合はどうことになるのかということです。

司会 従来は、いわゆる出資金と称する一種借入金のようなもの、あるいは、協同組合なら組合員債、それから、寄付、補助金等々があります。

角瀬 協同組合の場合、ちょっと曖昧なものになっているように思います。つまり、資本のようでありながら、資本でないという、問題の本質が明らかになっていないように思います。

司会 日本で言うところとちょっと誤解を受けるのですが、ヨーロッパの協同組合、例えばスペインのモンドラゴンなどは、いわゆる外の証券市場からお金を集めるほか、自分たちの第2証券市場的なものを作って集めています。日本の場合は、そこまで進むことが出来るのでしょうか。

坂根 さっきの角瀬先生の議論がちょっとずれるかどうかは別にしても、関連しているのだと思うんです。市場の資金調達は、やはり利益をとにかく出来るだけ可能な限り高くあげて、それでもっと返せるということを前提に、また更に集める。この繰り返しをして、それで返せるのと横につく金利が高ければ、さらに金は集まるとこういうことです。

それでは非営利の、ということで考えると、先ほどの利益を出せる、出せないことと関連するのです。市場と同じような利益を出せないとすると、市場と同じような手法ではお金は集まらない、集められないということになる。そうすると、利息はあまり高く出せないけれどということと、市場と同じには返せないけれどということがセットになって、非常に小額のお金を中心にして、たくさん数を集めるようにならざるをえない。その形態

が出資金という形態であったり、あるいは借入金という形態であったりするわけです。これは、市場である日ぱつと登場の瞬間にたくさんお金を集めるということが出来ない資金調達方法です。従って、そういう緊急な部分とはとにかく金融機関に頼らざるを得ないというように非営利の所はなっていて、金融機関もまた市場の中にいて自分自身も市場の波の中にいるわけだから、あまり非営利に融資を出すと自分のところの利回りがおかしくなるということがあるから、全部が全部、要求には応じてくれない。そうすると、やはり非営利は一方ではもうちょっと返済がしっかり出来る、あるいはちゃんと金利も払える体力、経済力みたいなものをつける必要があります。そのことが市場の中できちんと生きていくという意味合いの表現なのかもしれない。それと、もう少し高い利息を負担しながら、もっと広く集めるような仕組みを作っていくことを模索しないと、市場の方の資金調達方法にいつも負けてしまう。負けるがために、また銀行に頭を下げて「すみません、貸してください」といったことを言わざるを得ないということなんだろうと言えます。その意味で言えば、従来も非営利の側の投資ファンドのような議論をとるところどころでしてきたわけです。現実には、それに似た名前の商品を証券会社も持っているから、非営利ファンドのようなことを言っているのは存在するけれども、本当に自分たちでお金を集めてベースとなるようなもの、仕組みや機構を作って実験をしていかないと、なかなか簡単じゃないと思えます。ただ、多くの人々が市場で自分の資金を融通してということをやっているわけだけれど、もうすこし自分が出した資金の流れが見えたほうがいいと思う人も絶対に数多くいるわけだから、そんな仕組みを少し考えていくことが重要なんじゃないかな。

司会 そうしますと、非営利・協同セクターの投資家というのはどういうものでしょうか。

角瀬 協同組合の場合、生協などは出資金という言葉を使っておりますね。ということは、あれは資本の一種ということになります。ところが、それ以外の非営利・協同組織、NPOとか学校法人とかの場合には、出資金という言葉は使われません。そもそも存在しない。基本金という言葉が使われます。出資金と基本金とでは、かなり資金の活動、運動形態が違ってきます。

司会 そもそもどのくらいの資本量を、この非営利・協同企業というものは必要としているのでしょうか。

角瀬 それは事業の分野、内容によって違うでしょうし、あらかじめこのくらいという限定は出来ないでしょうね。

坂根 多分、市場の側がね、非営利分野は一定の非営利法人にはそういう制度でカバーさせたいと考えたとするじゃないですか、どのくらい考えるだろうなど。市場をたくさん取られては困るわけだから、それはやはり1割とかではないでしょうか。そのぐらいいてもらって、活動してくれた方がいいんだと考える。ならば資金調達規模でも、この分野では全体の1割ぐらいい持っているといえ、アンバランスが生ずると僕は思うのです。割合が1割がどうかは別として。

角瀬 1割を非営利・協同組織の方に譲らないと、全体としての社会経済体制が成り立っていかないと、そういう時代に来ているといえますね。同時に非営利・協同の側でも、多数派が支配している市場とどう向き合っていくか、どうその否定的影響を克服していけるかが問われるところかと思います。

司会 今日はどうもありがとうございました。

(2008年2月5日開催)

※総研いのちとくらしブックレット No.3『新しい社会のための非営利・協同』（2008年3月発行、76P、頒価200円）は、今までの非営利・協同の議論をまとめたものです。ぜひ御覧下さい。（事務局より）

非営利・協同セクターの金融ネットワークの可能性 ～市民金融の視点から

多賀 俊二

はじめに

今回、事務局からは「日本における非営利・協同セクターの金融ネットワークの構築は、先進的取り組みを行っている諸国に比べると、遅れているといえる。」という問題提起をいただいた。ではなぜ遅れていることを問題にしなければならないかといえ、①非営利・協同セクターのなかでも、諸組織が事業体として発展しようとした場合、それにふさわしい金融手段が求められるのは言うまでもなく、②にもかかわらず既存金融機関はこれら諸組織に十分な資金供給ができていないという状況があるからだと思われる。

この2つの問題に加え、「私のお金を社会に活かしたい」という市民のニーズ(注1)をも反映して、市民が自ら金融事業を立ち上げ、既存金融機関が手の届かなかった分野(市民事業(注2)、多重債務

者救済等)に資金供給を行う事例が増えてきた。本稿ではこの「市民金融」をキーとしながら、非営利・協同セクターの金融ネットワークの可能性について検討することで、事務局の問題提起に応えたい。

※ 本稿において、意見に係る部分は筆者の個人的見解である。

1. 日本における市民金融の現状

(1) NPO バンク

この数年、市民が自発的に出資を集め、その資金によってNPO等の市民事業に融資を行う組織が各地に登場している。こうした組織を「NPOバンク」という。

NPOバンクは1994年に設立された未来バンク事業組合(東京都)を草分けとして、現在図表1

図表1 全国のNPOバンク

組織名	設立年	融資対象	出資金	新規融資累計	融資残高
未来バンク事業組合	1994年	環境グッズ購入、NPO、エコロジー住宅等	1億6,142万円 (2007/12)	7億3,700万円 (2007/12)	6,329万円 (2006/3)
女性・市民信用組合 (WCC) 設立準備会	1998年	神奈川県内で事業を行うNPO、 W.Co(※1)等	1億3,484万円 (2007/12)	3億6,478万円 (2007/12)	4,745万円 (2007/6)
北海道NPOバンク	2002年	NPO、W.Co	4,900万円 (2007/12)	1億8,377万円 (2007/12)	3,104万円 (2007/6)
NPO夢バンク(長野県)	2003年	NPO	1,835万円 (2007/12)	8,419万円 (2007/12)	1,640万円 (2006/5)
東京コミュニティパワー バンク	2003年	W.Co、NPO、市民事業者等	9,285万円 (2007/12)	3,860万円 (2007/12)	1,274万円 (2006/12)
ap bank	2004年	自然エネルギー事業等	1億円(※2) (2007/12)	2億846万円 (2007/12)	8,499万円 (2006/12)
新潟コミュニティ・バンク	2005年	コミュニティビジネス、まちづくり支援	640万円 (2007/12)	(準備中)	—
コミュニティ・ユース・ バンク momo	2005年	豊かな未来を実感できる地域社会をつくる事業	1,645万円 (2007/12)	550万円 (2007/12)	—
いわてNPOバンク	2006年	市民活動団体	(準備中)	(準備中)	—

※1 W.coは「ワーカーズコレクティブ」の略。

※2 ap bankは、現在は音楽イベント等の収益を融資の原資にしている。

(出典) 多賀俊二(2007a)140ページを、第3回全国NPOバンクフォーラム実行委員会の調査および各バンクのホームページより修正。

に掲げた9団体が活動している（注3、4）。この他、青森、静岡、熊本など、全国10ヶ所以上でNPOバンク設立に向けた動きが進んでいる。

NPOバンクは「バンク」と名乗っているが、現状では適切な制度的裏づけがないので、貸金業者として登録して融資を行っている（この問題については後述）。市民の出資に元本保証はなく、配当を出した例もない。それでもNPOバンクはこれまで16億円を超える融資実績を積み上げ、社会からの期待も高まりつつある。

（2）生活再生事業

多重債務者の再生に向けたさまざまな相談・支援を行い、低利融資も行う岩手県信用生協の取り

組みは早くから社会的な注目を集めていた。このモデル（生活再生事業）を導入しようとしているのが、2006年12月26日に発足した生活サポート生協・東京である。また、2006年8月にはグリーンコープ生協ふくおかも同様の事業を開始した。

これら3生協は2006年12月に、「全国生協生活再生事業連絡会」を発足させ、全国の生協で貸付事業の検討が進むように呼びかけるとともに、相談等のノウハウ・システム共有、情報交流、相談員育成等で連携を図っている。生活再生事業に取り組もうとする動きは青森、秋田、千葉、山口、熊本、大分など各地に広がっているが、同連絡会はこの新しい動きとも連携を拡大する方針という（注5）。

図表2 全国の生活再生事業

組織名	設立年	新規融資累計（※1）
岩手県信用生活協同組合	1969年	78億3,923万円（2006/3）
グリーンコープ生協ふくおか（生活再生事業）	2006年（※2）	5,009万円（2007/6）
生活サポート生活協同組合・東京	2006年	7,000万円（2007/11）（※3）

（出典）各生協のホームページ等より筆者作成。

※1 岩手信用生協のみ数値は融資残高。

※2 同生協の設立年ではなく、生活再生事業の開始年。

※3 生活サポート生協・東京の新規融資累計は「有限責任中間法人生活サポート基金」のもの。（<http://www.jski.net/diary/071130-diary.html>より）

（3）直接金融型の市民金融

前述した（1）（2）を「市民の間接金融」とするなら、「市民の直接金融」と呼ぶべき活動もいくつか存在する（図表3参照）。これらのうち、「コミュニティファンド」や「SVP東京」は、

考え方に違いがあるとはいえ、機能はNPOバンクと類似している。また、また、事業の立ち上げ期には私募債が有効な場合も多いし、大規模な資金需要やコンテンツビジネス（映画やゲームなど、情報を制作、加工して消費者に提供するビジネス

図表3 直接金融型の市民金融

コミュニティファンド	「地域が抱える様々な課題解決に取り組む民間事業に対して、地域の生活者が少額出資をして作るファンド（資金）」のことだ。（注6） コミュニティファンドでは投資家の資金が直接市民事業や地域のベンチャー企業に投資され、そのリスクとリターンについて投資家が責任を負う。
SVP東京	SVPとは「ソーシャルベンチャーパートナーズ」のことで、2005年1月に設立され、現在40名のパートナー（会員）がいる。 SVPでは、自身が「ビジネスにおけるベンチャーキャピタルのアプローチを採用」と言っているように、パートナーのスキルを活用して市民事業の支援を行い、「投資先であるソーシャルベンチャーのミッションの達成と同時に、お金を出すことに加えて直接に汗も流すことにより得られるパートナー自身の成長」に意義を見出している。現在SVPによる市民事業への金銭的支援は助成のみだが、将来的には融資や出資も検討しているという。
市民風車等	市民風車は、2001年9月に北海道浜頓別町に建設された「『はまかぜ』ちゃん」に始まり、2006年末現在、全国9ヶ所で建設された。（定格出力計12,640kW）（注7）この市民風車では、匿名組合を使い、広く市民から資金調達を募ったことにより、発電所の建設資金を調達できたことが注目された。これは一種の「市民のプロジェクトファイナンス」といえる。近時の動きとしては、全国の自然エネルギー事業に投資を行う市民出資ファンド「温暖化防止おひさまファンド」（総額9億円）が2007年11月に設立されたことが注目される。（注8）
私募債	市民事業団体の多くは金融機関から融資を受けにくい状態にあるので、市民事業では「私募債」（「市民債」などともいう）という形式で、関係者から融資を受けることが幅広く行われている。 私募債は、「この人がよい事業を行うのならお金を貸してもいいだろう」という、市民事業団体内部の信頼関係を基礎にして資金を借りるので、他のスキームに比べて簡便であり、金利も安い（無利息の場合も多い）。また、私募債の資金は最終的には寄附金に転じる場合があるので、出資に似た性質もある。

ス)には市民風車などのようなプロジェクトファイナンス型の手法が有効である。金融界に銀行、ノンバンク、証券、信託、ベンチャーキャピタルなどさまざまな業態があるように、市民金融も多様な業態が共存しつつ発展していくであろう。

2. 協同組織金融機関の市民事業への取り組み

2000年4月に金融界初のNPO法人向け融資制度である「ろうきんNPO事業サポートローン」を実施した労働金庫は、これまでNPO支援を積極的に進めてきた。また市民事業の存在感が高まるにつれ、信用金庫でも特徴ある取り組みが見られる。本項ではこれら協同組織金融機関の市民事業への取り組みを紹介したい(注9)。

(1) 労働金庫

労働金庫では、現在では自治体との提携融資を含めれば、全国13の労働金庫すべてがNPO向け融資制度を有している。そして、本ローンは2007年3月末現在、278件・18億3,500万円の実績を積み上げてきた(注10)。

特徴的な取り組みとして、労働金庫では市民とのリスク分散(共有)を図ることで市民事業向け融資を円滑にする「ソーシャルファンド預金担保融資」の検討を進めている(注11)。これは、①市民・労組等の労働金庫への預金を融資の担保とし、②中間支援団体等が融資案件の社会的意義を審査することにより、創業資金への対応や金利引下げ等、融資先NPOにとって有利な条件の実現を図るものである。近畿労金では2005年12月から、京都労働者福祉協議会・きょうとNPOセンターとの連携により、この仕組みを「きょうと市民活動応援融資制度」として実現した。同金庫はゆめ風基金(大阪の被災障害者支援NPO)との間でも、同様の制度である障害者市民活動支援融資制度「ゆめのたね」を開始している。

労働金庫は融資以外にも多彩なNPO支援策を実施している。その内容は、NPO向けの助成制度、NPOへの振込手数料免除制度、NPOパートナーシップ制度(シニア勤労者や労組員にNPOやボランティア団体での活動を紹介し、一定の活動補助を行うもの)など幅広い(支援策の内容は

各金庫で異なる＝注12)。さらに、NPOバンクとの連携(北海道労金、長野労金、東海労金)、アースデイ東京2006・2007(2006年4月、2007年4月)「エコ金融エリア」への出展(中央労金)、グラミン銀行の記念講演をメインとした「社会的金融フォーラム」(2007年12月)の開催(近畿労金)など、労働金庫はNPOとの幅広い協働を模索している。

(2) 信用金庫

信用金庫では2000年にNPO向けローンを開始した奈良中央信金を草分けとして、20以上の信金が市民事業向け専用融資商品を発売している。

これらの融資商品には実行件数が少ないものもあるが、西武信金(東京都)は2005年度だけでも市民事業に73件、約34億円の融資を行っており、顕著な実績をあげている。同金庫は他にも、市民事業の事務所スペース「西武コミュニティオフィス」の提供など、市民事業支援を積極的に行っている(注13)。

他にも先進的な信用金庫では、さまざまな市民事業支援の事例がある。例えば労働金庫とほぼ同時期にNPO融資制度を創設した奈良中央信金では、奈良NPOセンターとの協働による助成制度「なら・未来創造基金」、NPO向け会計セミナーを実施している。また、岐阜信用金庫では2007年4月から、NPO法人G-netとの協働により、学生インターンを取引先企業に派遣するマッチングを行っている。(注14)さらに、但陽信金(兵庫県)の「但陽ボランティアセンター」(移送サービスや緊急通報サービス「ベルボックス」を実施)のように、自らNPO法人を立ち上げている事例もある。

3. 日本における市民金融と協同組織金融機関のネットワークとは

金融審議会金融分科会第二部会が2007年4月5日に取りまとめた「地域密着型金融の取組みについての評価と今後の対応について―地域の情報集積を活用した持続可能なビジネスモデルの確立を―」では、協同組織金融機関(信用金庫・信用組合を想定)に対し、相互扶助・非営利という特性

を活かした取組みとして、例えば、

- ・会員・組合員に対する相談機能を活かした予防策を中心に、目的別ローンなども活用した、多重債務者問題解決への一定の役割発揮
- ・個人・小規模事業者の資金ニーズに対するきめ細やかな対応
- ・企業的な規模拡大を目指さず、地域・生活に密着した活動を行っているコミュニティ・ビジネスやNPOへの支援・融資（マイクロファイナンス的な取組み等）、地域社会への貢献・還元を期待している（注15）。また、市民事業に対する金融機関の支援は、前述の通りこの数年で一定の前進を見せている。そうした状況を見ると、「餅は餅屋」ということで、一般の金融機関が市民事業向け融資を本格的に行えば、わざわざ苦勞して市民金融など行う必要がないようにも見える。

しかし、筆者はそうは考えない。結論から言えば、一般の金融機関にとって、市民事業向け融資はコスト高の割には収益が出ないので、自前で十分な対応を行うのは難しい場合が多いのではない。その理由は概ね以下のようなところであろう。

- ①市民事業は中小企業に比べて担保が乏しく、財務基盤も脆弱な場合が多いので、中小企業と同様の融資基準を当てはめると融資できない結果となりかねない。
- ②にもかかわらず市民事業が運営できているのは、財務指標に現れない定性的な要素（例えばトップのリーダーシップ、地域とのネットワーク、サービスの品質等）が作用しているからであるが、こうした要素を評価するためには十分な手数をかけて融資先を調査・評価することが必要となる。
- ③ところが市民事業は金利負担能力が低く、株式公開も目指していない場合がほとんどなので、金融機関側には②の調査・評価にかけたコストを回収する手段が乏しい。

とすれば、将来的な事業ドメインのひとつとしてNPOを位置づけ、中長期的な展望のもとに政策としてNPO支援に力を入れている労働金庫等を除けば、市民事業への融資は大型の案件（有料老人ホームの建設等）か収益性が見えやすい案件（介護保険事業等）にどうしても限定されがちと思われる。

反面市民金融は、市民事業への深い理解や意欲あるスタッフによるきめの細かいケア、融資先との信頼関係による返済の規律付けなどの要素により、上記②の問題を克服できる強みがある。よって、協同組織金融機関が市民事業向け融資における収益性の問題を克服し、前述の期待にこたえるためには、市民金融との協働を図ることがひとつの可能性となりうるはずである。

しかし、市民金融と協同組織金融機関の協働を進める上では2つの壁がある。ひとつは協同組織金融機関側に市民活動への関与が弱いこと、もうひとつは市民金融の規模自体が「ごまめの歯ざしり」のように小さいことである。

これらの壁を取り除くためには、まず協同組織金融機関が市民活動の現場に入り、市民活動にとって顔の見える存在になることが欠かせない。その上に立って、市民金融の裾野を広げる取り組みを協同組織金融機関が支援することにより、両者の協働の基盤が徐々に整備されていくのではないだろうか。

4. 政策形成に向けて

（1）市民金融の受け皿の確立

市民金融は公式な制度の枠外から立ち上がったものなので、NPOバンクが貸金業者として運営しているように、他の制度で使えそうなものを「仮の衣装」としているという制度的な弱みがある。

2006年度の貸金業法（旧「貸金業規制法」）改正はまさにこの「弱み」を直撃するもので、①貸金業者登録に必要な純財産要件が段階的に5,000万円まで引き上げられることによる参入障壁、②指定信用情報機関への登録義務付けによる多額の費用負担により、NPOバンクは存亡の危機に立たされた。

これに対し、NPOバンク関係者と専門家（弁護士、公認会計士、税理士）等によって2005年1月に形成された「全国NPOバンク連絡会」（注16）は、金融庁との折衝、金融審議会委員や国会議員への働きかけ、緊急フォーラム「市民のためのバンクを救え」（2006年11月18日）の開催など、貸金業法改正がNPOバンクに与える悪影響を幅広く訴え、国会審議や新聞記事でもこの問題が取

り上げられた。その結果、参議院財政金融委員会の附帯決議（注17）として、「市民活動を支える新たな金融システムを構築する観点から、法施行後二年六月以内に行われる見直しに当たり、非営利で低利の貸付けを行う法人の参入と存続が可能となるよう、法律本則に明記することなど必要な見直しを行うこと。」が盛り込まれた。

2007年11月に公布された内閣府令では附帯決議の趣旨を受けて、①非営利法人、②低金利（7.5%以下）、③貸付内容等の情報開示、④貸出目的の公益性（NPO法17分野向け・生活困窮者向け貸付けを主目的）などの要件を満たせば、貸金業者登録のための純財産は純資産額500万円以上等で可となり、NPOバンクが純財産要件で廃業を余儀なくされることはひとまずなくなった。しかし、指定信用情報機関への登録義務付け問題はまだ解決していないし、市民金融が社会の中で正当に位置づけられず、仮の衣装たる制度が変わるごとに対応を迫られるという根本的な問題はまったく解決していない状態である。

藤井良広氏（上智大学）は、この間のNPOバンク存続危機について、「金融庁はNPOバンクを金融監督行政上の『小さな例外』としてではなく、コミュニティの資金を循環させる重要な担い手として位置づける」べきであると述べている（注18）。このように、前述の附帯決議を十分に活かすためには、市民金融の受け皿となる法整備こそ必要ではないか。

（2）政策的な支援の模索

フランスでは、日本の市民金融に相当するものとして、「連帯ファイナンス」と呼ばれる活動がある。同国ではファビウス法（2001年）により、従業員貯蓄制度のひとつである任意従業員貯蓄労使間プラン（PPESV）につき、従業員には最低3つの受け皿となる貯蓄プランを提供し、そのうちの1つは連帯的なプラン（ファンドの最低5～10%を連帯企業（entreprises solidaires）として国が認定した企業に投資するもの）でなければならぬことが定められた。この制度は、連帯ファイナンスへの資金流入を促進させただけでなく、連帯ファイナンスに対する信頼性向上にも寄与したという。さらに同国で2003年に制定されたフィヨ

ン法（2003年）では、小規模企業の非上場の株式（出資）への投資に設けられている税制優遇措置が、連帯ファイナンス機関への出資にも適用されるようになった（注19）。

この仕組みは日本に置き換えれば、市民金融への出資が確定拠出型年金に組み入れられ、免税措置まで受けられるということである。市民金融に対して前述の制度的手当が行われ、裾野が広がってくれば、日本でもファビウス法やフィヨン法に相当する制度を導入し、市民金融への資金の流れを太くする展望も開けてくるだろう。

しかし近時はむしろ、行政が金融機関による市民事業への融資を支援することが、かえって市民金融の足を引っ張ることが懸念される。具体的には、東京都の「NPO法人向け保証付融資制度」（注20）、神奈川県「コミュニティビジネス支援NPO法人融資」（注21）等において、取扱金融機関から市民金融組織（典型的にはNPOバンク）が除外されていることが問題だ。行政の新しい制度により、金融機関が市民事業向け融資を取り扱う際の敷居が下がる点は評価できる。しかし、市民金融組織が取扱金融機関から除外されることは結果として、市民金融組織から一般金融機関への借り換えを行政が公費で推進していることにならないだろうか。この点には、早急な手当を望みたい。

5. おわりに～提案に代えて

私は自主共済組織学習会を通じて貴研究所とご縁ができ、今回執筆の機会をいただけることとなった。このかわりの中で感じたことを2つほど提案して、本稿の結びとさせていただければと思う。

（1）自前の金融の仕組みを持つ可能性

前号（21号）の座談会「非営利・協同組織医療機関の資金調達と非営利・協同金融の展開」を読んで目に留まったのは、八田英之氏の2つの発言だった。ひとつは「大衆資金を集めるときには名目、大義名分が必要なのです…一番問題なのは、そういう大きな事業がなくなっていることなのです」（9ページ）、「うちでは、千葉民医連事業協同組合といって、内部金融があるのです。…そう

いう仕組みを全国的に作ったら、非営利的な金融のネットなんて簡単にできるのにね。」(10ページ)だった。

これは言い換えれば、現在の民医連の資金調達の仕事みでは満たされない資金ニーズがあり、そのニーズを満たすための金融の器があるということではないかと感じられた。それならば、この器(あるいはNPOバンクの応用など)を使って、「民医連バンク」のようなものを立ち上げるのはそれほど難しくないように思う。

(2) 非営利・協同セクターの金融問題に関する相互理解の必要性

本稿ではいくつかの市民金融の動きを紹介したが、これら市民金融相互間のネットワーク形成はこれからといったところである。また、貴研究所に結集されている数多くの組織の中にも、さまざまな金融の動きや資金ニーズがあるかもしれない。

そうしたことを思うにつけ、今回の執筆をきっかけとして、非営利・協同セクターの金融問題について実務家や研究者の間で議論が深まれば何よりである。そして、このことを通じ、非営利・協同セクターによる新しい金融の流れが形成されることを期待して、本稿を閉じることとしたい。

【注】

(1) 「私のお金を社会に活かしたい」という市民のニーズに基づく活動としては、例えばA SEED JAPAN (青年環境 NGO) のエコ貯金プロジェクトがある。

A SEED JAPAN エコ貯金プロジェクト：<http://www.aseed.org/ecococho/>

(2) 市民が主体となっていく、社会的課題の解決を主な目的とする事業活動。「コミュニティビジネス」「社会的企業」「ソーシャルベンチャー」などと基本的に同義。

(3) 図表1に掲げた9団体のほか、別に言及した生活再生事業、主にカトリック教会を基盤とした相互扶助的な組織である日本共助組合も、主な融資先が個人というだけで団体の性格はNPOバンクと類似点が多いことから、広義のNPOバンクと言うことができる。

(4) 個別のNPOバンクの状況については、各

団体のホームページのほか、檜田秀樹(2006)、北海道NPOバンク(編)(2007)、藤井良広(2007b)等を参照。

(5) 岩手信用生協のホームページ

http://www.iwate-cfc.or.jp/cfc_zenkokurennrakukai より。

(6) コミュニティファンド育成ステーションの定義による。なお、市民活動に寄付や助成を行う基金等を「コミュニティファンド」と呼ぶ場合もある。

(7) (株)自然エネルギー市民ファンドのホームページ

http://www.greenfund.jp/community/community_top.html より。

(8) 日経エコロジー2008年3月号13ページおよびおひさまエネルギーファンド(株)のホームページ <http://www.ohisama-fund.jp/> より。

(9) 信用組合、農協については多賀俊二(2007c)を参照。また、銀行では西京銀行(山口県)の「しあわせ市民バンク」をはじめ、7行が市民事業向け融資制度を実施している。

(10) 全国労働金庫協会の調査による。

(11) ソーシャルファンド預金担保融資については、多賀俊二(2004)31ページ以降を参照。

(12) 労働金庫のNPO支援策については、全国労働金庫協会「ろうきんのグッドマネー事例集『Walking together [2006年版]』」

<http://all.rokin.or.jp/csr/money.html> を参照。

(13) コミュニティビジネスシンポジウム in 小金井(2006年8月)における西武信金講演資料より。

(14) 岐阜信金のニュースリリースより。

<http://www.gifushin.com/gifushin/news/release/20070409.htm>

(15) http://www.fsa.go.jp/singi/singi_kinyu/tosin/20070405/02.pdf を参照。

(16) 全国NPOバンク連絡会については、同団体のホームページ

<http://www.npobank.net/> を参照。

(17) http://www.sangiin.go.jp/japanese/gianjoho/ketsugi/165/f067_121201.pdf

(18) 藤井良広(2007a)86ページ。

(19) フランスの連帯ファイナンス、ファビウス

法、フィヨン法については、重頭ユカリ(2006)を参照。

(20) 東京都の「NPO 法人向け保証付融資制度」については、

<http://www.metro.tokyo.jp/INET/OSHIRASE/2007/06/20h6r400.htm> を参照。

(21) 神奈川県「コミュニティビジネス支援 NPO 法人融資」については、

<http://www.pref.kanagawa.jp/osirase/kinyu/yusi/npoyusi/npoyusi.html> を参照。

【参考文献】

・ 檉田秀樹 (2006) 『「新しい貯金」で幸せになる方法』 築地書館

・ 重頭ユカリ (2006) 『フランスにおける連帯ファイナンス』 農林中金総合研究所「農林金融」2006年3月号

・ 多賀俊二 (2004) 『NPO 施策と労働金庫』 労働金庫研究所「RESEARCH」15号

・ 多賀俊二 (2006) 『NPO バンク』 ぎょうせい「速報税理」2006年1月11日号

・ 多賀俊二 (2007a) 『NPO バンクと協同組織金融機関』 中小商工業研究所「中小商工業研究」91号

・ 多賀俊二 (2007b) 『市民金融の台頭と協同組織金融機関』 日本協同組合学会第26回春季研究大会 (2007年5月26日) 報告 (同学会「協同組合研究」26巻3号掲載予定)

・ 藤井良広 (2007a) 『コミュニティの資金循環に果たす NPO バンクの役割は大きい』 近代セールス社「近代セールス」2007年2月15日号82～86ページ。

・ 藤井良広 (2007b) 『金融 NPO』 岩波新書

・ 北海道 NPO バンク (編) (2007) 『NPO バンクを活用して起業家になろう!』 昭和堂

(たが しゅんじ、全国労働金庫協会)

第8回自主共済組織学習会報告

「弁護士から見た保険業法と 自主共済組織の対応と問題点」

渡部 照子、小木 和男

渡部照子先生



● 1 はじめに

この自主共済の問題は、戦後民主主義の根本に触れる問題でもあると考えています。この問題について参加させていただけるのは大変幸せだと思います。よろしくお願いします。

そもそも私たちは主権者として意思決定する権利があるわけです。その権利を実行するために、憲法上、豊かな基本的人権条項をいくつも持っています。明治憲法では万世一系の天皇が支配するというので、当時の明治憲法下での基本的人権というのはあくまで法律の範囲内であって、人権条項とはいえない状況にありました。しかし日本国憲法下の基本的人権は、侵すことのできない永久の権利であるわけです。全て個人として尊重される。本当に私たち一人一人の命はかけがえのない大切なものなんですね。実は、私は子供を持つてからそれを実感することが出来るようになりました。それまでは命の尊さを机上では教わりましたが、正直いってよく理解できていなかったと思います。子どもを妊娠して出産し育てる中で、何とすばらしい命なんだということを子どもからも教えられたし人々からも教えられたと思っています。その私たちの大切な命の尊厳が確保されること、個々の幸福を追求する権利が保障されています。憲法第13条ですね。私は、この第13条は非常

に大切な条文だと考えています。その命の尊さを保障するために、具体的には子どもたち、学生には教育を受ける権利、勤労者には働く権利、労働者の団結権など、働けなくなったりいろいろ障害を負ったりしたときの社会保障の権利などがあるわけです。その一方、自由権といわれている思想・良心の自由もあるし、ここで問題になっている表現の自由、結社の自由などの人権も保障されています。結社というと政治団体などが思い浮かびますが、それだけではなく市民がまちづくりの研究や生活の楽しみなどの共通の目的を持った様々な団体を結成し、活動をしています。こうした多様な団体が戦後、国家権力と対峙する市民社会を創りあげてきた1つの大きな力だったのではないのでしょうか。戦前の日本、明治憲法の時代は国家が産業を育成し、脱亜入欧をめざし富国強兵の体制づくりがされました。敗戦後、明治維新以来の育成された財閥は解体されたのですが、官僚などが法律等で保護・育成することによって企業社会を中心とする社会が形成されたと指摘する方々もおられます。私もそうなのかなと思います。自主共済運動は、企業社会の対抗軸として自分たちの助け合い運動を広げ発展させてきたもので、営利、競争、儲けを追求してきた企業社会とは全く対峙するものとしてあるわけです。自主共済というのは、特定の人たちがする自分たちのための助け合い運動であって、特定性があり、団体自治、自分たちで活動の内容を決め活動し、また非営利という形で運営されています。このように自主共済の運動は、基本的人権を行使し、また、その保障を求め、よりよい市民社会を形成するものとして存在し、発展してきたとも思います。

※P.29～法律条文の資料があるので参照下さい。

●2 保険業法の改悪

ところが保険業法が「改正」されました。この保険業法の第2条には「この法律において『保険業』とは、人の生死に関し…」とありますが、旧保険業法の第2条には「人の生死に関し…」の前に「不特定の者を相手方として」との規定が入っていたのです。「不特定の者を相手方」を削除した結果、「特定の者を相手方」とする共済も原則として保険業法の対象とされると解釈されるということになりました。例外として、新保険業法は第2条に適用除外される団体を規定しています。これら団体は、「構成員が真に限定されたものであって、その運営を専ら構成員の自治に委ねる趣旨」と解されています。そうであれば、自主共済は、本来適用除外団体とされるべきでしょう。除外規定がない自主共済の適用の有無とは是非について問題化しているわけです。

保険業法「改正」の理由はいうまでもないことですが、日米の大資本の市場拡大要求の中から出てきていることはご存じかと思います。自主共済というのは冒頭申し上げたとおり、憲法上の結社の自由の権利に基づき設立された団体です。侵すことの出来ない永久の権利は簡単に制約、制限してはいけないと思います。制限する根拠、制限することが出来るのは、他の人権と衝突する場合で、制限条項、調整条項が必要になってきます。そこで法は、消費者保護ということを理由づけてきています。消費者の人権を守る、と。しかしながらこの法律は、主権者意識の弱体化や地域や職場に根ざした自治を弱体化させることになる、そういう危険があることを私は恐れます。こういう危険をまさにはねのけるためにも、自主共済団体は、大きな運動を構築されているのだと認識しています。

●3 各団体の対応

自主共済を行う団体は、この保険業法にいかに対応されておられるのでしょうか。弁護士会にもこうした制度があります。ある弁護士会は共済制

度をやめたようですが、ある弁護士会は続けておられる。たとえば関西のある弁護士会には、勤続年数による弔慰金制度があり、勤続10年未満の人は40万円、最高は勤続30年以上で100万円の弔慰金を出すそうです。そこでは一般会費とともに厚生特別会費として1,000円を徴収しているそうです。また、PTA関連や、知的障害者関連の共済会の中には、廃業を決定したところもあると聞いています。保険業法は助け合い組織に深刻なダメージを与えているということです。

全商連(全国商工団体連合会)さんは、月額1,000円の掛け金で、生存者重視で年齢・健康状態にかかわらず加入できるということです。憲法の基本的人権の条項を武器にして、金融庁と精力的な交渉をしておられると聞いています。また労山(日本勤労者山岳連盟)さんは遭難対策基金という制度を創り、社会的にも有用な活動をされています。保団連(全国保険医団体連合会)さんは地域医療を支える制度をもっておられますが、新規加入を停止されていると聞いております。民医連(全日本民医連共済組合)さんは、中小企業等協同組合法に基づく事業協同組合を08年3月結成にむけた準備をしておられます。組合員数や共済金額の問題など、いくつかの論点がありましたが、皆さん方の団結の力で、克服されました。

●4 保険業法適用除外を求める運動

自主共済の団体は、保険業法の適用除外を何としてでも求めなければ根本的な解決にはならないのです。自主共済の団体のいくつかが集まって、取り組んでおられる適用除外などを求める運動、「共済の今日と未来を考える懇話会」の活動の広がりがあるというのを、非常に力強く思うわけです。懇話会が実施された「新保険業法と貴団体が運営される共済等に関するアンケート」の回答には非常に多様な団体があり、学校関連団体、障害者関連団体、造船関係、労働組合などからいろいろな回答が来ています。皆さん方が協議されておられますように、保険と共済は全く異なる機能であるという意見や、新保険業法の適用により小規

模倣保険事業者が切り捨てられ、大規模保険業者に傾斜することが保険契約者の真の利益につながるのか疑問に感じるという意見もあり、いろいろな業種の方が同じ悩みや問題を抱えておられるのが分かります。懇話会に結集する皆さん方の力で、一層大きな運動が広がり、要求が実現していくだろうと思います。

●5 自主共済は、契約(法)たる保険に該当し、また、保険業法の適用対象か

保険と共済は全く異なるというご意見がありましたように、本当に自主共済は保険であり、また、保険業法を適用すべき対象なののでしょうか。自主共済は保険業法の適用対象なのか、という根本的な疑問です。保険業法1条は「この法律は、保険業の公共性にかんがみ、保険業を行う者の業務の健全かつ適切な運営及び保険募集の公正を確保することにより、保険契約者の保護を図り、もって国民生活の安定及び国民経済の発展に資することを目的とする」としています。ここに、公共性とは、保険会社の主たる債権者（保険契約者）が一般消費者であるという意味もあります。自主共済は構成員が特定されており一般消費者とは言えないでしょう。だからこそ、法第2条では、構成員が真に限定されるものは適用除外としたものではないのでしょうか。

保険業法の「保険」と契約（法）たる「保険」とは必ずしも一致しなければならないものではない、と言われますが、そもそも自主共済という共済契約は、契約（法）に言う保険なのか、という問題もあります。まず、保険とは何かについて明確な定義がありません。そこで「保険法の見直しに関する中間試案の補足説明」（法務省民事局参事官室、平成19年8月）を資料として用意してきました。この補足説明は中間試案の保険の定義についてのコメントです。

中間試案では、保険法の対象となる保険の意義については、「例えばとして、『保険、共済その他

いかなる契約の類型であるかを問わず、発生するかどうか又は発生の時期が不確実な一定の事故（一定の偶然の事故）が発生する危険に備えるために、多数の者がその危険に応じて保険料を拠出し、事故が発生した場合にその拠出をうけた者が金銭の支払その他の給付をし、危険への備えを実現することを内容とする仕組み』をいうとすることが考えられるが、これを法文上規定することの可否を含め、なお検討する」、としています。

このように「保険、共済その他いかなる契約の類型であるかを問わず」なので、一応共済も入るわけです。ただし「保険と共済は別個の性質であるとしても、その契約の実質に着目する必要がある」というコメントが記載されています。契約の実質に着目というのは、保険、共済、あるいは、その他の名目によって判断しない、ということだと思っています。

また「多数の者がその危険に応じて保険料を拠出し」については、ここにあるように「大数の法則によって、リスクを平均化し、保険契約者がそのリスクに応じた保険料を拠出しあうことによって、リスクを分散させる制度」、さらに「大数の法則は保険契約法の基本的な要素として考えることは分かりやすく、この法則は危険に関する告知や危険の増加等の基本的な規律の前提になっている考え方である」と記載されています。

さらに「危険に応じて」については、こうあります。「どの程度の厳密性を要求するかについては検討する必要があるが、例えば、保険契約の締結等に告知を求めたり、被保険者の対象をなんらかの形で限定したり（例えば、生命保険契約であれば年齢制限を設けたりすること）している場合には、この要件を満たすこともありうると考えられる（部会では、公平な保険数理に基づくということが重要であるとの指摘等もされたが、他方で、これを厳密に考えすぎると結局「保険」の範囲が狭くなり、保険法の適用範囲から漏れるものが多くなってしまうという問題があるとの指摘がされた）」と記載されています。

自主共済というのは、「その危険に応じて保険料を拠出し」、「大数の法則」からはかなり離れているのではないのでしょうか。危険の告知は一部の自主共済ではあるかもしれませんが、必ずしもそう

ではないのではないのでしょうか。また保険数理の問題として「給付・反対給付均等原則」についても、自主共済は構成員間の助け合いということですから、このような原則が厳密にあてはまらないことがあるように思います。

自主共済は地域、職域などの何らかの社会的立場を同じくする人がある目的のために集まった構成員間の助け合いのために作られたものです。その団体の内部で、困った人を助けていく助け合いですから、年齢や性別に関係ない一律何円という掛け金で、また、危険の告知も必ずしも要求されていない場合が多いのではないのでしょうか。

（なお、「保険法の見直しに関する要綱案」がこの2月16日に法制審議会で確認される見とおしのことです。要綱案では、上記記載の定義はされず、「第1には」、「保険を営業としてする者を保険者とする保険契約と相互保険契約だけでなく、契約としてこれらと同等の内容を有する共済契約等も、適用の対象とする」とされています。従って、「同等の内容を有する契約」とは、いかなる意味かが問題になります。）

保険業法は保険業者に対する監督法で、無登録、無届業者の場合は1年以下の懲役または300万円以下の罰金とされています。従って、保険業法という「保険」の定義は明確でなければならないはずです。私は保険の定義が曖昧なまま、保険業法の立法目的に沿って適用除外にすべき団体にまで懲役や罰金を科しているのか、罪刑法定主義の関係から言ってもどうだろうかと思います。例えば、保険業法は、「人の生死に関して一定額の保険金を支払うことを約し保険料を収受する保険」などという定義です。ここでは「保険金」、「保険料」、「保険」という用語を使用しているのですから、単に「人の生死に関して一定額の金銭を支払うことを約し金銭を収受する契約」ではなく、「保険」にはそれなりの意義が込められているはずではないのでしょうか。法文の定義から当然に、構成員が真に限定され、団体自治が確立されている自主共済も原則保険業法の適用対象とし、例外として、保険業法第2条①の一、二の構成員の真に限定されるもの（もちろん、ここに規定があるものですが）は保険業法の適用対象から除くという考え方、また、これら規定された団体だけを適用除外とす

る考えはおかしい、そういう疑問がどうしても生じてしまいます。

●6 今後、どうするか

自主共済の皆さんがたは国会要請活動などをして新保険業法の改正を求めるたたかい、適用除外を求めるたたかいをされているわけですが、経過措置第2条1項4号の「施行日から起算して2年間を経過する日」が2008年3月末日と間近に迫っていますから、当面はこれを停止させることだと思います。今後の改正要求については、皆様のお手元に自由法曹団の意見書（「保険業法の改正を求める意見書～保険業法による規制が不要な自主共済への適用は除外すべきである～」2007年6月27日）があると思います。その最後のページに「8

2007年6月に提出された保険業法の改正法案に関する意見」として、「私たちは、1）共通の社会的立場にある人々による団体がその構成員等を相手方として行うこと、2）共済への加入を主目的とした構成員がいないことが明確であること、3）共済契約者及び被共済者が団体の構成員及び家族に限られていること、4）共済事業の運営がその団体の構成員によって行われ、非営利であること、5）共済事業の運営を共済契約者である構成員が十分に監督しうるしくみがあるならば、保険業法による規制は不要と考える」とあります。法文もどう考えるかということですが、この新保険業法の2条の1項2号イ～へまで、トは準ずるもの、とあります。自主共済はイ～へに入るのがよろしいとは思いますが、内容からしてトに政令で定めるものとありますので、こちらに入れるのも1つの考え方だと思います。構成員が特定され限定される、団体の自治が行われている、非営利というものが入ってくると思います。自由法曹団の基本もそういうところだと思います。これを入れるとしても、いずれにしても政令もできることになるでしょうから、期間、金額で絞りをかけさせないようなものにしなければならないわけです。どうもありがとうございました。

小木和男先生

私に与えられたテーマは「保険業法改正の流れの中で労働組合の共済をどうとらえるか」ということです。資料としてリーフレット「労働組合共



済の規制を許さないために―労働組合共済と保険との関係を考える―『労働共済連』を配付していますが、私は労働共済連の顧問を数年前からしております。しかし共済のことはあまり日常の労働運動の中では話題になりません。労働問題をやっている弁護士一般も、共済問題はあまり深めていないのが実情です。それで改めて勉強している次第です。

● 1 労働組合法における共済の位置づけ

保険業法一般、自主共済一般については渡部先生からお話がありましたし、皆さんもこれまで追究されてきたことだと思いますので、さっそく労働組合の共済についてお話したいと思います。

労働組合の共済は自主共済の1つではあるのですが、一番違うのは、実務的にいうと労働組合法で法文化されているところだと思うので、そこからお話ししたいと思います。資料の労働組合法のところをご覧ください。労働組合の権利、どういう時にどういう手続きができるのかについて全体的に網羅して定めるものです。第1条は目的、第2条はこの法律の扱う労働組合とは何かということがあります。その中で、第9条に共済についてだけ書いてあるところがあります。「第9条 労働組合は、共済事業その他福利事業のために特設した基金を他の目的のために流用しようとするときは、総会の決議を経なければならない。」というものです。いきなり出てきますが、この条文は労働組合は共済のために基金を持っていることが前提になっています。労働組合共済の特色について、他の条文を確認したいと思います。第2条は労働組合法の対象となる労働組合は何か書かれてい

ます。「但し、左の各号の一に該当するものは、この限りではない」として、1から4まで除外する要件があります。この3号は「共済事業その他福利事業のみを目的とするもの」とあります。ということは、共済だけを目的に労働組合を名乗っても、労働組合法では労働組合とは言えませんということです。しかし、労働組合は共済を行う組織であって、主たる活動の目的は第2条にある「労働者が主体となって労働条件の維持改善その他経済的地位の向上を図ること」であり、共済は副次的な活動であると考えている、と分かります。つまり労働組合法は、労働組合としての共済活動を立派に認知して認めているということが分かります。これが大きな特色です。

● 2 共済活動と組合費

さらに申し上げると、労働組合の共済活動について、実際の管理運営はどう法律は考えているかとなると、先ほどの第9条になります。共済のお金を他の目的のために流用する場合は、総会の決議をしなければならない。一般に自主共済の場合は、共済のために集めたお金は共済給付及び共済事業上の必要経費以外には使わないと厳格に定めているのではないかと思います。当然、保険業法で予定している保険も、保険料を集めて他の目的に使ってはいけないというのが前提で、一番管理監督の厳しいところだと思います。その辺が労働組合の場合は違って、総会の決議があれば他の目的に使っていいとしています。法文に書いてあるのです。共済を必ずしも完全独立会計とは見ていないのです。従って労働組合が共済のために集めていたお金を、ある時大労働争議が起こったので別の活動資金として使いたい、そのために組合大会を開いて、今年は共済資金からいくらくら別の活動資金として使おうと決議すれば、共済資金から一般の活動資金にすることが出来るのです。これは先ほど申し上げたように労働組合の主要な活動が労働条件の維持改善、経済的地位の向上などを図ることであるからです。労働条件の維持向上のために労働組合として緊急事態が起きていると考えるときは、共済資金を流用してもやむを得

ないことがある、こういう考え方があるのです。

一人一人の労働組合員からいえば、労働組合の組合費を払っているわけですが、同時に労働組合共済に加入するかどうかの意思表示を求められ、加入するとなると共済掛け金を追加して払うのが一般的です。しかし、今述べましたとおり、労働組合法は組合費と共済掛け金とを完全分離はしていないのです。むしろどちらも組合費と見ていえるのではないかと。一般に用途が限定されている共済用の組合費と日常の組合費と言えるのではないかと。共済資金として集めるお金は組合費の一種であり、組合大会で決議をすれば動かすことができる、これが労働組合活動上必要であれば出来るのだということです。

第2条2号を見てください。「団体の運営のための経費の支出につき使用者の経理上の援助を受けるもの」は労働組合ではない、となっています。会社からお金をもらって労働組合をやるものを御用組合と俗に言いますが、これは労働組合ではないという考え方です。しかしながら但し、と追加があり、労働時間中に賃金をもらって団体交渉をする権利がある場合は、労働組合と認めることになっています。また「最小限の広さの事務所の供与」とあり、組合事務所を使用者から無料で借りても労働組合という資格は失わないということです。また「その他の基金に対する使用者の寄附」とあります。一般的に労働組合が使用者からお金をもらうのはダメなのですが、共済のために使用者からお金をもらってもいいことになっているのです。

つまり労働組合の共済活動というのは、労使の交渉の中で経営者からお金をたたかい取るものと、組合員からの組合費とを合わせて共済活動することになっている、これが法律のイメージと言えます。この辺も一般の自主共済とは異なる特色を持っていると言えます。

●3 不当労働行為と共済

第7条を見てみましょう。これは使用者の禁止行為、不当労働行為ですが、これに違反すると行政機関である労働委員会の不当労働行為認定を受

けてそれでも改めないと罰則が科せられることになります。労働組合共済というのは労働組合活動の1つの要素、一環として行われているわけですから、例えば使用者が労働組合員に「あなたの労働組合のやっている共済よりも、向こうの共済や保険の方が有利だ」と話をして、その組合員が労働組合から抜けることを勧めたとしますと、第7条は、それを禁止した条項です。労働組合の共済活動は使用者から妨害されない権利を持つのです。それだけ労働組合の共済は強い権利が保障されていると言えるのです。

●4 一般自主共済との違い

一般の自主共済とはかなり違うという印象をお持ちになる方もいると思います。どうしてかと言えば、これは憲法にさかのぼることになるのだと思います。渡部先生は自主共済が第21条結社の自由に基づいていることをあげておられました。労働組合は第21条結社の自由に基づいて作られた組織でもあるのですが、同時に第28条で定められた勤労者の団結する権利で作られた結社でもあるのです。そして条文の規定について、第21条は「自由は、これを保障」し、第28条は「権利は、これを保障する」と多少異なっているのです。第28条に基づいて労働組合をきちんと位置づけ、憲法上の保障を与えなければならないということで、労働組合法が出来ているのです。

●5 労働共済の問題点

今までは労働組合共済に有利な点を言ってきましたが、憲法及び労働組合法の考え方に全体で見ますと、単純にこれだけでいいのかというと、そうではありません。第28条で認められた組織としての構成要件をきちんとしなければならないのです。基本的には組織内の民主主義が徹底されていなければなりませんし、そこがルーズで実際上ワンマン組合になって独断専行していたり民主的な保障がなかったりすると、それは労働組合ではな

くなってしまう。同時に主要な活動は労働条件の維持向上を中心とした経済的地位向上のための組織ですから、使用者との関係で労働組合としての活動が出来ていなくて共済だけが一人歩きしていたらそれはまた大きな弱点となるのです。強い特徴と権利を持った共済活動ですので、それに負けないだけの組織的な実態が必要だといえるのです。

ですから私は、労働共済とは保険会社と対抗するために出来ている活動なんですか、とあえて問うていきたいのです。もともと、労働組合は経営者と対抗するために出来ている組織ですから、使用者と直接関係ない保険会社と対抗するような活動内容だけでいいのかとなります。例えば、労働組合の共済掛け金は、基本的には月給18万円の人でも月給40万円の人でも定額制で同じです。一般組合費の方は定額もありますが、所得比例にしているところが多いのです。どちらも組合費だと言いましたが、なぜ一般組合費を所得比例にするのか。何も「危険に応じて」分けているわけではないと思います（笑）。お互いに力合わせて出来るところで組合費を払っている。なぜ共済会計はそうならないのかと、そういうことをもっと考えないのかということなのです。

労働組合といえども、検討するべきことは多いです。共済給付はどんな給付をするのか。現在、これだけワーキングプアが増えている中で、非正規の人が払える掛け金で、非正規の人がいざというときに喜ぶ給付とは何か。「特定の労働者の、特定の労働者による、特定の労働者のための共済」というところから、まだまだ抽象的ですがそうした労働組合らしい課題を考えていかなければならない。労働者としてどうするか、それがいま問われていると言えます。

さきほど言ったように労働組合法では、総会の決議をすれば他の目的にも使えるのだとしているくらいですから、共済掛け金もリスクに応じて負担するのではなくて、それこそ弱い人は少ない掛け金で多めの保障があってもいいわけです。労働組合の共済はそういう意味では労働組合法では自由で、どういうタイプの共済を作ろうとも拘束はないのです。むしろ労働組合らしい労働組合共済を作って欲しい、労働組合関係者にはやや苦言を呈しましたが、そんなことも言えます。

●6 適用除外と今後の対応

そういう労働組合の共済という特色があるからかも知れませんが、保険業法上は一応、今のところは労働組合の共済は適用除外になっています。保険業法第2条の2のハに労働組合が書かれています。しかし施行後5年以内に見直しますよと言っていますので、労働組合は一方で自主共済の皆様と活動を一緒にしながら今から3年半後を意識して活動しています。

私自身は完全な結論はまだ導き出せていませんが、この保険業法の体裁自体に大きな疑問を持っています。まず、労働組合法第9条に直接に規定があり、一般会計と共済会計について総会で決定すればいいのだとまで法律に書いてあるのに、保険業法第2条の1「他の法律に特別の規定のあるもの」の中に、労働組合を入れていません。法律に条文は無いけれど、労働組合は除外してあげますよ、という書き方になっていることは、やはりおかしい。これが1つの問題、労働組合特有の問題です。

また第2点は、自主共済全体の問題となるのですが、ほとんどの自主共済の方もそうだと思いますが、先ほど言いましたように労働組合の場合、主要な活動は経営者との間で労働条件をどう向上させるかであって、共済活動は副次的な活動です。つまり、ある特定の目的のためにある特定の社会的立場の人が集まって、1つの集団を作り、その中で共済もやる、そういう姿を労働組合は取っているのです。そういう組織と活動をしているところに、ほんと「お前さんは保険業法適用だよ」と当てはめていいのか、ということです。弁護士は裁判好きな人が多いと言われますが、私もやってもいいかなと思いますが、第2条が定める「保険業」に当てはまると言えるのかどうかというのは、きちんと議論し研究する必要があることだと思います。民事の法律の勉強をする中で、法律行為という概念が3つあります。契約、単独行為、合同行為です。保険は契約に属するのです。単独行為は何かというと例えば遺言です。ある複数の人間

たちがある目的のために集団で1つの意思形成をしていく行為を合同行為と言います。例えば会社を作る場合、発起人が会社を作るのは合同行為です。労働組合は合同行為の最も広い形の1つです。

【質疑応答】

Q1 小木先生に伺いたいのですが、保険業法の第2条2の中では「一の」労働組合、学校、地縁という書き方をしています。以前勤めていたところの労働組合は単組が集まってグループを作り、連合して共済をしていたのですが、「一の」というのは単組のみをさすのでしょうか。

A1 (小木) いわゆる労働組合の実態を備えたものという意味で、「一の」というのは必ずしも単組という意味ではありません。連合体も労働組合として存在しえます。要は労働組合として民主主義を持っているか、経理についてきちんと公開され民主的に担保されているか、ストライキ権などを連合体が確立、行使できるかという要件が満たされれば構わないと言えます。問題は、労働組合の単組が結集して共済の専門組織を作った場合、形式上は問題が出てくるだろうと思います。複数の労働組合が結集して共済だけを目的としているのでは労働組合ではないという批判を受けます。

Q2 小木先生にお願いしたいのですが、保険業法第2条第2号に労働組合が入り、第1号に規定されていないことが問題だとおっしゃっていました。私もそう思います。そもそも自主共済がこの保険業法に関わることで自体も気分的には残念ですが、当面の側面を突破するために適用除外を求めるしかないと思っています。そこで労働組合が第2条第1号に定義されていないことが問題だという次の段階の提起されていることがあれば、ぜひ一緒になって勉強したいと思います。金融庁の担当官は、なぜ第2号にしたのかということについて、第1号に区分けしたのは協同組合法で定義している共済の様々な取り扱いが定義されているのであり、労働組合法にはそういう定義がないからだと言っているのけるわけです。この辺りを突

おそらく皆様の自主共済もそういう側面を持つのではないかと思います。そういうことからアプローチする、理念的な問題ではあるのですが問題意識としては持っています。

破するにはどうすればいいのかという問題についてお考えをお聞きしたい。私の思いとしては、改めてそれぞれの団体、労働組合、協同組合が組織のアイデンティティを見直して、そこに結集するような活動の理論の構築をする、そういうところから共済や共済の加入者を考えるべきではないか、こういう一段高いところから考えられないだろうかと思っています。

A2 (小木) 保険業法と労働組合法との矛盾の問題があります。先ほどの総会決議があれば共済資金を他の目的に流用できるということは、保険業法上は認められない規定です。仮にこの保険業法の適用団体に労働組合がなったら、保険業法の条文と労働組合法の条文と、労働組合にはどちらが適用されることになるのか大問題になります。労働組合法第9条は廃止されたことになるのが問題となります。結局は、労働組合法を知らない金融庁が勝手に入れたことになりますので、労働組合法をきちんと点検していないことをおそらく厚生労働省も認めると思います。労働組合が仮に保険業法の適用除外にならなくなったとしても、保険業法は適用がないと、労働組合法が適用となるのだとがんばることができる、理論的にはそういう戦いになると思います。

Q3 保険業法の「業」について、伺います。私たちがやっている自主共済は商売、「業」としてやっていないのです。労働組合の方も同じく非営利でやっているわけですので、「業」としてやっていないのだということを、もう少し世論に訴えたいと思います。金融庁は消費者保護の一点で話がかみ合いません。欧米にも共済法があるというように、非営利の立場の共済ができるような法律を立法化することができるのかどうかを教えていただければと思います。適用除外を求める運動を今はやっていますが、考えてみれば商売としてや

っているわけではないのに保険「業」法で縛られるのはおかしいという気がします。利益目的ではないということが法的に明確に言えれば、その辺がもう少し分かりやすいと国民も理解しやすいし、私たちも主張しやすいのですが、いかがでしょうか。

A 3（渡部） 確かに非営利ですし、私も同じような思いを持っています。自主共済と保険業法とはすぐわかないです。ただ自主的な団体であったとしても、大きな組織となったときに内部的な自治が十分に行使、運営上適切にされているかという問題が発生するときもあります。団体自治は団体の責任であり、国家権力がいちいち介入しないしてほしいというのが原則だとは思いますが、共済法を別個に、国家の介入を防ぐ法律をととなると難しいとは思いますが、罰則のつかない理念的、観念的な法律は可能だと思います。学者さんの中には共済数理ということをおっしゃっている人もいますし、保険とは全く違うということをいろいろな形で打ち出していく、場合によってはヨーロッパの例を出し—例えばイタリアなどは協同組合法が非常に強いということを伺っています—自主的な組織であることを認知させていくことが非常に大切だと思います。そういうたたかいかも1つだろうと感じています。

A 3（小木） 保険業法第2条の最初の部分については的確なことは言えませんが、用語の問題として、一般的に使われる事業と法律用語の事業とでは、「事業」という言葉を営利性に完全に結びつけてしまうことは出来ないのです。非営利でも事業という言葉を使っているのです。例えば先ほどの労働組合法第2条3にも「共済事業その他福利事業」と営利ではないことでも法律用語として「事業」と使われているのです。

自主共済全体の問題で保険業法第2条をどう扱うかという視点ですが、1つは保険業法が消費者保護を目的としているのは、消費者にリスクを分散させないというのが基本的な考え方だからです。そこで、自主共済はリスク問題についてどう考えているのかという姿勢を明確にする必要があるのかなと考えています。私は、自主共済の構成員が

リスクを受けることをあらかじめ覚悟している組織であるということを勝手に思っています。もう1つは、先ほど合同行為などと触れましたが、主たる組織の目的があって、その組織内で自主共済が行われているという限定をしたらまずいのでしょうか。共済だけを目的にして自主共済を作って、共済を運営している場合は、少人数であればリスクを覚悟して共済だけで組織しているとなればいいのでしょうか、大人数になって金額が大きくなると本当に加入者がリスクを覚悟して共済だけの組織に加入してお金を払うのかという問題が大きくなるのではないかと思います。

Q 4 今までとは少し違う質問ですが、08年3月で経過措置が終わるとなっています。そういう事態になった場合、法廷闘争をと考えている団体があるかわかりませんが、仮にあるとすれば、弁護士立場から保険業法の適用は不当であると理論付けて戦うということはどうでしょうか。

A 4（渡部） 経過措置が切れることについては、基本的には運動で停止を勝ち取りたいと思います。仮に何らかの行政罰などが発動された場合に法廷闘争をとするのであれば、保険業法の適用は不当であるというのが基本的な主張になると思います。自主共済の歴史も含めてこの保険業法自体が違法であるというべきことで、細かなところでは新保険業法の異常性を主張することになるので、もしそうならば非常に大きな戦いを組織することになると思います。

Q 5 民主党の議員立法について、非常に大きな問題が含まれているように思います。今回参議院に出されようとする法案も、共済期間2年以下、1000万円以下であって、政令で定める期間以下とあってさっぱり内容がわかりませんし、細かな条項では少額短期保険業者の登録認定制度とほとんど一緒だというのが明らかにされていて、最後は政令に定めるとなっているのも明らかになっています。さらに2年間、1000万円を超える団体については、口頭ではありますが保険会社に譲渡・委託すると考えているそうです。これを議員立法に組み込んでいるとすれば、現在の新保険業法附則

第2条第3項とまったく同じになります。実際上は保険会社の保険商品と各団体の実施している共済とはぜんぜんつくりが違い、さきほど渡部先生が大数の法則などを紐解かれて保険数理を厳密に追求していくとおかしくなるのではないかというご指摘をされました。私たちの共済には営利の部分が入っていないので委託や譲渡ができないので、これは欠陥法だと思っているのです。

質問をしたかったのは、こうした議員立法を手伝っている法制局は現行法に照らして齟齬が生じないように点検整備するといっているようですが、そもそも欠陥法であって、齟齬も何もないのではないかということです。政府の一機関である法制局の法的問題を追及できないのかどうか、出来ないならば限界とか権限という問題があると思うのですが、そうした問題に問題意識を持っているのです。

同じように、たとえばNPO法人や社会福祉法人は保険業法の規制の対象になっているのに、内閣府がホームページで規制対象だから届出を出してくださいといっただけで、2008年3月31日が迫っているのに何の指導も援助もない。社会福祉法人については個別の援助もない。そういう流れの中で特定保険業者の届出を出した団体さんに話を伺ったら「届出を出して以降、財務局からなにも言ってこないから、適用除外になったんだと思います」とおっしゃっている団体さんもある。こうした状態の中で2008年3月31日を迎えるようとしているのは、行政の国や機構が責任を放棄しているのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

A 5（渡部） 自立支援法がひどかったですね。自立支援法が実施されて現場が非常に混乱し、いくつもの大集会が何回も繰り返し各地で行われ、各政党への要請活動も全国で行われました。月で

はなくて日割り計算であったり、日数制限で外出できなくなったりといった酷い目に遭われていました。私はそういった混乱が必須なのに法律を実施していくのかという責任を問うていくのは、やはり運動の力だと思います。この懇話会の皆さんの運動をたくさんの方々に届けて、声を吸い上げて一緒にぶつけないと彼らは認識が深まらないと思います。一網打尽にできることはいないので、そういうときに、ある団体を狙い打ちにしてやっていいのでしょうか。それはまさに行政権力の乱用になります。古い話になりますが、私の事務所ではある病院の公訴権濫用を扱ったことがあります。これだけの社会的広がり、この自主共済の皆さんへの混乱が広がっているわけですから、ある団体だけに行政罰を加えるというのは、やはり権力の行使として問題が出てくるのではないかと思います。ですから、いろいろな形で運動を強めるのが必要だろうと思いますが、なかなか厳しいところです。

（2007年10月23日実施）

（わたなべ てるこ 代々木総合法律事務所 弁護士、おぎ かずお 東京法律事務所 弁護士）

※事務局より

・自由法曹団の「保険業法の改正を求める意見書～保険業法による規制が不要な自主共済への適用は除外すべきである～」(2007年6月27日)は、自由法曹団のウェブサイト (<http://www.jlaf.jp/>) でご覧になれます

・「「保険法の見直しに関する中間試案」に関する意見募集」(案件番号300080023)は、2007年12月10日に結果公示されており、電子政府の総合窓口 (e-Gov イーガブ) からご覧になれます

〔資料〕

【日本国憲法】

第十三条 すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

第二十一条 集会、結社及び言論、出版その他一切の表現の自由は、これを保障する。

○2 検閲は、これをしてはならない。通信の秘密は、これを侵してはならない。

第二十八条 勤労者の団結する権利及び団体交渉その他の団体行動をする権利は、これを保障する。

第二十九条 財産権は、これを侵してはならない。

○2 財産権の内容は、公共の福祉に適合するやうに、法律でこれを定める。

○3 私有財産は、正当な補償の下に、これを公共のために用ひることができる。

【保険業法】

（目的）

第一条 この法律は、保険業の公共性にかんがみ、保険業を行う者の業務の健全かつ適切な運営及び保険募集の公正を確保することにより、保険契約者等の保護を図り、もって国民生活の安定及び国民経済の健全な発展に資することを目的とする。

（定義）

第二条 この法律において「保険業」とは、人の生死に関し一定額の保険金を支払うことを約し保険料を収受する保険、一定の偶然の事故によって生ずることのある損害をてん補することを約し保険料を収受する保険その他の保険で、第三条第四項各号又は第五項各号に掲げるものの引受けを行う事業（次に掲げるものを除く。）をいう。

一 他の法律に特別の規定のあるもの

二 次に掲げるもの

イ 地方公共団体がその住民を相手方として行うもの

ロ 一の会社等（会社（外国会社を含む。以下この号において同じ。）その他の事業者（政令で定める者を除く。）をいう。）又はその役員若しくは使用人（役員又は使用人であった者を含む。以下この号において同じ。）が構成する団体がその役員若しくは使用人又はこれらの者の親族（政令で定める者に限る。以下この号において同じ。）を相手方として行うもの

ハ 一の労働組合がその組合員（組合員であった者を含む。）又はその親族を相手方として行うもの

ニ 会社が同一の会社の集団（一の会社及び当該会社の子会社の集団をいう。）に属する他の会社を相手方として行うもの

ホ 一の学校（学校教育法（昭和二十二年法律第二十六号）第一条に規定する学校をいう。）又はその学生が構成する団体がその学生又は生徒を相手方として行うもの

ヘ 一の地縁による団体（地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百六十条の二第一項に規定する地縁による団体であって、同条第二項各号に掲げる要件に該当するものをいう。）がその構成員を相手方として行うもの

ト イからへまでに掲げるものに準ずるものとして政令で定めるもの

三 政令で定める人数以下の者を相手方とするもの（政令で定めるものを除く。）

附 則 （平成一七年五月二日法律第三八号） 抄

第三十八条 政府は、この法律の施行後三年以内に、生命保険契約者保護機構に対する政府の補助及び生命保険契約者保護機構による資金援助等の保険契約者等の保護のための特別の措置等に係る制度等の実施状況、生命保険契約者保護機構の財務の状況、保険会社の経営の健全性の状況等を勘案し、生命保険契約者保護機構の資金援助等に要する費用に係る負担の在り方、政府の補助に係る規定の継続の必要性等について検討を行い、適切な見直しを行うものとする。

2 政府は、この法律の施行後五年以内に、再保険を保険会社に付して行う業務その他の少額短期保険業者の業務の状況、保険会社が引き受ける保険の多様化の状況、経済社会情勢の変化等を勘案し、この法律に規定する保険業に係る制度について検討を加え、必要があると認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。

【労働組合法】

第一章 総則

（目的）

第一条 この法律は、労働者が使用者との交渉において対等の立場に立つことを促進することにより労働者の地位を向上させること、労働者がその労働条件について交渉するために自ら代表者を選出することその他の団体行動を行うために自主的に労働組合を組織し、団結することを擁護すること並びに使用者と労働者との関係を規制する労働協約を締結するための団体交渉をすること及びその手続を助成することを目的とする。

2 刑法（明治四十年法律第四十五号）第三十五条の規定は、労働組合の団体交渉その他の行為であつて前項に掲げる目的を達成するためにした正当なものについて適用があるものとする。但し、いかなる場合においても、暴力の行使は、労働組合の正当な行為と解釈されてはならない。

（労働組合）

第二条 この法律で「労働組合」とは、労働者が主体となつて自主的に労働条件の維持改善その他経済的地位の向上を図ることを主たる目的として組織する団体又はその連合団体をいう。但し、左の各号の一に該当するものは、この限りでない。

一 役員、雇入解雇昇進又は異動に関して直接の権限を持つ監督的地位にある労働者、使用者の労働関係についての計画と方針とに関する機密の事項に接し、そのためにその職務上の義務と責任とが当該労働組合の組合員としての誠意と責任とに直接に接する監督的地位にある労働者その他使用者の利益を代表する者の参加を許すもの

二 団体の運営のための経費の支出につき使用者の経理上の援助を受けるもの。但し、労働者が労働時間中に時間又は賃金を失うことなく使用者と協議し、又は交渉することを使用者が許すことを妨げるものではなく、且つ、厚生資金又は経済上の不幸若しくは災厄を防止し、若しくは救済するための支出に実際に用いられる福利その他の基金に対する使用者の寄附及び最小限の広さの事務所の供与を除くものとする。

三 共済事業その他福利事業のみを目的とするもの

四 主として政治運動又は社会運動を目的とするもの

（不当労働行為）

第七条 使用者は、次の各号に掲げる行為をしてはならない。

一 労働者が労働組合の組合員であること、労働組合に加入し、若しくはこれを結成しようとしたこと若しくは労働組合の正当な行為をしたことの故をもつて、その労働者を解雇し、その他これに対して不利益な取扱いをす

ること又は労働者が労働組合に加入せず、若しくは労働組合から脱退することを雇用条件とすること。ただし、労働組合が特定の工場事業場に雇用される労働者の過半数を代表する場合において、その労働者がその労働組合の組合員であることを雇用条件とする労働協約を締結することを妨げるものではない。

二 使用者が雇用する労働者の代表者と団体交渉をすることを正当な理由がなくて拒むこと。

三 労働者が労働組合を結成し、若しくは運営することを支配し、若しくはこれに介入すること、又は労働組合の運営のための経費の支払につき経理上の援助を与えること。ただし、労働者が労働時間中に時間又は賃金を失うことなく使用者と協議し、又は交渉することを使用者が許すことを妨げるものではなく、かつ、厚生資金又は経済上の不幸若しくは災厄を防止し、若しくは救済するための支出に実際に用いられる福利その他の基金に対する使用者の寄附及び最小限の広さの事務所の供与を除くものとする。

四 労働者が労働委員会に対し使用者がこの条の規定に違反した旨の申立てをしたこと若しくは中央労働委員会に対し第二十七条の十二第一項の規定による命令に対する再審査の申立てをしたこと又は労働委員会がこれらの申立てに係る調査若しくは審問をし、若しくは当事者に和解を勧め、若しくは労働関係調整法（昭和二十一年法律第二十五号）による労働争議の調整をする場合に労働者が証拠を提示し、若しくは発言をしたことを理由として、その労働者を解雇し、その他これに対して不利益な取扱いをすること。

（基金の流用）

第九条 労働組合は、共済事業その他福利事業のために特設した基金を他の目的のために流用しようとするときは、総会の決議を経なければならない。

【事務局ニュース】1・機関誌の論文募集、ワーキングペーパーの募集

研究所機関誌『いのちとくらし』に掲載する論文を募集します。応募の内容は以下の通りです。またワーキングペーパー（多少長めの論文）の募集も致します。詳細は、事務局までお問い合わせください。

- ・ 字数：（図表、写真を含めて）400字詰め原稿用紙30枚（12000字）程度
- ・ 掲載の有無については、研究所機関誌委員会にて決定させていただきます
- ・ 原稿料：研究所の規定により、薄謝ですがお支払いします
- ・ 募集する主なテーマ

1：NPO、非営利・協同組織における経営・管理問題

組織論、組織構造論、経営論、所有論、労働組合と経営参加、政策と統制、賃金論、地域社会と医療社会サービス組織、など

2：日本の医療、福祉政策・制度の現状分析と提言

政府医療社会保障政策批判と対応策の提言、社会政策・労働政策批判、制度比較分析、など

3：新自由主義と市場経済論の打破

現状イデオロギーへの批判、基本的理念の歴史的分析、具体的実態分析と非営利・協同セクターの方向、公的セクターとの関係分析提言、など

4：非営利・協同の実践・理論探求

NPO論、政治・社会システム論、ヨーロッパ社会的企業（社会サービス、雇用）調査、非営利・協同セクター運動論、など

5：その他

介護労働者における職業性ストレスに関する研究

<研究課題名（研究助成申請時）>

高齢者介護サービス従事者のメンタルヘルス対策に関する研究
—努力報酬不均衡モデルによる職業性ストレス調査—

<研究課題名変更>

介護労働者における職業性ストレスに関する研究

<研究課題名変更理由>

職業性ストレスに関する質問紙調査票として現在国際的に使用されている2大アンケート調査票である、Job Content Questionnaire（以下JCQとする）日本語版22項目、および努力—報酬不均衡モデル調査票（Effort-Reward Imbalance Questionnaire, 以下ERIモデルとする）日本語版23項目を使用した。

JCQは、Karasekが提唱した仕事の要求度—コントロールモデルに基づいた職業関連ストレスを評価するための質問票である。JCQとERIモデルの2つのストレスモデルは、異なるストレス側面をとらえており、2つのストレスモデルの併用によって相補的なハイリスク要因の抽出が可能となる、とされているため、努力—報酬不均衡モデル調査票だけでなく、JCQ調査票も併用し、その報告を行った。そのため、研究課題名を変更した。研究課題名の変更によって、研究内容は充実したと考えている。

<研究者>

富岡 公子（奈良医大地域健康医学教室）
清水 浩二（大阪府介護福祉士会）
新井 康友（羽衣国際大学）
山元 顕太（京都府リハビリテーション支援センター）

【目的】

我が国の65歳以上の高齢者人口は、1970年に7%を超え（いわゆる「高齢化社会」）、さらに、1994年には14%を超え（いわゆる「高齢社会」）、高齢化が急速に進展している。今後も高齢化率は上昇を続け、2050年には35.7%に達し、国民の約3人に1人が65歳以上の高齢者という極めて高齢化の進んだ社会の到来が見込まれている¹⁾。超高齢社会を迎え、高齢者介護の担い手である介護労働者の役割は大きく、社会的要求も高まっている。

一方、介護作業には、抱きかかえなどの筋骨格系への負担が大きい作業、中腰や捻りなどの不自然な作業姿勢など、筋骨格系障害のリスクとなる

作業が多く²⁾、介護労働者の筋骨格系障害は1970年代から指摘され^{3,4)}、これまでも介護労働者の腰痛を主とした筋骨格系障害に関する調査が多数実施され、介護労働者の筋骨格系障害の多発が指摘されている⁵⁻¹¹⁾。

高齢者介護は、医療・看護・教育と同様にヒューマンサービスであり、他職種に比べて人間関係に起因するストレスが生じやすく、ストレスの大きい作業とも指摘されている¹²⁾が、介護労働者の職業性ストレスに関する調査¹³⁻¹⁸⁾は、介護保険の施行前後からようやく報告されるようになったばかりで、筋骨格系障害の研究と比べるとその歴史は浅い。

また、介護労働者の就業実態については、1年

間に介護労働者の20%が退職するという調査が報告され¹⁹⁾、介護現場でも介護労働者を確保することが困難になり、外国人介護労働者の受け入れが決まる²⁰⁾など、介護現場では就労を継続することが難しい問題点の存在が推測される。

本研究では、介護労働者が健康に働き続けることができる対策を検討する上では、筋骨格系障害だけでなく、職業性ストレスの問題も重要であると考え、介護労働者において、これまで問題は指摘されながらあまり研究されてこなかった職業性ストレスとを調査し、介護労働者の職業性ストレスを検討したいと考えた。

【対象と方法】

大阪府介護福祉士会の会員2403人（2007年2月6日現在）から無作為抽出した1200名に郵送法にて2007年4月に調査票を配布・回収した。同会は、介護福祉士の資質及び社会的地位の向上と、大阪府民の福祉の増進に寄与することを目的に設立された社団法人である。平成17年介護サービス施設・事業所調査から推計すると、大阪府内で就労している介護福祉士の約20%が大阪府介護福祉士会員と推定される。

調査票は、基本属性（性・年齢・身長・体重・資格・職種・教育年数）、生活習慣（運動習慣、喫煙習慣、飲酒習慣、睡眠時間）、家庭生活（婚姻状況、子供数と末子の年齢、家事・家族介護の負担状況）、就労状況（勤続年数、介護職の経験年数、勤務形態、労働時間、休憩時間および年休の取得状況）、筋骨格系障害および職業性ストレスに関する質問から構成した。

1) 職業性ストレスに関する質問

Job Content Questionnaire（以下JCQとする）日本語版22項目、および努力－報酬不均衡モデル調査票（以下ERIモデルとする）日本語版23項目を使用した。

JCQは、Karasekが提唱した仕事の要求度－コントロールモデル²¹⁾に基づいた職業関連ストレスを評価するための質問票である。職場環境に起因する職業性ストレスの要因として、仕事の要求度、仕事のコントロール、および職場の社会的支援（上

司からの支援と同僚からの支援）を自己評価させる。日本語版はKawakamiら²²⁾によって開発され、その信頼性と妥当性は検証されている。仕事の要求度は5項目で構成される尺度であり、仕事のコントロールは技術の幅と意志決定の範囲を測定する9項目からなる尺度である。それぞれ得点が高いほど、仕事の要求度および仕事のコントロールが高いことを表す。上司からの支援と同僚からの支援はそれぞれ4項目の尺度であり、得点が高いほど支援が大きいことを表している。仕事の要求度が高いほど、また、仕事のコントロールが低いほどストレス負荷が高く、ストレス反応を呈しやすくなり、一方、上司や同僚からの支援が高いほどストレス反応は軽減されると考えられる。仕事の要求度・仕事のコントロール得点比（D/C比）は仕事のストレイン指数の指標のひとつとなる。

一方、Effort-Reward Imbalance Questionnaire（以下ERIモデルとする）は、Siegristらによって開発された職業性ストレス評価のための質問票²³⁾で、仕事に費やす努力に見合う報酬が得られない状況をストレスが強いと定義しており、日本語版はTsutsumiら²⁴⁾によって開発され、その信頼性と因子妥当性が報告されている。全部で17項目の質問があり、努力得点（6項目）、報酬得点（11項目）が算出される。努力得点が高いほど仕事の負担や責任が大きく、報酬得点が高いほど高報酬が得られていることを表す。努力・報酬得点比（E/R比）が努力報酬不均衡の指標のひとつとなる。労働者個々人の仕事に過度に傾注するような行動様式をオーバーコミットメント（Overcommitment, OC）と定義し、そういった行動様式自体が危険であるとともに、労働者を努力と報酬が不均衡な劣悪な就業状況でも受け入れて、その悪影響を増悪させる要素としてモデルに組み込まれている。OCには6項目の質問があり、仕事への過剰適応状態が点数化される。OC得点が16点を超えると高危険と定義されている。OC得点が16点を超える者をOC上位者とした。

3) 統計解析

2群間の平均値の差の検定にはt検定を、2群間の中央値の差の検定にはMann-Whitney検定を、2群間の割合の差の検定には χ^2 検定を用いた。

JCQ および ERI モデルの2つの職業性ストレス調査票については、下位尺度の Cronbach の α 信頼係数を算出した。そして、JCQ については22項目、ERI モデルについては23項目の質問項目を用いて因子分析を行った。因子の抽出には重み付けのない最小二乗法、因子数は固有値1以上の基準を設け、プロマックス回転を行った。

統計解析には、SPSS 12.0 J for Windows を用い、危険率が0.05未満の場合に帰無仮説を棄却した。

【結果】

回収数は1200名中229名、回収率は19.1%であった。ストレス調査票に記入もれがある、現在就労していない、現在介護以外の職についている、の3項目のいずれかに該当する48名を除く181名を以下の解析対象とした。解析対象者181名と対象外の者47名の2群間比較では、未婚者および運動習慣ありの者の割合が対象者で有意に高く、子供の人数は対象外の者で有意に多かった。それ以外の基本属性、生活習慣、家庭生活には2群間に有意差は認められなかった。

解析対象者の性別結果を表1に示す。女性が79%を占め、平均年齢は38.0歳、BMIは21.8、半数が未婚者で、運動習慣、喫煙習慣の割合はいずれも20%未満であった。施設介護に従事している者が約3分の2、平均在職年数は5.2年で、1週間の実労働時間は常勤者では46.4時間と法定労働時間の40時間を超え、半数が夜勤あり、3分の1が「休憩や休暇が取れない」と回答していた。これに対し、男性はBMIが有意に大きく、未婚者の割合が低い傾向にあったものの、実労働時間を含めてその他の項目については有意差を認めなかった。

職業性ストレスの回答を表2に示す。JCQにおける仕事の要求度は平均34.7 (SD5.9)、仕事のコントロールは平均66.4 (SD10.9)、職場支援は平均21.4 (SD4.3)であった。信頼性については、クロンバックの α 係数は仕事の要求度0.66、仕事のコントロール0.54、職場支援0.85で、職場支援のみ一般的な基準0.7を満たしていた。ERI

モデルにおける外因的な努力は平均17.3 (SD5.7)、報酬は平均23.6 (SD9.2)、E/R比の平均は0.83 (SD0.45) で、E/R比が高危険の基準とされる1より大であった者は28.2%であった。OCの平均は16.0 (SD3.9) で、OCの高危険の基準とされる16点を超える者は45.9%であった。信頼性については、クロンバックの α 係数は、外因的な努力0.85、報酬0.87、OC0.82で、すべて0.7以上であった。男女別に検討した結果、JCQによる職業性ストレスについては、いずれの項目でも男女差はなく、D/C比の平均も男女共に0.54と差はなかった。一方、ERIモデルによる評価では、男性の報酬得点が女性より有意に低かったが、E/R比の平均は女性が0.80、男性が0.92、1より大であった者の割合は女性が25.9%、男性が36.8%で性差はなかった。OC得点は女性が有意に高く、16点を超える者の割合は女性に高い傾向が認められた。

解析対象者全体（男女込み）の職業性ストレスを因子分析した結果を表3-1と表3-2に示す。JCQ22項目の回答の因子分析をしたところ、7因子に分かれた。職場支援が上司からの支援（第1因子）と同僚からの支援（第2因子）に分かれた。第3因子は仕事のコントロールの中の意思決定の範囲となった。仕事の要求度が第4因子と第5因子に分かれた。仕事のコントロールの中の技術の幅6項目中、4項目は第4因子と第5因子に分かれたが、残りの2項目（JCQ1：新しいことを覚えることが必要な仕事だ、JCQ9：自分自身の特別な才能をのばす機会がある）は、いずれの因子にも0.35未満の負荷量であった。ERI23項目の回答の因子分析をしたところ、5因子に分かれた。第1因子は努力6項目とOCの1項目（OC1：時間的なプレッシャーを感じやすい）となった。第2因子はOC1を除いた残りの5項目となった。報酬の11項目は第3-5因子に分かれたが、ERI15（自分の努力と成果をすべて考えあわせると、私は仕事上ふさわしい評価と人望を受けている）については第3因子と第5因子いずれにも0.35以上の負荷量であった。第3-5因子は、ERIモデルの尊重報酬、職の安定に関する報酬、金銭・地位に関する報酬とは一致しなかった。

表 1 対象者の基本属性、家庭生活、生活習慣、就労状況について

	女性 (n=143)	男性 (n=38)	p 値
基本属性			
年齢 (歳)	38.0±13.4	35.8±10.7	0.287
B M I (kg/m ²)	21.8± 3.4	23.2±3.1	0.014
家庭生活			
未婚者	51.7%	34.2%	0.068
要介護家族あり	17.5%	7.9%	0.207
生活習慣			
運動習慣あり	16.8%	28.9%	0.107
喫煙習慣あり	17.5%	13.2%	0.629
就労状況			
施設介護	62.2%	65.8%	
職種 (3 区分) 在宅介護	14.7%	10.5%	0.831
ケアマネージャーまたはサービス提供責任者	23.1%	23.7%	
在職年数 (年)	5.2± 4.4	4.7± 4.8	0.595
実労働時間 (全体) (時間/週)	43.5±10.1	46.3±13.4	0.163
(常勤者)* ^a (時間/週)	46.4± 7.2	48.2±11.8	0.381
(常勤以外)* ^b (時間/週)	32.1±11.7	33.4±17.1	0.827
夜勤あり	49.7%	44.7%	0.715
休憩や休暇が取れない	36.4%	47.2%	0.254

数値は mean±SD. %は割合を示す.

男女の 2 群間の割合の差は Fisher の直接確率法, 平均値の差は *t* 検定を用いた.

* a : 女性 n=112, 男性 n=31. * b : 女性 n=29, 男性 n=5.

表 2. 職業性ストレス調査の結果 (男女込みおよび男女別)

		全体 (男女込み) n=181			女性 n=143		男性 n=38		p 値 (男女間)
		平均値	S D	α	平均値	S D	平均値	S D	
JCQ	仕事の要求度	34.7	5.9	0.66	34.9	5.7	33.7	6.6	0.242
	仕事のコントロール	66.4	10.9	0.54	66.7	10.9	65.3	10.9	0.463
	職場の社会的支援	21.4	4.3	0.85	21.3	4.4	21.6	3.6	0.749
	D/C 比	0.54	0.15		0.54	0.15	0.54	0.16	0.877
ERI	外因的な努力	17.3	5.7	0.85	17.5	5.5	16.6	6.5	0.385
	報酬	42.4	9.2	0.87	43.4	8.7	38.9	10.4	0.008*
	OC	16.0	3.9	0.82	16.3	3.7	14.8	4.4	0.029*
	E/R 比	0.83	0.45		0.80	0.38	0.92	0.64	0.275
	E/R > 1.0	28.2%			25.9%		36.8%		0.223
	OC > 16	45.9%			49.7%		31.6%		0.066

α : Cronbach の α 信頼係数.

【考察】

大阪府介護福祉士会員から無作為した約半数の会員にアンケート調査票を配布したが、回収率は19.1%と低率であった。したがって、回答者は労働条件や健康問題に関心が高い者が多く含まれており、有訴率が過大評価されている可能性がある。本結果の介護労働者への一般化には慎重な態度が必要である。

本邦での JCQ 研究は、女性労働者3466人の基準値(平均値)として、仕事の要求度31.3、仕事のコントロール58.8、職場支援21.5、D/C 比0.53、男性労働者18564人の基準値として、順に32.7、67.3、22.0、0.49が示されている²⁵⁾。一方、職種別の検討では39-41)、仕事の要求度は30.2-32.9、仕事のコントロールは53.5-74.9、職場支援は21.7-23.4、D/C 比は0.40-0.61と報告されている。本調結果は、仕事の要求度が女性34.9、男性33.7と男女共にやや高めであったが、仕事のコントロール、職場支援、D/C 比については、男女ともにこれまでの報告の範囲内であった。

本邦での ERI モデル研究は、女性労働者約6000人の代表値(平均値)として、努力は14.3、報酬

は45.3、E/R 比は0.6、男性労働者約1万4000人の代表値として、順に12.6、43.5、0.6が示されている²⁹⁾。本邦での労働者を対象とした ERI モデルの研究では³⁰⁻³⁴⁾、E/R 比は0.53-0.86、E/R 比 > 1 の割合は6.0-26.7%と報告されている。日本人労働者の E/R 比 > 1 の割合は1割以下で、欧米と比べて E/R 比 > 1 の割合が低いと指摘されているが、本結果は E/R 比 > 1 の割合は女性が25.9%、男性36.8%で、日本の中高年女性労働者³²⁾の報告(26.7%)や北欧の報告³⁵⁾(女性労働者27.0%、男性労働者31.0%)と近似していた。OC については、日本人労働者の代表値(平均値)として、男女共に OC 値14.0と示されている²⁹⁾。本調査は、女性16.3、男性14.8で、男性は代表値にはほぼ等しかったが、女性は代表値より高い傾向が示された。本邦での労働者を対象とした ERI モデルの研究では³⁰⁻³⁴⁾、OC 値は12.1-14.1、OC 上位者の割合は29.5-41.1%と報告されている。本結果は、OC 上位者の割合は女性49.7%、男性31.6%で、男性はこれまでの報告の範囲内であったが、女性の OC 値と OC 上位者の割合はこれまでの報告と比べても高かった。

本研究では ERI モデルにおける報酬得点が男

表 2 - 1. 職業性ストレス調査票の質問項目について

A. JCQ		B. ERI	
質問項目	下位尺度	質問項目	下位尺度
JCQ 1	新しいことを覚えることが必要な仕事だ。	ERI 1	仕事の負担が重く、常に時間に追われている。
JCQ 2	くり返しの作業がたくさんある仕事だ。	ERI 2	邪魔が入って中断させられることの多い仕事だ。
JCQ 3	創造性が必要な仕事だ。	ERI 3	責任の重い仕事だ。
JCQ 4	自分自身でどのように仕事をするか決めることができる。	ERI 4	しばしば、残業をせまられる。
JCQ 5	たくさんの技術や知識が必要な仕事だ。	ERI 5	肉体的にきつい仕事だ。
JCQ 6	どのように仕事をすすめるか決める自由は、私にはほとんどない。	ERI 6	過去数年、だんだん仕事の負担が増えてきた。
JCQ 7	仕事の中で、何種類も別々のことをする機会がある。	ERI 7	上司からふさわしい評価を受けている。
JCQ 8	自分の仕事の予定を決めることができる。	ERI 8	同僚からふさわしい評価を受けている。
JCQ 9	自分自身の特別な才能をのばす機会がある。	ERI 9	困難な状況に直面すれば同僚から充分な支援が受けられる。
JCQ10	とても速く働くことが必要な仕事だ。	ERI10	職場で公平に扱われていない。
JCQ11	とても一生懸命に働くことが必要な仕事だ。	ERI11	職場で、好ましくない変化を経験している。
JCQ12	あまりに多すぎる仕事を頼まれることはない。	ERI12	昇進の見込みは少ない。
JCQ13	仕事をやり終えるのに十分な時間が与えられている。	ERI13	失職の恐れがある。
JCQ14	他の人達からお互いにくい違う指示を出されて困ることはない。	ERI14	現在の職は、自分が受けた教育やトレーニングの程度を充分反映している。
JCQ15	私の上司は、部下のために考えてくれる。	ERI15	自分の努力と成果をすべて考えあわせると、私は仕事上ふさわしい評価と人望を受けている。
JCQ16	私の上司は、私が言っていることに耳を傾けてくれる。	ERI16	自分の努力と成果をすべて考えあわせると、私の仕事の将来の見通しは適当だ。
JCQ17	私の上司は、仕事をやりとげる上で助けになる。	ERI17	自分の努力と成果をすべて考えあわせると、私のサラリー／収入は適当だ。
JCQ18	私の上司は、うまくみんなを共同して働かせている。	OC 1	時間的なプレッシャーを感じやすい。
JCQ19	私が一緒に働いている人達は、仕事をする上で有能な人達である。	OC 2	朝起きるとすぐ、仕事の問題を考え始める。
JCQ20	私が一緒に働いている人達は、私に個人的に関心を持ってくれる。	OC 3	家に帰ると、すぐにリラックスでき、仕事の事をすべて忘れてしまう。
JCQ21	私が一緒に働いている人達は、親しみやすい人たちである。	OC 4	私をよく知る人は、私は仕事のために自分を犠牲にしすぎているという。
JCQ22	私が一緒に働いている人達は、仕事をやりとげる上で助けになる。	OC 5	仕事のことが頭から離れず、寝床に入ってもそのことばかり考えている。
		OC 6	今日中にやるべきことをやむをえず明日に延ばさなければならぬとしたら、夜眠れない。

表3－1. JCQ22項目の因子分析の結果

	質問項目	下位 尺度	女性							男性						
			因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6	因子7	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6	因子7
JCQ1	新しいことを覚えることが必要な仕事だ。		-0.06	0.08	0.02	-0.01	-0.60	0.20	0.06	-0.01	0.03	-0.08	0.02	-0.16	-0.26	0.74
JCQ2	くり返しの作業がたくさんある仕事だ。		0.17	-0.08	0.25	0.02	-0.15	0.10	-0.29	-0.51	0.12	-0.36	0.04	0.21	-0.12	0.12
JCQ3	創造性が必要な仕事だ。		0.02	-0.13	0.00	0.01	-0.15	0.47	0.22	0.02	0.05	0.04	0.05	0.22	0.54	-0.18
JCQ4	自分自身でどのように仕事をするか決めることができる。		-0.02	0.04	0.76	0.03	0.03	0.03	0.16	0.08	-0.17	0.01	0.67	0.08	0.37	0.19
JCQ5	たくさんの技術や知識が必要な仕事だ。	仕事の コン ト ロール	0.13	-0.07	0.14	0.02	-0.05	0.03	0.57	-0.05	0.06	-0.16	0.14	-0.23	0.81	-0.16
JCQ6	どのように仕事をすすめるか決める自由は、私にはほとんどない。		0.02	0.15	0.69	0.04	-0.13	-0.04	-0.03	0.20	0.07	0.15	0.37	0.46	-0.02	0.03
JCQ7	仕事の中で、何種類も別々のことをする機会がある。		-0.04	0.04	-0.09	0.14	-0.07	0.77	-0.09	-0.23	0.39	0.11	0.17	0.07	0.41	-0.16
JCQ8	自分の仕事の予定を決めることができる。		-0.06	-0.03	0.82	-0.09	-0.02	-0.07	0.02	-0.12	-0.20	-0.10	0.80	0.08	0.03	-0.06
JCQ9	自分自身の特別な才能をのばす機会がある。		0.15	0.04	0.17	-0.24	0.04	0.39	0.06	-0.01	0.15	-0.08	0.28	0.49	-0.16	-0.08
JCQ10	とても速く働くことが必要な仕事だ。		0.08	0.10	-0.10	0.19	0.59	0.01	0.04	-0.13	0.08	0.13	0.01	-0.89	-0.08	0.17
JCQ11	とても一生懸命に働くことが必要な仕事だ。		-0.16	0.00	-0.03	-0.10	0.33	0.13	0.34	0.12	0.15	0.83	0.12	-0.18	-0.09	-0.18
JCQ12	あまりに多すぎる仕事を頼まれることはない。	仕事の 要求度	-0.03	-0.07	0.23	0.68	0.25	0.16	-0.04	-0.15	-0.09	0.85	-0.20	0.05	0.05	0.26
JCQ13	仕事をやり終えるのに十分な時間が与えられている。		0.04	0.02	-0.10	0.73	0.03	-0.04	0.00	-0.24	-0.14	0.61	-0.23	0.12	-0.09	-0.36
JCQ14	他の人達からお互いにくい違う指示を出されて困ることはない。		-0.09	0.06	-0.27	0.34	-0.09	0.16	0.05	0.03	-0.30	0.17	-0.19	0.00	0.31	0.04
JCQ15	(私の上司は、部下のを考えてくれる。		0.90	0.00	0.05	-0.06	0.11	-0.08	0.03	0.83	-0.12	0.03	0.14	0.01	-0.06	-0.21
JCQ16	私の上司は、私が言っていることに耳を傾けてくれる。		0.97	-0.13	0.08	0.12	0.01	-0.03	-0.01	0.78	0.04	0.01	0.11	0.00	-0.05	-0.03
JCQ17	私の上司は、仕事をやりとげる上で助けになる。		0.88	0.08	-0.10	0.05	-0.11	0.01	0.09	0.91	0.04	-0.10	-0.15	0.06	0.03	0.13
JCQ18	私の上司は、うまくみんなを共同しで働かせている。	職場の 社会的 支援	0.79	0.13	-0.12	-0.14	0.10	0.10	-0.02	0.77	0.08	-0.02	-0.21	0.23	-0.02	0.13
JCQ19	私が一緒に働いている人達は、仕事を する上で有能な人達である。		0.04	0.66	-0.01	-0.06	0.06	-0.02	-0.10	0.28	0.92	0.07	-0.22	-0.13	0.06	-0.08
JCQ20	私が一緒に働いている人達は、私に個人的に関心を持ってくれる。		-0.05	0.53	0.06	-0.14	0.13	0.15	-0.19	-0.04	0.59	0.28	0.32	-0.02	-0.09	0.30
JCQ21	私が一緒に働いている人たちは、親しみやすい人たちである。		0.06	0.74	-0.01	0.10	-0.18	-0.01	0.08	-0.12	0.89	-0.10	-0.21	0.17	0.11	-0.03
JCQ22	私が一緒に働いている人達は、仕事をやりとげる上で助けになる。		-0.04	0.90	0.09	0.07	0.02	-0.11	0.08	-0.06	0.81	-0.06	-0.13	-0.03	0.06	0.04
因子寄与			4.37	3.12	2.68	2.88	1.59	1.59	0.90	3.48	3.38	3.05	2.66	2.25	1.64	1.40

因子抽出法：重み付けのない最小二乗法、回転法：プロマックス法、| 因子負荷量 | ≥0.35を太字で示す。

因子間相関

因子	1	2	3	4	5	6	7
1	1	0.40	0.27	-0.55	-0.29	0.11	-0.05
2	0.40	1	0.25	-0.31	0.03	0.21	0.20
3	0.27	0.25	1	-0.21	-0.10	0.35	0.03
4	-0.55	-0.31	-0.21	1	0.32	0.06	0.03
5	-0.29	0.03	-0.10	0.32	1	0.24	0.14
6	0.11	0.21	0.35	0.06	0.24	1	0.26
7	-0.05	0.20	0.03	0.03	0.14	0.26	1

因子間相関

因子	1	2	3	4	5	6	7
1	1	0.10	-0.17	0.17	0.06	-0.10	-0.06
2	0.10	1	-0.14	0.37	0.15	-0.23	0.24
3	-0.17	-0.14	1	-0.34	-0.36	0.11	-0.09
4	0.17	0.37	-0.34	1	0.18	-0.01	0.13
5	0.06	0.15	-0.36	0.18	1	0.01	0.15
6	-0.10	-0.23	0.11	-0.01	0.01	1	0.03
7	-0.06	0.24	-0.09	0.13	0.15	0.03	1

表 3-2. ERI23項目の因子分析の結果

質問項目	下位 尺度	女性						男性				
		因子 1	因子 2	因子 3	因子 4	因子 5	因子 6	因子 1	因子 2	因子 3	因子 4	因子 5
ERI1 仕事の負担が重く、常に時間に追われている。		0.71	0.11	-0.02	0.00	-0.02	-0.03	0.86	0.13	-0.06	0.18	0.07
ERI2 邪魔が入って中断させられることの多い仕事だ。		0.69	-0.07	-0.22	0.15	0.06	0.01	0.22	0.67	0.06	0.22	-0.28
ERI3 責任の重い仕事だ。	外因的 な努力	0.47	0.02	-0.29	-0.01	0.14	0.05	0.21	0.37	-0.11	-0.04	-0.26
ERI4 しばしば、残業をせまられる。		0.67	-0.04	0.10	-0.14	-0.05	0.13	0.60	0.31	-0.07	0.22	-0.08
ERI5 肉体的にきつい仕事だ。		0.54	-0.09	0.05	0.14	-0.30	-0.08	0.42	0.29	-0.23	-0.06	0.01
ERI6 過去数年、だんだん仕事の負担が増えてきた。		0.83	-0.06	0.12	-0.06	-0.13	-0.09	0.63	0.44	0.05	0.08	0.07
ERI7 上司からふさわしい評価を受けている。		0.00	-0.05	0.46	0.35	0.09	-0.17	-0.79	0.31	0.28	0.13	-0.02
ERI8 同僚からふさわしい評価を受けている。		0.02	0.09	0.04	0.73	-0.03	0.10	-0.51	0.03	-0.06	0.23	0.17
ERI9 困難な状況に直面すれば同僚から十分な支援が受けられる。		0.01	0.03	0.03	0.77	-0.06	-0.05	-0.71	0.17	-0.20	0.32	0.01
ERI10 職場で公平に扱われていない。		-0.11	0.02	0.83	-0.10	-0.07	0.01	-0.15	-0.23	0.09	0.07	0.74
ERI11 職場で、好ましくない変化を経験している。		-0.12	0.04	0.60	0.00	0.06	0.00	0.21	-0.43	0.43	0.32	0.20
ERI12 昇進の見込みは少ない。	報酬	0.05	0.04	0.18	0.10	0.36	0.23	0.13	-0.14	0.37	0.54	0.01
ERI13 失職の恐れがある。		-0.01	-0.03	0.05	0.02	-0.06	0.93	-0.04	-0.07	-0.10	0.71	0.07
ERI14 現在の職は、自分が受けた教育やトレーニングの程度を充分反映している。		0.06	0.05	0.57	0.09	0.05	0.16	0.05	0.17	0.26	0.85	-0.03
ERI15 自分の努力と成果をすべて考えあわせると、私は仕事上ふさわしい評価と人望を受けている。		0.11	-0.08	0.56	0.04	0.30	-0.01	-0.44	0.22	0.52	0.29	0.02
ERI16 自分の努力と成果をすべて考えあわせると、私の仕事の将来の見通しは適当だ。		-0.08	-0.14	0.09	0.10	0.62	-0.02	-0.07	-0.02	0.68	0.08	0.11
ERI17 自分の努力と成果をすべて考えあわせると、私のサラリー／収入は適当だ。		-0.11	0.01	0.08	-0.12	0.76	-0.10	0.04	-0.20	0.90	-0.16	-0.16
OC1 時間的なプレッシャーを感じやすい。		0.37	0.27	-0.15	-0.01	0.08	-0.03	0.03	0.72	-0.23	0.08	0.03
OC2 朝起きるとすぐ、仕事の問題を考え始める。		0.17	0.58	-0.14	-0.03	0.19	0.02	0.08	0.64	-0.18	-0.09	0.27
OC3 家に帰ると、すぐにリラックスでき、仕事の事をすべて忘れてしまう。		0.00	0.61	0.02	0.07	-0.18	0.07	0.39	0.14	-0.19	-0.04	0.51
OC4 私をよく知る人は、私は仕事のために自分を犠牲にしすぎているという。	OC	0.28	0.55	0.30	-0.17	0.01	-0.04	-0.24	0.56	-0.07	-0.06	-0.10
OC5 仕事のことが頭から離れず、寝床に入ってもそのことばかり考えている。		-0.20	0.93	-0.05	0.03	0.02	-0.06	0.03	0.63	0.31	-0.43	0.09
OC6 今日中にやるべきことをやむをえず明日に延ばさなければならぬとしたら、夜眠れない。		-0.08	0.77	0.02	0.13	-0.07	-0.01	0.28	0.34	0.33	-0.48	0.09
因子寄与		4.96	4.30	4.98	3.62	4.05	1.57	7.71	6.43	4.51	5.05	1.74

因子抽出法：重み付けのない最小二乗法、回転法：プロマックス法、| 因子負荷量 | ≥0.35を太字で示す。

因子間相関

因子	1	2	3	4	5	6
1	1	0.44	-0.45	-0.40	-0.45	-0.05
2	0.44	1	-0.45	-0.33	-0.35	-0.20
3	-0.45	-0.45	1	0.55	0.55	0.24
4	-0.40	-0.33	0.55	1	0.47	0.26
5	-0.45	-0.35	0.55	0.47	1	0.26
6	-0.05	-0.20	0.24	0.26	0.26	1

因子	1	2	3	4	5
1	1	0.63	-0.44	-0.50	-0.15
2	0.63	1	-0.23	-0.39	-0.06
3	-0.44	-0.23	1	0.29	0.35
4	-0.50	-0.39	0.29	1	0.12
5	-0.15	-0.06	0.35	0.12	1

性は女性より有意に低かった。報酬得点が女性より男性の方が低いという報告はこれまでになく、男性介護労働者の報酬の低さは、介護労働者に特徴的な職業性ストレスと考えた。そして、本研究ではERIモデルにおけるOC値とOC上位者の割合は、女性は男性より高い傾向があり、日本人労働者の代表値や先行研究と比較しても女性介護労働者のこれらの値は高かった。したがって、女性介護労働は、仕事に過度に傾注するような個人要因を持つ労働者集団であると考えた。このことは、女性介護労働の職業性ストレス対策には、状況特異的な職業性ストレス要因の対策だけでなく、個人要因へのアプローチが必要であるかつ有効であることを示唆している。

日本では、介護労働者の負担軽減対策として、介護機器の使用や人間工学的対策が提案されてきたが、身体負担を軽減する対策だけでなく、労働者の個人要因を考慮した職業性ストレス対策が必要と思われる。

今後、さらに大規模な集団に対して、同様の調査を行い、日本の介護労働者の職業性ストレスを検証しなければならない。

なお、本論文の一部は、第47回近畿産業衛生学会(2007年11月、京都)にて発表した。

また、本調査にご協力を頂きました、大阪府介護福祉士会の皆様に感謝申し上げます。

<引用文献>

1. 内閣府、平成18年版高齢社会白書、2006.
2. Riihimaki H. Low-back pain, its origin and risk indicators. Scand J Work Environ Health 1991; 17: 81-90.
3. Dehlin O, Hedenrud B, Horal J. Back symptoms in nursing aides in a geriatric hospital. An interview study with special reference to the incidence of low-back symptoms. Scand J Rehabil Med 1976; 8: 47-53.
4. 松本一彌、金沢知子、川森正夫. 某特別養護老人ホームにおける寮母の労働負担と健康障害に関する調査研究. 日本公衛誌 1978; 25: 379-392.
5. Fujimura T, Yasuda N, Ohara H. Work-related factors of low back pain among nursing aides in nursing homes for the elderly. J Occup Health 1995; 37: 89-98.
6. 永田久雄、李 善永. 特別養護老人ホームでの介護労働の実態調査と今後の高齢介護労働の検討. 労働科学 1999; 75: 459-469.
7. 瀬尾明彦. 高齢者施設介護における労働負担の現状. 北陸公衛誌、2001; 27: 67-75.
8. 峯松 亮. 介護職者の腰痛事情. 日職災医誌 2004; 52: 166-169.
9. 藤井聡、杉原敏道、須藤俊亮、若林一郎. 介護作業における業務上腰痛の発症状況と対策に関する研究. 産衛誌 2004; 46: 230-231.
10. 藤井聡、杉原敏道、佐々木寛、須藤俊亮、若林一郎. 山形県内の介護作業職場における腰痛の実態とそのリスク要因. 日本衛生学雑誌 2007; 62: 911-919.
11. 富岡公子、松永一朗. 大阪府内新設介護老人福祉施設における筋骨格系障害の実態—施設責任者の把握状況とアンケート調査による職員の訴え—. 産衛誌 2007; 印刷中.
12. 久保真人、田尾雅夫. バーンアウト：概念と症状、因果関係について. 心理学概論 1991; 34: 412-431.
13. 谷口幸一、吉田靖基. 老人福祉施設職員の介護ストレスに関する研究. ストレス科学 1999; 14: 105.
14. 原田和佳、夏目誠、角典哲ほか. 特別養護老人ホームに勤務する介護職員のストレスに関する調査. 老年精神医学雑誌2001; 12: 566.
15. Fujiwara K, Tsukishima E, Tsutsumi A, Kawakami N, Kishi R. Interpersonal conflict, social support, and burnout among home care workers in Japan. JOH 2003; 45: 313-320.
16. 松井美帆. 痴呆性高齢者グループホームの職員におけるストレス. 日本痴呆ケア学会誌 2004; 3: 21-29.
17. 介護労働安定センター. 介護労働者のストレス. 総合ケア2006; 16: 88-90.
18. 小野寺敦志、畦地良平、志村ゆず. 高齢者介護職員のストレッサーとバーンアウトの関連. 老年社会科学 2007; 28: 464-475.

19. 財団法人介護労働安定センター. 平成17年度介護労働実態調査. 2006.
20. 井田敦彦、少子高齢化と外国人労働者、国立国会図書館調査局総合調査資料、国立国会図書館調査及び立法考査局：東京、2005、242-251.
21. Krasek R. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Quart* 1979 ; 24 : 285-308.
22. Kawakami N, Kobayashi F, Araki S, Haratani T, Furui H. Assessment of job stress dimensions based on the job demands-control model of employees of telecommunication and electric power companies in Japan: reliability and validity of the Japanese version of the Job Content Questionnaire. *Int J Behav Med* 1995 ; 2 : 358-375.
23. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med* 2004 ; 58 : 1483-1499.
24. Tsutsumi A, Kawakami N. A review of empirical studies on the model of effort-reward imbalance at work: reducing occupational stress by implementing a new theory. *Soc Sci Med* 2004 ; 59 : 2335-2359.
25. 川上憲人、原谷隆史、小林章雄ほか. 職種別の職業性ストレスの分布. 労働省平成9年度作業関連疾患の予防に関する研究班報告書. 1998.
26. Murata K, Kawakami N, Amari N. Does job stress affect injury due to labor accident in Japanese male and female blue-collar workers? *Ind Health*. 2000 ; 38 : 246-251.
27. 小嶋雅代、千田嘉博、林博史、徳留信寛. 某事業所におけるメンタルヘルス評価手段としての定期健康診断問診票の妥当性の検証. 産衛誌 2002 ; 44 : 236-241.
28. Mikurube H, Kaneko M, Murata C, et al. Association of change in the type of job with prevalence of components of the metabolic syndrome-special reference to job stress. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 2005 ; 52 : 987-993.
29. 堤 明純、日本語版努力-報酬不均衡モデル職業性ストレス調査票使用マニュアル. 2006.
30. Tsutsumi A, Kayaba K, et al. The effort-reward imbalance model: Experience in Japanese working population. *JOH* 2002 ; 44 : 398-407.
31. Tsutsumi A, Ishitake T, Peter R, Siegrist J, Matoba T. The Japanese version of the effort-reward imbalance Questionnaire: a study in dental technicians. *Work & Stress* 2001 ; 15 : 86-89.
32. 荒木葉子、武藤孝司、朝倉隆司、山田幸寛、山内慶太. 努力報酬不均衡モデルを用いた中高年女性労働者の更年期症状評価とその対策. 産業医学ジャーナル2001 ; 24 : 23-29.
33. 中尾睦宏、荻田香苗、錦谷まりこ、矢野栄二、森田美保子、辻内琢也. 職場のメンタルヘルス 情報サービス業従事者における過重労働が心理・行動・身体面に及ぼす影響. 日本心療内科学会誌 2005 ; 9 : 141-145.
34. Takaki J, Nakao M, Karita K, Nishikitani M, Yano E. Relationships between effort-reward imbalance, over-commitment, and fatigue in Japanese information-technology workers. *JOH* 2006 ; 48 : 62-64.
35. Peter R, Alfredsson L, Hammar N, Siegrist J, Theorell T, Westerholm P. High effort, low reward, and cardiovascular risk factors in employed Swedish men and women: baseline results from the WOLF Study. *J Epidemiol Community Health*. 1998 ; 52 (9) : 540-547.

民医連による「孤独死実態調査」と 「高齢者医療・介護・生活実態調査」

山田 智

〔はじめに〕

民医連では2006年1月～9月まで「孤独死実態調査」を行い、さらに2006年10月・11月の2ヶ月間、全国いっせいに2万件を超える「高齢者の医療・介護・生活実態調査(高齢者生活実態調査)」を実施しました。

その結果については、『前衛』2007年5月号に原和人全日本民医連副会長が、簡潔にまとめています。その中で特に孤独死の問題として背景にきびしい生活実態・格差社会における貧困層の増大、さらに医療・介護の改悪が孤独死を増加させていると指摘しています。また、今後「後期高齢者医療制度」の導入により患者自己負担が増加し、高齢者には耐え難い経済状況となり、孤独死をさらに増加させるであろうと、厚労省の医療「構造改革」をきびしく批判しています。

したがって本稿では、はじめに日本における孤独死の現状・発生率、中でも経済的困難さが孤独死をうみ出している生活保護受給者の現状について、事例もまじえ報告します。次に民医連の孤独死実態調査の結果をあらためて報告し、今後増えるといわれている高齢・男性の孤独死についても考察します。最後に高齢者生活実態調査の結果について、孤独死につながる高齢者の貧困と孤立の問題を中心に報告します。

1、日本における孤独死の現状

孤独死に対して法的に明確な定義がないため、現在では「一人暮らしの人が、家族など誰にもみとられることなく、当人の居住内等で生活中の突発的な病気などが原因で死亡すること」(フリー百科事典：ウィキペディア)となっています。

この定義を参考に新聞や著書、インターネットなどに発表された最近の孤独死の報告をまとめてみました、(表1)。

表1 孤独死の状況

調査母体	孤独死の状況
福岡県北九州市 (2007年4月～2007年9月)	生活保護受給者(24人/12711人)
東京都新宿区 (2006年4月～2006年9月)	生活保護受給者(21人/6624人)
兵庫県・阪神大震災復興住宅 (2006年)	60人(8人が自殺)
東京23区 (2004年)	2718人/800万人余(23区の人口)
千葉県松戸市 (2005年)	102人/47万人(全人口)
都市再生機構 (2006年度)	517人(77万戸・1806団地)

生活保護受給を断ち切れ、「おにぎりを腹いっぱい食べたい」と、悲痛な思い書き残し餓死した、あの北九州市の58歳の孤独死はあまりにも有名となりました。

その北九州市で、生活保護の需給を受けながら孤独死した市民が2007年4月～9月のわずか6ヶ月間で24人いたことがわかりました。これは市の生活保護行政を検証している第3者委員会(稲垣忠委員長)の指示で市が調査を行い分かったものです。

この調査の結果にもとづき北橋健治北九州市長は、福祉事務所の生活保護行政の対応に「配慮に欠ける点が認められた」として、当時の保健福祉局長ら7人を処分し、市の生活保護行政に取り組む姿勢が「市民から乖離(かいり)していた」として、福祉行政の改善に向けた「今後の方針」も合わせて発表しています。

東京都新宿区新宿区の場合、2006年4月～9月で21人の孤独死でした。区は調査の翌月10月からすぐに高齢独居世帯の実態把握に乗り出すなど、孤独死対策を立ち上げ強化をはかったとしています。

しかし、対策の対象としたのは「2週間に1度以上、見守りができない独居、または高齢者の世帯」

とし、しかも死亡の発見が遅れた場合であっても、「介護保険や行政サービスを利用していた」「通院していた」「家族など他者との一定の接触があった」「自殺」などの場合は孤独死の定義に含めないとしています。

阪神大震災の被災者60人の孤独死の平均年齢が75.5歳（80歳代が19人で最多）で死因の7割（42人）が病気であり、発見までかかった時間が「1日以内」が39人、「2日～10日」が16人で、死亡から10日以内が9割となっています。これらのことを考えると、2週間に1度以上の見守りではとうてい少なすぎると考えられます（行政の場合、本当に1度しか行かなくなると考えられます）。

また、孤独死の定義からの除外例を考えると、単に数字上だけで孤独死を減らそうとしているとしか思われません。

日本共産党新宿区議団の近藤なつ子議員は、2007年9月21日議会でこの問題を取り上げ、区の孤独死対策を一定評価しつつも、「2週間ごと程度の見守り」に関して、民医連の孤独死実態調査の結果を示しながら、2週間が実態に合わないものであることを指摘し、同時に対象者の除外例についても再検討をすることを提案し、健康部長の「体制強化」の答弁を引き出しています。（高齢者の安否確認の強化に対する発言も紹介したいのですが、紙面の関係で省略します。関心のあるかたは議事録をお読みください。）

ここで2007年6月、私たちの身近に起きた孤独死の事例を紹介します。

62歳、女性、生活保護受給者のかたです。うつ傾向で私達のK病院を受診中でしたが、中断になりやすい方のため、外来看護師長が特に注意を払っていた方です。6月7日、予定の外來受診がないため外来看護師が自宅訪問を行ったところ、声かけや呼び鈴を鳴らしても応答がないため、隣組世話人の方にも手伝っていただき、再度訪問したところ顔をだされました。受診を呼びかけましたが当日受診は拒否、「1週間のうちに出てきます」といわれ訪問終了。訪問時の問診では「10日ぐらい前から体重減少、倦怠感がある」と話されていたとのこと。

市の生活保護担当ケースワーカーへ状況を報告し、担当の地域包括支援センターへも訪問と安否

確認を依頼、さらに地区民生委員の方にも概要を伝え安否確認の依頼を行いました。

6月13日、今回はK病院のケースワーカーが朝から自宅訪問を行ったところ、玄関ドアに3日分の新聞とドアノブにパンが入った袋がぶら下がっていました。しばらく呼びかけを行いましたが無ったく応答が無いので、また隣組世話人の方に同席をお願いしましたが、今回は多忙のため断られました。

一人で再度声かけを繰り返しましたが応答はなく、しかたなく団地の踊り場から室内の様子を伺いましたが、まったく分かりませんでした。念のため新聞受け口からにおいを確認しましたが異常な臭気は感じられなかったとのことでした。

一時病院へ戻り、市の担当ケースワーカーに電話連絡を行ったところ、「6月6日に訪問面接を行っている」とのこと。状況を伝え再度訪問活動の強化を依頼したところ、「検討します」との返答だけでした（先に述べたように2週間に1回の訪問でした）。

今度は地域包括支援センターへも電話連絡をしたところ、担当のケースワーカーより、「以前から2週間に1度訪問し安否確認を行い、直近では5月31日に訪問し本人と面談した」とのことでした。しかし気になるので本日訪問してみますとの返答を得ました。

同日そのケースワーカーより「いつもの訪問時とは雰囲気異なるため、警察の介入を経て自宅へ入ったところ死亡されている本人を発見、詳細は不明だが死後2～3日経過しているのではないかとのことでした。」と報告を受けました。

もう少し頻回の安否確認の必要があったのでは、事態の深刻さを行政に訴えきれなかったなど、関わりあったすべての人に悔いを残すケースとなりました。

2、孤独死の発生率

孤独死が全国でどれくらい起きているか、統一的なデータが無いので正確に答えることは出来ませんが、東京23区の人口は800万人あまりで、ここでの孤独死の報告が2718人であることから、人口比で考えると全国で1万人を超える孤独死があると推定されます。

また別に、2005年9月24日NHKスペシャル「ひとり団地の一室で」として放送され、大きな反響を呼んだ常盤平団地のある千葉県松戸市の孤独死数102名（市の人口47万2600人の0.02%、これに日本の人口をかけ算出）から推測すると、2万5600人となります。

もっとも多い数字では都市再生機構の報告にもとづくもので、77万戸数のうち孤独死数517人（0.06%）から推測すると7万6800人となり、自殺者3万2000人を上回る予測値となってしまいました。

筆者が本稿を書いている最中2月1日朝日新聞が、あの北九州市の年間の孤独死が231人であったと報じています。これは市が民生委員に調査した結果明らかになったものです。現在北九州市の人口が約98万人であり、全国比にすればやはり3万近くとなり、年間の自殺者と同じぐらいになりました。

3、全日本民医連孤独死実態調査

民医連の孤独死実態調査は2006年1月～9月までの9ヶ月間に行われました。対象は52事業所から報告された100人を対象にしました。調査項目は、性、年齢、職業の有無、保険の種類、事業所の管理患者か否か、死亡者の基礎疾病と通院状況、死亡発見日時、死因、死後経過日数、死亡の連絡者、協同組織加入の有無など多岐に渡るものであり、他に類を見ない優れた調査報告となりました。以下、主なものを紹介します。

調査結果の概要ですが、先に紹介した松戸市の報告もそうなのですが、70歳未満の比較的若い男性に孤独死が多いことが分かりました（松戸市64

歳以下では男性87%）、（表2）。

無職で事業所の患者が各々8割でした。保険の種類では、生活保護36人、国保一般25人、老人医療21人、社保本人6人などが多い順でした。

死因は病死58人、不明39人、その他2名、自殺1人であり、死後から発見されるまでの日数は3日以内55人、4日～1週間未満8人、1週間～2週間6人、3週間～1ヶ月未満1人、1ヶ月以上4人、不明26人であり、死後比較的早期に発見されていました。

つぎに死亡の連絡に関する調査項目ですが、今回の調査の中で、他の孤独死の報告にあまり報告例のみられない最も優れた調査項目のひとつです、（表3）。

死亡の連絡は警察からが54人を占めていました。孤独死が発見され場合、発見者からまず警察に連絡され、警察が検視を行うのが普通です。その過程で、どのような状態であったかを通院歴があれば医療機関に問い合わせがあり、医療機関が孤独死を知ることになります。したがってどうしても警察が多くなるのが当然ですが、今回はそれ以外にも親族13人、隣人2人、知人4人、民生委員4人、社会福祉事務所2例であり、最初に警察に連絡を入れた者がもう少し具体的に分かれば、これらの数字も増えると思われますが、隣近所との付き合いが希薄になり、日常生活においても「孤立」していることが伺われました。

一方、職員が2人、ケアマネージャー6人、ヘルパー7人、配食サービス係り2人、デイサービス職員1人など介護の職員によって発見された事

表2 性別と年齢

年齢層	性別		総計
	男性	女性	
30歳代	1	0	1
40歳代	2	1	3
50歳代	15	2	17
60歳代	33	2	35
70歳代	14	9	23
80歳代	7	11	18
90歳代	0	2	2
不明	1	0	1
総計	73	27	100

表3 死亡の第一連絡者

死亡の連絡	合計
警察から	54
家族	13
隣人	2
知人	4
民生委員	4
社会福祉事務所	2
職員	2
ケアマネージャー	5
ヘルパー	7
配食サービス係	2
デイサービス職員	1
その他	4
合計	100

表4 死亡者の基礎疾患

分類	疾患	合計
新生物	悪性疾患	5
内分泌・代謝系	糖尿病	19
	高脂血症	8
精神	精神疾患	4
	認知症	1
神経系	パーキンソン病	2
消化器系	肝硬変	7
腎尿路系	慢性腎不全	5
中毒など	アルコール	11

分類	疾患	合計
循環器系	高血圧	29
	心筋梗塞	2
	狭心症	2
	心不全	3
	不整脈	3
	脳血管疾患	14
呼吸器系	喘息	4
	慢性気管支炎・肺気腫	7
	慢性呼吸不全	6

例も少なくなく、今後孤独死を予防する上で、これら介護に携わる人たちの役割が重要になるとの結果にもなりました。

死亡者の基礎疾患と通院状況ですが(表4)、これも今回の調査が、医療機関側からの調査ということで、危険因子に関して重要なデータを示すことが出来ました。

高血圧、糖尿病、脳血管障害、アルコール症などが危険因子となりやすく(アルコール症の11人は全て、70歳未満の比較的若い層でした)、またこれらの中で、糖尿病はインシュリン使用をしている事例、慢性呼吸不全のために在宅酸素療養、慢性腎不全のために透析治療を受けていた事例など重症の患者もみられました。

通院中53人、中断25人、その他14人、他院通院中1人、不明7人でした。中断に関係なく、通院中でも孤独死は充分起こることがわかり、あらためて一人暮らしの男性、無職で慢性疾患など、危険因子を持つ方への係わりを強めていく必要があると思われました。

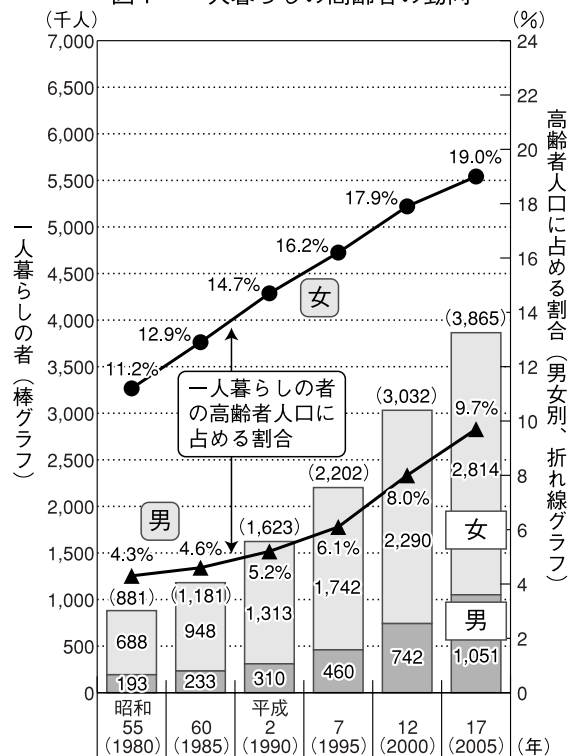
4、増える高齢・男性の孤独死

総務省の「2005年国勢調査・一人暮らしの高齢者の動向」によれば(図1)、65歳以上の一人暮らし高齢者の増加は男女共に顕著であり、1980年には男性約19万人、女性約69万人、高齢者人口に占める割合は男性4.3%、女性11.2%であったものが、2005年には男性約105万人、女性約281万人、高齢者人口に占める割合は男性9.7%、女性19.0%となっており、今後も一人暮らし高齢者は増加を続け、特に男性で一人暮らし高齢者の割合が大きく伸びることが見込まれています。

厚労省の2005年「国民生活基礎調査」の「家族構成割合高齢者の男女・年齢階級別」によれば(図2)、年齢が低いほど子供と同居していないことが分かりますが、男性では80歳を過ぎても同居したがない傾向にあり、男性高齢者の孤独死が増加する原因の一環とも言われています。

いずれにしても増え続ける孤独死にたいして、

図1 一人暮らしの高齢者の動向



資料：総務省「国勢調査」

(注1) 「一人暮らし」とは、上記の調査・推計における「単独世帯」のことを指す。

(注2) 棒グラフ上の()内は65歳以上の一人暮らし高齢者の男女計

『ひとり誰にも看取られず』の著者佐々木とく子氏は『中央公論』（2007年11月号）の「孤独死の大量発生がとまらない」の中で、

「孤独死増加の背景には、少子高齢化、核家族化、コミュニティの崩壊、非婚・離婚の増加、リストラ、貧困、アルコール依存など、現代日本が抱える問題があり、いずれも決め手となる解決策がないからだ。いわば現代社会の歪みが孤独死という形を取って表らわれているのであり、社会の状況が改善されない限り、孤独死は増え続ける。」としています。

民医連も調査後、孤独死対策として「介護サービスとの連携」、「治療中断への積極的対応」、「気になる患者訪問」などを行い予防につとめ、それでも不幸にして起こってしまった退院患者の孤独死に対しては「退院許可の再評価」を行うなどの重要性を強調し、最後に「患者を、生活や経済的条件など社会的背景をふくめた全人的な視点でと

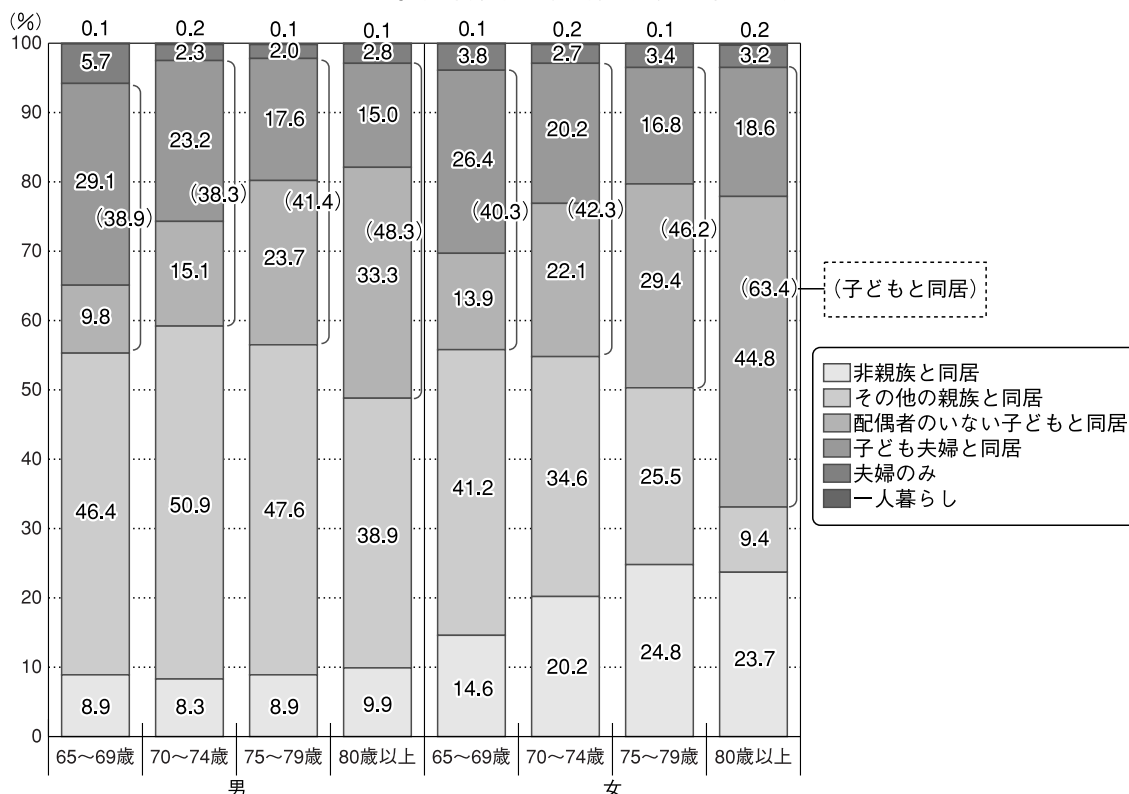
らえることなしに孤独死は防げない」とよびかけています。また「孤独死が発生した場合、なぜ孤独死にいたったのかを分析し、どうすればなくすことができるのかを検討し、今後の対応も具体化を」ともよびかけました。

5、高齢者の「貧困」と「孤立」から見た、高齢者生活実態調査

民医連の「高齢者医療・介護・生活実態調査」は、全国の65歳以上の高齢者（医療生協組合員、友の会の方を中心に、入院、入所者は除く）のうち無作為に選んだ7万人を対象とし、その中で訪問調査に同意が得られた、男性7790人（38%）、女性1万2431人（62%）、計2万769人（対象者比30%、有効回答2万521人）に対し、調査職員数延2万4000人が直接自宅訪問し、全例聞き取りによるという他に類を見ない大調査となりました。

調査内容も①対象者の基本属性、②医療や介護に関すること、③経済状況に関すること、④生活

図2 家族構成割合高齢者の男女・年齢階級別



資料：厚生労働省「国民生活基礎調査」（平成17年）

（注1）「一人暮らし」とは、上記調査における「単独世帯」のことを指す

（注2）（ ）内の数値は子どもと同居している者の割合（子ども夫婦と同居と配偶者のいない子どもと同居の合計）

に関すること、⑤その他など質問項目28問、補足質問20問、計48問と多岐にわたって行われました。

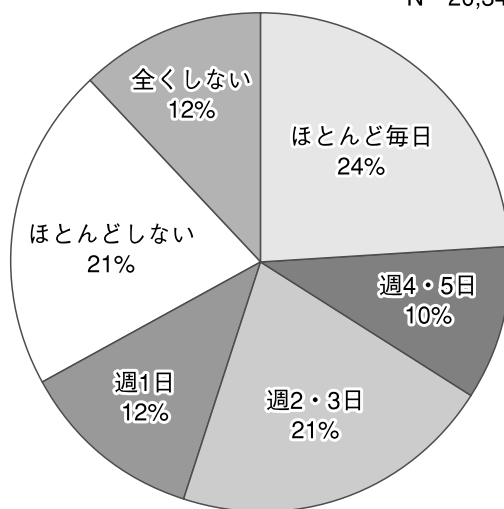
高齢者の「貧困」に関連して（図3）、本人の月収を紹介します。「収入なし」が5.3%、「1円～5万円未満」が12%、「5万円～10万円未満」が22.7%であり、月の収入が10万円未満（年間120万円未満が）が全体の4割を占めていました。特に女性では半数（51.6%）が10万円未満であり、高齢者の「貧困」の実態が明らかになりました。

また、今回の調査のもとで全体の3分の1が生活の苦しさを訴え、4割がここ4～5年間で暮らし向きが悪くなったと訴えていますが、これは収入が低いほど多くなる傾向を認めました。

高齢者の「孤立」に関連して、まず世帯構成ですが、「一人暮らし」が4分の1（25.4%）、「夫婦のみの世帯」が3割（30.7%）であり、女性の3分の1（33%）が「一人暮らし」となっていました。

図4 外出頻度（%）

N=20,341



1週間の外出頻度では（図4）、「ほとんど外出しない」「まったく外出しない」があわせて32%

図3 本人の月収入（%）

N=19,461

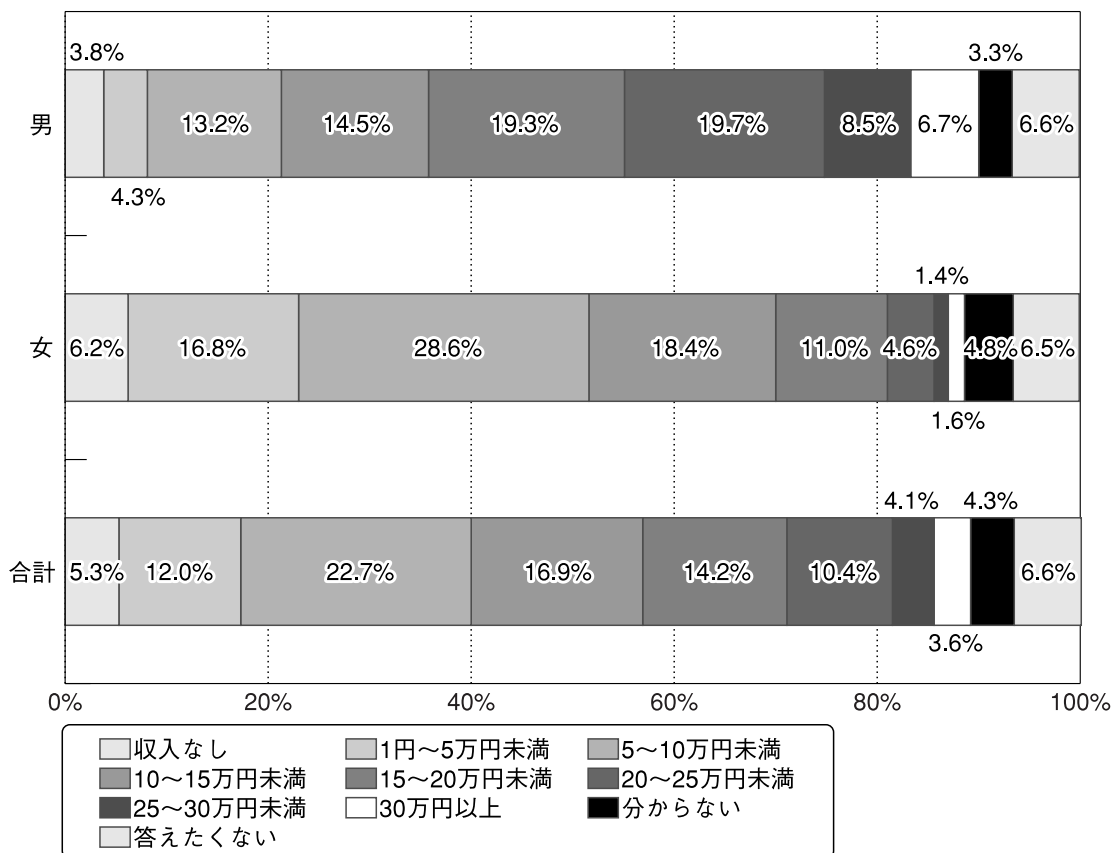
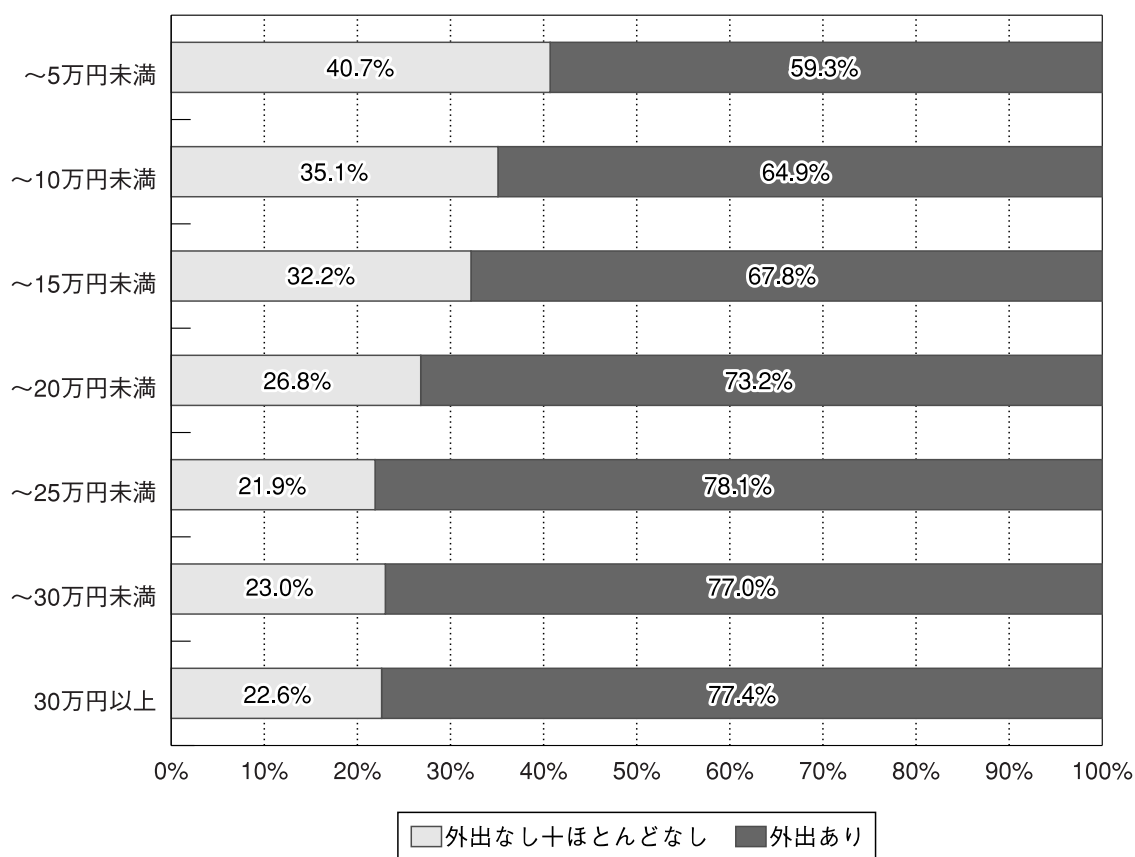


図5 一週間の外出の度合い（％）



であり、実に3分の1が1週間に一度も外出しないという結果になっていました。

理由としては「身体の具合が悪い」がトップですが、次いで「特に行くところがない」「道が悪い、階段の上がり下りなど外出しにくい事情がある」「連れて行ってくれる人がいない」「外に出かけるとお金がかかる」など、高齢者が外出したくても外出しにくいという現状が明らかになりました。さらに（図5）、収入が低い人ほど「外出」の機会が少なくなることもわかりました。

（ちなみに、OECDは友人、同僚、社会団体の自分以外の人とすごすことがないことを「社会的孤立」としていますが、加盟国の中でも日本は社会的孤立者の割合がもっとも高い国であり、またOECDの結果でも若年者より50歳以上の年長者に、高所得者より低所得・中所得者に社会的孤立が高くなる傾向を認めました。）

これらの結果をもとに、民医連は高齢者が安心

して外出できるように「外出の手段」の確保や「安全な環境」作りなどを自治体に提案、提言し、さらに今回、訪問の許可をいただけなかった方々（5万人）の中にこそ多くの「貧困」と「孤立」が存在すると考え、働きかけを強めます。

6、おわりに

今回の民医連の「孤独死実態調査」と「高齢者医療・介護・生活実態調査」は、生活保護など経済的困難さが「孤独死」を生み出していること、高齢者は「貧困」と「孤立」の状況にあえいでいることを明らかにしました。

またこれらのことが、今後政府、厚労省が進めようとしている、後期高齢者医療制度などの政策・路線とは大きく乖離していることも明らかにしました。

読者のみなさん、地域の経済的困難者や高齢者は悲鳴を上げています、これらの叫びに耳を傾け、

力を合わせ人権と生活を守るたたかいをいっそう強めていきましょう。

引用論文

佐々木とく子：「孤独死の大量発生が止まらない」11：168～175、『中央公論』2007
林泰則「全国2万人調査がしめす高齢者の生活実態」『議会と自治体』12：28～34、2007
OECD編著：『図表で見る世界の社会問題』2005

引用書籍

NHKスペシャル取材班&佐々木とく子：『ひとり誰にも看取られず』、阪急コミュニケーションズ、2007年8月
政府等刊行物

平成17年国勢調査、総務省、統計局
平成17年国民生活基礎調査、厚労省

参考資料

毎日新聞：生活保護受給者の孤独死、2007年12月11日
朝日新聞：阪神大震災の被災者、孤独死60人 誰にも見取られず、2008年1月15日
産経新聞：孤独死を防ぐ7年間で2.5倍、2008年1月8日
朝日新聞：孤独死231人自殺者の割合に匹敵、2008年2月1日
新宿区議会議事録：平成19年9月21日

(やまだ さとし、みさき病院院長)

【事務局ニュース】2・会員募集と定期購読のご案内 (巻末の入会申込書をご利用下さい)

会員募集 「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」の会員を募集しています。会員には正会員（個人・団体）と賛助会員（個人・団体）があり、入会金・年会費は以下のようになっています。また、機関誌『いのちとくらし』を追加購入される場合、会員価格でお求めいただけます。（なお、会員への機関誌送付部数は、団体正会員1口5部、個人正会員1口1部、団体賛助会員1口2部、個人賛助会員1口1部となっています。）

○会員の種類

- ・正会員（団体、個人）：研究所の行う行事に参加でき、機関誌・研究所ニュースが無料配布され、総会での表決権があります。
- ・賛助会員（団体、個人）：研究所の行う行事に参加でき、機関誌・研究所ニュースが無料配布されます。

○会費（年会費）

	区 分	適 用	入会金	年会費(一口)
正会員	団体会員	団体・法人	10,000円	100,000円
	個人会員	個 人	1,000円	5,000円
賛助会員	団体会員	団体・法人	なし	50,000円
	個人会員	個 人	なし	3,000円

定期購読 機関誌『いのちとくらし』定期購読の申し込みも受け付けています。季刊（年4冊）発行、年間購読の場合は研究所ニュースも送付いたします。また、会員の方には機関誌が送付されますが、会員価格で追加購入もできます。詳細は事務局までお問い合わせください。

- ・1冊のみの場合：
機関誌代 ￥1,000円＋送料
- ・年間購読の場合：
機関誌年4冊＋研究所ニュース＋送料
￥5,000円

地域医療を考えるシンポジウム基調講演 「医療に情けあり-“人より金”の世界でいいのか」

高柳 新



●はじめに

ご紹介を頂きました研究所の高柳新と申します。お手元にレジメがありますが、これを見て何を言おうとするのかをお分かりの人はほとんどいないという、厄介

なレジメです。従いまして、レジメは後ほどゆっくり何かの参考にしていただければと思います。ただ話の全体の流れはレジメに沿いたいと思います。

先ほど町長さんとも話したのですが、僕は千葉県に縁が深く、子供のころに神崎町（こうざきまち）という成田と佐原（さわら）の間とところで、小学校1年から中学校3年の2学期まで、戦争で疎開したついでにずっと暮らしていました。僕はこの房州に足を運んだのは、小学校6年生の修学旅行のとき以来です。そのときは鋸山に行ったり小湊に行ったりしましたが、久しぶりにこちらに来たという思いを強くしました。

子供のころ、神崎町には3千人くらいの方が住んでいたと思います。だいたい3人のお医者さんがいて、歯医者さんはあつたりなかったりというイメージです。僕はお医者さんにも歯医者さんにもかかったことがありません。風邪をひくと、たいていお袋が豆腐屋さんからカラシをもらってきておいて、カラシシップを胸や背中に貼っていました。だから、はしかもインフルエンザもおたふくも、みんなカラシシップでやつけたわけです。また、うちにはいつでも芽が生えたジャガイモがありました。カレーライス用ではなくて、やけど用のです。やけどをすると、すぐにジャガイモをすって貼り付ける。こういうことを知っているのは、人生のベテランの方でしょうが、昔はお医者

さんにはそうむやみにかからなかったんですね。僕も知っていますが、地元の先生たちはなんとなく別世界の偉い人でおっかなそうで、うかつにかかるものならば脅かされるわ金を取られるわけで、むやみに近づかないようにしようという、そういう人生でした。一番強烈だったのは歯が痛いときです。歯医者さんがいないわけですから、どうしたかということ、僕はタコ糸を買ってきて、歯に縛り付けて、ドアの取っ手に反対側を縛り付けて、思いっきり蹴っ飛ばす。そうすると抜歯となるわけです。こういうのを自助努力といいます。僕は小学校6年生くらいから自己責任と自助努力に徹していました。

実を言うと、歴史をずっとさかのぼると、医療・お医者さんが、仲間になって力を出してくれるのだということが、かなりの人に本当にはっきりし始めたのは案外に最近のことなのです。それは釈迦に説法になりますが、国民皆保険、みんな保険があつて、どこへでも安心してかかれる、「だいたい今日は〇〇円握っていけば大丈夫かな」と、たくさんの人が医療を自分のものにした時代からです。

ちょっと誤解を与えるかもしれませんが、医療や医療機関や医者というのが、日本では多くがお国のために存在していた時期があるのです。その次に、主人公はお医者さんで患者さんが二の次三の次という医療、3つ目によく主人公は患者だという医療の歴史をたどった。どの勉強もそうですが、お国のためにガリ勉をする、自分のためにガリ勉をする人もいます。でも本当の勉強というのは、世の中の自分の勉強を本当に大切してくれる人のために、一緒になって自分の力を精一杯発揮する、急に頭なんかよくならなくてもいいですね。医療の世界でも、受験勉強でやたらと偏差値とありますが、本当に一番大切なのは、人の

心がわかること、そして、ほどほどにまじめであることです。そういう医者がたくさん出てくるようにしないと、かなり出来る輩が理不尽に国の政策に追随したり勝手に自分だけを売り込もうとしたり、そういう「勉強家」が多いのではないかと僕は思っています。

本当に大切なのは、患者さんと一緒に悩むこと。医療の仕事は、実はわからないことがたくさんあるのです。患者さんが悩んでいることを持ち帰って、どうしてなんだろうと本を調べたり、同僚に相談したり、専門家と相談したり、そういう掛け合いをずっとやり続ける仕事なのです。自分の頭にある在庫をあてはめていると思われがちですが、違います。悩み続ける仕事です。例えばこういう患者さん、医者があります。胸が痛くて仕方ないと患者さん本人は言い続ける。いろいろ調べた結果、はっきりしなかった。すると、お医者さんは「あなた、異常ないですよ」とつい言うてしまう。しかし患者さんには異常があるわけです。「わからないから、力を合わせてもうしばらく考えたり試みたりしようじゃないか」となっていく必要がある。それは患者さんと医療機関、医療従事者との間の基本的なキャッチボールです。丸を書いてチョンという作業であれば、みんなコンピュータに入力してやればいいじゃないですか。なぜ出来な

いかといえ、人間はとても複雑で、単に痛いと言っても、悲しくて痛かったり我慢できる痛みだったり、いろいろとあるからです。それを共有できなければいけないと、僕は思います。

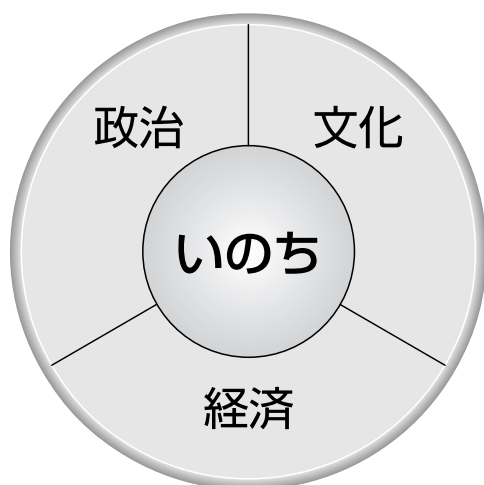
●人間にとって大切なこと

そもそも人間にとって何が肝心かといえ、いろいろとありますが、僕は命だと思えます。沖縄では「命（ぬち）どう宝」と言いますが、これは今でも役所その他公共機関に行くと、看板に出ています。政治を国のレベルでやっている人たちは、金がないとか、財源がどうかと言います。しかし本当は政治も経済も、あらゆる意味での文化活動も命を守るため、より豊かな命のために経済活動をしているのです。たいていの庶民は、自分の子供を守るために精一杯働いて育てています。そのために働いている。子育てするために働いているという、命こそ中心のものにしなければいけないということを確認しておかないと、医療費に金がかかりすぎるからもっと合理的な医療はないか、もっと合理的な終末期医療はないかと、合理的という概念だけで医療をあつかってしまう。この国が豊かな国かどうか、美しい国かどうか、医療がこれだけ住民のものになっていない国が美し



シンポジストの方たち。地域医療を考えるため
さまざまな立場の人が集まった。

図1 いのちの位置



いなんてはずがないのです。希望の国であるはずがない。希望の国と言え、子供たちの命が守られていて、子供たちの教育が平等に保たれている、そこからです。そこからいろいろなことを考えていくのです。それをはずして美しい国も希望の国もないはずだと思います（図1 いのちの位置参照）。

僕はこのシンポジウムにいくつかの思いを持って参加しました。2007年1月に、財界のトップである御手洗富士夫氏が「希望の国、日本」（御手洗ビジョン）を出しています。安倍晋三元首相の「美しい国」がすっとんでしまいましたから、僕は今日のために読んでできました。「日本は過度に平等な国である、これからは健康で健全で創造的な競争社会にする」、返す刀で「企業活動の自由を完全に保障する国にする」というふうになり、それが希望の国だそうです。そうすると医療はどうなるのだとなってしまいます。命こそ宝です。

では命はどういうときに危機にさらされるか。第1は戦争です。第2には食うものがない、飢餓です。日本では今ではそれほど深刻にはなっていません。実は10年間で千人近い人が餓死しているという統計もありますから、深刻と言えば深刻ですが、アメリカのように数千万人単位で食うや食わずという問題は、日本ではまだ起こっていません。第3に、病気です。病気に対する対応が放置されれば命は危機にさらされます。戦争と飢餓と

病気、これが命を脅かす三大原因です。これを引き起こす暴力は、ひとつは戦争それ自身がそうです。もうひとつは貧困です。この2つを克服する方向で、医療がどう位置づけられているのかということが問われなければいけないと思っています。

●健康とは、医療とは

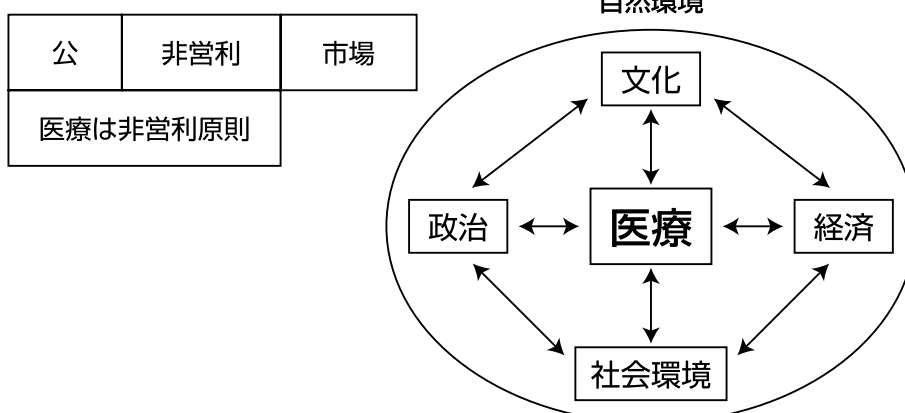
健康についてですが、1946年世界保健機構（WHO）の憲章には、「健康とは、肉体的、精神的、社会的に完全な良好な状態であって、単に疾病や虚弱でないことではない」とあります。単に肉体的に頑丈である、筋肉質ですというものではなく、精神的にも社会的にもとてもいい状態を健康と言うのだと決めているのです。

日本の医療は少なくとも現在の段階まで、医療は誰が経営主体かを問わず、医療は営利を前提としてはいけないと医療法で定められていました。昔は「儲け主義の医療は絶対だめだ」とずばっと書いてありましたが、今はややあぶななく「営利を前提にした場合には認めないこともできる」と、かなり営利に幅を持たせてきました。しかし原則は公的なもの、開業医の先生たちの仕事を含めても儲け主義ではだめだというのが守られなければいけないと思っています（図2 医療の位置参照）。

医療は単に医学という技術だけで成り立つものではありません。技術と、患者さんが平等に医療を手に入れることができる公的社会保障とが車の両輪になっていなければならないということを強調したいと思います。なぜならば、医療は普通のビジネスにおけるサービス、商品というわけには断じていかないからです。たとえば「今日は懐具合が悪いから、今日の腹痛は胃炎ぐらいにしておこう」とか「小金がたまったら、今日は胃がんで勝負してみよう」というわけにはいかないのです。ましてや医者から「あなたの胆石、かなり痛いでしょう？この辺には医者がいないから、このくらい診療代を出してくれる？」というわけにはいかないのです。単なる商品ではなく、医療はグリーン車をあきらめるなどのレベルではないのです。それをビジネスにしたらどういうことになるか。

さきほど映画「シッコ」の話がありましたが、

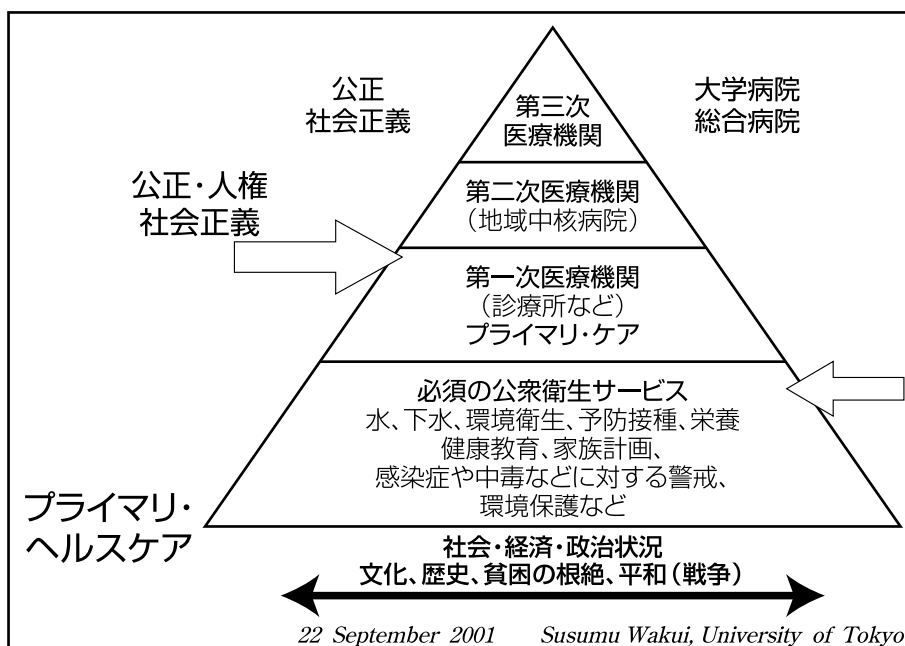
図2 医療の位置



切断した指をつなげるのに1本の手術ならいくら、2本ならいくらというのは、医療人として耐え難い話です。「お金はいつでもいいから両方つなげておいたよ」と言いたいところです。しかしそんなことをしていたら、いまは医療機関がつぶれてしまいます。そういう医療機関をつぶさないためにどうするかというのが、実は医療の財政的な意味での公の責任であって、そういう原則でやってほしい、値段で勝負しなければいけないというのではまずいということです。

アメリカの医療は、臓器移植その他、技術的には明らかにトップです。しかし一方の社会保障は、民間保険です。簡単に言いますと、アメリカの大部分の働いている人の保険は、会社が保険会社と私的に作った保険で、日本のような公的保険はありません。そうすると会社が保険料が高すぎるからと保険会社と契約してくれないので、アメリカでは人口3億人のうち4700万人が保険に入っていない無保険者です。無保険者になったら、どんなに世界一の医学水準を誇っても、多くの国民は医療

図3 医療供給体制の基本構造



から切り離された状態になっているといわざるを得ない。日本よりアメリカの医療体制ははるかに何でも進んでいると思っている人がいると思いますが、アメリカの乳幼児死亡率は先進国ではビリです。平均寿命も、乳幼児死亡率も、世界で40番前後です。技術は世界一ですが、保険がないためにそういうことになってしまう。日本の乳幼児死亡率は赤ちゃんが1000人生まれたら3人くらいですが、アメリカは7人もいるのです。もっとも戦前の日本は70人も亡くなっていましたから、より惨澹たるものでした。以上から3つのことが言えます。きちんとした医学が必要。もうひとつ、患者さんが平等に医療を受けられる公的な保険があること。3つ目は、保険があってもそこで診てくれる医療機関やお医者さんたちがいなければならぬということ。いくら保険があっても、病院もお医者さんもなければにっちもさっちもいかないうちになってしまうのです。

さて図3として「医療供給体制の基本構造」という図があります(53ページ)。これは先ごろまで東大の教授だった若井晋(わかいすすむ)さんが作った図です。医療には一番下に、広い意味での環境、貧困や戦争がない環境が必要で、公衆衛生の充実が必要で、その次に第1次の医療機関が充実していることが決定的だということを強調したいと思います。第1次、第2次、第3次医療機関となっていますが、第3次医療というのは一番時代の先端を行っている、たいへん出来る医療です。しかし第3次医療に頼った医療というのは、実はお金ばかり使ってろくなことはないのです。金を使うならば第1次医療に徹底的に力を入れる。もし第3次医療が必要ならば同時に第1次、第2次医療に力を入れながらするべきで、第1次医療と第2次医療とを壊して第3次医療だけを作り上げるといえるのは、底辺がとがった三角形になってひっくり返ってしまいます。アメリカの医療はだいたいこういう方向で進んだので、むやみやたらとお金がかかって、日本の倍くらいの費用を使っています。国家全体の稼ぎの中で、医療に使うお金の割合は、アメリカは15%以上で、日本は8%くらいなのです。それでも日本の方がはるかにすばらしい医療になっているのは、第一線の医療が充実しているからなのに、敢えて第2次医療機関を

壊して第3次医療機関を作りましょうというのは、医療の日常性、地域的構造の破壊です。それに地域の人をヘリコプターに乗せて連れて行くなんていうのは、悪くない心臓だって悪くなっちゃいますよ。お年寄りを生まれて初めて救急車に乗せただけで具合が悪くなるのに、ヘリコプターに乗せたらどうなるのか。第3次医療を充実させる前に、第1次医療です。開業医の先生たちの仕事をもっと重視して、地域の病院をもっと大切にしないとイケないのです。このことが経済的な意味だけではなく、地域の人たちの安心した健康の守り方です。アメリカのような失敗を繰り返してはダメです。アメリカでは有名なメイヨー・クリニックなどに飛行機で行くのです。入院は1日で100万円も取られるのです。盲腸だけで200万円です。日本もかなり怪しくはなっていますが、まだ1週間入院すると30万円くらいです。だからアメリカではお産でもうろうとしていた人も「しっかりしないと…」と1日で退院します。そういうのを「日帰り出産」と呼んでいるのです。

僕はアメリカで日帰り手術を見てきました。朝4時頃に起きて食事前に検査、全身麻酔をして手術をします。麻酔が冷めたかなという頃に「はい、車椅子ですよ」となるのです。患者さんは仕方がないので、病院の目の前にホテルがあって、そこに泊まるのです。自宅に帰った人には看護師さんが回っていきます。白人の看護師さんは指示を出す役割で、巡回する多くの看護師さんは黒人です。1日に40軒以上も回るのだと聞きました。ある患者さんは脾臓の手術をして糖尿病があって、肺炎もあって、膿瘍(のうよう)を持っている人がいました。大きな傷と深い傷を持っているのです。そこにこの忙しい看護師さんは、ゴム手袋を無造作にはめて、大きな抗生物質のボトルに手をつっこむと患部にがばっと塗って、それでおしまいです。聞いてみると、ユニフォームも車もガソリン代も、みんな看護師さんの自腹だということです。医者も大変ですが、看護師さんもそうやらないとやっていけない社会なのです。

●「日本型福祉社会」と医療構造改革

どうして日本の地域医療がおかしくなりつつあ

るのでしょうか。簡単に言えば、国が公的な責任を放棄して医療費は安ければ安いほどいいという政策を取り始めたからです。僕の特別な見解だと思う方もいるかもしれませんが、ちょっとご紹介します。

「福祉政策の目標を、弱者に下駄を履かせて人並みにすることにおくことは、人道主義的に見えて、実は最も愚劣な結果を招くやり方である。弱者であるという理由で特別に優遇されるシステムがあれば、自分も弱者であろうとなつて得をしようとする人間が増える。しかも弱者が被害者になれば、正義の御旗は自分たちが握ることになるので、安んじて強者や加害者を非難し、かつ要求を大にすることができる。こうして弱者は事実上、特権を持った強者に転化する。人びとが争って弱者、実は強者になろうという社会は、どう考えても健全とは言えない。」

弱者を一人前に扱うことは実にまずいことだと書いてあるのです。もう1か所だけ、紹介します。

「日本の医療保険制度は、保険といいながら保険の性格を大きく逸脱して、所得が多くて病気にあまりかからない人の負担で、所得が少なくて病

弱な人の医療を保障する性質になっている。言わば弱肉強食の反対で強肉弱食になっているのである。強者が犠牲になって弱者を助けるという精神は誠に結構であるが、この制度は下手をすると弱者の負担が軽い、あるいはゼロであるが故に、どこまでも需要を膨張させ、また誰もが弱者になろうという傾向を助長する。…そして破綻に向かうおそれがある。それでなくても今後老人という弱者がますます増えていくのである。」

さて、種明かしです。この本は、1979年に自由民主党が「日本型福祉社会」という概念を打ち出したときに説明するために発行した『日本型福祉社会』（自由民主党研修叢書8）という本なのです。僕は初めて読んだときに息が詰まりそうになりました。その後ずっと持ち歩いているのでぼろぼろになっています。これは弱者を切り捨てる作戦に出ないとダメだということで、経済学の言葉で言えば「新自由主義」です。金持ちが無理をして弱者を助けるという過度に平等な社会ではダメで、もっと堂々と競争する社会にしなければいけないという考え方が、石油ショックで高度経済成長が破綻した後に前面に出てきました。それではどうしたのでしょうか。

まず年寄りの医療費が無料だから、病院をサロ



会場には148名が参加し、継続して議論の場を作ってほしいという要望が出された。

ンにしたり病院をはしごしたりしているのだから、これを何とかしようと医療費無料を止めました。最初は1ヶ月で外来400円、入院1日300円、おそらくたいいの人が「そのくらいならば私にも払える」と思ったのではないのでしょうか。これが1982年の改定です。医療費の自己負担が何割だと医療費が抑えられるかというのを計算する「長瀬関数A式」というのがあります。

$$Y = 1 - 1.6X + 0.8X^2$$

(Yは医療抑制効果、Xは自己負担率)

このXに0.1、自己負担率1割と入れるとYは85%になります。Xに0.3、自己負担3割と入れると、Yはたちまち50%台になります。要するに外来の自己負担を5割にしたら、医者にかかる人は2割に減ってしまうということです。これは厚生省の作った客観的な統計数学で、限りなくXを増やしましょうということが始まったわけです。

最初は1ヶ月に400円、そのうち1回1200円、月に何回までとなりました。2002年に、ついにお年寄りの負担は定額払から、定率制になりました。今、お年寄り1割負担ですが、あつというまに3割負担となるでしょう。

ところがXをいくら増やしても、どうも公的医療費は減らない。これは医療機関があるから、医者がいるから具合が悪いのだとなりました。医者がいなければ、僕が最初に言った歯医者さんの話ではありませんが、我慢したり自助努力したりします。だから80年代ははじめから一気に医者を減らそうとなりました。大学の医学部定員を1割カットしたのです。だから今、医師不足が大問題になっているのです。

また、入院ベッドがあるから入院するのだろうとも考えました。ベッドを減らし、医療機関を減らす、つまり供給側の蛇口を締め出したのです。最初は患者さんの懐具合を攻めた。それだけでは目減りが少ないので、蛇口を締め出した。いまは患者さんの懐具合を攻めながら、医療機関の経営

がやっていけないように診療報酬をどんどん減らし、いくつかの医療機関はどうぞつぶれてください、やめてくださいとなっています。日本のお医者さんは、本当によくがんばっているのです。とても儲かっている医療機関などないのです。今までの蓄積を吐き出しながらがんばっている状態で、自治体病院は74%、民間病院の43%は赤字経営なのです。開業医の先生がいらっしゃるから言うわけではありませんが、日本の医療人は夜討ち朝駆けで、想像以上にがんばっているのです。

●地域医療を守るために

嬉しいことに、患者さんや地域の人や地元のお医者さんたちとの間で、しかも町長さんまでいらっしゃって、膝を交えてこの地域のこれからの医療を一緒になって考えましょうという集まりが始まりました。日本の医療崩壊が第一線の崩壊から始まり、地域に産婦人科がなくなり小児科がなくなっています。これは自民党の失政だと指摘する人もいますが、違います。先ほども言ったように、これは確信犯なのです。病気は個人の責任であり、特に年寄りにお金をかけることほど無駄なことはないと公然と思っています。次のターゲットは終末期医療、病院で死の床につかせるのではなく自宅で看取りをとしています。現在は自宅で亡くなるのが2割程度ですが、これを4割に引き上げれば、5千億円浮くのだといいます。患者さんをいじめ、医療機関を絞り上げ、そういう政策の行き着く先が今の医療崩壊の根本です。細かな数字、統計は資料を見てください。

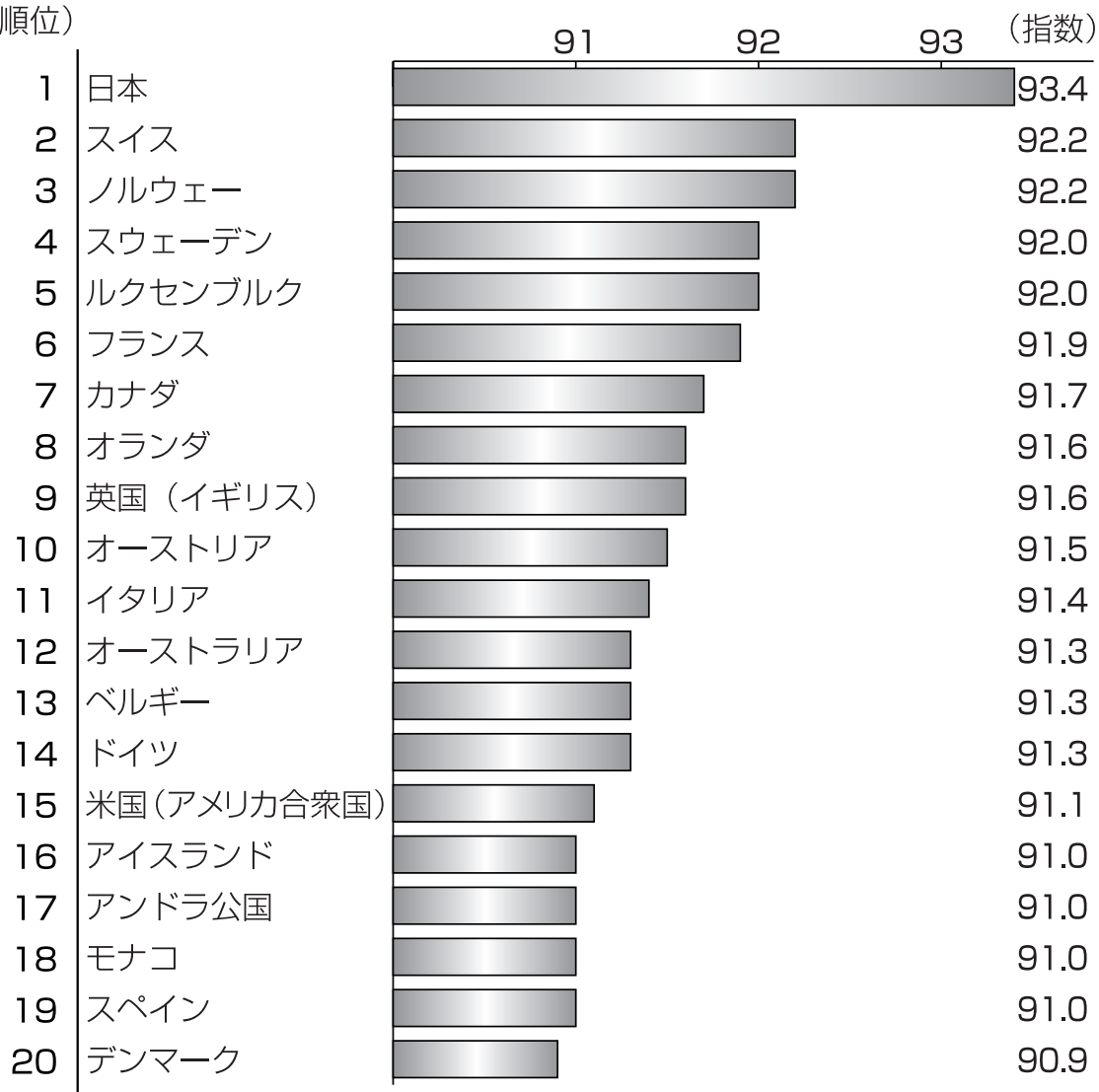
最後に詩を朗読して終わります。茨木のり子の「六月」です。どうもご清聴ありがとうございます。

(2008年2月2日、茂原市総合市民センターにて開催)

(たかやなぎ あらた、研究所副理事長、全日本民医連名誉会長、医師)

資料1 世界各国の医療水準

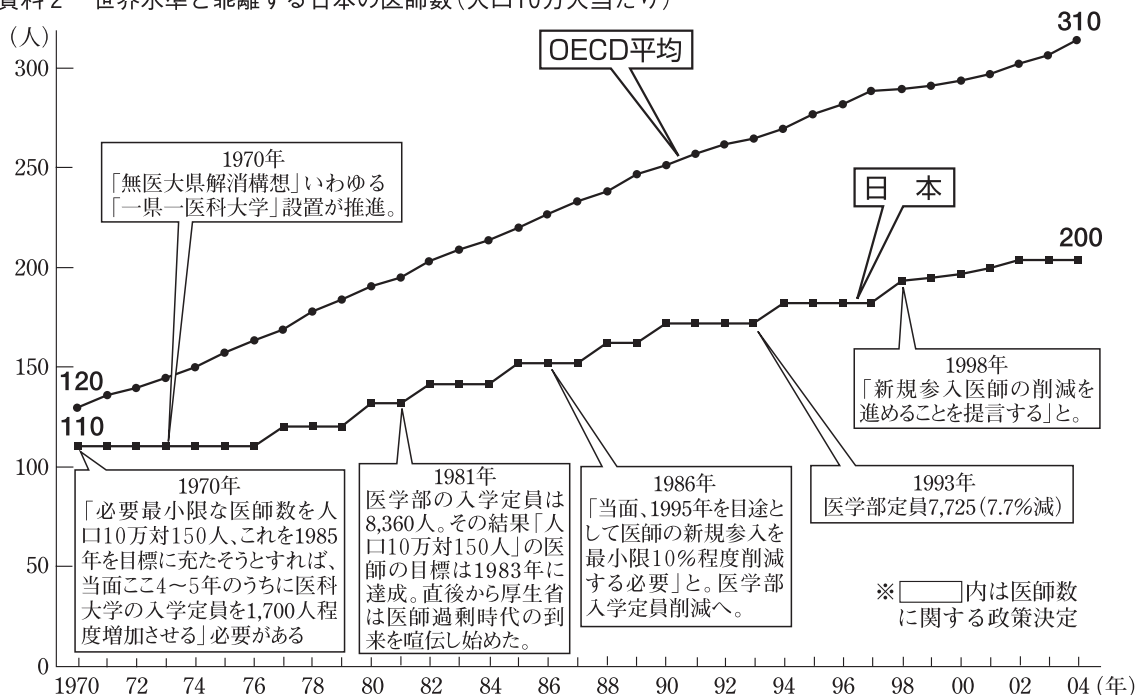
(順位)



WHO : The World Health Report 2000

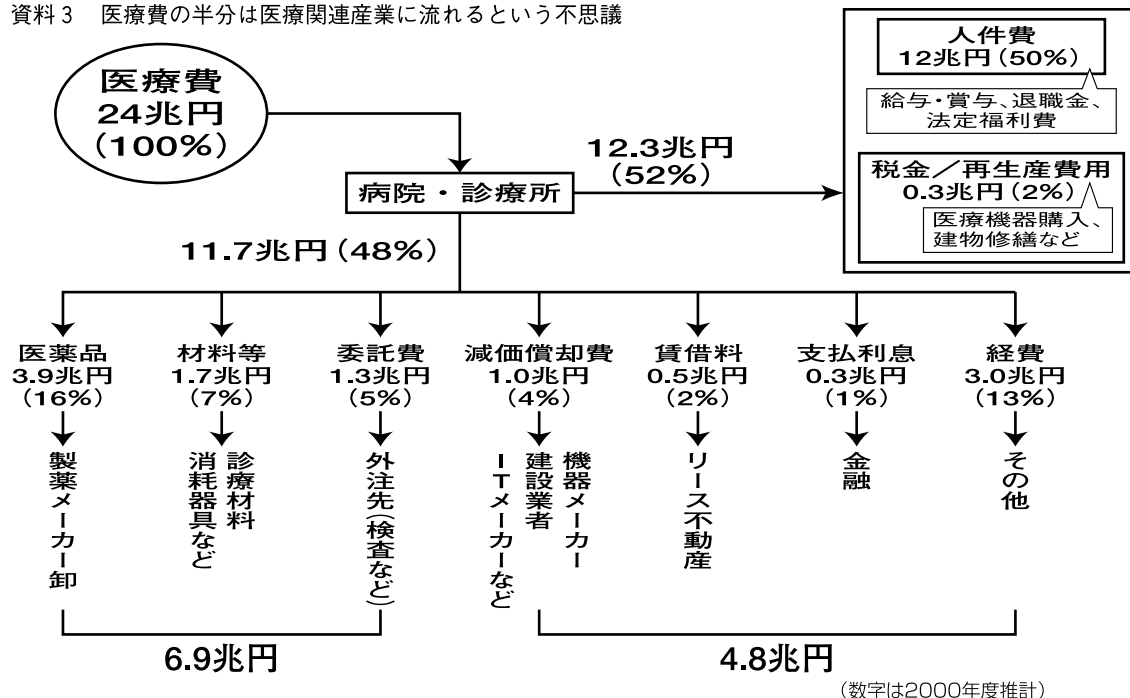
出典：出月康夫『日本の医療を崩壊させないために』、インターメディカ、2005年8月より

資料2 世界水準と乖離する日本の医師数(人口10万人当たり)



資料：大阪府医師会勤務医部会「勤務環境に関するアンケート調査」集計結果報告書、2006年3月より作成
出典：日野秀逸「医療費抑制政策からの転換を」『世界』No.755 2008年2月より

資料3 医療費の半分は医療関連産業に流れるという不思議



※賃借料は診療所の分のみ、支払利息は病院の分のみ。

※病院・診療所医療費は、「国民医療費」の一般診療医療費を使用。歯科診療医療費、薬局調剤医療費、入院時食事医療費、訪問看護医療費を含まない。(提供：日本医師会 青柳俊氏)

出典：本田宏「誰が、日本の医療を殺すのか」『「医療崩壊」の知られざる真実』洋泉社、2007年9月より

1 市民の登場

野村 拓

1. 十字軍あたりを起点に

「文献プロムナード」の最終回で、それぞれの文献（モノグラフ）を位置づける「台紙」としての「医療・福祉の世界史」が必要であることを述べた。もちろん、そんな大それたものが簡単にできるわけではないので、とりあえず世界的な配列の下に、医療・福祉にかかわるストーリーを100個組んでみた。その起点は「文献プロムナード」最終回で述べたような理由で、十字軍遠征あたりとした。もし、この仕事に区切りがついて、なお余力があれば、古代までさかのぼってみたい気がする。例えば、多国籍企業のルーツとして「ローマ社」（ローマ帝国）をとりあげた本

『ローマ社——最初の多国籍企業の興隆と衰亡』
☆Stanley Bing : Rome, Inc. — The Rise and Fall of the First Multinational Corporation. (2006) Atlas Books.

もあれば、スポーツ医学の本で、ドーピングのルーツは古代アテネと書いた本もある。また数多くの優れた科学者を輩出したユダヤ人について

『健康なユダヤ——ユダヤ主義と近代医学との共生』

☆Mitchell B. Hart : The Healthy Jew——The Symbiosis of Judaism and Modern Medicine. (2007) Cambridge Univ. Press.

という視点も必要だろう。しかし、そのような誘惑を断ち切って、今回は一応、十字軍から現代まで、という構想である。

講義担当者は、100話の中から、そのときのテーマに応じて数話を引き出し、組み合わせて講義することも可能だろう。また、依頼原稿のテーマ

に応じたストーリーの組み合わせもできよう。ときには100種類の絵具のようにも使い、ときには100種類の調剤用医薬品に使えたら、というのが「100話」の虫のいいねらいである。では、まず「100話の起点」として「十字軍」から。

ブッシュ・米大統領が、「十字軍」という言葉を使うときには、「正義の軍」のつもりである。しかし、月、火、水、木……と人殺しやマネーゲームに精を出し、日曜日に教会に行けば「十字軍」が「正義の軍」になるわけではない。

かつての十字軍も、イスラム圏から見れば、暴行、略奪をほしきままにした侵略軍にはかならず、侵略軍の医療部隊のエムブレムとしての「赤十字」を、博愛の象徴として受け入れるわけにはいかないから、イスラム圏では「赤新月社」である。

ある時期（戦前）、学生たちのドイツ語学習意欲をかきたてた『性科学書』（Bilder-Lexikon Sexual Wissenschaft. 1930. Verlag Für Kulturforschung.）には貞操帯の写真が掲載されているが、これは長期間にわたる遠征中に、妻が浮気をしないように、できないようにという発想からうまれたもの。十字軍の正義とはこの程度の正義ではなかったか。

なお、やたら情報量の多い現代社会においては洋書の「パラパラ読み」というテクニックや「パラ」と「パラ」との間を想像する能力も必要ではないか。映像は早送りすれば映像でなくなってしまうが、「本」は「パラパラ読み」しても「本」である。この時期に関して、「パラパラ読み」にふさわしい絵や図の多い本をあげれば次のようになる。

『図説・キリスト教史』

☆Franklin H. Littell : Illustrated History of Chris-

tianity. (2003) Continuum.

『十字軍の医療』

☆Piers D. Mitchell : Medicine in the Crusades. (2004) Cambridge Univ. Press.

『十字軍—その図解的歴史』

・Thomas F. Madden 編 : Crusades—The Illustrated History. (2005) Univ. of Michigan Press.

『歴史図説・イスラム世界』

・David Nicolle : Historical Atlas of the Islamic World. (2003) Checkmark Books.

2. ペストの大流行と『デカメロン』

—少数派がみずからを隔離—

ダッタン人が城攻めの際に、ペストで死んだ人の死骸を城内に投げ込んだのが、生物兵器のルーツという説があるが、ヨーロッパに強烈なインパクトを与えたのがペストの大流行であった。

ペストは十字軍遠征コースを逆にたどるような形でヨーロッパを襲い、英・仏の百年戦争（1337-1353）などで増幅された。ペスト伝ぱんのコースについては

『ペスト』

☆Wendy Orent : Plague. (2004) Free Press.

『ペスト史・決定版』

☆Ole J. Benedictow : The Black Death 1346-1355, The Complete History. (2004) The Boydell Press.

などに詳しいが、特に後者の方は「決定版」と称するだけに詳細である。地中海を港づたいに伝ばったコースと大陸コースとはヨーロッパで合流する形となるが、今日の東欧諸国のあたりを除いて、すべて流行の日付けが示されている。そしてヨーロッパ全人口の約4分の1の2,500万人が死亡したといわれる。イギリスの場合は、人口の激減によって「労働者規制法」（1349）および「労働者勅令」（1351）が相次いで制定・施行されたが、これは近代的な労働立法と区別する意味で「初期労働立法」と呼ばれており、要するにペストによる人口激減下における「人材確保法」であった。

また、これだけ大流行すると、地域によっては

病者のほうが多数派になる。病者の方が多数派になれば、もはや「隔離」という原理は通用しなくなる。逆に少数派の健康者が、どこかに閉じこもって自らを隔離するしかない。今日の、富める少数派のための Gated Community のルーツといえるかもしれない。

名作『デカメロン』（1348-53）はこのような設定の上にてできあがっている。つまり、ペストからのがれるために、フィレンツェの3人の青年と7人の婦人が、病者から自分たちを隔離して郊外の別荘で10日間を過ごしたときのリレートークということになっている。

もちろん、『デカメロン』の時代以後も、しばしばペストに襲われるが、そのことについては

『17世紀イタリアにおけるペストとの闘い』

☆Carlo M. Cipolla : Fighting the Plague in Seventeenth-Century Italy. (1981) Univ. of Wisconsin Press.

がある。

また、『デカメロン』的インテリジェンスの背景を考えるならば、早くから大学ができたイタリア都市国家という視点が必要だろう。このことに関しては次のような本がある。

『医学とイタリアの大学、1250-1600』

☆Nancy G. Siraishi : Medicine and the Italian Universities, 1250-1600. (2001) Brill.

3. ルネサンスと解剖学

—人間をより生き生きと描くために—

『デカメロン』には、多少の生臭さを伴った人間的関心が表現されているが、イタリア・ルネサンス期に開花した人体の解剖学も人間的関心の延長上にあるものと考えられる。レオナルド・ダ・ヴィンチ（1451-1519）もミケランジェロ（1475-1564）も、人間をより生き生きと描くために解剖学に情熱を傾けた。ダ・ヴィンチ（本当はレオナルドと略すべきだが）は17歳のときから解剖に親しみ生涯通算で100体以上も解剖しており、ミケランジェロも16年間、解剖に熱心になりすぎて健康を害したといわれている。有名なヴェサリウス（1514-1564）の『人体解剖学』（De Humani Cor-

poris Fabrica) より、ダ・ヴィンチやミケランジェロの方が先行していることに注目すべきである。「ダ・ヴィンチはここまで描いた」というべきおおかで開放的な男女結合の解剖図もある。

しかし、芸術的動機や真摯な科学的関心から行われた解剖の他に、「ショー」や「エンターテインメント」として解剖が行われたことを示した

『人類の遺跡—解剖の歴史』

☆Helen McDonald : Human Remains—Dissection and its Histories. (2006) Yale Univ. Press.

という本も出されている。それはともかく、イタリア・ルネサンスは絵画や彫刻だけではなく、愛や男女関係、性行為などについて、後世まで残る名言を生んだようで、これらをまとめたものが

『名言—イタリア・ルネサンス期の著作と詩歌』

☆Lauro Martines : Strong Words—Writing and Social Strain in the Italian Renaissances. (2001)

The Johns Hopkins Univ. Press.

である。また、最初のコンドームは、同じくイタリア・ルネサンス期はファラピウス (1564) によって「リンネル製の鞘」として作られたといわれている。

解剖学も絵画もコンドームも、なんとなく人間賛歌、人間解放的な雰囲気の中で発展したように思えるが、解剖学の治療医学への貢献はまだ直接的ではなかった。どちらかと言えば、内科医の教養と権威づけのために利用された形であった。解剖学の成果を活用すべき外科医たちの身分・地位は低く、従軍外科医のランクはラッパ卒の次、などと言われていた。しかし、外科医術もこの時期に床屋から身をおこしたパレ (1510–1590) によって大成されるのである。パレは銃創処置の改革や止血法 (血管結さく) の発明など、大きな業績を残したが、床屋から外科医というのも時代の雰囲気を表しているのではなからうか。

また、ルネサンスが人間の再発見であり、ギリシャの再発見であるだけに、ヒポクラテス医学の再発見、再構築をおこなった医学者が現れるのは当然の帰結であり、バラケルズス (1493–1510) がまさにその人であった。それは一言で言えば、自然治癒力を重視し、自然治癒力を促進させる医学であった。

しかし、考えてみれば、イタリア・ルネサンス

とは、いうなれば地中海文化であり、その外では、奴隷貿易などを財源とする強固な王権を形成されつつあった。次項へのつながりとして読んでもらいたい本が

『女王様の奴隷貿易商人』

☆Nick Hazlewood : The Queen's Slave Trader. (2005) Harper Perinial.

である。女王様とはいってもなく、エリザベス女王である。また

『イギリスの奴隷貿易——廃止、議会、そして国民』

☆Stephen Farrell 他編 : The British Slave Trade—Abolition, Parliament and People. (2007) Edinburgh Univ. Press.

『奴隷とイギリス王室』

☆Kenneth Morgan : Slavery and the British Empire. (2007) Oxford Univ. press.

も、奴隷貿易の起点がエリザベス時代であることを示している。

4. 絶対王政の侍医たち

ウィリアム・ハーヴェーから ドクター・コンドームまで—

「市民の医者」がまだ登場せず、医療が権力の内側や教会にしか存在しなかったころ、王侯貴族の侍医たちは時代を代表するインテリである場合が多かった。侍医の仕事は権力者の健康管理であったが、概して権力者は健康であったから、侍医たちは知識とヒマをいろんな分野に生かした。

エリザベス女王の侍医、ウィリアム・ギルバートは『磁石について』の研究で、今日、電磁気学の開祖と位置づけられている。また、ピュリタン革命 (1649) で打倒されたチャールズ 1 世の侍医、ウィリアム・ハーヴェー (1578–1657) は「血液循環の原理」(1628) を発見しているが、他方では魔女の鑑別診断にも立ち会っている。体に針を刺しても、痛みを感じない部分を持つのが魔女、というのが当時の診断基準であったが、これをやったハーヴェーは、中世から近代へのオーバーラップ時代の性格を代表しているとも言え、この点に関しては

『ウィリアム・ハーヴェーの自然哲学』

☆Roger French : William Harvey's Natural Philosophy. (2006) Cambridge Univ. Press.
が出されている。

ピューリタン革命後、王政復古(1660)によって、権力の座についたチャールズ2世の侍医は、Dr. Condom といわれ、医学史上では冷遇されているが、劇場をつくったり、俳優のスポンサーになったりで、芸術史における評価の方が高いようである。

当時、「ロイヤル・タッチ」(王の触手療法)がさかんに行われ、チャールズ2世は生涯通算で8,500人にタッチしたといわれる。タッチの対象はおおむね女性であり、タッチ以上のこともしたので、妊娠、出産した女性からの養育費の請求がしばしばあった。それで侍医、Condom は避妊用具の開発を考え、羊の腸を使い、今日のコンドームの原型のようなものをつくった。そのころ、対岸のフランダース地方で発達した毛織物工業へ羊毛を供給するために、農民を土地から追い出して羊を飼う「囲いこみ」運動が展開されていたので、羊の腸は豊富だったと考えられる。

なお、コンドーム的発想のルーツは前述のようにファラピウス(1564)とされており、これは「リンネル製の鞘」だから、効果はなかったと思われる。Dr. Condom のものも亀頭部をおおうに過ぎなかった、とのことなので、これまた効果の方は期待できなかったのではないか。

材質としてゴムが使われるようになったのはイギリス産業革命の終わりごろの1830年代とされている。

絶対王政は市民革命によって打倒されるが、その市民革命に先行する形で、「科学革命」が行われた、というのが、

『宝庫——エリザベス期のロンドンと科学革命』
☆Deboran E. Harkness : The Jewel House——Elizabethan London and the Scientific Revolution. (2007) Yale Univ. Press.
である。当時のロンドン市街地の鳥瞰図が面白いが、「科学革命」が「市民革命」のエネルギーであると、いえるかどうか。

5. 市民革命と市民の医者たち

—人間の可能性を求めて—

『患者の進歩』

☆Dorothy Portor 他 : Patient's Progress. (1989) Polity Press.

の表紙絵では、病人を前にして、往診の医師と患者の家族とが大論争をしているところが描かれている。医師は往診先で、患者だけではなく、患者の家族とも向き合わなければならなかったことや、中世的桎梏から解放された市民たちの生きる意欲、バイタリティーも感じられる絵である。

ここでいう「市民革命」とは、狭義のイギリス市民革命だけではなく

- ・オランダ独立革命(1609-1648)
- ・イギリス・ピューリタン革命一名誉革命(1649-1688)
- ・フランス大革命(1789-1793)

などの民主的革命をふくむものと考えてみたい。

市民の医者(町医者)が登場した時期は、「教典」発の医学の否定の上に「患者」発の医学が生まれた時期でもある。イギリス市民革命の戦士でもあった町医者、トーマス・シデナム(Tomas Sydenham, 1624-89)は、目の前の患者から得られる情報を重視し、『医学的諸観察』(1660)をまとめた。シデナムは実地医らしく、論著の数は少ないが、貧血患者に対する鉄療法の論文も紹介されており、「イギリスのヒポクラテス」と呼ばれた。なによりも、疾病の経時的観察を重視し、それにもとづいて「疾病の自然誌(natural history)を構築したといえる。

「疾病の自然誌」は「人間の運命の自然誌」でもあり、人間の運命は「死亡」によって終止符が打たれる。したがって死亡現象に関する大量観察は、人間の運命を確率的に表現することができる。そして、この仕事は同じく市民革命の戦士、ジョン・グラント(John Graunt, 1616-1681)よる『死亡表に関する自然的政治的諸観察』(1662)という形で達成される。

グラントは「死亡表」の研究を通じて、人間の生・死の可能性の解明を試みたが、グラントの友

人でオックスフォード大学・解剖学教授、ウィリアム・ペティー（William Petty, 1623-1687）は、人間の稼得可能性の解明を行っている。

ペティは自然体（人体）に対する解析方法としての解剖学を政治体（社会）に適用することを試み、『アイルランドの政治的解剖』（1691）や『政治算術』（1691）を著し（両著とも実験の執筆時は1670年代）、「永遠の法と真理の標準にしたがう政治的医学（Political Medicine）」を唱えた。

市民革命は「神の秩序」から「人間の可能性」への時代であり、もっとも早く市民革命（独立革命）が遂行されたオランダでヘルマン・プールハーヴェ（Hermann Boerhaave, 1668-1771）による臨床医学の原型的確立がなされ、その後、フランス大革命を契機として、華々しく「人間の臨床医学」が開花するのである。

なお、最近出された

『パリとロンドンにおける死と生、1500-1670』

☆Vanessa Harding : The Dead and the Living in Paris and London, 1500-1670. (2006) Cambridge

Univ. Press.

は、市民革命前後の時期について、都市、市民の生と死という視点から考察したもの。

また、宮廷お抱えのプロフェッションの他に、市民を対象とした専門職が職業として、にぎやかに登場したのも、この時期で、次の文献が示すように、各専門職の歴史は、この時期を無視しては語れない。

『下剤から薬学へ——英国の薬局500年史』

☆Louis Hill Curth 編 : From Physick to Pharmacology——Five Hundred Years of British Drug Retailing. (2006) Ashgate.

『助産婦、産科そして婦人科の登場』

☆Helen King : Midwifery, Obstetrics and the Rise of Gynaecology. (2007) Ashgate.

『17世紀・ロンドンの助産婦』

☆Doreen Evenden : The Midwives of Seventeenth-Century London. (2006) Cambridge Univ. Press.

（のむら たく、国民医療研究所顧問）

【事務局ニュース】3・会員の海外医療体験談、情報掲載について

会員の皆様から海外医療体験談、活動近況報告を募集します。皆様の応募をお待ちしています。

- ・ 字数：400字～800字程度
- ・ 原稿料：掲載された方には薄謝を進呈
- ・ 内容：

1. 会員活動状況、情報募集

活動状況や情報募集など、読者へお知らせする内容をお書きください。

2. 海外医療体験談

海外で生活し、実際に現地の医療を受診した

方の体験談を募集します。

・ 投稿先：

事務局へ郵送あるいはFAX、電子メールでお寄せください。

なお投稿いただく際には「活動報告」「情報募集」「海外医療体験」などのテーマを明記し、「情報募集」の場合は連絡先を必ず入れてください。

多田富雄 著

「わたしのリハビリ闘争 最弱者の生存権は守られたか」

(青土社、2007年11月、1200円)

高田 桂子

まず、著者の医師としての信念と先を見通す視点、そして何よりも解決のための行動を起こされたことに、深い敬意を表したい。

多田さんは東京大学の名誉教授。免疫学の世界的権威であるとともに、能に造形が深く新作能の作者としても知られた方だ。2001年に旅先で脳梗塞の発作に見舞われ、リハビリを続けながら執筆活動をされてきた。2006年4月の保険診療報酬改定でリハビリに日数上限が設けられた。リハビリを生きる権利としてとらえていた著者は、マスコミへの投稿を始め、厚労省においては小泉改革と闘ってきた過程が本書である。

私は3つの視点から本書を読んだ。1つは、本書を通してリハビリの現状と維持期リハビリの大切さをあらためて教えてもらった。維持期リハビリは患者の生存権を左右するのだ。

障害の大変さは障害を持った人しか分からない、とも言われるが、執筆・創作や講演活動を普通のこととしてやってこられた著者が、リハビリを経て、左手の指だけでパチンパチンとパソコンを打ちながら文章にされることは、想像力さえあれば著者の焦りや辛さが浮かんでこよう。そうした辛さをおしてでも著者が訴えなければならなかったことが、2006年の診療報酬改訂だった。著者の訴えは44万人（後に48万人）もの署名を集め、いかに患者や患者家族や社会に不安と関心が高かったかがうかがえる。

2つ目の視点は、医療と介護保険制度のあり方が、著者が闘いを始めた2006年から大きく変化し、「患者の人権をないがしろにする」流れがいつそう明確になってきていることだ。

原稿依頼があった頃から、2月に放映されたN



HKスペシャル「闘うリハビリ」が大きく取り上げられた。宣伝では「初期リハビリ」の新しい試みを前面に出していたので、維持期リハビリに関心を持つ方は、国の方針に合わせた内容と受け止められたのではないだろうか。私の周囲でも「どうせ初期リハビリの内容だから」という雰囲気があった。

実際2夜連続で番組を見たが、維持期リハビリの新しい試みC I療法などが紹介され、これまで維持期になったら目覚ましい回復は見られないとされてきた分野にも、適した療法を行えば、生活が変わっていく見通しが感じられ、見ている私も「頑張って」と声をかけたくくなるような場面があった。

放映後、リハビリ関係者のブログを見た。今は専門家の詳しいブログがあるので大変参考になる。「番組に出ていた患者さんは上限日数を超えているので、どのような保険を使ってリハビリを受けたのだろうか」という点が関係者の間で問題になっていた。療法は日々進歩をしているのに、人間

が作った制度が、実際の人間に寄り添って進歩していないというのが皮肉だ。

また、著者のように高齢期患者ではなく、介護保険も適用にならない30歳代女性の脳疾患患者のブログもある。この方も「リハビリ上限日数の撤廃まで私は闘う」と決意し、発信を続けている。

私自身は2006年の診療報酬や介護保険制度の改訂には、設計分野の企画スタッフとして関心を持ち、新しい施設建設計画にも携わってきた。しかし、リハビリ分野で維持期リハビリが日数上限を強いられ、しかも疾患別に日数が異なっていることは知らなかった。医療リハビリが受けられなくなった患者は介護保険の通所リハビリへという流れになっていることにも気づいていなかった。

確かに改訂前後から介護保険分野では、デイサービスなどでもパワーリハへの関心が高まり、機器を購入し宣伝していた。しかし、著者が指摘するようにリハビリ専門家である、理学療法士や作業療法士もいなければリハビリ専門医の指導もないのが現状である。

私のいる建築設計事務所は医療・介護、福祉、住宅などの仕事が多いが、最近、高齢者アパートや小規模有料老人ホームの計画が続いている。療養型病床の大幅な減少や後期高齢者医療制度等からくる「医療難民」の受け皿として、看取りまでできる高齢者の住まいづくりをしたいという人たちが急激に増えているのを実感する。地域での在宅医療の充実は歓迎したいし、安心して住み続けられる地域づくりは、施設づくり住まいづくりを目指す私たちにとっても目標とするところだ。

しかし、現実とは簡単ではない。最近の新聞に「75歳以上医療 厚労省が指示。高血圧患者ら健診除外」と報道された。健康より費用削減という厚労省の狙いが明快に分かる。著者が本書の中で「このような患者切り捨てが堂々と通用してしまえば、ほかの慢性疾患の維持療法にも、保険給付の制限が行われかねない、結果として、保険医療制度そのものが、崩壊する危険を波乱でいるのである」と2006年当時繰り返し指摘したことが、いま現実になろうとしているのだ。維持期リハビリ患者を介護保険制度の中に放り込んだ挙げ句、その介護保険制度自体も崩壊目前であることは少しでも介護分野に接していれば感じられる。

特にリハビリ報酬改訂と同年に行われた介護保険改訂では制度が大きく変わった。在宅への報酬が高くなり、施設建設への補助金はほとんど頼れなくなった。住まいの改善補助金も使いにくくなった。「地域密着型サービス」と決められたグループホームや小規模多機能居宅介護や適合高齢者賃貸住宅、適合有料老人ホームは「医療難民」の受け皿になると位置づけられるが、自治体ごとに計画が決められ、総量が決められてしまう。一番大きな課題は居住者でなければ利用できないしくみになっていることだ。横道にそれてしまうが、例えば私が一人暮らしで脳卒中になり、日常生活が不自由になってしまったとする。将来が不安になりグループホームを希望し、その中でリハビリに関心を持ってくれるような施設を探せたとしても、私が居住する自治体にその施設がないと入居希望を出す事ができない。介護保険料を納めていても、施設やサービスを自由に選ぶ選択肢はない。特に生活保護世帯や国民年金に頼って生活する高齢者をそのままにしておくことはできない。サービス提供をする心ある個人や法人は、在宅サービスや医療を利用しながら看取りまでできる安い高齢者アパートやグループリビング、有料老人ホームを建設補助金なしの自助努力で計画しているのだ。

3点目は国や官僚が制度を改訂する時の「やり口」が省庁こそ違え皆同じであるという点だ。昨年国交省が行った建築基準法改訂は、本書の医療法改訂と二重写しになる。実施直前の通達、しかも内容が不明確で現場が大混乱に陥り、闘いを始めれば詭弁でその場を逃げ去る。医療も建築も利権を生み出す構造の中にある。根は同じなのだ。

著者と親交があった社会学者「鶴見和子」さんの言葉を本書から紹介したい。鶴見さんは維持期リハビリ打ち切りの犠牲者だ。無念さが心をうつ。

「政人（まつりごとびと）いざ事問わん老人（おいびと）われ生きぬく道のありやなしやと」

「寝たきりの予兆なるかなベッドより おきあがることできずなりたり」

「…老いも若きも、天寿をまっとうできる社会が平和な社会である。生きぬくことが平和につながる」

（たかだ けいこ、企業組合とも企画設計・理事）

機関誌『いのちとくらし』バックナンバー

●第21号（2007年11月）—資金調達問題—

- 巻頭エッセイ 樋口一葉と憲法25条 村口至
 - 座談会「非営利・協同組織医療機関の資金調達と非営利・協同金融の展開」八田英之、坂根利幸、根本守、岩本鉄矢、石塚秀雄
 - 論文「近時の医療紛争の諸問題—裁判による解決と裁判外の紛争処理—」我妻学
 - 論文「ドイツの医療事故補償制度」石塚秀雄
 - 参加報告「ヨーロッパ福祉用具事情—REHA CARE 2004と2006視察を通じて—」小川一八
 - 第7回自主共済学習会報告「共済と社会的企業」中川雄一郎
 - 書評 角瀬保雄監修、非営利・協同総合研究所いのちとくらし編『日本の医療はどこへいく—「医療構造改革」と非営利・協同』青木郁夫
 - シリーズ・文献プロムナード⑳（最終回）「医療・福祉の世界史」野村拓
-

●20号（2007年8月）—特集：各国の医療事故補償制度—

- 巻頭エッセイ「いのちとくらし」の意味 富沢賢治
 - 定期総会記念講演「フランスにおける医療事故補償制度とONIAMの活動について」D. マルタン
 - 定期総会記念講演「日本における医療事故・被害者救済の現状と問題点」鈴木篤
 - 論文「英国の医療事故補償制度と医療機関の共済基金」石塚秀雄
 - 論文「医療倫理と医療事故補償問題」尾崎恭一
 - 論文「EU圏における歯科医療制度の動向と問題点—一次は日本の歯科医療が危ない—」藤野健正
 - 論文「千葉県に見る地域医療の危機」八田英之
 - 第6回自主共済学習会報告「制度共済の今後と自主共済への影響—農協共済を中心に—」高橋巖
 - 書評 押尾直志監修、共済研究会編「共済事業と日本社会」杉本貴志
 - シリーズ・文献プロムナード㉑「出版トレンド」野村拓
-

●19号（2007年5月）—特集：外国に見る検視(死)制度と医療事故補償制度—

- 巻頭エッセイ「安全文化について」肥田泰
- 視察報告「英国における死因究明制度の視察」小西恭司
- 視察報告「オーストラリア・ビクトリア州の検視制度の視察」大山美宏
- 論文「デンマークの医療事故補償制度」石塚秀雄
- 資料「デンマーク患者保証法（医療事故補償法）」、「デンマーク医療制度における患者安全法（医療事故報告法）」
- 座談会「自主共済の存続のために」斉藤義孝、室井正、渡邊文夫、西村富佐多、司会：石塚秀雄
- 第5回自主共済組織学習会「保険業法及び保険契約法における共済の位置づけ」松崎良
- 文献プロムナード㉒「視点いろいろ」野村拓

- 海外医療体験エッセイ②「『厄得、？骨折治療で垣間見たデンマークの医療』山田駒平
 - 書評 野村拓『時代を織る—医療・福祉のストーリーメイク』高柳新
-

●18号（2007年2月）—特集：問われる共済の意味—

- 巻頭エッセイ『『主権者』が問われる時』窪田之喜
 - 座談会「非営利・協同入門」角瀬保雄、富沢賢治、中川雄一郎、坂根利幸、司会：石塚秀雄
 - 第3回自主共済組織学集会「保険業法改正の論理と共済問題」押尾直志
 - 第4回自主共済組織学習会「米国の自主共済組織について」石塚秀雄
 - 論文「今、なぜ介護予防事業に『実践運動指導員』が必要か」森川貞夫
 - 「キューバにおける医療の現状—地域医療と国際医療支援活動を推進」岩垂弘
 - ルポルタージュ「いのちとくらし」今崎暁巳
 - 「フランスの医療事故保障制度」石塚秀雄
 - 書評 千葉智子、堀切和雅著『小児科を救え！』鈴木隆
 - 文献プロムナード⑪「タテ糸とヨコ糸」野村拓
 - 研究所ニュース
-

●17号（2006年11月）—特集：医療の市場化と公益性—

- 巻頭エッセイ「人体の不思議展」飴昭三
 - 座談会「医療法人制度改革問題」
寺尾正之、鈴木篤、坂根利幸、角瀬保雄、根本守、司会：石塚秀雄
 - 協働ウェブサイト転載「医療法人制度改革（社会医療法人新設）」根本守
 - 論文「医療法人制度改革と医療の非営利性」横山壽一
 - 第2回自主共済組織学習会報告：「保険業法改正の動向と共済問題」森崎公夫
 - 研究助成報告「往診専門診療所の満足度調査」小川一八
 - 論文「ロッチデール公正先駆者組合とその“分裂”—『非営利・協同』の源流についての一考察」
杉本貴志
 - 文献プロムナード⑩「嫌米スペクトル」野村拓
-

●16号（2006年8月）—特集：格差社会と非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ「61年目の8月15日、ソウルで」平山基生
- 座談会「格差社会の代案とは」後藤道夫、中嶋陽子、前澤淑子、司会：石塚秀雄
- 資料「統計に見る格差社会」後藤道夫
- 論文「EUにおけるワーキングプア対策と社会的経済」石塚秀雄
- 事業所訪問「できることはみんなで分担—『すこやかな家みたて』訪問」事務局
- 総会記念講演「CSR、コーポレートガバナンスと経営参加—中小経営における新しい労使関係の形成へ向けて」角瀬保雄
- 研究助成報告「非営利・協同に関する意識調査」岩間一雄

- 書評今崎暁巳著「いのちの証言—私は毒ガス弾を埋めました」村口至
 - 文献プロムナード⑮「日本への目線」野村拓
-

●第15号（2006年5月）—特集：共済は生き残れるか？

- 巻頭エッセイ「潮目を変える『怒り』を」八田英之
 - 座談会「共済と保険業法改正」本間照光、押尾直志、安部誠三郎、住江憲勇、山田浄二、司会：石塚秀雄
 - 労山インタビュー「自主共済は保険業法適用除外に」斉藤義孝、川嶋高志
 - 論文「共済事業の現状と改正保険業法」相馬健次
 - 資料「ヨーロッパの共済運動の特徴」石塚秀雄
 - 論文「CSRとグローバリゼーション」佐藤誠
 - 論文「『社会的排除との闘い』の担い手としての『社会的協同組合』」田中夏子
 - 第1回地域シンポジウム「モンドラゴンから学ぶ非営利・協同組織の運営問題」（シンポジスト・司会・コメンテーター）角瀬保雄、石塚秀雄、坂根利幸、山内正人、高柳新
 - エッセイイギリス便り「『非営利・協同』の“母国”で暮らして～『いのちとくらし』を考える～」杉本貴志
 - 文献プロムナード⑭「看護と福祉」野村拓
-

●第14号（2006年2月）—特集：民営化と非営利・協同

- 巻頭エッセイ「福祉と環境に立向かう協同の仕組みの役割」藤田暁男
 - 論文「郵政事業改革の国際類型とわが国の郵政民営化」桜井徹
 - 座談会「介護保険改定と福祉事業の新たな課題と対応」
浦澤正和、岡田孝夫、日吉修二、司会：石塚秀雄
 - 論文「改定介護保険法の特徴と問題点」林泰則
 - 論文「介護ショップのマネジメントの課題について—介護保険7年目をむかえ、地域において人と人との接点を大事にする事業をめざして」小川一八
 - 論文「国民健康保険料に関する自治体格差の実態について」鈴木岳
 - 書評 山口二郎・坪郷實・宮本太郎（著）『ポスト福祉国家とソーシャル・ガヴァナンス』（ガヴァナンス叢書）石塚 秀雄
 - エッセイ韓国から④「富の偏在と新自由主義」朴賢緒
 - 文献プロムナード⑬「マルチ医療論」野村拓
-

●13号（2005年11月）—特集：非営利・協同と福祉国家

- 巻頭エッセイ「次は医療と農業？」吉田万三
- 論文「社会的排除としてのホームレス問題」中嶋洋子
参考資料：「ホームレスの実態に関する全国調査報告書」から
- 論文「『構造改革』の頂点と医療構造改革」後藤道夫

- 座談会「介護への取り組みについて」鈴木洋、松本弘道、森尾嘉昭、武井幸穂、司会：石塚秀雄
 - 翻訳「中央のサポートと地域への動員のバランス——スウェーデン協同組合開発システム」
J. ストルイヤン 竹野ユキコ
 - シリーズ医療事故問題②
座談会「医療事故問題をめぐって②」高橋正己、根本節子、中村建、伊藤里美、棚木隆、
司会：石塚秀雄
 - 資料「アメリカの医療事故過誤救済制度について」石塚秀雄
 - エッセイ韓国から③「爪痕癒し」 朴賢緒
 - 文献プロムナード⑩「階層化・流動化」 野村拓
-

●12号（2005年 8 月）—特集：雇用失業問題と非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ「よみがえれ、8月15日」小川政亮
 - 論文「大量失業に直面した、われわれの課題—フランスの失業対策を参考にして」都留民子
 - 論文「障害者自立支援法と真の自立への通」立岡暁
 - 論文「共働事業所運動と障害者の労働参加」斉藤縣三
 - 定期総会記念講演「スウェーデンの福祉戦略と市場主義への対抗ビジョン」宮本太郎
 - 論文「スウェーデンでは、ケア付き高齢者集合住宅等における医行為を誰がどのように担っているか」
高木和美
 - シリーズ医療事故問題①
座談会「医療事故問題をめぐって」新井賢一、二上護、高柳新、大橋光雄、篠塚雅也、伊藤里美、棚
木隆、司会：石塚秀雄
 - （転載）「個人のニーズに対応する新規医療」新井賢一
 - 資料「医療過誤補償機関制度（スウェーデン、フランス）」石塚秀雄
 - シリーズ・文献プロムナード⑪「はたらきかけ」野村拓
 - 書評・本の紹介：岡崎祐司『現代福祉社会論—人権、平和、生活からのアプローチ』谷口一夫
書評・本の紹介：角瀬保雄著『企業とは何か—企業統治と企業の社会的責任を考える』石塚秀雄
-

●11号（2005年 5 月）—特集：インフォームド・コンセントと患者・医療者の関係

- 巻頭エッセイ「「和をはかること」と民主主義」中澤正夫
- 第5回公開研究会報告：「患者と医療者の医療技術観—相互理解のインフォームド・コンセントのため」尾崎恭一
- 論文「インフォームド・コンセントを患者医療参加の契機に」岩瀬俊郎
- 翻訳 M. ファルケフィッサー、S. ファンデルヘースト「オランダ疾病金庫の価格競争」竹野幸子
- インタビュー「労働運動から見た非営利・協同」小林洋二
- エッセイ韓国から②「易地思之の心構えで」朴賢緒
- シリーズ・文献プロムナード⑩「社会的再生産失調」野村拓
- 書評 八田英之『民医連の病院管理』石塚秀雄

●10号（2005年2月）——特集：非営利・協同と労働

- 巻頭エッセイ「地域づくりと協同のひろがり」山田定市
 - 座談会「非営利・協同組織における労働の問題——医療労働について」
田中千恵子、二上護、大山美宏、岩本鉄矢、坂根利幸、角瀬保雄、司会：石塚秀雄
 - 非営利・協同入門⑥「ワーカーズ・コレクティブ，NPOでの就労に関する論点と課題」山口浩平
 - 論文「市民を守る金融システムは出来るのか」平石裕一
 - 論文「介護保険制度『改革』の狙いと背景」相野谷安孝
 - 第4回公開研究会報告「地域医療と協同の社会——金持ちより心持ち」色平哲郎
 - 海外医療事情②「セネガル保健事情——見過ごされた優等生？」林玲子
 - エッセイ韓国から①「わだかまりを越えて」朴賢緒
 - 文献プロムナード⑨「全人的ケアの歴史」野村拓
 - 書評「ボルザガ、ドゥフルニ著、内山哲朗、石塚秀雄、柳沢敏勝訳『社会的企業——雇用・福祉のEユーザーセクター』、日本経済評論社、2004年」日野秀逸
-

●9号（2004年11月）——特集：非営利・協同と教育／破綻と再生から学ぶ非営利・協同の事業

- 巻頭エッセイ「セツルメント運動」升田和比古
 - 座談会「非営利・協同と教育」三上満、村口至、大高研道、川村淳二、司会：石塚秀雄
 - インタビュー「全日本民医連における教育の取り組み」升田和比古
 - 教育アンケートに見る特徴
 - 教育体験談：長野典右、矢幅操
 - Part 1「民医連北九州健和会再生の決め手」馬渡敏文
Part 2「破綻と再生から学ぶ非営利・協同の事業」
吉野高幸、山内正人、八田英之、角瀬保雄、司会：坂根利幸
 - 論文「社会的責任投資（SRI）と非営利・協同セクターの役割・課題——コミュニティ投資を中心として」小関隆志
 - 翻訳「EUの労働挿入社会的企業：現状モデルの見取り図」訳：石塚秀雄
 - 文献プロムナード⑧「医療と市場原理」野村拓
 - 書評「近藤克則『医療費抑制の時代を超えて』」柳沢敏勝
-

●8号（2004年8月）——特集：非営利・協同と文化

- 巻頭エッセイ「アメニティと協同」植田和弘
- 座談会「非営利・協同と宗教」若井晋、日隈威徳、高柳新、司会：石塚秀雄
- 論文「今日の日本のスポーツ状況と非営利・協同への期待」森川貞夫
- 論文「非営利・協同と労働・文化を担う人間の発達」池上惇
- 論文「協同社会の追究と家族の脱構築」佐藤和夫
- インタビュー「前進座・総有と分配」大久保康雄

- 論文「国際会計基準と協同組合の出資金をめぐる最新動向―Ⅰ A S 32号解釈指針案と農協法の改正―」堀越芳昭
 - 論文「フランスの社会的経済の現状と事例」石塚秀雄
 - 団体会員訪問①「千葉県勤労者医療協会」
 - 文献プロムナード⑦「平和の脅威」野村拓
 - 書評「二本立『医療改革と病院』」川口啓子
-

● 7号（2004年5月）―特集：コミュニティと非営利・協同の役割

- 巻頭エッセイ「『満足の文化』といまの日本」相野谷安孝
 - インタビュー「栄村高橋村長に聞く」高橋彦芳、福井典子、角瀬保雄、前沢淑子、司会：石塚秀雄
 - 栄村REPORT
 - ・「栄村訪問記」角瀬保雄
 - ・「小さくても輝いていた栄村：山間部と都市との比較から学んだこと」福井典子
 - ・「栄村を訪ねて10年、いま思うこと」前沢淑子
 - ・資料 事務局
 - 論文「市町村合併政策と保健事業の危機」池上洋通
 - 第3回公開研究会報告「インドネシアの非営利・協同セクターと社会保障制度」サエディマン
 - 書評「橋本俊詔『家計からみる日本経済』その基本理念に関連して」石塚秀雄
 - 文献プロムナード⑥「医療職種」野村拓
 - 非営利・協同入門⑤「イギリスにおける社会的企業とコミュニティの再生―サンダーランドにおける非営利・協同組織の試み―」中川雄一郎
 - 海外医療体験エッセイ「英国の医療と『シップマン事件』」大高研道
 - 書評「東京民主医療機関連合会50年史編纂委員会編／『東京地域医療実践史―いのちの平等を求めて』」相澤與一
-

● 6号（2004年02月）―特集：非営利・協同と共済制度・非営利組織と公共性

- 巻頭エッセイ「出征」日隈威徳
 - 座談会「共済事業と非営利・協同セクター」本間照光、根本守、伊藤淳、司会：石塚秀雄
 - 論文「新非営利法人法の制定議論と税制改悪の方向」坂根利幸
 - 論文「社会的企業体の連帯で保健・福祉・医療の複合体を」大嶋茂男
 - 論文「長野モデルにおけるコモンズについて」石塚秀雄
 - シリーズ非営利・協同入門④「非営利・協同と社会変革」富沢賢治
 - 文献プロムナード⑤「Care を考える」野村拓
 - 書評／南信州地域問題研究所編『国づくりを展望した地域づくり…長野・下伊那からの発信』石塚秀雄
-

● 5号（2003年11月）―特集：行政と非営利組織との協働（1）

- 巻頭エッセイ「民医連の医師」千葉周伸
 - 座談会「行政と非営利・協同セクターとの協働について」
富沢賢治、高橋晴雄、窪田之喜、司会：石塚秀雄
 - インタビュー「医療と福祉に思う」秋元波留夫
 - 特別寄稿（再録）「津川武一と東大精神医学教室」秋元波留夫
 - 論文「韓国の社会運動と非営利・協同セクター」丸山茂樹
 - 論文「韓国の医療保険制度と非営利協同セクター」石塚秀雄
 - 第2回公開研究会報告「ヨーロッパの医療制度の特徴と問題点」松田晋哉
 - シリーズ非営利・協同入門③「サードセクター経済と社会的企業—ライブリネスのデベロップメント—」内山哲朗
 - 文献プロムナード④「医療の国際比較」野村拓
 - 書評／野村拓監修・赤十字共同研究プロジェクト著『日本赤十字の素顔』角瀬保雄
-

● 4号（2003年08月）——特集：障害者と社会・労働参加—支援費制度をめぐる—

- 巻頭エッセイ「NPOによる地域福祉貢献活動とその困難」相澤與一
 - シリーズ非営利・協同入門②「非営利・協同の事業組織」坂根利幸
 - 座談会「非営利・協同と共同作業所づくり運動」立岡暁、斎藤なを子、長瀬文雄、岩本鉄矢、坂根利幸、司会：石塚秀雄
 - 論文「『共同作業所づくり運動』の過去・現在・未来」菅井真
 - 第1回公開研究会報告「米国のマネジドケアと非営利病院」松原由美
 - 「アメリカのNPO病院の非営利性の考え—薬品安価購入に関連して—」石塚秀雄
 - シリーズ「デンマークの社会政策（下）」山田駒平
 - 文献プロムナード③「医療政策」野村拓
 - 書評・宮本太郎編著『福祉国家再編の政治』田中夏子
-

● 3号（2003年05月）

- 巻頭エッセイ「わが家の庭から考える」高柳新
 - シリーズ非営利・協同入門①「非営利・協同とは」角瀬保雄
 - 座談会「福祉国家の行方と非営利・協同、医療機関の役割」後藤道夫、高柳新、司会：石塚秀雄
 - 論文「地域づくり協同と地域調査実践」大高研道・山中洋
 - 論文「介護保険制度見直しと法改正に向けての展望」伊藤周平
 - 文献プロムナード②「地域への展開」野村拓
 - シリーズ「デンマークの社会政策（上）」山田駒平
 - 「アメリカの医療と社会扶助の産業統計の特徴」石塚秀雄
 - 書評・八代尚弘・日本経済研究センター編著『社会保障改革の経済学』高山一夫
-

● 2号（2003年02月）

- 巻頭エッセイ「医療事故と非営利・協同の運動を思う」 二上護
- 新春座談会「NPOの現状と未来」 中村陽一、八田英之、角瀬保雄、司会：石塚秀雄
- 論文「コミュニティ・ケアとシチズンシップ——イギリスの事例から」 中川雄一郎
- インタビュー「介護保険にどう取り組むか」 増子忠道、インタビュアー：林泰則
- 論文「『小さな大国』オランダの医療・介護改革の意味するもの——ネオ・コーポラティズム的政労使合意のあり方——」 藤野健正
- 文献プロムナード①「もう一度、社会医学」 野村拓
- 海外事情「アメリカの医療従事者の収入事情」 石塚秀雄
- 書評「日本へ示唆 福島清彦著・『ヨーロッパ型資本主義』」 窪田之喜

●準備号（2002年10月）

- 発起人による「新・研究所へ期待する」
- 特別寄稿論文
 - ・「市場経済と非営利・協同—民医連経営観察者からの発信—」 坂根利率
 - ・「医療保障制度の問題点—フランスの事例を中心にヨーロッパ医療制度改革の問題点—」 石塚秀雄

「研究所ニュース」バックナンバー

○No. 21（2008. 1. 31発行）

「理事長のページ：菅野正純さんの逝去を偲んで」（角瀬保雄）、「副理事長のページ：医療崩壊物語」（高柳新）、事務局からお知らせ、事務局経過報告、「医療事故を取り扱う第三者機関の設立をめざす1・19シンポジウム参加報告」「スペインの共済病院グループFREMAP（フレマップ）」（石塚秀雄）、「フランス非営利・協同医療機関視察概要報告（抄）」（廣田憲威）

○No. 20（2007. 10. 31発行）

「理事長のページ：医療と小説」（角瀬保雄）、「副理事長のページ：トーリーの民主主義—保守党の「社会的企業」政策—」（中川雄一郎）、事務局からお知らせ、事務局経過報告、「第3回国際保健協同組合フォーラム参加報告」（竹野ユキコ）、「中国農民專業合作社法と農民組織化の現状」（神田健策）、「本の紹介：児嶋美都子著『イギリスにおける中間ケア政策—病院から地域へ』」（石塚秀雄）

○No. 19（2007. 7. 31発行）

「理事長のページ：まちづくり、コミュニティビジネスと非営利・協同」（角瀬保雄）、「副理事長のページ：日野市立病院の改革に先立って」（高柳新）、事務局からお知らせ、事務局経過報告、「フランス保健省ONIAMのマルタン局長は「国境なき医師団」の創立メンバーの一人だった！」（吉中丈志）、「外食チェーンワタミの介護事業」（石塚秀雄）

○No. 18（2007. 04. 30発行）

「理事長のページ」（角瀬保雄）、「副理事長のページ『イギリス社会的企業』考」（中川雄一郎）、会員からの声「座談会「非営利・協同入門」（「いのちとくらし」No. 18, 07年2月）を読んで」、「ジャパンケアサービス—24時間スポット介護に重点—」（石塚秀雄）

○No. 17（2007. 01. 31発行）

理事長のページ、副理事長のページ（高柳新）「民医連とは」、社会的企業シンポ参加報告、「ベネッセ『子供から年寄りまで』ビジネス」（石塚秀雄）、事務局ニュース

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。

ワーキングペーパー（2006年11月）

©Takashi SUGIMOTO (杉本貴志), "Red Store, Yellow Store, Blue Store and Green Store : The Rochdale Pioneers and their Rivals in the late Nineteenth Century"

ISBN 4-903543-01-3 (978-4-903543-01-7)

Summary

In this paper the birth and development of the co-operatives which were rivals of the Rochdale Equitable Pioneers Society are traced. Though the famous Pioneers Society has been studied by many historians, little is known about its rivals in Rochdale. In 1870 there were four co-operative stores, each with its own 'colour', in the birthplace of Co-operation. This work sets out to dig up these forgotten co-ops in the historical records and to clarify the meaning of the split in the Pioneers. In the course of the argument the position of the Pioneers in the co-operative movement should become clear.



『いのちとくらし研究所報』17号に日本語の論文が掲載されています（58～63ページ）。

総研いのちとくらしブックレット バックナンバー

（詳しくは、事務局までお問い合わせください）

総研いのちとくらしブックレットNo. 1

『医療・介護の報酬制度のあり方』

2004年2月発行、56p

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



総研いのちとくらしブックレットNo. 2

『デンマークの社会政策』

デンマーク社会事業省編、山田駒平訳

2004年5月発行、54p

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



報告書(2006年3月発行)

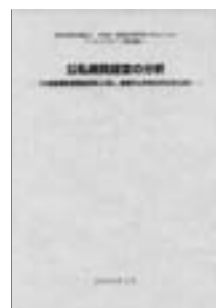
ご希望の方は、研究所事務局（民医連関係者は(株)保健医療研究所）にご連絡下さい。

◎公私病院経営の分析―「小泉医療制度構造改革」に抗し、医療の公共性をまもるために―

（ワーキンググループ報告書 No.1、A 4判73ページ、頒価1,000円）

日本の病院医療をめぐる問題について経営主体別に経営構造を比較分析し、医療の公共性を高める運動論、政策作りに寄与しようとするもの。

- | | |
|-----|-----------------------------|
| 序 論 | 問題意識とワーキンググループの目的（村口至） |
| 第1章 | 設立形態ごとの病院間経営分析（根本守） |
| 第2章 | 独立行政法人国立病院機構の分析（小林順一） |
| 第3章 | 地方自治体病院の分析（根本守） |
| 第4章 | 済生会（石塚秀雄） |
| 第5章 | その他の非営組織病院経営と、経営論点（坂根利幸） |
| 第6章 | 民医連病院の分析（角瀬保雄） |
| 第7章 | 医療の公共性をめぐる一民間医療機関の立場から（村口至） |



◎全日本民医連・総研いのちとくらし共催 「スウェーデン・福祉の国づくりを探るツアー」報告書

（A 4判72ページ、頒価500円）

2005年11月に行われた視察の報告書。医科、歯科それぞれの現状、医療介護セクターと労働組合の役割、医療供給者区分についての論文と翻訳、参加者感想。

- | |
|---|
| 序文（宮本太郎） |
| スウェーデン・福祉の国づくりを探るツアーを実施して（長瀬文雄） |
| 日程概要と報告（林泰則） |
| 論文：スウェーデンの医療についての視察報告と考案（吉中丈志） |
| 歯科医療政策の転換の意味するところは？（藤野健正） |
| スウェーデンの医療介護セクターと労働組合（石塚秀雄） |
| 感想：升田和比古、長崎修二、大高研道、石原廣二郎、上條泉、山本淑子ほか |
| 翻訳：スウェーデンの福祉セクターの供給者の区分化と
制度設計―1991―1994年。新しい道筋と古い依存性（J. ストルイヤン） |



◎「スペイン・ポルトガルの非営利・協同取材」報告書 (別冊いのちとくらし No.2、B 5 判96ページ、頒価500円)

2005年10月に行われた視察報告書。モンドラゴン協同組合の成功の鍵、最新データや幹部聞き取りの内容など。非営利セクター運営の病院、高齢者施設の訪問報告、参加者感想。

序文（角瀬保雄）

I. スペイン・MCC視察

モンドラゴン協同組合企業MCC（石塚秀雄）

MCCの協同労働と連帯、その組織と会計（坂根利幸）

エロスキ（坂根利幸）

労働金庫（CL）（根本守）

MCCの事業の維持と拡大の財政面の支え労働人民金庫（大野茂廣）

イケルラン（坂根利幸）

まとめにかえて—MCCと非営利・協同（角瀬保雄）

II. ポルトガルの非営利・協同セクター

ポルトガルの非営利・協同セクターと医療制度の特徴（石塚秀雄）

高齢者施設ミゼルコルデア（村口至）

III. 感想（野村智夫、村上浩之、山内正人ほか）

日程概要

あとがき（坂根利幸）



別冊いのちとくらし

No.1

『スペイン社会的経済概括報告書（2000年）』

J. バレア、J. L. モンソン著、佐藤誠、石塚秀雄訳

2005年4月発行、44ページ、頒価500円

スペインC I R I E C（国際公共経済・社会的経済・協同組合研究情報センター）から2002年に出された報告書の翻訳（序文等は省略）です。地域における雇用創出、事業の民主的運営、働く者の働きがい、医療・福祉・社会サービスの営利民営化への代案としての社会的企業の役割など、社会的経済セクターが認知されているスペインの事例が日本の課題にも大いに参考になるのではないのでしょうか。

お申し込みは研究所事務局まで。



「研究助成報告」

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

ISBN 4-903543-00-5 2006年6月発行（在庫なし）
(978-4-903543-00-0)

目次

- I. 医療における非営利・協同組織の役割
 - 1章 NPO論の到達点と課題
 - 2章 アメリカ医療事情断章—医療保険市場における選択と規制—
 - 3章 米国の保健医療セクターと非営利病院
- II. ワシントンD. C. 現地調査報告書
 - 1. アメリカ看護管理者団体
 - 2. アメリカ病院協会
 - 3. ジョージ・ワシントン大学病院
 - 4. サバーバン病院ヘルスケア・システム
 - 5. アメリカ糖尿病協会
 - 6. バージニア病院センター
 - 7. シブレイ記念病院
 - 8. ブレッド・フォー・ザ・シティ
 - 9. プロビデンス病院
 - 10. ユニティ・ヘルスケア
- III. 結語
- 参考資料（現地視察企画書）



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

2007年9月発行
ISBN 978-4-903543-03-1

目次

- 第I部
 - 第1章スウェーデンにおける社会的経済の現段階
 - 第2章イエムトランドの地域特性と課題
 - 第3章イエムトランドの社会的経済と支援体制
- 第II部
 - 第1章医師不足に直面する地域における医療協同組合実践の展開
 - 第2章新しい障害者生活支援協同組合の実践
- 参考資料



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

2007年12月発行

ISBN 978-4-903543-02-4

目次

- I. 目的
- II. 対象
- III. 研究方法
- IV. 結果
 - 1) CPI TN（歯周治療必要度指数）の推移調査結果
 - 2) う蝕・歯周病リスクの8クラス分類とその分析結果
 - 3) A-Bグループ間の分析結果
- V. 結果
- VI. 考察

参考文献



●「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

【FAX送付書】

切り取ってお使いください

研究所のFAX番号：

03 (5840) 6568

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

へきりとり

【入会申込 FAX 送付書】

切り取ってお使いください
研究所のFAX番号：
'06年12月1日～：03（5840）6568

特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし入会申込書

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

ふりがな	
団体名称または氏名	

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

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

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

※機関誌等の郵送先、連絡先を記入して下さい

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

※専門・主たる研究テーマまたは研究して欲しいテーマ・要望等を記入して下さい

--

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

〒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