

目次

- 巻頭エッセイ：政策・実践上の重要概念としての普遍主義的給付
.....松田 亮三 1

【特集 地域社会といのちとくらし】

- 地方自治制度改革をどう見るか
—「10道州・300基礎自治体」再編の本質—池上 洋通 2
- 東日本大震災の予算執行と地域社会.....綱島 不二雄 13
- 研究助成「津波被災地保健師100人の声」（宮城）プロジェクト報告及び
「宮城県災害時公衆衛生活動ガイドライン」の検討.....村口 至 17

- 2009年度研究助成概要報告「老親を在宅介護するひとり介護者に確かな
未来を!!」久保川 真由美、山岸 千恵、浦橋 久美子 24

- イタリア医療機関と医療制度の変遷と
非営利・協同セクター.....石塚 秀雄 26

- シリーズ 医療政策・研究史（3）医療経済的ふろしき.....野村 拓 32

- 書評 川口啓子著『職場づくりと民主主義—仕組み・会議・事務』
.....今井 晃 44

- ・事務局ニュース・研究助成報告一覧.....46、47
- ・バックナンバー・単行本案内.....50、54

政策・実践上の重要概念としての普遍主義的給付

松田 亮三

2012年12月12日、国連総会は、医療の普遍主義的給付 (universal coverage) の実現に向けた加盟各国そして国際社会の取り組みを求める決議を採択した⁽¹⁾。この決議は、メキシコ、タイなど新たに普遍主義的給付を実現する国が出現し、それが中所得国の手が届くものとなってきていることを背景としている。決議に先立って、世界保健機関 (WHO) は普遍主義的給付の実現に関わるこうした経験を『世界保健報告』で示し、国際的な議論の俎上に乗せてきていた⁽²⁾。国際労働機関もまたその「すべての人に社会保障を」 (Social Security for All) というスローガンを掲げ、医療の普遍主義を位置付けてきた⁽³⁾。今回の決議はそうした流れを受けたものである。

興味深いのは、この議論の中で改めて普遍主義的給付の意味が問われたことであろう。世界保健報告では、給付の普遍性は3つの側面から捉えられるとしている。すなわち、総人口の中でどれだけの人が給付の対象となっているか、必要な医療サービス (薬剤等含む) のなかでどの程度のサービスが給付の対象となっているか、診療に要する費用の中で給付対象となっている割合はいくらかである。

これらの個々の論点は特に目新しいものではないが、今回普遍主義の内実として明確に整理されることにより、議論の見通しが立てやすくなっている。従来普遍主義は、ともすれば低所得者等の限定的な人々のみ給付する選別主義との対比で用いられていたが、今回の整理では内容がより豊かに多くの政策論に応用できるものとなった。

今回の整理は日本における医療機構、サービスの実態分析や政策論に活用できるものである。政策論では、混合診療、移民の医療保険、利用者負担や保険免責制度など、日本の医療機構においても普遍主義はさまざまな角度から問われており、すでに達成し終えた課題として済まされるわけにはいかない。

普遍主義は医療現場における経営や職員の実践活動課題を検討する際にも参照されるべき理念である。制度的限界の下で、経済的理由で医療を利用するのにためらいを覚える人々に、医療組織が実践的にどう取り組んでいくかという課題もまた、普遍主義に関わっているからである。

社会的理念を掲げた医療組織に関心を持つ研究所『いのちとくらし』が、まさに注目すべき概念であろう。

(1)United Nations General Assembly (2013) Global health and foreign policy (A/RES/67/81, Mar. 14, 2013).

(2)World Health Organization (2010) World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. Geneva, WHO.

(3)International Labour Organization (2012) The Strategy of the International Labour Organization. Social Security for All. Building Social Protection Floors and Comprehensive Social Security Systems. Geneva, ILO.

(まつだ りょうぞう、理事・立命館大学教授)

地方自治制度改革をどう見るか

「10道州・300基礎自治体」再編の本質

池上 洋通

◆はじめに一何を論じるか

いまの日本で基本的な問題とされているもののうち、国民的な関心が最もうすいのが、地方自治制度改革問題（①都道府県を廃止して10前後の道州制を導入する、②市町村をさらに合併して300程度の「基礎自治体」に再編成する）である。マスコミがほとんど取り上げないからだ。しかし地方自治は、日本国憲法が定めた国家の基本構造の1つであり、人々の日常生活における人権の水準を決定する機能を持つものである。したがって地方自治制度改革問題は、国家の基本的なデザインをどうするか、ということにほかならない。その大問題が、第2次安倍内閣の下で、ほとんど国民的な議論を経ないまま「道州制推進基本法案」として国会に提出されるかもしれない、という情勢になっている。

それを受けて、この論稿は、次のように組み立てることにした。

①いま出されている道州制導入＝地方自治制度改革案についての基本的な骨格を示して、その特徴を明らかにし、

②地方自治制度改革の目的を探り、

③日本国憲法の地方自治原則の骨格とその基本的な意義を論じ、

④憲法原則から見た改革案の問題点を示し、

最後に、主権者である私たち国民・住民に、いま求められていることを述べる。

◆地方自治制度改革案の基本的な骨格とその特徴 1 道州制の提案とは

上記のように道州制案は、都道府県を合併する形で廃止して、10前後に国土を分割、州政府を確立しようというものである。表1はその分割イメージの例である。

(1) 都道府県を廃止して国土を10前後に分割

表1は、2006年2月に出された第28次地方制度調査会の「道州制のあり方についての答申」に付けられていた「別紙1（9道州）」の表のうちの、「南関東」に含まれる「東京」を分立して「10州案」としたものである。この答申には、ほかに11道州、13道州の分割案が掲げられていたが、10分割が数的にイメージしやすいことからこの表を作成・提供することにした。以下ではこの分割例によって論を進めていく。※1

※1 「地方制度調査会」地方制度調査会設置法に基づいて置かれている内閣府の附属機関で、総理大

表1 道州制(10分割)案の例 人口＝千人、面積千km²

	人口	面積	現行都道府県
北海道	5627	84	北海道
東北	9634	64	青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島
北関東信越	11642	42	茨城、栃木、群馬、新潟、長野
南関東	22785	15	埼玉、千葉、山梨、神奈川
東京	12570	2	東京
中部	17306	35	愛知、静岡、三重、岐阜、富山、石川
関西	21714	31	大阪、京都、滋賀、兵庫、和歌山、奈良、福井
中国・四国	11761	51	鳥取、島根、岡山、広島、山口、香川、徳島、高知、愛媛
九州	13362	40	福岡、佐賀、長崎、熊本、大分、宮崎、鹿児島
沖縄	1360	2	沖縄
全国	127768	367	—

第28次地方制度調査会答申（2006年）「別紙1」をベースに作成。
・人口＝2005年国勢調査
・面積＝2004年調査

臣の諮問機関。委員は、国会議員、都道府県・市町村の首長や議長、学識経験者から選ばれる。目的は、総理大臣の諮問にこたえて、憲法の「基本理念を十分に具現できるように現行地方制度に一般的な検討を加える」ことであり、この審議会の決定（答申）は、地方自治制度の改正にあたって大きな意味を持つ。また、道州制の分割案はいま、各種の団体、研究機関などから数多く発表されているが、そのほとんどが国土を10内外に分割するものである。ここでは、地方制度調査会の持つ公的な役割を重視して表1を作成し、論を進めることにした。どの分割案も、東京と沖縄をどう扱うかが問題であり、特に東京をどうするかは大問題とされている。しかし、この稿ではその点については、わずかに触れるにとどめたい。

(2) とほうもない人口規模の「道州」

こうした道州制案について、まず言わなければならないのは、想定されている道州の規模が極端に大きいことだ。

表2は、日本の現行の都道府県と「10道州案」による州の平均人口を、諸外国の広域自治体との比較で見たものである

表2 諸外国の広域自治体の人口規模との比較 (2005年基準)

国別	広域自治体	総数	平均人口 (千人)	平均面積 (km ²)	備考
日本	10道州案	10	12776	37287	
	現行都道府県	47	2718	8039	
イングランド	広域レベル	87	552	1494	
カナダ	州	12	2525	183598	連邦制
フランス	レジオン	22	2675	25068	
イタリア	レジオーネ	20	2868	15066	
ドイツ	ラント(州)	16	5127	22314	連邦制
アメリカ	州	50	5305	15066	連邦制

田村秀「道州制・連邦制」(ぎょうせい・2008) ほかによる。

表2は以下のように読むことができる。

「10道州案」による平均人口は、他の国の平均人口を大きく上回り、州を基礎単位とする連邦国家のアメリカやドイツの2倍以上の規模であり、イングランドの「広域レベル」の平均人口は、「10

道州案」の23分の1である。また、カナダ、フランス、イタリアの平均人口は、日本の現行都道府県と並ぶ規模である。

ここから、次の3つのことをいうことができる。

第1は、地方制度調査会の「道州制」案は、その人口規模において、世界的に見て例のない異常な大きさである。

第2は、カナダ、フランス、イタリアなどの例にならうなら、日本の現行都道府県の人口規模で「州」への移行が可能である。

第3は、仮にアメリカと同規模程度の州制度を導入するのであれば、現行の都道府県の数半分ぐらいにすればよい(ただしアメリカは連邦国家である)。

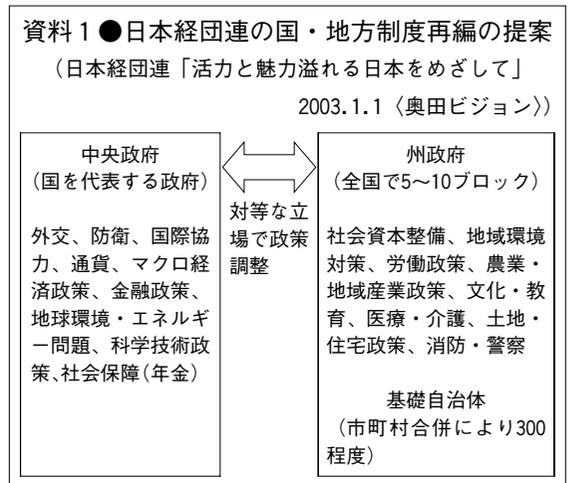
それにしてもなぜ、連邦国家を大きく超える人口規模の州制度を求めるのであろうか。

2 えがかれている統治(行政)機構再編のデザイン

では、こうした規模の改革によって、何をしようというのか、次にそれを見よう。

(1) 日本経団連の提案

道州制導入の提案は1980年代末あたりから行われてきたが、21世紀に入ってから、最初にまとまったイメージを提案したのは日本経団連(経団連)であった。



この図をかかげた経団連の2003年の「奥田ビジョン」は、中央政府(国)と地方の行政的な役割分担について、概略次のような内容の提案をした。

①国は、国が本来果たすべき役割である事務に専念すること。

②国民生活にかかわる内政は、地方の州政府と基礎自治体が分担して担うこと。

以後に現れる地方制度改革提案は、ほとんどがこれをベースにしたものである。

ここで改めて注意を向けてほしいのは、提案されている内容は、まさしく国家全体の基本構造の再編についての提案だということである。この点について、先にも見た2006年の「第28次地方制度調査会の答申」では、「広域自治体改革を通じて国と地方の双方の政府のあり方を再構築し、国の役割を本来果たすべきものに重点化して、内政に関しては広く地方公共団体が担うことを基本とする新しい政府像を確立することである。このことは、国家として対応すべき課題への高い問題解決能力を有する政府を実現する方途でもある。」と述べた。

(2) 自民党のえがく「道州制のイメージ」

2012年6月19日に自民党道州制推進本部・道州制基本法小委員会が「道州制基本法案(骨子案)」を発表したが、それには法案の内容を説明する、次のような「道州制のイメージ」が付けられている。

資料2 ●道州制のイメージ

1. 組織

- ・全国に10程度の道州を設置する。
- ・都道府県は、廃止する。
- ・基礎自治体は、現状を基本とする。(自主合併は、妨げない)
- ・基礎自治体の権能を補完する必要がある小規模な基礎自治体については、道州が地方機関を設置して、その事務を支援するなどの仕組みを設けることができるようにする。
- ・東京及び政令市の在り方は、検討する。

2. 権限

- ・「国の関与」等をできるだけ廃し、二重・三重行政をなくす。
- ・国は、国家の存立に関する事、全国的に統一的定めが必要な事等を行い、機能を集約・強化する。

・道州は、道州内に関することを行うとともに、このことに関し、道州法を制定できる。ただし、国の権限に属することは除くとともに、基礎自治体の能力に応じ、事務・権限移譲する。

・基礎自治体は、その能力に応じて事務・権限を担い、立法することができる。

3. 首長・議会

・議会は、現行の都道府県の区域以下の選挙区から選出された議員で構成する。

・定数については、従来の「市町村合併」時の方式を参考にする。

・首長は、住民の直接選挙で選出される。

・首長の多選制限や議会権限の強化策を検討する。

4. 税・財政制度

・国・地方の役割分担に応じて制度設計するが、中央政府に依存しない税・財源とする。

・財政調整制度を設ける。

・現在の国と地方の債務の処理について検討する。

・現在の知的・社会的インフラ整備状況の格差是正策を検討する。

3 1000基礎自治体の提案

ここで「注」を付けると、この「イメージ」では、「基礎自治体は現状を基本とする」として上記「奥田ビジョン」の「基礎自治体300」にこだわらない態度をとっている。これは、この間に起きた2つのことが作用しているものと考えられる。

第1は町村会が「基礎自治体300」に強い危機意識を持ち、激しく抵抗していることであり、第2は経団連が「基礎自治体300は現実的でない」と方針転換したことである(2008年11月「道州制の導入に向けた第2次提言」=「第2次提言」)。ただし経団連の「第2次提言」は、市町村の少数化・人口大規模化を断念したわけではなく、道州制導入後に合併を進めて1000程度の基礎自治体にする事を提言している(本年1月現在の市町村数は1719)。

これについても、諸外国との比較をしてみよう(表3)。

表3 諸外国との基礎的自治体規模の比較〈日本以外・2005年基準〉

国 別	総人口 (千人)	基礎自治体数	平均人口 (人)	備 考
日 本	127337	1719	74070	総人口・自治体数2013年1月末
		1000	127330	経団連「改革案」による
オランダ	16320	443	36840	—
アメリカ	296410	19429	15250	自治体の1/2が人口1000人未満
カナダ	32270	4066	7930	—
イタリア	58637	8101	7230	—
ドイツ	82351	12312	6680	帰化移民197万人を含まない
フランス	63750	36000	1770	自治体の1/2が人口400人未満

同上 平均人口の1の位は0にしてある。
 ・アメリカは、学区などで徴税ができる「準自治体」が6万8096ある。
 ・イギリスは制度が複雑なので省いたが、パリッシュ（自治体内コミュニティ）という小規模自治体（大半が人口1000人未満）が法制度化されている。

表3は次のように読むことができる。

①現行でも大きな人口規模 現行の日本の基礎的自治体（市町村）の平均人口7万4070人は、他の諸国に比べて極端に大きく、オランダの約2倍、アメリカの5倍近く、イタリアの10倍以上、フランスの40倍である。

②改革案は異例な規模 もし、経団連のいうように基礎自治体を1000にするなら、その平均人口（12万7330人）は、まさに世界的に異例な状態になる。

◆地方自治制度改革の目的

1 何が目的として掲げられているか

では「地方自治制度改革」の目的は何か。先に紹介した第28次地方制度調査会の答申では、次のようになる。

①中央集権主義の打破 「明治以来の国の支配によって地方が動いている。地方分権によって地方自治体が個々の地方を自律的に運営できるようにしなければならない」。そのために、広域自治体を大きなものにして、国の権限を大幅に移譲して国から自立できる力を持つようにする。

②東京一極集中の是正 全国各地の自治体を統

合的に再編成して、各地域の持つ特性や潜在力を一元的・集約的に活用できるようにして、東京に対抗できる体制を整える。

③効率的な行政システムの構築 今日の制度では、地方自治体が行う事務に対して、国が多様に関与したり、国の出先機関が同じ事務を地方自治体と分担することになっているが、道州と基礎自治体の権限を大きくすることによって二重行政などを廃止し、国・道州・基礎自治体を通じたすべての行政システムを効率的なものにできる。また、行政組織そのものも、道州への権限移譲に伴う国の組織縮減、都道府県の廃止・道州への統合による組織や職員・行政経費の削減、更に市町村合併による組織・職員の縮小など、全体にわたる事務の整理統合が可能になる。

④国政の「高度」化 これによって「内政」から解放され、身軽になった「国」は、自らが担当する事務に専念できるようになり、国政が高度な力を持つようになる。

2 より率直な提言を見ると

次に、より率直・具体的な「目的」の例を、経団連の第2次提言（「第2次提言」）から見ることにしよう。

（1）「究極の構造改革」とその効果

「第2次提言」は、道州制の導入を「究極の構造改革」といい、具体的な効果の検証として次のようにいう（以下、下線は池上）。

「第1に、道州制を導入して行財政改革を進めることにより、新たな財源を生むことができる。日本経団連のシンクタンクである21世紀政策研究所の研究によれば、道州制の導入によって、九州7県で地方公務員の総人件費は2,727億円が、公共投資の効率化で6,218億円が削減され、合計8,945億円の財源が新たに生まれるとの試算結果が出ている。同様の試算を全国を対象として行くと、地方公務員の総人件費の削減により1兆5,130億円、公共投資の効率化により4兆3,353億円、合わせて5兆8,483億円（国民1人あたり45,772円、2008年10月時点の試算）の財源を生み出すことが可能になる。

第2に、こうした行財政改革により生み出された新たな財源をもとに、国から権限を移譲された

道州が主体的に産業集積政策を展開し、道路や港湾といった必要なインフラの整備を自主的に行うとともに、産業政策と一体となった雇用政策や人材育成を地域の实情に応じて実施することが可能となる。新たな財源に基づく地域独自の施策によって、グローバルな地域間競争に勝てる力をつけることが可能となる。また、道州が新たな企業誘致、農林水産業の振興、観光振興に成功し、それが雇用の創出につながれば、税収増が実現し、その結果、きめ細かな行政サービスが提供できるようになる。民間企業が、こうした活力に富む地域において、積極的に事業を展開していくことは当然である。

第3は、地域の価値観の共有である。道州制のもとでは、基礎自治体や地域コミュニティにおいて、地域の価値観の共有や住民参加の地域づくりが進むことが期待される。地域独自の子育て支援や福祉政策、教育（初等教育、中等教育）の充実などに住民が積極的に関わることで、地域の連帯感が強まる。」

道州制の導入→行政組織と人件費の削減・公共投資の効率化→「新財源」の確保という図式によって、「道州が主体的に産業集積政策を展開し、道路や港湾といった必要なインフラの整備を自主的に行う」ことができる、というのである。この「産業集積政策」というあたりを注目しておかなければならない。しかしその前に、「子育て支援や福祉政策、教育（初等教育、中等教育）の充実など」というあたりの政策的センスを見ておくことにしたい。

（2）これが「地域独自の子育て政策」？

「第2次提言」の中に「住民目線から見た道州制導入のメリット」という項目があり、「防災・消防」「地域の治安」「子育て支援、人材育成」「地域医療・介護」「産業振興策」「観光振興」「農林水産業が活性化」「個性的なまちづくり」「環境保全」「国際交流」などについての「メリット」が掲げられている。そのうちから「提言」の思想を端的に映し出しているとみられる「子育て支援」について述べた部分を引用する。

「子育て支援、人材育成策が充実する

現下の重要課題である子育て支援については、現在、例えば保育所や幼稚園に関し国が法令、省

令、告示などで全国一律の施設基準や必置規制を定めており、補助金を通じて国が市町村に対し過剰な関与①を行っている。道州制のもとでは、法令などによる縛りが緩められ、基礎自治体が住民のニーズに応じた支援策を柔軟に講じることができるようになるとともに、地域の实情に応じて、保育園や幼稚園などの福祉施設に係る各種基準を自ら定め、自主財源により創意工夫をこらして運営できる体制②が整えられよう。一方、地域の人づくりとして重要な義務教育については、基礎自治体が、近隣の自治体との協力のもと、教育行政単位の広域化③を図り、国が定める大枠のもとで教育を施しつつ、生徒と教師が触れ合う現場から生まれる自由な発想に基づき、地域独自の教育を実施できる体制が整うことになる。義務教育において教員免許を持たない地域人材の活用が積極的に行われ④、また校舎など学校施設についても地域の实情に応じて各種基準が柔軟に定められることで、地域における教育の質的な向上が図られ、知育、徳育、体育のバランスのとれた公教育が実現されよう。（以下略）

少しでも、福祉や教育についての基礎知識がある者なら、目をむくような内容である。特に下線の部分を注目してほしい。

①②は、子育てに国が施設的な基準を定めて財政的な負担をするのではなく、自治体の自主財源のレベルで基準を定めて運営せよ、というのである。「法の下での平等」原則はどこに行ってしまうのだろうか。

③の教育行政単位の広域化も重大である。義務教育でいえば、学区の拡大が学校の統廃合をさらに容易に促すだろうし、地域社会における共同的な子育て（例えば学童保育）の条件を揺るがすことは明らかだ。また、これまでの市町村合併によって教科書採択の自由度が薄められてきたが、さらなる広域化は広大な地域で同じ教科書を用いることになり、教育の自由に無視できない影響を与える可能性がある。

④については、コメントするのとはばかられるようなことであり、教育権・学習権の侵害というべき意見である。子どもたちが多様な人材に出会うのは良いが、それは基礎的・原理的な教育環境があつてのことである。教員免許を軽く見るよう

な思想からそれが生まれることはない。

もともと、これらの提言の前提が「地方公務員の人件費削減」であるから、こうなるのは当然のことでもある。③の教育行政の広域化も、教職員、事務職員の削減を容易にするだろうし、①②の保育園・幼稚園についての「自治体の独自基準」も、後で見る自治体の自主財源の困難を考慮するなら、無資格者の急増を生み出すことは明らかだといってよい。

◆日本国憲法の定める地方自治の原則とその国家的意義

1 日本国憲法の地方自治条項を見る

日本国憲法は第8章に地方自治をにかけて、次のように定めた。

資料3 ●第8章 地方自治

- ◇第92条【地方自治の基本原則】地方公共団体の組織及び運営に関する事項は、地方自治の本旨に基いて、法律でこれを定める。
- ◇第93条【地方議会、長と議員等の公選】①地方公共団体には、法律の定めるところにより、その議事機関として議会を設置する。②地方公共団体の長、その議会の議員及び法律の定めるその他の吏員は、その地方公共団体の住民が、直接これを選挙する。
- ◇第94条【地方公共団体の権能】地方公共団体は、その財産を管理し、事務を処理し、及び行政を執行する権能を有し、法律の範囲内で条例を制定することができる。
- ◇第95条【特別法の住民投票】一の地方公共団体のみに適用される特別法は、法律の定めるところにより、その地方公共団体の住民の投票においてその過半数の同意を得なければ、国会は、これを制定することができない。

(1) 地方自治の基本原則—「地方自治の本旨」(92条)

憲法は、まず92条で地方自治の基本原則を定め、地方自治体の組織のあり方や運営についての法制

度は、「地方自治の本旨」に基づくとした。この地方自治の本旨について多くの議論が行われてきたが、こんにちでは、広く次のように理解されている。

①地方自治体の目的と組織についての原則 地方自治体は、憲法に定める基本的人権を、すべての住民に対して日常的に実現することを目的にした政治的共同体として、一定の地域に、そこに居住する住民を構成員・主体として形成されるものであること。

②住民自治の原則 地方自治体の組織や運営のすべては、住民の意思に基づいて決定し、実行されるものであること。

③団体自治の原則 それぞれの地方自治体は独立性・自主性を持つ団体であり、方針の決定、組織の構成・人事や運営について、憲法・法律に基づく以外の関与・干渉を排除できるものであること。(これらのうち、組織の構成・人事や運営についての部分を「自主組織権」として、取り出すことがある。)

以上が、憲法92条の定める地方自治の基本原則—「地方自治の本旨」の内容だが、以下の条項でさらにその内容が展開されていく。

(2) 住民自治の展開—二元代表制など(93条)

次いで93条は、地方自治体の政府組織を、住民の意志に基づいて確立するための規定を置いている。

①議事機関としての議会 第1項では「議事機関」として議会を置くことと定めた。議事機関とは、文字通り話し合いをする機関ということだが、その目的は、自主的な政治団体として、住民の意見に基づいてその自治体の方針(団体意思)を形成することにある。

②「長」「議会」の直接公選 93条第2項は、地方自治体の長と議会の議員を、住民が直接選挙すると定めた。中央政府について国民は、国会議員しか選出しない。これに対して地方自治体は、議事・立法機関も行政機関の長も、ともに住民の直接選挙によって選出する。中央政府の場合を権力一元主義といい、地方自治体の制度を権力二元主義または二元代表制とよんでいる。

③行政多元主義の原則 93条第2項は、さらに「法律の定めるその他の吏員」を住民が直接選挙

すると定めた。「吏員」は本来行政事務にかかわる地方公務員のことだが、ここでは特に中立性・公平性を担保することが求められる行政機関の委員などをさす。比較的知られている例に、選挙管理委員会、教育委員会、公安委員会などの委員、監査委員などがある。(公安委員会は、警察行政の民主的運営を目的にしたもので、都道府県の機関)。つまり憲法は、二元代表制とともに、「行政多元主義」の原則の上に立っており、権力の集中をさまたげると共に、でき得る限り住民の意思の直接的な反映を求めているのである。それは、この後でさらに鮮明になる。

(3) 団体自治の展開—立法権、行政権、財政権など(94条)

94条は、団体自治を保障する次の原則をおいている。

①**自主立法権** 各自治体は、憲法・法令に違反しない限り、自主的に立法活動を行うことができる(条例制定権)。この場合、議会だけでなく長は、条例案を提出できるほか直接「規則」を制定することができる。

②**自主行政権** 各自治体は、法律、条例・規則などに基づいて、自主的に行政を行うことができる。ただし、現在は、自治体が自己決定できる自治事務とは別に、中央政府が基準を決める「法定受託事務」の制度が一定の範囲で存在する。

③**自主財政権** 各自治体には、財政を自主的に運営(課税、財産の取得・処分、予算編成、決算)できる自主財政権が保障されている。

(4) 特別立法の住民投票—国・自治体の対等性(95条)

95条は、特定の自治体だけに適用される特別な法律を国会が制定しようとするときは、その自治体の住民の投票によって過半数の賛成を得なければならない、と定めている。これは次のような意義を持つ規定である。

①**国会の立法権限の制約** 国会は、憲法41条で「国権の最高機関」「唯一の立法機関」とされる存在だが、その国会でも特定の自治体に適用する特別法を一方的に制定することはできない。

②**中央政府と地方自治体の対等性** このことはまた、中央政府と地方自治体の対等性を確認したものとみることができる。

③**住民自治の優位** 特定の自治体に対する特別立法の可否を決するにあたって、その自治体の「議会の議決」「首長の決裁」にゆだねるのではなく、住民投票という直接民主主義にゆだねたことは、団体自治に対する住民自治の優位、直接民主主義の重視を定めたものといえることができる。

(5) 直接民主主義の展開—地方自治法の規定から

住民自治の優位と直接民主主義の重視は、憲法第8章の付属法である「地方自治法」においてさらに明らかである。

①**町村における住民総会** 町村においては、議会をおくことなく、住民総会によって代えることができる。

②**条例の制定・改正・廃止の直接請求** 住民は、有権者である住民の50分の1以上の連署をもって条例の制定・改廃を直接請求できる権利を持つ。

③**事務の監査の直接請求** 住民は、自治体のすべての事務について、②と同じ方法で監査委員に対して、直接に監査を請求できる権利を持つ。

④**議会解散の直接請求** 住民は、有権者である住民の3分の1以上の連署をもって議会の解散を請求できる権利を持つ。

⑤**議員、首長、主要公務員の解職の直接請求** 住民は、議会の議員、長、副知事・副市町村長、選挙管理委員、監査委員、公安委員会の委員、教育委員会の委員について、④と同じ方法で解職を請求する権利を持つ。

⑥**住民監査請求** 住民は、長その他の行政担当者による公金の不当な支出、公有財産についての不当な事務行為、契約の締結・不履行などの行為(予測される場合も)があったと認められる場合、監査委員に対して監査を請求できる。個人・法人のいずれでもよい。監査が棄却された場合、同じ件をめぐって行政訴訟を起こすことができる。

以上を見ると、日本国憲法の地方自治制度は、地方自治体の自主性・独立性を認めるにあたって、政府組織(議会・行政)とその担当者の選定と罷免、団体意思としての条例の制定改廃、事務の監査、さらには国会による特別立法への住民投票など、広範囲な直接民主主義を制度として確立したことがわかる。(もちろん、この外に憲法16条による請願権の保障がある)。

(6) 「住民」とは誰のことか

では、こうした権利を保障される「住民」とは誰のことか。

憲法10条は「国民」である要件を「法律で定める」としているが、その法律は「国籍法」である。これに対して憲法93条と95条にいう「住民」は、地方自治法によってその自治体に「居住する者」とされており、国籍を問わない。そして、すべての住民が等しく地方自治体の政府組織によるサービスの提供を受ける権利を持つと規定している。

※2

※2 ただし、外国籍住民には選挙権と直接請求の権利は認められていない。これについて、2005年の最高裁判決は、傍論で「地方自治体の首長・議会議員の選挙については、法律を定めて外国籍住民に選挙権を与えることは憲法上認められている」という趣旨の判断をしている。私はこの判断に基づいて一刻も早く法整備を行うべきであり、またその際、直接請求権についても保障する方向での制度改正が議論されるべきだと考えている。これは、この後で見る恒久平和主義と地方自治の関係を考えるうえでも重要である。

2 日本国憲法がめざす国家・社会と地方自治

日本国憲法が制定公布された時点で、「章」を立てて地方自治を規定した憲法は他国になかったといわれている。そうだとすれば、なぜ日本国憲法がそれほどまでに地方自治を重視したかを意識しなければならない。ここでそれを全面的に展開することはできないが、いま直面する課題を意識しつつ、簡単に5つのことを挙げておくことにしたい。

①日常的な場における基本的人権の実現と地方自治 日本国憲法は13条において「個人の尊重」をかけた「生命・自由・幸福追求権の実現を国政の最大目標」とし、25条を含む豊かな人権保障条項を持っているが、いずれの規定も個々人の日常生活において実現されなければ無意味である。この場合、人権の大半、特に生活基盤的な権利の実現は地方自治体（第一義的には基礎的自治体）の存在なくしては不可能である。また、基本的人権の日常生活における具体化をいうとき重視しなけ

ればならないことに、公務員の憲法順守・擁護義務がある。地方自治体による住民への公共サービスは、厳格に憲法原則に即して行わなければならないということである。

②国民主権・法治主義と地方自治 国民主権の国家は、主権者国民の意思に基づく法によって治められるが、その立法は（法の下での平等原則も踏まえて）全国的に一律のものとして定められる。だが、主権者が生活する個々の地域は自然的・社会的特性を持ち、住民の生活や意識は多様である。そこでは「国民に対する法令」を、住民の意思を十全に反映し地域的特性を踏まえた「住民法」として豊富化し、具体化しなければならない。また、国法体系が無関心な地域課題について、独自の立法を行うことも求められる。地方自治体が、これら全体を実現してはじめて、国民主権・法治主義が具体化されるのである。

③恒久平和主義、平和的生存権の日常的な実現と地方自治 日本国憲法の平和主義の実現のために、強い権限を持つ地方自治制度が不可欠であることは、明治憲法下における軍国主義の経験に照らして明白である。地方自治条項を持たなかった明治憲法の下で地方自治体は、法人格は与えられたが、結局は「国家の下請け組織」となり、徴兵事務、軍国主義教育の推進、徴税義務の遂行をはじめとする軍事・国防体制の確立に向けて、国民すべてを動員する現場的な役割を果たした。この経験からすると、日本国憲法が「章」を立てて地方自治を定め、地方自治体を中央政府と対等なものとして規定し、国民とは別に「住民」概念を立てて外国籍の者も含めるとしたことの意義はきわめて大きい。こんにち70%をこえる自治体が制定する「非核自治体宣言」もこの原則から生まれた。中央政府の誤りに対してそれをただし、恒久平和主義、平和的生存権を日常的に実現する地方自治体の存在は、日本国憲法のめざす国家の不可欠で基本的な制度である。

④「不断の努力」の場としての地方自治体と地域社会 憲法12条には「この憲法が国民に保障する自由及び権利は、国民の不断の努力によって、これを保持しなければならない」と記されている。知られるように、日本国憲法は「国民を主語とし、国民自身の手で書かれた」という基本に立つ憲法

の1つである。したがってこの条文は、主権者国民自身の「誓い」といってよいものだ。確かに日本国憲法は平和的生存権をかかげ、豊かな基本的人権をうたっている。だがそれは、「不断の努力」として日常的に具体化する権利でなければならぬと12条はいう。この「不断の努力」の主要な場が、地方自治体・地域社会である。そこでは、人々の生活が交流し、基本的人権が共同的に絡み合いながら実現されていく。先に見た数々の直接民主主義の制度は、地方自治体・地域社会を主権者の「不断の努力」の場としたときに、その力を十全に発揮できるはずのものである。

⑤「維持可能な社会」の実現と地方自治 加えて現在「維持可能な社会 Sustainable Society」の実現が、人類的課題になっている。平和と環境をはじめとするこの課題の実現は、国連・国際社会において、すべての国家が果たすべきものとして確認されてきた。それはまさしく日本国憲法の掲げた基本理念と一致するものであり、地方自治体・地域社会の場における住民の「不断の努力」なしに実現し得ないことは明らかである。

以上を見るなら、地方自治が単なる「行政システム」ではなく、日本国憲法が目ざす国家目標、また現在の国家と社会が直面する課題の解決に向かって、十全にその力量を発揮すべき不可欠な存在であることは明らかだといわなければならない。

3 憲法の定める地方自治を実現する条件

では、それを実現しようとするときに求められる制度的・システムの条件は何か、その最低限を記すなら次のようになる。

①市町村最優先・都道府県優先の原則 主権者国民、住民の生活の場に形成される政治的共同体＝基礎的地方自治体とその政府に、政策的決定についての最優先の権能を保障し、次いで都道府県に第二次的権能を与えること。

②全権能性の原則 同じく基礎的自治体にすべての基本的人権の具体化について必要なすべての権能を保障すること。

③自主的財源の保障 ①②を実体化するために必要な自主的財源の確保を制度化すること。

④政府組織の確立 これらを前提に、直接民主主義の制度を活用しながら、住民自治・団体自治

が日常的に機能するためには、まず住民から議会・行政の実体が具体的に見え、住民がいつでも表立って意見を主張できるようになっていることであり、反対に議会・行政から住民生活の実態が見え、そこから生ずる意見・要望を日常的に把握・理解し、政策化できることである。これらのためには、それに必要な議会・行政の組織、職員集団を十全なものとして確立し、絶えずその能力を高める努力をすることが求められる。

以上が、憲法の定める地方自治の原則を実体化するための基本的な最低条件である。

◆憲法の地方自治原則を破壊する地方自治制度改革

じつは、憲法原則を無視した地方自治改革政策は、特に1990年代からの新自由主義・市場原理主義路線、「構造改革政策」によって強力に推進されてきた。いま、経団連や自民党などがかけける「地方自治制度改革」のプログラムは、その頂点というべきものであり、憲法原則への「究極の破壊路線」である。それを示すために、1990年代からのいくつかの例を見よう。

1 地方公務員数の削減と市町村合併

①政策的に進められた地方公務員数の削減 地方公務員数の削減政策は1994年度から始められた。その結果を端的に示したのが表4である。これによると、1994年度に328万人余であった地方公務員数は、2012年度において276万人余に減少し、この間に16%、51万人余が削減された。この結果、人口当りの地方公務員数は国際的に見ても最低ランクに位置するようになったが(表5)、その後にもさらに削減が進められてきた。また、部門別に近年の職員数の動向を見ると、表6のようになる。これによると、一般行政をはじめ、福祉、教育、公営企業(上下水道・交通・病院など)の部門で職員数の削減が進み、警察・消防部門で漸増していることが分かる。

②市町村合併政策の推進 こうした職員数削減のテコになったものに、市町村合併がある。わが国の市町村合併政策は明治以来繰り返行われてきたが、表7で1945年以後の数の変化を見た。これによると現在の市町村数(1719)は、1945年時

の16.3%、60年時の48.8%でしかない。そして、後で見るように、市町村合併は職員数削減とともに、地方自治の原則に関わる重大な問題を生み出しつつある。

③民間委託の推進と非正規職員の激増 このように地方公務員削減と市町村合併政策が強行されたこの時期に、急速に人口の高齢化が進むとともに、新自由主義的な構造改革政策の下で全世代にわたる社会経済格差が顕著に広がった。その結果、福祉部門をはじめとする行政需要は大きく広がったが、大半の自治体は、これに対して民間委託の拡大と非正規職員の急増で補ってきた。その結果、公務・公共労働部門そのものにおいて、社会的・経済的な差別を当然視する風潮が広がっている。

表4 地方公務員数の削減〈1994～2012〉

年	総数 (人)		
	職員数	減少数	指数
1994	328万2492	—	100
2012	276万8913	51万3579	84

総務省

表5 人口千人当り地方公務員数の比較 (人)

	日本	イギリス	ドイツ	フランス	アメリカ
基準年	2005	2005	2004	2004	2004
千人当り数	29.6	35.9	42.7	47.3	64
指数	100	121	144	160	216

同上

表6 部門別地方公務員数の増減〈2005～2012〉

年	職員総数	(人)					
		一般管理	福祉関係	教育部門	警察部門	消防部門	公営企業等
2005	304万2122	62万7835	42万1025	113万9683	27万4271	15万5693	42万3615
%	100	20.6	13.8	37.5	9	5.1	13.9
2012	276万8913	54万6246	36万9623	104万7884	28万3353	15万8460	36万3347
%	100	19.7	13.3	37.8	10.2	5.7	13.1
増減数	-27万3209	-8万1589	-5万1402	-9万1799	9082	2769	-6万0268

総務省資料により作成

表7 合併による市町村数の減少〈1945～2013〉

	1945 昭20	1960 昭35	2013 平25
合併政策	—	昭和の大合併	平成の大合併
主要政策	敗戦	高度成長政策	構造改革
市町村数	10520	3526	1719
指数 a	100	33.5	16.3
指数 b	—	100	48.8

同上

2 地方自治における憲法原則の破壊

そこで、以上の例に見た1990年代からの新自由主義的な地方自治政策の結果と、いまかかげられている「地方自治制度改革」が、憲法の地方自治原則をどう破壊するのかを、なるべく具体的に検討してみよう。

(1) 自治体面積の拡大化が権利を奪う

まず分かりやすい例でいえば、議会の傍聴がある。市町村合併は、広大な面積の自治体を生み出した。地理的に傍聴が困難なことは明らかだ。これは基本的な権利とつながる。議会の状況を具体的にみることなしに、議会解散や議員の解職を求めることはできないからだ。もちろん、日常的な行政・議会への陳情・請願も大変なことになる。国土を10分割するという「道州制」の場合はどうなるのだろうか。

(2) 自治体の人口急増が権利を奪う

条例の制定や改廃、事務の監査を求める直接請求には、有権者の50分の1以上の連署が必要だし、議会の解散や首長、議員、幹部職員、行政委員などの解職請求には、3分の1以上の署名が必要だ。人口が5000人、1万人、10万人、20万人と比較していけば、市町村合併による人口の急増が、事実上基本的な権利を奪う可能性を持つことは明らかだといわなければならない。ここでも「道州制」ではどうなるのかを考えなければならない。

(3) 職員数の削減が追い打ちをかける

職員数の削減が、さらに追い打ちをかけ、住民と行政はますます遠い存在になる。例えば「生活保護」のように、基本的人権を最低限保障する現場で、ケースワーカーが受け持つ対象者数が国基準をはるかに超えているのがどこでも見られる実情だ。経団連の示す巨額な「人件費削減」を前提にした「道州制」ではどうなるのだろうか。

(4) 憲法原則を無視する民間委託・非正規化

上記のように職員数の削減と抱き合わせで、公務の民間委託・職員の非正規化が進められてきたが、これは公務員の「憲法順守・擁護義務」に基づく奉仕労働の原則を薄め、公務公共労働の質を低下させる結果を生み出すこととなった。福祉施設における利用者への暴行などの事件が多発している背景がこれである。また、公共政策による低賃金労働者の拡大が、地域経済を低迷させ、自治体の税収に悪影響を与えていることも見ておこう。

(5) 密室化する権力組織

住民から見えない地方自治体の政府機関が権力性を強め、密室化していくのは必然であるといわなければならない。道州制は、その頂点になるだろう。そしてそこは、最後に見る経済界の思惑とからんだ多様な「取引」が日常化する場になるに違いない。

(6) 軍事路線と政治・行政機構の単純化

この項の最後に触れなければならないのは、「国防軍」をかかげた憲法改正案に見る軍事政策と地方自治制度改革の関係である。私はかねてから、市町村合併による基礎的自治体の少数化、道州制による広域自治体の集約は、政治・行政機関、統治機構を単純化することによって「軍事的に強い国家」、中央政府と地方自治体の対等関係を解消し、上意下達の体制をつくろうとする路線であると見てきた。仮に国防軍を創設するとなれば、兵力を確保する自治体が不可欠である。また、改憲以前であっても集団的自衛権を行使するとなれば、「強力な自衛隊」が必要なのであって、同じ課題

が浮上するからである。

◆さいごに一はしゃぐ人々と日本国憲法の道

経団連の「第2次提言」には、北海道をはじめとする「10州」それぞれの人口に近い国やアメリカの州などを並べた表を掲載し、次のようにいう個所がある。

「道州制が導入されれば、欧州の中堅国、あるいは米国の有力州などに匹敵する地域が生まれ、「選択と集中」を基本に道州の裁量で個性的な地域戦略が実践される。その結果、地域の活性化が図られ、わが国全体の発展にもつながるという姿が描ける。」

ここから見えるのは、多国籍企業化した大資本を中心とした経済プランにおいて、こんにちの府県より大規模な財政を自由に動かせる地域政府を求め、港湾・空港・流通設備などを公的資金で整備させ、国際競争に勝てる体制を求めるあけすけな財界の姿である。まさに「道州制」は、彼らにとって大はしゃぎのプランなのだ。

だが、ここに描かれるプログラムが、国民・住民の未来を明るく照らすことはない。私はいま、日本国憲法のえがく国民主権、平和と基本的人権の上に立つ国家像を日常的なものとして実現するために、憲法の地方自治原則をかみしめている。

(いけがみ ひろみち、自治体問題研究所・主任研究員)

東日本大震災の予算執行と地域社会

綱島 不二雄

8月21日、宮城県の2012年度決算が報道されました。歳入は、1兆9879億円と、震災前の2010年度決算の2.3倍という額です、県税も前年度比13%増で、法人事業税が3割伸びています。一方歳出は、1兆8278億円と同じく2010年度の2.3倍のほっています。県内一部に起っている「復興バブル」の要因ともいえましょう。歳出では、農地、漁港、中小企業などの復旧費や住宅再建の費用が大きく伸びています。しかし、県の決算報告とはうらはらに、農地、漁港、中小企業の復旧は残念ながら大幅に遅れたままです。

なぜこうした事態になっているのでしょうか。それは、国の復興理念、県の復興理念に原因があるからです。以下、この点を中心に国・県の復興理念とそれがもたらしたものの、県の沿岸全域の農業・漁業が被災した中で、その本格的な復旧はどうあるべきなのか。被災者が希望がもてる復興の道はどうかあればよいのかについて述べていきたいと思います。

I. 国の復興理念と予算執行

国は、東日本大震災に際して、「創造的復興」「日本再生」そして自公政権になってこれに「国土強靱化」が加わりました。民主政権時に19兆円の復興予算が算定され、自公政権は、これに6兆円の上積みを決定しましたが、その大半は、国土強靱化のための公共事業にあてられる見込みです。

ところで、宮城県土の被災沿岸部全域というときわめて広範囲（例えば、海岸線の総延長は828km）なものとなります。この広大な農・漁村の被災、市街地の復旧に対して「単なる復旧ではなく創造的復興を」とは、一体何をどう想定してのものなのでしょうか。とても想像すらできかねる「復興構想」と言わざるをえません。はたして、国の大幅な復興予算の流用が明るみに出ました。

思わず吹き出してしまいそうな名目で3.2兆円にのぼる流用予算が堂々とまかり通っていたのです。また、無理な予算のはりつけによって、宮城県では、2013年度末までに未執行予算が2747億円にものぼることが明らかになり、そのうち970億円は、今年度中の消化が義務づけられているものとなっています。その内容に中小企業グループ補助金が入っており、肝心の地盤かけ上げができないために事業所建設もままならないというものであり、行政の思い切った対応が求められるのです。

冒頭でも述べましたが大幅に増えた歳出のおもなものとしてあげられた農地、漁港、中小企業の復旧が一番おこなっているのです。宮城はトヨタ王国の一角を占める施策をしてきましたから、工業製品の輸出港としての仙台港は、最優先で復旧し、2012年4月には、機能は完全に回復し、さらに港のバックヤードが1.5倍に広がるなど急速な復旧（創造的復興？）が行われました。それ以外のところは、予算はつけたが、あとはそのままといえる状況なのです。

さらに、あろうことか、仙台国税局は「復興マネープロジェクト」を作り、県内の建設業十数社に対して所得隠し、申告漏れの税務調査をおもに「ガレキ・解体」事業について実施したのです。「ガレキ」処理等の元請けは、周知のとおり、大手ゼネコンの県内市場の地域分割担当によってガレキ処理が行われたものです。ここにも本体に迫らずに、尻尾の部分に迫るといって、いつもの手法がとられているのですが、予算執行における流用、未執行状態についての検証を先行させるべきなのではないでしょうか。

II. 県の復興理念と予算執行

1. 岩手、宮城両県の復興理念の相異と復興

復興予算に関しては、とくに復興交付金という

形で大半が予算化されますが、その予算執行にあたっては、県、とくに県知事の復興理念が大きな影響を与えます。被災の規模が異なりますので、直接的対比はできませんが、岩手と宮城の漁業、漁港の復興度合では、岩手の復興が宮城の倍近いスピードで進められています。

その原因の多くは、岩手、宮城両県知事の復興理念の相異にあると思われる。岩手の達増知事は「被災者の安全、暮らし、生業の復旧」を基本に据えました。それに対して、宮城の村井知事は「単なる復旧ではなく、創造的復興」をかかげました。

漁業においては、民間資金の導入による早期復旧を名目とした「水産特区」、農業においては、「農と食フロンティア事業」をかかげました。岩手の漁民には、希望の灯が、宮城の漁民には、怒りの火がついたのです。

2. 「水産特区」の問題点

岩手では、「すべての浜の復旧」をかかげ、可能性の高い漁港から順次復旧に着手し、実績をあげました。一方宮城では、漁港の拠点化構想で142の港の整備を打ち出し、混乱を招きました。加えて「水産特区」です。

「水産特区」問題は、漁業法上きわめて重大な問題ですので、紙数の関係でここでは簡単に経過と問題点についてふれるにとどめます。

「水産特区」問題は、震災後の5月2日の村井知事の「復興を早期に実現するための民間資本の導入も積極的に検討したい。そのためには、企業の漁業参入の妨げとなっている漁業権の民間への開放が必要である」という突如の発言が発端になりました。漁民が、生業のすべてを消失し、それでも、復旧に向けてガレキの中から養殖用の種子ガキ・ワカメの芽などを見い出したり、各地から寄せられる支援船を共同で使用するなど、とにかく生業の維持に向けて、力をふりしぼって困難な活動を開始したばかりの時でした。県漁協は総力をあげて反対しましたが、知事は漁民との対話すらすることなく、国の復興構想会議にギリギリのタイミングで「水産特区」構想を盛り込ませたのです。

私達県民センターも微力ながら、県漁協と予定

されている漁民合同会社（15名の漁民と県内大手の水産卸会社で設立）の間に入り、2012年10月末には、この合同会社が県漁協の一員となることを県漁協が承認しました。この時点で「水産特区」の芽はつまったことになったと理解されました。

しかし、突如2013年4月4日、県は地域協議会を開催し、直ちに復興庁に特区申請書を提出しました。申請は水産庁の同意を得、4月23日には、国が許可を与えました。通常では約3ヶ月かかるといわれていた許可事業がわずか3週間足らずで決定される異常なスピードです。漁業権という基本的権利に関わる議論は一切避けて、復興庁独自の承認条件を作り、許可を取り付けたのです。水産庁をも棚上げした姑息な手段で事を運び、2013年9月1日の5年に一度の区画漁業権等の更新を迎えようとしているのです。また、こうした強権的「水産特区」の遂行には、国の後押しがあった点も見落せません。「特区」は村井知事の発案ではなく、2004年の元農林水産事務次官が主宰した「高木委員会報告」そのものなのです。まさに、被災に便乗した提言実現の場として活用したのです。この問題は、このまま見過すべきものではありません。引き続き協議を重ね、漁業法上の汚点を残さぬよう努力を重ねていかねばならない問題と私達は認識しています。

3. 農家不在の「農と食のフロンティア事業」

これまで、津波を経験したことのない県南部の農村地帯では、農業基盤が押し流され、数少なくなつたものの、これまで奮闘してきた専業農家、地域の支え手でもあった多数の兼業農家ともに、集落の歴史、文化、もろとも生業のすべてを消失しました。何代にもわたって暮らしを共にしてきたコミュニティが一瞬にして消失したのです。各人が先を見通すことは、物理的、精神的にもかなり追い込まれた状況に置かれました。そこに打ち出されたのが、農業の企業化、6次産業化の方針でした。復興へのミスマッチの最たるものが被災農家の前に立ちふさがったのです。

当初、津波再襲来への恐怖は、地域を大きく覆いました。しかも、仙台市を除く、県南沿岸の市町では、早々に防災集団移転地区に指定され、集団移転の話し合いが先行しました。仙台市では、

一度防災集団移転地区に指定された地区が、津波シミュレーションの結果、防集から除外されるケースが続出しました。当該地区の人々は行政から見放されたという脱力感にさいなまれました。しかし、いくつかの集落で先進的専業農家が、独自で、ボランティアの援助等を得て、農業再開に踏み切りました。除塩が必要な水田は、水路復旧もままならない状況下で、もっぱらハウス野菜に取り組み、自宅も自力で改修したのです。一方では、コミュニティの維持を目標に、集団自主移転の動きも出、学者を中心とした専門家集団と共にあれこれ復興の道を探りましたが、ことごとく行政の壁が立ちだかっただけです。典型的な集落では、先進農家について従前地での復興を目指す動きも出てきました。

こうした、復興にとって基本的な動きを素通りする形で「農と食のフロンティア事業」が、大型野菜ハウスの形で続々と進められています。イチゴ産地だった亘理地区は、被災しなかった土地に大規模なハウスが林立しています。復興の柱と位置づけられていますが、余りのイチゴへの特化への危惧、肝心のコミュニティへの配慮、圧倒的多数の兼業農家の位置づけ等、今後の復興に多くの課題を残しているともいえる状況です。

Ⅲ. まちづくりの状況と予算執行

1. 県主導のまちづくりおくれとその背景

予算執行のおくれは、復興のおくれの原因ですが、それ以前に予算の組み方にも問題があるように感じます。

震災直後、県は大手コンサルタントに一斉に被災市町村の復興まちづくり計画のデッサン作成を依頼しました。規模の大きい市町には、県の担当者を直接送り込んで作成にあたりました。その結果「高台移転」を基本とする基礎デッサンが、被災者ぬきで作成され、それが今日までのまちづくりの基本となっています。もちろん県内の各地域では、被災者が自ら話し合い、ボランティアで専門家の協力を得て、独自のデッサンを描いたところもあります。現在、県北のいくつかで集団移転計画が国に承認されたところの大半は、そうした事例です。

まちづくりに関しての予算作成は、全市町おしなべて、計画、設計、整備といった項目だけで進められています。当然のことながら被災者抜きのまちづくりへの合意形成は難しく、県内194ヶ所の集団移転地が、2013年7月にやっと完成したという段階なのです。確定したといっても、具体的な細部にわたる土地をめぐる権利調整は緒についたばかりですから、当然大規模な予算未執行が発生してくることは充分予想されます。

さらに、気仙沼等の大規模漁港では、漁港の復旧がおくれている上に、隣接すべき水産加工業団地のかさ上げが大幅におくれているのが現状で——とにかくかさ上げのための「土」そのものが不足、資材不足、それに人件費の高騰で、入札不成立が続出——地元地域経済の復興、そして女子労働力の就業機会不足も深刻の度を増しているのです。

2. 被災者主体のまちづくりと課題

被災者主体のまちづくり（集団移転）の典型例としては、気仙沼市の小泉地区の集団移転をあげることができます。旧小泉地区は、小泉海岸に接してコミュニティを形成していました。住民の大半は、サラリーマン世帯でしたが、結束が強く、とくに隣接する高台に小・中学校等が設置されていたことが、津波襲来時に住民が全員高台に避難し、眼下に自分達の歴史、文化のにじんだ集落が流出していくのをじっと見守ることしかできない経験をした地域です。

被災後直ちに、今後は防災集団移転しかない結論づけ、早々に推進協議会をたちあげ、集会所に日を決め定期的に住民が集まり、たまたまコンサルタント、まちづくりの専門学者との出会いもあり、自らの希望を図面化、そして復興のまちづくりの模型図まで作りあげ、2012年夏には国の承認も得ることができました。しかし、正式に集団予定地の森林伐採が行われたのは一年おくれの2013年8月です。それまでの一年間は、同じ気仙沼市内の集団移転地のいくつかの計画立案、承認をまって、一括して造成事業を大手ゼネコンが請負うという形で出発するまで待ちぼうけをくった形になりました。この間、せっかくの仲間のうちの20戸は、早々に自らの所有地での再建に方針を

変えてしまいました。まさに行政の対応のおくれが招いた結果といえます。

一方、被害の大きかった石巻市では、集団移転地に関しても苦戦を強いられています。平成の大合併の余波がこの期に一気に噴出した形となりました。合併に伴い旧町は市支所となり、人員は半減されました。復興はどうしても旧市町が中心とならざるを得ません。あたかも地域の復興の軸がなくなってしまったかのような状況を示しています。石巻市本所も通常年700億円の3倍強の2000億円超予算執行に四苦八苦の状況で、石巻漁港を国際規模の漁港化へと国の方針で計画された先端漁港化施設の一部予算はあらかじめ返上を申し出ざるを得ない状況にまで追い込まれているのです。集団移転地においても地権者の確定等に時間を取られているのが現状です。その結果、公営住宅の造成は2年ずれの見返しとなっています。せっかく早期に完成した被災者主体の復興まちづくり計画も、一日も早い復興という住民自身の希望が充分いかされないという事態は、何らかの創意で一刻も早く解消することも大きな課題といえます。

Ⅳ. 「人」の復興こそが「創意」のみなもと

これまでの2年半の復興状況を概観すると、何より「人」に視点を置いた施策が皆無に近いという状況が明らかになったと思います。今回の被災の大きな部分は、生業を主とする農業、漁業、中小企業が占めているのです。そして、これらは、各々が地域で小経済圏ともいべき規模で地域を支えてきたのです。この存在は、重視されなければなりません。決して経済のグローバル化の邪魔をしているわけではないのです。それどころか、経済面ではない地域文化、自立といったものをしっかり守り育ててきたのです。この営みは、今後の日本の発展にとっても不可欠の位置を占めるものといえるでしょう。経済合理性は、その合理性を発揮しうる規模、範囲でしか成立しないのです。今回の大地震を機に、より長い大きな視野で、日本の今後の展望しうる人間が主体の復興を成し遂げることは、きわめて重要な問題なのです。私達

は、この視点が、これからも被災者とともに「人間の復興」を実現していく心づもりです。

最後になりますが、いま私たちが取り組んでいる喫緊の課題についてふれておきます。それは、発災後、継続されていた被災者の医療に関する診療窓口負担ゼロ制度の継続要求です。国は、2011年度は10割負担を実施しました。診療窓口負担ゼロとなった当初、県内の歯科医には患者が殺到しました。震災の影響だけでなく、これまで如何に多くの住民が医療費負担の重さゆえ、歯の痛みを耐えていたのか如実に示すものとなりました。それと同時に被災者にとって医療費が心身の大きな負担になっているかを痛感させられたのです。しかし、2012年度からは、自治体が2割負担すれば、国は8割負担という方針に変えました。私たちは被災者と共に国の10割負担を働きかける一方で県の負担（県1割、市町1割）の実現を要求し、実現させました。しかし、2013年度に入ると、福島、岩手両県は、この制度を継続しましたが、宮城県知事は、県は負担しないと明言し、市町も県の負担がなければ独自で2割の負担は困難ということで実施が見送られることになりました。私たちは多くの県内仮設住宅自治会の協力を得て、被災者中心に署名活動を展開し、数度にわたって知事に面会を求めましたが、知事は集まった多くの被災者の前に顔を出すことはなく、継続をストップしたままです。

問題は知事の被災者に向き合う姿勢です。知事には、各種寄付金等による専決予算「地域整備推進基金」の103億円があるのです。私たちは、この独自基金を使って被災者のギリギリの要求に応じてほしいと要望しましたが、知事は他の用途に使うという姿勢を最後まで崩しませんでした。何故こうまでかたくなに被災者対応を拒むのか。復興ビジネスにかける国、県の固い方針をあらためて実感しつつ、より強い運動を展開し、被災者の希望につながる予算執行の実現をめざしています。

(つなしま ふじお、東日本大震災復旧・復興支援みやぎ県民センター代表世話人、元山形大学教授)

研究助成「津波被災地保健師100人の声」 (宮城)プロジェクト報告及び「宮城県災害 時公衆衛生活動ガイドライン」の検討

村口 至

I 「プロジェクト」の結成と「報告」 作成、頒布

1) 企画の動機とプロジェクト結成

私は塩釜地区に居住しています。私の勤務（非常勤）する坂総合病院は、宮城県指定地域災害支援拠点病院であり、且つ地域医療支援病院の認定を受け地域への“公益的”責任を強くもつ民間病院です。2011年3月11日の被災当初は、押し寄せる救急車や被災者の対応に精一杯取り組みましたが、地域の状況が全く分からず他の医療機関との連携も取れずにいました。そこで、発災4日目に今田坂総合病院院長と相談し、医療や行政関係者との連絡組織を立ち上げるべく私が診療圏の地域を回りました。2市3町（塩釜市、多賀城市、松島町、七ヶ浜町、利府町）の役場の災害対策本部や塩釜保健所、地元医師会、薬剤師会、歯科医師会及び主な病院を訪ねトップと会い、当日（発災4日目）の午後から緊急連絡会議を坂総合病院で行いました。この会合ではじめて地域全体の状況が把握できた上に、対策が検討されました。この会合は週1回行われ、保健所長、医師会長は常に参加し、4回目からは県の指示で会場を塩釜医師会館に移して都合8回行われました。

この連絡会は、震災後ほぼ2ヶ月間の地域の保健・医療問題の情報共有と対策の機能を果たしました。会合には、自治体保健師も参加していました。その間私は、隣圏域の東松島市、石巻市、南三陸町を訪ね救援活動に当たっている保健師さんとお会いし、情報の交換をしました。その際に、自らの被災を省みることもなく、懸命に救援活動

に取り組んでいる保健師さん達の姿に深く感動を覚えました。彼女らの仕事場は、いま広範囲に破壊し尽くされているのでした。町の人々だけでなく、彼女らの家族、同僚をも奪った大地がガレキとともに広がっているのでした。彼女らの苦悩の表情、語りから何を読み取るべきか、今後の復興にあたり単に津波対策だけでよいのか。被災を大きくした背景に何があったのかなどを深く抉り出すことが、今後の街づくりにとって大切ではないかと強く感じました。それが、今回のプロジェクトを企画した動機です。

『津波被災地保健師100人の声』(宮城)プロジェクトは、私の医学生時代の東北大学医学部のサークル社会衛生部の先輩や現役保健師に呼びかけ結成しました。その際に、旧知の西郡光昭先生に参加の快諾を得られたことは、この企画を進める上で決定的な意味を持ちました。先生は元宮城県保健福祉部長で定年退官されていました。

プロジェクト会議は2011年12月から2013年4月まではほぼ毎月1回行いました。定例会では、ミニ学習として、菊地頌子氏(保健婦資料館代表)「被災地の保健師活動」、西郡光昭氏(元宮城県保健福祉部長)「宮城県の保健所活動」、白井玲子氏(宮城県保健所保健師)「保健所の地域活動」、日野秀逸氏(元東北大学経済学部長)「平成の大合併と地域保健」を企画し学習しつつ、調査内容を立案しました。まとめを行う上で4地域の市町保健師の訪問懇談(山元町、南三陸町、石巻市北上地区、同河北地区)を行いました。

プロジェクトメンバーは以下11名です。西郡光昭(プロジェクト代表、元宮城県保健福祉部長)、

尼崎えみ子（坂総合病院附属福田町クリニック）、伊藤慶子（石巻市役所）、梶原ユキ（元宮城県保健所）、鈴木恵子（七ヶ浜町役場）、関谷敏子（元石巻市役所）、塚野一子（多賀城市役所）、長崎邦子（元仙台市保健所）、矢吹セツ子（元山元町役場）、山脇由美（元仙台市保健所）、村口至（元坂総合病院院長）。西郡と村口を除き現・元保健師です。

この企画を可能としたのは、「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」から100万円の研究助成を受けることが出来たからです。ここに記して謝します。

2) アンケート作成・回収と結果分析

アンケート内容はプロジェクトメンバーで検討し、「職責者編」と「スタッフ編」とを作りました。調査票は5章立てで、第Ⅰ章個人の帰属情報、第Ⅱ章震災に係わっての活動、第Ⅲ章住民の生活や健康状態、第Ⅳ章震災の体験から今後活かすべきこと、第Ⅴ章個人に関することとして、Ⅰ～Ⅳ章までは、職責者とスタッフには別立ての内容とし、第Ⅴ章は同一の設問としました。調査設問は、USB（電子媒体）に取り込んだものと紙に印刷したものの両方を、2012年6月から9月にかけて津波被災地13自治体の保健師の職責者を訪問しお願いしました。回収もその職責者を通して行いました。回収は103名で県保健所保健師2名も含まれています。県の保健所長会にもお願いしましたが、協力を得られず残念でした。「他に多くの調査が入っているので現場に過重な負担をかけたくない」というのがその理由でした。市町村長会には積極的に応じていただきました。回収率は44%でしたが、母数は職責アンケートによる職員数の総計に対する比率です。調査時期は被災から1年半に差し掛かる時期でしたが、現場の困難さが続く上、年末補正予算作成時期とも重なり現場にとりたいへんな時期でした。ある職責者の記述にあるように「フラッシュバックするのが恐ろしくてスタッフに渡せない」という時期でもありました。そのような中で回答を下さった保健師の方々の期待に応えるべく集計と分析にとりかかりました。分析は、プロジェクトの保健師（現、元）によって行いました。

〈分析する上での配慮した点〉

「無回答」または、「回答拒否」が少なからずあり、そこから「何を読み取るか」が重要と考えました。そこには、多忙な業務の反映であったり、この種のアンケートに対する負担感、「燃えつき症候群状態」にありながら、拭えない不全感にある精神状況、「記述することで、それがどのように活かされるのか」という不信感（これまでも各種調査があったが、結果も知らされず、どのように活かされるか分からないという不信感）などがありました。また、個人に係わる問い（V）では「受け入れ難い現実」を記述することで「確認したくない」という心情とも察せられる“無回答（回答拒否）”もありました。

〈被害を拡大した社会的背景因子の把握について〉

私の問題意識は、(1)平成の自治体大合併、(2)保健所法の改定、(3)「構造改革・合理化」などが被災地の被害拡大にどのように“貢献”したのかをえぐることが重要と考え、設問を置き、意識的に分析しました。

3) 中間報告会企画と「報告書」作成

アンケートをお願いするに際して現場の保健師さんから、「各種調査が入ってくるが、結果が現場に返されない」と批判の声がありました。ごもつもの事で、私たちはその声を重視し、「中間報告会」を企画し参加者の方々の意見も加えた「報告書」の作成をしました。「中間報告会」（「被災地保健師100人の声」（宮城）調査報告会）は、仙台市宮城野区中央市民センターを会場に、平成25年4月13日に行いました。参加者61名、うち保健師32名（現職23名）、大学・研究所関係者6名、マスコミ・出版社4名、元・現議員（市・県）4名、医師3名などでした。講演に「大震災と地域保健」と題して、高知県東中央福祉保健所長の田上豊資氏にお願いしました。氏は、震災被災地を数回訪ねられています。特に南三陸町では、高知県の保健師とともに具体的に支援活動に参加され、保健所法の改定以来の保健所行政の後退について、問題を鋭く指摘されておりました。参加された保健師（元、現）の皆さんにとり大変な励ましとなる講演でした。氏の講演録と会場での論議や参加

者の感想文は、『「津波被災地保健師100人の声」
(宮城) 報告』(以下「報告」)に採録しています。

4)「報告」は、全アンケート参加者にお届けするために、プロジェクトメンバーが、対象被災市町を訪ね直接保健師職責者に手渡し、大変喜ばれました。また、「現場の保健師の声」を行政に活かしてもらうために宮城県の全首長にも送付しました。宮城県に対しては、「保健師10の要求」を対県要望として関係当局に要請する所存です(文末「資料」(23頁)参照)。

II 問題意識との関係でアンケート調査から見えること

1) 自由記述欄では、記述が少ない項目として、「災害対策本部」や「被災直後の地域組織」に關するところがあげられますが、このことから、保健師の役割が、その業務の重要性に比して行政のトップに認識されていないことが推察されました。大震災での保健師の役割一特にコーディネーターとして一については、私の問題意識にはなかつたことでしたが、被災の現状をもっとも知る立場にある保健師(集団)が、災害対策本部との直接的関係(本部会議構成メンバーなど)であることの重要性が、他の設問の回答でも示唆されました。

2)「保健所」の役割を評価している地区は1地区にとどまっています。この背景には、田上講演に指摘されているような1995年の「保健所法」から「地域保健法」への改定以降の国の公衆衛生行政の結果であることを示唆しています。少なくともアンケート回答で、保健所や県の姿が見えなかつたと不信感を抱いていることも分かりました。この点では、前述の田上保健所長や、北海道から支援を出した総まとめの立場にあったA医監も同様の感想を述べていました。宮城県の特殊性か否かを含め深く検討することが必要です。

3)「地域担当制」についての評価、認識が新たに高まっていることが示されました。歴史的に、保健師は「地区担当」で地区の住民の総合的な健

康・公衆衛生に関わって来ました。それが次第に課題別の業務の分担となり、介護保険制度開始で決定的に分業制に編成され、組織も分離してきました。一方1995年の「保健所法」改定で「地域保健法」になることで、県立の保健所は、その多くの業務を市町村に移譲させ、保健所は「市町村の求めに応じて」動く、自らの役割を基本的に後退させました。その結果、保健所保健師数は大幅に減らされ、市町村保健師数と逆転しました。ここに、「保健所」が見えない根本的原因があったのでした。「震災教訓」として正視すべき課題と考えます。

4) 平成の大合併による問題は対象地域に限られていたこともあり、問題点は充分明らかにできませんでした。設問の仕方に限界があったとも思われます。ただ、訪問懇談などの情報を加えると以下のようなことがありました。

a) 合併後中心となった本庁への保健師の集約(移動)の結果、合併前には複数いた保健師の常駐者がゼロになり、住民の不安が生まれている(本庁では、地区担当を置いている由)。

b) 合併前の旧村では4人いた保健師のうち、1人が本庁詰めとなり3人で旧地区を担当していたが、1人が犠牲となり、2人で業務となったが補充なし。

c) いちいち本庁へ意見を伺う打診、決定の手続きが必要となり、復興事業を進める上で迅速性に欠けるとの指摘あり。

5)「臨調行革」での自治体職員減らし

震災前の過去5年間で宮城県の全自治体職員は4,500人減らされています。このことは、震災復興に決定的な負荷となっています。全国の自治体からの支援は、2年半経過した今も続いています。このことを保健師業務に当てはめると、この間の行政職の人減らしのために、従来は行政職の配置で行っていた事務的業務が暫時保健師に移行され、保健師本来の業務に支障をきたすことになると指摘されました。ある地区では、保健師が部長格付けになったが、その分の保健師の増員がないため、業務に支障をきたす苦悩の中に置かれている方もいました。

くまとめ)

- ① 大震災を被った地域の保健・医療を担う中心に保健師の存在が不可欠であり、それは公衆衛生活動として普遍性を持つことで役割が発揮された。
- ② しかし、その重要な役割が災害対策本部（自治体）の機構に十分組み入れられていないことも判明した。
- ③ 公衆衛生、医療、介護の地域組織の再構築のイニシアチヴをとるべき保健所機能が欠落していたことが判明した。
- ④ 地域の保健・医療・福祉を統括する組織の不在が明確になった。「地域医療対策協議会」は、県内のいずれの組織も何らの役割をも発揮しなかった。
- ⑤ 1995年「保健所法改定」、平成の大合併、行政改革での自治体職員の大幅削減は、今回の大震災の被害の拡大、復興での困難さの増幅に大いにかかわったと思われる。

Ⅲ 「宮城県災害時公衆衛生活動ガイドライン」について

我々の「プロジェクト」の取組みはどんな意味を持つのかという意識で、宮城県の地域保健、公衆衛生分野での震災関係の取り組みについて検討を試みました。ここでは、2つの公表文書を検討しました。表記の文書は平成25年4月に県保健福祉部保健福祉総務課で作成され、今後の震災への指針が述べられています（以下「ガイドライン」とする）。この「ガイドライン」作成に先んじて「東日本大震災～保健福祉部災害対応支援活動の記録」が、平成24年12月に同じく県保健福祉部保健福祉総務課から公表されています（以下「活動記録」とする）。240MBの大部なもので、各大項目ごとに「【課題・懸案】～ここが大変だった・これを学んだ・今後の教訓」と整理されています。このことから、前者は、後者の“検証”“総括”を経て作成されたものと推測されます。

この両者を参考に、我々のプロジェクトの経験から以下のように評価を試みました。

1) 積極的に評価できる点

- ① 機能図上、保健所の位置づけを明確にしたこと（災害時）。
- ② 発災時に保健所からコーディネーターを派遣する（保健師、事務各1名）。
- ③ 県庁には、保健福祉部と環境生活部が共同で体制を作る。「ガイドライン」は両組織の合作の成果と言われる。“公衆衛生活動”と命名したところにも意気込みを感じさせる。
- ④ 他県への支援体制（保健師2、事務1名）の体制を組んだ。
- ⑤ 「ガイドライン」に基づく保健師向けの「マニュアル」を作成した。
- ⑥ 来年度は、保健師10名を採用する。
以上は、おもに緊急時の対応策として提起されています。

2) 基本的問題点

公表された“検証”（「活動記録」）では、現行の制度的な問題についてはほとんど触れられていません。つまり、従来の制度、機構の何が問題だったのか、機能上または運営上の問題はどうかだったが、外部者に分かるように整理されていません。1例を挙げると、前述した「災害時に保健所の機能図上の位置づけを最上位」にすることだけで、組織図上その上にある「保健福祉部」（長）との関係がどのように調整されるのかが見えて来ません。今回も、保健所長がいちいち上級の「保健福祉事務所長に決済を求める」ことの問題性を指摘する保健師もいました。

“検証”の姿勢の基本的問題点を挙げると、①検証にあげられた課題の背景要因（特に体制、システムなど）が明らかにされていない。②そのため、体制上、機構上、組織上何が問題で、何が欠けていたのが明らかにされていないことから、対策が機構、組織改革に至っていない。③大震災は、被災地の多くの県民を巻き込み、復旧には住民の参加が必要だけに、県民にとっても分かりやすい“検証”と“対策”を示すべきであろう。この点で、県当局の「県民と当該担当分野の関係者との問題意識、課題の共有」する姿勢の欠如を感じざるを得ない。④公衆衛生は、県（保健所）と市町自治体保健組織によって担われているが、後者については状況把握と分析が不十分と思われる

る。特に市町自治体保健師の「地区担当制」の評価・見直しに言及されていないなどの問題がある。

3) 「ガイドライン」の問題点と課題。

①縦割り、上下構造（トップダウン）の官僚機構の発想を基本としているために、現地、現場の人々の自主的力の結集やそこから情報を得るという思想に欠ける。これは大災害時の対応として決定的欠陥になる。②情報の交換・共有の場作り（水平関係）こそ“想定外”震災対策で必要である。しかし、地域組織を動かすことを課題していない。③「地域医療対策協議会」を日常化することで、災害時に機能させることを考えるべきであろう。④以上から、保健所はその管轄の「地域医療対策協議会」の日常的運営に責任を持ち、自治体や医療、福祉関係者と“顔の見える関係”を日常的に築くことを重視すべきであろう。それなくして、災害時に急ごしらえの組織の限界は明らかだ。「プロジェクト」のアンケートでは、市町保健師から、保健所保健師との「日常的に顔の見える関係」が大切であることを指摘している方が多かったです。

4) 災害時の保健所の役割、地域組織としての「地域医療対策協議会」などの抜本的見直しを

①県の組織図上で、保健所の上位に保健福祉事務所を置いたことが、今回の大震災の復旧復興時に「保健所の存在感」を見えなくしたことは明らかである。保健所長の上位に事務官僚が配置されたため、決裁権は保健所長になかった。これでは、災害時に、組織図上「保健所（長）」を最上位においても機能上の制限があることになる。よって②保健所（長）の位置付けを機構のトップに設定するべきであろう。更には、③「地域医療対策協議会」を日常的に機能させることについて抜本的な検討をすべきであろう。その際、過去の優れた経験（栗原地区など）から学び、組織運営上、保健所長の役割を強めること。④「地域医療対策協議会」を地域保健・医療・福祉関係を網羅する機構に変え、この分野での地域の基礎、基幹的組織とするための検討をすること。そのためには、1保健所1「地域医療対策協議会」となれるように保健所の配置数を増やすこと。当面は人口20万

単位、将来的には10万単位にすること。日常的に運営に責任を持ち、自治体や医療、福祉関係者と“顔の見える関係”を築くことを重視すべきであろう。それなくして、災害時に急ごしらえの組織の限界は明らかだ。⑤市町自治体保健師の「地区担当制」の評価・見直しについて、県としての見解を出すべきであろう。そのための財政的支援なども必要であろう。なお、保健所の機能を高めるためには、公衆衛生分野を担う医師の養成に県は乗り出すべきであろう。

この点に関しては、「活動記録」（P28、48）に「保健所、医師会、病院、地元自治体を構成メンバーとした緊急地域連絡会議を随時開催し、情報交換を行ったことは有意義であった」、「市町及び保健所の活動や情報共有できる場の設定が有効である」と記されていますが、これは、塩釜地区での坂総合病院が呼びかけて行われた「緊急連絡会議」を語っていますが、どこが召集したかの主語があいまいになっています。それをどこのイニシアチブで行うかを教訓とすべきであるが、肝心な点が「教訓化」されていないのです。

5) その他気付いた点

県が招集した有識者会議が「地域医療復興の方向性」（H23.9.20）を出したことを、地域復興の基本方針としているが、ここでは、中期的方針として

- a) 自治体病院の統合・再編等による医療資源の再配置（集約化・機能分化）
- b) 地域医療連携体制の構築・強化
- c) 人材確保

を重点策としてあげ、県もこれを受けて具体化しようとしています。しかし、この3点は、震災以前の政策となら変わるものでなく、破壊された地域の再生にはそぐわないのです。

①地域が広範囲に破壊された状況では、集約化、機能分化の前に基本機能の再建こそが必要であろう。人口減少、高齢化、居住地区も分散しており、そこに必要なのは、被災者が身近に通える診療所こそが、必要な分だけ配置することが基本となるべきであろう。そしてその地区には、保健所が身近な存在として地域の保健、医療、福祉を統括できる体制作りこそ震災から立ち上がろうとする被

災者を支えることになるはずだ。また、被災地(過疎地)では、開業医院も高い“公益性”があることが示された。開業医機能も地域医療(総合医)に位置づけ支援策を作るべきと考えます。

②平時におけるバックベッド—後方病床的機能(「活動記録」P15)

この指摘は是非具体化して欲しい件です。気仙沼市立本吉病院では、院長の努力で、入院患者とスタッフを隣町の公立米山診療所に移し入院機能を維持したという優れた経験があります。診療所は、4月1日から無床診療所化する予定であったことが受け入れを可能としたということであったにしても、院長の決断と関係者の対応に賛辞を送りたいものです。一方で、塩釜地区では、整形外科を中心的に担っていた民間病院が津波で機能停止したが、塩釜市立病院は、総務省ガイドライン対応で1病棟を閉鎖してあり、ベッドも使えることが判明。地域の緊急連絡会議で、両院長の了解の上で、私が塩釜市の担当部長に申し入れるも、「私から市長に提言するよりも、お前か、医師会長から申し入れたら」などとやり取りするうち、あいまいになり遂に実現しませんでした。この点で、平時におけるバックベッドの確保は是非、関係者間で実現して欲しい懸案です。

③災害拠点病院の周辺部に避難所の確保を(「活動記録」P16)

この点は、当院の経験からも是非実現して欲しい案件です。大規模災害時は、救急病院といえども、医療の対象とならない避難者であふれかえることを多くの医療機関が経験しました。保健師の声では、発災早期から「福祉避難所」が必要であったことも述べられています。

以上を述べましたが、表題に「公衆衛生活動」と命名したことに、現場の保健師が“感動”するという、私にとり“想像できない”状況が、現場

を“縛って”いるのだと感じました。そういえば、中間報告会の御案内に、東北大学医学部保健学科のH教授を訪ねたときに、「厚労省は、従来から公衆衛生とは呼ばなくなっていること、いずれ保健所はなきものにしようとしているように感じる」と、背筋が寒くなるようなことを話していたことを思い出しました。

〔おわりに〕

「津波被災地保健師100人の声」(宮城)プロジェクトの作業と「報告」頒布活動は、“保健師の生の声”の貴重な記録として評価されつつあります。今回の大震災の経験や取組みの「記録・報告」は、たくさん出始めています。しかし、私が目にした多くは、「何をした、どうやった」という報告にとどまり、「何が問題であったか」「その背景に何があったか」について語るものはほとんどありません。その点で、今回の「プロジェクト」の報告をどのように活かすかが問われています。その意味もあって、「宮城県災害時公衆衛生活動ガイドライン」を批判的に分析してみました。今後、宮城県の地域保健・医療・福祉の平時、災害時のあり方について、他県の取組みにも学びながら、地域保健師たちとの共同の取組みが大いに期待されていることを感じています。

なお、『「津波被災地保健師100人の声」(宮城)報告』をご希望の方は、以下に申し込みください。連絡先：山脇由美 〒981-1102 仙台市太白区袋原1-12-20

Fax 022-242-2203

村口 至 (医師、東日本大震災復旧・復興支援みやぎ県民センター代表世話人、元坂総合病院院長)

【資料】

【津波被災地保健師からの10の提言（宮城）】2013.4.13.

「津波被災地保健師100人の声」(宮城)プロジェクト

津波被災地保健師100人のアンケートと現地懇談から以下のことを関係当局に提案します。

1) 災害対策本部に保健師（職責者）を参加させること。保健師の職能性を重視すること。

大震災時には、保健、公衆衛生的対応が最も重要になることを経験した。救援活動には現場と本部の情報共有がきわめて大切であること。保健師は、地域住民や地域医療機関、福祉施設などの情報に最も通じている職能部門であり、地域保健システムの立ち上げと運営でそのコーディネーター役も期待できます。

2) 震災時の保健所の役割を抜本的に見直し、保健所長の権限を強化すること。

保健所の存在が希薄であった事に鑑み、その長が大震災での地域保健・医療システムを立ち上げ運営する権限をもち責任を果たせるようにすること。そのために、「基礎自治体の要請を受けて動く」という地域保健法の規程を見直すこと。保健福祉事務所長（事務系）の下に保健所長がある組織構造の見直しをすること。保健所管轄圏域を狭くし、保健所をふやすこと。特に塩釜保健所圏域の見直しを。

3) 保健師の地域担当制を重視した保健師業務への見直しをすること。

地域担当制の重要性が示された。そのための増員を図ること。保健師の定員基準（人口当たり）を法律または県条例で定めること。「住民の福祉のためにある」（自治法施行規則）基礎自治体の“核心的”課題として保健師業務を位置づけること。各自治体の他職種との関係で保健師定数が調節されないようにすること。そのために、基礎自治体の財政負担を県や国が支援すること。

4) 保健師のスキルアップや教育制度に震災の経験を生かし取り入れること。

臨床看護力、コーディネーター力などの教育を強化すること。震災時の保健師の体験を集約し、活動を検証し、教訓を整理して業務マニュアルに反映させること。組織の指揮系統の整備などを行うこと。

5) 平成の市町村大合併前の旧町村の地域保健体制を見直すこと。

合併によって保健サービスが低下、不十分になっている地域の地域保健制度を見直し、旧町村には、合併以前の保健師数または、1名以上の常駐保健師を配置するなどの検討をすること。

6) 保健師の専門職能を正當に評価すること。

専門技術職として評価し、手当などを含め待遇の改善を図ること

7) 地方公務員の職員を増やすこと。

被災した職員がいる中で、復興業務の増大によって日常業務に支障をきたしている。保健師業務を全うする上でも行政職等他の職種の増員が必要と考えます。

8) 県は、福祉避難所を全自治体に設置し運営体制の計画を策定すること。

障がい者や介護支援の必要な人々が、人権を尊重される扱いを保証するために全自治体が必置すること。

9) 厚労省は震災時に DMAT に相当する保健師組織を準備すること。

10) 県は県の復興計画に県保健所と市町保健師体制の抜本的強化にとり組むこと

応急仮設や民間賃貸住宅や復興住宅での被災者の困難な生活が長期に及ぶことによる、精神的疾患、アルコール依存、慢性疾患などが増加しています。孤独死を防ぐためにも保健師の課題が増え役割が期待されています。

こころの傷を負っている保健師が少なくありません。保健師のメンタルケアのため、拒む方を除き全保健師の専門医面接を企画すること。

老親を在宅介護するひとり介護者に確かな未来を!!

久保川 真由美、山岸 千恵、浦橋 久美子

老親と世帯を共にする未婚介護者はハイリスク状態にいられていると言われている。私たちのケアマネジャーへの研究（2009年）でも、老親をひとりで介護している未婚介護者は9割を占め、働き盛りの男性が、高齢で中～最重度の要介護者を、社会的サービスを活用しながら長期間介護している困難な現状が明らかになった。世帯員ひとりで、自分自身と親である要介護者を養うための労働を継続しながら、どの様に介護し、生活しているのだろうか？支援の手立てはどうあったら良いのだろうか？

今回、「いのちとくらし」の助成を得て「老親を在宅で介護するひとり介護者の介護と労働の意味」の研究を実施した。9名のインタビューを分析したところ、258コード、17サブカテゴリー、5カテゴリーが抽出された。ひとりで老親を介護する介護者は、介護を“介護”ではなく毎日の積み重ねととらえ、介護者の人生の一部として意味と位置づけていた。介護者にとって労働は生活と誇り、生きることそのものであり、介護の仕事への影響に対処しながら働いていた。また、介護者、要介護者の未来を不確かな未来と展望していた。

研究の概要にふれながら、ひとり介護者のインタビューから見えた介護・労働、そして未来について考えてみたい。

ひとり介護は、大きな困難の中で工夫を重ね続けられており、介護者の人生に位置づけられて行われていた

インタビューしたひとり介護者は、40～60歳代の働き盛りの男5名・女4名であり、要介護I～

Vまでの老親を（1名は両親を）、兄弟の離家などの経過の中で、社会的サービスを活用しながら長期間在宅介護していた。

何回同じ事を言っても理解が得られず、オムツ交換・入浴などの身体介護や、大量の洗濯・家事など、日常的な介護の困難があった。また夜間の度重なる徘徊、昼夜逆転、緊急時の不安などを抱え、予想外の毎日の中で介護していると語られていた。困難は、介護者の生活にダメージを与えていたが、老親の障がいに応じ様々な工夫がなされていた。また、「割り切る」など、それぞれのやり方で困難が薄められる様努めていた。

ひとり介護者は、介護は「犠牲ではない」と言い、「乗り越えた事が財産」、これも「自分の人生」と述べ、介護は自分の生活の、人生の一部であると語った。

老親に対しては、介護によって強められた絆を感じ、生きようとする親の姿をとらえ「長生きして欲しい」と口々に語り、「心をこめ介護する」と述べていた。老親の穏やかな最期を望んでいた。

労働は生きることであり、介護者は介護と労働を続けることを不確かな未来と展望していたが、前を向いて生活していた

介護者9名の内、6名が仕事を継続していた。1名の介護者は、老親が寝静まった夜間に仕事を行い、介護者が寝ている時間に親が覚醒しているという生活一労働形態を選択していた。他の介護者も、介護のための仕事の減少ややりくりで職場に気兼ねしながら働いていた。介護離職した介護者は「背広で歩いている人を見ると今も働きた

い」と語り、全員が、労働は生きること・誇りであり、働ける内は働くとして述べていた。

自分自身の将来について、“考えていない”“考えたくない”“考えなくては”と揺れ動く自分の心情を吐露した。また、「親が亡くなったらひとりになるなあ」と1人になる不安を述べたり、健康不安を語ったり、介護者が語った未来は不確かであった。しかし、絶望や落胆は語られず、前に向いて生きる介護者の姿が見出せた。

ひとり介護者への確かな未来は、 私たちの確かな未来!!

2000年の介護保険法制定によって、要介護高齢者に対するサービスは体系的に整えられた。かつてと比較するとサービス内容の多様化も進んでいる。だが、介護による離職者は年々増え続けている。2000年に高らかに謳われた「介護の社会化」は、どこへ行ってしまったのだろうか？研究を終え、ひとり介護者の困難な状況を問の当たりにして、そんな感慨を持つ。

ひとり介護者にとって介護と労働は両輪であり、

相互に関連しあっている現状を受け入れ困難を克服しながら生活していた。「乗り越えたことが財産」という言葉に象徴されるように、介護しながら労働するという経験から（あるいは介護離職を経験から）得たものも大きかったと推測された。しかし、ひとり介護者の介護と労働のバランスは、介護者がひとりであるという現実から、脆く、ひとたび崩れると、失職するかさもなければ介護放棄かの過酷な未来が待ち構えている。

諸外国では、要介護者だけでなく、介護者本人に対し、年金猶予や介護者のアセスメント請求権・介護手当という所得保障等の施策がとられている。日本でもこれらの施策を早急に準備すべきであろう。介護サービス、所得、労働条件、勤務形態等を吟味し、介護者の介護と労働を支え保障することで、介護者の不確かな未来の展望が開けると考えられる。

少子高齢社会進展の中で、一人の若年者が、労働を継続しながら高齢者を介護する時代が来る。ひとり介護者の支援は、その時代を生き抜く私たち自身の確かな未来でもあるのだ。

(くぼかわ まゆみ、やまぎし ちえ、うらはしくみこ、茨城キリスト教大学看護学部)

表 ひとり介護者が語った介護と労働の意味（カテゴリー、サブカテゴリー）

【介護者の人生に位置づけられた介護の意味】 ・静かな介護への覚悟 ・私の人生観 ・介護は毎日の積み重ね ・困難が薄められるようコントロール ・介護と病気の理解—介護体験で深まる介護と病気の理解
【ひとり介護の困難さ】 ・兄弟の協力と非協力 ・地域と介護者のストレス、支え ・介護をして良かった ・ひとり介護の困難さと工夫 ・自分の生活の変化とダメージ
【老親との絆】 ・育ててくれた親への思い ・ケンカもしながらこの親だから続けられた介護
【労働は生きること】 ・労働は生活と誇り ・介護の労働への影響と対処 ・将来と労働
【不確かな未来】 ・考えたくないけど穏やかな終末期を ・不確かな自分の将来

イタリア医療機関と医療制度の変遷と非営利・協同セクター

石塚 秀雄

1. イタリアの医療制度の変遷の概括

現代イタリアの医療制度の出発点を19世紀にあると考え、その変遷は以下のように区分できる。

第1段階 1800年代からイタリア統一1861年まで。

中期の自由主義的、産業革命以後の共済組合運動に基づく、相互扶助的な医療と慈善的医療と開業医の医療供給。

第2段階 1861年イタリア統一以後から1920年代まで。

国家的な医療制度の整備。共済組合への依存。細分化。国民の1/3排除。

第3段階 1920年代ファシズム期から1944年まで。

ファシズム国家型医療制度、INAM（共済団体。疾病支援国家局）。特殊社会保険への共済組合の吸収。

第4段階 1944年から1991年まで。

社会保険形式と、医療供給の公的化整備。

① 1948-1971 共済組合依存

② 1972-1991 国民医療サービス制度(SSN)導入開始。国家医療基金の設立。地域医療事業単位(USL)の設置。

第5段階 1992年から今日まで。

① 1992-2007 国民保健サービス制度(SSN)の整備と分権化。地域医療企業体(ASL)の促進。

② 2007-現在 医療福祉政策の国、州、地方の三層構造の促進。医療報酬DRG化。地域医療企業体(ASL)の事業自主性の促進(準市場化、非営利事業化)。

年表 医療制度関係

1848 自由主義革命

1861 イタリア統一王国

1886 救済共済組合(Mutuo Soccorso)法(Legge 3818)

1912 共済保険金庫連合会設立(Federazione italiana delle Societa di Mutuo Soccorso e delle Casse e degli Instuti di Previdenza)

1915-1918 第一次世界大戦 60万人死亡

1925 ファシスト政権、保険共済組合をファシスト制度への組み込みによる骨抜きにして(1926.12.30 Legge)、社会保障(保険)国民機構(INPS)を設立。年金、医療。ファシスト医師組合による社会(公的)医療の実施。

1934 共済組合、協同組合の閉鎖命令。

1944 救済共済組合が公的医療制度に組み込まれた。ただし職能区分にのみ。

1948 救済共済組合連合会(fim)

1978 SSN法(Legge 833)、共済組合は補完的な位置づけとなる。

1984 Fimiv ボランティア共済組合連合会

1992 法502(改正1999年法229)により、医療基金の設立。全国医療計画制定。

1997 バッサニーニ法による行政改革開始。

1999 法229により、SSN合理化法。共済組合は補完的な役割も付与、医療基金への組み込み。

2008 財政改革

2. 戦前イタリアの医療制度と共済運動の発生

イタリアの医療福祉サービスの前史として共済の役割がある。1848年のフランスを始めヨーロッパ各国で発生した自由主義革命は新興労働者階級

の敗北という側面ももたらしたが、結社（アソシエーション）の自由への動きとともに、イタリアにおいても新たに非営利・協同運動、その中で救済共済（Mutuo Soccorso）運動を活発化させた。共済運動は自由主義ブルジョアたちの支援を受けるといった性格を伴いながら急速に作られたのである。労働者階級の運動はそれほど強力ではなかったのである。

それはまたイタリア統一に向けたリソルジメント運動（Risorgimento）とも連動していた。1859年サルジニア王国がオーストリアとの戦争に勝ち独立を勝ち取った。イタリアは1861年に王国として全国統一された。北部（ロンバルディアやエミリア地方）は急速に産業革命化がすすんだ。しかし、イタリアにおける南北経済格差は依然として残された。

この時期に共済組合は400以上あり、サルジニアや北部に集中していた。1880年代にかけて社会主義的労働者運動が活発化し、共済組合の制度化の動きが進んだ。

1886年に救済共済組合法 Legge 3818が制定された。第1条で、疾病、老齢、労働不能、家族扶助などの目的が述べられた。その頃は共済組合の数は約5,000であり、1904年までには6,347に増えた。そのうち救済共済組合の数については、共済組合の多くは組合員数200人弱の小規模のものであった。労働者運動は同時に、共済組合の他に、協同組合、信用組合、農村金庫なども誕生させていた。社会的薬局協同組合はヨーロッパのその他の国と同様にイタリアにおいてもこの時期に作られた。共済組合はやがて、その役割分担として疾病救済分野に特化し始めた。共済組合は組織統合が進み、地域共済組合が約7割、専門職能共済組合が3割の構成となった。しかし、日本の産業組合と同様に、共済組合の多くのイニシヤチブは混合型といえるような、プチブルとプロレタリアとの共同的な性格を持ちつつ展開した。

救済共済組合は、労働者階級・職人階級の生活保障の役割を担ってきたが、それは当然ながら全人民をカバーするものではなかった。

一方、医療の担い手は、地域の慈善病院、在俗医療機関から次第に国家の関与が強まり、州単位の公的医療機関の設立が1890年のクレスピ法によ

り進んだ。すなわち、当時約22,000存在した民間の慈善的社会扶助・医療介護機関（オペレー・ピエ）の一部にIPABとして公的な役割が付与されたのである。これが、イタリアにおける公的医療機関および社会サービス機関の始まりといえる。

しかし、1922年のムッソリーニのローマ行進に始まり、1933年のファシスト政府によるファシズム国家主義型の社会保険制度の導入とともに、ファシズム型の国民運動が盛んとなり、協同組合運動などは弾圧と解体・変質を余儀なくされた。第二次大戦がイタリアファシズム政権の敗北におわり、1946年に王政が廃止され、1948年共和国と変わり、民主化される中で、非営利・協同運動とともに共済組合活動は再び活発化した。

1970年代からの国民保健サービス制度（SSN）の段階的導入過程の中で、1978年に共済保険の社会保険的役割は廃止され、税に基づく無料のSSNサービスに移行した。現在、救済共済組合はSSN制度の中で補完的な役割として位置づけられており、約250の救済共済組合が存在する。共済組合の役割がSSNの成立により基本的に変化したのは、1992年法および1999年のSSN合理化法によって、共済組合は公的サービスにおける補完的な民間セクターとして統合的医療基金（FSI, Fondi Sanitari Integrativi）の中に組み込まれることになったからである。共済組合は法に基づき、割当金をFSIに支払う。さらに2008年以降、保健省政令に基づき共済組合はSSNの対象にはならないいくつかの追加的医療サービス（および歯科治療分野）を供給することができるようになった。また共済組合は自由診療むけの支払いの補填も行っている。

現在、約150の救済共済組合が医療、年金などの共済保険事業を展開している。

これとともにいわゆる医療保険の分野には、非営利組織の疾病金庫（Casse）および疾病基金（Fondi）の非営利の共済保険があり、SSNにおける補完的役割を付与されている。また営利の医療保険会社があり、営利医療分野も存在する。これらの保険共済は、SSNの治療基準（LEA）でカバーされない、より高度あるいは良質な諸分野（入院、手術、専門的治療、歯科の一部）について、さらにSSNと契約していない民間病院での

治療などの支払いの一部または全部を充当する。たとえば歯科では義歯やインプラント、SSN 病院での個室料が LEA ではカバーされない。

3. 戦後イタリアの医療制度の基本原則

イタリアは1957年に EEC の創設メンバーとなり、経済成長をすすめた。1968年のヨーロッパ五月革命、1973年の石油ショックによる経済危機とともに政治的にも不安定になり、1978年にはモロ首相暗殺事件が発生した。またユーロコミュニズム潮流がこの時期登場した。その後左派が政権を担うこともあったが、1992年に公共事業に絡んだ政治汚職が顕在化し、政治改革が進み、第二共和制となり、現在に至る。1994年にはベルルスコーニ政権が誕生した。左派が再編されオリーブの木は1996年に作られた。左派は2006年から2008年まで政権を担った。

戦後民主化されたイタリアの医療制度は、イタリア統一以来からの制度化についての継続性ととともに、新たな原理に基づき転換していった。その根拠はなによりも、戦後1948年に制定されたイタリア憲法に根拠をおくものであった。一言でいえば、教育と医療の市民（移民なども含むので国民とは言わない）の権利の承認である。イタリア共和国憲法（1948）は、ファシズムの否定に基づく民主的国家としての「基本原則宣言」で次のように規定している（以下、岩波文庫、『新版 世界憲法集』の訳を引用）。

第1条 イタリアは、労働に基礎を置く民主的共和国である。主権は、人民に属する。人民は、この憲法に定める形式および制限において、これを行使する。

第2条 共和国は、個人としての、また彼の人格が発展する場としての諸社会的結合体においての、人間の不可侵の権利を認め、かつ保障するとともに、政治的、経済的および社会的連帯の背くことのできない諸義務の遂行を要請する。

第3条 すべての市民は、等しい社会的権利を持ち、法律の前に平等であり、性、人種、言語、宗教、政治的意見、人的および社

会的な条件によって差別されない。市民の自由と平等とを事実上制限し、人間の完全な発展と、国の政治的、経済的および社会的組織へのすべての労働者の実効的な参加を妨げる経済的および社会的な障害をのぞくことは、共和国の任務である。

さらに、保健医療については次のように規定している。

第32条 共和国は、健康を、個人の基本的権利および共同体の利益として、守り、貧困者には、無償の治療を保障する。何人も、法律の規定によるのでなければ、特定の保健処置を強制されることはない。法律は、どのような場合でも、人権の尊重から必然に生ずる制約に違反することはできない。

第117条（州の立法範囲、医療関係以外、省略）

公共慈善事業ならびに健康、および医療扶助。（2001年に追加改正されているため試訳、a-s まであり）

(o) 社会保障

この第117条の旧条文の訳における「公共慈善事業」とは、後述されるが、「公共慈善機関(IPB)」を指す。IPB は主として世俗化した病院に公共性を付与した機関をさす。そもそもイタリアの病院の起源は教会によるホスピス（救貧院）であり、イタリア統一後、1880年のクレスピ法で、世俗化した病院に公共性を付与したのである。すなわち公立病院の前身といえる。1945年までは社会保障という用語は確立しておらず、IPB という用語が使われてきた。また「健康」は保健公衆衛生扶助、「医療扶助」は病院治療と訳した方がよいと思われる。2001年改正で第117条は EU およびイタリア国家との関係で州の立法および権限をより詳しく明記している。

4. 1978年医療制度改革、準備期間

最初の医療改革の基点は1978年の Legge 833 “Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale” 「国

民保健サービス制度法]で、同法は1999年の Legge 229“Di Razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”[「国民保健サービス合理化法」]につながるものである。

第833号法(全63条)は、次のような構成になっている。すなわち

第1編 国民保健サービス

第1章 原則と目的

第2章 権能と構造

第3章 サービス提供と機能

第4章 人員

第5章 管理、会計、財政

第2編 国民保健サービスのプログラムと実行

法833の第1条(原則と目的)1項では、国民保健サービスにより、医療に対する個人の権利と共同体の利益を共和国が擁護するとし、医療サービスの供給は、国、州、地方自治体、市民参加により、さらに自主的なアソシエーションもまた参加(concorrere)すると記している(さらに同45条)。同条2項(目的)では、8つの目的を列記している。すなわち要約すれば、(1)市民とコミュニティに対する医療教育、(2)生活と労働における病気と困難の予防、(3)診断と治療、(4)身体、精神のリハビリテーション、(5)生活と労働における保健衛生の推進、(6)食品衛生と動物の衛生病気予防、(7)医薬品の教育、生産、販売の管理、(8)SSNの医療従事者の専門教育と科学的革新、としている。この原則と目的に基づいて、SSNは次のことを所管するとしている。すなわち、要約すれば、(a)医療の地域格差の是正、(b)労働者やその組織の参加による労働の保障、(c)母子への医療の保障責任、(d)公私の学校医療、障害者医療の推進、(e)スポーツ医療の擁護、(f)老人医療と老人の疎外の予防、(g)一般医療制度下による精神医療と社会復帰、(h)水や土地などの環境汚染の究明と除去。

こうした大原則と目的に基づいて、法833では、国、州、地方自治体のそれぞれの役割を示し、第14条(USL)でUSL(地域医療単位)は人口5万人から20万人を単位として作るとした。それに基づき第3章(サービスの提供と機能)でUSLについて規定している。

第44条(医療機関との協定)では、州医療計画

に基づき、USLと民間医療機関とが協定を結ぶとしている。第45条(自主的アソシエーション)、第46条(自主共済)ではそれぞれSSNに補完的に参加する自由を規定している。

医療従事者の処遇については第48条(協定関係人員)に規定している。全国団体協約に基づき、医療従事者としての医師や専門家がそれぞれの個別協約に基づくものとしている。

同法第5章は財政を定めている。USLの会計管理については第50条で、SSN制度外の医療機関(病院、診療所等)の数字比率すなわち、SSNに参加していない民間医療機関の数は、正確な数字は示すことはできないが約1割である。また、SSNにおける民間医療機関が占める比率は、2004年のデータであるが、医療分野25%、救急診療57%、介護施設53%、リハビリ施設79%である。

5. 地域医療企業体(ASL)の役割

SSNの財源は、国税と州税を中心とするものである。1992年にASL法と財政法により、医療供給体制と財政体制の2つの整備が始まった。医療政策は国、州、地方自治体の三層構造で進められた。国からの財源は、基本的に人口割りで州に配分される。国(保健省)は全国診療基準(LEA)を決める。各州は3年ごとに医療計画を作成する。ASL(地域医療「公社」と紹介するものもあるが、「企業体」の方がより原語に近い)の守備範囲は、医療、介護、公衆衛生、薬、社会サービスなど、広範にわたる。予算には人件費、医療費用、社会サービス費用などが含まれる。ASLは医療機関(家庭医、直営病院または民間病院、医療機関、介護施設、介護サービス等)と契約をする。介護サービスは個人負担分が医療費に比べて多く、利用者は共済組合、民間保険などに加入して補填する。ASLが赤字の場合は、県および州政府が調整する。

6. 1992年医療制度改革以降

1992年の法502により、病院の公営化が図られると同時に、民間医療機関との競合化を促進する

準市場化、州の財政的責任化、医療報酬の人頭割、医療企業体の自己採算化が方向づけられた。2000年の法56により医療の州財源化がさらに進められた。

SSN 制度は、総医療費の低減、LEA 医療基準の制限化、患者負担のチケット制度の制限化、民間医療との調整など、日本と似たような政策的問題を抱えている。営利市場化を回避するために、非営利準市場化を非営利・協同セクターとの協働で進めていくという方向がイタリアにおいて進められているといえよう。

表 1. イタリアの SSN 制度の医療機関数 (2010)

種 類	公的医療機関	認定民間医療機関	合計
病院 (ospedale)	634	531	1,165
救急医療機関	3,855	5,780	9,635
地域介護入院機関	1,513	4,640	6,153
地域半入院介護機関	983	1,661	2,644
その他地域医療機関	4,870	644	5,514
特定リハビリ施設	240	731	971
合計	12,095	13,987	26,082

(出所) イタリア保健省、2013

表 2. 医療社会サービス分野の非営利・協同組織の法律

種 類	
認定アソシエーション	民法12-35条
非認定アソシエーション	民法36-42条
財団	民法12-35条
社会的協同組合	1991年法381
社会的推進アソシエーション	2000年法383
ボランティア組織	1991年法266
救済共済組合	1886年法3818
社会的企業	2005年法118
宗教系事業組織	1985年法222
非営利組織	1997年制460

(出所) 石塚作成

表 3. イタリアの非営利組織数 (2011)

	数
非営利組織	301,191
ボランティア組織	243,482

(出所) イタリア統計局、2013

表 4. イタリアの病院・医療制度に関する法律

(Legge=法、R.D.=政令、D.L.=省令)

Legge 753 (1862)「病院組織法」、県地方単位で病院を配分設置。

Legge “Pagaliani”, 5849 (1888)「医療改革法」、コミュニテイ医師機関、地方医師機関、医療一般局。

Legge “Crespi”, 6972 (1890)「クレスピ法 (慈善公的機関 IPB)」、病院の公的化と医学教育機能。

Legge 455 (1910)「医療身分命令」、医師、獣医師、薬剤師の県における団体規定。

R.D.30 (1923)「政令」病院名称変更 (IPAB, 慈善救護公的機関)

R.D.30 (1938)「政令、病院サービス人事基準」、病院を役割3区分 (急性、慢性、回復)。病院の企業化、利益分配制。

Legge132 (1968)「病院・病院治療法」、病院新区分。「全71条」により病院 (ospedale) の公立病院化した。これにより病院は国と州の財政により機能することになった。同法第20条 (病院区分) では、病院は、(a) 地域病院 (ospedali di zona)、(b) 県域病院 (ospedali provinciali)、(c) 州域病院 (ospedali regionali) と区分され、さらに一般病院と特別病院に区分された。また同33条では病院全国基金を保健省の所管で設置するとした。

R.D.27 (1968)「病院サービス規則」「大学病院サービス規則」、「病院教育規則」

R.D.14 (1972)「医療・病院の機能運営の州への移管規則」

Legge 833 (1978)「国民医療サービス制度法」

D.L.30 (1992) 省令「医療教育規則」

Legge 210 (1992) 「ASL 法」

Legge 23 (1994)、Legge28 (1995)、Legge23 (1996)、
Legge 24 (2007) 「財政法」

Legge 229 (1999)

(出所) 石塚作成

1997年に制定されたいわゆるバッサリーニ法

(Legge Bassarini)により、SSN は地方分権化が進められた。医療サービス供給の運営管理監督権限は地方政府が行い、中央政府の役割は、医療サービスの均質化を図るための「全国医療プログラム計画」(PNLG, Piano Nazionale Linee Guida) の基準作りに責任を持つこととした。

さらに、地域医療事業体に運営上の権能を大きく任せるという制度である。ASL (Azienda Sanitaria Locale) は地域医療企業体というべきものである。

(いしづか ひでお、主任研究員)

医療政策・研究史（3）

医療経済的ふろしき

野村 拓

●1961年という年

「医学史研究」が創刊された年、1961年は医療史上、いろんなことがあった。

看護婦さんたちのストライキもあった。新国民健康保険法も施行された。日本医師会の武見執行部は保険医総辞退シミュレーションを試みた。そして、自民党田中角栄幹事長との間で「日本の医療は自民党を中心に大所高所から」という妙な妥結条件を確認した。

さまざまな動きのなかで、新しくスタートした医学史研究会はそれなりに注目を浴びた。〈図1〉は中央公論社の科学雑誌「自然」（1962.4.）での紹介記事。

他方、医学部付属病院における無給医局員問題などもクローズアップされ、医療の社会科学、医療の政治経済学が求められるようになった。1961年に出された川上武さんの『日本の医者』（勁草書房）は、その意味でタイムリーな出版であり、「医学史研究」にも合評が載った（〈図2〉）。

〈図1〉雑誌「自然」（1962.4.）での紹介

医学史研究の集い

野村 拓

医学史研究会（阪大医学部衛生学教室内）は、昨年1月呱呱の声をあげてから、わずか1年の間に、500名近い会員を得るところまで成長した。

この会は「人間的関心から医学をみて、医学・医療に確かな方向を与えよう」というテーゼのもとに進んできているわけだが、このテーゼが、専門、非専門を問わず、また自然科学・社会科学を問わず、多くの人達の「人間的関心」と共感を呼び、今日に至ったのだと思う。従って会員構成は極めて複雑多岐にわたっている。

研究機関誌『医学史研究』（B5判48～72頁）は年4回発行の予定で、4号まで出ており、この他会員間の連絡紙『医学史通信』がNo.7まで出ている。

毎月1回研究例会が開かれ、総会は年1回の予定である。第1回総会は昨年11月3、4、5日の3日間、阪大で開催された。

この総会には、連日約100名の参加者があり、特別講演2題、一般演題7題、要望課題26題、シンポジウム1題、などが行われた。これらのうち、特に要望課題（I. 医学・医療の変遷、II. 医学・医療を推進させるもの、III. 今日の一つの課題・医学教育をめぐる）とシンポジウム（外国医学が日本の医学に及ぼした影響についての歴史的批判）とは、単

にその場かぎりのものではなく、雄大な長期的構想の一コマとして組込まれている点に、大きな特徴もっている。

機関誌『医学史研究』は、過去一年間、会のオルガナイザーとして、強力な役割を果たしてきたわけだが、この雑誌の持つ巾の広さ、開放的性格については、すでに各方面から評価されているところであり、そのことを反映するかのようになり、原稿の集り具合は、押すな押すな盛況である。そうして、ともすれば、この雑誌の持つ「開放的性格」が「無性格」になりかねないような一つの転機に来ているといえよう。あるいは「人間的関心から医学を見る」という際の「人間的関心」の意味が、まったく無規定、無原則的に受けとられているのかも知れない。

過去一年間『医学史研究』には、劃期的大論文というようなものは載らなかった。これは、一筋縄ではいかぬ医学史の難しさ、ひいては、医学そのものの当面する困難さを現わしているといえようし、また『医学史研究』が、功をあせらずに、研究上の諸困難と正直に取り組んでいることを表すものであろう。

本格的な医学史の研究には、個人の単身切込みの余地は、おそらくないであろう。たのむべきは、高度の「人間的関心」に結ばれた人達の協同作業であり、医学史研究会はそのための「場」である。一見、独立混成旅団の鯛がある本会が混成の強味を發揮するか、あるいは弱点を露呈するか、今年は重要な年になりそうである。

（大阪大学医学部衛生学教室）

合 評 会

川上 武 著 「日本の医者」をめぐって

- A よく書評新聞などには「友情にあふれたなれあい批評」が載るといふはなしですが、今回はひとつ、友情にあふれてもなれあいにはならぬような書評をおねがいます。まずBさんから何か……
- B 本書を読んで感じることはまず、とにかく現段階として、こういう本が必要であるということ、そして、この仕事は当然われわれのような大学の研究機関にいる人間がやるべきであったのにやられていない。その仕事を川上さんが、おそらく夜だけの時間を使ってまとめあげられたということ、この点については、われわれは大いに自己批判しなければならぬと思う。
- A われわれは昼間から何をしておったか、とね。
- B そう、それからこの本は、日本の開業医というものに対して、非常に温い目で、共感がえられるように書かれてきていること……
- C たしかにそうだが、そのことは同時に、日本の開業医としての反省に欠けているように思う、この書物が誰を対象として書かれたかということと無関係ではないだろうが……。川上さんの開業医の実力判定が甘いのではないか。今開業医は健保でしめあげられては

- ますが、このしめあげを克服するために、開業医は、はたしてどれだけ積極的にたち向っているだろうか、疑問だと思います。
- D たしかに開業医に対する批判、開業医としての反省というものは稀薄だ。多分、川上さんは立派な開業医とばかりつき合ってきたのだろう。
- B いや川上さんはそのことは百も承知で書いたのではないか。開業医の不満や要求を結集するねらいが個々の問題のとりあげ方によくあらわれていると思う。
- A ところでさっきBさんの言ったわれわれの反省の方は大丈夫かね。
- E その点で、川上さんが昨年11月の医学ゼミの特別講演に招待されたということも劃期的なことだと思う。われわれがこの種の本を出さなかったから反省するのではなく、アカデミーの無能を客観的に表示する動きが現にあるということに対して反省すべきだと思う。
- D アカデミーの無能？
- E 無能が云いすぎなら、アカデミー批判の動き……
- D しかし正直のところ、この本に書かれているところまではやれるんだよ。これから先が大変なんだ。

「日本の医者」の内容

(1961. 勁草書房 B 6 版370頁)

I 病人と医者

1 病氣と医学 (平均寿命の延長と傷病構造の変化 ★病氣・貧乏・医者) 2 医療保障の諸問題 (医療保障の現状と運用★医療保障形成の社会的背景★医者地位の低下)

II 臨床医の増加と医療機関の実態

1 臨床医の増加 2 医療施設の規模と推移 3 病院・診療所・保健所の関係 (保健所と病院・診療所★病院と診療所) 4 無医地区と医療機関の都市集中 (無医地区の医療★医療機関の都市集中)

III 医者の生活

1 医者の仕事 (臨床医の仕事の質と量★夜間往診) 2 影響力の範囲 (診療圏とは何か★診療圏と医療) 3 医療労働の分布 (傷病量★医療労働の季節変動) 4 看護婦と医院の主婦 (病人・看護婦・医者人間関係★看護婦の実状★医院の主婦) 5 医者の生活とリクリエーション

IV 医者の技術

1 医療技術とは (医療技術の特質★医者と病人との関係) 2 医療の技術構造 (病院・診療所における診療行為の分布★薬品生産高よりみた医療構造★医療設備および器械の普及状況) 3 医療保障からの制約 (医療技術と経済★制限診療とは★保健

診療と医学) 4 薬業分業との関係

V 勤務医と開業医

1 臨床医の立場 (勤務医と開業医の関係★病院内における勤務医の位置) 2 開業医と勤務医の関係 (開業医と勤務医の特徴★両者の移行形態) 3 医者の組織 (医者の組織★日本医師会の形成過程★医療の社会化と日本医師会★医師会の運営と圧力活動)

VI 医者の経済

1 医療経済の機構 (保険医療のメカニズム★健保赤字の問題) 2 医者の収入 (勤務医の場合★開業医の場合★医者の収入の地域性) 3 開業医は勤務医より収入が多いか (医療機関の経済★新規開業の安定) 4 医療経済の動向 (総医療費の動向★総医療費と保険医療)

VII 医者の養成

1 医学教育の変遷と現状 (医学教育の変遷★医学教育の現状と問題点) 2 医局制度と大学院の矛盾 (大学院と医局制度の併存★専門医制度) 3 医博をめぐる諸問題 (医学博士の激増★医学研究との関係)

VIII 医者の出口

1 医療制度の危機 (動脈硬化の医療制度★医療機関整備計画) 2 資本主義と社会主義の医療 3 明日の医療制度と医者の出口 (明日の医療制度の方向★医者の出口) 付わが国の医療保障年表

●「労働力」に対する認識の発展史

この時期、「医学史研究会」の雑務に追われながらも、「済生学舎医事新報」に載った「英国ラザム述：衛生工事ノ効果」を見つけた。保健行政の効果を測定するためには、どうしても保健行政の対象となる人間、人間集団、人口に対する価値づけが必要になる。人間に対する価値づけ——この学説史のようなものに対する関心が深まった。Engelによる人間の費用価値、収益価値というとらえ方、Wittsteinによる森林地代の計算法の、人間への適用などにも、頭をひねった。森林地代の計算法を人間に適用するには大いに疑問をもったが、別の次元では大へん参考になった。というのは、農業経済学における地代論に対応するものが、医療経済学においては、「人間の経済的価値」論ではないか、というヒントを得たからである。

研究は、次第に「人間の経済的価値に関する学説史」の方に固まっていた。しかし、EngelやWittsteinの評価法は、比較的単純で算術的であるのに対し（少くとも当時はそう理解した。しかし、Engelについては、少し簡単に通過しすぎたきらいがあるので、その後、再検討した）、FarrからDublin & Lotkaにいたる系列は、人口動態統計、労働統計等をふまえた積分的なものなので、若干、理解に手こずった。それで、文献的勉強と、統計的な勉強とを平行させることになった。労働者年齢構成と勤続年数、労働移動率などについて、セクション・ペーパー（方眼紙）を何枚も無駄にしながら勉強した。

1961年には、教室研究会で「命価説とその周辺」を発表し、1962年には「労働・労働力に関する認識の発展史」を発表した。

この時は、労働力に対する認識の発展段階を、次のように区分した。

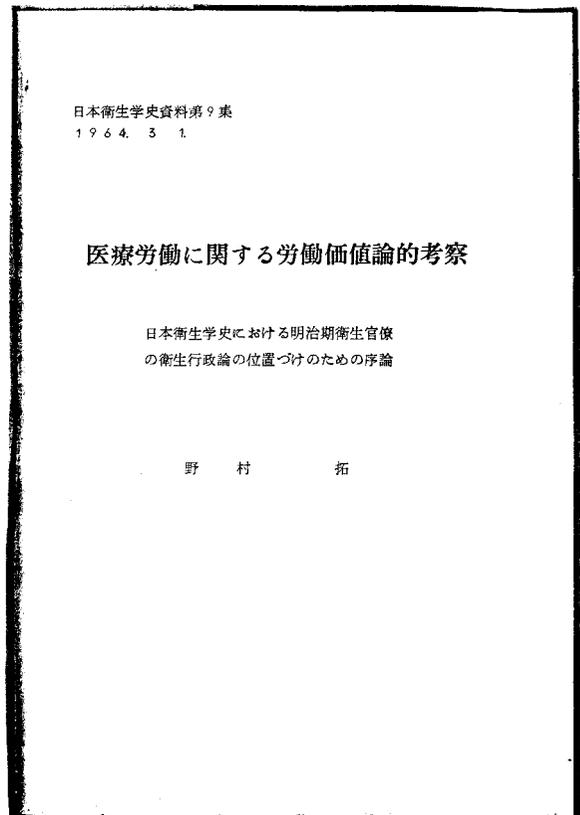
- (1) 初期「労働」概念について（例、佐野常民、長谷川泰）
- (2) 労働しうる人間がどれだけいるか（例、石黒忠憲）
- (3) 労働力保全に関する保健経済（例、渡辺熙）
- (4) 「労働力の交代状況」に関する認識（例、

石原修）

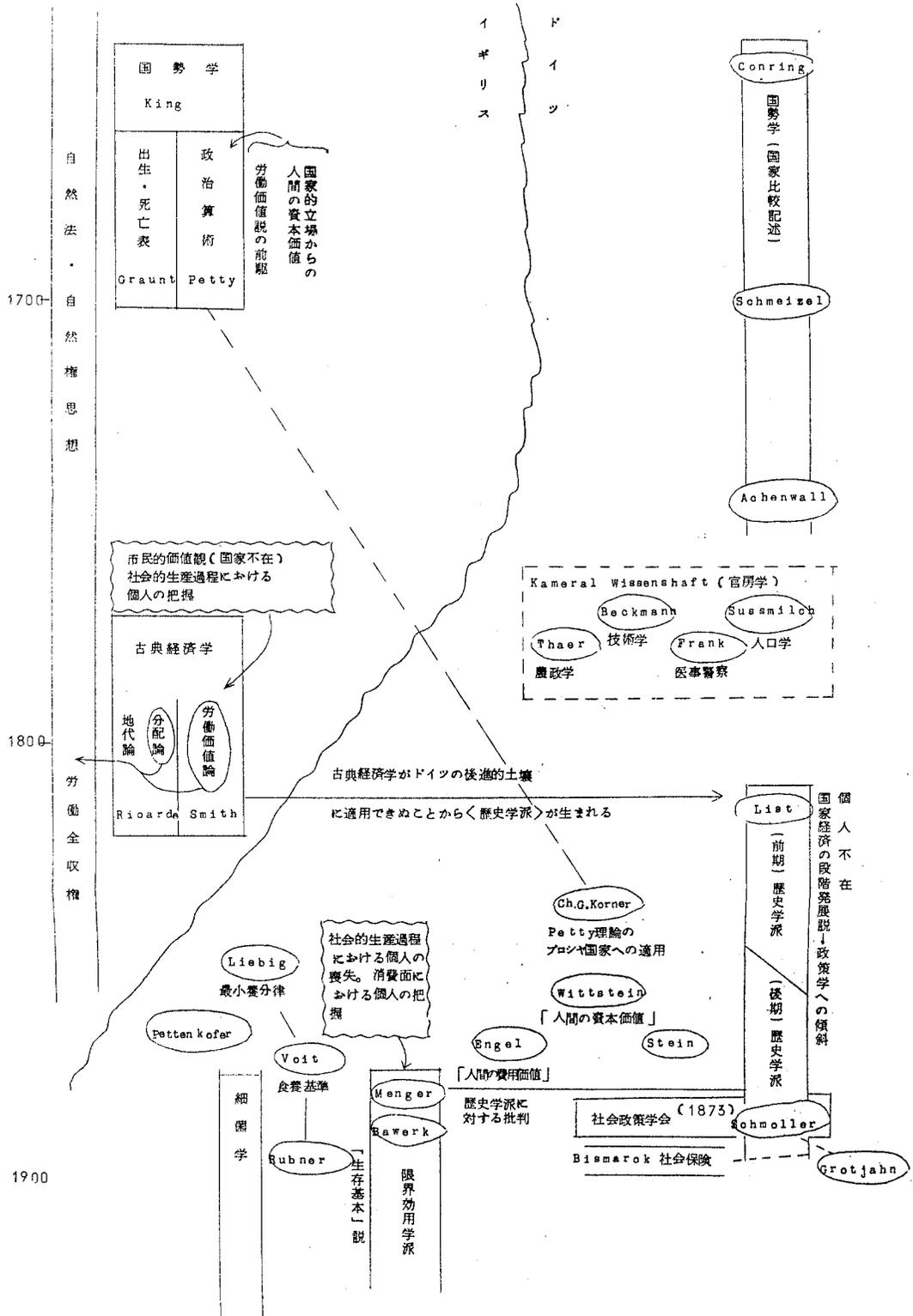
- (5) 「労働寿命」に関する認識（例、西野陸夫）
- (6) 「労働力交代可能性」に関する認識（例、籠山京）
- (7) 労働力の世代的再生産」に関する認識

この時期には、一方で、社会政策的視野からの「労働力」に対する認識の発展史をトレースし、他方では、医療労働に対する労働価値論検討を試みた。そして、学説史的なことを頭に入れるために〈図3〉のようにシェーマ化してみた。およそシェーマ（図式）などというものは作った本人以外にはわかりにくいものであることを承知の上で、自分自身を納得させるために作ってみた。〈図3〉は、いわゆる「プロシャ型」の上からの政策的系譜を「国状学」—「カメラリズム（官房学）」—「社会政策学」という流れで示したもので、〈図4〉の「医療労働に関する労働価値論的考察」の付図として加えたものである。

〈図4〉「日本衛生学史資料」とあるのは、1963年の「大阪・医学会総会」における丸山博教授の特別報告「日本衛生学史」の資料、という意味



〈図3〉社会政策をめぐる英・独の比較シエーマ



●大阪・医学会総会と日本衛生学史

「医学史研究」が創刊（1961）の年は、2年後に大阪で開催される4年に1度の日本医学会総会の準備に追われはじめた年でもあった。特に丸山博教授は日本衛生学会の委託をうけて『日本衛生学史』を編纂し、その成果を医学会総会で報告すべき立場であった。そして、「医学史研究会」は、会創立時代から、このことを意識的にサポートしつつあった。

〈図5〉は、丸山教授の特別報告に合わせて作成した『日本衛生学史・略年表』と、そのなかに収められた明治期の復刻資料、〈図6〉は同じく『略年表』のなかに収めた『医療の社会化』（1926）の復刻版と「総会」に合わせて編纂した『日本医学会53分科会史略史』の広告である。パソコンも複写機もない時代に、年4回、「医学史研究」を発行した上に、出版社顔負けの仕事をしたことになる。今日、「仕事の絶対量が足りんのじゃないか」といいたくなる団体が存在することもたしかである。

どれぐらい仕事をしたか。「医学史研究」は季刊48頁建てを守って、1961年には、No.1からNo.3まで、1962年にはNo.4からNo.7まで出したが、No.7は64頁になってしまった。第2回総会特集の形になったからである。そして、次のNo.8は医学会総会用プレゼンテーションとして80頁の大冊となった。

この機会に重要な医学史論文の復刻を、ということで〈図5〉のように、鈴木要吾のものが2点、復刻された。〈ミメオファックスによる複製〉とあるが、当時、最新鋭の〈ミ

メオファックス〉が中川（米造）研究室に据え付けられ、ビニール原紙に転写されたものを、ガリ版屋に渡して印刷、製本してもらう、という方式であった。

『日本衛生学史・略年表』はガリ版と和文タイプ併用だったが、長門谷洋治さんの医学教育史年表と図表は力作であった。また、明治期の衛生学教科書リストも貴重である。

〈図6〉の東大社医研の『医療の社会化』（1926）の復刻は、新しく版を組み直した。『日本医学会53分科会史略史』は53分科会の歴史が一目でわかる本で、内容の割りに豪華本だったのは「本部」から金が出たからだろう。

〈図5〉『日本衛生学史・略年表』と掲載広告

鈴木要吾著 明治時代に於ける本邦医学界の状況
東京医事新誌 (昭和13年・刊) 一医学雑誌・外科雑誌・経道新学・刊行医業より数たる一
医学史研究会 研究資料 No. 1
〈ミメオファックスによる複製〉 B5判 42頁 価額 ¥ 200 (平装)
1. 総論 4. 派遣留学生
2. 医学雑誌 5. 当時の刊行医書
3. 外科医業

鈴木要吾著 開業医六十年警見史
東京医事新誌 (昭和14年・刊)
医学史研究会 研究資料 No. 2
〈ミメオファックスによる複製〉 B5判 48頁 価額 ¥ 200 (平装)
I 幕府時代
II 明治時代
III 昭和時代
1 通説 1 国会議員候補の増殖 2 女医の妻不運動會
1 西州職役の歩留 2 阪川四篇 3 製菓会社設立まで 4 社会の日の影
3 産生思想の再考 4 時英訳と広告 5 交通機関の発達と開業医
5 開業医に対する社会の認識 6 開業医結社時代
6 過渡期に於ける軍医開業医と其分布 1 ペット侵入 2 医師存続と医師法案提出

医学史研究会 衛生史研究グループ編 日本衛生学史略年表
医学史研究会 研究資料 No. 3
〈謄写版〉 B5判 40頁 価額 ¥ 100 (平装)

医学史研究会
研究資料No.3

日本衛生学史・略年表

医学史研究会
衛生史研究グループ 編

1963・4



●シエーマへのこだわり

丸山教授の特別報告のテーマが「衛生学」という、医学領域のなかでもっとも社会科学との接点を多く持った学問の歴史であっただけに、それをサポートする仕事は、必然的に医療の社会科学、医療の歴史学的性格が付与された。

前記『日本衛生学史・略年表』には、付属資料として〈図7〉のような「ポリシー・マップ」を添付したが、これは「日本衛生学史」の政策的背景をシエーマ化したもので、前述のように、およそシエーマというものは、作った本人以外にはわかりにくいものであることを重々承知の上で、一種のこだわりをもって作成したものである。

これは丸山博・中川米造編『日本科学技術史大系・25・医学編』（1962、第一法規出版）に収められているが半分カットされているので、この方はほとんど意味はない。

なんとなく分かり、なんとなく感じがつかめるといふ「歴史的シエーマ」があってもいいのでは、と考えていたが、このシエーマが日本ヘキスト社のPR雑誌の編集者の目に止まりたいへんなことになるのだが、これについては後述する。

また、医学会総会には間に合わなかったが、

〈図8〉の「衛生学史・三部作」は比較医学史的方法の原型を提供したものと言える。特に中川米造さんの「フランス大革命と衛生学」は、在来型の「先進イギリス、後進ドイツ、そして日本」という社会経済史寄りのアプローチにフランス革命をもたらしたものと言える。

〈図6〉同じく『略年表』への掲載広告

★ 医学史研究会 だより ★

500部限定出版 予約募集中

復刻版

医療の社会化

社会医学研究会編
1926年刊

医学史研究会
研究資料
No. 5

B 6 判 120 頁

— 主 要 目 次 —

社会医学研究会編 医療の社会化
— 我國診療機関の現勢 —

序文……………

前編 診療の社会化と其の意義……………(1)

後編 本邦診療機関の現勢と其の發展傾向……………(36)

1. 私的診療機関……………(37)

2. 官公立診療機関……………(45)

3. 社会事業的診療機関……………(51)

附 1. 済生会……………(55)

2. 赤十字社……………(58)

4. 産業附属診療機関……………(63)

1. 工場附属診療機関……………(64)

2. 鉱山附属診療機関……………(68)

3. 官営産業附属診療機関……………(73)

4. 自治体経営産業附属診療機関……………(80)

5. 軍隊診療……………(86)

6. 医 師……………(92)

7. 健康保険法……………(100)

8. 結 論……………(104)

日本の社会医学の出発点をなすといわれる東大友会内社会医学研究会編「医療の社会化」（大正15年刊）は、各方面の研究者・実践家から求められていましたが、原典は殆んど散逸し入手不可能な状態です。しかし今日、困難な医学、医療情勢の中で、再び出発点に立ち帰って現実を把握しなおそうという動機から、本書複製に対する要望は、日を追って強くなりつつあります。

この要望に応えるべく、医学史研究会は、多大の犠牲を払って、本書の「完全なる復刻版」作製に着手し、4月末に刊行の運びとなりました。

経済的に非力な一研究会の、この事業が挫折せぬよう、なるべく予約前納（振替・大阪3326）医学史研究会）によってお申込み下さい。

予約頒価 ¥ 500（〒共）

医学史研究会 編

日本医学会53分科会史略史

医学史研究会
研究資料
No. 4

B 5 判 2 4 頁 頒 価 ¥ 100（〒共）

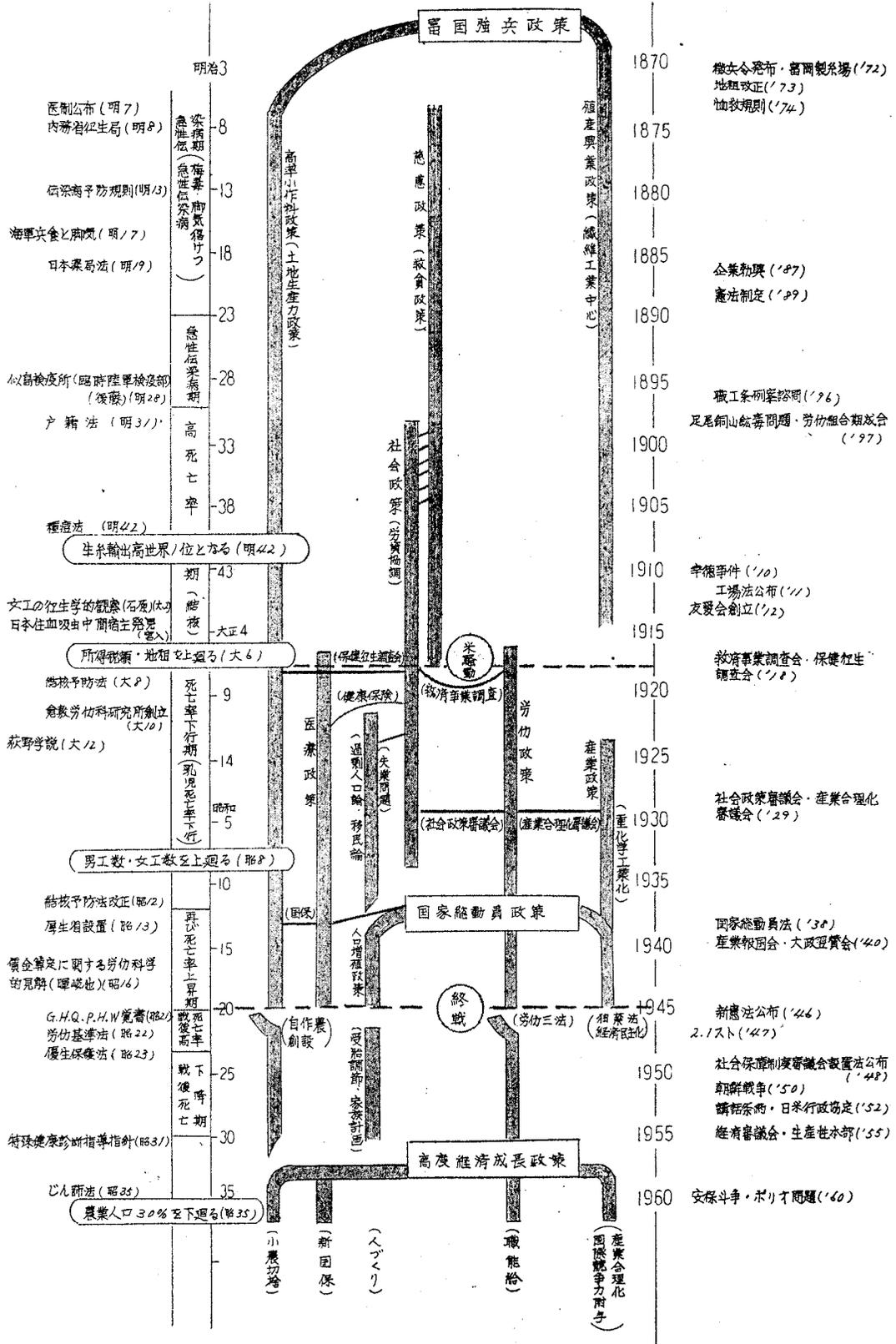
第16回日本医学会総会を記念して、日本医学会を構成する53の分科会の創立母体・創立時期・会の名称変更・学会機関誌の消長・誌名変更などを中心とした略史を編集し、更に各分科会の歴史に関する参考文献を収載しました。

絶えず専門分化を遂げる医学界において、総合的視野に立って医学全体を眺め反省することの必要性は、今更々するまでもありませんが、本資料は、上記の必要性を充足するための足場を提供するものであります。

大阪市北区常安町33 医学史研究会 振替大阪3326
大阪大学医学部衛生学教室内

— 1 —

〈図7〉「ポリシー・マップ」



〈図8〉「衛生学史・三部作」(「医学史研究」No.10.1963.)

日本衛生学史資料第5集

「医学史研究」第10号(1963.10.15) 抜刷

フランス大革命と衛生学
The French Revolution and Hygiene

中 川 米 造

衛生的測度概念の成立
Formation of the Concept of Hygienic Measures

山 城 正 之

衛生学形成期に関する比較社会史的考察
Comparative Socio-historical Consideration
on rising Period of Hygiene

野 村 拓

日本衛生学史編集事務局

考えてみれば、この時期、リーダー的役割をはたした中川米造さんで30代なかば、みんな元気がよかった。大人たちも元気がよく、医学会総会の年が1963年なので、緒方洪庵没後100年を記念して、映画『洪庵と1000人の若ものたち』を作った〈図9〉。

撮影所内に適塾の玄関セットもできていたようである。緒方洪庵は南原宏治、妻は市原悦子、テレビドラマ「事件記者」のキャップ、永井智雄も出演している。資料映画に劇画的要素も加えた50分ほどのもので、新入生オリエンテーションなどによく使われた。

〈図9〉映画『洪庵と1000人の若ものたち』（「医学史研究」No.8.1963.）

緒方洪庵没後100年記念

適塾記念会
第16回日本医学会総会

▲墓前祭は

3月31日午前10時半から
大阪市北区東寺町電海寺で行われます

▲緒方洪庵没後100年記念講演会は

3月31日午後2時から
大阪市北区堂島上 毎日大阪会館内 毎日国際サロンで行なわれます

<講演者>

適塾記念会会長 赤堀 四郎
大阪大学 校長
第16回日本医学会会頭 今村 荒男
日本学士院会員 緒方 知三郎
日本学士院会員 小泉 信三
第64回日本医学史学会会長
日本医学史学会関西支部長 中野 操
大阪大学文学部教授 藤 直幹

▲記念講演会終了後

記念映画「洪庵と1,000人の若ものたち」
が同会場で上映されます「なおこの映画は日本医学会総会の会期中」次の予定で上映されます

4月1日 10.00 a.m.～ (毎日国際サロン)
4月2日 3.00 p.m.～ (三越劇場)
4月3日 7.30～p.m.～ (ABCホール)



製作監修・適塾記念会「緒方洪庵没後百年記念映画」
製作委員会

洪庵と1,000人の若ものたち

監督 木村 荘十二
脚本 山形 雄策・瓜生 忠夫
製作 松本 西三・金丸 益美
MOMプロダクション

南原宏治・永井智雄・市原悦子・俳優座
とその衛星劇団

協賛 田辺製菓株式会社



●吹いて吹いて吹きまくり。。。

適塾門弟帳への記載数は600代だが、これを1000人にしてしまったのは、この時期の上昇志向的「ホラ吹き」と思われるが、私もこの時期にかなりホラを吹いた。その一例は「医療経済学」の体系づけである。

医学史研究会第1回東京研究集会〈図10〉では「医学経済学の執筆プラン」と称して、次掲のような壮大なホラを吹いた。

第1部 医療経済学・原論

I. 医療経済学は成立つか

II. 医療経済学史・前史

1. 経済学と部門経済学（農業経済学）
2. 農政学から農業経済学へ——Thaer から Kautsky まで
3. 農政学段階（Thaer）と医政学段階（Frank）
4. 農業経済学における「地代論」と、医療経済学における「人間価値論」
5. Wittstein 及び Engel による人間の価値についての地代論的把握について
6. Buer による富者から貧者への健康滲透の法則について
7. 人間の「差額地代」と医療 Zone

III. “医療 Zone” の概念について

1. Winslow 説の検討——予防は治療より安い——
2. ラザムの「衛生工事の効果」
3. 後藤新平の命価説
4. 日本の細菌学と衛生学、及びこれに関する原島説
5. サービス労働が対象化されることによる人間の疑似価値の変化
6. 権力主体による人間価値説の展開
7. 市民的立場による人間価値説の展開
8. Engel による（地代論的段階）個人治療費段階と、Farr による（生命表的段階）個人衛生費の段階
9. Farr の業績と、その市民社会的限界——単一イギリス資本主義的視点と世界資本主義的視点——

10. 「治療医学 Zone」と「公衆衛生 Zone」
 11. 治療医学と絶対窮乏化の法則
 12. 公衆衛生・医療保障と超過利潤
 13. “医療 Zone” の歴史的発展（拡大）
- #### IV. “医療 Zone” の国民的規模への拡大と医療政策学の成立
1. 「労働力率」概念の批判
 2. 失業統計・批判
 3. 労働力交代率の概念について
 4. 世代的労働力交代率と総労働力交代率
 5. 世代的労働力交代率と未治解雇率
 6. 労働力交代についての個別資本の立場
 7. 災害補償費と労働衛生関係費、及びこれらと人間の疑似価値との関係
 8. 労働力交代についての社会的総資本の立場
 9. 国家独占と医療政策学
- #### V. 医療政策学と日本における“医療政策学”的段階について
- #### VI. 医療政策学と医療経済学
- #### VII. 医療経済学の効用

第2部 医療経済学・各論

- I. 医師労働論
- II. 医療技術論
- III. 公衆衛生論
- IV. 医療運動論

この「東京研究集会」は、いろいろな意味で画期的と思われるので、次にプログラムを〈図10〉として掲げる。

この「医学史研究会 第1回 東京研究集会」での報告にはいろんな思いがこめられている。かねがね、農学部には農政学や農業経済の講座があるのに、なぜ、医学部にはそれに相当する講座がないのか、と考えていたし、川上武さんが『日本の医者』（1961）のなかで、「開業医」と「独立自営農民」をアナロジカルにとらえたことも関心を引いた。また、〈図3〉「社会政策をめぐる英・独の比較シェーマ」の中の Kamerate Wissenschaft（官房学）の囲みのなかに A.v.Thaer（農政学）と J.P. Frank（医政学）とを同居させて展開させてみたい思いもあった。関連させて考えれば、八戸の開

業医、安藤昌益の農政思想もあらためて取り上げる価値があるだろう。

上昇期のイギリス農業が生んだ「ノーフォーク輪作」による「土」の保持とそれを理論づけたA.

v.Thaerの系譜を再確認し、同時に、日本の東北地方のように、1次産業（農業）と医療とが良い形でむすびついた歴史も確認しておく必要がある。いま、単作、連作によって「土」をダメにし、

〈図10〉医学史研究会第1回東京研究集会・プログラム

東京医科歯科大・柳沢文徳教授のご好意で教室を貸していただき、プログラムは医学書院長谷川泉氏に作ってもらったと思う。川上武門下の俊英、上林茂暢、二木立などが登場するのは、次の12月の研究集会であったと記憶している。

医学史研究会 第1回 東京研究集会

プ ロ グ ラ ム

会 期 1963年6月22日（土）～6月23日（日）

会 場 東京医科歯科大学医学部講堂
(国電お茶の水駅下車)

<日 程>

6月22日（土）p.m. 3.00～5.00 於 医学部第一講堂

開会の辞 東京医科歯科大学 柳 沢 文 徳
講 演 「適塾より明六社え」 大 阪 大 学 丸 山 博
映 画 「洪庵と1,000人の若ものたち」

6月23日（日）a.m. 9.00～p.m. 6.00 於 医学部第二講堂

[午前の部]

A) 一般演題（報告各15分，質疑各5分） 座長 岡 田 靖 雄

1. 「商人買物独案内」中の売薬……………明 治 薬 科 大 学 佐 藤 文 比 古
2. 薬学史教育の一視点……………千 葉 大 学 吉 岡 信
3. バーナード・スターン
—医療社会学の建設者—……………東 京 大 学 中 山 茂

B) 技術史（報告各20分，討論60分） 座長 村 松 博 雄

1. 技術史的にみた製薬事情……………東 京 薬 科 大 学 川 瀬 清
2. 医療技術史の方法について……………東 京 杉 並 組 合 病 院 林 正 秀
3. 梅毒血清診断はいかに技術化されているか
……………横 浜 市 立 衛 生 研 究 所 秋 元 寿 恵 夫
4. 医学に対する本草学の影響……………法 政 大 学 筑 波 常 治
5. 技術史をめぐる自由討論

遺伝子組み換えの方向にはしりつつある穀物メジャー、多国籍企業は医療保障も壊そうとしている。だから、社会保障、医療保障の推進運動で農業団体と手を組むべき絶好のチャンスなのだが。歴史

的省察によって強化された運動の展開が期待される。(2013.7.7.)

(のむら たく、北九州医療・福祉総合研究所所長)

〔午後の部〕

A) 特別講演「日本の解剖制度の変遷」 順天堂大学 小川 鼎 三

B) 医療史(報告各20分, 討論60分) 座長 柳 沢 文 徳

1. 日本の高温労働

一熱中症の歴史……………労働科学研究所 三浦 豊彦

2. 肢体不自由児の医療と福祉の関係……………東京都立北療育園 山本 理平

3. 保健婦事業の変遷……………東京大学 木下 安子

4. 性病予防行政史の二つの事件について

……………東京家政学院大学 小原 菊夫

5. 松沢病院の歴史から日本精神医学史の一断面

一日本精神医学史の一断面……………松沢病院 岡田 靖雄

6. 病院史の研究方法について……………東北大学 前田 信雄

7. 開業医制の医療史的位罫……………東京杉並組合病院 川上 武

8. 医療経済学の出発点……………大阪大学 野村 拓

9. 医療史をめぐる自由討論

閉会の辞 大阪大学 丸山 博

進行及び連絡係 村松 博雄

岡田 靖雄

川上 武

林 正秀

註) 懇親会(p.m.6.30~8.00)於 医学部会議室
会費 300円, 奮つて, ご参加下さい。

川口啓子著『職場づくりと民主主義—仕組み・会議・事務』

(文理閣、2013年 148頁、1600円)

今井 晃

本書は、福祉系大学で介護福祉士の養成に携わっている著者が、福祉や教育、医療の職場においてこそ患者や利用者、学生にとっても、働く労働者にとっても基本的人権が尊重され、職場に民主主義が貫かれねばならないとの趣旨から問題提起した一書である。人の役に立ちたいとの思いから介護や医療等の職場に就職しても、その思いが十分に生かされない現実が実際に多い。日本の福祉も教育も医療も、当該の法律から行政手続きまで憲法や基本的人権の視点が貫徹しているとは言い難く、大きな歪を現場に齎している。法律や制度の変革のための運動が重要である。同時に、それぞれの職場の体質や慣行、運営の未熟などから様々な軋轢やトラブルの発生も少なくなく、サービス提供や運営に支障の出る場合も生まれる。制度が問題であるからと言って、現場・職場の様々な不都合を放置してよい理由にはならない。

本書は、第1章「仕組み」、第2章「会議」、第3章「事務」の構成になっている。

「仕組み」では、「①理念の民主主義、②経営主体の民主主義、③組織・機構の民主主義、④民主主義を体現する主体、⑤労働生産物の民主主義」という5つの視点から分析し、総合的に整備することを提起している。②経営主体の民主主義から⑤労働生産物の民主主義の項では、著者も初歩的なことだがと断っているが、当たり前と言えば当たりの基本的な管理や運営のための組織・機構・システムを整備することに多くのページが割かれている。民医連の組織では、この辺はクリアしておいてほしいし、一定規模のところの多くは大凡整備されているように思われる。しかし、小規模の事業所、歴史の浅い介護福祉等の職場、



規模が急速に拡大した職場等では、紹介されている事例と重なるような不都合やトラブルは少なくないと思われる。その点では、大いに参考になると思われる。

著者は、民主主義を体現する主体としての職員の育成（成長）を重視し、そのために会議の運営を整備することを強調している。会議は、「職場の民主主義を実現する要」であり、「働く者にとっては民主主義の担い手として成長するための学校のようなもの」と位置づけ、第2章全部を使って記述されている。介護や医療の現場では、業務がチームとして行われているために会議やカンファレンスの頻度も多く、その成否がサービスや運営の鍵を握っていると言っても過言でなく、日頃悩んでいる役職者やリーダーにとって大いに参考になる部分ではないだろうか。本書の性格から、労働組合の機能や役割については言及されていないが、実践的には大変に重要な課題であると思う。

そして第3章では、事務労働の本質が「管理機

能」(マネジメント)にあることを確認しつつ、その性格を①不可欠性、②付随的發展性、③連動性と協業性、④創造性の4つに整理する。福祉や教育、医療の現場では、専門的業務の位置付けに比して事務の位置付けが軽視されがちで、そのために管理機能が不十分で、結局は職場の民主主義も機能しなくなっているケースも見受けられる。また、事務職員も自らの仕事を消極的・受動的に考える傾向も否定できない。これに対し著者は、事務の4つの性格を組織と事務職員があらためて捉え直し、事務の仕事や事務システムを整備する

こと、事務職員が(を)主体者になる(する)こと、これらを通じて管理機能を創造的に構築し、人権と民主主義にもとづく職場に發展させることを提起している。文章としては、この第3章はやや難解な部分も多いのだが、本質規定をめぐる論考なのでじっくり読みこなしてほしい。いずれにしろ医療・福祉等で働く特に事務幹部・事務職員には是非一度読んでほしいと思う。

(いまい あきら、研究所専務理事・東京民医連事務局長)

【事務局ニュース】 1・10周年記念懸賞論文・論考の募集

- ・内 容：非営利・協同セクターおよび、社会保障、医療、経営管理労働問題など、研究所の定款に掲げる目的に添った、人々の「いのちとくらし」に関わる社会的経済的的政治的分野について、また2011年東日本大震災および福島第一原発事故を受けて、東北地方のみならず日本社会全体の課題として、政治・経済・社会・生活等幅広い領域における復興再建の実践的・理論的内容についての論文・論考を募集します。
- ・応募資格：研究所の個人会員および団体会員の職員
- ・字 数：4,000～6,000字
- ・締 切：2013年11月30日（土）消印有効
- ・選 考：選考委員会による選考を行います。
最優秀賞（10万円）1人、優秀賞（5万円）2人、佳作（2万円）2人
- ・選考作品は10周年記念号に掲載

詳細は事務局へお問い合わせ下さい。

【事務局ニュース】 2・会員募集と定期購読のご案内

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『いのちとくらし研究所報』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：（2013年度改訂）
機関誌年4冊＋研究所ニュース＋送料
￥3,000円

研究助成報告

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

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

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

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

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

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

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

- 「非営利組織の連携による生活困窮者の『食』の支援に関する基礎的研究報告書」(大友康博、大友優子)『いのちとくらし研究所報』36号

- 「北欧における高齢者のグループリビングと住宅協同組合に関する研究」(上野勝代、上掛利博、佐々木伸子、阪上香、奥野修、大塚瑞希、田鶴遼平)『いのちとくらし研究所報』42号

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



研究助成報告

●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) C P I T N（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



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

2010年6月発行

ISBN 978-4-903543-07-9

〈目次〉

序章はじめに

- 第1章 全国的な医療の危機とその原因
 - 第2章 大変な事態を迎えている日野市立病院の今
 - 第3章 日野市立病院問題を深刻化させた日野市の病院政策の問題点
 - 第4章 日野市立病院が担う医療と市民・職員の声
 - 第5章 日野市立病院の危機打開にむけて—病院の職員、市民、行政の共同を
- 終章 まとめ
- 補論 憲法25条と今日の医療保障
- 参考文献
- （資料）



『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

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

○巻頭エッセイ：民医連の経営課題と幹部集団づくりの課題（今井晃）

特集1【京都・地域シンポジウム報告】

—医・職・住・環境 市民シンポジウム 災害医療とまちづくりを考える—

○主催者挨拶（吉中丈志）

○「被災地は今」被災地からのメッセージ（熊谷俊夫）

○記念講演「がんの体験から」（鳥越俊太郎）

○まちづくりからの発信（古武博司）

○災害医療とまちづくりを考える～地域医療からの発信～（尾崎信之）

○食物アレルギー対応避難拠点づくり—食物アレルギーをもつ家族と地域の安全、連帯のために（長澤澄子）

○くらしからの発信（吉永淳）

特集2【憲法問題と非営利・協同】

○シチズンシップと国民民主権（中川雄一郎）

○宇都宮健児さんインタビュー：人権や憲法をかたちだけにせず、権利主張するたたかいをつくる（宇都宮健児、インタビュアー：河添誠）

○投稿論文：ドイツにおける看（介）護職養成・資格制度改革の経過に関する聞き取り調査報告（中間報告）（濱島淑恵・高木和美・芦田麗子）

○イタリアの医療労働人口と非営利・協同セクター（石塚秀雄）

○医療政策・研究史（2）：かけだし時代の研究（野村拓）

●第42号 2013年3月—介護保険制度と非営利・協同セクター

○巻頭エッセイ「東電・福島第一原発事故と健康権」小西恭司

○座談会「介護サービスにおける非営利・協同性の実現とは、現状と理論」林泰則、山田智、加藤久美、井田智、司会：八田英之

○「2012年『改正』介護保険法・改定介護報酬の問題点～介護保険で私たちの介護保障は可能か?!～」藤松素子

○2006年度研究助成報告「北欧における高齢者のグループリビングと住宅協同組合に関する研究」上野勝代

○「21世紀の協同組合と非営利・協同セクター—憲法」堀越芳昭

○「ケベックの社会的連帯金融」石塚秀雄

○地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ・第9回研究会報告「日本医師会の医療政策などよもやまばなし」石川広己

○「朝日資料の整理を終えて」朝日訴訟の会・岩間一雄

○書評 全日本民主医療機関連合会歴史編纂委員会編『無差別・平等の医療をめざして』角瀬保雄

○医療政策・研究史（1）「科学史への関心」野村拓

●第41号（2013年2月）—貧困問題と生活保護制度の再検討

○巻頭エッセイ「連帯経済への道」津田直則

○貧困問題と生活保護制度の再検討「はじめに～本特集の趣旨」吉永純

○「あるべき生活保護基準とその重要性～社会保障審議会生活保護基準部会の検討枠組みについて」布川日佐史

○「生活支援戦略（新たな生活支援体系）を読み解く」岡部卓

○「生活保護基準額の引き下げによって影響・被害を受ける制度概要」吉永純

○「社会保障制度の構築こそ、ディーセントワークへの道」都留民子

○地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ・第8回研究会報告「石川県内の公立病院—奥能登4病院を中心に—」武田公子

○社会福祉と医療政策・100話（95—100話）「20 医療・福祉職の世界史」（最終話）野村拓

○本の紹介・中川雄一郎・杉本貴志編、全労済協会監修『協同組合を学ぶ』黒子和彦、中島崇博

●第40号 (2012年10月) —自治体病院再編動向

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

●第39号 (2012年 8 月) —T P P と共済・医療。福島と非営利・協同

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

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

- 巻頭エッセイ「22年前に書いた『東京電力～原発にゆれる電力』と現在」谷江武士
 - 「法人制度改革の動向について(公益、一般法人制度を中心に)」根本守
 - 「障害者政策の課題からみた2011年障害者基本法改正」鈴木勉
 - 座談会「東日本大震災1年後の課題」中川雄一郎、角瀬保雄、坂根利幸、司会:石塚秀雄
 - 「T P Pと米国の対日医療戦略」高山一夫
 - 「ドイツの電力協同組合と地域社会」石塚秀雄
 - 「国際協同組合年と日本の社会的経済セクター」杉本貴志
 - 社会福祉と医療政策・100話 (81-85話)「17 反社会保障の風」野村拓
 - 書評 ジャン＝ルイ・ラヴィル編、北島健一・鈴木岳・中野佳裕訳『連帯経済—その国際的射程』石塚秀雄
-

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

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

●第36号 (2011年 9 月) —震災原発と日本のゆくえ

- 巻頭エッセイ「非営利・協同論の探求」坂根利幸
- インタビュー「色平哲郎医師に聞く『3.11震災と日本のゆくえ』」色平哲郎、インタビュー・石塚秀雄

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

●第35号(2011年6月)—震災原発問題と人々の協同

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

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

- 巻頭エッセイ「先進医療技術を享受して」 鈴木篤
- 「低炭素社会への課題：緑の経済成長とグローバル化の視点から」 植田和弘
- 「新自由主義VS連帯経済」 北沢洋子
- シリーズ「『非営利・協同Q&A』誌上コメント(その2)」 杉本貴志、中川雄一郎、八田英之、司会：石塚秀雄
- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ第3回研究会報告「地域医療・自治体病院の再生について考える」 山本裕
- 「韓国の非営利・協同医療機関訪問記」 角瀬保雄
- 「医療・福祉政策学校(通称、赤日合宿)の歩み」 高木和美
- 「共済法の課題と展望—PTA・青少年教育団体共済法の成立と平成22年保険業法の改正を踏まえて—」 松崎良
- (寄稿)「命平等の国づくりを」 小林洋二
- 社会福祉と医療政策・100話(61-65話)「13 人口・途上国・貧困」 野村拓
- 書評：農林中金総合研究所企画、斉藤由理子・重藤ユカリ著『欧州の協同組合銀行』 平石裕一

●第33号(2010年12月)—特集：社会的薬局／地域と医療保健—

- 巻頭エッセイ「条件不利地こそ協同の力の発揮どころ」 田中夏子
- シリーズ「『非営利・協同Q&A』誌上コメント(その1)」 富沢賢治、八田英之、坂根利幸、司会：石塚秀雄
- 「欧州における社会的薬局の活動について」 廣田憲威
- 「ヨーロッパの社会的薬局」 石塚秀雄
- 第8回公開研究会報告「佐久病院の概況と再構築計画について」 油井博一
- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ第2回研究会報告「保健師の仕事」 菊地頌子
- 「シンポジウム 国境を超える患者と病院(2010年8月28日)参加報告」 竹野ユキコ
- 「EUにおける越境医療ルールづくり」 事務局
- 「韓国の社会的経済と医療—新しい取り組み手の登場」 エリック・ビデ、訳：石塚秀雄
- 「社会的事業所制度と障害者の労働」 斎藤縣三
- 社会保障と医療政策・100話(56-60話)「12 運動・胎動の時代」 野村拓
- 2007年度研究助成概要報告「『多摩市民生活実態についてのアンケート』調査結果の概要」 近澤吉晴
- 書評 「『分かち合い』の経済社会は実現できるのか—神野直彦『『分かち合い』の経済学』」 小塚尚男
- 書評 石田一紀、埜田和史、藤本文朗、松田美智子編『高齢者介護のコツ〜介護を支える基礎知識』 川口啓子

「研究所ニュース」バックナンバー

○No.43 (2013. 08. 31発行)

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

○No.42 (2013. 05. 31発行)

理事長のページ「経済学と倫理(2)」(中川雄一郎)、副理事長のページ「総研の10年と会計」(坂根利幸)、「アメリカの診療報酬債権投資詐欺」(石塚秀雄)、書籍紹介・細田満知子著『パブリックヘルス 市民が変える医療社会—アメリカ医療改革の現場から』(高山一夫)、「地域シンポジウム概要報告」(竹野ユキコ)、「沖縄の厳しい現実とともに、地域連帯の可能性を示したシンポジウム」(河添誠)

○No.41 (2013. 02. 28発行)

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

○No.40 (2012. 12. 31発行)

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

○No.39 (2012. 08. 31発行)

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

○No.38 (2012. 05. 31発行)

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

○No.37 (2012. 02. 29発行)

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

○No.36 (2011. 12. 10発行)

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

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。

単行本案内

◎「医療難民」「健康格差」はなぜ生じるか どう克服するか

『日本の医療はどこへいく 「医療構造改革」と非営利・協同』 角瀬保雄監修・非営利・協同総合研究所いのちとくらし編

2007年9月25日発行、新日本出版社、238ページ、定価1995円（税込）
ISBN 978-4406050616

目次

はじめに

- 序章 無保険、無医村の時代から現代に
 - 第1章 医療保障と非営利・協同
 - 第2章 日本の医療供給体制の現状と今後
 - 第3章 2006年「医療改革」の行く末
 - 第4章 高齢社会の実態、医療・介護における格差の広がり
 - 第5章 米国の格差医療と非営利組織の役割
 - 第6章 ヨーロッパの医療制度改革と非営利・協同セクター
- おわりに
参考文献

角瀬保雄
高柳 新
角瀬保雄
岩本鉄矢
八田英之
廣田憲威
高山一夫
石塚秀雄
高柳 新



◎「崩壊」の構造を変える 『日本の医療はどこへいく』第2弾！

『地域医療再生の力』 中川雄一郎監修・非営利・協同総合研究所いのちとくらし編

2010年1月25日発行、新日本出版社、237ページ、定価2100円（税込）
ISBN 978-4406053334

目次

はじめに

- 第1章 自治体病院はどこへ行く
 - 第2章 京都における医療機関の動向から地域医療の再生を考える
 - 第3章 東京における開業医と住民運動の連携
 - 第4章 佐久総合病院と地域医療
 - 第5章 明日の見えない医療経営—経営論点と処方箋
- 結びにかえて—地域医療と「非営利・協同」

中川雄一郎
村口 至
吉中丈志
前沢淑子
石塚秀雄
坂根利幸
杉本貴志



◎国民の安全・安心を取り戻すために必要なことを探求

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

『医療と地域社会のゆくえ—震災の国で』 角瀬保雄監修・非営利・協同総合研究所いのちとくらし編

2013年4月26日発行、新日本出版社、261ページ、定価2,100円（本体2,100円）
ISBN 978-4-406-05680-9

目次

- はじめに 角瀬保雄・竹野ユキコ
 - 第1章 被災地・宮城県からの報告 村口至
 - 第2章 福島第一原発事故の構図 齋藤紀
 - 第3章 先端医療を進める前提—神戸医療産業都市と東北メディカル・メガバンクをどう考えるか 上林茂暢
 - 第4章 社会保障制度改革推進法と今後の医療、介護、年金 相野谷安孝
 - 第5章 TPPと国民皆保険制度 石塚秀雄
 - 第6章 医療における非営利・協同組織の役割と課題 高山一夫
- おわりに 高柳新



【FAX送付書】

切り取ってお使いください

研究所のFAX番号：

03 (5840) 6568

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

【入会申込 FAX 送付書】

切り取ってお使いください

研究所のFAX番号：

03 (5840) 6568

特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所のちとくらし 入会申込書

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

ふりがな	
団体名称または氏名	

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

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

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

※機関誌等の郵送先、連絡先を記入して下さい

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

※専門・主たる研究テーマまたは研究して欲しいテーマ・要望等を記入して下さい

--

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

【次号45号の予定】 (2013年12月発行予定)

- ・ 社会保障制度改革国民会議報告の概要と問題点
- ・ 都立病院PFIの現状と問題点
- ・ 米韓FTAと医療、他

【編集後記】

10周年記念企画として各地域でのシンポジウムを企画し、その一環で「津波被災地保健師100人の声」(宮城)プロジェクト(中間)報告会を仙台で開催しました。保健師の地区分担制が業務分担制よりも評価が高かったことは、地域社会の中心は地域の人々であることをあらためて示すように思えます。その一方で普遍主義の流れもあります。それぞれをどのようにとらえるのか、歴史的経緯を振り返りながら考えたいと思います。

【投稿規定】

原稿の投稿を歓迎します。原稿は編集部で考査の上、掲載させていただきます。必要に応じて機関誌委員会で検討させていただきます。内容については編集部より問い合わせ、相談をさせていただきます場合があります。

1. 投稿者

投稿者は、原則として当研究所の会員(正・賛助)とする。ただし、非会員も可(入会を条件とする)。

2. 投稿内容

未発表のもの。研究所の掲げる研究テーマや課題に関連するもの。①非営利・協同セクターに関わる経済的、社会的、政治的問題および組織・経営問題など。②医療・社会福祉などの制度・組織・経営問題など。③社会保障政策、労働政策・社会政策に関わる問題など。④上記のテーマに関わる外国事例の比較研究など。⑤その他、必要と認めるテーマ。

3. 原稿字数

- ① 機関誌掲載論文 12,000字程度まで。
- ② 研究所ニュース 3,000字程度まで。
- ③ 「研究所(レポート)ワーキングペーパー」 30,000字程度まで。

(これは、機関誌掲載には長すぎる論文やディスカッション・ペーパーなどを募集するものです)。

4. 採否

編集部で決定。そうでない場合は機関誌委員会決定。編集部から採否の理由を口頭または文書でご連絡します。できるだけ採用するという立場で判断させていただきますが、当機関誌の掲げるテーマに添わない場合は、内容のできふでに関係なく残念ながらお断りする場合があります。

5. 締め切り

随時(掲載可能な直近の機関誌に掲載の予定)

6. 執筆注意事項

- ① 電子文書で送付のこと(手書きは原則として受け付けできません。有料となってしまいます)
- ② 投稿原稿は返却いたしません。
- ③ 執筆要領は、一般的な論文執筆要項に準ずる(「ですます調」または「である調」のいずれかにすること)。注記も一般的要項に準ずる。詳しくは編集部にお問い合わせください。
- ④ 図表は基本的に即印刷可能なもの(そうでない場合、版下代が生ずる場合があります)。

7. 原稿料

申し訳ありませんが、ありません。

**「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」
事務局**

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

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

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