

目次

- 巻頭エッセイ：東芝財務不正事件に思う……………野村 智夫 1

【特集】 非営利・協同組織の管理と運営

- 座談会：医療における非営利・協同組織の管理と運営  
……………小磯明、根本守、吉中丈志、司会：八田英之 2
- フランスの非営利・協同の社会医療サービスの運営—ユニオプス  
……………石塚 秀雄 25
- 英国・従業員所有企業の展開  
—Sunderland Home Care Associates Ltd. の事例— ……熊倉 ゆりえ 32

- 真の国民のための医薬分業とは  
～日本の医薬分業政策、調剤報酬の矛盾と課題～……………高田 満雄 40

- シリーズ医療政策・研究史（13）明治150年の医療  
—「モデル追いかけ」から「モデル」に—……………野村 拓 52

- 投稿論文：貧困者・生活困窮者支援の在り方を考える  
—長野県民医連生活保護受給者実態調査の自由記述の分析から—  
……………石坂 誠 63

- 2010年度研究助成報告：中国農民專業合作社における信用事業の展開に関  
する—考察 ………………宋 曉凱 74

- 会員短信…………… 88

- ・研究助成報告一覧、報告書、機関誌・ニュースバックナンバーなど  
……………51、62、86、90

(表紙写真：前沢淑子)

# 東芝財務不正事件に思う

野村 智夫

東芝の財務不正事件が注目を浴びている。日本を代表する伝統企業であり、消費者にもなじみ深い企業（光る♪光る♪トーシバ）であるからであろう。東芝は2015年2月15日に証券取引等監視委員会の命令により工事進行基準案件等の開示検査を受け、調査が必要であることが判明した。その後特別調査委員会の調査により工事進行基準案件以外にも「不適切な会計処理」が発覚し、5月に至り、より独立性の強い第三者委員会による調査の実施となった。

第三者委員会の調査結果は7月20日に公表された。調査結果によって、①発電所等の社会インフラ事業における赤字工事損失処理の不正、②映像事業における費用の先送り、収益の先行計上といった不正、③パソコン事業における在庫押し込みによる利益の不正計上、④半導体事業における原価差額の調整計算による不正といった、不正な財務報告の事実が明らかにされた。この結果は重く、3人の元取締役代表執行役社長、2人の取締役代表執行役最高財務責任者が役員への損害賠償請求訴訟の提起に至った。会計監査人である新日本監査法人、及び監査責任者5名が、懲戒処分されるに至った。日本の会計史上に長く伝えられていく一大粉飾事件といえる。不正な財務報告はいずれも利益の先行計上、費用の先送りであり、架空取引による利益粉飾ではない。粉飾は、経営構造の転換を妨げ、今回の事件後に、パソコン事業、家電事業は撤退、他社へ売却ということであるが、問題の先送りが事業価値の毀損を招いたため、巨額の損失となり、優良事業である医療関連事業も手放す結果を招いてしまった。

経営者が関与した不正ということで話題になっているが、おおよそ上場企業であろうと、非公開の中堅・中小企業であろうと、粉飾は経営者が実行するものである。驚くに値しない。問題はなぜ東芝なのかという点である。東芝は委員会設置会社

であり、現行会社法下ではいわゆるコーポレートガバナンスとして、最も望ましい会社体制といわれるものである。すなわち、複数の社外取締役（東芝では4名）を含み、指名委員会、報酬委員会、監査委員会を設置し、役員人事案、役員報酬案を策定し、そして、監査を実施するという体制である。いち早くすぐれた米国的コーポレートガバナンス体制をとりながら、経営者不正を防止できなかったのである。

株式会社内には民主主義はないと言われる。株式会社は資本の論理が貫かれており、出資額の大きさがモノを言う。モノ言う株主がいないといわれる日本であるが、東芝のような伝統的なサラリーマン会社においても、社長選出はそれなりの資本の論理のもとなされている。社長の権限は絶対のものである。社長が会計処理をごまかす、すなわち、適切な経営意思決定をおごなりにしてしまえば、コーポレートガバナンスも関係ない。しかし、何故東芝なのか。第三者委員会は何も語っていない。私の仮説は現在の巨大企業にふさわしくない社長人事と、現在の過剰なディスクロージャーである。東芝では西室泰三氏以降4年で社長が交代している。現在の経営環境下、たった4年の任期で経営構造の転換ができるだろうか。自分の任期中はとにかく予算達成できればいいという意識が支配したのではないか。そして、四半期利益開示のプレッシャーがさらに拍車をかけたのではないか。四半期決算末へ向けて利益増加のすさまじい指示がかけられていたようである。そして、企業内民主主義はともかくとしても、人の意見に耳を貸す、少数意見を尊重する民主的姿勢が社長達にあれば、これだけの事態にはならなかったのではないだろうか。

（のむら ともお、公認会計士・税理士）

## 医療における非営利・協同組織の管理と運営

出席者（発言順）：

小磯 明（こいそ あきら、法政大学大学院公共政策研究科講師（『文化連情報』編集長））

根本 守（ねもと まもる、公認会計士、協働公認会計士共同事務所）

吉中 丈志（よしなか たけし、全日本民医連副会長・経営部、京都民医連中央病院院長）

司会：八田 英之（はった ふさゆき、千葉勤労者福祉会理事、研究所副理事長）

### ●はじめに

八田 本日はそれぞれの分野から「民主的管理運営」について、お話をいただきます。

非営利・協同組織の場合、最も重要なのは、やはり目的、何のためにその組織があるのかということであろうと思います。次に、その目的を達成していく上で、その組織そのものが、どのような階級的な基盤の上に存在するか、一般に言われる表現で言えば、誰によって所有されているものか、個人所有のものであるのか、大勢の人々によって支えられている庶民のものであるのかというその問題が、規定的な意味を持つわけです。それだけではなく、その組織を実際に、その多数者の所有であるということとどのように実体化し、かつ非営利、社会貢献という目的に向かって、どのように追求していくかということを探求していく方法が、この「民主的管理運営」ということであろうと思っています。

しかしながら、この「民主的管理運営」ということは、なかなか前例がなく、こうやれば簡単にいくというようなものではありません。とくに私どもが仕事をしてきた民医連では、さまざまな模索をしてきたことであります。そして現在も、それは模索されていると思います。

とくに日本という資本主義社会のもとで、資本を持ち、法人企業形態をとり、数百人、場合によっては数千人規模の職員数となって、かつ数万人規模のその組織の法的あるいは実質的所有者である地域住民組織が存在するという、現在の民医連などの医療機関を中心とする非営利・協同組織について、その「民主的管理運営」について、今日

は考えてみたいと思っております。

### ●厚生連の組織と運営

八田 まず、小磯さんよろしくお願いたします。

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

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

JAの医療事業は、農協法に規定され、この事業を開設するに当たっては、医療法上、都道府県知事の許可が必要です。

昭和26年、全国厚生農業協同組合連合会の会員である厚生農業協同組合連合会は、医療法第31条に規定する公的医療機関の開設者として、厚生大臣から指定を受け、とくに農村地域の医療、保健活動を積極的に推進してきました。



表 厚生連と民医連

	厚生連	民医連
法人形態	農協法人。	多種多様（医科法人は公益法人・社会医療法人・消費生活協同組合など、薬局法人は株式会社や非営利型一般法人など、福祉介護事業は社会福祉法人・NPO、共同事業では事業協同組合など）。
税制	医療保健業は法人税等非課税、医療施設等は固定資産税非課税。	法人形態により異なる。公益法人、社会医療法人、社会福祉法人の医療保健業は一部もしくは全部法人税等非課税。また上記3法人形態及び生協法人の医療施設等は一部もしくは全部固定資産税非課税。
使命	組合員および地域住民が日々健やかに生活できるように、保健・医療・福祉の事業を通じて支援を行うことにより、地域社会の発展に貢献すること。	無差別・平等の医療と福祉を目指す組織。いのちの平等を掲げ、地域住民の切実な要求に応える医療を実践し、介護と福祉の事業へ活動を広げた。共通するのが非営利・協同であること。
沿革	<p>【始まり】1900（明治33）年制定の産業組合法のもとで、1919（大正8）年11月、窮乏する農村地域の無医地区の解消と低廉な医療供給を目的に島根県鹿足郡青原村の信用購買販売生産組合が医療事業を兼営した。</p> <p>【拡大】運動は全国に広がり戦時中は農業会に改組し、1948（昭和23）年に農業会が解散、農協法のもとで厚生連が継承し現在に至る。</p> <p>【戦後】1951（昭和26）年、全国厚生農業協同組合連合会の会員である厚生農業協同組合連合会は、医療法第31条に規定する公的医療機関の開設者として厚生大臣から指定を受け、特に農村地域の医療・保健活動を積極的に推進してきている。</p>	<p>【始まり】1930年代後半、無産者診療所運動が広がるが、弾圧される。</p> <p>【戦後】民診の誕生、レッドバージュ後に急増。1953（昭和28）年全日本民医連成立、1963（昭和38）年最初の民医連綱領決定。診療所中心。</p> <p>【1970年代】病院ヘシフト、法人格取得で医療生協増大。大病院化、高度化。</p> <p>【1980年代】前半、山梨勤医協倒産問題。後半から民医連の体質転換。</p> <p>【1990年代】共同組織の見直し、経営再建。</p> <p>【2000年代】医療事故・事件と医療管理、職員育成。</p>
医療事業	農協法第10条第1項第11項「医療に関する施設」と規定される。この事業を開設するにあたっては、医療法上、都道府県知事の許可が必要。	医療法で規定される。
施設数	20の道県に病院施設：109病院、健診活動を行う厚生連は12都県。（2016年5月現在）	48都道府県に：141病院、504医科診療所、115歯科施設、その他事業所1,084（2016年1月時点）
病院機能	109病院のうち、DPC病院74（68%）。うちⅡ群6病院、Ⅲ群68病院。	141病院のうち、DPC病院37（26.2%）。すべてⅢ群。
立地	人口5万人未満の市町村に41.8%が所在（同じ公的病院でも日赤17.4%、済生会8.9%）。	県庁所在地にはすべてである。都市部中心。
その他	僻地巡回診療車、生活習慣病検診車等が配置されており、健診センターを併設するなどの地域貢献活動に積極的に取り組んでいるのが、他の公的病院に見られない特色。	営利を目的とせず、事業所の集団所有を確立し、民主的運営をめざして活動。無料低額診療を実施する施設は、病院106、診療所226、歯科診療所32、老人保健施設25、合計389（全日本民医連ウェブサイト）。

病院数なども表の通りで、厚生労働省医療施設動態調査から、厚生連の日本における位置を見ると、2015年3月末概数の病院施設数8,485、病床数156万8,462ですから、病院施設数では1.3%、病床数2.2%となります。

しかし、厚生連病院は、人口5万人未満の市町村に41.8%が立地し、農村地域の医療の確保に貢献しています。例えば、同じ公的病院の日赤、済生会と比べると、日赤病院が17.4%、済生会病院が8.9%ですから、いかに農村地域に立地しているかがわかつて思います。

また、厚生連病院には、僻地巡回診療車、生活習慣病検診車等が配置されており、健診センターを併設するなど、地域貢献活動に積極的に取り組んでいるのが、他の公的病院に見られない特色です。地域住民の健康を守るため、生活習慣病の予防などに幅広く取り組み、がん検診・職場健診・人間ドックなど健康増進活動の推進を図っています。平成26年度に厚生連が実施した健康診断の受診人員は、一般検診・単独実施検査と人間ドックを合わせて307万6,457人に達しています。人間ドックを除く健診実施対象人員を平成26年度でみると、厚生連は256万8,617人です。日赤は57万5,218人、済生会は54万6,029人で、日赤の4.5倍、済生会の4.7倍になります。

平成27年度第7回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会資料からDPC病院をリストアップしますと、109病院中68%の74病院がDPC病院です。うち6病院がⅡ群で、68病院がⅢ群です。農村地域であっても、高度急性期と急性期医療を提供している病院が多いことがわかつて思います。Ⅱ群の中でも、北海道厚生連帯広厚生病院の機能評価係数Ⅱは0.1009で、大学病院並みの機能を持つ「Ⅱ群」に属する全国の140病院中、最も高かったです。中でも、どれだけ地域の医療を支えているかを示す「地域医療指数」では、上限いっぱいの評価を得ています。「へき地医療拠点病院」の指定を受けていることや、急性心筋梗塞などが評価されました。道内では、札幌など遠方の病院を利用する患者の割合が高いです。ただ大農業地帯の十勝地方は、患者の9割以上が地元の病院を利用するそうです。その中でも帯広厚生病院は「最後のとりで」で、小児科など不採算になりがちな診療科も

幅広く備え、十勝地方全体の患者を受け入れています。多くの厚生連病院は、地域の基幹病院として、さまざまなニーズに応える医療を提供しています。

## ●厚生連は公的法人、民医連との違い

八田 それでは厚生連の税務関係についてはどうですか。



小磯 医療法第31条に規定する公的医療機関の開設者とされることで、法人税法の一部を改正する法律（昭和59年法律第4号）、法人税法施行令の一部を改正する政令（昭和59年政令第56号）及び法人税法施行規則の一部を改正する省令（昭和59年大蔵省令第8号）が昭和59年3月31日に公布され、同年4月1日に施行されました。

これによって、厚生連が行う医療保健業については、次の要件を満たせば法人税が課税されないこととなっています。1つは、特定の要件、公益法人等の指定を受けるための要件で、「①営む事業は医療・保健事業及び老人福祉事業に限る、②出資配当の禁止、③残余財産の帰属先の制限の3つを満たす必要があります。平成10年度税制改正で、老人福祉事業が事業の範囲に追加されました。

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

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

ということで、民間病院から見れば、厚生連は公的病院として扱われていることによって優遇されています。ただし、きちんと消費税を払っていますから、消費税については大変です。急性期病

院を抱えれば抱えるほど、高度急性期に投資をしなければいけませんから、その分の投資に対する消費税は重くのしかかってきていて、ここをどうするかは大変大きな問題になっています。これは皆さん、どこの病院でも同じだと思います。



**吉中** 民医連の場合だと、公益法人ということに移行している部分が幾つかあるんですけど、公益法人もここまでの税の優遇措置はないですね。公益法人という「公」がつくので、公的病院に近づいている使命があるんだという話をしたりするんですけど、でも、ちょっと違いがあるなというの、よくわかりますね。

八田 根本先生、この違いは社会医療法人とどこが違うのでしょうか。



**根本** 厚生連のやっている医療事業、介護事業は社会福祉法人と同様に、ほとんど非課税ですけど、社会医療法人の場合は、基本的には、課税対象にならないのは医療事業だけなんです。附帯事業と言って、それ以外の、主要には介護事業は課税対象になるということになっている。そこが違います、社会医療法人とは。ただし医療法上の本来事業（医療事業）のなかにも、病院、診療所、それから老健が入っているんですよ。老健は中間施設ということになっているけど、本来事業になっていて、だから、単純に割り切れないんですね。

小磯 ただし介護保険事業については、農協が担う形になっている部分が多いです。

八田 厚生連という組織と、農協組織の関係はどういう関係になるんですか。厚生連という組織は、

直接組合員さんがいるのですか。

**小磯** 厚生連に、農家組合員が直接加入することはありません。農家組合員は単位農協と呼ばれる地域の総合農協に加入します。組合員は単位農協に出資して加入し、単位農協は厚生連に出資して、厚生連の病院をつくりました。多くの厚生連病院は、農協祭りなどを農協が開催するときには、保健医療面で協力しています。また、多くの厚生連病院は、地域に開かれた病院を目指して病院祭を開催しています。そのときには農協も病院祭に参加協力します。さきほど、地域住民の健康を守るため、生活習慣病の予防などに幅広く取り組み、がん検診・職場健診・人間ドックなど健康増進活動の推進を図っていますと述べましたが、厚生連は農協の組合員の健診を熱心に行っています。しかし厚生連病院だからといって、組合員だけを優遇するようなことは公共性の原理から無理があります。地域住民に広く医療提供をすることは、他の医療機関と何ら変わりません。

もう1つ、厚生連は公的病院ということで、実態として市民病院的役割を果たしている病院もあります。本当だったら市民病院が担うべき地域医療を担っている。そういうときには、市町村から特別交付税をしっかりと援助してもらいます。

**吉中** 京都の市立病院なんかだと、決算書公費が非常にわかりにくいんですね。多分10億円ぐらいは入っているんですよ。それで黒字になったとか、赤字になったという話をしているのと、民間病院の状況は違いますね。一応、感染症、エイズ、結核などの公的医療をやっていますが。

**八田** 自治体病院は一定の一般財政から繰り入れることが法律上認められています。救急医療、感染症、災害医療などですね。感染症や災害医療なんて、ベッドをただ空けて置いておくという感じじゃないですか。

そして、救急医療だって、最低限6、7人からは医師を確保して、1日10人ぐらいしか患者を診ないわけでしょう。いくら救急重症と言ったって、救急部をそういうふう確立しちゃったら赤字が出るに決まっています。

小磯 そうですね、感染症病床などを持つわけですが、維持するのに赤字になります。救急医療、へき地医療、がん医療など、政策医療を担うのも厚生連病院の公的医療機関としての役割だと考えられます。

八田 そういふのは赤字でも必要だからというのでやっているんだから、そのところに公的にお金をつぎ込むのは、これは厚生連に限らず民間の病院であっても、当然、自治体とか国が責任を持つべき部分ですね。

吉中 部門別損益管理を民医連でもやるでしょう。やっぱり、病院の外來は赤字ですよ。救急部門も赤字になるんですよ。病棟医療のところは黒字構造なので、それで収支を成り立たせているのです。そういう意味では、救急を担っていく、地域医療を担っていくということもそうでしょうけれど、やっぱり、バックアップがないと成り立たない経営構造に日本の医療機関はおかれているのだと思います。

八田 少し話を戻しますけれども（笑）、厚生連というのは、そうすると農協全体の組織のほうが出資してつくった子会社みたいなものとして理解していいわけですか。

小磯 いや、子会社ではありません、農協法人ですから。法人格は農協です。

八田 では農協法人だけど、でも、組合員が直接出資してつくった組織じゃないという。

小磯 昔の話で恐縮ですが、貧しい農村地域では医者と呼ばせませんでした。ですから、農民が出資して医者呼んできて診療所をつくりました。

八田 医療利用組合ですね。

小磯 それが発祥です。昔は個人が直接出資していたはずですが。近代化してくると、仕組みとしては農民が直接出資するというものではなくなったわけです。農協が出資するということになってき

たのだと思います。しかしこの話の文脈は、産業組合時代とそれ以前のことであり、今回のテーマから外れてしまいます。

八田 だから、子会社ではない、独立であるにしても、幾つかの農協法人、例えば〇〇厚生連という場合には、その県の農協が出資して厚生連をつくっているという理解でいいんですか。

小磯 厚生連は、各県に1つと思われがちですが、郡厚生連というものもあります。歴史的な経過があって、郡として厚生連を持っています。現在ある2つの郡厚生連は1厚生連1病院です。

根本 県厚生連が、基本的には法人格を取得しているわけですね。農協として。

小磯 そうです、〇〇県厚生連農業協同組合連合会です。

吉中 法人格を持っている。

小磯 はい、ですからどの厚生連病院であっても、病院名の前には必ず、〇〇県厚生連農業協同組合連合会と付くわけです。正式名称は、〇〇県厚生連農業協同組合連合会〇〇病院となります。

根本 なるほど県単位ね。

小磯 医療圏域は県単位です。県を越えて医療提供はできません。医療法人の場合であれば、越境してM&Aでやれますね。厚生連はできません。例えば、県境に位置して所在する厚生連病院があります。隣接するからといって、所在する県境を越えて他県に事業所をつくって医療提供できるかということ、できないわけです。

## ●医療生協と厚生連のちがい、病院のイニシアチブ

八田 直接に個々の組合員が、自然人が組合員であるという、医療生協の組織形態とは違いますね。

小磯 医療生活協同組合との区別で見ると、まさにそのとおりですね。そこは違いますね。医療生活協同組合の場合は、本当に組合員が直接運営に関与していますね。

吉中 厚生連の経営者というのは、どういう方になるんですか。各農協の代表ですか。

小磯 はい。厚生連には理事会があって、また経営管理委員会制度が導入されています。経営管理委員会の会長は単位農協の組合長から選出されます。理事会の運営に責任をもつのは理事長です。

根本 そうすると、経営管理委員会というのは、理事会のもとにつくっているわけではなく、別途につくるんですか。

小磯 代表権をどちらが持っているかといったら、理事長が持っています。代表理事の理事長なので、代表権を持っているのは理事長です。これまでの例で言うと、医師、薬剤師、事務職などが理事長になっています。

また農協組織は縦割で事業を行っています。農林中央金庫や全農などです。厚生連は保健・医療・福祉事業を担っているわけです。

八田 佐久病院と理事会の関係ですが、あそこは移転新築しましたね。ああいうような決定は、やっぱり、最終的には理事会が決定するんですよね。

小磯 そうです。

八田 しかし実際上のいろいろ、あそこの自治体などとの折衝や、方針を打ち出したり、住民の運動を組織したりというのは、全部、佐久病院が中心でやっていますね。

小磯 ええ、病院でやっています。しかし、厚生連組織としてやっているということであって、病院だけでやっているわけではありません。むしろ、病院職員が住民と一緒に進めました。文字通り住民とともに進めたということだと思います。

その基本にはメディコ・ポリス構想がありまし

た。医療を中心とした教育・福祉で雇用を促進し、まちづくりにつながるという考え方です。

また病院運営委員会をつくっている病院があります。そこには農協組合長が入っています。病院の医療圏の農協が複数入ります。それから何々患者会とか、そういうのはいっぱいあって、とくに、そういう意味では、本当に地域に開かれているのが特徴です。本当に施設も自由に使ってもらっている。高校生や子ども達が病院に来て勉強しているみたいな、そんなことも当たり前の風景の病院もあります。

八田 まとめると単位農協が組合員として厚生連をつくり、それが病院をつくっていく。そうすると、いわゆる集団的所有という点では、誰か個人の所有でないということははっきりしているし、患者や地域住民とともに活動しているけれども、直接患者や地域住民が、医療生協の場合の総代会のような形では、決定に参加するという仕組みはないわけですね。

小磯 ないです。

## ●公認会計士からみた管理の諸問題

八田 根本さんは公認会計士として長いこと民医連の経営を見ておられます。「民主的」とつけるかつかないかはともかく、管理運営上の諸問題について、経営を見てきた角度からのご発言をお願いしたいと思います。

根本 機関誌51号の座談会でも話題になっていましたが、民医連というのは、基本的には非営利の組織であるという点では共通ですけれども、いわゆる法的な基盤は必ずしも一本ではなくて、さまざまです。

例えば吉中先生のおられる京都保健会のような公益法人、八田さんがおられた千葉勤医協は社会医療法人、それから消費生活協同組合の法人もあります。医科法人だけではなく、薬局運営をしている法人もあり、多くがそれしか採用できなかったということで株式会社形態をとっていますが、

最近、全日本民医連でもその法人形態の見直し案が提起されていて、非営利型の一般法人に移行するというとりくみが進められようとしています。

それ以外、主として福祉介護事業の関係で、社会福祉法人やNPOを持っている。あとは共同事業、例えば、薬品とか医療材料の共同購入というようなことや、その他、医科法人等を支援する機能を持つというような観点で事業協同組合を、大体の県で今は持つようになっています。

したがって、民医連というのはどういう法人形態だというのは、一言では言えないです。ただ、共通しているのは冒頭でまとめられていたけれども、目的、あるいはミッション、理念などが非営利であるというようなことや、協同する組織であるというようなことが非常に明確なのが特徴的です。

所有の問題では、法人形態が異なるので単純ではないですが、個人の特定的の方が所有するというようなことは基本的にない。それは株式会社形態においてもない。このことは共通しています。

**八田** 簡単に言うと、株式出資者を個人ではなくて、実質上集団的に出資した形にしている。

**根本** 所有の問題もいろいろな形式はとっているけれども、実質上は集団所有、あるいは、所有者が存在しない財団もありますから。そういうような形をとっているということですね。

運営の問題も、それぞれの法人形態があるのでバリエーションがありますが、基本的には、職員やその地域の患者さんたちが運営に参加する仕組みをとっています。通常の社団であれば、社員総会と理事会、これが基本になっておりますし、生協組織であれば総代会と理事会、こういうようなことになっているということですね。

社団、財団の場合には、地域の方々をどういうふう位置づけるかという課題があるのですが、民医連では「共同組織」と言っていますけれども、友の会に地域の患者さん等が集まって、そのなかから理事等になっていただく方を決めてもらって、そこで参加するというような特徴点がある。

いずれにしても、民医連の目的と所有と運営の問題については、実質上、共通した基盤に立って

いて、それがこの何十年か、民医連が存続し発展してこられた大きな要因になっていることは間違いないし、経営的に潰れかかった法人がありましたけれども、それが再建できたのも、基本的には、そういう民医連の運営の路線に沿った形をとってきたということが大きいんだと思っています。

ただ、私どもは会計士で、危ないところばかり行っているの(笑)。先ほどあったように、では、それが本当に十全にうまくいっているのかという点で言うと、それは、まだまだ課題は数多くあるなと思います。

簡単に申し上げると、法的整備はきちんとされていて、それに基づく運営はされているんだけれども、当然のことながら、法的整備さえされていれば、自動的に民主的な管理がされるのかということ、それはあくまで必要条件であって、十分条件では当然ない。そのための創意工夫が求められていると思うんですけども、そこのところが、どちらかというと、まだ模索段階にあるなというのが、私の意見です。

## ●民医連のガバナンス

**小磯** 私などから見て民医連がつかみどころがないのは、株式会社が、社会医療法人があり、公益法人がありでその所有形態が多過ぎて、どうやってガバナンスをとっているのか、非常に疑問です。

**八田** 民医連のガバナンスということ言えば、それは県連だと思います。民医連は各県に全部、県連組織があって、この県連が、例えば、事業協同組合をつくるのも、薬局法人をつくるのも、いろいろな社会福祉法人、それから病院、診療所をつくるのか、そういうのは全部県連が決定する。県連の決定なしに法人が勝手にやると、今は怒られるところが多いのです。

もちろん県によっても違うし、いろいろあるけれど、とにかく民医連というところの傘で、民医連綱領に基づいてやっているか、民主的にやっているかということを含めて、県連はほとんどのところが理事会を毎月で開いていますからね、そこがコントロールタワーになる。

更にそこには他とは全く違う要素があって、非常に重要な特徴で、県連が人格なき社団だということです。県連は法人格をとっていない、全日本民医連もとっていないけれど、そこがまたミソなんだと思います。

**根本** 任意団体つまり協議体なので、県連、あるいは全日本民医連も、当然ですが別に法的な統制権を持っているわけではないわけです。あくまで、それぞれの法人がそれぞれ法的な基盤を持っていて、県連や全日本は任意団体で、ということなんですよね。

ただ、県連なり全日本なりに結集していく場合に、ポイントになるのが、非常におもしろい用語だと思うのですが「自覚的結集」と言うんですよ。

**八田** 「自覚的結集」という言葉で、結構、強い規制をする（笑）。

**根本** ただ、それには法的根拠がない。別に規約にそんなことをうたっていないし、「私は、別に従いませんよ」と言った場合に、何の問題が生ずるか、というようなことはある。あるけれど、それはもう自覚的に結集していただかなきゃいかんのだ、したがって少なくとも県連の方針あるいは意見を尊重せよ、という話です。そして県連や全日本の方針にまったく従わない、民医連の綱領や規約に従わないということになれば、その組織が民医連を名乗ることはおかしいということになると思います。

## ●民主的管理運営とコンプライアンス

**根本** 話を戻すと、民医連を構成する法人の法人形態は、全然違うんです。ただ、そうした法人形態の違いがあっても、民主的な管理運営という点で結構結びつく話だなというふうに、私は思うんですね。

つまり、そういう法的な根拠に基づく運営はもちろんするということが、それはコンプライアンスの問題としてあります。

**小磯** そうですね。

**根本** しかしながら民主的な管理運営って、それよりもう一段階引き上げないと、「法的な基盤さえ整えていけば、あとはいいのだ」ということでは、とてもやっていけないんですね。

**小磯** はい、やっていけないですね。私もコンプライアンス問題は大事だと思いますが、コンプライアンス問題をあまりに強調し過ぎると、自覚的な部分が弱まってしまう。例えば、かつては厚生連医療運動や協同組合運動論が強調されました。

そこが、ややもすると右肩下がりになってしまって、コンプライアンスというと経営管理のほうにばかり目がいってしまう。これは難しいですね。

**根本** そうですよ。

**小磯** かといって、社会的な一般通念上のコンプライアンスも満たせないような組織が、えらそうなことを言うというのも、いかがなものかという気もします。

**八田** その辺のところは、民医連では、いわゆる適法性の問題として、とりわけて21世紀に入ってから、川崎、京都での医療事故があって、やっぱり一定のレベル、まさに医療水準とか、そういう意味でクリアしていくということが、今、言われたコンプライアンスと関連してきた問題として達成しましょうと。

その次に、ISO 何とか、その次に、今度は病院評価機構の何とかなど、そういうのをやり始めると、それで精一杯になるのね。

**根本** ええ、すごく大変です。

**八田** 根本先生がおっしゃったような、そういうふうに法的な整備をしていくと、機構を、きちんと規定とか、そういうのに基づいて運営するというのは、必要条件です。それで十分ではない。その十分ではないというところが、さまざまな形で、民医連の経営の上で、こういうような「民主的管

理運営」の不十分さから来る、いろいろな問題があるんじゃないかという点を2、3、ちょっとご指摘いただけますか。

**根本** いろいろ課題はあるかなと思っているんですけども、1つは、そういう非営利の組織あるいは協同の組織であるということの、組織としての自己認識というのがどうしても日常の業務に追われて弱い。それから、さっきの話との関係で言うと、法的な制度を重視するあまり、本当にそれだけでいいのかということの議論というのがどうしても後ろに下がるということが、私なんかが見ていると感じるんですね。

例えば、これは民医連のいいところでも、悪いところでもあると思うけれども、医療法人とか公益法人で社団がある。そうすると、当然ですけど、現場の職員等が理事会のなかでは一定割合を占めるわけです。共同組織の代表者の人も入るけれども、それも千差万別ではありますけれども、過半数を占めるなんていうことにはなっていないと思うんですね。

一方で、医科法人でも生協法人があります。生協法人の場合は、職員の方々に理事になるのは、どちらかというところと2割程度で、あとの方は、地域の患者さんたちの代表が理事を構成するんです。

そうすると、同じ民医連の法人と言っても、理事の構成が違うから、運営が実質上、大分違う場合があるわけなんですよ。公益法人や医療法人の側に言わせると、その職員の方々が中心になって、経営の問題も深く話をするので、すごくいいんだというご意見が出るんですけど、一方で、病院や診療所に対する地域の方々の要望をどこまでその理事会が受けとめているのかという課題は出てくると、私なんかは思う。

一方で、生協の理事会で見ると、いろいろ地域の方々のご意見がたくさん出てきて、いろいろなご要望を受けて、運動するとか、活動するとか、活発なんだけど、経営の話はあまりされない。要するに、両極端に動くんですよ。

どっちも自分たちの組織がいいとおっしゃるんですけど、私なんか両方行っていると、両方とももうちょっとうまく運営できないものかと思ったりもするんですね（笑）。

八田 帯に短し襷に長し、ですか（笑）。

**根本** そういう意味で、法人の形態、法的なルールに従った運営というのは非常に重要だけど、そのうえで、本来にどのような組織としてあるべきなのかという議論はあって、そのことの問題意識を持って運営していくことが極めて大事だろうなということも1つ思ったりしているんですね。

それから、民医連は事業所独立会計、事業所別にきちんとした管理をしましょうということを一生涯懸命言ってきたんですけども、なかなか十分には到達していない。要するに、赤字でも平気な事業所が結構あるんですよ（笑）。

経営は他のところで何とか面倒を見てよ、うちは赤字だって一生懸命医療をやっているんだからって、むしろ、「経営は、あまりうちは関知しないのだ」みたいな事業所、現場が結構あったりする。それは、やっぱり、基本的にはよろしくない。日常やっている医療活動も、経営の問題も、それぞれの現場、事業所ごとの管理をきちんとしていきましょうということですよ。

それから、医師や看護師さんも含めて、医療活動だけではなくて、経営の問題も考えるようにしましょうと、こういうことを一生懸命提起しているんです。しかし、その辺のところ、「経営は医療の後からついてくる」、「一生懸命医療をやれば」みたいなところ、今、そういうことをお話しになる方はいなくなったと思うけども、心のなかでは、そういうところがまだ残っているところがあるかなと。

## ●リーダーシップの問題

**根本** あともう1つは、現場の方々がきちんと職場ごとに経営を担いましょうということを強調すると、職員のなかで管理者のリーダーシップは別に要らないのかという誤解が生ずる場合があるようにも思うんですね。

つまり、理事長なり、院長なり、専務なり、あるいは、理事会なり、そういうところが単なる各事業所の運営の調整機能を果たすだけでいいと、結果的にそうなるような事例もあるようには思えるんですけども、それは極めて誤解です。当然、

そういう民主的な組織であっても、先を見通した経営方針をきちんと提起して、全体を引っ張りコントロールしていくという役割を持ってもらうことが極めて重要なので、そここのところの問題も、この間リーダーシップの課題として、全日本民医連の経営部でも一生懸命提起していますけど。

小磯 そのリーダーシップというのは、県連のリーダーシップと、各病院というか施設ですか？

八田 県連、法人、事業所、それぞれにトップがいるわけだけれど、今のは、主として法人のレベルでのリーダーシップの問題ですね。

小磯 事業所でね。

八田 民医連は事業所を幾つか持っている法人が多いですから。

小磯 厚生連は、病院長になれば、やっぱり、リーダーシップを発揮せざるを得ません。責任を負うのは病院長です。

八田 ちょうどいい具合に医師の問題が出ましたので、今度は、吉中先生に、今のことも含めて医師のサイドから見た「民主的管理運営」についてご意見をお願いします。

## ●医師から見た民主的管理運営

吉中 ちょっと振り返ってみますと、私は今も院長ですけど、院長職を20年ぐらいしています。前は80床ぐらいの上京病院の院長になって、2002年に、今の京都民医連中央病院の院長になりました。

京都民医連中央病院の事件が契機です。喀痰の細菌検査を、検体が不適切で医学的に無意味であったため、検査をしないまま「異常なし」とレポートしていたという事件です。それが発覚して大問題になって、前院長が責任をとって交代することになったわけです。

その背景としては、管理運営、医療管理も含めて問われたということがありました。そこで初め

て私自身も、院所の管理運営ということ、少し集中して考えたという経緯ですね。

上京病院のときには、経営問題が非常に厳しくて、ちょうど坂根（利幸）さんたちが最初につくった薄紫の本（監査研究会『民主的医療経営の基礎』、同時代社、1990年）をテキストにして、医師の合宿で勉強会をしたことがありました。あの本には、管理運営全般について書いています。資本論に基づいて分析的に書いたりして、テーラーシステムのことも挙げていた。そのときに、例えば「内部牽制」などの初めて出会うような言葉が結構たくさんあって、どういうことかなと思ったのが、ものすごく印象として残っているんですね。その頃は年齢で言ったら、40前後、30代後半ぐらいですかね。その頃の医師は、学生運動を学生の時代に経験していた者がほとんどだったので、割とフィットして、いろいろな話をした。それが最初に体系立てて学習した体験です。しかし、会計制度については、ほとんど勉強したこともないし、赤字、黒字ということぐらいは意識をしても、それぐらいで終わっていたという流れがありました。

それで中央病院の事件が起きたときに直面したのは、規模の大きさです。当時は300床で、職員も約400人いた。80床の病院だと、大体、顔が見える範囲で、いろいろマネージメントできるんですけれど、大きくなると、なかなかそういうわけにもいかないので、ラインをきちんと整備すること、決済規定なども整備する、そういうことを、かなり具体的に意識をしました。

その頃のエピソードですが、民医連の院所だけじゃないと思いますけど、例えば、循環器なら循環器のセクションがあると、その医師のもとに病棟の看護師さん、外来の看護師さん、循環器に興味を持っている人がくっついている構造があった。例えば「この看護師さんを異動させます」というようなことも、各科の科長、責任者の意見、了解を得ないとできない構図がありました。

それをどうやって打開するののかというのが、ひとつ非常に大きな話で、院長の権限ということで説得をしたのですけれど、その当該の医師に対して「看護師さんにずっと責任を持つわけにいかんだろう」ということを突きつけて、しぶしぶ納得を得たというようなことが何度かありました。

反面で、事務との関係ですが、管理運営、経営等については事実上は事務の人、事務幹部に任せていた。事務幹部の人がお膳立てをしたのに乗って、いろいろするのが医師幹部の役割というようなどころがあった。医師幹部が独自性を出すと思ったら、診療報酬や政治情勢はこうだという話は医師幹部がするんだけど、実態のマネジメントとか会計、経営については、事務の幹部に依存していた、そんな感じだったと思うんです。

それが度を越したというのか、中央病院のときに感じたのは、事務幹部がなにからなにまで医師の世話をする格好になっていて、ちゃんと向き合って、「これはだめです」「こうしなさい」「こうしましょう」というようなことを言わない。事務の人たちは忙殺されるわけですね。A先生がこう不満を言っているから、それを「わかりました」と言って、今度B先生と調節してみたら、という話ばかりだった。それで、ラインを中心にして建て直していきました。

うちの病院の意思決定機構は、常務会です。議論はしてもらうけども、決めるのは院長が決める。もう1つ、多数決で決めるという方法もありますが、常務会のメンバーが全員全体管理者であるわけでもなくて、部門代表のような要素も相当あるので、前者でいくと決めました。いろいろ意見を言ってもらって、基本的には、私（院長）が決めますというスタイルにしたんですね。

もちろん、迷うときには、ちょっとまず常務会でいろいろ意見を聞いて、自分はこう思うというのを出して、また意見を聞いて、その上で次に決めるというような工夫はたくさんしました。意見が対立して激しい議論もありましたが、そんな感じでやってきました。それが一応、今までの流れになっている。

私がもう1つ経験してきたことは、今、全日本民医連経営部の責任者です。全日本の経営部は、最初に医師の高橋実先生が責任者をやられたあとは、ずっと事務幹部の人が責任者をやってきました。3年前から私が経営部長になったので、もう1回医師がやるようになったという流れになります。それは一方で、経営部を責任を持って担当する事務幹部を、なかなか出し切れない状況ということでもあるのです。そういう状況も反映してい

ますが、医療と経営を一体的に管理するというテーマが現実的になってきたのかなと思っております。

民医連では、中期計画、長期計画をつくらなければいけないという話をしているんですね。経営困難も、今日、明日という短期でよくなるところがそうたくさんあるわけではないので、少し長期的に考える必要がある。地域医療計画などの政策的な環境も、それを必要としています。計画では、医療構想で「こういう展開をするよ」と描くことは、それなりにバラ色の夢もあってできるけれども、裏づけの経営計画をつくるということが圧倒的に不足している、困難であるという現実があるんですね。それをどうするかというのが、大きな命題として、今、あります。

全日本民医連では、1つは、具体的な会計知識は、民医連の統一会計基準推進士養成講座というものを、継続してずっとやってきました。2年前からこれを地方協議会が主管して地方ごとにやることにしたところ、毎年250人ぐらゐの受講生が卒業しているんですね。

## ●全体的管理者の職種の広がり

吉中 統一会計基準推進士養成講座の最近の特徴は、看護師さんが参加したり、介護職の人が参加したりということがぼつぼつ始まってきていて、事務幹部だけではなくてきている。

それから院長、理事長などトップ幹部のほうは、トップ幹部の研修会をやって、組織論とか、経営の基本とか、財務3表の見方とか、そういうことについての講座をもちました。それからリーダーシップ論というようなこともやってきました。

私もびっくりしたのは、理事長や院長も来るんですけど、大体、私たちよりも少し若い世代が中心になっていて、すごく関心を持って来るんですね。みなさん、非常に生き活きと聞いているんです。ものすごく求めているし熱心であるという感じがあって、自分たちがトップ幹部として何をどのようにすべきかという使命感を、すごく感じました。やらないといけなければ、どうしていいか模索している、そんなようなことをトップ幹部の現状として感じてきています。

そういう意味で、事務幹部の人におんぶに抱っこから、事務幹部も、医師幹部も、看護幹部も、という時代に来ていて、それでワンステップ上がるということ、どこで突破するのかを模索しているような時期かなと思っています。

私の病院は、411床で、医師は80数人ですけれど、次の世代をというので、副院長に何人か若い人を抜擢しています。そのなかの1人が、3年前に兵庫県立大学の医療マネジメントコースの修士課程を受講し始めました。土日が潰れるので当直に入れないことについては医局のみんなに了解を得て大学院に行った副院長がいるんですね。

それを皮切りに、今は副看護部長が行っています。今年9月に修了予定です。この二人によるはたらきかけもあって、今度は事務幹部も受講を始めました。私たちの世代の医師みたいに実践で試行錯誤してきたのとは違って、ベーシックなことをちゃんと勉強しているんですね。そういうことで、管理会などでちょっと新鮮な質問や発言をするわけです。「うちは貸借対照表とか財務3票が、なぜ毎月でないのか」という質問をしたり、この問題はあそこ誰それという専門家が詳しいので話を聞いてみたらどうか、などです。プリミティブに出されると事務幹部も答えられない(笑)。

八田 それは問題ですが(笑)。でも、取り組みとしておもしろいですね。

吉中 まあ、そういう今までの流れとちょっと違うことで、いい刺激を与える。それから、ファシリテーションというのを、私の病院の教育センターでやっているのですが、そういうことも大切です。リニューアルの議論のなかで、先の副看護部長がファシリテーターを務めて、こう言っていました。「みなさん、勇気、礼節、寛容が大切です。これを守ってください」と。「勇気」というのはしゃべる勇気。「礼節」というのは、暴言や攻撃的な言葉を吐かない。「寛容」というのは、違った意見も認め合う。そういう風に論してみんなでディスカッションしてください、こうするだけで、何か今までの議論とちょっと違った雰囲気になって、議論が豊かになって前に進みやすいんですね。そういう流れが、これからの世代にはあるかなと

思っています。こんなことも管理運営をちょっとグレードアップするために必要なことで、こういった模索をしているわけです。

ただ、一番の危惧は、自覚的な運動ということです。遵法性を強調すればそれが現状批判や打開のための運動というマインドを削いでしまう方向に作用する傾向は、やっぱり少しあります。だからそれはトップが意識しておかないと、具合が悪いことになりかねないという感じがしているんです。私は、だからこそ現時点の民主的管理運営について、今の状況で何か支えになるようなもの、方針などをイメージしていますが、何かする時期かなと思うのです。

昨日もリニューアルを計画しているある病院に行っただけですが、今年度予算が暫定予算のままで立っていないし、新しい病院を二つに分けるんですが、小さい病院の方は運営体制とかがまだ出来ていない。そういう実態もあるのです。

八田 病床を増やさないとどこか、ダウンサイジングして、病院を新しくするという建設だからね。最近のはね。

根本 難しいですよ。

吉中 私の目から見ると、トップとしての判断がされないまま「どうしよう、どうしよう」とずっと来て、いろいろな意見を聞くんだけど、決まらないまま今に至っているなという感じですね。

## ●民医連の管理問題の歴史的な流れ

八田 ちょっと民医連の民主的管理運営に関する流れというのを、概観しておきたいと思います。

まず、民医連ができたときに、病院、診療所から始まっているわけです。これは自由開業医制度を利用しているわけで、そういう点では、組織はない。個人開業という形態であったり、人格なき社団という形であったりして、レッドパーズで病院を追い出されたお医者さんを中心にして、同じくレッドパーズされた看護婦さんや事務などが集まって、民診を1950年以降、一気につくるんです。

もちろん、その前にもあることはあるんですけど、実は、1945年から50年ぐらいまでにできた民診というのは、10か20くらいです。やっぱり、レッドパージ以降急増するんですね。その時期というのは、言ってみれば、職場を首切られた人たちが、開業医制度を利用して結集して、みんなもって、とにかく飯を食いながら、医療を武器にして、社会変革をしようという感じなわけです。だから、必然的に、左に傾斜せざるを得なかった。時あたかも朝鮮戦争だったわけですから（笑）。

だから、そういうような状況のもとで民医連は始まったので、民医連の総会というの、病院、診療所の連合会だと言っているんだけど、実は、職員の代表なんだ、組合と同じだというように、全員経営だ、自分たちのものだという感じもあるわけですね。そういうことなんで、かなりの期間、実は、民医連の総会を構成するものは何かというようなことが議論にずっとなるんですよ。

しかも、病院、診療所、圧倒的に診療所でしたが、これは人格なき社団、個人の名義になっていたというところが、1960年代の前半まででありました。たしか63年に、前の民医連綱領が決まるんですね。

それまでの状況は、そんな状況でした。1960年代始めは、民医連の患者層というのは、5割以上が生活保護の患者さんでした。そういう意味では、本当に地域に根ざして、貧困な人たちを対象にしているということでがんばってくるわけですが、60年代から国民皆保険が実施され、高度成長になり、社会保険の患者も当然増えてきます。その頃の状況で強調されたのは、病院、診療所の組織が民医連であるということで、例えば、民医連総会も、院所の代表者によって構成する、病院、診療所の代表者が1人ずつ総会の代議員になる。そのほかの人たちは、オブザーバーとして総会に参加する。つまり、民医連総会を構成しているのが、ごく少数の病院・診療所の代表、200なら200の人たちと、そのほかオブザーバーは400人集まって、600人ぐらいで総会をやるというのが、60年代なんかのスタイルでした。

そんなことでいろいろ議論して、70年代になって、やっと規約の上でも総会というものを職員代表の要素と病院代表の要素の2つでもって構成し

よう。つまり、職員数比例で選ぶ代議員の数と、院所に1割り当てる代議員と、その両方を足したもので総会にしようとなりました。

実は、こういう民医連総会の構成に至る流れというのが、民医連という組織のあり方について、何だかわからないけど、みんなで作っているところから、診療所、病院というのが中心なんだと、それをしっかり認識しようということになった。さらにもう一步進んで、今度は、病院、診療所を構成しているのは、職員の主体的な参加によるものなんだという認識を統一していくというふうに、総会の構成も推移してきたということが、まず1つは言えるのではないかと思います。

それからもう1つ、管理運営というところで見ますと、法人格をほぼ全部の事務所がとっていきのが60年代後半から70年代です。そして、その法人格をとっていき過程で、圧倒的に生協法人が増えるんです。

つまり、医療法人は、当時20%自己資本を持っていないとつukれないというようなことで、民医連は大勢の人からお金を集めるのは得意だけど、自分で稼いだ金はなかなか持っていないという組織ばかりだったから、それで結局のところ、大勢の人から金を集めるという能力を生かせるということで、生協法人になっていく。だから、日本の医療生協は、民医連の診療所が先にあって、それが生協形態を選択したというのが圧倒的な状況だろうと思います。

そういうようなことで、民医連は60年代に管理運営とか、今でいう共同組織とか、いろいろなことについて整備を始めていきます。とりわけ60年代には、いろいろな弾圧事件なんかもありましたからね。いわゆる適法性に関することも問題になりました。そうすると何が問題になってくるかというと、地域住民にどう守られるかという問題と、それと民主勢力としてどうやっていくかということが、60年代は大きな議論になっていくわけです。

60年代の到達点は、実は、地域住民に守られるという方向よりも、最終的には、民主運動の一員としてがんばるんだという方向にかなり傾斜するんです。これは民医連の歴史からすると、ちょっと左に揺れた時期なんですけどね。その頃に大衆的民主運営がどうという議論もあるわけですね。

ど、結局、民主運動の一部というのを非常に強調するというものが、60年代には出てくるわけです。

ところが、民医連の60年代というのを見ますと、患者数の伸びが1965年ぐらいを境にして横ばい近くなる。60年代の半ばぐらいからは患者数が伸びないんですよ。60年の始めは綱領が決まって、くっと伸びるんですけどね。

なぜかという医師問題。つまり、この60年代には、まだ民医連に入ってくるお医者さんがいなかったんですよ。医学連などの学生運動の指導部を今でいう過激派が握っていて、それで民主的な運動にかかわるお医者さんが、なかなか出てこなかったんです。

60年代の後半から、だんだんちらほら入ってくる。そういう人たちが民医連に入ってきて、まず、何を文句言ったかという、「研修できない、これではだめだ」と。だって、診療所しかないわけですよ。診療所しかないところで、新卒の医師が成長するというのは難しいんですね。そういうことで、何とかしなきゃいけないという問題になりました。

それから田中内閣になって、1県1医科大学構想ができて、一般産業に10年遅れた日本の医療の高度成長が、1970年ぐらいから始まります。医療が全体として、病院化の時代になる。医療技術革新も、心電図などは陳腐化してしまい、胃のレントゲンが入ってきて、それから内視鏡などと、新しい技術がどんどん入ってくるという、その時代が70年代ですね。

そこに新しく学生運動から育ってきたお医者さんたちがきて、民医連に入りたいと。でも、研修できる条件がなかったら行けないということになって、70年代から民医連も病院化の時代になる。つまり、60年代までは、診療所の時代だったと言ってもいいかもしれません。もちろん、個々にはいろいろありますけれどね。例えば秋田みたいに、いち早く60年代に病院をつくってがんばっているところもありますけど、そういうことで、70年代から民医連は1県連1センター病院というような形で、病院化に突き進みます。そのとき先頭を走ったのが、秋田の中通病院と、山梨勤医協と、それから、北九州の健和会です。

その頃の全日本民医連には経営委員会があつ

て、いろいろ研修を始めていますが、その頃に強調されていたのが「一般的なブルジョワ経営学の到達点を学べ」なんです。それを一生懸命、いろいろな人が説いていたわけです。この流れのなかで、経営の才覚などということも強調されるようになります。このときも、経営幹部のイニシアチブということが相当強調された。

また北九州の健和会では、ライン論というのを展開する。どういうことかという、民主的集団所有である。つまり、所有形態が人民のものであるから、そこが確立されたら、あとはラインの問題である。ラインの問題ということは、要するに、専務理事を頂点とした上意下達の、実行していく集団をきちんと組織していくことなんだということで、下からの民主的な云々とかそういうことはなくて、上が判断したことをやっていくというのが、北九州の路線だった。

それから山梨では、自らの才覚で病院をどんどんつくっていくんだと。それで地域の人たちから集めたお金を、病院ができるまでの間、運用しないと利息が払えないということで、スキー場とか、ゴルフ場とか、そういう健康増進産業に投資して、どすと82年におつ倒れるということなんです。だから、70年代の病院化、近代化ということの流れのなかで、事務系がそういうイニシアチブをとって、積極的にいろいろ展開していったはいいいけれども、民医連の一番重要な医療をどういうふうにやっていくのか、地域住民にどう依拠していくのか、民主的運営をどうすすめるかなどということを見失っていた時期があるわけです。

## ●山梨問題

八田 山梨問題がなかったら今日の民医連はないであろうと言っても過言でないほど、山梨のことは非常に大きな影響を及ぼしました。要するに、山梨の問題というのは何かというと、端的に言えば、70年代の病院化、近代化という路線、経営は近代的にやらなきゃいけませんということで、経営分析の手引きだ何だと、いろいろなノウハウを経営委員会も提供していたわけです。しかし山梨問題が起きて、そういうことだけでは、当然のことながら、ちょっとまずいんじゃないかとなった。

第一にトップだって間違えるから、トップをきちんと規制できるような開かれた運営にしないとイケない。ほかのところに全然誰にも知らせないで、じゃんじゃんお金を使っていたわけですから、そういうようなことではなく、公開制とか民主制とかを会計の上でも貫いて、トップに対する規制をする仕組みが必要なんじゃないのかというのが、まず1つ、当然、誰でも気がつくわけです。

その上で問題としては、一番原点になるのは、医療を地域住民のためにやっていくということからすれば、一体その地域住民は、医療のなかでどのように登場してくるのかという問題が出てくる。地域住民を組織化するという、60年代ぐらいに、民医連も一応そういうことになっていたんですけど、70年代になって才覚や何かが強調されてから、地域住民組織がお金を集める組織みたいになってしまった。そこのところを何とかしなきゃいけないのではないかと、もう一回見直した。それが今日の共同組織で、これに全部の民医連が取り組むということがなかったら、今日の民医連はないと言って過言ではないと思います。

それから、3つ目にやった大きなことが、会計制度のものさしを一本にしないと、赤字、黒字と言っても話にならないということで、統一会計基準が導入される。

そういう流れのなかで、1980年代山梨以降、民医連は、新たな模索を始めます。しかも倒産は山梨だけで終わらなかった。北九州の健和会が転ぶし、それから東葛病院がステンとなるしという具合で、それらを全部処理していかなくちゃいけない。

**根本** 山梨等の倒産、再建の教訓は、民医連の理念の再確認（地域医療、協力債、職員の生活を守ること）、地域に信頼される医療実践の重要性、そして民主的な管理運営の重要性といった点だと思っています。

## ●民医連は強い連合体に、盲点の医療管理

**八田** そういうことを通じて、民医連は、全国的に見て、けっこう強い連合体になったんです。民医連組織は、さきほど述べたとおり「人格なき社

団」ですが、例えば、90年代の終わりに近い頃にやった仕事は、大阪の耳原病院の経営がおかしくなりそうだということになったら、ぱあっとお金を集める。それで任意整理で銀行との関係で処理する。そういうリスケジュールを実現することもやってきたわけです。

それもいろいろ議論があったけれど、このときは、そのすぐ後にリスケをやった相手方の銀行が潰れちゃったから（笑）。もしやらなかったら、共倒れです。本当に、そういう意味では間一髪だったなと思います。民医連というのは、そういうことができるようになった。もちろん、今はこういうやり方ではなく、全国の基金を作るとか、もっとスマートになっていますけれど。それが1つ。

それから会計の問題で、統一会計基準で、しっかりと経営状況をつかめるようになった。それから、現地調査や何かで公認会計士が入っていただけるようなことで、経営はずいぶんひき締まりました。そして、神戸の大震災のときには、結構民医連というのが強い組織だということが、改めて世の中に認識されました。

ところがその後、管理の問題として見ると、とんでもない盲点があったということがあからさまになった。それが、川崎協同病院事件と京都民医連中央病院の検査の問題でした。

何が盲点だったかということ、簡単に言うと、民医連は、それまでは、公害・職業病重視とかの医療方針は出しているけれども、医療管理の問題を方針上持ったことがないんです。医療の安全や倫理の問題は、医療活動の当然にあるべき前提として個々の病院・医師にまかせられていました。例えば、CPCですとか、それから、診療録の管理だとか、それから、医療の事故に関する処理の仕方だとか、医療管理という院長しかできない仕事というのがあります。こればかりは事務ができない。ところが、そのことについて、実は、民医連はこの2つの事件が起こって、反省して取り組むようになるまで、全国組織としてはやっていないのです。

そこで、その部分を反省して、さっきもちょっと言ったけれども、病院評価機構だとか、ISOだとか、そういうような形で、とにかく民医連の医

療が、世間一般と違う医療をやっているわけではないのだから、世間一般のレベルをまずクリアしなきゃいけないということで、それを取り組んだんです。

一般のレベルをクリアするのは当然として、その上で、より民主的な集団医療とか、民主的管理運営を探究しなきゃいけないということに、今、到達しているんですが、残念なことに、その対応をするのに精一杯というか（笑）。それで、新しく民主的管理運営をやるということが、なかなか今、大変だなと感じています。

## ●医療管理について

八田 ところで医療管理の一例ですが、千葉県のがんセンターで、ダビンチの手術で11人死亡したという事件があった。治験みたいなものだけれど、11人のうちの8件が1人の医者なんだ。すると、一体そのことについて、病院長は、あるいは、医局は何をやっていたんだろうか。第三者委員会の報告書が間もなく出るから見るけれど、これはどう見たって、どこかでもってストップをかけなきゃいけないことだったのではないのでしょうか。

（注）第三者委員会報告書では、技術不足という日本外科学会の報告を引用し、症例検討などで、その分野の院内トップの医師の仕事に口をはさめない状況があったとされている

吉中 そりゃそうだ。

根本 群大の事件も同じようなもの。

吉中 今、民医連で最近そういうトラブルが表面化することはないですね。一番大きいのは、医療事故報告制度ですよ。うちを見ているともそう思う。

小磯 そうですね。

吉中 あれで全部チェックするから、報告しないとイケないとなるので、自己牽制がかかって、もちろんCPC、死んだ後のディスカッションもするという事になって、民医連では、川崎の後は、

そういうことはかなり意識してやるようになってはいるんですけども、それがちょっと法制化されたことで、ある意味で、いいほうに向いている面もあるということですね。

八田 そこから大学病院の問題というのは、実は、全部ではないと思うけれど、意外に医療管理がなっていない。それぞれの科の教授の権限がどれほど強くたって、患者の命にかかわる問題とか社会的に評判になったらえらいことになるわけだから、そういうことについての仕組みは作らなくてはいけないですね。

今、言われたように、事故報告制度だとか、これは医者が報告しなくても、見ていた看護師に必ず報告を義務づけるとか、いろいろな形で報告制度を確立して、それを集団的に検討するというのを、きちんとやるということをやれば、医療管理を大学だからできないということはないと思うのだけれど。

## ●医療管理とIT化

吉中 医療管理についてですけども、2000年代になって、様相が変わったと思うのは、やっぱり、電子カルテとかIT化ですね。そのことで、院内の見える化みたいなことで、例えば、うちはずっと感染管理をがんばってやっているんですけど、感染管理で抗生剤の使い方を適正化することで、もちろん、患者も早く治るし、不要な薬の使い方をしなくなるので、経営効果も上がるというようなことが、感染対策チームからレポートが出されるような時代になってきている。その20年前、30年前と比べると、相当違っているなと思います。

かつては民主的集団医療といっって、今はチーム医療と呼ばれることが一般的になりましたが、医療の質を上げることで、経営のほうも、実は改善するという要素が見えてきました。とくに、DPCなんかはそうですね。無駄な医療資源の消費をしないということを通じて、インセンティブが働くということは、負の側面ということだけではない部分があるなと感じる。

そういうことでは、民医連でもかなり積極的に、2000年代以降にIT化にとりくんできました。看

護師も認定看護師とか専門看護師とかスペシャリ  
化して、そういう人たちは自信を持つので、チー  
ム医療のなかでリーダーの役割を果たすようにな  
ってきているんですね。

かつての民主的集団医療のときの事務のスタッ  
フの関与の仕方ということと、ちょっと様相が違  
ってきたなという感じを受けています。事務の人  
たちは、どっちかという、数字のデータをきち  
んと出す、データで裏付けるみたいなことが役割  
として前面に出やすい、事務だからできる斬新な  
発想とか、あそこに行ってみて、こんなのをやっ  
てみようということが、なかなか見えなくなって、  
データを出すほうに一生懸命追われるみたいな、  
そんな現場の感覚はすごくありますね。

小磯 まさにそうですね。IT化が進んで、見え  
る化が進んで、とくにDPCが導入されて以降、  
診療内容までわかるじゃないですか。ベンチマー  
クでやるわけですよ。隣の病院と比べて、うちの  
病院はどこが違うんだということ……。

そうすると、何が求められるかといったら、ス  
ペシャリストです。診療内容まで踏み込んで分析  
する人が必要になってきます。

吉中 そうなれば事務の人たちも、積極的な提起  
ができるね。

小磯 そうなんです。パスウェイができてからは、  
パスで全部動いているわけじゃないですか。パリ  
アンスがあれば、それをどうやってとるかという  
話になっていきます。

医療の質の問題が問われてきたのは、本当に  
IT化が進んできて、医療の内容が見える化され  
てきて、質の問題が問われてきました。患者も、  
そういうことがだんだんわかってきて、どうもあ  
の病院は怪しいぞと(笑)。ホームページなんか  
を見ると、今、全部わかっちゃうわけです。患者  
のほうもそういうのを見て、病院を選んでいくよ  
うな時代になりましたから、今までのように、あ  
そこの病院の先生が知り合いだからということも  
あるでしょうが、だんだんと病気を治してくれる  
ところに行くという感覚ではないでしょうか。

吉中 それはありますね。

小磯 大病院のほうが安心だという一般的な患者  
感覚もあります。この辺はちょっと日本的ですけ  
れども。

八田 その辺のところ、民主的管理運営と民主  
的集団医療が、今、まさに一体として問題になっ  
てくる。結局のところ、民主的集団医療というの  
は、医療の角度から見たときの民主的管理運営と  
いうことであって、それが、今や経営のほうにも、  
非常にするどくかかわってきているというご指摘  
なんだと思うんですけど、その辺のところ、そ  
れぞれの職種の今日的な能力、レベルというもの  
が探究されないと、それが確立されない。新たな  
レベルでの民主的な集団医療だとか、民主的管理  
運営というのがなかなかできなくなる。

それぞれの職種のレベルアップというのが、例  
えば、事務の話でいくと、今の話を聞いていて思  
うのは、やっぱり、コンピュータをしっかりと使え  
て、ベンチマークが理解できて、ほかの職種の言  
っているようなことがわかる。それでもって、そ  
れを経営の角度から見るとどうだというようなこ  
とが言えなければ、端的に言えば、これは集団医  
療の一員になれないんですよ。

小磯 民主的でない事業所が、経営的にうまくい  
くという感覚が、私のなかではよくわかりません。  
あらゆる職種が経営感覚を持って、医療をどうよ  
くしていくか、患者に対してどのような医療を提  
供できるかということがかかわっていかないと、  
もうやっていけない時代だと思います。

まさに多職種が連携して、患者の治療に当たる  
ということだと思います。

## ●民主的管理と経営規模

八田 そうなんです。だから、お互い顔が見え  
て、意思疎通ができて、それで患者の家族構成ま  
で理解できてというような、地域に根ざした診療  
所ですと、会議だって10人もいない職員が顔を合  
わせればいいですから、そういうところの民主的  
管理運営は、比較的今も、かなり楽ですね。

しかし、それが400、500床という規模で、職員が3桁を超えて1,000人に近づくとというような、そういう大きな病院をも民主的に管理運営しないといけない。そうしたところでの民主的管理運営は非常に困難だということになっちゃう。

**小磯** 非常に困難ですが、それは自覚的な結集になるんだと思います。例えば、カリスマ性がある人物がいて、みんながその人を慕って集まってきているというのは、1つの団結力を生み出します。

もう1つは、共通の敵がいれば、その敵をみんなでやっつけようと団結しますね。共通の敵もいなくなるし、カリスマ性のある人がいなくなったときには、やっぱり、ばらけますよね。それはもう、好き勝手やりたい放題やるんじゃないでしょうか。これはあくまで一般論です。

三つめは、大きな目標に向かって、職員が一致団結して進むことです。その際に重要なことは、地域のニーズが何かを見定めて、病院の進む方向と地域のニーズに齟齬がないことです。この三つめの選択肢が最も現実的だと思います。

**八田** 千葉の自治体立の基幹病院では、ある時期、小児科の先生が一斉に退職してしまいました。それで、また半年も経たないで、それに近い人数を補充して立て直すのですが、やっぱり、何か事があると、そうやって医者が崩れる。それを最近繰り返しているんです。

カリスマがいなくなった後というのは、確かに、そういうことはあり得るなど。でも、民主的管理運営ということ、われわれが追求していくことの目的というのは、先ほど言われたように、それなしには組織の目的を追求できないということからやっているわけだから、巨大な病院で難しいのは確かだし、上手いかわからないだろうということも確かだけど、それにもかかわらず「民主的な運営をしている」「それに接近しようとしている」ということをやっていかざるを得ない。その点をどうするかということですよ。

今、吉中先生のところは、職員数は何人ですか。

**吉中** 600人です。

**八田** 600人で、一丸となってということのためには、どういようなことをやっているんですか。

**吉中** 3月に福岡で開催された民医連総会でも、目的をはっきりさせるためということもあるんですが、「ブランド力」という言葉を総会方針のなかで初めて使ったんですね。昔からカリスマという言葉はあるけども、そうじゃなくて、非営利・協同で目的を持ってということ、自己意識として明確にして、何が自分たちの誇れるところなのかということ、社会的に明らかにしようということです。カリスマではなく「ブランド力」というほうが組織医療の時代に合っている。うちの病院でもそれは、非常に強く意識していることですね。

大学病院、日赤、市立病院等の院長たちと、この前、佐久に一緒に行ったんですが、民医連に対するブランド力的な信頼感というのがあって強く感じました。それは何かというと、儲けに走ってひどいことをしないという、いよいよ困ったときに困難な患者は何とかしてくれるというブランド力が間違いなくあって、あいつのところはうまく立ち回っているということじゃない信頼感があるというね。それは非常に強く感じるんですね。

そういうのをブランド力として、地域のなかで発揮していきたいというふうに思っているんです。ブランドという言葉は各自治体もいろいろ使うし、悪いイメージではない。まっとうな意味では、ちゃんとした言葉なので、それを私は強く意識しています。

## ●後継者の養成

**吉中** それからもう1つ、民医連は今、根本先生が言っていたことを通じて、私は強く意識したんですけど、トップの人たちの最も重要な仕事は、後継者をつくること、この意識が非常に弱い。事務幹部のカリスマのある人がいなくなったとか、こういうトップの院長がいなくなったときに、次がない。誰かが補充してくれるだろうみたいな感じ、受け身の姿勢が、結構あるんですね。それは越えないといけないことだと思う。

八田 でも、世界史を見ても、後継者がうまくつくった独裁者はいません（笑）。だって、結局のところ、民主的なところでは、指導者は最終的に選挙で選ばれてくるでしょう。つまり、誰か個人が選ぶのではなく、住民多数が選ぶ。病院は企業組織だから違うけれども、院長とか何かが、あるいは、理事長とか何かが、トップをつくり出すということは不可能だ。これは絶対に不可能。

というのは、本当にトップにふさわしい能力を持った人というのは、生まれてくるもの、見出すものであって、つくれるものじゃない。

吉中 八田さんは、割とそう言い切るんだよね。

小磯 でも、現実はそのじゃないですよ。

八田 だから、しょうがなくてやっているトップが大勢いるのよ。

根本 それはそうですね。

吉中 でもそれは、どうするのかというのが出てこないよ（笑）。

八田 中途半端なカリスマよりも、しょうがなくてやっている、人の意見を良く聞く誠実なトップの方がはるかにましだと思いますよ。だから、一生懸命がんばって後継者トップを養成しようというより、もちろん、トップの役割や職能を勉強することは必要ですよ。でも、それより重視すべきなのは、どれだけ広く大勢の職員のレベルアップを図るか。そういう大勢の人たちにどれだけ教育の機会を作れるかではないか。

吉中先生のところはすごいなと思ったのは、兵庫県立大学に勉強に送っている。そういうような形で、大勢の人たちに機会を与えて、まさに、そういうふうにはやっていたら、そのうち誰か出てくるよ。

吉中 だから、そういう土壤をつくるというのは、やっぱり重要です。民医連で次の世代に困っているのは、現実問題としてはいっぱいあるわけ。専務とか、理事長とかね。

八田 1つの何らかの新しい全体をやるという経験を積みなくなっているんですよ。だって、この間、病院をつくっていないでしょう。1つの病院をつくると、事務長が1人できると昔から言われているの。ところが、病院をつくっていないからね。

小磯 現在はこれまでと違ってきていて、どんどん自前で病院をつくる時代ではないと思います。公設民営も立派な選択肢としてありえると思います。

八田 何らかの意味で、そういうトータルな経験ができるようなしなかけを、さっき言った土壤の問題なんだけど、やっぱり、何とか工夫していかないと、なかなか大変だなと思いますよ。本当に今は。

そして、さっきまでの話に出たように、事務だけでなく、ほかのいろいろな職種のレベルが上がっている。経営とかのとりにくみでも、そういうようなものを生かしながら、事務は事務でももっと勉強してもらって、全体としての総合力をどう上げていくかということが、民主的管理運営ということについて言えば、今、課題になっているんだと思うんです。

根本 いずれにしても、経営トップが5年10年先を見すえて、医療、経営、後継者養成等の方向を提示していくことが重要だと思います。

## ●民主的管理の工夫

吉中 ちょっと工夫したのは、先ほどラインと言ったのですが、そればかりではだめだと、チーム医療の時代だから、業務委員会というのを作りました。要するに、ラインと言ったら、検査課とか、放射線課と分かれるでしょう。それとは別に、放射線業務委員会とか、リハビリテーション業務委員会というものをつくって、医療活動については、そこが決済権限を握るようにしたんですよ。そこには医師も看護師もセラピストも事務も入った、つまり業務調整も含めてやる。

ラインは、基本的な人事管理をきちんとやると

いう、それを最小限にしてというような格好にしてやってきているんですね。そういうほうが、ちょっとお互いに、医師も含めていいのかなという感じはしますね。

八田 非常に重要なお指摘で、実は、民医連では80年代から90年代ぐらいまでのところで、民主的集団医療というものを、どのように目に見える形にしていくかということの問題にってきているんですよ。

それで、さっきちょっとお話があった職種自治、つまり、看護師さんとかいろいろな人事とか、そういう職種自治に、実は、医者の方の過剰な介入が入るという問題が1つありますね。

やっぱり、そういう点では、医療業務についても、それぞれが内部牽制者であり批判者である。そうすると、ラインということと、それからもう1つは、現実に医療が集団で行われている仕組み、つまり、医者がオーダーを出して、看護師がこなして検査をやって。これは、実際上はそういうふうに動いていますね。

これをどういうふうにしていくのか。意思疎通をうまくしていく。それと看護師の成長のためには、1つの科の医療のなかに閉じ込められたら、外科も研修できないし、内科だけだとか、そのなかは循環器だけだというようなわけにはいかない。やっぱり、一定期間はローテーションしなきゃいけない。これは医者と同じですよ。

だから、そういうようなことをどういうふうに両立させるかということ、結構いろいろな工夫を、80年代は民医連でできて、今の話では業務委員会というふうに言われたけど、かつてそれを私がいたころの宮城の坂病院では、病棟や科別につくって診療委員会と言っていました。

その病棟、科別の診療委員会が、実は予算単位にもする。つまり、医者と看護師、事務が1人入って、そこでもって年間予算を、医療との関係でつくる仕組みをつくったこともありました。それがさまざまな形で、引き続き探究されているということなんだと思うんですけど、やっぱり、それらはまだまだ、ある意味での試行錯誤の時代だし、宮城もそれはもう今やっていません。やっていない理由は何かというと、診療委員会の事務局を努

める事務がいなくなっちゃった。

吉中 回らなくなった。

八田 回らなくなる。人がいない。もう1つの要素は、医者がそれぞれの科ごとに、イニシアチブを結構強く持つようになると、医者がそれぞれに、管理もそれなりにやるようになったから、もういいかと。

吉中 もちろん、議事録は医者がつくったり、看護師がつくったりするからね。

## ●事務幹部とは

吉中 最近、事務って何を指しているのかというのが、ちょっとわからなくなってきているなというふうに思うんですよ。事務幹部とか、事務と言うんだけど、昔は診療事務、経理とか。今は広いところは診療情報を扱う人とか、医師事務作業補助とか、どんどん広がってきていますでしょう。事務の政策をつくって育てようと言うんだけど、一体それは何をターゲットにしているのか、非常に絞りにくくなってきている感じがありますね。

小磯 昔は、例えば、医事課だったら、医事業務の知識がなければいけませんでしたけど、今はソフトが開発されていますから、診療報酬のたびにソフトが配信されてきて、できちゃうわけです。そうすると、医事課の職員の業務内容も変化するわけです。

診療内容の分析をしたり、何の診療報酬をとれば経営に貢献できるとか、在院日数をもうちょっと短くすれば、何かいいことがあるとか、そういうことをやっていますね。

八田 まあ、1つはそういう方向だし、民医連の場合には、つまり、そういうふうに医療制度に精通して、診療報酬制度に精通して、その角度から分析して問題を出せるというのが1つでしょう。

もう1つは、やっぱり、地域の組織というのは、これはいつまで経っても事務が先頭に立ってやっていかないと、地域住民との関わりで、どのよう

にパイプをつなぎ、声を集約し、ついでお金も集めるといふ役割といふのは、これはどうしたって出てくる。

それから、もう1つ最終的に出てくるのは、それらを含めて、診療管理から何から含めた全体的な管理者として、院長を支えていく事務長のバックアップのような仕事をする。もちろん、そのなかには診療録の管理とか、いろいろな形でやる。

それでも、そういうものをやっていく中核になるのは経理でしょうね。経理と総務、これはどうしたってやらざるを得ない。そうすると、医療事務、医事課という、かつてのように、点数表を相手にして、自分で精通して云々というようにやっていて、それから、窓口でパソコンでやったり、そろばんでやったりという、そういう実務的な請求につながる部分、これは今はソフトがあれば、もうその部分について言えば、パートだとか、外注でもいいんですよ。ある意味、そのことだけについて言えば。

小磯 そうですね。経営戦略を練ったりするほうが大事です。

八田 そうなんです。ただ、その経営戦略を練るためには、知識がなきゃできないから。

小磯 それともう1つ、例えば厚生連などで、必要だと思うのは、住民に守られる病院でなければいけないということ。す。

地域との関連で、いろいろなとりくみをやっているといふのは、実はそういう面もあるということ。いざというときに、誰に頼るかということ。依拠する人がいなかったらいけないから、やっぱり、最後は住民が助けてくれるというように、その住民との関係で役割があると思います。

吉中 ああ、厚生連で見てもそうなの？

小磯 全面的な分析をしているわけではありませんが、病院をつくって新しくなった、ああ、よかったと終わりではなくて、病院は、つくった後が大変じゃないですか。つくってからが問題じゃないですか。どういふ医療を住民に提供するの、

どういふ患者さんに来てもらうのか。こういうことを考えなければいけないですね。

それは、きちんと病院の経営スタッフが考えるべきことだと思います。そういう意味でのマネジメントや、ガバナンスの問題は大事です。

吉中 そうですね。

小磯 倉敷市の地域連携が良い例です。私は倉敷市の調査を始めてもう8年目になります。地域で医療機関同士の連携なくして、医療を支えるのは難しい。住民との連携なくして、地域の医療を守るのが難しくなっています。

だから、病診連携という時代ではなくて、病病連携という時代でもなくて、病住連携＝病院と住民の連携、そういうことをやらないと、地域医療を守り発展させるのは難しいと思います。

八田 まったく同感です。その点で、民医連は格段の優位性を持っているとも言えるんだよね。

小磯 そこは結構二面性があるところで、優位性がある病院とない病院と。結構独善的にやっているとところもある。自分たちががんばるというのではなくて、自分たちが黒子になって、ほかの病院と一緒にやるような仕組みづくりをしないと、続かないと思います。しかも、楽しくないと、やはり続きませんので、みんなが楽しくできるようなアイデアをだしあう必要があります。そのためにみんなが協力し合う関係が大事だと、倉敷市の地域医療への住民参加の事例をみていて、大変強く感じました。いずれは「住民参加」ではなく、「住民と医療者が協力して地域医療をつくっていく」のだと思います。もう少しで手の届くところまで来ています。

吉中 それは少し手がかりができていて、さっき八田さんがうまいことを言うなと思って、60年代に民主勢力との信頼関係が前面に出たという話がありましたけれども、そういう流れは当然、私たちも大切にしています。

だけど地域といふのは民主勢力だけでできていくわけではなくて、いろいろな人がいますから。

小磯 その通りです。住民に色がついているわけではありません。住民の圧倒的多数はいい医療を受けただけです。

吉中 うちの病院がリニューアルして右京区に移るんですけど、自治連合会はすごく大きくてしっかりしているんですよ。何千人の規模です。この前、新しい民医連病院が来るのでと、アンケート調査をされて、1,000枚ぐらい集まったと言っていました。まとめていろいろな要望を出すと。

それは何か新しい点か、共同組織、友の会はあるんですけど、そこを超えた中身を持っていて、新しいつながりもできてくるのです。逆に言うと、そういうところで事務幹部の人たちが、地元の人たちがいて一緒に鍛えられるみたいなことなただけ。共同組織自身もその中で変わりはじめています。

病院では院長塾というのをやっていて、民医連マインドを伝えるという試みをしています。今の幹部の次の世代、30代ぐらいの人たちを中心に月一回集まって、指定した本を読んで来てもらって自由討論をします。その中で、地元で生活をしている、自分はこの地で生まれ育ったというような人材が結構いるんですよ。そういう人たちをもっと前面に出すと、地域ともっと自然に結びつくような感じがしてきています。

それから、さっきの民医連、県連という話があったでしょう。厚生連の話があって、今、地域医療連携推進法人が出ていないですか。来年4月ぐらいから、具体的に整備されてきて、これをどう見て、どう対応するのかという話を民医連としても、やっぱり、よく考えないといけないというふうに思うんですね。

## ●地域連携と連携推進法人

吉中 民医連の県連は人格なき社団と言ったけど、一応グループとしてやっているんだけど、日本病院会の堺会長も、全日病の西澤会長も、京都の保険医協会の人たちも、「あれは、民医連が一番近い」と言うんですよ。そこをどう考えるか。

使えるなという思い半分、でも、評議員会みたいなところに行政が入ってきたり、いろいろ医師

会が入ってきたりするということがあるなということですけど、逆に言うと、民医連の歴史のほうが外国から持ってきた地域連携推進法人よりもはるかに先行している。京都で言うと、民医連を60年代に脱退した病院が2つあります。

八田 堀川病院と南病院ですね。

吉中 今、われわれと協力して地域医療をやっている病院です。そういう医療機関がもう一度、一緒にできる仕組みを作る可能性も秘めているのではないかと、思ったりするんだけど、発議するだけの準備がちょっとまだない。

小磯 地域連携推進法人をうまく使いたいということは、前回の座談会でも民医連の谷口さんが言っていました。私もそれで、「あれはまだ、どうなるかわかりませんよ」という話をしました。「そんなに慌てなくてもいいんじゃないですか」と言ったんです。民医連ができそうだと同じぐらい、厚生連もできそうな地域もあると思います。地域連携推進法人を設置できる可能性は否定できません。県連単位で考えたら、厚生連も、いろいろなところにありますからね。しかし連携の度合いが問題だと思います。緩やかな連携はあり得ると思いますが、所有を含む経営統合となると、現実的に難しいと思います。他の経営体とどの部分で連携するか、よく考える必要があると思います。元々は急性期病院の競合し合う医療圏がターゲットでしたが、むしろ医療過疎地域での病院統合のほうが現実的のような気がしてきました。地域医療を守るという意味では、あり得るかもしれません。

吉中 たしか、岡山では市内に新たな病院が複数作られるんですよ。

小磯 どこまで持ち分を経営統合するのかわかるっけ違うじゃないですか。倒産したときは、誰が責任を負うのかという責任問題とか、いろいろな問題が片づいていないから、うっかり乗ると結構大変だと思います。あれは安倍首相のアドバランとして、始めはホールディングスから始ま

った話ですね。

**八田** 厚生労働省の政策というのは、全部が全部、頭から否定することもないし、それから、全部が全部、本気であるとも限らないですから。

しかしこの地域連携推進法人を作るというのは、相当な力技。自主的に、自分たちで集まってやりなさいという話で、そいつをやろうとしたら、相当なネゴシエーションの能力がないとできない。

確かに、それをやったほうがいいんだという地域は、いっぱいあるはずなんです。例えば千葉県なら、旭中央病院を中心にですね。旭中央は、実は、毎日26~30人の医者を、ほかの地域病院に派遣しているんです。

**根本** ほかの自治体病院に？

**八田** 交代で、ほかの自治体病院に。

**小磯** 地域連携推進法人の構想を聞いたときに最初に思ったのは、一昨年イタリアのポローニャに視察へ行ったときに、マッジョーレ病院には何人の医者がいるかと聞いたら、「この地域で医者何人、看護師が何人」と答えていたじゃないですか。あれが近いんだろうなと頭に浮かびました。だけど、はっきりと「うまくいっていないのでまた戻した、所属をはっきりさせる」と言っていました。すでに同じようなことをやっていましたが、結局うまくいかなかったということです。

**八田** 大変だよ。管理が大変。

**根本** 民医連の関係では山形で、新日本海病院と、鶴岡協立病院とか、本間病院が声をかけあって議

論しているようですね。

**八田** 連携するというレベルではやれるの。だから、地域医療連携法人と言ったって、実際には、地域における幾つかの法人格を持った病院の連合体みたいな、そういうのが一番現実的な気がするけどね。

**根本** 具体的に、何を医療連携で進めるのがいいんですか？

**八田** 一番それでやれるのは、材料ですね。

**根本** でも鶴岡での取り組みの大きな目的は、医師供給なんでしょう。だから、その辺でのメリットが、具体的に絞れるんなら、やった方がいいと思うんだけど、制度の中身に不透明なところがあり、おっしゃるとおり、ちょっとどうなっちゃうのかわからないところがあります。

**八田** 話は非常に多面的になりましたが、厚生連と民医連の歴史を踏まえた率直な意見交換が出来たと思います。民主的管理運営を進めていく上での課題という点が、それなりに浮かび上がってきたかと思います。もっと細かく突っ込んで、例えば地域住民、共同組織の実際の運営への加わり方や全職員の経営としていく上での具体的な取り組みなど、残された問題もあるかと思いますが、これ以上は誌面のスペースが残っていないようなので、おしまいにしたいと思います。

本日はありがとうございました。

(2016年5月11日実施)



# フランスの非営利・協同の社会医療サービスの運営—ユニオプス

石塚 秀雄

## 1. フランスの社会医療サービス

フランスにおける社会医療サービス (ESMS) は、公的、民間営利、非営利・協同 (社会的経済) の三種類存在する。財源もまた国、地方自治体、

疾病金庫それに患者負担等が、サービスの分野によってそれぞれが組み合わせられている。政府統計によると、社会医療サービスの事業所数は表のとおりである。

表1. 社会医療サービス事業所数 (2010年)

種類	施設数	比率	従業員数	比率
公的	7,941	18.1%	261,604	24.7%
非営利・協同	27,675	66.8%	704,960	66.7%
民間営利	6,285	15.2%	90,242	8.6%
合計	41,901	100%	1,057,505	100%

出所: SIMIS (DGCS), 2011

注: 従業員数はフルタイム換算なので、実数はもっと多い。

非営利・協同セクターにおける従業員数は100万人を超える。非営利・協同セクターの占める割合は増加しつつある。増加の理由は、第一に、フランスにおける非営利・協同セクターの伝統、第二に政策的に非営利・協同セクターの事業を重視してきていることがある。

社会医療サービス事業所 (ESMS) の種類は事業所法 (Code de APE) で定められており、事業所の種類としては、宿泊収容施設運営型と活動事業型に分けられる。分野としては、自閉症センター (CRA)、聴覚障害センター (CIS)、精神障害社会化センター (UFROS)、児童家族在宅教育サービス (SESSAD)、児童各種教育家族支援サービス (SSEFS, SSAD, SAAAIS)、各種在宅介護サービス (SSIAD, GEM)、デイサービス (SAVS)、各種リハビリ教育施設 (IME, ITEP)、各種高齢者施設 (FAM, MAS, USLD, EHPAD など)、障害者労働支援施設 (ESAT) などがある。

そのうち高齢者介護施設の分野でみると、公的セクター46.5%、非営利・協同セクター34.9%、

民間営利セクター18.5% (FINSS, 2015) である。また障害者施設の分野では、非営利・協同セクター87.3%、公的セクター12.4%、民間営利セクター0.3%である。このように非営利・協同セクターの占める割合は高い。

民間事業所について見ると、非営利・協同セクターの事業所の法人形態の種類は、アソシエーション (非営利組織)、協同組合、財団、共済組合に区分されている。いずれもそれぞれの個別法に基づく。社会医療サービスの分野では協同組合の数は比較的少ないが、近年あらたに作られた社会的共通益協同組合という区分でくくられている。共済組合も共済法に基づいて、医療や社会サービスの事業を行っている。事業種類別の労働人口を見ると、民間営利セクターが多数を占めるのは保健分野で、非営利・協同セクターの約1.5倍である。保健分野は給与水準も相対的に高く、営利企業が参入しやすい分野といえる。このほか、民間営利セクターと非営利・協同セクターがほぼ同数になっている分野は、労働支援事業と高齢者社会事業

表2. 社会医療サービスの非営利・協同および民間営利セクター別労働者数（2011）

種類	アソシエーション	財団	協同組合	共済組合	非営利・協同事業所小計	民間営利事業所
保健	131,482	23,845	172	18,762	174,261	380,057
医療施設	332,294	20,948	NC	11,534	364,863	84,309
高齢者医療施設	68,922	8,778	NC	6,299	84,067	59,309
児童障害者医療施設	67,150	1,725	—	959	69,833	1,543
成人障害者医療施設	31,956	1,215	—	752	33,922	968
精神障害者事業施設	62,680	1,273	—	941	64,894	24
薬物中毒事業施設	1,985	995	—	NC	3,921	58
高齢者社会施設	17,928	912	NC	2,155	21,008	21,602
身体障害者事業施設	10,050	272	—	145	10,467	132
子供難病事業施設	40,956	4,617	NC	72	45,652	247
成人困難事業施設	30,668	1,162	—	170	31,999	428
社会サービス事業	518,949	9,889	919	8,863	538,620	61,989
在宅サービス	169,295	1,022	539	3,533	174,380	44,670
高齢者障害者事業	8,220	135	NC	46	8,405	8,897
労働支援事業	134,841	2,313	NC	1,821	139,078	140,800
若者支援事業	32,774	428	NC	1,337	34,580	11,420
子供障害者事業	22,573	3,203	NC	189	25,965	359
子供成人社会事業	9,900	246	NC	NC	10,151	81
その他社会サービス	141,346	2,543	231	1,934	146,053	3,046
合計	982,724	54,681	1,180	39,158	1,077,744	526,356

出所：La place des associations dans l'ensemble du secteur privé sanitaire et social, CNAr, 2012に基づき作成

の二つである。労働支援事業は失業対策や雇用創出などを行うもので、労働市場に直接関わる事業であり、また高齢者社会施設や高齢者障害事業は、比較的健常あるいは軽度障害の高齢者を対象にした社会事業を行うもので、いずれも営利企業が参入しやすい分野だといえる。民間営利セクターが、その他に事業展開している分野としては、若者支援事業、在宅サービスなどがそれなりの規模があるが、その他を含めて非営利・協同セクターが占める比率が圧倒的に高い。すなわち、障害者事業、貧困事業、介護事業などの分野のサービス事業は、非営利・協同セクターがその大部分を担っている。このことはフランスにおいては、政策的に非営利

・協同セクターを重視してきた現れである。また、給与（報酬）の比較を見ても、非営利・協同セクター、民間営利セクター、公的セクターの順番で相対的に高い。したがって、非営利・協同セクターが安上がりの労働の受け皿として利用されがちな日本とは異なる。これは、労働協定などの違い、また非営利・協同セクターにおける参加と意思決定や社会的使命の明確化などの違いによるものと思われる。

表3. 在宅サービス事業所（2008）

セクター	事業所数	比率%	従業員数	比率	年間給与平均€
アソシエーション (事業所/協同組合など)	4,346	67%	168,787	82%	11,980ユーロ
公営事業所	335	5.2%	9,526	4.6%	10,547ユーロ
営利企業	1,805	27.8%	27,645	13.4%	10,566ユーロ
合計	6,486	100%	205,958	100%	11,724ユーロ

出所：UNIOPS, Les chiffres clés de l'emploi de l'aide a domicile associative, 2010

## 2. 社会医療サービス事業にか かる法律

社会保障法や公的医療法、労働法などが適用される。社会医療事業家族法（CASF）は、1956年に制定された家族社会扶助法（CFAS）が1975年および2000年に改定されたものである。新法は、

表4. 社会医療事業家族法の構成

第一編	総論規定
第二編	社会扶助事業諸形式
	1. 家族
	2. 児童
	3. 高齢者
	4. 難病患者
第三編	医療社会事業組織
	1. 認可事業組織
	2. 届出事業組織
	3. 共通規定
	4. 特定組織特別規定
第四編	医療社会事業所価格規定
	専門職規定
	1. 社会サービス補助者
	2. 母子・家族補助者
	3. 高齢者・障害者補助者
第五編	4. 社会事業労働者教育訓練
	地域特別規定

社会扶助の事業の全分野を網羅した約1,000ページにもわたる膨大なものである。新法は、旧法を引き継ぎながらも、新しい点は、第一に、家族を「扶助の一形式」として、児童・高齢者・障害者・社会的排除者などに対して一定の役割を果たすことを明確にしたことである。第二に、社会医療事業組織についての詳細な規定が作られたことである。

また、2009年に制定された「病院・患者・医療・地域法」救護法（Loi HPST、通称バシユロー法）は、地方医療局（ARS）の創設、病院医療機関の地域的再編、患者の平等なアクセス、予防医療の重視、運営方式（ガバナンス）の合議的運営方式の導入、民間医療機関の公的サービスへの参入などの方向を打ち出した。2010年の政令により、公的医療における民間非営利・社会的共通益医療機関（ESPIC）について定めた。フランスにおける非営利病院（ESPIC）は約700あり、その全国連合会（FEHAP）は、非営利・協同の医療サービス組織1,600、事業所数4,000を組織しており、社会的経済セクターの一員と位置づけ、社会医療サービス団体のUNIOPSSとの連携を行っている。

## 3. 非営利・協同セクターの社会医療サービスの規模

社会医療サービスの事業所のうち、全体の約21%の35,000事業所が非営利・協同組織であり、雇用数約100万人（2014）である。このうち非営利組織（アソシエーション）の分類としては、認可

アソシエーション、無認可アソシエーション、公益アソシエーション、地方権アソシエーション、労働経済支援アソシエーション、媒介的アソシエーションがある。

## 4. 社会医療サービス労働者の労働条件

また、労働者の男女比は男性24.4%、女性75.6%と圧倒的に女性の比率が高い。年齢では56歳以上が13%、35歳以下が31%、36-55歳が47%である。労働者の給与基準としては、①職務、②年齢、③労働契約の種類（CDI 無期契約、CDD 有期契約、試用契約、見習い期間、その他）、④労働時間の

4基準の組み合わせである。無期契約以外の労働契約者を非正規とすると、約半数の53.8%が非正規労働者であり、とりわけ、在宅サービス部門の非正規労働者の比率は82.7%ときわめて高い。また報酬基準は労使による集団協約（CCN）に基づく。社会医療サービス分野では賃金交渉団体として「非営利社会医療サービス団体支部（BASSMS）」が集団協約の当事者となっている。部門的労働組合としては「社会医療サービス労働組合連合会（UNISSS）」がある。

集団協約は政府各担当省庁、地方自治体、各疾病共済金庫、各種医療福祉団体（赤十字も含む）、各労働組合（5全国組織）などの間で取り交わされ、賃金基準が決められる。社会医療サービスの

表5. 社会医療サービスの事業所数（2014）

種類	事業所数	比率	労働者数（人）	非正規比率
保健	3,676	10.5%	158,376	35.0%
医療施設	3,696	10.5%	194,057	36.2%
高齢者医療施設	1,713	4.9%	86,044	40.3%
児童障害者医療施設	1,304	3.7%	68,313	35.7%
成人障害者医療施設	679	1.9%	39,700	27.8%
社会サービス施設	6,403	18.2%	189,223	31.6%
精神障害者事業施設	2,069	5.9%	70,467	30.4%
薬物中毒事業施設	139	0.4%	3,097	43.5%
高齢者事業施設	757	2.2%	21,337	38.1%
身体障害者事業施設	255	0.7%	11,093	37.25%
子供難病事業施設	1,483	4.2%	48,108	25.8%
成人困難事業施設	1,700	4.8%	35,121	36.1%
社会サービス	21,314	60.7%	570,148	44.7%
在宅サービス	4,305	12.3%	182,953	82.7%
高齢者障害者事業	715	2.0%	9,582	47.1%
労働支援事業	2,095	6.0%	143,275	20.4%
若者事業	3,592	10.2%	40,722	47.9%
子供障害者事業	NC	2.8%	NC	52.1%
子供成人社会事業	NC	1.6%	NC	37.3%
その他社会サービス	9,065	25.8%	53,735	54.5%
合計	35,088	100%	1,111,803	53.8%

出所：Secteur sanitaire et social, 2014および2011, DLA、に基づき作成。

注. 表2との整合性はない。

報酬区分は大きく、施設サービスと在宅サービスとで分かれる。こうした集団協約のスタイルは、戦後の1950年代から続いているものである。現在、非営利・協同組織における集団契約において、その事業所形態が社会的経済企業という確認の下で、各種労働組合もそれを確認して対応している（2006年職能労働組合協定）。

非営利・協同組織（フランスでは社会的経済企業）における集団協約は、単に賃金・労働条件交渉に限定されるものではなく、従業員教育、部門別業務問題などを含む。また、集団協約に対する態度も、一般企業（事業主）とはスタンスを異にしている。社会的経済企業は「社会的経済事業主連合会」(USGERES)を1994年に設立している（この事業主連合会には、協同組合、共済組合、アソシエーションが加盟し、前述のユニオプスもその一員である）。したがって、非営利・協同組織の労使関係は、とりわけ非営利・協同組織においては、一般企業の規定とは合致しない。すなわち、労使関係は経営側と労働者側が分離対立しているのではなく、参加型で同根であるからである（日本における労働者協同組合法案の国会での検討でも、労使関係においてこの点がまったく理解されなかったことがある）。その民主的運営および従業員参加の基礎には、従業員（労働者）に対する運営・業務・労働に関する双方向評価の情報化と教育訓練が不可欠である。ユニオプスの場合、従業員による運営業務評価アンケートを実施し、また教育プログラムは、経営、専門実務、会計、非営利・協同理論など多様なコースを各県単位の組織であるウリオプスが実施している。受講は有料の場合が多い。

## 5. ユニオプスの歴史

ユニオプス（社会医療非営利事業組織全国連合会）は、現在、22地域連合会（URIOPSS）、全国100連合会、25,000事業所、職員数75万人、ボランティア約100万人を組織し、産業の75%を組織している。「すべての人に平等な医療アクセスを」をスローガンに掲げ、地域における保健社会サービスの格差解消と、医療、パラメディカル、社会

医療との連携のための訓練教育を実施している。ユニオプスは高齢者、障害者、児童、家族、貧困対策、社会的排除対策、医療などを行っている。その原則は、人間優先、非営利、連帯、医療アクセスへの平等、参加を掲げている。

ユニオプスは1947年に設立された。2017年は設立70周年となる。第二次大戦後のフランスにおけるいわゆる福祉国家の成立とその後の福祉国家の揺らぎ、すなわち新自由主義的政策とのせめぎ合いの中で、社会医療福祉サービスの分野で、民主的で平等な社会医療サービスの供給事業体としてフランス全国に非営利・協同の社会医療機関（ウリオプス）が作られ、その全国連合会がユニオプスである。

ユニオプスは1970年代からフランスにおける社会的経済セクターの一員として、その発展のために理論的実践的に積極的に関わってきた。従ってユニオプスはその創立当初からの運動の中で、協同組合、共済組合、信用金庫などの、その他の非営利・協同組織との連携を持っていた。いわばユニオプスはフランスにおける社会的経済運動の19世紀以来の歴史的伝統の中で作られたものである。

## 6. ユニオプス（ウリオプス）のガバナンス

ユニオプスの運営委員会は、地方連合会のウリオプス（URIOPSS）から10人、患者団体・社会団体（赤十字、貧困対策団体、在宅介護連合会など）から14人、計28名と理事長1名から構成される。運営委員会の特徴は、単なる事業連合会のそれではなくて、広く外部の利害関係者（ステークホルダー）の団体をメンバーに加えた、開かれたガバナンス形態をもっていることである。また、専務理事1名、常務理事4名で、事務局10名（渉外部、技術部、人事部、活動部、ネットワーク支援部、業務部などにそれぞれ6名程度の担当者）が置かれている。部門として、①児童家族若者事業部（児童保護など）、②地域共生事業部（地域URIOPSSの連携など）、③社会的排除対策事業部（貧困者住宅、労働挿入ネットワーク、移民問題、介護アクセス、社会的パートナーシップ、子供家庭貧困対策）、④協同社会経済モデル事業部

表6. 社会医療サービスの非営利・協同セクターの労働者数（2011）

種類	事業所数	比率	労働者数（人）	非正規比率
保健	3,676	10.5%	158,376	35.0%
医療施設	3,696	10.5%	194,057	36.2%
高齢者医療施設	1,713	4.9%	86,044	40.3%
児童障害者医療施設	1,304	3.7%	68,313	35.7%
成人障害者医療施設	679	1.9%	39,700	27.8%
社会サービス施設	6,403	18.2%	189,223	31.6%
精神障害者サービス施設	2,069	5.9%	70,467	30.4%
薬物中毒サービス施設	139	0.4%	3,097	43.5%
高齢者サービス施設	757	2.2%	21,337	38.1%
身体障害者サービス施設	255	0.7%	11,093	37.25%
子供難病サービス施設	1,483	4.2%	48,108	25.8%
成人困難サービス施設	1,700	4.8%	35,121	36.1%
社会サービス	21,314	60.7%	570,148	44.7%
在宅サービス	4,305	12.3%	182,953	82.7%
高齢者障害者サービス	715	2.0%	9,582	47.1%
労働支援サービス	2,095	6.0%	143,275	20.4%
若者サービス	3,592	10.2%	40,722	47.9%
子供障害者サービス	NC	2.8%	NC	52.1%
子供成人社会サービス	NC	1.6%	NC	37.3%
その他社会サービス	9,065	25.8%	53,735	54.5%
合計	35,088	100%	1,111,803	53.8%

出所：Secteur sanitaire et social, 2011

表7. 社会医療サービス事業所賃金指標、単位ユーロ

集団協約種類	2009年給与	2010年給与	増減
集団協約（1966）	27,318	27,393	0.27%
在宅サービス部門	19,558	19,542	-0.08%
赤十字	26,552	26,476	-0.28%
CHRS（SYNEAS）	24,672	24,946	1.11%
UNISS	27,620	27,239	-1.38%
平均	24,991	25,037	0.18%

出所：SIMS, DGCS, 2012,

注：CHRS（SYNEAS）：医療社会サービス収容施設事業所組合

UNISS：医療社会サービス労働組合連合会

表 8. 社会医療サービス部門別、労働者年間平均給与 (2010年)

部門別	金額ユーロ
保健部門	28,836
医療施設部門	22,048
高齢者医療施設	21,144
児童障害者医療施設	22,130
成人障害者医療施設	21,985
精神障害者施設	20,981
薬物中毒者施設	25,772
高齢者施設	20,670
身体障害者施設	17,889
社会的困難児童施設	24,625
社会的住宅施設	20,952
在宅サービス	12,455
障害高齢者サービス	20,109
労働支援	13,927
若者支援	16,838
児童障害者支援	21,923
成人障害者支援	24,333
その他支援	18,184
平均	19,328

出所：Inspectgion generale des affaires sociales, IGAS, 2012.

(協同ガバナンス、参加活動問題、ヨーロッパレベル問題、公的市場問題、管理税制、協同、社会権)、⑤医療事業部、⑥高齢者・障害者 (PA・PH) 市民自立事業部 (ESMS PERSONNES AGEES) などがある。

ウニオプスはフランス社会的経済会議 (ESSF) の運営理事会のメンバーでもあり、また各地方のウリオプスも各地域の社会的経済会議に参加している。現在のフランス政府 (オランド政権) が社

会的経済に対してあまり関心を持っているとはいえないが、とはいえ、長年積み上がってきたフランスにおける社会的経済セクターの制度的社会的活動は、多様な産業業種を含んだ非営利・協同セクターとしてそれなりの社会的実効性を持っている。

## 7. おわりに

フランスの社会医療サービス業界の担い手の主要な部分は、非営利・協同の事業所である。これは政府や自治体が、非営利・協同 (社会的経済) 企業の役割を重視してきたためである。フランスにおいても、社会的経済セクターは労働力の全体の約15%程度で、多数派を構成しているわけではないが、とりわけ社会サービスの分野での市場占有率は突出している。それは、いわゆる安上がり公的セクターから私的セクターへのアウトソーシングではないことは、労使集団協約 (CCN) による賃金交渉などの実態が示している。確かに、フランスにおいても在宅サービス分野の賃金指標が相対的に低いという問題を抱えているが、非営利・協同セクターの賃金が低いというような構造にはなっていない。さらに、非営利・協同セクターが掲げる、市民にとっての平等のアクセスや労働者のよい働き方 (経営参加重視・教育重視) という使命と価値が医療社会サービスの分野ではとりわけ有効性を発揮していると思われる。そして、単に狭い業界だけではなく、非営利・協同セクター (社会連帯経済) の共同組織がフランス各県につくられて、ネットワーク化しているという強みがある。現在のオランド政権が、社会的経済や労働組合などに対して消極的な態度を示していることもあり、ことは簡単ではないが、社会医療サービスの分野で、民主主義的な運営と理念をもった事業所が、歴史をもち発展しているといえる。

(いしづか ひでお、主任研究員)

# 英国・従業員所有企業の展開 —Sunderland Home Care Associates Ltd. の事例—

熊倉 ゆりえ

## 1. はじめに

本稿の目的は、英国の従業員所有企業の事例としてサンダーランド・ホームケア・アソシエーツ (Sunderland Home Care Associates : SHCA) を取り上げ、その展開過程を整理することである。SHCA については中川 (2007) に詳しいが、本稿では、背景知識としての従業員所有制度の小史を概観するとともに、SHCA の現況を付言することとする。

従業員所有企業を一言で言えば、所有と経営の分離した資本主義下の会社とは異なり、会社の全部あるいは一部を従業員が所有する企業である。これらの企業は、英国において2015年現在で総従業員数164,000人、英国の国内総生産の4%を占める経済規模をもつ。1980年代後半、サッチャー政権下において従業員所有制を奨励するいくつかの施策が採られ、これにより発展してきたものである。当時、経営不振などに起因し停滞していた労働者協同組合運動もまた、労働者の経済参加という共通点をもつ従業員所有企業への関心を高めていった。しかしながら、その制度は、従来の労働者協同組合のように民主的意思決定を必ずしも前提とするものではない。そうした中、協同組合運動に起源をもつ従業員所有企業SHCAは、設立以来協同組合原則を重視した意思決定構造を採用し続けている。さらに、2014年時点で売上高670万ポンド、従業員数480人という規模を誇っている。一般的に労働者協同組合は経営スキルなどの欠落により経営に失敗する場合も多いと言われるなか、SHCAは労働者協同組合の性格を維持しつつ、持続的な経営も続けることができていく稀有な事例であると言える。

## 2. 英国における従業員所有制企業

### 2.1. 従業員所有制の概要

従業員所有制度とは、従業員が自社株を購入したり、贈与されたりして保有する従業員持株制度を根幹とするもので、企業組織における従業員の経済参加を促進する仕組みと捉え得る (角瀬1998: 1)。この仕組みが最も発達していると言われるのは米国であり、我が国にも導入されているESOP (Employee Share Ownership Plan) に相当するものである。英国の従業員所有企業として最も有名なものの一つにジョン・ルイス・パートナーシップ (John Lewis Partnership) があり、百貨店などを経営する大企業である。

英国における従業員に対する利潤分配制度と持株制度は古い歴史をもつものであるが、この30年間ほどの間にこれら制度への税制優遇措置が導入されたことにより急速に普及してきた。例えば英国版ESOPは、1989年財政法で導入されたものである。これは、ESOT (Employee Share Ownership Trusts) というトラストを通じて従業員の株式取得のための便宜を図る場合には、一定の条件下で課税上の利益が与えられるというものである<sup>1</sup> (角瀬1998: 9, 12)。

税制上の扱いは異なるが、労働者が企業の資本所有をするという意味で、近い概念に労働者協同組合がある。20世紀にかけての労働者協同組合研究において、ロバート・オークショットなどの研究者は、従業員所有企業も労働者協同組合も、労働者が被雇用者ではなく平等なメンバーであり、労働者の経済参加を通じたエンパワメントという実践的目的においてはおおむね同一のものであるという見解を示していたようである (中川1996: 76)。

## 2.2. 従業員所有制の普及

### (1) 政府による振興政策

このような従業員所有制をとる企業は、英国において1980年代後半から普及してきた。この背景は以下二点に整理することができる。なお、本節および2.3、3.1の内容については、その流れを示した図1も参照されたい。従業員所有制普及の背景の第一は、政府による従業員所有企業への税制上インセンティブの付与である。1978年、1980年、1989年の財政法で、会社の利益の一部をトラストに支払い従業員へ株式として分配する仕組み、それを通じて従業員が株式受領した場合にかかる所得税の免除、会社によるこれらの仕組みの運営にかかる法人税の免除などの制度が法的に認められることとなった。加えて、1989年修正会社法により、比較的大規模な企業の従業員所有化の法的承認が容易になった（角瀬1998：12、中川1996：75,76）。これら制度は、劇的な規制緩和政策をとったサッチャー政権下で推進されたものであり、企業への忠誠心を喚起する「労働組合対策」としての側面もあったと考えられる。実際、規制緩和政策の下で組合員の激減を経験した運輸一般労組が、ESOPを労働者による所有・経営の新たな方法として模索し始めたこともあった（角瀬1998：1、柳沢1998a）。

### (2) 労働者協同組合運動からの注目

従業員所有制普及の背景の第二は、労働者協同組合運動からの注目である。先述のオークショット氏は、1979年に「ジョブ・オーナーシップ株式会社 (Job Ownership Ltd.)」と呼ばれる会社を設立している。これは現在、英国・従業員所有企業の中間支援組織であるエンプロイヤー・オーナーシップ・アソシエーション (Employee Ownership Association:EOA) の前身である。この会社は、従業員所有企業の成功例である「ジョン・ルイス」や、英国の労働者協同組合運動を牽引したICOM<sup>2</sup>の起源となった労働者所有企業「スコット・ベーダー (Scott Bader)」の支援を受けて設立された<sup>3</sup>。オークショットは、この会社を設立する1年前、その著書『労働者協同組合研究』の中で、欧州の労働者協同組合が概して業績不振に苦悩していることを踏まえつつ、それでも労働者協同組合にか

ける期待は持ち続けており、労働者協同組合を経済セクターとして振興する必要性を主張した。しかしながら、12年後の2000年に出版された同書の第2版では、そのスタンスを変えていた。彼は、労働者階級の運動の所産としての労働者協同組合は、19世紀末からベアトリス・ポッターなどによって指摘されてきた「病」、すなわち経営不振や営利企業への墮落を克服することができないと判断した。産業民主主義の旗手としての期待は、労働者協同組合から、同様の目的をもつ従業員所有企業へかけられることとなったのである（角瀬1998：21、中川1996：74-78）。これを典型とするように、労働者協同組合運動の側からも、従業員所有企業への注目が集まっていった。

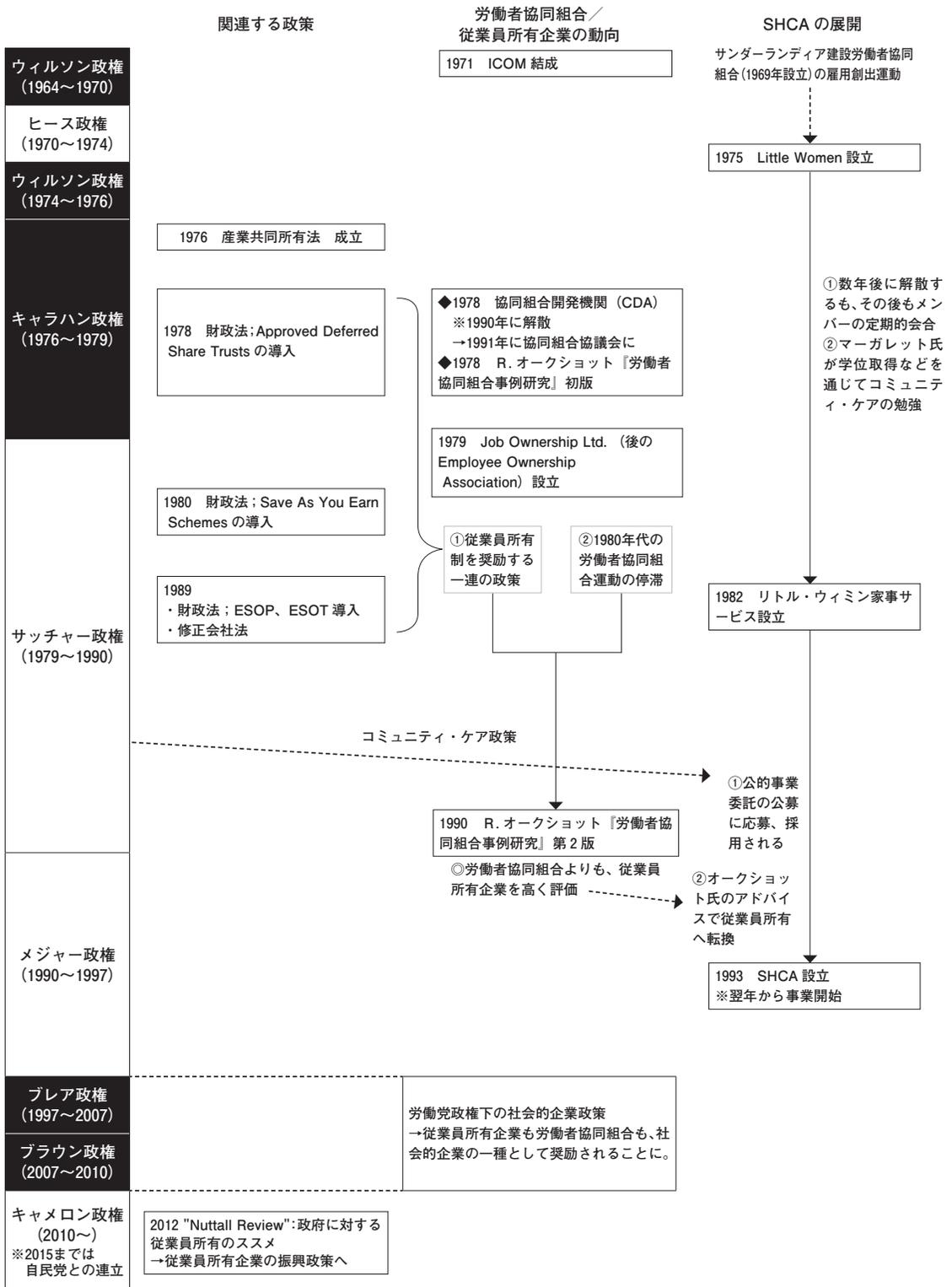
## 2.3. 従業員所有企業の近年の動向

労働者協同組合と従業員所有企業は従来、前者はキリスト教社会主義者による協同組合運動、後者は米国に起源をもつESOP、それぞれの歴史と伝統をもつものである（中川1996:76）。今日では、これらはともに社会的企業の一形態としてみなされている（藤井ほか2013：75,76、SEL2005）。ここでは詳述しないが、1997年から2010年までの労働党政権下において、社会的企業は政府から大いに振興された。しかしながら、2010年に保守・自民連立政権（2015年からは保守単独）へと政権交代をした後、社会的企業を支援するための自治体を通じた資金的援助を含めた全ての支援策は撤廃された。

その代わりサッチャー政権時と同様に、最近では従業員所有企業が再び注目を集めている。その契機となったのは、グレイラム・ナタールという政策アドバイザーが2012年7月に発表した「ナタール報告 (Nuttall Review)」というものである。これは、政府に対し従業員所有を民間セクターの新たなビジネス・モデルとしての認識を普及させることなどを勧めたものであった。これに対し政府は、同年10月に「回答」を出すとともに、EOAと協働しながら、例えば「従業員所有の日（7月3日）」などのイベントを通じて、従業員所有の認知度向上などに努めている（Nuttall2012、BIS2012）。2015年現在、EOAの会員になっている従業員所有企業は約300あるが、これは前年比

図1 従業員所有制関連政策とSHCAの展開

※政権について、黒色は労働党、白色は保守党



遠藤 (2015)、角瀬 (1998)、中川 (1996)、明治大学日欧社会的企業比較研究センター (2015) をもとに筆者作成。

20%増の数字であり、その数は急速に増加していることがうかがえる。総売上高は英国の国内総生産の4%、すなわち約740億ポンド、総従業員数は約1万6千人である（EOA2015）。

### 3. SHCA の事例

#### 3.1. 設立の経緯

SHCA は、筆者が本誌54号（2016年3月）で報告したSESという社会的企業のインフラストラクチャー組織の、いわば双子のような存在として1994年に誕生したケアサービス事業者である。20人のメンバー<sup>4</sup>によって設立された。設立目的は、地域の脆弱な人々の自宅での自立した生活をサポートすることである。主に、高齢者や障がい者をサービス提供の対象としている。設立当初のサービス供給時間は年間450時間であったが、現在は12,000時間にまで伸びている。470人の従業員を擁し、2014年度の売上高は670万ポンド、利益は50万ポンドとなっている<sup>5</sup>。立ち上げ時は協同組合であったが、2000年に従業員所有企業に転換した。また、SHCAのような従業員所有によるコミュニティ・ケア・ビジネスを、イングランドの他の地域にも広めるべく、2003年にケア・アンド・シェア・アソシエーツ（Care & Share Associates : CASA）を設立した。EOA 会員企業のうち従業員数トップ50において、CASA は25位（750人）、SHCA は34位（465人）にランクインしている<sup>6</sup>。また、SHCA は協同組合思想をもった従業員所有企業としてEOAのホームページで「ケーススタディ」の一つに紹介されているほど、その業界では有名なもの<sup>7</sup>である。

設立の経緯は、次のようである<sup>8</sup>。創設者であるマーガレット・エリオット氏の夫は、建設労働者協同組合のレンガ職人であり、住宅アソシエーションのリーダーでもあった。この建設労働者協同組合は、雇用創出促進を図っており、その一連の流れの中で、マーガレット氏と6人の友人により「リトル・ウィミン（Little Women）」という食料雑貨品店が開設された。店舗では商品の販売だけでなく、コミュニティの集会、子育て支援、高齢者の買い物等の生活支援サービスも提供していた。しかし数年後に経営に失敗し、解散した。

マーガレット氏はその後、コミュニティ・カレッジでコミュニティ論を学び、「ユース・アンド・コミュニティ」の学位を取得した。そこで建設協同組合メンバーからホームケア協同組合の立ち上げを示唆され、リトル・ウィミンの仲間とともに「リトル・ウィミン家事サービス」を1982年に設立した。これも事業経営の困難に陥り、閉鎖してしまっただが、これがSHCAの実質的な前身となった。社会福祉サービスの民営化路線をとっていたサッチャー政権下で、コミュニティ・ケア政策が推進されていた1990年代に、先述のロバート・オークショット氏からの助言や支援を受け、また、タイン・アンド・ウィア州の助成金を受けて、マーガレット氏はSHCAを設立した。事業および組織運営の理念には、コミュニティの再生が強く意識されており、失業者を積極的に雇用する等しながら組織も拡大してきた<sup>9</sup>。

#### 3.2. 事業内容

##### （1）ケアサービス

在宅ケアサービスの提供を主な事業としている。サンダーランド市では、12,000時間、在宅ケア部門では2,000時間、タインサイド部門でも2,000時間のサービスを提供している。パーソナル・ケアという国の制度に則ったサービス提供をしているが、財政緊縮に伴い必要な量のサービスを受けることができない人々もいる。そこで、在宅ケアや生活支援（買物、洗濯、掃除等）が、SHCAの基幹事業となっている。また、アパートに居住している人々に対し24時間のケア（入浴や服薬の手伝い）を提供するエクストラ・ケアと呼ばれるサービスもある。

##### （2）アカデミック・サポート

サンダーランド・カレッジとの連携で、障がいをもつ学生の学生生活の支援をしている。例えば、本を運ぶ、視覚障がいのある学生のためにノートをとる等である。

##### （3）インディペンデント・フューチャー

このプロジェクトは、在宅ケアと並んで主要事業の一つとなっている。学習障がいや長期の失業など、複雑なニーズを抱えている人々に対し、24

時間のケアを提供する。サービス提供時間は、週6,000時間である。利用者は6～10人程で、1対1のサポートをしている。これは、自治体からの補助金を得て運営されるサービスである。しかしそれだけではなく、ガーデンセンター、カフェ、手芸グループ、洗車等のマイクロ・エンタープライズ（零細事業）を立ち上げ、学習障がいを抱える人々がそこで就労など様々な経験をする事ができるように支援している。ガーデンセンターにある農園で野菜を栽培し、それをカフェに供給する、そしてカフェを運営する、といったように、様々な仕事の経験を積むことができるのである。そこで働くことで、SHCA から20ポンド以下ではあるが、多少の収入を得る場合もあり、満足感を得ることもできる。このプロジェクトからは、フラワー・ミル（Flower Mill）というプロジェクトが生まれた。これは、近隣の大学との連携によって学習障がいを抱える学生の卒業後の居場所兼職業訓練の機会を提供するものである。

### 3.3. 組織運営

従業員について<sup>10</sup>、470人（フルタイム350人、パートタイム120人）の従業員の、部門ごとの内訳は以下のようなものである。在宅ケア225人（サンダーランド140人、サウス・タインサイド85人）、インディペンデント・フューチャー170人、家事支援40人、アカデミック・サポートやカフェ・オン・ザ・パーク、フラワー・ミル等の大学関連のスタッフ35人である。従業員は女性が多いが、複雑な問題を抱える利用者に対応するためには男性スタッフの役割も重要であり、40人の在宅ケアワーカーや、60人のインディペンデント・フューチャーのスタッフは男性である。労働時間は、仕事内容やスタッフによって様々であるが、在宅ケアで週20～40時間程度、大学関連の事業で週20～30時間程度、インディペンデント・フューチャーで週55時間程度である。従業員はケアのNVQ：National Vocational Qualification（全国職業資格、現在は保健およびソーシャル・ケア免許：Diploma in Health and Social Care）という資格を持っている<sup>11</sup>。

組織図は、図2のようになっている。理事会を構成する7人の理事のうち、ケア・ディレクターであるマーガレット氏以外は部門ごとのスタッフ

から選出されている<sup>12</sup>。理事の選出は、年次総会における全従業員の投票により行われる。1年に2人ずつ理事を選出する。理事会は月1回開催され、各部門の事業報告や将来の計画が主な議題となっている。

### 3.4. 従業員所有企業としての SHCA の特徴

先述の通り、SHCA は2000年に、協同組合から従業員所有企業へと転換した。法人形態は、株式会社（limited company by share）である。エンployee・ベネフィット・トラスト（employee benefit trust）を設置し、ここに利益の一部がプールされる。SHCA で働く人々だけに開かれた内部株式市場をもっていることになる。各労働者は就職と同時に株式を所有することになる。当初の株価は2ポンド60ペンスであったが、現在は18ポンドにまで上昇している。

SHCA の特徴の第一は、従業員所有企業に転換したとは言え、SHCA は労働者協同組合方式の経営を貫いている点であり、他の英国の従業員所有企業とは一線を画している。理事選出に全従業員が関わる等、経営の意思決定への参加が現在でも重視されている。さらに、従業員の平等性を確保するため、従業員から選出される理事には、理事会に出席した際の日当はあるが、理事報酬は支払われていない。組織運営は労働者協同組合とほとんど変わらないのにもかかわらず、従業員所有企業へ転換したのは、次の理由による。すなわち、労働者協同組合では一人一票の権利は保障されるが、全ての労働者が必ずしもシェア（株式）を持つとは限らない。従業員所有企業として、全ての従業員が会社の一部を所有していることにより、従業員のモチベーション向上、仕事の満足度の改善、生産性の向上が見込まれる。

第二に、労働者協同組合方式の経営は、一般的に次のような困難を抱えていると言われる。メンバーのスキル不足、メンバー間の能力・労働量の差や低賃金などを原因とし、内部対立や経営不振に陥る、あるいは一般的な営利企業と同じ事業体になってしまう、といった困難である。それにもかかわらず SHCA は、労働者協同組合原則を維持しながらも事業や組織の運営に成功しているようである。事業に関しての詳細は、非営利・協同

総研いのちとくらし（2016）のGentooやFlower Millの項を参照されたいが、要するに収入源をミックスしながら地域に必要なサービスを提供していることが成功要因の一つとして挙げられよう。公的な制度を利用したケアサービスだけではなく、住宅会社であるGentooとの協働によるエクストラ・サービスや、Flower Millという就労支援プロジェクトにかかる人件費を提携している大学から得るなど、収入源が多様であることは、少なくともその事業を支える良い戦略であったと言えるだろう。

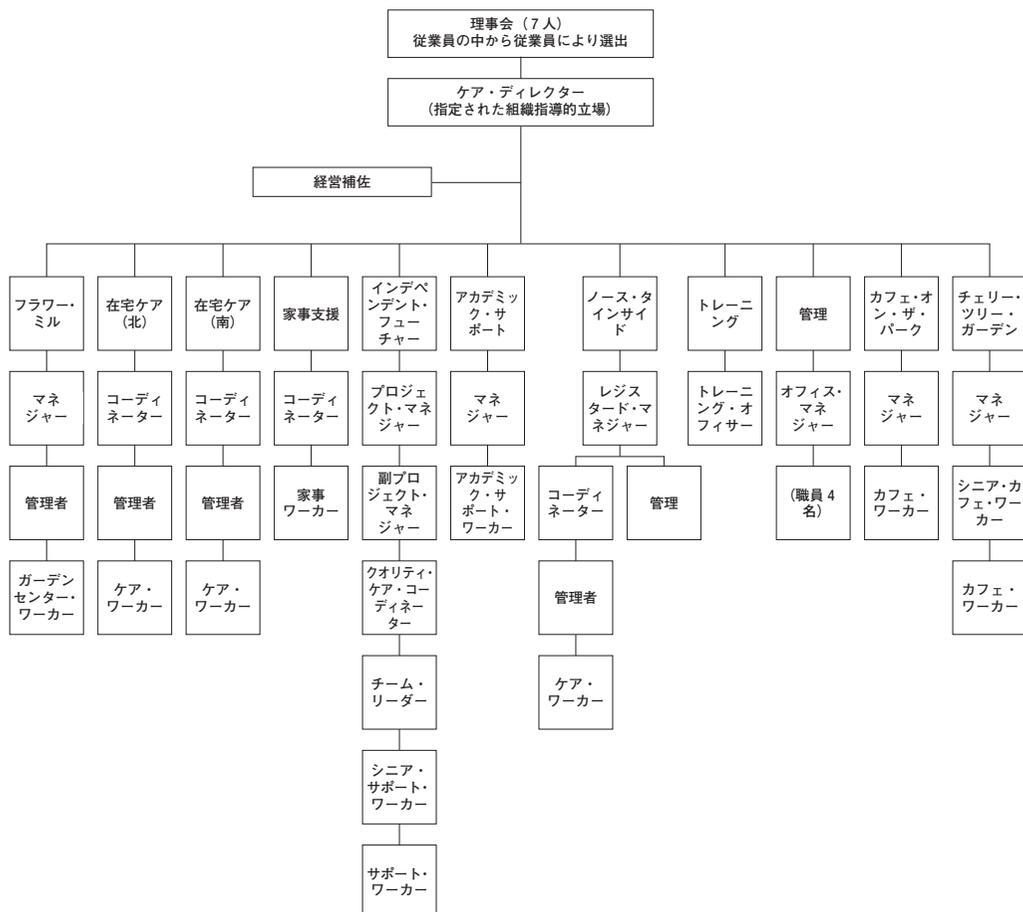
## 4. おわりに

本稿では、SHCAを知るための背景知識として、

英国における従業員所有企業の概要に関する情報を整理し、SHCAの事例を通じて労働者協同組合原則を貫く従業員所有企業がいかにして展開されてきたのかを概観してきた。とりわけ近年の従業員所有企業全体およびSHCAの状況について加筆することにより、一定の意味ある資料を作成できたと考える。

しかしながら、今後の研究課題は多く残されている。第一に、一般的に失敗する場合が多いと言われる労働者協同組合と、一般的な従業員所有企業、そしてSHCAは、具体的にどのような共通点および相違点をもつのか、という分析に着手することができなかった。これらを理解するためには、英国の労働者協同組合運動に関する古典的研究から近年の研究までを、慎重に検討していく必

図2 SHCAの組織図



SHCA 提供資料（2014年9月）を翻訳

要がある。これに関連し、第二に、労働者協同組合におけるメンバー間の内部対立や経営不振等の課題は、SHCAのように従業員所有制をとることのみによって解決しうるのか、という根本的な問題も今後検討していきたい。第三に、SHCAの創設者であるマーガレット・エリオット氏は、いわば単なる主婦から、現在ではCASAを含め1,000人以上を要するケアサービス・グループのリーダーとなっている。彼女のリーダーシップが、組織運営にどのように影響を及ぼしてきたのか、リーダーの継承は将来どのようになされるのか、といった点に注目しつつ、定期的に調査をしていきたい。

(初出『イギリスの医療・福祉と社会的企業視察報告書』に加筆)

#### 注

- 1 ESOTsの運営などの詳細については、英国政府ホームページも参照されたい。  
GOV.UK>HMRC internal manual (<https://www.gov.uk/hmrc-internal-manuals/trusts-settlements-and-estates-manual/tsem5500>) (最終取得日:2016年5月6日)
- 2 ICOM (Industrial Common Ownership Movement)は、1951年にキリスト教社会主義者アーネスト・ベーダーによってつくられた労働者所有企業「スコット・ベーダー」を起源にもち、1971年に現在の名称として結成された。労働者協同組合や賛助者などを会員とし、労働者協同組合の連合会として、あるいは中間支援組織として発展してきたものである(角瀬1998:9など)。
- 3 EOA Website>About The EOA (<http://employeeownership.co.uk/about-the-employee-ownership-association/>) (最終取得日:2016年5月6日)
- 4 中川(2007)『社会的企業とコミュニティの再生』p.196
- 5 明治大学日欧社会的企業比較研究センター(2015)『英国インフラストラクチャー組織の成功に学ぶ』p.93
- 6 EOA Website>Resources>Reports>The Employee Ownership Top 50 2015

(file:///C:/Users/USER/Downloads/Employee-Ownership-Top-50-2015-high-res 3.pdf) (最終取得日:2016年5月6日)

- 7 EOA Website>Case Studies>Sunderland Home Care Associates 20/20 Ltd  
(<http://employeeownership.co.uk/case-studies/sunderland-home-care-associates-2020-ltd/>) (最終取得日2016年5月6日)。
- 8 中川(2007)前掲書, pp.159-163,193-203
- 9 2006年のスタッフ数は155人であった。
- 10 これ以降の記録は、2014年9月15日に筆者が行ったインタビューの記録より。
- 11 英国の職業資格制度については、労働政策研究・研修機構資料シリーズNo.141『イギリスにおける能力評価指標の活用実態に関する調査』(2014)に詳しい。  
(<http://www.jil.go.jp/institute/siryo/2014/141.html>) (最終取得日:2016年1月14日)
- 12 事業を開始してから最初の16年間は、彼女も選挙で選出されていたが、ケア・ディレクターは自動的に理事に入ることが決定されたため、現在は選挙で選ばれる必要がなくなった。

#### 参考文献

- BIS: Department for Business, Innovation & Skills (2012) Government response to the Nuttall review: next steps for employee ownership  
EOA (2015) EOA Report 2015  
Nuttall,G. (2012) Sharing success: the Nuttall review of employee ownership (Independent review for Department of Business, Innovation and Skills)  
SEL(北島・清水・藤井他訳)(2005)『社会的企業とは何か—イギリスにおけるサード・セクター組織の新潮流—』(生協総研レポートNo.48)  
遠藤知子(2015)「公共サービス政策と社会的企業—イギリスの事例から—」牧里毎治監修、川村曉雄ほか編著『これからの社会的企業に求められるのは何か—カリスマからパートナーシップへ—』ミネルヴァ書房  
角瀬保雄(1998)「従業員所有制度の研究—その体制内補完性と経済民主制をめぐる—」『経営志林』第35巻第2号, pp.1-25  
中川雄一郎(1996)「イギリスにおける労働者協同組合

- 運動とコミュニティ協同組合—労働者協同組合運動の新しい波— 富沢賢治・中川雄一郎・柳沢敏勝編著『労働者協同組合の新地平—社会的経済の現代的再生—』日本経済評論社（第3章）
- 中川雄一郎（2007）『社会的企業とコミュニティの再生』大月書店, pp.159-163,193-203
- 非営利・協同総研いのちとくらし（2016）『イギリスの医療・福祉と社会的企業視察報告書』
- 明治大学日欧社会的企業比較研究センター（2015）『英国インフラストラクチャー組織の成功に学ぶ—雇用創出、自治体との協働、ネットワークング—』（シンポジウム報告書）
- 藤井敦史・原田晃樹・大高研道編著（2013）『闘う社会的企業—コミュニティ・エンパワーメントの担い手—』勁草書房, pp.56-78
- 柳沢敏勝（1998 a）「民営化対抗戦略としての従業員所有企業」『協同の発見』No.70, pp.13-16
- 柳沢敏勝（1998 b）「社会的経済セクターを担う労働者協同組合—イギリス労働者協同組合運動の動向—」『生活協同組合研究』1998.4, pp.40-46
- （くまくら ゆりえ、明治大学大学院商学研究科博士後期課程）

# 真の国民のための医薬分業とは

## ～日本の医薬分業政策、調剤報酬の矛盾と課題～

高田 満雄

### はじめに

2013年に調剤薬局の大手チェーン社長の6億7,000万円の高額所得が話題となり、「保険薬局はもうけすぎ」との「薬局バッシング」が巻き起こった。2014年の調剤報酬改定では病院門前の大規模薬局から中規模薬局にまで基本調剤料の引き下げが行われた。その後、2015年、くすりの福太郎、ハックドラッグなどで大量の薬歴未記載、不正請求が問題となり、内閣府規制改革会議での医薬分業、公開ディスカッションが行われ、厚生労働大臣の「病院門前の風景を一変させる」「保険薬局は半減」などの発言も飛び出した。厚生労働省は「健康サポート薬局（健康情報拠点薬局）在り方検討会」答申、「患者のための薬局ビジョン」など矢継ぎ早に政策提言をだし、2016年の調剤報酬に至っている。振り返ればこの3年間、これ程、保険薬局のあり方、医薬分業そのものが論議されたことはない。

筆者は2016年に出された「健康サポート薬局」検討会答申「患者のための薬局ビジョン」には真の国民のための医薬分業を考えると積極的な部分を持っていると考える。しかし、2016年の診療報酬、調剤報酬は今までの報酬体系の延長線上に様々な施策を持ち込んでおり、矛盾と混乱を深めた改定となったと感じている。本来の医薬分業の理念、法的な位置づけを確認しながら本来の医薬分業の在り方、診療報酬、調剤報酬の在り方を考えていきたい。

## 1. 医薬分業の理念と日本における法的な未整備問題

- 1) 医薬分業は患者をくすりの害から守るために創られた職能分業の制度

医薬分業の歴史は古い。中世ヨーロッパでは毒殺が横行した。毒殺を恐れた神聖ローマ帝国フリードリッヒ二世（1194～1250）は「診断は医師」にさせるが薬は別の者に調製させた。それが薬剤師の始まりとされている。フリードリッヒ二世は、薬剤師大憲章を1240年に公布して、医師が薬局を経営することを禁じている。これが医薬分業制度の始まりでもある。ここで重要なのは、薬剤師は医師から独立して「利害関係を持たない」という事であった。中世ヨーロッパ貴族は医師の毒殺から身をまもるために薬剤師という職業、医薬分業という制度をつくったのである。<sup>1)</sup>

医師は調剤せず薬剤師が処方鑑査した後、調剤する事が古くから定着しているヨーロッパでは、医薬分業という言葉すらない。

これに対して日本は医師＝薬師（くすし）という時代が長く続いた。江戸時代も漢方薬による治療が主流であった。薬代は診察代も含む代価として支払われていた。日本の医師が歴史的にも信頼が篤い事の現れかもしれないが、この歴史によって日本には医薬分業という制度や薬剤師という職能の役割についての社会的な認知が広がらなかった。現代にも、その遺恨が残っている。

中世ヨーロッパから現代に移して医薬分業の意義を読み替えると、医薬分業とは「医師と薬剤師が職業として独立、自律しながら協力し患者を医薬品の害から守り、個々の患者の薬物療法を適正化する制度」という事ができる。

医薬品に大きな薬価差があって、医薬分業が進んでいなかった70年代に「薬漬け医療」が批判された事にみられるように、処方せんを発行する経営体と医薬品を供給する経営体とが切り離される必要もあった。

現在では安全面を考慮すると医薬品が高度化、多品種化、複雑化している事、サプリメント、健

康食品、機能食品など薬物が氾濫している事から「くすりの専門家」として薬剤師の必要性が増している。薬剤師という薬の専門職が有効に機能するには薬剤師の技術料、ひいては医療費のコストを押し上げることになるが、薬に関する健康被害を防ぎ、薬物治療の質を担保できる。患者の利益を考えればあまりあるはずである。

## 2) 不完全な分業、法的な整備の遅れ

「調剤は医業である（薬業ではない）」「服薬管理は医師の仕事、服薬指導が薬剤師の仕事」これは厚生労働省の健康サポート薬局あり方検討会で医師会のメンバーから出された意見である。筆者は「調剤は薬業」であり、服薬管理、指導は医師と薬剤師の協同の作業だと考える。

なぜ、このような意見がだされるに至ったかは、まず医師法、薬剤師法に戻らなければならない。

医師法22条には「患者に対し治療上薬剤を調剤して投与する必要があると認めた場合には、患者又は現にその看護に当たっている者に対して処方

せんを交付しなければならない」と記載されている。しかしこの条項には但し書きがあり入院時や薬剤師が居ない状況など8項目にわたって例外条項が存在し医師が調剤できる事となっている。また薬剤師法19条でも「薬剤師でない者は、販売又は授与の目的で調剤してはならない」と記載されているが、やはり医師法と同じ内容の但し書き条項がある。

つまり、薬剤師法では調剤の薬剤師の専門がうたわれてはいるが、医師の判断で薬剤師が調剤をしなくてもよい不完全な医業分業の法となっている。日本は先進国の中で、唯一医師が調剤することを許されている国である。

これは、現在も薬剤師のいない診療所での無資格者によって調剤が行われるという状況を生み出している。医療での薬物治療の安全性、質の担保という点では大きな課題である。

また、外来の処方せんを出す、出さないという事が医師や医療機関の思惑次第という「任意分業」の現状を作り出している。これによって、保険薬

表1 規制改革会議、医業分業公開ディスカッション資料より

医業分業に関する関係法令	
医師法(昭和23年法律第201号)	
第二十二条	医師は、患者に対し治療上薬剤を調剤して投与する必要があると認めた場合には、患者又は現にその看護に当たっている者に対して <u>処方せんを交付しなければならない</u> 。ただし、患者又は現にその看護に当たっている者が処方せんの交付を必要としない旨を申し出た場合及び次の各号の一に該当する場合においては、この限りでない。 一～八 (略)
薬剤師法(昭和35年法律第146号)	
(調剤)	
第十九条	薬剤師でない者は、販売又は授与の目的で調剤してはならない。ただし、医師若しくは歯科医師が次に掲げる場合において <u>自己の処方せんにより自ら調剤するとき</u> 、又は獣医師が自己の処方せんにより自ら調剤するときは、この限りでない。 一・二 (略)
(処方せんによる調剤)	
第二十三条	薬剤師は、医師、歯科医師又は獣医師の処方せんによらなければ、販売又は授与の目的で調剤してはならない。 2 薬剤師は、処方せんに記載された医薬品につき、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師の同意を得た場合を除くほか、これを変更して調剤してはならない。
(処方せん中の疑義)	
第二十四条	薬剤師は、処方せん中に疑わしい点があるときは、その処方せんを交付した医師、歯科医師又は獣医師に問い合わせ、その疑わしい点を確かめた後でなければ、これによつて調剤してはならない。
(情報の提供及び指導)	
第二十五条の二	薬剤師は、調剤した薬剤の適正な使用のため、 <u>販売又は授与の目的で調剤したときは、患者又は現にその看護に当たっている者に対し、必要な情報を提供し、及び必要な薬学的知見に基づく指導を行わなければならない</u> 。

15

局、薬剤師の社会的な位置づけを不安定にしている。医師、医療機関の意図に従ってしまう薬剤師との関係が作り出される温床ともなっている。

さらに、医師が処方せんを書き、薬剤師はその処方を鑑査し疑義照会をしなければならない。これは薬剤師の中心的な業務である。しかしこの疑義紹介は薬剤師法にのみ第24条で規定されているが医師法に規定はない。この疑義紹介は薬剤師の監査権を現している。<sup>2)、3)</sup>

本来の医薬分業が成立するには、医師には処方権、薬剤師には処方鑑査権があってこそ対等、平等で自律的な関係が形作られる。医薬分業に関するこのような法的未整備は「国民のための真の医薬分業」をすすめるために早急に解消しなければならない課題となっている。

## 2. 保険薬局バッシングはなにをもたらしたか

- 1) 院内薬局では薬剤師の技術料が安く、保険薬局は高い？

「院内で薬をもらおうと窓口負担が少なくて驚いた」、そんな声が喧伝されている。また医療機関、医師からも「患者の窓口負担増を考えると処方せんを発行しないほうがよい」という意見も多い。

表2は規制改革会議「医薬分業公開ディスカッション」に出された4つの疾患を持った患者の28日分の調剤の技術料の院内、院外で調剤した場合の比較資料である。表の保険薬局の調剤技術料は5,000円近い。実際には2015年の1枚あたりの調剤技術料平均は2,200円程度とされており、保険薬局の技術料の高さを強調した例での比較表となっている。<sup>4)</sup>

処方せんを発行する医療機関が算定する1,350円を除いて技術料のみの比較して考える。

保険薬局は4,790円であるが、一包化加算は一般的には行われないので除いたとして3,510円となる。病院で調剤される場合の技術料1,390円と比較して2.5倍近い技術料格差となっている。

筆者はこの技術料の格差は保険調剤の薬剤師の技術料が高いのではなく、病院薬局の外来の調剤料が低すぎると考えている。実効性のある医薬分

表2 規制改革会議、医薬分業公開ディスカッション資料より

<b>医薬分業について</b> <b>—①コストに見合ったサービスを受けたと感じたか？—</b>			
<b>院内処方した場合と院外処方をした場合の投薬に関する費用</b> <b>(例) 高血圧、糖尿病、不眠、胃炎の患者さん</b>			
<b>参考:費用の内訳</b>			
<b>院内処方の診療報酬 (医科のみ)</b>		<b>院外処方の診療報酬 (医科+調剤)</b>	
		<b>医科技術料</b>	<b>調剤技術料</b>
薬剤情報提供料 (手帳記載加算)	130	処方せん料	680
調剤料	90	一般名処方加算	20
処方料	420	長期投薬加算	650
長期投薬加算	650		調剤基本料
調剤料(麻向覚毒)加算	10		410
処方料(麻向覚毒)加算	10		後発医薬品調剤体制加算
調剤技術基本料	80		180
			調剤料
			2,430
			向精神薬加算
			80
			一包化加算
			1,280
			薬剤服用歴管理指導料
			410
		小計(円)	1,350
		小計(円)	4,790
			合計(円)
			6,140
			患者自己負担(3割)(円)
			1,840

2015年3月12日

公益社団法人 日本医師会

業を考えるのであれば、病院の薬局で調剤されたとしても独自に患者の他病院の受診した医薬品、サプリメントなど一元管理された薬歴が必要である。副作用などのチェックも含めた服薬指導歴があり、薬物治療について薬剤師としてのアセスメントがされて医師との連携が保障されなければならない。

院内の薬局で入院患者に調剤がされる時、薬剤管理指導料という週1回3,800円の管理技術料を取る事ができる。患者が1ヶ月入院していれば月4回算定される。退院時薬剤管理指導料900円、抗がん剤の薬物治療の管理料月1回700円など、様々な薬物治療管理に関する報酬の加算が用意されている。それでも院内での医薬分業を実現するための薬剤師の人員体制を維持するのに十分な加算ではない。しかし院内薬局の外来調剤に関して言えば、外来の患者の薬物治療を管理する診療報酬体系にとうていっていない現状である。

これは先にも述べた医師の管理のもと「無資格者が調剤」をする事が前提で作られた診療報酬体系がそのまま残されていると言ってよい。

院内での外来調剤にて医薬分業が成り立つためには、今述べた十分な薬剤師への診療報酬と、職能間の自律、対等平等を保障したチーム医療の実践、それを保障する組織体制の整備も必要である。

## 2) 保険薬局、調剤技術料は特異的に伸びたか？

「医師は粥すすり、薬剤師はすき焼き三昧 日医・理事“敵陣”日薬学術大会で分業批判の大立ち回り」。これは2013年の日本薬剤師会、学術大会で医師会常任理事の講演会を伝える RISFAX2013年9月24日付のヘッドラインである。講演では医科の診療報酬が削られているのに比して薬局法人の調剤での医療費が優遇され伸びており高すぎるという苦言が呈されたと報じられている。

これを実際に検証したと考えられる日医総研のワーキングペーパー no.349のデータをみながら「保険薬局の技術料だけ優遇されたのか」を検証したい。

図1をみると医療費総額は2014年40兆に達しており、薬局調剤7.2兆円、歯科2.8兆円、医科入院外13.8兆円、医科入院16.0兆円となっている。2009年と2014年の増減を比較

図1 日医総研ワーキングペーパー no.349より

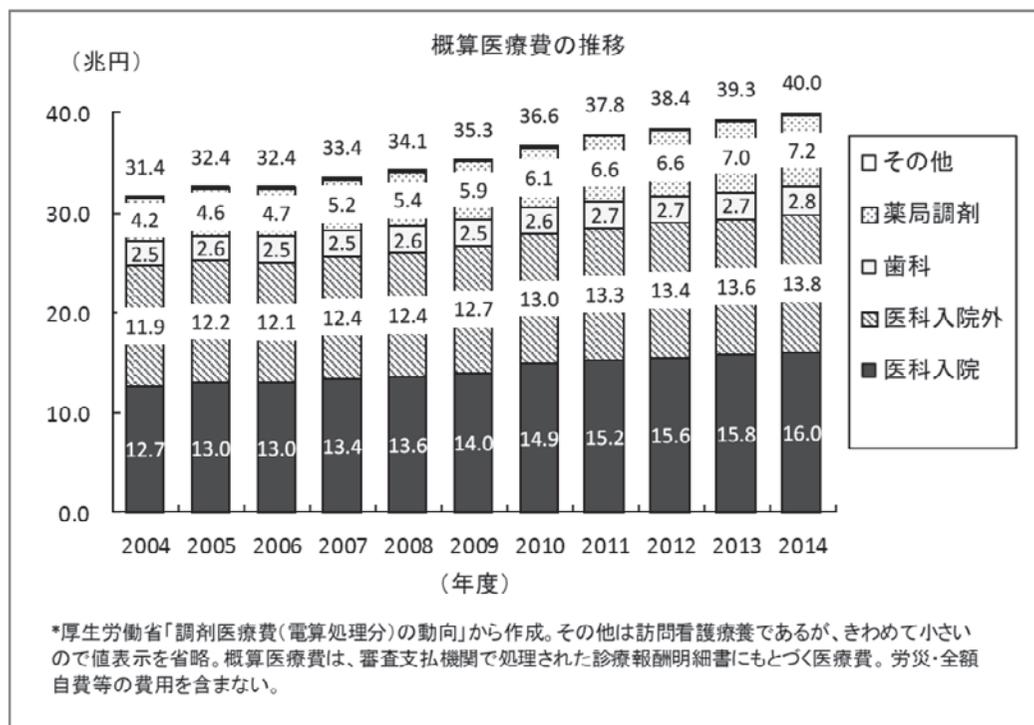
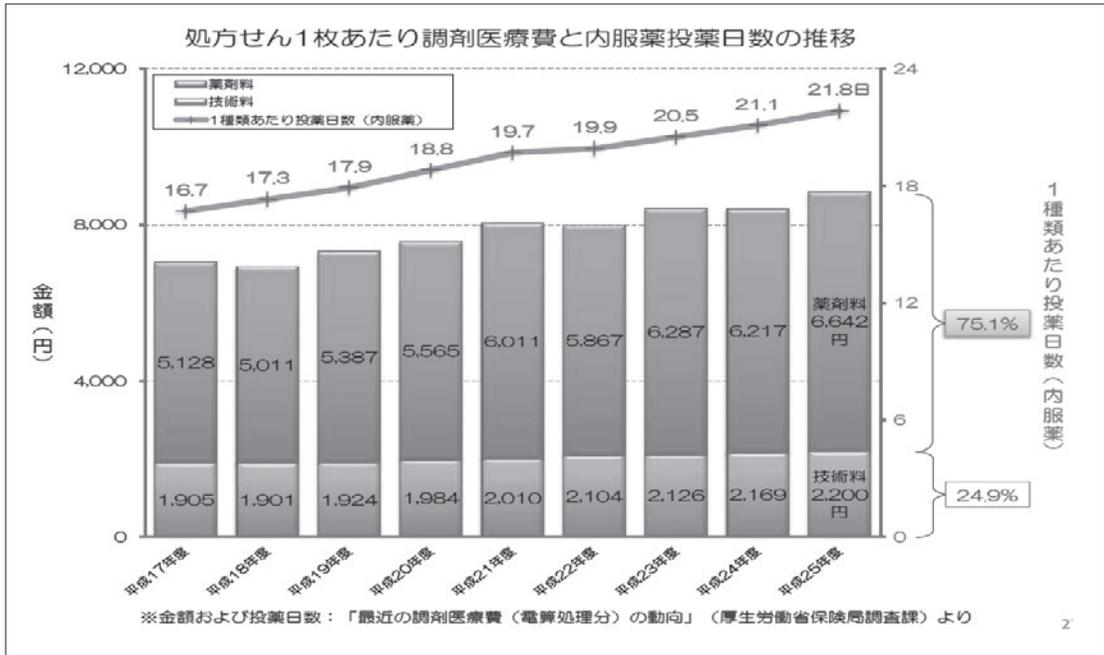


図2 規制改革会議、医薬分業公開ディスカッション資料より



すると保険薬局調剤報酬が5.9兆円→7.2兆円（22%増）、医科外来が12.7兆円→13.8兆円（8.6%増）、医科入院が14兆円→16兆円（14%増）となっている。保険薬局の調剤報酬（技術料と医薬品費）の伸長が他の医療費に比して著しい。実は日医総研のワーキングペーパーの分析では、1枚あたりの技術料の伸びをみて調剤技術料が特異的に伸びたと分析している。しかしこの分析には1処方せんあたりの投与日数の伸びについて分析がなされていない。<sup>5)</sup>

図2は公開ディスカッションで提示された1枚あたりの投与日数と技術料の伸び、薬剤料の伸びの図である。技術料は投与日数が伸びると当然伸びる。<sup>4)</sup>

2009年（H21）から2014年（H26）に投与日数は19.7日→21.8日10%増、技術料も2,010円から2,200円、薬剤料も当然、日数増加分の医薬品数量が増えるため6,011円から6,642円と10%増となっている。

また、処方せん枚数は2009年7億220万枚（分業率60.7%）、2014年7億7,558万枚（分業率68.7%）と10%増となっている。

大変ざっくりとした計算であるが、1枚あたり

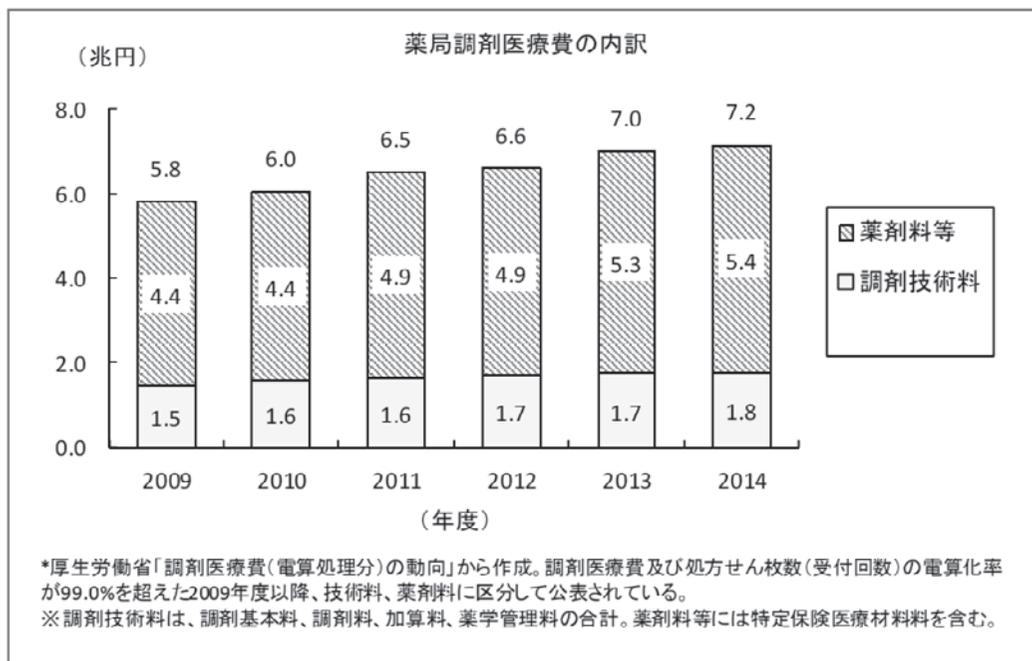
の投与日数増による処方箋1枚あたり調剤報酬の増1.1倍×処方せん発行数量増1.1倍＝1.21倍となり、調剤報酬の20%増と一致する。以上からみてとれるのは、調剤技術料そのものが重点的に伸長したわけではなく、投与日数と処方せん枚数の自然増が調剤医療費、技術料の伸長の原因である。

### 3) 保険薬局医療費高騰の原因は医薬品費の伸びであり保険薬局技術料ではない

もちろん調剤報酬改定ごとに様々な加算引き上げ、引き下げが行われる。しかし総体として特別に保険薬局の技術料が引きあがったわけではない。

一方、医薬品費はどうであろうか。医薬品の薬価改定は2009年から2014年までに3回行われおり、2009年時点とまったく同じ医薬品が同じ量だけ使用されていれば2009年比84%まで引き下がったはずである。後発医薬品の使用量の進展もあり、薬価の抑制はさらに効いていておかしくない。先ほどの処方箋枚数増、投与日数増が20%あったとしても、薬剤料は横ばいに抑えられてもおかしくない。しかし図3をみればわかるが、薬局調剤医療費は増加の一途をたどっている。これは薬価改定があるたび、高い新薬へと処方される医薬品へ

図3 日医総研ワーキングペーパー no.349より



使用がシフトしている事の顕れである。日本の新薬偏重の薬物治療と高薬価による問題が大きい。新薬は後発医薬品があるわけでもなく、処方元の医師側の問題であり保険薬局ではコントロール困難な問題である。先の総医療費の2009年から5年間で4.7兆円の増であるが、その30%は保険薬局での医薬品費の増加が原因となっている。

現在、病院での包括払い制(DPCなど)の導入により医療費の中の医科での医薬品費の正確なデータがない。データを持たない事自体も医療費の中での医薬品費を聖域化し高薬価問題を覆い隠す意味で問題である。保険薬局医療費の高騰の原因は技術料の高騰ではなく医薬品費の増に大きな原因がある。

#### 4) 大規模調剤薬局チェーン問題

医師から薬剤師は「すき焼きを食べている」と揶揄されるのは、調剤薬局チェーン社長が7億円近い年俸を得ている事に端を発していると思う。それには医薬分業の精神とかけ離れ、営利を追求している保険薬局の事業活動への批判である。

実質、医療機関の1つである保険薬局(医療法では医療提供施設と定義されている)を営利の株

式会社法人が運営している事に大きな原因がある。薬局チェーンの社長は薬局開設者として1人で何百という保険薬局を経営している。これが高額な報酬をもたらす源泉である。

またアイン・ファーマシーはナスダックに、日本調剤は東証2部に上場をしている。税金と保険料を原資にして行われる医療の事業体が営利を追求しながら規模を拡大、一部の経営者や株主に高額の年俸や配当が支払われている事は問題である。

ドイツでは保険薬局の開設者は薬剤師に限られ、1人の開設者1店舗と規制されている。チェーン化も3薬局までと規制がされている。<sup>6)</sup>日本も保険薬局事業の営利化にはなんらかの制限がかけられる事が望まれる。

ちなみに筆者が所属する全日本民医連の保険薬局は株式会社法人であっても非営利・協同の事業運営を目指している。実際に非営利・協同を体現するため、株式会社から非営利一般社団法人への移行も呼びかけており、執筆時点で加盟7法人が法人形態の移行を完了している。

また薬剤師の平均年収は460万円と医療従事者の中で特別高い報酬ではない。薬剤師は、すき焼きを食べてはいない。

### 5) 意図して造られた医師会と薬剤師会との対立の構図

先ほど紹介した RISFAX の記事では、「敵陣で大立ち回り」と必要以上に医師会、薬剤師会の対立をあおりたてる内容となっている。健康サポート薬局在り方検討会、規制改革会議の論議でも同様の対立が目立った。

医薬分業では医師と薬剤師は自律した職能として機能することが必要である。しかし共通した「患者の健康を最優先している」という信頼関係の上の連携が必要である。

2016年の診療報酬改定は5,000億円を超える医療費削減の目標が設定されていた。その削減の負担をどこに負わせるか医師と薬剤師の対立の構図をつくり、主として保険薬局に負担を負わせる、そんな状況が作り出されたのではないか。

先の大規模チェーン薬局の営利主義の問題は医療界全体の問題でもある。対立を乗り越え共に連

携して患者を守る立場の医師と薬剤師はタッグを組んで、この医療の営利化と社会保障の削減、改悪に立ち向かうことが必要である。

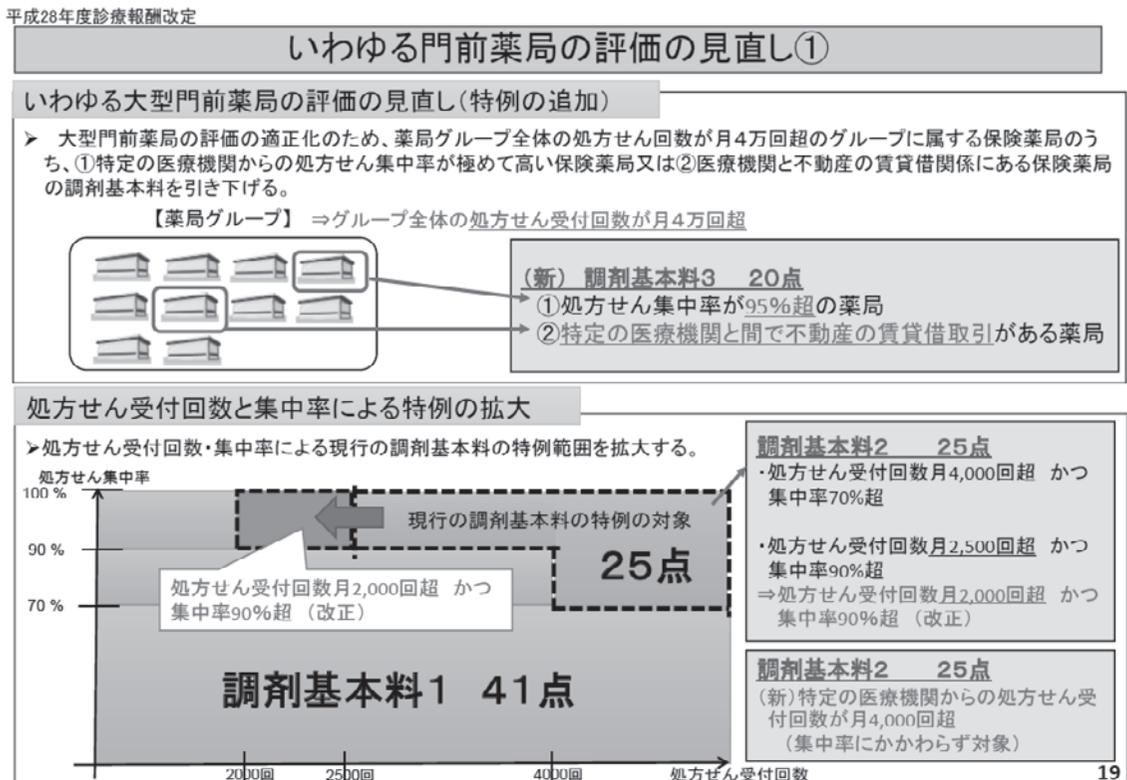
## 3. 医薬分業と2016年調剤報酬改定の課題

### 1) 患者には理解されない複雑化した調剤報酬の算定基準

2016年の調剤報酬について述べたい。もともと保険薬局の調剤報酬体系は患者にとって大変わかりにくく、理解しがたい体系となっている。

表3の2016年の診療報酬改定説明資料の調剤基本料をみていただきたい。これは処方せんの内容にかかわらず受け付けた処方せん1枚あたりにかかる定額の技術料である。患者が同じ処方せんで、同じ医薬品を調剤してもらっても、処方せんを持っていく保険薬局によって調剤技術料が200円から410円と異なる。2014年の調剤報酬では保険薬

表3 厚生労働省診療報酬改定説明資料より



局が医療機関からの処方せんの集中率、応需する処方せんの枚数、医薬品購入の妥結率（後述）に応じて実質4段階に分かれていた。これが2016年改定では6段階にも分かれることとなった。患者が処方せんを調剤してもらった際に提供される医療の内容とは全く関係のない指標で技術料が決まっている。

2016年改定では表3上図部分、調剤基本料3で大手調剤チェーンへの利益の抑制としてグループ会社全体で月4万枚の処方せんを応需している会社の調剤基本料を引き下げることとなった。

筆者は、薬局の処方せんの枚数、またはグループ会社の総枚数、1つの医療機関の集中率といった指標による技術料の差別化、つまり薬局の規模と立地による技術料の差別化は廃止するべきだと考えている。患者へ提供される医療の内容が同一であれば同じ基本料に1本化されなければならない。

ちなみに、この調剤報酬では、大型の門前のチ

ーン薬局が最も技術料が安くなり、患者の窓口負担がもっとも軽減される皮肉な内容となっている。

表4の下の表欄にある未妥結減算をみていただきたい。これは2014年の改定で導入され2016年改定でも続いている制度である。保険薬局が9月末までに取引している卸との医薬品購入価格の妥結率が50%以下であれば、調剤基本料が減算されるという制度である。これに至っては医療とまったく関係のない事業所の商取引の状況が技術料に反映されている。患者の理解を得ることは不可能であろう。このような調剤報酬の減算制度は直ちに廃止するべきである。

## 2) かかりつけ薬局、かかりつけ薬剤師と調剤報酬の課題

2016年2月、厚生労働省は「患者のための薬局ビジョン」（副題「門前」から「かかりつけ」そして「地域」へ）を発表した。これまでの門前薬

表4 厚生労働省診療報酬改定説明資料より

平成28年度診療報酬改定

### いわゆる門前薬局の評価の見直し②

#### 調剤基本料の特例対象からの除外要件(かかりつけ業務の実施)

▶調剤基本料の特例対象薬局のうち、かかりつけ薬剤師としての業務を一定以上行っている保険薬局は特例の対象から除外する。（現行の24時間開局による特例除外要件は削除）

##### 現行

【調剤基本料の特例に関する施設基準】  
24時間開局していること



##### 改定後

【調剤基本料の特例に関する施設基準】  
(1) 当該保険薬局に勤務している薬剤師の5割以上がかかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料の施設基準に適合した薬剤師であること。  
(2) かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料に係る業務について相当な実績を有していること。

#### かかりつけ機能に係る業務を行っていない薬局の評価の見直し

▶かかりつけ薬局の基本的な機能に係る業務を行っていない保険薬局は調剤基本料を100分の50とする。

[要件] ※本取扱いは平成29年4月1日から適用

かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料、重複投薬・相互作用防止等加算、在宅患者訪問薬剤管理指導等在1年間一定数算定していない保険薬局。（処方せんの受付回数が1月に600回以下の保険薬局を除く）

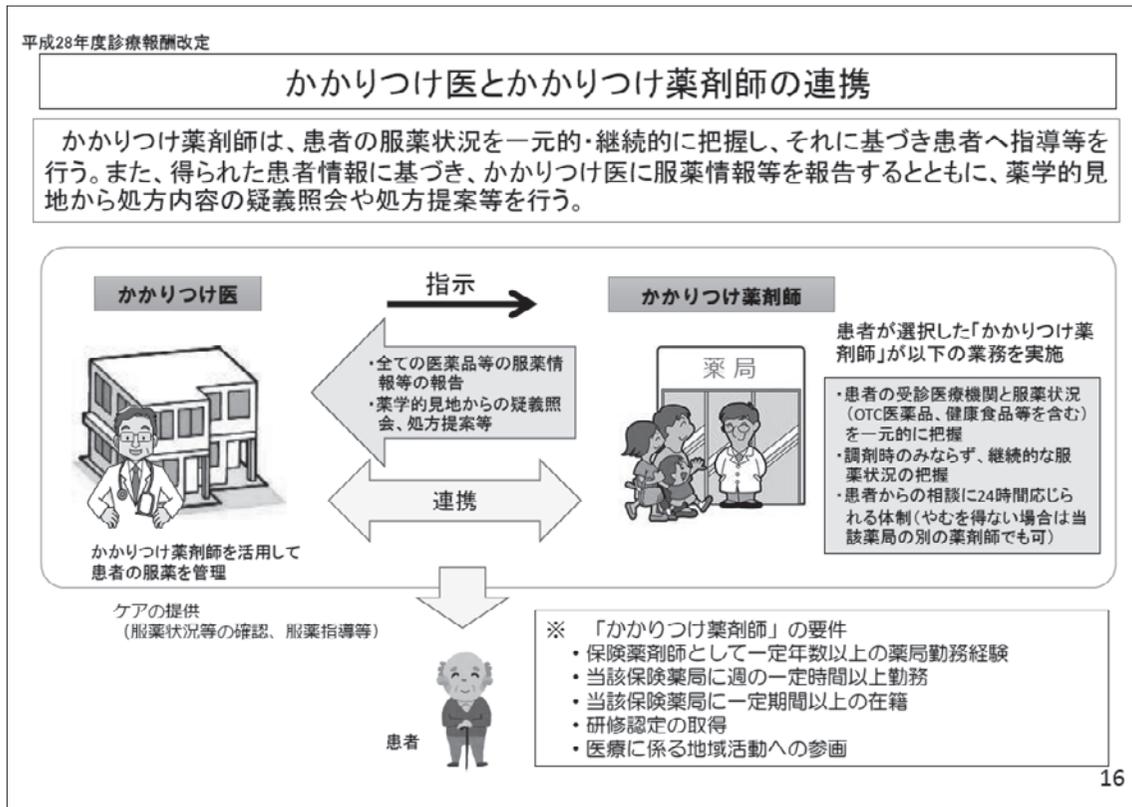
(参考) 保険薬局で算定する調剤基本料の点数については、施設基準の内容に含め、地方厚生(支)局へ届け出ることとする。

調剤基本料 (調剤基本料2～5及び特別調剤基本料は特例)		
調剤基本料1 41点	調剤基本料2 25点 (従来の特例)	調剤基本料3 20点 (いわゆる大型門前薬局)
調剤基本料4 31点 (基本料1の未妥結減算)	調剤基本料5 19点 (基本料2の未妥結減算)	特別調剤基本料 15点 (基本料3の未妥結減算)

※調剤基本料1～5に該当する場合に届出。届出をしない保険薬局は特別調剤基本料となる。

20

図4 厚生労働省診療報酬改定説明資料より



局批判をベースにしているが地域包括ケアシステムを展望し、かかりつけ薬局、薬剤師が担う3つの機能が提起されている。

その機能は図4薬局右欄にあるように、1) 服薬情報の1元的管理、継続的把握、2) 24時間対応、在宅対応、3) 医療機関との連携である。この提起は医薬分業の理念を引き継いでいて評価できる。そして今回の調剤報酬改定は「かかりつけ薬局」機能の強化と「かかりつけ薬剤師」が新設された。

このかかりつけ薬局の機能強化とし基準調剤加算の要件が見直された。筆者の属する全日本民医連の薬局は実態として門前薬局の立地になっている。しかし、地域の医療を担うため保険薬局では採算が合わない在宅業務を積極的に行っている。

しかし、表5の改定後要件についてみていただきたい。この在宅業務実績が1回/年とまったく形骸化されてしまった。これで地域包括ケアを担う薬局となるのか大変疑問である。また、この基

準調剤加算は大型門前で加算をとる事が大変困難になった。先にも述べたが薬局の規模、集中度で差別化される調剤報酬ではなく、提供している医療、機能、地域医療への貢献を基準として欲しい。

さらに表5の基準調剤加算の管理薬剤師の在籍期間が1年以上と定められた。表6の新設された「かかりつけ薬剤師」施設基準もみていただきたい。かかりつけ薬剤師でも6ヶ月以上の在籍を求めている。医科の診療報酬で非常勤医だから算定できない加算や報酬があるだろうか？在籍月数が問われる診療報酬があるだろうか？調剤報酬の加算を取るために薬剤師が職場に縛られる状況も発生しかねない。問題のある算定要件だと考える。

また、かかりつけ薬剤師の施設基準の地域活動への参画が大きな問題となっている。地方の厚生局によって「インスリンの針の回収で申請が受理された。」「民医連の共同組織の健康相談会では受理されなかった。」と、民医連の事業所のあるそれぞれの地方厚生局によって判断基準がまちまち

表5 厚生労働省診療報酬説明資料より

平成28年度診療報酬改定

基準調剤加算の要件見直し		
<b>《現行》</b>		
開局時間	○地域の保険医療機関や患者の需要に対応した開局時間	
備蓄品目	○700品目以上	○1,000品目以上
24時間体制	○単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携(連携する薬局数は10未満)	○当該薬局のみで対応
在宅業務	-	○在宅業務の体制整備※ ○在宅の業務実績(10回/年以上)
処方せん受付回数/集中度	○調剤基本料の特例対象薬局(大型門前薬局)ではないこと	○調剤基本料の特例対象薬局(大型門前薬局)ではないこと ○処方せん600回/月を超える薬局は集中度が70%以下
その他	○麻薬小売業者の免許 ○定期的な研修実施 ○インターネットを通じた情報収集と周知	
※在宅の体制整備として必要な事項 地方公共団体や関係機関等へ在宅業務実施体制の周知、医療材料及び衛生材料供給体制、在宅療養支援診療所(又は在宅療養支援病院)、訪問看護ステーションとの連携体制、ケアマネージャーとの連携体制		
<b>《改定後》</b>		
基準調剤加算 (32点)		
○平日は1日8時間以上、土曜日又は日曜日のいずれかの曜日には一定時間以上開局し、かつ、週45時間以上開局		
○1,200品目以上		
○単独の保険薬局又は近隣の保険薬局と連携(連携する薬局数は3以下)		
○在宅業務の体制整備 ○在宅の業務実績(1回/年以上)		
○調剤基本料の特例対象薬局(大型門前薬局等)ではないこと		
○麻薬小売業者の免許 ○定期的な研修実施 ○インターネットを通じた情報収集と周知 (医薬品医療機器情報提供サービス(PMDAメディナビ)登録義務)		
○プライバシーに配慮した構造		
○健康相談又は健康教室を行っている旨の薬局内掲示		
○かかりつけ薬剤師指導料等に係る届出		
○管理薬剤師の実務経験(薬局勤務経験5年以上、同一の保険薬局に週32時間以上勤務かつ1年以上在籍)		
○処方せん集中度が90%を超える薬局は、後発医薬品の調剤割合が30%以上		
23		

表6 厚生労働省診療報酬改定説明資料より

平成28年度診療報酬改定

かかりつけ薬剤師の評価①	
かかりつけ薬剤師の評価(出来高)	
<p>➤ 患者が選択した「かかりつけ薬剤師」が、処方医と連携して患者の服薬状況を一元的・継続的に把握した上で患者に対して服薬指導等を行う業務を薬学管理料として評価する。</p> <p><b>(新) かかりつけ薬剤師指導料 70点(1回につき)</b></p> <p style="text-align: right;">※ 薬剤服用歴管理指導料、かかりつけ薬剤師包括管理料又は在宅患者訪問薬剤師指導料(当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病又は負傷に係る臨時的投薬が行われた場合を除く。)と同時に算定できない。</p>	
【算定要件】	
<p>① 患者が選択した保険薬剤師が患者の同意を得た上で、同意を得た後の次の来局時以降に算定できる。</p> <p>② 同意については、当該患者の署名付きの同意書を作成した上で保管し、その旨を薬剤服用歴に記載する。</p> <p>③ 患者1人に対して、1人の保険薬剤師のみがかかりつけ薬剤師指導料を算定できる。かかりつけ薬剤師以外の保険薬剤師が指導等を行った場合は当該指導料を算定できない(要件を満たせば、薬剤服用歴管理指導料は算定できる。)</p> <p>④ 手帳等にかかりつけ薬剤師の氏名、勤務先の保険薬局の名称及び連絡先を記載する。</p> <p>⑤ 担当患者に対して以下の業務を実施すること。</p> <p>ア 薬剤服用歴管理指導料に係る業務</p> <p>イ 患者が受診している全ての保険医療機関、服用薬等の情報を把握</p> <p>ウ 担当患者から24時間相談に応じる体制をとり、患者に開局時間外の連絡先を伝え、勤務表を交付(やむを得ない場合は当該薬局の別の薬剤師でも可)</p> <p>エ 調剤後も患者の服薬状況、指導等の内容を処方医に情報提供し、必要に応じて処方提案</p> <p>オ 必要に応じて患者を訪問して服用薬の整理等を実施</p>	
【施設基準】	
以下の要件を全て満たす保険薬剤師を配置していること。	
<p>(1) 以下の経験等を全て満たしていること。</p> <p>ア 施設基準の届出時点において、保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験があること。</p> <p>イ 当該保険薬局に週32時間以上勤務していること。</p> <p>ウ 施設基準の届出時点において、当該保険薬局に6月以上在籍していること。</p> <p>(2) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。(当該規定は、平成29年4月1日から施行)</p> <p>(3) 医療に係る地域活動の取組に参画していること。</p>	
18	

となっている。地域医療や地域包括ケアを支えるための貢献度を測る適正なものさしを定めるべきである。

また、在宅患者の残薬の管理の点数が新設された。残薬の整理は本来、医薬分業で薬剤師が基本業務として行うものである。まずは、残薬が発生しないような医師の処方設計に関わることが薬剤師の本来の役割である。「残薬を出してしまうような処方せんを調剤して加算をとり、残薬を整理して加算をとって2重どりだろう」という批判をうけるのではないだろうか？

本来、残薬整理、他剤投与の削減、相互作用チェックなど処方せんの設計にかかわるような薬学的管理は加算ではなく、基本技術料に織り込まれるべきものとする。

2016年の調剤報酬改定は、大型駅前チェーン薬局を狙い撃ちした。しかし、薬剤師獲得や店舗移転の資金力が豊富なチェーン薬局が、いち早く高い調剤報酬に向けて対応しているのが実態である。

## おわりに

医薬分業は、薬剤師のプロフェッショナルリズム(専門職倫理)による専門性、自律性、利他性が保障されなければ成り立たない。それには本論で最初

に述べた薬剤師の身分法も含めた法的な整備が必要である。またその専門職倫理を育てる薬剤師の教育研修も欠かせない。そして薬剤師の社会的責任と役割に期待をする国民の声がなにより大切だろう。決して現状の利益誘導の調剤報酬改定や国が考える医療費削減のために都合のよい医療職といった政策では成し遂げられない。

## 参考文献

- 1) 日本薬剤師会ホームページ
- 2) 社会薬学(Jpn. J. Soc. Pharm.) Vol.34 No.2 2015 p61-62 薬剤師のプロフェッショナルリズム 寺岡章雄
- 3) 日病薬誌 第49巻 2号 p133-136 2013年 日本の薬剤師と医薬分業 政田幹夫、中村敏明
- 4) 内閣府ホームページ 規制改革会議 公開ディスカッション(医薬分業による規制のみなおし)資料
- 5) 日医総研ワーキングペーパー no349 調剤医療費の動向と大手調剤薬局の経営概況
- 6) 薬事日報2015年6月3日付「現地で開局した日本人が解説、ドイツ高い薬局の独立性」

(たかだ みつお、薬剤師・全日本民医連理事)

# 報告書

## 非営利・協同総研いのちとくらし／全日本民医連／保健医療研究所共催 イギリスの医療・福祉と社会的企業視察報告書

248p、頒価500円、ISBN 978-4-903543-14-7

発行日 2016年6月15日

発行 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

2015年10月31日(土)～11月8日(日)実施のイギリス視察報告と、ロンドン認知症ケア視察の報告も入っています。

ロンドン、サンダーランドにおけるNHS医療と介護の関係や、社会的企業が提供する社会サービス、子ども・若者支援など、現地内容と論考によってイギリスの状況を知ることができます。(表紙2色、本文モノクロ)。

### 【目次】

- ・日程概要(事務局)
- ・イギリスの医療・福祉と社会的企業視察の総括

### ●第1部 医療・福祉視察

1. イングランドのNHSファンデーション・トラストの構造
2. 英国の医療・介護の動向
3. ガイズ・アンド・セント・マス病院—National Health Service (NHS) 制度における当事者の参加—
4. 資料：サウス・ロンドン・アンド・モウンズリー NHS-FT
5. (1) サンダーランド市民病院トラスト (Sunderland City Hospital & Colleagues)  
(2) サンダーランド市民病院 (院内見学)
6. 英国のGPクリニック 視察報告
7. エイジUK ルイシャム・アンド・サザーク ストーンズ・エンド・デイ・センター (Age UK Lewsham and Southwork Stones End Day Centre)
8. イギリスのアルツハイマー研究の最先端と日本の治験研究—アルツハイマー病治療剤の臨床試験と医師主導治験

八田英之

石塚秀雄  
高木幸夫  
馬渡耕史  
山田 智  
小磯 明  
小磯 明  
村口 至  
竹野ユキコ・熊倉ゆりえ  
小磯 明

### ●第2部 社会的企業視察

- ・イギリス社会的企業研究20年を振り返って
- ・イギリスの感想
- ・女性による女性のためのコミュニティ・ビジネス Account 3 (アカウント3)
- ・非営利住宅供給会社とコミュニティ開発—イングランド、サンダーランドのジェントウー Gentoo の事例—
- ・英国社会的企業のインフラストラクチャー組織 SES (Sustainable Enterprise Strategies) の現況
- ・英国・従業員所有企業の展開—Sunderland Home Care Associates Ltd. の事例—
- ・就労支援と学校教育—イギリスと日本との就労支援の在り方とその背後にある思想に着目して—
- ・イギリス社会における非営利セクターの存在意義

中川雄一郎  
志藤修史  
二上 護  
石塚秀雄  
熊倉ゆりえ  
熊倉ゆりえ  
走井洋一  
杉本貴志

### ○第2部資料編 視察インタビュー記録

1. アカウント3 (Account 3)
2. サンダーランド・ホーム・ケア・アソシエーツ (SHCA)
3. ジェントウー (Gentoo)
4. フラワー・ミル (Flower Mill)
5. ボックス・ユース・プロジェクト (The Box Youth Project)
6. スペース・ツー (Space 2)
7. サステイナブル・エンタープライズ・ストラテジーズ (SES)

### ○感想その他

- ・マルクス・エンゲルス、英国の社会調査
- ・東ロンドン見学とトインビーホール

小磯 明  
竹野ユキコ

### ●補論：2015年9月ロンドン認知症ケアの視察報告

(いずれも小磯明)

1. サウス・ロンドン・アンド・モウンズリー NHS-FT- キングス・ヘルス・パートナーズの取り組み—
2. 継続的ケア・ユニット—グリーンベール・スペシャリスト・ケア・ユニット
3. クロイドン・メモリー・サービス (サウス・ロンドン・アンド・モウンズリー NHS-FT)
4. サットン・ケアラーズ・センターとアドミラルナースの連携
5. デイメンシア UK- アドミラルナースの貢献—
6. 認知症診断率の改善



## 〈医療政策・研究史〉(13)

# 明治150年の医療

## —「モデル追いかけ」から「モデル」に—

野村 拓

### ●「ドイツ・モデル」など

来年(2017)は「明治150年」の節目である。150年前、近代国家へのスタート地点に立って、欧米型モデルを追いつづけて150年、分野によっては、日本がモデル視されるようになった。それも、「トヨタ・カイゼン・システム」の医療への適用、というようなくすっぺらいものではなく、かなり、日本医療の深部にまで目を向けた上での「モデル視」という傾向も現れた。

一般医的性格と専門医的性格とを合わせ持つ日本の開業医医療の「効率性」を指摘する本も出されているし、「日赤」、「済生会」、「厚生連」、「日本医療福祉生協」、「民医連」を正確に紹介する本も現れた(後述)。

この150年を、「モデル追いかけ」から「モデル」に、という歴史的視野に立って、集約的に検討してみたい。

日本医療が近代化のスタート地点に立ったときの有力モデルはドイツであった。端的に言えば、医学研究面ではコッホとその一門による細菌学、医療制度面ではビスマルク創始の疾病保険制度であった。前者については、東大・衛生学細菌学講座の初代教授が「細菌学説」に取りつかれて「脚気菌」を発見(明治19年)したし、後者については、1873年設立のドイツ社会政策学会に習って、1896(明治28)年に日本社会政策学会がスタートして工場法や健康保険制度の検討をはじめた。

官僚のエリートは東大法学部のドイツ法出身ということになり、大正9(1920)年に内務省に社会局ができた直後に入省したエリートたち(灘尾弘吉、古井嘉美など)が、その後の厚生行政に強い影響力を発揮した。

もちろん、ドイツ一辺倒と言う訳ではなく、後藤新平の『国家衛生原理』(1889)には、イギリスの公衆衛生学者、ウィリアム・ファー(この本では「ファル」となっているが)の業績が紹介されているし、大日本私立衛生会機関誌『公衆衛生』の題字はフランス語である。そして、スイス系多国籍企業「ネスレ」は早々と「人工栄養食品」(練乳)を日本へも浸透させ始めていた。

「社会衛生学」が「民族衛生学」に変質し「軍事優生学」(ナチズム)への道を歩んだドイツでは「公衆衛生」を冠した組織、出版物は少なく、その影響で、戦前の日本では(戦後、憲法25条のキーワードの一つとなった)「公衆衛生」という言葉をつかった社会的存在は、前記の雑誌と、1938年にロックフェラー財団の全額寄付によって建設された「公衆衛生院」ぐらいであった。

### ●植民地支配と社会政策

明治期の日本が「ドイツ・モデル」、というよりは「ビスマルク・モデル」を追いかけていたころ、ビスマルクはヨーロッパの列強首脳を集めて「ベルリン・アフリカ会議」(1884-85)を開いていた。これはベルリンとアフリカが会議をするのではなく、ベルリンで「アフリカの植民地的分割」を協議したわけである。内に社会政策、外で植民地経営、というスタンスで、ドイツ領東アフリカ(現在のタンザニア)や「南西アフリカ」を入手し、当時、植民地支配者を悩ませた「アフリカ睡眠病」(トリパノゾーマ)の特効薬(Bayer 205号)を開発して、植民地支配をリードした形となった。そして、植民地再分割戦争としての第1次世界大戦、ということになるのだが、その前夜における列強の貧困問題、労働者問題を抱えながらの建艦

(図1) 1930年の人口統計の1部 (英)

The Registrar-General's Statistical Review of England and Wales for the Year 1930.  
His Majesty's Stationary Office.1931.

116

TABLE Y.—Census Populations, 1921.  
BRITISH EMPIRE, DOMINIONS, COLONIES AND POSSESSIONS.

Country.	Enumerated Population.	Decennial Rate of Increase or Decrease (per cent.).
<b>Europe—</b>		
England and Wales .. .. .	37,886,699	+ 4.9
Scotland .. .. .	4,882,497	+ 2.6
Northern Ireland (a) .. .. .	1,256,561	+ 0.5(c)
Irish Free State (a) .. .. .	2,971,992	- 5.3(c)
Isle of Man .. .. .	60,284	+ 15.9
Jersey .. .. .	49,701	- 4.2
Guernsey, etc. .. .. .	40,529	- 9.9
Gibraltar .. .. .	22,018	- 13.2
Malta and Gozo .. .. .	224,680	- 1.7
<b>Asia—</b>		
Ceylon .. .. .	4,498,605	+ 9.6
Cyprus .. .. .	310,715	+ 13.4
Hong Kong .. .. .	625,166	+ 36.9
India .. .. .	318,942,480	+ 1.2
Malaya (British) .. .. .	3,358,054	+ 25.6
Singapore .. .. .	425,912	+ 36.5
Penang .. .. .	304,335	+ 9.4
Malacca .. .. .	153,522	+ 23.7
Perak .. .. .	599,055	+ 21.2
Selangor .. .. .	401,009	+ 36.3
Negri Sembilan .. .. .	178,762	+ 37.2
Pahang .. .. .	146,064	+ 23.0
Johore .. .. .	282,234	+ 56.4
Kedah .. .. .	338,558	+ 37.7
Perlis .. .. .	40,087	+ 22.6
Kelantan .. .. .	309,300	+ 7.8
Trengganu .. .. .	153,765	- 0.2
Brunei .. .. .	25,451	+ 17.1
Mesopotamia .. .. .	2,849,282	?
North Borneo, British .. .. .	257,804	+ 23.8
Palestine (mandated) (b) .. .. .	757,182	?
<b>Africa—</b>		
Basutoland .. .. .	498,781	+ 23.3
Bechuanaland .. .. .	152,983	?
Gambia .. .. .	210,530	?
Gold Coast .. .. .	2,029,754	?
Kenya (non-native) .. .. .	45,633	+ 203.0
Mauritius (with dependencies) .. .. .	385,085	+ 2.1
Nigeria (including British Cameroons) .. .. .	18,631,442	?
Nyasaland .. .. .	1,201,983	+ 23.8
Rhodesia, Northern .. .. .	983,539	+ 19.6
Southern (Europeans only) .. .. .	33,620	+ 42.4
St. Helena .. .. .	3,747	+ 7.8
Seychelles .. .. .	24,523	+ 8.0
Sierra Leone Colony .. .. .	85,163	+ 12.7
Protectorate .. .. .	1,456,148	+ 9.7
Somaliland (non-native) .. .. .	2,205	?
Swaziland .. .. .	112,951	+ 13.0

(a) Census taken in 1926.

(b) Census taken in 1922.

(c) Increase or decrease from Census of 1911.

競争や、ようやく有効性を発揮し始めた近代医学の社会政策への組み込み（1911年の医療政策）\*については、拙著『20世紀の医療史』（2002）を参照されたい。

\*

（1911年の医療政策）とは、以下のことを意味する。  
・ドイツではビスマルクの疾病保険の適用範囲の拡大と、早くも入院日数短縮のための退院後訪問看護の保険適用。  
・イギリスは国民保険法によって、ビスマルク・モデルに接近。  
・アメリカでは、ウィルソン民主党政権によって労災補償法。しかし、公的健保は失敗。  
・日本ではヒトコマ遅れて恩賜財団「済生会」、これらはいずれも1911年という意味。

第1次世界大戦で敗れたドイツはすべての植民地を失い、苛酷な賠償を強いられた。第2次世界大戦で日本軍の前線基地となったラバウルのあたりは、かつては「ビスマルク諸島」と呼ばれていたが、ドイツの敗戦によって「ニューブリテン島」や「ニューアイルランド島」と変わるが、どういうわけか「海」だけは、いまでも「ビスマルク海」である。前記、特効薬を賠償品目としてとりこんだ戦勝国、イギリスでは、装甲自動車や救急車を製造したロールスロイス社は「軍需」から「民需」へとスマートに転身し、火薬メーカーは「化学繊維メーカー」へ転身するなどして、1920年代の、いわゆる「耐久消費財革命」を演出することになる。そして、その対象は、植民地から流れ込む「富み」の分け前にあずかることのできる「ミドル」であった。

〈図1〉は、「大英帝国」が51カ国を支配下においた1930年の人口統計の一部である。

いわゆるビクトリア時代からはじまった植民地支配は、第1次世界大戦の勝利者として、旧ドイツ領の植民地まで入手することによって、本国への富の流入の分け前にあずかれる「ミドル」層を分厚いものとし、この社会階層が耐久消費財革命の市場となった。

ひとつだけ例を挙げよう。1927年に、デイリーメール社主催の『住宅展示会』が開かれた時の資料集を見れば、すでに「セントラル・ヒーティング」〈図2〉が登場し、住宅設計図に自家用車の

ガレージ〈図3〉〈図4〉とテニスコートは常識であった。

## ●「医療の複線化」、そして専門医の医療

この耐久消費財革命の時期は、医療面から見れば、「ミドル」対象の病院・専門医医療が興りつつあった時代でもあった。すなわち、1911年の国民保険法によって、年収250ポンド（職種によっては160ポンド）以下の社会階層が、「救貧医的GP」の「あてがい扶持医療」の対象にくみこまれ、聴診器一本のGPと病院・専門医医療との分化が始まるのである。

かつては「隔離・収容の場」に過ぎなかった病院が、医療技術革新によって「治療の場」へと性格を変えるにつれて、「治りたい」という欲望の市場化が強まり、「ミドル」の経済能力は病院を根拠とする専門医医療を求めるようになった。1920年代から1940年代にかけてGPは病院医療から弾き出され、結果的に公衆衛生行政や保健所活動とむすびつくことになるのである。

この時期、専門医化が進行するが、「専門医化」がもたらしたネガティブな結果を示したものが1935年から行われたベッカム地区での地域保健調査〈図5〉である。

つまり、専門医が、それぞれの立場で腕によりをかけて「病気の発見」につとめれば、住民はみな病人になってしまうということである。

この『ベッカムの実験』の報告書の第6版〈図6〉が日本に紹介された時期は、戦後の1947年であり、この報告よりも、NHS(National Health Service)の方に世界の医療・公衆衛生関係者の関心は向けられていたと思う。日本の厚生省の予算要求項目のなかにも、イギリス型「人头登録式診療報酬」検討費が盛り込まれたくらいである。

〈図2〉 セントラル・ヒーティング  
 (The Daily Mail:Ideal Houses Book.1927.The Daily Mail.)

**CENTRAL HEATING**  
 BY ALL SYSTEMS ILLUSTRATED BROCHURES ON REQUEST  
 HOT WATER SUPPLY, ELECTRIC LIGHTING

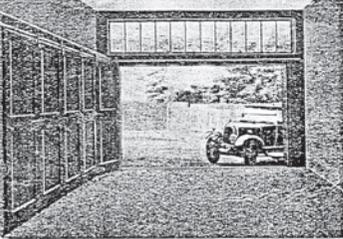


"WILDERTON," BOURNEMOUTH.

Branches at:—  
 London,  
 Manchester,  
 Birmingham, Glasgow, Dublin, Bournemouth,  
 Bristol, Newcastle, Torquay, Eastbourne

**G. N. HADEN & SONS, Limited.** Works and Head Office—  
**TROWBRIDGE.**

〈図3〉 自動車のガレージ (前掲書)



**SAVE YOUR CAR WINGS FROM BEING DAMAGED BY DOORS.**

When planning your new Garage be sure to have it fitted with  
**"OUT - OF - THE - WAY"**  
 and  
**"AROUND - THE - CORNER"**  
**SLIDING DOOR FITTINGS**  
 They take no valuable swinging space, are weatherproof and inexpensive.  
 Full particulars gladly sent.

**GEO. W. KING, LTD.,**  
 WINDMILL LANE,  
 STRATFORD, LONDON, E. 15  
 'Phones: Maryland 2765-4.

〈図4〉 住宅展・カタログ (1927) から




**The Maple House**  
 Maple & Co. Ltd.,  
 149, Tottenham Court Road, W.1

[ 63 ]

〈図5〉『ペッカムの実験』  
(日本に入ったものは第6版、1947)

*A Sir Halley Stewart Trust Publication*

THE PECKHAM EXPERIMENT

*a study in*

*The Living Structure of Society*

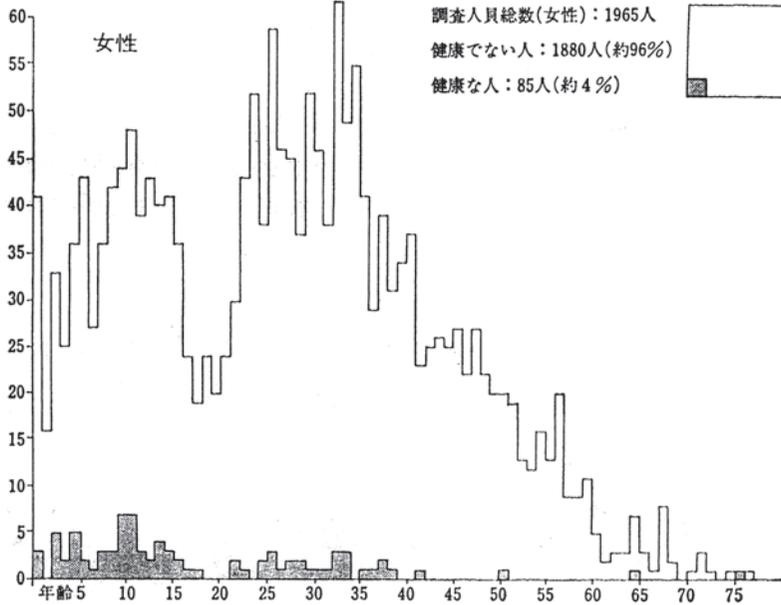
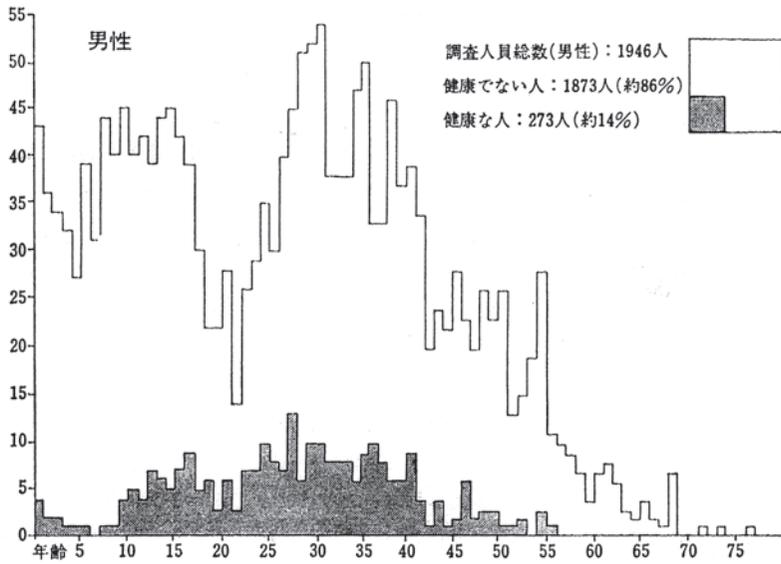
*by*

INNES H. PEARSE, M.D.

LUCY H. CROCKER, B.Sc.

*Published for*  
*the Sir Halley Stewart Trust*  
by GEORGE ALLEN AND UNWIN, LTD  
40 MUSEUM STREET, W.C.

〈図6〉『ペッカムの実験』から



・ Innes H.Pearse 他 :The Peckham Experiment. 6 版 (1947) George Allen and Unwin.

野村拓『医療改革』(1984. 青木書店)

## ●アメリカにおける専門医化

同時期のアメリカにおける「専門医化」を年表風にしめせば次のようになる（表1）。

救貧法段階ないし社会政策的段階を経過しなかったアメリカ医療は、いうなれば一元的ブルジョア市民医療としてスタートし、その主役は権力者のお抱え医者でも救貧医でもない Self-employed M.D.（開業医）であった。

1895年、北東部のブルジョア市民社会の開業医たちが集まって「1895年の医療政策」を作成したが、その内容は「共用の病院」（オープン・システムの病院）を造ること、医学研究の促進と医学教育のレベル・アップなどであった。これらの主役を「アメリカ的 GP」と呼ぶならば、イギリス型「救貧医」型 GP とは、ちがってくるのは当然で、後に「キャデラック医療」と「フォルクスワーゲン医療」などと差別されることになるが、アメリカの GP が「産科」「一般外科」までこなすのは、奴隷や後発移民などを医療の圏外におきながらも、「ブルジョア市民」ないし「ミドル」用の医療として「一元化」されていたからである。

アメリカでは、「往診」のことを horse-baggy medicine と言い、日本では「往診用人力車」の広告が医学雑誌に載っていた。日本では「人力車医療」の下に保険診療ができて「複線化」したが、アメリカでは保険診療がなく、言うなれば「ブル

ジョア型・単線医療」であり、多くの人達が医療の圏外におかれていた。

アメリカ経済が繁栄のなかにありながら、なぜ医療の圏外におかれる人が多いのか、これは後述の「アメリカ医療費委員会」（CCMC）の調査を動機づけるものであったが、そんなことにはおさまいなく、欲望開発型の市場型専門医療が発達し、やがて「世界大恐慌」。公的保険というクッションがないので「医師も公的救済の対象」という声まであがったが、経済が回復すれば、相変わらずの市場型・欲望開発医療。そして昔より悪くなっているのは、製薬産業、生保・損保産業、メディカル・エレクトロニクス産業の参入によるものではなかろうか。

したがって、アメリカで1930年代に進行した専門医化は、いわゆる「ミドル」を対象とした欲望開発型・市場原理に動機づけられたものが多く、特に、専門医集団による高度医療の成功例としての「メイヨー・クリニック」に刺激されるところが多かった。

しかし、経済的繁栄のなかで高度医療の成果を享受する階層のかけで、医療を受けられぬものが多いこと、そして診療費を回収できない医師が多いことなどから、医師、公衆衛生学者、社会学者などによって1925年、「アメリカ医療費委員会」（CCMC）が立ち上げられ、1928年から1933年にかけて28巻の報告書を刊行し、今日においても医療経済学の古典としての地位を維持している。そ

〈表1〉 専門医認定委員会年表（米）

神経外科医認定委員会	形成外科医認定委員会	麻酔科医認定委員会	外科医認定委員会	病理科医認定委員会	内科医認定委員会	泌尿器科医認定委員会	整形外科医認定委員会	放射線科医認定委員会	精神・神経科医認定委員会	皮膚・梅毒科医認定委員会	産婦人科医認定委員会	耳鼻科医認定委員会	眼科医認定委員会
一九四〇	一九三八	一九三八	一九三七	一九三五	一九三五	一九三五	一九三五	一九三四	一九三四	一九三一	一九三〇	一九二四	一九一六

野村拓『講座 医療政策史』改訂版（2009. 桐書房）

の中の一冊、

☆ I.S.Falk 他: The Incidence of Illness and Receipt and Costs of Medical Care Among Representative Families. (1933) Univ. of Chicago Press.

では、「広義の労働不能」と「なんらかの受療(買薬も含む)」という社会科学的な指標によって「病的な状態」を定義し、医療需要(Medical Demand)から区別して医療ニード(Medical Need)という概念を定立した。そして「ニード」があっても、所得水準が低ければ「潜在化」しやすいものであることを明らかにした。

この業績は、戦後、日本の占領行政に参画した「ニューディーラー・左派」と言うべきグループを通じて、日本の厚生省進歩派に影響を与えるのである。

もちろん、専門医化への動機を、「ミドル」対象の欲望開発型の医療へ単純化するつもりはないが、これまでの「専門医化」論に欠落している点を指摘しておきたかったわけである。

同時期の日本は、「セントラル・ヒーティング」とも「自宅テニスコート」とも縁遠く、開業医の名刺の肩書も「内科産科小児科」「耳鼻咽喉科気管食道科外科一般」「内外科一般」「全科」などと書かれてあり、内務省衛生局の1935年の調査では2,573の無医村を抱えていた。そして、わけのわからぬ「売薬」に依存する傾向も強かった。

日本は、いわゆる「社会政策段階」を経過することによって、健康保険法が施行され、戦時マンパワー政策とのからみで適用対象も拡大され、敗戦時には、国民の74.6%が何らかの公的医療保険に加入し、医師の約8割が保険医登録をしていることで米軍関係者を驚かせた。そして、医療内容があまり高度化・専門医化していなかったことも「保険で良い医療を」の運動をやりやすくした、とも言える。

## ●帝国主義の後追い挫折のメリット

日本という帝国主義の後追い国家が、15年戦争という大きな犠牲と授業料を払って「平和国家」に生まれ変わったことは、「複線化医療」「格差医療」克服のための有力な条件を形成した。

新憲法25条の3つのキーワード「社会福祉」「社

会保障」「公衆衛生」は「国家の健全性」を測る「モノサシ」であったが、「戦争国家」においては「社会福祉」「社会保障」という言葉さえなく、「公衆衛生」という名を冠した組織名は前述のようにロックフェラー財団の全額寄付によって1938年に完成した「公衆衛生院」だけであった。

戦後の厚生省は、この3つのキーワードの番人として、統計調査部を中心に比較的健全であった。「疾病と貧困の悪循環」を断ち切ることを提唱し、「所得階層別・有病率」(図7)も公表した。

住民の健康意識、医療認識も高まり、1955年、岩手県では県民100%国保加入が達成され、住民参加の健康雑誌『岩手の保健』はユニークな役割を果たした。この経過を岩手国保連がまとめた本に『社会保障の星』(1955)(図8)という表題がつけられたのはきわめて象徴であった。

他方、結核患者組織、日本患者同盟は結核新薬の公費医療適用を要求し、戦前の無産者医療運動、生協運動などの流れを汲む医療民主化運動や開業保険医運動の運動は、公費医療、保険診療で「良い医療を」という方向に収斂され、昭和初年の健保施行以来の「複線化医療」は克服され、一部開業医に見られた「保険診療蔑視」の傾向も克服された。

この時期、一方で、厚生省はイギリス GP 型の「人頭登録型診療報酬」の研究をやっていたし(リーダーズ・ファイル6巻・『医療福祉職の世界史』参照)、アメリカからは、絶え間なく、新医療技術や新薬が導入されつつあった。

また、「聴診器1本の医療ではなく」という国

〈図7〉現金実収入階層別にみた勤労その他の世帯の有病率

現金実収入階層	世帯人員千人対傷病人員
0~4,999円	67.5
5,000~9,999	42.6
10,000~14,999	30.6
15,000~19,999	25.8
20,000~24,999	24.9
25,000~29,999	23.0
30,000~39,999	25.1
40,000円以上	20.2
不詳	56.4

〈図8〉  
岩手国保連の『社会保障の星』(1955)



民的要求も強かった。そして、政策的展開と「運動」との合力のような形で「折り合い」をつけてしまったのは、対外的には説明の難しい「日本のパフォーマンス」というべきである。厚生省サイドから出された啓蒙雑誌『厚生』(1954.12.)の「あとがき」には、患者団体も保険医団体も厚生省前にゴツチャに座りこんでわけが分からなくなった、と書かれてあるが、これらの「合力」から「折り合い」が生まれたのである。

考えてみれば、国民皆保険と「出来高払い制」と「標榜科目自由」の開業医制に「折り合い」をつけることは容易なことではなく、対外的には高度の説明能力が求められる事項であるが、この「折り合い」の核心部分に開業保険医団体が位置していることに注意しなければならない。そして、公費医療制度、市場型医療制度がそれぞれに制度疲労を起こしつつある今日、日本の医療制度は国際的に注目を浴びつつある。

## ●日本医療のモデル化

もちろん、日本医療への海外からの目線も進化したつつある。「安上がり社会保障」の例として挙げられたこともあるし、自動車1台当たりの企業の労働者の医療費負担の安さが指摘されたことも

ある。また、経営効率を高める「トヨタ・システム」を輸入して医療に適用した『医療におけるカイゼン』というような本も出されて逆輸入されたりしている。

しかし、最近では日本医療に対してかなり深い理解力をもった「本」が出されるようになり、日本の開業医が専門医的能力を持って2次医療にふみこんだ医療をやっているのは「効率的」と評価するものも現れた。そして、公費医療制度に行き詰まりを感じ、2012年、軍事的港湾都市、シアトルに1245床のSwedish Medical Centerを進出させたスウェーデンの、脱福祉国家、多国籍企業化への道を示す本が出され、ここでは「日本医療」がモデル視されている。それは

『福祉国家への民主的手法』と訳すべき本  
☆Victor A.Pestoff: A Democratic Architecture for the WelfareState. 2016. Routledge.

で12章構成のなかの第7章を「医療の民主化—日本の例」に当て、

- ・恩賜財団 済生会
- ・日本赤十字社
- ・厚生連
- ・日本医療福祉協同組合
- ・全日本民医連

などの紹介を行っている。

「済生会」については1911年設立で現在所有の医療機関数、職員数など紹介され、「日本赤十字社」は1877年設立で多くの医療機関の他に「血液センター」を持つことも紹介されている。「厚生連」については、「農協」の医療部門としての発展の歴史が紹介されている。

この本の初版が出されたころには、日本生活協同組合医療部会であった日本医療福祉生活協同組合については、1930年から1940年代にかけての「反戦」の歴史が紹介され、戦後の1991年に『患者の権利章典』を公表したことも紹介されている。

「班」組織による地域活動や、地域浸透力の強い埼玉の例なども紹介されている。

「民医連」について、1930年代の帝国主義反対の闘いから戦後における再組織、医療機関の周辺に「共同組織」を持つ活動方式などが紹介されている。

この本は、もともと、スウェーデンないし、北

欧福祉国家の立場で書かれたものであり「公的」ゆきづまりをいかに打開するか、という問題意識が感じられる。そしてその際、「公的」でも「第三セクター」でもない形でこれだけの巨大組織が日本の医療をカバーしていることに新鮮なおどろきを感じているのではないか。

もちろん、このように、多少ともモデル視する視線のほかに、日本は高齢化、「痴呆化」の大波

にどう対処するか、という意地の悪い視線を投げかける向きもある。「医療に軸足をおいた草の根・社会保障」で、という答を用意したいところだが、まず、この言葉が説得力をもち得るような研究を展開しなければ、と考えている。(2016.4.15)

(のむら たく、医療政策学校主宰)

# 報告書等の発行一覧

詳細はウェブサイトの出版情報をご覧ください

## 視察報告書、翻訳

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

## ワーキンググループ報告書、ワーキングペーパー

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

# 貧困者・生活困窮者支援の在り方を考える —長野県民医連生活保護受給者実態調査の自由記述の分析から—

石坂 誠

## 1. 研究の目的・背景

貧困・格差が拡大し、深化する中、2014年7月に改正生活保護法が施行され、また、2015年4月には、生活困窮者自立支援法が施行された。二つの法律に共通するのが、就労自立の強化である。世界的な潮流であるワークフェアが、日本においても徹底されようとしていると考える。

こうした中、貧困者・生活困窮者の支援のあり方が問われている。目の前の貧困への対応はもちろん重要であるが（ミクロ）、地域での居場所づくりや排除しない寛容な地域づくり（メゾ）、そして制度・政策の改変等、マクロの視点の強化が今日とりわけ求められている。

## 2. 研究方法

先行研究の検討と長野県民医連が行った生活保護受給者の実態調査の自由記述の分析から、貧困者・生活困窮者支援の在り方について考察する。

長野県民医連の調査は、2014年1月1日～3月20日に行われた、長野県民医連加盟の病院、介護事業所等の生活保護受給者224人への面接による聞き取り調査である。その中の、町内会等に不参加74%、冠婚葬祭に不参加52%、生保への経路は疾病がきっかけが多い、高圧的な福祉事務所の対応等に着目し、この4つの項目の自由記述を分析した。

分析方法は、4つの自由記述それぞれの文脈の切片化からコーディングを行いカテゴリーを抽出し、全体図と内部構造の詳細表を作成した。そこからストーリーラインの記述を行った。

なお、本研究でいう貧困者は、生活保護受給者や低所得世帯等を想定している。また、生活困窮者については、生活困窮者自立支援法第二条で定

義されている「現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者」とする。

## 3. 倫理的配慮

自由記述の分析にあたっては、長野県民医連事務局の許可を得ている（調査の際は、結果を社会に発信していく事、政治が担う役割を問うていくことに使用していく事、そして個人が特定されない配慮をすることを依頼文で示し、了解を得ている）。

分析にあたっては、個人や団体等が特定されないように配慮した。また、話し言葉に関しては、意味が変わらない程度に加工するなどの倫理的な配慮を行った。

## 4. 結果：生活保護受給者実態調査

### (1) 調査結果の概要

調査対象者は長野県民医連の病院・診療所・介護事業所の患者・利用者の内、生活保護を受給している方224名（未回答12名含む）で、男性137名、女性75名、平均年齢は65.7歳であった。まず最初にあげられるのが、糖尿病、高血圧を中心に慢性疾患をいくつも重複している人が多く、健康破壊の状況が明らかになっている。住居は、築30年以上のアパートに住んでいる人が多く、水光熱費は寒さと灯油の高騰で、多くが15,000円以上となっており、冬期加算で灯油までまかなえていなかった。被服購入は年一回も買ったことがない方が61名と圧倒的に多く、1日3回食事をとれていない人は77名（36%）であった。さらには町内会や老人クラブ、地域・学校行事などの活動に全く参加

しない人は154人で74%、冠婚葬祭に全く参加しない人は109人で52%と社会的排除・社会的孤立とも言える実態が浮きぼりとなっている。

(2)自由記述の分析(詳細図とストーリーライン)

以下、図とカテゴリーの内部構造(表)からストーリーラインを記述する。尚、大カテゴリーは、太線下線、中カテゴリーは太線で示した。

①町内会や老人クラブ、地域・学校行事に参加しているか(図1、表1)

□ストーリーライン

町内会や老人クラブ、地域・学校行事に参加しない理由としては、病気・身体が不自由、人間関係や、やるきがない・好きではないといった心理的なもの、そして案内が来ないと言う社会的排除と言えるもの、金銭面の理由が主なものであった。

病気・身体的理由では、体の事があるので出たくない、車椅子なので外に出られない、病気になってからいくのが大変等、生保受給に至る過程で体調面が悪化していることが伺われる。人間関係ややるきがない・好きでないという理由は、いわ

ば、心理的に排除されているという面もあると考えられる。生活保護による周りの目、他人の目が怖い、知り合いがいない、面倒、関わりたくないという言葉にそれは現れていると言える。

案内が来ないという点には大きな課題が含まれている。声もかからない、配布物も来ない等、地域個々の事情はあるにせよ地域で、貧困者が受け入れられていないのは大きな問題である。地域住民としての義務をはたすのは大変なことではあるが、大変さを含めた一般的な生活を送るのも権利と考える。金銭面では、区費がかなりの負担になっていることが伺われる。

②冠婚葬祭に参加しているか(図2、表2)

□ストーリーライン

冠婚葬祭に出られないのは、金銭面、体調面、人間関係の3つが大きな理由になっている。金銭面では、香典が用意できない、交通費が出せない、臨時の出費がある時足りない(保護費用)など、切実な状況が語られている。体調面では、身体が不自由、足や膝が悪いと言った理由になっている。人間関係面では、家族とは絶縁状態、疎遠、連絡

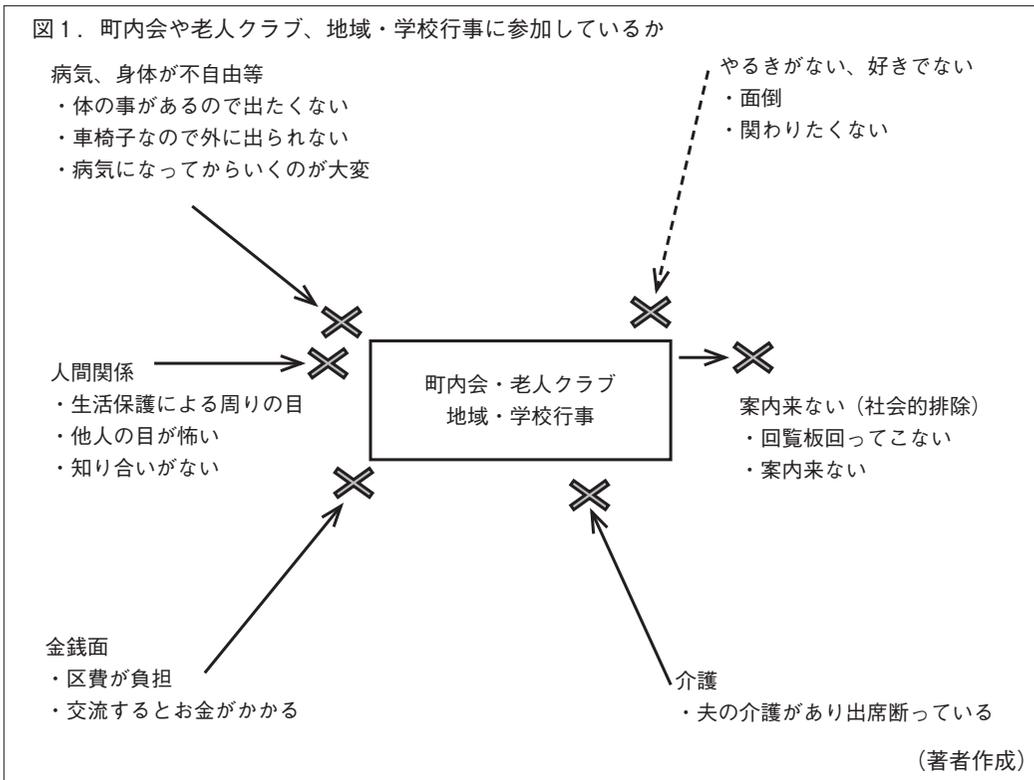


表1 町内会や老人クラブ、地域・学校行事に参加しているか

大カテゴリー	中カテゴリー	大カテゴリー	中カテゴリー
病気、身体が不自由等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・迷惑がかかる（体調面で）</li> <li>・病気になってから行くのが大変</li> <li>・車椅子なので外に出られない</li> <li>・車椅子のため、移動が困難</li> <li>・内縁の夫が病気で他人がいると精神的に不安定になる</li> <li>・体調が悪い</li> <li>・体の事があるので出たくない</li> <li>・身体が不自由</li> <li>・腰痛、付き合いにくい</li> <li>・病気で動けない</li> <li>・入所中だから</li> <li>・畳に座ることができない</li> <li>・体調不良</li> <li>・身体が不自由なので</li> <li>・足が痛いのでいくことができない</li> <li>・足の調子が悪い</li> <li>・車いすのため参加できない</li> </ul>	案内来ない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・誘いが無い、回覧板が回ってこない。お金がかかる</li> <li>・連絡がない</li> <li>・個々の付き合いがない。回覧もない</li> <li>・声もかからない</li> <li>・お年寄りと呼ばない。案内来ない</li> <li>・回覧来ない。別に行かなくてもいい</li> <li>・案内来ない。来ても行かない</li> <li>・案内来ない。配布物来ない。もともと地域のつながりがない</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・足が痛いのでいくことができない</li> <li>・足の調子が悪い</li> <li>・車いすのため参加できない</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・区費がかかる。交流するとお金がかかる</li> <li>・区費が負担で加入できない</li> <li>・区費を最初に断っている</li> <li>・区費を払っていない</li> <li>・お金がない</li> </ul>
人間関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>・みんなに気を使われるのがいやだから</li> <li>・老人の方と接点が少ない</li> <li>・付き合いがない。付き合いにくい</li> <li>・生活保護による周りの目が気になる</li> <li>・子供の行事のみ。他人の目がこわい</li> <li>・近所の人も入っていないから</li> <li>・友人も参加しないため</li> <li>・人付き合いが苦手（3）</li> <li>・転居したばかりのため</li> <li>・付き合いがない、誘わない</li> <li>・知り合いがない</li> <li>・知らない人ばかりだから</li> <li>・女性が多かったり、同世代の方がいない</li> <li>・あまり知り合いがない</li> </ul>	その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夫の介護があり出席断っている</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・行っても手伝えない</li> <li>・本人の要望にマッチしていない</li> <li>・ふれあい福祉センターの方に参加している</li> <li>・ほとんど店にいるため</li> <li>・町内会に入っていない（2）</li> <li>・前から参加していない</li> <li>・絶対来てくれという時だけいく</li> <li>・自主的に近所の方とお付き合いしている</li> <li>・参加できない</li> <li>・今までも行った経験がない</li> <li>・交通手段がない</li> <li>・月2回自治会の食事会</li> <li>・清掃草取り参加する</li> <li>・住んでいる地域に組合などが無い</li> <li>・下の子がいるから</li> <li>・時間が無い、きつかけもない</li> <li>・昨年組長やった</li> <li>・組長まわってきたら</li> <li>・組合に入っていない</li> <li>・4月から組長</li> </ul>		
やるきがない、好きでない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・面倒だから（2）</li> <li>・役が回ってくる</li> <li>・行っても面白くない</li> <li>・気を使う。危ない</li> <li>・関わりたくない。回覧版も回ってこない</li> <li>・気が向かない</li> <li>・あるご事も知らないし、やる気もない</li> <li>・案内来るが、あまり好きではない</li> <li>・おっくうになっている</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・老人会費は納めている。普段の付き合いはない</li> <li>・出不足金払いたくないから（2）</li> <li>・地域にない</li> <li>・掃除には参加する</li> </ul>

をとっていないなど、生活保護受給にいたるまでに人間関係がこじれている、壊されていることをうかがわせる回答であった。

③生活保護を申請しようと思ったきっかけ・出来事（生活保護への経路）（図3、表3）

□ストーリーライン

生活保護への経路は、疾病、失業・倒産、ある

いは疾病と失業・倒産が並行して起こったり、配偶者の死去や家族関係等が複雑に絡み合いながら、誰もみ式に貧困への経路をたどっていることがわかる。

例えば、疾病、失業・倒産は、「薬代が払えなくなり体調も悪化」、「夫が病院で手術した際、入院費が払えず」や「会社が倒産し、家賃払えなく

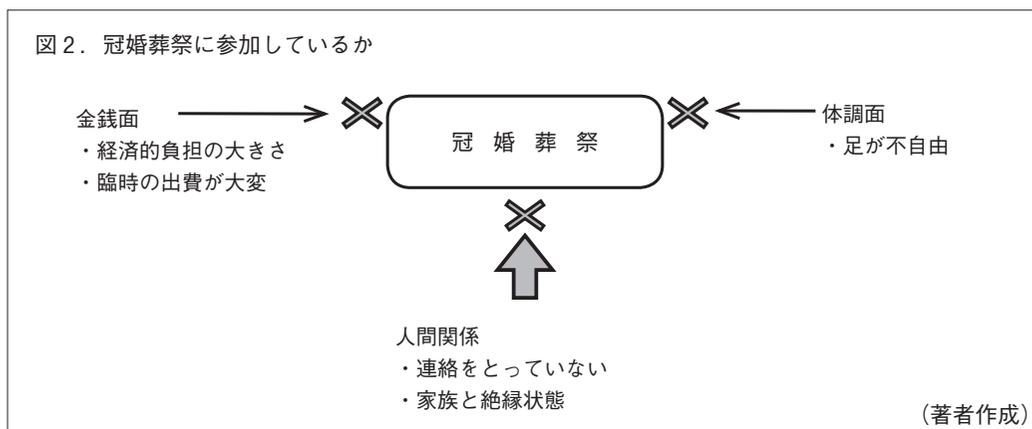


表2 冠婚葬祭に参加しているか

大カテゴリー	中カテゴリー
金銭面	<ul style="list-style-type: none"> <li>・服が着れない</li> <li>・人と交流するとお金がかかる</li> <li>・月1万以上になる時は断る</li> <li>・経済的負担(2)</li> <li>・金銭的な理由(2)</li> <li>・遠くてなかなか行けない。お金もかかる</li> <li>・出費、人と話すのがおっくう</li> <li>・香典が用意できない</li> <li>・香典は包む。交通費が出せない</li> <li>・お金もっていないのでいかない</li> <li>・お金のないときは参加できない</li> <li>・お金がかかる。交通手段がない</li> <li>・お金出せない。ないことを友人も知っている</li> <li>・お金包めない</li> <li>・臨時の出費がある時足りない</li> </ul>
体調面	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ふらつきがあって危ない</li> <li>・膝が痛くて座れない</li> <li>・入所中だから</li> <li>・体調が悪い</li> <li>・身体が不自由(2)</li> <li>・身体状況的な理由(2)</li> <li>・身体的に無理</li> <li>・在宅酸素をしており外に出られない</li> <li>・車い椅子のため</li> <li>・義理のあるところは何とか。経済的に無理</li> <li>・体が無理</li> <li>・身体が動けない</li> <li>・行った先に手すり、介護者必要</li> <li>・足が不自由だから</li> <li>・足が悪いので電報ですます</li> </ul>
人間関係	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人と会いたくない、お金がない</li> <li>・話し相手がいないから</li> <li>・連絡先を伝えていない</li> <li>・連絡をとっていない</li> <li>・連絡がない。親が亡くなったことも知らなかった</li> <li>・連絡がない、疎遠</li> <li>・疎遠</li> <li>・実家は県外、身内はない</li> <li>・子供、親族と縁を切っている</li> <li>・関係者がいない</li> <li>・家族とは絶縁状態で知らせが来ない</li> <li>・人の目が気になる</li> <li>・縁遠くなってしまった。</li> </ul>

大カテゴリー	中カテゴリー
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・めんどうくさい</li> <li>・深い身内のみ参加</li> <li>・母のお葬式に来てくれた人のところには行く</li> <li>・連絡がない</li> <li>・連絡がこない</li> <li>・父や親しい人の葬儀にも出られなかった</li> <li>・夫の葬式に来てくださった方は行く</li> <li>・知らせなし</li> <li>・生保受けてからはない</li> <li>・出来るだけ関わりたくない</li> <li>・自分の地区はまだないから不明</li> <li>・最近葬儀がない</li> <li>・最近葬儀がない</li> <li>・香典を出せる時のみ預けて自分は行かない</li> <li>・香典を息子から借りた</li> <li>・経験なし</li> <li>・近所の代理の人をお願いしている</li> <li>・機会がない</li> <li>・興味がない</li> <li>・可能だったら参加したいがケースワーカーと相談</li> <li>・役所から控えて欲しいと言われた。行くなら生活費でと</li> <li>・友人であればいく</li> <li>・息子がやってくれている</li> <li>・息子に任せてある</li> <li>・身内に限る</li> <li>・まだ冠婚葬祭がない</li> <li>・妻の世話がある</li> <li>・通知来ない</li> <li>・付き合いがなくなってしまった</li> <li>・付き合いがない、誘わない</li> <li>・近くの親戚のみ参加</li> <li>・立場上顔を出す。香典は妹が出す</li> <li>・そもそも知らせが来ない</li> <li>・住んでる地域が積極的に参加していない</li> <li>・知らせも来ない</li> <li>・知らせが来なくなってきた</li> <li>・状況を知って相手も誘ってこないと思う</li> <li>・新聞もなく情報がない</li> <li>・子供に任せている</li> <li>・倂成会は金額1000円で参加</li> <li>・お金を絞り出し、縁や義理を大事にしたい</li> <li>・お金は渡して子供を通して行ってもら</li> <li>・行かないが、義理は友人や会社の人に届けてもら</li> <li>・10年くらいは大丈夫。何かあればかけつけたい</li> </ul>

なり、電気も止められた」、「夫のリストラ、自己破産」等である。また、「建設関係の事業廃業、その後不整脈」や「リストラから体調不良」など、失業・倒産と疾病が同時並行的に起こっていることが多い。これはWHOのいう健康の社会的決定要因を裏付けるものと言って良い。さらには配偶者の死やDVなどの家族関係の悪化が貧困への契機となっていることがわかる。

④福祉事務所の対応(図4、表4)

□ストーリーライン

福祉事務所の対応としては、就労指導、高圧的

な態度など、受給者がケースワーカーをこころよく思っていない点が明確となっている。

就労指導では、農業やめて町へ出て働け、働かなければやめます等の行きすぎた指導、高圧的な態度としては、5万円あれば生活できるでしょ、持っている物はすべて使い果たして相談にきてください、等高飛車な態度や上から目線が受給者を萎縮させていることが明確になっている。また、今住んでいるところから出て行けと言う問題のある転居指導がされていることも明らかになっている。

図3. 生活保護を申請しようと思ったきっかけ・出来事（生活保護への経路）

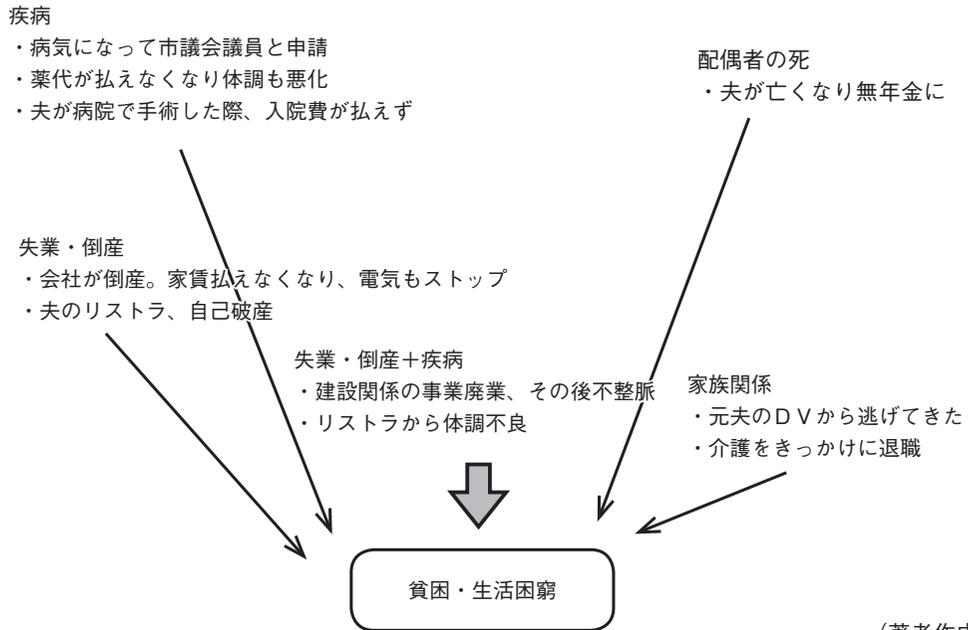


図4. 福祉事務所の対応

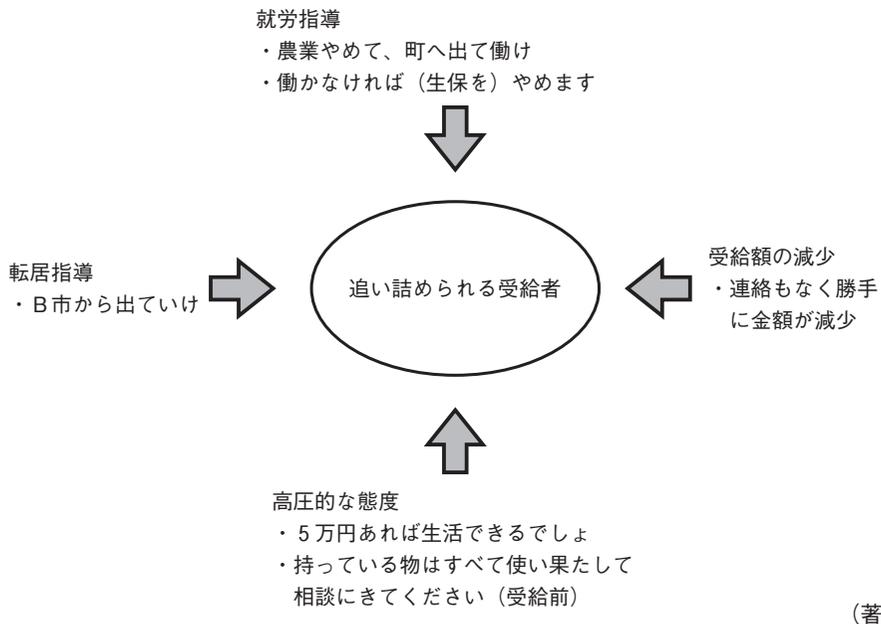


表3 生活保護を申請しようと思ったきっかけ・出来事（生活保護への経路）

大カテゴリー	中カテゴリー	大カテゴリー	中カテゴリー
疾病	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の入院をきっかけに経済的困難が発覚</li> <li>・脳出血により医療費が負担できなくなった</li> <li>・病気を（4）</li> <li>・病気の治療を継続していくため</li> <li>・病気になるって病院にかかった</li> <li>・病気になるって働くことが困難になり市議会議員と申請（2）</li> <li>・病気で何度も救急車で受診。生活と健康を守る会の方からすすめられた</li> <li>・入院費払えず、看護師が話してくれた</li> <li>・病院のMSWにすすめられた（5）</li> <li>・病気で体がきかなくなった</li> <li>・病気。金の切れ目が縁の切れ目</li> <li>・治療を中断して病気が悪化</li> <li>・がんが見つかり手術</li> <li>・薬代が払えなくなり体調も悪化（肝硬変、視力）</li> <li>・骨折後働けなくなった（3）</li> <li>・脳梗塞。その後足を切断</li> <li>・前足を捻挫</li> <li>・半年くらい病気になるって（病名？）</li> <li>・50歳の時事故で入院</li> <li>・5年前足の手術をしてから身障3級</li> <li>・60歳の時、低血糖から意識消失</li> <li>・夫が病院で手術した際、入院費が払えず</li> <li>・夫が倒れ仕事ができなくなった。子供が小さく妻も仕事ができなかった</li> <li>・夫が病気になるって（3）</li> <li>・胃潰瘍になって入院し、働けなくなった</li> <li>・美容師をしていたが目が見えなくなった</li> <li>・一昨年病気で仕事ができなくなった</li> <li>・医療費の支払いが困難になった</li> <li>・弟が脳出血で生活ができなくなった</li> <li>・病気が長引いて会社を辞めた。病気でバイトしかできなくなった</li> <li>・間質性肺炎で入院</li> <li>・狭心症で病院へ救急搬送</li> <li>・健康を崩して就職活動ができなくなった</li> <li>・更生施設での面談から治療に結びつき生保受給へ</li> <li>・夫が病気になるって収入がなくなった</li> <li>・夫が糖尿病と診断され、目も手術が必要</li> <li>・本人は目を悪くし、夫は脳梗塞</li> <li>・働けなくなった</li> <li>・脳梗塞で倒れた。妻とも離婚</li> <li>・仕事で頸椎ヘルニア</li> <li>・入院中に兄が生保の申請</li> <li>・収入がなく糖尿病受診ができなくなった</li> <li>・入院してペースメーカー植え込みすることになった</li> <li>・けがをして働けなくなった。年金は年数が足りなかった</li> <li>・喘息で倒れた</li> <li>・前立腺がんの手術。治療費高かった。</li> <li>・体調不良あり受診し、入院</li> <li>・倒れて入院した時に申請</li> <li>・知人の小屋で自転車で転倒。脳外で手術（10年入院？）</li> <li>・貯金をくずしながら生活、手術後からお金がなくなった</li> <li>・低血糖で仕事を休み、医療費払えなかった</li> <li>・この身体で仕事は無理と言われた</li> <li>・糖尿病で通院していたが、医療費が払えなくなった</li> <li>・入院したことがきっかけ（4）</li> <li>・母の入院に続けて自分も倒れてしまった。</li> <li>・脳梗塞になり病院代払えなくなった</li> <li>・病院受診、脳梗塞後、障害者艇長申請、生保申請</li> <li>・病気になるって働けなくなった</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・土木関係の仕事をしていたが、事業廃業。そのご不整脈を自覚</li> <li>・会社が倒産。勤めていた会社も倒産。車上生活していたが、うつ病に</li> <li>・病気になるって働けなくなった</li> <li>・2年前、脳梗塞で入院。MSWの手続きで生保申請</li> <li>・療養のため、働けなくなった</li> <li>・リストラ・体調不良（2）</li> <li>・喘息をとらせて失業、入院。離婚後親子3人で仕事を掛け持ちしながら生活</li> <li>・糖尿病が悪化して右足切断。仕事もなくなった</li> <li>・働いていたが次女が精神疾患のため離れられない。自分もうつ病になり退職</li> <li>・40歳の時、両足関節手術。50歳人工関節で動められなくなり、介護できなくなった</li> <li>・足が痛くて仕事ができなくなった</li> <li>・病気がきっかけで働けなくなった（5）</li> <li>・脳出血で働けなくなった</li> <li>・病気になる、破産</li> <li>・喘息が悪化、糖尿病も発症し、仕事ができなくなった</li> <li>・病気で居酒屋を続けられなくなった</li> <li>・病気で重い仕事ができないためできる仕事に限られる。</li> <li>・50代の初めに病気で仕事復帰できずに解雇</li> <li>・工場経営をしていたが取引先が倒産。糖尿病の受診費用が払えなくなった。</li> <li>・春先に入院した後、調理の仕事で嫌がらせ辞めざるを得なくなった</li> <li>・脳梗塞で仕事ができなくなった</li> <li>・働こうと思ったが腰を痛めてしまった</li> <li>・体調悪くして働けなくなった</li> <li>・疾病のため働けなくなった。年金も払っていなかった</li> <li>・土建の仕事をしていたが、体調を崩して働けなくなった</li> <li>・糖尿病悪化で就労困難</li> <li>・食事もとれなかったくらい体調が悪かった。仕事も辞めざるを得なかった</li> <li>・調理師だった。自分の店も出した。糖尿病から透析</li> <li>・大動脈瘤発症し仕事を辞める。退職金も使い果たす</li> <li>・警備会社に勤務していたが、病気で退職</li> <li>・大工だったが、交通事故で働けなくなった</li> <li>・調理の仕事で、体調を崩し退職</li> <li>・営業部長、スナック、配達業うまくいかなかった。胃を悪くして吐血</li> <li>・解体業、心臓の病気でできなくなった</li> <li>・倒れて会社を辞めないといけなくなった</li> <li>・体調不良で商売をやめようと思った。個人破産</li> <li>・働くことができない、職場に迷惑がかかる</li> <li>・心臓疾患で土木の仕事につけなくなった</li> <li>・警備会社に勤めていた時肝機能が悪くなり解雇</li> <li>・会社の倒産と透析導入</li> <li>・会社が倒産。次の会社で人員削減。病気が見つかった。</li> <li>・60歳の時店の経営厳しくなった。傷を我慢していたが、通院が必要になった</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リーマンショックで自己破産。死のうと思ったら知人から生保勧められた</li> <li>・リーマンショックで派遣切り</li> <li>・夫婦で仕事を失い、失業保険が切れた</li> <li>・60歳過ぎごろ20数年間勤めていた会社倒産。ハローワーク前相談会から申請へ</li> <li>・働けなくなった</li> <li>・年をとって働けなくなった</li> <li>・牛乳屋をしていたが、スーパーが進出してきてもちこたえられなかった</li> <li>・株の投資で2回失敗し、破産</li> <li>・夫のリストラ、自己破産</li> <li>・63歳の時東京で失業状態（派遣）</li> <li>・大動脈瘤発症し仕事を辞める。退職金も使い果たす</li> <li>・勤務先の工場が廃業</li> <li>・経営していたスナックを閉めた</li> <li>・仕事をしていたが会社が倒産。アパートの家賃が支払えなくなり、電気も止められた</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>・夫が病死。その後自分も妹も病気になるって</li> <li>・夫がなくなり、年金のみではやっていけなくなった</li> <li>→女性の貧困</li> <li>・夫の障害年金で生活していたが、夫が亡くなった</li> <li>・夫がなくなり手持ちのお金を使い果たした</li> <li>・夫が亡くなり無年金だった</li> </ul>
失業・倒産	<ul style="list-style-type: none"> <li>・父親の介護をきっかけに退職</li> <li>・元夫のDVから逃げてきた</li> <li>・年金だけでは孫の面倒がみれなくなった（息子が面倒みない）</li> <li>・前の夫が生保受給していた</li> <li>・本人病気、弟仕事が見つからず。姉の年金で食べていた</li> <li>・夫が働けなくなり、貯金も底をついたため</li> <li>・二人目の子どもがお腹にいる時に夫と離婚し、働けず生活保護申請</li> <li>・次男と一緒に住めなくなったため生活保護を申請</li> <li>・夫の暴力から逃れるため</li> <li>・夫のDV</li> <li>・夫と離婚し精神的に体調を崩した</li> <li>・子どもが目をかけられなくなったから</li> <li>・姉の扶養を継続できなくなった</li> <li>・幼少期より母子家庭。現在まで継続、本人も病気で働けない（貧困の世代連鎖）</li> <li>・夫が家にお金を入れてくれず貯金なし</li> <li>・長男の体調が悪くなって行動が危なくてフルタイムで仕事ができなくなった</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・父親の介護をきっかけに退職</li> <li>・元夫のDVから逃げてきた</li> <li>・年金だけでは孫の面倒がみれなくなった（息子が面倒みない）</li> <li>・前の夫が生保受給していた</li> <li>・本人病気、弟仕事が見つからず。姉の年金で食べていた</li> <li>・夫が働けなくなり、貯金も底をついたため</li> <li>・二人目の子どもがお腹にいる時に夫と離婚し、働けず生活保護申請</li> <li>・次男と一緒に住めなくなったため生活保護を申請</li> <li>・夫の暴力から逃れるため</li> <li>・夫のDV</li> <li>・夫と離婚し精神的に体調を崩した</li> <li>・子どもが目をかけられなくなったから</li> <li>・姉の扶養を継続できなくなった</li> <li>・幼少期より母子家庭。現在まで継続、本人も病気で働けない（貧困の世代連鎖）</li> <li>・夫が家にお金を入れてくれず貯金なし</li> <li>・長男の体調が悪くなって行動が危なくてフルタイムで仕事ができなくなった</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・リーマンショックで自己破産。死のうと思ったら知人から生保勧められた</li> <li>・リーマンショックで派遣切り</li> <li>・夫婦で仕事を失い、失業保険が切れた</li> <li>・60歳過ぎごろ20数年間勤めていた会社倒産。ハローワーク前相談会から申請へ</li> <li>・働けなくなった</li> <li>・年をとって働けなくなった</li> <li>・牛乳屋をしていたが、スーパーが進出してきてもちこたえられなかった</li> <li>・株の投資で2回失敗し、破産</li> <li>・夫のリストラ、自己破産</li> <li>・63歳の時東京で失業状態（派遣）</li> <li>・大動脈瘤発症し仕事を辞める。退職金も使い果たす</li> <li>・勤務先の工場が廃業</li> <li>・経営していたスナックを閉めた</li> <li>・仕事をしていたが会社が倒産。アパートの家賃が支払えなくなり、電気も止められた</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・父親の介護をきっかけに退職</li> <li>・元夫のDVから逃げてきた</li> <li>・年金だけでは孫の面倒がみれなくなった（息子が面倒みない）</li> <li>・前の夫が生保受給していた</li> <li>・本人病気、弟仕事が見つからず。姉の年金で食べていた</li> <li>・夫が働けなくなり、貯金も底をついたため</li> <li>・二人目の子どもがお腹にいる時に夫と離婚し、働けず生活保護申請</li> <li>・次男と一緒に住めなくなったため生活保護を申請</li> <li>・夫の暴力から逃れるため</li> <li>・夫のDV</li> <li>・夫と離婚し精神的に体調を崩した</li> <li>・子どもが目をかけられなくなったから</li> <li>・姉の扶養を継続できなくなった</li> <li>・幼少期より母子家庭。現在まで継続、本人も病気で働けない（貧困の世代連鎖）</li> <li>・夫が家にお金を入れてくれず貯金なし</li> <li>・長男の体調が悪くなって行動が危なくてフルタイムで仕事ができなくなった</li> </ul>	

大カテゴリー	中カテゴリー
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・労災が切れ、生保申請</li> <li>・民生委員、ケアマネの紹介で申請</li> <li>・4年前、講演でおやじ狩り。腰を蹴飛ばされ骨折。</li> <li>・陽だまりネット相談会</li> <li>・母親の介護のために仕事をやめた。その後介護によるストレス性うつ。</li> <li>・母の介護をしながら仕事をしていたら生活が大変だった</li> <li>・調査員より一話をするのが辛そうだったので聞くのをやめました</li> <li>・定年後7～8年で金を使い果たした</li> <li>・農業をしていたが、金貸しにだまされて破産</li> <li>・年金がわずかしがなく、ケアマネジャーが段取りしてくれた</li> <li>・親戚がなくなり民生委員に勧められて申請</li> <li>・失業して生活できなくなった</li> <li>・他県から長野へ帰ってきたが、働くところがなく生保申請</li> <li>・年長的に仕事なかった</li> <li>・仕事がなく生活できなくなった</li> <li>・仕事がなく年金もかけていなかった</li> <li>・仕事がなく収入も少なかった</li> <li>・自宅が火災になり、母親が死亡、妻とも離婚</li> <li>・夫の借金で住んでいた家が担保でとられた</li> <li>・兄の勧め</li> <li>・預金がなくなり、生命保険も解約して使い果たした</li> <li>・8～9年前に公立病院受診時</li> <li>・お金がなくて困って申請した</li> <li>・議員さんの勧めで</li> <li>・ケアマネにお金がなく困っていると話した</li> <li>・経済的理由から</li> <li>・県外の刑務所に4年間入っていた。年金かける年数足りずにもらえなかった</li> <li>・公営住宅の家賃が払えなくなったのがきっかけ→居住保障がない</li> <li>・仕事仲間の息子さんに市議会議員を紹介された</li> <li>・市の職員がすすめてくれた</li> <li>・病気・失業・離婚</li> <li>・住宅手当がもらえなくなった</li> <li>・所属してた宗教団体がやってくれた</li> <li>・生活ができなくなってしまった</li> <li>・住む場所もなく車の中で寝ていた</li> <li>・おむつ代、医療費に困った</li> <li>・生保受給して10年くらいになる</li> <li>・他県でホームレス。仕事を求めて長野に来たが具合がわるくなり入院。</li> <li>・他人の保証人になり負債を抱え、体調を崩した。</li> <li>・だまされてお金を盗られてしまった</li> <li>・知人が生活保護制度のことを知っていて一緒に行った（布団の中や冷蔵庫の中まで調べられた）</li> <li>・知人に紹介された</li> <li>・入院してケアマネに「お金がなくてどうするか、大変なことになる」と言われて申請した</li> <li>・東京から徒歩で歩いてきて、倒れて受診・入院。MSWに生保申請をすすめられた</li> <li>・不明</li> <li>・良く覚えていない</li> </ul>

総じて言えば、受給者を精神的に追い詰める対応が常態化しているとも言える。援助者の権力については、伊藤文人がソンプソンの次の知見を紹介している。

ソンプソンは、ソーシャルワーカーがパワー（権力）を持つ立場にあること、そしてそのパワーを当事者が自分自身の生活をより建設的に再生できるように援助するために、それを使用するための方法を知らなければならないと強調している。そうでなければ、そのパワーは虐待や搾取、不平等や不利益といった形で不適切かつ破壊的にクライ

アントへ作用する両刃の剣であることを述べている（伊藤2007：172）。

両刃の剣とも言える福祉事務所のケースワーカーが、対等の立場で貧困者・生活困窮者の援助を行うためには、高度なソーシャルワークの倫理・価値・技術が求められているとも言える。

## 5. 考察—貧困者・生活困窮者支援の在り方—

### （1）自由記述分析結果より

現在、生活保護基準の引き下げに続き、冬期加算、住宅扶助基準の引き下げが行われており、所得の欠乏も重要な課題となっている。一方自由記述の分析からは、非物質的欠乏の深刻さも浮き彫りになった。

町内会、冠婚葬祭への参加の少なさには社会的排除・社会的孤立という面があると考えられる。また、社会的排除が不健康を生むという悪循環がある。これはWHOのいう健康の社会的決定要因にも通じるものである。そしてパワーを背景とした援助は、受給者を萎縮させ、スティグマを助長している。

### （2）先行研究から

前述のように自由記述の分析結果（ストーリーライン等）からは、物質的なものももちろん重要だが、非物質的なものの重要性も浮かび上がる。以下、センとリスターの先行研究からこの点を述べたい。

アマルティア・センは、「貧困はたんに所得の低さというよりも、基本的な潜在能力が奪われている状態とみななければならない」としている（A・セン2000：99）。しかし、センも言うように、「現在のところ、貧困を説明する標準的な基準は所得の低さである」（セン2000：99）。

例えば、ヨーロッパでは、「失業が原因で失われる所得はかなりの程度、所得保障（失業手当等）で補償することができる」（セン2000：107）。しかし、重要なのは、「失業が個人の生活に他にも深刻な影響を及ぼし、所得以外の種類の欠乏をもたらす」ということである（セン2000：107）。

表4 福祉事務所の対応

大カテゴリー	中カテゴリー
就労指導就労支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生保から脱して下さいと指示</li> <li>・就職活動で該当しないような募集要項を毎日送ってきた担当者</li> <li>・息子（知的障害）を働かせたかったが市に「できない」と言われた</li> <li>・年2回ガソリンスタンドでタイヤ関係の仕事</li> <li>・（60歳までは）仕事をしろ</li> <li>・65歳まで毎月就職活動の申告</li> <li>・病気になる前は、仕事をしたらと言われた</li> <li>・病院に行く前は、ハローワークに行くと言われた</li> <li>・ハローワークで出す書類を書いた。体調が悪くなり出せなかった</li> <li>・ハローワークで自分で仕事見つけた。65歳までは働いてくださいと</li> <li>・65歳までは働いてください（2）</li> <li>・働くように言われている</li> <li>・ハローワークに行っても仕事はなかった</li> <li>・働きなさいと言われた</li> <li>・はじめのころは就労指導（60歳ころ）</li> <li>・パートから社員になれば生活保護から脱せると言われた</li> <li>・（就労し）生活保護が切れたら医療費が困る</li> <li>・農業やめて町へ出て働けと言われた（眼科医が就労不可の診断書）</li> <li>・就労斡旋の話</li> <li>・働きなさいと人がいる前で言われた</li> <li>・就労を進められた</li> <li>・仕事を探してくれている</li> <li>・就労の相談ができない</li> <li>・2回くらい面接に行ったが、病気もちだということと時間が合わないことで就職はできなかった</li> <li>・「職安に週2回行って下さい」「その帰りに福祉課にきて報告してください」</li> <li>・「働かなければ止めます」</li> <li>・就労の指導をされた</li> <li>・就労の指導あり</li> <li>・就労の斡旋があった</li> <li>・就労のこと。前は、3万円の仕事だった</li> <li>・仕事良いところがあったら紹介する</li> <li>・仕事探しは週に1回行くように</li> <li>・仕事で車を使用する際も申請してください</li> <li>・仕事について</li> <li>・仕事はどうか（女性なのでやさしく言ってくれる）</li> <li>・仕事を頑張ってやるように言われた。職安に行ってるか聞かれた</li> <li>・職安に行っているか毎回聞かれる</li> <li>・これくらいの病状ならどんな仕事もできる</li> <li>・家族への就労支援。</li> <li>・職がみつかるも期限付き</li> <li>・「働いてください」「お子さんもバイトしたら？」</li> <li>・「近所のローソンは深夜なら」</li> <li>・年齢的に仕事は無理だと理解</li> <li>・福祉就労センターを紹介</li> <li>・65歳までは、就労について用紙の提出</li> <li>・歩けるようになったら働きなさい</li> <li>・いつになったら働けるか</li> <li>・時間の融通さく内職探し</li> <li>・インスリンから内服に変わり、就労指導で現在の仕事について</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・アパート紹介。援助があったら連絡をとされている</li> <li>・引越し（物件探し）</li> </ul>
転居指導	<ul style="list-style-type: none"> <li>・東京の両親のところに行った方がいいのではないかと時々言われる</li> <li>・B市から出て行けと言われた</li> <li>・持ち家で生活していたがゴミ屋敷になってしまい居住困難のため転居指導</li> <li>・「引越せ、A市から出ていけ」</li> <li>・転居指導</li> </ul>
受給額の増	<ul style="list-style-type: none"> <li>・担当ケースワーカーが変わり、年金がもらえることがわかった</li> </ul>
受給額の減少	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人の年金がもらえるようになったら生保を切ると言われている</li> <li>・受給額の減少・年金の返金（50万円くらい）について指示があった。</li> <li>・年金が出ているということで、月5000円づつ返金</li> </ul>

大カテゴリー	中カテゴリー
受給額の減少	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年金と併給していることから減額（2月まで返済）。市の方が間違えておいておかしい</li> <li>・連絡もなく、勝手に金額が削られている</li> <li>・騙しとられた年金が再び自分の口座に入ることになったため生活扶助は廃止</li> <li>・昨年と比べて2000円減からケースワーカーが来て、500円あがった。</li> <li>・継続医療費等手続き後、生保補助金プラスαの支援を受けていたが後日返金</li> <li>・受給額が変更となったが連絡がなかった</li> </ul>
高圧的な態度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今までの生活で見直すことなかったかなど、踏絵踏まされている感じ</li> <li>・歩いている、草むしりしていると言われ、弁当が出なくなった</li> <li>・はじめは生活保護は受けられないと断言された</li> <li>・5万円あれば生活できるでしょと言われた</li> <li>・援助を受けていないかなど身内の事をよく聞く</li> <li>・前の担当者は上から目線でひどかった。</li> <li>・毎年担当者が代わるのはつらい。</li> <li>・担当者が代わるたびに同じような事を聞かれる。息子も同席しているので合理的配慮にかける</li> <li>・「みんなの税金でまかっているのだから調査は厳しくなります」</li> <li>・膝の装具について相談しないで頼んだことについて文句を言われた。</li> <li>・（装具の補助はなく自分でだした）</li> <li>・持っている物はすべて使い果たして相談に来てください（最初の相談の時）</li> <li>・貯金しなさいと言われた</li> <li>・人としてみてもらっていない。高飛車な態度。</li> <li>・生命保険入ってはだめ。車も売らされた</li> <li>・これしか出せないから「考えて使え」</li> <li>・人柄も含めて相談のつもらいやすい雰囲気がない</li> <li>・上から目線。申請時に嫌な思いをした（3）</li> </ul>

センによれば、所得以外の種類の欠乏は、「精神的な傷、働く意欲の喪失、社会的な疎外の強まり、人種的緊張や男女間の不平等の高まりなどである」（セン2000:107）。自由記述の分析からは、「働く意欲の喪失」へのソーシャルワーク実践の不充分さや「社会的な疎外」としての地域からの孤立もみることができると述べている。

こうした所得と所得以外の種類の欠乏に関しては、ルース・リスター（リスター2004=2011:270）も、次のように述べている。「貧困状態にある人々は、参加の同等性を否定されている。その原因は物質的な剥奪であり、《他者化》のプロセスであり、人権とシチズンシップの侵害であり、《声》の欠如であり、相対的な無力さである。社会正義のための闘いは、再分配および、承認と尊重・敬意の両方を含むものでなければならない」として述べている。

リスターは、再分配の課題である「容認できない困窮」を物質的核と表現し、非物質的な貧困の關係的・象徴的な側面として、軽視、屈辱、恥辱やステイグマ、尊厳および自己評価への攻撃、《他者化》、人権の否定、シチズンシップの縮小、声を欠くこと、無力、等をあげている（リスター20

04=2011:21-22)。町内会等の地域組織や地域行事への不参加は、リスターの言う「承認と尊重・敬意」が貧困者支援の大きな課題となっている現状を浮かび上がらせる。

仕事とそこから派生する「所得」はもちろん重要であるが、貧困者への対応においては

、所得以外の種類の欠乏や非物質的な貧困への対応も重要である。こうした点への対応として、社会的包摂や、エンパワーメントの概念のもとに様々な実践が行われている。

### (3) 先進的な実践(ミクロ・メゾ)

貧困にどう対峙するのかについて3つの先進的な実践からみていく。

第1に、NPO法人北九州ホームレス支援機構の実践である(2014年からは、NPO法人抱僕)理事長の奥田は、25年にわたる北九州でのホームレス支援を通して徐々に形作られたものとして、伴走型支援を提起する(奥田2014:14)。

伴走型支援の「第一の局面、個人への働きかけは、生活に困窮している個人(場合によっては世帯)に伴走しながら、困窮要件の解消に必要な支援制度や重要な他者への『つなぎーもどし』を継続して行う形で進められる」(奥田2014:14)。

「第二の局面は、社会への働きかけである。自由・平等・連帯を主要な理念として、誰もが排除されることなく安心して生活できる社会を、私たちは包摂型社会と定義する。社会への働きかけは、そうした参加包摂型社会を地域につくっていく活動である」(奥田2014:14)。

奥田は「排除する社会がそのままであれば、人はそこに戻ったとしても再び排除され生活困窮に陥る」(奥田2014:14)とし、個人に対する伴走型支援と参加包摂型社会の構築の両方を同時に追い求める姿勢を示している。

第2に、豊中市のコミュニティ・ソーシャルワークの取組である。

豊中の実践の中核を担う、豊中市社協の勝部麗子によれば、「豊中の社会福祉協議会は『制度の狭間』の問題にこだわりながら、ないものをつくっていく、ないものは住民の人たちと一緒に声をあげていくというボトムアップの地域づくりを一生懸命やってきたということ」(勝部2013:98)

である。

もともとは、平成6年に、「地域づくり福祉計画」を市と一緒に作成したことで、制度の狭間の問題を組織していくコミュニティ・ソーシャルワーカーをエリア中学校域に配置するという、大阪府の補助金で「地域福祉支援計画」の中で位置づけられた、全国で初めての制度」(勝部2013:98)であった。

貧困者、生活困窮者への支援としては、平成23年度から「パーソナルサポート事業」をモデル事業として受託し、コミュニティ・ソーシャルワーカーの支援員的な役割として配置されたパーソナルサポーターがパーソナルサポートプランを立て、具体的に自己有用感、自己肯定感を育てていくような仕組み、居場所づくり、就労支援を行っている(勝部2013:99)。

第3に、釧路市での貧困者支援の実践である。

釧路市は、20人に1人が生活保護受給している自治体である。釧路市は、1990年代から、水産・石炭・紙パルプなどの基幹産業が衰退し、地域の衰退した自治体である。

釧路市において、貧困者支援の体制づくりの中核となったのは、釧路市職員の櫛部武俊であった。

釧路市では、2004年~2005年の2カ年、受給母子世帯自立支援モデル事業に取り組んだ。この時、ワーキンググループ会議(地域のNPO役員、学識経験者などが参加)が立ち上げられた。

そのワーキンググループ会議で、「社会的な時間や場所、人との関係性の中に『自尊心・自尊感情の回復』の回路があって、それが当事者の自立への次のステップにつながるとし、地域資源の協力を得ながら行うボランティア的な社会参加型の取組等を『中間的就労』と評価する方向性」が打ち出されている(櫛部2011:87)。

2006年からは「中間的就労の本格実施の場所を求めて社会福祉法人、財団法人、NPO法人、第3セクターなど地域にある資源に声をかけながら受給者が通う場を開拓」し、「2011年13事業所での場の提供、自立支援事業を委託している」(櫛部2011:87)。

櫛部は、7年間の自立支援の取組を総括したものとして、第2次ワーキンググループ会議で出された次の点をあげている。

日常生活の自立も、社会生活の自立も、就労による自立も重層的で、相互に関連している」こと。それらの中核に座る核が「居場所づくり」、つまり「社会生活の自立」（関係性の貧困からの脱却）を置こうとしている点が重要である（櫛部2011：90）。

日常生活自立、社会生活自立、就労自立は、ステップアップではなく、フラットな関係としてとらえていることに特徴がある。また、櫛部は、居場所としての「中間就労」を志向していることがわかる。

上記3つの先進事例からは、「伴走型支援」、「参加包摂型社会」、「制度の狭間への対応」「コミュニティ・ソーシャルワーク（地域を基盤としたソーシャルワーク）」「社会的居場所としての中間的就労」、「中核は社会生活の自立」と言った、貧困者支援への重要な視点をえることができる。共通するのは、いずれも経済的（就労）自立優先ではなく、社会的自立の視点が重視された実践というのが特徴であると考ええる。

なお、この点では障害者福祉論の分野で、大泉

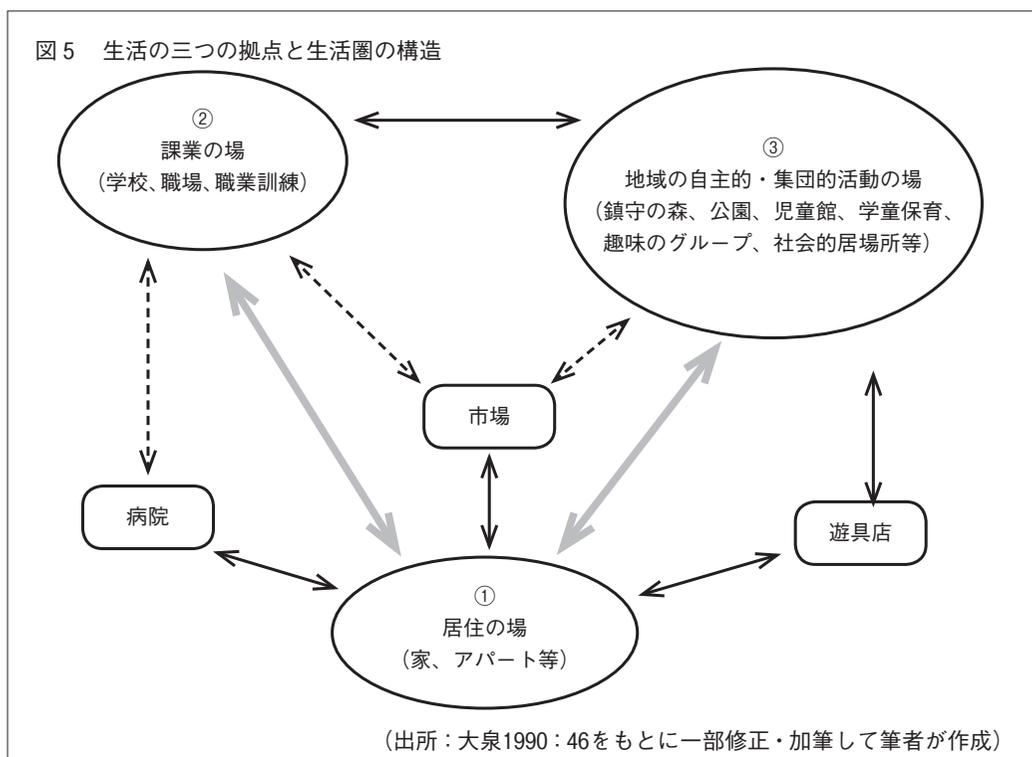
溥の先行研究が参考になる。大泉は、「障害者の生活のあり方を実践の立場から科学的にとらえようとするとき、その生活の全体像を構成する仕組み（構造）と働き（機能）が問題となる」とし、「生活の三つの拠点と生活圏の構造」を次のようにまとめている。それは、第一の生活拠点としての「居住の場」、第二の生活拠点としての「課業の場」、第三の生活拠点としての「自主的活動の場」である（図5）。「住む」、「働く」と同じくらい、「社会的な居場所」（自主的活動の場）が重要であると考ええる。

## おわりに

目の前の貧困に働きかけるミクロのソーシャルワーク実践の重要性は言うまでもない。

しかし、新自由主義的は経済政策の中、構造的につくりだされる貧困を前に、制度・政策の変革というマクロの視点と寛容な地域社会づくりという視点（メゾ）も求められている。

ソーシャルワークの新定義（グローバル定義）でも、「構造に働きかける」ことの重要性が強調



されている（日本社会福祉士会2014）<sup>1</sup>。ミクロからメゾ、マクロへと連動していくソーシャルワークが求められている。構造に働きかけるという意味では、ソーシャルワーカーによるソーシャル・アクションの重要性は言うまでもないが、ソーシャルワークと社会運動の関係性構築も重要な課題である。たとえば、生存権裁判等、当事者運動との協同等である。

最後に、「就労」への偏りへの戒めとして、キム・ホンスル牧師（＝ソウルで貧困者支援の運動）の言葉を引用し、今後の実践、研究への礎とした。

キム牧師は、カナン共同体という都市貧民社会福祉宣教会をつくり、釜山市北区で23年間ホームレスと生活を共にしている（呉2014：19）。キム牧師は、次のように述べている。

誰がこの人たち（ホームレス）より優越な立場に立つことができるだろうか。誰がこの人たちは欠乏しているから生産者にならなければならない、と判断することができるだろうか。むしろ、この人たちから私たちが学ぶべきこと、私たちがもらうことが多いのではないだろうか（呉2014：20）。

「貧困は単純な所得の欠乏なのだろうか。過程の欠乏、配慮の欠乏、わかちあいの欠乏ではないだろうか。貧困を解決するためには、共同体を広げていく事が大事ではないか（呉2014：20）。

（本論は、2015年7月に開催された日本ソーシャルワーク学会で報告したものに加筆・修正したものである）

## 注

1 ソーシャルワークの新定義（グローバル定義）「ソーシャルワークは、社会変革と社会開発、社会的結束、および人々のエンパワメントと解放を促進する、実践に基づいた専門職であり学問である。社会正義、人権、集団的責任、および多様性尊重の諸原理は、ソーシャルワークの中核をなす。ソーシャルワークの理論、社会科学、人文学および地域・民族固有の

知を基盤として、ソーシャルワークは、生活課題に取り組みウェルビーイングを高めるよう、人々やさまざまな構造に働きかける。この定義は、各国および世界の各地域で展開してもよい。」（社会福祉専門職団体協議会国際委員会＋日本福祉教育学校連盟による日本語定訳。日本社会福祉士会ホームページより）。

## 引用・参考文献

- アマルティア・セン（1999）Development As Freedom（＝2000石塚雅彦訳『自由と経済開発』日本経済新聞社）
- 伊藤文人（2007）〈資料翻訳・解題〉「ソーシャルワーク・マニフェスト—イギリスにおけるラディカルソーシャルワーク実践の一系譜—」日本福祉大学社会福祉論集116,pp161-176
- 大泉溥（1990）『障害者福祉実践論 生活・労働の援助と人間的自立の課題』ミネルヴァ書房，42-53
- 奥田知志（2014）『生活困窮者への伴走型支援 経済的困窮と社会的孤立に対応するトータルサポート』明石書店
- 呉英蘭（2014）「韓国における貧困状況と反貧困運動」『福祉のひろば』VOL.168,2014.3,12-20
- 勝部麗子（2013）「日本社会の再生と社会福祉の役割 豊中市のコミュニティ・ソーシャルワーカーの取り組みから」『Human Welfare』第5巻第1号，98-101
- 櫛部武俊（2011）「当事者性と地域に根づく自立支援—釧路市における取組から」『ホームレスと社会』vol.4,2011.5,87
- 長野県民医連（2014）「2014年度生活保護受給者の生活実態調査報告」  
[http://www.min-iren.gr.jp/wp-content/uploads/2015/04/150805\\_01.pdf](http://www.min-iren.gr.jp/wp-content/uploads/2015/04/150805_01.pdf)2015/10/5
- 日本社会福祉士会（2014）「ソーシャルワークのグローバル定義」『ソーシャルワークのグローバル定義の見直しに係る進捗状況の報告』2014  
[https://www.jacsw.or.jp/06\\_kokusai/IFSW/files/SW\\_teigi\\_kaitei.pdf](https://www.jacsw.or.jp/06_kokusai/IFSW/files/SW_teigi_kaitei.pdf)2014/12/1
- ルース・リスター，（2004），POVERTY（1st Edition），Polity Press（＝2011松本伊智朗監訳・立木勝訳『貧困とは何か概念・言説・ポリティクス』明石書店）
- （いしざか まこと、東信医療生活協同組合）

# 中国農民專業合作社における 信用事業の展開に関する一考察

宋 曉凱

## I、はじめに

中国農村地域では正規の金融機関からの資金供給が不足し、農家の資金需要の大半が非正規の民間金融によって賄われている。また、正規の金融機関からの資金供給においては、農村信用社がほぼ独占しているという実態がある<sup>1)</sup>。農村信用社の独占的地位を打破し、農村金融市場を活性化させるために、2006年末に中国政府は農村資金互助社、村鎮銀行とローン会社3つの新型農村金融機関の設立を認めた。特に協同組合金融組織である農村資金互助社には、大きな期待が寄せられたが、管理体制などの要因によりその発展が遅れている。2012年6月末時点で、中国銀行監督委員会(以下、銀监会)によって許可された農村資金互助社はわずか49社にとどまっている。農村金融市場の主な担い手は依然として、商業銀行、政策金融機関と農村信用社である状況に変わりはない。

一方、2007年7月1日「中華人民共和國農民專業合作社法」(以下、合作社法)の施行を契機に、全国各地で多数の農民專業合作社が設立された。2014年12月時点の中国農業部統計によれば、農民專業合作社は128.9万社に達している。合作社法は、専門型農協を規定する法律で、信用事業についてまったく触れていない。しかし、発展初期段階の農民專業合作社及びその社員(組合員)は融資難の問題を抱えているため、非合法にもかかわらず組織内部で信用事業を模索している。正規金融機関による資金供給が不足している中、農民專業合作社が信用事業を展開するようになったのは自然の流れである。また、それを後押しするように、2008年に開催された中国共産党17期三中全会と2013年に開催された第18期三中全会の決議では、農民專業合作社の内部において信用事業を展開することが容認された。さらに、2014年の中央

1号文件<sup>2)</sup>、國務院弁公庁の「三農發展における金融サービスの提供に関する若干の意見」に、農民專業合作社信用事業の試行を支援する内容が盛り込まれた。これらの政策のもとで、農民專業合作社の信用事業は本格的に展開していくと考えられる。

本論文は、中国農業協同組合の展開過程を概観したうえで、農民專業合作社信用事業の展開実態を解明し、農民專業合作社信用事業の役割を検討することを目的とする。調査の対象として、農民專業合作社の発展が進んでいる吉林省と河北省を取り上げた。両省は中国の農業大省であり、農民專業合作社の動きが非常に活発である。分析事例として吉林省梨樹県のF農民專業合作社(以下、F合作社)と河北省順平県のR農民專業合作社(以下、R合作社)に注目する。

## II、中国における協同組合金融の展開

### 1. 改革開放以前の協同組合金融

新中国成立後、中国政府は国民經濟の回復と農業生産性の向上を図るために、各種協同組合組織をできるだけ早期に組織するよう指示した。具体的には、農村信用社<sup>3)</sup>組織と機能の回復を行うとともに、農業生産の要請に応じて農民の自発的参加による新組織を設立することである。1950年代の農業合作化運動の展開に伴い、生産合作社(互助組、初級社、高級社)、供銷合作社および農村信用社はともに大きな発展を遂げた。

当時の農村信用合作組織は農村信用社、供銷合作社信用部<sup>4)</sup>、信用互助組<sup>5)</sup>の3種類であった。農村信用社は、最も整備された形態で、調達した貯金を主な資金源として、社員を融資対象に貸出を行う金融組織であった。土地改革により作り出

された無数の小農による旺盛な農業資金需要があり、さらに政府の支持もあったため、1955年末には、全国の農村信用社数は15.9万社を超え、7,600万戸以上の農家が加入し、加入農家数は全国の総農家数の約65.2%を占めるまでになった<sup>6)</sup>。一方、供銷合作社信用部と信用互助組は、1957年に行われた「小郷を大郷に」という行政組織の再編を契機に、農村信用社に格上げされ、供銷合作社信用部は供銷合作社から分離、独立して農村信用社となり、信用互助組も発展的に解消または改組して農村信用社となった。

1958年8月、共産党中央指導部は「農村における人民公社の設立問題に関する決議」を公布した。これを契機に、初級社と高級社の人民公社への合併は急速に進展した。1958年9月末には、人民公社の数は13,397社となり、参加した農家は全農家の90%を占めている。人民公社の平均規模は4,800戸で、高級社の数十倍相当となった。中には、県単位の人民公社も100近くあった<sup>7)</sup>。このような農村組織の再編成は、当然のことながら農村金融組織のあり方にも直接的な影響を与える。農村信用社は、人民公社が設立されたことに伴って人民公社の1構成部分（人民公社信用部）として取り込まれるが、その後、1962年には人民公社から分離して再び独立した組織とされる。さらに、1969年から1976年にかけての文化大革命の時期に、農村信用社はふたたび人民公社、生産大隊のシステムに組み入れられた。1977年、農村信用社は、中国人民銀行に統合され、その下部機関になったのである。

もともと協同組合金融組織である農村信用社は、農民社員の出資金を資金源に、社員に資金を供給し、農業生産と農家生活の発展に大きく寄与してきたが、人民公社及び中国人民銀行への統合により、経営上の自主権と柔軟性を消失したのみならず、出資金に対する配当の廃止、社員と非社員の利用上の無差別化などの協同組合原則も逸脱していることから、「官営」の農村金融組織になったといえよう。

## 2. 改革開放以後の取り組み

### 1) 農村信用社の改革

改革開放後、農村信用社は度重なる改革が行われた。1979年2月、中国農業銀行が復活後、農村

信用社が人民銀行から農業銀行の指導下に入った。その後、生産請負制の普及に合わせて、一部の地域では、郷鎮の農村信用社を構成員とする県農村信用連合社が設立された。同年に、農村信用社の「三性」すなわち「組織の大衆性、管理の民主性、経営の柔軟性」を回復する改革が行われたが、農業銀行からの実質的な独立は進まなかった。

1996年、国務院は「農村金融システムの改革に関する決定」を発出し、農村信用社に農家出資、社員による民主管理、出資社員にサービスを提供する協同組合金融組織への改革を求めた。同年末、農村信用社は農業銀行との指導従属関係が解消され、人民銀行の管理下に置かれた。1996年改革の狙いは、農村信用社の経営自主性を強化し、農村における金融サービスを拡充させることにあるが、農村信用社の自己資本が薄く、かつ多額の不良債権を抱え、業務の拡大には至らなかった。

農村信用社が抱えている一連の問題を解決するために、2003年8月、中国政府は浙江、山東などの8省を新たな農村信用社改革試行地域に指定した。2004年以降、他の省でも農村信用社改革が行われた。2003年以降の改革では、自己資本を増強するとともに、出資者の意思が反映される経営メカニズムを確立することに重点が置かれた。2013年末現在、農村信用社の資産負債と預金残高は改革以前の5倍以上に上り、資本充足率、不良債権額などの指標が改善され、リスクも徐々に緩和されてきている。

### 2) 農村資金互助社の設立

2006年12月、銀監会は「農村地域での銀行業金融機関の参入を緩和し社会主義新農村建設をよりよく支援することに関する若干の意見」を公表し、地域密着型の中小金融機関の設立を促進する方針を示した。具体的な枠組みとして、村鎮銀行、ローン会社と農村資金互助社が提示されたが、それらは新型農村金融機関と呼ばれ、特に地域密着的な協同組合金融機関である農村資金互助社が期待されている。

「農村資金互助社管理暫定規定」によると、農村資金互助社は、郷鎮、行政村の農民及び農村の小企業（前年度に営業利益段階黒字が条件）が出資し、社員のために預金、貸出、決済等業務を提供するものである。最低資本金は郷鎮で設立する

場合30万元、行政村で設立する場合10万元となる。発起人は10名以上必要であり、単一の農家または単一の農村小企業の出資比率は10%を超えてはいけないほか、支店開設は認められていない。

2007年3月、中国初の農村資金互助社である閩家村百信農村資金互助社が吉林省梨樹県で設立された。その後、農村資金互助社を設立する取り組みが各地に広がった。2009年、農村資金互助社の発展を促進するために、銀監会は「新型農村金融機関2009～2011年事業計画」を公表し、2011年までに農村資金互助社161社を設立することを事業目標とした。しかし、2012年6月末までに設立された農村資金互助社はわずか49社であった。2012年7月以降、農村資金互助社の設立申請は1件も許可されていない。主な原因として、管理体制の問題が挙げられる。農村資金互助社の多くは郷鎮または行政村で設立されているが、地方の銀行業管理監督局はそこに2、3人規模の事務所しか設置しておらず、十分な管理監督ができないのである。このため、銀監会は農村資金互助社の設立に慎重な姿勢を示すようになった。

### Ⅲ、農民專業合作社信用事業の展開

#### 1. 農民專業合作社の發展

改革開放以降、人民公社の解体によって、農業の技術普及や水利管理、農産物の共同販売など、農民に対する公共サービスが大きく後退した。それゆえ、農民自身が自主的に創設した多様な農民專業合作組織が生まれるようになった。しかし、その名称は、地域や事業内容によってかなりの相違が存在しており、行政機関はもとより、研究者の間でも分類方法や名称が統一されてこなかった。また、同じ名称であっても地域によって業務内容が異なっていたり、逆に名称が違っていても業務内容が類似していたりするなど、非常に混乱した状況にある<sup>8)</sup>。

これまでの農民專業合作組織を規範化し、その発展を促進するために、中国初の合作社法が2006年10月に制定され、2007年7月に実施された。合作社法では、加入・脱退の自由、民主的管理、利用高配当の原則、一人一票の原則等が規定されている。合作社法の施行を契機に、各地に多くの農

民專業合作社が設立された。表1に、農民專業合作社の發展情況を示す。農民專業合作社数が2008年の11.9万社から2014年の128.9万社に急増したことが読み取れる。また、加入農家数も2008年の133.94万戸から2014年の9,227万戸に増え、35%の農家が農民專業合作社に加入したことになる。さらに、社員による出資金も大きく増加している。

農業部の大まかな統計によれば、農民專業合作社の發展は栽培業、飼育・繁殖業が主で、それぞれ全体の44%、29%を占め、食糧・綿花・油糧作物、肉・卵・牛乳、果物・野菜・茶等の主要農産物の生産をカバーしている。さらに農業機械・植物保護サービス業、農産物の一次加工業及び農村の伝統的な手工業、レジャー観光業など多くの分野に次第に広がりを見せている。農民專業合作社は単一の農業資材購入サービス、技術サービス等を社員に提供することから川上・川中・川下の総合的なサービスを提供する方向へと發展しつつある<sup>9)</sup>。

表1 農民專業合作社の發展概況

	合作社数 (万社)	出資総額 (兆元)	加入農家数 (万戸)
2008年	11.9	0.09	133.94
2009年	24.64	0.25	2,100
2010年	37.91	0.45	2,900
2011年	52.17	0.72	4,100
2012年	68.9	1.1	5,300
2013年	98.24	1.89	7,412
2014年	128.9	2.73	9,227

出所：中国商務部ホームページより筆者作成

#### 2. 農民專業合作社信用事業に関する政策の変遷

上述したように、中国政府は農村金融市場の活性化を図るために、2006年の末に農村金融市場の自由化に踏み切った。2006年12月、銀監会は「農村地域金融機関の参入を緩和し社会主義新農村建設をよりよく支援することに関する若干の意見」を公布し、新型農村金融機関である農村資金互助社、村鎮銀行とノンバンクの設立を認めた。しかし、各地で展開された新型農村金融機関の發展が思うように進んでおらず、特に農村資金互助社の展開が著しく遅れを見せている。

2007年合作社法の施行を受けて、中国各地に多数の農民專業合作社が設立された。翌年に開催さ

れた第17期三中全会の決議では、条件を備えた農民專業合作社が信用事業を展開できるとした。これまでの非合法的な農民專業合作社による信用事業の取り組みは、農村資金供給問題を解消する方法の一つと判断、容認されたと考えられる。第17期三中全会の決議により、政策の面から農民專業合作社信用事業の展開が合法となった。

第17期三中全会の決議を受けて、2009年2月、銀監会は農業部と共同で「農民專業合作社の金融サービス業務に関する意見」を公布した。具体的な内容は下記のとおりである。農民專業合作社を土台とした農村資金互助社の試行設立を優先的にを行い、銀監会の農村金融機関試行業務として統一的に推進する。農民專業合作社を土台とした農村資金互助社の設立は、関係規定に基づき審査手続きを行う。農村資金互助社は銀監会の管理監督を受け、合法かつ慎重に経営活動を行い、社員の自主加入、民主的管理、金融サービスの提供を目的とし、社員利益の最大化を図る真の協同組合金融組織でなければならない。上記の内容から、銀監会は依然として農村資金互助社の設立を念頭に置いており、その政策も農民專業合作社の信用事業を推進するためのものではないといえよう。

ところで、農民專業合作社信用事業に関する新たな政策は2013年に打ち出された。その年に開催された第18期三中全会の決議には、第17期三中全会決議の「条件を備えた」という文言が消え、すべての農民專業合作社に対して信用事業の展開を認めた。これにより、中国全土で農民專業合作社の信用事業が全面的に容認された。

2014年初頭に公布された中央「1号文件」には、農民專業合作社信用事業に関する内容が数多く盛り込まれた。第一に、民主的管理、規範的な運営、農民への波及効果の高い農民專業合作社の信用事業を育成する。第二に、社員のみを対象とし、外部に対して貯金の受け入れと貸付を行わず、予め決まった利率で預金を吸収しないことを前提に、地域に根差した農民專業合作社の発展を促進する。第三に、地域農村金融管理体制を整備し、新型農村協同組合金融に対する地方政府の管理監督責任を明確化する。これらの内容は、農民專業合作社の信用事業を明確に規定し、その取り組みを規範化しようとするものである。

また、國務院弁公庁は2014年中央「1号文件」

の内容を踏まえ、「三農への金融サービス提供に関する若干の意見」を公布し、農民專業合作社信用事業の展開を推奨し、積極的かつ健全な試行を行い、関連する各種管理監督規定を迅速に制定するとした。

上記の決議、法規などのもとで、多数の農民專業合作社は信用事業を展開しているが、以下にその実態をみていこう。

## Ⅳ、農民專業合作社信用事業の実態——二つの事例を中心に

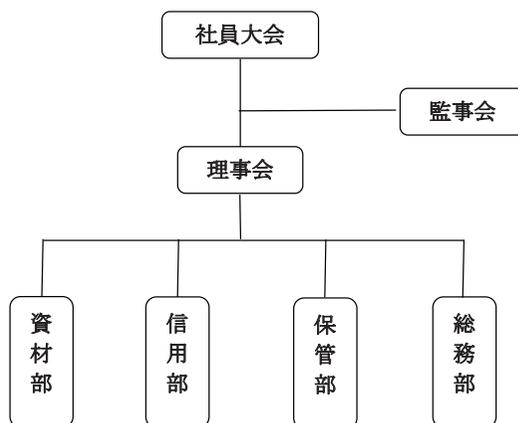
### 1. F 合作社の取り組み

#### 1) F 合作社の概況

梨樹県は吉林省の南西部に位置し、14鎮、6郷、1省レベルの經濟開發区、1工業集中区からなっている。総人口69.7万人、そのうち、農業人口61万人である。耕地面積25.3万haのうち、主要な穀物はトウモロコシで、畜産業も発達している。2014年現在、梨樹県農業總生産額は172.4億元である<sup>10)</sup>。F 合作社所在地の泉眼嶺郷南泉村は人口2,140人(220戸)、耕地面積475ha、トウモロコシの年間生産量約6,000tである。

F 合作社は2008年7月に設立されたものである。当初の事業内容は種子、農薬、肥料などの生産資材の販売のみであった。設立当初、7名の発起人がそれぞれ3万元を出資したが、その後、合作社の發展方針をめぐる見解の違いにより、5名

図1 F 合作社の組織構成



出所：ヒアリング調査により筆者作成

が脱退し、新たに3名が加わった。出資金も1人3万元から10万元に増えた。2014年6月まで、F合作社の社員は414名まで増加し、南泉、瑠璃城子、小房身、新発堡、西泉などの8行政村の47集落（中国語：自然屯）に分散している。F合作社の事業内容も当初の生産資材の販売から、トウモロコシを保管する倉庫事業、信用事業にまで拡大した。

図1に示したように、F合作社は社員代表大会、理事会（理事長を含む3人）と監事会（監事長を含む3人）を設けている。社員大会はF合作社の最高決議機関で、その下で理事会は日常の経営管理業務を執行し、監事会は経営管理の監督を行う。実際の業務を担当する経理（最高経営責任者）は理事長が兼任している。また、合作社の下部組織として、資材部、信用部、保管部と総務部が設置されている。

## 2) 信用事業の実態

F合作社は生産資材を販売する中、社員の資金需要に気づき、2010年に信用部を設置し、信用事業を展開した。信用事業を利用するには、F合作社への加入が条件となっている。F合作社は梨樹県泉眼嶺郷を事業の対象地域としているため、戸籍が泉眼嶺郷にある農家、またはそこに事務所を構えている企業は社員になることができる。

合作社に加入する際、出資が求められるが、農家社員は1口100元、団体社員は1口1万元である。表2に示したように、合作社の理事長、発起人の4人と一部の社員を除き、他の社員は最低出資額の100元しか出資していない。F合作社は出

資制限を課していないにもかかわらず、多くの社員が100元しか出資しないのは、ただ信用事業を利用したいことだけが理由であろう。

表2 F合作社の出資状況

	出資額	身分
理事長	25万元	商人
発起人	5万元	大規模農家3人、 買付商人1人
社員A	1万元	食糧加工会社
社員B	1.2万元	大規模農家
一般社員	100元	農家

出所：ヒアリング調査により筆者作成

F合作社は下記の手順に従い、貸付けを行う。まず、社員は、借入申請書に希望する金額、借入期間、担保物や保証人の有無などを記入し、合作社に提出する。次に、提出された借入申請書に基づき、業務担当が家庭訪問などを通じて信用調査を行い、報告書を理事会に提出する。理事会と監事会のメンバーによる3人の審査チームは、調査報告書の内容に基づき、申請者の信用状況を審査し、総合的に判断する。

F合作社は金融リスクを防止するために独自の貸付条件を設けている（表3）。トウモロコシの倉庫事業を利用する社員に対して、保管数量に基づき与信限度額を決め、限度額以内であれば無条件で貸し付ける。倉庫事業を利用していない社員は、借入金額の10%を保証金として前払いすることになっている。また、5,000元以下の場合、保

表3 F合作社の貸付条件、審査方法と罰則

融資条件	審査方法	罰則と奨励
倉庫事業利用者は、与信限度額内であれば、無条件で融資を受けられる。 倉庫事業を利用していない社員は 1. 借入金額の10%を保証金として前払いする。 2. 5,000元～1万元、保証人1名；1万元以上、保証人(社員)2名が必要である。 理事または職員の借入申請は、理事会全員の同意を得る必要がある。	倉庫事業利用者に対しては無審査であるが、利用していない社員には、 1. 1万元までは、経理と審査チームの全員の同意が必要である。 2. 1万元～2万元は、経理、理事と監事による審査チームの3分の2以上の同意が必要である。 3. 3万元以上は、理事会と監事会はそれぞれ社員1名を指名し、経理、理事と監事による審査チームに参加させ、チーム構成員3分の2以上の同意が必要である。	1. 延べ3回の契約(借入、担保)違反で、1年間社員資格が停止される。 2. 合作社に損失を与えた場合、利益の配分を受けられず、相応の責任を負わなければならない。 3. 保証人のインセンティブとして、期日通りに返済されれば、保証人に利息の2割を謝礼として支払う。

出所：同合作社の融資規定により作成

表4 泉眼嶺郷における各種金融機関の利率(年率)

(単位: %)

期間	F 合作社		農村信用社		郵政貯蓄銀行	
	預金	貸付	預金	貸付	預金	貸付
3 か月	5.14	15.6	2.86	—	2.86	—
6 か月	6.01	15.6	3.08	12.12	3.08	12.01
1 年間	7.22	15.6	3.3	13.26	3.3	13.3

出所: 各金融機関資料より筆者作成(2014年7月現在)

証人(合作社の社員)を必要としないが、5,000円～1万円、1名の保証人、1万円以上の場合、2名の保証人が必要である。合作社の理事、監事または職員の借入申請は、理事会全員の同意を得る必要がある。さらに、より多くの社員が利用できるようにするために、最高貸付額は2万円に設定された<sup>11)</sup>。厳しい貸付条件を設定したのは、自然災害、天候などの予測不能の農業リスクが大き、また、同合作社はまだ発展の初期段階にあるため、不良債権の発生を防ぐための止むを得ない措置であろう。

表4は、F合作社が位置する泉眼嶺郷における各種金融機関の預金利率と貸付利率を示したものである。F合作社は普通預金を取り扱っておらず<sup>12)</sup>、定期預金の利率を農村信用社と郵政貯蓄銀行より高く設定している。他の金融機関と比べて、F合作社信用事業の認知度が低いこと、より高い利率で預金を吸収せざるを得ないのである。また、貸付利率も他の金融機関より高い。泉眼嶺郷では、F合作社と競合する金融機関は農村信用社と郵政貯蓄銀行の2社あるが、農村信用社と郵政貯蓄銀行の2社のみでは泉眼嶺郷農家の資金需要を完全に満たせていないため、F合作社が両金融機関より少し高めの貸付利率を設定したと考えられる。

表5に示したように、F合作社の信用事業は貸付件数と貸付総額が年々増加している。特に2013

年にP2P金融<sup>13)</sup>を利用して150万円の資金を調達できたため、貸付件数と貸付総額が大幅に増えた。一方、F合作社の不良債権は2011年の1件のみであった。同合作社の信用事業は健全な運営を行っているといえよう。

表5 F合作社の貸付状況

	貸付 件数	貸付総額 (万円)	不良債 権件数
2010年	45	72.4	0
2011年	67	80.1	1
2012年	69	78.5	0
2013年	152	206	0

出所: F合作社の内部資料により作成

一方、F合作社は信用事業の展開においても問題を抱えていることを指摘しておきたい。定款によれば、合作社は社員代表大会を毎年招集し、信用事業に関する重要事項を議決することになっているが、実際は一度も開催されていない。重要事項は理事会と監事会のメンバーのみで決められている。このことは一般社員の合作社運営参加の意欲の低さを物語っている。

### 3) F合作社信用事業の利用と評価

F合作社信用事業の利用状況及び信用事業に対する社員の評価を明確にするために、2014年6月に社員60名を無作為で抽出し、アンケート調査を

表6 被調査者の属性

教育年数	戸数	割合	年齢	戸数	割合
小卒以下	23	38.3%	30歳以下	1	1.7%
中卒	32	53.4%	30～60歳	54	90%
高卒	5	8.3%	60歳以上	5	8.3%
短大卒・大卒	0	0%			

出所: 同上

表7 被調査者の収入状況

栽培業		養殖業		出稼ぎ及び他の収入	
戸数	全収入を占める割合	戸数	全収入を占める割合	戸数	全収入を占める割合
42	30%以下	8	30%以下	47	30%以下
13	30~50%	6	30~50%	9	30~50%
5	50%以上	46	50%以上	4	50%以上

出所：同上

実施した。

調査対象者の属性は以下の通りである(表6)。被調査者の多くは小卒と中卒で、その割合は91.7%に達した。高卒者は少なく全体の8.3%である。大卒者に至っては1人もいない。このことから、社員の教育水準は低いと言えよう。一方、年齢をみていくと、ほとんどは30~60歳で、全体の90%を占めている。60歳以上の社員が5名で、全体の8.3%を占めている。しかし、30歳以下の若者は極めて少なく、1名しかいない。聞き取り調査によれば、村の若者のほとんどは出稼ぎに行っており、収穫時以外は村に帰ってくるのが少ないという。

被調査者はすべてトウモロコシを栽培する農家であるが、栽培業を行う傍ら養豚、養鶏なども行っている(表7)。兼業で非農業部門に従事する農家もあるが、わずか3戸である。

表8 被調査者の家庭純収入と支出

	純収入		支出	
	戸数	割合	戸数	割合
1万円以下	1	1.6%	1	1.6%
1万円~2万円	12	20%	8	13.3%
2万円~3万円			51	85.1%
3万円以上	47	78.4%		

出所：同上

被調査者2013年の家庭純収入と支出を示したの

表9 F 合作社信用事業の利用状況

借入総額	戸数	割合	借入件数	戸数	割合
1万円以下	3	5%	1件	3	5%
1万円~3万円	30	50%	2件~3件	51	85.0%
3万円~5万円	24	40%	4件~5件	5	8.3%
5万円以上	3	5%	5件以上	1	1.7%

出所：同上

が表8である。純収入3万円以上は47戸(78.4%)で、1万円~2万円は12戸(20%)である。1万円以下は1戸(1.6%)であるが、それは重病によるものである。一方、支出をみると、非調査者の年間支出の多くは2万円~3万円に集中しており、全体の85.1%を占める。1万円~2万円は8戸(13.3%)で、1万円以下は1戸(1.6%)のみである。このことから、社員の多くは一定した収入があり、支出を除いて、多少の余剰があるといえる。

被調査者当該年度の借入先(複数選択)をみると、農村信用社などの正規金融機関(3戸、5.0%)、親戚(13戸、21.6%)、高利貸(1戸、1.7%)、F 合作社(37戸、61.7%)である。正規金融機関から借り入れている社員は非常に少ない。聞き取り調査から、人脈がなければ正規金融機関からなかなか借入れられないことも判明した。また、親戚から借り入れる社員は13戸あるが、そのうちの8戸はF 合作社からも借入れている。F 合作社から借り入れている農家は37戸で全体の61.7%を占めているため、F 合作社が社員にとって重要な借入先になっているといえよう。

F 合作社信用事業開始当初からの社員の利用状況を示したのが表9である。被調査者60名はすべてF 合作社信用事業を利用したことがある。利用金額は1万円~5万円に集中している。約85%の社員は利用件数が2~3件である。

借入金の使途(複数選択)をみると、農業生産、

マイホーム建設、教育、冠婚葬祭、事業経営など多岐にわたっているが、最も多いのは農業生産で78.3%（47名）を占める。F 合作社信用事業は当該地域の農業生産の発展を支えている。

F 合作社を借入先として選んだ理由として、「手続きが簡単」（91%）、「利率が低い」（4.5%）と「サービスが良い」（4.5%）となっている。社員にとって、F 合作社の信用事業は気軽に利用できる存在であることがわかった。

F 合作社信用事業の借入期間、借入額、利率に関する社員の総合評価をみると、「非常に満足」（71.7%）、「比較的満足」（18.3%）、「まあまあ満足」（5.0%）、「あまり満足していない」（5.0%）、「まったく満足できない（0%）」である。「非常に満足」、「比較的満足」と「まあまあ満足」を合わせると、F 合作社信用事業に満足している農家社員は95%にも達した。

最後に、F 合作社信用事業の問題について自由回答形式で質問したが、「借入利率の低減」、「与信枠の拡大」、「事業内容の拡充」などが挙げられた。

## 2. R 合作社の取り組み

### 1) R 合作社の概況

順平県は河北省の中部に位置し、管内には5鎮と5郷がある。行政村は237村、人口は31.2万人、農業人口は27.8万人、耕地面積2.58万haである。順平県は丘陵地帯にあるため、果樹栽培が盛んで、リンゴや桃、クルミが多く栽培されている。また、羊などの養殖業も盛んである。R 合作社所在地の白雲郷南呂村は人口1,432人（301戸）、耕地面積113.2haである。

R 合作社は2008年2月に設立された。事業内容は桃の販売であるが、農業生産資金に悩む社員の資金需要を満たすために翌年3月から信用事業を始めた。2014年3月時点、R 合作社の社員は342

名まで増え、南呂村のみならず近隣の白雲大村などの農家も加入している。

R 合作社は社員大会、理事会と、監事会を設けている。理事会は理事長1人と理事2人で構成されている。また、監事会は監事長1人と監事1人からなっている。合作社の管理業務は理事長が担当し、そのほか信用事業と経済事業の業務を担う職員3人を雇用している。

### 2) R 合作社信用事業の実態

R 合作社の信用事業を利用するには、社員として合作社に加入し、出資しなければならない。その手順は、まず、加入申請者が2名の社員による保証書類と加入申請書を理事会に提出する。次に、理事会で資格審査が行われ、加入申請が認められた者が出資することができる。最後に、出資金の払い込みが確認されれば、合作社から社員証書が授与される。このような手続きを経て、社員と認められる。

R 合作社は社員の脱退について定款で次のように定めている。すなわち、出資金全額の払い戻し申請を提出し、合作社その年の経営が黒字であり、出資金の払い戻しによって自己資本立が8%を下回らない場合で、脱退したい社員が返済すべき貸付元金と利息がないなどの要件が同時に整っていれば、社員は脱退することができる。R 合作社に加入することも脱退することも自由ではあるが、どちらにも一定の条件を設けているのが明らかである。

R 合作社の自己資本は、社員の出資金のみである。出資は資格出資、投資出資と流動出資の3種類がある（表10）。資格出資は社員の資格を取得するためのもので、1人1口しか出資できない。1口100円で、1人1票の基本議決権を取得できる。社員は合作社加入3年後に合作社を脱退し、資格出資金を払い戻すことができる。合作社は投

表10 R 合作社各種出資の制限と權益

種類	出資制限	議決権	払い戻し	配当
資格出資	1人1口、1口100元	1人1票の基本議決権	3年後	ある
投資出資	1人の出資額は総出資額の10%を超えてはならない。	出資額による付加議決権がある。	2年後	ある
流動出資	1口1元、金額制限なし	なし	自由	ある

出所：R 合作社内部資料により作成

資出資に対して、1人の社員の持ち分は総出資額の10%を超えてはならないと制限を課している。また、投資出資額による附加議決権がある。合作社加入2年後に脱退し、投資出資金を払い戻すことができる。流動出資は普通預金に相当し、1口1円で、議決権がない。流動出資の払い戻しは自由である。出資の配当について、合作社が黒字の場合のみ資格出資と投資出資に配当を行うが、流動出資に対して中国人民銀行（中央銀行）が定めた普通預金の基準利率で毎年配当を行う。

表11はR合作社設立時の出資状況を示したものである。出資者15名のうち、3万元以上出資したのは8名、2万元以上は5名、1万元以上は2名で、出資したのは一般農家ではなく、商人や大規模農家などである。また、後述するように、2011年に多くの社員が自然災害を受けたため、理事長が50万円の追加的出資を行った。このため、理事長個人の出資総額は530,100元に上った。

表11 R合作社設立時の出資状況

出資者の身分	金額
買付商人2人、大規模農家6人	30,100元
資材商人1人	25,100元
大規模農家4人	20,100元
大規模農家2人	10,100元

出所：ヒアリング調査により筆者作成

R合作社は不良債権の発生を防ぐために、出資金額に応じ次のような貸付け条件を設定した。①1万元以下の場合、保証人（社員）1名が必要である。期日通りに返済されれば、保証人に利息の2割を謝礼として支払う。期日通りに返済できず返済期間を延長する場合、理事会の承認を経て貸付利率が1.35%（月率）に引き上げられ、保証人への謝礼も利息の1割に減らされる。不良債権となれば、保証人が連帯保証責任を負い、保証人の出資金から貸付金の全額と利息分を差し引く。貸付金と利息が保証人の出資金を上回れば、保証人に自己資産で負担させるが、負担できなければ強制的に合作社を脱退させる。②1万元～5万元の場合、3万以上の保証人が必要で、また理事会の承認も必要である。他の条件は1万元以下の場合と同様である。③5万元以上の場合、3名以上の

保証人のほかに、理事会と監事会の承認が必要である。また、貸付金に相当する担保物も必要である。他の条件は同様である。

R合作社は信用事業を地元の農業生産を支援するためのものと位置付けており、農業生産以外の目的による貸付を行わないとしている。貸付利率が月率1%と高く設定されているが、白雲郷には正規の金融機関が1社もなく、R合作社と競合する者がいないためである。

表12 R合作社の貸付状況

	貸付件数	貸付総額 (万元)	不良債権 件数
2009年	26	42.4	0
2010年	57	70.1	0
2011年	96	141.5	4
2012年	145	172.1	0
2013年	152	200.4	0

出所：R合作社の内部資料により作成

表12に示したように、R合作社信用事業は貸付件数と貸付総額が年々増加している。一方、不良債権は2011年に4件も発生したが、自然災害が桃の生産に大きな影響を与え、返済に支障が出たためである。期日通りに返済できなかった4名の社員に対して、合作社は利率の引き上げを行わず、また被災した他の社員に対しても資金支援を強化した。それ以降、不良債権は発生していない。

R合作社も事業運営において問題を抱えている。同合作社は社員代表大会を招集し、毎年開催しているが、多くの社員は社員代表の選出には無関心である。定款によれば、社員代表大会は任期3年で、社員10人に対して1名を選出することになっている。現在、R合作社の社員数は342名で、社員代表大会の代表は34名である。その内訳は、15人の発起人と19名の一般社員である。社員代表大会の選出方法は定款に記載がないため、有志が代表を務めることになっているが、その希望者が出ないことが多いため、社員の推薦によるとしている。しかし、その推薦が出ないこともしばしばであるため、結局は理事会と監事会のメンバーが適任と判断した者に代表者就任を依頼している。このように、代表者決定には組織構成上の逆転現象がみられた。

表13 被調査者の属性

教育年数	戸数	割合	年齢	戸数	割合
小卒以下	14	31.1%	30歳以下	7	15.5%
中卒	20	44.4%	30～60歳	31	69%
高卒	8	17.8%	60歳以上	7	15.5%
短大卒・大卒	3	6.7%			

出所：同上

表14 被調査者の家庭純収入と支出

	純収入		支出	
	戸数	割合	戸数	割合
1万円以下	0	0%	0	0%
1万円～2万円	21	46.7%	19	42.2%
2万円～3万円	18	40%	24	53.4%
3万円以上	6	13.3%	2	4.4%

出所：同上

表15 F 合作社信用事業の利用状況

借入総額	戸数	割合	借入件数	戸数	割合
1万円以下	2	4.4%	1件	3	7.1%
1万円～3万円	17	37.8%	2件～3件	31	73.8%
3万円～5万円	23	51.1%	4件～5件	7	16.7%
5万元以上	0	0%	5件以上	1	2.4%

出所：同上

### 3) 信用事業の利用状況及び利用者の評価

R 合作社信用事業の利用状況及び信用事業に対する社員の評価を明確にするために、2014年7月に社員45名を無作為で抽出し、アンケート調査を実施した。

調査対象の属性は下記の通りである（表13）。小卒、中卒と高卒の割合はそれぞれ31.1%、44.4%と17.8%である。大卒は3名で全体の6.7%にとどまり、R 合作社社員の教育レベルはそれほど高くないといえる。一方、年齢をみると、社員の多くは30～60歳で、全体の69%を占めている。60歳以上と30歳以下もそれぞれ7名である。聞き取り調査により、村の近くの工場で兼業している社員もいることも明らかになった。また、より高い収入を求めて出稼ぎに行く若者もある。

被調査者の主な収入源をみると、桃の生産は36名（80%）、豚や羊の飼育は3名（6.7%）、出稼ぎ及びその他は6名（13.3%）である。社員の多くは農業を主な収入源にしている。

表14は被調査者2013年の家庭純収入と支出を示

したものである。これによると、2013年被調査者の家庭純収入は、1万円～2万円21戸（46.7%）、2万円～3万円18戸（40%）、3万円以上6戸（13.3%）である。1万円以下の家庭はなかった。一方、支出をみると、1万円～2万円19戸（42.2%）、2万円～3万円24戸（53.4%）、3万円以上2戸（4.4%）である。純収入から支出を差し引くと、あまり余剰がないことがわかった。

被調査者2013年の借入先（複数選択）をみると、農村信用社などの正規金融機関（0戸）、親戚（11戸、24.4%）、高利貸（1戸、2.2%）、R 合作社（28戸、62.2%）である。正規金融機関から借り入れている社員は1戸もない。前述したように、白雲郷に正規の金融機関がないからである。親戚から借り入れる社員は11戸であるが、そのうちの7戸はR 合作社からも借入れている。R 合作社から借り入れている農家は28戸で全体の62.2%を占めていることから、R 合作社が社員にとって重要な借入先になっていることがわかる。

R 合作社信用事業開始当初からの社員の利用状

況を示したのが表15である。被調査者45名のうち、合作社から借り入れたことがあるのは42名である。利用金額は1万円～5万円に集中しており、5万円以上の借入はない。7割強の社員の利用件数が2～3件である。

前述したように、R合作社は農業生産以外の目的の貸付けを行っていないため、社員の借入金の使途はすべて農業生産である。このため、R合作社の信用事業は当該地域の農業の発展を支えているといえよう。

R合作社の信用事業を利用する理由(複数選択)として、「借入の手続きが簡単」(91.1%)、「流動出資ができる」(68.9%)、「借入の利率が低い」(6.7%)があげられる。社員にとって、合作社の信用事業は借入のみならず貯金もできるため、欠かせない存在になっている。

R合作社信用事業に対する社員の総合評価をみると、「非常に満足」(37.8%)、「比較的満足」(26.7%)、「まあまあ満足」(26.7%)、「あまり満足していない」(8.8%)、「まったく満足できない(0%)」である。「非常に満足」、「比較的満足」、「まあまあ満足」を合わせると、R合作社信用事業に満足している農家社員は91.2%にも達した。

最後に、R合作社信用事業の問題について自由回答形式で質問したが、「借入利率の低減」、「与信枠の拡大」、「農業生産以外の貸付け」、「貯金利率の引き上げ」、「保証人や担保物などの貸付条件の緩和」などが挙げられた。

### 3. 信用事業の課題

F合作社とR合作社は信用事業を通じて、社員に農業生産に必要な資金を提供し、当該地域の農業の発展に一定の役割を果たしているといえる。一方、合作社信用事業の展開において問題を抱えていることを指摘しなければならない。

問題点として、まず、社員の合作社運営参加への無関心さが挙げられる。F合作社は社員代表大会を一度も開催していないが、そのことについて意見がないかと社員に聞き取り調査を行ったが、まったく意見が出なかった。一方、R合作社は毎年社員代表大会を開催しているが、代表は社員によって選出された者ではなく、理事会と監事会のメンバーが協議して決定した者である。一般社員が合作社の運営に無関心であることと、協同ない

し協同組合に対する彼らの理解が乏しいこととは大きな関係があるが、より重要な要因は、一般社員がより有利な借入先を確保したいという経済的動機で合作社に加入していることである。また、大量に出資している発起人や大規模農家も他の農民の資金問題を助けるためにというより、有利な投資先を確保したいという経済的動機で加入した可能性が高い。このように、一般社員の合作社運営参加への無関心により、社員の出資金や預金などは必要な社員に貸付されず、より利益の大きいところに流用される恐れがある<sup>14)</sup>。

次に、安定的に資金調達するルートがなく、社員の資金需要を満たせる貸付サービスを提供できないということである。事例合作社の社員は資金需要のある農家を中心とし、借入需要は資金供給をはるかに超えている。実態調査によれば、9割以上の農家は資金需要があるが、合作社の自己資本では社員の資金需要を満たせないのが現状である。F合作社はP2Pを利用して、一時150万円を調達できたが、利率があまりにも高く採算が合わないため、2014年から調達しなくなった。R合作社は2011年に発生した自然災害を契機に増資を決めたが、理事長以外に増資した者がおらず、増資リスクを理事長1人が負うことになった。今後、信用事業を利用するために、合作社加入希望者がさらに増加すると予想されるため、より安定的な資金調達メカニズムを構築する必要があると考えられる。

## V、まとめ

これまでみてきたように、中国農村金融組織は半世紀にわたって改革を繰り返してきた。

農村信用社の協同組合金融組織への改革が失敗した後、新たな農村金融組織である農村資金互助社が農民の様々な資金ニーズを満たせる協同組合金融組織として大いに期待されたが、管理体制の問題などによりその発展が思うように進んでいない。一方、専門農協として設立された農民專業合作社は社員の資金問題を解決するために、非合法でありながら積極的に信用事業を模索し、最終的に国に全面的に容認された。

事例分析からわかるように、農民專業合作社は農村金融市場において、資金供給不足という問題

を緩和させる新たな資金供給主体として、社員に高く評価されている。その特徴は、主に社員の出資金や貯金を自己資本とし、地域社会において「農家から集め、農家への利用」を目的とし、「自助、民主主義、平等、公正、連帯」を原則とした協同組合的性格を持つものであると指摘できる。一方、農民專業合作社信用事業は、発展の初期段階にあるため、様々な問題も現れている。今後、中国金融自由化の進展に伴い、農民專業合作社が中長期的な戦略のもとで、特性を活かした信用事業を進めることが可能となるよう、法律や行政対応をはじめとする環境整備をさらに行っていくことが重要である。

#### 注

- 1) [4]の18ページによる。
- 2) 中国共産党と国務院が出す重要通達のうち年初に出すもので、党・政府が最も重要視しているテーマが取り上げられる。
- 3) 「中国華洋義賑救済総会」は1923年に河北省で組織した「香河県第一信用社」が中国で最初の農村信用社と言われる。その後、わずかな期間で全国の農村に普及され、1935年には、全国で26, 224の各種合作社が設立されていたが、そのうち農村信用社が58. 8%を占めた。
- 4) 供銷合作社信用部は、供銷合作社の中に信用事業を行う部門が付設されたものであり、供銷合作社の組織を基礎として、資金、従業員等も供銷合作社の全体の中で計画し、解決していこうとするものである。
- 5) 信用互助組は、低レベルの合作金融組織で、小範囲で業務手段の多様性と柔軟性をもった資金の相互扶助組織であった。
- 7) 詳しくは、農業部農村合作經濟指導司『農村合作經濟組織及農業生産条件發展情況資料(1950~91年)』を参照願いたい。

- 8) 詳しくは、青柳斉「中国農村合作經濟組織の企業形態と諸類型」『農林金融』2001年第12期を参照願いたい。
- 9) 苑鵬「中国農民專業合作社の發展の現状・問題と今後の展望」『農林金融』2013年第2期、39ページ。
- 10) 梨樹県門戸網 <http://www.lishu.gov.cn/main/index.jsp>2014年3月12日アクセス。
- 11) 農家社員と団体社員の最高貸付額はもともと4万元と10万元であったが、F合作社が調達できる資金が限られているため、2万元と5万元に減額された。
- 12) F合作社は現金を保管する施設がなく、また普通預金の引き出しには対応しなければならないため、普通預金を取り扱わないことにした。
- 13) インターネットを介して小口融資の借り手と貸し手を結びつける金融サービスである。
- 14) 農民專業合作社が社員の貯金を集め、不動産などに転用し倒産したケースが多く報告されている。

#### 参考文献

- [1] 青柳斉「中国農村合作經濟組織の企業形態と諸類型」『農林金融』2001年第12期、56-68ページ。
- [2] 苑鵬「中国農民專業合作社の發展の現状・問題と今後の展望」『農林金融』2013年第2期、37-50ページ。
- [3] 王江、神田健策「中国における農村信用社改革の実態と協同組合金融の展開——遼寧省葫蘆島市農村信用社と吉林省梨樹県閻家村百信農村資金互助社の事例」『協同組合研究』第28巻79・80号、44-59ページ。
- [4] 阮蔚「中国農村金融自由化の背景と可能性」『農林金融』第61巻第4号、2008年4月、16-31ページ。
- [5] 張曉山、李周『中国農村發展道路』經濟管理出版社、2013年。
- [6] 農業部農村合作經濟指導司『農村合作經濟組織及農業生産条件發展情況資料(1950~91年)』1993年。

(そう しょうかい、中国曲阜師範大学准教授)

## 研究助成報告(機関誌掲載など)

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

---

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

---

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

---

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

---

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

---

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

---

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

---

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

---

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

---

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

---

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

---

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

---

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

---

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

●概要報告「『社会的包摂を目指す多層支援システムモデルに関する実証的研究』研究成果報告書」(川島ゆり子ほか)『いのちとくらし研究所報』51号

---

●概要報告「旧日本軍遺棄毒ガス被害実態調査および日中共同の医療支援に関する研究—寒川およびチチハル日中合同検診を通して—」(磯野理ほか)『いのちとくらし研究所報』51号 (全文はウェブサイトで公開)

---

●概要報告「民間研究所論～概要～」(鎌谷勇宏ほか)『いのちとくらし研究所報』52号

---

●「名古屋市の一地区における路上生活者を対象とした精神保健調査の報告」(松浦健伸ほか)『いのちとくらし研究所報』53号 (ウェブサイトでも公開)

---

●概要報告「諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究」(高山一夫ほか)『いのちとくらし研究所報』54号

---

## 研究助成報告書(報告書・ウェブサイト公開)

●青木郁夫、上田健作、高山一夫、時井聡『米国の医療制度改革と非営利・協同組織の役割』  
ISBN 4-903543-00-5 (978-4-903543-00-0) 2006年6月発行 (在庫なし、ウェブサイトでPDF公開中)

---

●Hugosson, Alvar Olof、神田健策、大高研道『地域社会の持続的発展と非営利・協同(社会的経済)の実践—スウェーデン・イエムランド地域の事例研究—』  
2007年9月発行 ISBN 978-4-903543-03-1

---

●東京勤労者医療会歯科診療部メンテナンスプロジェクト(代表 藤野健正)『Supportive Periodontal Therapyの臨床的効果について—長期管理における有効性とトラブルの種類と発生率分析—』  
2007年12月発行 ISBN 978-4-903543-02-4

---

●日野・市民自治研究所地域医療研究会『日野市立病院の現状と改革の方向—病院(医療従事者)と市民と行政の共同を—』  
2010年6月発行 ISBN 978-4-903543-07-9

---

●磯野理ほか「旧日本軍遺棄毒ガス被害者実態調査および日中共同の医療支援に関する研究—寒川およびチチハル日中合同検診を通して—」  
(概要は『いのちとくらし研究所報』52号掲載、全文はウェブサイトでPDF公開中)

---

●松浦健伸ほか「名古屋市の一地区における路上生活者を対象とした精神保健調査の報告」  
(『いのちとくらし研究所報』53号にも掲載、ウェブサイトでPDF公開中)

---

●高山一夫、松田亮三、石橋修ほか『諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究』  
2016年6月15日発行  
ISBN: 978-4-903543-15-4 (概要は『いのちとくらし研究所報』54号に掲載)

# 会員短信

## 思いがけずワーキングペーパーが

思うところあって、TPPと共済問題をテーマとする小さな研究会を立ち上げた。幸運なことに報告論文集がワーキングペーパーとして当研究所から出版されることになった。

発端は研究所報No.54「座談会：共済事業の今後とTPPの共済への影響」である。2005年保険業法改正、その前後の各協同組合法改正によって自主共済が大きな打撃を受けたこと、協同組合共済も営利保険との同質化傾向を強めるなどの影響を受けていること、また一連の法改正の背景には米国保険業界の圧力があり、TPPが発効した場合その圧力は加重されて保険行政一元化が危惧されることなどが議論された。こうした事態に対してわれわれは何ができるのか、それぞれ可能なことに取り組むことにしようという座談会を終えた。

その夜私は、小規模な研究会なら自分でも組織できる、TPPや法規制についていろいろなニュアンスをもった共済事業団体関係者を中心に10名程度、知人友人の範囲でできるだけ多様性をもった構成にしようと考えて決意した。翌日中川先生に電話でこのことを伝え、首尾よく研究会が発足した場合には座長を引き受けることを含めて了解していただいた。関英昭先生は中川先生が座長ならば会員になってもよいというご返事であった。知人友人への意向打診の結果、10日ほどで研究会発足の目途がついた。4月9日（土）、第1回研究会を開催、会員13名で研究会は発足した。

研究会発足に向けて意見交換を始めて間もなく、関先生から「問題はアウトプットです。なにか予定されていますか」という問いかけがあった。このことを中川先生に話したところ、関先生との間でこの問題は話題になっていたとのこと。じつは中川・相馬、それに竹野事務局長が顔を合わせる機会が明治大学大学院にある。毎週金曜日の協同組合演習で、院生のほかに竹野さんや私など中川先生と縁のある者が2、3名加わった発表中心の授業である。あるとき、竹野さんから研究所の理事会の承認が得られればワーキングペーパーとして出版できるのではないかという意向が示された。これを受けて第2回研究会（4月30日）で趣旨を確認し、出版をお願いすることにした。5月20日の研究所・理事会に向けて出版の「お願い」を提出、承認していただき、第3回研究会（5月21日）ではこのことを報告、研究会としてもワーキングペーパー出版に向けた取り組みの手順の確認など行った。思いがけない成果を見ることができそうである。

（相馬健次）

今号より、新しく「会員短信」のページを作りました。地域でのそれぞれの実践・研究活動などについて、読者とシェア出来る場所が出来ればと考えています。季刊のため即時性には欠けますが、気軽に読んで参加いただける場所にしたいと思っています。(竹)

## 大震災から5年 被災を大きくしたものの、復旧を困難にした背景は??

・昨年10月中旬から、左手関節の痛みが始まった。11月初めのロンドン・ニューカッスル視察旅行中に、左手のむくみと指関節の痛みが強まってきた。帰国後、リウマチの専門医からRS 3 PEs syndrome (Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema) と診断されステロイドを飲む羽目になった。未だ病態が解明されていないが、ステロイドが著効するというのにわずかに期待しつつも、HbA1cが亢進する副作用を気にしながらの生活です。なお、この病は65歳以上に発症しがんに併発する例が多いとの事です。ご用心を。

・3.11大震災後5年を経て、復興5年を検証する企画が目立ちます。地元河北新報と朝日新聞の共催の企画の座長は五百旗頭氏でした。氏は、復興計画に「防潮堤と高台移転」を書き入れたのは自分であると誇示しつつ、「これほど徹底して高い防潮堤を作ると思わなかった」と言い放ちました。この企画では、この発言に対して批判的に言及する論者はいま経過しました。東北大学主催の同様の企画も覗いてみました。共通するのは、この5年間で新しくあれをやったこれをやったという“成果”の誇示でした。開学100年間大学の特徴としてきたと称する「研究第一主義」「実学重視」が、大震災でどのような意味を持ったのか、どのような不十分さを露呈したのか、見直すことは何か、などなどの視点は全く見られなかったのです。

・3.11は、原発事故も加わった故に、「専門家」「科学者」の責任と在りようが強く国民に意識されました。しかし当事者からのそのような自覚した発言を耳にすることはありません。今日「くまもと」をテレビで見るにつけ、活断層の集中地で且つ阿蘇山の火山灰地になぜ宅地建造を許可したのか…。気象庁の担当官が「地震予報不可能」と憔悴した表情で語る。などなどを重ね合わせた時に思うのは、科学関係予算の貧困さ、とりわけ成長産業に寄与しない分野は縮小させられている状況の反映かと思われる。

・私は3.11以降、東日本大震災復興復興支援みやぎ県民支援センターに加わり、いくつかの課題に取り組んできた。当総研から援助を受けて行った「被災地保健師100人の声(宮城県)」もその一つである。現在のテーマは、震災を大きくした背景や復旧を困難にした要因について深めることが大事と考えている。平成の大合併、公務員の削減、自治体病院の再編統合、保健所統合などなどの影響を分析的に捉えたいと思いい、ワーキンググループを立ち上げた。グループには、元保健所保健師、自治体保健師や元東北大学大学院教授なども参加しており、被災地の保健師等のヒアリング等を重ねてあきらかにしたいと思っている。

(村口至)

### ●「会員短信」原稿を募集●

皆様の近況などについて、お知らせ下さい

- ・字数：1,000字程度、写真等もOK
- ・締切：特になし(直近の機関誌へ掲載予定)
- ・事務局にて選択して掲載させていただきます
- ・送付先：研究所事務局(裏表紙裏を参照ください)

# 『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

## 第54号 (2016年3月) —— 【特集】 共済、TPP、地域医療福祉の現況と課題 ——

- 巻頭エッセイ：今、民医連の看護学校で（窪倉みさ江）
- 【特集】 共済、TPP、地域医療福祉の現況と課題
  - ・座談会：共済事業の今後と TPP の共済への影響（橋本光陽、相馬健次、高橋巖、司会：中川雄一郎）
  - ・成田市特区での医学部新設について（八田英之）
  - ・介護をめぐる諸問題～介護福祉士養成校の学生にみる貧困の諸相～（川口啓子）
  - ・「地域包括ケア」—その前提（上林茂暢）
  - ・山口県にみる地域包括ケア・システム構築の現況—断片的に（野田浩夫）
- 論文
  - ・19世紀欧州庶民銀行発生に係わる諸問題について（平石裕一）
  - ・非営利住宅供給会社とコミュニティ開発—イングランド、サンダーランドのジェントウ Gentoo の事例（石塚秀雄）
  - ・英国社会的企業のインフラストラクチャー組織「SES」の現況（熊倉ゆりえ）
- 書評 松本勝明編『医療制度改革—ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』旬報社 2015年3月（八田英之）
- 2012年度研究助成概要報告：諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究～米国ワシントン D.C. 現地調査を中心に～（高山一夫）
- シリーズ医療政策・研究史（12）「はたらきかけ」と自分史（野村拓）

## ●第53号 (2015年12月) —— 【特集1】 戦後70年と未来／【特集2】 医療福祉と地域コミュニティ ——

- 巻頭エッセイ：戦後70年と未来（朴賢緒）
- 【特集1】 戦後70年と未来
  - ・非営利・協同の過去70年とこれからの70年（富沢賢治）
  - ・戦後70年と民医連運動の課題（藤末衛）
  - ・敗戦直後まで—いのちとくらし点描—（山口孝）
  - ・沖縄のこころ（野村秀和）
- 【特集2】 医療福祉と地域コミュニティ
  - ・医療の市場化、「営利化」（角瀬保雄）
  - ・地域医療構想をめぐる北海道の現状と課題（太田美季）
  - ・地域医療ビジョンと地域包括ケアについて～千葉県の現状と課題～（加藤久美）
- 隠され続ける TPP 合意の真実（鈴木宣弘）
- 図書館の公共性と民営化についての論点（石見尚）
- 英国の社会的企業と社会サービスの現状と課題—協同組合の政治的自立性の発揮の視座から—（澤口隆志）
- シリーズ医療政策・研究史（11）グローバル医療政策学の構築—まわり道でも世界史を—（野村拓）
- 2012年度研究助成報告：名古屋市の一地区における路上生活者を対象とした精神保健調査の報告（松浦健伸ほか）

## ●第52号 (2015年9月) —— 非営利・協同組織の社会的有用性と公益性 ——

- 巻頭エッセイ：新専門医制度のスタートを前にして（阿南陽二）
- 2015年度定期総会記念シンポジウム「地域のくらし連携について考える—鶴岡から学ぶ—」
  - ・鶴岡から何を学ぶことができるか（杉本真志）
  - ・事業協同組合方式による「住み続けられるまちづくり」（岩本鉄矢）
  - ・社会福祉法人からみた地域のくらし連携（井田智）
  - ・生協共立社連邦運営の基本的考え方（松本政裕）
- 質疑応答
- 無差別平等の医療を貫いた60年、山梨勤医協の公益性とは何か（梶原祐治）

- 協同の事業組織の社会的有用性と公益性（柳沢敏勝）
- 介護保険制度をめぐる動向—介護報酬2015年改定、補足給付の見直しを中心に（林泰則）
- イングランドのNHS ファンデーション・トラストの構造（石塚秀雄）
- 書評：地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ報告書『地域の医療供給と公益性—自治体病院の経営と課題』（田岡康秀）
- シリーズ医療政策・研究史（10）グローバル医療政策へ（野村拓）
- 2011年度研究助成概要報告：民間研究所論～概要～（鎌谷勇宏）

### ●第51号（2015年6月）——医療供給の変化と課題——

- 巻頭エッセイ：協同の明日に希望を託して（大八木秀明）
- 座談会「非営利・協同の医療機関を取り巻く状況と経営上の課題」（小磯明、谷口路代、田中淑寛、司会：石塚秀雄）
- 医薬品産業での新自由主義政策のさらなる進展について（高田満雄）
- 国保制度の都道府県化—国のねらいと市町村担当者の「幻滅」—（中村暁）
- シリーズ医療政策・研究史（9）国家的医療の解体と市場化（野村拓）
- フランスの社会的連帯金融の動向（石塚秀雄）
- 2012年度研究助成概要報告：「社会的包摂を目指す多層支援システムモデルに関する実証的研究」研究成果報告書（川島ゆり子）
- 2013年度研究助成概要報告：旧日本軍遺棄毒ガス被害実態調査および日中共同の医療支援に関する研究—寒川およびチハル日中合同検診を通して—（磯野理）
- 会員からの情報提供：先端医学技術展開に市民がどのようにかかわるのか—東北メディカル・メガバンクの展開に批判的にかかわって—（村口至）

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

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

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

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

## ●第48号（2014年10月）——アベノミクスと医療社会保障

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

## ●第47号（2014年7月）——労働と社会の新しいあり方

- 巻頭エッセイ：「新成長戦略・骨太方針」と地域医療（山本裕）
- 座談会：社会的経済、連帯経済と経済学（津田直則、北島健一、富沢賢治、司会：石塚秀雄）
- アベノミクスと労働改革の諸問題（橘木俊詔）
- 安倍政権による派遣法制の改変構想批判（伍賀一道）
- フランスの社会的経済・連帯経済法の成立と意義（石塚秀雄）
- 医療政策・研究史（5）：八面六臂の巻（野村拓）
- 投稿論文：高齢者の暮らしと地域の「あればいいな」～姫路医療生協地域調査における要支援・要介護者のヒアリングから～（川口啓子・小田史）
- 書評：中川雄一郎・J C総研編『協同組合は「未来の創造者」になれるか』（角瀬保雄）
- 書評：堀越芳昭・J C総研編『協同組合研究の成果と課題 1980-2012』（相馬健次）

## 「研究所ニュース」バックナンバー

### ○ No.54 (2016.6.30発行)

理事長のページ：イギリスの国民投票が教えてくれたこと（中川雄一郎）、理事エッセイ：南房総の戦争遺跡（今井晃）、年金積立金の市場化はいかなものか（石塚秀雄）、新刊紹介

### ○ No.53 (2016.2.29発行)

理事長のページ：大学人は戦う（中川雄一郎）、副理事長のページ：貧困への大学生の怒りと民主党政権の経験（後藤道夫）、副理事長のページ：「お世話になりました、今日は失礼して家に帰らせていただきます」（高柳新）、「空想から科学へ」（石塚秀雄）、「ようこそ文化のリッチな東ロンドンへ」（竹野ユキコ）、本の紹介

### ○ No.52 (2015.11.30発行)

理事長のページ：戦いすんで日が暮れて（中川雄一郎）、副理事長のページ：枕詞の修飾語？（八田英之）、EUにおける社会的経済の動向（石塚秀雄）、本の紹介

### ○ No.51 (2015.8.31発行)

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

### ○ No.50 (2015.5.31発行)

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

### ○ No.49 (2015.2.28発行)

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

### ○ No.48 (2014.12.15発行)

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

### ○ No.47 (2014.09.01発行)

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

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。

# 地域の医療供給と公益性

## —自治体病院の経営と役割—

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

### ○ワーキンググループ メンバー（執筆順）

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

### 目次

#### はじめに

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

第2章 地域医療崩壊の現段階と自治体病院の今後

第3章 地域医療・自治体病院再編の動向と住民・労働組合等の取組み

第4章 地方自治体病院の財政制度と財政問題

第5章 イタリア・ポローニャの地域医療システムの構造

#### おわりに

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

A4版、160 ページ

ISBN 978-4-903543-13-0

発行 2015年4月30日

頒価 1,000 円

（送料別、10部以上は送料無料）

【問い合わせ先】 特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所いのちとくらし URL: <http://www.inhcc.org/>  
〒113-0034 東京都文京区湯島2-7-8-2F 電話: 03-5840-6567 FAX: 03-5840-6568 電子メール: [inoci@inhcc.org](mailto:inoci@inhcc.org)

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

ふりがな お名前		希望部数	部
〒番号		電話番号	( )
住所			

# 【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56号の予定】** (2016年9月発行予定)

- ・総会シンポジウム (日米の医療セーフティネットを考える) 報告
- ・地域医療ビジョンと地域包括ケア
- ・研究助成報告、その他

**【編集後記】**

今号は特集に非営利・協同組織の管理と運営をとりあげ、医療ではどのような課題があるのかを共有できるようにと座談会を企画しました。新たに会員短信のページを作りましたが、各地のいろいろな実践について共有できるとより具体的になるのではないかと思います。薬や介護についても詳細な論考を頂き、中国に関する研究報告を掲載することができました。次号は9月発行と戻る予定です。(竹)

**【投稿規定】**

原稿の投稿を歓迎します。原稿は編集部で考査の上、掲載させていただきます。必要に応じて機関誌委員会にて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。

**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にて決定。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、内容のできふで関係なく残念ながらお断りする場合があります。

**5. 締め切り**

随時 (掲載可能な直近の機関誌に掲載の予定)

**6. 執筆注意事項**

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

② 投稿原稿は返却いたしません。

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

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

**7. 原稿料**

申し訳ありませんが、ありません。

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

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

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

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