

## 目次

---

○巻頭エッセイ「社会的企業と雇用創造」	宮本 太郎	1
特集（1）「公立病院のゆくえ」		
○座談会「日野市立病院の現状と今後のあり方」	窪田 之喜、中谷 幸子、高柳 新、 根本 守、司会：石塚 秀雄	2
○「公立・自治体病院『改革』の現状」	事務局	13
特集（2）「オランダ視察報告」		
○「総研オランダ視察 概要報告」	廣田 憲威	16
○資料翻訳「オランダ病院薬剤師協会」	廣田 憲威	23
○「MOVISIE とナレッジ・インスティテュート」	竹野 ユキコ	29
○「オランダの医療（保険）制度の特徴」	石塚 秀雄	32
○「日本の共済組織の危機的現状」	石塚 秀雄	37
○「『協同労働の協同組合法』制定の特徴と社会的意義」	田嶋 康利	41
○オバマ 医療保険改革のゆくえ	石塚 秀雄	44
○「中国はどこへ行くのか」	岩間 一雄	48
○「ポルトガル社会連帯協同組合法—知的障害児童の社会復帰を目指す—」	石塚 秀雄	52
○社会福祉と医療政策（36—40話）「8 社会主義・社会福祉・優生思想」	野村 拓	58
○本紹介・「野村拓『講座医療政策史 新版』」	山田 智	63
○本紹介・「横山壽一『社会保障の再構築 市場化から共同化へ』の紹介」	齋藤 裕幸	65
○バックナンバー		67
○研究所ニュース		82
○入会申込書		

## 社会的企業と雇用創造

宮本 太郎

最近、「一丁目一番地」という表現をよく耳にする。「家計の安心がマニフェストの一丁目一番地」などという使い方だ。もっとも基本的で優先されるべき課題といった意味あいになるだろうか。最近、『生活保障』（岩波新書）という小著を上梓したが、そこでの主張は、この言い方を借りれば、「雇用と社会保障の新しい組み合わせこそが、これからの生活保障の一丁目一番地」というものだ。社会保障についてしばしば「セーフティネット」という言葉が使われるが、綱渡りのロープの下で待ち受ける安全網にとどまってはならない。社会保障が雇用と強く連携していく必要がある。途切れた雇用を職業訓練や所得保障でつないだり、勤労所得を補完する社会手当などで細いロープをいわばコーティングしたりして、質の高い雇用を実現する。そうしたことが求められていると思う。

新政権も、ようやく雇用の問題に重点を置くようになってきた。10月の終わりには、「緊急雇用対策（鳩山雇用ビジョン）」をまとめた。そこでは、介護人材の確保や処遇改善を柱にした「介護雇用創造」、農林、環境、観光関連での「グリーン雇用創造」に加えて、「地域社会雇用創造」が打ち出された。この「地域社会雇用創造」は、NPOや社会的企業を柱とする雇用戦略である。

近年、社会的企業の基本的な役割の一つが、雇用、とくにスムーズに労働市場に入っていくことが困難な人々の統合にあることが強調されるようになった。こうした役割を担う社会的企業は、労働統合型社会的企業 Work Integration Social Enterprise、あるいは WISE と呼ばれる。地域社会雇

用創造とは、政府としても社会的企業を雇用の柱として据えていこうという姿勢を示したことを意味する。

自民党政権は、官僚主導の公共事業などで雇用を維持しようとしてきたが、この方法が通用しなくなっている。社会的企業を軸として、市民社会主導の雇用創出に転換していく必要がある。社会的企業がそのための主体として認知されてきたことは、とても重要なことである。

その一方で、政府支出の無駄を省くことを掲げた事業仕分けでは、「若者自立塾」への支出が無駄として判定された。「若者自立塾」は厚生労働省の事業で、引きこもりなど、社会とつながっていくことに困難を抱えた若者たちに、合宿形式で社会的リハビリテーションを提供しようとするもので、各地の NPO や社会的企業が委託されていることが多い。

今日の社会では、雇用の達成は、経済刺激策や職業紹介で簡単に達成されるものではなく、人々を社会にむすびつけていく粘り強い努力に支えられなければならない。ここではある意味で雇用と社会保障の統合が問われているのである。だからこそ社会的企業の役割が大きいわけであるが、その際に、何が無駄なものかという判断もまた慎重である必要がある。こうした観点もふまえつつ、生活保障の「一丁目一番地」として質の高い雇用を再構築していくべきであろう。

（みやもと たろう、北海道大学教授）

# 座談会 「日野市立病院の現状と 今後のあり方」

出席 窪田之喜 (くぼた ゆきよし、弁護士)  
中谷幸子 (なかたに さちこ、元日野市立病院看護師長)  
高柳 新 (たかやなぎ あらた、医師、研究所副理事長)  
根本 守 (ねもと まもる、公認会計士)  
司会 石塚秀雄 (いしづか ひでお、研究所主任研究員)

## ●持ち直している医療体制

司会 日野市立病院の現状について、最初に研究会のまとめをされている窪田先生に研究結果の概要をお話いただき、そのあと各自ご発言をお願いしたいと思います。

窪田 私たちの研究所は「日野・市民自治研究所」と言いまして、日野にある市民自治研究所という意味です。7年前にスタートしたのですが、そのチームの1つとして地域医療研究会を作り、今日まで市立病院問題に焦点をあてて調査研究を進めてきました。

日野市立病院は、第2次医療圏としては旧南多摩地域、八王子から日野、多摩、稲城・町田を含めた地域です。調べてみると人口17万人の日野市は特殊な地域で、一般病床が360床くらいありますが、そのうち300床が市立病院です。市立病院が地域医療の中核になっているのだということがわかります。その市立病院の新しいスタートが2002年だったのです。2003年、2004年と職員の努力で占床率も上がり、2004年で83.7%まで記録し軌道に乗るかと思えたのですが、その後医師が辞めるなどといった問題を中心にピンチな状況を迎え、2008年度は占床率が63%台まで落ちてしまうという、とても困難な現状になっていました。ただしこの間、行政当局も病院関係者も非常に頑張っていて、当面の医師の確保は何とかなりまして、2010

年4月の実績で占床率も70%台まで回復するという明るい見とおしも出てきています。

そういう状況であるからこそといいますか、なぜ非常にピンチな状況になったのかという病院の基本政策の検討から、これからどういう方向で行ったらいいのかというベースと具体策とを、私たちが提言したいと思います。病院で働く人たち、行政と市民、三者がしっかりと協力ができれば、市立病院として再生できるのではないかという思いを持っているところです。

医師確保の問題がかなり大きかったので、とりあえず日野市、行政当局も慶応大学病院に協力を依頼して、新しく熊井院長先生が来てくださり、すでに2年になります。医師確保はかなり進んでいます。ほぼピーク時をちょっと上回る水準で確保できています。この一時的な努力を生かして継続的な力にするのかというのが、医療の大きな中心になっていると思います。その点では研修医制度など、引き継いでいく人材をどう作るのかが一番の課題かなと思います。

経営的には、大まかに言って毎年10億円の赤字を積み上げている形になるので、これをどう考えたらいいいのかということだと思います。経営にも医療にも日野市がしっかりと責任を取るというのを前提に、経営改善をしていくのが重要なのではないかと思います。自分にはできないから民間に任せますとか、指定管理者制度でというのは、基本的には安易な、困難の押し付けではないかと思

ます。危機的ではあるけれど経営改善の余地は十分あるし、改善の抜本的努力が必要というのが研究会の結論だと思います。

司会 現在の病院の職員数はどのくらいでしょうか。

中谷 職員数は2009年4月1日時点で295名前後です。医師が41名で、常勤的な非常勤がさらに10名います。

司会 この場合の職員というのは、市の公務員ですか？実際に病院で働く公務員以外の人はいるのでしょうか？

中谷 職員は公務員です。

窪田 医事課の実務担当はニチイ関係に委託し、給食の調理も委託していますから、統計上の人件費率より実質上の経費では、人件費はもっと大きな割合になっているといえます。

高柳 いま、公立病院は総務省路線で、いろんな形式で最終的には民営化されていく方向で流れています。それに対して民営化ではないものを対置しなければいけないというのが基本スタンスかと思えます。しかし注意しなければいけないのは、なぜ総務省の路線が、一般的・抽象的ではない現実の現場を襲って、それなりに説得力を持つのかということ、しっかり考えなければいけないということ。いま、全国各地で起こっている民営化反対闘争というのは、「都立は都立のままで、県立は県立のままで」というのがおおよそ言葉になって組織されています。ただし中身はなんだということになると、とてもはっきりしない。畢竟するに、中身についての議論を丁寧にする可能性が、この日野・市民自治研究所にあるのかなと僕は期待しています。

まだ報告書を十分読んでいないのでわかりませんが、ただ危惧するのは、日野市が緊急にいろいろな格好で動くことや計画をみると、ほとんどが総務省路線を市立のままでやりましょと追いかけている。それに失敗したら、名実ともに総務省

路線に切り替える。いまは形だけは市立ですが、実際の改革なるものには2つの側面があって、かなり原則的なものをはっきりさせないと、お先棒担ぎのようなことをやってしまうことになりかねない。経営問題にしろ、医療活動にしろ、非常に微妙な問題を含んでいると感じています。

司会 院長先生は慶応大学病院から来たのですか。

窪田 そうですね。

## 日野市医療改革プランについて

司会 市立病院としての役割はいろいろあると思いますが、マスコミで報道されたような産婦人科の問題などは、その後どうなったのでしょうか。

中谷 産婦人科の問題は、小児科が不在になったので総合病院として安全な分娩が責任をもってできないということで、産婦人科のドクターの意見で分娩休止となったのです。しかしその後、何人か小児科のドクターを確保できたので、2008年12月から部分的に件数を制限して開始となっています。また09年4月から新生児医療を含めた5名の小児科チームが確保できたので、分娩は全面再開ということになりました。今度の小児科部長は副院長も兼ねて入職されていて、研究会としてもお会いしましたが、非常に熱意を持った方です。

司会 役所の市立病院改革プランについては、研究会はどのような評価をされていますか。一般的な、もっともなことが書いてあるとは思いますが。

高柳 僕は偶然、山梨県立病院の改革プランを読む機会もあったのですが、日野市立病院のものと使う言葉などがまったく同じです。クリティカルパスのパーセントを上げるなどという調子のもんです。経営の問題や職員の動員の仕方など、同じような原理です。この日野・市民自治研究所の方向では、さすがに成果主義への反対というのは堅持していますが、病院の改革プランというのは、そもそもが総務省のガイドラインに合わせて書いて

ているんでしょうね。

**窪田** 確かに市のプランは総務省のガイドラインに沿って作られています、特徴点は、経常収支比率や医業収支比率などに、総務省より高い目標を掲げて作っていることです。私たちの報告書（案）では、高い目標を掲げて総務省に報告するのは危うさがあると指摘しています。全体的な特徴としては、実は2001年以来、日野市の医療を論じた基本的な文書がいくつかあります。それによれば基本的には採算性を絶対視するような計画がたてられていた。それについての検討が加えられないで、総務省のガイドラインやそれを超えるような数値目標がたてられています。いままでの医療の振り返りがされていないという、前提が危ういので、目標だけ高いのが掲げられてうまくいきませんでしたとなってしまつて困るので、今が肝心だと思っています。

**司会** 改革プランへの批判が書かれてありますが、それに対する代案的な提言はいかがですか。

**高柳** 項目としては、研究助成報告書の最終的な部分に予定されているのでしょうか。

私としては、まずは市立のままで総務省路線を追いかける、うまくいかなかったときには形態も総務省路線の民営化というコースをとるのではないかという危惧を持っていますね。中身としては「気持としてはわかるけれど、不採算部門を抱えてはどうにもならないから、予告したとおり、この科は閉鎖に持っていく」などと、すごい勢いで医療に切り込んでいく前段階である危険性があるのと、皆さんが考えているような新たな可能性を含む面と、両方ある状況だと思うのです。

ただ注意しなければいけないのは、医療の中身においても経営においても、守ってきた積極性は認めるけれども、総務省のようなことで、ずたずたに批判を食ってしまう、なぜそういう弱点を持っていたのかを分析しないと、今度は慶応大学にお願いしてお医者さんが来てよかった式な、医療技術についての考え方、市立病院の医療のあり方をもっと真剣に内側から議論しないと、結局のところ同じようなところに追い込まれるような気が

して仕方がない。これが第1点です。

第2点は、誰の責任かを含めて、こんな大赤字を容認してきたのは一体何だったかということ。これは僕らが非営利・協同の研究所であるが故にあえて気づいていることだけれど、公立や公的なものが持つ、とても重要な責任と、とても大きな無責任やずぼらさがある。どの世界でも、一方の側に絶えず生まれる官僚主義を意識的に乗り越えていく仕組みを持たない限り、誰がイニシアティブを発揮しても半分くらいは総務省が言うのと同じようなことを、上からやらなければならない。その意味では、これまでの現場は、住民も職員もひっくるめて、かなり自治能力が足りない、無防備だったといえる。

**窪田** それは僕らが本当に足らなかった所ですね。2003年文書なんて読んでなかったですから。報告書（案）にも「自らの足りなさを反省しつつ」となっています。どうして出た時に読んで批判しないのかという形ですね。

**高柳** 言ってみれば日本中で、山梨県民はバカだったとか、東京都民はかなりアホだったとか、各地で同じようなことが起こっています。その意味では日野の研究は、具体的に迫れば迫るほど、普遍性に迫っていると思うのです。

**窪田** 僕らの日野・市民自治研究所は、医療に対して市民自治という視点から考えてきたか、ということが問われているのだと思うのですね。一時的に慶応大学病院に協力を得て水準を回復したということがあったとしても、結局は市民の自治力の1つとしてこのまちの医療に責任を持つ、そういう市民であったり行政であったり、病院で働く人たちであったりする関係が作れるのかという、自治の現場の鋭い課題にあらためて今正面から向き合っているという感じがします。

## 日野市立病院の経営状況

**司会** 一般論で言いますと、自治体病院は全国で赤字経営が多く、黒字は10数%しかないといわれています。自治体病院の効率性がやり玉にあがっ

て経営改善をと言われたり、指揮系統がいわゆるお役所仕事のようになっているから良くないので、民間の手法を入れようという主張があったりします。日野市立病院の状況はいかがでしょうか。

**根本** まず日野市立病院の経営状況というのは、2008年度で収益が概算で50億円、赤字が市や国の財政からの補助金を外すと約20億円です。補助金が10数億円入って、赤字が8億円になっています。他の自治体病院と比較してもかなり厳しい状況にあるという事実があり、累積赤字約60億円となっているのです。

日野市立病院の改革プランというのは総務省の公立病院改革ガイドラインに沿った文章ですが、このガイドラインは2007年成立の地方公共団体財政健全化法という法律とリンクしています。地方公営企業としての自治体病院の赤字も市の財政と連結した上で、赤字の団体についてはかなり厳しい措置を取るという枠組みになっています。基本的には2008年度から2012年度までの5年間に、一定の対応をしなければならないということになっている、ということです。

それで日野市立病院は具体的にどういう方向へ動くのかということについては、一部には日野市の財政は従来は豊かであったので、市長の姿勢も含めて今のところ日野市立病院はそのまま存続させていくので、総務省の形式上の路線には乗りませんよという話もあります。その一方で、私も知らなかったのですが日野市財政の非常事態宣言というのが出ていて、具体的にどう進むのかについてはかなり流動的な状況がありそうだということでしょうか。

**司会** 研究助成報告書(案)には「公立病院の役割にふさわしい財政支援を」とありますが、市立病院の公的役割、公共性を考えて日野市が財政投入をするべきだということ、具体的には何年か掛けて赤字を解消・補てんをするべきだということ考え方でしょうか。

**高柳** 当然、市がかなりの部分について税金を使わなければならないというのは事実だと思うのです。しかし、本当の意味で民主的で健全で科学的

な医療を患者に保証するためには、経営は抜本的に改善されなければならない。同じような数字目標であっても、実現していく経営改善の思想をしっかりとさせないと、むちゃくちゃなことになってしまうと思っています。どこまで数字目標を掲げるべきかはあまりに難しいのではっきりしませんが、研究しながら現状の全体の予算や実績を勘案して、いくつか鮮明に打ち出すべき局面に出ていると思いますね。経営は改善するべきだ、人件費は抑制されなければいけないということも含めて、あまり抽象的に税金を投入してカバーすべきだ、だけでは正しくないと思うのですが、根本先生いかがですか。

**根本** 総研の医療経営比較ワーキンググループで『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—』(2006年3月)をまとめました。あまりまとまらなかったかもしれませんが、あのワーキンググループで少なくとも議論したのは「公的な病院における公共性、医療における公共性とはどういう内容なのかということを検討する必要がある」ということでした。一般論として自治体病院が公的な役割を果たしているからというので市の財政等をつぎ込むことには総論的には賛成でも、具体的にいくらつぎ込むのかという点での市民的な合意を形成するためには、どこまで市立病院が医療の公共の役割を果たしていて、民間の病院では実施困難なことを担っているのか、具体的にはどういう内容でどの程度の財政支援規模なのかということ突き詰める作業が必要になると思います。

**司会** 基本的に市民に対して情報公開をしないとそういう議論はできないですね。情報公開して議論をリードするというビジョンがないと、税金を投入することへの市民的、民主的な合意は得にくくなりますね。

**高柳** 情報公開もそうだけれど、報告書(案)ではこういうふうを考えるべきだということ、少々論争が巻き起こっても避けて提案することが必要ではないでしょうか。あまりに税金投入論だけだと無限大に正しいから。「国民や市民が容

認する限り、公的医療機関が赤字であるとか黒字であるといった馬鹿な議論をしているときではない」と、宇沢弘文氏などは盛んに言っています。

しかし、待てよと。実際、本当にみんなが賛成するだけの経済的枠組みの中に生きているのかということになると、おのずと合意する点が出てくると思う。総務省路線にすべて持っていかれないような提起をしないと。情報公開といっても、情報はある意味では無限大だから、市立病院のどの情報を捕まえて議論するかということまで絞り込まないと、どうにもならない。

**司会** 病院の主体的なことでは、たとえば病院白書のようなもの、病院の数字的内容や社会的貢献など、報告書にのっとったような内容で報告を出して、経営上の説得性を持たせたり、支える市民団体が一緒にやったりしてもいいのかなと思います。

ところで日野市立病院には「庶務規程」がありますが、この内容は検討されているのでしょうか。トップに院長がいて、院長の役割、事務長の役割、事務部の役割などが書いてありますが、一般論で言うと、院長は看板で事務長は役所から何年間か渡ってくるだけという形で、病院内のガバナンスが弱くなるという実体があります。だれが日野市立病院ガイドラインの経営効率化などを主導していくのでしょうか。

**高柳** そもそもピンチになったときに、どう改善するかという機関が立ち上がって、病院管理論から経営論から、それに沿った技術論者などが顔をそろえて、日野市立病院再建プランをやっていると思う。それには今までとはかなり違った、院長が強力なイニシアティブを発揮する形が重要だとなっていると思う。民医連でも結構やっているんだけど、院長先頭にやっついこうというのですね。

**窪田** 日野市立病院の経費で目立っているのは、減価償却率なんです。全国平均では医業収益の8%くらいなのに、原価償却経費が12%を超えている。民医連などでは建設コストを1床あたり1000万円と予算を立てていますね。それでいくと

市立病院は160億円、建物120億円ですから、1床あたり4000万円くらいになります。減価償却が6-7億円で、これを借り入れてやるので2-3億円が利息です。これをもし半分でやれば、減価償却だけで3-3.5億円くらい、利息は1億円位となります。病院に働く人はそういう議論には全く参加していないのです。それを後になって行政当局が病院の医療経営が非効率だと非難したら、それは天に唾するような行為なので、きちんとそういう議論をしなければならない。でも逆にいえば、それは全部無駄かということでもなくて、公立病院で備えるべき一定の状況を備えているからコストが高いという部分もあるわけだから、それは市民的な負担をしましよと言いつけるしかないと思います。そう考えると本当に検討しなければならない赤字というのは、年間4億円くらいです。4億円くらいだと、原則を立てて改善すべきところは改善する取り組みを進めれば、再建は可能ではないかと思っています。

**高柳** 減価償却が大きいというのは公立病院の積極性という意味で押さえておかないと、みんなでケチケチ運動になってしまう懸念は確かにあります。しかし同時に、職員はわかっていなかったのだ、だけでは許されない側面もあるということも押さえなければいけない。なぜ職員がわからなかったのか、それは数字が発表されなかったからか。巨大な事業で自分の仕事場なのに、仕事場がどれだけの金を使って動くかとするのかを知らなかったというのがあるから、今のような事態になっても無責任だったり、知らなかったのだという議論が成り立ってしまう。それは世間では許されないと怒られてしまうのです。「建物だけの話なのに、土地を含めたらいくらになるのか計算しなせ」と言われてしまう。でもそれは市民が言うのではなくて、プロの経営コンサルタントみたいなのが来て、言われてしまうわけだから、それに対して対抗できるだけ真剣に自己批判しないとだめでしょう。

**窪田** たしかに自己批判の要素は絶対必要なんです。憲法25条論を短く整理していますが、その論法で公の責任を果たすことはできないのです。

比較すればわかりますが、たとえば公立学校の教育費にコスト計算して授業料を取るかという、そうはしないわけです。

マイナス4億円をどうするのかという同じような議論をするに見えても、そのベースを踏まえておけば、主体的に議論できるのではないかと思います。

**司会** 民営化路線への対抗は、憲法25条を根拠に論理を立ててもあまり効果はないように思います。原則論からすれば、民営化推進側も憲法25条とナショナルミニマムのロジックで来ることは可能でしょう。

**高柳** 市立病院の新病院建設は正しいとして、そのあと何が問題だったのか、今は何が問題なのか。赤字が4億円なら結構で6億円ならだめ、8億円では全然ダメというのではなくて、公立病院は何を担っているのかというのを議論しないとイケない。それでいきなり経営がうまくいっているという話に引っ張り込まれてしまう。病院の経営論の原則を整理しないとイケないと思う。

## ●病院会計と運営の問題

**司会** 運営や組織構造や市民との関係、市民参加の問題を深めていかないと、問題が非常に単純化されてしまうような気がします、いかがでしょうか。

私は先ほど言った庶務規程、役職のあり方や決定権を誰がもち、実際の医療と経営の責任を誰がもつのか、はっきりとしていないような気がするのですが。1つの例ではこういう運営規定を新しい形ではどうするのか、結果のところではガイドラインにあるように機材費をどうするか人件費をどうするかあると思いますが。

根本先生に伺いたいのですが、いまの自治体の会計基準は、会計制度がいろいろ変わって何か影響があるのでしょうか。

**根本** 基本的には自治体病院の会計制度は変わってきました。自治体そのものがそうで、従来は収支だけで貸借対照表のような財産と借金の内容は

開示しないできましたが、今は貸借対照表を開示していますし、自治体病院の収支報告書の勘定科目体系は、病院会計準則のものでした。したがって、徐々にそういうことになってきているということで、自治体病院だけではなく民間病院とも比較できるようになってきているということです。

もう少し深読みをする場合、病院改革ガイドラインのねらいは基本的に民営化するのが前提で補助金も削っていききたいことから、民営化したときにいきなり会計制度が全然違うというのでは混乱をまき起こしますから、こうした民間の会計制度の導入は民営化への一連の流れの1つと考えることもできるのではないかと思います。

**司会** 政権が代わって民主党政権になりましたが、こうした医療政策、病院政策がまだどうなるのかわかりません。しかし従来の流れから行くと、公立病院は会計制度を含めて体質改悪をされていて、その中でたとえば市の予算で赤字を補てんするその根拠は憲法25条だというのでは、対抗ロジックとして弱いのではないかと思います。実際は自治体病院の8割以上は赤字という話ですし。

**高柳** そこが難しいのですが、自治体病院の8割が赤字というのは、裏返してみると黒字のところはよほどどうかしているのではないかと、普通のことをやっていたら赤字なんですよという、この枠組み全体が根本的に批判されるのに有力な問題提起ですね。

裏返して、こんなに隙だらけで、長い間、自治体病院をやっていたのかというのがあります。両方を正當に位置付けて追いかけないと。

自治体や国民が憲法を重視することは当然です。ところが総務省のガイドラインには、憲法は出てこない。日野の病院の計画にも、憲法や社会保障も全然出てこない。あとはひたすら、黒字にしなければならぬという話になっている。それはだめだ、待て、とんでもないことを言わなければいけない。でも、その上で出たとこ勝負で無計画ではいけない。もっと民主的で計画的で統制がとれていて、となっていない。出たとこ勝負で無計画で事後の結果として税金をぶち込むというのでは、長続きしない。

これは医療の実践でもそうだとと言える。ぜったいに守らなければいけないところを人手不足ですと投げるなんて、無責任な構造が民間組織では想像できないくらいずばらなことだ。

窪田 基本的に医療実践の姿の中に出てきますよね。たとえば危機の現象の1つとして救急車の受け入れ率があって、何年かのうちに40%以上も下がってしまっている。多いときには年間1600件くらいだったのが、900件台に落ち込んだのです。それが今年の統計ではピークを上回るくらいになりました。医師体制の充実もあります、ともかく救急車を断らない医療をするのだと意志統一をしてきたわけです。

高柳 それはすごいことですね。

## 日野市立病院のあるべき姿とは

司会 職員のみなさんは、病院がどうなってほしいと考えているのでしょうか。

中谷 職員は公立がいいとか民間がいいとかというより、批判はあるかもしれませんが、今の病院で働きたいというのが正直なところだと思います。

石塚 今のまを保証するにはどうしたらよいのでしょうか。

中谷 新しい院長が来てからというよりも、新病院が立ち上がるというのは職員にとってもすごく希望があったわけです。ボロの病院から新しい病院に変わるというのは。2002年に開院するまでの2～3年は、開院に向けてかなりがんばっていた。それが続いていたわけです。普通は、移転の前月というのは患者数を減らしたりするのですが、ぎりぎりまで患者さんを受け入れていきました。移転した後、その2年後くらいに最高水準に行っております。その間、職員も新病院に移ったということでもとてもよく頑張っていたと思います。その後、ドクターが足りなくなるなどの問題が起きました。

正直に言ってそこで働いていて、何が間違っ

てこうなっているのかが、働いている職員でいるときによく分からなかった。「分からなかったというのが問題だ」というご指摘もあると思いますが、職員ひとりひとりが、なぜこんな風に苦しいのかわからない、どこにその原因があるのかよく分からない、というのが正直な気持ちだったような気がします。

なぜこうなっていったのか、この研究会のなかで、昔に出た厚労省の文章などを読んでいくなかで、どこに問題があるのか、医療全体が、市立病院の現場の私たちがこうなっている展開がわかってきました。新病院に移ってから職員は、非常によく頑張ったとは思いますが、しかし、その後は急激に実績も落ちていきますしドクターも減り、士気も下がった。職員の中からも民間になってもいいんだという意見も出るなどということも聞きました。院長不在の期間もありました。それくらいどうにもならない、組織がグチャグチャの状態が1年くらい続きました。そのなかで職員がどう過ごしていたかを考えると、とても辛い。みんなも、非常に辛かったと思います。

しかし、熊井先生が院長として着任して、その後2年くらいの間に上層部が全部入れ替わり、今があります。ドクターもかなり増えて、救急車の受け入れ状況も2009年4月以降はピーク時を超えて、最高の数になりそうです。救急車の受け入れ件数は年間としては今までで一番高くなりそうです。占床率も08年度が最低で63%だったのですが、その後徐々に上がってきていて、今年10月は80%を超えている日が多くなっています。09年度の平均占床率では70%を超えると思いますが、それ以上どれくらいいいかは分かりません。

石塚 ガイドラインの70%基準に対して歯止めをかけられますか？

高柳 やる中身が同じならどっちでも良いという考えがある。場合によれば、運営主体に対してもどういう形にするか、公的資金をぶち込んで、どうぞやってください、と。日常的にはそっちでやって、どうぞやってください、と。自治体としてはときどき眼を光らせている、というようなレベルに持っていく可能性が十分にある。

何をやっていて何を守らなくてはいけないかという、すごい勢いで職員が痛めつけられるということと、患者サービス—この言い方自体がおかしいのだけれども—、不採算部門については当然のように引いていきます。不採算部門についてますます一生懸命やるぶんには文句はないわけだ。しかも、中谷さんが言うように可能性が出てきているのなら何も言わなくても良いわけになる。敢えて報告書で提言をする中身は一体何ですか。

いま進んでいる、医師を確保して改革をすること自体、なぜ過去とどこで不連続でどこと連続させているのかということをもっと整理して分析しないといけないのではないか。

**窪田** この間に病院の関係者とも相当に会って直接聞き取りをしてきましたが、総務省がどう考えようか、行政の責任者がどう考えようか、自分たちが良い医療をしたいというのが、民間で頑張っている人たちと変わらぬ質を持っているんだという確信を持ちました。だからそれをありのままに受け止めるということが大事だと思いました。

**司会** そこをスタート点にして良いと思いますが、実際、たとえば組織構造とか運営方式、あるいは参加方式というものが変化するのかわからないのか。というのは、どういう形で住民のイニシアティブはどこの部分で反映されるのか、あるいは医療従事者の熱い思いでどういうふうに権利行使をされるのか。一方で、指定管理者制度などにより、効率とかお金とかを動機として組織を変えようとする勢力がある。それに対して、憲法25条とか熱い使命感を持っている側が、具体的にどのように対抗し自分たちの医療をやっていけるかとの提言が欲しいと思いますが。

**窪田** いままでは市民的にはどういう関与をしていくのかという要素はほとんどゼロだったわけですから。ゼロだったことを自分たちが率直に反省して、実情を聞かせてもらって意見を言うなどの具体的な行動が必要ですね。

**司会** たとえば、研究助成報告書素案に「医療活動の積極展開で経営改善を」というのがあります。「全職員の参画で」と書いてありますけれども、これは具体的にどういう方式を想定されているのでしょうか？

**中谷** 研究会の私たちは病院の中にいる人間ではないので、病院の中をどうしましょう、こうしてくださいと言うのはとても難しいと思うのです。

**司会** 「全職員の参画で」と書いてあるので、何らかのアイデアがあるかと思うのですが。

**中谷** ちょっと話がずれるかもしれませんが、非常に数値目標が高い病院の改革プランが、総務省のガイドラインに則って出ているわけだけれども、病院が出した改革プランというのはままとりのないというか、こっちで「自治体病院を絶対に堅持するんだ」ということがあって、総務省のガイドラインに沿った言葉もあって、それで目標値が高い、と。目標値は高いけれども、ある程度がんばって届いたときに、どっちに行くか。それこそ総務省のガイドラインに沿った民営化の路線で不採算部門を切り捨てたという、公立病院としての役割を放棄した採算ベースの病院になるのか、それとも、市立病院の改革プランのなかにも「公立病院をまもって不採算部門を切り捨てない」ともあるわけですね、そこも同時にちゃんと書いてある。だからそっちの方向に市民との協力の力で持っていけるものかどうか。そうしたいと思います。ですから、こういうものを出して市民的に議論してもらうなかで病院の人たちも一緒に考えていきましょう、という方向にあるのではないかと思います。

**司会** その辺を具体的にどうするのでしょうか？

**中谷** 市民レベルで何をするかということは具体的に言える、言わなくてはいけないことだと思います。私たちが何をするかということですね。

**司会** たとえば、医療従事者が当事者として市民に働きかけるのか、あるいは、市民が主体となっ

て、たとえば病院を支える会などを作るのかとか。

**高柳** 日野市のガイドラインは、一般論では、職員を動員して民主的にやっていく方向とは違うでしょう。トップからのイニシアティブで医者を確保してガンガン行こうと。そこが今までのところ余りにもへこんでいたので、今は上向きになってきたので、みんな喜んでいてという状況ではないか。しかし、病院が本当の意味で市民との協同のテーブルを作るということに、もっと一生懸命にならないといけない。大学からちょっと魅力的な病院ということで売り込んで、ないしは大学の権威を使って一時動員してくるといって、マグネット病院という言葉がいま流行っているけれども、医療従事者に魅力を売りこんでおいてひき寄せるといって、そういうミニ大学とかミニセンター病院的な思想を払拭しない限り、日野市立病院の本当の公的・社会的存在理由はない。それではちょっとこじられた医療をします程度の話でしかない。もうそんなに税金をつぎ込んで頑張る必要もないし、そこに職員も医者も来ない。一時的に「そこに行って働いておいで」といって、ミニ大学の医局の延長線上のようなことはあり得るが、なんで日野市立病院でトータルの人生を発揮するか、その医療の思想というものが議論されていない限りは駄目だ。患者とか住民じゃなくて、利用者みたいな話になって、そこにどうサービスを提供するか、という話で進んでもあんまりうまくいかないのではないか。それと組織運営論とがくつつかないといけないのではないかと思う。参加とか民主主義とかいうものを、もうちょっと実践的に考えないといけない。

一番重要なのは住民であり職員じゃないからね、住民を軸において職員はそれとの関係で独立した主体なのであって、住民がどう参加して、それに職員がどう統制を食っているかということを経験しないと、全部職員論に流し込むと結局のところ無責任になる。

**窪田** 山梨勤医協の倒産のときもそうでしたが、倒産したところに原因はあるのですが、倒産したところに力が発見されるというのが大事だったのです。倒産した人たちの中に力を見出す、発見す

るというのが大事だったのです。いまでも市立病院で働いている人たち、たとえば救急救命に就いてチームを作り、市民のなかに自分たちの学習会・講習会を何回もやってもらうということに意欲を燃やしている人たちがいるわけです。こういう具体的な姿を市民が受け止め、評価するというやりとりでないと、医療従事者というのは動けないのではないのでしょうか。

**司会** 問題は現場の人のモチベーションだけで解決するのでしょうか。もっと構造的な問題とか、経営的・経済的問題もあるのではないのでしょうか。

**窪田** 現場のモチベーションといってもいろいろなレベルがあるわけですが、院長・事務長のレベルから含めての話ですが、総じて市立病院をなんとかしなくちゃいけないという問題意識はかなり共有されてきていると僕は思います。

**司会** 市立病院は困難を抱えているので、当事者もモチベーションを高めないといけないというのは当然でしょう。しかし、政治全体の大きな流れで公立病院や自治体病院を旧来の形に復帰しようという政策的・政治的合意が得られれば良いですが、必ずしもそういう形になるわけではありません。むしろ小泉路線をそのまま踏襲して引き継ぐのではないかという危険性が非常に高い。ですから改めて具体的なプランを更に深めていく必要があると思います。研究助成報告書素案はかなりまとまっていて、いろいろな提言が書かれていて良いと思うのですが、反対勢力の政策とどう切り結ぶかということを考えていく必要があるかと思っています。

**高柳** 総務省路線なるものが生まれてきた必然性のようなものを、よほど腹に据えて考えなければいけないと思います。それと経営を考えるとときには医療の、地域医療というものをどう考えるかということが無いと、チンピラ一流病院みたいな、三次医療重視みたいな考えに引きずり込まれないようにして対抗しないと、本当の意味での地域医療はできない。これはなかなか難しくて民医連でも大難問です。

山梨の県立病院の再建プランを丁寧に読んでみたのだけれども、ほとんど日野と同じようなことが書いている。医療技術思想としては三次医療重視だ。だから医師会のやっている医療一組織としての医師会ではなくて、地域でやっている医療—とどういう風に結びつくかとか、地域医療として何が足りなくて、何がいままでやれているのか、が全部欠落している。あとは全部現状を肯定しているという話になっている。市立病院の技術論をもっとする必要がある。

## 職員、住民の連携は可能か

司会 私はこの研究助成報告書案で、日野市立病院の医療従事者、労働者の考え方とか対応の仕方をもう少し詳しく触れてもらいたいと思います。

中谷 私は病院にいたので、病院の職員のところにも近すぎる部分もあって自分の気持ちも整理できないという部分があるのですが、病院の人たちとかいろんな立場の人たちに届く言葉で、と思うのですよ。なかなか届かない、届きにくい。その人たちにきちんと届けたいと思うのです。

司会 どうして届かないのでしょうか。聴けないのか、聴く耳がないのか、忙しすぎるのか、関心がないのか、など、どのような理由があるのでしょうか。

高柳 批判されることを恐れるのでしょうか。批判されることは愉快じゃないからね。おだてられるのに慣れてきたという人には批判というのはとても辛い。

アンケートを取ったって「市立病院の職員は大変良くやっている」という議論も出てくるし、「なんて無責任なズボラな連中だ」という意見も出てくるだろう。それをどう整理して進んでいくか。絶えず論争的に整理しない限り、仮にどちらかに適当に流し込めば、「住民は感謝感激だ」という結論や、逆に「病院職員はなんて生意気なんでしょう、二度と行きたくない」という話にもなる。だから、現場の声を聴けというのもとても重要なことだと思いますが、真剣にどのように論じるか

にエネルギーを使わないと駄目だと思う。

司会 現場ではみんな一生懸命やっているのです。普通は労働者や技術者は真面目に決まっているわけですから。それが前提だと思います。

窪田 確かに前提なのですが、その前提は接点がなかったです。市立病院で働く人と研究会のメンバーというのはほとんど接点がなく、どういう実情でどう再建していくかを考えた場合に、はたと困ったのは、中のことが良く分からないということでした。

司会 ブラックボックスになっていたのでしょうか。情報の透明性、民主性というのが不足していると思うのです。そういう状況の中で国や行政からの攻撃に対して対処できないのは当たり前だと思います。

窪田 僕らの一番の成果は、ともかく直接病院に行って直接話を聞く環境ができたということです。こちらが単なる論評者ではなく、「何か一生懸命考えているようだぞ」という受け止め方はしてくれました。いずれにしても僕らの研究チームにしたって、ともかく何回も病院に行って、病院の実情をある程度知ることができた。「相手に通じる、分かる言葉を重視しよう」というのが、かなり議論になっていました。今回はこれがひとつの到達点で、それなりに伝わるものがあるのではないかと、ということで研究助成報告書素案は書いてあるのです。

司会 市当局の考えている日野市立病院の将来像は、公設公営ですか、公設民営ですか。

根本 今の形、公設公営とのことです。08年度がかなり悪化した数字なので、それを日野市自治体研究所でお話したら、窪田先生が日本共産党議員団の方へ情報提供されたのです。それで説明に行ってきました。議員団の方の話によると、市長は、市立病院は市立病院として存続していくという方向で進めていきたいというのが基本的な考え方のことです。

窪田 市長は政治家で、自分が病院問題を経営感覚と言って一番失敗させたわけですから、だから彼は経営形態を変えないでなんとかしたい。それはあくまで政治判断だと思います。ただ、病院の中で働いている人たちは、やはり自分たちは公立病院として頑張りたいという意欲は強いです。その思いを生かし、市民が共同する方法を見つけることが、課題だと思います。

根本 基本的にこの研究助成報告書をどこに向けて出していくかということですが、もちろん日野市の研究所だから一般的には日野市民の方ということだけでも、それだけでなくやはり現場で働いている職員の方にもきちんと理解してもらいたい。それから院長をはじめとした医局。それから、市と行政当局、納税者としての市民に対してです。市民には、補助金を出すということに対しての意見というのが当然ある。また他の医療機関、民間医療機関などもあります。民間の医療機関は、当然ながら自分のところは補助金なしでやっているから、「補助金をもらっているところは、我々とは違う公的な医療をやってもらうのが前提なの

だ」という意識は当然ある。さきほどの公共性というのはそういう話です。公共性があるから補助金を出すのだと。同じ医療をやるのなら我々にも補助金を寄せせという話になる。そこを意識して意見をまとめていくということが、全体として研究助成報告書の広がり、説得力になると思います。

また、補助金については基本的には総務省のガイドラインがある。その上で、その足りない部分を市の財政でつぎ込んでいるという仕組みなのです。総務省の補助金の支給ラインそのものが非常に低いし、国とか都から出てこないものだから自治体病院は赤字になっている。それで自治体が一般会計からつぎ込んでいるという構造です。それに対してどう対抗するかという論理を持っていかないといけない。単に赤字なのだから補助金を出せというだけの論理では説得力がありません。

司会 日野市民病院再編への期待、今後の検討する課題など、いろいろな話題が上がりました。本日はお忙しいところありがとうございました。

(2009年10月15日実施)



左から、窪田さん、中谷さん、司会（石塚）、高柳さん、根本さん

# 公立・自治体病院「改革」の現状

## 事務局

### 1. 改革プランへの対応

日本における病院数、約9,000のうち、自治体病院は約1,000、その他公的病院が600、私的病院7,300である（2006年）。総務省が「最近の公立病院の主な改革事例」（平成21年7月）を出した。それによれば、「公立病院改革」の種類は次のように区分されている。

- (1) 再編・統合： 公的病院のままとする。
- (2) 地方公営企業法全部適用： 約300病院で導入。管理者の外部登用。
- (3) 地方独立行政法人化： 10法人19病院で導入。うち非公務員型8、公務員存続型2。
- (4) 指定管理者制度： 53事業54病院が導入。うち代行制35、利用料金制19。
- (5) 民間譲渡： 16事業20病院で実施。うち、医療法人へ9、医療公社（財団）へ3、医師会へ2、済生会へ2、厚生連へ1、日本赤十字へ1。

総務省の資料によれば、公立病院改革プラン策定団体（656団体、933病院）のうち、2009年3月31日現在、プラン策定団体は603団体（837病院）で91.9%であり、平成21年度内策定予定が49団体

（96病院）、7.5%となっている。これは前年9月時点では、未策定がほとんどであったので、この1年で、ともかくもプラン作りが行われたのである。しかし、プランであるので、実施されたものはまだ少ない。

黒字化目標では、平成20年度にすでに黒字というのは20.3%の病院（170）であり、残りはすべて黒字化を目標とする病院となっている。再編のネットワーク化の結論が出ているのは、19.0%の病院（159）であり、早急にはできそうにない病院は5割以上を越えている。経営形態の見直しの結論が出た病院は29.3%、245病院であるが、実施済みはそのうちの約6割の158病院である。総じて、自治体病院の大半は、改革プランは策定したものの、具体的にどのように実施するののかについては足踏みをしている。なお、都道府県病院の改革プラン策定済みは47%である。

経営形態の方向性についてを見ると、全体としてすでに実施決定済みは16%である。方向性としては公営企業化が35%、地方独立行政法人化が27%、指定管理者制度化が19%、民間譲渡が8%、診療所化が7%、老健施設化などが4%となっている。

表 公立病院の経営形態見直しの方向性（病院数）、2009. 3. 31.

内容	決定済み	検討中	合計	比率
公営企業法全部適用	78	276	354	35.3%
地方独立行政法人	34	239	273	27.2%
指定管理者制度	10	179	189	18.9%
民間譲渡	12	66	78	7.8%
診療所化	18	49	67	6.7%
老健施設など、医療機関意外への事業形態移行	6	35	41	4.1%
合計	158	844	1,002	100%

総務省資料に基づく。数次は延べ数。調査病院数938。

## 2. 再編ネットワーク化のうごき

再編ネットワーク化については、次表に示す通り、4つのパターンを計画している。これに対する

経費については、一般会計による普通交付税だけでなく、「公立病院特例債」の発行を認めて、不良債務の会賞を支援するとしている。

表 再編・ネットワーク化のパターン例

パターン	再編前	再編後
地方独立行政法人化1.	A市立病院(250床)、B市立病院(200床)、C町立病院(50床)、D町立診療所(無床)	新設S病院(400床) ↔ A地区診療所(無床)、B地区診療所(無床)、C地区診療所(無床)、D地区診療所(無床)
地方独立行政法人化2.	上記に同じ	B地区病院(基幹病院、400床に増床) ↔ A地区診療所(無床)、C地区診療所(19床、救急機能)、D地区診療所(無床)
指定管理者化1.	日赤S病院、A町立病院(50床)、B町立病院(50床)	日赤S病院(指定管理者。A、Bに医師派遣等) ↔ A町立診療所(無床)、B町立診療所(無床)
指定管理者化2.	S総合病院(S医療法人)、A県立病院(200床)、A市立病院(200床)、B町立病院(50床)	S総合病院(S医療法人。指定管理者) ↔ 公立A医療センター(A県立と市立を統合、300床)、B町立診療所(19床、救急機能)

総務省資料に基づき作成。

いくつかの計画の事例を総務省の資料(159事例)にもとづき挙げる。

### (1) 山形県の事例

山形県立日本海総合病院と酒田市立酒田病院を統合再編し、地方独立行政法人化。日本海総合病院は528床から648床に増床。急性期医療等の役割を担う。酒田医療センターは400床から100床に減少し、回復期医療等の役割を担う。

### (2) 東京都の事例

都立病院を医療機能により「広域基幹病院」、「センター的機能病院」、「地域病院」の3つの類型に整理したうえで、再編を推進。

### (3) 大阪市の事例

4市民病院の再編・ネットワーク化を実施し、公的医療機能を充実。

### (4) 愛知県の事例

厚生連病院、日赤病院との連携。

### (5) 兵庫県

神戸大学の構想を受け、三木市民病院と小野市民病院の統合。

### (6) 長崎県の事例

長崎県と島原地域、五島地域、対馬地域の5市1町が新たに公営企業法を全部適用する「長崎県病院企業団」を設立して病院の運営を行う。

## 3. PFI方式の失敗

昨年度の総務省の資料では、再編統合の事例として、高知県の「高知医療センター」の事例が載っている。これによると平成10年11月に高知県・高知市病院組合ができ、平成17年3月に高知県高知市病院企業団となり、県立病院(400床)と市立病院(366床)を移転統合して新病院として「高知医療センター」(648床)を開設した。これはいわゆるPFI(民間資金投資)方式に基づくものであった。PFI方式は、そのための特別目的会社(SPC)が受け皿となって、経営を引き受けるものである。この高知のSPC会社は、オリックスが主体となった11社、関連20社で構成された。オリックスは会長の宮内氏が小泉政権時代の規制改革会議の議長であったので知られている。SPC会社が医療センターの経営について、2000億円、30年契約で引き受け、SPC会社は毎年、5億円のマネジメント料を受け取るという内容であった。しかし医療センターは累積赤字79億円、毎年の赤字8億円余りの資金不足を解消できず、平成20年に早くもオリックスは撤退を決めた。30年契約をしておきながら、わずか5年で撤退することになったのである。

原因の1つに、行政側の病院企業団とSPC会社とのマネジメントの統合化・調整ができなかったことがあげられている。

また、PFI方式初の取り組みであった滋賀県近江八幡市市民総合医療センターが2008年12月にかPFI契約を解除したケースも、SPC会社（大林組を中心とするグループ）が30年680億円契約で出発したものであった。新病院の建設は大林組であり、運営主体も大林組のSPC会社であった。

PFI方式が失敗した原因は何であろうか。またどのような形式が公立病院にふさわしいのか。第1には医業と経営の分離方式に問題があると思われる。第2に、PFI方式が主として営利企業によって実施されたことである。公的医療を営利が担うというところに根本的矛盾がある。本家イギリスのPFIの主体は非営利の基金であり、日本のPFIとは異なる。

都立病院も一部PFI方式の導入の計画があるが、日本型PFI方式はいずれも失敗しているので、根本的な見直しが必要であろう。

## 4. 公立病院のあり方と経営の議論

公立病院のあり方がどのようなものになるのかは、民主党政権に交代して、明確な医療政策がだされていない現在、まだ先行きは不透明である。「公立病院改革プラン」を各自治体は作成したが、その実施数はまだ低い。またプランが、無理矢理書かせられた単なる起請文になるかもしれない。しかし、いずれにしても、公立病院のあり方と経営の改革が要請されていることには間違いはない。

住民の側からは各地に「市民の会」が作られ、主として存続運動が活発に進められている。

千葉県長生郡市の「医療をよくする会」は長生病院を公立病院として維持し、その充実に努めていきたい」という7市町村長と長生郡市広域市町村圏組合管理者からの回答を引き出している。その成果は、住民が懇談会などに参加して、積極的に関わることが重要であることを示している。

しかし、全国的には「市民の会」の取り組みは、いずれも当面の医師不足解消に関心が集中している。医療崩壊という言葉はよく使われるが、その原因と解決方法という議論を、さらに深めて、地域社会における医療機関のあり方について検討していく必要がある。

# 総研オランダ視察 概要報告

廣田 憲威

日程：2009年9月25日(金)～10月3日(日)

参加者：廣田専務、石塚主任研究員、竹野事務局長

## ■オランダ病院薬剤師協会 (NVZA) 会長 Ruud T.M.v.d. Hoeven, PharmD 氏との懇談

ハーレム（アムステルダムより西に約25Kmに位置し、北ホランド州の州都）にある Kennemer Gasthuis（病院）に付属する、Stiching Aptheekder Haarlemse Ziekenhuizen (SAHZ) という病院薬剤師部門の代表を務める Hoeven 氏と懇談。Hoeven 氏からは我々用に作成されたパワーポイントを用いて、オランダの病院薬剤師の歴史から現状ならびに将来的な課題についてのレクチャーがされた。

オランダの病院薬剤師部門は、病院内の薬剤部門を担当しているが、Hoeven 氏が所属する SAHZ は、2ヶ所の大規模病院の出資によって作られており、ハーレムにある病院以外にもナーシングホームを含め合計33ヶ所の病院や事業所に医薬品を供給されている。そのため、病院の敷地内に大規模な施設を有しており、そこで院内製剤（消毒薬、注射剤など）も積極的に製造していた。訪問した日は土曜日の午後であったが、出庫関係には2～3名の担当がおられ、各病院からの発注に応じておられた。また、ヒートシールの錠剤の裏には1錠ごとにバーコード管理がされており、安全管理面でコンピュータの活用がかなり進んでいるように思われた。

ひとつの病院敷地内にある薬剤師部門の施設から、他法人の病院に医薬品を供給するシステムは日本ではイメージできない。しいて同じであると言え、病院敷地内にあるセントラルキッチンが、他法人の病院の給食も供給していることと同様のイメージである。

SAHZ は、委託契約を結んでいる病院に対して薬剤師も派遣し、同時に医薬品も供給（販売）している。そのことで経営的に成り立っている。



Kennemer Gasthuis の全景



Kennemer Gasthuis のエントランス



Kennemer Gasthuis の外来用薬局

病院薬剤師の配置は、薬剤師1人あたり128床で、日本の70床より少ないが、その分、技術者が



レクチャーする Ruud T.M.v.d.Hoeven 氏



SAHZ の試験検査室



SAHZ の注射薬製剤室



SAHZ の配送車

多く配置されている。オランダは日本と同様に医薬分業は任意分業であるため、病院によっては院内に外来患者向けの薬局もある。病院薬剤師の業務は、日本とほぼ同様であり、医師と協働したファーマシューティカルケアを重視されている。課題としては、外来患者向けの服薬指導や情報提供であること。Kennemer 病院は、教育病院でかつ24時間救急対応しているが、外来薬局は夜10時までの対応。外来薬局は1日約300人が利用されているとのことであった。

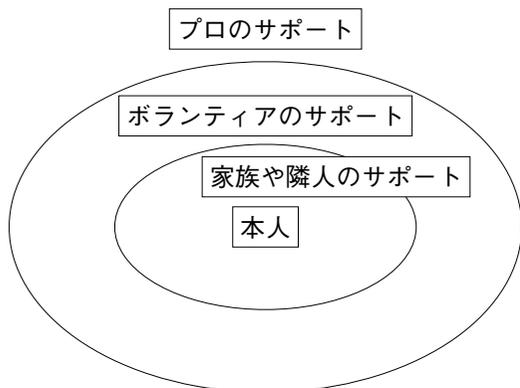
## ■MOVISIE 訪問

ユトレヒト市（アムステルダムより電車で約30分のところ）にある MOVISIE を訪問。MOVISIE は、社会開発のための知識研修やコンサルティングを行う非営利組織。2007年度で600プログラムを実施した。年間予算は2007年度で1750万ユーロ（政府や EU からの出資）、MOVISIE 自体は財団で、パートを含め、職員は250人。組織の使命は、社会保障やケア、社会開発の分野における専門的な組織、ボランティア組織、政府の施設に対して、支援や助言をしながら市民の参加や自立を促進すること。社会での参加を促すことを重視している。MOVISIE 自体は施設などは持たず、実際の活動を行う組織や人々への援助や、予算の配分などを行っている。他に青少年対象としたコンサルティングをおこなう NJI、老人対象のケアを行う Vilans があり、3団体は同じ建物内に存在している。これらは2006年に設定されたオランダ社会支援法が規定する。EU や国際的なプロジェクトなどにも積極的に参加している。

MOVISIE が行う社会開発として扱うテーマは、①連帯（住宅、学校、シルバーパワーの活用）、②ボランティア活動（全国400万人のボランティアの存在、17分野での活動）、③インフォーマルケア（家族や隣人によるケア、2週間から3ヶ月までの専門的ケアではない生活支援）、④社会的弱者（医療などでは解決しない社会的問題を社会的に解決しようとする）、⑤ドメスティック・セクシャル・バイオレンス（45%が経験するといわれている問題）。

オランダでは、ボランティア組織が非常に発達

しており、日本でいうホームヘルパーの家事援助程度は、町内会のボランティア組織が面倒をみているイメージである。



午後からは、MOSIVIE スタッフの紹介で歯科診療所を訪問。所長の O.Oelp 医師と懇談し、日本からの歯科についての質問を行った。訪問した歯科医院にはユニットが3台あり、1日患者数は25～70人（非常勤の医師を入れた場合）。

歯科の公的医療保険による基礎的は給付範囲は22歳までの予防と治療で義歯は入らない。障害者への治療は民間医療保険が対象となる。患者は9ヶ月ごとに検診（EUの歯科医協会の資料）と聞いていたが、6ヶ月ごと。特別なインセンティブはないが、それがベストだから。ドイツに比べて医師の地位はフラットな関係（ドイツは医師は神、オランダは普通の人）。診療報酬については政府の資料を確認してほしい。オランダには8000人歯科医がいるが、助手も含めて少ないと思う。部分的に営利化するのは賛成である。診察は1日25～70人。



MOVISIE のカンファレンスルーム



歯科診療所の Oelp 医師と懇談



診療所の受付



MOVISIE での懇談風景



オランダの歯科ユニット



レントゲン室兼倉庫スペース

## ■Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) 訪問

宿泊したホテル近くのOLVG（教育病院）を訪問。非常勤理事で医師のS.Ruitenbeek氏と事務局の方が対応された。

もともとは1889年に宗教的組織が設立した病院であったが、現在は財団が運営する非営利組織。ほとんどのオランダにおける病院は財団が運営し非営利であるが、2012年には法改正が予定されていて営利的な病院運営も可能となる。オランダの医療も社会保障を基本としながらも、徐々に営利追求へと資本主義化している。

教育病院という性格から、大学と連携して医学部の5年次と6年次の学生がポリクリを行っている。年間、医学生、薬学生など約180人、看護学生約100名の学生が病院内で実習をしている。院内でポリクリを行っているというだけあり、学生実習用のスペースには、各種の実習器具（蘇生訓練用のダミーや、遠隔操作用のコンピュータなど）や実習室が完備されており、立派な図書室もあった。オランダの医学教育は、日本と同様に6年間であり、2年間の基礎研修と3年間の専門研修の後にGP（一般医）になることができる。ただし、医師が一人前になるには、10～12年がかかる。

病院の機能としては病床数560床、スタッフ3000人（うち医師が200人）。平均在院日数は5～6日（例外的に行く場所がない患者は1年以上の入院

もありうるが、最長でも3ヶ月間）。医療費高騰との関係で平均在院日数はどんどん短くなっている。医療費全体を上げないために、病院も患者側も努力している。1日の利用患者数は約3000人で救急は年間約45000件を処理し、アムステルダム中心街の救急医療を一手に担っている。

病院の運営には、13人の職員代表（労働組合は別にある）と5人の患者代表（組織の利用者を参画させることが法律で定められている。学校であればPTA、大学であれば学生、病院であれば患者など）も参加しており、週1回の話し合いがもたれている。経営的には詳しくは聞けなかったが、15%の利益を希望しているが、8%程度は確保している（具体的な利益の内容については不明）。

病院のレクチャーを受けた後、院内見学をした。  
①教育施設、救命・蘇生用人形、機材ロボットアームなど、②講義用オーディオルーム、③図書館、④入り口と会計、患者用インフォメーションセンター（以前はもっと施設内部にあったが、入り口付近に移設）、⑤診療科には4つ並ぶブースが3つ、⑥職員食堂、⑦教会（病院内だけではなく、アムステルダム中の人が使え）、⑧検査（採血所）、⑨会議室（収容人数100人）、⑩美容室、⑪イスラム教徒の礼拝場、⑫放射線センター、⑬売店、患者外来者用レストラン（値段は職員用より高い）、⑭8階（日本の9階）病棟を見学。理学療法と呼吸器病棟で基本は4人病室、7室個室（病状により）、2人に看護師1人が担当、6人の看護師で20～25人を担当している。見学した日は28人が入院中であった。病棟の薬局では在庫管理がすべてデジタル化。錠剤の一つ一つの裏にバーコード印字されている。⑮2階（日本の3階）検査室。放射線の検査エリアを見学。放射線部門についてMRIを含めて全てフィルムレスのデジタル化を実現。⑯1階の救急センターでは、2年前にアメリカのERを参考にして600㎡から2000㎡に拡張した。教育施設であることから処置室の裏に観覧ブースが設置されていた。救急外来では看護師が受付時に患者の重傷度のトリアージを行い、3種類（ショックルーム、ショートステイ、ICU）の処置室へ患者を送る。オペ室は1日に3～4例（以前は6例あった）。他病院から心臓手術を受けに来て、3～4日でもとの病院へ戻ることもある。



OLVGの全景



OLVGの1階フロアー



Ruitenbeek 医師（左）との懇談



病院内のチャペル



病院内の教育研修施設



標準的な4人部屋 右奥は手洗い



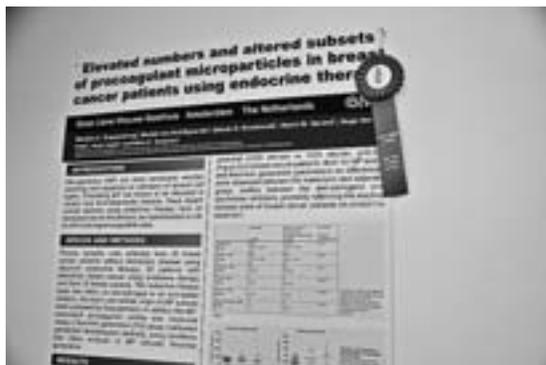
蘇生実習室



コンピュータ管理された病棟薬局の薬品庫



病棟用の配薬用カート



学会発表が院内に掲示されている



コンピュータ管理されたICU

## ■ Dr. Taco Brandsen 氏（Nijmegen School of Management）との懇談

オランダの社会保障分野は、もともと柱状社会で非営利組織が強い（\*）。1960～1970年代は財団を作り行政から資金をもらって学校や病院、大学などを作ってきた。カトリック組織に後継者がいなくなり、カトリックだけではなく他をも受け

入れるように変化してきた。政府から資金を得て市場化することもある。社会的企業はあるといえるが、協同組合は少なく、農業協同組合と大手の金融機関があるのみ。なぜなら様々なアソシエーションや財団の方がより良いと思えたからではないか。協同組合はより政治的意味合いが強く、アソシエーションの方がフリーな状態であった。しかしより資本主義化が進んでいる。非営利と営利の共存という点ではオランダの保険と日本は似ているか。保険会社、医療提供者、患者の3者では、おそらくは保険会社が勝者になるか。



Taco Brandsen 氏

（\*）久保隆光「オランダ社会と非営利組織の役割」（『いのちとくらし研究所報』25号、2008年11月）によれば、オランダでは低地という地理的条件に由来する治水活動・事業が社会的連帯という文化・精神を養成してきた。また4つのグループ（カトリック、プロテスタント、自由主義、社会主義）ごとに教育・福祉施設などを建設し、新聞およびマスメディア、労働組合、経営者団体、政党なども組織化され、各コミュニティで生活圏が形成された縦割りの社会構造が成立した。これを「柱状社会」（verzuiling, pillarization）という。

## ■オランダの医療制度について

オランダの病院は、いずれも大規模なものばかりで、日本のような中小病院は存在していない。日常的な医療は、地域のGP（一般医）が担当している。しかし、英や仏のような「かかりつけ医」制度ではなく、患者はどこかのGPにもかかれる。

オランダの医療制度は、国民皆保険で、公的保険と民間保険（5つの大手保険会社）の2階建て

となっているが、民間保険については政府の管理下に置かれていて、アメリカや日本のような民間の医療保険ではない。フランスでは民間保険の部分が共済組合となっているが、オランダでは共済組合は存在していない。保険料は月額100ユーロ程度（労働者の場合は日本と同じ労使折半）で、低所得者には政府が月額58ユーロの支援があり、個人負担は42ユーロですむ。入院および外来での窓口負担は原則ゼロ。国民は年に1回のみ自らが加入している保険者を変えることができる。また、1年間に医療扶助を受けなかった場合は、保険者や保険会社からインセンティブとしてのキャッシュバックがある。

医薬分業については、日本と同様に任意分業。病院内に薬局があるところもあれば、全てを院外処方箋にしているところもある。市中の薬局を見るところでは、外来ではボトルによる調剤（アメリカ方式）のようであった。フランスを訪問した際には、市内のいたるところに薬局を見かけたが、オランダでは探さないといけないほど薬局を見かけることは少なかった。ユトレヒトの駅前の薬局では、薬剤師が5人以上いる中規模の薬局で、夜間も含めた対応をしているようであった。なお、

OTCについては、全品がカウンターの内側に陳列されており、フロアーには衛生材料関係のみが陳列されていた。



オランダの薬局 開放感がある店内

オランダの医療制度は、EU諸国の中ではナンバーワンの評価を受けている。しかし、残念ながら日本においてはほとんど紹介されていない。民医連の医療・介護再生プラン案のバージョンアップの議論においては、オランダの医療制度も多いに参考にすべきかと考える。

（ひろた のりたけ、研究所専務理事）

## オランダ病院薬剤師協会



*A guided tour for our colleagues from Japan visiting the Netherlands on september 26<sup>th</sup> – 30<sup>th</sup> 2009*

*Ruud van der Hoeven,  
President Dutch Association of Hospital Pharmacists  
Director of Pharmacy, SAHZ*



1

## はじめに

- 簡単なNVZAの紹介
- オランダにおいていかに病院薬剤師が組織されたか
- 我々は何をすべきか
- オランダ病院薬剤師のいくつかの活動と写真の紹介
- 2008年から2011年の政策と計画



2

## NVZAの略歴(1)

- 最初の病院薬剤師は、1610年に誕生した
- 1865年に最初の医薬品に関する法律が制定
- NVZAは1929年に団体として設立された
- 1963年には300床以上の病院が強制加入となる
- 1970年代に現在の組織に変更となる
- 1989年に目的と規則を定めた定款が確定される
- 1996年に病院薬局のためのGMPz(医薬品規則)が制定される
- 1998年に最初の病院薬局の基準が定められ、2004年に改訂される



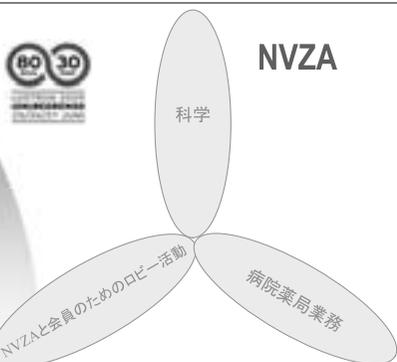
3

## NVZAの略歴(2)

- 2001年、2006年のオランダ病院協会の計画文書に退院患者向け薬局が拡大される
- 2006年、薬物治療の安全性と有害作用の研究に焦点が当てられる
- 2008年に2008年から2011年までの新しい政策と計画を決定される
- 2009年に80周年を迎えた



4



5

## NVZAの活動内容

- 365人の病院薬剤師が登録している
- 106人のレジデントの教育を実施
- 100人以上の限定会員がいる
- 役員は7人
- ハーグのスタッフは3.9人
- 王立オランダ薬剤師会とは密接な関係にある
- 多くのテーブルでチェスがされている
- 非常に活動的で協力的である



6

## 一般的な病院薬剤師業務

- 現在のところ77の病院薬局は非営利
- 実質的に病院薬局は1000以上の病床に供給している
- 活動の違いはある
- 2007年の新薬剤法は、病院薬局には適したものではない
- 全ての病院薬剤師は、病院か財団に雇用されている
- 全ての病院薬剤師は、病院の医療スタッフである
- 病院薬剤師は、法律に基づく治療のための一員である
- 公的に医療の専門家として登録するためには4年の専門教育が求められる



7

## 薬局の組織化

- 90%以上の病院薬剤師が薬局のCEOであるが、しかし...
- 規模の拡大が続いている...
- より小規模の病院薬局の業務に焦点があたっている
- 経営管理とリーダーシップが求められている
- 病院薬剤師とテクニシャンの両方が不足している
- 一般的に多くのフィールドをカバーしている



8

**It's all about visibility**

Presentatie 1000 patiënten op internet  
November 2006, 7 oktober 2006

**NVZA**

## いかに病院薬局を構築するか

- 主要な資金は病院予算から
- 薬の経費に対する責任は異なる
- 異なる源泉からの収入:
  - ◆ 他の研究所から
  - ◆ 臨床試験
  - ◆ 外来患者用薬局
  - ◆ 製剤やサービスの販売
- 生産物の財政は上昇中である
- 外部委託化と合併が拡大し、また営利的なパートナーとも

**NVZA**

## いくつかの指標について

- まだ公的なベンチマークやデータの収集がされていない
- 類似する様々なところからの図表
  - ◆ SFK (製薬会社協会)
  - ◆ EAHP (ヨーロッパ病院薬剤師協会)
  - ◆ 個人データの集合
  - ◆ オランダ病院協会
  - ◆ 行政データ
- 様々な病院薬局の間では規模が異なる

**NVZA**

オランダにおける病院の分類	2006年
総病院数	96
一般病院	88
大学病院	8
臨床教育病院	26
病床数が200床未満の病院	6
病床数が200床以上300床未満の病院	18
病床数が300床以上400床未満の病院	25
病床数が400床以上600床未満の病院	18
病床数が600床以上の病院	21
600床以上の大学病院	8
一般病院あたりの平均人数	185,745

**NVZA**

オランダの病院における病床許容量	2006年
総病床数	46,515
一般病院における病床数	38,792
大学病院の病床数	7,723
ICU病床の数	1,845
・ 通常の ICU	827
・ 循環器系ICU	835
・ 他のカテゴリーのICU	182

**NVZA**

## 病院に対する薬局

薬局当たりの平均対応病床数	1100
平均占床率	75%
平均在院日数	8 days
FTE 看護師 (平均)	800
FTE 医師 (平均)	220
FTE 薬剤師 (平均)	5
私的: FTEテクニシャン (平均)	28

Data from EAHP survey biased by response from larger hospital pharmacies

FTE:フルタイム勤務

**NVZA**

## 薬局のサービス

個々の患者への医薬品の供給	98%
医薬品供給におけるバーコードの使用	??
医薬品供給時におけるバーコードの使用	<2%
個々の患者への配薬システム	60%
24時間供給システム	75%
薬局業務の自動化	100%
病棟における臨床薬剤サービス	<10%
薬局テクニシャンへの臨床サービスの委託	<5%
病棟での貯蔵とオーダリング	<60%

**NVZA**

## 付加価値について

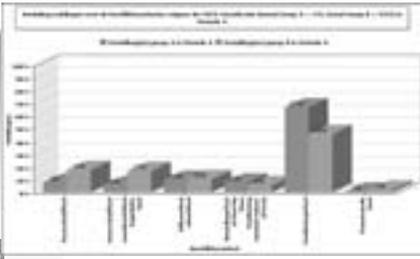
医薬品の調製: 臨床試験のためのテイラーメイド、継続性、安全性

病棟のサテライト薬局での混注作業

**NVZA**



## CMRからのフィードバック



25

## データの対象 - あなたの環境への手本



26

## 資材購入と計画

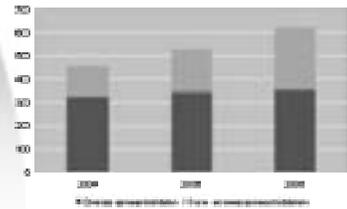
- ほとんどが病院薬局の管理下で実施されている
- 2008 Health Authority Surveillance: 優れた仕事、35%未満が平均的にデスカウント、専門的な資材
- 個別の還付がある高薬価によるバイアス
- 基本的に病棟別の在庫管理と薬局では少ないものを中央管理



27

## 病院における医薬品コスト

病院の総コスト(100万ユーロ)	€ 14, 542
医薬品コスト(100万ユーロ)	€ 620



28

## 薬局が管理している項目

- ・ 内服薬
- ・ 抗がん剤
- ・ 放射性物質
- ・ 創傷ケア用品
- ・ 試験管用診断薬
- ・ 安定した血液製剤
- ・ 研究用医薬品
- ・ 注射薬
- ・ 経腸栄養剤
- ・ 免税アルコール
- ・ 洗浄液
- ・ 前混注静注射液
- ・ 化学試薬
- ・ 血液透析液



29

## NVZAにおける2010年迄の目標

- 知名度の向上
- 薬物療法の安全性の向上
- 見える価値を追加すること
- 患者と病院のマネジメントの両者に対する信頼の創造
- 安全マネジメントシステムの提供
- 退院患者向け薬局の開始
- 地域を越えた医薬品の運搬
- 成長する自由市場への対処



30

自発的で意識すること:  
我々の遺伝子の中に薬物療法に対する  
安全性がある



## 患者の信頼の獲得

投薬時に

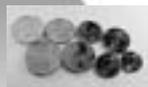
入院中に

退院時に



32

## 経営幹部からの信頼と権限の向上



Presentatie 1200 inbeddingen op internet  
Maandag, 2 oktober 2009



4 medication related themes



34

## 安全マネジメントのためのツールキットの提供



## 退院患者向けの薬局



36

## 退院患者向け薬局：患者のための利益



有能で友好的なチーム

医療専門家への直接的ライン

目に見え安易にアクセスできる

一般医と地域薬局との関係

信頼!

中央での転換点



37

## 病院マネジメントの視点からの退院患者向けの薬局



従業員、店舗

医療スタッフとの接触

病院の図面における余分な部分

保険会社の還元の優先政策?!

コスト <-> ペネフィット 収入源?

救急/GPポストによる24時間サービス



38

## 薬局サービスポイント：2011年までに強制的な薬物療法の権限委譲



- 入院時と退院時のインタビュー
- 薬歴の最新情報
- HP = 病院の内と外での両方における権限委譲へ転換
- CP = 病院外での転換
- 5000の入会 -> 1人のテクニシャン
- 電子的薬歴
- 全てであるときに限り専門家は協力できる
- 個人的なコミュニケーションは強制



39

## スキルと知識の獲得



- 病院薬剤師とテクニシャンの両者において
- テクニシャンの訓練と教育に参加すること
- 発展中の薬局の開業
- 様々なフィールドにおける上級病院薬局



40

## 科学、技術革新、研究

- 8ヶ所の大学病院、2ヶ所の薬学部  
(Groningen / Utrecht)
- 26ヶ所のトップ臨床研究施設
- 調整のための重要なCWZO委員会
- バイオ製剤とバイオ類似物への関心を伸ばすこと
- オランダの薬剤サプリメントにおける科学的なサプリメント
- 4年間の病院訓練期間における6ヶ月間の義務的な登録研究プログラム



41

## 市場に仕事をさせるのか？



### NZA inkoopvoordelen onderzoek intramuraal

De zorg draagt drie essentiële taken: de kosten laagst mogelijk te houden, de kwaliteit te verbeteren en de patiënt tevreden te stellen. De NZA staat bij deze taken voor de zorgaanbieder. De zorgaanbieder en de patiënt zijn de belangrijkste partners van de NZA. De NZA werkt samen met de zorgaanbieder en de patiënt om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De NZA werkt samen met de zorgaanbieder en de patiënt om de kosten van de zorg te verlagen. De NZA werkt samen met de zorgaanbieder en de patiënt om de patiënt tevreden te stellen.

De NZA werkt samen met de zorgaanbieder en de patiënt om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De NZA werkt samen met de zorgaanbieder en de patiënt om de kosten van de zorg te verlagen. De NZA werkt samen met de zorgaanbieder en de patiënt om de patiënt tevreden te stellen.



42



## 何かご質問は？



44

# MOVISIE と ナレ ッ ジ ・ イ ン ス テ ィ テ ユ ー ト

竹野 ユキコ

## 1. 訪問のきっかけとナレッジ・インスティテュート

MOVISIE は、社会開発のためのナレッジ・インスティテュート Knowledge Institute、コンサルティングを行う非営利の財団である。Taco Brandsen 教授に紹介を受けて訪問することになった。

アムステルダムから列車で30分ほどのユトレヒト駅前には、かなり大きなショッピングモールがあり、隣接する大通りに面したビルにオフィスがあり、1階が会議室とミーティングルームになっていた。1階は MOVISIE と同様にナレッジ・インスティテュートである NIJ(青少年対象)、Vilans(高齢者対象)と共同で使う。上のフロアに各組織のオフィスがある。

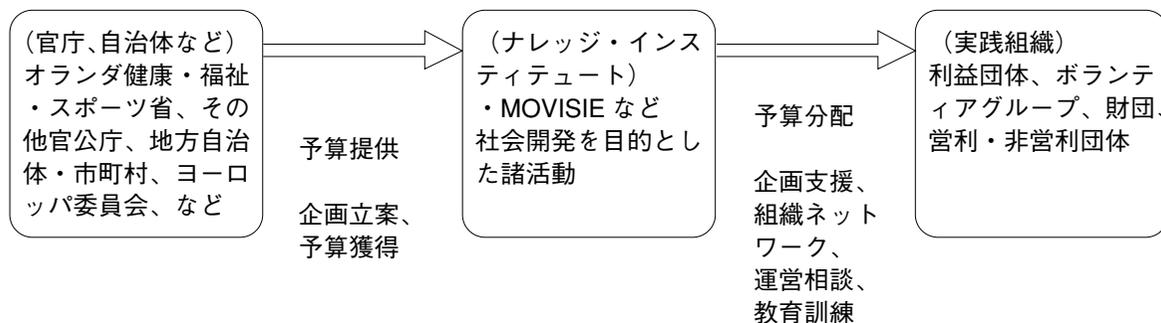
上記3つのナレッジ・インスティテュートは、2006年制定のオランダ社会支援法が根拠法となっている。オランダ社会支援法は社会やコミュニティの発展に伴う変化に対応するもので、市民の参加する能力を引き出して社会参加を促し、出来る

だけ市民に近い自治体が責任を持つようにしている。したがって直接 MOVISIE が所有する施設はなく、実際の活動を行う団体や人々への援助、予算の分配などを行う中間組織である。EU や国際的なプロジェクトなどにも積極的に参加する。

MOVISIE のパートナーは、オランダ健康・福祉・スポーツ省をはじめとする各省庁、各地方自治体や市町村、ヨーロッパ委員会などや、社会的なボランティア組織、実践の組織、財団、営利・非営利団体などである。また国際的な組織、ネットワークとも交流を持つ。

インターネットで「オランダ MOVISIE」と検索したところ、出てきたのは「国際社会福祉協議会日本国委員会」の、2008年フランスで開催された第33回国際社会福祉会議のプログラム日本語訳だった。同会は「社団法人日本社会福祉協議会」の国際部と事務所を共にしているとのことであり、日本では社協にあたる位置にいると考えていいのではないかと。MOVISIE の活動は主体的で広範囲である。

ナレッジ・インスティテュートのパートナー、ネットワーク



## 2. MOVISIE の活動

2007年で600プログラムを行う(ただし、プロ

グラムは複数年度のものもある)。予算は2007年で1,750万ユーロ(政府、EUから)。MOVISIEは財団であり、パートタイムを含め、職員は250人

である。ミッションは「社会保障やケア・社会開発の分野において、専門的な組織、ボランティア組織、政府の機関に支援や助言をしながら市民の参加や自立を促進すること」と掲げられている。社会への市民参加を促すことを重視している。扱うテーマを5つ大きく取り上げている。

#### (1) 社会連帯

高齢者などの孤立防止や地域安全の増大、反社会的行動や文化的衝突の解消をめざして地域で活動する人々の支援。

#### (2) ボランティア活動

ヨーロッパでも有数のボランティア大国であるオランダには、全国で400万人のボランティアがおり、17分野での活動をおこなう。ボランティアの教育・訓練やリクルートなど、ボランティア活動全面の支援。

#### (3) インフォーマルケア

家族や隣人、友人によるケアは市民の価値ある活動として欠かせないが、2週間から3ヶ月までの専門的ケアではない生活支援のボランティア活動の支援。

#### (4) 社会的弱者

長期失業者や長期療養者、ホームレスや身体障害者の社会参加の促進などといった、薬や受診では解決しない社会的問題を社会的に解決しようとする組織や自治体への支援。

#### (5) ドメスティック・セクシャル・バイオレンス

家庭だけではなくスポーツクラブや学校、隣人同士でもこうした問題がおこる。オランダでは45%の人が経験するといわれているこの問題に対処するため、警察や自治体、各シェルターやケアサービス組織と連携し、保護活動や防止活動を行う。全国的・地域的な優先すべき政策課題として取り上げている。

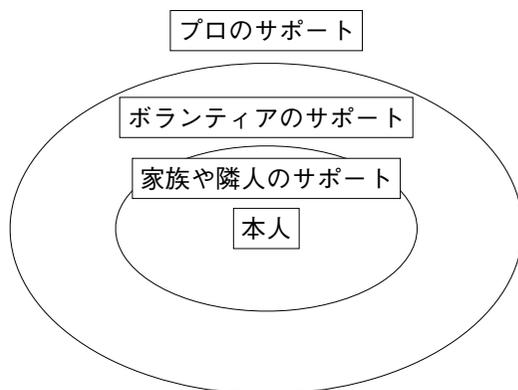
その他、社会の多様性容認の啓蒙（民族的多様性、宗教的多様性、性的傾向、身体能力、メンタルヘルス、文化的価値観、政治的見解その他）や、政策変更や社会の変動に伴う専門的情報の提供、スタッフとボランティアとの兼ね合いをおさえながらの運営など、組織運営への細かな相談活動も行う。国際的には、ケニアでの青少年ホームレス問題への取り組みなどの調査活動・プロジェクト

などにも参加、国際的ネットワークにも参加している。MOVISIEの活動は、社会的に排除された人々の多様性に合わせ、需要主導型の活動を目指すので複雑な内容となるが、活動の結果がわかりやすいようにできる限り数値化できるよう心がけている。なお、ソーシャル・エコノミーという意識はもっていないとのことだった。

### 3. インフォーマルケア

周辺でボランティア活動が身近なものとはなっていないので、イメージがわからなかったため、インフォーマルケアについての説明をさらに聞いた。ボランティア活動へ積極的に参加する社会であるという前提のもとで成立するが、非常に興味深かった。

政府から運営金が MOVISIE に届き、各組織がプロジェクトを持ち寄り、相談の上、運営予算を獲得する。インフォーマルケアの対象は老人、身体障害者、精神障害者である。家族や近隣サポートをボランティアが支える、お金によらないシステムの部分を指す。ボランティアの責任については、プロの専門的なケアまでは行わないし、責任問題が生じた場合はボランティア組織が責任を取る。



インフォーマルケアによって、ケアが伴う本人、家族の生活のなかの細かな部分へのサポートが担保されることになる。日本では各自で何らかの手段を講じるか我慢することによって解決する部分が、制度としてフォローアップされることになり、無理のない生活をするのができるように見受けられた。介護殺人、介護虐待といったことへの有

効な手段であるように思えた。しかしその一方で、オランダではドメスティックバイオレンスが多く、MOVISIEでもその防止に力を注いでいる。多様性の啓蒙を行っている。日本と比べてオランダはEUの一国であり、移民の受け入れなども多い。人や物の移動がより活発な社会で、いかに地域で暮らしやすい社会を作ることができるのか、詳細な検討が有効であると思われる。

## 4. 補足

たまたまなのか、見かけたスタッフは女性が多く、ミーティングルームで相談している側は男性

が多かった。今回の訪問に対応してくれたスタッフは4名で、すべて女性であり、そのうち2人はマニティママであった。オランダの医療保険についても質問したが、MOVISIEのスタッフは支払い金額と内容について、肯定的な意見だった。基礎保険とプライベートの割合については、基礎保険で大体はカバーできるがプライベートは手厚い内容となる（例、出産については基礎保険ですべてカバー、プライベートをつけると産前産後のカウンセリングが増えるなどといった追加がつく）といった説明をしていた。

(たけの ゆきこ、研究所事務局)

### ○MOVISIEで発行しているニュース



# オランダの医療(保険)制度の特徴

石塚 秀雄

## 1. はじめに

オランダの面積の3分の1は干拓地であり、人口は約1600万人の柱状社会と呼ばれる社会を構成している。柱状とは、政治、宗教によって利害団体ができており、団体交渉型のいわゆるコーポラティズム型国家の性格を持つと言える。現在、ベアトリス女王がいる立憲君主国であるが、柱状社会の統合の象徴としての役割を果たしていると言える。現在、オランダ政府は、2006年の選挙によって、キリスト教民主党と労働党を軸とした連立政権である。これは労働党が躍進して、社会党が後退した結果を受けたものである。連立は、個人主義的自由主義原理のキリ民党と社会民主主義原理の労働党という、いわば生活意見の違う夫婦のようなものである。こうした同棲は政治原理的に可能であろうか。オランダの医療制度改革は、普遍化、市場化という一見対立する原理を結びつけようという点で、柱状社会という形式をよりフラットな一本化統合化を目指す試みの一環なのかもしれない。

オランダの医療制度は、1990年代のいわゆるデッカー改革以来、「費用効率化」、「医療アクセス改善化」を軸として「構造改革」の試行錯誤が進められてきている。オランダはこれまでドイツ、ビスマルク型の社会保険制度を採用してきた。しかし、2006年度医療改革はいくつかの重要な変更を行った。オランダの医療政策の性格としては、医療アクセスの普遍主義追求と市場化指向との、常識的には対立する要素の混合型となっている。それは「民営化」社会保険制度とでもいえるようなものである。民間保険会社（大部分非営利）が介在することや、医療供給者（病院、診療所）は民間非営利を主体としている点が特徴である。政府は直接医療供給はしない。オランダにおける民

営化市場化とは基本的に「非営利民営化」であり、政府の統制を受けた「社会的市場化」ともいえるべきものである。その点で、オランダの医療政策と医療制度は、日本の医療政策と医療制度にとって、今後どうあるべきかについての参考になると思われる。

## 2. 2006年以前の医療保険制度

2006年以前の医療保険制度は、社会保険制度であった。原理的に言えば、いわゆる社会保険制度と公的保険制度は厳密に言うとは異なるものである。社会団体が行う者が社会保険であり、国家・公的機関が行うものが公的保険である。もちろん実際にはいろいろなバリエーションがある。

オランダは社会保険により職能的区分と低所得者をカバーし、高所得者は民間保険に加入するという二重制度であった。すなわちセフティネットとしてのAWBZ（特別医療費用法）は主として低所得者や長期入院患者を対象にしたものであったが、誰でもがアクセスできる基本医療であった。疾病金庫（ZFW）と民間保険は中所得、高所得者むけであった。その他整形外科など自由診療分野は民間保険がカバーした。問題点は、民間保険が、いわゆる加入者を選別するという「クリームスキミング」を行うこと、医療機関に不効率による診療待機の「ウエイティングリスト」の待ち時間が長いこと、医療機関に費用的インセンティブがないための費用増加すること、労働者の保険料は実質的に事業主が支払っているために保険料が経済に左右されやすいこと、などであった。

### 3. 新医療保険制度は民間社会保険への一本化

2006年1月に新しく「健康保険法」(ZVW)が作られ新社会保険制度となった。疾病金庫の役割は廃止され、民間(社会)保険者団体(会社)に一本化された。それまでは高額所得者や年金者は医療社会保険制度には任意加入であったものが、すべての住民が基本医療制度の枠組みに入れられることになった。基本医療サービスに関して社会保険と民間保険の一元化である。これは普遍主義、連帯原則を保険市場の中で遂行するという新しい形である。保険者団体(主として非営利)は、加入者を拒否できない。この部分においては共済原理が働いている。すなわち、リスクに基づく保険料という営利保険の手法は禁じられている。病人だからとか老人だからとか貧乏人だからとかの理由で加入を拒否することはできない。オランダには約50の保険者団体(保険会社)がある。しかし、4つの大手の保険事業者グループ(VGZ、Trias、Cz/Oz、Achmea)が医療保険市場の90%を占めているという。住民がどの保険者団体を選択しても、基本医療保険のパッケージはどの保険者団体でも同一となる。基本医療の範囲は、一般医、専門医、入院、薬、22歳までの歯科、救急、リハビリが対象となる。

住民の社会保険料の支払いは2種類ある。第1は、所得に連動している保険料である。これは勤労者は所得の6.5%、自営業は所得の4.4%(2008年度)となっている。この6.5%は実際には雇用主(会社)が負担する。この財源は医療保険基金にプールされて、リスク保険分として保険者団体(保険会社など)に配分される。第2は、県が決める一律の保険料である。年約1,035ユーロ(2008年度)である。18歳未満は支払い義務はない。低所得者には、医療手当が毎月支払われる。したがって、低所得の高齢者も対象となる。2009年度では、年間所得32,502ユーロ以下の単身者の場合、医療手当は月額57.66ユーロ以下であり、配偶者がいる場合は、年間所得47,520ユーロ以下の場合、医療手当は月額121.75ユーロ以下となる。

旧社会保険制度と比べると、住民は支払いにおいては、基本医療にたいしての職能的な疾病金庫

への支払いと追加選択的な医療にたいしての民間保険への支払いの二本立てから、疾病金庫を軸とした旧社会保険システムが解体されて、住民は直接保険料は、自己選択した保険者団体(主として非営利、旧疾病金庫など)と契約する。住民としては、費用負担としては、以前の制度とはそれほど変わらないが、『選択の自由』は増したとされる。低所得者には「医療手当」という補助金が支給され、個人が直接保険を「購入」するシステムとなっている。すなわち、通常は、ひとつの保険者団体と契約して、基本医療とオプションを『自由に選択』するという患者の『選択権』が拡大するのだという考えに基づくのである。さらに住民(患者)の自由裁量(権利)として保険料控除を選択することができる。これは100ユーロから500ユーロまでの5区分あるが、保険の適用を縮小するものでもあり、実際には住民の4%しかこの控除方式を選択していない(2006年度)。もうひとつは、無受診払い戻しシステムである。年間155ユーロ以下(2008年度)しか医療費として使わなかった場合に、払い戻し金ができるシステムである(一般医受診、産科は受けても費用と見なされない)。しかし、払戻金を支払うケースは少ないそうである。また団体医療保険は10%の割引を行っている(保険加入者の57%を占める(2007年度))。

こうした制度変更の理由の一つは、以前の「社会保険」下では職能的区分を中心に行われていたので、失業者、移民などの中には基本医療にアクセスできない少なからぬ人口が発生するからであった。2006年度には社会保険非加入者は人口の1.5%、約24万人いたとのことである。

また基本医療について、18歳以下および高齢者は保険料の支払いの必要はない。また保険者団体によって、基本医療以外との組み合わせは異なるので、その分の保険料は保険者団体によって異なるという形になっている。それは住民(患者)の選択度やアクセス度の自由化という考えに基づくものである。

年間約1050ユーロの保険料を支払う。保険料を変えることができるが、同一の医療提供義務が保険者にある。住民は一年ごとに保険者を変更することができる。

医療保険基金(CVZ)が新しい役割を担うことに

なった。主たる目的は保険者団体が基本医療保険を実施できるように、リスク調整し、保険者間の競争を促すことである。

新社会保険制度における「保険者」とは、第1の保険者団体は旧疾病金庫である。疾病金庫は、日本の保険組合と異なり、非営利組織としてガバナンスの自立性が強調される。したがって、社会保険は字義どおり「社会保険」なのであって、厳密には「公的保険」とは違うものなのであるが、日本においては、そうした点は看過されがちである。

保険者団体の第2の種類は民間保険会社である。大手6社で民間保険分野の90%の市場占有率を持つ。その他地域の小規模民間保険が7つ程度存在する。オランダは、医療制度への民間保険の参入を促進する政策を取ってきており、2006年改革は、民間保険会社の「社会保険」参入あるいは社会保険の担い手の一員にするという政策であり、この点では、アメリカのオバマ医療改革のプランのひとつとして民間保険会社に社会保険的な役割を担わせるという点で類似性がある。すなわち、政府は、民間保険会社に対して、基礎医療受給のために、保険加入者の選別あるいは拒否をすることを禁じ（営利保険では当然ながら「クリームスキミング」として、リスクの高い人は加入拒否をする）、保険料額などの規制を行う。もちろん、任意追加型の医療保険はその限りではない。この場合、市場化は強い政府の統制下であって成立するものである。

おおざっぱに言って、社会保険におけるシェアは、旧疾病金庫（非営利）が6割、保険会社（営利）4割である。

医療費（診療報酬）はどのように決定されるのだろうか。政府は強制保険に該当する基礎医療費部分（AWBZ）について報酬基準（金額）を定めているが、競争原理の下、一部分野における価格自由化を認めている。

## 4. オランダの医療機関の特徴

医療供給者についてもまた、保険者と同様に、2006年改革は混合型を指向している。すなわち、

非営利医療機関と営利医療機関の共存である。というよりも従来の非営利医療機関だけから営利的医療機関の参入を一部図るという形で進められている。

オランダにおいては、分権化指向の中で、医療政策は県が責任をもつ。介護などの社会サービスは市町村が担当する。地方政府が病院プランをつくる分権化が進んでいる。

2006年1月にできた「医療機関許可法」（WTZi）は、①より効率的、医療の質、患者（消費者主導）、医療の革新をめざし、そのために②競争、③医療保険者と医療機関との契約自由化、④患者による選択自由化、⑤病院の格付けを目指す。

医療改革は病院や医師から指示されている。病院は資本投資。保険者は市場化に対応し、病院との交渉の余地を広げたいと考えている。患者協会は競争は患者の立場を強化するので改革に好意的である。医療労働者は、効率化が労働強化や賃金低下につながるようになるのは反対であろう。

新法 WTZi は医療機関認可法の性格を持つ。認可の基準は病院の経営透明性、患者のアクセス性を重視する。また、病院が資金調達をしやすいように、逆に言えば銀行などの金融投資機関が投資しやすいように、病院の経済規模がわかりやすく算定するために DBC 制が活用されている。政府は病院の経営をモニター機関として VEKTIS/CBS を設置している。DBC 診療報酬項目数は3万項目あり、簡素化の方向である。新法は2012年までに営利病院の解禁を目指している。病院に民間資本導入を容易化を目指しているが、実際に営利病院化がすすんでいるわけではない。現在の連立政府は病院の営利化には慎重といわれ、営利病院のための条件整備は未定といわれる。

オランダの医療機関は法人形態によって、財団または基金（Stichting）、非営利組織またはアンシエーション（vereniging）、そして営利会社（besloten vennootschap）と別れる。しかし、営利医療機関の占める割合はきわめて小さい（市場占有率1.5%、2005年）。

一般医の半分は個人開業医であり半分はグループ診療所を運営するパートナーシップ（maatschappen）である。家庭医は、基本医療制度では登録患者に応じて経費が支出されるので、

医療改革における効率化、競争化という問題ではそれほど影響を持つ要因ではない。

2000年の医療計画では、政府は、医療価格の自由化促進を目指して、2008年度までに病院費用の70%の価格自由化を目指したが、現在20%の達成している。これは、2007年2月の新たな連立政権が、それ以前のキリスト教民主党と自由党との連立政権から、新たにキリスト教民主党、労働党とキリスト教同盟の三党による「保革」連立政権となったために、医療価格自由化構想はスピードダウンした。また医療政策の行方は不透明さが増しているともいわれる。

公的統制は医療のアクセスの平等性と連帯を確保するものであり、競争の最適化のために公的医療監督部がモニターしている。

病院の効率化と競争化は2つの政策によって行われている。第1は、病院診療価格を保険者と病院との交渉で自由決定する部分の拡大と、さらにいろいろな医療、眼科、糖尿病などの項目での価格自由化である。

第2は、新しい民営化の動きである。これは民間診療所 (prive-klinieken) と呼ばれたり、独立診療センター (Zelfstandig behandelcentrum) と呼ばれており、新法改正により専門医療に参入しやすくなったために近年増加しつつある。眼科、整形外科、皮膚科、不妊治療、歯科、産科など、さらには在宅介護、施設介護などの分野にも進出している。一例としては MediNova グループがあり、3つの診療所をもち、外科、整形外科などの入院治療を実施している。2006年以前にはベッド滞在

は診療所には認められていなかった。また Vision Clinic グループはユトレヒトを中心とする眼科診療所でイギリスに本部を置く Dotrek 医療グループの一員である。これらは地方に拠点を置く独立診療センター (ZBC, zelfstandig behandelcentra, Independent Treatment Centers の一部である。一部の論者はこうした診療所を「いいとこ取り」して、新自由主義的手法で参入していると批判している。

## 5. オランダ医療制度のゆくえ

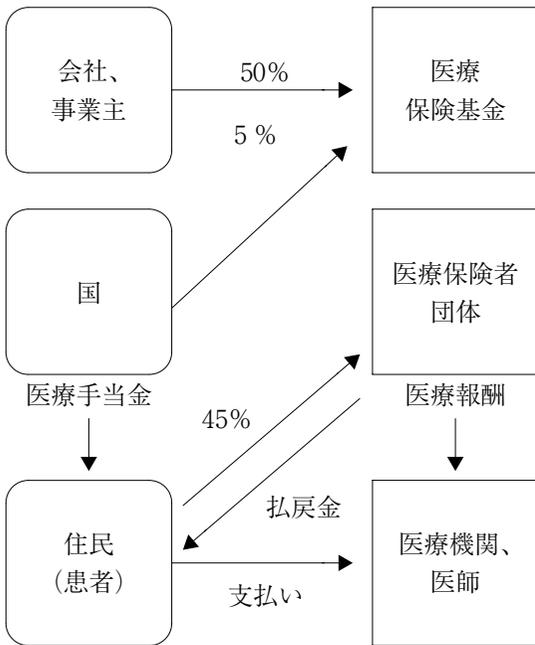
オランダが旧社会保険制度を住民全員のアクセスを可能にしていなかった点では、たとえば、中国のこれまでの社会保険が全員をカバーするものにはほど遠く、公務員などの少数の利害グループのためでしかなかったあり方への批判と原理的には同じであり、日本の皆保険制度も実際には全員がアクセスできないものであることと、同じである。したがって、現実的に皆保険制度にする実験的な試みであるということである。保険者団体を「社会保険」民間非営利保険事業者(会社)と一元化したことは、住民(患者)の主体性の尊重という点でひとつのあり方である。この点は日本でも議論すればよい。医療供給者の主体が非営利機関であること、家庭医制度と合わせて医療報酬制度をどうするか、それぞれのアクターの役割と位置づけをどう見るのかなど、日本の今後のあり方の議論の一助になるであろう。政府の強い統制に基づき、患者主権の最大化、非営利医療機関

表1 オランダの病院数(2008)、単位:百万ユーロ

		数	事業高
一般病院	SAZ 非営利財団病院	37	11,348 (2,643)
	OvA その他一般病院	22	(2,913)
	STZ 非営利アソシエーション		
	研修教育病院	26	(5,792)
大学病院		8	5,497
専門病院		35	—
リハビリ病院		24	—
合計	(数字はあわない、原資料のまま)	145	16,846
地域独立診療センター	うち民間診療センターは106	135	

DHD, 2009に基づき作成。

図 医療保険制度のしくみ



を主軸に医療の社会的市場化をするという実験が、オランダの取り組みと思われる。

主要参考文献

“Kengetallen Nederlandse Ziekenhuizen, 2008”(2008年オランダデータ年報)、DHD, 2009

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

# 日本の共済組織の危機的現状

石塚 秀雄

【石塚注： 本論は、2009年10月2日、スウェーデンで開催された CIRIEC（国際公共経済学会）研究集会において、英語にて報告発表したものの意識である。英語原文『Critical Situation of Mutual Organizations in Japan』は、当研究所のホームページに掲載してある。外国人むけなので、日本の読者はすでに知っている内容であるかもしれない。しかし、意外とやや関心呼び、5人ほどの質疑応答となった。共済組織は、欧米では、独自の法律を持つ場合が多く、共済と保険は共存しているというのが筆者の持論である。現在、日本は民主党政権になり、PTA 共済を存続させようという議会内での動きもあるが、共済問題の今後の方向性は不透明で予断を許さない。共済および相互扶助の活動そのものが、法的に消滅させられることは、日本社会の危機でもある。】

## はじめに

われわれは日本における社会的経済セクターの必要性を強調してきた。社会的経済に属するグループとしては協同組合、共済組合、アソシエーション、非営利組織、財団などと言われている。しかしながら、日本においては、それぞれの構成要素について妥当する法律が不十分なので、社会的経済の定義はあいまいにしかない。現在、農協や生協について個別協同組合法が存在するのと、1998年に設立した特定非営利活動法（NPO 法）があるのみである。先進国にはある労働者協同組合法もないし、共済組合法も存在しない。日本は現在、保険業法改正（2008年）によって自主的共済組織が消滅する危機に瀕している。この危機は単に共済組織の危機のみならず、協同組合の危機でもあり、日本社会の危機でもあるのである。

## 1. 日本の共済組織運動の歴史的流れ

日本社会は1868年の明治維新により構造的な大転換を果たした。同じように、この年はヨーロッパでもスペイン名誉革命があったし、イタリアが統一したのも1861年であり、アメリカで南北戦争がおきた。当時日本は、近代産業国家の一員を目指し、西洋から多くの産業システムと社会システムの導入を図った。主としてドイツモデルであった。というのも、明治政府は、相対的に遅れた産業革命を実施した同じ仲間としてドイツの制度に親近

感をもっていた。日本は、ドイツのライフアイゼンモデルに習って1900年に産業組合法を制定した。これは総合農協法の性格をもっていたが、唯一、生産協同の事業は外されていた。産業組合は農民とその家族のために、信用貸付、加工、購買、販売、流通、そして共済の事業を行った。

しかしながら、共済組合自体の概念は独自に形成されずに、農協事業の中に含まれるものであった。保険業法は1920年に制定されたが、それは農協の共済と金融に対抗する側面があった。産業組合は1940年代に保険業法に基づいて相互保険会社を設立した。

第二次世界大戦後、いわゆる日本が民主化をして、生協運動や農協運動の大きな波がおき、組合員のための金融や共済の事業も活発化した。しかし、労働者協同組合運動は広がらなかった。

現在、農民はほとんど農協に属している。農協は大きな政治圧力団体である。農協銀行は900億ユーロの資産を持ち、農協共済も巨大な事業高を持つ。生協は1600万人以上の組合員をもち、協同組合保険（共済と呼んでいる）の事業も巨大である。理論的には「共済」とは、日本の協同組合セクターの状況を踏まえて、1960年代以降の協同組合研究者たちの合意では「協同組合保険」として理解されていた。

## 2. 共済組織の2つのタイプ

日本の共済組織は2つに区分できる。第1は、法律に基づく共済組織である。すなわち協同組合

保険である。第2は、根拠法がない共済組織である。残念ながら共済事業を定義する独自の法律をもたない。

日本共済協会（JCIA）によれば、加盟59団体、1億5400万人の会員、1145兆円の保険額である（2007年）。

表1 根拠法のある共済組織（協同組合保険）

協同組合の種類	根拠法	共済組織の名称、または事業
農協	農業協同組合法	JA 共済連
漁協	水産業協同組合法	JF 共水連
生協	消費生活協同組合法	全労済 コープ共済連 全国生協連 生協全共連合 大学生協連、その他
中小企業協同組合	中小企業等共済組織法	火災、自動車、等
労働組合	労働組合法	労働共済

Ishizuka, 2009

表2 根拠法のない共済組織

団体の種類	根拠法	共済組織の名称、または事業
学校 PTA	(保険業法、除外規定)	PTA 共済事業
NPO	(NPO 法、保険業法)	NPO 共済、互助会
アソシエーション	(保険業法、除外規定)	労山 保団連 全商連、 障害者団体、その他

Ishizuka, 2009

### 3. ニセ共済事件

日本政府は、ニセ共済スキャンダルを利用して、保険業法の改悪を行った。1996年にオレンジ共済は共済（介護）事業への投資もうけ話により、高利を約束して93億円を集めた。理事長の友部は当時参議院議員でもあった。オレンジ共済は破産したが、2700人の投資会員にカネは戻らなかった。友部は議員特権があり、そのとき逮捕されなかった。2001年に最高裁判決で友部は有罪とされ、議員資格を失った。政府はこうしたニセ共済を取り締まると約束した。しかし、政府は、健全に運営しているその他の自主共済組織に対しても「無認可共済」と名付けて排除をはかった。それには二つの動機があった。第一は、保険原理が共済についても適用されるべきだと考えたことである。第二に、在日米国商工会議所（ACCJ）による要求に従おうとしたことである。保険業法改悪は「消費者や非保険者の保護」を名目に行われた。

ニセ共済事件は、悪質な営利保険会社の犯罪である。その防止には商法、民法および旧保険業法などに基づく規制でできるものである。したがって事件は、共済の問題ではなくて保険の問題であった。

### 4. 米国商工会議所から日本政府への要求

米国商工会議所の保険小委員会は、「共済および協同組合保険」にたいする要望書を金融庁に数次にわたって提出している。この背景には日本の保険市場開放を願うアメリカの保険会社の要請を受けたものである。

#### (1) 第一要望書（2007年9月まで）の中身

題名は「共済（協同組合保険、共済組織）と民間営利保険との競争を平準化すること」となっており、『共済と営利保険は同等に扱われるべきだ。日本政府は共済が事業拡大することを禁止すべき

だ。生協法、農協法の下でも保険会社として規制されるべきだ』と主張している。米国商工会議所は、日本の「共済」について、よく把握しており、各省庁が個別に所管の協同組合の「共済」を保護しようとしていることもわかっている上で、金融庁への管理一元化を要求しているのである。

一方、自主共済についても、保険業法の適用を受けるべきだとして「少額短期保険業者」の新規区分を設立するように要望した。日本政府はまさに、そうしたのである。

### (2) 第二要望書（2009年5月まで）の中身

日本政府は自主的に、自主共済を少額短期保険業者に流し込むべく保険業法を改悪した。米国商工会議所は、次なるターゲットとして、「制度共済」（協同組合保険）の営利保険化を目指して、JA共済、全労済、コープ共済など名指しで解体または変更を要求してきた。理由のひとつとして「現行では、消費者は共済と保険を区別できない。だから同等に扱え（イコール・フィッティング）」と述べている。こうした主張にも一理あることは確かである。問題は「共済組織」に対する独自の法律が日本にないことである。

### (3) 第三要望書（2010年6月まで）の中身

米国商工会議所は、制度共済グループの規制を主張した。いわく「制度共済は金融庁の規制を受けていない」として農林中金バンクなどを引き合いに出し、GATS違反であるとし、外国保険会社と同等の規制をすべきであると主張した。米国は、協同組合保険や郵貯銀行・共済などの市場開放を

目指している。こうした自由化を消費者保護を名目に主張しているのである。

## 5. 保険業法の改悪

2007年に保険業法が改正された。共済組織との関連でいえば、共済概念を廃止したことが決定的である。共済組織は保険会社と同一の規制を受けることになった。旧保険業法では、保険の概念は「特定の人を対象としない」と定義され、一方、共済は「特定の人」すなわち会員を対象とするものと定義されていたので、同法は共済を規制するものではなかったのである。

新保険業法は、あらたに「少額短期保険業者」の区分を設置した。1000人以下の規模となる。しかし、現在のところ、少額短期保険業者に登録した会社は20程度にすぎない。新法は共済にたいして営利保険会社になるか、消滅せよと強制するものである。新法では5年以内に共済が保険会社に転換するようにと促しているので、制度共済も自主共済もそれまでの命となるかもしれないのである。

新保険業法の共済組織に関わる主たる特徴は以下の通りである

- ① 兼業禁止： 生命保険と非生命保険を一緒に実施できない。しかし、持株会社の下では行える。
- ② 保険会社は株式会社または相互保険会社であること。
- ③ 積立基金義務
- ④ 保険計数人の設置。
- ⑤ ソルベンシーマージン基準義務

表3 保険業法新旧対比

	旧保険業法	新保険業法
定義	保険：非特定の人むけ。リスク原則	保険：特定の人むけ。不特定の人向け。リスク原則
	共済：特定の人または会員むけ。相互扶助原則	共済：削除（共済法は存在せず）
会社の種類	保険：株式会社。相互保険会社	保険：株式会社。相互保険会社。少額短期保険業者。
	共済：共済組織、共済組合	共済：5年以内に保険会社に。または消滅

Ishizuka, 2009

## 6. 協同組合保険の対応

保険業法改正の動きと連動して、2005年に農協法などの改正が行われ、とりわけ共済事業と保険

業法とのすりあわせが行われた。一部の論者からは農協も生協も協同組合理念を失いつつあり「非協同組合化 (demutualization)」しつつあるとの懸念が示された。制度共済は、自分たちは生き残れると確信しているようだ。保険市場での規模も大きいし、縦割りの所管省庁の後ろ盾もあるので、金融庁が2011年の見直しを言っている、大丈夫だと考えているようである。2008年4月に生協法は保険活動に対応して修正された。生協は共済事業を分離することとなった。協同組合運動は本来総合的なものであるが、どのような影響を与えるのか注視する必要がある。

## 7. 自主共済組織の消滅の危機

日本においては1960年代から自主共済運動が発展してきた。それらの団体は協同組合形式ではなく、いわばアソシエーションである。残念ながら、日本にはそうした組織に関する法制度は存在しない。それで「無認可」と言われているのである。

われわれは、自主共済組織を次のように定義している。すなわち、

- ① 会員間の相互扶助、連帯原則
- ② 自らの主目的（職業的あるいは利用者的）を推進するために、会員にたいして相互扶助（共済）もしくは相互保険、その他のサービスを行う。

③ 非営利活動

④ 非資本

さらにわれわれは、自主共済組織を3種類に区分している。

(a) NPOによる共済活動：

たとえば、全国学校PTAの共済。

(b) アソシエーションによる共済活動  
在宅介護団体、労山、その他。

(c) 障害者共同作業所による共済活動

一部の共同作業所では障害者、職員に対する共済を実施している。

(d) 職業（専門）団体による共済活動

たとえば、保団連は10万人の医師を組織している。

## 8. 日本の自主共済は生き残れるか？

自主共済組織は独自の法律がないので、保険業法に従えと言われている。生き残りのために何をなすべきか。自主共済組織が主張している第1は、憲法第23条の結社の自由と第25条の生存権に基づく権利である。第2に戦術的には、新保険業法の保険定義を旧保険業に戻すことである。第3に、共済組織に対する適用除外を継続することである。しかし、長期的に見るならば、適用除外を永続させるといふのは不安定である。また、人格なき社団という領域は、法制度の整備によって狭まりつつある。なんらかのフォーマルな規定が必要となってきたことは間違いない。そこで戦略的には理論的武装のために、「共済組織」そのものを肯定的に規定をする独自の法制度はどのようなものが良いのか、海外の共済組織法を参考にしつつ検討をしておく必要がある。実際に共済組織法制化を要望するかはその次の戦術的検討課題であろう。

自主共済問題は、人ごとの問題ではなくて、日本の社会的経済セクターすなわち非営利・協同セクター全体に影響する問題である。非営利・協同セクターには共済をどうするかを考え行動する責任がある。それに失敗すれば、日本社会における協同の事業や市民運動そのものが消滅する危機に直面することになるのである。

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

# 「協同労働の協同組合法」制定の特徴と社会的意義

田嶋 康利

## 1. 「協同労働の協同組合」が法制化される時代

「協同労働の法制化をめざす市民会議」（笹森清会長：中央労福協会会長）が結成されてから9年、協同総研が第一次「労働者協同組合法案」を作成してから12年の歳月を経て、「協同労働」は『人たるに値する生活を可能にする新しい働き方』（「協同出資・協同経営で働く協同組合法を考える議員連盟」2009年2月20日の設立趣意書）と評され、いよいよその「新しい働き方」が法制化される時代を迎えようとしている。

1万を超える団体賛同署名、法制化を後押しする地方議会での「早期制定を求める意見書」採択が700自治体を超え、全国各地での法制化市民集会の開催を経て、「協同労働ネットワーク」、「法制化市民会議」等が各地に結成されている。これら全国的な運動を背景に、総選挙後の政権交代という事態を経て、国会議員（超党派の議員連盟160人）や首長、地方議員等の賛同がその勢いを増し、現在、法律の中身を問う運動へと歩みを進めることとなった。

## 2. 協同労働の法制化を求める社会的背景

この法制化運動の広がり背景には、「雇う－雇われる」というこれまでの労働関係（雇用労働）とは異なる、新しい働き方＝「協同労働」（働く者が協同で出資し、経営に参加し、協同して働く）が、日本社会に大きく広がっている現実（法的根拠）がある。労働者協同組合（ワーカーズコープ）やワーカーズ・コレクティブ、農村女性起業（個人・団体で9,000）、また障害のある人の自立・就労を支援する団体など、それぞれに30年の歴史を持ち、協同労働で働く人々はいまや10万人、事業

規模は500億円に達していると言われている。

そこでは、障害を持つ人々や子育てを経た女性、退職・失業した中高年者、ホームレスや生活困窮者、派遣切りに遭った若者、フリーター・ニートなどの就労困難者、社会的に不利を被っている人々が数多く就労している。また、過疎、高齢化、集落崩壊、第一次産業の衰退など厳しい農山村（中山間）地域の中で、地域に暮らす住民が自ら出資し、事業経営を担い、仕事おこしを通して集落の再生や就労創出、そして農林業などの第一次産業を再生しようという取組みが各地で創り出されている。

しかし、他の先進諸国と異なり、働く者、利用者及び支援者が協同して、新しい事業とその経営組織を生み出そうとする法制度を承認し、また振興する法の仕組みは未だこの日本にはない。欧州では、失業や社会的排除、貧困に苦しむ市民や仕事を求める人々にとって、仕事おこし・地域再生を図る有効な制度となっているにもかかわらずである。

## 3. 法制化運動が与える社会的インパクトと法制化を巡る論点

法制化運動がここまで到達したポイントは、社会の困難と切り結んだ運動の展開から、何のため、誰のための法制化か、を問いつけたことにある。それは、①深刻化する雇用・失業情勢（労働の破壊）、②疲弊する地域経済（産業・地域の破壊）、③貧困の増大（生命の危機）、④社会的排除と孤立の深まり（コミュニティ・人の絆の崩壊）等の課題を背景に、その解決を求める人々との間で「協同」と「協同労働」の必要性と可能性が共有されてきたことである。

そしてそれは、さまざまな団体に問題提起を行

うこととなった。

①協同組合運動：協同組合は何のためにあるのか。その事業を担う職員の働き方や組合員との関係のあり様への本質的な問題提起。

②NPO 諸団体―出資と自立的な資本形成、労使関係の矛盾を超える市民事業にふさわしい労働のあり様が問われている。協同労働への組織的発展を望むNPOも多数生まれている。

③障がい者運動へのインパクト―福祉的就労と労働市場に送り出す一般就労だけではなく、障がいを持つ仲間も出資して組合員になり、援助する側・される側の関係を越えて共に仕事をおこし、働く協同労働の可能性。

④労働運動へのインパクト―非正規雇用労働者、失業者が仕事おこしの対抗手段を持ち、脱貧困とディーセントワークを実現する協同労働。

⑤自治体へのインパクト―市民自身が新しい公共を創造する協同労働。  
などである。

議員連盟での法律を巡る本格的な議論はこれからであるが、総選挙前に議連3役での議論を経て、法案の内容を議論する材料として「労働協同組合法・法案要綱案」4案が出されている。そこでの主要な論点は、①協同労働で働く者の「労働者性」を認め、労働関係法令の対象とし、労働保険・社会保険の適用を認める（従属性を明示する就労規程の定義）。②市民の自発的な意志の結集に基づき設立される「準則主義」（届出制による設立）の採用。③他の協同組合と同様の軽減税率を適用し、「不分割の非営利協同基金」を認める。④働く組合員以外の、マルチステークホルダー型の組合員制度を認める。

以上である。現在、「労働者性」と「準則主義」については理論の段階を終え、人や団体の「扱い」を巡る社会的合意が主題となっている（詳細は、『協同の発見』誌別冊2009-2010参照）。

## 4. 市民主体の「新しい公共」を創造する「協同労働の協同組合」

「協同労働の協同組合」は、『働く人々・市民が

みんなで出資し、民主的に経営し、責任を分かち合って人と地域に役立つ仕事を起こす協同組合』として、3つの協同（働く者同士の協同、利用者との協同、地域との協同）を大切に、「よい仕事」と「コミットメント経営」（社会連帯・地域連帯の経営）を高め、「一人ひとりの成長と発達」を追求する―この考えに到達するまでに、労働者協同組合（ワーカーズコープ）は前史的な取り組みを含め、30年の試行錯誤と実践の努力を必要とした。

特にこの数年、公共サービスの民営化が急速に進む中、民営化を「市場化・営利化・利権化ではなく、市民化・社会化・地域化を」と掲げ、市民自治と社会連帯を高める「よい仕事」に挑戦してきた協同労働が、地域・自治体からの評価と期待を着実に受け、公共サービス分野の仕事の領域を大きく広げてきている。

指定管理者制度が抱える諸矛盾（行政による官僚主義、コスト削減等）を抱えながらも、ワーカーズコープが運営の担い手となる、学童保育や児童館、保育園などの子育て支援施設、若者やホームレス支援、高齢者や障害者の福祉施設、コミュニティセンター、NPO支援センター等の公共施設・指定管理者施設は全国200カ所に広がり、市民主体のまちづくり・地域再生の拠点として、施設内だけでは解決できない地域課題を、地域や市民とともに協同の力で解決する取り組みが開始されている。

協同総研では、法制化運動と共に、これらの現実を踏まえ、「市民自治による新しい公共」の創造に向けて「非営利の公共的社会サービス」を担う「コミュニティ事業者」の育成を通じた「就労創出」を目的に、「コミュニティ事業（就労）支援条例要綱案」を作成、提起。現在、埼玉県内のいくつかの自治体で制定に向けた動きが始まろうとしている。

## 5. 終わりに～市民自治を高める「新しい公共」の創造へ

先般、鳩山首相は施政方針演説で「新しい公共」に触れ、「私がめざしたいのは、人と人が支え合い、役に立ち合う『新しい公共』の概念です。『新しい公共』とは、人を支えるという役割を、『官』

と言われる人たちだけが担うのではなく、教育や子育て、まちづくり、防犯や防災、医療や福祉などに地域でかかわっておられる一人ひとりにも参加していただき、それを社会全体として応援しようという新しい価値観です。…市民やNPOの活動を側面から支援していくことこそが、21世紀の政治の役割」と述べた。

私たちは、「新しい公共」とは「市民が主体者の公共」とし、それは「市民自治を理念とし、『市民の自立した活動』と『主権者である市民のコントロールの下にある行政』が連携して公共をつくる」、そして「市民の主体を豊かにすることによって、〈大きな公共〉と〈小さな政府〉を実現できる」（福嶋浩彦氏：前我孫子市長、協同総研理事）と考えている。

グローバル資本主義がもたらした“100年に一度”と言われる世界不況は、恐慌の様相を呈し、全世界に失業と貧困・格差をもたらし、我が国においても地域社会の崩壊と大量の失業者を生み出している。多くの識者が指摘するように、今日、大工業中心の社会・経済システムからの転換、すなわち医療や福祉、農業や教育といった、“人々

が幸せに生きるために必要な分野”への投資、つまり真の意味での「公共」を豊かににするような“人への投資”が、いま最も求められているのではないだろうか。それは、あらゆる産業分野で、人間をモノではなく、人間として位置づける人間発達の経済への転換が必要である。

「協同」とは『心を合わせ、力を合わせ、助け合って仕事をする』と国語辞典（岩波）に書かれている。この働き方・仕事が公共を担い、新たに創造していくことができれば、社会はいつそう持続性を持ち、真に豊かなものになっていくのではないか。

先の衆院選挙で、私たち「主権者たる市民」は「政権交代」という形でその行動の第一歩を示した。この主権者市民を基礎としながら、地域社会の課題解決に向けて、「連帯・協同する市民」として本格的に登場する社会的な制度—「協同労働の協同組合法」、「コミュニティ事業支援条例」の制定—が、いまほど求められているときはない。

（たしま やすとし、協同総合研究所専務理事）

# オバマ 医療保険改革のゆくえ

石塚 秀雄

## 1. 国民的支持の高い公的医療保険プラン

アメリカのオバマ政権の医療改革プランは、2009年11月に米下院および上院をそれぞれ僅差の議決により通過した。アメリカは1935年にルーズベルト大統領によって初めて社会保障 (social security) という言葉を制度的に導入し、独自の社会政策を実施したが、今回の医療プランは、70年ぶりともいえる公的医療改革を目指すものとして注目されている。オバマ医療改革プランは「公的プラン (public plan)」と呼ばれ、それに対して現行の制度は「私的プラン (private plan)」と呼ばれている。

アメリカの医療制度は、これまで「公的保険がない」と言われている。しかし、正確にいえば、事業者 (雇用者) 医療保険 (1億6,000万人) と公的医療保障 (メディケア (貧困者) とメディケイド (高齢者) 等 (約5,000万人)) の組み合わせである。アメリカの年金制度が公的制度と見なされているのに対して、医療保険が公的制度と見なされないのは、医療保険が民間保険会社主導で行われており、政府の関与が少ないためである。もし事業者医療保険の運用が、保険会社をエージェントとして、当事者 (事業者と従業員) たちの自主的運用で実施されていると形になれば、それは医療社会保険の一種と見なすことも可能である。

今回のアメリカ医療改革プランは、単に非公的保険から公的保険制度の実現ということではない。改革のニーズは、①民間保険料が将来的に高騰し、当事者 (企業と個人) の負担が耐え難くなる、②現在4600万人 (国民の約2割) の無保険者がさらに増大、③公的医療費負担の拡大、という危機から生じている。

米国民の7割、医師の6割 (全米医師会 AMA のアンケート) が賛成しているといわれる「公的プラン」は、①政府が統制する保険制度を作り、

無保険者の加入を図る。②従来のメディケイド・メディケア・児童医療扶助制度を拡大的に組み合わせる。③保険料負担を将来的に引き下げる、などを骨子としている。

この公的プランに反対する共和党は、①新保険制度および民間保険からの移動などで、政府負担の増大に反対 (および大きな国家への反対)、②民間保険会社への圧迫 (市場主義の擁護)、③国家統制への嫌悪 (アメリカ的自由の擁護、社会主義への嫌悪)、③その他中絶費用問題といった枝葉的問題、などを主張している。

ところで、民主党と共和党がほぼ二分している議会勢力図からすると、実現するのは混合型の医療保険制度であり、公的プランは「公的保険」の実現というよりも、社会保険の一種としての「協同組合保険」型の導入の可能性が高い。問題は、営利保険会社をどのように、その「社会保険」制度に組み込むかということである。この点で参考になるのは、オランダの「社会保険」方式であろう (本号、『オランダの医療 (保険) 制度の特徴』参照のこと)。オランダにおいては、民間保険会社に「社会保険事業者」としての役割を強制することによって、いわゆる「社会保険市場」の形成を図った。ただしオランダの保険会社の多くは非営利的性格が強いことは異なる点である。オランダ政府の役割は「保険市場」にたいする強い民主的統制である。あえて、予測をするならば、アメリカの医療保険制度もオランダ型に近いものになるであろう。

すなわち、これまで無保険者になりがちであった中小企業 (従業員50人以下) の労働者たちと低所得者むけに「協同組合保険会社」 (非営利で共済型) を設立する案が、より現実性をもつであろう。人々にたいしては、保険料支払いのための公的補助金を支出する。それにより「社会保険市場」を形成し、営利民間保険会社との「市場競争」を担保するという形になるのではないだろうか。

## 2. 公的医療保険プランの中身

現在、アメリカ連邦政府は公的プランについて、保険局を通じて、各州むけに広報を行っている。アメリカは、周知のように独立的州のあつまりであり、連邦法はモデル法の性格が強く、各州法が中心となる。各州向けの「医療保険改革」文書の前文は共通している。以下、カリフォルニア州むけの文書を参考として要約して紹介する。

前文：「現在の医療は各州にとっては選択肢としてつづけることはできない。このままだと、2019年までに、無保険者は29の州で30%以上増加し、全米では10%以上増加する。無料医療受診者【訳注：メディケイド・メディケア・児童医療扶助制度などの受給者】は、45州で2倍になる。27州において事業主（会社）は、これまでの2倍以上の保険料を負担しなければならなくなる。したがって事業主負担を享受する人々は減少する。だから今や医療保険改革の時なのである」

### (1) カリフォルニア州で医療保険改革した場合（人口3,680万人）

- ・ 現在無保険の730万人と団体保険に加入していない270万人が保険加入者なる。
- ・ 380万人が医療保険購入のための保険料支払いの税控除が受けられる。
- ・ 450万人の高齢者が無料予防診療が受けられる。
- ・ 794,000人の高齢者がメディケアにおける医薬品の費用を軽減される。
- ・ 392,000の中小企業が保険料支払いのための税額控除が受けられる。

### (2) 医療保険改革の利点

#### ① 家計

- ・ 「保険市場での消費者保護」： 保険会社は勝手に制限をつけたり、保険内容を引き下げたりすることはできなくなる。
- ・ 「無保険者の直接的選択肢の創設」：カリフォルニア州の9%の人口が糖尿病、25%が高血圧症であるが、これまで保険会社は適用

拒否をしてきた。改革プランでは「ハイリスク・プール」を設定して保険適用する。

- ・ 「予防診療の実施」： カリフォルニア州の人口の40%は結腸ガンの検査を受けていない。50歳以上の女性の17%は、過去2年以内に乳ガン検査を受けていない。改革プランでは、これらを無料で検査する。また「予防公的医療基金」を設立して、予防保健プログラムを促進する。
  - ・ 「早期退職者むけ医療の充実」： カリフォルニア州の早期退職者の482,000人の早期退職者保険が失効している。保険料支払いを支援してふたたび保険加入できるようにする。これにより各家計による保険料支出は1,200ドル軽減される。
- ② 退職者（カリフォルニア州では450万人がメディケアの受益者）
- ・ 「民間保険会社へのメディケア保険料支払いの引き下げ」： メディケアの保険料は払いすぎである。また高齢者の66%は、「メディケア優遇措置」を受けられないでいる。高齢者夫婦で、民間保険へのメディケア追加支払い年90ドルを引き下げる。
  - ・ 「薬代の引き下げ」： 794,000人の高齢者がメディケアにおいて薬代を年間4,080ドル支払わされている。改革プランでは先発医薬品を半額割引にする。
  - ・ 「予防診療」： メディケアを受けている高齢者は、予防診療の一部支払いをしている。たとえば、結腸ガン検査は842ドルかかり、患者負担は195ドルである。改革プランでは検査費用は無料とする。また毎年無料で検査を受けられるようにし、医療機関は個人の健康プランを作成することにする。

### (3) 中小企業

- ・ カリフォルニア州の中小企業は全企業の77%（392,000社）を占めるが、中小企業の47%しか保険を従業員に提供していない（2008年度）。改革プランでは「中小企業保険料税控除」により保険を購入しやすくする。また事業主を「雇用者責任条項」から除外する。

#### (4) 州

- ・ 「州職員保険料の引き下げ」： 無保険者の保険加入を促進して、無料医療の費用を削減し、その分を州職員の保険料補填に回す。早期退職州職員には、家族当たり年1,200ドルの保険料軽減を行う。
- ・ 「無料医療の軽減」： カリフォルニア州では毎年、無料医療に52億ドルがかかっており、州も一部負担している。改革プランでは、無保険者を保険加入させることで、無料医療の費用削減をはかる。

#### (5) 医療保険改革は安定、安全、選択をもたらす

- ・ 「『隠れた税』をやめよう」： 52億ドルの無料医療費は、結局、住民の税による負担である。無保険者の保険加入によって、住民の隠れた税負担を軽減する。
- ・ 「保険料のための税控除の実施」： 医療改革なしには、家計の保険料支払いと窓口負担は増大するばかりである。このままだとカリフォルニア州の現在の家計負担400億ドルは2019年には666億ドルに跳ね上がる。医療保険改革をすれば、380万人は、こうした高額医療保険・医療費負担を軽減できる。

#### (6) 医療保険の加入・選択の容易化

- ・ 改革プランでは、多様な保険会社から自由に保険を選べるようにする。転職、失業、転勤、疾病の時でも保険が継続できるようにする。
- ・ カリフォルニア州では730万人が現在、無保険者である。このままだと2019年には980万人に増大する。また個人保険【会社保険でない人の場合】を購入している270万人も適正な保険料になるようにする。
- ・ 「長期在宅・コミュニティサービスの支援」： 現在、65歳以上の65%が在宅介護サービスを受けている。平均して年間18,000ドルの費用がかかっている。すなわちカリフォルニア州の現在55歳から64歳までの240万人は、65歳になったら在宅介護が必要になる。在宅介護サービスは、メディケア・メディケイド

・ 民間保険だけではカバーしきれなくなっている。

- ・ 医療保険改革により、新しいボランティアな長期介護保険を創設する。障害のある高齢者が家庭とコミュニティで暮らしていけるように支援する。
- ・ メディケイドに財源を補強して、医療介護老人施設の必要のない高齢者にたいして、在宅やコミュニティでのサービスを拡大する。対象は964,000人である。

#### (7) 医療本改革は医療提供の質も変える

- ・ 「再診拒否の軽減」： 現在の医療制度では、医療の質と十分連動していない。たとえば、メディケア患者の20%は、再診期限の30日を過ぎると病院から排除される。カリフォルニア州では、毎年165,000件が再診拒否を受けている。医療保険改革では、プライマリケアを革新して、病院に金銭的インセンティブをあたえて、再診拒否を軽減する。
- ・ 「書類作りの軽減」： 医師は、保険会社の書類作成に年間140時間、68,000ドル使っている。カリフォルニア州の115,740人の医師全体では、1600万時間、78億ドルとなる。書類作成を基準化・単純化し、コンピュータ記録化することで、医師は患者診療に集中できるようになる。
- ・ 「プライマリケアへのインセンティブ」： カリフォルニア州の約45,700人の医師がプライマリケアを担当している。医療保険改革により5%から10%の報酬増となる。
- ・ 「プライマリケアへの投資」： 約330万人すなわちカリフォルニア州の人口の9%は、コミュニティの医師不足により、プライマリケアを受けることができない。改革プランでは医師、看護師、歯医者、農村や過疎地における医療機関数を増大させる。

### 3. どうなるアメリカ医療改革

改革の行方はいまのところ、不透明である。こうなるというような数字は提示されているものの、

そのために具体的にどのような「社会保険」制度にするのか、どのような保険者団体を設立するのかなどは、まだ明らかではない。政府が直接運営する公的保険者団体の設置は難しいであろう。また、はたして営利保険会社に社会保険的な対応をするように従わせることができるか。医療機関と保険会社との契約交渉はどのようなものに変化するのか。会社の保険料負担は下がるのか。実際にどのくらいの無保険者がさらに残るのか。保険市場の「競争ルール」はどのようなものになるのか。公的財政負担に耐えきれぬのか。改革の刺激により税収は増えるのか。国、州、医療機関、医療従

事者、企業、住民、労働者、営利保険会社、非営利保険団体など、それぞれの当事者にとって改革はどのような影響を与えるのか。また医療過誤補償、薬価、既存の公的医療制度との整合性など、複雑な問題が山積みである。しかし、政治および住民の意思が、アメリカの新しい医療制度・医療保険制度を作り上げることは間違いない。今後ともそのなりゆきが注視されるところである。(なお、高山一夫「オバマ政権の医療制度改革」、東京保険医新聞、2009.11.5を参照のこと)

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

# 中国はどこへ行くのか

岩間 一雄

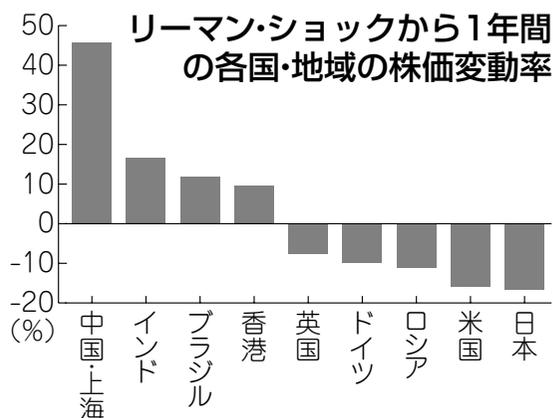
## はじめに

中国はいわば一人勝ちしている。右のグラフを見るのがもっとも簡便である。見出しに「中印など大幅回復 リーマン・ショック後株価 露、先進国は低迷」とある。中国では、ショック直前の株価を4割以上も上回って推移しているという（毎日新聞、9月15日）。

4兆元（約53兆円）の大型景気刺激対策や4～5月期の実質GDP成長率が前年同期比7.9%増となったことなどが、功を奏した。中国が、リーマン・ショックで低迷する先進国を尻目に、大いなる発展を遂げていることは間違いないといっている。市場のこうした反応の背景には、むしろ、中国の巨大な対米貿易黒字が視野に入っている。「赤い資本主義」は、国際化された金融市場で、危機のさなか強い支持を与えられている。

## 1 革命中国

革命前の中国社会の根幹は、地主制であった。地主制とは、フューダルな質を備えた村落共同体を基礎に置く大土地所有制であり、この大土地所有者は、自ら武装化して、ヨーロッパや日本に見られたような分権的な封建領主への道を歩むべき存在であった。だが、当時の中国の置かれた地政学的な条件は、そうした通常の道を歩むのを許さなかった。国境を脅かす遊牧民族と、中国社会を歴史的に制約してきた両大河である。遊牧民族の侵略から中国全土を防衛し、両大河の氾濫からその民を救うためには、中国社会は、全土のモノ、カネ、ヒトを糾合しなければならなかった。支配階級は、自ら分権的な領主になる道ではなく、中国全土を統一権力にゆだね、自らは官僚化して、伝統的な君臣民の序列のうち最下位の民の位置に甘んじた。これが、宋代以来の中国社会の基本構成であり、異民族王朝もまた基本的に同一構成を



※主要株価指数の08年9月12日からの騰落率。  
日本、中国・上海は14日、その他は11日と比較

出典：『毎日新聞』2009年9月15日

取った。実質的支配者である大土地所有者（地主）は、その土地を佃戸（小作）に耕させ、5割内外の貢租を徴収した。両者の中間に、本来ならその両極へ分解するはずの主戸（自作農）が一定数存在した。彼らには貢租を納入する義務はなく、そのゆとりが彼らに経営工夫の可能性を与え、高い生産力を誇る存在もまれではなかった。

毛沢東の中国革命の対象となった旧中国の骨格はこうしたものであった。毛は、この地主こそが、旧中国の一切の権力・権威の源泉であるとして、これを打倒した。封建権力を打倒する農民革命であり、新民主主義革命であった。だが、「1950年代、中国共産党」は「新民主主義段階を放棄し、直接、社会主義建設に突進した」（汪暉『思想空間としての現代中国』、57ページ）といわれるように「民主主義」時代は長くは続かなかった。いわゆる農業集団化が進められた。がそれは不首尾に終わった。毛は、「社会主義」建設のためには、古い中国文化そのものの変革が必要であるとして、「文化大革命」を発動した。曰く「破私立公」である。「私」が徹底的に否定され、「物質的刺激」を求めることは、非難の対象となった。そして、

抑えられた「私」が、改革開放の中で、堰を切ったようにあふれ出る。そのおよそ30年の結果として、私たちは、今リーマンショック後、一人勝ちを誇っている中国の現実を目の当たりにしている。

現代中国の実情について、さまざまな情報が飛び交っている。富裕層、中間層の成立。対極に広大な貧困層の形成。街に金品を乞うものの姿もごくありふれた情景であり、内陸部、とくに農村部は、戸籍制度（土地繫縛）と都市の収奪の結果、一部郷鎮企業の成功した地域を別として、都市との収入格差は大きく、流盲の源泉となっている。二重戸籍制度を前提として「先富」を追求・奨励すれば当然の結果である。社会保障制度はきわめて貧弱（医療などは後退）であり、生活保護基準もきわめて低い。中国共産党は、中国が「小康」状態へ進むためには、共産党への反逆以外の一切を容認している、といわれるゆえんである。確かに、中国共産党の指導の下に、国営企業の民間への開放が押し進められるさい、党幹部のからむさまざまな不正が曝かれたし、中国共産党幹部の子弟の太子党の存在は、有名な事実である。

革命中国は、毛沢東とともに、きわめて強い倫理的色彩に彩られて登場した。戦後の窮乏時代当時、多くの人々が、そこに一切の問題が解決された理想社会を想像したことも、無理からぬことと思う。飢寒の苦しみの中に当時の日本はまだあったし、やがて高度成長が始まれば、みるみる格差は広がっていく。そうであればあるだけ、平等主義を貫く中国の姿は、ますます理想化されていき、それが社会主義のイメージの根底に置かれた。だが、マルクスに由来する社会主義は、果たして、そうした貧しい平等であったのだろうか。マルクスは、封建社会の近代社会への転換を前提としている。そして、近代資本主義社会が、私的所有を前提に組み立てられているがために、本来社会のために行われるはずの生産活動が、私的利益追求のために行われ、過剰生産が避けられず恐慌が起きる。それを克服するために生産と消費とのバランスを実現して生産の社会性を回復することこそ、その社会主義概念の根底にあるものであった。

ロシアに比べても資本主義の発達の遅れていた中国では、ブルジョワ革命の課題をも同時に遂行すべきものとして社会主義革命が提起され、新民

主主義革命が叫ばれた。毛沢東は、中国革命の課題は何よりも農民革命だとした。ただし、民主化時代は短く、農業集団化が開始された。この試みは、社会主義建設の第一歩と考えられたが、現在では、革命権力による農民収奪であり、一種の原始的蓄積であったと見られている。ただし、遂行者である毛沢東や革命幹部たちは、農民の犠牲の上に富国強兵・殖産興業を実現した明治政府と類似の開発独裁を遂行しているというよりは、偉大な社会主義への道を歩み始めたと思っていたのではないだろうか。だからこそ、その停滞は許し難いサボタージュであり、任に当たったものの責任が糾弾され、物質的利益への拝跪が非難されたのである。

## 2 西欧近代の主体と現代中国の主体

西欧においては、封建制の後退の中で、農民の生産力は一般的に上昇し、独立自営を勝ち取っていく。農民は、独立自営(封建的支配からの解放)が可能な条件の中で、自らを「富ませて」、封建社会から近代社会への「必須の経過点」を辿りつつあった。その過程は、広く農民一般が成長していく過程ではあったが、同時にまた有力な農民が「ひ弱な隣人」を支配下に収めていく両極分解の過程でもあった。この時期は宗教革命の時代であった。人々は孤立して神に直接し自分が果たして救われているのか否かの深刻な懐疑の中にあった。そして人々がたどり着いた通俗的解答が、自己の「現世の職業労働」の成否であった。文字通り独立自営の主体となるのか、没落して他人の支配下に甘んずるのかといった当時の現実的関心に照らしてみるならば、こうした懐疑とその答えはあまりにも、直截的であるというべきだろう。この宗教革命の劫火をくぐり抜けた人たちが、西欧資本主義社会ないし市民社会の主人公であった。

中国の「思想空間」にこのような情景が登場することがなかったことは、M. ウェーバーの『儒教と道教』を待たずとも明らかである。とはいえ西欧と中国との関係は、異質なものとして考えられがちであるが、決してそうではない。トマス・アクィナスにとって士農工商の身分社会が神の計

画の「直接的表現」あったように、朱子にとって「上下」の「分」こそ、宇宙人性を通じる「理」の具体的内容であった。世界の統括者が人格的な唯一神として表象されるか自然神的な「理」として表現されるかの違いはあっても、その歴史的内容は等しいのである。トマスの神は、封建制の後退という歴史的条件の中でカルヴァンの神へと転換された。トマスの神は、プロテスタントの神の直前に存在する。朱子学の「理」もまた、その思想革命によって自主自立の精神を生み出し得たはずである。だが、中国において、事態はそのようには展開しなかった。

西欧においては、いわば自然発生的に封建社会の解体と資本主義社会の形成が果たされた。それは経済活動が、政治（権力）から独立する過程であった。だが、私的利益の追求が自由に展開された結果として、生産再生産のバランスがとれなくなり、再び経済は、政治権力によるコントロールを待たねばならなかった。権力によるコントロールの程度は、対処療法的なケインズ主義と私的所有というシステムそのものを転換しようとするマルクス主義との2つがあった。むろん、戦争や恐慌に追い込まれる場合もあった。

中国における思想的覚醒は、まさしくその西欧（米）資本主義の矛盾のさなか、植民地化の危機の中で始まった。西欧＝資本主義は、中国にとって本来的に悪しきものであった。西欧はいかに豊かであれ、いかに合理的であれ、学ぶべき対象であるよりは、拒否すべき嫌悪の対象であった。そして、西欧資本主義の克服者であるはずの「社会主義」権力を手にしてしまったのだ。いまだ、経済が政治から独立するに至らず、近代的な個人の形成さえ見ないうちに。巨大な生産力をコントロールするための制御装置だけが、幼弱な生産力しか持たない社会に出来上がってしまった。それが中国「社会主義」だった。

私的生産は廃止された。胡同の中の間口一間ほどの小店までが国営とされるほどに徹底的な計画経済が実施された。確かに生産と消費とのアンバランスが資本主義の宿命であり、それを乗り越えるために、何らか政治が経済に介入して、このアンバランスを回避する必要がある。しかし、その政治介入のレベルには、さまざまなあり方があり

得る。ソ連や改革開放以前の中国が試みたような「計画」はその極端な実例であり、それは不可避免的に経済の停滞と政治「権力」の自己肥大を伴い、そこにはお定まりの腐敗がついて回る。ソ連は崩壊すべくして崩壊した。その意味で中国の改革開放も必然といえば必然であった。遅蒔きの新「民主主義」の開始である。

### 3 労働者農民のための権力とは

幼弱な資本主義を媒介した政治権力は、封建的な絶対主義権力であった。この絶対主義から独立したのが、近代資本主義である。だがこの資本主義は、生産力の発達とともにその矛盾が拡大し、再び政治による媒介を不可欠とするにいたり、さまざまなレベルでの政治の介入が始まっている。小さな政府から大きな政府までのさまざまな試みである。それらの政治権力は、資本家権力であるといつて間違いないだろう。資本家と労働者との協議をもつ北欧「社会主義」の場合には、資本家と労働者との和解・協同が図られているといえる。他方、中国の場合には、その政治権力は、マルクスの思想を奉じ、労働者（農民）のための権力だとされている。

だが、労働者（農民）のための権力といつても、何をもって労働者（農民）のためであるかを判定するかは、単純ではない。私的所有の廃止の1つの表れは、土地国有である。マルクスの意味での土地国有とは「絶対地代」免除制度であり、農業の資本主義的發展に道を開く方法である。だが、中国での土地国有は、農民収奪＝開発独裁のことであり、都市農村の二重戸籍制度を通じて、その体制は現在もなお存続している（ただし、中国政府は、内陸部の農村に対する優遇政策を拡大しつつあるといわれている）。

農民収奪だけではない。改革開放政策が、中国を急速に資本主義化させ、今や世界市場で一人勝ちを誇るまでの急成長を実現したことは初めに見たとおりであるが、それが恐るべき低賃金や社会保障などの低水準（場合によっては切り捨て）によって実現されていることも、周知の事実である。「労働者（農民）の権力」に媒介された中国資本

主義の実情がこうであるとしたとき、それはいかなる意味で「労働者（農民）のための権力」だといえるのだろうか。

ただし、鄧小平の先富論からすれば、「小康」状態を実現するための過程ということで、それらの矛盾や犠牲は、それに至るまでのやむを得ざる処置とされるのであろう。西欧の歴史でいえば、16世紀から今日までの4世紀間にわたる資本主義の歴史、原始的蓄積から高度成長を経てグローバル化にいたるまでの過程を、中国政府は、実にこの30年のうちに突っ走ってしまった。そこに、さまざまな矛盾が噴出するのはむしろ当然である。それがいかにして真に「労働者（農民）のため」の社会を生み出す否かは、今しばらく帰趨を見守る必要がある。

この中国政府、中国共産党が、真に労働者（農民）のための権力となるか否かは、実に中国の労働者（農民）自身が、自立の主体にまで成長するか否かの一点にかかっている。その思想的方向は、形成されつつあるといえるのだろうか。

4世紀にわたる近代資本主義の歴史を、わずか30年あまりのうちに、突っ走った中国社会の思想状況は、文字通りパンドラの箱を開けた状況に等しい。80年代から本格化される改革開放政策は、逆説的性格を有している。資本主義を批判克服するはずの社会主義国家が、資本主義の積極導入を目指し、グローバル化にコミットし始めたのである。中国の思想界に、さまざまな思想潮流が奔流となって、ひしめき合いぶつかり合うに至るのも当然といえば当然である。

文革終了後の中国思想界にあって、問題の根源

は、実に「中国社会主義」だった（汪暉、6ページ）。「社会主義」は悪しき伝統であり、これを超えるというのが中国思想界の合い言葉であった。改革開放の進展の中で、それらの反伝統、反「社会主義」思想は、およそ五つのグループに分化したと言われている。私的所有権の確立を説くもの（フリードマン流自由主義）、市場経済を重視するもの（ハイエク流新自由主義）、市民の参加と国家による民主主義の実現を説くもの（新左派）、個人の自由と社会的公正の実現を目指すもの（左翼自由主義）、エリートと大衆の団結を重視するもの（新保守主義）などがそれぞれである（許紀霖『啓蒙的自我瓦解』、38～40ページ）。こうした主張の中に、この30年間中国社会が経験したさまざまな激動の痕跡とその当面する課題とをはっきりと覗き知ることが出来る。

こうした思想的立場の分立は、結局するところ、かつての「中国／西欧」「伝統／近代」という「二項対立」（汪暉）が、いまや「改革／保守、西洋／中国、資本主義／社会主義、市場／計画」という二元論」（汪暉、8ページ）に置き換えられたことを物語っている。しかも、このとき中国の思想界には、かつて存在した共通の場が、現実の利害対立から失われようとさえしているというのである（許紀霖、40ページ）。また、二項対立的思考からの脱却を追求する思想家汪暉にあっても、その思想的道筋は混沌としている。

現時点においては、中国の前途はなお不透明であるといわざるを得ない。

（いわま かずお、岡山大学名誉教授、NPO 朝日訴訟の会理事長）

# ポルトガル社会連帯協同組合法

## —知的障害児童の社会復帰を目指す—

石塚 秀雄 解題・訳

### I. 解題

#### 1. 国民は社会的経済セクター支援

人口約1000万人のポルトガルは協同組合・共済組合運動が盛んな国である。ポルトガルは約40年のファシズム的独裁政治の後に、1974年に、平和的にいわゆるカーネーション革命を経て、1976年に新憲法を制定して現在の民主的国家になり、その後数次の改正を行い、2005年にはEU制度に合わせるための憲法改正を行っている。憲法前文では、「独裁的抑圧的植民地主義的国家から革命的な転換を行い、ポルトガル社会の歴史的転換を行う」とあり、第1条では「自由・公正・連帯の社会の建設」と規定している。

協同組合は国民の権利を実現する手段として憲法に位置づけられている。第43条「学習と教育の自由」第4項で「民間学校・協同組合学校の設定の自由」の規定、第60条3項で「消費協同組合による消費者の権利規定がある。

第61条「民間事業・協同組合事業・自主管理事業」では次のように規定されている。

第1項 民間経済事業は、憲法、法の定めるところの範囲内において、公益を配慮しつつ、自由に行うことができる【訳注：民間（privada）という言葉は、非営利と同様の意味で使われている】。

第2項 協同組合設立の自由は、協同組合原則に基づき、すべての人に認められている。

第3項 協同組合は、法の範囲内で、自由に活動でき、連合会、総連合会その他法で認められた組織に集まることができる。

第4項 法律により公権力が参加できる特別な協同組合を設立することができる。

第5項 法律の定めるところにより、自主管理

の権利が認められる。

また第75条2項では「国家は特殊教育、協同組合教育を認知し財政支援する」とある。

なお第82条「生産手段の所有の分野」では次のように規定されている。

第1項 生産手段の所有の3つの分野の共存は保障される。

第2項 公的セクターは、国家または公的機関が所有し管理する生産手段で構成される。

第3項 私的セクターは、個人または私的集団が所有し管理する生産手段で構成され、以下の規定を除く。

第4項 協同組合社会的セクターは、以下の特なものにより構成される。

(1) 協同組合により所有され管理される生産手段は、協同組合原則に基づく。ただし、法律に特別に定められた公権力参加協同組合は除く。

(2) コミュニティ的生産手段で、地域コミュニティによって所有管理されるもの。

(3) 労働者たちにより集団的に実施される目的をもった生産手段。

(4) 非営利法人が所有管理し、社会的連帯の原則的持つ、とりわけ共済的性格をもつ事業体が持つ生産手段。

また第85条「協同組合および自主管理の取り組み」は次のようである。

第1項 国家は協同組合の設立と活動を促進し支援する。

第2項 法律により協同組合の金融財政の利益を定義し、協同組合が融資と専門的支援を受けやすいようにする。

第3項 国家は自主管理の存続を支援する。

## 2. 障害児童の協同組合

社会連帯協同組合は、適用障害児童のリハビリテーションを目的とした協同組合（CERCI）である。どうしてこのような特別な分野の協同組合法ができたのかといえば、1973年に、教育省が知的障害児童（6歳から18歳）に対して、特別教育学校を推進し、その運営の自主管理をも推進した。とくに、知的障害児童が将来的に労働に参画できるようにすることが、社会連帯協同組合学校の目的となった。国、職員、家族、ボランティアが一緒になって連带的に運営するものである。これはイタリアの一部の社会的協同組合の組合員構成、組織目的と似ており、協同組合定款を整備している。連合会（FENCERCI）に加盟する51のCERCI協同組合に約7000人の知的障害児童が参加している。関連法律を以下に訳出した。なお、ポルトガル協同組合法制に関しては、大谷正夫『協同組合の持続可能の発展を願って』（コープ出版）や堀越芳昭（山梨学院大学）などの論文がある。CERCIについてはボルザガ／ドウフルニ『社会的企業』（日本経済評論社）を参照のこと。

## II. ポルトガル社会連帯協同組合法

(Regime Jurídico das Cooperativas de Solidariedade Social)

1998年1月15日付法第7号

前文

連帯精神と相互扶助は協同組合運動にとって貴重なものである。この2つは事実上、協同組合概念の最初からあるものであり、国際協同組合同盟（ICA）によって協同組合のアイデンティティの中に組み込まれている。

ポルトガルの新協同組合法における社会連帯という分野については、1996年9月7日付法第51号によって、協同組合運動推進の回答として出された。とりわけ52の学習障害児童教育協同組合は教育の分野での初めての試みであり、今日、職業訓練、施設介護、在宅介護訓練に分野に拡大している。

もちろん、現在の資格ばかりでなく、社会的弱

者に対する新しい社会的ニーズにあった資格が必要である。

新協同組合法は、社会連帯協同組合を組み入れて、市民社会がより貧困と社会的排除に対して戦うものになった。

連帯は多くの分野で機能するものであり、寛大さ、ボランティアが協同組合セクターに加わったものである。特に第2条は社会連帯協同組合の枠組みと定義を行っている。

INSCOOP【1976年12月31日付法第902号に基づき設立された協同組合セクターアントニオ・セルジオ研究所、社会連帯労働省の一部】では協同組合セクターについて、社会連帯の目的を明らかにしている。

たとえば、ポルトガル憲法第198条1項で定義している。

社会連帯協同組合法

第1条 範囲

社会連帯協同組合は協同組合法に基づき定義され運営される組織である。

第2条 定義

1. 社会連帯協同組合は組合員の協同と相互扶助に基づき、非営利目的であり、社会的ニーズと組合員の推進と統合を図る。主たる分野は次の通りである。

a) 社会的弱者集団とりわけ子供、若者、社会的困難を抱えている人、老人の支援。

b) 家族、コミュニティを社会的に支援し、それらの人々の生活の質を改善し、社会的経済的に参入できるように支援する。

c) 海外在住のポルトガル市民の支援。帰国に経済的困窮しているときの支援。

d) 対象となる集団に対する、疾病、老齢、障害、深刻な経済的欠如に対する支援プログラム作成。

e) 教育、訓練、専門を受けて社会的に統合できるように支援。

2. 社会連帯協同組合は上記の項目以外に、協同組合法の範囲内において、第三者に対するサービスを提供するその他の目的をもった活動を展開することができる。

3. 法律が求める認可と形式に基づき社会連帯協同組合は、協同組合の特別な性格と社会的機能に基づいて認可される。

### 第3条 協同組合の多様性

前条以外の活動を行うことができる。

### 第4条 組合員の資格

協同組合から、自己および家族がサービスを受けようとする者または専門的活動をしようとする者は組合員になることができる。加入は自主的に要求するものである。

### 第5条 名誉組合員

1. 財やサービスを提供する者は名誉組合員になることができる。すなわち社会的ボランティアであり、協同組合の目的の発展に寄与する者である。  
2. 名誉組合員の承認は総会でされる。その場合、寄付される財とサービスの内容について報告書を提出して、協同組合の目的の発展に貢献するものと理事会で認定されて後の理事会の提案に基づく。  
3. 名誉組合員は、一般組合員と同様に情報を受け取る権利がある。しかし、名誉組合員は協同組合の役員には選出されることはできない。しかし、投票権なしに総会に出席することができる。

### 第6条 諮問全体会議

1. 定款において、名誉組合員が集まった諮問機関を作ることができる。これは協同組合の正式機関と同等なものを見なすことができる。  
2. 諮問全体会議は、総会で決められた規則や事業について提案または勧告をすることができる諮問機関となることができる。  
3. 名誉組合員の諮問機関によって選ばれた代表は、財政会議に出席することができ、組合員の権利として情報を受け取ることができる。

### 第7条 剰余金の処分

社会連帯協同組合において剰余金がある場合は、義務的積立金に充当される。

### 第8条 清算時の資産の取扱

協同組合法第79条の規定を損なうことなく、協同組合の清算時に同じ行政区において、連合会の決定によって、他の社会連帯協同組合に協同組合資産を売却する場合には、課税は適用されない。

### 第9条 信用保証

1. 協同組合法第87条2項における信用保証は、社会連帯協同組合としての組織目的、法律的活動を保証する。  
2. 公的機関からの専門的財政的支援、すなわち、労働の社会的参入や福祉の分野では、前項の信用保証が必要である。

### 第10条 既存の協同組合に対する教育資格適用

1. 特別教育、すなわち教育協同組合および障害者児童訓練についての CERCIS を協同組合に適用するために、現行の教育資格は適用できる。  
2. 前項の協同組合においては、この教育資格の決定を定款に組み込むために1年間の猶予が与えられる。  
3. 1年以内に定款変更がない場合には、その協同組合は社会連帯協同組合とは見なされない。

以上1997年11月27日閣僚会議にて承認。

1997年12月22日発効。

## Ⅲ. 「社会連帯協同組合の権利義務、社会的連帯機関としての権利義務および利益について」

(Estende às cooperativas de solidariedade social os direitos, deveres e benefícios das instituições particulares de solidariedade social)

997年9月13日付法第101号

憲法第164条d)項および第169条3項に基づき、共和国議会が定める。

### 規定

社会的連帯協同組合は、1983年2月25日付法第119号の「社会的連帯特別機関 (IPSS) 定款」の第1条に基づき、また社会活動一般政令によりその存在を認められており、社会的連帯特別機関と

して認められ、同等の権利義務利益、財政取扱が行われる。

1997年7月31日承認。

1999年7月20日決定第13799号

IPSS（社会的連帯特別機関）としての連帯協同組合の同一制度

97年法第101号の規定において、「社会連帯協同組合は、1983年2月25日付法第119号「IPSS法」に規定された目的を持つものである。社会的活動一般指令に基づく内容を持つものと認められ、社会連帯特別機関として認められ、同等の権利義務利益、財政取扱が行われる」と規定されている。

社会的活動一般指令に示された活動は、「協同組合セクターアントニオ・セルジオ研究所」で示された区分にもとづく。それは協同組合法（1996年9月7日付法第51号）で、「協同組合の機能を定めるものに合致し」（第87条）、また1998年1月15日付制令第8条の連帯協同組合の関する記述とも合致するものである。

この区分規定は法律が定める中身との関連およびIPSSの規則と一致するものであり、社会連帯の目的を評価するための者である。

これらの点で、1997年9月31日日付法第101号の規定、憲法第199条c項の規定も同様である。すなわち、

1. 社会連帯協同組合の規則と認定基準を定め、IPSS（社会連帯特別機関）の規則を現在の規則に当てはめる。【訳注：IPSSは、1983年法に基づき、若者支援、雇用支援、医療・リハビリ、市民教育、住民問題解決などを業務とする事業体で、国や公的機関と協定を結んで社会保障の一翼を担う機関で、法人形式としてはアソシエーション、財団など。】

2. この規則は次の日付に有効となるすなわち  
1999年6月23日。連帯労働大臣。名前。

IPSS規則に基づく社会連帯協同組合の規則と認定

第1条 認定申請

1. 社会連帯協同組合は、IPSS（社会連帯特別機関）の定める目的に従い、社会的活動一般指令にもとづき認知されることができ、同一の権利、義務、利益、財政取扱が適用される。

2. 認定申請は、その協同組合が属する所管地域の地域社会安全局（地域センター）に提出する。

第2条 申請手続き

1. 以下の書類を提出すること。

a) 協同組合の目的文書と定款の写し。  
b) 協同組合セクターアントニオ・セルジオ研究所あての信用書類。申請協同組合の性格・社会的連帯目的などを記載すること。

2. 申請協同組合の社会連帯活動目的に関わるその他必要な書類の提出。

第3条 地域センター

1. 地域社会安全局（地域センター）は、申請書類を受け取ったら、IPSS規則にその協同組合の目的条件が基本的に合致するかどうか審査する。

2. 申請受付から30日以内に地域社会安全局（地域センター）は、申請書類を社会活動総局に送付し、適切に申請内容を連絡すること。

3. 必要書類が欠けている場合は、地域センターは、当該協同組合に対して、第2項のための書類が整えている間、制限期間を猶予する。

第4条 認定の授与

1. 認定は、申請先の社会活動総局が行う。

2. 認定の発行は、申請が認定された日付である。

第5条 認定の取り消し

認定取り消し事項が確認された場合、社会活動総局の決定により、認定取り消しされる。

第6条 認定の連絡

1. 認定の許可、拒否、取り消しは協同組合セクターアントニオ・セルジオ研究所、地域社会安全局（地域センター）および関係協同組合に連絡される。

2. 地域センターは、前項について認定の有無について申請者に連絡する。

## 第1条 範囲

サービスを提供する協同組合を略して「サービス協同組合」と呼び、本法および協同組合法の規定に基づくものとする。

## 第2条 概念

1. サービス協同組合は、サービス提供を主目的とするものであり、協同組合の他の分野に適用される分野は明確に除外される。
2. サービス提供とは、協同組合によって、組合員または第三者に、精神労働または肉体労働によって、報酬ありまたはなしで、サービス提供契約に基づき、あるいは同じ目的のためのなんらかの法的手続きに基づき、提供されるものである。
3. 協同組合形式を使用する場合は、法律に合致する活動をが義務づけられており、認可を得て、またその他法律が定める形式を取得して、認可団体となり、協同組合の性格と社会的機能に合致しなければならない。

## 第3条 種類

1. サービス協同組合は、その目的と組合員の種類に基づいて区分される。
2. 目的としては次の分野の活動がある。
  - a) 運輸
  - b) 機械・設備の貸し出し
  - c) 技術支援
  - d) 流通
  - e) コミュニケーション・通信
  - f) 旅行観光施設開発
  - g) 保険
  - h) 社会的連帯活動
3. 組合員は次の協同組合では区分される。
  - a) サービス生産者協同組合
  - b) サービス利用者協同組合
4. 協同組合法第15条b項の規定の実行のために、サービス協同組合の定款には、前項に定めた組合員の性格のついて特別に規定しなければならない。

## 第4条 上部機関

同一の地域で同一の内容で活動をしている協同組合は、協同組合セクターの一部門で統合され、協同組合法の定めに従い、全国連合会を設立することができる。

## 第5条 個人組合員

1. 第一次サービス協同組合の組合員は、14歳以上であること。
2. 前項の規定の未成年者の無能力の中身については、民法第124条の規定に基づく。

「民法第124条 未成年者の無能力については親権に基づき、補完され、それぞれの場合に処置される」

## 第6条 第三者との取引

1. サービス生産者協同組合において、第三者との取引は、組合員とは見なされない生産者に対する補完的な仕事と見なされる。
2. サービス利用者協同組合において、第三者との取引は、組合員とは見なされない利用者に対する補完的な仕事と見なされる。

## 第7条 出資参加、労働参加

1. サービス生産者協同組合においては、組合員資格取得は義務的であり、全員が組合員として出資参加し、労働参加する。ただし、加入後に事故、病気、老齢などで労働不能になった組合員はそのかぎりではない。
2. 出資参加は、協同組合および第三者に対する協同組合組合員の責任と制限を規定する、協同組合法第23条および24条の規定に基づく。
3. 労働参加は、総会および経営陣が定めた規則に基づき、協同組合の専門的活動として提供される。
4. いかなる個人会員も団体会員も、第一次サービス協同組合において、協同組合資本の10%を越えて出資することはできない。

## 第8条 協同組合員の加入承認

1. サービス生産者協同組合においては、協同組合員の承認は、協同組合の専門活動に合致しない場合や協同組合の目的のための活動に当面必要ない場合を除いて、拒否できない。

2. 加入の承認は、前項の規定意外の場合は、基本的に拒否できない。労働契約制度に基づき、協同組合のサービスを2年間受けることができる。
3. サービス生産者協同組合は、労働者の4分の3を、直接的間接的に、報酬専門活動を行う者としなければならない。

#### 第9条 剰余金の分配

1. サービス生産者協同組合において生み出された剰余金の分配は次のとおり。
  - a) 協同組合法第71条の規定および協同組合の定款もしくは内規に定めた基準に基づいて、各組合員の労働に比例して分配できる。決定により、組合員の個人取り分の削減ができる。
  - b) 非組合員（第三者）のサービス労働により生まれた年間剰余金は、不分割金として、義務的積立金に充当される。
  - c) 非組合員のサービス生産から生み出された年間剰余金は、組合員から生みだれた年間剰余金とおなじ計算に基づいて、価値が比例して出される。
2. サービス利用者協同組合において生み出された年間剰余金の分配は、次のとおり。
  - a) 協同組合法第71条の規定に基づき、各組合員が消費したサービスの価値に比例して分配。

- b) 非組合員（第三者）のサービス利用によって生み出された年間剰余金は、不分割金として、義務的積立金に充当される。
- c) 非組合員のサービス利用によって生み出された年間剰余金は、組合員と同じ年間剰余金の計算に基づいて、価値が比例して出される。

#### 第10条 補助金

政府または公的機関からの補助金は、不動産取得に充当され、組合員の間で分割できない。会計に計上し、清算時には資産に含まれる。

#### 第11条 活動開始

協同組合法第93条第1項に基づき、当該事業組織が、法や規則の条件に基づき、協同組合のなすべき活動を開始したときを活動開始と見なされる。

#### 第12条 最小加入の受け入れ

協同組合法第23条第2項に基づく機関において、協同組合の組合員が出資をして、登記し、協同組合法の適用が適用され効力が発揮する。1981年10月15日内閣府承認。1981年10月15日内閣府承認。1981年11月25日発効。

## 8 社会主義・社会福祉・優生思想

野村 拓

### 36. ソビエトへの目線

#### —— 幼き社会主義への好意 ——

恐慌、失業、退廃、「エロ革命」などを資本主義的現実ととらえるならば、その否定者として地球上に初めて登場した幼き社会主義国に、多くの知識人たちは好意的な目を向けた。そのことは、大日本私立衛生会機関誌「公衆衛生」に掲載された次のような論説からも伺い知ることができる。

「露国に於ては保健衛生の事業は1917年以来国有化されました。即ち中央保健局がありまして、夫れが国内の総ての救療及予防診療に対して、統一的の計画並に行ふのです。…総ての市民に対しては實際無料で診察して居ります」(アンナ・ヘーンズ：露国公衆衛生の進歩・「公衆衛生」1927.9.)

「ソヴィエト連邦では医療は国家的機能に属している。いわゆる、国营医療によって人民を良い健康状態に置くことを根本的な目的として居る。それ故に保健上の諸便宜は凡て国民公衆に自由に供せられ、医師は国家の1機関として国家の仕事をしている。私的な医業経営も存続しては居るが、極めて稀に存するのみで、その設備も非常に規模が小さい」(佐藤正：ソヴィエト連邦最近に於ける公衆衛生・「公衆衛生」1932.9.)

等々である。そして、後者は論文の最後を「世界各国の予測せざりし成功を遂げていると言っても差支あるまい」と結んでいる。恐慌や腐敗の資本主義体制との対比において、バーナード・ショーやアンドレ・ジードなど辛口のインテリが、ソビエトに好意と期待を持った時代であった。

このような好意的期待が間違っていたのか、それともソビエトの路線自体に問題があったのか、これらについては今後の研究に待つ以外にないが、例えば、社会主義的計画経済と「病人を減らす」目的とを融合させた場合、製薬産業の生産計画や目標はどのようにして設定されるものなのだろうか。このような問題意識にひっかかった文献を次に掲げることにする。

『1917-1937、20年間のソビエト製薬産業』

☆Mary Schaeffer Conroy : The Soviet Pharmaceutical Business During Its First Two Decades (1917-1937). (2006) Peter Lang.

は、いわゆる NEP 時代の製薬産業の研究で、次のような構成となっている。

1. 帝政末期の製薬産業、薬業、予防医学
2. 第1次世界大戦と革命、最初の10年
3. 内戦—国営化、中央集権化、官僚化
4. ビジネスへの回帰—NEP 前半期
5. NEP 後半期
6. NEP 時代のアポテーク
7. NEP 周辺の予防医学 (5 カ年計画)
8. NEP 周辺の予防医学 (第2次5 カ年計画)
9. 第1次、第2次5 カ年計画における薬業
10. 大衆のための医学：第1次5 カ年計画における製薬産業
11. 第2次5 カ年計画下における競争の維持

人間生活におけるネガティブな面に対応する医薬品の生産を計画化するということは、実はパラドキシカルな課題である。「ネガティブな面」を減らすことが社会主義の目標だからである。

なお、この100話シリーズで、社会主義体制崩

壊後のロシアをとりあげる機会はないかもしれないので、ここで関係文献（モノグラフ）だけ挙げておく。

『ソ連の誕生と消滅』

☆Martin McCauley : The Rise and Fall of Soviet Union. (2008) Pearson Longman.

『ロシアの資本主義革命——なぜ市場改革が成功し、民主主義は失敗したか』

☆Anders Åslund : Russia's Capitalist Revolution — Why Market Reform Succeeded and Democracy Failed. (2007) Peterson Inst.

『新ロシアの健康と医療』

☆Nick Manning 他編 : Health and Health Care in the New Russia. (2009) Ashgate.

## 37. 福祉国家へ

### —— スウェーデンの場合 ——

北欧諸国は第1次世界大戦に参戦しなかったので、医療制度の上で大戦は節目となっていない。しかし、ビスマルクの社会保険（1883—89）の影響は大なり小なり受けているようで、

『欧米における福祉国家の発展』

☆Peter Flora 他編 : The Development of Welfare States in Europe and America. (1990) Transaction.

は社会保険実施の時期を国別に次のようにまとめている。

	デンマーク	スウェーデン	ノルウェー	フィンランド
災害保険	1898	1901	1884	1895 (年)
疾病保険	1892	1891	1909	
老齢保険	1891	1913		
失業保険	1907		1906	

第1次世界大戦に北欧諸国が参戦しなかったのは、地理的位置が戦国街道から北にはずれていたからだけではない。

『社会民主主義の創造』

☆Klaus Misgeld 他 : Creating Social Democracy. (1992) Pennsylvania State Univ. Press.

によれば、スウェーデンの場合、大戦直前の1911年の選挙で、軍備拡張を主張する保守党の得票率31%に対して、軍備縮小を唱える自由党が40%、社会民主党が28.5%を得ている。だから、「非戦」は国民的意志の表明であったといえる。

第1次大戦以前に、北欧諸国で各種社会保険制度が実施されたころ、日本の社会政策学者、桑田熊蔵は次のように述べている。

「丁抹（デンマーク）は共済組合の発達を以て名あり。…首都コペンハーゲンはその人口35万なり。然るに窮民の数甚だ少し。殊に乞食を以て業とせる者の如きは殆ど之を見る能はず、是他なし、該市にては共済組合等の救済設備が整頓せるに依れりと。…

瑞典（スウェーデン）に於てもまた共済組合の盛況は丁抹に譲らずと言ふ…」（桑田熊蔵：『工場法と労働保険』1909. 隆文館）。

また、アメリカの1790年、イギリスの1801年に比べて、飛び抜けて早く人口センサスが実施され（1749）、最も早く年齢別死亡率が算出（1755—75）されたのはスウェーデンであった。

『高齢化社会における家族、市場、国家』

☆John Ermish 編 : The Family, The Market, and the State in Ageing Societies. (1994) Clarendon Press.

によれば、人間の運命をフォロー・アップするコホート（同時出生集団）解析も、もっとも早い時期、1885年からスウェーデンでは行われていた。

人間そのものを一種のストック（資産）としてとらえる考え方は、早くからスウェーデンには根づいていた。そして第1次大戦、世界大恐慌を経て、1932年、社会民主党が政権を取ることによって、福祉国家に向けてのスタートが切られることになるのである。しかし、人間そのものをストック（資産）としてとらえる考え方は、一種の「精鋭主義」をもたらすのではないか。ドイツ民族衛生学会が「軍事優生学派」と「ノルディック福祉派」とに分裂した後の「ノルディック福祉派」は「精鋭主義」や「優生学」とどうかかわったのか、これらは今後、解明されるべき課題と言えよう。例えば

『ダーウィンからヒトラーへ』

☆Richard Weikart : From Darwin to Hitler.

(2004) Palgrave.

では、ノルディック民族が世界でもっとも秀れた民族であることや、ノルディック・ゲルマニック民族衛生の必要性が紹介されているし、

『純血社会——ダーウィンからヒトラーへ』

☆André Pichot : The Pure Society——From Darwin to Hitler. (2009) Verso.

ではノルディック諸国の「断種」法規が紹介されている。

## 38. 社会ダーウィニズム・民族衛生

### —— 弱肉強食の正当化 ——

今年、2009年はC. ダーウィン生誕200年で、『種の起源』出版150年である。『種の起源』(1859)は版を重ねること6版、9500部が売れた、と言われる。かなり専門的な本がこれだけ売れたのは、時代状況のせいというほかはない。ビクトリア期のイギリスは競争の勝者であり、競争と淘汰による生物進化の問題を、人間社会の問題として受け入れる余地は大いにあった。同じ年にマルクスは『経済学批判』を世に問い、社会の進化の起動力は決して「社会の勝ち組」の手にあるのではなく、「勝ち組」によって虐げられた人たちのなかに潜んでいることを暗示した。マルクスはダーウィンに著書を贈り、ダーウィンは「難しくてよくわからない」という感想を添えた丁寧な礼状を書いた、と言われている。「進化論」に対する教会勢力の強い反発のために、ダーウィンは臆病になっていたのかもしれない。

ダーウィンとマルクスとの学問的關係について述べたものとして

『ダーウィンとマルクスの経済学への投影』

☆Geoffrey M. Hodgson : Economics in the Shadow of Darwin and Marx. (2006) Edward Elgar. があるが、いささか難解である。

生物進化の問題は、その後、実験遺伝学の土俵で論じられることが多くなり、思想・イデオロギーとしての「進化論」は、人間社会における競争や淘汰を「自然の摂理」として受け入れるために利用される形となった。このような思想的潮流を

「社会ダーウィニズム」として総括するようになった時期は必ずしも明確ではないが、19世紀後半のドイツをその主な舞台と考えていいのではないかな。

『欧米思想史における社会ダーウィニズム、1860-1945』

☆Mike Hawkins : Social Darwinism in European and American Thought, 1860-1945. (1997) Cambridge Univ. Press.

の書名が示す1860-1945という年次が社会ダーウィニズムが思想として力を持った時期と考えていいだろう。

社会ダーウィニズム→ドイツ民族衛生学会→ナチズムという系譜について、比較的明快に、しかもドイツ語ではなく、英語で書かれたものとして『ドイツにおける近代と医療』

☆Manfred Berg 他編 : Medicine and Modernity (2002) Cambridge Univ. Press.

がある。ドイツ民族衛生学会は1905年に設立され、当初はアーリア純血主義、社会衛生学者、社会主義的医師という雑居所帯であったが、次第に民族主義者が力を得るようになった。というよりも、エリート科学者、社会衛生学者、医師などが民族主義者に変容していったと考えるべきかもしれない。そして

『ナチの医師たちとニュルンベルグ綱領』

☆George J. Annas 他 : The Nazi Doctors and the Nuremberg Code. (1995) Oxford Univ. Press.

で「ナチの(人体)実験は1933年以前の民族衛生運動に根差している」と論断されることになるのである。前話(37)で述べたようにドイツ民族衛生学会は1920年代に「軍事優生学」(militant eugenics)と「ノルディック福祉派」とに分裂するが、前者はヒトラーの政策グループとなって「1980年にアーリア人1億2千万人」などと言い出すことになるが、後者についても、ノルディック諸国における異常に多い優生手術件数との関わりを検討すべきである。

日本は、ドイツ社会政策学会(1873)に23年遅れて日本社会政策学会(1896)、ドイツ民族衛生学会(1905)に25年遅れて日本民族衛生学会(1930)という形でドイツを追っていた。

## 39. 断種と隔離

### —— 奴隷・移民・差別 ——

人間の属性や諸能力は「平均人」を中心にして正規分布をする場合が多いのだ、という確率論的な人間観がL. A. ケトレによって示されたのが19世紀前半で、分布の裾野をどの辺でチョン切るべきかという不遜な思想が「優生学」を生んだのが19世紀後半である。そして、1900年のメンデルの法則の再発見以後、血液型の遺伝などを通じて、人間の遺伝現象が解明されるようになると、「劣者」が「劣者」を再生産することを防止しなければ、という政策思想が形成され、断種法が実行されることになる。

断種（昭和初期の日本では「滅種」という言葉が使われた）と聞けば、ナチス・ドイツや日本のらい予防法が思い浮かぶが、断種法を一番早く実行したのはアメリカであった。

法的効力を持った断種法は1907年のインディアナ州におけるものが最初とされているが、それ以前の1897年にミシガン州で提案された時には州議会を通過しなかった。しかし、同じ年にインディアナ州立感化院（少年院）で、法的裏付けなしに輸精管切除手術が実行されている。

1907年のインディアナ州に続いて、1909年には、カリフォルニア、ワシントン、コネチカットの諸州で成立し、1930年代には過半数の州で実行されるようになった。カリフォルニア州の手術件数が1931年段階で8500件とダントツに多いのは、アジア系、メキシコ系、アフリカ系などが流入する州であったからと思われる。移民に対する偏見の歴史は、それ自体、「負の文化史」として大冊を形成するのではないか。19世紀のイギリスのコレラはインド人と結びつけられ、1916年のアメリカにおけるポリオはイタリア移民と結びつけられた。このような偏見に立てば移民は断種候補者ということになる。

欧米における断種や差別の歴史は、移民や奴隷の歴史と深く結びついており、国民国家内における自営業の両極分解による労働者階級の形成、というような抽象的なとらえ方ではこぼれ落ちてし

まう問題が多いのではないか。ウィリアム・ペティの『アイルランドの政治的解剖』（1691）までさかのぼって

『アイルランド、奴隷、反奴隷、1612-1865』

☆Nini Rogers : Ireland, Slavery and Anti-Slavery, 1612-1865. (2009) Palgrave

など読みかえしてみる必要があるのではないか。

また、差別感、優越感の発信階層としてのいわゆる「ミドル」が形成された時期や、「ミドル」の意識内容や社会的スタンスに関する研究が必要である。

『スラム——アメリカ・ナイトライフにおける性的人種のもてなし、1885-1940』

☆Chad Heap : Slumming——Sexual and Racial Encounters in American Nightlife, 1885—1940. (2009) Univ. of Chicago Press.

にはスラム街を「観光(?)見物」する「ミドル」の姿が紹介されている。

『性・人種と科学』

☆Edward J. Larson : Sex, Race and Science.

(1995) The Johns Hopkins Univ. Press.

には「アメリカ南部における優生学」という副題をつけており、人種差別の風土に蒔かれた「優生学」という種の生育史が書かれてある。本のカバーには精神障害者として隔離され、綿畑で働く人たちの写真が使われているが、20世紀の初めから、南部諸州では婦人団体が音頭を取って精神障害者の隔離が進められた。そして隔離コロニーではIQテストによって断種が行われることもあった。

日本では1915年にハンセン病患者に対する優生手術が法的根拠なしに実行された。移民や人種差別とは、一応無関係に人為的、政策的に差別が作りだされ、しかも断種が強行された日本的風土は、今日、人種や文化とかかわりなく「いじめ」を産みつつある風土というべきなのかもしれない。

## 40. 公的健康保険

### —— カナダ、オーストラリア、日本 ——

第1次世界大戦前夜の1911年という年は、医療保険史、社会政策史の上で特筆すべき年である。

公的健康保険の老家、ドイツでは医療保険対象者の拡大と入院医療費抑制のための早期退院促進用の訪問・在宅看護の導入、イギリスでは国民保険法、日本では幸徳秋水事件への埋め合わせのような形での恩賜財団済生会の設立、工場法制定、アメリカでは労働者災害補償法など、多くの国で同時的に社会政策立法や行政措置がなされたのが1911年という年である。そして、やがて第1次世界大戦。この大戦は「総力戦」として戦われ、イギリスは、カナダ、オーストラリアなど英連邦諸国の兵力まで動員して戦った。

この大量動員は思わぬ副産物を生んだ。

#### 『比較医療制度論』

☆Marshall W. Raffel 編：Comparative Health Systems. (1985) Pennsylvania State Univ. Press. の指摘によれば、オーストラリアでは「第1次大戦の時期に問題が起こった。若者たちは高率で兵役不適であった。」また、カナダでは「第1次大戦中の新兵たちの低健康水準は自由党政府を刺激し、1921年に、1911年のイギリス、1884年のビスマルクにならった国民健康保険制度をつくった。」同様にカナダでも、1920年代に健康保険制度が導入された。

カナダもオーストラリアも、イギリス本国がボア戦争（1899—1902）のときに経験した兵役不適の若者の増加を遅れて経験し、これを医療保険行政に反映させたわけである。

日本における健康保険法の成立は、カナダやオーストラリアとほぼ同時期の1922年であり、翌年施行の予定であったが、関東大震災でしばらく延期され、1927年1月に施行された。施行された時

期、昭和2年1月は「昭和元年度第4四半期」ということになり、その時期についての健康保険統計があるので、日本の健康保険制度は「昭和元年」から施行されたと誤記する本もある。

日本の健康保険制度を動機づけたものは、カナダやオーストラリアとはちがって、労働者対策、労使協調、労働力保全というニュアンスが強い。大量動員によって、はじめて若者の不健康がわかる、ということではなく、毎年、満20歳の男子に対して徴兵検査という全数調査が行われ、甲種、乙種、丙種、丁種、戊種に区分けされていたから兵役不適者の割合はよくわかっていた。そして、この徴兵検査における甲種合格率の低下が問題視されるようになったのは1935年あたりからである。その時期とは、日本の産業構造が、女工中心の繊維産業から男工中心の重・化学工業へウェートが移動し、工場労働者、都市生活者が増加した時期と考えられる。

なお、この「40話」の冒頭でとりあげた1911年という年に、アメリカではウイルソン民主党政権によって公的健康保険制度づくりが試みられ、アメリカ医師会、保険会社、共和党などの反対によってつぶされた。そしてこのパターンが100年近くくり返されて今回のオバマ民主党政権のチャレンジとなったわけである。「医療制度は主権者たる国民のかしこさによって左右される」というのが私の持論である。アメリカ国民は「おろかさ」を発揮して、そのツケを払いつづけるのかどうか、である。

（のむら たく、国民医療研究所顧問）

# BOOK

## 野村 拓 著 講座医療政策史 新版

(桐書房、2009年8月 2300円)

山田 智

まず、友人の「T医師」に本を見せた。彼は大学在学中、知る人ぞ知る活動家であった。

「懐かしいな、この本、ぼくは学生時代に読んだよ。出版社が違って見えたけど、復刻版なの」。(さすがはT医師、よく覚えている、本書によれば当時は医療図書出版社から出ていた「健康会議」という雑誌に1965年4月から19回にわたって毎月連載され、本になったのは1968年とのこと)

「この本は、病気が起こる背景にある貧困の問題、貧困が作られる社会的背景、とくに戦争との関係などがとても分かりやすく書いてあったのを今でも覚えている」。

「権力を支配する側や、それに支配される側の持つその当時の問題が膨大な資料をもとに書かれていたし、問題を解決しようとするときに作り出す、権力者側の身勝手な社会保障制度の内容が講義形式で書かれていて、内容的には今の時代にも通じる優れた講義内容だったと思う」。また、「医療政策という言葉も、いまでもそ普通に使うけど当時としてはまだ新鮮だった」と、この本のほぼ全容について教えてくれました。

振り返って、2009年は東京日比谷公園の「年越し派遣村」から始まりました。大企業の身勝手な「派遣切り」にあった貧困非正規労働者への私たちの支援活動は、多くの団体、マスコミの支持を得て、全国的な運動へとひろがり、「集団生活保護申請」など行政も取り込み、憲法25条を守るまさに生存権をかけた国民的大運動に発展しました。

このような背景におかれ貧困について、厚生労働省は2009年10月、日本政府としてはじめて「相対的貧困率」を15.7%と発表し、翌11月13日には一人親世帯に限ると54.3%にもなることも明らか



にしました。記者会見した山井和則政務官は「経済開発機構（OECD）に加盟する先進30カ国中最悪の水準で、恥ずかしい数字だ」と話しています（赤旗2009/11/14）。

一方、研究者らでつくる「貧困研究会」代表の岩田正美、日本女子大教授（社会福祉学）は、「実際の政策に生かすには、英国のような詳しいデータが提供されて初めて、貧困の多様な実態が把握でき、貧困率を下げるためにどんな政策目標や手段が必要かが見えてくる」と話しています（朝日新聞2009/11/19）。

これら貧困が作り出す健康問題については、近藤克典、日本福祉大学教授らは『検証「健康格差社会」』（医学書院）のなかで、低所得な人、教育年齢が短い人ほど、多くの健康問題抱えていることを紹介し、解決のためには社会疫学的な調査研究が必要であると報告し、あわせて多くの解決策

(医療政策)を提案しています。

前置きが長くなりましたが、本書は著者の膨大な資料をもとに、世界と日本の医療政策の長い歴史を記した研究書であり、医療政策改善への提言書にもなっています。

全体は、T医師が最初に紹介したように、19の講義録の形式で、口語調になっているため読みやすくなっています。

まず読んでみると、著者の膨大な知識に圧倒されずにいられません。次から次に出てくる研究者の名前と研究内容は、どれをとっても興味深いものばかりであり、またその内容が長くも短くもなく、見事なくらい要領よくまとめられ紹介されています。時々同じ人の名前が出てくることがあるので、ノートなどをとりながら読むことをおすすめします。

いくつか具体的に紹介します。第1講と第2講では、医療政策にかかわる起源について、「エリザベス救貧法」を紹介しています。スペインの無敵艦隊を打ち破った誇り高き女王は、土地から追い出された農民が乞食となって諸国を流浪するのを好まず、1601年に救貧法を制定します。これは貧民を区別し、「無能力貧民」にたいしては、一応その生活を保障し、「労働能力貧民」に対しては、働く能力があるのにブラブラしているのは怪しからんというわけで強制労働で根性をうえつけるという方式です(原文のまま)。

労働能力の有無を、その当時どのようにして正確につかむことが出来たのか、大変興味のあるところですが(生活保護課の方が詳しいかもしれません)。

第4講、医療保険の成立では、「細胞病理学者」だけでない「社会病理学者」としてのウイルヒョウの、「病気を治すためには、完全にして制限されざる民主主義が必要であり、これが最良の治療法だ」とする著名な主張を紹介し。同時に彼の対抗軸にあり、政敵でもあったビスマルクについては、彼の政策的疾病観に基づき作られた、社会保険、疾病保険について詳しく書かれています。(彼の疾病観とは、その時代の医学技術で比較的短期間に治癒可能なものを病気と見なすという、権力者側にとってきわめて都合のいいものでした)

そのほか、第8講、帝国主義段階における保健

医療では、石原修の方法が印象的でした。彼の紡績女工の結核に対する追求方法は、人間的関心のあり方を代表する研究になっているとしています。(読んでみると、この人間的関心のあり方の意味がよくわかります)

彼は、家庭の事情で出身地の農村から都市へ出稼ぎに出た女工達の運命の追跡を試みています。女工の出身地の市町村で彼女達を調査し、結核性疾患を中心に、出稼ぎ者と帰村者の数を照合し、さらに帰村者の結核死亡・結核罹患状態を明らかにしました。

結果は、毎年、都市の工場へ出稼ぎに来る女工の数は約20万人、そのうち12万人は出たきり帰ってこない。最初の工場に失望し、以後転々と職業をかえながら、都市に沈殿してしまう。郷里に帰ってくる8万人のうち1万3千人あまりが病気に罹っており、さらにそのうちの四分の一、3千余が結核に罹っていたという。

このように、人間的関心のあり方を代表する研究とは、働く人々の生活問題を科学的・実証的に捉えたものであり、さらにいえば疾患をその背後にある「生活の視点」から捉えることにあると考えます。

最終講、第19講、医療政策への道(その三)の「ふるい分け」への挑戦では、三塚武雄氏の、新版刊行によせてにもあるように、国家権力と独占資本は、チームワークの妙を発揮し、一方では厳格な「健康基準」で「ふるい分け」を行い、問題のある人を排除し、他方、何らかの保障義務を伴う場合には、「健康の基準」をゆるめて病者に対する保障義務から逃れようとする(水俣病など典型例でしょう)、この「二重のふるい分け」は、社会問題対策として社会政策、社会保障、社会福祉などに共通している問題であり、同時に、国の政策による「ふるい分け」にどのように対抗していくかを考えるよりどころにもなります。

現在、生まれてくる以前から、母親の生活条件、労働条件など、一種の「ふるい分け」による大きなハンディを受けている子供たちがいます。みなさんこの本を読み医療政策の改善に必ず役に立てましょう。とくに若い人にお勧めの一冊です。

(やまだ さとし、みさき病院院長)

# BOOK

横山 壽一

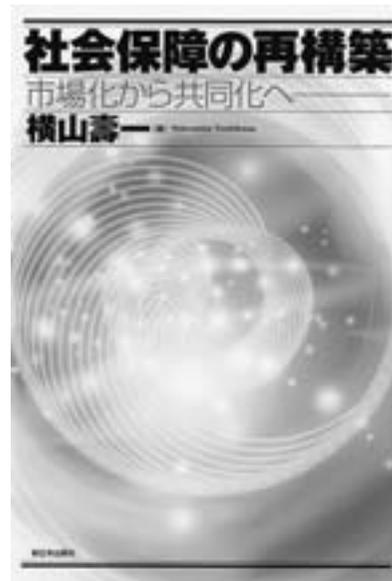
## 『社会保障の再構築 市場化から共同化へ』の紹介

(新日本出版社、2009年5月、1900円)

齋藤 裕幸

「人の営みの全てが市場原理に馴染むものではない」という社会保障制度の前提を破壊しようとした新自由主義政策の席卷は、案の定、社会保障を深刻な事態に陥らせ、中谷巖氏の著書『資本主義はなぜ自壊したのか』をチラ見した際は、何度も「なんだかなー」と「阿藤快」化してしまいました。「人の営み」を度外視した論理で国策が進められ、リーマンショックのタイミングがもっと遅かったら、日本の社会保障の病巣は不可逆的段階にまで悪化したのではないかと思うとぞろぞろしい。品川正治氏による「構造改革」の顛末ついで「経済を人の眼で見ないことからくる過ち」との明快な総括には、大いに納得させられました。新自由主義政策の破たんが露呈したものの、未だ社会保障制度の将来が流動的な現段階で、いつまでも「阿藤快」化していて良いはずもなく、本書は、現時点での社会保障を取り巻く動向を整理したものととして有益と思いました。以下、私にとって印象的だった3点について紹介します。

第1の点は、市場化推進勢力が新たに展開する「社会保障の機能強化」論です。本書では『「社会保障の機能強化」論は、有り体に言えば、歳出削減で社会保障をぶち壊しておいて、その修復と再生には費用がかかるので増税はさげられないとする議論である。』とし、この議論が社会保障の財源確保と結びついた消費税増税の論議とセットになっていること、「機能強化」の内実が、従来の市場化推進勢力が主張してきた「効率化」となら変わっていないことについて論拠をあげて指摘しています。かの「懺悔の書」における「社会へのまなざしを欠いていたこと」への自戒を目の当たりにして、私は社会保障の財源問題における医療労働者の役割は、いわゆる「財源論」に臆す



ることなく、「人の営み」を争点にすること、議論がかみ合うまで諦めないことにあると思っています。

第2の点は、イギリスにおける社会サービス分野の研究によってもたらされた概念である「準市場(疑似市場)」をめぐる研究動向です。「準市場」は未だ確立した概念ではないとのことですが、「市場」がダメなら「準市場」という流れが、なにか有りがちな、一人歩きしてきそうないやな予感がしました。本書にも『研究にあたっては、市場の側面だけに着目した分析では不十分で、社会保障としてのあり方を問い、社会保障が本来的な役割・機能を発揮する、あるいは取り戻すために何が求められているか、その手がかりをどのように見いだしていくかの視点と問題意識が欠かせない』と指摘されていますが、経済学的な「装置」が先にある論議のように見え、警戒心が高まりま

した。本書は「準市場」の研究動向を整理して解説しています。

第3の点は、「市場的公平論」の問題、つまり、社会保障制度における「応能負担」と「応益負担」の評価をめぐる問題です。本書では、『市場における公平性で社会保障を評価する見方、負担と給付の均衡を個人的レベルで問題にし「損得」を問う姿勢などは、日常の生活では圧倒的に市場の世界で生活している我々にとって、違和感をもたれにくい。しかし、こうした感覚は、社会保障の存立をやがて脅かすことになるほど危険性が高い。』と警告しています。私自身は、こうした「国民の社会保障理解に及ぼす市場化の影響」につい

て無頓着であったため、すでに市場化、営利化が導入された介護保険など、こうした価値観が混在しているように思え、あらためて社会保障における「応益負担」について考え方を整理する必要性を感じました。

今回、新自由主義政策が破たんをきたし、政権が変わった以降も、依然として前途は不透明で、混沌とした社会保障制度をめぐる諸問題を整理した成書について、若干の感想を添えて紹介しました。

(さいとう ひろゆき、研究所理事、東京民医連事務局)

# 総研いのちとくらしブックレット

(詳しくは、事務局までお問い合わせください)

総研いのちとくらしブックレットNo.1

## 『医療・介護の報酬制度のあり方』

2004年2月発行、56p

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



総研いのちとくらしブックレットNo.2

## 『デンマークの社会政策』

デンマーク社会事業省編、山田駒平訳

2004年5月発行、54p

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



総研いのちとくらしブックレットNo.3

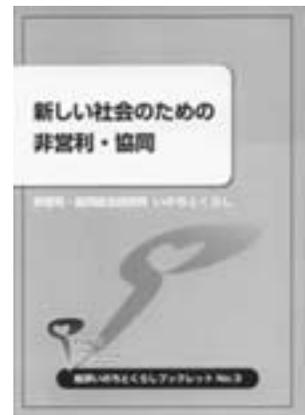
## 『新しい社会のための非営利・協同』

(ISBN 978-4-903543-04-8、2008年3月5日発行、A5判75ページ、頒価200円)

これまで『いのちとくらし研究所報』で発表してきた論文や座談会をまとめたものです。新しく用語解説を巻末に入れてあります。

### 【目次】

- はじめに 鈴木 篤  
非営利・協同とは 角瀬保雄
- (1) はじめに  
(2) 理念としての非営利・協同  
(3) 経済主体としての非営利・協同  
(4) 経済セクターとしての非営利・協同  
(5) 非営利・協同の課題  
(6) 非営利・協同と労働
- 非営利・協同と社会変革 富沢賢治  
(1) 社会変革の歴史  
(2) 非営利・協同組織とはなにか  
(3) 非営利・協同セクターとはなにか  
(4) 社会経済システムにおける非営利・協同セクターの位置と役割  
(5) 結論
- 非営利・協同の事業組織 坂根利幸  
(1) 非営利・協同の意義  
(2) 非営利・協同の出資と所有  
(3) 協同の民主主義
- 座談会「非営利・協同入門」  
角瀬保雄、富沢賢治、中川雄一郎、坂根利幸  
用語解説  
あとがき 石塚秀雄



# 『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

## ●第28号（2009年9月）—特集：「現代社会の転換と福祉・労働・経済」

- 巻頭エッセイ「診察室から見える日本人のルーツ」原弘明
- 2009年度定期総会記念講演「シチズンシップと非営利・協同」中川雄一郎
- 「現今の経済危機と社会的経済 持続可能な社会を目指す『ネオ・ニューディール』2題—『就労・福祉ニューディール』と『グリーン・ニューディール』—」粕谷信次
- 「企業福祉と労働福祉の諸問題」橋木俊詔
- 第7回公開研究会報告「現代フランス社会における若者と雇用」エミリア・ギヨネ（石塚秀雄訳）
- 「転換する中国の医療保険制度—国費から社会保険へ」石塚秀雄
- 【投稿】「京都東山の洛東病院の歴史を探る—語られなかった歴史的事実にせまる—」永利満雄、藤本文朗、渋谷光美
- 社会福祉と医療政策・100話（31—35話）「7 『戦間期』の問題」野村拓
- 書評「川口啓子、黒川章子編『従軍看護婦と日本赤十字社—その歴史と従軍証言』 歴史の事実から『看護とは』を考える一冊」山本公子

## ●第27号（2009年6月）—特集：経済と社会の危機への対応

- 巻頭エッセイ「ためきそばを食べて」高柳新
- 座談会「経済危機問題と非営利・協同事業組織のあり方」角瀬保雄、富沢賢治、坂根利幸、司会：石塚秀雄  
シリーズ「民医連の医療・介護制度再生プラン（案）によせて」（3）
- 「国民生活の危機と再生プラン」相野谷孝孝
- 「自治体病院の危機を探る—『第12回全国小さくても輝く自治体フォーラム』参加記—」村口至
- 「民主的な組織運営へのアプローチ—当事者のための5つの視点」川口啓子
- 「ヨーロッパの共済を訪ねて」長谷川栄
- 「スペインの医療過誤補償制度」石塚秀雄
- 社会福祉と医療政策・100話（26—30話）「6 保健・医療政策の時代」野村拓
- 書評リプライ「拙著『新年金宣言』への石塚書評によせて—改めて社会保険幻想の克服を—」里見賢治

## ●第26号（2009年2月）—地域シンポジウム「日本の医療はどこへいく—地域のいのちとくらしをだれがどのように守り発展させるか—」

- 巻頭エッセイ「スペインの保護雇用制度—カレス障害者特別雇用センターを訪問して」鈴木勉
- 「京都における医療機関の現状と地域医療の問題」吉中丈志
- 「開業医から見た地域の現状」津田光夫
- 「アメリカの医療制度と非営利・協同セクター」高山一夫
- 「千葉における公的病院の再編縮小問題と地域の課題」八田英之
- 質疑応答、意見交換、まとめ
- シリーズ「民医連の医療・介護制度再生プラン（案）によせて」（2）「医療介護再生の思想的前提」岩間一雄
- 「改正介護福祉士養成制度の方向性と課題」坂本毅啓
- 「日本の看護師・介護福祉士への外国人労働者の受け入れについて」竹野ユキコ
- 社会福祉と医療政策・100話（21—25話）「5 第1次大戦・前後」野村拓
- 第11回自主共済組織学習会報告「〈貧困〉と〈労働基準法以下の労働条件の拡大〉とどうたたかうか—首都圏青年ユニオンと反貧困たすけあいネットワークの実践」河添誠
- 書評 湯浅誠・河添誠編 本田由紀・仲西新太郎・後藤達夫との鼎談集「『生きづらさ』の臨界—溜め、のある社会へ」相野谷孝孝
- 書評 里見賢治著『新年金宣言』石塚秀雄

●第25号(2008年11月) —2006年医療制度改革の影響／医療・介護再生プラン(1)—

- 巻頭エッセイ「地方再生の条件」今田隆一
- 『「医療・介護制度再生プラン」に思う』角瀬保雄
- 『「医療崩壊」問題の側面—医師・患者関係—民医連医療再生プランに寄せて』八田英之
- 「協同・連帯・共存・共生に基づく新しい社会経済システム」津田直則
- 「オランダ社会と非営利組織の役割」久保隆光
- 「韓国の社会的企業によせて—福祉と雇用の狭間で—」北島健一
- 「2006年度医療制度改革の障害のある人の暮らしへの影響」風間康子
- 「医療費抑制政策と地域の医療者の役割—医療の公共性・社会性と地域医療を守る協同—」向川征秀
- 「住民のいのちを守る小さな村の取り組み—長野県栄村—」前沢淑子
- 海外情報「キューバの医療制度におけるポリクリニコ(地域診療所)の役割」石塚秀雄
- 社会福祉と医療政策・100話(16-20話)「4 植民地支配へ」野村拓
- 書評 岩間一雄著『毛沢東 その光と影』石塚秀雄

●第24号(2008年8月) —シリーズ非営利・協同と医療 差額室料問題(2)—

- 巻頭エッセイ「資本主義の制度疲労」岩間一雄
- 2008年度定期総会記念講演  
「労働運動とアソシエーション—現代の連帯のあり方」富沢賢治(コメンテーター:角瀬保雄、坂根利幸、大高研道、石塚秀雄)
- 「格差社会における『非営利・協同』—室料差額問題に寄せて」杉本貴志
- 「室料差額と医療倫理(後)—格差処遇の正当性について—」尾崎恭一
- 『「室料差額」に関する考察』肥田泰
- 2007年度研究助成報告「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
- 第10回自主共済組織学習会報告「ヨーロッパ共済組合法再検討の動向と共済組織の法的位置づけ」石塚秀雄
- 北秋田市・鷹巣福祉のまちづくり研究交流のつどいに参加して」廣田憲威
- 社会福祉と医療政策・100話(11-15話)「3 国民国家へ」野村拓
- 海外情報「ヨーロッパ主要国の病院ベッド数」石塚秀雄

●第23号(2008年6月) —農村地域と医療／室料差額問題—

- 巻頭エッセイ「市民社会の「普遍性」の崩壊のなか、輝く非営利・協同組織」大野茂廣
- 座談会「農村地域の変化といのちとくらし」田代洋一、村口至、高柳新、色平哲郎、石塚秀雄
- 論文「香川の地域医療の現状と打開の道」篠崎文雄
- 「室料差額問題シリーズの開始にあたって」石塚秀雄
- 「室料差額と医療倫理(前)—格差処遇の正当性について—」尾崎恭一
- 「公的保険で安心して療養できる病室を—臨床医の立場から個室を考える—」池田信明
- 「室料差額問題—看護師の立場から」玉井三枝子
- 翻訳「日本の民主化する医療—日本の事例—」ビクトル・ペストフ、石塚秀雄訳
- 第9回自主共済組織学習会報告「芸能人年金はなぜ必要か」小林俊敏  
・「芸能花伝舎訪問—芸能文化を通じて地域・社会に貢献するモデルケース」事務局
- 書評「『ビッグイシュー』を知っていますか?」柳沢敏勝
- 社会福祉と医療政策・100話(6-10話)「2 産業革命へ」野村拓

●第22号(2008年2月) —非営利・協同セクターの直面する課題—法人制度・金融・保険共済—

- 巻頭エッセイ「退院支援システムの構築を」児島美都子
- 座談会「非営利・協同組織と法人制度の改正」…角瀬保雄、坂根利幸、石塚秀雄
- 論文「非営利・協同セクターの金融ネットワークの可能性—市民金融の視点から」多賀俊二
- 第8回自主共済組織学習会報告「弁護士から見た保険業法と自主共済組織の対応と問題点」渡部照子、小木和男

- 2006年度研究所助成報告「介護労働者における職業性ストレスに関する研究」富岡公子、他
- 論文「民医連による『孤独死実態調査』と『高齢者医療・介護・生活実態調査』」山田智
- 地域医療を考えるシンポジウム基調講演「医療に情けあり―“人より金”の世界でいいのか」高柳新
- 社会福祉と医療政策・100話（1－5話）「1市民の登場」野村拓
- 書評 多田富雄著『わたしのリハビリ闘争最弱者の生存権は守られたか』高田桂子

●第21号（2007年11月）―資金調達問題―

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

●20号（2007年8月）―特集：各国の医療事故補償制度―

- 巻頭エッセイ「いのちとくらし」の意味 富沢賢治
- 定期総会記念講演「フランスにおける医療事故補償制度とONIAMの活動について」D. マルタン
- 定期総会記念講演「日本における医療事故・被害者救済の現状と問題点」鈴木篤
- 論文「英国の医療事故補償制度と医療機関の共済基金」石塚秀雄
- 論文「医療倫理と医療事故補償問題」尾崎恭一
- 論文「EU圏における歯科医療制度の動向と問題点一次は日本の歯科医療が危ない―」藤野健正
- 論文「千葉県に見る地域医療の危機」八田英之
- 第6回自主共済学習会報告「制度共済の今後と自主共済への影響―農協共済を中心に―」高橋巖
- 書評 押尾直志監修、共済研究会編「共済事業と日本社会」杉本貞志
- シリーズ・文献プロムナード⑲「出版トレンド」野村拓

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

- 巻頭エッセイ「安全文化について」肥田泰
- 視察報告「英国における死因究明制度の視察」小西恭司
- 視察報告「オーストラリア・ビクトリア州の検視制度の視察」大山美宏
- 論文「デンマークの医療事故補償制度」石塚秀雄
- 資料「デンマーク患者保証法（医療事故補償法）」、「デンマーク医療制度における患者安全法（医療事故報告法）」
- 座談会「自主共済の存続のために」斉藤義孝、室井正、渡邊文夫、西村富佐多、司会：石塚秀雄
- 第5回自主共済組織学習会「保険業法及び保険契約法における共済の位置づけ」松崎良
- 文献プロムナード⑱「視点いろいろ」野村拓
- 海外医療体験エッセイ②「「厄得、？骨折治療で垣間見たデンマークの医療」山田駒平
- 書評 野村拓『時代を織る―医療・福祉のストーリーメイク』高柳新

●18号（2007年2月）―特集：問われる共済の意味―

- 巻頭エッセイ「『主権者』が問われる時」窪田之喜
- 座談会「非営利・協同入門」角瀬保雄、富沢賢治、中川雄一郎、坂根利幸、司会：石塚秀雄
- 第3回自主共済組織学会「保険業法改正の論理と共済問題」押尾直志
- 第4回自主共済組織学習会「米国の自主共済組織について」石塚秀雄

- 論文「今、なぜ介護予防事業に『実践運動指導員』が必要か」森川貞夫
  - 「キューバにおける医療の現状—地域医療と国際医療支援活動を推進」岩垂弘
  - ルポルタージュ「いのちとくらし」今崎暁巳
  - 「フランスの医療事故保障制度」石塚秀雄
  - 書評 千葉智子、堀切和雅著『小児科を救え！』鈴木隆
  - 文献プロムナード⑦「タテ糸とヨコ糸」野村拓
  - 研究所ニュース
- 

●17号（2006年11月）—特集：医療の市場化と公益性—

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

●16号（2006年8月）—特集：格差社会と非営利・協同セクター

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

●第15号（2006年5月）—特集：共済は生き残れるか？

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

●第14号（2006年2月）—特集：民営化と非営利・協同

- 巻頭エッセイ「福祉と環境に立向かう協同の仕組みの役割」藤田暁男
- 論文「郵政事業改革の国際類型とわが国の郵政民営化」桜井徹
- 座談会「介護保険改定と福祉事業の新たな課題と対応」浦澤正和、岡田孝夫、日吉修二、司会：石塚秀雄

- 論文「改定介護保険法の特徴と問題点」林泰則
  - 論文「介護ショップのマネジメントの課題について—介護保険7年目をむかえ、地域において人と人との接点を大事にする事業をめざして」小川一八
  - 論文「国民健康保険料に関する自治体格差の実態について」鈴木岳
  - 書評 山口二郎・坪郷寛・宮本太郎(著)『ポスト福祉国家とソーシャル・ガバナンス』(ガバナンス叢書)石塚秀雄
  - エッセイ韓国から④「富の偏在と新自由主義」朴賢緒
  - 文献プロムナード⑩「マルチ医療論」野村拓
- 

●13号(2005年11月) —特集: 非営利・協同と福祉国家

- 巻頭エッセイ「次は医療と農業？」吉田万三
  - 論文「社会的排除としてのホームレス問題」中嶋洋子  
参考資料: 「ホームレスの実態に関する全国調査報告書」から
  - 論文「『構造改革』の頂点と医療構造改革」後藤道夫
  - 座談会「介護への取り組みについて」鈴木洋、松本弘道、森尾嘉昭、武井幸穂、司会: 石塚秀雄
  - 翻訳「中央のサポートと地域への動員のバランス——スウェーデン協同組合開発システム」  
Y. ストルイヤン 竹野ユキコ
  - シリーズ医療事故問題②  
座談会「医療事故問題をめぐって②」高橋正己、根本節子、中村建、伊藤里美、棚木隆、  
司会: 石塚秀雄
  - 資料「アメリカの医療事故過誤救済制度について」石塚秀雄
  - エッセイ韓国から③「爪痕癒し」朴賢緒
  - 文献プロムナード⑩「階層化・流動化」野村拓
- 

●12号(2005年8月) —特集: 雇用失業問題と非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ「よみがえれ、8月15日」小川政亮
  - 論文「大量失業に直面した、われわれの課題—フランスの失業対策を参考にして」都留民子
  - 論文「障害者自立支援法と真の自立への通」立岡暁
  - 論文「共働事業所運動と障害者の労働参加」斉藤縣三
  - 定期総会記念講演「スウェーデンの福祉戦略と市場主義への対抗ビジョン」宮本太郎
  - 論文「スウェーデンでは、ケア付き高齢者集合住宅等における医行為を誰がどのように担っているか」高木和美
  - シリーズ医療事故問題①  
座談会「医療事故問題をめぐって」新井賢一、二上護、高柳新、大橋光雄、篠塚雅也、伊藤里美、棚木隆、司会: 石塚秀雄
  - (転載)「個人のニーズに対応する新規医療」新井賢一
  - 資料「医療過誤補償機関制度(スウェーデン、フランス)」石塚秀雄
  - シリーズ・文献プロムナード⑩「はたらきかけ」野村拓
  - 書評・本の紹介: 岡崎祐司『現代福祉社会論—人権、平和、生活からのアプローチ』谷口一夫  
書評・本の紹介: 角瀬保雄著『企業とは何か—企業統治と企業の社会的責任を考える』石塚秀雄
- 

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

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

●10号（2005年2月）——特集：非営利・協同と労働

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

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

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

●8号（2004年8月）——特集：非営利・協同と文化

- 巻頭エッセイ「アメニティと協同」植田和弘
  - 座談会「非営利・協同と宗教」若井晋、日隈威徳、高柳新、司会：石塚秀雄
  - 論文「今日の日本のスポーツ状況と非営利・協同への期待」森川貞夫
  - 論文「非営利・協同と労働・文化を担う人間の発達」池上惇
  - 論文「協同社会の追究と家族の脱構築」佐藤和夫
  - インタビュー「前進座・総有と分配」大久保康雄
  - 論文「国際会計基準と協同組合の出資金をめぐる最新動向—IAS32号解釈指針案と農協法の改正—」堀越芳昭
  - 論文「フランスの社会的経済の現状と事例」石塚秀雄
  - 団体会員訪問①「千葉県勤労者医療協会」
  - 文献プロムナード⑦「平和の脅威」野村拓
  - 書評「二木立『医療改革と病院』」川口啓子
- 

●7号（2004年5月）——特集：コミュニティと非営利・協同の役割

- 巻頭エッセイ「『満足の文化』といまの日本」相野谷安孝
- インタビュー「栄村高橋村長に聞く」高橋彦芳、福井典子、角瀬保雄、前沢淑子、司会：石塚秀雄
- 栄村REPORT
  - ・「栄村訪問記」角瀬保雄
  - ・「小さくても輝いていた栄村：山間部と都市との比較から学んだこと」福井典子

- ・「栄村を訪ねて10年、いま思うこと」前沢淑子
  - ・資料 事務局
  - 論文「市町村合併政策と保健事業の危機」池上洋通
  - 第3回公開研究会報告「インドネシアの非営利・協同セクターと社会保障制度」サエディマン
  - 書評「橋本俊詔『家計からみる日本経済』その基本理念に関連して」石塚秀雄
  - 文献プロムナード⑥「医療職種」野村拓
  - 非営利・協同入門⑤「イギリスにおける社会的企業とコミュニティの再生—サンダーランドにおける非営利・協同組織の試み—」中川雄一郎
  - 海外医療体験エッセイ「英国の医療と『シップマン事件』」大高研道
  - 書評・東京民主医療機関連合会50年史編集委員会編／『東京地域医療実践史——いのちの平等を求めて』相澤與一
- 

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

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

● 5号（2003年11月）—特集：行政と非営利組織との協働（1）

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

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

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

● 3号（2003年05月）

- 巻頭エッセイ「わが家の庭から考える」高柳新

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

## ● 2号（2003年02月）

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

## ● 準備号（2002年10月）

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

## 「研究所ニュース」バックナンバー

### ○No.28 (2009.11.30発行)

理事長のページ「老化と難問」(角瀬保雄)、副理事長のページ「食事、散歩と人づきあい」(高柳新)、「広がる連帯経済の輪——『アジア連帯経済フォーラム2009』」(石塚秀雄)、「スウェーデン視察報告」(竹野ユキコ)、「アカウント3理事長講演会参加報告」(竹野ユキコ)、新刊紹介

### ○No.27 (2009.8.31発行)

理事長のページ「写真と医療」(角瀬保雄)、副理事長のページ「ソーシャル・インクルージョン Social Inclusion」(中川雄一郎)、「フランスの非営利・協同セクター議論あれこれ」(石塚秀雄)、「2009年夏季医療・福祉政策学校参加報告」(竹野ユキコ)

### ○No.26 (2009.5.15発行)

理事長のページ「企業の内部留保をめぐる」(角瀬保雄)、「金色」(坂根利幸)、「韓国農村事情」(朴珍道)、本の紹介「宮本太郎著『福祉政治 日本の生活保障とデモクラシー』」(鈴木岳)、「コロンビアの医療協同組合サルコープ」(石塚秀雄)

### ○No.25 (2009.2.28発行)

理事長のページ「格差・貧困に思う」(角瀬保雄)、「オバマの医療保険政策」(石塚秀雄)、キューバ・メキシコ視察日程概要

### ○No.24 (2008.10.31発行)

「理事長のページ：協同組合学会に出席して」(角瀬保雄)、「副理事長のページ：ニュー・ラナークの散歩」(中川雄一郎)、事務局からのお知らせ、事務局経過報告、本の紹介『隣人祭り』、参加報告「2008年度夏季医療・福祉政策学校」(竹野ユキコ)、「政管健保から協会けんぽへ」(石塚秀雄)

### ○No.23 (2008.7.31発行)

「理事長のページ：闘病記」(角瀬保雄)、「副理事長のページ：新しい診療所で」(高柳新)、事務局からのお知らせ、事務局経過報告、本の紹介『非営利・協同のシステムの展開』『なぜ富と貧困は広がるのか』、「献血と『贈与関係論』」(石塚秀雄)、参加報告「全日本民医連シンポジウム—崩壊の危機にある日本の医療・介護制度『再生』に向けて」(竹野ユキコ)、海外事情紹介「若者の半分しか定職につけないスペイン社会事情—」「協同組合や労働組合は貧困克服支援を—ILOによる非正規労働の克服プラン」(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。

## ワーキングペーパー (2006年11月)

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

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

### Summary

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



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

## 報告書(2008年3月発行)

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

◎全日本民医連・総研いのちとくらし共催

『フランス 非営利・協同の医療機関・制度視察報告書』

(ISBN 978-4-903543-05-5、2008年3月31日発行、A4判72ページ、頒価500円)

2007年11月に全日本民医連との共催で実施したフランスの非営利・協同の医療・社会保障機関視察の報告書。

### 【目次】

はじめに

フランス非営利・協同医療機関視察概要報告

フランスの医療・社会福祉の非営利・協同セクター

コラム-1 「都市の記憶の重なり」

フランス歯科制度の問題点

フェアップ (FEHAP、非営利保健医療機関介護施設連合会)

ユニオプス (UNIOPPS、民間保健社会サービス団体全国連絡会)

老人介護施設「ラ・ピランデール」

フランスの医療事故補償制度、オニアム

フランスにおける民事責任論の展開

コラム-2 「ルモンド記者に会う」

サンテ・セルヴィス、在宅入院(治療)サービスのアソシエーション

マラコフ市訪問

フランスの保健センター

マラコフの「アソシエーションの家」とアソシエーションの意味

パリの薬局事情

コラム-3 「メトロとスト」

フランス視察時系列報告



## 報告書(2006年3月発行)

ご希望の方は、事務局（民医連関係者は㈱保健医療研究所）にご連絡下さい。

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

(ワーキンググループ報告書 No.1、A4判73ページ、頒価1,000円)

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

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



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

(A4判72ページ、頒価500円)

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

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



## ◎「スペイン・ポルトガルの非営利・協同取材」報告書 (別冊いのちとくらし No.2、B5判96ページ、頒価500円)

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

序文（角瀬保雄）

### I. スペイン・MCC視察

モンドラゴン協同組合企業MCC（石塚秀雄）

MCCの協同労働と連帯、その組織と会計（坂根利幸）

エロスキ（坂根利幸）

労働金庫（CL）（根本守）

MCCの事業の維持と拡大の財政面の支え労働人民金庫（大野茂廣）

イケルラン（坂根利幸）

まとめにかえて—MCCと非営利・協同（角瀬保雄）

### II. ポルトガルの非営利・協同セクター

ポルトガルの非営利・協同セクターと医療制度の特徴（石塚秀雄）

高齢者施設ミゼルコルデア（村口至）

### III. 感想（野村智夫、村上浩之、山内正人ほか）

日程概要

あとがき（坂根利幸）



## 別冊いのちとくらし

No.1

### 『スペイン社会的経済概括報告書（2000年）』

J. バレア、J. L. モンソン著、佐藤誠、石塚秀雄訳

2005年4月発行、44ページ、頒価500円

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

お申し込みは研究所事務局まで。



## 「研究助成報告」

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

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

#### 目次

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



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

2007年9月発行  
ISBN 978-4-903543-03-1

#### 目次

##### 第I部

- 第1章スウェーデンにおける社会的経済の現段階
- 第2章イエムトランドの地域特性と課題
- 第3章イエムトランドの社会的経済と支援体制

##### 第II部

- 第1章医師不足に直面する地域における医療協同組合実践の展開
- 第2章新しい障害者生活支援協同組合の実践

#### 参考資料



---

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

2007年12月発行

ISBN 978-4-903543-02-4

目次

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

参考文献



---

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

---

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

---

●2006年度研究助成報告「介護労働者における職業性ストレスに関する研究」（冨岡 公子、他）『いのちとくらし研究所報』22号

---

●2007年度研究助成報告「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

## 【事務局ニュース】1・会員募集と定期購読のご案内 (巻末の入会申込書をご利用下さい)

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

○会費（年会費）

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

○会員の種類

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

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

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

## 【事務局ニュース】2・バックナンバーを進呈します

『いのちとくらし研究所報』2号～18号を着払いにて無料進呈しています。また、「研究所ニュース」はPDFでダウンロードできますが、こちらも現物があります。希望者は事務局までFAXあるいは郵送にてご連絡下さい（コピーしてお使い下さい）。

FAX送付先 03-5840-6568 総研いのちとくらし事務局行

- ・希望号数（2—18号で号数をお書き下さい）（ ）号～（ ）号／ニュース（No.27まで）  
No.（ ）～（ ）
- ・希望送付部数 各（ ）部
- ・送付先 郵便番号 〒  
住所  
氏名  
電話番号 （ ）

# 【入会申込 FAX 送付書】

切り取ってお使いください

研究所のFAX番号:

03 (5840) 6568

特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所いのちとくらし 入会申込書

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

ふりがな	
団体名称または氏名	

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

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

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

※機関誌等の郵送先、連絡先を記入して下さい

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

※専門・主たる研究テーマまたは研究して欲しいテーマ・要望等を記入して下さい

--

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

# 【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			

へきりとりく

**【次号30号の予定】** (2010年2月発行)

- 特集：医療福祉の民営化と非営利・協同セクター
- ・座談会「医療制度と非営利・協同医療の立場と役割」(仮題)
  - ・論文「オバマ医療保険政策の意味」(仮題)
  - ・論文「若者の失業雇用問題の新たな取り組み」(仮題)、ほか

**【編集後記】**

オランダは話聞いていた通り、自転車社会でした。つい自転車道を歩いてしまい、ベルを鳴らされてしまうことがありました。通勤・通学のほか、後ろの振り分けバッグを野菜や花で一杯にした買い物帰りの人も目にしました。行政と非営利組織との協力関係、医療保険制度についても非常に興味深い内容であり、今後も注目したい国です。

**【投稿規定】**

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

**1. 投稿者**

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

**2. 投稿内容**

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

**3. 原稿字数**

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

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

**4. 採否**

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

**5. 締め切り**

随時(掲載可能な直近の機関誌に掲載の予定)

**6. 執筆注意事項**

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

**7. 原稿料**

申し訳ありませんが、ありません。

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

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

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

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