いのちとくらし

第65号　2018年12月

目　次

●巻頭エッセイ：競争と破壊……杉本　貴志　1

【特集：持続可能な開発目標 SDGs と非営利・協同セクター】

・座談会：持続可能な開発目標（SDGs）をどうとらえるか

…… 中川　雄一郎（司会）、野田　浩夫、富沢　賢治、岩本　鉄矢　2

・SDGs の担い手に関する考察……柳澤　敏勝　17

・2018GSEF ビルバオ大会参加報告……石澤　香哉子　22

・マドリッドの社会的市場と社会的貨幣……石塚　秀雄　25

●連載〈次世代へのメッセージ〉（３）：「平成医療史」を考える

……野村　拓　30

●本の紹介：二木立『医療経済・政策学の探究』勁草書房、2018年

……髙山　一夫　40

●2012年度研究助成：

北海道の病院看護における労働編成と人材育成

―道央の急性期病院：勤医協中央病院を事例に―……谷川　千佳子　44

・ニュース・機関誌バックナンバー、研究助成報告一覧など

……29、59

表紙写真：新潟県十日町（撮影：前沢淑子）

競争と破壊

杉本　貴志

市場経済というシステムは、どこに問題があるのか。

かつては、それが弱肉強食で、勝ち組と負け組とに社会を分裂させることが、その唯一最大の問題だとされていた。

原理的には、たしかに市場競争は弱者にも全般的富裕という恩恵をもたらすものである。理論モデルの上では、パン屋が自分の金儲けを追求して商売にいそしみ、他のパン屋と競争をすれば、そこには良質なパンが非常に安く買える、弱者にも幸福な状態がおのずと生まれるであろう。経済学者は、神の見えざる手に導かれて、利己心が利他の結果を生むのだという。

しかし、それが実社会で実現するためには、敗者には何度でも再挑戦の機会が与えられるとか、自分の力を発揮して勝ち組となれる分野が誰にも必ず用意されているとか、競争は常にフェアプレーで行われ、ルールを破る人間など存在しないとか、およそ非現実的な仮定を山のように設定しなくてはならない。

そして近年、市場経済の限界性がもうひとつの側面からも注目され、盛んに論じられるようになってきた。資源の有限性が可視化されつつある現在、市場の原理は持続的な発展とは両立しない、という批判である。資本主義はその本質からして破壊的な発展を求めるものであって、資源を枯渇するまで使い尽くすのが市場競争の必然的な帰結ではないのか。

社会の分裂＝人的資源の破壊と、地球上の自然資源の枯渇とは、グローバル化した競争経済が不可避的に招くものであるように思われる。敗者の再チャレンジが活力を生むと実例を示して語ることができた時代、資源がまるで無限であるかのように考えられていた時代であれば、競争の原理を時代の原理として語ることができただろう。しかし、もうそれは数十年も前の話である。

水道事業に営利企業の競争を持ち込んだら、安全な水を市民にくまなく、多くの人が許容できる価格で供給する体制は崩壊してしまう可能性が大きい。それは国外の実例が繰り返し証明していることである。介護保険制度による福祉サービスの民営化は、15年以上たった今でも問題点ばかりが次々に露見している。業者の倒産・撤退が続き、介護労働者の離職が絶えず、輝かしい成果はいっこうに見えてこないのである。

中途半端な民営化だからいけないのだ、競争原理をもっと徹底させよという人もいるが、はたしてそうなのだろうか。神の見えざる手はどこかにいってしまった。もはやこの地上には存在しない。もうそろそろ、そう認めるべき時が来ているのではないのか。

（すぎもと　たかし、関西大学商学部教授）

座談会

持続可能な開発目標（SDGs）をどうとらえるか

出席：**中川　雄一郎**（司会）（なかがわ　ゆういちろう、研究所理事長、明治大学名誉教授）
野田　浩夫（のだ　ひろお、研究所理事、医療生協健文会理事長）
富沢　賢治（とみざわ　けんじ、研究所顧問、一橋大学名誉教授）
岩本　鉄矢（いわもと　てつや、研究所理事、医療生協やまがた常勤顧問）

●はじめに

中川　2015年に国連第70回総会で「我々の世界を変革する：持続可能な開発のための2030アジェンダ」が採択されました。この名称ですが、一般に、「2030アジェンダ」、あるいはそのアジェンダ（協議事項）の、17項目に及ぶ「持続可能な開発目標」（Sustainable Development Goals）を短縮したＳＤＧｓ（エスディジーズ）が使われています。この名称の意味ですが、それは、**表１**に記されています「17項目」と169のターゲットを2030年までに達成しようというものです。これらの17項目は、現在および将来のすべての人びとの「より良い生活と労働」に必要不可欠な、それ故にまた「達成されなければならない目標」なのです（なお、「開発」を「発展」と訳してもよいのですが、日本では一般に「開発」と訳されていますので、ここでも「開発」とします）。

この「2030アジェンダ」の前に実行されました「８項目」の「ミレニアム開発目標」（MDGs）は、2000年から2015年（そのうちの一部は2000年から2020年）までに改革をやり遂げて、発展途上国の状況を改善していきましょう、というものでした。しかし、今回のSDGsの17項目は、例えば「目標３：あらゆる年齢のすべての人びとの健康的な生活を確保し、福祉を促進する」、「目標５：ジェンダーの平等を達成し、すべての女性および女児の能力の向上」、それに「目標13：気候変動およびその影響を軽減するための緊急対策を講じる」や「目標14：持続可能な開発のための海洋・海洋資源を保全し、持続可能な形で利用する」などいくつかの目標に見られるように、先進国も含めて、というよりもむしろ先進国にこそ率先して地球全体の諸問題を解決していかなければならない要因がある、となっています。

SDGsの目標17項目を柳澤先生が簡単にまとめて下さっているので[1]、それを**表１**にまとめました。目標12以降については、すこし細かに見ていきましょう。

● SDGsを読む

中川　ところで、目標12「持続可能な生産と消費の形態を確保する」ですが、その「ターゲット12.1」は「発展途上国の開発状況を勘案しつつ、持続可能な生産と消費に関する10年計画枠組みを実施し、先進国主導の下ですべての国々が対策を講じる」となっており、そしてその第２のターゲット12.2が「2030年までに天然資源の持続可能な管理および効率的な利用を達成する」と、なっています。すなわち、目標12はまさに先進諸国の政府がまずは率先して「対策を講じる」と同時にそれを実行する、ということになります。これら２つのターゲットに加えて第３のターゲット12.3「2030年までに小売りと消費レベルにおける世界全体の一人当たりの食料の廃棄を半減させ、収穫後損失などの生産・サプライチェーンにおける食品ロスを減少させる」も、いわば「先進諸国の問題」であることを私たちは認識しなければなりません。事程左様に、多数の目標とターゲットは先進諸国の課題であり問題である、と言うべきでしょう。

もう一つ加えますと、目標12・ターゲット12.4

1　柳澤敏勝「いま、なぜ、社会的連帯経済なのか」『共済と保険』2017.12

【表１】2030アジェンダ・持続可能な開発目標（SDGs）と着目点（※）

項目	着目点
目標１　貧困の撲滅	MDGs 同様、開発途上国、主にアフリカ、とりわけサハラ以南のアフリカの地域と、南アジアを中心に取り組む（貧困をなくそう）。
目標２　食料安全保障、持続可能な農業	持続可能な農業を目指す（飢餓をゼロに）。
目標３　健康的な生活の確保	医療福祉関係者には特に関連ある項目（すべての人に健康と福祉を）。
目標４　教育の保障	MDGs では2011年までに開発途上国でかなりの向上がみられた（90％）が、サハラ以南の地域では77％であり、まだ十分ではない（質の高い教育をみんなに）。
目標５　ジェンダー平等、女性能力強化	個別能力を生かし、強化していく（ジェンダー平等を実現しよう）。
目標６　水と衛生の持続可能性	健康にかかわる衛生の持続可能性を追求（安全な水とトイレを世界中に）。
目標７　持続可能な近代的エネルギー	石炭等々のエネルギーはやめて自然エネルギー、再生エネルギーを拡大する。原発反対には触れていない（エネルギーをみんなにそしてクリーンに）。
目標８　持続可能な経済成長、人間らしい労働	ILO が主張してきたディーセント・ワーク、人間的な、人間らしい労働（働きがいも経済成長も）。
目標９　包摂的持続可能な産業化	すべての人々に安価で公平なアクセスに重点を置いた経済発展と人間の福祉を支援するもの。信頼可能な、あるいは持続可能な、そしてなおかつ強力なインフラを開発していくことに力が置かれる。2030年までに各国の状況に応じて、雇用及び GDP に占める産業セクターの割合を大幅に増加させる（産業と技術革新の基盤をつくろう）。
目標10　不平等の是正	（人や国の不平等をなくそう）。
目標11　持続可能な都市生活	持続可能な都市及び人間の住居を実現していく、すべての人々の適切、安全かつ安価な住宅及び基本的サービスへのアクセスを確保していく。最終的にはスラムをなくしていくことが目標だが、まず改善する。都市の生活では、脆弱な立場にある人々、女性、子ども、障害者及び高齢者のニーズに配慮し、公共交通機関の拡大などを通じた交通の安全性改善によって、すべての人々に安全かつ安価で容易に利用できる持続可能な輸送システムをつくる（住み続けられるまちづくりを）。
目標12　持続可能な生産消費	開発途上国の開発状況である能力、力を勘案して、持続可能な消費と生産に関する10年計画を実施し、これに先進国が対応をしていかなければいけない、先進国の力でもって持続可能な生産と消費の形態をつくっていく。天然資源の持続可能な管理及び効率的な利用（つくる責任つかう責任）。
目標13　気候変動対策	（気象変動に具体的な対策を）。
目標14　海洋・海洋資源の持続可能性	持続可能な開発のための海洋あるいは海洋資源を保全し、持続可能な形で利用していく（海の豊かさを守ろう）。
目標15　陸域生態系と生物多様性の持続可能性	だいぶ前に決めた条約、生物多様性の持続可能性を目標にする。陸域生態系の保護、回復、持続可能な利用の推進、持続可能な森林の経営、砂漠化への対処、並びに土地の劣化の阻止、回復および生物多様性の損失を阻止する（陸の豊かさも守ろう）。
目標16　平和で包摂的な社会の促進	平和で包摂的な社会の促進、持続可能な開発のための平和で包摂的な社会を促進し、すべての人々に司法へのアクセスを提供し、あらゆるレベルにおいて効果的で説明責任のある包摂的な制度を構築していく（平和と公正をすべての人に）。
目標17　グローバル・パートナーシップの活性化	持続可能な開発のための実施手段を強化し、グローバル・パートナーシップを活性化する（パートナーシップで目標を達成しよう）。

※柳沢表１に中川が国連2030アジェンダ文書から着目点を追加。着目点文末の（）は SDGs 日本語のアイコンに記載された説明。

は、2030年までではなく「2020年までに、合意されている国際的な枠組みに従って、製品ライフサイクルを通じて、環境上適正な化学物質やすべての廃棄物の管理を実現し、人びとの健康や環境への悪影響を最小化するために化学物質や廃棄物の大気、水、土壌への放出を大幅に削減する」を求めていますが、この要求に先進諸国の政府と市民はしっかり応えなければならないでしょう。

野田　ちょうどファストフードなどで話題になっている、プラスチックのストローなどですね。

中川　そうです。このように「目標の中身が何であるのか」を知らないと、私たちが対応すべき事柄の真意を適切に捉えることができず、したがって、私たちは「地球と人間」に対して無責任になってしまいます。

その点で、目標13は地球上の誰にとってもよく分かることです。ここ数年の間に私たちは「気候変動」による自然災害にしばしば悩まされてきました。これは「単なる地球の温暖化」といった認識では済まされない、と私は考えています。今日もアメリカ・カルフォルニア州の山火事ニュースをＴＶで観ましたが、収まる気配がない上に、トランプ大統領が「普段の管理が悪いから」とツイッターで他人事のように言っていましたが、この「ツブヤキ」に対して、ある著名人が「あの山火事は気候変動が主たる原因なのだ」とトランプ批判をしていました。誰であろうと「間違いは間違いだ」と「公然と批判をする文化」は、アメリカ社会の大きな財産ですね。

次いで目標14は海と海洋資源、その持続可能性、それから目標15が陸域生態系と生物多様性。日本にとってこれらは非常に重要だと私は思います。私はいま、森林組合の講習に関わって協同組合論を講じていますが、その講義のために日本における森林政策や森林問題について多少勉強しています。近年、林業従事者は減少しており、したがって、山林の荒廃が進んでいます。その原因の一つに政府の森林政策がありますが、その政策対象は「意欲と能力のある林業経営者」に集約されており、大規模化を進める計画に見て取れます。「林業の規模を拡大して、収益を高める」という**いつ**も**の**産業政策です。このような大規模化を促す森林産業政策が地域の小規模林業経営を軽視することになり、小規模林業経営の衰退を速めてしまっています。大規模化を目指す政府の林業政策が成功しているのかというと、そうでもないのです。木材価格が低迷していることから、設立された林業公社や企業が多額の負債を抱え、経営破綻している事例が幾つも見られます。これに対して、材木の新たな需要を掘り起こしているのは、「自伐型林業」と言われている小規模な事業者です。彼らは「山の負担が小さい環境保全型林業」を実行し、森林管理、間伐施業、それに材木の販売まで「森林管理のすべての工程」を行っています。今年の台風の被害を見れば分かるように、日本中の山林が「手入れなき自然の力による負担に耐え切れずにおかしくなってきている」現実をすべての森林関係者は分かっているのです。「自然の猛威」などと言っているのは、「ある種犯罪に近い」と私には思われます。小規模林業所有者を含めた、全地球的な観点から、抜本的な政策を導入しないと、とんでもなく大きな自然からの反撃を私たちは「喰う」ことになります。この反撃は都会に住んでいる人たちにも、さまざまな形態で「平等に」というか「公平に」向けられることになるでしょう。気候変動がこの反撃に加わることは、今や誰もが知っていなければなりません。「すべての自然はすべて繋がっている」ことを私たちは自覚しなければなりません。都市住民が「森林政策のあり方」を他人事のように考えているとしたならば、それは大きな間違いです。「森林所有者」でない人たちも、適切な森林管理によって「温室効果ガスの削減や水源維持」の利益に与っていることを感謝しなければなりません。このことは、海岸・海・海洋についても言えることです。

それから目標16ですが、これは、要するに、「平和で包摂的な社会においてはじめて持続可能な開発（発展）は実現される」のであるから、「平和で包摂的な社会」を創り出すためには「あらゆる場」における「すべての形態の暴力及び暴力に関連する死亡率」を大幅に削減しなければならない（16.1）、と私は読み取りました。そして次の16.2で「子どもに対する虐待、搾取、取り引き」も「すべての形態の暴力及び拷問」も同じ暴力と

して「撲滅しなければならない」と強調している、と私は理解しました。この「あらゆる場にける暴力」と「すべての形態の暴力」は基本的に同じ暴力であることを前提に、16.3において国家及び国際的なレベルでの法の支配を促進し、すべての人々に司法への平等なアクセスを提供する、との主張がなされているのだと私は考えています。したがって私は、「民主主義と人間の尊厳」という観点から、すべての人間にとって「法の支配」あるいは「司法への平等なアクセス」は当然の権利であり、一刻も早くその「当然の権利」をわれわれは定着させなければならない、と強調したい。

また違法な資金及び武器の取引を大幅に減少させ、奪われた財産の回復と返還を強化し、最終的にすべての形態の組織犯罪を根絶することも、平和にそして安心して人生を送る権利を全うするのだという「当然の権利」を確かなものにしていてく上で重要です。

このような司法について言えば、私は、民主主義社会が果たす役割は極めて大きいと考えています。例えば民主主義社会を構成している中心的な枠組みには、次のような枠組みがあると考えています。一つは学校、すなわち教育です。次は病院、すなわち私たちの生命と生活を支える基本です。さらに裁判所。これは人間の全人格を保障する責務を負っています。そして議会。国会は言うに及ばず、地方自治体の議会も、私たちの人生のすべてを支える責任を果たす機関です。これらは、私たちの人生全般を支える最も重要かつ基本的な「社会的枠組み」であって、したがってまた民主主義社会を維持するシステムのコアなのです。

野田　一番目に学校、教育ですか。

中川　これらに優先順位はありません。この意味するところは、市民はこれらの社会的枠組みによって保護される権利と同時に、これらの枠組みを維持する責任・義務を有する、ということです。おそらく、「権利と責任」を遂行する社会的枠組みはこれらの他にいくつもあるでしょう。「権利と責任」は本来、対立するのではなく、相互に依存し合うのです。シチズンシップの観点から言えば、「権利は常にその承認とメカニズム（仕組み・制度）のための枠組みを必要とするのであって、その枠組みを通じて権利は行使され、実現されるのです。したがって、学校、病院、裁判所、議会などの社会的枠組みを市民のすべては維持していく役割を果たす、すなわち責任を履行しなければならい」ということです。民主主義はこのような「権利と責任」の基礎の上で実現されるのです。

目標16の箇所で触れました「平和的で包摂的な社会の促進」にも関係しますが、社会の枠組みとは今述べたような実体を有するものであると私は考えていますが、現在の日本の状況は大いに問題です。例えば、四国電力の「原発」についての高等裁判所の判決が「悪例」のよい例です。裁判所が「安倍政権を忖度してどうするのだ」と叫ばなければならない、本当にこんなことでは「民主主義が死んでしまう」のではないか、と思いますよ。

最後の目標17は、ともすると軽視されがちになりますが、そうであってなりません。これには課税及び徴税能力の向上のため、発展途上国への国際的な支援を行い、「先進国は、発展途上国に対するODAをGNI比0.7%に、後発発展途上国に対するODAをGNI比0.15～0.2%にするという目標を達成する」という「資金」のこと（17.1～5）から「技術」（17.6～8）、そして「能力構築」、「貿易」、「体制」（17.13～19）まで数多くあり、これらのすべてに関わるコミットメントの完全な実施を求めてもいます。

これはいわば「他人の家の財布にものを言う」ことになりますので、なかなか難しいことですが、これが実行されなければ、おそらく基本的に発展途上国においては、目標1～16まで、遂行される可能性は小さくならざるを得なくなるでしょう。

かつて私はJICA（国際協力機構）でも活動されていた研究者からお聴きしたのですが、その方は次のように話してくれました。アフリカのある国はかつての宗主国であった西ヨーロッパの先進国から毎年「教育援助資金」を得ていたが、アフリカのその国の国民は基本的に同一民族ではあるが、多くの部族から成り立っており、植民地解放運動は統一戦線を構成して戦い、勝利し、独立を果たした。しかし、統一戦線の中心的な役割を果たしたいくつかの部族は、独立後も軍隊を解散せずに政府を構成し政権を維持してきた。そしてそ

の政府と政権は、かつての宗主国が援助する「教育援助資金」を自らの部族と、政府・政権と手を組む部族で分配し、その結果、教育レベルの相違が顕著に見られるようになった、と教えて下さった。「このような現象が生じた最大の要因は、独立後の政府・政権が武装放棄せず、軍隊を維持したことにある」と、その研究者は強調していました。この状況を知ったその先進国は、結局、「教育援助資金」を取り止めたそうですが、「取り止めればそれで済む訳にもいかず」、代わって世界的に活躍しているNGO（非政府組織）が教育資金援助を担当している、とのことです。この目標17は、日本のわれわれにとっては遠いことかもしれませんが、意識として私たちが持っていることが大切だなと思っています。

またその研究者は「アフリカ援助」を最もリーゾナブルに、すなわち、道理をわきまえたというか、公平で筋の通った、それでいて無理なく実行しているのは、北欧4カ国だと言っていました。例えばスウェーデンでは、政府が直接アフリカの発展途上諸国に資金援助するのではなく、教育資格を得ているスウェーデンの若い男女が現地に出向いて「児童・生徒を教育する先生」として活動するそうです。要するに、援助資金は「実質的に彼らスウェーデンの若者たちを通して機能する」とのことです。具体的には、スウェーデン政府がスウェーデン協同組合連合会に「アフリカ教育援助資金」を交付し、協同組合連合会の責任において援助活動を実行する、ということです。かつて日本政府もインドネシアでの農業支援を実施するためにODAの資金で日本製耕運機をインドネシアの農村に送ったまでは良かったのですが、インドネシアの水田ではついぞ使用されなかった、と聞いています。当時のインドネシアの水田は、日本と違って深い水位であったそうです。結局、「利益」を得たのは日本の耕運機メーカーでした。

話を戻しますが、北欧諸国の発展途上諸国への援助・支援の理念は「人間を育てる」です。その点で、「人間」についての視点が、日本の政府と北欧諸国の政府では違うのではないか、と思わざるを得ません。そういう意味も含めて、この目標17「持続可能な開発のための実施手段を強化し、グローバル・パートナーシップを活性化する」は、他の16項目の単なる総括だと思われがちですが、そうではないことを、すなわち、目標17を含めて全部で「17項目の目標と169のターゲット」によって「2030アジェンダ」は構成されていることを意識して行動しなければならい、と私は考えています。

それにしても、主に自民党の国会議員を見ていると、実にいい加減に政治資金を使っている、との思いがします。そこでもう一つ、私は、国会でも各党派が「2030年アジェンダ」について真剣に討議する機会をつくり、テレビ等で放映してもらいたいと思っています。まず国会で討議し、議論して、私たち市民に彼ら彼女たちの見解を是非明示してもらいたいですね。特に中学生、高校生、それに大学生、また社会人の若者たちにこの地球的、世界的な諸問題と解決策に関わるあり様を考えてもらうためにも、そうしてもらいたいと思います。

例えば、安倍内閣の「持続可能な開発目標（SDGs）推進本部」のまとめた行動計画には、生産性革命や地方創生などの言葉が並んでいて、SDGsの本質が削がれてしまっています。先に触れましたが、SDGsは単なる発展途上諸国の話ではなく、この地球のすべての国・地域が対象となっており、したがって、「世界のすべての人びとが当事者である」と考えなければならない、と私は強調したい。

● SDGs提唱への経緯

野田　初歩的なところを伺いたいのですが、国連がSDGsなどを出してくる根源の力は何でしょうか。国際人権規約を出してくるとか、経済社会理事会の存在とか、MDGsやSDGsの連帯とか、国連という組織が歴史を前に進める推進力はどこにあるのでしょう。

中川　国連経済社会理事会が中心ですが、経済社会理事会と協議できるNGOや各国のNPOも関わってきます。なお、国際協同組合同盟は経済社会理事会と協議できるNGOのなかで最大のNGOです。

野田　ICA ですね。

中川　ICA が関わって経済社会理事会に意見を述べています。

野田　民医連は経済社会理事会との協議資格を維持することで国連の末端にかかわっていますが、経済社会理事会はなぜできたのでしたか。

富沢　「国連が歴史を前に進めようとする推進力はどこにあるか」という問題を検討するためには、国連の「ミレニアム開発目標」（MDGs）採択の時点までさかのぼって考える必要があると思います。2000年に国連は、新しいミレニアム（千年紀）に向けた「国連ミレニアム・サミット」を開催して、より安全で豊かな世界づくりへの協力を約束する「国連ミレニアム宣言」を採択しました。そして、2015年までの達成目標として MDGs を定めました。MDGs では、貧困と飢餓の問題の解決をはじめとする８つの目標が設定されました。

キリスト誕生から2000年もたっているのに、人間はまだ戦争という殺し合いをやっている。ホモ・サピエンスの誕生から見れば、およそ20万年もたっているのに、動物のなかで最も智恵が発達している動物である人類がいまだに殺し合いをしています。これは誰が考えてもおかしなことです。人類史を千年単位で見れば、国連が新しい千年紀に向けて戦争を止める決意を新たにし、戦争の原因である貧困と飢餓を根絶するという覚悟を示したのは、ごく当然のことだと思います。国連の基本的な目的は「国際的な平和と安全の維持」だからです。

国連を政治的にどう評価するかという問題については、いろいろな見解があると思いますが、私個人は、人類の願いが込められているものとして「国連ミレニアム宣言」を受け止め、その願いの実現目標という意味で MDGs と SDGs を積極的に評価しています。SDGsを批判する人には「SDGsは目くらましだ」という人もいますが、仮に「目くらまし」だとすれば、それを「目くらまし」でなくすよう努力をすること、そして SDGs の個々の目標の実現をはかることが、私たちに求められていると思います。

つぎに、「国連ミレニアム宣言」成立の主要因を考えてみたいと思います。戦後の福祉国家体制を支えたのは高度経済成長でしたが、1973年のオイルショックなどを契機としてその後、経済の低成長が継続したため、「小さな政府」「民営化」「規制緩和」「新自由主義」「市場原理主義」などの論調が先進国の経済政策の基本となり、その影響は、発展途上国にも波及しました。その結果1980年代以降、貧困と格差が世界的に拡大していきました。日本の外務省は、この間の事情をつぎのように要約しています。

「1980年代には、多くの途上国で市場経済メカニズムに依拠する構造調整政策を通じた開発手法が用いられましたが、この手法はしばしば順調に進まず、また貧困の悪化をも引き起こすことがありました。その反省もあり1990年代には貧困に関する関心が高まり、1995年の世界社会開発サミットでは、人間中心の社会開発を目指し、世界の絶対的貧困を半減させるという目標が提示されました」（外務省「ミレニアム開発目標とは」外務省ホームページ、2011年10月30日）。

新自由主義経済に起因する世界的規模での貧困と格差の拡大は、20世紀末には国連として放置できない規模にまで達しました。世界的な貧困化と格差拡大が平和の維持を困難にすると認識した国連は、2000年に国際社会の目標として「国連ミレニアム宣言」を採択し、「極度の貧困と飢餓の撲滅」を「ミレニアム開発目標」の第１目標としました。

この目標を実現するために国連が重視した一つの組織として協同組合があります。貧困問題を解決するためには、大企業に依拠する経済成長だけでなく、地域社会に根ざす住民の自主的な互助組織としての協同組合の発展を支援する必要があると認識したのです。国連総会は2001年に「社会開発における協同組合」という決議を採択し、つぎのように述べています。

国連総会は、「さまざまな形の協同組合が、女性や若年者、高齢者、障害者等あらゆる人びとによる社会開発への最大限可能な参加を促進し、また経済・社会開発における主要な要素になりつつあることを認識し」、「協同組合を支援するような環境を確保し、協同組合の目標達成の助けとなるよう、その可能性を保護・促進する観点から、適

宜、協同組合の活動に適用される法制度の見直しを各国政府に奨励」し、「社会開発目標の達成、特に貧困の撲滅と雇用の創出、社会的包摂の促進のために協同組合の可能性を開発」するよう、各国政府に求める。

2001年の国連総会決議に引き続き、翌年の2002年にはILO（国際労働機関）の第90回総会が「協同組合の振興に関する勧告」を決議し、つぎのような斬新な社会観を示しました。「地域社会の社会的・経済的ニーズにこたえるために、協同組合を含む独自の経済セクターを確立し拡大させることが必要である。」「均衡のとれた社会は、政府セクターと営利企業セクターだけでなく、協同組合、共済団体などを含む社会的セクターを必要とする。そのため、政府は、協同組合を支援するための政策と法的枠組みを提供すべきである。」

協同組合に関する国連の評価はその後さらに高まり、2009年の国連総会決議「社会開発における協同組合」は、2012年を国際協同組合年と宣言し、「全加盟国並びに国際連合及びその他全ての関係者に対し、この国際年を機に協同組合を推進し、その社会経済開発に対する貢献に関する認知度を高めるよう奨励」しました。

「均衡のとれた社会は、政府セクターと営利企業セクターだけでなく、協同組合、共済団体などを含む社会的セクターを必要とする」というILO勧告の見解を具体化する組織としては、2013年に国連内に「社会的連帯経済に関する国連組織間タスクフォース」が設置されました。この組織は、19の組織から成り、ILO、FAO、UNESCOなどの国連諸機関とOECDの他に、ICAなどの民間組織がオブザーバー参加をしています。

2015年に向かってのMDGsの取り組みは一定の成果が見られましたが、国や地域などで目標の達成度に大きなばらつきがありました。そのために2015年の国連サミットは「誰も取り残さない」ことを目標に、「持続可能な開発のための2030アジェンダ」を採択し、2016年から20130年までの開発目標SDGsを設定しました。

中川　MDGsは、実は協同組合が大いに奮闘しました。2012年が「国連協同組合年」とされた背景に「協同組合によるMDGsへの貢献」があったのです。

野田　すると経済社会理事会を動かしているのは、ILOだったりICAだったりするわけですね、力関係的にいうと。

富沢　国連は参加各国の政府代表から成る組織ですが、オブザーバー参加団体として民間団体を含めています。民間団体としてはICAが一番大きな団体で、それなりの影響力を持っていると言えます。

中川　柳澤先生の文章からですが、2030アジェンダに関わる議論が交わされる舞台となったのは、社会的連帯経済タスクフォースです。一般に「特別委員会」と訳されるタスクフォースは、2013年9月に国連内に設置された新たな組織で、UNRISD（国連社会開発研究所）やILOそれにユネスコなどの国連機関とICAなどの非政府組織から構成されています。このタスクフォースがかなり影響力を持つようになってここまできたのではないかと柳澤先生は述べています。

タスクフォースは国際的な学会や政策の世界において、SSE（Social and Solidarity Economy：社会的連帯経済）の認知度を高めるために設立されたそうです。これらのメンバーおよびオブザーバーは、SSEが持続可能な開発に向けた経済・社会・環境での総合的なアプローチに取り組む上で大きな可能性を持つようになったことから、影響力を高めてきました。なかでもILOの影響力はかなり大きいと思われます。

富沢　ILOはすごく大きな組織で、その協同組合課には大きな力があります。ILO協同組合課の草創期の課長は、協同組合の有名な理論家だったG.フォーケで、彼の後継者は協同組合運動の強力な活動家だったM.コロンバンでしたよね。

●「誰も取り残さない」に誰が関わるのか

野田　MDGsからSDGsに移ったのは、進歩なのか退歩なのかわからないなと思っているんです。

中川　一言で言えば、発展途上国の問題から地球全体の問題へとシフトさせていくこと、すなわち、「発展途上国の問題」を「発展途上国の問題」として受け入れて改革･改善を試行していけばよい、とする観点では「地球全体の問題」が救われなくなるということです。このような「位置づけ」を私は「民主主義的グローバリゼーション」と勝手に呼んでいます。ヘーゲリアンの「三つのテーゼ」ではないですが、これはまさに「歴史のなかで自己を知る」だと思います。

野田　新自由主義のグローバリゼーションで開発途上国がさらに追い詰められていったのをなんとかしようというのでMDGsになったけれど、そういう取り扱い方だけでは成功しなかった。その頃に先進国のなかでもすごく貧困と格差が進行して、先進国のなかでの問題も解決せざるを得なくなった、そういうことでしょうか。

岩本　ミレニアム開発目標の達成の一番大きな原因は、中国の経済発展による中国の中の貧困の人口が大幅に減った部分が非常に大きいから、実はそこだけということでした。

野田　中国にはたくさん格差がありましたが、それが改善した。すると世界的には、MDGsは失敗しているわけですね。

岩本　そこそこ達成したと言っているけれど、中身を見るとね。

中川　実は教育が普及したというのも、中国なんです。

野田　平均寿命もずっと伸びていますね。

中川　中国はこれから大変ですよ。日本以上にいろいろとスピードが早くて。

岩本　ひとりっ子政策の落としどころも考えなければならない。

富沢　ミレニアム開発目標の成果を統計的に平均値で見れば世界全体で改善が見られるようですが、平均値というのは実態を素通りしますね。お風呂に入るときに80度の熱湯には入れない、0度の凍るような水にも入れない。しかし、平均値でみると40度だから適温だということになります。それと同じようなものです。格差と貧困の度合いが悪化したところが問題です。だから、SDGsでは「No one will be left behind（誰も取り残さない）」が基本的スローガンとなります。もっとも貧困な、もっとも脆弱な層に焦点をあてて問題解決を図りましょうというのが、SDGsの理念になっています。

中川　SDGsの場合、営利企業もそれなりの理念を以てSDGsに参加し、実践して欲しいものですし、現にそのような意識を以て参加している企業もあると思います。

野田　資金問題では後退があるのではないですか。各国政府の資金負担を軽くして、後退というか変化というか、グローバル企業に責任をもたせたい、資金の源をどこに求めるかという。それはないでしょうか。

富沢　国連の場には、いろいろな意見が入り混じっています。SDGsの策定過程を見ても、政府負担を軽くしようとする見解もあれば、戦後日本の一億総責任論のように、世界全体がともに責任を負うべきだと主張して、グローバル企業の責任から目をそらさせようとする見解もあります。しかし、いまだ少数意見ですが、社会的連帯経済タスクフォースのように、社会的セクターの拡大強化によって国家と営利企業を民主的に規制していこうとする見解もあります。SDGs策定にあたっては、この社会的連帯経済タスクフォースのメンバーがかなりの努力をしています。このように、多様な立場の思惑が合わさってSDGsができていますが、私としては、社会的セクターの拡大強化による世界改革という立場を支持していく必要があると思っています。

岩本　一番初めに外務省の仮訳を読んだとき、SDGsは極めて野心的な取り組みであるというく

だりも書いてあるけれども、どちらかというとすごい取り組みという印象よりも、違和感がありました。要するに国連総会ですべての国が賛成して決めたということと、実際にこれが決められた以降に進んでいる状況ということとの間に、とても違和感があると思ってずっと見てきました。

今回の座談会資料を見ていたら、例えば『にじ』では田中夏子先生が「それぞれの陣営が自分たちの理論に引き込んで、その意図や手法が解釈されがち」と書かれていたり、先ほどの日本の推進本部のような考え方などがあったりと、目茶苦茶に総合的で幅広くて、逆になかなか捉えどころがない。そういうことも含めて、「部分だけを勝手に解釈して勝手に進めて取り組んでください」となりかねない様相もあるという印象もありました。

本当は非営利・協同陣営なり、協同組合陣営なりが、むしろこのことに大きく関わっていくことでもって、全体がそもそもめざしたこととの関わりで活きてくるのだろうと思うのです。しかし日本生協連は2018年総会で「コープSDGs行動宣言」を決めましたが、これも必ずしも全面的なことでもないという感じです。

野田　自分たちの活動はSDGsにどうあてはまっているか、ということを示すだけです。

中川　私の知人も「生協もそのような傾向があるかもしれない。自分たちの活動領域を早々に設定し、それらのみをターゲットにしてしまい、他の問題に関心を寄せなくなる」と心配していました。各事業体やNPOのような運動体にはそれぞれ、いわゆる「専門領域」があると思いますが、しかし、それらの専門領域には必ず「隣接する領域」があるのですから、SDGsの表現で言えば、別の「目標・ターゲット」にも目を向けて行為・行動・活動することで、より多くの目標・ターゲットに関心を寄せることで「思考と行動の範囲」を広げていくことができるのではないか、と私は思いますよ。

ただ、一般の組合員に知らせるにはこのような方法だけでなくてもよいのではと、私はそう言っておきましたが。

●自分たちの活動にいかに取り入れるか

野田　SDGsは全体として先進国政府の手抜きの方針かと思っていたのですが、中身を見ると、適切な目標に個人から企業まで、各層ごとに協力できる仕組みをつくっているようです。だから、私たちは積極的に協力するのか、そっぽをむくのか、なかなか難しいと思っています。そのあたり、新しい戦略が必要になるのかなというのがあります。

中川　その意味で一番大切なのは、SDGsについて市民が関心を持ち、何らかの行動や活動に可能な限りで参加する機会をつくり出すことですね。

野田　民医連は、自分たちのやってきたことが国連の提起する文章と一致すると大喜びして、私たちの方針は正しかったとなりがちです。

岩本　オーソライズされますからね。

野田　そういう考え方から離れて、それなりに複雑な過程というか、ネガティブな要素を持ちながら出てきているものに対して、言葉は悪いですけれども、どう乗っ取っていくかという考えが必要かなと。

富沢　乗っ取っていくという考えは、すごく大切だと思います。さきほどの社会的連帯経済タスクフォースは、国連の中ではまだまだ弱小な組織です。私は、2014年にソウル市で開催された「グローバル社会的経済フォーラム」の会議の席上で、社会的連帯経済タスクフォースのリーダーであるグリータイゼンさんと話し合ったことがありますが、「タスクフォースは、財政的にも社会的影響力の発揮という点でもまだまだの組織だが、世界的なネットワークが強力なので期待してほしい」と言っていました。なお、社会的連帯経済とSDGsとの関連については、本誌（60号、2017年9月）に掲載されたグリータイゼン「社会的連帯経済の出現――世界そして国連の動向」が詳しいです。

私としては、国連の中のこのような運動をサポ

ートする必要があると思います。民医連の積極的協力を期待しています。SDGsの達成目標年である2030年はもうすぐです。これから2年間かけて「2021年から2030年までの民医連10年SDGs活動計画」のようなものをつくることができたら最高ですね。

民医連に関しては特にSDGsの第3目標「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を維持し、福祉を促進する」が重要だと思います。第3目標の細目のなかでとりわけ注目すべき目標は、「3.8　すべての人々に対する財政リスクからの保護、質の高い基礎的な保健サービスへのアクセス及び安全で効果的かつ質が高く安価な必須医薬品とワクチンへのアクセスを含む、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）を達成する」です。この目標の母体をなす理念は、「我々の世界を変革する：持続可能な開発のための2030アジェンダ」の「宣言」部分で、もっとわかりやすく、もっと力強く、つぎのように述べられています。「身体的及び精神的な健康と福祉の増進並びにすべての人々の寿命の延長のために、我々はユニバーサル・ヘルス・カバレッジと質の高い保健医療へのアクセスを達成しなければならない。誰一人として取り残されてはならない」（第26パラグラフ）。

「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ」という概念は、非常に重要だと思います。JICA（国際協力機構）の説明では、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジとは「すべての人々が適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用、つまり払える費用で受けられることを意味する」となっています。UHCの達成という目標は、まさに民医連にぴったり当てはまるのではないですか。UHCの達成をめざして民医連はずっと活動してきたし、これからもそのようにやっていくのではないですか。

SDGs関連資料には目標の達成度を測る指標が示されています。このような指標を参考にして、UHCを10年間でどの程度達成できるかというような、民医連独自の指標を作成し、民医連活動10年計画を2020年までにつくり上げて、2021年から30年までに実施する。つまり10年計画をつくって、それに基づいて年次計画を立てるというようなことを、SDGsを契機にして、改めて検討してもいいのではないかと思います。

また、UHCとともに「健康」というコンセプトを重視する必要があります。世界保健機構（WHO）によれば、「健康とは、病気でないとか弱っていないということだけではなく、肉体的にも精神的にも、そして社会的にもすべてが満たされた状態にあること」です。SDGsの第3目標である「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」は、まさに民医連が目標として活動してきたことですから、「2030アジェンダ」の民医連版を策定することは、世界的に見ても大きな意義があると思います。

●草の根から取り組む

岩本　富沢先生がおっしゃっている協同組合セクター、非営利・協同セクターが、セクターとして力をつくっていく、実体化していくことが、この取り組みのなかできちんとすることが必要だと思うのですが、日生協の行動宣言には、そういう視点がないですよね。そういう項目もないし、視点もない。

せっかく日本協同組合連携機構（JCA）がつくられたわけだし、われわれもいままでのセクトからセクターになっていかなきゃいけない。いろいろな話がありましたが、結局、そういう志向、このことにきちんと本気になって取り組んでいけるところが、そういう力をもつということを指摘するという位置づけが、すごく必要なんじゃないかと思うんです。

前に総研の機関誌にも載りましたが、鶴岡では医療生協と購買生協の今日的な連携協定というのを結んだのです[2]。もちろんそのなかに農協や漁協も含めて、その連携を広めていこうとしている。意識的にセクターづくりということを、全国はともかく地方は地方で、とにかくそういう実体がつくっていければ、ちょっと違ってくるかもしれな

2　岩本鉄矢「山形県における購買生協と医療生協の連携協定の締結について」『いのちとくらし研究所報』61号、2017年12月。

い。さらにいわゆる行政との連携というやつが、鶴岡は市長が交代して連携できるようになったということもあって、そういう意味ではこのチャンスにセクターづくりということを相当意識していくということを考えています。

先ほどのそれぞれのところが何に取り組んでいくかということと、もう一つ、セクターだから「自分たちがこれまで射程に入れてこなかった領域に踏み出す協同組合陣営」ということが言われているわけだから、いままで自分たちがやっている事業から地域の人たちや組合員を見ていたけれど、組合員の生活から自分たちが何をやっていかなければいけないのかを見るという、そういうことから広がってくるのではないか、そんな感じがしています。

富沢　協同組合セクターは、国連でもSDGs達成の観点から大きな期待を寄せられています。SDGs決定の翌年（2016年）、国連本部で国際経済社会局が、「誰一人取り残さないようにすること――持続可能な開発のための国連2030アジェンダの実施におけるパートナーとしての協同組合セクター」をテーマとする有識者会議を開催しました。

この有識者会議には世界各国から20名弱の協同組合関係者が招聘され、日本からは日本労働者協同組合連合会が招聘されました。その会議の冒頭で、国際経済社会局のヘイウッドさんが「協同組合の理念はSDGsの理念と共通するところが多い。第１は、誰も取り残さないという理念。第２は活動面での共通点である」と述べ、活動面での共通点として、「１．貧困の撲滅を目的として、もっとも貧困で脆弱な人々を対象としている。２．組織の責任と透明性を重視している。３．コミュニティへの関心が高い」という点を挙げています。そして、「SDGsに対する協同組合の一層の協力を期待する」と結論しています。

このような協力要請に世界の協同組合は積極的に応える必要があります。そうしないと、SDGsも、実態を欠いた形だけのものに終わってしまう可能性があります。日本でも今年の４月に日本の協同組合運動の全体を代表しうる「日本協同組合連携機構」が結成されたのですから、それを契機として、さらに運動を発展強化していく必要があります。2015年の農協法改正による全国農業協同組合中央会制度の廃止案の例に見られるように、日本の現政権は、協同組合運動を代表して政治的な発言をするナショナルセンターに対して強い警戒感を持っています。協同組合運動側も日本の協同組合運動全体を代表するナショナルセンターをつくることには、なぜか長年及び腰でした。

中川　協同組合陣営全体が怖がっているね、確かに。

富沢　日本協同組合連携機構を土台から支えるのは地域での協同組合活動です。さきほど岩本先生が紹介してくださった鶴岡での協同組合間連携の事例、しかも行政との連携をも射程に入れた取り組みには、ものすごいエネルギーを感じます。そういう活動を全国各地でやっていけば、社会全体も変わっていくのではないでしょうか。お城の例を挙げれば、天守閣がいくら格好良くとも天守閣を支える石垣がしっかりしないと、お城は簡単につぶされてしまいます。地域内連携と地域間連携を少しずつでも強めていって、地域を守り社会を変えていく、そのための計画目標として世界変革計画であるSDGsを活用したらどうでしょうか。

中川　それこそ政府が一生懸命、基本的には先頭に立ってやらなきゃいけないのですから。まさに石垣がしっかり組まれないといけない。

野田　民間側のSDGsの推進力、草の根からのSDGsの協力のノウハウが必要です。

富沢　そういう意味合いでも、国連の「2030アジェンダ」と改革指標を参考にして各団体がそれぞれの「2030アジェンダ」と改革指標を策定することが大切になると思うのですけれど。

野田　そういう指標ができると、地域の中小企業への影響は増えますね。

富沢　SDGsの実施主体に関して国連の「アジェンダ2030」は、「我々は、小規模企業から多国籍

企業、協同組合、市民社会組織や慈善団体等多岐にわたる民間セクター部門が新アジェンダの実施における役割を有することを認知する」（第41節）と述べています。

●目の前のことから「ともに」取り組む

富沢　ついでながら言うと、「2030アジェンダ」のこの箇所の外務省仮訳を見ると、cooperativesという英語が「共同組合」と訳されています。もちろん「協同組合」が正しい訳です。

野田　今回配布された資料では「協同」になっていますね。訂正されたのですね。

岩本　私の持っているのは「共同」の方です。

富沢　協同組合に対する政府の認識は、この程度なんですよ。字まで間違っている。だから、草の根の活動家が頑張らない限り、政府に期待するだけではSDGsの達成はまず難しいですね。

言葉の問題でいうと、私は「SDGs」という日本語表現にいまだ馴染めません。複数だからというので、最後に「ｓ」までついています。これに似た日本語の使い方は「MDGs」前にないと思います。SDGsの代わりに「世界変革目標」という言葉を使ったほうが、我々日本人にはわかりやすいのではないでしょうか。

繰り返しになりますが、2015年の「国連持続可能な開発サミット」で「我々の世界を変革する：持続可能な開発のための2030アジェンダ」が採択され、この実現目標が17の目標と169のターゲットから成る「持続可能な開発目標」（SDGs）とされたのです。ここから理解されるように、もっとも重要な理念は「我々の世界を変革する」（transforming our world）です。

岩本　読みづらいし、使いづらいと思ったね。SDGsなんてね。

富沢　妻に今朝この話をしたんです。SDGsというのはなかなか言いづらいから、「世界変革目標」にしたらどうかなと。そうしたら、「いまの若い人はSDGsとかそういう種類の横文字に慣れている。運動を広めたいのなら、あなたみたいに言葉に固執しちゃ駄目だ、保守的だ」と言われました。「保守的だ」なんて言われちゃった。そういう見方もあるのかなと、びっくりしました。

野田　社会変革、まちづくりから世界づくりなんですね。でも、若い人に「世界づくり」と投げかけても、大きすぎるのではないかな。

岩本　逆に大きすぎて、そういう投げかけだと自分の人生とマッチしないという感じになりそうです。

富沢　問題を組織の問題と個人の問題にまで具体化しないと、なかなか力にならないでしょうね。

岩本　個人の選択ではストローだけではなくて、プラスチックごみが問題になっているし、浜辺のごみ拾いとか、一生懸命に個人が参加してやっているというのもあります。そんなこととからめて進めていかないと。

中川　変革する、変えていくというのは、まず目の前にあるところからやっていかないといけない。

富沢　このままでいくと何十年後には海のなかで捨てられたプラスチックの量が魚の量と同じになるそうですが、そういう例は分かりやすいですね。だからプラスチックの使用はできるだけ止めましょう、買い物袋、プラスチックバッグをもらわないようにしましょうという話になります。達成目標を個人の行動レベルにまで分解して説明できると実効性が高まりますね。

この問題は協同組合教育のあり方にも通じると思います。協同組合教育においても生活の個々の事象に即して協同のあり方を示すことが大切です。さきほどお話しした国連の有識者会議に参加した中野理さん（日本労働者協同組合連合会・国際部）は、日本のワーカーズコープについて報告をしました。彼は、困難を抱えた当事者自らが、「支援される」という立場を超えて、仲間ととも

に働くことによって、貧困や社会的排除に立ち向かうという協同労働の意義を強調しました。つまり労働現場で働くことを通した協同組合教育の有効性を強調したのです。中野さんによれば、彼の報告に対して、「高等教育から落ちこぼれた人々への労働現場での協同組合教育の有効性という観点は、これまでの協同組合教育に関する理論で見落とされがちな視点だ」というコメントをもらったそうです。

岩本　「協同組合教育」というと、座学でやりそうですが。

富沢　現場での労働に即して教育するというのは、労働者協同組合が得意とするところですね。

岩本　昨今、共同購入の配達も、女性の担当者が配達しているケースが出てきています。配達を外部に委託した時には、委託の配達員は、請け負っているのは配達だけという意識があり、商品についての質問や意見を言われる前に、さっさと荷物だけ置いて行ってしまう、という話を聞いたことがあります。

ところが女性が配達員になると「これ、どうやって食べているの」などの会話がはじまって、それが広報誌「いっしょにCOOP」連載になり、それをまとめて『伝えたい～わが家レシピ～』発行になっていくというような、直接、現場でそういう協同が生まれています。

富沢　協同組合間協同の問題としては、生協が商品の整理や運送をワーカーズコレクティブに委託したりするケースもあるようです。委託もいろいろな問題を抱えているようですが、協同できるところでは協同するという方向で進むことが必要ではないでしょうか。病院でもワーカーズコープに清掃の委託をするとか。

岩本　うちはやったのですが、ワーカーズコープそのものが崩壊してしまったので、それをそっくり引き取って、「まちづくり協同組合」という組織をつくって、そこでいまやっています。

富沢　鶴岡での「まちづくり協同組合」の実践は素晴らしいですね。各地で住民が同様な実践に取り組み、全国的な連携に発展していくように日本協同組合連携機構がうまく機能する、そのようなシステムができてくると、社会が変わってくると思います。

中川　先般、私はある研究会に参加し、その後の食事会の席で「生協の個配」について議論しました。私は一つ問題提起をしました。それは「個配を生協の職員が担うのと委託業者が担うのとでは、組合員にとって、『協同組合における組合員の地位（ステータス）』という点で、すなわち、『組合員の事業と運動への参加』という点で違ってくるのではないか」ということです。要するに、かつての共同購入の「参加のあり方の質」と個配の「参加のあり方の質」が組合員にとってどこがどう違うのか、あるいは「組合員と職員の『見える関係』はどのようなものなのか」と、いうことです。

岩本　配達の局面だけをとって言うわけにはいかないのではないかと思います。実際に個別に配達されることですごく助かっている人もたくさんいる。それを踏まえて、例えば商品を使った料理教室を開いたり、商品の情報を交流し合ったりということが組合員のなかでもあるので、そのことを含めた共同購入だから、配達する面だけが委託になっているから協同組合ではないとはならない。

富沢　人々をつなぐには、いろいろな細かい工夫が必要だと思うんです。

中川　私は常々、協同組合の一つの重要な「つながり」は「対話」・「会話」によって創り出される、と考えています。協同組合の事業と運動への参加は多様な会話を通してはじめて成り立つのです。私は、ユルゲン・ハーバーマスの言葉を借りて「協同組合はコミュニケーション・コミュニティである」と言ってきました。「コミュニケーション・コミュニティはすべてに向けて開放されている対話的モデルである」と、彼は強調しています。

富沢　営利企業もCSR（企業の社会的責任）の

一環としてSDGsを活用しています。新事業の開発や企業価値の向上という見地からSDGsとの関連に注目しています（事業構想研究所編『SDGsの基礎』事業構想大学院大学出版部、2018年、参照）。

岩本　だから生協も、県から一人ぐらしの高齢者の見守りを請け負うことをしていますね。配達の人が、今日も生きていましたと点検する係だということになっているんです。

●グローバルな分配と地域の協同

野田　『にじ』で、稲場雅紀さんのインタビューにあるのですが[3]、グローバルな収奪の国民・国家を超えたネットワークがみごとに出来上がっていて、グローバルな分配がまったく追いついていなくて、国民・国家が内部にとどまっている。国際金融取引で税金をかけようという運動などとつながっていく可能性があるんでしょうか。

富沢　中川先生も強調しておられましたが、SDGsの目標17「持続可能な開発のための実施手段を強化し、グローバル・パートナーシップを活性化する」が、とりわけ重要です。国際的な競争関係が厳しく、グローバル企業からの圧力も強いので、各国別々の努力だけでは、うまくいかないと思います。グローバル・パートナーシップを強化することによってグローバルなルールをつくっていくことが肝要です。

野田　グローバルなパイの分配をどうするか、ですね。

富沢　タックス・ヘイヴンの問題を含めて低課税地域への資金移動にどう対応するかという問題も重要になります。グローバルなパイの分配という大きな問題も含めて、国際的問題を国際的に解決しないかぎり、世界はうまくいかないですね。その意味でグローバル・パートナーシップは本当に大切です。

中川　項目17は、最終的にはしっかり守らなければいけない。生協の行動宣言には見られませんでしたね。

野田　今回資料にした『にじ』2018･夏号（no.664）は本当によくできていますね。こんなに多面的に解説してあると思わなかった。これを普及すればいいのかもしれませんが。雑誌を発行しているJCAは、協同組合という名称でなくても、門戸を開いているのですよね。医療生協ではない民医連は、SDGsはほぼ関係ないというふうに思っているかもしれません。

富沢　SDGsが強調するユニバーサル・ヘルス・カバレッジというコンセプトは、非常に大切だと思うのですが、医療関係の人たちにこのコンセプトは一般化していますか。

野田　これも大歓迎しているんです。一方では、安倍さんがイギリスの「ランセット」に「日本は国民皆保険でユニバーサル・カバレッジをやってしまった」と言うから、国民皆保険は後退しているのにと、とても複雑な感情がある。UHCは目指さなければいけないというふうには思っているんです。

富沢　もっとも貧しい人、もっとも脆弱な人を対象にして、みんなが医療にアクセスできるようにするという理念は素晴らしいと思います。まさに民医連が取り組んできたことですよね。

岩本　手遅れ死亡事例などを告発し、無低診を広げて、やっていますね。

野田　結びつけてはいるけれど、政府もそれを言ったりとか、安倍さんがそのことを書いたのがイギリスの有名な雑誌（ランセット）に載ったりと

3　稲場雅紀「岐路に立つSDGsを救い出すのは社会セクター：「貧困のない、持続可能な社会」のために力を合わせよう。」

か。もちろん厚生省の官僚が書いたのでしょうけれど、それを安倍さんの名前で出している。ちょっと複雑です。

中川　間もなく､私は、協同組合懇話会という協同組合研究会の勉強会で「協同組合とSDGs」をテーマに講話することになっています。

野田　鶴岡でも農協と関連して運動が起きそうです。SDGs。

岩本　農協とはTPPとの関係で、この前、やっと共同の組合員集会が開けました。購買生協と個別農協との間では、産直や県産品の普及といった様々な共同がありましたが、共通の課題での連携は初めてでした。選挙区でいくと山形2区の農協全体と購買生協・医療生協との組合員集会というのが初めてでした。

富沢　私がアドバイザーとしてかかわる組織の例をあげれば、去年、神奈川県で83組織が結集して神奈川県協同組合連絡協議会を結成しました。その後も組織間連携が徐々に強化されています。日本協同組合連携機構などの調査によれば、組織間連携が広がりつつある地域が増えています。今後は各組織がSDGsとの関連を検討することによって共通の運動基盤を認識することが組織間協同の強化に役立つと思います。「グローバルに考え、地域で活動せよ」(Think globally, act locally)が、SDGsに関しても重要です。

(2018年11月16日開催)

SDGsの担い手に関する考察

柳澤　敏勝

はじめに

SDGs（持続可能な開発目標）の達成に向けて、社会的責任（CSR）として取り組み始めている企業が多いことは大いに歓迎すべきところであるが、協同組合陣営が比較的静かなのはおかしいのではないかという疑問が本稿のテーマである。SDGsに関わる国際機関等の文書を読んでいくと、そこには協同組合をはじめとする社会的連帯経済[1]がSDGsの主たる担い手だとしか読めない文言が多く登場するからである。

1. そもそもSDGsとは何か

最近SDGsという言葉をよく耳にする。SDGsとは、2015年9月の国連総会決議に盛り込まれた国際社会の次なる目標のことである。この決議にはきわめて挑戦的なタイトルがついている。「私たちの世界を変える」、である[2]。それがこの決議のメイン・タイトルである。サブタイトルは「持続可能な開発のための2030アジェンダ」となっている（以下、小稿ではこの決議を2030アジェンダと呼ぶ）。この「持続可能な開発」のために提起されたのが「持続可能な開発目標（SDGs：Sustainable Development Goals）」である。通常SDGsと言っているのは、この持続可能な開発目標のことである。

2030アジェンダでは、地球市民がつくる社会や地球環境などが持続可能であるために、2030年まで世界がこぞって取り組まなければならない課題があるとしている。そこには先進国も発展途上国もないとも言っている。そして、持続可能な地球であるために取り組むべき課題は全部で17だとしている。列挙すれば以下のとおりである。

①貧困の撲滅、②食料の安全保障と持続可能な農業、③健康的な生活の保障、④教育の保障、⑤ジェンダー平等と女性の能力強化、⑥水と衛生の持続可能性、⑦持続可能な近代的エネルギー、⑧持続可能な経済成長と人間らしい労働、⑨包摂的で持続可能な産業化、⑩不平等の是正、⑪持続可能な都市生活、⑫持続可能な生産消費、⑬気候変動対策、⑭海洋ならびに海洋資源の持続可能性、⑮陸域生態系と生物多様性の持続可能性、⑯平和で包摂的な社会の促進、⑰グローバル・パートナーシップの活性化、である。これらが、いわゆるSDGsである。さらには、これら17の課題を解決するうえでの具体的個別的テーマが169も列挙されている。

---

[1] 社会的連帯経済（SSE：Social and Solidarity Economy）とは何かについて種々議論があるが、その内容を特定するうえで、2014年に制定されたフランスの社会的連帯経済法が有益であろう。これまでの社会的連帯経済の定義は不明確であったとの前提で、同法では第1条で、次の条件をすべて満たす組織が社会的連帯経済だとしている。すなわち、（1）利益分配以外の目的を有すること、（2）民主的ガバナンス、（3）法人の維持拡大に利益を利用すること、（4）法定準備金を取り崩して分配してはならないこと、（5）解散の際の残余財産は他の社会的連帯経済組織に譲渡すること、である。同じくフランスの「社会的経済の特定活動の発展に関する1983年7月法」では社会的経済を構成する組織として協同組合、共済組合、アソシエーション（1901年アソシアシオン法）の三者が列挙されていることを踏まえれば、2014年法では、社会的経済組織の他に、連帯経済を構成する広い意味での社会的企業や財団（基金）を加えて社会的連帯経済と呼んでいると言える。本稿では、社会的連帯経済をこの意味で用いる。

[2] Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015, 70/1.Transforming our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development, 21 October 2015.

1980年代以降、スタグフレーションや先進国病の克服を課題として喧伝されるようになったのが新自由主義であり、課題克服の方法として大きな政府や福祉国家の否定につながったが、その下で格差の拡大や、あるいは種苗や肥料の会社の寡占化、独占化が進み、農業の持続可能性が疑われるようになっていることを踏まえれば、貧困の撲滅や農業の持続可能性を問う2030アジェンダは反新自由主義宣言の様相を呈しているともいえる。

2. 国連のタスクフォース

SDGsあるいは2030アジェンダを読み解いていくとき、2013年9月に国連に設置された機関横断的なタスクフォースの存在を抜きにはその作業もむずかしい。というのも、このタスクフォースをリードしていたのが、国連社会開発研究所（UNRISD）や国際労働機関（ILO）などであり、ここでの議論が2030アジェンダに色濃く反映されているからである。タスクフォースの基本的な考え方を示す文書（方針書：Position Paper、以下ポジション・ペーパーと呼ぶ。）にもはっきりと次のように述べられている[3]。すなわち、「ポスト2015開発アジェンダ（2030アジェンダのこと）および持続可能な開発目標SDGsの草案作成過程において、社会的連帯経済として次第に知られるようになってきているものの役割に十分注意が払われていないのではないかとの懸念」をタスクフォースの構成メンバーとオブザーバーとが表明するのだと。

このタスクフォースは、そもそもは社会的連帯経済（以下SSEという。）の認知度向上を目的に組織されている。UNRISDの文書によれば、タスクフォースは、「国連組織の中でのSSEの認識を広め知名度を向上させるとともに、国際的、国内的な政策枠組みのなかでSSEを主流化するために勢いをつけることを目的として」、次のことを行うとしている。①SSEの企業と組織の認知度を高めること、②SSEに関する知識を高めSSEネットワークを強化すること、③SSEを推進する制度的政策的環境の確立を支えること、④国際的な取り組みの調整を確かなものとし、パートナーシップを強化し確立すること、である[4]。

ではなぜタスクフォースはSSEを重視するのか。このタスクフォースを構成するのは、前述のように、ILOやUNRISDのほか、国連食糧機関（FAO）、世界保健機関（WHO）、国連教育科学文化機関（UNESCO）など20の国連機関である。これらの諸機関をメンバーとし、さらには国際協同組合同盟（ICA）と社会的連帯経済推進大陸間ネットワーク（RIPESS）、モンブラン会議（MBM, 現在はSSE International Forumに改称）をオブザーバーとして招請している。タスクフォースの認識によれば、この地球上で金融危機や気候変動が続いているだけでなく、貧困や不平等の拡大が一向に衰えず、これまでのような成長開発戦略が根本から疑問視されてきているのである。のみならず、これらの地球規模での問題に対して「これまで通りの普通のビジネス」（business as-usual）では対応できないのだとしている。このビジネスはポジション・ペーパーの文脈に照らせば営利企業と理解して大過ないであろう。従来の開発戦略も企業活動も対応できないとすればどうすればいいのかという疑問が生まれる。同ペーパーでは、「タスクフォースのメンバーやオブザーバーは、持続可能な開発に向けた経済・社会・環境での統合的アプローチに取り組むうえで、SSEが大きな可能性を持っていると信じている」と明言している。

他方、ポジション・ペーパーは次のような呼びかけもしている。「政府はSSEの潜在能力を理解するだけでなく、関係諸組織や取組みの能力が奪われてしまうような政策環境や法的環境の下で、さらに言えば、民間企業との不平等な競争の場で

---

[3] TFSSE, Social and Solidarity Economy and the Challenge of Sustainable Development:A Position Paper in the United Nations Inter-Agency Task Force on Social and Solidarity Economy（TFSSE）(June 2014).

[4] UNRISD, UN Inter-Agency Task Force on Social and Solidarity Economy（TFSSE); Project from 2012 to 2014, http://www.unrisd.org/tfsse, 2015年4月23日アクセス。および、TFSSE, Social and Solidarity Economy and the Challenge of Sustainable Development; Executive Summary of a TFSSE Position Paper, Sep. 2014.

SSE が活動していることを理解することが重要である。SSE 組織レベルでの連帯や協力が国家を介在させた連帯や再分配と合致する必要がある。…近年ではいくつかの政府において、SSE 活性化のために、法律・政策・機構の大きな改革を行っている。」不利な条件下で活動することを余儀なくされている SSE の実情に照らし、公的なセクターによる SSE の支援だけでなく、両者のパートナーシップにまで高めていく必要性を説いている。

1991年に制定されたイタリアの社会的協同組合法にみる公共機関と社会的協同組合との契約関係や、2011年12月に制定された韓国の協同組合基本法の中の社会的協同組合規定での国家・地方公共団体との委託関係などを見てもわかるように、公的セクターと SSE との連携なしには社会問題の解決もむずかしい時代に入っていると言える。

3. 日本政府のスタンス

うえにみたように、タスクフォースは SSE に対する認識とその支援を各国政府に要請しているが、日本はこれに対してはっきりと逆向きの姿勢をとっている。それは国連における首相演説と一連の農協解体の動きに見ることができる。

日本の首相が2015年９月の国連総会で述べた決議採択歓迎の演説には大きな矛盾がある。2030アジェンダは日本が重視してきた要素を中核に据えているからその採択を歓迎するのであり、グローバル・パートナーシップの一員として日本はアジェンダの実施に最大限努力すると演説している[5]。この演説の中で、国が重視してきた要素として「人間を筆頭に、地球、繁栄、平和、パートナーシップと続く『５つのＰ』。そして、女性・保健・教育・防災・質の高い成長」を挙げている。ここで言われている「５つのＰ」はアジェンダの前文で国連が掲げたものであって、日本が独自に掲げたものではない。

だが、考えなければならないのは、その次の５つの要素である。55％を超える女性の非正規雇用率や待機児童問題を挙げただけでも、女性が大事にされてきたとは到底言えない。さらにいえば、少子高齢化の下での人手不足に対応するための外国人労働者受け入れの議論の前に、女性が共に働き活躍できる条件整備の方が急がれるし、その方がはるかに重要である。教育への公費の投入が OECD 加盟国中最低だという事実を考慮すれば、教育を重視してきたなどとはとても言えないはずである。ましてや、原発再稼働によって質の高い成長が達成できるなど、どのような根拠に基づいて言えるのか、はなはだ疑わしい。このように、国連総会の場で堂々と掲げた要素は国民の望みを裏切って軽視してきた要素なのである。そうした矛盾を矛盾とも感じることなく、一国の総理大臣が国際社会の一員として SDGs 実現に最大限の努力をすると国際公約をしてしまった以上、後述の SDGs 担い手の支援に「最大限の努力」を重ねなければ、国際社会への裏切りとなる。

他方、2014年は国連の国際家族農業年であったことは記憶に新しい。前述のポジション・ペーパーは国際家族農業年とも連動して SSE について考えるのだというスタンスに立っている。すなわち、「ポスト2015開発アジェンダおよび2014国際家族農業年の輪郭に関わる２つの国連の議論に関連して、国連 TFSSE のメンバーとオブザーバーは以下の必要性について強調しておく。①持続可能な開発における SSE 企業・組織の役割の承認を高めること、② SSE の知識を推し進め SSE ネットワークを強化すること、③ SSE を促進する制度・政策環境創出を支持すること、④国際的な取り組みの調整を図ること、およびパートナーシップを生み出し強化すること」（前述の UNRISD の文書と同一の文言）である。国際家族農業年と SSE とは密接な関係の下にあるのだという認識が示されている。

しかしながら日本では儲かる農業を目指し、「障害となる農協」の解体へと踏み込んだことも記憶に新しい。だが、国際家族農業年のために出された国連世界食料保障委員会・食料保障栄養供給専門家ハイレベル・パネルの実証的・科学技術的答申によれば、「大規模農業と比較して、小規模農業が潜在的には効率的であることが幅広く報告さ

[5] 外務省ホームページ参照。

れている」だけでなく、81か国の比較可能なデータ分析の結果、「大規模農業に比べて小規模農業が高い生産力を実現できることを示した重要な証拠」があるとしている[6]。そしてこの小規模農業は家族によって営まれているものであり、女性が重要な役割を果たしていると分析している。協同組合を解体し株式会社に転換することによって農地の集合化を図り、大規模農業に乗り出せば「儲かる農業」となるという論法は、持続可能な農業という観点とは真っ向から対立する。言い換えれば、一連の農協解体政策は、SDGsの第2番目に掲げられた「食料の安全保障と持続可能な農業」とは真逆の動きであり、首相の国際公約に反する動きである。当時のICAが日本政府に警鐘を鳴らしたのは、ただ単に協同組合潰しに反対というのではなく、以上のような背景による。

4. SDGsの担い手

先に見たように、タスクフォースは「持続可能な開発に向けた経済・社会・環境での統合的アプローチに取り組むうえで、SSEが大きな可能性を持っていると信じている」と言明しているが、さらに「21世紀初頭の社会の持続可能な開発という課題にとって核となる」8つの領域があり、これらの領域においてSSEがきわめて重要な役割を果たすとの認識を示している。それらの領域とは、人間らしい労働、環境問題、地域開発、都市と人間生活、女性、食料安全保障、健康、金融である。SDGsはこれら8つの領域において設定された目標であることは明らかである。したがって21世紀初頭においてSDGsを実現するうえでSSEは不可欠の存在となるのである。

しかしながら2030アジェンダでは必ずしもSSEが担い手だとは明言していない。SDGs実現のうえで民間セクターが重要な役割を果たすとし、民間セクターとは「零細企業から協同組合、多国籍企業まで、また市民社会組織、慈善組織」（パラグラフ41）だとしている。さらには「零細企業から協同組合、多国籍企業に広がる多様な民間セクター」（パラグラフ67）という表現もなされている。したがって、重要な役割を果たす民間セクターがSDGsの担い手であると言ってよいが、なぜ多様な企業の中に協同組合のみが名指しで挟み込まれているのか、あるいは市民社会組織、慈善組織が取り上げられるのかという疑問が出てくる。残念ながら、2030アジェンダを読んでみてもわからない。この点がおそらくタスクフォースが懸念したことと重なるのであろう。SDGsの草案作成過程においてSSEに十分注意が払われていないのではないかという危惧である。

ではタスクフォースはSSEをどのように捉えているのか。言い換えれば、SDGsの担い手としてのSSEとは何か、である。タスクフォースは次のように述べる。「SSEは社会的に有用な明確な目的を持ち、また環境保護目的を合わせ持つことも多いさまざまな組織や事業体の財やサービスの生産に適用されるものである。これらの組織は、協同、連帯、倫理、民主的自主管理などの原則や実践によって導かれている。SSEに含まれるのは協同組合であり、またその他の組織形態として、社会的企業、自助グループ、コミュニティを基盤とする組織、インフォーマル経済で働く労働者の団体、サービス供給型のNGO、連帯金融などが挙げられる。」あるいは次のようにも指摘している。「SSEの領域に含まれる典型は多様な形態の協同組合である。」小稿の冒頭で協同組合陣営が静かなのはなぜであろうかと疑問を呈したのは、まさにこの点に関わってのことであった。ともあれ、2030アジェンダの中に登場する協同組合、市民社会組織、慈善組織をSSEの象徴だと理解すれば腑に落ちる。2030アジェンダが言うSDGsの担い手は民間セクターであり、それは主として非営利分野でありSSEだと理解してよいであろう。

それは次の言辞をもっても追認できる。すなわち、SSEの特色は、「ここ数十年の間支配的であった利潤極大化アプローチでかつ企業主導型も多いアプローチとは対照的な開発モデルを指し示している。成長の恩恵がトリクルダウンするであろうこと、あるいは傷つきやすい人々を守るセイフティネットや環境保護のための技術的な解決策を想定するよりも、むしろSSEは、人々にとって

[6] 国連世界食料保障委員会専門家ハイレベル・パネル『家族農業が世界の未来を拓く』農文協、2014年。

不可欠のニーズに応じる包摂的なやり方で、先取り的に資源や剰余を動員し再分配しようとしている。」

5. GSEF ビルバオ2018宣言

以上に述べてきた事柄、すなわち SDGs の主たる担い手は SSE だという点について、別の国際会議を通じても確認できる。それは、例えば2018年10月初めにビルバオ（スペイン）で開催された GSEF2018である。GSEF とは、Global Social Economy Forum の略称であり、2013年に韓国ソウル市で産声をあげた国際会議体である。翌2014年にソウルで開催されたのに続いて、2016年はモントリオール、そして2018年がビルバオである。いずれも社会的連帯経済の発展した都市として知られている。ソウルについては異論があるかもしれないが、当時の朴ソウル市長により2013年に「協同組合都市ソウル」宣言がなされている[7]。2020年にはメキシコシティでの GSEF 開催が予定されている。

GSEF の直接的な目的は、社会的（連帯）経済のベスト・プラクテスおよび公的セクターと社会的（連帯）経済との連携・パートナーシップの実践例について学び合い、社会的（連帯）経済に携わる人々や組織の国際的な連携を強化しようとするところにあると理解しているが、GSEF ビルバオ2018でも他の大会と同様、宣言が出されている。SSE に関わっては３点が強調されている。①2030アジェンダを成功裏に実践していくうえで SDGs の現地化が重要なこと、② SDGs の実現と持続可能で包摂的かつ弾力のある社会の創造に SSE が貢献していること、③ SSE が SDGs 達成の基礎であることの認識が国連諸機関や諸政府、市民社会の間で拡大していること、の３点である。

この宣言にもみられるように、SDGs と SSE とが密接な関係にあることがわかる。言い換えれば、SDGs の担い手として SSE が大きな役割を果たしているとの認識が示されている。GSEF ビルバオでは、ILO などの国連機関や RIPESS などの国際 NGO との連携が図られる一方で、「持続可能な開発のための2030アジェンダの目標にみる社会的経済（Social Economy in the objectives of the 2030 Agenda for Sustainable Development）」というタイトルの分科会が３日間の会議の中で４回も設定されていたことがその証左でもある。

むすび

「アジェンダの実施に最大限努力」することが日本政府の国際公約である。うえに見たように、SDGs の主たる担い手が SSE であり、その典型が「多様な形態の協同組合」である。そうであるとするならば、これらの担い手を保護育成するための努力を最大限積み重ねなければならないはずである。例えば、お隣韓国にならって、協同組合基本法や社会的協同組合規定の制定、あるいは社会的企業育成法を通じた SSE の支援などが国際公約の努力にあたる。さらに言えば、「協同組合都市 TOKYO」宣言である。農協解体など言語道断であり、信じがたい公約違反である。

とはいえ、SDGs の議論をみても決して営利企業が排除されているわけではない。他方、GSEF の議論は公的セクターと SSE との連携・パートナーシップの形成である。であるとするならば、市場セクターと公的セクターのみを前提とする従来の二元論的発想から脱して、ここに SSE を加え、３セクター間の最良の連携、ベスト・ミックスを創り出すことが SDGs 実現の鍵となる。

（やなぎさわ　としかつ、明治大学商学部教授）

[7] GSEF について小稿では詳しく紹介する余裕はないが、次を参照されたい。丸山茂樹『共生と共歓の世界を創る―グローバルな社会的連帯経済をめざして』社会評論社、2017年。

2018GSEF ビルバオ大会参加報告

石澤　香哉子

1．はじめに

第４回目の開催にあたる「グローバル社会的経済フォーラム（Global Social Economy Forum）Bilbao 2018」（以下、GSEF2018）が、2018年10月１日～３日の日程で、スペイン北部バスク自治州の都市、ビルバオで開催された[1]。日本からは2018GSEF ビルバオ大会・日本実行委員会が中心となってツアーを開催し、多くの方の参加を迎えて好評を博したと聞いている。筆者は残念ながら日程の都合でツアーには参加できず、個人での参加となった。また、同じ理由で最終日のセッションには参加できなかったため、フォーラムの包括的な振り返りや各ワークショップの詳細については諸報告にお任せし、本報告では特に全体セッションを通じて印象的だった点について、所感をつづっていきたい。

2．GSEF2018参加報告

今回の GSEF2018のテーマは「社会的経済と都市　包括的で持続可能な地域開発のための価値と競争力」である。そのため、特に全体セッションでは、都市行政に主眼を置いた議論が目立った。GSEF のフォーラムには、市長や各担当部署あるいは関係組織から招かれたゲストによる全体セッションと、民間・市民団体が社会的経済による課題解決の取り組みの実践について発表するワークショップセッションの、二つのパートに分かれている。これはソウル市が発したソウル宣言を元に GSEF の取り組みが始まったことからもわかるように､このフォーラムの大きな特徴となっている。

言語は英語、スペイン語を中心に、ワークショップではフランス語、バスク語のみのプレゼンもあった｡また全体セッションでは手話通訳がおり、多様性への配慮が見られた。

2－1　初のヨーロッパ開催の意味

オープニングセッションでは、金融危機後の時代の社会正義の達成や社会的問題を解決するためのカギとしての社会的経済の意義が改めて評価された。初日に行われた全体セッションで印象に残っているのは、欧州の社会的経済の経験を強調するメッセージである。欧州初の GSEF フォーラム開催だったためか、特にオープニングセッションでの挨拶では、ヨーロッパの都市行政は持続可能な成長へ向けた社会的経済のポテンシャルをよく理解していること、そしてまずヨーロッパの都市から社会的連帯経済へと変わっていくというビジョンが一度ならず語られた。筆者は第１回から３回目までの GSEF フォーラムについては報告やレポートから情報を得たのみだが、アジア（韓国）で行われた2013、2014年、非ヨーロッパ圏であるカナダで行われた2016年のフォーラムの報告ではヨーロッパの経験が特に強くアピールされていた印象はなかったので、興味深く拝聴した。

また今回の GSEF フォーラムは、ホストであるバスク自治州とそこで大きな役割を果たしているモンドラゴン協同組合による、労働者協同組合を中心としたバスク協同組合主義の宣伝という側面も少なからずあったということは指摘しておきたい。

2－2　行政側の明確な問題意識

もう一点、非常に印象的だったのは、行政の側の問題意識が非常に明確だったことである｡失業、格差、高齢化、排除の問題など、世界が急激に変化していく中で、さまざまな問題が表出してきて

[1] https://www.gsef2018.org

いる。先進国においては、人口が減っていく中で人口密度の低下と偏在が顕在化し、地域を支える経済も構造の変化が著しい。ローカルな生活を支える地方行政はそうした問題の最前線におり、その強い危機感は日本の地方行政も共有しているものである。

GSEF の仕掛人でもあるソウル市長・朴元淳氏は、スピーチの際に何度もイノベーションという言葉を発していた。ここでいうイノベーションは技術の話ではなく、パラダイムチェンジにつながるような新しい経済モデルのことを意味している。欧州では現在、日本で言う産官学に市民を加えたクアドラプル・ヘリックスモデルをイノベーション創出のプロセスの基本としており、その重要なステークホルダーとして市民が位置づけられている。彼らが社会的経済を選択したのは、その発想の延長にあると言える。行政には「地域の発展のために、社会的経済を利用して都市あるいは都市生活の環境を変える」という意識があり、社会的経済をそのための一つのツールとしてとらえているのだ。一方で、こうした試みを構築するためには時間がかかることも踏まえ、パートナーシップを持って不足を補い合いながら、少しずつ成功例を重ねていこうという長期的な視野も持っている。

一貫しているのは、変化がもたらした問題に対して、今までのやり方で対応するのではなく、こちらもイノベーションによるパラダイム変換によって問題を打破しようとする姿勢である。筆者は所属する研究所の関係で日本の地方自治体と関わる機会があり、欧州と同様の危機意識を彼らが強く抱えていることも知っているが、こうした根本的な変化を是とする発想に至っているところは少ない。そういう意味では、日本から行政に関わる人間が参加していないことは非常に残念なことである。例えば韓国開催時では世田谷区長などの参加があったが、それ以降続いていない。必ずしも参加者が首長や議員レベルである必要はないが、GSEF は官と民の参加によってより大きな成果を得られるフォーラムであることを念頭に入れれば、今後いかに日本の行政から人を引っ張ってこれるか、それに足るパートナーシップを形成できるのかというのは日本の社会的経済組織の一つの課題だろう。

ワークショップにおいて各プレゼンを行った主催団体の多くは、すでに自治体と良好な関係を結び、発展しているところである。発表された事例も、自治体と社会的経済を行う組織とのパートナーシップを前提としている。今回日本からのプレゼンは「一緒に暮らし／働くことによる社会的弱者の包摂(共生シンフォニー)」一件のみであった。映像を使ったこのプレゼンは好評を博していたが、その成功とは別に、このことは重く受け止めるべきだろう。

2－3　官の視点と民の視点

先にも触れたが、GSEF のフォーラムは社会的経済によって社会問題を解決しようと試みる革新的な都市と、その活動の実際の主体となっている民間組織が集まり、相互協力のためのネットワークを作る場である。そこには大きく分けて官と民という二種類のアクターが居て、それぞれの視点で社会的経済を評価している。GSEF には GSEF 憲章があり、ソウル宣言があるとはいえ、両者の社会的経済へのまなざし、評価には差があると感じた。先述のように官の側には目的のためのツールとして社会的経済が必要であるという考えが前提にあり、 現時点では方向性が一致していたとしても、最終的な目的は必ずしも同じではない。

全体セッションにおいて、社会的経済は積極的に今の市場経済に対抗するものというよりは、都市がより正しい発展を目指すために、今ある経済至上主義的なパラダイムを大きく転換するためのアイデアという位置付けをされていた。このことは行政関係の登壇者が多数を占める全体セッションにおいてはある種当然のことであるが、各種ワークショップにおいて各プレゼンの中心となっていた市民団体側はどう受けとめていたのであろうか。少なくとも筆者が参加したワークショップでは、このことに関わる議論はなかった。ただし、ILO が中心となって行ったワークショップ「The Future of Work」では、全体セッションで語られた社会的経済とその現状認識が楽観的であるという指摘はあった。

3．まとめ

GSEF のフォーラムの意義は、本報告でも何度も繰り返したように、ローカル・ガバメントと社会的経済組織のネットワークの場という点にある。学会や、官と官、民と民が集まる場は数多くあるが、実践者という括りで官と民をまとめた場というのは決して多くはない。そういう意味で、GSEF の試みは非常にユニークである。フォーラムに参加する場合にも、あるいは報告を聞く場合にも、この特性を踏まえて「GSEF から何を学ぶのか」という問いをたてれば、より大きな学びを得ることができるのではないだろうか。

余談であるが、第一日目の昼、別件のインタビューに行くために GSEF 会場を抜け出た際に、会場の前で反モンドラゴン（Fagor）のデモが行われていた。40人ほどの規模だっただろうか。今回の GSEF2018で中心的な役割を果たしたモンドラゴン協同組合だが、全く問題を抱えていない訳ではない。もちろんこの件だけで彼らの経験の価値が褪せる訳ではないが、こうした動きにモンドラゴン協同組合がどう対処していくのかについて注視していくことは、フォーラム会場内で行われたプレゼンと同じレベルで重要であると感じた。

（いしざわ　かやこ、横浜市立大学大学院博士後期課程、地域開発研究所）

会場となったエウスカルドゥナ国際会議場

会場内の様子

全体セッションの様子

マドリッドの社会的市場と社会的貨幣

石塚　秀雄

1．はじめに

ヨーロッパあるいはEU各国では社会的連帯金融と呼ばれる運動およびネットワークが展開されている。これらには倫理銀行、マイクロクレジット運動、エコバンク、地域通貨運動などが含まれる。従来の協同組合金融運動に比べてどこが新しいのだろうか。従来の協同金融は、農民、職人、労働者などの協同組合事業として発生展開し、現在も金融市場において協同組合銀行、信用金庫、信用組合という形態として発展しているのは欧米も日本も同様である。新しい協同組合運動ともみなされる社会的連帯経済の運動には、新たに社会的文化的事業および連帯金融と呼ばれるものが含まれる。つまり、信用・金融事業が社会的文化的事業と連帯して推進されるのである。たとえば日本では市民金融と呼ばれるものがあるが、それは市民の社会的文化的経済的事業を支援するものである。失業克服、雇用創出、社会的弱者対策、環境保全、地域開発などを対象とした信用金融活動である。ヨーロッパではこうした分野を「社会的市場」とよぶ。マドリッドの事例も特別なものではなくその一例である。

近年ヨーロッパに倫理銀行ネットワーク（Febea）ができて、勤労者や市民のカネをもっと自分たちのために使おうという動きがすすんでいる。つまり自分たちの金融経済活動に勤労者市民も参加しようという発想である。一口に「社会的連帯金融」といい、フランスなどヨーロッパ15カ国の協同組合銀行や倫理銀行が参加している。これらの銀行は、社会的に貢献する非営利組織、民主的運営の企業（社会的企業）や環境文化など市民的経済活動と、勤労者および消費者を結びつけるものである。倫理銀行はそうした役割を果たすもので、最初にイタリアで1994年に作られ、ヨーロッパでは20年以上の歴史をもつ。社会的連帯金融の規模は大きいとは言えないが、ヨーロッパで67万人の取引先と総資産305億ユーロを持つ。

これまでの常識だと労働と資本は水と油の関係と考えられてきた。しかし、たとえばフランスのフィナンソルという倫理銀行運動は、勤労者投資法に基づいて、勤労者も社会的貢献の投資家になれるというものである。金融利子を得るのはけしからんと言うなかれ。確かに慈善やボランティアは無報酬をよしとする。その人は他に収入源を持っているからだ。つまり今の資本主義制度の中で成り立つ論理なのである。やり手と受け手は片務的関係で、双務的なのは、恩恵を受けた人が、別の人に対して今度は、やり手となるという循環関係であり、善意が循環し帳尻を合わせるのである。ところが倫理銀行はカネを通じての交換関係である。したがってここには、資本主義制度に対するなんらかの代案的要素を含んでいるのである。社会的連帯金融では市民勤労者は社会的企業に投資ができ、配当を受けることができる。もちろん、利子を受けとらなくてもよいし、寄付でもよい。市民に役立つ企業を自分たちで育てる。日本でもクラウドファンデングなどの動きが流入しているが、形だけを真似ている段階である。ヨーロッパでは社会的な経済活動を社会的連帯経済とよび、EUおよび各国政府が政策的支援をしている。営利追求経済に対置されるものである。アメリカでは非営利経済とも呼ばれる。

2．マドリッドの社会的連帯経済ネットワーク

マドリッドはスペインの首都であり、人口約500万人である。マドリッドの社会的連帯経済ネットワーク（REAS）は16の分野のグループが集まるネットワークで（**表1**）、2001年に設立された。マドリッドにおける社会的連帯経済企業数約7,345社で構成される（**表2**）。企業形態としては協同組合、非営利企業、労働会社などである。こ

れらの企業が活動する領域を「社会的市場」と呼んでいる。またこれらのスペイン全国組織としては、スペイン社会的経済企業連合会（CEPES）がある。

表１．マドリッドにおける社会的経済ネットワーク

	グループ名	名称
1	FECOMA	マドリッド協同組合連合会
2	UCETAM	マドリッド協同労働教育協同組合連合会
3	UCAM	マドリッド農業協同組合連合会
4	UMCUMA	マドリッド消費者協同組合連合会
5	COOPERAMA	マドリッド労働協同組合連合会
6	FCV	マドリッド市介護施設リハビリ協同組合連合会
7	TRANSCOOP	マドリッド運輸協同組合連合会
8	REAS MADRID	マドリッド連帯オルタナティブ経済ネットワーク
9	MES MADRID	マドリッド社会的経済市場
10	AMEIGI	マドリッド幼児学校協会
11	ASALMA	マドリッド労働会社連合会
12	RCA	自主コレクティブネットワーク
13	UNACC	全国信用協同組合連合会
14	REC	市民空間ネットワーク
15	AMEI	マドリッド労働参入企業協会
16	EAPN MADRID	ヨーロッパ反社会的排除反貧困ネットワーク
17	RGBT	時間銀行グローバルネットワーク
18	REF	フェミニズム経済ネットワーク

出所：REAS, Guia Didactica de Economia Social y Solidaria, 2017

表２．マドリッドにおける社会的連帯経済企業数

企業形態	企業数
非営利企業（アソシエーション）	6,000
労働会社（SL）	631
協同組合	522
市民事業	90
雇用促進契約事業	50
労働創出企業	12
合計	7,345

出所：REAS, Guia Didactica de Economia Socialy Solidaria, 2017

３．マドリッド州による社会的連帯経済企業への補助金

マドリッド州政府は2016年10月25日付の州政令「社会的経済企業財政支援」により、社会的連帯経済企業への補助金制度を進めている。これはスペイン憲法第129条および各種協同組合法、社会的経済法などに基づくものである。2016年度と2017年度の二年間で280万ユーロ（約４億円）の規模である。補助金の支援内容は、協同組合等の雇用創出支援に40万ユーロ、企業イノベーション

に35万ユーロ、技術開発に８万ユーロ、教育訓練に18万ユーロの補助金を出している。この雇用創出はあくまでも社会的連帯経済企業における労働であり、その形態は主として協同労働あるいは自律労働であり、いわゆる賃労働とは区分されるものとして促進されている。

マドリッド市の文書によれば、スペインにおける社会的連帯経済企業数は2015年で全体の６％だが、マドリッドでは12％である。社会的連帯経済企業は、資本より人間的要素を重視し、経済危機により対応し、企業の社会的責任や社会的貢献を目指す参加的経営を行う企業と説明されている。ここにマドリッド州や市が社会的連帯経済企業を支援する根拠を置いている。州政令では補助金制度を二点について行うとしている。第一は、社会的連帯経済企業同士の協同である。第二は、社会的連帯経済企業の新事業分野の開拓である。第一については、社会的連帯経済企業の協同の規模を大きくして競争性と効率性を高めることを目指す。第二については、社会的困難な分野での社会的連帯経済企業の活動を進めることである。また障害者雇用、男女格差是正、社会的排除の克服なども社会的連帯経済企業の重要な役割と見なされている。

補助金対象となる社会的連帯経済企業の協同事業の選別は、30点満点を基準にしている。

（１）社会的企業の協同
- ・社会的企業５社以上　10点
- ・社会的企業３社から５社　６点
- ・社会的企業２社以下　２点

（２）雇用創出数
- ・７名以上　10点
- ・３名から７名　６点
- ・２名以下　２点

（３）事業の革新性
- ・高い　10点
- ・中　５点
- ・低い　２点

また、新規事業の分野の補助金の基準は、40点満点で次のとおりである。

（１）雇用
- ・30歳以下を雇用　５点
- ・障害者を全体の33％以上雇用　５点
- ・女性の雇用　５点
- ・社会的弱者の雇用　５点

（２）事業計画、予算の整備度
- ・高い　10点
- ・中　６点
- ・低い　２点

（３）事業分野
- ・対人サービス、持続可能な事業、代替エネルギー、環境保全、ゴミ資源　10点
- ・観光、宿泊、教育、文化活動　６点
- ・その他　２点

４．マドリッドにおける倫理銀行

マドリッドの倫理銀行は４つある。Contis は信用協同組合で社会的エコロジーを掲げている。

フィアレ倫理銀行（Fiare Banca Etica）は協同組合で倫理銀行として事業を進めている。設立準備は1998年からで2005年に倫理銀行となった。フィアレはイタリアの倫理銀行をモデルとしてスペイン全国で展開している。その協同組合定款では「倫理的金融」の目的として、人権、公益（共同益）、オルタナティブ企業や非営利組織の発展、協働労働の促進、女性若者支援、などを掲げている。

セリエス（Seryes）は、倫理保険会社である。1987年に設立されたが、2006年以降倫理的金融を促進している。SERYES は保険株式会社だが社会的会計、社会的貨幣を実施している。

コープ57（Coop57）の場合、この銀行は協同組合であるから、組合員（預金者）となるには最低300ユーロの出資が必要である。出資利子は毎年総会で決め、2017年度の場合は0.15％である。また営利目的の投資を避けるために年間預金額の限度額を定めており、2017年度の場合は最高10万ユーロまでである。

オイコクレジット（Oikocredit）はスペイン全国に展開する信用協同組合である。というより世界の各地域に展開するキリスト教系社会運動に基づく協同組合で、1968年に設立されている。近年は倫理銀行の一員として、雇用促進、エコロジー、代替エネルギーなどに貸し付け、投資、マイクロ

クレジットを行っている。

これらはもちろんマドリッドだけではなくスペイン各地で事業展開をしている。市民勤労者が預けたカネは、貸付金、投資、補助金、資金化などとして、社会的企業や市民事業を対象に貸し付けしている。事業分野でいちばん大きいのは労働における社会的排除を克服する事業である。すなわち社会的企業による雇用の創出である。地域開発、環境、文化、教育、公正経済（フェアートレード）、健全食品などその他多様な分野にわたる。倫理銀行は孤立して動いているのではなく、社会的連帯的経済企業やREASなどとネットワークを組んでいるところに特徴がある。全体として社会的連帯経済セクターを構成し、資本主義的営利セクターと対置しているのである。

5．マドリッドの社会的貨幣と社会的市場

マドリッドにおける社会的貨幣の実験的取り組みは2013年から始まっているが、その紙幣には「地域通貨」「協同組合経済」「民主的通貨」「持続的経済」などと記されている。2017年まで紙幣名「ボニアート」（サツマイモ）として試験的に発行していたが、その場が社会的市場である。

社会的貨幣とは、「資本主義的でない経済のための貨幣」という位置づけで、社会的連帯経済セクターの中で運用される貨幣である。主として電子通貨として運用され、ユーロとは１対１の交換比率をもつ。地域通貨としての電子（仮想）通貨である。売り手（供給者）と買い手（消費者）の決済はユーロでもボニアートの両方で行える。この社会的貨幣が流通する市場が社会的市場である。

マドリッドでは現在約400の社会的企業がボニアートのプロバイダーとなっている。ユーロとは１対１である。この社会的貨幣はプロバイダーである社会的企業がインターネットによるPOSシステムやモバイルなどによる取引も行っている。また、各倫理銀行との連携の方法も模索中である。倫理銀行は、普通の銀行業務ばかりではなく社会的金融も行うためのものだからである。

社会的貨幣と社会的市場はバーチャルなものではなく、実体経済、労働に基づいた循環的なものである。たんなるグループの約束事の内部的循環ではない。現在のところ、こうした経済運動はスペイン各地のみならずヨーロッパ各地で取り組まれている。グローバルな金融ネットワークではなく、地域コミュニティに根ざした、すなわち社会的市場とリンクした運動である。いま必要なのは、地域経済の活性化と再生、それも民主的、公正な労働経済活動の実現であろう。社会的連帯金融は、資本主義的な営利目的のためでない、地域的経済活動を目指している。こうした社会的経済活動が各地に拠点を持ちつつ広がりネットワークとセクターを形成していくことが、よりよい社会の実現につながっていくのである。経済活動は、営利セクターだけのものではない。カール・ポランニーの言う再分配、交換、互酬のうち、社会的セクターが互酬関係だけと考えるのは短慮である。再分配、交換の原理においても社会的経済セクターは十分やっていけることが、少しずつ現実化しているのである。市民勤労者の権利要求活動は重要であるが、資本主義市場そのものの変更を求めるものではないことも確かである。さまざまな人権侵害が資本主義的経済活動に由来するものであるならば、それにとって代わるべき、市民勤労者が主体となる生産、消費、金融の非営利・社会的経済活動を創出していくことが望まれる。ヨーロッパではすでにそうした経済活動が発展してきている。

社会的貨幣ボニアートが一般的な地域通貨と違うのは、社会的企業の発展促進とそれらをプロバイダーとして市民消費者との間で実体経済を形成しようとするものだからである。

（いしづか　ひでお、研究所主任研究員）

「研究所ニュース」バックナンバー

○ No.64（2018.11.30発行）

理事長のページ：MDGs と SDGs（中川雄一郎）、役員エッセイ：コクランの理事辞任騒動と HPV ワクチン副反応被害問題（高田満雄）、外国語勉強法（４）大高研道氏の場合（その２）：コミュニケーションの手段としての英語②、ドイツでなぜ労働者協同組合が発展しなかったのか（石塚秀雄）

○ No.63（2018.8.31発行）

副理事長のページ：天保四年の台風、岡田真澄「かみつふさに三たび遊る日記」から（八田英之）、役員エッセイ：マルクス・エンゲルス THE YOUNG KARL MARX（小磯明）、公助についての辞書の取り扱い（石塚秀雄）、外国語勉強法（３）大高研道氏の場合（その１）：コミュニケーションの手段としての英語①

○ No.62（2018.5.31発行）

理事長のページ：公共空間あるいは公共圏（２）（中川雄一郎）、副理事長のページ：湖に浮かべたボートをこぐように（高柳新）、役員エッセイ：自由と寛容の危機（杉本貴志）、海外医療体験：スペイン透析体験記（その２）（石塚秀雄）

○ No.61（2018.2.28発行）

理事長のページ：公共空間あるいは公共圏（１）（中川雄一郎）、韓国だより：文在寅（ムン・ジェイン）ケアについて（朴賛浩）、海外医療体験:スペイン透析体験記（その１）（石塚秀雄）、本の紹介、外国語勉強法（２）：石塚秀雄氏の場合（その２）

○ No.60（2017.11.30発行）

理事長のページ：反知性主義あるいはポピュリズム（３）―反知性としてのポピュリズム―（中川雄一郎）、副理事長のページ：社会保障の2018年問題（八田英之）、役員リレーエッセイ：ドイツの介護保険・認知症ケア・在宅ホスピス視察（小磯明）、外国語勉強法（１）：石塚秀雄氏の場合（その１）

○ No.59（2017.8.31発行）

理事長のページ:反知性主義あるいはポピュリズム（２）―ポピュリズムとは何か―（中川雄一郎）、副理事長のページ：政府発表「相対的貧困率」の減少と貧困の拡大・深刻化（後藤道夫）、役員リレーエッセイ：「利権」を煙に巻く東京ならではの手法（窪田光）、役員リレーエッセイ：地域医療構想をめぐる動向について（内村幸一）

○ No.58（2017.5.31発行）

理事長のページ：反知性主義あるいはポピュリズム（１）―アメリカにおける反知性主義―（中川雄一郎）、副理事長のページ：地獄への途も（高柳新）、役員リレーエッセイ：共謀罪法案　あまりにも乱暴・危険（二上護）、三木清の協同主義（石塚秀雄）、本の紹介

○ No.57（2017.2.28発行）

副理事長のページ：貯蓄に依存する介護保険利用と貯蓄崩壊（後藤道夫）、会員エッセイ韓国だより：韓国の協同組合の現状（朴賛浩）、理事エッセイ：消費税の本質（田中淑寛）、マルクス『ゴータ綱領批判』と保険共済（石塚秀雄）、理事エッセイ：フランスつれづれ（小磯明）

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。

次世代へのメッセージ（3）

「平成医療史」を考える

野村　拓

●なぜ「平成医療史」か

なぜ、「平成」で区切るのか、聞かれれば、とりあえずは、公文書はすべて元号で記載されているから、と答えておこう。

医療史的に見れば、平成は「国保資格証明書の大量発行」とともに始まり、「要医療」から「要介護」に誘導し、「元気出まっせ体操」で「介護を卒業」させる試みが展開されるところで終わろうとしている。

また、グローバルには、先進諸国と途上国との健康格差をなくすことを目標としたWHOの2000年戦略を節目とした世紀の変わり目をふくむ時代と言える。

昭和戦後期（1945–1989）は、戦後復興、高度経済成長、技術革新、耐久消費財革命の時代であった。しかし、このプロセスは、国民一人一人を「高額な消費単位」とする革命でもあった。どんぶり勘定で育った「ベビーブーム」世代のあと、「人口再生産率」はあっと言う間に1.0を割り、0.7程度まで低下した。

人口再生産率が1.0であれば「静止人口」の状態と言えるが、はるかにそれを通り越してしまったのである。しかし、「ベビーブーム世代」の労働参加は、この危機状況に対する認識、対策を遅らせたではなく、「人口再生産率」の代わりに「合計特殊出産率」（「人口再生産率」のほぼ2倍の値となる）というわけのわからぬ指標を使うことによって危機状況を糊塗した。

他方、高度経済成長は公害を巻き起こし、福祉置き去りの状況をもたらし、労働者の使い捨てに対する革新自治体の「老人医療無料化」政策にひきずられる形で、1973年を「福祉元年」として、国のレベルで「老人医療無料化」が実施された。しかし、この年にオイル・ショックが起こり、「福祉元年」はたちまち雲散霧消した。

「中卒労働力は金の卵」といわれたのが1960年代の半ばなら、「かあちゃん労働力は最後の労働力」といわれたのが1960年代の終わりごろであった。しかし、このような労働力の世代的再生産失調というべき状況を無視して、資本は海外に安い労働力を求めて海外進出を試み、海外子会社を利用した脱税までやるようになった。あとは、国内に残された非労働力化した高齢者の始末である。

そして「逆風の1980年代」が「老人医療有料化」（1982–83）で始まり、次いで健保本人への負担の導入という受診抑制、次いで地域医療計画（1985）による病床数規制、さらには「国立病院つぶし」（1986–）、国保の保険証取り上げ、というように受診抑制、供給抑制が交互にくりかえされながら「昭和戦後期」が終わるのである。

平成期はバブルの崩壊とともにはじまるが、これは、すでにモノの生産による市場拡大がゆきづまり、モノからサービス分野へ、さらには「不安」の市場化（生命保険、民間医療保険）、人間相互間の「不信」の市場化（損害賠償保険）、「おもわく」の市場化（証券取引）に経済成長の牽引力を求めた結果である。そして、「市場化」の矛先は公共事業（政府・自治体）や協同組合事業（農協など）にむけられている。

また、かつての日本の経済成長を支えた世代を「団塊の世代」として「社会保障」切り下げの目安に利用しているが、人口の世代的再生産失調によって加速されている「高齢化」問題と「国民国家的救済責任」をもたぬ「多国籍（脱税）企業」主導の「グローバル化」が国民的課題として浮かびあがったのが、平成期の特徴と言えるのではないか。

もし、1冊の本として「平成医療史」をまとめるのであれば、次の20章建てぐらいが考えられるが、これも「次世代へのメッセージ」ということにしよう。

『平成医療史』の章建て（案）

1．昭和から平成へ
2．「アルマ・アタ宣言」（1978）から「開業医宣言」（1988）へ
3．「高齢化」は市場になるが、「少子化対策」は？
4．怪語・介護・悔悟
5．公的支出抑制と「市場化」（国保、生保）
6．グローバル化・「ふるい分け」・ボトムライン
7．国立病院統廃合―医療政策と医療運動
8．民営化トリオ（サッチャー、レーガン、中曽根）
9．ビタミン外し、給食外し
10．国民医療研究所プロジェクト・チーム（21世紀の医療・介護労働）
11．阪神・淡路大震災で役に立たなかった「ショーウィンドー」医療
12．懲りずに「医療産業都市」
13．テロリズム・貧困・移民
14．軍・産複合体、多国籍企業、穀物メジャー
15．東日本大震災、原発事故
16．アンチ・グローバリズムと「草の根・社会保障」
17．人口が減るという歴史的初体験
18．社会科学としての自分史―「愚民の自己満足」ではなく
19．失われたもの―クッション、ゆとり、遊び
20．医療に軸足をおいた草の根・社会保障、そしてグリーン・ケア

●高齢化、グローバル化、そして社会保障的「逆風」

平成元年は1989年だが、この年に出された『20世紀・アメリカ病院史』と訳すべき本の第1章は「ビジネスとチャリティ」であった。いかにもアメリカらしい。

また、1980年代から活発に展開された医療の国際比較研究を踏まえて、世界の医療制度を経済発展段階的に4段階（先進、中進、後進、産油）、医療制度を「市場介入度」で4段階、4掛ける4、16のマトリックスに収めてしまう荒けずりな仕事が1991年から1993年にかけて出版された。しかし、「本」が出されたときには1989年の「ベルリンの壁」から1992年のソ連崩壊によって、「先進で社会主義的医療」というカテゴリーは消滅していた。そして、「セマシュコ・モデル」と言われた社会主義医療モデルも、ごく一部の研究者の記憶にとどまる存在となった。「医療論」はなんとなく「仕切りなおし」である。

戦後、アイゼンハワー共和党大統領はケネディー民主党大統領への引き継ぎの時、「わしは陸軍元帥だったが『軍・産複合体』をコントロールできなかった。君は海軍中尉にすぎないから大変だよ」と言ったといわれている。周期的に起こる戦争、地域紛争は軍需産業の在庫整理という性格を持っているからである。

もちろん、戦争行為そのものの「効率化」として、朝鮮戦争時には「オペ場での第1助手」が務まる正看（RN）の部隊編成、ベトナム戦争では、インターネットや救急ヘリの開発、さらには、ベトナム派兵への家族（特に黒人家族）の反発を緩和させるための「メディケア」「メディケイド」の施行などが浮上してくる。そして、在来の製薬産業に加えてメディカル･エレクトロニクス産業、ディスポ産業など加えた「医療産業」という総括語が登場したのが1960年代の終わりごろである。ついで、1973年のオイル・ショックによって「省資源・省エネルギーの知識集約型産業」が重視されるようになり「医療産業」はこの条件を満たす存在となる。そして、オイル・ショックで、国民が公的要求を遠慮したのに乗じて、一挙に医療の市場化、公的セクターの民営化が進行することになる。

1980年代の初め、アメリカでは「医療マーケティング」やコンピュータ・グラフィックによる地域医療分析の本が相次いで出され、レーガン、サッチャー、中曽根の「民営化・三羽烏」はそれぞれに腕をふるった。レーガンは1983年に老人入院医療抑制のためにDRGを導入し、中曽根は同年の概算要求で「保険給付は『標準医療』の範囲で」と主張した。1985年、サッチャーはNHSにamenity bedと称する「差額ベッド」を導入した。

また、それぞれの国の企業は多国籍化し、多国籍化企業出向社員用の医療マニュアルまで出されるようになった。それによると「医者を呼んでくれ」が5カ国語で書いてあり、英語は

I need a doctor, quickly.

日本では

Sugu ni isha ga hitsuyo desu.

こんなマニュアルを持たされて日本に派遣される人も気の毒である。

他方、無人兵器や人工頭脳の研究開発も進み、このあたりで「非常に危険なシナリオ」が見え隠れするようになった。それは「軍・産複合体」と「人工頭脳」との合体による「殺人ロボット」の開発である。

1978年『アルマ・アタ宣言』（WHO・ユニセフ共同）は、この危険な傾向に歯止めをかけ、現在、兵器開発や軍備に使われる金を「健康」の方にまわすことができれば、南北格差の是正は可能であることを提言した。提言実現のためには、日本の「九条の会」のようなものが世界中にできなければならない。

『アルマ・アタ宣言』は、例えば、オーストラリアの地域看護の本にも紹介され、オーストラリア政府がこの『宣言』を批准したことが年表でしめされているが、日本厚労大臣は『宣言』を知らないのではないか。

また、貧乏人の寿命を延ばすよりは、金持ちのシワを伸ばす方向への専門化に対して、ANA（アメリカ看護協会）は1980年に『社会政策声明』を公表し、「医学のこれ以上の専門分化は不要」と宣言した。

市場化、軍事化に医療が巻き込まれる傾向として、1987年に出された『現代的ヒポクラテスの探求』と訳すべき本では医師・患者関係をそこなうものとしての「医・産複合体」（medical industrial complex）の存在が指摘された。

『アルマ・アタ宣言』から10年後の1988年、WHOは『宣言』の内容実現にとって、最大の障害は先進諸国の医学教育における「象牙の塔・症候群」（ivory tower syndrome）であると指摘した。そして、同じ年に保団連は『開業医宣言・案』を公表しフロントライン医療の担い手であるべき姿を提言した。

日本の場合、「象牙の塔」というには、いささか脆弱な「ガラスの城・症候群」で、「医療政策」を「コンサルタント屋の営業品目」と考えたり、捏造学、改ざん学、粉飾学など、ガラスのかけらで国民にケガをさせることが多く、『アルマ・アタ宣言』の内容表現にとって、あてにならないことはたしかである。

●なんでも市場化、そして「国立つぶし」

やはり、問題は医療・福祉の市場化である。テンポの早い高齢化により、ロッキード・マーチン社のような軍・産複合体まで福祉市場に進出するようになったし、富裕層を対象にしたハイグレード医療の国際的な提供の場としてハブ空港、港湾都市に医療産業センターをつくる傾向が生まれ、「仁川」の真似をして「神戸」が走ったり、軍需的港湾都市「シアトル」に1245床の「スウェーデン医療センター」（Swedish Medical Center）が進出したりした。

アメリカで、「西部へ、西部へ」の開拓前線が太平洋岸に達した1880年代に「マーケティング理論」が生まれた。地理的ひろがりが期待できないなかでの市場開発論であるが、それから100年後の1980年代に、「マーケティング理論」の医療への適用がこころみられるようになった。「マーケティング理論の医療への適用」をテーマとする本も出され、「マーケティング理論」は医療機関の外部環境と内部環境との統一的把握である、という弁証法的表現をする本も現れた。この場合の「内部環境」とは職員の意識水準を意味していた、「外部環境」の方は競合・競争相手の分析から「かかりつけ医」を持たぬ社会階層の分析などいろいろだが、「人の弱み」を掘り起こすことも有力なマーケティング手段であった。

アメリカとちがって、公的医療の行き渡った日本では、まず公費医療や公的健康保険でカバーされない分野への民間保険の導入からはじまるが、やがて、公的にカバーされている部分の「市場化」が強引に進められることになる。

保険給付におけるビタミン剤、入院給食の市場化、「アメニティは別料金」式の「松・竹・梅」医療の導入などなどであるが、これは公的支出抑

制を志向する政府の意向と合体して、医療の民営化、後の「小泉医療改革」へと発展するうごきが進められることになる。極端に言えば国立病院も自治体病院も全部つぶせば巨大な医療マーケットが形成され政府の腹は痛まない、ということである。

この時期、マーケティングの本場で公的保障の貧弱な国、アメリカでは社会的弱者の切り捨てを批判する一枚の絵が医学教育者によって紹介された〈図１〉。「退院させられた老人患者像」であり、わずかな手荷物をもって蹌踉と歩む老人像の台座には「治癒判定は追い出され」と書かれている。

医師が老人の入院患者にたいして「治癒判定」をすることは「追い出し宣告」になることもあるということを医師は心得ておきなさい、という医学教育の教材であり、レーガン政権による老人入

〈図１〉 １.「治癒認定」すなわち「追い出され」（受け皿なき「退院」）

（Albert W. Snoke : Hospital, Health, and People. 1987. Yale Univ. Press）

院患者・早期追い出し政策としてのDRGにたいするアンチ・テーゼであった。

前述の『現代的ヒポクラテスの探求』という本も同じ年に別の医師によって書かれたものだが、日本では、この時期から「医療産業都市構想」などが浮上するのである。

太平洋の向こうの医療市場化の国、アメリカでは、市場型医療の欠陥を指摘する本が出され、太平洋のこちらでは国立病院統廃合・移譲計画にからんで、いわゆる「民活化」志向の魑魅魍魎的シンク・タンクやコンサルタント会社が登場した。ここでは典型的な事例をひとつだけ挙げておきたい。それは香川県高瀬町にあった「国立西香川病院」のケースである。

そのルーツは、戦前、地域の開業医がつくった民間の結核療養施設「松岡回春園」である。この施設が戦時中、日本医療団に召し上げられて「日本医療団・簡易結核療養所（奨健寮）」となり、戦後、「国立療養所」に移管され、そして1986年の国立病院・療養所の統廃合・移譲計画によってつぶされることになったのである。歴史的にみれば「民」のものを「国」が召し上げておいてつぶすのだからプロレスの「岩石落とし」というべきであった。反対運動が起こるのは当然のことであり、全医労は厚生省との間で「地元合意無くして」計画は実行しない、という確認書を交わした。そこで厚生省は地元、高瀬町の合意を得るために1000万円の調査費を交付した。

以下は、私がこの問題の現地調査団長として、現地で聞き取り調査した内容だが、高瀬町は300万はねて、700万で某コンサルタント会社に丸投げしコンサルタント会社は「つぶしてサラ地にするのが妥当」という報告書を提出したという「お粗末」である。国立病院つぶしは国民の税金を魑魅魍魎が吸い上げるプロセスでもあった。

●アクション・リサーチ

1986年から2000年ごろにかけて、国立病院・療養所の統廃合・移譲をめぐる現地調査で日本中を駆けめぐった。現地調査での結団式で、労働組合からの参加者から

「団長、これは『調査』ですか、『闘争』ですか」

という質問が出て、苦し紛れに

「これは『圧力調査』である」

と答えた。もっといい言葉はないものか、考えて思い当たったのが、ドイツの社会（心理）学者、クルト・レヴィンの「アクション・リサーチ」である。ナチ政権が着々と政権基盤を強化するプロセスを「客観的に把握」するだけの社会学でいいのか。その危険性について国民に働きかけて啓蒙し、民主的解決を模索する「社会学」であるべきでは、というのがレヴィンの主張であった。結局、レヴィンはアメリカに逃れて1947年に死亡しているので論著はすくないが、私は「アクション・リサーチ」として国立病院問題に参加した。新入労働組合員や研修医の学習になるような「調査」もこころがけ、1994年の北海道での調査には250人の大調査団が編成された。そして、同じ年に〈図2〉のように、「医療運動のための病院論」をテーマに医療経済研究会が開催された。

このアクション・リサーチはおおむね国民皆保険、「格差なき医療」の保持・実現という方向で展開され、運動・努力の積み重ねは次第に国際的に注目を浴びるようになった。例えば、1993年には、イギリスで「日本の医療・福祉を見習え」という本がだされたがこれは「安上がり公費医療」の見本としてであった。

●国際比較―比較経済史的視点の欠落

日本医療の海外への紹介文献で、日本人が英語で書いたもの以外で、比較的正確なものは、医療生協に関するものであり、本家の生協が国際団体に加盟しているせいだろうが、ロッチデール生協150年記念の出版物には日本の医療生協の「Han」（班）会議における血圧測定実習の写真が掲載されている。また、1992年に日本生協連医療部会が世界に呼びかけて東京・築地のがんセンター国際会議場で医療生協国際大会を開催したとき、スウェーデンからの参加者は「生協ならスウェーデンの方が本家だが、『医療』のついたのはないので参加した」と言った。

また、ブラジル人医師による「ユニメド」という一種の「医師の生産者協同組合」のような組織についての報告は注目を集めたが、残念ながら英

語が通用しなかった。

日本生協連医療部会としては、ここ一番の財政的負担に耐えての開催であったが

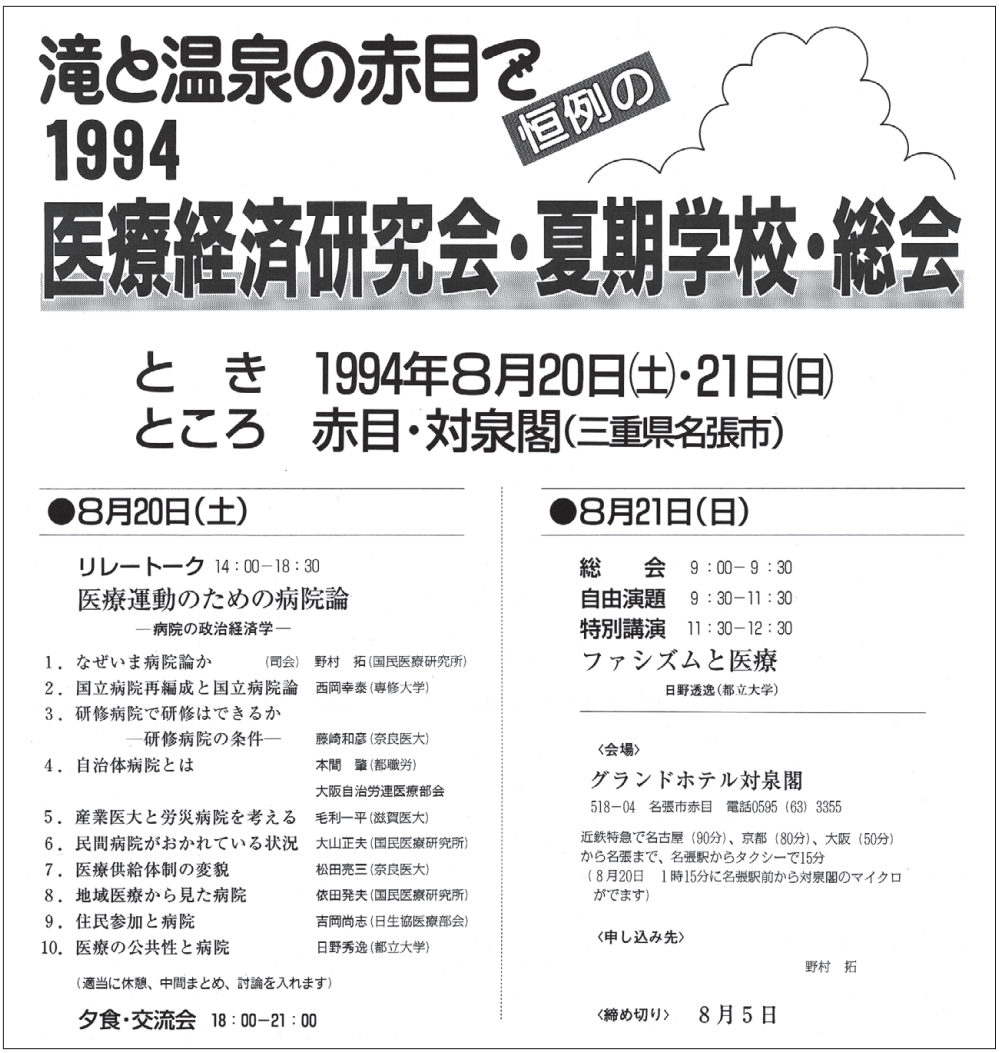
「日本はお金持ちなのだから､来年も日本で…」と言われたようである。世界貧乏長屋大会は大変であるが、かくのごとく日本への目線はいろいろである。

「低コスト・平等主義」の医療と紹介した本もある。「プロレタリア医療」の名の下に民医連を紹介した本もある。また、慈恵医療に端を発した済生会も、農村医療から生まれた厚生連も紹介されている。しかし、医科・歯科合わせて10万以上の保険医を組織し、「格差なき医療」をめざした活動をつづけてきた保団連についての紹介は、私の不勉強のせいか、なかなか見当たらない。それどころかアメリカの学者で「日本の医療は私保険に支配されている」と、日本の「皆保険」は「皆民間保険」と考えている学者まであらわれている。

これは、保団連の国際的プレゼンテーション能力の不足にもよるが、海外の学者の「医療国際比較能力」の低さ、とくに比較経済史など社会科学的認識能力の欠如にもよる。ある意味で「平成時代」は、国際的にも「医療にかかわる社会科学的認識低下の時代」として特徴づけられるのではないか。

ふりかえって考えると、前掲の「1994年・夏期

〈図２〉医療経済研究会（1994年の夏期学校）



学校」の内容などは、逆風の中で到達した「医療に関するトータルな認識水準」といえるのではないか。

この1994年という年は、「食」に関するしめつけの多い年であり、入院給食やビタミン剤の保険給付がターゲットにされたが、次の年、1995年には阪神・淡路大震災で「住」や「災害」が医療的話題となった。それまで、ハイテク医療のショーウィンドーと見なされていた病院が災害医療には役に立たなかったが、それに懲りずに火事場泥棒のように医療産業都市づくりが進められている。

火事場泥棒的医療産業都市構想は2011年の東日本大震災の場合にもあらわれるが、東日本大震災の場合は原発事故を含む大災害であり、「平成」を「災害」の時代として強く印象づけるものがあった。

国民を不幸にする災害の印象が強烈で、国民を幸福にするべき医療の印象が薄弱なのが「平成」の特徴といえるかもしれないが、話を医療の国際比較の問題に戻そう。

OECD 統計の利用によって、1980年代なかばからさかんになった医療の国際比較はなにを生んだか、先進国中心の専門医統計と「医療国際比較マトリックス」(M. I. Roemer) などを生んだが、間違いも多く「引用に耐えられないもの」が目につく。台湾が「社会主義・極貧国」に分類されたり、前述のように日本の「皆保険」は「皆・民間保険」だと本気で考えていたり、孫引きの繰り返しで「ウィリアム・ペティ」が、いつのまにか「リチャード・ペティ」になったり、である。

私にとっての唯一の収穫は橋本正巳氏による「日本の専門医統計」である。

1980年代から1990年代にかけての時期は「専門医問題」がクローズアップされた時代で、Marshall W. Raffel 編: Comparative Health Systems (1985. Pennsylvania State Univ. Press.) は14カ国の医療制度を取り上げ、日本担当は公衆衛生学者、橋本正巳であった。日本の場合、標榜科目が自由で、複数の科目を掲げている医師が多いので、〈表１〉は橋本、苦心の作である。

その後、この本の新版が出されたが、日本担当者が変わり、新担当者は橋本の努力を踏襲しなかったので、日本の専門医統計はこれだけである。

この「橋本統計」は「不完全専門医統計」と読み、より完全な専門医制度を、と机上で考えるのは、一種の『象牙の塔・症候群』である。もし、比較社会経済史的素養があれば「不完全専門医統計」を「帝国主義の後追い挫折・統計」と読みか

〈表１〉　日本の専門医統計

	医師数	開業	病院勤務
内科	24,571	6,827	17,744
呼吸器科	467	19	448
胃腸科	946	123	823
循環器科	968	35	933
小児科	7,342	2,475	4,867
精神科	1,349	60	1,289
神経科	203	22	181
神経科（内科）	463	9	454
一般外科	10,406	563	9,843
整形外科	5,418	781	4,637
形成外科	280	12	268
美容外科	11	8	3
脳神経外科	2,025	11	2,014
呼吸器外科	92	—	92
循環器外科	347	—	347
小児外科	236	33	203
産婦人科	8,422	3,697	4,725
産科	28	4	24
婦人科	240	112	128
眼科	6,182	3,887	2,295
耳鼻咽喉科	4,767	2,936	1,831
気管支食道科	15	—	15
皮膚科	2,460	869	1,591
泌尿器科	1,909	79	1,830
性病科	8	6	2
肛門科	125	86	39
Ｘ線診療科	125	6	119
放射線科	1,508	43	1,465
麻酔科	1,645	15	1,630
一般医	1,633	1,447	186
内科および関連項目	33,493	23,906	9,587
外科および関連項目	10,412	6,591	3,821
内科および外科	19,375	15,567	3,808
Ｘ線および放射線	9	4	5
その他	1,014	91	923
不明	321	69	252
診療に従事する医師数	148,815		
医師数	156,235		

（ただし1980.12.31現在）

えることができる。ということは、大英帝国の植民地支配が生んだ「ミドル」を対象に発達した専門医制度という視角が成り立つからである。

かつては貧民の収容施設、伝染病の隔離施設であった「病院」が医療技術革新によって「治療の場」と変わった時期（20世紀初頭）から、「病院」は「ミドル」対象の専門医の活動場所となり1920年から1940年にかけてGPは病院から締め出されて医療は「複線化」し「階層化」した社会と対応関係となるのである。

もし、日本が「大東亜共栄圏」の盟主となり、満鉄株や台湾製糖株や植民地からの利権で「ミドル」が社会階層として形成されたら、「本国」での専門医制度と「医療の複線化」は完成したかもしれない、というような大胆な仮説を持って考えるべきではないか。同時に「帝国主義の後追い挫折」と「格差なき医療の実現」との関係も明らかにしなければならないし、日本の開業医の1.5次医療を評価する外国の研究者が現れたことも確認しておかなければならない。なお、アメリカ覇権主義と専門医との関係については、ややちがった分析方法が必要なので、今回は触れない。

●社会科学的医療論のトレース・再構築

以上、随分、偏りのある「平成医療史」になってしまったが、メリハリのないアホダラ経のような歌がはやり、情報機器依存と社会科学的認識の後退、平べったいクロスセクション分析でことが済むと考える幼稚さが気になるからである。昭和・平成と通して歴史をみれば、戦時下のバカげた政治への回帰をもとめる幼稚さが「社会科学的認識の後退」を助長しているとも言える。

この「後退」は、医師層については医学情報の指数曲線的増大の重圧によるもので、医学生時代には無理でも生涯学習的には克服しうるものである。しかし、「後退」のもうひとつの問題は「社会科学者の医療的非力さ」であり、講師不在で「医療抜き」の社会保障学校が開催されるようになったのも平成時代の特徴のひとつである。

たしかにアメリカのニューディール政策が生んだ「社会保障法」（1935）は「医療抜き」であった。

しかし、フランクリン・ルーズベルトは医療に無関心であったわけではなく、「医療改革プラン」を持っていたが、「社会保障法」を議会で通すための共和党対策として削除したわけである。また、「医療改革プラン」を示せるだけの膨大な調査報告書が1928年から1933年にかけて次のような形で出されていたわけである（〈表２〉、次頁）。

1920年代、アメリカはなぜ、経済的繁栄のなかにありながら医療をうけられない人が多いのか、また、医師にとって、なぜ貸し倒れ、コゲツキが多いのか、を調査・研究しようという動機から1925年にスタートしたのが『医療費委員会』で、一言で言えば「市場型医療の弊害と克服方法」であり、医療経済学の古典としても今日的意味を持つものである。

特に11,500家族の受診・受療状況を１年間にわたってフォローした「26巻」（Vol.26.）は、類を見ない社会科学的医療調査であった。伝染病統計のような「特定疾患」の統計ならばとりやすいが、トータルに「病的状態」をとらえるには「病的状態」を定義づけなければならない。

この調査では「広義の労働不能」と「（買薬もふくめて）なんらかの受療」によって「病的状態」を定義づけ、「病的状態」と受療との関係を所得階層別にとらえ、低所得層ほど医療需要が潜在化する傾向を明らかにした。医療需要（medical demand）から区別して医療ニード（medical need）という概念を定立したのもこの調査であり、この「病的状態」の定義は、戦後、占領軍スタッフのニューディーラーを介して日本の『国民健康調査』の「傷病の定義」に援用されるのである。

このような社会科学的医療論がルーズベルトの「ニューディール政策」に生かされなかったのは、前述のように法案の議会通過にあたっての共和党への配慮からであり、社会保障は医療抜きでいいとルーズベルトが考えていたわけではない。

しかし、歴史的時間が流れると、いつとはなく「社会保障には医療はふくまれない」ような考えが有力化し、1980年代にはマサチューセッツ工科大学の出版会から「社会保障の民営化」ととりあげた本が出され、私などは「存在しないものを民営化するのか」と驚嘆した。

以上、歴史的な事柄にこだわったのは、平成時

代が医療に対する社会科学的認識の後退（特に専門医制など）や「医療抜きの社会保障論」によって平成時代が特徴づけられそうな気がしてならないからである。

●平成医療史への視角

高齢化、グローバル化のなかでの「平成時代」であったが、阪神・淡路大震災（1995）、東日本大震災（2011）をはじめとする地震、台風被害の多かったのも平成時代の特徴といえるのではないか。「災害医学」「災害看護」への関心が深まるな

〈表 2〉The Committee on the Costs of Medical Care（C.C.M.C）の報告書

（1）The Five-Year Program of the Comittee on the Costs of Medical Care. pp.40, 1928.
（2）The Extent of Illness and of Physical and Mental Deffects prevailing in the United States. pp.84, 1929.
（3）A Survey of Statistical Data on Medical Facilities in the United States. pp.124, 1929.
（4）Hospital Service for Patients of Moderate Means. pp.105, 1930.
（5）Medical Care for 15, 000 Workers and Their Families. pp.96, 1930.
（6）A Suevey of the Medical Facilities of Shelby County, Indiana. pp.213, 1930.
（7）Capital Investment in Hospitals. pp.44, 1930.
（8）Private Group Clinics. pp.130, 1931.
（9）A Survey of the Medical Facilities of the City of Philadelphia, 1929. pp.298, 1931.
（10）A Study of Physicians and Dentists in Detroit, 1929. pp.54, 1931.
（11）The Municipal Doctor System in Rural Saskatchewan. pp.84, 1931.
（12）A Survey of the Medical Facilities of San Joaquin County, California, 1929. pp.230, 1931.
（13）A Survey of the Medical Facilities of the State of Vermont. pp.340, 1932.
（14）The Costs of Medicines. pp.268, 1932.
（15）Midwives, Chiropodists, and Optometrists. pp.88, 1932.
（16）The Healing Cults. pp.148, 1932.
（17）Nursing Services and Insurance for Medical Care in Brattleboro, Vermont.pp. 78, 1932.
（18）The Medical Service of the Homestake Mining Company. pp.65, 1932.
（19）University Student Health Services. pp.129, 1932.
（20）Community Medical Service Organized Under Industrial Auspices in Roanoke Rapids, North Carolina. pp.126, 1932.
（21）Organized Medical Service at Fort Benning, Georgia. pp.136, 1932.
（22）The Fundamentals of Good Medical Care. pp.324, 1934.
（23）Survey of the Medical Facilities in Three Representative Sourthern Counties. pp.198, 1932.
（24）The Incomes of Physicians. pp.150, 1932.
（25）The Ability to Pay for Medical Care.
（26）The Incidence of Illness and the Receipt and Costs of Medical Care Among Representative Families. pp.346, 1933.
（27）The Costs of Medical Care. pp.648, 1933.
（28）Medical Care for the American people. pp.236, 1932.

日野・野村『医療経済思想の展開』（1974）より

かで、火事場泥棒のように災害復興に名を借りた「医療産業都市」構想が神戸でも福島でも東北地方でも登場した。「医療ツーリズム」の受け皿づくりである。そして、海外からお客さんを受け入れるのであれば、カジノも、という方向がとられつつある。

くり返しになるが、阪神・淡路大震災のとき、「医療産業のショーウィンドー」といわれたハイテク病院はほとんど役に立たなかった。そのことに懲りずにもっと津波の危険性の高い地域に医療産業都市づくりを進めているわけである。破壊されることによって「市場」がひろがるというのは「戦争」の論理である。

第１次世界大戦の時、ロールスロイス社は殺戮用「装甲自動車」と救済用「救急車」と両方つくって儲けたが、今日的に云えば「殺人ロボット」と「介護ロボット」との同時開発であり、ここに戦争市場の魅力がある。破壊と再建で往復儲けるゼネコンのように。

ものづくり市場はすでに飽和状態で、市場拡大のために「欲望を開発する」。そのために医療が利用されてはならない。人の「不安」を市場化する生命保険、人間相互間の「不信」を市場化する損害保険、「おもわく」を市場化する証券会社、そして究極の市場は戦争だと考えている軍・産複合体、その複合体と親戚関係にあることを自覚しない医・産複合体。しかも、これらの複合体は多国籍企業化して税金のがれをして、社会的弱者救済を困難にしているわけである。

公権力は公的救済支出抑制のためにマイナンバーによる国民管理を試みるが、その個人情報の集積が「人間の弱み・市場」のデータ化されかねないのが今日的状況である。「レセプト・オンライン化」もこのような文脈でとらえなければならない。

もし、横暴を極める多国籍・脱税企業が国民国家のコントロールのおよばない存在であるならば、グローバル市民連合を組織して、再度『アルマ・アタ宣言』的なチャレンジを試みなければならない。これは「平成」の次の時代の課題だろう。
（2018.11.16）

（のむら　たく、医療政策学校主宰）

BOOK

二木立『医療経済・政策学の探究』

勁草書房、2018年（676頁＋ vi 頁）

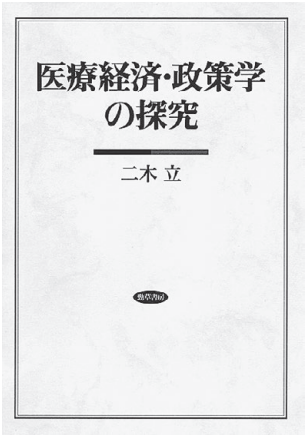
高山　一夫

本書『医療経済・政策学の探究』は、筆者である二木立先生（現在は日本福祉大学相談役・名誉教授）が、ご自身の研究の軌跡と主な実証研究をまとめられた大著である。二木先生の研究については、先生が毎月出されているニュースレターが本総研のウェブサイトに掲載されていることもあり、総研の関係者にはご存知の向きも多いであろう。評者もまた、日本医療福祉政策学会（旧：日本医療経済学会）などを通じて、先生には大変にお世話になっている。これまでのご指導に対する感謝の意をこめて、この大著の魅力を簡潔に紹介したい。

1、医療政策研究の成果と分析枠組み・概念

さて、二木氏の研究は、その時々の医療政策を対象とする政策学的な研究と、医療経済の実証分析に重きをおいた研究とに、大別することができる。医療政策に関する研究については、本書では第Ⅱ部の「全単著はしがき、あとがき、目次」において、氏の問題意識と議論のポイントが簡潔に整理されている。詳しい内容を知りたいときは、それぞれの著書をあたればよい。とくに、638頁以降の（実証研究も含めた）全著作目次は、それ自体が1980年代半ば以降の日本の医療政策を通観するうえで、有用な資料でもある。

政策学的な研究において、二木氏がこれまでに提起され、彫琢された分析上の枠組み・概念については、本書の序論の第２節において、①将来予測の３つのスタンス、②厚生省の政策選択基準と新自由主義的医療改革の本質的ジレンマ、③21世紀初頭の医療・社会保障改革の３つのシナリオという形で、整理がなされている。



第一の「将来予測の３つのスタンス」について、二木氏は、政府の施策を批判して「あるべき医療」を代置する第１のスタンス、また、厚生省の最大願望が実現した場合に生じる「地獄のシナリオ」に警鐘を鳴らす第２のスタンスではなく、医療の徹底的な実証分析に基づいて、客観的・実証的予測を行うとともに、現在に比べ変化するのかしないのか、どのような功罪を有しているかについて複眼的に考察する、第３のスタンスを提唱する。この第３のスタンスから、氏の政策研究は、日本医療の構造変化に関する実証分析と、医療機関を対象とするフィールド調査、さらに厚生労働省の公式文書や政策担当者らの講演記録に対する文献学的研究に依拠することで、医療政策の構造的かつ歴史的な分析の途を切り拓いている。

第二の「厚生省の政策選択基準」と「新自由主義的医療改革の本質的ジレンマ」は、二木氏の医療政策分析において、キイとなる分析枠組み・概念である。氏によれば、その時々で様々な政策案が提起されるにせよ、厚労省の政策選択基準はあくまで公的医療費の抑制に据えられており、外圧

等の特別な事情がない限りは、政策案のどれが採用されるかほぼ正確に予測し評価できるという。この概念の論理的な帰結として、氏は、新自由主義的改革（医療の市場化・営利化政策）は、公的および総医療費の増加をもたらす限り全面的には解禁されないと主張され、小泉医療構造改革やTPP協定交渉をめぐる論争に際して、冷静な議論を展開された。

第三の「21世紀初頭の医療・社会保障改革の3つのシナリオ」は、体制（内閣・官庁・自民党・経済団体・政府系研究者等）側の医療・社会保障改革シナリオが、1990年代末において、新自由主義的改革を志向するものと、社会保障制度の部分的公私2階建て化を目指すものとに分裂し、公的医療費・社会保障費用の総枠拡大をめざす議論を含めると、3種類のシナリオになったという主張である。そのうえで、氏は、第二でのべた新自由主義の本質的ジレンマにも留意し、安倍現政権はそのイデオロギー上の特徴にもかかわらず、医療・社会保障改革においては新自由主義一辺倒ではなく、歴代政権の政策を引き継いだ部分改革を志向していると評する。

評者自身は、二木先生の一連の医療政策研究からは、その主張や予測の当否だけではなく、むしろ政策分析を支える緻密で徹底的な資料分析と、そこで得られた知見を包含する分析枠組み・概念を独自に提起されたことに、研究者として学ぶべき姿勢があると思う。力量を異にする者が先生と同じ水準で仕事をすることは無理だとしても、何かひとつのテーマについてリアルで透徹した政策分析ができればと、心に期するところがある。

2、医療経済の実証分析と医療提供体制の変貌―複合体とIDSについて

医療政策研究と並んで、本書の主内容をなすのは、二木氏の主な実証研究論文26本を再録した第Ⅰ部である。実証研究のパートでは、①脳卒中リハビリテーションと地域・在宅ケアの経済分析、②人口高齢化と医療費増加、③技術進歩と医療費増加、④医療提供体制の変貌（病院チェーンから複合体へ）、⑤医師の所得と勤務形態および医師数と医療費の関係、⑥終末期医療費の、6つの実証研究群が収録されている。さらに、補章において、平均在院日数の決定要因、医療満足度の国際比較、保険外負担の全国調査についても紹介されている。

これら主要実証研究群のすべてを紹介することは評者の手にあまる作業であり、読者が各々の関心に照らして、収録論文を繰り返し精読すべきであろう。評者は、アメリカの医療政策と医療産業を研究しているため、本書のなかでも、特に「保健・医療・福祉複合体とIDSの日米比較研究」（本書第Ⅰ部第4章第4節）に興味を抱いた。同節では、米国のIDS（Integrated Delivery Systems；統合（医療）供給システム）について、①IDSの定義・用語と実態、②IDSの全体像、③IDSの経営的・経済的効果の研究を整理したうえで、④二木氏らの研究グループがカリフォルニア州南部で実施した現地調査結果を報告している。

第一に、IDSの概念について、IDS研究の第一人者であるショーテルらの定義―特定の地域住民を対象にして、一連の医療を調整して提供する医療提供組織のネットワーク―は、規範的な定義であり、統合の範囲と程度を反映して、それ以外にも様々な定義や用語が用いられていることを指摘する。とくに、統合には、所有統合だけでなく、独立した組織間の戦略的提携に基づくバーチャルな仮想統合も含まれており、実際の統合組織はそれら両方の要素を有していることに注意を促している。

また、IDSの実態について、米国における統合の主役は医師と病院と医療保険であり、なかでも医師と病院との結合が決定的に重要だという。アメリカの大半の病院はオープン・システムを採用しているため（州によっては病院が医師を雇用することを法的に禁じている）、勤務医はほとんどおらず、入院診療や外来診療、救急外来までもが、病院と契約した医師・医師グループが担当してきた。この点、数多くの勤務医がいる日本とは事情を全く異としている。IDSは、病院が医師グループを買収するか、あるいはそれと契約することで、病院と医師の統合を実現しているわけである。病院と医師との統合について、二木氏は、一見すると日本の方がはるかに進んでいるように見えるものの、多くは個々の病院の枠内に限定されており、

サテライト診療所を展開する病院や複合体は一部であること、対して米国では、病院の枠を超えて地域医療の相当部分が統合され、病院に統合された医師は事実上のサテライト診療所で診療するなど、面的にははるかに統合が進んでいることを強調している。

さらに、日本ではまったく存在しない医師・病院と医療保険（マネジドケア）とを統合した（3点セットの）IDSこそ、真のIDSというべきという。ただし、IDSの大半は病院が母体となって後から医療保険を付加したものであること、また、都市部では医療保険間の競争が激しく、とくに1997年財政調整法以降はマネジドケアの経営が悪化しており、医療保険（マネジドケア）を売却・分離するIDSが増加していることから、真のIDSは数としては少ないとのことである。

第二に、IDSの全体像について、アメリカ病院協会の統計と、SMGグループ調査会社による統計をとりあげ、IDSの特徴を整理しつつ、日本の複合体（私的病院・特養・老健の3点セット開設グループ）との比較も行っている。分析の結果、①米国のIDS（最高度統合システム）の大半が大規模であるのに対して、日本の複合体は中小病院を母体とするものが少なくないこと、②IDSが急性期医療中心の統合であるのに対して、複合体は慢性期ケアとの統合が中心であること、③米国では医師・医師グループが所有する病院がほとんど存在しないこと、④IDSの大半が都市部に立地し、広い診療圏を有するのに対して、複合体は都市部では少なく、診療圏も狭いこと、⑤IDSは全コミュニティ病院（非連邦政府立の短期一般病院）の4分の1を占め、都市部ではIDSによる寡占が成立しているのに対し、複合体は病院総数の数%にすぎず、病院市場の寡占も生じていないことを、明らかにしている。

第三に、IDSに関する代表的な実証研究（レーアマン、ロビンソン、ショーテル、コッディングトン等）をレビューし、①所有統合と仮想統合の比較研究（ロビンソン）もあるが、両者は連続体として捉えるべきこと（ショーテル）、②IDSの統合を進める上で情報システムの構築が中核的役割を果たしており、この点については研究者・実務家の意見が一致していること、③IDSの特徴や経営的・経済的効果の実証研究は増えつつあるが、一定の結論は得られていないことを、指摘している。

第四に、カリフォルニア州南部の2つのIDS（Sharp HealthcareとCatholic Healthcare West）の現地調査で得られた知見として、①市場競争下での非営利組織の合理的経営―使命に裏打ちされた市場アプローチ―の意義、②救急外来における無保険者への無料提供の実施など、非営利病院（とくにCHW）がアメリカ医療のセーフティネットとしての役割を果たしていること、③非営利病院も他病院の合併・買収を通じて、1980–90年代に組織を大きく拡大したこと（1999年11月には全米最大のカトリック医療組織であるAscension Healthが誕生）、④急性期医療の枠内での統合が中心で、ナーシングホームや在宅ケアとの統合は比重が小さいこと、⑤IDSの経営幹部が、IDSの核心は病院と医師との統合にあり、その最大の利点はマネジドケアとの交渉力の強化であることを強調していたこと、⑥1997年財政調整法によるメディケア医療費の削減が病院経営に大きな影響を及ぼしていること、⑦情報化投資は総収益の数%と全米平均並みであるが、日本と比べれば大きいこと、⑧PACE（高齢者包括ケア・プログラム）やソーシャルHMO（急性期医療と慢性期ケアとの統合を図るメディケアのモデル事業）など、急性期医療と慢性期ケアとの統合事例も少ないものの存在することについて、論じている。

以上の研究結果をもとに、二木氏は、日米医療の比較研究について、両国間の異質性は大きく、アメリカの医療制度・政策をつまみ食い的に移植することは不可能であること、したがって、「日本医療の改革はあくまでも日本医療の歴史と現実に基づいて行うべきである」（368頁）と、明快に論じている。この指摘は、医療の国際比較研究を進めるうえで、忘れてはならない点だと思う。

評者もまた、総研から研究助成を得たものも含めて、複数回にわたり米国医療の現地視察を実施している。IDSについては、とくにマサチューセッツ総合病院やベス・イスラエル病院などをふくむパートナーズ社（Partners Healthcare, ボストン市）での調査（2001年4月）において、やはりマネジドケアとの対抗と、情報システムを活用

した医療管理の取組について知見を得る機会を得た。（詳しくは、アメリカ医療視察団著『苦悩する市場原理のアメリカ医療』あけび書房、2001年、第4章を参照のこと。）

IDSに関する最近の議論として、専門学術誌だけでなく、米国の産業組織論の定番テキスト（J. W. Brock, ed., *The Structure of American Industry*, Thirteenth edition, 2016）でも触れられていることを紹介したい（p.256およびpp.264−5）。同テキストの記述によれば、1990年代に、病院・病院グループがIDS形成に乗り出し、医師との提携―医師を雇用する場合もある―を含め、医療の連続性を高めたという。また、IDSはHMOとの契約を進め、なかには法律上の要件を満たすためHMOに転換したIDSもあったとのことである。ただし、その後HMOの市場シェアが低下するに伴い、HMOとの統合に関する病院側の関心も低下している模様である（なお、病院自身の水平的統合も進み、ある研究によれば、1980年代半ばから2010年にかけて、市場の集中度を示すハーフィンダール指数が病院業では40％も増加したそうである）。病院と医師との統合の成果については、二木氏が1990年代後半に文献レビューをしたときと同様、実証研究は比較的乏しく、知見の一致を見ていないようである。近年でも、病院が医師グループを所有することで、医療の価格と費用がむしろ増大することを示唆する研究がある（Baker and Bundorf, et al., "Vertical Integration: Hospital Ownership of Physician Practices Is Associated with Higher Prices and Spending", *Health Affairs* 33（2014）：756−63.）。

いまひとつ、無保険者など医療弱者に対するセーフティネット機能については、二木氏が紹介した宗教系の非営利病院（CHW）と並んで、州・地方政府（市・郡・病院区など）立の公立病院も大きな役割を果たしていることを補足したい。評者が2015年にワシントンD.C.で行った現地調査では、市（ワシントン特別行政区）が設立したUnited Medical Center（ただし経営困難を経て、現在の経営トップは民間企業出身者とのこと）にて、貧困地区の住民を対象とした多様な支援サービス（Enabling Services）とアウトリーチ活動の取り組みについて見聞を深めるとともに、公立病院の全国団体であるAmerica's Essential Hospitalsを訪問し、公立病院の現状と役割について学ぶことができた。（詳細は、『諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究』非営利・協同総合研究所いのちとくらし2012年度研究助成研究成果報告書、2016年6月参照。）

米国では、公立病院やコミュニティ・ヘルスセンターなど、主に無保険者や医療弱者の診療を手掛ける医療機関のことを、（コア）セーフティネット・プロバイダーと呼ぶ。これらの施設が数多くの無保険者を抱える米国医療を下支えするとともに、支払い困難な患者の診療費用の大部分は、連邦メディケア・メディケイドDSH支払いや州・地方政府独自の医療扶助制度など、政府の補助金によって賄われている。セーフティネット・プロバイダーについては、従来の米国医療制度の研究とはやや異なるテーマであり、今後の研究が俟たれるといえる。

この書籍紹介では、本書の魅力のごく一部しか伝えることができなかった。収録された他テーマの実証研究もいずれも大変に興味深く、最後まで通読することで、読者は医療経済・政策学の学問的な高さと広さを感じとることができよう。その意味で、本書は、二木先生の研究に関心を抱く者はもとより、医療経済や医療政策についての研究と教育、また医療運動に携わるすべての者にとって、必読文献であると評価したい。

（たかやま　かずお、京都橘大学教授）

2012年度研究助成

北海道の病院看護における労働編成と人材育成
― 道央の急性期病院：勤医協中央病院を事例に ―

谷川　千佳子

1．はじめに

日本の看護労働市場はこれまで４度の看護師不足問題に直面している。１度目の「不足」は第２次世界対戦終了直後において、医療供給水準の向上を企図した医療施設の整備から労働需要が急増したことに起因する。２度目の「不足」は、入院患者に対する既存の看護要員配置規定に加えて構成割合を規制し、その配置基準に従って診療報酬点数上の加算額いわゆる「看護料」を決める「基準看護」が1958年に制定されたあとに生じている。３度目の「不足」は、1985年の医療法改正を機に病院の病床が数多く増設され、労働需要が増大している。そして４度目の「不足」は、２度目と同様に診療報酬点数上で７対１入院基本料が創設されたことに起因している。これは、平均在院日数の短縮等の急性期入院医療の実態に対応して、手厚い看護職員の配置が必要であるという2004年の厚生労働省による調査結果を踏まえ、2006年度の診療報酬改定において、患者７人に対して看護師１名を配置する体制に対して手厚い診療報酬を与えるというものであった。看護師の労働市場は都市部を除いて、労働需要者が賃金率と雇用量に決定力をもつ需要独占･寡占構造となる特性をもち、労働力不足が常に起こりうる状態にある（鳥飼他、2014）。

看護労働力の常態的な供給不足のもとで、看護師の主たる就労先である病院ではどのように看護提供体制をとり、業務を遂行する人材の育成に当たっているのだろうか。本稿では、診療報酬改定で７対１入院基本料制度が導入された2006年を含む､看護労働市場の状況を明らかにする。さらに、北海道の病院事例を通して病院看護の労働編成と人材育成の取り組みを合わせて確認することを本報告の目的とする。

2．看護職員の需要に影響する医療制度改革の概観と看護労働市場

1）医療制度改革の概観

近年、わが国では歴史上経験のない人口減少と超高齢社会を迎える中、医療制度を支える社会経済情勢に大きな変化が生じ、医療の質と医療費の適正化の両立という難しい課題に直面するようになった（宮本、2014）。この20年の医療制度改革を以下に概観する。

2000年（平成13）介護には保険制度施行され、医療保険と介護保険が機能分担・連携を図りながら医療制度改革を推進した。2006年（平成18）には高齢者医療制度の創設や医療費を抑制するための医療制度改革関連法案が成立し、国民の生活の質の確保・向上と医療費の効率化を掲げた医療費の適正化が本格始動した。急性期医療等医療施設機能の役割分担が明確化された。2011年（平成23）、社会保障審議会医療部会による、病院・病床の機能の明確化・強化による急性期医療の機能強化と在宅医療の推進に関する意見がだされる。2012年（平成24）社会保障・税制一体改革大綱がうちだされ、高度急性期への医療資源集中化による入院医療強化、医療・介護サービス体制の連携強化等閣議決定された。このころから、在宅医療の社会的ニーズの高まりと看護職員需要の増大が一層叫ばれるようになった。

2）全国および北海道の看護労働市場の概況

全国に病院は8,376施設、1,547,996床の病床があり[1]、就業看護師は年々増加して平成28年末には1,149,397人（常勤換算）となっている[2]。

（1）就業看護師数

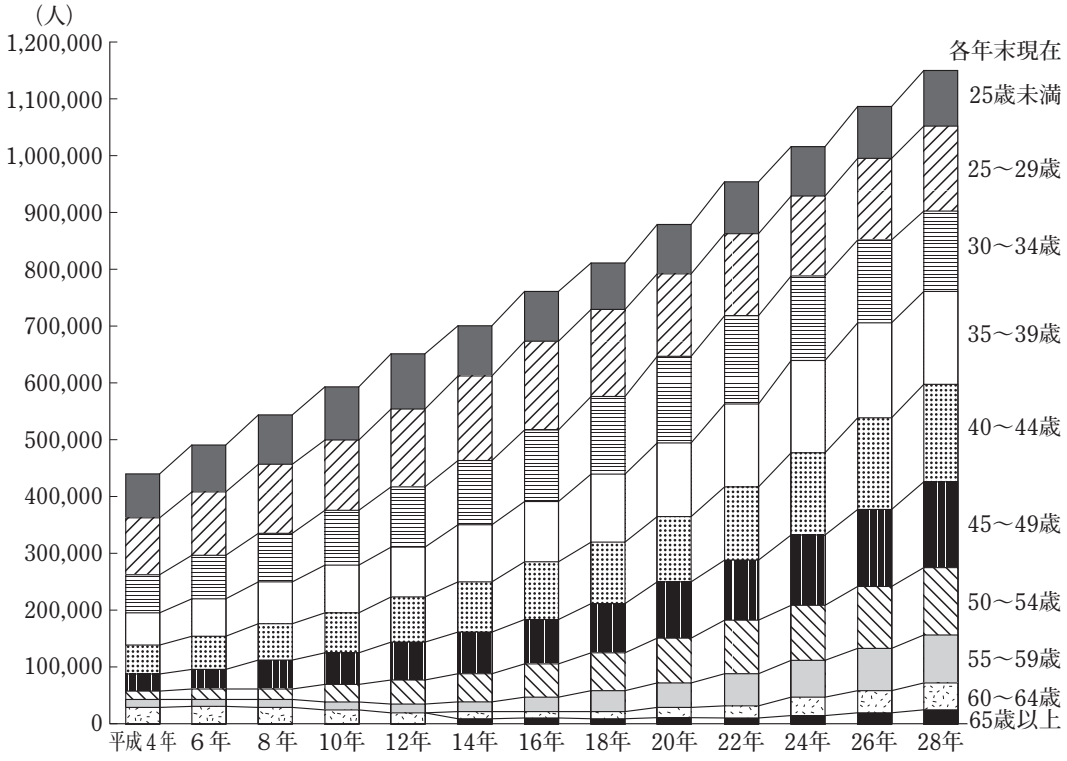
全国の就業看護師数は、2014年（平成26年）には1,086,779人で、10年前の2004年（平成16年）760,221人から326,558人増加している（**図1**）。

北海道の看護職員就業者数は2010年（平成22年）12月末現在76,588人となっており、年々増加傾向にある（**図2**）。

（2）求人倍率

全国の看護職員の求人倍率をみると、2006年（平成18）以降10年間2.0倍を割ることがなく、2015年（平成27）では2.68倍と3年続いた2.7倍台からようやく下回るものの、看護労働市場では人手不足が常態化していることがわかる（**表1**、**図3**）。

北海道の求人倍率では2006年（平成18）4.56倍、2007年（平成19）4.91倍、2008年（平成20年）5.11倍と極端な上昇が生じている（**表1**、**図4**）。このことは2006年の一般病床の入院基本料診療報酬改定を受けて、病院がこぞって急性期医療を提供する7対1看護配置基準を届け出たことの現れといえよう。同時期の全国のデータでも求人数の対前年増加率は2005年から2006年に123％、2006



注：1　平成12年以前は「看護婦（士）」の数である。
　　2　平成4年～12年の60～64歳には65歳以上を含む。

図1　全国就業看護師の年齢階級別年次推移

出典：厚生労働省　平成28年衛生行政報告例（就業医療関係者）

[1] 厚生労働省：医療施設動態調査（平成30年11月末概数）

[2] 厚生労働省：平成28年衛生行政報告例

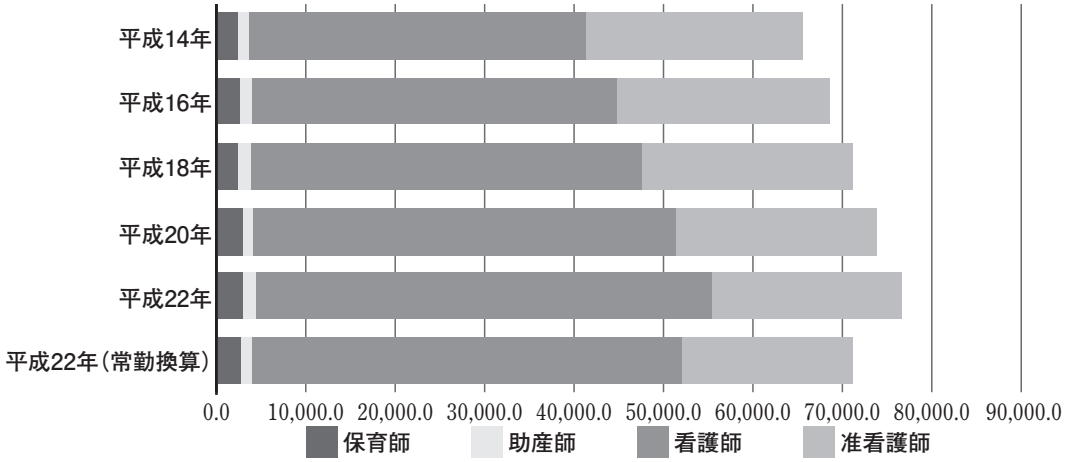


図２　北海道の看護職員就業者数・実数の年次推移　各年12月末現在

出典：北海道医療計画改訂版

表１　全国、北海道の看護職員求人倍率の年次推移

年度	全国					北海道				
	求職者数（人）		求人数（人）		求人倍率（倍）	求職者数（人）		求人数（人）		求人倍率（倍）
		前年増加率％		前年増加率％			前年増加率％		前年増加率％	
2017	67,614	102	159,891	100	2.36	4,471	76	10,934	106	2.44
2016	66,485	110	159,999	99	2.40	5,871	119	10,283	85	1.75
2015	60,314	91	161,913	88	2.68	4,921	96	12,053	110	2.45
2014	66,311	100	183,588	99	2.77	5,122	104	10,984	91	2.14
2013	66,477	105	185,578	108	2.79	4,921	95	12,053	136	2.45
2012	63,309	101	171,156	106	2.70	5,167	96	8,884	103	1.72
2011	62,844	92	161,009	104	2.56	5,393	91	8,595	95	1.59
2010	68,199	86	155,058	91	2.27	5,959	85	9,069	56	1.52
2009	79,675	93	171,057	86	2.15	6,976	91	16,292	42	2.34
2008	85,954	100	199,283	98	2.32	7,678	104	39,201	108	5.11
2007	85,627	107	203,278	107	2.37	7,396	113	36,351	121	4.91
2006	79,983	99	189,808	123	2.37	6,573	101	29,962	144	4.56
2005	80,561	—	154,773	—	1.92	6,529	—	20,861		3.2

出典：日本看護協会中央ナースセンター登録データより筆者作成

年から2007年にはさらに107％となっているが、翌2008年には98％となり、以降求人数そのものも減じていく。求職者数のほうもまた2006年から2008年にかけて増加しており、活発な移動が起こっていたことがみて取れる。

北海道の求人数の対前年増加率は2005年から2006年には144％、翌2007年はさらに121％、翌2008年にも104％と大きく伸びており、全国の増加率よりもはるかに際立って看護師職員の争奪戦が繰り広げられたことがうかがわれる。しかし2009年を境に減少に転じ、2012年（平成24）、2013年（平成25）にも再び求人増が見られる。け

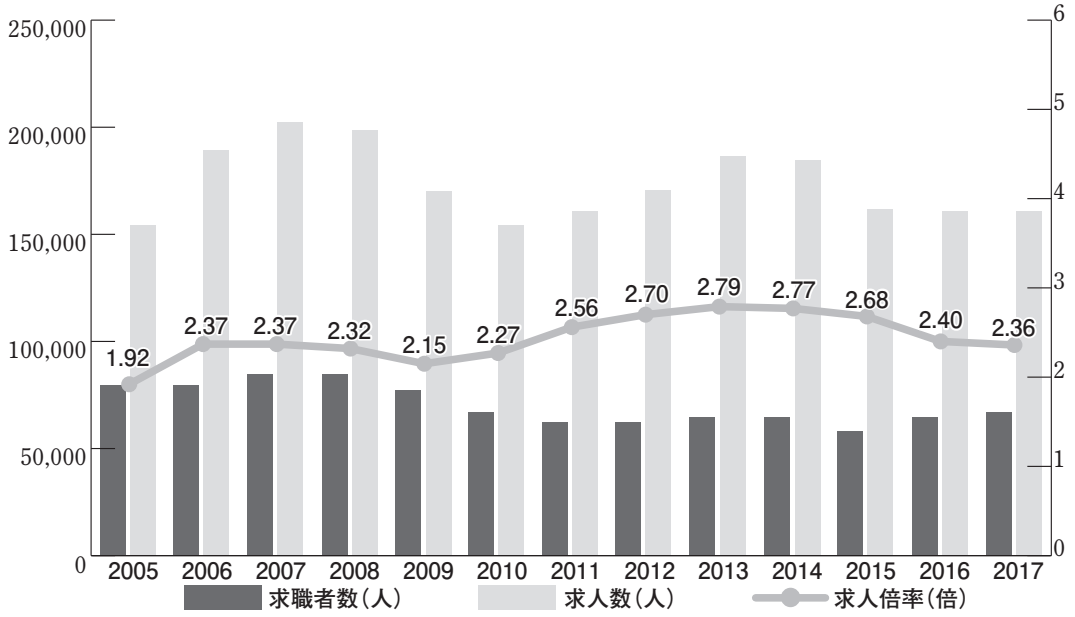


図３　看護職員求職･求人数、求人倍率の年次推移（全国）

出典：日本看護協会　中央ナースセンター登録データより筆者作成

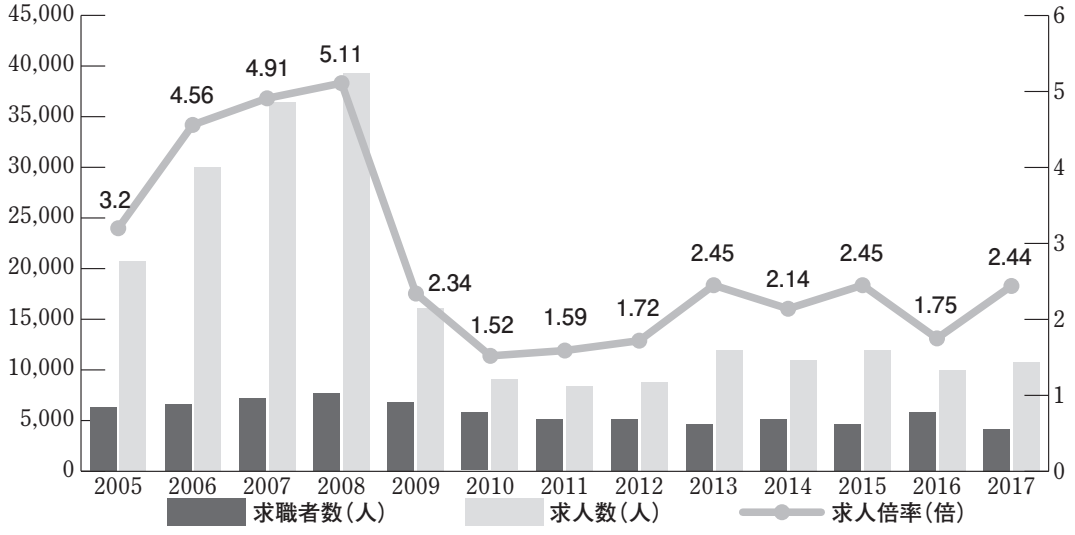


図４　看護職員求職・求人数、求人倍率の年次推移（北海道）

出典：日本看護協会　中央ナースセンター登録データより筆者作成

れどもその後も求職者数は求人増に対応せずむしろ徐々に減じており、なかなか人手不足の解消されない、移動の乏しい不活発な看護労働市場の様相を呈している。

人口10万人当たりの看護職就業者数でみると、北海道平均1,296.5人で、全国平均1,001.6人を上回り、看護職員数は潤沢であるかにみえるが、医療圏によっては差が見られる（北海道保健福祉部、2013）。（図５）

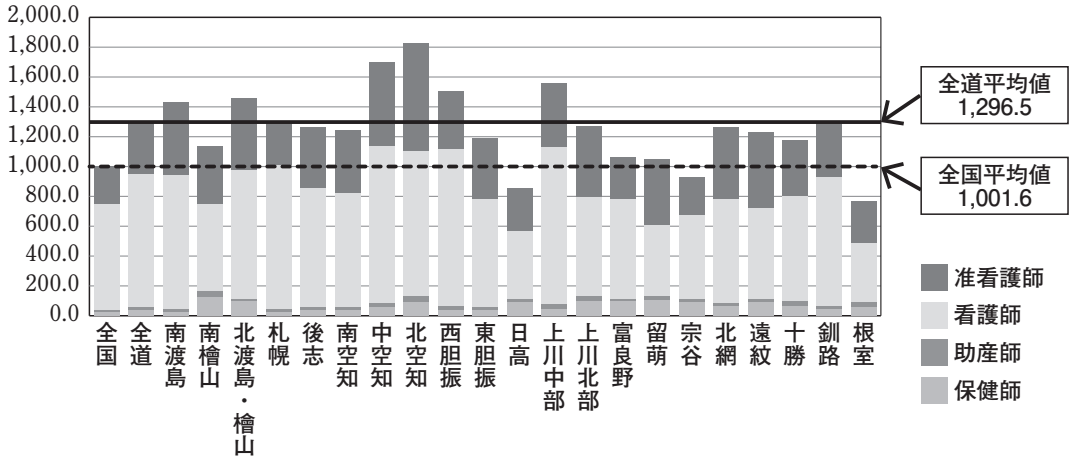


図５　人口10万対看護職員就業者・常勤換算（第二次医療圏）平成22年末現在

出典：北海道医療計画改訂版

表２　病院勤務看護職員数（常勤換算）、病床、人工対比（北海道）

【病院勤務看護職員数(常勤換算)、病床、人口対比】　平成22年12月末現在

区分	看護職員数 (A)　人	病床数 (B)　床	病床100対看護職員数(C) (A／B×100)人	人口 (D)　千人	人口１万対病床数 (B／D)　床
全国	860,148.1	1,593,354	54.0	128,056	124.4
北海道	51,276.5	99,162	51.7	5,506	180.1

出典：北海道医療計画改訂版

（３）病床100対看護職員数

北海道は人口当たりの病床数が全国より多いこともあり、病院勤務の看護職員数を病床数当たりで比較すると、病床100床当たり全国54.0人、全道51.7人と、全道平均が全国平均を2.3人下回っている（北海道保健福祉部、2013）（表２）。

（４）看護職員養成定員

北海道における看護職員の養成定員について平成19年度と平成23年度を比較すると看護師３年課程では2,115人から2,232人と117人の増、２年課程では1,060人から1,125人と65人の増となっている。一方で、准看護師では、651人から481人と170人の減となっている。課題として、養成施設の定員は、少子化の進行等に伴う受験者の減少などから、大幅な増員は難しいうえ、定員に対する就業率が低いことから、就業者数の確保を図る上で、定着・離職防止対策や未就業看護職員の再就業を一層推進する必要がある(北海道保健福祉部、2013)。

３．政令指定都市における病院看護の看護提供体制に関する実態調査：勤医協中央病院を事例に

対象とした医療機関は、政令指定都市にあって急性期医療機能を担う勤医協中央病院である。本調査は、総看護師長の同意、院内倫理審査会の承

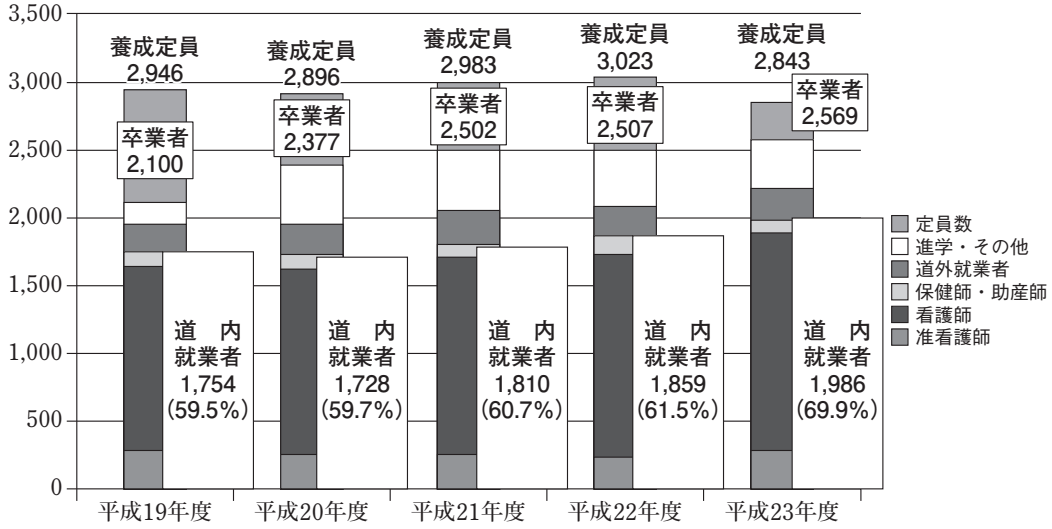


図６　看護職員の養成定員と卒業者の動向

出典：北海道医療計画改訂版

認を得て2013年３月18日から25日までの５日間、総看護師長他看護職員への聴取調査および一般病棟での参与観察を行った[3]。

１）勤医協中央病院の組織概要

当該病院は、戦後の荒廃のなか、医療に恵まれない人々の要望に応えようと、医療従事者と労働者、地域の人びとの協力によって「働くひとびとの医療機関」として開設された公益法人である。道央、道東、道南他各地区に病院、診療所をはじめとする医療施設を運営している。調査時点で40数年の医療提供実績を有する。利用者は地域住民のほか、複数の市町村をまとめた二次医療圏域からの受診行動がある。

（１）病院組織

院長、副院長、事務長、総看護師長からなる管理部門を筆頭に、調査時点で27部門（11診療科目、８センター、手術部・人工透析室等７部室）からなる医師組織、看護部門、地域連携センター、事務、薬剤部、検査部など、合わせて38部門で構成されていた。

（２）入院病床数

調査時点の病床数は402床であった。新病院への移転を２カ月後に控えた過渡期的な時期であり、病院組織の改編、特に病床数の変更（増床）、病棟配置病床数変更に向けて医療提供体制の変更が計画され準備されていた頃であった。調査時点では病床数は402床だが、法人内の別の病院から病床を移行して新病院では48床増床して450床とし、一般病棟が45～46床だったところをすべて50床にすることとされていた。

当該病院は二次救急医療機関として救急告示しており「救急車は断らない」方針をとっている。救急搬送は年に約3,000件を数える。さらに急性心筋梗塞の急性期医療を担う医療機関として北海道に登録しており、地域の救急・急病治療の要となっている。これに関わって、ICU（Intensive Care Unit 集中治療室）を現行４床から６床へ増床し、救急病棟６床のところを HCU（High Care Unit 準集中治療室、重症患者病棟）に変更して20床とする。他方で、回復リハビリ病棟を54床か

[3] 本調査は、2013年５月の新病院移転直前に実施したものであり、新病院が稼働して５年を経て上梓する本報告は、旧病院における看護のあり方を書き残すものとなる。

ら50床へ減じるといった救急医療体制に整える。

慢性腎不全患者を医療提供対象とする人工透析室は44床を午前と午後に稼働させる「二回転」させる体制であるが、32床に減じて回転数を午前、午後、夜間の「三回転」に変更して病床稼働率を上げる。

「ほかのクリニックさんではシャント[4]が詰まった時に対応ができないし、重傷なかたへも対応できない。うちは歩いて来ることのできないような人たちも多いので、重症度が高いです。」（総師長）

病床稼働効率や医師体制の都合だけでなく、近隣の腎臓内科診療所でフォローしきれない人工透析患者を受け入れられる体制をとろうとするものである。

（3）病床管理

入院件数は年間8,700件から8,800件で、一般病床の病床稼働率は92～93%（調査時点）である。救急車を断らない方針であるということは、予定入院の他に毎日複数件の緊急入院受け入れが前提されていることを意味し、そのためには、空いている病床が救急病棟と一般病棟との間で調整される必要がある。その調整会議として、「ベッドコントロールセンター会議（以下 BCC 会議）」が全病棟師長と外来全師長によって開催されている。会議では、救急外来医師からの申し送りおよび情報提供を受けて、すでに救急搬送されて救急病棟に入院している患者を一般病棟へ転棟させ、その日の緊急入院に対応する救急病棟の空床を確保する。一般各病棟の空床管理業務を担う看護師長が当該病棟の入院予定、退院予定、病棟内で患者を個室から４床室に移動ができるかどうか、常時観察を要するレベルの看護度の高い入院患者の人数、勤務表上の看護師の配置人数などから、受け入れを勘案する。一般病棟師長の手上げ制、あるいは病床稼働状況を電子カルテシステムで確認している会議を統括する副看護部長が病棟を指名して病床移動が決定される。BCC 会議は日勤帯および夜勤帯の空床確保のために毎日２回、９時15分と16時に持たれている。月に１回、院長と事務部門、医療ソーシャルワーカーでベッドコントロールセンター会議のための運営会議が持たれている。

（4）職員の構成

常勤医師110名（うち院長１名、副院長５名）、非常勤医師27名。保健師７名、看護師383名（うち男性７名）。パート看護師24名と准看護師４名はおもに外来部門に配置され日勤帯のみの勤務である。病床数が54床ある６階回復期リハビリテーション病棟には介護福祉士９名が配属され、ここでは「ケアワーカー」と通称されている。国による回復期リハビリテーション病棟の人員配置の基準には専門資格を要しない看護補助者とされているが、当該病院では基準を上回り、国家資格である介護福祉士の有資格者に統一して採用している。リハビリテーション部門には作業療法士24名、理学療法士14名、言語聴覚士６名が配置されている。生命維持管理装置の操作及び保守点検を行うことを業とする臨床工学士は15名おり、人工透析室および手術室、ME センター、心臓血管カテーテル室に配属されている。近年では外注化傾向にある臨床検査部門は院内に確保されており、臨床検査技師44名が常勤雇用されている。レントゲン検査や MRI、心臓血管カテーテル室等放射線医療機器を用いた画像診断にかかわる部門に配属される放射線技師は28名、入院患者の栄養指導や給食管理、栄養管理をする管理栄養士９名が常勤雇用されている。以上はいずれも国家資格である。この他、事務部門には、認定資格で診療記録管理の専門職である診療情報管理士を含む71名で構成される（**図７**）。

[4] 血液透析の際に十分量の血液を確保するための取り出し口で、動脈と静脈を体内または体外で直接つなぎ合わせた血管のこと。

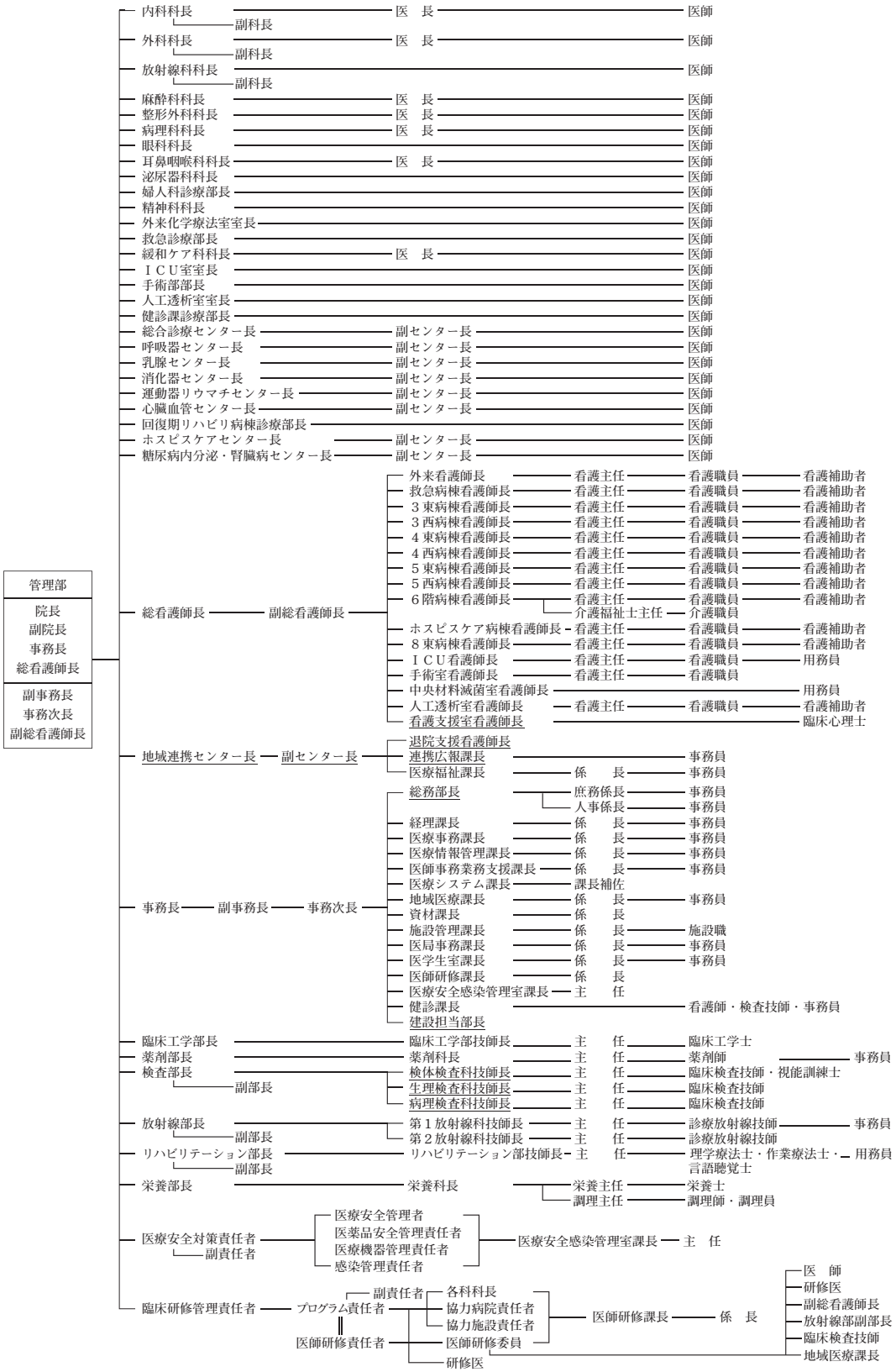


図７　病院組織図　（2013年３月時点）

2）看護部門の労働編成

（1）看護単位と看護師の配置

勤医協中央病院看護部門の組織は、９病棟、外来、救急病棟、人工透析室、手術室、中央材料滅菌室、集中治療室（以下 ICU）、看護支援室からなる看護単位16単位と検診部があり、それぞれに看護師長１名から３名、主任１名～３名が配属されている（図８）。

一般病棟の看護師の配置人数については、診療報酬算定基準上、急性期入院医療に対応するもっとも手厚い看護職員配置基準である「一般病棟７対１入院基本料」を届け出ているため、日勤帯においてその日の入院患者数に応じて患者７名に対して看護師１名の基準を満たす人数が配置されなければならない。一般病棟が45床満床の場合に日勤帯には看護師が７名勤務している必要がある計算となる。また、夜勤体制は３交替制であり、準夜勤務・深夜勤務にそれぞれ３名の配置としているため、一日の夜勤者として６名が確保されねばならず、また夜勤明け、夜勤入り看護師も同様に３名ずつ計６名が存在している。さらには隔週週休二日制としての休日中の職員も３～６名いることになる。これらの人数を単純に合わせると、満床日の一般病棟には22～25名の看護師が確保されている必要があるが、当該病院では配置基準よりも余剰に看護師が配置されていることがわかる（表３）。たとえば27名を配置する３階西病棟を例にとると、10時45分に出勤し19時退勤する「遅A」と呼ばれる、業務が繁忙となる夕方の時間帯の人員を厚くしてゆとりをもたせ、業務負担の分散にあてていることがわかる。けれども実際には、一般病床の病床稼働率は92～93％とあるので満床となることが常ではないため、27名の配置は入院基本料を安定的に維持できる配置数といえる（表３、表４）。

3）看護部門の人事管理

総看護師長は、病院管理部の一員として、病院長の命を受け、病院の理念に基づき方針の決定・企画・運営に参画する役割を有している。看護部門を統括し、提供される看護サービスの質の維持・向上や働く看護職員に対して責任と権限を有する。副総師長の役割は主に総師長の補佐、不在時の代行である。各看護単位の管理者として看護師長がおり、主任、看護師、ヘルパー、クラークの順で職位が構成されている。

図８　勤医協中央病院看護部門組織図

出典：看護部提供資料『看護業務基準2012年版』

表３　2011の年度看護体制

セクション	病床数	診療科・センター	師長	主任	看護師介護福祉士	ヘルパー	クラーク	用務臨床心理	夜勤体制
外来	－	外科･婦人科･リハビリ･耳鼻科･麻酔科･整形外科･泌尿器･眼科･化学療法室･内科･精神科	1	3	20		5		＊1　救急病棟３交替 準夜４人深夜２人
救急病棟	6	救急病床、中央処置室、放射線内視鏡	1	3	25		2		
人工透析室	－	血液透析・ＣＡＰＤ	1	2	19	1			＊2　準夜４人、時差、早出
手術室	－		1	2	19				＊3　土日祭日待機、２交替
中央材料滅菌室	－		1		1			用６	
集中治療室ICU	4		1	1	16				＊4　３交替
３階東病棟	45	呼吸器センター　乳腺センター	1	2	27	2	1		＊4　３交替 準夜３深夜３　遅A休日以外
３階西病棟	46	消化器センター	1	2	27	2	1		＊4　３交替 準夜３深夜３　遅A
４階東病棟	44	運動器・リウマチセンター	1	2	27	3	1		＊4　３交替 準夜３深夜３　遅A休日のみ
４階西病棟	45	消化器センター	1	2	26	1	1		＊4　３交替 準夜３深夜３　遅A
５階東病棟	45	心臓血管センター	1	2	27	2	1		＊4　３交替 準夜３深夜３　遅A
５階西病棟	45	総合診療センター	1	3	30	3	1		＊4　３交替 準夜３深夜３　遅C
６階病棟	54	回復期リハビリテーション	1	看2／介1	看18／介9	1	0.5		＊5　２交替　３人、早出B　遅A
７階東病棟	18	ホスピスケアセンター	1	2	17	1	0.5		＊5　２交替　２人
８階東病棟	42	糖尿病内分泌･腎臓病センター　泌尿器科　耳鼻咽喉科	1	2	27	2	1		＊4　３交替 準夜３深夜２　遅A休日以外
看護支援室	－	感染管理　緩和ケア　皮膚排泄ケア	3					臨１	
看護師長室	－						1		

出典：看護部提供資料『看護業務基準2012年版』

表４　看護部門の夜勤体制

（夜勤体制）

＊1　救急３交替		＊2　透析室		＊3　手術室		＊4　ＩＣＵ・病棟３交替		＊5　２交替	
日勤	8：45－17：00	日勤	8：45－17：00	日勤	8：45－17：00	日勤	8：45－17：00	日勤	8：45－17：00
準夜	16：45－0：00	準夜	15：30－23：30	夜勤	16：45－8：45	準夜	16：45－0：00	夜勤	16：45－8：45
深夜	0：00－8：45	時差	13：00－21：00	待機	8：45－8：45	深夜	0：00－8：45		
早A	7：00－15：15	早B	7：30－15：45	遅A	10：45－19：00	遅B	11：15－19：30	遅C	12：30－20：45

出典：看護部提供資料『看護業務基準2012年版』

（１）採用と離職

採用については、法人で毎年４月に50名程度一括採用し、当該病院に35～40名程度が配属される。他方、離職率は2012年度に７％であり、離職者の補充だけでなく「プラスアルファで補充している」（総師長）。このことは、当該病院で規定している子育て支援制度の利用によって育児休業で欠員や夜勤のできない看護師が出る場合や急な欠勤に対応しなければならないことを鑑みて多めに配置する必要があるためという。実際、2011年、2012年には育児休業利用者の増加や、また、夜勤ができない理由を申告する職員が増えた時期があって対応するためと、新病院への移行を控えて求人数を増やしてきたために、雇用する看護師数を増加させている。

勤医協中央病院における看護職の離職率は、2005年度8.5％から2006年度11.3％、2.8ポイント増と際立った伸びがみられ、翌2007年度11.7％に引き続きの上昇を示し、2008年度には9.3％と一桁台に減じて推移している（**表５**）。この２年間の離職率の上昇は、2006年の診療報酬改定で「７対１入院基本料」が導入されたことに起因する。

表５　勤医協中央病院常勤看護師の離職率

	2005年度	2006年度	2007年度	2008年度	2009年度	2010年度
保健師（人）	0	0	0	0	2	2
看護師	26	32	36	30	24	28
准看護師	1	3	3	2	2	1
計	27	35	39	32	28	31
離職率（%）	8.5	11.3	11.7	9.3	7.7	8.2
（参考）全国の常勤看護職員離職率（%）	12.3	12.4	12.6	11.9	11.2	11.0

出典：2010年度看護部門年報より筆者作成
参考）「病院看護実態調査」（日本看護協会）

「７対１の時で争奪戦の時にやっぱり数名はやっぱりそういうことで他の病院に行く人がいましたので、ここら辺はその影響があるかと思います」（総師長）

とはいえ、過去６年間10%台を割ることのない全国の離職率と比較するとき、当該施設看護部における離職率の低さ、翻って定着率の高さは特徴的といえるだろう。これには何らかの要因があると考えられるが､分析と考察は別の機会としたい。

（２）人材育成

当該病院を含む公益法人では、看護職員に対する教育が体系化されており、様々な教育要綱や研修会のためのハンドブックが複数作成され、共有されている。

①『看護職員継続教育要綱』：看護職員継続教育委員会
②『職員育成指針』：教育委員会所管。「目標育成面接」「職場診断」「職種別研修要項」
③『新人看護職員研修実施要項』：看護師教育研修委員会
④『認定看護師による研修会開催要項』：看護支援室

（３）院内外で看護職員の教育を担う看護支援室

当該病院には、看護部門の組織図上、各病棟と並列する看護単位の一つとして、看護支援室が設置されている。ここには認定看護師３名（調査時点）が配置され、院内、院外の看護職員の教育に関わっている。

認定看護師とは、専門看護師と並んで、日本看護協会が規定する認定審査に合格し、ある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有することが認められた者をいう。認定看護師は特定の看護分野において、「実践・指導・相談」の３つの役割を果たす。がん化学療法看護や緩和ケア、皮膚・排泄ケア他、21分野が認定看護分野として特定されている（2016年12月時点）。病院の医業収入となる診療報酬制度には、専門看護師、認定看護師が配置されていることで算定できる加算、管理料、指導料があるため、高度な看護技術の提供だけでなく、病院経営の観点からも専門看護師、認定看護師への需要が高まっている。配置は専任または専従とすることが規定されている。

専任配属されている認定看護師は３名、感染管理、皮膚・排泄ケア、がん化学療法、緩和ケア、救急看護の各認定分野であった。認定看護師・専門看護師による診療報酬の算定には配置要件が規定されており、例えばがん化学療法看護認定看護師が配置されることによって「がん患者指導管理料１」の場合に診療報酬は１回500点（１点10円、5,000円）が算定される（2016年診療報酬改定現在）。緩和ケア認定看護師がいれば該当領域のがんについて「緩和ケア診療加算」を１日につき400点（4,000円）算定できる。また、皮膚・排泄

ケア認定看護師がいれば「褥瘡ハイリスク患者ケア加算」500点（5,000円）を入院中に１回算定することができる。点数は項目によって高低があるため、医療機関としては診療報酬が高く評価されている項目を算定できる認定看護師を１日も早く獲得することを目指すこととなる。

当該病院における認定看護師の役割と機能として総師長は以下のように語っている。

「院内のケアの質を向上させるということと、うちの病院がゼネラリストの育成を強めていますので、ゼネラリストの育成中で特に褥瘡とか緩和のところとか、感染のところは重要になってくるのと、救急のフィジカルアセスメントのところも全体的に学習をしています。そういう教育システムを特に推進する部署としてこの看護支援室というのを、2012年の３月に作りました。」（総師長）

看護支援室の開設の第一義は「ケアの質の向上である」としている。「ゼネラリストの育成を強めている」ことの背景についてここでは十分に尋ねていないが、看護師には院内での配置転換の機会が少なからずあるため、特定の診療科目のケア提供に長けることを狙ってはいないと推察される。

認定看護師には、医療機関や施設を超えて認定看護師同士あるいはその者が所属する機関と連携して、「実践・指導・相談」の３つの役割を果たすことが期待されている。看護支援室に配置された認定看護師らは教育活動を院内に限定せず、学習機会を地域の医療機関看護部門に提供している。

「特に感染のところは、今、診療報酬上で感染対策１取ってるもんですからＢ病院さんとうちが『いちいち』［筆者注：感染対策１加算をとる病院］同士で、連携病院になっていて、あと、『２』［筆者注:感染対策２加算］の病院が４つか５つぐらいあるんですけれども、その『２』の病院と連携をして先日はＢ病院さんのラウンドをして各病院が集まってラウンドをし、先日はうちのほうも来ていただいてラウンドをというのが、それは診療報酬上2012年から出来るようになっているのでそういう取り組みをしているところです。」（総師長）

（４）認定看護師による院内認定看護師養成講座の開設

さらには、先に認定資格を取得した看護師にはこのような働きを期待するとともに、院内で認定看護師資格の取得を目指せる人材を育成している（**図９**）。

「看護の理念や組織の理念があります。その目標もあります。その目標を推進することができる人はやっぱり管理職として登用していくと考えているんですけど、例えば看護現場だけですごいキレる看護師［筆者注：頭が切れる、判断が巧みの意］っていますね。そういう人はスペシャリスト養成ということがあって、今も「院内認定コース」というのがあって。みんな認定になり、認定看護師になることを方針として育成してるんですね。それで、奨学資金制度も出してるんですけど、今、うちは先ほど言った通り、WOC「（ウォック）皮膚･排泄ケア」がいて、「緩和ケア」がいて、「感染」がいて、「がん化学療法」がいて、「救急」がいて、この５分野があるんです。その他に、今、「慢性呼吸器疾患」、今年の５月に試験を受ける人がいます。「認知症ケア」も１人５月に。それからあと、今、「皮膚・排泄」２人目。この３人が今年受験です。研修、終講しまして卒業しましてこの５月試験です。このほかに今進めているのは「糖尿病ケア」の認定と「手術」と乳線､「乳がん」ですね。「乳がん」とあと将来的には今年の８月からリニアック入れて放射線治療やりますので、５、６年後ぐらいには放射線の認定を作りたいなと。」（総師長）

冒頭部は優れた中堅を指す「大中堅（だいちゅうけん）」看護師には、管理職登用のチャンスがあることを示す発言であったが、多くの看護師に対して、管理職登用だけをモチベーションにさせるのではなく、看護師にとって認定看護師資格取得が魅力的なキャ

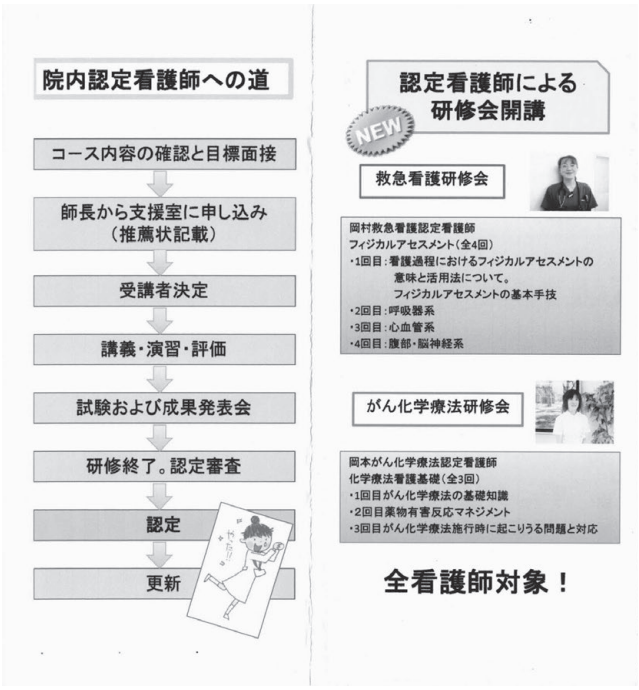


図９　認定看護師による院内認定コースパンフレット（抜粋）

出典：看護部提供資料

リアプランになりうると総師長は考え、育成しようとしている。

既に配置稼働させている５分野の認定看護師だけでなく、さらに７分野での資格取得を見込んでいるが、現在資格取得に取り組んでいる看護師だけでなく、新病院移行後、新たな医療の提供に対応する認定資格をより多くの看護師に取らせたいと考えていることがわかる。看護現場のキレ者看護師は資格取得候補者の筆頭であるが、また「みんなを認定に」というように、多くの看護師に資格取得の道を開くことを展望している。それには学習に対するインセンティヴを与える必要があるが、個別に声をかけるだけでなく、「院内認定コース」として学習機会の仕組みを創設して好奇心や意欲を育て、院内認定が取れたなら次のステップで正式な認定看護師資格取得を目指すことを応援する仕組みである。個々の看護師が持っているかもしれないキャリアアップへの意欲を高められるシステムとして打ち出された学習機会といえよう。

> 「認定がどれだけの力になるのかということですけども、認定、数だけいればいいというものではなくて各分野において看護について『感化』していくことと、みんなの中に教育できる人材を自分のところで持ちたいということもありまして、こういうような認定にチャレンジする人たちに奨学金制度を設けているわけです。」（総師長）

「院内認定コース」開設で総師長が目指すのは、「看護について感化していくこと」であり、「みんなの中に教育できる人材を自分のところで持ちたい」ためである。何についての「感化」を期待するのか。ここでは単に優れた技術の伝達ではないだろう。感化させたいのは、ともに働く看護職員のものの考え方や見方、価値観であり、看護を提供する上での倫理観である。また、「教育できる人材を自分のところで持ちたい」とは、認定看護師は指導がその役割であるためここでは認定看護師のことをさしているのではない。「院内認定コース」を履修した看護師がその学びを現場で実践し、指導し、メンバーの相談に乗ることができる人材として育てようとしているといえる。つまり、現場での問題解決力を向上させ、集団として看護職員をエンパワメントさせることを期待しているものと考えることができよう。

その他、外的な動機としては、認定看護師の分野及び人数が増えれば診療報酬算定に直結するため、大きな経営貢献となることが挙げられる。総師長の「院内認定コース」を開設する動機としては、①看護の質の向上、②看護について感化していく、③教育できる人材を自施設で育て集団をエンパワーする、④看護師のキャリアアップへのインセンティヴ装置として、⑤病院への経営貢献。これらのいずれをも得ることを見込む、win-win-win のプランといえよう。

４．おわりに

本報告では、看護労働力の常態的な供給不足のもとで病院ではどのように看護提供体制をとり、業務を遂行する人材の育成に当たっているのか、看護労働市場の状況を概観し、事例検討を通して確認した。事例の勤医協中央病院は、看護配置基準を上回る看護職員数の確保と配置をしており、離職率が全国平均より低く、法人の方針と当該病院看護部自身の取り組みで充実した教育体制が整えられていた。とりわけ、認定看護師の育成を巡り、資格取得の前段階として「院内認定コース」を開設し、①看護の質の向上、②看護について感化していく、③教育できる人材を自分施設で育て集団をエンパワーする、④看護師のキャリアアップへのインセンティヴ装置として、⑤病院への経営貢献、を見込んでいると考えられた。本事例は都市に立地し、地域において中核的な急性期医療機能を担う施設であり、かつ自施設に看護師養成機関を有しているといった、看護労働力の確保には比較的恵まれている事例といえよう。今後は、地方都市における看護労働力の偏在可能性とそこでの教育について検討する必要を覚え、別稿にて記述したい。

引用・参考文献

小村由香、2014、「看護労働の分析」、『日本労働社会学会年報』、25：22-35.

川口章、安川文朗、松田洋一郎、2008、「日本の看護需給と働きがい　現状と課題の社会経済分析」、社会保険旬報、2344：38–47.
鳥飼達也、佐藤八重子、中井修、2014、「医療過密地域における中小病院の人材確保と病院経営への影響について」、『共済医報』、63（4）：6–13.
日本看護協会ｅナースセンター統計調査資料室、中央ナースセンター登録データに基づく看護職の求職・求人に関する分析報告書（2018年6月25日ダウンロード）
https://www.nurse-center.net/nccs/scontents/1
北海道保健福祉部、2013、北海道医療計画改訂版（2018年6月25日ダウンロード）
http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/cis/iryokeikaku/00hokkaidouiryokeikaku.htm
宮本恭子、2014、「看護職員の需要構造と看護労働力確保の課題」、『島根大学法文学部紀要社会文化論集』、10：9–25.

（たにかわ　ちかこ、聖徳大学看護学部）

研究助成報告書（報告書・ウェブサイト公開）

●青木郁夫、上田健作、髙山一夫、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（978-4-903543-00-0）2006年6月発行（在庫なし、ウェブサイトでPDF公開中）

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

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

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

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

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

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

●渡邉貴博ほか「名古屋市の一地区における路上生活者114名を対象とした精神保健および身体調査の報告」
（『いのちとくらし研究所報』64号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中）

研究助成報告（機関誌掲載など）

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

●概要報告「旧日本軍遺棄毒ガス被害実態調査および日中共同の医療支援に関する研究―寒川およびチ

チハル日中合同検診を通して―」（磯野理ほか）『いのちとくらし研究所報』51号　（全文はウェブサイトで公開）

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

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

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

●「中国農民専業合作社における信用事業の展開に関する一考察」（宋暁凱）『いのちとくらし研究所報』55号

●「臨床研修医は現場の医師から何を学び人生の糧としているのか？～いのちを守るための医療者養成の観点からロールモデル像とその影響の解明～」（菊川誠ほか）『いのちとくらし研究所報』56号

●概要報告「宮崎県県北地域における子どもの社会的排除と『排除しないまちづくり』の取り組み」（志賀信夫）『いのちとくらし研究所報』58号

●概要報告「特別養護老人ホームにおける多職種連携による円滑な終末期介護を実現するための調査研究―概要―」（高橋幸裕ほか）『いのちとくらし研究所報』58号

●「認知症早期発見の検診と認知症進行予防教室の取り組み」（山田智）『いのちとくらし研究所報』60号

●概要報告「若狭地域住民の原発関連事業所への就労実態と生活問題に関する調査研究―若狭地域の集落別世帯別就業実態調査による、住民と原発の結びつきの把握―」（髙木和美）『いのちとくらし研究所報』62号

●概要報告「高齢化団地における住民の福祉ニーズに対する地域活動の成果と今後の課題」（坂本毅啓・石坂誠）『いのちとくらし研究所報』63号

●「名古屋市の一地区における路上生活者114名を対象とした精神保健および身体調査の報告」（渡邉貴博ほか）『いのちとくらし研究所報』64号（ウェブサイトでも全文公開）

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

第64号（2018年10月）――【特集】いのちとくらしを守る

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

第63号（2018年７月）――【特集】住環境とセーフティネット

○巻頭エッセイ：多様な生き方を認め合う共生社会の実現に向けて、なにを取組むのか（金子努）
○【特集：住環境とセーフティネット】
・「新たな住宅セーフティネット法」は貧困居住を救えるだろうか？（中島明子）
・フランスの高齢者をめぐる住環境と高齢者住宅―Abbaye―Bords de Marne―Cité Verte Domicile & Services の事例―（小磯明）
・非営利・協同の資金調達と草の根金融の展望（多賀俊二）
・座談会：2018年診療報酬・介護報酬改定による医療福祉への影響（根岸京田、林泰則、（司会）八田英之）
○2014年度研究助成概要報告：高齢化団地における住民の福祉ニーズに対する地域活動の成果と今後の課題（坂本毅啓・石坂誠）
○新連載〈次世代へのメッセージ〉（１）：「自分史座標」のつくり方（野村拓）
○書評：杉本貴志編、全労済協会監修『格差社会への対抗　新・協同組合論』（日本経済評論社、2017年11月）（松本政裕）
○書評：『社会保障レボリューション―いのちの砦・社会保障裁判』編者　井上英夫・藤原精吾・鈴木勉・井上義治・井口克郎、高菅出版、2017年９月（八田英之）

第62号（2018年３月）――【特集】非営利・協同の実践と思想

○巻頭エッセイ：「One for all. All for one.」と自己責任を考える（長瀬文雄）
○【特集：非営利・協同の実践と思想】
・イタリア連帯思想並びに社会的協同思想とその実践―資本主義を超える新たな経済体制論―（津田直則）
・（視察報告転載）イタリア医療機関と医療制度の変遷と非営利・協同セクター（石塚秀雄）
・（視察報告転載）ボローニャの医療機関と非営利･協同組織　（石塚秀雄･自立と包括的ケアのためのネットワーク（MAIA）―パリ西地区の MAIA, CLIC, Reseaux の活動―（小磯明）
・非営利・協同研究の轍（第３回）鼎立社会構想の基盤となる非営利・協同運動の連帯―富沢賢治氏へのインタビュー記録―（久保ゆりえ、菰田レエ也）
○2014年度研究助成概要報告：若狭地域住民の原発関連事業所への就労実態と生活問題に関する調査研究―若狭地域の集落別世帯別就業実態調査による、住民と原発の結びつきの把握―（高木和美）
○〈医療政策・研究史〉（20・最終回）：第７ステージ（90歳―？）論（野村拓）
○投稿論文：NPO と労働者協同組合のクロスロードとしての社会的企業―生活困窮者とワーカーズ・コレクティブとの協同（連帯）実践を事例に―（菰田レエ也）
○書評：『協同の再発見：「小さな協同」の発展と協同組合の未来』（田中秀樹編、家の光協会）「小さな協同」の視点から「協同の実践」を捉える（中川雄一郎）
○書評：マイケル・マーモット、栗林寛幸監訳、野田浩夫訳者代表『健康格差―不平等な世界への挑戦』（日本評論社、2017年８月）（高山一夫）

第61号（2017年12月）――【特集】追悼坂根利幸

○巻頭エッセイ：人権教育と自主規制教育――医療倫理と道徳科―（尾崎（川堀）恭一）
○【特集：追悼坂根利幸】
・故坂根利幸氏の職務の足跡をたどって（根本守）
・坂根利幸さんを偲んで（角瀬保雄）
・坂根さんの宿題（富沢賢治）
・あなたは民医連経営の恩人、いのちとくらし研究所の生みの親です。（高柳新）
・坂根利幸さんと30有余年（二上護）
・坂根利幸氏を偲ぶ（非営利・協同の探求の達人）（石塚秀雄）
・非営利・協同の轍（第２回）：「民主経営」の実務の改善にかけた人生―坂根利幸氏へのインタビュー記録―（久保ゆりえ、竹野ユキコ）
・坂根利幸先生の研究所発行物への執筆一覧（事務局）
○山形県における購買生協と医療生協の連携協定の締結について（岩本鉄矢）
○座談会：フランスの地域医療介護の動向と在宅入院制度（松田亮三、小磯明、吉中丈志、司会：石塚秀雄）
○シリーズ〈医療政策・研究史〉（19）　研究者の60–90歳戦略（野村拓）

第60号（2017年９月）――【特集】非営利・協同をめぐる動向

○巻頭エッセイ：輝く看護を、今一度見つめ直す（柳沢深志）
○【特集：非営利・協同をめぐる動向】
・2017年度定期総会基調講演：非営利・協同の理念とナショナルセンターづくりの課題（富沢賢治）
・講演録：社会的連帯経済の出現―世界そして国連の動向―（The Emergence of Social and Solidarity Economy in the world & at the UN）（パスカル・ファン・グリータイゼン、訳・まとめ：今井迪代）
・非営利・協同の轍（第１回）：研究者として非営利・協同の実践に携わること―角瀬保雄氏へのインタビュー記録から―（久保ゆりえ、竹野ユキコ）
○シリーズ〈医療政策・研究史〉（18）　世代的重なりのなかでの学習（野村拓）
○鶴岡市における「介護予防・日常生活支援総合事業」の到達点と医療生協やまがたの取組み（岩本鉄矢）
○2014年度研究助成報告：認知症早期発見の検診と認知症進行予防教室の取り組み（山田智）
○フランスの在宅入院の事例研究―サンテ・セルヴィスの実践と戦略―（小磯明）

第59号（2017年６月）――【特集】医療のアクセス障壁を考える

○巻頭エッセイ：しつけも生活維持も家族に丸投げ―憲法24条改憲と25条―（鈴木勉）
○【特集：医療のアクセス障壁を考える】
・医療のアクセス障壁―実態分析への接近と状況把握について（松田亮三）
・2016年経済的事由による手遅れ死亡事例調査（山本淑子）
・千葉県における無料低額診療事業のひろがり（柳田月美）
・東大阪市における国保四四条減免の適用経過と現状（川添一彦）
・資料「＃最低賃金1500円になったら」投稿抜粋（後藤道夫）
○地域医療構想策定をめぐる福岡県の現状と課題（洗川和也）
○フランスの医療事故補償制度の現状（石塚秀雄）
○フランスの在宅入院制度に関する研究―在宅入院全国連盟の活動と課題―（小磯明）
○インタビュー：マイナンバー制度と医療分野への影響（石川広己、聞き手：八田英之）
○シリーズ〈医療政策・研究史〉（17）：医療政策研究者にとっての「平成」（野村拓）

第58号（2017年３月）――【特集】ワーク・ライフ・バランス

○巻頭エッセイ：人間社会のゆくえ（根岸京田）
○【特集】ワーク・ライフ・バランス

・インタビュー：ストレスチェック時代のメンタルヘルス―労働精神科外来の診察室から見えること―（天笠崇、インタビュアー：門田裕志）
・高齢者介護をめぐるワーク・ライフ・アンバランス（川口啓子）
・投稿論文：オランダにおけるワーク・ライフ・バランス―コンビネーション・モデルに見る労働と生活―（久保隆光）
○実践志向共同研究（アクション･リサーチ）のすすめ―「支える医療」共同研究プロジェクトを振り返りつつ（松田亮三）
○2014年度研究助成概要報告：宮崎県県北地域における子どもの社会的排除と「排除しないまちづくり」の取り組み（志賀信夫）
○2015年度研究助成概要報告：特別養護老人ホームにおける多職種連携による円滑な終末期介護を実現するための調査研究―概要―（高橋幸裕）
○地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ岩手調査：岩手の地域医療と財政（井上博夫）
○書評：
・「医療を守る運動プロジェクト」、岡野孝信、岡部義秀編著『地域医療の未来を創る：住民と医療労働者の協同』（八田英之）
・吉永純、京都保健会『いのちをつなぐ無料低額診療事業』（今井晃）
○シリーズ〈医療政策・研究史〉（16）：医療政策学校―その成り立ちとオリエンテーション―（野村拓）

第57号（2017年１月）――【特集】イギリスEU離脱

○巻頭エッセイ：世界の潮流は社会的連帯経済（栁澤敏勝）
○【特集】イギリスEU離脱
・対談「EU離脱・トランプ・新自由主義の現段階」（二宮元、進藤兵、司会：後藤道夫）
・「EU離脱」をめぐる国民投票を眺めながら（松田亮三）
・新たな始まり？―サンダーランドの社会運動家から見たイギリスEU離脱―（マーク・H・サディントン、翻訳：熊倉ゆりえ）
・「新たな始まり？」へのコメント：歴史のなかで自己を知る（中川雄一郎）
・イギリスの国民投票が教えてくれたこと（中川雄一郎）
・書評：堀真奈美『政府は医療にどこまで介入すべきか―イギリス医療・介護政策と公私ミックスの展望』（ミネルヴァ書房／2016年６月／267頁／定価4000円＋税）（小磯明）
○論文
・医療・介護の情勢動向について（山本淑子）
・住民の願いに寄り添う地域医療をめざして～広島県地域医療構想案についての広島民医連の見解～（藤原秀文）
・日本の皆保険制度を支えてきた開業保険医（垣田さち子）
○投稿論文
・オランダ社会が目指す新たな働き方（久保隆光）
○シリーズ医療政策・研究史（15）：学習展開と著作（野村拓）
○2012年度研究助成概要報告：乳産婦･幼児期の子どもをもつ母親の食生活に対する意識に関する研究―東日本大震災前後、及び地域比較―（吉井美奈子）

【次号66号の予定】（2019年３月発行予定）
・社会医学系専門医
・地域との関わり方
・その他

【編集後記】
非営利・協同セクターにとって「持続可能な開発目標（SDGs）」とは何かと思い、特集を企画しました。キーワードである「誰も取り残さない」は「いつでも・どこでも・誰でも」と重なる部分があるように思えます。SDGs 全体が目指すものは何かを知った上で、自分たちの課題として日常生活にどう生かしていくかを、いろいろな立場から考えることが必要でしょうか。（竹）

【投稿規定】

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

１．投稿者

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

２．投稿内容

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

３．原稿字数

① 機関誌掲載論文　12,000字程度まで。
② 研究所ニュース　3,000字程度まで。
③ 「研究所（レポート）ワーキングペーパー」　30,000字程度まで。
（これは、機関誌掲載には長すぎる論文やディスカッション・ペーパーなどを募集するものです）。

４．採否

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