

(本稿は、本研究助成金によってなされた研究成果、日野秀逸 『協同組合と福祉国家—協同組合の可能性にふれて』, 日本生活協同組合連合会医療部会, 2003 年, 1-86. の第 5 章部分である)

第 5 章 保健協同組合の位置づけ

日野秀逸(研究分担者：東北大学経済学研究科助教授)

5-1 社会サービス

次に、保健協同組合の話です。まず福祉国家の構成を確認してから、先に進みましょう。本書では、福祉国家と協同組合がテーマだからです。

福祉国家は、3つの柱から成り立っています。

1つは、完全雇用です。もう1つが、公的扶助です。完全雇用と公的扶助と並んでもう1つの大きな柱が社会サービスです。

社会サービスは5つに分けられます。まず1つは所得を保障する所得保障です。年金や失業保険などの所得保障。それから教育、医療、そして住宅、以上で4つです。これは主にイギリスで、この順序で整備されてきたことによる、経験的な分け方です。そして1960年代以降、特に70年代以降、第5の社会サービスが重視されるようになりました。第5の社会サービスというのは、それ以外のものすべてを意味するのですが、主には保育と介護です。ちょうど女性が仕事につくと、あるいは女性が議員をやったり、大臣やったりというような女性の社会進出にとって保育や介護が不可欠な社会サービスになります。

この第5の社会サービスは、現在も非常に重要な問題になっています。医療生協は、社会サービスの中で、医療の部分と、第5の社会サービスのうち、介護の部分で直接の事業目的にしています。社会サービスは、もともとは一人ひとりが自分で何とかやり繰りしていたものです。家庭教師をつけるとか、一部は慈善的に提供されることもありましたが、しかし、社会サービスの必要性が次第に個別的、あるいは偶発的ではなくて、まさしく社会全体の必要なのだということが、さまざまな社会調査を通じて明らかになってきました。特にチャールズ・ブースや、ラウントリーなどのイギリスの社会調査を行った人たちによって、19世紀の後半から20世紀にかけて、社会サービスが、人間が生きていくうえで非常に重要であり、教育や医療は人間のライフサイクルを左右するということを実証しました。社会サービスを個人で賄うというのは不合理だという考えが、特に20世紀になって広がっていきます。事実の前にそうなるわけです。そして当初は社会保険の形で医療や年金などが整備され、義務教育という形で基本的な教育が社会化されていきます。

所得についても、特に経済恐慌、あるいは景気循環というような個人の責任ではないことが原因で、収入が途絶えるということが広く認識されて、失業保険や老後の年金などもできてきました。さらに保育や介護についても個人に任せておく、あるいは家族に任せておくというのは不合理だという認識が、20世紀の後半になって急速に広がって今に至っています。社会サービスのうちでも、医療(病院)や教育(学校)などは、多くの人々が共同で利用するという性格を持っています。

この胎児から墓場まで一生涯かかわる社会サービスを、株式会社による営利的な提供ではなくて、自らが参加して計画をし、労働もし、評価もし、その責任もとるというような新しい社会サービスを扱う協同組合が、20世紀の後半以来、大きな発展を示しています。そういう意味で新しい協同組合と言われているのは、社会サービスに対応しています。保育協同組合、介護の協同組合、医療の協同組合、これは協同組合運動の中で世界的に見て

元気な分野です。そして21世紀に向けてますます数も増えてきているし、事業の規模も広がっています。

5-2 社会サービス協同組合の意義

これが福祉国家を転換するうえで主な舞台になるだろうというのが、ペストフというスウェーデンの学者や、デンマーク出身で今バルセロナ大学にいるエスピン・アンデルセンといったような福祉国家論や協同組合論の最先端で仕事をしている人たちの主張です。社会サービスを協同組合的な形態で運営することによって、人々の意識は大きく変わるであろう。そして21世紀の福祉国家というのは、社会サービスを軸に再編成されて、一人ひとりが参加する福祉国家、すなわちそれはもう国家と言うよりは福祉社会と言うべきものになっていくであろう。このような展望を持っています。

スウェーデンの協同組合、特に保育や医療や介護の協同組合がなぜ戦略的に重要なのかと言えば、資本主義から社会主義への移行という長期にわたる移行期の主戦場の1つが、社会ケアサービス部門だという位置づけだからです。それをマーケット側が握るのか、協同組合側が握るのかという布陣になっています。もちろん、その場合に地方自治体の政治権力は重要な意味を持ちます。多くの地方自治体は、中道左派の連立政権になっているという状況もあります。それをもう一歩前にすすめていくにはどうしたらいいのか。この文脈で重要なのが、社会サービスです。

スウェーデンの保健・医療分野の協同組合について説明をしておきます。従来、スウェーデンの医療は、ほぼ県が独占的にサービスを提供していました。保健・医療分野で協同組合が問題になりだしたのは、ここ10年ほどのことです。これまで述べてきたことからうかがえるように、保健・医療サービス提供主体の多元化と、地方分権の推進によって、スウェーデンの保健・医療は、急速・大規模な変化の最中にあります。

スウェーデン政府は保健システムを多元化する政策を進めています。外来医療サービスの提供主体が大幅に多様化されます。協同組合と非営利民間企業が、保健・医療部門の公的管轄部門ともっと契約を結ぶ可能性が高まるでしょう。

スウェーデンの保健・医療・福祉協同組合という場合、注意しなければならないのは、ほとんどが自前の施設を持っていないことです。保健・医療・福祉サービスの提供は行っているけれども、施設は他の組織・機関の所有であることが多いのです。日本の医療生協と同じような協同組合を探しても、なかなか見つからないということになります。この背景には、公共的施設を作る責任は国や自治体にあるという公的主義が定着していることがあります。2001年現在、2つの保健・医療協同組合だけが施設を所有しています。

それから次の留意点は、住宅協同組合や保険協同組合が、組合員の要求にこたえようとした結果、保健・医療・福祉サービスも事業内容に含むようになったものが少なくないことです。国連の『保健・社会ケア領域の協同組合企業—国際調査』（1997）では、このようなタイプの保健・医療・福祉にかかわる協同組合を独自に分類しています。

第3の留意点は、県が管轄していた医療機関の協同組合化も同時に進行していることです。この場合には県から施設を借りる形になります。面倒なのは、協同組合化といっても、組合員が全面的に出資する「純粹」の協同組合だけでなく、さまざまな中間形があることです。

全体的な数字でみると、2001年4月時点で、スウェーデンの保健・医療サービスの95%が公共部門から提供され、5%が民間部門から提供されています。民間のうちの20%が協同組合の提供です。したがってスウェーデンの保健・医療サービスの1%を協同組合が提供していることになります。

5-3 日本の医療生協の性格

日本の医療生協（日本生活協同組合連合会医療部会に加入している保健協同組合）はどのような性格なのでしょう。

まず労働者が組合員の多数を占めているという意味では、労働者協同組合のカテゴリーに入ります。組合員を調べてみればおそらく7、8割以上が労働者ないしは労働者OB、ないしはその家族でしょう。

次に、事業目的は何かという点です。健康に関わる広範な事業を行っています。健康促進、予防、診断治療、介護、そして健康な地域づくりまで、非常に広い事業範囲です。社会サービス全体に目配りしていると言ってもいいでしょう。もちろん、事業目的は、定款できちっと決めることですが、広く言えば社会サービスのかなりの部分を医療生協は事業目的としていることができます。

次に、協同組合を特徴づけるもう1つのポイント、意思決定はどうであるか。意思決定は組合員によってなされている、というのが答えです。シンガポールのように労働組合連合会が協同組合をにつくって、協同組合の意思決定は労働組合中央評議会でやっている、というのとは違います。全面的に国が金を出して協同組合をつくって、官僚が意思決定をしている協同組合もありますが、これとも違います。

日本の医療生協は、労働者協同組合であり、医療プラス・アルファの社会サービスを事業目的としている社会サービス協同組合であり、意思決定は組合員によって行われる、社会サービスの提供者とサービスの利用者が、いずれも組合員である複合的協同組合です。これが、特徴づけです。提供する職員の側も、利用する住民の側も同じ権利を持った組合員であるという点も重要なことです。

5-4 マルチステークホルダー協同組合への注目

さて、スウェーデンなどでは、マルチステークホルダー組織の優位性に関心があつまっています。ペストフ（藤田・川口他訳『福祉社会と市民民主主義—協同組合と社会的企業の役割』日本経済評論社、2000年）は、サービス提供者だけの協同組合、サービス利用者だけの協同組合よりも、複数の当事者が組合員であるマルチステークホルダー協同組合が優れた機能をもっているとしています。

＊マルチステークホルダー：複数の利害関係者（が参加する運営）

ペストフは、スウェーデンの保育サービスを調査して、利用者である親が組合員の協同組合、ボランティア組織の保育所、保育労働者が組合員の協同組合という3つの組織形態を比較しました。提供者協同組合は、労働者の参加が進むことによって、実際に労働者の力量は向上しましたが、必ずしも利用者である親の全ての利益につながっているわけではありません。その逆もありえます。しかし、マルチステークホルダー組織（提供者と利用者とを組合員として含む医療生協のような組織形態も含まれますが、さらに県や市や労働組合など、地域の関連組織を含む協同組合）は、目標を達成する責任がある最も重要な利害関係者に発言権と代表権を与えます。

協同組合が、社会を運営し、社会を変える力を最も良く発揮するために望ましい組織形態として、マルチステークホルダータイプの協同組合が注目されています。日本の日本生活協同組合連合会医療部会に結集する保健協同組合は、利用者と提供者を最小限でも組合員に含むという組織原則からして、マルチステークホルダータイプの協同組合に前進する可能性を持っています。

実例をあげましょう。Hemservice Eskilstunaです。日本流に言えば、エスキルシュトゥーナ市ホームサービス協同組合です。

Eskilstuna市は首都ストックホルムの西114 kmに位置し、94年暮れの人口は9万人弱で、自動車会社のボルボや、その他の企業の工場も多く「労働者の街」として知られ、急速に人口が増加しています。

Hemservice Eskilstunaは単位協同組合であり、複数（調査時点では3つ）の類似協同組合でHemservice Swedenを構成し、Medicoopにも加盟しています。

医療福祉協同組合（Health Co-op）の担当分野は別記のように多岐にわたっています。もちろん、1つの保健・医療協同組合が以下の全ての業務を行っているとは限りませんが、この多くを事業化しています。

表 Health Co-opの担当分野

診療所	在宅看護
出産ケア	児童福祉センター
心理療法士によるサービス	歯科サービス
物理療法	リハビリセンター
予防医学サービス	障害者への個別的支援
家事援助サービス	高齢者ホーム
ナーシングホーム	

Hemservice Swedenの下に3地域のHemservice（Eskilstuna、Boras、Flen）があります。実際に組合員もいて活動しているのは調査時点ではHemservice Eskilstunaのみであり、他の2法人は役員がいて準備中とのことでした。Hemserviceの組合員には3つのカテゴリーがあり、主に高齢者よりなる消費者（利用者）、地域の利害関係者（住宅協同組合、自治体当局、県当局）、そして提供者である従業員です。

したがって、Hemservices Eskilstunaは、複数の当事者が組合員となっているマルチステークホルダー協同組合です。消費者が理事会と総会の多数を占めるようになっていて、総会では、地域利害関係者が計6票、職員が計5票、消費者が各人1票（利用者組合員数700名なので700票になる）の投票権を持っています。

理事は、住宅協同組合、コムーネ当局、県当局、職員から各1人、さらにExecutive Directorであるマッツ氏、利用者から6人、計11人の理事を出し、利用者が過半数となっています。これらを通じて利用者の声が運営に反映されるようになります。

Hemserviceはコムーネ当局と契約して社会的家事サービス（実体的には多様な家事援助サービス）を、1300の家庭に提供しています。また、住宅協同組合と契約して、建物のマネージメントを付属の建物、公園、グラウンドを含む2500のアパートに提供しています。さらに、県と契約し保健ケア、在宅ケア、医療サービスをコミュニティの住人に提供しています。

もともと、Hemservice Eskilstunaは1990年に、地域住民に対してよりよい家事援助サービスを提供するために、住宅協同組合と、Eskilstuna市と、セーデルマンランド県が共同で設立した協同組合です。社会ケア・保健ケアを提供する組合としてはスウェーデンで最初に設立されたものです。

この組織の目的は、組合員の要求に応じて、自宅で、十分なサービスを提供することです（To provide a full personal service for people in and around their homes on the basis of

requirements and wishes of members)。幹部のエーリングセン氏は、こうした事業目的は、国際協同組合同盟の協同組合原則に則っている、と発言しました。提供される家事援助サービスは「自宅でのサービス」及び「自宅に関するサービス」であり、具体的には、保健・社会ケア、看護、医療相談、住宅管理、修繕、健康・フィットネス教室、余暇活動、洗濯その他の家事サービスなどです。ペットの世話や、庭の手入れも行っています。

Hemservice Eskilstunaは、スウェーデンにおいて目指されている、保健・医療・福祉協同組合のモデルと目されていることが、関係者の話から理解できます。複数の利害関係者が組合員となり、多機能を発揮する複合協同組合という点でも、今後のモデルになると思われます。

書籍② 篠崎次男・日野秀逸 編著 『社会サービスと協同のまちづくり』、自治体研究社、2003年

第1章 第3節 社会サービスと地方分権—スウェーデンに触れつつ

I 福祉国家と社会サービス

◇ 福祉国家成立と3つの支柱

利潤追求を原動力とし、市場原理に導かれて発展する資本主義は、必然的に貧富の差を拡大し、健康破壊、失業、環境破壊、基本的人権の抑圧などの災厄を人々にもたらす。しかも、封建時代には存在していた地縁・血縁による助け合いの機能は縮小・消失させるので、1人では生活できにくい弱者を構造的に大量生産する。

一方で、労働者をはじめとする庶民の暮らしは、個人や家族の自給自足から大きくかけ離れて、「生活過程の社会化」が進んだ。特に、社会で人々が共同で暮らしていくために、共同で利用する保育所、病院、学校、低家賃集合住宅、公共交通機関等々に対する要求が高まった。こうした条件から、支配され抑圧されている多くの国民は、その運動・闘いによって、生活と営業を成り立たせるための新たな仕組み、福祉国家を成立させた。

もちろん、それは支配層とその政府の妥協と譲歩によるものでもある。第二次大戦後、政府として積極的に福祉国家を推進する例も、北欧などのように少なからず出現した。福祉国家には、戦争国家や土建国家と重なるものから、実質的に高い生活水準と社会的安心を実現したものまで、多様な国々が含まれる。具体的な福祉国家の柱としては3つのものが広く認められている。

- 完全雇用
- 公的扶助（生活保護）
- 社会サービス
 - ① 所得（年金、失業保険、傷病手当、児童手当等）
 - ② 教育
 - ③ 医療
 - ④ 住宅
 - ⑤ 社会ケア（保育、介護、障害者等）

◇ 社会サービスとは何か

本書は、社会サービスを主テーマにしている。社会サービスとは何であるかを、ここでまとめておこう。

1945年以降、社会サービスは殆どの西欧諸国において、社会政策の不可欠な構成部分になっている。サービスの財政、組織、生産および管理のいずれも、ますます公共セクターが責任を

負うようになった。社会サービスの概念は広い意味に用いられることが多い。1950年以降の文献によると、社会サービスの概念は、教育、住宅、所得保障および保健サービスなどの下位サービスに分けることの出きる概念として一般に用いられてきた。

上記4つの下位サービスが定義された後に残るものを第5の社会サービス、あるいは対人社会サービス(personal social services)あるいは社会ケアサービス(または北米のように人的サービス=human services)などと規定している。おおよそ、イギリスにおける出現の順に、教育、住宅、所得、保健・医療の4つの領域が社会サービスに含まれたのであり、第5番目の社会ケアサービスは、主には保育と介護と障害者ケアであり、比較的遅くに具体化され、急速に重大性をましている。特に、女性の社会進出・共同参画社会実現の視点から、とりわけ重要なサービスである。(シピラ編著、日野訳、『社会ケアサービス—スキャンジナビア福祉モデルを解く鍵』、本の泉社、2003、参照)

2 日本の実状—生活困難の増大と社会サービスの削減

◇生活困難増大の全体像

表1は、橋本内閣から小渕、森両内閣を経て小泉内閣までの5年間に、国民生活がいかに困難になったかを、総括的に示すものである。言うまでもなく、1997年は、消費税率の5%への引き上げと健保本人2割負担実施などの医療費負担増が引き金になって、国民生活の困難が急速に大きくなり、また、そのことが経済活動を冷え込ませた、政策不況の始まった年として記憶されるのである。1996年の実質経済成長率が3.4%と、90年代日本では最高、サミット参加国中でも最高を記録したのが、1997年には0.2%でサミット参加国中最下位へと、劇的な下降を示したのである。この失政が、国民支出の6割を占める国民消費を、増税によって冷え込ませ、社会保障改悪によって冷え込ませる橋本構造改革に他ならず、その後の小渕、森、そして小泉構造改革へと引き継がれている。

表1 この5年間で急速に悪化した暮らし

	1997年	2001年	5年間で
民間平均給与	467万円	454万円	↓13万円
失業者	230万人	340万人	↑110万人
倒産件数	16,464件	19,164件	↑2,700件
自己破産	71,299件	160,457件	↑89,158人
自殺者	24,391人	31,042人	↑6,651人
経済苦で	3,925人	6,485人	↑2,520人

◇急増する自殺

自殺者の数は、1997年の橋本失政後の1998年から急上昇し、中でも経済・生活問題を理由とする自殺が急増している。2001年8月9日警察庁発表の2000年の自殺統計では自殺者は31957人、1999年は33048(過去最高)である。自殺率は1998年が人口10万あたり26人で過去最高になり、先進国中で1位となった(従来は10万人当たり17~20で、欧米諸国の中位程度であった。1998年に一挙に上昇した)。こうして生活困難の極みである自殺は、1998年以来2002年まで、連続して3万人を超えている。1998年の場合、自殺の主な理由は健康問題が(41%)、経済・生活問題が理由(30%)である。

◇公的扶助(生活保護)受給世帯の規模

福祉国家の3本柱のうちで、最後の砦とも言うべき公的扶助受給世帯を欧州と比べると、

英国では全世帯の25.5%にあたる567万世帯が受給している(1995年)。日本では同時期には60万世帯で、これは全世帯の1.3%にしかならない。もっとも生活保護基準以下で生活している非受給世帯が15~20%と推計され、高齢者では180万世帯・225万人、若者の単独世帯では200万人が基準以下とみなされている。ドイツは10%でヨーロッパは概ね10~15%の受給率である。

最近日本の生活保護受給世帯の割合は、生活破壊の深刻化によって急上昇し、2003年2月には89万6千世帯になったが、それでも全世帯の2%強にすぎず、欧州の先進国よりも一桁低い。この背景には、国民の権利意識状況と行政の抑制的姿勢があるものと思われる。

◇社会サービスの全体的改悪

近年の社会サービスに関する動向を概観すると、明らかに全体的に後退させられている。以下のような状況である。

所得保障(年金、雇用保険等)→負担増、給付減少

医療→負担増(保険料と自己負担いずれも)、給付減少

教育→負担増

住宅→持ち家主義、融資縮小

社会ケア(保育、介護)→負担増、提供不足

社会サービスの改悪は、近年、増税とセットで進められていて、医療(1.5兆)、介護、年金、雇用保険あわせて2兆7千億の負担増(満年度ベース)、発泡酒、消費税免税点引き上げ、配偶者特別控除廃止等で1兆7千億の増税である。この上に、消費税の引き上げが奥田ビジョンをはじめ、財界からも、自民党、民主党、公明党などの政党からも、声高に唱えられている。

3 欧州のルールある資本主義—スウェーデンを例に

◇やみくもなリストラ進行

この一〇年来、「構造改革」を進める側の議論をみると、日本が経済的にも社会的にも政治的にも高コスト体質だという。経済的高コスト体質というのは、ものやサービスの単価が高いということ。社会的コストが高いというのは、社会保険の負担が重いということ。政治的コストとは、政治に金がかかる。それらをひっくるめて高コスト体質を変えろと言っている。

もう一つが、規制が行きすぎたために日本では新産業分野の育成が遅れ、国際競争に遅れをとりつつあるという議論である。諸悪の根元は規制だから、規制を取り払って競争をやらせ効率のいい社会をつくる。この、高コスト体質の是正と新産業分野の育成が、「構造改革」の二つの基本的課題です。市町村合併も構造改革の面から言うとコストをかけない行政という範ちゅうで説明される。

高コスト体質の是正が言われているのは、道路のように、一般的生産手段つまり個々の資本が共通して使う分野に集中している。共同で使うからこそ規制をして、安全性や公平性を担保してきたことに攻撃を集中させている。もう一つは、病院だとか学校、保育所、保健所のような、地域で人々が共同で暮らしていく基盤となる部分に、コストが高すぎるという攻撃をかけている。そして、規制緩和が最大の攻撃手段になっている。医療でいうと人的、構造的基準をクリアしないと参入できないという参入規制とか、非営利原則といった一連の規制を取り払えというのである。こうして、一方では競争をさかんにして高コスト体質を是正させ、新産業分野を産み出そうという戦略に立っている。

◇生活を支える4つの原理—自立・市場・協同・共同

人間の生活を成り立たせている4つの原理がある。これは社会サービスの問題を基礎に立ち戻って考えるときの立脚点になる。生活をするということの中身は、物をつくり、社

会生活を営む者にとって必要なサービスを生み出し、次の世代を再生産するということが含まれる。それらを、4つの異なった原理に基づく活動を通じて実行している。生産と消費の両面にわたって4つの原理に立脚していると言ってもよい。

一つは自分でやるということであり、古い言い方では「自助」、今日的に言えば「自立」であり、「自律」も基本的には同じことである。

一つが、マーケットの「市場」である。以上はいずれも古い昔からあった原理で、たとえば、市場も、貨幣を媒介とする市場と考えれば、比較的新しくなるが、物々交換の市場ということで考えれば古いものである。

もう一つは、目的を同じくする人たちと協力しあうことをすすめることであり、これが「協同」である。コーオペラティブ (cooperative) の「協同」である。

もう一つは、目的はどうあれ、一定の地域、空間に住んでいる人たちみんなの暮らしが成り立つようにする、という原理で、これが「共同」である。地域社会から国家社会、国際社会までの様々な段階があり、公共性の基本的内容をなしている。

◇協同と共同と公共性

封建時代を含めてそれ以前は、協力しあう協同と、ある空間の人々がみんなで生きていくうえで、みんなが利用できるような、水を用意するとか、あるいは伝染病から守るとか、外敵から守るといった仕事は重なっていた。地縁、血縁と協同が重なっていたので、コーオペラティブ (co-operative) の「協同」とコミューン (commune) の「共同」をあまり区別する必要もなく、実態的にも区別されないということが多かった。

これが意識的に区別されるようになってきたのは、貨幣を媒介とする商品経済の発展、つまり市場の発展に伴って生活空間も広がり、次第に二つの「キョウドウ」の原理は、別個の役割を持つようになっていった。協同は、協同組合や労働組合に代表されるようになり、共同は、政府に代表されるようになる。

◇保健・医療と協同・共同

自治体が行っているのは、共同の原理に基づく仕事の基本である。医療生協に入っている家にだけ電気が来るなどということはない。その地域に住む人全体に自治体が責任を持つ。

もう一方で、共同体を成り立たせるにもともと医療は組み込まれていた。つまり、人類が生きていくには食べる物、着る物、家、その他若干の事柄がまず解決されなければいけない。その他若干の事柄に医療が含まれるであろう。伝染病を含めて、人々の命を守るといふ営みは、共同体にとって不可欠な、共同体が存続するための根元的な「共同の営み」であり、それが医療の性格であったということも歴史的な事実として付け加えておこう。

4つの原理のうちで、どこを強調しているか。これが、政策を見抜く視点となる。今の構造改革路線は、明らかに個人の責任、自立・自助を強調している。それに市場を強調している。規制緩和の最重点に、株式会社を医療事業者として認めることが、挙げられている。明らかにこれは自助の部分と、市場の部分大きくしようという政策方向である。

われわれは、国や自治体が憲法や地方自治法に規定された、国民と住民の生活と安全、生命と健康を守る義務を果たさせるという、共同的責任を明確化する運動を進める必要があるが、一方で、目的を同じくする自覚的人々が、非営利的に、社会サービス分野の事業を展開することを重視している。協同と共同が連携して、地域における安心で健康な生活を実現する方向こそ、追求すべき戦略的道筋であろう。

◇協力社会、連帯社会こそが必要

市場と公共の区分を見直して、市場を大きくする動きは、市場の強化を唱える新自由主義が台頭した1980年代に英米をはじめ各国で登場した。多くの国にとっては既に「経験済み」の議論であり、政策である。欧州では、1990年代には新自由主義を唱える政権が交代

を余儀なくされ、社会民主主義の政権が多くの国で誕生した。そして、市場主義に代わる新しい方向を模索し始めている。その特徴は、市場主義でもない旧来型の国家主導の福祉国家でもない新たな方向を模索している。具体的には「市場の失敗」と「国家の失敗」とともに経験した欧州が、市民参加による新たな「分権的市民的公共部門」の実現をめざしている。こうした欧州の経験は、来年採択が予想されている欧州連合憲法には、基本権憲章を盛り込む努力がなされている。

欧州の動向が示しているのは、市場万能主義（ルール無き資本主義）では限界があるということであり、新たな市場と公共のあり方（ルールある資本主義）が求められていることを示している。

財政学を専門とする神野直彦氏は、「競争社会から協力社会へ」というタイトルの文章を書いて、スウェーデンを取り上げた。彼は、日本が世紀末大不況のもとで、「競争社会」を追求し、財政も国民経済も破たん状態になっているとみなす。そして、今の日本を世紀末不況という「絶望の海」に浮かぶ「絶望の島」に例えるなら、「絶望の海に浮かぶ希望の島」のモデルをスウェーデンに見ることができると主張する。

具体的に神野氏が指摘しているのは、スウェーデンではバブルがはじけた1993年に、国内総生産比で12.3%という絶望的な財政赤字に苦しんだが、それを解消し、「強い福祉」を維持するために、協力して「強い財政」を築こうと国民に協力を呼びかけたことである。しかも、財政再建のために経費を削減すれば、貧しい人々が痛みを受けるので、豊かな人々に税を多く出すことを呼びかけたことである。

国民の支持のもとに、不況の時期に増税を断行したスウェーデンは現在では、財政を黒字にし、失業率も93年度から半減させ2000年には4%台、経済成長率は1999年と2000年ともに4%近くとし、雇用を増やして個人消費が増大した（『赤旗』、2000年6月20日）。こうして、財政も国民経済も再建に成功したのである。

神野氏は、スウェーデンが財政も国民経済も再建した秘密は、「協力社会」を目指したことにあるという。他人を蹴落とすのが競争社会なら、人間のきずなを重視する「協力社会」では、競争的に特定の人の能力を高めるのではなく、人間同士の能力を高め、人間の生活を守ることに財政が動員される。スウェーデンでは財政再建の過程で、教育・研究開発・情報技術インフラ・福祉に、財源が重点配分されている（『朝日新聞』、「論壇」2000・1・10）。財源を重点配分した先は主に社会サービスであることがわかる。社会サービスは、人々が協力し合って社会生活を営むために、共同して利用することがらであり、社会サービスが充実することによって、人々は安心して、仕事や生活における挑戦が可能になるのである。

◇雇用・連帯賃金・経済競争力

スウェーデンは、不況期に思い切って教育に投資した。それは、学校教育のみならず社会教育、職業訓練にもあてはまる。ここで、福祉国家の柱の1つである雇用に目を向けておく。雇用の分野でも、連帯・協力社会をめざすという戦略は、大きな意味を持つのである。

2001年に朝日新聞は「スウェーデンでは「合理化」は新たな「転身」の機会でもある」という見出しの記事を掲載した。大手通信機メーカー、エリクソンの工場で行われている、会社と労働組合、政府と自治体が連携して約1500人を再就職させるプロジェクトを取り上げた。解雇されても人材派遣会社に転籍後、エリクソンからの差額補助で現在の給料を12ヵ月間保障され、その間に大学、企業での実習などで新しい技術を身につける、という

事業である。「これまでもスウェーデンは情報技術(IT)関連の戦略産業の育成やそれに合わせてIT教育や職業訓練で国民の能力を向上させ、90年代前半の経済の停滞も乗り越えてきた。セーフティーネットの厚みが改革を進ませる原動力になっている」(『朝日新聞』、2001年11月8日)というのである。まさに、雇用問題を教育という社会サービスを活用して解決しているのである。

このように、労働生産性の低い産業・企業から、高い分野へ積極的に労働力を移動させ、経済的効率を高める政策を、積極的労働市場政策という。これは、賃金面から見れば、連帯賃金政策である。図が示すように、労働生産性の低い企業は実力以上の賃金を出さなければならず、経営は一層苦しくなり、労働生産性の高い企業は実力以下の賃金で済むので経営は一層有利になる。その結果は、1970年から1976年までの3700件に及ぶ企業合併である。この結果、1976年までにスウェーデンの被雇用者の76%が企業規模上位200社に雇用されるという集中現象が生じた。スウェーデンでは福祉国家体制のもとで、政策的に企業集中が進行した。

4 スウェーデンにおける社会サービスの分権化

◇企業集中・ものが言いにくい状況・分権

スウェーデン福祉国家の成熟を象徴した連帯賃金システムは、意識的に労働生産性の低い企業を淘汰した。企業集中が進み大企業化が進む中で、青年労働者を中心に、参加と自己実現を求める姿勢を強めた。また、女性はジェンダーの視点からスウェーデン福祉国家を男性優位の福祉国家と批判し、当事者が参加できる福祉システムを求めた。

◇分権化(フリーコミュニケーション実験)

北欧福祉国家の発展は、おもに地方レベルでなされてきた。国家機関は命令を発し、計画を承認したが、実際に仕事を手がけるのは地方自治体である。自治体の被雇用者は、20年前のほぼ2倍に増えた。その仕事の多くは、高度の資格を必要とする。自治体職員はよく教育され、労働組合への結束も強く、発言力が大きかった。

一方で、中央政府は、自治体に比べて相当な権力をもっていた。北欧諸国の公共部門では、複雑な階層支配が形成されてきた。中央政府と自治体のかかわりあい方には、政策領域ごとに異なったルールとパターンがあり、中央・地方政府の網の目のように複雑な関係に対する住民からの批判が高まってきた。

地方の実情が、中央・地方政府の複雑な関係によって無視されたり、多部門にわたる調整が必要なために、ことが簡単にはすすまず、後手後手に回ったり、公共部門での生産性が低くなったりした。第2次世界大戦後のスウェーデン福祉国家は、地方レベルの公共部門を大きくしたが、中央政府の規制の数もまたそうとう増えていた。中央政府は、とくに地方自治体の機構や組織を規制した。

1970年代には、規制の増加に対する批判はますます高まっていき、いくつかの政府の審議会が官僚主義的な傾向の調査を行った。市民が公共部門に愛想をつかして、政府に何も期待しなくなる恐れもあった。また、地方政府=自治体は小規模であり、市民にとって身近な存在である。公共部門のゆらぎつつある信頼をとりもどし、公共部門の生産性を高めるには、自治体を頼りがいのある、効率的なものにしようとするのが当然の成り行きであった。

◇エーデル改革

地方自治改革の一分野と位置づけられるのが、エーデル改革である。これは、保健・医療と社会福祉の統合をすすめるという側面を持っている。保健・医療と福祉の統合を必要とした背景は、第一に双方のニーズを持つ者が県と基本自治体の狭間に落ちること、第二に、保健・医療と福祉にまたがる問題に対する行政責任が不明確なこと、第三に資源の有効利用に問題があること、第四に総合的なケアができないこと、第五に、患者のたらい回しや福祉の対応が遅れたための社会的入院が発生したこと、等である。要するに縦割り行政の弱点を克服しようということであり、それをより住民に近い基本自治体で統合しようという試みであった。

1992年にエーデル改革が本格的に実施され、長期的医療ニーズをもつ高齢者や障害者の医療と福祉サービスを統合して、基本自治体の責任に移した。これによって、急性期以外の大半の医療は、従来の県の管轄から基本自治体に移り、さらに、急性期を含めて全ての医療を引き受ける基本自治体も増えてきた。1996年には社会省が報告書をまとめている。それによれば、以下のような結果が認められた。

*「社会的入院」の顕著な減少。

*病院や老人ホームではないグループ住宅、「特別な住まい」が91年から95年にかけて2万戸建設された。地域での在宅に移行。

*県とコミュニケーションの責任が明確化。

*資源の有効利用。

*ニーズに対応した小回りの利く職員配置。

地域の保健・医療に与えた影響も大きかった。医師をのぞく約5万5千人の医療専門職が県の職員から基本自治体の職員に身分移管した。このために基本自治体のケアの専門性が飛躍的に上昇したと評価されている。つまり、医療的ニーズをもつ高齢者にも、基本自治体で対応が可能になった。また、ホームヘルプの内容が、従来の家事援助中心から、介護・看護へとグレードアップした。

5 まとめ

スウェーデンは、1980年代後半から1990年代半ばにかけて、不況の克服と、財政赤字の克服と、社会福祉水準維持のために、大胆な改革を実施した。そこでの鍵は、個々人が争いあう競争社会を通じて、勝ち組・負け組を作り出す方法をとらず、国民全体の能力を底上げし、協力し合って全体の生産力を高めていく、協力社会の方向をとったことである。そして、人々は、新たな産業分野への転進や、職場から大学で学ぶという選択や、子どもが3歳までは職場から家庭へ移行する、等々の双方向性の自由な生き方を実現しようとしている。これを自由選択社会と呼ぶ。

自由選択社会が本格的に実現されるのは今後のことであろうが、ひとびとが、自分の可能性を安心して試し、やり直しがきく、そのような社会は望ましいものであり、そうした自由選択社会をつくる上で、社会サービスの充実は不可欠である。しかも、社会サービスは、身近の自治体で、住民の意見に基づき、住民の納得の上に提供され、運営されるのがのぞましい。

社会サービスと地方分権という課題は、われわれの焦眉の課題であると共に、中・長期的にわが国をどのように造っていくのか、という戦略にも関わる課題である。

書籍④

第7章 ユニバーサルな地域保健・医療

1 保健・医療はユニバーサルなもの ユニバーサルということ

「ユニバーサルな地域保健・医療」という概念が確定しているわけではなく、社会福祉辞典等にもユニバーサルという項目は含まれていないことが多い。本章では、地域に暮らす人々すべてが保健・医療サービスを受ける資格をもち、診察等の判定に基づいて所得・資産と関わりなくサービスを受けることを、ユニバーサルな地域保健・医療と理解する。住宅の分野では、ユニバーサル・デザインという構想がある。これは、自律生活と社会参加を可能とする共通の基盤としての住宅の基準を定めることである。神野直彦は、今日の生活機能を支える3つの公共事業の第3を「生活の安全保障としての公共事業である」し、この公共事業には、「福祉施設にはいうにおよばず、バリア・フリーを越えたユニバーサル・デザインの街づくりが必要となる」（神野 [2001]）と述べている。

神野のいうユニバーサル・デザインは、住宅のユニバーサル・デザイン構想をまちづくりにまで拡大したものといえる。地域保健・医療も、生活の安全保障としての公共的サービスであり、住宅やまちづくりにおけるユニバーサル・デザインという考え方を借用すれば、自律生活と社会参加を可能にし、生活の[1/2]安全を保障する共通の基盤としての保健・医療サービスを、誰もが地域で利用できるのが、ユニバーサルな地域保健・医療である。

生活の安全保障サービスという意味では、地域保健・医療サービスはセーフティネットの1つであり、大沢真理がいうように「資源配分よりも福祉を念頭において結果の平等を図り、かつ他人の生に過度に干渉しないようにするなら、セーフティネットは事後補償的な個人別の資源割当によりも、なるべく公共財やユニバーサル・サービスとして、提供されることが望ましい」（大沢[2001]）のである。

※ 保健・医療と個人・共同体の関わり

保健・医療は個人や地域社会と普遍的な関わりがあるという意味で、元来がユニバーサルな性格のものである。誰でもが病気になるし、いつでも、何歳でも、どこでも、傷病が発生する可能性（危険性）がある。ユニバーサルな危険性である。また、傷病は所得に関係なく発生し、この意味でもユニバーサルである。誰でもが、所得と無関係に傷病にかかるので、保健・医療は人間の社会を維持するための普遍的な必要業務である。個人の生命の維持だけでなく、伝染病対策のような直接的な共同体維持業務も含まれる。妊娠・出産の安全と早死防止は、人類の世代的再生産に必要な、人類的に普遍的な業務である。

2 医療費抑制だけでは健康づくりに逆行する

※ 20年来の医療費抑制策 ―― 自己負担増え国庫負担減少

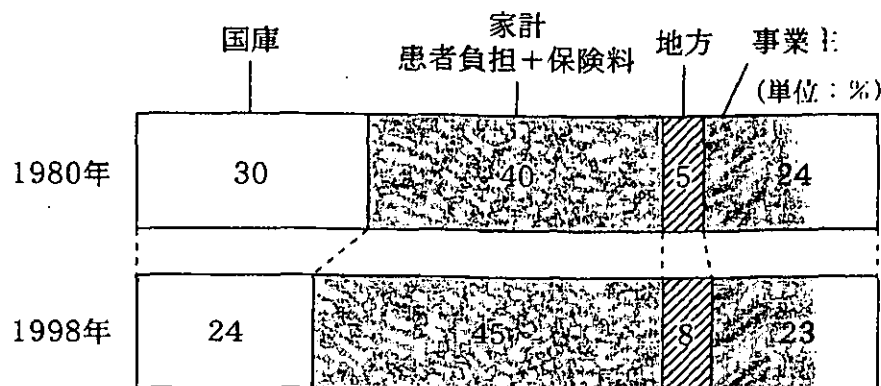
オイルショック以降の約30年は、政府の医療政策の基本は医療費抑制であった。しかし、国家的総路線のなかに医療費抑制を位置づけたのは、第二次臨時行政調査会（以下、臨調、1981年）の一連の答申である。その後の、おもな施策だけを振り返ってみよう。まずは、82年成立（翌年実施）の老人保健法である。これは医療費抑制を主眼とし、老人医療無料化を廃止して医療費の一部負担を高齢者に求めた。老人医療無料化（73年）は、老人福祉法（63年）の「福祉の措置」の一環として老人医療費支給制度を全国的に実施した。

東京都や岩手県沢内村など各地の自治体がすでに独自に実施していた、高齢者の医療費負担[2/3]分の公費による補填を、国民的要望に押されて政府が追認したものであり、社会保障制度における頂点の1つを築いたと評価されている。83年実施の老人医療有料化は、2001年1月からは1割負担も一部導入されて、2002年10月からは原則1割負担になっている。

次に、健康保険（組合管掌健康保険、政府管掌健康保険、各種共済組合健康保険）の本人負担の導入と拡大である。1972年に健康保険法が施行されて以来、法律の本則では本人に対して10割給付が原則であった。それが、84年の健康保険法等改正によって本則において本人負担が2割とされ、当面、1割負担となった。97年のいわゆる「橋本六大構造改革」の一環として、2割負担に引き上げられた。

こうして、臨調答申を足場に、健保本人も2割負担になり、医療をもっとも必要とする高齢者も一定（10%強）の負担を求められるようになった。1980年以降の自己負担増加（5%）と国庫負担軽減（6%）が対照的に進行したことを、図7-1が示している。

図7-1 国民医療費の負担別構成比



出所：厚生省「国民医療費」各年版。

※ 2002年10月以降の医療費負担増

2002年の第154通常国会で、高齢者と現役世代の医療費負担を大幅に引き上げること、さらに健康保険料を上げることが決まった。(図7-2)。給与所得[3/4]者世帯では、2003年4月から、外来・入院ともに3割負担（現行2割）になる。家族の場合も、外来・入院とも3割負担（現行外来3割、入院2割）になる。なお、零細企業の労働者や自営業者が加入している国民健康保険は、現行でもすべて3割負担なので、変更はない。

保険医の全国団体である全国保険医団体連合会（保団連）の試算によれば、サラリーマン本人が急性胃炎で1回通院した場合、現行の1920円から2880円と約1.5倍になる。外来ではおおむね1.5倍程度の負担増であるが、入院や重い病[4/5]気のように医療費が多い場合には負担の増加率も大きくなる。負担が軽減されるグループは、3歳未満の乳幼児であり、現行の3割負担が、2002年10月から2割負担になる。

70歳以上の高齢者の場合は、2002年10月から1割負担になるが、夫婦2人世帯で年収約630円以上の場合は2割負担となる。一般の1割負担について保団連の試算では、慢性胃炎と高血圧で月2回通院の場合は、現行の2400円から5130円と2.1倍になる。増え方はケース・バイ・ケースであるが、重傷在宅患者の場合には10倍以上になる事例も出

てくる。

2002年10月から実施される医療費負担増大で見逃せないのが、自己負担限度額の引き上げである。図7-2の下段に示されるように、程度の差はあれ、70歳以上の高齢者では所得にかかわらず全世帯で自己負担限度額が引き上げられる。夫婦2人で年収約630万円の高齢者は、現行では外来診療の自己負担限度額が3200円(大病院では5300円)であるが、10月以降は4万200円になり、一挙に13倍引き上げられる。10月からは、70歳未満の人々の自己負担限度額も引き上げられる。

図7-2 患者負担・保険料の変更

(1) 自己負担割合

0歳	3歳以上	70歳以上
3割	健保 2割 → 3割	高額所得者 2割
↓	(国保は3割のまま)	外来上限、定額制を廃し 1割
2割		
	03年4月～ 02年10月～	02年10月～

(2) 保険料 (サラリーマン)

- (03年4月～)
- ・月収ベースからボーナスを含めた年収ベースに
 - ・中小企業などの政管健保は平均7.5%から8.2%に
(年額の本人分負担で15.5万円から17.1万円に)

(3) 医療費自己負担限度額 (月額)

		変更前の制度		2002年10月から	
70歳未満	上位所得者 (年収56万円以上)	60万9000円を超えた	12万1800円 + 医療費の1%	69万9000円を超えた	13万9800円 + 医療費の1% ¹⁾
	一般	31万8000円を超えた	6万3600円 + 医療費の1%	31万8000円を超えた	7万2300円 + 医療費の1% ¹⁾
	低所得者 (住民税非課税)		3万5400円		3万5400円
70歳以上	一般	外来	3200円 (大病院 5300円)	入院	3万7200円
	住民税非課税				2万4600円
	低所得者				1万5000円
	老福年金受給者				
	一定以上所得者	外来	4万200円	入院	7万2300円 + 36万1500円を超えた医療費の1%
	一般		1万2000円		4万2000円
	低所得者 (住民税非課税)	II ²⁾	8000円		2万4600円
	I ²⁾			1万5000円	

注: 1) 2003年4月からはそれぞれ一般が24万1000円、上位所得者が46万6000円を超えた医療費の1%に変更された。
 2) 低所得者Iの対象は、年金収入のみの場合、1人暮らしで年収約65万円以下、夫婦世帯で約130万円以下。低所得者IIは、1人暮らしで約267万円以下。
 出所: 厚生労働省資料より。

※ 医療費負担増=受診抑制=リバウンド

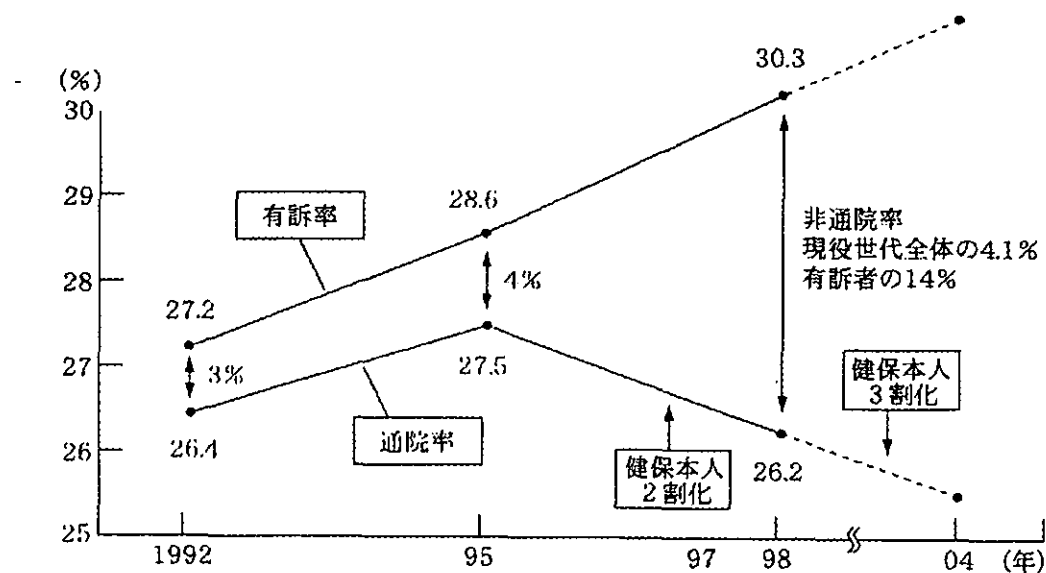
2002年から03年にかけて医療費負担が相当程度(総額1兆5千億円程度)引き上げられる。こうした負担増は受診抑制を引き起こす。北海道社会保障推進協議会が2002年9月に行った聞き取り調査(対象1188人)では、10月からの負担増に対して、43%が「大変です」、39%が「仕方がないのでまんする」と答えた。「これまでと変わらない」は11.9%にすぎなかった。「大変です」と答えた人に、「どうしますか」とたずねたところ、17.4%は「食費・生活費を削る」、17%が「通院回数を減らす」と答え、さらに「検査を減らす」と「薬を減らす」が続いた。

図7-3は、体調が悪いという訴えをもっているが、現実には受診しないというギャップ

が、現役世代では拡大していること、とくに 1997 年に健保本人 2 割負担へ引き上げられてからギャップ（がまん率といってもよい）が急速に拡大し、14%に達していることを示している。

このような受診抑制が、早期発見、早期治療に逆行することはいうまでもない[5/6]。しかも、医療費自己負担を増やしても、結局は医療費が減らないというのが、この間の経験である。老健法による高齢者の医療費負担導入や、健保本人の負担を 1 割、2 割と引き上げたあとをみると、引き上げ直後はやや医療費抑制効果は出ても、また元に戻り、さらには以前よりも多くなるという経験を繰り返してきた。このことは、諸外国でも同様である。

図 7-3 現役世代の有訴率と通院率の推移 (25~64 歳)



出所：厚生省「国民生活基礎調査」より保団連が作成。

※ 不快・不調・不能・苦痛を取りのぞくこと

ところで、保健・医療の本来の目的は何であろうか。健康増進と病気予防は当然の目的である。より直接的には、気分が悪い（不快）、調子が悪い（不調）、いつでもできることができない（不能）、苦しい（苦痛）という、訴えを取りのぞくことである。これらの訴えには、客観的な根拠がある。つまり身体的、精神的、社会的な根拠であり、相互にからみあっている場合も少なくない。この訴えを具体的に解決する（取りのぞく）ことなしには、問題が先延ばしされ、進行し、複雑になり、一層難しい状態になってしまい費用もかさむ。患者負担を増やす[6/7]方策が、結局は医療費抑制にならない理由である。

不快・不調・不能・苦痛の除去と健康増進と早期発見をまとめて医療要求と呼ぶことができる。医療要求を、地域で具体的に解決するのが地域保健・医療にほかならない。

※ 商品ではなくユニバーサル・サービスとして

1980 年代初頭から系統的に保健・医療費用の自己負担が増大させられてきた。これは、政府が、そのときどきの必要に迫られて、選択を積み上げてきた結果ではない。むしろ、財界を中心とした日本の支配的勢力が、日本をあるべき国家に改造するという意志をもち、その立場から医療制度を改造しようと試みた結果である。その際に日本の医療制度の優れた側面を無視したのであるが、この点は次節で検討する。

ここで述べておきたいのは、財界主流が提起しているあるべき国家構想では、保健・医療は市場で売買されるべき商品と位置づけられていることである。財界主流の国家構想を、2001年に経済同友会がまとめた『国民負担率30%の小さな政府』を――経済同友会・行政委員会が叩き台としてまとめた10年後の政府像」がわかりやすく示している。経済同友会は、ほかの経済団体と違って個人加盟であり、大所高所から日本の経済と政治に関する提言を行うことを自らの独自性としている。

経済同友会の文書は、国民の自助努力と自己責任を前提とする「自律国家」を、わが国のあるべき姿とする。この「自律国家」では、「生産は市場に委ね、再配分とは峻別する」とされ、ここでいう「生産」とは、「市場メカニズムを活用できるあらゆる財・サービスの生産を意味する概念であり、農業、製造業、サービス業から教育、医療に至まで、広く民間の経済活動を包含する」とされる。

「再配分」とは、「市場メカニズムを通じた資源配分に委ねることのできない行政サービスを意味しており、具体的には、国防、外交、司法、徴税、公共事業、公的扶助、各種補助金等広く政府活動を包含する概念」である。そして「再配分」の原則は、「政府の役割を全ての国民に対して日本の尺度で測った最低限度の生活水準（ナショナル・ミニマム）を保障することのみに限定すること」と[7/8]される。

社会保障のなかで、「再配分」の領域に属するのは公的扶助のみという珍説も登場するが、医療は、教育と同様に、原理的に市場に委ねられるべきとされている。この経済同友会文書は、2001年に経済財政諮問会議にも提示されている。

保健・医療を、自己責任を基礎にして市場に委ねるとというのが、「医療構造改革」を唱える政治勢力の基本的立場である。しかし、これからの日本の保健・医療は、これまでの優れた側面を引き継ぎ、これまでの弱点を身近な地域で克服することを基本とするのが合理的な方向である。具体的には、中央政府がナショナル・ミニマムの確保に責任をもつことを前提とし、そのうえでコミュニティ・オブティマム（地域における最適な保健・医療）を自治体レベルで築き、公共的ユニバーサル・サービスとして確立するという構想である。

3 身近な地域で納得のいく保健・医療を

※ 日本医療の良好な成績

日本の保健・医療の国際的評価はどのようなものであろうか。どこが優れているのであろうか。表7-1は、世界保健機関(WHO)と経済協力開発機構(OECD)のデータである。まず、WHOが行っている各国の健康状態の総合ランキングをみれば、日本の保健・医療が総合的にみて、少なくともほかの国に[8/9]遜色のないものだという事は明らかであろう。医療制度を直接にみている「平等性」という項目では、北欧諸国が最上位だが日本も3位と健闘している。公的健康保険制度を中心にして、保険証1枚で、どこでも、いつでも、誰でも、必要な医療が受けられるという国民皆保険の成果である。日本とアメリカの医療を比較して、コンパクトに行き届いた日本医療分析を行った池上とキャンベルは、「日本の医療制度は医療サービスの料金が統制された出来高払いと、全ての患者が平等に医療機関を選択できることを基本としている」(池上・キャンベル[1996])と指摘している。この平等性を掘り崩すのが、現在進行中の医療構造改革である。

構造改革論者が範とするアメリカは平等性で32位、総合成績でも15位にすぎない。今、政府が進めている医療構造改革は、日本の保健・医療をアメリカのそれに近づけようという側面をもち、自己責任・市場原理を軸に再編しようとしているが、その先に何が待っているかは、表7-1から十分に読みとれよう。

表 7-1 日本の保健・医療の成績

	世界保健機構 (WHO)		経済協力開発機構 (OECD)
	健康達成度の総合評価	平等性	GDP に占める医療費の割合 (1998 年)
日 本	1 位	3 位	18 位
ド イ ツ	14 位	20 位	3 位
ア メ リ カ	15 位	32 位	1 位

出所：WHO, *World Health Report 2000*, OECD, *Health Data 2000*.

※ 日本の医療費は低い・ユニバーサルな医療は高くはない・北欧は経済的に活性化

自己負担を増やす理由は、医療費の増えすぎだというのが、事実ではない。日本は 18 位であり、平均以下である。1 位はアメリカだが、世界で一番医療に金をかけて、平等性では 32 位、総合評価は 15 位にすぎない(表 7-2)。日本の医療は低い費用で高い効果をあげている、優れた制度である。池上たちは、アメリカとの比較を念頭において、日本人に対して、「日本では高騰していると信じられている医療費は、むしろ世界的には低い水準にあることで逆に注目されている」(池上・キャンベル[1996])、と指摘している。

図 7-4 は、ユニバーサルな保健・医療制度をもつ北欧諸国の医療費が、公的保険制度をもたないアメリカや、職業による差別性を相当に含んだドイツ、フランスなどと比べても、けっして高くはないことも示している。

ダボス会議を主催する世界経済フォーラムの『2002 年版世界競争力報告』(表 7-2)によると、技術力と公的機関の効率とマクロ経済の 3 分野を指数化して比べたランキングでは、10 位以内に北欧 4 ヶ国が入っている。アイスランドも 12 位であり、日本は 13 位である。ユニバーサルなサービスを特徴とする北[9/10]欧諸国が、経済競争力ランキングでも世界の上位に集中していることは記憶に値する。

次は、日本の医療費が低いことである。多くの要因が関係するが、もっとも直接的な要因は、人手が少ないことである。保健・医療は福祉や教育と同様に、労働集約型産業であり、医師や看護師が少ないことは国民医療費を低く押さえることにつながる。100 ベッドあたりの医師の数は、アメリカの 63 に対して日本は 12.0 であり、看護師数ではアメリカの 197 に対して 41.8 である。それぞれ、ほぼアメリカの 5 分の 1 にすぎない(1996 年の比較)。

平等性で 3 位、総合評価で 1 位という優れた制度を支えているのは、医師や看護師が少ない人数でがんばっていることである。もし、日本の保健・医療をアメリカ流に、というのであれば、日本の保健・医療スタッフを、せめてアメリカの半分程度に増やしてほしいものである。これだけでも、入院している患者が医師や看護師と病気や療養上のことを相談する時間が大幅に増えるし、看護師に多く発生している過労死を防ぐことができよう。

[10/11]

表 7-2 成長競争力ランキング (2002 年)

1	(2)	アメリカ
2	(1)	フィンランド
3	(7)	台湾
4	(4)	シンガポール
5	(9)	スウェーデン
6	(15)	スイス
7	(5)	オーストラリア
8	(3)	カナダ
9	(6)	ノルウェー
10	(14)	デンマーク
11	(12)	イギリス
12	(16)	アイスランド
13	(21)	日本
14	(17)	ドイツ
15	(8)	オランダ

注：カッコ内は 2000 年の順位。
出所：世界経済フォーラム作成。

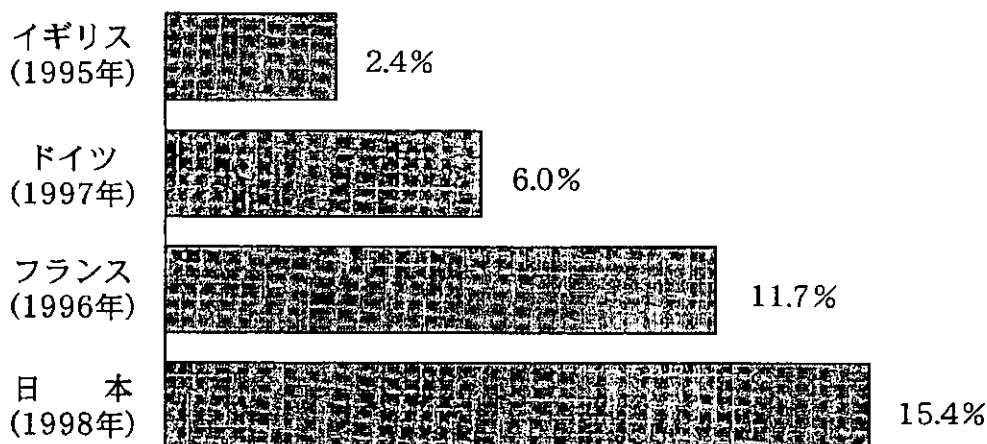
※ 日本の保健・医療の弱点—高負担・情報公開の遅れ・ネットワークの不備

日本の保健・医療の弱点は何か。まず、家計の医療費負担が重いことである。『データブック国際労働比較 2002』（日本労働研究機構）によると、医療・保健費用が家計支出に占める割合が、日本では、11.1%とサミット参加国でもっとも高く、以下、ドイツ 4.5%、フランス 3.7%、カナダ 3.7%、イタリア 3.2%、イギリス 1.2%と続く。このデータは 1998 年（カナダとイタリアが 99 年）のものだが、日本の負担はその後も増えている。医療機関の窓口での自己負担が、公的医療制度のもとでの総支出に占める割合でも、日本が突出して多い。イギリスやドイツの 2 倍以上である（図 7-5）。

形式的には日本の医療は国民皆保険であるが、実質的には家計への負担が大きいため、公共的セーフティネットの役割を十分に果たせなくなっていることに注意しなければな

らない。保険料は高くなるが、サービス利用には自己負担というバリアを設けるからである。近年進行している事態の本質を定式化すれば、「国民皆保険の形骸化と収奪機構への転化」(西岡[2002])ということになる。

図 7-5 公的医療保障制度の総支出に占める窓口負担の割合



出所：週刊社会保障編集部編 [2000]。

次に弱点としてあげるべきは、情報公開の遅れである。患者・住民が、安心して納得のいく医療サービスを利用しようとするれば、そのサービスの内容(目的・効果・危険性・費用)を知らされなければなるまい。こうした医療情報は、カルテに集中的に含まれている。この意味で、カルテの開示は日本の医療の弱点を克服するうえで、緊急の第一歩となる。

情報公開は、目的ではなく手段である。患者・住民が、保健・医療の計画、実行、評価、再計画というサイクルの全体に参加するための手段である。住民の医療要求の骨格をなすのは、信頼できる、安全な医療サービスを安心して受けたいということであろう。それが「納得のいく医療」というものである。納得のいく医療は、十分に情報を提示され、説明を受け、自らも考えて決めた内容の医療サービスを受けることである。したがって、納得のいく医療は、参加する医療である。

従来から保健・医療・福祉の連携の不足が、日本の保健・医療・福祉システムの弱点といわれてきた。保健・医療の連携については4節で論ずる。介護保険法の成立(1997年)と実施(2000年)もあり、現在、医療と福祉の連携問題の中心は、高齢者にある。「高齢者の社会的入院」は象徴的存在である。これは、平たくいえば、住宅事情や介護する人手さらには適切な医療機関の不在などの社会的要因によって(すなわち)医療と福祉の連携不足という要因によって、在宅あるいは地域で高齢者のケアを行うことができないために、医学的必要性は乏しくても、高齢者を、医療施設である病院(比較的大きい病院)に継続して入院[12/13]させざるをえない、という問題である。

このような弱点を、地域で適切なネットワークの形成によって克服することが、地方行政の課題でもあり、そのうえではじめて、医療サービスをより効果的に利用する方向への改革が可能になる。地域における医療・福祉(介護)のネットワークを、多様な利害関係者の参加によって形成することは、地方自治法からみても自治体の責任であり、このネットワークなしに、診療報酬制度によって、長期入院患者を病院から追い出すようにし向けるのは、順序が逆といわざるをえない。