

PCT は地域の人々の保健ニーズが何であるかを明らかにし、保健サービスを計画し提供することに責任を負っています。中でも、一般医、地区看護師、歯科医、薬剤師、眼鏡師がプライマリ・ケアを提供します。

PCT は比較的新しい組織なので、事業が行われるやり方を振り返ってみることは、有意義です。病院のみならずその他の協力関係者たち——患者、ケアを行う人々、住民——が存在したにも関わらず、かつて保健サービスは、病気の人々を治療することが中心でした。

しかし、NHS は大規模な近代化計画を実行中であり、この変革の一環として、5つの地域にある PCT は、保健ケアを提供する新たなやり方を作り上げるために、共同で作業をしています。新しいやり方は、なによりもまず、質の高いサービスを提供することによって、人々の自宅により近いところで幸福な暮らしを続けられるようにします。

自宅により近く

上記のことは、以前には病院でしか受けられなかった若干の保健サービスを含めて、地域社会で提供されるようになることを意味します。そして、患者の自宅でも既存の保健センターや一般医の診療所でも、さらには社会ケア NHS 資源センター [新タイプの保健・福祉センター。従来の保健センターに福祉機能を加えたもの] でも、保健サービスを受けられるでしょう。

もちろん、事故や救急治療や、一般外科やある種の専門的ケアのような、重要なサービスは、これまで通りに、大マンチェスター北東部 NHS にある 4 つの病院—— Fairfield General、North Manchester General、Rochdale Infirmary、Royal Oldham ——で提供されます。

その他の専門的サービス、たとえば心臓外科、癌治療などは、今後さらに発展させられて、1 つの優れた拠点に統合されるでしょう。患者にとっても、センター施設を運営する専門スタッフにとっても、統合は有益でしょう。

私たちの目的

- 私たちの目的は、できるだけ多くの人々を、できるだけ健康に保つことです。そのために、患者により近い場で働きます。例えば、地方当局の社会サービス施設などです。また、セルフ・ケアによる良好な健康づくりを促進し、支援します。
- 私たちは、誰でも健康に関する助言や情報やサービスを、容易に利用できることを願っています。また、すべてのリスクを早めに発見できるような、健康診断を誰でも平等に受けられることを望んでいます。
- そして、私たちは、病院でのケアを含めて、人々が必要とするサービスを速やかに、便利に利用できることを望んでいます。

意見を求めています

私たちは、大マンチェスター北東部における将来の保健事業を発展させるに当たって、最初

から皆さんが参加することを望んでいます。そして、個々の地域で私たちの計画が、保健サービスにどのような影響を与えることになるのかを、詳しく知るために、しかも、すべての変化が生まれる前に、他の同僚たちや、保健ケアと社会ケアの専門家たち、そして患者、介護者、住民の皆さんから意見を求めています。

地域の保健事業をどのように発展させるかについて発言したい人々（団体も含めて）の意見を集めるために、新しく意見徴集ネットワークを作りました。患者・住民・参加（Patient and Public Involvement-PPI）フォーラムがそれです。

私たちは、これから数ヶ月の間に、私たちの計画を皆さんにお知らせします。そして皆さんがどのようにして参加できるのか、その方法についてもお知らせします。それまでに、何かご意見があれば、次のページに住所と電話番号が掲載されている、各地域の PPI フォーラムと連絡をとって下さい。

以下：各 PPI フォーラムの住所・電話一覧（省略）
（仮訳：日野秀逸）

資料2 Kath Locke Community Health and Resource Centre (KLCHRC) について

○ 制度上の位置づけ

Greater Manchester Strategic Health Authority (GMSHA) の管轄区域内にある、Central Manchester Primary Care Trust (CMPCT) の構成部分である、保健・医療・福祉サービス提供施設。なお、CMPCT は、全部で 14 の health centre を「所有し運営している」(Central Manchester Primary Care Trust...A Profile より)。

○ CMPCT について

法律に基づいて設置された NHS 機構である。CMPCT は 2000 年 10 月に設置された。プライマリ・ケアと地域保健サービスを、16 万人に対して提供する責任を負っている。

○ 名称の由来

Kath Locke (カス・ロック) とは、1928 年生まれの女性黒人運動家、フェミニスト活動家、社会主義者、反帝国主義運動家、児童福祉活動家、アフリカ出身者支援活動家の名前にちなんでつけられた。彼女は政治的には労働党左派に属し、マンチェスターの中心部で労働運動と地域運動に一生を捧げた。彼女のモットーは、「嘆き悲しむな、組織せよ」であった (Kath Locke ...A Tribute より)。

○ 設立

KLCHRCは、1996年12月に設立された。KLCHRCは、すでに2つの全国的表彰を受けて、将来のNHSの在り方にも影響を及ぼしている(Kath Locke Centre Evaluation Report January 2001, p.7)。表彰された理由は、現政府が迫及している保健・医療政策の中軸をなす「病院から地域へ」という構想を先取りしているからであろう。

○ 歴史的背景

1990年に、KLCHRCの周辺地域は、当時の保守党政権によって、「ヨーロッパで最悪の住宅環境」と言われるほどの状況であった。1960年代に作られた、都心部(inner city)の貧困者居住地域の多くがそうであったように、周囲の比較的裕福な地域に取り残された、「貧困な住宅の島」(同前, p.10)であった。人口は減少し、空き家が増え、治安は悪化し、雇用も減少し、失業は増大するという、問題だらけの地域になっていた。他の都心部と同様に医療施設は貧困であった。GP(一般医)たちは、1970年代に建てられた、設備の劣悪な施設で開業していたが、量的にも、質的にも、地域の医療要求には対応できなかった。

1994年に、当時の保守党政府が、プライマリ・ケア重視のNHSという政策を強調するようになり、また当該地域を管轄していた、当時の北西圏域保健当局(North West Regional Health Authority)が、プライマリ・ケア・資源センターを設立する方針を立てた。この2つの流れが合流して、1994年にKLCHRCを設立しようという計画が出てきた。既に、CMPCTの管轄地域内には、Zion Community Resource Centreが1991年に建設されていた。新しいセンターの構想は、Zionのセンターよりも、広範な地域の社会的課題に取り組むことができるような、総合的センターということになった。

当時のManchester Health AuthorityとFamily Health Service Authority(当時は、開業医や開業歯科医や眼鏡など、独立自営業者が関わるNHSの運営は、この家庭保健サービス当局が、独自に管轄していた)とが、primary careを強化する総合計画を策定する専門委員会を共同で設置し、この委員会の報告が、現在の位置に新しいセンターを設立することを答申した。

KLCHRCを運営しているのは、実質的には、Zion Community Resource Centreを運営していたZion Management Committeeである。この運営委員会は、1997年に、2つのセンターを運営する企業を設立した。それがCommunity Health and Resource Centres(日本で言う第3セクターの企業)である。2001年には、この会社の登録商標をDiverse Resourcesとした。上述年次報告書の3ページには、資料を作成したのがDiverse Resourcesであることが記されている。

○ 地域とのつながり：雇用と利用

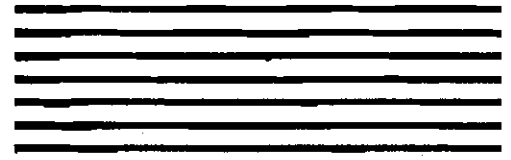
KLCHRCに雇用されている人々は、基本的に地域の人々である。地域の雇用に貢献するという位置づけがあるためである。1999—2000年度の新規雇用者の43%が黒人、27%が白人(イングランドの白人)、インド人とアイルランド人がそれぞれ7%、その他が16%である。

児童保健学級利用者の割合は、英国籍黒人が24%、アフリカ・カリブ海出身の黒人が16%、アジア系が16%、その他の黒人が15%、白人が15%、アイルランド人が8%、ウェールズ人が5%である(端数が出るので100%にはなっていない)。

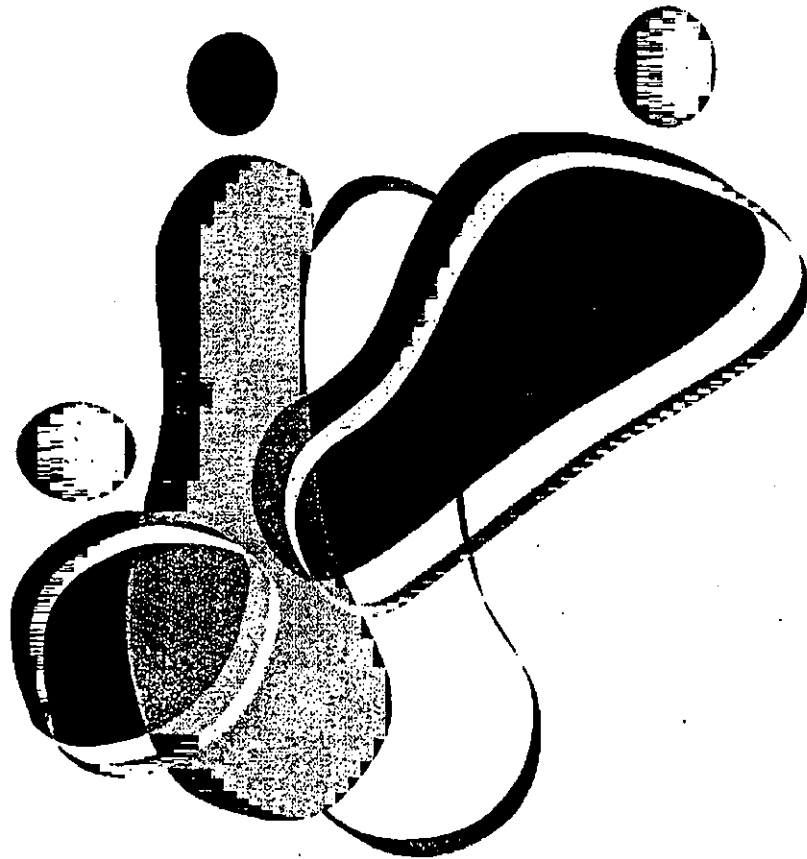
(日野秀逸記)

月刊国民医療 平成12年4月27日第三種郵便物認可 2005年3月1日 No.210

月刊国民医療



2005年3月1日（毎月1回発行）No.210



国民医療研究所

ベトナム医療管見

戦争・社会サービス・社会的企業

日野 秀逸 (国民医療研究所所長、東北大学教授)



2004年11月に日本生協連医療部会の仕事で1週間余りベトナム社会主義共和国を初めて訪れる機会を得た。ベトナムは面積33万平方キロメートル余り、人口8千万人(2003年)を超え、いずれも日本より一回り小規模ではあるが、アジアの大国の一つとあってよい。



1 20世紀ベトナムと戦争

ベトナムは、第2次大戦前はフランスの植民地であり、戦時中は日本軍の進駐を経て、戦後は対仏独立戦争(第1次インドシナ戦争)に勝利したが、そののちも、国土はベトナム民主共和国とベトナム共和国に分断され、アメリカ軍の干渉によって15年にわたる第2次インドシナ戦争を余儀なくされた。1976年に統一され、単一の社会主義共和国を形成している。1976年統一後も、対カンボジア戦争、対中国戦争が断続的に闘われた。

少しく、20世紀ベトナムと戦争を追ってみたい。20世紀初頭、ファン・ポイ・チャウのドンズー(東遊)運動、ファン・チュ・チンの維新運動など、民族運動の近代化を志向する

運動が起こったが、いずれもフランスによって弾圧された。

第1次大戦後、インドシナへの投資が拡大し、北部の鉱業、中南部のゴムのプランテーション、南部の米作の急激な発展によって、労働者階級やサイゴンの地主、精米・輸出業者などのブルジョアジー、さらに知識人層が生み出された。この社会変容を背景に、労働運動や革命運動が展開され、1925年にはホー・チ・ミンによってベトナム青年革命同志会が結成され、これを母体に1930年にはベトナム共産党が結成された。

1940年に日本軍がインドシナに進駐すると、ベトナム共産党は軍事組織をつくる一方で、翌年にはベトミン(ベトナム独立同盟会)を結成して、日・仏二重支配に抵抗した。1945年三・九クーデタにより日本軍はフランス領インドシナを解体し、バオダイ帝の独立を認めたが、もはや封建王朝ではベトナム人の支持を得られなかった。同年、日本軍の食糧強制調達や天災、南北途絶により北部で200万人が餓死するという大飢饉が起こった。ベトミンは日本軍からの米奪還を叫んで、急速に勢力を伸張した。1945年8月15日の日本軍の降伏とともにバオダイ政府はベトミンによって解体され、9月2日ベトナム民主共和国の独立宣言がホー・チ・ミンによって朗読された。

しかしフランスはこの独立を認めず、1945年には南部に、46年には北部に進攻した。第1次インドシナ戦争の始まりである。フランス軍は当初平野部の制圧に成功したが、チュオン・チンの人民戦線戦術によって、戦線は膠着化し、バオダイ・ベトナム国の擁立やアメリカの大量の軍事援助にもかかわらず、54年ディエンビエンフーにて大敗して、撤退に追い込まれた。同年のジュネーブ会議により、ベトナムは北緯17度線を境に北を民主共和国、南をバオダイ・ベトナム国の統治にゆだね、3年後に統一選挙が施行されることになった。しかし翌55年バオダイを廃してベトナム共和国初代大統領に就任したゴ・ディン・ジェムは、アメリカの軍事・経済援助を背景に、南北分割の恒久化を図って民主共和国と対立し、一方、国内では土地改革に失敗して、旧ターディエン(借佃。小作人)層の反乱を引き起こした。

1960年に南ベトナム解放民族戦線が結成され、第2次インドシナ戦争(ベトナム戦争)が勃発した。1963年ジェム政権が軍部クーデタによって倒されると、アメリカは反共の橋頭堡としての南ベトナムに直接的に大量介入を図る方針を採り、翌1964年のトンキン湾事件を口実に北ベトナムへの爆撃(北爆)を開始した。しかし50万人のアメリカ兵投入にもかかわらず、アメリカ軍・南ベトナム政府軍は敗戦を重ね、1968年のテト(旧正月)攻勢以降、アメリカ財政の悪化と国際的な平和世論の前にアメリカ軍は撤兵に追い込まれ、1973年にパリ平和協定が結ばれた。アメリカ軍撤退後、民主共和国の人民軍と解放戦線軍の優位は決定的となり、1975年にサイゴンが陥落し、南ベトナム臨時革命政府が南ベトナムの主権を握った。翌1976年の統一選挙によって南北両国家は再統一され、ベトナム社会主義共和国が生まれた(平凡社『世界大百科事典』ベトナムの項に依る。執筆者は桜井由躬雄)。

2 私たちの戦争責任

第2次世界大戦中の日本軍の行動が、大量の餓死者をベトナムにもたらしたことは確かである。しかし、私は、こうした行動に対する歴史的責任が、戦後に生まれ育った私たちにあるとは思えない。歴史的認識を深めることは当然に要請されるが、歴史的責任は主に当事者であった、当時の日本政府・日本軍、そして侵略に寄生して巨額の富を得た政商・財閥にあることは明白であろう。

しかし、第2次大戦後、とりわけ1960年以降となれば話は違ってくる。北爆の基地は日本であった。アメリカ軍のベトナム侵略の最大の基地は、日本であった。そして、1960年の日米安保条約改定によって、日本は一層積極的な米軍のパートナーと位置づけられ、その使命を忠実に果たしたのである。

もちろん、米軍のベトナム侵略に反対して、多くの日本の労働者や勤労市民が、積極的に闘ったことも事実である。自分のことを振り返っても、中学生時代の1960年から高校、大学(北爆は大学1年)、社会人と、いずれの時期にも、「ベトナム人民と連帯し、アメリカの侵略に反対する」運動に参加していた。

それにしても、ベトナムの人々から見れば、日本はアメリカのベトナム侵略を、最も積極的に支援した国である。この歴史的事実のうち、ベトナムの人々の戦後復興・社会建設の営みに対して、私たちが支援を行うべき根拠を見いだすのである。

逆説的に、もしベトナムがフランスやアメリカが(そして日本も)強制した戦争をしないうで、第2次大戦後の復興に取り組むことが出来たならば、どれだけの成果を国民生活の向上という面で、挙げる事が出来たであろうか。正確に計算する術はないが、例えば、戦後、戦争をしないうで来た日本の経済復興や国民生活の向上を思えば、おおよその検討が付くであろう。また、1814年以来、国と国

の戦争に加わっていないスウェーデンが、どれだけの人と、ものと、貨幣の損失を免れて、豊かな福祉国家を築いてきたかを思えば、ベトナムが失った物の大きさも理解できよう。

政治学者の山口定氏は、「さらに政策についていうなら、むしろ中立政策の恩恵ということがあります。スウェーデンの最近の経済学者たちは、やはり長期的に見てスウェーデンが一番特をしたのは、伝統的な中立政策のおかげで第一次世界戦争にも第二次世界戦争にも参加しなかったことだ。つまり、戦争による荒廃を回避できたことが、スウェーデンの高度福祉社会成立の前提であった、といっているわけです。実のところ、私もむしろこれが一番大きいのではないかと思います」(『現代ヨーロッパ史の視点』、大阪書籍、1989年、82ページ)と述べている。戦争による、物的・人的・貨幣的損耗を回避してきたことは、福祉国家の原資の保全として、重要な役割を持つ。ベトナムはこの点で、極めて不利な条件のもとに置かれているのである。

ここでは記載しないが、枯れ葉剤による後遺症など、戦争の負の遺産がベトナム医療に少なからぬ課題を提起していることも、忘れてはならない。

Ⅱ ベトナムの医療あれこれ

今回のベトナム行きでは、ハノイ省立病院長や保健省次官、協同組合運動関係者などから、意見を聞く機会を得た。しかし、ベトナム医療の全体像を手際よく示してくれたのは、2004年11月21日に行われた、保健省の若手官僚による説明であった。彼の話を再現しつつ、データを補足したり、私のコメントを入れたりして、最近のベトナム医療を紹介したい。

ベトナム保健省 (Ministry of Health)、

計画財政局総務部 (department of planning and finance) の Dr. Nguyen Hong Vu から説明を受け、質疑を行った。以下は、時系列ではなく、テーマや関連事項をまとめて、日野が再整理したものである。

当然ながら日野の個人的なメモであり、自分が関心のある事柄については詳しい記述になるなど精粗まちまちである。

○ ヴー医師について

彼はチェコスロバキアの医科大学を卒業し、今は、主に計画戦略立案に携わっている。また、ユニセフ・プロジェクト (UNICEF PRIMARY HEALTH CARE PROGRAMME BASED COMMUNITY) の事務局を担当している。

実際には、曰く言い難い「雑務」で時間を取られることが多い。余所から苦情が来ると、それを処理したり、部長や大臣などに報告したりする。大臣や次官が必要とする資料を整理したり、色々な仕事がある。

○ ヴー氏が語るベトナム保健・医療最大の課題

政府の保健分野の予算が少なすぎる。各国では教育と保健・医療の予算は同額だが、ベトナムでは教育の3分の1に過ぎない。最初に何を買いだめしたいとはいえない。なにもかにも足りない。例えば、公務員の中でも医師の給料が最も低い。教師や国営企業従業員、軍人、公安関係、どれと比べても低い。労働者全体の中で低いとは言わないが、公務員の中では最も低い。何とかしなければならぬ。

都会では交通事故と糖尿病が問題。[環境汚染という観点は薄いようである。車両の輻射する道路でのマスク使用についても、呼吸器疾患対策というよりも、女性の美容上の理由を重く見ている話が、女性の通訳からなされた。——日野] HIV 感染対策も課題である。

農村では結核をはじめとする呼吸器疾患が

問題である。都会でも呼吸器の病気になるが、薬を手に入れて治す。農村では、薬が手に入らない。

[都市人口は増え続けている。1995年の1,494万人から2003年の2,087万人へ、8年間で14%増。農村人口は同期間に5,706万人から6,003万人に1.1%増：なお、特に断りが無ければ、数値の出所はStatistical Yearbook 2003, General Statistical Office, 2004]

○ ベトナムの保健・医療システム

ベトナムの保健・医療システムは、国営システムと民間システムに大別され、国営システムは4段階で構成されている。全体的な成績を言えば、同じGDPレベルの諸国と比較すると、乳児死亡率、幼児死亡率、妊産婦死亡率、平均余命のどの指標でも良好である。

○ 国営システム

最も基本的な役割は国営システムが担っている。管轄は保健省であるが、健康保険を含む社会保険は、労働・傷兵・社会省が管轄している。

中央から4段階システム。

中央 大臣1 次官3-4人。14の局・部 (department)。70病院・研究院 (hospital and institute)

省 (city and province) : 64省 (ハノイ、ホーチミン、ダナン、ハイフォン、CANTHOは省と同格したがって5特別市、59省：ただし、一般の市は省の下に位置づけられる。例えば、フエ市はフエ省の一都市)。

各省に保健局 (province health service department)、と最低1つの総合病院、予防医療センターが設置されている。

県 (district) : 570の県がある。それぞれに、最低1つの医療センター、総合病院、予防医療チーム、家族計画専門チーム(ふたりっ子政策)が置かれている。

社(村・町…village and commune)が1万以上ある。ここには、地域保健ステーション (community health station) があり、複数の看護師が中心になっている。助産婦や医師がいるところもある。医師がいない場合は経験の長い看護師が所長になる。

○ 予防接種が大仕事

地方によって忙しい課題は異なる。県やコミューン段階の予防関係部局の大きな仕事は、都会ではエイズ予防、農村部の貧困地域では結核対策であり、早期発見の重要性を広めたりするのは大変である。[通訳の話では、恐らく一番忙しいのは予防注射だそうだ]。

全児童に対して、7種類(結核・麻疹・百日咳・B型肝炎・破傷風・小児麻痺・チフス)の予防接種を行っている。全国の全ての子供に義務的に接種させる。テレビでも宣伝している。一人一人の子供ごとに、予防注射手帳がある。これらの予防接種は無料だが、日本脳炎の注射は一部有料。どの子供が、どの接種を、どこで、いつ実施するのか。地域によって異なる。これは予防注射手帳に記入し、忘れないで、決められた広い場所に子供を連れていく。この組織・準備が大変な作業である。7つの注射が終わるまで、組み合わせの関係や回数と間隔の関係で、何年もかかる。

○ ボランティア等

なお、山岳地帯の村では公務員ではなく、半分ボランティアで働く保健要員がいる。医

主な医療スタッフ(単位千人)

	1995	2000	2001	2002	2003
医師	30.6	39.2	41.0	44.5	47.2
医師助手(リハビリ専門家)	45.0	50.8	50.9	50.6	48.7
看護師	47.6	46.2	45.9	46.4	47.8
助産婦	11.7	14.2	14.5	15.4	16.2
(以上を医療スタッフと称する)					
上位薬剤師	5.7	6.0	6.0	6.1	5.6
中位薬剤師	6.4	7.8	8.5	9.0	9.7
薬剤助手	9.3	9.3	9.6	9.6	9.4

師ではなく、3カ月の短期研修を受けて、専門職のもとで、パートタイマー的に仕事をしている。賃金は出なくて、ときどき謝金が出る程度である。こうした形態は都市部には見られない。ボランティアはいるが、別な形の参加をしている。例えば、都市では HIV のプロジェクトに参加する。農村でも、都市でも、山岳地帯でも、ボランティアは共通して存在しているが、課題や活動形態が異なる。農村部では、結核プロジェクトが盛ん。

10の国家的なプロジェクトが動いている。結核、家族計画、予防注射など。予防センターや予防チームは、この取り組みでも忙しい。

なお、住民による保健活動参加全般に関する質問も出たが、かみ合わなかった。

○ スタッフ

地域保健ステーションは、4から6人の医療スタッフを雇用しているが、60%のコミュニティには複数の医師が配置されている。地域の公務員医師の殆どはIレベル(大卒後3年の研修)に達していない。IIはさらに3年の研修が必要で、国立病院の医長クラスは殆どがIIレベル。保健省としては全てのコミュニティの公務員医師がIレベルに達するようになりたい(上表参照)。

○ 医療スタッフ養成システム

医療職養成システムは、上級中学(修学年通算12年:日本の高等学校に対応)卒業後、大学で6年学んで医師(一般の大学は4-5年)になる。4年制の医療高等専門学校を卒業してリハビリテーションの専門家になる。3年制の医療中級専門学校を卒業して看護師になる。現在では、医師になる道は、複線ではなく、6年制の医科大学・医学部一本である。

なお、工科大卒後、病院で短期コースの研修を受けて医療技術者になる。コースの規定は特になく、病院で独自に設定するし、エックス線機器メーカーが設定することもある。研修は医科大と連携して行っている。

○ 医療費(受診料)関係

ドイモイ(1986年開始)以前は、全国民が無料で医療サービスを受けられた。[ただし、医療サービスの供給量は絶対的に不足であった。つまり不足のもとでの平等であった。ドイモイ政策は、全体として「貧しさを分かち合う社会主義から決別する試み」と一般に定式化される——日野]

ドイモイ以降は一部負担を導入した。これを補完する政策として、政府は最貧層への医療費支援を実施した。2005年からは、5歳以下の入院費を無料にする予定である。

医療価格の決め方は、国営医療では3つ

定式化される——日野]

ドイモイ以降は一部負担を導入した。これを補完する政策として、政府は最貧層への医療費支援を実施した。2005年からは、5歳以下の入院費を無料にする予定である。

医療価格の決め方は、国营医療では3つある。基本的には、中央、省、県の病院の価格が設定される。省、県の病院の間では同額が多い。

しかし、病院全体に共通して、施設規模(ベッド数等)、設備、スタッフ水準によってIからⅢまでのレベルを保健省が決めている。つまり、IからⅢまでと、国、省、県のレベルが重なることが多いということである。

患者が負担する医療費については、国营の場合は従業員が公務員。設備も政府が投資するので、患者負担は薬などの消費物資分だけである。保健省が価格表を決めているが、具体的な金額は病気によって、ケースバイケースになる。先述の病院のランクによっても異なる。具体的には病院毎に判断されている。

社会保険未加入者が国立医療機関を受診した場合は、「全額負担」になる。しかし、全額といっても、文字通りの全額[価格A]が請求されるわけではなく、保健省が設定し、各病院が最終的に決定した料金[価格B]に関して、全額が請求される。実際の費用[価格A=必要経費]はもっと高くなる。結局、政府が一部を負担[価格C]した後の金額[A-C=B]が請求され、社会保険加入者であれば、 $0.2 \times B$ を負担する。

なお、インフレが進行しており[2002年度のインフレ率は4%]、1995年に設定された価格Bは、実勢費用よりも低くなっている。保健省も各病院も価格の是正を要求しているが、実現していない。→患者は助かっていることになる。

○ 社会保険

[現行の社会保険法(Law on Social Insurance, 1998)は、成立して6年しか経

過していないために、未成熟である。この法律は、医療、死亡、出産、労働災害、退職・年金の5種類を含む。これらを含む社会保険の保険料は賃金の20%であり、15%を企業が、5%を労働者・被雇用者が負担している。健康保険は、国有企業、外資系企業、国際機関、従業員10人以上の企業は強制加入とされ、それ以外の農民を含む自由業は、任意加入であり、任意部分の加入率は出典によって幅があるが20~30%台である。——日野]

保険料(4万ドン/年)は決して農民に支払い不能なほど高額ではない。農民は習慣的に、今すぐに必要とは限らない出費である保険料を事前的に払いたくない。宣伝して理解させることが重要である。このためにベトナムでも最貧農村の貧民に対して、政府が保険料を払って保険証を渡した。

また、比較的収入の高い自営業の人々が加入すると、保険財政が安定するので、農民にとっても有利になる。実際に保険を活用して、入院したり診察を受けたりして実利を実感すれば、家族や知人にも加入を勧めるようになるであろう。加入者を増やさないと保険として成り立たないが、強制は反発を招くので、当面は任意のまま政策的に加入者を増やしていく方針。[この路線を、任意加入の国民皆保険と称する——日野]

先述のように健康保険制度は、労働・傷兵・社会省が管轄しているが、保健省とは2003年に分離した。なお、ベトナムの健康保険に加入者できるのは本人だけで、夫婦でも親子でも別個に加入するのが原則である。自己負担は2割である。

ただし、都会の義務教育の学校では、学校[=教師]が保険を組織して、子供を加入させるように勧誘している。テレビでも、教師達が、親たちに子供を保険に入れるように訴えている。[これは、いわば学校共済保険で、公的な保険ではない。]

2002年初頭に、首相は医療保険機関を社

会保険機関に統合する決定第 20/2002/TTg 号を公布した。これまで 2 機関は独立した機関であった。医療保険の拠出水準は賃金水準の 3%と定められており、うち 1%が労働者、残り 2%が使用者の負担となっている。
 [『海外労働情報』2002年の動向より]

○ 登録病院について

健康保険加入者は病院に登録する。登録更新は現役労働者では 1 年が多い。私（通訳）の場合は 6 ヶ月で更新できる（外資系企業のためか）。登録病院はⅢレベル。しかし、必要に応じて、上位の病院に紹介される。

○ 民間システム

民間の主な目的は利益なので、診断と治療だけを行う。予防はしない。民間医療機関の多くは健康保険を扱わない。最近大きな話題になったのは、ハノイでも最も先進的医療を行っている有名なハノイ・フランス病院（国際的病院で、ベトナムでも最も料金の高い民間病院）が、健康保険を扱うようになったこと。しかし、保険適用限度額が低くて、それ以上は自費になる（この部分が co-payment である。保険が適用になるまでの最小負担金額を deductible と称する。保険用語）。実際には意味がない。また保険を扱う場合でも、扱うことの出来る薬等々で、制約条件がある。民間保険会社（特に外資系）が健康保険に参入したがっているが、まだ実現していない。

Ⅲ ベトナムの協同組合医療を支援する機軸
 —— 社会的企業の観点から ——

1 資源不足に悩むベトナム医療

ベトナムの国民 1 人当たり GDP は 485 米

ドルであり、国民の 12 %が、ベトナム政府の設定した貧困線以下の収入で生活している。国際貧困線を尺度とすると、29 %が貧困線以下である。平均余命は男性 65.5 歳、女性 70.1 歳、5 歳以下の死亡率 4%、低体重児が 30 %を占める（以上は 2002 年の数字。Basic Facts about Viet Nam, UNDP Viet Nam Country Office のホームページより）。

2003 年 12 月 31 日時点の一般病院病床は 11 万 7,266、人口 1 万人当たり 14.7 である。2002 年の日本の一般病床 138 万、人口 1 万人当たり 108 と比べると、病院病床の不足が理解できよう。病院のみならず、医療機関の絶対数が不足している。2003 年末の施設数は次の通りである。

病院	842
地域医療センター	930
療養所（結核・リハビリ）	77
地域保健ステーション	1 万 448
事業所診療所（都市部の官庁・企業）	810

上記の医療施設の中で、医師を初めとする専門家と病床を備えた基幹施設とも言うべき病院は、圧倒的に都市に集中している。農村部の施設は、医師が必ずしも常駐しない、地域保健ステーションが中心である。全国で 1 万強の町村に対して 1 万 448 施設であるから、ほぼ町村に 1 ヶ所の配置である。一般に面積が広く、散在して暮らしている農村部に、医療施設が平均 1 ヶ所というのは、いかにも少ない。

このために、政府（保健省）は農村医療を中心課題と把握している。ベトナム合作社連合会（ベトナム協同組合連合会）が政府関係部門の参加も得て、11 月 23 日に開催した「医療協同組合『ベトナムにおけるモデル及び発展の展望』国家セミナー」で、保健省次官は、次のように発言した。

ベトナムでは、保健・医療は政府、特に保健省が強い関心を持つ事柄である。しかし、ベトナム政府の予算だけでは不足するので、国際機関や外国からの援助資金も積極的に導入している。

ベトナム経済が発展するとともに、保健・医療システムも向上している。村レベルの保健・医療が向上している。ベトナム政府は、医術面だけでなく、基本的な保健・医療に力を入れている。村レベルの医療は最も生活に近い医療である。

現在、65%の村に医師が配置されている。ベトナムでは村レベルでの医療を発展させることが重視されているから、今日は、診療所という形態を強調しておく。

村レベルまで医療機器を入れるだけでなく、医師や看護婦の教育も重視している。難度の高い手術もできるようになった。

予防水準はWHOからも評価されている。同程度の国民所得の国と比較するとベトナムの保健・医療水準は高いといわれている。妊産婦の死亡は減った。

医療分野で成果を上げたのは、政府の努力と、世界各国からの支援によるものだ。しかし、国民の医療需要に対応するにはベトナム政府だけでは困難だ。国民の保健・医療を向上させようという指示がベトナム政府から出ている。保健省はベトナム教育省と協力して、国民の健康を守る運動を進めることになっている。

ベトナムは国営だけでなく、民間の医療機関も活動させる方向を旨としている。午前中に、保険会社の人意見を出していたが、これまでは医療保険加入者は基本的には国立病院で診療を受けるようになっているが、民間でもできるようにしていきたい。

日本の医療生協のモデルを紹介された。大変に効果的なシステムだと思う。医療生協は国民の努力と参加によって動いている。医療

生協ができると、ベトナム政府の負担が減少すると思われる。保健省として、ベトナムでの医療生協作りを支援する。ベトナム合作社および省の関係者が、もっと医療生協について学んで、典型例をつくり、他の地方にも広げていくことを支援する。

2 外国からの支援

保健省次官の発言にも出ているが、WHOやUNDP（国連開発計画）や国境無き医師団等々をはじめ多くの国際的なプロジェクトが、ベトナムで展開されている。ベトナムの財政状況を念頭に置けば、医療サービスを開発するための現実的な道は、①政府のプロジェクト、②国際的な支援、③地域のイニシアティブに基づく内発的開発、という3つの取り組みが総合的に展開されることであろう。

今回の日本生活協同組合連合会医療部会とベトナム協同組合連合会のプロジェクトは、内発的な社会サービス開発を外国から支援する形態である。しかも、内発的開発の担い手となる組織と同じ性格を持つ組織（具体的には、いずれも協同組合が関わる）が、支援するものである。上記の②と③が融合したケースになるのである。

3 社会的企業の観点から

近年、社会的企業という新たな企業概念が提示されている。ボルザガ、ドゥフルニ著（内山哲朗、石塚秀雄、柳沢敏勝訳）『社会的企業——雇用・福祉のEUサードセクター』（日本経済評論社、2004年）がその代表的な著作である。また、スウェーデンのベストフも『福祉社会と市民民主主義——協同組合と社会的企業の役割』（藤田、川口、石塚、北島、的場共訳、日本経済評論社、2000年）を発表している。

今回のベトナムにおける協同組合による医

療活動展開のプロジェクトは、財政的な資源の乏しい国で、外国の社会的企業から支援を受けて、社会サービスを提供する社会的企業を開発するものとして、興味深い意義がある。

ボルザガたちは、「社会的企業は伝統的なサードセクター組織と比較するとやはり違うところがある。たとえば、伝統的な協同組合と比較すると、社会的企業は、地域コミュニティに対して、より開かれた広範なサービスの実施をめざす市民団体によって運営されている。相互扶助組織や伝統的アソシエーションと比較しても、社会的企業は、独立性と継続的活動に関する経済的リスクの引き受けをより重視している。要するに、『社会的企業』という総称的な用語は、社会的経済諸組織との概念的な断絶を意味するのではなくて、むしろサードセクターにおける新しい活力とそのあるべき諸形態の再編拡大を意味する」(p.420)と主張している。

とりあえずこの論点を協同組合に引きつけてみると、「労働者協同組合や農業協同組合のように、メンバーだけの利益を追求する一部のサードセクター組織とも違って、社会的企業はコミュニティへの貢献という目的をもっている」(p.424)ということになる。とはいえ、現在の全ての、労働者協同組合や農業協同組合が、こうであると固定的に見ることは誤りであろう。協同組合の名称によって、社会的企業か否かを決定することを、本書が主張しているのではない。問題はそれぞれの組織・企業の活動・運営の実態である。

さて、日本の医療生協について、上記の記述を敷衍してみよう。たしかに、医療機関の利用という側面では、組合員にその利用を限定している(院外利用の禁止)。しかし、医療生協の活動は、診断・治療・リハビリテーションという医療だけではない。地域まるごと健康という戦略に基づく、組合員と地域を対象とした保健活動、住みやすく健康な街づくりをめざす諸活動、そして社会保障活動。これらは、まぎれもなく「地域コミュニティ

に対して、より開かれた広範なサービスの実施をめざす」活動である。したがって、一般に日本の医療生協は社会的企業とみなすことができる。

さて、改めて社会的企業とは何であるかに絞り込んでみると、社会的経済を担う企業が社会的企業とされている。これは分かりやすい。しかし、社会的経済自体が日本ではまだ馴染みのある名称・概念とは言い難い。社会的企業の方が、具体的に事業を担う組織・事業体であるだけに、話は具体的で取りつきやすいのではあるが、いっそのこと、この際に、社会的経済と社会的企業をまとめて勉強することを、勧める。社会的経済という現象に関する包括的な研究が、ドウフルニ、モンソン編、富沢賢治他訳『社会的経済——近未来の社会経済システム』(日本経済評論社、1995、

『社会的企業』の編者や訳者も相当数、この本の執筆・翻訳に携わっている。事実上の姉妹編で500頁近い大著)である。社会的経済とそれを担う社会的企業について、この二冊で、効率よく要点を学ぶことが出来よう。社会的企業とは何であろうか。基本的な属性を確認してみよう。制度面からみると、「『社会的目的をもった事業』、『市民企業』、『コミュニティビジネス』、『コミュニティ福祉企業』あるいは『社会的企業』と呼ばれてきた組織的な活動の展開」(p.396)が基盤にあって、本書の諸論文が示すところによれば、社会的企業の制度的な性格は、営利企業、公共機関、従来型の非営利組織に比べると、特定の財、例えば、対人サービス・社会的共通サービスを生産する際の問題点を克服しやすい独特のインセンティブシステムをつくりだす。

この観点からいえば、社会的企業がとりわけ関連していることは、明確な社会的目的であり、一方での生産者と他方での消費者・地域コミュニティとの近隣性であり、組織内部としては、労働者の努力への金銭的な報酬に対する開かれた民主的なマネジメントである(p.392)。つまり、「社会的目的」「コミュニ

ティへの貢献」「労働者志向の民主的マネジメント」という属性が、社会的企業を特徴づけるようである。

また、機能面からみると、「コミュニティに貢献するという社会的企業」(p.436)であり、企業形態から見ると、「社会的企業を他の企業形態と区別する方法——を特徴づけるのは、民間資金と公的な資金の新しい結合の仕方」が1つであり、さらに「設立時の社会的企業の特徴は、コミュニティへのサービスという側面の統合をめざす取り組みにかかわって、互酬関係を通じて社会的資本を動員すること」である。「社会的企業は、コミュニティへのサービスという側面によって、互酬関係(自発的な関与という形態での)という支援関係を創出したり、サービス提供のコストを削減したりできるようになる」という企業形態の特徴を示す(p.440)。

また、収入源から見ると、「民間組織、公的組織、個人ユーザー、消費者から得られるだけでなく、国家機関からも得られるが、この場合、国家機関はサービスに対し(少なくとも一部の)金を払い戻すのである。社会的企業は社会的統合や労働市場への統合に向けたサービスの提供や仕事おこしに関わるが、ある程度販売から収入が得られるため、この販売収入がみずからを『企業』と称する理由の1つとなっていることも多い」(P.402)のであり、多面的な収入源を持つことが、特徴でもあり、強さでもある。

以上のように、社会的企業を把握すると、ベトナムのような、社会サービスの開発が遅れている国で、地域密着性を重視しつつ、協同組合組織を活用して、保健・医療・福祉サービスを提供しようと言うのは、社会的企業論の現在の議論から見ても、合理的と言えよう。

社会的資本が未発達な領域でも、社会的企業をつくることができるし、社会サービスを開発することができる。その場合に、コミュニティに貢献するという社会的企業の考え

は、活動の主体を地域で生み出す。このような過程を通じて、社会的企業は、内発的發展における積極的役割を果たすであろう。また、中央や地方の政府が、地域の様々な社会的勢力を注意深くモニターし、長期的に支援することも必要である。社会的企業への支援政策は、主要な社会的基盤の整備における公共セクターないしは民間セクター中心の在り方に対する、オルタナティブな投資戦略を形成するのである。社会的企業の形成を通じて、これまで社会サービスが不足していた地域で、住民参加を内包した、より民主的な開発が可能になるであろう。こうした戦略は、ベトナムで進行しつつある、協同組合による医療機関活動プロジェクトの戦略を考えるにあたって、基盤となる視点と言えよう。

日本医療経済学会報

No.67 2004

原著

医療生協の「四つの系譜」論批判

— 医療生協の出発点と形成過程類型の提案

日野 秀逸 1

日本医療経済学会

医療生協の「4つの系譜」論批判 —医療生協の出発点と形成過程類型の提案

東北大学大学院経済学研究科 日野秀逸

はじめに

「医療生協の4つの系譜論」は長い間、いわば定説として扱われた。その経緯については篠崎 [1998] (pp.15-16) が指摘している通りである。1)2)

本稿の課題は2つある。1つは篠崎による「4つの系譜論」批判を補足すること、もう1つは篠崎の指摘に答えて、「統一的に、あるいは原則的に医療生協運動」を捉えるに足る、医療生協形成過程の認識枠組みを提示することである。全体として、篠崎 [1998] が提起した範囲内の諸問題を扱っている。それより広い論点については、別稿で取り組みたい。

医療生協の「4つの系譜論」の難点は、思想的・理念的伝統と、組織的・法人的先駆形態と戦後の医療生協形成過程における類型の3者を、混同していることである。

本稿はまず、「4つの系譜論」の内容を実証的・批判的に検証する。そして、医療生協の思想的・理念的伝統を、「患者（働くもの＝労働者・農民・勤労市民）の立場に立った親切で良い医療を提供する、働くものの医療機関」と措定し、この理念を追求しようとした組織的な先駆形態として、無産者診療所、医療利

用組合を中心とし消費組合も含む協同組合、良心的個人開業医を想定する。これらを今日の医療生協の3つの組織的先駆形態と把握する。

ただし、すべての無産者診療所、医療利用組合・協同組合が無条件で今日の医療生協の組織的先駆形態であるということではない。特に医療生協の特質とも言うべき「組合員による出資（所有）・利用・運営」という内容は、先駆形態のすべてに同じように含まれていたわけではない。この議論は、医療生協とは何かという論点に直結する。

さらに、医療生協の直接の組織的・法人的出発点は、1948年10月施行の消費生活協同組合法（生協法）であり、ここから生協法に立脚した医療生協の運動が発展していくと捉える。

最後に、生協法に立脚した医療生協になる過程には、4つの類型があると捉える。すなわち①初めから生協法人を選択した場合一鳥取医療生協が典型、②個人開業医からの転換。ここには、民主的医療機関という自覚をもってはいても、組織的には個人開業医として扱われるものからの転換も含まれる。—津川診

(受理 2004.6.29)

療所から津軽保健生協へ、大井診療所から人間医療生協へ、等々、③他の法人形態からの転換。④総合的生協の一分野から一利根保健生協（群馬労働者生協から）、東京北部医療生協（現在は、東京ほくと医療生協、労働者クラブ生協から）、神奈川みなみ医療生協（横須賀生協から）などである。

本稿では、従来の「4つの系譜」に替えて、医療生協の1つの理念的伝統、3つの組織的先駆形態、1つの出発点、4つの形成過程類型を主張する。

なお、本稿で展開する議論は、1940-50年代を主な舞台としているために、読者の間に事実に関する認識が広く共有されているとは言い難い。さらには、議論の根拠となる文献・資料の大半が、非売品であり、容易に入手できるものではないので、関連箇所の引用に対して禁欲的態度はとらなかったことを付記しておく。

1 『10年史』に「4つの系譜」登場

(1)医療生協の「4つの系譜」

医療生協の「4つの系譜」は、恐らくは日本生活協同組合連合会創立10周年記念事業として編纂された『現代日本生活協同組合運動史=以後10年史と表記』（日本生活協同組合連合会生活協同組合運動史編集委員会 [1964]）における以下の記述が最初であろう。

「現在活動している医療生協には、4つの系譜があると考えることができる。

その第1は、無産者診療所—民主診療所の系譜を引くものであり、現存の医療生協の大

部分はそれに属している」。

「その第2は産業組合法による医療利用組合の系譜をひくものである。……戦後農村における医療利用組合は農協病院となり、都市における医療利用組合は医療生協となった。現在の医療生協のなかで、この系譜をひくものには東京医療生協・生協多摩相互病院がある」。³⁾⁴⁾⁵⁾

「その第3は購買事業を中心に発達した生協が、その事業の1部門として医療事業を営むようになったもので、労働者クラブ生協・群馬労働者生協などがその例である」。

「その第4は、商店吸収に関連して発生したものできわめて特殊である。この系譜に属する医療生協としては京都医療生協・横須賀生協があるが、前者は小売業者が集まって生協を組織したのに似て、多数の開業医の結集によって成立したものであり、後者は本来購買事業を中心にした生協であったものが、商店吸収の結果たまたま診療所をもつようになり、その後、小売業者などは生協から離脱して診療所だけが残ったものである」。(pp.204-206)

以上の1から4が系譜として括られている。今後は系譜1—系譜4という表記を行う。

(2)『25年史』における展開

(1)の「4つの系譜論」は、その後、『日本生活協同組合連合会25年史』（日生協25年史編集委員会 [1977]）において、記述が大幅に拡大される。なお、『25年史』は『10年史』と異なって、表題が日本生活協同組合連合会史となっている。したがって、後述する図1の日生協沿革系統図は、戦後の日本協同組合同盟

創立から始まっている。「10年史」では、源流という表記はなく、第1の系譜は無産者診療所であったが、「25年史」では、医療利用組合を第1の「源流」と位置づけた。

「現在の医療生協運動の源流としてまず取上げられなければならないのは、戦前の産業組合法に基づく医療利用組合の運動であった。(中略)戦時下においては医療利用組合も産業組合と同様国策に組込まれたが⁶⁾、戦後になって、農村におけるそれは厚生連、農協病院として発展し、都市におけるそれは生協法に基づく医療生協として発展した。この系譜に属するものとしては東京医療生協、生協多摩相互病院がある」(pp.165-166、太字は日野、以下同様)。医療利用組合から医療生協に転換したものとして挙げられているのは、わずか2つである。しかも、その東京医療生協(日本生活協同組合連合会医療部会から脱退)と生活協同組合多摩病院(日本生活協同組合連合会から脱退)は、医療生協運動との接点が少ない。生活協同組合多摩病院は、戦後一貫して医療生協運動との関わりは無い。篠崎[1998]が詳細に論証したように、医療利用組合と医療生協との直接的継続性を示す根拠は乏しいのである。なお、系譜という用語も出ていて、こちらは現在も存在する2つの生協法に立脚した法人を指して用いられている。つまり、系譜は、ここでは直接的つながりを示す用語なのである。

次に無産者診療所運動が源流としてとりあげられる。

「もう1つの源流としては戦前の無産者解放

運動の一環として組織された無産者診療所の運動があった。(中略)そして41年(昭16)に新潟県の五泉・葛岡両診療所が弾圧で閉鎖されたのを最後に、無産者診療所の歴史は幕を閉じた。第2次世界大戦後、この無産者診療所の伝統を継承して、大衆的健康を守り医療の民主化・社会化運動を進めるために民主診療所(民診)が甦った。(中略)民診の中には医療生協の他に医療法人、公益法人、人格なき社団などの形態をとるものがあるが、1975年5月現在の全国民医連加盟の医療機関328のうち43%が医療生協であった。逆に、現存の医療生協160院所のうち142院所は民医連に加盟しており、民医連傘下の医療生協は医療生協運動の中心的存在となっている」。(pp.166-167)

この記述では、医療生協の院所の約8割が民医連=民診運動の今日的形態に加盟していること、したがって医療生協は無産者診療所の伝統を引くこと、したがって医療生協運動は無産者診療所運動の系譜を引くという主張がなされている。とりあえず、ここでは伝統という用語に注意をうながしておく。しかし、無産者診療所運動は1941年には権力によって途絶を余儀なくされた。こうしてみると、無産者診療所運動と医療利用組合を医療生協の理念的伝統とするのはまだしも、組織的系譜とするのはかなり無理があると言わざるを得ない。

上記の引用文に続いて、さらに2つの系譜が記述されている。

「この(民医連傘下の医療生協)中には購買

事業・共済事業を中心にして発達した生協が、その事業の1部門として医療事業を営むようになったものがあり、労働者クラブ生協(王子生協病院)・都民生協(桐ヶ丘団地診療所)・群馬県労働者生協(利根中央病院)などがその例である」。(p.167)

「また、京都医療生協のように多数の開業医の結集によって成立したものもあり、横須賀生協(衣笠診療所)のように本来購買事業を中心とした生協であったものが、商店吸収の結果診療所を持つようになり、その後、小売業者などは生協から離脱して診療所だけが残ったものもある。また、開業医を中心にして生協化した例として、神奈川北中央医療生協がある」。(p.167)

「このような系譜で医療生協が発生した」。(p.167)

結局、大筋では「10年史」同様に、「25年史」でも医療生協には4つの系譜があるという結論になった。ただ、医療利用組合と無産者診療所に対しては、源流という用語が当てられた。組織的な直接的つながりの薄いものを源流と表記している。源流とされた医療利用組合でも、現存する東京医療生協などが「この系譜を引いたもの」として挙げられていて、系譜は、直接的つながりを意識した用語法とも思われる。いずれにせよ、明示的説明はない。

(3) 『50年史』における消滅

2002年に刊行された『現代日本生協運動史』(上巻)では、「10年史」および「25年史」において「医療生協の4つの系譜論」が記述さ

れたのに相当する箇所から、「4つの系譜論」が無くなった。まず無産者診療所運動についての記述は全く無くなった。次に医療利用組合に関する記述は以下のように簡素化された。

「戦前の医療利用組合で、戦後に活動を継承したのは4組合であった。序章で述べた東京医療利用組合は戦時中、日本医療団に吸収されていたが、戦後組合に戻り、生協法の施行により、50年9月、東京医療生活協同組合に組織変更した。

八王子市の多摩相互医療生協は現在でも病院活動はしているが、戦後医療生協らしい活動はほとんどなく、80年代はじめに日協連から脱退した。

津軽医療生協は長い間、県内医療生協とは部分的な交流しかなかったが、経営難から津軽保健生協と合併した。江東消費組合診療所は東医療生協になり、東京都連医療部会に参加していたが、生協としての日常運営が徐々に衰退し、解散した。

戦前の組合の状況は以上のとおりであったが、50年前後から新しい医療生協が生まれはじめた」(日生協創立50周年記念史編纂委員会[2002a]、p.181)。

篠崎を始めとする日本生活協同組合連合会医療部会側からの問題提起が、根拠の曖昧な「4つの系譜論」を「50年史」に持ち込まない結果をもたらしたのかもしれないが、「50年史」そのものの中では、この点に関する特段の記述はない。日本生活協同組合連合会が「4つの系譜論」を取り下げた今となっては、「4つの系譜論」の誤りを指摘するだけの論文では、

第二次世界大戦前の日本における無産者診療所の系譜

名	所	1929(S4)	1930(S5)	1931(S6)	1932(S7)	1933(S8)	1934(S9)	1935(S10)	1936(S11)	1937(S12)	1938(S13)	1939(S14)	1940(S15)	1941(S16)	実施機関又は中核組織	運営した医師
大崎無産者診療所	東京	12/	1/29				10/1								赤松重吉 山本富太郎	赤松重吉 山本富太郎
有馬無産者診療所	東京		6/29	2/	4/										藤	高谷久
八洲無産者診療所	長崎		12/										11/26		藤吉	藤吉
大崎無産者診療所	大崎			2/	7/										藤	藤
亀岡無産者診療所	京都			2/											藤野富太郎	藤野富太郎 志保
赤北無産者診療所	山形			4/1	6/2										藤野富太郎	藤野富太郎
三島無産者診療所	大崎			6/20											藤野富太郎	藤野
千原無産者診療所	千葉			6/											藤野富太郎	藤野
浅草無産者診療所	東京			4/	12/										出	藤野富太郎
西武無産者診療所	大崎			7/	11/										大崎野よりの組織	
江東無産者診療所	東京			6/1	7/6										野木	
海峯無産者診療所	東京			6/1	6/22										藤野	
谷津無産者診療所	東京			6/1											藤野	
公衆病院	大崎						11/								藤	
赤松無産者診療所	東京						7/	1/	11/						藤	
大崎無産者診療所	大崎						11/								藤	
赤松山無産者診療所	東京						2/	6/							藤野富太郎	
城東無産者診療所	東京						6/18	11/							藤野のグループ	
東武無産者診療所	大崎						7/22								藤野富太郎	藤野富太郎 志保 藤野富太郎
五里無産者診療所	東京						6/								藤野富太郎	藤野富太郎
浅草無産者診療所	東京						2/	11/							藤	
浅草無産者診療所	東京							11/1							藤野富太郎	藤野
赤松無産者診療所	東京														藤	
浅草無産者診療所	大崎														藤	

1929年3月 「山形無産者診療所・最良の病院をつくれ」のアピール掲載
1931年10月 「日本無産者診療所」創設
1933年7月 藤野富太郎大崎診療所設立

(注)「日本無産者診療所の先駆者たち」藤野と社会/「無産者診療所五十年の歩み」よりこの年表を作成した。
(編 藤野 藤野静江)

極めて不十分なものとなる。したがって本論文には、「4つの系譜論」の誤りを事実に基づいて詳細に説明することが求められるし、その上で、「4つの系譜論」を乗り越える、新たな医療生協形成過程を把握する枠組みの提示が要請される。

2 系譜とは何か

「4つの系譜論」の最大の難点は、思想的伝統と組織的・法人的先駆形態と医療生協になる過程での類型的特徴を混同していることである。4つの系譜にはこれら3つの内容が混在している。系譜1は明らかに思想的伝統を示すものであり、また、組織的先駆形態とも関わっている。系譜2、3、4は医療生協形成過程の類型とみなされるものである。同時に系譜2は、組織的先駆形態でもある。また、系譜2には思想的伝統も含まれている。これ

らの論点整理は後で行う。

(1)字義

広辞苑によって系譜の字義をみると、「①血縁関係や系統関係を図式的に記したものの。系図。②物や人のつながり。系統」とある。さかのぼって系統を引くと、「①順を追って並びまたは統いて統一のあること。②ある原理・法則によって順序だてた統一のあるもの。システム。③同じ方面や種類に属していること。④一族間の血統」とある。順を追っていること、続いていること、統一的なことが、およそその共通含意であろう。

直接的つながりとして系譜を用いた例には、筋昭三と池島静江が作成した「第二次世界大戦前の日本における無産者診療所の系譜」(表1)がある(『医療と社会』復刻版刊行委員会[1990], pp.378-379)。この年表は、24の無産者診療所の創設と閉鎖を一覧にしている。ま