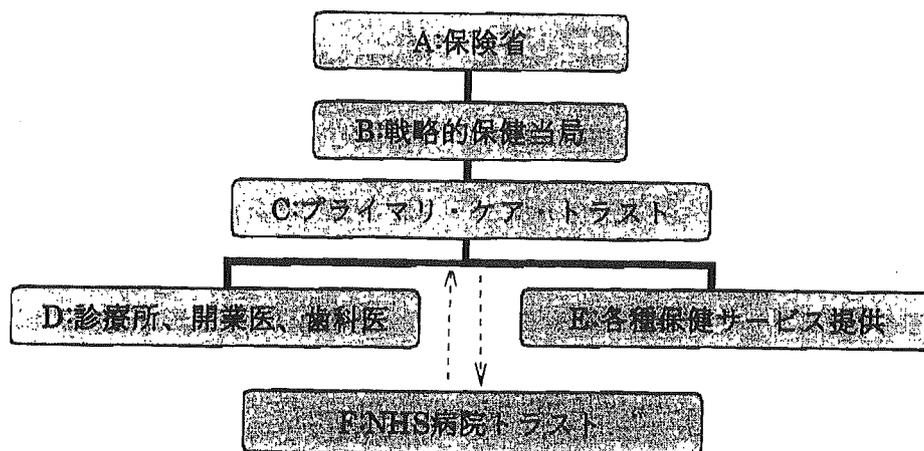


資料2 機構図



しておく。

Aの保健省がNHSを直接に管轄する政府機構であり、保健省のトップは保健大臣であるが、保健大臣は1988年から閣僚に格付けされた。それ以前は保健大臣は閣僚ではなかった。

Bの戦略的保健当局(SHA)は、イングランドの8つの保健行政事務所(Regional Office。その責任者がExecutive Regional Officer)の圏域内に複数設置され、イングランド全体では101あった保健当局(Health Authority)を統合したもので、2002年4月からイングランドに28設置されている。

GMSHAは28のうちの1つであり2004年4月発足である。管轄人口は270万人で、360人のスタッフを擁している。従来、平均人口500万人を管轄する圏域事務所が担っていた長期的政策=戦略の作成を、より住民に近いところで、しかも管轄人口を小さくして行うことになる。なお、GMSHAはイングランドで最大のSHAであり、しかも住民の生活条件が最も悪い地域の1つである。

Cのプライマリ・ケア・トラスト(その内実をなすのがDの民間開業部門とEの公的

な保健サービス提供部門。Eの具体例としては保健センターなどが挙げられる)は既に述べたように、従来は保健当局が担っていた、医療サービスの購入者の役割を引き継いでいる。

イングランドに約300設置されつつある。予測されるメリットとしては、101あった保健当局よりも少ない人口を管轄するPCTなので、意志決定は身近なところでなされるし、従来の行政職員による意志決定や計画作成から、開業医を含む医療従事者による決定になるので、医学的、看護学的な見地を踏まえた意志決定が期待できる。101あった保健当局を縮小することによる管理経費削減の効果も期待されている。

しかし、PCTの中心的役割を期待されている開業医が、かならずしも行政的業務に熱意を持つとは限らないし、公衆衛生・衛生行政の専門的知識や経験を持ち合わせているとも限らないので、むしろ行政的には混乱が生じるのではないかという疑問も提出されている。しばらくは実績を見守ることになる。

GMSHAの管轄区域内には14のPCTが設置されている。

FのNHS病院トラストは、病院を運営す

る母体である。イングランドに 374 設置されている。NHS 病院トラストは、かつての国立病院時代よりも独立性と自由度が高い経営主体である。GMSHA の管轄地域には 9 つの病院トラストと 3 つの精神病院トラストがある。

5 で見たように、業績評価の高い NHS は、NHS の枠内に位置するものの、さらに自由度の高い、地域をベースに選出された理事会によって経営を行う事業団病院トラストに移行できることになった。GMSHA 管内の 9 つの病院トラストのうち 1 つは事業団病院トラストの資格を取得している。さらに 2 つの病院トラストが事業団病院トラストの資格を獲得する見込みである。

なお、GMSHA のウィリアム・ジョン企業管理局長 (Director of Corporate Affairs) によれば、2004 年 9 月段階で、イングランドとウェールズには 18 の事業団病院トラストがあり、2005 年 4 月には 45 ~ 50 程度に増えるであろうという。

**まとめ 現行の制度改革を見るキーワード：
医療の質、情報公開、患者の権利擁護、
そして十分な財源確保**

1) プライマリー・ケア・トラスト (PCT)

PCG からプライマリ・ケア・トラスト (PCT) への移行は 2002 年に完了した。独立した公社になり、上記のように、新たな NHS 構想の中核的機能を果たすに足る組織へと発展中である。PCT がどのように具体的に動いているかを理解することが、イギリス医療を理解する当面のポイントになるであろう。PCT は、少なくとも公式の目標では、保健・医療・介護の地方分権であり、予算執行を含む諸決定をより患者・住民に近いところで行う仕組みであり、保健・医療・福祉を統合的に地域で進める仕組みであり、病院を患者、住民、地域、プライマリ・ケアの視点から動かす仕組みである。建て前では、PCT は画期的な制度である。それが看板通りの効

果・成果を挙げうるか否かが、ブレア医療改革を評価する鍵になるであろう。

2) 情報公開と患者の権利擁護が鍵に

現在進行中の改革を評価するもう 1 つの基本的な視点は、結局のところ結果は患者・住民にあらわれるのであるから、患者・住民が十分な情報を提供される保証があるかどうかである。また、制度の矛盾のしわ寄せや痛みも患者・住民に最も強くあらわれるので、この人々の権利を十分に守る仕組みが存在し、機能することが決定的に重要である。進行中の改革でも、新たな情報提供のシステムや患者の権利擁護システムが提起されている。この部分は、保守党が進めた改革とひと味違う点でもある。以下にブレア政権になってから制定・設置された諸組織・制度を列記しておく。

The New NHS (白書) 1997

PAF (Performance Assessment Framework = 業績評価枠組み, 1997) : 各病院の格付け機構であり、平均在院日数、死亡率などを病院ごとに発表する仕組み。

NHS Direct (1998) : 24 時間いつでも電話で医療に関する各種情報を取り出せる仕組み。病院に対する評価も聞くことができる。非常に実地的な情報提供システム。

NICE (National Institute for Clinical Excellence = 国立最適医療研究所, 1999) : EBM に費用対効果などの医療経済学的評価も加えて、NHS として採用すべき治療方法のガイドラインなどを示すために設立された。

CHI (Commission for Health Improvement = 保健医療改善委員会, 1999) : 質の評価を行う。すべての医療機関を現地監査で 4 年に 1 回チェックする。

NHS Plan — 「一投資のための計画、改革のための計画」 2000

NPSA (National Patient Safety Agency) 2001 : 医療事故に関する報告を集めて、分

析を行い、教訓を引き出すための組織である。

PAF も NICE も NPSA も、医療サービスの質と効率の重視、現場への権限委譲、成果主義、評価の重視などを特徴とする、民間企業の手法を行政サービスに持ち込む典型的なニュー・パブリック・マネジメントの立場に立った方策である。しかし、患者の権利を守ることや、情報を患者に届けること、等々の側面からは、積極的な意味を持つ。ただし、いずれの組織も、医師・看護師などの医療従事者の関与は少なく、上からの医療従事者に対する管理的性格が強いものである。この性格を改善して、医療従事者と患者・住民の共同の取り組みで、医療の質を高め、安全性を

高め、効率を高めていくシステムへと発展させることが今後の課題であろう。

3) 量的強化と質的向上の統一的発展 ＝その財政的保障

NHS の一連の組織的な改変が本物が偽物かを分かつ分水嶺は、情報公開と患者の権利保障を、NHS の量的強化と併せて進めるか否かである。また、国＝中央政府が最終的に、特に財政的に、国民の健康に責任を持つことを明確にしているのかが問われる。この視点からイギリスの動向をつかむことが、制度的変遷の著しいイギリス医療を見通すポイントであろう。

補論：付随資料

以下に、PCT の役割と現在の動向を示す資料 1 (Health Authority [2002 年以降、Strategic Health Authority=SHA へ改変されている] が住民向けに発行した文書) と、社会資源センターという新たな地域の保健福祉センターの実例についての記載 (資料 2) を付しておく。

資料 1 大マンチェスター北東部NHS：保健事業の将来に対する緊急の見解

(ロッチデール市庁舎において入手)

改善のための変革を

5 つのプライマリ・ケア・トラスト (PCT) と 1 つの急性期病院トラストが、大マンチェスター北東部 [ロッチデール周辺地域＝日野] に存在し、これらが力を合わせて将来の保健サービスを新しい方法で提供するための計画を作成しようとしています。計画全体の詳細は、「保健事業の将来に対する緊急の見解」[別途、発行された文書] に示されています。

ペニー急性期病院トラストは、5 つの PCT —— Bury, Rochdale, North Manchester, Oldham and Heywood, Middleton —— がカバーする地域へ病院サービスを提供しています。

PCT は地域の人々の保健ニーズが何であることを明らかにし、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、現政府が追及している保健・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)

第12章

現代医療生協論

日野秀逸

1. 医療生協の到達点

(1) 医療生協とは

(a) 保健・医療協同組合は新しい協同組合

世界では多種多様な協同組合が活動している。保健・医療協同組合だけをとり、実に多様な協同組合が世界中に存在しているが、保健・医療・福祉分野の協同組合が本格的な活動を行うのは1960年代以降であり、比較的に新しい協同組合に属する。また、保健・医療協同組合（保健や医療や介護に関わるサービスを提供したり、利用したり、必要な費用を日頃から準備するための保険機能を果たしたりする協同組合を、保健・医療協同組合と総称する）といっても、医師を主な組合員とする提供者所有の保健・医療協同組合と、利用者を主な組合員とする利用者所有の保健・医療協同組合では、組合員の性格、事業の内容、したがって協同組合としての特徴が異なってくる。国連の調査報告（United Nations, 1997）では、保健・医療・福祉分野の協同組合を、(イ)所有者＝だれが主な出資者なのか、(ロ)事業＝何が主な事業なのか、という2つの基準だけを用いて、36に分類している（U.N., 1997, p.3）。

本稿では、主に日本生活協同組合連合会医療部会（医療生協という呼称は、医療部会に対しても、部会加盟の各単協に対しても用いられている。以後、両者を含めて医療生協と略記）に加盟している日本の保健・医療協同組合をとりあげる。

(b) 医療生協の4つの特徴と活動の独自性

医療生協は、消費生活協同組合法にもとづいて医療サービス提供と関連事業を行う目的で設立された法人であり、日本生活協同組合連合会医療部会（1957年設立）に加入している医療生協は、全国40都府県に116あり、248万の組合員を擁し、75病院、医科診療所296、歯科診療所50、訪問看護ステーション250、ヘルパーステーション165、デイケア・デイサービス264、在宅介護支援センター58、老人保健施設13を所有・運営してい

る(2004年3月31日)。

医療部会では、医療生協の組織的特徴を4つにまとめている。「①健康な人々が多数をしめる医療団体である。②予防・保健・健康づくりとそれを保障する制度の充実を重視する。③住民の医療参加を保障する医療機関を持っている。④組合員が主権者として活動する場としての班を持っている」。そして、この4つの組織的特徴から次のような医療活動の独自性が出てくる。「健康な人々。この人々が対象となる医療団体であってこそ初めてすべての人々の参加が保障される医療運動となります。同時に、健康な人々の医療要求は、医療目的(人間の健康の保持・修復・増進)のすべてを総合的に実現することを願うものであり、この点からもすべての人々の参加を展望しうる医療団体であります。医療要求は、思想信条を越えてすべての人々の共通した願いであります。憲法の理念にもとづき自覚的に生活文化の向上を願う多くの人々の参加をとおして初めて本格的な健康文化の発展が展望できるのだと思います」(日本生活協同組合連合会医療部会、1996、pp.10-11)。

患者団体でもなく、医療従事者の組織でもない医療生協では、健康を促進したり、病気を早期に発見したり、治療したり、リハビリテーションを行ったりする、日常的な地域のネットワークを創りながら、住民組合員と職員組合員(日野、1996、pp.10-11)が、協同して上記の医療要求の総合的実現にとりくんでいる。医療生協は、保健・医療・福祉への患者参加の取り組みをすすめた経験を土台に、1991年には「医療生協の患者の権利章典」を採択している。また健康チェックなどの自主的保健活動と、「町並みウォッチング」や「夢マップづくり」をはじめ、地域で住民が健康に専らするための活動、すなわち「地域まるごと健康づくり」をすすめている。

(2) 医療生協の組織的独自性

組合員が生産・流通(消費)過程で占める位置によって、協同組合は、生産者=提供者協同組合と消費者=利用者協同組合に大分される。医療生協の場合は、組合員の中に、消費者=利用者と医療サービス生産従事者=

提供者の双方が含まれている。ブラジルの巨大な医師協同組合であるウニメドやスペインのエスプリウ財団(財団という表記だが協同組合)は、医療部会とともに、国際協同組合同盟(ICA)の専門機構である国際保健協同組合協議会(IHCO)を設立した有力な保健・医療協同組合である。いずれも提供者協同組合で、これらの協同組合では、消費者としての地域住民は組合員になることはできない。ただし、医師たちの協同組合に属する医療機関を利用させるために、消費者を組織して別組織の利用者協同組合を組織することは行われる。しかし、イニシアチブは医師が握っている。

日本の医療生協の組合員は、住民(利用者)と職員(提供者)から構成されている。医療生協では多くの職員(常勤者の90%以上)が組合員である)が医療サービスの生産に従事している。医療生協の組合員は、住民も職員も基本的には同様な権利を持つ出資者であり、運営をだれが担っているのかと組合という組織の実際の性格を決めるのは、運営をだれが担っているのかということである。この点でも、医療生協は提供者と利用者が同等の権利をもって選挙・被選挙権を有し、理事会等の機関を構成している。さらに、「事業所利用委員会」・「院所利用委員会」や「倫理委員会」など施設段階での日常的な運営機構でも、提供者と利用者の双方が委員会を構成している。

以上を要約すれば、医療生協は、住民の健康の促進・維持・回復を専門目的とし(この点では利用者協同組合)、病院・診療所・薬局・各種看護介護施設を所有・運営する(この点では提供者協同組合)、保健・医療サービスの利用者と提供者の双方によって構成される、複合的保健・医療協同組合である。主たる事業目的が組合員の健康の促進・維持・回復にあることを考慮すれば、利用者志向複合的保健・医療協同組合と言いきることができる。

(3) 医療生協の形成過程——一つの理念的伝統、3つの先駆形態、1つの出発点、4つの類型

(a) 医療生協の理念的伝統と3つの先駆形態

大づかみにみて、「患者(働くもの=労働者・農民・勤労市民)の立場

1964, pp.5-8)。

したがって、医療生協の直接的な組織面、法人面でのスタート(出発点)は、生協法制定に求められる。出発点を、現在の流れまで途切れずにつなごうとしていることを含意して理解すれば、まさに医療生協運動の出発点は、働く人たちが立ちあがり、自らの手で目的意識的に、働く人の医療機関としての病院や診療所を作るという理念によって有益であり、この理念に適する法人形態を与える立法としての消費生活協同組合法制定に、端的に生協法に求めるのが合理的である。

(c) 医療生協形成過程の4つの類型

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。すなわち①初めから生協法人を選択した場合—獨取医療生協が典型。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いる。津川診療所から津軽保健生協へ、大井から入間医療生協へ、等々。③他の法人形態からの転換—産業組合法に則った医療利用組合からの転換など。④総合的生協の一分野からの展開—利根保健生協(群馬労働者生協から)、東京都医療生協(現在は東京ほくと医療生協、労働者クラブ生協から)、

表1 1970年から2000年までの医療生協の推移

年度	生協数	組合員数 (千人)	事業高 (百万円)	事業所数
1970	70	334	8,786	
1975	86	350	26,380	
1980	105	605	88,317	199
80/70 (%)	150.0	181.1	1005.2	
1985	116	962	136,498	244
1990	117	1,400	179,564	275
90/80 (%)	111.4	231.4	203.3	138.2
1995	119	1,902	226,230	375
2000	119	2,297	266,476	1,028
00/90 (%)	101.7	164.1	148.4	373.8

注：事業高は推計値。2000年の事業所数には介護保険関係事業所551をふくむ。日生協医療部会作成、日生協創立50周年記念歴史編纂委員会(2002a)。太字は日野。

に立った親切で良い医療を住民と医療従事者が共同して実現する」ことが、医療生協が先人から受け継いだ思想的伝統である、として大過はなからう。この理念を追求しようとした組織的・法人的な先駆形態としては、無産者診療所、医療利用組合、良心的個人開業医などが想定される。これらが医療生協の3つの先駆的形態である。ただし、医療生協の先駆形態と見なしうるための、質的条件がある。それは、医療生協の本質認識に関わることからである。すなわち、単に個々の医療従事者が「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しよう」と考えているだけでなく、この理念を実現する組織的保障として、医療機関の大衆的所有を志向したり、大衆的所有がこの理念を実現する上でより適格的だと認識していることである。

ただし、戦前の政治的・社会的諸条件に規定されて、大衆的所有が実現できにくかったという事情を斟酌すれば、無産者診療所に数えられない個人所有の医療機関の中にも、医療生協の先駆形態と見なしうるものは、存在するのである。京都の中野眼科医院(中野信夫院長)などもここに入る。

(b) 医療生協の出発は生協法制定

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)である。その発展形態が生協法に立脚した医療生協の運動である。正確には、1957年の日本生活協同組合連合会医療部会の結成、その後の模索を踏まえ1960年代後半からの自主的保健活動の展開、さらに医療労働の内部にまで住民組合員が参加するという画期的内容を持つ「医療生協の患者の権利章典」(1991)の制定へと、「医療生協らしさ」が形成・確立されていった。

ちなみに、戦前の生協は医療活動を行うこともあったが、根拠法としての生協法を持たなかったために、産業組合法に立脚して認可法人になるか、あるいは無認可の生協法人(消費組合や購買組合と称することが多かった)にとどまらざるを得なかった。前者の場合には、産業組合法が持つ官僚制機能に悩まされ、後者の場合には法的存立基盤を持たないための不利益に悩まされた(日本生活協同組合連合会生活協同組合運動史編纂委員会、

表2 他の医療機関との比較 (2001)

	病院数	職員数	ベッド数	診療所数	一日入院患者数	一日外来患者数	訪問看護ステーション
医療生協	78	22,912	13,288	345	10,331	47,629	251
日赤	92	54,235	33,633	2	34,481	84,486	47
厚生連	121	44,974	37,347	58	32,425	86,438	102
済生会	75	35,218	22,100	13	19,272	46,837	39

資料：日本生活協同組合連合会医療部会 (2004a, p.18)

不利な層の人々が、医療生協運動の担い手であったことと、この要求は重なるのである。一例として、1950年の京都医療生協設立趣意書の一部を引用しよう。

「勤労市民の皆様！！ 今日程私達の生活が窮乏したことがありませうか。店頭には並ぶ商品が豊富になったが購ふべき金はなく商業は日々不振となり苛酷な税金、失業、等全く重苦しい世の中です。憲法が保証する健康で文化的な生活とは一体どうなつたかと言つてみてみたくなく位です。健康！元気で働く事はこの生活苦の中にあつた一つ最後の希望でさえあります。「もし病氣や怪我をしたら………」といふ不安は一時も脳裡から離れません。社会不安がかようなところから雨雲の広がりがゆくり様に重苦しく広がつて行きます。この現実の痛苦を宗教やおまじないなどで解決できませんか。何うしても根本的な解決は勤労大衆の立場に立つた政治が行はれることが先決問題であります。だが、差当つて当面するこの困難を解決するには苦しむ私達が先ず協力して一步を踏み出すしか方法がないのであります。そこで私達は今度良心的な医師やその他医療関係者の協力を得て、京都医療生活協同組合を創立することになりました」。

これに対して、医師・看護師 (当時) をはじめとする職員組合員も、まづとな医療を行いたい、必要な薬を患者さんの機具心を心配せずに使いたい、等々の「親切で良い医療」を提供したいという、医療専門職としての当然の要求をもつていた。

国民に対して量的には一通りの医療サービス提供を保障しようという国民皆保険が成立しても、「納得できる医療」「親切で良い医療」「自分も参加する医療」という、医療生協運動が持つ諸価値は、決して解決されたの

神奈川みなみ医療生協 (横須賀生協から) などである。

なお、②の類型の中心は、開設当初から利用者をはじめ地域の有志による大衆「所有」を志向し、当面は「人格なき社団」の体裁をとっていた診療所である。本稿では、主に医療機関の所有論＝法人論の視点から②の類型を提示した。しかし、運動論を視野に入れると、②の類型は、「主に『当初は人格なき社団』であったが、大衆的所有の民主的医療機関であるとの自覚に立ち、その路線の発展として生協法人を選択したもの」と記載することができる。

(4) 到達点

医療部会自身が、正史として、戦前からの医療関連協同組合の展開を時系列的に記載したのが、日生協創立50周年記念歴史編集委員会 (2002a) である。この中のそれぞれの箇所、必要な記載と評価を行っているのので参照されたい。本稿では、まず、組織的な到達点を数値によって確認しよう。うえで、若干の考察を行うに止める。

(a) 医療不足の補完に終わらなかつた

国民皆医療保険が達成されるまで (1961年4月) は、医療生協は医療サービスの量的不足を補完組織であり、皆保険が実施されれば役割を失う、という見方が、医師会や行政当局から出されていた。しかし、表1が示すように、むしろ皆保険達成後、特に1970年代に単協数も事業高も大幅に増えた。また、組合員数では1980年代に2.3倍化した。つまり、医療生協は単純な医療不足を補完組織ではなかつたのである。事業所数では、2000年に介護保険法が実施され、医療生協の多くが、複数の介護事業所を運営するようになったために、90/2000に3.7倍化した。

(b) 組合員が求めたもの

医療生協の住民組合員の要求は、自らも事業に加わり、積極的に保健活動を行い、妥当な費用で納得のいく医療を受けたか、というものである。不親切な医療に何度も苦い思いをしてきた、主として低所得層・社会的に

決定、さらには章典の具体化でもある「地域まるごと健康をめざす活動」である。

(a) 医療部会結成

医療部会は、1957年に12の単協によって日本生協連の1つの専門部会として創立されたが、部会独自の活動方針を持つのは1963年であり、1962年までは、住民組合員による地域保健活動は、荒川、労働者クラブ、水川下（現東京健生）、岡山、鳥取などごく限られた単協で取り組まれていたにすぎなかった。

発足当初の医療生協は、日々の診療に追われ、医療機関の専業で手一杯というのが実情であった。医療部会が独自に方針を立てた1963年の年度方針は、「日常診療の充実」と「院所の患者・組合員への奉仕の強化」が求められるという内容になっていた。篠崎（1995, p.130）によれば、「この場合の『奉仕』『充実』の立場が問題であります。今日私たちの重視する指導とか援助とか、というものではなく、主体は院所にある。このよきな姿をこの方針にかいま見ることができまます。組合員の医療参加、それはきわめて大変な事業だったわけですから。住民組合員は、医療機関および職員組合員から主として恩恵を受ける位置にあった。

(b) 班活動と自主的保健活動の発展

しかし、上記の単協を中心とする、班活動と結びついた自主的保健活動は次第に広がりを見せ、住民組合員の医療生協における位置にも大きな変化が生じてくる。詳細な背景は省かざるを得ないが、高度経済成長政策の陰の面が、誰の目にも明らかになってきたことが基礎にあった。公害が象徴するように生活環境が汚染される一方で、都市の過密・農村の過疎など、人々の生活と健康は強い危険と不安に晒された。

他方で、医療生協は健康な人々が多数を占める組織である。病気の時しか役に立たない組織であってはならない。こうして、班を基礎に、日常的継続的に、健康な人々が積極的に参加して、まずは、健康増進（健康体操等）や健康チェック活動（血圧測定、ウロペーパーによる簡易尿検査等）の

ではなく、むしろ皆保険によってさらに現実性を増したし、身近な意味を持つようになったのである。

(c) 医療生協の医療活動の特徴

本項の最後に、医療法において公的病院と分類される、日赤等との比較を通じた医療生協の医療活動に見られる個性について触れておく。

まず明らかなのは、医療生協が診療所を多数運営していることである。他の公的病院はいずれも病院数が診療所数より多いが、医療生協では、診療所が病院の4.4倍である。これは医療生協の場合、職員当りの一日外来患者数が2.08なのに対して、日赤1.56、厚生連1.92、済生会1.88といずれも医療生協より少ないことにつながる。職員当たりの入院患者数ではそれぞれ0.45、0.64、0.73、0.87となり、医療生協以外がいずれも大きい数値である。つまり、医療生協は、地域における外来医療を相対的には重視した施設展開をしているのである。また、訪問看護ステーションの数も医療生協が最も多いことと考え合わせると、日赤等の公的病院と比較すると、医療生協は全体としては、地域性の強い事業展開を行っていることが分かる。

2. 患者の権利章典

医療生協の発展を画する重要な目安（尺度）は、単協数や組合員数や出資金などの組織的尺度、経営的尺度、教育的尺度、社会保障運動的尺度、国際活動的尺度に加えて、協同組合らしい保健医療活動の尺度（保健・医療への自主的な参加・協同）があげられる。

(1) 自主的保健活動

保健・医療活動で医療生協の発展をおおまかに段階付けると次のようになるであろう。まずは、班活動の広がりや結合した住民組合員による自主的保健活動、苦情に対する対応をきっかけに始まった住民組合員と職員組合員の双方による医療評価活動、そして『医療生協の患者の権利章典』の

を、職員組合員の援助を得つつ、展開したのである。また、班は、主に住民組合員が苦情を気兼ねなく出し合う場でもあった。班は、住民組合員が、医療生協運動に実質的に参加することを保障する場と位置づけられている。こうして、「自主的保健活動」の本格的開始が、1969年度方針の討論からはじまるのである（篠崎、1995、p.135）。

自主的保健活動は、医療労働の構造²⁾から見ると、医療労働者が労働過程に参加しない「非労働期間」における諸活動が主であった。診断・治療という医療労働者が直接関わる局面で、住民組合員が自らの心身が労働対象となる場合に、医療方針の決定に組合員が主体的に参加していくというものではない。それは、患者の権利章典のテーマである。

(2) 苦情と医療評価

医療生協に限らず、日本の医療現場では大小・軽重様々な苦情が発生している。医療生協の場合、「素人」である住民組合員が構成員の多数を占めている。住民組合員が医療に参加するということは、現実には「素人」組合員が「プロ」組合員の行いに、違和感や不満や不審・不信を、総じて苦情を表明することから始まると言って過言ではない。苦情に対してどのように対応するのか。1970年代後半から、医療生協は全国的規模で、この問題に取り組んだ。詳細は医療部会（2004b）に譲るが、例えば当時の医療部会機関誌『医療生協運動』1980年10月号では、「医療評価のありかたをめぐって」という特集を組んでいる。病院管理を専門とする紀伊国献三筑波大学教授（当時）が「病院管理の評価——医療の質の管理を中心に（上）」を書き、この中で、「やはり最終的には利用者による評価」「利用者がどれだけ満足しているのかということがどうも最終的な評価にならざるをえない」（紀伊国献三、1980、p.5）と指摘している。同じ特集で日野（1980）は、苦情処理のアメリカ的な裁判中心の方向に対して、イギリスでは医療従事者の自由裁量を尊重しつつ、問題を訴訟ではなく、専門家による調査に基づき、行政的解決方向を目ざしていることを紹介した。そして、医療の質を評価する最も規定的な尺度は患者の医療要求の客観的解決度（専門家から見れば医療水準を満たしているかどうか）と主観的解決度

（患者の満足度）であり、両者を総合的に把握することが、医療生協の医療評価にとって不可欠であると主張した（日野、1980、pp.16-17）。

(3) 満足度調査

医療部会は1981年から、3つの評価アンケートに取り組んでいる。一つは、病院・診療所の医療水準を客観的に把握するための「医療評価アンケート」である。医療従事者が自らの医療労働の内容を、自己検討、同僚検討する作業である。第2は患者の満足度を把握する「患者アンケート」、第3は「医療評価チェック」であり、質問内容は第2と同じである。つまり、「患者への説明」という項目でも、患者の側では「不十分な説明だった」と感じていても、説明をした医師や看護師の側では、「十分に説明した」と評価していることが少なくない。3種のアンケートは、プライバシーの保護に徹底した配慮を行って、経年的に行われている。医療生協は、医療生協の院所が、医学的内容を尺度とする客観的基準に達しているか否か、患者の満足度は高いか低いか、医療従事者の満足度と患者の満足度の間に乖離³⁾がどのくらいあるのか、などを20年以上に亘って自己点検し続けている。

(4) 第一次5カ年計画

1980年代は、いわゆる「臨調行革路線」が具体化され、老人医療の有料化（83年）や健康保険の本人1割負担の実施（84年）、病床抑制、診療報酬のマイナス改定の定着化など、医療・社会保障制度における公的負担の縮小を目的とする施策が連続して実施された。こうした状況のもとで、医療生協は、社会保障制度を守り充実させる運動を多くの医療団体等と展開するとともに、医療生協自身の総合的基盤強化が必要であることを深く自覚し、長期計画づくりに着手した。つまり、1988年5月の医療部会総会において、「医療生協とその運動の総合的強化をめざす5ヶ年計画」（88～93年）を提案、確認した。

上記5カ年計画では、「患者の権利の確立をめざして」という方針化を定め、1989年に医療部会運営委員会のもとに「患者の権利章典作成小委

資料

「医療生協の患者の権利章典」は、組合員自身のいのちをはぐくみ、いとおしみ、そのために自らを律するものです。同時に、組合員・地域住民すべてのいのちを、みんなで大切に、支え合う、医療における民主主義と住民参加を保障する、医療における人権宣言です。

患者の権利と責任

患者には、闘病の主体者として、以下の権利と責任があります。

〈知る権利〉

病名、病状（検査の結果を含む）、予後（病気の見込み）、診療計画、処置や手術（選択の理由、その内容）、薬の名前や作用・副作用、必要な費用などについて、納得できるまで説明を受ける権利。

〈自己決定権〉

納得できるまで説明を受けたのち、医療従事者の提案する診療計画などを自分で決定する権利。

〈プライバシーに関する権利〉

個人の秘密が守られる権利および私的なことに干渉されない権利。

〈学習権〉

病気やその療養方法および保健・予防等について学習する権利。

〈受療権〉

いつでも、必要かつ十分な医療サービスを受け、人としてふさわしいやり方で受ける権利。医療保障の改善を国と自治体に要求する権利。

〈参加と協同〉

患者みずからが、医療従事者とともに力をあわせて、これらの権利をまもり発展させる責任。

委員会」を設置し、1990年の医療部会総会に運営委員会委員会の責任で、「医療生協の『患者の権利章典』（案）」を提案した。さらに1年間の全国的討議を重ねたうえで、1991年5月11日の1991年度医療部会総会で「権利章典」を確定した。

この「権利章典」で特筆されることは、医療機関・医療従事者（職員組合員）とともに患者・住民（住民組合員）が、起草の段階から討議に参加したことである。この「権利章典」は、策定の過程でも、策定時にもマスコミにも取り上げられるなど、社会的な注目を集めた。

(5) 「権利章典」の策定と実践

内容について一言すると、「医療生協の患者の権利章典」には、基本的人権の観点から展開されてきた医療生協の医療観・健康観が結実している。患者の権利という点では後進国であるわが国において、最も早く患者の権利を組織的に保障する文書を探求したのが医療部会であり、これに対する高い評価が国連とICAの共同調査報告書において与えられている（United Nations, 1997, p.72）。医療生協は、「医療生協の患者の権利宣言」を「医療における人権宣言」と規定し、「権利章典全文」を院所に掲示したり、学習活動を進めるなど、現在も自覚的に実践に取り組んでいる。「医療生協の患者の権利章典」は、「医療における民主主義」、「医療生協」、「医療生協の『患者の権利章典』」の3部構成である。注目に値するのは、協同組合の権利章典らしく、構成員が医療サービスの受け手にとどまらないことを考慮し、「患者の権利と責任」として提起されていることである。個別の権利に関わる3部の全文を提示しておく（右ページ資料）。

「権利章典」について一言つけくわえたい。それは、「知る権利」に関することである。「知る権利」の項には「説明を受ける権利」という規定が与えられている。これは制定当時としては先駆的な規定であったが、患者の「知る権利」は今日的には「診療記録の原本を閲覧、複写、訂正する権利」としても、つまり、「自己情報コントロール権」としても認識されにいたっている。医療部会としても、「権利章典」選択後に、「診療情報開示」や「チーム医療」についての方針を策定する過程で、上記の権利に触

ケアに焦点をおいた保健ケア、⑥国際的協同、の六つを基本原則として、「都市まるごと健康」を計画的に追求している(青木・松田・高山、1999)。

(2) 医療生協の健康観・権利章典とネットワーク

医療をどう捉えるか、とりわけ医療の対象・目的の中心に位置する健康をどう把握するかは、実践に深淺・広狭の差をもたらす。医療生協の結核は、明確な健康観と医療観に基づいて展開されている。現在の医療生協の医療観・健康観をコンパクトに表しているのは、『新五ヶ年計画』(1996)である。ここでは、「医療目的(人間の健康の保持・修復・増進)のすべてを総合的に実現することを願うものであり、……昨日より今日が、そして明日が一層意欲的に楽しく生きられる。そうしたことを可能にするため、自分を変え、社会に働きかける。みんなが協力しあって楽しく明るく積極的に生きるための組織が医療生協です」(p.11)と述べている。前段が、医療観の要約であり、後段が健康観の平易な表現である⁹⁾。別の箇所では、「医療目的(人間の健康の維持・修復・増進)の総合的実践です。それを保障しうる施設、設備、そして活動をリードしうる医療従事者としての健康観、医療観の形成が求められます」(p.15)、とより立ち入った記述がなされ、さらに「②医療生協の健康観・医療観をまちづくりにいかそう」という独立した項目を設けて「組合員は昨日より今日、今日より明日をめざし、より健康なくらしを求めて前向きに保健・予防、医療からくらしと環境の作りかえまで、学びつつ、実践しています。私たちの健康をまもる活動と班、支部活動でつちかわれた自治と参加・協同の心と健康観を広く社会に知らせ、まちづくりにいかしていきます」(p.18)と展開している。詳細は日野(1997)にゆずるが、医療生協のこうした医療観・健康観は1979年から展開されている。現時点の到達点が、上記の『新五ヶ年計画』の記載なのである。

さて、こうした健康観・医療観からは、次のような実践的方向が生まれてくる。

- 一人ひとりが自己変革や地域変革の主体であり、担い手であること
- 自発性・自治性

れ、実質的には「自己情報コントロール権」に対応している。しかし、「患者の権利章典」そのものは探検時の記載のままである。この点については、医療部会の通信教育テキスト『患者の権利章典を学ぶ(下)』(2004年)で、執筆者の篠崎も改訂の必要性を指摘している。

3. 地域における保健・医療・福祉ネットワーク

(1) 健康と総合的なネットワークを不可避とする

一般に人々が地域で健康に暮らすためには、狭義の保健・医療施設や保健・医療職員だけでは到底間に合わないのである。例えば世界保健機関(WHO)は、先進国(アメリカ、カナダ、オーストラリア、日本と西ヨーロッパ諸国)に呼びかけて1986年に、オタワで「ヘルスプロモーション会議」を開催した。ここでは「健康を支援する環境の創造」も議論された。しかし、この環境を、単純に食生活など個人の生活習慣関係に狭く絞る傾向が先進国から生まれた。経済的、政治的視点を薄めすぎたという反省がWHO内にも生まれた。「健康を支援する環境」について集中的に議論をするために、スウェーデンのスズヴァルで1991年に会議が設定された。その結果、健康支援環境は、身体的環境とともに、社会的、政治的、経済的、文化的環境として、もつとも広く把握するということが確認された。

具体的にこの健康支援環境を実現するためには、地域をまるごと健康にする取り組みが必要とされる。思いっただけでも、出産、育児、学校教育、労働と収入、自然環境保全、住民が連帯し合う地域づくり等々が、健康を支援する環境として念頭に浮かぶ。こうした環境の重要な内実が保健・医療・福祉のネットワークに区かならない。

こうしたWHOの健康づくりの視点に立った取り組みとして、ヨーロッパでは健康都市プロジェクト(Healthy Cities Project)が1987年以來すすめられている。このプロジェクトは、①健康における不平等の解消、公平の実現、②健康増進、疾病予防の重視、③社会の様々な部門の協同、④コミュニティ参加、⑤生活・労働の場で利用できるプライマリ・ヘルス・

課題でもある。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具体的日程に上る可能性を持つ。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ことに、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。

医療生協は、従来から展開していた保健活動と医療に加えて、福祉領域に活動のウィングを積極的にのびさせている（表2参照）。また、「地域まるごと健康」という総路線を確立している。この意味で、医療生協は、日本の保健・医療・福祉の弱点を克服する課題に、正面から取り組み条件を備えていると言える⁹⁾。

<注>

1) 医療生協の中には、単協名が、「医療生協さいたま」、「利根保健生協」、「酒田健康生協」などのように、医療、保健、健康がそれぞれ用いられている。実態に相違はない。国際的には保健・医療はhealth careと表記されるのが最も普通である。日本では保健は自治体等が行う公衆衛生的予防活動を指すものと理解されることが多い。こうした経緯を考慮して、本稿では、健康に関わる広範な活動を行う協同組合の一般的な名称としては保健・医療協同組合を採用する。

2) 一般に生産期間には、労働による加工がなされる労働期間と、労働対象が生産過程にありながら労働による加工が中断される非労働期間がある。医療サービス生産の場合も、労働期間においては専門家集団である医療労働者が主たる役割を担う。しかし、労働期間でも生産の全体のデザイン（どのような病気の可能性があり、それを診断するためにどのような検査を行うのか、日常生活ではどのようなことに注意するか等々）は、患者が専門家からいくつかの選択肢について効果と副作用の可能性を含む総合的説明を受けて、国民・患者が最終的に決定をする。非労働期間は、物の生産の場合には意識のない中間産物が生産過程内に留まっているだけであるが、医療サービス生産の場合には、意識を持つ人間が過程内にあるので、ここでは患者あるいは家族や周囲の人々が、医療労働者の指示にもとづいて医療サービス生産のために行動しなければならない。専門家の指示を理解して、服薬・食事を含む日常生活を自己管理するのは、患者・家族自身にほかならない。日常的な健康促進行動も、一般的には非労働期間に行われる。したがって、医療サービス生産の一定の時期には、住民・患者が主体になりうるし、ならなければならないことが選ばないの

○単なるサービスの受け手ではなく、働きかける主体であること

→発言・参加

○職場や地域の人々や他の協同組合の人々と協力しあうこと

→協同・民主

○個々人や家族の健康だけでなく、地域社会を、健康支援環境を、ま

るごと健康なものにしていくこと

→集団性・地域まるごと健康

（日本生活協同組合連合会医療部会、2004c, p.81）

狭義の医療にとどまらず、また、自分や家族にとどまらず、地域全体を健康なものにしていくために、多くの人々や組織と手を結ぼうという、医療生協の方針は、保健・医療・福祉のネットワークに重なる内実をもっている。

(3) 日本の弱点の克服へ

(a) 保健・医療・福祉の連携不足

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。保健と医療の分離に関しては、医療生協は早い時期から、自らの所有する医療施設を拠点として、住民組合員を中心とし職員組合員も参加する、自主的な保健活動を展開してきた。

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。また、医療と介護を必要としない元気な高齢者である。これは、平たくいえば、住宅事情や介護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う要因によって、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、地域の保健・医療・福祉関連諸団体の

である(日野, 1995, 220-221)。

3) 患者の権利章典の形成過程や内容、今後の発展方向をわかりやすく解説したものと、日本生活協同組合連合会医療部会(2004b)がある。

4) 医療生協の患者の権利章典に関する文献は多岐あるが、確定の翌年に関連文献をまとめたもの(日本生活協同組合連合会医療部会, 1992)と、2004年に作られた日本生活協同組合連合会医療部会(2004b)が、まず最初に参照されるべきであろう。

5) 「新五ヶ年計画」の医療観・健康観の規定は、そのまま2004年の文献にも引き継がれている(日本生活協同組合連合会医療部会, 2004d, 80-81など)。

6) 医療生協を視野に入れた、地域における保健・医療・福祉のネットワークに関わる政策論は日野(2004a)、庄内医療生協と盛岡医療生協を対象とした実践事例調査報告は日野(2004c)を参照されたい。

〈参考文献〉

青木節夫・松田亮三・高山一夫, 1999, 『健康都市プロジェクトと医療生協の保健戦略』, 日本生活協同組合連合会医療部会

篠崎次男, 1995, 『虹の架け橋』——医療生協の活動づくり・組織づくり, 日本生活協同組合連合会医療部会

日生協創立50周年記念歴史編纂委員会, 2002a, 『現代日本生協運動史』(上), 日本生活協同組合連合会

日本生活協同組合連合会生活協同組合運動史編纂委員会, 1964, 『現代日本生活協同組合運動史』, 日本生活協同組合連合会

日本生活協同組合連合会医療部会, 1992, 『医療生協らしい医療づくりパート4——医療生協の「患者の権利章典」』

日本生活協同組合連合会医療部会, 1996, 『健康な地域社会の実現をめざす医療生協づくり——21世紀の展望切り関く五ヶ年計画』(新五ヶ年計画と称される)

日本生活協同組合連合会医療部会, 2004a, 医療生協と消費生活協同組合法(通信教育テキスト)

日本生活協同組合連合会医療部会, 2004b, 医療生協の患者の権利章典(通信教育テキスト)

日本生活協同組合連合会医療部会, 2004c, 医療生協の支部運営委員入門(通信教育テキスト)

日野秀逸, 1980, 『イギリスにおける医療の質の管理(I)』, 『医療生協運動』, No.158, 14-23

日野秀逸, 1995, 『保健活動の歩み』, 医学書院

日野秀逸, 1996, 『医療生協の人づくりと仲間づくり——協同的学習活動と協同的人間

関係』, 日本生活協同組合連合会医療部会

日野秀逸, 1997, 『医療生協と高齢者』, 『協同組合研究』, No.38, 44-54

日野秀逸, 2004a, 『ユニバーサルな地域保健・医療』, 大沢真理他編, 『ユニバーサル・サービスのデザイン』, 有斐閣, 167-195

日野秀逸, 2004b, 『安心と信頼の地域保健・医療・介護ネットワーク』, 川口清史・大沢真理編, 『市民がつくる安心のネットワーク』, 日本評論社, 131-151

日野秀逸, 2004c, 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, 『日本医療経済学会会報』66, 1-44

United Nations, 1997, Cooperative Enterprise in the Health and Social Care Sectors —A Global Survey

〔執筆者紹介（執筆順）〕

栗本 昭 衛生協総合研究所理事・主任研究員
官部好広 日本生活協同組合連合会法規対策室長
近本隆子 衛生協総合研究所研究員
藤井智継 日本生活協同組合連合会政策企画部長代理
二村睦子 日本生活協同組合連合会組合員活動部担当
出見世信之 明治大学商学部教授
齊藤 教 齊藤敦公会計士事務所
横山雄太郎 日本経済新聞社記者
押尾直志 明治大学商学部教授
大木 茂 麻布大学獣医学部助教授
田代洋一 横浜国立大学大学院国際社会科学部教授
田中 学 愛国学院大学人間文化学部教授
日野秀逸 東北大学大学院経済学研究科長・経済学部長、教授
天野正子 東京女子大学教授
成田直志 関西国際大学人間学部教授
津田直則 桃山学院大学経済学部教授

現代生協論の探究（現状分析編）

【発行日】
2005年6月30日 1版1刷

【印刷廃止】

【編者】
現代生協論編集委員会

【発行者】
藤岡武義

【発行所】
コープ出版
〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷4-1-9 電話03-3497-9198
【総丁】 エムツー企画 【制作】 東京全工務 【印刷】 日経印刷

Printed in Japan
本書の無断複写複製（コピー）は、特定の欄合を除き、著作者・出版社の権利侵害になります。
ISBN4-87332-221-9 帯丁本・乱丁本はお取替えいたしません。

序章 財界の医療情勢認識と国民運動の視点

日野秀逸

序章では、二〇〇五年に入ってから次々に発表されている、社会保障や医療の全体像に関わる財界の大きな方針を対象にして、財界の情勢認識を再確認し、特に国民を統合する手だて、国民統合の変化に着目して、国民医療をめぐる財界・政府と労働者・国民との対抗軸を明らかにしたい。したがって序章は、きわめて舌足らずではあるが、本書全体の、とり急ぎの要旨になる。

「構造改革」推進・強化の日程表——二〇〇五―二〇〇六年が鍵

経済財政諮問会議（議長小泉純一郎首相）の「日本二一世紀ビジョン」に関する専門調査会が、二〇〇五年四月九日に「日本二一世紀ビジョン」を策定した。小泉首相はこの文書を「構造改革」のバイブルとまで持ち上げている。ビジョンは、「今後四半世紀を睨み、構造改革により実現される」日本の展望を示すことを目的にしている。具体的には、少子高齢化・人口減少・グローバル化・情報化の進行を前提に、経済成長の維持された、世界の人々が住みたくなくなるような、文化・技術を創造し、国民の多様な生き方を実現し、魅力的で躍動的な国をめざす、そのための財源として消費税の大幅引き上げを想定している。

こうした魅力的な日本をつくるには、小さな政府と、国民の自立・自助を推進する構造改革の推進とが不可欠であり、特に二〇〇五、二〇〇六年が改革の重点期間であると位置づけている。この文書は、いわば、「市場原理主義と小さな政府」の危険な願望であると言えよう。

ビジョンは、二〇〇一年度から二〇〇四年度までを構造改革の「集中調整期間」と位置づける。二〇〇一年は、経済財政諮問会議の骨太方針第一弾が発表された年であり、小泉内閣が登場した年である。橋本内閣は、一九九六年の対前年度経済成長率サミット参加国第一位という好成績を、一九九七年の消費税引き上げと健康保険の本人二割負担導入や高齢者の医療負担増などによってマイナス成長に落ち込ませた。政策不況として失敗した「橋本構造改革」の後始末をする時期という意味が、「集中調整期」という用語に含まれていると見てよからう。

また、人口減少が本格化し始め、「構造改革」が急速に美を挙げ始める時期を二〇一〇年代初頭とし、現在から二〇一〇年代初頭までを「革新期」と位置づける。それまでに、生産性拡大を可能とするように、「徹底的な制度の革新」を実施し、特に「重点強化期間（二〇〇五年度―二〇〇六年度）において構造改革を飛躍的に進めるべく集中的に改革」を行うとしている。

この文書を情勢論から見た場合、二〇〇五年の現時点が「構造改革」の「重点強化期間」と位置づけられていることは、重視しなければならない。

集中調整期だけでも大きな痛み

二〇〇一年から二〇〇四年の「集中調整期間」だけを取り出してみても、失業率が五％程度の高止まり、自殺者数も三万人を超える高止まり。二〇〇四年の医療機関の倒産は四九件と過去最高（帝国データバンク）である。このような深刻な状況が続いていても、まだまだ「調整」であるからには、本格的な「構造改革」に入ると大変なことになるのは容易に察しがつく。