

目次

○巻頭エッセイ：「よみがえれ、8月15日」	……小川 政亮	1		
特集：雇用失業問題と非営利・協同セクター				
○論文「大量失業に直面した、われわれの課題－フランスの失業対策を参考にして」	……都留 民子	2		
○論文「障害者自立支援法と真の自立への道」	……立岡 暁	10		
○論文「共働事業所運動と障害者の労働参加」	……斎藤 縣三	15		
○定期総会記念講演				
「スウェーデンの福祉戦略と市場主義への対抗ビジョン」	……宮本 太郎	20		
○論文「スウェーデンでは、ケア付き高齢者集合住宅等における 医行為を誰がどのように担っているか」	……高木 和美	30		
○シリーズ医療事故問題①				
・座談会「医療事故問題をめぐって」	新井賢一、二上護、高柳新、 大橋光雄、篠塚雅也、伊藤里美、棚木隆、司会：石塚秀雄	36		
・（転載）「個人のニーズに対応する新規医療」	……新井 賢一	53		
・資料「医療過誤補償機関制度」（スウェーデン、フランス）	……石塚 秀雄	61		
○シリーズ・文献プロムナード⑪「はたらきかけ」	……野村 拓	64		
○書評・本の紹介：岡崎祐司『現代福祉社会論－人権、平和、生活からのアプローチ』			……谷口 一夫	69
○書評・本の紹介：角瀬保雄『企業とは何か－企業統治と企業の社会的責任を考える』			……石塚 秀雄	71
○研究所ニュース			51、60、68、70	
○バックナンバー			75	
○入会申込書			80	

よみがえれ、8月15日

小川 政亮

8月14日、大阪から新聞記者が来て、この重大な秋に、宇治橋のたもとから伊勢神宮に向って、兵隊が決意を表明しているところを撮らせて欲しいとのことで、大隊副官としての私は承諾し、写真をとって行った。

ところが、翌日、天皇の放送で終戦を知った。陸軍士官学校生出身の現役の連中は、すっかり気落ちしていたようだった。しかし私などは、もうこれで、空襲もない、戦争もない、平和に生活できると内心から喜びがこみ上げてくるのを覚えた。もう戦争がすんで、今年で60年目だというのに、まるで昨日のことのようだ。

それは、多年の戦争が終ったというだけではない。とりわけ日本の場合、軍国主義的・絶対主義的天皇制、全体主義からの解放、自主的に考え、自由に生活できるという実感でもあった。

1946年11月3日公布、1947年5月3日施行の日本国憲法、特に「日本国民は……わが国全土にわたつて自由のもたらす恵沢を確保し、政府の行為によつて再び戦争の惨禍が起ることのないやうに

することを決意し、ここに主権が国民に存することを宣言し」と前文冒頭にうたい、本文第2章戦争の放棄、第9条で具体的に明らかにした平和主義は、この意味を積極的に明らかにしたものであった。この決意は、ひとり日本国民のためだけのものではない。憲法前文は、また「われらは、全世界の国民が、ひとしく恐怖と欠乏から免かれ、平和のうちに生存する権利を有することを確認する」とうたっている。これに照応するのが憲法25条である。

しかし、日米安保条約のもと、軍備が進められ、政府持論の「専守防衛」（これすら憲法違反の筈）の枠すら超えて、ブッシュに追随してイラクに派兵し、第9条を中心とする改憲論も打ち出されている。それに伴い、憲法25条による社会保障も改悪の一途を辿っている。

おりしも総選挙の秋、まさに8・15の不戦の精神に立ち帰つての総反撃のときである。（85歳）

（おがわ まさあき、日本社会事業大学名誉教授）

大量失業に直面した、われわれの課題

—フランスの失業対策を参考にして

都留 民子

はじめに

失業は、現在の日本において最大の社会問題である…とりたいが、現実はそうではない。完全失業者に関する数値は毎月公表されるが、失業をめぐる論議はしずまりかえり、ましてや政治場面では争点の一つでさえない。景気の回復とともに、大手を振っているのは「心理学的な失業」である。青年失業問題で売り出した経済学者は、青年たちに人間関係をつくるために「挨拶しよう」と呼びかけ、そしてニート（無業）の青年たちを対象に生活習慣や職業意識を育成する合宿などという奇妙な施策も実行に移されている。失業を生み出している経済について、そして失業の社会的な意味も問われず、個人の意^{モチベーション}欲が失業の要因とされてしまっている。「失業の心理学化」のなか、反対運動もなく、失業者の唯一の社会給付である雇用保険の圧縮はつづき、補助雇用（雇用創出特別交付金制度など）も短命でおわった。

たしかに、戦後レコードを塗り替えた後完全失業者数は減少し、380万人から300万人となった。それでも膨大な数であり、しかも完全失業者とは統計によって厳選された失業者カテゴリーの一つに過ぎない。ここで思い出すのは、卓越した先人たちの失業者カテゴリーである。カール・マルクスは有名な相対的過剰人口論を展開し、流動的過剰人口・停滞的過剰人口・潜在的過剰人口という大きく三つのカテゴリーを指摘したが、わが国でも大河内一男は「見えざる失業」「半失業」「働く貧民」、そして江口英一は「不安定就業階層・低所得層」という、完全失業者の影に隠れた失業者カテゴリーを指摘していた。彼らが指摘するように、失業とは単なる労働市場の需給アンバランスという現象ではなく、失業者とは、いつでも活用

可能な産業予備軍として必然的に存在させられ、生産規模に応じて企業に吸収されたり反発されたりする存在である。失業者とは、流動させられている目に見える産業予備軍の一部にすぎず、さらに「月末一週間に一度も報酬ある労働を行わず、求職活動を行い、仕事があれば即就労可能なもの」という完全失業者は、失業者のごく一部が選別されたものにしかすぎないのである。実際、2003年度の「雇用動向調査」によると年間の入職者（事業所に吸収された者）は605万人、そして離職者（反発された者）は662万人と膨大な数にのぼっているが、2003年の完全失業者数は平均342万人である。入職—離職は非労働力人口の人々（専業主婦・学生・求職活動なしの無業者）も含む動きであるが、2003年の労働力人口は6662万人であり、労働力人口で少なくとも1割以上の者が入れ替わっている。完全失業とはこのような激しい吸引—反発の動きの一部、そして一時的状況を切り取ったものにすぎない。重要なのは、激しい吸引—反発は、個々の労働者の「意思」や「都合」によるものではないこと、吸引—反発を通じて（失業の脅威を背景にして）多くの労働者は下方に低賃金労働力へと再編成され、現役すなわち在職労働者たちの賃金・労働条件を低下させていくという資本の大きな動きである。「失業」とは「誰も望んでいないもの」ではなく、「失業」こそは資本—労働者という和解できない対立が鮮明になる（はずの）事態である。この対立点が見えないときに、どうして社会的論議そして運動が起こりえよう。

反発と吸引によって急激に増加している、わが国のニート、派遣労働者・請負労働者・期限決めのパート労働者を目の当たりにしている現在、新しい内容をもった、失業者カテゴリー（複数の）をつくる必要がある。そして労働者たちの賃金の

下落・長時間労働・過労死・過労自殺に直面した今こそ、失業をめぐる対立点を確認しなければならないのではないだろうか。そうした失業の本質をつかんでこそ、失業に直面して採るべきわれわれの姿勢、そしてなすべき課題が明らかになると思う。

さて、本稿では、フランスの失業対策の事例をとりあげるが、フランスでは、失業者自身によって新たな失業（者）カテゴリーを構築しようとする動きがあり、また公式（公的な）の失業（者）カテゴリーも「完全失業（者）」だけではない。広い失業（者）カテゴリーが形成され、これに依拠して失業対策を実行している。そして、「失業は誰も望んでいないもの」ではなく、失業対策すなわち労働力（失業者）の再配置・再編成において対立点が明確になり、組織的な失業運動が定着している国（の一つ）なのである。わが国において失業論議が高まることを願いながら、フランスの事例を紹介していきたい。

1. 失業を潜在化させない、 フランスの失業者カテゴリー

フランスは、いち早く70年代末に「大量失業社会」に入った。78年にはわが国の完全失業者にあたるILO定義の失業者（無業・求職活動・即就労可能）は120万人、失業率は5%を超え、そして80年半ばには失業者数250万人、10%の失業率が定着した。大量失業の背景には停滞した経済成長という背景があるが、フランスでは失業を潜在化させない（隠さない）メカニズムがあった（ある）ことを見なければならない。

フランスの第二次大戦後の労働行政では、「完全雇用」が目標であり、雇用基準はフルタイムかつ無期限労働契約という雇用保障と社会保障（社会保険）に守られた労働であった。労働力不足のなかで、公共職業紹介所を小さな町にも張りめぐらし、潜在的な求職者を掘り起こし（求職者として登録すれば職域の疾病保険制度の自動的な加入という特典を与えた）、正規労働者として求人先に配置していった。60年代末には、「雇用のない人々」は、最初は、失業手当の恵まれた解雇者、次に疾病保険に未加入の無業の世帯主、そして登録しても直接的には利益のない専業主婦・青年も職業紹介所に

訪れるようになったという。

さらに労働行政は、「雇用のない人々」だけでなく、現職はあるが他の仕事に転職したいという人々も積極的な求職者とみなして「失業者」としたのである。これが職業紹介所登録の「月末求職者」であり、フランスで一般に言われる「失業者」である。なぜならば失業保険そして雇用政策の対象とされるのはILO定義の完全失業者だけでなく、転職希望の不特定の就労者・パートタイム・短期間雇用のフルタイムも含む「月末求職者」だからである。フランスでILO定義失業者が使用されるのは国際比較の場合のみである。

さてフランスの失業者すなわち「月末求職者」は、毎月の就業時間（78時間以下か以上か）、そして求めている雇用の労働契約の種類（有期限か無期限か）・就業形態（パートかフルタイムか）によって求職者は、次のように8つのカテゴリーに分類されている。そして、無期限契約のフルタイムを求職している第1と第6カテゴリーが失業者の「核」とされている。失業保険が受給可能なのは、即就労不能のカテゴリー2つを除く6つのカテゴリーである。フランスの失業手当受給率は「失業者の半数」と、わが国の文献では例外なく書かれているが、母集団は完全失業者ではなく、6つのカテゴリーが中心なのである。

職業紹介所登録の「月末求職者のカテゴリー」

- A. 月78時間未満就労の求職者
 - カテゴリー1：無期限契約のフルタイムを求職、即就労可能
 - カテゴリー2：無期限契約のパートタイムを求職、即就労可能
 - カテゴリー3：有期限契約雇用を求職、即就労可能
 - カテゴリー4：即就労は不能
- B. 月78時間以上就労の求職者
 - カテゴリー5：即就労は不能
 - カテゴリー6：無期限契約のフルタイムを求職、即就労可能
 - カテゴリー7：無期限契約のパートタイムを求職、即就労可能
 - カテゴリー8：有期限契約雇用を求職、即就労可能

職業紹介所に求職者として登録すれば、それぞれの条件はあるが、失業手当や雇用施策（補助雇用）の受給に加えて、公共交通無料パスの支給、映画・コンサート・スポーツ観戦・余暇クラブ・「バカンスの家」などで「失業者割引」が受けられ、こうした支援によって多くの失業者＝「求職者」が登場したのである。

失業者は90年代末から20世紀初めの好況・失業率の低下から、今日再び上昇して、2005年5月にはILO定義の完全失業者数は278万人、失業率は10.2%へと回帰している。そして、失業対策の対象となる「月末求職者」は392万人にも及んでいる。ちなみにフランスの全人口は日本のおよそ半分であり、膨大な失業者数であることが分かっていく。

2. フランスの失業対策の推移

フランスでは大量失業に対処する、失業対策の歴史は30年を超えようとしている。

80年代初めまでの失業対策は、完全雇用を目標に「積極策」（失業の進行を食い止める策）を採った。中心的政策は、職業教育や、地理的かつ職業セクターの移動を援助して労働力の保持や転換を図る策であった。これは、社会民主主義理論に影響を受けた雇用局（職業紹介所の担当局）のイニシアティブによるものであり、スウェーデンの雇用積極策をモデルにした失業対策の活性化策であったと言う。スウェーデン・モデルとは、職業養成を通じて高い質の労働力を維持し、それによって経済の国際競争力をつけるという方向である。また、84年に初めて国庫が賃金補助を行う補助雇用（「公共的有用労働：^{テュック}TUC」）が公共セクターで創設されたが、創出された雇用には、労使の集団協約による規準が尊重されるというステータスも与えた。他方「消極策」（失業の事後対策）＝失業保険は、その補償率の高さ（従前賃金のおよそ90%）、長期の給付期間を設け（制度としては無期限）、この時期の受給者は「失業手当の黄金世代」といわれているほどである。

しかし、80年代半ばには完全雇用は諦められ、基本的に大量失業を、そして長期失業（80年代半ばにはフルタイムを求める求職者の半数が1年以上の失業歴をもった）も「大目に見られる」ようになった。青年や長期失業者への職業養成施策を増やし、

^{テュック}TUCを連帯雇用契約（CES）へと変え、公共部門とともに社会的経済セクター（非営利アソシエーション）の失業者雇用も、国庫補助雇用として発展させた。CESはパートそして2年間の期限決め雇用である。ただし、補助雇用も労働契約に基づく雇用であり、最低賃金、年金保険・健康保険・失業保険の加入が条件である。

一方、この時期には自由主義イデオロギーも登場して、公的雇用は経済の活性化をもたらさず、公費の無駄遣いである、むしろ民間企業への補助、資本における人件費コストの低下が必要であると主張するようになる。そして、80年代末から公的雇用だけでなく、民間企業での補助雇用が並列し、両者のせめぎ合いが続くのである。さらに、92年からは企業において失業者などをパートタイムとして雇用すれば、事業主の社会保険拠出を免除されるようになり、この策によって（労働者の望まない）パートタイム雇用が急激に拡大していくのである（この措置は不評・批判のため2000年には廃止）。

さて、80年代以降の失業対策で忘れてはならないのは、失業者の所得保障制度である。失業保険の支給期間が短縮化され（それでも最大5年間だが）、国庫による扶助が登場した。84年の失業扶助（ASS）、そして88年末創設の参入最低限所得保障（^{エレミー}RMI）である。前者は失業前に5年間の就労経験を必要とするが、後者は低所得のみを要件にした生活扶助である。こうして、失業者への所得保障サイクルは、今もつづく失業保険—失業扶助—RMIとなった。とくにRMIの受給者は高齢者でも障害者でもなく（両者には既に最低限所得保障制度がある）、その中心は青年失業者である。こうした元気な失業者への扶助の支給が認められたのは、扶助が「参入政策」に組み込まれたからである。参入insertionとは、雇用政策において正規雇用（無期限契約・フルタイム）を確保するための「繋ぎ」・ステップであり、つまりは、失業から正規雇用を直接確保することが困難になっていることを公式に認めたのである。前述の国庫補助雇用が主な参入施策であり、失業者は扶助を受給して、強制ではないが、次に補助雇用・参入措置を受け入れることが期待された。

90年代に入ると失業から正規雇用へ到達するこ

とはますます遠くなり、補助雇用は拡大した。そこで、「兵糧攻め」による失業からの脱出が図られ、失業保険は漸減手当とされ（受給期間の長期化とともに手当額の削減—ただし2001年には漸減措置は廃止）、また失業扶助（ASS）の所得制限も強化された。しかし、失業者は減少せず、最後の所得保障である RMI の受給者が増加しつづける事態になる。そこで RMI 制度において繰り返し参入援助の強化が唱えられるわけだが、それはむしろ正規雇用確保の困難さ、すなわち参入の効果をますます疑わす結果となったのである。なぜならば、RMI 受給者の補助雇用という参入はすすんだが、多くの場合、失業→RMI→補助雇用→失業…の循環でしかなく、失業からの脱出は果たせなかったからである。

雇用創出で評価されたのは、多様な補助雇用ではなく、97年以降のワークシェアリング・週労働時間35時間制である。35時間制は数年間で30～40万人の正規雇用を創出したといわれる（だが、後述するように05年に労働時間の弾力化という改悪がなされた）。

3. 失業対策におけるアソシエーションの活動

フランスの失業対策には、国・公権力による強力なイニシアティブによって膨大な公費が投入されている（国内総生産：GDPの4～5%）。また、参入政策においては、自治体・公企業、そして民間企業とともに、社会的経済セクターであるアソシエーション（1901年法で規定された、住民の自主的組織である非営利団体）が公的補助によって、雇用を直接に提供、または雇用を仲介していることも、フランスの大きな特徴である。

「国庫補助雇用」の直接提供

失業者に直接雇用を提供するアソシエーションは、国庫補助雇用—前述の連帯雇用契約（CES）、そして1995年創設の5年間雇用契約のある長期雇用契約（CEC）、さらに1997年からの「青年—雇用（Emploi—jeune）」プログラムを適用されたアソシエーションである。CESやCECは青年失業者・長期失業者を、「青年—雇用」は30歳までの青年失業者を対象にしたが、その就労労働者の7割が公的セクター（教育省、地方自治体の保健・福祉

局や住宅・環境局、警察、国鉄などの公企業）、そして3割がアソシエーション（スポーツ・余暇・文化団体、保健・福祉領域）における補助雇用となった。職種は専門職から単純な作業まで、非常に多彩であり、とくに「青年—雇用」ではパートタイムに限定せずフルタイム雇用も拡大していった。ともあれ、90年代末には公的セクターそしてアソシエーション領域における補助雇用労働者は70万人を超えるまでになった。

「困難層」への「経済的活動による参入」支援—「参入支援企業（EI）」・「仲介アソシエーション（AI）」・「参入支援労働派遣企業（ETTI）」

「経済的活動による参入」施策は、失業者のなかでもとくに雇用確保の困難な人々（低学歴・低職能、そして／または住宅問題などを抱えた失業者）を対象とするもので、その事業体の多くはアソシエーションである。

「参入支援企業（EI）」は、ホームレス生活者の社会扶助宿泊施設（CHRS）などの就労センターから85年に発展したものであり、ほぼ7割がアソシエーションの運営である。残りは営利企業、とくに有限会社である。業種は、公共事業を請け負う建築業、環境・緑地整備、自動車整備、清掃、廃品やゴミ回収・リサイクル事業であり、惣菜屋・レストラン経営（学校、公的施設などへの出店）も見られる。企業規模は9人以下が54%、50人以上は2%にすぎない。EIの数は2000年に入り若干減少しているが、03年は866団体あり、年間の延べ労働者数は14万106人強、ただし、1日当たり平均就労者はフルタイム換算では5000人強にすぎない。労働者は県福祉局よる2年間の賃金補助・参入契約によるものが9割、そして国庫補助雇用も若干存在する。

「仲介アソシエーション（AI）」は、失業者自身によって組織されたものであり、その援助は長期失業者に地域の一時的な求人に応じて労働力を派遣し、彼らに期限付きの労働を与えるというものである。いわば失業者の自主管理による労働力配置である。AIは89年の全国連携組織（CO-ORACE）が設けられたことによって、設立時の国庫補助金、そして税などが免除されるようになった。派遣労働の内容は、個人の家庭の家事・ベビーシッターが主で、他は緑地整備・清掃、レス

トラン・ホテルでの下働きなどである。一般家庭への派遣労働も、93年以降ヤミの家事労働の解消を目標とした「家族雇用 (Emploi familiaux)」施策が適用されることになり、労働者として最低賃金、そして社会保険加入 (個人雇用主が社会保険拠出) の権利が与えられている。ただしAIの数は99年(1047団体)までは増加傾向にあったが、2003年には922まで減少し、年間の労働者延べ数も20万7600人から17万4737人に低下し、1日あたりの平均就労者数はフルタイム換算で3000人強となっている。

「参入支援労働派遣企業 (ETTI)」は、AIから発展したもので、長時間の派遣を請け負い、派遣先も中心は民間企業である。したがって派遣される労働者も抱える問題・諸困難がAI労働者よりも小さい。ETTIも2001年までは増加していたが(294団体)、03年には263と減少傾向を見せている。年間の延べ労働者数も5万492人から3万9242人となった。フルタイム換算の平均就労者数も1000人から850人程度に減少している。労働者への補助形態は、民間企業における補助雇用と、アソシエーションでの補助雇用に2分されている。派遣先は倉庫・荷役業、建設業、製造業、警備、清掃、農業労働が続く。

「経済活動による参入」事業には、その他に「地域公社」・「参入作業所」などの事業体もあるが、いずれも公的補助を受けているからこそ存続できている。それでも、3つの主要形態をふくめ、ここでは働く労働者の入れ替わりは激しい⁽¹⁾。

「経済活動による参入」の受給者は、参入最低所得(RMI)と失業扶助(ASS)の受給者(両手当てとも稼働収入と併給できる)、刑期修了者、元薬物・アルコール依存者、児童福祉施設の出身者や現在も児童保護サービスを受給している者、さらに少数ながら障害者のいる。筆者たちは、2001年にパリのEIやETTIなどを訪問調査したが、統計では明らかになっていないが、外国人の比率もきわめて高かったのである。そして、彼らには雇用の提供だけでなく、RMIなどの社会給付の申請援助、住宅を見つけたり家族関係の調整をはかったり、生活習慣・リズムを調整する指導、さらには就職後のアフターケアと個別的な問題への援助が、これも公的助成のもとで取り組まれていた⁽²⁾。

4. 失業をめぐる公的施策の現状と新たな運動

失業対策の新自由主義的 アクトイベーション 活性化

フランスの失業対策は、EUへの統合過程において、そしてEUの確立ともない、変わった。90年代末にEUは、それまでのソーシャル・ヨーロッパ一厚い労働者保護・失業者への生活保障(失業保険・扶助)ではなく、失業者や女性・高齢者などの非就業者の(就労促進)という雇用戦略を明確にさせたのである。そこでは非就業者の就労インセンティブを高めるため、そして社会的弱者・「排除された人々」の包摂を目標に、完全雇用ではなく、雇用基準を引き下げた「完全就労」が目指されるようになったのである⁽³⁾。

フランスでは、02年に右派政権となり、EU執行部と歩調を合わせるように政策の新自由主義的傾向を、末期の社会党政権以上に明確にさせていった、と言う。右派の雇用政策は、公的雇用を減少させ、国庫補助雇用の中心を民間企業においた。とくに、公的セクター・アソシエーション領域で30万人近くの青年が雇用を確保し、5年間の労働契約で6割近くがフルタイムであった「青年一雇用」の廃止(今後の労働契約の更新なし)を決め、代わりに民間企業での「青年契約(contrat-jeune)」を施行させた。さらに04年からは、1年以上のRMIまたはASS受給の失業者を対象を絞って、民間企業で就労した際には収入最低限所得(RMA)を支給する策(最低賃金の事実上の非適用)、そして2005年1月「社会的結合法」によって公的セクター・アソシエーションにおいても、月当たりで最低賃金の4分の3しか保障しない「未来契約(contrat d'avenir)」という不完全契約の公的雇用を導入した⁽⁴⁾。

高齢者も「55歳以上の雇用の推進」プランが発表され、年金開始年齢の引き上げ、そして55歳以上の失業者であれば求職活動を免除して60歳の年金受給まで失業保険を無条件で支給するという措置も、失業保険の支給期間の短期化(2004年1月以降5年から3年へ)によって事実上57歳から、と縮小された。

さらに雇用創出では最も効果をあげたと言われる、労働時間35時間制も48時間までの労働を認め

るというように後退した（ただし、48時間とは残業を含めてである）。

失業問題の第一人者・経済学者J. フレイシネは次のように、現行失業対策を厳しく批判している。<今日の失業対策は、就労のインセンティブを削ぐとして失業者への代替所得（失業手当）への攻撃であり、とくに扶助受給者に的を絞った就労促進は（新）自由主義的な活性化に他ならない（良質の労働力を保持して「完全雇用」をめざす、かつてのスウェーデン・モデルの活性化ではない）。雇用の確保が困難な人々に関心を寄せると称して、その関心は、早期退職者をなくし、失業手当や扶助を野蛮にも切り詰め、そして障害あるものも、どのような内容であっても仕事に駆り立て、みせかけの雇用らしきものを創出しようとするものである>（5）。

失業者運動アソシエーションの参入政策・補助雇用批判、そして新たな失業者カテゴリー

フランスの雇用政策・失業対策は、80年代半ばに導入された「参入政策」抜きには語れない。現在の参入政策は（社会党政権下でも最後は同様の傾向が見られたという指摘もある）、補助雇用への誘導、すなわち参入そのものが直接的な目的となった。90年代半ばまでは失業→補助雇用→正規雇用、そして補助雇用（ここでは触れなかったが職業養成も）とともに失業者への所得保障の実行し、失業者の「雇用確保力」を維持させて、正規雇用につながる意思が少なくとも表明されていた。

しかし、「参入政策」をめぐる対立点は、以上の2つの動きの間、そして民間企業での補助雇用か公的雇用（アソシエーションを含む）かの間にあるだけではない。「参入政策」・補助雇用そのものに対する厳しい批判が、3つ目の動きとしてあるからである。補助雇用は失業者個々の「雇用確保力」の保持というが、それは失業が社会的な要因（企業閉鎖・解雇、そして正規雇用の減少）によるものであること見落とさせる、そして補助雇用によって賃労働関係全体が悪化したという批判である（6）。多くの研究者、そして労働官僚も参入政策を批判するようになってきているが（例えば、「働く貧民」を出現させたという批判）、その急先鋒は、運動体としての失業者アソシエーションである。

現在、フランスでは全国組織をもつ失業者アソ

シエーションが4つあるが、彼らは公的雇用を含めて補助雇用を不安定雇用であるとみなし、補助雇用労働者も「新しい失業者」にすぎない、さらには「失業者＝求職者」とする公的な失業者カテゴリーを鋭く批判している。

そもそも、運動体である失業者アソシエーションは、80年代に広がった求職者組織（失業状況から集団的に脱出するために求職活動を組織化）、そして前述の仲介的アソシエーション（AI）＝失業者の自主管理としての職業紹介などの運動への批判から、出現してきた団体である。求職活動とは労働市場での競争・「椅子とりゲーム」にすぎず、他者よりも早く雇用を確保させる動き、すなわち失業者間の敵対関係を維持させ、失業者の集団化を妨げた（ている）と言う。他方、仲介アソシエーション（AI）については、労働力の管理者となった失業者と、短期間雇用される失業者との溝を深めたし、労働者派遣は「雇用確保力」による選別・ヒエラルキーづけに他ならないと。こうしてAI内部の大きな論争の結果、事業体へと発展・解消していくもの（究極的には前述の参入支援労働派遣企業：ETTI）と、運動体へと分裂していった。

運動体としての失業者アソシエーションはあくまで失業者全体・社会集団としての失業者の生活保障と社会的地位の向上を目指すものであり、労働組合と同等の地位・社会的認可をもつ「失業者組合」への発展を目標としているのである。補助雇用を批判するのは、結局は失業者を、雇用の確保できた者よりも価値の低下した者（「雇用確保力」の劣った者・求職意欲の低下した者）とみなすことであり、それだけでなく、失業者を管理して不完全雇用・「新たな失業」に閉じ込める手段だからと言う。参入政策は、どのような雇用でも、失業よりはましという失業者カテゴリーと、そしてともかく仕事を求め求職活動にまい進する失業者を想定した求職者カテゴリーとは表裏一体のものであると、批判する。彼らは失業とはネガティブな状況ではなく、失業者は雇用剥奪という厳しい経験を通して、新たなポジティブな（自己を誇りうる）アイデンティティをもった、「幸福な失業者」集団が形成できると見ている。

97年から98年冬季1ヶ月もの、失業者による大反乱—失業保険事務所の占拠運動は、この4つの

失業者アソシエーションがイニシアティブを發揮したものである。彼らの統一要求は、1. 労働力の急迫販売を回避するため、すなわち不安定雇用・不完全雇用を拒否できるだけの失業扶助（ASS）と参入最低限所得保障（RMI）の引き上げ、2. 政府と集団交渉が可能となり、そして失業保険・扶助制度の運営に労働組合とともに参加可能な、失業者組織の社会的認可であった。占拠は市民の8割もの支持は得たが、要求については給付の若干の引き上げと、職業紹介所の運営に利用者団体・オブザーバーとして参加できるという点にとどまった。しかし、失業者組織は定着し、多くの大学人・研究者が加わるシンクタンク・コペルニクス財団を結成し、失業対策や社会保障の提言、さらには経済のグローバリゼーションに関する見解の書も出版している。そして2004年には失業扶助の支給期間縮小策を撤廃させ、さらに失業保険手当削減についても裁判闘争を繰り広げ勝訴を勝ち取り、ほぼ100万人もの失業保険を再計算させ、総額で2600億円を再支給させた⁽⁷⁾。

5. フランスの経験からの教訓

失業対策の評価が難しいのは、失業というリスクが年齢や医療保障などのそれとは異なった性格を持っているからである。病人には個別的な症状に応じて医療を提供するために、医療保険など保障システムを始動させる。しかし、失業では単純に仕事を提供すればよい、さらに完全失業（者）数値を減少させれば失業問題が解決に向かっているとは言えないからである。繰り返すが、資本主義社会は、失業を通して労働力の下方での再編成という動きが第一のベクトルとなっている社会だからである。フランスの経験、すなわち公的補助雇用を通じて、その支配を脱することはできていないことは今まで述べたとおりである。だから、フランスの（一定の）失業者は、補助雇用を軸に反発・吸引の激しい動きのなかで翻弄させられることを拒否するようになっていく。

わが国でも失業者自身が声を発し、彼ら自らの要求にそった失業対策が求められるが、フランスにおいて失業者の主体的な運動が可能になっているのは、縮小されたとはいえわが国とは比較にならない手厚い失業者の生活保障が定着しているこ

とに目を向けるべきと思う。表 I は失業保険の支給期間短縮前の2003年12月と、完全失業率が再び10%を超えた2005年5月の失業保険・失業扶助・RMIの受給状況である。改悪措置後の今でも完全失業者278万人を大きく上回る370万の人々が失業者として生活を保障されていることが分かる。

表 I. フランスの失業者数および失業手当など受給の状況

	2003年12月	2005年5月
完全失業者（ILO定義失業者）	271万人	278万人
月末求職者数のカテゴリー1~3+6~8 ⁽¹⁾	376万人	392万人
求職活動免除者 ⁽²⁾	40万人	40万人
失業手当受給者	270万人	255万人
内失業保険	228万人	212万人
内失業扶助	42万人	43万人
失業手当受給率（%） ⁽³⁾	63.6	60.4
失業保険（%）	53.7	50.2
失業扶助（%）	9.9	10.3
RMI受給権者（世帯主のみ）	112万人	123万人

(1)職業紹介所登録求職者で「即就労は不能の者」を除く者

(2)高齢失業者で求職活動の義務を免除されている者

(3)手当受給率：受給者/カテゴリー1~3,6~8求職者+求職活動免除者

出典：統計調査局（DARES）、研究評価統計局（DREES）、および全国失業補償組織（UNEDIC）資料から作成

パリとその郊外でいくつかの失業者団体の聞き取りを昨春行ったが、そのリーダーの多くは雇用確保が最も難しいと言われる、RMIまたは失業扶助受給の青年失業者や長期失業者であった。彼らは、地域の要所に事務所を構え（賃料などは市からの補助金という）、法律書を片手に失業者の健康・生活相談に応じたり、職業紹介所や失業手当事務所からの召還命令に失業者に同伴したり、漫画や写真入りの、そして読み物としても面白い機関紙・誌を作成し、それを配布したりで、大変忙しい日々をすごしていた。失業は「無為」の時間ではなかった。

ひるがえってわが国を見ると、失業者は組織化どころが、孤立無援のなかで生き延びている。驚くべきことに雇用保険の受給率は、完全失業者の2割であり、半数が無収入と言う（総務庁『就業希望状況調査』02年）。筆者は現在、広島市と福岡県大牟田市において失業者の面接による追跡調

査を行っているが、彼らが口々に訴えるのは「仕事を！」である。しかし、この要求は、他の選択肢がなく、すなわち社会的扶養（生活保障）が欠如し、生きる手段は仕事しかない状況での（雇用を剥奪しておきながら、なんという社会だろう！）、強制された要求と考えられないだろうか。だから、再確保した仕事に彼らは満足していない。失業保険の切れた失業者は、切れ切れの派遣労働、女性では「出来高払い」のホームヘルパーとして就労しているケースが多々見られるが、彼らは「これでは生活できない」「食べられない」と訴える。中には再就労の場で労災をもみ消されたり、最低賃金以下の時給で働かされている人もいる。日本の失業者においても、否雇用基準が崩れてしまっている日本だからこそ失業から脱するためには、すなわち労働者としての尊厳が守れる賃金保障・雇用保障のある就労を確保するためには、そして失業者が主体的な要求を表明できるためには、まず必要なのは失業保険・生活保護などの社会保障制度の拡充ではないだろうか⁽⁸⁾。

わが国では「働かずに生活をする」ことへの抵抗・批判が高いので、一歩ゆずって、生活保障として（雇用保障ではない）公的雇用を求める方法もあると言われるかもしれない。しかし、フランス、そして他の EU 諸国においても、国家・自治体が公的雇用・補助雇用を普及させたのは、膨大な数の失業者が失業手当、とくに国庫による失業扶助・生活扶助を受給するようになったからであり、この「因果関係」だけを考えても失業対策としてまず始動すべきは社会保障制度と思う。

[注]

(1) 「経済活動による参入」策の受給者の数値と職種などは、統計調査局 (DARES), Premières Informations no.06.2.2005, L'insertion par l'activité économique 2003 などによる。

(2) 参入支援企業 (EI) などの詳しい事例は、小玉徹・中村健吾・都留民子・平川茂『欧米のホームレス問題 (上)』法律文化社, 2003

年, IV編 4章。

(3) EU の雇用戦略については、濱口桂一郎「労働市場の改革」田中友義他『ヨーロッパ経済論』ミネルヴァ書房, 2004。

(4) 失業扶助・RMI 受給者をターゲットにした補助雇用の内容については都留民子「フランスの参入最低限所得保障 (RMI) をめぐる論議」、『月刊自治研』46巻 2号, 2004年参照。

(5) Freyssinet J., Les contrats d'avenir s'inscrivent dans une vision libérale in Alternatives Economiques. 231, 2005.

(6) Barbier J.-C. et Théret B. Le nouveau système français de protection sociale, La découverte, 2004, とくに VI章。

(7) 失業保険の再計算問題については、都留民子「フランスの公的扶助—その仕組みと新しい動き」、『季刊公的扶助研究』195号, 2004年を参照。

(8) 日本においても失業者に社会保障、とくに生活保護を支給する必要性を論じた、都留民子・下村幸仁「失業者と生活保護—広島市の事例から」、『季刊公的扶助研究』194号, 2004年もお読みいただきたい。筆者たちのささやかな調査で明らかにした失業者の貧困状況も記している。

以上の引用文献以外は、本稿では明記していないが、それぞれの内容については次の文献に依拠して執筆している。

・フランスの失業問題の推移、失業対策については、Demazière D., La sociologie du chômage, La Découverte, 1995, D.ドマジエール著、都留民子訳、『失業の社会学—フランスにおける失業との闘い』法律文化社, 2002年。

・フランスの失業者運動については、Dèmazière D. et Pignoni M. —T. Chômeurs: du silence à la révolte. Sociologie d'une action collective, Hachette, 1998, D.ドマジエール・M-Tピニョニ著、都留民子監訳、『行動する失業者—ある集団行動の社会学』法律文化社, 2003年。

・フランスにおいて失業による貧困化から、元気な失業者が失業扶助、そして新しい扶助・参入最低限所得保障 (RMI) を受けるようになった状況については都留民子『フランスにおける貧困と社会保護』法律文化社, 2000年。

(つる たみこ、県立広島大学教授)

「障害者自立支援法と真の自立への道」

立岡 暁

1、はじめに

障害のある人たちが利用する無認可共同作業所は1ヶ所平均約15人、全国に約6000ヶ所、そこには約9万人の知的・身体・精神障害者等さまざまな人達が利用しています。6,000ヶ所という数字は、コンビニ、ローソンが現在約7,700ヶ所ですから、いかに地域に密着した大切な社会資源であるかが伺われます。

一方、社会福祉法人化した認可通所施設（更生、授産）は利用者1ヶ所平均30人弱、全国に約2,400ヶ所余、約7万人が通所しています。

このように無認可共同作業所が認可通所施設と比べて、設置数、利用者数とも多いのです。ここに我が国の成人期障害者施策の遅れが明確にあらわれているといっても過言ではありません。

もし仮に無認可共同作業所がなかったら、我が国の成人期障害者の皆さんはいったいどうなっていたのでしょうか。まさに日本の成人期障害者は無認可共同作業所によって支えられていると言っても過言ではありません。

2、支援費制度の破たん

(1) 介護保険制度と支援費制度との統合

これまで45年間続いた法人認可施設における措置費制度は2003年4月より、障害者が利用したい制度を選び、事業者と対等の契約を結び有期限で利用する支援費制度に切り替わりました。しかし、支援費は初年度決算で127億円の財源不足が生じ、危機感を持った厚生労働省は、支援費制度施行1年もしない2004年1月8日「介護制度改革本部」を設置し、高齢者の介護保険制度に障害者の支援費制度を統合させる方向の検討に入りました。

厚生労働省はこうした動きを民間障害者8団体

（注1参照）に対して説明し、「障害者の方が時期早尚ということであるならば、今回の介護保険との話は見送りという結論にならざるを得ない…厚生労働省は支援費を否定しているのではなく、その理念をどう実現していくか、どう発展させていくかを考えている。高齢者の介護保険に入れてもらうのではなく、対等な気持ちで、自分たちが介護保険の仕組みを変えるというもっと前向きな議論をしていきたい。結論ありきでなく、議論をして良い結果が出なければ、介護保険の話はやめればよい」との投げかけを受けて民間団体も動きはしたのですが、結局、厚労省は介護保険制度に統合すれば障害者施策はどうなるのか等の民間団体側の問いかけになかなか答えを示さないまま推移することになりました。

一方、公式な機関である第15回社会保障審議会障害者部会では2004年7月13日、「今後の障害保健福祉施策について」の中間とりまとめとして、最大の焦点である介護保険と障害者支援費制度の統合を「障害者福祉を安定的に支えていくため」に「給付と負担のルールが明確な介護保険制度を活用することは現実的な選択肢の一つ」という両論併記の方向を示しました。

（注1：民間障害者8団体）

日本身体障害者団体連合会・日本障害者協議会・DPI日本会議・日本盲人会連合・全日本聾唖連盟・全国脊髄損傷者連合会・全日本手をつなぐ育成会・全国精神障害者家族会連合会

(2) 高齢者施策と障害者施策の統合は財界、市長会、自民党等の反対で見送り

しかし、この統合案をめぐる、日本経団連は雇用側が介護保険料の半額を出している立場から更に負担が加わることへの反発が、また、国に対して全国市長会と全国町村会は介護保険と障害者施策はそれぞれ目的が違うこと等の理由で反対の意見書を提出。こうした動きから自民党も反対を

表明。こうした分野の思惑による強い反対を受けて、11月12日、第20回社会保障審議会障害者部会では統合は見送られることになったのです。

3、グランドデザイン「障害者自立支援法(案)」をめぐって

(1) 障害者自立支援法案

2004年10月12日に開かれた第18回社会保障審議会障害者部会ではその後の障害者自立支援法案に繋がった「今後の障害保健福祉施策について（改革のグランドデザイン案）」が示されました。

グランドデザイン案の評価点としては、第1に、基本的な事業については国の財政負担が明確になる「義務的経費」に位置づけられたこと。第2に、新設される福祉事業に関する実定法が障害種別を超えて立法化されたこと。つまり、これまでは知的・身体・精神という障害別であったが今後は三障害の枠組みが共通になる。第3に、これまで障害の種別や機能別に60種類もあった制度や6,000ヶ所にもものぼる無認可共同作業所等、複雑かつ不合理な施設体系、施設制度の見直しに着手する等の前進面がありました。

しかしながら一方で、こうした評価面をすべて打ち消して余りある程の最も大きな問題点が、利用者の費用負担について現行の「応能負担」制度から「応益負担（厚生労働省はその後、定率負担に訂正）」制度に切り替えたことです。

(2) 大きな問題は応能負担から応益負担一割へ（食費も実費負担へ）

①モデル2：家族と同居して、通所施設に通いながら、ホームヘルプサービスを利用する知的障害者

右記の表は厚生労働省がモデル2として示したもので、これまで認可通所施設に通い、ホームヘルプサービスを利用していた一般的なケースの場合、これまでは無料であった応能負担が、法案が採択された場合、2006年1月から施設サービス利用一割15,000円とホームヘルプサービス利用一割3,000円、これに加えて実費負担となる食費分の

知的通所施設：14.9万円（食費除く）／月22日通所、ホームヘルプ3.0万円／月

	食費(通所)	応益(定率)負担	経過措置による費用
生活保護	0.50万円(約230円×22日) (3年間経過措置)	0円	0.5万円
低所得1	0.50万円(約230円×22日) (3年間経過措置)	1.5万円	2.0万円
低所得2	0.50万円(約230円×22日) (3年間経過措置)	1.8万円	2.3万円
一般	1.43万円(650円×22日)	1.8万円	3.23万円

※低所得1は、障害基礎年金2級、月額66,200円

※低所得2は、障害基礎年金1級、月額82,700円

14,300円の合計32,300円を毎月支払わねばならなくなるということになります。

このほかにも自宅を離れてグループホームを利用している場合は、障害基礎年金(月額1級82,700円、2級月額66,200円)からグループホーム入居に必要な毎月の家賃、食費、水光熱費等の利用料金を支払った上に、月66,000円の支援費の一割、6,600円を支払うことになるのです(収入額を超える場合は定率減免制度がある)。

また、上記の福祉サービスの応益負担制度とは別に、自立支援医療制度として精神障害者通院医療費の自己負担額が現行5%から1割～3割負担となり、こうしたことで受診抑制現象がおこり通院が遠のき、障害が悪化することも十分予想されます。

(3) どうしても理解できない応益負担

①応益について説明を求めたい

ところで、厚生労働省は障害者自立支援法案で、これまでの応能負担を応益負担一割にきりかえるというのですが、「応益」とは一体何を示すのでしょうか。障害のある人は例えば自分で食事、排泄、入浴など日常基本的なことが出来ないでホームヘルパーに援助してもらって生活を営むのですが、こうした援助を受けることを「益」というのでしょうか。まさに「益」をうけるのでそのたびに一割を負担せよ、というのがこの応益負担を伴う障害者自立支援法案なのです。

厚生労働省は、現在一割負担の介護保険制度と支援費との統合は先送りしたものの、将来の統合

時にはきちんとリンクできることを今から整えておくためにも応益負担一割は譲れないというのでしょうか。

所得保障がない中、サービスを利用するたびに一割負担は到底出来るものではありません。このまま法案が通ったら、サービス利用を制限し、一割の負担が生じないようにする以外方法はありません。一体何のための障害者自立支援法案でしょうか。まさに障害者にとっては死活問題となる重大な問題点を抱えた法案なのです。

②作業所利用者の叫び

次の文章は、私の所属する社会福祉法人ひかり福祉会が設置する精神障害者通所授産施設「友愛ハウス」の利用者が書いた文章です。

7月5日、国の法案「障害者自立支援法案」絶対反対の緊急行動が行われました。私たちの実生活に大きく影響するのは間違いないことと思います。障害別問わず、負担が大きくなります。作業所へ通っても利用料がかかり、通院医療費が倍になります。負担が増えても作業所の給料は月1万円前後です。議員の方はこんなにも障害のある人たちに負担を、それも家族にまで負担を課すことになります。一体障害のある人たちをどうするのか！！怒りの気持ちになります。

現在、私も退院して7年が経ちます。去年は体調が優れず作業所を休む日が多く、5年目の周期だったかも知れません。社会復帰するにも心が病になって長時間就労するのも困難なところでした。7月5日、東京で開催された「緊急大行動」に参加して法案が通過しないことを強く願いました。作業所で仲間が一生懸命働いている背景に、この法案が国会の委員会でも可決したということ、今朝のニュース番組で知りました。日々の悩みに重くのしかかり入院した人もいます。体調が大きく左右されるこの病、この法案でこんなにもいやな空間になる作業所は問題が大小に関わらずいやです。笑顔で過ごせることが一番です。

2005年7月 友愛ハウス 利用者

障害者自立支援法案では、知的、身体、精神の障害を一元化するという、長い間の夢がかなえられる大きな前進面があります。しかしながら、所得保障がない中で、応益負担一割には到底たえられないというのが障害当事者の叫び、精神を病む利用者の生の声なのです。利用者の皆さんは「笑顔で過ごせること」を強く望んでいるのです。

4、真っ直ぐな願いを結集した 7・5緊急大行動

(1) 障害者運動史上最大規模、11,000人の生の声を国会に！

7月5日、東京の空は前日までの梅雨模様からすっきり晴れわたり「このままの“障害者自立支援法案”では自立はできません！7・5緊急大行動」が東京日比谷野外音楽堂で開催され、北海道から沖縄まで全国各地から続々と障害のある人たちを中心に集まってきました。その数なんと11,000人という、障害者運動史上最大の大デモンストレーションとなりました。

大集会では7・5アピールを採択したのち、気温30度の中、厚生労働省から財務省、国会議事堂周辺と約2kmにわたって障害者自身が声を枯らして応益負担一割撤廃などを響きわたらせました。途中、衆参両議院面会所では国会議員の前でアピールをよみあげ、願いを届けました。

これまでにない1万人をこえるデモ行進は3時間にわたって行われ、参加者は声を大にして最後まで納得のいく法案審議を訴えました。

(2) 全国各地でも大きなうねり

ともに日比谷公園で行われた5・12フォーラム（日本障害者協議会主催）は6,600人、そして前述の7・5緊急大行動（同実行委員会主催）は11,000人と、莫大なエネルギーと経費を要したのですが、こうした動きの中で国会議員の中にもようやくこの法案の審議には掘り下げが必要、問題を含んだ法案であることが見えてきたのです。一方、きょうされん支部のある都道府県を中心に、地域レベルでの学習会や国に向けての要請行動も

繰り返し行われました。

私たちが把握しているだけでも北海道から沖縄まで、これまでに全国約40数ヶ所、述べ参加者にとると約4.2万人もが結集しました。

「これで障害者は地域で生活できるのか」「障害のある人々に利用者負担を強いる応益負担に反対する緊急集会」「障害者自立支援法案を考えるみんなの集い」「応益負担に反対し、障害者自立支援法の慎重な審議を求める緊急決起集会」等々、名称や規模はさまざまですが、学べば学ぶほど認められない応益負担問題であることが、全国各地にも広まったのです。

5、野次と怒号の中での採択

(1) 衆議院厚生労働委員会での採決に異議あり

障害者自立支援法案は2月10日閣議決定され、4月26日衆議院本会議において尾辻厚生労働大臣が趣旨説明を行い、5月11日より衆議院厚生労働委員会で審議がはじまり7月13日、計11回の審議で採択となりました。きょうされんは、採択前日に継続審議に関する申し入れを全ての厚生労働委員に届けました。その内容は「応益負担への納得のいく説明がない」「障害者自立支援医療制度関連基礎データに誤りがあった」「法案の内容が当事者や関係者に十分に伝わっていない」ということをよく分かって判断してほしいという当然の願いを伝えました。

7月13日、厚生労働委員会の冒頭に尾辻厚生労働大臣は社会保障審議会で提示かつ説明された内容に誤りがあったというデータミスについて謝罪はしましたが、野党は「このような捏造されたデータでの採決は出来ない。来週まで審議を延ばすべきだ!」と何度も抗議を行いました。この日の傍聴者は約200人にも達し、固唾を呑んで行方を見守りましたが、半ば強行採決のような形で法案は野次と怒号の中で採択されました。そして翌々日には衆議院本会議ですんなりと可決成立し、参議院に送付されたのです。

(2) 郵政民営化法案が否決、衆議院解散により障害者自立支援法案も廃案

法案は参議院の厚生労働委員会で審議が始まったのですが、今国会は小泉総理が旗印とする郵政民営化法案をめぐる審議の行方が混沌とする中で、この障害者自立支援法案が見え隠れするといった状況でした。ところがついに8月8日、参議院本会議において郵政民営化法案が、賛成108票、反対125票、欠席・棄権8で、否決という結果となり、ただちに小泉首相は衆議院の解散に踏み切りました。

参議院本会議の直後に開かれた厚生労働委員会議事懇談会の席上で、自民党より正式に「衆議院の解散が決定的になったのに伴い、障害者自立支援法案については廃案としたい」旨の見解が示されました。去る、2月10日に衆議院に上程された法案は、丁度半年の経緯をたどって姿を消すことになりました。

なお、応益負担1割の自立支援法案が廃案になったことをどう見るのかということは、今後の運動にとって大きな展望に繋がっていくものと考えています。単に郵政民営化法案否決という政治的アクシデントで片付けるのではなく、衆議院解散というこの日まで、参議院で障害者自立支援法案を採決させなかった障害者団体や障害者の奮闘と、「私たちのことを私たち抜きで決めないで」といった障害者自身の声の広まりが世論の支持を集めていったからではないでしょうか。

6、おわりに

(1) 真の自立は福祉の思想に加え「所得保障、社会資源の充実、扶養義務の社会化」が鍵

法案が廃案になった以上、今後の展望をどうするかということです。早ければ次回臨時国会に再び厚生労働省は法案の提出を行う意向を示しています。我が国の障害者政策は、決められた財源枠の中で立案するのではなく、長期的な見通しにたった視野で社会福祉の位置づけを明確にし、誰もが安心・安定した、豊かな福祉国家づくりを展望

すべきではないでしょうか。

今回の法案は、支援費制度の破たんという財源不足を補うことなく、自立の名の下、障害者自身が利用する制度に対して負担を求めようとする財源論からの構築なのです。障害というハンディーを背負った人びとが生きていくためには、支援にかかる経費が必要なのに、生活保護費の約半額である障害基礎年金等、わずかな所得しかない現状の上に応益負担では、憲法25条第1項及び、第2項「国は、すべての生活部面について社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」とした生存権の侵害にもつながるものです。

また、真の自立のためには、今般の自立支援法案という以前に、自立できるだけの所得保障や社会資源の充実、選択できるだけのサービス等を整備することに加えて扶養義務の社会化（民法866

条の改正…直系血族及び兄弟姉妹は、互いに扶養をする義務がある、を20歳こえたら社会の責任とすること）等、環境整備が先決ではないでしょうか。

7月15日、衆議院の本会議において反対討論に立った議員は「本法律案の主人公は、障害をもちながらも地域で一生懸命生きている障害者そのもの」「障害者を社会の光に」（糸賀一雄さんの「この子らを世の光に」という福祉の思想を意識）、と渾身の力を込めての演説を行ないました。

真の自立とは、障害のある人たちが自ら立ち上げられる環境の整備と必要な支援を行うことを社会的に保障すること、加えて福祉の思想をたかめていくことだと私は強く思います。

（たておか あきら、きょうされん理事長）
（きょうされん旧称：共同作業所全国連絡会）

共働事業所運動と 障害者の労働参加

齋藤 縣三

1、共働事業所とは何か

「共働事業所」ということばはわが国において、あまり聞きなれないことばである。いや、ほとんどの国民は知らないといってよい。それに対して「共同作業所」や「小規模作業所」ということばは障害者やその関係者にはよく知られている。

わたしの参加する「共同連」という団体がこのことばを意図的に使い始めたのは1992年であり、まだ10年余り前のことにすぎない。この共同連自体がまたよく知られていない。1984年に結成された全国組織なのだが、いまだ充分に全国展開されているとはいえない。とはいっても、自主的に連合した草の根の各団体はそれぞれに発展しているし、そのネットワークも徐々に広がっている。障害ある人、ない人が地域で共に働く、もしくは共に生活する場の集まりとして「①障害者差別とたたかう ②障害者、健常者の平等性の追求 ③共に働く場、生活する場をつくっていく」（結成大会基調より）を基本的な一致点として、共同連は生まれた。参加している各場を総称して「共に生き働く場」と呼んでいたが、どうもピッタリとした呼称ではない。

そこで「共働事業所」ということばが作り出されたのである。つまり「共働」+「事業所」、障害ある人、ない人が共に働くことを目的とし、経済的に自立できる事業体という意味である。もう少し正確にその基本的性格を表わすと、次の4点に整理される。

- ①障害ある人、ない人誰もが共通の職場で協力し働ける場
- ②障害ある人が労働者としての権利保障がされる場
- ③みんなが経済的に自力できるような力量をも

った場

- ④みんなで共に働き、共に運営する協同労働の場

この4点を全て実現してるとはいえない。でも、少なくともそれらの点を全て目指しつつ、それなりに実現もしているといってよい。これらの目標を掲げて悪戦苦闘しているわたし達を数年前に大いに勇気づけてくれる出来事があった。それはイタリアの社会的協同組合との出会いである。

2001年の共同連大会に田中夏子さんの力添えてイタリアから社会的協同組合の若きリーダーをお招きし、そこでわたし達は社会的協同組合の何たるかを知らされることとなった。①社会的価値と経済的価値の結合 ②構成員の30%以上が障害者 ③みんなが共通の賃金制度や労働条件をもつ ④事業体としての経済自立を進める。といった社会的協同組合の基本的原則は、まさに共同連の掲げる共働事業所づくりの姿勢と全く一致していたのだ。しかも、それぞれ1970年代頃からこうした運動が同時代的に発展してきたということにも驚かされた。洋の東西を越えて、全く違った文化的背景を持つにもかかわらずである。

しかし、イタリアでは1991年の社会的協同組合法の成立により、全国的な発展をみせているのに対し、わたし達の取組みは民間団体の限られた運動でしかない。あらためてわたし達の問題点や限界性を教えられることとなった。その後、何度もイタリアを訪ね、社会的協同組合の現場をみる中で、必ずしも理念通りではない実態や、逆に共働事業所の実践の方が持つ先進性や発展性を自覚させてくれることにもなり、多いに今後の展開への自信を持ったり、今後の方向性を自覚させてくれたりすることになった。

その後、労働者協同組合連合会やワーカーズコ

レクティヴネットワークジャパンなどとの交流も深まり、協同組合運動と障害者就労の関係について問直す必要を感じたり、どう共働事業所を社会的に認知させ、普及させていくのか、そのために法的制度的基盤をどう整備していくのかの課題を突きつけられたりしている。

2、共働事業所の成立過程

では、何故こうした共働事業所運動が成立してきたのか、障害者の労働参加との関連でふり返ってみよう。

1970年代初頭は日本の障害者運動にとっては歴史的な節目となる時期であった。有名な神奈川青い芝の会の運動や東京の府中療養センター闘争など、障害者自身による差別告発のたたかいが生まれて来た時期であった。それまでのどちらかといえば、親や教師を中心とした権利保障要求型からの転換でもあった。それはより一層様々な分野での権利獲得を求める試みでもあり、また収容型の施設や親の保護下での家庭生活から脱却し、地域社会の中で自分の力で生きることを求める運動でもあったといえよう。

この時期、地域社会で生きるために働きたいと思っても、職場はなかなかみつからない。1960年身体障害者雇用促進法ができていたが、まだ雇用は義務化されていなかった。1976年には義務化されることになったが、障害の重い人にとっては事態は何も改善されない。そこで一般の労働市場から排除されていた障害者の働く場として生まれたのが「小規模作業所」である。この動きはまたたくまに全国に広がり、1970年代、80年代と飛躍的に作業所の数は増えていった。その後、働く場というだけでなく、社会的活動の拠点、交流のたまり場、生活訓練の場といった様々な性格を有し、90年代そして今世紀に入っても増え続け、現在全国で6千数百カ所を数えている。

それぞれの場の性格や運営は異なる内容をもっているにしても、概していえば、障害者が7人～20人ぐらいに対して、職員2～3名。働くことを目指していても、工賃という名の月々受け取る金額は1万円以下という所が多い。もらえる金額より経費として支払う金額の方が多し所も数少なく

ない。更に、職員と障害者の関係は先生と訓練生という様なものであり、障害者はいつまでたっても指導、訓練される半人前以下の存在であり続けることになる。

70年代当初より、こういう作業所をととも労働の場と呼ぶことはできない、指導、訓練ではなく、みながその力を出し合って働く場をつくりたいと考える場が、各地に自然発生的に生まれていった。これが「共に生き働く場」であり、ここから共同連が誕生したのである。70年代中期より、これらの作業所は国のいう法外施設（無認可施設）として、自治体からの補助金を得るようになるが、それは職員の人件費にあてられるだけで、障害者の工賃には何のプラスもなかった。共に生き働く場では、名古屋や大阪など一部で障害者の人件費にもあてられる補助金を勝ち取ったりもしたが、やはり運営が苦しいことには変わりはない。

そこで、自治体の限られた補助金ではなく国（労働省）からの援助をえようと共同連は設立当初から対政府交渉を行った。しかし、労働省は雇用関係をもった企業でなければ、つまり障害労働者を雇う事業主にしか援助はできないとのかたくなな姿勢をとり続けている。また厚生省も国の基準を満たす社会福祉施設をつくれれば、つまりここでも、障害者を訓練生扱いにするなら施設運営の援助（＝職員人件費）を出そうという姿勢に変わりはなかった。

結果、雇用や福祉の助成を駆使しつつ、自主的な事業基盤をつくらなければ、共に生き働く場は発展できない状況のままであった。以後、個別の団体の創意工夫、努力によって印刷、リサイクル、農業、パン・クッキーなどの食品、喫茶店、レストラン、小売店など様々な職種における事業の発展を導き出すことにより、ようやく1990年代共働事業所が現出していったといえる。それを支えてきたのは助け合って働こうという相互扶助の精神や、事業収益や補助金をみなでわかち合おうという分配の仕組みであったことはいまでもない。

3、共働事業所と作業所 授産施設との違い

では、あらためて共働事業所が、一般的には障害者が働く場所と捉えられている小規模作業所や

授産施設とどう違うかを整理してみる。

ここで記した授産施設というのは、自治体の補助金による作業所に対して、国の定める法律に則った社会福祉施設であり、国からの補助金が支給される。施設規模は作業所よりはるかに大きく、障害者の最低定員は20名であり、職員の配置もずっと多い。よって障害者1人当たりの補助金単価は作業所の2～3倍となる（自治体の補助金額は自治体によって随分格差が大きいので一概にはいえないが）。ただし両者に共通しているのは障害者は訓練生という扱いを受け、その身分は保障されないが、職員は補助金によって、その身分を保障されるということである。

共働事業所と作業所、授産施設（以下、作業所等と記す）に共通するのは障害ある人が多数いることであり、障害のない人の人数は相対的に少ないことである。共通しているのはここだけであり、他はあらゆる面で異なっている。似て非なるものとはこのことである。

人員の比率についても作業所等は障害のある人はいない人の3～5倍が通常であるが、共働事業所にあつてはその比率が1対1ぐらいの所も存する。前項にも記した様に受け取る給与額が作業所等では職員と障害者で決定的に異なる。障害者は授産施設平均でも月2万円程度、作業所に至つては1万円以下の所が大半。それに対し職員には労働者として給与等の保障がある。社会保険なども職員は加入するが、障害者は加入できない。授産施設にあつては加入権すら否定されている（全国には障害者に最低賃金を上回る保障をする所もわずかにあるが、もちろん加入できない。それどころか、施設利用料として所得税の3倍もの金額を支払わせる）。共働事業所においてはその様な格差は全く存しない。労働時間や生活保障給による差や障害基礎年金受給による違いなどが生じるが、基本的にみなに給与が保障される。もう一点も前項に記した通りだ。作業所等では障害者は訓練生徒であり、職員先生の指導監督の元におかれる。学校の教室と同じで、職員の決めた規則や指示に沿って行動することを求められる。それに対し、共働事業所では仕事上の指示や規則は存するもののそれは働く者全員に求められるのであつて、むしろ企業と共通する所といつてよい。作業所等では

職員の中には障害ある人が含まれる場合もあるが、大概職員と訓練生という関係はゆるがず継続する。共働事業所にあつては障害ある人も仕事への習熟度によってその立場は変化する。こういう立場性は労働（作業）時間も左右することになる。職員は8時間の労働時間であつても、訓練生はそれより短かい6時間ぐらいであり、休憩や諸々の時間を引けばもっと少なくなる。共働事業所では障害者が労働時間が短くなつたりする場合はその人の体力等に配慮するからであつて、普通はみなが7～8時間の労働時間となる。

まだまだたくさんある。労働の内容に関しても全く異つている。職員は障害者の指導をするのが仕事であつて、直接生産したり、サービスしたり労働はやらない。だから側でみていたり、指示を出したりだけになる。共働事業所ではみなで物をつくつたり、売つたりすることになる。違うのはその人の働き方や速度ということになる。両者のこの違いは非常に大きな差をうむ。仕事の種類も全く異つてくる。作業所等では障害者が作業しやすい様にと簡単な内職作業や下請作業が用意されたり、自主製品という名の物をつくる場合もあり市場では流通しない、バザー等で売だけの製品になってしまう。どちらにしても大した売上にはつながらない。それに対して共働事業所では市場に流通する商品、サービスを仕事とする所が多い。それをみなで協力してこなすことで売上げを上げようとする。当然マーケティングや商品開拓にも力が入り両者には大きな差が生まれる。作業所等では職員が忙しくなつてはと、そういう努力を始めから考えない場合もある。

運営面でも作業所等では現場とは関係のない理事会や運営委員会が最終の決定権をもち、日々の運営上は職員会議が様々な決定を下す。訓練生はせいぜい自治会といった形で発言権を確保するのみである。共働事業所にあつてはできる限り、みなでの運営を志し、現場が責任を持って運営する。長々と記したが、それ程両者の違いは大きい。

4、障害者の労働参加の状況

わが国においては前項で示した様な作業所や授産施設で働くことを福祉的就労といい、企業や役

所に勤めたり、自営業を行なうことを一般就労と区分けしている。この一般就労を進めるために障害者雇用促進法（1987年には身体がとれて障害者全体に広がった）があるのだが、ここ10年間程、障害者雇用は全く促進されていない。法定雇用率1.8%が適用される56人以上の規模の企業の統計によれば、1994年法定雇用率1.44%、その10年後の2004年は1.46%、雇用障害者数は18万8千人から18万9千人とわずかに1千人が増しているだけで全くの横バイ状況である（雇用率の方は0.02%増しているのは重度者をWカウントつまり2人と数えているからにすぎない）。法定雇用率未達成企業の割合は逆に49.6%から58.3%と一割程増えているのである。障害者雇用のために毎年多くの人数と予算が消化されていて、この散々な結果である。

では一体、毎年学校を卒業して来る障害者の進路はどうなっているのだろうか。それが受け皿としての福祉的就労である。この10年間、福祉的就労者の数は約10万人から約20万人へと倍増しているのである。福祉的就労といえれば聞こえはいいが、要は一般労働市場に送り出せない障害者がわずかばかりのお金をもらって毎日通える場を、たくさんの税金を使って作り出しているのである。ILOは労働市場での競争に困難な人々ための配慮をした労働政策を求めているが、わが国ではほとんどそういう政策がないといつてよい。

さすがにこうした現状に危機感を覚えたのか昨年厚生労働省は初めて「障害者就労に関する省内検討会議」を設置し、福祉的就労の肥大化とそこへの滞留を問題化した。福祉と雇用の連携を強くし、福祉から雇用への流れをつくりだしたいとした。授産施設から一般就労への移行は授産生の1%しかないこと、更に養護学校卒業生の6割は施設や作業所が進路となっていることを具体的数字を挙げて強調した。そこで、とりあえず、福祉的就労の場を3つに分けて再編し、就労への流れをつくりだす提案を行った。1つは一般企業への就労移行支援、1つは一般企業とは異なる継続的就労事業、最後は就労困難な人の日中活動の場となっていた。しかし、提案はここまでであった。

わたし達は1つには中小零細企業で働く障害者がより安定的に働けるための賃金補填策を提案し

た。これには殊更新しい財源を必要としない。次の提案も含めて、今の福祉的就労にかけている税金と雇用率未達成企業から集めている障害者一人分につき月5万円という納付金の財源をあてれば充分である。

2つ目には社会的事業所制度の新たな創設を提起した。これは共働事業所という程の理念や取組みがなくても、これまでの様に障害者を20名以上も集めて働かせるという発想ではなく、障害ある人もない人も一緒につくり上げる事業所を育成する、つまり障害者が働けるという社会的目的をもった非営利の事業所を小規模から援助するという提案である。しかも補助金で事足りりというような援助策ではなく、随意契約による公的機関からの仕事保障や負担の多い社会保険料の免除などの事業所育成策を求めた。

しかし、昨秋から出てきた「障害者自立支援法案」はこうした提案を全く吹飛ばしてしまった。就労の充実という建前は掲げられているものの、本音は介護保険制度と支援費制度の統合をめざすために障害者福祉制度全体を介護保険制度との整合性をもったものに改定しようとしたのである。そのために打出された認定制度や応益負担、更には新事業体系についての議論が沸騰し、就労の議論はかすんでしまうことになった。

5、社会的事業所づくりへの展望

その自立支援法は小泉郵政解散のあおりを受けていったん廃案になったが、その陰に隠れていた障害者雇用促進法の改定案が成立し、来年から初めて精神障害者も実雇用率にカウントされることになった。という様にわが国ではこれまで精神障害者への取組みは非常に遅れている。

それに対し、イタリアで1970年代に精神病院の廃止を決め、20数年かかって全土からなくしてしまった。そして、病院を出た精神障害者の行き先として、社会的協同組合が生活と労働の両面から大きな役割を果たしている。障害ある子を分けて教育しようとする特殊教育についても、1970年代に廃止の方向が打出され、今日特殊学級は全廃されわずかの特別学校が残っているのみである。イタリアでも1970年代には特殊学級が至る所にあり、

大規模な精神病院も全国に存在し、薬漬けの治療や拘束や暴力もまかり通っていた。それらを20年以上かけて改革してきたのである。社会的協同組合も20年かかって法制化に成功している。

わが国でも1970年代には、特殊教育、精神医療、障害者就労の状況はイタリアと大差ない。しかしながら、教育では1979年に養護学校を義務化し、その年6千人の子どもを普通教育から特殊教育に押込め、以来特殊学級、養護学校の数は増え続けている。精神病院の数は増え続け入院ベッド数は35万床を数えている。小規模作業所と授産施設の数はいずれも6千ヶ所と3千ヶ所を越えてしまっている。わが国は発展した経済力を活用すべき方向を180度誤ってしまっている。それでも、普通学級で共に学ぼうという親や教師の運動、精神医療改革の運動、共働事業所運動が地域に根づこうとしている。わが国では中央集権的官僚制の悪弊が大きいといわざるをえないが、自治体の中からは近年施設解体や普通学級籍の保障、障害者就労の様々な取組みが多様に育ってきている。地域からの変革はこれからである。

滋賀県では今年から新たに社会的事業所制度が県レベルで始まった。これまでも事業所型共同（働）作業所制度という独自の補助金制度を有してはいた。しかし、それはあくまでも作業所とい

う位置付けであり、障害者の1/2と雇用関係を持たばよいというものであった。今回はそれを発展させ、全員と雇用関係を結ぶ事業所と位置付けすることとなった。財源も福祉部局から1/2、産業労働部局から1/2引出そうとしたが、それはかなわなかった。障害者の割合は概ね50%、経営への障害者の参画などをうたい、「障害のある人もない人も対等な立場で一緒に働くことができる職場形態」と明記させた。わたし達が求めてきた社会的事業所形態に一步も二歩も近づくものであった。わたし達はもとより雇用関係を求めているわけではない。しかし、現在の障害者法制にあっては労働を掲げると雇用行政の枠を突き抜けていくことはできない。雇用関係に立脚した助成を勝ち取りつつ、共同労働、共同運営の道を定着させていくしかない。

国レベル、自治体レベルの両面から、社会的事業所制度の定着をはかりつつ、障害者に限らず、様々な労働での困難を持つ人々、高齢者、女性、外国人、若者、受刑者、ホームレスなど様々な人々に対し労働への可能性と夢をつなげていくことができるように育っていければと考えている。

（さいとう けんぞう、共同連事務局長）

「スウェーデンの福祉戦略と市場主義への対抗ビジョン」

宮本 太郎

皆さんがスウェーデンの視察をご計画されているということで、スウェーデンのコンタクトパーソンと言いますか、むこうでのさまざまな訪問先をアレンジしてくれる人を依頼しておりました。ビクルントさんというスウェーデンの労働総連合LOのジャーナリストを長い間やっていた人です。スウェーデンの各界に非常に顔が広い人で、もう引退されている人です。いつもはメールがすぐに返ってくるのですが、こんどはなかなか返ってこないで、「ついに病気で倒れちゃったのかな」と心配していたのですが、おとといメールが返ってきました。一ヶ月近く自分の別荘で魚釣り三昧の生活をしていたそうです。いかにもスウェーデンらしい憎たらしいことを言っておりました(笑)。実は前に別の団体の訪問を引き受けたことがあるけれども、「できればもうちょっと事前に本を読んできて欲しかった」という話をしておりました。せっかく高いお金を出して短い期間に遠いところを訪問するのですから日本で仕入れていける情報は事前に仕入れておいた方が良さだろう、それはビクルントさんの言う通りです。本日はそういう意味合いもあると承っておりますので、スウェーデンの福祉戦略について、特にそれが日本の現在の情勢についてどういう意味を持つのかということをお話ししながらお話を進めていきたいと思っております。

—はじめに 「不安と切迫の神話」から「安心と活力のビジョン」へ

レジュメを用意しておりますが、「はじめに」のところにも書きましたように、いま日本では「不安と切迫の神話」があると書きました。要するに

人々をぎりぎりのところに追い込んで働かせるという、寂しい思想がいきわたっている。一言でいうならば、スウェーデンの経験というのはそうした「不安と切迫の神話」に対して、「安心と活力のビジョン」といったものを打ち出している。スウェーデンの政権党の綱領から一節を抜き出してきました。「人々が不遇なときにその行動力が高まり、また経済のもっとも重要な資源である人間が切迫し弱体化したときに経済が強化されるなどというのは、資本主義的な神話にすぎない」と書いてあります。この思想というのは寂しい思想であり、同時に古い思想でもある。

いま経済が大切だと言われます。もちろん経済至上主義でない人たちも経済に責任を持たなくてはいけないということについては合意をしている。その場合、しっかりした経済を作るというのはどういうことか。いま「グローバルな市場競争」といいますが、これは決して労働者を長い時間低賃金でこき使った国が勝つという競争ではありません。ひとりひとりが持っているさまざまな創造力、可能性を引き出し、他の国が考えつかなかったユニークな技術やサービスを開発した国が有利に立つ。そういう競争です。そういうことを考えるとこの「不安と切迫の神話」というのは非常に古い神話ですが、しかし残念なことに小泉さんが就任してからの4年間というのは、この神話が喧伝されそしてかなりの部分制度や政策として実現されてきました。

特に地域経済への「兵糧攻め」とでもいうべき攻撃はそうとうなものがあります。財政制度等審議会の平成17年度予算への建議を読みますと、地方交付税交付金だとかさまざまな補助金で地方全体が甘やかされてきた、地方の中ではたとえば生

活保護などでひとりひとりの市民が甘やかされてきた。ここにはモラルハザード、道徳的な退廃が生まれている、と書いてあります。こうしたロジックに基づいて小泉政権の4年間というのは地方への兵糧攻めが続いてきた。その結果当然地域経済は疲弊し、それがどこに現れたかという、一番大きな点として国の税収の激減に結びついていったのです。小泉さんが首相になったときに50兆円あった税収がいま44兆円でありまして、累積で24兆円の税収減となりました。当然財政危機が深刻化する。マッチポンプという言葉がありますが、小泉さんがやっていることはまさにそれです。自分のしでかした失策が財政危機を深刻化すると、それを幸いにもっともっと財政を切り詰める。その結果地域の「不安と切迫」はいっそう強まっています。

ご存知のように格差の拡大もリミットに達しつつある。200万円以下の年収の世帯—これは生活保護基準以下ということになります—これが1996年の14.8%から2003年の18.1%に、貯蓄をまったく持たない世帯は1996年の10.1%から昨年の22.1%に倍増している。こうなってくるとさすがに「不安と切迫の神話」というのも勢いが弱まっていくだろう、つまり「不安と切迫の神話」というのは、「これまで日本は平等が行き過ぎた国だ」という論理で政策や制度を変えてきた。ここまで格差がはっきりしてくるとそうはもう言えないだろうと誰しもが思うわけですが、先般の経済財政諮問会議から出た「日本の21世紀ビジョン」を読むと、たいしたというかタフというか、要するに「格差が広がるのはまだまだ保護が行き過ぎているからだ」と書いてあります。ことほど左様に、「不安と切迫の神話」が徹底して追求されてきている。

—数字で見る日本とスウェーデン

ここで一つの数字を見ていただこうと思います。「不安と切迫の神話」を語る側は「福祉をきちんとすると国民は甘えるばかりか、国民が結局それを負担することになって経済が駄目になる」という話ですね。スウェーデンと日本とを比べると、国民負担率はどちらが大きいのだろうかというこ



とを考えてみたいと思います。いうまでもなくスウェーデンのような社会を支持する人たちも「スウェーデンの方が残念ながら負担は大きいだろう」と思うわけですね。ところが本当はそうなのでしょうか。

まず、日本とスウェーデンの租税・社会保障負担率をGDP比でみると日本は26.8%、スウェーデンは51.6%です。しかし、一般会計の赤字などを見てみると、日本はこんなに社会保障をけちってきたにもかかわらず大赤字を抱えている。GDP比で5.5%の赤字を抱えている。ところがスウェーデンは「安心と安全の社会」のうでで活力のある社会を作り上げて、経済的に非常に好調ですから、一般会計収支2.1%（1999年）のお金が余っている。余っているのは国民のところにもどってくる。借金は国民が返さなくてはいけない。「潜在的国民負担率」という言葉を政府自らが使っていて、これが負担に加わる。だから-5.5%を日本については足して、2.1%をスウェーデンからは引くとだいぶ接近してきます。

さらにどれくらい返ってくるのかということが問題です。社会保障給付費を日本とスウェーデンをGDP比で比べてみると日本は14.7%、スウェーデンは31.0%です。返ってくる分ですからこれも負担から引いてみる。また、私くらいの年齢になってくると子供の教育費というのが大きくなっていくわけですから、公財政でどこまでカバーしているのか、この数字もGDP比でそれぞれ見ますと日本は3.6%、スウェーデンは6.6%で、これも返ってくる分ですから負担から引いてみる。こうして全体をみると実は、日本の負担率のほう

がスウェーデンよりも大きくなります。これは元スウェーデン大使の藤井威さんも指摘しておられることです。

これは大きな数字なので今日は少し具体的などころを見ていきたいと思います。こういう余裕や活力というものが、具体的にどういう制度に支えられているのか、市民生活のいくつかのパートにわけてみてみたいと思います。「子供と子育て」、「高齢者」「学びと教育」「障害者福祉」等ですね。

—子供と子育て

まず、「子供と子育て」に関して見ていきたいと思います。スウェーデン社会というのは、合計特殊出生率が2003年には1.7まで落ちて、おそらく去年は1.8くらいになったのではないかと。90年代ははじめに経済が不調になったことがあるのですが、そのあとまたどんどん出生率が上がっている。この数字もさもありなんという感じでありまして、子育てにお金が掛からないばかりか、「子どもを作っちゃった方が得」みたいなところがある。

まず日本社会では女性が働いていると子どもを産みにくいという現実があります。スウェーデンの福祉がうまくできているのは、人々が働くインセンティブを損なわないで、むしろそうしたがんばりを福祉の給付に反映させることで就労を応援するところですね。

それはどういうことか、具体的にはまず働いている女性に対して「妊婦手当」があります。これは出産前の2ヶ月、50日までそれまでの所得の80%が給付される。さらに出産した後は「両親保険」という制度があります。保険というと日本だと労使折半というイメージがありますが、スウェーデンではほとんどが雇用主だけの負担になっていてこの違いが非常に大きい。「両親保険」というのは育児休暇期間中の所得保障です。これは最長480日になったと思います。そのうち90日間を除いて残りの期間で従前所得の80%が給付される。どうしてもお父さんの方は育児休暇を取らない傾向がある。これはスウェーデンでもある程度共通しているようですが、「パパの月」と

いうお父さんしか取れない期間が2ヶ月用意されている。それから生まれた当初の数週間というのは皆さんもご経験がおありのように、家の中はとんでもないことになります。その期間はお父さんが手伝いなさいということで別個に「新米パパ手当」というのがあってこれも80%が保障されます。さらに子育てで頭が痛いのは子どもが病気になることですが、10歳まで「看護休暇」があり、子どもが病気になったときに仕事を休める、これも80%。

スウェーデンに留学していたときに、子供をこちらの小学校に通わせていましたが、お父さんお母さんと学校とのネットワークが良くできているなど感じました。学園祭などのときにお父さんお母さんたちの協力ぶりが大変見事なのです。そんなお父さんお母さんたちの教育参加の背景として「参観日休暇」というのがあります。運動会だとか授業参観のときに所得保障つきで会社を休める。

こうして子どもが生まれてきた、その後の児童手当をみると、これは所得調査がございません。16歳までのあいだ支払われる。1人年間11,400クローナ（1クローナは約14円）の児童手当が所得調査なしに全ての市民に支払われる。3人目からは3,000クローナが加算される。16歳で児童手当が切れますが、その後高校に行きはじめると「学習援助金」というのがあります。ちょっと遠くの高校に入った場合などには月最大2,350クローナが支払われる。さらに大学に入る段になると「就学支援金」として給付で582クローナ、貸与の必要がある場合には1,112クローナが支払われる。

さらに意外と知られていないのですが、大きな意味を持っているのが住宅手当です。子ども3人以上の世帯に対して基礎額として毎月1,200クローナまでの場合はその75%が補助される。ただしこれは所得制限があります。しかし、この住宅手当というのは子育て世代にとっては大変大きな意味を持っている。

こうした制度を背景にスウェーデンの出生率はどんどん上昇してきている。日本では子育てに公立の高校や大学にやっただとしても大学を出るまでに最低限2,000万円掛かる。お医者さんなんかにさせようとして私立の医大に入れるならば4,000万円以上は掛かる。友人で現在スウェーデンの労

働市場庁長官になったアンドレス・ヨハンソンさんは、スウェーデンではむしろ子どもを7人以上作ると児童手当収入で食べていけると言っていました（一同笑）。

—高齢者

次に「高齢者」をみていきます。これも日本ではスウェーデンの高齢者福祉の情報としてはいろいろな制度や政策が紹介されていますが、本当の姿というのはなかなか伝わっていないように思います。

まず、高齢者に対する所得保障や介護保障については手厚いのですが、やはり「働くこと、働く条件を作ることが最大の福祉だ」という考え方が貫かれていると思います。97年には雇用保障法が改正され、67歳まで年齢を理由にした解雇は禁じられました。さらに年金支給に関しては支給の繰上げに上限をなくし、その気になれば90歳まで働いて高い年金を貰うということも可能になっております。その結果としてスウェーデンの高齢者の雇用率を他のOECD諸国と比べてみた場合、55～59歳でみても、60歳～64歳でみてもスウェーデンの方が働いている高齢者が多いということになります。

もちろん、働けなくなったその後の問題も大事です。スウェーデンの高齢者福祉というと、日本では介護保険導入の前提になった一つのお話として在宅介護、あるいは「施設から在宅へ」ということが言われてきました。しかしここには大きな誤解があるように思います。

確かにスウェーデンでも60年代に施設におけるお年寄りの扱いが世間の批判的になって改革が取り組まれた、ここまでは事実です。しかし大部屋の老人ホームに変わってどういう施設が置き換えられたかというと、日本流の在宅では決して無い。60年代の老人ホーム批判を受けていっせいに作られたのが「ケア付き住宅」と言われる施設です。これは40～70平米くらいの自室にさまざまな介護関係の施設を併設する住宅です。ホームヘルプステーション、デイサービスセンター、それから非常に大事なのが美容院です。そのような施設が併設された住宅、これが施設に変わってたくさ

ん作られていったわけです。だから「大型施設から個室中心の施設へ」と言った方が正しいように思います。

いくつかの高齢者施設のタイプがあるので、そのタイプについて簡単にお話いたします。しかし行ってご覧になって、「ここは宮本の言っていた何なんだろう？」と思うと良く分からなくなってしまいます。それは自治体のイニシアティブで地元の人たちがいろいろな工夫を加えてオリジナルな施設を多く作っているので、ここの施設というのはいまからお話する施設タイプのいろいろな要素が合体したもののなのです。

一応お話ししておくと、まず「老人ホーム」、これは60年代に批判を浴びたものですが、その後も施設の条件を向上させるかたちで建設が継続されて、良質なものが残ったということになります。それから「ナーシングホーム」というのは、あとも触れる「エーデル改革」、これは92年に高齢者医療の責任が県から市町村に移ったのですが、そのときに県が管轄をしていた医療施設が市町村が管轄する高齢者の介護施設に変わっていった。しかし依然として医療のサービスに力点を置いた施設として類型化されております。それから日本にも急速に入ってきた「グループホーム」。これを「ケア付き住宅」とあわせて4つのパターンがスウェーデンの主な高齢者設備タイプということになっております。

それ以外のさまざま高齢者サービス、24時間のナイトパトロール付きの訪問介護などはかなり知られていますが、たとえば北海道に暮らしていると大事だなと思うのは移送サービスです。日本でもワーカーズコレクティブなどがみんなでお金を出し合ってバンを借りて似たようなサービスを始めていますが、スウェーデンでは公的なサービスとしてきちっと運営されている。要するにお年寄りが単に施設に行くだけじゃない、劇を見にいきいたいとか、孫に会いたいとかそういう欲求を満たすために、介助付きのバンやタクシーを提供するサービスを受けています。65歳以上の高齢者の21%がこのサービスを受けている。80歳以上の40%が利用資格を持っております。

お年寄りの自己負担に関しては、一番ポイントだけお話をしておくと、どんな高齢者あるいは高

年齢のご夫婦の場合も、ホームヘルプ利用者の場合は夫婦で6,800クローナになります。単身の場合は3,950クローナがともかく手元に残るようにする。これはどんな条件でもお年寄りが自分で自分で使えるお金として手元に残すようにするものです。これを大前提としてその他の自己負担の制度が組みあがっている。

それからお年寄りの最後を誰が看取るのかということに関わってくるのですが、施設重視、公的サービス中心のスウェーデンを批判する人たちは肉親の愛情が入り込む隙間が無いというわけですね。ところが日本とスウェーデンで、大事な肉親、近親者との別れをじっくりすることができるのはどちらの国なのだろうか。スウェーデンには「近親者介護手当」というものがありまして、これは近親者、何も自分の両親でなくても良く、非常に世話になった人でもよいのですが、そういう人が重い病気になった場合に、最長45日間にわたって介護に専念して良い、その期間80%の所得保障をしましょうという制度です。

— 障害者福祉

「障害者福祉」についても簡単に触れておきます。これもひとりひとりの障害者の自立を支援する。日本でも「障害者自立支援法」という法律が審議をされています。「自立」という考え方はもちろん悪くないのですが、問題は本当に自立が可能な条件がどういう風に提供されているのかということなのです。

スウェーデンで障害者福祉を主に仕切る法律として「機能障害者援助・サービス法（通称“LSS”）」があります。これは機能障害者の場合に対してのものです。スウェーデンの場合には二通りのアシスタントをサポートにつけてもらうことができます。「二通り」というところが、ある意味では障害者の気持ちをよく理解した制度で、障害者ががんばる条件作りということをうまく満たしているなと思います。

一つは「パーソナルアシスタント」です。日常の身体介護、車椅子を押したりする人で、これは当事者が選ぶことができるのです。スウェーデンのなかでも「専門家でなくて良いのか」という議

論がありましたが、最終的には障害者団体などの要求によって障害者自らが自分につくアシスタントを選ぶことができるようになった。そのアシスタントを自治体が雇用するという制度です。90年代の終わりのデータですと、実際には利用者の8割が自治体が推薦をしているアシスタントをつけてもらっているのですが、逆にいえば2割の人たちは自分の友人や恋人といった人たちを指名して、そうした人たちを自治体が雇用するというかたちになっています。

もう一つのタイプのアシスタントが「コンタクトパーソン」といわれる人です。さきほど「障害者の気持ちをよく汲んでいる」と申し上げたのは、「パーソナルアシスタント」というのは日常的にべったり障害者に付き添う、そこでは障害者にとって自分のわがままや弱みも見せなければいけない人です。それに対して「コンタクトパーソン」というのはひとりひとりの障害者に対して友人として、あるいは気軽な話し相手、場合によっては良い格好することができる相手になってくれる人です。これは「パーソナルアシスタント」に比べればボランティア扱い、そういう意味では決してペイは良くないのですが、自治体がお金を払って「コンタクトパーソン」を雇用するというかたちできています。

— 学びと教育

つぎに「学びと教育」についてです。これまでお話してきた子ども・お年寄り・障害者の全部に共通するのは、日本で昨今いわれる「自立支援」とは、これはしばしば「自立の強制」あるいは「就労の強制」であったりするわけですが、それとはまったく違った意味での自立支援ができてきているということです。

このような自立支援の考え方は、とくにこの「学びと教育」の分野で徹底されているように思います。その大きな支えになっているのが「教育休暇制度」です。これは雇用主が賃金の0.26%を積み立てておいて、従業員が「勉強しなおしたい」と言ったときに経済的な支援をしなければいけない。同時にその従業員が「勉強したい」と言った中身が雇用主にとって業務とまったく無関係なことで

もそれを拒否してはいけない。勉強が終わって戻ってきたときには再び迎え入れ、不利な処遇をしてはいけないという制度です。このような制度を背景として、スウェーデンでは一度働いてみてから高等教育を受けるというのが一般的です。

日本でもフリーター問題・ニート問題の背後には学びの現場と働く現場がかけ離れてしまっていて、子どもたちの側は働くことについてイメージを膨らませることのないまま勉強を続け、いざ働くという段になったときにその落差に立ち往生してしまうということがいわれますが、スウェーデンの制度ではこうしたかたちで労働市場と学びの現場のあいだに太い回路ができあがっているわけです。

「生涯教育」は自治体が主に責任を持って展開するサービスです。日本で生涯教育というと退職したお年寄りが万葉集を読んだり俳句を詠んだりといった感じになるのですが、そうではなくきちんと仕事につながる実務教育があり、これを受けている市民が約20万います。それから「学習サークル」運動が挙げられます。4人以上4週間以上のあいだ何らかの勉強をする市民に対してその活動の75%を補助する制度です。これが900万の人口のスウェーデンで33万サークルが展開されています。いま非常に比重が高いのがコンピューター・リテラシーに関するサークルで、こうした活動をベースにスウェーデンはIDCなどの格付機関によるとアメリカなどを抜いてはるかにIT化が進んだ国にランク付けされています。世界で一番IT化が進んだ国にランク付けされています。

あるいはフリーターやニート問題の背景でもありますが、日本の場合には中途退学者に対しては一切サポートする態勢ができていない。スウェーデンでそれにあたるのは「国民高等学校」です。これは147校あり、ここで20万人程度の人が勉強しています。

最後に今年度正式に制度化され注目されているものが「フリーイヤー制度」です。これはどういう制度かという、実は2002年から実験が始まっていました。スウェーデン語では「フリオール」、英語にすると「フリーイヤー」つまり「自由な1年」という名前のついた制度で、これは市民に「サバティカル」を取らせるものです。「サバティカ

ル」というのは大学業界ではおなじみの言葉で、研究という名目で「一年間ほど授業や行政から離れてよろしい」という制度です。そのサバティカルを基本的にすべての市民に保障しようという制度です。最長1年間の休暇で、その申請の理由が何であろうと問わないで与える。そしてその期間所得保障する。所得保障の中身は失業手当の85%ということになっています。失業手当は従前所得の80%ですから従前所得の7割弱で休暇が与えられます。2002年からの実験で12の自治体が参加し実験をしていたのですが、去年の秋の国会でその結果が総括された。そしてその1年間の休暇を市民はどう過ごしたのか調査した。その結果、決して無駄ではないということが判った。ある者は勉強をしておしてきた。ある者は介護や育児に専念してきた。ブラブラしていたという例は決して多くは無かったので2005年からこの制度が全国レベルで導入されました。

これは社会保障の歴史でもそうとう大きな事件なのだろうなと思っています。ただし導入に当たって、無条件で休暇を取れるのではなく、自分の代わりに仕事を引き継いでくれる人を見つけておく必要があります。それは自治体からの紹介でも良いのですが、今度の全国的な制度化にあたって、雇用主の側からその代替要員に対する拒否権の発動を認めるという制度が導入され、これが一つのブレーキになるかなと思っています。いずれにせよ制度の趣旨としては従来の社会保障の常識からするとずいぶん大胆な制度で、もちろん介護や育児の場合にこの制度が利用されることも多いのですが、勉強しなおし生涯教育を受ける場合にしばしば使われるということになりそうです。

一 負担の構造

さて、これまでいくつかの領域で社会保障制度がどうなっているのかという話をしてきました。おそらくご関心がお有りなのはその負担のあり方だと思います。

資料のところにもありますが、スウェーデンの政府収入のうちたいへん比率が高いのが「社会保険料」です。それから「税・サービス課税」も大きいのですが「社会保険料」が大きい。

「社会保険料」というと、さきほど申し上げたように市民の拠出もそこそこあるのだらうなというイメージになるのですが、実はこれ92年までは100%が雇用主の負担でした。93年から賃金の2%くらいの割合で年金の拠出負担が生まれて来た。99年の年金制度改正のときにこれが7%になったのですが、これはあくまで「賃金のうちどれくらいの部分が社会保障に回っているかという自覚を持ってもらうため」ということで、7%の被用者負担を導入すると同時に、賃金が7%アップするというかたちが取られた。このようにほとんどが雇用主の負担になっている。

日本の場合「所得比例型の社会保障」と言っても痛し痒し、つまり取られる分もそうとう大きいということになります。スウェーデンの場合は取られる分はぜんぶ雇用主が負担していますから、給付を受ける側にとってみるとこうした一連の社会保障というのは、それまで労働市場の中でがんばって、それなりに賃金の水準を上げておけばそれに見合った給付、それに対する8割給付が受けられるということ、むしろ純粋に就労・労働インセンティブ、つまりがんばる意欲に結びついていくというかたちになっているわけです。

—スウェーデンは参考にならない？

さて、以上のように社会保障制度を概観してきました。こういう制度を紹介すると、「確かに立派なものなのだけれども、日本とスウェーデンでは条件が違い過ぎないだろうか」という話になると思います。もちろん人口規模も歴史も違いは小さくない。しかしその違いというのはしばしば誤解されているほど大きなものなのだろうか。

まず文化からいうならば、スウェーデンと日本というのはどちらの国も遅れた農業中心の社会から急激な近代化を遂げた国です。スウェーデンはいまジェンダー平等が進んだ国と言われていますが、100年前のスウェーデンでは男性中心主義がきわめて根強い国だった。また、日本では「姥捨て伝説」がありますが、スウェーデンの一部のコミュニティでは負担を掛けることになったお年寄りを崖から突き落としたなどという伝説もあります。すくなくとも、決してもともと啓蒙された社

会であったわけではないと思います。

あるいは「規模が違うのではないか？」という話がよく質問などでいただく話です。かたや人口1億数千万、かたや900万で桁が違うわけです。しかし小国であるということはメリットでもある反面、デメリットでもあるわけです。さまざまな施設を作る、鉄道を引く、その際の国民一人あたりのコスト負担というのは、人口が小さい国の方が大きい。むしろ重要なことは国全体の規模というよりはコミュニティのあり方です。自治体でどういったコミュニティができあがっているかということです。こういう観点から、日本の自治体の規模とスウェーデンの自治体の規模を比べてみると、日本の場合に市町村といってもご存知のように人口350万の横浜市から数百人のところまでバラバラです。スウェーデンの場合はだいたい2万人から5万人くらいの規模の市町村数が一番多い。もちろん人口数十万の大都市もありますが、そういうところは必ずサブ・コミュニティを作って、顔の見えるコミュニティを出現しているわけです。

そうしたなかで、たとえば介護のサービスなどでも介護の担当者がだいたい自分の担当地域でどういう人がどういう問題を抱えているのか、それが見渡すことが可能な条件ができあがっている。こうした規模のコミュニティを作っていくということ自体は、ナショナルな人口の規模の如何に関わらずいかようにも可能です。問題はいま効率化という観点から市町村の合併が一途に追求されている、そのことなのだろうと思います。

「歴史が違うのではないだろうか？」という議論もあります。スウェーデンの方が前倒して少子化の危機がやってきた。その少子化の危機にさいして、保守的な政治家たちが「女性が子どもを産まなくなっているのは道徳的な退廃だ」と言い出したのに対して、労働運動の側が「それはむしろ福祉国家を作っていく千載一遇のチャンスだ」と、少子化対策から福祉国家の基礎を作っていくわけでした。同じ試練を潜ってきた。

またスウェーデンでも新自由主義的な福祉国家批判は何度も現れました。そしてそのたびに労働運動や社会運動の側がそれを打ち破ってきた。たとえばここに一つのマンガを示しました。これはスウェーデンのコミュニナル＝自治体労働者組合

によるものです。90年代初めに社民党政権が下野してそれに代わって保守中道政権ができたときです。ここぞとばかりに福祉政策批判、あるいは公共部門批判が巻き起こりました。そのときにスウェーデンの地下鉄の駅に労働組合はこの種のキャンペーンポスターを貼りだした。消防が民営化してしまったらどうなるかという話です。せっかく漫画を持ってきたので、いくつかのパターンをお見せしたいと思います。これはいくら高水準のスウェーデンの福祉サービスでも、そんなことをやったらこうやってサービスの利用者が介護者を争うことになってしまう、あるいは寝たきりの老人を作ってしまうことになる。そういう話です。

さて、こういう形でさまざまな試練をくぐって国民に理解を求め、合意を作り、それを切り抜けてきたわけです。また高齢者の自殺が多いのではないかということが言われます。これも困った神話でして、75歳以上の高齢者の自殺率を見てみると、93年のデータで少し古いですが、人口10万人当たり日本が39.7人、スウェーデンは28人です。日本の方がずっと多いですし、今はもっと差が開いていると思います。なおかつ高齢者の自殺は3世帯同居などの同居世帯に多くなってきている。そういうところでは家族の介護負担が重くて、さまざまなストレスがお年寄りへの心無い言葉などに表れてしまって、悲劇を生むということになっているわけです。

—制度の背後にある考え方あるいは「安心と活力」のビジョン

以上のような点で、スウェーデンと日本は、もちろんいろいろな点で違うけれども、よく言われているように何から何までかけ離れているわけではないというのがわかります。資料には、安心と活力のビジョンの背後にある考え方とはどういうことなのかということ整理しておきました。まず第一に、すべての人々が何らかのハンディキャップあるいは障害をもっている、という考え方です。おそらくこれは人々が障害者であるか健常者であるかということをおろそかにせず、生きていくうえでいろいろな困難、ハンディキャップを抱えている。このハンディキャップを除去する責任はやはり公

共的なものであるという考え方。そしてすべての人々が自立をしてそれぞれの条件の中でがんばれる条件を作っておける、ここまでは福祉の仕事だという考え方だと思います。

その前提として、すべての人々が何らかの困難を持っている。それは狭義の障害者が抱えている肉体的なハンディキャップであるが、子どもが出来て働くことが難しくなってしまった女性や、自分が就きたい仕事があるが知識と技能が十分でない、どうすれば良いのかと悩んでいる若者にもハンディキャップがある。

そして第二に、そうしたハンディキャップは個人の属性ではなくて、人々と社会との関係の問題なのだという事です。そして第三に、ハンディキャップを取り除くことはコストがかかるが、ハンディキャップを取り除いたその結果、みんなが元気になれば必ずペイをする、活力ある社会というものができればその経済的負担というものは必ず解消されるという考え方になると思います。

—日本の社会運動の成果も見直す医療に即して

さて、最後に大きな三番目として、ここの集まりは医療関係の方が多いいと思います。若干、話の中心を医療に移しながらお話したいと思います。聞きようによってはスウェーデン賛美のようにも聞こえる話が続いてきましたが、実はスウェーデンの何からなにまでもが素晴らしいわけではなく、特に医療に関しては実は日本の方にスウェーデン人が驚くようなさまざまな優位点があって、そうした優位点を作ってきたのは歴史的に振り返るならば日本の医療に関わる人たちの非営利・協同の運動だったのだと強調しておきたいと思います。

—スウェーデンの医療

まず、スウェーデンの医療を概観するならば、だいたい医療費はGDP比8.7%で日本よりやや多いところです。お医者さんの数は人口1,000人あたりの就業医師数は3で、1.9の日本よりこれもやや多いことになります。

スウェーデンの医療に関してひとつ学ぶべきだ

と思うのは、先ほど冒頭で申し上げた「エーデル改革」、つまり県が主要に所管していた高齢者医療を、市町村に分権化していく改革です。その改革の考え方の前提になっていたのは、社会的入院をいかに減らすかということです。スウェーデンにも社会的入院はあった。日本の介護保険も社会的入院を減らすことを眼目にしていたはずですが。しかしその場合、日本では医療保険によって介護されているお年寄りが多いので、それを介護の方に移していくというように医療と介護とをより分けるかたちで社会的入院を減らそうとした。しかしスウェーデンの場合は、社会的入院を減らすために、むしろ医療と福祉の連携を強めようとした。社会的入院というのは、要するに、本来医療以外の失われたあるいは衰えつつある能力をよみがえらせるさまざまなケアが必要な人たちが、それを受ける条件がないので代わりに医療機関に入っていた。したがって、問題はそのお年寄りのニーズを探り当てること、そのためには医療と福祉が連携していかなければいけないと考えたことです。

そういう意味で社会的入院を減らしていくアプローチが日本とスウェーデンでは対照的だった。日本は医療費を抑制するという財布の問題が先行したがゆえに、結局はいろんな問題が引き起こされているわけです。ひとつこの点は、スウェーデンの経験としておおいに参考になると思います。

しかしスウェーデンの医療の、例えばアクセシビリティといいますか、お医者さんにかかることがどれくらいやすいかということを見ていくと、申し上げたとおり医療費の水準も医師の割合も似たり寄ったりですが、スウェーデンで医療改革の今の目標は、手術待ち期間を2ヶ月以内にすることです。

プライマリーケアに関して言えば、私自身、歯が痛くなって鏡を見ると顔がふくれあがって大変なことになってしまった。なかなか歯医者さんにはかかりにくい。順番待ちが大変だということは聞いていたので、なんとかスウェーデン人の友人を通して歯医者さんを紹介して貰い電話したところ、「せっかくの紹介ですから配慮しましょう、2週間後に来て下さい」と言われてしまった。「ちょっと待ってくれ」と暗然としたことがあります。

これはスウェーデンが特殊ではないのです。ヨ

ーロッパでは似たり寄ったりだと思います。だいたいプライマリーケアの場合、風邪になってお医者さんに連絡して何日か待てといわれて、お医者さんにかかることができるころにはだいたい風邪は治っていて、「人間には自然治癒力があるんですよ」と言われて帰ってくるのがヨーロッパ的医療の世界です。

—先駆的な経験に学びつつ、日本の社会運動の達成も見直す

電話すればすぐお医者さんに行けて、薬がもらえる。それは相当大きな病院でも同じであると。国際的にいえば、「異常」なのは日本なのです。これは外国の研究者がやってきて、ひとくさり日本の社会保障などについてけなした後、「だけど医療だけはすごいな、何であんなことが出来るんだ」と感心します。つまり医療費の水準からしてもOECDの平均に満たない訳です。日本はGDP比で7.5%くらいですけれども、メキシコやスロバキアなども含めたOECD諸国の平均は8.2%です。人口1000人あたりの就業医師数でもOECDの平均2.8人に満たない1.9人ですが、人口一人あたりの医師診察件数は、14.4件と、OECD平均の6.5件を大きく上回っています。トータルに見た場合、日本人の寿命とかさまざまな経済活力などにポジティブに作用しているとは思いますが、それはなぜなのでしょう。

もちろんこのことは逆にみると、医療関係者の労働条件が他国に比べてきついことを意味するわけで、その部分はきちっと考えていかなければならないと思いますが、こうしたすぐれたアクセシビリティ、つまり医療サービスの受けやすさそれ自体は、とても大事な達成であると思います。こうしたアクセシビリティが生み出された背景には、歴史的にみると、医療分野での非営利協同の運動が先駆的に展開されたという事実もあったのではないかと考えています。私は専門ではありませんので、一般的な書物を読んでの議論にすぎませんが、もともと日本には歴史的に病院というものが無かった。明治期に西洋医学の導入に伴って突貫工事的に病院を作ったけれども末端の診療に関わる余裕はなくて、むしろ医学教育を重点として病

院が経営されていった。一部の病院や医師がお金持ちを相手に診療行為をしたが、お金のない人たちは困っていた。実はそうした中で大正期、昭和期にかけて、非営利・協同の運動の歴史的に先駆の役割を果たした様々な活動、実費診療所とか医療利用組合などが底辺層あるいは中間層のための医療行為を広範に展開した。こうした運動がどんどん左傾化することを防ぐためにも国は1922年に、日本の社会保障の中ではかなり早い段階で健康保険法を導入し、これが医療ニーズを充足する一つの経済的な環境を作り出していた。もちろん問題は山ほどあったが、医療に関しては日本の制度展開は早かったと言えると思います。



そして先ほど申し上げたような歴史的背景のもとで、他方では開業医を中心とする医師会の圧力などで外来優位の診療報酬体系などが形成され、病院も外来を重視するようになったなどなどの理由が、こうしたアクセシビリティの良さを定着させていったと思います。いずれにせよ、スウェーデンなどにも直接対応するものが見あたらない、医療分野での非営利協同の運動の足跡は改めて評価されなければならないように思います。

日本がスウェーデンからも学びつつ、かつ自らの社会運動の歴史成果を大切にしながら福祉国家、福祉社会を目指していった場合、医療のアクセシビリティをテコにして地域で豊かな医療福祉ネットワークを作っていく。これが大事になっていくのだらうと思います。その具体的な戦略や経験に関しては、私以上に、お集まりの皆さんの方がたくさん情報をお持ちなののだらうと思います。

—むすびにかえて

以前によく引用していたホルトの「子供」という詩、これはスウェーデンの中学校教科書に掲載されているものですが、最近この詩はずいぶん知られるようになりました。そこには「批判ばかりされた子供は非難することを覚える。殴られて大きくなった子供は力に頼ることを覚える。笑いものにされた子供はものを言わずにいることを覚える」とあります。これは冒頭に触れた、新自由主義的な発想、「不安と切迫の神話」と通じる部分であると思います。そしてこの詩はこう続く、「しかし、激励を受けた子供は自信を覚える。寛容に出会った子供は忍耐を覚える… 安心を経験した子供は信頼を覚える」と。これはお話ししてきたスウェーデンの福祉の発想です。「安心と活力のビジョン」の考え方です。本日は、この「安心と活力のビジョン」についてお話をしてきたつもりです。ご静聴ありがとうございました。

(2005年6月17日実施)

(みやもと たろう、北海道大学公共政策大学院教授)

スウェーデンでは、ケア付き高齢者 集合住宅等における 医行為を誰がどのように担っているか

高木 和美

日本においては、法律上医行為ができることとされる資格を持たず、体系的継続的な教育・訓練も受けないままに、介護職員が医行為を常態的に担わされている。スウェーデンにおける看護職員養成制度のあり方と看護職員の養成教育の到達点に応じた職務分掌のあり方・医行為の委任方法は、日本の看護・介護職員の養成・業務分掌のあり方をたて直す上で、具体的な手がかりになる。看護師による副看護師への医行為の委任状の様式は、スウェーデンの看護師の配置が、病院のみならず、社会サービスとしての身の回りの世話を要する人々の生活の場すべてに日本よりはるかに厚くなされていてこそ活用できるものである。後で触れるが、スウェーデンにおいては、ホームヘルパーやケア付き高齢者住宅のケアスタッフの多くが副看護師になってきている。

1. 看護と介護の本質

日本では、介護職員と看護職員は専門性が異なるものとして、政策的に、養成教育・資格制度が分離されている。同じ労働をしても介護職員の要介護者に対する目標・援助過程と看護職員のそれとは異なるのか、介護は生活面での世話を主にした社会福祉労働であって看護労働とは異なる専門性がある等の「説」もある¹。しかし、看護はそもそも社会的存在である人間の生命・健康・生活を、バラバラに切り離すことのできないものとして捉え・取り組む、日常的・包括的身の回りの世話である。つまり、単なる生物ではなく社会的存在である生身の人間の生活は分けられず、介護職員と看護職員の業務も分けることはできない²。高齢者や障害者、傷病者は、精神的・身体的・社会的側面を一体としてまるごと宿しているので、全人的な身の回りの世話を求めている。

2. ILO看護職員条約における看護職員の範囲と業務分掌の考え方

1997年に採択されたILO看護職員条約（以下、「条約」という。日本は未だ批准していない）においては、看護職員の範囲を「看護ケア、看護サービスを提供する全ての範疇の人々(all categories of persons providing nursing care and nursing services)」と定めている。「all categories」には「教育訓練のレベルや属する制度・職場にかかわらず」という意味が込められている。ここには、日本では分離されている介護職員も含まれる。

「条約」には、経済的不安なく全ての職員にキャリアアップのための教育の機会を保障し、到達した段階ごとにできる業務を区分し、到達点ごとに賃金の評価もされる仕組みが示されている。そして、不測の事態を除き、職務権限上、下位のカテゴリーの看護職員が上位のカテゴリーの看護職員の職務を常態的に代替することを禁止している。それは、例えば医行為は、教育・訓練を基礎にした職務権限を持った者がなすべきであり、下位のカテゴリーの看護職員が上位のカテゴリーの看護職員の職務を常態的に代替することは、代替する職員にとっても医行為をされる側にとっても危険だからである。それはキャリアを守ることもなっている。つまり、日本の看護師と准看護師の法的位置づけのような同じ業務を常態的に担わせながら、養成教育時間と賃金、社会的地位に格差をつけて差別的に利用する制度を否定している。

3. 日本の看護・介護職員構造

日本の介護福祉士やホームヘルパーの養成教育・資格制度は、看護職員のそれとは分離されてい

る。しかし介護福祉士等いわゆる介護職員の資格は、保健師助産師看護師法の枠内で明確にみえる同じ労働の担い手の差別的利用構造から切り離して用意されたのであって、實際上彼らは看護（包括的な身の回りの世話）の担い手である。日本においては、看護職員の配置を押さえながら介護職員を差別的に利用する構造になっている。

4. ホームヘルパーの医行為に関する厚労省通知

厚労省は2003年7月17日、家族以外であり看護師、准看護師以外のホームヘルパー等にも一定の条件付で痰の吸引を認める通知を出した（ALS（筋萎縮性側索硬化症）患者の在宅療養の支援について）³。また厚労省は、2005年3月24日には、ALS患者以外の筋ジストロフィーや遷延性意識障害等の在宅療養患者等に対しても、同様の通知を出した⁴。

さらに厚労省は、2005年7月26日付通知で、自動血圧測定器による血圧測定や軽微な切り傷の処置、一包化された内用薬の内服介助、点眼、坐薬挿入等は、原則として医行為ではないとの判断を示した⁵。

政府は、「介護職員は、将来的には介護福祉士を基本」とし、「ホームヘルパー等の研修充実」を図る施策として、ホームヘルパーの研修時間を、現在の2級130時間、1級360時間（2級研修修了者に130時間研修を上乘せ）から、400～500時間に引き上げる予定である。しかし、ILO看護職員条約に示される合理的職員構造と業務分掌の指針を取り入れないままの、看護職員とは分離した、極めて安上がりに医行為のできる「介護労働力」を確保する施策は、改める必要がある。

上記の諸通知は、いわゆる医行為を常態的に介護職員が担わざるをえず担ってきた実態を次々と追認したものといえる⁵。

5. スウェーデンでは、ケア付き高齢者集合住宅等における医療行為を誰がどのように担っているか

さて、スウェーデン（ILO看護職員条約を1978

年に批准）における看護師による副看護師に対する医行為の委任手続きは、「委任行為に関する規則」（資料1）に従ってなされている。

資料2は、6月に訪れたスウェーデンの、イエテボリ市立ケア付き高齢者集合住宅で使用されていた、看護師から副看護師に医行為を委任する際に使用されている文書（用紙）である。これは、ケア付き高齢者集合住宅やホームヘルプサービスの現場で用いられている。なお各資料は、友子ハンソン氏による翻訳をもとに、文意を変えないで筆者が一部修正した。

まず、「副看護師」がどのように養成されて、どのような業務を担っているかを説明し、「医行為委任に関する資料」の意味をとらえたい。

現在、スウェーデンのホームヘルプサービスや高齢者集合住宅でのケアは、ほぼ副看護師資格を取った職員によって担われるようになりつつある（義務教育からストレートに進学した場合3年間、成人教育については3年より短期の課程がある）。1994年から、高校における3年制の副看護師コースと、それとは別にあった2年制の社会サービスのコースを統合し、副看護師コース一本になっている⁶。

筆者は、2005年6月、イエテボリ市内の市立と公益法人立のケア付き高齢者集合住宅を訪問した際、副看護師ではなく補助者の配置状況を尋ねたところ、「現在は、有資格者がたくさんいるので、あえて補助者を雇用しなくてもよい。夏季に多くの職員が休暇を取るのも、その時補助者を入れることがあるが、夏休み中なので、高校の副看護師コースや大学の看護師コースの学生が来ることが多い」「また、かつて無資格で採用した職員や2年制の社会サービスコース修了で採用した職員も、副看護師になるための教育を受ける様々な機会を職場で常に保障しているので、現在補助者としては、夏休み中の学生が来る程度だ」とのことであった。

高校における教育コース改革の背景には、①入院期間短縮政策などにより様々な疾患を抱えて包括的世話を要する状態で、ケア付き集合住宅や自宅で生活する高齢者が増大しているのは確かであ

るが、だからといって、看護師・副看護師の養成教育を経て資格取得をした人以外に服薬介助やインシュリン注射等を担わせるのは、その行為をする者にとってもされる者にとっても危険であること、②包括的な身の回りの世話が必要な高齢者人口が地域に増えていく中で、医行為をなし、生物学的な心身の健康を護ることに主眼を置いた職員養成と、社会的な環境の下に存在する高齢者等の日常生活の世話（医行為を除く）をすることに主眼を置いた職員養成を別にしても、実際には業務をバラバラにできないという現実等があった。

ところで、医行為を必要としない人に対する包括的な身の回りの世話（看護）は、医行為を中心に行う看護と比べてレベルが低い労働ではない。むしろ精神的・身体的・社会的健康を維持・再生産するための日常的な身の回りの世話は、看護の本質といえる⁷。日本においては、普段は医行為を必要としない人に対する身の回りの世話の場に、全人的ケアを担う職員として、看護師がもっと配置される必要がある。

日本では、看護と「介護」を並列的に分けて各々の専門性を強調する「説」や「養成政策」が広がっているが、コマギレにしえない人間の生活の、包括的な世話の担い手として、看護職員と介護職員を統一的に養成すること、「できる業務」の範囲を教育・訓練を基礎にした資格で規制することが必要である。

さて、スウェーデンにおいては、極めて限られた医行為について、看護師から副看護師に医行為を委任することができるようになってきている。これは、常態的に副看護師に医行為をさせることを規制する意味がある。副看護師資格を取った者ができる行為・裁量の範囲と、看護師資格を取った者ができる行為・裁量の範囲を明確に分けているのである。

居宅や施設、病院に看護師のみを配置するのは、財政的になかなか困難であることと、全ての意志と能力を持った補助者を含む職員に、段階的に看護師資格を取る道が開かれていること、これらが前提で、各事業所に到達段階の異なる職員がいるのが現実の姿といえよう。病院にもケア付き高齢者住宅にも副看護師からスタートして看護師になった者が多くいて、今現在副看護師として働いている人たちとチームを組んでいる。

その条件の下で、特定の看護師が特定の副看護師に、特定の対象者の医行為を、期限を切って委任するルールが用意されている。

これは、日本の准看護師の差別的利用の姿とは全く異なる姿である。また、医行為が担えるように体系的・継続的な養成教育を受けていない日本の介護福祉士や、1級や2級研修を修了したホームヘルパーが、医行為を常態的に担う姿は、スウェーデンにはみられない。

資料1

委任行為に関する規則（社会庁） (S O S F S 1980 : 100と1983 : 7)

- * 委任行為は、一つの同じ組織または組織的なユニット（たとえば病院内の一つの区域、病棟など）内でのみ実施される。
- * 委任行為は、一つの行為またはいくつかの行為のみ（決して、看護師のすべての任務を異なる職種に属する職員に委任することはできない）に関して行うことができる。
- * 条例により、職務がある特定の職業カテゴリーに属するものであると定められている場合には、委任できない職務もある。
- * 委任は、正式に一つの職務をする能力がある者から、正式に職務を行使する能力はないが実際には十分に行使の能力のある人にも委任することができる。つまり、ある種の職務行使に関する正式の能力とは、ある一定の職務を行使する能力や実力を得たということである。また、実際にある一定の職務を行使する能力とは、正式に定められた教育以外の手段（職場での実際の職務の行使など）により、一定の職務を行使する能力や実力を得たということである。
- * 委任により、ある一定の職務行使を引き受けた者は、その職務をさらに委任することはできない。
- * 委任に関する決定事項は常に個人的なものである（委任行為は、一人または二人、または数名の名前をあげた人たちに、これらの人々全員が委任する職務を実施する実際の能力がある場合には、委任できる）。たとえば、一つの職務を集合的に（一つのケアチーム全員へなど）委任することはできない。一つの委任決定は個人的なものであるため、委任された職務は（委任された職員が休職していたり、仕事を辞めた場合には）、正式に職務を行使する能力がない場合には、自動的に他の職員が他の職員に代わって実施することはできない。
- * 委任を行う場合に、職務を委任する者は、常に委任される者が委任される仕事を十分に満足できるように実施する能力があることを識別していなければならない。なぜならば、委任後の職務責任は、委任された側に存するからである。
- * 委任行為の場合に、委任された職員は、自らが委任された職務を十分に満足できるように実施する能力がない場合には、そのことを委任した者に伝えなければならない。なぜならば、通知責任は委任された側にあるからである。
- * ある一定の職務を委任する者は、委任を決定したことについての責任がある。
- * 委任によりある一定の職務遂行の責任を科せられた者は、自分の従来の職務同様に委任された職務も遂行する責任がある。
- * 委任決定に関する様式はない。しかし、このような委任決定は書状により行われるほうが望ましいことが多い。たとえば、長期間におよぶ委任決定などの場合である。医薬品の取り扱いに関する委任は正式な書式を使用した方がよい。
- * 職務の委任決定は、一度だけ、また数回、あるいは一定の限定された期間、または継続的なものである。
- * 委任決定は、委任した者または一つのユニットの医療看護責任者により、いつでも破棄できる。

資料2 看護師から副看護師に対する医行為を委任する際、取り交わされる文書例

イエテボリ市：センター区、リネースターデン区、マイヨナ区と「3つの財団」で使用
 医薬品の取り扱いに関する委任
 私は、以下の通り委任します：

(委任された職務を実施する職員の氏名)

氏名 パーソナル番号 役職名

委任が行われる職場／部門又は患者：

(委任される職務やケアを委任される患者の氏名)

署名者は、職務を委任された職員が以下のサインされた職務を行う実際の能力があることを個人的に承知しています。

患者に医師が処方した医薬品で、薬局の配錠機によるか看護師により準備された医薬品で注射用ではないものを服用させる。目薬、スプレー式の鼻薬、はり薬、外用医薬品も含まれる。	
患者に処方された腸機能の調整剤を準備し服用させる。 (例) Laxoberal, Lunelax, Vi-siblin, Implaxol, Fiberform, Duphalac, Lakutulos. (高木注：例示薬は下剤)	
患者に処方された液状の医薬品を準備し服用させる (例) Kajos, Malvitona, Molliplect (高木注：例示薬はカリウム、ビタミンB、気管支拡張剤で経口医薬品)	
患者に必要時に使用する医薬品として処方されている医薬品で、注射以外のものを準備して服用させる。	
患者に、血糖値が安定している場合には、処方されたインシュリンをインシュリン・ペンシルを使って注射する準備をし、注射する。 b-グルコースの検査。	
患者に処方された酸素ガスを供給するための流動量の設定操作。	
M a s (医療最高責任者看護師) との合意によるその他の作業。	

委任した看護師： _____ 月日： _____

委任期間： _____ 延長された期限日： _____

関連作業チーム主任への報告

私は、職務を実施します。また私は委任された職務に関する職業的責任、関係法規や、地区の指示要項、さらに医薬品の取り扱いに関する指針についても承知しています。

委任された職員の氏名

署名

原本は看護師の責任者へ、写しは委任された職員へ

注1 一番ヶ瀬康子、根本博司、石田一紀、中島紀恵子、鎌田ケイ子等、各氏の説。

2 高木和美「ホームヘルパーによる医療行為の一部解禁策が意味するもの」『社会医学研究』21号、2003年、日本社会医学会 参照。

3 【2003年7月17日付医政発第0717001号／各都道府県知事宛 厚生労働省医政局長通知 抜粋】

「たんの吸引については、その危険性を考慮すれば、医師又は看護職員が行うことが原則であるが、ALS患者の在宅療養の現状にかんがみれば、在宅ALS患者に対する家族以外の者によるたんの吸引の実施について、下記の条件の下では、当面のやむを得ない措置として許容されるものとする。」「今回の措置の取扱いについては、3年後にその実施状況や在宅ALS患者を取り巻く療養環境の整備状況等について把握した上で確認することを申し添える。」

4 2005年3月24日付医政発第0324006号／各都道府県知事宛 厚生労働省医政局長通知「在宅におけるALS以外の療養患者・障害者に対するたんの吸引について」の添付資料として、次のような同意書（例）が示されている。

同 意 書 (例)
平成 年 月 日
(たんの吸引を行う者)
氏名： _____ 様
住所： _____
(たんの吸引をされる者)
氏名： _____ 印
私は、あなたがたんの吸引を実施することに同意いたします。
代理人・代筆者氏名： _____ 印 (本人との続柄： _____)
同席者氏名： _____ 印 (本人との関係： _____)
※ たんの吸引をされる者が未成年者である場合又は署名若しくは記名押印を行うことが困難な場合には、家族等の代理人・代筆者が記入し、当該代理人・代筆者も署名又は記名押印を行ってください。この場合、第三者が同席し、当該同席者も署名又は記名押印を行うことが望まれます。
※ この同意書はたんの吸引を行う者が保管しますが、この同意書に署名又は記名押印した者もそれぞれ同意書の写しを保管し、必要に応じて医師や訪問看護職員等に提示できるようにしておくことが望まれます。
※ この同意書は、たんの吸引をされる者とたんの吸引を行う者の間の同意であり、たんの吸引を行う者の所属する事業所等との同意ではありません。

5 2005年7月26日付医政発第0726005号／各都道府県知事宛 厚生労働省医政局長通知「医師法第17条、歯科医師法第17条及び保健師助産師看護師法第31条の解釈について」

6 奥村芳孝『新 スウェーデンの高齢者福祉最前線』2000年、筒井書房78～79ページ、多田葉子「高齢者サービスを支える制度・環境」岡沢憲美・多田葉子『エイジングソサイエティ』早稲田大学出版部、171～173ページ参照。

7 高木和美「看護とは何か、介護とは何か—看護職員と介護職員を分断する政策と所説を問う—」『賃金と社会保障』NO.1335、2002年12月上旬号、旬報社、高木和美『新しい看護・介護の視座』1998年、看護の科学社 参照。

(たかき かずみ、岐阜大学地域科学部助教授)

座談会

「医療事故問題をめぐって」

出
席
者

新井 賢一（東京都臨床医学総合研究所研究統括顧問、前東大医科学研究所所長）
高柳 新（研究所副理事長、全日本民医連名誉会長・医師）
二上 護（二上法律事務所・弁護士）
大橋 光雄（全日本民医連事務局次長、東京民医連事務局長）
篠塚 雅也（大泉生協病院・医師）
伊藤 里美（王子生協病院・検査課課長、東京民医連検査部会会長）
棚木 隆（大田病院・臨床検査課技師長、東京民医連検査部会事務局長）
司会：石塚 秀雄（研究所主任研究員）

● 医療事故をどうとらえるのか

司会 この医療事故問題は、当研究所としては座



談会1回で終わらせるつもりではなく、ここで問題提起をしていただいて5・6回、座談会あるいは検討会をして、最終的には何らかの提言、報告書というものを出せたらと思っています。今回は第1回の座談会、序

論といいますか総論ということで問題点を摘出することに重点がございます。事務局で準備しました討議資料（52ページ）がございますように、医療事故問題を非営利・協同組織、あるいは医療機関としてどのように取り組んでいったらいいのかということがとりあえずの問題提起でございます。

最初に東京民医連の大橋さんからピックアップした医療事故というのはどういうものなのか、手短にお話いただきたくお願いします。そのあと篠塚先生に同じようなコメントをいただきまして、次に棚木さんをお願いし新井先生にコメントをいただきたくお願い申し上げます。

大橋 医療機関側にいる者として、医療事故の問題をどうとらえるかということですが、最近ノンフィクション作家の柳田邦男さんが『現代』にJR西日本の脱線事故などについて、「一流企業を

覆う『日本病』の危機」と書かれていたのを読みました（『JR尼崎事故 破局までの『瞬間の真実』』、2005年8月号）。ここで、柳田さんは現代の日本で一流といわれている企業が共通してかかえている「病理」として、危機意識の希薄さ、目の前で起きたコトの



重大性にとっさに気づかない感覚、面子や責任を逃れて対応が遅れる、過去の教訓や他企業、他業種の事故情報・危険情報を生かさない、ヒューマンファクターの本質が理解されていない、バーチャル情報と現実の倒錯、複数の企業によって事業や作業を進める場合に、安全に落とし穴が生ずる、利益追求、効率が金科玉条とされ、安全性の厳しい検討・評価が二の次にされる、世代交代や臨時雇用の多い下請企業の技術水準の低下などの条件が、安全管理計画の視野に入れられていないなど、「組織事故」というべき重要なファクターを上げています。そして「脱出口はどこにあるか」と問われ、「『日本病』に汚染された企業人が、手を合わせて、人の命の尊さを胸に刻むところから再出発するならば、この国のどこかがかわりはじめにちがいない」と結んでいます。それほどすなりと日本の大企業病がなくなるとは思えないのですが、安全とか安心・納得というような問題が国民的な共通課題としてあるということを強く感じた

のと、非営利・協同の医療機関としてこの問題にかなり取り組みだして、セラチアの問題からいろんな取り組みをしてきて、何が問題なのかということを考えさせられることがあります。

医療安全のとりくみでは、まだ「道なかば」というのが率直なところですが、民医連の場合、患者の人権を最優先する姿勢の確立とか、共同の営みとしての医療の確立、事実謙虚に向かう合う姿勢の確立等、医療の現場で起こる事故を「組織事故」と見て、なぜ起こったのか、再び事故を起こさないためにどうすべきかを基本理念として取り組んできたと思います。

2000年に耳原総合病院のセラチア菌院内感染の事故がおこりまして、この問題あたりから全日本民医連としてはかなり本格的な取り組みを行い、警鐘的事例の分析と安全情報の発信、「相互点検・学習運動」の強化、医療安全委員会の設置やリスクマネージャー等の研修交流会の開催、医療機能評価の受審、医療事故を扱う第三者機関の設置要望、医療オンブズマンなどの方々と共同した「なくそう医療事故、高めよう患者の権利シンポジウム」の開催、顧問弁護士交流会の開催等を行ってきました。これは『みんなではじめる感染予防』（第2版）というパンフレットですが、当初は扱う範囲が病院内での院内感染だったのですが、今では介護施設の問題までをフォローしています。またアンケートなどをとってみますと、現実的には病院の中で起こっている事故で一番多いのは転倒・転落、次に多いのは注射の事故が多いです。2001年10月1日から2002年1月31日までの4ヶ月間、モニター院所を対象とした報告を集めまして、1618件ほど集まりました。その中で転倒・転落事故をどう予防するかなどを分析したり、注射事故に関しては労働科学研究所の力も借りて、ある病院の看護師さんの日常的な業務の流れというものを分析して注射事故をどうなくすかということで「みんなできりくむ注射事故予防」というパンフレットなどを作ったりと取り組みを進めてきたわけです。

しかし、残念ながらまだ事故は減っておりませんし、医療安全に対するとりくみの差異も生まれています。こうした中で、結局、人のいのちをどう守るのか、原点に戻ったとりくみが重要だと痛感しています。医療安全の課題は安全文化を創る

という立場から、医療の質の向上や患者の人権を守り、共同の営みとしての医療を発展させるという基本的な見地に返り、自己点検や相互点検を強化することではないかと思います。そして、医療の現場で集団的な医療が実践されているかということがかなり重要だと思うのと、これがかなり事故を防ぐ大きな力になるのではないかと、この実践が危機管理体制と合わせて大きなポイントなのではないかと思っています。

また、国民的な医療安全の確立という点では、医療安全に関わる第三者機関の設置をしっかりと行って、二度と同じ事故が繰り返されない防止策を国民的にきちっと明らかにすることが大事な所に来ていると感じています。また、医療をめぐる客観的な条件、情勢の問題を見据える必要があると思います。医療の現場では、患者の高齢化、重症化、在院日数の短縮化などが進み、患者の顔も生活背景も十分に把握できないまま、入退院がなされる。また、看護師の数が少なく、新卒看護師の半数以上が入職2ヶ月で夜勤業務を開始せざるを得ないという状況がある。医療事故をなくすためには、看護師配置基準の改善や診療報酬の改善等、医療をめぐる経済的環境を改善することが重要だと思います。

司会 ありがとうございます。医療事故の経済学という点では事務局案の2(5)で、また第三者機関の設置という点では2(6)医療事故と法制度で、最初の医療機関の集団的医療や危機管理体制については1(3)(4)や2(1)(2)のあたりと、事務局からの問題提起とかなり重なってくる発言をいただいたと思います。次に篠塚先生にご発言をお願いします。

篠塚 現在は大泉生協病院という94床の内科中心の病院で働いています。とはいえ病院で働き始めたのは2ヶ月前で、それまで診療所で9年間働いていたので、診療所から見ていた医療事故と病院から見た医療事故の違いから今考えていることを話したいと思います。



診療所ないし昔の医療というのは、基本的に個人対個人の契約というか約束に基づいて成り立っていたと思います。その先生、その看護師に自分はこういうことをお願いしたい、ということで基本的には信頼関係に基づいて医師なり看護師なりが行為をしていた。ところが病院では、特に入院となると自分が主治医を選ぶこともできないし、点滴や採血をする人を選ぶこともできない状況があって個人対個人の契約という医療から大きく変わっている。しかし患者さん側から見ればもしかしたら自分で主治医を決めたいと思っているかもしれないし、自分の採血や注射をする看護師を誰にしたいと思っているかもしれないけれど、今の日本の医療、世界全般を通してだと思いますが——アメリカなどでは入院をするときに主治医を選ぶことがだいぶ行われてきていますが——まだ一般的ではないと思います。そのようなことを前提にして医療事故を防止しなければならないのかなと最近思うようになってきています。もうひとつは医療というものは不確実性を前提に行われていると同時に、この人がどんな人なのかを知らずに行うことはとても危険なんですね。自分がどういう人かを知ってもらっていることは信頼関係にもつながると思いますので、機械を修理することとは違うことを医療は求められていると思います。その意味では患者さんが医者や看護師を選びたいというのは妥当性があるのかなとも思いますが、現実には難しいと思いますので、難しいならばそれにどう近づけていくかを前提に医療事故をなくすということを考えているというところです。

司会 大変難しい問題を提起していただいたように思います。さて次に検査部会の棚木さんから専門家の立場からお願いします。

棚木 大田病院検査課の技師長をやっている棚木と申します。大田病院でも医療安全推進委員会というものがあります。看護部や技術部でも医療安全委員会があり今日も会議をしました。ここ何年かですが技術系でも医療事故が露出するようになってきました。



検査関係の危機管理意識も強くなってきています。現場で検査をしたり採血をしたりするとき、患者様の対応がすごく変わってきたと感じます。先ほど篠塚先生がおっしゃったように患者様には選ぶ権利がないわけです。病院にかかって主治医が決まってしまうと検査がオーダーされてしまうわけです。インフォームドコンセントをしてきちんと検査内容のお話をされているはずなんですけど、実際に患者様が診察を終えて検査室に回ってきて、例えば心電図や心エコーの予約を取るとか採血をするということを言いますと、患者様が理解していなかったり、納得していなかったりということでもトラブルになったりすることもあります。

今までの医療というのは、少し前までは医療機関は患者様が来てこちらから何かをしてあげるという態度が当たり前だった。今は患者様のほうが勉強しているし知識もあるし情報も氾濫していますから、たくさんを知っています。だからきちんと納得して信頼関係を作らないと難しいのかなと思います。医療や患者を守っていく上でも信頼関係をきちんと作るというのはすごく大切だし、医療従事者としてやっていかなければならないと感じています。

司会 どうもありがとうございました。キーワードのひとつに「信頼関係」があると思いますが、この点はまた後ほど論じていただきたいと思いますが、それでは新井先生に安全と医療事故に関連してコメントをいただきたくお願いします。

● 個の医療と安全問題

新井 さて大変難しい問題なので、かみ合わないかもしれませんが、お持ちした「CRO10周年」という資料の中の図をご覧ください。日本の医学を含めた生命科学・ゲノム医療で考慮すべき視点について話したものです。またこちらは前橋市のキンピール研究所が市民と交流するために、高校生や協力会社と講演会をひらいた際に、そういうヘテロな参加者に講演したものです。14点ほど、色々なレベルの課



題をリストしましたので、それをみながら話します。

個の医療は、なるべく一人一人に即した医療を考慮することですが、大まかに言うと近代医療制度では、規格医療というか、製薬会社はなるべく多くの人に効く薬を探し、大量に規格生産し、保険が適用されれば、できるだけ多くの人に供給するというモデルだった。だから医療といえ、医者技術も重要ですが、かなりの部分が製薬会社や診断技術に依存するという認識が私にはありません。

本日の場が医療一般を議論するのか、民医連を含めた現場医療の議論するのかで視点がずれてくると思いますが、広い意味では規格医療の中にあるわけです。いまの医療である限り民医連も含めて製薬会社から自由ではありえない。自分で薬を作っているわけではないから、医療経済システムの制約はあります。そこにどういう仕組みが働くのか考えなければならぬ。

こうした規格医療が90年代から大きな転換を遂げつつあると私は認識しています。即ち、現在の医療だけではなく、未来型の医療にも向けることです。現在の医療の現場に目を向けると先ほどのようになるが、未来の医療はどうなるのか。それは現在と性格が大きく変わりますが、それは日本ではオーダーメイド医療、アメリカではテーラード医療と呼ぶ個人医療になる。これは個の医療、一人一人にあった医療の展開につながるだろう。これは大量生産の薬を一律に出すのではなく、それぞれの患者や病気の特徴を理解した上で対応することになる。これにより患者と医師の関係、医療システムが随分変わってきて、今まで捨てられていたモデルが復活したり新しいモデルが作られたりすることにつながるという認識をしている。規格医療から個の医療の展開というのが重要な問題です。

こうした考えは、突然、出てきたものではありません。さかのぼって考えれば、近代医療で私が重視するのは、患者さんを診るときに医者は実験をしているんだという「実験医学」という言葉です。我々が医学生の時には『実験医学序説』（フランスのクロード・ベルナル、1850年代）の翻訳が出ていた。ベルナルは、科学者が実験を通して仮説を検証するように、医者も患者を診察・

治療することを通して実験をしているということ、つまり医療は科学・技術にもとづく行為なのだと言いましたが、私もそれに大変影響を受けました。ベルナルは、現在のように、ゲノムや個人情報だと言っていたのではなくて、実験医学という概念を出した。実験医学という概念には、医学を通して全部の原因結果を決定論的に予見できるのではなくて、医療という現実の行為を通して、未確定なことを人間それぞれの個性を通して実現していくという、先ほど言った確定性も含めている。

1960年代後半に、私が医学部を卒業するときどんな医者になるか3つの選択肢があった。ひとつは民医連型で、一番わかりやすく気に入ったけれども、これでは分子生物学とゲノム情報は解けそうにない。ふたつ目の東大病院型は大病院医局にいますが、これは規格医療とならぶ中央検査室化で、看護師さんが採血し、検査室が数値を出し、医者が最後にデータを読む。これは面白そうじゃないからやめた。また外科の現場で手術に携わる適性は、私にはなく、医療事故を起こす前にやめた方がいいと考えました。病院実習で手術に立ち会ったら糖尿病の患者さんの手術で、私は拘引をしていましたが、出血が激しく、教授に患者担当の医局員が叱られていました。あらかじめ予防できるものが防げていないという現実がありました。そうすると残るのは実験医学で、今の医科学研究所で、分子生物学を通して医学に貢献するわけです。これが私の実験医学とのかかわりのヒストリーです。実験医学をクロード・ベルナルが提唱したときはそういう区別もなく、医療全体が実験的性格を持つことを指摘したわけです。当時、分子生物学もゲノムもない中で、医療が持つ実験科学としての性格を、医師の立場から指摘したことは画期的だと思います。150年を経た現在では、生命科学と医学の知識が飛躍的に進み、医療を取り巻く環境も大きく変わってきていて、個の医療とともに、その背後にはサイエンスとしてのシステムがあるという考え方が出来てきた。ゲノム情報を持ちそれが時系列的に発現されて、時間的、空間的に存在する人間は、周りの環境と相互作用しながら健康状態を維持している。その全体がシステムと考えられている。

医科学研究所が先日行った「system genomic medicine」のシンポジウムでは、医療や医学を人

間と環境を含めるシステムと考え、その中で健康を実現する診断治療の体系をシステム医療と考えます。個人対個人、患者対医者というのがありますが、それ全体がシステムとして働くと考える。そういう側面にだんだん変わっていくと私は考えています。そういう中で今までどんな問題が起こっており、どのように解決されるべきなのか。さっきの例でも、データを見ればわかるのに良く検査もしないで糖尿病患者を手術したら出血が止まらなくなったというのは、これは確定している事実への対応を怠った完全な医療過誤です。しかし医学では、たとえ未確定のものがあったとしても、医者と医療提供側は対応しなければならない場合があります。例えば現在、神経内科の疾患の多くは、診断は出来るけれども治療は出来ない。しかし外科などでは、無理にでも先に行くように求められる場合もある。この辺の医療システムは、個々の医者の問題よりも、システムとしてどう機能するか話すことが、未来の医療には必要だと思います。その時キーワードになるのは個人情報です。今までの開業医はパーソナライズ・メディシン、漢方医もそうですが、規格医療で画一にはではなく、患者さんの状況を良く把握して処方するということがあった。近代医療ではある一面では近代化されたが、残された重要な部分がある。それまでの医療にはパーソナルな性格があり、これをサイエンスとしてまとめるような技法が整備されていなかった。今後は、これが課題となってくるが、その際にはクリニックの役割とそのあり方が、大きな意味を持つのではないかと考えています。この間高柳先生とゲノム医学と医療現場をつなげることが必要だという話をした。いくらつなげようとしても東大病院がゲノムデータと医療現場をつなげようとしても難しい。コフォートスタディといって患者さんの集団をずっと現場で追跡しながら、患者さんの生活様式とゲノム医療のデータに統計的な相関を検討する仕組みが必要になる。現在医療の政策を問うという視点とは別に、民医連が未来型のモデルを作る貴重なデータを持っているのではないかと考えております。

そういうことを前提に、安全性を考える上でも、実験的医療と現場の医療での安全性は分けて考えるべきでしょう。薬の開発は、狭義の実験医療に区分されますが、前臨床から臨床試験の仕組みが

あり、薬事法の規制下にあります。私は、再生医療や免疫細胞治療に関心があるのですが、こういった実験的医療については、これまでの薬事法の規定がなく、医療法における医師の権限にもとづいて実施されています。しかし癌の細胞治療を掲げるクリニックには多くの患者が集まってくる。100人に実施する中で1人くらい効いたのを取り出し、それだけを宣伝すれば、わらにすぎるように患者さんはやってくる。科学の証拠 (Evidence Based Medicine, EBM) にもとづかない誇大広告で、「メシマコブの次は何か」とほとんど同じになってしまう。このへんはグレーゾーンで、EBMなしにとんでもないものが紛れ込む危険があります。ですから実験医療、未来医療におけるリスク管理をきちっとしなければいけない。このように私のいた医科研の病院でも、実験医学を進める上での安全管理と倫理問題がありました。個人が希望しても社会がダメだといった場合にどうするか、社会が認めた場合でも、個人としてはやりたくないときに医者の権限で強制していいのかなど問題もあります。輸血を絶対的に拒否する患者がいて、救命したら知らないうちに輸血をされたと医科研が訴えられたことがあります。当時は文部省を通して、国が責任を持つことになりましたが、法人化した今後は、大学病院として対応することになります。また現在、起こっている医療は *intervention* で、診断と治療です。今後、非常に大切になるのは予防 *prevention* の医療です。予防には情報が必要であり、情報にもとづいて予見します。もしこれが間違っていたり、外部に無制限に流出したりしてしまったら大変です。予防医療には、個人情報の保護と倫理問題が出てきます。予防医療には、ゲノム情報や環境情報など、個人情報を活用するという話になりますが、これが個人情報の管理と保護に絡んで結構複雑ですので、そのシステム作りをしなければならない。

あともう一つ、日本の医療は、明治の近代化に際し、漢方医学をやめて、西洋医学の知識を輸入することにより、近代医療は国が上から作ったものなんですね。問題は医者を含めた医療従事者(プレイヤー)、国民(受益者)、安全性の審判の分立ができていないことです。近代国家ではこれは分離されるべきだけれども、日本はそのシステムが出来ていない。アメリカのシステムはNIH(全

米保健研究所)が開発する、FDA(米国食品医薬品局)が薬の安全性の許認可、CDC(米国疾病管理予防センター)が予防となっている。これはアメリカの枠を超えて世界中に広がろうとしている。日本の場合は厚労省と文部省は権限を争うなど、省庁が分かれているだけで、中ではジャッジとプレイヤーが一緒、薬品を開発する人、安全性を審査する審判が一緒で、受益者は外されている。こうした傾向を指摘すると、当事者である厚労省は最近では敏感に対応してくれますが、行政の枠内では改革は難しいのが実情でしょう。FDAならば大学教授に薬品の安全性を審査させることはありません。何故ならば大部分の教授は研究する開発側なんです。だから安全性の審査は公務員として中立性を誓ったFDAのオフィサーがやらなければいけない。アメリカはこういう点では非常に倫理的に厳しい。日本では学会の権威ある人が開発側にも、公務員として審査側に入る場合が多いわけです。多くの教授たちは製薬会社のコンサルタントになっています。それ自体が問題なのではなく、開発側にある人を、審査側に入れることが問題なのです。審査会の座長に、開発側の先生がなれば、薬害が起こるのは当たり前じゃないの、と思うわけです。学術水準の判定とは別に、日本の医療には、安全管理がシステム不全状態にあるという問題があります。これは、日本の医療が、予防よりも薬物治療に傾いている、という問題とも絡んでいます。50年代以降、感染症が克服されてきたときに日本では、予防をしても金にはならないわけです。あなたは何もせずに、寝ころんでいてもいいですよ、と診断しても、お金にはならないので、薬を処方しなければならない。そうすると副作用が出てくるのは当たり前で、60年代以降そうしたことが日本の薬害の顕在化する深部にあるのではないかと思います。歴史的に現在を見ると同時に未来の医療を見ると、民医連の、医療現場で、個人に密着して医療を進めるという方向には根拠があるということです。

● 予防と補償の対策について

司会 新井先生から個人化していくことと安全ということに触れていただきました。個人化していた中で検査などではどういうふうに位置づけら

れているのでしょうか。そのあと二上先生に法律的なことをお話しいただき、次に高柳先生からお話を頂き、最後に自由討論にしたいと思います。

伊藤 北区にあります王子生協病院の検査課の課



長をしている伊藤と申します。安全性のシステム作りということで、以前に比べてかなり安全性に目が向けられるようになったとは思いますが、インシデントレポートを書くようになってこれを分析してシステムを

作るということが行われていますが、実際に分析ができていないかなという気がしています。現場では例えば、患者の誤認を防ぐために生年月日を聞いていますが、こうした個人情報を知っているのかとか、患者様によってはご自分の生年月日がわからない方もおられたりするので、考えさせられているところです。またインシデントレポートが制裁という感覚になってしまったり、病院自体のシステムを変えられるレポートにつながっていないというのが現状だと思います。そこを中心に、また患者様に合わせたシステムを確立したいというのがあって、今日皆様いろいろなとお話を伺いたいと考えていたところです。

司会 今のところは医療機関の対応にあたる部分で、事務局準備のメモでは2(2)体制の問題にあたると思います。これはなかなか大変な議論すべき問題だと思いますが、それでは次に実際のいろいろな法律的なケースに当たられておられると思いますが、どのような点が問題なのか二上先生にお願いします。

二上 ここ20年くらい病院からいろいろな相談を



受けてきたのですが、医療事故はなぜ問題になるのか、どのように取り組むかを考えた場合、最近の医療事故をめぐっては、ちまたでは患者から見れば病院不信、また病院から見ればこんなことで文句を言われてはど

うしようもないというのが激突しあっている、あえて言えばこんな感じですね。これが今後どのようなになるのかは、日本の社会がこの状況のなかでは予断を許さないと思いますね。その原因のひとつは新井先生のおっしゃられた実験医療で不確実性なんだということを患者側がまったく理解していないところですよ。予期しないときに肉親が死んでしまったら「これは病院がミスをしたのだ」とまず苦情がくるのが普通とっていいような状況になっている。患者側はなぜ亡くなったのか、どこを信頼してどこの意見を聞いたら納得できるのかわからないし、病院側もどれを問題にしたらいのかを病院内で簡単に討議して結論が出せない。僕が実際の相談に乗ると、医療従事者側からの狭い中での議論のみになってしまい、患者側からの視点がなかなか反映されない状況があると思います。

歴史をさかのぼって前に進まないといけなないと思いますが、直接的には1999年横浜市立大学の患者取り違え手術の事故からですね。その前にも医療事故訴訟はありますし、患者側の運動も長くありますが、劇的に変わったのはここからだと思います。やはり一番大きく変わったと感ずる点に、技術の向上があります。これは僕が言うまでもないですが、しかし相談に乗っていると著しいものがある。僕と同じ50代や60代の外科のドクターが「20~30代のドクターが現在やっている外科手術を見ると、とても自分たちの時代にはやらないようなレベルの手術を彼らはやっている」と言うのを聞きます。50代になれば外科医師は恐らくなかなか現役ではいられないわけでしょう？それとシステム医療がもうひとつだと思う。チーム医療なんですけどチーム医療になっていない、コミュニケーションが医療従事者の中でも取れていないというケースによくぶつかりますね。医師同士の間でも前の医師が診た臨床観が次につながらない、カルテに全部書いていない、書いてあっても見ただけではわからない。短時間に看護師さんが見た患者の状況が医師に伝わらない。ところが後から裁判になってみると全部記録になって出てくるから、われわれからみれば記録を知ることができるから、病院としてはこんなこと全部わかっているはずだとなってしまう。そこにかなり裁判の場で考えるのと現場で動くのと落差があるのが事実です。

医療事故は川崎協同病院の場合にしてもそうですが、一時代前の「やってやる」という医師がまだ多いですね。なんといっても今の相互の不信感は大変です。

それでは医療事故対策に取り組もうと、どうやったら安全な医療ができるかということになると、忙しすぎて本気に腰をすえて取り組めていないのではないかと。安全にしなければということに、生涯かけてというのは言い過ぎかもしれませんが、力の限り取り組もうとしている医師や看護師がどれくらいいるのか。ひとつの病院、200床や300床あるところにとっては、もちろん一人の力には余ることです。僕の関連しているところでは、なんと言っても、忙しすぎてとても取り組めないと、なんと言うか腰が引けていると言っては批判的な言葉になって申し訳ないけれども、やらなくてはならないとわかっているのに歯がゆい気持ちで今を過ごしていて、ともかくも事故がおきなくてくれという気持ちでいるのが医療従事者の現状じゃないかと思えます。そういう状況に対して、これを根本的に直していこうという取り組みはまだ始まっていないのではないかと僕は思っているわけです。最近出た厚労省の医療安全対策検討会議の提言は、大変に積極的な提言だと思います。患者さんも参加して情報を共有して医療事故をなくしていこうとまで打ち出しています。また先ほど出ていた第三者機関と補償制度まで考えようと言っている。もちろん紛争処理と補償制度まで一体のものとして考えて予防につなげようと言っているのだから、かなりいい報告だと僕は思いますが、しかし今の忙しさや人の少なさ、予算のなさなどにはまったく触れていない。このままではすまないのではないかなという危機感を持っています。

一方、裁判はどんどん増えて医療事故訴訟は年間1000件を超えた。その中でも訴訟にならないケースがあり、患者側が直接弁護士に会って相談し、医師たちに話を聞いてみる中で訴訟になるのは10件に1件位と言われています。弁護士の所に行かないのもその10倍はありますから、死亡事故の訴訟が多くて1000件だとすると、実際は1万件、10万件的単位で争いごとがおきている。もちろん本当の苦情は恐らく100万件的単位であるでしょうから、今後どうなっていくのかなと思っております。

司会 これでは事務局の想定した問題には大体触れていただいたような気がします。ちなみに日本の訴訟が1000件だそうですが、フランスの場合をみましたら2004年で医療事故賠償請求が全国で約3000件です。そのうちONIAM（医療事故賠償全国事務局）が取り扱っているのが1226件です。医療事故は2種類で、ひとつは過失がなくても補償する場合と過失があるから補償する場合です。過失がある部分は採用されたのが2割の率で、過失があったものは疾病金庫、社会保障制度のほうで補償します。過失がなくても患者や訴える人の気持ちを重視するという方は2003年に新しく国が設置した医療事故賠償全国委員会がお金を出して補償します。再鑑定に回されるのは1割で、半分は軽度のものだからと却下されるそうです。

篠塚 フランスの人口は現在どれくらいですか？

司会 6000万人です。だから日本では倍くらい、「訴えてやる！」というのが6000件くらいに増えてもいいのではないかと、これから増えるのではないかなと思います。イギリスはフランスと同じくらいの人口で、やはり3000件くらいの訴訟だそうです。それでは高柳先生からお願いします。

● 現場での判断の困難さ

高柳 たった今まで外来にいまして頭が朦朧としておりますが、そもそも新井先生にお力を借りてと思った問題の第一は、具体的に現在われわれが直面している医療事故問題への対応というのは、遅ればせながら武蔵野日赤やいくつかのところで突破口が開かれて



それなりの対応が始まっている。それはそれで学ぶべきものがあると思うし、実践していかなければと考えている。しかし、その路線だけではやけに緻密になってきていて、それに対応した人づくりの教育システムを作れ、組織を作れとプラグマチックな対応が普及しているけれど、本当にこれだけでいいのかという気持ちがある。第二に、医療事故なり医療過誤なりを減らしていくための、

現瞬間のわれわれのプラグマチックな対応と、少し大きく日本の臨床医学という枠組みで臨床医学の技術やそこで働くわれわれや患者との関係とか、組織といった問題を一度突き放して考えてみないといけないなど、こういうことについて教えてほしいというのが問題意識なのです。それはなぜかといいますと例を挙げますが、先ほど新井先生から薬の話が出ましたが、ありとあらゆる薬の説明書きが薬局から出てくるわけです。それは大変有効だという論文も出てくる。それを頼りに動いているわけです。実際いかにほどの客観的な効果があるかということがわからないままに、いきなりえらい副作用に出くわすことになるわけです。それこそ往復ビンタのように。例えばピロリ菌の除菌をしてほしいと言われる。これはまさしく規格化されていて3点セットが決まっているわけなんです。ところが全身薬疹だらけになってしまって3週間も1ヶ月もステロイドでクリアしなければならぬ。そういう人は事前にチェックできたのかというと、ほとんど分からない。やってみて初めてわかったということが多い。僕が「少しでも変だったら止めてね」と言っても、本人はここで1週間我慢すればヤツから開放されると、よくわからないピロリは胃がんでも何でもありとあらゆる情報が来ると思う。そうすると少々ポチポチができて、患者は我慢して飲み続けてしまう。止めてくれと言っても飲んでしまうわけです。かなりはつきりしているパターンがあるものと、まったく突然起こってくる副作用がある。また薬の数が膨大なものだから、無限大の副作用の可能性が何万という数になる。実際、僕が使っているのはわずか数十ではあるけれど。

こうした薬の持つ功罪を社会的にも全体的に整理しないと毎日命がけとか一か八かとかいうか、本当に効いている薬はあるのかと思うこともありますね。

医療事故について考える場合にも、一度抜かさないでそもそものことを考えなければならない。医療行為は、技術・技能的な側面と組織的側面とで成り立っている。その上、人間が人間を対象とした活動であり、技術・技能が手段として存在している。その複雑さと、激しい変化の問題があり、医療従事者の組織的側面、経過も過度な分業の流れのなかにある。医療従事者にも例えば医師とい

ってもいろいろいるが、対象とも言える人間（患者）もいろいろです。

僕が医療事故問題で考えていることは、まず第一に単純なミスをなくす方向で考える手を打つこと。しかし第二に、医学、特に臨床医学は未完であり続けるということです。感冒ひとつとっても、僕の勉強不足のせいかもしれないが、あまりはつきりしない。経験と勘に頼り、もっともらしい処方を書いているのが実状です。「暖かくして寝ていけば…」という訳にもいかない。総合感冒薬、消炎剤、抗生物質、そのうえ胃薬までとフルコース料理のような処方になってしまう。僕は自信がないので、葛根湯とPL顆粒だけにしているのだけれど。第三に言えることは、人間・患者、病気は共通性を土台にはしているけれども、実は一人一人、大変個性的なんです。薬の例で言いましたが、有効性も副作用も使ってみないとわからない。これらのことを慎重に検討しなければならない。特に安全性という観点をもって。

ですから、今の医療の技術、組織、社会制度のあり方の枠組みの中だけで考えても、医療事故が激減していくとは思えない。むしろ増加していくのではないかという危惧の方が大きい。

新井 私の意見ではなくて、東大の第1内科を卒業してアメリカでずっとやっていた黒川清先生が、医療事故、特に単純なミスをはじめ、日本の現場の医療、医者について大変厳しい意見を持っておられます。アメリカの医療がすべていいわけではありませんが、医者の専門性、専門的な技術のトレーニングがアメリカとは比較にならない

と指摘されています。黒川先生は、東大第1内科の教授をつとめた後、東海大教授、学会の会長をつとめておられます。また医師だけではなくて医療従事者全体に当てはまる問題なのかもしれませんが、医師中心だがその医師の能力がかなり低い、その割には権威があって自浄能力に欠けている、という封建的なシステムの悪循環は変えなければいけない、と思います。ここから出る問題は変えられるものであって、そういう意味でのシステムの因果関係は変えなければならない。日本の医療事故問題がそういう背景から出てきているのか、それとも別の原因があるのか、私はよくは知りません。

篠塚 僕もアメリカの医者は能力が高いとよく聞きますが、医者ややっている仕事の内容や周りのスタッフの人数とか、医者が診ている患者の数とかを言わずに医者の能力のことを言われるのはおかしいと思う。医者が医療事故を起こす中で、ひとつに医者はなるべく患者を断りたくないわけです。例えば10人患者を持っていて「あと一人受け持ってください」と言われたときに、いっぱいいっぱいとは言わなくても（笑）、もしかしたら提供できる医療の質が落ちるかもしれないと思ながらも、他に受け持つ先生がいないのであれば「仕方ない、持ちましょう」となるし、外来のヘルプで患者さんがたまっているので診てくれないかと言われれば病棟の患者さんを後回しにしても外来へ行くし、救急車が来て「今、患者さんを診られますか？」と言われればなるべく診られるように努力する。民医連の医者だけかもしれませんが、



断るとするのは美德ではないとなっている。

新井 民医連だけではなくて、日本の医者は大体同じでしょう。

篠塚 断るのは美德になっていません。「これ以上受け持ったら医療の質が下がるからできませんよ」と言うのが医師の責任となっていない。これが変わりうるのかどうかというのはちょっとわからないです。先ほど武蔵野日赤の話が出たけれど、自分が能力を超える量の患者を診ないことで、少なくとも自分の起こす医療事故の頻度は減らすことができる。さらに言えば、知った患者しか診ないようにすればいい。初診の知らない患者さんとか、一見の患者さんお断りというようにすれば日本全体はともかく、その医療機関の中においては医療事故が減ると思うんです。しかしそれが日本全体の医療事故を減らすのに寄与するかと言えばしないと思います。なぜなら患者さんの情報の蓄積があれば医療事故は減ると思いますが、日本全体のシステムとしてそれが可能かと言えば現時点では難しいと思います。全ての患者さんが自分のかかりつけ医を持って、病院とかかりつけ医が連携を取っているというのできるようになるのは、もう少し時間がかかる。さらに職員の離職率を減らして職員同士の人間関係の情報を蓄積することによって医療事故は減らせると思うんです。例えばこの人のオーダーはちょっと気をつけなければいけないとか、確認が必要とか、仕事の中で確認できる。全部をシステムでダブルチェックとかではなくて、このオーダーを出した人はどうい

う人なのかを職員の中で知っているのと知らないのとではぜんぜん違って、そういうことを風通しよく話しあえる関係ができていくかないかによってもぜんぜん違うと思います。

新井 それはそうだと思いますよ。個々のところでの質の高さというのはあっても、ソサエティ全体で、例えばアメリカでは保険のない人がいて、一方日本では皆保険で自由に受診できる。それでは一人一人の質はどうなのかというとこれは大きな問題ですね。よくアメリカでジョークにされるのが、弁護士が多すぎて訴訟社会になっているから道で倒れている人がいても助けるなどと言われる。下手に助けておかしくなったらお前の助け方が悪かったからだと訴訟になってしまうからと。普通はそこまでいかないので助けるが、訴訟社会はそうではないと。せいぜい、救急車でも呼んで、触るなど。これは社会的にはあまりカンファタブルではない社会ですね。そういう感じになるのはおかしいですね。アメリカがそうになっているかどうかは別として、個々のところが上手くいっても社会システム的には失敗という問題が出てくるかもしれないですね。大きな問題の一つは近代的な非営利という原則がここに書いてあるでしょう。僕は非営利のところでもモチベーションをもって新しい薬を開発するには、単純に非営利で研究していればできますよとはいかないと思う。だからベンチャーにしても、知識という可能性を、現実の産業に転化する、産業化の仕組みが必要です。そのためには、価値を現実のお金に転換する仕組みがないといけない。非営利は大事な理念だけ



ども、そのためにも、産業化をする営利の仕組みが必要であると思います。やはり産業は営利事業ですよ。

高柳 その辺は石塚さんの専門だから、概念を整理して彼に反論してもらわなきゃいけない(笑)。

● 薬の開発と安全性

新井 いま問題になっているのは、それによってだいたいいろんな新薬ができたけれども、使えるのはみんなアメリカとか日本の一部とかで、一番もとめられているアフリカのエイズ患者がまったく放置されているという、完全乖離がある。そうすると営利じゃなくてフィランソロピーという慈善事業としてやらないとだめだろう。しかし、製薬会社が手をつけない。だからこういう点で副作用はあるけれどもかなり役に立つ、多くのエイズ患者を救うことができるだろうといわれている薬を製薬会社が経済効率から手を出さなくなってしまう、現在これが日本社会だけではなくて国際問題になっているんです。

もうひとつの問題は、製薬会社を始め企業はワクチン開発をやりたいがらないのです。7月28日には、僕はワシントンの研究所にアジアとアフリカにおけるワクチン開発の相談に行きます。アメリカ社会ではワクチンは非常に効果的だが多くの人に投与するから、当然副作用が出てくる。それを全部今のところで学術的に予見できるかというところははいかない。副作用が出てきたら訴訟になるわけで、訴訟社会では1発で何千億円と訴訟が起こされた場合、会社はつぶれてしまうわけです。ワクチンなしで死者がどんどん出ると、ワクチンの副作用が出るのとではだいぶ次元がちがいます。こうした一人一人の医療行為を越えた問題がどんどん出てきています。日本がいいかアメリカがいいかではなくて、システムをどういうふうにするかという問題だと思いますね。また高柳先生が言うように、薬に関しては単純に副作用が出ているものをさらにどうするか、という問題だった。今までの近代医学は一個の化合物で薬効をみる、後はコンビネーションというやり方だった。このやり方はかなり複雑になり、全体としては多彩な薬を、どういうふうに使おうとどうなるかというデ

ータベースを作る動きも出ていて、これは非常に重要な作業だと思う。漢方医学は、複数の薬物のコンビネーションの権化ですが、アメリカのFDAでも日本でも、一つの化合物で有効性を出すやり方には単純にははまらない。製薬会社はそんなことをやったら薬ができないから相手にしない。そういう今の薬の開発の問題があります。

薬の問題ではもうひとつ、多くの人に適用して臨床試験で副作用が出たら大体中止になります。今までの成功打率があまりに低すぎる。問題はサイエンスが進んだらこの人に副作用が出るかどうか、その根拠を予見できるのはゲノム情報ですね。ゲノム情報ですべて解決するかどうかは問題だけれど、基本的にはある母集団にこのゲノムタイプならばこうなるということで、いまFDAでは薬剤代謝酵素のスニップSNP (Single Nucleotide Polymorphism) を駆使して、こういう人にはこういう副作用が出るという予言をデータにつけないと薬の認可が下りない。日本がそうなる可能性もある。これがサイエンスの進歩なのかややこしくなるのかははっきりしないけれど(笑)、データベースから、この人たちにはこういうふうになると副作用が出ると予見できる場合は投与を止める、すなわち臨床試験の対象にしなければいいのです。すると一度は死んだ薬が生き返る。ただ危ないのは、そういう場合でも、現場のお医者さんや患者がそんなことを知らないで使ったら副作用が出てしまいます。これがもう可能になったとは言えないけれど、前のように患者さんが薬を求めてきてリスクがいっぱいでも、とにかく何か薬を出さなければならぬ状態から科学的にはもう少し整理される可能性はある。こうしたデータベースと個人のプライバシーの問題、社会的にそういう診断に価値を認めて薬の投与ではなくてデータベースにお金を払うという経済体系にしないと、経営は成り立たない。経済の問題は大きなファクターになると思います。

高柳 非営利・協同についてちょっともう少し(笑)。

新井 それは医者があまりに営利姿勢じゃないかという、社会的な医者に対する批判的な立場があるように思います。これには結構微妙なところが

あると思いますが、同時に製薬会社に対してもあります。それと営利事業と法外なぼろ儲けというのは話が違うわけで、そのへんをどういう考えを持っているかということですよ。

高柳 もともと、この座談会が何かをまとめようというのではなくて企画された一つは、どうも医者はできが悪い、怠けている、ぼんくらだ、注意が行き届いていない、パターンリズムだと、医者悪口をがんとするマスコミがあって、やや医者はやられっぱなしという風潮があった。俺はパターンリズムの親分みたいな所もあるのだけれど(笑)、それだけでは解決しないし、それで医者に問題があるのであればどのように改善するかという方に持っていきたい。医者の道徳的モラルを叩くだけではとうてい問題解決には迫らないなという問題意識があったわけ。先生が見ていて、本当に見ていてこの医局はダメだね、ということもあると思うけれど。

篠塚 パターンリズムのことで言えば、今は医療訴訟の問題があって、こちら側はどちらかというところディフェンシブになっていると思うんですね。説明して、これは患者さんがやらないと言ったとカルテに書きなさいと指導されたり、例えばインフルエンザ検査の迅速キットを希望しますかということまでカルテに書きなさいとか、この熱を下げる薬にはこんな副作用が出るというのを説明して了解しましたかということまで書きなさいとか、どんどんディフェンシブになっている。最たるものというか、最近医局で話題になっているのが予想されなかった原因で死亡した患者さんに対して、剖検を申し出るんですが、剖検を家族が承諾しなかったというのを家族に署名してもらった方がいいのではないかという意見まで出ています。つい先ほどまで一緒に患者の死を悼んでいたというのに急にディフェンシブに契約を持ち出すのは連続性としてどうなのかなと、すなわち医療サービスの中の契約的部分と心を通わせる部分との不連続性というのを気にしています。実際にやっていると急に手の平を返したようにここから先は、となくなってしまって、どうなのかなと。

二上 まさにそこが問題になっているところだと

思いますね。インフォームドコンセントと契約であるというのは大きな意味を持っていて、それがあらゆる場面に適用されていたら、まさに今のようになってしまう。契約ではなくて信頼関係でもいいのではないのかというのが、かなり大きな問題で、僕のまわりでも年輩の医師で「契約というのがどうもわからない」と言う人がいます。僕ら弁護士の世界でも最初に費用を言って契約書を作れというのだけれど、僕も古いタイプだからまだ契約書を作らない、契約になっていないわけです。でもその方が相手の為になるんじゃないかと思っちゃう(笑)。ところが裁判の場面ではこれではダメですよ。

司会 新井先生がおっしゃったように、プレイヤーがいて、ベネフィットがいてジャッジがいる。しかしベネフィットとプレイヤーは契約関係にあるのか、信頼関係にあるのか。本来契約というのは対等の情報があって、いわゆる経済学で言う情報の非対称性がある場合、契約というのは意味をなさないのではないですか？だからサインしろ、署名しろと言っても裁判では通らないのでは？

二上 いや、日本の裁判は少し形式的なところがあるから、署名があるとそれは通りますよ。もちろんそれだけではありませんがね。

篠塚 近くで身近にいる人ほど医者や看護師に同情的でも、滅多に来ないような家族ほど、何かあったときに医者に落ち度があったのではないかと文句を言うてくることが多くて、これはアメリカでも同じような話があって、「ボストンのおじさん」といって、ニューヨークで何かあったらボストンのおじさんが文句を言うて来るとい言葉があるようです。実際にその場での家族と患者さんとの関係以外から訴訟に入ることが多いと感じていて、そこまではどうしようもないと感じています。医療事故を減らす為には薬を減らすことだって必要だし、医療従事者を増やすことだって必要だと思いますが、遠くの親戚が口を出す状況が変わらない限り超えられないこともあるのではないかと思いますね。

二上 今の問題は、患者本人以外の誰の同意を得

てどういうふう医療をすすめるかというシステムが成熟していないから起こる問題でしょう？

高柳 これは新井先生に教えて欲しいのだけれど、これ以上は技術的な分野ではっきりしないままに進歩をさせるなど思うのだけれど、どうだろうか？激しい変化、時間の早さや機材も含めて変化がめざましすぎるのではないか。例えばつい最近まできちんと開腹して手術していた大腸を内視鏡で手術し始めてドジった、なんてことが起こっている。こういうのはしばらく数カ所に留めて、患者本人が納得して是非挑戦してみてくださいとなったところが実績を挙げて教育センターになるというのをしないで一斉に行うというのはどうかと思う。

新井 私もそれはおかしいと言っています。クロード・ベルナルが言った患者さんを診ること全体が実験だというのはそうだけれども、近代的に考えると一般医療として実践できるのと、まだ基本的な実験的段階で確認されておりませんよという段階でも、先に進まなければならない。ネズミとショウジョウバエでやっていたのではだめで、人間でやらなければならない。そのことをやるためにはある条件を満たしたボランティアの方にベストなところでやっていただく。出来ればそういう医療は無料にするべきだというのが我々の意見です。公的な合意に基づいてやるべきで、それを私的なところでいきなりやったらディザスターになる、というわけです。

高柳 何の統制もかからないでみんな挑戦してよろしいという格好になっているのは、一方でむやみやたらと国家が干渉すべきではないとも思うのだけれど、この辺の原則が。

篠塚 それはテクノロジーアセスメントの問題で、例えば検査技術などが進んでいるけれども、最近ではPSAという前立腺癌のマーカーを検診に使っているのかどうかという問題がある。患者さん自身は情報があるから前立腺を調べてくれと言っても、そのあとは針生検しか出来ることが残っていない。患者さんにとって新しい技術や検査法がどこにメリットがあってどこにリスクがあるというのをきちんとアセスメントして実験医

学に留めるべきなのか、必要な医学とするべきなのではないかと思います。

新井 私の意見ではそうなのです。実験というイメージがあるけれどそうではなくて、人間という対象に最大の不確定性を認めた上でチャレンジするような仕組みを持っていなければいけない。米国の場合はNIHを含めてその辺がかなりよく整備されています。日本は厚労省と文部省との間で管轄が違って、大学病院の中でかなり実験的なものをやるならば、そういう場所を大学病院一般ではない形で作れと言っています。医科学研究所の病院はそういうふうにデザインされた病院なのですが、あらゆる大学病院が同じようなものを作り始めるので訳が分からなくなることの繰り返しです。これは日本横並び体制です。アメリカでは国家機構が作る時は一カ所しかない。NIHだったらNIHがあるメリーランド州ベセスターカ所でしかない。あとは大学はプライベートかパブリックスクールかで、これはまた別な話となる。ところが日本は国立横並びと帝国大学意識で「あそこがやるなら全部でやるぞ」となる。すると厚労省と文部省の官僚がぶつかる。これはシステム不全ですね。実験医学という概念にもとづいてシステムをデザインすべきである。薬の開発でもそうだし、新しい医療の「実験的な」といっている中でゲノムの診断もそうですが、再生医療、ES細胞についても遺伝子治療、こういったものを全部それに乗せてやらないと、日本全体の医療システムが混乱する。こういう主張をしているのですが、最近、やっと、実験医療というキーワードでシステムをまとめようという気運が出来てきていますね。

篠塚 それは、医療の支出を抑えるために混合診療のように自費でやる部分と保険を適用する部分を分けたいのではというのと繋がるのではないですか？

新井 そういうものとは違う、もっと実験的なものです。例えば医科学研究所で作っているベッドは百いくつしかないけれど、その内の数十が実験医療のベッドです。患者さんが同意をしてそういう治療を行うと。NIHでもベッド数は何万も

あるけれど、そのうちの一部が実験ベッドで使われる。治検とは少しちがっていて、治検でもフェイズ2-B、3という大規模なテスト段階よりもっと手前の段階です。治検の段階と実験医療のなかでも企業主導の治検と分けて、研究者主導でやるシステムを作るべきであると。ただここにも経済問題と知的財産の問題が絡んできます。この間の技術開発の進歩により、情報が患者さんにも組織的にアクセスが可能なシステムが出来てきている。技術的な進歩、Eメールやインターネットで検索してデータベースがしっかり出来ているから、個人が判断する余地が出来ている。だからやりやすくなっていて今までのように情報は医者と医療チームが独占して、患者側にはわからないという状態ではなくなってきた。もちろん、それに基づいて新たな問題が出てくるけれども、アメリカと日本が異なるのは医療行為に特許を認めるか認めないかという点です。日本はヨーロッパも含めて医療は非営利とは言わないけれども公共的なものであって、医療行為には特許を認めていない。アメリカは医療行為に特許を認める。現在、手術法やノウハウをどうするかということを含めて、日本でも検討しているはず。私自身は医療に特許を認めるべきだとは思っている。これとは別にいかに経済的なインセンティブを付与するか。特許と営利性はイコールではないですよ、この辺の所を整理しなければならぬし、整理はされる方向に進むとは思いますが。しかし日本の場合はいままでは官僚統制で管理され、官僚統制が外れると無制限ということになる。この国はこうした二極分解に進む可能性があって、日本だけではなく、アジアでの役割を考えても、大変もったいないというか。

二上 事故の話で日本の医療事故の質は非常に粗末なものが多いというのがありましたね。一方で日本の医師の質はという話がありますが、本当にそうなのでしょうか。

司会 結局訴訟の仕方個人を訴える、病院を訴える、そこから例えば経済的な賠償を取るというシステムになっているわけです。しかしフランスやイギリスの仕組みのように公的補償をどうするかという組み方をすると随分変わると思っていますね。

先ほど伊藤さんがおっしゃられたように自分の失敗をペナルティとされてしまうのであれば、事故は減らない訳です。いかにより公共的なものとして医療事故を共有するかという方向に持っていくといけないですね。

● 総合的な視点で医療事故問題をとらえる

篠塚 アメリカの医師と話していて感じるのは、アメリカはいろんな人種や階層がいるのに対して、日本では比較的同じような人種で同じような階層を診ていることが多いので、多様な人にどう対応するかという技術をトレーニングする機会が日本の医療従事者にはあまりない。実際には多様化が進んできていますから要求も変わってきているのに、個性への対応のスキルが追いついていないのかなという印象を受けますね。

あともう一つ、日常と非日常といいますか、患者さんにとっては入院は非日常的な行為なのですが、医療従事者からみればそれは日常的な行為でしかも極端に忙しい流れ作業的な日常となっていて、このギャップが大きいですね。もう少し患者さんの非日常の状態に近づける仕事の組み立て方をしないとまずいかなと思うんですね。カンファレンスについて言えば死亡した患者さんのデスカンファレンスやCPC（臨床病理カンファレンス）は医療従事者も非日常的にやるけれども、普通の患者さんの場合は10人を30分で流して行って、せいぜい情報交換程度のことになっている。それを一人の患者さんに10分15分かけてゆったり外来や診療所で診ていた医師や訪問看護ステーションの看護師さんが参加したりするようになれば、日常性を緩和出来るようにできるのではないかなと思いますね。多忙という漠とした言い方ではなくて、何に時間を使って何を共有すべきなのかというコンテンツを明らかにするべきで、抽象的に多忙と言っている間は何も解決しないのではないかなと思いますね。

新井 この討議資料がありますが、それにあわせて整理するといいのかもしれませんが。

先ほど私は未来型の流れを想定して、現在の医療にある問題だけではなくて、医療の本来ある方

向を想定してその中でこれがどういう問題かと考えることです。それで今の確立した医療の中での問題点、未来型の医療の問題点を整理するといっているのではないかなと思います。

高柳 一つだけご紹介します。新井先生が言っているような一つの試みが、千葉大で古在豊樹先生という学長が中心になって、社会学、環境学、薬学、東洋医学、医療経済などがみんな寄ったプロジェクトが、柏の奥でまちづくりと一緒に立ち上がってくるんです（千葉大学環境健康都市園芸フィールド科学教育研究センター）。これにどんな形で僕らは関わったらいいかと思っておりますが、ある意味、切り捨ててしまった過去を復権してみせるというか、違った意味で過去を復権させる。東洋医学をかなりメインにしているようです。新井先生のおっしゃった一対一の関係も含めて、かなり大がかりなプロジェクトのようですね。あれは参考になるかなと考えている。

新井 ここに医療ということが書いてあるけれど、医療法も大きいけれど薬事法による薬の開発の仕方の規制も非常に大きくて、個の医療といった場合、いままでの化学で言っていたタブレット型の薬と、インターフェロンとかインシュリンみたいなタンパク質の薬、これは分子構造で書けますね。それから遺伝子治療もどういう遺伝子が出ているかという基本構造は化学で書けるけれど、だんだん個の医療となってくると自分の細胞やヒトのES細胞をどうするかなんて書けない。薬の概念からはみ出している。

いま、医療法でやるならば医者の裁量でやれというので、免疫細胞治療のクリニックがどんどん出ている。昔の丸山ワクチンの教訓を生かしきれしていない。薬事法でやると未承認薬だから病院から持ち出してはいけないとか、そういう新しい分野を含めると「何を薬と定義するんですか？」（笑）となってくる。そこからどういう事故が発生するのか、とか。輸血についてもあれは医療なのか。薬事法だったら規定できない。グロブリンの化学構造は書けますけれど、赤血球なんて書けませんよ。法制度の問題はすごくいろいろな問題が新たに出てきますので、それを頭に入れておくといと思います。

一人一人の事故を防ぐためには技術をきちんとする、サイエンスをきちんとする。基本的には不特定なことは必ずあるので事故がゼロではなくて重大な誤りにならないようにする方が大事だと思います。全然無謬であるのは何も出来ませんよね。

高柳 何もしないのが一番になってしまう（笑）。

新井 そう。何もしないわけにはいかないのだから、第1層、第2層、第3層と単純なミスを防ぎながら、機能不全の場合でもプロテクションを入れるか。官僚の方が言っていたのは、日本で厚労省が後ろに引けた対応をするのは、日本社会では官僚だけではなく、国がシステムとして患者から訴えられることになる。アメリカで訴えられているのは国ではなくて会社や医者である。訴訟の対象が少し違うのです。なにかが問題になったときに単純に個人や会社の争いという形で終わるのではなくて、そういうことがないようにするシステム、特に補償の体制が必要ですね。特に実験医療を進めようとする際、インフォームドコンセントがあっても必ず何らかの不確定が起こるからそういう場合の救済をどうするか。東大など国立大学の時は、私が医科学研究所長のときは病院長には責任はなく所長の責任です。実際は、文部省が財政的に責任を取ります。これからはそうはいかない。独立行政法人化したのだから大学で出してくださいとなる。お上の一部という感覚は通じなくなる。しかも研究病院は公共的な使命として新しいこともしなければならぬ。そうすると必ず何か起こります、ということにどう補償を作っていくか。そういう点では、未来型のシステムを考えると、儲けるのではなくて、何かに参加してくれた患者さんやシステムをいかに経済的に保障してプロテクトするかというのが大事だと思います。

司会 それはアメリカのメディカル・トライアルのような制度を日本で作って、実験医療の不確定性に補償を行うということで保障されるし、最初の大橋さんのお話にあった国民的な安全を私的な個人や個々のところで背負うだけではなくて、国や第三者機関や私的な民間の営利な部分が資金を出すというのでもかまわないと思いますが、制度として保障するシステムを作らないと医学の進歩

も国民のいのちとくらしも保障できない。そうしないとせまい訴訟合戦になって、医者が悪い、悪いリピーター医師がいるということになってしまう。

新井 それでアメリカでは今、弁護士が悪いという話になってしまっている。

二上 日本はこれから弁護士を増やそうとしている（笑）。

大橋 今の日本の医療制度はなんだかんだ言ってもフリーアクセスというか、自由にかかれるというのはなんとなく安心感があることだと思うけれど、今は医療をやっている側が縮こまざるをえない状況があり、ちょうど分かれ目のところに来ている気がします。第三者機関の設置などは一つの突破口になるのかなと思いますが、一方でそれを押さえつけようという動きもありますね。そこでどういう方向に行くのかという国民的議論をする必要がある気がします。風穴をいかに開けるかですね。

高柳 でかく本質的につかまえて、毎日やることはきわめて小さなことをこつこつ。

篠塚 こういう言い方はいけないのかもしれないけれど、医療よりも比較的単純な交通機関で起こる事故があります。JRや飛行機で起こっていますね。そういうものでさえ、なかなか改善がされない。料金の設定とか人の配置をどうするのかというのは医療と通じるものがあるけれどもなかなか解決しない。日本はどんなサービスにどんな対価を

払って、人件費や教育にかかるお金をまかなうのかとか、人が関わるサービスについてどんなものをいいサービスと考えるかというのがまだ成熟されていないのかなという気がしますね。

新井 医療というと *intervention*、いのちとくらしでいいのではないですか。私も小泉内閣のBT戦略会議のメンバーですが、そのスローガンが「より良く生きる、より良く暮らす、より良く食べる」だったかな？つまり健康で生きるという社会をどう作るのかを、小泉内閣においてもバイオテクノロジー戦略会議を通して一般の社会に理解されなければいけないということで、やっていますね。それをさらに先導して、医療の現場からこうした提議がされたのは価値があると思います。

高柳 民医連はずいぶん立派なことを言いながら、ずいぶんみっともない事故も起こしてきた。これをどう克服するかというのは日本の医療に貢献すると思いますね。そうじゃないですか？

篠塚 民医連が掲げている差額ベッド料を取らないということによって、医療事故が起こるとは思えないけれど、他の医療機関に負けないで医療事故も少なくして、差額ベッドもとらないでやっていくというのは並大抵のことではないので、そのことを職員が自覚する必要があるとは思っていますね。

司会 第1回の中で多くの問題が導き出せたとされています。長時間、ありがとうございました。

(2005年7月25日実施)

【事務局ニュース】1・「シリーズ医療事故問題」ご意見、投稿募集

座談会の事務局討議資料にもあるように、引き続きこの問題を取り上げる予定です。

今回の座談会を読んでのご意見や感想、またこの問題に関する寄稿などを募集します。

・字数の目安：意見や感想＝1,000字程度、寄稿＝10,000字程度

- ・締め切り：2005年10月末日（機関誌13号は11月発行予定）
- ・「シリーズ医療事故問題」と明記し、必ずお名前、連絡先をお入れください
- ・掲載させていただいた方には、薄謝を呈します

医療事故（過誤）座談会 討議資料

1. 問題把握の視点

(1) 医療事故はなぜ問題となるのか？ 医療とはにか。歴史的、時間的起因⇒

①呼称（医療事故、医療過誤、医事紛争、医療紛争訴訟、など）。と認定⇒カルテの位置づけ、医師の資格による位置づけ。

②医療事故の定義（子供とりちがえ、薬害、から死亡まで）⇒たとえば、「医療行為における患者にたいする【たとえば医療従事者、患者、第三者機関の】行為による意図しない結果の発生による身体的・精神的不利益（基本的人権の阻害）の発生」

(2) 医療事故以前

①いつごろから医療事故という概念は認知されたか。
⇒技術限界、不可抗力、人為的原因、

②医療にたいする態度の変化（医師、医療従事者、患者（承諾書から選択へ？）、行政・警察・裁判所、社会）

③医療の安全性、薬の安全性

(3) 医療事故の当事者⇒

①医療機関（病院）、医師、看護師、検査技師、薬剤師、その他医療従事者、

②患者、家族、

③公権力（警察・役所）、

④第三者機関、保険会社⇒どのように医療事故を認定するのか

⑤社会

(4) 医療事故発生のメカニズム

①内部認定⇒医療事故の発生場所（病室、手術室、処置室、その他）、関係者の種類（医師、看護師、検査技師、その他）、基準、

②外部認定（）

③患者訴訟

④その他

2. 医療事故の現状とその対応方法について

(1) 医療事故の処理過程・患者救済過程⇒（医療的対応（治療・死後の技術的・管理的フィードバック）、法的対応（訴訟、裁判、示談）、警察的双方対応、患者家族的双方対応、社会的双方対応）

(2) 医療事故以後、事故予防対応・再発防止化（機関係体制⇒リスクマネジメント、データベース化（情報の共有）、セカンドオピニオン、医療資格更新制度案、E B M, オンブズマン制度、従事者への教育・訓練・法的過程への対応、社会的対応）

(3) 医療事故と患者の権利（物理治療的対応、精神的治療対応、社会的対応、経済的対応、）

①医療の継続

②訴訟による賠償⇒因果関係の証明。危険度の度合い。

(4) 医療事故と医師および医療従事者

①原因はどこにあると考えるのか

②対策の重点はどこにあるのか⇒医療機関の体制、労働過程、経営的要素、社会的要素

(a) 制度的対応⇒いわゆる医療機関の安全体制、マニュアル化、教育訓練、ヒューマンファクター、フィジカルファクター、システムファクター、

(b) 患者・家族への対応。

(5) 医療事故の経済学

①医療機関（医療費、賠償費用、業務費用、対策費用、裁判費用、教育・訓練費用、広報費用、保険費用）

②患者サイド

③国家・社会サイド

(6) 医療事故と法制度

①第三者機関の設置⇒相談、原因究明再発防止、救済、紛争処理、(例スウェーデン・監視局H S A N, オランダ・苦情処理委員会、アメリカ・J C A S H O医療施設評価委員会。フランス・O N I S M全国医療賠償事務局、イギリス・N H S L A →N H S訴訟局)、国・自治体による、または自主的・独立機関による？

②医療法薬事法その他の規定見直し。

3. 医療事故対応のあるべき姿とは

(1) 医療機関および医師・医療従事者

(2) 患者

転載：

NISTEPREPORT No.96『科学技術の中長期発展に係る俯瞰的予測調査 注目科学技術領域の発展シナリオ調査報告書』（2005年5月 科学技術政策研究所）pp236-244

個人のニーズに対応する新規医療

新井 賢一

1. 現状分析

(1) 還元的アプローチによる医科学と規格医療の展開

生命機能は、内因（共通の生命過程と個人の特性）と外因（社会基盤を含めた環境）の相互作用により規定され、人間の健康を把握するには、内因と外因の総体を記述し、環境に対する個体応答を解析するためのツールを持つ必要がある。19世紀後半には、病因論では、ウイルヒョーの細胞病理学とパスツール・コッホの病原微生物学がその手段を提供したが、メンデル遺伝学は、病態解析には取り入れられなかった。20世紀初頭に1遺伝子1酵素仮説を唱えたギャロッドは、遺伝子がヒトの病気に関連することを示唆したが、その実体は不明であった。ベルナルは、19世紀中頃に「個々の患者の診療を通して医師は実験をしている」という実験医学の概念を提唱した。しかし、遺伝子という生命の共通語を用いて、個人の特性を把握し、ゲノム情報に基づいて、診断・治療・予防・健康のプロセスを俯瞰することは、分子生物学と遺伝子組換え技術を手にした1980年代になっても困難であった。

20世紀の生命科学では、物理化学と還元的アプローチにより、生命の物質・エネルギー・情報過程が対象となり、遺伝学と生化学の学理にもとづいて、細菌、酵母、線虫、ハエ、カエル、マウスなどのモデル生物を用いて、生命の共通性の研究が主流になった。医学に源流をもつ、解剖・組織学、感染・免疫学、生理学・内分泌学なども、医学から相対的に独立し、独自の体系を築くことにより、生命科学の知識獲得と人間の医学の乖離が

進んだともいえる。その過程で、まず20世紀前半には化学をツールとする製薬企業、後半には遺伝子工学を駆使するバイオテックベンチャーが登場し、医薬品として低分子化合物・蛋白質を開発した。30年代には、代謝学と薬理学を基盤に医薬品ターゲットが明らかになり、規格化・大量生産・標準化を特徴とする、製薬企業と化学医薬・化学医学が発展した。50年代のデジタル情報の分子生物学と70年代の遺伝子工学は、バイオテック企業と蛋白質・抗体医薬品を生み出した。さらに、細胞内外のシグナル伝達ネットワーク研究と分子薬理学の展開により、新たな受容体創薬のターゲットが明らかとなり、低分子化合物・蛋白質・遺伝子医薬の宝庫となっている。20世紀の医療産業の特徴は、医薬品の開発の対象として、多くの人々に有効であり、大量生産に適した、規格化できる共通製品がめざされたことである。

(2) ゲノム医科学と個人医療の胎動

こうした状況は90年代になり大きく変化した。ゲノムプロジェクトを通して、究極のモデル生物ともいべきヒトが対象となり、ゲノム科学と医学が結びつくゲノム病理学の時代に入り、生命科学の知識獲得と人間の医学の融合が進みつつある。こうした変化の多くは技術開発の進展によりもたらされた。70年代には、ヒトゲノム解析は1千年かかると予測されたが、20年後には1千倍加速され1年のプロジェクトとなり、現在のデータベースが構築された。その結果、ゲノムの共通性とともに、ゲノムの多様性・個性も解析できるようになり、「個々の患者の診療を通して医師は実験をする」というベルナルの予言は、個人の特性に対応するオーダーメイドの新規医療として現実の

課題となってきた。さらに解析速度が1千倍加速すれば、ゲノム解析は1日仕事になり、現在の中央検査室における酵素診断のように自動化されるかもしれない。時間、情報、コスト等の量的指標は、我々の思考範囲に影響を与える点からも、解析ツールの技術開発は、個人医療の展開を規定する要因である。現在、世界各地で、ゲノム・SNP情報と患者の臨床情報を結びつけるゲノム・蛋白質・細胞の公的なバイオバンクを構築し、ゲノムデータベースと合わせて、個人のニーズに応えるデジタル医療を進展することがめざされている。21世紀医療として、ファルマコゲノミクスにより薬の副作用を回避する個人のゲノム診断、個人に適合した免疫細胞治療、ライフスタイルを指導するゲノム健康科学などのオーダーメイド医療が展開しつつある。情報科学と物理・化学が融合するナノ科学にもとづき、生命システムのデジタル・アナログ変換の研究も進んでいる。BT・IT・NTの融合による、診断・治療・予防に役立つ新たな機器開発は、個人ニーズに対応する新規医療サービスに貢献することが期待される。

(3) 創薬プロセスとダーウイン選択の制約

解析ツールの技術開発により、多くの情報を手にすることが出来るが、これには大きな制約があることも事実である。例えば、高速自動塩基配列決定装置やX線回折・NMR等の優れた解析ツールを用いれば、ゲノム情報と蛋白質の立体構造に関する情報が速やかに得られるが、あるデジタルな配列情報から、どういう立体構造が作られ、どういう機能が生じるのかを予測すること、すなわち機能予測にもとづく分子設計はまだ出来ない。ゲノム創薬により、ゲノム情報に基づいて特定の機能を設計できるならば、それは究極の個人医療に道を開くものであるが、その点では、現在の科学技術は、ゲノム創薬を通して個人医療を実現する段階にはまだ達していない。これはまた、現在の創薬プロセスを規定する要因ともなっている。ゲノム情報にもとづいて蛋白質の構造を予測し、リガンドとしての機能を持つ医薬品を分子設計することは、理論創薬の目標であるが、それには大きな制約がある。現在は、リード化合物のライブラリーを準備し、それをハイスループット(HTP)

でスクリーニングするダーウイン的なランダムな選択の方法が主として用いられている。セントラルドグマによれば、生命系におけるデジタル情報の流れは、DNAからタンパク質へ一方向的に進む。もし機能を持つ蛋白質を設計することが出来るならば、セントラルドグマを逆向して、蛋白質情報にもとづいて人工的に遺伝子を設計することが可能となる。

(4) 高次機能の医科学と新規医療

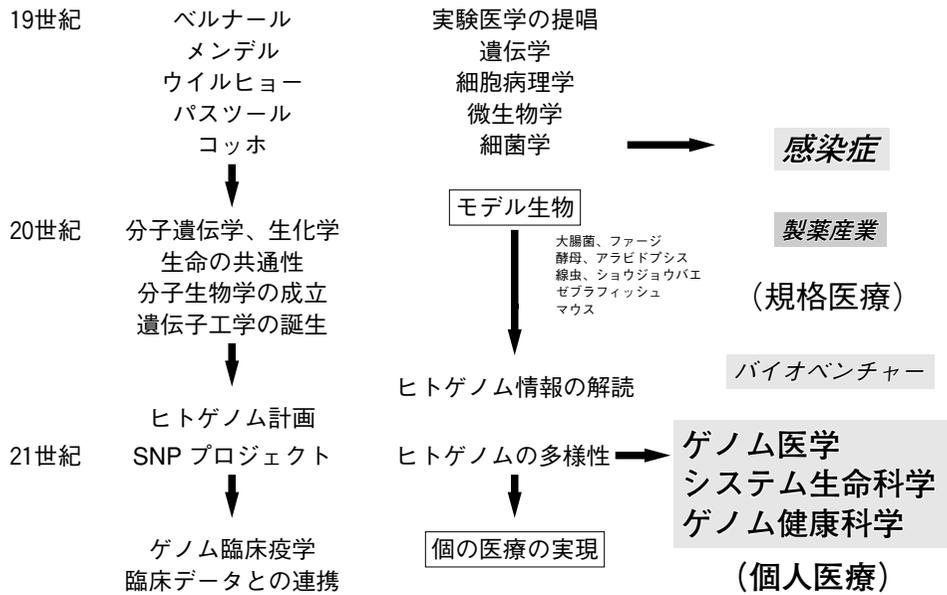
DNA・RNA・タンパク質のデジタル変換で、DNAのコピーはエラーを校正する仕組みを持つため忠実度が高いが、DNAからRNA・タンパク質への変換は通常は化学反応と同様に間違いを起こす。また、「氏と育ち」のように、ゲノム設計図と環境との相互作用による、ゲノム構造の修飾、すなわち体細胞のエピゲノム変化にもとづくクロマチン構造の変換も、遺伝情報の発現制御の要因である。さらに、RNAや蛋白質の質的・量的に制御する上で、合成を支配する遺伝情報制御とともに、タンパク質・RNAの分解制御も重要である。これらの問題は、生殖細胞・体細胞を用いるクローン技術、変異により免疫系の支配を回避するRNAウイルス感染、蛋白質の品質管理の異常による変性疾患、などの医学的問題につながっている。さらに、個人のニーズに対する新規医療として、再生医療、ストレス・心のケアの分野では、発生・分化・加齢、脳科学などの高次機能に関わる広大な領域が開けている。21世紀の個人医療は、デジタル医学、次世代の生命科学の展開、診断・治療のツール開発、等に大きく依存しながら展開してゆくだろう。(図1、生命科学と個の医療・医薬品開発の流れ)

2. 今後10—30年程度の発展シナリオ

(1) 創薬ターゲットの拡大と製品化のパラドックスの克服

これまでの創薬シーズ、リード化合物、バリデーション、ヒット、動物実験、前臨床、臨床開発などの一連の過程からなる医薬品開発システムは、主として低分子化合物を対象に整備されて来た。

図1 生命科学と個の医療・医薬品開発の流れ



HTP スクリーニングによるダーウィン選択により、リード化合物のライブラリーから目的に適合するヒット化合物を選ぶわけである。ランダム選択にもとづくため、当然、ヒットの確率は低く、リード化合物が医薬品になる確率は5千分の1、臨床開発における治験の第1相、第2相、第3相の通過率は、それぞれ20%、20%、50%、リード化合物が医薬品になるまでに約12年はかかると見積もられている。1千人の患者に1人、1百万円の費用で、第2相の臨床試験を行う場合、最小限10億円は必要であるが、治験の成功率が2%ならば、500億円かけて、やっと一つの薬が開発できることになる。知識産業としての創薬は、現状では極めて低効率でハイリスクの産業であるといわざるを得ない。この状況に加えて、幾つかの要因が、創薬プロセスのあり方に影響を及ぼしている。その一つは、個人のニーズに応える新規医療の展開であり、もう一つが、ゲノムデータベースの整備にともなう創薬ターゲットの拡大である。

この10年余で、これまでの低分子化合物にとどまらず、蛋白質・抗体医薬、遺伝子医薬、RNA 医薬、アプタマー・ペプチド医薬、細胞医薬など、薬の概念が拡大するとともに、こうした薬をどのように標的部位に導入するかというデリバリーが

課題となって来た。またゲノム情報データベースの整備により、これまで5百余个であった創薬ターゲットが、可能性の段階ではあるが1万以上に飛躍的に増大した。こうして、薬の開発の選択肢は、低分子、蛋白質、抗体、遺伝子、細胞医薬など質的にも、創薬ターゲットの数の増加により量的にも、拡大した。しかし最近の特徴は、ゲノム知識と創薬標的の拡大とは裏腹に、新規薬品の承認数が減り、薬の開発費用が高騰し、現象的には、ゲノム情報の供給によって医薬品の開発に、より金がかかるようになったことである。すなわち、ターゲットリッチではあるが、実際に薬になるものは少ない状況が生じている。これは、幾つかの要因が寄与している。それは、1) 規格医療に基づく現在の創薬シーズのスクリーニング過程の問題、2) 個人医療に対応する、新たな創薬システムが未構築であるという問題、である。今後、標準化された規格医療に基づく医薬品と、個人医療に対応する医薬品が、どのようなバランスで開発されるかは予測することは困難であり、また両者は、必ずしも明確に分離できるものでもないが、製薬企業、ベンチャー、医療機関としては検討すべき課題である。

(2) 創薬プラットフォームの効率化

創薬ターゲットは増えても、市場に出る新たな医薬品が減少しつつあることは、現在の創薬過程に、細胞・個体レベルで、創薬シーズが、実際に医薬品に成り得るか否かを効果的に検証するシステムが欠けていることが反映している。したがって、従来の創薬システムに依拠したまま、新規医薬品の開発をめざして、全ての可能性をトライするならば、貴重な資源を浪費する危険性がある。ゲノム科学がもたらす創薬ターゲット拡大という可能性を組み尽くすためには、低効率でハイリスクな従来の創薬過程を変革することが求められている。これは、発見から開発医療へのトランスレーショナル・リサーチ (TR) と創薬プラットフォーム、さらにはクリティカルパス (CP) の構築など、創薬プロセス全体を見直して、先端医療と医薬品開発をめざして創薬シーズと創薬ツールをネットワーク化する必要性が、欧米でも広く認識されつつある。

(3) 分子進化による選択加速とリバースゲノミクスによる分子設計

創薬プロセスの効率化には、二つの段階での改善が求められる。第1は、リード化合物の選択の過程、第2は、ヒトにおける臨床試験の過程である。

前者は、リード化合物からヒットの選択の過程を効率的に行うことである。動物実験や臨床試験に入る前に、リード化合物を、出発点で10倍から50倍位、濃縮することにより、5千分の1という低確率を改善し、時間と費用を、飛躍的に短縮することが可能となる。そのために、RNAを用いる SELEX はじめ様々な進化工学の方法が試みられている。ダーウィン選択のプロセスを加速するアプローチと並んで、分子設計にもとづく理論創薬のアプローチも試みられている。蛋白質の立体構造の予測にもとづいて、リガンドとしての医薬品の化学構造を分子設計することによる、リバースゲノミクスの方法である。

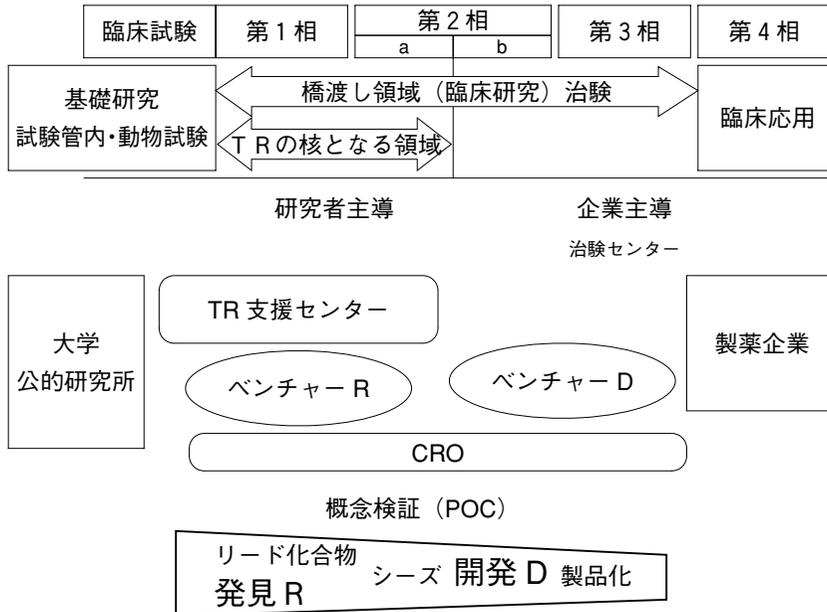
(4) 個体レベルの創薬シーズの検証システムの構築

第2は、臨床試験の過程である。創薬シーズの検証に関する困難は、物理化学と還元的アプローチに依拠する、これまでの研究開発方法に内在する制約とも関連する。従来の方法では、複雑な分子集合である細胞から、特定の機能を指標に純化した単品の分子を試験管内で再構成し、相互作用を解析し、標的を検証して来た。しかし、細胞・組織・器官からなる個体は、純化した試験管内での再構成系とは異なる、遺伝子・蛋白質ファミリーの似た者同士が共存する複合系である。試験管内で検証された知見にもとづく創薬シーズやリード化合物の多くが、動物やヒトの個体レベルでは、そのままでは再現されないことは、ある意味では当然ともいえる。これからは、不純・類似品の存在を前提に、細胞・組織・器官等に区画された複合社会で、創薬シーズを検証するための統合的アプローチが必要とされる。知識発見と医薬品開発という双方向の往復過程において、還元的アプローチはいわば片道切符であり、試験管内で検証した現象を、細胞・個体レベルで検証するためには、往復切符が必要である。創薬がハイリスクであることは、片道切符である還元的アプローチに内在するものであり、復路にあたる、先端医療や創薬のための個体レベルでの検証システムが未熟であるところに由来するものである。TR や CP のプラットフォームもこのような視点からデザインすることが必要である。特に、前臨床試験・動物実験と、臨床試験の第2相 b、3相の大規模試験の間に位置する臨床試験の第1相の安全性検定、第2相 aの少人数による有効性の検定、を効率的に行うことが課題となる。(図2、医薬品開発の現状と課題)

(5) タテ・ヨコの統合によるシステム医学の展開

今後30年は、ゲノム情報に基づくデジタル医学と、環境に応答して、分子、細胞、個体レベルで高次機能を制御するアナログ医学を包括するシステム医学が展開すると予測される。ゲノム情報を駆使するデジタル医学をベースに、高次機能を制御するアナログ医療を開発するには、分子、細胞、個体レベルでのツールや還元的アプローチと共に、多因子解析、表現ネットワーク、統計的

図2 医薬品開発の現状と課題



解析などの統合的アプローチが必要とされる。そのためには、1) 分子レベルのゲノム病理学から、細胞・組織・器官レベルの病理学、さらには個体病理学へと向かう縦の統合を進め、個体から分子へ、分子から個体へと、双方向のアプローチを再構築する、2) 環境と個体の相互作用をシステム医科学として横のレベルで統合し、エピゲノム医学、環境医科学、統合医科学の体系を構築すること、3) 創薬シーズを個体レベルで、科学的・合理的・効率的・倫理的・安全に検証するための創薬プラットフォームを構築する、等が課題となる。ゲノムデータベースと臨床データベースを連結することにより、SNPなどの個人情報ゲノム診断に応用することが可能となり、薬の副作用を回避して、医療費の削減と個人のQOLを高めることができる。また、これまでは、個人の遺伝的特性を考慮に入れずに、治験を実施して来たために、有効、無効、副作用が混在するヘテロな集団に直面した場合には、治験を中止せざるを得ないことが多かった。今後は、SNPなど個人の遺伝的特性もとづいて対象集団を判別し、副作用を回避することにより、創薬シーズを再評価し、医薬品開発効率を向上することが期待できる。これらは、デジタル医学による個人医療への貢献の一例で

ある。また、ゲノムデータベースを細胞バンクと連結することにより、細胞移植や幹細胞治療などアナログ医学での個人医療に貢献することも期待できる。

(6) 個人のニーズに基づく新規医療を誰が開発するのか

これまで、低分子化合物の医薬品は、主として化学をツールとする製薬企業が開発を担当してきた。蛋白質・抗体医薬は、バイオテックベンチャーがインキュベーションから臨床につなげる段階までの開発を手がけた後、提携により創薬の最終的な担い手である製薬企業が開発を担当するケースが多かった。創薬シーズが大学やベンチャーにあるかどうかに関わらず、これらの化学医薬、蛋白質医薬に共通する特徴は、規格化・大量生産・標準化が可能であり、最終的な製品化の担い手としては、従来型の製薬企業が適していた。SNPなどのデジタル情報を活用する、個人の特性に基づく新規医療においても、薬の使用の診断は医療機関が担うとしても、薬の開発そのものは製薬企業が担当するだろう。しかし、遺伝子治療・細胞治療では、個人の特性に依存することが多く状況は異なる。大量調製が可能である、共通 (ユニバ

ーサル)の遺伝子・細胞を用いる場合でも、標的へのデリバリーには、医療行為と重なる部分が多く、その実施には、病院・クリニックが必要である。また、個人の特性に応じて、特定の配列を持つ遺伝子や、特定のマーカーをもつ移植可能な細胞を、オーダーメイドで調製する場合には、規格化・大量生産・標準化を指標に製品化を進めて来た製薬企業とは異なる事業形態が必要とされる。個人のニーズに基づく新規医療を進めるためには、創薬シーズから開発医療へ、そして事業展開につながる新たな仕組みが求められる。臨床開発をめざすベンチャー、CRO、研究者・医師、クリニック等が協力して、個人のニーズに対応する新規医療の臨床試験を効果的にすすめるための、新たなTRプラットフォームが必要とされる。

(7) 個人医療にもない生起する諸問題の社会的合意の形成

個人のニーズにもとづく新規医療は、基本的には個人の自由な選択にもとづいて進められるべきものである。しかし、それは個人を越えて、社会的、経済的な広がりを持つ様々な課題に直面する。個人情報の開示では、情報を知る権利とともに、知らないでいる権利をどのように保証するか、公的なゲノム・細胞バンクとともに、個人・ファミリーバンクの設置とその事業化をどのように進めるか、個人医療における知的財産、個人のゲノム・細胞の所有権、新規医療と特許、などの課題がある。生命倫理においては、ゲノム・体細胞操作や生殖医療についての進め方には様々な見解がある。様々な見解が存在するこれらの問題に、個人の選択を尊重しつつ、社会的にどのように調和をはかってゆくのか、合意形成の仕組みが求められる。

3. 日本のとるべきアクション

(1) 還元と統合による個人医療開発システムの構築

19世紀後半における医学の課題の多くは「病因がわからない、そして、なおらない」という状況にあったが、100年後の現在は、「病因も病態もわかった、しかし、なおらない」ものが多い状況にある。これを今後、なるべく速やかに「わかった、

そして、なおった」状況にすることが目標となる。また、何をもって病気とし、何を指標に健康とするかという、ゲノム健康医科学にもとづいた、病因論、健康観、疾病観をもつことも必要であり、個人が、社会・自然と調和して健康に生活できる環境を整備すること、病気にならないための予防医療に重点を置くことが前提となる。また、先端医療分野では、多くの人々に共通する普遍医療と、個人のニーズに対応する新規医療が、重要な位置を占めることが予測される。こうした認識に基づいて、個人のニーズに対応する新規医療に対応する研究開発・医療システムを構築することが課題となる。日本は、近代化にあたって、それまで主流であった中国等の東洋医学から離れ、還元的アプローチによる欧米の科学と医学を導入した。それ以来約150年が経過したが、現状分析と発展シナリオで述べた状況の多くは、欧米と日本に共通する。しかし、日本の医学研究・先端医療開発システムには欧米とは区別される幾つの特徴があり、それが、今後、日本がとるべきアクションプランに特有の課題と色調を与えることになる。例えば、日本の診断・治療・予防体系と、先端医療・医薬品開発システムの特徴として、1) 診断では、ゲノム情報、疾患情報、症状把握等において臨床統計的手法が欠けていること、診断情報の価値が軽視され、治療偏重に陥りやすいこと、2) 治療では、薬物治療に偏り、個体の多様性に対する統計学的手法の導入が不足しており、医薬品の副作用を回避するための有効な対策が取られていないこと、3) アメリカのNIH、FDA、CDCのように、研究開発、安全性検定、予防を行う組織、いわば、選手と審判が明確に分離されていないこと、4) 大学における知識発見と製薬企業の医薬品開発をつなぐ、GMPレベルの製造施設を持つ創薬プラットフォームなど、研究者を支援するトランスレーショナル・リサーチシステムが構築されていないこと、5) 創薬シーズの探索と医薬品の臨床開発、すなわちRとDをつなぐ創薬ベンチャーが未発達であること、6) CROはじめ製薬企業主導で行う治験を支援する体制が未発達であること、7) 先端医療などの医療行為に知的財産権を認めていないこと、等である。これらの特徴は、標準化に適した先端医療や革新的な医薬品

の開発のみならず、個人のニーズに基づく新規医療を進める上での制約条件となり得る。また、近代医学にもとづく高度な先端医療の普及と並んで、多くの人々が、伝統医学にもとづく治療法を取り入れていることも特徴である。東洋医学は、多成分からなる医薬品の複合機能を、人体というデジタル・アナログ変換複雑系、との相互作用を通して統合的に解析する試みであり、歴史的に長期にわたる経験の蓄積がある。ゲノム情報を活用し、東洋医学で用いられる医薬品の複合成分を還元的方法・統合的方法により解析し、有効成分の検定を進めることは、今後の課題である。

(2) 政策課題

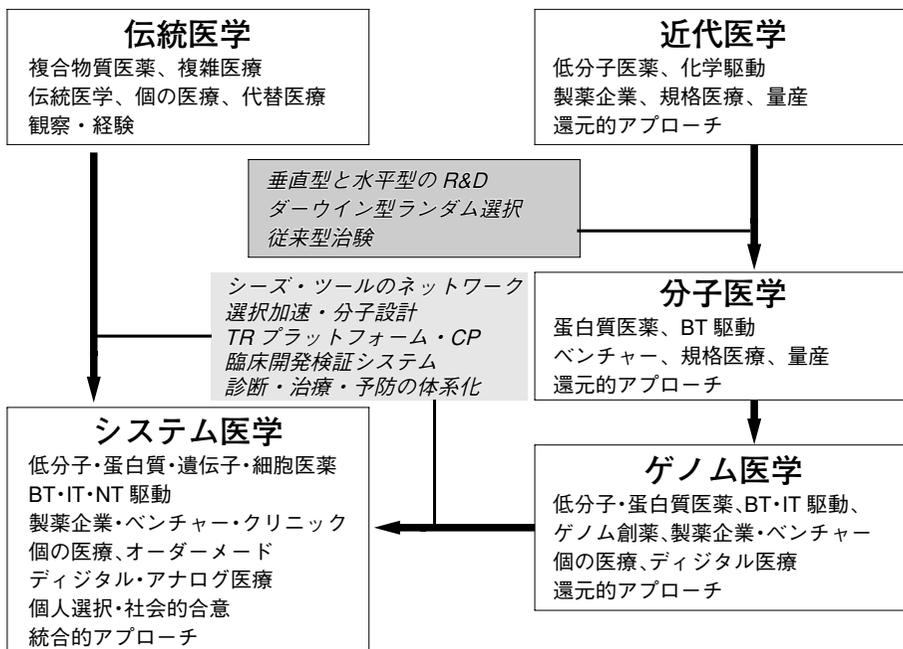
個人のニーズに対応する新規医療を推進するために考慮すべき諸条件を列挙すると、デジタル情報（ゲノム・プロテオーム、SNP 診断）、メタボローム情報、ゲノム創薬（分子標的・分子設計）、創薬ネットワーク（シーズ・ツール）、治療選択（低分子・遺伝子・蛋白質・抗体医薬・RNA 医薬・細胞治療・再生医療）、個人医療（個人情報・オーダーメイド医療）、臨床開発（TR・CP・CRO、治験、被験者選択）、予防医療（健康食品・機能性食品）、統合医療（代替医療・東洋医学）、

生命倫理（ゲノム・体細胞操作・生殖医療）、バイオバンク（ゲノム・細胞、公的・個人バンク）、知的財産（医療と特許）、情報公開（知る権利・知らない権利）、医療経済（医療行為と産業化、保険）、医療産業（ベンチャー・製薬企業・CRO）、医療行政（安全性・リスク評価、日本版 NIH・FDA・CDC）などがあげられる。これらの項目は、規格化され得る先端医療の推進にも共通するものが多い。さらに個人のニーズに対応する新規医療を推進する政策課題としては、1) システム医科学・システム医療の推進、2) ゲノム健康医科学に基づく診断・治療・予防体系の構築、3) 情報に付加価値を認めるシステム医療制度の構築、4) 研究開発の競技者の自立性の尊重と審判としての行政の役割の徹底、5) 医療における知的財産の尊重と特許の迅速な審査、6) 個人医療の臨床開発システムの整備とベンチャー・CRO・クリニックの役割、7) 個人医療における自己選択の尊重と社会的合意の形成、等があげられる。

(3) 実現のためのプロセス

さらに、個人医療を実現するためには、1) オーダーメイド医療支援プラットフォーム（ゲノム情報バンク、細胞バンク、疾患情報データベース）、

図3 個人のニーズに対応する新規医療の展開



2) 創薬シーズ探索インキュベーター、3) 臨床開発支援プラットフォームとCRO、4) 創薬ツールネットワーク、5) 臨床開発検証システム、6) 個の医療を支援する医療特区、7) 個の医療を支援する保険制度、等の整備が求められる。(図3、個人のニーズに対応する新規医療の展開)。また、個の医療を、欧米とともに、アジアと連携して進めることは重要である。アジア地域は、その人種の多様性においても、歴史的・文化的にも日本とのつながりが深く、個人のニーズに対応す

る新規医療を推進するための諸条件を共有する。これらの政策課題をアジアと連携して進めることにより、アジアにおける生命・医科学・バイオテクノロジーのプラットフォーム構築し、先端医療と新規医療の新たな市場を開拓することにも貢献する。

(東京都臨床医学総合研究所 所長 あらいけんいち)

【研究所ニュース】 2・非営利・協同セクターにおける社会的企業研究会が11月に『市民国際フォーラム』を開催予定

今年4月から非営利・協同セクターの各研究所や個人が集まって「社会的企業研究会」がスタートしました。これは、2004年11月にフランスで開催された社会的経済モンブラン会議に、法政大学の粕谷信次教授他が参加し、その報告を受けて、日本でも社会的経済(非営利・協同)セクターが広く結集する場が必要だということを確認して、まずは研究会(勉強会)から始めることとなりました。これまで毎月1回研究会が開催されました。第一回(4月)「EUの社会的企業」(石塚秀雄、非営利・協同総合研究所のちとくらし)、「ヨーロッパ社会的企業・非営利セクター研究会議報告」(佐藤芳久、生活経済政策研究所)、第2回(5月)「イギリス社会的企業論の現状」(山口浩平、生協総合研究所)、「障害者の就労と社会的企業」(花田昌宣、熊本学園大学)、第3回(6月)「連帯経済の意義」(北島健一、松山大学)、「ワーカーズコープ連合会と労働者協同組合連合会の法制化運動の現段階」(藤木千草・金忠紘子<WNJ>、菅

野正純・島村博<労協、協同総研>、第4回(7月)「公益法人改革の現状とNPO-制度面から」(山岡義典、日本NPOセンター)、「NPOと日本での社会的企業-運動面から」(山岸秀雄、NPOサポートセンター)、第5回(8月)「中央ろうきんのNPO施策から見た現状と課題」(山口郁子、中央労働金庫)、「ヨーロッパにおけるソーシャル・ファイナンス」(重頭ユカリ、農林中金総合研究所)。

この研究会の事務局機能は、市民セクター政策機構が担当しています。この研究会は、従来、比較的バラバラに活動している協同組合セクター、NPOセクター、労働者共済セクター、市民運動セクターなどが、非営利・協同セクターとして、一緒に共通の課題を勉強していこうとするものです。また11月27日には、フランスのT. ジャンテ(フランス共済組合MACIF基金理事他)を招待して、青山の国連大学会議場において「社会的企業市民国際フォーラム」を開催する準備を進めています。

スウェーデン

1. 患者による訴え

患者が治療に不満が有る場合には、①病院マネージャー（患者オンブズマン、患者サービスマネージャー、病院管理特別代表など）、②医療サービス行政窓口、③患者助言委員会に訴えることができる。

2. 患者の医療被害に対する賠償

県当局および医療機関は、医療機関に責任があるなしに関わらず、患者の医療事故について賠償を行う。1997年以降、医療機関は、保険期間を通じて、医療過誤について賠償する義務を負った。賠償請求をする場合は、患者保険組織（一般医療はPSR）に申請書にもとづき申請する。PSR患者苦情会社（県が運営する相互保険会社の管理下にある。1997年法律に基づき発足。1997年申請数8,174件、2004年8,938件）。

そのほか民間歯科医協会、患者保険協会、医薬品保険会社など。

3. HASAN（医療過誤評価全国委員会）

HASANは、医療従事者に関して裁判所的な役割をもつ公的機関である。しかし、金銭的な賠償の是非については関与しない。医療従事者が過誤をした場合に、HASANは矯正措置をとる。HASAN委員会は9名により構成される。議長は法律家であり、そのたのメンバーは各種医療サービス専門家である。

患者またはその家族はHASANに対して苦情を訴えることができる。または弁護士を立てることもできる。全国医療福祉委員会（政府機関）、議会オンブズマン、法務大臣もまたHASANに申し立て申請ができる。申請書に記載する事項は、手術、治療、介護の詳細、場所、過誤を犯した人

物名、過誤と判断した理由などである。有効期限は問題の事項が発生してから2年以内。申請書は基本的に公開が原則される。またHASANの決定も公開原則である。その他、医療上の秘匿規則が適用される。

申請書は、過誤を犯したとされる人物にも回される。彼等は弁明の機会が与えられる。申請者は、その弁明に対して反論する機会が与えられる。HASANは申請患者の診療記録を取得する。調査の過程で、申請者にさらに詳しい説明を要求する場合がある。その際、患者は申請を取り下げても良い。申請書が採用された場合、医療専門家が内容をチェックし、決定を出す。HASAN議長が医療専門家の答申を受けて決定する場合もある。決定は、申請者と過誤があると訴えられた両当事者に送付される。両当事者は決定に不服の場合、通常3週間以内に控訴できる。

フランス

1. 医療被害補償の基本的考え方

公共医療法の中で、医療治療被害補償に関して「患者の権利および医療の質」にかかわる法改正（2002年3月4日）。2005年1月より施行。2004年8月13日法「医療保険法」改正。

医療被害に関して「医療責任」法の改正（2002年12月30日）。患者が被害を受けたときには、基本的に補償を行うという考え。その区分は、基本的に①医療事故、②医原性病気、③伝染性病気の3種類に区分している。また強制的ワクチン被害、実験医学医療被害なども含まれる。医療提供側に過失がない場合でも国民的連帯という考えに基づいて、地方医療事故補償委員会が専門家による評価審査を両当事者に行った後に、委員会の判定（一般的に月1回の開催）によって補償する。過失が有る場合は医療従事者または医療機関施設が加入する保証者（保険者）組織が補償を行う。被害者は各地の医療事故補償委員会に申請をするか、もしくは裁判に訴えることにより補償を求める。裁

判と委員会への申請を同時に行うこともできる。補償委員会の財源は社会保障基金から拠出され、医療専門家保険組織からの拠出はない。補償申請のうち、補償が認定されるのは約4割程度であり、内容が軽度のために却下されるものが多い。補償内容は、①身体的活動不能、②所得不能への補填、③慰謝料など心身被害、④死亡などに大別され、それぞれ、程度と年齢による基準額が決められている。「医療被害」に関係した医療従事者の取り扱いについては、あらたに同法立改正により、医療事故全国委員会（CNAM）が、保健省、法務省などにより設置された。その構成は、25名で、委員長（政府代表、）医療専門家5名、利用者代表4名、学識経験者16名である。

2. 医療治療事故保障関連法律の中身の要約

I. 医療専門家の責任

A. 過失責任

1. 民事責任と行政責任： 医療上の過失による責任以外は、医療従事者と医療施設は、その行為による損害について責任はない。過失の評価は法律上および行政上行われる。したがって、本法は、被害患者の請求の内容についていかなる制限をつけるものではない。

2. 刑事責任： また、本法は、医療従事者の過失、安全不履行、危険行為、薬品事故などの場合について、刑事責任を問うものではない。刑事責任は、医療上の秘密保持の違反、安楽死について問われる。刑事責任の中身は、医療従事者の過誤が有る場合の医療被害者による手続きにもとづく。刑法を参照のこと。

B. 無過失責任

1. 医療行為： 最高裁判所が取り扱う。過誤責任について審議。

2. 医学的感染責任： 医療機関が病理感染責任を負う（1998年5月6日付政令第88-657号に基づく）。病理感染対策委員会（CLIN）の管轄下で行う。最高裁判所がとりあつかう。

3. C型肝炎

II. 責任補償義務

A. 被保証者の義務： 被害者が直接、保証

者（保険者）と交渉するものとする。

B. 保証者（保険者）の義務

1. 補償条件： 補償金額に問題がある場合は、価格局が介入して決める。政令によって自由診療医師が支払う保証金上限を決める。
2. 提供手順： 保証者（保険者）はCRCI地方委員会から通告があつてから4ヶ月以内に保証金を支払う。被害者は通告に不満の有る場合は訴えることができる。その場合、保証者は通告賠償額の15%を地方委員会に供託しなくてはならない。
3. 保証者の撤退： 保証者だけが全部負担することが困難な場合があるので、それを避けるために、ONIAMが一部負担するなど、方策について保健省が医療保険業界、共済組合などでの責任分担について協議を行っている。

III. 治療上の不運についての補償

A. 補償の条件

1. 補償条件の定義： 治療上の不運とは、医療従事者と医療施設に責任がなくて発生したものである。
2. 医療結果の重大性の範囲

B. 補償の手順

1. 専門家による情報義務： 被害者は被害に関わる情報を医療従事者と医療施設から、請求して2週間以内に得ることができる。
2. 補償調停地域委員会（CRCI）の役割： 医療制度の利用者と専門家により構成される。
3. 鑑定手続き
 - a. 鑑定専門家の選択
 - b. 鑑定の対立的性格

IV. 医療事故全国事務局による補償

- A. 欠席保証者に代わっての補償： 保険者がいない場合、補償金額が上限を上回る場合、保険者が提案を拒否した場合。
- B. 国民的連帯の名前による補償

3. 医療事故補償全国委員会 (ONIAM)

3-1. 構成

フランス全土を4つに分けて地方委員会 (C R C I) がある。パニョレ地方 (フランス中西部、パリ、ノルマンディー、ブレターニュなど)、リヨン地方 (南東部アルプス、ブルゴーニュ、オーベルニュなど)。ボルドー地方 (フランス南西部、リムーザン、アキテーヌなど)、ナンシー地方 (フランス北部アルザス・ロレーヌ)。各地方委員会 (C R C I、全国23カ所) は各地方医療社会保障局 (D R A S S) および各地方自治体と協働している。

●ONIAMの委員会の構成：

委員長 (政府代表)、民間医療専門家6名、公的医療機関代表4名、利用者代表8名 (患者団体など)、一般専門家7名 (法律家など)、医学専門家8名。

●ONIAMの予算： 年間7,000万ユーロ (2002-2004)

●ONIAMの2004年と取り扱い件数

受付申請件数	3,553件
そのうち審査対象指定件数	1,226件 (100%)
ONIAM(CRCI)補償件数	209件 (17%)
保証者補償件数	255件 (21%)
却下件数	544件 (44%)
再鑑定要請件数	152件 (12%)
その他	66件 (5%)

●裁判所取り扱い件数 191件

3-2. 賠償の方式

- (1)被害者は医療事故補償調停区域委員会に申請する。
- (2)6ヶ月以内の審査。
- (3)医療従事者に過誤ありと判断された場合⇒保証者との交渉 (保証者が交渉拒否の場合は、被害者は再度委員会に申し立てできる。また保証者は過失無しと主張した場合も差し戻しされる)、4ヶ月以内に保証者より提案 (提案拒否の場合には裁判に)、1ヶ月以内に補償金支払い。
- (4)医療者に過誤なしと判断された場合⇒全国補償委員会 (ONIAM) に。4ヶ月以内に提案 (内容拒否の場合は裁判に)、1ヶ月以内に補償金支払い (その後、過失ありと判断されたときには委員会が再交渉を行う)。
- (5)補償される損害⇒主として①恒久的障害・不能 (たとえば10歳男子で最高95% (最低5%) の評価の場合、432,036ユーロ、40歳男子の場合同じく277,546ユーロの賠償金。女性の場合はそれぞれ472,216ユーロ、313,556ユーロと若干高い)、②経済的損害： (所得、被害に基づく医療費、住宅改装費など)、③無形損害； 慰謝料 (賠償金額は7段階に区分。最低559ユーロ、最高3,799ユーロ)、その他享受権の損害。④権利所有者が死亡したときの損害 (最低2,000ユーロ、最高23,000ユーロ)

(石塚秀雄)

はたらきかけ

野村 拓

アクション・リサーチ

社会調査などの場合、調査者の「はたらきかけ」によって動かされない状態で「対象者」を把握すべきであり、これこそ科学的な社会学の客観性を保障するものだ、という考え方がある時期まで有力であった。多数の人に質問する場合にも電子音のように、同じトーンで質問するべきだ、というのである。

しかし、ヒトラーが政権を取り（1933）、ほしのままに権勢を強化する過程を、ただただ客観的にとらえるだけでいいのか、ヒトラー時代のドイツの社会（心理）学者、クルト・レヴィン（Kurt Levin, 1890-1947）が「アクション・リサーチ」を提唱するに至ったのは、このような背景があった。

彼はナチに追われる形でアメリカに渡り、1944年ごろ、「アクション・リサーチ」の概念を定立したといわれる。簡単にいえば「はたらきかけ」を通じて社会システムについての知識を植えつけ、よりよい方向にシステムを変えるための調査という意味である。

『医療と社会ケアのためのアクション・リサーチ』

☆Elizabeth Hart 他：Action Research for Health and Social Care (1995) The Open Univ. Press. には、レヴィンの没後に公表された論文も含めての紹介がなされている。また医療分野に限定して、教科書的にまとめたものとして、

『医療におけるアクション・リサーチ』

☆Alison Morton-Cooper：Action Research in Health Care. (2000) Blackwell. (2005年版の翻訳が出されている)がある。

1985年から2002年にかけて国立病院再編成問題をめぐって、北は稚内、弟子屈から南は九州まで「現地調査」をやった。調査団の結団式の時

「団長！これは調査ですか、闘争ですか」という質問が出て、団長の私は苦しまぎれに

「これは『圧力調査』である」

と答えたが、いまなら「アクション・リサーチ」と答えるだろう。

介護保険法の中身を知らない人が9割で、しかも賛成が8割という状況で実施されてしまった「悔悟保険法」を持つ国、日本では「アクション・リサーチ」は特に必要である。ただし、「アクション・リサーチ」は原則として、国の政策と国民的選択をめぐる問題でなされるべきで、1組織、1経営内での「アクション・リサーチ」は労働者の尻を叩くリサーチになりかねない。「アクション・リサーチ」の歴史に「フォード・テイラー・システム」を加えた本もあるからである。古い本だが

『組織発展と病院でのアクション・リサーチ』

☆David E. Cope：Organization Development and Action Research in Hospital. (1981) Gower.

などは「尻叩き」の方に近い。

コミュニケーション術

本の主題としてではなく、部分的に「アクション・リサーチ」にふれた本には、それなりの面白さがある場合が多い。例えば

『医師・患者・グループ』

☆Enid Balint 他：The Doctor, the Patient and the Group. (1993) Routledge.

では、「ユートピアでは、スペシャリストはGP（一般医、家庭医）の補助員」というような卓越

した指摘がある。

「アクション・リサーチ」のアクションとは、まず「知らせる」「知ってもらう」はたらきかけを意味するが、「はたらきかけ」について、ユーモラスなイラストをまじえて解説した本が

『はたらきかけの支援』

☆Etienne Beaudoux 他：Supporting Development Action. (1992) Macmillan.

である。

少し古い本で、医療職に必要な「コミュニケーション術」(communication skill)を取り上げたのが

『医療職のコミュニケーション術』

☆D. a. Dikson 他：Communication Skills Training for Health Professionals. (1989) Chapman & Hall.

で、ここでは「コミュニケーション術」の試験の採点基準が示されている。5段階評価で「3」以上が合格だが、「3」のところでは「ユーモアのセンス」(sense of humour)が挙げられている。「4」や「5」は「ユーモアのセンス」に加えて、明快な発音、適切な音量などが求められる。

要するに「ユーモアのセンス」がないと落第ということになるが、短期間にこれを身につけて追試験に合格することは難しいから、「ユーモアのセンス」のないものは医療職には向かないということになる。

『健康で良い生活の条件』

☆Gordon Edlin 他：Essentials for Health and Wellness. 2版. (2000) Jones & Bartlett.

では「ユーモア・セラピー」が取り上げられているから、ユーモアに欠けることは、医療職としての有力な手掛かりが欠落していることになる。

医療職のコミュニケーション術については、第2回で紹介した『e-療法』、『看護婦のテレ・コミュニケーション』の他に、次のような本が出されている。

『医療職のコミュニケーション戦略』

☆Peter G. Northouse 他：Health Communications, Strategies for Health Professionals. 3版. (1992) Appleton & Lange.

『医療職のコミュニケーション術』

☆Gwen van Servellen: Communication Skill for

the Health Care Professional. (1997) Aspen.

『看護婦のコミュニケーション』

☆April Sieh 他：The Nurse Communications. (1997) W. B. Saunders.

『医療職種のコミュニケーション』

☆Laurel L. Northone 他：Health Communication—Strategies for Health Professionals (1998) Appleton & Lange.

『医療コミュニケーション・ハンドブック』

☆Teresa L. Thompson 他編：Handbook of Health Communication. (2003) Lawrence Erlbaum Associates Pub.

『医師のコミュニケーション』

☆David Woods 編：Communication for Doctors. (2004) Radcliffe Pub.

もの書き

「コミュニケーション術」は「はたらきかけ」の有力な一環であるが、その主要部分は「語りかけ」である。

個別的、直接的「語りかけ」の他に「もの書き」という出版物(媒体)を通じての多数を対象とした「はたらきかけ」もある。これは間接的ではあるが持続力のある「はたらきかけ」と言うことができる。話ならできると「書くのはちょっと…」という人の話は論理性に欠ける場合が多い。「おはなし」と「書くこと」との落差を自覚させるものとして、次のような本が出されている。

『論文の書き方と出版法』

☆P. Paul Heppner 他：Writing and Publishing Your Thesis, Dissertation and Research. (2004) Thomson.

『医学論文の書き方』

☆Shane A. Thomas：How to Write Health Sciences Papers, Dissertation and Thesis. (2000) Churchill Livingstone.

『看護婦のもの書き術』

☆Marilyn H. Oermann：Writing for Publication in Nursing. (2002) Delmar.

原稿を見ずに相手(聴衆)の顔を見ながら話せることは、どこかで書いたことの組み合わせになる場合が多いし、私のような老人の記憶の総量は、

生涯通算で書いた量を少し割り引きしたものでないか、と考えている。同世代で「記憶の貧しい人」を見ると、「書かなかった人」をイメージせざるを得ない。

「書く」ことによって、自分自身の認識のあいまいさや、わかったつもりだったことが実はわかっていなかったことに気づく、これは重要なことである。いいかえれば、書くことによって、自分自身も変りうる、ということである。

医療職種の本来の仕事は語りかけ、はたらきかけであるが、大事なことは、はたらきかけることを通じて、はたらきかける主体も変りうることであり、この点を指摘したのが

『はたらきかけと理性的選択』

☆Joseph Heath : Communicable Action and Rational Choice. (2001) The MIT Press.

である。

また、いろんのはたらきかけの工夫、説得力の強化などは、生き方の自信につながる場合が多いので、次の2点もあげておきたい。

『看護婦の自信術』

☆Carolyn Chambers Clark : Holistic Assertiveness Skills for Nurses. (2003) Springer.

『看護婦・売り込みテクノロジー』

☆Genny Dell Dunne : The Nursing Job Search Handbook. (2002) Univ. of Pennsylvania Press.

感性の大切さ

今度は立場を変えて、人からはたらきかけられる場合を考えてみよう。理路整然と攻め立ててくる人間と、感性豊かに訴えてくる人と、どちらによって「ぐらり」とさせられるだろうか。おそらく後者の方だろう。やはり、はたらきかける側の感性の豊かさが効果を左右するのではないか。

『感情の表出——芸術史、音楽史、医学史の新しい関係』

☆Penelope Gouk 他編 : Representing Emotions — New Connections in the Histories of Art, Music and Medicine. (2005) Ashgate.

という本が出された。医学史を1本の線とすれば、美術史も1本の線であり、その間に面ができる。ミケランジェロもレオナルド・ダ・ヴィンチも、

人間をよりダイナミックに描くために解剖学を勉強したが、それらはこの面に収まる事項である。フェルメールと顕微鏡学派の関係やレンブラントの解剖講義の絵なども同様である。これにもう1本、音楽史という線が加われば、立体としての三角柱ができあがる。この立体(三角柱)こそは「感性」の基地というべきものであり、音楽療法における「モーツァルト効果」などはこの三角柱を介して理解するべきものである。

音楽療法や芸術療法については、「第6回 医療職種」でふれたが、それ以外の文献をあげれば次のようになる。まず音楽療法。

『音楽療法のケーススタディ・デザイン』

☆David Aldridge : Case Study Designs in Music Therapy. (2005) Jessica Kingsley.

『地域音楽療法』

☆Mercedes Pavlicevic 他編 : Community Music Therapy. (2004) Jessica Kingsley.

ここで「地域」が出てくるのも「相互ケア」(mutual care)という視点に立っているからである。次は芸術療法。

医療における革命として芸術療法をとりあげたのが

『芸術療法——医療における革命』

☆Phil Jones : The Arts Therapies—A Revolution in Healthcare. (2005) Brunner—Routledge.

でドラマ療法をテーマを中心に据えたものとして『芸術療法研究』

☆Roger Grainger : Researching the Arts Therapies — A Dramatherapist's Perspective. (1999) Jessica Kingsley.

が出されている。また、特にドラマ療法を意識したわけではないが、医療全体をドラマ仕立てとして脚本風にしたのが

『医療劇場』

☆Todd L. Savitt 編 : Medical Readers' Theater. (2002) Univ. of Iowa Press.

である。

『子どもの医療的芸術療法』

☆Cathy Malchiodi 編 : Medical Art Therapy with Children. (1999) Jessica Kingsley.

は「お絵かき」中心の療法を紹介したものだが、「医療的ダンス・運動療法」をテーマとした本

『医療的ダンス・運動療法』

☆Sharon W. Goodill : An Introduction to Medical Dance/Movement Therapy (2005) Jessica Kingsley.

にも、芸術療法、音楽療法、ドラマ療法についての説明がある。

「第6回・医療職種」で、「園芸療法士」(アメリカ)を紹介したが、播かれた種が土を持ち上げて地上に顔を出すときの小さな生命力に対する感動が治療効果をもたらすのではないだろうか。少し、変わったところで、日本の「箱庭療法」を取りあげたのが

『アートとしてのカウンセリング』

☆Samuel T. Gladding : Counseling as an Art. 3版 (2005) American Counseling Association.

欧米の sand play に加えて「小さな figure」を使うところがミソなのだろう。

いろんなセラピーが試みられているが、医療全体での位置づけということになれば、次の書名が示すようなことではないだろうか。

『補助的・代替的治療』

☆Kathleen R. Wren 編 : Complementary and Alternative Therapies. (2003) Saunders.

ネガティブなはたらきかけ

しかし、補助的であれ、代替的であれ、これらは「生の肯定」を前提とした「はたらきかけ」であることは間違いない。

これに対して、生を否定する自殺や安楽死の「おすすすめ」の本も出されている。

『医師が支援する死』

☆James M. Humber 他 : Physician-Assisted Death. (1994) Humana Press.

『医師幫助死亡』

☆Timothy E. Quill 他編 : Physician-Assisted Dying. (2004) The Johns Hopkins Univ. Press.

などである。また「テレビ安楽死」をとりあげた『医療とメディア』

☆Lester Friedman 編 : Cultural Sutures—Medicine and Media. (2004) Duke Univ. Press.

も出されている。当然のことながら、医師の自殺支援には反発が強く

『自殺支援に反対』

☆Kathleen Foley 他 : The Case against Assisted Suicide. (2002) The Johns Hopkins Univ. Press.

は「そのこと」だけを取りあげて1冊にまとめたものである。

医師の自殺支援には反対が強いが、安楽死については、それなりの歴史があるので、その賛否は微妙である。

『近代アメリカの安楽死運動』

☆Ian Dowbiggin : A Merciful End—The Euthanasia Movement in Modern America. (2003) Oxford Univ. Press.

『安楽死・モラル・法律』

☆Kumar Amarasekara 他 : Euthanasia, Morality and the Law. (2002) The Johns Hopkins Univ. Press.

などが出されているが、イギリス安楽死協会が1935年、ニューヨーク安楽死協会が1938年、いずれもヒトラーの時代である。これらの安楽死運動は、ヒトラーの「国家にとって価値なき者に安楽死を」という政策とは一線を画しているつもりだろうが、ノーベル賞受賞医学者アレクシス・カレル(フランス系アメリカ人)の主張を中間項とすれば、両者はつながってしまう。すなわち、カレルは1935年の著書で、犯罪性のある精神障害者を「人間的、経済的に適切なガスを供給する安楽死施設に入れること」を主張したのである。この医学者による手工業的なガス室安楽死の主張が6年後のアウシュヴィッツにつながったと考えることができる。

メリハリのある歴史認識で

やはり、「はたらきかけ」は、このようなネガティブなものではなく、生きていればなにかがある、という「生の肯定」につながるものでなければならぬ。安楽死運動や自殺のすすすめは時代状況の暗さと結びつく場合が多いのではないか。そして、時代状況を暗くした元凶、ヒトラー政権の下で、大量の安楽死(という名の苦悶死)が強制されたのである。

状況を人間の末期に限定して論ずるのではなく、メリハリのある歴史認識をふまえて論ずるべきであり、これは安楽死問題に限らず、すべての問題

に共通することである。その意味では、医療者の「はたらきかけ」の歴史もとらえなおすべきであり、

『戦闘的医療——社会変革の闘い』

☆Ellen Bassuk : The Doctor Activist —Physicians Fighting for Social Change. (1996) Plenum Press.

『社会主義医師協会（英）の歴史』

☆John Stewart : The Battle for Health —A Political History of The Socialist Medical Association, 1939-51. (1998) Ashgate.

などが参考になるだろう。

medical-history という言葉には2通りの意味がある。ひとつは医学史、医療史という意味であり、もうひとつは患者の病歴である。だから、予診・問診のことを history-taking という。

どのような場合であれ、「はたらきかけ」は history-taking を踏まえて相手の心にひびくものでなければならない。平べったい「お題目」を唱えることではなく、相手の生活史のなかに共感点を

とらえるものでなければならない。

もちろん、「はたらきかけ」自体の善悪が問われる場合もある。医学、特に精神医学領域では、「はたらきかけ」に対する価値判断が交差、対立する場合もある。単純化すれば「ハッパをかける」ことによって自殺に追いこむケースもありうる。また「アクション・リサーチ」が労務管理に応用され、労働強化をもたらす場合もありうる。しかし、ここでは、おおまかに「市民的善意のはたらきかけ」と考えることにしたい。

「はたらきかけ」は外に向かうものだけではなく、現代人が陥り易い無気力、無力感に対する内的な「はたらきかけ」、つまり、みずからの心に問いかけ、きいてみることも含めて考えるべきである。そして、「はたらきかけ」が決して空しくなかったことを、個人の発達史、人類史、歴史を通じて明らかにしていかなければならない。

(のむら たく、国民医療研究所顧問)

【事務局ニュース】 3・機関誌の論文募集、ワーキングペーパー募集

研究所機関誌『いのちとくらし』に掲載する論文を募集します。応募の内容は以下の通りです。またワーキングペーパー(多少長めの論文)の募集も致します。詳細は、事務局までお問い合わせください。

○字数：(図表、写真を含めて)400字詰め原稿用紙30枚(12000字)程度

○掲載の有無については、研究所機関誌委員会にて決定させていただきます

○原稿料：研究所の規定により、薄謝ですがお支払いします

○募集する主なテーマ

1：NPO、非営利・協同組織における経営・管理問題

組織論、組織構造論、経営論、所有論、労働組合と経営参加、政策と統制、賃金論、地域社会と医療社会サービス組織、など

2：日本の医療、福祉政策・制度の現状分析と提言

政府医療社会保障政策批判と対応策の提言、社会政策・労働政策批判、制度比較分析、など

3：新自由主義と市場経済論の打破

現状イデオロギーへの批判、基本的理念の歴史的分析、具体的実態分析と非営利・協同セクターの方向、公的セクターとの関係分析提言、など

4：非営利・協同の実践・理論探求

NPO論、政治・社会システム論、ヨーロッパ社会的企業(社会サービス、雇用)調査、非営利・協同セクター運動論、など

5：その他

BOOK

岡崎祐司『現代福祉社会論—人権、平和、生活からのアプローチ』（佛教大学社会福祉学叢書）

（高菅出版、2005年6月30日、172P、2000円）

谷口 一夫

●● 著者の思いと情熱が伝わってくる

著者によれば、この本は「仏教大学通信教育課程の『現代福祉社会論』の教科書として」書かれたものです。著者の執筆の動機と目的が極めてはっきりしているだけに、その思いや情熱が本の構成や文章から伝わってきます。

著者は、「大学で福祉を専攻しているにもかかわらず、社会情勢にほとんど関心を持っていない学生が少なくない」ことを憂い、「社会福祉を学ぶということは、社会福祉の法律や制度、実践方法を学ぶこととともに、社会のあり方をとらえる基礎理論をしっかり学ぶことでもある。そのための学習を助けるために」執筆をされたものです。

福祉の学習や仕事の上で疑問や怒り、迷いを抱いている学生や関係者には、コンパクトで読みやすく、大きな一石を投ずる内容です。

●● 60の手習いと学習運動の探究

私事ながら、これまでの運動とはまったく畑違いの福祉の分野に60（歳）の手習いで飛び込みました。その際、ヘルパー講義で若い講師が「福祉専門学校の学生の学ぶ姿勢とこの場の皆さんとは気合が違う。あれでやっていけるのだろうか」と言われた心痛を思い出し、同じような憂いを抱き何とかしたいという著者の姿勢に共感しました。

知り合いの福祉分野で働く20代の若者に、本書の「『反福祉状況』の構造」の部分について感想を聞かせてもらいました。きちっと書かれているので読みにくくはないが、資本主義にもいろいろな可能性もあるのに、悪いと決め付けているようできついという表現でした。

若者の就職難で、福祉関係なら就職できるかも

しれないとの思いで学校に来ていても、就職難が引き起こされている原因や福祉の就職口がどんなに大変かという事態については深く考えようとはしていないのでしょうか。現場で働く若者も、福祉職場の面白さ、つらさを痛感する仕事のことでも頭が一杯で、日ごろ考えてもいない「資本主義社会」という根本問題から説明されても消化のしようがないというのが現状かと思います。しかし、こういう人たちにこそ、著者の意図するところにとっついてほしいと思います。

最も学んでほしい人たちが、手にとって読もうという気が起きなければ事態は進まないのでしょうか。

現場で働く者は、利用者さんにどう接するかを日ごろ探求し、そのために職場討議で、本人のみならず家族も含めて状況や背景をつかむ努力をしているという、学習を進める有利な条件があります。私たちの職場に高校生や大学生の見学、一日ボランティアがよく来ます。現場に接する機会を学校で奨励し、学習や考える機会をつくるのもよいことです。

研究者、学生、運動家、労働者など関係者が、できれば常時連絡を取り合い、学習会という呼びかけだけでなく、上記のような活動を含めて、まず集まり合いを、楽しい集まり合いの機会をどれだけ持つかがカギではないでしょうか。



●● 生きがいと展望を求めている

いろいろ仕事について、困っている高齢者への仕事ならできるかもしれない、親や地域の高齢者、高齢化した自分のためにも介護の仕事をやってみたい、災害で困っている人、山や海、田畑で人手をほしがっている生産者への援助など、社会的福祉のあり方を問うような、あるいは今の社会福祉の欠陥を自主的なNPOやボランティア的行動で問いたす生き方が老若男女、特に若者や女性に広がっています。これは、社会と直接向き合っただけで社会の悪を正そうという思いよりは、自分探しや自己の生きがいを求めての行動のように思われます。

引き続き若者の就職難、近い将来60歳以上の高齢者が有権者の過半数を占める「高齢化」の社会、このときに座して対応するのではなく動機や自覚はともかく、社会的な行動を自主的に起こす大きな流れがあります。

著者は「社会福祉の原動力は運動にあることを確信した」とあとがきに書いておられますが、戦後民衆運動が築いてきた成果とこの運動に参加してきた多くの人たちという財産が、自分探しと生きがいを求めて自主的に動き始めているこの流れを、政府に利用されているという批判的側面の強調でなく、歴史の積極面として受けとめ、共感と連帯の行動を通して合流することが、現在の運動の醍醐味というものではないでしょうか。

そのときこそ求められることは、共感した連帯の行動を通じて仕事と生活、社会の展望を語り合うこと、社会の基礎理論を含めた理論が納得できる生きがいの糧、展望につながるよう努力することではないでしょうか。

●● 学習意欲を駆り立て、共感し元気が出る続本を

本書は、福祉社会のあり方との対比で、人権、民主主義、平和、戦争、労働、生活、地方自治などを論じていますが、初心者には、第4章「現代の労働と生活」の2、3、4節から読み始めれば職場や地域を念頭に置いて、社会福祉を身近に考えることができます。

著者は、「学習活動はあらゆる教育活動の中心に位置づけられ、人々を、なりゆきまかせの客体から、自らの歴史をつくる主体にかえていくものである」（ユネスコ国際成人教育会議の「学習権」の宣言）を引用し、「そうした主体の形成が将来の福祉社会の条件でもある」と述べています。そのためにも、日本の社会福祉の具体的な闘いの歴史、課題を政府の言い分と切り結び、基礎理論にもとづく具体的な社会福祉政策の解剖と福祉社会への展望の続本を期待します。

（たにぐち かずお、農民運動全国連合会（農民連）顧問、福祉環境コーディネーター）

【事務局ニュース】4・会員の海外医療体験談、情報掲載について

会員の皆様から海外医療体験談、活動近況報告を募集します。皆様の応募をお待ちしています。

- ・ 字数：400字～800字程度
- ・ 原稿料：掲載された方には薄謝を進呈
- ・ 内容：

1. 会員活動状況、情報募集

活動状況や情報募集など、読者へ知らせる内容をお書きください。

2. 海外医療体験談

海外で生活し、実際に現地の医療を受診した方の体験談を募集します。

・ 投稿先：

事務局へ郵送あるいはFAX、電子メールでお寄せください。

なお投稿いただく際には「活動報告」「情報募集」「海外医療体験」などのテーマを明記し、「情報募集」の場合は連絡先を必ず入れてください。

角瀬保雄『企業とは何か—企業統治と企業の社会的責任を考える—』

(学習の友社、2005年7月22日、214ページ、2000円)

石塚 秀雄

● 政治において「支配的保守」勢力が「構造改革」や「リスク」や「破壊」を叫び、一方「国民的革新勢力」が既存「制度」の「擁護」を主張し「安心・安全」を価値とするという、「ねじれ現象」が見られる時代である。「企業」についても「資本家階級」支配層は着々と「制度的」変更を実施している。かたや「労働者階級」サイドは旧態依然の「企業」観と「労働」観に固執しているのではないか。本書のテーマである『企業とはなにか』という問題においても、労働者階級は常識（すなわちそれは支配層の支配イデオロギーでもある）にとらわれて、「企業」という問題の自己検討をおろそかにしており、資本家階級の企業戦略の制度的な革新的展開を許しているのである。

本書を読む場合、まず、読者は「企業」観の常識を疑うということから始めなければならないだろう。本書が「労働の視点から、企業とはなにか」をまず始めに問うているゆえんである。それには、まずこれまでの法律的規定上の「通念」である、企業とは営利である、企業は所有者のものである、所有者は資本家（株主）である、資本家は労働者を支配する、企業の目的は利潤追求である、経営と所有の分離は当然である、労働者の経営参加は必要ない、企業経営は経営者の責任である、などといった考えはひとまず棚上げにしなければならない。そうでなければ、たとえ、本書を読んでも、読む前の「通念」をひっくり返すほどの読み方はできず、読者は多少の新しい状況の追加項目を確認するだけになってしまうだろう。

● さて、著者は第一章「企業とは何か」において「企業とは社会的分業の組織形態であり、資源の適切分配」を行うものであると定義している。

企業の二重性とは、資本の運動体であり、また労働の社会的分業である、とも述べている。こうした企業の本質規定をまず行ってから、現実の最先端の我が国の新会社法の改正について触れている。新しい会社の区分は、大きく変更されている。こ



の株主支配を強化するような改悪はアングロサクソン会社モデルを参考に行われている。ところで、株ころがしやカネころがしの道具としての企業という株主資本主義とは本質的なものであろうか、と疑問を投げかけたときに、われわれの対抗論理はどこに根拠を置くべきだろうか。たとえば、そうした現象は「ルールなき資本主義」だから、ルールを作り、規制すれば良いという論理を建てればよいのであろうか。企業を外部から、すなわち社会（あるいは国家）から統制を加えるという発想は、これまでは独禁法などが主たるものであったし、新しいキーワードでは企業の「社会的責任」ということになろう。しかし、この考えは、企業を外部から問題にする点で一面的でもある。ところで悪法といえども法である、ということでは、悪いルールがあるということでは「悪いルールある資本主義」というのが現状である。諸制度があるのだから、決して「ルールなき資本主義」ということはできない。ストックオプションにしろ、M&Aにしろ、ルールとして制度化されてしまったものである。従って、問題は、「企業の構造とは内在的にどのようなものであるのか、また

どのようなルールで動かされるべきなのか」と問題を建てるべきであろう。そう考えると、著者が言う「企業とはだれのものか」ということと「誰が統治するのか」という問題に移っていくことになる。それも「労働者の視点」から見ていく必要がある。通説である「企業は所有者のものである」という考えを受け入れた場合には、その所有者が資本家・株主であった場合、企業において生み出されたものは一切、所有者のものであると見なされることになる。したがって、旧来の考えでは、善意の所有者であれば企業はうまくいくというものであった。その善き所有者は国家であったり労働者であったりもした。すなわち、国営企業や労働者自主管理企業であれば良いということであった。それが旧社会主義体制における国営企業化であり、またそのオルターナティブとしてのハンガリーなどの自主管理企業などの出現であった。

本書では、企業の民主的改革にとって、「国有化すれば良いという考えもだめだった」と述べている。一方、労働者自主管理企業あるいは労働者協同組合という形態は、日本ではあまり発達しない形態である。先進資本主義国の中では日本だけがその大きな発達が見られなかった。その主たる理由は、労働組合運動の内部から、そうした問題意識と試みが反主流的な動きとしても発生しなかったからである。1980年代になって、ようやく日本では労働者協同組合運動およびワーカーズコレクティブ運動が登場してきた。しかし、労働者が企業を所有することは、みずからが株主(資本家)や共同所有者(あるいは非所有者)になったりすることであり、そのことは私的所有者になるかコレクティブ(国有化または集団所有)か、という従来通りの所有の二元論の枠にとどまっていた。しかし、このいずれもが、企業の民主的経営をかならずしも保証するものでないことは、歴史的にも明らかである。企業における産業民主主義を主張する場合、労働者や非営利団体が仮に企業を所有したとしてもそれによって民主主義が保証されるわけではない。こう考えれば、これまで、労働者に企業を所有したいという願望が育たないのは道理である。そしてその延長線上の考えでは、労働者は企業の中での主体性を確保できない。労働者は企業で単に働いているにすぎない存

在にとどまる。(労働組合を含めた)外部から企業の横暴を規制するという手段しか考えられないことになる。

しかし、企業が本質的に、社会的分業の組織形態であり、資本が現実資本と擬制資本の増殖のための手段という二重性を持つものであるとするならば、労働者階級は、現実の株式資本的企業における永遠の呪縛からどのように解放されるべきであろうか。労働者にとって企業とはなにか、という設問を改めて問うことのないかぎり、労働者階級は資本家階級(あるいは国営企業ならば官僚)の支配下に永遠にとどまることになるであろう。その場合、期待することは、善意の資本家経営者、善意の官僚の登場を期待することしかなくなるであろう。

したがって所有というキーワードで企業を見ることは、労働者にとっては、企業を労働力を売っている存在に矮小化してしまう。もちろん企業の現実態は、労働力を購入するものとして想定されてはいるが、その考えを受け入れているかぎり、企業における労働者階級の未来はないのである。労働者は資本家に所有されている可変資本の一部であるという規定そのものを打ち破らなければならない。そのためには、株主資本主義による企業という考えに対して、たとえば「社会的資本主義」といった枠組みによる企業概念を構築する必要がある。そこに、労働者階級が企業において主人公になる可能性が現れる。

● 本書の第2章は「労資関係と労働組合」のあり方について論じている。労働者にとって企業とは何かを改めて問うことである。いわゆる日本型経営は、1995年の日経連の「新時代の日本的経営」の提案によって、自己否定された(日本型経営は外国の一部の論者からは従業員参加モデルとみなされている)。そこではあるべき新しい雇用形態は3区分に分けられ、労働者は少数の上層安定階層と中間専門職階層、そして半分を占めるフレキシブル労働階層に分けられるとされた。現在の一連の雇用形態の多様化はその現れである。こうした新しい状況に対して労働組合運動は機敏に対応できていないが、積極的な対応事例として、本書では「たたかう提案型」の労働組合運動を紹介し

ている。それらは「合理化を阻止し」、「賃上げを勝ち取る」などの一定の成果も見られる。労働組合運動は社会運動の側面を強化し、また企業別労働組合という形態から決別すべきだという提案の紹介もあるが、しかし問題はそうしたことを実現する力は「多数の世論の力」というものではなくて、企業の内部構造としての社会機関の制度化と、外部としての労働組合制度の再編によるべきものだと思われる。具体的にはヨーロッパ連合(EU)における会社における労働者参加規定、ドイツの共同決定法などが本書ではあげられており、日本においてももっと参考にすべきだろう。日本においてもまず、会社における労働者参加についてのルールを作る必要がある。その際、労働者階級にとって大事なポジションの一つは、雇用創出に関心と責任を担うという立場を取ることであると思われる。

● 労働者が企業において経営参加すべきであるという方向からつぎに論じられるのは、本書の第3章での「企業統治」についてである。バーリとミーンズ(1942)による「経営者支配すなわち、所有と経営の分離」という企業論こそは株主資本主義を正当化するものであり、本来的には労働者階級が認めてはならないものであろう。現在、コーポレートガバナンス(企業統治)が広く議論になっているのは、一方で株主価値の最大化を企業目的とする考えと、他方で企業の社会的価値を最大化しようとする考えが衝突しているからである。本書ではアメリカ型の株主価値最大化のプリンシパル・エージェントモデル(富士通社長曰く、「社長は株主に責任はあるが、従業員に対しては責任がない」、「社長は従業員に命令するだけ」と)よりもヨーロッパ型のステークホルダーモデルを望ましいあり方としている。ステークホルダー(利害関係者)とはストックホルダー(株主)の対抗概念であるが、われわれは企業の経営(統制)主権をストックホルダーから奪取する必要がある。しかし、そのためには企業における所有者主権論を止揚する必要がある。また企業におけるステークホルダーとはだれであるか、については議論の最中である。一方、社外取締役制度は、株主価値最大化と労働者価値最小化のための便法としての

役割が強いと思われる。

● コーポレートガバナンスは労働者階級にとつてどのような意味があるのであろうか、を述べているのが本書第4章の「民主的管理と経営参加」である。本書によれば、マルクスによる本質論で言うならば、企業における所有資本家(株主)や機能資本家(経営者)のうち、機能者だけが存続することになり、所有資本家はよけいな存在になるという。指揮者は楽器の所有者である必要はないとマルクスは言っているとのこと。

ところでガバナンス(統治)は誰が誰に対して行われるものなのか。一般的には株主や経営者が企業を統治すると考えられているが、ステークホルダー的な統治を考える場合は、逆であろう。たとえば、日本国憲法を考えるならば、主権は国民にある。国民または人民は単純に統治される存在ではない。主権とは統治することである。しかしいわゆる統治する者は主権者の代表(または代理人)である。もちろん主権者がぼんやりしていれば、代理人が主権者を従属させてしまう。また国民は国家の所有者であろうか。おなじように、企業においても主権者はだれであるのか問うならば、株主であるというのは、一つの有力な現実的な解釈にすぎない。民主的企業を構想する場合、資本を所有しているだけで、統治権をもつことはできない。企業における価値形成過程と価値増殖過程において株式資本家が所有権を錦の御旗にして、専横を発揮してよい時代は、終わりにしなければならない。そのために労働者階級は、企業内部における有力なステークホルダーとしての自覚をもつことなしには、企業を民主化することはできないし、また民主的経営企業を形成することもできない。本書では「会社は誰のものから」から「会社は誰のために経営されるべきものか」へ転換すべきだと言っている。確かに、会社は誰のものでもない、みんなのもの、社会全体のもの、になるべきである。そのためにはどうしたら良いかが問題なのである。

● 第5章は「企業の社会的責任と経済民主主義」を論じている。マルクスがいうように、株式会社こそが本来の社会的企業なのである。株主資

本主義もグローバル化の反動として反グローバル化運動などに直面し、企業の社会的責任について対処しなくてはならない局面を抱えている。経済民主主義の実現のためには、企業への外圧だけではなく、企業の内圧による必要がある。しかしそれは労働組合を通じてというだけでは全く不十分であると評者には思われる。要は企業の構造改革を労働者サイドから進めていくことが重要なのである。そのためには、紹介されているような「人的資本主義」という考えも重要であろう。また労働者サイドからの資金（資本）調達問題が重要であることを論じているが、この点については、ヨーロッパにおける社会的経済セクターの連帯資金ネットワークが参考になるであろう。

● 郵政民営化法案は参議院で否決され、小泉政権は総選挙により再度、国民の信を問うことになった。第6章は「公営企業の民営化とニューパブリックマネージメント（NPM）」を論じている。ところで公営企業だから民主的経営だとはいえない。一方、国民の立場から公営企業は公共性を実現しえるのか、という問いかけがあり、世論調査などによれば、イエスと答える人は少数派というのが現状である。企業とはなにかという点から考えると、公営企業のコーポレートガバナンスがかならずしも民主的経営ではなかったところに、その原因の一つがあると思われる。公共性というキーワードは必ずしも、国民の利益を守るキーワードにはなっていない。パブリックとプライベートという経済領域区分の二元論の有効性はいまや崩れつつある。この二元論に固執するならば、公的領域は私的領域にますます浸食されていくであろう。その論理では民営化や独立行政法人化、パート公務労働の増大などを押しとどめることはできない。そうした動きに対抗していくには、公益企業や私益企業以外に社会的企業といった社会的共

通領域を設定して、それを基盤にして、企業と労働についての共通の理念を確立して、それら3つの労働者区分の労働者の大同団結のために論理構築が必要であろう。

● 終章の「未来社会と企業」では、本質論に戻り、マルクスの指摘した「過渡的形態としての株式会社と協同組合工場」論に触れている。マルクスは所有の経済学から労働の経済学への勝利について述べている。しかし、本書で一部紹介されている、株式会社企業の公共性を主張することによって問題を解決していこうという議論については、評者としては疑問がある。公共性とは、歴史的に言って、私的所有の並立概念として近代資本主義の生成とともに生まれたものである。この反対概念同士を結合させることには無理がある。われわれはこれまでの協同組合論の蓄積からもっと学ぶべきである。われわれの新しい社会はこの公私二元論を共に止揚することなしには切り開かれない。いまやまさに転換期であり真の「構造改革」の時代であり、それはまた労働者階級の意識の構造改革が求められる時であると思われる。本書は、そうした問題について総括的に問題提起をしている重要な書物であると思われる。評者の読後感では、企業の本質的な形態とは社会的分業の組織であり、その表現としては社会的企業といった呼称がふさわしい。そうした企業形態の中でも価値形成過程と価値増殖過程は両立するのであり、資本は労働に従属すべきもの、ということである。現実には資本家階級は、新会社法などでますます自分たちに都合の良い会社構造を構築しようとしている今、本書は、企業という存在について労働の側からの根本的な再検討を促しているのである。

（いしづか ひでお、総研いのちとくらし主任研究員）

機関誌『いのちとくらし』バックナンバー

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

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

●10号(2005年2月) ――特集：非営利・協同と労働

- 巻頭エッセイ「地域づくりと協同のひろがり」 山田 定市
 - 座談会「非営利・協同組織における労働の問題―医療労働について」
田中 千恵子、二上 護、大山 美宏、岩本 鉄矢、坂根 利幸、角瀬 保雄、司会：石塚 秀雄
 - 非営利・協同入門⑥「ワーカーズ・コレクティブ、NPOでの就労に関する論点と課題」 山口 浩平
 - 論文「市民を守る金融システムは出来るのか」 平石 裕一
 - 論文「介護保険制度『改革』の狙いと背景」 相野谷 安孝
 - 第4回公開研究会報告「地域医療と協同の社会―金持ちより心持ち」 色平 哲郎
 - 海外医療事情②「セネガル保健事情―見過ごされた優等生？」 林 玲子
 - エッセイ韓国から①「わだかまりを越えて」 朴 賢緒
 - 文献プロムナード⑨「全人的ケアの歴史」 野村 拓
 - 書評「ボルザガ、ドゥフルニ著、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」 日野 秀逸
-

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

- 巻頭エッセイ「セツルメント運動」 升田和比古
- 座談会「非営利・協同と教育」 三上満、村口至、大高研道、川村淳二、司会：石塚秀雄
- インタビュー「全日本民医連における教育の取り組み」 升田和比古
- 教育アンケートに見る特徴
- 教育体験談： 長野典右、矢幅操
- Part 1「民医連北九州健和会再生の決め手」 馬渡敏文
Part 2「破綻と再生から学ぶ非営利・協同の事業」
吉野高幸、山内正人、八田英之、角瀬保雄、司会：坂根利幸
- 論文「社会的責任投資(SRI)と非営利・協同セクターの役割・課題―コミュニティ投資を中心と

して」小関隆志

- 翻訳「EUの労働挿入社会的企業：現状モデルの見取り図」訳：石塚秀雄
 - 文献プロムナード（8）「医療と市場原理」野村拓
 - 書評「近藤克則『医療費抑制の時代を超えて』」柳沢敏勝
-

● 8号（2004年8月）—特集：非営利・協同と文化

- 巻頭エッセイ「アメニティと協同」植田 和弘
 - 座談会「非営利・協同と宗教」若井 晋、日隈 威徳、高柳 新、司会：石塚 秀雄
 - 論文「今日の日本のスポーツ状況と非営利・協同への期待」森川 貞夫
 - 論文「非営利・協同と労働・文化を担う人間の発達」池上 惇
 - 論文「協同社会の追究と家族の脱構築」佐藤 和夫
 - インタビュー「前進座・総有と分配」大久保 康雄
 - 論文「国際会計基準と協同組合の出資金をめぐる最新動向— I A S 32号解釈指針案と農協法の改正—」堀越 芳昭
 - 論文「フランスの社会的経済の現状と事例」石塚 秀雄
 - 団体会員訪問（1）「千葉県勤労者医療協会」
 - 文献プロムナード（7）「平和の脅威」野村 拓
 - 書評「二木立『医療改革と病院』」川口 啓子
-

● 7号（2004年5月）—特集：コミュニティと非営利・協同の役割

- 巻頭エッセイ「『満足の文化』といまの日本」相野谷安孝
 - インタビュー「栄村高橋村長に聞く」高橋彦芳、福井典子、角瀬保雄、前沢淑子、司会：石塚秀雄
 - 栄村REPORT
 - ・「栄村訪問記」角瀬保雄
 - ・「小さくても輝いていた栄村：山間部と都市との比較から学んだこと」福井典子
 - ・「栄村を訪ねて10年、いま思うこと」前沢淑子
 - ・資料 事務局
 - 論文「市町村合併政策と保健事業の危機」池上洋通
 - 第3回公開研究会報告「インドネシアの非営利・協同セクターと社会保障制度」サエディマン
 - 書評「橋木俊詔『家計からみる日本経済』その基本理念に関連して」石塚秀雄
 - 文献プロムナード（6）「医療職種」野村拓
 - 非営利・協同入門（5）「イギリスにおける社会的企業とコミュニティの再生—サンダーランドにおける非営利・協同組織の試み—」中川雄一郎
 - 海外医療体験エッセイ「英国の医療と『シップマン事件』」大高研道
 - 書評・東京民主医療機関連合会50年史編纂委員会編／『東京地域医療実践史—いのちの平等を求めて』相澤與一
-

● 6号 (2004.02) —特集:非営利・協同と共済制度・非営利組織と公共性

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

● 5号 (2003.11) —特集：行政と非営利組織との協働（1）

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

● 4号 (2003.08) —特集：障害者と社会・労働参加—支援費制度をめぐって—

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

● 3号 (2003.05)

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

● 2号 (2003.02)

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

● 準備号 (2002.10)

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

「研究所ニュース」バックナンバー

○No.11 (2005.7.25発行)

総会報告、理事長のページ「企業と社会」、副理事長のページ(高柳新)「主権者学のすすめ」、フランスの医療事情(廣田憲威)、ポルトガルの医療制度の特徴(石塚秀雄)、書評：北島健一・藤井敦史・清水洋行『イギリスの社会的企業の多元的展開と組織特性』・中川雄一郎『社会的企業とコミュニティの再生—イギリスでの試みに学ぶ』

機関誌およびニュースのバックナンバーは、ホームページからも御覧になれます。

総研いのちとくらしブックレット バックナンバー

(詳しくは、事務局までお問い合わせください)

総研いのちとくらしブックレットNo.1

『医療・介護の報酬制度のあり方』

2004年2月発行、56p

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



総研いのちとくらしブックレットNo.2

『デンマークの社会政策』

デンマーク社会事業省編、山田駒平訳

2004年5月発行、54p

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



いのちとくらし別冊

No.1

『スペイン社会的経済概括報告書（2000年）』

J. バレア、J. L. モンソン著、佐藤誠、石塚秀雄訳

2005年4月発行、44ページ、頒価500円

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

お申し込みは研究所事務局まで。



【入会申込 FAX 送付書】

切り取ってお使いください
研究所のFAX番号：03 (5770) 5046

特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし入会申込書

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

ふりがな	
団体名称または氏名	

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

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

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

※機関誌等の郵送先、連絡先を記入して下さい

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

※専門・主たる研究テーマまたは研究して欲しいテーマ・要望等を記入して下さい

--	--	--	--

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

【次号13号の予定】(2005年11月発行)

特集：非営利・協同と福祉国家

- ・コーポレート・ガバナンスと非営利・協同組織
- ・座談会「非営利・協同セクターと福祉国家」
- ・医療福祉事業と外部委託化の実態と問題点
- ・医療事故問題その2、など

【編集後記】

今年度の事業計画にある11月スウェーデン視察を前に、定期総会にて宮本太郎先生のご講演を頂きました。日本が不安と切迫から安心と活力への転換となれるのかどうか、多くのことを学ぶ機会にしたいと思います。また10月にはスペイン・ポルトガルへ非営利・協同の実践を視察に行く予定です。過去に目を向けて教訓を忘れず、未来へとつながる戦後60年目としたいものです。

会員募集と定期購読のご案内

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

○会員の種類

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

研究所ニュースが無料配布されます。

○会費（年会費）

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

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

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

「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

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷1-29-3 日本パーティビル4階
TEL：03-5770-5045/FAX：03-5770-5046
ホームページ URL：<http://www.inhcc.org/> e-mail：inoci@inhcc.org