

目次

○巻頭エッセイ「安全文化について」 ……肥田 泰 1

特集：外国に見る検視（死）制度と医療事故補償制度

○視察報告「英国における死因究明制度の視察」 ……小西 恭司 2
○視察報告
「オーストラリア・ビクトリア州の死因究明制度の視察」 ……大山 美宏 7
○論文「デンマークの医療事故補償制度」 ……石塚 秀雄 15
○資料「デンマーク患者保証法（医療事故補償法）」、「デンマーク医療制度における患者安全法（医療事故報告法）」 …… 22

○座談会「自主共済の存続のために」
…齊藤義孝、室井正、渡邊文夫、西村富佐多、司会：石塚秀雄 29

○第5回自主共済組織学習会
「保険業法及び保険契約法における共済の位置付け」 ……松崎 良 43

○文献プロムナード⑱「視点いろいろ」 ……野村 拓 47

○海外医療体験エッセイ②
「“厄得”？骨折治療で垣間見たデンマークの医療」 ……山田 駒平 52

○書評 野村拓『時代を織る—医療・福祉のストーリーメイク』
…高柳 新 54

○研究所ニュース …… 21、42、51、63

○バックナンバー …… 56

○入会申込書

表紙写真提供・前沢淑子氏

【次号第20号の予定】(2007年8月発行)

特集：福祉プアーをどうなくすか

- ・座談会「福祉格差社会をどうなくすか」
・論文「高齢者調査にみる格差」
・総会記念講演「フランスのONIAMと医療事故補償」
・第6回自主共済組織学習会報告、など

【編集後記】

定期総会を控え、今号では医療事故に関する外国の制度を特集しました。医療事故の報道や生命保険などの宣伝を毎日のように耳にしますが、日本に必要な制度について、外国の事例を参考にできればと思います。そして研究所の開設5年目を迎えるにあたり、改めて非営利・協同とは何か、その意義や位置づけなどを上梓できればと企画中です。



「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」事務局

〒113-0034 東京都文京区湯島2-7-8 東京労音お茶の水センター2階
TEL：03-5840-6567/FAX：03-5840-6568
ホームページ URL:http://www.inhcc.org/ e-mail:inoci@inhcc.org

「安全文化について」

肥田 泰

最近、我が国では医療分野はもとより、食、建設、鉄道、飛行機、鉄橋、道路、遊園地など、ほとんどの分野で安全性が問題になっています。

まさに人のいのちより利益優先の新自由主義的手法が、日本中に蔓延している状況の中で今の事態が引き起こされています。

今回の大阪のエキスポランドでのジェットコースターの事故も、設置以来目視による点検のみで超音波による金属疲労検査は10数年来やられていません。高速でかなりの高低差を走るジェットコースターが事故を起こせば、人命にかかわることは誰にでもわかることですが、安全対策の制度が確立しておらず、今回の惨事を招いています。

重大な事故が起きてから対策を検討しはじめる行政のあり方を改め、どの分野でも安全が最優先されるシステムの構築が求められます。

医療の分野でも安全性の確立のための第三者機関を作ることが急務になっています。民医連は川崎、京都の苦い経験から、自分たちで原因究明、再発防止を行うのみでなく、第三者による調査が不可欠と考えてきました。理事会のなかに第三者機関設置を求めるプロジェクトをたちあげ、厚生労働省へ2度にわたり要望書を提出し、マスコミにも公表してきました。その中身は、1.医療機関

・患者双方から相談を受けつける窓口の設置 2.被害者の救済制度の創設 3.裁判外での紛争処理機関の設置 4.医療事故を調査し公開し、原因究明・再発防止に役立てる の4点です。

国もようやく重い腰をあげモデル事業を開始しましたが、体制も金も不十分で、医療機関、患者双方が納得できるものになっていません。

この間、ドイツ、オランダ、スウェーデン、イギリス、オーストラリアなど医療事故にたいする制度や考え方など調査をしてきましたが、日本のように警察を介入させ医師や看護師の個人責任を追及する国は1つもありませんでした。

福島県立大野病院でおきた出産手術時の大量出血による死亡事例に対し、担当医逮捕、刑事責任追及は、全国の医師に大きなショックを与え、リスクを伴う医療行為を控える傾向を生み出しています。2度とこのような事態をおこさないためにも、早急に第三者機関を設置することが望まれます。

医療の分野のみならず、全ての分野で何よりも安全を第1とする、安全文化を育てることが求められています。

(ひだ ゆたか、全日本民医連会長、医師)

英国における死因究明制度の視察

小西 恭司

2006年12月2日12:00に成田空港を出発し、現地時間の2日15:00にロンドン、ヒースロー空港に着いた。今回の視察は、英国のコロナー（検視（死）官）制度の視察が目的である。

たまたま、東大法医学教室の吉田謙一教授が2006年12月2日から12月10日まで「医療関連死・医療制度の調査分析にかかわる研究」で英国のコロナー制度などの視察をするということを伺い、同行させていただいた。一行は、吉田教授はじめ東大法医学教室の学生4名、UMIN（＝大学病院医療情報ネットワーク）センター長の木内貴弘教授、阪大の中島和江教授、民医連は副会長小西、伴理事、小口弁護士の3名、総勢10名である。

【視察に際しての問題意識の整理】

- ①医療事故をなくし、医療事故被害者を救済し、患者の人権を守るために医療事故を取り扱う第三者機関のあるべき姿を研究するために、英国のコロナー制度をはじめとする第三者機関を視察する。
⇒日本で始まった「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」は第三者機関に発展できるか？
- ②日本の医療を崩壊させない。英国の教訓を学ぶ。医療の安全性をめぐる問題は、医師や看護師のモチベーションなど医療崩壊と密接なかわりがある。
- ③公的医療費の増加を！新たな医療費の投入は、安全分野、第三者機関の創設、医師・看護師増加、EBMをつくる研究に。

1. インシデント・事事故例の全国的な収集と国家的大規模調査とともに、警鐘的事例の分析が有効、懲罰的なアプローチは成功しない。

12月3日（月）、午前中は、NPSA（National Patient Safety Agency＝国立患者安全機関）を訪問。NPSAは2001年7月に特別保険庁によって創設された。NHSのもとで発生した患者安全に関するインシデントに学ぶために創設され、インシデントレポート収集事業などを行う。レポート収集事業は、病院に義務付けられており、統一した報告フォームもしくは収集する項目を決めて収集する。職員から病院に報告されたレポートは自動的に国に吸い上げられるようになっており、報告のための職員の負担は少ない。患者もインターネットを通じて報告できる仕組みになっている。集まってくる情報は、①個人情報のある程度特定できるもの、②地域性を反映したもの、③まったくの匿名の3段階に分類できる。報告数は05年から増加している。

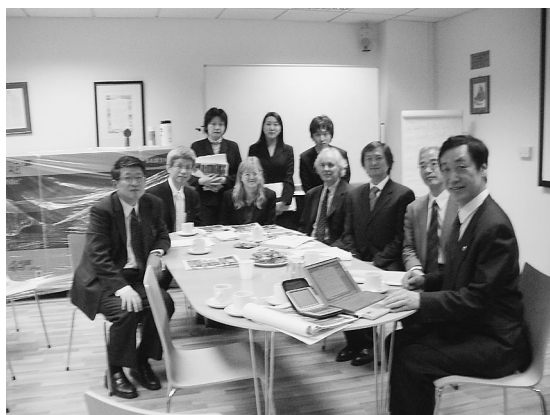
06年9月までにヒヤリハット・事故あわせて974,656件がNPSAに報告されている。患者に害が無いのが68.2%、重症が0.9%（9,091件）、死亡が0.4%（3,837件）であった。重症や死亡に関するインシデントは救急医療に関するものであった。看護師が67.6%。医師は8%。収集された内容は日本のものと大差ないが、英国の強みは全国統計が取れており、国家的な大規模調査と研究を行っているということであった。それでもCRSU（Clinical Safety Research Unit）のチャールズ・ビンセント教授のカルテ調査による研究によれば、有害事象の発生率は10.8%であるが、実際の報告は3%であり、ギャップがあるとのことであった。レポートをまとめてNHSに返しているとのことである。

NPSAはレポート収集事業について、世界初のレポートシステムを確立したと誇っていた。国際標準とすることを目指しているそうである。



セントマリーズ病院（古い建物）

NPSA 見学終了後、セントマリーズ病院に向かい、ビンセント教授に面会した。教授は、「報告システムについて、コローナ、インシデントレポートを問わず、真の事故の発生を反映しておらず少ない。医学的解明と法的問題がリンクしているので、届け出がされない」と言っていた。「分析の質を上げるほうが重要である。カルテ分析や裁判事例の分析が有効である」とのことであり、警鐘的事例の分析・教訓の共有の有効性を示唆した。医師や看護師などに対する懲罰について「懲罰は医師に対して説明責任を自覚させるにはいいかもしれないが、事故の再発予防のためのフィードバックには無効である。英国で、事故が10%あり、他の多くの国でも同様であることは、これを懲罰的に処理しようとしても無理であることを示している。どの国でも、懲罰的なアプローチは決して成功していない。」と指摘された。



ビンセント教授との懇談

2. 最大の目的、コローナ法廷を訪問！ インクレスト＝検視法廷は延期で見学できず！

12月4日（火）、キングズクロスのコローナ法廷にむかった。14時から、グレートオーモント病院で亡くなった子供に関する死因審問が予定されていた。14時過ぎに開廷したが、2、3分で終了してしまいました。死のきっかけとなった頸動脈破裂を生じさせた看護師がいま妊娠中で審問を延期してほしいとのことであった。今回の調査の最大の目的のインクレスト（＝検視法廷）に参加できなくてとても残念であった。その後、コローナ捜査官（＝審問官）のリー・グロノウ氏と1時間半近くやり取りした。氏はもと看護師で約20年にわたってコローナ捜査官をしているとのことである。当コローナでは年間4,000件の死亡を扱っており、15%が医療関連死（救急・精神科事例が多い）であるとのことであった。一般にコローナ捜査官は警察官経験者が多いが、当法廷では医療関連死が多く、3名全員が看護師の資格を持っている。ロンドン地域のコローナ7名のうち5名は医師＋法律家の資格を持っている。最近、医療関連死が増加しているとのこと。解剖結果はコローナの判断に従い、すぐに執刀医が遺族、関係者に報告する。法医学者の説明は親切で丁寧であるが、病理医の説明はよくないと言っていた。

届け出対象は、法に定められている。届け出に対して法的責任を負うのは戸籍係であり、医師の届け出は勧奨（recommendation）である。しかし、最近、遺族が医療ミスを気にしており医師は手術後24時間以内とか麻酔からさめる前の死亡などは届け出ているようである。コローナの調査対象は、「事実」であり、法的判断をしない。しかし、遺族は弁護士を雇い、自らに有利な評決を得るように務めることができる。評決のみ、民事・刑事裁判に使える。その他の情報は、コローナの権限で判断される。医療事故の場合、当事者医師にも開示される。コローナの評決に満足できない場合も上告はできない。調査過程で刑事的な対応が必要な場合、警察に必要な情報を提示する。しかし、GMC（医師免許登録機関・行政処分も行う）に情報を提供することはない。

医療の安全性をめぐる問題で、英国に内在する問題は日本と共通点が多い。また、本格的な取り組みは日本と同様2000年前後からである。当初、コロナ解剖が多いのは文化の差であると思っていたが、どうも違うようである。



コロナー法廷

3. 医師の自律的行政処分を行う GMC と病院機能評価をする HC

12月5日（水）、午前中は GMC（General Medical Council）、午後は、HC（Healthcare Commission）を訪問した。GMC が設立されたのは、1858年。目的は、①免許登録局、②よい医療の提供（「Good medical standard」を作成）、③卒前・卒後教育、医学部の評価、④ fitness to practice の4つである。1997年までは、精神障害やアルコール中毒などを扱っていたが、1997年から医師の質を評価するようになった。つまり、行政処分をするようになった。

患者からの苦情や医師からの内部告発などについて審議し、必要な場合に処分を行う。審議は「パネル」と呼ばれる医師と一般市民で構成される組織で行われる。

イギリスは人口5千万人で25万人の医師がおり、30%はイギリス人以外である。英国圏、もと植民地などから来ている。英語ができればOK。GMC はロンドン、マンチェスターだけで400人のスタッフを抱えている。職員は公務員である。英国の医師は NHS のトラストに雇われるか、開業か、NHS+開業であるが、開業にはリスクが大きく、NHS が主流である。現在、NHS トラストは医療

の質向上運動がさかんで、ベストに学び、医療水準・経営を維持している。医師の行政処分については、多国籍であり、文化が違うため標準化された処分の基準は無い。行政処分された人に対する再教育はメディカルスクール、NHS トラスト、学会などの仕事である。パネルによっては、再評価の判断をすることもある。医師の免許剥奪は全国で年間30～40件である。なお、患者からの苦情対応は GMC の仕事ではないが、年間5,000件の苦情がある。

午後は、Healthcare Commission を訪問。2001年に発足した CHI（Commission for Health Improvement、医療改善委員会）を前身に、2004年に HC として設立された病院の評価をする組織である。NHS、Private Hospital の評価をする。これまでに内部告発など119件のリクエストがあり、85件を検討し、5件を調査した。報告書は7つ出ている。病院の統計、会議録、個人のメールなどすべての資料を収集する。患者満足度も調査する。病院のサポートもする。現在の形で動き出してあまり時間の経っていない組織である。

4. 英国を揺るがしたブリストル事件—2001年最終報告書から、新たな出発：診療ガイドラインの作成

12月7日（木）、地下鉄サークルライン（ロンドンの山手線といえる）をベイカーストリート駅まで乗り、NCCWCH（=NICE の母子保健分野）で診療ガイドライン作りをしている森臨太郎医師に会った。

森氏は日本人で小児科医。これまで、日本、オーストラリア、ネパールなどで医師として診療に従事している。なぜ、NCCWCH があるのかということについては、ブリストル事件のことから話し始めた。

1988～1995年のブリストル王立小児病院心臓外科の手術について、死亡事故が多い（Dhasmana 医師による大血管転位症の手術20/38、Wisheart 医師による心内膜床欠損症の手術9/15、1歳未満で死亡率が他と比べて高い）ことを新任の麻酔科医 Boslin が告発した。しかし、院長がその告

発を受け取らず、麻酔科医はやめて、オーストラリアにいてしまった。この間、コロナ制度は機能せず、GMCも問題を発見できなかった。しばらくしてマスコミが報道し初めて問題が発覚した。1998年に調査が行われ、医師免許をどうするかということになって、GMCが審査した。評価は微妙であったが、問題があるという評価になり、院長と心臓外科医1名が免許剥奪、1名が3年間の資格停止となった。患者の遺族が納得せず訴訟を起こした。マスコミは当初、個人の責任を問う報道であったが、次第にシステムエラーを問うようになった。

1998年3月に特別調査委員会＝第三者検討委員会が設けられ、医学的な評価をした。この病院では、乳児期（1歳前後）のTGA=AortaとPAのスイッチ手術の成績が悪かった。新生児期と年長者の手術は問題が無かったので、医師個人の問題というより、system failureであることがわかってきた。2001年7月に最終報告書が出された。システムの問題としてコミュニケーション不足や不十分なチームワーク、リーダーの不在などが指摘された。また、外科治療の標準化＝ガイドラインの作成や心臓外科の研修と訓練、情報公開やクリニカルガバナンスの必要性が指摘され、医療事故を組織事故としてみる組織、評価の組織が必要であると勧告された。

2001年、ブレアはNHSと鉄道の改革を掲げて当選。2001年に最適な医療を示す組織としてNICE、監視組織としてHCを作った。

NICEは、EBMにもとづいて透明性を確保し、診療ガイドラインを作る。経済分析を行い、cost effectiveかどうかを見ている。cost cutをしようとしているのではないということは何度も強調した。（この組織では、診療ガイドラインだけでなく公衆衛生上の問題などpublic health interventionのプログラムも作っている。たとえば、タバコの問題やスーパーマーケットの問題などである。）

EBMに基づいて、cost effective analysisの視点からプライマリーケアについてのガイドラインを作っている。専門的なものは学会で作る。ガイドライン作りには、医師・看護師・患者など関係するあらゆる人が参加している。NICEにはガイドライン作成のためのガイドラインがある。国民の

受け止めは今のところpositiveで、患者が医療を受けるときに決定の参考にしている。そのためには、保健省からの独立、透明性の確保が大きく、人事権や予算が重要。1つのガイドライン作りに1億円（ほとんどが担当する臨床疫学者の person fee、ほかに文献収集費など）かかる。1つのガイドライン作りに2～3年かかり、4年に1回見直す。

なお、日本で発生した福島県立大野病院事件や厚生労働省による小児科の重点化・集約化政策についての意見交換もすることができた。

5. 国家的死亡調査の取り組み、「コロナ解剖」調査・研究

昔、シャーロックホームズが住んでいたというベーカー街・シャーロックホームズ博物館の近くで昼食をとり、地下鉄でモルゲイトまで向かい、NCEPOD（国家死亡調査委員会）を訪問した。

NCEPODは、英国患者安全機関 National Patient Safety Agency (NPSA) の傘下、匿名化された情報を基に独立調査をする第三者機関であり、政府とも他の機関とも完全に独立している。NCEPODは、患者のケア（医療）の質と安全性の向上のため、特定のテーマにつき匿名のアンケート調査を行い、分析し、エビデンスに基づいて改善点を提言することを主な使命とする。1950年から、麻酔中の死亡例の検討などを行っている。保健省から独立した中立な第三者機関。2001年以後NICEの傘下にはいった。特定の領域を定めて、調査する。たとえば、「腹部大動脈瘤による死亡」、「冠動脈バイパス術による死亡」など。2006年には「コロナ解剖」についても調査している。目的は、臨床医が読んで役立つ警鐘事例を含む提言（recommendation）を發表すること。情報を教育などに使うということで、患者家族はアクセスできない。ここで、ルーカス教授に「コロナ解剖の調査」について詳しく話をうかがった。

コロナ解剖は、①留置所・拘置所での死亡、②暴力や異状死、③突然死や原因不明の死、が対象となる。

英国では、年間513,000人の死亡の45%がコロナに届けられ、その50%が解剖される。コロナ解剖は全死亡の22%（約12万件）となる。英国

の全解剖のうち95%がコロナー解剖され、5%が病理解剖される。小児の臓器を、遺族の承諾なく目的外に保存した Adler Hey 事件以降、説明と同意の手間などにより、病理解剖は激減している。解剖されない事例は死亡診断書が書かれる。コロナー解剖の10%がインクエストにかけられる。法医学者は英国で30数名（日本は解剖資格者98名）しかいない。したがって、数百名の病理学者が解剖を手伝っており、解剖はピンからキリまでである。臨床診断と解剖診断が合わないことが多い。病理医は、NHS傘下で、法医は内務省傘下でコロナー解剖をする。死亡証明書を受理する戸籍係は、大蔵省傘下の統計局に属しているなど、責任の所在と説明責任が分断されている。また、コロナーの調査や解剖の標準化も求められる。しかし、死因に関する調査権限と説明責任は、コロナーに集中されている、など問題点が多く指摘され、改善に向けた多くの提言がされた。現在のコロナー解剖は、質に問題があり、費用もかさむので、対象を絞るべきであるという議論がある。

英国でも、他の国の調査制度に興味を持たれている。米国のメディカルイグザミネーター制度では、異状死の死因究明に関わる全ての機能を地方自治体に集中し、法医に管轄させている。オーストラリアのビクトリア州では、州コロナー事務所と州法医学研究所が同一の建物内において日常的に協力し、臨床評価医・看護師の力も借りて、情報の集約化、分析、提言、現場還元を促進し、医療事故その他の事故の再発予防に関する包括的な取り組みをしている。NCEPODでも、オーストラリアの制度に対する評価が高い。

6. 視察を終えて

今回の視察では、英国の医療事故収集事業

(NPSA)、警鐘的事例の分析の重要性 (CRSU)、医療事故調査としてのコロナー制度 (コロナーズコート)、医師の行政処分 (GMC)、病院の評価監視機構の評価事業 (HC)、最適な医療のガイドライン作り (NICE)、国家死亡調査委員会による死因究明事業 (NCEPOD) などを訪問し、たくさんの方のことを学ぶことができた。特にコロナー制度については、NCEPOD で詳細に聞く事ができた。

英国ではサッチャーの医療費抑制政策により、医療崩壊という状況となり、医療費増と NHS (National Health Service=国民保健サービス) の改革が求められていた。

一方、医療の安全性が国を挙げての問題になったのは、1997年のブリストル事件からである。その前後から事件に対応できなかったコロナー制度や GMC の再点検、2001年からブレア政権のもと、医療費増ならびに国家的規模の第三者機関の設立と活動を行っている。

結果、同じような時期から医療の安全問題に取り組み始めたにもかかわらず、日本は英国に大きく差をつけられてしまった。医療事故に伴う死亡を警察に届け出てもなんら解決にはならず、モデル事業の発展とともに早急に公正中立な第三者機関の設立と国家的な規模での安全問題への取り組みが必要であることがよくわかった。また、医療の安全性を高め、日本の医療を崩壊させないためには、公的医療費抑制政策と決別することが不可欠であることを理解できた。

今回の調査に同行させていただいた吉田謙一教授に感謝いたします。

(こにし きょうじ、全日本民医連副会長、医師)

オーストラリア・ビクトリア州の死因究明制度の視察

大山 美宏

はじめに

今回、オーストラリア・ビクトリア州のコロナー（検視（死）官）制度とメルボルンにある法医学研究所を視察することができた。

「人間の死を尊重し、その死を科学的にあきらかにして真実を追究し、再発予防につなげる。」という理念のもとで、世界的に最先端と思われる行政解剖制度を創造的に作りあげているとの印象をもった。民医連が提案する第三者機関設立のための参考となると考え、紹介する。

日程は07年3月4日から10日。視察と懇談の内容は多岐にわたるが、紙面の関係でビクトリア法医学研究所（VIFM）と臨床連絡サービス（CLS・死因を究明する臨床検討チーム）、国立コロナー情報システム（NCIS）、コロナー制度とコロナー法廷見学について述べる。詳細は後日発行する予定の視察報告書を参照されたい。

1 ビクトリア法医学研究所（VIFM: Victorian Institute of Forensic Medicine）

3月9日、専務のシルビオ・ティザーニ氏（Silvio Tiziani）から、ビクトリア法医学研究所（VIFM）の概要について説明を受け、施設の見学をした。この20年間に大きく発展した最先端の法医学研究所である。

ビクトリア州の人口は488万人（2003年、州都メルボルンの人口は337万人）、年間の死亡者は約3万人であるが、そのうち、約15%以上の5,000件程度がコロナーに届け出られ、そして60%以上、約3,200件がVIFMの解剖室にて解剖されるという。そのなかで医療関連死として病院から届けられるのは1,500件、その80%が解剖され臨床医・看護師も含めて検討を受けている。驚くべき数字である。また、05年5月からすべての遺体は16列

の全身CTで撮影され、死体画像診断の研究もされている。

(1) 沿革と精神

VIFMは、1985年に成立したコロナー法（Coroners Act 1985）によって1988年に設立された。それまでは遺体安置所といった程度のものであったが、州内のすべてのコロナーの活動の見直しをほかり、大きな改革がなされた。



VIFM全景

この施設は南メルボルンのサウスバンクにある2階建ての建物であり、VIFMは、コロナー事務所とコロナー法廷と隣りあっている。

沿革は以下のとおりである。

- ・1988年、VIFMが設立された。
- ・1989年、ドナー・ティシュー・バンク（臓器提供銀行ともいべきもの）開設。
- ・1995年、州警察に臨床法医学的なサービスの提供を開始。
- ・生存している被害者のケース（性的被害、交通外傷、児童虐待など）についての診療開始（Clinical Forensic Medicine Division 臨床法医学）。
- ・1998年、国立コロナー情報システム（NCIS）

開始。

- ・2002年 医療関連死を検討する臨床連絡サービス (CLS) 開始。
- ・2004年、身元確認 (Human Identification) センターをつくった。海外での大きな災害にも対応している。訪問時、3月7日にインドネシアで飛行機事故があり、身元確認センターのスタッフ数名が現地に飛んだとのことであった。
- ・2005年、特捜部 (スペシャリスト・インベスティゲーション・ユニット) を立ちあげた。コロナーの支援システムであり、主に医療関連事故、職場での事故を扱う。

VIFM のかつてと現在の基本的な違いは、サービスの提供のみでなく、教育・研究・リサーチなど教育的な活動も行うようになったことである。

VIFM のモットーは、「真実がすべて Truth Conquers All」であり、その真実のために日々の努力がされている。

(2) 運営・組織・予算

理事会の下に所長が統括し、医療サービス、法医学・科学サービス、ドナー・ティシュー・バンク、サービス・開発の各部門がある。

理事会は、大学関係者、司法関係者、警察代表、コロナー、VIFM 所長などからなるが、代表は保健担当大臣であり、議長は最高裁長官である。強力な影響力のある組織である、と説明された。

独立法人で、コロナーからも政府からも組織上は独立している。所長はモナシユ大学の法医学の教授であることが必須で、司法関連庁の管轄であると同時にモナシユ大学法医学の傘下にある。

予算は政府からは5-6割で、他は独自に収益を確保しており、今年度は約1800万ドル(豪)(日本円18億円)になる予定。

(3) 部門紹介：4つの部門にわかれている

<法医学・科学部門 (Forensic and Scientific Service)>

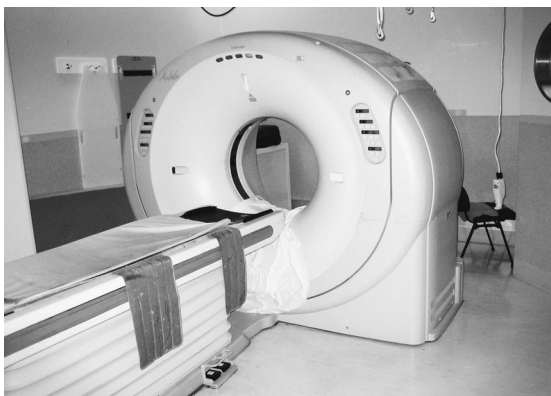
解剖室、研究室 (ラボ)、高機能な研究室と質のよいスタッフおよび機材を備えている。解剖室は、一度に遺体8体を解剖することのできる大部屋と、感染症などの疑いの遺体を解剖する隔離さ

れた小部屋の解剖室があり、全身用のCTで全遺体を撮り、解剖結果と照合することができる。

解剖室の前のカウンターにナースが配置され、解剖の医師へのふりわけ、書類のチェック、遺族への連絡、医療機器のチェック、などを行っているとのこと。



解剖室 (大部屋)



遺体用16列CT



感染症用の解剖室 (小部屋)

中毒学の分野は他州のものも扱い、05年度は3,400例を扱った。結果は30~40日を出すことが

できるが、クイーンズランド州では同じ調査で9～12ヶ月もかかっているのが、大変優れた機能を持つという。

身元確認、DNA 鑑定サービスのサービスもして260例の身元確認を行っている。

<医療部門 (Medical Services) >法医病理学と臨床法医学部門に分かれる

◎法医病理学 (Forensic Pathology)

行政解剖・医療関連死解剖を主に担当し、05年度は3,200例の解剖を行った。VIFMの法医病理学者は、常勤者が5名、非常勤者が7名である。常勤者は研修などで出かけることも多く、日々VIFMに出勤するのは4名程度である。おおよそ、1日10件、1人が年間250体程度の解剖を担当していることとなる。自殺、不審な死、新生児死亡なども届けられる。 coroner と緊密に協力して仕事を行い、歯学、昆虫学、人類学の専門家の援助を受けている。(何故昆虫学かというと、遺体に湧いた・付いている虫などの成長度合・状況から、死亡時の状況・地域の特長をおこなうことができること。)

◎臨床法医学部門 (Clinical Forensic Medicine)

臨床法医学専門の内科医による調査を行う部門である。性暴力被害者、児童虐待、交通事故、警察に留置されている間の事故、などの被害者を診察している。365日24時間、警察から独立した形でサービスを行なっている。02年度は2,800例を扱った。

<教育部門 (Teaching) >

法学と医学を両方扱っており、モナシユ大学医学部学生とレジデントは倫理を学びにきている。海外からの研修を受け入れ、または出向いて災害犠牲者の身元確認のレクチャーを行なっている。<ドナー・ティッシュ・バンク (Donor Tissue Bank of Victoria) >

オーストラリアで唯一の包括的なバンクであり、このシステムができたことによって、VIFMには基盤的な変化があった。解剖や死因の究明といった死者からのサービスだけでなく、生きている人に対するサービスであり、やりがいにつながっているとのこと。心臓弁、皮膚組織などを摘出・処理・梱包して病院に届けるまでを行っている。

この他に、臨床連絡サービスと国立 coroner 情

報システムがこの建物内で動いている。

2 コロナーの任務と活動

Graeme Jonston, State Coroner

Lain West, Assistant State Coroner

3月7日、ビクトリア州のステート coroner であるグラミー・ジョンストン氏と副ステート coroner のレイン・ウエスト氏から直接話しを聞くことができた。両者の講話は以下。

coroner 法に基づく coroner 制度は刑法・民法から独立し、司法の体系に属するが、実質的内容は行政的要素が強く、死を専属的に扱う行政法律官といってよい。届けるべき死は coroner 法に“報告すべき死 (reportable death)”として規定されている。 coroner は有罪・過失の判断はせず、事実認定のみである。真実を追究し、死を科学し、死を予防することを目的としている。遺族の癒しにも貢献している。(注：報告すべき死について

- (1) 予期しない死、不自然な死、暴力による死、事故死、障害死
- (2) 麻酔中の死
- (3) 麻酔を原因とする死
- (4) 保護下にある死
- (5) 何らかの拘束を受けている間の死
 - a：拘束中、留置中の死
 - b：精神科関連の死
- (6) 身元不明の死
- (7) 出産時の死

英国の coroner 制度の歴史は古く1194年から始まった。家族との対応が大切、突然愛する家族を失った悲嘆は強く、その死を調査することは更なるトラウマになる恐れあり、また患者の死に関わった医療者にも大きなストレスがかかっている。 coroner 制度は、誰かを非難し責任を追求することではなく、「死因は何か、何故起きたのか、どうしたら防げるのか」、人々のために真実を求めるものであり、それから責任もおのずから明らかになる。可能な限り死因を解明し死から学び取ることが基本の考え方。家族の望んでいることは、質の高い調査をして、その死を社会のために役立つ

て、再発を防止してほしいことである。例として①1316年採掘現場での死亡事故から閉鎖命令をだしたこと、②塩化カリウムと食塩水のアンプル取り違い事件から95年に容器のデザイン見直し勧告、③06年天蓋のないオープンボートに乗るときには救命胴衣をつけるように勧告、などが挙げられた。

現在、コロナーはきちんと職務を果たし、医療関係者と家族の摩擦を解消し、一般の信頼を得ている。コロナーの勧告が、その専門性を高め、信頼性を高めていることを人々が認識、医療現場のリスクを低くしている。

家族にはコロナー法にて解剖を拒否する権利(29条)と希望する権利(28条)が保障されている。解剖にあたっては家族の同意は必ずしも必要ではないが、コミュニケーションを大事にしている。

コロナーは幅広い知識を持つが、様々な専門家の協力を得て仕事する(CLS・NICSもそれらの一つ)。コロナーの勧告は、社会の安全弁でもあり、世論が興奮したときにコロナーが調査中だとなると混乱は収まり、法廷のときはまたニュースとなる。改善されるとニュースとなり、コロナーへの信頼感が高まる。

ビクトリアのコロナーは常勤5人、地方では15名くらいの非常勤のコロナーがいる。治安判事などの裁判官が兼務している。

コロナーオフィスには25名の職員がいる。近くに10名前後の調査担当の警察官がいてコロナーの指示で調査を担当する。

コロナーで扱った事例が裁判になった場合、結果は証拠として提出はするが、コロナーは証人になれない。法医・病理医は証人になれる。

コロナーの決定に対して不服があるときは、州の高等裁判所に控訴できる(手続き的なことは司法上の控訴、事実認定については行政不服審査)、これまで控訴されたケースは10~12件/5,000件である。

連邦としての制度はなく、州を越えるようなケースは各州のコロナーが協力してあたるとのこと。

NCISとVIFMとは契約関係にある。

司法判断と違うのは、司法判断は法廷に提出された証拠のみで判断するが、コロナーは自分で調査を依頼し、証拠を集め、幅広い知識を使うこと

ができる。

コロナーの勧告は、提言であって指示ではない。法的拘束力はないが、同じようなケースが発生したときに前の勧告がどのように実行されたか明らかになり、同じ事故が発生した場合には、責任者は、民事的・刑事的な責任を追及されることが多くなるという意味で勧告には力がある。

3 コロナー法廷(State Coroners Court)

幸い、3月6日、ステートコロナーの第二法廷で死因は何かを明らかにするためのコロナー法廷を見学できたので概要を報告する。



コロナー法廷 (小)

裁判長席には、ステートコロナーのグラミー・ジョンストン氏(ビクトリア州では有名なコロナーだという)がすわり、書記官がその下段にいた。

円卓の左側(傍聴人席からみて)に警察官がすわっている。警察官は証拠を集め、コロナーに示すことが役割だという。

右側には、遺族の代理人弁護士(バリスター)が座り、その向かい側には遺族代理人の弁護士(ソリスター)が座り、バリスターの右側に病院の代理人弁護士(バリスター)が座る(原告代理人の席と被告代理人の席は、並びである)。

バリスターの後ろの傍聴人席には、遺族関係者の数人が陣取っていた。妻と思われる人が時に涙を見せていた。左側前に証人席があった。

事案は、医療関連死について病院の責任が追求された事案であった。

44歳の男性が胸痛を訴えて4回受診したが、病院から帰宅後自宅で死亡。肥満、喫煙・飲酒歴あ

り、脳卒中既往、統合失調症あり。解剖結果によると死因は急性心筋梗塞。救急専門医が鑑定証人に、担当医師が証人席に、それぞれ代理人から質問あり。

患者側代理人が、かなり続けて病院の責任を追求したのに対し、コロナーは、法廷の機能は過失を追求することではなく、教訓を導き出して予防体制を検討し、病院に提言したりすることだと述べた。遺族側には怒りがあり医師を非難しているようであったが、コロナーは患者家族の気持ちを受け止めつつも医師個人の責任を問うのではなく、社会的な役割を果たそうとしていた。

この事例は「帰宅させずに入院させて経過観察すべきであった」という勧告が出るのではないかと付き添われたコロナーから説明あり。損害賠償の請求や刑事責任の追求ではなく、死亡の原因と事実経過を明らかにするために法廷を開くということがどういうことか、実際の法廷をみて理解することかできた。

4 臨床連絡サービス (クリニカル・リエゾン・サービス CLS : Clinical Liaison Service)

英国に対して優位な制度といえるのがこのCLSで、臨床家が事例の評価に参加することであるが、その内容について3月7日、VIFM内の会合室において、ジョー・イブラヒム氏 (Ibrahim, JE、VIFMの臨床評価医) から説明を受けた。

1990から92年、アメリカでハーバードメディカルプログラム (医療評価研究) が確立し、オーストラリア連邦政府も同様の研究をしようと検討し、1994年、有害事象についての入院患者のカルテ調査により、16.6%に有害事象が発生しているとの結果が出された。以後病院での治療や行為に関する内容向上の試行錯誤がされたが、さしたる成果は上がらなかった。ビクトリア州では、特にステートコロナーのジョンストン氏とVIFMのランソン氏らが、10年来、その必要性を強調してきた結果02年、CLSが設立された。ビクトリア州にしかないサービスである。コロナーは医療上の知識と技量が不足しているので、これをコロナーに提

供し、これまでの活動の弱点を補うことが目的である。法務省の管轄下であり、予算は司法関連庁からでている。

CLSは、コロナーの援助のため、診療記録のレビュー、解剖記録のレビューを行うことが主たる活動である。スタッフは7名であり、医師が2名で、1名は内科、老人医学、公衆衛生が専門の教授で、1名は救急医である。看護師は2名で、1名は救急看護師で看護教育の資格を持っており、1名は救急看護師で助産師である。ほかに、マネージャー1名で職場関連死亡のマネージャーを兼任している。プロジェクトオフィサー1名で、ニュース・レターの発行、データ管理、報告書作成を担当している。正職員である事務職として犯罪学の学位をもつ1名がいる。正職員の1名以外は非常勤で週に1-2日勤務するという。

コロナー法にもとづいて病院内での患者の死亡事例=医療関連死がコロナーに報告され、医療関連死の約1500件について、遺体と病院からの報告書と診療記録、警察の簡単な調書 (すべて作成される) がコロナーに届けられる。

解剖するかしないかについては、CLSは判断せず、法医病理医が診療録をみて、コロナーに必要でないものは意見をあげ、コロナーは家族からの意見も含めて解剖の必要性を最終的に判断する。

CLSは、診療記録と解剖記録に基づいてレビューを行い、ハーバードの医療評価のスケールで検討し、検討会にかけるかどうかの選別を行う。医師と看護師がそれぞれみて、2人が問題なしとすればかけないが、意見があわなければかける、という判断基準をもっているが透明性を高めるためにも整備がすすんでいて判断基準を紹介された。この選択についても、最終的にはコロナーが決定する。

臨床検討会の内容は後に触れるが、検討会を経て個々のケースについて、それを問題なしとして終了 (クローズ) とするか、専門家の意見を聴いてさらに調査する、終了しないで法廷に回すかを決定する場であり、ここでも最終権限はコロナーが持っている。コロナーは、その事例が社会的関心事か、医療の透明性が増すかどうかなどを考えながら、終了するか、法廷に回すかについて判断する。

個々のケースについて、CLSが直接病院に向いて調査することはできないし、直接の聞き取りもしない。調査をする事項があるときは、コローナに要望し、コローナが警察官に指示をして調査するという。

年間に約400件から500件がCLSのミーティング（レビュー・カンファランス）に上げられている。このうち、約300件については、さらに調査が必要で、そのうち50件ないし100件については、専門家の意見を聞き、最終的に法廷（インクエスト）にまわるのは50件未満である。（この法廷というのは、コローナ法廷であり、病院内での医療過誤に対し、これが犯罪として業務上過失致死や過失致傷を問われることは、コモンローの法体系としてはありえることではあるが、実際には、そういう判例は民事・刑事とも見当たらないということであった。）

4半期に1回、ニュース・レター（CORONIAL COMMUNIQUE）を発行している。このニュース・レターは、定期的に病院へ情報を送る唯一のもので、また医師が自分の関与したケースの結果を知ることのできる唯一のものとなっている。e-mailでも公表しており、そのあて先は1200~1500箇所、1件につき、10~200名が見るとして、読者は2万人と推計される。ホームページでも公開している。これを見た読者の50%が、臨床分野の活動に変化が起ったと述べている。

CLSは、その存在意義を高めるために外の色々な集会や総会に参加して報告を努力しているとのこと。病院のオリエンテーションに向いて安全の講義をしている。新卒医師は4日間の講義が計画されている。

5 CLS ケース検討会 (Clinical Liaison Service Case Review Meeting)

3月7日、臨床連絡サービス（CLS）のケース検討会を見学した。

9時から、2人のコローナとCLSのメンバー（医師2名、看護師3名など）と警察官1名が加わり、副コローナであるレイン・ウエスト氏の司会のもとに、全部で16名が参加し、新しいケースと、前回からの引継ぎのケース、合計5例のケー

スが検討の俎上にのせられ、1時間余りで終了した。

扱っている資料は、診療記録、解剖記録、警察からの書面、専門家からのレポート（意見もふくむ）などで、報告者はCLSの看護師と医師が行っていた。警察官も、「これは調査したくない」などと発言していた。

5つのケースは次のようなものであった。

(1) 11歳の中枢神経感染症の患者、CTを撮らずに腰椎穿刺をした所、頭蓋内圧亢進によりヘルニアをおこした、①腰椎穿刺の適応があったか、②もっと早く抗生剤を使用できなかったか。結局重症で腰椎穿刺に関係なく死亡したであろうということでクローズとなる。

(2) 65歳、DM（糖尿病）など幾つかの疾患あり。下肢閉塞性動脈硬化症に対し血管造影したが合併症をおこして死亡、①合併症の説明不足、②処置にあたった看護師の経験不足を家族が訴えたが、死亡には関係なくクローズとなる。

(3) 47歳、多発のう胞腎症。脳動脈瘤のコイル処置中に破裂し1週間後にクモ膜下出血で死亡したケースで、①担当医師（術者）の経験と、②他の選択肢がなかったかどうか、が議論となり今後の調査を必要とするとの判断。

(4) 19ヶ月の小児、喉頭炎で3回受診したが帰宅後2時間して死亡したケースで、家族が「不安を訴えていたのに重症扱いせず」と。解剖結果はインフルエンザAの重症の気管支炎と肺炎である。が、外来レベルではトリアージスケールに基づいて2時間以内に診ると判断されたため、2日目の診療では、家族が待たされるので診察なしで連れ帰ったため、やむを得ないと判断（救急外来は、上級看護師がトリアージスケールに基づいて①すぐ上級医師が診る、②10分以内に診る、③30分以内に診る、④1時間以内に診る、⑤2時間以内に診る、と振り分け、担当する医師が表示をみて次々と診察を行う、初級の医師は上級のスーパーバイザーが付くことになっているが十分ではない、また医師は法律で24時間働かせてはいけないことに

なっているとのことであった)。

(5) 46歳、胸痛で受診し胃腸炎の診断で短期観察室で観察。なぜか翌朝心エコーを行い、解離性大動脈瘤と診断し別な病院へ送られたが術前に死亡したケース。担当医師の行動が論理一貫していないので調査すると判断。

6 国立コローナ情報システム(NCIS: National Coroners Information System)

3月9日、国立コローナ情報システム(NCIS)のマネージャー、ジェシカ・ピアース氏から、システム全体の概要についての説明を受け、実際にシステムにアクセスしてのデモンストレーションを受けた。

NCISはVIFMのなかにあり、VIFMと契約関係を結んで仕事をしており、全国8管区のコローナが取り扱った全死因調査情報を集めて運用する電子情報システムである。各州とライセンス契約を結んで情報収集を行っている。現在、2000年7月からの分で約12万件の事例が登録されており、毎年2万件の情報が増加しているという。

オーストラリアのコローナが取り扱う死亡については、交通事故・航空機事故による死亡、自殺、薬剤による死亡、職場での死亡、溺死、子供の死、原因不明の死亡、医療関連死の死亡など様々な死亡の形があり、その全ての情報が集積されている。

死亡報告は、各州のコローナがシステムに入力し、セキュリティーにかけられたうえ、インターネット経由でNCISに送られ、毎晩集積される仕組みとなっている。

データベースには、年齢や性別、死因・医療関連の情報、例えばどういう刺傷か、内臓破裂の有無など、各死亡例について様々な情報がコード化されて記録されているが、特定医療器材が使われたものは別のコード化がされている。解剖結果、コローナの結論、勧告などはフルテキスト形式で見ることができるようになっている。データを使っている統計的な計算はできない。統計局は別にあるのである。

NCISに集積されているデータベースは、リサーチやコローナの情報収集に使用される。特に医

療関連死については、このデータベースを活用して、合併症が医療行為によるものか不可避なものだったかなどの判断に使っている。

NCISは、4半期に1度出版物を出している(ユーザーにメールで提供)。

NCISの予算は、半分は各州の司法関連省から、半分は連邦政府からだされており、年間80万~90万ドル(約8000万円~9000万円前後)である。

スタッフは常勤5名、非常勤1名の6名である。マネージャー(1名)は、理事会との連絡、予算の作成管理の他、コーディネーターの役割を担っている。

品質管理マネージャー(1名)とそのアシスタント(1名)がおり、コード化が間違いなくされているか管理している。

アクセスオフィサー(1名)は唯一の非常勤で週4日勤務であり、政府関係者やリサーチャーの情報利用への支援、アクセス研修などを担当している。

コローナとの連絡・支援担当者(コロナアルリエゾンオフィサー・1名)は、コローナに対する検索の援助をしている。コンピューターをうまく使えない人もいるためである。他に事務職(1名)がいる。

NCISに類似したシステムはアメリカにあり、カナダが準備中であり、ニュージーランドはNCISとライセンス契約を結んで、同じシステムを準備中である。

7 感想

①人間の死を尊重し真実を科学的に解明し、再発予防につなげるという理念の上に、豪州独自に創造的に発展させた世界的レベルでも最先端の行政解剖制度を見学でき、実り多い成果を得た。
②コローナ制度は歴史的にも現在も社会に対する重要な役割を果たしていた。コローナが審議中に『コローナ法廷は事実を明らかにするところであって、個人の責任などを追求するところではない』と言った言葉がその役割を良くあらわしている。医療事故を犯罪として扱わないということは、日本の制度でも一番の前提にしなくてはならないと考える。ビクトリア州の制度は歴史を持つコロ

ナー制度の上に、法医学研究所の解剖・死因究明の能力・実績、周囲の医療関係者・行政等の協力による CLS、NCIS を加えたところが優れている。日本でコロナー制度がない中でその考え方をどのように取り込めるかが鍵になる。実質的に CLS の果たしている役割は大きいと考える。

③全オーストラリアの異状死情報が毎日集約され、「国立コロナー情報システム」(NCIS) でデータベース化され管理されていることは驚異であった。インターネットを通じて、同様の事故のケースを検索し、教訓として学べることなど、医療の安全性を高めていくためには非常に有益なシステムだと感じた。

④実際の運用を成功させるうえで決定的なことは、医療関連死に関しては「業務上過失致死傷」の刑事罰の適用から実質上除外されていることがある。

法律上は存在しているものの、過去に適用された判例は存在しないという。死亡の事実調査はコロナーの指示のもとでコロナー担当の警察官が行っており、警察のあり方の違いは大きいと感じた。日本で死因究明の第三者機関をつくる際には、異常な警察の介入と行き過ぎた刑事罰の適用が排除されない限り、どんな第三者機関をつくろうとも決して成功しないと確信した。

⑤まさに、日本の検視・解剖制度の抜本的改革が必要であるとあらためて感じた。

⑥日本にあてはめると、600～800億円相当でこのような制度を運用することは可能と思われる。国民のコンセンサスとそれを担う人材の養成が課題と思われる。

(おおやま よしひろ、全日本民医連副会長、医師)

デンマークの医療事故補償制度

石塚 秀雄

1. 背景

デンマークは人口530万人の小さな国であり、医療制度は主として税を財源とする普遍主義原則に基づく公的医療を実施している。医療制度は第一次サービスセクター（275地方自治体）と病院セクター（14県【郡】とコペンハーゲン市）に二分されている。2000年度の医療費は総額825億7100万クローネ【1クローネ＝約20円】で、公的セクターが667億3100万クローネ（81%）で、民間セクターが154億4000万クローネ（19%）であった。医療従事者は1999年度においては総計95,942人（その内病院勤務は85,853人。その内、医師は15,767人で病院勤務医は10,109人、看護師は56,614人で病院勤務は32,654人である。歯科医師は2,691人）である。

デンマークは、フランスやスウェーデンと同様に、医療事故補償制度が公的なものとして法制度化されている国である。

1991年に「患者保証法」（医療事故補償法）ができる以前は、患者が医師の過失や過誤を証明した場合のみに補償が行われた。1980年代には多くの訴訟が行われたが、治療上の医療過誤を証明することは困難な場合が多かった。これはいわゆる「刑罰制度」とも呼ばれ、医師の過失がある場合に医師自身が責任を負うものであった。

患者保証法が1991年にできて、1993年から被害賠償制度が開始された。公的医療制度との契約を結んでいる公的病院や民間病院での医療事故を対象としていたが、1999年の改正では自由診療にも拡大することが提案され、2004年度から実施された。

医療事故の発生数は2005年の数字によれば、年間4,174件で、そのうち補償対象となったのは37%、1,559件であり、補償総額は6,712万クローネであった。

2. どのような法律に基づくか

医療事故補償制度に関わる法律としてはつぎのようなものがある。

- ① 「患者保証法（医療事故補償法）」
（1991年制定、1999、2003年改定）
- ② 「医薬品被害補償法」
（1995年制定、2001、2003年改定）
- ③ 「損害責任法」（1986年制定、2001年改定）
- ④ 「患者安全法（医療事故報告法）」
（2003年制定）

3. 患者の権利と対象者

デンマークの無過失責任賠償制度は、1992年7月施行（1999年改正）の「患者保証法」に基づく。それによれば、次の4つの原則による補償請求ができる。

(1) 患者の補償権利は、被害に個人的な責任を持つ医師や医療従事者にに基づくものではない。【被害者の権利は、医師たちの責任の有無とは別に、存在する】

(2) 患者の被害補償は、病院団体による強制保険制度により支払われる。

(3) 補償額は「損害責任法」の規定に基づいて計算される（一部例外あり）。

(4) 被害申請は「患者保証協会」の訴願委員会が受け付ける。却下された場合は、裁判所に訴訟することができる。

補償対象となる患者とは、

A. 2004年1月1日以前

①公的病院や特定の民間病院の患者。②すべてのドナー（血液、器官）。③医療裁判の当事者。

B. 2004年1月1日以降

①公的病院、民間病院の患者、救急搬送の患者。

②すべてのドナー。③医療裁判の当事者。④資格のある医療従事者により検査・治療・介護を受

けた患者。

【資格のある医療従事者とは、(i) 一般医、緊急医。(ii) 民間医療機関や専門クリニックの専門医。(iii) 歯科医・歯科技術士。(iv) 民間医療機関のカイロプラクティック師。(v) 民間医療機関のセラピスト、理学療法士。(vi) 民間医療機関の心理学士。(vii) 民間医療機関の看護師、助産師、診療栄養士、放射線技師、外科器具管理者など。(viii) 地方自治体の医療・歯科・介護・予防などの機関の医療専門家】

4. 補償請求権の期限と理由

補償権利は、診療治療上の被害に対してであり、病気・事故などによる被害や想定した治療効果が現れなかったことについては対象外であることは当然である。補償額の最低対象範囲は1万クローネ以上（1クローネ＝約20円）のものである（歯科の場合は1,000クローネ以上）。請求権は被害に気がついてから5年以内で、発生から10年以内である（病院内での転倒などの事故も病院に過失があれば補償対象となる）。

被害者は被害を受けた医療機関（病院）に連絡をし、病院は書類を整えて、1ヶ月以内に患者保協会体に提出する。患者保証協会は被害者に書類の写しを送る。情報収集に約3ヶ月。請求者の聞き取りなどに約3ヶ月。決定し補償支給に1ヶ月から2年。

被害者は過失や原因を証明する必要はない。患者保証協会が行う。被害者は患者保証協会の決定に不服の場合は、3ヶ月以内に訴願委員会に不服請求をすることができる。

5. 認定の法的基準

「患者保証法」に基づいて、請求の理由認定の区分がされている。

請求認定の種類は以下の通りである。

(1) 「専門家（医師）ルール」：第2条1項規定「当該分野の経験の長い専門家（医師）が、被害を避けることができた診察・治療とは異なる行為をした場合」。すなわち、適切な処理をしていれば防げた被害。

(2) 「設備機器の不備」：第2条2項規定「技術設備、機器などの不調による被害の場合」。す

なわち、医療設備機器の故障による被害。

(3) 「代替技術／方法ルール」：第2条3項規定「同等の他の技術や方法で被害が防げたとされる場合」。

(4) 「忍耐限度ルール」：第2条4項規定「診療治療上、病気の割には異常で深刻な被害で患者にふさわしい忍耐の限度を超えている被害」。

(5) 「事故」：第3条2項規定「機器の不備によるもの以外の被害で、病院が、損害法に基づいて、承認する被害」。

(6) 「ドナーおよび実験に基づくもの」：第4条1項規定「実験やドナー、細胞移植などによる被害」。第4条3項規定「輸血ドナーの被害。ただし、他の法律で補償される場合は除く」。

なお、法適用外には①軽微な被害で基準を満たさない被害。②請求期限切れの被害。③公的病院サービスでの被害とみなされなかった被害。④規定に当てはまらない被害、とされる。

被害補償対象の43%は「専門家ルール」に区分される。すなわち、不適切な医療行為に基づく被害である。被害補償対象の37%は「忍耐限度ルール」に区分される。忍耐限度ルールとはどのように適用されるものか。実例としてあげられるものは次のようなものである。

「25才女性がカイロプラクティック治療で首の痛みと頭痛となった。治療では頸部ブレイク技術を使った。治療の結果、患者は眩暈、二重視野、感覚麻痺、吐き気などを起こした。患者は病院に運ばれて、頭部MRIスキャンの結果、血流不足のため小脳の異常が発見された。入院中、眼球筋肉の麻痺が発生した。左半身の不調と左首に恒常的痛みが発生した。」

この件について患者保証協会は、医療上治療自体は適切で、カイロプラクティック治療も適切であったとみなした。病状の経過は想定内のものであったが、非常に希なケースであった。脳の損傷は血流の低下によるものであり、病気治療上発生する苦痛は患者の忍耐の限度を明らかに超えていると見なされた。よって、この被害請求は『忍耐限度ルール』に基づき認定された。」

一方、どのような場合に申請が却下されるかの事例としては「呼び出し医」に関してつぎのよう

な事例が挙げられる。

「19才女性が、午後6時16分に緊急医サービスに電話をして腹部の痛みを訴えた。便秘、嘔吐、熱のいずれもなかった。午後5時には月経痛のための痛み止め薬を服用していた。緊急医は待機するように電話で応えた。午後9時50分に、患者は再び医師に電話をした。医師はさらに待つように指示した。翌朝、患者は地域の担当医によって盲腸の疑いがあるとして病院に緊急送付された。穿

孔による盲腸手術が行われ、患者はその後感染症など長期にわたる治療を余儀なくされた。

この件について患者保証協会の判断は、診療上では専門医によってきちんと診断されるべきであったが、電話ではその腹痛を盲腸と判断するのは困難であった、とした。患者は緊急医にそう判断させるような説明をすべきであったし、患者の被害は緊急医の対応によって発生したものではないとして、申請は却下された。」

表1 患者保証法に基づく被害請求基準区分

法 規 定	区 分	2004年		2005年	
		件数	%	件数	%
第2条1項	専門家ルール	769	19.04	821	18.65
第2条2項	設備機器不備ルール	20	0.50	14	0.32
第2条3項	代替技術／方法ルール	16	0.40	19	0.43
第2条4項	忍耐限度ルール	651	16.12	610	13.86
第3条2項	事故	14	0.35	7	0.16
第4条1項	ドナー／実験	313	7.75	124	2.82
	認定総数	1,783	44.16	1,595	36.24
	却下総数	1,869	46.30	2,240	50.90
	法適用外総数	385	9.54	566	12.86
	患者保証協会取り扱い数	4,037	100.00	4,401	100.00

補償される内容は次の通り。

- ① 被害回復費用
- ② 医薬品費用
- ③ 診療費用（理学療法、カイロプラクティックなども含む）
- ④ 搬送費

6. 医師の免責事項とは

医師は次の点で免責される。

- ① 使用した機器の欠陥にもとづく被害
- ② 被害発生を避けるためにその他の手段技術を使用した場合
- ③ 患者の状態において極めて希な合併症、または当然想定できる合併症が発生した場合。

7. 患者保証協会 (Patientforsikringen, Patient Insurance Association)

患者保証協会は患者保証法に基づく独立アソシエーションであり、1992年に設立された。被害者

患者保証機関として機能している。2005年度の職員数は65名である。また法に基づき、公的病院に属する専門医、また一般医、カイロプラクティック師なども雇用して審査に当たっている。理事会の構成と人数は保健省が決める。行政（県）代表、病院団体代表、法律家、消費者代表、患者代表などが含まれる。

8. 誰が訴えられるのか

2004年から、法律改正によって第一次医療を含めたすべての医療分野に補償対象が拡大された。そのために請求数は2004年以降一層増加した。とはいえ被害申請の主対象は圧倒的に公的病院である。すなわち県（郡）の病院と地域病院連合である（4,224件で全体の85%, 2005年度）。一方、民間医療機関と一般医に対する被害申請は、2004/2005年を見てもほぼ倍増している。また、被害申請の中には、患者が一般医から専門医を紹介され、病院を紹介されるという流れの中で、治療側の三

者が訴えられるというケースも散見されるという。

表 2 被害補償請求数

	区 分	2004年	2005年
1	一般医	116	199
2	救急サービス	5	12
3	民間医療機関のセラピスト	6	16
4	民間医療機関のカイロプラクティック師	17	39
5	自治体医療機関	2	3
6	公的病院	4,240	4,224
7	民間病院	99	140
8	民間医療機関の医療専門家	125	217
9	民間医療機関の歯科医師	5	6
10	呼び出し緊急医	44	63
11	その他	28	48
	合計	4,687	4,967

注：合計数字はその他の表と整合していない。

9. 誰が支払うのか

患者保証法第9条では補償金の支払い義務は次の者たちである。

- (1) 病院法に基づく公立病院および入院前治療の管理責任者。
- (2) 病院のある地方自治体の管理責任者。
- (3) 地方自治体の歯科・医療サービスの管理責任者。
- (4) 歯科大学の管理責任者。
- (5) 民間医療や民間病院、診療所のある都市自治体当局。
- (6) 民間医療機関。

第10条では、上記の支払者のために保険会社は保険を提供することとしている。ただし補償金額基準については保健省が決める。

10. 補償業務の実行は患者保証協会が

医療事故補償業務の実行は、患者保証法第12条によれば、「患者保証協会」が行う。この団体には保険会社も加わる。メンバーは行政なども含まれる。患者保証協会は、請求を受けて、患者保証協会が雇用する複数の医師に被害内容請求の審査を行う。補償の有無の決定を行い、被害者に通知

する。損害責任法に基づき補償額の算定を行う。被害者が不服の場合は、患者被害訴願委員会に訴えることができる。

11. 認定補償金額算定の事例

(1) 被害者が死亡した場合： 補償金は配偶者またはパートナーに支払われる。本人の損失分の30%を補償するという考えで、2005年度の最低補償額は724,000クローネである。子供だけが残された場合は、最大100%の補償がされる。保証金は非課税である。

(2) 恒常的障害の場合： 1%単位が6,450クローネ（2005年）である。股関節手術の失敗で、障害度15%の恒常的障害と認定された場合は、 $15 \times 6,450 = 96,750$ クローネの補償額である。

(3) 就業所得能力の喪失の場合： 所得能力が半分になった場合は、残りの分を10年分。61才を越える場合は、その額から46%まで削減できる。2004年度における最大所得補償額は6,768,500クローネであった。

12. 被害申請および賠償認定数

「患者保証協会」は2005年度では4,174件の被害申請受付をし、そのうち1,559件の賠償認定があった。却下数の中には、そもそも法律の適用外

のものも245件含まれている。認定数比率は制度の開始以降徐々に増加し、約40%前後となっているが、2005年度は前年対比で約5ポイント下がって37%の認定率となったのは、法律適用が厳密化

されたというよりも、申請対象拡大化されて後、患者意識が高まり過剰な被害請求の傾向が出てきたためと思われる。

表3 被害補償請求数

年度	認定数	%	却下数	%	合計数
1992	5	9.6%	47	90.4%	52
1993	156	28.1	399	71.9	555
1994	365	39.2	565	60.8	930
1995	522	36.4	911	63.6	1,433
1996	733	35.3	1,345	64.7	2,078
1997	840	36.5	1,463	63.5	2,303
1998	907	38.1	1,472	61.9	2,379
1999	1,164	46.1	1,363	53.9	2,527
2000	1,153	46.6	1,320	53.4	2,473
2001	1,198	47.2	1,339	52.8	2,537
2002	1,549	48.6	1,639	51.4	3,188
2003	1,620	43.7	2,091	56.3	3,711
2004	1,724	43.1	2,315	57.3	4,039
2005	1,559	37.4	2,615	62.6	4,174

表4 被害賠償金額区分（2004年度。支給数なので、上記受付数とは異なる） 単位：千クローネ

2004	<50	<100	<250	<500	<1,000	>10,000
件数	1,489	522	322	139	100	72
比率	56.3	19.7	12.2	5.3	3.8	2.7

注：申請から補償支給までの期間は、1990年代には平均4年程度かかっていたのが、2004年度においては1年程度の期間で支給がなされている。

13. 対象となる医療行為の実施者

患者保証法によれば、医療事故補償の対象は次のような者の医療行為である（第1条）。

①病院または類似したもの。②医師・医療従事者（病院法の規定によるもの）。③地方自治体に雇用された医師・歯科医師・医療従事者。④歯科大学。⑤民間の医療機関・医療従事者。⑥ワクチン接種をする医師。⑦緊急医。

ただし医師は次の点で免責される。

① 使用した機器の欠陥にもとづく被害

② 被害発生を避けるためにその他の手段技術を使用した場合

③ 患者の状態において極めて希な合併症、または当然想定できる合併症が発生した場合。

14. 被害請求の医師の区分

被害請求の多くは手術中に関するものが多い。2005年度では請求の38%が専門医に関わるものである。たとえば整形手術に関する被害賠償額の平均は10万クローネ（約200万円）である。

表5 被害請求の医師専門分野区分（2005年）

種類	認定	%	却下	%	合計	%
整形外科	678	42.5	998	35.2	1,666	37.9
婦人科	52	3.3	140	5.0	192	4.4
麻酔科	65	4.1	125	4.5	190	4.3
外科	112	7.0	201	7.2	313	7.1
産科	29	1.8	107	3.8	136	3.1
消化器科	30	1.9	129	4.6	159	3.6
眼科	39	2.4	76	2.7	115	2.6
内科	32	2.0	116	4.1	148	3.4
診療生化学科	116	7.3	1	0.0	117	2.6
その他専門科	442	27.7	923	32.9	1,365	31.0
合計	1,595	100.0	2,806	100.0	4,401	100.0

注. 他の表との数字とは一致しない。

15. 医薬品被害補償

医薬品被害補償請求数も近年増加している。1996年に年間約50件の被害補償請求があったが、2005年度は262件に増加している。このうち、認定数は77件で約30%の比率である。1996年から2004年にかけては合計880件の請求があり、266件の補償認定がされたが、その比率はやはり約30%となっている。薬は薬局、病院、医師、歯科医師などから購入できる。医薬被害については患者保証協会を通じて、医薬品被害補償法に基づいて、保健省または地方自治体が補償金を支払う。また製造製薬会社にも通知される。製薬会社を直接訴えるのではなくて、まず、行政が医薬品被害補償をするという制度である。

医薬品被害補償の例としては次のようなものがあげられる。

「メルクシャープ&ドーム製薬会社の関節炎治療薬ピオックスは2004年に発売されたが、調査によって突然死、心臓発作を引き起こす危険が高いとされた。リコールの後にも患者保証協会は2006年5月現在で81件の被害補償請求を受けた。そのうち7件について、ピオックスが直接原因だとみなされて補償認定がなされた。たとえば、60才男性はリウマチと乾癬性関節炎治療のために2年間ピオックスの服用をしていたが、脳血栓のため入院した。患者は基準25%の恒常的被害と認定

された。患者保証協会は血栓はピオックスが原因だとみなし、医薬品被害補償法に基づいて補償を認定した。」

16. 患者安全法（医療事故報告法）の意義

2001年から検討が進められてきた患者安全法は2003年6月に成立し、2004年度から医療上の不適切事例についての全国報告制度が開始された。この法律の目的は、病院医療での不適切事例の減少を目指すものであり、現場の医療従事者専門家が不適切事例を報告し、病院が報告に基づき教育的対応や業務内容変更などの対応することを義務化し、全国医療審議会が報告をまとめるというものである。今後第一次医療の分野への制度拡大が検討されている。

報告の義務化に伴い、医療従事者の権利保護が重視された。医療従事者が自らすすんで不適切事例報告をしてもらうために、報告した結果として懲罰処置を受けることはない。この不適切事例収集システムは、医療事故補償制度の法律とは連動していない。ただし、患者がその件で同時に被害申請を出した場合は、懲罰の対象となる可能性はある。しかし、その場合でも被害申請の資料として、報告教育制度の情報が使用されることはない。すなわち、医療事故補償制度と医療不適切事例収集制度とは並存しており、情報は共有されない。

2001年度に非営利組織として設立された患者安全協会が、報告教育の諸活動推進のために設立された。同協会の構成員は、医師・医療専門家、患者団体、研究機関、医療産業、地方自治体などである。

17. おわりに

デンマークの医療事故補償制度は、1980年代までの医師の個人責任を患者が裁判で追及するという形をとった「過誤追求原則」というものに基づいていたが、1990年代初めに公的補償制度が実施されることによって、公的病院における事故被害救済を範囲とするものに移行した。しかし、2000年代に入って、すべての医療セクターを対象とするものに拡大された。その点で、デンマークの医療事故補償制度はかなり緩やかな広範な事例を対象とするものとなっている。一方それと並行する形で、医療不適切事例、原因究明と対応、医療従事者の教育訓練、患者（利用者）の権利意識の拡

大などのため患者安全法を制定し、その運用整備を非営利組織を設立して行っている。デンマークの医療制度は公的セクターと民間セクターの組み合わせによる公的医療制度を基本としているものであるが、医療事故補償制度と医療制度とは密接な関係があるといえる。日本での制度のあり方にも参考になるであろう。

主要参考資料

“L’Indemnisation des victims d’accidents therapeutiques”, Senat, EU, 2000.

“The Danish Patient Insurance Act”, 2003.

“Annual Report 2005”, Patient assurance association, 2006

A. Destexhe, “L’indemnisation des accidents medicaux<sans faute>”, Universite Louvain, 2003.

www.patientforsikringen.dk

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

【事務局ニュース】 1・2007年度定期総会のお知らせ

2007年度定期総会を下記のように開催します。

また、あわせて記念講演会を行います。

講演はどなたでも参加できますので、ぜひおこしく下さい（参加費無料）。

記

- 1、日時：2007年6月16日（土）
午後1時30分～2時（総会）
午後2時～4時（講演）
- 2、場所：平和と労働センター・全労連会館
2階ホール（東京・お茶ノ水）
- 3、議題：（1）2006年度事業報告および決算承認の件
（2）2007年度事業計画および予算承認の件
以上

記念講演会

フランス全国医療事故補償局
ドミニク・マルタン局長
「フランスにおける医療事故補償制度と ONIAM の活動について」
・講演会は無料、懇親会は実費です。
・詳細は事務局まで

デンマーク患者保証法(医療事故補償法)

(1999年6月2日制定、2003年6月10日改正)

第1部 補償の範囲

「保証範囲」

第1条

第1項 補償はこの法律の規定に基づいて、デンマークにおいて、検査・治療またはそれに類似した行為を、以下のところにより医療被害を受けた患者またはその遺族に対して支払われる。

1. 病院またはその関連の場所での行為。
2. 病院法に基づく、病院以前の治療の過程における医療専門家またはその他スタッフによる行為。
3. 県の歯科サービスおよび地方自治体の医療サービスまたはその関連施設に雇用されている医療専門家による行為。
4. 歯科大学での行為。
5. 民間医療機関での医療専門家による行為。
6. 対特定病気自由ワクチン提供法に基づくワクチン注射という医師の行為。ただし、民間事業は除く。
7. 緊急医師としての医師の行為。ただし民間事業は除く。

第2項 生物医学実験に参加している者は、その実験がその病気の診断治療の一部ではなくても、患者と見なされる。細胞やその他生物的物质を採取されたドナーも同様の規定が適用される。

第3項 この法律は、病院法に基づく、病院、診療所その他、また外国での自由診療または補助的診療を受けた患者にも適用される。

第4項 保健省は、この法律の第1条第1項から第3項までの分野について規則を定めること。

第5項 保健省は、この法律に基づく請求手続きを民間医療機関に対しても適用できる。その場合、保健省は、それに関する必要な協定を作成する。

第6項 もし保健省がこの法律に基づく請求手続

きを民間病院に適用する場合は、行政法が民間病院の業務にも適用される。

第7項 もし保健省が第5項に基づいて民間医療機関に対して権限を行使するならば、保健省は訴願の権利について定めること。

「補償を受けられる患者の被害」

第2条

第1項 被害が以下に示すように発生して、十分な証拠がある場合は補償が支払われる。

1. 当該分野での経験ある専門家が、所与の状況の中で、検査・治療または類似の行為中に、被害を避けられた行為と違う行為をしたと見なされる場合。
2. 検査・治療または類似行為のために使われる技術的機器設備、設備の不良または故障による被害の場合。
3. 引き続き評価に基づき、医療的な観点から患者の病気の治療において効果的であろう別の適切な治療技術や治療方法によれば避けられた被害の場合。
4. 感染症や合併症の診断・治療を含め、検査の結果、被害が発生して、それが患者としての当然の忍耐の限界を著しく超えた場合。補償金額の計算は、被害の深刻さ、患者の病気と健康状態、被害の例外性、被害発生リスクの一般的可能性を考慮して計算されること。

第2項 保健省は、この第1項1に基づく被害についての規則を作ること。保健省はまた、第1項1と3に基づく一部の被害はこの法律の適用外であるという規則も作ることができる。

第3条

第1項 正確に診断されない患者の病気に基づく被害に対する補償は、第2条1項1と2により特

定されるものについてのみ補償される。

第2項 第2条1項2に該当しない事故の場合は、被害患者が病院で治療を受けている場合、また事故が損害一般法に基づいてその損害の責任を追及される条件で発生した場合のみ補償が行われる。

第3項 この法律に基づく補償は、検査、治療その他類似の行為に使われた医薬品の本来の特性によって発生した被害には支払われない。

第4条

第1項 第1条2項に基づく実験対象やドナーにたいして、実験や細胞組織の移転によって被害が生じたときには補償される。ただし、また別の明確な原因の証拠がある被害の場合も同様である。

第2項 第1項の規則は、第3条第3項に基づく被害には適用されない。

第3項 第1条第2項の血液ドナーが血液銀行や移動血液銀行において、同意または命令によって輸血管をつなげたときの事故で被害を受けたときには補償される。ただしドナーが故意または非常な怠慢によって被害をみずから引き起こした場合は除く。第1項に基づく補償はしないが、血液ドナーは別の法律に基づいて被害補償を請求する権利がある。

第4条 a

資格あるすべての医療専門家は、仕事の過程で、この法律に基づき患者が補償を受ける権利があるような被害に気がついたときには、被害者にその旨を通知し、患者保証協会の書式を満たす内容を書けるように支援し、また民間医療機関に対して、この法律に基づく請求が第1条第5項に従っている旨を通知する責任がある。

「補償の認定、その他」

第5条

第1項 補償はデンマーク損害責任法の規定にも基づいて計算される。

第2項 第1項に基づく補償その他は、10,000デンマーククローネ以上の場合に限り支払われる。保健省は、稼得損失と痛み苦痛に対する補償について規則を定め、その被害により一定期間を超える労働不能や病気をもので、3ヶ月を越えない期

間の場合についてのみ、補償支払を行う。

第3項 第2項に対する規則は、第4条第1項または第3項、第1条第2項に係る被害については適用されない。

第4項 期限をさかのぼっての請求については補償は支払われない。

第6条

患者またはその遺族に対する補償は、患者の被害が本人の故意または重大な怠慢によるものである場合は、状況や不能の程度に応じて減額することができる。

第7条

患者またはその遺族が第5条の規定に基づいて、補償を受け取ったかまたは受け取る権利を持つ場合は、補償請求は、被害補償支払い責任を持つかもしれないいかなる者に対して、別途補償請求をすることはできない。

第8条

第1条に基づく一般補償規則により、患者またはその遺族に対して補償支払い義務を持つかもしれない者は、第5条に基づく補償支払いは、被害が故意または非常な怠慢で発生した場合のみ、期限を遡って請求することができる。

第8条 a

製造物責任法の規定に基づいて補償支払い責任が生ずる場合は、第7条と第8条の規定は適用されない。

第2部 補償制度と組織

「補償の責任」

第9条

第1項 この法律に基づいて、以下の者は補償支払いの責任がある。

1. 病院法に基づく公的病院および一般診療の管理責任者。

2. 患者の住む県。患者がデンマーク以外に住んでいる場合は、被害を受けた治療病院のある地方自治体、または外国が、第1条第3項に基づき、責任を持つ。

3. 県の歯科サービスと地方自治体の医療サービスの管理責任者。

4. 歯科大学の管理責任者。

5. 県当局、ただしコペンハーゲン市、フレデリクスベルグ市、ボルンホルム地方自治体を含む。それらにおける民間医療における専門家、民間病院、診療所、民間医療をしている医師を除く医師、緊急医師、対特定病気ワクチン提供法に基づくワクチン接種を行う民間医療に属さない医師。しかし、2項も参照のこと。

第2項 この法律にもとづき第1条第5項に基づく民間医療機関に対して、請求手続きがなされる場合、保健省は、この法律に基づく補償責任は当該機関にあり、またその機関が代表する民間医療の専門家にあると規定することができる。

第3項 もし県その他が、第1項と第5項に基づいて、民間医療、民間病院などにおける医療専門家が引き起こした被害に対して繰り返し、補償支払いをするならば、県は、このことを全国医療委員会に報告する義務があり、医療サービス法の中央管理機関に対して、監督手段の実行のための見解を提出すること。全国医療委員会は、事態の報告を受け取った場合には、それらに対する規則を作成することができる。

「法的保証義務」

第10条

第1項 この法律に基づく補償請求は、保険会社の保険証券によって補償される。ただし第11条第1項の場合は除く。

第2項 この法律に基づく保険証券を発行している保険会社は、患者保証協会に補償の原因理由について通知すること。

第3項 保健省は、第1項で特定される保険証券の年間金額について確定する。

第4項 第3項で示される金額については損害責任法第15条の規定に基づいて確定する。

第5項 保健省は、補償の法的義務について、この法律に基づく保険証券を出す保険会社によって文書に基づき、最低期間や条件を含めて、実施に関する規則を作る。次の目的をもった規則も含む。

1. この法律に基づく保険証券を発行する保険会社は、第1項の侵害の場合の補償も併せて支払う。

2. この法律に基づく保険証券を発行する保険

会社は、第3項に基づいて定めた金額を支払う保険証券を越える分を補償する個々の管理責任者の責任がある場合には併せて、それも支払う。

3. この法律に基づく保険証券を発行する保険会社および自己保険団体〔自治体など〕は第5条に基づく補償を、第9条に基づく補償支払い責任をもつ者を明確に選別することができない場合に、支払う。

第6項 保健省は第5項1から3に基づく補償共同責任について限度規則を定める。

第7項 保険証券に対する保険料は、法的支払総額にも基づいて決める。

第11条

第1項 国家、地方自治体およびコペンハーゲン病院事業体は、第10条による補償にたいする法的義務から除外される。

第2項 保健省は、第10条第1項の民間管理責任者にたいする補償の法的義務について地方自治体が協定を結ぶことを認めることができる。ただし第9条も参照のこと。補償に対する法的義務は地方自治体の地域内で事業活動する民間管理責任者に対してのみに適用される。

第3項 地方自治体は、第2項の保険制度の費用は、その保険制度により補償される民間管理者により補償されるべきであることを要求できる。

第4項 保健省は第2項による保険証券に対する年間総額を定める。

第5項 第4項の年間総額は、損害責任法第15条の規定に基づいて数字化される。

第6項 第10条第5項1と2および第6条は、第2項の補償の法的責任を実施する地方自治体には適用されない。

第7項 第3項による費用は、地方自治体による法的支払総額に基づく。

「患者保証協会」

第12条

第1項 この法律が補償する保険証券を発行する保険会社は、共同して患者保証協会を設立し、運営委員会を選出する。保健省は、自己保険をしている国家・コペンハーゲン病院事業体・地方自治体に対して、運営委員会のメンバーになれること

を規定できる。

第2項 保健省は、患者保証協会の管理運営の定款を定める。この法律に基づき協会に課される協会の運営費用とその他の費用は、保険会社および自己保険する当局が補填する。費用分担は各定款に定める。

第3項 患者保証協会は、その活動について年次報告書を保健省に提出する。

「手続き」

第13条

第1項 患者保証協会は、この法律の規定に基づき、すべての補償請求にたいして、受付け、解明、決定をする。協会は保険会社と自己保険団体を認定して、要求の特定種類の解明・決定について定款に詳細を定めさせる。

第2項 患者保証協会は、証人の住む地方裁判所で証人喚問することができる。

第3項 患者保証協会の決定は、当該する保険会社、国家、自己保険する地方自治体に連絡される。その後、これらは決定された補償金を支払う。

第14条

第1項 保健省は、患者被害訴願委員会の議長、数名の副議長を指名し、また保健省指名メンバーたちを指名することができる。

第2項 議長と副議長は、保健省により指名された者たちであり、審判者である。訴願委員会のその他のメンバーは、全国保健委員会、デンマーク地方自治体協会、コペンハーゲン病院事業体、フレデリクスベルグ市、ボルンホルム地方自治体、デンマーク法律協会、デンマーク障害者組織協議会、デンマーク消費者協会により指名される。

第3項 患者被害訴願委員会は、特定数の専門メンバーを指名する。彼らは請求手続きに必要な分野についての専門家であること。第4項を参照のこと。

第4項 個別の請求についての決定のために、患者被害訴願委員会は以下により構成される。

1. 議長または副議長。

2. 全国保健委員会により指名された2名の専門メンバー。これは第3項に基づき、請求の専門的特質による。

3. デンマーク全県協会が指名した1名。

4. コペンハーゲン病院事業体、デンマーク地方自治体全国協会、コペンハーゲン市、フレデリクスベルグ市、ボルンホルム地方自治体が共同して指名した1名。

5. デンマーク法律協会が指名した1名。

6. デンマーク消費者協会が指名した1名。

7. デンマーク障害者組織協議会が指名した1名。

第5項 議長または副議長は、第4項に基づき、どの専門分野のメンバーが個別の請求決定のための代表者となるかを決定する。

第6項 保健省は、委員会の議長と副議長に対して、請求内容に疑問の余地がないとは言えないという判断する権限を与えることができる。

第7項 議長と副議長は、専門家その他の者が委員会の決定審査会に投票権なしに参加することができる。と定めることができる。

第8項 患者被害訴願委員会のメンバーは、4年毎に指名される。この4年間の途中に指名がされた場合は、任期はその期間の終了までである。

第9項 保健省は、患者被害訴願委員会の手続き規則を、相談の上、定める。

第10項 患者被害訴願委員会の運営費用は、第12条第2項2に基づき、保健省が定めた費用分担に基づき、保険会社、自己保険団体によって補填される。

第15条

第1項 第13条に基づく決定は、患者被害訴願委員会に伝えられてから、最終行政決定が行われる。患者被害訴願委員会は、訴願手続きの停止を認めることができる。

第2項 患者被害訴願委員会への訴願は、3ヶ月以内に訴願者に決定通知を送付しなければならない。

第3項 患者被害訴願委員会は、特別な根拠がある場合は、訴願に対する3ヶ月規定を無視することができる。

第16条

第1項 患者被害訴願委員会による決定は、支持、無効、変更のいずれの決定にせよ、最高裁に持ち

出すことができる。

第2項 この事例の場合は、6ヶ月以内に決定を行う。

第17条

第1項 患者保証協会は、地方自治体、県当局、その他関係当事者である病院、医療機関、医師その他、および被害患者に対して、病院カルテ、症例事例集その他の情報提供をするよう要求できる。それにより患者保証協会はこの法律に基づく請求について関連性を判断する。

第2項 患者保証協会は、患者被害訴願委員会と保健省に対して、この法律に基づく協会の義務遂行に必要な情報を提供しなければならない。

第3部 「医薬品被害保証制度」

第18条

第1項 保健省は、患者保証協会と、デンマーク製薬業界が立ち上げた医薬品被害保証制度について合意することができる。

第2項 製薬業界の要望により、保健省はこの医薬品被害保証制度が補償する訴願団体の議長と特定メンバーを指名することができる。

第3項 保健省は、法務省と相談して、次の内容をもつ規則を定めることができる。

1. 医薬品保証制度の団体は第7条第1項に定めた情報を取得することができる。

2. 行政法、公文書アクセス法、刑法における守秘義務条項が、医薬品被害保証制度に適用され

る。また、

3. 証人喚問に関する第13条第2項の規定もまた、医薬品被害保証制度について適用される。

第4部 「制限と罰則」

第19条

第1項 患者保証協会は、この法に基づく補償請求を、被害者が補償を受ける資格があると気づいてから5年以内に通知を受けるものとする。

第2項 補償請求は、被害が発生してから10年で訴願権利を失う。

第20条

第10条第1項の侵害は罰金が科せられる。会社や法人は刑法第5部の規定により、有罪の場合は責任を負う。

第5部 「開始規定、その他」

第21条

この法律は1992年7月1日に発効し、それ以後発生した被害に適用される。

第22条

この法律は、フェロー諸島、グリーンランドには適用されない。しかし、法令に基づいてこれらに対しては、特別な事情により適宜対応する。

(訳：石塚 秀雄)

デンマーク医療制度における患者安全法 (医療事故報告法)

(2003年6月10日制定)

第1部 「目的、適用、定義、その他」

第1条

(1) この法の目的は、デンマークの医療制度における患者安全を促進することである。この法は、医療制度における患者治療に関連して発生した不適切事例の報告に対して適用される。ただし、(2)項以下を参照のこと。

(2) 保健省大臣は、この法を民間医療事業の医療専門家を含むプライマリーケアセクターへの適用のための規則を作る。保健省大臣は、プライマリーケアセクターにおける特別な状況の是正するため、この法律の規定の不備を特定できる。

(3) 全国医療委員会は、病院、その他治療機関が報告を提出する義務がある旨の規則を作ることができる。また同委員会は、民間病院の報告制度の特別規則を作ることができる。

(4) 県に関するこの法の規定は、また、コペンハーゲン病院事業体、コペンハーゲン市、フレデリクスベルグ市、ボルンホルム地方自治体に適用され、同様に民間病院にも適用される。

(5) この法律の規定は、不適切事例や治療上で発生した過誤に関するその他法律に定められた報告制度については適用されない。全国医療委員会は、諸当局と協力して報告状況特定や調整をするための規則を作ることができる。第(1)項を参照のこと。

第2条

(1) 不適切事例とは、病院による治療または病院に滞在するときに発生した事例であり、患者の病気に由来するものではない。その事例とは、有害である場合、事前に回避できなかったために有害であったにちがいない場合、またはその他の理由であれば発生しない場合である。不適切事例とは知り得た過誤および知られざるところの事例およ

び過誤を含む。

(2) この法律でいう医療専門家とは、個別法律が定める専門医療義務を実施する者、規定された責任において実行する者を指す。

(3) この法律でいう治療、診断、診療、リハビリテーション、専門家医療、予防医療の諸手段は個別の患者に関わるものを意味する。

第2部 患者安全制度

第3条

(1) 県は、不適切事例についての報告を受け取り、記録し、分析し、患者の安全と治療の改良のために利用し、全国医療委員会に対して情報を報告する。第(4)項以降を参照のこと。

(2) 医療専門家は、患者の治療および病院滞在中での不適切事例に気づいたときには、上記第(1)項に基づきその事例を報告しなければならない。

第4条

(1) 全国医療委員会は、県から不適切事例の報告を受け、その事例について全国登録を行う。全国医療委員会は、受けた情報を基礎にして、患者の安全に関して医療制度に忠告をする。

(2) 全国医療委員会は、不適切事例が県から全国医療委員会に報告されるように規則を定める。時、場所、内容などの報告書式を定める。また全国医療委員会は、医療従事者が県に不適切事例を報告することを定める。時、場所、内容などの報告書式を定める。

(3) 全国医療委員会は、県から報告事例に関する追加情報を受け取ることができ、それを委員会の助言的作業に使用することができる。上記第(1)項参照のこと。

(4) 全国医療委員会は、患者登録、その他登録、

費用や予算の情報を県から取得し、委員会の助言的作業に使用することができる。第(1)項参照のこと。

(5) 上記第(1)項と(3)項に基づいて、県から全国医療委員会に不適切事例が報告された場合、報告においては、患者および医療専門家は匿名とされなければならない。

(6) 全国医療委員会は、この法に基づいて年間活動報告を発行する。

第3部 「情報の開示、その他」

第5条

(1) 不適切事例報告は、特定個人に関するものである場合でも、第3条(1)の任務を遂行するために、患者の同意なしにまたは関与する医療従事者の同意なしに、県の特定グループの中で閲覧することができる。また診療データベースやその他の登録に回すことができる。そこで医療情報は患者安全分野の資料化と品質発展という目的で記録される。

(2) 県は、医療従事者の身元情報をいかなる者にも開示してはならない。ただし、第3条(1)の任務を遂行する者に対してはその限りでない。

第6条

医療専門家による不適切事例の報告は、雇用組織による矯正のための調査や手段、全国医療委員会による監督措置また裁判所による刑罰的判決に使われてはならない。

第4部 「規定の発効と暫定措置、その他」

第7条

(1) この法律は2004年1月1日に発効する。ただ

し、第(2)項を参照のこと。この法律は、この法律の発効以降に起きた不適切事例に適用される。

(2) 第8条は2003年7月1日に発効する。

第8条 (医療制度法追加条項)

デンマーク医療制度法に対して以下の修正がなされる。法第687号(1995.8.16)、2000年3月25日付法145号による最近の修正。

1. 第3部の見出しは次のように修正された。

「診療データその他に関する計画と記録の特殊性」

2. 第3部、第15条以下に次の条文が追加された。

第15条 a

(1) 保健省大臣は、県、市町村、民間個人、病院を運営する民間機関、医療専門家に対して、診療内容データベースを提出するための特定規則を作ることができ、そのデータベースに対して公的権力は責任をもち、医療情報を特定の患者グループのモニタリングや治療の向上のために記録化する。

(2) 保健省大臣は、登録された人間が、申請書に基づき、この第(1)のいう診療データベースに記録された情報にアクセスできることを決定することができる。

(3) 上記第(1)項にいう情報とは、特定の個人についてのものであるが、当該個人の同意なしには報告書化されない。

9. この法律は、フェロー諸島、グリーランドには適用されない。王令によってフェロー諸島の特定条件に基づいて適宜される。

以上 2003年6月10日付

(訳：石塚 秀雄)

出席：日本勤労者山岳連盟理事長

全国保険医団体連合会事務局長

全日本民主医療機関連合会共済組合専務理事

全国商工団体連合会副会長

斉藤 義孝（さいとうよしとか）

室井 正（むろいただし）

渡邊 文夫（わたなべふみお）

西村 富佐多（にしむらふさお）

（司会 石塚 秀雄）

●自主共済には本業がある



司会 今日はありがとうございます。まず各団体の自己紹介、組織や活動内容、共済事業についてのご紹介をお願いします。それでは労山（日本勤労者山岳連盟）理事長の斉藤さんからお願いします。

斉藤 私たちの組織は、2007年5月現在、47都道府



府県に700の山岳会とハイキングクラブを持っています。日本の山岳団体で一番大きいのは日本山岳協会（5～6万人）ですが、私たちは会員数2万2千人で2番目でして、山のナショナルセンターの役割を果た

している団体です。創立されたのは1960年、安保の年ですね。当時は勤労者山岳会、その後名称を日本勤労者山岳連盟と変えました。今年でもう47年目になり、50周年を目指しています。

山の団体ですので、山登りを活発にするような活動が中心で、技術的な講習会や教育活動、また遭難事故をなくすために遭難防止の活動もやっています。また自然環境を守ることも大きな課題です。地球レベルでの温暖化の影響から、日本の山でもそうですし、世界的にもヒマラヤなどの高い山で氷河の後退などが問題となっています。登山

団体として自然を守ることが課題となってきていると思います。国内だけではなく、私たちはアジアの団体とも交流がありますので、ネパールや中国、台湾や韓国の団体と交流を持ってやっています。

共済については1970年代に始まります。ちょうど1956年にマナスルが登頂され登山ブームになったのですが、組織されていない登山者が多かったこともあって、若い人を中心に遭難事故が多発しました。私たち労山は事故を起こさないことを目的に作られたのですが、私たちの中でも事故が occurred。当時、山岳保険はなくて、あっても生命保険の特約であったり、一時的に出来たのですがすぐなくなってしまったりと使える保険がなく、自分たちで作らざるを得ませんでした。それで1971年に関東を中心に遭難対策基金が発足し、1974年には全国の労山遭難対策基金となりました。会員の加入率は94%で、大半の会員が何らかの形で加入しています。掛け金は年間掛け捨てで1口千円、10口まで選択できることになっています。それぞれの山のリスクに応じて、技術レベルの高いクライミングや冬山などをする人たちは、大きな口数で加入することになっています。死亡は200倍で保障し、捜索救助は300倍です。毎年加入を続けると10倍ずつ上がる形で、捜索救助に関しては、最大10年続けると400倍まで上がります。商業保険ではあまり保障しませんが、私たちの共済は山での病気についても給付をします。当然、怪我での入院、通院も対象です。それからハイキングの人たちもたくさんいるのですが、加入率があまりよくないのもありまして、普通の倍率の3倍

までを限度に保障、交通事故は除いたドアツードアで保障対象です。ですから中には駐車場で転んで怪我をした、山小屋で怪我をしたということも対象になるのです。非常に幅広い山の保障で、海外登山やフリークライミングも対象です。そういう意味では他の山岳保険に負けない、一番優れた山岳共済だという評価をとっています。

司会 ありがとうございます。次に保団連（全国保険医団体連合会）の事務局長である室井さんからお願いします。

室井 保団連は、保険医という名称にあるように健康保険を取り扱う開業医を中心とした医師・歯科医師の団体です。活動の目的は大きく2つありまして、ひとつは開業保険医の生活と権利を守る活動、もうひとつは患者、国民の受ける医療内容を、社会保障として充実、発展させること。この2つを掲げて活動しています。



開業医の運動は戦後まもなく各地で始まりましたが、連合会の結成は1969年、今年で38年目になります。活動目的の柱のひとつである開業医の生活と経営を守るというのは、開業医の場合、医療機関の経営者であると同時に専門職の活動なので、本人が怪我や病気で倒れたとき、その医療機関はしばらく休んだり閉院したりしなければならない状況になります。すると患者さんの継続的な医療も保障できないし、その医療機関に勤めている従業員の生活保障もできなくなることになります。開業医の経営と従業員や地域住民の健康も保障する立場では、代診医を依頼して医院も継続しながら本人も療養できるという制度の要求が高かったのです。それで保険医休業保障共済制度というのを作りました。同時に、開業医の場合は勤めが変遷することなどもあって公的な老後保障も十分でなく、経済的な保障レベルでいくと公的年金のレベルではカバーできないため、保険医年金制度というのを作っています。そのほか、万が一本人が亡くなった場合、とくに開業当初の段階では借金

をかなり抱えながら医院を経営することが多いので、その医療機関の経済的な保障をどうするかという問題もあって、大型の死亡保障をグループ保険で、そのほか医療機関の経営を支えるための融資制度を銀行とタイアップするなど、開業医の経営や生活を支える活動をしてきました。保険医年金やグループ保険は保険会社との提携でやりますが、会員の立場から保険会社のいいなりのままではなく要望を出しながら運営しています。

保険医休業保障共済制度は、出来て37年目になりますが、発足当初は保険会社に病気や怪我を保障する制度がなかったのです。医療機関の経営者なので他へ入院するというニーズも少ないです。すると自宅で療養するという制度が保険会社にはまったくなく、作るように要望しても経験値がないのでできないと言われました。怪我の場合は、当初は損害保険会社と契約し、経験値をつみながら健全にやろうとかなりセーブした形からスタートしたのです。その中で保険会社の運営実態がわかりました。いかに保険料が高いかというのを経験したのです。たとえば保険料で千円を掛け金として出しながら、支払いは100円、200円のレベルなのです。何度も交渉して相当下げたのですが、保険会社からはこれ以上は利潤を考えると引き下げには応じられないとなったのです。しかし実際の給付の実績と保険会社に払う保険料とには格差がかなりあって、これならば自家共済でやる方が加入者に還元できるというので、病気と傷害の休業保障は自分たちでやることになりました。疾病や傷害のほかに、死亡や満期の場合に何もないのもどうかというので、保険会社との契約をセットした複合的な制度になっています。医師の団体でもあるので加入や給付で、疾病や傷害と休みとの関係が妥当かどうかを自ら審査して査定が出来ます。これを保険会社にお願すると莫大な費用がかかりますので、これは会員同士がボランティアで審査を行い、一定の剩余的部分は会員の給付改善に振り向けるという形で行ってきました。これが自主共済の部分となります。

司会 ありがとうございます。それでは引き続き全日本民主医療団体連合会（民医連）の共済組合専務である渡邊さんをお願いします。

渡邊 全日本民医連は1953年6月に病院や診療所など医療機関の連合体として結成されました。戦



前からお金のあるなしで差別されない医療をどのように人々に提供するかということで無産者診療所という運動がずっとありました。戦争が終わってからは、これからは国民のための診療所づくりを本格的にやろう

ということで、全国各地で医師や看護師、事務などが集まり医療機関をつくる運動が本格的に起こり、無産者診療所の伝統を引き継いで連合会を結成したのが出発点です。医療機関の連合会を作ったことによって互いに経験交流をし、国民のための総合的な社会保障制度を確立し、医療制度の民主化にも取り組みました。民医連の病院や診療所は地域の人々の協力を得て建設されましたが、お金で人を差別せず平等な医療を提供するという医療機関の経営は大変厳しく、活動の途中で倒れて亡くなる方もおられ、仲間うちでカンパを集めてお葬式をしたという話も残っている程です。その後全日本民医連の総会において、職員の福利厚生について全国的な保障制度を確立できないかという声があがり、1972年に共済組合が設立されることになりました。

設立当初は1万人程度でしたが、全日本民医連の運動の発展に伴い、現在では5万近い加入員がいます。給付内容も死亡共済金の制度からはじまり、その後災害見舞金、退職後の生活保障、と少しずつ内容を充実させてきました。また、民医連の共済運動は、各医療法人ごとの共済会があり、その法人共済会が県ごとに集まって県単位での共済運動もおこなってます。そして全日本民医連共済組合があるという3段階になっています。私たちは連帯と癒しのネットワークと呼んでいます。

司会 ありがとうございます。それでは全商連（全国商工団体連合会）の副会長である西村さんをお願いします。

西村 西村です。全商連の副会長をしていますが、保険業法対策委員会の責任者もやっております。



私たちの団体は、戦後まもなく、とりわけ進駐軍の財政を確保するために税金が大変高い時期がありまして、通常「ジープ徴税」と言われるくらいに税務署員が進駐軍のジープに乗ってきて、布団から時計から家

畜まで差し押さえるという時代でした。これはたまらないと地域の零細な業者が集まって闘ってきたのが始まりです。そういう地域の闘いをまとめてできたのが全国商工団体連合会です。これが56年前です。今は全国47都道府県に600の民主商工会があります。

依然として税金問題というのは、日本の政治の中で大きな比重を占めているという点では、度重なる大型間接税の導入や消費税率が二桁になるかもしれないという局面の中で、大きな力を割かなければならない闘いとなっています。しかし、かつてのように税金の心配だけをしていれば、中小業者を守っていけるという時代ではありません。中小業者の要求は、多岐にわたっています。今は長引く不況と格差の中で、ワーキングプアに押し込められているという感があります。なにせ自分の仕事だけでは生活が成り立たない人が60%に上るわけですから、まさにワーキングプアです。いまは会員が26万人、発行する『全国商工新聞』の部数は35万部です。

共済制度に関して言えば、各地に保険会社との提携を含めた共済がありました。それを全商連共済会として統一したのが22年前です。ただ全商連共済の場合は、発足した翌年には制度変更の研究が始まりました。本来の意味での助け合い共済ということで、可能な限り全員が加入でき、同じ会費で同じ共済金（死亡弔慰金や入院見舞金など）と、より共済に近いものをという研究が始まりました。この間、何度か大きな改善が施されました。いまはひと月千円という一律の会費で、民商会員と配偶者は年齢と健康状態にかかわらず加入できます。したがって、他の共済と異なって低い水準にしてあります。死亡弔慰金で20万円、入院で1日3千円を120日と、まさに本当のお見舞金制度に近くなっています。同時に全商連共済会が一

貫して力を入れているのは、健康診断活動です。2年に一度、「いのちと健康を守る学習交流会」を開いています。なかなか中小業者は「時間が無い」などと理由をつけて健診が進まないのですが、ここはがんばって、早期発見・早期治療にしようと全商連共済の中軸になる活動と位置づけています。

●保険業法と金融庁の態度

司会 どうもありがとうございます。さてこの間、当研究所でも学習会を6回開催したり、皆様方も懇話会で活動されたり、他の研究会なども活動したりしていますが、保険業法の改正について、現状では問題がどこにあるのでしょうか。適用除外を要求していくことを含め、改正保険業法の問題点を自由にご指摘いただきたくお願いします。また、金融庁は現在どのような態度をとっているのでしょうか？

斉藤 2006年9月いっぱいまでに、いわゆる保険業の届出を下さいという期限がありました。それまでは金融庁は話し合いに行っても「とにかく届け出しろ」と言うだけで、私たちが改正保険業法の問題点を指摘したり質問状を提出したり、適用除外に対しての要望を出したりしていたのに対して、全く応える姿勢を示さなかったのです。しかしそれ以降は、こちらの取り組みのこともあるだろうし、マスコミで取り上げられたり国会の中でも質問されたりしたこともあって、話し合いには応じるという態度にはなってきました。

国会では、何回か、以前もですが、金融大臣が適用除外の明言はしませんが、新しい制度への自主共済の移行については親切に相談に乗る、対応するということを言っていました。その意味では話し合いに応じるようになってきたのです。ただ少額短期の中に入れというのが中心で、ハードルの高い話になっていて、私たちの求める適用除外はなかなか認めようとしないう形になっています。結果としては、ほぼ100%近くだと思いますが、適用除外は認めない方向です。実質新しい制度への移行は出来ない形になっています。私たちには少額短期保険業に入ることは共済そのものの廃止

につながりますので、適用除外で何とかしてくれと言っているのですが、なかなか金融庁とのやり取りの中ではハードルが高すぎて応じてもらえないというところではないでしょうか。

西村 問題点はたくさんあると思うのですが、ひとつ、当初この法律を作るときには、自主共済の多くは除外の範疇にあったのが出発だったのに、アメリカの保険資本の強力な圧力によって急速にしかも大掛かりな規制に変わってきたのが特徴ですね。これはかなり露骨です。無認可共済を保険業法および金融庁の監督下に置きなさいという命令に近いものですね。

司会 それは在日米国商工会議所のオピニオンのことですね。確か2回出ていますが、2度目はかなり具体的に、医師の団体などと名指しのようになっていました。

西村 そうです。そこで一気に政府も腰砕けになって、今までと言っていたことがだいぶ変わってしまった。そこが問題です。

それだけに作った法案そのものも粗雑です。細かな調査などしていないのです。実態としては日本の共済をほとんど調べていない状態でまとめてしまった。したがって、いろいろな共済との交渉や注文などを聞けば聞くほど、立ち往生している状況だろうと思いますね。しかし立ち往生はしているけれど、つくった法律は守らせるとの心底は変わっていません。2007年3月の交渉の段階の報告では、昨年9月までに届け出たのは389件の共済だそうです。日本には5千とも6千ともいわれる共済のわずか389件です。このうち3月の時点で40%は廃業してしまったそうで、わずか2社が少額短期保険業者として登録したそうです。

司会 当初、400程度のサンプルをとって調べたそうですが、少額短期になる団体はごく少数しかないということで、保険業法改正の目的のひとつは、大きく達成できません。常識で考えると法案そのものを抜本的に見直すと思うのですが、そういう方向に行くのでしょうか。

西村 狙いの本命が、労働組合ですからね。

渡邊 この法案が4月に上程される前の段階から、私も保団連さんと連絡をとりあたり皆さんに声をかけさせていただいたりしていたのですが、法案の内容が粗雑だというのは審議の過程を見てもわかります。当時の金融審議会の答申では、構成員が極めて限定されている共済、高度な自治能力があって自分たちで管理できる共済、こういうものには保険業法適用をする必要はないのだとはっきり言われているのです。この答申内容に沿って法案は作られるべきだと私たちは思っていたのです。ところが国会審議で出された法案には、どのような共済を対象にして規制するか、どのような共済は規制から外すかという肝腎な点については、全くほかされていた。そのことについては国会議員も、審議の中では、まじめにやっている共済もあるしそうでない共済もある、まじめにやっている共済がこの法律によって立ち往生しないように、そこはしっかりやりなさいと大臣に要求しています。では具体的にどうしていくのか、ということになると「政省令に委ねる」となっていて、全文のなかに政省令に委ねる部分がなんと200箇所以上あったのです。

だから国会議員としては、この法律がどういう性格のものなのかということが明確にならない段階で審議し、法律として成立させられて、あとは官僚の思うとおりにつくられるという、当時私たちは「小泉流の改革」と呼んでいましたが、そうさせられたのです。そして最初、政省令の中身は7月に出るといわれていました。作業が遅れているという理由で8月か秋口にはと言っていたのが、ずるずると遅れて、結局その年の暮れ12月28日になってやっとパブリックコメントに付されました。さきほどの在日米商工会議所の意見書が出たのが11月です。これは関西のよみうりテレビで放映されたように、PTAの共済がいったんは適用除外とされていたのに、意見書が出た後でいきなり適用対象になったという話が報道されていました。「あくまで仮定の話で横槍が入ったことはない」と放映された中で金融庁は答えていましたが、経過を見ていると明らかに横槍が入っているのです。

だから、この保険業法の問題は、少なくとも私

たち自身を適用除外にしろと要求するのと同時に、日本で法律を作っていく上でこういうことがあっていいのかと、もっと現状をきちんと調べて現状にあった法律を作るのが法治国家ですから、この点でも訴えていかなければならないと思っています。他の角度は皆さんから指摘があると思いますが、どうしても私はこの点を言いたいですね。

室井 交渉に行くとき「共済も保険だ」と金融庁は何度も言うのです。共済も保険とみなし、とにかく保険業法の管理監督の範疇に取り込みながら、その規制に従えない、あるいはそれからはみ出す共済制度の存続を認めない、というのが最大の目的であり問題点だと思います。

交渉の中では共済と保険の違いをいろいろと話したのです。共済はもともと保険で出来ない部分を自ら生活を支えあうためにやってきていること。保険で出来ない部分をカバーし自助努力でお互いに構成員の支えあう制度として非営利で行っているの、その行為を保険で行おうとすること自体にそもそも無理があること。また自助努力で出し合っている資金についても、保険会社は政府の公的資金でだいぶ助けられました、われわれはそういうこともなく自らやっていることを保険とみなすのは行き過ぎであるし、活動内容もお互いにボランティアでやっているというのが、ほとんどの団体の共通した部分なんですね。営利を目的として不特定多数を対象に行う保険と、特定の団体が共通の目的で活動しながらお互いに構成員の助け合いのためにする共済との違いですね、これをすべて保険の範疇にして保険の範囲を超えるものはだめにし、民間保険市場の拡大を図るのが最大の狙いだと思います。

これはアメリカからの圧力だというのが読売テレビの報道などからもほとんど公になっていますが、これらは郵政の民営化と同じ流れですね。郵政民営化の次は、医療保険の改革がアメリカからの市場拡大の最大の対象だと言われていますが、私は共済の規制もこの流れと関連があると思います。医療保険では公的な保障を縮小しながら市場拡大を狙って民間保険がどんどん売り出されていますが、今回の保険業法改定は共済分野も規制して、保険市場拡大の一環にするという流れだろう

と思います。

司会 ようするに金融庁は、特定・不特定の問題、営利・非営利の問題を言わなくなってしまったというのですね。さきほどお話にあったように、郵政の民営化や社会保険の民営化と目的は同じなので、共済単独で議論するのではなく、社会全体に幅広く訴えていかないと共済問題でもなかなか勝てないということになると思います。

渡邊 その点でいきますと、ご存知のように今度法審議会で保険法の審議が行われています。100年ぶりの見直しだそうです。本間照光先生や押尾直志先生がお書きになったものを読ませていただくと、現在の共済と保険業法の問題は、明治時代の保険と共済の問題にさかのぼるといえるか、ずっと狙われてきていたのだということがよくわかります。室井さんがおっしゃるように、日本の社会保障制度をどのように変質させていくかという問題と、従来からある保険と共済の垣根の問題、商業保険はとにかく共済を認めたくないというのがもとあって、今は日本の保険会社の資本は大分アメリカの資本が入っていますから、むしろアメリカに言わせているのではないかという根深い感じを受けますね。

●共済と保険の違いの明確化

司会 さて保険と共済の区分説明についてはいかがでしょうか。

齊藤 共済の歴史的・社会的に果たす役割が、保険とは違うものだという説明をする必要があると思います。今の適用除外を求める戦いそのものは時間的余裕がないのです。2008年3月いっぱい少額短期保険業の届出期限ですから、これがひとつの大きな期限です。共済の理論的問題については、実際に共済法を目指していく、今までの経験を踏まえて研究者の先生方と共済をやっている現場の者とが協力して、ある程度時間をかける必要があると思います。

国がやろうとしている法律的なものでは、ひとつは昨年4月1日に改正保険業法がすでに成立し

たということと、先ほどの保険法です。いままでは商法の中のひとつで保険契約の部分だけだったのですが、商法自体は現代風に改正するには膨大なものだから、たぶん保険契約部分だけピックアップして保険契約法として決められるのではないかと。一番大きな問題は、共済を保険に包摂するという内容の検討をしていることと、これがすでに決定したかのような報道が新聞などではされていることです。おそらく、そうだろうとは思いますが。保険業法の改正を検討しているワーキンググループと、保険契約法を検討しているワーキンググループの責任者は、どちらも同じ東大の先生と聞いていますから、一連の動きだろうと思います。

もうひとつは2008年いっぱいには公益法人法の改正が出てくるだろうなど。私たちは制度共済ではないのでそう問題ではないのですが、今は適用除外になっている制度共済も、新保険業法の対象になる可能性が高いだろうということです。

司会 そういう強硬な発想はあるのですが、逆にそれに対してなくしていく、壊していくという対応が望まれますね。制度共済の方は反応がのんびりしている印象です。イコールフィッティングに沿って存続できるのだと考えているのでしょうか。

齊藤 確かに一部の制度共済は、これからは保険と同じ土俵でやっていくと考えているようですね。しかしそれで良いのか、本来の構成員のためにと作られた目的や理念はどうなるのか、ですね。これを外してしまっただけで、果たして共済全体は生き残れるのだろうか。そういう立場も維持して、今狙われているのはわれわれのような自主共済ですが、今の戦いも含めて共済全体の合流も本来は必要なのではないかと思っています。

司会 そうですね。当研究所の勉強会も当初は農協や生協といった制度共済にも関心を持って参加してもらって協同してというイメージを持っていたのですが。

齊藤さんが触れて下さったのは共済法の可能性ということになりますが、作るとなると共済組織の定義、実態はどうかということが必要になってくるので、アイデアとしては魅力的でいいのです

が、その可能性がどのくらいあるのかという議論をお願いします。

斉藤 難しいのは、保険法（保険契約法）の中で「共済を保険に包摂する」となると—これは2008年中に出てくる可能性があるのですが—共済側の理論構築が困難になると言えます。私たちも、今のうちに保険法に対しても反撃を加えていく必要があるのではないかということです。

西村 保険業と共済の違いについての学問的構築はこれからされるのだと思いますが、少なくともイメージとして共済を語るには、ひとつは特定の人が対象者だという条件があると思います。助け合いというのは対象がわからないのに助け合うことはありえません。また共済は営利を求めない、ここが保険会社との違いです。今度の少額短期保険業は入り口のところでは保険会社になれますよと言いますが、出口のところでは利益を上げないと取り消しますと金融庁は指導するでしょう。保険業者は必ず利益を出さないとけない、これが決定的に違います。一方、自主共済は自分たちの共済ですから、中身について合意があればいつでも自分たちで改善できる優位性を持っています。

斉藤 私は共済法を作るといった場合、一番、理論展開できるのは自主共済だろうと思うのです。自主共済がいちばん理論化できるだろうと思うのです。それ以外に可能性は少ないのです。そういう意味では適用除外の活動は、実は共済は保険ではないのだという理論的戦いを含めて、共済陣営を代表する戦いだらうと思います。典型的に共済らしい共済というのは、やはり自主共済なのです。

室井 私も、共済と保険では、現段階ですでに4点の大きな違いがあると思います。

1点目は目的の違いで、先ほど西村さんがおっしゃったように保険は営利を目的とした不特定多数を相手とする保険事業で、共済は同業者や活動目的を共有する団体や組織の構成員を対象にして、その団体や組織の活動目的のひとつとして生活困難をお互い支え合う非営利の活動だということです。

2点目は、障害や病気のある人など救済を必要とする対象者に対する対応がどうかという点です。保険は救済を必要とする対象者ほど危険リスクが高いとして除外する、あるいは保険料を高くして許可するのです。保険は生活保障の必要な人を出来るだけ除外しながらやっていくのです。一方、共済は困難に遭遇する人たちをいかに仲間で助け合うかということを出発点にしていますから、救済を必要とする人への対応が大きく違います。また、共済は会員相互の助け合いですから、活動目的や社会階層がほぼ共通する構成員が相互に支えているのです。このため構成員のためにお互い団結し支え合うという意識も育ちますが、保険は不特定多数で、相互会社があったときは「これも相互扶助だ」と言っていました。保険会社で契約者同士がお互いに助け合うなどということは実態からも意識からもありませんので、救済の必要な人への態度がまったく違います。

3点目は、管理運営の違いです。保険は保険会社として適正に運営されているかを監督官庁の監督の下に行うようになっていて、広告費を含め制度管理に必要な費用もすべて利潤を含めた保険料の中で行い、そこで得た利潤は株主に基本的には還元されます。共済はその団体の自治組織の中での制度管理で、内容が適正に運営されているかはその団体の加入者の自治として加入者が行うので、制度管理に必要な費用はボランティアで活動したり、一定の剰余が生じたら加入者に還元したりするなど、制度管理の違いが大きいと思います。行政が監督したから適正に行われるかと言ったら、そうでもないですね。最近の報道では、この5年間に生保、損保の保険会社で82万件、650億円もの不払いがありました。金融庁は、「契約者保護」といいながら、これすらも監督できないのです。

4点目は、社会保障や福祉制度への対応の違いです。保険は、市場開拓のためには社会保障・福祉の改善や充実はむしろ阻害要因で、充実しないほうがいいのです。ところが本来の国民的視点で言えば、公的な社会保障や福祉でカバーするのが本筋だと思うのですが、共済は、社会保障の不備を補完する自助努力をしながら公的保障の充実を求めるといふ姿勢を持ちます。運動的な部分も含まれますが、社会的には決定的な違いだと思います。

司会 今、完全に近い形で整理いただけたと思います。ヨーロッパでは共済は公的社会保障のある意味で補完という言い方をしたり、公的社会保障そのものを担う団体になったりしています。これは民間保険会社にかなりの比重でまかせるアメリカと対照的です。金融庁は極端なアメリカ型、アメリカよりももっとアメリカ型の導入を計ろうとしている気がします。先ほどの整理いただいた内容を金融庁に対して、どうやって納得させていけばいいでしょうか。ここを努力しなければいけないかなと思います。

渡邊 去年10月頃ですが、金融庁と個別交渉した後、各団体が集まった際、ある弁護士の方が「官僚が言うには、法律の作り方の問題で適用除外をするとすると個別列挙しなければならない。実質上一つ一つ挙げるのは不可能なので、おもとだけ挙げ、それで決めるしかないのだ」と言うのです。私はこれは問題があると思いますね。

例えば経産省の、PSE（中古電気製品安全法）などのように、官僚が作る法律には不備があって、国民の反対にあって押し戻される。法律を支配の道具として官僚は使おうとするのだけれど、作ったものが国民生活になじまない、その矛盾が出てきていると思います。確かに金融庁はかたくなですが、私たちはいまそういう意味では議員立法の運動に取り組んでいます。最初の頃は法律は成立してしまっただけでどうしようもない、と言う議員もいましたが、何度も足を運び自主共済とニセ共済の違いを話す中で、まじめな共済が何とか継続できる道はないかと、私たちの主張に理解を寄せてくれる議員も増えてきました。今の保険業法は国会での審議内容と趣旨が異なってきている、と衆参両院であれだけの数の国会議員が言っているのですから。国民の立場に立った法律をいかに作らせるかということの大きな試金石になると思います。こうした運動を続けながら共済法なども検討する必要があると思います。

司会 当研究所の機関誌で力を入れて紹介しているのが、欧米は共済と保険とが共存していることなのです。アメリカですら、共済組織がきちんとあり、法律で税制免除などの保護を受けている。

ヨーロッパは共済法、保険法、協同組合保険法などのだいたい3つの法律がある。ヨーロッパ各国は共済をつぶそうとはしてなくて、つぶそうとしているのは日本くらいなのではないかと思いません。

斉藤 EUは共済に対しては姿勢が違いますね。

司会 EU共済法は、営利保険会社と共済組織の綱引きで作られている法律だと思います。

斉藤 個別の国家の法律には影響力がないのかもしれない。

●共済法の可能性

司会 EUの場合は多国籍なので、何カ国に渡るところだけを押さえるので、どうしてもグローバルの方、軸足が営利にいきがちです。ただヨーロッパ各国の共済関係をみると、共済法および保険法、両方で網掛けをしていく形が多いですね。両方にかかる団体もあるし、共済法だけにかかる団体もある、ということです。

斉藤 私たちは共済法をゼロから理論構築する必要はないのです。それこそ戦前からの賀川豊彦先生の活動もあるし、地域ごとの共同体で作られた共済に近いもの、結（ゆい）や無尽（講）といった、共済とは言えないかもしれないけれど困ったときの助け合いの制度はあったのです。先日の朝日新聞にも戦前の村落共同体の相扶共済の記事があったし、掘り起こせば歴史的にいくらでもあります。また海外でも共済は存在しますので、日本で共済を認めないこと自体がおかしいのであって、共済は社会的、歴史的に必然があって発生してきた根拠のあるものだということを示していればいいのではないかと思いますね。

私たちの戦いは3段階に分かれると思います。第1段階は新保険業法ができるという段階、2006年4月1日以前の時点です。このときはこの法律が自分たちに関係するとは思ってもいなくて、05年12月に「共済の今日と未来を考える懇話会」が出来て、自主共済が対応を模索している段階でし

た。第2段階は2006年4月1日から9月30日の特定保険業者の届出期限までで、自主共済では懇話会が中心になって、金融庁に対して適用除外を求めている段階でした。しかし9月いっぱいでも適用除外は出来なかった。そのあとは政省令での対応もありますが、国を相手に議員立法を求めているという第3段階になってきました。

もともと内閣立法は、与党が圧倒的多数ですから90%以上が成立してしまい、議員立法は3割台の成立でしかないと聞いています。これは国会の立法権をつかさどる機能が形骸化していることで、内閣立法がどんどん通っているのは制度としておかしいのではないかと思います。国会の立法を審議する機能が役割を果たしていない、つまり内閣が審議会で自分たちに都合のいい法律案を作り、国会では根本的な骨格のところだけを審議して通してしまい、国民に知らせるべき内容や国にとって不都合な内容ははっきりさせないまま、重要な部分は政省令で通してしまうという手法が、ずっと横行しているのではないかと思います。

司会 日本はその点特殊といますか、国会議員に立法者という自覚が少ないように思えます。

斉藤 保険業法でもPSEでも、あまりに国会の立法機能が弱くなっています。私たちはこの共済の問題をもう一度国会に差し戻して、法律自体は変えられないかもしれないけれど、法律の中身を追加することによって、本来は目的ではないはずの自主共済を適用除外することができるだろうという戦いをしています。

西村 議員立法については78名の議員の賛同、署名の引き受けがありました。この方たちの力を引き出すためにも、われわれの署名やはがきといった要請行動が必要です。激励していかないと今の国会での議員立法は困難が伴いますが、せっかくここまで問題意識も広まっているし、今年の夏の参議院選挙も視野に入れなければいけないと思います。議員にも思惑はあるはずですが、これをチャンスにする必要がありますね。

室井 ご指摘のあったように国会の機能低下と法

律で政省令にゆだねるという手法が問題ですが、もう1つ問題点を加えると、対象となる国民の判断を図る手法をとりますね。今回の制度共済と自主共済の問題でも、当面は自主共済をターゲットにし、そのあと制度共済を対象にしています。公益法人改革でも同じで、NPO法人は当面除いて、問題の対象を一定に絞り、次にNPO法人や人格なき社団を対象にするのです。私たちの運動の課題でもあります。本当の狙いはどこにあるのかということを考え、当面の規制対象を越えていかに広範に共同、協力するか。この視点から国民の側もうまく動かなければならない。

斉藤 分断と各個撃破ですね。

渡邊 その点では、私たち懇話会は他の制度共済の方々とも交流していますが、共済と保険の垣根の問題では、実際の運営面では難しいところがあるようです。

例えば労働者の共済では、労働組合員は団塊世代の退職などによってこれから減少し、地域に出ることになります。経営としては非常に苦しくなることが予想されます。JA共済も難しい面があるようです。創立の頃は農民が共済事業を営むことによって農村の資金が流出するのを防ぐ役割があったようです。死亡弔意金制度や火災共済制度をつくって、その集まった資金を農業経営の近代化にも役立てることができたようです。当時すでに保険と共済のせめぎあいがある中で、社会運動家たちが熱心に働きかけたのです。ところが今は政策的に国内での食料生産が抑制される中、専業農家も減っています。

このように共済を取り巻く環境が変わる中で、私たちはもう一度共済本来の役割というものを問い直しながら、協同の運動を作っていかなければならないと思います。

また、地方に自主共済の懇話会が広がっています。すごく力になることだと思うので、もっと広げたいですね。

西村 2月の段階で4つですね。愛知が最初で大阪、兵庫、6月には東京、千葉も立ち上がります。広島と埼玉もありますね。地域での広がりは大

な国会への力になります。

大手共済の今後ですが、大手共済は20年前から商品開発の面で保険会社と競争しています。ですから大手共済にとって、保険会社設立も選択の範囲といえます。この面で見ますと、今後の共闘ということでは大きな課題が残るのではないのでしょうか。

斉藤 その意味では自主共済だけ先行して適用除外になればいいとの言い方も出来るわけで、確かにその可能性もあると指摘する研究者もいます。

室井 私は協同組合「保険」という言い方は気になりますので、協同組合「共済」との関係でいうと、保険業界や行政は、かつてはそうした共済を規制しようという動きであったのが、規模が大きくなると逆に中に取り込む方針に転換しています。保険会社とのタイアップで事業内容などに踏み込んでいき、協同組合「共済」の側がこれに乗って提携するという形をとるようになりました。もちろん共済制度も経営体の側面があるのは事実で、経済活動を余儀なくされるのは当然です。ただ保険資本とは、保険会社の商品と争うだけでは市場競争に巻き込まれていきます。経営体としての経済活動の側面を重視するとともに、大きな違いとしての協同組合であることを重視することです。組合員がお互いに協同して自らの生活を支えあう協同組合の活動を通じて、利益優先の企業活動に一定の規制をするなど協同組合として社会的な発言を強めたり、そのために組合員自らの学習や教育を重視したり、協同の役割を、協同組合としてどう果たしていくかを考え直すことが、社会的な存在意義として大きな意味を持つてくると思います。そのためには、私たちも自主共済の活動を強めながら、おおもとにあるアメリカ政府の要求や保険資本が何を狙っているかという共通の認識を持ち、国民的な視点から共同することが必要だと思います。

渡邊 室井さんがおっしゃったことは、この研究所の学習会で講師をつとめられた日本大学の高橋巖先生も指摘されていました。従来の協同組合共済が、社会への還元が弱かった、還元していても

アピールが弱かったということです。JA 共済は、やはり地域での介護や福祉分野について要望されることが多くて、共済組織として施設を作ったりヘルパー養成講座を開いたりしているそうです。私たちもそうした面でも、もっと交流しながらいきたいと思います。またヨーロッパの共済も社会的な共済組合の活動をやっていますね。

自主共済のメリットは、要請書にもあるように、まず団体としての目的があることです。社会に対する有益な活動を、各団体ともにそれぞれがやられている。非営利セクターとよばれますが、その団体の構成員を支える共済運動ですから、ここが自主共済の他の大きな共済とは違うメリットだと思うので、適用除外、そもそも保険とは違うのだと主張をする必要があると思いますね。また協同組合保険の皆さんのとの協同した運動ということもあると思いますね。

●適用除外を求めつつ、共済の団結を

司会 ヨーロッパでは大きな協同組合や協同組合保険や相互保険、いわゆる自主的なものも含め、社会保障にリンクしたものも含めて、旗印としているのが「社会的経済セクター」（日本語では非営利・協同セクター）です。ある相互保険の団体で、「自分たちは社会的経済セクターの一員である」と宣言している相互保険会社があるのです。日本の場合も自主共済と既存の全労済、JA 共済などのいろいろな共済がひとつの旗印でまとまる、集まる場を作る必要があると思います。相手が変わるのを待つわけにはいかないので、これは自主共済側が準備するしかないのです。

さて短期的な要求としては適用除外を求めていくことが重要ですが、適用除外を求めるにはその場にとどまらないと出来ません。少額短期事業者などを選択すると立場が変わってしまうからです。

斉藤 少額短期に移行できるような共済とは違うのだと主張して、現在ある適用除外に私たちのような自主共済が含まれるように枠を拡大すればいいのではないのでしょうか。相手は認めませんので、しつこく主張していくしかありません。

室井 団体の構成員として明らかに特定され、団体の活動目的のひとつとして構成員の福利厚生のために運営されている共済制度、それは除外するとすればいいのではないかとっています。これに対して金融庁は、定義が弱い、財務内容などに触れていないと言っていますが、共済という名を使って不特定多数を対象とする保険業者や、共済事業それだけを目的として、形の上では団体を構成しているようにして実際は営利企業がやっている「ニセ共済」は、実態をみればわかるものなのです。先ほどもでしたが、06年9月末までに届け出た389団体のうち少額短期保険業者に移行したのは2、3つだけです。それ以外は実質、今の条件では保険会社や少額短期保険業者という2つの選択肢では継続できないのです。その実態をもっともっとはっきりさせたいですね。

同時に、期限を切られた経過措置期間ではありますが、期限を過ぎたらその共済は存続できないということにならないような対策も必要だと思います。

渡邊 私たちは要請書を出すときに、条件を書いたのです。適用除外の条件は労働組合の共済、企業の共済、制度共済などの条件が10個ほど列挙してあります。そして最後に「以上の共済に準ずるものは適用除外にする」という一文があって、なぜそんな一文が入るのか私には不思議に思いました。彼らにしても入れざるを得なかったのだと思います。そこにもってきて「私たちがまさにこれじゃないか、適用除外にしてほしい」と言うのと、絶対認めない。バックに何があるのかな、という話になってきますが。

私どもの共済には、各医療法人の職員で健康保険に加入している人しか入れないのです。どんなことがあっても、一般の人に100円で会員カードを買っていただいて入ってもらおうというものではないんです。これこそ審議会で言っていた「特定を対象として、総会をやって自分たちで資金管理もしている」ことです。どこに問題があるのだと聞いても金融庁の担当官は答えられない、「おっしゃるとおりです」と言います。しかし、適用除外には出来ないという。やっとなら唯一、根拠とするのは「あなた方には法的根拠がないのだ」

と。どの法律にも基づいていないから認められないと言うのです。室井さんや西村さんがおっしゃったように、団体目的があって、その団体の構成員であるということですね。保険医協会や保団連さん、全商連さん加入してその団体の活動を行うことが本来の目的なんですね。全商連さんの死亡共済を買いたいから入るといふ人は入れない。こうやって金融庁の役人が個別に共済会の目的を判定することは出来る筈です。でもやりだしたらきりがいいからやらない、という態度です。

司会 日本は非営利・協同セクターの法律整備が悪いのです。ヨーロッパでいうと共済組合法、団体・結社のアソシエーション法がだいぶ前からあって、さらに協同組合法があります。一方、日本には協同組合法だけしかなかったのです。特にアソシエーション（団体）法は強制の網掛けではなく、認定して欲しい団体はそこに入って免税などの特権を得るが、法律の傘下に入らずとも存在を認められるのがヨーロッパ的考え方です。だから法律がないではないかという相手とは水掛け論になるかもしれませんが、そういう考え方だけではないですよということが言えますね。

斉藤 だとすれば、少額短期保険業はまったく自主共済の受け皿になり得ないというのが、既にはっきりしています。営利目的で一定の資本があるところは移行は出来るでしょうが、我々のような自主共済には不可能だということを事実が示しています。そういう意味では、法的裏付けを非常に緩い形で作ることも可能なのです。たとえば公益法人法を改革しようとしています、一般社団、一般財団と、より公益性が高く国が認可する新公益法人とに分けようとしています。それならば、届出だけで認めるようなより緩い法人制度を作って、最低限のルールだけを決めればいいのではないかと思いますね。

だいたい、我々のやっているのは言わば非常に自己完結型の組織ですから、介入を受けるいわれは何もないのです。たとえ破綻する場合でも、内部の構成員だけで破綻して、内部にのみ迷惑をかけるのであって、他の人たちに迷惑をかけることはないのです。ところが国が法律で規制している

はずの保険会社は、生命保険も損害保険も第3分野でも、みんな不正や不払いなどの迷惑をかけて被害は膨大です。金融庁が監督をしているにもかかわらず、です。そちらの方がよほど問題です。

だから私たちが08年8月以降にも届出をしないと選択したら、本当に罰するのかと聞きたいところです。保険業法には違反したら罰金刑の他に懲役などの規定もあるのですが、あれだけ大きな保険会社が何百億円という大きな迷惑を国民に与えていながら、処分は行政処分でしかありません。それなのに、我々自主共済を保険業法で厳しく取り締まるのですか、と言いたいですね。構成員に迷惑も損害も与えていないのに、大きな矛盾です。

司会 私はその辺は楽観論でして、そういった脅しの実行は、実際は難しいだろうと思います。斉藤さんがおっしゃったことには、ヨーロッパの政府の担当者ならば「その通りです」と言うと思いますが、日本の政府はそういう態度はないですね。

斉藤 全くないです。保険業法というのは厳しい法律だと、国会でもさきの金融大臣が言っています。それに違反する者は厳しい罰があるのだと言っています。しかし適用除外にならずに新しい制度に移行することには相談する、協力するとはか言わないのです。

室井 この団体の目的の1つで行うという中で、団体自身のモラルは非常に有効に働きます。たとえば保団連では本当に休んでいるのかというのを、同業者である医師が同じ地域の請求者に行って休業の実態を確認したり電話したりとやっています。そこでもし不正をすれば、開業医の仲間からそんなことが許されるのかと非難があがりますし、そうした情報は自分たちで集約しています。保険会社が同じことを出来るかと言えば、全然違う。しかも仲間同士の助け合いを前提にしながらボランティアでやっているのですから、そういうことまで認めないのであれば、「社会的に有用な活動をしている団体であっても適用除外は認められません」と金融庁として回答書で出せと求めたのですが、一切応えません。金融行政として社会的に説明責任があるのにそれまで放棄するのか、とそこ

まで話をしてきたのですが、そういうところは一切文書では回答しない、これが慣例であるということです。国民に対する社会的責任として許されるのか、という問題があると私は思いますね。

司会 行政や公権力が説明責任を果たさないですね。

斉藤 東京だけで地方公聴会も開かないで決めていますし。

渡邊 地方公聴会でも、自分が推薦した人間にも「これは少し問題があるんじゃないですか」と言われても、とにかく開きました、というアリバイ作りというか、とにかく立法の段階から国民の意見を聞くつもりはないのでしょうか。そのことを明らかにしていきたいですし、一定程度、テレビ局や商業新聞各社が報道したので、だいぶ世に出てきた形です。

斉藤 4月の国会のときにも、民主党議員の質問の中で、共済の事前調査が不十分だったと洪々ながらも認めざるを得なかったのです。不十分の中で立法を準備しているというのは、この法律には大きな瑕疵があるというのを示していると言えますね。

西村 ただ、5回の交渉の中で金融庁の口調は変化しているけれど、本音の根本的なところは譲りません。届け出うちの40%が廃業という現実にも、何の痛痒感もないのです。心配するような様子はまったくなく、やめるならやめて結構という、助太刀はしませんという態度です。したがって、これからの運動をよほどしっかりとやっていく覚悟でいます。

斉藤 次の大きな課題（制度共済）に取りかかるのだということなのでしょうか。

西村 4月24日の国会質疑の中で、いわゆるニセ共済についての規制は、実際には出来るという答弁をしています。たとえば、共済という名でお金を集めながら還元しないのは詐欺罪で刑事告発で

きるのではないかという質問には、その通りですと言っています。あるいは出資法違反で告発とかのように、共済の名で金を集めて加入者に還元しない、不正を行ったというのは他の法律で規制できるのです。また実態として不特定多数に共済の名で保険を販売していることは、これは保険業者としては無届ですから、発動できる法律はいくらでもあるのです。ニセ共済の規制が目的ならば旧保険業法でも規制できたとし、現在でもできます。政府・金融庁の狙いがどこにあるのか、一層明らかにしていく必要があります。

司会 政府、金融庁の真の狙いと、自主共済の真の姿をわかりやすく多方面に支持を得られるように社会に訴え、明らかにする必要があります。そろそろ最後になりますので、一言ずつ今後についてお願いします。

斉藤 その前に1つ、小泉政権の時代は格差社会を認めませんでした。これだけ格差が明らかになっている中で、自主共済は草の根のセイフティーネットとして大事になっていると言えます。国がセイフティーネットをどんどん外す中で、自主共済を破壊することは、社会の低辺の構造に悪影響と破壊を及ぼすのだということを主張するべきだと思います。国際的にも格差が問題になっていて、アメリカのバーモント州でしたか、地方政府が公的医療保険を作ろうという運動があるそうです。つまり400万人以上といわれる無保険者を救おうという動きが出てきている。そういう格差社会の中での自主共済の大切さをアピールする必要がありますね。

室井 同じような意見ですが、社会保障全体が大幅に後退する中で、共済を必要としている人まで閉め出して保険だけで行おうとすれば、生活の自己防衛も出来なくなります。当然、格差社会が進行すればするほど、生活防衛さえも除外されます。共済が一時的に後退を余儀なくされたとしても、本当にお互いの生活を支え合うという目的がなくなくなるわけではなく、むしろより必要になるので、共済が社会的に果たしている役割の重要性、意義を広め、制度共済の関係者も含めて共済の社会的

役割を見直しながら、共同する視点が重要になります。その点では共済に関係する人たちだけではなくて、保険や共済の研究者、法律関係の団体、生保・損保労働者のいい意味での社会的役割として保険技術を共済に生かすなど、保険の有用性を共済活動に生かす関係者の連携、共同の活動が必要だろうと思います。その中で医師の活動が必要だということであれば、役割を発揮できると思います。職能団体の連携等、検討の余地はあると思うのです。

西村 懇話会に参加する団体はまだまだ少数です。それぞれの団体の運動や特徴はそれぞれ違うわけですが、違うところは生かしながら、共通項を大切にしながら分断作戦に乗らないようにしたいと思います。もうひと回り、二回りと懇話会への参加を増やす努力が必要です。また国会の中への激励も含めて、よりいっそう努力していきたいですね。

渡邊 今日はお見えになっていませんが、障害者団体の共済会の方々、難しい判断を求められています。ある障害者共済会では、やむなく保険会社の用意した保険へ入るという選択をするところも出てきているそうです。まさに大変な時期です。それでは全員が保険に移ればいいのかというと、保険には入りたくても入れない人がいると、その人たちへの責任は誰が持つのかとなります。金融庁はもちろん持たないし、保険会社は利益がなければ参入しない。ならば私たちがやるしかないではないかと共済会の方は言っていました。そこに共済会の役割、意義があるのではないのでしょうか。

一方、新聞報道などにあるように、保険会社の反社会的姿勢が報道されています。保険会社では本当の社会貢献活動が出来ないのだというのが、資本の論理からはっきりしています。共済こそが社会貢献の役割を果たせるのではないのでしょうか。協同組合共済の方々とも協同し、社会貢献活動を共済として出来ることをアピールして、存在意義を社会にアピールしていきたいですね。その点では地方に懇話会が広がっていることが大きな力になってきます。

室井 保険会社の反社会的役割を追加すると、新聞広告やテレビコマーシャルなどでいかに医療費自己負担が大変かと宣伝していましたが、高額療養費で還元されることは一切触れなかったのです。さすがに厚労省が不当・過大な広告だと規制に乗り出しました。国民の立場に立てば、正確に公的医療保険制度はこうなっているとした上でなければ、あたかも公的な医療保険では保障されていないように宣伝するのは反社会的な行為だと思います。

す。

司会 共済は人々の連帯がベースだという点が保険との大きな違いだと思います。今後とも共済の運動と理論とを広げていきたいと思っています。本日はどうもありがとうございました。

(2007年5月11日実施)

【事務局ニュース】2・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、読者へお知らせす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。

第5回自主共済組織学習会報告

保険業法及び保険契約法における共済の位置付け

— 自主共済に力点を置いて —

松崎 良

初めに…問題の提起

今日共済を巡る動向は誠に目まぐるしく片時も目を離せない激動の過程にあり、共済史上極めて大きな歴史的な転換点に差し掛かっている。共済にとっては全般的危機でかなり不利な状況に追い込まれつつある。

共済を、便宜上、協同組合共済・協同組合共済以外の制度共済（認可共済・根拠法共済〔制度共済と称する〕）・自主共済（任意共済・根拠法のない共済・本来の無認可共済）に分類する。協同組合共済に関しては、私見を公表した^(註1)。制度共済の内^(註2)公益法人共済に関しても、私見を公表した^(註3)。

保険業法及び保険契約法（仮称）における共済の位置付けを、自主共済を意識して、考察する。尚、会場で配布した文献は割愛する。

I. 私の共済法研究史

まず、会社法との並びで、協同組合の組織法から入った。

次いで、ほぼ同時に共済法の勉強を開始した（研究業績はやや後になった）。私の協同組合共済法研究の一里塚となったのが「共済法」「無認可共済法」^(註4)であったが、今では、制度共済及び自主共済につき、分量を増加するだけでなく、内容ももっと踏み込んで、改訂する必要があると感じている。

II. 制度共済及び自主共済と保険業法適用問題

保険業法適用除外を受けられなかった多くの制度共済及び自主共済に平成17年改正保険業法（以下、改正保険業法）が早いものは平成20年4月から適用される予定になっており、深刻な大問題になっている。

1. 保険業法改正の本来の目的

20年位前から新種の根拠法のない保障が急増し、販売方法（説明不足・連鎖販売等）や保障の内容に大きな瑕疵のある保障を、マスコミ等は意図的・作為的に“根拠法のない共済”・“無認可共済”として、あたかも共済陣営に問題があるかのように取り上げた。しかし、その実態は特定者を装った不特定者を相手方とする無免許保険が殆どであったと言っても過言ではない^(註5)。悪質な根拠法のない保障の契約者を守りひいては健全な共済・保険制度を維持する為に、小額短期保険業者を創設して法規制を加えることが保険業法改正の本来の目的であった筈である。

2. 自主共済にそもそも保険業法を適用すべき程の問題があったのか

旧来からある在来型の自主共済は、日本勤労者山岳連盟（労山）・全国民主商工団体連合会（全商連）共済会・全国保険医団体連合会（保団連）・全日本民主医療機関連合会（民医連）を会員とする「共済の今日と未来を考える懇話会」の他に、多数の群小の共済が存在している。これらは堅実且つ誠実に保障を遂行してきたのであり、特段大きな問題を起こすことは無かったと言って良い。自主共済は国家権力とは無縁の所で任意に地道に自立・自営して保障を行っているのであり、国家は特に支援するまでもないが、妨害してはならず、

中立を保ち介入すべきではない。慶弔共済（見舞金共済）と大同小異であり、国家は放置して無関心でよい。

3. 自主共済に本当に保険業法を適用する必要があるのか…立法の在り方の当否

叙上のように自主共済には本来的に保険業法を適用すべきではなく、改正保険業法を適用すべしとする金融庁の路線は自主共済の理論と実際を弁えない暴挙である。自主共済に改正保険業法を適用すべしと主張する金融庁に自主共済に改正保険業法を適用しなければならないことを証明する責任がある筈であるが、金融庁はその立証責任を果たしていない。根拠法のない保障は玉石混淆であり、味噌も糞も一緒くたでは真面目に孜孜営々と保障を行ってきた制度共済・自主共済に対して礼を失する。根拠法のない保障時代にあくどく荒稼ぎした無免許保険が保険会社・少額短期保険業者に成金で昇格し^(注6)、制度共済・自主共済は本分を全うしてきたにも拘らず改正保険業法の谷間に落ち込み喘いでいるのでは、どう考えても理不尽であり許容できない。本当に保障を必要としているのは貧者・弱者であるとするマイクロ保険の指摘にも一理ある^(注7)。

保険業法改正に関して、どうしても看過できない重大な問題として、立法の在り方の是非を取り上げる必要を強く実感している。会社法制定でも、法務省の立法担当官（民事局職員）が盛んに立法の解説を行っていて、立法の主導権が法制審議会の委員（会社法学者が中心）から立法担当官に移行してしまったかの感を覚えている。保険業法改正も同一の地下水脈が噴出した新たな立法手法の一環である。保険業法改正は、協同組合共済も保険業法の適用範囲に組み込む為に見直しを行う予定であることや制度共済は平成25年3月までに自主共済は平成20年3月までに保険会社又は少額短期保険業者設立・保険会社等に契約移転・廃業の何れかを選択せざるを得ないこと等の点で、極めて強圧的で強引な立法である。そもそも金融庁には他の主務省庁が管轄している協同組合共済や制度共済には規制の権限が存在しない筈である。加えて、健全な制度共済・自主共済に保険業法の網を被せて法規制する必要は無く、問題含みの無免

許保険だけに改正保険業法を適用すれば足りる。つまり、立法の目的と手段が対応していないのであり、立法事実の詳細な検討が確りとなされていたのかに大きな疑問が残る（立法事実参照）。もし、制度共済・自主共済に負担を掛けざるを得ないとしても、与える不利益は必要最低限に留めるべきであり（より制限的でない他に選択し得る手段、Less Restrictive Alternative 基準参照）、制度共済・自主共済に対して余計な介入である。制度共済・自主共済にも生存権（憲25条）的な企業としての経済的な人権（憲22条）が保障されており、まともな制度共済・自主共済が契約を保険会社・少額短期保険業者に移転したり契約者に残余財産を分配したりして廃業せざるを得なくなるような改正保険業法は、徒に共済契約者に損害を与える立法であり^(注8)、容認できない。共済にとっては想定外^(注9)の闇討ち・辻斬り・不意討ちであり、真意を隠した「敵は本能寺に在り」の如き立法は国民の賛同を得られない手法で、立法の在り方として陰湿で立法権を弄ぶかのようなかなり禍根を残す手法であったと言う他ない。憲法違反の疑義がある過誤を含む立法であったと評価すべきである。

Ⅲ. 制度共済及び自主共済と保険契約法適用問題

平成18年10月から法務省の法制審議会保険法部会で保険契約法改正が審議されていて、保険契約法に共済も包摂される危険性が高い。従来、営業的商行為（商502条9号）としての保険は営利保険即ち株式会社保険だけであった（非営利保険たる相互保険にもかなり準用されていた（商664条））が、相互保険だけではなく共済にも保険契約法を直接適用しようとする動向が大いに懸念される。平成20年2月を目途に答申し同年末に施行を予定しているようである。同種の機能を果たすものは同様に横断的・包括的に取り扱うという最近の立法動向の一環を成すとも言えるが、共済にとってはその存在意義（レゾン・デートル）の根幹を突き崩されることになり、ゆるがせにはできない大事である。

IV. 保障における共済と保険の異同及び共済の優位性

そもそも保障における共済と保険の異同が今日ほど深刻且つ根本的に問われている時期は無かった。従来は共済と保険はやはり異なり共済は聖域で(?) 不可侵であるという意識があったので共済に安易に侵攻して来なかったが、潮流が変化してあらゆる局面でイコール・フッティング論が跋扈跳梁している。共済もしっかりした理論武装が必要である。

1. 保障における共済と保険の異同…共済保険異質論

保障における共済と保険の異同に関し、共済は協同組合原則という指導理念と協同組合の組織原理又はこれらと類似の原則・原理に準拠する保障であると解する。共済掛金・保険料、共済金・保険金、有償双務契約性、給付反対給付担当原理及び収支均等原則という保障の技術は共済と保険は接近しているのであるが(共済が保険の技術を真似ている訳ではない)、保障の根底にあって重要なことは何故保障をするのかという指導理念とそれを実現する組織原理であり、指導理念と組織原理は共済と保険は明確に異質である。大分類として共済や保険も保障の一部を構成し、中分類として共済と保険は別の体系を成している(共済保険異質論)。

2. 保障における共済の優位性…共済は大いに誇りを持つべきである

保障においては保険の方が共済より優秀であるとは言い得ないように思う。例えば、旧保険業法下で破綻した生保会社7社・損保会社2社は契約者に迷惑を掛けたし、加えて保険金の不支払で生保会社・損保会社は契約者に損害を与えたのであり、規模が大きくて重装備で金融庁の厳重な監督を受けていた筈の保険会社に少なからぬ不祥事が発生した。保障にとって肝心なことは、契約者に真に必要な商品を開発し、引き受けるべき契約は成るべく引受けて、支払うべき場合は成るべく支払うことである^(注10)。三利源の開示も全共連

が自主的に開始したことである。共済契約者保護機構が存在しないことに引け目を感じることもない^(注11)。共済は、未だ若干未整備はあるものの、認可の有無・規模の大小を問わず、着実且つ秀逸で契約者に役立つ活動を大いに誇らしく高く自己評価してよい。

V. 共済の今後の対応

特に制度共済・自主共済は真面目に共済の責任を果たしてきたのであり、たとえ国家法による強制力を伴うものであっても、突如降って湧いた災難を甘受すべき理由は無い。それではこの危機をどのように打開すべきであろうか。

1. 第1段階の目標—保険業法適用除外の道

第1段階の最小限の目標は保険業法適用除外の道である。制度共済・自主共済には本来保険業法を適用すべき合理的な理由がないのであるから、保険業法適用除外は最低限の当然の要求である。保険業法2条1項2号トに規定する政令で定めるものの中に1号乃至8号を拡大する(例示的列挙のように含みを持たせる)^(注12)又は9号を付加する等の方法が考えられる。政令の改正であれば、法律の改正よりもし易いであろう。そして、個々の制度共済・自主共済が1号乃至8号又は9号の中に含まれるか否かの判断は、ガイドラインではなく、一般的・抽象的な判断の基準を施行令のような形で定めておいて、個別・具体的な判断は施行規則のような形で府令等で定めるのは如何であろうか。

2. 第2段階の目標—改正前の保険業法に再改正する道

改正保険業法が共済を不当に抑圧する部分は悪法であるから、改正前の旧保険業法の立場に戻すことが、理論的には、第2段階のより望ましい道である。保障を、特定の属性を持った職域又は地域という纏まりのある特定者を契約者とする共済と、特定の属性のない不特定者を契約者とする保険とに分類し、保険業法は文字通り保険にだけ適用される法律であることを再確認するのである。協同組合共済・制度共済には主務省庁があり、自

主共済は任意の共済であるから放置しておけばよく、保険業法とは別の世界の住人に戻すのである。

3. 第3段階の目標—統一共済法を制定する道

理論的に最も望ましいのは統一共済法を制定し、共済契約法と共済業法を包摂し、各種の協同組合共済を統一的に一括して管轄する道である。その際、各省庁毎の制度共済をどのように位置付けるか、更には自主共済をどのように扱うかは一考を要する。主務省庁をどうするかは難問である。理想としては、共済庁のような主務省庁を設置するのが良いのではないか。

結びに代えて…保険共済一元的規制論に対抗するために

自主共済は「懇話会」を中心に積極的・包括的に自主共済連絡協議会を立ち上げた上で、類似の苦境に陥っている制度共済とも小異を捨てて大同団結して、マスコミ等に訴求して、国民的な草の根運動を展開すべきであろう。

保険共済一元的規制論の根底にあるものは株式会社一人勝ちこそが好ましいとする株式会社独善の思潮であるように思える（日本では相互会社は株式会社に対する有効な拮抗力・牽制力を発揮していない）。株式会社一人勝ちは株式会社保険の契約者にとってだけではなく国民経済の観点からも決して望ましくない。共済は保険と競合し競争しながらも元もとの立脚点は保険とは別の所にあったので、棲み分けをしながら保障を夫々行えばよく、保険共済一元的規制論は無益と言うよりも有害である。

翻って考えてみると、保険から見ると、共済は胡散臭くて理解し難いように映るのかもしれないが、中間色の手強い対抗勢力があつてこそ健全な社会である。拮抗力を発揮する抵抗勢力を圧殺し殲滅するアングロサクソンを初めとする一神教的世界観こそが、正に根本から問われている。在日米商工会議所（ACCJ）の外圧に屈服してはならない。日本は古来から多層構造の多神教的世界観で生きてきたのであり、この良き伝統を守る為にも、共済は奮闘しなければならない。

注

1. 松崎「共済法の現状と課題」『協同組合研究25巻2・3号合併号』9—17頁・平成18年10月・日本協同組合学会。これを改訂して最新版にしたものとして、「共済法の現状と課題」『共済をめぐる法規制問題』平成19年5月（予定）・保険毎日新聞社を予定している。
 2. 労働組合共済に関しては、長谷川栄『労働組合自主共済の到達点と保険業法改正問題』『協同組合研究25巻2・3号合併号』18—22頁。
 3. 公益法人共済に関しては、松崎「一般社団・財団法人及び公益社団・財団法人法の概要～公益法人共済に關説して～」『J A 金融法務428号』19—21頁・平成19年5月・（株）経済法令研究会。
 4. 松崎『現代保険法』337—369頁・370—418頁・平成17年9月・成文堂。
 5. 同「“無認可共済”法」で詳述した。
 6. 平成18年9月末で締め切られた特定保険業者389団体の届出を基に金融庁が今後の経営方針を調査した結果によると、保険会社に移行するものは10団体・少額短期保険業者に移行するものは130団体である。平成19年1月11日現在で少額短期保険業者に登録したものは2団体である（金融庁HPより）。
 7. 大石正明「保険関連の不祥事に学ぶ」『共済と保険49巻1号』26頁・平成19年1月・（社）日本共済協会。
 8. 或る制度共済の試算によると、見舞金給付事業を保険会社に移管した場合に今の給付水準を維持しようとすると、共済掛金を4乃至5倍に引上げるか共済金を4乃至5分の1に引き下げる他ないとのことである。
 9. 「自分たちが知らない間にこういう法律になってしまった」（「自主共済は保険業法適用除外に」『いのちとくらし研究所報15号』23頁・平成18年5月・非営利・協同総合研究所いのちとくらし（齊藤発言中）参照。
 10. 「保険の場合はいかに差益を生むかに経営の圧力がかかり、共済はいかに契約者の立場に立って払うかがテーマとなる。この違いだ」。坂井幸二郎「民保の昨今」『共済と保険48巻11号』25頁・平成18年11月。
 11. 「保険契約者保護機構のような仕組みを設けることにはなじまないものと考えられる」。生協制度見直し検討会『生協制度の見直しについて』12頁・平成18年12月。
 12. 「稍広く緩やかに解することにすれば共済への表面的な実害はないと言えよう」。松崎「根拠のない保障の問題点と法規制のあり方—保険と共済の棲み分けに力点を置いて—」『保険学雑誌592号』16頁・平成18年3月・日本保険学会。
- （文献・資料は省略）

（まつざき りょう、東日本国際大学経済情報学部准教授）

視点いろいろ

野村 拓

もう一度、地理・歴史

文献プロムナードの「プロムナード」は散歩道であり、またタンゴのステップの一種でもある。タンゴの場合は、「ちょっと寄り道」という感じのステップだが、散歩道や寄り道には戦跡やお墓が多い。

『南北戦争戦跡ツアーガイド』

☆David J. Eicher: *Civil War Battlefield — A Touring Guide.* (2005) Taylor Trade Pub.

に出てくる写真には大砲とお墓が多く、それらの因果関係を示しているかのようである。この本は観光案内で、主な戦場がアルファベット順に出てくるので、南北戦争の歴史的経過がわからないが、『戦場——歴史における決定的衝突』

☆Richard Holmes 編: *Battlefield — Decisive Conflicts in History.* (2006) Oxford Univ. Press.

では、古代エジプトの戦争から湾岸戦争までが地図の上で説明されている。「米西戦争」や「晋仏戦争」を読めない学生や、どこどこどの国が戦ったのか知らない学生が増えてきたが、戦争はしばしば歴史の節目となった。例えば、キューバの歴史を考える場合の起点が米西戦争（1898）であることを示した本が

『1898年以降のキューバにおける保健、政策、革命』

☆Katherine Hirschfeld: *Health, Politics, and Revolution in Cuba since 1898.* (2007) Transaction Pub.

である。米西戦争で軍隊はマラリアとの闘いに、戦闘以上に消耗し、米軍に初めて看護部隊が編成されたが、看護部隊の消耗も激しかった。

戦争も、むかしの戦争であれば、「夏草やつわ

ものどもが夢の跡」で、戦いの痕跡を探さなければならぬが、いまの戦争は夏草が生えても不発弾や地雷が残ってしまう。またベトナム戦争で大量に使われた枯葉剤のように「自然」そのものを敵視する場合もある。

農林業への目線

産業開発や戦争で破壊された自然の修復が課題となり、緑を生産する農林業に対して、地球の救世主的な視線が向けられるようになった。考えてみれば、地球レベルで太陽エネルギーをとりこみながらプラスの仕事をしているのは農林業ぐらいのもので、工業生産とは実は地球資源の消費ないし浪費であることがわかってきたからである。それだけではなく、「健康」という視点からも、農林業は注目されつつある。

『健康のための農業——欧米のグリーン・ケア農業』

☆Jan Hassink 他: *Farming for Health—Green-Care Farming Across Europe and the United States of America.*(2006)Springer.

は園芸療法 (Horticultural Therapy) の持つ「感情的」「社会的」「身体的」「知的」効果を述べた上で、その場としての care farm や green care をとりあげたもので、ドイツ、オランダ、スイス、イタリア、ポーランドなどの実例が紹介されている。すでに園芸療法士という職種の登場が見られる国もある。撒かれた種子が土をもち上げた地上に芽を出す。その生命力への感動はいろんな効果をもたらすことだろう。

『農場から食卓へ——全アメリカ国民が農業について知っておかねばならぬこと』

☆Gary Holthaus: *From the Farm to the Table*

— What All Americans Need to Know about Agriculture. (2006) Univ. Press of Kentucky.

は「健康な土壌」「健康な食品」を確保する上で何が必要かについての農業生産者の自覚と国民的認識のあり方を述べたもの。「効率」と利益のために土壌を搾取することや森を切り倒すことを「自然の浪費」としてとらえた本が

『自然を浪費する』

☆Gregory Summers : Consuming Nature.(2006) Univ. Press of Kansas.

『森の破壊』

☆David Humpherys: Logjam — Deforestation and the Crisis of Global Governance. (2006) Earthscan.

であり、生態系の破壊だけではなく「景観」という視点から森を回復させる運動をとりあげたのが『森の景観の回復』

☆Jennifer Rietbergen-McCracken 他編：The Forest Landscape Restoration Handbook. (2007) Earthscan.

である。もちろん、森は景観維持のためだけにあるのではなく、入会地として共同生活手段的な役割を持っている。この共同生活手段が無償で提供してくれた便益を捨て、現金収入を求めて都市や他国に流れざるをえないところに現代的貧困のきっかけがあるのではないか。

第三世界的貧困

『世界史における貧困』

☆Steven M. Beaudoin : Poverty in World History. (2007)Routledge.

は資本主義、帝国主義と世界の貧困との関係をコンパクトにまとめたものだが、いわゆる第三世界の展望については

『暗くなる国々——第三世界の人びとの歴史』

☆Vijay Prashad : The Darker Nations — A People's History of the Third World. (2007) The New Press.

の書名の示す通りである。また

『公衆衛生マーケティング』

☆Michael Siegel 他：Marketing Public Health. 2版 (2007) Jones & Bartlett.

という書名だけ見ると、先進諸国の行政改革、行政部門の民営化を想像することになりやすいが、実は、民営化の対象となる行政さえ存在しない国、例えばルワンダで、ラジオ放送による公衆衛生的啓蒙活動を、政府から金を取って展開する話である。そして、第三世界の貧しさの極致を示すものは「子どもの兵隊」である。

『子どもの兵隊』

☆Michael Wessells : Child Soldiers. (2006) Harvard Univ. Press.

には、カラシニコフを持った子どもの兵隊だけではなく、義足をはめた子どもの兵隊の写真まで載っている。少年を兵隊にし、少女を売春婦化することを第三世界型の貧困とすれば、同じ人種や民族が、先進諸国の都市下積みの貧困層を形成する国もある。

都市・下積み型貧困

『書を捨てて現実を——都市貧困のアングラ経済』

☆Sudhir Alladi Venkatesh : Off the Books — The Underground Economy of the Urban Poor. (2006) Harvard Univ. Press.

は黒人を中心とした都市貧困のすさまじき生きざまをまとめたもので、著者はコロンビア大学の社会学教授で黒人問題が専門。また、アメリカの貧困層が医療から疎外れていること、そして医療と出会うときには新薬実験という形になること、このことを示したのが、次の文献である。

『ボディーハンターたち——貧困患者で新薬実験』(第16回で紹介)。

☆Sonia Shah : The Body Hunters — Testing New Drugs on the World Poorest Patients. (2006) The New Press.

かつて、19世紀の国民国家に登場した社会政策は poor 対策を主眼としていたが、いまや poor の他に poorest というカテゴリーを立てなければならなくなった。これは国際的な人口流動、特に途上国から先進諸国への人口流入によるものと考えられる。そして、poor の他に poorest というカテゴリーを立てた社会政策書として

『英国の社会政策——1945年から現在まで』

☆Howard Glennerster: British Social Policy —

1945 to the Present. 3版 (2007) Blackwell.

が出されている。流入して poorest になるよりは、母国で「心優しき poor」の中で暮らすべきではないだろうか。なぜなら、なにごとく金次第という市場原理は心を荒ませるものであり、また母国の「自然」というタダの共同生活手段を失い、その代替物を市場を通じて購入するには無理が伴うからである。

先進諸国の大都市に堆積されがちな貧困については、地球環境保全の問題も含めて、あらためてグローバルなとらえ方を検討しなければならない。

新文化史の構築

また、人口流動を「先進諸国と途上国」という枠組みだけでとらえるべきではなく、ヨーロッパ社会の深層をとらえる上で、少しちがった視点も必要だろう。

『スウェーデンにおける移民、ジェンダー、家族変動』

☆Eva Bernhardt 他: Immigration, Gender, and Family Transitions to Adulthood in Sweden. (2007) Univ. Press of America.

はスウェーデンにおけるポーランド系移民、トルコ系移民の問題がとりあげられている。また、

『多文化社会における民族性、人種、保健』

☆Raj S. Bhopal: Ethnicity, Race, and Health in Multicultural Societies. (2007) Oxford Univ. Press.

は、疫学的、公衆衛生的研究を進める上で、民族、人種、および文化の多様性をとらえることの必要性を説いた本である。

文化とは歴史であり、多様性とは具体性である。科学技術史も社会経済史も、文化の多様性のある程度、捨象することによって成り立つものであり、それぞれの研究書は専門分野から文化の多様性に迫る意欲や方法を持たぬものが多い。いま、求められているものは新しいタイプの文化史と思われるが、そのような方向性が多少とも感じられるものを、なるべく重複を避けながら紹介することにしたい。

『修道女たち——修道院生活の歴史、1450—1700』

☆Silvia Evangelisti: Nuns — A History of

Convent Life, 1450-1700. (2007) Oxford Univ. Press.

は看護史、病院史の研究上の必須文献であり、取められた21葉のイラストはいずれも興味深いものがある。そして、なによりも、とりあげた時代、1450—1700年が大きな意味を持っている。

レオナルド・ダ・ヴィンチもミケランジェロも、人間をより生き生きとダイナミックに描くために解剖学を熱心に学んだわけだが、文化史として解剖学の歴史を書いた本が

『人類とその遺跡——解剖とその歴史』

☆Helen MacDonald: Human Remains — Dissection and its Histories. (2006) Yale Univ. Press. で、19世紀前半のイラスト資料が面白い。

教会や修道院は、医療や看護を文化史的にとらえる場合に重要な意味を持つが、もうひとつ見落としてはならないことは、交易、商業活動と医学・医療との関係である。

『交易の意味——オランダの黄金時代における商業、医学、科学』

☆Harold J. Cook: Matters of Exchange — Commerce, Medicine, and Science in the Dutch Golden Age. (2007) Yale Univ. Press.

は貿易、商業活動の富の上に築かれたオランダ医学をとりあげたものであり、当然のことながら臨床医学の祖、ヘルマン・ブールハーヴェは頻繁に登場する。また文化史としての

『ウィリアム・ハーヴェイの自然哲学』

☆Roger French: William Harvey's Natural Philosophy. (2006) Cambridge Univ. Press.

は、一方で『血液循環の原理』を発見し、他方で「魔女の鑑別診断」を行なったハーヴェイの研究方法論や哲学を知る上で、興味深い本である。

人類史、総合的な文化史を考える場合に、中核的な位置を占めるのは、例えば、H. E. Sigeristのような社会派医学史ということになると思われるが、人類史、文化史の中で医学史研究を位置づけたものとして

『医学史の位置』(第17回・第9回で紹介)

☆Frank Huisman 他編: Locating Medical History. (2006) The Johns Hopkins Univ. Press.

がある。これは論文集の形となっており、現在における医学史研究のフロントを示したものといえる。

ジェンダーとモラル

医学史と文化史とを結ぶ重要な一環として、ジェンダーやモラルの問題があるが、助産婦たちのブーイングの中で男性産科医が登場した歴史的背景を述べたものとして

『17世紀・ロンドンの助産婦』（第17回で紹介）

☆Doreen Evenden : *The Midwives of Seventeenth-Century London*. (2006) Cambridge Univ. Press.

があるが、ここには「男性助産師の登場」という項がある。あるいは医学的ジェンダー問題のルーツというべきかもしれないが、ヴェサリウスが最初に解剖したのは「女体」であったというところまでさかのぼって解剖学的にジェンダー問題を展開したのが

『女性の秘密——ジェンダー、世代、そして人体切開の起源』（第17回で紹介）

☆Katharine Park : *Secrets of Women — Gender, Generation, and the Origins of Human Dissection*. (2006) Zone Books.

で近代以前の珍しい人体解剖図が多数示されている。

ジェンダー問題は、しばしば「男性のモラル」の問題とおきかえられる場合があるが、近代医学が男性的学問として展開されただけに「医のモラル」とも近接した関係を持っている。

医のモラルが声高に論じられるようになった経過については、いくつかの節目があり、1953年の人工心臓の開発、1967年の心臓移植手術などをあげることができるが、それらは次回「出版トレンド」としてとりあげることにしたい。

現在、医のモラルの問題は「医学と生物兵器」や「医学と戦争責任」の問題を除いて沈静化の傾向にあり、関連する本としては

『この世への誕生——医学と人間科学との対話』

☆G. B. La Sala 他編 : *Coming into the World — A Dialogue between Medical and Human Sciences*. (2006) Waleer de Gruyter.

が目につく程度である。これは医学と人間科学との対話であるが、医学と社会的価値観との対抗、対立の問題として医療過誤の問題があり、それを総括したものとして

『医療過誤とアメリカの医療制度』

☆William M. Sage 他編 : *Medical Malpractice and the U.S. Health Care System*. (2006) Cambridge Univ. Press.

が出されている。しかし、問題は「医療」という場から閉め出されている人たちや、弁護士を立てて裁判を争うことのできない人が多いなかでの医療過誤や医事紛争裁判であることを忘れてはならない。いいかえれば、サロンの文化史からはこぼれ落ちてしまう貧困を視野に入れて新しい文化史の構築を考えるべきなのだろう。

貧困の文化史

「貧困の文化史」を考える場合、

『医療危機のアメリカにおける貧困家庭』

☆Ronald J. Angel 他 : *Poor Families in America's Health Care Crisis*. (2006) Cambridge Univ. Press.

というような現実的な問題からスタートするのもよいだろうし、古典的、歴史的手法で、貧困のしわ寄せとしての「死」をとらえなおすことも必要だろう。

『乳児死亡率——相変わらずの社会問題』

☆Eilidh Garrett 他編 : *Infant Mortality — A Continuing Social Problem*. (2006) Ashgate.

『パリとロンドンにおける死と生計、1500—1670』

☆Vanessa Harding : *The Dead and the Living in Paris and London, 1500-1670*. (2006) Cambridge Univ. Press.

などは、貧困と死とジェンダーを古典的に物語ってくれるし、その現代版としては

『アフリカ女性物語——20世紀マラウイのジェンダーと女性』

☆Megan Vaughan : *The Story of an African Famine — Gender and Famine in Twentieth Century Malawi*. (2006) Cambridge Univ. Press.

『グローバリゼーションと貧困』

An Harrison 編 : *Globalization and Poverty*. (2007) Univ. of Chicago Press.

などがある。そして、グローバリゼーション、国際的人口流動がもたらす社会構造の重層化を医療

的目線ととらえたものとしては

『境界線の医学——病気、グローバリゼーションそして保障、1850年から現在まで』

☆Alison Bashford 編：Medicine at the Border — Disease, Globalization and Security, 1850 to the Present. (2006) Palgrave.

がある。そして、下積み社会へ加わる重圧の犠牲者が子どもであったり女性であったりする状況を示したものには

『衝撃——子どもと家庭内暴力』

☆Marianne Hester 他：Making an Impact — Children and Domestic Violence. (2007) Jessica Kingsley.

『貧困・ジェンダー・移民』

☆Sadhna Arys 他編：Poverty, Gender and Migration. (2006) Sage.

などがある。やはり、ジェンダー問題をグローバルにとらえれば、「貧困の女性化」という問題に

突き当たるのではないか。

文化とは Culture、すなわち耕すことである。そして、なぜ耕す人が貧しいのか、という根源的な問題を問うのが「貧困の文化史」であり、その構築のためには、上すべりのしない「文化への目線」が必要である。

例えば、アルゼンチン・タンゴの名曲「ジエラ・ジエラ」から、その抒情性だけを汲みとるのではなく、アルゼンチンの貧困を引きずるようなステップとして、その足どりの重さを理解すべきではないか。プロムナードというステップも、貧困の中の吐息と理解するべきではないか。

「文献プロムナード」も回を重ねて、やゝ息切れ気味だが、これは不勉強の吐息というべきで、吐息の後の新しいステップをいま、考えているところである。

(のむら たく、国民医療研究所顧問)

【事務局ニュース】3・会員募集と定期購読のご案内 (巻末の入会申込書をご利用下さい)

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(一口)
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せん。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

“厄得”?骨折治療で垣間見たデンマークの医療

山田 駒平

05年4月5日深夜12時、ところはデンマーク・ヘルシンガー^(*)警察署の前。道に迷い、歩道から車道に踏み外し、左足首に木の枝が折れたような鈍い音、「くじけたな」…。段差は10cm足らずだったが打ち方が悪かった。頼みの警察署。だがドアをたたくも反応ゼロ。車を止めようにもわずかに数台、手を振るも無視して通過。IPC^(**)への2kmの道を右足で引きずりながら帰る。心は、匍匐(ほふく)前進! 匍匐前進! 内出血がすすみ足首は腫れ上がり、IPCに着いたときは痛みでまったく身動きできず。教務に話したら救急受け入れは不可との返事。朝まで待つ。

IPC事務局より「通常なら、まずIPC担当エリアのホームドクターにかかり病院紹介となるのだが、24時間以内の怪我ならコムーン(日本の市にあたる)のセンター病院で受け入れてくれる」とのことでヘルシンガー病院^(***)にタクシーで行く。受付でスチューデントビザを示し2時間ほど待たされる。X線撮影し、診察室へ。担当医はイスラム系移民2世の女医さん^(***)、「骨折です」と告げられ、理学療法士がブーツを持ってくる。ギプスの代わり。前開きのこのブーツを足に合わせ、爪先からひざ下までマジックテープで調整し4週間

固定。「くすりは?」「出しません(不要の意)」。湿布も「必要なし」。

放射線室でも診察室でも、「私が担当の技師の〇〇です」「医師の△△です」「PTの××です」と自己紹介と握手をされ、異国で日本以上の親近感をその瞬間から持てたことはうれしい限り。(不整脈治療でエリアのホームドクターにかかったときも、ドクター自ら待合室に出向いてわたしを呼び自己紹介、握手してくれ、すぐ主題に入れた。)医療費負担はゼロ。

さてこのブーツは毎日自分で着脱でき、患部をシャワーで洗い、腫れの縮小に合わせてテープを調整できる。実に有難い。数年前右足関節を骨折しギプスで固められ入浴と排泄の不便さ、汗の悪臭に悩まされた日々を思い出すと、こんないいものを、医療が進んだ日本ではなぜ普及できないのか(写真1~3参照)。

なお診察終了後この若き女医が、ケイタイ電話にデンマーク語でなにやら話している。小生の名前も使われている。「秘書あてに診察内容を伝え、カルテに記載させるのです」と説明してくれた。日本でもこの方式が普及しつつあると聞く。

医療費は無料だが、薬代は薬効が同じで値段別



写真 1

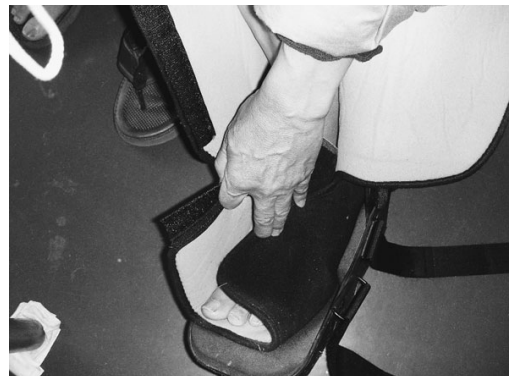


写真 2

に下からA B Cランクに分け、200デンマーククローネ（DK）までは全額保険負担、Aランクの薬代を上回った金額は患者負担で、患者は自分で薬のランクを選択できる。薬代の年間総負担額が520～1260DKは50%、～2950DKは75%、2950DK以上は85%が保険から還付される仕組みである。医療費増加はデンマークでも問題になっており、中でも薬品費が焦点である。医薬分業が完成しており、調剤薬局は処方箋による調剤とドラッグ的な商品販売を積極的に行っている。

医療へのアクセスは不便である。患者は救急を除き、初めから病院にはかかれず、指定されたホームドクターを通してしか受け入れられない。私の担当のホームドクターは、医学部のホームドクターコースで学び習練を経て世に出ました、と語っていた。

デンマークも公的な事業が民営化されつつある。救急事業は公営（コモン）から日本のJAF（日本自動車連盟）にあたる営利会社に移された（県と会社で半分ずつ出資）。障害者のための補助器具センターも1年前から同様となった。有料化されるのは時間の問題だと聞いた。訪問介護も営利企業が参入し、髭剃り3分、足洗い5分などマニュアル化し、枠内でいかに多人数を扱うかのサービスがはびこり、利用者から「サービスが悪くなった」と不評を買っているという。ヘルシンガー市営の7つのステーションを統括している責任者（看護師）は「いよいよ血が通わない営利介護との闘いです」と述べていた。

だが日本から見ればまだ桁違いに福祉は充実している。ヘルシンガー市にある老人ホーム Gronne Haven（緑の家）を訪ねた。120人の入居者が全

員個室に生活しているが、職員は230人、日本の特養ホームはこの規模でおよそ60人、4分の1にすぎない。食事は各人の生活習慣に合わせて、内容、時間まで注文どおりに出されていると言われた。

（*1）Helsingar市・コペンハーゲン北30kmにある。この町の象徴クロンボー城は、シェークスピアがハムレットの舞台としたことで知られる。

（*2）IPC：International Peoples College。全寮制の国民学校。源流は19世紀の農民運動が後継者の養成をめざしてつくった100校をこえる学校（Dan Folke Højskole ダン・フォルケホイスコーレと呼ぶ→Danはデンマーク）。教師も学生も同宿。高卒、学卒、在学中の学生など35カ国から50人が学んでいる。IPCはデンマークで唯一、すべて英語で学び生活する学校。3ヶ月と6ヶ月コース。筆者は05年1月～7月在籍。誰でも入学できる（簡単な自己紹介的エッセイ必要）。授業料、宿泊・食費合計05年前半6ヶ月で約50万円（旅費を除く。05年当時のレートは1クローネ≒20円、07年現在23～24円）。URLは<http://www.ipc.dk/en/index.asp>。

（*3）デンマークの医療はホームドクターのプライマリー医療がコモン（市町）、病院医療が県の管轄となっている。ヘルシンガー病院も県立でヘルシンガー市と周辺の町の入院医療を担当している。森に囲まれた1万坪（3～4万㎡）以上もあるという土地に建つ。

（*4）デンマーク政府は70年代から中東の国々からの移民を受け入れてきた。母国での教育不十分、言葉のギャップなどで移民1世は単純労働に従事し生活条件は低く、2世もその影響を引き継ぎ、社会参加では、非就業、非行など多くの問題を抱えている。これに9割がプロテスタントのデンマーク人とイスラム教の違いも社会問題を発生させている。06年1月 Jyllands Posten 紙に掲載された、ムハンマド師をテロリスト扱った漫画をめぐる、アラブ各国が激しく抗議した問題はその縮図であろう。まだ高等教育まで受けられる2世は少なく、この女医はかなりのエリートであろう。

（やまだ こまへい、会員）



写真 3

野村拓著

『時代を織る——医療・福祉のストーリーメイク』

(かもがわ出版、2007年4月、P224、税込1785円)

高柳 新

当研究所、文献プロムナードでおなじみの野村拓先生のエッセー集です。ユーモア、優しさ、迫力が伝わってきてとても勉強になります。

実を言うと、僕は当研究所立ち上げの際にお会いするまでは、直接には先生にお目にかかったことがなかったのです。先生の出された本や、先生をよく存じ上げている方から話を伺っていました。横道にそれるようですが、いくつかエピソードを紹介しておきます。僕は1967年に大学を卒業し、インターン闘争のどさくさの中で'68年に民医連の太田病院に勤めました。ちょうど先生の『医療政策史』が発刊された頃だと記憶しています。院長の他は新米の医者しかいない病院でした。そんなところに事務長の努力もあって、結核病の大家であった北練平先生(故人)が『健康会議』の安藤萌生さんとを連れて、指導に来てくださいました。レントゲン写真や病理標本を担いでくるのが安藤さんの係でした。

『健康会議』は日本患者同盟の機関誌でしたが、安藤さんが医療図書出版社を立ち上げ、孤軍奮闘で守っていました。安藤さんは読売新聞をページされたジャーナリスト出身です。

野村先生を雑誌『健康会議』と安藤さんからお聞きし、お目にかかってはいませんでした。とても身近に感じていました。『講座医療政策史』は線を引ながら読みました。改めて本棚から出してみたら、かなり本の周辺が茶色に焼けています。『国民の医療史』はいまも講演を頼まれた際の武器として持ち運んでいます。

こんなこともありました。新医協主催の研究集会で阪大衛生学教授の丸山博先生が、どなたかの発表にコメントとして次のような話をされました。先生の奥さまが、「膵臓ガンで外科医は見放した



が、漢方治療で腫瘍が消失した。」怖い者知らずの僕は「先生それは誤診だったのでしょ、膵臓の良性腫瘍だったのではないですか」。「君、阪大の内科、〇〇教授が診断したのだよ」と丸山先生は腹を立ていました。その場は僕は引き下がりましたが、納得なんかしていませんでした。漢方で治ったということが癌でなかったという証明だと、当時僕は考えていました。今になって、食道ガンが消えてしまった知人の例などに会うと、丸山先生には失礼なことをしたと思っています。その後、丸山先生には何度か太田病院において頂きました。

野村先生という、「阪大衛生学教室」の進歩的先生とまず思います。その上、緻密で、どちらかという硬くて、こわい人と長く思いこんでいました。『時代を織る』を読んでイメージが間違っていたと思いました。

博学で、さまざまなことに柔らかな感性と科学的精神を貫かれているなと驚きました。はじめ

はニヤニヤしながら、笑いました。

「剣牛レース」「和蘭、白耳義、丁抹、瑞典、倫敦、羅馬、伯林、巴里」と黒板に書きどれだけ読めるか学生にいたずらっぽく講義している愉快な話が続きます。「剣牛レース」はケンブリッジ対オックスフォードのレース、が正解です。以下の正解は本書を読んで下さい。僕は4コしか読めませんでした。

先生はいたずらしているだけではないのです。一つは、こうした漢字で育った人に対する看護や介護には若い世代も読めるようにしておく必要があるといっています。それだけではなしに、研究上も昔の一次資料を読むためにはこれらの漢字が読めなければならないと指摘しています。なるほどな、笑っているだけじゃ駄目なんだと納得しました。それでも第3章までは、ユーモアと人情味ある話がつづいています。さらっと読めるが、ここに響いてくるのです。

第4章「医療・福祉の教養番組」からはひと味違います。「医療の規制緩和」は“強者への規制緩和と弱者への規制強化”という視点に鋭さを感じます。小見出し“政治・行政における、「中等度」”の部分の一部省略して、紹介しておきます。

「明治以来、行政の手法は『中等度以上』の国民を味方に付けることであった。だが明治期の社会政策関係の本では「中等以下の人間は問題外としても…式の表現がしばしば見られた。

(略) 労働者の日当が50銭から80銭で貧民相手の施薬的医療の相場が『銭』単位であった時代に、『医師会規定料金』は『円』単位であった。つまり、選挙権のある納税者に対して『円』単位の医療が提供され、それより下層は、ほとんど蚊帳の外に置かれていたわけである。(略)

その後戦争用マンパワー確保政策医療が組み入れられる形で健康保険制度は普及し、戦後、公的保険のない国、アメリカからやってきた社会保障使節団は、日本国民の約8割が何らかの公的医療保険に加入していることを知って驚くのである。』

以下“メリハリのある歴史認識で”まで展開されている歴史分析は、長年の医療史研究に裏打ちされているだけに、簡潔かつ、説得力があります。

さらに、この本で一番強く印象に残るのは“「疾病の自己責任論」の系譜”です。「結核は結核菌によってのみ起こるもので労働条件は関係ない」と言ったアメリカの工場経営者の話は、昔話としてしまっただけとはいけないことだと思います。ピロリ菌と胃潰瘍や胃ガンとの関係の研究が積み重ねられています。労働と生活との関係が軽視されているように思えるからです。

1950年、結核死亡率は死因順位首位の座を脳血管系疾患に明け渡しました。この時、厚生省が「結核から成人病の時代」というキャンペーンを行ったときから公的責任、企業責任の時代が終わり、これからは皆さんの生活のあり方が問われる成人病の時代だという含みを持っていたという指摘は、「さすが」です。僕はこれまで「成人病から生活習慣病」の転換で自己責任論をとらえていました。結核から成人病、そして生活習慣病、メタボリック症候群、という流れを改めてつかむことが出来ました。

全体として、研究者や医療、福祉関係者は第4章は、まず読むべきでしょう。ゆったりと楽しみたい人は、やはり第一章からがいいようです。

(たかやなぎ あらた、研究所副理事長、医師)

機関誌『いのちとくらし』バックナンバー

●18号（2007年2月）—特集：問われる共済の意味—

- 巻頭エッセイ「『主権者』が問われる時」窪田之喜
- 座談会「非営利・協同入門」角瀬保雄、富沢賢治、中川雄一郎、坂根利幸、司会：石塚秀雄
- 第3回自主共済組織学集会「保険業法改正の論理と共済問題」押尾直志
- 第4回自主共済組織学習会「米国の自主共済組織について」石塚秀雄
- 論文「今、なぜ介護予防事業に『実践運動指導員』が必要か」森川貞夫
- 「キューバにおける医療の現状—地域医療と国際医療支援活動を推進」岩垂弘
- ルポルタージュ「いのちとくらし」今崎暁巳
- 「フランスの医療事故保障制度」石塚秀雄
- 書評 千葉智子、堀切和雅著『小児科を救え！』鈴木隆
- 文献プロムナード①「タテ糸とヨコ糸」野村拓
- 研究所ニュース

●17号（2006年11月）—特集：医療の市場化と公益性—

- 巻頭エッセイ「人体の不思議展」昉昭三
- 座談会「医療法人制度改革問題」
寺尾正之、鈴木篤、坂根利幸、角瀬保雄、根本守、司会：石塚秀雄
- 協働ウェブサイト転載「医療法人制度改革（社会医療法人新設）」根本守
- 論文「医療法人制度改革と医療の非営利性」横山壽一
- 第2回自主共済組織学習会報告：「保険業法改正の動向と共済問題」森崎公夫
- 研究助成報告「往診専門診療所の満足度調査」小川一八
- 論文「ロッチェール公正先駆者組合とその“分裂”—『非営利・協同』の源流についての一考察」
杉本貴志
- 文献プロムナード②「嫌米スペクトル」野村拓

●16号（2006年8月）—特集：格差社会と非営利・協同セクター—

- 巻頭エッセイ「61年目の8月15日、ソウルで」平山基生
- 座談会「格差社会の代案とは」後藤道夫、中嶋陽子、前澤淑子、司会：石塚秀雄
- 資料「統計に見る格差社会」後藤道夫
- 論文「EUにおけるワーキングプア対策と社会的経済」石塚秀雄
- 事業所訪問「できることはみんなで分担—『すこやかな家みたて』訪問」事務局
- 総会記念講演「CSR、コーポレートガバナンスと経営参加—中小経営における新しい労使関係の形成へ向けて」角瀬保雄
- 研究助成報告「非営利・協同に関する意識調査」岩間一雄

- 書評今崎暁巳著「いのちの証言—私は毒ガス弾を埋めました」村口至
 - 文献プロムナード¹⁵「日本への目線」野村拓
-

●第15号（2006年5月）—特集：共済は生き残れるか？

- 座談会「共済と保険業法改正」本間照光、押尾直志、安部誠三郎、住江憲勇、山田浄二、司会：石塚秀雄
 - 労山インタビュー「自主共済は保険業法適用除外に」齊藤義孝、川嶋高志
 - 論文「共済事業の現状と改正保険業法」相馬健次
 - 資料「ヨーロッパの共済運動の特徴」石塚秀雄
 - 論文「CSRとグローバリゼーション」佐藤誠
 - 論文「『社会的排除との闘い』の担い手としての『社会的協同組合』」田中夏子
 - 第1回地域シンポジウム「モンドラゴンから学ぶ非営利・協同組織の運営問題」（シンポジスト・司会・コメンテーター）角瀬保雄、石塚秀雄、坂根利幸、山内正人、高柳新
 - エッセイギリス便り「『非営利・協同』の“母国”で暮らして～『いのちとくらし』を考える～」杉本貴志
 - 文献プロムナード¹⁴「看護と福祉」野村拓
-

●第14号（2006年2月）—特集：民営化と非営利・協同

- 巻頭エッセイ「福祉と環境に立向かう協同の仕組みの役割」藤田暁男
 - 論文「郵政事業改革の国際類型とわが国の郵政民営化」桜井徹
 - 座談会「介護保険改定と福祉事業の新たな課題と対応」浦澤正和、岡田孝夫、日吉修二、司会：石塚秀雄
 - 論文「改定介護保険法の特徴と問題点」林泰則
 - 論文「介護ショップのマネジメントの課題について—介護保険7年目をむかえ、地域において人と人との接点を大事にする事業をめざして」小川一八
 - 論文「国民健康保険料に関する自治体格差の実態について」鈴木岳
 - 書評 山口二郎・坪郷實・宮本太郎（著）『ポスト福祉国家とソーシャル・ガヴァナンス』（ガヴァナンス叢書）石塚 秀雄
 - エッセイ韓国から④「富の偏在と新自由主義」朴賢緒
 - 文献プロムナード¹³「マルチ医療論」野村拓
-

●13号（2005年11月）—特集：非営利・協同と福祉国家

- 巻頭エッセイ「次は医療と農業？」吉田万三
- 論文「社会的排除としてのホームレス問題」中嶋洋子
参考資料：「ホームレスの実態に関する全国調査報告書」から
- 論文「『構造改革』の頂点と医療構造改革」後藤道夫
- 座談会「介護への取り組みについて」鈴木洋、松本弘道、森尾嘉昭、武井幸穂、司会：石塚秀雄

- 翻訳「中央のサポートと地域への動員のバランス——スウェーデン協同組合開発システム」
J. ストルイヤン 竹野ユキコ
 - シリーズ医療事故問題②
座談会「医療事故問題をめぐって②」高橋正己、根本節子、中村建、伊藤里美、棚木隆、
司会：石塚秀雄
 - 資料「アメリカの医療事故過誤救済制度について」石塚秀雄
 - エッセイ韓国から③「爪痕癒し」 朴賢緒
 - 文献プロムナード⑩「階層化・流動化」 野村拓
-

●12号（2005年8月）—特集：雇用失業問題と非営利・協同セクター

- 巻頭エッセイ「よみがえれ、8月15日」小川政亮
 - 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
 - 論文「障害者自立支援法と真の自立への通」立岡暁
 - 論文「共働事業所運動と障害者の労働参加」斉藤縣三
 - 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
 - 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
 - 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
 - （転載）「個人のニーズに対応する新規医療」新井賢一
 - 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
 - シリーズ・文献プロムナード⑪「はたらきかけ」野村拓
 - 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
書評・本の紹介：角瀬保雄著『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
-

●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
めに—」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——IAS32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「橋本俊詔『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年02月）—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年11月）—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—ライブ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年08月）——特集：障害者と社会・労働参加—支援費制度をめぐる—

- 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年05月）

- 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年02月）

- 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政
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年10月）

- 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

○N o. 18（2007. 04. 30発行）

「理事長のページ」（角瀬保雄）、「副理事長のページ『イギリス社会的企業』考」（中川雄一郎）、会員からの声「座談会「非営利・協同入門」（「いのちとくらし」N o. 18, 07年2月）を読んで」、「ジャパンケアサービス—24時間スポット介護に重点—」（石塚秀雄）

○N o. 17（2007. 01. 31発行）

理事長のページ、副理事長のページ（高柳新）「民医連とは」、社会的企業シンポ参加報告、「ベネッセ『子供から年寄りまで』ビジネス」（石塚秀雄）、事務局ニュース

○N o. 16（2006. 10. 31発行）

理事長のページ、副理事長のページ（中川雄一郎）「女性による女性のための社会的企業—アカウント3訪問記—」、「コムスン『医療は儲かる?』」（石塚秀雄）、事務局ニュース

○N o. 15（2006. 07. 31発行）

総会報告、理事長のページ（角瀬保雄）、副理事長のページ「新しい掟を作ろう」（高柳新）、「機関誌15号『共済特集』に関する感想」（宗吉邦夫）、「06年サッカー・ワールドカップで思うこと—サッカーが強い国は社会保障も充実している—」（長瀬文雄）、「ニチイ学館、予防介護にも力点、将来は医療自体に参入か?」（石塚秀雄）、ほか

○N o. 14（2006. 04. 30発行）

理事長のページ、副理事長のページ（坂根利幸）「病院・介護専門ファンド」、「公共性（=共通善 Common good の実現）こそ政治の課題」（大嶋茂男）、「C P E. フランスの若者は街頭に溢れる—若者雇用契約と社会的経済セクターの雇用の取り組み—」（石塚秀雄）、事務局ニュース

○N o. 13（2006. 01. 31発行）

理事長のページ、副理事長のページ（高柳新）、参加報告（ダカールでの社会的経済・グローバル化会議、11.27市民国際フォーラム、シンポジウム「改正保険業法とこれからの共済」）、書評『医療の値段』

機関誌およびニュースのバックナンバーは、当研究所ウェブサイトからも御覧になれます。

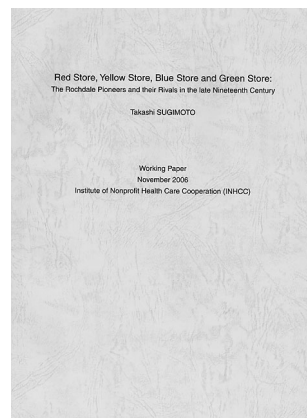
●ワーキングペーパー発行（2006年11月）

Takashi SUGIMOTO(杉本貴志), "Red Store, Yellow Store, Blue Store and Green Store : The Rochdale Pioneers and their Rivals in the late Nineteenth Century"

ISBN 4-903543-01-3

Summary

In this paper the birth and development of the co-operatives which were rivals of the Rochdale Equitable Pioneers Society are traced. Though the famous Pioneers Society has been studied by many historians, little is known about its rivals in Rochdale. In 1870 there were four co-operative stores, each with its own 'colour', in the birthplace of Co-operation. This work sets out to dig up these forgotten co-ops in the historical records and to clarify the meaning of the split in the Pioneers. In the course of the argument the position of the Pioneers in the co-operative movement should become clear.



『いのちとくらし研究所報』17号に日本語の論文が掲載されています（58～63ページ）。

【事務局ニュース】4・機関誌の論文募集、ワーキングペーパーの募集

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
 - 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

「研究助成報告発行」

●青木郁夫、上田健作、高山一夫、時井聰『米国の医療制度改革と非営利・協同組織の役割』

ISBN 4-903543-00-5

2006年6月発行（在庫なし）

目次

I. 医療における非営利・協同組織の役割

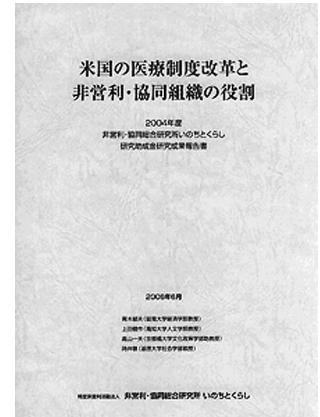
- 1章 NPO論の到達点と課題
- 2章 アメリカ医療事情断章—医療保険市場における選択と規制—
- 3章 米国の保健医療セクターと非営利病院

II. ワシントンD. C. 現地調査報告書

1. アメリカ看護管理者団体
2. アメリカ病院協会
3. ジョージ・ワシントン大学病院
4. サバーバン病院ヘルスケア・システム
5. アメリカ糖尿病協会
6. バージニア病院センター
7. シブレイ記念病院
8. ブレッド・フォー・ザ・シティ
9. プロビデンス病院
10. ユニティ・ヘルスケア

III. 結語

参考資料（現地視察企画書）



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

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

総研いのちとくらしブックレット バックナンバー

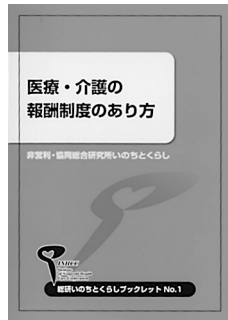
(詳しくは、事務局までお問い合わせください)

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。



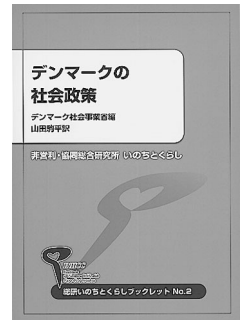
総研いのちとくらしブックレット No.2

『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）。



別冊いのちとくらし

No.1

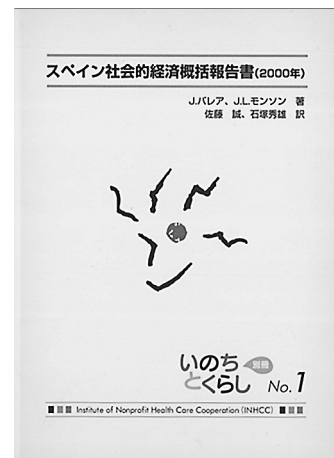
『スペイン社会的経済概括報告書（2000年）』

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。



報告書(2006年3月発行)

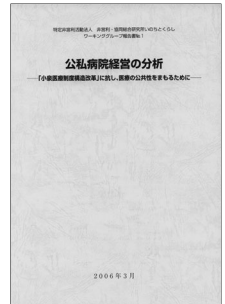
ご希望の方は、研究所事務局（民医連関係者は(株)保健医療研究所）にご連絡下さい。

◎公私病院経営の分析—「小泉医療制度構造改革」に抗し、医療の公共性をまもるために—

(ワーキンググループ報告書 No.1、A 4判73ページ、頒価1,000円)

日本の病院医療をめぐる問題について経営主体別に経営構造を比較分析し、医療の公共性を高める運動論、政策作りに寄与しようとするもの。

- | | |
|-----|------------------------------|
| 序論 | 問題意識とワーキンググループの目的（村口至） |
| 第1章 | 設立形態ごとの病院間経営分析（根本守） |
| 第2章 | 独立行政法人国立病院機構の分析（小林順一） |
| 第3章 | 地方自治体病院の分析（根本守） |
| 第4章 | 済生会（石塚秀雄） |
| 第5章 | その他の非営組織病院経営と、経営論点（坂根利幸） |
| 第6章 | 民医連病院の分析（角瀬保雄） |
| 第7章 | 医療の公共性をめぐって—民間医療機関の立場から（村口至） |



◎全日本民医連・総研いのちとくらし共催「スウェーデン・福祉の国づくりを探るツアー」報告書

(A 4判72ページ、頒価500円)

2005年11月に行われた視察の報告書。医科、歯科それぞれの現状、医療介護セクターと労働組合の役割、医療供給者区分についての論文と翻訳、参加者感想。

- 序文（宮本太郎）
スウェーデン・福祉の国づくりを探るツアーを実施して（長瀬文雄）
日程概要と報告（林泰則）
論文：スウェーデンの医療についての視察報告と考案（吉中志文）
歯科医療政策の転換の意味するところは？（藤野健正）
スウェーデンの医療介護セクターと労働組合（石塚秀雄）
感想：升田和比古、長崎修二、大高研道、石原廣二郎、上條泉、山本淑子ほか
翻訳：スウェーデンの福祉セクターの供給者の区分化と
制度設計—1991—1994年。新しい道筋と古い依存性（Y. ストルイヤン）

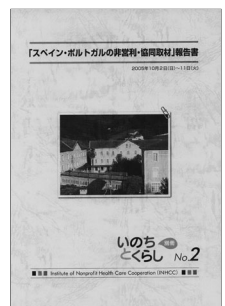


◎「スペイン・ポルトガルの非営利・協同取材」報告書

(別冊いのちとくらし No.2、B 5判96ページ、頒価500円)

2005年10月に行われた視察報告書。モンドラゴン協同組合の成功の鍵、最新データや幹部聞き取りの内容など。非営利セクター運営の病院、高齢者施設の訪問報告、参加者感想。

- 序文（角瀬保雄）
- I. スペイン・MCC視察
モンドラゴン協同組合企業MCC（石塚秀雄）
MCCの協同労働と連帯、その組織と会計（坂根利幸）
エロスキ（坂根利幸）
労働金庫（CL）（根本守）
MCCの事業の維持と拡大の財政面の支え労働人民金庫（大野茂廣）
イケルラン（坂根利幸）
まとめにかえて—MCCと非営利・協同（角瀬保雄）
 - II. ポルトガルの非営利・協同セクター
ポルトガルの非営利・協同セクターと医療制度の特徴（石塚秀雄）
高齢者施設ミゼルコルデア（村口至）
 - III. 感想（野村智夫、村上浩之、山内正人ほか）
日程概要
あとがき（坂根利幸）



【FAX送付書】

切り取ってお使いください
研究所のFAX番号：
'06年12月1日～：03（5840）6568

<input type="checkbox"/> 読者の声	機関誌や研究所に対するご感想・ご意見・取り上げて欲しいテーマなどをお寄せください（機関誌等に掲載することもあります）。		
お名前・ご所属等		年齢	才
ご連絡先住所	〒		
電話番号・電子メールなど			

へ
き
り
と
り
く

【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：
'06年12月1日～：03 (5840) 6568

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)

へ
き
り
と
り
▽