

目次

- 巻頭エッセイ 「いのちとくらし」の意味……………富沢 賢治 1

特集： 各国の医療事故補償制度

- 定期総会記念講演「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」……………D. マルタン 2
- 定期総会記念講演「日本における医療事故・被害者救済の現状と問題点」
…鈴木 篤 10
- 論文「英国の医療事故補償制度と医療機関の共済基金」…石塚 秀雄 18
- 論文「医療倫理と医療事故補償問題」……………尾崎 恭一 24

- 論文「EU圏における歯科医療制度の動向と問題点一次は日本の歯科医療が危ない」……………藤野 健正 28
- 論文「千葉県に見る地域医療の危機」……………八田 英之 40
- 第6回自主共済組織学習会報告「制度共済の今後と自主共済への影響—農協共済を中心に—」……………高橋 巖 45
- 書評 押尾直志監修、共済研究会編「共済事業と日本社会—共済規制はなにをもたらすか」……………杉本 貴志 57
- シリーズ・文献プロムナード⑱「出版トレンド」……………野村 拓 59
- 研究所ニュース…………… 15、17、27、44
- バックナンバー…………… 64
- 入会申込書

「いのちとくらし」の意味

富沢 賢治

当研究所の名称「非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」は、当研究所が何を目的に何を研究するのかを直裁に示している。なぜか。以下は、私なりの解釈である。

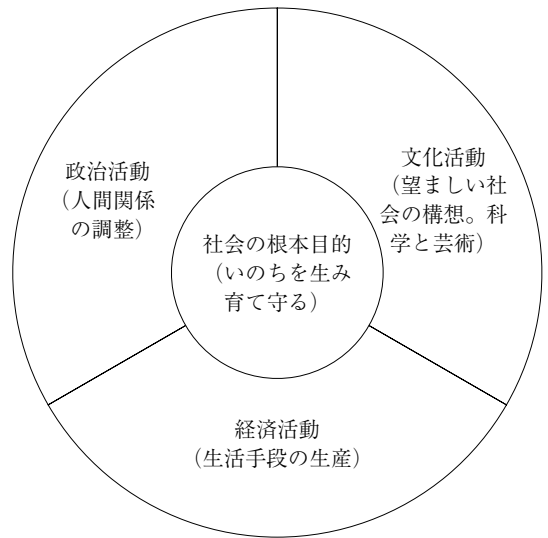
当研究所の研究目的は何か。いのちとくらしを守るための、よりよい社会のあり方を解明することである。

研究対象は何か。よりよい社会をつくるための方途を、「非営利・協同」のあり方という視点から研究することである。

植物であれ動物であれ、すべての生物は、個体を維持し種を保存するために生きている。人間も同じである。いのちを生み育て守ることが、人間社会の根本目的である。

人間のくらしが他の生物と異なるところは、いのちを生み育て守るために、人間は、経済活動、政治活動、文化活動を行うという点である（図、参照）。ここで強調したいことは、経済活動、政治活動、文化活動という人間のくらしは、いのちを生み育て守るために存在するという点である。すなわち、いのちを生み育て守ることが人間社会の本来の目的であり、経済、政治、文化は、そのための手段だということである。目的と手段を取り違えないことが、よりよい社会をつくるための第一条件である。

さらに、すべての生物に共通すると思われることは、いのちを生み育て守るためには協同が必要とされるという点である。では、人間社会におい



では、いのちを生み育て守るためにどのような協同が必要とされるのであろうか。経済面、政治面、文化面を含めて社会全体としてどのような協同システムが望ましいのであろうか。また、そのような協同社会をつくるためにはどのようなプロセスが必要なのであろうか。

このような根本的な研究課題を種々の現実的な具体的レベルで追究しているのが、「非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」であると私は理解している。

(とみざわ けんじ、研究所顧問、聖学院大学教授)

定期総会記念講演

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

司会 本日はお集まり頂きまして、ありがとうございます。ただいまから、フランスの医療事故補償問題についてのシンポジウムを開催させていただきたいと思っております。最初に一言だけあいさつをさせていただきます。

当研究所がなぜこういう問題に取り組んでいるのかは、先程、総会で理事長等のあいさつがありましたが、昨今の医療制度の転換の中で、特に非営利あるいは協同の医療機関の役割が非常に重要になってきました。また、そういう立場から医療従事者と患者の権利といったものを両立させて問題を自主的に考えていくことがいま非常に求められていると考えて、当研究所は数年前からこの問題について関心をもって取り組んでまいりました。

本日、ご講演いただくドミニク・マルタン局長は、フランスの保健省のお役人でありますが、医師でもあります。「国境なき医師団」というものがありまして、クシュネルという創立者と一緒にそういう活動をしてきた仲です。今回、日本にお呼びするにあたって、5月にフランスの大統領選挙があって、この結果によっては幹部の入れ替えがあるらしくて、しばらく様子を見ておりました

が、結局、局長の職に留まるということになり、今回実現致しました。

ヨーロッパにはいろいろな医療事故補償モデルがあるのですが、フランス・モデルの非常に特徴的な点は、公的な補償を重い被害に対してやり、かつまた裁判も患者には選択肢としてありうるということです。社会的連帯、国民的連帯という考えで公的セクター（役所）がお金を出して支援をするということに、大変特徴があると思います。この点で今回のシンポジウム、講演は日本の今後の医療事故補償制度を考えていく上で非常に重要ではないかと考えております。本日の通訳は片岡さんをお願いしております。途中でも質問があればしていただきたいという話ですので、どうしても聞きたいことがあればご質問いただければと思います。

マルタン局長の講演の後に、当研究所の理事であり全日本民医連の副会長である鈴木先生から約20分、日本の医療事故問題、補償問題についてレクチャーをいただいて、その後若干の質疑応答の時間を用意してございます。皆様のご協力をよろしく願います。

〔講演 ドミニク・マルタン局長〕

● 新しい制度の誕生の由来



皆さんこんにちは。今回、この講演をしてくれということで日本にご招待していただいたことを非常に光栄に思っております。

今日、皆さんにお話する「制度」ですが、非常に若い制度です。といいますの

もこれが設置された基になります法律は2002年成立です。私はこの制度が輸出可能なモデルかは、あまり自信はないのですが、しかしながら、近代国家でどういうことができるかを示していると思います。

この制度ですが、フランスの政治的、社会的な状況を反映しています。これからパワーポイントを映す前に前置きにいくつかお話ししたいことがあります。政治的に2点、重要だと思われる点ですが、それが私がお話する制度を強く特徴づけてい

るものです。

1つはフランスが中央集権的な国家であることです。これは日本も同じだと聞いています。フランスは書かれた法律の国で、習慣法(コモンロー)の国とまったく違う。すべての公的な組織が法律あるいはさまざまな法的な文章によって細かく定義されており、ですからこれから皆さんにご紹介させていただく賠償制度ですが、さまざまな法律、それにまつわる規制、書かれたものですが細かく制約を受けています。

皆さんにフランスの実践をできるだけよくわかっていただくために、私の今回のプレゼンは2つの部分に分けました。一般的な原則、土台となっている原則はどういうものか、それが第1部です。第2部が実際にこの制度を運用していく上でのいろいろな説明。この2つに分けてお話ししたいと思います。

この制度ができました元々の法律は2002年3月4日に発効した法律です。制度ができたわけですが、その前はどうか、講演を始めたいと思います。

1つは、賠償を受ける権利が認められていましたが、それは医療提供者の側に過失あるいは間違いがあった場合だけに限られていました。医師あるいは医療機関の過失がない場合は、被害者はたとえ被害を受けていても賠償を受けることができなかったわけです。

もし賠償を受ける場合、どういうやり方があったかといいますと、2つありました。それが最初に保険者と被害者の私的な合意です。和解という形でなされます。これが一番多くやられていたケースです。しかしながらこのやり方というのは、小さな障害、小さな被害には有効に機能していましたが、重大な被害にはよく機能しなかったわけです。それ以外ですと裁判官による判断がありました。もちろん民事裁判です。民間病院ですと司法裁判。公的な病院で過失あるいは事故が起こった場合は行政裁判所の管轄になります。2つの違う管轄があった。

刑事裁判所の管轄もありますが、これは脇に置きます。フランスではこのようなケースはごくごく稀にしかないので。

以上が一般的な状況でしたが、その他に客観的な責任と呼ばれる状況がありました。「特別な場合」と書かれているものです。これは立法者によって決められたプロセスのわけです。特に個別のいろいろな場合に対処するためのプロセス。ここに2つ例を上げてありますが1つは強制的、義務的ワクチンによる被害を補償する。義務的ワクチンによって何らかの被害があった場合はすぐに補償の対象となります。これは過失があった、あるいは無過失であるという判断をあおがなくてもすぐに補償を受けることができます。それが客観的な責任ということです。

もう1つは、HIV感染の被害の補償。特に輸血によって感染した場合。これはフランスで「汚染された血液のスキャンダル」という事件がきっかけです。輸血を受けた大勢の人が感染してしまったということで、集団的責任が問われた。これは国も責任を負っている、つまり個人の生命を守るという責任があるわけですが、それを守らなかったということで国の責任をとられたわけで、それがあってこの制度が作られました。以上が法律ができる前の状況です。

1999年、フランスにおきまして患者を含めた集会が1000回以上行われました。これは保険の国民議会のようなもので、その中で患者あるいは医療事故の被害者が自分たちの要求を打ち出した。その時そういった医療事故の被害者たちは現在ある現行の制度では効率が悪い、あるいはまったく機能していないし、それを利用しようとしても非常にしにくいと要望を出しました。自分たちの権利を行使したいけれども、しかしながらそれは手段が限られているし、実際に行使しようと思うとお金がかかってできない。

そしてこれは患者の側、被害者の側また医師の側も現在のシステムでいくと、医師と患者の不必要な紛争を惹き起こしてしまうという意見が表明されました。賠償を受けるためにいちいち裁判所に行って判事の判断を仰がなければならないというのは、不必要な紛争を起こすことが多いというのが関係者たちの一致した意見だったわけです。

そういうことから行政的な性格をもった和解のシステムを作るべきだという考えが生まれてきました。この制度、新措置と書いてありますが、ど

図1 ONIAM成立の経緯

○補償に関する新措置
・CNAM 医療事故全国委員会
・CRCI 医療事故補償調停地域委員会
・ONIAM 全国医療事故補償局
○2002年—2003年の制度導入
・法律 2002年3月4日制定
・関連政令 2002年4月制定
・ONIAMの初会合 2002年7月
・CRCI 地方委員会の設置 2003年より

ういものから成り立っているか、をここに書いてあります。まず最初の機関、CNAM（クナム）（医療事故全国委員会）、2つ目がCRCI（医療事故補償調停地域委員会）、ONIAM（オニウム）（全国医療事故補償局）。

まずこの制度がどうやって出来上がっていったかを手短にご説明したいと思います。

図1を見ていただくとわかっていただけると思うんですが、この制度は非常に短期間で作られました。特にフランスの行政機関は遅さで有名なんですが、それと比べると異例の早さで作られた制度だといわれています。もう1つ、特徴的なのは政治的な特徴なんです、法律自体は社会党が政権をとっていた左翼政権の時に作られました。法律ができて実際に設立の動き、法律が実施されたのは2カ月後で、その時はすでに政権交代が行われていて、右派の政権だったわけですが、左派から右派に政権が変わっても引き続き継続してこの制度が作られたというのが1つの特徴です。

●医療事故補償制度の3つの機関

CNAMという組織の使命は鑑定という制度を改革するということが主眼でした。医療事故の一番の問題の核心はこの鑑定にあったわけです。この医療事故は極めて技術的な内容をもっていますので、専門家の鑑定がなければ何も進めることができない。これができる前は鑑定に不満をもつ患者が多かったり、被害者が多くいました。また鑑定にあたる人の独立性にも被害者たち、患者たちは不満をもっていました。それは当たっていませんでした。

このCNAMを設置した最初の目的は、鑑定の質を高めること、それから透明性を高める、あるいは独立性を保証することにあります。このCNAMという機関は法務大臣と保健大臣の下に置かれた機関です。現在ではCNAMというものが鑑定士の任命権をもっていますし、間違いがあった時に任命を取り消す権利も持っている。

もう1つの機関がONIAMという機関です。ONIAMというのは公的機関でして、国の機関つまり保健省の一部局です。この制度の中では中心的な役割を果たしています。1つは補償すること。無過失の医療事故、医療過誤の被害者に補償を行うことが第一の使命です。この制度については後で詳しくご説明します。ここで理解していただきたいのは、先程いった2002年3月、法律は2つのものを作ったことです。1つはこれからお話しする賠償制度、それから新しい権利を確立した。たとえ過失がなくても補償を受ける権利です。後でお話しますが、ONIAMというのは制度の全体の運営・管理を行っています。この制度の運営を行っている管理機能の他に、直接補償に携わっています。

第3番目の機関はCRCIという機関です。フランスは行政的には25の地域に分けられております。各25の地方のそれぞれにCRCIが置かれております。この地方、プロバンス、コートダジュール、マルセイユでこの委員会が開かれています。実際は建物があってするわけではなくて、会議が開かれると被害者はそこに来て自分のケースを訴える。審査があるわけですが、審査には実際に被害者が立ち会うことができるし、意見を述べることもできる。

まず医療事故の被害を受けたとしますと、事故が起こった場所がある地方のCRCIに訴えを起こす。できるだけ申請が身近にできるようにというのがこの制度です。できるだけその中で行われる議論が透明度を持つことです。どういう人が医療事故の被害を訴えられるかと言いますと、自分自身で被害者だと思う人、あるいは権利をもっている人です。手続きはできるだけ簡単に簡素化されています。出来るだけ自分たちの権利を行使しやすくするのがその目的です。

いつからこれが適用されるかという日にちの間

題があります。こういった公的制度を作るといつも問題になることがあります。この制度は国民全体を対象にしているのか、それとも国民の一部の人しか対象にしないのかという問題です。期限という問題ですと、10年前にそういう被害を受けた人は制度の対象になるのか、あるいは法律が採択された時以降に事故の被害を受けた人しか対象にしないのか。

最初のやり方をとってしまいますと、10年前に起こった事でも補償の対象にしてしまうと、大勢の申請が出て、手がつけれないことになってしまいます。期限を設けないと行政機関としてはどうしようもなくなってしまうということがあります。将来の事故しか対象にしないことになりますと、がっかりする、失望する人がたくさんできるわけです。

結局、どういう決定をしたかと言いますと、法律成立から遡ること6カ月までは制度の対象にするということが決まりました。なぜ6カ月かということですが、大体その法律ができる6カ月前から、人々が新しい制度ができるらしいと、制度を知るようになり始めた時期だからです。ですから多過ぎない、少な過ぎないといった中間をとった妥協の産物であったわけです。しかしながら、現実主義的な制度を作るにはやむを得ない妥協だったわけです。

もう1つは、重度の上限、閾値（しきいち）ということ。どこから救うのか。一体この制度というのは、医療事故の被害者であればすべてを対象にするのか、あるいはある特定の種類の被害者だけを対象にするのか。先程のいつから適用するのかと日にちの問題と同じような問題がここでも出てきました。将来を予想しなければならないわけですから、どのくらいのことができるのか考えて、閾値を決めなければならなかった。特に予算化するためにはどのくらいの補償が必要となるだろうかという、予想ができなければいけない。毎年予算化するわけですが、今後1年間にこのくらいの賠償が必要だろうということを把握できなければいけなかった。

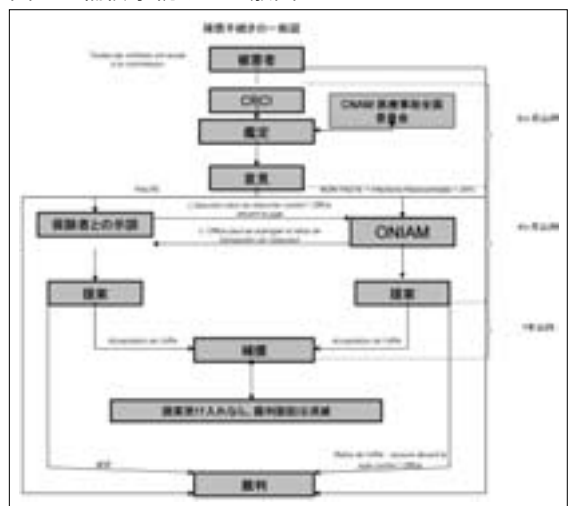
そういうわけで限界を決めて、それに基づいて計算することが必要になります。この制度の特徴的なところは閾値があるということです。ゼロか

らではなくて、ある一定のところから補償の対象にする。運用は政令で定められています。永久的な障害の度数、ゼロから100というのがありますが、この制度の対象になるのは永久障害の場合24%以上。これは別に20%でもいいんですが、皆さんに覚えておいていただきたいのは、この基準を決めたのは重大な事故を対象にする、救済を目的にすることです。そういうことであまり重症でない、軽症のケースはこれから排除される。

どうしてこういうことが起こったかと言いますと、制度を考案したのは厚生省だったわけですが、もし法務省が同じような法律、補償制度法みたいなものを作るとしたら、こういう結果にはなっていない。まったく逆のケース、軽症だけを対象にした。法務省が法律を作っていれば軽度の障害を救うことを対象にした。それによって裁判を減らすことができる。裁判官はそういった仕事はやらなくて、重大な件だけ扱っていればいいとなる。当時、たまたま保健省がこの法律を作ったから閾値ができましたけれども、法務省ならそうではなかった。偶然と言ってしまうと何ですが、その法律ができた時の社会状況あるいは政治状況を反映しているということがあって、これではなくてはいけないという理由はありません。

閾値に達しない人は裁判をするしかない。あるいは保険者と直接交渉して、しかし無過失の事故ですと誰からも賠償してもらえないことになる。ですからこの制度ですが無過失でも補償を受ける

図2 補償手続きの一般図



権利、すべての人にこの制度を利用することを可能にしました。

●被害手続きは無料

では被害者の立場に立って、これからこの制度がどのようにして運用されるかを見ていきたいと思えます(図2)。

まず、被害者が自分の住んでいる地方のCRCIへ。CRCIであなたは申請する資格がありませんよと明確にわかる場合、書類の棄却になる。後で何件その場合があるかご紹介しますが、棄却されない場合はCRCIの委員長が鑑定を要求します。これがこの制度の核心です。鑑定というのは通常1人の医師あるいは医療専門家が行います。その他に病院の組織の責任者の援助を仰ぐこともありますが、原則として医師が行います。鑑定が行われますと、鑑定した医師がCRCIに自分の鑑定した報告を行います。そこでCRCIが会議を開いて意見をまとめるわけです。この意見が出た後、3つの道があります。

CRCIでこれは賠償する必要がないという意見を出した場合、ここで賠償請求は終わってしまう。CRCIが医師の側、あるいは医療機関の側に責任があるという意見を出しますと、委員会の報告書は医師あるいは医療機関や保険者に対して書かれるわけです。

無過失だと判断されますと、報告書はONIAMに回される。保険者あるいはONIAMでこのくらいの賠償が適当だという提案を行います。そこで被害者がそれでいいということになりましたら、賠償が受けられてこの件は一件着となる。

すべて順調にいけば1年以内に被害者は賠償を受けることができます。しかしながら裁判ですと補償を受けるまでには数年かかってしまいます。しかしながら予想されているすべて順調にいくわけではありません。うまくいかない時のいくつかの手続きが定められています。

1つの例ですが、過失がありながら保険者が被害者に賠償をしないと拒否した場合、被害者は補償を受けられないわけですので、ONIAMにくるわけです。するとONIAMが保険者に代わって補償を行う。どういうふうにするかという、

ONIAMでもう1回賠償を被害者に提案します。被害者がこの提案でよいということであれば、被害者は一件着です。

ONIAMは今度は保険者に対して訴えを起こすわけです。しかしながらこの訴訟は2者の間で行われて、被害者は一切関わりません。

これが1つの例ですが、もう1つ別の例をご紹介しますと、プロセスのどの段階でも被害者はプロセスから外れて裁判を起こすことが可能です。同じ事故の場合でしたら、ここに補償とありますが、補償の提案でいいということ協定を交わしてしまえば、ONIAMあるいは保険者との協定を被害者が交わしてしまえば、その時点で裁判を起こすことができませんけれども、その前の段階であればいつでも裁判にできます。

もう1つのやり方としては、CRCIにも訴えを起こし、裁判も起こす。同時並行でやることも可能です。あるいは直接裁判に訴え、制度をまったく利用しないこともあります。ですから被害者の側に立ってみますと、強制的な制度でも何でもありません。利用してもいいし、利用しなくてもいい制度です。

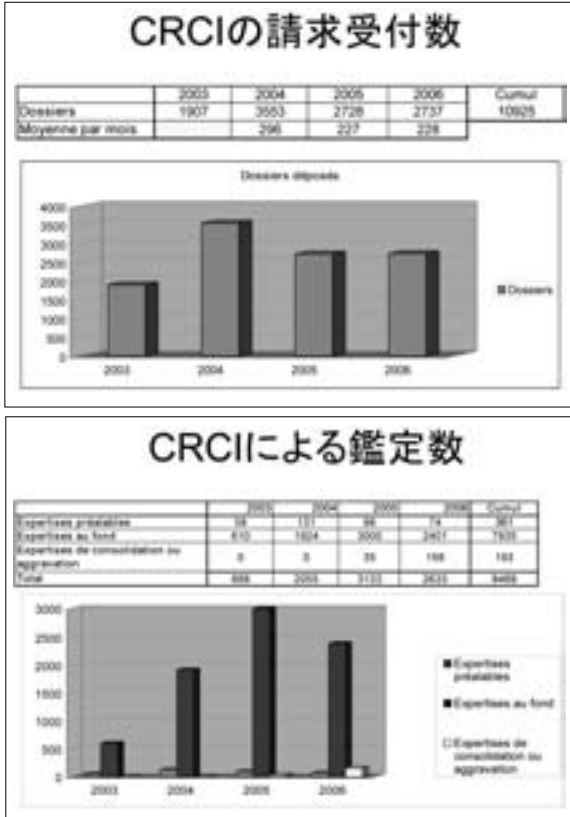
●補償件数、内容、基準

図3が実際に運用して今までどのような傾向か、です。最初に出てくるのはCRCIに出される申請件数。2004年がピークなのですが、先程言いました法律の遡及性というか、6カ月遡ってということによるものです。大体2005年、2006年は安定しておりまして3000件ぐらい。2007年度に関しては見通しですが3500件あるいは4000件近い申請があると予測しています。

ご覧になってわかるように、毎年かなりの件数が鑑定を受けています。この鑑定の費用はONIAMがすべて全額負担している。被害者にとっては制度自体が1銭もお金を払わなくて利用できる。被害者で弁護士を雇いたいということであれば、別に雇っても構わないし、それは被害者が自分でお金を払うわけですが、そういう義務は課されていない、自分で自分を代表してもいいわけです。

これはCRCIの審査した結果、ここでは元々待

図3 CRCIの請求受付数と鑑定数



たされた申請のうち、すぐに却下されてしまった、つまり鑑定までいかなくて却下されてしまった件数が半分くらいあります。例えば1999年の事項で賠償請求の申請をした人は鑑定するまでもなく対象外ということで直ちに却下。傾向としてはだんだん、直ちに却下されるというのは減ってきていますが、鑑定まで行くのが増えてきています。どうしてかという、制度をどうやったら利用できるかが周知されてきた。

また鑑定が行われた後でも却下されるケースがいくつかある。受け付けた時点では、これは賠償の対象になるかも知れないと思われた事件でも、専門の医師の鑑定を受けると、これは賠償の対象にはならないことが明らかになったというケースもある。判断の困難な点は、医療の分野の事項ですので交通事故と違いまして、どのぐらい医療事故による被害で、どのぐらいが実際の病気によるものか、判断つけにくいわけです。交通事故の場合ですと元々事故の前はすごくピンピンして元気

なわけですから、何が理由か判定するのは簡単なわけですが、病院に入院しているとか、病院に来るといふ時点ですでに病気にかかっているわけですので、病院から出る時も障害があるとか、病気だということは、一体それは病気そのものによるものなのか、病院で受けた治療、ここで行われた行為が原因かという判断するのがけっこう難しい。

例えば病人が来たが、その人を治療できなかったというのは医療事故とは見做されないわけです。診断が難しい場合、診断ができなかったということ自体は医療事故と見做されない。次に、賠償する側がどちらかという問題です。保険者かあるいは ONIAM か、つまり過失か無過失か、大体半々です。両方という場合もあります。

院内感染だけで医療事故の3分の1を占めている。非常に頻繁に起こる事故です。フランスの法律はこれについて特別措置が定められています。医療機関にあまり大きな財政的な負担がかからないようにと、軽減するというで作られた。重大な被害については保険者ではなくて ONIAM で補償すると定められています。

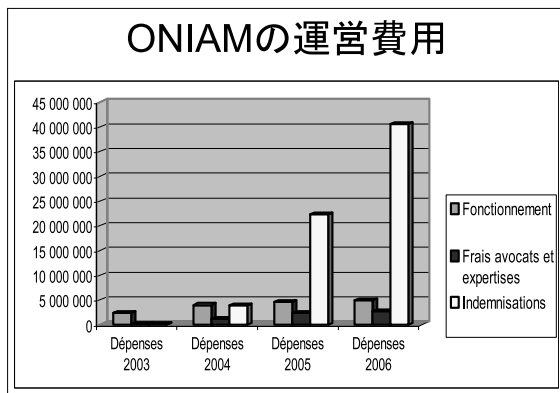
先程言いました CRCI の法的処理期間は6カ月でしたけれども、毎年かなり長びいてしまっていて、いまでは法廷期間を大幅上回るようになってしまいました。この法的な期限6カ月を守るために内部の組織改革を考え、処理の迅速化と大きな議論をしているわけです。いくつかの機能不全が見られています。ケースバイケースでフォローアップして、どこで引っかかってしまうのか問題点を明らかにするということがなされています。

この制度はよく問題が起りやすい制度でもあるわけです。そういう意味で管理を緻密にやっていたいかなければならない制度です。

● 財源は国から、裁判は別ルート

もう1つは、ONIAM 関係でどのぐらいの補償支出があるか。これは保険者の分は入っていません。賠償にかかるお金が非常に急速に伸びていて2007年で8000万ユーロ。発足時の2倍ぐらいです。先程管理を厳しくしなければいけないというのを言いましたが、図4のブルーで書かれているのが運営費、賃金と人件費等々はわりと安定している。

図4 ONIAMの運営費用



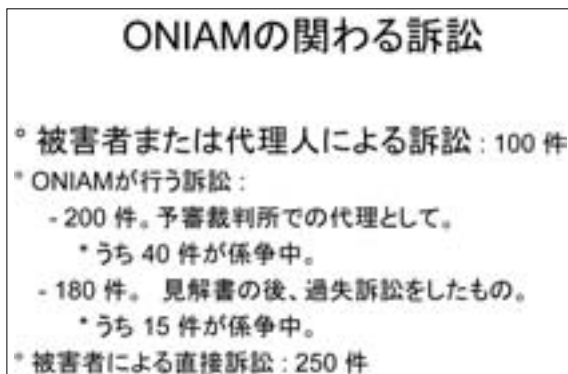
この制度というのは非常にお金がかかる制度です。目に見える形で管理していくことが非常に重要です。

公的な制度でどこを見るかと言いますと、人件費とか運営費がどれぐらい安定しているかということによってそれを計るわけですが、それが急速に増えてしまっている制度ですと、持続できないとなってしまう。運営費、維持費が大事です。

次のスライドですが訴訟。ここには ONIAM に直接訴えてくる権利があります。2500人ほどが、まず裁判所に行って ONIAM に請求したい、補償を受けたいということで行った件数です。被害者で ONIAM が提案した提案額が不服であったので裁判を起こして、もっと高く値上げを要求して起こしている訴訟は100件くらいです。

実際に先程ご紹介した制度がうまくいかなかった場合に、被害者として満足しなかった場合は裁判にいくしか解決方法がないわけです。しかしながら、それにはリスクが伴います。裁判所に行っ

図5 ONIAMの関わる訴訟



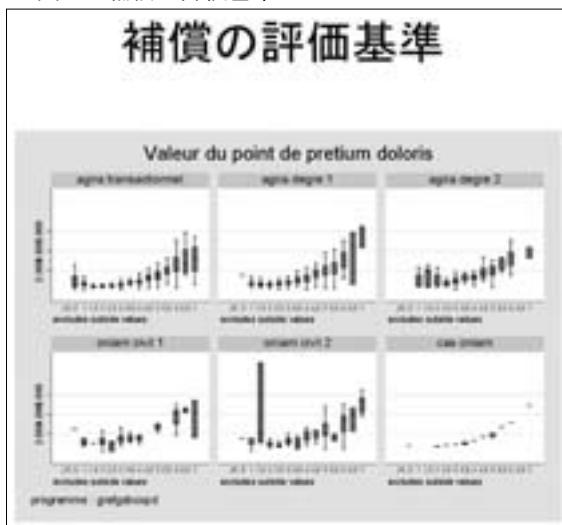
ても必ず裁判官が ONIAM が提示したよりも高い金額を提示するとは限らないからです。そういう意味で他の場合でもそうですが、こういった訴訟を起こす時は被害者であり、一定のリスクを背負わなければなりません。

保険者が鑑定して意見を出したその額を不服として、あるいは払うことに拒否した場合、拒否された被害者は ONIAM に行って補償を受けるわけですが、債権を買い取るような形で ONIAM が経営者に対して訴訟を起こす。訴訟の件数は決して多くはありません。

実際にこの制度を作った目的の1つは、こういった訴訟を避けることにあります。被害者が利用しやすい簡素化された制度。迅速に処理される。お金のかからない、無料で利用できる制度を作ることが目的でした。ONIAM の他の使命としては端的な被害を救う以外に、エイズ、輸血によって HIV に感染した者の救済です。新しい感染源はそれほど多くはありません。

強制ワクチンの被害者は、ほとんど90%ぐらいが医療従事者で肝炎の予防注射を受けて、その被害に遭った人たちです。フランスでは医療従事者は肝炎のワクチンは義務、強制です。ワクチンを受けるとブランクの降下が起こる。公的な救済ということですが、こういう制度があるということで医療従事者としても怖がらないでワクチンを受ける。そういう被害を受けるのが怖くて、従事

図6 補償の評価基準



者がワクチンを受けないとなりますと、院内で肺炎感染が拡大してしまう恐れがあるので、それを防止することもあります。

最後の点ですが、ここに書いてあります補償の基準です。補償は何に対してかということ、何項目かに分類されます。非常に技術的な問題ですが、20項目ぐらい被害を表わす項目があります。例えば痛み。傷痕とか審美的な被害。障害それ自体。働けないことによる経済的な被害。その他の必要経費。例えば家を障害に合わせて直す、手を入れるとか、車を直すという被害。あるいは車椅子を買うお金とか、重度の障害ですと付添いの人に払う給料も含まれます。お金を扱うわけですので非常に具体的に基準を設けなければなりません。

この制度が確立した後、補償の受け方が非常に違っていることがわかりました。なんで違うかという、どこで補償を受けたか、社会的な地位、身分によって違う。例えば裁判所で、痛みに対する補償がどういうふう評価されるかということですが、痛みに対する裁判所の判断では、南部の地方で判決が出た場合、北部の4倍の補償金がい渡されているのです。地域的なバラツキが多い。

どういうバラツキがあるのか調査をしたわけですが、数千のケースを調査しました。これは先程言いました「痛み」ですが、どれぐらいの評価基準かということです。誰が補償するか。保険者がするか、あるいは裁判所がどのくらい支払いを命じたかを見てみても、一つ一つのケースをみてい

きますと、非常にバラツキがあることがわかりました。

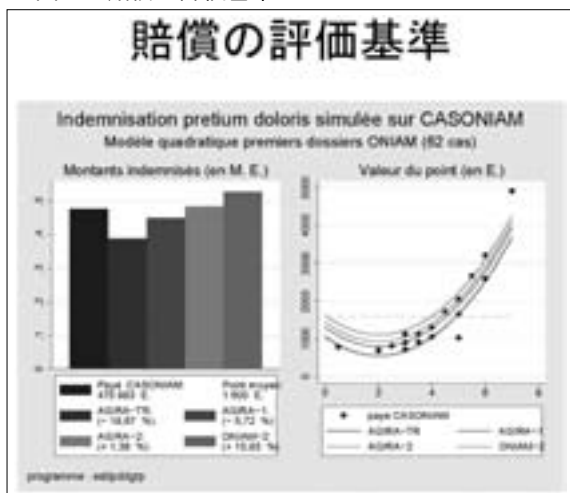
この調査結果に基づきましてモデル化を行いました。これは例として「痛み」ということですが、この痛みに対する補償がどのようにされたか、実際の数字です(図7)。プロットしてみました。62ケース書いてあります。ピンクが保険者、ブルーが判事が出した評価。バラツキがあります。62の具体的なケースで比較調査を行った。これが当時 ONIAM が支払った額です。同じ人が保険者に請求したらどのくらい受け取れたかが次の赤グラフです。同じケースです。

控訴院で裁判官がどのくらいの額と判断したかをモデル化しますと、このくらいです。こういう調査に基づきましてわれわれ独自のカーブを作った。これは政府が判断したわけです。それを適用しました。2005年の例ですが、上から2番目の線が調査に基づいて自分たちが払うべきお金として作った線です。黒丸と棒グラフ右端が2005年にいくら払ったか、実際に払った額です。1000と2000の間にある水平の点線は、黒丸の示す補償金額を平均して引いた線です。私たちの基準よりもずっと下で支払った場合もあります。しかしながらそういった特例を除いては、ほとんどこの線が重なっていることがわかりただけだと思います。

この評価は全部公開されています。透明性が完全に確保されていますので、誰でもこれにコメントすることができます。こういった公的制度にはこのくらいの透明度が要求されるということで公開されています。他の被害、障害度による基準額で、それより少ない時もあるし多い時もある。

これは別の被害の項目ですが、同じようなグラフになっています。経済的な見直しも行っています。痛みに対する補償ということですが、赤が払うべきだった額、実際に払った額。ちょっと差がありますが、これを大きいと捉えるか、少ないと捉えるか、個人によって違うと思いますが、わかるようにそれほど大きくは開いていません。あまりにも低くしか支払わないと、ONIAM だとあまり取れないとなりますので、被害者に損をさせることになります。高く支払うことになると、国の財政を痛めてしまうことになる。ですからこうやってバランスのとれた補償を行うことは非常

図7 賠償の評価基準



に重要なことです。

フランスの医療事故補償制度は非常によくできてはいるのですが、非常に複雑な制度でもあります。行政的な組織という意味です。利用者にとっては非常に簡単な制度です。しかしながらとてもパーフェクトには程遠い制度です。現在、いろいろな行政的な面での改善策が検討中です。いま現在、どういう段階にあるかといいますと、品質プロセス（クオリティプロセス）という段階です。この制度を利用した人にアンケートを行いまして、

満足度を測る調査を行っています。この制度自体、公的制度としては国には高くつく制度です。フランスでは特に国民健康保険の面から見ますと、いま赤字運営をされている状態です。ですからこの制度の合理化という面では非常に大きな圧力がかかっています。

以上の結論をもってお話を終わらせていただきます。これから皆様のご質問にお答えしていきたいと思います。

「日本における医療事故・被害者救済の現状と問題点」

〔鈴木篤・全日本民医連副会長〕



ご紹介いただきました鈴木です。マルタン局長の大変興味深い講演、ありがとうございました。私は日本の現状を話すということですが、時間もありませんのでいまのマルタン局長のお話と合わせて比較しながら

お話したいと思います。

「日本における医療事故・被害者救済の現状と問題点」でございますが、日本においての医療事故・被害者救済の年表をご覧くださいと、いくつか日本独特の問題もあります。しかし、いまのマルタン局長の話と合わせますと、いくつか同じ問題もあるし、私どもが到達していないものもあると思います。

マルタン局長のお話で、2002年3月以前の状況という中の「特別な場合」—ワクチンによる被害、HIV感染によるもの—この特別な場合に相当するものが、日本の場合は「医薬品副作用被害救済制度」であったと思いますし、第2に、いま問題になっている「産科の無過失責任補償制度」となります。フランスではワクチンとHIV、日本では薬害と産科の問題が特別な問題としてあると理解しました。

医薬品副作用被害救済制度は、サリドマイド、スモン（キノホルム薬害）ですが、医薬品の副

用の重大な健康被害がありまして、その薬害被害を救済するという運動の中でできました。これが1979年にできております。これは国、いまでは独立行政法人医薬品医療機器総合機構が扱っております。この財源には拠出金がありまして、医薬品製造業者から拠出金が出ている点が特徴だと思います。この拠出金の金額は特別な計算式があり、基礎取引額、各品目の出荷数量、単価、傾斜係数によってできております。新薬は傾斜係数が2と高く、一般薬品は傾斜係数が低いことになっております（図—1）。

この前提になるものが、先程のCRCIにおける、

（図—1）

医薬品副作用被害救済制度 （副作用拠出金）

- ・サリドマイド・スモン（キノホルム薬害）など医薬品の副作用によって重大な健康被害の発生を教訓に設立
 - ・1979年設立： 唯一の公的救済制度
 - ・実施主体：独立行政法人医薬品医療機器総合機構
 - ・財源：許可医薬品製造業者等からの拠出金
（国は事務費の1/2）
- 拠出金額＝算定基礎取引額×拠出金率（現行0.3/1000）
算定基礎取引額＝各品目の出荷数量×単価×傾斜係数
傾斜係数：区分1（新薬2.0）～区分4（一般医薬品0.1）
- ・前提：
 - ①民事責任の追及が困難、②「適正」な使用が前提
 - ③「副作用」が対象：医薬品の感染・汚染は対象外。「重い」、「受忍」が適当でない

あるいは ONIAM におけるいくつかの問題と似ているように思いました。適切な使用が前提でありまして、副作用が重大で死亡あるいは入院治療を必要としたもので、明らかな医薬品の感染・汚染は対象外になっております。こういうものが日本においては1970年代後半にできました。

これも市民運動が基本的になって作られたものであります。

次の資料（16ページ）にありますように、年表を作りました。ご覧になって下さい。

1960年代から70年代におきまして、医療事故、薬害問題で1979年に医薬品副作用被害救済制度ができております。80年代から90年代にかけて、弁護士、医療事故に関心ある医師、市民団体が、医療事故を集め、あるいは患者の救済を扱う努力をしてきました。そして1990年代最後の頃に、大学病院または東京の都立病院という、非常に大きな公的病院で大変な重大事故が起きました。この説明をしておりますと時間がないので内容は申し上げません。

この頃から2000年代に入りまして、厚労省は本格的に医療安全対策を始めました。2001年に厚労省が医療安全対策ネットワーク整備事業ということで、「ヒヤリ・ハット」、いわゆるインシデント・アクシデント報告を義務づけるような事業を始めしております。

2002年に厚労省は医療安全推進総合対策を発足させまして、各病院に医療安全委員会の設置を義務づけました。この頃から私どもの加盟する医療機関にもいくつかの重大な事故がありまして、その教訓を基に医療事故における第三者評価機関が必要だという運動を始めております。私どもも2000年に入りまして医療安全交流集会、病院長会議あるいは管理者を含めた会議等をやってきた次第です。

2003年になりまして厚労省が「医療安全支援センター」を作りました。これは都道府県保健所設置市区に作っております。あえて言うなれば先程のマルタン局長の CRCI の単なる窓口だけというものを作ったのがこの2003年です。CRCI は補償付きの制度を作ったわけですが、日本は補償なしの、苦情を取り次ぐだけの機関を作ったということです。

さらに2004年に厚労省は「日本医療機能評価機構」という独立した日本の病院の質を評価する第三者機関に、医療事故防止センターを作りまして、あえていうならばマルタン局長のいう CNAM に近いような感じがします。そこでは、医療事故を収集して分析するというだけであります。

その後日本におきまして、異状死と、原因が不明な死亡に対して、特に医療に関連した死亡に関して、医師法21条の医師が届けなければいけない、という問題に対しまして医療界が大変議論になりました。その後、ますます中立的な死因究明機関が必要だという声が高まってきて、2004年には学会の「機関設置に関する共同声明」が出ておりまして、2005年ぐらいから行政や学会が第三者機関設立の声を挙げております。

私どもはその前から何回も声明を挙げておりまして、昨日、理事会がありまして改めて第三者機関の設立を政府・厚生省に申し入れる声明文を作りました。

そのような動きに対し、厚労省は、医療行為に関連した死亡の調査・分析のモデル事業が2005年からスタートしており、2007年になりまして第三者機関をどのように作るかの創設に向けて、パブリックコメントを募集して検討に入っているというのが現段階だと思います。

特別な場合というものの、産科の補償制度の準備が2007年になりまして厚労省が腰を上げ始めました。この背景には出産に伴うさまざまな事故があります。産科医がどんどん減って、訴訟が一番多いという背景があります。

現時点での日本の状況を申し上げますと、「日本における医療事故の現状」という報告がありますが、全体をつかみ切っておりません。報告義務を対象とした高度医療機関だけで2006年の報告が1296件となっておりますし、単なる窓口であります補償のない医療安全センターで医療内容によるものが2005年に約1万1000件ぐらいあります。全相談件数は4万4000に達しています。医療事故に詳しい小松秀樹氏が出した最近の本によりまして、推計値として年間約1万3000から2万6000ぐらいあるんじゃないかという数字が出ております（図一2）。

日本の訴訟を簡単に申し上げますと、ONIAM

(図-2)

日本における医療事故の現状

- ・日本医療機能評価機構・報告義務対象医療機関
2006年報告 1,296件 (273病院・147,836床)
- ・都道府県「医療安全センター」相談受付
医療行為・医療内容によるもの
2005年度 11,323件
(全相談件数44,848件)
- ・小松秀樹氏推計 (虎ノ門病院のオカレンス報告のデータから、医療に関して身体障害や死亡をきたし、患者・家族が不満をもつ事例を推計：「医療の限界」より)
2004年度 年間 13,000~26,000件

が年間100件ということですが、日本における一番多い年の2004年が1010件、2006年で912件、やや新事件数は2年連続で減少という傾向はありますが、年間1000件前後の訴訟が新たに起きている。蓄積されている訴訟は紛争中は2000件近くあるのが現状です。

さらに日本におきまして、医療関連死に関しまして二重の構造、警察がらみの刑法に基づく検視と、死体解剖保存法に基づく厚労省管轄下の検視とがありまして、どこに住んでいるかによって、どの法律の下で死体の死亡原因を決めるかがわかれているのも、日本の制度が未整備な状態だと思います(図-3)。東京都23区内で発生した死亡の約18%は、監察医制度の下に行われておりますが、大都市以外の地域におきますと警察や検視官による代行検視で法医学教室で死亡解剖を行っている。住んでいる場所によってずいぶん違うよう

(図-3)

監察医地区制度と刑法の二重の検死制度

- ・監察医地区：1947年「死体解剖保存法」(厚生省令)
東京(23区)・大阪・神戸・横浜・名古屋の大都市部のみ
 - ・その他の地域
「刑事訴訟法」(刑法)による「司法解剖」
警察・検視官による代行検視
- (東京都監察医務院)
都内23区で発生した全ての不自然死(死因不明の急性死や事故死)について、死体の検案及び解剖
2005年 検案数11,974体、解剖数は2,702体
1日平均の検案数32.8体、解剖数7.4体
23区内の全死亡数の18%(5.6人に一人)

な問題も多くあります。

日本の医師賠償責任は、日本医師会が取りつぐ医師個人の保険と病院開設者となっておりまして、その点でもフランスのような公的な制度より遅れている。私的保険によって医師自らが防衛している、あるいは医療機関が自ら防衛せざるをえないのです。以上で終わらせていただきます。

〔質疑応答〕

質問1 CRCIの構成、会議で鑑定に送ると決める時の人数と、どういう人が関わっているのか、1点、CRCIには医療機関の側から届け出ることではないのか、患者の側からだけなのかということ。3点目は障害の24%以下、これは医療機関側の過失があった時の調整はわかるんですが、無過失の場合24%以下の人は何も補償されないとと思うんですが、この共済制度とかで補償される道があるのか、ちょっとお伺いしたい。

回答1 3点ということでお答えしたいと思いません。CRCIのメンバーですが、大体20名ぐらい構成員がいます。利用者の代表で6人。病院とか医療機関の代表もいます。医師組合の代表。専門知識をもった法学部の教授とか退職した弁護士といった、芸術的な知識を提供してくれる。それとONIAMと保険者もCRCIの構成員です。あまりグッドアイデアとは思わないんですが、実際はそうです。自分たちが裁かれるところのメンバーになっている。

ただ、委員会の委員長は司法官です。委員会の独立性を担保していると同時に、自分の司法観、法律の知識があるのでその知識を提供していることになります。

第2番目の質問ですが、医療機関はCRCIに訴えることはできません。訴えることができるのは被害者だけです。しかしながら、被害者から訴えられている病院、そして手続きの該当者(当事者)である医療機関は鑑定している医師に召喚されて、CRCIの会議に参加して自分の意見を述べることができます。

第3番目の質問ですが、閾値24%以下の人ですが、2つの状況が可能です。1つは医療過失の被

害者である。それであれば裁判所で、あるいは保険者から直接受けることがあります。しかし、無過失の医療事故の被害の場合は誰も補償してくれる人がいない。裁判官もそれを命じることはできません。

質問2 3点あります。CRCIや鑑定の段階で不幸にも死亡事故の場合、事故原因の特定作業はどういうふうに行われるのが1点目。2点目は特定作業の中で警察、司法の関与があるのかどうか、あればどういう形で関与してくるのか？が2点目。3点目は医療事故の教訓、いろいろ出てくる教訓を医療機関や薬剤メーカー、医療機器のメーカー等にどのように普及されるのか。違ったしくみがあるのかわかりませんが、お教えいただきたいと思えます。

回答2 死亡事故の場合、鑑定でCRCIの委員長が解剖を要求することがあります。しかしながら多くの場合、解剖は必要ではありません。理解していただきたいのは2番目の質問とも関連しているんですが、民事の補償ということです。刑事ではないわけです。警察も刑事、判事も鑑定のプロセスにはまったく関与しません。一番唯一の目的は、被害者の救済、補償にあります。原因究明とか真実を明らかにするというのは、まったく目的以外で、刑事責任を問うとか犯罪を暴くということは目的ではないのです。

過失があった場合、民事の対象とはなりますが、刑事事件として扱われるような過失ではない。医師が刑事で裁かれるというケースがいくつかありますけれども、そういったケースは、医師が刑事で裁かされるのはあっても年間10件ぐらい。これもしかしながら非常に極めて重大な過失。これは医師の誠実性が深く問題にされる。非常に珍しいケースです。

ひとつ例を申し上げますと、例えば小児科で夜勤の先生が緊急だと看護師から呼び出されることがありまして、その先生が夜勤で、テレビでサッカーゲームをやっているのを見たいから呼び出しに応じないということがあったとします。その結果として子どもが死んでしまうことが起こったとします。そういうことになりますと刑事事件とし

て扱われますし、犯罪としてその医師は裁かれるわけですが、それでも刑としては執行猶予付きの刑になります。そういった行動を医師がとるのは極めて珍しいケースで、実際にはほとんどない。

3つ目の教訓をどうやって生かすかということですが、ONIAMではデータベースを管理していきまして、ONIAMあるいは保険者が補償したケースのデータをすべて揃えてあるのです。これは完全網羅的なデータ分析です。このデータはすべてハイ・オーソリティという機関に送られます。この機関は高等管理局みたいなところですが、医療機関だけではなくて、ここにありますような医療機器メーカーとか薬品会社とかも管理している機関です。フランスでは医療事故については報告義務があります。これは薬品メーカーにも課されている義務です。

質問3-1 被害者の団体役員をやっています者です。2点ほど質問させていただきます。この制度については被害者の信頼をどれだけ得るかが今後の重大だと思っておりますが、日本では事故があった場合のカルテ改ざんがかなり行われていて、この点が医療被害者が医療に対する信頼をなくす大きな要因になっているんですが、この点についてCRCIの調査権限はどうなっているのが1つ。2点目は鑑定書ですが、日本でも複数の医師の鑑定でまったく別な判定が出るのがよくあるんですが、先程の局長の説明では1人の方の鑑定という形だったんですが、この鑑定に対する被害者の信頼度はどういうふうに高めていくと考えられているか。この2点お願いします。

質問3-2 一部重なりますが、医療機関側が調査に対しての協力をスムーズにしているかどうか。特にカルテの問題が出ましたが、診療録の提出とか事情聴取に対する協力などがどうか。それと裏腹の問題で、別の側面ですが調査の結果、鑑定書であるといったものが民事裁判と刑事裁判で使われるようなつながりがあるのかどうか、あるいは遮断しているのかどうか。民事裁判とか刑事裁判で調査結果が使われるようなしくみになっているのか、それが遮断されているのか。鑑定とかCRCIの調査結果です。

回答3 信頼性の問題ですが、非常に重要なテーマだと思います。

最初にお話ししました2002年3月4日の法律というのは、患者の権利法と呼ばれています。この法律を起草するに当たっては、患者あるいは被害者団体との緊密な協力の下に行われ、この制度に関わっているさまざまなレベルの機関に、患者あるいは被害者の団体の代表を出しています。

CRCIには代表が出ていますし、ONIAMの理事会にも代表が出ています。CNAMと言いました全国組織ですがそこにも出ていまして、そこが実際の鑑定の管理を行っています。そうはいいまして鑑定はパーフェクトであることはないわけです。確かにエキスパートの数、医師の数が多ければ多いほど違った結果が出てくるでしょう。この制度で考えているのはエキスパート1人というわけではなくて、専門家の団体。1つの鑑定で大体2人の専門家が関わる。だから1人を2人にしたからといって、すべての問題が解決するわけではありません。しかしそうはいいまして、法律、救済（補償）制度の一番の目的は、患者と医師との信頼関係を取り戻すことにあります。

カルテのアクセス。2番目の方のご質問だと思えますが、まず法律にも明記してありますが、医療機関、病院側はこれに関係した人にはすべて、自分が持っている文書あるいは資料をオープンにしなければいけないということが定められています。カルテ自身は患者さん以外の誰にも帰属しないということが元々にある考えです。病院は情報の所有者ではなくて、それを患者から委託されている存在でしかない。自分に関係がある情報はすべて患者が主人公で処理できる。鑑定士に送られた情報というのは、他の人に送られることはできず、鑑定士から誰かに渡すことはできません。

もしある予審判事がこの資料を欲しいと言いましたら、ちゃんと手続きを踏まなければなりません。これは法の手続きに則って書類を手に入れなければなりません。そのための手続きを判事で開始しなければならない。これは共和国検事がそれをしていいか、して悪いか決定します。そういう意味では裁判官は自由に患者に関わる情報あるいは病院の情報を見ることが出来ます。

内容ですが、病院側は情報の一部あるいは全部

を隠すことはできません。もしそれをやれば過失として責任を問われる。それは重大な過失ととられるかも知れません。改ざんするとか一部を隠すことは、それをした側に跳ね返ってくる。例えば病院側がこの患者の管理記録をなくしてしまった、と言ったとしますと、鑑定士で、この病院ではそういった管理が十分にされていなかった、患者管理が不備であったということで鑑定を行うわけです。ですから情報を隠したり改ざんしたりすることは、病院側にとって損にしかならない。

質問4 私は医師ですが、マルタン先生が臨床ではなくて保健省に入られて、いまの仕事に携わっているのはどういうきっかけか、聞きたいです。私の予想としましては、医療は問題が大きい。それを自分の手で直したいということでしょうか、まず第1の質問です。2つ目の質問は、新しい制度が2003年から始まった後で、フランス国全体での訴訟とかトラブルが減ったのかどうか、その辺のところを伺いたいと思います。

回答4 最初の質問はちょっとお答えするのは難しいかも知れませんが、いまの質問を裏返して考えますと、公務員というのは医師よりも評価が低いということです。実際そうかも知れませんが、なんでいまの仕事をするに至ったか。人道援助の医師として私は長いこと働いていたんです。「国境のない医師団」のメンバーです。

実際、この「国境なき医師団」というのは医師としても働きますが、いろいろな国際団体で働くことが多いのです。戦争とか紛争があった場所で働く。そういうことをした後で、エナ（国立行政学院、エリート校。事務局追記）に行きました。その後公務員になりましてクシュネルという、当時保健大臣だった人ですが、この人の官房に入りました。これが私のこれまでのキャリアですが、その途中で損をしたとは全然思っていません。私としては新しい任務を引き受けた。それによって医療システム全体で働く人々、特に医師とか同僚たちを自分なりに助けることができると思っています。

これができてから訴訟が減ったか増えたかということですが、評価するのは難しいのです。訴訟

については統計がないんです。行政訴訟については、先程も言いましたが公立病院での医療事故の訴訟は減っています。行政訴訟については統計がありますので、それはわかります。ただ、民事ですと民間の病院ですので、統計がないので減ったか増えたか、わかりませんが、この制度自体2つの目的があったわけです。

1つはこういった訴訟を減らすということです。もう1つは、それまでは自分たちの権利を享受できなかった人に権利を与えるということだった。この2つの目標は実際、それがうまく実現すると、それぞれ逆の効果が出るんです。権利を持つと訴

訟が増えるし、目標は訴訟を減らすことです。理想的には長期的に見れば訴訟の数は大きく減ると思っています。

司会 研究所では今年の11月18日から25日まで、先程紹介のありましたフランスの視察を考えています。マルタン局長のところにも行きますし、いろんな非営利・協同の医療機関等も訪問する予定でございますので、奮ってご参加下さるようによろしくお願いします。本日はお忙しいところ、ありがとうございました。

以上

【事務局ニュース】1・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。

日本における医療事故・被害者救済に関する行政の変遷と民医連の取り組み

年 月	行政・医療団体・学会・の動き/市民運動(*主たる医療事故)	民医連の取り組み(*主たる医療事故)
1970年代		
1977	◇「医療事故相談センター」(加藤良夫弁護士ら)	民医連薬剤部門「薬剤副作用モニター」を開始、現在も続く
1980年代		
1983 6		民医連看護部「ヒヤリハット・アットハット」集積開始
1990年代		
1990	<市民運動による医療事故告発運動>	民医連「医療整備安全対策会議」開催(硝酸中毒死事件を契機)
1990	◇「ささえあい医療人権センターCOML」(市民団体)	
1995 4	◇「医療事故調査会」(森功医師ら)	
1997		「民主的集団医療の到達点と今後の課題」
1998 11		* (川崎協同病院一気管チューブ抜去・薬剤投与事件一発生)
1999	◇「患者の権利オンブズマン」(池永満弁護士ら)	
1	*横浜市立大・患者取り違え手術事件	
2	*都立広尾病院・誤注射死亡事件	
2000年代		
2000 6		<医療安全・感染対策へ取り組み強化>
9		*「耳原総合病院・セラチア院内感染問題」発生
12		民医連「医療の安全モニター委員会」創設、医療事故・ニアミスの集積
2001		民医連・病院長会議(熱海)、医療安全を巡る基本的視点確認
11	<厚労省、医療安全対策、本格化>	
11	厚労省「医療安全対策ネットワーク整備事業」	
12	→特定機能病院などにヒヤリ・ハット事例報告義務	*「川崎協同病院一気管チューブ抜去・薬剤投与事件」明るみに
2002		
4	厚労省「医療安全推進総合対策」発足	
9		*「京都民医連中央病院・細菌検査問題」
10	厚労省、病院・有床診療所に医療安全委員会の設置、義務付け	
11	日医総研「死亡時の届出に関する諸問題—第三者機関の創設を」	
12		「医療事故」「事件」を口実にした攻撃と私たちの立場(事務局長見解)
2003	◇「患者の権利オンブズマン全国委員会」設立	
1		<医療事故・第三者機関設立の運動>
3	臨床医学系学会：法医学会のガイドラインに対する抗議声明	「医療事故に対応した危機管理の考え方」
4		第1回「医療安全交流会」開催(名古屋)
4	厚労省「医療安全支援センター」(都道府県・保健所設置市区に設置)	民医連、「警鐘の事例」報告・分析、開始
2004		声明「医療事故を調査する第三者機関の創設を」、厚労省に要請
2		声明「医療事故を取り扱う第三者機関の設置を求める要望書」厚労省に要請
4	「医療事故防止センター」(厚労省、日本医療機能評価機構に移管)	
4	四学会「医療関連死検証機関としての第三者機関設置を提言」	
4	*都立広尾病院事件最高裁判決	
6		シンポ「医療事故防止・被害者救済のための第三者機関をめざして」
9	19学会「中立的死因究明機関設置に関する共同声明」	
11		民医連・顧問弁護士交流会(第一回)
2005	<行政・学会が第三者機関設立に向け動き出す>	
2		第2回「医療安全交流会」開催(神戸)
9	「診療行為に関連した死亡の調査・分析のモデル事業」スタート	
2006		
2	*「福島県立大野病院産科医逮捕事件」	
3	大野病院産科医逮捕に、多数学会・医師会から抗議声明	声明「大野病院医師逮捕に抗議・第三者機関の早期設置を求める」
8	茨城県医師会「医療問題中立処理委員会」発足	
10	第三者機関の創設に予算(07年度、700万円計上)	
11		民医連「病院管理者・顧問弁護士交流会」(第二回)
12	(「裁判外紛争解決手続の利用の促進に関する法律」[ADR法]成立)	「医療事故に対応した危機管理の考え方」(02)補強
2007		イギリスの死因究明制度の視察(専門家の調査に同行)
1	厚労省「産科無過失保障制度」(産科医療補償制度)準備開始	
3		第3回「医療安全交流会」開催(福岡)
4	厚労省、第三者組織の創設に向け、検討会開始	オーストラリアの死因究明制度の視察
4	厚生労働省「診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する課題と検討の方向性」に対するパブリックコメント募集	→民医連「パブリックコメント(小西副会長)」提出
5	外科学会、手術関連死の臨床評価事業を表明	
6		声明「医療事故を取り扱う第三者機関の早期実現を求める」

フランス 非営利・協同の医療機関視察

社会的連帯の原則により、誰もが平等にアクセスできるフランスの医療社会保障制度を学び、非営利・協同医療機関と交流しよう!

フランスの医療社会保障制度は国家財政から独立した財政制度となっており、日本においても類似の社会保障政府構想が議論されているように、学ぶべき点が多いです。

共済組合、非営利・協同医療機関などが医療社会保障制度において果たす主導的役割は高く、それらの諸組織が全国的に広範に組織化されていることにも特徴があります。

昨年の準備視察を受けて、2007年度定期総会の記念シンポジウムに保健省全国医療事故補償局(ONIAM)マルタン局長を招聘したことで、日本における医療事故補償制度の取り組みに貢献ができました。

これらをもふまえて現地視察を行い、フランスの非営利・協同医療機関と交流し、日本における医療・社会保障制度のあり方や非営利・協同医療機関の抱える問題点を探ります。また視察の成果は報告書としてまとめる予定です。

旅行期間 成田空港発着 8日間

2007年11月18日(日)
~11月25日(日)

費用概算 395,000円

予定人数 20~25名

添乗員 成田より同行 全日空(NH)直行便

申込締切 10月12日(金)

※定員になり次第締め切りますのでお早めにお申込ください。
※「参加申込書」にご記入の上、下記の旅行社へ郵送またはFAXでお送りください。
※総研いのちとくらし会員対象に実施するため、未入会の方は入会の上、お申込みください。

視察手配について

下記の日程表の視察内容は、現在、詳細について確認中です。現地の事情、参加メンバーなどにより、視察等の内容の変更や、日程の調整もあり得ますので、予めご了承をお願い申し上げます。



【旅程表】(視察内容は計画・依頼中です。変更もあり得ます。)

月日(曜)	都市(現地時刻)	交通機関	摘要	〈宿泊地〉	食事
1日目 11月18日(日)	成田空港発(午前) パリ着(夕刻)	航空機 専用車	午前:直行または乗り継ぎ便でフランスへ (時差マイナス8時間 所要12時間30分) 着後:専用バスで、ホテルへ	<パリ泊>	x 機 機
2日目 11月19日(月)	パリ	専用車	視察日① 午前:FNMF(フランス共済組合連合会)本部 午後:共済病院、歯科診療所	<パリ泊>	B L D
3日目 11月20日(火)	パリ	専用車	視察日② 午前:UNIOPSS(非営利医療社会サービス労働者連合会) 午後:UNIOPSS傘下老人介護施設、社会サービス施設	<パリ泊>	B L x
4日目 11月21日(水)	パリ	専用車	視察日③ 午前:ONIAM(全国医療事故補償局) 午後:EHPAP(非営利病院介護施設連合会)	<パリ泊>	B L x
5日目 11月22日(木)	パリ		視察日④ 午前:地方自治体における非営利病院(HPSBL) 午後:地方自治体視察	<パリ泊>	B x x
6日目 11月23日(金)	パリ		終日:文化教養(美術館見学ほか、オプションツアーを計画)	<パリ泊>	B x D
7日目 11月24日(土)	パリ発(夕刻)	専用車 航空機	午前:自由行動とショッピング 午後:専用バスで空港へ。空路、直行または乗り継ぎ便で帰国の途へ	<機内泊>	B x 機
8日目 11月25日(日)	成田空港着(午後)		(所要11時間00分) 午前:成田空港到着後、通関し解散		

<旅行企画・主催>

全日本民主医療機関連合会

〒113-8465東京都文京区湯島2-4-4平和と労働センター7F TEL03-5842-6451 FAX03-5842-6460

非営利・協同総合研究所 いのちとくらし

〒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2F TEL03-5840-6567 FAX03-5840-6568

<旅行企画・実施>

国土交通大臣登録旅行業第84号 日本旅行業協会(JATA)正会員 総合旅行業務取扱管理者:小野寺研一
(株)富士国際旅行社 TEL03-3357-3377 FAX03-3357-3317 担当:小野寺/尾島

英国の医療事故補償制度と医療機関の共済基金

石塚 秀雄

1. 医療事故補償制度は10年前からスタート

イギリスではNHS（国民保健サービス）という税による普遍主義的な公的医療サービスを実施しており、患者は基本的に無料の医療サービスを受けられる。日本のような社会保険方式とはことなっており、これまでのイギリスの医療サービスは、公的医療給付ということであって、保険による契約といった概念は当てはまらない。一方、NHS制度の下での医療機関は、NHS制度との契約を行っている「公的」医療機関であるが、これらは近年、トラストおよびファンデーショントラストに組織変更した。かつての公的病院や公的診療所およびNHS契約下にある民間病院は、現在一般にNHS病院（医療機関）と呼ばれる。また少数ではあるが、NHS制度外の自由診療を行う民間病院も存在する。

したがって、イギリスの医療事故補償については、NHS制度下における医療事故補償がその主たるものと見なしている。いわゆる自由診療における医療事故の補償に関しては、当事者同士の契約上の問題として扱われる領域となり、民間保険会社との契約の下で対応する分野となる。ここでは、NHS制度下における医療事故補償制度に限定し、いわゆる民間営利医療分野については言及しない。

従来、イギリスの医療事故補償訴訟の特徴のひとつとして、公的医療機関、民間医療機関、または医療従事者（医師他）に対して民法的な責任追及を行う場合、被害者は受けた過失を証明しなければならなかったことがあげられる。また判例主義に基づき、医療事故補償判決は重大過失の場合に行われることが多い。また、イギリスの訴訟制度の特徴として時間と費用がかかるという点が問題も指摘されてきた。こうした弊害の側面は、1995年にNHSLAが保健省の下に設置されてから、改

善が進められた。

2. NHSLAの役割

1995年11月に、NHS（国民保健サービス）法に基づきNHSLA（国民保健サービス訴訟局、The National Health Service Litigation Authority）が設置された（2007年3月末、職員数145名、2006/07の運営費用1472万ポンド）。保健省の一部局である。当初はNHS医療機関に対する医療事故被害請求に対応し、その医療責任事例のデータの蓄積とNHS医療機関におけるリスクマネージメントの基準作成と推進を主たる目的とするものであった。1999年4月以降、医療外事故についても対応することとなった。リスクマネージメント基準作成、医療訴訟に対してのデータ情報提供、プライマリケアにおける医療事故問題の解決、NHS病院の医療事故賠償訴訟に対する支援、保健省に対する以上の事柄についての助言、などにその機能を拡大してきた。

現在、NHSLAは、医療事故の発生数を抑制し、患者が適切な医療事故補償と治療を受けられるようにし、医療機関がリスクマネージメントを促進できるようにし、NHS制度におけるそうした費用を最小限化することを主たる目的にしている。

医療事故補償制度における医療事故の定義はつぎのようなものである。

「NHS医療機関やその他に雇用されている医療専門家が、その業務において、治療上の義務に違反した場合、またその雇用者が過誤に同意した場合、法的な手続きをもって解決する」とある。また、NHS規則（1996年）でも「患者の病气診断、治療介護における治療義務の違反により個人的な被害と損害をもたらすこと」とある。

現在、NHSLAは医療事故請求に対して、非営利的に運用する4つの制度を持っている。3つは医療事故に関するもので、1つは医療外事故に関するものである。

① 「トラストむけ医療事故制度」(CNST, Clinical Negligence Scheme for Trusts)

すべてのNHSトラストおよびファンデーショントラスト、プライマリケアトラストが加入している。1995年4月1日以降の過失事故請求に対応している。補償費用は、加入医療機関の個々の会費に基づく。CNST制度は、加入会員である医療機関（大部分はトラスト）によるNHS制度における患者にたいする医療事故についての集団的リスク対応の機能を持つ。非営利的に運用するのであれば共済（保険）制度といえる。

② 「現行責任制度」(ELS, Existing Liabilities Scheme)

保健省が基金を出して、1995年4月1日以降のNHS医療機関に対する主として無過失責任の医療事故に対応している。

③ 「前地域保健局制度」(Ex-RHAs Scheme)

1996年に廃止された地域保険局(RHA, Regional Health Authorities)に対する医療請求に対応するもので、その役割はすでに小さい。保健省が基金をだしている。

④ 「トラストむけリスクプーリング制度」(RPST, Risk Pooling Schemes for Trusts)

これは、医療外事故請求に対応したもので、「第三者むけ責任制度」(LTPS, Liabilities to Third Parties Scheme)と「財産経費制度」(PES, Property

Expenses Scheme)の二つがある。いずれも任意加入で、会費によって補償費用がまかなわれる。1999年4月1日以降の事故に対応する。

NHSLAの設立の目的は、当初はNHS医療機関で発生した医療事故原因の解明とデータを集積して、リスク管理や医療スタッフの再教育訓練を行い、医療サービスの効率的向上を図るものであったが、患者の権利法ともいべき人権法(Human Rights Act)が1998年に制定され、補償制度の確立が目指された。そのひとつは訴訟でしか賠償解決をすることができないし、費用的にも訴訟は患者にとって高く付きアクセスしづらいという状況を変えることであった。NHSLAが受け付ける請求は年間5000件程度であるが、そのうち、訴訟になる比率は4%程度である。その他の96%は訴訟には至らないものであり、交渉、調停などによる「議論による解決」(ADR, Alternative Dispute Resolution)ものである。NHSLAが受け付けた1997年4月から2007年の4月までの医療事故請求の解決区分は、請求者による取り下げ41%、裁判所以外による解決41%、裁判所による解決4%、未解決14%である。過去3年間に訴訟による医療事故補償解決は113件あったが、そのうち67%はNHS側の勝訴、29%が患者側の勝訴、4%が係争中である。

表1. CNST（トラストむけ医療事故補償制度、請求件数）

年度	調査中請求数	受付請求数	合計
2004/05	957	4,316	5,273
2005/06	911	4,516	5,427
2006/07	714	4,566	5,280

出所. NHSLA 年次報告書（2006/07）により作成。
注. 補償支払い件数ではない。

表2. ELS（現行責任制度、請求件数）

年度	調査中請求数	受付請求数	合計
2004/05	33	296	329
2005/06	109	161	279
2006/07	38	108	146

出所. NHSLA 年次報告書（2006/07）により作成。
注. 補償支払い件数ではない。

表 3. Ex-RHA (前地方保健局制度、請求件数)

年度	調査中請求数	受付請求数	合計
2004/05	0	7	7
2005/06	0	0	0
2006/07	0	0	0

出所. NHSLA 年次報告書 (2006/07) により作成。

注. 補償支払い件数ではない。

表 4. LTPS (第三者むけ責任制度、請求件数)

年度	調査中請求数	受付請求数	合計
2004/05	11	3,634	3,645
2005/06	10	3,409	3,419
2006/07	82	3,138	3,220

出所. NHSLA 年次報告書 (2006/07) により作成。

注. 補償支払い件数ではない。

表 5. PES (財産経費制度、請求件数)

年度	調査中請求数	受付請求数	合計
2004/05	0	121	121
2005/06	0	78	78
2006/07	0	73	73

出所. NHSLA 年次報告書 (2006/07) により作成。

注. 補償支払い件数ではない。

表 6. 医療事故補償支払い (1,000ポンド)

	2004/05	2005/06	2006/07
CNST	329,412	384,390	424,351
ELS	169,414	168,203	153,246
Ex-RHA	4,068	7,716	1,794
小計	502,894	460,309	579,391
LTPS	21,280	26,692	29,697
PES	3,839	4,586	4,186
小計	25,119	31,278	33,883
合計	528,013	591,587	613,274

出所. NHSLA 年次報告書 (2006/07) により作成。

注. 患者への損害支払いと法的必要費用を含む。

3. 補償費用の内訳と認定プロセス

補償支払い費用総額には次のものが含まれる。被害補償費用、医療機関側弁護士法定費用、被害者側弁護士法定費用である。一般に被害者側弁護士費用は、被害補償費用に対して外数として25% (表7参照) となっている。NHSLA としては、法定費

用の相対的比率の引き下げを目指して、訴訟以前の段階で補償支払い決定交渉を行うことを目的としているが (訴訟比率4%)、表7における法定費用の中身については、「裁判」または「訴訟」という概念が、英国の場合は日本と異なっていることに注意しなければならない。英国の弁護士制度は、いわゆる弁護士二元主義で、バリスタ (barrister 法定弁護士、約5,000人) とソリシタ (solicitor

tor、事務弁護士、約36,000人)の2種類に分かれる。ソリシタは原則として法廷活動はできないが、実際は下位裁判所で活動していることが多いといわれる。ソリシタは日本の行政書士、司法書士、弁護士の機能を合わせたようなものと言われる。また、英国においては、イングランド、ウェールズ、スコットランドなどにおいて独立した司法制度となっているといわれる。また当事者主義により、裁判(trial)以前の当事者による交渉が重視されるなどの特徴があるといわれる。したがって英国のこうした詳細と医療事故訴訟および交渉の在り方の詳細については、我が国の法律専門家の助言を受けて今後さらに調査検討をしなければならぬと思われる。

NHSLAにおける請求が解決するまでの平均期間は2006年度では、CNSTが1.46年、ELS/ex-RHAが5.09年、LTPSが1.78年である。書類審査で19週、ヒアリングと決定までにさらに26週に短縮することを目標としている。NHSLAにおける請求

の検討の場合は「陪審会議」(legal panel)があり、これには12の異なる方式があるようであるが(NHSLA設置以前には98通りの法的手続きが混在していたという)、これにより、医療機関と患者被害者双方の訴訟費用を軽減することに貢献しているとのことである。

また、補償費用支払いは、一回性のものばかりではなく、将来にわたる継続的な被害補償として「定期的支払い」を導入している。また補償支払額に対して積立金残高はCNST制度の場合約24倍、ELS制度で約10倍である。

さらに補償金額の基準作りも進めているが、現在の所まだフランスのONIAM(全国医療事故補償局)におけるような基準表は作成されていない。補償金額の理由は被害による「苦痛、生活上の損失」と「経済的な損失」が主要な要素である。賠償金としては、寝たきりで22万ポンド、片目失明で3万ポンドなどの事例がある。

表7. 医療事故補償支払い総額(2006/07)(単位:1,000ポンド)

種類	補償件数	被害補償費用	医療機関側弁護士法定費用①	被害者側弁護士法定費用②	法定費用小計①+②	補償費用支払合計	①/被害補償費用	②/被害補償費用	積立金残高
CNST	6,190	212,113	38,424	68,577	107,001	319,114	18.1%	32.3%	7,627,109
ELS	337	111,324	11,052	14,683	25,735	137,059	9.93%	13.2%	1,414,538
合計	6,527	323,437	49,476	83,260	132,736	456,173	15.3%	25.7%	9,041,647

出所. NHSLA 年次報告書(2006/07)により作成。

注. この表は他の表の数字との整合性はなく、単に諸費用の比較に役立つものである。諸表間の数字の不整合は、統計基準の錯綜性に由来するものと思われる。

4. 被害者側の対応

訴訟の場合は、被害者と医師との双方の意見を委員会(commission)を聞く。NHSの医療機関による場合は、NHSが補償支払いをする。その場合、医師は責任は問われない。民間病院の場合は、共済組合または民間保険会社が支払いを行う。

① 患者側の対応

被害者の請求手続きはつぎのようなものになる。すなわち、NHS病院また保健サービスオンブズマンに申し立てる。弁護士(ソリシタ)を紹介される。委員会(commission)から専門的な証明事項のアドバイスを受ける。NHSLAに請求(含む事

実経過、病院の基準違反、被害内容、補償額)を書類提出する。NHSLAと交渉成立の場合、賠償金の支払い。不同意の場合、簡易法廷(court)での論議となり、NHSLA側も自らの弁護士(ソリシタ)をたてる。ここでの議論は約1年かかる。さらに専門家の意見と被害額の見積りの簡易法廷で約1年かかる。これで決着が付かない場合に裁判(trial)となる。いわゆる「訴訟」とはこの段階を指すものと思われる。

そうした患者側に立って、医療事故補償請求手続きを支援するのが非営利組織(チャリティ法人)のAvMA(Action against Medical Accidents,医療事故対応組織)である。25年の歴史を持つ。

AvMAは事業収入と寄付金で運営されており、年間予算は約47万ポンド（約10億円）のうち約半分の26万ポンドは事業収入である。AvMAに登録している弁護士事務所は300程度あり、年間の請求手続き受付数は約5000であるので、NHSLAに対する請求数の大部分はAvMAが取り扱っているものと思われる。

患者側としては、訴訟に負けた場合は訴訟費用を支払わなくてよい制度（no win no fee）があるために、被害請求がしやすくなっている。また、患者が補償を伴わない医療上の苦情を行う場合は、保健省の設置したICAS（苦情相談サービス機関、Independent Complaints Advocacy Service）に苦情を持ち込むことができる。

AvMAは患者側に立つアドボカシー（市民相談）組織であるばかりでなく、地域の医療機関団体や、供給組織（CHCs, Community Health Councils）と協働して、医療従事者の教育訓練を支援したりしている。

5. 医療機関側の対応

イギリスのNHS制度（国民保健サービス）の下で、NHS医療機関は、いわゆる公的病院から日本でいうところの独立行政法人的なトラストに転換している。民間医療機関もNHS制度に参入するかぎりにおいてNHS医療機関とみなされる。こうした流れの中で、医療事故賠償のための費用は、フランスのように公的費用に基づくのではなく、基本的に個々の医療機関が負担するものとなっている。そのために医療機関はNHSLAのCNST（トラストむけ医療事故補償制度）に任意加入して、会費を支払っているのである。

非営利的に運用されるCNSTの会費の基準は、NHSLAが作成したリスクマネージメント基準に基づき決定される。この基準は、保健省の病院格付け星ランクに活用されている。各医療機関は2年毎のアセスメントを受けて、「レベル0」、「レベル1」（会費10%割引）、「レベル2」（会費20%割引）、「レベル3」（会費30%割引）の認定を受ける。医療機関の多くはレベル1で、それらの医療機関はレベル2をめざして改善に努めるといったのが一般的である。そのために各医療機関は、急性期、救急・プライマリケア、産科のリスクマ

ネージメント基準区分について、経営改善、職員訓練（主としてリスクマネージャー）などを実施する。また監査局や高度医療教育訓練協会と協力して基準づくりを行っている。患者の安全の教育については全国患者安全局（WPSA）と連携している。1998年の人権法（Human Rights Act）によって、インターネットでの患者請求情報開示が行われている。NHS規則におけるプライマリケア規則、医薬品規則などにも基づいてNHSLA基準プログラムが作成されている。

本来NHSLAの目的は、NHS医療サービスの改善（効率と費用）を目的としたものであり、医療事故解明と補償はその延長上にあるものである。したがって、医療事故保障制度はNHSLAの全体活動目的の一部である。CNSTはNHS患者と医療機関（従事者）の双方の利益擁護のためにある。医療事故件数を削減することは双方の利益である。補償支払いは、医療機関の会費納入金額により制限される保険型ではなくて、認定補償金額が支払われる「共済」型である。また、CNSTの会費は、民間保険会社の保険料よりは低い。

医療従事者が、専門基準を守らなかったために医療被害を受けたとの請求に直面した場合、NHSLAは陪審会議（パネル）を開催することになるが、NHSLAは自らの弁護士（ソリシタ）を医療機関側の立場から派遣する。一方、被害患者側が証明しなければならないのは、診療が当該基準以下であること、被害の実証、適正な治療なら避けられた被害であること、である。請求提出期限は、事故が発生してから3年が通例である。

表10は、NHSトラストにおける医療事故補償制度（CNST）における支払金と会費（共済掛け金）の一例を示した。他の補償制度（ELS, RPSTなど）も存在するので、医療機関が支払う補償金と掛け金はもっとふくらんだ数字である。CNST制度に加入するPCT（プライマリケアトラスト）は約300、またいわゆるNHSトラスト病院は約270ある。その中から任意にわずか5つを取り出したにすぎない。規模の大小で各2箇所と救急医療機関を取り上げた。件数が0の場合は、会費はまさに保険料としての持ち出しであるが、補償金支払いのある場合は、掛け金よりも余分にCNST制度から支払われることになる。

表10. NHS トラストの医療事故補償支払金と会費（共済掛け金）の事例
 (2005/06) (単位：1,000ポンド)

NHSトラスト 名前	事業高または患者数	CNST医療事故賠償支払金	CNST共済掛け金	請求数
Burking Havening & Rodebridge Hospital NHS T	310,266ポンド	9,705	6,763	37
City Hospital Sunderland NHS Foundation	54,214ポンド	8,528	2,727	27
South Yorkshire Ambulance Service NHS T	29,876ポンド	0	66	0
South Birmingham PCT(プライマリケア)	353,000人	989	241	0
Ashfield PCT	80,000人	0	2	0

出所. NHSLA Fact sheet 5 (2006/07) により作成。

注. 請求数は新年度分で支払金とは対応しない。

6. まとめ

イギリスの医療事故補償制度は、NHS 制度の範囲内にある医療機関で発生した患者被害を対象としている。NHSLA の役割は、当初は NHS 制度の効率的運営を目的として医療事故情報の収集から始まったが、医療事故補償に進展してきたものである。NHSLA の立場は、もともと医療機関の大部分が公的機関であったということから、請求処理に当たっては患者側ではなく医療機関（現在、トラスト）側である。したがって、医療機関側が無過失である場合には、NHSLA から患者に被害補償金は原則とし支払われない。この点が制度的にどのように処理されていくのかは注視する必要がある。過失認定の陪審会には双方の弁護士がでてくる。これを日本の裁判と同列に見るかどうか、われわれとしてはさらに検討が必要であろう。医療機関側の補償金は NHS トラスト医療

事故共済基金で実施されて、その管理を NHSLA という役所が行っている。医療サービスの質の向上と医療事故の削減という患者の権利と医療機関の健全運営という二本柱を追求している制度であるということができる。

現在、イギリスの医療機関は「公的機関」から大部分が「トラスト」とよばれる「公益法人」に移行しているが、トラストはさらに「ファンデーショントラスト」というより地域型の住民参加の民主的な運営方式（協同組合型、社会的企業型）に移行しつつある。医療事故補償のイギリスモデルは医療機関からすれば、その事業の推進手段として重視されていることが見て取れる。それを非営利・協同的な基金として運用している点が高く評価できる。

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

・参考資料

NHSLA. `Report & Account 2007`

www.nhsla.com

www.dhgov.uk

www.avma.org.uk

医療倫理と医療事故補償問題

尾崎 恭一

医療事故に限らず、加害責任の不明な被害は、以前には不運とあきらめるだけで、せいぜい身内等の私的援助があれば不幸中の幸いであった。日本国憲法上の社会的生存権も、文化的最低限度の生活を保障するだけで、それを越えた個人補償は、人生を変えてしまうような大被害に対してであっても、かつては行われなかった。

しかし、今日、責任を取るべき加害者を特定できない場合や天災の場合であっても、被害者に責任がないのに重大な負担を引き受けさせるのは不合理ではないかとの声が大きくなりつつある。その声におされ、ごく僅かで、また状況依存的ではあるが、公的な個人補償を含め震災など様々な分野で加害者の不在・不明確な場合の補償が徐々に実施されつつある。医療機関に無過失医療事故補償を求める件についても、スウェーデン（加藤佳子「医療事故防止と被害者救済—スウェーデンの患者保険」日本医事法学会『年報医事法11』1996年）やデンマーク（石塚秀雄「デンマークの医療事故補償制度」非営利・協同総合研究所のちとくらし『研究所年報』No.19, 2007年）のような豊かな小国だけでなく、フランス（フランス保健省全国医療事故補償局マルタン局長講演 handout）でも2002年には制度がすでに発足している。

そうした補償について、被害者の具体的権利として本格的に制度化するには、この声の倫理的根拠等を明らかにすることも必要なのではなかろうか。本稿では、無過失事故などに対して被害者に社会的な補償を行うべき倫理的根拠は、何に求められるべきであるかという論点について考察することにした。

さらなる問題は、無過失事故について、被害者が、加害者であると認定されない医療機関などに対して補償を要求し、国家が被害を自ら補償し病院等に補償を義務づけることができるのは、基本的にどのような権利によってかということである。しかも、有効な補償を実際に行うには、具体的に

どのような諸権利が保障される制度でなければならないかなどについても、明らかにされなければならない。それらは今後の課題としたい。

1. 被害者救済と「人間の尊厳」

たしかに、医療事故として問題になる被害は、生死に関わるものや重大な障害の残るものが少なくなく、本人や家族の人生設計そのものが大悪化する場合さえある。その点で、被害者だけにその負担を追わせるのは、正当ではないようにも思える。他方、それは加害者が明確でないなら、一種の天災ともいえなくもない。これに対しては、同情する人が自発的に援助するか、事前に自ら民間の生命保険や疾病保険に加入しておくべきだ、という従来からの声も聞こえる。

実際、近代人の倫理を明瞭に表現したカントによれば、我々が絶対に守らなければならない他人に対する「完全義務」とは、きわめて限定されたものである（『道徳形而上学原論』）。それは、盗物の所有権主張などの論理矛盾のえこ鼻履行をししたり（道徳法則第一式）、他人を自分の道具のみにしたり（第二式）、他人の道徳的自律を侵害したり（第三式）、してはならないという義務に限定されている。他方で、医療事故などによる他人の不幸を取り除き幸福を促進するという積極的な親切行為は、「不完全義務」でしかない。親切は行わなくとも論理矛盾は生じないし他人を一方的な道具扱いにしているわけではなく、社会関係も十分成立するのである。まして、善意の医療機関が加害責任も不明確なのにその個人の被害を補償したり国家が補償したりなど、考えられないということになる。これが、近代社会の対等平等の公正な倫理である、ということになる。

しかし、そのカント自身、まさに上記の完全義務の一つとして、自他をたんなる手段として扱うことの禁止を証明する中で、人間の尊厳に関する解明を行っている。すなわち、人間は他と比較評

価値できる相対価値ではない。人間は、自ら目的を立てて実現しようとする主体存在であるので、その形式上まさに発生し実現する目的そのものであり、すでに他の目的の手段としてではなくそれ自体で価値があるという絶対的な価値をもつ、すなわち尊厳のある存在だ、ということである。

しかも、人間のこの目的は、自らが幸福と判断し主体的に決定するものではあるが、人間は道徳的理性をも具えた存在であるので、その目的が道徳的な目的であることになるよう、努力する存在であるという。すなわち、自らの幸福観にしたがって、自らの目的を自ら決定する存在でありながら、自らの幸福を他者との道徳的な関係の中に位置づけようと努力することによってこそ、人間は他からの刺激に左右されない真の自律存在、実質的にも主体存在たりえるというわけである。さらに人類としては、実際に歴史の中で試行錯誤しながら道徳的な目的の実現を自らの幸福であるとするよう陶冶形成していく、という見通しを示してもいた。つまり、人間は意志決定過程で外部刺激に左右されない自己決定性において、さらにその決定を実質的に導く幸福観が個人的欲望から道徳的目的へと陶冶されていく展望において、絶対的な価値として尊厳性をもつ、ということである。

この人間一般の平等な尊厳性こそ、近代以前の身分的特権制にきびしく対抗する理念であり、近代社会構築の原点である普遍的な人権を基礎づけるものである。つまり、かつて古代中世ヨーロッパにおいて、受動的理性しかもたない者と能動的理性までもつ者とは身分区別があって当然である、という正当化がなされたが、それを否定するものである。誰もが同じ知的理性と道徳的理性をもち、カントではとくに後者によって人間は対人的な行為や意志決定において平等であり自律的であり尊厳である、という認識がえられた。

ところが、この人間の尊厳が、深刻な事故によって危機に瀕することがある。

例えば、すぐれた建築士として活躍し多くの斬新な建築物の設計に携わってきたのに、40代半ばに医療事故で四肢を動かさない状態になったとすればどうであろう。誇りとやり甲斐ある専門職は失われ人生設計を急変させられるという大きな失意の中で、自分の人生の目的を立てて生きて行く

気力も資力も失われ、捨て鉢になり主体的な人生構築を放棄するに至ってもおかしくない。当人には、自らの人生に対して自らの価値観から自らの幸福と判断する目的を自ら決定して臨むところにある尊厳性は、可能性としては残っていても、現実には認められない、ということになるだろう。

そうではなく、本人が人間の尊厳を現実に取り戻し再出発するには、以下のような援助が不可欠であろう。まず、自分がなぜそうした被害に遭わざるを得なかったのかという医療上の情報を与えられ理解できるようになることであり、その援助を受けることである。さらに、自分の被害の苦しみを医療者を含む関係者に理解し共感してもらい、孤独に見捨てられているのではないというごく普通の人々の精神存在を回復することであり、その援助が得られることである。最後に、最低限度の生活補償とは別の、人生再挑戦のための資金補償を受け、人生半ばでの困難な再出発の援助指導を得て、現実には自らの人生の設計者にして建築者となることができる。このようにして初めて、主体的な人間の尊厳性を回復することができる。

2. 「人間の脆弱性」と社会的な補償

いや、そうした被害は特別なことではない、震災や火災などでこうした悲劇は無数にあるではないか、という反論もあろう。妊娠異常で、あるいは遺伝子異常で障害者として生まれることもある、なぜそれに類する悲劇にいちいち補償がなされなければならないのか、という反論もあろう。しかし、以上の人間の尊厳性を保護する視点からは、これらいずれについても同様の援助や補償が必要だということにしなければならない。もちろん、実際に当該社会や当該機関がどこまでその補償を担えるかは、まったく別の資力問題である。

とはいえ、たしかにアメリカの自己決定中心の『生命医学倫理』（ビーチャム、チルドレス共著、1979。邦訳、成文堂、1997。）4原則の視点では、これはやり過ぎかもしれない。自由至上主義 *libertarianism* からすれば本人自身の自己決定によって、一定の確率で起きる医療事故にたまたま誰かが遭遇したにすぎない。それに対処したければ、自分で保険を掛けておけばいいのである。

しかしながら、欧州の「バルセロナ宣言」（1998

年。Barcelona Declalation, 1998) 4原則には別の視点があり、一見共通の自律原則の他に、異なる三原則が盛り込まれている。それらは、両4原則などを統合しようとしたユネスコの「生命倫理と人権に関する世界宣言」(2005年)で採用された。それらとは「人間の尊厳」、「人間の脆弱性 vulnerability と個人の integrity 統合性」の原則である。前者宣言によれば、人間の「脆弱性」という概念は特別な弱者だけの問題ではなく「人間の有限性ともろさを表現している」。つまり、自らの人生を個人として自分らしい一貫性をもって切り開いていく、という人間の尊厳の基盤は、実はきわめて脆弱なのだ、という「人間の尊厳」の反面に対する認識がここに存在するのである。いつ誰が、何らかの事故によって、その脆弱さを心身両面から突かれるかもしれないということである。

プロメテウスが、人間に文化の象徴としての火を与えなければならなかったのはそのせいであろう。我々人間から、文化やそれを産む社会を取ったら何が残るのか。人間は、単独ではきわめて脆弱な存在であるが、社会とその文化のおかげで、物質的かつ精神的な安定と力強さを得ている上に、個性的な存在として主体的自律的に人生を切り開けてもいる。この人間の脆弱性という反面を抜きにしてしまえば、個人の個性的自律は、神の全能な自由と程度の差しかないことになってしまうであろう。しかし、事故被害者に対する責任として医療機関に可能なのは、その力の及ぶ限りの補償や支援でしかなく、やはり人間の脆弱性の克服ということまでには至れない。

こうして、無過失医療事故のように加害者が不確定ながら、被害者が深刻な被害を受けた場合、当該社会や医療機関は人間の尊厳を守るため人間の脆弱性を保護し、最低限の生活だけでなく元々あった個性的な生き方の補償や回復支援をしなければならぬ、ということである。その被害が人間の尊厳の危機に関わる大悪化である点において、知人やヴォランティア、民間保険などの私的補償だけではなく、公的補償や無過失責任による医療機関の補償も問題にもなる。その点で、その補償は最低限度の生活保障とは別の問題なのである。

ロールズは「もっとも重要な一位善が自尊心の善である」ことを繰り返し指摘し、その理由を「自尊心なくしては何事も行う価値がないように思える」(『正義論』1971。邦訳、紀伊国屋書店、1979。§67) からだとしている。その自尊心とはすべての人が自分の「人生計画は遂行するだけの価値がある」とする「堅い信念」であり、そうした「自分のもくろみを果たす自己の能力…中略…」に対する「自信」であるとする(同所)。このように、自信をもって自分なりの価値観から価値あるとする人生計画を作り実現することの内にこそ、人間の根源的な主体価値、「人間の尊厳」がある。それゆえに、社会構成原理として様々な正義の原理のどれを採用するかを決めるべき「原初状態にいる当事者たちは、およそどんな犠牲を払ってでも、自尊心を害するような社会的条件を回避したいと願うであろう」(同所)と、その根源性が指摘される。

そこで、誰にも過失を認められない重大な医療事故や天災などによって、この自尊心が損なわれるまでの人生の逆境に陥り、したがって人間の尊厳が危機に瀕する場合、それを救済することは社会正義の原理上の問題であることになる。

他方、過失がない以上、被害補償の義務はない、自己責任での保険入会や自発的な慈善活動にゆだねるべきであるとする、前記の自己決定権至上主義のアメリカ流生命倫理がある。しかしこれに対して、後日ユネスコ宣言で採用されることになったヨーロッパ生命倫理の「人間の脆弱性」原則によれば、人間はそもそも有限でもろい存在であって、それを保護する補償や支援こそが社会倫理上重要であることになる。

本稿では、以上の小結に止まらざるをえないが、初めに言及した残る課題について見通しを述べておきたい。まず、尊厳性回復について、個人が国家などに対して補償を要求したり無過失の医療機関に義務づけたりすることができるのは、どのような権利であろうか。まずそれは、個人が尊厳性一般を人間関係において実現する正当性をもつものとして、包括的な基底の権利であらざるをえない。それは、行為過程に着目すれば自己決定権であり、行為目的からすれば幸福追求権であろう。ただし、社会生活を前提にする以上、それらは集

团的意志決定への参加や連帯して支え合う幸福追求を含む。その点で、それらは個人の権利ではあっても私的排他的なものではなく、広義の自己決定権や広義の幸福追求権と呼ばれるべきであろう。国家や一定の社会集団は、それらを保障することによって存立しその存在の正統性を誇るべき存在なのである。次に、現実には国家や自治体、病院等に補償させ尊厳性の回復を行うに際して、具体的にどのような諸権利が有効であるか、あるいは新たな状況の下での基底権の具体化として、新たな権利が導出されなくてはならないか、などという

ことが問題になろう。しかしこの点については、法的経済的な問題が重要になるので、法学者や経済学者との議論の機会を待ちたい。

なお、こうした公的補償制度が、原因の確定できない医療事故の被害について泣き寝入りせざるを得ないことからくる、医療不信の防止にもつながることも重要な点であろう。

(おざき きょういち、埼玉学園大学人間学部教授)

【事務局ニュース】2・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

EU圏における歯科医療制度の動向と問題点

—次は日本の歯科医療が危ない—

藤野 健正

1 はじめに

今年7月11日に開かれた「第5回医療費の将来見通しに関する検討会」で示された2006年4～12月対前年対比の1日あたりの歯科医療費はマイナス2%であったと報告されています。これは昨年4月の歯科診療報酬の改定によるものです。この歯科医療制度の改変により今年度の歯科医療機関の倒産状況は昨年に比較し2倍以上の件数であると報告されています。一方、最近の海外歯科医療制度も急激な変化を見せています。今回はスウェーデン・イギリス・ドイツを中心にその動向と問題点について検討をし、日本の動向と比較検討してみます。

2 EU圏における歯科医療に対する2つの流れ

ヨーロッパにおける歯科医療制度は歴史的に2つの流れがあります。1つはスウェーデンをはじめとした高福祉・高負担の北欧型とNHS（ナショナルヘルスサービス）で有名なイギリスの医療保障制度でいわゆる税金でまかなう制度です。もう

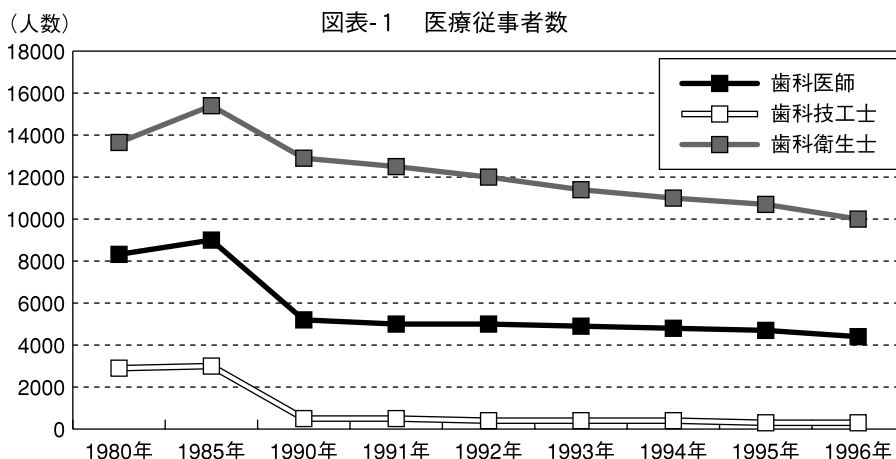
1つはオランダ・フランス・ドイツなどの医療保険型です。医科医療に対しては税金型・医療保険型においても患者の診療費用負担は投薬代を除けば基本的に無料に近いですが、歯科医療に関しては近年患者負担がかなりあり、そのさせ方にも違いが見て取れます。

3 スウェーデン・イギリスなどの税金投入型

【スウェーデン：福祉大国しかし歯科医療には不満爆発】

スウェーデンの歯科医療は市が100%出資している株式会社が第3セクターとして運営しているパブリックの歯科医療センターと個人開業のプライベート歯科で成り立っています。歯科医師の比率はパブリック50%弱、プライベート50%強です。

パブリック歯科センターで働く歯科医師はすべて県職員であるが他のスタッフはすべて市の職員です。19歳までの歯科医療費はすべて県予算でまかなわれ個人負担はありません。20歳以上は原則として社会保険がカバーすることになっていますが歯科医療費の20%しか保証してくれず後の80%



は患者負担となっています。

プライベート歯科診療所は、社会保険制度の適用を受ける保険歯科医（90%）と受けない歯科医（10%）とがあります。保険歯科医は歯科保険でカバーされる成人の歯科診療・歯周メンテナンスを行うが、その医療費の患者さん負担はやはり80%です。プライベート歯科に受診する19歳以下の子供に対しては2年間で1,560クローネ（約30,000円）の補助金と年1回のメンテナンスを保障しています。

保険医でないプライベート歯科における歯科医療費はもちろん全額患者負担です。

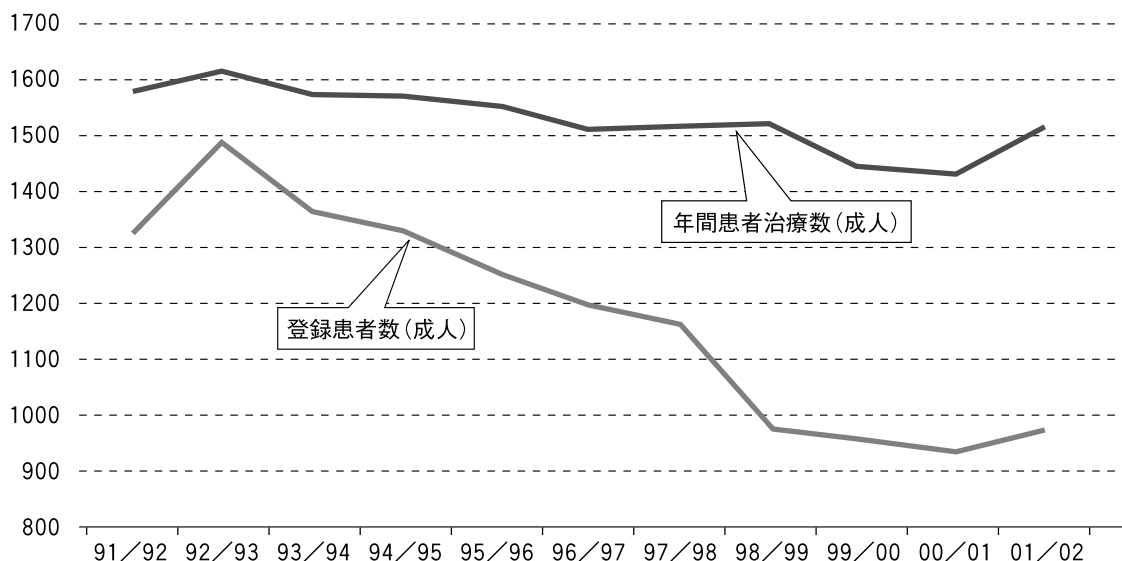
国家プロジェクトとして導入されたプロフェッショナル・メカニカル・ツース・クリーニング（PMTC）によりう蝕罹患率を急速に改善した歯科予防プログラムの成功はスウェーデン人の誇りです。しかし歯科スタッフを半減、（図表-1）に見るように歯科医師数は9,000人から4,400人に、歯科衛生士は16,000人から10,000人に、歯科技工士にいたっては3,000人をたったの500人に減らしています。これに加え歯科疾患に対する自己責任論に立っての成人の自己負担率を20%から80%にしたため、歯科医療費は高すぎるとのマスコミ批判だけでなく国民の不満は爆発寸前でした。

【イギリス：破綻したイギリスの歯科医療】

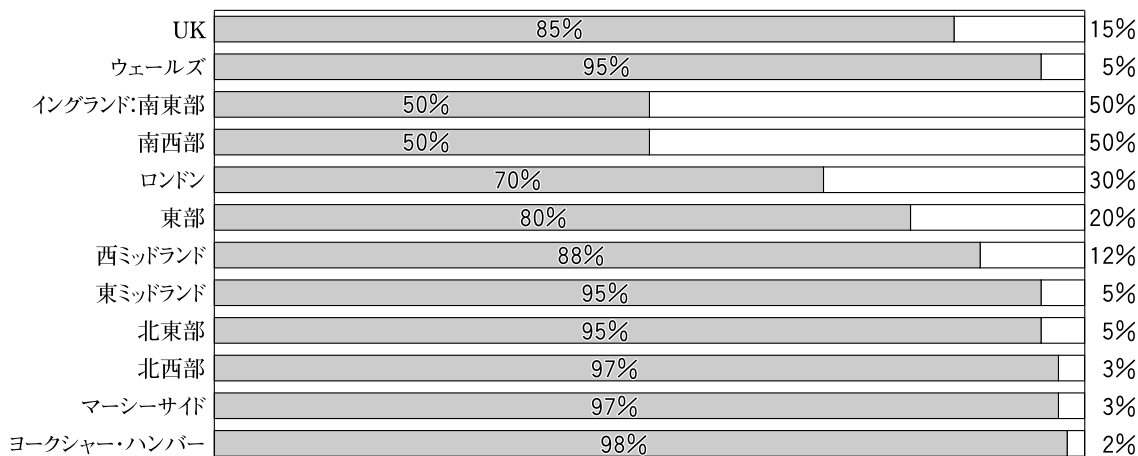
NHSにおける歯科診療報酬の特長はキャピテーション（人頭払い）と出来高払いのミックス型でありました。キャピテーションには未成年の人頭割り料金と成人の継続ケア料金がありますが平均すると1人当たり1月150円程になります。歯科医院に登録された患者さんの人数に対してNHSより毎月自動的に支払われます。医療サービスとしては未成年や妊婦の歯科医療費は無料ですが、ただし未成年のインレイ・クラウン・ブリッジなどの給付は原則ありません。成人に対しては口腔の予防継続管理のみ無料です。これ以外は出来高払い医療となります。患者さんの自己負担率は、以前は20%でありましたがサッチャー時代に60%に引き上げられ、その後80%負担となり1昨年まで続いていました。

人頭登録率は子供も成人も60%ありましたが成人し改良費負担が増加するにつれ下がり、2000年代に入り成人の登録率は45%へと急減しています。歯科医師一人当たりの成人登録患者さんはピーク時の1,500人から1,000人へと2/3に急減していますし、年間治療患者数も長期に減ってきています（図表-2）。

図表-2 NHS患者登録患者数・治療件数（歯科医師1人当たり）

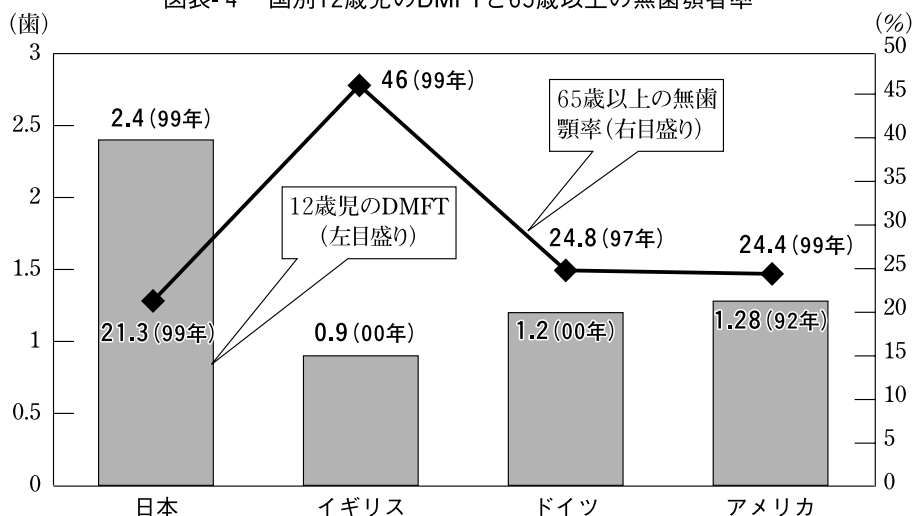


図表-3 地域別の保険と自費の患者数の割合



(左がNHS、右が自費)

図表-4 国別12歳児のDMFTと65歳以上の無菌顎者率



出来高払いの診療報酬の特長は、処置・手術などを丸めると同時に成功報酬の料金体制になっていました。たとえば抜歯に対する料金表には1歯の場合、1度に3～4歯本、5～9歯本とあり、10～16歯本抜いた場合は5,300円、17歯本以上の場合には8,800円とありました。一度に抜歯する本数の多さに驚かされますが、同時にその診療報酬の安さにも2度驚かされます。歯内療法では途中何回も来院し治療しようとも根充が終わりレントゲン撮影で確認をしてはじめて料金が請求出来ます。また診療報酬は日本のそれに近く非常に低いのも特徴的です。

自費率が急増：出来高払いで診療報酬が低いため

歯科医師は出来るだけ多くの治療をしようとし、一方患者さんは自己負担率が80%とあまりにも高いため歯科治療を敬遠するようになります。お金のある患者さんは少し割高でも自費診療で丁寧な医療を希望する傾向にあり、歯科医師もNHSの低い診療報酬で馬車馬みたいに働くよりは自費診療を好むようになります。現にイングランド南部の豊かな地域では、開業歯科医院の医療収入のうち50%が自費であり、ウェールズなどの貧しい地域では自費は5%しかありません、ここにもイギリスの自己矛盾が見て取れます(図表-3)。

無菌顎者の多い国：イギリス NHSの歯科医療の

結果、イギリス国民の口腔内はどうなったのでしょうか。12歳児のDMFT（ウ蝕罹患率）は我が国の半分以下であり、ドイツ・アメリカよりも低くなっています。しかし無歯顎者率は1998年の調査では65歳以上で46%もあり、他の先進国と比較すると未だ著しく高いといえます（図表-4）。

以上の結果を見ると、イギリスにおけるNHSの歯科医療は国民にとって決して良いものとは言えませんでした。

4 オランダ・ドイツ等の保険型

【オランダ：規制された競争原理】

オランダは保険医療制度の大幅改善をめざし、1980年代後半よりデッカー・シモンズプランとしてアメリカのHMO・マネジドケアシステムを一部手直しし「規制された競争原理」として取り入れました。このとき実施したのが世界で初めての介護に保険を適用するという「介護保険制度」です。1995年には一部手直し公的に保険でカバーするサービスと、自由競争でカバーするサービスに分類しました。前者は更に「規制された競争」の考えがなじむものとして「基礎治療ケア」と競争原理のなじまない「長期ケア・精神医療」を特別医療保険の枠組みの中で取り扱う政府介入型とし、後者には「高価でないケアとアメニティ」に分類し政府は介入しないとしました。

17歳までの子供の歯科医療費は全額無料ですが、成人歯科の補綴は「アメニティ」と位置づけられ保険からはざされました。追加的な補綴特約保険を購入することも出来ましたが新たな負担に対し国民の怒りが爆発したため、あわてて「基礎治療ケア」でカバーしなおすという失態をしてしまいました。しかし歯科医療保険から歯科補綴を廃止するという考え方をEU圏内に定着させたのは事実です。

疾病金庫は全て民間企業です。ここにも競争原理が導入され金庫間合併と契約者獲得競争が繰り広げられています。若くて健康な契約者を求めるクリームスキミングが社会問題にもなっています。

【ドイツ：補綴給付がターゲット】

高騰する医療費の抑制に、各国では保険料率の

引き上げや給付範囲の見直し、患者負担の増加といった支出の抑制面を中心とする一時的対応と、医療提供体制や医療保険制度の枠組み自体の見直し等の構造的な対策をもとりにくんでいます。とりわけ医療費の総額管理制度を導入した代表的な国としてドイツが知られています。

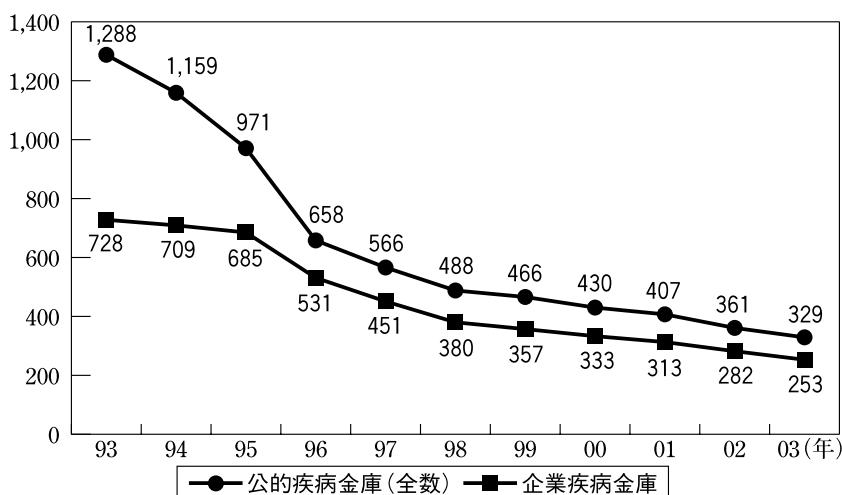
1982年義歯（補綴）に対する給付率を80%から60%へ引き下げられ、1989年歯科補綴は給付率をさらに50%に引き下げられました。1997年「医療保険連帯強化法」により、歯科補綴より予防を優先し欠損補綴（義歯）に対して定率から定額補助に、さらに1979年以降に生まれた者に対して歯科補綴に対する補助の廃止をしました（18歳まで歯科医療費無料であったのでそれ以降は自己責任ということか）。

医療福祉の切り捨てに対しコール政権は国民の怒りを買ひ、1998年には社会民主党と同盟90・緑の党による新連立政権が誕生しました。新政府は2000年の抜本改革までの暫定的な支出抑制措置として、「医療保険連帯強化法」が廃止され一旦全部元に戻され、歯科補綴の定額補助制度も元の現物給付に戻されました。1979年以降に生まれた者に対する歯科補綴に対する補助も復活しました。

「総額請負契約」：2000年にこれまで保険医、保険歯科医、病院、医薬品に分かれて設定されていた予算の上限について、支出項目を1つにまとめ、総医療費として政府が全国規模で予算を決定する方法により医療費の増大を抑制することが提案されました。歯科では歯科保険医協会と疾病金庫との間で総額予算を請け負う契約を結び、請負予算金内で運営できるように保険医協会が自ら自主的に抑制規定「総点数遁減制」を設けています。

2003年には歯科に対しては2つの重要な決定をしました。具体的には2005年から歯科補綴は再び保険給付から外されました。歯科補綴に対する診断結果に基づく定額補助金制導入ですが、運用上では従来の保険給付の物に定額50%の給付が行われ、日本の特定療養費（金属床義歯）と同じような混合診療です。この定額補助金財源として、0.9%の連帯保険料の追加により賄われています。この追加保険料には雇用主の負担はなく、全額労働者の負担となります。もうひとつはBEMA（歯科診評価表）の近代化すなわち見直しです。歯科

図表-5 公的 disease 金庫および企業 disease 金庫数の変貌（1月1日現在）



医師会、疾病金庫両者がそれぞれ診療行為の全てをタイムテーブルにて算出し出し合い調整して作り上げたものです。

ドイツにおいても規制緩和により疾病金庫間の契約者獲得の自由競争が始まりました。その結果疾病金庫の合併と契約者獲得の熾烈な競争が行われています（図表-5）。93年には1,288ヶ所あった公的 disease 金庫は03年には329ヶ所に、728ヶ所あった企業 disease 金庫は253ヶ所に急減しています。厚生保健省の役人は「いずれ10ヶ所ぐらいにすべし」といっています。やはりここも契約差獲得の際のクリームスキミングが社会問題として発生しています。

5 ここまでのまとめ

税金型のスウェーデン・イギリスでは18~19歳までの子供に対して歯科医療費は無料ですが、成人に対しては90年時代の初めより80%給付であった歯科診療給付を一律に20%給付へと急激に減らしているのが共通した特長です。理由は「疾病の自己責任論」に立脚しているからです。

スウェーデンでは高い歯科医療費問題や福祉の削減に対して国民の不満が高まり昨年長らく続いていた中道左派政権から中道右派政権に変わりました。イギリスでは医療費予算を1.5倍に増やすと公約する一方歯科に関しては驚愕する歯科医療

制度=3バンド制に昨年4月から転換しています。

オランダ・ドイツなどの医療保険型では、17~18歳までの子供に対する歯科医療費は同じく全額無料ですが、成人の歯科医療に対しては80年代の後半より歯科補綴（クラウン・ブリッジ・義歯等）のみ給付率を80%から50%に下げて来ています。それどころか保険給付から歯科補綴を外す考えも根強く存在しています。理由として歯科補綴は「アメニティ」との認識があるからです。ドイツでは歯科補綴が保険から外され補助金制度となっています。スイスではついに保険から外されたとの報告もあります。

6 イギリスの大変身—3バンド制・総額請負制度

仰天の2006年改革—極端なDRG制と請負制度破綻したイギリスの歯科医療に対して2006年4月より誰もが驚愕する歯科医療制度を導入しています。それが3バンド制と歯科診療所総額請負制度いわれるものです。

a) 3バンド制とUDA=より簡単な料金システムと診療評価単位

3バンド制とは（図表-6）、患者さんを軽度・中程度・重度の3グループ=バンドに振り分けてすべての医療行為を定額にて請け負うものです。

このバンドごとに対しUDA（ユニット・オブ・デンタル・アクティビティ＝診療区分ごとの評価単位）が与えられます。1UDAは25ポンド＝5,250円です（1ポンド＝210円として）。

・バンド1：患者負担 15.5ポンド（3,620円）
検査、診断、予防措置、必要であればレントゲン、スケーリング、研磨、さらなる治療計画も含まれます。緊急及び時間外のケアも同額です。1～2回で終わることを想定しています。

歯科診療所に対しては1UDA＝5,250円が評価されます。

・バンド2：患者負担 42.4ポンド（8,900円）
上記の料金でカバーされる全ての必要な治療に加えて、充填、根管治療、抜歯などの追加処置が含まれます。2～3回で終わることを想定しています。

歯科診療所に対しては3UDA＝15,750円が評価されます。

・バンド3：患者負担 189.0ポンド（39,690円）
上記の2つの料金でカバーされる全ての必要な治療に加えて、クラウン、義歯、ブリッジなどよりいっそう複雑な治療が含まれます。1本のクラウンも20本のクラウンもみな同じ評価です。

歯科診療所に対しては12UDA＝73,000円が評価されます。

図表-6 1ポンド＝210円として

バンド	患者負担	内 容	UDA
バンド1	15.5ポンド 約3,260円	診断・治療計画 検査・X-ray・スケーリング 簡単な処置 予防ケア	1UDA
バンド2	42.4ポンド 約8,900円	治療 充填・抜歯・根管治療 複雑な歯周治療	3UDA
バンド3	189ポンド 約39,690円	補綴 CrBr義歯など	12UDA

b) 歯科診療所ごとの総額請負制度＝前年実績により決まる

開業歯科医はNHSと年間契約を行います。そ

の基準は前年度実績によって決められていきます。それぞれのバンド医療をUDA単位でカウントしなおして算出します。たとえば昨年実績が5,000UDA（2,625万円）であれば、今年もこれかそれ以上の年間契約を結ぶことができます。支払いは月々分割して支払われ1年間は収入を保証されますが、半年ごとに目標の達成度が点検され、年度末に目標の96%以下しか達成されていなければ契約解除も含む制裁が待っています。

c) 混合診療解禁

診療に当たってはまず治療計画の作成が義務付けられています。NHSでの治療も自費治療も1枚の計画書（図表-7、次ページ）に記載し患者の承認を得てNHSに提出することになっています。

06年度 NHS 歯科医療統計からの分析

2006年度の治療バンドごとの全UDAは、（図表-8）に見るごとく4～6月までのUDA合計は949万UDA、7～9月までの合計は18,567万UDA、10～12月までの合計は1,964万UDA、1～3月までの合計は2,132万UDAでした。1年間合計すると6,902万UDAとなっています。

これをNHS契約締結している開業歯科医師の総数20,285人（06年9月30日現在）で割ると開業一人歯科医師あたり3,450UDA（25ポンド＝5,250円）＝1,785万円となります。これは以前の平均収入3,000万円よりはるかに及ばず収入ダウンすることになります。

新制度の問題点

まず考えられることは、治療日数のかかる治療、複雑な治療、リスクの伴う治療、コストのかかる治療は確実に敬遠されるでしょう。外科処置を伴う歯周治療、複雑な根幹治療や感染根幹治療、難抜歯や外科処置、コストのかかる補綴処置などです。イギリスの保健省がこの1年を振り返った報告を出しています。その中で「適切でない治療を提供している（つまり複雑な治療をしない過少診療）歯科医が一部認められるが、これは非常に由々しき事態であり、職業基準や患者の信頼にもとるものである」と指摘しています。

個人 歯科 治療 計画

患者の記録

姓:

名:

日付:

記事番号:

本冊籍に記載された歯科医があなたに治療を提供します。
あなたの特定の歯科治療に関する情報の詳細は裏面に記載されています。

口腔保健評価

検査日:

紹介による
治療:

今日は治療の必要はありません

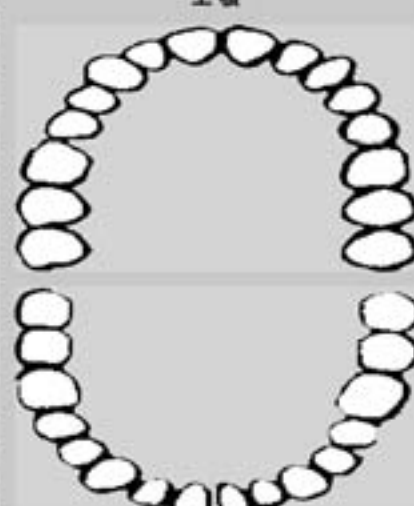
以下の期間内の検査をスケジュール: 約 ヶ月

ND5では、あなたの口腔保健の保全および維持に必要な全ての治療が提供されます。ND5の下では通常利用できない治療（主に審美的なもの）もあり、こうした治療は自費で選択することもできます。また一部の治療はND5の代わりに自費で提供されることを選択することもできます。歯科医は選択を可能とするため、あなたとこれらの選択額について話し合おうでしょう。

ND5治療案

診断およびメンテナンス	
検査および処置	
レントゲン写真、スタディークキャスト、写真	
予防	
スクリーニング、検疫、虫歯物の記録の修正	
歯面の調整	
その他	
処置	
歯周治療の外科的処置	
歯周治療の外科的処置	
永久充填およびシーラント	
歯内療法	
植歯およびその他口腔外科	
オクルーザルズプリント治療内で実施したもの	
リライニンブ、リベース、検疫	
その他	
補綴	
ベニア、ビヨンドレー、インレー、アクリル、クラウン	
ブリッジ	
義歯	
その他の装置	
緊急処置	
その他	

上顎



下顎

自費治療案

診断およびメンテナンス	
レントゲン写真、スタディークキャスト、写真	£
予防	£
スクリーニング、検疫、虫歯物の記録の修正	£
その他	£
処置	
歯周治療の外科的処置	£
歯周治療の外科的処置	£
永久充填およびシーラント	£
歯内療法	£
植歯およびその他口腔外科	£
その他	£
補綴	
ベニア、ビヨンドレー、インレー、アクリル、クラウン	£
ブリッジ	£
義歯	£
その他の装置	£
その他	

追加所見

ND5治療に関する
料金バンド: **1** **2** **3**

ND5治療に対する
料金: £

自費治療に対する
料金: £

私はND5治療サービス案の性質を理解し、サービスおよび関連料金の詳細を受諾いたします。

私は自費治療サービス案の性質を理解し、サービスおよび関連料金の詳細を受諾いたします。

患者の
署名:

患者の
署名:

本治療計画を変更する必要がある場合は、変更および費用の修正についてのアドバイスを受けるでしょう。

34

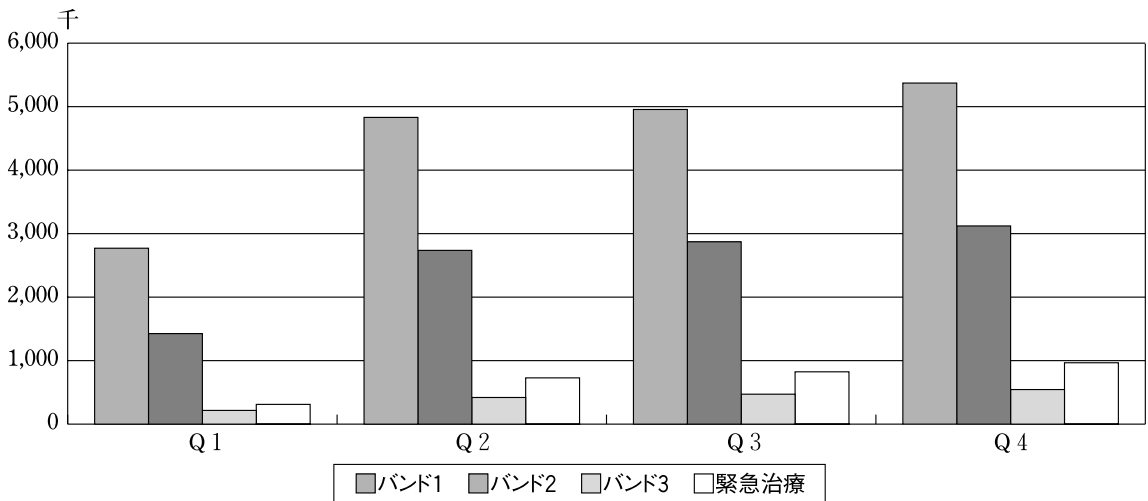
いのちとくらし研究所報第20号/2007年8月

NHS 歯科ケアについて

緊急時の取り決め	可能な場合はいつでも、通常の診療時間内に我々に緊急治療に関するコンタクトをとってください。もし同日に通院する必要がある場合は、その日のうちにできる限り早く連絡を取ってください。もし緊急事態が時間外に生じた場合は、PCTから電話で助言を受けてください。
無料交換	もしあなたが18歳以上で、私が12ヶ月以内にNHSで提供した充填物・根管充填・ベニア・インレー・クラウンを交換しなくてはならない場合は、以下に該当しなければ私のところで無料で提供します： a) 治療が暫定的なものであった b) それが私の助言に反して提供された c) 交換が事故により必要である d) 満足のいく交換ができないため、異なった治療が必要である このNHSの保護は自費治療には適用されません。
歯科治療料金	私は提供される治療および適用される料金についてあなたの理解を得ることを望みます。裏面が治療計画および費用の見積もりとなっています。そこに記された治療が完了して2ヶ月以内に同じかより低い料金バンドでのNHS治療がさらに必要である場合、通常はさらなる支払をする必要はありません。 これについてわからないもしくはさらなる情報が必要な場合はお尋ねください。
紹介による治療	合意により、NHS歯科治療の一部に関してあなたを他の歯科医に紹介する必要性があります。その場合、NHS治療に関してさらなる支払を要求されることはありません；唯一の料金は、裏面に記載されている紹介をした歯科医について発生します。
NHSが提供するもの	NHSはあなたの口腔保健を保全・維持するのに必要な全ての治療を提供します。NHSの下では通常利用できない治療（主に審美的なもの）もあり、こうした治療は自費で選択することもできます。また一部の治療はNHSの代わりとして自費で提供されることを選択することもできます。もしそれを望むのであれば、私は本治療計画で事前の見積もりを示します。
NHS治療の支払	18歳以上の患者は通常NHS治療に関して料金を支払います。 あなたが以下に該当する場合は無料となります： 妊娠中である 過去12ヶ月以内に子どもがいた場合 18歳だがフルタイムで教育を受けている あなたかあなたのパートナーが現在HC2のNHS料金証明に名前の記載がある あなたかあなたのパートナーが有効なNHS税金免除の証明に名前の記載がある あなたかあなたのパートナーが収入支援や収入ベースの求職者手当、年金保障を受けている場合。 もしあなたが上記のいずれにも該当しないが収入は低い場合、NHS料金の扶助を受けられる可能性があります。社会保障局からHC1の請求フォームを入手できます。 注意；以下の手当については、それ自体では医療費用を扶助する資格が得られません；就労不能手当、障害者生活手当、年金預金クレジット、分担金ベースの求職者手当
予約の取り消し	もし予約を取り消さなくてはならない場合は、他の人にその分を割り当てるためできる限り注意喚起してください。もし（断りなく）取り消した場合、それ以上治療を提供することはできません。
定期ケア	歯の良好な管理が重要です。定期的に検査と助言を受けに来てください。一部の人は他の人よりも多く通う必要があるでしょう。私が次にいつ来院すべきか助言します。

本文書は安全に保管してください；これはどのようにNHS歯科サービスを利用し、緊急時にはどうすべきかを説明するものです。

図表-8 報告された治療バンドごとの処理済みUDA数



	Q 1	Q 2	Q 3	Q 4
バンド1	2797.54	834.1	4965.8	5374.9
バンド2	4300.8	128.9	8476.9	9234.6
バンド3	1921.34	569.9	5050.3	5429.6
止血	0.9	1.7	1.8	0.8
ブリッジの修理	2.2	4	3.9	4.2
義歯の修理	26.6	51.5	54.6	60.1
抜歯	2	3.7	4.3	3.6
処方箋発行	60.2	138.4	160.3	144
緊急治療	380.4	837.4	921.5	1071.3
計	949.1	1856.97	1963.94	2132.31

最近『タイムズ』紙が報じたものに、「2006年4月に導入されたNHS 歯科契約により、補綴件数の多少にかかわらず歯科医師の受け取る報酬が同一であるとされたことが、予想外の悪影響を及ぼしており、治療にコストがかかりそうな重傷者は、全体的に敬遠されている」として、過去に3年間歯科治療を受けたことのない人は門前払いする歯科医院もあれば、もっと巧みな方法で患者を選別している歯科医もいるとしています。

「歯の状態を良好に保っている患者を治療するのに足る程度の報酬しか支払われていない」として、昨年のNHS 歯科契約更新後、本年はNHS から離脱する歯科医師・歯科医院が多数出ています。

◇ イギリス歯科医師会のホームページより
「NHS 改革は、いまだ歯科医の信頼を呼び

起こすことも、アクセスを促進することもできていない」—BDA は語る (2007年8月7日)

過去50年で最も急進的なNHS 歯科医療の変革は、歯科医の自信を鼓舞することに失敗し、またアクセスを改善することも歯科ケアへの予防的アプローチを推進することもできなかった。今やNHS 歯科医はほとんどおらず、患者のケアへのアクセスは不完全なままである。これは成功と自信という図を描いてはいない。

BDA は、新契約の通貨＝UDA (the unit of dental activity) を唯一の仕事量測定方法とすることを止めるよう政府に繰り返し求めてきた。「契約された実績がモニターされなくてはならないのに、UDA が唯一の、非常に粗雑な手法となっている。我々は、患者への歯科ケア提供の現実性に敏感で、予防に反する作業よりそれを支持するような、より精巧なアプローチを必要としている。」

◇ telegraph group ホームページより

「患者はよりよい治療を受けるに値する」
(2007年8月14日)

患者はNHS 歯科治療にアクセスすることがより困難になっていると感じている。もし幸運にも治療をしてくれる歯科医が見つかって、最も簡単かつ基本的な治療しか提供されない傾向がある。

歯科医は自らの目標を満たすために最も基本的な治療を提供するよう駆り立てられており、その結果患者は根管治療の代わりに抜歯を、ブリッジがよいのに義歯を提供されているような状況である。

この新契約で最も悲惨で、真に危機にある人々は NHS が最もプライオリティを置くべき人々であることだ。こうした患者は NHS 歯科医を見つけることが難しく、やっと見つけたとしても多くの治療を必要とされるので受け入れを拒否されがちである。

ビジネスという観点からは、こうした患者は財政的不利益であり、もし歯科医が目標を果たそうとすればそのような患者を診ないことでこの状況と折り合いをつける。このシステムはこうした患者を診ないという逆のインセンティブが働く主要な原因となっており、歯科医が NHS で新しい患者を受け入れるのを拒む重要な要素となっている。

私は NHS で20年間働き、仕事に誇りを持っている（注：筆者は Torrington の歯科医）。新契約下では、私はもう患者に相応しい治療やサービスを提供することはできない。よってやむを得ず自費で仕事をするを選択したのである。

7 補綴はずしのドイツ歯科医療

— 診断結果に基づく定額補助金システム —

補綴給付はずし—究極の混合診療か

ドイツにおける歯科診療は原則100%給付です。しかし補綴物の給付はまったく新しいシステム（診断結果に基づく定額補助金システム）に置き換えられました。

これまでの経過

- ・2003年問題提起：「補綴を公的医療保険の給付からはずす。保険がほしい人は民間保険で」という論議が国会を中心に沸き起こりました。
- ・2004年4月 公的医療保険近代化法：2000年の法律の補足として、公的医療保険の近代化を実施。歯科医療の供給分野と補綴の分野での変化を盛り込みました。

- ・2004年7月：補綴の給付を残す代わりに、連帯保険料として0.9%（保険料は今まで労使負担は折半だったが、この保険料の追加は本人負担のみ0.9%）上乗せでした。

具体的な給付のやり方は新設された共同連邦委員会で討議され、保険医協会・歯科医師側と疾病金庫側双方が具体案を出し合い症例分類と給付率を正確に定義して具体的に進めてきました。

- ・2005年1月 補綴に対して定額補助金制度の実施：1年間作業を進め連邦共同委員会で決定し、連邦保健省に報告され実施に移されました。制度の見直しも連邦共同委員会で言うことになっています。

（図表-9）左上顎2小臼歯の欠損

例 5 MT

	通常の給付	同種の給付	別種の給付
点数表	BEMA ④⑤⑥ Br ※メタル	BEMA GOZ ④⑤⑥ ※前装メタル	GOZ 5 インプラント
補助金	ブリッジの定額補助金 50%の補助	ブリッジの定額補助金 「通常の給付」の50%の補助 前装の差額は患者負担	療養費払い ブリッジの定額補助金 「通常の給付」の50%の補助 インプラントは全額負担
決済方法	KZV 医療機関の窓口で50%徴収	KZV 医療機関の窓口で BEMA の50%と差額分を徴収	AOK 患者がAOKに直接申請する。 インプラントの費用は全額を窓口で負担する

- ・補綴物に対する患者への「補助金」の具体例

 - 1、通常の給付：④⑤⑥標準的なメタルブリッジが対応します。BEMA（注1）（公的保険の歯科点数表）に照らし合わせた定額に対して50%の補助金が出ます。支払いは医療機関の窓口で50%徴収されます。
 - 2、同種の給付：④⑤⑥ GOZ（注2）対応のセラミック前装ブリッジ（注3）を装着した場合。「通常の給付」のブリッジと同じ50%の補助金が出ます。セラミック前装の差額は全額患者負担となります。医療機関の窓口で BEMA の50%分と差額分を徴収されます。
 - 3、別種の給付：5の欠損部にインプラントを植

立した場合。「通常の給付」のブリッジと同じ50%の補助金が出ます。インプラント費用は全額患者負担です。支払いはインプラントの費用を全額窓口で支払い、「通常の給付」のブリッジと同じ50%の補助金は患者が疾病金庫に直接申請する償還払いです。

注1 BEMA：公的保険の歯科点数表

注2 GOZ：「公的」民間保険の歯科点数表

注3 患者の好きなものを選択できる。しかし定額補助は「通常の給付」の補助金しか出ない。

「通常の給付」「同種の給付」「別種の給付」とも「通常の給付」として治療・コスト計画をたて保険歯科協会を通して疾病金庫に送付します。金庫側に鑑定人がいて審査するが現在はほぼ自動的になっているようです。

減少した「同種の給付」と「別種の給付」の補綴

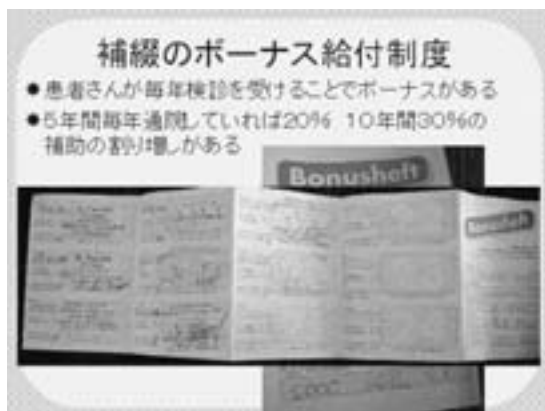
GOZ＝民間歯科点数表に基づいた請求額がものすごく高くなったため、患者の拒否が始まっています。歯科医院の収入のうち自費収入の占める割合は50%近くに及んでいます。患者さんが拒否する理由がわかります。これが究極の混合診療の姿といえます。

ボーナス給付

1年（1月～12月）の間に1日でも歯科医院で口腔検診を行うことを5年間継続して行えば補綴に対する定額補助金が50%のところ20%増して70%のサービスが給付される、さらに10年間連続継続すれば30%増して80%のサービスが給付される特典制度です。

この制度導入により国民の歯科受診率が高まり口腔健康意識が増し、歯科疾患に対する早期発見早期治療にも役立ったといえます。ドイツ国民の年間歯科受診率は70%に達しています。ちなみに日本国民の年間歯科受診率は20%にしかありません（図表-10）。

図表-10



8 EU圏内におけるこれからの歯科医療制度は

スウェーデン・イギリス・オランダ・ドイツの歯科医療の変貌は、税金と保険の違いはあるものの、EUの政治経済の大統合に向け着実に歩調を合わせて進められています。子供に対しては口腔予防管理から治療まで無料で行うが、成人に対しては歯科疾患の自己責任を強調しそれに対応すべく歯科医療制度を大きく変えてきています。イギリスの2006年導入の3バンド制は、歯科医療・治療の実質的改善とは程遠く一見貧困者には恩恵のある制度に見えますが、実際には医療機関側からの診療拒否の実態が明らかにされ始めています。良質の歯科医療を受けなければ自費でやりなさいといわんばかりの制度です。ドイツの定額補助金制度導入に見られるように、歯科治療における必要最低限だけを残し、特に補綴は「アメニティ」として位置付け保険よりはらず方向が進められています。

この結果イギリス・ドイツにおける開業歯科医院の収入に占める保険外診療収入（自費）はそれぞれ40%、50%台となり格差社会をさらに押し進める結果となっています。

おわりに

疾病の自己責任論を強調することにより医療制度・歯科医療制度を改悪していく手法は日本にも

通じます。「生活習慣病」、最近では「メタボリック・シンドローム」が強調され日常生活上の自己健康管理の推進とともに公的医療制度の給付範囲を縮小し、必要な医療も混合診療の拡大や自費診療によるものに置き換えさせています。問題はこの部分に民間保険の参入を許し、皆保険制度の崩壊と医療の営利化の道へと確実に歩き進んでいることです。

文献および参考資料

□スウェーデン

- ・総研いのちとくらし「スウェーデン・福祉の国づくりを探るツアー」報告書
- ・アクセルソン「Preventive Programs for Children and Young Adults」

□イギリス

- ・“Dentistry-Primary Dental Care Services in England and Wales” Audit Commission (19/09/2002)
- ・“Statement of Dental Remuneration”(1992年制定の2005年4月改正版 NHS 歯科点数通知書)
- ・東京歯科保険医協会『イギリス・ドイツからみえてきた日本の歯科医療のこれからイギリス・ドイツ歯科医療の視察調査報告』(2007年)
- ・“Total tooth loss in the United Kingdom in

1998 and implications for the future” British Dental Journal, Vol.189 (09/12/2002)

□ドイツ

- ・東京歯科保険医協会『今後の「医療改革」に立ち向かうためにドイツの教訓』(1997年)
- ・“Bema – Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs.2 and 2d SGB V”(歯科診療報酬表)
- ・“Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006”(2006年医療改革の基準ポイント)
- ・“KZBV Jahrbuch 2005 Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung” KZBV
- ・“Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie – DMS”(第4回ドイツ口腔保健調査 – 歯科疾患実態調査)、IDZ (2006)
- ・“System der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland – The System of Dental Care in Germany (歯科診療の制度)” B.Tiemann, D.Klingenberger, M.Weber, IDZ-Materialienreihe Band 28 Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV (2003)
- ・連邦共同委員会ホームページ (<http://www.g-ba.de/>)

(ふじの たけまさ、東京勤労者医療会 歯科医師)

千葉県に見る地域医療の危機

八田 英之

はじめに

いま、千葉県では、主として公的病院の医師体制の崩壊から、救急医療、周産期医療を始めとして、地域住民のいのちの安全がおびやかされる事態になっている。おそらくこうした事態は全国的に共通する問題であろうと考え、その一端を報告する。事の発端は、千葉県の場合、医師の臨床研修必修化という共通の問題に加えて、県立病院の統廃合計画があり、さらに、根本原因でもある背景として医師不足と偏在の問題がある。まず、千葉県の医療事情から見てみよう。

〔1〕千葉県の医療事情

千葉県は、人口約606万人、全国6位の大県である。65才以上の老年人口比率は、2005年で17.5%で43位。一方、15才未満の年少人口比率も13.5%で38位、合計特殊出生率は1.22で40位。つまり、高齢者人口は県ごとの比較では多くはないが、少子化が著しい。1990年と2005年を年齢階層で比較すると次のようになる。

	1990	2005
0～14才	1,034,308(18.6%)	819,348(13.5%)
15～64	4,011,284(72.2%)	4,154,600(68.6%)
65～	509,837(9.2%)	1,060,343(17.5%)

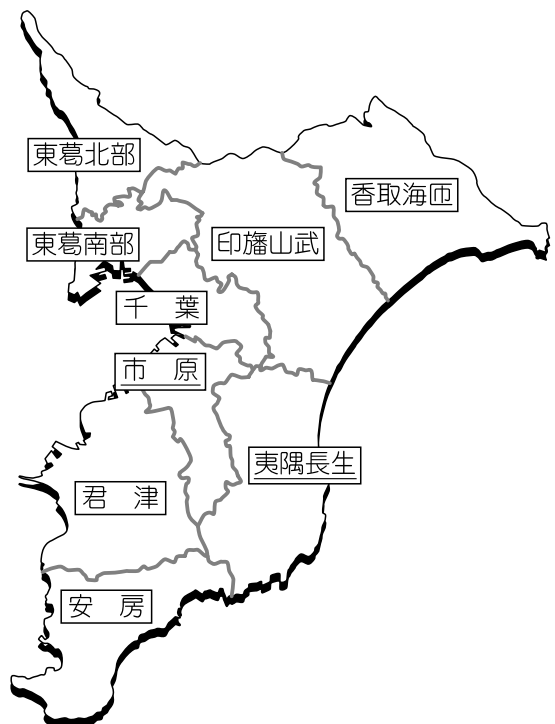
子供が18万人減り、高齢者が55万人増えた。20～39才の人口は、14万人増えているので、諸条件から子供を産めない人が多くなっているということであろう（千葉県は生活意識調査でながらく全国最下位、もっとも「暮らしにくい」と答える住民の多い県である）。

医療体制を見ると、医師数は人口10万人あたり（以下ことわりのないものはいずれも人口10万人あたりで、／のあとの数字は全国平均、（ ）は47都道府県の中の順位）で146.0/201.0（45位）、

病院病床は929.7/1,276.9（45位）、一般診療所は59.8/76.3（43位）、救急病院・診療所は2.4/3.7（45位）、しかるに救急車の出場件数は人口1万人あたりで429/413（7位）である。さらに、高齢者医療では、高齢者千人あたりで療養病床は3.2/5.1（37位）、老健は10.6/11.6（38位）、特養は12.4/14.9（44位）、となっており、どれをとってみても千葉県の医療・福祉体制の立ち後は明らかである。

さらに、医療事情には医療保障の問題がある。千葉県の国保は、資格証明書と短期保険証の発行はあわせて113,040人、熊本に次いで国保加入者に対してしめる比率が多い。制裁率（滞納者の中で資格証や短期証を発行されている人の比率）は全国平均が32.8%であるが、千葉県は45.8%になる。

図1 千葉県における二次保健医療圏



また、乳幼児医療費の無料制度も関東各県を比較すると立ち後れている。

残念ながら千葉県は、保障の面でも供給体制の面でも、もっとも遅れた水準にある、といわねばならない。

〔2〕地域医療圏と医療機能

千葉県の二次医療圏は、いま図1のように九つに分けられている（2004年度に夷隅・長生・市原

医療圏を市原と夷隅・長生に分区した）。医療圏ごとの医療従事者のグラフが図2である。これを見ると東京に近い東葛や印旛・山武医療圏で医師不足、医療過疎であるように見える。実際、現在の地域医療計画における病床の過不足は、次ページの表1のようになっており、東葛南部、印旛・山武、はそれぞれ、1,039床と948床の不足となっている。しかし、これはすでに八千代市への東京女子医科大学病院の進出、鎌ヶ谷市への徳州会病院の建設などでほぼ不足ではなくなっている。鎌

図2 保健医療圏別の医療従事者(人口10万)

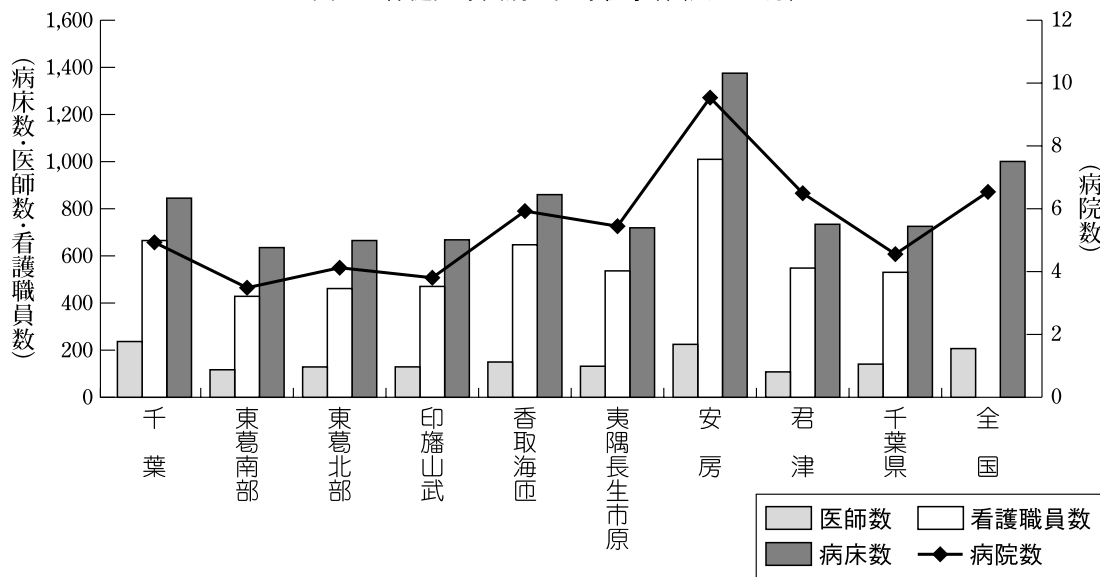


図3 保健医療圏別の医療従事者(面積あたり)

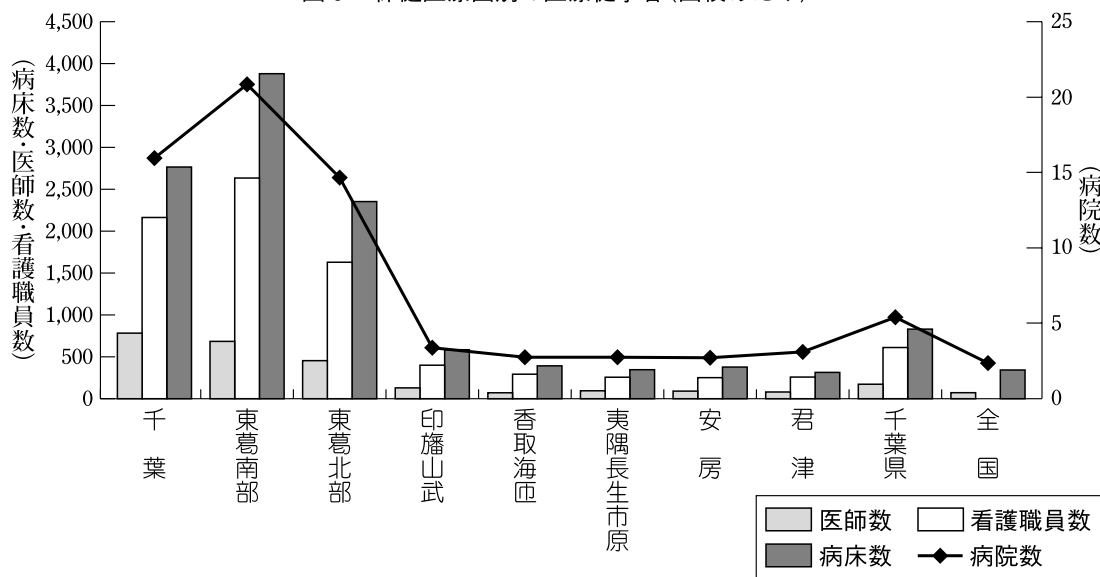


表1 地域計画の病床過不足

保健医療圏	基準病床数 A	既存病床数 B	過不足病床数 B-A
千葉	6,510	7,213	703
東葛南部	10,880	9,841	△1,039
東葛北部	8,304	8,356	52
印旛山武	6,789	5,841	△948
香取海匝	3,249	3,240	△9
市原	1,814	2,070	256
夷隅長生	2,008	1,889	△119
安房	1,778	2,058	280
君津	2,324	2,410	86
県計	43,656	42,918	△738

△は不足。下線の市原と夷隅長生は分区により2004年3月31日現在で計算

ヶ谷市の徳州会病院は246床であるが、施設はさらに100床おおい規模を想定してつくられているようである。

また、こうした東京に近い人口の増えているところでは営利資本の進出も目立つ。とくにセコムの病院買収は船橋などで目立っている。

図3は面積あたりの医療従事者数である。人口あたりとは完全に逆転して、いわゆる郡部、半島部が圧倒的に医療過疎であることがわかる。県当局も認めるところであるが、市原、夷隅・長生、と山武郡には三次救急をになう病院はない。また、ICU、CCU、NICUは、東葛南部、印旛・山武、夷隅・長生、市原で全国平均を大きく下回っている。実際、県南部の東京湾沿いの保田・金谷あたりの住民は、近くにいざというときに頼りになる病院がないために、半島を横断して太平洋側の鴨川（亀田総合病院）まで通院している人が多数いる。半島部の医療圏では高齢化も一段と進んでいる。例えば、千葉市の平均年齢41.7才、市川市40.5才、船橋市41.7才、流山市42.4才、松戸市41.7才、というように、千葉、東葛北、東葛南の医療圏では42才くらいまでであるが、安房や夷隅・長生医療圏では、館山市48.2才、鴨川市49.2才、勝浦市47.7才と40才代後半になっている。

〔3〕 県立病院再編成が引き金になった病院崩壊

このようになり手薄い医療体制であったとこ

ろに、千葉県当局は県立病院の赤字解消を最大の実際の動機として、2002年度から県立病院の統廃合計画に乗りだしたのである。千葉県の県立病院は、がんセンター（341床）、救急医療センター（100床）、精神科医療センター（50床）、こども病院（203床）、循環器センター（鶴舞220床）、東金病院（191床）、佐原病院（241床）、（これにリハビリテーションセンターをくわえて八つということが多い）となっているが、これを一つにする「県立病院将来構想案」が2003年2月に発表された。東金、佐原、鶴舞については少なくとも県立病院としての存続は既定のこととしない、というのが堂本知事の方針であった。

その最初の具体化が、山武郡の東金病院と組合立国保成東病院（350床）、大網白里町立国保大網病院（100床）を統合する500床規模の山武医療センターであった。県はこの新しいセンターの運営からは一切手を引き、関係市町村の責任で運営する。医師は93人程度。24時間救急、23の診療科、リニャック、各種シンチ、ヘリポートなどを備え、PFIを導入するなどとしていた。山武地域の医師数は、医師不足の千葉県の中でも特に少なく、人口十万人あたり89人である。地域住民はまともな救急機能を持った病院への期待は大きかったが、一方で、成東病院は144床の療養病床と100床の老人保健施設にする、などの構想にはかかりにくくなるという不安を募らせ、「地域医療を考える会」などをひらき、認識を深めていった。この構想は、医師確保を始めとして実現困難なところが多く、外部の有識者からも構想見直しをいわれる始末だった。2006年7月修正案が作られたが、今度は現状より後退するところが多く、構想「凍結」を主張する候補が山武市長に当選、しばらく空転する。

そうこうするうち、肝心の東金病院の医師体制がまず崩れた。新しい病院に自らの役割があるのか、と考えたのか、2006年10月東金病院の内科医師体制が10人から退職によって4人に減少した。病床も110床に減らした。二次救急の輪番をになう回数も減らした。そのしわ寄せは成東病院となりの医療圏の長生病院にいった。2007年2月、成東病院の内科9人の医師全員が退職、大学の医師引き上げと開業問題がきっかけだったが、限界を超えた多忙な勤務が背景にあった。泌尿器科も

常勤医師がいなくなった。3月には東金病院の産婦人科医師がゼロになり、診療休止。長生病院も同様に医師の退職問題が起こり、2007年3月には内科入院と救急業務停止（これには遺族の意思にも反する医療事故の警察への連絡と事故を医師の個人責任とする対応の問題もあったようである）。まさに、病院医師体制のドミノ倒しの崩壊が生じたのである。やはり、3月にはある民間病院が看護婦確保ができないことから救急輪番体制からはずれた。この地域の救急車は、05年の圏外搬送率は28%だったが、最近では38%に急増した。06年には、交通事故の患者が受け入れてもらうまでに14時間半を要し、死亡した。

これらの病院はその後数名の医師を確保して建て直しに努めているが、地域住民の医療体制に対する不安は消えない。山武医療センターは07年3月にセンター病床400床、成東病院の一般病床を150床にする、大網病院は100床という再修正案がつくられ、県は医師確保予算を10倍にし、山武センターへの「計画には参加しないが、市町村の財政負担を超えない形で(!?)最大限の財政負担」を表明している。長生郡市の参加を求めるために名称も「九十九里」センターと改めた。しかし、見通しがついたとは、まだいえない状況にある。

〔4〕さまざまな模索と住民の運動

産科、小児科の医師不足はとくに重大である。県立佐原病院は小児科がなくなり、そのあおりで分娩が扱えなくなった。

あの亀田総合病院でも小児科医による24時間救急体制を維持することができなくなり、他の家庭医や救急などの科の医師が対応せざるを得なくなった。

船橋市の小児科後方病院を担っていた病院が医師退職と大学からの補充がなく、病棟を閉鎖し、後方病院からはずれることになり、他の病院の負担が増している。

銚子市立総合病院は、07年1月産科を休止、婦人科のみ。5月日大医学部の医師引き上げで内科体制が崩壊、新規入院をやめ、救急機能を縮小した。7月に内科の新規入院は再開したが、精神科は150床の病床のうち97床は休止したままである。

銚子市を含む香取・匝瑳医療圏の三次救急をになっているのは旭中央病院であるが、ここを中心にしてアメリカのIHN (Integrated Healthcare Network: 広域医療圏で複数の医療関連施設を経営統合し、コンピューターシステムを活用してコスト削減など経営を効率化、改善しようとするもの。アメリカではかなり普及しており、9割が非営利であるというが、カイザープランのような有力なHMOも実施している) に学んで医療連携システムを研究する動きがある。一概に否定すべきものではないかもしれないが、赤字や医師確保に苦しむ自治体がそこから逃れるための方策として飛びつくなら、地域住民の医療確保という点からは禍根を残しかねない。

そのほか鶴舞の循環器センターでは糖尿病の専門医がやはり大学の医師引き上げでいなくなり、患者が新しい主治医を求めて拡散している。千葉県は、これまで県立病院の医師については全く千葉大学にお任せで独自の対策は、臨床研修の義務化が決まったあとも何もしてこなかった。それが今日の事態の根本原因である。さすがに、2007年度から医学生に対する奨学金やドクターバンク（登録紹介だけで県が医師を独自予算で確保して必要な病院におくるという医師派遣制度ではない）などを始めた。しかし、県立病院は一つだけという無茶な将来構想そのものを見直さない限り、地域の医療体制の不安は解消されないであろう。地域医療計画をつくるのが県の責任であるのなら、それを実現し、県民に医療を保障する責任もあるのではないかと。まずは、公的病院がなくなるとはならない地域医療の課題を明らかにするべきであろう。

医師確保の王道は、その病院が地域住民に信頼され、そこで働く医師が生きがいやりがいを持って働けるような病院をつくることである。今、千葉県では、山武、茂原・長生、佐原、銚子の四カ所で地域住民の「地域医療をよくする会」や「考える会」が組織され、学習会や自治体との懇談などがおこなわれ、首長が日本共産党の地域医療シンポジウムに参加して発言する、山武医療センターの見直しを主張する、さらに一部には地域で医師を育てようとするなど、新しい動きが現れている。

以上、千葉県の状況について報告した。療養型病床の再編成問題などもあるが、まだ資料が明らかにされていない。他日を期したい。

(蛇足) 県立病院の赤字問題

県立病院の2002年度事業会計のおおよそが「県立病院経営健全化・将来構想策定委員会」に報告された。それによると、医業収益が256億円、医業費用が372億円、差し引きマイナス116億円である。108億円の負担金交付金があるが、それでもカバーしきれない赤字である。費用科目ごとの構成比率を同じ年の全日本民医連の全法人合計と比

較してみる(後ろの括弧内が全日本民医連、単位は%)。人件費73.2(60.2)、材料費38.1(19.3)、経費20.8(13.3)、減価償却費13.0(4.6)、となる。人件費については病院だけで決められる問題ではないが、材料費は民医連の二倍、経費は一・五倍、減価償却費は二・八倍である。むしろ、人件費以外の所に問題がありそうである。とても適切な経営管理が行われてきたとは言えそうもない。

(はった ふさゆき、千葉県勤労者医療協会副理事長)

【事務局ニュース】3・機関誌の論文募集、ワーキングペーパーの募集

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

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

- 3：新自由主義と市場経済論の打破
現状イデオロギーへの批判、基本的理念の歴史的分析、具体的実態分析と非営利・協同セクターの方向、公的セクターとの関係分析提言、など
- 4：非営利・協同の実践・理論探求
NPO論、政治・社会システム論、ヨーロッパ社会的企業(社会サービス、雇用)調査、非営利・協同セクター運動論、など
- 5：その他

第6回自主共済組織学習会報告

制度共済の今後と自主共済への影響

—農協共済を中心に—

高橋 巖

I. はじめに

本日私に与えられたテーマは「制度共済の今後」ということですが、今日は制度共済の中で一番大きい農協＝JA共済を中心にお話しし、自主共済の今後の議論の参考にさせていただきたいと思っています。

私は、かつて埼玉県にある単位農協（JA）の現場で1年半ほど働きまして、短期間でしたが地域で事業等の普及推進にも関わりました。そのあと8年半ほど東京にある酪農団体に在籍し、業務の一方で労働組合を作って上部団体（全農協労連）に加入し、地域労働運動などにも関わってきました。その当時、皆さんとは頻繁にすれ違っていたかもしれません。その後9年間は、「農協共済総合研究所」に移りました。農村の高齢化が進む中、農協共済がファンドを提供してデイサービスセンター運営やホームヘルパーさんの養成活動をしているので、それらの事業効果測定とか、農協共済事業の動向・将来予測、さらに重要な課題として農村高齢化と農業の担い手の問題について調査研究をやっておりました。特に、「定年帰農」といって、定年後に農業をする人も増えてきていましたので、そうした方たちに関する調査研究などをやってまいりました。

ですから、20年近く農協系統組織で働いてきた人間でありますので、大学教員が話すというよりは、農協と農協共済の現場を多少知っている人間が話しているということで、聞いていただければと思います。皆さんが、当面する「自主共済をいかに存続させるか」という課題に重大な危機感を持って臨まれている中で、議論の素材のひとつとして、いろいろと活発な意見交換をお願いします。

なお、協同組合と共済事業に関しては、日本協同組合学会の常任理事と、日本共済協会の中にある共済理論研究会に関わらせていただいております。実は今回の保険業法改正は、もともとマルチマがいのニセ共済＝「無認可共済」事業の問題に端を発していますが、この「無認可共済」に関する研究部会というのが共済理論研究会の中で作られ、私もその中に入っておりました。その経験なども踏まえながら、お話ししたいと思います。

II. 農協・農協共済等をめぐる基本問題

1. 焦点となる2つの論点

いうまでもなく、農協というのは「農業協同組合」ですから、利潤の極大化を目指す株式会社とはそもそもの目的が違うというのが大前提としてあります。私も就職する動機として、地域の農業を守りたいということのほか、営利目的で弱い人を踏みつけて金儲けするよりも、あまり贅沢はできないけれども、こつこつやっていく方がいいかな、と考えて農協に入りましたので、「非営利」ということを強くイメージしておりました。共済事業も、当然相互扶助をベースとして、農協の場合は農家組合員のイザというときの生活保障と営農事業を回していくための資金としてあると理解して入ったのですが、現実問題としては、やはり当時の農協も、事業の普及推進、すなわちわかりやすくいえば「セールス」ですね、相当激しいセールスをするわけです。農協組織にとって収益性の高い事業は共済、特に長期共済です。長期共済の場合、信用事業と異なり長期間資金を預かり運用することができますので、とにかく共済に

入れないと、職員のボーナスも下がるしノルマを達成しないとだめだという位に力を入れていました。当然、学生上がりの私は非常に悩みました。今日でもある意味悩んでいます、非営利協同性を持つ農協の組織理念、協同組合としての運動、これらと乖離した事業実態。これが、その後どういう意味を持つのかということが第1点目の論点としてあります。

2点目は、私が1985年のプラザ合意直後に就職した当時、すでに農政面では風雲急を告げてきていましたが、牛肉・かんきつ類の「自由化」を経て、1993年にはGATT＝ウルグアイラウンドで、コメまで含めた農産物の総合的な輸入「自由化」がされてしまったことです。これによって、地域農業構造が変化するとともに農協事業も様々な意味で激変し、同時に農協は、地域の中で事業・組織をどう考えていけばいいのかということに直面したわけです。現在では、比較的堅調だった共済事業さえ、一部では基盤が揺らいできている中で、農協は農家以外の地域のひとたちとどう手をつなぐべきか、ということが問われるようになった。私は、今もこの2点を考えながら、仕事をしているとあってよいと思います。

2. 農協は1900年成立の産業組合を母体

それではまず、農協とは何なのか、おさらいをしていきたいと思います。農協は、戦後の1947年に戦後民主化と農地改革の動きの中で成立した農業協同組合法による組織ですが、元々は、1900年に成立した産業組合を母体にご存知の方も多と思います。いってみれば、戦後の農協は、農業を営む人が圧倒的に多い農村で「農家の職能組合」としてスタートしたのですが、戦前からあった産業組合は、ある意味、職能組合ではなく、農村地域の人が誰でも入れる性格、簡単にいえば生協と農協とが一緒になったような組織体になっていました。しかし、戦後の協同組合法制では生協と農協とは完全に切り離され、監督官庁も異なるということになります。ある意味では分断された格好になったわけです。

これを補うような形で現在の農協には「准組合員制度」が用意されました。これは、諸外国の協同組合にはない日本独特の制度で、正組合員にな

れるのは農家（農業を行う個人）だけですが、農村に住んで農業をやっていない商店主、商工業の社長さんなどでも准組合員になって、貯金など農協事業を利用できるというものです。ところが、高度経済成長で農村自体が都市化・混住化が進行していく中で、地域によっては准組合員が正組合員よりも多くなっていくという状況が生まれます。本来、農家組合員のための共済事業も、非組合員でも加入してくれればよいという普及・推進をするようになりました。さきほどお話した、事業推進に傾斜していくという状況が1960年代半ばから顕在化するようになるわけです。

また農協は、ICAにも加盟し国際的な基準を満たした協同組合であり、地域に密着した非営利協同セクターとしての要素もある一方で、一時期盛んだった米価・乳価などの農政運動を展開するなど「農民運動組織」の特質もあります。その裏返しとして、現実の政策で利を得ようとするために、政権与党＝自民党の集票マシンの役割を担い、トップダウンによる国策＝農政を推進する機関という性格も併せ持っています。ですから、いろいろな要素・側面を持っているのが農協だといえます。こうした農協のあり方への批判は多々あるのですが、今日のように新自由主義的政策が貫徹し、都市と地方の間や産業間での格差が固定化してしまうと、結果としてこれまでの農協は、農村部でのセーフティネットの一翼をそれなりに担っていたことが確認できるのではないのでしょうか。しかしGATT＝ウルグアイラウンドの受諾によって、米を含めた基幹農産物がすべて輸入自由化の方向に向かい、その後GATTがWTOになり、WTO体制の下でグローバリズムが進展していくようになります。もう一方で、日本の社会構造の大きな問題に少子高齢化ということもあって、農業・農村を取り巻く環境は悪化し、農協事業全体も縮小傾向にある、というのが今の農協を取り巻く状況だと思います。

しかしその中で共済事業は、一応は新契約が堅調な状況にあり、地域によっては「農協経営は共済事業でもっている」といわれてもおかしくない状況にあります。残念ながら保有契約高（死亡保障共済金額等が〇〇円という契約の保障共済金額を積み上げた合計）は、ピーク時に約390兆円あ

ったのが、9年連続で下がって2006年度時点で約351兆円まで下がってきました。しかし、農協の他の事業よりも共済事業が総体的に優位である状況が続いたため、「共済が農協を支える」といわれる状態になっています。

3. 農協共済の展開と現状

次に、農協共済事業はどういう流れになっているのかということを中心に簡単に述べたいと思います。日本の近代保険事業は明治時代以降に確立するのですが、相互会社などの形態をとりつつも基本的には営利を目的とする事業体で展開されてきました。そこで産業組合では、相互扶助と農村部における長期資金蓄積を目的とする「非営利の協同組合保険」ができないだろうかと、先人たちが海外視察に行くなど早くから構想を考えていたようです。特に1923年の関東大震災を契機に、第20回全国産業組合大会において、産業組合による保険経営の決議がされました。ところが今も昔も本質は変わらないのですが、本間照光先生が強調されておられるように、保険業界が「共済事業など認めない、産業組合に保険事業はやらせない」という猛烈な抵抗をするわけです。産業組合は、毎年のように保険事業への参入を決議をするのですが、事業化できなかつた。特に1939年に賀川豊彦らが関わったある保険会社の買収計画もつぶされてしまい、賀川もかなりがっかりした。こういうことが繰り返されたようです。かろうじて1942年になってから「共栄火災海上保険」という、現在も存続し農協共済の関係会社となっている保険会社を、産業組合が実質的に経営権を握るという形でやっと悲願の協同組合保険への道を開いたのですが、その後戦争に巻き込まれる形で産業組合は解体されていくわけです。

戦後、農協法の中で共済事業は復活していくのですが、農協法を見ますと「農業上の災害またはその他の災害の共済に関する施設」、つまり火事等で家屋が燃えたら困るからお金を積んでおこうというレベル、あるいは火事に遭った施設の持ち主に見舞金を払おうかという共済をイメージして、GHQはこの農協法の規定を作ったというように聞いております。地主制が解体される中で、旧小作人に対する見舞金といった要素もあったよう

す。

この一方で、開拓地の多い北海道では、戦前の農業保険法下における旧農業会の任意保険「農家屋更生共済」を引き継ぎます。開拓地では非常にみんなが苦しい状況の中で、相互扶助を具体化するための共済が早くから準備されていたというのですが、これは単なる見舞金保険ではなかつた。不時の災害に備えるとともに、農村資金の都市側による収奪を排除して農村内に資金の蓄積と還流・還元を図り、農業の生産力向上と農民の福祉向上を目指すという性格を持つ共済を、1948年に北海道共済農業協同組合連合会（北海道共済連）を組織化しながら展開しました。これは、ある意味で今の自主共済に近い形といえます。根拠法があるからというより、「とにかくやらざるを得ない」という形で事業を始めたわけです。ですから実は、「農協共済は制度共済で法律にも守られ、事業規模は保有契約360兆円」という今日の強固な事業の発端は、農民がやむにやまれず、開拓地の苦しい中で、あるいは戦災で疲弊する中で自主的に立ち上げた要素が強いことを、ぜひ今日、頭に入れてお帰りいただきたいと思います。

賀川豊彦の協同組合保険論をみますと、「農村の外部に資金を流出させず、地域・組合員の利益のために資金をストックする機能を持った」共済の重要性が強調されています。賀川は、信用事業と共済事業との事業結合に触れて、「従来財的信用乏しきが故に信用組合の実際機能に除外されていた無産者、小農にも信用組合利用の道を開き、産業組合大衆化の新たな契機が此処に生まれるであらう」。つまり、もともとお金がなく、信用事業を十分利用できない、そういう層は高利貸しの被害者でもあったのですが、そういう人に対して共済を広めてお金を積むことによって、産業組合を使ってもらえるのだということですね。その少し前にありますが、「保険契約者に属する部分のみにても協同組合運動それ自体の為に運用されて居るとしたら、それは協同組合運動にとって如何に大なる利益をもたらす得ることであらう。…農村問題の根本的解決の新たな道が開拓されるであらう」。すなわち、賀川は単に保険事業に参入するだけではなくて、農村部に資金をストックすることを強調していたということです^{註1)}。

ですから自主共済の方々も、「共済の金は自分たちが積み立てた資金だ」と誇り高く宣言されてやってきているのだと思うのですが、その源流はここにあるのではないかと、すなわち「共済と保険の違い」は、まさにここにこそあるのだと思うのです。

さて戦前同様に保険業界からの抵抗と、国の関与する農作物への共済が中心の「農業共済」（現在は、これも制度共済にも組み込まれています）との一部競合もあったことから、農協共済に対しては政府も「保険業との類似行為である」と強い構えを見せて、北海道の取り組みを「摘発」しようとする動きが何度もあったと聞いております。このような権力・独占資本との長い闘いの中から、農協共済は誕生したわけです。本間先生もいっておられるように「共済の歴史は、保険業界とその意向を受けた保険行政による共済規制の歴史であった」ということを再度確認しておくべきです²²⁾。

このように、農協は産業組合以来のトップダウンで国策遂行機関であるという性格もあるのですが、その一方で、自主的に共済事業を展開するなど、単なる国策推進機関ではないことを強調したいと思います。特に北海道共済連の例は、まさにボトムアップ型の自主的事业であり、共済事業の自主的な特質を象徴することではないかと思えます。北海道共済連ほかの運動と事業が発展する中、ようやく1951年に「全国共済農業共済組合連合会（全共連＝JA 共済連）」を設立できました。この時期、GHQの裁定もあって、ここに共済事業が農協事業の中に、ようやく明確に組み込まれていくことになったのです。いふならば、共済事業は「戦後民主化」の一環として位置づいていたということになりましょう。

4. 事業初期の急成長から安定成長・低成長へ

では次に、共済事業がその後どのような道を通ったのか、ということについて触れたいと思えます。

共済事業は、当初順調な事業の伸びを見せまして、最初は全国で約15億円に過ぎない新規契約が1951年度から1960年度の10年間で一挙に約3,117億円まで成長しました。当初は建物に対するシンプルな共済だけだったのですが、1952年度から今

日の生命共済にあたる養老生命共済、1953年度からは家屋更生共済（現在の建物更生共済）が始まり、この2本が今日の長期共済の2本柱として機能するとともに、生命保険と損害保険の両面を持つ「生損兼営体制」としての農協共済が確立し、安定的に推移していくこととなります。

最初のころの事業推進は「全戸加入」といって、集落の農家全戸が農協共済に入りましょうという運動として進められました。これは「ボーリング推進」ともいうのですが、このときの論理がまさに農村外への資金流出を防ぐ、すなわち資本の側へお金を回すのではなく、農村に資金を貯めて農村のためにお金を使うのだ、そのために皆で共済に入ろうじゃないか、ということであり、強力に推進されたわけです。このボーリング推進の手法は、高度経済成長時代にはそのまま「集中推進」とか「一斉推進」という形で継続していくこととなります。こうした推進は今でも行われていますが、集落や農協の支所・支店単位で共済の獲得目標金額を決め、全職員が集中して回る、それこそ農家の人たちが共済に入ってくれるまで職員が帰らない、ということが行われます。

このような事業展開のあり方は、1950年代から60年代にかけての「農村外への資金流出を防ぐ」という意味では良かったのですが、ある程度保障需要が満たされた後も同じやり方でやったことについては、冒頭に申し上げた第一の論点につながっていくわけです。

いずれにしても、農協共済は1980年代以降も比較的堅調に推移して、400兆円近い長期共済保有金額を得るにいたるわけです。

5. 事業規模の概況とその問題点

一般に農協共済は、「保険（共済）では生損保トップに匹敵する規模」といわれてきました。2006年度現在、生命共済においては、総契約ベースでは日本の約10人に1人が農協共済を利用（生命被共済者は約1,200万人と、人口約1億2,770万人中10.6人）しており、さらに、「生命保険・共済の個人契約件数」で約1,468万件に達しています（生保トップの日本生命は約1,560万件；但し年金保険を含む）。また、建物・家財を対象の建物更生共済では約1,275万件（2位の全労済が約548万

件)と最高水準に達しています。なお、自動車共済の新契約は約861万件と、これもトップに追随する実績(1位の東京海上日動火災は元受件数約1,167万件;2005年度)となっています。

こうした中で、新契約は2006年度現在で9年連続事業量目標を達成、生命共済が低迷する中、建物更生共済(30年間建物にお金をかけ、満期に割戻金があるという仕組み)が19.5兆円を記録していますが、生命共済の方は保険と同様、死亡保障から生存保障へとニーズが変化しています。

しかし、新契約が伸びているのに長期共済の保有契約が減っているとはどういうことかという点、長期共済全体で、新たに加入する人たち減る中で、たとえば生命共済の満期時に終身共済に「転換」させるようなやり方が中心なため、構造的には保有契約が減少し不安定度を増しているということなのです。またもうひとつの問題は、共済事業そのものは「農業」と密接な関係にあるわけではなく、地域農業基盤が弱体化したもとでも、農家世帯以外の世帯に積極的に事業推進を展開したために今日の事業規模を実現しているのですが、その結果、准組合員が過半数を超える農協も多くなっているほか、員外利用割合が農協法で定められた上限の20%を超えるという問題が惹起するなど、「農協」と「地域」との関係をどう捉えるべきかという問題が浮上してきました。

こうした中、員外利用の問題について、オリックス会長の宮内義彦氏らが関与する政府機関であり、一貫して新自由主義的政策を打ち出してきた「規制改革・民間開放推進会議(規制改革会議)」がこれを問題視してきました。「農家組合員のための共済事業といいながら、いわばアウトサイダーを3割も4割も加入させて事業を展開している」として、農協・協同組合陣営を攻撃してきたわけです。これに対して農協陣営は、なんとか組合員外利用者を「准組合員化」することで、組合員外比率を法定基準の「20%」に収めるということで対応しようとしているようですが、准組合員とは、農協の役員等にはなれないいわば「外様」の存在であり、対処療法の域を出るものではありません。

しかし、そもそもの議論として、自主的な共済事業を活用し、農家の人、アパート経営の人、サ

ラリーマンの人など、いろいろな人が住んでいる混住化が進んだ地域などで、その人たちがお金を出し合って、地域のために事業と資金を使う仕組みを農協(あるいは地域協同組合)が作ることでできれば、それはセーフティネットが崩壊しつつある今日、対抗する大きな力になりうるものなのです。もし、地域の人々のくらしが様々な形で壊されるようなことがあった場合は、その資金を使って色々な対策や事業・活動を展開することができる。それが本来の共済事業、すなわち相互扶助・助けあいだと思うのですが、なかなかそのような形には向かわない。やはり、戦後「農協は農業者のための職能組合」と縦割りにされてしまった影響は大きいのかと思います。

これは私の持論ですが、農協と生協はもっと早くから事業・組織面での連携を強めるべきだった。ある部分では組織合同して、共済事業も大同団結して早くからやっていたら、今日の様々な攻撃にもっと耐える力があつたのではないかと思うのです。このことは、一部の理論家から様々な形で提起されており、私自身もずっと以前からことあるごとに主張してきたことですが、現実はそのような方向には向かわなかったのです。

Ⅲ、制度共済の今日的課題と自主共済への影響

1. 激しくなる「協同組合解体」攻撃

こうした中、2005年にさらに風雲急を告げる事態が起きました。規制改革会議が、総合農協事業の「分割」を迫ってきたのです。この内容は、今日の主題である共済事業と、信用事業、そして農産物の販売や農家に肥料を売るなどの経済事業、これら3つの事業をバラバラに分割することです。この論拠として、彼らの中では「協同組合の名の下に、共済と信用で儲けて、肥料を売ったり米を売ったりといった農協本来の事業を赤字にさせているではないか」という議論が以前からありました。・・・共済事業や信用事業で「儲けたあがり」を総合農協の中の「どんぶり勘定」にして、農協全体の会計では何とか「とんとん」にしているけれども、そもそも厳しい市場環境において、そん

なことをやっていたのか、そんな組織に特典を与える必要はない、むしろそれぞれの事業を分割して独立採算にして、効率よく運営することを迫るのが組合員・消費者保護であり、農業経営コストの低減にもつながり農業の「構造改革」をも促進する。・・・おおよそこのような論法だったといえます。すなわち、総合農協を解体せよ、儲かる事業は市場の中で企業と競争せよ、という話です。こうして、2005年6月30日付けの規制改革会議の提言として、ついに「信用・共済事業等の分離・分割を中心とした農協改革」が出されるわけです。

私は、彼らが言うことのすべてが間違っているとは思いません。私は農協系統組織の現場にいたのでわかりますが、確かに組織的な努力が足りなかったことや、組織や事業を改善しようという職員をスポイルするような古い体質を温存するなど、問題点をたくさん見てきました。さらにいえば、冒頭で論点の第1として上げたように、共済事業自体、一部では保険事業と全く変わらぬ内容で、通常の金融商品と同じような売り方をしている実態があります。組合員外への普及推進の拡大などがそうですが、共済と保険の垣根が見えにくくなればなるほど、「同一の土俵で勝負しろ」といわれるのは当然といえば当然です。これは農協・共済事業の側の反省すべき点としてあります。どう共済らしさを出すのか、すでにある共済らしさをどう訴求するのかということが課題だったわけですが、だからといって、規制改革会議のいうように事業分割すべきだというのは、根本的に話がちがいます。

彼らのプレーンで、明治学院大学の神門善久^{こうじ}という先生がいますが、彼はこれまでの協同組合にかかる歴史的な流れをほとんど無視して、農協における独禁法の適用除外を外せともいっています⁽²³⁾。要は、協同組合も民間の株式会社・一般企業と同じ独禁法の枠の中で事業をすべきだということなのです。そうした動きがキナ臭い形で出てくる中で、さすがに自民党の農林系の議員などから反対があり、こうしたドラスティックな「改革」は腰砕けになったのですが、しかし問題なのは、いくら自民党の議員が圧力をかけて持ち直されたように見えたとしても、この時点ですでに農協法

が改正されていたということがあります。先般の農協法の改正で農協の位置づけが、「農業協同組合の第一義は営農指導等である」とされてしまっていたのです。

しかしそもそもの話として、営農指導は、戦後の農政で農業改良普及事業というものがあり、農業生産力を上げるためには国が責任を持って、すなわち税金を使って改良普及を行うと決められていたのです。もちろん農協も営農指導をしてきましたが、基本は国が責任を持ってやった上で、経済事業を行う農協は、むしろ組合員が生産した農産物を市場等に有利に販売する、すなわち農家組合員の方々にいい条件で「有利販売」をして彼らの生活を支えるという役割をこそ発揮してきたはずで、これに関しては三輪昌男先生も、「農協は流通協同組合としての機能こそその役割があったというのが歴史的にも明らか」と指摘されています⁽²⁴⁾。その流通事業の一環として信用・共済事業も位置づけられていたわけですが、ここに来て、農協が営農指導をしないで信用や共済にうつつを抜かしているのはけしからん、と総合事業の構造に関する問題点が強調されるようになった。結局、信用・共済事業を分離して、営農指導や高齢者福祉といった、いってみれば収益性の低い事業だけを農協本体にやらせ、信用・共済事業市場は宮内義彦氏ら資本の側が持っていき、こういう方向性がすでに描かれているのではないか。そんな懸念があります。

2点目として、数々の金融不祥事が起こる中で、(狭義の)セーフティネットや契約者保護ということが盛んにいわれるようになったことがあります。これらはもちろん重要ですし、農協組織としてもしっかり至らない部分を反省して体制をつくらなければならぬのですが、そのことが共済事業らしい自主性をも奪っているという面もあります。たとえば、共済事業の集中推進には良くない点もたくさんありましたが、一方で、内勤の普通の事務をやっている農協職員が農家に直接行って共済加入を勧めるときに、古い時代を知る農家組合員の方から農協成立の話を聞いて来るといふ牧歌的な一面、いわば地域の協同組合の教育・運動の側面も持っていたのです。もちろん、農協は総合事業ですから、農業や組合員の生活を支

える事業を現場で担う顔見知りの職員が共済をお勧めする場合も多い。どこかのセールスマンではなくて、「信頼するあなた（職員）が勧める共済だから」入ろう、となる。まさに協同組合としての「組合員の事業と生活を支える一環として共済がある」ことの象徴です。これは、今日議論されている生協の共済でも同じだと思います。生協の共済を広めてきたのは、組合員や組合員組織自らの普及推進もありますが、直接的には、組合員や班に対して商品の配送をする職員の方々ですよね。日頃、組合員の声を直接聞きながら、生活を支える職員の方々が、組合員の生活実態と保障ニーズに応じて、共済加入を勧める。商品もそのようなものを開発する。これは、まさに協同組合保険そのものです。

ところが、金融庁等の議論では、そんな「金融専門外の職員」が行う「怪しげな普及推進はけしからん」ということのように。契約者保護を図るためには、生損保による保険事業とのイコールフットイングをさせ、クーリングオフを整備し、共済事業を保険事業並みに専門性を高めることが必要であり、一般の農協職員等が共済事業を勧めるようなことはまかりならない、ということになってきた。こうして現在では、「JAバンク」「JA共済」とも金融庁主導のもと、民間の銀行・生損保と同様の事業基盤とするなど機械的な同一視が強まっているのです。

農協等に対して、こういう形での攻撃が激化したのは、「共済規制」が始まった時期とほぼ一致しています。すなわち「共済規制」の議論は、先ほど出た農協の事業分割の議論と、スムーズに流れが繋がっているのです。今回は与党農林系議員の抵抗もあり、規制改革会議は農協事業分割を明言できませんでしたが、今後の政局次第では、また間違いなく同じ問題が、しかもより強く、より広く出てくるだろうと思います。

2. 今日の「共済規制」の意味

今般の保険業法改定によって、これまで特定者に対する保険行為として位置づけられていた共済事業の存立根拠は法制度上では否定され、「保険」と「共済」の垣根は基本的に取り払われて、原則的に、共済事業も保険事業と同列に一元的規制を

受ける存在となってしまいました。この法改正で、当面は自主共済など制度によらない事業体の陣営が苦勞をしているわけですが、しかし制度共済も「5年後に見直し」とされている以上、間もなく、今日の自主共済と同じ立場に立たされる可能性は高いと考えられます。

これまで見てきたように、共済事業は地域や当該組織が自主的に内容を決めて、資金を自分たちの生活のために使う、あるいはそれを地域のためや拠って立つ産業のために使う、という形で始まったものです。当然、組合員の保障需要への対応が最重要な課題にあるわけですが、基本はそういう形で成立してきた。ところが現在の「JAバンク」「JA共済」とも金融庁主導の下、銀行・生損保と同様の事業体制で行く、資金運用にしても一定の枷がはめられていく、といった状況にあります。いってみれば、協同組合保険事業の否定であり、協同組合による地域・組合の資金循環を断ち切るものであるといえます。これは、残念ながら国会を通過した郵政民営化などでも同じ問題があるのですが、日本にある膨大な郵便局や農協の資金を誰かが狙っている、具体的には外資のファンドが狙っているという中で、今回の「共済規制」も行われていることを指摘しなくてはなりません。

皆さんの自主共済についても、たとえば労働組合の共済の場合は、内部の資金運用等を銀行や生損保など資本の側に委ねるのではなく、これを労働組合が自主的に守り育て、内部的な相互扶助に役立たせようとする行為の一環であるわけですが、共済規制とは、それを根本から否定することと同じ意味を持つのではないか。『いのちとくらし研究所報』15号の座談会で指摘があったように「憲法の「結社の自由」の侵害」という批判は、私も全く同感です。これは、今後の「制度共済」についても全く同じ問題となります。

私が現在一番恐れているのは、ここで行われた議論がほとんど表面に出てきていないことです。近い例を出しましょう。先頃、「PSE法」といって、一定基準に満たない中古家電等の販売を一律に規制しようとする法案の問題がありました。あれも知らないうちに出てきて、法案が通りそうになった段階で関係者が調べてみたらとんでもない、と大騒ぎになったわけです。この場合、国会

審議の過程であまりにも法案がひどすぎるということが明らかになったため、実質的に運用させないという結果になりました。あの時には、私の知り合いである古道具屋の連中も「死活問題だ」と相当大騒ぎをしていましたが、何より問題だったのは、人々の暮らしに影響が大きくかつ重要なことが、皆が知らないうちに一部の人間の間でどんどん決められていく、という非民主的な事態です。「共済規制」についても、表ではほとんど議論されていない。新聞・雑誌にもまず出てきません。これでいいわけがない。どう世に知らせていくべきか、ということが極めて重要な課題です。

しかし、最大の制度共済である農協共済は、残念ながら身動きが取れないという実態にあります。私も無認可共済の研究会にいたのでこれまでの流れはだいたい把握していますが、今回の保険業法改定は、そもそもマルチ販売等を行う偽装共済(ニセ共済)や類似保険業者＝無認可共済規制が目的だったはずです。実際、共済理論研究会の場にも金融庁の担当者が来まして、委員会でも我々委員にそのように説明していたわけです。ところが、ふたを開けてみると火事場泥棒的に「特定・不特定要項」という、共済にとって最も重要な根拠となる事項を外してしまっただけです。これは制度共済に対する挑戦にほかならないと思いますが、にもかかわらず農協陣営は強力な対抗策を打ち出せなかった。生協共済もまた、生協側が一部要求を通したものの、基本は政府主導による生協共済の改定方向を是認せざるを得ない状況です。これにより、「兼営禁止」などが通ると、県民共済などが長年取り組んできた共済事業とセットであるガイド事業も、事業分離などの対応を迫られることとなります。

こうした流れは、いってみれば、かつての日本を支えてきた「保守本流」的ロビイ活動が効力を喪失したこと、またその所産である「日本型セーフティネット」が崩壊したことの証といえるように思います。

3. 「共済規制」を支える理論的な背景と、それに対抗するオルタナティブの根拠

皆さんにいうのも釈迦に説法ですが、こうした「規制緩和」を推進する主体が打ち出す「規制強

化」とは、今日の政策の中心が新自由主義をベースとするものであるからであり、そしてその政策が、「規制緩和」をうたいながら自らの利益のためには「規制強化」するというように、極めて手前勝手な、倒錯したものであるからといえます。そもそも経過を見れば分かるように、今回の「共済規制」は、郵政民営化と同様に「アメリカの、アメリカによる、アメリカのための(そして多国籍金融資本のための)在日米商工会議所の意見書」から始まったことです。こうしたアメリカの立場は、新古典派経済学をバックボーンとする原理主義的ともいべき市場主義＝新自由主義です。

では、この強大かつ暴力的な力に対抗するオルタナティブ、対抗する枠組みをどう考えるか。ここに最も重要な考え方として、「人間はそう簡単・単純な存在ではない」ということがいえるのではないかと。

この新自由主義、新古典派経済学というものを改めて整理すると、個人が意図しない社会的秩序をもたらす制度として、市場を積極的に肯定する評価をくだす立場であり、彼らの「最適化仮説」にもとづくものです。ここでいう「個人」は、自己の経済的利益を追求する合理性を備えた主体として仮定されているが、この「合理性」とは「目的合理性」のことであり、ある目的が与えられた場合に最適な行動を選ぶという意味です。すなわち、新古典派経済学の理論の中では、消費者と生産者はそれぞれ、前者は効用を最大化する主体として、後者は利潤最大化する主体として描かれているのです。

結局、市場に任せておけばうまくいく、という市場均衡理論の説明としてこういう理論を全面化しているわけですが、その帰結として、「小さな政府」「規制緩和」「民営化」の具体化・全面化につながっていくのです。1980年代にレーガン／サッチャー／中曽根らによる政策として具体化し、日本国内では1987年の「国鉄分割民営化」を皮切りに、この理論を支柱とした国内政策が実行されていきます。あたかも、市場のもとで「効用を求めて動くロボット」のような人間像を想定した理論なのかと思います。

こうした新古典派の「最適化仮説」については、現代経営学の立場からも批判が行われてきていま

して、たとえばサイモンら²⁵⁾は、「人間は（新古典派）経済学で想定されているように、状況が与えられると瞬時にして結論が出るような「完全合理的な経済人（ホモエコノミクス）、などではない」「すべての人間は、限定された情報獲得能力のもとに意図的に合理的にしか行動できない」として「限定合理性仮説」を提起し、意思決定プロセスを重視する研究につなげています。

そして近年、鋭く現在の経済政策を批判するとともに、この「限定合理性仮説」を踏まえつつ、よりダイナミックにセーフティネット構築の根拠を述べている一人に金子勝先生がいます。金子先生は端的にこう述べています²⁶⁾。

『人間は（自分の経済活動が社会全体にどのような経済的影響力について見通すような合理性は持っておらず、すなわち）、．．．限定合理性を抱えている。それゆえ、人は、自分の行動の目安となる社会的公正を満たす何らかの制度やルールがあって、はじめて将来を考えながら行動の選択をなす。つまり人々が安定的な経済行動をなすには、一人一人の人間の処理能力を超えるリスクを社会全体でシェアするセーフティネットが必要となるのである。』

また、別なところではこうも述べています。

『たとえば、「雇用の流動化」と称して人々に失業の恐怖を与え、自助努力の名の下に社会保障給付を削減してゆけば、競争インセンティブが高まり、よく働き経済活動が活発化することになる。しかし、．．．こうした政策をとると、むしろ人々は将来不安から縮こまってしまい、消費を手控え貯蓄ばかりに励んでデフレスパイラルを加速させてしまう。．．．（経済）理論は、行先も示さずに目の前に人参をぶらさげれば人間を走らせることができるが、．．．むしろ人間は限定合理性を抱えるがゆえに、一定の確率で生ずる不確実なリスクを社会的に共同でシェアすることによって、はじめて思い切った行動をとることができる。したがって現在、経済再生に必要なとされている具体的な政策は、．．．雇用を安定させる雇用政策であり、年金や介護のような社会保障制度の充実なのである。』

すなわち、セーフティネットの充実、これが対

抗軸になるのだと、金子先生は説明しています。敢えてセーフティネットという言葉を使わないでもいいのですが、ここには、市場原理主義に対して、私たちは何を担保すべきかが端的に示されているのではないかと。同時に、共済事業というのはまさにそのための大きな道具の一つであり、これを何とか手放さないようにしなければいけないという課題が浮上してくるわけです。本来、公的なセーフティネットがしっかりとあった中で、戦後日本の経済成長、日本的な資本主義というものがつくられてきたように思いますが、現在、そのセーフティネットは壊れつつあるので、自主的に張り直さなければ我々は殺されてしまう、といういわば急迫した状況の中にいるわけです。繰り返しますが、共済事業はその中で一番大きく一番大事な「対抗策」の一つなのであって、なんとか政府の側に一手に握られるのではなく、「共済としてのフリーハンド」部分を残さなければならない、ということが重要な課題といえます。その意味では、現在はまだ強固にみえる制度共済も、すでに最前線に立たされている自主共済も、その環境は基本的に同じ状況にあるということだと思います。

IV. 自主共済を含む共済事業サイドの課題～セーフティネット再構築のために～

1. 考えられる方向性—事業間・組織間のネットワーク化を—

では、具体的にどうすればいいのか。「すぐ効く特効薬のような案」があれば、私もどこかで発表しているかもしれないのですが、それはなかなかありません。私たちを取り巻く政治経済的状況も、依然として厳しい中にあることは確かです。当面は、一つずつ前向きな実践を現場で積み重ね、その中で広く情報交換をしながら有用・効果的な方向性を確認していく、そうした地道な作業を続けるしかないのだと思いますが、しかし、これまで見てきた中から、基本的な方向性は確認できるのではないかと思います。

まず第1に、残念ながら、自主共済を何とかしようという課題に対して、制度共済の側が、何かそれに対応する策を用意したり新たな展開が図ら

れるというのは難しいということです。それは、先ほどからいっているように、従来と違った国の大きな力が働いている中で、それに対して、個々の制度共済が自らのこれまでの事業領域を確保するのが精一杯であり、共済陣営全体を包摂する効果的な対策や連携も取りきれていないからです。制度共済が結集している組織として、私も研究者の立場で関与する「日本共済協会」がありますが、その役職員の方々は、日々、金融庁と生損保の包囲網の中で孤軍奮闘しているような状態で、何か共済事業全体で大きな動きを取るのには容易ではない状況です。

では、突破口を作る切り口はないだろうか、ということですが、自主共済陣営を含む市民の側と、制度共済組織の事業・活動とが、地域で様々な連携を取る方法はあるのではないのでしょうか。農協は、地域でいろいろなことをやっています。なんといっても、人間が生きていく上で欠かせない農業・食料という最重要のライフラインを作り上げているのですから、そうした農協の諸活動と皆さんのやっておられることとが、何らかの形で地域においてネットワークを作れないものだろうか、ということが私のずっと考えている課題です。なんらかのネットワークを作れないだろうか。逆にいえば、地域でそれを作らないと公的なセーフティネットは崩壊に向かい既存協同組合の動きが取れない中では、大変なことになるというのが実態だろうと思います。その上で、その地域から作り出したネットワークを、全国に広げることができないだろうか、と考えています。

具体的には、農協は組合員の高齢化が進んでいるので、女性部を中心に「助けあい活動」というのを盛んにやっています。要介護まではいかないが、全く手がいらぬわけではないという、旧介護保険法の要支援くらいの人たちをどう支えていくか、ということで女性部が地域で取り組んでいるのです。純農村部ではなくても、たとえば埼玉県の入間地方など都市化が進んだところでも、こうした活動が展開されています。農産物の直売所もあります。そういう食と農、高齢化など生活に関わるいろいろな農協の活動に、地域の市民が入っていくネットワークを作れないかと、ずっと考えているのです。

また、愛知県豊川市に「JAひまわり」という農協があります。農協の助けあい活動を支える女性部が、全国でも有数の農産物直売所事業を展開する中で、生協や地域の市民組織などとも広範囲に連携して力をあわせ、様々な活動をしています。農協の立場はもちろん「保守本流」であるし、市民の動きはそれぞれが異なるところもあるのですが、「できるところから協力していこう」となっています。こうしたつながりがより広まれば、では活動の資金を必要に応じて農協の信用事業を使おうとか、今日の主題である共済事業でも、自主共済の実績でやっていることと農協共済との何らかの住み分けができないか、など、知恵が色々出て連携も深まるのではないかと思います。換言すると、「社会的経済の横の連携をさらに広げる」ということになりませんが、お金儲けをしたくて仕方がないという立場の人ではない、農協や労働組合、地域のNPOなどがともに手を組んで、非営利協同のネットワークを具体的に広げることができないだろうかというのが1点です。

第2点は、自主共済のネットワークができないかと思うのです。なかなか、これだという手はないのですが、このまま放っておいても解散に追い込まれるだけ、という小規模な共済がずいぶんあります。新聞報道にも、少額短期保険事業者にはなれない、営利目的ではない助け合いの互助会や共済が、次々に解散に向かっているという報道があり、そろそろこれが社会問題になってきています。こういう声を広げていくべきではないかと思うのですが、これはフロアの方に伺いたいと思います。

第3点に、「中小企業等協同組合法」傘下の各共済との連携は可能だろうか、あるいは今から技術的に可能かどうかわかりませんが、聞くところによると葬祭・葬式の事業連では、共済事業の維持のために「生協」を設立しようという動きがあるようです。今日の環境でそれが可能かどうかわかりませんが、そういう動きを模索している人たちもいるということです。この分野を検討できないか。

第4点目ですが、先ほど出てきた「共栄火災」は、形態としては民間の損保会社ですが、戦前の産業組合以来、農協とは二人三脚で歩んでいる組

織です。選択肢として民間の損保会社と手を組まなければならない状況になった場合、たとえば農協と関連が深い共栄火災との事業連携が可能であるかどうか。そこで連携するとすれば、ほかの分野でも農協との関わりも出てくるのではないか。それが展望できれば、少なくとも外資に自主共済の資金が流出することもなく、さきほど来申し上げているセーフティネットの一翼につながるのではないか、ということになります。

第5点目は、現在、法律の運用ではせめぎ合いの最中ですが、さきほどのPSE法のような例では、市民の大きな声を背景に、現実即して法律の運用をある程度転換できたという実績があります。残された時間は多くありませんが、仮に今の流れが避けられないとしても、自主共済の側が、何とか世論を味方につけながら、少しでも今の共済の有利かつ自主的な枠組みを残すようにしなければなりません。私も私の立場でできることをやっていきたいと思いますが、このひどい状況を世論に訴えて、PSEの時のように、みんなが「それはあんまりじゃないか、ひどいじゃないか」というようになれば、状況は変わってくるといえます。現在、金融庁において、今回の保険業法改正に伴う法律の専門家を変えた議論をしているようですが、その中で今回の法律改正で定められた共済＝保険という基本的な流れを現実の運用にブレイクダウンする場合、「原則適用なのか、原則適用除外なのか」という議論を多角的にしているのですが、大勢は「原則適用だ」と突走しているのが実態だそうです。このまま放置すれば、自主共済は解体的な被害を受けることは明らかであり、制度共済もまた5年後の見直しで厳しい局面に晒されるでしょう。しかし世論喚起によって、状況を打開することが期待できないわけではありません。今の政府の動きは、外資や生損保の利益にはなっても、最終的には、共済事業の利用者・加入者や保障ニーズを持つ市民の利益にはむすびつかないからです。何とか今のうちに、そのことをより広範囲に、よりわかりやすく世論に訴えるべきだと思います。

そしてこれは、制度共済も同じ課題であることはいまでもありません。制度共済の側としても、「保険と同一視」されるようなことばかりするの

ではなく、いま上げたような広範な市民との連携を図るなど、「共済らしさ」を強調・訴求していくべきです。そのことが、「共済と保険との違い」をより広く市民に訴えていくことにつながると思います。

2. 総合農協と共済事業＝協同組合としての自主性・民主性、そして地域を守るために

万が一、このまま農協における信用・共済事業が分離・分割されて、仮に「JAバンク(株)」や「JA共済(株)」になったとしても、それぞれの事業・組織が、そして農業をはじめとする地域経済が、これまで以上にうまくいくとはとても思えません。先ほどもお話ししたとおり、農協共済の事業推進というのは、支所などの内勤職員が農家に上がり込んでおすすめる、地域ぐるみの推進、協同組合の保険だったわけです。その基盤がなくなった状態で、たとえ、一定の専門知識を持った優秀な「JA共済(株)」の専門セールスマンが農家の土間に上がって加入を勧めたとしても、「あなたの顔なんか見たこともないよ、帰ってくれ」となってしまうケースも増えるのではないのでしょうか。これまでは、自分の地域の生活を支えてくれる農協の職員による顔の見える関係による勧めだから、と安心して共済にも加入してくれたのです。だからこそ、農協共済はここまで伸びてきたのです。その基盤を根こそぎつぶしてしまうというのが、今の外資や生損保の意向を踏まえた政策の流れです。

本来、農協も生協もそれらには徹底的に対抗するべきだったと思うのですが、残念ながらそうはなっていない。しかしこのまま行けば、農協・共済事業はそうした流れにやられてしまうのは間違いないことです。農協がそうならせば、農家にも農村にも当然、大きな影響がある。食料自給率がこれだけ下がっているのに、これ以上農地がつぶれて、農業がつぶれるような事態につながることを放置していいのだろうか。農協がつぶれても農業が残ればいい、むしろ神門氏のように、むしろ農業のためには現在の農協がない方がいい、という人もいるかと思いますが、その論証は甚だ不十分であり、かつ現実には恐らくそうはならないでしょう。

我々が直面している今日の状況は、様々な面で「格差の広がり」を加速させるものだと思います。こうした中で、農業に携わる人もそうでない人も、地域でともに生きるために、手を取りあって地域のセーフティネットを再構築する作業が重要であり、共済事業もなるべく現在の非営利協同の形を変えない中でその一環となるよう手を尽くすこと、その上で、事業・組織の非営利協同性を大いに生かしながら、地域の広範な人々に対して事業と組織のネットワークをヨコに広げていくこと、このことこそが必要・重要なのではないかと思います。

【注】

- 1) 産業組合史刊行会(1966)『産業組合発達史』各巻、産業組合史刊行会、また、高橋巖(2006)「農協・協同組合の地域における役割を考える～「反協同組合論」の系譜と農協の「解体的再編」論議等を踏まえて～」『共済と保険』第48巻第1号, pp.16-24。
- 2) 本間照光(2006)「「無許可保険」問題と共済理論の復権」『協同組合研究』第25巻2・3合併号, pp.3-8。なお近刊の、押尾直志監修・共済研究会編(2007)『共済事業と日本社会—共済規制は何

をもたらすか—』保険毎日新聞社、において、これらの議論は総合的・多角的に展開されている。

- 3) 神門善久(1998)「農協問題の政治経済学」奥野正寛・本間正義『農業問題の経済分析』日本経済新聞社、及び、速水祐次郎・神門善久(2002)『農業経済論新版』岩波書店。
- 4) 三輪昌男(2001)『農協改革の逆流と大道—「集権と大競争」から「分権と棲み分け」へ—』農文協。
- 5) J. G. マーチ, H. A. サイモン・土屋守章訳(1982)『オーガニゼーションズ』ダイヤモンド社。
- 6) 金子勝(1999)『反経済学—市場主義リベラリズムの限界—』新書館, pp.293-313, また同(1999)『セーフティネットの政治経済学』中央公論新社、同(2004)『月光仮面の経済学—さらば無責任社会よ—: 文庫版』朝日文庫, pp.72-103。

※(事務局より)高橋巖先生の業績等については下記を参照下さい。

<http://kenkyu-web.cin.nihon-u.ac.jp/Profiles/NA/0006803/profile.html>

(たかはし いわお、日本大学生物資源科学部食品経済学科 准教授)

(2007年3月30日実施)

押尾直志監修 共済研究会編

『共済事業と日本社会—共済規制はなにをもたらすか』

(保険毎日新聞社、2007年6月、1890円)

杉本 貴志

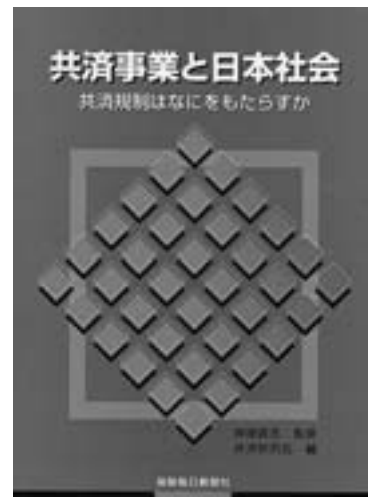
「非営利・協同」の事業というとき、多くの人
がまず思い浮かべるのは、生協や農協のような協
同組合によって展開される、消費や購買、あるい
は福祉や医療に関わる事業であろう。非営利・協
同組織において実際にその部門に従事している
人々や、それを専門のテーマとしている研究者で
なければ、「共済」というのは非営利・協同の各
種側面のなかでも、いささか取っつきにくい印象
を与える、いわばマイナーな分野に甘んじてきた
…といったは言い過ぎだろうか。

ところがいま、その共済が「非営利・協同」の
運動と研究のさまざまな場面で、多くの論者に熱
く語られるようになってきた。21世紀初頭におけ
る「非営利・協同」の運動と市場競争万能主義と
の対抗のなかで、まず主戦場となったのが、保険
市場だったのである。

具体的にいえば、2006年4月施行の改正保険業
法が、保険市場ではカバーできないような領域で
の人々の自主的な「助け合い」として日本社会の
なかで長らく存在してきた各種共済事業に対して、
保険会社へ転換するか、それとも廃業するか（＝
保険会社にその市場を明け渡すか）を実質的に突
きつけた。まるで通り魔犯罪のように、これまで
何の落ち度もなく健全に営まれてきた事業が、あ
る日突然ターゲットにされ、命を狙われたのであ
る。本書は、そうした無謀・乱暴な「共済規制」
がなぜ生まれ、それが非営利・協同組織の各種共
済事業に何を迫っているのかを、以下の構成によ
り明らかにしようとしている。

I 共済規制の経過と内容

- 1 共済事業の今日的意義と法規制問題 押尾直志



- 2 日米保険マーケット拡大と共済規制 本間照光
 - 3 共済事業の歴史と共済規制の歴史 坂井孝二郎
 - 4 共済法の現状と課題 松崎良
- ### II 共済事業の果たしている役割と課題
- 1 共済事業の全体像 相馬健次
 - 2 協同組合共済の果たしている役割と課題 吉田均
 - 3 共済の経営問題と法規制 佐々木憲文
 - 4 自主共済の果たしている役割と課題 共済の今日と未来を考える懇話会
 - 5 労働組合共済の果たしている役割と課題 長谷川栄
 - 6 無認可共済の論議と連合の取り組み 木村裕士
 - 7 PTAの「安全互助会」の果たしている役割と課題 栗原清昭
 - 8 知的障害者の「互助会」の果たしている役

割と課題 福田和臣

9 労協連のCC共済の果たしている役割と課題 岡安喜三郎

10 ヨーロッパにおける共済組織の位置づけと現状 石塚秀雄

資料および解説

保険業法改正問題の経過と背景資料

数年前、「〇〇共済」を名乗る業者によるマルチ商法、詐欺商法、悪質な金儲けが続々と摘発された。ところがこうした業者が「共済」を名乗っていたことにいわば便乗して、「消費者保護」「同一競争条件確保」という名目のもと、健全な本来の共済事業までもすべて保険業法の規制対象としようとしたのが、金融庁であり、保険業界であり、在日米商工会議所だったのである。

改正保険業法では、かろうじて例外規定として、農協、生協、全労済など協同組合による共済や労働組合による共済については適用除外とすると規定されたが、それ以外の自主共済は、たとえばPTAがつくる安全互助会などですら、除外とすることが認められなかった。加入金500円程度のPTA役員による事故見舞金共済制度さえ、存続したければ保険会社に転換せよというのである。要するに、そんなものを自分達でやることは怪しからんからやめなさい、必要なら保険会社の団体保険に加入しなさい、ということであり、日米の業界からの圧力があれば、いまだ日本の行政はここまで露骨なことをするのである。

そして適用除外が一応認められた協同組合や労働組合による共済を含めて、4年後にはあらためて保険業法における共済の取り扱い全体の見直し

が予定されているという。外堀を埋めてから、内堀を考える、ということだろうか。農協や生協にとっても、他人事ではないのである。

この共済規制問題に関しては、評者は関心があっても予備知識がなく、これまで今ひとつ何が問題なのか正確に理解していなかったというのが正直なところであるが、そんな評者にとっても、本書は実にわかりやすく、有益であった。そして各種共済への規制が、小さな自主共済だけでなく、協同組合保険全体に関わる問題であること、さらに保険・共済問題にとどまらず、これは市場競争万能主義による「非営利・協同」の運動全体に対するあからさまな挑戦であること、を理解することが出来た。

そういう意味で、共済関係者のみならず、「非営利・協同」には関心があるけれども、保険や共済にはとくに興味がないというような人々にとくに本書の一読をおすすめしたい。また監修者、編者には、本書の内容（共済規制批判）をさらに展開するとともに、これまでの共済のあり方に対する率直な反省と建設的な批判を含めた続編の刊行をぜひ期待したいと思う。そうした研究・啓蒙活動をもって世論を動かさなければ、次の法改正・見直しにおいては、ひょっとすると生協や農協などを含めた日本の共済事業全体が完全に踏みつぶされてしまうかもしれない。それは共済のみならず、競争経済における「異分子」全体を日本の社会から排除する第一歩となるのではないかと危惧するのである。

（すぎもと たかし、関西大学商学部教授）

出版トレンド

野村 拓

モノグラフの意味

おそらく、これまで「文献プロムナード」で紹介した海外文献の大部分は、医学部図書館には入っていないことだろう。医学部は雑誌中心であり、図書館で新着雑誌を数頁コピーしてきて、つつきまわすのが教室抄読会である。業績評価も雑誌論文、英文論文（掲載雑誌の格づけも含めて）などが中心で、モノグラフ（単行本）は評価の対象とならない。そういう世界だから、「文献プロムナード」で紹介したモノグラフも、雑誌論文と勘違いがいて「巻・号・頁が入っていませんが」と問い合わせる「重症」者もいる。

もちろん、雑誌論文の方が情報が新しいだろう。しかし、ものごとを全体のなかで位置づける思考回路は失われている場合が多い。雑誌論文を読んで雑誌論文を書く、これは視野狭窄の再生産であり、これをくり返しているうちに、「画像のねつ造」や「データの改ざん」などの誘惑に駆られるのではないか。

ジェームス・リンズの壊血病対策に関する画期的な論文は、An Essay on～であり、マルサスの『人口の原理』も An Essay on～である。Essayとは、みずからの仕事をみずからの世界観のなかに位置づけたものと考えべきで、それを表現する形がモノグラフである。マルサスの古書の表紙には、肩書きの代わりに『人口の原理』の著者と入れられている。医学部「ねつ造学教室」という肩書きよりも信用できるからだろう。

20年前の文献プロムナード

衛生学教室から「医学概論」に横すべりして講

義を担当しはじめたころには、学生にモノグラフを紹介し、モノグラフを読むことをすすめた。丁度、20年前のことであり、定年後を意識して、洋書の私費購入を増やした時期でもあった。

「こんな本があるよ。どうだ、面白そうだろう」といった調子で。

『病院の解剖学』

☆Julian Ashley : Anatomy of A Hospital. (1987) Oxford Univ. Press.

この本は病院の各診療科の特徴を紹介しているが、「ハイテク」の対語である「ローテク」という言葉を精神科にあてはめている。

同じく解剖学バージョンで

『都市G Pの解剖学』

☆David Wilkin 他 : Anatomy of Urban General Practice. (1987) Tavistock.

はイギリス GP (General Practitioner) の、丸腰に近い「軽装備」がよくわかる。

「先生、その本は図書館にありますか」

という質問が出る。

「多分、ないだろう。購入するように要求しなさい」

と答えていたのが20年前だが、20年前、つまり1987年に出された本だけで「文献プロムナード」を編成すれば、出版トレンドがある程度わかるのではなからうか。そのころは「医の倫理」に関する本がいろいろ出されていたような気がする。

医の倫理

『現代的ヒポクラテスの探究』（第5回で紹介）

☆Roger J. Bulgar 編 : In Search of the Modern Hippocrates. (1987) Univ. of Iowa Press.

この本は、最終章で、編者とヒポクラテスとの

架空対談が行われる構成になっているが、ここで医師・患者関係をこわすものとして「医・産複合体」(medical-industrial complex)が挙げられているところが鋭い。医師・患者関係をとりあげたものとしては

『医師・患者関係の研究』

☆Andrew Elder 他編 : A Study of the Doctor-Patient Relationship. (1987) Tavistock

『パートナーとしての患者』

☆Robert M. Veatch : The Patient as Partner. (1987) Indiana Univ. Press.

などがあるが、この時期には臓器移植がらみでの死の判定にかかわるもの、およびそれらの具体例から医の倫理を問うもの、法律との関係を問題視するものが多かった。

『死の選択』

☆Ruth Macklin : Mortal Choices. (1987) Pantheon Books.

は、ドナーの死を前提とする臓器移植を行なう医師は、みずからもドナーとなる承諾を「リビング・ウィル」の形で表示すべし、と主張し、その書式を掲げている。また臓器移植とともに臓器の商品化の傾向も見られ

『生の贈与——個人、家族、社会的ダイナミクスにおける臓器移植の効果』

☆Roberta G. Simmons 他 : The Effect of Organ Transplantation on Individual, Family, and Social Dynamics. (1987) Transaction Book.

には、1971年にニューズウィーク誌に掲載された「腎臓求む3,000ドル」の広告が紹介されている。

臓器移植の問題、死の判定の問題など医療技術の進歩がもたらした問題を法的整備や倫理的規範の確立が追いかけるというのが、この時期の特徴であり、これに関連する本も、次のように数多く出された。

『死と進行形の死をめぐる法的最前線』

☆Norman L. Cantor : Legal Frontiers of Death and Dying. (1987) Indiana Univ. Press.

『法律と医の倫理』

☆J. K. Mason 他 : Law and Medical Ethics. 2版. (1987) Butterworths.

『医療管理における倫理』

☆Kurt Darr : Ethics in Health Service Manage-

ment. (1987) Praeger.

『医療の法的展望』

☆Bernard Knight : Legal Aspects of Medical Practice. 4版 (1987) Churchill Livingstone.

『医の倫理と高齢者』

☆John Elford 編 : Medical Ethics and Elderly People. (1987) Churchill Livingstone.

『ヘルスプロモーションにおける倫理的ディレンマ』

☆Spyros Doxiadis 編 : Ethical Pilemmas in Health Promotion. (1987) John Wiley & Sons.

『産前スクリーニング、政策と価値』

☆Elena O. Nightingale 他編 : Prenatal Screening, Policies, and Values. (1987) Harvard Univ. Press.

このように、医療技術の進歩がもたらす倫理的、法律的な問題の他に、医療技術の高コスト化と国民に対して保障されるべき医療水準とのバランスの問題があった。

医療費抑制と民営化

1980年代はレーガン、サッチャー、中曽根という公的医療費抑制、医療(保障)民営化の三羽鳥が活躍した時代である。サッチャーはNHS(ナショナル・ヘルス・サービス)の民営化をはかるが

『NHSハンドブック』

☆Barbara Cornah 他編 : NHS Handbook (1987) Macmillan.

では、無料ベッドと金持ち用有料ベッド(pay bed)の他に、日本の差額ベッドに相当するAmenity Bedが登場する。そして次のような国営企業の民営化をテーマにした本も出される。

『民営化の政策学——公的サービスの免責』

☆Kate Asher : The Politics of Privatisation——Contracting Out Public Services. (1987) Macmillan.

アメリカでは1983年にメディケアにDRG(Diagnosis Related Groups——診断名グループ別の診療費規制)が導入され、全面的な公的医療費抑制が進められ、民間活力を代表するものとしてHMO(Health Maintenance Organization——健康管理つきの任意加入健康保険)が政策的推奨される。これら一連の動きを示す書籍を紹介すれば次

のようになる。

『メディケイドのコスト抑制——長期ケアの報酬』

☆Robert J. Buchanan : Medicaid Cost Containment——Long-Term Care Reimbursement. (1987) Fairleigh Dickinson Univ. Press.

『ギャップを埋める——ならなくて済む病気の負担』

☆Robert W. Amler : Closing the Gap——The Burden of Unnecessary Illness. (1987) Oxford Univ. Press.

『アメリカ医療のバランス、チョイスかチャンスか?』

☆Howard H. Hiatt : America's Health in the Balance, Choice or Chance? (1987) Harper & Row. また、医療費抑制のもうひとつの契機となったいわゆる「高齢化」をめぐる問題をとりあげた本も数多く出されるようになった。

『近代社会における高齢者』(第17回で紹介)

☆Christina R. Victor : Old Age in Modern Society. (1987) Croom Helm.

は1900年生まれのコホート解析や1920~21年生まれが受けた大恐慌の影響など、歴史的深度を持った高齢者問題研究。他に

『カナダの高齢者入所施設』

☆William F. Forbes 他 : Institutionalization of the Elderly in Canada. (1987) Butterworths.

は「施設入所主義」と訳すべきなのかもしれない。

『愛は不十分——ぼけ老人の家族ケア』

☆Emily K. Abel : Love Is Not Enough——Family Care of the Frail Elderly. (1987) APHA.

などが出された。

健康・地域・参加

医療費抑制問題と高齢者問題とがドッキングした地点で、長期ケア、在宅ケア、地域ケアが浮かび上がってくるが、これらはこの時期の看護書でもよく取り上げられている。

『長期保健ケア』

☆Philip W. Brickner 他 : Long Term Health Care. (1987) Basic Books.

『長期ケア』

☆Rosalie A. Kane 他 : Long-Term Care. (1987) Springer.

『地域看護』(第2回で紹介)

☆G. Baker 他 : Community Nursing. (1987) Croom Helm.

『地方自治体看護』(第2回で紹介)

☆Monica E. Baly 他 : District Nursing. 2版. (1987) Heinemann Nursing.

『ホームケアの管理』

☆Stephen Crystal 他 : The Management of Home Care. (1987) Springer.

などであるが、末期患者へのハイコスト医療への疑問から、ホスピスも関心の対象となりつつあった。

『ホスピス制度』

☆Vincent Mor : Hospice Care Systems. (1987) Springer.

によれば、ホスピスがひろがり始めた時期はイギリスで1960年代、アメリカで1970年代とのことである。

ホスピスに入るかどうかは、患者自身の選択、意志表示の問題であり、末期医療に限らず、ひろく健康問題、医療問題に患者・住民が参加すべきであることを表明したのが1978年の「アルマ・アタ宣言」だが、この流れに沿ったものとして次の文献がある。

『2000年戦略の評価』

☆WHO : Evaluation of the Strategy for Health for All by the Year 2000. (1987) WHO. (「2000年戦略」とは「アルマ・アタ宣言」でWHO・UNICEFが掲げた2000年の到達目標)

『参加による健康増進』

☆Ann Richardson 他 : Promoting Health through Participation. (1987) PSI.

『健康と病気——素人の視点』

☆Michael Calan : Health and Illness——The Lay Perspective. (1987) Tavistock.

EC、母子、途上国、エイズ

1987年段階では、以上の問題の他に、欧州統合問題、途上国問題、エイズ、母子問題などに関心

が寄せられた。一括して、以下に文献を紹介する。

『ECにおける医療職種養成』

☆EC 医学教育諮問委員会 : Medical Training in the European Community. (1987) Springer-Verlag.

『母性と医療——哺乳の社会史』

☆Pima D. Apple : Mothers and Medicine——A Social History of Infant Feeding, 1890-1950. (1987) Univ. of Wisconsin Press.

『国際母子保健の進歩』

☆D. B. Jelliffe 他 : Advances in International Maternal and Child Health. 7巻.(1987) Clarendon Press.

『途上国の人口と経済変化』

☆Richard A. Easterlin編 : Population and Economic Change in Developing Countries. (1987) Univ. of Chicago Press.

『女性とエイズ危機』

☆Diane Richardson : Women and the AIDS Crisis. (1987) Pandora.

また、どの時代にも見られる傾向ではあるが、「そもそも医療とは、そもそも健康とは」式の論稿をピックアップすれば次のようになる。

『医療と社会』

☆Eli Ginzberg 編 : Medicine and Society. (1987) Westview Press.

『医療社会学研究』

☆Julius A. Roth : Research in the Sociology of Health Care. 5巻. (1987) Jai Press.

『健康度の測定——スケールの設定と質問項目ガイド』

☆Ian McDowell他 : Mesuring Health——A Guide to Rating Scales and Questionnaires.(1987) Oxford Univ. Press.

『第1線での社会ケア』

☆Ruben Schindler 他 : Social Care at the Front Line.(1987) Tavistock. (ここで social work の弱いのが西独と日本、という指摘がある)

『低所得住居の環境保健改善』

☆WHO : Improving Environmental Health Conditions in Lowincome Settlement. (1987) WHO.

この本での風刺イラスト「官製・住民説明会」が面白い。役人曰く。

「A案は金がかかりすぎる。C案は不備である。

とすれば皆さん、答はおのずから出てきますよね。」

『医療マンパワー——計画、養成、管理』

☆Andrew F. Long 他 : Health Manpower——Planning, Production and Management. (1987) Croom Helm.

『医療マンパワーの発展』

☆Milton I. Roemer 他 : Reviewing Health Manpower Development.(1987) WHO.

『健康と医療の指標と動向』

☆Detlef Schwefel 編 : Indicators and Trends in Health and Health Care.(1987) Springer-Verlag. (OECD 資料を使った国際比較)

『公衆衛生学と人類生態学』

☆John M. Last : Public Health and Human Ecology.(1987) Appleton & Lange.

このように並べてみると、1987年という年は、国際比較も含めて多彩な材料が提供され始めた年と見ることができる。

追い出すための「治癒」

1987年6月には厚生省国民医療総合対策本部が「中間報告」を発表して、日本は国際比較の上で入院日数が長過ぎ、「社会的入院」が多いから、これをなくそうと主張した。

また、保険診療に枠をはめ、枠を超えた部分は「快適サービス」として自己負担をしてもらおう、とも主張した。これはサッチャーが導入した Amenity Bed の Amenity を拝借した言葉である。

また、原則として病院給食の保険適用は廃止して、患者には病院の食堂で自由に(有料で)食事を選択してもらおう、とも主張した。しかし、歩いて食堂に行けるような患者が入院していることを「社会的入院」として排除しようとしたのもこの「報告」である。

この年の9月には、第1回の日本高齢者大会が開催され、病院から追い出されたり、無視されたりする人たちの怒りを結集した。入院日数が長びけば長びくほど、診療報酬を引き下げるという「心いやしき」誘導政策の犠牲に高齢者たちが供されつつあったからである。

「心いやしき」誘導政策にとって、都合のいい

部分を海外資料からとってきたのが前記「中間報告」だったので、当時、私はこれを「つまみ食いインターナショナル」と批判した。つまみ食いするのであれば、もっと他のものをつまみ食いしてもらいたい。それは、

『病院・健康・人びと』

☆Albert W. Snoke : Hospitals, Health, and People.(1987) Yale Univ. Press.

である。これは医学教育に深くかかわった著者の医学生たちへのメッセージであり、その要点は、医師が「治りました」と宣告することは、行き場のない患者にとっては「追い出し」宣告になる、ということである。

著者がしばしば医学教育の材料に使ったとされる「退院患者像」は、わずかの手廻り荷物を持って、前かがみに蹠踵と歩む老人像であり、その台座には「治癒」は「追い出され」と刻まれている。医師が「治癒」という判定を下すときには、これらのことを考えるべきだ、というメッセージである。

しかし、前記「つまみ食いインターナショナル」には、このような配慮のカケラもない。そして、このあたりから、「治癒」判定は「追い出し」方法論に転化したまま、今日に至っている。

今回は1987年出版のものだけをとりあげたが、その後をトレンドとして辿るならば、まず、退院促進用の「受け皿」づくりのために介護保険がつくられたことを挙げなければならぬ。そして、この「受け皿」の方にも期間的枠がはめられて「受け皿」から追い出されたり、あるいは入ることを拒否されたりで「在宅」に移行し、「在宅」で人知れず餓死したり、あるいは「在宅」の場さえないホームレスを生んだりしているわけである。

医療・福祉関係者は前記「退院患者像」を見つめなおして、ふんばりどころを再確認すべき時代、これが2007年である。

(のむら たく、国民医療研究所顧問)

(次回、20回で完結いたします。複数回、引用した海外文献の「仮訳」の不統一につきまして、統一したものを編集部を用意して、お問い合わせに応じられるようにするつもりです。)

機関誌『いのちとくらし』バックナンバー

●19号（2007年5月）—特集：外国に見る検視(死)制度と医療事故補償制度—

- 巻頭エッセイ「安全文化について」肥田 恭
- 視察報告「英国における死因究明制度の視察」小西 恭司
- 視察報告「オーストラリア・ビクトリア州の検視制度の視察」大山 美宏
- 論文「デンマークの医療事故補償制度」石塚 秀雄
- 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）」
- 座談会「自主共済の存続のために」斉藤義孝、室井正、渡邊文夫、西村富佐多、司会：石塚秀雄
- 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づけ」松崎 良
- 文献プロムナード¹⁸「視点いろいろ」野村 拓
- 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
- 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

●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¹⁷「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」蒔昭三
- 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「ロッチデ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⑩「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⑪「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？

- 巻頭エッセイ「潮目を変える『怒り』を」八田英之
 - 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⑫「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・ガバナンス』（ガバナンス叢書）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⑫「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」齊藤縣三
- 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―」尾崎恭一
- 論文「インフォームド・コンセントを患者医療参加の契機に」岩瀬俊郎
- 翻訳 M.ファルケフィッサー、S.ファンデルヘースト「オランダ疾病金庫の価格競争」竹野幸子
- インタビュー「労働運動から見た非営利・協同」小林洋二
- エッセイ韓国から②「易地思之の心構えで」朴賢緒
- シリーズ・文献プロムナード⑩「社会的再生産失調」野村拓
- 書評 八田英之『民医連の病院管理』石塚秀雄

●10号(2005年2月) ――特集：非営利・協同と労働

- 巻頭エッセイ「地域づくりと協同のひろがり」山田定市
- 座談会「非営利・協同組織における労働の問題―医療労働について」
田中千恵子、二上護、大山美宏、岩本鉄矢、坂根利幸、角瀬保雄、司会：石塚秀雄
- 非営利・協同入門⑥「ワーカーズ・コレクティブ、NPOでの就労に関する論点と課題」山口浩平
- 論文「市民を守る金融システムは出来るのか」平石裕一
- 論文「介護保険制度『改革』の狙いと背景」相野谷安孝
- 第4回公開研究会報告「地域医療と協同の社会―金持ちより心持ち」色平哲郎
- 海外医療事情②「セネガル保健事情―見過ごされた優等生？」林玲子
- エッセイ韓国から①「わだかまりを越えて」朴賢緒
- 文献プロムナード⑨「全人的ケアの歴史」野村拓
- 書評「ボルザガ、ドゥフルニ著、内山哲朗、石塚秀雄、柳沢敏勝訳『社会的企業―雇用・福祉のEUサードセクター』、日本経済評論社、2004年」日野秀逸

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

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

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

● 8号（2004年8月）—特集：非営利・協同と文化

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

● 7号（2004年5月）—特集：コミュニティと非営利・協同の役割

- 巻頭エッセイ「『満足の文化』といまの日本」相野谷安孝
 - インタビュー「栄村高橋村長に聞く」高橋彦芳、福井典子、角瀬保雄、前沢淑子、司会：石塚秀雄
 - 栄村REPORT
 - ・「栄村訪問記」角瀬保雄
 - ・「小さくても輝いていた栄村：山間部と都市との比較から学んだこと」福井典子
 - ・「栄村を訪ねて10年、いま思うこと」前沢淑子
 - ・資料 事務局
 - 論文「市町村合併政策と保健事業の危機」池上洋通
 - 第3回公開研究会報告「インドネシアの非営利・協同セクターと社会保障制度」サエディマン
 - 書評「橋本俊詔『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

○No.19 (2007.7.31発行)

「理事長のページ：まちづくり、コミュニティビジネスと非営利・協同」(角瀬保雄)、「副理事長のページ：日野市立病院の改革に先立って」(高柳新)、事務局からお知らせ、事務局経過報告、「フランス保健省ONIAMのマルタン局長は「国境なき医師団」の創立メンバーの一人だった！」(吉中丈志)、「外食チェーンワタミの介護事業」(石塚秀雄)

○No.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」No.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)

○No.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

○No.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

○No.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

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)。

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）



「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

【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
▽

【次号21号の予定】(2007年11月発行)

特集:非営利・協同の資金調達問題

- ・ 座談会「非営利・協同組織の法規制と資金・税金問題の今後」
- ・ 論文「病院資金調達の制度と非営利・協同医療機関」
- ・ 第7回自主共済組織学習会報告 など

【編集後記】

前号に続き、医療事故補償制度について扱いました。これらは11月視察前に報告書をまとめる予定です。医療をめぐる状況がどうなっていくのか、9月発行予定の『日本の医療はどこへいく―「医療構造改革」と非営利・協同』(新日本出版社発行)をご覧ください。



「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