

目次

- 巻頭エッセイ 樋口一葉と憲法25条……………村口 至 1
- 座談会「非営利・協同組織医療機関の資金調達と非営利・協同金融の展開」……八田 英之、坂根 利幸、根本 守、岩本 鉄矢、石塚 秀雄 2
- 論文「近時の医療紛争の諸問題—裁判による解決と裁判外の紛争処理—」
……………我妻 学 15
- 論文「ドイツの医療事故補償制度」……………石塚 秀雄 21
- 参加報告「ヨーロッパ福祉用具事情—REHA CARE2004と2006視察を通じて」……………小川 一八 30
- 第7回自主共済組織学習会報告「共済と社会的企業」…中川 雄一郎 41
- 書評 角瀬保雄監修、非営利・協同総合研究所いのちとくらし編『日本の医療はどこへいく—「医療構造改革」と非営利・協同』……青木 郁夫 57
- シリーズ・文献プロムナード⑳（最終回）「医療・福祉の世界史」
……………野村 拓 62
- 研究所ニュース…………… 56、78
- バックナンバー…………… 67
- 入会申込書

表紙写真提供・前沢淑子氏

【次号第22号の予定】(2008年2月発行)
特集：非営利・協同の資金調達問題(2)
 ・座談会「非営利・協同セクターの資金調達問題」
 ・論文「日本における非営利・協同セクターの金融ネットワークの可能性」
 ・第8回自主共済組織学習会報告、
 ・新シリーズ「社会福祉と医療政策・100話」、など

【編集後記】
 『日本の医療はどこへいく—「医療構造改革」と非営利・協同』の書評を今号に掲載することができ、研究所の大きな課題を提示いただきました。座談会ではまとめることは大きな力となることが指摘されていましたが、共済学習会報告で扱われるイギリスの友愛組合やソーシャル・ファームの活動もその一例といえます。知ることの大切さをさまざまな面から紹介くださったシリーズ文献プロムナードは終了しますが、次号より新たなシリーズが誕生します。ご期待ください。



「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

樋口一葉と憲法25条

村口 至

最近、「たけくらべ」に見るジェンダー」（虫明喜美 東北大学講師）を聴講した。受験のために「たけくらべ」を読んだことがあったかな？という微かな記憶しかなかったために、文庫本を新たに購入して一緒に収められていた「にぎりえ」「大つごもり」「十三夜」「わかれ道」なども読んでみた。ついでに日記を分析した『一葉 樋口夏子の肖像』（杉山武子）にも目を通してみた。

結論として感じたことは、樋口一葉は「人間の尊厳を生活の中で実現するには、もてる者から借金をしまくっても恥じることはない」「もてる者が貧しき者を助けるのは当たり前だ」つまり、「健康で文化的な生活を社会が保障する、のは人間社会として当然である」という思想を、明治中ごろの天皇の絶対的支配国家の形成期に身を以って行動し、主張したのではないか。というのが一つの結論である。

いかがわしい事業で金儲けをしている男に近づいて「俺の女になれ」と言われ、憤然と拒否しつつも金だけは借りてくる。額が少ないと憤って日記に認める。毎日、金の算段に追われ「米びつに米がなくなって」ようやく和歌の師匠から借り出した2円で、その日の夜、妹くにと女義太夫を楽しむに行くなど堂々たるものである。まさに「文化的な最低限の生活、を金儲けした男から融通さ

せることに恥じらうどころか権利でもあるかのよう

に日記に記しているようだ（杉山武子）。作品に登場する男にはまともな男がないのも共通している。絶対的天皇制、強い家父長制の社会では、男は時の権力と2重映しであったと考えると、一葉の時の権力に対する否定的思想が表現されていると考えるのはうがちすぎだろうか。社会的には、鉱山の労働争議、小作争議、米騒動が全国的に社会を動かしつつある時であった。

このように考えると、樋口一葉を「日本文学史上の古典と近代文学の橋渡し者」という評価に止めるのは、極めて不十分であると言いたい。一葉を、今日の人権の視点から捉え直した再評価がされることを望む。憲法9条と25条が人びとの豊かな生活と人生を支える両輪として広く意識されてきた時に、そのルーツを探る作業の一つとして、樋口一葉をも視野に入れたい。

又、虫明講師の指摘するジェンダーの視点からのとらえ直しも、時代と作品をより豊かに分析し今日に通ずる要素を引き出してくれるものと感じた。

（むらぐち いたる、坂総合病院名誉院長、医師、会員）

座談会 「非営利・協同組織医療機関の資金調達と非営利・協同金融の展開」

出席 八田 英之（はった ふさゆき、千葉県勤労者医療協会副理事長、全日本民医連顧問）
坂根 利幸（さかね としゆき、協働公認会計士共同事務所）
根本 守（ねもと まもる、協働公認会計士共同事務所）
岩本 鉄矢（いわもと てつや、庄内医療生活協同組合副理事長、全日本民医連事務局次長）
司会 石塚 秀雄（いしづか ひでお、研究所主任研究員）

●民医連の資金調達とは

司会 本日は医療制度再編のもと、非営利・協同医療機関の資金調達問題の重要性についてご議論していただきたいと思います。具体的には民医連関連の医療機関における資金調達とは何なのか。資金調達といってもいろいろ目的があると思います。たとえば運転資金、建設資金、これがどういう位置づけになっているのか。そもそもこの問題で困っているのかどうかというのがありますが、運営上、資金調達の問題はどのような問題があるのか、このあたりからお話をいただきたいと思います。

特に医療機関は法律で非営利性を規定されていて、そういう中で資金調達にもそれなりのロジック、規制が課せられていると思います。また最近では法律で社会医療法人が出来たり、医療の民営化で株式会社がこの領域に参入してきたりするのは問題である、という議論もあります。営利関係の資金調達は徐々にPFI方式とか実際に金融機関が医療機関に対して進出してきていると思います。そうした営利・非営利の金融・資金調達の状況をふまえて、まずは民医連関係の資金調達について、八田さん、最初にいかがでしょうか。

八田 千葉県勤労者医療協会は、資本負債構成がだいたい110億円くらいです。大衆資金が40億円、うちちょうど20億が有利息で20億が無利息。無利

息のうち15億が出資基金という地域協同基金で、1億ちょっとが古いタイプの無利息債です。銀行からの長期短期の借入金が33億6千万円。短期はボーナス資金以外はありません。自己資金（退職引当、賞与引当金など）が25億5千万円。ただし、自己資金があるといっても赤字が9億ありますので、その分実質的にはだいぶ減ります。いわゆる買掛金その他債務が15億円。累積欠損9億3千万円です。

非常に古典的な、民医連の4-4-2スタイル（銀行4、大衆資金4、自己資金2）に近い線で推移しているといえます。有利息債は建設時に、一番短くて半年、だいたい2年などの取り扱い期間を定めて募集します。それ以外の時は募集を停止して、書き換えには応じるが新規募集には応じない形なので、年間3千万～4千万円ずつ減少します。一方、職員の月々天引き積み立ての出資基金が月額700万円ありますので、それで大衆資金の有利息の減少分を補うという形です。

現状では目標として月額15-20億円くらいはお金を持って翌月に動くようにしているのですが、この点は守れています。どのくらいの人が出資してくれているかということ、大衆資金は約4千人くらいの人が出資しています。今の時点で資金調達の上で困っていることはありませんが、ただ一つ困っているといえば、銀行に対する説明が民医連の統一会計基準に基づいてすると難しく、担当者が変わるたびに「なんで赤字なのに引き当てるの

か」とかこの出資基金について一生懸命説明しなければならぬ。1,2年すると担当者がわかってきますので問題はなくなるのですが。その辺です。

司会 ありがとうございます。4千人の出資は自己金融になるのですか？

八田 民医連の統一会計基準でいくと出資基金は地域協同基金ですが、法律的には債務になります。ただ民医連の扱いとしては自己資本・協同基金比率として自己資本に準じて評価をしていくことになっています。

司会 出資基金はやはり、他の医療法人とは違う概念規定となっているといえるのでしょうか。

八田 民医連の方針で言う協同基金そのものだから、それを忠実に守ってやっているのですが、金額が結構大きいですね。

司会 一般的に定義すると協同基金はどうなるのでしょうか。

坂根 法律上では、地域協同基金は債務だけれど、経済的な機能で考えると、その性格は出資金に近く、無利息で長期の安定資金というものです。

八田 もともと民医連の歴史でいうと、1983年までは大衆債も含めて「修正自己資本」という概念があったのです。有利利息の債権まで含めて自己資本に扱っていたものだから、1983年4月に山梨問題¹があって、その5月の評議員会で早くもこの概念を止めますと決定したのです。実際、有利利息のものを資本として扱うのは間違いですから。ただし、無利息で期限の定めがなく友の会の会員である間はお返ししないとなると、ほとんど生活協同組合の出資金と実質的な内容としては同じになります。ただし法律上は出資金とは扱わないということです。

坂根 逆に言えば、協同組合の場合の、出資金が負債ではないかという欧米の見方と接近していると言えます。経済的機能を重視するか形式的な枠組みを重視するか、が混在しており、議論が継続しています。

八田 我々の頃はあまり問題にならなくて、問題になっているのは最近ですよ。

坂根 最初の議論でいけば、一般の医療法人では、いわゆる資本金である出資金の割合については、通常、広く集めることなんて出来ないから、きわめてウェイトは小さい。出来ないというのは、法律上は規制されていないが、実態として多数多額の出資金受入は出来ない。周りの地域住民や患者から、何らかの資金を一定の額まで集めることは出来ないで、一般の医療法人では、この議論はまったくない、と言えます。

民医連だけかどうかは別にして、地域に根ざした医療を実現しようという人びとが、初めは小さなところから、最初からいろんな人の資金を集めたり、借りたり、もらったりして成り立っていたのが、次第に、そのまま大きくなってきたということです。資金調達的手段として、生協形態の医療機関、例えば民医連でも半分超は医療生協組織ですが、医療生協では、出資金と組合債が組織的な資金調達手段です。組合債は、法律上も生協法の枠組みの中で位置づけられているので、それで問題はない。ところが医療法人や生協法人以外の組織形態には、そのような資金調達にかかる定めがないので、仕方なく独自に出資金という名前か、別の名前か、あるいは「借りる」という形で集めているのです。これが俗に言う「大衆債」というものです。いまでも借入期間や利率に少し差があります。

八田さんの法人は「4-4-2」という現状ですが、かつて「3-3-4」という、大衆債や金融機関からの借入で6割、大衆債や金融機関のどちらにもなるべく偏らない方が良く、ということを前提命題として、残り4割のうち自己資本は2

1 山梨県の山梨勤労者医療協会が、1983年に負債総額226億円、債務超過112億円で倒産し、全国の民医連の協力で再建した事件。民医連の歴史上重大な転換点になった。

割基準、さらに残り2割は無利息債務などの自己基準という議論もありました。その後、中身は内外環境も変わっているから成り立たなくなりましたが、ここで言いたいのは、なるべく偏らない方が良いのかな、という論点です。

八田 だいたい1960年代は、民医連は「銀行から借りると他人に支配されるから大衆資金に依拠しなさい」という方針だったのです。もともと60年代は経営状況が悪かったから、銀行も貸してくれなかったし、大衆資金に依拠せざるをえなかった。状況が大きく変わったのが70年代で、70年代に病院化をどんどん進めた時期に、山梨を先頭に病院債を集めることがはまりました。有利息の大衆債が急速に83年の山梨問題まで広がっていったのです。一方で経営規模も大きくなったし、そういうのを銀行へのある意味では見せ金にして銀行からも借りられるようになった。これが70年代の高度成長をお金の面で支えた。それが83年の山梨問題以降整理され、「大衆債依存体質」から脱却して自己資本の充実に努めること、無利息の生協の出資金に相当するような資金調達が必要だと80年代に打ち出されて、今日に至っているということだと思います。

岩本 いきなり具体的な話だったのでそういう話になっているのですが、そもそも資金需要ということを医療機関でいうと、私は購買生協出身だからとりわけよくわかるのですが、診療してから2ヶ月後でないとは主要な収入である診療報酬は入ってこない。一番大きな費用である給料は前払いしなければいけない。とにかくこの事業を始めるためには資金を用意しないと始められない、回転差資金というものがない業界だということです。またいま八田さんの話にてきたように、診療所規模の所が病院になったとたんに、診療機械や建物を含めた固定投資が巨大になるのです。それに莫大な資金が固定されちゃうことも含めて資金が必要になってくる。

最近のことでいえば介護を含めた分野、老健施設などはどう考えても1年間で1回転しない固定投資をすることになるし、高齢者住宅なども全然1回転しないという事業の性格なので、とにかく

何らかの形でお金を用意しないことには事業を通じて運転資金が生み出される業種ではないということですね。

司会 すると資金調達で重要なのは、運転資金、病院などの建設資金、高額な医療機器などの購入資金、まとめていえば設備投資ですか、あとは給与支払いでしょうか。

八田 給与まではいかないですね。結局、運転資金と設備投資資金なんです。運転資金に大衆資金を当ててはいけないというのが民医連の昔からの方針だったのです。といっても、スタートしてから2ヶ月は一生懸命集めたお金でつないで、2ヶ月つなげば後は入ってくるお金で何とかなるから、最初の2ヶ月に使った分が言わば資本を食い込んだ部分、これをどう取り返すか、というところでしょうか。

岩本 なおかつ儲からない業界ときてるからそれが大変。

八田 しかも会計制度でぜんぜん儲からないようになっているし。

坂根 まるで我々会計士が悪いような話ですが（笑）。

●金融機関との関係

司会 銀行との関係はどのようなのでしょうか。安定的なのですか？困ったときには銀行はどう対応してくるのでしょうか。

坂根 地方は銀行がたくさんあるわけではないから、経営が極端にいけない限りは比較的地方の有力な金融機関との取引が続いていて、「もう止めます」ということにはならないです。しかし都会は金融機関が乱立しているから、かなりドライに関係を切ったり、必要ならばつつこんだりしてきますね。

八田 ひと頃みたいにボーナス資金さえ貸してく

れないという所はありますか？

岩本 まだあるのですよ。

八田 そうすると銀行との事情は、地域差や経営条件によって格差が激しいと。

坂根 あとは銀行の担当者ですね。数字や指標と同じ基準で考えたりするから、ちょっとした幅で動いちゃうことも多いです。

八田 それはそうだ。銀行に対しては民医連の経営は相当丁寧に説明しないと、一番下の数字だけ、損益とか貸借の利益の数字だけを見られても困る。

坂根 だから、経営幹部が自信を持って説明できないといけない。多少、民医連独特の発生主義会計とかがあるのだから、これはこうなんだと説明がきちんと出来ないと、銀行の担当者もよくわからないこととなります。

司会 ヨーロッパには社会的会計とか社会的報告とかありますが、そういうので説明をして、世間で言う社会的貢献度を説明するものがあればと思います。

八田 そういうのがあると良いですね。

坂根 私たち（協働公認会計士共同事務所）も、多少気持ち的にボランティアでやっている仕事があります。それを人件費と、カンパとしてボリュームを損益計算で示すと、本来は収入がこれだけ入っていないがその分はカンパしている、とわかる。民医連でもそういうことはやろうと思えば出来ます。

司会 一般企業でもやっている企業もありますね。

岩本 ただ、銀行は評価しないですよ。

司会 評価しないですか（笑）。

八田 まあ、宣伝材料にはなると思うけれどね。

坂根 ただそのことによって成り立っているという説明にはなるんですよ。だから利幅が薄いことへの説明にはなる。

八田 典型的な例で言えば、友の会の組織活動、班会とか、専任の担当者がいたり、医学対に膨大な経費をつぎ込んでいたり、一般の医療機関ではない経費です。同時にそれがなければ民医連が立ちゆかない経費でもある。またケースワーカーや保健師さんとかが大勢いることもそうですね。それらが目に見えない形で大衆資金として返ってくることなんじゃないでしょうか。

司会 それは医療機関の非営利性、公益性の証明ですよ。公的病院と区分されるところがやる事業であるわけで。

八田 それが、そういうところは案外そうした事業をやっていないのです。絶対に民医連の方がやっていると言える（笑）。

司会 民医連の非営利性、公益性を証明することで、理屈的には民医連の社会性が明らかに出来ることになりますね。ところでこの金融機関には、労金や信金・信組なども入るのでしょうか？

坂根 入ります。労金から資金調達しているところもあります。しかしあまり批判をしたいのではないが、労金は実際は金利が少し高いし、パツと動いてくれないときがあると理解しています。

八田 50年代に民医連の中には大衆運営論というのがあって、その極端なものには労働組合、組織された労働者が民医連を所有していくのが一番良いという議論があったのです。その本音の大きな部分は、労働組合が経営に関わると労金からお金を引っ張れるというのがあったらしくて、実際にいくつかの所では労金からお金が借りられたとか、労働組合が経営に入ってきたとかがありました。たとえば私がいた坂病院でも、塩竈地区労に経営を移管するかという話があったくらいです。だいたい1954,5年頃は経営も厳しかったし、人も少なかったのです。その後この議論は数年で消えて民

医連とはどういう性格のものかさらに議論することになったのです。その頃から民医連と労金との関係は、私の印象では強くないですね。意外にも労金がメインバンクというのは少ないのではないのでしょうか。

岩本 うち（庄内医療生協）は形式上は労金がメインバンクです。生協は農協では可能な金融事業をすることができません。労金は生協ができない金融分野を代行する役割を担っているとと言われてきました。ですから山形県の生協連の理事会には労金がオブザーバーとして参加していますし、庄内医療生協の職員の給与は原則として労金の預金口座に振り込んでいます。しかし、事業資金という分野では十分な機能をはたせるという状況にはないようです。特に労金も合併が行われ、東北労金になってからは事業資金分野での距離がますます遠のいたという感じです。

根本 私が知っている限りで、民医連の中で労金からお金を借りているのは、3法人くらいでしょうか。

坂根 覚えていないけれど、もう少しあると思う。

岩本 うちの職員の給料振込の関係もあり、労働金庫のATMを病院に設置してもらっています。

八田 そうすると労金は今後、ちょっと心配だね。お客さんの評価を見ると。

坂根 非営利の金融機関の一つとあり得るはずだったのに、実際はそうでもない。

石塚 金融庁からの天下りもかなりありますよね？

坂根 もう大蔵省の時代、ずっと前からですよ。信用金庫、信用組合は基本的には小規模事業者（出資金が10億円以下、職員数が千人以下）が相手なのです。この間の川崎もそうなのですが、だから小規模じゃないから全部返せと詰められたのです。法律じゃそう明解な規定にはなっていない

のですがね。

八田 おたくは中小企業じゃありません、っていうことですね。

坂根 だから、地銀、旧第二地銀と都銀、それに信用金庫を組み合わせて、あまり片寄らないようにする。一つに片寄りすぎるとその金融機関の態度が変わると困るから、メインは決めても、どこでも3つくらいの金融機関を組み合わせている。

司会 単一の銀行から支配されないように、ということでしょうか。

坂根 支配はされないかもしれないけれど、態度を変えられると動きが取れなくなりますから。

八田 例を挙げると、M協会は、S銀行一本槍で他の銀行とのやりとりがなかったのです。良いときはそれで良いけれど、ある時厳しくなったら、相当に絞ってきて、資金繰りが心配になったということがありました。いまはどうなりましたか？

根本 すごく苦労したのです。去年の暮れによく他の銀行から5億円借りて、金が回るようになりました。S銀行はね、かたいですよ。

八田 だって静岡銀行に次ぐくらいの手堅さでしょ？だからあまり一つだけだと大変です。千葉勤医協の場合は、千葉銀行がメインだけれど、どんな事業をやるときでも借り入れの半分までにして、残りをみずほ銀行・三井住友銀行に半分ずつとしています。前はみずほ銀行だけだったけれど、私が行ったときに三井住友を入れています。千葉銀行もそうしてくれた方が危険の分散になるのいいと言っています。

司会 銀行の方も資産を担保にしますよね？

坂根 基本的に無担保はまずありませんし、最近では賞与資金の時でも難しいことがあります。金融機関側の原則は担保の範囲内、というのは変わりません。

岩本 1984年に庄内医療生協が病院を建てたときの借入では、医者は全員個人保証、婦長以上の幹部全員個人保証という担保を入れさせられましたよ。

坂根 まったく信用されておらず、物的資産もなかったんだね。

岩本 というのと、銀行も結局、融資に応じてくれたのは元無尽会社の第二地銀でした。優良銀行は危険を伴う融資には手を出さない一方で、中小の金融機関は、多少のリスクを負っても成功に賭けるというスタンスを取ったのだと思います。

◆◆◆ 民医連方式は続けられるか

司会 言わばタイミングが良かったわけですね。

さて、これから医療法人に対する法律が変わって、民医連方式、独特のスタイルというのは、そのまま続けられそうでしょうか。

八田 それは今日、聞いてみたいと思っていたことですね。例の病院債の問題がありますよね。

根本 日本における民間医療経営では、一般に個人か医療法人という医療法に基づく法人か、どちらかでやるわけです。基本的に医療法人の資金調達には個人の開業医等が出資する（社団）か、最初に寄付して出捐する（財団）かによって自己資本が作られ、あとは銀行借入です。銀行借入の中でも病院等比較的大規模なものは医療福祉機構という政府系の金融機関があって、医療福祉機構は民営化の流れの中で今後どうなるかはわかりませんが、そこと民間金融機関が長期の資金を供給するという仕組みだったのです。民医連以外の一般的な医療機関は、銀行借入に依存して資金を回してきたというのが実態だと思います。

ところが2003年くらいだったと思いますが、厚労省の方から「医療機関債発行運営のガイドライン」というのがいきなり出てきたのです。医療機関債とは基本的には民法の金銭消費貸借契約に基づくもので、医療機関「債」とは言うものの、実際は医療機関と貸してくれる個人等との個別の金

銭消費貸借に基づくものであり、そのガイドラインが厚労省から提起されたということです。また、医療機関債については民医連のやっている協力債を参考にしたのかな、と思わないでもないのです。というのは協力債のようなものを民医連以外でやっているという話をほとんど聞かないのです。ガイドラインが出て4年くらい経ちますが、実際の医療機関債の発行状況をインターネットなどで見ると、銀行が医療機関債を医療機関と契約して、通常の手形や証書の借入契約に変わる形式として活用しているというのが実態で、民医連のような地域の方々からお金を調達するという実態にはなっていないように思います。それが一つです。

それから2007年4月に医療法が改正され、あらたに基金という制度が出てきました。これは、医療法人についての非営利性の明確化を理由に、新たに設立する社団医療法人でも出資持ち分が認められず自己資本が集まらないと予想されることから、新たに自己資本を調達する方法として厚労省が考え出してきた制度です。実際は公益法人なども同様にこの制度をつくろうとしているので、その辺で考えたのでしょう。この基金というのは民医連の地域協同基金と似ていて、無利息であり、返してくれと言われれば返すという制度です。

ただし、厚労省のいう基金は自己資本にするとしている以上、自己資本が目減りすると困るので、返す場合には利益から補填する。逆に言えば、利益が貯まっていないところは基金を返してはいけない、万が一返したら理事会は弁済責任を負うということになっています。それが4月に出てきた制度の一つめです。

二つめは医療法人の中で特に公益性が高い法人については社会医療法人という制度を設けていますが、社会医療法人に限っては一定の条件付きで社債発行を認めるとしました。前述の医療機関債とは根本的に異なっていて、法的には有価証券です。有価証券ですから証券市場で広く資金募集し流通もさせる、一般の株式会社の株式や社債と同じ扱いをする、というルールとなっています。

社会医療法人債を巡り厚労省の考えていることの特徴は、医療法人については株式会社参入禁止等の関係で非営利性を求めるけれども、一方で資金調達の手法では市場経済に組み込ませようとい

う発想が強く出ているということです。

司会 特に社会医療法人の社債が市場経済に組み込む物で、前の説明があった基金は民医連としても活用できますね。

岩本 既にやっていますね。

根本 むしろ医療機関債や基金は民医連の取り組みを参考にしたのかなと思うくらいですが、規定上の取り扱いが厚労省は厳しい取り扱いにしているので、どう位置づけるかが難しいところです。

八田 逆に法律上はそうしなければならないという話ではないのですが、たとえば赤字の場合でも、民医連の場合は、無利息の出資基金を大いに集めるのです。それが厚労省の基準から見れば問題であるといわれるとやばいな、と思うのです。

また社債の問題も、このルールに則って有価証券でやるというのはいいけれど、個別にやっても有利息であるというのは問題だといわれると、医療改革関連法案の関係で民医連がやったことを形の上では真似しているようだけれど、返す刀で民医連の資金調達などを規制することに使ってくる可能性がないかと気になります。

司会 それは共済問題と同じで、実態はこうであってもイコールフットINGでルールに則ってやりなさいと言うかもしれない。民医連のような非営利・協同の医療機関は中間法人というか、従来の法律ではわりと緩やかに認めてきた法人ですが、これからは白黒はっきりさせて、非営利で医療法人でも持ち分のないものとはっきりさせると民医連も縛られちゃう可能性はありますね。

岩本 しかし日本の法律では医療は非営利と定められているのであって、営利・非営利で民医連が違ふということにはならないと思うのですが。

八田 公益性の強弱という問題はあります。

司会 資金の集め方、特に協同基金のような地域住民や患者から集めるというスタイルは独特であ

って、それは強みである一方、将来的に規制をかけてくる可能性はあると思うのです。

坂根 ここしばらく前からの医療法人制度の問題なども含めて考えてみると、全部一貫して考えられているかということ、そうでもない。出資額限度法人にしてもわずかの間に変質してくるのだから、いろいろ実態をみて、まずいな、と手を打っている所もある。必ずしも企図しているかどうかははっきりしない。でも、民医連の特定医療法人については社会医療法人の認定を受けるかどうかを考えなければならない。そうするといま言われているとおり、明らかに証券市場かどうかは別にしても地域住民に支持されてというのでないと成り立たない部分があって、民医連と重なる部分が出てくる。規制されるかどうかは別だけれど、この大衆債は何だとなりがねない。彼らが用意しているものとかかなり違ふと評価を受ければ、そのことが問題となる可能性はあるのです。

司会 いままでやってきたことは、社会医療法人でいうところの社債と同じですよ、ということはどうなのですか？

八田 いや、しない方がいいのですよ。考え方は金銭消費貸借だから。

坂根 社債は証券取引法で規制される世界で、格が違う。

根本 民医連のは社債ではなくて、医療機関債に近いです。

坂根 民医連のは顔が見える借入なんです。ところが社債になると出し手の顔が見えなくなる。だから会計士のチェックとかが必要になってくる。それが証券市場の概念なんです。いまも会社は1回の発行で5千万円以上の社債募集には会計士の監査が必要になっているのです。

八田 社債などの安全性や勝手なことをやらせないという資本に対するコントロールというのを一概には否定できませんが、民医連のやっているい

いわゆる大衆資金、大衆借入とは似て非なるものです。民医連のやってきたような無利息での出資制度、地域協同基金制度、あるいは有利息債というのは、住民が自らの出資、自らの力で医療機関を持つ権利の行使しているわけで、一律にこうしなければならないという規制に対しては戦えるだろうという気はしますね。ちゃんとした契約があって履行されていて、かつ利息だって不当に高くないあるいは無利息だとなると、出資規制法とも全然違う性格でしょう。その辺のところはかなりがんばれるとは思いますが、ただし、悪宣伝するつもりだったら、法律で社会医療法人とかを作ったのだからそちらに則ってやるべきなのに、勝手なことをやっている、という可能性がある、と（笑）。

岩本 ただ逆によくわからないのは、社債にして流通するということは、投資の価値がある、儲かるということじゃないと意味がないじゃないですか。医療経営なんて構造不況産業で、儲かりっこないのに、こんな制度を作って資金調達の道だと言っても意味がないかなと。ただ、公立病院を建てるときの起債については、自治体による保障があるので銀行が引き受けるのだと思います。

根本 当研究所のワーキンググループで自治体病院の経営検討報告書を作った関係で、東京のH市の市民病院の経営研究グループに呼ばれたのですが、H市民病院の病院債を引き受けているのは財政投融資資金でした。病院債は自治体病院の決算書では自己資本に入ってるんですが、その理由は財政投融資資金からの調達だからかと思いました。

岩本 でも、うちのまわりは全部金融機関だよ？

坂根 利回りに寄るのよ、たぶん。自己資本に入れているなら、千葉と同じ。

八田 えー、現在はまだ許されているはず（笑）。

坂根 どちらにしても行政の方も市場の方も、儲かるかどうかは別にして、一定の整備を図ろうとしてきている過程だと思います。民医連も山梨以降、整理はしてきたけれど実態には差があって、

もう一度、理屈と実態と手続きとを整理する時期に来ているのかもしれない。またかつて伸びてきたときに集まった、ベースになった人々が高齢化して、相続とかになると、もうやりませんという人もいます。やっぱり活動していないと少しずつ減ってくるんです。

八田 大衆資金を集めるときには名目、大義名分がないと出来ないのです。大きな設備投資をするとか、病院や福祉施設を作るとか、名目がないとやりづらい。常時集めると運転資金に使っているのかしらとなってしまいます。一番問題なのは、そういう大きな事業がなくなってきていることなのです。

司会 大きな事業というのは、どのくらいの期間で行うのでしょうか。病院立替は30年に1度くらいですか？

八田 私のところあたりでは、診療所を作るとか、保健予防センターを作る、老健施設や特養を作るというのはありますが、それでも毎年は出来ない。だいたい2,3年に一度になる。5カ年間の長期計画のうちに2つか3つです。そういうテンポになってくると、また投資規模も100億円収入の所が1回で50億円の事業を行うわけにはいかない。そんなに大きな運動ということではなくて、きめ細かくやらないとうまくいかない。

坂根 民医連のガイドラインをこの時期に整理する必要がありますね。

根本 さきほどの八田さんのお話に続きますが、医療機関債のガイドラインでは更新は認めないと言っているのです。民医連の場合は更新率がおおむね70%程度です。

八田 40億円が3年後になくなるようになったら、冗談じゃない、やっていけないですよ。

坂根 ある法人では来年、償還期限の金額が30億円ですよ。そんなの更新できなければ経営が終わりっちゃう。一応20億円くらいは用意しなければい

けないとは話していますが、簡単じゃない。

八田 そんなときに医療事故でもあってパニックになったら大変です。

ま、今のところは情勢が新しくなったということに対応した民医連のいままでの論点を整理して、内容を新しくするかどうかは別として、検討課題と最低限これだけはこのことを再確認する必要が、そろそろあるということですね。

うちでは、千葉民医連事業協同組合とって、内部金融があるのです。事業協同組合の方にそれぞれ一定のお金を出して、そこから福祉法人などが事業をやる場合にお金を回す。当然利息がつく。そういう仕組みを全国的に作ったら、非営利的な金融のネットなんて簡単にできるのね。

岩本 そんなことをしないで、一定の実績を作ったら、事業協同組合で商工中金の資金を活用して事業協として金融事業ができるでしょう。

八田 それもやっています。1億円くらい借りてきて事業協でやっています。ところで社会医療法人は、下に株式会社を持つことができるの？

岩本 事業の範囲は広がっているけれど、資本の持ち出しは出来ないんじゃないかな。

医療の民営化方式

司会 医療の株式会社化という議論も一部ありますが。

八田 たとえばいくつかの法人が協同出資で介護用品のショップがあるけれど、あれはいいの？

坂根 あれは医科法人が出しているわけじゃないから。ただ世の中の流れはそういうのもあると。規制もいろいろかかってくるから裏表だね。

岩本 だって、非営利を貫徹するために医療法人改革をしたとなっているのだから、ザルや抜け道となることはいいとは言わないね。

坂根 あとは介護等がどうなるかによります。

八田 はっきり言って、いま厚労省のやろうとする社債や基金というのは魅力がなくて、広がりようがないものね。

司会 厚労省の考えている非営利でやろうとするから配当もないし。

八田 もともと福祉行政に関する厚生行政の考え方がそうですね。自分の財産を福祉のために使うお金持ちの慈善が本来だという概念だから。

坂根 広がりという概念ではないね。

八田 そういう意味では民医連運動というのは20世紀ないし21世紀の大衆運動だから、生活協同組合がそういうものを想定して作られてきたというのを医療法人であれ何であれ取り入れてやってきたわけです。

坂根 だから協同の概念の理解が、厚労省にはないのです。非営利はあっても協同はない。

根本 非営利性を徹底する場合、資金を投資して金を儲けるという形を今後の医療法人には認めないと、金が集まらないからどうするんだ、となる。いろいろ頭を絞って社会医療法人債だ基金だアイデアを出してきたけれど、全然魅力がないからおそらくは成り立たないと思う。また一部の民医連の法人に事業協同組合への出資も認めないと行政指導してきた県がありました。協同組合だから、出資配当にしても利用分量配当にしても生協と同じであるのです。非常に形式論理なのですが、事業協同組合は出資配当するから営利だ、というのですよね。

司会 厚労省の考える非営利はアメリカの丸写しで、ヨーロッパのアソシエーションなどを想定していないのですね。協同がない。

坂根 丸写しでもベースとなる他の税制や法制度を一緒に持ってくるのであればそれなりにいると

思うのだけれど、乗っている部分だけを持っていくから困るのです。

岩本 むしろ実効があるのは政治資金なみの寄付控除をする方がよほど実効性がある。医療機関に寄付すれば、まるまる控除するとするならばね。

坂根 社会医療法人なんかはそうできる可能性がある。

八田 そうなれば考えるかな。それでもメリット、デメリットで考える場合、もしいまの出資基金や大衆債を規制されることになるならば、民医連の法人が社会医療法人になるのは危険なことになる。

司会 医療福祉機構についてですが。

八田 あれは医療金融公庫と厚生年金の融資が一体化したものです。

司会 民医連も借りているのですか？

八田 一番最初が坂病院、1967年でした。

坂根 ただ流れは縮小でしょう。

八田 これからの医療機関再編成を本気でして、療養病床を老健にしようと思ったら、一定期間は相当な需要が出ざるをえないですね。

岩本 いまそういっているのでしょうか？療養型を作れと言って建物を作ったばかりで老健にしろというのは大変なので、医療金融公庫が補填したり猶予期間を設けたりしているのでしょうか。

八田 向こうも必死だからね。

岩本 返済期間が20年以上もあるからね。

坂根 あとは市場の側で、いわゆる医療機関コン

サルタントとかどうかは別で、多少、市場のファンドとくっついた人が金と共に支配をしますというのが、民医連ではなくて一般の医療機関では進んでいる。他にPFI方式²も公共病院、国公立を中心に進んでいるし、民間でもそういうことが出てきている。

八田 あるけれど、高知市民病院のケースなどは全くうまくいってないですね。だって、建物を建てて、医師と医療管理以外の全部を管理して、そのコストを含めて回収しますという話でしょう。自分の金で建物を建てて運営して真面目にやるのと考えたと、どっちが得になるかを誰が考えてもわかる話です。行政がさしあたり金を出さないで済むという話なだけ。そもそも、診療材料や経費の管理だけで医者と看護婦の管理権がない経営で、医療の場合はうまくいくわけがない。PFIは医療機関ではムリです。

坂根 同じPFIでも、SPC（特別目的会社）の業務には幅がある。建物からメンテナンスだけまで、自分たちの裁量とそこから得られるものごとをどう考えるかによると思います。

司会 いままでやっているところはだいたい地方自治体病院とかでしょうか。

坂根 だから管理そのものを放棄してしまっているということですよ。

司会 H市病院もそうでしょうか。

根本 H市病院は直営ですよ。ただし病床回転率が0.5と非常に低く経営は厳しいです。

八田 機関誌20号でも書かせてもらったけれど、単純に費用科目の構成比率を並べただけで、もう、どう考えても真面目にやっていないなというのが一目瞭然です。そういうところが赤字になってどうしようもありませんので、何とかしてください

2 PFI (Private Finance Initiative: プライベート・ファイナンス・イニシアティブ) とは、公共施設等の建設、維持管理、運営等を民間の資金、経営能力及び技術的能力を活用して行う手法 (内閣府 PFI ホームページより抜粋)。

PFI という話です。全く管理能力がなくて、薬は高いは、診療材料も何も一般に入れる価格と自治体病院に入れる価格は違うらしいし。自分たちで管理できないんだから、だめですよ。

◆非営利・協同の金融ネットワーク

司会 PFI 方式は、イギリスでもダメだという評価ですね。

坂根 市場の中から出てきた発想だから、儲けるということしかないです。

八田 千葉などで試みられているのに、アメリカで流行している IHN (Integrated Healthcare Network)、地域的に経営統合のようにしてまとめて面倒をみましようというものがあります。市立病院や国保病院が、経営統合して設備投資や診療材料や人事を一体化していこうというものです。千葉では旭中央病院が中心で考えられている。厚生労働省に2、3人、アメリカでこれを勉強してきた人がいて、そのうち一人が千葉に来てやっています。

岩本 山形県立病院と酒田市立病院は、独立行政法人方式での統合という方向で話が進められています。

八田 いろいろな形で公的医療機関が再編成されるなかで、非営利性や医療の公益性はどうなるのかと。

根本 ある地方の自治体病院での指定管理者制度への移行計画を聞いたことがありますが、経営母体は市立病院だけ指定管理者として手を挙げているのが厚生連なんです。市の財政で厚生連の既存病院も含めて建物だけ新築し、一方で現在の市立病院の職員は基本的に切るという構想です。厚生連の人たちだけでやって医者は集めるからとなっているのだけれど、市立病院の労働組合が怒っているのです。

八田 難しいですね。ちらほらと地域住民運動の

方からつぶれそうな公的病院や統廃合の話の中で民医連で引き受けてもらえないのかという話が出ますが、ストレートには出来ないですね。

岩本 今日は資金調達の話の筈ですが、一番手っ取り早いのは、診療報酬を2ヶ月後ではなくて、1ヶ月後に支払ってくれということではないでしょうか。もう電子媒体で保険請求する時代なのだから、2ヶ月も寝かせないでいいのではないかと。いう要求は正当性を持つ話です。

八田 でも千葉県で電算化しているのは20%台だそうですね。残り7割は紙のレセプト。

岩本 そりゃ紙の所は2ヶ月で、電算化したのは1ヶ月後としたら。

八田 それじゃあ医師会が賛成しないですよ。それより民医連が60年代から要求している8割概算払いをするとか。請求した時点で8割を概算払にする方がいい。

坂根 診療報酬債権融資と似ているじゃないですか。個別じゃ意味がないから、どこかの金融機関がまとめてやってくれば意味がある。どこかの金融機関が、民医連には8掛けで払いますよと。

八田 個々の法人じゃなくて、民医連全体に8掛けでまとめて払うと。これはまたスケールの大きな話ですが。…全体で数百億ですか。すごい話だ。

坂根 個別にやると詰められちゃうから、全体でやればいいということですね。

八田 受け皿の可能性があればできるね。民医連の事業協同組合レベルがあれば、かなりいろんなことが考えられるね。

岩本 いまの共同購入連絡会は、表にでないことを信条としている組織だからそういう任務を担えない。全国規模の事業協同組合なら可能ですよ。

坂根 そうなんです。民医連の質量はそういうこ

となんです。まともればもっとすごい大きな力、金の量だってある。

岩本 アメリカの非営利病院でも共同仕入れをやって医薬品や治療材料の仕入れの面では営利病院と十分太刀打ちできる条件を築いていると書いてあったし。厚生連の全国規模での事業の中心は共同仕入れだよ。

坂根 全日本民医連の全国事業部が出来たら、文化厚生連にも乗らないのかという話を、彼らも簡単にエリアが広がらないのだから、メリットはあるという話をしてきたのだよ、この間。

八田 ま、そういう話を考え始めると、民医連は運動組織から事業組織に変質するという議論が、でてきて、ずっと私がいた頃からやっている。

岩本 本体は指導と運動を中心にして、事業分野での共同は事業連合という工夫をすればいいんだよ。

司会 イタリアなどでは連合会で政治的ポリシーをやるのとコンソーシアムで事業をするのと、お利口に作っています。二段構えでやればいいのではないかと。

八田 それに対して私は異論もなく賛成なのだけれど、全体の合意を作るためには、それに対する牽制制度をどう作るかというところで、90%以上変質の心配はありませんという仕組みを作らないといけないでしょうね。でも出版社は見事に経営してきたわけだから、配当なんて一度もしたことがない出版社。

坂根 最後に、民医連の中でお互いに支援をする連帯基金ですが、いまは2億円しか枠がないけれど、これを少しでも拡大しよう。そのこと自体は若干甘くなる取り組みであるけれどね。

司会 スペインのモンドラゴンなどは、最初から連帯基金が中心なんです。

八田 モンドラゴン銀行が中枢なんでしょう？

坂根 最初からそうだったのです。ある時、金融機関（労働金庫、CLP）が権限を持った。それで現在は金融機能に限定して、統括機能はモンドラゴンの連合会議みたいなところに分離して、そっちが権限を持つようにした。

八田 でも政治方針に基づいて、お金を動かすのは信用金庫がやるわけでしょう。

坂根 信用金庫は指示されてお金を動かすだけで、指示は連合会議が出すのです。

八田 つまり中枢になるものを握って、別の政治指導部が更に金融機関を利用すると。

坂根 しかも民医連みたいな連帯基金が、これ自体がアソシエーションになっているのです。

岩本 現実的にはそうじゃないと、合意が得られないじゃないですか。連帯基金も川崎で実際に行使された結果、全国の加盟組織の認識が変わりました。

坂根 インパクトがあったね。

八田 たしかに変わった。

岩本 実際にやってみてどうだということ、机上でぐちぐち言っているのとでは全然違う。しかも期間内に、各県連からきっちりと入ってきたしね。

坂根 わずか2億円でも、現地にどう投入するかとかどう使うかとか考えたので良かった。そのことによってだいぶ銀行からもリアクションが出てくるしね。

八田 その間には周りでいろいろな動揺があるけれどね。それだけのお金が集められたということで銀行の対応が全く変わったというのは、耳原の時と同じです。耳原のときにも1つの銀行にお金が集まって、すっかり相手がビックリしてしまった。

司会 資金調達では、第一には内部のネットワークで連帯基金のようなものを作るのが大事かなと思います。医療法人に関する法律も変わってきていますから、それに対する非営利・協同の医療機

関の理論武装、資金調達に関しても対応をどうするかなどが必要かなと思います。本日はどうもありがとうございました。

(2007年9月28日実施)

『「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) PP.12~14より抜粋

5. モンドラゴン MCC の現状

MCC グループには218企業(2004年度)が加盟している。事業3部門(工業部門、金融財政部門、流通部門)と開発支援教育部門(製品開発研究所、大学等教育機関)の4つの柱から成り立っている。MCC グループを単なる事業体として見ると、その歴史的形成の経過と現在の全体像を明確に把握することはできない。とりわけ教育の分野は、当初はバスク語を使用するいくつかの小学校教育協同組合グループもモンドラゴングループに加入していたことや、そもそものグループの準備期間ともいえる時期の地域での社会的教育活動が10年以上に渡って取り組まれたということからも重要である。

(省略)

6. 労働人民金庫(CLP)の連合的役割

現在、CLPはMCCグループの中では、財政部門という一部門という位置づけになった、と見なされている。確かにその通りであるが、もともとモンドラゴン協同組合はCLPがその中心となってその下に地域単位で協同組合グループが作られていた。それが現在のように部門別編成にMCCが転換したのは、工業分野のヨーロッパ市場の転換に対応することと、なによりもCLPの事業規模が拡大したことによる、と思われる。しかし、その一方、従来のすなわち1986年くらいまでのMCC組織再編以前の構造は依然としてCLPの中に残っているのである。CLPの連合規約に基づき、CLPに加入している協同組合とMCCに加入している協同組合は、大部分が重なるにしても、違った分野の協同組合を含めて両方同時に加入していない協同組合の数も多い。とりわけ、教育協同組合はモンドラゴン大学、技術専門学校を含めて、28がCLPに連合加入している。住宅協同組合も9つ加盟している。すなわち、旧来のモンドラゴン協同組合グループの性格である地域社会におけるネットワークという点で、市場的生産の領域はMCCに特化し、その他の部分は相変わらずCLPとの連合領域として継続させていると見ることができる。CLPの利益のうち教育振興基金の用途の大半は地域コミュニティ発展のために教育協同組合、文化活動などに使われる。

確かに現在ではCLPに連合する協同組合からの預金高比率は5%程度にすぎない。しかし、CLPから加盟協同組合に対する貸付金は、内部優遇利質率の適用(一般企業に比べて1.7ポイント低い)もあり、預金に比べると相対的に多い(ただし、一般企業への貸し付け総額に比べると約5分の1、すなわち企業貸し付けの20%程度が協同組合に)。CLPの誕生はもともと協同組合への資金調達であったのであり、協同組合の自己資金調達化とCLPの規模拡大によって、貸し付けの比重は低下しても、CLPの協同組合資金調達機関としての性格は当然ながら現在も持続しているといえる。

近時の医療紛争の諸問題

—裁判による解決と裁判外の紛争処理—

我妻 学

一 はじめに

2006年の医療制度改革に関する国会審議において、診療行為に関連した死因究明等の在り方に関して、第三者による調査、紛争解決の仕組み等の検討が必要であるとの決議がなされている。これを受けて厚生労働省では、2007年3月に「診療行為に関連した死亡の死因究明等の在り方に関する課題と検討の方向性」（以下、「試案」と略記する）を公表し、同年4月には、前田雅英首都大学東京法科大学院教授を座長とする「診療行為に関連した死因究明等の在り方に関する検討会」を設置し、試案をたたき台として、検討を加えている。同年8月には、「これまでの議論の整理」を公表し、同年10月には、第二次試案を公表している¹。

このように、医療安全、医療事故報告の整備、医療紛争の解決および患者の救済が重要な議題となっている。特に、裁判外紛争処理（Alternative Dispute Resolution）（以下、「ADR」と略記する）と無過失補償制度²が今後の重要なキーワードとなると考えるが、ここでは紙面の関係から医療紛争とADRに関して検討する。

二 医療紛争の裁判による解決とADR

医療紛争の対象は、医療事故の他に、検査、手術等の必要性、適応の有無、検査や治療行為についての説明が十分になされていたかなど多様な類

型が考えられる。医療紛争の解決方法としては、裁判による場合とADRによる場合とが考えられる。

1 裁判による解決

患者の権利意識の高揚、医師・医療機関に対する不信などから、医事関係訴訟の新受件数は、2000年に795件であったのが、2004年に1,110件と増加傾向にあったが、2005年に999件、2006年に912件（速報値）と漸減傾向に転じている。地方裁判所における医事関係訴訟既済事件の平均審理期間は、2000年は35.6ヶ月であるのに対して、2006年には25.1ヶ月と年々改善がなされている（表1参照）。しかし、通常民事事件の第1審平均審理期間（対席判決で終局した事件）が、2000年は13.7ヶ月、2006年は12.6ヶ月（速報値）であるのと比較すると医事関係訴訟の審理期間はかなり長期化している。

もともと医事関係訴訟の審理が長期化する理由としては、紛争の内容が専門的・技術的であるため、争点整理に時間がかかること、争点が定まらないまま、人証の取調べに入るので、争点が後から動くことがあること、適切な鑑定人の選任および鑑定書の作成に時間がかかっていることなどが挙げられている³。

近年では、医事関係訴訟の審理方式について、医療機関から診療記録を争点整理の早期段階で提出させるとともに、当事者が診療経過一覧表および争点整理表を作成し、争点整理を早期に行うこ

表1 医事関係訴訟事件の処理状況および平均審理期間

年	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
新受件数	795	824	906	1,003	1,110	999	912
既済件数	691	722	869	1,035	1,004	1,062	1,139
未済件数	1,936	2,038	2,075	2,043	2,149	2,086	1,859
既済事件 平均審理期間 (月)	35.6	32.6	30.9	27.7	27.3	26.9	25.1

最高裁判所のホームページ (http://www.courts.go.jp/saikosai/about/iinkai/izikankei/toukei_01.html) による (2006年は速報値である)。

と、プロセスカードを利用することにより、裁判所と訴訟代理人との認識を共通にし、円滑な訴訟運営を図るとともに、訴訟代理人を通じて当事者本人に訴訟進行状況などの情報が正確に伝達させている。さらに、陳述書を利用して反対尋問権を実質的に保障しながら集中証拠調べを行うこと、複数鑑定・カンファレンス方式などの鑑定手続の改善、各地の地方裁判所における医療集中部の設置などの実務上の改善が進められている⁴。

このように医療紛争の裁判を適正・迅速に処理するために、実務上の基盤整備が進められており、患者およびその家族の早期救済、医療の安全を推進するために高く評価されるものである。しかし、民事裁判は、原告と被告が相対峙する（二当事者対立）構造をとり、あくまでも法的責任に基づいた損害賠償という金銭請求が中心である。したがって、患者およびその家族が医療紛争の原因説明、医師・医療機関による説明・情報の提供、患者と医師・医療機関の信頼関係の修復、再発の防止などを望んでいてもそれらの期待に応えることは制度上困難である⁵。さらに医療紛争は、交通事故とは異なり、事件の類型化、過失の認定などが困難である。患者およびその家族は、医師などの医療従事者、医療機関に対する不信感が強い場合が多いこと、金銭賠償・補償を担保するには、医師や病院が加入している保険会社の意向を無視できないなどの特色がある。

そこで、裁判による紛争解決や当事者と医師・医療機関との直接交渉ではなく、いわば第三の救済方法として、公平・中立な裁判外のADRが強く望まれている。司法制度改革においても、司法の中核たる裁判機能の充実だけではなく、ADRが、国民にとって裁判と並ぶ魅力的な選択肢となるようその拡充、活性化を図ることが検討されている⁶。ADRによる紛争解決を促進することを目的とする裁判外紛争解決手続の利用の促進に関する法律（平成一六年法律第一五一号）が、2007年4月から施行されている。

2 ADRによる紛争解決

病院などの医療機関内部で、医療紛争の相談窓口が整備され始めている。医療紛争が裁判所に提起される重要な要因は患者と医師などの医療従事

者とのコミュニケーション不足であることが指摘されており、このような試みは、患者と医療従事者との信頼関係の修復・維持および医療事故を未然に防止する観点からも積極的に奨励されるべきである⁷。しかし、診療所など小規模の医療機関に相談所を完備することは現実的ではなく、医療機関内部の場合には、中立性・公平性を担保することは困難であることから、紛争解決の実効性の面で、自ずから限界がある。

我が国における医療紛争のADR手続としては、日本医師会の日本医師会医師賠償責任保険の賠償責任審査会制度が存在する⁸。審査会の手続は、患者から損害賠償請求された被保険会員である医師の申出によって開始され、診療記録と担当医師からの報告書に基づいて、賠償責任が認められるか否かについて書面に基づいて審査され、賠償責任が認められる場合には1事故1億円以内で、損害額に応じて保険金が支払われる。制度上、患者への情報提供、審査会への参加、審査会の判断に対する異議制度などは予定されておらず、患者に対する手続保障が不十分である。病院は病院賠償責任保険に加入しており、日本医師会の医師賠償責任保険の対象外であるため、あくまでも個々の医師との関係が問題となり、組織的な医療安全の観点からも十分とはいえない。

それでは、医療紛争のADRとしてどのような制度を構築すべきであろうか。医師会主導型のドイツ（業界型）と行政が主導しているフランス（行政型）における制度の概略を紹介しよう。

（1）業界型 ADR

ドイツにおいては、1970年代に医師に対する賠償責任訴訟が増加し、医師の負担する責任保険料が増加したため、ドイツ全体で4の調停所および5の鑑定委員会（以下、「ADR機関」と略記する）が各地の医師会によって設立されている⁹。それぞれの地域で、組織および手続の細部に関して差異はあるものの、当事者たる患者と医師が合意をしなければ、手続が開始しないこと（任意性）、手続費用が無料であること、ADRで示された過失の有無などの判断には拘束力がないことが共通している。

ドイツにおける医療紛争のADR機関は、診療

記録などの医療記録に基づいて医師と法律家が協同して、過失の有無などに関して判断を下している点で、我が国における日本医師会の賠償責任審査会制度に類似している。しかし、ドイツでは、患者の申出によってほとんどの事件が開始されていること、医師の過失の有無などの法的判断に特化し、具体的な賠償額に関しては、判断していない点が異なっている。過失の有無などの関する判断については、法的拘束力はないが、過失が認定された場合に医師の加入している賠償責任保険の保険会社が支払いを拒絶することはほとんどない¹⁰。ADR 機関が医療過誤を認定しているのに、保険会社が賠償を認めなければ、ADR 機関が下した判断は無に帰するので、保険会社も ADR 機関の判断を尊重している。保険会社にとっても、会社内部で事件を処理するよりも、第三者である ADR 機関を利用することによって、手続の公正さを担保できる利点が認められる。

医師の医療過誤が認められるのは、全体の3割に過ぎず、残りの事件では、医師の責任は認められていない。患者が ADR 機関の判断内容を争って、裁判を提起しても、ほとんどの場合 ADR 機関の判断が維持されている¹¹。ADR 機関が医療過誤を認定しない場合に、裁判所に対して何らの法的拘束力はないが、患者が敗訴すると、裁判手数料の他、相手方である医師の弁護士費用も負担するリスクを負う（訴訟費用敗訴者負担）ので、患者は提訴を思いとどまるようである¹²。

ドイツにおいては、自分の開業している地区の医師会に強制加入することが義務づけられているので、医療紛争の ADR の受け皿が一本化されており、診療記録などの必要な証拠の収集も ADR 機関が主導的に行っている。このため、ADR 機関が1年間で処理する総件数は10,000件以上（2003年）と極めて多く、書面主義が採用されている。医療過誤の有無を判断する決め手は、カルテ、手術記録などの医療記録であり、口頭主義か、あるいは書面主義を採用するかによって結論は異なること、口頭主義を採用すれば、患者と医師の双方について日程調整をしなければならず、手続が遅延するおそれがあるからである¹³。

我が国における医師会の賠償責任審査会制度に患者の申立権を認め、審査会の判断に対する異議

権を認めるなど患者の手続保障を整備することは、裁判のような二当事者対立構造を採用せず、必要な医療記録なども賠償審査会が収集すれば、当事者の手続負担および費用負担を軽減する点で優れていると考えられる。しかし、はたしてドイツにおける ADR 機関のように中立・公平性について広く国民のコンセンサスが得られるかは疑問が残る。

（2）行政型 ADR

フランスでは、2002年3月4日法に基づいて、医療紛争の簡易・迅速で和解的解決を図るため、地方医療事故損害調停・補償委員会（以下、「地方委員会」と略記する）が設立されている¹⁴。医療事故について、過失責任原則を維持しながら、死亡ないしは両目失明などの恒久的に重大な損害が発生している場合には、国民的連帯の観点から医師・医療機関が無過失であっても国立医療事故補償公社が補償を認めている。

フランスにおける医療紛争の ADR は、ドイツのように各医師会によって設立されたのではなく、当時の公衆衛生大臣であったクシュネール氏の主導で創設された行政型であるのが特徴である。

地方委員会は、事実関係、過失の有無などに関して、当事者の提出した医療記録などをもとに、鑑定手続を行った上で、裁定を下している。地方委員の裁定には、拘束力がなく、裁定を受諾するか否かは当事者の自由である。過失の有無などを判断するだけで、具体的な賠償額に関して判断をしない点では、ドイツにおける医療紛争の ADR 機関と類似する。

フランスでは、複数の専門家が作成した報告書をもとに、当事者双方を呼び出し、鑑定手続を行い、口頭主義を採用し、ドイツのように書面主義を採用していない。当事者双方に手続に参加する機会を保障することによって、鑑定手続の公正さを担保し、かつ当事者の異議権を実質的に保障する点に特色がある。当事者の手続に対する満足度も高いようであるが、患者が死亡しないし重大な障害が発生している場合に限定しているため、当事者が手続に参加する負担も大きいとされている。

フランスの ADR では、申立てから11ヶ月以内に医療紛争を解決することを目指している。フラ

ンスにおいても医療紛争は、訴えの提起から判決まで、平均3年から4年かかるので、ADRは、裁判所よりも簡易・迅速で、無料の手続を提供している。

ただし、口頭主義を採用しているため、パリのように入件数が多い地域あるいは必ずしも十分な専門家を確保できない地方で手続が遅延しており、1年以内に実際に事件を処理することには無理があるとされている¹⁵。

三 患者と医療従事者との自律的な対話

患者とその家族と医師、看護師および助産師などの医療従事者との間の自律的な対話によって、医療事故紛争の解決を図ることが近時強調されている¹⁶。診療行為に関連し死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会の公表した「これまでの議論の整理」においても調査結果を踏まえて改めて遺族と医療従事者及び医療機関の話し合いを持つことにより、当事者間の信頼回復を図ることができるのではないか、という意見も付されている¹⁷。

たしかに、医療紛争を中立・公正に解決するためには、ADR手続に当事者双方が積極的に参加し、当事者間で相互に必要な情報を交換し、合意形成・信頼関係の修復をどのように図ってゆくかが問題となる。しかし、交通事故の場合と同じように、医療過誤が争点となる場合には、医師の加入している保険会社の意向を無視して患者と医療従事者、医療機関だけで紛争の解決を図ることは極めて困難である。患者と医療従事者間の信頼関係が損なわれている中で、果たして当事者双方が交渉のテーブルに着くのか、も明確ではない。例えば、イギリスでは、厚生省が1995年から1997年までヨークシャー・北部とオックスフォード・イングリアの2カ所で、医療紛争に関して、メデイエーション¹⁸を試験的に行っている。2年間で32件～40件のメデイエーションが行われることを想定していたが、当事者の弁護士がメデイエーションに協力しないため、両当事者の合意が得られず、僅か12件しかメデイエーションに付されなかった¹⁹。イギリスにおいては、患者、医療従事者・医療機関が相互不信に陥っており、医療紛争にメデイエーションを試験的に導入したこと自体は画期的で

あると評価されたが、両当事者の理解を得ることは極めて困難であったといえよう。

わが国では、交通事故に関して、財団法人交通事故紛争処理センターあるいは財団法人日弁連交通事故相談センターといったADR機関が紛争を解決しているが、固有のルールに基づくのではなく、むしろ裁判と同じように実体法規範に基づく公正で画一的な解決が求められている²⁰。

これに対して、和田仁孝教授は、このような解決を準司法的モデルと位置づけ、「共同体的規範や拘束から自由となった現代の紛争当事者は、同時に法や専門的知見に基づく判断や誘導にも批判的で非受容的である」という事実を見落としていると、批判されている²¹。

和田仁孝教授は、履行を実質的に確約している保険会社が常に一方当事者となる「交通事故紛争処理センター」のような特殊な条件がなければ、現代的ニーズに応答的であるとはいえない、とされる。しかし、交通事故に関する紛争だけではなく、まさに医療過誤が争点となっている場合にも、保険会社の意向を無視することはできないのではないか。

患者と医療従事者との関係は、交通事故のように1回的な不法行為類型とは異なるとの反論がなされるかもしれない。たしかに、患者と医療従事者・医療機関との信頼関係が破綻している場合に、訴訟提起につながることは否定できないし、両者の信頼関係を修復することも望ましい。しかし、医療過誤が問題となる事案においては、過失の有無などについて、実体法規範に基づいて判断されなければ、手続の公平・公正から問題がある。

医療紛争のADRは、裁判による解決、当事者と医療機関ないしは保険会社との直接交渉とは異なる、いわば第三の道を模索してゆく必要があり、事件類型毎に適切な紛争解決モデルを理論的により精緻化してゆかなければならない。

四 おわりに

ADRは、医療紛争の万能薬ではない以上、裁判による解決と対峙するものではなく、むしろ裁判とADRの役割分担をどのように図ってゆくのかを検討してゆく方が生産的である。医事関係訴

訟においては、必ずしも鑑定が広く実施されているわけではなく、ADRにおいて過失の有無、説明義務違反などの法的評価を医師と法律家が協同行う意義は高いと考える。

2007年9月に東京の3弁護士会（第一東京弁護士会、第二東京弁護士会および東京弁護士会）が医療紛争に特化した「医療ADR」を立ち上げており、今後の発展が期待される。従来の研究では、紛争経験者一般を対象とした実態調査²²が行われ、医療従事者よりも患者の視点に立った議論がなされてきた。たしかに、医療安全という観点からも患者の意見に、最初に耳を傾けなければならないが、医療紛争の新たな解決の仕組みを構築するためには、医療従事者の医療紛争に対する認識がどのようなものであるかもあわせて、理論的・組織的に分析する必要がある。アメリカでは、既に医療従事者に焦点をあてて、医療紛争および医療過誤に対する認識に関する理論的な考察が行われている²³。さらに、医師賠償責任保険の機能に関しても理論的な研究が進められている²⁴。

我が国においては、医師がリスクをとまう治療を積極的に行わないなど防御医療に関して言及されているにすぎず、医療紛争を契機に患者と医療従事者の信頼関係がどのようになったのか、などに関して理論的な研究はほとんど存在しないのが現状である。

医療紛争における患者と医療従事者との新たな紛争解決の具体的なモデルを定立するには、私も医師、看護師および助産師に対して、医療紛争に対する意識調査を行いたいと強く願っており、読者の皆様の忌憚のないご意見を賜ることができれば幸いである。

(註)

¹ <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/ianzen/kentou/index.html> より入手することができる。

² 2007年2月に財団法人日本医療機能評価機構の中に、近藤純五郎氏を委員長として産科医療補償制度運営組織準備委員会が組織され、脳性麻痺時の発生率等の詳細調査のほか、補償対象者の範囲、補償額、保険料等の設定、審査制度

等、保険制度設計、事故の原因分析などを検討している（財団法人日本医療機能評価機構「産科医療補償制度運営組織準備委員会第1回議事録」13頁～16頁 <http://jcqhc.or.jp/html/obstetric.htm> より入手することができる）のが注目される。

³ 福田剛久判事は、鑑定依存型漂流訴訟と呼ばれている（「座談会『医療過誤』を読んで」二弁フロンティア別冊『弁護士と裁判所との適切な協同関係の形成を目指して』（2004）73頁）。

⁴ 福田剛久「変革期にある医療訴訟」福田剛久＝高瀬浩造『医療訴訟と専門情報』（2004）1頁、増尾崇「民事訴訟の手続・ルール」畔柳＝達雄＝高瀬浩造＝前田順司『わかりやすい医療裁判処方箋』（2004）38頁など参照。

⁵ 和田仁孝＝中西淑美『医療コンフリクト・マネジメント－メデイエーションの理論と技法』（2006）2頁以下など参照。

⁶ 佐藤幸治＝竹下守夫＝井上正仁『司法制度改革』（2002）114頁など参照。

⁷ 和田＝中西・前掲注（5）書23頁以下参照。

⁸ 太田秀哉「保険制度、医師会の医療紛争処理機構について」畔柳達雄＝高瀬浩造『わかりやすい医療裁判処方箋』（2004）185頁、畔柳達雄「医師賠償責任保険制度」山口和男＝林豊編『現在民事裁判の課題9巻』（1991）768頁など参照。

⁹ ドイツにおける医療紛争のADRの詳細に関しては、我妻学「ドイツにおける医療紛争と裁判外紛争処理手続」都法45巻1号（2004）49頁など参照。

¹⁰ 2000年度に終結したノルドライン鑑定委員会の鑑定手続に関して2002年10月末から2003年10月までに追跡調査をした結果によれば、保険会社が賠償金の支払いを拒絶したのは、わずか3パーセントに過ぎない（我妻・前掲注（9）77頁）。

¹¹ ノルドライン鑑定委員会の鑑定手続では、第1審手続が終結している事件の8割が患者の請求が棄却されており、鑑定委員会の鑑定が支持されている（我妻・前掲注（9）81頁）。

¹² わが国では、訴訟費用敗訴者負担をとっている（民訴61条）が、弁護士費用は含まれないのが原則である。ただし、医事関係訴訟のような不法行為類型においては、原告である患者が勝

訴した場合に、認容額の約1割を損害賠償として、弁護士費用が認められるのが一般的である。ドイツにおけるような弁護士費用を含めた訴訟費用敗訴者負担の導入に関して、司法制度改革においても議論がされたが、提訴の萎縮効果の恐れがあるなどの反対論が強く、導入は見送られている。

¹³ノルドライン鑑定委員会は、口頭主義を試験的に採用したが、手続が遅延したため、書面主義に戻している（我妻・前掲注（9）87頁）。

¹⁴フランスにおける医療紛争のADRの詳細については、我妻学「フランスにおける医療紛争の新たな調停・補償制度」都法46巻2号（2006）49頁など参照。

¹⁵我妻・前掲注（14）88頁など参照。

¹⁶和田仁孝＝中西淑美「医療紛争とADR」和田仁孝編『ADR理論と実践』（2007）115頁など参照。

¹⁷『これまでの議論の整理—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方向性に沿って—』（2007）21頁参照。

¹⁸メデイエーションは、わが国の調停のように裁判官が関与するのではなく、裁判外で中立公正な第三者の仲介によって、紛争の解決を目指すものである。わが国の調停手続と同様に両当

事者が合意をしなければ、手続は開始されない。

¹⁹L.Mulcahy et al, *Mediating Medical Negligence Claims*, 1999.

²⁰我妻学「裁判（所）および裁判外での交通事故紛争の解決」塩崎勤＝小賀野晶一＝島田一彦編『専門訴訟講座1巻（交通事故訴訟）』（民法法研究会、2007年刊行予定）。

²¹和田仁孝「現代における紛争処理ニーズの特質とADRの機能理念—キュアモデルからケアモデルへ—」早川吉尚＝山田文＝濱野亮編『ADRの基本的視座』（2004）181頁参照。

²²村山真維＝松村良之編『紛争行動調査基本集計書』（2006）85頁など参照。

²³T.Brennan, M.Mello, and D.Studdert, *Liability, Patient Safety, and Defensive Medicine-What does the future Hold?* in *Medical Malpractice and the U.S. Health Care System* (W.Sage and R.Kersh (eds.)(Cambridge Press, 2006) at 93.

²⁴M.Mello and D.Studdert, *The Medical Malpractice System: Structure and Performance*, in W.Sage and R.Kersh(eds.)supra note 23 at 13.

（わがつま まなぶ、首都大学東京法科大学院教授）

ドイツの医療事故補償制度

石塚 秀雄

1. ドイツの医療制度の特徴

ドイツは人口8,300万人で日本より若干小さい36万平方キロメートルの面積を持つ。16州に分かれ、分権的傾向が強い。ドイツは医療社会保険制度の誕生の地であり、それは「ビスマルクモデル」と呼ばれるが、職能団体であるギルドなどの相互扶助に基づくものとしてスタートし、労働者階級の登場による社会的連帯と自主性をその基本精神としている。したがって非営利組織である疾病金庫が社会保険の運営主体となり現在に至っている。現在、高額所得者は疾病金庫を選択せず民間医療会社の保険に加入することが認められており、それは患者の約15%を占める。

また医師会も自主性を重んじ、医師はドイツの17州（プラス、ベルリン医師会）の医師会に所属する義務がある。医療制度が州単位であることから、関連法令も州単位になっている場合が多い。ドイツでは実働医師は30万人おり、専門医、一般医に大別され、また病院および診療所の勤務医、開業医と区分される。医療事故発生場所の統計区分も病院と診療所に大別されている。病院も公立病院、民間非営利病院、民間営利病院がある。また保険団体も強制保険機関、任意保険機関、営利保険会社が存在する。医療過誤への苦情請求分類は、病院医師（勤務医）に対するものと、診療所医師（開業医）に対するものとに分けられている。



2006年度統計によれば、医療過誤の苦情件数比率は病院医師に対して67%、開業医にたいして33%であった。

ドイツの医療過誤事故補償のプロセスは患者と患者（支援）団体、保険団体、医師の所属、裁判か裁判外か、弁護士の役割など、各種組み合わせが考えられよう。

表1 医療事故申請数と鑑定数

	2006年	2005年	前年比
申請数	10280	10482	-1.9%
受付申請数	10255	10912	-6.0%
鑑定受付数	7201	7768	-7.3%
鑑定処理比率	70.2%	71.2%	

出所： Gutachterkommission. 2007

注：数字は前年繰り越しがあるので年度での整合性はない。

表 2 医療事故発生分野（訴えられた側）2006年

診療所（開業医）	件数	比率	病院（勤務医）	件数	比率
かかりつけ医	410	18.6	災害外科（整形外科）	1183	26.5
整形外科	383	17.4	一般外科	970	21.7
一般外科	279	12.7	整形外科	658	14.7
産婦人科	276	12.6	産婦人科	428	9.6
内科	229	10.4	内科	421	9.4
災害外科（整形外科）	190	8.6	麻酔科、集中治療科	187	4.2
眼科	162	7.4	泌尿器科	172	3.8
放射線科	104	4.7	神経外科	171	3.8
皮膚・性病科	85	3.9	助産科	146	3.3
泌尿器科	79	3.7	耳鼻咽喉科	136	3.0
小計	2197	100.0	小計	4472	100.0

出所：Gutachterkommission. 2007に基づき作成

注：数字は他表との整合性はない。

2. 鑑定委員会と調停委員会の内容

ドイツでは、年間1840万件の医療行為があり（2004年度）、年間約12,000件の医療事故・過誤が発生している。医療行為に関わる紛争の解決手段としては、裁判が存在するが、裁判外解決手段も存在する。

医療責任紛争の解決手段として1975年に鑑定委員会を北ライン州医師会の中に作ったのを皮切りに、ドイツ17州およびベルリンの医師団体（Arztekammer）によって鑑定委員会（Gutachterkommission）と調停委員会（Schlichtungsstelle）を順次設立した（注。大方の日本の論文では調停所という訳となっているが、鑑定委員会と合同で設置される場合もあり、また構成も類似しているので調停委員会という訳にした）。現在、鑑定委員会および調停委員会は、全国を8カ所に設置されているが、鑑定委員会のみを持つ州医師会や合同委員会として設置している州医師会もある。このように医師団体が自ら監査および調停の委員会を設置して患者および患者団体との間で医療事故の処理を行うというドイツ方式は、ドイツが職能団体の存在を重視してきたという歴史があり、ドイツの社会システムの基本に、当事者の自主性という基本的姿勢があるためである。医療事故・過誤

の場合においても基本的には当事者同士による解決すなわち調停が望ましく、それで解決できない場合は裁判所による決着をつけるという考え方である。裁判における鑑定は、この医師会による訴訟外調停の場合の鑑定とは別に実施され、その費用は別途有料ある。これは2004年に「法定鑑定報酬法」（JVEG）ができて、医師の鑑定については細かく鑑定内容に基づいて報酬の規定が定められたことによる。ただし、これは裁判などの鑑定の場合であり、裁判外の医師会による鑑定委員会の場合は適用されない。

鑑定委員会は州の医師会の州（ラント）単位で設置されているが、北ドイツ医師会はベルリンほか6つの州医師会から構成されている。またバーデウッテンブルグ医師会も4つの州医師会により構成されている。したがって18医師会に8鑑定委員会となっている。調停委員会はそのうちいくつかの州にしか設置されていないようであるが、総まとめはハノーバーにある調停委員会が行っている。

鑑定委員会および調停委員会は次の各地域に設置されている。

- ① バーデウッテンブルグ各州鑑定委員会（スツットガルト、カールスルーエ、フライブルグ、ロイティンゲン各医師会）
- ② バイエルン州鑑定委員会（ミュンヘン）

- ③ ヘッセン州鑑定委員会・調停委員会（フランクフルト）
- ④ ノルトライン州鑑定委員会（ジュッセルドルフ）
- ⑤ ラインラント＝プファルツ州鑑定委員会・調停委員会（マインツ）
- ⑥ ウェスファーレン＝リップ州鑑定委員会（ミュンスター）
- ⑦ 北ドイツ各州鑑定委員会・調停委員会（ハノーバー、ベルリン、ハンブルグ、ブランデンブルグ、ブレヘーメン、メッケンブルグ、ニーダーザクセン各医師会）
- ⑧ ザクセン＝アンハルト州鑑定委員会（シュレヒシ・ホルスタイン、チュリンゲン各医師会）
- ⑨ ザールラント州鑑定委員会

また、歯科医師会も同様に州を基礎として、全国に10の鑑定・調停委員会を設置している（所在都市はマンハイム、ベルリン、コットブイ、シュメリン、ハノーバー、マインツ、ミュンスター、ザールブリュッケン、ドレスデン、マグデブルク）。

つぎに鑑定委員会および調停委員会の定款内容の一例を示す。

鑑定委員会定款（北ライン州（ケルン、ジュッセルドルフなどの地域1981年施行）の概要

- 第1条「設立」：ノルトライン医師会によって医療過失の鑑定委員会を設立する。
- 第2条「任務」：患者による申請の受付、
- 第3条「作業の前提」：患者から文書で受け取り。裁判が行われている場合、5年以上前の事件などの不受理の理由。
- 第4条「委員構成」：鑑定委員会の構成は委員長（裁判官または同等の者）、委員として外科医、内科医、病理学者、一般開業医各1名。計5名。
- 第5条「委員会の管理者」：要求の事務的処理、1ヶ月以内に取り扱い内容を請求者へ報告。
- 第6条「事実解明」：当事者の協力により状況の迅速詳細な解明をすすめることなど。
- 第7条「決定」：委員の多数決で決定すること。
- 第8条「除外と拒否」：民事訴訟をしている場合は、鑑定を行わない。
- 第9条「ヒアリング」：14日以前に当事者へヒア

リングをする旨の通知。

第10条「鑑定の結論」：鑑定文書の作成。医師・患者への報告。調停への協力。ただし医師会は鑑定委員会の報告内容には責任を負わない。

第11条「費用」：鑑定委員会の費用は医師会が負担する。患者による鑑定請求は無料。患者が代理人を立てる場合に費用を立て替えることができる。

第12条「実施」：鑑定委員会定款は1975年12月1日より実効する（1981年2月1日実効）。

医療過誤に対する鑑定請求は、患者側からまた、訴えられた医師からのいずれも申請できる。請求費用は、無料である。また委員や専門家は無報酬で、必要費用、交通費は医師会が決めた基準でその都度支払いをする。

調停委員会定款（Statut des Schlichtungsausschusses）の概要

（ラインラント・プファルツ医師会1995.5.1）

- 「前文」：医療行為鑑定にたいする調停委員会。
- 第1条「任務」患者と医師会に属する医師との間の医療過失に対する調停。
- 第2条「メンバー」：調停委員会は、委員長（裁判官資格のある法律家）、問題となっている科目の専門医、別の分野の専門医。この二名は当医師会会員であること。医師会代理人、患者代理人。計5名。委員長はメンバーをしかるべき理由で解任できる、など。
- 第3条「専門性、調停委員会の自立性と義務」：一種の名誉職であること、など。
- 第4条「委員長の任務」：
- 第5条「業務遂行」
- 第6条「方法」：方法は自由であるが、民事訴訟の原則を尊重する。鑑定は文書により提出される。ヒアリングもできる。患者、医師またはそれぞれの代理人に対して行うこと、など。
- 第7条「調停をしない場合」：裁判中である場合、4年以前の事件の場合、被害が軽微な場合、など。
- 第8条「審査」：当事者は専門家選定に不同意の場合は3週間以内に通知すること。意見の回覧。決定は4名のメンバーが賛成した場合に限る。裁判をすることを妨げない、など。

第9条「決定の公開」：決定は当事者に文書により通知される、など。

第10条「メンバーへの報酬」：メンバーの活動は名誉職である。必要経費はラインラント・プファルツ医師会の規則により支給される。その他のメンバーの必要経費はラインラント・プファルツ州政府旅行規定に基づき支給される、など。

第11条「費用」：当事者に費用はかからない。当事者は自分の必要経費と代理人の軽費は支払う、など。

第12条「責任」：メンバーは当事者に対して、ケアレスミスについてのみ責任を持つ。

第13条「発効」：2002年1月1日発効。

3. 医療事故鑑定委員会、調停委員会の流れ

患者が鑑定委員会および調停委員会へ申請する場合の手続きは次の通りである。

①要求： 医師会の準備した略式文書による。患者または（訴えられた）医師が請求。ただし医師による請求は非常に少ないという。要求書では健康被害のみならず経済被害（出費、所得減）の記入項目がある。

②手続き条件：裁判所で訴訟を起こしている場合は手続きできない。全関係者の同意必要。

③状況説明：（i）医師の守秘義務の解除。（ii）患者書類の取り寄せ。

④鑑定：（i）医療専門家の選出。（ii）任務の委任。（iii）監査評価作業

⑤意見表明：（i）鑑定委員会に対する鑑定報告の提出。（ii）調停委員会に対する賠償責任保険交渉の提案。

委員会には代理人が出席できるが、この代理人としては患者団体や弁護士になる場合がある。患者は医師会のホームページから申請書書式を取り、苦情申請を鑑定委員会に出すことができるが、そ

うした手続きにおいても患者団体や弁護士に相談することが可能であり、一般的には患者が自ら単独でそうした手続きをするよりも、そうした代理人に相談するケースが多いと思われる。

患者または医師が鑑定委員会の鑑定報告および調停委員会の提案に不同意の場合は、裁判訴訟に持ち込むことができる。その場合、原告と被告は弁護士を代理人として立てることができる。ただし調停委員会自体が支払いをするわけではない。処理期間は1年以内が30%、2年以内が70%程度と推定される。

4. 医師会との医療過誤に対する取り組み

ドイツの場合には医師会が鑑定委員会および調停委員会を設置している。これに対する評価としては、鑑定の第三者性が保証できるのか、すなわち、医師サイドに都合の良い結論をだすのではないかという議論もある。ドイツの医師団体の歴史的形成過程からすれば、自主性を重んじ、官僚の統制支配下に置かれまいという点で肯定的に評価すべきであると考えられる。また医師法、医師倫理規定、カルテ整備などの体勢があること、医師会による医師教育訓練プログラム、インターネットを通じた医療ミスの報告制度によるデータベース化の促進などの対応をしていることが、医療供給サイドとしての自主的な取り組みとして位置づけることができる。

2007年1月よりインターネットによる医療過誤統計システム（MERS）が導入されたことにより、全国的な統計として一本化されることになった。その中には、いわゆる「ヒヤリハットミス」についての報告義務もあり、報告者は報告によって不利益を被ることはない。リスクマネジメントの取り組みも重視されている。

表3 医療過誤苦情請求受付数 (鑑定委員会・調停委員会) 2005.12.31

地域区分 請求数	バーデウ ッテンブ ルグ	バイエル ン	ヘッセン	ノルトラ イン	北ドイツ	ザールラ ント	ザクセン	ヴェスト ファーレ ン・リッペ	ラインラ ント・プ アルツ
新規請求数	969	825	847	1785	3925	135	311	1364	390
前年繰越数	596	786	815	2042	3716	88	128	1096	317
今年度処理数	1050	783	796	1993	4165	133	258	1414	383
未決数	515	828	865	1834	3476	90	181	1046	324

出所：ドイツ医師会、Tatigkeitsbericht2006

表4 医療過誤苦情請求受付数 (鑑定委員会・調停委員会) 2005.12.31

地域区分 決定内容	バーデウ ッテンブ ルグ	バイエル ン	ヘッセン	ノルトラ イン	北ドイツ	ザールラ ント	ザクセン	ヴェスト ファーレ ン・リッペ	ラインラ ント・プ アルツ
今年度処理数	1050	783	238	1993	4165	133	258	320	150
請求取り下げ。利 害関係なし。却下	84	99	102	131	311	27	0	98	38
管轄外。却下	142	45	29	100	61	5	0	93	27
主張不成立。鑑定 事項なし。却下	29	3	1	115	39	7	0	7	22
請求期限切れ。却 下	22	16	6	27	2	5	0	34	18
病院責任者不参加。 行政理由。却下	0	0	0	0	6	0	0	5	5
捜査中。裁判中。 却下	18	18	8	25	42	0	0	8	6
当事者の異議によ る未決定	48	103	71	45	803	5	0	67	27
他の助言により解 決済み	1	8	21	2	51	6	0	8	7
決定分	706	483	558	1548	2850	73	258	1094	233
医療過誤なし、説 明過失なし	529	346	384	1032	1856	50	173	684	164
説明過失のみあり	4	12	13	23	14	0	0	6	5
医療過誤あり	173	139	159	493	980	23	85	13	7
医療過誤あり、説 明過失あり。因果 性なし	22	20	18	142	249	1	21	209	6
医療過誤、説明過 失、因果性あり	155	99	141	374	745	22	64	182	51

出所：ドイツ医師会、Tatigkeitsbericht2006

注：数字は重複分があるために整合性はない。

表5 医療事故鑑定請求内容

治療・手術	3211
特定診断	927
手術後処置	898
リスク説明	669
既往病歴検査	661
保存療法	654
一般診断	583
薬物治療	489
適応症	483
治療・手術での訴訟件数	448
内容小計	9023

出所：Gutachterkommission.2007

注：内容小計は、重複カウントにより整合性はない。
一件につき最大4つの請求内容がある場合がある。

表6 医療過誤判定

	2006年
医療過誤なし、却下	5074
リスク説明の欠如	53
医療過誤認定	2055
医療過誤認定、リスク説明欠如、因果関係なし	444
医療過誤認定、リスク説明欠如、因果関係あり	1683
軽微な被害	51
軽度中度被害	560
重度被害	333
軽度中度の長期被害	462
重度の長期被害	215
死亡	62

出所：Gutachterkommission.2007

注：数字は他表との整合性はない。

表7 医療過誤判定上位10要因 2006年

鑑定採用数	7201
関節症（股関節）	247
膝関節炎	178
下腿関節症	164
乳ガン	149
前腕損傷	145
椎間板、腰関節	126
膝外傷	121
足手指変形	115
大腿炎	110
大腿損傷	106

出所：Gutachterkommission.2007

注：上位10位のみ。

表 8 医療事故の訴えられた側の数

事故の発生場所	請求数	過失認定数	過失認定比率	説明不足のみ認定数
病院	5795	1430	23.7%	47
診療所	2583	713	327.6%	31
総計	8378	2143	25.6%	78

出所：Gutachterkommission.2007

注：1件で最大4つの被害項目がある場合がある。

表 9 医療事故請求分野と医療過誤数 2006年

専門区分	請求数 (医師数)	比率%	医療過誤 認定数	認定数/ 請求数%
外科(災害外科)	336	29.95	69	20.5
産婦人科	124	11.05	17	13.7
整形外科	133	11.85	9	6.8
内科	117	10.43	12	10.3
一般医(かかりつけ医)	52	4.64	7	13.5
麻酔科	31	2.26	4	12.9
眼科	32	2.85	1	3.1
耳鼻咽喉科	23	2.05	1	4.3
その他	274	24.42	28	10.2
小計	1122	100.0	148	13.2

出所：Gutachterkommission.2007に基づき作成

4. 調停委員会に基づく補償金額

事故被害患者は苦情解決手段として鑑定委員会・調停委員会や民事訴訟、刑事訴訟に持ち込むという3つの選択肢が可能である。患者は患者団体、自助組織あるいは弁護士などに相談をしていずれの方法を選ぶかを定める事ができる。しかし、被害補償金の支払いは、医師または病院が支払うが、支払いは彼らの加入する保険会社によって行われることになる。

ところで、医療事故被害の補償金額はどうなっているのか。ここではノルトライン医師会(デュッセルドルフなど)の事例を参照する。2002年度

の同医師会の鑑定委員会は1759件の苦情を受けて、そのうち鑑定委員会の鑑定に回されたものは1257件であった。過失があったとされたものは437件(鑑定数対比35%)であった。最終的に鑑定委員会の報告としてだされたものは281件であった。(数字は手続き処理上の理由で異なるが)同年の293件の過失確定件数のうち114件は補償金額は1,000ドイツマルクから20,000マルクの範囲であった。9件がそれ以下、55件がそれ以上の補償金額であった。100万マルク(約8,000万円)という補償額の事例が一件あった。これは産科で妊娠日数の計算の間違いで1,000グラムの未熟児が生まれて病気を併発したものである。

しかし、調停委員会に基づく補償金額は、比較的低い金額であるといえる。

表10 調停委員会による被害補償金額

ドイツマルク	件数
1,000以下	9
1,000-5,000	38
5,000-10,000	40
10,000-20,000	36
20,000-30,000	19
30,000-40,000	12
40,000-50,000	6
50,000-100,000	9
100,000-200,000	6
200,000-100万	3
合計	178

出所：Bericht der Gutachter Kommission, 2003, Arztekammer Nordrhein,

5. 裁判訴訟事例

裁判に進む事例数が年間どのくらいあるかは不明である。患者は医療訴訟を扱う弁護士を代理人として訴訟を起こす。

訴訟事例(1) リスク説明不足（2007年5月25日ケルン上級地方裁判所）

原告は2000年に当時28歳の女性がガン検査を産婦人科で受け、子宮頸部摘出を進められた。手術後、傷口で癒着が起き、月経もなくなり妊娠不能となった。原告は手術の危険の説明を十分に行わなかったことおよび医師の手術の過失があったとし賠償と慰謝料の請求を病院と医師に対して行った。

判決は病院と医師が原告へ4万ユーロの慰謝料支払うようを命じた。判決は医療過誤については認めず、患者への説明開示が不足していたことは認定した。子供を欲していた若い女性に対して、手術によって不妊症になるリスクを十分に説明しなかったことは女性にとって非常な損失であるとした。2000年の時点から比べると現在は医療技術や医師の質の向上政策を進んでいるが、患者と医師のコミュニケーションの重要性は依然として変わらない。

訴訟事例(2) 診断の遅れ（イツェオエ州裁判所）

腹壁損傷だった患者が、診療を2日後に受けた。そして手術はさらに2日後に実施された。遅れの

ために患者受けた苦痛の責任は診察した医師にある。患者は800マルク（1マルク100円とすれば8万円）の補償金を受け取る。

訴訟事例(3) 出産時医療過誤（シュレスヴィヒ・ホルスタイン上級裁判所）

医師の粗雑な誤りにより誕生時に子供に脳損傷があり、それにより知覚・感覚能力に障害を受けた。その後、救急・入院などの治療・手術を頻繁に行う必要が生まれた。子供は23万ドイツマルクの補償金を受け取り、ならびに毎月600マルクの手当を受け取る。

6. 患者サイドの対応

患者の医療に対するトラブルは、患者団体、医療関係の自助組織（NPO）などを通じて対処することができる。患者団体の中には、医師会と協力して医療ミスデータバンクシステムである MERS（または米語を使用して CIRS, critical incident reporting system と呼ぶ）作りに参加した「患者安全活動協会（APS）がある。患者の安全はなによりも予防が大事であり、そのためのミスのデータ集めと分析をする体制作りに積極的に協力した。

ドイツ被保険者患者協会（DGVP）もまた医療過誤に対する苦情請求の支援を行っている。また各地にドイツ医療被害者会（BNMD、NGM）があり、医療事故鑑定・補償制度に積極的に関与している。2000年には意見書として、鑑定医師が医

師の加入する保険会社の立場に近い場合が多く生ずる危険があるので、鑑定医師の業務上の金銭的独立性を確保するよう提言した。これにより2004年の鑑定医師報酬規定の法律である JVEG ができたのかもしれない。

さらに自助組織と呼ばれる、患者団体、難病団体を含めた多数の自助組織も医療過誤補償制度に関わっている。

7. 保険会社、疾病金庫の関与

保健省は疾病金庫(医療保険組合)に対して、医療過誤に対する患者の鑑定委員会や調停委員会への請求活動について支援するよう指示している。疾病金庫の統括団体である MDK(医療業務金庫)の傘下には、AOK(地域疾病金庫)、BKK(企業疾病金庫)、IKK(同業組合疾病金庫)、LKK(農業者疾病金庫)などがあるが、医療過誤の鑑定・調停について事業活動として取り組んでいる。また高額所得者で疾病金庫に加入せず民間保険を選択している被社会保険者比率で15%程度といわれる人々に対しても民間保険会社は同様の対応が保健省から要請されており、独自の取り組みをしている。一方、補償金を支払う側である医師や病院の代理人である医療損害を担当する民間保険会社はどの程度の保険料と保証をするのであろうか。病院は公立病院、大学病院、非営利病院、営利病院などによって保険料体系が異なるようである。また開業医の場合を見ると対人補償で500万ユーロの補償金というメニューの例がある。たとえば保険料は月額で、急性期治療部門715ユーロ、痛み緩和治療だけの場合440ユーロ、急性期と入院治療部門で1,650ユーロというメニューとなっている。これに年間割引が項目によって10%から30%がつく。

ドイツでは調停委員会による医療事故補償金は日本に比べると全体に低めであるが、裁判所の判決による可能性としては500万ユーロ(日本円で7億円くらい)の補償金の支払いの可能性もあるということであろう。

8. おわりに

ドイツの医療過誤紛争については、これまで首都大学東京の我妻学(当雑誌に論文掲載いただいた

た)、東京医科歯科大学の岡嶋道夫、損保ジャパン総研の砂川友秀など各氏の論文において詳細に論じられているので是非参照願いたい。ドイツの医療過誤補償制度は、国家が運営するのではなく医師会が運営をしており、その賠償金額も相対的に低い。当事者の自主性を尊重するという点で評価できる。医療従事者側の医療過誤予防のためのカルテ記入、ヒヤリハット事例のインターネットを使ってのデータバンク化、医療従事者への教育訓練システム、リスクマネジメントなどの取り組み、患者の権利の重視、患者団体の医療事故補償手続きに対する支援体制、疾病金庫や保険会社による関与、裁判手続きのための患者に対する補助金制度や保険などの仕組み、行政による制度支援など、医療事故を減らすことが全体の福利につながるという共通認識があるように思われる。

また補償金の低さは、医療社会保障制度の充実が多額の補償金を請求するということにならない理由かもしれないし、またほかにドイツ人の文化や価値意識に由来する理由があるのかもしれない。患者の権利を尊重するという原理によって裁判へのアクセスも手続き的にも経済的に容易にするような仕組みができてきているという。日本のあるべき医療事故補償制度にドイツ方式を取り入れた場合の、医療供給者、患者と市民団体(非営利・協同組織)、保険会社などがどのような役割と態勢を作り上げて、協力していけばいいのかという点で考える必要がある。また、ドイツ方式はフランスのような無過失補償は行われていないので、この点が今後の問題点であろう。

主要参考文献

岡嶋道夫「ドイツにおける裁判外紛争処理とそれに関する事項」2007, www.hi-ho.me.jp/okajimami/m426.htm

我妻学「ドイツにおける医療紛争と裁判外紛争処理手続き」2004, 都立大学法学会雑誌45

砂川友秀「ドイツにおける医療過誤の現状」損保ジャパン総研クォーターリー、2005, www.sj-ri.co.jp
ドイツ医師会サイト www.bundesaerztekammer.de

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

ヨーロッパ福祉用具事情 —REHA CARE 2004と2006視察を通じて

小川 一八

REHA CAREとは、日本の東京お台場で毎年開催される「国際福祉機器展 H.C.R.」（世界最大の来場者数の福祉機器展、H.C.R.2007は延べ12.8万人の来場者数）と同種の福祉用具を中心とした展示会である。ドイツのデュッセルドルフ（ケルンから車で1時間、ライン川沿いの商業都市、古くからヨーロッパにおける日本企業の拠点）において、毎年10月か11月に3日間開催され、5万人前後の入場者数がある。福祉用具が最も普及しているといわれるヨーロッパ最大の福祉機器展である。このために展示される福祉用具は、世界でも先進的福祉用具が展示される。

そのREHA CAREに2004年と2006年に視察に訪れた。この間、REHA CAREの視察の報告を写真や私の所見をまじえて職場や関係者の前で何度か紹介をおこなってきたが、今年の10月に東京のH.C.R.2007を視察して、REHA CARE 2006の視察から1年を経過しているが、REHA CAREの内容を知らせられることは、まだまだ意味があると感じ、本誌への掲載をお願いした。

前提として、筆者がこうした外国の先進例を学ぶときには、以下の点に注意している。日本と外国とは水も空気も異なれば、その暮らしぶりも大きく異なる。その歴史もある。よって、安易な比較はしないように心がけている。そのために、そのままヨーロッパの福祉用具（福祉機器）を日本に導入すれば良いというものではないと考えている。ここでは、外国の「良い」と「悪い」を学ぶことが課題となる。そして、良いものを導入し、日本のオリジナルに改善していく作業が大事なのである。



図1



図2

会場（REHA CARE）は、6つのホールに分かれている。各ホールにはテーマがある。2004年例では、Hall 3は子どもとtherapyをテーマ、Hall 4はバリアフリー子ども、Hall 5は視力障害者、Hall 6はカフェ（談話）展示、移動と旅行、Hall 7Aはmobile for sport（スポーツで動かす）、Hall 7Bはセミナーやワークショップがテーマ及び目的となっている。そのmobile for sportの様子は上記の写真にある。

もちろん、このREHA CAREには日本企業の福祉用具製造・販売業者が出展している。右の写真の矢印の先には「JAPAN」とある。日本のテクノケア協会が業者を募り展示している。この展示ブースは全体の中ではそれほど大きくない。車いすやベッドの展示があるが、それほど注目されていないと感じた。



図 3

1. ヨーロッパ福祉機器のコンセプト

REHA CAREの会場で福祉用具を見ていくと、ヨーロッパにおける福祉用具の使用について基本的な考え方があることに気付いた。ヨーロッパでは個人の権利と国家及び国民の責任を追及する。その根底には、人間としての自立をめざすという思想があると感じた。例えば、身体の中で可動が可能な身体能力や筋力があれば、それを最大限活用して、生活をおこなえるようにする為に補助するのが「福祉機器」である。自らが「立つ」「起きる」「動く」…を助けるのが福祉用具なのである。もちろん、この是非については個々の判断に委ねられている。

2. トイレの福祉用具

右の写真の中の①は、補高便座である。座る座面を高くして「立ち上がり」「座り」を楽におこなうものである。②③は立ち上がりや座り時に捕まるものである。自立した立ち上がりが困難な場合には、こうしたものを設置し自立した排泄を手助けするのである。

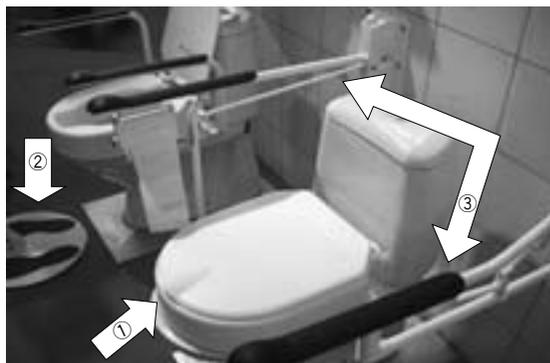


図 4

上記の②が右の写真「ターナー」である。私が2004年と2006年にデンマークへ行った折に視察した施設では、これが標準装備として配置されていた。この福祉用具の使用方法は、機器の足形部分に足を置いて写真中の矢印部分を掴み使用者が自らで立ち上がる。その横に車いすを置いておいて、介護者が90°方向を変えて車いすへ腰を下ろすのである。介護者は施設内でこれを押してベッドサイド置いて車いすへ移乗をおこなう。



図 5

3. ベッドの吊り下げリフト

以下3枚の写真の器具をドイツでは Aufrecht (独語) 自立体位保持リフトと呼んでいた。ベッド上部に吊り下げる棒の設置する穴は、ヨーロッパでは標準装備だそうである。右下の写真の矢印には吊り下げ棒をはめ込む穴が左右・上下にある。それにテープもしくは紐にてトライアングルを吊り下げるのである。トライアングルとは異なり縄ばしごのタイプもある。このトライアングルを持って起き上がったたり、寝返りをおこなうのである。



図6

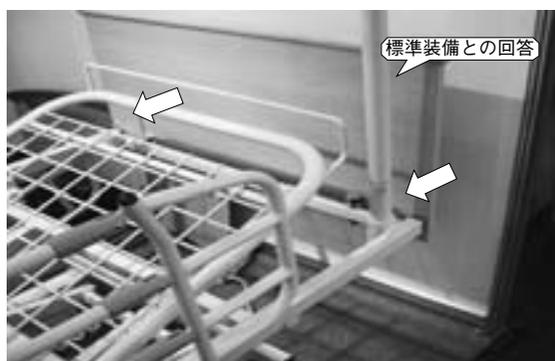


図7



図8

4. 椅子 (いす)

ヨーロッパは椅子の先進国である。様々な製品が開発されている。日本は椅子の後進国であり、今後改善が必要であると考えさせられた。



図9



図10

5. 車いす

日本との車いす製造技術レベルの差は、あまり無いと感じた。日本の製品に比べて、欧州製は「重い」「頑丈」との印象がある。逆に日本の場合は軽い。介護が高齢化する中で、多くの方が車いすの重さを気にするのは、日本の住宅や道路事情と関係があると推測する。

右の写真は、車いすを介助する人の押す手の位置が調節できるように持ち手の高さが調節が可能な車いすである。日本でも車いすを押す介助者の身長は伸びている。このような車いすの介助者が押す手の位置が調節できる要求は、今後も増えるものと予想する。



図11

6. 電動車いす

ヨーロッパは平らな土地、靴を履いて部屋へ入る文化がある。そうした環境が電動車いすの市場を拡大させていると推測する。右の写真はある電動車いすメーカーの実車ラインナップである。奥には座幅60cmの肥満用から手前にはコンパクトなものまでがある。下の写真は矢印の鎖で電動車いすを吊って車に載せるデモンストレーションの様子である。右下の写真は目線を健常者並みにあげることができる電動車いすである。



図12



図13



図14

6-1. 立てる電動車いす

下記の2枚の写真は2004年の写真である。そのまま立てる「電動車いす」は、当時は筆者にとって画期的な製品として写るのであるが、後に述べるが2006年にはこれがさらに発展した電動車いすが発売されていた。



図15



図16

6-2. 車いすがそのまま乗れる自動車

車いすごと乗って運転できる乗用車が、右と下の写真3枚である。日本では、車検等の関係で認可が厳しいようである。

そのまま電動車いすで車に乗り込み、運転席の位置に固定して、車いすに乗りながら車が運転できるといったものである。



図17



図18



図19

6-3. 電動車いすでアウト・ドア

ヨーロッパでも特殊であると考えるが、右・下左右の写真にあるように電動車いすでアウトドア・ライフ感覚を満喫できるものが存在する。障害者の乗れるバイクやジョイスティックで操作するバギーカーなど、障害を持っていても外出して楽しむことが可能なのである。これは、すべての人には人間として生活する（楽しむ）権利があるとした思想的な背景を感じた。

本報告の最後に釣りやゴルフが行える電動車いすも紹介する。



図20



図21



図22

7. 立たせるリフト

右の三枚の写真は起立を行うためのリフトである。立つことについて、どうしてリフトを使うのか、日本の介護職員が見ると違和感があるのではないだろうか。患者や利用者に立って貰うために、日本だと介護者が脇や腰のあたりを掴んで力業で行うことが多い。これは少ない職員で時間内に仕事を終えなくてはならないことから、こうした福祉用具を使用するよりも早く終えることができるためである。しかし、デンマークの場合だと20kg以上の荷物を労働者へ持たせると、その事業者は最終的には営業できなくこともある。20kg以上のものを持ち上げることは法律で禁止されているのである。(持ち方によって重量上限はさらに軽くなる。実は日本にも重いものを持つことを禁止する法律はあるが罰則規定はない。)

このリフトは、日本では普及していない。器具の設定等があり現場では「面倒」とされるのである。そして、立つリハビリに器具を使用するほどまで、現場では「立つ」ことを重視していないことが考えられる。



図23



図24



図25

8. リフトと肥満の問題

肥満の問題は先進国において共通する問題となっている。肥満は成人病の誘発要因として、日本ではメタボリック・シンドロームとして問題となっているが！ヨーロッパでも介護と肥満の問題がある。OECDの調査では日本のカロリー摂取量は最下位である。本視察で、今後の日本でも肥満について介護の影響が顕著化すると予想する。そして、社会問題となり我が国でもヘルパー等への荷重制限（20kg）の違反について罰則規定が法制化することも考えられる。



図26



図27



図28

参考)2002年 OECD 発表資料によれば、米国は3774^{キロカロリー}で最も高い。平均は3413^{キロカロリー}である。日本は2761^{キロカロリー}と最も低い。

9. 拘束帯について

次ページ写真のように拘束帯が販売されていた。ヨーロッパでは拘束がないといわれて、日本では拘束ゼロをめざしていたが、現実には違ったようだ。このことから痴呆の問題の深淵差を感じる。筆者は、先に述べたようにデンマークの老人入所施設へ訪問したことがあるが、そこでも安全上の問題から拘束帯で縛り付けることはなかったが、認知症による徘徊による可能性から、施設の周りには針金が張られ、出入りは施錠されセキュリティーは厳重に行われていたのを目にしたことがある。



図29



図30

10. ちょっと、日本でも使えるかな？

筆者がセレクトし一押しのもを紹介する。これらの福祉用具は日本にもあるが使い切っていない。もしくは、法令上使用できないものもある。



図31



図32

上左の写真にあるクッションは現在では日本の大手メーカーでも製造・販売されている。上右の写真は軽量化された吸引器である。これも輸入販売されている。右下の写真は、手でこげる一輪車のようなものを車いすの前部に取り付けることで、自転車のように長い距離を移動することができるのである。筆者が今でも注目しているのは、下左の写真にある電動カーの後ろに歩行器を取り付けている工夫である。これにより電動カーと歩行器での移動が併用できるために、歩行できる範囲は、格段に広がる。日本では道交法等の関係で難しい。



図33



図34

11. セラピストとしての動物の役割



図35

たり、新聞や物を持ってくる介護犬も紹介されていたが、動物たちの精神的な癒しとしての役割が強調されていた。

12. 他のアジア諸国の台頭

下記の写真にあるように多数の台湾メーカーが出店していた。また、ヨーロッパのメーカーに部品を供給している。他のメーカーの話だと、かなり廉価に供給されるようである。



図36



図37

13. REHA CARE を概観して、直感的に思うのは

REHA CARE 2004を中心に概観してきた。展示会という短時間の中では筆者のこれまでの経験をもとにして、いわば直感的に述べざるを得ない。そこで感じたのは、日本の福祉機器（道具の生産技術）の水準が世界レベルに近づいている（現在では世界トップの製造技術水準にあると推測している）。しかし、ヨーロッパとはQOL（quality of life）の考え方と、その追求方法に大きな違いがある。人権や生存権を「福祉」の枠ではなく、政治参加による「社会政策」として捉えている。実際に北欧3カ国などは、日本の「福祉」という言葉ではなく「社会政策」という概念で福祉用具やそれに関連する施策を説明している。このために、日本では公費（税・保険料）による福祉器機の利用を贅沢や「わがまま」ととらえる人もまだまだ多いが、それを「当然の権利」としてとらえるくらいのヨーロッパとの認識の違いがある。

14. 2006年 最新のヨーロッパ福祉機器 電動車いす編

これまでは2004年福祉用具を中心に紹介してきた。ここでは最新の電動車いすを紹介する。①の写真の車は前輪駆動である。固定は向こう脛と胸部分を固定するだけとなり、簡易となっている。②の写真は座面が高くなる。③④の写真は、そのまま後ろへ倒れ水平になって寝ることができる、⑤⑥⑦の写真にあるように、そのまま持ち上がり立位姿勢になることができる。そして、そのまま歩くことができるのである。これは、介護労働の軽減という意味でも可能性広げてくれるのである。



図38



図39



図40



図41



図42



図43

下記の写真は、下肢麻痺の方が釣りやゴルフができるように作られた電動カーである。悪路も走破できるように幅の広いタイヤである。座席横には、ゴルフバックや釣り道具を置くことができる。下肢麻痺の方の可能性を広げる福祉用具である。ゴルフや釣りが必ずしも自己実現につながるものではない。しかし、障害を持ち「あきらめない」で自らが望むものを追求する時に、それを補助するものが福祉用具である。

そうした福祉用具が、個々の環境にあわせて導入されることで、少しずつ過ごしやすい社会になるのである。



図44

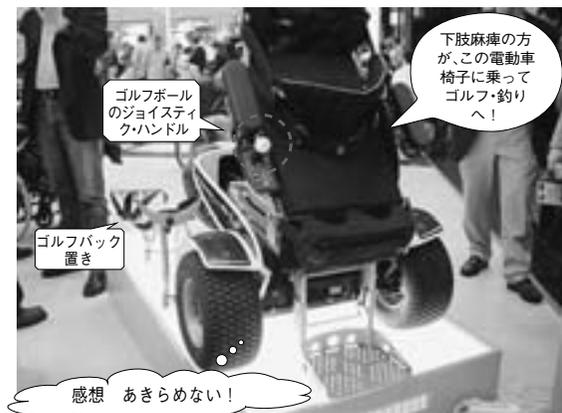


図45

筆者は、2008年に再び REHA CARE へ訪れようと考えている。ヨーロッパにおける在宅用具の進化を実感するためである。そうした機会を他の介護ショップ職員とも共有できることを希望するものである。

(おがわかずや、介護ショップらくだ)

第7回自主共済組織学習会報告

共済と社会的企業

中川雄一郎

「自主共済学習会」の報告に入る前に、「共済」についての私の水準は素人のそれであることをまずお断りしておきます。石塚さんから「自主共済組織」の学習会があるので「イギリスの共済と社会的企業」というタイトルで話して欲しいとの要請がありました。これには少しばかり逡巡しましたが、「共済」は協同組合と深いつながりがありますので、お引き受けしました。そこで、このタイトルをどうしようかと考えた挙句に、イギリスを除いた「共済と社会的企業」とさせてもらいました。というのも、今日の話はイギリスに限らないからです。とはいえ、「社会的企業」という言葉はイギリスの言葉（**Social Enterprise**）ですし、「共済」も実はイギリスの工業近代化のプロセスで経済—社会的な機能を拡充させていき、それが協同組合とさまざまな局面で結びついた、という事実があります。そこで、今日は、共済がイギリスの協同組合や社会的企業とどう結びつくのか、そのいくつかの軌跡を辿ってみることから「共済」について話していきたいと思います。

実はつい最近、明治大学の押尾直志先生から先生が監修された『共済事業と日本社会—共済規制はなにをもたすか』（保険毎日新聞社、2007年）というタイトルの著書の書評をして欲しいと言われました。押尾先生には公私にわたりいろいろお世話になっておりますので、断るわけにはまいりません。早速この本に目を通してみましたところ、このなかに石塚さんがお書きになった「ヨーロッパにおける共済組織の位置づけと現状」というタイトルの章がございまして、そのなかで石塚さんは「イギリスの共済組織」について書かれています。イギリスの共済組合は（英語で）**Friendly Society**と書きます。石塚さんの論文にヒントを得て、まず **Friendly Society** について簡単に触れ

て見ましょう。

●友愛組合（共済組合）

イギリスの **Friendly Society** は日本語で「友愛組合」と訳されます。ある意味でこの訳語はこの組織の機能と性格を分かり易くイメージさせてくれる訳語だと、私には思われます。「友愛」の語感が「信頼」や「助け合い」を連想させてくれるからです。英語の語感もそうかもしれませぬ。17世紀末に組織された友愛組合はおよそ100年後の1793年に（ジョージ・ローズ法の下で）法制化（友愛組合法の承認、1796年から施行）されました。主に熟練労働者・職人たちによって組織された友愛組合は、組合員が所得の一部を出資して基金を積み立てて、組合員とその家族の不慮の事故や福利、すなわち、疾病、傷害、失業、退職、高齢者ケア、死亡、出産、育児それに後には組合員子弟の教育など生活上のさまざまな必要に備えた、いわば組合員が自発的に「保険給付」を行なう「助け合い組織」なのです。その意味で、友愛組合はまさに「共済組合」の先駆ですが、同時に、先ほど角瀬先生が述べましたように、協同組合や労働組合の一種の合法的な形をとるための法律として労働者の運動に利用されたりもしました。

例えば、ロッチデールの消費者協同組合—「ロッチデール公正先駆者組合」—は、マンチェスターにあった友愛組合である「埋葬組合」の定款を真似たと言われています。それは、協同組合運動を合法化するための方法であったわけです。また労働組合は、1871年によく合法化されたわけですから、特に産業革命の前期から中期（1790年代～1830年代）にかけては「団結禁止法」（1799年

に制定・1824年に撤廃)に見られるように常に弾圧の対象でしたので、弾圧を避けるためにも友愛組合法を利用して労働組合を「友愛組合」として合法的に組織したということもありました。この時代、協同組合運動と労働組合運動は別々のものではなかったことを歴史が知らせているところです。

現代の友愛組合(Friendly Society)法は改正を重ねてきておりますが、基本的に、第二次世界大戦後のイギリスの国家と社会を規定した、例の「福祉国家」(1942年の「ベヴァリッジ報告」)が本格化していくに従って「共済組合」は控えめな存在となっていきました。

非常に簡単にイギリスの「共済組合」を歴史的に見ました一すぐ後で再び歴史的な考察に戻ります一が、現在ではイギリスでは「共済」をしばしばThe Mutual(「相互扶助」という言葉で括っているようです。では、現代の日本の「共済」はどうなっているのでしょうか。私は「共済」については一前に言いましたように一素人の域を出ていませんが、協同組合は共済と歴史的にも現実的にも深いつながりがありますので、共済の勉強は続けるようにしています。最近の共済を取り巻く状況を見ますと、かなりひどい状況になってきています。何故そうなのか、を知るために、押尾先生たちによって書かれた『共済事業と日本社会』を参考にして私なりに現状を捉えてみましたので、次にそちらに話を移します。

●米・日保険資本による共済事業潰し

さて、2005年に保険業法が「改正」されました(2006年施行)。この「改正」の意味については、『エコノミスト』誌(2007年5月25日号)に青山学院大学の本間照光先生がお書きになっています。本間先生の主張は大変説得力があります。まったく日本の官僚や一部の議員は日本の国民や社会のこと、したがってまた、日本社会の発展を支える市民の自主的、自発的な助け合いの行動や信頼に基づく行為を日本の社会から排除しようとしているのではないか、と思えるような保険に関わる法

律が修正・可決されてしまったのです。私は、この一連のあり様を次のように理解しました。

これまで、主に営利保険は一般に、私たち個人(消費者)が死亡した場合の保障を中心に「保険商品」を販売し、私たち消費者もその商品を買っていました。しかし近年、私たち消費者のニーズは「死亡」から「生存」の保障へと変化し、その変化の流れは年々大きくなっていきました。そこで、日本の営利保険も医療保険や傷害保険に参入するようになってきました。他方、在日のアメリカ保険資本は、日本のそれよりも早く医療保険や傷害保険のような「生存保障」の分野に参入していました。

要するに、在日のアメリカ保険会社は、既に医療保険を主に扱ってきたので、従来に増して激しい競争を強いられるのでは、ということになったわけです。そこでアメリカと日本双方の営利保険会社が目をつけたのが「共済の市場」だったので、と私は考えています。実際にそうでありまして、「共済の市場」は、米・日双方の保険資本にとっては大変魅力的な市場・マーケットだったのです。例えば農協共済、私が見ている限りではおよそ180兆円の契約残高がありまして、世界の契約残高の1%を日本の農協の共済は保有しております。そういう非常に大きな市場が日本には存在しています。全労済もそうだし、生協の共済事業も近年大きく伸びています。米・日の保険会社はまずこのあたりに目をつけたのではないのでしょうか。考えてみますと、これらの共済事業は大変大きな市場を抱えているわけですから、米・日の保険資本がこのような巨大な共済事業の市場に目を向けないわけがないのです。

そこで出された戦略は、農協共済・生協共済・全労済などすべての共済組織に対して米・日の保険会社と同じ競争条件の下に入るよう、すなわち「イコールフットイング」でなければ駄目だ、と共済に「一定の規制を課すべきだ」、「共済事業の優遇措置を廃止せよ」と強調しておきながら、しかし、今回は「根拠法」のある農協・生協・全労済などには脅しをかけておくだけにして、戦術としては、その前の段階として、他の共済、すなわち、「自主共済」と言われている共済組織の市場を包囲し、参入する、となってきたのではないで

しょうか。そのために、既に消費者たる国民の間には、あの「オレンジ共済」のように不特定多数の人に「共済」を騙る商品を買ってきた「悪徳業者共済」は許せないとの感情が広がっているだろうから、「オレンジ共済」などに付けられた名称＝「無認可共済」を、特定のメンバー、例えば、保険会社では受け入れてくれない障害者とその保護者が必要に迫られて組織した本来の「自主共済」に援用し、「自主共済」に「無認可共済」のレッテルを貼っても構わない、と高を括ったのでしょ。さらにその上、「協同組合共済」は、協同組合法に基づいているにもかかわらず、保険事業の派生形態の一つだとみなされて保険事業の「特殊な組織形態」と位置づけられてしまったのです。今回は農協と生協などの共済事業は規制の対象から外されましたが、しかし、「改正保険業法」はいつでもそれらの共済事業に「自主共済」と同じ規制を適用するぞ、と言っているのと同じです。それ故、協同組合組織は、米・日の保険資本による「自主共済規制」＝「自主共済の排除」＝「自主共済への参入」を彼岸の事だと高を括っておらずに、此岸の事でもあると認識し、理解する必要があります。「改正保険業」の推進行為は、「協同組合の精神」に背を向けた、したがって、「助け合い」、「互酬性」、「信頼」、「協同」など近代市民が培ってきた、市民社会を支える基盤であるシチズンシップを保険資本が破壊する行為そのものだと言うべきでしょう。

● 共済と市場とシチズンシップ

共済と営利保険の違いを私なりに考えてみました。共済の「共」は、誰もが知っている通り、「ともに」、「一緒に」、「仲間になって」という意味であり、「済」は「すます」、「助ける」、「救う」という意味です。すなわち、「共済」は、お互いに助け合う、仲間同士で助け合う、という意味でありまして、それは、協同組合の用語で言えば、「相互扶助」ということです。私は、協同組合学の最初の講義やゼミナールで、**Economy** の訳語である「経済」のもつ意味について話をします。そし

て、まず **Economy** を「節約」とは別に「経済」と訳した人がおり、次に **Economics** (当時は、**Political Economy**) を「経済学」(政治経済学) と訳した人がいた。この人たちは真の意味で「経済学」を理解していた人だった、と付け加えます。

ご存知の通り、「経済」の語源は中国の「経国済民」あるいは「経世済民」という言葉です。「経」は物事の筋道をつける、治める、という意味であり、「経国」は「国を治める」、「経世」は「世の中を治める」、という意味です。また「済民」は文字通り民・民衆を救う、民衆の苦しみを救う、という意味ですので、「経国済民」・「経世済民」は、簡単に言うと、国・世の中をしっかりと治め、民衆・人民の苦しみを救う、を意味しています。そこで、「経済学」ですが、それは、国・世の中を治め、民衆・人民の苦しみを救うために「物事の筋道をつける」学問である、という意味になり、そしてそのための政治をしっかりと遂行する、というコンセプトを含んだものとして **Political Economy** には「経済学」という訳語ができあがった、とこう私は考えています。この「経済学」の訳語と「共済」という言葉は共通するところがある、と私は考えているのです。

イギリスの **Friendly Society** (友愛組合) を迎れば分かるように、共済組合は元々「非営利組織」です。前に触れましたように、メンバー(組合員)への奉仕が第一義的な目的です。そしてその機能と性格は相互扶助そのものですし、その管理・運営はメンバー(組合員)の自治、平等な権利、責任の共有、自発的な参加が基礎になっています。これは現代のシチズンシップそのものです。

では、営利保険はどうでしょうか。営利、つまり、最大限利潤の追求は、私的資本の本性に基づいたものでして、理論的には保険会社の「株主への利益配当」を第一義的な目的としています。したがって、営利保険は「助け合い」である、とは言わないでしょう。営利保険は「生活保障の商品」を販売しているのであるから、その商品を購入した保険加入者は、自分をその商品の単なる購買者にすぎないとみなしているのであって、したがって、自分たちの購買行為が「助け合い」であると多分思っていないでしょう。

それに対して、共済は本来的に「助け合い」の

行為でありますから、共済に加入した組合員は、加入したという行為が自分たちの自治の実質化であることを観取し、その自治の行為を通して組合員が相互に助け合っているのだ、ということ意識するのです。

私がかつてある生協の非常勤理事を4年間務めました。その期間に生協の「助け合い保険」を生協の組合員に広める運動に何度か出ました。この運動に関わった理事や組合員は、「助け合い」という「共済保険」が自分たちの仲間の確かな「生活保障」であることを確信し、「共済は助け合い」との言葉を組合員の仲間に広げ、生協共済に加入することの意味をより多くの組合員の間に広めていきました。

ところが、「改正保険業法」は、このような共済も自主共済もすべて営利保険と同じ市場で事業活動しなさい、営利保険と同じ土俵に上がって相撲をとりなさい、と強要したわけです。確かに、共済もその事業活動を一すべてではないにしても一基本的に市場メカニズムに従って展開します。

「生活保障」という広義の意味では、共済も営利保険も「保険市場」ということで一般化され、一括されるでしょう。しかし、「保険市場」をよく見れば、「保険市場一般」は異なる保険市場を抽象的に一括したものの、ということがわかります。米・日の保険資本が「共済市場」を狙ってきたということは、保険市場は別々の市場によって構成されている、と言えますし、したがって、共済と営利保険はこれまで同じ土俵で競争してきたのではない、と言えるのです。「改正保険業法」は、まさに、別々の保険市場を一つにせよ、と強要したということなのです。

ご承知の通り、「市場」は抽象概念でありまして、例えば、「日本市場はここにありませう」とか、あるいは「東京市場はそちらにありませう」とか、というものではありません。が、現に日本市場や東京市場は存在します。いわば「市場」は抽象的実在である、と言ってよいでしょう。また「市場」にはさまざまな市場があつて、「自動車市場」、「テレビ市場」、「住宅市場」、「野菜市場」、「魚介類市場」、「製菓市場」など社会的分業や職業の数と同じほどあります。

話を分かりやすくするために、「市場」を消費

市場に限定しましょう。そこで、「東京の消費市場」と言う場合、それは、主に東京や東京近隣に居を構え生活している私たち一人ひとりが平均的な消費生活を維持していくのに必要な商品（生産者から）購買した行為の結果です。消費市場とはそういうものです。「保険市場」も同じです。保険商品の市場を構成するものは、私たち一人ひとりが、市民たる消費者として、どの保険商品が自分の利益になるのか考え、また「助け合い」という観点や理念からは営利保険ではなく「共済」がより適切である、と自主的、自発的に考えた行為の結果そのものなのです。これはまさに「個人と社会との関係そのもの」なのです。つまり、保険商品に関わつて、私たちが営利保険を選ぶのか、それとも共済を選ぶのかは、市民としての私たち個人一人ひとりが社会との関係を考えてとつた行為の結果なのです。私たちが共済を選んだのは、市民として消費者として社会との関係を考えることです。また例えば、人間の尊厳に関わるような高齢者ケアサービスについて考えると、もっと分かり易いかもしれません。高齢者ケアのために私たちはどのようなサービスを選ぶか、（問題になったグッドウィルの）コムスンのような営利追求のケアサービスを選ぶのか、それともケア協同組合など非営利のケアサービスを選ぶのか、熟慮が必要になってきます。この場合にはスーパーマーケットやコンビニエンス・ストアで単なる商品を買うのと訳が違います。人間の尊厳にとつてもっとも重要な財やサービスの購買に際して私たちはよくよく考えて、消費行動をとるわけです。「市場」はこのようにして形成されるのです。

フェアトレードの例を取り上げてみましょう。フェアトレードは、日本ではまだ顕著ではありませんが、イギリスでは生協はいうまでもありませんが、いくつかの大規模なスーパーマーケット（小売流通企業）も、商品は限定されているものの、「フェアトレード市場」をもっています。イギリスの生協の「フェアトレード」は有名で、生協は非常に大きなフェアトレード市場をもっております。他方またイギリスでもっとも有名なスーパーマーケットである「マックス・アンド・スペンサー」もフェアトレード市場をもっています。フェアトレードは、簡単に言えば、消費者が「生産者

の経営と生活」が維持され得る価格で商品を購入する、とのことを意味します。したがって、同じ種類の商品の平均価格よりもしばしば高価であることが起こりますが、フェアトレードはそういう取引である、という市民たる消費者は考えているのです。まさに、消費者と生産者との間のこの「公平な取引」は、「個人と社会との関係」を私たち市民がどう考えるか、ということが基底にあるのです。ある意味で、フェアトレードは、市民の自治や権利や責任を遂行し、実現しようとする「市民としての消費者」の行為に基礎をおきながら、同時にそれよりももっと広い、グローバルな（生産者と消費者との）協同を視野に入れて「市場」というものを捉えることで成り立っているのです。イギリスの生協やあるスーパーマーケットでは「フェアトレードのコーナー」の商品が最初に売れていく、とのことを私は聞いたことがあります。要するに、市民としての私たちの消費行動の結果である「市場」は、市民としての私たちが社会とどう関わるかという生活理念、すなわち、「個人と社会との関係」を私たちがどのように自発的に具現化していくか、ということと関係するのです。シチズンシップを基礎にして生活している私たちは、市場を単なる競争場裡であると考えないし、単なる競争場裡にはしないが故に「フェアトレード」が成り立つのです。

繰り返しますが、フェアトレードが成り立つのは、私たち個人が自治能力を有する市民として、権利と責任を踏まえてフェアトレードに直接間接に積極的、能動的に参加するからです。私たち一人ひとり、多元的アイデンティティをもつ市民であり、人間の多様性に関心をもち、その多様性に基づく平等や公正を主張し、また社会倫理、慎重さ、自己の利益の判断それに社会的義務や自発的責任などを踏まえて行動するのであって、それは経済的な行為においても同じなのです。要するに、私たちは（自治・平等な権利・自発的責任・参加をコアとする）「シチズンシップ」を基礎に生活しており、またその生活の基礎を成す経済行為を行っているのです。共済という「助け合い」の（経済）行為もそのうちの一つなのです。にも拘わらず、米・日の保険資本は私たちのそのような生活の、「助け合い」の行為を土足で踏み

ろうとしているのです。これは、私たち市民の行動規範を支えているシチズンシップを蹂躪するのと同じくらいの乱暴沙汰なのです。米・日の保険資本の要請を受けて日本政府が行っていることは、それらの保険資本がよりたやすく共済市場に参入できるようにするために、したがって、共済に関して市民たる私たち消費者の選択権をより狭く、より小さくするために、共済保険そのものに縛りをつけた、ということになるのではないかと私は思います。

同時に、私たち消費者も日々の経済のあり方について考えていかなければならないのではないのでしょうか。例えば、共済や保険に関する理解力を養っているのでしょうか。共済の理念や共済の意義や意味を理解しようとしているのでしょうか。押尾先生たちの著書を読みますと一保険論については知りませんが一共済論はかなり前に論じられたものが未だに幅を利かせているようで、現段階に適合した共済論が不十分ではないのか、とのことが書かれています。現実がどんどん変化し、人も社会もグローバリゼーションから影響を受けるようになっている現在、地域コミュニティや家族生活の持続可能性を確かなものにしていく共済の理論が追いついていかないと事実を厳しく見つめる必要があるでしょう。

「助け合い」としての共済は、私たちが自らの労働と生活の条件を改善し、そうすることで日本の社会の質が向上していくための「生活の必需品」だという論理を共済研究者や関係者は創りだしていつてもらいたい。共済は、私たちの労働と生活の質を向上させていく「必需品」だということを消費者であり市民である私たちに知らせ、よりよく理解させることが求められているのではないのでしょうか。

私たちは、あるものを一例えば、共済が何であるかを一認識し、理解しない限り、それ（共済）が私たちにとって非常に大切であり、必要である、とのことが分からないのです。共済の持続可能性を大きくしていくためには、共済がいかに必要なものであるかということ私たちに認識させ、理解させるという共済側での働きかけが絶対に必要です。日本の政府がこのような形で「共済規制」を強行してくるのであるならば、それを許さない

「共済」のしっかりした理念や理論を構築し、広く市民に知らせ、理解してもらうよう働きかけることが絶対に必要なのです。

●イギリスの協同組合と共済組合の相互関係

このような共済の現状と、それに対する私なりの考えを述べさせていただいたので、もう一度、共済の理念についてイギリスでの事例を簡潔に歴史的に見ていきましょう。

これからの話は、イギリスにおいて19世紀の20年代末から30年代初期にかけて展開された、「協同組合と共済」の相互関係についての考察です。これを行なった人物は、ブライトンで消費者協同組合（生協）運動を実際に指導し、その運動の近代化に貢献したウィリアム・キング（1786－1865）です。おそらく皆さんはご承知ないかと思いますが、キングは、現在の日本の協同組合にも共済にも関わってくる、ロッチデール公正先駆者組合以前の近代協同組合運動初期のもっとも重要な人物の一人です。

さて、ウィリアム・キングは共済組合をどう見ていたのか勉強していくと、私たちが「共済の市場」というものをどう捉え、理解するのか、そのヒントを与えてくれるのではないかと思います。

ウィリアム・キングは1828年5月～1830年8月まで、有名な『ザ・コーポレイター』（*The Co-operator*）というパンフレットを毎月発行していました。自分で論文を書き、自分で編集し、自分の資金で発行したのです。『ザ・コーポレイター』は『協同組合人』と日本語で訳されています。彼は、「貧民の医者」と称えられた人物ですが、すぐ前で触れましたように、イギリス南部に位置するサセックス州のブライトンで困窮者救済のための「ブライトン地区協会」や熟練労働者・職人の子弟を教育する「職工学校」の設立など社会活動に携わった後に、消費者協同組合の設立とその事業活動の指導に関わりました。そして彼は、1830年8月に『ザ・コーポレイター』の最後の号を発行して間もなく協同組合運動から手を引くのですが、彼の活動に対する誤った批判あるいは誹謗中

傷が教会側から投げられたことが、どうも運動から手を引いた大きな原因であったようです。敬虔なクリスチャンであったキングにとって、自分の活動に「革命運動」だとの誹謗中傷がなされては、手を引く以外にどんな選択肢もなかったのかもしれませんが。それでも彼は、最後の号でブライトン協同組合と同じような協同組合がイギリス中におよそ300余も存在している、と記しているのです。協同組合運動の陣営も2年後の1832年に開催された「第4回協同組合 kongress」の総意として、キングに対し―彼の協同組合運動への偉大な貢献を称賛して―「感謝決議」を行なっています（この kongress ではバイロン夫人のレディ・バイロンも「感謝決議」を送られています）。

ところで、キングは、「イギリス協同組合の精神的父」として今日でも賛辞を送られているロバート・オウエンの協同思想を受け入れてはいましたが、面白いことに彼の『ザ・コーポレイター』には一度もオウエンの名前は登場してきません。それは、おそらく、社会主義者であるオウエンを登場させるや必ず保守的な教会から批判や誹謗中傷が浴びせられ、彼自身だけでなく協同組合運動にも被害が及ぶことを察知していたからでしょう。キングは敬虔なクリスチャンである一方で、オウエンが描く「協同コミュニティ」の建設を基本的に支持していました。ただ、キングは、「協同コミュニティ」の建設は協同組合運動の究極的目標であって、当面の目標は「生産者協同組合」の設立である、と考えていました。したがって、キングは、『ザ・コーポレイター』ではロバート・オウエンの名を出さずに、「協同コミュニティ」を建設するために必要な諸条件を整えることを労働者に訴えたのです。そのためにキングは、産業革命の進展に伴って労働市場から排除されつつあった熟練労働者・職人に、生産者協同組合を設立して彼ら自身による「仕事の創出」、「雇用の創出」を訴えたのです。かつて熟練労働者・職人は、高い賃金・所得とそれに見合った社会的地位を得、またそれに見合った社会的権利を得ていたのですが、この時期にはこれらのものを失いつつあったのです。キングは、失業と貧困それに犯罪が次第に蔓延してくるようになってしまったイギリス社会の状態を改善し、改革するために、何よ

りも当時の一零落しつつあったがなお依然として一社会の中心的存在でもあった熟練労働者・職人の「復活」を生産者協同組合の設立によって達成しようとしたのです。しかし、その生産者協同組合を設立するのに一また究極的目標としての協同コミュニティを建設するのに一は資金（キングの言葉で言えば「共同資本」）が必要でありますから、彼はそのために組合員の少額の出資で経営でき、短期日に利益を上げることのできる消費者協同組合（生協）を設立するよう指導したわけです。したがって、消費者協同組合から得られる利益（の一部）は、組合員個人に分配されるはならず、当面の目標である生産者協同組合を設立するために、そして次には協同コミュニティを建設するために蓄積されなければなりません。もちろん、生産者協同組合も同様で、その利益（の一部）を組合員個々人の間で分配されることは認められません。これはオウエン主義協同組合運動の原則です。オウエンは、直ちに協同コミュニティを建設すべきである、と主張するのですが、キングは、消費者協同組合と生産者協同組合というステップをその前に置いていました。この点は、近代協同組合の創始である「ロッヂデール公正先駆者組合」の誕生までのプロセスにさまざまな影響を与えることとなります。言い換えますと、キングの一当面の目的としての一消費者協同組合と生産者協同組合の設立というスキームは、協同組合運動を、イギリス社会変革のための「コミュニティの建設」から協同組合が拠って立つ地域コミュニティを改善する機能と役割を担う「協同組合の設立」への転換点を画すことになったのです。

さて、キングは、今述べましたように、消費者協同組合の経営によって得られる利益（剰余）を組合員個人に分配することなく、その一部を生産者協同組合設立の基金として蓄積するよう主張したのですが、しかし、その基金だけでは不十分であることに気づいていました。そこでは彼は、更なる「共同資本」を形成するべくブライトンの熟練労働者・職人に彼らが加入している「友愛組合」（以下便宜上、「共済組合」とします）の共済基金を「共同資本」に加えるよう強調します。キングの言い分を少しく聴いてみましょう。

キングは、次のように共済組合の長所と短所を

示します。すなわち、

〈長所〉

- ①平和的、合理的方法で労働者の不慮の災難に対して相互に保護し合う。
- ②労働者の所得の一部を毎週蓄積する原則と規律を確立する。
- ③労働者の相互信頼と誠実さに基づいて基金を使う。
- ④組合員の要求に応じて厳格に基金を使う。

〈短所〉

- ①組合員の共有財産である基金を無分別に運用する。
- ②労働者よりもむしろ資本家を助けている。
- ③「結合の原理」が前進していかない。
- ④組合員としての労働者の資質を考慮していない。

キングはこのように一見矛盾する長所と短所を指摘するのですが、しかし彼は、共済組合の長所ではなく、短所を強調することによって、共済組合の基金（資金）が生産者協同組合のために運用されなければならない論拠を明示します。すなわち、

〈第1の短所〉組合員の共有財産である基金が資本家（親方）に貸付けられている。資本家はその借入した基金（資本）で組合員労働者を雇用し、大きな利益を得ているのに、その利益のうち僅か5%しか共済組合に返還せず、残りの10%あるいは20%の利益を手にする。要するに、組合員労働者は資本家のために自分の賃金の一部を「基金」（資本）として蓄積することになり、他方で資本家はその基金（資本）で「特別な利潤」を生産して労働者に対する「特別な力」を得る。共済組合は自ら労働者の肩に落ちる弊害を生みだしているのである。

〈第2の短所〉その結果、共済組合の基金（資金）は「組合員労働者からより多くの利潤を生産するための追加資本を資本家に与える」ことになる。さらに共済組合は、資本家のために、資本家が本来負担すべき社会保障費を労働者自らに負担させることになる。すなわち、「共済組合は、資本家のために、病気や高齢の労働者を扶養する労苦や費用を省く」

のであるが、その費用部分は「資本家の利益のために労働者が犠牲にした安楽と同じ量」なのであるから、共済組合が資本家に与える金額と資本家が手にする利潤は同額になる。それ故、このままだといずれ、「共済組合は、労働者にとってみると、労働者自身から（賃金の一部）を強奪して、上流階級に利益する仕組み」になってしまう。

〈第3の短所〉しかしそれでも、共済組合は、労働者による「共同資本と共同の利益の最初の努力」であり、現在は大きく成長してきている。そうであればこそ、共済組合は「結合の原理」を生みだしていかなければならない。「結合の原理」なしの共済組合は株式会社と同じである。それ故、共済組合が「単に資本家の制度を真似たり、それに従ったりする」のであれば、「結合の原理」は共済組合には生まれまいだろう。生産者協同組合にその基金は投資することによって「結合の原理」が機能するのである。

〈第4の短所〉共済組合は、労働者が相当に健康でありかつ高齢でなければ、醸出金を支払わせて「それに値する組合員」であるとみなす。すなわち、「ある組合員が信用の置けるものか、それとも共済組合を汚すものかはどうでもよいのである。一切の信用は、組合員が醸出する金次第なのである」。労働者仲間が貧しいための醸出金を支払うことができず、組合から排除されても気の毒とは思わなくなってしまう。これは、共済組合が「お金と労働を混同し、労働の原理をまったく看過してしまっている」ことから起こる事態である。「労働の原理」は、「結合の原理」を基礎とした「自発的労働によって自らを富ましていく機会」を創りだして「労働者の独立」を保証することなのであるから、共済組合は、「組合員の相互信頼」を、醸出金にだけ見るのではなく、「労働者の独立」を目指す思想に裏付けられた「相互扶助（助け合い）」にこそ見るべきである。

キングは、このように、共済組合の短所を強く指摘し、その短所を克服することを訴えましたが、それは、共済組合が労働者の真の相互扶助組織で

あろうとするならば、その基金を生産者協同組合に投資すべきだとキングの信念を吐露した、ということです。それでは、そのような短所を克服する契機はどこにあるのでしょうか。キングの言うところはこうです。すなわち、

①共済組合はその組合員を雇用するのに十分な資本（基金）を所有している。共済組合の資本は組合員を雇用することによって、資本家にその資本を貸付けるよりもはるかに大きな利益を毎週生みだすことができる。したがって、共済組合の最良の投資は組合員を雇用することである。現在そうであるように資本家はすべての労働者を雇用できないのであるから、共済組合の投資先がなくなることはない。共済組合は、組合員を雇用したならば、次には労働時間を短縮し、生産力を高めるために機械を購入することにその資金を充当すればよい。ただし、機械は組合員たる労働者と対立するのではなく、「労働者のために働くのであり、そうであれば、（生産者たる）労働者の全生産物が一賃金と呼ばれている僅かな部分に取って代わり一労働者のものとなるのである。

②しかしながら、共済組合はその資金（資本）を投資し、使用する場合、「資本の原理」ではなく、「労働の原理」に基づいて使用しなければならない。多数の労働者が結合することによって、彼らは自らの「労働」を相互に活かし合うことができる。（組合員たる）労働者は、こうして、共同資本を確保することによって、生産者たる自分たち自身のために労働し、その結果、共済組合の資金（資本）を利子からではなく自分自身の生産物から生みだすことになる。「利子は労働しない者たちのために資金を作りだすきわめて狡猾な方法である」。したがって、労働者は自らの労働によって共同資本を生みださなければならない。「すべての資本は労働から生みだされる一労働は労働者自身のものである。この労働の上に救済と自衛のわが原理を打ち立てる」べきである。「労働の原理」は共済組合の資金（資本）を生産物から獲得させるだけでない。「労働者の原理」が組合員の家族に

も適用されるなら、家族の労働は浪費されることなく有効に利用されることになるだろう。

こうしてキングは、共済組合は「資本の原理」ではなく「労働の原理」に基づいて「共同資本」を、組合員である労働者の雇用の創出と生活条件の改善を保証する生産者協同組合の設立と経営に投資せよ、と主張したのです。

キングの「労働の原理」は、資本家に雇われるのではなく、労働者が蓄積している共済組合などの資金を共同資本として生産者協同組合に投資することによって自らを雇用する機会を創出し、自らの独立を実現することを意味していました。彼のこのような思想は—ウィリアム・トンプソンが主張した—「全労働収益権論」に基礎づけられており、また産業革命の過程で生じた諸問題への対応策と言え言えないこともないのですが、しかしそれでも、長い歴史を経て現在に至るも、協同組合と「労働の原理」は切り離すことができないのです。有名な『レイドロー報告』（1980年の第27回 ICA 大会に提出された『西暦2000年における協同組合』）にも、労働者協同組合の成長と発展の姿を「資本が労働を雇う」のではなく「労働が資本を雇う」と表現している箇所があります。キングの「労働の原理」を現代風に言えば、「労働が資本を雇う」、すなわち、「自己雇用 (self-employment) の原理」ということになるでしょう。

●「労働の原理」とイタリアの協同組合

時代はほんの少し遡りますが、協同組合との関連でこの「労働の原理」に近い言葉が1947年12月27日に発布され、翌年の1月1日から施行された「イタリア共和国憲法」に出てきます。岩波文庫の『人権宣言集』に「イタリア共和国憲法」が掲載されていますが、まずこのイタリア共和国憲法の「基本原理」の第1条はこう記されています。

イタリアは労働に基礎を置く民主的共和国である。主権は人民に属する。人民はこの憲法のできる形式及び制限においてこれを行使する。

第2条は次のように記されています。

共和国は、個人としての、また人びとの人格が発展する場としての社会的結合体においての人間の不可侵の権利を認め、かつ保障するとともに、政治的、経済的および社会的連帯のそむくことのできない諸義務の遂行を要請する。

また第4条には「労働の権利」が宣言されています。すなわち、

共和国は、すべての市民に対して、労働の権利を認め、この権利を実効的ならしめる諸条件を推進する。

各市民は、自己の能力と選択とに応じ、社会の物質的または精神的進歩に寄与する活動または機能を遂行する義務を有する。

さらに第35条はこうです。

共和国は、労働を、そのすべての形式および適用において保護する。

共和国は、労働者の育成および職業的向上に意を用いる。

共和国は、労働の諸権利を確立し、および規正することを目的とする国際的な協定および組織を推進し、助成する。(略)

そして「協同組合」に言及している第45条です。

共和国は、相互性の性格を有し、私的投資の目的を有しない協同組合の社会的機能を承認する。法律は、最も有効な方法により、その増加を推進し、助成し、および適当な監督により、その性格と目的を確保する。(略)

ついでに第46条についても見てみましょう。

労働の経済的および社会的向上のために、並びに生産要請との調和において、共和国は、法律の定める態様および限界において、労働者が企業の管理に協力する権利を承認する。

このように、イタリアは「労働」を尊ぶ国である、と共和国憲法が宣言したのです。憲法ですから、イタリア共和国政府や地方政府それに公務員は、第45条を含めたこれらの各条項を遵守しなければならないのです。「イタリアは労働を尊ぶ協同組合の国である」、といわれる所以がこの共和国憲法に明瞭に見て取れるのです。

共和国憲法第2条は、政府、公務員それに市民に対して「社会的連帯」を促進するよう義務づけ

ています。この点については、私たちは、現代イタリアの新しい協同組合運動である「社会的協同組合」にとりわけ目を向けますが、同時に消費者協同組合（生協）の視点にも見習うべきところがあることを忘れてはなりません。現代社会に対応した「消費者協同組合（生協）における相互扶助の現代化」に取り組み、実践しているからです。現在、イタリアの生協は小売流通において第1位のシェアを占めています。以前ほどではありませんが、それでも20%近いシェアを小売流通で占めています。生協のこの経済的な能力は、おそらく、共和国憲法にも何がしかルーツがあるのでは、と私は考えています。

労働なしで人間は存続できませんし、人間は労働と縁を切れませんので、「労働を尊ぶ」ことはどこの国でもおそらくヨーロッパでも日本でも同じでしょう。先に言及しましたウィリアム・キングはまさに「労働の原理」を協同組合の基礎だと強調しました。そして共済組合がその「労働の原理」を真に機能させるのには、生産者協同組合のための共同資本を一労働者が相互に協力・協同して一形成し、投資すべきだ、と主張しました。「労働の原理」、「相互扶助（助け合い）」、「社会的連帯」（キングの言葉では「結合の原理」）は昔も今も変わらずに人びとの「労働と生活の規範」として尊重されているのです。

●現在のイギリスの法整備

近代的な協同組合思想の道を切り拓いた「パスファインダー」（Pathfinder）のキングが共済組合と協同組合、とりわけ生産者協同組合と関連づけて、共済組合の「共同資本」を形成する理論を展開したことは前に述べた通りです。しかし、共済組合としての友愛組合は、1852年に世界で最初の近代的な協同組合法（「産業および節約組合法」）が成立してからは一協同組合が友愛組合法の条項を利用・適用せず合法化できるようになったのですから一必然的に協同組合から離れていくことになっていきました。それでも友愛組合はそれはそれで修正を加えられて現在に至っている訳です。石塚さんによりますと、近いところでは1974年と

92年に法改正がなされ、また2001年には「共済組織政令」が修正されて、限定的な保険事業が行なわれている、とのことでした。

法治国家はどこ国でもそうかもしれませんが、イギリスという国も法律を滅多に廃しません。必要な新しい法律あるいは規定を制定・決定してはさまざまな人や組織が利用できるようにしてそれらの組織に法人格を与え、法的保護を保障しようとしています。例えば、最近の例では、「社会的企業」（Social Enterprise）のための法律「コミュニティ利益会社法」（the Community Interest Companies Act:CICs法）が2005年10月に制定（翌年7月から施行）されています。イギリス政府の公式統計では、社会的企業は現在およそ1万5,000存在している、とのことですが、現在のところCICs法に準拠して登録された社会的企業は（2007年10月26日現在）1,308と、10分の1にも満たない状況です。この数字をどう判断するか一多いのか少ないのか一難しいところです。イギリスの社会的企業の研究者には社会的企業を5万5,000と数えている研究者もいるので、1,308という数字をどう判断するかはここでは止めておきます。それでも、1980年代後半以降に高まりを見せた「労働者協同組合運動の波」の過程では労働者協同組合の数が約1,400であったことが判断の1つの基準になるでしょう。またCICs法に準拠して登録される社会的企業は今後増えていくことは十分考えられますので、この点も判断材料になり得ると思います。CICs法以外の法律、例えば、協同組合法、CLG（「保証付有限会社法」、the Company Limited by Guarantee）、チャリティ法などに準拠して登録し、法人格を得て「社会的企業」を名乗っている非営利・協同組織が多数存在しています。これらの組織を含めて政府は1万5,000と言っているのでしょうか。

イギリスにはチャリティ組織がおおよそ60万ある、と言われていています。労働党政府は、このチャリティ組織を現代化して、地域コミュニティに根ざした社会的企業を設立していく梃子にしたい、と強調しています。しかしながら、大多数のチャリティ組織はCICs法で登録しません。それは、チャリティ組織であればかなりの課税減免措置がなされるのに、CICs法で登録された社会的企業には

基本的に営利企業と同じような条件での課税減免措置しかなされないので、と言われていました。保守党ですら、CICとしての「社会的企業」にもっと課税の減免措置を図るべきだ、と主張しているほどです。労働党政府としてはなんとかしてチャリティ組織をCICs法に準拠して登録されたCICの社会的企業にしたいと思っているのですが、なかなか上手くいかないようです。ただ、チャリティ法で登録すると、そのチャリティ組織の理事長などの責任者は無報酬でなければならないので—その意味では、責任者は名誉職です—非営利・協同組織で指導的なイニシアティブを執って事業活動しかつ報酬も得たいと思っている人たちには、このチャリティ組織は適当ではないようです。

イギリスの協同組合法に関して言いますと、この法律の制定にもっとも与かって力のあった最初の人たちは、1848年から54年にかけて生産者協同組合（労働者協同組合）の設立と事業経営にイニシアティブを執ったキリスト教社会主義者でありました。特にJ.M.ラドロー、E.V.ニールそれにT.ヒューズの3人です。彼らは、その当時国会議員であった経済学者のJ.S.ミルの支援を得て1852年に世界で最初の「近代協同組合法」である「産業および節約組合法」の制定に成功しました。この協同組合法を当時の協同組合法人は「協同組合のマグナ・カルタ」と呼び、彼らの貢献に対し大きな賛辞を送りました。

●コミュニティ協同組合から社会的企業へ

しかし、生産者協同組合は消費者協同組合（生協）のようにはなかなか上手くいきませんでした。1880年代から90年代にかけて展開された生産者協同組合は100ほどでしたが、それらの製品は伝統的なそれに限られていて、靴、衣料品、印刷などが多数を占めていました。有名なベアトリス・ポター（ウェップ）は、彼女の『イギリス協同組合運動』（1891年）のなかで生産者協同組合を批判し、生産者協同組合は①資本の不足、②管理運営上の規律の欠如、③販路の不足、という弱点をも

っていると主張し、それ故、協同組合運動は消費者協同組合を中心に展開されるべきだと論じたのです。実際、20世紀に入ると、消費者協同組合の勢いとは反対に、生産者協同組合（労働者協同組合）の数は逡減していきました。

ところが、1980年代に入りますと、労働者協同組合は逡増していきます。先に取り上げた『レイドロー報告』（1980年）も労働者協同組合の成長について次のように述べています。

1950年代になると、いくつかのヨーロッパ諸国それに第3世界の国々においても、方向転換が見られるようになり始めた。スペインにおけるモンドラゴン協同組合複合体が高度な産業的発展の新たな段階の労働者協同組合の姿を示したのである。各国の政府は、病める資本主義産業を救済するために、この労働者協同組合に注目し始めた。このことに関する新しい文献の数は驚くべきもので、あまり関心を引かないだろうと思われていたアメリカ合衆国においてさえそうであった。イギリスの非公式な集計によれば、前世代に、とりわけウェップ夫妻によって、労働者協同組合は死滅したと宣告されていたのに、そのイギリスで近年400もの労働者協同組合が設立されているのである。

そして1980年代から—多少の凸凹はありますが—現在まで年々労働者協同組合は成長し続けてきており、現在の「社会的企業」の基礎を作り上げたわけです。とはいえ、このような成長の流れは一朝一夕に創られるものではありません。簡単に振り返ってみても、1971年に組織された「産業共同所有運動」（ICOM）および76年に成立した「産業共同所有法」（ICOA）、それに「協同組合開発機関」（CDA）などによって労働者協同組合の発展のルールが敷かれ、またこの本線から、スコットランドでは（1977年から91年まで後述するHIDBの、それ以後はHIEのプロジェクトの支援によって）コミュニティ協同組合が生まれて成長し、次いでイングランドとウェールズでもコミュニティ協同組合が成長する、という現象が見られるようになりました。コミュニティ協同組合は、労働者協同組合の形態を採ってはいるものの、協同組合を構成している「メンバーの間で利益の分配をし

ない」という「利益の非分配」の原則を厳守しています。換言すれば、事業経営で得られた利益はコミュニティ協同組合への再投資あるいはコミュニティのために充当する、という原則です。この点がいわゆる伝統的な労働者協同組合と基本的に異なります。

これらのコミュニティ協同組合は、コミュニティ・ビジネス、コミュニティ・エンタープライズあるいは地方・地域の特性を表した名前を名乗って、「地域コミュニティのニーズを満たす」事業に従事してきました。こうして、伝統的な労働者協同組合と共に、これらのコミュニティ協同組合が「雇用の創出」と「コミュニティの再生」を担う機能と役割を果たし、経済的、社会的な影響力を高めてきたのです。このような軌跡が現在の「社会的企業」を生み出す条件を整えた、と言えるでしょう。

コミュニティ協同組合は「利益の非分配」という、「組合員への奉仕」の原則を第1の優先項目とする伝統的な労働者協同組合とは異なる「コミュニティへの奉仕」の原則を謳ったコンセプトを創りだしたばかりではありません。コミュニティ協同組合は「コミュニティ的目的、社会的目的それに経済的目的」という3つの「混成目的」に対応する「多機能的協同組合」である、とのコンセプトをもまた創りだしました。当時のHIDB（ハイランド・アイランド開発委員会）はコミュニティ協同組合を次のように定義しています。

コミュニティ協同組合は、地域コミュニティの利益のために経営され、またその事業が行なわれているコミュニティによって直接所有・管理運営される多機能的な事業体である。コミュニティ協同組合の事業活動は、その性格上社会的であるとはいえ、全体として利益を生みださなければならない。

この定義は、後の社会的企業のコンセプトや定義に関わって重要な位置を占めることになります。

ご存知だと思いますが、「社会的企業」は、「ニュー労働党」と喧伝されて労働党党首となったトニー・ブレアが1997年の総選挙を目標に唱えた政策マニフェストの看板でありました「第三の道」（The Third Way）を構成する一部でした。そして総選挙で圧倒的な勝利を収めて政権を取り戻し

た労働党政府は、社会的企業による「雇用の創出」と「地域コミュニティの再生」に取り組むスキームを立て、2001年に「社会的企業局」を貿易・産業省（通商産業省）内部に設置して本格的に社会的企業の発展を目指しました。2002年7月には『社会的企業：成功のための戦略』が、03年3月に『コミュニティのための企業：コミュニティ利益会社（CIC）の提案』が、そして同じ年の10月には『社会的企業に関する中間報告』が公表されます。社会的企業の定義は最初の文書の『戦略』のなかで次のように簡潔に示されました。社会的企業の定義には現在もなお統一されたものはありませんが、政府や他のいくつかの機関はこの定義を用いています。

社会的企業は何よりも社会的目的を有する事業体である。その剰余（利益）は、その社会的目的を果たすために、主に事業あるいはコミュニティに再投資される。社会的企業の事業は株主や事業主のために利潤を最大化しなければならないとする動機によって遂行されるのではない。

後で私なりの「社会的企業の定義」を申し上げますが、この定義はこれこれですら平易でよろしいのではいか、と私は考えております。また社会的企業についてのイギリス市民による評価は、私が思っていた以上に高いもので、社会的企業の連合組織もいくつか存在していますし、各地方で活動している社会的企業（や社会的企業を名乗る非営利・協同組織）のネットワークもかなりの数にのぼるのではないかと思います。思えば、今ではその名を世界的に知られるようになりましたSEL（Social Enterprise London）を私が訪ねしたのは1999年10月でしたが、その当時のSELの所帯は小さく、まさに「社会的企業の開始」を市民に控えめに伝えている、といった印象を私は覚えました。しかし、社会的企業がそれぞれ世界に伝播されるのには、何よりもイギリスの多くの市民にそのコミュニティ的、社会的それに経済的な機能と役割が十分理解されることが不可欠ですので、市民への政府の働きかけ以上にSELや他の連合組織それに各地方のコミュニティ・ビジネスやコミュニティ・エンタープライズそれにコミュニティ協同組合あるいはまた労働者協同組合の

ネットワークの働きかけが重要になります。このような働きかけがあってはじめて社会的企業はシチズンシップに支えられた市民事業体となった、と私は思っています。

●社会的企業と助け合い

さて、最後になりましたので、私なりの「社会的企業の定義」を述べます。それは、私がおよそ10年を費やして勉強してきましたイギリスの協同組合、コミュニティ・ビジネス、コミュニティ・エンタープライズ、コミュニティ協同組合それに現在の社会的企業の特徴的性格を帰納法的に捉えたものです。定義は普通短くかつ要領を得たものですが、私の定義は、社会的企業の特徴的性格を取り上げた結果、長たらしくなってしまいました。

社会企業は、地域コミュニティのニーズおよび他の特別なニーズに根ざした社会的目的をシチズンシップを基礎にして達成するために、財およびサービスの生産と供給を継続的に遂行する市民事業体である。社会的企業の事業活動と経営はそれに自発的に参加する人たちの意思決定によるステークホルダー型の民主的管理に基づいて実践され、またその事業活動と経営によって生じる利益(剰余)は、主に事業とコミュニティに再投資されることから、個人の間には分配されないか、あるいは分配を制限されるか、いずれかである。このことは、社会的企業の事業と経営が利潤最大化の動機によってではなく、「人びとの労働と生活の質」と「コミュニティの質」の双方を向上させるという社会的目的を達成する非営利の動機によって遂行されることを意味する。

(中川雄一郎『社会的企業とコミュニティの再生—イギリスでの試みに学ぶ』第2版、大月書店、2007年、136 - 137ページより引用)

私の「社会的企業の定義」はこのようなものですが、これには私がイギリスで訪問・調査した経験が下支えになっている部分もあります。実際のところ、いくつかの「社会的企業」は労働者協同組合や消費者協同組合から出発していたり、また住宅協同組合での経験が活かされていたりしてい

ます。要するに、社会的企業の起源を探っていくと協同組合に行き着くのです。

現在、社会的企業がイギリス経済に寄与している能力は「農業の3倍」と言われているほど社会的企業の経済能力は大きくなってきています。イギリスの経済にもたらしている利益は180億ポンド、50万人以上の人たちを雇用し、20万人以上のボランティアを動員している、と政府は公言しています。これがスコットランドにおいてはもっと高く、経済的寄与率の高さから見ると、第1位の観光に次ぐ第2の位置にあります。この能力の高さは何よりも失業率の低下に寄与している、と私は考えています。

さて、レジュメの最後に「ソーシャル・ファーム」と書かれています。実は、最近、社会的企業のなかで大きな注目を集めるようになってきた企業があります。「ソーシャル・ファーム」(Social Firm)がそれです(因みに、私がSocial Firmを「ソーシャル・ファーム」とカタカナで表記しているのは、Social Firmの漢字表記も「社会的企業」ですので、Social Enterpriseと同じ「社会的企業」との混同を避けるためです)。ソーシャル・ファームは、障害者のなかでも特に精神的健康問題を抱える人たちや長期失業者など不利な条件の下に置かれている人たちの経済的、社会的な自立が可能となるような「雇用の創出」を重要な目的としている社会的企業です。とりわけ経済的自立とは、精神的健康問題を抱えている人たちや他の人たちが「市場賃金率での所得を確保する」とのことを意味しています。

ソーシャル・ファームは、イタリアの「社会的協同組合」のB型をモデルにして始まりました。「B型社会的協同組合」は「不利な条件の下に置かれている人たちのために雇用を提供する目的で、さまざまな事業活動を農業、工業、商業あるいはサービスの形態で実行する」協同組合です。そして社会的協同組合は、「個人の人格的成長の促進(人間の発達)」と「(市民としての)人びとを分け隔てなく社会の一員とすること」、すなわち、「社会的排除」ではなく、「市民の社会的統合」を事業活動を通じて遂行することを目的として掲げています。したがって、B型社会的協同組合をモデルとするソーシャル・ファームもまた、障害者や

他の社会—経済的に弱い立場におかれている人たちを一社会的排除から救い—市民として社会的に統合していくことを目指しているのです。それは、すぐ前で触れましたように、ソーシャル・ファームが精神的健康問題を抱えている人たちや長期失業者、刑余者、薬物依存症者など「不利な条件の下に置かれている人たちの経済的、社会的な自立を可能とする雇用を創出する」ことを意味しています。ソーシャル・ファームは現在その数を次第に増やしてきています。精神的健康問題を抱えている人たちは、日本でもしばしば言われていますように、イギリスでも他の障害者と比べても社会的な保障や保護の制度が少ないのです。彼や彼女たちは一見して何事もないように見えますので、私たちもあまり彼らのことを気遣いません。そのことが彼らの立場を一層弱くしてしまっているのです。社会的な保障や保護が少なく、その上失業率も高いのです。ソーシャル・ファームは、このような人たちと共に創設され、事業展開されており、また自主目標として、メンバー（従業員スタッフ）の25%以上が精神的健康問題や障害を抱えた人たちなどによって構成されるよう努力しています。現在イギリスには約120のソーシャル・ファームが一事業規模には差がありますが一事業を展開しています。このようにイギリスでは、さまざまな分野や領域で「相互扶助」や「助け合い」の機会が生みだされ、時間の経過とともに広がっています。

エディンバラに有名なそして規模の大きなソーシャル・ファーム、「フォース・セクター」(Forth Sector)が事業活動を展開しています。その名の由来は、エディンバラの中央を流れている川の名がForth River、またその川が注いでいる湾がForth Bay、つまり地名が一つの由来ですが、もう一つは、Forthは発音がFourthと同じですので、口頭では「第4のセクター」＝「第4セクター」ということになり、「第3セクター」を一步進めている、ということを強調している、とのことです。フォース・セクターについては、私は現在のところ「ホームページ」での範囲でしか知り得ませんので、次の機会に譲ります。ただ、このフォース・セクターの8つの事業体の一つにSix Mary's Placeという名前のホテルがありますが、

このホテルはエディンバラでも有名な高級ホテルであり、相当な収益を上げていることを言い添えておきます。

社会的企業は、ブレア政権の下で推し進められた経済—社会政策の一つですので、ブレア首相の言う「福祉から労働へ」(Welfare to Work)という政策テーマが埋め込まれています。その点で、社会的企業の客観的な機能と役割にはさまざまな見解があるかと思いますが、現在のところ多くのイギリス市民は社会的企業を高く評価しています。私としては、ブレア政権の政策には社会保障を削減して「自己責任」を強要するところがある、との批判も承知していますし、またイギリスの社会的企業研究者にも「ブレア政権の社会的企業」を批判する研究者はおります(例えば、Steve Schofield, "The Case Against Social Enterprise", *Journal of Co-operative Studies*, Vol.38, No.3, December 2005、中川訳「社会的企業の実相」協同総合研究所『協同の発見』第165号所収、2006年4月)。それでも私は、社会的企業に関しては、「角を矯めて牛を殺す」の弊を起こしてはならない、と考えています。イギリスでの社会的企業の訪問・調査を通じて体験したことで、社会的企業の指導の下で「自己雇用」を知り、地域コミュニティに根ざしたレストラン経営に成功した5人の女性たち—彼女たちはそれまでは生活保護によって暮らしてきたことから—が、社会保障を含めた「市民としての権利」と、この事業を通じて生活保護の生活から経済的に自立したことの意味とを矛盾なくみごとに理解しているのです。言い換えれば、これは、中央政府や地方政府などの公的機関の役割は「人びとに自立を強要するのではなく、自立を支援する」ことだということです。彼女たちは、自分たちが地域コミュニティにとって有用で有益な人間であること、税金を納め、家族に可処分所得をもたらしている、という社会と家族の双方に責任を負いかつ寄与している、との生活態度を取り戻したのです。これはまさしく「事業を通じての助け合い」に外なりません。

また私が訪問・調査して強烈な印象を受けたなかにサンダーランド市のコミュニティ小学校があります。それは「地域コミュニティの再生」のための小学校です。失業率の高い、疲弊した地区の

コミュニティに2002年に設立されたこのコミュニティ小学校は、児童・生徒の教育を通して地域コミュニティを再生する、という「長期的スパン」での再生を見通した、子どもたちが「地域の人びとに信頼され、人びとに寄与し、社会的な貢献ができる」とのことを意味する「成功」(Success)を目標に掲げています。一見奇異に思える目標ですが、この地区や地域の子どもたちにとって必要な目標なのです。このコミュニティ小学校の設立(建設資金・スタッフ・運営など)を支えているのは**Social Enterprise Sunderland (SES)**です。現在、このコミュニティ小学校は「地域コミュニティの助け合い」の成果例としてイングランドでも有名になっています。言い換えれば、この小学校は、地域コミュニティの人びとが創りだした「ソーシャル・キャピタル」の結晶である、と言えるでしょう。この小学校では、雇用情報の発信、職業訓練(主に情報技術)、生涯教育それに大人のためのクラブ活動が行なわれています。

地域コミュニティの再生のためには、何よりもそのコミュニティの人びとの繋がり、相互の信頼、助け合いが非常に大切になってきます。このコミュニティ小学校は、「コミュニティの中のコミュニティになる」のだと宣言しています。それはまさにこの小学校が「ソーシャル・キャピタル」の機会を創りだす源となるよう宣言していることなのです。

●日本でソーシャル・キャピタルを創りだす

イギリスの社会的企業の試みや経験をこの目で見ても、日本の共済組織もそのような機能や役割を果たす必要があるし、果たすことができるだろう、と私は思っています。現に労金はNPOに資金を提供していますが、これはそうすることを通じて「ソーシャル・キャピタル」を創りだしている、あるいは創りだす重要な手段を提供している、と言えるのではないのでしょうか。

私は社会的企業を勉強する時にいつも思うのです。「助け合い」とは何であり、何故に人はお互いに助け合うのか、と。助け合いにはさまざまな

方法はあろうかと思いますが、助け合いは何よりも、そのコミュニティや組織がそれらに適合した方法を駆使して、地域コミュニティや組織のニーズを満たしていくという経験を積み重ねながら、地域コミュニティの住民や組織に参加している人びとが「新しい社会秩序」を創りだしていくプロセスであり、道程であるのでは、と私は考えています。私の言う「新しい社会秩序」とは、別に「革命」を呼び起こせ、と言った大仰なことではありません。「新しい社会秩序」とは、これまで述べてきましたように、社会的排除をしない、市民としての人びとを分け隔てしない、雇用の機会を協同・協働の力で創出する、助け合いを促進する、シチズンシップと民主主義が容易に相互作用する、地域コミュニティを基礎にした生活を取り戻す、といった秩序を創りだす社会のあり方を意味しています。日本では、農村でも都市でも地域コミュニティが縮小し、場合によっては崩壊する危機に直面しています。とりわけ都市にあっては、私たちの目に飛び込んでくる場面や情報は「地域コミュニティの崩壊」と思われるような犯罪や、家族や隣近所の人びとの人間的絆の希薄さ、といったことです。だが、他方ではこのような状態を克服しようとする「助け合い」の努力も続けられていると思います。この努力の情報は私たちになかなか届いてきません。

「助け合い」には資金が必要な場合もあれば必要でない場合もあります。しかし、資金を必要とする「助け合い」は資金の確保と運用を確実に行なわなければなりませんし、それに関わる法律についても熟知しておく必要があるでしょう。助け合い組織としての協同組合共済は言うに及ばず、自主共済もその資金の確保と運用を「助け合いの仲間」のために行なわなければならないのですから、共済は従来に増して「助け合い」の機会を創りだし、人びとの間に「助け合い」の意義と意味の双方を浸透させていく必要があるでしょう。初めの部分で述べましたように、米・日の保険資本が「専ら自分たちの利益しか考えない道理のない愚かな行為」に出ているなかでは、このことは極めて重要です。市場は市民としての人びとの経済行為の結果なのですから、私は皆さんに「助け合い市場」をもっと大きくするよう社会に働きかけ

ることを期待します。社会的企業も市民のなかに浸透してはじめてその機能と役割を発揮することができるのです。そしてそのためにも共済陣営には共済の理論を再構築していくための大きな努力が求められることになるでしょう。

(2007年8月8日実施)

(なかがわ ゆういちろう、研究所副理事長、明治大学政経学部教授)

(事務局より) 中川雄一郎先生には下記バックナンバーにも関連したご執筆があります。いずれも研究所ウェブサイトでご覧になれます。

- ・機関誌『いのちとくらし研究所報』7号「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—」
- ・研究所ニュース No.16 副理事長のページ「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—」
- ・研究所ニュース No.18 同「『イギリス社会的企業』考」

【事務局ニュース】1・機関誌の論文募集、ワーキングペーパーの募集

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

- ・ 字数：（図表、写真を含めて）400字詰め原稿用紙30枚（12000字）程度
- ・ 掲載の有無については、研究所機関誌委員会にて決定させていただきます
- ・ 原稿料：研究所の規定により、薄謝ですがお支払いします
- ・ 募集する主なテーマ
 - 1：NPO、非営利・協同組織における経営・管理問題
組織論、組織構造論、経営論、所有論、労働組合と経営参加、政策と統制、賃金論、地域社会と医療社会サービス組織、など
 - 2：日本の医療、福祉政策・制度の現状分析と提言
 - 3：新自由主義と市場経済論の打破
現状イデオロギーへの批判、基本的理念の歴史的分析、具体的実態分析と非営利・協同セクターの方向、公的セクターとの関係分析提言、など
 - 4：非営利・協同の実践・理論探求
NPO論、政治・社会システム論、ヨーロッパ社会的企業(社会サービス、雇用)調査、非営利・協同セクター運動論、など
 - 5：その他

BOOK

角瀬保雄監修 非営利・協同総合研究所いのちとくらし編 『日本の医療はどこへいく——「医療構造改革」と非 営利・協同』を読んで——「書評」らしくない「書評」

(新日本出版社、2007年9月、1900円)

青木 郁夫

学ぶとは共に未来を語ること

——アラゴン

経済誌「週刊東洋経済」が「病院の4割が赤字、8割が採用難、500病院身売り」の表紙見出しのもとに「ニッポンの医者、病院、診療所」(2007年11月3日号)を特集し、「週刊プレイボーイ」が「医療クライシス最前線」を連載するなど、医療保障を巡る人々の危機意識は急激に高まってきているように見える。そうした状況において非営利・協同総合研究所いのちとくらし編で出版された『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)が多くの読者を獲得し、わが国の医療保障制度を真に国民の健康権を保障するものに改革していく運動に寄与することを期待してやまない。

この間、日本の医療政策史および「協同組合による医療事業の歴史的展開過程」の研究に沈潜していた私にとって本書は様々なことを考えさせてくれた。当然のこととして、それはなによりも本書の目的と課題の基本的視座に関わることである。といっても、本書に関連し、そしてそれに触発されて私が考えたことは何もまとまったものではないし、とりとめのないものでもあるかもしれない。また、本書の内容を曲解しているところがあるかもしれない。その点があれば、御叱正いただきたい。アラゴンの詩句を引いたように、「学ぶとは共に未来を語ること」という立場にたつて。

I

さて、本書の目的と課題は、「はじめに」に明記されているように、「……『医療崩壊』を生



み出しつつある自民党政府の医療改悪と、それに対する国民と医療関係者の運動と事業の確かな構築を視野において、日本の医療の未来を展望しよう」とするものであり、その際の基本的な視座は「……日本の医療の公共性、社会性をまもるためには、『市場化』『営利化』への対抗軸として非営利・協同の運動と事業の発展が重要」であるとするものである。このように、「医療構造改革」が押しすすめようとする「医療保障」の「営利化」「市場化」に対抗し、「国民皆保険」制度を健康権保障としての医療保障制度にふさわしいものとしていくとともに、理論的にも、「変革という運動」においても、「非営利・協同」を基本的視座に据えるということに本書の特徴がある。したがって、そのことが如何なる意味内容のものとして語られているかということが問われなければならない。そこで二つのことを、「国民皆保険」ということと、「非営利・協同」ということについて触れてみよう。あえて、議論を深めていくことを

期待したかたちで。

II

本書の読後感として多くの人々が持つ感想はおそらくこういうものであろう。すなわち、ここには「医療格差」などに触れられていたとしても医療サービス供給の側からの議論が中心であって、「国民皆保険」ということからその費用負担者、あるいはサービス「消費者」側からの議論が弱いように思われるが、どうであろうか。「財政民主主義」の視点からは保険料負担者がその費用負担のありかた、その配分、保険医療のありかた、その効果について意志決定し、査察・監査ができることが求められる。医師は保険医として、医療機関は保険診療機関として医療保険と「診療契約」を結んでいるわけで、「診療契約」が履行されているかを評価されることは当然のことである。また、医療サービス供給が「消費者」も加わった「非営利・協同」機関によってなされるのであれば、この経営を通して「消費者」は「診療契約」の履行を確保できるだけでなく、その「診療契約」内容が自らの健康権を現実のものとするにあたいするものであるかを供給サイドにおいても評価、監査できるのである。この両面の参加と民主主義によって、国民はたんなる医療サービスの「消費者」としてではなく、主権者として健康権保障としての医療保障のありかたに参画する道がひらかれるのである。

「医療構造改革」による「国民皆保険」の機能不全の進行、「営利化」「市場化」の深まりの危機が語られるが、既存の医療保障制度としての「国民皆保険」の内実が十分に解明されていないように思われる。医療保険給付の側面においては、理念的には、「ニードに応じた適切な医療サービスの供給」として「公平性」が確保されているといえるが——いや、一部負担という経済的な障碍のために実質的な「公平性」が確保されていない。また、休業補償や付加給付などの格差が存在するが——、(保険料)費用負担面はどうであろうか？医療保険は、自治体合併で自治体国保の数が減じたとはいえ、1,520程の組合健保をあわせいまだに3,350以上の各種の保険者が分立していること、そこには保険料負担にかなりの相異があること、

とりわけ国民健康保険における保険料未納問題——興味ある叙述がなされているが——については、人々の生活実態分析も深めてもっと触れるべきであろう。

保険料負担についてみると、各種共済組合短期保険料率(医療保険相当分)の平均は、2005年度で、総報酬額[標準報酬月額×12+標準賞与(期末手当等)]の1000分の69.13(使用者負担分はいわゆる「社会的間接賃金部分」として含める)である。私が加入する私学共済短期保険部分の保険料率は総報酬額(平均額約604万2千円)の1000分の66(短期給付分から福祉給付分を除いた)、国家公務員共済の場合は総報酬額(平均額約656万円)の1000分の63.19、公立学校共済組合の場合には総報酬額(平均額約665万円7千円)の1000分の59.2である。組合健保の場合は極めて多様であるが、平均でみて、総報酬額(平均額約555万3千円)の1000分の73.95、政管健保では総報酬額(平均額約385万円)の1000分の82である。国保では加入世帯の82.5%を占める年間所得250万円未満層で所得の10%を超える(保険料調定額レベル)で。これらから、総じて保険料負担には、保険種類別にみて、所得に対して「逆進的な構造」がみられるとあってよいであろう。標準報酬額、標準賞与額には、それぞれ上限額が設定されていることからして、保険料負担の「逆進性」はもっと大きいであろう[社会保障制度審議会医療保険部会提出資料「被用者保険の現状について」(2007年9月20日)、「社会保障統計年報」、「国家公務員共済組合事業統計年報」、「私学振興・共済事業団から聞き取り」]。

あるいはまた、「再保険」にあらざる高齢者医療をめぐる保険間財政調整など、すでに「保険」を超えた財政制度としての現実が生じているとみてよいのではないか。

さらに、わが国の医療(費)保障制度には各種の公費負担医療および生活保護法による医療扶助制度がある。医療扶助額は、給付対象および給付水準が不十分だと思われるが、ほぼ1兆円に達している。国民健康保険料未納者の多くは「医療上の貧困者」であるとみられ、その必要とする医療費は「最低生活保障」を構成するものとして、医療保険内ではなく、「租税」によって賄われるこ

とが求められるのではないだろうか。とすれば、生活保護法から医療扶助部分を切り離し、その対象を拡大し国保保険料未納者をも包摂する、租税を財源とする「医療扶助法」による制度を構築することも考えられる。

しかしながら、一種の「福祉医療制度」を作りその受給者にスティグマを与えかねない「階層的医療保障制度」よりも、また保険料負担の相異・格差構造をなくすためにも、受診時の経済的障壁をなくし、すべての国民に公平なアクセス権を保障する単一の医療保障制度を構築するほうが望ましいであろう。そのためには、とりあえず、現在の財源別負担構成を余り変えることなく——といっても市場主義型医療保障の国アメリカにおける費用負担構成をも参照のうえ（Health Care Financing Review, Vol.23, No.3, 2002, p.136.）——、次のような費用負担のありかたを考えてみたらどうであろうか？（基礎になる統計数値に違いがあるので、厳密なものとはいえないが、日米のおおよその比較はできよう）まず、政府公費負担が国民医療費全体の4割（現在約35%、アメリカは36%）を一般租税で調達する。企業は医療保険料負担によって国民医療費の2割強を負担しているが、「医療行革」がはじまる前の1980年には約25%を負担していたし、アメリカでは2000年の段階で27%（対GDP比企業医療費負担は、日本1.7%、アメリカ3.5%）であることから国民医療費の3割分を「給与税」（賃金・給与支払い額に対して課税される）を「社会医療連帯税」として、国民には国民医療費の3割分（2004年の国民医療費に対する被保険者保険料負担は29%）を「一定の課税最低所得がある緩やかな累進所得課税（課税所得上限額は設定しない）」である「社会医療連帯税」を課すことで財源調達する。こうして租税を財源とする医療（費）保障制度が構築できれば、全ての国民が平等に医療へのアクセス権を手にすることができるだろう。また、現在よりも所得再配分効果は大きくなるであろう。こうした財政は一種の「国家購入独占（state monopsony）」であり、その官僚主義的支配を排するための制度的な保障が必要である。現行の「中央社会保険医療協議会」にならって、その構成を変えたうえで「社会医療」運営のための中央レベルでの協議会を設

け、さらに、地域医療計画に対応したかたちで府県レベルおよび第二次医療圏で「社会医療協議会」を設け、民主主義的な意志決定とその運営を図ることが考えられる。

Ⅲ

（「非営利・協同」は「非営利組織」と「協同組織」の両者の集合を意味するのか？それとも「非営利協同（非営利でかつ協同組織）」を意味するのか？はたまた、前者から後者へのダイナミックな構造転換を意図しているのか？という問いかけをしたい衝動にかられるが、それはさておき）、日本の医療において「非営利・協同」によって語られる現存在は、医療法人や生協法人ほか医療法の規定によって「非営利」であることを求められている医療経営の全てである。医療法人の「公益性」をより高める改革には言及されてはいるものの、叙述においては、現存在をほぼそのまま肯定的にうけとめている。それでいいのだろうか？

現存在である国公立、公的さらに医療法人病院の経営実態についての情報、医療機関としての「構造・過程・成果」についての情報は、地方公営企業年鑑、公私病院連盟の経営分析、「医療機能評価機構」の審査報告などによって部分的に公開されているが、法人格を有する診療機関のこうした情報はほとんど公開されていない。「公益性」を有する法人として、また「公共性」を担うが故に税制上などの「特別措置」「便宜」を得ているとするならば、もっともっと社会に公開された存在にならなければならないのではないだろうか？

さらに、法令順守（コンプライアンス）や「企業の社会的責任」を果たすことが求められている現在、「公益性」「公共性」を担う医療機関は自らがそうするだけでなく、医薬品、医療機器企業などの「サプライ・チェーン」に対しても、また医療廃棄物処理を含む「デスポーズ・チェーン」にも同様のことを求めていかなければならない。自らと同様のコンプライアンス水準の企業と取引関係にあることも「企業の社会的責任」を構成する。このなかには労働条件などの労働関係事項も重要な位置を占めている。労働関係事項においては国内の法令だけではなく、国際的労働基準であるILO（国際労働機関）の条約や勧告の自主的な

遵守および日本の労働基準をその水準に高めていく取り組みに参画すべきである。社会保険診療によって医療経営が再生産され*、そこにおける労働基準のコンプライアンス（およびその水準を高めること）が可能になるよう診療報酬のあり方を組み替えていく（イギリスの労働党政権が対GDP比医療費をそれまでの7%水準から9%後半まで増大させていくように、医療保障費を飛躍的に増大させることを含んで）ことも必要である。医療や福祉など対人サービス労働についての経済的評価を高めるには、同時に最低賃金も高める必要があるだろう（日本では2006年加重平均で673円/時間、イギリスでは一般労働者で5.35ポンド/時間（2006年、×230円で1230円）。「社会保険診療契約」の当事者として。

「非営利・協同」の医療経営においては、例えば、第6章で紹介されているイングランドNHSにおけるファンデーション・トラストにおけるように、医療経営における従業者、患者、住民のフォーラムや経営参加（医療専門職者の執行理事としての選出、従業員、患者および住民の非執行理事としての公選制）、Health Care Commissionによる継続的な査察と審査とその情報公開などが求められるであろう。協同とは生活の協同化であり、共同経営であり、それは経営内外へのアカウンタビリティを有するであろう。

また、イギリスにおける病院トラストがNIEC（National Institute of Excellent Care）が示す高い水準の質をもったサービスの安定的な提供を求められているように、Best Practiceの個々の医療経営での、そして医療保障制度としての追求も人々が期待しているところである。

医療サービスの質を高めるためには医療専門職者の個々の、そして組織としての専門的能力を高めることが必要である。たとえば、イギリスにおいてはこのことをclinical governance（臨床上の統治）として取り組んでいる。医療経営内外の教育および研修を通じてこれが行われ、そのための時間が所定内労働時間の1割をとるように制度的に保障されている。これまでの臨床サービス量を維持するということを考えただけでも、当然、臨床スタッフの増員がなされることになる。社会的企業までを含む「非営利・協同」を考えると、

それを構成するいずれもが「社会的使命志向型mission-oriented」組織なのであり、こうしたclinical governanceを追求し、それを十分に展開する制度的保障を求めることになるであろう。

あるいはまた、「非営利・協同」組織間の連携として、また、専門職者の職能集団との連携として、例えば、医薬分業が進展するなかで「地域薬事協議会」の形成も考えられる。この「地域薬事協議会」は推奨する医薬品の「フォーミュラー」を作成し、それらの医薬品についての効果と安全性、価格の情報を提供するだけでなく、副作用・感染症情報の集積・解析・開示を行う。「薬害」をくりかえさないためにも。この「協議会」は医薬品の市販後サーヴェイランスの役割を一部担うことにもなる。

*「医療的最適性と経営的最適性との乖離」で語られることの論理的帰結はどうであろうか？このことはかつてのアメリカのメディケアにおけるような個別的な「合理的コスト（1×一定の剰余率）」による費用償還となるのであろうか？個々の医療経営の側に合理性を保障するに足る「原価計算能力」が、審査機関の側に十分な審査能力が備わっていることが求められる。「医療的最適性」も「経営的最適性」もともに、社会的実践のなかで「標準化」されたものとして措定されざるをえないのではないだろうか？でないとなれば、それはあまりに恣意的にならざるをえないであろう。

Ⅳ

医療の領域において認められるべきことは、同様に福祉領域においても認められなければならないわけで、医療サービス供給における「非営利・協同」事業がもつ意味を語ることは、「福祉多元主義」あるいは「福祉の混合経済」という議論に道を開くことになる。「福祉多元主義」は社会サービス供給の多元化および分権化と、行政部門と他の多元的な諸部門との関係およびそのバランスが問題とされる。本書を通読した時に持つ印象は、「社会的企業」に言及されていないながらも、自らの立場を「福祉多元主義」あるいは「福祉の混合経済」として語ることは躊躇しているということである。そのような立場の表明を求めているのではない。もし、「福祉多元主義」あるいは

「福祉の混合経済」的な思考をするのであれば、それを構成する各部門間の役割分担が問題とされるし、さらに、多様な形態の「非営利・協同」の存在（workers collectiveとして医師協同組合あるいは social pharmacy 社会薬局なども含む）とその協同を、社会としてまた法制度上どのように構築していくのか、それに対して行政部門がどのような関係を取り結ぶのか（査察・監査、あるいは専門技術のおよび財政的補助など）も問題とされる。とりわけ、そこにおける行政部門の役割が合わせて明確にされなければならないだろう。

もっといえば、新自由主義への対抗軸として「非営利・協同」を対峙するのであれば、それはたんに医療保障政策をめぐる闘いに限定されるものではない。「非営利・協同」を当面の闘いの戦術として提起しているのではないのであれば。新自由主義は経済における市場原理主義であることにとどまらず、政府の果たすべき役割とそのあり方、自由主義的民主主義としてのそのあり方、それを支える個人主義的イデオロギーなど、いわば「総体概念」としての意味をもっている。そうした新自由主義への対抗軸として「非営利・協同」を対峙するということは、それにもとづくある社会構成、そこにおける民主主義のあり方などについての戦略的構想をもつということになる。もちろん、このことは本書の課題をはるかに超えたものであるが、はたしてそうしたことが意識されているのであろうか？

このように書いてきて、はたと気付いたことは、わたしの立論の多くがポール・ハーストの Associative Democracy 論に「依っている」のではないかということである。確かその通りなのだと思う。まとまったかたちで彼の議論を検討したことはないが、1999-2000年にイングランドに在外研究で滞在しているときから、NHS改革に関わる議論において Associative Democracy 論に言及されているのをくりかえし目にしてきたことに影響されているのだろう。

V

最後に、本書の文体が「です・ます調」をとっていることは、どのような読者層に何を語りたかに関わってのことであろう。その点について一

言。冒頭にあげたように、「週刊プレイボーイ」は、国民健康保険証取り上げによる「無保険ピープル」が激増し、ビンボー人が「医療難民」化していく現実を告発し、さらに、2007年11月12日号では、「過酷な勤務シフトに、削減される医療報酬・・・」のなかで、「現場医師たちが告発！

『病院はすでに死んでいる！！』』という「北斗の拳」ばりの見出しの記事を掲げている。このページには、「週刊プレイボーイ」がかつて関連特集記事を組んだことがある「ナースウェーブ」のデモ行進の写真も掲げられている。「週刊プレイボーイ」の読者層がいまどようになっているかは知らないが、少なくともこの連載記事には、若年層の非正規雇用、低賃金、それによる「ワーキング・プア」など雇用、生活不安の増大が反映している。しかしながら、「勝ち組」「負け組」を明確にわけていく厳しい競争場裏におかれ、なんでも「ランキング」付けする「文化」を自らつくりだしているところもある。さらに、市場において個別化され、「消費者」としてものごとを見るイデオロギーをもたされている状況もみられるように思われる。そのことが、低所得という強いられたい面が強いとはいえ、国民年金や国民健康保険料の未納という「後ろ向きの納税者反乱」につながっているのではないか。こうした状況を社会的連帯にもとづく健康権保障としての医療保障制度改革や社会改革にどのように結実させていくのか、語られるべきことは多く残されているのではないだろうか。そしてまた、そのことはそれにふさわしい文体で語られるべきであろうと私は考える。

本書からは多くのことを学ぶとともに、それにもとづいて考えることもまた多かった。「保健医療官僚機構」、官僚機構と関連諸産業との「体制としての医療-産業複合体」、あるいは視点をかえて「医療専門職者の国際的移動」なども議論したかったが、求められた紙幅を遙かに超過しており、以上としておこう。

非営利・協同総合研究所のちとくらしが創立5年目を記して刊行された本書の大きな成果を基礎に一層の研究活動を展開され、社会のなかに確固とした位置を築かれることを願ってやまない。

（あおき いくお、 阪南大学経済学部教授）

医療・福祉の世界史

野村 拓

ミニマムの歴史的認識の深度

「文献プロムナード」は一応、今回をもって終わる。この連載は、課題ごとにモノグラフ（単行本）となった最新海外文献（第19回を除く）を紹介したものであった。そして、それぞれの課題を歴史的にとらえることの必要性を示したつもりである。いいかえれば、これは世界史的な台紙の上に課題を貼りつける試みでもあった。これからも新刊書は出され続けるのだから、ここで世界史的な台紙の整備をどう考えるかについて述べ、最終回のまとめとしたい。

次々に入ってくる海外文献が相互にどう関連するのか、こんな雲をつかむようなことを考えても話にならないかもしれない。しかし、視野を医療・福祉に限定して、それぞれの文献の位置を考えながら貼りつける台紙のようなものなら、つくることができるのではないかと。つまり、「文献を貼りつける医療・福祉史的な台紙」の作成であるが、この場合、まずどのあたりまで歴史をさかのぼるべきかがまず問題になる。

『古代のスポーツ』

☆Nigel B. Crowther : Sports in Ancient Times. (2007) Praeger.

などは魅力的な本ではあるが、ここまでさかのぼっていると、生きているうちに現代まで帰還できなくなる。帰還できそうなミニマムの歴史的深度とは現実的課題と取組むのに必要な深度である。また、今日の世界的現実と向き合うには、私たちの受けた歴史教育には少し偏りがあったのではないかと。どちらかといえば、西欧キリスト教国の視点での世界史に近く、イスラム圏については、一部の専門家を除いて、およそ不勉強であったこと

に気づく。具体的にいえば、イスラム圏を異教徒の世界としてとらえ、十字軍に正義があるかのような歴史を習ってきたのではないかと。もちろん、イスラム世界にとって十字軍とは何であったかという問題もとらえなおさなければならないが、十字軍遠征のコースを逆に辿れば、ヨーロッパに強いインパクトを与えたペストの伝播コースとほぼ一致する。さかのぼるべきミニマムの歴史的深度は、このあたりに設定されるべきではないだろうか。

ペストの伝播経路に関しては、このシリーズでしばしば紹介（第7回、第15回）したので、十字軍に関するものを挙げれば、次のようになる。

『十字軍——その図解的歴史』

☆Thomas F. Madden 編 : Crusades——The Illustrated History. (2005) Univ. of Michigan Press.

『十字軍の医療』

☆Piers D. Mitchell : Medicine in the Crusades. (2007) Cambridge Univ. Press.

なお、一般看護書で、赤十字の由来として、十字軍の看護・医療部隊のエムブレムであったことを指摘しているものもある。

ルネサンス・市民革命

イタリア・ルネサンスからオランダ独立革命、イギリス市民革命あたりの台紙に貼りつけるべき文献については、第17回、第18回で紹介したので、その後の文献を追加すればいいだろう。例えば、主として16世紀をとりあげた

『助産婦、産科そして婦人科の登場』

☆Helen King : Midwifery, Obstetrics and the Rise of Gynaecology. (2007) Ashgate. などである。

ミケランジェロも、レオナルド・ダ・ヴィンチも、人間をより生き生きととらえるために解剖学を学んだことなども台紙に記入しておくべきことだろう。そして、イタリア・ルネサンスも、いかなれば地中海文化であり、その外に、奴隷貿易で稼いだ強力な王権が出現し、その王権を倒す形で市民革命が遂行されるのだが、「奴隷で稼いだ歴史」はヨーロッパ社会、後のアメリカ社会に埋めこまれた形で今日に至っている。台紙には、奴隷、移民、人口流動などを、今日の格差社会、テロリズム、グローバリゼーションへの伏線として記入しておくべきである。端的に言えば、ワールドカップ(2006)における「ジダンの頭突き」の世界史的背景である。

資本主義と社会政策

イギリス産業革命から独占資本の形成、帝国主義段階までの時期について、医療・福祉史の場合、「下からの近代化」、「上からの近代化」というとらえ方が必要であり、特に「上からの近代化」政策から生まれた官房学(カメラリズム)、医事警察思想、ドイツ社会政策学会(1873)などに注目すべきだが、H. E. シゲリストやG. ローゼンなどによって代表される比較経済史を踏まえた社会派医学史家が没した後は、このような関心に応えられる本がなかなか見当たらない。シゲリストの方法論を踏襲しながら、社会経済史から医学史までの範囲に目配りをしなければならないが、その場合の新刊書を挙げれば次のようになる。

『ロンドンの経済史、1800—1914』

☆Michael Ball 他：An Economic History of London, 1800-1914. (2006) Routledge.

『イギリス救貧法の経済史、1750—1850』

☆George R. Boyer：An Economic History of the English Poor Law, 1750-1850. (2006) Cambridge Univ. Press.

『イギリスにおける障害者と社会政策』

☆Anne Borsay：Disability and Social Policy in Britain since 1750. (2005) Palgrave.

前述の医事警察思想から軍隊医学、公衆衛生という流れは、個人ではなく「集団」を対象とした医学の流れ、というべきものだが、この「集団医

学」の特徴は人口集団の「歩溜り」を高める政策学であった。つまり、ある技術的行政措置によって、「兵力・労働力たりうる」ものの「歩溜り」を高めることを目的視しており、同時に、スクリーニングによって排除された人間を無視する傾向を持っていた。それは丁度、日本の徴兵検査が「兵力たりうるもの」(甲種と乙種)を把握し、丙種(虚弱者)丁種(障害者)を国賊扱いしたようなものである。

社会福祉を歴史の上で意味づけるのであれば、それはこの「歩溜り」の論理によって無視された人たちを対象とし、「歩溜り」の論理と切り結べるものを備えていなければならないが、その点はどうだろうか。「ケース」から出発し、人権思想に支えられたもの、というような中身を想像するが、「ケース」ならば臨床医学や看護の出発点でもある。

『内科・外科看護におけるケース・スタディ』

☆Gina M. Ankner：Case Studies in Medical-Surgical Nursing. (2007) Thomson.

はこのことを物語っている。

2つの大戦

「ケース・スタディ」から、B. S. Rowntree による「フォローアップ・スタディ」へと、社会福祉らしい調査や理論構築が進められたころ、「歩溜り」の論理に輪をかけたもの、つまり、「戦死による目減り」を計算に入れたものが、「総力戦」「人的資源」という形で展開されることになった。第1次世界大戦の勃発である。

第1次大戦の前夜、欧米列強は申し合わせたように、牛乳の供給を中心にした母子保健政策を展開した。兵力・労働力たりうる「歩溜り」を低下させる「乳児死亡」に対して手を打たなければならなかったからである。

第1次大戦に関する文献は第7回でとりあげたが、その後のものとして

『第1次世界大戦史』

☆David Stevenson：1914-1918, The History of the First World War. (2005) Penguin Books.

『アメリカ赤十字史』

☆Gwendolyn C. Shealy：A Critical History of the

American Red Cross, 1882-1945. (2003) The Edwin Mellen Press.
などがある。

第1次大戦に登場した大量殺りく兵器によって、戦死者、戦傷者は激増し、O T、P Tなどのリハビリ職種が登場をもたらした。戦傷→治療→リハビリ→復帰というサイクルが必要になったからである。

2つの世界大戦の間には、世界大恐慌、ファシズムの興隆などがあるが、大恐慌は失業、貧困、ホームレスの存在などを明らかにし、「社会保障法」(1935)を生んだ。ホームレスに関する文献は多いが、比較的新しいところでは

『アメリカのホームレス』

☆Kathleen Swenson Miller 他編：Homelessness in America. (2006) The Haworth Press.

がある。このようにして母子問題、障害者問題、貧困と失業問題など、社会福祉的課題と、それらへのとりくみ方が一応出揃うわけだが、やがてこのような勢力、試みをまとめて否定し去る政治勢力がナチズムという形で登場する。人類は生存競争によって進歩するものであり、社会的弱者の救済は進歩にブレーキをかけるもの、という思想である。そして、強いものは美しいものであることを強調したのが、ベルリン・オリンピック (1936) であった。この点に関しては

『ナチのゲーム——1936年オリンピック』

☆David Clay Large：Nazi Games—The Olympics of 1936. (2007) W.W. Norton & Company.

がある。ベルリン・オリンピックの中身は「民族の祭典」「美の祭典」という形で映画化されるが、強者は「美」であり、弱者は「醜」であるという思想は、短命内閣に終わった安倍晋三によっても受けつがれている。

グローバリゼーションと途上国

第2次大戦後の世界を、医療・福祉の目線で見ると、何が浮かび上がってくるだろうか。

『かくも長き戦争——第2次大戦後のアメリカ国家安全保障政策の新歴史』

☆Andrew J. Bacevich 編：The Long War—A New History of U.S. National Security Policy since

World War II. (2007) Columbia Univ. Press.

での「かくも長き戦争」とは第2次大戦直後の冷戦、朝鮮戦争、ベトナム戦争から湾岸戦争、イラク戦争と、アメリカが戦争ばかりしてきたことを意味する。

冷戦は細菌兵器、核兵器、化学兵器の開発をもたらし、朝鮮戦争では日赤看護婦に召集令が出され、ベトナム戦争では、日本人の「献血」がベトナムに運ばれた。湾岸戦争では民間の医療チームが派遣され、イラク戦争では医療部隊を含む自衛隊が派遣された。

これらの戦争は、「宣戦布告なき戦争」であり、イラク戦争にいたっては戦争の相手はテロリズムとされている。

テロリズムを肯定する気はさらさらでないが、富の一極集中の対極にある世界の貧困がテロリズムの温床になっていることは肯定せざるを得ない。簡単にいえば、社会福祉の対象となるべき「貧困」に対して、近代兵器による攻撃を仕掛けているのがイラク戦争ということになる。そして、戦争を仕掛けている国自身の足元の寒々とした医療や社会福祉の実状こそは、今日的課題のグローバルな性格を物語るものである。

戦争を栄養として肥りつづけている軍・産複合体や多国籍企業、ロッキード・マーチン社のように兵器でもうけ、「福祉」までマーケット化するような存在、これらを念頭におきながら展望のヒントを求めて読むべき本を列挙すれば次のようになる。

『ベトナム戦争』

☆Michell K. Hall：The Vietnam War, 2版, (2007) Pearson Longman.

『予防戦争とアメリカ民主主義』

☆Scott A. Silverstone：Prevention War and American Democracy. (2007) Routledge.

『健康の価値——米州保健機構の歴史』

☆Marcos Cueto：The Value of Health—A History of the Pan American Health Organization. (2007) Pan American Health Organization. (PAHO)

『苦役、資本、植民地主義——インド労働史研究』

☆Rana P. Behal 他編：Coolies, Capital, and Colonialism—Studies in Indian Labour History. (2007) Cambridge Univ. Press.

- 『ラテン・アメリカ史の地図』
- ☆Michael J. Larosa 他：An Atlas and Survey of Latin American History. (2007) M. E. Sharpe.
『近代のスリランカ』
- ☆Nira Wickramasinghe：Sri Lanka in the Modern Age. (2006) Hurst & Company.
『ラテン・アメリカにおける芸術と革命』
- ☆David Craven：Art and Revolution in Latin America, 1910-1990. (2006) Yale Univ. Press.
『ブラジル国家と多国籍自動車産業』
- ☆Heler Shapiro：Engines of Growth—The State and Transnational Auto Companies in Brazil. (2006) Cambridge Univ. Press.
『多国籍バイオ・テック企業による植民地化』
- ☆Helena Paul 他：Hungry Corporations—Transnational Biotech Companies Colonise the Food Chain. (2003) Zed Books.
『新キューバ史』
- ☆Richard Gott：Cuba—A New History. (2004) Yale Univ. Press.

グローバルな格差

グローバル化とは、簡単にいえば、資本の海外進出、多国籍企業化と人口（労働力）の国際的流動、ということになるだろう。資本がそれぞれ安い労働力や資源を求めて地球的に進出すれば、おのずから「安さ」のランクづけのようなことが行われ、労働力の底値のようなものが形成される（bottomline orientation—第12回）。

ボトムラインで労働力を売る機会も持てない人は腎臓を売り、少女は売春婦に、少年は兵隊に売られる。

『腎臓売ります』

- ☆Mark J. Cherry：Kidney for Sale by Owner—Human Organs, Transplantation, and the Market. (2005) Georgetown Univ. Press.
『アフリカの子どもの兵隊』
- ☆Alcinda Honwana：Child Soldiers in Africa. (2006) Univ. of Pennsylvania Press.

このような状況の中で、かつての19世紀的な国内統一市場——国民国家——国内資本——兵力・労働力の「歩溜り」確保のための社会政策・公衆

衛生——という関係の中での「歩溜り」の方はどうでもよくなった。「国内がダメなら海外があるさ」というわけである。同時に労働力はグローバルな底値に照らして買い叩かれることになる。そして、グローバルな底値の低さによって格差構造は増幅される。だからグローバルな格差構造を「ナショナル」に切り取って考える危険さ（例えば「ネオ・ナチ」による外国人排斥と、排斥による格差縮小の主張）を知らなければならない。

これらの点に関しては、もう一度、奴隷、移動、人口流動の歴史をとらえなおす必要があるのではないか。重複を避けながら文献を拾えば、次のようなものがある。

- 『ドイツからカナダへの移民史、1850—1939』
- ☆Jonathan Wagner：A History of Migration from Germany to Canada, 1850-1939. (2006) UBC Press.
『イギリス労働者階級、1832—1940』
- ☆Andrew August：The British Working Class, 1832-1940. (2007) Pearson Longman.
『移動する看護婦——移民とグローバル医療経済』
- ☆Mireille Kingna：Nurses on the Move—Migration and the Global Health Care Economy. (2006) ILR Press.

想定・メッセージ

最後に、海外文献を「医療・福祉の世界史」として配列することから生まれるであろうメッセージを前倒的に表現して、この連載を終わりにしたい。まず第1は、「専門性」にこだわりを持つ社会福祉系職種に対するメッセージであり、それは地位向上につながる「専門性」もあれば、cheap labor利用の「部分・下請け」専門職（准介護福祉士のような）もありうる、ということである。

現実に向き合うクライアントは sick poor である場合が多いが、sickの方は「専門外」だから poorの方を、ということでもいいのか。北九州市の場合は、sickの方は無視し、poorの方は働けば解決するというスタンスで、死に追いつている。

第2に Layman（素人）の存在意義についてである。もともと Layman とは聖職者ではない「俗

人」という意味だから、「俗人」の「俗的日常体験」は、流入外国人を想定して作られようとしている「准介護福祉士」よりもケア能力においてまざっている。それだけではなく、権利意識を持つ市民、主婦としての Layman は、公的サポートなしには成り立たぬ社会福祉を進めるキーパーソンでもある。

このようなキーパーソン (Layman) のはたらきがないと、対人ケア職種はアメリカのように、市場型医療・看護の下働きに組み入れられる。そして、それだけではなく、看護自体の変質 (医師代行職種とチーム・マネージャー職種への分化) をもたらす。

アメリカの場合、看護師が三層化 (正看、准看、助手) されているだけではなく、ナーシングホームも三層化されている。

- ・ Skilled Nursing Home (退院患者の受け皿で、おおむね30日まで)
- ・ Intermediate Nursing Home (看護師の顔が見えないナーシングホーム、施設長は看護師)

・ Basic (または Custodial) Nursing Home (看護師のいないナーシングホーム) の三層だが、これは市場型医療にあおられた結果といえる。そして「看護師の顔が見えないナーシングホーム」や「看護師の顔が見えないナーシングホーム」に、日本でいう介護職員が組みこまれているわけである。そして「部分・下働き職種」の待遇はグローバル・ボトムライン・オリエンテーションによる低賃金水準ということである。

このような状況に立ち向かうのは容易なことではないが、さしあたっては「市民(Layman)・途上国連合」や多国籍企業労働組合などを念頭におきながら、あらためて「医療・福祉の世界史」の再構築をやってみたい。それは「本」という形で固定化されたものではなく、各自の書きこみによって充実される「台紙」のようなもの、としてである。 (完)

(のむら たく、国民医療研究所顧問)

● 紹介文献の「掲載順 Index」と「欧文アルファベット順 Index」と「和文仮名 Index」とが編集部で用意されています。

● なお、その際、初期の段階での「仮訳の和名」の入っていないものを補い、複数回引用での「仮訳の和名」の不統一を補正しました。

● 全20回テーマ一覧

- | | |
|--------------|---------------|
| 1. もう一度、社会医学 | 11. はたらきかけ |
| 2. 地域への展開 | 12. 階層化・流動化 |
| 3. 医療政策 | 13. マルチ医療論 |
| 4. 医療の国際比較 | 14. 看護と福祉 |
| 5. Care を考える | 15. 日本への目線 |
| 6. 医療職種 | 16. 嫌米スペクトル |
| 7. 平和の脅威 | 17. タテ糸とヨコ糸 |
| 8. 医療と市場原理 | 18. 視点いろいろ |
| 9. 全人的ケアの歴史 | 19. 出版トレンド |
| 10. 社会的再生産失調 | 20. 医療・福祉の世界史 |

機関誌『いのちとくらし』バックナンバー

●20号（2007年8月）—特集：各国の医療事故補償制度—

- 巻頭エッセイ「いのちとくらし」の意味 富沢賢治
 - 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
 - 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
 - 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
 - 論文「医療倫理と医療事故補償問題」尾崎恭一
 - 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
 - 論文「千葉県に見る地域医療の危機」八田英之
 - 第6回自主共済学習会報告「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
 - 書評 押尾直志監修、共済研究会編「共済事業と日本社会」杉本貴志
 - シリーズ・文献プロムナード（19）「出版トレンド」野村拓
-

●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」肥田泰
 - 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」齊藤義孝、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⑩「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⑩「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」 筋昭三
 - 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⑪「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⑫「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
 - エッセイギリス便り『『非営利・協同』の“母国”で暮らして～『いのちとくらし』を考える～』杉本貴志
 - 文献プロムナード⑭「看護と福祉」野村拓
-

●第14号（2006年2月）—特集：民営化と非営利・協同

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

●13号（2005年11月）—特集：非営利・協同と福祉国家

- 巻頭エッセイ「次は医療と農業？」吉田万三
 - 論文「社会的排除としてのホームレス問題」中嶋洋子
参考資料：「ホームレスの実態に関する全国調査報告書」から
 - 論文『『構造改革』の頂点と医療構造改革』後藤道夫
 - 座談会「介護への取り組みについて」鈴木洋、松本弘道、森尾嘉昭、武井幸穂、司会：石塚秀雄
 - 翻訳「中央のサポートと地域への動員のバランス——スウェーデン協同組合開発システム」
J. ストルイヤン 竹野ユキコ
 - シリーズ医療事故問題②
座談会「医療事故問題をめぐって②」高橋正己、根本節子、中村建、伊藤里美、棚木隆、
司会：石塚秀雄
 - 資料「アメリカの医療事故過誤救済制度について」石塚秀雄
 - エッセイ韓国から③「爪痕癒し」 朴賢緒
 - 文献プロムナード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⑩「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Eユーザーセクター』、日本経済評論社、2004年」日野秀逸

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

- 巻頭エッセイ「セツルメント運動」 升田和比古
- 座談会「非営利・協同と教育」 三上満、村口至、大高研道、川村淳二、司会：石塚秀雄
- インタビュー「全日本民医連における教育の取り組み」 升田和比古
- 教育アンケートに見る特徴
- 教育体験談： 長野典右、矢幅操
- Part 1 「民医連北九州健和会再生の決め手」 馬渡敏文
Part 2 「破綻と再生から学ぶ非営利・協同の事業」
吉野高幸、山内正人、八田英之、角瀬保雄、司会：坂根利幸
- 論文「社会的責任投資（SRI）と非営利・協同セクターの役割・課題—コミュニティ投資を中心として」 小関隆志
- 翻訳「EUの労働挿入社会的企業：現状モデルの見取り図」 訳：石塚秀雄
- 文献プロムナード⑧「医療と市場原理」 野村拓
- 書評「近藤克則『医療費抑制の時代を超えて』」 柳沢敏勝

● 8号（2004年8月） — 特集：非営利・協同と文化

- 巻頭エッセイ「アメニティと協同」 植田和弘
- 座談会「非営利・協同と宗教」 若井晋、日隈威徳、高柳新、司会：石塚秀雄
- 論文「今日の日本のスポーツ状況と非営利・協同への期待」 森川貞夫
- 論文「非営利・協同と労働・文化を担う人間の発達」 池上惇
- 論文「協同社会の追究と家族の脱構築」 佐藤和夫
- インタビュー「前進座・総有と分配」 大久保康雄
- 論文「国際会計基準と協同組合の出資金をめぐる最新動向—IAS32号解釈指針案と農協法の改正—」 堀越芳昭
- 論文「フランスの社会的経済の現状と事例」 石塚秀雄
- 団体会員訪問①「千葉県勤労者医療協会」
- 文献プロムナード⑦「平和の脅威」 野村拓
- 書評「二木立『医療改革と病院』」 川口啓子

● 7号（2004年5月） — 特集：コミュニティと非営利・協同の役割

- 巻頭エッセイ「『満足の文化』といまの日本」 相野谷安孝
- インタビュー「栄村高橋村長に聞く」 高橋彦芳、福井典子、角瀬保雄、前沢淑子、司会：石塚秀雄
- 栄村REPORT
 - ・「栄村訪問記」 角瀬保雄
 - ・「小さくても輝いていた栄村：山間部と都市との比較から学んだこと」 福井典子
 - ・「栄村を訪ねて10年、いま思うこと」 前沢淑子

・資料 事務局

- 論文「市町村合併政策と保健事業の危機」池上洋通
 - 第3回公開研究会報告「インドネシアの非営利・協同セクターと社会保障制度」サエディマン
 - 書評「橋本俊詔『家計からみる日本経済』その基本理念に関連して」石塚秀雄
 - 文献プロムナード⑥「医療職種」野村拓
 - 非営利・協同入門⑤「イギリスにおける社会的企業とコミュニティの再生—サンダーランドにおける非営利・協同組織の試み—」中川雄一郎
 - 海外医療体験エッセイ「英国の医療と『シップマン事件』」大高研道
 - 書評・東京民主医療機関連合会50年史編纂委員会編／『東京地域医療実践史—いのちの平等を求めて』相澤與一
-

● 6号（2004年02月） —特集：非営利・協同と共済制度・非営利組織と公共性

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

● 5号（2003年11月） —特集：行政と非営利組織との協働（1）

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

● 4号（2003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

「研究所ニュース」バックナンバー

○No.20 (2007.10.31発行)

「理事長のページ：医療と小説」(角瀬保雄)、「副理事長のページ：トーリーの民主主義—保守党の「社会的企業」政策—」(中川雄一郎)、事務局からお知らせ、事務局経過報告、「第3回国際保健協同組合フォーラム参加報告」(竹野ユキコ)、「中国農民專業合作社と農民組織化の現状」(神田健策)、「本の紹介：児嶋美都子著『イギリスにおける中間ケア政策—病院から地域へ』」(石塚秀雄)

○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

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 (978-4-903543-01-7)

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)

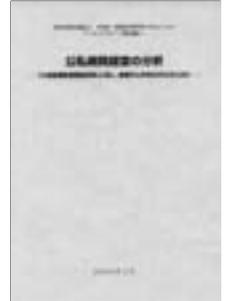
ご希望の方は、研究所事務局（民医連関係者は(株)保健医療研究所）にご連絡下さい。

◎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）
(978-4-903543-00-0)

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

【事務局ニュース】2・研究助成報告書の発行予定

現在、下記2研究の報告書について、発行準備中です。近日中にお手元へ送付できますので、お待ち下さい。

- 東京勤労者医療会歯科診療部メンテナンスプロジェクト（代表：藤野健正）

「Supportive Periodontal Therapy の臨床的効果について」

- ヒューゴソン・アルヴァル、神田健策、大高研道

「地域社会の持続的発展と非営利・協同(社会的経済)の実践—スウェーデン・イエムランド地域の事例研究—」

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

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

○会員の種類

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

○会費（年会費）

	区 分	適 用	入会金	年会費(一口)
正会員	団体会員	団体・法人	10,000円	100,000円
	個人会員	個人	1,000円	5,000円
賛助会員	団体会員	団体・法人	なし	50,000円
	個人会員	個人	なし	3,000円

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

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

【FAX送付書】

切り取ってお使いください

研究所のFAX番号：

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
▽