

目次

○巻頭エッセイ「いない人間は誰一人いない」	長瀬 文雄	1
○「『療養の給付』の外堀—介護保険・障害者自立支援法・保育改革」	後藤 道夫	2
○「医療事故被害者救済制度のメカニズム—過失責任主義と 無過失補償制度—」	我妻 学	5
○投稿「事務労働概念の考察—先行研究を遡って」	川口 啓子	12
○「オバマ政権の医療改革動向」	高山 一夫	22
○第12回自主共済組織学習会報告「米国の生命保険と生命共済」	松岡 博司	26
○投稿「ベトナムの医療・看護・介護は今—私たちの学ぶことは」	藤本 文朗、渋谷 光美、関山 美子	37
○海外情報：翻訳「フランスの『人体の不思議展』に中止判決」	石塚 秀雄	47
○社会福祉と医療政策・100話（41—45話）「9 市場型医療とファシズム」	野村 拓	53
○「都立病院再編の現段階」	石塚 秀雄	57
○書評『いのちの平等をにかけて—山梨勤医協50年のあゆみ』	角瀬 保雄	60
○「民医連総会、活発な議論」	事務局	64
○「医療産業における労働力①イギリス、イングランド」		66
○研究所ニュース		62、69、76
○バックナンバー		11、63、70

いない人間は誰一人いない

長瀬 文雄

ご趣味は？と問われると何とも心許ない。人と楽しくお酒を酌み交わすこと？ 年数回の山登り？ ウォーキング？ 乱読？ あえて問われれば、どれともいえるし、そうとも言い切れない。要するに「雨が降ろうが槍が降ろうが」という絶対というものが無いのだろう。

そんな中、最近2つの映画を観た。1つは、山田洋次監督の「おとうと」である。この映画は、稲光さんのノベルズ版（稲光さんは、『タケ子』の作者であることは余り知られていないが優れたライターである）を先に読んでいた。どんな家族も、大なり小なり問題を抱えている。姉弟だって同じだ。親戚中でやっかいものの鶴瓶演じる弟としっかりもの姉（小百合さん）の話であるが、姉の若くして亡くなった連れあいが、一人娘の名付けの親を弟にお願いしようとする。曰く「上の2人がしっかりものなのも僕にはどうしても、彼がいたから君たちが今あるのではないかと思えてならないんだよ。だからどんな名前であろうが、彼に名前を付けて貰いたいんだよ」。波瀾万丈の人生を生きた弟は、最後、おねえちゃん、姪の小春、ドヤの仲間、親切なスタッフに囲まれて長いとは決して言えないいのちを終える。どんな人間でも、自分の存在を認められる時、人は生きる価値を見だし喜びを感じる、この世の中でいない人間なんて誰一人いないのだ、と感じさせてくれる映画だった。

もう1本は、マイケル・ムーア監督の最新作「キャピタリズム～マネーは踊る～」である。得意の「アポなし突撃取材」でアメリカの利益第一主義に走る資本主義、搾取社会の矛盾を徹底的に暴く。

サブプライムローンの破綻で住宅を追い出された人々、GMを解雇され路頭に迷う人、その一方で、公的資金も貰って巨額の報酬を得る人……。これでもかという程、アメリカ社会の矛盾が明らかにされる。前作の「シッコ」や「華氏911」に続く鋭さだ。オバマ政権の選挙資金の7割がこうした利権集団から出ていることにも触れ、その限界を示唆する。最後はウォール街に突撃し、「市民逮捕権を行使する」「金を返せ」と迫る。こうした告発とともに、ムーア監督は、前作「シッコ」では、アメリカとフランス、カナダ、キューバなど医療費無料の国と対比した。今回は、アメリカ国内で、倒産した会社の従業員が自ら出資し運営し、分配する非営利・協同型の自主管理組織を紹介し、アメリカ社会のあり方に一石を投じている。また、労働組合の社会的役割を強調していることだ。そして彼はいう。日本がマネをする国はアメリカではありませんよと。

1%の人々の富が99%の人々の富を上回るようなむき出しの資本主義の矛盾が、これほど誰の目にも見えやすい時代はない。絶対的貧困は政策がつくり出したものだ。政策を変えるチャンスだと感じている。

全日本民医連は、この2月末の第39回総会で、憲法9条、25条が輝く日本、人間の尊厳が大切にされる社会をめざす方針を採択し半世紀ぶりに綱領を改定した。今年は、「無差別・平等」を掲げ東京・大崎に日本最初の無産者診療所が誕生して80年目に当たる。

（ながせ ふみお、全日本民医連事務局長）

「療養の給付」の外堀

——介護保険・障害者自立支援法・保育改革

後藤 道夫

2006年の医療改革によって混合診療の途が大きく広がったが、「保険外併用療養費制度」の適用外の保険医療部分では、依然として「療養の給付」原則は守られている。保険外併用療養費制度の適用範囲が野放図に広がれば、医療全体では「療養の給付」原則が危うくなるが、今のところ、そこまでは行っていない。

だが、高齢者医療制度の廃止にからむ今後の医療保険改革は、保険給付にさまざまな制約を課し、最終的に上限をつける、つまり、「療養の給付」原則を廃止する方向に向かう危険性が十分にあると言わなければならない。都道府県単位の保険制度に協会けんぽと国保を集約し、都道府県に運営責任を負わせ、給付をそれぞれの保険財政で可能な範囲に限らせる、という道筋が考えられる。高い保険料が我慢できなければ保険給付を下げる。私保険の原則に近づけるわけだが、そうすれば「支払い能力に応じた給付」が都道府県単位で現れることになり、保険給付範囲内の医療で不足する場合は、個人の支払い能力に応じた混合診療が重要な位置を占めることになる。

現在の「療養の給付」では、医師が必要と判断した種類と量の医療サービスを原則「青天井」で、給付することができる。日本の医療関係者の大多数は、今のところ、この原則が廃止されて、保険給付の上限額や患者の支払い能力に限界づけられる診療を余儀なくされることには強く反対するだろう。

だが、現実には「療養の給付」原則の廃止あるいは縮小への「外堀」は、着々と埋められようとしているのではないか。問題としたいのは、一つは、ナショナルミニマムを度外視した野放図な地

域分権論（地域主権論）の跋扈であり、もう一つは、福祉や教育など選択の余地のない基礎的社会サービスをも、市場原則に乗せる動向の執拗な進行である。社会サービスの多くの領域で現物給付原則がこのまま後退していけば、社会サービスは金で買うものという意識が定着していき、医療本体の現物給付原則も足をすくわれる危険が高くなる。以下では後者にかかわる話題として、介護保険を参照しながら保育改革と自立支援法廃止問題を考えたい。

＜保育の現物給付原則とその廃止の危険＞

現行の公立保育所、認可保育所の制度は、自治体に「保育の実施」義務を課す児童福祉法にもとづくもので、保育サービスは商品ではなく、「現物給付」の対象となっている。医療の場合、現物給付は、保険者が被保険者に「療養の給付」を行うという形をとるが、保育の場合は自治体が、保育を必要とする子に保育を「実施」という形をとる。ともに、支払い能力あるいは支払った費用に応じたサービス提供ではなく、必要に応じたサービス提供が原則である。

ちなみに、公立保育所、認可保育所の保育料は、応能負担で自治体（保育所ではない）に支払う、いわば保育税のような位置づけの負担である*1。保育料未納を理由に公立保育所、認可保育所を退所させることは児童福祉法上できない。周知のように、医療における3割負担も、医療機関が代理徴収をしているが、医療サービスの対価ではない。医療も保育も、サービスが商品として買われてい

*1 東京都の「認証保育所」は、私人同士の契約に基づく「応益負担」の保育サービス提供機関であり、児童福祉法上の保育所ではない。

るわけではないという点が重要であろう。介護保険および障害者自立支援法との違いは明白である。

厚労省は1990年代前半から、保育における現物給付原則（「措置制度」）を崩す試みを行ってきた。1997年の法改正で「措置」から「実施」へと、公的責任の程度を下げることでできたが、現物給付原則そのものは崩れていない。自公政権は規制改革会議を舞台に、保育を「直接契約」と「利用料補助方式」という介護保険型の制度に切り替え、現物給付原則を廃止する準備をしてきた（2008年12月の三次答申）。2009年の2月の社会保障審議会少子化特別部会の「第一次報告」は、鮮明ではない言い回しながら、保育の必要度の認定、事業所（保育所等）と保護者の直接契約、利用者補助の給付義務などを柱とする「新しい保育の仕組み」を提唱した（詳しくは二宮厚美『保育改革の焦点と争点』新日本出版社を参照されたい）。

民主党は、選挙マニフェストでは認可保育所の増設を主張したが、2009年12月8日の「緊急経済対策」には、保育への「利用者と事業者の間の公的契約制度の導入、保育に欠ける要件の見直し、利用者補助方式への転換の方向」が明記された。民主党内部で十分な議論が行われているとは思えないが、これは保育の介護保険化、現物給付原則の廃止を意味するものであり、民主党の重大な政策転換である。さらに「地方主権推進一括法」による保育のナショナルミニマムの大幅な後退が予定されている。

直接契約・利用者補助という枠組みでは、介護保険で明らかのように、応益負担が原則となり、窓口負担が支払えないクライアントはサービス受給を控えざるを得なくなる。また、個々に保育の必要度が認定されて、それを超えるサービス受給は全額が利用者の負担となり、「混合保育」が現れる。保育時間の問題だけでなく、保育士の数、施設、保育内容などの点で低く抑えられる基準をこえた良質の保育は、「混合保育」の対象となる公算が強く、保護者の支払い能力に応じて差別化された「多様な」保育が提供される危険がある。

また、介護保険型の制度となれば、現在は児童福祉法上の保育所の約半数を占める公立保育所は急速に民営化され、保育労働者の労働条件が大幅に後退することは、高齢者介護の現状をみれば明

らかである。日本の保育が全体として維持してきた高度な質は急速に後退するだろう。

＜障害者自立支援法廃止の「基本合意」＞

他方、障がい者福祉の領域では、こうした市場原則の拡大という方向とは大きく異なる、画期的な事態がはじまっている。

障害者自立支援法は「稀代の悪法」であった。利用者補助が社会保険ではなく、直に公的財政から支出されるという違いはあるが、それ以外は、介護保険の枠組みがほとんどそのまま使われている。その結果、多くのサービス量を必要とする重度の障がい者がそれだけ多くの自己負担を要求される「応益負担」が課され、さらに、食費・光熱水費の実費負担が加わって、障がい者とその家族の自己負担分は大きく増えた。

契約が私人同士の契約であるため、措置制度のように自治体が介入して障がい者を保護できる余地は大きく減った。たとえば、障がい児入所施設の利用が自立支援法適用となっている場合、費用が未納であれば退所となり、自治体はそれに関与できない。また、実際に提供したサービスの量に応じた代金が事業所の報酬となって、報酬が日割りとなったため、ほとんどの事業所が大きく減収となった。

障害者自立支援法を憲法違反とする訴訟が、2008年に障がい者から起こされていたが、2010年1月7日、原告・弁護士団と国（厚労省）との間に、訴訟終結にむけての「基本合意文書」がかわされた。

主な内容は、①遅くとも2013年8月までには、障害者自立支援法を廃止し新たな「総合的福祉制度」をスタートさせる、②障害者自立支援法が障がい者、家族を苦しめ、障がい者の人間としての尊厳を深く傷つけたことにたいし、国は「心から反省の意を表明する」、③新たな総合的福祉制度の構築に当たっては、障がい者団体代表が参加する「障がい者制度改革推進会議」において、障がい者の権利条約批准の実現のための国内法整備と同権利条約批准をふくむ事項を検討する、その際、「現行の介護保険制度との統合」を前提しない、

などである。

訴訟は応益負担問題に絞られていたが、今回の基本合意は、自立支援法以前に復帰するという水準ではなく、「障がい者の権利条約」に示された国際水準の障がい者福祉制度を、本格的に作り上げるという方向で一致している。自立支援法の廃止は、民主党の選挙マニフェストに明言され、昨年9月には長妻厚労大臣が自立支援法廃止と新たな総合的福祉制度の構築の方針を表明していたが、今回の合意は、新制度構築に向けた出発点の水準を、現在可能な限りで高いものすることに成功したと言えよう。自立支援法反対運動以降の障がい者諸団体の粘り強い共同行動が、画期的な成果をもたらしたのである。すでに「障がい者制度改革推進会議」は障がい者団体代表が相当数参加する形でスタートしており、公開での論議がはじまっている。

この小文とのテーマとの関係で重要なのは、新たな制度は介護保険型の制度にはしない、という方向が合意されているということである。そもそも、自立支援法が引き起こした多くの苦しみと悲劇の原因は、受けなければ生活していけない障がい者福祉サービスの領域に、介護保険の枠組みを適用したことにあるのだから、これは当然のことだろう。

ところで、この基本合意には、介護保険そのものについての言及はない。民主党は介護保険そのものについて抜本的改善の必要を認めておらず、この点は自公政権と同じなのである。

＜現物給付原則の維持・回復のための連帯を＞

だが、長期的な問題として考えた場合、介護保険制度が原理的に転換しないまま、また、保育

制度がその方向に大改悪されたうえで、障がい者の福祉制度だけが「直接契約・利用者補助方式」からはずれて、国際的な個別支援水準を実現することも、また容易ではないのではないかと。

一例だが、車椅子生活になった高齢者が介護保険で受けられるサービスと、高齢の身体障がい者が利用可能なサービスとが、その内容と利用条件で大きな差がある状態は、強力な政治圧力にさらされないだろうか。認知症その他で見守りが必要な高齢者へのサービスを大きく改善しないで、見守りが必要な知的障がい者のサービスを改善できるだろうか。

OECDのSOCX（社会支出データベース）2007によれば、日本の障がい者福祉の現物給付の総量は、高齢者介護におけるそのほぼ11分の1であるため、障がい者福祉だけを厚遇することも、民主党政権が政治的支持を獲得するための方策としてありうることもかもしれない。しかし、これはきわめて不安定なものとなるだろう。

正面から言えば、いま必要なのは、障がい者福祉の領域で獲得された議論の高さに高齢者介護の領域が追いつき、介護保険制度の抜本的改善を実現し、保育が現物給付原則を守りきることである。諸領域の運動の一般的な連携ではなく、現物給付原則を回復・維持するための連帯が必要である。介護保険での苦しい経験を踏まえた高齢者が、保育改革反対の運動に大勢が参加する、そうした状態がつくられる必要があるのではないだろうか。

医療の領域は、こうした動き全体を自分の問題ととらえて、現物給付原則の包括的な意味を十分に議論し、これらの領域の運動に分厚い支援を行い、戦略的な連携をはかることが望まれよう。

（ごとう みちお、都留文科大学教授）

医療事故被害者救済制度のメカニズム

—過失責任主義と無過失補償制度—

我妻 学

一 はじめに

医療事故とは、診断、検査、治療、手術などの医療行為（医行為）に関連して起きた予想に反した意外な悪しき結果を言い、医療側に法的責任のない、いわば不可抗力の場合および医療側に法的責任を帰すことができる場合（医療過誤）の両方を含む概念として用いる。医療事故が生じた場合に被害者の救済、原因の究明および医療安全を図る必要がある。

産科医療補償制度が2009年1月から創設されている¹。安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、分娩に関連して発症した重度脳性麻痺児童及びその家族の経済的負担を速やかに補償するとともに、事故原因の分析を行い、将来の同種事故の防止に資する情報を提供することなどにより、紛争の防止・早期解決及び産科医療の質の向上を図るものである。

日本弁護士連合会は、2007年に医療事故の被害者の救済と、より安全で質の高い医療の実現を目的として、産科だけではなく、全ての医療事故を対象とした医療事故無過失補償制度の創設を提言している²。

民主党の政権公約（マニフェスト）においても医療崩壊を食い止め、国民に質の高い医療サービスを提供するために、医療従事者等を増員し、質を高めることで、国民に質の高い医療サービスを安定的に提供すること、特に救急、産科、小児、外科等の医療提供体制を再建し、国民の不安を軽減することが掲げられている。具体策として、妊婦、患者、医療者がともに安心して出産、治療に

臨めるように、無過失補償制度を全分野に広げ、公的制度として成立することを公約として示していることも注目される。

本稿では、従来の過失責任主義と無過失補償制度の議論および産科医療補償制度の紹介を通じて、医療事故被害者救済制度のメカニズムの議論の状況を示したい。

二 過失責任主義と無過失補償

1 過失責任主義の問題点

不法行為の制度目的は、①被害者の損害の補填（原状回復）と②過失なければ、責任なしとして、個人の自由な活動を保障するものである³。しかし、現行の過失責任主義は、以下のような問題点が存在している⁴。第一に、患者やその家族が医師などの医療従事者に対して医療事故に関して責任を追求するには、不法行為（民法709条）あるいは診療契約の債務不履行（同415条）を理由として損害賠償請求をする必要がある。近年では、医療事故の被害者を支援するネットワークが構築されつつあるが、民事裁判を提起すること自体が一般人にとって敷居が高いといえよう。

さらに、医事関係訴訟は専門性が高く、医療従事者の過失、当該行為と損害の発生との間の因果関係を立証することは困難である。診療録、看護記録などの重要な医療記録が医療機関に偏在している状況に対して、医療機関側から任意に提出されるように裁判所が積極的に働きかけていること、各地の地方裁判所に医療集中部が設置され、カンファレンス方式などの鑑定手続の改善が行なわれ

1 産科医療補償制度のホーム・ページ(<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/outline/index.html>)参照。

2 日本弁護士連合会『「医療事故無過失補償制度」の創設と基本的な枠組みに対する意見書』参照。

3 潮見佳男『不法行為法』5頁（1999）など参照。

4 損害賠償の問題点として、加藤雅信「損害賠償制度の将来構想」山田卓生編集代表『新・現代損害賠償法講座 1巻』300頁（1997）以下など参照。

るなど実務上の工夫がなされている。しかし、専門的な知見を要するため、被害者に専門の弁護士および協力医がいなければ訴訟進行は實際上困難である。医事関係訴訟の新受件数は2004年をピークとして、年々減少傾向にある⁵が、過失、因果関係の認定などが困難なため、平均審理期間は通常の事件と比較して長期化している⁶。医事関係訴訟において患者側が勝訴する（請求認容判決）事件の割合も通常訴訟と比較すると極めて低く、和解による割合が比較的高い⁷。

加害者への責任追及から被害者救済の観点へと過失責任主義を修正する特別法が、労働災害、公害などの分野に整備され、最近では、医薬品の副作用による被害者救済制度⁸のほか肝炎対策基本法が制定されている。これらの特別法が制定されたこと自体は被害者救済の観点から望ましいことである。しかし、特別の救済制度が存在するか否かによって、被害者の救済にアンバランスが生じている。被害者救済の実効性も問題であり、必ずしも救済が実効的に行われているわけではなく、数多くの制度ができたことにともない、各制度間での求償その他の調整も行われていない（被害者救済の非実効性と不公平性）。

第二に、患者が救済を求める手段としては、患

者と医師、医療機関あるいはその保険会社との話し合いによるか、あるいは裁判のいずれかの方法しかない。病院などの医療機関内部に相談窓口が設けられ、組織的に対応する仕組みが整備されてきているが、小規模の診療所などでは手続の透明性・公平性を担保することは困難である。

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事故の原因解明、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⁹それらの期待に応えることは制度上困難である。医師と患者は、交通事故の場合とは異なり、密接な信頼関係を継続的に構築していたのが、医療事故を契機に信頼関係が崩壊し、患者の不信感が強いことも特徴的である。

医師についても、裁判が原因究明に役立つことには消極的な意見が多く、医療の現実、現場を知らない裁判官が裁判をすることに対する不満も有している¹⁰。

そこで、いわば第三の救済制度として、医療紛争に特化した裁判外紛争処理制度（ADR）を構想し、より適切な解決を図ろうとしている¹¹。

-
- 5 2004年の医事関係訴訟事件数は1,110件であるのに対して、2008年は877件である（土田林太郎「裁判統計から見る医事関係訴訟事件の状況」『民事法情報』273号2頁（2009）参照）。
 - 6 2008年の医事関係訴訟事件の平均審理期間は、24.0ヶ月であるのに対して、その他の通常訴訟事件の平均審理期間は、6.5ヶ月（ただし、実質的に争われた事件の平均審理期間は、18.7ヶ月）である（土田・前掲注（5）3頁参照）。
 - 7 2008年の医事関係訴訟において認容判決で終局した事件の割合は、10.1パーセントと過去10年間で最低であり、和解で終局した事件の割合は、50.0パーセントである。その他の通常訴訟事件において認容判決で終局した事件の割合は27.1パーセントであるのに対して、和解で終局した事件の割合は28.6パーセントである。なお、和解の内容が実質的には原告の請求を（一部）認容したと見られる場合が多いとされている（土田・前掲注（5）3頁参照）。
 - 8 医薬品医療機器総合機構のホーム・ページ(<http://www.pmda.go.jp/kenkouhigai/help.html>)参照。
 - 9 加藤良夫＝後藤克幸『医療事故から学ぶ』10頁（2005）など参照。
 - 10 筆者が医療紛争に関するアンケートを2009年2月20日から同月27日までWEB上に公開して行った結果による（調査依頼総人数は6,762名、その内の回答有効人数は、517名である。有効回答率は、7.7パーセント。）。「裁判官は信頼できる」との質問に対して、医療紛争の経験ありでは、「そう思う」215名中2名（0.9パーセント）しかおらず、「そう思わない」70名（32.5パーセント）、「どちらかといえばそう思わない」63名（29.3パーセント）と否定的な見解が多い。「裁判の結果には不満が残るやすい」との質問に対して、医療紛争の経験ありでは、「そう思う」215名中94名（43.7パーセント）、「どちらかといえばそう思う」91名（42.3パーセント）を合わせると9割近くを占めている（我妻学「医療紛争に関するインターネット調査」『法学会雑誌』50巻2号17頁～19頁（2010）参照）。
 - 11 我妻学「近時の医療紛争の諸問題」本誌21号15頁、和田仁孝「医療ADRの二つのモデルと機能性」『民事司法の法理と政策（小島武司先生古稀祝賀記念論文集）下巻』674頁（2008）、西口元「医療ADRの目的と手続」判タ1271号40頁（2008）など参照。

第三に、医師などの医療従事者が裁判によって責任追及される危険は、必ずしも必要とはいえない検査などを行い、訴訟が提起されるリスクを減少させるとともに、医師が注意義務を果たしたことを証拠として残すなど確実性を高める行動¹²だけではなく、リスクのある医療をあえて行わなくなる（萎縮医療）ことにつながる（社会的な負の対応）。特に産婦人科の医師が分娩を行わなくなっていることへの危機感が高まり、産科医療補償制度設立の契機となっている。

アメリカのバージニア州およびフロリダ州では、産婦人科医の賠償責任保険料の高騰を抑制し、保険会社が賠償責任保険を引き受けることによって、産婦人科医離れを緩和するために、分娩に関連する脳性麻痺に特化した無過失補償制度を1980年代に既に導入している¹³。

第四に、1970年代以後、交通事故、公害訴訟、製造物責任の被害者救済が図られ、被害者の救済制度が拡充されている点は高く評価されるが、多数の個別的救済システムが並列し、不法行為による損害の填補は制度間の求償を適性・効率的に行うかが問題となる（制度運用費用の非効率性）。

第五に、不法行為による賠償は一括払い（一時金賠償）が原則であるが、逸出利益の賠償、実情にあわせた介護費用を算定する際にも定期金賠償の方が現実に即した賠償となる（定期金賠償）。ただし、定期金賠償は支払いが長期に及ぶため、賠償義務者（保険会社を含む）の資力を確保し、円滑な履行を求めるかが問題となる¹⁴。

2 無過失補償

現在の過失責任主義と特別法による無過失補償制度に対して、加藤雅信教授は、社会的集団責任を基礎とし、一種の救済基金を設立し、事故または疾病にかかった者は事故または疾病にかかったことのみを理由として、故意過失や、一定の行為との因果関係を立証することなく、治療費、逸失利益等の給付を基金より受けることを提唱されている¹⁵。このような総合救済システムを設けることによって、救済の確実性、迅速性、一律公平性、効率性、社会保障的性格を有するとされている。

総合救済システムの構築にともなって、不法行為による損害賠償訴権を人身被害については原則として廃止するという加藤雅信教授の考え方¹⁶に対して、棚瀬孝雄教授は、総合救済システムが行政による損害の負担を指向する全体的正義に立脚しており、不法行為の責任が、損害保険の掛け金をあらかじめ支払っておく程度の責任に縮減されてしまい、コミュニティ破壊的な作用をすることで、むしろ加害者と被害者と向かい合い、回復に向けた当事者間交渉を取り込んだ共同体の正義の重要性を説かれる¹⁷。

樋口範雄教授は、不法行為制度の事故抑止機能、制裁機能を重視し、それらの機能が不法行為法の限定または廃止によってどうなるのか、さらに検討が必要であるとして、加害者と事故の誘因を特定することによる事故の抑制と責任原則の維持を説かれている¹⁸。

宇佐見大司教授も不法行為法の機能として、損害填補機能と損失分散機能を徹底するのに対して、制裁的機能と事故抑制機能を重視しないことに疑問を示される¹⁹。

12 アメリカでは訴訟リスクを回避するために不必要なCT、MRIあるいはX線検査を行い、結果的に医療費が高騰するという悪循環に陥っていると指摘されている(Brennan, M. Mello and D. Studdert, *Liability, Patient Safety and Defensive Medicine, in Medical Malpractice and the U.S. Health Care System* (W. Sage and R. Kersh(eds.) at 105 (2006))。

13 我妻学「産科医療補償制度について」石川明＝永田誠＝三上威彦『ボーダレス社会と法（ハルトヴィーク教授追悼記念論文集）』187頁（2009）など参照。

14 佐野誠「定期金賠償の動向と課題」日弁連交通事故相談センター編『交通賠償論の新次元』153頁（2007）など参照。

15 加藤・前掲注（4）309頁など参照。

16 加藤雅信「不法行為法の将来構想」加藤雅信編『損害賠償から社会保障へ』31頁（1989）など参照。

17 棚瀬孝雄「不法行為責任の道徳的基礎」棚瀬孝雄編『現代の不法行為』15頁（1994）以下参照。

18 樋口範雄「不法行為法の『危機』と『革命』の意義」棚瀬編・前掲注（17）235頁以下参照。

19 宇佐見大司「『総合救済システム』論」古賀哲夫＝山本隆司編『現代不法行為法学的分析』227頁（1997）以下参照。

このような不法行為による個別責任追及制度を維持し、加害者の責任を希薄化すべきではないとの批判に対して、加藤雅信教授は、故意、重過失のように有責性が高い場合には、基金による給付を超える損害について、不法行為による個別的責任追及の余地を残すように修正されている²⁰。

総合救済システムによる被害者救済の視点は高く評価されるが、医療事故の救済制度に関して、過失責任主義か無過失補償かといった二者択一の制度設計よりも過失責任主義を維持しながら無過失補償を補完させる複合的な制度の方が適切と考える²¹。医療行為が個体差の大きい人体を対象としており、患者も何らかの疾患があり、その治療を目的として医師に受診するのであり、その後の患者の状態の変化に対応して医師は、臨機応変に治療方針を判断、変更する必要がある。さらに医療や医療技術の進歩によって、治療方法も一新される可能性があり、事前に一義的に決められないからである²²。診療契約に基づき医療機関に要求される医療水準自体も「当該医療機関の性格、所在地の医療環境の特性等の諸般の事情を考慮すべきであり、右の事情を捨象して、すべての医療機関について診療契約に基づき要求される医療水準を一律に解するのは相当でない」²³、とされている。

訴訟の事後的・回顧的判断による個別的紛争解

決を重視し、通常の民事訴訟の場合には、具体的正義に適った私人間の紛争解決がまず目指されるものであり、直ちに社会的な政策論を「訴訟」の場に反映させることに懐疑的な見解も存在する²⁴。

三 産科医療補償制度

産科医療補償制度²⁵に関して、過失責任主義と無過失補償の観点から若干の考察を行う。

(1) 補償の対象

産科医療補償制度の対象となるのは、2009年1月1日以降に出生した児のうち、出生体重が2,000グラム以上かつ在胎週数33週以上で、身体障害者等級が1、2級相当の重症者である²⁶。ただし、出生体重、在胎週数の基準を下回る場合であっても、在胎週数が28週以上の場合には、個別審査により補償の対象となりうる。

認定症例が同年9月から公表されているが、2010年2月まで審査件数24件中24件全部に補償が認められている。なお、個別審査で認められたのは1件だけである²⁷。

先天性要因、分娩後の感染症など新生児期要因は、補償の対象から除外されており、対象範囲が限定されすぎているとの批判がなされている。産

20 加藤・前掲注(4)317頁参照。

21 不法行為一般について、潮見・前掲注(3)15頁など参照。

22 手嶋豊「医師の責任」山田卓生編集代表『新・現代損害賠償法講座3巻』317頁(1997)以下など参照。

23 最2小判平成7・6・9民集49巻6号1499頁参照。最3小判平成9・2・25民集51巻2号502頁は、開業医が副作用を有する多種の薬剤を長期間継続的に投与された患者について薬疹の可能性のある発疹を認めた場合においては、自院又は他の診療機関において患者が必要な検査、治療を速やかに受けることができるように相応の配慮をすべき義務があるとしている。

24 吉田邦彦「法的思考・実践的推論と不法行為『訴訟』」吉田邦彦『民法解釈と揺れ動く所有論』236頁(2000)以下参照。

25 橋口賢一「産科医療補償制度における課題と展望」富大経済論集54巻3号261頁(2009)、畑中綾子「医療事故無過失補償制度の論点」社会技術研究論文集5巻125頁(2009)、峯川浩子「産科医療補償制度」年報医事法学23号256頁(2008)、我妻・前掲注(13)187頁など参照。

26 障害程度の認定は、上肢不自由、下肢不自由、体幹不自由及び脳原性運動機能障害(上肢機能・移動機能)の別に認定される。乳幼児に係る障害認定は、障害の程度を判定することが可能となる年齢(概ね満3歳)以降に行われる。1級相当とは、両上肢・下肢の機能を全廃し、体幹の機能障害により座っていることなどができないものである。2級相当とは、両上肢・下肢の機能の著しい障害が認められ、体幹障害により坐位又は起立位を保つことなどが困難なものである(産科医療補償制度に係る診断基準作成に関する検討会『産科医療補償制度に係る診断基準作成に関する検討会報告書』資料参照)。

27 2009年9月の審査件数5件中補償対象5件、同年11月の審査件数3件中補償対象3件、同年12月の審査件数4件中補償対象4件(個別審査1件を含む)、2010年1月審査件数5件中補償対象5件、同年3月審査件数7件中補償対象7件である(「産科医療補償制度第2回～第6回審査委員会」議事要旨参照)。

科医療補償制度が被害者の早期救済の面だけではなく、産科医療分野では過酷な労働環境や医事紛争が多いことなどにより、分娩の扱いをやめる施設が多く、産科医療の提供が十分でない地域が生じていること、更に、産科医になることを希望する若手医師が減少していることなどいわゆる産科医療の崩壊を一刻も早く阻止する観点から、民間の損害保険の活用により早急に立ち上げを図った政策判断²⁸にも留意する必要がある。たしかに、補償の範囲を拡充することは被害者救済につながるが、他方で限られた財源の中での救済範囲を拡充すれば、結局十分な被害者救済を図れない危険性がある。

医療従事者の分娩に関連する訴訟リスクを減少させる政策目的からは、妊婦検診を受けていない妊婦に対して、産婦人科医が分娩を行った場合に、仮に分娩に関連して重度の脳性麻痺を発症したとしても補償する仕組みを構築することによって、医師および病院が妊婦の受け入れを拒否しない体制を支援することが重要である²⁹。

産科医療補償制度では、補償請求者が重度脳性麻痺の児あるいは家族ではなく、分娩機関である。このため、分娩機関が診療録、助産録および検査データなどの分娩に関連する医療記録を提出しなければ、胎児が出生体重・在胎週数の要件を満たしていても、補償の対象とはならない。同様の問題は、分娩機関が廃止され、かつ分娩機関の開設者が死亡したり、破産手続が開始した場合³⁰にも

生ずる。たしかに、被害者は訴訟による救済手段が残されているが、分娩機関のために補償が受けられないのは本末転倒と考える。

(2) 被害者の救済と原因究明

原因を究明することは、将来の再発を防止する観点からは重要であるが、原因究明に要する時間および費用によって、被害者の救済が遅れる事態を避ける必要がある。産科医療補償制度においては、原因分析、再発防止に関して独立の第三者機関ではなく、運営組織内の各委員会で行われる。しかし、補償の認定と原因分析、再発防止は相互に利益が相反する危険がある以上、同一組織とすることは極めて問題があり³¹、中立・公正な第三者機関を構築すべきであると考え³²。

具体的な原因究明作業においても個々の事例における責任追求よりも、分娩に関連した脳性麻痺事例を組織的に分析し、再発防止の観点から行う³³方が医療安全に資するであろう。事例を類型化することによって、仮に訴訟になった場合においても、医療過誤を認定する際の過失の有無などを判断する上でも有益な基準となろう³⁴。産科医療補償制度の原因分析のためには、妊娠中の管理、分娩経過等の情報に加えて、新生児期医療の情報も必要であり、新生児がNICU等への搬送等によって、分娩機関にて新生児期医療の情報を保持していない場合、または情報を保持しているが、原因分析を行うにあたって追加情報が必要な場合に

28 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『産科補償制度運営組織準備委員会報告書』1頁、4頁(2008)参照。

29 在胎週数の判断などが困難であり、産科医療補償制度だけでなく、妊婦への経済的支援、出産のリスクを啓蒙することも重要である。バージニア州では、無過失補償制度に加入する前提として、妊婦検診を受けていない妊婦の分娩を拒否しないことを医師あるいは病院に課しているが、後で訴訟になる場合のリスクをおおせて、実際には拒絶する場合が少なくないようである(Joint Legislative Audit and Review Commission of the Virginia General Assembly, *Review of the Virginia Birth-Related Neurological Injury Compensation Program*, at 4-7 (2003))。

30 産科医療補償制度標準補償約款第2条、第6条参照。

31 産科医療補償制度運営組織準備委員会の議事録上、原因分析・再発防止を別組織で行うことが飯田修平委員より指摘されている(第8回「産科医療補償制度運営組織準備委員会」会議録20頁〔飯田発言〕)。なお、自動車事故における後遺症認定は、第三者機関である損害保険料率算出機構・自賠責損害調査事務所が行っている。

32 長野展久「医療事故のセイフティネット」病院65巻1号49頁(2006)など参照。

33 原因分析報告書作成マニュアル(平成22年1月28日版)参照。

34 フランスにおける医療事故補償制度において、被害者に補償を行っている ONIAM が、裁判所による賠償額と比較して、ばらつきをなくすように被害に対する補償の評価基準を設け、なるべく平等な救済を図っていることは参考になる(ドミニク・マルタン「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」本誌20号9頁(2007)参照)。

は家族からの同意書を添えて搬送先医療機関の協力を得て、新生児の経過等に関する診療情報を搬送先の医療機関から収集することを検討している³⁵のは正当といえよう。

(3) 一時金払いと定期賠償

産科医療補償制度の補償対象と認定されれば、看護・介護を行う基盤整備のための準備一時金として600万円が支給され、その後20回分割で毎年定期的に120万円が支給される（準備一時金と補償分割金の併用）。分割金に関しては、当該児の生存か死亡かを問わず、一律に支給がなされる。長期的な基金の運用が不可欠であり、損害保険会社や運営組織における長期にわたっての資金管理、給付事務などが必要になるからである³⁶。しかし、補償内容が主に看護・介護費用である以上、将来的には定期金賠償（年金方式）とすべきである。

(4) 過失責任主義と無過失補償

産科医療補償制度においては、補償と損害賠償金が二重給付されることを防止するために、分娩機関に損害賠償責任が認められる場合には、補償金と損害賠償金の調整を行うことが提唱されている³⁷。

たしかに、分娩機関に過失が100パーセント認められる場合には、分娩機関にのみ賠償責任を負わせることに異論はないであろう。しかし、分娩機関にも一定の寄与過失が認められる事例³⁸においては、その負担額をめぐって、紛争が生じうる。一定の寄与過失が認められた場合には、分娩機関

と児・家族との示談、裁判外による紛争解決または裁判所による和解・判決等に、求償権者が当事者として参加できるように分娩機関、家族に告知を義務づけるべきであろう。求償義務者が運営組織であるのか、あるいは保険会社であるのかも不明確である³⁹。

四 おわりに

産科医療補償制度によって、従来の過失責任主義では救済されなかった被害者に対しても対しても救済制度が拡充されたこと⁴⁰は積極的に評価すべきである。今後どのような補償制度を整備・拡充してゆくのか、組織的に検討する必要がある。たしかに、従来のように過失責任を修正する特別立法を個別に制定することは制度の効率性から問題がある。しかし、肝炎基本対策法の立法にみられるように、包括的な救済・補償制度よりも個別の被害者救済の観点から立法されたことに留意すべきである。

実質的にも産科医療補償制度が立ち上がったばかりの状態を検証を十分にしないで、包括的な救済制度に置き換えることは適切ではなく、現実的とも思えない。産科医療補償制度に関して、産婦人科以外の診療科の医師に必ずしも十分に浸透していないようであり、医療従事者全体の理解を得られるように努める必要がある⁴¹。

（わがつま まなぶ、首都大学東京法科大学院教授）

35 「第7回産科医療補償制度原因分析委員会」会議録49頁〔後技監発言〕参照。

36 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・前掲注（28）9頁参照。

37 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・前掲注（28）13頁参照。

38 名古屋地判平成1・2・17判タ703号は、胎児を横位と診断しながら事前に帝王切開の準備をしておかなかった医師に出産時の胎児血液循環障害による脳性麻痺につき、過失を認め、その寄与割合を3分の2としている。

39 第1回「産科医療補償制度運営委員会」会議録38頁〔鈴木利廣発言〕。

40 分娩時の低酸素症が認められた女兒に脳性麻痺が生じたことについて、その原因は不明であり、担当医師に気管挿管が遅れた過失は認められないとして、損害賠償請求を否定した大阪地判平成20・1・30判タ1262号285頁は、傍論として出産した子どもが脳性麻痺となった場合の無過失補償制度の早期実施を期待するとしている。

41 筆者が行った医療紛争に関するアンケートによれば、産婦人科では、64名中63名（98パーセント）が「言葉も内容も知っている」と回答し、「言葉は聞いたことがあるが、内容はわからない」と回答しているのは1名に過ぎない。これに対して、内科では「言葉も内容も知っている」と回答しているのは、203名中76名（37パーセント）、外科では155名中52名（33パーセント）に過ぎず、専門分野によって制度への関心の度合いが異なっている（我妻・前掲注（10）7頁）。

新刊案内

◎「崩壊」の構造を変える 『日本の医療はどこへいく』第2弾！

『地域医療再生の力』

中川雄一郎監修・非営利・協同総合研究所いのちとくらし編

2010年1月25日発行、新日本出版社、〈四六判・上製〉237ページ、定価2100円（税込）

ISBN 978-4406053334



目次

はじめに

第1章 自治体病院はどこへ行く

第2章 京都における医療機関の動向から地域医療の再生を考える

第3章 東京における開業医と住民運動の連携

第4章 佐久総合病院と地域医療

第5章 明日の見えない医療経営—経営論点と処方箋

結びにかえて

中川雄一郎

村口 至

吉中丈志

前沢淑子

石塚秀雄

坂根利幸

杉本貴志

◎キューバとメキシコの医療、ベネズエラ事情をさぐる 憲法の全文和訳は本邦初！

全日本民医連・総研いのちとくらし共催

『キューバ・メキシコ視察報告書—キューバ憲法・ポリクリニコ一般規則全訳付—』

ISBN 978-4-903543-06-2

2010年2月20日発行、A4判80ページ、頒価500円



目次

はじめに

視察概要

キューバの医療制度とポリクリニコ（地域診療所）の役割

【翻訳】ポリクリニコ一般規則

キューバ憲法入門—法律家のみたキューバ共和国憲法—

【翻訳】キューバ憲法 1976年制定、2002年改正

ベネズエラ視察Ⅰ「低コストにして高品質を」

ベネズエラ視察Ⅱ「キューバからベネズエラ」

メキシコの医療制度と社会的貢献病院メディカスール

キューバ・メキシコ日程概要

高柳 新

廣田憲威

石塚秀雄

石塚秀雄・訳

二上 護

石塚秀雄・訳

前沢明夫

前沢淑子

石塚秀雄

竹野ユキコ

事務労働概念の考察—先行研究を遡って

川口 啓子

問題意識

I. 先行研究の概観（全体）

II. 先行研究の概観（個別）

- ①井上秀次郎「あなたの疑問にこたえる 事務労働は生産的労働か」
- ②森田園子「事務職の拡大と女性化（英国の場合）」
- ③井上圭二「OA とホワイトカラーの階層分化」
- ④有吉広介「事務労働者の社会学的研究」
- ⑤幸光善「現代企業における技術発展と事務労働：H.Braverman の所説を中心として」
- ⑥江上勲「ホワイトカラー論—統計資料からの観察—」
- ⑦中川勝男「事務労働者研究の一視点」
- ⑧三浦豊彦「事務労働と労働環境」
- ⑨中岡哲郎「事務労働の分析（組織と人間-7-）」
- ⑩芝田進午「事務労働論（報告と討論）」

III. 事務労働概念の変遷

終わりに

問題意識

事務労働は、「一般に、なくてはならない存在であるにしても、さして重要ではない要素として扱われがち」¹な地位に置かれている。そのためか、当事者の間でも「事務労働とは何か」という正面からの問いかけが少ないと感じるのは筆者だけであろうか。

どのような職域であっても、また組織の大小にかかわらず、事務労働は不可欠である。だが、事務労働に関する議論は、「〇〇事務」というように予め職域に分けられた専門業務として論じるタテ割り研究が主流で、職域にかかわらず存在する横断的な性格から事務労働そのものを捉え論じる傾向は薄いとを感じる。だが、後者の視点から論じ

ないことには、事務労働の本質には迫れないのではないだろうか。

そのような問題意識から、筆者は以前、「どこにでも事務労働が存在するという普遍的事実」²に着目し、事務労働の存在の必然性と本質を追究する手掛りを見出すべく日常的なイメージを出発点として考察した。そこでは事務労働を管理労働の現象形態と捉え、当初の労働を貫徹させる目的意識を外部化させた結合労働過程の全体または部分として現れる具体的業務が事務労働であるとおさえた。したがって、末端の事務労働であってもトップマネジメントの労働と本質的には同線上にあると考える。

そこで本稿では、事務労働がキーワードとなるいくつかの先行研究から、事務労働はどのように

1 有吉広介、1992、「事務労働者の社会学的研究」『獨協大学教養諸学研究』No.26(p.1)、獨協大学学術研究会。

2 川口啓子、2008、「事務労働論のための研究ノート—理論化の手掛かり—」『創発』No.8(pp.131—142)、大阪健康福祉短期大学。

論じられてきたのか、時代を遡って概観しつつ考察の一助とする。また、将来的には事務労働を組織のマネジメント機能として積極的に位置づけた議論を展開したい。

I. 先行研究の概観（全体）

これまで、事務労働はどのように論じられてきたのだろうか。

「事務労働」をキーワードに、日本国内の論文を検索した結果³、2009年9月11日時点で102件が挙げられた。そのうち、「事務労働者」が本来のキーワードであるものが67件、したがって「事務労働」だけをキーワードとするものは35件になる。35件は、27件がOAやMEなど機械化と健康状態に関する研究と特定の職業について論じるものであった。残り8件のうち統計等により事務労働を横断的にサーベイした論文が2件、本質的な事務労働概念に触れる論文が3件、残り3件は拙著である。いずれも本質論や階級・階層論、労働条件などの要素が多少なりとも交差する。

「事務労働者」をキーワードとする67件においても、健康状態に関するもの、特定の職業について論じるものが多数ある。それらも必然的に事務労働概念の本質的要素への言及が含まれ、考察の一助とした。

全体的な傾向を102件から概観すると、下記のとおりである。

近年、最多のテーマは学校事務に関するもの（本来のキーワードは「学校事務労働者」）、出所は全国学校事務労働者交流集会で報告を中心に、1999年から今日まで連続している。過去の状況を見ると、1965年に学校事務労働者論が論じられ、以降、1970年代には学校教育と学校事務に関連付けたテーマが登場する。1980年代にはあまり見られないが、今日では「学校事務」や「大学事務」をキーワードとする研究は膨大な数になる⁴。

だが、これらは職業別、即ちタテ割りの事務労働論または事務労働者論である。本稿では、職業別の具体的事務労働を事例として扱うことはあるが、先述の通り「どこにでも事務労働が存在するという普遍的事実」に着目するため、言い換えれば、事務労働が存在する横断的な状況を対象としている。

とはいえ、現実の事務労働は様々な職業に応じて発展しており、多くは特定の具体的な事務労働を前提として議論が展開される。その中から可能な限り、具体的現象形態を捨象しながら事務労働概念に迫りたい。

さて、1960年代後半から集中的に登場するテーマは、事務労働者の健康状態に関する研究である。その多くが、OAなど作業の機械化に伴う事務労働者の心身の状態を扱った内容になっている。それらとの関連で、従来のホワイトカラーがブルーカラー化（経営管理的業務から単純事務作業化するわち肉体労働者化）したことを論じる研究や、女性事務労働者の増大、それに伴う新たな雇用や労働条件に関わる議論が登場する。これらは事務労働そのものへの言及はあるものの、事務労働者の労働実態についての分析が主であり、当時の労働運動の高揚を背景に労働条件改善への志向を伺わせる。

さらに時代を遡ると、事務労働そのものを問う研究も見られる。古くは芝田進午の「事務労働論」（1966年）において、『「事務労働」は本来、労働一般のうちに未分化のまま含まれて』⁵いと論じられる。芝田は、銀行に働く事務労働者を具体的姿として念頭におくものではあるが、事務労働が生産的労働であるか否か、精神的労働か肉体的労働か、資本家の機能の代弁者か労働者階級の一翼であるか、という二大階級論的対抗軸を背景に、本質に迫ろうとする。

それ以降は、新中間層論やホワイトカラー論へと言及する議論（賛否両論を含めて）を経て、今

3 Cinii 国立情報学研究所論文情報ナビゲータ。キーワードを「事務労働」として検索。<http://ci.nii.ac.jp/>、2009年9月11日。

4 他にも「医療事務」や「福祉事務」（この場合は「福祉事務所」の最初の4文字を検索するが）などをキーワードとする職業別の事務労働論は多数検索される。

5 芝田進午、1966、「事務労働論（報告と討論）」『銀行労働調査時報』No.194(p.47)、銀行労働研究会。

日では「〇〇事務」というような職域に分かれた縦断的議論が主流になる⁶。ここでは、それぞれの職域に応じた事務労働者（「事務職員」という用語が多いが）の果たす役割や任務など、日常業務に直結した議論が大半を占める。

Ⅱ. 先行研究の概観（個別）

この章では、いくつかの先行研究を個別に概観し、事務労働がどのように論じられているかを探る。

①井上秀次郎「あなたの疑問にこたえる 事務労働は生産的労働か」2003年6月⁷

この論考は、勤労者通信大学の受講生の疑問に答える形式で書かれたものであり、マルクス経済学を基本にしている。

井上は、ここでは生産的労働とは何かという回答に大半を費やしている。さらに生産的労働を本源的規定（物質的財貨を生産する労働）と資本主義的規定（資本家のもとで剰余労働を生産する労働）によって押さえ、協業及び社会的分業の一環に事務労働を位置づけて説明する。

具体的な事務労働については、たとえば下記のように述べる（p.93より要約）。

- ・生産過程の一部としての設計図作成は協業の一環として生産的労働である。
- ・部品、製品の運搬は社会的分業の一環としての生産的労働である。
- ・「商品の管理や部品の発注はそれが流通部門に属さない限り、設計や運搬などと同様に生産過程の一部をなすものであり、生産的労働であると規定することができます」（p.93）。

さらには、資本家機能を担う管理監督労働者についても言及し、事務労働者は資本家の機能を担いつつ賃労働者である、という二重規定を行なう。

締めくくりとして「彼らを資本の側につけるのか、労働者の側にひきつけるのかは、いわば力関係、階級闘争に大きく関わるものであるといえるでしょう」（p.94）という運動論に帰結する。したがって、従来の二大階級論の延長であり、事務労働者も肉体労働者と同様、労働者階級の一翼であることを結論づけようとする。

②森田園子「事務職の拡大と女性化(英国の場合)」2000年6月⁸

「事務職の国際比較研究の一環として、近代の英国における事務職の『女性化』の跡をたどるもの」（p.63）という内容で展開された森田論文では、実際の「女性化」には事務職の内容（年齢や産業別など）による偏りがあることを明らかにしている。

「事務職の『女性化』は男性の職であったところへ女性が参入し、男性に置き換わったという印象を与えるが、実際は事務職内の特定のロー・レベル職種が女性専用の職種として新しく誕生」（p.63）したという調査をもとに、事務職における性別雇用管理、性別職務分離の形成過程に言及する。

この論文における事務労働は、英国を中心とした社会学上の研究で用いられた事務職の統計と事務職像を前提として定義され、事務労働が存在する横断的な状況に共通する具体的な姿を反映している。

- ・「ここで事務職と言う場合は、英国の Standard Occupational Classification (SOC) の大分類4 Clerical and Secretarial Occupation を指している。職業分類は、時代とともに変更されるため、年代を越えての比較は厳密に言えば正確なものではない。『クラーク』は、概ね幹部に至る可能性のある男性事務職に対して用いた」（p.72）。
- ・事務職カテゴリーをタイピスト、速記者、秘書

6 Cinii、前掲。2009年9月11日現在、「学校事務」3946件、「大学事務」208件、「医療事務」186件、「福祉事務」562件などとなっている。

7 以下、井上秀次郎、2003、「あなたの疑問にこたえる 事務労働は生産的労働か」『学習の友』No.598(pp.92-94)、学習の友社より。引用ページは本文（ ）内に記載。

8 以下、森田園子、2000、「事務職の拡大と女性化（英国の場合）」『文化研究』No.14(pp.63-74)、大阪樟蔭女子大学より。引用ページは本文（ ）内に記載。

(便宜上、Aグループとする)と、クラーク、出納係、オフィス機器オペレーター(同じくBグループとする)に分類して比較すると事務職の女性化はクラークと出納係に関して起こった」(p.68)。

森田論文の問題意識にはジェンダー的視点が窺え、2000年の発表であることを考えると、二大階級論やホワイトカラー、新中間階層論などの文脈とは異なると言っているだろう。男女雇用機会均等法が成立した以後の社会的背景を受けて、女性の社会進出と事務職との関係を過去から未来へ数十年スパンで分析し見通しを立てようとする実直な論述である。

③井上圭二「OAとホワイトカラーの階層分化」 1992年12月⁹

井上論文は、ホワイトカラーと呼ばれる階層が事務労働を行うことを前提として、その分業化に伴う階層分化をテーマとしている。分業化が進む客観的条件のうち、とりわけ大きな要素としてOAを挙げている。ホワイトカラーが担っていた資本家の管理業務がOAによって分業が進み、定型的業務が確立されることによって、「一方に高度に知的で創造的な仕事に従事するホワイトカラーと、他方ではコンピュータ化に伴う単純補助労働に従事する一般事務労働者をもつくりだしている」(p.305)と要旨をまとめている。

井上は、オフィスワークの状況を工場の製造工程と対比しながら、以下のように表す。

・「オフィスでは伝票を処理し、書類を書き、読み、会議を開き、打合せを行い、命令し、報告を聞くといった業務を行っている。つまり、工場は物を取り扱っているのに対して、オフィスはそれに付随する情報を処理して適切な秩序立てを行なうということによって企業の目的遂行に貢献しているわけである」(p.307)。

ここでは、企業の目的遂行である限り、本質的には生産的労働としてとらえられている。

・「一つは書き読み整理し計算するなどの企業経

営を支える事務作業であり、もう一つは企業の経営方針を決定し、それを実行していく機能をもつ管理業務である。従来の事務組織機構は、事務作業労働と管理業務が未分化であり、一体化して機能していた。したがって、事務の責任者は会社の管理者でもあるという形をとった。ところが、事務作業労働と管理業務は分離することができる。これを分離すると、書いたり計算したり、検索業務、複写整理するといった定型的業務の多い事務作業の大部分は比較的容易に機械に置き換えることができる」(pp.307-308)。

・「企業政策や戦略を計画・決定していく知的労働を支えるためには、広範な補助労働が必要なのである。そして、その補助労働は標準化がすすみ、単純化されてゆく」(p.312)。

ここでは、彼らは職務の幅も狭く限定され「有用な仕事に従事しているという印象をもちえなくなってきた」(p.312)と生産的労働にありながら当初の目的から疎外された労働過程に置かれていると述べる。

以上のような議論を通じて、井上は、これまで一つの階層であったホワイトカラーが知的労働者層と補助労働者層に両極分化し、補助労働者の昇進機会が消失したと主張する。さらに、事務労働が未分化な状態から「管理業務」と「事務作業」、「知的労働」と「補助労働」へ分化し階層化する過程を示し、そこに携わる労働者のおかれた状態へと導く。後者の極(事務作業、補助労働)では目的遂行への全体像を見失い、無目的な定型的業務へと慣らされ、「事務労働のネガティブなイメージ」¹⁰へと整理されることになる。

同時に他方では、このような階層化、分化の過程は、各々が当初は未分化一体であったことを示すことでもあり、事務労働は少なくとも二つの現象形態を以て一つの本質を構成していることを示唆しているのではないだろうか。

9 以下、井上圭二、1992、「OAとホワイトカラーの階層分化」『産業医科大学雑誌』No.14(pp.305-313)、産業医科大学学会より。引用ページは本文()内に記載

10 川口、前掲(pp.133-134)

④有吉広介「事務労働者の社会学的研究」1992年3月¹¹

有吉論文の底流にある問題意識は、事務労働者と言われる一群の階級性を問うものである。事務労働者がプロレタリア化の過程をたどり、ブルーカラー労働者と同等の階級性を持つのか、あるいは中間階級に位置づけるのか。また、階級的帰属意識はどのように形成されるか、労働者階級との連帯は可能かなどの議論を、イギリス社会学における事務労働論研究の成果からサーベイしたものである。

具体的には、D. ロックウッドを中心に、F. D. クリンジェンダー、H. ブレーバーマン、A. スチュアートら（& K. プランディ、R. M. ブラックバーン）、R. クロプトン & G. ジョーンズといった研究者らの所説を丁寧にたどりながら、「現代の事務労働者の性質と構造とを論考」（p. 1）したと有吉は述べている。以下、有吉によるまとめを簡単に紹介する。

- ・ロックウッドは、事務労働者がその形成過程で獲得してきた特権的地位において、「全般的にみれば、『プロレタリア化していない』と結論」（p. 7）づけた。
- ・クリンジェンダーは、「事務労働者は、無産者であることを共通にすることにおいて、肉体労働者と同一の行動をとるはず」（p. 12）と説く。
- ・ブレーバーマンは、科学的管理による事務の合理化がルーティンワークを生み、技能の低下と地位に格下げをもって事務労働者の同質化が進行、これがプロレタリア化の過程であると説く。
- ・スチュアートらは、階級ではなく階層による分析に在職者個人の社会関係的要因を取り入れ、事務労働者という分業上の地位が「プロレタリアの地位と直接結びつくものではない」（p. 20）とする。
- ・クロプトンらは、労働組合における事務労働者の集団的表現を調査し、事務労働者は「プロレタリア的階級意識にも中産階級的意識にもよるとはいえない」（p. 20）という結論を導く。

彼らの議論の背景には、伝統的なホワイトカラー論、経営・管理（出世を伴い、資本家階級に属する）に伴う中間階級（階層）論や、事務労働の工場労働化に伴う単純事務作業労働の定着とプロレタリア化といった階級性を問う議論、パンチカードシステム、コンピュータ化などのような労働形態の変化を扱う議論、マイノリティや女性の雇用、技能の低下に伴う労働力の低廉化に関する議論、官僚制などの議論が窺える。

いずれの議論も、それぞれの職業や社会的地位などの具体性から、プロレタリア階級に帰属するかどうか、その意識や表現、具体的には労働組合運動への参加やブルーカラー労働者との連帯の可能性を問っている。研究者各々の、事務労働または事務労働者に対する想定も様々で、具体的な業務に注目するか、帰属意識に注目するか、雇用形態や出世志向に注目するかなど分析の視点も多様である。それだけ事務労働および事務労働者の存在が多数派かつ多様であることが理解できる。

有吉論文は、「一般に、なくてはならない存在であるにしても、さして重要ではない要素として扱われがち」であり、「少なくとも『俸給を支払われる職員』という身分を共有する」（p. 1）一群が事務労働者であると述べる。極めて的を射た表現である。

⑤幸光善「現代企業における技術発展と事務労働：H.Bravermanの所説を中心として」1978年9月¹²

1978年発表の幸論文は、資本主義の発展と事務労働者の生成、事務管理の発展と事務労働、事務の機械化・自動化と事務労働の各々の諸点について、ブレイバーマン（有吉論文のブレーバーマンと同一人物だが、ここでは幸の表記に従う）の所説を中心に論述し、事務労働者を多角的に解明しようとする。

事務労働については概ね共有できる事務作業（伝票、読み書き計算、情報整理、オペレーター等々）を念頭に事務労働者像が描かれているが、

11 以下、有吉、前掲(pp.1-22)より。引用ページは本文（ ）内に記載。

12 以下、幸光善、1978、「<研究>現代企業における技術発展と事務労働：H.Bravermanの所説を中心として」『関西学院商学研究』No.7(pp.43-61)、関西学院大学より。引用ページは本文（ ）内に記載。

1970年代、ホワイトカラーの増大を資本主義的企業のなかでどのような存在ととらえるか、背後に二大階級論を控えていることが推察できる。

- ・ホワイトカラーのうち、事務労働者は最大のカテゴリー」(p.44)。
- ・事務労働者の増大が「経営諸機能を労働過程に転化せしめた」(p.51)。
- ・「事務労働の精神的労働と肉体的労働の分離を促した」(p.52)。

幸論文では、「精神的労働と肉体的労働との差異は、労働が行なわれる場所(頭脳か身体か)ではなく、その内容が問題である」(p.53)としながらも、肉体的労働しか遂行しない事務カテゴリーの増大を指摘し、ブレイバーマンをして「その雇用条件においてこの労働人口は工業労働者に対する以前のすべての優越性を失い、その賃金においてもほとんど最低に下がったことを明らかにしている」(p.60)と述べる。

現代社会では、この一群から、「事務労働のネガティブなイメージ」¹³が生まれてきていると言える。

⑥江上勲「ホワイトカラー論—統計資料からの観察—」1976年2月¹⁴

江上論文は、二大階級論に対する実証的反論としてのホワイトカラー論である。

「(ホワイトカラー論は)資本主義の発展とともに成長し重要な社会的勢力となった彼らの存在意義と役割が、今後における資本主義の運命との関連において問題視されるようになったという基本的意義を有する」(pp.81-82)。

結論的には、生産力の発展と教育の普及などを背景に、先進資本主義国のホワイトカラーはブルーカラーの数をしのぎ、社会的地位もブルーカラーと同等になったと述べる。その根拠は、ホワイトカラーがブルーカラー化したのではなく、ブルーカラーが貧困層ではなくなったという経済の発展を根拠とする。

- ・「ブルーカラーは今や社会の底辺にうごめく貧

困層ではなく、むしろホワイトカラーの大部分とともに大衆層を形成している」(p.96)。

- ・「大衆は一世紀前とは比較にならぬほどの豊かな物質的生活を享受し、むしろ都市の過密化、公害、自然破壊、精神の荒廃等の経済的発展の副作用に対する関心を増しつつある。」(p.96)。
- ・「現実の資本主義の発達は、国民の大部分に中間的生活と意識を付与し、いわゆる中間多数社会(middle majority society)を出現させることにより、マルクスの予想した社会の労資二大階級への分極化とは、まったくあい反する方向に歩みつつある」(p.96)。

江上論文では、ホワイトカラーは「もともとアメリカの俗語」(p.82)であると前置きし、ミルズ(C.W.Mills)は「大企業の経営者、高級官僚などのエリート族から百貨店の店員らにいたるまで、・・・外出できる服装をして仕事に従事する雇用者をすべて」(p.82)、ダニエル・ベル(Daniel Bell)は「(上記に加えて)非農業の自営業主」(p.82)、レイナー(J.Raynor)は「『経営者および管理者(manager and executive)の下に位置し、肉体的労働者の上に位置する下層の非肉体的職業集団』と限定し、その例として事務員、タイピスト、保険外交員、訪問販売員など」(p.82)と定義していることを紹介する。

江上自身は、「ホワイトカラーとは、企業、行政機関その他民間および広狭の組織に雇用され、知的職業に従事する中間管理職またはこれと同程度以下の地位にする人々である」(p.83)と述べ、さらに『社会学の基礎知識』から、「ホワイトカラーとは、企業や行政組織のなかの中級・下級管理者、技術者、事務員、販売員などを総称して用いられる。彼らは、雇用されて働く人々であるが、筋肉労働者のような生産労働にたずさわるのでなく人間や物に対する管理の事務を行ない、あるいは専門的知識を組織のなかで提供する精神的労働に従事する」(p.83)¹⁵と紹介している。

13 注10に同じ。

14 以下、江上勲、1976、「ホワイトカラー論—統計資料からの観察—」『法学論集』No.13(pp.81-106)、駒沢大学より。引用ページは本文()内に記載。

15 塩原勉他編『社会学の基礎知識』(有斐閣 p.265)の抜書き。

⑦中川勝男「事務労働者研究の一視点」1971年1月¹⁶

中川論文は、変革主体形成論や階級論などが大いに議論されていた時代にあって、いわゆる「新中間層論」に対抗して展開される。大衆社会論(新中間総論、産業社会論、脱工業化社会論、情報化社会論など)に対する有効な批判としての展開を含むものであり、事務労働者であっても労働者階級の一翼を担い、変革主体となりうることを主張するものである。

中川は、生産的労働の概念検討から始まり、本源的規定と資本主義的規定を踏まえたくえで次のように述べる。

- ・「資本主義生産のもとで、資本主義生産に組入れられて生産手段を持たず、自らの労働力を売って生活する者は、労働の内容、質を問わず生産的ということで、工場労働者・事務労働者・販売労働者等は基本的にはすべて労働者であるということが、生産的労働の概念の吟味から導き出されてくる」(pp.25-26)。
- ・「資本主義生産の発展過程は、同時に社会的分業と生産の社会化の発展過程であり、それは『必然的に生産過程をいろいろな専門、職種、職能』に分化させていくことになる。したがって、労働の内容、質は絶えず変化せずにはいない」(p.26)。

中川論文では、事務労働者は最終的には「新中間層」ではなく、労働者階級に属すると論じる。ただし、その階級内部には歴史や社会に規定される階層分化が生じると述べ、階級と階層を使い分けながら事務労働者の労働者階級としての主体性を肯定する。

- ・「事務機能の厩大化・分化その中での合理化の推進による事務労働の機械化、肉体労働化が進行するなかで、事務労働者の歴史的な階層分化が生じており、その結果、大多数が生活実態においても、プロレタリア化しつつあるのである」(p.28)。

- ・「労働者各層の生活過程の相異は、次には逆に労働者の入り込むべき労働過程を規定しかえして、両者は循環的構造をなし、両者をひきつんだ労働者諸階層が形成されることとなる」(p.28)。

- ・「労働過程の歴史の変容と事務労働者層の階級分化の実態把握を前提としてはじめて、事務労働者の各部類の階級性とその行動との理解が可能になる」(p.28)。

- ・「事務労働者が労働・生活両過程における矛盾の激化に直面し、労働者階級の一翼としての主体性を今後どう形成していくか」(p.28)。

この研究はテーマにもあるように「事務労働者」論であって「事務労働」論ではないが、事務労働を考察するに際して、労働過程(マルクス『資本論』¹⁷)に立ち返ることが示唆される。

⑧三浦豊彦「事務労働と労働環境」1969年10月¹⁸

この研究は、生産現場の労働環境に対して、事務作業が行なわれるビル(オフィス)の労働環境とそこに働く労働者の健康と働きやすさに関する研究で、数人の被験者に対して一定の条件を設定しその分析を行なう。その被験者と環境から(下記)、一定の「事務労働者像」が垣間見える。

表1 事務作業の労働環境と労働者像の想定

温熱条件	室温と作業効率、冷暖房の影響などを調査。ワイシャツとアンダーシャツとズボン着用など男性銀行員を想定。
換気	都心オフィス内外の粉塵量調査。オフィスに閉じこもって働く労働者を想定。
照明	照明の必要度。設計・製図・タイプ・計算・キーパンチャーを想定。
騒音	オフィスの機械化に伴う騒音。キーパンチャー＝事務労働者の想定。
銀行のBGM	銀行員の業務に与える影響。
事務機械化と手指障害	腱鞘炎。簡単に同一の作業を密度高く繰り返す業務。
銀行員の手指の汚染	銀行員が手指を使って作業する。

出所：三浦豊彦「事務労働と労働環境」1969年

16 以下、中川勝男、1971、「事務労働者研究の一視点」『唯物論』No.16(pp.23-29)、唯物論刊行会・札幌唯物論研究会より。引用ページは本文()内に記載。

17 K. マルクス『資本論』第3篇第5章第1節。

18 以下、表1も含めて、三浦豊彦、1969、「事務労働と労働環境」『銀行労働調査時報』No.235(pp.30-42)、銀行労働研究会より要約。

「事務労働」をキーワードとする数少ない論文ではあるが、労働環境と健康問題を取り扱う論文であり、筆者の問題意識とは文脈が異なる。1969年の論文でもあり、報告された雑誌から察すると、銀行の労働組合の課題として事務労働者の労働条件改善を議論するために調査研究がなされたものと思われる。

⑨中岡哲郎「事務労働の分析(組織と人間-7)」1969年6月¹⁹

区役所の業務を工程毎に描写しつつ、論文テーマどおり、事務労働を分析したものである。根底には、事務労働が生産的労働であること、工場労働と全くかわりないものであることが綴られる。

- ・「事務労働というものが本質的には工場労働と全くかわりないこと。したがって工場を成立させる原理にしたがって、事務工場を作りあげることが可能である」(p.104)。
 - ・「われわれが通常、『組織』という名で呼ぶ分業と協業の糸の中をつらぬく仕事の流れにそって事務工場は成立する。つまり事務工場を成立させるものは分業にもとづく協業なのであり、事務所の原理と同じである」(p.106)。
 - ・「分業による協業が発達するかどうかは、結局何でも屋の人間の協業よりそれを分業にした方がコストが下がるかどうかでできる。…分業の経済的採算点をきめるもっとも重要な要因は、事務の絶対量とおそらく等質性…」(p.106)。
- 中岡論文の主張はさらに、「頭脳労働」を「誤解」、「無意味」と記し、事務労働に含まれる判断の質に言及する。

- ・「事務労働では判断が作業と対等以上の比重を持つ。しかし、そのことをもって事務労働を精神労働、直接生産労働を肉体労働というふうに分類できるかどうかということは全く別の問題である」(p.105)。
- ・「労働そのものの本質的内容においても、事務労働と直接生産労働の間には、何等区別はない…多くの小規模な事業所において、事務労働が

何でも屋的な不定形な労働にとどまっているのは、それが多くの人が誤解しているように『頭脳労働』であるからではない。それらの事業所に於ては、工業的分業を採用することが採算に合うほど同質事務量が多くないからにすぎない」(p.107)。

- ・「典型的な事務労働の中で要求される判断の質は、直接生産過程の典型的な熟練労働の中で、対象となる自然現象の構造に媒介されて要求される判断よりも、はるかに単純で数も少ないのだ。…事務労働を、それが判断を主要部分とする労働である故に頭脳労働であるとする見解は殆ど無意味に近い」(p.109)。

中岡論文では、「事務労働を精神労働、直接生産労働を肉体労働」という安易な二分化を否定する。事務労働を「労働そのものの本質的内容」から導き出すことが課題とされており、筆者前稿で試みた事務労働の普遍的性格へのアプローチと同様の問題意識にある。

⑩芝田進午、他「事務労働論(報告と討論)」1966年8月²⁰

芝田論文の公表が1966年で、所収誌が『銀行労働調査時報』であるように、銀行労働者の労働運動、事務労働の合理化に対する反合理化闘争が背景にあると思われる。また、社会主義思想が理想的に語られていた当時であって、労働の使命感がいわゆる「サラリーマン化」によって失われつつある、という気分感情を背景にしているようでもある。

芝田論文では、「労働」と「事務労働」の関係を労働過程(マルクス『資本論』)に依拠しながら整理している。

最初に、人間が自然に対して働きかける過程を「労働の技術的過程」(以下、この項の引用はp.47)と表わし、「人間が人間の自然との物質代謝を自分自身の行為によって媒介し、規制し、制御する一過程」であると説明する。さらに、人間が相互に協働しあう過程を「労働の組織的過程」と表わし、「どのような労働も分業・協業の関係

19 以下、中岡哲郎、1969、「事務労働の分析(組織と人間-7)」『現代の理論』No.6(pp.104-111)、現代の理論社より。引用ページは本文()内に記載。

20 以下、芝田、前掲(pp.46-57)より。引用ページは本文()内に記載。

にあり、また指揮労働と被指揮労働という関係にあり…後者から前者へ『情報』が流れるわけであり、またこの情報の流れによって、分業と協業の統一がより能率的に行なわれる」と説明する。

したがって、単純な労働過程が同時に「情報」の流れる過程であり、工場の生産過程では伝票が流れる。そのことは同時に、コミュニケーション過程であるとも説明する。

つまり芝田は、「事務労働」とは「『情報』を分析し加工し記帳し制御する労働であると考える」ことによって「労働過程そのものが『情報』の流れる過程」であると認識する。すなわち、『事務労働』は本来、労働一般のうちに未分化のまま含まれており、「労働の高度化、複雑化にともない、分業の一環として特殊に『情報』を分析・加工し記帳し制御する労働が分化した」ととらえられるのである。

Ⅲ. 事務労働概念の変遷

以上に検討した論文からもわかるように、年代の新しい研究ほど、事務労働という名称で括られる職場やそこで働く人々の業務を以て事務労働と言ひ、それを所与の前提として論じている。この傾向は、事務労働のタテ割り研究としては発展するものの、横断的な状況を踏まえた本質の追究には向かいにくい。

遡って初期の研究では、「労働とは何か」という労働一般を対象とする問いかけの延長から、事務労働の本質に迫る議論が見受けられる。しかしながら、労資の二大階級論という時代の争点を背景に、本質に触れる事務労働概念の形成が未完のまま今日に至ったように思える。

その後、労資二大階級論から様々な階層論へと展開する議論が現れ、「事務労働者は労働者階級である」という方向に結論づけようとする論と「事

務労働者は労働者階級ではない」という反論、さらには「事務労働者は新たな階層である」という議論が混在するようになる。いずれの議論も事務労働者論であり、論者各々が予定の結論を導き出すことを主眼として展開される。

これらの議論の周辺には、「精神的労働」対「肉体的労働」や「頭脳労働」対「肉体労働」といった安易な二分化の議論も登場し、その延長上には、「管理業務」対「事務作業」や「知的労働」対「補助労働」というように事務労働自体を二分化する議論も登場する。

だが、二分化される以前に未分化であったことを踏まえるなら、肝心なことは、二分化されたように見える労働がどのような分業と協業の関係にあって存在しているのか、その存在の仕方を追究することではないだろうか。

ひとまず、森田論文や三浦論文で紹介されたオフィス機器オペレーター、クラーク、銀行員などが事務労働者に違いないことと、自らの労働力を売って生活する以上、事務労働者も「基本的にはすべて労働者」²¹であるということを経験的な認識として、先行研究から事務労働概念の一定の整理を行なってみよう。

芝田は、『事務労働』は本来、労働一般のうちに未分化のまま含まれる²²と述べ、中岡は、事務所の機能を工場に見立て、「分業と協業の糸の中をつらぬく仕事の流れにそって事務工場は成立」²³すると述べる。したがって中岡は、「労働そのものの本質的内容においても、事務労働と直接生産労働の間には、何等区別はない」²⁴と加える。

つまり、どんなに小規模な組織や事業体であっても、あるいは一人で行なう労働であっても「事務作業労働と管理業務が未分化」²⁵なまま内包されているという解釈を前提とできる。このことは、現実の資本主義的企業にあっては、事務労働が「資本家の機能としての管理監督労働」²⁶を遂行しつ

21 中川、前掲(p.26)

22 芝田、前掲(p.47)

23 中岡、前掲(p.106)

24 中岡、前掲(p.107)

25 井上圭二、前掲(p.307)

26 井上秀次郎、前掲(p.94)

つ「企業の目的に貢献」²⁷することと矛盾しない。したがって、そこに働く事務労働者は「資本家の機能を担うが、同時に賃労働者である」²⁸という二重の規定が成り立つ。

生産力の発展に伴い組織の規模が大きくなると、「事務の絶対量」²⁹が増え、業務内容の「等質化」³⁰が増す。それに伴い、管理業務と事務作業労働はますます分化しつつ顕在化して機能する。事務労働は、これらの現象形態を以て一つの本質を構成する。そうして、事務労働者の増大が「経営緒機能を労働過程に転化せしめ」³¹、一つの組織内においては「協業の一環として生産的労働」³²となり、社会においては「社会的分業の一環としての生産的労働」³³として機能しているのである。

終わりに

近年、大小様々な組織と制度が交差し、社会の仕組みが複雑さを増してきたように思えるが、それに伴い、日常生活のなかにも様々な事務労働が複雑多様に存在するようになった。労働の場に限らず、町内会やPTA、サークルやお稽古事など、日常生活に根付く組織にも必ず事務労働が存在する。事務労働なしには当初の目的は遂行されない。

職域別には、それぞれに専門特化した事務労働が事務部門を形成し、相対的に独立した労働過程を形成している。医療労働における医療事務は、医療機関内部に止まることなく健康保険制度の現実的な機能を担う重要な位置にある。学校事務もまた日本の教育制度に則り、文科省の動向を察知しながら教育を受ける権利を現実のものとする。大学事務では要求される業務内容の特性から、修士課程修了者など研究的力量を有する者を事務職

員として雇用する傾向が生まれてきた。それぞれの職域において、事務労働は高度な専門性が問われるようになってきた。

国や地方自治体における公務労働は、出生から死亡まで国民一人ひとりが社会的個人として生活することを支える事務労働の大規模な集積である。今日の話題である年金の「事務処理」では、年金制度を運営する事務システムの全体像と個々の事務労働の在り方が国民の基本的な人権との関係で問われている。年金に限らず、国民の支え合いである社会保障・社会保険の諸制度は事務労働の連鎖と協業によって機能する。

こうして、「一般に、なくてはならない存在である」³⁴ことがわかっていながら、「さして重要ではない要素として扱われがち」³⁵な事務労働が分化と統合を重層的に繰り返し、我々の社会的相互依存関係を無意識のうちにも一層緊密に形成してゆく。

つまり、「事務労働とは何か」を問うということは、この社会的相互依存関係の網の目を解きほぐすことにも等しい。また、その網の目を知ることによって、組織のマネジメントが存立し適切に機能する。

さしあたっては、自分が所属する組織の社会的相互依存関係に無意識に位置する労働者であることを止め、意識的に位置する当事者であることが求められよう。どのような網の目がどのように存在し、どのような関係を築きつつあるか、それ自体が事務労働の産物であり、その再構築と参加の道筋もまた事務労働の所産である。

(かわぐち けいこ、大阪健康福祉短期大学教授)

27 井上圭二、前掲(p.307)
28 井上秀次郎、前掲(p.94)
29 中岡、前掲(p.106)
30 中岡、前掲(p.106)
31 幸、前掲(p.51)
32 井上秀次郎、前掲(p.93)
33 井上秀次郎、前掲(p.93)
34 有吉、前掲(p.1)
35 有吉、前掲(p.1)

オバマ政権の医療改革動向

高山 一夫

はじめに

米国の医療政策の歴史は、平時において医療制度の包括的な改革がいかに困難であるか、雄弁に物語っている。変革を合言葉に、国民的な期待を背負って成立した民主党オバマ政権も例外ではない。上下両院間での法案調整が進まないなか、本年1月のマサチューセッツ州上院議員補欠選挙において共和党が勝利したことは、制度改革論議における転機となった。大統領は1月27日の一般教書演説で改革の継続を訴え、民主党指導部も予算法案化(reconciliation)による成立を検討しているものの、当初政権が掲げた包括的な改革ではなく、部分的な制度の手直しでおわる可能性もでてきた。

本稿では、まず医療制度改革の背景として医療保険制度と医療費の現状を示し、次いでオバマ医療改革の経緯と概要を述べる。その上で、利益団体によるロビイングや世論操作、また連邦制に起因する州間格差といった、制度改革を困難にしている要因を指摘したい。

1、医療保険と医療費

オバマ政権が推進する医療制度改革は、“Stability and Security for All Americans”との標語に示されるように、無保険者を減らし、医療費を抑制することを、政策目標に掲げている。本節では、改革の背景をなす医療保障と医療費について、最近の状況を整理する¹⁾。

センサス局の調査によれば、2008年の無保険者数は4,634万人、対人口比15.4%と、統計をとりはじめた1987年以降、最悪の水準にある。無保険

者の属性から注目されることは、第一に、ヒスパニック系が31%と突出しており、このこととも関連して、地理的には南部および西部地域において無保険比率が高いことである²⁾。州ごとのばらつきはさらに大きく、マサチューセッツ州の7.1%からテキサス州の24.9%まで、3倍以上の開きがある。こうした州間格差の理由として、産業構造・就業構造の地域的多様性だけでなく、医療保険業がそもそも州政府の所管であることを指摘できよう。

いまひとつ注目すべきことは、フルタイム労働者に占める無保険者の割合が18.7%に達することである。米国では、勤労世帯の大半が、雇用先を通じて民間医療保険に加入する。しかし、ハワイ州やマサチューセッツ州などを除き、企業側には医療保険を提供する義務はない。そのため、企業規模や産業分類によって、従業員に対する医療保険の提供状況には、大きな格差がみられる。カイザー・ファミリー財団の調査によれば、提供率と企業規模には関連があり、従業員数200名以上の大企業の提供率が98%であるのに対して、199人以下では59%にとどまる。また、産業分類では、製造業の80%に対して、小売業53%、サービス業56%である。興味深いことに、ヘルスケア部門は53%と、小売と並んで最下位である³⁾。

従業員向け医療保険給付は、企業側からすれば、労務管理上の利点と福利厚生費に係る負担との両面を併せ持つ。そのため、不熟練で代替が容易な労働力に依拠する産業で、企業規模が小さく、労働組合も不在ないし弱体な企業では、提供されない傾向にある。しかしまた、カイザー・ファミリー財団の調査において、企業が医療保険を提供しない理由として、医療保険料が高すぎるとの回答

1 米国の医療保険制度の概要や問題点について詳しくは、高山一夫「アメリカ合衆国における医療格差」(松田亮三編(2009)『健康と医療の公平に挑む』勁草書房に所収)を参照。

2 U.S. Census Bureau (2009) *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2008*.

3 Kaiser Family Foundation (2009) *Employer Health Benefits 2009*.

が62%と、他の回答を圧倒していることにも注目したい。事実、医療保険を提供している企業の負担は、扶養家族加入型の場合、平均して年額9,860ドル、負担割合は73%に達する。

他方、家計にとっては保険加入だけでは十分ではない。なぜなら、高額な保険免責や保険金支払額の上限定、既往症等に対する給付除外など、保険給付が不十分な「一部保険」—もとは損害保険の用語である—が少なくないからである。一部保険者の推計には幅があるものの、少なくとも1,000万人以上が該当すると考えられる。無保険や一部保険は、次に述べる医療費の高さとあいまって、家計破綻の主因をなしている。2007年には個人破産に占める医療費破産の比率が6割を超えたという⁴。

無保険者が増加したことの背景には、医療保険料の高騰、すなわち医療費の増大がある。そこで、医療費の動向に目を転じると、米国の医療費は2009年に2兆3,387億ドル（国民1人当たり7,781ドル）、対国内総生産比16.2%と、過去最高の水準である⁵。

米国の医療費が突出している政治経済的な理由として、価格統制の不在や管理費の膨張といった制度上の要因に加えて、いわゆる医療営利化（for-profit medicine）の進展をも指摘したい。米国では、医薬品や医療機器、医療保険、医療関連サービス業はもとより、医療施設自体が株式会社形態をとり、あるいは企業家的医師によるベンチャー事業として運営されるものも少なくない。地域的には、公的な医療保障制度が弱い地域、例えばテキサス州において、営利医療施設の比重が高い。

医療の営利化を象徴する指標は、医療企業トップの破格の報酬であろう。なかでも2006年にユナイテッドヘルス社のマクガイア元会長が手にした退職給付—ゴールデン・パラシュート—は史上空前の110億ドルに達し、その妥当性、合法性をめぐる、証券取引委員会が取り調べる事態となった（翌年に48億ドルの支払で和解）。

医療産業の成長は、比較的労働集約的な産業部

門であることから、雇用創出という役割をも果たしている。労働統計局は、2008年後半以降の景気後退局面にあって、医療部門で63万1,000人の新規雇用が創出されたとコメントしている⁶。医療産業の成長による雇用創出については、日本でも期待される場所である。

2、オバマ医療改革の特徴

オバマ医療改革の内容については、本誌29号の石塚論文に詳しい。以下では、いくつかの特徴と2010年2月時点での状況について、簡単に整理する。

オバマ医療改革の特徴は、第一に、市場競争と財政中立を重視していることである。公的医療保険（パブリック・オプション）創設の目的も、単に無保険者を減らすことだけではなく、地域独占色の強い医療保険市場に競争を持ち込むことを目的している。このことは、政権発足直後に開催した医療サミットにおいて、シングル・ペイヤー制度—単一の公的医療保険制度による普遍的な医療保障—を求める団体が排除されたこととも符合する。また、財政中立という理念から、予防重視、医療IT化の推進、医療過誤訴訟制度改革といった医療効率化策が強調されている。しかしこれまでの実証的知見によれば、これら施策によって医療が効率化する保障はない。

特徴の第二は、超党派的な合意形成を重視していることである。クリントン政権時の医療改革においては、ヒラリー現国務長官を長とするタスク・フォースによるトップダウン式的手法に対して民主党内部からも反発を招き、結果的に改革法案は委員会すら通過しなかった。対してオバマ改革では、当初の想定より時間がかかっているものの、上下院ともに本会議を通過しており、両院協議会での調整作業がなされる段階に至っている。

とはいえ、超党派の合意を重視する政治手法は、第三に、かえって包括的な医療改革の実現可能性を難しくする。このことは、共和党および民主党

4 Himmelstein, et al.(2009) “Medical Bankruptcy in the United States, 2007” *The American Journal of Medicine*, 122 (8), 741-746.

5 <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/tables.pdf>（最終閲覧日：2010年2月5日）

6 BLS, *Employment Situation Summary*, 2010年1月8日付。

保守派への配慮色が強い上院法案から伺うことができる。上院財政委員長バウカス議員によれば、上院法案は2年間にわたり財政委員会が開催した20回を超える公聴会と2008年6月に議会で開催された超党派医療サミットを経て、2008年11月に取りまとめられた改革試案を元に行っているという。その意味では上院法案は慎重な討議に基づくものであるが、しかし合意形成を重視した結果、公的医療保険の創設や従業員医療給付の義務化が見送られ、試算では改革後も2,000万人以上の無保険者が残るという点では、無保険者問題の解決にはほど遠い改革案ともいえる。医療経済学の泰斗フックスは、早くから包括的改革の実現には否定的であり、医療保険に対する規制や技術評価といった部分改革に期待すべきだと主張している⁷。

上下院の法案は、財源調達でも対照的である。下院法案では富裕層に対する課税強化を盛り込んでいるのに対して、上院法案では高額医療保険(高所得者に対するメディケア保険料引き上げを含む)に対する課税を財源に充てている。形式的には「税か保険か」でしかないが、しかし負担増となる世帯の幅が大きく異なる。下院法案では基本的に年収50万ドル以上の者(世帯所得100万ドル)が対象であり、しかもこれら最富裕層にとっては5.4%の税率引き上げでしかない。対照的に上院法案という高額医療保険(キャデラック・プラン)とは、個人型8,500ドル(家族型23,000ドル)であり、必ずしも富裕層向けの医療保険ではない。新たな医療保険課税に直面する世帯は3,100万世帯になるとの試算もある。また、これら高額保険には労働組合が支援するものも少なくなく、課税対象プランの見直しや課税延期などをめぐり、労組と民主党のあいだで交渉が難航した。

3、改革を阻むもの

米国の立法過程においては、政治献金やロビイング、テレビCM等を用いた世論操作などのかたちで、特殊利益団体(special interest group)が盛

んに介入を行う。オバマ大統領自身、大統領選挙戦に要した政治資金の4分の3を企業および富裕層献金に依拠しており、また、上院財政委員長バウカス氏に対する政治献金の首位は製薬企業Amgen社の130万ドルであった。他の先進各国とは異なり、企業献金・政治献金が基本的に合法であることが、米国における「政治の買収」を制度的に可能としている⁸。

特殊利益団体の政治介入は、医療政策の場合も例外ではない。むしろ、ロビイングや意見広告に要する支出額でみれば、医療分野でこそ政治の買収を強くみることが出来る。政治経済学の立場から医療問題を批判的に研究している政治学者ナバーロによれば、米国の医療政策は「企業—保険者連合」(Employer-Insurer Alliance)の利害を軸に形成されており、医療営利化と金権政治化は同時に進行するという⁹。

オバマ医療改革においても政治介入は活発である。特殊利益団体による政治献金とロビイングを監視している非営利組織Center for Responsive Politicsによれば、改革論議が本格化した2009年は医療業界のロビイングがきわめて活発で、5億5,000万ドルが支出された。なかでも医療保険業界は前年度比24%増と突出しており、支出額ではウェルポイント社、増加割合ではヒューマナ社(いずれもマネジドケア)が首位を占めた¹⁰。

保険会社と中小企業主によるテレビCM等を用いた世論操作も露骨である。2009年は、エトナ社、シグナ社、ヒューマナ社、ユナイテッドヘルス社、ウェルポイント社など、米国を代表する保険会社が、中小企業団体である全米商工会議所と連携して、テレビCMだけで1,000万から2,000万ドルを支出している。これらテレビCMは、オバマ改革は社会主義的であり、新たな負担増と医療への政府介入—終末期医療に対する「アスパネル」—もたらすとのメッセージを発し続けた。2009年夏に各地で開催されたタウンホールミーティングにおいても、保険会社から資金提供を受けた個人に

7 Fuchs (2009) "Four Health Care Reforms for 2009", *New England Journal of Medicine*, 361 (18), 1720-1722.

8 軽部謙介 (2009) 『ドキュメントアメリカの金権政治』岩波新書に詳しい。

9 Navarro (2008) "The Politics of Health Care Reforms in U.S. Presidential Elections", *International Journal of Health Services*, 38 (4), 597-606.

10 なお、2010年1月21日に連邦最高裁判所は、企業による無制限の政治献金は合憲との判断を下した。

よる改革批判が連呼されたという。

他方、医薬品産業は、バイオ医薬品等に対する特許期限の適用除外など、業界の主張が盛り込まれているとして、米国研究製薬工業協会 PhRMA は改革に支持を表明している。対して医療危機産業は、とくに上院法案において医療機器課税が含まれていることを批判している。医療機器産業関連銘柄の株価をみると、マサチューセッツ補選の結果を受けて、改革の頓挫期待から株価が急騰している。反対に医薬品銘柄の場合、改革の頓挫がメディケア診療報酬の大幅削減をもたらすとして、株価は不安定な動きをしている。

ナバーロのいうように、米国で包括的な医療政策の実現を困難にしている大きな要因は、特殊利益団体の介入である。ただし、マサチューセッツ州補選をみると、改革の妨げはそれだけではない。当選した共和党ブラウン議員が述べたように、マサチューセッツ州のような独自の医療改革を進めた州にとっては、連邦レベルの改革は単なる負担増でしかない。無保険者のところで触れたように、米国では連邦制の下で、医療保障の面でも著しい州間格差が存在している。そのため、州間での財政調整、さらには連邦政府による州権限の先占を嫌う世論が、全国的な医療改革を妨げる政治的要因として無視し得ないわけである。現に2006年の州医療保険制度改革に対して、ブラウン議員は賛成票を投じている。

成熟した医療産業の存在、政治の買収と世論操

作、さらには連邦制といった要因が存在するなか、米国では包括的な医療制度改革は不可能なのであろうか。ひとつの注目点は、医師の7割が公的保険に賛成し、米国医師会もオバマ改革を支持していること、また、進歩的労働組合（SEIU や CNA）がシングル・ペイヤーによる国民皆保険制度を主張していることが、改革の推進勢力として期待できる。さらに、先にあげた Center for Responsive Politics や Kaiser Family Health Foundation など、非営利組織が医療政策を監視し代案を提案する、いわゆるアドボカシーを展開していることも、長い目で見れば米国の世論を喚起し、制度改革の追い風としての役割を果たすことが期待される。

おわりに

オバマ改革は現在進行形であり、その最終的な結末と現場に及ぼす影響については、今後とも注目しなければならない。アメリカの医療制度を他山の石として学ぶとともに、医療団体および非営利組織による政治運動とアドボカシーについては、積極的に学ぶべき点も多いと思われる。おりしも日本の医療政策が不透明性を増すなか、非営利・協同総合研究所が果たすべき役割も大きいものがある。

（たかやま かずお、京都橘大学現代ビジネス学部准教授）

第12回自主共済組織学習会報告

米国の生命保険と生命共済

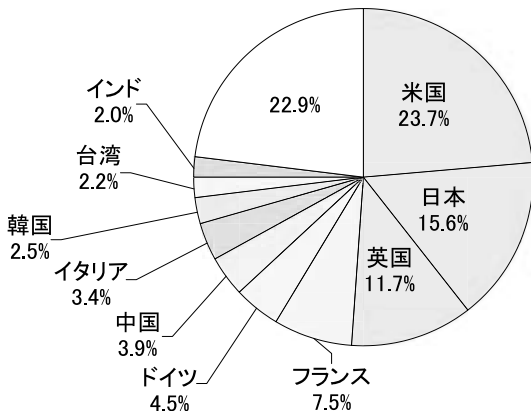
松岡 博司

●米国の生保市場

米国は世界最大の生保市場です。生命保険料収入の国別シェアで見ると、米国が23.7%で一番大きく、日本（15.6%）、英国（11.7%）が続きます。その他の国も含めた上位10カ国で世界の保険料収入全体の4分の3を占めます。

生命保険は先進国の産業と言えます。生活にある程度の余裕がないと、生命保険への加入を考える余地がないということなのでしょう。ただし近年は、米国、日本のシェアが下降し、中国、インド等が上昇しています。生命保険の成長過程に入った新興国が増えてきています。

生命保険料収入の国別シェア（2008年）



(資料) スイス再保険 "sigma No.3/2009"および過年度号より作成

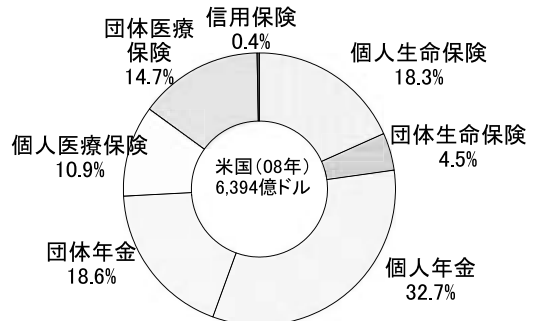
私は、米国生保市場はわが国生保市場のおよそ10年、先を行く先行指標市場であると思ってきました。欧州各国の生保市場は遺族保障のウェイト

が低く、貯蓄・投資オンリーの市場で、わが国生保市場との類似性があまりありません。それに対し、米国は保障が重視されている市場で、わが国市場との類似性を有しているからです。

ただし近年は、市場間の連動性が高まっており、10年も先を行くという感じではなくなってきました。我が国の生保会社46社のうち10社が米国系生保会社です。この前の金融危機の時には、米国で不調に陥った会社の日本法人が新規販売を停止するなど、一方の状態が悪くなると、もう一方も影響を受ける、連動性のある関係になってきました。

保険料収入で見た事業構成では生命保険、年金、医療保険が、それぞれ一定のウェイトを持っています。

米国生保の保険料収入事業分野別構成

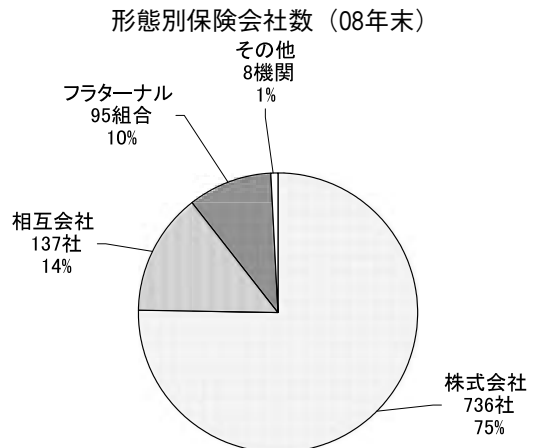


(資料) 米国生保協会ファクトブックより

米国生保市場の特徴としては、公的健康保険がない国の生保事業として、わが国生保市場に比べ、医療保険分野のウェイトが高いことがあげられます。米国は、医療保障は、勤め先が提供する団体医療保険でカバーする社会です。死亡保障の生命保険についても、勤務先で加入できる団体保険のウェイトが高い市場です。日本的な遺族保障は団

体保険で賄っておいて、個人が契約する生命保険は所得移転等のために入るといった意味合いが強いです。

米国生保市場の市場参加者（2008年末）は976機関です。保険会社の監督が各州により行われ、各州ごとに免許や商品認可を受けるため、会社数が多くなる傾向にあります。そのため、グループという目で括り直して上位100グループの市場占有率を見ますと、上位100グループで市場のほとんどをカバーしているという形になります。近年、合併等の動きがあり、機関数は減少しています。市場参加者の組織形態を見ると、全体の約4分の3が株式会社、14%が相互会社、10%が共済（フラタernal組合）となっています。



（資料）米国生命保険協会 ファクトブックより

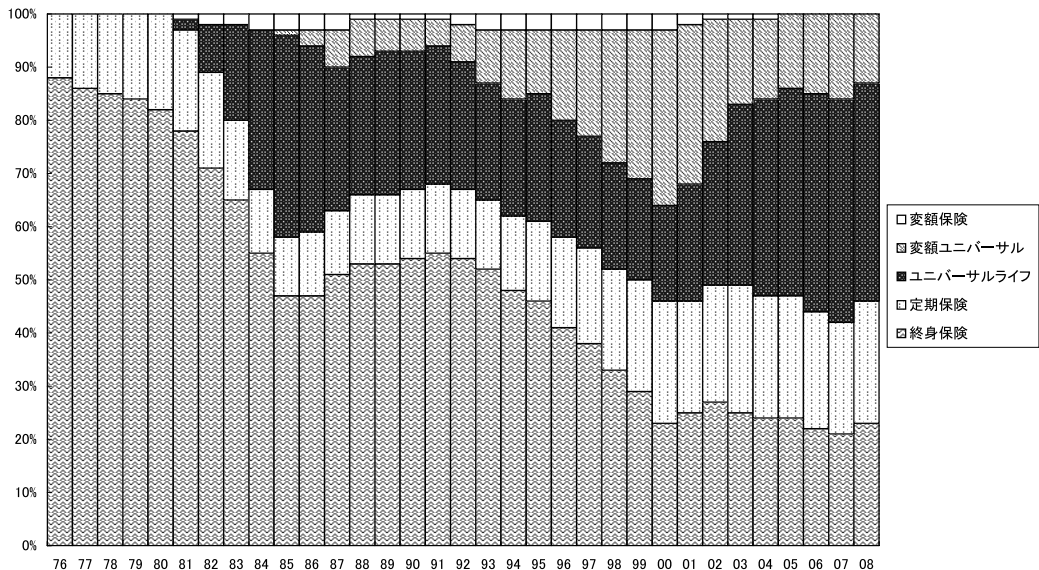
●米国の生命保険の特徴

個人生命保険の分野での売れ筋商品の推移を見たものが次のグラフです。

いろいろな商品名が出ていますが、終身保険、定期保険は、生命保険制度が始まった頃からある伝統的な生保商品で、わが国にも同じ商品名で存在します。この二つの商品は死亡のための保険です。終身保険は契約期間に期限がなく、保障が継

続し、保障対象の方が亡くなったときに死亡保険金が支払われます。定期保険は、保険期間が定期で、10年とか20年というふうに一定の範囲に定まっています。いずれは必ず死亡保険が支払われる終身保険よりも、この期間だけ保障しますという定期保険のほうが保険料は安いわけです。

個人生命保険新契約の商品種類別構成比の長期トレンド（新契約年換算保険料による）



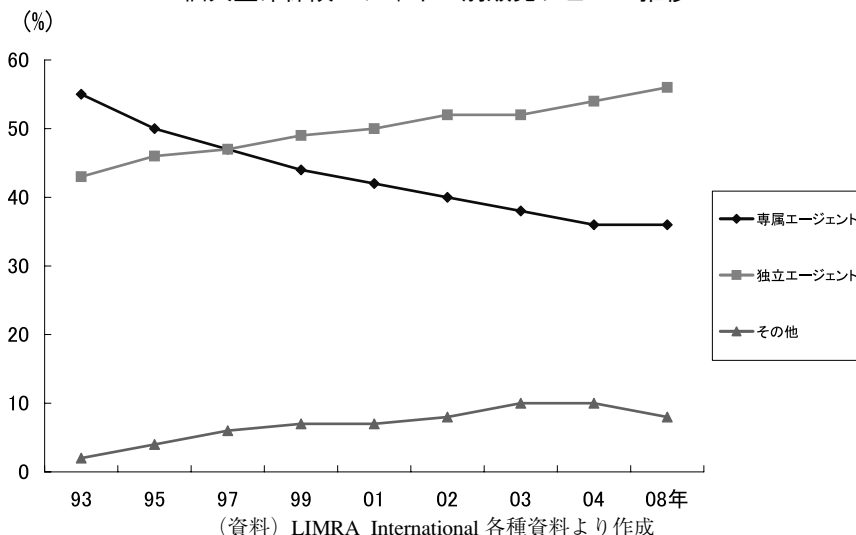
（資料）LIMRA INTERNATIONAL "U.S. Individual Life Insurance Sales Trends, 1975-2008"

もともと米国生保市場では、終身保険が販売のほとんどを占めていました。しかし1983年ごろからユニバーサルライフという商品が登場し、販売シェアを高めてきました。1980年当時、米国では金融革命といわれる時期がありました。短期金利が大変高くなり、証券会社や銀行が提供する、短期金利に基づく利回りを与えるMMFですとか定期預金ですとか、そういう新商品に人気が集まりました。消費者は、保険会社に大量の保険料を預けておく必要はないんじゃないか、保険料の安い定期保険だけ買って、余ったお金は投資に回そうよと。終身保険と定期保険の保険料の差額については、もっと利回りのいい証券会社や銀行の商品に預けようじゃないかということが行われたんです。そのため、当時の主力商品だった終身保険は売れなくなり、保険会社が預かる資金の量が減少してしまいました。資金が流出してしまった米国の保険会社は困りまして、じゃあ定期預金とか、そういう商品に負けなだけの金利、利率をつけてお金を預かる定期預金みたいな、そういう貯蓄部分を持った保険商品を作って、その定期預金部分に定期保険をくっつけ、毎月毎月の定期保険のための保険料は、その定期預金から引き出しますと、こういうイメージの商品を、仕組みを作ったんです。貯蓄部分からのお金の出し入れは自由という、本当に定期預金を作っちゃったんですね。これが受け、生保会社の個人保険の中で、ユニバ

ーサルライフがかなり大きなウェイトを占めるようになりました。ここ10年ほど、このユニバーサル保険をなんとか日本に導入してみようじゃないかということで、日本の法制度の中で、明治安田生命の「ライフアカウント」、朝日生命の「保険王」など、各社が考えて作ったのが、アカウント型商品と総称される商品です。

もう一つ、変額ユニバーサル保険という商品があります。1990年代、米国では株式市場が大変好調になりましたので、米国の人たちの間に、投資マインドというか投資熱が強まりました。そこでそうした投資ゴコロに対応しようということで、ユニバーサル保険の貯蓄部分を、定期預金ではなく投資信託に変えてしまったものが変額ユニバーサル保険です。預かった保険料を運用し、儲けは預かり金の増加という形でお客様に返しめと。その投資信託から定期保険の保険料を払って、死亡保険をつけめしようというわけです。変額ユニバーサル保険は、米国株式市場の活況とともに販売シェアを拡大しましたが、金融危機に伴う株式市場の混乱を受け、最近では縮小しています。変額ユニバーサル保険は、まだわが国には出てきておりません。日本の株式市場は芳しくない状態が続いてきましたし、そんな中では消費者ニーズもないだろうということでしょうか。

個人生命保険のチャンネル別販売シェアの推移



●販売員の目米の違い

米国の生保市場でも、わが国と同様、営業職員による販売が中心です。米国ではエージェントと呼んでいます。死亡保険を売ろうとすると、どうしても説明を丁寧にしたたり、ニーズの喚起に時間を費やしたりということが中心になります。そうした販売には対面販売が向くということでしょう。

日本は女性営業職員が営業職員の中心ですが、米国では男性営業職員が多くて、最近ようやく女性営業職員が増えてきています。

米国では専属エージェントが減少し、独立エージェントが増加しています。専属エージェントというのは、A社の営業職員はA社の商品だけ売るという1社専属制の営業職員です。これに対し、独立エージェントは、A社の商品もB社の商品も売りますよというような、乗合いのエージェントです。米国の個人生命保険ではその独立エージェントの販売シェアが増え、専属エージェントのシェアを上回る状況になっています。

ちなみにわが国では、保険業法により、営業職員は1社専属制が求められています。代理店については、1社専属制が原則ではあるのですが、1996年の保険業法改正以後、一定の条件を満たす代理店については、乗合代理店になることが認められています。

●年金も販売

米国生保市場では、変額年金、定額年金合わせた個人年金が急激に成長しました。米国生保市場では、従来からの生命保険、死亡保険のマーケットの上に、個人年金のマーケットが重なってきて、今日では、生命保険マーケットと個人年金マーケットが入り混じった状態となっています。

90年代後半以降の米国生保市場では、個人年金ビジネスを重視した生保会社が、大きく伸びました。生命保険を重視していた会社は、相対的にシェアを落としました。米国で、生保ビジネスで成功したければ、個人年金マーケットをまず狙おうと。その個人年金マーケットでの販売の仕方も、銀行による販売が狙い目だと。米国の生保市場には90年代以降、欧州の生保会社がたくさん参入し

ました。フランスのアクサですとか、ドイツのアリアンツですとか、オランダのINGですとか、わが国にも参入済みの会社が米国市場に参入しまして、今では上位10傑に入るぐらいの勢いになっております。彼らの参入の一つの手段は買収です。買収により、一気に大手会社としての地位を占めるようになりました。

営業職員（エージェント）が販売の中心である生命保険とは様相を異にして、個人年金の販売では、銀行や証券会社が重要な販売チャネルとしての地位を占めています。個人年金は、死亡保険ではなくて、投資貯蓄商品ですから。変額年金の販売では株式ブローカーや証券会社が大きなシェアを持っています。定額年金の販売では確定利回りの商品ですから、銀行が大きなシェアを持っています。

●金融危機と米国生保業界

リーマンショック後の金融危機の中で、米国生保市場では販売が低迷しました。過去半世紀ぶりの落ち込みなどという表現が使われていました。

特に、生命保険の販売はマイナスが大きく、特に株価に連動して価格が変わっていく変額ユニバーサル保険が全然売れなくなりました。それに対し、伝統的な定期保険や終身保険の落ち込みは小さいものでした。

個人保険におけるほどではありませんが、個人年金でも、変額年金を中心に販売業績がふるわなくなりました。先ほど話しましたように、95年ぐらいからの米国生保市場では、変額年金が生保会社の成長をもたらしてきたのですが、金融危機の中ではこの変額年金事業がアキレス腱となりました。わが国でも同様なのですが、変額年金の販売においては、顧客への魅力を高めるために、死んだ場合に払う金額や解約返戻金などに最低保証をつけて販売されています。金融危機の中、運用環境が悪化したため、保険会社が仮に最低保証を実行するならば、預かっている資産額以上のものをお客さんに返さなければならないという事態になって、生保会社の経営への懸念を高めることになりました。最低保障コストがドカンと表面化したわけです。

このため、変額年金を中心事業として高い成長を享受してきた会社ほど、金融危機の中では厳しさを味わうことになりました。わが国でも、こうした最低保証コストの問題で、変額年金を売り止めた会社がたくさんあります。

株式投資等、投資の損失も発生しました。保険会社の自己資本は、持っている資産の額から自分が責任として請け負っている負債の額を引いたものなのですが、これが縮小してしまいました。銀行が流動性不足への懸念から経営悪化したことへの類推から、保険会社もそうなるんじゃないかということで懸念を持たれて、上場している生保会社の中には株価がどんどん下がったものもありました。

●米国の共済であるフラタernal組合

米国には、フラタernal組合という組織があり、生保会社と同様の商品为消费者に提供しています。米国においてはフラタernal組合が共済組合としての立場にあります。米国生保協会の統計では、2008年末時点では、全米に95のフラタernal組合があります。フラタernal組合の大多数は小規模なものです。中には、上位生保50傑の中にランクインするような大規模なフラタernal組合もあります。フラタernal組合の上位組合は、今や一

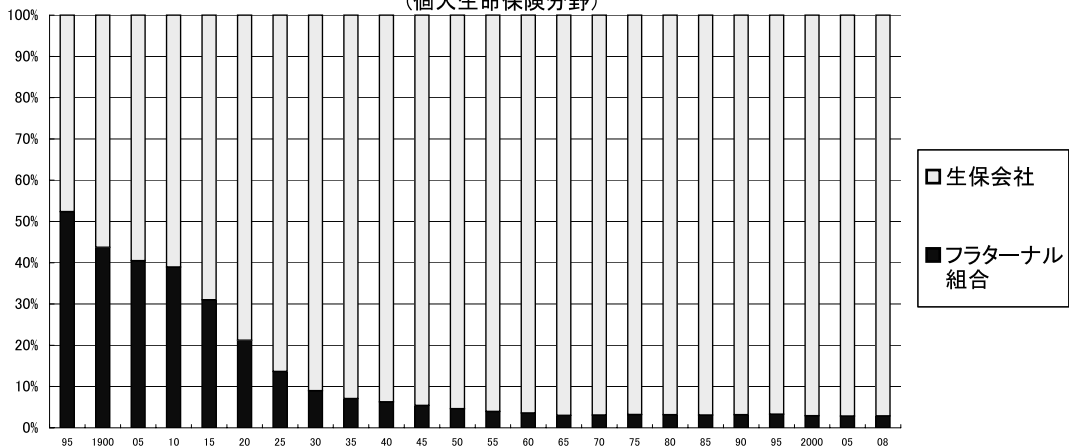
般の生命保険会社と何ら変わらないビジネスを展開しています。日本でもJA共済が生保会社とほとんど同じことをやっていますけれども、似たような状況ですね。

日本の生保会社の統計と日本共済協会の統計と合わせますと、日本では共済のシェアが高まっています。顧客数で見れば、最大手生保を上回る顧客数を持つ共済もあります。米国はそういう状態ではなくて、共済のシェアは1%から2%程度です。

フラタernal組合は1870年ごろに登場しました。そのころ、民間の生保会社が乱脈経営を糾弾されていました。そこで、生保会社に愛想を尽かしたお客さんをどんどん取り込んで、1895年当時では、フラタernal組合のシェアの方が生保会社のシェアを上回っています。その後、生保会社側も経営を刷新し、フラタernal組合と同じく労働者階級に焦点を絞った団体保険を開発したり、小口の生命保険に取り組んだりしましたので、生保会社のシェアが伸び、現在ではフラタernal組合のシェアが2%ぐらいになってしまいました。ただし2005年から2008年にかけてはフラタernal組合のシェアが回復しています。

この間、フラタernal側の自壊現象が起こっています。フラタernal組合はもともと、組合員は平等なのだから、全員に同じ保険料で保障を提供しますよという形で、年齢に関係なしの一律掛金

フラタernal組合と生保会社の保有契約高シェアの推移（個人生命保険分野）
(個人生命保険分野)



(資料)米国生保協会ファクトブック各年号から作成。ただし、1895年～1910年のフラタernal組合および1895年の民間生保会社の保有契約高は上田和勇「アメリカにおけるフラタernal保険の発展とその社会・文化的背景について」掲載の数値を使用
民間生保会社の保有契約高は個人生命保険の保有契約高

方式で営業していました。しかし、加入者が高齢化していくに従い、経営がもたなくなつて、フラターナル組合の破綻が多く発生しました。現在では、すべてのフラターナル組合は、生保会社とまったく同じ計算方式で、年齢に応じた保険料を採用しています。

米国は、国自体が若い移民の国です。1870年ごろの米国は、国民の一体感は薄く、出身国ごとに分裂していたようです。こうした中、出自に応じて連帯感で作られた組織がフラターナル組合であったかと思ひます。米国への移民が多い英国にはフレンドリーソサイエティ（友愛組合）という組織がありますが、その友愛組合の考え方が米国に持ち込まれています。ただ、英国の友愛組合が医療保険をベースに発展したのに対して、米国のフラターナル組合は主に死亡保険をベースに発展してきました。

フラターナル組合の第1号は、**ancient order of united workmen** という組合であったと言われています。これが組合の加入員の中に死亡者が出た場合、いくらか、例えば1ドルずつ出し合つて残された家族の生活を助けようじゃないかというような保障を始めたらしいです。英国でも、教会に集まる人たち、あるいはパブで仲間になった人たちが、仲間内で誰か死亡者が出たような場合、残された家族の生活をなんとか補助しようとして、シルクハットを回して、その中にお金を入れてい

ってカンパしたのが始まりといわれています。

フラターナル組合で興味深いのは、そこに宗教的儀式のようなものが絡んでいることです。フラターナル組合は、保険と何らかの儀式・集会のようなものがセットになった組織です。

フラターナル組合は、生保会社と同様、各州の保険法に基づいて、各州の保険監督局による監督に服しています。各州保険法には保険事業の定義があり、この定義に該当する事業は、州保険法に則った免許を受けない限り行うことができないことになっています。したがって、保険事業を行うフラターナル組合も免許を受ける必要があるのです。

ニューヨーク州保険法の規定の中には、フラターナル組合について、「株式資本を持たない組合（**society**）、結社（**order**）、最高支部（集会所）（**supreme lodge**）等の法人で、営利を目的とせず、ただ組合員とその保険金受取人のためにのみ設立され、ロッジシステム（支部・集会所システム）という様式に基づき営まれ、保険・年金の支払に自らを義務づける代議制の統治機構を持つもの」という定義規定があります。

ロッジシステムというのは、地域の支部・集会所などで、フラターナル活動と呼ばれる友愛的・親睦的な活動を行うシステムです。具体的に言いますと、子息に奨学金を払いましょうとか、赤ちゃんが生まれた場合に新生児給付をあげましょう

フラターナル活動の例

奨学金	組合員の子弟を対象とする奨学金制度
新生児給付	組合員に子供が生まれた場合の給付
孤児給付	組合員が死亡したことにより孤児となった子供への給付
友愛的援助	病気、けが等による損害を被った組合員、災害により莫大な損失を被った組合員に対する援助
サマーキャンプ	若年組合員対象のサマーキャンプ・ゲーム、アウトドアスポーツ、芸術・工作、リーダーシップスキルの習得、新たな友人の発見等
シニアキャンプ	シニア組合員向けのキャンプ・芸術・工芸、ゲーム、釣り、自然散策、教育セミナー等
教会向けローン	教会の建築、立替、移転費用などの貸付
組合員への寄付要請	教区、学校、地域、恵まれない組合員に対する寄付本部によるマッチングファンドの提供
ボランティア活動の呼びかけ	組合員のボランティア活動機会の提供、促進とこれによる地域貢献
親睦活動	野球観戦、ピクニック、動物園見物
機関紙発行	四半期ごとに発行される機関紙の提供

とか、自分たちが組織したボランティアの活動をやりましょうと呼びかけるとか、いろいろあります。寄付をしてくださいというような呼びかけもしている。親睦活動も盛んなようで、野球をみんなで見に行ったり、ピクニックに行ったり、ダンスパーティを開いたり、あるいは夕食会を開いたり、そういう横のつながり的な組織を維持しています。こういうことをやっていないとフラタernal組合とみなされない。フラタernal組合の活動は、相互組織の典型モデル例を見るような気がします。

そういうフラタernal活動を行っていますから、フラタernal組合には課税の免除という特権があります。

●米国の主たるフラタernal組合

フラタernal組合は設立が1800年代から1900年当初というものが多く、かなり長い歴史を持っています。フラタernal組合同士の合併とか、保険会社とフラタernalの合併もあります。フラタernal

ナル組合として最大の **Thrivent** も、2つの組合が合併したものです。

先にも言いましたように、上位のフラタernal組合には生保会社に互する大規模なものがありますが、だいたいのフラタernal組合はそんなに大きくはありません。

以下、いくつか、代表的なフラタernal組合の概要を見ておきましょう。

Thrivent (第1位) は、「キリスト教の信頼という主義に導かれ、ルター派信者が必要とするときに、互いに支援しあうこと」を目的に設立されたフラタernal組合で、加入資格は、ルター派の信者であること、あるいはルター派の活動に密接な者です。ただし、活動内容を見ると、一般の生保会社とほとんど変わらないような活動を行っています。

一方、**Knights of Columbus** (第2位) は、カソリックの信者を対象にしている組合です。たいへん男性的なフラタernal組合で、加入資格は、実際のカソリック信者の男性であることとしています。実際のカソリック信者であるというのは、教皇庁のユニオンに所属して、カソリック教会の規範を実行していることだそうです。組合員をナイトと呼んでいます。ここのホームページを見ますと、屈強な男性が災害救援活動のようなことをやっている写真が出てくるんですけども、ボランティア活動を盛んに行っています。教会の力強い右腕と呼ばれています。

以上2つの宗教系のフラタernal組合は、加入資格が厳しいように見えますが、規模を着実に拡大しています。

それに対し、その他のフラタernal組合の中には、保険を買ったら、あなたは組合員になりますというぐらゐに、加入要件が緩いものもあります。

Woodmen of the World (第4位) は、名前からは、林業者の同業者団体かと思われるのですが、別にそういうことではなくて、一般に門戸を開放しています。愛国的活動、あるいは愛国心をいかに青少年に植えつけるかという活動に盛んに取り組んでいるようで、サマーキャンプで若者を鍛えるなどということを行っています。

Royal Neighbors of America (第9位) は女性主義です。主に女性を対象顧客としつつ、その

認容資産上位のフラタernal組合 (08年末) (億ドル、%)

順位	フラタernal組合名	総資産	シェア
1	Thrivent Finl for Lutherans Group	519.86	56.50
2	Knights of Columbus	140.51	15.27
3	Modern Woodmen of America	84.79	9.21
4	Woodmen of the World Life	75.82	8.24
5	Independent Order of Foresters USB	26.36	2.86
6	Gleaner Life Ins Society	11.03	1.20
7	Catholic Knights	8.31	0.90
8	Catholic Life Ins	7.04	0.77
9	Royal Neighbors of America	6.72	0.73
10	Catholic Order of Foresters	6.33	0.69
11	Greek Catholic Union of the USA	6.18	0.67
12	First Catholic Slovak Ladies USA	5.45	0.59
13	Greater Beneficial of Pittsburgh	4.99	0.54
14	United Transportation Union Ins Assn	2.06	0.22
15	First Catholic Slovak Union of USA & CA	2.01	0.22
16	William Penn Assn	1.87	0.20
17	SPJST	1.85	0.20
18	Woman's Life Ins Society	1.83	0.20
19	Order of the Sons of Hermann in TX	1.72	0.19
20	Polish Roman Catholic Union of America	1.70	0.18
21	Slovene Natl Benefit Society	1.57	0.17
22	Ukrainian Natl Assn Inc	0.77	0.08
23	Supreme Council of the Royal Arcanum	0.60	0.07
24	Mutual Beneficial Assn Inc	0.43	0.05
25	Hungarian Reformed Federation of America	0.18	0.02
26	Travelers Protective Assn of America	0.11	0.01
27	Russian Brotherhood Organization of USA	0.10	0.01
	上位25組合	919.97	99.98
	フラタernal組合合計	920.18	100.00

(資料) A.M. Best "U.S. Fraternal Life Societies-2008 Admitted Assets" より

女性が支えている男性にも門戸を開けていますが、経営陣も全部女性であるなど、徹底しています。

Greater Beneficial Union of Pittsburgh (第13位)はドイツ移民の会で、ドイツ語の勉強に補助をしますなどという、活動を行っています。

United Transportation (第14位)は、名前からも推し量れますように、運送業者の同業者組合です。

フラタernal組合の取扱商品は、州の保険法の中で、主に死亡保障商品と医療保障商品に制限されています。一般の生保会社に比べると、フラタernal組合では小口の保険が販売されています。

フラタernal保険の契約条項には、オープン契約条項とソルベンシー維持条項という、組合員の保険に特徴的な規定が設けられています。オープン契約条項は、契約してから契約条項が見直され

た場合には、それが加入者に不利な変更であっても既契約者に自動的に反映されるという条項、ソルベンシー維持条項は組合の財務内容が悪化して保障の継続が危うくなった場合には、その危機を乗り切るための拠出を加入者が求められるという条項です。この条項があるため、フラタernal組合には、生保会社に対するような、自己資本比率規制は課されていません。

ただし、通常のフラタernal組合に求められる範囲を超えた一般の生保会社と同じ品揃えを行いたいフラタernal組合は、自己資本比率規制や販売員の免許試験受検等、一般の生保会社と同様の規制を受けることを条件に、取扱商品を増大することができます。上位のフラタernal組合には、こうした形で、生保会社と同様の運営をするものができています。

〔質疑応答〕

質問1：保険料を人口1人あたりに換算すれば、2000年あたりは圧倒的に日本が世界でいちばん多かったということになるわけですか。2007年には英国が日本と逆転していますので、このときにはもう英国の方が圧倒的に多いように思えますね。

松岡： 英国も人口の割には保険料が多いですが、2000年ごろは日本が圧倒的に多かったのではないかと思います。

質問2：日本で共済という場合には、各地の協同組合がやっている共済のほかに、労働組合の共済とか、いわゆる自主共済、たまたまその社会協同組織がやっております共済があるわけですか。こういったもののほかに、社会保険の国家公務員共済組合とか、地方公務員共済組合といったようなもの、さらにはいわゆる農共済ですね、農業災害補償に関わる農業共済組合など、共済組合というのは日本ではさまざまな種類について使われていることがあるんですね。

米国の場合、フラタernal組合の他に共済ととらえられるようなものは、どんなものがあるのでしょうか。

松岡：自発的な仕組みで共済のようなものはいろいろあると思いますが、詳しいことはわかりません。いずれにしても各州保険法にひっかかってくるのではないかと思います。

質問3：米国の保険業界の状況が理解できて大変ありがたいお話だと思いました。趣旨としては、米国の共済団体は保険会社と共存し、元気な状態にあるというふうにとらえたのですが、日本の場合は、共済団体がこの間非常に大きくなってきていますよね。JA共済もシェアとしては、契約件数で言うと10%以上シェアを持っている。それから、県民共済、コープ共済、全労済、それも契約件数で言うと3%ぐらい持っている。それで、掛け金のシェアでいっても、両方合わせると15~16%のシェアを持っているかと思うんですけど、米国ではだんだん規模が小さくなっている。日本では共済団体の規模がだんだん大きくなっており、共済のシェアも米国におけるよりは多いと認識しているのです。むしろ日本のほうが、共済については市場が大きくて元気なんじゃないかと思ったのですが、そういう認識は違うのでしょうか。

松岡：日本のほうが共済は元気だと思います。今

般、保険法においても共済と保険の区別がなくなりましたけれども、共済か生命保険かという発想ではなく、低価格を志向するお客さん向けか、それなりの値段の保険を望まれる方向けかという区分けになっているような気がします。

今の制度共済は、低価格志向に生保会社が対応しきれてない部分を担っていると思います。ですので、生保会社が本気でこれからの事業展開を考えるとときには、共済とどううまく連携するかということが大事なのかなと思います。生保業界の中にも、ネット生保などが出てきて、価格競争を仕掛けてきています。銀行の窓口販売においても、銀行員が売れる保険は、県民共済的な商品、つまり低価格の単純な商品になると思います。おそらくネット販売の生保と、銀行窓販の商品と、共済の商品、これらが単純で価格がお得な商品というひとかたまりとなって、生保業界の中にそれなりの位置づけを得るのではないのでしょうか。

他の生保会社は、これまでの主力商品分野であった、それなりの高保険料、それなりの高保障というものを食われながら、一定の落ち着くところまで落ち着いてしまう懸念があります。米国はこうはなっていない。共済が生保会社と同じ土俵に上がってしまいましたので。

米国から見たら、日本の共済はなぜあんなに元気なんだろうという感じではないかと思います。

質問4：今日は非常にいい貴重なお話をありがとうございました。米国本国で、これだけ宗教がいっしょとか、特定の人たちを対象にしている共済を認めているながら、なぜ米国は、独自に共済をやっているような、そういう特定の団体の共済制度を締めつけようとするのか、これが不思議でならないんです。

先ほどから、日本の共済は元気だとおっしゃられても、一般的にはJA共済や全労済などは、私たちから見るともうほとんど保険会社と同じような規模でやっておられるわけです。本当に助け合いの仲間内だけの共済というものを認めないというのは、どうも不思議でならない。米国の中ではそういうものをちゃんと州単位で法律で保護して認めながらも、日本には規制緩和を要求している。米国では保険と共済の区分に関して、どのような

法律に基づいているのでしょうか。

松岡：米国では、たとえばニューヨーク州保険法でも、監督からはずれている適用免除の共済というものが定められています。

米国の保険監督の大原則は契約者保護で、そのために米国の保険監督は、募集をどう適正にするかということと、保険団体の財務をいかに健全に保つかという2つを行っています。そこでの1つの発想は、保険詐欺をいかに取り締まるかです。米国の監督体制においては、保険詐欺対応部門が結構なウェイトを持っています。

米国の主張の根拠を強いて挙げるとしますと、こうした保険詐欺を取り締まる発想から、何らかの規制を絶対かけなきゃいけないと、うるさいことを言うてくるということかなと思います。

ただし、かつての日米構造協議でも、米国の主張には、自国保険会社の保護しか頭にないのじゃないかと勘ぐりたくなるようなものがありました。

質問5-1：フラタernal組合と類似した共済事業組織であって、州法などによって承認されていないような共済というものが米国にはあるのでしょうか。日本でいいますと、いわゆる公務員共済ですね。ああいった存在というのがあるかどうかということですけど。

松岡：保険の監督は州がやりますと言いながら、各州の保険法に、保険事業というのはこういう事業ですという規定があるんです。そして、その保険事業を行う者は、どんな組織であっても免許を受けなければならないと規定されています。ですから、フラタernal組合であれ、生保会社であれ、あるいはその他の何らかのグループであっても、州の監督当局が、これは保険事業だと言った途端に、監督がかかってきてしまいます。保険事業で取り扱う商品などについても、いろいろと細かく規定してありまして、州当局の監督の目を逃れつつ、事業を行うというのは結構難しいと思います。

あり得るのは、保険事業に該当する事業をやっていることを監督当局から認識されてはいるけれども、州保険法上の適用免除の規定に該当するので、細かな監督は受けないという形かなと思います。

す。

ニューヨーク州保険法第4522条 (a) は、保険法の免許等の規定を適用免除される組合として、次の各組合を規定している。

- ①団結した行動によって有利な労働条件等を確保しようとする同業または数種の関連産業の労働者の組織
- ②特定の市・町、特定の事業会社・企業組合の被用者等に加入資格を制限する組織
- ③宗教、慈善、友愛、共済の性格をもち、保険給付の提供を主目的とはせず、加入者が1500人以下の組織で、加入者死亡時に給付金500ドル以上または就業不能時に給付金年間350ドル以上を支払うことはないとする組織
- ④同一または類似の事業の一つ以上の職業に携わる人に加入資格を限定する組織で、1940年1月1日より前に15年以上にわたり、加入者に死亡給付または就業不能給付を提供してきた組織
- ⑤宗教、慈善、友愛または共済の性格をもち、保険給付の提供を主目的とはせず、入院給付金のための最高掛金が年間2ドル以下で入院給付を行っており、1941年3月1日より前に10年間にわたって運営を続けている組織、または1加入者あたり100ドル以下の死亡給付を支払うもので、1950年3月1日より前に25年以上にわたって運営を続けている組織
- ⑥組合員に加入資格を限定し、その配偶者またはその21歳以下の子の為に、1埋葬当り75ドル以下の墓地給付または葬儀費給付を行う組織

質問5-2：そうすると、米国の場合には保険事業の範囲に入るものである限り、認可されていれば、存在は認められるということで、そういう意味では、いろんな組織形態の共済組織も認められ得ると。

松岡：そう思います。適用免除の共済は、不健全な運用をしていると認定されると解散命令を受けてしまうという規定など、以下4つの規制を除く、

すべての保険法適用が免除されます。

適用免除共済に適用される4つの規制

- ①生命保険、年金を販売する際の顧客への開示要件
- ②更生、清算、保全、解散に関する規定
- ③保険監督官が検査に際し、適用除外かどうかを決定することを可能にする情報を、適用免除を主張するあらゆる組織に対して請求することができるとする規定
- ④発行される全ての保険証券の券面上に、「当組織はニューヨーク州保険局の監督のもとに運営されるものではありません」という文言を明確に印刷しなければならないとする規定

質問6：米国でも労働組合が適用除外になっているのですが、日本と違ってやっぱり産別組合などで相当規模が大きいのでしょうか。労働組合がやっている共済はどうなっているのでしょうか。

松岡：労組にも大から小まで、いろいろあるとは思いますが、自動車業界の労組などは巨大であるようですね。GMの従業員向けの医療保険などが問題になりましたが、あれはもう、別途、保険会社みたいなものを作ってしまって、その管理を専門の保険会社にやらせているというような話です。要するに自家保険です。その自家保険の運営に労組が関わっていましたね。

質問7：ミューチュアルについては、どう解釈すればいいのでしょうか。

松岡：ミューチュアル Mutual は保険法上、生保会社の1区分として扱われており、株式会社形態の生保会社と同じだけの規定が適用されます。日本と同じです。米国生保業界第7位のニューヨークライフ、第10位のノースウエスタンミューチュアル、第13位のマスミューチュアル、第28位のGuardian、第43位のMutual of Omahaはミューチュアルです。

質問8-1：オバマ医療保険改革で、当初は国民

保険的なものを作るという感じだったと思います
が、今は、社会保険的な性格のものを作ろうとして
います。その担い手として、民間の保険会社に
社会保険の役割を担わせようとしているように見
えるのですが、保険会社は、このオバマ医療保険
改革に対しては、どういうふうに受け止めている
のでしょうか。いわゆる保険原理でやっている営
利保険会社が、社会保険原理と混合の原理という
使い分けができるのでしょうか。

松岡：米国では医療保険に特化した保険会社はあ
まりないんです。ですから、医療保険を切り捨て
てきた、その他の生保会社からすると、オバマ改
革はあまり関係ないです。ただ、医療保険で儲け
ている一部の会社は、無関係ではいられない。

最近の改革案を見ますと、公的保険の保険料率
を決めるときに、民間の保険料率の平均に合わせ
るとか、どちらかという、公的保険が民間保険
に、社会保険原理が営利の世界にすり寄っている
ようなイメージも出ています。営利の世界にまで、
国家の価格規制が及ぶとすれば、それは保険会社
としてはいやでしょう。

なお、医療保険改革が実施されても、すでに白
人の80%以上は民間保険会社の医療保険に加入し
ているから、オバマ改革は、その他の民間保険へ
の未加入者に補助金をあげるみたいなことになる
という見方があるようですね。

質問8-2：そうしますと、民間保険会社の方は、
団体保険の部分が少し減ってきたけれど、オバマ
改革では影響としてはそこが増えるということに
なるんですか。

松岡：多くの会社はあまり影響を受けません。の
びのびと保険料を自由に設定して、儲かるビジネ
スをやっていた医療保険専門会社にすれば、うっ
とうしいたんこぶみたいなものができる。これを
ビジネスチャンスととらえている会社はあまりい
ないのではないかと思います。

質問9-1：ミューチュアルは、ヨーロッパでは
共済みたいな意味合いですね。米国では、フラタ
ーナルがいわゆるヨーロッパ的な共済という概念
でとらえておけばいいですか。

松岡：はい、そうです。英国ですと、ミューチュ
アルはもうあまりないのですが、保険会社法に基
づいているミューチュアルと、フレンドリーソサ
イエティの法律でできているフレンドリーソサイ
エティとに、はっきり分かれております。ただし、
この2つはともに相互組織として共感するところ
も多く、つい最近その2つの協会が合併したよう
です。

質問9-2：いわゆる出資形態では相互会社がミ
ューチュアルだと言えるのですね。

松岡：はい。

(2010年1月29日実施)

(まつおか ひろし、ニッセイ基礎研究所主任研
究員)

ベトナムの医療・看護・介護は今 ——私たちの学ぶことは——

藤本 文朗
 渋谷 光美
 関山 美子

I はじめに

「ベトちゃんドクちゃんの発達を願う会」は、発足して25年、結合双生児であった二人の特製車イス造りに始まり、医療的には分離手術、ドクの義足造りと人工肛門から自然肛門などに側面的援助、「ベトちゃんとドクちゃんだけでなく」との声を受けて、ベトナム障害児教育福祉セミナー（1990年～今日まで毎年）、枯葉剤（ダイオキシンを含む）による二世・三世の障害児の現地調査（1992年～）、高齢者介護セミナー（2000年～）などに関わってきた。今回、上記三人の執筆者が「願う会」としての「ベトナムの医療などの研究プロジェクトチーム」を作り、本論作成にとりかかった。藤本（会の代表）は高齢で、少し若い二人が文献、現地聞き取りなど分担し、支え合い共同執筆し、ベトナム反戦運動、日越の友好を思いつつ、欧米のように進んだ医療制度とはいえないが、何を学ぶかについて少し触れることとする。

II 30年のベトナム友好の中で 知り学んだベトナムの医療 ・看護・介護・福祉

1. ベトナム戦争の傷あとの中での医療

私（藤本）がベトナムを訪れたのは、国際障害者年がはじまる前の年1980年、国際的視野でこの問題に取り組むべきと、①発展途上国（アジア）

②戦争とかわかって ③社会主義を目指す国としてベトナムを選んだ。無論、若い時（30代）ベトナム反戦運動に取り組み、アメリカ（世界最大の軍事国）を負かしたベトナム人民の力を知りたいこともあった。その12月、京都ベトナム調査団

（30人参加）を組織し、団長として1週間、ハノイ、ホーチミン市を駆け巡った。医療に関しては、ハノイのベトナム・東ドイツ友好病院を訪れ、院長の話の後、机の上にある英文の本（ベトナム戦争の傷あと）をもらった。その本を基に、『戦争と障害者—ベトナムからの証言—』（青木書店、1981年）をまとめて出版した。私たちが学んだことは、④戦争は国連の「国際障害者行動計画」序文86にあるように「障害者発生の最大の原因」であり、核兵器、化学兵器を使う近代戦争は、参戦する人のみではなく、次の世代に障害者を生み出す可能性が高い、⑤戦争はその準備を含め、多くのお金を必要とするので、その分人間の基本的な人権を保障する医療、教育、福祉にお金がまわらない、⑥戦争という原理は力の論理で、病人、障害者、高齢者、女性、子どもなど、社会的に力のない人にとって住みにくい風土を作り出すなどであった。

2. ツーズー産婦人科総合病院とベト・ドクそしてフォン博士との出会い

1985年私は文部省の在外研究員（留学）として3カ月、ハノイ、ホーチミン市などを調査研究（戦争と障害者）、その時、北部のバクマイ（白梅）病院—南部のツーズー病院を訪ねた。1,000人近く入院している病院を訪ねたが、いずれの病院もベッドに患者が2人、廊下にもゴザで寝ているといった状態であった。当時はドイモイ政策も始まっておらず、貧しさを分かち合うベトナム社会主義体制で、国立の両院の医療費は無料に近かったことを再確認することができた。

私は、ホーチミン市のツーズー病院では、結合双生児であったベト・ドク（4歳）に会い、二人

の特製車イス造りを頼まれ、病院のカルテと、二人の医学的データ、体型をと、一週間にわたり調査して、ある程度カルテ（ベトナム語を通訳してもらい）整備されていることを確認できた。担当医フォン博士（国際的医療学研究者、後に国会議員、院長）と出会い、今日まで交流している。その年の10月、ベト・ドクの子椅子を受け取りに日本を訪ねたフォン博士は、二人が結合双生児になった原因と考えられるアメリカがベトナム戦争中にまいた枯葉剤に含まれるダイオキシンの問題について、TV朝日（ニュースステーション）に出演して「ダイオキシンは、日本の問題ですよ。」と医学研究者として先駆的に発言している。（これが2000年にできたダイオキシン基本対策法につながる一つの要因といえよう。）私たちが、ベトナムの医療から学んだ最初であった。これが、この年に発足した「願う会」の運動の柱であり、その後、民医連（中核は、京都民医連の尾崎望医師）を中心としたダイオキシン被害二世現地調査の出発点であった。この問題でのベトナムの者（医師）フォン博士、故カオ・ダイ博士（10-80ベトナム戦争による被害調査委員会責任者）、ニヤン博士（フエ医科大学）である。

私たちは、この人々と協力したからダイオキシン調査（主として二世）を行っていたが、調査に必要なお金が科研費を申請してもいつも展望の無い研究（解決の科学的糸口が見出せない）として、通ったことがない。基礎研究は、日本の機関では、いつも無視されているといえよう。

3. ベンチェ省での枯葉剤被害二世調査を通して

1988年には高谷清氏（滋賀県重症児施設、小児科医）とも、南部で枯葉剤の調査をしようということで、ツーズー病院のフォン博士に相談すると、ベンチェ省が一番被害がひどいといわれた。2日間であるが、メコンデルタを渡りホーチミン市から半日かけて、この省の副知事の案内で、農村地域に入って、子供（障害児、枯葉剤被害）を6ヶ所ぐらいの診療所で診察した。私も軽度の障害児を診ざるを得なかった（医師ではないが臨床心理士として）。各診療所で、10~20人、1人5~10分、アドバイスをすると、「お金が無い」といわれる。

さらにびっくりしたのは、診察室の外には、も

のめずらしく見学する人々で、プライバシーはない。カルテは全てコピーしてくれるたが、論文にはできなかった。

その後、ビンフォク、ハイフォン、フエ、タイニンの各省で同じ調査をしたが、ベトナムの医師も同行してくれたこともあり、勉強になった（いずれも報告書は私のところにあるので、関心のある人はFaxかTel 075-541-5270へ）。

ダイオキシンと第2・3世代の障害児の「科学的」な療学上の因果関係が十分解明するまでに至っていない。

ベトナムの医療の地方の実態として、少しまとめてみると、以下述べられるであろう。

① 障害児・精神障害者の医療は遅れている（今は少し進んだが）。北部とハイフォン市の調査（1996）の時、鎖につながれ小屋に住んでいる精神障害者を見た。母親と医療機関にいても治療の方法がないといわれた。しかし、北部に比べアメリカの影響があり南部は少し進んでいて、臨床心理士やソーシャルワーカーがいる。

② 人口の6割をしめる農民に対しての医療は、日本のように医療保険が無いため、よほどのことが無い限り病院にいかない（お金が無い）。漢方か民間療法（薬草・マッサージ）で「治療」している。農民には、病院は遠い存在だ。これらのことは、文献や役人の案内で現地見学しても分からない。私のように足で実態をさぐらねば分からない。

③ ダイオキシンの被害調査という療学的調査は、今すぐこの人々に役に立たない。あなた方の論文づくりのためにやっている、ベトナムの役人、人民はいう、今すぐ役に立つことをやって欲しいと。

お金、薬、医療器材（レントゲン）など支援ができないなら、被害で死んだ墓でも参って帰ってくれと。以後は、基礎研究と多少の医療器材の援助、リハビリの技術指導をしていく方向にしているが。

④ 研究のレベルでいうと、日本でいう最低の医療検査機器（血液検査）もなく、まして母親の血を持って帰り、ダイオキシンの血中濃度を測定するとなると、1ケース数十万円はかかる。そのことができないと、欧米の国際レベルの研

究発表にたえる研究とはいえないと、一度調査に参加した大学の先生（医師）に言われた。しかし、2010年、前記の尾崎望氏を中心に、またこの研究をはじめられるかも知れない（後述）。

4. ベトとドクの分離手術成功で示したベトナムの医療水準

前述したことだが、ベトナムの人々は、いやベトナムの医療史に残ることは、ベト・ドクの分離手術が成功（1988年10月4日）したことだ。

日赤が麻酔の指導医師を派遣し、私たち「願う会」が財政的支援をしたが、実質は、チャンドンア外科医、フォン博士、血液学者と30名近い医師、50名近い看護師の集団的な力である。一人が重傷児（ベト）で、分離手術成功例は、ギネスブックにものり、国民的な喜びである。成功20周年の式典を100名近い人の参加で祝った（くわしくは藤本他編『ベト・ドクが教えてくれたもの—分離手術20周年と平和のメッセージ』クリエイツかもがわ、2007年）。ベトナム医療の成功だけではなく、人類にとっても記念すべきことといえよう。

日本が支援できたことも嬉しい。アメリカは何もしなかった。ニュースでもほとんど触れられなかったと思う。アメリカの責任は、アメリカ人民に連帯して、これから追求していかなければならないと思う。

5. フォン博士「ダイオキシン問題は日本の問題」（1985年）

私の分担はこの枚数で終わるので、ベトナムから学ぶこととして、1985年私とともにTV朝日のニュースステーションに出演したフォン博士がいったことを忘れることはできない。「ダイオキシン問題は、不幸にしてベトナム戦争の枯葉剤の中で、ベトナムで今問題になっていますが、この問題は、石油化学が発展した化学製品を使っている高度な工業国の一つである日本の問題ですよ。」

当時、ダイオキシン問題は、世論の関心が薄かった。これらのことをTVでいった学者もいなかったように思う。貧しいベトナムの医学研究者が、レベルの高い医学研究の日本に対しておこなった、先駆的な発言といえる。これこそ科学者といえよう。（藤本文朗 ふじもと ぶんろう、滋賀大学名誉

教授）

参考文献

- ①レ・カオ・ダイ「ベトナムにおけるエージェントオレンジ被害の歴史と影響」(尾崎望訳,文理閣,2004年)
- ②レ・カオ・ダイ「ホーチミンルート従軍記—ある医師のベトナム戦争—1965—73年」(古川久雄訳,岩波書店,2007年,原典1997年)
- ③藤本文朗他編「手作りの国際理解—ベトナム障害児スタディーツアー」(クリエイツかもがわ,2007年)
- ④尾崎望「ダイオキシンによる人体の被害」[障害者問題対策]24-4,1997年

Ⅲ ベトナムの医療的側面について

この章ではベトナムについて概観し、統計資料などから、医療的側面を中心に捉えておきたい。

1. ベトナムの概観

ベトナムという国は、1976年に国名をベトナム社会主義共和国（Socialist Republic of VietNam）に改称した。ハノイを首都とする共産党の一党支配の社会主義共和制の国である。

インドシナ半島の東側に位置しているベトナムは、南北に細長く、Sの字を縦に引き伸ばした大陸部分と、南シナ海、タイ湾に浮かぶ群島からなる。大陸部分は、東西に600km、南北は1,650kmあり、海岸線の長さは3,260kmに及んでいる。面積は、33万1,212km²で、ちょうど日本の国土総面積から九州を除いた広さである。その73%は山岳地帯であり、少ない平野部に、人口の86.2%を占めるキン（京）族が住んでいる。山岳部には、タイ族（1.9%）やターイ族（1.7%）など53の少数民族が混在する多民族国家でもある。

日本よりは南方に位置する、北緯8度～23度のインドシナ半島東側のベトナムの気候は、北部と南部では異なっている。北部は温帯（亜熱帯）気候に属し四季があるが、南部は熱帯気候で、雨季と乾季がある。

ベトナムの人口は、8,853.7万人（2008年）で、人口密度は、266.9人/km²（2008年）である。首都ハノイは、人口152.7万人（2008年）である。

2007年の都市人口率は、27.3%に過ぎず（日本：66.3%）、全人口の4分の3は、農村部に住んでいる。産業別人口構成（2004年）は、第1次産業が57.9%で過半数を占めており、第2次産業が17.0%、第3次産業が25.1%である（2007年日本：1次4.2%、2次27.4%、3次67.2%）。都市部への人口移動があり、都市と農村の所得格差が問題となっている。

ベトナムの略史を観みると、フランスの占領地であったベトナムが独立を勝ち取るまでには多くの戦争を経験し、枯葉剤による障害者問題など、現在もなお戦争による後遺症に苛まれている実情がある。1884年以来、フランス領インドシナ連邦に編入されていたベトナムに、1940年には日本軍が進駐し、その援護下のもとに独立が宣言された。しかし日本が敗戦すると、ベトナム独立同盟はベトナム民主共和国樹立を宣言した。その後、フランス軍と衝突したインドシナ戦争が終結するジュネーブ協定により、ベトナムは北緯17度線を境にして南北に分断された。南ベトナムは、1955年には、米国を後ろ盾にしたベトナム民主共和国と改称される。米国と北ベトナムとでベトナム戦争が戦われたが、1975年に終結し、1976年に初の南北統一選挙が実施されたのである。戦後ベトナムは経済復興に努め、社会主義体制維持を目的とした中国との国交のみならず、その後はアメリカとも国交を正常化した。

社会主義経済のベトナムは、計画経済として、市場による運営ではなく、国家が管理する経済システムであった。国民は、だれもが最低限度の生活は保障され、教育や医療などにかかる費用も無料であった。ところが、長い戦争が終わった平時には、画一的な配給品への不満も募っていき、労働者の生産意欲の低下、生産の停滞を招くなど、計画経済システムの機能が鈍ってきた（坪井善明2008：46-48）。そのため、1986年には、ドイモイ（刷新）政策により、市場経済システムの導入と対外開放化が図られた。ドイモイ路線は、あくまでも共産党支配体制の堅持を大原則としている。しかし、それまでの改革とは違い、制度や法制の再整備まで踏み込んだことで、ベトナムの経済成長にとっては、画期的な意義があったと評されている。経済成長の拡大というプラス面の一方では、貧富の差の拡大や、汚職のまん延など、多くのマイナス面の問題も顕在化し、深刻化している現状がある。

2. ベトナムの医療事情

ドイモイ路線による経済成長に伴って、公衆衛生面でも改善が図られてきた。ベトナムの保健省は2006年1月2日、「健康管理と病気予防の10カ年計画（2001-2010）」内の健康・生活水準目標指数が、2005年の時点で早くも達成されたと発表している¹（表1）。

【表1 平均寿命・乳児死亡率】

		2010年の 目標指数	2005年	2007年
平均寿命	ベトナム	71歳	72.0歳 (男70.0歳、女73.0歳)	74.2歳 (男72.3歳、女76.2歳)
	日本	—	82.0歳 (男78.5歳、女85.5歳)	82.5歳 (男79.2歳、女86.0歳)
乳児死亡率	ベトナム	30‰	17.8‰	12.5‰
	日本	—	2.9‰	2.6‰
5歳以下の 乳幼児死亡率	ベトナム	37‰	32‰	14.9‰
	日本	—	4‰	3.5‰

出典：在ベトナム日本国大使館 www.vn.emb-japan.go.jp/html/jmedical_info_1.html、『世界国勢図経2009・10年版』pp438-439より抜粋。筆者作成

1 ベトジョー ベトナムニュース「ベトナム人の平均寿命：71.3才」2006/01/04 JST 配信 www.viet-jo.com

ベトナムでの平均寿命は延びており、ベトナム医薬学会のファム・ソン会長は、ベトナム人の平均寿命は現在72歳で他の発展途上国に比べ高いレベルにあり、また裕福層と貧困層の間に平均寿命の差は認められなかったとの見解を示しているという²。また、国の衛生情況の指標ともされる乳児死亡率（出生1000に対する1才未満の死亡の割合）も、目標指数以上に達してはいる。しかし、2005年の乳児死亡率も、都市部が9.7%に比して、

農村部では20.4%と、倍以上の差が生じている。ベトナムの2007年の乳児死亡率は、日本の4.8倍の高さであるが、特に、山岳部や僻地などの公衆衛生面の改善が大きな課題となっている。

ベトナムの1人当たりの医療費を見ると、2005年は37ドルであり、日本に対してはもちろん、周辺アジア諸国と比較しても少ないことがわかる（表2）。

【表2 医療費支出】

2005年	医療費支出 対GDP比(%)	公的医療費支出の割合(%)		民間支出に占める 自己支出分(%)	1人当たり医療 費支出(ドル)
			対GDP比(%)		
ベトナム	6.0	25.7	1.5	86.1	37
日本	8.2	82.2	6.7	83.5	2,936
中国	4.7	38.8	1.8	85.3	81
タイ	3.5	63.9	2.2	76.6	98
マレーシア	4.2	44.8	1.9	75.7	222

出典：『世界統計白書（2009年版）』木本書店 2009 p.536より抜粋

在ベトナム日本国大使館によると、「現存の医療機器をフル稼働しても患者の需要を満たせない状況³」であり、医師と看護師の不足はもちろん、それ以外の医療職種も極めて少ないとしている

（表3）。私設の診療所は認められており、病院の医師を定年退職後に、開業医として医療を継続している医師もいる。

【表3 医療職数】

	ベトナム		日本
	2005年	2006年	(2000~07間のデータ)※
人口1万あたり医師数	6.03人	6.23人	21人
人口1万あたり看護師数	6.27人	6.77人	95人
人口1万当たりベッド数	23.43床	23.94床	143床

出典：ベトナム国保健省年間統計2006 ※「ベトナム社会主義共和国、カンボジア王国班報告」
http://www.sangiin.go.jp/japanese/kokusai_kankei/oda_chousa/h17/pdf/3-1.pdfより抜粋。筆者作成

病院は全て公立であり、その医療予算は国家予算のほかに、健康保険制度による予算である。この健康保険制度は、公務員や公社員は強制保険として全加入であるが、農村や地域では、任意加入

（自分で保険料を支払う）制度であり、日本のような国民皆保険ではない。

2005年の国民健康保険規定改正によって、6歳以下の子どもについての診療費が、公営病院で診

2 ベトジョー ベトナムニュース「越人の平均寿命、裕福層と貧困層で差はなし」2009/03/18 JST 配信 www.viet-jo.com/news/social/090318031029.html

記事は、「ベトナム地域健康教育・ケア協会」の第1回大会で、ソン会長はその理由として、裕福層の健康ケアに関する知識がその経済レベルに見合っていないとし、裕福層の喫煙率や過度の飲酒の割合が依然として高いと指摘した。また寿命を引き下げる原因は、貧困層では主に感染症であるのに対し、裕福層は心臓疾患やがんなどの非感染症だと話したと伝えている。

3 在ベトナム日本国大使館「衛生・医療事情」www.vn.emb-japan.go.jp/html/jmedical_info1.html

察を受ける場合は無料となった。しかし、そのための条件として、戸籍と住民票が必要になる。たとえば、ホーチミン市は地方からの出稼ぎ者の割合が高いため、戸籍を持たない子どもも多いという。ホーチミン市人口調査委員会によると、2004年10月1日現在の同市人口は611万7,251人で、1999年4月と比べ108万96人(21.4%)増加したという。さらに同市の戸籍を持たない一時居住者数は184万4,548人で、全人口の30.1%を占めるとしている。人口に占める一時居住者の比率が高い地区は、過半数が戸籍を持たない一時居住者となっている(inh Tan区・52.8%、Go Vap区・41.7%) 調査結果を伝えた⁴。このような、戸籍を持たない一時居住者の子どもが6歳以下でも、診療費は無料とはならないのである。

3. ベトナムの高齢者の状況

ベトナムの年齢別人口構成(2006)は、年少28.9%、生産65.6%、老年5.6%⁵である。高齢化の予測では、2010年6.3%、2020年7.8%、2030年12.4%⁶となっている。これは65歳以上人口であるが、国勢調査時の60歳以上人口は、1989年7.2%、1990年8.2%、2008年9.9%で今後も増加の見込みだとされ、高齢化段階へ移行してきていることが、人口家族計画総局、保健省が2009年10月1日に開催したハノイ市のセミナーで示されたという⁷。

2005年に、ベトナム在日大使夫人のゲン・チャー・フォン・ズンさんは、「貴国では何歳くらいからお年寄りと呼ばれますか」のインタビューに答えて、「この質問に対しては、今なおベトナムの精神的指導者であるホー・チ・ミンが1950年に書いた詩で答えたいと思います。この詩は、わが国で有名な詩です。この言葉は、楽観的に生きる大切さを表したもので、現在のベトナム人の高

齢者の生活にもこの精神が大きく反映しております。」と話している⁸。その詩は、「80才もいまだ老人ではない。60才なら、まだ青年だと思え いつも淡泊な生活で 時間を無駄にせず 好きなことをすればよい」である。1950年のベトナムは、第1次インドシナ戦争の真只中、現在のベトナムの高齢者は、その戦乱を生き抜いてきた人々である。まさに生き抜かねばならない戦乱の中で、ホー・チ・ミンのこの詩に込めたであろう精神と、今もなお大切に受け継ぐベトナム人民の思いは、いかばかりであろうか。筆者が思いを馳せるまでには、現段階では到底至らない。

ファム・ザー・キエム副首相は「人口の高齢化は先進国だけではなく、発展途上国の含めた世界的な問題だ」との認識を述べている⁹ように、国民の長寿は喜ばしいことであるはずだが、発展途上国においても、高齢化が社会問題化すると予測される。高齢者の73%が農村に住み、うち21%は貧困層という実情がある。ハノイ国民経済大学の人口・社会問題研究所の調査結果によると、年金や功労金などの支給を受けている人は約27%に過ぎない。ベトナムでは、男性は60歳、女性は55歳で定年後に年金が支給されるのは、20年以上社会保険料を納入した場合であるため、受給者は少ないといえる。残り70%以上の高齢者は、自分で働いて稼ぐか、家族からの援助で生活している。9つの省で実施した調査では、高齢者の約半数が収入を得るため働きたいと回答したというが、実際の経済活動者は、都市部で15.5%、農村部で28%だった¹⁰。同調査では、「生活が苦しい」と答えた高齢者は、60%以上に上っていたのである。

坪井氏によれば、30万人といわれる身寄りのない、70歳以上から90歳代の高齢者がひっそりと暮らしているという。戦争によって配偶者や子ども

4 統計情報—HOTNAM ベトナム最新情報「ホーチミン市の人口は611万人」www.hotnam.com/news/news-4-3.html

5 『データブック・ザ・ワールド2009年版世界各国要覧と最新統計』二宮書店, 2009年, p 239

6 財団法人矢野恒太記念会『世界国勢図絵2009/10年版』2009年, p 73

7 ベトナム総合情報サイト「2010年、ベトナムは高齢化段階へ」www.vietnamguide.com/newsdetail 2009/10/08

8 けあコミュニティ『各国大使館で聞く「わが国の高齢者の暮らし」』<http://care-comi.com/hanashi/kaigai/kaigai47.htm> 2005.11

9 ベトジョー ベトナムニュース「ベトナムの高齢者人口割合、2029年には16.8%に」2009/01/05 JST 配信 www.viet-jo.com

10 ベトジョー ベトナムニュース『高齢者増加するも「生活苦しい」が60%』2009/10/06 JST 配信 www.viet-jo.com/news/social/091005081156.html

たちが死んでしまって、一人取り残された人が圧倒的に多いという実態である。また、これらの身寄りのないお年寄りを世話しているのは、地域社会であると述べている。「退役軍人会や共産党青年同盟などの団体が、これらの老人を収容する老人センターの建物を寄付を募って建設したり、週末に青年同盟の若者が慰問に訪れたりしている」という地域社会における相互扶助の一面が指摘されている。これらの身寄りのない老人への対応が不十分な理由は、中央政府の労働・傷病兵・社会福祉省は、傷病兵やその他の山積する社会問題への対応で手一杯であるからだ（坪井2008：19,22）という。

日本においても、老人問題が顕在化したのは、地域差はあるが、各自治体の戦後処理業務が落ち着きを取り戻した1950年代になってからであった。それより以前は、老人問題は社会問題ではなく、私的な家族の問題として捉えられていたため、生活権保障としての政策は、戦後すぐにはあらわれてこなかったのである¹¹。当時の日本でも、高齢者の生活実態調査によって、高齢者世帯の経済問題の深刻さが政策主体に認識され、高度経済成長期に入る1950年後半から、様々な高齢者施策がとられるようになった。一部の自治体では、身寄りの無い生活保護世帯の高齢者に介護が必要となった場合についての施策として、現在のホームヘルパーの前身である家庭奉仕員制度が、自治体単独事業として創設され、1963年の老人福祉法制定で、法的根拠をもつ国家施策とされた経緯がある¹²。

ベトナムの健康寿命¹³を見てみると、2003年の平均寿命71歳に対し、健康寿命61歳と、10年間の開きがある¹⁴。（男性は、平均寿命68歳に対して健康寿命60歳、女性は、74歳に対して63歳である。）

この統計は、10年間は何らかの介護を要している現実を物語っているといえる。ベトナムでは、2000年に高齢者法が制定され、障害をもつ高齢者の医療的ケアを受ける権利が定められたが、何らかの介護が必要とされる高齢者への施策は具体化されていない。

2008年2月に開催された医療人材の育成に関する会議で、ホーチミン市を除く、南中部クアンナム省以南の32省の医療従事者数（人口1万人当たり）が、ベトナム全国平均26人を大幅に下回る14.9人であることが報告されたという。この状況を受け、グエン・クオック・チュウ保健相は、①ホーチミン市医薬大学を医療従事者重点育成拠点として整備し、年間3000～6000人の学生を教育すること、②東南部で医薬関連の民間教育施設の設立を奨励すること、③メコンデルタ地方の既存の総合大学に医薬学科を設けることなどを、今後の計画に盛り込むことを明らかにしたと伝えられている¹⁵。現段階のベトナムでは、医療実態の向上は、施策化されていることが分かる。

また、昨年1月の「人口の高齢化に対する国家戦略と高齢者サービスの必要性」をテーマとするフォーラムでは、人口・社会問題研究所のグエン・ティン・ター博士は、「高齢者介護施設への投資を奨励するような政策が必要」と指摘した¹⁶としている。さらに10月の「国際高齢者デー」に際する「ベトナムの人口高齢化問題」をテーマとしたセミナーにおいても、専門家は、①高齢者向けの法律の早期公布、②高齢者向けサービスを提供する組織への優遇策、③高齢者向けの社会サービスの発展促進などを提案したと伝えられている¹⁷。このことにも端的なように、ベトナムの医療政策の向上とともに、公的な資金による介護サービスの

11 森幹郎『老人問題 理解の仕方』ミネルヴァ書房 1988, p 7

12 拙稿「老人の生活問題に対する社会福祉としての家庭奉仕員制度創設」, 京都女子大学生生活福祉学科紀要第5号, 2009を参照

13 WHO（世界保健機関）が2000年に公表した、「日常的に介護を必要としないで、自立した生活ができる生存期間のこと」をいう。

14 総務省統計局『世界の統計2009年版』（財）日本統計協会, 2009年, p 61

15 ベトジョー ベトナムニュース「南部の人口当たり医療従事者数は全国平均以下」2008/02/11 JST 配信 www.viet-jo.com

16 前掲9

17 前掲7

とサービスの担い手の養成政策化が不可避となる様相を示唆しているといえるのではないだろうか。(渋谷光美 しぶや てるみ、東北文化学園大学助教)

参考文献

- ①坪井善明『ヴェトナム新時代―「豊かさ」への模索』岩波新書2008
- ②黒田学『ベトナムの障害者と発達保障：障害者と福祉・教育の実態調査を通じて』文理閣2006
- ③黒田学、藤本文朗他 編『胎動するベトナムの教育と福祉：ドイモイ政策下の障害者と家族の実態』文理閣2003
- ④ヴィエトナム孤児福祉教育財団『南ヴィエトナムの社会福祉：ヴィエトナムにおける社会福祉の概況』1971

Ⅳ 現地を見て ―ベトナムの医療・看護・介護―

1. フォン博士らとのお話の中から

今回のベトナム訪問の目的の1つである「ドクさんとトエンさんの出産を祝う会」に参加する中で、当時ベトちゃん和ドクちゃんの主治医(分離手術の執刀医でもあった)フォン博士からお話を聞く機会を得たので、その報告をする。

その前に、前述の「祝う会」の中で、現在のツーザー病院長タン氏が語られた「分離手術の意

義」で私が感動した部分に触れておく。ベトちゃんが脳炎になるまでの間、結合双生児という「障害」はあったが、2人は楽しく過ごしていたという。しかし、当時7才になっていたドクちゃんが体調が悪くなっていくベトちゃんと過ごす事に対して「僕も自由に生きたい!」という強い意思表示を受けて、分離手術に向けての大きな流れが生まれた。いざ手術を執刀するとなった段階では70人もの医師団が夜を徹して何度も「ドクくんの命を大切にしよう」「いや、絶対に2人とも助けよう」との話し合いがなされて、最終的にはフォン博士の強い意志も有り「2人とも救おう!」との一致点で、手術が執刀されたと言う。「医療の安全・安心」が強調される昨今の医療事情を振り返る時、ふと、見落とししがちな「患者の意思の尊重」「どんなに状態が悪くても1つ1つの命を守り抜こう!」とする人権尊重の基本理念が根底に流れていた事に心動かされた。

さて、前置きが長くなったが、フォン博士から伺った話をまとめてみよう。

数年前にツーザー病院を定年退職した。その後は、毎週金曜日にメコン川の中部地域、特に貧困層を対象に診察をして回っているが、特に重い症状を示す患者は、10%程度ではないかとのことであった。

今でも、2世代3世代の汚染は続いている。ダイオキシンが発癌に影響するかどうかは研究され



「祝う会」での、タン病院長、フォン博士、ドクさん、トエンさん(写真左から)



QUANG TRUNG COLLEGE 前で講演会を終えて参加者の皆さんと

ているようだが、政府の姿勢としては、むしろ「環境改善」の課題を優先に考えていると言った方が良さそうだ。

また、昨年8月には日本の大学関係者らとダイオキシン被害の調査活動を行おうとしたところ「中央政府の許可があれば良いが…」と断られてしまったという。また、もっと以前にはビンブクケンという地方に行き「地方の役人にインタビューをしたい」と申し出たところやはり理解が得られず別の場所に行くなど、必ずしも調査をしやすい環境(条件)はそろっていないようだ。

原爆症の問題も含め、ベトナム政府としても協力はしてくれるのだろうが、枯れ葉剤の問題だけではない多くの優先課題を抱えており、また、この研究には莫大な費用がかかる事からなかなか進展はしないのだろう。

それでも今でもボランティアで赤十字などと協力しながら枯れ葉剤についての調査活動を続けてはいる。(日本の研究者はなかなかすぐに成果が現れないためか、積極的に研究しないという事も話されていた。)

2008年8月にはアメリカに行って、14,000人の医師の前でこの問題について講演を行い、その中で決議案を出して、枯れ葉剤を製造した製薬会社に対して署名を提出するという前向きな結果も出されている。アメリカも「環境を良くする」という点では、協力をしてくれるかもしれないとの事

だった。

また、昨年5月15日には下院で演説を行い2年分の研究予算として6億円をつけてもらう事が出来たとも言える。

今もなお「枯れ葉剤の問題」を国際的視野で問題提起を続け、ご自分自身もまた、ボランティアで、各地を回り、事実を調査し続ける活動の意義の大きさを実感しながらお話を終えた。

この項の最後に、フォン博士やツズー病院勤務医から伺った、ベトナムの医療の現状について触れておく。

まず、医療保険加入者は公務員や会社員などに限られ、国民の60~70%にあたる農民は無保険状態のため、農村地帯や貧困層には「医療」が広がっていないと言う問題があげられた。定年退職者もまた医療保険の保障はなく、農民や貧困層や高齢者は、病院にはかからず、例えば漢方薬などで治療するというような事が当たり前になっているようだ。

しかし、都市部の大きな病院は全て公立で保険加入者は10割給付で治療が受けられるという日本にはないすばらしさも持っている。また、医療に関する財源は個人の税金ではなく全て法人税などがあてられているという点も特筆しておきたい。

しかし高額所得者はよりきめの細かい治療を求めて私立病院受診を希望する人が多いというのも、先ほどの農村など無保険者との受療権の格差を感

じるところである。

医師問題に関しては、ベトナムでもやはりかなり忙しく、24時間以上勤務する事は無理なので、そうならない体制が組まれているようだ。また、訴訟問題が起こるとしたら、私立の形成外科など保険がきかない治療分野になるため、小児科・産婦人科・外科になりたがる医師が圧倒的に多いと言う事であったが、ここでも日本との大きな差を感じた。

今や保険料も含めて患者の負担が大きくなるばかりの日本の「皆保険制度」ではあるが、ベトナムに比べると多くの人々を救える医療保険制度と言えるのかもしれない。

2. 看護専門学校 (QUANG TRUNG COLLEGE) を訪ねて

約400名の看護学生さんを前に、わずかな時間だが、高齢者問題について語る機会を得た。参加している学生に問いかけたところ、祖父母との同居率は約30%で、私の予想に反して低い気がした。まだまだみんなが若いせいか、「高齢者問題」と言ってもまだピンと来ないというのが現実なのだろう。

むしろ、彼女たちが目を輝かせて語っていたのは、「私も是非日本に行きたい！」との意思表示だった。

学生の中にはすでに何年か日本の施設で研修してきたという経験を持つ人達が、数名おり彼女たちは、「もう1度日本に行きたい！是非、また、行ける為の授業をしに来て欲しい」という熱気のようなものすら感じた。

また、式典に参加していた政府文部省の方からは、「介護の人材がたりない」「介護の人材を送って欲しい」という要請が多く寄せられている。人手不足と言われているだけに将来は明るい仕事だ

と言える。特に身体に関わる（触れる）仕事だから、十分な語学力をつけて、各国からの要請に答えられるよう頑張っ欲しい」との挨拶が寄せられていた。

おそらくベトナムにとっての介護問題はこれからの課題だろうが、1つは、ベトナム国内における介護技術者の要請という問題と、もう1つは海外からの要請に応えられる介護技術者の要請という2つの視点が求められている事が感じられた。

現に日本の介護施設には、東南アジアからの介護職員が受け入れられつつある。そして、私が触れた学生さんたちは、口をそろえて「是非日本に行きたい！」と目を輝かせている。

各国が平和的な国際交流・人材交流をとおして、福祉・介護分野に進出しあう事は、決してマイナス面ばかりではないだろうが、何と云っても「安上がりな労働力の流通」に荷担することのない技術者養成が大切になっていると感じながら、報告を終える。（関山美子 せきやま よしこ、船橋市北部在宅介護支援センター センター長）

V むすびにかえて —今後の課題—

私たちの取組みは、文献資料だけに頼るのではなく、足でのベトナムの解明である。それだけに、客観性に欠ける面もある。しかし、紹介というレベルではなく、交流の中で知りえたことである故に、価値があるということかもしれない。

今後は、Ton Duc Thang 大学の介護福祉学科発足の援助や、地域（ホーチミン市）の現地調査を行う。またダイオキシン被害の現地調査も、来年には始める予定である。これらを通して、さらにこの課題を深めていきたい。

フランスの「人体の不思議展」に中止判決

石塚 秀雄

0. はじめに

1995年以来、世界各地で開催されている「人体の不思議展」は、すでに3000万人が見学している。日本でも各地で開催され、当研究所を含め一部から開催について疑義と反対が起きている。フランスにおいても「人体の不思議展」反対運動が取り組まれている。その特徴は反対運動側が裁判を起こして差し止めたことである。2009年4月21日にパリ小審判所で中止判決がだされ、被告の主権者側が控訴して同4月30日にパリ控訴院（高等裁判所）が再度中止判決をだした。フランスでは軽度の問題については短期間で裁判を行う制度があるためである。これはフランス国内で、リヨンやマルセイユで開催され、パリにおいて2009年2月から開催されていたことにたいして、人権団体などが告訴し、展示会開催者から控訴されていた裁判で、中止判決がだされたものである。フランスにおける経過について、いくつかの資料の内容紹介を行う。なお、雑誌掲載の都合上、翻訳は全訳ではなく、要約した部分訳である。資料における【 】は訳者補注。

1. 「中国への連帯、死刑反対会議 (ECPM)」による「人体の不思議展」反対文書 (2009.2)

【ECPMはフランスのアソシエーション法(1901年)に基づく団体で、世界における死刑反対運動を行っている。世界における市民の民主主義、自由、公正の推進を目指す。世界の88のNGO、その中には国際アムネスティ、国際人権委員会などを含む死刑反対世界協力組織を作っている。「中国への連帯」もアソシエーションであり、中国の民主化運動の支援活動を行っている】

www.abolition.fr、 www.worldcoalition.org、 www.solidarite-france-chine.net

(1) 「人体の不思議展」の中止を求める理由

世界のあちこちで「人体の不思議展」が開催されて、3000万人以上が見学している。その事業高は巨大である。最初の「人体の不思議展」は1995年にギュンター・フォン・ハーゲン博士が開催した。その成功で2億ドル稼いだ。それで真似をするところが出てきた。サンフランシスコ、韓国、台湾その他。そこで展示された人体はほとんどが人権を無視して作られたものである。教育の名目で人権を無視してよいのであろうか。

展示された人体は、多くの死体から組み合わせられたものである。心臓、肺、腎臓、肝臓などを寄せ集めて「美しい人体・骸骨」に仕上げている。これらの人体や器官はどこから調達したのか？フォン・ハーゲン博士は、それらの人体の多くが中国で死刑となった人々のものであることを否定はしていない。中国では毎年6000人が死刑となっている。また死刑囚から人体臓器売買のために、臓器を取り出していると言われ、腎臓は6200ドル、肺は15万ドルで「市場」で売られている。

香港の解剖学技術財団などは、「人体の不思議展」を科学的、教育的目的に合致しているというが、「人体の不思議展」は、教育的、非営利目的でもないし、科学研究目的でもない。

「人体の不思議展」は、死体の出所の証明書も提示しない、つまりドナーが誰なのかもわからないものであり、商業営利目的なのである。驚くべきことに、人体の輸入に際しての通関手続きなどがなされていないのである。

これらはフランスの民法および刑法の違反である。死体展示の商業化は、倫理的道徳的な侵害であるばかりでなく、また臓器売買営利市場の問題

とも関連している。フランス法からすれば、人体を生体であろうと死体であろうと、営利目的で取り扱うことは許されない。民法第16-1-1条は「人体の尊厳は死んでからも継続する」とある。刑法もまた、第225-17条で「いかなる仕方であれ、死体の尊厳を傷つける者は、懲役および15万ユーロの罰金とする」と規定して死者の尊厳を守っている。

フランスでは2つの「人体の不思議展」開催請求があったが、国家倫理諮問会議の意見によって開催許可は下りなかった。意見の中では「第二次世界大戦における強制収容所での死体取扱いを思い起こさせずにはいられない」ものと記されている。「人体の不思議展」の死体展示は個人が誰だか明示されておらず、また明示することは人権に関わる、としている。「したがって、このような展示は、人権倫理の観点からふさわしくない」としている。

展示団体は、教育的な観点を強調している。しかし、教育は知の伝達のための方法と実践である。だから「教育は単に展示するということであってはならない」。また、プラスチックや樹脂の臓器や人体で十分である。「一般大衆むけの教育としては、決して本当の死体に頼ってはならない」。

(2) 人体を営利目的で利用してはならない

死体を営利目的化してはならない。展示会では「ユニーク」とか「本物の人体」などと強調した宣伝がなされた。フランスにおける「人体の不思議展」の主催者は商売目的を隠さず、次のように言っている。「この展示会では200万ユーロの収入があった。リヨンでは11万人の入場者、マルセイユでは3万5千人、パリでは最初の1週間で1万人が来場した。中止となった2つの展示会では30万人がくると計算していたのだが」。入場料（拝観料）は場所によって異なったが、7ユーロ、10ユーロ、15ユーロなどであった。

展示団体はまた、フランスにおいて、移植用の臓器寄付を促進するためにも、死体に対するタブーを打ち破るべきだと主張している。しかし、死体の出所も明示せずに、法で定めている人権擁護に違反しているのに、どうしてそのような主張をしているのであろうか？ またそれなら展示され

ている臓器をどうして病気移植のために使わなかったのであろうか？ 彼らの意見は、死者の臓器は治療と学問目的以外には絶対使用してはならないという医療法の規定にも矛盾している。仮に展示された人体が寄付だったとしても、医療のために使われるべきであり、骸骨踊りのような、センセーショナルな仕方、商業目的で展示されるべきではない。もっともらしい理由などを決してつけるべきではない。

2. 「人体の不思議展」開催に裁判所が中止命令(2009. 4. 21)

パリ大審裁判所は、リヨンの展示会以来、審議されていた「人体の不思議展」の開催を、人権侵害として、パリで開催予定の展示会の中止の判断をした。裁判所の決定によれば、「専門家と行政による第三者委員会より、人権侵害との決定がなされ、1日遅滞につき2万ユーロの罰金が科された」。これは5月から8月にかけて2カ所（マドレーヌ展示会場、バルクフロラル）で開催予定だったものである。17の人体を展示する予定であった。

主催者は「アメリカでもその他ヨーロッパでも、20カ所くらいで開催されており、中止させられていないのに」と不満を示した。展示会の宣伝文句は「わくわくすると同時に芸術的であり教育的」である。

展示人体の出所と誰だかが不明であること、商業目的であること、学問目的でないことが理由としてあげられている。

国家倫理審議会は次のように述べている。「とんでもないことである。人体は死後、ただ学問的観点から利用されるべきものであり、同意が必要である。フランスでは本人の同意なしには、そうしたことがあってはならない」。

国家倫理審議会は次の点を指摘している。

- 一 人体の商品化は、フランス人の権利の侵害であり、展示会が商業目的であることは明らかである。
- 一 開催目的が明確でない。
- 一 人体展示は見せ物業である。
- 一 「第二次世界大戦のときの強制収容所の死体取扱いを思い出さざるを得ない」

— 「人の死を、この世に匿名化して取り扱うことは、あるべき人間の尊厳を損なうものである。展示された人体は個人ではない。寄せ集めて作られている。人体の抜け殻に配慮欠いたやり方で展示することは文明社会で行うことではない。展示が倫理的な観点にかけていることは明らかである。

3. パリ控訴院決定(2009. 4. 30)

「アンコール・イベント社」は、2009年2月12日から5月10日まで、パリのマドレーヌ展示会場において、「人体の不思議展」を、教育目的学術目的として開催するとした。「中国との連帯」アソシエーションおよび「死刑反対会議」アソシエーションからパリ大審院に訴えがあり、2009年4月21日付命令によって、本件提示会の中止が決定された。

裁判官からは次のような指摘があった。

- 「アンコール・イベント社」に対して、パリのマドレーヌ展示会場での中国由来の死体と解剖片の展示は差し止める。命令実行遅滞1日につき2万ユーロの罰金。
- 同社は死体および解剖片のリストを法務官に提出すること。遅滞1日につき同額の罰金。
- 同社は、本件について訴訟(控訴)を起こしたことにより5万ユーロの罰金。
- 同社は、訴訟費用を負担しなければならない。同社は決定を不満としてさらに控訴。

民法16-1-1条では次のように明記されている。「人体の尊厳は死後も継続する。すなわち、死者の遺骸および火葬にふされて遺灰になっても、尊重され、尊厳と丁寧に取り扱われなければならない」。

これは公共の秩序の措置に関わることであるから、立法機関は生きた人体および遺体に対する保護を規定し、またそれらが侵害されざることがらであること、絶対的な尊厳があること、あらゆる人間社会で基本的な原則であることを認識する。この保護と理念は、学術目的または教育目的に遺骸を利用する場合でも例外ではない。

この尊厳に関して、葬儀社や宗教的儀式または異なる文化における儀式に関わること、墳墓から

ミイラを取り出し博物館で見学させること、聖遺物を展示することなどは、公共の秩序を乱したり、人々の憤激を引き起こすものでない限り、排除されない。現代科学に貢献する学術分野についても同様に拡大解釈され、専門家・学者に対してだけではなく、人々がその知的認識の増進に対する関心を高めるためにそうしたことに関わることができ

る。「人体の不思議展」は、人体を展示して、各種スポーツの格好をさせたり、身体的な活動に沿った内部機能の展示をしている。この目的のためにこれらの人体は部分的に、開かれ解剖されている。

これらの人体の多くが中国から調達されているのは明らかである。「アンコール・イベント社」は、香港の「解剖科学技術財団」による許可を受けていると明示している。

死体の保護、死体の尊厳のために、展示された死体が合法的根拠をもつのかどうか、生前に自分の死体の利用についての同意を得たのかどうかを明らかにされなければならない。

「アンコール・イベント社」は、それらの人体や器官は、同財団に所属する医学団体からの匿名の慈善的寄付によるものであると主張している。同財団は「すべての寄付者(またはその家族や後見人)は、譲渡された人体は解剖用であり医学研究のためのものであると、明確に提示されている(人体保存方法について情報を受け取っており、一般大衆の教育のために使われることを知らされている)」との証明書を添付している。さらに財団は「個人情報に秘密でなければならないから、決して公開されてはならないことを、財団は寄付者に保証する」と明記している。まさに、結果的に財団は寄付者(死体)が誰だかを明らかにすることはできない、というわけである。

したがって、人体の出所とその同意がされているのかを明らかにするという点では、財団の証明にはまったく根拠がなく、財団はもっとまじめに真摯に取り組まなければならない。

「アンコール・イベント社」は、次のような資料を提出した。

- 財団の説明文。【責任者の】署名が判読できないことが記載されていない。
- 財団の学術委員会委員長のエンファ・ユ医学

博士の履歴書（本人署名なし）。

— 説明文の要約。アメリカのワルター・ホフマン医師の但し書きあり。同医師は、アメリカでの「人体の不思議展」の学術医学コンサルタントである。彼によれば、訴訟対象となっている標本は、中国とアメリカの法律に基づいて取得されたものである。

財団の信用性とまじめさを示すものは見いだされないし、説明文の署名も判読できない。

「アンコール・イベント社」は証明できていない。しかし、人体の出所についてそれが不正でないこと、認定された死者の同意書を示す義務があり、また財団の信用性と由来などについて明らかにする義務がある。

当該展示会は、民法第16-1-1条に違反した条件と内容で組織されている。

したがって、「アンコール・イベント社」の展示は禁止される。同社は「死刑反対会議」と「中国への連帯」のそれぞれのアソシエーションにたいして、民事訴訟法第700条に基づき、3,000ユーロの支払いをすること。

民事訴訟法第699条に基づき、裁判費用は「アンコール・イベント社」が支払うものとする。

4. 民法の規定

展示会中止判決の根拠となった民法第16-1-1条は、民法第1編の第2章「人体の尊厳」の第16条のなかの条文である。以下、第2章第16条(第10項から13項目は第3章と別立てで遺伝学実験に関わる規定であるので割愛)を示す。

「第16条 法は人間の優先性を保障し、人間の尊厳に対するすべての侵害を禁止し、誕生以後の人間存在の尊厳を保障する。

第16-1条 各人はその身体が尊重される権利を持つ。人間の身体は不可侵である。人体、その一部、その生産物は、所有権の対象とならない。

第16-1-1条 人体への尊厳は死後も消滅しない。死者の遺骸および火葬に付された人体の遺灰もまた、敬意、尊厳、品位をもって取り扱われなければならない。

第16-2条 裁判官は、人体に対する不法な侵害や人体の各部位やその生産物、および死後に残さ

れたものにたいする不法行為を、禁止または中止させるためのあらゆる措置を定めることができる。第16-3条 医療の必要上または他人の治療目的のための例外的理由のため以外には、人体の全体性を侵害してはならない。当事者の同意を事前に得なければならない。ただし、治療的措置のために必要な状態で、直接的な同意がなされていない場合は除く。

第16-4条 人間存在の統合性に対する侵害はいかなることも許されない。人間の選別のための組織にたいする優生学的な行為は禁止される。生きて人間および死者と同じ遺伝子を持つ子供を誕生させる目的の処置はすべて禁止される。遺伝子的病気の阻止または治療のためを除いて、子孫を修正する目的でのいかなる遺伝子的な転換措置も禁止される。

第16-5条 人体、その一部その生産物にたいする所有権的な協定は無効である。

第16-6条 人間、肉体のサンプル、その生産物に対する実験を許された人に対しては、いかなる報酬も支給されない。

第16-7条 他人の代理で生殖妊娠する協定はいかなる場合も無効である。

第16-8条 身体の一部やその生産物を寄付した者、およびそれを受け取った者が誰であるかについてのいかなる情報も、漏らしてはならない。ドナーは受け取り側が誰であるか、また受け取り側はドナーが誰であるかを知ることができない。治療上必要がある場合、ドナー側と受け取り側のそれぞれの医師は、彼らが誰であるかの情報を受けることができる。

第16-9条 本章の規定は公的秩序のためのものである。」

第16条は、もともと死体の取り扱い、優性治療、臓器移植、遺伝子治療などについての規定である。この第16-1-1条は、2008年12月19日付の「埋葬法」改正に伴って、新たに挿入された条文である。土葬中心から火葬中心に移行することに対応した改正であった。したがって、「人体の不思議展」などを想定したものでは必ずしもないが、偶然ながら、この問題に対して適用され解釈された条項となったわけである。

5. 一般の反応

新聞「フランスソワール」のサイトで、フランスで行われた「人体の不思議展」のビデオを見ることができる（www.francesoir.fr）。瞥見する限り、人体標本は、皮を剥がれた状態で人体内部が見える状態で、チェスをしていたり、自転車に乗っていたり、スポーツをしていたり、様々なポーズを取らされている。また人体の胴体のスライスが展示されたりしている。明らかに、これらの人体は、一人だけでなく、いろいろなパーツを組み立てて一人の人体にしていることが見て取れる。

新聞「ルポワン」で展示についての読者の意見として次のようなものが載っている（2009.5.11）。

a. 文明国の決定だ。自分の身体が同じように展示されたらイヤだ。フランスは人体をそんな風に取り扱ってはならないと定めている最初の国だと思う。展示は蒙昧主義でしかない。（男性）

b. 人間への侵害だ。検死などは専門家にまかせるべきである。これをみたいという人は品が悪いことを自覚すべきだ。（匿名）

c. ファラオならいいのか。中国人がいけなくて、エジプト人のミイラなら目的が違うからいいのか。（女性）

d. 見て良かった。人体がわかったしそれは美しかった。人体を遺贈してくれた人に感謝する。展示会を再開してほしい。みんなまじめに見学していたと思う。子供もショックを受けるというよりもまじめな質問をしていた。（女性）

e. 医学生の見見。フランスでは死体解剖はあんな風には行わない。献体は医学医療の進歩のためになされるものである。1994年の生命倫理法では人体を営利目的に利用してはいけないと定めている。人体は他人の所有物ではない。（男性）

f. 中止に賛成。全体主義国家の犠牲者の皮剥死体でお金を稼ぐなんてとんでもない。いまは3Dなどで立体画像を見ることができるのだから。（匿名）

g. 問題なし。2年前にカナダのモントリオールで展示会を見た。騒ぎもなくのぞき見趣味もなかった。誰も写真を撮らず、尊敬をもって静かに見学していた。自分たちの人体機能を見て驚いたが、知る上では非常によい展示であった。（匿名）

また雑誌「フランスカトリック」は、つぎのような記事を載せている（要約、2009.3.2）。

リヨンやマルセイユで開催してパリで開かれている「人体の不思議展」に対しては、人類学博物館、科学館、全国倫理審議会（CCNE）などが反対を表明している。主催者のパスカル・ベルナルダン、もともとロックコンサートのプロデューサーであるが、展示会が商業目的であることをかくそうともしていない。インターネットで宣伝をしている。その中でパリ病院の外科医O.ガギー先生は、「見学すれば人体についてまったく見方が変わる。膝関節を手術した人が、見学して役に立った。」と話している。また宣伝ビデオでは、古代エジプトのミイラを展示しているのと同じだと言っている。しかし展示会のはぞき見趣味以外のなにものでもない。主催者は医学や教育という大儀名分を言っている。

見学したジャーナリストたちの意見としては「恐怖の博物館」だという指摘がある。人間の皮だけの展示もあるが、そのどこが教育的なのか。それはポルノグラフィに似ている。主催者は「アウシュビッツ財団」専務みたいだという声もある。入場に年齢制限がないのも問題だ。

たしかに「人体の不思議展」は人をたくさん集めた。アメリカでは300万人が見た。フランスでは30万人が見た。科学館のF.オウベル館長は「人間の姿はこんなわけのわからないものではない。展示会は科学や教育の名を借りたのぞき見主義でしかない。人間をこのように『固定化』して展示するのは人間の尊厳の侵害である」と非難している。

6. 医師会の反対表明

2009年4月29日付で、フランス全国医師会会長名で見解を発表した。以下のとおり。

「人体の不思議展」について

会員各位

皆様に「人体の不思議展」についての医師会の見解をお知らせします。この展示会は、実物の人体と臓器を公衆に展示してきました。

人体およびその機能についての知識は、人々に基本的な利益をもたらすものです。

にもかかわらず、展示者たちの特徴、展示会の

商業性、および展示人体と解剖片の出所について重大な疑問をわれわれは持つので、医師会としては、最大限の反対を表明するものです。

人々が人体解剖、とりわけ医学的新技術についての知識を持つための別の手段が存在しており、それはますます整備されつつあります。人間的存在についてはあるがままに認められ、その尊厳と尊敬は侵害されず、死後にも本人に適用され続けるものです。 敬具

会長 ミッシェル・レグマン」

7. おわりに

臓器移植などを所管するフランス国立生物医学局も「人体の不思議展」については懸念を持っている。展示されている17人の「人体」と人体片は、17人にとどまらず、何人のものが使われているのかは不明である。香港経由とのことだが、「人体」の全部が中国出自のものであることは疑いないとのことである。したがって、この問題は、中国での臓器移植「市場」が国際的に人権問題として取り上げられていることとリンクしているのである。明らかに東洋人の風貌をもったそれらの人体が見せ物になっているのを見ると、東洋人としては一抹の寂しさを禁じ得ない。もし、これらの展示された人体とそのパーツが日本人のものだとしたら、はたして日本社会の反応はどうであろうか。人権は人類一般に適用されるのであって、日本人にだけ適用して考えるものではない。

フランスでの「人体の不思議展」反対運動は、医療倫理、生命倫理、人権、臓器移植倫理問題、医療と営利性などの問題とも関連していることを明らかにした。開催阻止のために裁判を起こして、法的にも反対の根拠を明らかにするという取り組みは、「理性の国」のフランスのものだともいえよう。また医師会などが明確な反対を表明しているのも日本とは異なる。

日本では各地の少なからぬ医療関係団体、教育委員会、識者が「人体の不思議展」に協賛している。まさに、フランスの主催者同様に「医学的、教育的目的」という大義名分に短慮のために乗ったものであろう。死体取り扱いの法的位置づけ、臓器移植、遺伝子治療などに関する日本の法制度

体系から見ると、「人体の不思議展」はどのような法的解釈ができるのであろうか。識者のいっその議論を待ちたい。

また見学した一般大衆においては、さまざまな主観的な意味づけ（悪趣味だとか、勉強になったなどの感想）をしていることは、フランスでの反応を見ても明らかである。いわゆる「のぞき見趣味」とか「好奇心」とかについては、昔から常にあり、西洋でも日本でも「見せ物小屋」などで異形の者や奇形の者を登場させて人を集めたということがあった。しかし、それらには「教育的」とか大義名分を掲げていたわけではなかった。いわば商売あるいは生計のためにやっていたのである。営利事業それ自体が悪いわけではない。20年前ほどの映画「エレファントマン」は異形の者を見せ物にするといった問題がテーマであった。現在では、人権意識も高まり、そうした「見せ物」が容認されることはない。

今回、フランスにおいては、営利であっても（おそらく主催者側に明白な悪意があるわけではなく、考えが足りないだけなのであろうが）そうしたことが許されないという法的判断形式が示されたのである。しからは、非営利を装って「人体の不思議展」のようなスペクタクルを開催することは許されるのであろうか。それは、非営利組織は「社会的共通益」を実現するものだという含意を悪用したものである。そもそも非営利組織がこうした展示会企画を立てる動機はない。それはフランスで言うところの「悪しき啓蒙主義」であり、偽善である。また公的機関が同様の「展示会」を開催するであろうか。法と基本的人権、公益を守るという立場から、これもまたあり得ないであろう。今後も「ニセ公益」や「ニセ非営利」を装って、営利目的の事業をするということが増加するにちがいない。単純な区分けではなく、問題の是非を明確にした判断が人々に求められる。

フランスにおける判決は、そうした問題点を整理したものである。日本においても「人体の不思議展」が引き起こした様々な問題を議論し学んでいく上で、フランスにおけるこの問題の経過は参考になると思われる。

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

9 市場型医療とファシズム

野村 拓

41. 繁栄と貧困、そして人口流動

繁栄はその対極に貧困を生むが、それだけではない。繁栄はグローバルな誘蛾燈となって、移民の流入をもたらし、さらにひしめき合った貧困の重なりをもたらす。

『輸入する貧困』

☆Philip Martin: Importing Poverty. (2009) Yale Univ. Press.

の扉には、「移民は不幸の申し子である」という文言が掲げられているが、日本からの「口減らし移民」について、次のように書かれている。

「(カリフォルニアには) 1901年から1907年にかけて13万人ほどの日本人がアメリカに到着したが、その半数は農業労働者となった。」欧米からの移民も多く「1900年から1914年にかけて、アメリカに入った1,200万の移民のうち、カリフォルニアには10万人しかやってこなかった」などと書かれてある。もちろん、メキシコ国境を越えて流入する合法、非合法の移民は多く、アメリカという誘蛾燈につられて労働力の国際流動が活発化するのである。

『北米における貧困と貧困緩和戦略』

☆Mary Jo Bane 他編: Poverty and Poverty Alleviation Strategies in North America. (2009) Harvard Univ. Press.

の表紙はメキシコ山岳地帯で牛に地面を掘らせて種を播く農民の写真が使われているが、石ころだらけの痩せた土地を見限って、どこかに新天地を求めたくなるような写真である。労働力の国際的流動と、国境を越えた資本の活動とは表裏の関係にあり、いつとはなく「グローバリゼーション」という言葉で、これらを表現するようになった。

最近出された教科書的な本

『グローバリゼーション小史』

☆Jürgen Osterhammel 他: Globalization, a Short History. (2005) Princeton Univ. Press.

では、次のような時期区分が採用されている。

・1750-1880: 帝国主義、産業化、そして自由貿易

・1880-1945: グローバル資本主義とグローバル危機

帝国主義とグローバル資本主義とをどう区別するのか、という気もするが、多分に気分的な言葉であるグローバリゼーションを「いかにボトム・アップするか」という視点からとらえたのが『ボトム・アップからとらえるグローバリゼーション』

☆A. Coskun Samli: Globalization from the Bottom Up. (2009) Springer.

である。ここで「ボトム・アップ」が強調されているのは、いわゆる先進諸国の「国民国家的どん底レベル」が「グローバル・どん底レベル」に吸引されつつあることがわかったからだろう。なお、この本では途上国に貧困をもたらす元凶としての戦争や軍・産複合体のロッキード・マーチン社をとりあげ、そのもうけ「the earning」が2003年度で11億ドルにのぼることを指摘している。また軍・産複合体に対する政治的、行政的コントロールの難しさを示した本(論文集)として

『社会科学と軍事』

☆Giuseppe Caforio 編: Social Sciences and the Military. (2009) Routledge.

が出されている。

42. 「専門化」と市場型医療

——雑誌 Medical Economics——

ところで、グローバル化への起動力を持ったアメリカは、国際的流民を引き寄せる誘蛾燈であり、軍・産複合体の本拠地でもあった。貧困を輸入し、戦争を輸出して富を蓄えつつあった国の医療はどうであったか。この点については32話、34話でもふれたがひと言で言えば「市場型医療」であったが、その前提条件は医療が治療的実効性を持つことであった。

病院が「死を待つ隔離・収容施設」に過ぎなかったころ、中流以上の人たちは病院など相手にしなかった。開業医の往診を受け、Private Duty Nurseを雇って病気に対応した。しかし、医療技術革新によって、病院が「治療の場」としての実効性を持つようになって、患者も医療関係者も変わった。

患者はメイヨー・クリニックで行われるような医療を求め、医師は専門性を追求し、看護婦は家政婦的看護から病院看護中心にシフトされた。次話（43話）で述べるがアメリカにおいて病院勤務の看護婦が看護婦全体の中でマジョリティを占めるようになったのは1930年代とされている。

1923年創刊の Medical Economics 誌は、市場型医療の申し子として発展した。ということは、社会保険的規制のない診療行為の場合、医師は自由裁量で患者に診療費を請求できるが、その場合でも、おのずから「相場」のようなものがある。Medical Economics 誌は、統計的調査にもとづいて、その場合の「相場表」のような役割を果たして来たわけであり、ドイツや日本における社会保険診療の点数表が、アメリカの場合は「相場表」としての Medical Economics 誌だったのである。そして、アメリカにおいて「専門医化」が進行した1930年以降、診療科別の相場表として、ますます重要な役割を果たすことになった。

「32話」での、アメリカ医療費委員会 (CCMC) 調査報告の場合は、「一般医」「専門医」の中間に「部分専門医 (Partial Specialist)」をもうける3分類があったが、間もなく、「部分専門医」という言葉も存在も消滅し、医師の選択の問題として「一般医か「専門医」か」という問題が持ち上がった。

Medical Economics 誌の統計は、伝統的に Median (中央値、中位数値) を採用しているが、1931年の診療科別純収入を多い順に並べれば、外科8200 (ドル)、眼科7588、放射線科7147……皮膚科4825、理学療法科4650、麻酔科4493となり、ここで水があいて「一般医」(G.P.) 3660となっている。

この統計は専門医志向を促進することになるが、その後は診療科別の医師の需給関係、医事紛争裁判の増加による医療過誤保険の保険料の高騰などが複雑にからみ、歴史的紆余曲折がみられる。

43. ハリウッド映画「白衣の天使」(1936)

——看護婦のイメージづくり——

1930年代はアメリカ看護史にとってひとつの節目であった。1900年代の初めには、看護婦の9割は在宅・訪問看護 (Private Duty Nurse などの形で) に従事していたが、その後、病院看護が急激にウェートが増し、病院看護婦数が在宅・訪問看護に従事する看護婦数を上回るようになったのが1930年代である。

その背景には、さきに述べたように医療技術革新により、隔離・収容施設としての病院が「治療の場」としての病院に変身し、多くの専門看護婦が必要とされるような状況があったからである。

また、この時期は、ヨーロッパもアジアも戦争前夜の緊張をはらんだ時期であった。そして、この時期に、クリミア戦争時のスクリバの野戦病院でランプをかざして病棟をまわるナイチンゲールこそ病院看護の象徴とするハリウッド映画「白衣の天使」がつくられたのである。

この時期、映画は大衆文化を支配していたが、「白衣の天使」はロサンゼルスでのアメリカ看護協会 (ANA) の集会に合わせるような形で、同地で封切られた。それ以前にも、ANA は機関誌でこの映画を公式に推薦し、広告も掲載した。

映画そのものはナイチンゲールの伝記的なものであり、その伝記としての正確性にはいろいろ問題があったが、メディアを通じて看護婦のあり方を示した点で画期的であったと言える。『看護婦はどう見られてきたか』(アン・ハドソン・ジョーンズ編著、中島憲子監訳、1997、時空出版社) は、この映画のディテールをあますところなく伝えている。

“看護は教会から生まれ、軍が育てた”と言われていたが、戦争前夜の時期に、看護婦が持つべき（宗教的）献身性のあり方を示したものと言える。問題は「イギリス300家族」に数えられるというナイチンゲール家の財力、政治力が可能にしていた事項を「献身」でおきかえているのではないか、ということであり、この点について前掲書は「ナイチンゲールが成功したのは、彼女が強靱な実際の精神の持主で、組織と管理の天才で、政治的な策士で、強力で独断的な女性で、トラブルメーカーだったからだ。」と斬っている。

映画という新しいメディアで、ナイチンゲールをとりあげた1930年代は、アメリカ看護史の上でも区切りとなる時期であった。

『アメリカ看護の歴史』

☆Deborah Judd 他：A History of American Nursing. (2010) Jones & Bartlett.

はアメリカ看護史をクリアカットに時期区分した本だが、1930年代の特筆すべき事項として、「多くの看護学校で標準的なカリキュラムが採用されたこと」(1932—33)を挙げている。

アメリカの「市場型医療」は消費能力を持った富裕層を対象として技術的展開を示したが、消費能力を持たない階層はカヤの外に放置された。1935年の社会保障法も「医療抜き」の社会保障法であったために、アメリカの医療史は、今日言うところの「無保険者」の歴史でもあった。

『アメリカの無保険者危機』

☆IOM (医療研究所)：America's Uninsured Crisis. (2009) IOM.

には州別無保険者の割合を濃淡で示したマップが載っているが、カリフォルニアや南部諸州に無保険者は多い。

欧州諸国や日本のように、公的医療保険や医療保障という枠組みと折り合いをつけながら医療技術が発展した国とちがいで、市場経済の下で高度(高額)医療技術が野放図に発展した国で、これに医療保障的な規制の網をかぶせるのは、なかなか難しそうである。いいかえれば、医療技術と医療保障との折り合いをつける歴史的機会を何回か逃した姿が、今日のアメリカの無保険者問題といえよう。同時に医療保障という国民国家的枠組みが、やたら強化され、しかも、国家が戦争を目指す

きに、医療はどうなるか、という視点も必要であり、これを日、独両国について、検討してみることしよう。

44. ヒトラーの社会政策

——国家に対する「有用度」次第——

1936年のベルリン・オリンピックはナチ党の宣伝オリンピックであった。そして競技の模様を映画化した「民族の祭典」や「美の祭典」は絶大な影響力を発揮した。ここでいう「民族」とはアリア民族であり、「美」は「強者」であった。国家に貢献する「強者」は「美」であり、「弱者」は「醜」であった。

1934年7月3日公布の「保健衛生行政統一法」の基本的な考え方は次のようなものであった。

「国民ひとりひとりの価値を、国家に対する有用性の程度によって測るというのが、国家社会主義の原則であり、この原則をさらに徹底させるためには、国家的規模で統一された保健医療体系の建設が急務である。遺伝的に健全であるか、生殖能力はあるかないか、各種労働能力はどの程度であるか…等々国家的立場から見た国民ひとりひとりの『健康価値の確立』が諸施策の前提となっており、また同時に、このような健康価値の確立を精細に行なうことは、統一的な保健医療事業によって可能である。」(野村拓：『国民の医療史—医学と人権・新版』1977.三省堂)

ヒトラーが政権を取ったとき、ドイツの疾病保険はかなりの赤字をかかえていたが、ヒトラーは短期間に赤字を解消してしまった。

その原理は国民・被保険者「価値ある要救済者」と「価値なき要救済者」ふるい分け、後者に対する給付を打ち切ったからである。ヒトラー時代の社会政策で、その対象とされたのは、妊産婦、乳幼児、青少年等、未来の戦力たりうるものであり、障害者や老人等、国家にとって「価値少なき人たちは対象からはずされただけでなく「遺伝健康裁判」によって「断種」が強制され、しかもその手術料として男子20マルク、女子50マルクを徴収した。

この断種手術（優生手術、日本では昭和初期に「滅種法」として紹介されている）が、ヒトラー

よりも約30年早く、アメリカで多分に人種的偏見にもとづいて実行されていることにも注目しなければならない。ヒトラーの場合は、「国家に対する価値」と、ユダヤ人等に対する民族的偏見との両方の視点で実行されたものである。そして、このような医療体制の根幹をなす「ナチス医師法」全文を独和対訳で紹介し「ナチス立法精神・整然たる法体系」と賛美したのが「日本医事新報」（1936.10.31.）であった。

この「整然たる法体系」の下で、いかに自殺者が増えているか、を示したのが『ナチ・ドイツにおける自殺』

☆Christian Goeschel: Suicide in Nazi Germany. (2009) Oxford Univ. Press.

で、これは第1次大戦後、連合国側の苛酷な賠償請求がドイツ国民の自殺を増やしたとして、ベルサイユ条約を破棄したナチ・ドイツが、結果的にはユダヤ人以外のドイツ国民の自殺を増やし、最後はヒトラー以下ナチ党幹部も自殺する、という物語である。

45. 国家目的と医療統制

——日本医療団設立、社会事業は厚生事業に——

日本の場合、戦時下の自殺についての統計資料はないが、国家が国民を痩せ細らさせたことは確かである。

ヨーロッパ諸国は第1次大戦で「総力戦」や、国民を「人的資源」としてとらえる国家政策を経験するが、日本も日中戦争（盧溝橋事件）以後、「総力戦」を経験することになる。

多くの無医村（約3000）を抱えたまま放置されてきた日本の農村は、食糧生産基地として、また兵力・労働力の給源として見直される形となり、主として農村地帯を対象とする国民健康保険法が1938年に、成立、施行された。また同じ年に発足した厚生省は軍中心の保健政策の遂行者となり、同年の国家総動員法によって医療要員の動員も進められるようになった。

戦力培養のために、一方で国民皆保険が志向され、他方では医療提供体制の国家統制が進められるようになった。1942年に在来の医師法、歯科医

師法や診療所取締規制などを包含する形で国民医療法、日本医療団令が制定、公布され、日本じゅうの医療機関のピラミッド型再編成が試みられた。

医療体系は「一般」と「結核」とに大別され、結核医療体系整備のためには、結核ベッド10万床（当時は1万6、7千床）を目指して結核療養所の建設が計画されたが、途中で、資材難、人材難のため簡易結核療養所（奨健寮）5万床計画に縮小された。

「一般」の方は、公立病院、民間病院、開業医をふくめての再編成計画であっただけに、摩擦、抵抗が多く、あまり進行しないうちに敗戦を迎えることになった。このあたりの事情を示したものが、次のような調査報告書である。

病院側曰く

「県市の衛生課長及課員は移動繁く、また医療機関に無理解なること多きが故に、公立病院の善用活用などは思いも寄らず」と。

管理者側曰く

「医師ほど我侪で金を欲しがり、心の汚きものは少ない」と。（日本医療団調査部：一般体系医療施設経理調査概況報告書・昭和18年4月）

この調査報告書には（秘）の印が捺してあるが、あまりに次元が低かったから捺されたのかもしれない。

しかし、日本医療団は全額政府出資の特別法人であり、戦争目的ではあったが、当時の政府は「医療とは国が金を出すもの」と考えていたことを確認しておく必要がある。

これに対して「社会事業」の方は「厚生事業」と名を改めることによって、社会的弱者の救済よりも、戦力たりうるものへの支援に重点をおきかえていくのである。1941年に「日本社会事業協会」は「日本厚生事業協会」に改編されるが、このときの改編・新発足の声明書には浦辺史、天達忠雄などが名を連ねている。

1930年代から第2次大戦にかけての時期は、医療史的に見れば、アメリカによって代表される「市場型医療」と日・独に代表されるファシズム型医療とが並存する時代であった。

（のむら たく、国民医療研究所顧問）

都立病院再編の現段階

石塚 秀雄

1. 都立病院再編の現状

東京都は2001年に「都立病院改革会議」に基づき都立病院再編を目指して、「病院改革機構」を設置した。これは当時の自民政権における新自由主義的理念に基づくものであった。現在2010年において、民主党政権に政権交代しているが、東京都の都立病院再編の方向は、予定どおりなんの変化するところなく、旧政権の時と同じ方針のもとに着々と再編がすすんでいる。また全国の自治体病院も同様に再編を迫られており、その現状のいったんは、本誌前号で概略示したとおりである（「公立自治体病院の現状と今後のあり方」）。

いわゆる地域医療崩壊は東京都においても例外ではなく、住民や患者団体などの公立病院の存続運動は各地で活発に起きている。しかし、そうした要求活動は、医師確保などのやりくりで急場を凌ぐという当面の課題に集中しがちで、病院経営問題の議論にまで進展することは少ない。それは利用者の立場から、患者の権利、社会保障権に主として論拠を置いて、地域医療体制の確保が焦眉の課題であることからして当然ではあるが、一方で「医療構造改革」の主張する経済性や効率性等の問題については、「十分な公的財源の配分は可能」という主張をもって対抗しているからである。この主張はもちろん根拠のあるものである。すなわち、2008年度の都立病院会計は経常収支は1370億円でそのうち病院自己収益954億円であり、一般会計繰入金417億円である。このいわゆる補填分を必要と見るか、あくまでも自立採算とするのかで、意見は異なるからである。東京都の全体予算からすれば、400億円が医療のために使われるのは良いか悪いかという判断があるからである。しかしながら、その議論と病院再編の動きとは必ずしも噛み合っていない。そして病院再編は自治体病院でも都立病院でも粛々と進行しているのである。ここでは、東京都がどのような意図をもつ

て再編を進めているのかを、資料をもとにして見ていきたい。

東京都の都立病院の再編整備の考え方は、2001年報告書によれば次のようなものである。各都立病院間で重複している医療機能を整理して、医療機能を集約する。大学病院や国公立病院、地域医療を支える診療所と民説に連携していくことにより、効率的な医療提供体制を築く」としている。今後の都立病院のあるべき姿としては、①行政手医療のウエイト、②提供している医療の高度性・専門性、③来院患者の地域性、④病床規模に着目して、「広域基幹病院」、「センター的機能病院」、「地域病院」と3つのタイプに分類する。あわせて各病院にとって望ましい経営形態の考え方も明確にする、である。そして広域基幹病院とセンター的機能病院に関しては、従来通り東京都が直接経営することがのぞましいとして、地域病院に関しては、将来的には完全な民営化を目指す、としている。

公営企業法適用病院に対しては「企業の経済性の発揮」と「公共の福祉の増進」の両立が求められている。これは病院事業の経営責任の明確化と自立的経営の強化を図ることを目的としている。これは経営責任を東京都から個別病院に移すという意図をもっている。

この報告書が出た時点の統計では都立病院全体としては赤字ではなく、黒字であった。しかし、一般会計補助金の削減などを目指すならば、経営形態の転換という議論も出てくるのであろう。

「行政的医療」とは、1.法令に基づき対応が求められる医療（精神科救急医療、結核医療、感染症医療、災害時医療）、2.社会的要請による医療（一般医療機関が提供しない分野の医療、高度医療、量的に不足している医療）、3.新規課題医療、だとしている。

都立病院の再編（8,289床、都内の6%）

現行種類	16	予定		移行法人形態
総合	墨東病院	広域	区部広域基幹病院	
総合	府中病院	広域	多摩広域基幹病院 小児総合医療センター	PFI、清水建設2490億円、平成18年
総合	大塚病院	区部	周産期・小児・リュウマチ医療センター	
総合	駒込病院	区部	ガン・感染症医療センター	PFI、三菱商事、1861億円、平成18年
総合	広尾病院	区部	救急災害医療センター	
総合	豊島病院	地域	地域病院・高齢者医療センター	公社
老人	老人医療センター			
総合	大久保病院	地域	区西部地域病院	東京都保健医療公社
総合	荏原病院	地域	区南部地域病院	東京都保健医療公社
小児	清瀬小児病院	小児 総合	小児総合医療センター	PFI、府中病院に属す
小児	八王子小児病院			
精神	梅ヶ丘病院			
普通	神経病院	広域	神経難病センター	
老人	多摩老人医療センター	地域	多摩北部地域病院	東京都保健医療公社
精神	松沢病院	広域	精神医療センター	PFI、735億円、日揮、平成18年
産院	母子保健院	廃止		

注：「財団法人東京都保健医療公社とは、東京都、東京都医師会、東京都歯科医師会が出資して設立された。
出所：東京都病院経営本部資料に基づき、石塚作成。

東京都は2003年に実行計画を作り、十分な審議もなく拙速にもPFI（民会税源投資）方式により、一部の都立病院のPFI契約を実施した。府中病院は清水建設が2490億円、駒込病院は三菱商事が1861億円、松沢病院は日揮が735億円で落札した。

2. PFI病院の問題点

東京都病院経営本部の文書では「患者」は「顧客」として扱われており、まさに営利的思考枠で医療経営が考えられている。都立病院という「公益」目的の中に「営利」目的が入れ子になっている状態といえる。病院建設資金を民間に出資してもらい、その代わり約30年リースでその資金を「行政」が事業の中から返済するばかりでなく（入札資金よりも大幅な金額になる可能性が大きい）、また経営決定権の多くも委譲するという仕組みに問題がある。日本の場合は、儲からないと見れば

撤退してしまうなど、すでに高知、福岡、滋賀の病院でPFI失敗の事例が生まれているので、日本型PFIの仕組みに欠陥があることは間違いない。

問題点としては、第一に、PFI入札が、ゼネコンのジョイントベンチャーのグループしか實際上応募できないことである。これは、医療PFIの分野のみではなく、地域開発PFIなどでも同様であり、地域コミュニティづくりにおいて、ゼネコン・銀行・商社などがワンセットになったグループ主導の地域開発が行われ、住民は「顧客」扱いになってしまい、住民参加が著しく疎外されることになる。第二に、事業収支管理が特定目的会社（SPC）の手に移りサービス等をリースしてもらっている行政などは「報告」を受けるという立場になることである。もちろん、監視監督機能はそれなりにあるが、契約上の問題もあり、強い強制力がないことは高知や滋賀の事例を見ても明らかである。第三に、病院内における医業とそれ以外

のサービスとが分離され、医業は本来的に非営利・公益原則の下に行われるが、それ以外のサービス（業務、営繕、給食、その他）は営利会社である特別目的会社（SPC）が実施することである。公私ミックスになる。医療と医療以外の仕事は密接に関連しており、その統合的運用計画に齟齬を来す危険性が非常に高くなる。またこのことは同時に、病院という職場で働く人々の身分、労働条件等が異なることになり、またそれを調整するような法律（たとえばイギリスの場合）も整備されていないことである。第四に、特別目的会社（SPC）に対する統制機能が弱い点である。これは行政当該機関のみならず、病院の利害関係者（病院スタッフ、地域住民・労働組合・患者団体）なども関与することが必要であろう（イギリスの事例などを参照できる）。それに関連して第五に、公営でないのならば、病院は誰のものかということを確認にすることである。医療の普遍主義に基づけば、この場合、利害関係者みんなのものということがもっともふさわしいであろう。

全国自治体病院と同様に、都立病院も PFI 化、公営企業化、指定管理者化、民間売却などの方向に沿って病院再編が進行している。病院財政危機を公的資金の導入によって解決していくのも依然

として有力な方法であり、その方法を放棄することはできない。しかし、現状の公立病院の大半が民営化の手法をなんらかの形で導入しようとしていることも確かである。対立軸は、医療における公益性・非営利性という線引きに対して、付随するサービスをそこに含めるのか、それとも「医療外」として非公益性・営利性の領域として認めるのかという価値判断にあると思われる。しかしさらに言えば、そうした二分法的思考を乗り越えて、「医療外」サービスも非営利・協同性の領域だと見ることが一つの有力な考え型だと思われる。そのためには、都立病院のような公立の病院運営経営においても、病院スタッフ・患者・自治体・その他などの利害当事者（ステークホルダー）が参加できる、イギリスのようなシステム作りを考えることが必要だと思われる。ただし、イギリスの NHS 病院の多くは、NHS トラストや NHS ファンデーショントラストになっており、病院経営のガバナンスは利害当事者型になっていることや、診療報酬制度の違いがあるので PFI 方式を日本と同列に論じることは出来ない面があることも確かである。

（いしづか ひでお、研究所主任研究員）

『いのちの平等をかかえて—山梨勤医協50年のあゆみ—』

(合同出版、2010年1月 3000円)

角瀬 保雄

本書は530ページという大部の重い書物である。「重い」というのは書物としての重さだけでなく、本書の内容の重さを意味している。本書の対象の山梨勤医協とは、山梨県以外に住む人々にはあまりぴんとこないかもしれないが、公益社団法人山梨勤労者医療協会のことで、戦後、働くひとびとの医療機関を目指して、働くひとびとの生命と健康を守る活動を行なってきた。1955年に「医療を民衆の手に」をスローガンに、医師1人を含む職員3人の小さな診療所からスタートした。それから半世紀、現在の職員数1100人以上を擁する山梨県下有数の病院、診療所へと大きく発展するとともに、介護・福祉の分野でも新たな事業展開を進めている組織で、現在、山梨県下に甲府共立病院、巨摩共立病院、石和共立病院の3病院、6診療所、4歯科診療所、7訪問看護ステーション、高等看護学院を擁するまでになっている。

この山梨勤医協が世間の注目をあびるようになったのは、1983年に医療機関としては当時日本最大の230億円の負債をかかえて倒産したことによる。この倒産は戦後の民医連運動を揺るがした3大倒産事件の一つに挙げられ、当時、誰も山梨勤医協が再建されるとは思っていなかったといわれる。だが関係者の14年間に及ぶ必死の努力によって、負債を全額返済し、地域住民の拠り所として不死鳥のように蘇ったのである。本書は、この倒産の前後から和議を経ての再建、そして今日のさらなる発展にいたるその原因と経過を、関係者が詳細に解明したものである。したがって、今日数多くある民主的経営にとっても学ぶところが多い、教訓を示している。

私は60年代の初めの若い頃、会社の社史を企業の経営史の対象として研究したことがある。社史



というのはいずれも重い、大判の書物であるが、会社の創立者の成功物語的な内容のものが多い。こうしたなかで1936年に歴史家・服部之総が会社から依頼を受けて執筆した『花王石鹼五十年史』のように、実質的に個人の手によって執筆された、学問的にも評価されているものもあるが、多くは集団的な労作としての社史であり、本書もその例外ではない。今日、戦後50年ということで企業以外の労働組合を始め、各種民主団体でもそれぞれ50年史をまとめ、公刊している。本書はそのなかでも倒産の分析に焦点を当てた特異なものであり、その内容は貴重である。私は、経営分析を専門としてきた関係から、この事件には昔から関心を持ち、いずれ関係者のなかの誰かがその教訓を明らかにしてくれるものと期待していた。それが今回ようやく実現をみたのである。

一般の営利企業では、大は最近のJALをはじめ

め大小さまざまな企業が倒産を繰り返すのは常のことであるが、本書のような組織の関係者が倒産から再建への経緯を明らかにした文献はない。政府の力を借りず、自力で再建を成し遂げたのは、民医連医療機関としての山梨勤医協だからといえる。非営利の医療機関が働く者の協力の力によって、また地域住民の力に依拠することによって大型倒産からの再建が可能となったのである。しかし、非営利企業でもすべてが経営危機、倒産から教訓を学び取り、再建を可能にしているというわけではない。再建がかなわなかった例も少なくない。

本書は歴史書の一つとすることができるが、それとともに山梨勤医協の関係者にとっては、同じ過ちを二度と繰り返さないための、「学びの書」ともいえるものである。本書の編集責任は「山梨勤医協50年史編纂委員会」となっている。組織挙げての、集団的な作業の成果であることがわかる。その第一稿を執筆したジャーナリスト加藤長氏、弁護士として倒産整理にかかわり、本書の仕上げにも協力された二上護、窪田之喜氏、民医連運動の立場から再建に関わった高柳新氏など、延べ150名に達する関係者による資料収集・取材などの協力の結果、実現したものである。最高のスタッフによる貴重な労作で、これ以上の内容は考えられないといってよいであろう。

民医連関係の法人、院所の「社史」にもいろいろある。今、手元を見ても、本格的なものとしては特定医療法人財団健和会編による「通史編」「資料編」の二分冊からなる本格的な社史型のものもあれば、院所の建設への取り組みに光を当てた読み物風のものなどいろいろある。北九州の財団法人健和会の創立50周年記念史『地域とともにあゆむ医療』、信州の長野医療生協の『いのちの輝きを求めて40年』といったもの、財団法人中野勤労者医療協会の『地域の人々とともに中野勤医協の50年』など多々ある。共通しているのは「地域」ということがキーワードとなっていて、民医連医療機関の地域ぐるみという特徴が示されている。そうしたなかでも倒産から再建への歩みを解明した本書は、他に例をみない貴重なものである。「運動論」だけにとどまらない、こうした「経営論」の研究が積み重ねられるなかで、非営利企業論も本物になっていくのであろう。営利企業の中小企

業にとっても、学ぶ価値のある豊富な内容に満ちている。

本書の構成をみると、前半の序章、第1章から第3章までは60年代の高度経済成長と安保闘争を背景に、民医連運動が発展するなかで、山梨勤医協が次々と医療の拡大を進めていった過程が明らかにされている。70年代には「三大建設運動」によって施設と人材、そして技術の拡充が図られていった。こうして山梨勤医協は80年代には山梨県の医療の約1割を受け持つ大規模な法人となり、民医連の中での拠点病院となるまでに至ったのである。

本書の中心部分を構成しているのが第4章から第5章で、発展から倒産へ陥るに至った原因が解明されている。その中でのポイントは「三大建設運動」を提唱し、それを積極的に推進した佐藤二郎専務という特定の個人の手腕への依存である。しかし、その表面的な成功体験が、集団的な民主的管理・運営の基礎を掘り崩し、組織の崩壊へと導くことになった。とりわけ、財務に関して一人で決めることが通常とされ、独断専行が常態化し、意図的な秘匿や隠蔽が行なわれるまでになったのは重大である。理事会での討議の状況を見ると、施設建設の問題が中心となり、経理部長の報告もそのほとんどが損益の報告で、資産負債の状況や資金の運用管理についての報告はないに等しかったという。「独断的な財務運営と規定の不備、監査の実態」、「無計画な協力債の募集と増大」、「株式会社健文を舞台にした危機への道」が明らかにされている。

とくに本書の編纂過程で明確になったのが、74年の甲府パルプ工業買収の重大性で、これが「勤医協倒産への転換点」とされている。さらに山梨勤医協は83年まで健文に対し114億円にのぼる資金を融資し、健文はその資金を多くの子会社に融資し、宅地造成、別荘地の開発、スキー場の運営などに投資している。後に真相究明委員会により明らかにされたこうした不動産への投融資は、パブルに依存したもので、民主的な手続を経ずに少数の幹部が独断でおこなったものであった。民医連院所の社会的使命が高ければ高いほど、専務の独断専行を許した当時の経営幹部の無責任さは信じられないほどである。無「管理」、無「経営」

とってよい。

第6章から第7章は和議成立から本格的な再建へのたたかいで、貴重な内容となっている。民主的管理・運営とはどういうものかを教える反面教師の役割を果たしている。いわば民医連職員の「研修読本」というべきものともいえる。木村隆一、坂根利幸公認会計士などの専門家による本格的なコメントが収録されていたならば、教材としてさらに役に立つと思われた。不正経理の内容はどこでも同じようなものであるが、将来に向けての参考になるはずである。なお本書で指摘されているトップの不正、汚職という問題は、生協、農協など他の協同組織においても日常的に起こっている問題であり、組織が大きくなればなるほどその危険性が高まることを知らなくてはならない。ここには経営執行部の独断、組織の私物化と内部関係者のそれへの依存という構造的な問題があり、組織的なチェック体制が問われる今話題の内部統制の問題点でもある。こうしたなかでとかく理念が先行し、経営が軽視されがちなNPOや協同組合

の関係者にとっては必読文献ともいえるのが本書である。

最後の結びが第8章から第9章で、山梨勤医協の「未来に向けた運動」の方向と姿勢が示されている。

以上、各章で述べられている再建への医師、看護師、職員などの取り組み、全国の民医連院所、民主団体、労働組合の支援、患者や家族の支援のエピソードは、心を揺さぶられる感動物語の連続である。私は近年、老化現象か、涙腺が弱くなってきているが、民医連運動の真髓はそうした感動ぬきには理解し、語ることが出来ないことを改めて確認した次第である。本書は民医連関係者をはじめ、広く民主的経営の関係者、中小企業の経営者の座右の書として、繰り返しひもとかれることを期待するものである。

(かくらい やすお、研究所理事長、法政大学名誉教授)

【事務局ニュース】1・2009年度研究助成の決定

2009年度研究助成には8件の応募があり、共同研究4件への助成になりました。次年度以降については詳細が決定次第、ウェブサイトやニュースなどで発表します。お問い合わせは事務局までお願いします。

2009年度研究助成研究

- ・『『福祉国家日本』構築のための現状把握と政策枠組みの研究』（代表：後藤道夫） 100万円
- ・「都市と農村が連携した共生経済の可能性の研究」（代表：直田春夫） 50万円
- ・「高齢者をひとりです在宅介護する未婚介護者が語る介護労働の意味と困難」（代表：久保川真由美） 50万円
- ・「特養入居者の入居前の生活・病歴と入居後の経過に関する調査研究」（代表：高木和美） 50万円

総研いのちとくらしブックレット

(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）。



総研いのちとくらしブックレットNo.3

『新しい社会のための非営利・協同』

(ISBN 978-4-903543-04-8、2008年3月5日発行、A5判75ページ、頒価200円)

これまで『いのちとくらし研究所報』で発表してきた論文や座談会をまとめたものです。新しく用語解説を巻末に入れていきます。

【目次】

- はじめに 鈴木 篤
- 非営利・協同とは 角瀬保雄
 - (1) はじめに
 - (2) 理念としての非営利・協同
 - (3) 経済主体としての非営利・協同
 - (4) 経済セクターとしての非営利・協同
 - (5) 非営利・協同の課題
 - (6) 非営利・協同と労働
- 非営利・協同と社会変革 富沢賢治
 - (1) 社会変革の歴史
 - (2) 非営利・協同組織とはなにか
 - (3) 非営利・協同セクターとはなにか
 - (4) 社会経済システムにおける非営利・協同セクターの位置と役割
 - (5) 結論
- 非営利・協同の事業組織 坂根利幸
 - (1) 非営利・協同の意義
 - (2) 非営利・協同の出資と所有
 - (3) 協同の民主主義
- 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
- 用語解説
- あとがき 石塚秀雄



民医連総会、活発な議論

事務局

2010年2月25日から27日にかけて、京都国際会館にて全日本民医連第39回定期総会が開催された。当研究所も理事長・事務局が来賓として招待され出席した。今回のメインスローガンとして「今、変革の時代！大同団結で、『構造改革』路線ときっぱり決別し、憲法9条・25条が輝く新しい福祉国家めざし奮闘しよう！」、「貧困と格差に立ち向かい、権利としての社会保障の実現、医療・介護の実践と医師養成の成功を一体のものとして民医連の真価を発揮しよう！」「明日の時代を創る新しい民医連綱領のもと、団結をかため、新たな展望をつくりだそう！」を掲げ、民主党新政権誕生による新たな変化に対応するものとなっている。今回の総会では新綱領が採択され、新会長には藤末衛氏が選出された。

民医連は現在約8万人の職員を擁する大組織となっており、総会是要員を含め約1000名が参加した。来賓には韓国のグリーン病院の梁院長など3名のほか、川崎協同病院で研修しているイラク人医師夫妻なども紹介された。二日目は13の分散会に分かれて、それぞれ大会議案の内容に沿った討議が行われた。当研究所が傍聴した分散会では、午前延べ37名、午後延べ38名の発言があり、実に合計75名の発言があった。一人の持ち時間が5分であり、ほとんどの人が5分前後で発言を済ませていた。よく学会などは、時間制限を守らず、ベルが鳴ると、司会者をにらみつけるような場面があるが、そのようなことはなくきちんとしたものであった。

映画『踊る大捜査線』で青島刑事が「事件は会議室でおきているのではない、現場でおきているんです」、「現場では血が流れているんですよ」と叫ぶが、分散会の発言は、まさにそうした現場の奮闘の姿が充ち満ちている活発なものであった。また、自民党政権が崩れ、民主党に政権交代して、一定の変化が期待されるということも討議を活発にしているかと思われた。

分散会ではいろいろなテーマで発言がなされた。「構造改革」問題では、貧困格差が社会に広がる中で、介護問題および介護ウェブの取り組み、公設派遣村の受診運動や生活保護申請への支援、地域における患者団体、共同組織、労働組合との共同によるさまざまな取り組みなどの報告が行われた。とりわけ貧困層に対する無料低額診療制度の取り組みについては、何人からの報告があった。奇妙なことに、国はこの制度の運用を抑制しようとしており「制度としての役目は終わっている」と言っているようだ。そうした中で民医連は「いのちは平等」の精神で、積極的に無料患者の受け入れを進めている。いわば、公的病院の代わりに、民医連病院は「健康の格差」克服のためにがんばっているといえる。

「病院の経営問題」については診療報酬問題ともリンクしており、厳しい経営環境の中で奮闘し、事業所の拡大、病院のリニューアルなど積極的に取り組んでいる様子が発言で示された。資金問題については、友の会、元職員などによる基金集めの取り組みなどの努力が報告された。歯科においても経営問題は大きな課題である一方、貧困による口腔崩壊の深刻さを周知する重要性が指摘された。

「平和運動」、「公害医療」などについては署名活動や調査活動など、活発な取り組みが報告された。水俣病検診については九州や近畿のみならず各地で行う必要性が提起されると、他の代議員から実行の様子が報告されるなど、全国にわたるネットワークをもつ民医連の強みを感じられた。

「差額ベッド」問題については、一病院が実施する旨の発言があったが、議論は平行線というよりも、かみ合わない点があると思われた。「いのちの無差別平等」という基本精神は、厚労省の「室料差額制度」という便法的手段とは、相容れないのは確かである。また、民医連以外でも差額料を取らない病院も存在する。また患者の権利がミニ

ママアクセスからより拡大しつつあることも事実である。ことは働く職員のモチベーションにも関わる。差額ベッド容認派が「いのちの無差別平等」の理念についての整合性をどう思っているか、気になるところであった。

「介護問題」はいよいよその重要性を増してきており、今回の綱領改定でも医療・福祉の文言に加えて、新たに介護という用語が一部付け加わることになった。介護保険制度実施から10年たったが、各地で特養施設や老健施設作りなどが進み、また介護職員の人材確保の取り組み、研修の取り組みが報告された。介護の契約化市場化と施設不足は重大な問題となっている。これに対しては国の政策転換と、民医連のような民間非営利の医療介護機関の役割がますます重要となってくると思われる。地域での訪問活動により介護問題の背後に生活問題があることを明確にし、さまざまな支援活動、医療と福祉の連携、行政と連携などを行っているという報告がいくつもなされた。

「医師確保」問題については、医療崩壊に対抗する民医連の役割などを明確にすることで、民医連の意義と魅力を若い医学生に語りかけることが大事であるという発言があった。また現職の中堅医師からは、民医連の医師がまじめでがんばっているが、真面目な分ゆとりがないのが、若い医師にとっては窮屈だとかハードルが高いと思われるのではないかと率直な意見も聞かれた。医師

の向上心や将来設計などを考慮した医師確保の努力が進められている様子であった。現在は昔のように学生運動が存在しない時代であるので、若い学生の政治意識や社会意識は当然ながら昔とは異なるものであろう。民医連の存在意義をどのように若い世代に伝えていくのかは、綱領改定と関連する問題だと思われた。

「医療安全」「医療事故」への対応についても発言があった。原因究明にとどまることなく医療事故補償制度にまで議論が広がることを今後期待したい。

「綱領改定」については2年前に草案が提起されて以来、内部で1500回延べ3万人が議論に参加したとのことである。「介護」という用語の挿入要求など、おおむね字句訂正に議論が集中した。

今年の政治的情勢はきわめて流動的であり、医療、社会保障問題は7月の参議院選挙によって、政策の方向がどこにいくのか決定されると思われる。民医連は単なる医療福祉介護機関ではなくて、民主的な社会運動体でもある。日本における民医連の存在と役割は大きい。これまでずっと貧困な医療福祉政策と戦ってきた民医連は、今後どのような政治的社会的制度においても、同じようにその役割を果たしていくであろう。総会はそのような民医連のまじめさと元気が十分に示されたものと思われる。





医療産業における労働力 ①

イギリス、イングランド

石塚 秀雄

1. はじめに

イギリスはNHS(国民医療サービス)制度が中心で、税に基づく医療サービスを提供している。人口約6100万人で、その内約85%の5100万人がイングランドに、8%の500万人がスコットランド、5%の300万人がウエールズ、3%の200万人弱が北アイルランドに住んでいる。したがって、医療従事者の分布もほぼ同じ比率だと見なしてよい。

医療産業には100万人以上が従事し、その多くは労働組合に組織されている。民間医療機関の多くもまた公的医療サービスを担っている。すなわち、NHS 制度に関わっている医療従事者は約70%で、残りの約30%は、NHS 制度外の民間医療産業に従事しているものとみられる。今のところ、医療産業全体の労働ここでは統計上、イングランドの数字を見ていく。

2002年に医師看護師および医療従事者の増加を

イングランドの NHS 制度労働力 (人数)

	1995	2000	2005	2008
全体	1,052,428	1,118,958	1,366,030	1,368,693
医師総数	84,459	97,436	122,987	133,662
・ コンサルタント	19,524	24,401	31,993	34,910
・ レジストラー	11,466	12,730	18,006	35,042
・ 研修医	16,640	19,192	26,305	14,136
・ GP	28,864	30,252	35,302	37,213
・ ・ 契約勤務 GP	26,829	27,791	29,340	27,347
・ ・ レジストラー GP	1,404	1,659	2,564	3,203
看護師総数	316,893	335,952	404,161	408,160
・ 資格看護師	298,650	316,752	381,257	386,112
・ 実務看護師	18,243	19,200	22,904	22,048
資格専門家	91,498	105,910	134,534	142,558
・ 資格医療専門家	43,024	49,358	61,082	71,301
・ その他資格専門家	48,474	56,552	73,452	71,257
資格救急スタッフ	14,508	14,755	18,117	17,451
医療支援スタッフ	279,172	307,225	376,219	355,010
NHS 業務支援者	180,664	173,733	220,387	219,064
・ 事務担当者	72,223	77,628	105,565	105,354
・ 施設営繕担当者	87,599	70,849	75,431	73,797
・ 管理職	20,842	25,256	39,391	39,913
その他非医療スタッフ	5,683	877	435	353
実務スタッフ(看護師以外)	79,551	83,070	89,190	92,436

出所：DoH, "NHS HCHS and General Practice workforce, 2009"に基づき、石塚作成。

注：① 総計と内数とは必ずしも整合しない。

② 看護師には助産師や保健師を含む。

③ 資格医療専門家には、足治療医、栄養士、職業病セラピスト、整形医、眼科医、理学療養士、レントゲン技師、音楽セラピストなどを含む。

④ その他資格専門家には、言語療法士、総合セラピスト、サイコセラピスト、薬剤師、病態生理学士、社会サービス士、歯科技工士などを含む。

⑤ 医療支援スタッフには、資格専門家以外の同一分野のスタッフを含む。

健康省が方針を出した。併せて教育制度の充実も図ることという方針を健康省で出した。政府のNHS予算は1997年度の340億ポンドから2007年度には900億ポンドに増加している。この間、看護師は約8万人、医師は35,000人増加しており、医学生も25,000人増加している。問題の患者のウェイトンタイムも大幅に軽減され、手術待ち時間は13週以内となった。また診察待ち時間も4時間以内となった。

2. 労働力の移動すすむ

労働力の移動も大きなテーマとなっている。看護師増加のうち、2001年度では、EU圏から1,091人に対して、非EU圏からは15,064人となっている。その内訳はフィリピン(7,235人)、南アフリカ(2,114人)、オーストラリア(1,342人)、そのほかインド、ジンバブエなどが続いている。健康省はさらに【復帰】看護師支援を強化しており、年間約3,700人の看護師が現役復帰をしている。

EUは2008年12月に「医療に関わるヨーロッパの労働力」白書を作成した。ヨーロッパの医療制度は高齢化社会、新しい医療技術に対応し、労働集約的な医療労働の効率性と教育訓練を目指すことが述べられている。ヨーロッパでは公的医療予算の約70%が労働力に支払われていると白書は述べている。EU26カ国内での医療従事者の移動のみならず、非EU圏からの医療労働者の流入を基本的に受け入れる体制整備と教育訓練プログラム作りが進められている。

3. 労働力の加齢化進む

イギリスにおいては2000年から2010年の10年間に医療従事者の高齢化シフトが進んでいる。人員増加政策により全体として44歳までの従事者が過半数を占めるものの、45歳以上の医療従事者は倍増している。看護師も同様で、45歳以上が過半数を占めるようになった。また女性医師の割合は1995年の29%から2005年の40%に増加した。2009年に「労働時間指令」(WTD)を出して医療従事者は週労働時間を最大48時間とした。2005年度においては医師の73%がフルタイム労働で、27%

がパートタイム契約である。GP医師の担当する平均患者数は1,613人(1995年は1,835人)である。

4. 医療従事者への教育訓練システム強化される

イングランドでは、医療従事者の労働力確保のために、医療のキャリア水準を9レベルに分けて、国、地方自治体、民間団体、大学などによる医療従事者に対する教育プログラムの整備が進んでいる。イングランドではこの10年で医療従事者増加政策が実行されて、整備が進んでいる。また「診療アシスタント」は、資格制度整備によって数字は減少している。

5. NHSの契約化と労働組合

NHS制度は、2010年1月18日にNHS標準契約(Contract)規則を制定して、外部化または民営化を促進している。これは4つの契約として、①救急病院サービス、②精神医療・学習障害サービス、③コミュニティ医療サービス、④救急サービスに分かれる。契約者として想定されているのは、プライマリケアトラスト病院(PCT)、NHSトラスト病院、NHSファンデーショントラスト病院、民間セクター事業者、サードセクター事業者、GPおよび歯科医などである。ひとことでいえば業務の民営化が進められている。一方、医療福祉労働者のうち約40万人が加入している医療セクターの労働組合ユニゾン(UNISON)は、契約化について懸念を表明しており、一部の労働組合は業務の民営化について反対のストライキを実施している。この契約化は、病院トラストの運営構造そのものを変化させるものであり、また医療サービス機関を「民営化」または「社会的企業」または「労働者協同組合」に転換することを健康省は政策的な目的のひとつにしている。

NHS病院は、業務を様々な医療福祉プロバイダーと契約することにもなる。すなわち、直接部門組織、診療所、「コミュニティ・ファンデーション・トラスト(CFT)」、病院同士の合併、地域自治体サービスとの協働、民間営利プロバイダー、非営利組織プロバイダー、社会的企業、労働者協同

組合などである。NHS 医療労働者が、自治体などと組んで社会的企業などを設立して「転職」することも選択肢としてあり、その場合の労働者権利保障は、「従業員転職保護法(TUPE)」(2006年改正) および EU指令「労働者既得権」(2001年)などによって保護される。NHSトラストの範囲内での転職の場合は NHS 年金は継続される。しかし、労働組合が懸念としているのは、民間セクターへの転職の場合には、NHS年金から離脱する可能性が高いことになることである。社会的企業に対する労働組合ユニゾンの見解は、非営利・協同セクターの組織として存在を評価しており、ユニゾンにも加入する労働者がいるが、社会的企業は結局のところ民間業者と同じ役割を果たしてしまうので、NHS サービスはNHS制度下による直接事業として行うべきだ、すなわち非営利を体現するのは公的サービスであり、社会的企業は利益を追求するから非営利ではない、と述べている。この見解は非営利・協同セクターに対する無理解を示している。ともかく、労働組合は、NHS契約規則の実施によって医療福祉サービス提供がばらばらに契約化、民営化されることに反対している。

こうした状況は日本の公立病院再編における場合と類似している。医療福祉の公的サービスの維持を主張する「公務」労働者側と、契約化を促進する政府側との対立である。いずれにしても従来通りを維持するのは日英ともに困難になりつつある。すでに業務の外部化などがなし崩し的に進んでおり、正規労働・非正規労働など労働者の法的な地位も多様になっている。正規労働者の労働組合の主張は、その他の労働者から見ると公務サービス化を主張する労働組合の立場は、政府が進める運営経営の政策実行にたいする現実的代案の提示としては、比較的無力であるので、結局のところ自分たちの「既得権」擁護の主張と受け取られる可能性が高い。困難な課題であるが、NHS制度における多様な条件にある労働者たちとどのように協働連帯するのが、労働組合にとって重要になっていると思われる。

6. 統計項目補足

医師はすべて英国医師評議会(GMC)によって

資格認定される。GMCの評議員の半数は医師の互選。1/4は枢密院が指名した市民代表、1/4が、学識経験者として選任された医師となっている。医師の中には歯科医師も含む。医師の区分としては「ジュニア・ドクター」は病院やGP病院やGPでシニア・ドクターの下で研修中の医師である。段階は4つあり、基礎1年目、基礎2年目、GPレジストラー、専門レジストラーであり、「シニア・ドクター」は他の医師の監督下に置かれない自立的な医師である。シニア・ドクターはまた「コンサルタント」や「GPドクター」であり、専門医でもある。患者の治療に最終的責任を持つ。また研修など教育的役割を果たす。「アカデミック・ドクター」は大学や研究機関での教育研究に携わる医師である。「アソシエート・スペシャリスト」はコンサルタントではない専門医である。「スタッフ段階医師」は専門医としてコンサルタントの指導下で治療を行う。しかし、この区分は「スペシャリティ・ドクター(専門医)」の区分を2008年度に創設したことに伴い廃止された。専門医は卒後4年間の訓練の後に専門医登録を行う。「公的医療ドクター」は地域コミュニティにおいて予防医療を行う。

助産師は2005年度で約24,000人である。看護師は第一レベルが290,000人、第二レベルが14,000人である。また医療看護支援スタッフのうち、看護アシスタントは128,000人である。

また統計項目にはないが、「フィジシャン・アシスタント(医師補助者)」という資格制度が始まっている。2005年には同協会が設立された。病院や診療所で医師や看護師の下、補助を行う。もともとアメリカで実施されている資格である。イングランドでは7つの大学で、大卒後2年間のコースで資格取得できる。

また統計では、医療活動分野の分類は、①急性期・高齢者・一般、②小児科、③産婦人科、④精神科、⑤学習障害科、⑥コミュニティサービス、⑦教育、に分類されており、①の分野に約60%が従事、コミュニティサービスの分野に15%、精神科の分野に12%、産婦人科の分野に8%程度の分布となっている。救急スタッフの約半分が救急救命士である。非医療部門の約82%は女性であり、少数民族の比率は12.8%である。2005年度ではN

HS制度においての人員比率は、医師9.0%、看護師29.6%、医療看護支援スタッフ22.7%、GP医師6.5%、有資格支援スタッフ9.9%、事務7.7%、営繕5.5%、管理職2.9%などとなっている。

参考文献

DoH “The Government Response to the Health Select Committee Report on Workforce Planning”,

2007

EU Green Paper “On the European Workforce for Health”, 2008 (COM 725)

NHS “National Workforce Projects—Public Health”, April, 2007

NHS “General and Personal Medical Services in England:1995–2005”, 2006

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

【事務局ニュース】2・会員募集と定期購読のご案内 (巻末の入会申込書をご利用下さい)

会員募集 「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所いのちとくらし」の会員を募集しています。会員には正会員（個人・団体）と賛助会員（個人・団体）があり、入会金・年会費は以下のようになっています。また、機関誌『いのちとくらし研究所報』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

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

●第29号（2009年12月）—特集：公立病院のゆくえ／オランダ視察報告

- 巻頭エッセイ「社会的企業と雇用創造」 宮本太郎
- 座談会「日野市立病院の現状と今後のあり方」 窪田之喜、中谷幸子、高柳新、根本守、司会：石塚秀雄
- 「公立・自治体病院『改革』の現状」 事務局
- 「総研オランダ視察 概要報告」 廣田憲威
- 資料翻訳「オランダ病院薬剤師協会」 廣田憲威
- 「MOVISIE とナレッジ・インスティテュート」 竹野ユキコ
- 「オランダの医療（保険）制度の特徴」 石塚秀雄
- 「日本の共済組織の危機的現状」 石塚秀雄
- 「『協同労働の協同組合法』制定の特徴と社会的意義」 田嶋康利
- 「オバマ 医療保険改革のゆくえ」 石塚秀雄
- 「中国はどこへ行くのか」 岩間一雄
- 「ポルトガル社会連帯協同組合法—知的障害児童の社会復帰を目指す—」 石塚秀雄
- 社会福祉と医療政策（36—40話）「8 社会主義・社会福祉・優生思想」 野村拓
- 本紹介・「野村拓『講座医療政策史 新版』」 山田智
- 本紹介・「横山壽一『社会保障の再構築 市場化から共同化へ』の紹介」 齋藤裕幸

●第28号（2009年9月）—特集：「現代社会の転換と福祉・労働・経済」

- 巻頭エッセイ「診察室から見える日本人のルーツ」 原弘明
- 2009年度定期総会記念講演「シチズンシップと非営利・協同」 中川雄一郎
- 「現今の経済危機と社会的経済 持続可能な社会を目指す『ネオ・ニューディール』2題—『就労・福祉ニューディール』と『グリーン・ニューディール』—」 粕谷信次
- 「企業福祉と労働福祉の諸問題」 橋本俊詔
- 第7回公開研究会報告「現代フランス社会における若者と雇用」 エミリィ・ギヨネ（石塚秀雄訳）
- 「転換する中国の医療保険制度—国費から社会保険へ」 石塚秀雄
- 【投稿】「京都東山の洛東病院の歴史を探る—語られなかった歴史的事実にせまる—」 永利満雄、藤本文朗、渋谷光美
- 社会福祉と医療政策・100話（31—35話）「7 『戦間期』の問題」 野村拓
- 書評「川口啓子、黒川章子編『従軍看護婦と日本赤十字社—その歴史と従軍証言』 歴史の事実から『看護とは』を考える一冊」 山本公子

●第27号（2009年6月）—特集：経済と社会の危機への対応

- 巻頭エッセイ「たぬきそばを食べて」 高柳新
- 座談会「経済危機問題と非営利・協同事業組織のあり方」 角瀬保雄、富沢賢治、坂根利幸、司会：石塚秀雄
シリーズ「民医連の医療・介護制度再生プラン（案）によせて」（3）
- 「国民生活の危機と再生プラン」 相野谷安孝
- 「自治体病院の危機を探る—第12回全国小さくても輝く自治体フォーラム」 参加記—」 村口至
- 「民主的な組織運営へのアプローチ—当事者のための5つの視点」 川口啓子
- 「ヨーロッパの共済を訪ねて」 長谷川栄
- 「スペインの医療過誤補償制度」 石塚秀雄
- 社会福祉と医療政策・100話（26—30話）「6 保健・医療政策の時代」 野村拓
- 書評リプライ「拙著『新年金宣言』への石塚書評によせて—改めて社会保険幻想の克服を—」 里見賢治

●第26号(2009年2月) —地域シンポジウム「日本の医療はどこへいく—地域のいのちとくらしをだれがどのように守り発展させるか」—

- 巻頭エッセイ「スペインの保護雇用制度—カレス障害者特別雇用センターを訪問して」鈴木勉
 - 「京都における医療機関の現状と地域医療の問題」吉中丈志
 - 「開業医から見た地域の現状」津田光夫
 - 「アメリカの医療制度と非営利・協同セクター」高山一夫
 - 「千葉における公的病院の再編縮小問題と地域の課題」八田英之
 - 質疑応答、意見交換、まとめ
 - シリーズ「民医連の医療・介護制度再生プラン(案)によせて」(2)「医療介護再生の思想的前提」岩間一雄
 - 「改正介護福祉士養成制度の方向性と課題」坂本毅啓
 - 「日本の看護師・介護福祉士への外国人労働者の受け入れについて」竹野ユキコ
 - 社会福祉と医療政策・100話(21—25話)「5 第1次大戦・前後」野村拓
 - 第11回自主共済組織学習会報告「〈貧困〉と〈労働基準法以下の労働条件の拡大〉とどうたたかうか—首都圏青年ユニオンと反貧困たすけあいネットワークの実践」河添誠
 - 書評 湯浅誠・河添誠編 本田由紀・仲西新太郎・後藤道夫との鼎談集『「生きづらさ」の臨界—溜め、のある社会へ』相野谷安孝
 - 書評 里見賢治著『新年金宣言』石塚秀雄
-

●第25号(2008年11月) —2006年医療制度改革の影響／医療・介護再生プラン(1)—

- 巻頭エッセイ「地方再生の条件」今田隆一
 - 『「医療・介護制度再生プラン」に思う』角瀬保雄
 - 『「医療崩壊」問題の側面—医師・患者関係—民医連医療再生プランに寄せて』八田英之
 - 「協同・連帯・共存・共生に基づく新しい社会経済システム」津田直則
 - 「オランダ社会と非営利組織の役割」久保隆光
 - 「韓国の社会的企業によせて—福祉と雇用の狭間で—」北島健一
 - 「2006年度医療制度改革の障害のある人の暮らしへの影響」風間康子
 - 「医療費抑制政策と地域の医療者の役割—医療の公共性・社会性と地域医療を守る協同—」向川征秀
 - 「住民のいのちを守る小さな村の取り組み—長野県栄村—」前沢淑子
 - 海外情報「キューバの医療制度におけるポリクリニコ(地域診療所)の役割」石塚秀雄
 - 社会福祉と医療政策・100話(16—20話)「4 植民地支配へ」野村拓
 - 書評 岩間一雄著『毛沢東 その光と影』石塚秀雄
-

●第24号(2008年8月) —シリーズ非営利・協同と医療 差額室料問題(2)—

- 巻頭エッセイ「資本主義の制度疲労」岩間一雄
 - 2008年度定期総会記念講演
「労働運動とアソシエーション—現代の連帯のあり方」富沢賢治(コメンテーター:角瀬保雄、坂根利幸、大高研道、石塚秀雄)
 - 「格差社会における『非営利・協同』—室料差額問題に寄せて」杉本貴志
 - 「室料差額と医療倫理(後)—格差処遇の正当性について—」尾崎恭一
 - 「『室料差額』に関する考察」肥田泰
 - 2007年度研究助成報告「立位、歩行装具のロボット利用の可能性について」細田悟、沢浦美奈子、平松まさ
 - 第10回自主共済組織学習会報告「ヨーロッパ共済組合法再検討の動向と共済組織の法的位置づけ」石塚秀雄
 - 北秋田市・鷹巣福祉のまちづくり研究交流のつどいに参加して」廣田憲威
 - 社会福祉と医療政策・100話(11—15話)「3 国民国家へ」野村拓
 - 海外情報「ヨーロッパ主要国の病院ベッド数」石塚秀雄
-

●第23号(2008年6月) —農村地域と医療／室料差額問題—

- 巻頭エッセイ「市民社会の「普遍性」の崩壊のなか、輝く非営利・協同組織」大野茂廣

- 座談会「農村地域の変化といのちとくらし」田代洋一、村口至、高柳新、色平哲郎、石塚秀雄
 - 論文「香川の地域医療の現状と打開の道」篠崎文雄
 - 「室料差額問題シリーズの開始にあたって」石塚秀雄
 - 「室料差額と医療倫理（前）—格差処遇の正当性について—」尾崎恭一
 - 「公的保険で安心して療養できる病室を—臨床医の立場から個室を考える—」池田信明
 - 「室料差額問題—看護師の立場から」玉井三枝子
 - 翻訳「日本の民主化する医療—日本の事例—」ビクトル・ペストフ、石塚秀雄訳
 - 第9回自主共済組織学習会報告「芸能人年金はなぜ必要か」小林俊範
・「芸能花伝舎訪問—芸能文化を通じて地域・社会に貢献するモデルケース」事務局
 - 書評「『ビッグイシュー』を知っていますか？」柳沢敏勝
 - 社会福祉と医療政策・100話（6—10話）「2産業革命へ」野村拓
-

●第22号（2008年2月）—非営利・協同セクターの直面する課題—法人制度・金融・保険共済—

- 巻頭エッセイ「退院支援システムの構築を」児島美都子
 - 座談会「非営利・協同組織と法人制度の改正」…角瀬保雄、坂根利幸、石塚秀雄
 - 論文「非営利・協同セクターの金融ネットワークの可能性～市民金融の視点から」多賀俊二
 - 第8回自主共済組織学習会報告「弁護士から見た保険業法と自主共済組織の対応と問題点」渡部照子、小木和男
 - 2006年度研究所助成報告「介護労働者における職業性ストレスに関する研究」富岡公子、他
 - 論文「民医連による『孤独死実態調査』と『高齢者医療・介護・生活実態調査』」山田智
 - 地域医療を考えるシンポジウム基調講演「医療に情けあり—“人より金”の世界でいいのか」高柳新
 - 社会福祉と医療政策・100話（1—5話）「1市民の登場」野村拓
 - 書評 多田富雄著『わたしのリハビリ闘争最弱者の生存権は守られたか』高田桂子
-

●第21号（2007年11月）—資金調達問題—

- 巻頭エッセイ 樋口一葉と憲法25条 村口至
 - 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
 - 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
 - 論文「ドイツの医療事故補償制度」石塚秀雄
 - 参加報告「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
 - 第7回自主共済学習会報告「共済と社会的企業」中川雄一郎
 - 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
 - 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
-

●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—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—」高橋蔵
 - 書評 杉尾直志監修、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」斉藤義孝、室井正、渡邊文夫、西村富佐多、司会：石塚秀雄
 - 第5回自主共済組織学習会「保険業法及び保険契約法における共済の位置づけ」松崎良
 - 文献プロムナード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⑪「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」 杉本真志
 - 文献プロムナード⑫「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⑬「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⑩「看護と福祉」野村拓

「研究所ニュース」バックナンバー

○No.29（2010.2.20発行）

理事長のページ「空襲から生き延びて一学童集団疎開と東京大空襲」（角瀬保雄）、副理事長のページ「『レイドロー報告』30周年」（中川雄一郎）、「民主党政府は非営利・協同セクターを理解するか」（石塚秀雄）、など

○No.28（2009.11.30発行）

理事長のページ「老化と難問」（角瀬保雄）、副理事長のページ「食事、散歩と人づきあい」（高柳新）、「広がる連帯経済の輪——『アジア連帯経済フォーラム2009』」（石塚秀雄）、「スウェーデン視察報告」（竹野ユキコ）、「アカウント3理事長講演会参加報告」（竹野ユキコ）、新刊紹介

○No.27（2009.8.31発行）

理事長のページ「写真と医療」（角瀬保雄）、副理事長のページ「ソーシャル・インクルージョン Social Inclusion」（中川雄一郎）、「フランスの非営利・協同セクター議論あれこれ」（石塚秀雄）、「2009年夏季医療・福祉政策学校参加報告」（竹野ユキコ）

○No.26（2009.5.15発行）

理事長のページ「企業の内部留保をめぐる」（角瀬保雄）、「金色」（坂根利幸）、「韓国農村事情」（朴珍道）、本の紹介「宮本太郎著『福祉政治 日本の生活保障とデモクラシー』（鈴木岳）、「コロニアの医療協同組合サルコープ」（石塚秀雄）

○No.25（2009.2.28発行）

理事長のページ「格差・貧困に思う」（角瀬保雄）、「オバマの医療保険政策」（石塚秀雄）、キューバ・メキシコ視察日程概要

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 (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)。

ワーキングペーパー No.2 (2010年3月1日発行)

◎『友愛社会とは何か—ヨーロッパから学ぶ社会像』 富沢賢治(聖学院大学大学院教授)

- 目次
- はじめに
- I 問題と問題解明の方法
 - 1. なにを問題とするか
 - 2. 問題をどのように解明するか
- II 時代の動向
 - 1. 世界の状況
 - 2. アメリカ
 - 3. ヨーロッパ
 - 4. イギリス
 - 5. 日本
 - 6. 民間非営利組織増加の要因
 - 7. 民間非営利組織の評価
 - (1) アメリカでの評価
 - (2) EUでの評価
 - (3) CIRIECでの評価
 - (4) フランスでの評価
- III 社会的経済の事例——モンドラゴン協同組合
 - 1. 発展の歴史
 - 2. 組織と運営の基本原則
 - 3. 1990年代以降の状況
 - 4. 発展の要因
 - 5. ワーカーズコープ発展の基本的要因として
- IV 社会的経済の理論
 - 1. 「社会的」という言葉の意味
 - 2. 社会的経済論の歴史
 - 3. EUの政策としての社会的経済
 - 4. 社会的経済論の社会認識
 - 5. 社会的経済論の政策提言
 - 6. 社会的企業の発展
 - (1) 社会的企業という概念
 - (2) 社会的企業の社会的位置と機能
- V 友愛社会の展望
 - 1. 市場経済と労働の社会化
 - (1) アダム・スミスと市場経済
 - (2) マルクスの人間観と労働観
 - (3) マルクスの未来社会論
 - (4) 「労働の社会化」論
 - 2. 生活の社会化と友愛社会
 - (1) アソシエーティブ民主主義
 - (2) アソシエーティブ経済
 - (3) 労働運動の根本方針
 - (4) 生活の社会化と友愛社会の成立
 - (5) 労働の社会化を促進するための法制度
- 参考文献

報告書(2008年3月発行)

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

◎全日本民医連・総研いのちとくらし共催

『フランス 非営利・協同の医療機関・制度視察報告書』

(ISBN 978-4-903543-05-5、2008年3月31日発行、A4判72ページ、頒価500円)

2007年11月に全日本民医連との共催で実施したフランスの非営利・協同の医療・社会保障機関視察の報告書。

【目次】

はじめに

フランス非営利・協同医療機関視察概要報告

フランスの医療・社会福祉の非営利・協同セクター

コラム-1「都市の記憶の重なり」

フランス歯科制度の問題点

フェアップ（FEHAP、非営利保健医療機関介護施設連合会）

ユニオプス（UNIOPSS、民間保健社会サービス団体全国連絡会）

老人介護施設「ラ・ピランデール」

フランスの医療事故補償制度、オニウム

フランスにおける民事責任論の展開

コラム-2「ルモンド記者に会う」

サンテ・セルヴィス、在宅入院（治療）サービスのアソシエーション

マラコフ市訪問

フランスの保健センター

マラコフの「アソシアシオンの家」とアソシアシオンの意味

パリの薬局事情

コラム-3「メトロとスト」

フランス視察時系列報告



【事務局ニュース】3・バックナンバーを進呈します

『いのちとくらし研究所報』2号～18号を着払いにて無料進呈しています。また、「研究所ニュース」はPDFでダウンロードできますが、こちらにも現物があります。

希望者は事務局までFAXあるいは郵送にてご連絡下さい（コピーしてお使い下さい）。

FAX送付先 03-5840-6568 総研いのちとくらし事務局行

- ・希望号数（2—18号で号数をお書き下さい）（ ）号～（ ）号／ニュース（No.27まで）
No.（ ）～（ ）
- ・希望送付部数 各（ ）部
- ・送付先 郵便番号 〒

住所

氏名

電話番号 （ ）

報告書(2006年3月発行)

ご希望の方は、事務局（民医連関係者は㈱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、A4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

（A4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（吉中丈志）
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、B5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)



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。



「研究助成報告」

●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）



●Hugosson, Alvar Olof、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・イエムトランド地域の事例研究—』

2007年9月発行
ISBN 978-4-903543-03-1

目次

第I部

- 第1章スウェーデンにおける社会的経済の現段階
- 第2章イエムトランドの地域特性と課題
- 第3章イエムトランドの社会的経済と支援体制

第II部

- 第1章医師不足に直面する地域における医療協同組合実践の展開
- 第2章新しい障害者生活支援協同組合の実践

参考資料



●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—長期管理における有効性とトラブルの種類と発生率分析—』

2007年12月発行

ISBN 978-4-903543-02-4

目次

I. 目的

II. 対象

III. 研究方法

IV. 結果

1) CPITN（歯周治療必要度指数）の推移調査結果

2) う蝕・歯周病リスクの8クラス分類とその分析結果

3) A-Bグループ間の分析結果

V. 結果

VI. 考察

参考文献



●「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

●2006年度研究助成報告「介護労働者における職業性ストレスに関する研究」（富岡 公子、他）『いのちとくらし研究所報』22号

●2007年度研究助成報告「立位、歩行装具のロボット利用の可能性について」（細田悟、沢浦美奈子、平松まき）『いのちとくらし研究所報』24号

【次号31号の予定】 (2010年5月発行)

- ・若者の失業雇用問題の新たなる取り組み (仮題)
- ・過年度の助成研究報告、ほか

【編集後記】

早くも年度末になりました。今年度は定期総会が5月だったため、機関誌を遅らせ6月からの発行となっていました。2010年度は以前の発行スケジュールへ戻す予定でおります。1月発行の『地域医療再生の力』や機関誌、キューバ・メキシコ視察報告書など、皆様からのご意見やご感想をお待ちしております。

【投稿規定】

原稿の投稿を歓迎します。原稿は編集部で考査の上、掲載させていただきます。必要に応じて機関誌委員会にて検討させていただきます。内容については編集部より問い合わせ、相談をさせていただきます場合があります。

1. 投稿者

投稿者は、原則として当研究所の会員（正・賛助）とする。ただし、非会員も可（入会を条件とする）。

2. 投稿内容

未発表のもの。研究所の掲げる研究テーマや課題に関連するもの。①非営利・協同セクターに関わる経済的、社会的、政治的問題および組織・経営問題など。②医療・社会福祉などの制度・組織・経営問題など。③社会保障政策、労働政策・社会政策に関わる問題など。④上記のテーマに関わる外国事例の比較研究など。⑤その他、必要と認めるテーマ。

3. 原稿字数

- ① 機関誌掲載論文 12,000字程度まで。
- ② 研究所ニュース 3,000字程度まで。
- ③ 「研究所（レポート）ワーキングペーパー」 30,000字程度まで。

（これは、機関誌掲載には長すぎる論文やディスカッション・ペーパーなどを募集するものです）。

4. 採否

編集部で決定。そうでない場合は機関誌委員会にて決定。編集部から採否の理由を口頭または文書でご連絡します。できるだけ採用するという立場で判断させていただきますが、当機関誌の掲げるテーマに添わない場合は、内容のできふでに関係なく残念ながらお断りする場合があります。

5. 締め切り

随時（掲載可能な直近の機関誌に掲載の予定）

6. 執筆注意事項

- ① 電子文書で送付のこと（手書きは原則として受け付けできません。有料となってしまいます）
- ② 投稿原稿は返却いたしません。
- ③ 執筆要領は、一般的な論文執筆要項に準ずる（「ですます調」または「である調」のいずれかにすること）。注記も一般的要項に準ずる。詳しくは編集部にお問い合わせください。
- ④ 図表は基本的に即印刷可能なものにすること（そうでない場合、版下代が生ずる場合があります）。

7. 原稿料

申し訳ありませんが、ありません。

**「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