

目次

巻頭エッセイ：「和をはかること」と民主主義 …中澤 正夫 1

特集：インフォームド・コンセントと患者・医療者の関係

第5回公開研究会報告：「患者と医療者の医療技術観—相互理解のイン
フォームド・コンセントのために—」

……………尾崎 恭一 2

論文：「インフォームド・コンセントを患者医療参加の契機に」

……………岩瀬 俊郎 26

翻訳：M．ファルケフィッサー、S．ファンデルヘースト

「オランダ疾病金庫における価格競争」 ……竹野 幸子 31

インタビュー「労働運動から見た非営利・協同」 …小林 洋二 46

エッセイ韓国から 「易地思之の心構えで」 ……朴 賢緒 55

シリーズ・文献プロムナード 「社会的再生産失調」 ……野村 拓 57

書評：八田英之『民医連の病院管理』 ……石塚 秀雄 62

事務局ニュース …………… 54、61

バックナンバー …………… 66

入会申込FAX送付書

「和をはかること」と民主主義

中澤 正夫

「人間が出来てきた！」と言われるとなんとなくうれしい。だがよく考えてみるとハラがたつてくる。「人間ができる」とは、普通腹が据わってものに動じなくなった、酸いも甘いもかきわけ、年下の者の失敗に目をつぶって責任を自分で取る...ことなどを指す。これって、ルーツは何なのだろう。中庸を説く老荘の思想と侠（おとこぎ）そして「和をもって尊し」とせざるをえない農耕民族の宿命がないまぜになっているような気がする。少なくとも民主主義の土台である個の確立、そのための訓練と反対のベクトルにあると思っているのでハラが立つのである。民主主義とは徹底的に自分の考えを主張し、一致できる点を探りあい、一致できた点で行動を起すこと、である。だから素晴らしい行動力を生む。徹底的に主張しない場合は、全員一致でも行動力を生まない。誰かが本心をいわないでいるか、「和をもって尊し」を決め込んでいるからである。我々の会議の多くは「民主主義風...」であるが徹底的な主張を欠く。十分な討論時間がないこともあろう、しかしせつかく決まりかけたことに異論をとえれば「人間が出来ていない」とみられる、そのほうが辛いのである。いつの会議でも強烈に異をとえ人呼ばれる。わが国では「反骨」は狷介・変わり者の類で高い評価を与えられない。

徹底して議論をして一致点という実りを得るためには自分の感情をコントロールしきるだけの理性が必要である。われわれの会議の多くは徹底的

にやると感情的になってしまうか、修復のつかない感情的なしこりを残してしまう。それでは集団が解体してしまうので「和をとる」という現実手段を使わざるを得ない。徹底した議論が出来ないということは我々が感情コントロールの訓練が出来ていないのであろう。

民医連の医療の質も経営も民主主義の成熟の度合いにかかっている。これは理念である前にこれまでの実践が（成功も倒産も含めて）それを示している。それはあたかも下りのエスカレーターに乗っているのと同じで、毎日毎日登らないと、民主主義の質はスーッと下がってしまう。だから「徹底的に討論すること」と「和をとること」の兼ね合いは“悩ましい”問題なのである。

私自身はけっして民主的でない。本質は反骨である。権威に噛み付くのが大好きだし、「大人気なく」何にでも文句をつける。形勢が悪くなると感情的になり、自分がコントロールできなくなる。それでも「軟骨」になるのよりいい...と思っているし、あいつはこの頃人間が出来てきた...と言われたらおしまいだ、とも思っている。

民医連の民主主義が成熟していく為に、職員のひとりひとりがもっと個を主張しなくてはならない。反骨といわれようと、人間が出来ていないといわれようと...。スローガンは「和を持って尊しとせず」である。もっと正確に言えば、自分を殺した、無責任な「和」造りに加担するなかれ！である。

（なかざわ まさお、精神科医）

患者と医療者の医療技術観

相互理解のインフォームド ・コンセントのために

尾崎 恭一

所属は人間学部ですが、医療系大学で医療倫理を、医学哲学・倫理学会で事務局を担当しつつ、医療倫理を研究しております。さて、通常インフォームド・コンセント（以下、ICと略記）検討の場合、医療者・患者関係を専門家・素人など直接関係として考えますが、ここでは介在する医療技術の見方などに注目して考えたいと思います。

はじめに

医療技術の特質と目的

初めに、医療について、とくにその科学としてもつ特質と技術としてもつ目的との二つに焦点を当てて概観しておきましょう。

・特質——疫学的因果推定の複雑さ——

まず、科学としての医学に認められる真理性は、真偽を完全に区別できると近代当初に考えられた自然科学の場合ほど確かなものではありません。後で触れますが、近代の古典的な因果認識の際には、原因と結果の結びつきを一つひとつ直接確認していきます。たしかに、新薬の治験などでも人体への効果を三相にも渡って厳密に調べようとします。しかも、二重盲検法では、比較対照するどちらの薬をどの患者が使うかを患者自身にも主治医にも知らせず、彼らの期待感などが効果に影響しないようにします。しかし、なぜそこまでするかといえば、薬効は直接追跡し確認できない、きわめて複雑な過程だからでしょう。服薬環境を度外視した薬の純粋な生理的メカニズムは、複雑な

生活環境下にある患者への効果のメカニズムと同じではありません。とくに医療者と患者との信頼関係なども絡んで、薬が効いたり効かなかったりします。そこで、二重盲検法などが採用されているわけです。

もちろん、複雑な事情は医学に限りません。現代の自然科学では、たとえば量子力学では個々の量子の運動について位置か運動量かの一方、たとえば運動量をより正確に認識しようと認識主観の焦点を絞れば絞るほど、個々の位置については他方の運動量認識の正確さに反比例した不十分な確実性でしか、しかも統計的な分布としてしか捉えられないわけです。このような知識の統計的な性格は、自然科学にせよ社会科学にせよ、現代科学に共通な傾向であり限界でしょう。医学ないし医療技術にも、もちろん独自の要因からですが、そうした限界があります。つまり、特定の治療をすれば必ずそれに対応する特定の効果が得られるというような明確な因果関係は、医学・医療技術にはそもそもとめられないわけです。

・目的——個人主観の関与——

次に、医療の目的は「健康」ですが、WHO憲章前文の規定が有名です。すなわち、健康とは「単に疾病や虚弱がないことではなく、身体的、精神的（mental）社会的に完全に満足のいく状態である」と述べられています。ここで、満足のいくことというのは“well-being”（幸福、福祉）のことですが、この定義の解釈には難しい問題があります。それは、まず満足や幸福ということの意味です。満足や幸福は、当人の生活や人生の問題です

から、個人的な価値観や人生観が絡んできます。たとえば、患者の考え方を無視した治療はゆるされません。だからといって、患者の価値観そのものに難点があるときに、それをただ満足させて幸福感を与え、それでよいのだ、健康だとはいえないでしょう。では、患者の価値観や人生観は、どこまで医療の前提として容認されるべきなのでしょう。満足・幸福という概念の主観的な側面を絶対視すれば、患者本人の個人的な目的が、医療の評価基準でなければならないことになってしまいます。

最近、健康はさらに“spiritual”(霊的実存的)にも完全に満足の行く状態でなければならないとする加筆提案がなされました。この用語は、自分の人生に自ら根源的で積極的な意味を見出したり与えたりすることであり、個人的な価値観や人生観や世界観にいっそう深くむすびついた概念です。そこで、これは人によっては自ら信ずる宗教上の満足であることもあります。さらに、宗教によっては、非科学的な「診療」なるものを勧めることもあるわけです。そうした懸念などから、健康の定義に“spiritual”(霊的実存的)という言葉を加えることは足踏み状態になっています¹。

このように、医療には、科学としてもつ特質と技術としてもつ目的との両面で解釈の余地があるわけです。とくにICの際には、こうしたわけで患者側と医療者側の見解が病状認識や治療選択をめぐる齟齬をきたす、かみあわないということもおきるわけです。この点を解きほぐすために、まず医療の科学技術としての特質について学問類型や職業的視点との関係で明らかにし、つぎにICのあり方を人間関係の類型と関連づけて理解することによって、あるべきICのために必要な、ただし限界があることをわきまえた上での医療者と患者の相互承認のあり方について認識を深めたいと思います。

1. 説明の類型(学問類型)と医療技術の特質

1.1. 因果論的説明と“evidence”

さて、学問の分け方には「対象によって分ける」か、「方法によって分ける」という手法があります。近代においては、「対象」の種類ではなく対象を扱う「方法」の種類で学問を分類するという手法が、明確に打ち出されました。それは、近代人が知識を求めるのは、この世もあの世も支配する神仏に従うためにその意思を理解するためではなく、生活に必要な対象を人間の力で再生産したり、新たに創り出したりするためだからです。要するに、自然や社会という対象の「操作可能性」が重要であって、つきつめれば近代の学問は技術となることをめざす学問であるわけです。逆に発生源からいえば、近代の学問は技術の中から生まれてきた知識体系です。

これは、古代のように、天体を眺めたりその他の自然現象を眺めたりして、それをうまく説明する何らかの物語や理倫ができれば良いという観想的な学問ではありません。古代ギリシアのアリストテレスは、事物の変化や運動を説明してきたそれまでの学者の説明を整理し、素材因、始動因、形相因、目的因という四つの原理を挙げました²。その中で、近代の学問において意味のあるものとして残ったのは始動因と目的因でした。始動因は、現在(過去)の原因が未来(現在)の結果を決定するという自然の変化に関する因果論として意義を認められました。目的因は、未来(現在)という目的が現在(過去)を手段として決定(認定)するという行為の決定に関する目的論として残ったわけです。とくに因果必然論については、近世フランスのデカルトが『方法序説』のなかで重視しています。近代の学問を確立するために彼が採用したのは、数学を自然界に適用するという「方法」です。もちろん、古代ギリシアにおいても、アルキメデスは数学を自然の理解に活用し、静止した土地や建物を測量したり、てこや浮力などでバランスを取って静止する比率を計算したりする、静力学を前進させました。しかし、デカルトの動力学は物体の運動を操るために予測計算する学問です。そこで彼は、バランスや比率の数学ではなく、運動体の位置や運動量を表現できるよう、代数と幾何を統合し座標軸を用いて運動体を捉える解析幾何学を樹立したわけです。ただし、人間の行動については、まだ心理学的な因果予測の問題

として考えられませんでした。他方、目的論に関しては、精神の自由な目的設定の問題であるとして、その精神が身体的原因からくる精神への影響をどのような精神の持ち方（徳目）で排除し支配するか、という考察にとどまりました。

では、医療関連の諸科学はどちらに属するということになるのでしょうか。デカルトは、身体を機械とみなす立場から、医学を治療技術以前の生理学の一種としては、機械学と並ぶ因果論的な自然学（physics）の分枝とみなし、心臓のメカニズムなどを自ら研究するだけでなく、将来の人々に医学研究を推奨していました³。その医学の領域で、最近しきりに“Evidence-Based Medicine”が推奨され、デカルトが使用した“evidence”という用語が使用されています。この“evidence”概念は、医学だけでなく近代の学問すべてを基礎づける際に採用した真理判定基準として、非常に重要な概念です⁴。彼の真理論は、真理の明証理論（evidence theory）と呼ばれまして、様々な知識の中で明証さ（evidence）のあるものはすべて真理だが、そうでないものはその保証はない、というものです。では、知識の明証さ（evidence）とは何のことでしょうか。まず、それは一人ひとり本人自身の理性にとって明瞭（clear）で判然（distinct）としているということです。当時、最大の権威だったローマ・カトリック教会などの保証ではなく、だれもの自分の理性が真偽判定の基準だということです。「明瞭」というのは、本人が知ろうとする事物の情報を直接（感覚でも論理でも）確認しているということです。「判然」というのは、本人が知ろうとする事物の情報を、他の事物の情報から直接区別できるということ、知ろうとする対象について他との境界を直接確認できるということです。もちろんこれだけでは、単純なものについての知識の真偽を判断する基準でしかありません。そこで、複雑な事物の知識については、それを分解して基礎となる知識（単位）にまでバラバラにする論理的な分析手続きについても、さらにその知識単位を間違いなく再結合して行って、元の全体的な知識に戻す論理的な総合手続きについても、直接的な“evidence”をいちいち確認していくわけです。それによって、複合物に関する知識の真偽もはっきりと判断できるということです。ですから、

知識の明証さ（evidence）というのは、一方では中世の権威主義的な真理観から近代の実証的・論証的な真理観に大きく転換させる重要な概念です。ただし、厳密な意味での真理が問題になる知識は、厳密な意味で普遍的に通用すべき科学（science）であって、個々人の身体的素質によって習熟が異なる技術（art）ではないとされています⁵。

では、“Evidence-Based Medicine”の“evidence”は、近代科学が求めるこうした直接的な意味での真偽判別の「明証さ」だといえるのでしょうか。そこまではいえないのではないのでしょうか。実際、“Evidence-Based Medicine”が一般に「根拠にもとづく医療」と翻訳されているように、医療でいわれる“evidence”は、ただかなりの確率で確実性があるだろうと推測される「根拠」でしょう。もちろん、服薬環境を度外視した直接の生理的メカニズムについてなら、近代科学のもとめる直接的な「明証さ」を保証される解明は可能でしょう。しかし、実際に生活する人間へのその効果のメカニズムについては、かなりの部分がブラック・ボックスの中に隠れています。ただし、治療を要する傷病について、そのメカニズムが解明されるまで放置しようとするのは許されません。そこで、医療では“evidence”をいちいち直接確認することのできないブラック・ボックスについても、その入口（薬剤や治療法など）と出口（効果など）を疫学的に調査して、そのデータ分布を統計的に整理します。その結果、新薬などに良好な結果との従来よりも強い関連性が認められるということになれば、その事実こそ、入口と出口とをつなぐ因果関係があるとの推測に十分な根拠（evidence）を与えるものだ、ということになります。そうなった以上、その知識を治療に活用せざるをえないわけです。しかし、ブラック・ボックスの中で入口から離れた出口につながっていく一つひとつの因果の結びつきが直接確認されなければ、その外側（入口と出口）の直接関係がないのに偶然あるように見えたわけではない、という根拠の最終的な保証はありません。それどころか、安全で効果があるとして認可された新薬が、治験では偶然被験者にならなかったタイプの患者たちに深刻な被害を与える例さえ後を絶ちません。

さらに、医療において面倒なのは、傷病を外傷

から操って快復させようと協力しあう両主体（医療者と患者）の信頼感などが、患者の精神状態として心身の疾病という当の客体に影響を及ぼしてしまう可能性です。精神状態と疾病の関係もブラック・ボックスの中ですが、心身症や神経性胃潰瘍などのようにその可能性は否定できません。逆に、傷病の深刻さなどが医療者・患者の意識や関係を変化させ、またそれが治療に反響する等々のことも否定できません。このため、医療上の知識に関しては、主客を画然と区別する近代科学が真理基準とした明証さ（evidence）を求めることは、原理的に不可能だということになります。そして、根拠があるとされた医療技術でも、個々の臨床現場で医療者の直接的な知識や患者の多様な考え方、知識、感受性、そして医療者・患者の関係を顧慮しつつ導入しなくてはならない、ということになります⁶。その多様な考え方の中には、医学や医療技術に対する見方そのものも含まれます。

1.2. 目的論的説明と生物学・医学

医学、医療の知的基盤のひとつとなっている生物学に関しては、近代に至っても目的論から因果論への転換はそう簡単ではありませんでした。もちろん、デカルトは目的論的な発想を精神についてしか認めていません。しかしながら、生物は非常に複雑であって、目的論的に見た方が理解しやすい。そのため、目的論的な発想は長く生き残ってきたわけです。現代になってようやく生物学の領域の中でも、目的論よりも因果論・機械論が主流になり、分子レベルで生物の発生や行動について遺伝子発現のメカニズムとしても捉えることができるようになってきました。たとえば生物進化も、現在の見方では、環境適応という生物に内在する目的そのものが自己を実現していく進歩という概念ではない。そうした目的論的な進化ではなくて、むしろ外的偶然によって遺伝子の変化が引き起こされ、それが環境適応に特別有利でなく中立的でも多様化をもたらすことが多い、そうした意味での進化が統計的には大部分を占める、といわれるようになってきました⁷。こうした進化の考え方は、目的論ではなく因果論です。ただし、外的偶然が必ず原因となって遺伝子に変異を引き

起こし、環境に不利でなければ新種の生物となって必ず繁殖しつづけるという、一方向への決定論的な見通しがあるわけではありません。また、生物の不思議な行動や機能も、自己の遺伝子やそれに近い遺伝子を存続させたいという目的からの活動としてみると理解しやすいということで、目的論からの説明も行なわれています。

医療の諸科学も、そういう二つの学問類型を内に併せ持ってしまうています。病状経過について、目的論的な見方、そしてデカルトの物理学的な発想を典型とする因果論的な見方、そういう複合的な見方で対処せざるをえない学問です。

ところが、こうした発想のそれぞれが、我々の思考をある意味で歪ませ、強引に押し進めてしまうような力を持っています。とくに医療者側は、因果論的な見方で医療を行なおうとします。それは疫学的調査から統計によって帰納的に得た擬似一般的な医療知識でしかありません。しかし、医療者は患者に対して、そういう知識でしかないのに因果決定論的な知識として演繹的に説明しがちです。こうした説明を続けることによって、医療者は病気をどちらかという主に物的なものとして物化論に捉えていくという傾向を生んでいます。肉体的変化についても精神の変化についても、物的な現象として捉えようとするわけです。もちろん、合理的に病気を治療しようという点からすると、どうしてもそうならざるを得ないという面があります。他方、医学に素人の患者は、生活の中で人間関係の占める割合が非常に多いわけですから、考え方がむしろ目的論的な発想になりがちです。つまり、患者は医者や看護師の因果論的な説明についても、目的論的な発想で理解しようとするようになってしまうということです。もちろん、そうでない患者もいます。

・花粉症の理解と対処策 1) 因果論による即物的な見方

たまたま、新聞の花粉症特集の投書欄に9本の投書が載っていましたので、そのうち花粉症を仲立ちとしたロマンス話などを除いて花粉症に対する対処策を述べた7例を取り上げます⁸。もちろん、これは上記の2種の発想について具体的に理解して頂くために例示するものであって、10例にも満

たない不完全な情報を根拠“evidence”にして2種の発想に関する私見を証明しようとするものではありません。

一方には、非常に合理的な考え方で花粉症に対処していることが3人の投書に現れています。まず『「生涯の持病と」とあきらめも」という表題の投書です。アレルギー検査をちゃんとし、「スギやヒノキ、ブタクサの花粉のみならず、ほこり、ダニ、そして、気温にまで敏感に反応することが分かった」。それでお医者さんの処方に従って抗アレルギー剤を服用している、という話です。次にこの投書には、お医者さんとの関係はありませんが、合理的です。帰宅時にはできるだけ花粉を落とすように心がけ、「まだ花粉が飛ばない朝早く散歩するようにし」、鼻をかみすぎると鼻が赤くなるので我慢しているなど、合理的な生活をしています。この人もそうです。これは、診療所の看護師さんの助言があったことが窺われます。鼻の洗浄をしているが、「目だけは目薬に頼るしか方法はない」のでそうしている。「外を歩かない」「洗濯物は室内につるす」。この3人はみな合理的な生活をしています。これは「原因と結果」という発想です。

・花粉症の理解と対処策 1) 目的論による擬人化した見方

それに対して他方の4人は、因果関係という点ではどうみてもその論理がおかしい。とくに「私は信州の小さな盆地で暮らしているが」、「スギやヒノキが少なく、空気がきれいなせい、花粉症のつらさを知らない」。他方、「東京で暮らしている娘と孫は花粉症で悩んでいた」。それが、自分の住む田舎に帰ってきたら「一ヵ月ほどで「治まってしまった」、という。この事実から、何を導き出すかが問題です。結論として、「自然の多い環境、もぎたての野菜などを食していたら、心身が改善されて良い方向になると実証できた」というのです。しかし、前の方で、原因となるスギ(花粉)そのものがないといっているのですから、因果関係からするとおかしいこととなります。実証というよりも、自然は心身に優しいな、という土台になる感情から物事を理解しようとしているわけです。次の「原因を調べ

るには血液検査で2年もかかると聞き、とっくにあきらめた」と、原因究明の放棄が述べられています。対処法としては、漠然と「体力をつける」とか、竹炭酢が「万病に効能がある」ということで、風呂に入れたり薄めて飲んだりとかしている、といえます。そして、「大自然の流れに逆らっても、到底太刀打ちできるものではない」という信念が披露されています。そこから、「大自然の流れ」に従って「大自然」から頂いた酢を服用などすれば良いのではないかという議論になります。そうすれば「体内の免疫力」、これも非常に漠としており期待をこめた文学的表現ですが、これを「蓄えることにしよう」と書いてあります。これは、合理的にも見えるのですが、必ずしもそう断定できない発想です。薬が自分に合うか合わないかについて、あまりはっきりしない「体質」を基本概念にして判断しているわけですが、これも合理的と言えるのか言えないのか境界領域にあります。最期では、自然と遣り取りしあうという対話思考、2者相互の目的志向的な発想が顕著です。要するに、自然に対して悪いことをしたので、その自然に復讐されたのだ、ということです。具体的には、花粉症は人間が「飽食」までしつつ「科学技術」を発展させて「自分たちに都合のいいように自然のものに手を加えた結果」であり、「人間の傲慢さに対する自然の報復」かもしれないと述べています。そう判断する根拠は、「同じ植物帯にあるアジアの国では、花粉症など聞かない」からだということです。しかし、同じ植物帯でも杉に集中した戦後の植林まで同じなのか。そもそも原因は複合的だと推測されていますが、道路のアスファルト粉塵や、食品添加物、寄生虫の有無なども同じ事情なのか。もちろん、アジアではそうでないのに日本ではそうだから、と比較するのはよいのですが、両者の違いの中から飽食や科学技術で「自然のものに手を加え」てしまったことなど、非道徳的にみえる理由を取り出して、それへの「自然の報復」なのだとしています。これは、自然をコミュニケーション相手として人格化する発想での比較です。つまり、自分には都合がよいが相手には不都合な目的を押し付けたから、相手は仕返し目的で病気にさせているのだ、という発想です。そういう仕方でも物事を理解しようとする。

このように、ありふれた花粉症についても、大きく分ければ理解の二つの仕方、つまり機械論的・因果論的な発想と対話的・目的論的な発想のあることがわかります。

1.3. 同一対象の理解

——職務行為による相違——

この発想の違いは職業柄にも関係していることが見て取れます。投稿者の職業に注目すると、「花粉症」を因果関係の視点から合理的に支配しようという発想の持ち主は、64歳の学校嘱託（元教師？）、公務員、大都市区部在住の75歳無職などです。これらの人たちは、大都会やその衛星都市に暮らしています。学校嘱託の方は非常に勤勉で、日記を中学校時代から30年近くずっとつけているとのこと。しかも、お医者さんに薦められ、自分の花粉症の症状記録を「カルテ代わりに」日記に書いている。このように規則的な生活をする人たちです。つまり、彼らは対象を規則的に把握し管理し、原因を規制すれば結果は思い通りになる、という発想の持ち主です。

こうした見方は、製造業（第二次産業）従事者や公務員などに特有な、技術法則に従って工業製品を製造したり所属組織の規則に従って役割を果たしたりする発想です。余談ですが、私は高校日本史の先生から「近代国家というのは、首相がいなくなっても、大統領がいなくなっても、王様がいなくなっても、自動的に官僚機構が動いて日常的な国家の運営が支障なくできるような仕組みになっているのだ」と教えられ、それまでもっていた英雄史観的な発想を根底から覆される思いがして皆驚いた、という記憶があります。一定の手続きルールに従って動いていく。大きな変化があれば別ですが、通常は特別なリーダーシップを取る人がいなくても、ルールを守って行動すれば困ることはない。そういう組織の中で仕事に就いている人たちの発想は、つねに物事を合理的なルールに基づいて管理支配する、因果関係のルールを前提にした仕組みの中で原因を規制することによって結果を得ようとする、ということになります。

それに対して、花粉症について自然などを擬人化した仕方で捉え対処しようとする人たちは、職

業欄に農業、主婦、そして他の2人とも68歳の無職と書いてあり、住所も大都会ではなくて田舎です。職業柄、農業などの第一次産業、第三次産業の客商売、家庭生活や消費者生活では、生き物や人間を相手にしています。このため、目的論的でコミュニケーション的な発想に傾きます。

インフォームド・コンセントを得る場合、このような発想の違いを考慮し、その人の職業柄やその人の発想の元になるような、なんらかの手掛かりに着目すべきでしょう。それによって、その患者が医学や医療技術をどういう視点から理解しようとし何を期待しているのか、こういうことも推察できるのではないのでしょうか。さらに、患者が自分の生き方についても、主体的に何を目的としているか、健康という場合、その健康を何のための手段として得ようとしているのか、その手掛かりが得られるのではないのでしょうか。

2. 人間関係の類型

——目的による分類——

次に、医療者と患者の関係を理解する上で、我々が様々な人間関係（人間と自然の関係を含めてもよいのですが）を、どのような関係として形成したのか、現にどのような人間関係行為をしているかということを考えておくことが大切だと思います。その際、コミュニケーションや道徳に関するハーバースの理論を参考にしたい。とくに道徳意識の考察に際して、かれはコールバーグの道徳性発達心理学を主に検討する中で人間の相互行為の捉え方を深めましたが、それを三つの類型に収斂させることができます。それが「戦略的な行為」や関係、「人倫的」な行為や関係、「道徳的」な行為や関係です。それぞれ、医師・患者関係を典型とする医療者・患者関係のモデルとして挙げられる、「技術者モデル（工学モデル）」、「聖職者モデル（牧師モデル）」・「仲間モデル」、「契約モデル」を人間関係の原型から捉えなおす視点を提供しています。

2.1. 戦略的行為 / 関係 ——医療者・患者関係の技術者モデル——

まず、「戦略的行為」や「戦略的」な人間関係ですが、これは医療者・患者関係の「技術者モデル(工学モデル)」の一般的な形態です。この「技術者モデル」では、例えば自動車修理工が顧客の注文に従ってその通りに自動車を修理するように、技術者は客のいうとおりに専門知識を使って客の決めた目的に合うように修理したり改造したりする。そういう発想で、患者が注文主で医療者はたんなる技術者として引き受ける。医療者は、注文主の立てた目的について批判的な道徳判断や価値判断はせず、ただそれを効率的に行なう手段を専門知識で探す因果判断をし、実施するだけです⁹。

なぜ技術者が、そうした客の注文に従うかといえば、因果論的にのみ捉えた自分の技術を発揮し研ぎ生計の糧が得られ、自分の目的が達成できるからでしょう。つまり、客だけでなく技術者も自分の目的実現のために相手を利用しているわけです。これが技術者モデルの基礎にある戦略的な関係 / 行為です。ここには、人間どうしの関係として根本的な難点があります。何が問題かといえば、自分の目的を達成するために他人を道具として、主体性を認める必要のない物、物件として利用するということです。倫理の基本は、互いの人格の理性的側面を尊重すること、皆が自分の目的を自ら立てるその主体性を尊重するということです。カントのいうように「自他の人格に例外なく存在する人間性を常に同時に目的として扱い、けっしてたんに手段として使わないようにせよ」ということでしょう¹⁰。たとえ相手が同意したとしても、一方的に物扱いしてもあそんだり傷つけたり殺したりしてよいということにはなりません。

もちろん、ここでは相手の同意だけでなく相手も同じように自分を利用しているという事情があります。そうすれば相手も主体性を回復し人格性(人格の理性的主体性)を回復しているのだから、許されはするわけです¹¹。主体的に自分の目的を達成しようとするのはお互いなのですから、相手を「たんに手段として使」っているだけではありません。逆に、相手が自分を手段として扱うこと、つまり主体性を発揮することを認めてもいるのだ

から、許されるのだ、ということです。具体的には、カントは結婚における性的関係に関連して述べていますが、物の売買もそうです。お客さんを道具として自分の生計を得ているわけですね。それに対してお客さんも、お店の人を道具として扱って、自分の生活に必要なものを得ているわけです。こういう相互利用の組織を「利益社会(Gesellschaft)」(独語)と社会学の領域では言います¹²。しかし、これは生物として人間が自ら生き子孫を残すために止むを得ない事柄だけ、両者同意の上で、お互い様という条件の下で容認せざるをえないということにすぎません。人格を道具として利用しあう戦略的行為やそれに基づく技術者モデルは、けっして望ましいものではありません。

たしかに、ICにおける医療者・患者関係はこうした技術者モデルでなく契約モデルだと一応は受け止められていますが、その契約モデルも戦略的な相互利用という意味での契約関係だとみなす誤解があります。それでは、ICの契約関係を望ましい医療者・患者関係とは考えられないでしょう。実際、こうした誤解に基づいてIC導入に反対したり、本来のICからかけ離れたパターンリズムを日本的ICとして擁護したりする傾向が、一部の医療者にみられます。

たとえば、阿蘇郡医師会会長は会長名文書で、医師・患者関係は「インフォームド・コンセントと呼ばれるモデル」である「契約モデルであるべきであると強調されてはいるが……私は……少々の疑問を感じずる」(点線部は中略)と述べ、とくにICの前提となる「情報開示」について消極的見解を表明しています¹³。さらには、「従って、カルテ開示には医師会の存在を賭けても反対しなければならない問題である」とまで述べています(ただし、カルテ開示の流れを止めるのは不可能だろうから、準備はしておかなければならないと結論しています)。問題はその反対理由ですが、「医師としては開示要求は、不信頼の表明、しいては医療訴訟の開始ととらえ」、「カルテの公開を義務づけられたら、医師は全患者がいつでも告訴人に変身することを前提としてカルテ記入を行わなければならない」からだとしています。そもそも、「医療の本質は、医師と患者が信頼関係のもとでともに病苦と戦うものであるはずが」、カルテ開示と

なれば「患者とも戦わねばならない状態」になってしまうという危惧が表明されています。つまり、IC前提の契約モデルに対するこうした見方は、相互に自己利益追求でつながっているだけで特別な「信頼関係」など不要な通常の商売取引以外に、契約関係はありえないとする誤解です。

医療行為は、たしかに医師への信頼が前提です。それは、資格・水準のある医師が患者に最善の医療を提供することを信頼した上で、患者が診療について権限を医師に付与するということです。その信頼は、そうした資格・水準や最善の努力をもってしても避けられない誤診や医療事故について、過誤以外は責任を問わないでしょう。たしかにそうした失敗は、賠償が当然な自動車修理の失敗とは違って、許容されなくてはなりません。ただしこの許容は、以下の留保つきです。まず、患者が医師に付託する診療は患者が自ら選んだものでなくてはなりませんし、また医師が通常水準で正しく施術し、その途中で新たに重要な選択の余地が生じたなら患者に説明し同意を得なくてはなりません。それを保証するために、患者への診療情報の開示は不可欠なのです。先の会長文書は、こうした信頼保証への理解もなく、ICによる契約モデルをたんなる「技術者モデル(工学モデル)」とみなしていることとなります¹⁴。そして、ICによる契約モデルには信頼関係がなく失敗が一般的に告訴対象となりうるモデルだとして、強い拒否反応を示しています。

こうした無理解や誤解は、日本学術会議主催ICシンポジウム(1996年)の記録でも、顕著です¹⁵。ICの信頼保証への無理解については、学術会議会員のお医者さん2人がともに日本的ICを主張し、同じ会員の法学者がそのようなものはありえないとしています。次の項目で聖職者モデルの一種として扱います。ここでの問題は、ICを技術者モデルと誤解した上で批判している点です。大蔵省東京病院長の折茂肇氏は、「アメリカは異民族、多種民族が住んでおり、すべてが契約で成り立っている社会だ」から、アメリカ型ICは「患者が自己決定したんだから私は知らないという考え方」になると断定し批判します。議論の出発点がここでいうアメリカ型ICであって、こういうものは日本には馴染まない、悪いと批判するわけ

です。しかし、これは「契約」といっても、技術者が注文品を作るときのように、患者に決定権を預けて医師はその注文決定について価値判断をしないで契約する、という技術者モデルです。ですから、国学院法学部教授の平林勝政氏は、そのように医師が患者に対して選択肢をたんにA・B・C・D等々と「全部羅列して、おまえさんが選んで、あとは知らないよ」というのは、そもそも「それはインフォームド・コンセントではない」と否定しています。

2.2. 親和的行為 / 関係

——医療者・患者関係の聖職者モデル——

つぎの「聖職者モデル(牧師モデル)」と「仲間モデル」の一般的な形態は、ハーバーマスのいう「人倫的(sittlich)」な行為や関係です。ここでは、その意味が容易に推測できるよう親和的行為/関係と呼ぶことにします¹⁶。これは、上記の戦略的行為のようにお互いに価値観の違いがあっても可能になる外面的な人間関係ではなく、逆に共通な価値観由来の目的に適合した技術を使う共同関係です。親和的な行為とはそれを維持し深める行為であり、それによって形成され維持されるのが、前記のテンニエスのいう「共同体ないし共同社会(Gemeinschaft)」(独語)です。この発想の実体的な基盤は、親友関係や恋愛関係、家族関係、教会など、価値観を共有する対人関係や社会関係です。ここで、家族関係というのはもちろん精神的に独立していく思春期以降の子どもと親の関係ではなくて、それ以前の関係です。

とくに医療の世界では、こうした共感や思いやりの発想は主に患者の世話をする看護師の人に強く、またそれを求められますが、倫理観としては「責任とケア(思いやり/お世話)の倫理」といわれています。これは、アメリカのキャロル・ギリガン Carol Gilligan が実際の中絶をめぐる葛藤を研究する中で、とくに女性に顕著に現れることを発見しました。女性などは、個人の自己決定権や分離独立性よりも人間どうしの結びつきをとくに重視しているということです¹⁷。

こういう考え方から医療者・患者関係を捉えるのが「聖職者モデル」や「仲間モデル」です。こ

うしたモデルは、上下関係か平等かの違いはありますが、どちらのモデルの場合でもいわば同じ宗教的信念で集う教会の信者どうしとして関わりあうこととなります。ここでは、基本的な考え方は皆同じなのだから、もちろん具体的な状況下では誤解から相手と対立することもあるでしょうが、本来は同じ判断にたどりつくはずだという発想になります。したがって、現実意見が違っていても「本当は同じだ」とする。実際にはありがた迷惑でも善意の押しつけでも、「あなたのことを思って言ってあげているんですよ」と主張し、「本当に俺のことを思っていてくれてるんだ」として従わなければならない、という関係ですね。これが、とくに聖職者モデルの場合ですと、いわゆるパターナリズム（父権的恩情主義）ということになり、患者は医療者にお任せし指示に従うのが自分の健康のためだということになります。

前記の学会シンポジウムの中で、国立がんセンター名誉総長の末柘恵一氏は、患者の自己決定権と医師の裁量権の次のようなバランスがよいと主張します。

「やはり私はあなたの病状を診ていると、こういうところがいいと思うよ、という話で結論を求めていくことが医師の裁量権でございますし、患者の方は医師を信頼しておりますという、いろいろよく聞いた上で、あるところで、『わかりました』といって結論が出るという形が日本的なやり方ではないかな」¹⁸

直ちに、医師の折原肇氏が、「私も末柘先生とほとんど同じ意見でございます」と応じますが、法学者の平林氏は「日本的なインフォームド・コンセントとは一体なんだろうか、そういうことがあるのだろうか」と批判します。末柘氏は、患者の自己決定権と医師の裁量権のバランスといますが、上記の説明では患者は自己決定権を医師の裁量に一方的に従うという形で行使するというアンバランスな話ですが、それは「医師を信頼して」いるからだということ です。

同様に、日本医師会生命倫理懇談会のICに関する最初の答申（1990年）でも、「患者の信頼と医師の最善の努力」の下での医師任せは「よい意味でのパターナリズム」だとしました¹⁹。そして、患者主体の医療ではなく、専門家への信頼下での

専門家主導という主張がこの報告の基調をなしています。また、権利関係よりも信頼関係が重視されています。しかし、価値観が多様化した現状では、過去の「医師と患者の間でお互いに何もいわなくてもわかる、という関係」というほどの信頼関係はまれなものですから、このような聖職者モデルや仲間モデルは妥当ではないでしょう。いまや家族の間でさえ、医療上の決定を委ねられるような親和的な関係は、必ずしも存在するとはいえません。まして、日常的な付き合いがないのに「患者を暖かく保護する医師の庇護のもとで望ましい医療を受ける」ことを期待し「よい意味での『医師任せ』」を推奨することなど、価値多元主義社会の現状を認識していないといわざるをえません。

2.3. 倫理的关系 / 行為

——医療者・患者関係の契約モデル——

現代では、重大な私的決定を委ねられるほど価値観を共有する親和的な共同体は、きわめて私的な関係にとどまるでしょう。聖職者モデルでは、ややもすれば完治や効率に傾きやすい医師の価値観の押し付けになりがちです。また、戦略的行為として、患者が安易な臓器提供やクローン人間などを目的として施術を求めても、医師が価値判断せず唯々諾々と医療技術を駆使するというのでは、あまりも打算的で無責任な行為です。

では、患者独自の価値観が尊重され、どうじに患者の目的設定に対して医療専門職としての批判的主体性も確保されるような医療者・患者関係とは、どのようなものでしょうか。これがICの概念において問われている倫理でしょう²⁰。

価値観が多様化している社会では、価値観での全員一致は無理ですから、全員が一致できる最小限の意味における倫理とは何か、ということが明確にされなくてはなりません。倫理というと、善行や親切が思い浮かびます。戦略的には自分が損をしても、困っている他人を助けるべきだとよくいわれます。しかし、そうしなくても、いわゆる犯罪がなければ最小限の社会は維持できます。そこで、親切などはカントによって「不完全義務」と呼ばれました²¹。では、社会を維持するのに不可欠な最小限の「完全義務」とは何でしょう。エ

ンゲルハートは、価値多元社会を前提にした生命倫理の基礎づけに大きな貢献をしましたが、その理論の出発点を、「『道徳論争を平和的にとり行うための方法』という倫理の最小の観念」とします²²。それは、幸福観など価値観が違って、最小限、意思疎通しあえるための「付随制約」²³であり、まず「関係する道徳的行為者の自由を尊重する」こと、「個人の自由の尊重」「相互尊敬の原則」が必要だということです²⁴。ハーバーマスも、平和的な葛藤解決が倫理の最小限の意味だとして、コミュニケーションを成り立たせている条件、すなわち抑圧によって歪められない自由な対話状況を倫理の出発点としました²⁵。まずは、人格の自由の尊重です。

さらにそこから、利害対立や見解対立の際に当事者どうし同じように処遇しあう相互性と、第三者視点から両者の利害や価値観を等しく尊重する平等ということです。利害対立というのは戦略的な行為や関係でお互いに一致しない、一方が得をして一方が損害を被る、そういう場合です。価値観対立では、親和関係が破綻します。「やっぱり私とあなたの考えは基本的のところ違う、だから離婚した方が良いのではないか」など、そういう場合です。けんか別れせず、平和的な話し合いで関係を修復する、その話し合いの共通規範が相互性と平等です。この最小限の規範を守るとは完全義務で、守らなければ人間関係はなくなりますから、分裂が許されない関係なら法律で規制もされます。これが、アリストテレス以来いわれている「交換の正義」と「分配の正義」です。それがずれたときには「是正的な正義」によって正されます。基本は「交換」の相互性と「分配」の平等です。国と国との条約で「平等・互惠」と言ったりしますが、それぞれ「分配の正義」と「交換の正義」を基礎にした発想があるわけです。そういう公正、正義が問題になってくる。

そこで、次の問題は、何が本当に正義、お互い様だとか平等だとか言えるのか、という解釈です。

しかしその前に、この意味での倫理の発想そのものは非常に判りやすいということを紹介します。元来、倫理問題は試験に出題されても容易に解けるはずだということを指摘しておきたいと思いま

す。医歯学部では、C B T (Computer Based Testing、臨床実習開始前に学生の知識・技能・態度を評価する全国共用試験)の際、500題ぐらいの、一人ひとり違う問題を短時間でとくテストが実施されます。倫理問題も、コアカリキュラムに基づいて作成され、「ほとんど全員が100%できてよいような問題を作ってくれ」ということなのです。落ち着いて考えれば誰でも100%できる問題だということです。同様の国家試験問題(20頁下)を見てみましょう。この問題では「試験の薬の効能があるか、副作用がないか」を取り上げています。人体への治験を三相まで実施しますが、治験参加に同意した患者がその途中で中止を申し出た。それに対してどう対応するかという選択肢問題です。これは当然患者に自己決定権がありますから、「d. 患者の意向に従い、直ちに中断する」に決まっているわけです。患者の体なのですから、患者の体を使って実験しているわけです。本人が同意しなければ止めるのは当然ですね。ガイドラインを知らなくても解けます。別の選択肢の発想は倫理的な発想ではありません。例えば「a. インターフェロンのみを中止する」ですが、これは未練がましいですが、なんとしてでも実験のデータが欲しいという戦略的な発想なわけです。つまり、倫理的発想でなく、ただ治験データが欲しいという考えです。他のものもみなそうです。「b. 一週間中断後、再開を判断する」。これも実験をなんとしてもやりたい。別の理由があるのでそのまま継続するのだというのが「c.」ですね。「e.」の方も継続するというので、この発想の根底にあるのはそもそも倫理的な発想ではない。患者と自分が対等な人格どうしであって、お互いの利害の対立があった場合に、自分の方だけが得をするというのは、倫理的に相互的でも平等でもない。相手は自分の体で実験するのを「やめたい」と言っているのに、それを「いや、それほど害はないですよ、インターフェロンだけ中止しましょう」、「輸液をしなげたら大丈夫ですから、そんなに損ではないから続けましょうよ」と、なんとしても自分の方の利益を確保しようとする発想です。そういう点で、他の選択肢を全部見てみるとわかりますが、倫理の原理どうしの衝突であるとか、倫理の基本的な考えとそこから導出する判断とい

う難しいことではなくて、ほとんどがそもそも倫理的な発想であるか否かということだけで、解けてしまうような問題を作っている。

しかし、専門家にとってはその専門の仕事をなんとかしても成功させたい。戦略的な行為としての仕事、職業ですから、そしてそれが成功すれば、長い目で見れば医療に貢献するのだということです。ですから、どうしても戦略的な発想になってしまう。そのために倫理的な発想というのにはなかなか踏み切れないということがあるだけの話なのです。だから、勉強して「ああ、そうなのか」と分かれば、これは本当に簡単に解ける問題です。

ところが、医療現場に行って一生懸命働いて、治験を何度も繰り返しやって、しかも大変な労力をかけてやっていくという体験が積み重なってくると、なかなか中止できないという意識が強くなっていくわけです。そこからすれば、一定の期間を置いて倫理的な発想とそうでない発想というのは、はっきりけじめをつけるような研修を定期的にする必要があるのではないかという気がします。

さて、話題を何が本当に正義、お互い様だとか平等だとか言えるのか、という解釈問題に戻しましょう。

先ほど述べましたように、「完全義務」というのは積極的な親切ではない。ただ最低限のことで、相手の利益とか価値観を傷つけないという消極的な行為を義務付けています。患者の同意なしに「体を傷つけない」、尋ねられて「嘘を言わない」など否定的なものが多い。これは全て刑法の対象です。それに対して不完全義務は、積極的に他人を助ける行為ですが、これはいわゆる倫理であって、職務等以外法律的に強制されません。

先ほどお話した学会の平林氏が、日本的インフォームド・コンセント（IC）を主張する2人の医師にこれ自体は批判しつつも、「結論は同じだと思うのですが」と言ったときの「結論」は何かというと、ICのすべてを法律にせず、法律にすることと倫理にとどめることに分けなくてはいけない、ということです。法律で決めるのは、やはりこの完全義務レベルであり最小限の禁止事項です。しかし、その完全義務しか実行しないということになると、結果として技術者モデルで、

戦略的な発想と同じになってしまう。つまり、患者に対して「こういう方法があります、ああいう方法があります、さあどれにしますか」と患者に投げ出して選ばせることになる。もちろん、それが患者の権限や利益を積極的に奪っているわけではありませんが、専門家として助言すべき場合もある、というのです。ただし、それは「自発性に任される倫理の問題であって、法律で強制する問題ではないのだ」と言っているわけです。

実は、日本的ICを主張する医師が非難するアメリカの大統領委員会の報告自体、すでにそういう区別をすべきだといっているのです。平林氏の発言は次のとおりです。

「これも大統領委員会の報告書にあるわけですが、そう言ったもう一つのインフォームド・コンセントによって保護されるものとして、医師と患者との、コミュニケーションするというプロセスを通して意志決定されるもの、それは大統領委員会の言葉をかりますと、患者のウェル・ビーイングだということになる。」「そのコミュニケーション・プロセスの中での責任とかあるいは共同意思決定のプロセスは、これを今この時点ですぐに法的な基準として認めることはあるいは行き過ぎなのかもしれません。したがって、これも大統領委員会が言うように、倫理的な命令として共同意思決定をしていく」²⁶。

つまり、患者のウェル・ビーイング（福祉・幸福・満足）は人によって違う。だから、医療者側と患者側で互いに相互理解をしていくわけです。患者の生きる目的、患者の考える幸福というのは何なのかということ、医療者側が知っていく。そのためには「こういう方法がありますよ」、「これがぴったりですよ」など一歩進んで助言し、患者側で「そうか、自分の生き方に合う治療法はこれなのか」ということになる。それは個別的なものです。コミュニケーションの過程で明らかになるのであって、それは法律には馴染まない。倫理的な命令として、つまり職業倫理として考えるべきであって、それは法律で一般化することはできないと述べているのです。折茂氏は、アメリカでは何でも法律でしるし、医師側も患者が決めたのだから医師には責任がないというのがアメリカのICだ、契約モデルだと非難しますが、すでに

アメリカの契約モデルこそ法律万能でなく、患者の価値観、人生観に関わることは倫理レベルに委ね、両者の共同意思決定に委ねているわけです。両者のコミュニケーションを通じて、患者が自分の生き方を明らかにしていき、医療者側はそれを理解してそれにふさわしい治療法を選んで提案する、そして患者側は自分の生き方にあったものは確かにそうだということで納得し同意するのだ、ということです。

3. 人間関係理解の発達

さらに、もう一つ大きな公正問題に人間関係に関する当事者の理解能力の問題があります。いま述べた「生き方」と関係する問題です。例えば「エホバの証人」のような生き方に、「これは聖書の読み方がちょっと間違っているのではないか」、あるいは「聖書がいくらそんなこと言ったとしても、輸血をしないで命を賭けて手術してくれというのはおかしいのではないか」などといった、異なる生き方を持つ相手に対する理解能力です。この理解というのは非常に難しい問題です。難しいのは何かというと、知的な人なら『エホバの証人』の言っていることは迷信だ、ということになるのかというと、必ずしもそうではない。しかも複雑な人間関係、複雑な葛藤の解決にはそれにふさわしい知的能力がなくてはならないわけです。

ピアジェは、人間の知性というのは量的に発達

するというわけではなく、認知構造の転換としてとらえていった。それを略記したものが資料「ピアジェの認知発達理論」です。つまり、理解力や記憶力が量的に増えていくのではなく記憶の仕方や理解の仕方も変わり、自然についていえば、物と物との関係の理解の仕方が変わってくるということを観察や実験によって明らかにしました。知性が転換する年齢というのは万人に一定であったり絶対であったりするわけではありませんが、様々な体験をする中で、自分の世界を捉える図式が合わなくなってくると、図式を修正せざるを得なくなってくる。その図式が4種類あるといった。それは第一段階から第二段階、第二段階から第三段階へと発達いくのであって、逆戻りは絶対にしない。停滞するということはあるけれども、逆戻りはしない。人によっては具体的操作期で終わってしまう人もいます。しかしそうではなくて形式的操作ができるようになって、複雑な論理を考へることや、その論理にしたがって自然現象を理解することができるようになる人もいます。ピアジェは、こうしたことを明らかにしました。

しかし、彼が結局は十分捉えきれなかったのは道徳性、倫理観の構造発達です。ピアジェは道徳性の発達も自然現象に関する理解の仕方と同様に発達するのではないかと考えました。最初は命令されて言うことを聞くのは善いことだという道徳から、みんなの中の集団的な決まりに従って行動する、その次の段階では自分で信念を持って行動

ピアジェの認知発達理論

人間は、外界の情報を理解し活用可能にするための思考行動様式 Schema をもっている。これは次のようにして形成され、発展させられる。すなわち人間は、外界の新しい情報が、自己の思考行動様式では同化し理解することが困難な場合、その様式をその新しい情報に合せて調節することによって、外界と自己との齟齬を克服し均衡化していく。

この思考行動様式は、以下のように大きな構造転換をなしながら段階的に発達していく。上位段階は、下位段階を自己の内に組み込み、下位段階に後退することはない。

(1) 感覚運動期 (sensorimotor period) 0 ~ 1 歳半

自己と物、自己と他者が未分化であり、観念を操作することによって外界を理解するのではなく、せいぜい身体で対象を模倣することによって対象を理解し、その予行演習に基づいて対象を統御しようとする。感覚にとらわれ、最初は自己の感覚圏の外にでた事物を消失したものとさえみなす。つまり、保存の概念を可能にする可逆性や相補性が、思考行動様式の中に形成されていないのである。

(2) 前操作期 (preoperational period) 2 ~ 6、7 歳

対象についてのイメージや象徴言語を操作することによって、対象を理解し統御しようとする。この表象的思考は、事象間に関連があることを理解できても、原因と結果を混同する転導推理に陥ったり、縦を短くすれば横が長くなる粘土変形の相補性などを理解できず一方のみに注目して粘土が減ったとか増えたとか考えてしまう。

(3) 具体的操作期 (concrete-operational period) 7 ~ 11 歳

具体的事物については見掛けに惑わされず、同一物が変化してもその変化要素を記号と対照させながら逆操作などを行ったりして、その量が保存されることを理解できる。分類や系列化が可能になる。

(4) 形式的操作期 (formal-operational period) 11、12 歳以降

操作の操作が可能になる。記号を事物と対照させなくても、記号の論理のみで推論が可能になる。これによって、二重系列化や二重分類など複雑な論理操作が可能になる。具体的事物を離れて、仮説演繹思考が行えるようになる。

する内面的な道徳の段階だろうと思った。しかし、その思考構造を明確にしそれを実証するということが十分できなかった。ピアジェという人は大変な天才で、中学生のとき昆虫の研究であったかで博士号を取り、年齢が若かったということで正式の博物館員になれなくて囑託になったりした人です。たいへんな天才ですけれども、それでもできなかった。

それをやり遂げたのがドイツ系アメリカ人のコールバーグという人で、ドクター論文のための研究でした。たんに認知能力が発達するだけでは、人間関係の複雑さというのは捉えることができないと彼は考えました。またそれだけでなく、よりいっそう高度で複雑な人間関係に徐々に入っていったその中の役割を取得し、その人間関係の対立などで苦しんだり喜んだりし、とくにその苦しみの中から自分の認知能力を使って対立関係を調停し、平和的に解決する、公正さの意味を深めていくのだと考えた。だから、おぼっちゃん・おじょうちゃんてほとんど家庭の庇護の下で育てられて

きた人は、善意で良い心であっても、社会的な葛藤の解決の仕方は経験も習得もできず、素朴で善良な人で終わってしまうのだと、そういうことを唱えたわけです。

彼は、いろいろな葛藤、たとえば親子関係の葛藤とか、薬屋と病気の妻のあいだでお金がなくて特効薬を盗むか盗まないかという葛藤、あるいは戦争を例にとり、軍隊で誰かが犠牲になって橋を壊さなくては敵の攻撃から逃げ切れないときにどうするかとかという事例について、問題は盗むか盗まないかという結論ではなく、どうして盗むべきだと考えるかだとインタビューし、その思考の過程を膨大な記録を採って腑分けしました。

その腑分けした段階規定にハーバーマスの批判を加味したものが、下の「道徳性の発達」です。認知能力の方は、幼いこどもの場合、一方向的で相互性がない、粘土の形を細長いものから丸いものにする、視点によっては量が多くなったと捉えたり、少なくなったと捉えたりするわけです。

「短くしたのだからその分こちらの幅が広くなっ

「道徳性の発達（コールバーグ、ギリガン、ハーバーマスによる）」

道徳生は、ピアジェのいう認知構造の発達に加えて役割取得の経験によって発達する。道徳性とは、公正・正義の概念であり、交換の正義（相互性 reciprocity）と分配の正義（平等 equality）をどのように理解するかである。実際には、大人になっても慣習的水準の第3段階や第4段階に停滞するものが多い。

一 実利的水準（対人関係 interpersonal relations）3～6歳：認知能力＝前操作（後期）から具体操作へ

戦略的行為・親和的行為・倫理的行為の未分化

第1段階 権威主義（前操作期象徴言語思考）

- ・権威と服従＝格差前提の実利的消極的「相互性」「長いものには巻かれる」
- ・戦略：権威による圧力 実力が同等になったときの対立

第2段階 取引主義（具体操作）

- ・交換取引＝実利的相互性「give & take」
- ・戦略：利益誘導 加害損害の悪循環（事後計算の不可能性）、善意の失敗者と悪意の加害者の同一視による対立

二 慣習的水準（対人関係から社会関係へ）7歳～：認知能力＝具体操作

戦略的行為が、親和的行為・倫理的行為から分化

第3段階 共感主義（対人関係）

- ・融和優先＝感情的相互性「されたいようにして上げなさい」
- ・戦略：人情誘導 情実乱用による第三者との軋轢

第4段階 役割主義（社会関係）

- ・遵法者視点＝格差役割を前提した応酬性、身分内平等「立場にふさわしく振舞うべきだ」
- ・戦略：制度利用 自文化中心主義（異文化との軋轢）＝実質的価値観の対立

第4・5段階 transition 文化相対主義（価値観の相違の容認と、協働の不可能性）

- ・文化的な並存関係であり、共同行動は不可能。

三 原理的水準（社会関係）

戦略的行為・親和的行為・倫理的行為の完全分化と動的再統合

第5段階 個人主義 形式操作（仮説演繹思考）立法者視点（個人の尊重＝形式主義）

- ・人権（仮説：共有される抽象的な基本的価値観）の平等を前提した応酬性
一元主義的原理論：自己所有権（生命価値）が最大幸福（主観的満足量）か人格（理性）尊重かの排他性
- ・戦略：人権（自由権、社会権、人格権）主張 価値観の相違が、各個人主義の基本価値に抵触すれば、協働は不可能。

第6段階 協議主義 文脈相対主義／弁証法的思考 自立と連帯（人間の尊厳＝実質的手続主義）

「共有できる原理（具体的価値観）を、個別問題に即して討議し求めあう」協議（実質的人格の相互尊重の追求）

（L．コールバーグ『道徳性の発達段階』新曜社、1992〔1971〕）

（J．ハーバーマス『道徳意識とコミュニケーション』岩波書店、1991年。）

た」というように、補い合っている関係などが理解できない。一つの視点にしか立たない、そういう知性の構造が背景にある。道徳性の発達について、コールバーグはそういう認知構造との結びつきを考慮しつつ、アンケート用紙など使わず全部面接で、同じ人に同じテーマについて3年ごとに質問し、「どうしてそういう結論なのですか?」「どうして奥さんのために薬を盗むんですか?」「それがどうして正しいと言うのですか?」などと問いただしていった。その膨大な記録を作る。弟子達はそれを合理化しようとして、定型化したアンケート用紙にしたりしてしまうわけですが、未知の構造や発達を探るのだからそれはできないというのが彼の立場で、知性は非常に複雑だということで、インタビュー記録を腑分けした厚い参考返答集と解説書を作った。

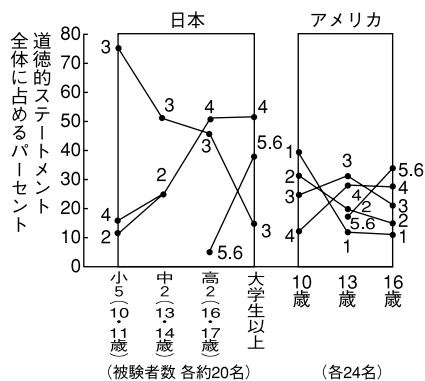
3.1. 慣習的水準

いまここで問題にしたいのは第3段階で——第1・第2段階が前慣習的な第1水準、第3・第4段階が慣習的な第2水準、第5・第6段階が脱慣習的な第3水準とわけるのですが——この慣習的な水準においてはじめて戦略的な行為と倫理的な行為が分化する²⁷。損得の計算と、そうではなくてお互いを公平にという考え方が区別されます。それまでは一体で、戦略的、親和的、倫理的な三つの行為は未分化なのです。この点を指摘したのは、コールバーグを学んで批判したハーバースです。直接会って批判したり議論したり、研究会をもったりしていますが——もうコールバーグの方は亡くなりましたが——、ハーバースはコールバーグを非常に評価し、その前にピアジェの道徳理論を引証したりしていたのですが、ハーバースはコールバーグの理論を自分のコミュニケーション理論のなかに位置づけ捉え返そうとしました。

第3段階はそれまでと違って内面性の道徳です。内面性を推理し理解することができるようになってい。皿を10枚割った人と1枚割った人、どちらが悪いかというと、第1・第2段階では「10枚割った方が悪い」と考えます。親が台所で仕事をしているとき、お手伝いをしている10枚皿を

持って行って、「危ないよ、だからそんなに持つてはいけないよ」と注意されたのだけれども「大丈夫だから」といいながら躓いて10枚割ってしまった。それと、そうではなくて台所で遊んでいて暴れまわって「危ないから暴れまわらないで」と言うのに、自分が楽しいだけ、自分の利益だけで暴れまわって1枚割ってしまった。どちらが悪いかというと、第2段階までの子供は外面しか理解できず10枚割った方が悪いという。第3段階の子は悪意・善意というのが評価できる、内面が評価できるようになる。この話を聞いても、10枚割った子に「お前の方が悪い」と叱ってしまうと「もう2度とお手伝いなんてしない」と怒ってしまうことが理解できる。せっかくの親子がうまくいっているのにそれができなくなってしまう。それでは葛藤の解決にはならないということが分かるようになるわけです。

年齢とともに、各段階の比率がどうかわるかを示している下記のグラフ「道徳性発達の日米比較」の数字は、各段階を示しています。日本は小



「道徳性発達の日米比較」
(L.コールバーグ『道徳性の発達と教育』新曜社、1992年、258頁)

学5年生から大学生以上まで、アメリカは10歳から16歳まで3歳ごとに調べたものです。アメリカの方はコールバーグ自身が調べたものです。日本では小学校のとき、つまり10歳—11歳のときに第3段階の人は約75%もいる。ところが、アメリカでは10歳のときに第3段階の人は20%ちょっとしかいない、むしろレベルの低い第1・第2段階の人が多く。これは日本が特別な特異な傾向を示しているのです。これを調べたのはコールバーグの

研究でドクター号を取った山岸明子さんという順天堂大学短大の教授ですが、その人がコールバーグと同じ方法によって調べました。そうしますと、日本ではこういう特異な傾向を取っているということが見られたわけです。ただ、山岸さんの調査は必ずしも同じ人を辿っているわけではない。コールバーグは同じ人を対象にしていまして、この20名というのは最初50名くらいいたのですが、だんだん連絡が取れなくなったなどで16歳までに20名に減ってしまったわけです。

第3段階——共感主義：良い子志向——

山岸さんのは別の人たちが対象ですが、ただ、傾向としていえるようなことがグラフから見て取れるということです。第3段階に達するのが異常に早い。同調思考、共感主義、人情倫理というのが日本人は異常に多い。アメリカでは、これは実は男の子しか調べていないのです。すでに、ご紹介しましたようにギリガンというコールバーグの弟子が、彼の理論で女性について調べましたら、「女は男のように発達できない」という結果なのです。つまり、第3段階の多い日本人と同じようになってしまう。それはおかしいのではないかと、つまり相互性と平等という義務論的な公正観だけで倫理を捉えるのはおかしい、女性には女性の発想があるのだということで、コールバーグのように架空の話の主人公の行動ではなく、中絶するかどうか悩む女性自身の問題について聞き取り調査をした。その結果、女性は「責任とケアの倫理」に関する独自の発達をするのだということを見出して『もう一つの声』“In a Different Voice”という本を書き、Woman of the Yearという賞を獲った。これは、世界的に大変な影響力を与えた本です。そういう方向に走ったわけです。ただし、コールバーグのいう道德性の構造の問題は動機付けの問題と別次元の問題だとして、ハーバースが批判し、コールバーグも反論しております。

なお、日本人にはこういう心情倫理の傾向があり、それが先ほど述べたような「医師と患者の関係を信頼関係として第一に考える」という日本医師会の生命倫理懇談会のインフォームド・コンセントに関する最初の報告、「告知と同意に関する報告」になったのではないかと思います。その後

も弁護士会の報告があったあとに多少変わりましたが、まだ親和的な聖職者モデルから倫理的な契約モデルへの途上にあるようにみえます。

第4段階——役割重視の社会関係、第3段階による公私混同——

第4段階というのは第3段階までとは違って対人道德ではなく——インフォームド・コンセントというのは直接には人間と人間の関係ですが——、組織や規則が仲介している人間関係の道德性です。たとえば、権利という規範は社会に媒介されたルールです。これに対して、第3段階の対人道德では「当事者が良いのなら何をしていても部外者は無関係ではないか」という発想になってしまいます。これが、第3段階の個人的な信頼関係の視点です。それが、第4段階に至って初めて既成のルールに従わなくては行けないと考えるようになる。たとえば当事者が良くても、それは波及したり別の問題が起こったりするので「当事者が良くてもルールを破ってはいけない」という発想になる。

この第4段階というのは、ルールや秩序を絶対視して「社会秩序が乱れるから」、「社会的にどういふ影響が起こるかかわからないから」という、社会重視の発想です。つまり、医師も患者も役割存在だという自覚です。ルールに基づく役割存在であって、一人対一人の対人関係ではない。これは、人情論からみれば非常に硬い発想です。そこで、第3段階の人は今いったような「当事者同士が良ければルールを破っても良い」として、間接的に影響を受ける人たちを無視してしまう。ルール違反をするのは次のためなんです。いま言った信頼関係を深めるため、あるいはその打算で戦略的にえこひいきしてもらうためのことです。

そういうことが第3段階の倫理では打破することができない。これに対して、先ほど学会会議のシンポジウムで折茂氏が「アメリカでは」と話した、ルールはルールなんだから、ルールに従って裁判に負けないように、という既成ルール重視、その発想というのはこの第4段階の発想でもあるわけです。人間は皆あくまで役割存在であって、その役割を果たしていれば良いのであり、それから先をどうこうするというのは問題外であるという発想です。これが第4段落の難点の一つです。

3.2. 原理的水準

—— 既成社会を改革する原理 ——

最後に、第3水準は契約モデルに原理を提供しますが、第5段階でこの原理とは何なのかというと、まずは自己所有権、憲法学上の言葉でいうと「自由権的な諸権利」ということになります。「自分のものは自分のものだから自分で管理し自分で決定できるのだ」という自己管理権にも自己決定権にも繋がるわけです。そういう発想が、イギリスでピューリタン革命(1642~49年)やとくに名誉革命(1689年)のときに、誰もが生まれつき持っている「自己所有権」という形ではっきりあらわれてくるわけです。

そういう発想に対して良いと言う人はもちろん所有者です。土地所有者・生産手段を持っている人たちが最低限の「自分のものは自分のものだ」でやっていけば良いわけですが、自分の生産手段をもっていない人たちは病気になったら死ぬしかない、あるいは失業したら死ぬしかない。そういう事態に対して、産業革命で増えた労働者たちの運動が起こり、社会問題化してくる中で、開明的な市民や貴族の下の人たちが、「それでは多数の浮浪者が出てやっていけない、社会が成り立たない」と気がつく。ベンサムも「最大多数の最大幸福」でなければならないと主張した。社会のルールというのは「自分のものは自分のものだ」と保障するだけの警察国家であってはいけない、無産者のことも考えなくてはならない。つまり少数の人から、相続財産に高率の課税をしてもそれほど苦痛は感じないはずだから、あり余ったお金を飢え死にしそうな人や、あるいは病気の人に100万円でも分ける。10億円も持っている人から5億円取って、100万円をひとりひとりにあげれば飢え死にしなくてもすむ。これによって国全体で大変な幸福感を得られる。「最大多数の最大幸福」の「幸福」という概念は「満足」で、この満足の量が大事だということです。社会的な満足量と不満足量のプラス・マイナスの計算をして、満足の量が多くなるのが良いことであって、その満足をひとりひとりがどう考えるかはその人の自由であり、価値観の多様性は認めようということです。自己所有権の発想もそうですが、価値観の多様性

は認める。つまり、両原理とも万人共通の公正倫理を形成しますが、よい生き方についての価値観は個人的な自己決定に委ねられます。

既に述べましたように、この「自己所有権」を原理にするか、「最大多数の最大幸福」を原理にするかが問題となった。これを歴史的に簡単に述べますと、19世紀に労働者が多くなり、産業革命が終結する19世紀初頭に労働運動や貴族の下っ端の人たちがこういう運動をするわけです。それにしたがって自己所有権というのは相対化されていく。法や倫理の原理としてもちださなくなってくる。むしろ「最大多数の最大幸福」という原理から私有財保護も考えられてくるわけです。

ところが問題なのは、「最大多数の最大幸福」というのは「プラス・マイナス計算で社会全体の満足の量が大きくなれば、少数者が犠牲になっても良いのだ」という発想ですから、少数者を差別するというのも認められてしまう。つまり、「自由権も制限しても良い」「言論の自由も制限しても良い」ということになる。そう制限するのはもちろん経済状態や国の状態が悪くなる時です。「最大多数の最大幸福」という考え方は経済が成長しているときには良いのですが、そうでないときには自己所有権でさえ財産権だけでなく心身の自由まで制限しても良いということになってしまふ。それがナチスであったり、戦前の日本の臣民の権利の制限であったりしたわけです。

それではいけないということで、第二次大戦後、自己所有権や自由権の考え方は人権の核であり、それは基本的に狭めてはいけないということになった。特に心と体に関する権利は狭めてはいけない。財産については補償するというかたちで、手続きも公平にし、手続きがしっかりしていて合理的な理由があれば財産を強制的に国が買い取ったりしても良いとした。しかし、基本的に心と体については国家がそういう制限をやってはいけないということになりました。

そういうことで「最大多数の最大幸福」のためでも自己所有権・自由権の核をいじってはいけないということになった。しかし、現実の複雑な事件が起こると、この理屈はそううまく機能しない。裁判官の中でも人権派というのは自己所有権派で、公共の利益派といわれるのはタカ派と呼ばれる人

たちですが、行政訴訟等のときになると裁判官のなかにこうした発想の違いがあって、どちらが多いかによって多数決で結局決まってしまう。最高裁の判決も60年代から70年代にかけて、会社のなかでゼッケンをつけて良いか悪いかということが逆転したりするということがあった。こういうことがあるので、そう簡単ではありません。いま倫理学の課題というのは両原理をどう両立させるかということになっています。いろいろな方法がありますが、どれも決定的なものがない。新しい方法が出たときには最初注目を浴びますが、後になって問題があることが判明するということになります。第6段階で、ハーバースは異質な原理の統一は不可能だと、個々の対立を解決するための原理が妥当か協議すべきだとしました。

4. インフォームド・コンセントの場合

以上のように、契約モデルの中でICを得なければなりません、医療技術とそれを介した人間関係について、医療者・患者間には学問類型・道徳性発達段階・道徳原理にわたって相異がありますし、また法と倫理の役割の違いもあります。こうした認識を踏まえ、また医療者や患者の間での価値観の多様性を認めたくて、WHOでいう「完全な満足 (well-being)」の状態としての患者の健康をめざすわけです。それは、個々人の人生観によって現実を評価した結果です。ですから、それは主観的な面もあって、医学的に客観性があるとしても、その受け止め方はひとりひとり違うものであり、それを医師の側から、医療者の側から「絶対良い」と決め付けて施術してはいけない、という高裁判決も出てきます²⁸。

4.1. 科学的因果性と相互理解の輻輳

この判決では、「[争点3] 説明の要否と選択との間の相当因果関係についての双方の対立点」のところを見ていただけでしょうか。まず原告・控訴人の主張ですが、「医師の説明が患者側の有効な承諾の存否にとって意味を有するのは、説明の有無によって、患者側に複数の選択肢が認められ、医師に課せられた治療義務を前提としても、

患者側による特定の医療行為の拒否が合理性を有する場合である」と言っております。つまり医師側の説明義務とは、患者に選択させるための情報提供なのだから、選択肢のある場合のみ説明すべきだ、と言っているわけです。患者としては選択肢があるということを前提にしている。だから選択の基礎になる情報が欲しいと言っている。

しかし、被告の医師側は情報を与える必要がなかったという。それは、上記の選択肢がなかったからだ、というのです。医師側 = 「被控訴人は、本件手術に関する上記説明の有無にかかわらず、太郎には複数の選択肢が認められない状況にあった」と断定しているわけですね。手術しなければ1年以内に8割が動脈破裂し死亡率も高いというので、医師はICを取らないで手術し、手術が失敗して患者が死んだ。手術の危険性も高い割合でした。いずれの選択肢も厳しい予後であるのですが、選択肢はあった、という。

家族が訴えた理由は、手術が失敗したからではなく、「危険な手術であったということを教えてくれなかった」ということでした。「教えたって無駄じゃないか」と言うのがお医者さん側です。「手術をしなかったならばまもなく死ぬんだから、手術しかないんだ」ということです。

このように、医師側は「説明の有無にかかわらず、太郎には複数の選択が認められない状況にあった」と主張しますが、聖職者モデルそのものです。家族側反論として「患者の自己決定権は、医師の説明を前提にした上で自由に行使できるものであり、患者としても、死亡率1割強という危険な手術を受けるよりは、当面は手術を受けずに、経過観察により様子を見るという選択をすることも十分にあり得たはずである」としています。

このインターネットのホームページを作った弁護士2人が、情報提供すべき事情を次のようにまとめた。「1) 本件手術自体の侵襲の程度が高いこと。2) 手術実施により患者が死亡する可能性が10%を超えていること。3) 患者の承諾を待てないほど緊急性があったものではないこと」。つまり、手術しなければ1年以内に動脈瘤破裂8割でその場合の死亡率も50%、手術による死亡率が10%以上(後からの判断では30-40%)というように、この事案はその手術の有無に関わ

らず死亡の可能性は高いという厳しい状況ですが、手術をするかしないかを判断する余地があったということです。当面、経過観察を選択したなら直ちに死亡せずにすんだ可能性があったということです。いずれにしても極限状況の選択肢ですから、患者の価値観、人生観の尊重が大切でしょう。

4.2. 価値多様性の中の社会関係

他方、私の友人の話ですが、お母さんが肺がんで手術をするかしないかということになり、医者が「成功する確率は5割だ」と言った。非常に危険なわけです。1割どころではない。そのお母さんはしっかりした人だったということですが、「私はせめて孫が小学校に入学するのを見たい。それができないならいま死んでも同じだ」と手術を決断しました。幸い手術は成功しました。問題は、そういう危険な手術であっても、ご本人の価値観から「それが自分の生きがいだ」としたことです。5割成功という危険性だけで、これが合理的な判断かどうか断定するのではなく、その人の生きがいが重要です。患者の価値観がこれほどの危険を冒すほどのものかどうかは、人によって大きく違う。つまり、私だったら手術はしないと思うんですね。確実に1年生きられる方が、今すぐ50%の確立で死ぬ手術をするより、し残したことをする保証があります。でもそのお母さんは違う判断をした。この裁判の事件の場合も、手術しない方が数字上は危険ですが、そういう危険性に甘んじる何らかの理由はあったということなのです。そういう点で、多様な価値観の容認という問題には、非常に難しいものがあるわけです。

結論にならないような結論ですけれども、一つは科学的な因果性、この因果性というのは近代が想定しているような、厳密な一対一対応の因果性というのはそもそも成り立たない。これは量子力学でも成り立たないということが明らかになっているわけです。多かれ少なかれ統計的な因果性に

とどまるわけです。医療の場合には、その自然科学的な因果性の中に、さらに人間関係的なあるいは環境的な要因が複雑に割り込んで、病気そのものとして治るか治らないか、薬が効くか効かないかということも非常に微妙な事情の下にあります。そういう点で、持薬が効いたり効かなかったりする問題についても——多くの民間の薬が売られています——、それを使う患者の思いを理解する。「それ全く無意味だから止めた方が良い」「お金が掛かるだけだ」ということだけではなくて、それがどういう効果を及ぼすか、場合によっては偽薬でさえ医学的影響は予測できないこともあるわけです。その点で、相互理解も重視しつつ、現在のところ科学的因果性についても緩やかに考えていかざるを得ない。そして治療法などの選択をするに当たっては、患者の価値観や人間関係上の発達段階の多様性という点がますます重要なものになってきています。切羽詰れば詰まるほど、先ほどのお母さんの場合でも、逆に普通の人から考えてみれば、ある程度生きられるならば、むしろその病気を持って、残りをホスピスなり在宅ホスピスで生きていった方が良いのではないかがというのが、一般的な考え方もかもしれませんが、そうではなく孫という強い生きがい価値がある。そういう点で、一人ひとりの生き方というのは非常に深い思いがあり、強い思いがある。それを理解できるかというのが、先ほど申し上げましたけれども、「道徳性発達の段階」で、それは人によって違う。第3段階の人なら、孫などとの心の小さな交わりに強く大きく動かされるわけです。それを変えるということは非常に難しい。長い人生の歩みの中で形成されてきた考え方であり、変えるのは無理だということです。その上で、インフォームド・コンセントについても法律レベル、倫理レベルで対処していかなくてはいけない、お願いしていかなくてはいけないということだろうと思います。

【質疑応答】

Q1 インフォームド・コンセントをとらえるのに倫理的視点で発想していくと、(国家試験でも)方程式のように解答が見えてくるのでリハビリ(医療者の再学習)が必要だということでした。現場の中でそういう倫理の見方をすることはなかなか出来ないとおっしゃったと思いますが、そういう風に来るためには、教育トレーニングなどが医療者の場合は必要なんだと私は思うのですが。

A1 はい、職場で再研修の場を作る、例えば具体的な症例で倫理研究をしてみたり、もうひとつ、エンゲルハートというアメリカの生命倫理学者は、臨床心理士などがカンファランスのなかに入っていき必要があるのではないかと言ったりしています。倫理委員会などもそうですが、一般の人や宗教者だけではなく、専門的な医療倫理の訓練を受けた専門家が入って交通整理する必要があるのでないかと思います。

Q2 すると資料の4頁や5頁(本頁下)のような症例問題(医師国家試験)のテキストがあって、これを現場でトレーニングするというようなことが行われているのでしょうか。

A2 実はこの問題は全部症例になっていますが、これはつい最近のことです。今までの国家試験というのは症例をあげるのではなく、例えば「人体実験について原則になるようなことが書いてあるのはなにか」という質問に対して、「ヘルシンキ宣言」(正式には「ヒトを対象とする医学研究の倫理的原則」)。1964年にフィンラン

ドのヘルシンキで採択されたもので、医学の進歩のためには人体実験が必要なことを認めた上で、「被験者(患者)の利益は科学と社会への寄与よりも優先されるべき」という原則を打ち出している。)であると選ぶといった暗記物だったのです。それを全部症例にして判断するように変えたのがつい最近です。つまりまだ始まった段階であり、これは入り口であってテキストにはなりえないと思います。

Q3 こういったトレーニングが医療者側としては必要だと思うので、ぜひ欲しいですね。

A3 実は私どもの医学哲学・倫理学会には、もう数年前から医療倫理を教育できる人を作ろう、資格制度を作ろうという議論がありますが、まだできないでいます。その理由で最大のもは、我々は症例問題を出されれば答えることはできますが、医師ではないので作ることができないということです。どのように症例を集めるか、協力を得るかという点で足踏みをしている状態です。大学教育でも、1年生とC B Tを受ける前の3・4年生、臨床に入って国家試験を受ける前、この3つでどのような教育をしていくべきか、一部ではこのカリキュラムについても作ろうとし、今は資料集を作ったりしているところです。

他にも、関東支部有志で『医療倫理Q & A』や、少し前になりますが『インフォームド・コンセント』という本を作ったりしています。『インフォームド・コンセント』は「中学生にもわかるような本を作ろう」と言っていたのですが、できな

36歳の女性。C型慢性肝炎で入院中、インターフェロンと新しい経口抗ウイルス薬との併用による第3相臨床試験に、同意を得て参加してもらった。ところが、開始後2週間目で全身倦怠感が出現したため、臨床試験の中止を患者が申し出てきた。血清ALT GPT値は開始前より低下している。

臨床試験については適切な対応はどれか

- a. インターフェロンのみを中止する
- b. 1週間中断後、再開を判断する
- c. 血清ALT GPT値が低下しているので、そのまま継続する
- d. 患者の意向に従い、直ちに中断する。
- e. 輸液を行いながら治療を継続する。

った。どうしても我々も自分たちの専門用語に頼ってしまい、具体的な場面でどう表現して説明すれば良いのかできないでいます。先ほどのコールバーグの話ではありませんが、今の段階では専門家どうして話し合うしかないと思いますね。

Q 4 つい先日の新聞に載っていたのですが、患者さんと医師に対するアンケートで、診療の中の説明について、手術の方法なども含めて7割以上の医師がきちんと話していると答えていました。ところが患者さんの方は説明が充分されていないと思っているのが7割以上であったということでした。

A 4 おっしゃるとおり、資料によれば、医師の88%は「実際に」、「複数の治療法を説明し最良の方法をとるよう同意を得るインフォームド・コンセントをやっている」か、「インフォームド・チョイスをやっている」かしていると回答しています。

ところが患者の方は75%がそうは受け止めていない(朝日新聞、2005年2月26日夕刊、医薬産業政策研究所(東京)藤原尚也、野林晴彦・両主任研究員による調査)。日本学術会議の議論の中でも星野一正という医師が「告知を強制するんですか、するべきではないのではないですか」と言っている議論ですね。インフォームド・コンセントという、「言うべきじゃないことも全部言う」と思う人もいますが、「聞きたくないことを知らされるのは自己決定権の侵害になるのではないのか」という考え方です。平林先生の方も「義務的に自己決定しなければならない」という考え方は間違いである」と述べています。

ただ問題なのは、自分で自己決定「できる」というのは、法律家ですから権利の問題と能力の問題に分けて考えています。我々は日常、権利と能力と混ぜて使ってしまいます。ここでは「自分で自己決定する権利があるんだ、イエス・ノーを言う権利があるんだ」と分かっている、「先生にお任せします」と言う場合と、権利があるのは知らないで「お任せします」と言う場合の区別が重要です。つまり、医師の方は「選択肢を複数提示して自己決定権を尊重して言っているんですよ」と

言ったつもりでも、患者の方は権利などと思わないで、「お医者さんの薦めてくれたものは絶対なんだ、断ったら見捨てられてしまうんだ」と捉えていることがある。そういう受け止め方の違いというものが出ているのだと思います。

権利とはどういうものか。日本国憲法に人権について書いてありますが、日常語で我々は「権利、権利と言うな、義務を果たしていない人間がなぜ権利なんだ」と言ったりします。つまり、「権利は義務と引き換えなのだ」と捉える人が多い。その義務と引き換えの権利は人権ではなく、身分上の権利だったり契約上の権利だったりする。

そういうところを理解しないで、お医者さんとの関係で「自分をわがままと思われたらおしまいだ、良い人間だと思ってもらわなければならない」とか、「お医者さんが薦めてくれるのを善意を無駄にはしてはいけない、ないがしろにはしてはいけない」と第3段階で受け止めていたり、「お医者さんは偉いんだから絶対従わなければいけない」と第1段階の権威主義で捉えていたりします。

「医師と患者は対等である」、「自分の体のことだから遠慮なんかしたら大変なことになるんだ」という発想がない場合がある。実は私の父がそうでした。入院して1ヶ月もしないうちに亡くなってしまいました。腎臓の病気で旧制中学のときから患って何度も発病し、そのたびに専門病院へ行って治まっていたのですが、最後は地元の旧村のひとつしかない病院へ行った。その医師は博士号を持っていますが、後で聞いてみたら腎臓ではなくて心臓で博士号を取ったのですね。父はその人に「治してやるから俺のところ来い」と言われたから「行く」と言いました。母は「今までどおり国立病院へ行くべきだ」と言いました。母の実家が近いので「前もそこから病院へ通ったのだから」と強く言ったのですが、父は「あそこまで言ってくれるのだから」と言って、ああいうことになってしまいました。病院を選ぶのは自分の権利だとは思っていませんでした。薦められたら絶対断れないというのは第3段階の人情もあるし第4段階の役割義務もある。そういう点で平林さんのおっしゃっているのは患者に自己決定権があることを「知っている」「知らない」という言葉で言っていますが、非常に深い強いものがあ

る。お医者さんの方で人権を尊重して言っていると思っても、それが理解できない人が少なくない。

Q5 今日は大変勉強になりました。インフォームド・コンセントというのはもう常識化しているように受け取ってきたところが、大変難しい問題があるということを改めて思い知らされました。

医学は大変高度に発達しておりまして、患者の方がいざというときに一生懸命勉強しても、とうてい医師の専門知識に追いつくことは不可能なわけですね。絶望的な状態にあると思うのですが、そうした場合を直視したときにインフォームド・コンセントというのはどうなるのか、どう考えれば良いのでしょうか。

A5 我々がお医者さんに対して壁が厚いと一番感じるのは、カルテ開示とセカンド・オピニオンの問題です。我々の学会に来ていただき、発表していただいて「良い先生だ」と思っても、飲み会の席などでセカンド・オピニオンについてどう思うかと聞いてみると、「信頼関係を崩されたと思う」とおっしゃる方が多いのです。「そんなことは困る」と言われてしまう。阿蘇郡の医師会会長さんの発想も同じだと思いますが、「病気に患者さんと一緒になって戦うときに、患者さんとも戦うのでは大変ではないか」と言っておられます。しかし、そのお医者さんや病院が絶対だということはない。

私の父の場合も、心臓病でドクターを取っていても腎臓のことで声をかけてしまう。善意で声をかけてくれたわけですが、受け止める方も受け止める方で食い違いがおこって悪い方向へ——結局は善意同士であるのに——行ってしまったわけです。

それが専門ということだけではなくて、外科手術の方式でも防衛医大と自治医大では違ったりするわけです。医療は原因と結果をきちっと書き出して「こうやればこうなる」と必ずしも言えない大変複雑な世界なのです。やはりカルテを見せていただいたり、それを他の専門家に見ていただいたりして「こういう選択肢もある」ということが分かった上で選んでいければ良いと思うのですが、

他の様々な問題も同時にあります。見られるのが嫌だというのは、必ずしも裁判を意識するというだけではなく、なぐりがきで書いてあったり一部省略して書いてあったりなどするから、ということもあるようです。これを他の医師が見て知識が足りないと思われたりするのが嫌だとか、いろいろだと思うんですね。

我々がテストを作る際もそうです。ジャビー（J A B E E：日本技術者教育認定機構）という、大学で工業技術の資格を与える授業があるのですが、テストを数年間保管しなければならないとか、最低の合格点のものは保管しておいて、不意に訪れたらそれを見せなければならないなどという決まりがあります。最近資格制度の厳密さだけではなくて、授業をどうしたら良いのかを学生が評価するだけではなく、教員同士がお互いに評価しあうようになってきている。お医者さん同士と同じように教員同士で授業を見せ合い助言するということがあります。しかしこれは嫌なことなので、なかなか進まないのです。やはりこういう壁を打ち破らないとインフォームド・コンセントは、本当の意味で患者や学生のためにはならないと思いますね。おっしゃるように知識の量というのは医療者には絶対追いつかないわけですし、そういう意味で医師同士、教員同士というのが重要になると思います。

Q6 私は経営学を専門としております。倫理的問題に対して実務的にどう対応するかという問題について、私が専門としている経営倫理 business ethics でも面白いことが起こっています。と言いますのは、もともと経営倫理には経営学から来る人と応用倫理学から来る人がおりまして、学会でも議論をするのですが、はっきり言いかみ合いません。最終的にどのように折り合いをつけるのかということ、アメリカのビジネススクールで教育メソッドとして使用しているケースメソッドを使うわけなのです。ケースメソッドのテキストを使うことによって、ある程度具体的な問題を取り上げることによって訓練できる、倫理的な思考というのを取っているわけなのですが、医療倫理ではこういった試みというのがあるのでしょうか。

A 6 部分的にやっているグループの人たちはありますが、大きな学会での試みは残念ながらまだありません。うちの学会にも教育委員会というのがあり、前の教育委員長はお医者さんだったので、そういうことをやると言っていたのですが、主任教授になって忙しくなってしまうので、協力はしてくださるといっていますができないです。

おっしゃるとおり医療倫理も両方から入ってくる人がいて、いわば棲み分けの形になってしまっています。医師として入ってきていた1人は、17名いる学会の理事・監事のうちの1人です。科研費を取って医療倫理教育の研究を進めているグループのインターネットのサイトを見てみると、倫理の方は助教授でいますが客員どまりです。主導権をどちらかが握らないと組織の運営はうまくいかないためでしょうか。やはりおっしゃるのように同じ土俵の上で同じ症例でやるのが一番良いと思います。

大学人事を見てみますと、大阪大では倫理の人がそういうことをやっています。京都大の医療倫理はまた医師の人がポストにつきました。大学によって相当違います。そこを橋渡していかなければならないのが本当は学会のはずですけども、なかなかうまくいきません。

どうしてこうなるのか。大変世知辛い世の中ですが倫理・哲学の大学のポストがどんどん減っているからなのです。医師のほうでも同じような状態で、どんどん倫理のポストに進出してきている。京都大も東大も、山口大もそうですね。本来ならば協力して行くべきところを、生存競争になっているわけです。

Q 7 私は法学部の出身です。法哲学を勉強したときの視点から考えると、自己所有権は基本的に自由権、経済活動の自由と考えられるところがありまして、もうひとつは「最大多数の最大幸福」のベンサム功利主義になってまいります。両方とも「プラグマティックな発想であるということに行き着く」というところでは同じであると考えられるのですが、これは倫理学の世界では一般的には対立するものとして捉えるのでしょうか。

A 7 確かに両方の傾向をもっておりますけれども、倫理学では我々はカントにひきつけるわけです。カントの方から自己決定権や自律を完全義務の問題として理解していき、「最大多数の最大幸福」は不完全義務とカントに引き付けて理解し、まったく理論的に異質なものとして理解した方が、対立なりを解決する原理面で折り合わないものは折り合わないということが明確になるのではないかと思います。

Q 8 インフォームド・コンセントの理解について、行わなければならないというのは間違いがないと思いますが、法的に考えた場合これを積極的に根拠付けるのが自己決定権、自由の問題ですよ。それに対して消極的な側面から否が応でも説明をしなければならぬのが説明義務の問題で、損害賠償請求を受けた場面であろうかと思えます。積極的な面と消極的な面とを両方考えた上で、かつコミュニケーションの理論などを使って見直していくと、「少し違う見方もできるのではないか」という気がするのですが。

A 8 おっしゃるとおりのことを、平林さんも言っておられるのだと思います。平林さんがおっしゃっているのは、あくまでの現在のところ、消極的な理由でインフォームド・コンセントの法制化——もちろん法制化しなくても、裁判でもかまわないですが——の際に、法律的な処理としてはあくまで消極的なレベルでやっていくけれども、時代の変化とともにどう変わるかはわからない。今のところはそれ以上は、医師と患者のコミュニケーションのなかで、お互いの生き方や最善のQOLなどを考えていく。その上で、医師の方から積極的に提案するという、そのためのコミュニケーションのことですよ？

Q 9 実際、私たちもハーバースを勉強したりするのですが、なにぶん難しいですよ。ですからもうすこし具体的に実態的に使える形で教えていただけたらと。

A 9 単純にいいますと、原理的な水準で二つ、三つの道徳原理を申し上げましたが、問

題は原理を選ぶ原理がない、ということなのです。現実の問題は個別的なものなので、当事者がどの原理を適用していくか、みんなが納得するかはその場で討議し決めていくしかない。それが協議——協議政治だといったりします——だというわけです。

その典型的な例として——これは日本語に訳されたものであってドイツでは実際にどのような制度になっているのかわからないのですが——、京都大学で講演があったときの論文の註に民事調停が挙げられした²⁹。これは、協議の場であり、裁判官が「自分はこの原理でこの裁判をこう解釈してこう適用して、両側に対してこういう判決を下す」と裁くのではなくて、当事者自身が納得するよう自ら「どの原理を適用すればどうなる」ということをすべて議論しあうことになると思います。非常に個別的な事件に対して、しかも各原理を適用しその帰結は普遍的に受け入れられるものか、それを検討しあうものでなければならぬ。それが討議倫理を具体的な場面に適用する方策なのだといっているようです。

(2005年2月28日実施)

(おざき きょういち、埼玉学園大学教授)

- 1 白田寛、玉城英彦「WHO憲章の健康定義改正案の経過」2000年。この紹介によれば、ジンバブエ代表は「spiritualな健康は主観的なものです」とし、オマーン代表は「spiritualという言葉は、多くの国の宗教家から民間医まで幅広い層が実践している様々な伝統医学を受け入れる含蓄ある言葉」だとしてつづ、ともに導入に賛成している。なお、本論文のイスラム関係の時代記述は1世紀以上早くなっている。
<http://www.med.hokudai.ac.jp/~senior-w/Others/whohealth.html>
- 2 アリストテレス『形而上学 上』出隆訳、岩波文庫、306頁 - 307頁。
- 3 デカルト『方法序説』落合太郎訳、岩波文庫、30刷、1975年、61頁 - 73頁、76頁。デカルト『哲学原理』桂寿一訳、岩波文庫、24頁。
- 4 『方法序説』29頁。
- 5 デカルト『精神指導の規則』野田又夫訳、岩波文庫、第23冊改訂、1974年、9頁 10頁。
- 6 Editorials, Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-72 (13 January). 「EBMはいわゆる料理本医療ではない。というのもEBMは、第三者的立場からの最良の根拠 evidence を個々の臨床知識や患者による選択と統合させるという、底上げのアプローチを命じているからである。個々の臨床知識、この専門知識こそ、そもそも第三者的立場からの根拠が個々の患者に当てはまるのか、当てはまると

しても、この第三者的立場の根拠を臨床上の決定の中へどのように統合すべきか、ということを決めるのである。」

- 7 国立遺伝研究所「分子進化の中立説」
(<http://www.nig.ac.jp/museum/evolution/evolution.html>)
- 8 産経新聞、2005/05/16。
- 9 阿蘇郡医師会会長音成克己「情報開示について」『阿蘇郡医師会広報』平成11年4月5月号。
<http://www.aso.ne.jp/~aso-med/kaihohou.11.4.5/7.html> 今井道夫、香川知晶編『バイオエシックス入門』東信堂、1992年、169頁 - 173頁。
- 10 I. カント『道徳形而上学原論』岩波文庫、1973年、74頁 - 76頁。
- 11 カント『道徳形而上学原論』中央公論社、1972年、409頁(§25)
- 12 F. テンニエス『ゲマインシャフトとゲゼルシャフト 純粋社会学の基本概念』上・下、岩波文庫、1957年。
- 13 音成、前掲文書。以下の本段落引用は同一出典。
<http://www.aso.ne.jp/~aso-med/kaihohou.11.4.5/7.html>
- 14 ただし、この会長文書では工学モデルについて「情報伝達は正確に確実に行なうが、患者の理解同意にはあまり重きを置かない」と述べ、このモデルでも意志決定権が患者にあることを理解していない。そのため、この文書には工学モデルへの批判はない。3モデルの特徴については、前掲の今井・香川編の指示頁を参照のこと。
- 15 財団法人日本学術協力財団編集発行『日学双書25インフォームド・コンセント - 日本学術会議主催公開講演会における記録 - 』1996年、106頁 107頁。以下の本段落引用は同一出典、同頁。
- 16 人倫性 (Sittlichkeit) には様々な意味があるが、ハーバーマスでは道徳性 (Moralität) と対をなすものとして用いられる。すなわち、戦略的行為 (人間を対象にしてはいるが、自己の目的実現のみをめざす道具的行為) から、「規範に規制された行為」と価値に規制された行為を区別する。前者は、「義務論的妥当性という観点に基づいて道徳的正当化の要請に服しうる実践的なもの部分」に属する行為であり、利害対立や価値観の対立を暴力抜きで納得ずくの公正な解決をめざす。後者は、自己のアイデンティティをなす所属文化の価値観に基づく幸福追求行為であり、「特殊な集合体や個人の生活形態に統合された価値の組織構成を包括する、道徳化不可能な実践的なもの部分」に属する。(J. ハーバーマス『道徳意識とコミュニケーション行為』岩波書店、1991年、271頁 - 272頁。) また、ハーバーマス『人間の将来とバイオエシックス』(法政大学出版局、2004年、66頁 - 67頁) では、とくに両用語の「言葉の使い方について少し述べておきたい」として説明がなされている。
- 17 キャロル・ギリガン『もうひとつの声 男女の道徳観のちがいと女性のアイデンティティ』川島書店、1986年、127頁 - 130頁。
- 18 日本学術協力財団、前掲書、106頁。
- 19 日本医師会生命倫理想談会「説明と同意についての報告」、尾崎他編『資料集 生命倫理と法』太陽出版、2004年、86頁 - 98頁。以下の本段落引用は同一出典、同頁。
- 20 ハーバーマスは、倫理 (Ethik) を注16で紹介した人倫性 (Sittlichkeit) と同義的な概念として、価値観やそれを共有する共同体の問題とし、公正さをこととする道徳性 (Moralität) と区別している。しかし、ここでは倫理・人倫性を親和的關係と表現し、道徳・道徳性を倫理・倫理性と表記する。通常の日本語では、人倫はともかくも、倫理は個人的な道徳や社会的な行為

規範を含み、道徳は個人的で内面的な規範を意味するからである。

- 21 カント『道徳形而上学原論』64頁－68頁。
- 22 H. T. エンゲルハート『バイオエシックスの基礎づけ』朝日出版社、1989年、56頁。
- 23 ロバート・ノージック『アナーキー・国家・ユートピア（上）』（木鐸社、1990年、43頁以下、とくに48頁）を参照。
- 24 エンゲルハート、同上、60頁 - 62頁。
- 25 ハーバーマス、前掲書、142 - 144 .
- 26 日本学術協力財団、前掲書、94頁。『アメリカ大統領委員会生命倫理総括レポート』篠原出版株式会社、1984年、20頁－28頁。とくに「検討課題」後半、および「報告書」の1)、2)、8)。
- 27 ハーバーマス、前掲書、248 .
- 28 手術受諾のための説明の適否が争われた事案（東京高等裁判所 平成13年7月18日判決）
<http://www.1.meteo-intergate.com/justice/case.06.html>
- 29 河上倫逸・M. フーブリヒト編『法制化とコミュニケーション的行為』未来社、1987年、129頁－130頁。註ではなく、本文で「討議的意思形成や公正な妥協」が問題になり「仲裁裁判手続き」が挙げられている。

インフォームド・コンセントを 患者医療参加の契機に

岩瀬 俊郎

本論の目的は、インフォームド・コンセントについて一般的な議論するわけではありません。非営利共同をめざす医療機関においてインフォームド・コンセントはとりわけ重要な意味を持っていることを確認し、さらに、それが患者の医療参加の契機になるという意味でインフォームド・コンセントの発展方向を提示することです。

インフォームド・コンセントの 二つの観点

フェイドンはインフォームド・コンセントに関する包括的な著書¹⁾の中で、「道徳理論の基礎」という一文を起こしています。これは非常にコンパクトにまとめられた概論です。そのなかで、インフォームド・コンセントは法律と道徳哲学の二つの観点から接近することができますが、法律が医師の側の義務に焦点を当てて議論するのに対して、道徳哲学では、患者の側にたち、その権利に焦点を当てて議論されていると述べています。そして、この「義務」と「権利」は「同じ相互支配的原則」によって正当化されるとした上で、自立性の尊重、善行、公正、の三つの原則を提示しています。具体的には、「義務」と「権利」の関係が議論されると同時に、「権利」と「権利」の関係も議論され、それが患者と他の人の権利となると、個人の権利と公共の福祉との関係という議論にまで発展する可能性があります。感染性疾患などでは常に問題となるところであります。

インフォームド・コンセントの もう一つの二つの観点

インフォームド・コンセントは、医療サービスという商品の買い手である患者と売り手である医

師の間での契約に関する重要な契機でもあります。つまり、患者の希望する健康の回復を含む目標を達成するために必要な検査、治療行為の選択を決めるプロセスとしてインフォームド・コンセントがあります。詳細は拙稿に譲ります²⁾が、インフォームド・コンセントとの関連では、医師は患者の代理人としての役割が求められますし、また他方、医療サービスという商品の売り手としての役割があります。前者の役割は、医療における情報の非対称性つまり、患者が自分の持っている情報だけで自分の必要なサービスを決定できないという医療サービスの特性からくるものであります。前者と後者の矛盾について医療経済学では次のように説明されています。

「情報の非対称性は医師患者関係を通常の購買関係とは違ったものにする。私達は、医師に私達の最大の利益に沿って行動する。つまり私達のエージェントとして振る舞うように依頼する。このことは、医師に次の半々の行動を呼ぶ。つまり、一方では医療の購入者である私達の利益に沿って行動するし、他方では医師は医療の販売者としての利益に沿って振る舞う。自由市場では、医師は主に利益を動機としている。そこでは、医師は必要である以上に治療行為を購入するように患者にアドバイスする可能性がある。³⁾」

このことは医療供給側のモラルハザードの根拠といわれることがらであります。そして、この二つの側面は、インフォームド・コンセントを促す二つの因子という側面からの把握が重要なのであります。つまり、前者の患者の代理人としてのインフォームド・コンセントは患者の権利が促進因子であるのに対して、後者の医療サービスにおけるインフォームド・コンセントは市場社会におけ

る商品売買における商品購入者が備えているべき情報を提供するという側面があります。つまり、市場社会では、商品の購入者はその商品に関する「百科全書的な商品知識」(マルクス)が前提されるわけですが、実際はそのようなになっていないために、商品の売り手は買い手に必要な情報を提供することになります。言い換えると、前者の場合は、患者の権利を求める歴史的な実態に基づく背景があるのに対して、後者は、行政改革という名の市場原理を活用させようとする政策に伴って出てくる理論上の前提条件から出発しています。この両者の違いを明確にするために、我が国における消費者を巡る法律についてみてみます。

消費者権利のない消費者を擁護する法律

1968年に成立した消費者基本法は、「消費者と事業者との間の情報の質および量並びに、交渉力の格差」に鑑みて「消費者の利益擁護」をうたったものでした。これは、商品売買における公正をただすのが目的という趣旨であり、製造者の責任という概念はありませんでした。その後、1999年に消費者保護基本法と解明されたときには、「事業者の果たすべき責務ならびに消費者の果たすべき役割」というように、はじめて事業者の責任が明記されました。製造物に関する法律としては、1994年の製造物責任法があります。この第1条にある目的では次のように示されています。「この法律は、製造物の欠陥により人の生命、身体又は財産に係る被害が生じた場合における製造業者等の損害賠償の責任について定めることにより、被害者の保護を図り、もって国民生活の安定向上と国民経済の健全な発展に寄与することを目的とする。」つまり、商品の売り手の責任を明確にすることによりその反射として消費者の利益を擁護するという手法であります。これは、法律に消費者の権利を明記することとそれに伴う商品の売り手の製造物に関する責任ないし義務を規定する方法とは大きく異なるものであります。このことと関連して、我が国の憲法には社会権として健康権は明記されていません。患者の権利は明記されているのではなく、国の責任として「すべての生活部

面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」という義務規定を設ける反射として国民の利益になるという解釈と軌を一にするものであります。なぜ患者の権利法が必要なのかという点については患者がその権利を駆使しやすくするためであると新美氏^{iv}は述べています。

非営利共同をめざす医療機関が患者の権利を表明することの意義

以上の検討から明らかなように、我が国において患者権利が法的に認知されていない現在、医療機関がみずから患者の権利を宣言することは、インフォームド・コンセントにたいするみずからのスタンスを明確にする上できわめて重要であります。それは医療サービスの売り手として自らのみを守るためにおこなう意味でのインフォームド・コンセントではなく、患者を権利の主体者として医療機関はみえていますよという宣言であります。すでに、日本生協連医療部会をはじめとする医療機関の団体、あるいは個々の医療機関で「患者のあなたにはこのような権利があります」と宣言する活動であります。日本生協連医療部会では1991年、「医療生協の患者の権利章典」を確定しました。そこでは、闘病の主体者としての5つの権利(知る権利・自己決定権・プライバシーに関する権利・学習権・受療権)を明示するとともに、権利に伴う責任としてこれらを守り発展させることを提起していることが特徴であります。そして、呼びかけにもあるようにこれらを発展させていく鍵は、患者の主体的参加であります。患者参加には様々な形態がありますが、患者が健康回復というもっとも求めていることにストレートに対応するインフォームド・コンセントの前進がそのなかでも中心的役割を果たすことはいまでもありません。いいかえれば、医療機関と患者のインフォームド・コンセントの向上が5つの患者の権利を行使する上で推進役になることが期待されます。そしてさらに、医療における安全という課題においても患者の医療参加においても重要な課題です。

医療安全における患者参加の意義

医療における安全性はここ数年の大きな国民的関心になっています。医療ミスの隠蔽など医療機関と患者の間に不信の壁が作られている現状もあります。医療においてミスをなくすのは医療機関の責任であることは間違いありませんが、患者の関わりという視点も重要であります。米国医学研究所は2000年に“*To err is human*”においてアメリカで起こっている防ぎうるヒューマンエラーについて事実を報道しました。そこでは、1997年ニューヨーク市では少なくとも9万8千人が医療上のエラー（*medical err*）で死亡し、これは、年間死亡率では8番目に位置する事を明らかにしました。この研究所はその後、精力的に研究を進めてきました。2001年には医療の質に関する提言を行っています^v。そこでは、政府の役割、医療機関の役割もありますが、その提言8においては、優先順位の高い疾患について医師患者が共通の認識になる努力が安全性を高める上で重要であると述べています。

「医師と患者が最善の治療を選択し、それが安全かつ有効に提供されるためには、今より遙かに洗練された臨床上の意志決定支援システムが必要になる。」

わかりにくい文書ですが、優先度の高い疾患にかかった患者が自分の病気全般について十分な理解をインターネットなどから、あるいは医療機関で得て、自らの状態について医師とのインフォメーションを共有して治療方針を定めるということであります。このことを可能にするには、医療機関では患者情報に関する医療機関の間での共有という課題、医療機関内部では質の向上に役立ち、対患者関係では説明責任を明確にするエビデンスへのアクセスのしやすさ等の課題がありますし、患者側では、疾患についての十分な理解を促す情報ツールの開発、自分の状態についての十分なインフォメーションが必要であります。これらの情報から最終的に意志決定するのがインフォームド・コンセントであります。これらを行う上で、

医療機関という私的な企業体では、競合的となり、標準化が困難であることから政府の果たす役割を強調しています。全く同感であります。優先順位の高い疾患について、医療機関と患者が共通の認識に立つためには大きな課題があることはあきらかであります。国、自治体、医療機関、患者それぞれが自らの課題を認識して取り組む必要があります。

「インフォームド・コンセントは患者の医療参加の契機として発展する。」

医療に対する患者の関わりとしては、患者中心の医療、あるいは患者と医療機関のパートナーシップなど医療機関の姿勢に変化がみられていることは注目すべきことではあります。しかし、これまでのパターナリズムといわれてきた医療を単に個々の医師の姿勢と認識するのは正確ではありません。フリードソンは医療におけるパターナリズムの背景には専門職の発展してきた歴史があり、特に医師を頂点とする仕組み、組織の官僚化という把握が重要であると述べています^{vi}。医療機関では、医師の間での階層化、医師と他の職種との関係など組織のあり方を見直すことがインフォームド・コンセントを進める上で鍵となる事柄であります。私は、さらにこのインフォームド・コンセントは患者の医療参加の契機にもなると主張したいのであります。そのことは患者が自らの疾病のこと、かかわる検査、薬などについてよりわかるという利点だけでなく、医療機関にとっても医療をよりやりがいのあるものにしていく上で大きな役割を果たすだけでなく、すでに述べましたが、安全についての前進にも寄与します。こうしたことは、患者が個人としてでなく、患者会として集団を形成することにより自分たちを鍛え、さらに医療機関との関係でも対等な質の高い相互理解に基づく信頼関係を築くことを可能にするのではないのでしょうか。患者の医療への参加には次のような形態があるのではないのでしょうか。

診断

- 1 問診、診察等への参加
- 2 診断をする手段の選択への参加
- 3 侵襲性検査の選択と実施への参加

治療

- 1 治験への参加
- 2 治療選択への参加
- 3 治療効果判定への参加
- 4 生活習慣への取り組みへの参加

予防、患者教育

- 1 検診啓蒙活動への参加
- 2 生活習慣病予防教育への参加
- 3 患者教育への参加

安全性、質の向上への参加

診断

- 1 誤認予防への参加
- 2 侵襲性検査による合併症、エラー把握への参加

治療

- 1 誤投与予防への参加
- 2 治療薬の副作用把握への参加

その他

- 1 エラー分析検討への参加
- 2 安全向上啓蒙活動への参加

i R. フェイドン、T. ビーチャム著、酒井忠昭、秦洋一訳『インフォームド・コンセント』みずず書房、1994年。

ii 岩瀬俊郎『国民皆保険制度を考える』本の泉社、2004年

iii A.D.Culyered."Handbook of health economics" Elsevier 2000.引用は執筆者が訳したものである。

iv 患者の権利法を作る会『患者の権利法をつくる』明石書店、1992年

v Institute of medicine"Crossing the quality chasm a new health system for the 21 scentury" National Academy Press.2001.翻訳としては『医療の質 谷間を越えて 21世紀システムへ』、日本評論社、2002年がある。

vi エリオット・フリードソン『医療と専門家支配』進藤雄三、宝月誠訳、恒星社厚生閣、1992年。

(いわせ としろう、

石川民医連、城北病院内科医師)

患者の権利章典

1991年5月11日

1991年度日本生協連医療部会総会にて確定

医療における民主主義

人間が人間として尊重され、いかなる差別も受けることなく、必要な医療を受けることは、私たち国民すべてが持つ基本的権利です。民主主義を求める運動が前進し、健康で文化的に生きる権利という憲法の理念が、国民の間に根づいてきています。この視点から、医療における公開と参加が求められるようになりました。

しかしながら現状は、医療の場においては患者の権利が確立されておらず、決して満足できるものではありません。患者の権利と責任、医療従事者と国・自治体それぞれの義務と責任について明らかにし、運動をすすめることは、医療の利用者・従事者双方にとって避けることのできない課題となっています。

医療生協

医療生協は、地域の人々が、それぞれの健康と生活にかかわる問題を持ち寄り、組織をつくり、医療機関を所有・運営し、役職員・医療従事者との協同によって問題を解決するための運動を行なう、消費生活協同組合法にもとづく住民の自主的組織です。

組合員は、出資、利用、運営を通じて、あらゆる活動の担い手です。保健・医療活動においても、単なる受診者・受療者ではなく、これらの活動に主体的に取り組むことが求められています。

医療生協では、班や家庭を基礎とし、地域で健康づくりの運動を進めています。ここでいう健康なくらしとは、あらゆることに意欲的で、楽しく生きつづけることを可能にするため、自分を変え、社会に働きかけ、みんなが積極的に協力することです。これが私たちの追求する健康づくりの運動です。

組合員一人ひとりの参加と協同の力が、今日の医療生協をつくりあげました。人間のいのちを軽

んじる動きもなくなつてはいませんが、私たちは、これから参加と協同を大切に、歩み続けます。

医療生協の「患者の権利章典」

医療生協の「患者の権利章典」は、組合員自身のいのちをはぐくみ、いとおしみ、そのために自らを律するものです。同時に、組合員・地域住民すべてのいのちを、みんなで大切に、支え合う、医療における民主主義と住民参加を保障する、医療における人権宣言です。

患者の権利と責任

患者には、闘病の主体者として、以下の権利と責任があります。

知る権利

病名、病状（検査の結果を含む）、予後（病気の見込み）、診療計画、処置や手術（選択の理由、その内容）、薬の名前や作用・副作用、必要な費用などについて、納得できるまで説明を受ける権利。

自己決定権

納得できるまで説明を受けたのち、医療従事者の提案する診療計画などを自分で決定する権利。
プライバシーに関する権利

個人の秘密が守られる権利および私的なことに干渉されない権利。

学習権

病気やその療養方法および保健・予防等について学習する権利。

受療権

いつでも、必要かつ十分な医療サービスを、人としてふさわしいやり方で受ける権利。医療保障の改善を国と自治体に要求する権利。

参加と協同

患者みずからが、医療従事者とともに力をあわせて、これらの権利をまもり発展させる責任。

「オランダ疾病金庫における価格競争」

Price Competition among Dutch Sickness Funds (OCFEB Research Memorandum 0112,2001)

Marco Varkevisser, Stephanie van der Geest¹
Research Centre for Economic Policy(OCFEB)
Erasmus University Rotterdam

翻訳：竹野 幸子

【 】は訳者注

要約

一般的に、競争は効率を高める。しかし医療保険の市場では自由市場は望まない副作用をもたらす。情報の非対称性が存在するために逆選択【情報の少ない者が損する選択を強いられること】とクリームスキミング【いいとこ取り】が生じる。適切なリスク調整はクリームスキミングへのインセンティブを取り除き、逆選択の結果生じるマイナスのバランスが取れるのである。効率を強化するため、オランダ政府は1992年に医療社会保険者間での価格競争を導入しリスク調整型人頭割支払い方式を採用した。われわれの試算では、これは市場のシェアを変えるにはいたらないという結果が出た。相対的に安価な保険者は競争相手である彼らよりも高額な保険者に打ち勝って自分たちの市場シェアを拡大できないのだ。

医療社会保険者間での競争導入は、オランダ政府が期待したほどの成果をこれまでのところ挙げていない。ベルギーやドイツでの前例がオランダも例外的なものではないことを示している。保険システムで公平原理で高い価値をおかれるならば、競争原理を導入するのは困難である。効率を上げるためには、現在の人頭割支払い方式を改め、保険者に対し医療サービス供給者との選択的契約のいっそうの余地を広げるべきである。

1. はじめに

効率追求は医療政策において重要な課題である。

ほとんどの国家がいかにか手ごろな費用で質の高い医療を提供するかという問題に直面している。本論ではオランダの医療社会保険者間における価格競争の導入について論ずる。

医療保険の市場は通常の市場ではない。自由な市場競争は、情報の非対称性が逆選択やクリームスキミングを生じさせるので、一部の人にとって有利である。オランダの医療政策は公平な分配原則にもとづいているため、競争の導入にはリスク調整型人頭割支払いが伴っている。今のところオランダの採った政策は政府の予想ほどに成果を挙げていない。他の国々での導入が成功しているかどうか、ベルギーやドイツにおける同様の政策を検討する。ベルギーとドイツでも、患者には医療保険への加入がリスク調整によって保護されている一方で、社会保険者には効率を上げるインセンティブを働かせている。後述するように、ベルギーもドイツもオランダと同様の困難と直面しているのである。

本論の概要は以下のとおりである。第2節では医療保険者間の競争に関する理論的にもっとも重要な点を述べ、第3節ではオランダの医療保険制度の概要を述べる。第4節ではオランダで疾病金庫と呼ばれる機関の中心的機能を、また第5節では社会医療保険における価格競争の導入について述べる。第6節では実例分析が行われ、第7節ではベルギーとドイツの状況が検討される。結論で

¹ 執筆者たちはRob Aalberts と Sharon Buchbinder に対し有益なコメントをよせてくれたことに対して感謝する。データ提供をしてくれた医療保険審議会(CVZ)に対しても謝意を表する。

は主要な調査結果について要約する。

2. 理論的考察

最近まで、たいていの国では医療における競争は奨励される政策ではなかった。これが変わったのは、中央政府の立案が決して最適な解ではないことがはっきりしてからである。

競争の利点はなんだろうか。一般的には、競争がなければ、企業はその市場支配力をすべて活用することができる。競合企業が存在すると選択の自由が生じ、消費者は見比べてより好ましい方を購入することができるようになる。そうすると効率が追求され、製品の特徴は変化する。消費者の需要に応じて新しい製品が生み出される。しかし医療保険の市場は、通常の市場ではない。それはサービス購入者【患者】のあり方（リスクの高低差）が劇的に費用へ影響するようなものではない（Cutler & Zeckhauser, 1999）、これが逆選択とクリームスキミングへとつながるのである。

逆選択

平均的リスクを反映した保険料率では、保険はリスクが高い人にもみメリットが大きく、平均よりリスクが低い人はほんのわずかしが保険契約を結ばない。それは単に彼らにとって適用される保険料率にメリットが少ないためである。これを保険経済の用語で逆選択と言う（Douma & Schreuder, 1991）。これでは保険者にはリスクの高い加入者ばかり集まりすぎてしまうことになる。したがって、保険者は彼らの支払う保険料率を高く設定するようになる。高額な保険料を支払うとなると、平均的なリスクの者にとってもその保険はメリットのないものとなる。結局、逆選択は自己強化メカニズムとなって、市場で医療保険を提供できなくしてしまうにちがいない。しかし医療保険市場の方が逆選択を志向する場合でさえも、経済的な非効率が生ずるに違いない（Folland *et al.*, 1997）。もしも低いリスクの加入者と高いリスクの加入者をひとまとめにして同じ保険料が課された場合、低リスクの者は実際より付保額過少となり、高リスクの者は付保額過剰となる。この事態を避けるためには、保険料を個々のケースの特殊なリスク特性を基準にすれば防ぐことができ

る。しかし、ある好ましくないリスク特性を持っていてそれらが影響せずにいる場合、その人が必要よりも高額な保険料を支払わされるのは、一般に不公平だと思われる。したがって強制保険と一律の保険料によるリスク分散が逆選択を排除する手段として使われる。こうするとモラルハザード【倫理の欠如】へ関心を向けざるを得ないのである。これは取引の当事者たちがその取引の実行に合意した後の行動に似ている（Douma & Schreuder, 1991）。取引の他方の当事者にはその行動が見えない場合、またその行動が他方の当事者の利益を侵害する場合、これらの隠れた行動は取引の完全履行を妨げるであろう。医療保険の場合、モラルハザードは、被保険者が保険に入ったのだからといって無用心な行動をとり始めた場合に発生する。

クリームスキミング【いいとこ取り】

市場の供給側、保険者はいわゆる好ましいリスクの選択を望む。経済用語ではクリームスキミングである。もしすべての人に一律保険料が課され、保険者が予測される医療費用によっていくつかのサブグループに加入者を区分することができる場合、保険商品に差をつける方が収益性がよい。この場合、医療保険者にはリスクの低い被保険者を選別し、引き寄せ、リスクの高い被保険者との契約を回避しようというインセンティブが働く。クリームスキミングの逆効果は以下の3つである（Van de Ven & Van Vliet, 1992）。第1に、ハイリスクの被保険者にとっては医療へのアクセスが遠ざけられてしまう。第2に、クリームスキミングに成功した効率の悪い保険者は、効率の良い保険者を市場から追い出すにちがいない。第3に、クリームスキミングにかかる費用は社会保障費用の損失となるだろう。これら3点に加えて、Cutler & Zeckhauser(1999)は、クリームスキミングは医療の質にも影響を及ぼすと指摘している。リスクの高い被保険者をひきつけるべきだと期待された保険者にとっては、医療の質の向上は歓迎されないのである。

医療保険におけるリスク調整型人頭割支払い方式

医療保険者同士の競争は深刻な問題を引き起こす。逆選択とクリームスキミングが起これ、保険加入率が減少するのである。リスクの高い人たちは、かなり高額な保険料を支払うことでのみ保険契約を結ぶことができる。その場合、保険料が払えないほどに高くなるため、未保険に甘んじる人も出てくる。医療保険のあり方を論じる際の主な論点は、逆選択とクリームスキミングの費用を包含しながら、いかに競争による利点を生み出すかということなのである(Cutler & Zeckhauser, 1999)。

決策をもたらす。適切なリスク調整はクリームスキミングへのインセンティブを小さくし、逆選択の悪影響を是正する。もっとも可能性があるのは、政府が医療保険者たちにリスク調整型人頭支払い方式を強制することであろう(表1参照)。この支払い方式では、異なるリスク集団の間で医療費用に体系的に格差が生ずることになる。資金の公正な分配を保障することで、リスク選択は起こらないだろう。リスク調整では保険者がリスク集団を選び取り込もうとするコストの方が、予想される利益よりもかかるようになってしまう(Schut, 1995)。

医療保険者間でのリスク調整はこの問題への解

表1：リスク調整の機能

	医療費用の体系的格差	一律・固定の保険料(=平等)	リスク調整の支払方式	リスク選択による見込まれる利益
低リスク	X	$X + 1 / 2 C$	$- 1 / 2 C$	0
高リスク	$X + C$	$X + 1 / 2 C$	$+ 1 / 2 C$	0
合計	$2 X + C$	$2 X + C$	0	0

それにもかかわらず、個々の保険者に対する医療の予算決定は大きな問題である。言い換えるならば、どんなリスク要因が人頭割支払い方式には含まれているのか、である。年齢、性別、都市化の度合いなどの通常の要因は、1年間の医療費用の変動性をわずかに説明するにすぎない(Van de Ven & Van Vliet, 1992)。可能性のあるリスク要因の情報は、より多く集められるべきである。というのは「適切なリスク調整型人頭割支払い方式なしには、需要からの有効な圧力を受けられず、こうした場合医療に効果的競争が導入されるというのは幻想に終わるからである」(Schut, 1995, p.80)。適正な人頭割支払い方式が発達するまでは、保険者にすべての加入希望者を受け入れるよう強制することによって、競争の効果の望まない面を除外することは可能である。しかしこれ自体では、クリームスキミングへのインセンティブを低くすることはできない。医療保険者たちは望ましいリスクの人々を手に入れるために別の方法を探さる。たとえば、彼らはマーケティングや

プロモーションをすることで、あるいは立地や専門分野での評判などを元に選別して医療サービス供給者と選択的な契約を結ぶことで、より望ましいリスクの人々を手に入れるのだ。

リスク調整と医療保険者同士での競争が導入され、逆選択とクリームスキミングが効果的に回避されたとしても、これが自動的に効率を高めることにはならない。適切な財政的インセンティブが単独で作られられても十分ではない。医療保険者はサービス給付を行うために、医療サービス供給者と契約を結ばなければならないからだ(図1参照)。したがって医療保険者にとっては、医療サービス供給者を選んで契約できることが重要になる。そうやってはじめて効率を高めることができるのだ。たとえば固定診療報酬や中央政府立案の定員などによって医療の供給が大幅に規制されている場合、医療保険者は医療費用に影響を与えることはできず、効率を上げるための財政的インセンティブが働いても、効率を追求することができないだろう。

図 1 : 医療保険者の中心的な役割

患者

医療保険者

医療サービス供給者

3 . オランダの医療保険制度²

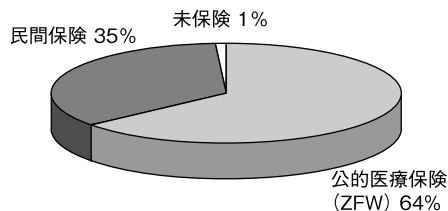
オランダの医療保険制度は3区分で構成される (Ministry of Health, Welfare and Sports, 2000 a 等)。第1区分は民間医療保険ではたやすくカバーできない長期にわたる疾病や障害をカバーするものである。これには精神障害者や身体障害者の専門病院、精神科医療や在宅ケアも含まれる。この種のリスクに関する保険は特別医療費補償法 (AWBZ) によって定められ供給される。すべての人が AWBZ に強制的に納付しなければならない。この所得割納付は、所得税の一部となっている。中央政府はこの保険制度に責任を負っており、予算管理や医療供給者の厳しい計画的な管理、保険料の管理、自己負担率、保険のカバーする範囲などを管理している。

第2区分は二つの公的制度と無数の民間制度で成り立つ。これは病院での診療、薬、歯科などの基礎的な医療をカバーする。公的制度のひとつは医療保険法 (ZFW) である。この法律の下では同法の基準に基づくすべての人に適用されている。オランダの医療制度においてこの論文で着目して

いるのは、まさにこの点である。二つ目の公的制度は医療保険アクセス法 (WTZ) である。1986年、政府は任意高齢者の保険法 (ZFW) を廃止した。この結果、以前はこの保険でカバーされていた人の一部は、民間医療保険を購入しなくてはならなくなった。このタイプの人に対して保険へのアクセスを保障するため、民間医療保険者はポートフォリオ (商品) の中に特定保険 (WTZ 標準保険) を入れなければならないと法律で定められた。この保険に関しては被保険者となるときに保険対象となるリスクの大きさやそれに課せられる保険料などの多くの法定規則がある。基準に合わないので公的医療保険 (ZFW) や WTZ に加入できない人が民間市場の保険を使うことになる。民間市場に関しては、保険料や自己負担の範囲、保険がカバーする範囲に関する政府による規制はない。

公的医療保険 (ZFW) と基本的民間保険でカバーされない追加的医療は民間保険で対応される。この第3区分の医療保険制度では、保険料や受診支払料金は法制化されていないので、保険者間で、またリスク区分で異なっている。

図 2 : オランダにおける医療保険の割合 (1999年、人口に対する%)



出典 : C B S (2000)

オランダの保険政策は伝統的に公平原則に支配されている。これは医療保険制度にも反映している。第1に、オランダ政府は保険を所得の再分配

に利用する (Westerhout, 1999)。たとえば2大公的保険制度 (ABWZ、ZFW) では、ほとんどの財源を所得割保険料と税金とでまかなっている。

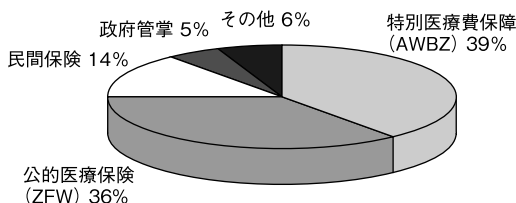
² Schrijvers (1997年編) によるオランダ医療保険制度全体に関する広範な叙述—いくつかの点は古くなってしまっているものの一を参照のこと

第2に、医療社会保険料はリスクの区分で金額が変わらないように定められている。民間市場の保険だけが保険料をリスク要因で変えることができる。しかし医療保険の民間市場については、政府は被保険者の中でも社会保険の基準に満たないハイリスク集団が加入できるように強制的な相互補助の別制度を導入している。こうしてオランダ市民は誰でも医療保険を購入することができる。こうして、オランダの人口の3分の1以上に対しては、保険は強制ではないにもかかわらず、人口の1%だけが未加入者となっているのである(図2参照)。

4. 公的医療保険 (ZFW)

本論では、公的医療保険 (ZFW) の市場について言及する。オランダの人口の60%以上がこの強制加入の保険に入っている。公的医療保険 (ZFW) は疾病金庫 (ziekenfondsen) と呼ばれる独立した民間の非営利組織によって運営されている。疾病金庫という保険者は、オランダの医療費支出の資金調達に関して重要な役割を果たしている (図3参照)。

図3：オランダの医療費支出 (2001年、%)



出典: Ministry of Health, Welfare and Sports(2000 b)

保険料

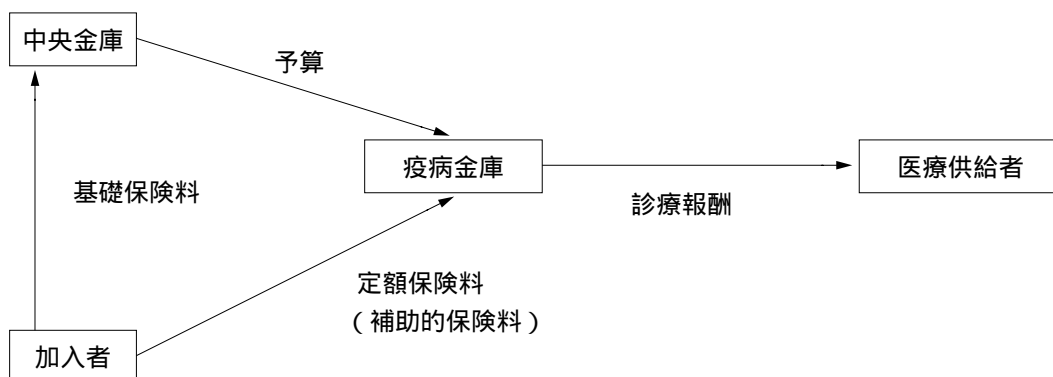
公的医療保険 (ZFW) の被保険者は、所得割保険料 (基礎保険料) と定額保険料 (補助的保険料) とを支払う。基礎保険料率は固定割合で、政府が定めている。基礎保険料は、個々の金庫に年間予算を配分する中央金庫が集める。この中央金庫の2001年の総予算は、基礎保険料歳入 (72%)、国庫補助 (24%)、民間保険会社からの支払い (3%) で構成されている。ほとんどの高齢者は公的医療保険 (ZFW) に加入している (民間医療保険と比べて相対的に高い医療費支出をもたらす) ので、疾病金庫への国庫からの支払いが補填されるのである³。

基礎保険料と比べて、(所得に比例しない) 補

助的保険料は個々の金庫によって一人当たりの金額が決まっている。この均一料金は所得やリスクの区分に関係なく大人の人数を基礎にしている。すべての加入者は、加入したそれぞれの保険者へ補助的保険料を直接支払う。補助的保険料は疾病金庫によって金額が異なるため、価格競争が起こりうる (これについては第5節で触れる) ののである。さしあたって公的医療保険 (ZFW) には高額な自己負担はない。医療サービス供給者は第三者支払いで診療報酬を受け取るため、公的医療保険 (ZFW) の加入者と医療サービス供給者とは直接の取引関係は生じない。図4は資金の流れを示している。

3 医療保険基金法(MOOZ)が保険者となるいわゆる高齢者対象共同資金積立に基づく。

図4：疫病金庫と公的医療保険（ZFW）



受益範囲

基礎保険料と同様に、政府によって受益範囲が設けられ、個々の疾病金庫での差異は許されない。前述のように、公的医療保険(ZFW)は一般的には、重篤ではない通常の医療をカバーする。受益範囲の細かい内容は年毎に異なる。広範囲をカバーすることを望む者とカバー範囲を制限したい者が政策上の議論を重ねるために、こうした変動が起こるのである。費用抑制と公平の問題もまた重要な役割をもつ。

変革の要求

いくつかの理由から、オランダでは公的医療保険(ZFW)の近代化が議論されている。第1に、政策立案者はこの公的保険の費用削減のために、特に将来オランダでも高齢者人口の増加が医療費支出の増大をもたらすと予想されるので、効率の追求を望んでいる。第2に、患者が個々人の必要性や需要に見合う医療サービスの増大を望んでいる。すなわち、患者たちは中央政府が立案するシステムから選ぶよりも、より多くの選択の自由を望んでいる。この要求は、リスク調整型人头割支払い方式による疾病金庫間の競争導入の糸口となった。

5．疾病金庫の競争

1992年、オランダの疾病金庫間の競争を阻んできた法的障壁が廃止された。第1に、法律で地域ごとに定められていた疾病金庫の境界が取り除か

れた。1992年以前は、公的医療保険(ZFW)加入基準に適した人々は疾病金庫を選ばなかった。たいていの場合は自動的に自分の居住地域の疾病金庫へ割り当てられたのである。また各疾病金庫も法的に制限された地域内で運営することが義務付けられた。これは一定地域の医療サービス供給者だけでなく金庫は契約できるということを示す。現在は、すべての疾病金庫は全国的に運営することができ、公的医療保険(ZFW)の被保険者はどの金庫でも選ぶことができる。第2に、疾病金庫間での価格競争が可能になった。いまや疾病金庫は、競争手段としても使える均一保険料を課さなければならなくなった。第3に、公的医療保険(ZFW)への市場参入が認められた。民間医療保険者は別法人で疾病金庫を設立することが許可される。疾病金庫と民間保険者は別個のマーケットで動くから、別法人が必要なのである。民間医療保険に加入する人は疾病金庫からの保険購入を禁じられる。

選択の自由は、公的医療保険(ZFW)の加入者に自分に最も合う金庫の選択を可能にした。加入者は1年に一度、疾病金庫を移ることができる。疾病金庫間の競争によって弊害が出ないようにするために、疾病金庫は公的医療保険(ZFW)への加入希望者すべてを受け入れなければいけない。事後的に、リスク調整することで選択結果の収支はバランスがとれるようになる。

リスク調整の提供

前述のように、所得割保険料は、個々の金庫へ予算配分を行う中央金庫へ集められる。1991年以前は、疾病金庫は医療支出額の全額償還を「事後的に」受けていた。現在、疾病金庫は全額ではないが支出をカバーすべき年間予算を受け取る。不足分は、加入者に対し直接請求し納付された補助的保険料によってカバーされなければならない。競争の導入と予算作成には、リスク調整型人頭割支払い制度の適用が必要である。予算が適切なリスク特性に基づいているとき、クリームスキミングへのインセンティブはなくなる。しかし実際は、予算作成には不完全な点が常にある。

オランダの厚生スポーツ省は、毎年、公的医療保険(ZFW)の支出全体の許容最高額で決めている。その後、同省は全疾病金庫が予算とバランスが取れるだけの補助的保険料の金額水準を決定する。公的医療保険(ZFW)の支出全体に認めた最高額からこの補助的保険料の予想される歳入を差し引くと、政府は違う疾病金庫に割り付けるべき全体予算を知るのである。所得割保険料は、歳入がこの予算をカバーするレベルに決定される。所得割保険料の金額に関して、同省は医療保険審議会(CVZ)から助言を受ける。

疾病金庫は全体予算を以下の4つに分けて受け取る。すなわち(1)病院費用の固定部分、(2)病院費用の可変部分、(3)専門医に支払う費用、(4)外来診療(薬剤費と医療用具なども含む)である(Staatscourant, 1999)⁴。予算案はリスク要因と過去の費用実績に基づいている。現在のリスク要因は年齢、性別、居住地、社会経済的な地位である。疾病金庫はすべての費用について責任を持つのではないので、疾病金庫は以下のような基準で補填される。

- 予算には超過支出補填システムがある。病院費用の可変部分と外来診療については、疾病金庫は各被保険者の4,537ユーロ以上の支払いに対して補填を受ける。
- 疾病金庫は、その責任ある費用が支払えないことが事実として認められた場合に補填を受ける。金庫ではどうにもならない支出を償還されるのだ。この点でもっとも重要なのは病院の医療サービスと専門医の医療サービスである。

表2は、2000年のオランダのリスク調整型人頭割支払い方式の概要を示している。それ以前の年に比べると、疾病基金の財政的なリスクは拡大しているものの、さほど大きなものではない。

表2：オランダのリスク調整型人頭割支払い方式

	予算からの配分 過去の実績 : リスク要因	過去の調整割合 % 償還不足の割合
1. 病院費用(固定)	100% : 0%	95%
2. 病院費用(可変) ^a	30% : 70%	25%
3. 専門医支払い費用	0% : 100%	95%
4. 外来診療 ^a	30% : 70%	0%

a：補填不足の補填は基金の個人への支払いが4,537ユーロを超える場合行われる

出典: Ministry of Health, Welfare and Sports(2000 a)及び Staatscourant(1999)

6. 公的医療保険(ZFW)分析

ここでは、公的医療保険(ZFW)の市場を分

析する。オランダのほとんどの疾病金庫が1992年以降、全国の市場で競争をしてきた(例えば Ministry of Health, Welfare and Sports, 1998)。保険

4 以下のデータは2000年の場合である。

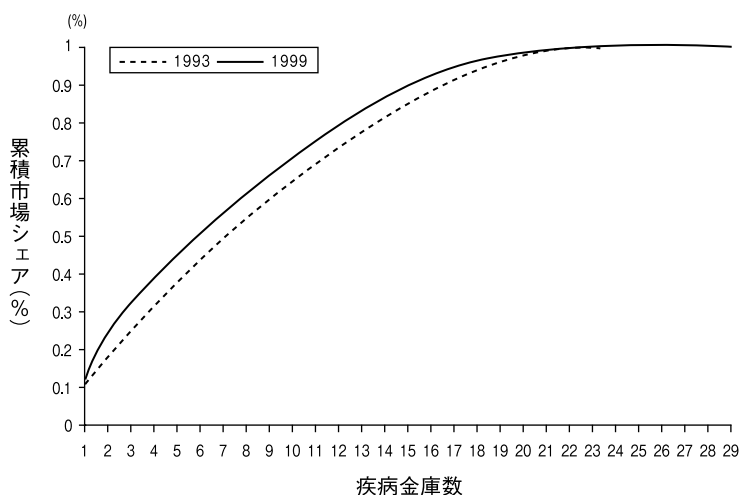
の給付内容に差異がないため、相対的に高額な保険者は、低額な保険者に契約者を取られてしまうだろう。この仮説を検証する前に、まず市場に競争の余地があるかどうか市場集中の度合いを確認する。次に競争手段として利用される補助的保険料の増加を比較する。最後に価格競争が市場のシェアに影響を及ぼすかどうか検証する。

市場集中度

保険会社が少ないほど、市場は集中すると言え

る。市場集中と競争の激しさに決定的なリンクは見られないが、より集中することが競争の少ない市場へと結びつくという議論は広く受け入れられるところである(George *et al.*, 1991, p.133)。保険会社の数と市場シェアの関連については、数多くの統計基準から論じることができる。集中の度合いは広く使われる指標である。最大規模の会社がどれほどシェアを占めるのかを示すので、競争の傾向を計算しやすく解釈しやすいのである。

図5：オランダ疾病金庫の集中度合い



出典：C V Zの資料に基づき計算

1993年以降、金庫数が増大しているにもかかわらず、市場の集中度合いはより強まっている(図5参照)。高い集中の度合いは既存の疾病金庫の合併による結果である。この数年は集中が増加し

ているものの、競争の余地はまだあるように思われる。とはいえ、表3の上位大金庫が大きなシェアを持つ(表3参照)。加えて、法的規制の解除は新規金庫参入の入り口となった。

表3：公的医療保険(ZFW)の市場

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
総金庫数	25	25	26	27	29	29	29
新規参入数	0	0	2	1	2	2	2
最大シェア占有率	11.8%	11.7%	11.8%	11.8%	12.1%	12.3%	12.4%
C3の割合(%) ^a	25.4	25.3	29.9	30.0	30.2	32.5	32.5
C5の割合(%) ^b	37.8	37.7	42.1	42.0	41.9	44.7	44.7

a：上位3大疾病金庫の合計

b：上位5大疾病金庫の合計

出典：C V Zの資料に基づき計算

補足的保険料

1992年の価格競争導入以来、補足的保険料は疾病金庫ごとに変更できるようになった。しかし1993年から1995年までは一社を除いてすべての疾

病金庫は同額の保険料を課した。1996年から状況は変わった。この年から保険料の可変性は多様になったのである（表4参照）。

表4：補足的保険料（年間、ユーロ）^a

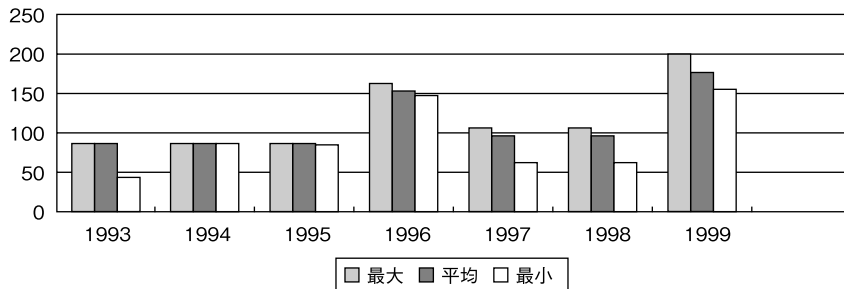
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
最高額保険料	89.85	89.85	89.85	163.91	108.36	108.36	200.12
最低額保険料	87.13	87.13	87.13	147.57	65.34	65.34	156.55
差額	2.72	2.72	2.72	16.34	43.02	43.02	43.56
単純平均	89.63	89.63	89.74	155.70	98.20	97.88	178.96
標準偏差	0.75	0.75	0.53	3.74	7.78	8.36	12.61
変動係数	0.01	0.01	0.01	0.02	0.08	0.09	0.07

a：給付内容と自己負担金があるので、保険料の絶対的な価値はかなり年によって差異が生じる

出典：CVZの資料に基づき計算

図6は市場における最高額保険料と最低額保険料とのギャップを示す。

図6：補助的保険料



出典：CVZの資料に基づき計算

市場シェアと補助的保険料との関係？

有効的な価格競争の場合、補助的保険料と市場シェアとは明確な関係が予測される。相対的に安い疾病金庫が高額な疾病金庫を食いつぶし、市場にシェアを拡大するのだ。市場のシェア（M）と補助的保険料（P）との関係を方程式で表すことによって価格競争の効用を知ることができる。変数Pが各金庫の競争力を表す場合、補助的保険料は毎年の標本平均値によって分割されるからだ。Pが大きい場合は、問題になっている疾病金庫は相対的に高い金庫であり、Pが低い場合は安い

である。市場のシェアは補助的保険料によって影響を受けるという仮説をためすため、市場の80%以上を占める23疾病金庫の1996年から1999年におけるパネルデータを使用した。省略した変数が同一時点での変化をもたらすかもしれないので、最小二乗計算式は用いなかった。その代わりに同一時点での変化に対応するダミー変数を導入した。この母数モデルは以下のとおりである。

$$M_{it} = \alpha + \beta P_{it} + \gamma_2 W_{2t} + \dots + \gamma_{23} W_{23t} + \varepsilon_{it}$$

M_{it} が t 年における疾病金庫 i の市場シェアである。 W_{it} は疾病金庫 i ($i = 2 \dots 23$) の t 年 ($t = 1996 \dots 1999$) におけるダミー変数である。試算結果は表 5 になる。

表 5 : 試算結果^a

変数	係数	標準偏差	t 統計量	確率
Pit	- 0.0034	0.0025	- 1.38	0.17
		$R^2 = 0.9993^b$		

a : 推定される母数は現れていないが要請があれば可能である。

b : M_{it} はこの母数において完全に説明がついていると考えられる。

この結果にもとづき、市場シェアは補助的保険料に影響をうけるという仮説は 5% の有意水準で却下されたことになる。言い換えれば、問題にした時期では、市場シェアは補助的保険料には影響を受けなかったということである。Haasink(1998) と Schut(2001) の研究結果と一致している。Kalshoven(1999) だけは、オランダ疾病金庫間の価格競争は被保険者数に影響があるとしている。

1992 年のオランダにおける疾病金庫間の価格競争の導入は市場のシェアに変動をもたらさなかった。その説明として 4 点挙げることができる。第 1 に、補助的な定額保険料の差異が総保険料支払い額に占める割合が現時点では小さいことである。もっとも高額な金庫の加入者がもっとも安価な金庫に移った場合でも、総保険料の支払額のせいぜい 3% を節約するだけである（課税所得額 20,000 ユーロを基準とする場合）⁵。

第 2 に、疾病金庫は一定地域の市場を持つ。1992 年までは疾病金庫は地域ごとに管理されていた。歴史的に各金庫はそれぞれの地域の 60% 以上の市場シェアを占めてきていた。隣接する疾病金庫間の合併は、その地域での市場力をより強化したのである (Schut, 1995)。全国的な市場での競争に余地があるように見えても、これまでの地域構造が全国的競争を阻害することがあろう。ほとんどの疾病金庫は、その地域に設立された医療サービス供給者とのみ魅力的な契約を結んでいる。したが

って、比較して安価な疾病金庫が地域 A にあったとしても、地域 B に居住する人にとっては必ずしも良い代替にはならない。その結果、価格の違いが市場のシェアの変化に常に結びつくとは限らないのである。加えて、個別に予算が分かれた疾病金庫のほとんどは、実際は同じ親会社によって運営されているのである。これが、表 3 において実際の市場シェアを過小評価することにつながっている。最近の Van den Brink(2001) による計算によると、公的医療保険 (ZFW) 全体の 71% の加入者は上位 5 大親会社が保険者をしていることになる。

第 3 に、金庫は公的医療保険 (ZFW) に加入希望する全員を受け入れる義務があるが、補助的な保険契約についてはそうではない。したがって相対的に高価な疾病金庫に加入する人が契約をやめたいとき、よその金庫で自分が希望する保険のパッケージ商品（公的医療保険 (ZFW) + 補助的保険）を購入することができない。補助的保険はほとんどの人（特に慢性疾患のある人）にとってかなり重要となるので、選択の自由は制限されるのである (Schut, 2001)。

第 4 に、諸費用の変更によって、疾病金庫に現在の加入者に対する市場力の自由度を与えることができる (例えば Klemperer, 1995)。たとえば、【加入者が】医療保険を変更するには高い取引費用をかけてしまうなど。加入者は、ほかの疾病金庫の質に詳しくない場合、たとえ割安な保険に変更で

⁵ Schut と Laske-Aldershof による最近の論文 (2001) によると、ほとんどの人が総保険料支払い額を気にせず、補助的保険料の支払い額にのみ着目すると指摘している。この場合、補助的保険料の金額の差はより大きな問題となる。もっとも高額な金庫の加入者は、金庫を移ることによって少なくとも 40% 節約できる。

きることがわかっているにしても、現在の保険者にとどまる傾向がある。

7. ベルギーとドイツの事例

前節ではオランダの政策は政府が期待するほどに効果を出していないことを見てきた。医療社会保険の分野に競争を導入することについて他の国家がより成功しているのかどうか、ベルギーとドイツの事例を検討したい。ベルギーとドイツの医療保険制度はオランダの医療保険制度と似ている。双方の国家ともに、人口のほとんどが、社会保険制度のうち非営利の疾病金庫が運営する強制保険に加入している。またさらに、医療サービスへのアクセスが平等で普遍主義に基づいて開かれていることが、顕著な特徴である。

ベルギー

ベルギーは強制的な国民医療保険制度があり、それには国民全員対象のメジャーな健康リスク（入院や長期ケアを含む）をカバーしているものと、国民の90%近くが対象となるマイナーなリスク（外来診療を含む）をカバーするものがある。ベルギーの強制保険制度には、医療保険による支払いと疾病時の所得保障が含まれ、「共済金庫 *mutualiteiten*」と呼ばれる5つの民間非営利組織と1つの公的基金によって管理されている。公的基金は疾病金庫に加入することを拒否されたり放置されたりした人のためにある。5つの共済金庫は、最小400人から最大450,000人の加入者という規模が異なる約100の地域の保険者つまり疾病金庫一の合計で構成される。強制医療保険に加え、疾病金庫は医療社会保険や任意保険の範囲では提供されないサービスをカバーするために補助的保険を提供する。医療社会保険制度が全国を網羅しているので、民間医療保険会社にはほとんど参入の機会はない。したがって民間医療保険の市場規模はベルギーでは小さい(Van Kemenade, 1997)。

ベルギーの強制医療保険制度の財政システムは、オランダの制度ととてもよく似ている。各疾病金庫が中央基金から年間予算をもらうのだ。中央基金は、所得割保険料と国庫補助金とで運営される。

所得割保険料の比率は政府によって決定され、基金間での差異は認められない。さらに強制保険の加入者は、年間25ユーロという非常に小額の均一保険料を加入する基金に支払うことが義務付けられている(Schokkaert & Van de Voorde, 2000)。さらに、ベルギーでは、25~30%の窓口自己負担金がある制度が加わる。

以前に比べると、医療社会保険の全体予算は実際の支出が判明する前に決定される。中央基金から受け取る各疾病基金の予算は、リスク調整型人頭割支払い額予測とその年の期待実支出額との組み合わせで調整されている(Kesenne & Diels, 1996)。リスク調整型人頭割支払いはクリームスキミングを可能な限り制限することを意図したものである。オランダやドイツと比較して、ベルギー政府は単一リスク調整制度の採用を無視してきた。1994年には長大なリスク要因リストが作成された。年齢、性別、家族構成などの要因に加え、このリストには所得、罹病特徴率、都市化指標などの地域要因までもが含まれている。しかし現在の人頭割支払い形式では、多様な医療支出に関してごくわずかしか説明していない。

基金の年間予算を計算すると、実際の支出がもっとも大きな割合を占めている。現在、予算の30%が期待リスク調整支払いシステムにもとづいている。2002年までには最大40%になる予定である。各疾病基金の予算は実支出をほぼ基準にしているが、すべての基金の償還金額を合わせても国家の予算目標を超過しない点は特筆すべきである。したがって全疾病基金の総医療費の中で各基金の予算が占める割合は、個々の基金が実際に支払った支出で決定される。費用を抑え有効性を高めるために、ベルギー政府は基金を財政的な危機に置いた。各疾病基金は現在、生じた赤字の25%に責任を負うことになっている。残りの75%は共済間連帯基金での分担となる。一部の疾病基金の財政赤字は、残りの基金の黒字でまかなわれるのだ。

Schokkaert と Van de Voorde(2000)は、ベルギーは1993年の改革にもかかわらず競争が強化される方には進んでいないと指摘している。競争はき

わめて限定的である。というのも、提供される保険商品のパック内容、患者への償還額を決める掛け金率と料金体系は、すべて法律で定められるので、補助的保険料の額にばらつきがあってもほとんど影響がないからである。さらに強制医療保険の市場は、ただ集中しているだけではなく閉鎖的で競争の余地がない、という指摘もある(Nonne-man & Doorslaer, 1994)。つまりベルギーの疾病金庫の競争は、クレームの解決の早さなどのサービス提供の質の管理と補助的保険にのみ制限されているのだ。競争がないことはまた、ベルギーでは選択的契約が出来ないことを示している。現在、疾病金庫は事業連合として医療サービス供給者と交渉する。結果、単独の疾病金庫では自己の支出や費用抑制に適切な手段を講じることができない。

ドイツ

ドイツでは人口の88%が公的医療保険(GKV)に加入している。契約者の約14%は民間保険への移行も可能な任意の加入者である。GKVへの加入は、所得総額が基準以下である勤労者や特定の集団(退職者や農民、学生など)が強制となっている。ドイツの公的保険制度は疾病金庫(Krankenkassen)と呼ばれる非営利組織が管理している。金庫の主な歳入は加入者が直接金庫へ支払う所得割保険料である。各疾病金庫の費用は給与天引きの保険料でカバーされ、疾病金庫の保険料は金庫によって異なる。しかし疾病金庫の保険料は連邦政府が決める最大・最小比率の枠内に設定される。また広く認められた原則である公平性に従って、疾病金庫の保険料はすべての加入者に対して加入者の特性に関わらず一律である。疾病金庫は法律に基づき最小限の医療費支払いを提供することを要求され、加入者は薬、歯科治療、病院への入院などといった医療サービスの提供を受ける際には窓口自己負担金を支払わなければならない。民間保険会社とは異なり、疾病金庫は補助的保険を提供することは出来ない。

オランダやベルギーのように、ドイツ政府も公的医療保険の経費抑制と有効性の増大をはかるといって直面している。医療保険構造法(1992年制定)は、競争の強化を明記している。疾病金

庫間の競争は既にあったものの、選択の自由は制限されていた。これが金庫に高リスクと低収入という歪みを増大させていたのである。結果的に、給与天引き保険料の最大・最小比率の格差はかなりの大きさで存在し、これが公平の原則を損なうことになっていた。こうしたことからドイツ政府は90年代始めに医療保険制度を改革することを決めたのである。新法制定により、強制的加入者も含めたすべての契約者は、年に一度、疾病金庫を変更することができるようになった。ドイツの疾病金庫間の競争の激化は、1993年には1221だった金庫数が1999年には453になるという金庫数の減少として顕著に現れた(Brown & Amelung, 1999)。

競争原理の市場における逆選択とクリームスキミングを避けるため、ドイツ連邦政府はリスク補償基金を設立した。これにより、疾病金庫ではコントロールできない要因がもたらしていた疾病金庫間の格差が、リスク調整型人頭割支払いによって解消されるものとされた。その結果、疾病金庫間の競争は可能な限り平等な条件下で行われることになった(Greiner & Graf von der Schulenburg, 1997)。現在のリスク調整の変数は年齢、性別、所得と家族構成である。好ましくないリスク構造を持つ金庫への助成金は、実際にかかった費用や事後の金庫の財政状況は考慮されず、先行して支払われる。このリスク調整によって重要な点は、金庫間の保険料の格差が減少したことである。例をあげると、リスクの低い契約者が多いので比較的財政状況のいい金庫の保険料は、高いリスクの契約者がいる財政状況の良くない金庫へ助成するために、引き上げられることになるのである。

ドイツの医療改革は、疾病金庫に対し、加入しやすさは残しながら、経費を抑制しサービスの質を向上させようとするインセンティブをもちこたした。しかし新法は政策立案者の期待するほどの効果はあがっていない。いくつか理由を挙げる事が出来る(Files & Murray, 1995; Brown & Amelung, 1999)。第1に、いまだ競争が制限されているのである。給付範囲は連邦政府によって決定され、医療サービス供給者との契約の自由は禁止されている。第2に、リスク調整型人頭割支払制度は、

疾病金庫同士間での競争力をつけていた保険料格差を減少させた。第3に、現在のリスク調整の4つの変数が年齢、性別、所得と家族構成だけでは、クリームスキミングを回避するには粗雑すぎる。疾病金庫は加入希望者をすべて受け入れなければならないが、望ましいリスクの者だけを選択する手段としてマーケティングを利用する可能性がある。さらに高額所得の勤労者のみが民間市場では医療保険を購入できるようになることもある。高リスク者が低リスク者によって助成される保険料体系であるならば、低リスク者は民間保険に流れてしまうのではないかと金庫は懸念している。これでは次第に平等原則の金庫の基盤を減少させてしまう。ノ

3国は同じ問題に直面している

効率を高めるため、ベルギー、ドイツ、オランダ3国では1990年代始めに医療社会保険者に対してリスク調整型人頭支払いを伴う競争原理が導入された(表6参照)。しかし公平原理が大きな役割を占めるため、医療社会保険において競争原理は制限された。3国とも、保険の受益範囲に差異が生じることは許されず、保険料格差は小さい(オランダ)か、あるいはない(ベルギー)。ドイツでは社会保険の保険者が保険料を独自に決定することが出来るので、もっとも価格競争の機会がある。リスク調整は保険料を競争手段として利用する可能性を減らすと言われるが、ドイツではある金庫から他の金庫へと移る人数が増えている。移行する多くの人々は、主要な動機として保険料がより低額であることを挙げている(European Observatory on Health Care Systems, 2000)。

表6 医療社会保険の比較

	ベルギー	ドイツ	オランダ
競争の有無			
・受益範囲	なし	なし	なし
・所得割保険料	なし	あり	なし
・同率料金	なし		あり
・補助的保険	あり	なし	あり
リスク調整の方法			
・予想される人頭割支払	あり	あり	あり
・後からの調整	あり	なし	あり
選択的契約の自由の有無	なし	なし	あり ^a

a : ただし固定料金と中央政府の立案によって実際は阻害されている

ドイツでは疾病金庫の財政的責任はベルギーやオランダに比べてより大きいようである。後者2国は事前に予算が分配され、後からも調整されているが、ドイツの疾病金庫は事前にリスク補償基金によってリスク構造に補填されるだけだからである。よってドイツの金庫は保険料収入と補填とで完全に費用とのバランスを取らなければならないのである。しかし、ドイツには選択的契約の自由がないので、金庫の関連するすべての費用の効

率を高めようと努めることが出来ない。疾病金庫の財政リスクが制限されてはいるものの、事態はベルギーでも同様である。オランダのみで、選択的契約を結ぶことが出来る。しかし現実には固定料金設定や中央政府での立案によって阻害されている。さらに情報の非対称性の存在が医療提供者の優位に貢献する。これが市場シェアがある疾病金庫を地域独占へと向かわせ、競争の余地をいっそう制限するのである。

この節では、オランダの医療社会保険改革に関する課題が決して例外ではないことを示した。ベルギーやドイツでも部分的に政策は異なるが、オランダと同様の問題に遭遇している。結論として、これら3国は未来への同様の挑戦、すなわちいかに適切なインセンティブを働かせて疾病金庫間の公正な競争環境を作り出すかということに挑んでいる。現時点ではベルギー、ドイツ、オランダはともに、この問題に関する最終的な解答を見いだせていないと言える。

8 . 結論

自由市場における競争では逆選択やクリームスキミングが生じてしまうので、公平という原則が重視される中で医療保険者が競争を行うことは困難である。これらの問題を避けるためにリスク調整型人头割支払方式が採用されたものの、(いまだ)十分には個別の金庫の医療保険の支出を予測することができない。したがってベルギー、ドイ

ツ、オランダの3国はともに財政上の適切なインセンティブが働く公正な競争環境を作り出すことができていない。疾病金庫の現在の予算方法は改正する必要がある。より適切な人头割支払方式による予測予算配分だけが、疾病金庫に効率を上げようという財政上のインセンティブをより強く働かせることができる。これに加え、疾病金庫に医療提供者との選択的契約の余地を与えるべきである。中央政府での立案や医療サービスの規制は緩和されるべきである。

医療社会保険において保険者間の競争原理を導入することは、これまでのところ有効ではないようだ。我々の試算では、1996-1999年のオランダにおける補助的保険料と市場シェアについて何ら重要な関連性が見いだせなかった。おそらく高額でもっとも効率の悪い保険者であっても、競争相手に加入者を奪われることはないのだ。補助的保険料のわずかな価格格差、金庫の地域の市場力、選択の自由の制限、金庫変更の費用などがその理由としてあげられる。

(訳: たけの ゆきこ)

参考文献

- Brink, R.J. van (2001), Een efficiënte ziekenfondsmarkt? (in *Dutch*), *Economisch Statistische Berichten*, nr. 4298, pp. 220-223
- Brown, L.D. & V.E. Amelung (1999), *Manacled Competition: Market Reforms in German Health Care*, *Health Affairs*, May/June, pp. 76-91
- CBS (2000) *Statline*, http://statline.cbs.nl/statweb/index_ENG.stm
- Cutler, D.M. & R.J. Zeckhauser (1999), *The anatomy of health insurance*, NBER Working Paper No.7176, Cambridge MA
- Douma, S.W. & H.Schreuder (1991), *Economic Approaches to Organizations*, Prentice Hall, London
- European Observatory on Health Care Systems (2000), *Health Care Systems in Transition: Germany*, Copenhagen.
- Files, A. & M. Murray (1995), German Risk Structure Compensation: Enhancing Equity and Effectiveness, *Inquiry*, vol.32, pp.300-309
- Folland, S., A.C. Goodman & M. Stano (1997), *The Economics of Health and Health Care*, second edition, Prentice Hall, New Jersey
- George, K.D., C. Joll & E.L. Lynk (1991), *Industrial Organization: Competition, Growth and Structural Change*, fourth edition, Routledge, London
- Greiner, W. & J.-M. Graf von der Schulenburg (1997), The Health System of Germany, in: M. W. Raffel (ed.), *Health Care and Reform in Industrialized Countries*, The Pennsylvania State University

Press, Pennsylvania, pp. 77-104

- Hassink, W.H.J. (1998), Is er concurrentie tussen ziekenfondsen? (in **Dutch**), *Economisch Statistische Berichten*, nr. 4193, pp. 616-618
- Kalshoven, Ch.(1999), Ziekenfondsverzekeren: zit er beweging in? (in **Dutch**), *Openbare Uitgaven*, nr. 1, pp.40-47
- Kemenade, Y.W. van(1997), *Health Care in Europe 1997: The Finance and Reimbursement Systems of 18 European Countries*, Elsevier/De Tijdstroom, Maarssen
- Kesenne, J. & J. Diels(1996), Ziekenfondsbudgettering in België(in **Dutch**), *Openbare Uitgaven*, nr. 4, pp.180-186
- Klemperer, P.(1995), **Competition** when consumers have switching costs: an overview with applications to industrial organization, macroeconomics, and international trade, *Review of Economic Studies*, vol. 62, pp. 515-539
- Ministry of Health, Welfare and Sports(1998), *Notitie 'Marktprikkels in de zorg'*(in **Dutch**), Den Haag
- Ministry of Health, Welfare and Sports(2000 a), *Health Insurance in the Netherlands: situation as at 1 January 2000*, Den Haag(http://www.minvws.nl/documents/Health/health_insur.pdf)
- Ministry of Health, Welfare and Sports(2000 b), *Zorgnota 2001*(in **Dutch**), Den Haag
- Nonneman, W. & E. van Doorslaer (1994), The role of **sickness funds** in the Belgian health care market, *Social Science & Medicine*, vol.39(10), pp.1483-1495
- Schokkaert, E. & C. Van de Voorde(2000) Risk adjustment and the fear of markets: The case of Belgium, *Health Care Management Science*, vol.3(2), pp.121-130
- Schrijvers, A.J.P. (ed.)(1997), *Health and health care in the Netherlands: A critical self-assessment by Dutch experts in the medical and health sciences*, De Tijdstroom, Utrecht
- Schut, F.T. (1995), *Competition in the Dutch Health Care Sector*, dissertation, Erasmus University Rotterdam
- Schut, F.T. (2001), Prijsconcurrentie ziekenfondsen nog niet effectief(in **Dutch**), *Economisch Statistische Berichten*, nr. 4296,pp.172-175
- Schut, F.T. & T. Laske-Aldershof(2001), Volledig nominale zorgpremies dienen geen doel (in **Dutch**), *Economisch Statistische Berichten*, nr. 4333, pp.860-863
- Staatscourant (1999), *Beleidsregels ter verdeling besteedbare middelen, kosten van verstrekkingen en vergoedingen ziekenfondsverzekering 2000* (in **Dutch**), nr. 237, p.14
- Ven, W. van de & R. van Vliet(1992), How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market? The great challenge for the '90 s, in: P. Zweifel & H.E. Frech III(eds.), *Health Economics Worldwide*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, pp.23-46
- Westerhout, E. (1999), The future of the **Dutch** health in surancesystem, *CPB Report*, nr. 4, pp.21-26

「労働運動から見た非営利・協同」

石塚 最初に、小林さんは長く労働組合運動をされていらっしゃると思いますが、そういう視点からいまの形態や日本の社会状況を全般的にどのように見ておられるか教えていただければと存じます。

小林 日本の社会は弱肉強食が極度に進んで社会的な荒廃が広がってきているのではないかと思います。しかもそれを是正しようという政治なり経済の見通しが無い。むしろ小泉さんに代表される構造改革は、「その状態をさらに進めよう、それで良いのだ、もっと徹底しよう」ということになっておりますので、いよいよ深刻になるのではないかと思います。フリーターと呼ばれる方々が500万、失業者が300万、ホームレスが数万、自殺者5年連続3万人余、無年金者も数百万、いわゆる不安定雇用や低賃金労働者などが1000万人前後、パートとか契約労働者などが1000万人を超える状態になってきています。

こういう状態が進行する一方で、世界のベスト10の巨大企業にトヨタをはじめ数社が二つ三つが入ってくる。非常に極端な状態が生まれていると思います。これは総じて言えば小泉さんの改革はいわゆる新自由主義改革をもっと徹底していくことだと思います。

しかしこれは世界の流れではありません。アメリカはそうかもしれませんが、ヨーロッパでも競争は前提になっていますが、守るべきルールがありその上で競争している。

守るべきルールというのは、第一に労働者の人権をきちんと守ることです。人権を守るという点での最大のものは8時間労働になります。しかし日本は現実には8時間労働はありません。私の息子もそうですが、若い者はみんな夜中に帰ってくる。十数時間、女工哀史の時代に戻ったくらいの

長時間労働が蔓延しています。これは人権を守る上で最大のものになると思います。

それから、いのちを守るということは大前提でなければいけない。しかし、いまの日本では荒廃現象が広がり、労働者をはじめ国民の中に精神障害が広がってきている。いのちを守る社会がなっていません。安全第一ではなく利益、効率第一のJR西日本の脱線事故もこれを如実に示しています。

それから少子化ということが問題になっていきます。ルールのもう一つは母性を守ることです。これは時代の命を育てていくうえで欠くことのできないことだと思います。母性を守らない男女雇用均等、キャリアウーマンを目指すとうすれば母性を犠牲にして働く以外に道はない。そういう状態が広がっています。これで少子高齢化が解決するなんてことは絶対にないですね。これは私達が主張したことですが、女性が出産するということが10ヶ月かかるわけで、8時間だけ外に出しておくことなんてできません。10ヶ月妊娠するということは3年分の労働に相当するんです。そして生涯母性をもっています。それは保護されて平等なのです。保護されなければきわめて不平等となる。そういう人権といのち、母性を守るということが競争の中のルールの前提だと思うのですが、これは日本にはありません。ヨーロッパなどへ行ってみるとびっくりすることはそういうことがきちんと定着していることです。

もう一つは、憲法9条に関係します。9条に違反して、アメリカから発生しましたいわゆるネオコンと言いますが、覇権主義と一体となっていくという問題があります。特に日本の場合には中国との関係で大きな問題になっています。軍国主義的な政策を進めている勢力が侵略戦争を反省する

ことなく、靖国神社の参拝など侵略戦争を何一つ反省することなく、日本を軍隊を持つ国にする、戦争をできる国にしているということが大問題になっていると思います。

日本はドイツとイタリアと三国同盟で侵略戦争をやったわけですが、ドイツは明確にヒットラーを否定しています。ヒットラーに参拝するなんて政権はどういう政権にもない。ポーランドに行ききちっと跪いて反省しているわけです。日本は口先では反省という言葉は使いますが事実が全然違いますから、これは通用しないと思います。

だから憲法を変え軍隊を持ちかつ戦争のできる国にしようとしています、これは三つの大きな障碍に当たっているのではないかと私は思います。

一つは国際的な世論との壁があります。特にアジアでは大きな問題です。このままでは到底通らない、もし強行すれば日本は世界で孤立する。特にアジアでの孤立が非常に深刻になる。経済活動にも大きな影響を与えてくることだと思います。財界にもこれを心配する声がおこっています。

二つ目は国内世論の壁です。依然として国民の過半数が「9条を変えてはいけない」と言っています。このあいだのNHK調査では(憲法)改正賛成と反対の割合が39:39でした。それを見ていた自民党の幹部が「これでは憲法を本当には変えられないな」と言ったそうです。39:39だから我々は「反対が減ったかな」と思っていたのですが、改憲勢力から見ると「これでは国民投票ができない」。いずれにしても過半数の方が依然として9条を中心に憲法を守るということになっていますので、これは大きな壁になっています。

三つ目は改憲勢力は国会では多数ですが、自民党内でも改憲に反対する宮沢さんや加藤さん、後藤田さん、あるいは野中さん、河野さんなどがいます。「これで良いじゃないか、何で変える必要があるんだ、小泉さんいまだき靖国神社参拝するなんて何を時代ボケしているんだ」と野中さんはそう言っています。河野衆議院議長も神奈川革新懇のインタビューに「私は9条改憲には反対」とはっきりこたえています。民主党とだててまとまっています。公明党とのあいだでも意見の違いが9条ではあります。国際的世論と国内的世論の動向が反映して、改憲勢力はいまのままです。



こばやししょうじ、(財)全労連会館理事長、前全労連議長

なかなかいかないのではないかと思います。中曽根さんは「5年ないし8年かかるのではないか」と言ったそうですが、そういうスタンスでもそう簡単ではない。

問題は国民的な運動だろうと思います。運動次第によっては十分憲法を守り抜ける感があります。憲法を守るということは21世紀の大きな展望を開くと思っています。しかし、いまの実態は憲法を変え、新自由主義を徹底していく弱肉強食の日本、軍事力を持って世界を制圧しようというアメリカと一体となった覇権主義の国につくりかえようとしています。ですから9条をかえることは25条も変え、国民の生存権を保障しないことと一体なのです。平和でこそ生存権は守られるのです。

石塚 特に労働経済のルールなき弱肉強食化に対して、全労連などを中心とした活動の現状についてお話いただけたらと思います。

小林 新自由主義的な改革に対抗していく上では、それからはじき出された人達の団結を作っていくということが重要だと思います。この数年間特に重視しているのが、いわゆる賃金の底上げ、パートと正規の均等待遇などです。そこから社会保障の改悪ではなくて維持改善などの闘争を、なかでも底上げを図りつつ最低保障を確立していく。かなり現実と乖離があります。現実的にはいわゆる底上げ運動を発展させることを通じてこそ、最低保障が確立されるのではないかと思います。底上げ改善要求を非常に重視していることが最近の全

労連の特徴です。

そのことを土台にして、全労連は130万の勢力ですので、重要なのはいかにして「対話と共同」を通して一致点を形成し、多数の共同を作り出すかになります。多数の共同を作り出さなければ、いくら正しくても少数は少数なのです。だから「対話と共同」を通して、組織の多数派までいかないにしても、要求の多数派を形成して運動を組織していくかということが大きな焦点だと思います。

財界戦略は戦後一貫してナショナルセンターを取り込むということを通して労働者支配を貫いてきました。これは歴史でご存知のとおりだと思いますが、戦後、第一は産別会議という階級的ナショナルセンターがあった。これが1946年から47年、特に47年には2・1ゼネストとして、賃上げ要求、最低賃上げ600円、家族手当200円という要求を掲げ、ゼネスト組織を官公労中心に組織するんですが、これに多くの労働者達が団結する。けれども、弾圧されてしまう。

石塚 涙の一步前進ですね。井伊弥四郎さんですね。

小林 井伊議長はNHKに連れて行かれて放送された。その弾圧のあとにレッドパージをやった。職場の労働組合幹部を放逐するわけです。そのことによって階級的労働組合が弱体化し、産別会議が解体に追い込まれる。そのあと占領軍と財界は総評を作った。総評はアメリカ占領軍と財界の肝いりでできたのです。60年安保や三池闘争を通して「ニワトリがアヒルになった」と言われるように、労働者の要求を取り上げ、憲法を守るなどの運動を通して戦闘性を発揮してくる。

誕生のいきさつからして限界はありますが、戦闘性は発揮してきた。ところが戦闘性を発揮したことによって、財界やアメリカは憲法を変えなければならないという、最大の戦略からみると邪魔になってきた。特に総評を通して社会党が百数十名国会に出ていて国会議員の3分の1を超えていた。これが憲法擁護の力となっていました。こういう政党があり総評が支えていると。これを解体しなければならないというのがアメリカの財界の最大の戦略になって、いわゆる労働戦線の再編

が始まる。そして1989年連合結成。そのもとで全労連が誕生して労働者の団結の中心になるわけです。

財界戦略が成功したかという、連合ができて、連合が予定通り「憲法を改正しよう」と言い出しますので、ある面では成功したと言えます。しかし現在組織労働者は20%を切っています。これは労働組合の連合結成などによって、労働組合に対する信頼が労働者から失われたことが最大の要因です。産別会議のころでは50%を超えていた。6割、7割の労働者が労働運動に参加するという状態が戦後の一時期ではあるものがあったわけです。それが総評の結成と連合の結成という、二度の財界が介入した再編攻撃で労働組合の信頼を失い2割を切る。

これは右翼再編の成功という側面と同時に、8割の労働者が未組織になり、約400万の労働組合が中立になっているので、右翼再編の破綻とも言えます。

したがって、いま最大の全労連の戦略目標は8割の未組織労働者との「対話と共同」になります。また連合に参加していない中立の労働組合との「対話と共同」、あるいは一致点で協働できる連合の全ての労働者労働組合との「対話と共同」というのは、全労連の最大の目標になります。

未組織労働者の多くは不安定雇用が多いので、底上げ闘争や均等待遇闘争や社会保障闘争などの闘争を通していくということがもちろん大きなもう一つの課題となりますが、組織的・運動的な観点は、「対話と共同」、一致点で大同団結していくということが、財界戦略に対抗する上で非常に大きな運動のポイントになると思います。

石塚 ナショナルセンターとして全労連と連合があって、両方合わせて1200万人くらい、20%の組織率ですね。

全労連では、派遣労働者やパートとかの未組織労働者などの組織化ということについて、いろいろな変化や具体的なプログラムなどがあるのでしょうか？

小林 具体的には未組織労働者の組織化のための

オルグを置こうとカンパ運動をしています。そしてオルグの人数を大勢配置してやっていこうとしております。いま中心的にやっているのは、47都道府県の県労連を中心にした労働相談の常設です。ここにはたくさんの相談があり、年間に数万件相談があります。そして毎日一つ以上の労働組合が誕生しています。この数は100名だったり10名だったりいろいろありますが、それは非常に涙ぐましい努力だと思えます。しかし毎日一つずつできたとしても年間で数万人です。8割の数千万人の未組織労働者という点からいけば、砂漠に水を撒くような思いではあります。しかしこの努力以外に日本労働運動を再構築していく道はなく、未組織オルグも積極的に増やし、そしてもっと迅速に、積極的に対応できるような状態を作っていくということでは全労連は中心になっていると思えます。

石塚 地方での相談のなかに「労働組合を作りたい」というもののほかに、労働条件や、超過労働させない、賃金未払いとかなどという問題や、失業者が仕事をどこで見つけられるのかというのも入っていますか？

小林 入っています。いまおっしゃられたようなことが多いので、一件一件、時間がかかります。労働相談が常設されたから良いのですが、されないと県労連事務局は数人か、2～3人でやっており、一件30分とか1時間かかりますので事務局長も電話を取ったら電話を離せない。したがって県労連業務が止まってしまう。そういう状態があったんですが、常設になりました。

相談で多いのはパートさんの雇い止めです。それから賃金未払い。もちろん「仕事がないのを何とかならないか」というのもありますが、労働組合結成に関してはすぐにはならないですね。「労働組合作りたい」といって駆け込んでくるのはありますけれども、そう多くはない。労働相談所はいままでは請け負って「よっしゃ、俺が行って解決してやる」といって企業と掛け合って解決する傾向も初期の一時期にありました。しかしそうではなく、やはり労働相談を受ける方が相談に来た方々を組織化して労働組合を作り、その方々と一緒に解決すると。このようになっていますので、

毎日一つ以上の労働組合ができるという状態になっています。しかし不安定雇用の方々が多いので組織が流動的です。だからたいへんな努力がいる仕事ですね。

石塚 「対話と共同」は、主として労働者のあいだを問題としていると思えます。いわゆる労働者と社会一般、農民や自営業者など、広くいうと市民や消費者など、より広がった地域社会の中での戦略みたいなものは、労働組合はあまりこれまで得意ではなかったと思えますが、このあたりはどのように取り組んでいるのでしょうか？

小林 得意であったとはいえません。その面で「対話と共同」の発展として、経営者とも「対話と協同」をする。経営を巡って一致点で協同していく。中小企業家と共同するという方向が民間労働組合の中心に運動化されてきています。非常に経営者が悪くて労働組合と対話的共同なんて絶対できないという跳ね上がりも一部ないわけでもないのですが、大半はいまの政府の政策や大企業の横暴な支配や増税の政策に不満を持っていますので、経営者との共同も進んでいます。

商店街などでもそういう対話的共同は広がっています。このあいだ千葉に行ったら、栄町という商店街 飲み屋の多い繁華街です の会長さん その方は保守的な方なんです 、メーデーから社会保障の集会などにも必ず来て、「私は立場は違うけれども、みなさんと一致点はたくさんあります。だから共同しましょう」と違いをみとめつつ手をとりあっています。日常的に業者のみなさんや農家のみなさんや婦人団体のみなさんと我々ともっと対話的共同をして一致点で運動がひろがっています。

それは中央政治をはじめとして政治を変えていくという共同にも広がってきています。このあいだ名古屋の市長選挙が終わりました。名古屋ではくれ松さんという事務局長が立候補しました。得票率は30.4%取っていたんじゃないでしょうか。相手は現職で68歳の市長さんが出て、若手が出て30%取るというのは、愛知では「対話と共同」が相当に広がってきたんじゃないでしょうか。そういう地方政治の革新にもつながってきています。

憲法改正との関係でいうと、労働戦線の再編もその一つの戦略でした。もう一つは野党再編を狙ったのです。最初は80年の社公合意でした。社公合意で社会党を取り込み、村山さんがその頂点になりました。そして安保、自衛隊容認ということで一気に社会党の支持を失います。ところがその後90年代に入りまして、消費税の問題が出て日本共産党は800万の得票をした。これで自民党がびっくりした。せっかく社会党を取り込んだのに共産党が800万取って、もし1000万台になったら中選挙区であれば100議席ぐらい取ってしまい、勢力的には社会党の再現になります。

そこで彼らは、アメリカでやっている二大政党を考え出したわけです。しかしさきほどの労働運動の再編と同じことが言えると思います。この二大政党制は一定程度成功しました。共産党を浮かせるという意味で成功はしましたが、同時に無党派層が広がってきた。だいたい50%前後支持政党なしです。この無党派のみなさんと日本共産党との共同が広がってきています。東京でもこのあいだ小平市で勝ちました。共産党は国会で衆参18議席しかありませんが、地方では与党になっているところが120以上ある。政党では共産党単独で無党派の人たちと共同している。他党などと共同できているというのは1割か2割です。無党派のみなさんとの共同でいわゆる革新民主首長が誕生しているのです。

このあいだ岩手県に革新懇で行きました。その日に陸前高田で新市長が誕生したのです。今までは小沢一郎さんの影響の強い市長さんだった。この方が大型公共事業を進めようとしたのですね。それに対して共産党や市民運動が「それをやるなら住民投票をやれ」と。ところが市長・与党は住民投票を否決した。そうしたら5人の保守系市会議員が怒って、「住民投票くらいやったらどうか」「おかしいじゃないか」「あの市長はだめだ」と言い、「ただ小沢一郎のもとではわれわれは出れない。共産党議員団長が市長に出てくれ、我々が応援するから」といったのです。当然反共攻撃があって、「共産党に市政をわたすな」とやられました。しかし無所属で出ていますが議員団長であることは天下に明らかでした。「共産党に市政をわたすな」と反共攻撃を受けたら5人の保守系

議員さんが「何いっているんだ、我々がいつ共産党になったんだ。我々が応援しているんだ」とやりかえした。反共攻撃の反撃の中心になったのです。その結果、現職市長を落として圧勝した。その市長は軽トラで出勤した。そうしたらますます街中で話題になりました。「なかなかやるじゃないか」「いままで黒塗りの車でふんぞり返っていた市長が軽トラでくるとは俺らの仲間ではないか」と。

無党派と共産党との共同、あるいは無党派と革新勢力との協同で地方から政治が変わってきている。それはいま申し上げた「一致点で共同する」ということだと思います。保守的な方で意見は違う。しかし一致点、たとえば「住民投票やれ」ということとか最近の合併問題などで、合併は賛成か反対かということでの意見は違いますが、「住民投票で決めたらどうだ」という一致点は多いです。これは保守革新問わず一致点であるということを示しています。そこから変わっていく。

僕の住んでいるところは、かつてのハマコー（浜田幸一）の選挙区です。昔この選挙区は5人区で自民党が独占したことがある。日本一、保守反対の強いところといわれたのですが、このあいだ共産党与党の自治体が2つできた。長生村と鋸南町です。これは合併反対での一致点です。無党派と共産党の共同戦線が完全に現職の村長・町長を破って当選しました。まさか昔ハマコーの選挙区で共産党が単独与党になるだろうということは考えもよらなかったのですが、無党派の広がりややはり二大政党制の破綻の一つの姿ですね。

そういう意味ではいまご質問のあった、地域労働がいわゆる住民・諸団体のみなさんと「対話と共同」の一致点で政治や社会を変える。そういう運動が労働運動の権威を高めているという点で重要になっています。

石塚 いまのお話をお伺いしていると、共産党議席の人が市長になったりする、町長になったりするということは、無党派の人たちや保守的な人たちも一緒になってやるということですね。無党派は非イデオロギー的であり、イデオロギーにあまり関係ない人たちだと思われます。政治的な運動体としては、要求をうまくキャッチできて組み立

てられるといろいろな新たな展開ができるという印象を受けました。

わたしたちは名称も非営利・協同総合研究所いのちとくらしということで、非営利・協同セクターということを考え、広げていこうと思っております。社会的協同を広げていこうということで、組合運動とか市民運動とかと連携を組みながらいきたいと思っています。しかし世間ではまだ知られていない、あるいは知られていても、なんかわけのわからないことをやっているのではないかと思われがちなんです。小林さんの印象としては、非営利・協同セクターについてどんな感じをお持ちでしょうか？

小林 全労連も団体の性格は非営利です。私は全労連会館の理事長もやっておりますが、この会館の性格も非営利団体といえれば非営利だと思います。だから、非営利という団体とかそういう目的を持った団体はたくさん存在しているし、そういう考え方も大いに広がることは重要だと思います。

ただ、今日の社会は市場経済ですから、市場経済である限り儲けを中心とした経営を避けて通れない今日の情勢・社会にあります。だから非営利・協同という方向とともに、市場経済の中で強く生きていくことなしには、非営利・協同という我々の理想も実現しないのではないか。したがって市場経済にいかに強くなるか。強くなるということは暴利を貪るという意味ではありません。たとえば赤字にならない、ちゃんと経営を確立するという点については労働組合のなかでも「清く貧しく」というだけでは多数派形成はできません。「清く豊か」まではいかないまでも、清くて貧しくない状態をどう作るかということは労働組合の場合でも避けられないです。私はそれは努力してきました。旧総評系のみなさんというのは平気で膨大なお金を集めていました。これは我々は反対しましたが、しかし必要最小限度のものはちゃんと持って運動しないと運動も大きくできないということを感じました。

そういう方向については大いに議論がありました。たとえばこの全労連会館作るのだって大体20億のお金が動いているのです。「この運動困難なときに会館を作るのに8億円も集めるというのは

おかしいじゃないか」、「そんなお金があるなら組織化問題に使ったらどうだ」ということがありましたが、組織化のカンパと会館のカンパは性格が違います。会館を作るのに金を出してくれという目的とは一緒にならない。財布は一つですが、どちらも必要性を感じれば労働者が対応してくれると思います。しかも平和と労働会館が地震に耐えられないという専門家の診断結果がありました。「この際立て直さざるを得ないのではないか」、「ここで命を落とすわけにはいかない」ということになり、10年掛かりましたが、「必要な体制をとらなくてはいけない」となった。それが労働者結集にとって必要であり、「ここがセンターなんだ」と分かる。

僕が統一労組懇をやっているころ、自治体労組の部会がありこれには全国で30万前後が賛同していたんですがその事務所は東京の八丁堀にあった。その入り口に紙で「統一労組懇自治体部会」と看板が貼ってありました。懇談会とはいえ全国センターです。全国からといっても東海近辺ですが幹部が寄り集まってやるわけです。たまたま単身赴任しておいでになった方の奥様が菓子折りを持って来てくださった。東京へ単身赴任するというから重要なことをやるとおもったら看板が紙で張ってあった(笑)。「お父さん大丈夫ですか？月給は出るんですか？」と言われたというエピソードがあります。やはり労働者は、マルクスも言ったように「数が力」なのですね。力は数であると同時に社会的影響力であり、社会的力なのです。そういう意味では、普通の方が考えることはやらないと寄らない。質素で貧しければ良いというだけでは寄らない。

石塚 市民や無党派など他の広い人たちも普通に付き合えるような、「ぼろは着てても心は錦」や清貧の思想だけではなく、みんなが集まれるちゃんとした場所は必要だと思いますね。箱物行政とか公共事業はイカンと言いますが、ある程度必要だと思います。

このあいだ新聞を見ていたら、京都に迎賓館ができたということで近所の人が「こんなものいらぬ、けしからん」という記事があったのですが、世界標準から見ると何か必要だろうと思います。

決して無駄遣いだけとは言い切れない。自分達が政権を取ったらやっぱり作らざるを得ないという側面もあると思います。

小林 僕は習志野が出身地なのですが、習志野の市長が文化会館、しかもパイプオルガンを入れた文化会館を作った。僕は当時まだ清く貧しくの方だったので、「もっと質素にやれ」と市民運動をやったことがありました。これは一部市民は参加しましたが、当の担当者が「あんたはまちがっている。文化というのはケチつたらいけない」と。「パイプオルガン入れるくらいのは決して贅沢じゃないんだ」と言われました。市役所を立派に豪華に作ったりするのは慎むべきだが、市民の文化のための施設は 単に豪華な建築が楽しみだというのはまずいが、「文化水準を高くやるということは何度もやり直せることではないからやるべきだ」と言っていました。それはそうですね。それは区別しないと多数の気持ちに合わない。

石塚 従来は労働者性とかそういうものを強調し、「労働者というのはつましくやるんだから、そういう贅沢なものは駄目だ」という感覚でしたが、だんだん世の中が変わってきて、国民や市民平均からずいぶんズレてしまったところも出てきたのだと思います。一人一人が協同しているそれぞれの共通の地域の問題解決や政治的解決などでうまく組み合わせができれば、政治的にも勝利できるというかたちが望ましい。

小林 そのこのところが、要するに従来保守的であるとか、社会的な権威者であるとか、宗教家であるとか関係なく、分け隔てなく対話するということだと思います。僕も押し付けがましい方ですが、たとえば憲法をめぐる「自衛隊はあっても良い」という考える方がたまたま女性サークルの学習会に行ったときにいらっしまった。僕の話が1時間ほどで終わったら、「小林さんちょっと」「コーヒーですか?」「いやコーヒーじゃない、ビール」「そうですか、じゃあやりましょう」となった。彼女は60歳を超えていましたが、彼女が「小林さんの意見には賛成です。憲法を変えないというのは賛成です。でも自衛隊はあって良いじゃな

いですか」と言うので、僕は説得を始めてしまったのです。「そんなんじゃない、自衛隊があったらむしろ平和が危険だ」と。これは間違ったとあとで思いました。もっと気持ちよくビールを飲むとするならば、「ああ、わかった。あなたは自衛隊があっても良いというお考えだと。しかし、憲法を変えてはいけない、海外で戦争しちゃいかんということでしょ。それは一致していますね。自衛隊に関する見解はお互いに違うということ認め合おうじゃないですか。私の意見とあなたの意見は違うと。しかし憲法は変えない。ここで一致している」としなくてははいけない。説得しちゃいけない。「対話と共同」というのは自分の意見を押し付けてはいけません。そうすると「対話と共同」ではないのです。「折伏」になってしまいます。これは間違っている。

だから「対話と共同」というのは、最近の9条の会では元首長さんや人間国宝など 大阪では人間国宝の方、桂米朝さんなど二人 が入っている。このあいだ「宗教の和」というのも出来ました。あの中にはローマ法王を選挙する権限を持っている人が日本に二人いるそうです。そのうちの一人、白柳さんという方がいらして、日本のキリスト教界では大変な権威者ですね。世界で100ちょっとしかないそうです。9条の会のいわゆる「宗教の和」ということで会ができました。これもやはりその人のお立場、ご意見はご意見として尊重する。しかし憲法を変えないという点だけでやるわけです。これが必要だと思います。憲法だけではありません。お互いの立場の違いは認める。そういうことが僕は必要だと思います。ちょっと非営利・協同から離れましたが...

石塚 いえいえ、まったく離れていなくて、非営利・協同の立場というのがまさにそういう立場です。つまり自分達の主張を説得するとか、異なるところがあるともうそれだけで「ノー」ということではなく、「ともかく協同しましょう」ということです。儲けだとかそういうことではなく、みんながハッピー・幸せになることのために経済的なことや、労働のこと・社会のこと、いろんな要求で協同していこうということによっております。

小林 社会的にいうと非営利・協同を含めて市場経済の中で生き延びていかなければいけないと思うのですが、経済民主主義を徹底することです。企業も国民も共存共栄すると。しかしいまは「大企業が栄えて民滅ぶ」です。企業も労働者もともに栄える、企業を潰そうと我々は思ってないです。

このあいだ、中国の問題で共産党が「戦前の中国侵略とそれにもなう経済活動と、今日の中国における経済活動は区別すべきだ」と言いました。戦前は「明らかに侵略であり許せない」と。経済的にもです。しかし今日の場合は、日中間で約束した経済活動ではないか。中国の対外副部長と志位委員長が会談しました。その影響かどうか知りませんが、中国は反日行動を厳しく規制した。。

石塚 それは志位発言でしょうか。私はあれを読んだときに、非営利・協同的な企業論でいうともう一步突っ込んで欲しかったなと思いました。つまり日本企業が中国で企業活動するときに、いったいどういう労働政策を持ってやるのか、そのへんの中身まで突っ込んで欲しかった。つまり中国の労働者にとってハッピーなのか、それが翻って日本の企業で働く労働者にとって労働条件であるとか、あるいはもっと進めば経営参加であるとか、そういうところまで企業形態のことをもう少し突っ込んでやって欲しかったなというのが私の立場からのものです。少し踏み込みすぎなのですが…。

小林 それはちょっと難しいと思います。

石塚 もちろんそうですね。突っ込みすぎな話なんですけれども。

小林 ただ、中国総工会と交流開始を5年ほど前にしてきました。交流関係はそれまでありませんでした。交流開始をしたときに三つの原則を提案したのです。一つは「平和を貫く」。もう一つは「自主、平等、不干涉」。もう一つは「労働者の権利を擁護する」というものです。この三つの原則で交流の開始にあたって提案し、事前会談で合意しました。そのあとに総工会主席と人民公会堂でパーティーをしました。

総工会主席もその三原則については「まったく

異存ありません」と言っていました。だから国と国との間の問題は相互不干渉です。それで平和友好を貫いていくことだと思います。私は平和記念会館に「久遠なる日中労働者の平和友好」と書いてきました。

石塚 仰るとおりなんですけれども、私が言いたかったのは日本の企業が海外で企業をやるときに、企業倫理においてダブルスタンダードはあまり良くないと思うのです。

小林 そうですね。中国には日本から2万社くらい行ってます。このあいだ、ある中小企業の社長さんが「率直に中国で儲けています」と言っていました。いまは中国経済の発展に寄与しているでしょうが、いずれ矛盾が出るでしょう。

石塚 要するに労働のグローバル化の問題に関連してやはり非営利・協同セクターにおける企業論とその視点にもう少し関心を持っていただければ、ということだけなんです。

小林 非営利・協同ということは、理想として反対するものではないですし大変重要なことだと思います。しかしそれへの接近は市場経済の中ですので、いかに民主化していくか、経済民主主義を貫くか、だと思います。さっきいった特定の団体、労働組合とか民主団体とかならともかく、企業まで全般について広げていけば、いかに経済民主主義を実現するかということ抜きにはなかなかそこにはいかないし、経済民主主義のことを曖昧にしていると、理想主義に陥ってしまうのではないかなと思います。理想主義にならないためには現実を直視し、大企業は横暴ですので、大企業の横暴と労働者・中小企業家が団結し、経済民主主義を実現するか、そのためには自らの経営も確立しながら運動しなくちゃいけないと思います。僕は最大のいまの日本の経営問題の中心は経済民主主義ではないかと思っています。

石塚 そのへんについてはうちの角瀬理事長が専門なので、ぜひまたじっくりお話ししていただければと思います。

そろそろ時間が来ますので、全く個人的なことで恐縮ですが、読書で影響を受けた本・面白かった本を教えてください。

小林 案外僕はオマセでして、高校のころにあまり受験勉強をしないで『空想から科学へ』とか『共産党宣言』とかを読んでました。昔は学習会というか、輪読会をやったんです。通っていた高校の隣に女子高がありまして、女子高の社会部と我々の高校の社会部と共同して30名くらいで集まってやりました。だから青春的なときめきと理論的なときめきと一緒にしまして、『空想から科学へ』や『共産党宣言』などが、新鮮に単なる文字だけではなくて入りました（笑）。

個人的に貪るように読んだのは『人間の壁』（石川達三著）です。あれは僕の労働運動に大きな影響を与えました。特に職場の合意のあり方を教えてください。

日本の歴史を知る上では広津和郎さんの『松川裁判』です。あれは読みたくないと思って借りたのですが、読み始めたらやめられなくて。裁判記録を丁寧に書いていて、大変ややこしかったので

すが読めば読むほど面白くて、徹夜して読みました。あれは日本の黒い霧といわれたレットページのころのそういう意味での歴史観や事件の裏をみるという感覚を教えてください。最近はあるくらい感動を与えてくれるものはないですね。読みが浅いのかな（笑）。

石塚 裁判記録を熱心に読まれるというのは珍しいですね。

小林 あれは二晩かかりましたが一挙に寝ずにさっと読みましたね。

石塚 高校のころに『空想から科学へ』を読んだんですか。

小林 だから学校の勉強はしてないんです（笑）

石塚 いやいや大勉強です。今日はありがとうございました。

（インタビュアー：石塚秀雄、2005年4月25日実施）

【事務局ニュース】1・会員の海外医療体験談、情報掲載について

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

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

1．会員活動状況、情報募集

活動状況や情報募集など、読者へ知らせる内容をお書きください。

2．海外医療体験談

海外で生活し、実際に現地の医療を受診した方の体験談を募集します。

・投稿先：

事務局へ郵送あるいはFAX、電子メールでお寄せください。

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

易地思之の心構えで

朴 賢緒

韓国でここ数月間もっともマスコミを賑わしている話題のなかには外交面で北朝鮮の核疑惑にまつわる六者協議問題と日本政府の誠意ある戦後処理問題がある。そのほか内政面では臨時行政首都移転問題をはじめ非正規職立法問題、過去事糾明問題、司法制度改革問題などが取り沙汰されている。

ここでは韓日問題について政府次元だけではなく国民感情からの一種の深層分析的な面に触れて見たい。まず表向きの動きを拾ってみよう。

日本の連立与党である自民党の武部幹事長と公明党の冬柴幹事長が5月6日青瓦台を訪れた際盧武鉉大統領は「わが政府と国民が願うのは日本からの新しい謝罪と反省を求めるのではなく過去に行った謝罪と反省にふさわしい行動を実践に移して貰いたいことだ、と語った。

扶桑社の つくる会 教科書がもっと改悪されてしかも検定に合格する可能性が高いと2月から報道されるなか翌月には島根県議会で「竹島の日、制定議決が予定されているとの報により韓国民の反日感情はいっきに高まり連日の反日デモがくりひろげられた。それからまもなく国連のアナン事務総長は安保理の改革について日本の常任理事国入りが望ましいと言及したことがきっかけになり中国民の反日感情が爆発し北京や上海などで日貨排斥運動などが起った。小泉総理の靖国神社参拝問題は韓国においても鋭敏な反響をひきおこしているが中国においても釣魚島（尖閣列島）領有権問題とならんで国民感情を傷つけているのは明白である。

二一世紀における新しい東北アジアの平和と繁栄をもたらす構図を模索する際、韓・日・中3国の緊密な共同のはたらきかけ無くしては考えられ

ないことは言うまでもない。ところが覇権主義、大国主義に傾きつつある中国の現実、南北戦時対峙下の韓半島の状況そして戦前の反省をリップ・サービスだけですませている日本の存在は、この新しい地域共同体づくりにそれぞれ楔をいれている格好をなしている。ここでは日本の口先謝罪論とそれを暗黙裡に支えている日本の一部の人びとの意識などにふれて見よう。

「韓国民の多数は日本の併合に賛成していた、朝鮮人は自ら日本人になりたくて日本式に苗字を変えた、日本は植民地支配で多くの経済発展を与えた、金ほしさで自ら身売ったのが従軍慰安婦だ、西欧の支配から解放するため大東亜戦争を起こした、等々。この辺りを専攻している筆者としてはあえて反論するに値しない愚痴の弁解であるがため論を先に進めたい。ただしこの愚痴弁が極一部ではあるが極右の輩から政界のれっきとした面々にも滲過なしに脳裏ふかく刻まれていて、つくちばしに飛び出し外交問題を醸し出すことがあるのが今までの日本の姿であった。真実を知り教えるのが自虐とあれば、虚達の誉れで、自慰し傷付いている被害側をいつまでもさいなむのが、正義と言えるだろうか。

私事を交えながら論を進めよう。数年まえ日本の親しい友人から小林よしのりの漫画を貰ったことがある。何でこんな本をくれるのかと聞いたら日本ではだいたい読まれていて影響力も強いから参考までにとの答え。極右国家観における確信犯と言えるだろう。オウム真理教の犯行については殆どの日本人が違和感を抱き狂信犯の恐ろしさに気付いていると聞いているが、小林よしのりの漫画はまさにその類いであるといって過言ではない。6年前 国民の歴史 という分厚い本を無料送呈

したりしたことがあったが、その本は学術偽書なので読まないことにしたが、日本歴史研究会などで徹底的に批判したことがある。19世紀の社会進化論ではやっていたことのある種族優越論が隅からすみまではりつめられた馬鹿な本である。これで日本史発展の優越性を強調したつもりなのかもしれないが、日本を代表する知的水準ではないにしても大学の教員ともあろうものの本としては世は苦笑するばかりなのだ。

韓国人が日本にたいし抱く深層感情のなかには倭寇がある。日本の教科書には一、二行触れただけだが高麗史によれば1333年から1392年までの60年間501回の侵奪を受けた記事が載っている。海岸沿いの村や田畑のみならず内陸80kmの山奥までも荒らし回り殺戮放火を恣にして高麗王朝滅亡の一因をなしている。今から650年前のことである。そればかりではない。410余年前には壬辰(文禄)倭乱が起り全国を踏みにじられた辛い経験を味わっている。この来侵者が日本人であったことはその後韓国人の脳裏に「日本人は野蛮な民族、百害無益な存在、迷惑きわまりないうるさい厄介者」に写っていたのである。この日本が19世紀中頃から近代化に一足早く踏み出したおかげでいま偉い顔をしているなど思い込んでいるのが韓国人である。

93年7月、反核運動で伊方原電に行ったことがある。今治で泊まったとき或る若い奥さんに会ったが彼女は静かに床に手をつき、戦前は朝鮮に本当に酷いことをして申し訳ありません、とお詫びするのを見て思わず感動したことがあった。戦前も戦後も韓国に行ったこともなく韓国人は初めてという彼女の偽りのない言動に感を打たれたのである。日本人大多数の心情はまさに此れなのだという確信を抱くきっかけになった。くには違っても人民相互が抱く心情は同じく互いに通じるものがあると確信できたのである。犯したり犯されたりするのは国であり国家権力であるが、その国家権力に翻弄されて犯したり犯されたりする人民は同じ心情をもっていることは明らかなのだ。

今年の4月17日の日曜日、山梨市民会館に東京の友人と一緒に訪れたことがある。小学校(その年から国民学校に変わる)2、3年の恩師を4年ぶりに尋ねるためであった。先生をはじめとする大

正琴の演奏が終り図らずも演壇に登り花束を捧げることができた。先生の齢87、来年で米寿を迎えるが元気な姿を見てほっとしたものだ。少年の目に映る若い日本の女性の先生はいつも親切で明るく、怒ったときにさえ叱ることなくただ口先がとんがり出ている様子を大人になっても忘れがたく、先生が元気に生存しているのか探してみたく思っていた。想いもよらず93年の1月先生が塩山市に在住のを知り、早速お尋ねし56年ぶりの邂逅を遂げ、4月には韓国にお招きし在りし日の面影を辿ったことがある。少年は日本の真の姿を先生の言動から学んだと言えるだろう。

ところが5年生の担任先生はこれとは全く反対の影響を及ぼしていると自覚している。いつも怒りっぽく怒ったら怒鳴りだすのが常のこと。朝鮮人のやつら。朝鮮の奴隷やつら。明太が魚か明太を食うなら薪を食え!この奴等。そしてピシヤッとほっぺたのくになる。11歳の少年に民族意識などある筈がないが、どうしてあの先生は朝鮮人とか奴隷とかやつらとか聞き辛い小言を吐いているのか本当に嫌気がさしたものだ。少年の奥底にある潜在した民族の自尊心を傷つけている先生が見にくいときが二度では無かった。

同じ国民でありながら良き人、悪しき人がある筈である。好感嫌悪こもごも交じっているのが世の常と言わざるを得ない。韓国人が日本人にたいする判断は一面的であってはならない。それは日本人が韓国人にたいする判断においてもまた然りである。と同時にその判断と評価は期間の長さや短さに左右されてもならないだろう。過ぎし日を省みて今日を思んばかり明日に備えねばならないだろう。また立場を易えて相手を思んばかり易地思之の心構えが必要なのだ。この姿勢は二一世紀に向けた人民の最たる必須要件をなしている。

国の枠を越えた二一世紀の東北アジアの共同体づくりには自覚した未来志向の人民の連帯が切に要望されている。この要望に応えるのはわれら韓日人民の思いやりのある姿勢である。

朴賢緒 Park, Hyun Seo

1930年生・ソウル大学校文理大史学科 同大学院卒 漢陽大学校教授歴任 現 源進職業病管理財団理事長

社会的再生産失調

野村 拓

社会的再生産失調とは

血液を売ったり、臓器を売ったり、子どもを売ったりしなければ生活できない状態は「蝸のとも喰い」のようなもので、人間生活の健全な「再生産」とはいえない。前号（第9回）で紹介したインド人の「腎臓売り」（『医療政策』2004）などは「再生産失調」の極端な例というべきである。

また、国も国民も貧しいのに、軍事費が保健医療費の数倍ないし数十倍を占めている国がある。

少し古くなったが

『戦争と公衆衛生』

Barry S. Levy 他：War and Public Health (1997) Oxford Univ. Press

では次のような統計が示されている（1990年）。

	1人あたり軍事費 (ドル)	1人あたり医療費 (ドル)
エチオピア	16	1
チャド	10	1
スーダン	25	1
モザンビーク	9	2
アンゴラ	114	8

このように軍事費を押しあげているのは外国の軍需産業の企業活動によるものと思われるが、これは「国民生活の健全な再生産」とはほど遠い状態というべきである。

国民生活の「再生産失調」を顕著に示すものとして、南アフリカ諸国における平均寿命（零歳平均余命）の急激な短縮を示したのが

『南アフリカにおけるエイズのモラル・エコノミー』

Nicoli Nattras：The Moral Economy of AIDS in South Africa. (2004) Cambridge Univ. Press.

である。ここでは南アフリカ諸国で軒並みに短縮する平均寿命が示され、最近10年間における短縮が「ボツワナ」（61歳から38歳）「南アフリカ」（63歳から38歳）という形で統計化されている。

アフリカと聞けば「人口爆発」という言葉を連想する人が多いかもしれないが、アフリカも含めて「途上国出生率の低下」をとりあげたのが『人びとの健康と加齢』

Maxine Weinstein 他編：Population Health and Aging (2001) The New York Academy of Sciences.

である。この本では絶対王政時代の人口学者、ジュースミルヒまでさかのぼって所論が展開されているが、人口現象は支配者にとって一番わかりやすい「社会的再生産の指標」ではなかったか。

人口センサスから人口再生産率へ

絶対王政時代から産業革命を経て資本の自己増殖（拡大再生産）が進行する時期を、人口現象からダイナミックにとらえた古典として

『イギリス産業革命初期における健康・富・人口』

M. C. Buer: Health, Wealth, and Population in the Early Days of the Industrial Revolution. (1926) George Routledge & Sons.

がある。これは「人口オンチ」の多い日本の社会学者に一読をすすめたい本。例えば産業革命期のロンドンにおける5歳までの死亡率は

1730	49 (年)	74.3 (%)
1750	69	63.0
1770	89	51.5
1790	1809	41.3
1810	29	31.8

であり、産業革命期全体を通じて、5歳になるまでに半数が死亡していたことになる。

人口センサスの実施は、スウェーデンが飛び離れて早い(1707年)が、これは簡単にいえば、「わが国の人口は減っているのではないか」という危機意識の産物である。

クロスセクショナルな人口センサスではなく、動態的な「人口再生産率」の計算が行われるようになったのは1880年代で、このことを指摘したのが

『政治算術』

Lancelot Hogben 編: Political Arithmetic—A Symposium of Population Studies. (1938) George Allen & Unwin.

である。もちろん、『政治算術』の本家、William Petty は序説的部分で登場する。では、なぜ「人口再生産率」の最初の計算が1880年代であったのか。それはヨーロッパ諸国での産業革命による大量の労働者が登場した時代から「ひと世代」経ったところで「労働者の世代的再生産」の状況が問われたからである。

B. S. Rowntree による労働者家族のフォローアップ・スタディ(19世紀末から20世紀はじめ)も、ほぼ同じ時期に各国で展開された母子保健対策や乳幼児死亡対策なども「労働者の世代的再生産」にかかわる問題であった。

『ライフサイクルにおける健康と労働参加』

Dera L. Costa : Health and Labor Force Participation over the Life Cycle. (2003) Univ. of Chicago Press.

というようなライフサイクル的なとらえ方のルールも Rowntree の時代までさかのぼることができる。

最近の人口学書

最近の人口学書では「人口の再生産はジリ貧気味」という先進諸国現象を重視したもの、いや途上国の「人口爆発」対策が必要という見方をするもの、実は途上国でも人口はジリ貧気味だと主張するもの等々、いろんな見方が並存している。このことは以下の本の書名を見ただけで、かなり想像できる。

『人口減少の新人人口学』

Ben J. Watterberg: How the New Demography of Depopulation Will Shape Our Future. (2004) Ivan R. Dee.

『生殖的健康権』

Rebecca J. Cook 他: Reproductive Health and Human Rights. (2003) Clarendon Press.

『ジェンダーの再生産』

Susan Gal 他編: Reproducing Gender. (2000) Princeton Univ. Press.

『人口抑制から生殖的健康(リプロダクティブ・ヘルス)へ』

Mohan Rao: From Population Control to Reproductive Health. (2004) Sage.

『(インド南部における)新生児期の変化』

Maaikje Den Draak: Early Life Change. (2003) Population Studies.

『低出生国の出産行動』

国連経済社会局人口部: Partnership and Reproductive Behaviour in Low-Fertility Countries (2003) United Nations.

『2000年の妊産婦死亡率』

Unicef: Maternal Mortality in 2000 (2004) WHO

『WHOの人口報告』

WHO: Biennial Report 2002 - 2003 (2004) WHO.

コンサンプション(消耗病)のその後

社会的再生産の指標として「人口」は重要な意味を持つものではあるが、国家的規模での統計的調査から生まれたものである。もっと日常的で具体的な「再生産失調」は Consumption (消耗病)あり、16世紀イギリスの教区単位の「死亡表」の死因名に見られる。コンサンプションは労働力の消費と再生産とのアンバランスを示すもので、この言葉は意味、内容を少しずつ変えながら長く使われた。

『アメリカの疾病』

Stephen H. Gehlbach: American Plagues. (2005) McGraw Hill.

では、コンサンプションは結核の同義語として使われているが、この言葉は産業革命期あたりから、労働者の結核を意味するようになった。労働者が

ジリ貧状態で死亡するからである。そして、19世紀末の結核菌の発見以後は、コンサンプションの原因は労働時間や労働条件ではなく、結核菌という病原細菌によるものと、工場経営者たちによって主張された（野村拓：『講座医療政策史』1968、医療図書出版社）。

コンサンプションの今日的表現は「過労死」といえるかもしれないが、一家の働き手を「過労死」させるようなシステムがもたらす「再生産失調」は家族や子どもたちにも顕著に現われつつある。『聖職者の性的虐待』

Paul R. Dokecki: The Clergy Sexual Abuse Crisis. (2004) Georgetown Univ. Press.

『子どもの自殺』

Robert A. King: Suicide in Children and Adolescents. (2003) Cambridge Univ. Press.

などは、社会的弱者に対して獣性を発揮しなければならないなどの「精神のコンサンプション」ぶりを示したものといえる。

「消耗」対策・三原則

産業革命時代の「肉体の消耗」から高度情報化社会の「精神の消耗」まで、いろんな消耗がオーバーラップされつつある状況に対して、いま、どんな政策的対応がなされているのだろうか。簡単にいえば、次の三原則である。

第1は、資本の海外進出、多国籍企業化である。いいかえれば、「消耗」対策にコストのかかる国内は避けて海外へ進出というわけである。

第2は、「消耗」していない海外労働力（途上国労働力）の受け入れである。

そして、第3は、行政コストや企業負担を伴わない「国内棄民」である。つまり、長期的、生涯通算的消耗のツケを、消耗した人自身に負担させる方式である。

第1の点に関しては、これまでに多くの文献を紹介してきたので、補足的に近刊書を数点あげるにとどめる。

『資本の街・ニューヨーク』

Thomas Kessner: Capital City. (2003) Simon & Schuster.

などは、肉体的・精神的消耗の対極で、資本の拡

大再生産の方は順調であることを示している。製薬産業の多国籍企業化をとりあげたものとしては『製薬産業における研究開発の外部化』

Bianca Piachaud: Outsourcing R & D in the Pharmaceutical Industry. (2004)

があるが、少し変わった視点から、製薬会社、エーライ・リリーの農業部門への進出をとりあげたのが

『女性と持続農業』

Anna Anderson: Women and Sustainable Agriculture. (2004) McFarland.

である。

第2の点は、アメリカの「移民看護職員」（特に准看と看護助手）の問題に典型的に現われている。

『医療労働力の未来』

Celia Davles 編: The Future Health Workforce. (2003) Palgrave.

『看護婦不足』

Harriet R. Feldman 編: The Nursing Shortage. (2003) Springer.

『看護における異文化コミュニケーション』

Cora Muños 他: Transcultural Communication in Nursing. 2版. (2005) Thomson.

などは言葉の通じない看護職員の流入を物語るものであるが、別の視点で黒人看護助手の悲惨さが描かれているのが

『アメリカン・ドリーム』

Jason DeParle: American Dream. (2004) Viking である。

棲み分け・「棄民」

第3の「行政コストや企業負担を伴わない『国内棄民』に関する文献は多い。まず医療や福祉が持つべき公的性格（弱者救済など）をそぎ落とす方向性を示したものが浮かんでくる。

『医療における私的参入』

April Harding 他編: Private Participation in Health Services. (2003) The World Bank.

『営利病院と看護』

Dana Beth Weinberg: Code Green Money-Driven Hospitals and Dismantling of Nursing.

(2003) Cornell Univ. Press. (これは翻訳が出されている)

『代替的福祉政策』

Torben M. Anderson 他編: Alternatives for Welfare Policy. (2003) Cambridge Univ. Press.

また「第9回」で紹介した『福祉市場』(2003)では、福祉でも金もうけをしようとする会社として「ロッキード・マーチン社」が登場している。戦争世代が戦闘機や爆撃機の名称としてなじんだ会社が福祉産業にまで手をのばすわけだから、金のない人は福祉からも見放されることになる。医療や福祉だけではない。

『都市スプロール化と公衆衛生』

Howard Frumkin 他: Urban Sprawl and Public Health. (2004) Island Press.

には、郊外の風景の中に

「本当にリッチな人のため優雅な家は直進」

「アッパー・ミドル用のハンサムな家は左折」

「労働者階級にピッタリの家は右折」

という標示板が埋めこまれている。「棲み分け」の奨励ともいえる標示板の文言は、後から加工したものであるが、実際の標示板には「129,000ドルより」などと書かれてある。この水準に届かない人の多くは「トレーラー住民」ということで

『先進諸国における都市化、健康、人間生物学』

Lawrence M. Schell 他編: Urbanism, Health and Human Biology in Industrialized Countries. (1999) Cambridge Univ. Press.

によれば、トレーラーハウスは平均27,800ドル、安いのは12,000ドルで、740万台のトレーラーハウスに1,500万人が住んでいるといわれる。その住民は「白人貧困層」として特徴づけられ、イラク戦争でイラク人に対する虐待行為に登場した女性上等兵の実家はウエストヴァージニアの薄れたトレーラーハウスと報じられた。

そして、トレーラーハウスにも入れない黒人や有色人種の悲惨さについては、すでに多くのことが語られているが、医療にかかわる近刊を挙げれば次のようになる。

『黒人・ヒスパニック、少数民族の老人医療』(意訳)

アメリカ老年医学会: Doorway Thoughts - Cross-Cultural Health Care for Older Adults.(2004)

Jones & Bartlett.

『貧困層の医療財政』

Alexander S. Preker 他編: Health Financing for Poor People. (2004) The World Bank.

また、ひどい労働条件の下で働かされている移民労働者の闘いを描いた

『郊外の苦役所—移民の権利の闘い』

Jennifer Gordon: Suburban Sweatshops—The Fight for Immigrant Rights (2005) Harvard Univ. Press.

という本もある。

まともな再生産とは

差別され、棄てられ、親は死に子どもは売られ、という状態を「人間生活のまともな再生産」とはいえないだろう。では「まとも」とはなにか、これは歴史貫通的な価値判断として成り立ちうる言葉である。

16世紀ごろのイギリスの農民(独立自営農民—ヨーマン)の生活の仕方に「10分法」というのがあった。これは収穫物を10等分し、それぞれを「地代」「翌年の播種用」「教会への10分の1税」「農具購入代」「農具修理費(鍛冶屋への支払い)」「家族の生活費」などに配分するやり方で、農民生活の再生産は十分に可能であった。

ところが(フランス)ブルボン王朝期の財務総監コルベールは、収穫物を王侯・貴族たちにどう配分するかだけを考え、農民生活の再生産を考えないコルベール・システムをつくり出した。そして、このような「やらざるばかりシステム」に対する批判原理としてF・ケネーが『経済表』(1758)を著わし「あるべき社会的再生産」の姿を示した。

外科医であったケネーはW・ハーヴェイの「血液循環の原理」(1628)にヒントを得て、体内の循環から社会における循環、すなわち、生産—流通—消費—再生産というサイクルをとらえ、当時のフランスが循環不良という「病的状態」にあることを指摘した。フランス大革命前夜の時期に、このような考え方が登場したことは、前回述べたように「全人的ケア」が市民革命の産物であることと合わせて考えるべきことである。

イギリス市民革命は労働価値説のルーツともいふべきものを生んだ。すなわち、解剖学者、William Pettyは『アイルランドの政治的解剖』(1691)や『政治算術』(1690)(両者とも実際の執筆時期は1670年代といわれる)などによって、富の生産者は働く人であることを明らかにした。また、人間は20年間労働可能(稼得可能)として、生涯通算での稼得の可能性を示した。

Pettyと同様にイギリス市民革命を闘ったJohn Grauntは教区「死亡表」の研究から死因分類を行ない、ほぼ同時代のEdmund Halley(ハレ彗星のハレ)は星の寿命の研究から人間の寿命へシフトして、最初の「生命表」(Life Table)を作成した(1693)。

人間の可能性、全人的ケア、そして「まともな社会的再生産」についての考え方などが相ついで登場した時代をとらえなおし、なぜ今日の状況にいたったかをあらためて把握しなければならない。その場合の有力な手がかりは資本の自己増殖(拡大再生産)を解明した『資本論』であることはいうまでもないが、そのことと集積された生命現象としての人口現象、さらに「人口」を構成する人

びとの行動様式とのかかわりなどについては、なお歴史的に解明されるべき多くのことが残っている。このような歴史的検討に加えて、追いつめられて「獣性」を発揮する人たちの「獣性」までもマーケットとしてとらえながら肥大化する勢力、例えば、保険資本、軍需産業、産軍複合体(戦争屋)が世界を動かしている現実も把握しなければならない。

一方に、人類の「不幸」を栄養分として肥大化する勢力があれば、他方には、展望を見失い、生きながら死んだような状態におかれている人たちも多い。たしかにイギリス産業革命時代の5歳生存率が50%ぐらいだったのに対して、現在はおそらく99%以上に上昇していることだろう。しかし、生存率の向上した分が「生きながら死んだ人」であってはならない。

「生きながら死んだ人」が意欲をもって生きようになることと、人類の「不幸」を栄養分として巨大化した勢力が減びることとは表裏の関係にあるべきだ、というのが「社会的再生産失調」論からひき出される希望的テーゼである。

(のむら たく、国民医療研究所顧問)

【事務局ニュース】2・機関誌の論文募集、ワーキングペーパー募集

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

字数：(図表、写真を含めて)400字詰め原稿用紙30枚(12000字)程度

掲載の有無については、研究所機関誌委員会にて決定させていただきます

原稿料：研究所の規定により、薄謝ですがお支払いします

募集する主なテーマ

1：NPO、非営利・協同組織における経営・管理問題

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

2：日本の医療、福祉政策・制度の現状分析と提言

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

3：新自由主義と市場経済論の打破

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

4：非営利・協同の実践・理論探求

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

5：その他

八田英之 『民医連の病院管理』

(同時代社、2005年5月、219ページ、1429円)

石塚 秀雄

本書は、長年民医連活動の中枢部を担ってきた著者の3冊目の本であり、ここ10年あまりの間に書かれた論文が載っている。民医連運動の理念、組織問題、運営の問題点について、その実践的な経験をふまえて、明晰に論じており、民医連関係者のみならず、非営利・協同の組織問題を考える上でも、有用な一冊である。

以下は、本書全体の内容紹介というよりも、本書の論点の一部をとりあげて、評者の関心の深い問題点について述べたものである。

民医連とは

民医連は、世界のどこにも見られない、日本独自の、非営利・協同の理念に基づいた巨大な医療組織である。しかし、海外に民医連を紹介するときに、その組織構造・理念・実体をどのように紹介すればよいか。たとえば、民医連の資料を翻訳すれば理解してもらえるであろうか。もちろん、一定程度概要は理解してもらうことができるであろう。以前は、日本においても、たとえば協同組合研究者の間でも民医連を協同組合的組織として認識する人は少数であり、自主管理企業として議論されることも少なかった。なにかしら政治的な医療集団という漠然としてイメージを持たれていたにすぎない。もちろん、それはそうしたイメージしか持つことができなかつた研究者の視野能力にも問題があったことは確かである。

しかし、民医連がその組織的性格を「非営利・協同」路線をうちだしたことによって、民医連運動は、理論的に最先端のステージにみずからキャッチアップしたといえよう。それは組織原理のイノベーションであり、時代の変化に対応して、自らも変革するという理論的要請にも応えた必然の

結果だといえよう。もちろん、非営利・協同セクター論は日本においては新参者であり、非営利・協同セクター唯一論から資本主義補完説まで、絶対的肯定から絶対的否定にいたるまで、幅広い議論の途上である。しかし、民医連のような「働く



ひとびとの医療機関」がさらに展開していくための必然的な方向選択としては「非営利・協同」以外になかったことはまちがいない。

著者は、民医連の非営利・協同的性格についての評価を、公的セクターの欠陥に対しては、住民参加の手段として、私的セクターに対しては、営利企業による「疎外された労働」に対抗した「協働労働」としての民医連という対抗像を示している。非営利・協同セクターは、公的セクターと私的セクターの二元論的経済社会観からの離脱拡大を図るものである。この二元的経済社会観は、従来イデオロギーの左右に関わりなく、日本における経済社会観として共有されてきたものである。

歴史的に見ると、民医連が1950年代に、いわゆる「55年体制」イデオロギーにもかかわらず、設立されたことは、理論的にも非常に新しい試みであったといえよう。本書によると、当初は、「医療従事者の階級的な運動」という表現がつかわれたが、その後「働く人々の医療機関」という規定になったという。この「働くひとびとの医療機関」という言葉は、民医連の創設時代から、リンカーンの人民政治の表現と同じく、「大衆のための、

大衆の、大衆による」ものとして捉えられていた。しかし、これはスローガンのなもので、たとえば「協働労働」といった概念は当時存在しなかったもので、もちろん持ち得なかった。民医連の「大衆運営論」は1960年代前後には、「労働組合による経営論」などが登場して消えたようであるが、これはフランスやドイツなどで行われていた、有力な自主管理企業論のひとつとしての労働組合による企業自主経営論を反映したものではなくて、たぶん、中国の合作社運動などを参考にしていた主張かもしれないことは、本書でも「中国や労働組合運動への過大な期待」があったからと述べている通りである。

当時の中国には、人民的経済運動においては、劉少奇の協同組合路線と毛沢東の人民公社運動路線が理論的な対抗関係にあったが、結局劉少奇は修正主義として排除された。私見によれば、当時の日本の左翼運動は、中国の合作社運動の経験を批判的に学ぶ点が少なかった。これはないものなだりではあるが、なぜ日本が、戦後において、自主管理企業運動、労働者協同組合運動がほとんど形成されなかった唯一の先進国であったのかという問題にもつながるであろう。

また当時の日本社会党が「医療社会化論」や「医療国営論」などを主張していたそうだが、いかにも「親方日の丸」的な性格を物語っていておもしろい。

さて、民医連が包摂する事業体としての性格はいくつかに分かれる。当初、法人制度としては「人格なき社団」が多く適用されていたという。この「法人格なき法人」というのはまったく奇妙な便法的な区分である。「無性格な性格」というものが世間では通用するか。しかし、法人制度の考え方では、中間法人とか人格なき社団などという言い方がされてしまうのは、法体系の理論そのものに自己完結性が欠如している現れといえる。したがって、こうした法人格を持っている事業体が「非人格」なのではなくて、そうした「複雑な」性格を表す法的定義がないにすぎない。医療法人、生協、NPO、株式会社など、現在民医連の傘下にはいろいろな法人形態がある。民医連運動は歴史的に、「まず院所が作られ、つぎに法人形態を採用する」という形で進んできたからである。本書

では、「民医連運動を進めていく上で、法人形態に優劣の差はない」と述べている。法人形態とは結局、法という外部規定であって、組織自体の全体像を包括するものではなく、あくまでも法律的枠組みにすぎない。筆者が民医連運動は「それゆえ、県連への結集、相互の点検・批判を強め、方針を正面から受け止め具体化する、職員の方針理解と実践力によって決まる」ということが重要である所以である。

筆者は民医連と非営利・協同原理との整合性については 非営利性(民医連綱領。経営主義との戦い)、民主性(民主的集団所有)、開放性(友の会、経営内容の公開)、自立性(独立性)が当てはまるとしている。また民医連と共同組織の関係を重視している。評者としては、非営利・協同原理にさらに 社会的変革(関与)を入れたい。当然民医連運動も持っている原理である。

民医連の組織とは

とはいえ、民医連の「民主的運営」はどのように保障されるのか、また「共同組織」は本書によれば、民医連の正式組織(機関)ではなくて、民医連に不可欠な「自主的住民運動組織」だと規定されている。組織形態からいえば、この規定は「あいまい」という意見からは、なんらかの正式機関として組み込む、たとえば財団あるいはNPOなどの公式組織として自立させるという選択肢がでてくるであろう。前者の場合には、「民主的集団所有」の中身との関連が出てくる。誰が所有しているのか、それは諸個人なのか、それとも共同所有(コレクティブ)または団体所有なのかという区分によっても制度的あり方は異なるであろう。(たとえば、医療生協は理論的には消費協同組合モデルを採用しているため、所有者は患者・利用者である協同組合組合員である。この立場からは「患者の立場に立った医療」はすんなり直結するスローガンであろう)。

第一に諸個人が分有するのであるとすれば、それらの諸個人は事業体組織に内包化されていなければならない。たとえば株式(または有限)会社の株主や社員、協同組合の組合員(または賛助)という形式で。諸個人が外部化されているとすれば寄付者または投資者である。こう見ると、民医

連の「集团的所有」は、実質的には「社団」的所有に近い形態であり、制度的には曖昧性がある(悪いといっているのではない)。しかし、「共同組織、友の会」をどのように位置づけるかは、単に生協の組合員方式を採用するという選択肢だけではなくて、たとえば、イタリアの社会的協同組合における複数のタイプの組合員(職員、障害者、父母、支援者など)制度や、ヨーロッパのいくつかの国に見られる社会的貢献企業の組織制度なども参照にしながら、「共同組織」の決定権、目的、事業などを実現するための適切な組織形態を確定するという選択肢もある。本書も指摘している通り、非営利・協同組織としての組織形態を「共同組織」は明確にしてこそ、一層の役割を發揮できるのである。

また、「民主的管理運営」についての議論が、岩本鉄矢氏の議論を下敷に行われている。岩本氏は民主と集中を分けて、「民主」は、総意に基づいて方針を決めること、「集中」は、合意できない場合に専決決済をすること、と述べている。八田氏は、岩本氏の意見にほぼ同意しているが、「集中」にたいしてはよりソフトな位置づけをしている。八田氏によれば、組織が「集中」できる期間、すなわちトップダウン型の管理は経営危機管理ができる期間は、せいぜい「2年が限界」だと述べている。

この議論を通常非営利・協同組織論からの説明で言えば、A・ヒルシュの「voice ボイス」と「exit 退出」と「loyalty 忠誠」の図式と対比できるであろう。組織において、人は、発言権を持ち、それが受け入れられなければ退出をほのめかすことによって圧力をかけることができる。この関係の度合いによって組織の性格は異なるし、政策決定過程も異なってくる、という。一方、民主集中議論は、ヒルシュの図式と比べて、「集中」を要請するベクトルはトップダウン方向である。

医療機関は医療法、医師法などの法律に規定されているという特殊な側面がある。「管理者」という用語もその一つであろう。「医療管理」と「経営(事業)管理」という二本柱あるいは二重性を持っているが、「管理」という言葉を法律でいう「医療管理」だけに限定したら、この二つの領域を明確に区分できるのではないだろうか。たとえ

ば「経営(事業)統制」などにして、本書でいうように、それぞれ別の人間が就任するということが望ましいであろう。そして組織図的には、これら二つの「医療管理」と「経営統制」のうえに、「全体統治機関」を設置すると構造的にはすっきりすると思われる。

ところで、「民主集中性」という考え方は、いまや日本独特の組織の考え方ではないだろうか。調整弁のように、あるときは「民主」を強めたり、ある時は「集中」を強めたり、また、ある場合は「民主」を採用し、ある場合は「集中」を採用するなどという便宜主義的に使うべきものであろうか。そもそも、原則とはどんなときでも適用されるべきものである。しないのならば、それは原則を変えたあるいは変わったのである。「民主と集中」の議論は、民主と集中をあれかこれかの対立概念のように見ており、民医連以外の外部の目から見ると、一般化しにくい議論に見えるということである(これと類似の議論として、経営における「民主主義と効率」のトレードオフ議論、すなわちあちらが立てばこちらが立たずの議論がある)。集中は、八田氏の言うように、たとえば、労働協約や法律で決まったルーチンワークとして現れるのである。しかし、なぜ「集中」を強調するのかといえば、民医連が「職員労働者の主体的な参加」を重視しているからであろう。だからなおさら、評者とすれば、「民主集中性」という形で議論を捉えることは、やめた方がよいと思われるのである。民主はすでに集中を内包しているのであるから、決定と実行における民主的手続きと組織構造を整備することによって、課題を前進させることができるということになる。八田氏の「半年遅れてでも職員の理解と納得によって決定されるほうがよい」というのが王道であろう。もちろん、現実の事業は、法律、金融、競争、市場、タイミングなどいろいろな要素が入ってくるので簡単にはいかず、専決決済が必要な場面も多いであろう。その場合、医療事故対策と同様、「一人で決めない、一度で決めない」原則を堅持すること、なんらかの経営チェック機関(たとえば全体統治機関)を設置することで、「トップ管理者」の逸脱行動を是正することが可能になるだろう。リーダーシップ論はアングロサクソンのなビジネス

ス理論であって、企業体・事業体の決定・運営過程にとって最良のものであるともいえない。もし、リーダーシップ論を取るなら、リーダーに強力な限定的権限を与えるべきである。リーダーとはなんなのか、その組織構造における役割位置づけなどを明確にする必要がある。医療事故や「不祥事」が発生した所以は、そうした組織構造の明確化が不十分だったのも原因であろう。評者としては、経営管理についてはマルチステークホルダー論を重視すべきだと考えている。

民主的集団医療と民主的管理運営

本書では「民主的集団医療」における実際の病院での管理ラインにおける問題点のいくつかが指摘されている。法律で定められている医師の治療の権限に基づいて形成される治療組織体系と民主的集団医療にも基づく治療組織体系はどのようにちがうのか。その具体的なイメージは部外者にはよく見えないけれども、「川崎事件」の報告書などでは「医師のパターナリズム」の存在が指摘されていたようだから、「民主的集団医療」の実際はかなり困難な側面があったと思われる。これはある意味では、高い理想主義の現れである。医療関係者が共に民主的な関係を構築して医療にあたりたいという願いは、法律的に役割分担で身分制度化されている中での、果敢な挑戦である。その志は高い、だから堅持していくべきものである。課題は、現実とのギャップをどのように埋めていくのかということだが、本書で述べているように、独自の組織（企業）文化を作ることであろう。なによりも非営利・協同組織は、使命を重視する事業体である。その組織文化は、常に自己の事業の社会的使命、職員の主権の確認と教育を促進しつ

づけなければならない。本書で述べられている医療関係者の悩みの三大相場は「医師は技術で、看護婦は人間関係で、事務は生き甲斐で悩む」だそうである。事務系職員はまさに、組織の使命をいかに実現するかという点にその役割がある。マネージメントや行政を始め、医療制度・技術という複雑な側面も併せて、そのアドミニストレーションを事務系職員は任務とするという困難性があるので、逆に生き甲斐もでてくるといえる。多様な組織構造についての整備、多様な雇用関係の調整、経営構造の再編、業務構造の整備、教育過程の整備、共同組織の位置づけ検討など、事務系職員の課題は多いようだ。

民医連と非営利・協同

民医連は、非営利・協同組織として自己規定したが、いろいろな法人・組織形態を含んでいる。一般に非営利・協同組織とは、単一の組織構造を想定しているのではなくて、いくつもの実体的な法人形態などを想定している。非営利・協同とは総括的な原則であり、個別化・専門化する形態の全体的な方向の指針となるものである。非営利・協同は民医連運動にとって右ウイングであろうか。本書によれば、「ウイングを右に広げれば、機体は左にむかう」という。スキーでも、怖がっている方向に身を投げ出さなければ、その方向に上手く滑降することはできない。日常の経験則とは反対の動作をとる必要があるのである。上級スキーヤーと思われる著者の議論は、コラムを含めて楽しいものであった。本書の中には発展させていくべきテーマがいくつもあるので、当研究所としても取り組んでいきたい。

（いしづかひでお、研究所主任研究員）

機関誌『いのちとくらし』バックナンバー

10号(2005年2月)——特集：非営利・協同と労働

巻頭エッセイ「地域づくりと協同のひろがり」山田定市

座談会「非営利・協同組織における労働の問題——医療労働について」

田中 千恵子、二上 護、大山 美宏、岩本 鉄矢、坂根 利幸、角瀬 保雄、司会：石塚 秀雄
非営利・協同入門 「ワーカーズ・コレクティブ，NPOでの就労に関する論点と課題」山口 浩平

論文「市民を守る金融システムは出来るのか」平石 裕一

論文「介護保険制度『改革』の狙いと背景」相野谷 安孝

第4回公開研究会報告「地域医療と協同の社会——金持ちより心持ち」色平 哲郎

海外医療事情 「セネガル保健事情 - - 見過ごされた優等生？」林 玲子

エッセイ韓国から 「わだかまりを越えて」朴 賢緒

文献プロムナード 「全人的ケアの歴史」野村 拓

書評「ボルザガ、ドゥフルニ著、内山哲朗、石塚秀雄、柳沢敏勝訳『社会的企業——雇用・福祉のEUサードセクター』、日本経済評論社、2004年」日野 秀逸

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

巻頭エッセイ「セツルメント運動」升田和比古

座談会「非営利・協同と教育」三上満、村口至、大高研道、川村淳二、司会：石塚秀雄

インタビュー「全日本民医連における教育の取り組み」升田和比古

教育アンケートに見る特徴

教育体験談： 長野典右、矢幅操

Part 1 「民医連北九州健和会再生の決め手」馬渡敏文

Part 2 「破綻と再生から学ぶ非営利・協同の事業」

吉野高幸、山内正人、八田英之、角瀬保雄、司会：坂根利幸

論文「社会的責任投資(SRI)と非営利・協同セクターの役割・課題 コミュニティ投資を中心として」小関隆志

翻訳「EUの労働挿入社会的企業：現状モデルの見取り図」訳：石塚秀雄

文献プロムナード(8)「医療と市場原理」野村拓

書評「近藤克則『医療費抑制の時代を超えて』」柳沢敏勝

8号(2004年8月)——特集：非営利・協同と文化

巻頭エッセイ「アメニティと協同」植田 和弘

座談会「非営利・協同と宗教」若井 晋、日隈 威徳、高柳 新、司会：石塚 秀雄

論文「今日の日本のスポーツ状況と非営利・協同への期待」森川 貞夫

論文「非営利・協同と労働・文化を担う人間の発達」池上 惇

論文「協同社会の追究と家族の脱構築」佐藤 和夫

インタビュー「前進座・総有と分配」大久保 康雄

論文「国際会計基準と協同組合の出資金をめぐる最新動向— I A S 32号解釈指針案と農協法の改正—」堀越 芳昭

論文「フランスの社会的経済の現状と事例」石塚 秀雄

団体会員訪問(1)「千葉県勤労者医療協会」

文献プロムナード(7)「平和の脅威」野村 拓

書評「二木立『医療改革と病院』」川口 啓子

7号(2004年5月) —特集: コミュニティと非営利・協同の役割

巻頭エッセイ「『満足の文化』といまの日本」相野谷安孝

インタビュー「栄村高橋村長に聞く」高橋彦芳、福井典子、角瀬保雄、前沢淑子、司会: 石塚秀雄
栄村REPORT

- ・「栄村訪問記」角瀬保雄
- ・「小さくても輝いていた栄村: 山間部と都市との比較から学んだこと」福井典子
- ・「栄村を訪ねて10年、いま思うこと」前沢淑子
- ・資料 事務局

論文「市町村合併政策と保健事業の危機」池上洋通

第3回公開研究会報告「インドネシアの非営利・協同セクターと社会保障制度」サエディマン

書評「橋木俊詔『家計からみる日本経済』その基本理念に関連して」石塚秀雄

文献プロムナード(6)「医療職種」野村拓

非営利・協同入門(5)「イギリスにおける社会的企業とコミュニティの再生—サンダーランドにおける非営利・協同組織の試み—」中川雄一郎

海外医療体験エッセイ「英国の医療と『シップマン事件』」大高研道

書評「東京民主医療機関連合会50年史編纂委員会編 / 『東京地域医療実践史——いのちの平等を求めて』」相澤與一

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

巻頭エッセイ「出征」日隈 威徳

座談会「共済事業と非営利・協同セクター」本間 照光、根本 守、伊藤 淳、司会: 石塚 秀雄

論文「新非営利法人法の制定議論と税制改悪の方向」坂根 利幸

論文「社会的企業体の連帯で保健・福祉・医療の複合体を」大嶋 茂男

論文「長野モデルにおけるコモンズについて」石塚秀雄

シリーズ非営利・協同入門(4)「非営利・協同と社会変革」富沢 賢治

文献プロムナード(5)「Careを考える」野村 拓

書評 / 南信州地域問題研究所編『国づくりを展望した地域づくり...長野・下伊那からの発信』石塚秀雄

5号(2003.11)——特集：行政と非営利組織との協働(1)

巻頭エッセイ「民医連の医師」千葉 周伸

座談会「行政と非営利・協同セクターとの協働について」

富沢 賢治、高橋 晴雄、窪田 之喜、司会：石塚 秀雄

インタビュー「医療と福祉に思う」秋元 波留夫

特別寄稿(再録)「津川武一と東大精神医学教室」秋元 波留夫

論文「韓国の社会運動と非営利・協同セクター」丸山 茂樹

論文「韓国の医療保険制度と非営利協同セクター」石塚 秀雄

第2回公開研究会報告「ヨーロッパの医療制度の特徴と問題点」松田 晋哉

シリーズ非営利・協同入門(3)「サードセクター経済と社会的企業—ライブリネスのデベロップメント—」内山 哲朗

文献プロムナード(4)「医療の国際比較」野村 拓

書評/野村拓監修・赤十字共同研究プロジェクト著『日本赤十字の素顔』角瀬 保雄

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

巻頭エッセイ「NPOによる地域福祉貢献活動とその困難」相澤 與一

シリーズ非営利・協同入門(2)「非営利・協同の事業組織」坂根 利幸

座談会「非営利・協同と共同作業所づくり運動」立岡 暁、斎藤 なを子、長瀬 文雄、岩本 鉄矢、坂根 利幸、司会：石塚 秀雄

論文「『共同作業所づくり運動』の過去・現在・未来」菅井 真

第1回公開研究会報告「米国のマネジドケアと非営利病院」松原 由美

「アメリカのNPO病院の非営利性の考え 薬品安価購入に関連して」石塚 秀雄

シリーズ「デンマークの社会政策(下)」山田 駒平

文献プロムナード(3)「医療政策」野村 拓

書評・宮本太郎編著『福祉国家再編の政治』田中 夏子

3号(2003.05)

巻頭エッセイ「わが家の庭から考える」高柳 新

シリーズ非営利・協同入門(1)「非営利・協同とは」角瀬 保雄

座談会「福祉国家の行方と非営利・協同、医療機関の役割」後藤 道夫、高柳 新、司会：石塚 秀雄

論文「地域づくり協同と地域調査実践」大高 研道・山中 洋

論文「介護保険制度見直しと法改正に向けての展望」伊藤 周平

文献プロムナード(2)「地域への展開」野村 拓

シリーズ「デンマークの社会政策(上)」山田 駒平

「アメリカの医療と社会扶助の産業統計の特徴」石塚 秀雄

書評・八代尚弘・日本経済研究センター編著『社会保障改革の経済学』高山 一夫

2号 (2003 02)

巻頭エッセイ「医療事故と非営利・協同の運動を思う」 二上 護

新春座談会「NPOの現状と未来」 中村 陽一、八田 英之、角瀬 保雄、司会：石塚 秀雄

論文「コミュニティ・ケアとシチズンシップ——イギリスの事例から」 中川 雄一郎

インタビュー「介護保険にどう取り組むか」 増子 忠道、インタビュアー：林 泰則

論文「『小さな大国』オランダの医療・介護改革の意味するもの——ネオ・コーポラティズム的政労使合意のあり方——」 藤野 健正

文献プロムナード(1) 「もう一度、社会医学」 野村 拓

海外事情 「アメリカの医療従事者の収入事情」 石塚 秀雄

書評 「日本へ示唆 福島清彦著・『ヨーロッパ型資本主義』」 窪田 之喜

準備号 (2002 .10)

発起人による「新・研究所へ期待する」

特別寄稿論文

・「市場経済と非営利・協同 民医連経営観察者からの発信」 坂根 利幸

・「医療保障制度の問題点 フランスの事例を中心にヨーロッパ医療制度改革の問題点」 石塚 秀雄

総研いのちとくらしブックレット バックナンバー

(詳しくは、事務局までお問い合わせください)

総研いのちとくらしブックレットNo.1

『医療・介護の報酬制度のあり方』

2004年2月発行、56p

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



総研いのちとくらしブックレットNo.2

『デンマークの社会政策』

デンマーク社会事業省編、山田駒平訳

2004年5月発行、54p

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



「研究所ニュース」バックナンバー

№ 10 (2005 5 .16発行)

書評・玄蕃真美『仕事における年齢差別——アメリカの経験から学ぶ——』(石塚秀雄) 理事長のページ「労働組合運動」、副理事長のページ「MONDRAGON」、デンマークのオンブズマン制度(山田駒平)、ニューヨークの協同組合住宅運動(石塚秀雄)、韓国調査同行記(竹野幸子)、エッセイなど

№ 9 (2005 .1 31発行)

書評「モブ・ノリオ著『介護入門』」(八田英之)、理事長のページ、副理事長のページ、「いま協同を拓く2004 in ながの」参加報告、「刑務所の医療」(石塚秀雄)、エッセイ他

№ 8 (2004 .10 31発行)

アンケートの報告、理事長のページ、副理事長のページ、書評「渡辺雅男『階級！ 社会認識の概念装置』」(石塚秀雄)、エッセイ他

№ 7 (2004 7 25発行)

会員アンケート、欧米の老齢年金制度一覧、ブックレット№ 2『デンマークの社会政策』推薦、エッセイ他

№ 6 (2004 4 25発行)

総会とシンポジウムのお知らせ、書評「いま、改めて『帝国』とは」(藤野健正)、エッセイ他

№ 5 (2004 .1 25発行)

研究費助成の公募、第3回公開研究会のお知らせ、「アメリカのホームケアワーカーの待遇改善」、他

№ 4 (2003 .10 .17発行)

「蹉跎への擬人法」(石塚秀雄)、「書評『人間のための経済学——開発と貧困を考える』」(大嶋茂男)、他

№ 3 (2003 7 4発行)

特集「角瀬先生慰労と激励のつどい」、書評『福祉の哲学』(高橋晴雄)、他

№ 2 (2003 4 .17発行)

海外の医療・社会政策サイトの紹介、「書評『雲の都第1部広場』」(石塚秀雄)、他

№ .1 (2002 .12 .17発行)

「書評『20世紀の医療史』」(石塚秀雄)、いのくらエッセイ、他

『スペイン社会的経済概括報告書（2000年）』

J.パレア、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。



「スペイン社会的経済報告書」申込FAX送付表（Fax 番号03(5770)5046）

こちらの送付用紙をお使い下さい。

「頒価500円×部数+送料」で請求させていただきます。

申込部数	「スペイン社会的経済報告書」を（ ）部申し込みます。
氏名（ふりがな）	
送付先〒	
送付先住所	
連絡先電話番号	（ ）
連絡先FAX番号	（ ）

【入会申込 FAX 送付書】

切り取ってお使いください
研究所のFAX番号：03(5770)5046

特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし入会申込書

会員の別 正会員（個人・団体） 賛助会員（個人・団体）
入会口数 （ ）口

ふりがな	
団体名称または氏名	

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

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

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

機関誌等の郵送先、連絡先を記入して下さい

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

専門・主たる研究テーマまたは研究して欲しいテーマ・要望等を記入して下さい

--	--

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

【次号12号の予定】(2005年8月発行)

特集：雇用失業問題と非営利

・協同セクター

- ・座談会「介護サービス労働の直面する問題」
- ・若者失業問題と公共、営利、非営利・協同セクターの役割
- ・障害者と労働参加、など

【編集後記】

今号は、医療をめぐる問題を扱っています。患者と医療者の視点の違いの詳細が、公開研究会報告から見て取れるのではないのでしょうか。インタビューにもあるように、違いを認めながら共通点を見出す作業の大切さを感じた次第です。

また11号目の今回から、表紙レイアウトを変更しました。写真は当研究所理事でもある前澤淑子氏によるシリーズとなります。今回は7号で企画した柴村の写真をお寄せいただきました。ご意見、ご感想をお待ちしています。

会員募集と定期購読のご案内

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

会員の種類

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

研究所ニュースが無料配布されます。

会費（年会費）

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

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

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

「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」
事務局

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷1-29-3 日本パーティビル4階

TEL：03-5770-5045/FAX：03-5770-5046

ホームページ URL：<http://www.inhcc.org/> e-mail：inoci@inhcc.org