

目次

●巻頭エッセイ：輝く看護を、今一度見つめ直す ……柳沢 深志 1

【特集：非営利・協同をめぐる動向】

・2017年度定期総会基調講演：

非営利・協同の理念とナショナルセンターづくりの課題

……………富沢 賢治 2

・講演録：社会的連帯経済の出現—世界そして国連の動向—

(The Emergence of Social and Solidarity Economy in the world & at the UN)

……パスカル・ファン・グリータイゼン 訳・まとめ：今井 迪代 17

・非営利・協同の轍（第1回）：研究者として非営利・協同の実践に携わる

こと—角瀬保雄氏へのインタビュー記録から—

……………久保 ゆりえ、竹野 ユキコ 24

●〈医療政策・研究史〉(18) 世代的重なりの中での学習

……………野村 拓 29

●鶴岡市における「介護予防・日常生活支援総合事業」の到達点と医療生協

やまがたの取組み ……岩本 鉄矢 38

●2014年度研究助成報告：認知症早期発見の検診と認知症進行予防教室の取

り組み ……山田 智 46

●フランスの在宅入院の事例研究—サンテ・セルヴィスの実践と戦略—

……………小磯 明 54

・研究助成一覧、報告書、機関誌・ニュースバックナンバーなど

…………… 45、52、53、85

【次号61号の予定】(2017年12月発行予定)

- ・追悼坂根利幸
- ・座談会：フランスの地域医療制度と介護
- ・その他

【編集後記】

今号では定期総会の基調講演を中心に、当研究所の設立以前から現在にいたる国内外の非営利・協同の動向を知ることができます。この8月に研究所創設の中心となった一人である顧問・坂根利幸が逝去しました。事務局としての実務全般、特に海外視察については本当に一から教えていただきました。改めてご冥福をお祈りいたします。(竹)

【投稿規定】

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

1. 投稿者

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

2. 投稿内容

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

3. 原稿字数

① 機関誌掲載論文 12,000字程度まで。

② 研究所ニュース 3,000字程度まで。

③ 「研究所（レポート）ワーキングペーパー」 30,000字程度まで。

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

4. 採否

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

5. 締め切り

随時（掲載可能な直近の機関誌に掲載の予定）

6. 執筆注意事項

① 電子文書で送付のこと（手書きは原則として受け付けできません。有料となってしまいます）

② 投稿原稿は返却いたしません。

③ 執筆要領は、一般的な論文執筆要項に準ずる（「ですます調」または「である調」のいずれかにすること）。注記も一般的要項に準ずる。詳しくは編集部にお問い合わせください。

④ 図表は基本的に即印刷可能なものにする（そうでない場合、版下代が生ずる場合があります）。

7. 原稿料

申し訳ありませんが、ありません。

「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」  
事務局

〒113-0034 東京都文京区湯島2-7-8 東京労音お茶の水センター2階

TEL：03-5840-6567 / FAX：03-5840-6568

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

# 輝く看護を、今一度見つめ直す

柳沢 深志

「在宅での看取りにおける規制の見直し」と題する報告が、今年4月1日厚生労働省より出された。この提案は、2016年6月2日閣議決定の規制改革実施計画に盛り込まれている。5月19日規制改革会議第4次答申をベースに、「本計画は、潜在需要を顕在化させることによる経済活動の支援、日本経済の再生に資する各種規制の見直しを行い、経済社会の構造改革を進めることを目的とする」とある。

計画の分野別措置事項1番に健康保険分野があり、「国民の利便性向上」「医療や福祉産業の発展による経済の活性化」「保険財政の健全化」の3つを基本的な考えとし、①在宅での看取りにおける規制の見直し ②薬局における薬剤師不在時の一般用医薬品の取扱いの見直し等、4項目に重点的に取り組む。経済活動の支援を目的にした閣議決定の1番に健康医療分野、しかもその1番目に在宅における看取りの記載があることに違和感を持つのは、おそらく私だけでないと思う。看取りの規制緩和が日本経済の再生のための一番にあげられる課題なのか、どれだけ日本経済の発展に寄与するのか、私には理解が出来ない。

先の4月1日厚生労働省の在宅での看取りにおける死亡診断に関わる手続の整備では、次のa-eの要件が満たされれば、医師が対面での死後診察によらず死亡診断を行う事が出来るとされ、2017年度は看護師を対象にした研修を開始する予定となっている。要件の概要は、a、医師による直接対面診察で早晚死亡することが予測され b、患者家族の同意 c、医師による速やかな対面での死後診察が困難 d、教育を受けた看護師が必要な情報を医師にすみやかに報告 e、報告を受けた医師が、テレビ電話装置等の、ICTを活用した通信手段を組み合わせ、死亡の事実の確認や異状が無いと判断、の5点。更に、9月12日

には、ICTを用いた死亡診断等の取扱いについて、と題する医政局長の通達が出され、死亡時の看護師による家族とのコミュニケーション内容や死後写真の撮り方など、生々しい一例が記載されている。是非、ご一読いただきたい。離島や僻地で医師が不在の地域では要求があるのかもしれない。しかし、このような在宅看取りは、本当に患者、家族の要望なのだろうか。国民の議論がされているのだろうか。

看護師による特定医行為（中心静脈カテテルの挿入など38項目）の研修制度も、医師不足を補うためのタスクシフティングの一環として、厚生省のチーム医療推進会議が主導し提案され、既に法制化された。看護師の技術・知識の向上の視点もあるのだろうが、看護師が医師に代わって医行為をすることも、国民的にはほとんど知られていない。

病院、特に急性期病院では、在院日数の短縮とめまぐるしく入れ替わる患者、医療看護必要度の記載に追われる電子カルテ、患者の思いに寄り添えず看護の原点が見えにくくなっていることに悩む看護師さんたちの苦悩が日々聞かれる。そんな中、矢吹紀人（著）、全日本民医連（編）『看護10ストーリーズ 輝く命の宝石箱』（本の泉社、2014年）や矢吹紀人（著）、一般社団法人淀川勤労者厚生協会（編）『生きるをささえる看護 西淀病院発・希望の医療』（日本機関紙出版センター、2017年）など、看護の輝きを見つめ直す著書が出版されている。看護とは何か、医師を含めた多職種で、患者家族、地域の方々などとの国民的議論が、いまこそ求められている。

（やなぎさわ ふかし、全日本民医連副会長、城北病院副院長）

# 非営利・協同の理念と ナショナルセンターづくりの課題

富沢 賢治

## はじめに

2012年の国際協同組合年以降、私は、あちらこちらで1つのことだけ、すなわち、各種協同組合から成る全国協同組合連合会（ナショナルセンター）の結成が必要だということだけを言い続けている。ナショナルセンターづくりのための諸条件が整いつつあるので、この好機を逃してはならないと思うからである。

本講演は、非営利・協同総合研究所のちとくらし総会の基調講演と位置付けられているので、以下では「非営利・協同総合研究所のちとくらしの歴史的使命と喫緊の課題」というテーマを念頭に置きながらナショナルセンター結成の意義を述べることにする。

国連は、西暦2000年に「ミレニアム宣言」を発し、国際社会の第1の活動目標を貧困と飢餓の撲滅とした。「ミレニアム」は、1,000年を1単位とする期間を意味する。キリストが愛を説いてから2,000年以上がたつのに、人類はあいかわらず殺し合いを続けている。1,000年後の世界はどうなっているのだろうか。本講演では、長い目で人類史を振り返り、将来社会を展望し、そこから現代社会の特徴と課題を解明したい。そして、そのような歴史的視点から析出される非営利・協同総合研究所のちとくらしの歴史的使命とナショナルセンターづくりの意義を明らかにしたい。

## I 非営利・協同の理念

### 1. 基本用語の説明

#### (1) 非営利・協同

「非営利・協同」という表現は、日本の労働者協同組合運動の中から誕生したように思われる。

労働者協同組合運動の理論的リーダーで、私の畏友でもあった故・菅野正純氏が、すでに1990年代によく用いていた。1998年に、欧米の7名の研究者を含む国際シンポジウム「ポスト福祉国家における非営利・協同組織の役割」が東京で開かれた。司会をつとめた私は、はじめに討論のための概念整理を行い、討論の共通用語として「非営利・協同」というコンセプトを用いることを提案した（富沢賢治「非営利・協同セクターとは何か」川口清史・富沢賢治編『福祉社会と非営利・協同組織セクター』日本経済評論社、1999年）。私の見解に異論が出されなかったため、「非営利・協同」は国際的にも受け入れられるコンセプトになりうるという確信を得た。

非営利・協同の組織は、基本的目的が営利追求ではなく社会問題の解決であるという意味で「非営利」の組織であり、活動では組織内外の「協同」を重視するという意味で「協同」の組織である。「非営利・協同組織とは、社会的問題の解決をめざす開放的、自律的、民主的な組織である」（富沢賢治『非営利・協同入門』同時代社、1999年、14ページ）。非営利・協同の担い手である組織は、協同組合、共済組織、NPOなどの種々の民間非営利組織であり、ヨーロッパ諸国では、「社会的経済組織」と呼ばれ、最近では国連などにおいて「社会的・連帯経済組織」とも呼ばれている。

#### (2) 社会的・連帯経済

協同組合運動を促進する世界的な潮流として社会的・連帯経済の運動がある。日本の協同組合運動の活性化のためには、協同組合を社会的・連帯経済の担い手をして位置づける必要がある（拙稿「社会的・連帯経済の担い手をしての協同組合」『協同組合研究』35巻2号、2016年6月、参照）。「社会的・連帯経済」は、「社会的経済」と「連



帯経済」との合成語である。

「社会的経済」は、主としてヨーロッパを中心にして用いられてきた用語で、協同組合、共済組織、NPOなどの非営利・協同組織による経済活動を意味する（詳細については、富沢賢治『社会的経済セクターの分析——民間非営利組織の理論と実践』岩波書店、1999年、参照）。

これに対して「連帯経済」という用語は、1990年代に中南米諸国で使われ始め、2001年から世界各地で開催された「世界社会フォーラム」などの運動を通じて国際的に広まっていった。社会的経済も連帯経済も、地域社会に根ざす住民自身による経済活動という点では共通するので、最近では両者を合わせて「社会的・連帯経済」という表現が用いられるようになってきている。

社会的経済論と異なる連帯経済論の一つの特徴は、社会的経済論が協同組合、共済組織、NPOなどの法人格をもつ「制度化された組織」を中心にして展開されているのに対して、連帯経済論の特徴は、草の根組織を含めて、社会的目的をもって活動するすべての組織を重視しているところに見られる。

連帯経済論の理論的リーダーである J.-L.ラヴィルが編集した『連帯経済——その国際的射程』（北島健一・鈴木岳・中野佳裕訳、生活書院、2012年）によれば、連帯経済は、「市民参加を通じて経済を民主化することに貢献するさまざまな活動の集合体である」（240ページ）と定義され、「経済の民主化を目標に掲げる社会的経済の新しい波」（274ページ）と位置づけられる。「新しい波」と位置づけられるのは、一つには、連帯経済がとりわけ、「国家と市民社会の関係」を中心的な問題として（329ページ）、市場的な資源だけでなく、政府による再分配と市民間の互酬性を重視するからである（5ページ）。

国連の社会開発研究機関の副代表であり、社会的・連帯経済研究の初代担当者であった P.ウツティングは、社会的・連帯経済論に基づく新しい社会運動の特質について、つぎのように述べている（「社会的・連帯経済：社会的に持続可能な開発（socially sustainable development）を可能とするか？」2013年4月。UNRISDのウェブサイト）。

変革の伝統的な担い手は国家と労働運動であ

った。しかし、いまや両者は、市場の力で弱体化されている。変革のためには、市民社会の他のアクターを含む新しい連合が必要ではなからうか。社会的・連帯経済の組織は、①社会的な目的をもつ、②労働者と生産者と消費者との間に協同と連帯の関係をもつ、③職場民主主義と自主管理がある、という特徴を持つ。

社会的・連帯経済には、伝統的な組織（協同組合、共済組織、NPO）だけでなく、新しいタイプの組織（女性の自助組織、フェアトレード組織、インフォーマル・セクターの労働者の組織、社会的企業、社会的ファイナンスなど）が含まれ、種々のレベルでネットワークを形成するという特徴をもつ。国連、関連組織、各国は、社会的・連帯経済を促進するための方策を検討すべきである。

なお、ウツティングは近著（P. Utting ed., *Social and Solidarity Economy: Beyond the Fringe?*, Zed Books, 2015）において、つぎのように述べている。

市場自由主義に抵抗するという共通の基盤をもとにして、社会的経済と連帯経済という2大潮流が結合したことは社会運動の進展にとって一大進歩である。社会変革を求める広範な連帯を形成するためには、さらに、社会的・連帯経済が、社会問題、環境問題、社会正義の問題の解決をめざして活動している労働組合、先住民、農民、女性との連帯を進めることが必要である（35–36ページ）。

### （3）サードセクター

今日の社会を構成する主要な社会組織としては、政府組織、営利組織、非営利・協同組織がある。それぞれの組織が集合する社会領域（セクター）は、国家セクター（政府組織セクター）、市場セクター（営利組織セクター）、社会的セクター（非営利・協同組織セクター）などと呼ばれる。

国際的には、国家セクターが第1セクター、市場セクターが第2セクター、社会的セクターが第3セクターと理解されることが多い。しかし、日本では「第3セクター」という言葉が別の意味を持つので、やむをえず「サードセクター」という表現が用いられる。

表1は、3つのセクターと非営利・協同組織との関係を示している。

なお、表1における「経済的役割」の欄は、カール・ポランニーの経済観から示唆を受けている。ポランニーによれば、経済は交換経済だけではなく、ほかに再分配の経済と互酬の経済がある。表1では、交換経済を市場セクターと、再分配の経済を国家セクターと、互酬の経済を社会的セクターと関連づけている。

表1 3セクターと非営利・協同組織

| セクター    | 担い手      | 動力源 | 経済的役割 |
|---------|----------|-----|-------|
| 市場セクター  | 営利組織     | 金力  | 交換    |
| 国家セクター  | 政府組織     | 権力  | 再分配   |
| 社会的セクター | 非営利・協同組織 | 協力  | 互酬    |

## 2. いのちとくらし

以下では、「非営利・協同総合研究所いのちとくらし」の3つのキーワード(「いのち」、「くらし」、「非営利・協同」)を中心にして人類史を振り返り、現代社会における非営利・協同の意義を明らかにしたい。

### (1) いのち

私にとって、ものごとを判断する基準は自然である。自然はうそをつかないからである。

植物も動物も生物は一般に、単体で生きるのではなく、集団で生きる。つまり社会を構成する。生物社会の基本的な機能は、個体の維持と種の存続、すなわち、いのちの再生産である。人間も同じで、人間社会の基本的な機能は、いのちの再生産である。人にとって最も大切なものは、いのちである(図1)。

私がかつて社会政策学会で「人づくり運動としての労働運動」というテーマの報告をしたことがある。そのさい「人づくり」とか「いのちの生産」という表現は、人を物扱いするので不適切だと批判された。そのとき私は、「いのちの生産」とは、いのちを生み、育て、守り、次世代に引き継ぐことである、と説明し、下記のエンゲルスの文章も引用した。

「歴史における究極の規定的要因は、直接的

生命の生産と再生産である。しかし、これはそれ自体さらに二とおりにわかれる。一方では、生活資料の生産、すなわち衣食住の諸対象とそれに必要な道具の生産、他方では、人間そのものの生産、すなわち種の増殖が、これである。」

(エンゲルス『家族、私有財産および国家の起源』1884年、村田陽一訳、大月文庫、8ページ)。

「実験社会科学」という新しい学問分野でも、生物としての人間の全体としての社会行動は「生き残りのためのシステム」として理解されている(亀田達也『モラルの起源——実験社会科学からの問い』岩波書店、2017年、12ページ)。

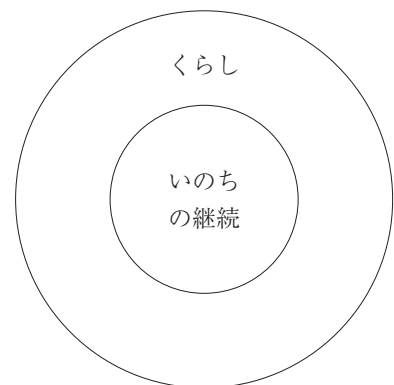
図1 社会の基本機能



### (2) くらし

いのち (life) を生み育て守る行為として、くらし (living) がある。図2が示すように、くらしはいのちのためにある。

図2 社会の基本構造



人間社会のくらしは、図3が示すように、3つの領域に大別できる。

経済の領域の基本的役割は、いのちの再生産に

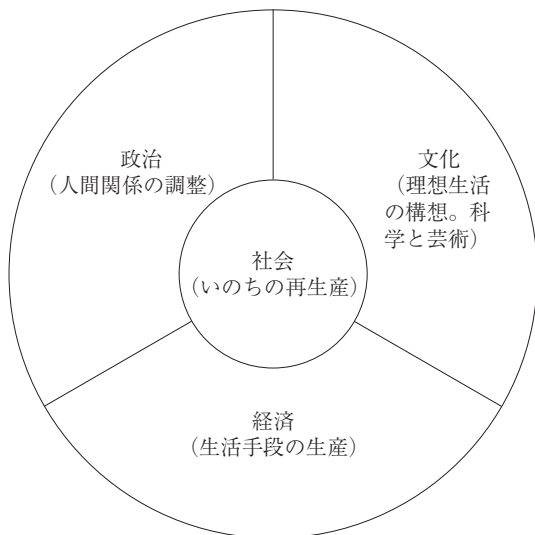
必要な財とサービス（生活手段）を提供することである。

政治の領域の基本的役割は、社会生活を維持するために必要な人間関係の調整である。

文化の領域の基本的役割は、暮らしをよくするための工夫である。科学や芸術などの創造的活動である。

図3のポイントは、経済の領域も、政治の領域も、文化の領域も、すべてのいのちの再生産のためにあるということである。たとえば、経済活動の本来的役割は、金儲けではなく、いのちの再生産である。

図3 暮らしの領域



### 3. 社会構造の歴史的变化

#### (1) コミュニティと組織

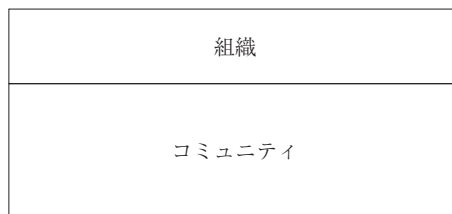
「社会」とは、「人間が集まって共同生活を営む際に、人々の関係の総体が一つの輪郭をもって現れる場合の、その集団」である。その集団には「自然的に発生したもの」と「利害・目的などに基づいて人為的に作られたもの」とがある（『広辞苑』第5版、岩波書店）。

本稿では、前者の「自然的に発生した集団」（自然的共同体、血縁集団と地縁集団）を「コミュニティ」、後者の「利害・目的などに基づいて人為的に作られた集団」を「組織」と名付ける（図4）。コミュニティが「いのちの再生産の場」で

あるとすれば、組織は、いのちを再生産するために目的別に結成された集団であり、計画性と組織性をもって共通目的の実現を図る集団である。

アメリカの社会学者であるR.M.マッキーヴァーは、一定の地域で営まれる自生的な共同生活としての「コミュニティ」と、特定の利害関心を追及する人々の結びつきである「アソシエーション」（組織）とを対置させた。彼によれば、民間非営利組織も国家も営利企業もコミュニティから派生したアソシエーションである。なお、R.M.MacIver, *The Elements of Social Science*, 1921（菊池綾子訳『社会学入門』社会思想研究会出版部、1956年、222ページ）では、「コミュニティ」が「基礎社会」、「アソシエーション」が「機能社会」と訳されている。

図4 社会を構成する基本集団



以下では、コミュニティと組織との関連を中心に、社会構造の歴史的变化を見る。

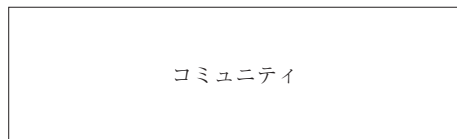
#### (2) コミュニティから成る社会

ホモサピエンスの誕生が約20万年前、農耕生活を始めるのが約1万2千年前だと言われる。したがって、人類の採取経済の時代は長かった。その間の人間集団は、血縁と地縁で結ばれるコミュニティが基本であり、血縁と地縁から独立した組織は未発達であった（図5）。

「人猿類学者のキャシュダンは、現生人類が地球上に生息してから90%以上の期間において狩猟採集民であったことを踏まえながら、今日の世界に存在するすべての狩猟採集民が『バンド』と呼ばれる集団の中で生活していることを指摘しています。バンドとは、公的な経済・政治制度を通して人工的に組織された集団ではなく、100人前後の緩やかな血縁関係・地縁関係にもとづく自然集団を言います」（亀田達也、

前掲書、18ページ)。

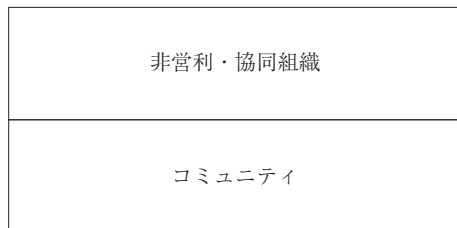
図5 コミュニティから成る社会



### (3) 非営利・協同組織の誕生

人類が農耕に伴う定住生活を始め村落が形成されると、生活上の問題を解決するために目的別の継続的組織が作られる。初期の組織は、強固な国家組織でも営利組織でもなく、生活上の問題を解決するために住民たちがつくった相互扶助的集団、友誼的集団、儀礼的集団、宗教的集団、「男子クラブ」(若衆宿)、軍事的集団などの非営利・協同組織であった(図6)。なお、R.H.ロウイーは、「私は親族的要因に基礎を置かない社会単位を組織(アソシエーション)と呼ぶ」と述べている(『原始社会』1953年)。

図6 コミュニティと非営利・協同組織

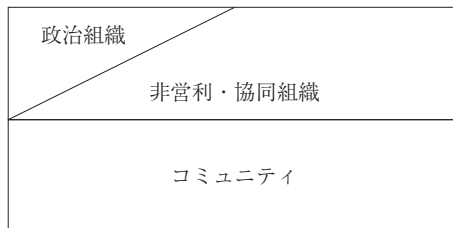


### (4) 政治組織の派生

定住生活が続くと村落の安定化のためになんらかの統治機構が形成されてくる。ある村落では長老集団が事あるごとに会議を開き、定例会が組織化される。また、ある村落では首長と官僚を中心とする警察的軍事的集団が形成される。いくつかの血縁集団が軍事的組織を形成するなどの例もある(R.H.ロウイー『国家の起源』1927年)。やがて、これらの組織から国家が形成される。「統治機関、すなわち分業によって社会から分離した独自の機構をかたちづくるかぎりでの国家」が形成される(図7)(マルクス「ゴータ綱領批判」、『マルクス・エンゲルス全集』大月書店、19巻、30ページ)。

エンゲルスによれば、国家は「人民大衆から区別された公的強力(Gewalt)」である(『家族、私有財産および国家の起源』同上、21巻、119ページ)。

図7 政治組織の派生

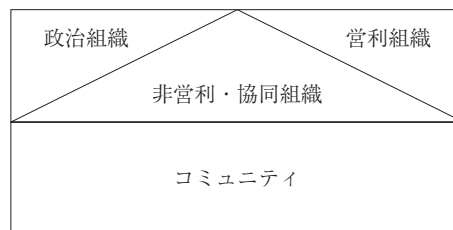


### (5) 営利組織の派生

経済活動が活発化すると、分業と市場関係が発展し、生活に必要な物資とサービスの生産と供給を専門にする営利組織がつぎつぎと生まれる。営利組織の集団が一つの社会領域(営利組織セクター、市場セクター)を形成する(図8)。

このようにして、生活の場であるコミュニティを維持するために、政治組織セクター、営利組織セクター、非営利・協同組織セクターという3つのセクターが存在するに至り、今日の社会が形成される。

図8 営利組織の派生

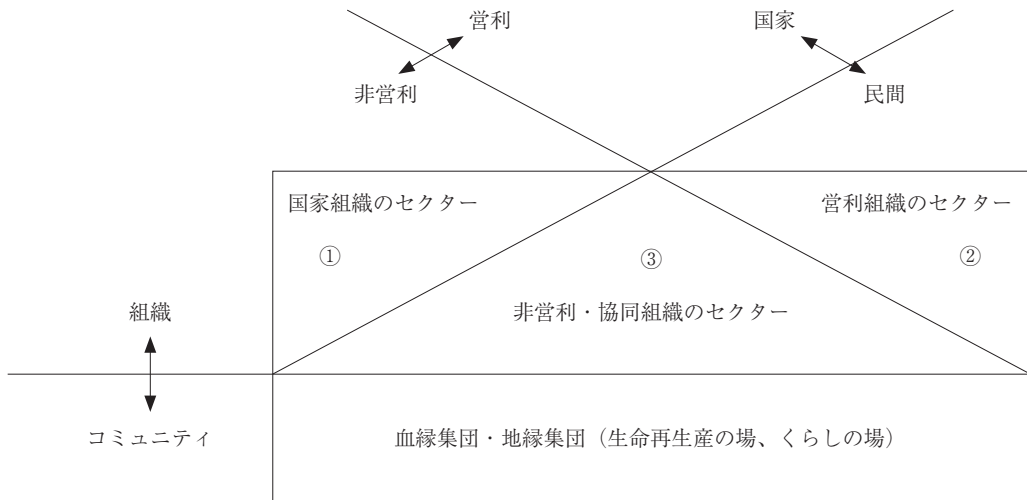


## 4. 現代の社会構造

### (1) 3つのセクター

以上のような歴史的経緯を経て、現代の主要な社会組織は3つに大別される。図9の左上から右下に向かう、「営利」と「非営利」を分ける斜線は、国家組織と非営利・協同組織が「非営利組織」としての共通性を持ち、右上から左下に向かう、「国家」と「民間」を分ける斜線は、営利組織と非営利・協同組織が「民間組織」としての共通性を持

図9 3つのセクター



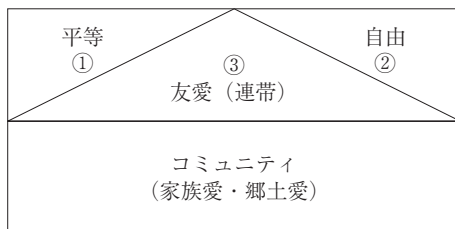
つことを示している。

図9上の①②③は、それぞれが第1セクター、第2セクター、第3セクターであることを示している。

(2) 3セクターを支える基本的理念

国家を支える基本的理念は「平等」、営利組織を支える基本的理念は「自由」、非営利・協同組織を支える基本的理念は「友愛(連帯)」である(図10)。

図10 3セクターを支える基本的理念



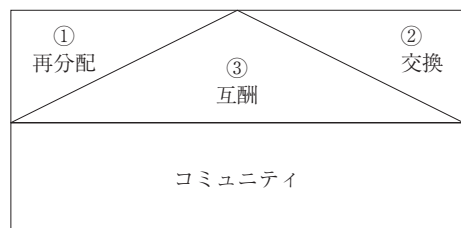
(3) 3セクターの経済活動

マルクスの『資本論』は、資本主義社会の市場セクターの経済のあり方を分析した。しかし、カール・ポランニーの言うように、経済活動は交換だけではない。その他に再分配と互酬がある。したがって、市場セクターにおける交換、国家セクターにおける再分配、非営利・協同セクターにお

ける互酬のあり方を分析し、その上で、3セクターのベストミックスのあり方を探る必要がある(図11)。

「3セクターのベストミックスなどありえない」という批判がある。「また、未来社会においては市場も国家もなくなる」と主張するマルクス経済学者がいる。しかし、市場と国家の消滅は、ありうるとしても、はるかに遠い未来のことであろう。現代経済にとって、需要と供給を調整する機能を持つ市場、及び財とサービスの再分配機能を持つ政府は必要である。また、紛争が絶えない現代社会にとって、権力により人間関係を調整する機能を持つ政府は欠かすことができない。必要なことは、コミュニティのニーズの実現のために、非営利・協同組織が市場組織と国家組織の逸脱行為をつねに規制し続けることである。ベストミックスを求める社会は、均衡のとれた静態社会ではなく、ダイナミックに揺れ動く動態社会である。

図11 3セクターの経済活動

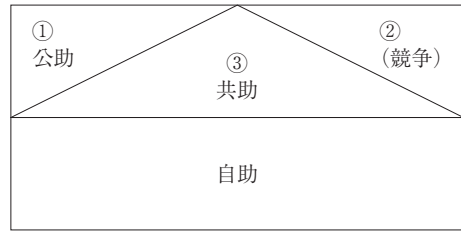




(4) 自助、共助、公助の関連

図12は、自助、共助、公助の関連を示している。

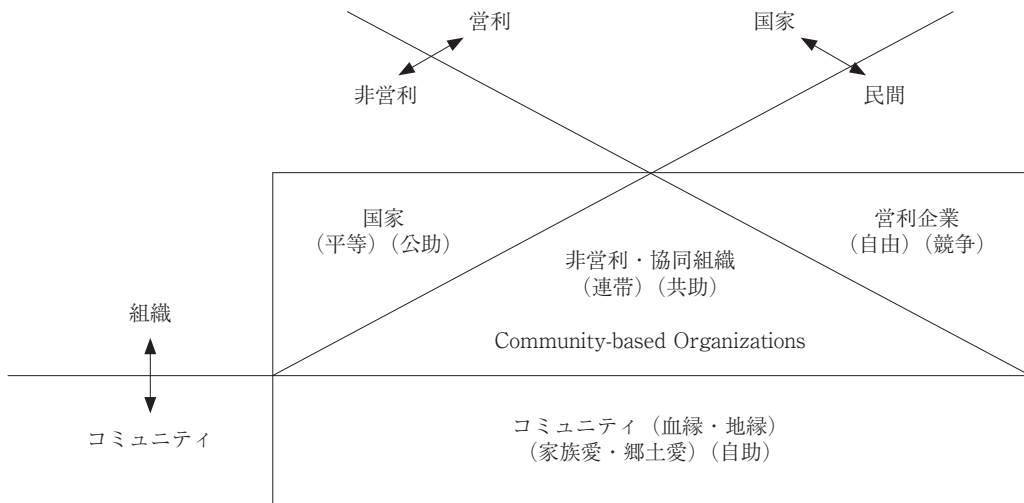
図12 自助、共助、公助の関連



(5) 現代の社会構造

図13は、図9から図12までを総合した図である。

図13 現代社会の構造



(6) 現代社会の特徴

現代社会における経済的力関係から見ると、営利企業が圧倒的に強い力を持っているために、図14においては営利企業を表の最上部に置いた。営利企業が構成する市場が最上部にあるという意味で、「市場至上主義」を表示しているとも言える。

市場原理主義を基盤とする社会においては、国家は市場の圧力のもとに置かれ、市場と国家の重力のもとにコミュニティが押しつぶされ変形する。

運動論の見地からすれば、市場と国家の重圧のもとに置かれているコミュニティを活性化するためには、コミュニティの抱える諸問題の解決をめざす非営利・協同組織の活動がとりわけ重要となる。非営利・協同セクターの拡大強化によって、市場セクターと国家セクターにおける営利企業と

国家の逸脱行為を規制する必要がある。国家に対しては、コミュニティ活性化のための再分配システムを求めることも必要となる。

さらに、図14は、国家の社会政策が市場セクターと非営利・協同セクターの両サイドからの圧力を受けながらつくられることを示唆している。このことは、現場における法制度の運用が市場セクターと非営利・協同セクターの力関係によって変化することをも意味する。たとえば、整備された労働法があったとしても、強い営利企業のもとでは法制度が十分に活かされない。現場における法制度の運用は諸刃の剣である。法制度が十分に活かされるためには、市場セクターと国家セクターに対する非営利・協同セクター側からの圧力が強化されなくてはならない。

市場セクターと国家セクターが非営利・協同セクターの要請に十全に応えられるようになって初めて、市場が社会に埋めこまれ (K.ポランニー)、国家が社会に埋め込まれる (マルクスの表現では「国家の消滅」という歴史段階が展望される。社会化論の見地からすれば、生産手段の社会化も労働の社会化も、このような歴史段階で完成する。

図14 現代社会の特徴——市場原理主義



## 5. めざすべき未来社会

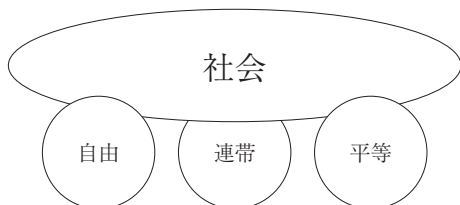
### (1) ILO の構想

後述するように、ILO は、「バランスのとれた社会」をつくるためには、営利企業セクターと国家セクターだけでなく、「社会的セクター」が必要だと、強調している。

図15は、「バランスのとれた社会」を自由、平等、連帯の鼎立社会としてイメージ化したものである。前述したように、この「バランスのとれた社会」は、実体的には3セクターの闘ぎ合いの社会であり、理念的には自由、平等、連帯のベストミックスを求め続ける動態社会である。

### (2) 未来社会

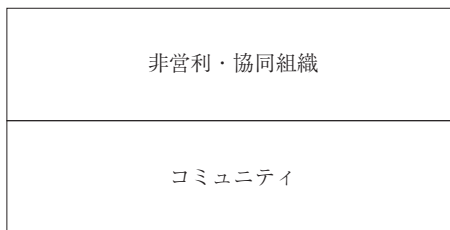
図15 「バランスのとれた社会」(ILO)



1千年単位で歴史を見るミレニアム史観からすると1千年後の社会はどうなっているであろうか。

政治の民主化と経済の民主化が進展すると仮定すれば、究極の未来社会においては、①抑圧機構としての国家は消滅し、政治組織は非営利・協同組織となる。②搾取機構としての労働市場が消滅し、経済組織が非営利・協同組織となる。③労働の社会化と生産手段の社会化が進展して、労働と生産手段がコミュニティのものとなる。④ソーシャル・キャピタル(「人間関係資源」、信頼と約束とネットワーク)が蓄積されると、金力や権力に媒介される間接的な人間関係が弱まり、直接的な人間関係が強まる。⑤多くの組織が非営利・協同組織の性質を強め、社会構造は、図16が示すように、コミュニティとコミュニティに基盤をもつ非営利・協同組織から成る二層構造となる。図16は図6と同じである。原始共産制社会が高次のレベルで復活するとも見られる。

図16 将来の社会構造



## 6. 非営利・協同組織の社会的位置

近代経済学の教科書によれば、経済活動は市場に任せるのが望ましい。市場機能に欠けている点を国家が補い(公共経済)、市場にも国家にも欠けているところを民間非営利組織が補う、と説明されている。すなわち、経済活動の担い手としての民間非営利組織は穴埋め的存在として扱われている。サードセクターは、第1セクターと第2セクターに次ぐ第3の地位を占めることになる。

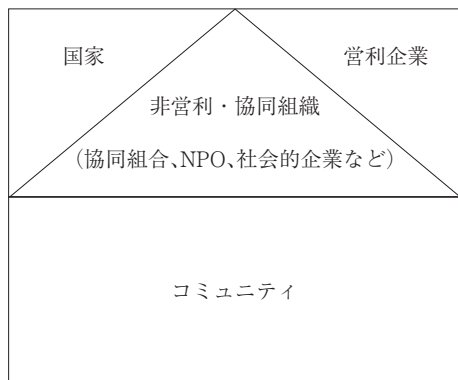
しかし、これは市場を基本と見る経済観であり、人類史的に見ると異なる経済観が成立する。コミュニティは、生活を営むうえで種々の問題を抱えている。それらの問題を解決するために種々の組織がつけられる。人類史の初期の組織は、国家でも営利組織でもなく、生活上の問題を解決するた

めにコミュニティの人たちがつくった非営利・協同組織であった。「元始、女性は太陽であった」(平塚雷鳥)という表現になぞらえれば、「元始、サードはファーストであった」と言える。現代社会においても、非営利・協同組織は、ホームベースであるコミュニティの立場から見るとファーストの位置を占めている(図17)。非営利・協同組織は、欧米では「コミュニティを土台とする組織」(community-based organization, CBO)とも呼ばれている。

非営利・協同組織が穴埋め的存在でなくなり、その本来の役割を果たすためには、非営利・協同の理念に基づいて非営利・協同組織間の連帯を強化する必要がある。連帯強化を促進するためには、非営利・協同組織のナショナルセンターの結成が求められる(全国NPOセンターは、すでに1999年に設立されている)。全国協同組合センターの結成が急がれる所以である。

参考までにイギリスの事例を見よう。1868年(明治元年)に労働組合のナショナルセンター(労働組合会議、TUC)が設立された(第1回大会の詳細については、富沢賢治『労働と国家——イギリス労働組合会議史』岩波書店、1980年、55-75ページ、参照)。翌1869年には協同組合大会が開かれ、1870年に協同組合中央委員会が結成され、協同組合のナショナルセンターである協同組合連盟(Co-operative Union)が設立された。そのさい、協同組合連盟は、その目的を「協同組合運動を束ね、かつ協同組合運動が社会全体で果たしうる重要な役割を主張する全国規模の団体をつくる」とした。

図17 現代社会における非営利・協同組織の位置



## II ナショナルセンターづくりの課題

### 1. 非営利・協同運動に対する国際的評価

非営利・協同運動をとりまく時代状況の変化の特徴は何か。日本では新自由主義の潮流が強まっている。しかし、世界的には新自由主義批判の潮流が見られ始めている。以下、国連を中心にこの動向を見ておこう。

非営利・協同運動の伝統的な組織は協同組合である。協同組合に対する国連の評価は、21世紀に入って格段に高まっている。基本的な要因は、1970年代以降の世界的規模での貧困と格差の拡大である。世界的な貧困化と格差拡大が平和の維持を困難にすると認識した国連は、2000年に国際社会の目標として「国連ミレニアム宣言」を採択し、「極度の貧困と飢餓の撲滅」を「ミレニアム開発目標」の第1目標とした。

日本の外務省は、この間の事情をつぎのように要約している。

「1980年代には、多くの途上国で市場経済メカニズムに依拠する構造調整政策を通じた開発手法が用いられましたが、この手法はしばしば順調に進まず、また貧困の悪化をも引き起こすことがありました。その反省もあり1990年代には貧困に関する関心が高まり、1995年の世界社会開発サミットでは、人間中心の社会開発を目指し、世界の絶対的貧困を半減させるという目標が提示されました」(外務省「ミレニアム開発目標とは」外務省ホームページ、2011年10月30日)。

「人間中心の社会開発を目指し、世界の絶対的貧困を半減させるという目標」を実現するために国連が重視したのは、地域住民の自主組織であった。貧困問題を解決するためには、大企業に依拠する経済成長だけでなく、地域社会に根ざす住民の自主組織、とりわけ互助組織としての協同組合の発展を支援する必要があると認識したのである。

そのため国連総会は2001年に「社会開発における協同組合」という決議を採択し、「協同組合を支援するような環境を確保し、協同組合の目標達

成の助けとなるよう、その可能性を保護・促進する観点から、適宜、協同組合の活動に適用される法制度の見直しを各国政府に奨励し、「社会開発目標の達成、特に貧困の撲滅と雇用の創出、社会的包摂の促進のために協同組合の可能性を開発」するよう、各国政府に求めた。

翌年の2002年にはILO（国際労働機関）の第90回総会が「協同組合の振興に関する勧告」（6月20日）を決議し、「均衡のとれた社会は、政府セクターと営利企業セクターだけでなく、協同組合、共済団体などを含む社会的セクターを必要とする。そのため、政府は、協同組合を支援するための政策と法的枠組みを提供すべきである」とする、斬新な社会観を示した。

協同組合に関する国連の評価はその後さらに高まり、2009年の国連総会決議「社会開発における協同組合」は、2012年を国際協同組合年と宣言し、「全加盟国並びに国際連合及びその他全ての関係者に対し、この国際年を機に協同組合を推進し、その社会経済開発に対する貢献に関する認知度を高めるよう奨励」した。

国連協同組合年を契機として、多くの国で協同組合の発展を目指す多様な試みがなされるようになった。たとえば2012年には、イギリスでは統一協同組合法が、韓国では協同組合基本法が成立した。

2013年9月には国連内に社会的・連帯経済推進委員会が設置された。同委員会は、「社会的・連帯経済促進のための大陸間ネットワーク」（RIPESS）、「社会的・連帯経済企業家国際フォーラム」（モンブラン会議）、「社会的・連帯経済国際推進グループ」などと密接に連携して活動している。

すでにスペイン、ポルトガル、メキシコ、エクアドル、フランスでは社会的連帯経済に関連する法律が施行されている。

2015年には、「ポスト2015開発アジェンダ」が、国連総会で採択された。17項目の持続的開発目標（～2030年）が示され、「我々は、小規模企業から多国籍企業、協同組合、市民社会組織や慈善団体等多岐にわたる民間部門が新アジェンダの実施における役割を有することを認知する」として、協同組合が特記された。

2016年には国連の教育科学文化機構（ユネスコ）が、「協同組合は、共通の利益と価値を通じてコミュニティをつくることができる組織であり、雇用創出、高齢者支援、都市活性化、再生可能エネルギー計画などの、さまざまな社会問題に対して解決策を生み出している」として、協同組合を無形文化遺産に指定した。

## 2. 韓国の事例

組合運動に対する国際的評価の高まりのなかで、世界各国で協同組合運動が進展している。

最近では、韓国の協同組合運動の進展が目覚ましい。2012年の国際協同組合年には協同組合基本法が成立した。その後、現在まで約1万の協同組合が協同組合基本法にもとづいて新設され、今や韓国は協同組合ブームの様相を呈している。2013年と2014年には「グローバル社会的経済フォーラム」（GSEF）がソウルで開催され、2013年には下記のような「ソウル宣言」が発表された。

「私たち参加者は、経済活動・社会活動・政治活動の中心に人間を置いた経済発展モデルが存在することを、強く再認識した。私たちは、それを社会的・連帯経済（SSE）と呼ぶ。」「社会的・連帯経済は、利潤増大を経済活動の主要目標としないすべての人びとを包含する。その発展のために、社会的・連帯経済は、自らの位置を私的セクターと公共セクターに並び立つ地点に想定しなければならない。」「社会的・連帯経済は参加型民主主義を活性化させる基盤である。」

2014年には国際組織としてグローバル社会的経済協議会が設立された。それにより、地方自治体のイニシャティブによる社会的経済の発展の試みが国際的にさらに進展した（金亨美「韓国における協同組合運動の新展開——協同組合基本法によって拓かれる新しい協同」『協同組合研究』35巻2号、2016年6月。ソウル宣言の会〔編集〕『『社会的経済』って何？』社会評論社、2015年、参照）。

「グローバル社会的経済フォーラム」の活動は、その後さらに国際的に発展し、2016年9月にはカナダで同フォーラムが開催された。62カ国、330の都市から1500人が参加し、「GSEF2016モント



リオール宣言」を採択し、社会的・連帯経済のグローバルな研究・普及組織(CITIES)を結成した。今回の「グローバル社会的経済フォーラム」は、2018年にスペインのビルバオ市で開催される。

### 3. ナショナルセンターの必要性

#### (1) ナショナルセンターだからできること

地域社会の活性化のためには地域住民自身による事業が必要だという国連の要請は、日本でも喫緊の実践課題となっている。住民組織間の連携のためには、協同組合が果たしうる役割が大きい。しかしながら、日本では新自由主義のグローバル化の進行に伴い、政府の農協攻撃にみられるように、協同組合の営利企業への転化が求められるような状況がある。この流れに抗することは、個々の協同組合の力では困難である。たとえば、生協なり農協などの個別の協同組合が協同組合全体を代表して協同組合運動が抱える共通課題に関して政府と交渉することは、不可能である。それゆえ、各種の協同組合が結集して協同組合のナショナルセンターを結成し、社会に対して協同組合のアイデンティティを明示し、市場と政府に対する独自の位置を明確にすることが必要となる。

協同組合のナショナルセンターの機能としては、①基礎組織に対する支援(基礎組織間の調整、経営支援、資金援助、情報の収集と発信、広報、人事交流、教育研修など)、②他の非営利・協同組織との連帯の強化、③協同組合運動の代表権の行使(共通政策の策定と対政府要請など)、④国際連帯の強化、などがある。

これらの機能のうち法制度を整備するためにとりわけ重要な機能は、協同組合運動の代表権の行使(共通政策の策定と対政府要請)である。協同組合運動を代表することによって政治的発言力を強化し、国家セクターと営利企業セクターの逸脱行動を規制する必要がある。

イギリスの例を見よう。

「2011年の12月、私たちコーペラティブUK(イギリス協同組合連合会)の理事会で、この(統一の協同組合法をつくる)キャンペーンのために2012年の『国際協同組合年』の12カ月を使うことを決めました。……それで、100ペー

ジもの案を1ページ両面にまとめ、キャメロン首相にアドバイスをもらいに行きました。保守党が好む右寄りの言葉も使いました。そして、私たちは、こう言ったのです。『これは規制緩和です。規制を取り除くのです。なぜなら17もの法律があるのですから、これらをひとつにするのです。そうすれば協同組合に有利になります』。そうすると、首相はこういいました。『うん、とてもいい』と。私たちはラッキーだったのです。2012年1月18日、そう国際協同組合年が始まってたったの18日目のことです。首相官邸へ行ってロビー活動をして必要な材料や証拠を集めての忙しい2週間でした。しかし、この早い段階から成功を確信することができていたので、私たちは2012年の国際協同組合年を謳歌したのでした」(コーペラティブUK事務局長デオ・メイヨの発言「英国協同組合運動の再生をめざした4年間に学ぶ：コーペラティブUK事務局長デオ・メイヨとの対話」『社会運動』412号、2014年7月、11-12ページ)。

日本においても協同組合運動発展のための法制度の整備を政府に要請する必要がある。法制度整備上で当面する重要な課題の第1は、後述する協同組合憲章草案の5原則を核とする協同組合憲章の策定と閣議決定、第2は、協同組合憲章を基盤とする協同組合基本法の制定、第3は、協同組合基本法にもとづく法制度の整備である。

#### (2) ローカルセンターの重要性

ナショナルセンターが結成され法制度が整備されたとしても、それだけでは不十分である。下から運動の支えがないと、その制度や組織が国家権力の影響下に置かれ、国家や市場に都合のよいように利用されかねない。

ソ連末期の協同組合法の事例をみよう。ゴルバチョフの指導下で、1985年にペレストロイカによる経済改革が始まり、協同組合促進の方針のもと1988年に私的な商業活動を容認する「ソ連協同組合法」(統一協同組合法)が制定された。価格統制からの自由化が始まり、既存企業に付随する形式での協同組合の設立が可能になった。しかし、その法制度は利益隠しに悪用され、闇経済が拡大した。その結果、値上げと物不足でインフレが進行

し、1991年に経済危機が深刻化した。

ナショナルセンターは、下からの運動の支えがないと安定化しない。ナショナルセンターの基盤となるのは、地域社会における各種協同組合の相互連携と協同組合のローカルセンターの結成である。

ローカルセンターの役割は、①地域の協同組合の要求の実現を図る、②協同組合の組合員の増加を図る、③協同組合間の連帯を強化する、④地域社会活性化のために地域の非営利・協同組織との連帯を強化する、⑤地方自治体への政策提言を行う、などである。

決定的に重要なのはナショナルセンターを支える現実の協同組合運動のあり方であり、法制度を現場で運用する実施主体のあり方である。その意味でも、ナショナルセンターとローカルセンターとの関係については、「下級の団体が果たしうる役割を、この団体から奪って、より広域の上級団体にゆだねることは、不正義であり、社会秩序をはなはだしく害し乱す」（カトリック法王、ピオ11世の1931年回勅）という「補完性原理」が重要となる。

ナショナルセンターを支えるローカルセンターの役割は重要である。天守閣がいくら立派でも強固な石垣がなければ、城は弱体である。最終的に城を守るのは人である（「人は城、人は石垣、人は堀」）。『レイドロー報告』によれば、協同組合は、「人と人を結びつけ、孤立社会をコミュニティに転換させるための社会的接着剤となりうる。」「協同組合の偉大な目的」は、地域社会において、「多様な協同組合が、人びとがもっている資源を見出し、それを活用し、生活上の問題を解決するのに貢献する」ことである（日本協同組合学会・訳編『西暦2000年における協同組合【レイドロー報告】』日本経済評論社、1989年、174-175ページ）。

#### 4. ナショナルセンターづくりの動向

##### (1) 2012国際協同組合年全国実行委員会と協同組合憲章

国連が定めた国際協同組合年（2012年）を実効あるものとするために、日本の協同組合陣営は、2010年8月に「2012国際協同組合年全国実行委員

会」（IYC 実行委員会）を結成した。その第1回会議で実行計画が検討されたさい、私は、「国連が掲げる3目標（協同組合の認知度の向上、協同組合運動の成長、政府の協同組合政策等の確立）を達成するために、協同組合運動の基本的なあり方を示す『協同組合憲章』の草案を策定し、協同組合憲章の制定を政府に働きかけてはどうか」という提案をした。

その提案が検討された結果、2010年12月に各種協同組合の代表者と学識経験者、総勢24名から成る協同組合憲章検討委員会が設立され、私が委員長に選出された。その後、原則月1回の委員会を開き、1年間の審議を経て協同組合憲章草案が策定された。

2011年7月に決定された憲章草案の第1次案は、各種協同組合において組織的協議がなされた。市民からのパブリックコメントも求めた。2012年1月、IYC 実行委員会は、憲章草案の最終案を決定し、政府等に協同組合憲章の設定を求めることを確認した（2012国際協同組合年全国実行委員会編著『協同組合憲章〔草案〕のめざすもの』家の光協会、2012年、参照）。

協同組合憲章草案は、現代日本における協同組合運動の意義を明らかにしたうえで、協同組合政策の基礎をなす原則を明らかにするよう政府に求めた。その原則に関わる部分は、以下のようである。

「政府は、協同組合政策に取り組むにあたって……以下の原則を尊重すべきである。

##### (1) 協同組合の価値と原則を尊重する

……ICAの「協同組合のアイデンティティに関する声明」（1995年）に盛り込まれた協同組合の価値と原則を尊重する。協同組合にさまざまな政策を適用する際は、協同組合の価値と原則に則った協同組合の特質に留意する。

##### (2) 協同組合の設立の自由を尊重する

協同組合制度は、すべての市民に開かれている。政府は、市民が協同組合を設立する自由を尊重する。

##### (3) 協同組合の自治と自立を尊重する

協同組合が積極的に自治と自立を確保・維持することを重視し、政府と協同組合との対等で効果的なパートナーシップを進める。

(4) 協同組合が地域社会の持続的発展に貢献することを重視する

協同組合が地域社会の持続的発展に貢献することをめざしている点を重視する。……

(5) 協同組合を、社会経済システムの有力な構成要素として位置付ける

これからの社会経済システムには、多くの人びとが自発的に事業や経営に参加できる公正で自由な仕組みが求められる。そのために、公的部門(セクター)と営利企業部門だけでなく、協同組合を含む民間の非営利部門の発展に留意する。」

## (2) 政府の対応

2012年1月、協同組合憲章草案がIYC実行委員会で採択されると直ちに、IYC実行委員会副代表であるJA全中の万歳章会長、日本生協連の浅田克己会長ほか、各協同組合全国機関代表者が官邸に赴き、藤村修官房長官、齋藤勁副長官と直接面談し、憲章草案を示し、政府として協同組合憲章を制定するように求めた。

同要望書に対する政府の姿勢は、「①憲章の閣議決定には相当の背景、準備が必要で一朝一夕には実現しない、②協同組合の各監督省庁が閣議決定の必要性を強く認識し、積極的に動く必要がある、③このため、各協同組合は、まずはそれぞれの監督省庁に対する働きかけを進めてほしい、とのものであった」(同上書、46ページ)。

政府の初期の対応はこのように素っ気ないものであった。しかし、憲章草案はその後、政府内で検討されたようで、同年6月26日、政府は「政府広報オンライン」において、「政府は……国民生活に重要な役割を果たしている協同組合の地域に根差した助け合い活動がさらに広がっていくよう、次のような基本的考え方で、協同組合の発展をできる限り後押ししていきます」と述べて、協同組合憲章草案が政府に求めた5つの原則のうち3つまでを、ほとんど文字通りに採択した。

協同組合憲章草案が提示した5原則のうち、政府が採択しなかった原則は、「協同組合の設立の自由を尊重する」と「協同組合の自治と自立を尊重する」である。今後は、草案が提唱する5原則を政府が実質的に認めるように運動を盛り上げる必要がある。協同組合憲章[草案]は、各種協同

組合が結集するための共通の旗印(各種協同組合の共通の理念を示すもの)となりうる。

なお、協同組合憲章草案は、対政府要請の1項目として、「協同組合政策の横断的な推進・調整が可能となる仕組みを行政内に設ける」ことを求めている。これに対応して協同組合運動側においても「協同組合政策の横断的な推進・調整が可能となる仕組み」(すなわちなショナルセンター)を設ける必要があるのは当然である。

## (3) 「協同労働の協同組合」法制定の進捗状況

協同組合憲章草案は、「政府の協同組合政策における行動指針」の第2項目「地域のニーズに即した新たな協同組合の設立を支援する」において、「協同労働の協同組合など、市民が協同して出資・経営・労働する協同組合のための法制度を整備する」ことを要請している。

これを受けて、2016年7月、旧民主党を中心として組織されていた協同組合振興研究議員連盟は、「これまでは協同組合憲章草案の国会決議を第一目的としてきたが、『協同労働の協同組合法』の制定を先行課題として協同組合基本法制定を目指す」という運動方針を明確にし、さらに推進組織を超党派議連として再編強化することを確認した。

2017年4月20日には、超党派の国会議員でつくる協同組合振興研究議員連盟が総会を開いて、議員連盟としては、①協同組合政策の確立を求める国会決議を目指す、②産業別ではなく協同組合全体を貫く法整備を検討する、③当面は働く者が自ら出資し経営するワーカーズコープ(労働者協同組合)法の制定を(議員立法で)目指すことを確認した。さらに、協同組合政策の確立を求める国会決議を目指すという問題に関しては、つぎの3点を柱とする国会決議素案が提示された。①協同組合の価値と原則を確認する、②地域社会への貢献や地域経済の有力な主体として協同組合を位置付ける、③協同組合を民間の非営利部門に位置付け、その発展に留意する。

見られるように、議員連盟が提示した3つの原則は、協同組合憲章草案が政府に要請した5原則のうちの第1原則、第3原則、第5原則を引き継いでいる。



2017年5月9日には与党の「協同労働の法制化に関するワーキングチーム」の第1回会合が開かれた。そこでは、「一億総活躍」「地方創生」等の施策を踏まえて、「なぜ法制化が必要なのか」が再確認され、今後、関係団体、有識者などのヒアリングを実施し、法案骨子などの検討を進めることが合意された。

## 5. ナショナルセンターづくりの現状

前述のように、IYC 実行委員会が2010年に結成されると、そこに各種協同組合の代表が結集して共通の事業に取り組むことになった。私は、「この貴重な機会を生かして協同組合の全国連合会を結成してはどうか」と、ことあるごとにIYC 実行委員会で発言した。しかし、農協や生協などの主要な協同組合の代表が「ナショナルセンター設立は時期尚早」と発言し、ナショナルセンター設立案は検討されることなく終わった。

しかし、TPP 反対運動をめぐる政府と農協が対立し、政府が農協を攻撃するようになってから、状況が変化し始めた。

2015年8月に改正農協法が成立し、全国農業協同組合中央会は2019年9月までに一般社団法人に移行する、そして農協は株式会社に変換が可能とされた。

中央会制度の改変を迫られたJA 全中は、改正農協法成立から約半年後の2016年3月に「中心的組織の組成を見通した協同組合連携の強化について」という文書を取りまとめ、つぎのように述べた。

「国際協同組合同年（IYC）を契機に世界的にも協同組合の評価は高まっている。……こうしたIYCの成果を踏まえ、日本における協同組合運動のさらなる発展を展望することが求められている。……このため、さまざまな分野の協同組合の連携をさらに深め、……協同組合の認知向上・発展に資するため、全国段階において協同組合間連携を担う中心的な組織（恒常的設置の法人）の組成が必要となっている。……『協同組合間連携を担う中心的組織』を組成するにあたっては、『一般社団法人JC 総研』がそうした組織になっていくことが、次の理由からも

っとも適していると考えられる。……協同組合全体に関わる組織である。……さまざまな種類の協同組合の参加に基づき運営されている。」

現在、ナショナルレベルにおける協同組合間連携に関わる組織としては、日本協同組合連絡協議会（JJC）と国際協同組合同年記念協同組合全国協議会（IYC 記念全国協議会）がある。

JJC は、1956年に設置され、現在、ICA（国際協同組合同盟）の会員組織15団体で構成されている。通常の活動は、ICAの窓口としての機能や毎年7月に開催する国際協同組合デー記念中央集会などの開催に限られている。IYC 記念全国協議会は、IYC 実行委員会の後継組織として2013年に設立され、現在25団体、協同組合の認知度の向上や学習活動に取り組んでいる。

現在、IYC 記念全国協議会を中心にして、関係者間で「協同組合間連携を担う中心的組織」の設立が検討されている。

JJC は、2016年10月に「日本の協同組合の連帯のあり方検討委員会」を設置し、2017年2月に「日本の協同組合の連帯のあり方検討委員会報告書」をとりまとめ、つぎのような方針案を提示した。

現体制は、協同組合の課題に取り組むためには不十分であり、日本の協同組合の共通の利益を代表する連携組織の充実が必要とされている。従来の連絡協議会という「緩やかな」協議会ではなく、「法人格」を有する組織が必要である。連携組織の機能としては、①政策提言・広報、②協同組合連携等（行政、NPO など他団体との連携、従来の枠組みに入らない、あらたな協同組合設立の支援などを含む）、③教育・研究がある。協同組合全体の調査・研究を行い現在実質的に事務局を担っているJC 総研に、新たな連携機能を担う方向で組織・事業再編成を依頼する。2017年4月にJJC 事務局をJC 総研に置く。組織改編の実施時期は2018年4月とする。

JJC のこの方針案は、2017年度に新設の「新たな連携組織準備委員会」で検討されることになっている。具体的な動きとしては、JJC とIYC 記念全国協議会の事務局業務を担当していたJA 全中が、すでに2016年4月からその業務をJC 総研に委託している。



## 結論

非営利・協同組織の世界的な規模での増加は1970年代から顕著になる。NPOの研究者であるサラモンは、非営利・協同組織の世界的な急増現象をグローバルな規模での「アソシエーション革命」(associational revolution)の進行として把握した(L.M.サラモン「福祉国家の衰退と非営利団体の台頭」『中央公論』1994年10月号)。

実現すべき近未来の社会は、自由、平等、連帯という3つの理念のバランスから成る社会である。すなわち、自由を理念とする市場セクター、平等を理念とする国家セクター、および連帯を理念とする非営利・協同セクターという3つのセクターのベストミックスから成る社会である。3つのセクターのそれぞれが、相互に緊張関係を保ちつつ、それぞれの最良の機能を果たすことによって、ベストミックスを図るような社会が必要である。

どのようにしてこのベストミックスをめざすか。現在の日本社会においては、市場セクターと

国家セクターが強大であり、非営利・協同セクターが弱小である。営利企業と国家の逸脱行為を民主的にコントロールするためには、非営利・協同セクターを拡大強化して連帯の力を強める必要がある。

協同組合ナショナルセンター結成後の課題としては、新設の協同組合ナショナルセンターと既存の「全国NPOセンター」とが連携して、非営利・協同センターをつくる必要がある。

非営利・協同総合研究所いのちとくらの「2017年度事業計画」には、「非営利・協同セクターの他の組織団体との交流を促進して、共同のテーマで共同行事などを実施する。ナショナルセンターづくりなど協同組合間協同や非営利・協同セクターの結集化について、できる限り協力していく」と書かれている。この事業計画は、本講演の直前に開催された研究所総会で承認された。研究所のますますの発展に期待するところ大である。

(とみざわ けんじ、一橋大学名誉教授、研究所顧問)

# 社会的連帯経済の出現—世界そして国連の動向—

(The Emergence of Social and Solidarity Economy in the world & at the UN)

パスカル・ファン・グリータイゼン  
訳・まとめ：今井 迪代

※本講演録は、2017年2月17日（金）に立教大学池袋キャンパスにて行った公開講演会「東アジアにおける社会的・連帯経済（SSE）の台頭」（主催：立教大学コミュニティ福祉研究所、共催：ソーシャル・エコノミー研究会、後援：国際公共経済学会（CIRIEC Japan））における、Griethuysen氏の講演部分概要をまとめたものである。なお、この公開講演会は、2016年度立教大学学術推進特別重点資金・国際会議助成「東アジアにおける連帯経済・社会的企業」国際会議の一環として実施された。

## 1. はじめに

皆さんこんにちは。本日はお招きいただき光栄です。はじめに、私が所属する国連社会開発研究所（United Nations Research Institute for Social Development、以下 UNRISD）についてご説明します。UNRISD は社会開発に関する研究と政策分析を行う機関として1963年に設立されました。事務局はスイス・ジュネーブにあります。最大の特徴は、あくまでも独立した研究機関であり、国連内部のプロセスについても批判的に検討することが可能ということです。資金面でも、国連本体からは一切の資金援助を受けていません。実際の研究活動では、国連関係の様々な機関や ILO 等の国際機関、学術団体や市民の草の根から作られた団体等と連携して、複数の調査プロジェクトを実施しています。なぜ本日、私がここにお招きいただいたかということ、私がアジアにおける社会的連帯経済の調査プロジェクトに関わっていたからで

す。UNRISD のスタッフは15人と非常に限られてい

るのですが、世界中の様々な1000人以上の研究者とパートナーシップを組み、研究に取り組んでいます。これまで約50年にわたり、政策議論や理論、そして実践に対して、批判的評価や革新的な視点を提示してきました。例えば国際政治や社会開発をめぐる議論の中では、「貧困」よりも「不平等」に焦点をあてる重要性を主張し、結果として持続可能な開発目標（以下、SDGs）の中にその観点が取り入れられることになりました。



これまでの UNRISD の取り組みは、社会開発や発展のあり方について改めて考え直す必要性に迫られているという、昨今の状況と連動しています。我々は近年の、持続可能な社会開発に関する議論の新たな盛り上がりを歓迎しています。この議論は古くは1970年代からあり、90年代、そして最近ではリオ+20<sup>1</sup>をきっかけとして、改めて注目されるようになってきたものです。こうした議

1 2012年6月にブラジルのリオデジャネイロで開催された、国連持続可能な開発会議の通称。

論の背景には、社会問題、環境問題、経済的な問題に対する多面的かつ統合的な新しいアプローチの必要性が高まっているということがあります。なぜなら、これらの各問題は相互に関連しており、単独に扱うことは不可能だからです。さらに2015年9月の国連サミットでは、皆さんもご存じのとおり、持続可能な開発のための2030年アジェンダ<sup>2</sup>が採択されました。これを実現することは非常に重要なことだと考えます。

## 2. UNRISD による社会的連帯経済への注目

他方で、以上のような国際的な議論においてだけでなく、新たな社会開発に向けた取り組みはすでにそれぞれの地域社会で行われています。我々はこうした実態に対しても強い関心を持ち、地域社会の人々が、個人的にせよ集合的にせよ、日々の生活の中で直面する課題にいかにか立ち向かっているのかについてもフォローしてきました。

先に述べたような国際的な議論と各地域社会におけるアクションとは、対応させて捉えてゆく必要があります。我々が社会的連帯経済に関心を持った理由の一つはここにあります。社会的連帯経済というのは非常に総称的な概念用語ではありますが、多様な担い手が多様な社会背景の中で取り組む多様な実践を包括的に捉えるためには便利なので、使用しています。我々は、様々な多様性および特殊性の下での実践から、いくつかの共通点を見出そうとしているのです。

社会的連帯経済に関して、我々が現時点で着目しているのは次のような点です。一つには労働者や生産者のコミュニティが、生産・交換・消費・分配、さらには融資のあり方を構成していることです。これらは明確な社会的目的を持っており、人間の基本的なニーズの充足、ケア・サービスや失業者の雇用、食の安全の確保等に焦点を当てています。さらに、それらは私欲のための競争に焦点を当てるのではなく、協同や連帯という価値に

基づいて実践が重ねられています。

また、トップダウンの経営システムや、利潤を分配しなくてはならないという点で株主からの制約を受けている企業と比べても、社会的連帯経済の特徴が見出されます。例えば「セルフ・マネジメント」は、多かれ少なかれ民主的な意思決定システムであるといえます。スペインのモンドラゴン協同組合企業体では、できる限り民主的な意思決定と民主的な所有が徹底されています。本日は限られた事例しかお話できませんが、これらを調査し、理解することの重要性はお伝えできたのではと思います。

もちろん、社会的連帯経済と呼ばれる実践の中には、地域社会の様々な課題に以前から取り組んできたいわゆる伝統的な実践も存在し、それもここ数十年の間に拡大しています。その背景として2点あります。一つは、当然ながら、とりわけグローバル化や新自由主義に伴う排除への対抗として、様々な国々で活動が広がっているということです。もう一つは、正直に言うなら、そのような実践の存在に気づかせてくれるような視点、分析方法が発展したということです。

世界中の実践からいくつかのデータをひろってみましょう。世界には約10億人の協同組合の組合員がいて、特にアフリカやラテンアメリカでは協同組合が新たな盛り上がりを見せています。ヨーロッパやアジアにおいては社会的企業の勃興も見られますし、インドでは200万人の女性グループが登場しています。その他、フェアトレードや連帯的な資金調達方法も世界的に広まっています。

モンドラゴンのような巨大な協同組合企業体は市場経済の中でも渡り合っていますし、ピア・カンペシーナ (La Via Campesina)<sup>3</sup>や国際社会的経済フォーラム (Global Social Economy Forum: 以下 GSEF) といった国際ネットワークは、世界中の様々な英知を結集しようとしています。

繰り返しになりますが、社会的連帯経済というのは全体を包括する概念であり、その中には実に様々な実践があります。すべてに共通して重要な

2 この中で、持続可能な世界を実現するために2030年までに達成すべき17のゴールと169のターゲットが記載された「持続可能な開発目標 (SDGs)」が定められた。なおこれは、2001年に策定された「ミレニアム開発目標 (MDGs)」の後継と位置づけられる。

点は、社会的連帯経済は文脈に埋め込まれているということ。つまり、我々は抽象的な財政の話でも利潤を最大化する計算式に関する話でもなく、危機に直面した具体的な人々による活動に関する話をしているのです。

### 3. 社会的連帯経済の特徴

人々は、現実の様々な困難に立ち向かうとき、金銭的な面だけを考慮して動くのではなく、善意・協力・ネットワークといった非金銭的な要素を含む非常に多様な資源を動員します。社会的連帯経済の実態を理解しようとする場合には、この点を考慮する必要があります。つまり金銭的・非金銭的要素の両方が絡んでいることから、社会的連帯経済は多面的な特徴を有すると言えます。

さらに言えば、社会的連帯経済はその性質からして、ハイブリットな特徴を有していると言えます。行政でもなく、かといって社会的な課題に立脚していることから完全に民間とも言えないのです。そして市場的な特徴と非市場的な特徴の両方を持っています。

市場で活動するからには、財政的な安定性確保のために利益を出してゆくことも必要なのですが、社会的連帯経済はそれ以上に、社会的な便益を重視します。例えば社会的排除への対応や、それにより社会的秩序を維持するといったことです。こうした社会的連帯経済が生み出す社会的便益をいかに可視化させるかについては、すでに多数の研究があります。社会的連帯経済のように、市場の領域にあてはまらない世界での活動があるということや、個人の起業家による事業であっても、それがコミュニティに根差している場合もあるということは、非常に興味深い点です。

他方で社会的連帯経済が、非市場の領域でも活動しているということは、時に市場とは異なる法制度に規定されている場合もあるという点も認識

する必要があります。政策や法制度環境により社会的連帯経済の活動がより活発になる場合もあれば、ある面で障害になることもあります。

それでは政府はいかにして、社会的連帯経済の活動を促進・支援することができるのでしょうか。まず政府は、社会的連帯経済や社会的企業の可能性を認知する必要があります。それは多くの場合、明確でわかりやすいものではありませんが、そこから取り組むことが必要です。

続いて、社会的連帯経済をいかに支援するかを考える前に、何か障害になっているものはないかを考えるべきです。例えば財源確保の上で障害となっているものや、活動を制限する特定の規制等についてです。

そして重要なのは、社会的連帯経済の担い手の自立性を尊重することです。我々はしばしば、政府が支援すべきと考えてしまうのですが、これは必ずしも正しくありません。なぜなら、公的な政策や支援に依存してしまう結果を招きかねないからです。それは長期的に見て持続可能ではありません。特に政権交代や政策の変化がある場合にはなおさらです。本当の意味で自律した担い手がいて初めて、社会的連帯経済と行政とのパートナーシップを考えることができます。

### 4. 社会的連帯経済を取り巻く国際動向とSDGsとの関わり

我々はとりわけ、経済発展や社会開発のオルタナティブなモデルを追求してきた国々における社会的連帯経済に関心を持ち、調査研究を進めています。UNRISDではまず、2012年の初めから2013年にかけて、社会的連帯経済に関する内部調査を始めました。その中で我々は、社会的連帯経済に関する議論を国連本体に持ちこみ、その重要性を示してゆくことが必要だと気づいたのです。なぜならばかつて他のどの機関も、こうした課題に言

3 ビア・カンペシーナ(La Via Campesina)は「農民の道」を意味するスペイン語。世界各国の中小農業者、農業従事者からなる国際組織。女性農業者や先住民、季節労働者等も参加している。輸入のためではなく自国民のために食料を作る権利「食料主権」の主張や、小規模で持続可能な農業の促進等の運動を展開している。現在、79か国の164の農業組織により構成されており、合計2億人以上の農業従事者が加盟。(参照) <https://viacampesina.org/en/>(2017年8月20日現在)



及していないか、あるいはオルタナティブなモデルとしての社会的連帯経済の実態をきちんと見ることなく、その一側面に言及しているだけに過ぎなかったからです。

そこで我々は2013年5月に、「社会的連帯経済の可能性と限界」と題した国際会議を開催しました。それは国連において、社会的連帯経済に焦点を当てた初めての会議となりました。その成果として2013年9月に、「社会的連帯経済に関する組織間タスクフォース (UN Inter-Agency Task Force on Social and Solidarity Economy、以下 TFSSE)」が設

立されたのです。5月の国際会議からたった数か月後の出来事でした。これらの経緯については、すべて我々のウェブサイトに掲載されています<sup>4</sup>。

TFSSEは、19の組織により構成されています。主には国連関係の組織が中心で、UNRISDの他は、特にILO (国際労働機関)、FAO (国連食糧農業機関)、UN DESA (国連経済社会局) 等が積極的です。国連以外の国際組織としてはOECD (経済開発協力機構)も参加しています。その他にオブザーバー組織として、市民社会を代表する様々な組織や学術関係のネットワークも入っています<sup>5</sup>。

#### (資料1) 社会的連帯経済とSDGs<sup>6</sup>との相互関係

| 社会的連帯経済が介在する主な領域  | SDGs との対応                        |
|---|----------------------------------|
| インフォーマル経済からディーセントワークへの移行<br>(The transition from informal economy to decent work) | SDG1, SDG4, SDG8, SDG10          |
| 経済と社会のグリーン化<br>(Greening the economy and society)                                 | SDG12, SDG13, SDG14, SDG15       |
| 地域経済発展<br>(Local economic development)  | SDG7, SDG 9                      |
| 持続可能な都市と住居地<br>(Sustainable cities and human settlements)                         | SDG6, SDG11, SDG14, SDG15, SDG16 |
| 女性のウェル・ビーイングの実現とエンパワメント<br>(Women's well-being and empowerment)                   | SDG5, SDG 4                      |
| 食の安全と小規模自作農のエンパワメント<br>(Food security and smallholder empowerment)                | SDG 2                            |
| ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(※1)<br>(Universal health coverage)                               | SDG 3                            |
| トランスフォーマティブ・ファイナンス(※2)<br>(Transformative finance)                                | SDG17                            |

(Griethuysen 氏による当日発表資料スライド12より)

- (※1) ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ：すべての人が、適切な健康増進、予防、治療、機能回復に関するサービスを、支払い可能な費用で受けられること。
- (※2) トランスフォーマティブ・ファイナンス：利潤追求や競争原理に基づいた経済・社会から、共生の原理やコミュニティを基盤としたそれへの移行（トランスフォーム）を目指す金融の仕組み。例えばコミュニティバンク、マイクロファイナンスの実践を指す。

4 (参照)TFSSE ウェブサイト：<http://unsse.org/>(2017年8月20日現在)

5 TFSSEの構成組織の一覧については、TFSSEウェブサイトの「WHO」の項を参照。正規の構成組織であるメンバーと、適宜 TFSSE における議論について意見を出すオブザーバーに分かれる。(参照)[http://unsse.org/?page\\_id=4](http://unsse.org/?page_id=4) (2017年8月20日現在)

6 表右側の「SDG」の後に振ってある番号は、SDGs の17の目標と対応している。17の目標それぞれの内容は次の通り。目標1：貧困をなくそう、目標2：飢餓をゼロに、目標3：すべての人に健康と福祉を、目標4：質の高い教育をみんなに、目標5：ジェンダー平等を実現しよう、目標6：安全な水とトイレをみんなに、目標7：エネルギーをみんなにそしてクリーンに、目標8：働きがいも経済成長も、目標9：産業と技術革新の基盤をつくろう、目標10：人や国の不平等をなくそう、目標11：住み続けられるまちづくりを、目標12：つくる責任つかう責任、目標13：気候変動に具体的な対策を、目標14：海の豊かさを守ろう、目標15：陸の豊かさも守ろう、目標16：平和と公正をすべての人に、目標17：パートナーシップで目標を達成しよう(参照)国際連合広報センターウェブサイト：[http://www.unic.or.jp/activities/economic\\_social\\_development/sustainable\\_development/2030agenda/](http://www.unic.or.jp/activities/economic_social_development/sustainable_development/2030agenda/)(2017年8月20日現在)

TFSSSEの主な役割は、社会的連帯経済の認知度向上と促進、各種ネットワークの強化、支援策の検討、そして社会的連帯経済が活動しやすい環境づくりです。国際的な報告書作成のコーディネーターや各種パートナーシップの創出・強化にも取り組んでいます。これらのすべてを我々だけが行うのではなく、様々な資源を活用し、各種機関とも連携しながら進めています。

TFSSSEは2013年9月に立ち上がりましたが、国際レベルにおける唯一の主体というわけではなく、同年11月に立ち上がった社会的連帯経済に関する国際リーディンググループ（International Leading Group on SSE、以下ILGSSE）と連動して動いています。ここには、フランス、モロッコ、エクアドル、コロンビア、コスタリカ等が参加しており、社会的連帯経済を新しい発展モデルの一つとして推進してゆくことに取り組んでいます。

次に、社会的連帯経済とSDGsとの相互関係についてご紹介させていただきます（資料1）。左側に記載した社会的連帯経済の実践と、右側に記載したSDGsの各項目で、相互に対応する部分が多くあることがわかります。時間の都合上詳しくは説明できませんが、例えば地域経済の発展、食の安全等、トランスフォーマティブ・ファイナンス、社会的連帯経済の重要な実践の数々が、SDGsの達成に向けた重要な要素となっているのです。

さらに2015年10月に採択された「都市食料政策ミラノ協定（Milan Urban Food Policy Pact）」でも、持続可能な開発を目指すにあたっての社会的連帯経済の重要性が認識されました。そして2016年10月にエクアドルの首都・キトで開催された第3回国連人間居住会議（ハビタット3）では、都市部における新たな統治の仕組みとして社会的連帯経済を促進し、機能させてゆく重要性が認識されました。この点については、同会議最終日に採択された「ニュー・アーバン・アジェンダ」の第3条（Article III）に反映されています。

## 5. 各地域における社会的連帯経済への注目と法制度化

以上が社会的連帯経済をめぐるの、とりわけSDGsに関連した国際的な動向でしたが、各地域

においても社会的連帯経済への認知が進んでいます。EUではすでに1990年代に社会的経済が認知されており、2015年にはEUの雇用・社会問題理事会在が採択したルクセンブルク議長声明において、欧州における経済発展に向けた重要な要素の一つとして社会的経済を推進すると決まりました。こうしたことは非常に見えにくい動きではありますが、社会的経済が近年、一般的な政策アプローチの一つになりつつあるということを示しています。同様のことはすでにラテンアメリカ諸国、例えばブラジル、エクアドル、アルゼンチンでも見られます。またアジアにおいてもASEANが、地域統合や貧困緩和、そして雇用創出に向けた手段として、2016年に社会的連帯経済を認知しています。

いくつかの国では、社会的連帯経済に関する特定の省庁がつくられています。例えばコロンビア、マリ、モロッコ、ベネズエラ、そしてギリシャです。また他に、特定の省庁はないにせよ、既存の省庁と密接に結びついた社会的連帯経済に関する部会を設けている国もあります。それはアルゼンチン、ブラジル、コスタリカ、韓国、ルクセンブルグ、フランス、香港などです。法制度の中に社会的連帯経済を組み入れる方法で決定的なのは、憲法を構成するものの一つとして社会的連帯経済の要素を入れ込むことです。この点ではアルゼンチンが、ラテンアメリカ諸国の中で特に重要な取り組みをしています。その他コロンビア、ベネズエラ、エクアドル、ボリビアでも、社会的経済ないしは連帯経済という言葉が憲法の中に組み込まれています。これは非常に重要な点です。なぜなら憲法は、政権が変わっても基本的には残るものだからです。これに比べると、今のブラジルの状況は非常にやっかいなものです<sup>7</sup>。

その次に効力の高いものとして、枠組み法として組み込む方法もあります。つまり、社会的連帯経済を促進する単一の法ではないけれども、いくつかの制度を組み合わせ、社会的連帯経済を支援・強化してゆく、というものです。こうした方法をとっている、あるいはとろうとしている国もいくつかあります（資料2）。

以上のように、社会的連帯経済に関する政府機関や法的枠組みが作られることで、社会的連帯経済

(資料2)各国の社会的連帯経済に関する法制度整備について

|                  |  |
|------------------|--|
| 国家機関の設置          | INAES(アルゼンチン、メキシコ)、SENAES(ブラジル)、UAEOS(コロンビア)、社会的企業振興院(韓国)  |
| 憲法改正             | コロンビア(1991)、ベネズエラ(1999)、エクアドル(2008)、ボリビア(2009)   |
| 社会的連帯経済の枠組み法     | コロンビア(1998)、スペイン(2011)、エクアドル(2012)、メキシコ(2012)、ポルトガル(2013)、フランス(2014)、ギリシャ(2011および2016)、ボリビア(2008、しかし未批准) |
| 州・地域・市区町村単位での法制化 | ブラジル、アルゼンチン  |

(Griethuysen氏による当日発表資料スライド p.15)

済が信頼性を獲得しやすくなるなど、非常に貴重な影響をもたらされます。他方で、私があえてブラジルの例に触れた通り、政権交代により状況が大きく変わるといこともあります。こうした例から我々は、社会的連帯経済の持続可能性の確保、そして特定の政党に依存することの危うさについて、改めて考えなくてはなりません。ひっくり返されかねない法制度の中だけでなく、憲法の中に、

社会的連帯経済の要素を入れ込むことが重要なのです。

## 6. 社会的連帯経済の真の推進に向けて

最後に、様々な状況の中で社会的連帯経済の支援を考える際に考慮すべきいくつかの点について



立教大学での当日の様子

7 ブラジルでは労働者党政権下において、2003年に労働雇用省内に連帯経済局が設立され、社会的連帯経済の推進が積極的に行われていたが、2016年にジルマ・ルセフが罷免されたことにより左派政権が終わり、ブラジル民主運動党のミシェル・テメル(中道右派)が政権についたことで、同局の規模も縮小し連帯経済に対して逆風となる状況に陥った。

述べます。社会的連帯経済の実際の活動に関しては、独自財源を持つこと、なおかつ財源の安定性を確保することが重要です。これは活動を活発にするためだけでなく、行政の支援に頼りきらないようにするためです。なぜなら、それは非常に依存性が強く、もしそれがなくなった場合、どんなに事業が社会的なもので価値のあるものであったとしても、たやすく倒産に至るからです。それに伴う影響は非常に恐ろしいものです。

行政からの支援を受けることは、それ自体ですである種の挑戦です。だからこそ我々は、協働で政策を作ってゆくことをより考えてゆく必要があるのです。社会的連帯経済の担い手と行政の担い手の双方の専門性を有効に活用することで、より安定したアプローチを見出すことができるでしょう。

次に、政治的な環境に対応する力（レジリエンス）です。このことはまさにブラジルの事例から得られる視点です。政権交代による様々な変化や支援の削減に、社会的連帯経済はどのように対応してゆけばよいのでしょうか。さらに言えば多様な制度環境の中で、どのように安定性を確保してゆけばよいのでしょうか。これに対しては、法制度や憲法での規定を強化することももちろんです

が、様々なタイプの組織によるネットワークを持つことで、変化があったとしてもゆるやかに対応できると思われます。

最後に、これはEUで少々見受けられるのですが、もっぱら事業収入に焦点を当てるソーシャルビジネスに資金支援が限定され、社会的連帯経済の多様性や豊かさがある種のソーシャルビジネスに矮小化される傾向がある点です。これは時に問題となります。なぜならこうした状況は、社会的連帯経済の多様性や、地域の多様な人々による創造性を失わせるからです。我々は、費用（コスト）と便益（ベネフィット）を天秤にかけるような考え方について陥りがちですし、複雑な事柄を安易に簡略化して理解するのではなく、社会生活の複雑な要素を多面的に考える必要性を忘れてしまいがちです。これも克服すべき課題として、きちんと認識されるべきです。

以上で私の報告を終わりにします。ご清聴ありがとうございました。

（Pascal van Griethuysen、国連社会開発研究所（UNRISD）客員研究員；いまい みちよ、帝京大学非常勤講師）



## 研究者として非営利・協同の実践に携わること

### —角瀬保雄氏へのインタビュー記録から—

#### 企画趣旨

本企画は、若手研究者から先輩研究者に対するライフ・ヒストリーを中心とするインタビューを記録し、連載企画として所報に掲載するものである。先輩研究者は、いかなる歴史的背景の中で研究に着手し、実践に寄り添いながら研究を発展させてこられたのか。著書や論文を読むだけではわからない、先輩方が研究にかけてこられた想いに目を向けることで、非営利・協同研究の背景を理解する契機をつくりたいと考えた。

私たちは本企画を2016年10月に発案し、11月の理事会で承認された。企画段階からこの度の掲載まで時間がかかってしまい、関係者に大変ご迷惑をおかけしたことをこの場を借りてお詫び申し上げますと同時に、インタビューにご協力頂いた諸先輩方に感謝申し上げます。

事務局担当 竹野ユキコ、久保ゆりえ

本企画の記念すべき第1回は、非営利・協同総研いのちとくらしの設立時の理事長で現在は名誉理事長・顧問であられる角瀬保雄氏へのインタビュー（2016年12月1日、於・角瀬氏自宅）を掲載することとした。角瀬氏は、会計の専門家として民主的経営の理論化に貢献した第一人者であるが、同時に、非営利・協同組織のシンクタンクの役員という立場を通じて実践の現場にも大きな貢献を残してこられた。角瀬氏と非営利・協同組織研究との出会いに始まり、非営利・協同組織間のネットワーク形成にかかる課題、そして最後に、この10年ほどの間に様々な視座から研究の蓄積がなされてきた「社会的企業」概念に関して氏が最近お考えになっていることをうかがった。

（明治大学大学院商学研究科博士後期過程・久保ゆりえ）

#### ■角瀬保雄氏の学生時代 ：会計士を経て学問の道へ

——先生が最初に本格的に着手されたご研究は、中国会計制度に関わるものであったとうかがいました。このような研究にご関心をもちましたきっかけは何だったのでしょうか。

【角瀬】私は高等学校時代から会計の勉強をしており、続けて勉強するために早稲田の商学部に入ったのですが、当時日本の大学は大変な時代でした。ちょうど昭和27年5月1日の血のメーデーがあったり、早大五八事件があったり…そういう中

で、世の中の動向について考えを巡らせざるを得ない状況でした。

私の最初の研究がなぜ中国に関連するか、ということですが、当時中国は革命後の大きな変化の時代にあり、資本主義に則った民主主義とは異なる「新民主主義」ということがいわれていました。会計においても「新民主主義会計」ということが話題になっていました。大阪市立大学の紀要で『経営研究』という専門分野ではかなり名の通った紀要がありますが、そこに中国人研究者が書いた新しい会計学の論文をたまたま見つけ、私も大変それに興味を持ちました。

しかしそれまで自分が勉強してきたことと「新

民主主義」会計の議論を一挙に結びつけることは難しいわけで、辿るべき研究のルートを模索しました。新民主主義の会計が必要となるのは、中小企業なのではないかと考え、中小企業研究会というものをつくりました。

——中小企業の会計を研究テーマにしている方は周囲に多くいらっしゃったのですか。

**【角瀬】** 学者の研究団体というのはどこの大学にもありますが、早稲田には当時、社会科学研究会というものがありませんでした。マルクスやレーニンの文献を勉強していて、私も入学当初からその方向で勉強を始めました。研究会の先輩方は、「今後会計というものが大変重要になるが、それに通じた人はあまりいないので、君がそういう方面の研究を深めれば将来きっと役に立つ」と言っていました。実際、企業では簿記や会計が盛んに活用されていましたが、いわゆる社会運動の領域ではまったく勉強している人がいませんでした。

実態調査や合宿をしながら色々なかたちの研究を進め、やがて大学を卒業することになりました。ちょうど明治大学に社会主義の会計を研究している先生がいるということで、私は卒業と同時に明治大学の大学院に飛び込んでいきました。当時明治大学には修士課程しかなく、2年間研究した後、どうするかを考える必要がありました。東大や一橋では、いわゆる「体制的な簿記・会計」の研究が盛んになってきていました。その中で、「二番煎じをやってもしょうがない」と思い、私は公認会計士の実務の勉強することに決めました。

会計の実務を3年間くらい続け、仲間うちにも会計士として実務のベテランになれる人が何人か生まれてきました。しかし、実務と理論を両方やっている人はほとんどいないことに気づきました。どうしても実務中心で、理論のほう弱い、と。私は理論面でこれまでの実務を補強していく必要があると思いました。

当時、職業会計人の間でお互いの研鑽のためにガリ版刷りの機関誌『税経新報』というのを何年か続けてつくってました。機関誌の上で議論をたたかわせていく中で、批判経営学あるいは批判会計学という、自分の生きる道を見つけていった

のです。たまたま法政大学で若い研究者を募集しているという情報を得て、チャレンジしてみようと思いました。幸いなことに当時の先生方のお眼鏡に適い、法政大学の博士後期過程に入学し、再び学問的な面から経営をみる機会を得たことになりました。

## ■非営利・協同組織研究との出会い

——「非営利・協同」に関わる研究とは、どういったところで接点が出てきたのでしょうか。

**【角瀬】** ちょうどその当時は労働組合運動が盛んになっており、私も関心をもつようになっていきました。組合運動の現場の人たちから援助を求められて、労働争議あるいは経営問題を取り上げるようになっていきました。労働運動のなかで簿記や会計をやる人というのは少なかったもので、私は貴重なものとして尊重されていきました。そこで一つの新しい方向が開けてくるんです。当時慶應大学の教員だった黒川俊雄という労働問題研究の牽引者の方を中心とした研究会がありました。私も誰に誘われたのか、たまたまその研究会に参加するようになったわけです。

時をほぼ同じくして、労働運動をやっていた人たちが今までの「仕事よこせ」という形の運動だけでは満足できずに新しい方向を模索し始めました。これが、日本での労働者協同組合運動の始まりだったというわけです。ここまでが序論的な話で、これから本題になるんです。

労働者が生産協同組合といったものをつくることについて、まだ初歩的な段階でしたが、この実践や研究を本格的なものにしていくための組織として、黒川先生を中心に協同総研というのをつくることになりました。若い人たちが中心なんです。労働運動の実践家のなかからは中西五洲さんという全日自労の指導者が生まれてきました。協同総研理事長は黒川先生、副理事長として実践家からは中西五洲さん…どうということからか、私も副理事長の一人になってくれと言われ、役職に据えられてしまった。私は学生時代は労働運動とはあまり縁がなかったのですが、中途半端なことは

やりませんので、この時から一生懸命に勉強をして、一応その役目を果たしていくことになります。

——協同総研立ち上げの時は、角瀬先生がおいくつくらいの時ということになりますか。黒川先生の研究会も若手が多く集まったとのことですが。

**【角瀬】** まだ大学の助手から助教授になったばかりですね。他のメンバーには学生運動をやっている普通の企業では仕事ができず、協同組合の専務や労働組合の書記になっている人たちもいました。学生運動で培ってきた経験を活かして、組織活動などをやっていく、と。他方、首を切られる労働者も多くでてきて、運動の経験があっても理論的な面では十分ではないという現実が見えてくるようになりました。そこで運動家と研究者が手を結ぶことになるんですね。

大学時代に私と一緒に運動をしてきた連中も、各方面の協同組合運動に参加していきました。例えば購買生協の幹部になった岡本好廣さん、労金協会という労働金庫には杉本時哉さん、信用金庫・金融協同組合には平石裕一さん、それからトラック運送業に参入したつばさ流通という組織がありますがこれは小西明さん。みんな早稲田の出身なんです。

話は戻りますが、協同総研には全国から若い人がたくさん集まり、大変活発な運動を展開することになりました。例えば菅野正純さん。もうお亡くなりになりましたが、横浜市立大学を卒業し、協同総研の専務理事になりました。あとは学生運動の全学連から手島繁一さんも参加しました。北大を出て、法政の大学院に入って、今は北海道に帰っているようですが。

——協同総研は2016年でちょうど設立25周年ですね。

**【角瀬】** 『協同の発見』という協同総研の機関誌に、協同集会の記録が残っています。これを見ると、昔のことを思い出すんですね。一番最初の協同集会は、明治大学の教養部、生田校舎ですね、あそこを借りてやったんです。「いま、協同を問う」という大きなタイトルで、いろんな学者や運動家

を集めて。たしか民医連の高柳先生も、民医連を代表してこの集会で挨拶をされていると思います。それから一定の間隔をおいて全国各地で会が開かれたことが、『協同の発見』2016年11月号に載っていて、資料的にも大変貴重なものです。

協同総研は、このような協同集会をはじめとして、いろいろな社会問題をいち早く取り上げて人々を結集するというセンスに富んでいる人が多いですね。最近労協連では、一般社団法人日本社会連帯機構という団体をつくったり、一般社団法人日本フロンティアネットワークとの共催でイベントを開催したりすることもあるようですが、私にとっては、地道に研究をするのが協同総研だ、というような印象の方が強いですね。協同総研は、いわば労働者協同組合運動の広告塔だと言っているかと思うんです。

この運動とからんでもう一つ、労働総研というものもあります。これは全労連のナショナルセンター、そのシンクタンクとして設けられました。こちらは代表理事として、黒川先生と、それから関西からは戸木田嘉久先生が関わっていました。民医連では東北大学にいた日野秀逸さんも常任理事になっていましたね。私もまた常任理事の一人に据えられているんです。こちらの方は、労働運動のサイドに重点を置いている。労働総研と協同総研は、似たようでありながら、今日に至るまで両者が手を組んだというのは聞いたことがないという。

## ■近年の非営利・協同の実践や研究に関して

**【角瀬】** 協同総研では、労協法制定にむけた運動もやっています。労働者協同組合に「協同労働の協同組合」という法人格を与えようというこの法制化の運動は、一時期かなり高揚をみせました。一時期は自民党から共産党まで法律をつくることに賛成だ、として、賛同する議員の組織化にも成功していました。この代表になっていたのは電力労連の会長の笹森清さんでしたが、この方が突然病気でお亡くなりになって、運動も下火になったことがありましたね。世界各国の運動にも共通してみられることですが、協同組合と言いつつも

結局は、指導者によって左右される、旗を振っている人にしたがってだけの組合員の存在というか、そういうレベルを抜けるためにどうしたらいいかを考える必要があるかもしれません。

そもそも「協同労働」とは何かという議論について、意見の一致をみたとも言い難いですね。協同労働という言葉を使っても、実際には一人ひとりが対等な立場で参加しているとは言い切れない。使う者と使われる者の区別がないということを経験しながら、実際には使う側が生まれてきていることがありはしないか…。

このように考えると、協同組合と会社との違いというのが問題になります。会社は、所有・経営・労働という3つの要素から成り立っている。私のみるところでは、この3要素は協同組合にもあるんじゃないかと思います。例えば生協をとってみても、生協の理事長、中間管理職、一般組合員といったように。組合員は生協ではものを買うお客様でもあり、一メンバーにすぎないという難しい問題になるわけです。

一つの組織を例にとった場合にはこうですが、他方で混合医療の場合はどうでしょう。保険診療と自費負担診療を混合するという事は、営利の医療と非営利の医療がごっちゃになっている。医療だけでなくケアもそうです。介護施設は、必ずしも非営利組織ではなく、営利目的の株式会社もあるわけです。

——以前から先生は、企業が協同組合に似てきたり、協同組合が企業に似てきたりといったこともあるとおっしゃっていましたね。また、『企業とは何か』という近著では、「社会的企業」という概念に言及されていました。この概念の捉え方について、日本とヨーロッパでは異なる部分があるのではないかと書かれていましたが。

**【角瀬】** 日本の場合、違いということがあまり問題にならない。最初から2つのものを別のものと見る捉え方が一般的かと思います。しかし実は共

通しているんだ、というのが私の考えです。協同組合が普通の会社になってしまったり、普通の会社が実は中身が協同組合的になっていたり。

私は、株式会社と協同組合は、そんなに変わらないのではないかという考え方を前からもっています。社会的企業という概念も、いわゆる大企業を外しては議論できないものだと考えています。しかしそういうふうになると、しらけてしまうかもしれません（笑）。

——法人形態などにかかわらず、経営体というのは、人間を大事にするとか、環境を大事にするとか、といった共通の軸をもって判断するべきなんだろうと思います。

ところで先生は協同総研などを通じて、研究者だけでなく実践の方々とも広くお付き合いをなさってきたわけですよね。実践の方たちと議論をする中で、意見が合わないことがあったり、あるいは利用されているという感覚に陥ったりなど、大変な思いをされることもありましたか。

**【角瀬】** 実践家の方々には、小さいものだとしても一つの組織のボスとして、組織をまとめることができる人たちですよね。私たちの場合は、個人としてもものを持っているというか、そういった違いだけでしょうね。また、利用されているといった気持ちにはならず、社会的な要請があればそれに応えていく、実を結ぶかどうかかわからなくても、その時々状況に応じてできる範囲のことをやっていく、といった感じですね。

——様々な研究所に関わったりなどされると、非常にお忙しいだろうと考えておりましたが、社会的要請にお応えになることを第一義にしてこられたのですね。先生のように物事に真摯に淡々と取り組めるよう、見習わなければと思いました。本日はお時間を頂き、本当にありがとうございました。



年表 角瀬保雄氏略歴と社会動向<sup>1</sup>

| 年    | 角瀬氏略歴  | 社会動向   |
|------|--|--|
| 1932 | 東京に生まれる。1945年には東京大空襲を経験。                               |  |
| 1950 |  | 朝鮮戦争 勃発  |
| 1951 |  | 早大五・八事件  |
| 1952 | 東京都立芝商業高等学校 卒業   | 「血のメーデー事件」   |
| 1953 | →早稲田大学第一商学部 入学   | 三井鉱山労働争議   |
|      | ・社会科学研究会（チューターに古在由重・豊田四郎）<br>・中小企業研究会（関東各地の地場産業の実態調査も） | 全日本民主医療機関連合会（全日本民<br>医連）結成                           |
| 1954 | ・早大生協 学生監事   | 近江絹糸人権闘争   |
| 1956 | 大学卒業→明治大学大学院商学研究科 修士課程入学                               | 日鋼室蘭争議   |
| 1958 | 明治大学大学院卒業（商学修士）→公認会計士事務所入所                             |  |
| 1959 |  | 三池争議（1960年まで）  |
| 1961 | 会計事務所を退所   |  |
|      | →法政大学大学院社会科学研究科経済学専攻・博士課程入学。同年、法政大学経営学部研究助手に。          |  |
| 1964 | 法政大学経営学部 専任講師  |  |
| 1966 | 法政大学経営学部 助教授   |  |
| 1969 | 『マルクス会計学』（共著）公刊  | 1968～1988年頃 先進諸国で学生運動<br>の隆盛（エコロジー運動、フェミニズ<br>ム運動など） |
| 1973 | 法政大学経営学部 教授  |  |
| 1978 | 『経済民主主義と企業会計』（単著）公刊                                    |  |
| 1980 | 『現代日本企業と民主化問題』（編著）公刊                                   |  |
| 1986 | 『新しい会計学』（単著）公刊   |  |
| 1989 | 労働総研監事に就任  | 労働運動総合研究所（労働総研）設立<br>東欧革命                            |
| 1991 | 協同総研副理事長に就任  | 協同総合研究所（協同総研） 設立<br>ソ連崩壊                             |
| 1995 | 『現代会計基準論』（博士論文）公刊                                      |  |
| 1996 | 京都大学博士（経済学）学位取得  |  |
| 1999 | 『非営利・協同組織の経営』（編著）公刊                                    |  |
| 2000 | 『非営利・協同と民主的医療機関』（単著）公刊                                 |  |
| 2002 | 非営利・協同総研いのちとくらし理事長に就任                                  | 非営利・協同総研いのちとくらし 設立                                   |
| 2003 | 法政大学経営学部 退職  |  |
| 2005 | 『企業とは何か—企業統治と企業の社会的責任を考える—』（単著）公刊                      |  |
| 2007 | 『日本の医療はどこへいく—「医療構造改革」と非営利・協同』（監修）公刊                    |  |
| 2013 | 『医療と地域社会のゆくえ—震災後の国で』（監修）公刊                             |  |

1 インタビューで言及された略歴・社会動向を中心に、『経営志林』（法政大学経営学会）、第39巻4号、2003年1月、215—229頁に掲載の「角瀬保雄教授略歴と主要著作」ならびに非営利・協同総研いのちとくらし「研究所ニュース」No.3掲載の「角瀬先生 慰労と激励のつどい」を参考に作成。近著等を加筆した。

## 〈医療政策・研究史〉(18)

# 世代的重なるのなかでの学習

野村 拓

### ●年齢差70年の学習会

「医療政策学校」の前身ともいえるべき「国民医療研究所・21世紀プロジェクトチーム」が活躍した1990年代後半に、院生・若手研究者だった世代は、やがて大学教授や准教授となって、教え子を「学習会」に送りこんでくるようになった。

2015年の夏合宿には、四大生の参加が多かったので、急遽、報告内容を変更して障子紙を貼り合わせたような紙に「四大生用・学習アンテナ」を書いて示した。ヨコ方向に「人間の可能性」「『再生産』というとらえかた」「可能性の比較史」「在来型『医学史』への補強的事項」の4項目、タテ方向には17世紀から21世紀までの5つのます目を設けたもので、後に多少、手を加えて、本連載11回目で紹介した。若い世代は情報機器による検索はお手のものだが、情報が貼りつく「骨組み」「アンテナ」のようなものを用意しなさい、という意味であった。このとき、参加した低学年の四大生と私との年齢差は70年、要介護老人とケアラーとの関係ではなく、横並びの学習会参加者として70年の世代幅は「志のバトンタッチ」もふくめて、なにかと意味を持ちうるのではないか。

まず、世代差を端的に物語る事例を掲げよう。〈図1〉は私が生まれたころの出版物『人造気候』で発行年の記載がないが、推定で昭和2年か3年。表紙には「石原教授蔵書印」のようなものが捺されているが、これは『女工と結核』(1913)の著者、石原修阪大衛生学教授のもの。『人造気候』とは「エアコン」のことで、石原は労働環境の問題への関心からこれを購入したものと思われる。しかし、ここで紹介されているのは東京・日本橋の三越百貨店内の三越劇場に適用されたものであった。まだ扇風機も贅沢品として普及せず、年寄り「機

械の風はお断り」などと言っていた時代である。

そのころの教科書では「熱中症」は「溶鉱炉の炉前作業や炎天下の行軍」によって起こるとされていた。現在では、エアコンのない、あるいはあっても電気代の関係で使えないコンクリートの箱のなかで社会的弱者が「熱中症」になる時代である。

しかし、「エアコン」が「人造気候」と訳された時代はまだ平和であった。やがて戦時下に入ると「リハビリテーション」は「再起奉公」となり、そのときの商工大臣の孫の嫁が「義勇公ニ奉ジ」をもちこんだ「教育勅語」を小学生に教えようとしているのが戦後72年目の現実である。

いまでは、クーラーなしでは、部屋のなかでも「熱中症」で死亡するほど地球環境も変わってい

〈図1〉『人造気候』とは「エアコン」のこと



る。世界史的視野をもって「可能性」を追求する癖をつけ、安直に「のりと」や「お題目」を唱える癖をつけないためには、まず「近代」を対象に「アンテナ」をはり、随時「世界史的視野」に拡大させることが必要である。この場合、本誌に20回（No.22-41）連載後、「リーダーズ・ファイル」（Vol.6）にまとめた「医療・福祉職の世界史」には目を通していただきたい。

世界史的視野を教科書的に簡略化した『国民の医療史』（1997、三省堂）や、立命大テキストとして書いた『第三の科学史』（1967）もおすすめである。

## ●「四大生」コース

『第三の科学史』は人文・社会科学系の学生用にミニマムの自然科学的知識も盛り込んで以下の内容となっている。

### 第三の科学史・目次

|                              |      |
|------------------------------|------|
| はじめに —第三の科学史とは—              | (1)  |
| 第1章 人間の科学                    | (6)  |
| (1) ペストと封建制の動揺               | (6)  |
| (2) ルネッサンスと医学                | (8)  |
| (3) イギリス市民革命と科学              | (11) |
| (4) ロックと自然法                  | (11) |
| (5) フランス大革命と「人間の科学」          | (13) |
| 第2章 人口の科学                    | (15) |
| (1) 「人間の科学」と「人口の科学」          | …15  |
| (2) 人間の「ふるい分け」<br>—エリザベス救貧法— | (15) |
| (3) グラントとペティ                 | (16) |
| (4) 産業革命と人口                  | (19) |
| (5) 人口統計の確立                  | (21) |
| 第3章 労働の科学                    | (23) |
| (1) 労働科学の古典                  | (23) |
| (2) 生理学と労働                   | (24) |
| (3) 「時間研究」と「動作研究」            | (25) |
| (4) 職業病・工業中毒                 | (26) |
| (5) 労働災害と人間工学                | (28) |

|                 |      |
|-----------------|------|
| 第4章 労働力再生産の科学   | (31) |
| (1) 賃金・労働時間     | (31) |
| (2) 生計費         | (32) |
| (3) 栄養          | (33) |
| (4) 保健医療        | (34) |
| 第5章 「場」の科学      | (37) |
| (1) 「空気・水・そして所」 | (37) |
| (2) 公衆衛生と労働力市場  | (37) |
| (3) 細菌学と帝国主義    | (39) |
| (4) 生活空間の汚染     | (41) |
| 第6章 「歴史的人間」の科学  | (43) |
| (1) 人間回復の科学     | (43) |
| (2) 生存の可能性について  | (44) |
| (3) 稼得の可能性について  | (45) |
| (4) 新聞事例の生活史的編成 | (46) |
| (5) 幾何学的図示法について | (50) |
| むすびにかえて         | (53) |

『第三の科学史』では、広く人間を対象とした科学の歴史を取り上げたが、対象を医療に限定し、時期も帝国主義段階に限定して比較史的にとらえたものが『20世紀の医療史』（2002、本の泉社）であり、日本の「帝国主義の後追い・挫折」のプロセスを医療史的に記述したものが『昭和医療史』（1991、阪大・環境医学）である。

単品・単発的情報はいくらでも得られるようになったがインターネットの「ガセ・ネット化」も進行しつつある。スクリーニングされた情報が付着しやすい「学習アンテナ」の整備が四大生時代の課題といえるのではないか。

## ●社会政策的人道主義の医学

ここで、もう一度、『人造気候』に戻ろう。

『人造気候』には、先進的にエアコンが導入された工場がリスト・アップされているが、この本は石原の労働環境に対する関心を示すものと言える。

貧しい日本で、社会政策の枠内で、目一杯人道主義的であろうとした一群の社会学者、社会医

学者たちを「社会政策的人道主義（の医学）」としてとらえたのが拙著『社会医学の系譜』（1976、『医療政策論攷・1』に記載）で、「学習アンテナ」の第3バージョン「可能性の比較史」に属する。

「社会政策的人道主義の医学」とはなにか、40年以上前の著書なので、以下、いささか長文になるが再掲する。

### 社会政策的人道主義の医学

労働者の健康問題を、労働者の立場に立って解決すべく努力するか、あるいは、あくまでも労働者に対する効率的な管理、支配のために労働者の健康状態を把握するか、医学者が労働問題、社会問題に立ち向かうとき、つねにこのような2つの選択を迫られるわけである。しかし、明治末期から大正期にかけての時代状況は、まだ医学者が前者の路線を選択できるほど成熟していなかったといえる。労働者階級自体も、まだ階級として未成熟であったし、なによりも天皇制という抑圧装置は、医学者が労働者と手を結ぶ可能性を圧殺していたからである。いきおい医学者、衛生学者達は、後者の路線、すなわち、社会政策的路線を、限度いっぱい人道的に修正するというゆき方をとることになった。

〈社会政策的人道主義者〉とは、高野岩三郎に対する評価（大橋隆憲）の言葉であるが、石原修、暉峻義などによって代表される一群の社会衛生学者は、〈社会政策的人道主義者〉と呼ぶのがふさわしいのではないだろうか。

「国家医学会雑誌」第322号（大正2年、1913）は、全スペースを石原修の「女工ノ衛生学的観察」と常会での講演「女工と結核」にあてているが、この「女工と結核」は、社会衛生学、社会医学の古典とされており、また石原が衛生行政官として、その職を賭して発表を行なった姿勢は、日本の社会医学の歴史の上で大きく評価されるべきものであった。

「女工と結核」において、石原は、家庭の事情で出身地の農村から都市へ出稼ぎに出た女工たちの運命の追跡を試みている。すなわち、女工たちの出身町村において彼女たちをチェックし、結核性疾患を中心として出稼ぎ者と帰村者の数を照合

し、さらに帰村者の結核死亡・結核罹患状態を調査した。その結果判明したことは、農村から毎年、都市の工場に出稼ぎする女工の数は約20万であり、そのうち12万人はその後も帰村せずに都市に沈殿し、郷里に帰ってくる8万のうち1万3千余りは罹病しており、さらにその4分の1にあたる3千余は結核にかかっている、ということであった。

結核を、それぞれの生活を背負った人間の問題として、労働条件との関連において把握し、そのような認識の上で女工の深夜業禁止や労働条件の改善のために努力をした石原の業績は、日本の社会医学の原型とみていいであろう。

これらの事項に関連させながら、四大生は、「近代化」「国民国家成立」のプロセスに、下からの市民革命型と「カメラリズム」に代表されるような「上からの近代化・路線」などあること、しかも、フランス大革命のリーダー、ミラボーと「カメラリズム」のリーダー、J.P.フランクとは親交関係にあったことなどを知っておくと、世界史が一段と面白くなるはずである。医学史家、H.E.シゲリストは、J.P.フランクについて「改革がなければ、民衆は蜂起するであろうことを彼は知っていた」と評価している。

このようなすぐれた医学史家を数多く生み出したジョンズ・ホプキンス大学のカリキュラムから「医学史」が姿を消した。「それならば私が…」という気概をもった若手研究者の出現を期待している。

## ● 「院生」コース

洋書、和書に限らず、「本」と親しみ、「本」を大切に、「本」を書いてみることである。こちらは「洋書」の原典に基づいて書いているのに、「本」そのものより、「アマゾン情報」の方を信用する愚かな編集者がいた。「先生、アマゾンではそうならないませんが…」。なんと説明の仕様がな

孫引き、コピペを繰り返しているうちに「ウィリアム・ペティ」が「リチャード・ペティ」に化



けてしまったアメリカの医療社会学の論文がある。これらがガセ・ネットに載ると「先生はウィリアムと書かれましたが、リチャードでは…」という編集者が現れるかもしれない。

「本」は読むよりも書くべきもの、という自信とうぬぼれを持つべきである。「本」執筆に必要な体系的思考、体系的能力は自信、うぬぼれと紙一重だからである。

社会科学系の研究者をめざすのであれば、みずからの「体系」ぐらいは持つべきなのだが、どうやらインターネット世代は「体系的思考」が苦手のようなのである。これは「研究」だけではなく、雑誌の企画能力などにも現れている。ある立体的なものを斜めに切ったら、どんな切り口が現れるかが想像できない。また、次元の違う事象を同一平面に乗せるには、どんな切り口が必要かが理解できない。

では、いかにして「体系的能力」を身につけるか。ひとつの方法は「洋書」の目次だけ翻訳して個人誌などに紹介することである。100冊ぐらいやれば、「体系化」の公約数のようなものが身につくのではないか。また、「和書」からは「年表」（の優れたもの）を学ぶのがいいだろう。というのは「タテ」にも「ヨコ」にもつながる日本語の特徴を生かした優れた年表があるからである。ヨコ組の歴史的事項とタテ組の「歴史的トレンド」とを組み合わせた年表は横文字では不可能だからである。

「洋書」から「目次」、「和書」から「年表」など、いいところ取りをしながら「院生」の学習項目をまとめたものが、本連載(15)「学習展開と著作」で紹介した『医療・福祉寄りの新社会科学』であり、予定章名だけ掲げると以下のようなになる。

1. 社会科学とは
2. 社会科学の特徴（自然科学との相違点）一対象としての「社会」のなかに研究主体（自分）がふくまれる
3. 自分史座標と情報のとりこみ（記憶）
4. 連鎖情報と単品情報
5. 学習内容と「手ごたえ」のとりこみ
6. 歴史構成力の養成
7. 総記憶量は総執筆量に比例

8. 総記憶量のフラッシュ
9. フラッシュしやすい情報に
10. 社会科学的思考実験とフラッシュ能力  
（所属研究機関と無関係には行えない「社会調査」については反省点もふくめて別の機会に）
11. 日常、これ社会科学的思考実験
12. 「強記一閃」（ゆたかな記憶量のフラッシュ）

これらを学習の基礎的枠組みとすれば、「現段階的応用テーマ」として考えられるのが「グローバル医療政策学」であり、そのシラバスのなものは（連載）第13回でしめたが「予定章名」だけ拾えば以下のようなになる。

〈グローバル医療政策学の構想〉

1. 前提となる世界史的認識
2. グローバリズム—「帝国主義」「覇権主義」との異同
3. 植民地支配と経済的多国籍化
4. 植民地帝国の「ミドル」と新世界の「ミドル」
5. 「医療の複線化」、その解消
6. 医療の国家管理モデル・「日本医療団」
7. CBA（費用便益分析）、CEA（費用効果分析）、そして国際比較
8. 日本医療への国際的目線
9. 「医・産複合体」「軍・産複合体」そして軍事的港湾型医療産業都市
10. 労働力の国際流動、移民とグローバル・ボトムライン形成
11. 「素人農業」「グリーン・ケア」も視野に

なぜグローバルな視点が必要なのか、いろいろあるが、とりあえずは、日本の格差構造の底辺の方は「グローバル・ボトムライン」（例えば、バングラデシュの縫製工場の労働条件）に影響されるのだから、と言っておこう。

資本（企業）は世界をまたにかけて安い労働力を求めて投資し、賃金水準が上がれば資本を引きあげて別の低賃金世界を求め、そして、そのための膨大な事務手続きのために、いい若者がスーツを着て、ノート・パソコンやアタッシュ・ケースをさげて東奔西走し、駅の便所の「大」の方で順番待ちしているのが、グローバリゼーションの

ひとつの姿なのである。

しかも「成果主義」の導入で待遇は「成果」次第。既に「ものづくり」分野は飽和状態。人類の世代的再生産に必要な公共サービスは（脱税による）税収減で縮小。「成果」が上がりそうな分野は「公共サービス」撤退分野の収益事業化、「不安」の市場化（生命保険、民間医療保険）、「人間相互間の不信の市場化」（医療損害賠償保険など）、「おもわくの市場化」（証券投資）へと拡大され、「人をだますこと」が「成果」となりつつある。

人をだますことが「成果」であるならば、いまあるものを壊して再建する「戦争」という市場拡大は「大成果」ということになり、武器の売り込み、在庫整理のために「アタッシュ・ケース」が移動するわけである。

このような状況に対して、「アタッシュ・ケース」と同世代の「院生」の学徒的心構えが問われるわけである。「食べる分はみずから耕す覚悟をもちながら『プロダクティブ・インテリジェンス』を持つ」ことを目指すべきだが、とりあえずは、今日の状況を説得力をもって話せる力量を備えることを目指すべきである。

もっと具体的かつ露骨に言えば、人生の後半戦でものを言う力量の養成である。現在の教育システムは、お受験—いい学校—いい会社、そしてごますりご奉公の対価としての老後年金というパターンねらいではないのか。しかし、これからは、ゴマはすっても、老後は保障されないだろう。いや、ゴマをする相手もいなくなるだろう。言い換えれば、自ら生きる手立てを考えて行かねばならぬ人生の後半戦が延々とつづくのである。そして、その生き方を支える学問が、前掲の『プロダクティブ・インテリジェンス』であり、「医療・福祉寄りの社会科学」はその核心的部分といえる。ここで「社会科学」のありがた味について一言触れておきたい。

かつて天才ピアニストと言われた中村紘子さんが、外国に留学し、新しい師匠の前で一曲弾いたときの師匠の評価は

「たいへんよくできました。しかし、一からやりなおしましょうね」

であった。

「社会科学」のありがたいところは、一からや

り直さなくても、これまでに「やったこと」「やらされこと」をことごとく生かすことができる点にある。しかし、ことごとく生かすためには、しっかりした体系、骨格をもっていなければならない。

## ●体系的思考

体系的思考は院生時代に鍛えておかなければならない。例えば、海外文献の整理ならばたちどころに、次掲程度の分類項目を立てることができなければならない。

（各章の最初の項だけ、該当する洋書の仮訳名を2、3入れた）

### （1）医療史・医療論

#### 1. 医療史と20世紀医療史のフレーム

- ・『政治体—イギリスにおける病気、死、そして医師、1650-1900』（2001）
- ・『歴史を通じて日常を学ぶ』（2006）
- ・『女王様の奴隷貿易商人』（2005）
- ・『歴史図説・イスラム世界』（2003）などなど

#### 2. 社会政策ラウンド

#### 3. 第1次大戦前後

#### 4. ナチズム・戦間期の医学

#### 5. アメリカの医療史

#### 6. 国別・分野別の医療史

#### 7. 古典としてのCCMC

#### 8. それぞれの時代のテーマ

#### 9. その他

### （2）比較医療論

#### 1. グローバル・スタディ

- ・『グローバル公衆衛生』（2003）
- ・『グローバル精神保健政策』（2004）
- ・『SARS—疾病のグローバル化』（2004）などなど

#### 2. EC, EU

#### 3. NHS

#### 4. 福祉国家的視点

#### 5. 先進国、OECD、旧英国—連邦諸国

#### 6. 東欧諸国、途上国

#### 7. 医師養成、疾病のとらえ方

#### 8. 都市問題

9. その他
- (3) 医療と資本、政治
1. 医療における資本主義
    - ・『医療における競争』(2002)
    - ・『医療リストラ』(2003)
    - ・『医療における民営化』(2003) などなど
  2. 医療市場
  3. 医療政策と医療改革
  4. 医療管理システムと医療過誤
  5. 医療産業論
  6. 保健医療経済学
  7. 医療における共同
  8. 医療運動
  9. その他
- (4) 医療マンパワー
1. 医学教育
    - ・『医療職種の専門的発達』(2006)
    - ・『専門医への道』(2003)
    - ・『医学教育におけるプライマリ、セカンダリ』(2003) などなど
  2. 医の倫理
  3. 医業の条件
  4. 管理、評価、選択、救急医療
  5. 良い医療と患者の権利
  6. 医療者のはたらきかけ
  7. 調査研究方法論
  8. 移民・ノマンパワー
  9. その他
- (5) 看護
1. 看護史、看護概論、看護理論、比較看護制度論
    - ・『慢性病の全人的看護』(2003)
    - ・『カナダの看護研究』(2004)
    - ・『アメリカ看護史』(2004)
    - ・『アイルランドの看護婦養成史』(2006)
    - ・『看護理論家とその業績』(2006) などなど
  2. 病院看護・専門看護
  3. 看護教育
  4. 看護診断・ケアプラン
  5. 看護労働の分化
  6. 地域看護
  7. 感謝・家族看護・コミュニケーション
  8. 看護婦の政策学習
9. その他
- (6) 高齢化・長期ケア
1. 人口現象と高齢化
    - ・『寿命伸長論の歴史』(2002)
    - ・『健康と高齢化—疫学と人口学』(2001)
    - ・『人口減少の新人口学』(2004) などなど
  2. 高齢者の位置とニーズ
  3. ホームケア
  4. 地域ケアと連携
  5. ホームレス
  6. ホスピス、緩和ケア
  7. 医療のスタンス
  8. まちづくり
  9. その他
- (7) 分野別・医療学
1. 医療社会学
    - ・『医療と社会ケア』(2004)
    - ・『健康と病気の社会学』(2005)
    - ・『医療と社会ケアにおける経験』(2005) などなど
  2. バイオエシックス
  3. 死の社会学
  4. 人間関係論
  5. 医学教育学
  6. 病院管理学
  7. 労働・ライフスタイルと医療
  8. 生殖(再生)医学
  9. その他
- (8) 貧困、途上国
1. 世界の貧困現象
    - ・『途上国の人口と健康』(2002)
    - ・『貧困と健康』(2003)
    - ・『家庭内暴力』(2003)
    - ・『貧困の底上げ』(2003)
    - ・『世界の難民』(2006)
    - ・『貧困・ジェンダー・移民』(2006) などなど
  2. 「2000年戦略」
  3. 貧困と女性と医療問題
  4. アフリカ
  5. 中南米
  6. アジア
  7. 戦争、飢餓、テロリズム
  8. グローバル・ボトムライン・オリエンター

ション

## 9. その他

### (9) グローバル医療論・総括編

1. グローバルな視点抜きで「トータルに医療を語る」ことはできない
2. 「井の中の『格差社会論』や『医療機関偏在論』」はナンセンス

まず、以上のような10進分類的なクロスセクション整理のほかに、仮訳洋書名を年次別に配列して「トレンド」をみることも必要である。

もちろん、「社会調査論」「海外調査論」「統計調査論」などの学習が院生時代に必要なことはいうまでもないが、ここでは「骨格的認識軸」の重要性を指摘しておきたい。

## ● 「社会人」コース

学校でのテストのための勉強はテストが済んだら忘れてしまうが、仕事を通じて覚えたことはちゃんと身につく、というのが社会人の自負だろう。医学部の場合は、卒業の時点では何の役にも立たず、すべて職場の負担、という「社会人」もいるが、ここではもう少し成熟した「社会人」、多年にわたって医療・福祉職場を経験し、トータルな形で医療・福祉をとらえることを通じて、後進に対して指導的役割を果たすべき人達と理解していただきたい。

さきに、「社会科学のありがた味」は、それまでに「やったこと」「やらされた」をことごとく生かすことができること、と述べたが、そのためには「自分史座標づくり」と各種情報の「自分史座標」への取り込みが必要であり、その具体的な手法については

「リーダーズ・ファイル」

(Vol.3.)『ショート・ストーリー・メイク』

(Vol.31.)『記憶術とメリハリ自分史』

などを参照されたい。

「医療をトータルにとらえる力」をつけることが「社会人コース」の核心だが、医療団体の運動方針や基調報告の作者は、一定期間後に自ら書いたことの「検証」をやるべきであり、それが社会科学である。

医学部で純粹培養的に医学教育を受け、付属病院で看護師たちに迷惑をかけながら研修している間は、なかなか医療の全体像はつかみにくい。やがて、系列病院に派遣され、事務長から慇懃無礼に医療経営上の注文を受けじょじょに分かってくる。そして、開業すれば、日本の社会保険診療報酬システムが骨身に染みて分かってくる。「なに？わしの診療が減点？けしからん。医局長！基金へ行ってこい」

などとやっていたのは、1970年代の後半から80年代にかけての時期だろうか。医局長は野村拓先生の「医学概論」講義を思い出して相談に来たりした。

「雲の上」ではわかりにくい「雲の下」で病院の受け付け事務でもやっていたら、健康保険証の種類や「公費医療」の扱いなどを通じて、医療制度の全体像がわかってくるし、保険証の種類から、その地域の「社会階層的特徴」も把握できる。

看護師の場合は、「ケア・プラン」とは「ケア」の「プラン」ではなく、「早期入院患者追い出しプラン」であることが分かる。そして、その場合の受け皿は、ということで、学生時代、概ね寝ていた「社会福祉」の講義を思い出したりする。

また、看護学生を寝かせるような講義しかできない社会福祉の先生は看護業務と社会福祉の接点を具体的に示せるような「トータル医療論」を考えざるをえないだろう。

以上のように考えると「社会人コース」の第1課は「トータルに医療・福祉をとらえること」でないか。

## ● 「生涯学習」コース

「宮仕え」経験者にとって「定年」は待ち遠しい。年金の給付水準は低くとも、ボーナス・シーズンには寂しくとも、24時間掛ける365日、好きなことができるとはすばらしいことではないか。府県レベルのかなりの大組織でも、やっと1人の専従者がおけるか、どうかということである。定年は自分のやりたいことに「1人の専従者を雇う」ようなものだから、その気になれば、府県レベルの組織に匹敵するぐらいのことができるはずである。折角、天が与えてくれた時間を再就職のため



の履歴書書きや業績リスト作りのためにつぶす人の気が知れない。

「宮仕え」時代は、朝、起きて15分でエンジン全開、朝飯前の「1単位」の仕事を、と心掛けた。定年後ならば、楽しみながら「数単位」できるのではないか。この定年後の仕事ぶりが評価されて、2017年の日本保健医療社会学会総会ワークショップで「研究対象」に取り上げていただいた。

「生涯学習」は寿命の伸長により「継ぎ足し・生涯学習」になることは、ある程度やむをえないだろう。「海外新刊紹介」を雑誌「くらしと福祉・北九州」に100回連載したが、寿命の方はまだ続いている。そろそろ新刊をカバーするのもしんどくなってくる。そこで看板を「海外新刊紹介」から「洋書古本市」と書き換えて、以下のようなもってもらいたいコメントを入れて見た。

〔海外新刊紹介〕終了後は新連載「洋書古本市」を始めようと思う。ヘルマン・ヘッセは青少年期、エッケンバウアー書店の店員として勉強したそうだが、野村拓氏の超高齢期には洋書古本市の店番がふさわしいのではないかな

そして、ヘッセのころの書店員は図書館の学芸員のように勉強したこと、いまのように大学図書館の学芸員が「2年の派遣」という大学が登場するようではもうおしまいであることも指摘しておかなければならない。

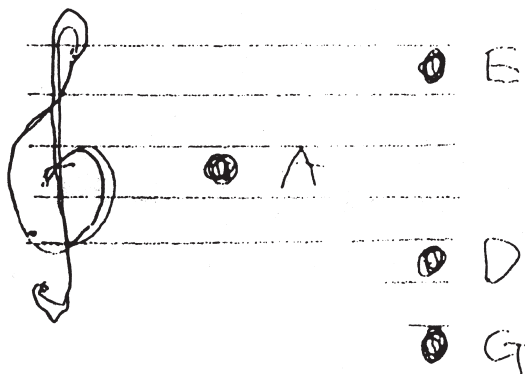
ヘッセの『デミアン』に登場する第1次世界大戦前夜の若者達は、一種のわくわく感をもって「戦争になるかもしれない」などと語っている。騎馬士官として戦場を駆け巡り、やがて休戦、恋人たちに「大人になったのね」とほめられてみたい。そんな古典的戦争を思い描いていたのだろうが、現実の第1次世界大戦はレマルクの『西部戦線異状なし』のように悲惨なものであり、その悲惨さを映画化したものの上映を妨害することでナチ党員、ゲッベルスはナチ政権の宣伝相になるのである。こんな話を縦横に組み立て、次世代にメッセージを送る能力の養成、このあたりを「生涯教育」の目標に設定してみてもはどうだろうか。

「生涯教育」は「みずからの総括」と「次世代へのメッセージ」であり、新旧世代交流の場におけるコミュニケーション能力への味付けである。

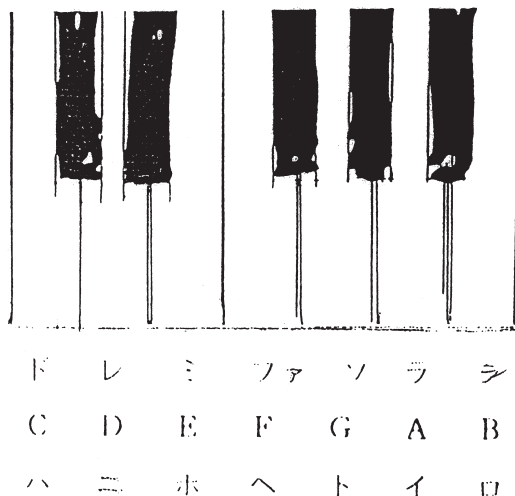
スマホは操作できないが、「藁をなつて縄をつくること」は知っている世代が発するメッセージはなんだろうか。

老人の夜なべ仕事でなわれた縄は各種農業生産や日用品として使われたあと、堆肥の一部となり土に還っていく。環境公害も起こさない。日本が「飢え」を経験したとき、いくらスマホで情報を交換しても「にぎりめし」は増えない。人は「バーチャル・にぎりめし」では生きていけない。「にぎりめし」はコンビニでできるとしたら大間違

〈図2〉ヴァイオリンの4本の弦の音の高さ



〈図3〉ピアノでの1オクターブ、7音で半音を入ると12音



いである。「飢え」は「飢え」に対する警戒心を持った世代があつた世に旅立ち、「飢え」に関する電子情報が消されたところにやってくるのではないか。このような問題に対して新世代はどう考えているのか、を知るのが「世代的重なるのなかでの学習会」の意味である。

いささか、「メッセージ」が堅くなった。最後にもっと柔らかく、ハウツー的なメッセージをひとつ。それは「情報連鎖のキー」として、また「グローバル語」としての「歌」（音楽）という話である。

私の言いたいことは歌（音楽）の持つ感性的論理性と普遍性は「情報連鎖のキー」たり得ること、国境をまたいで通用する普遍性を持っていること、その論理性のゆえに「歌」をきけば、頭で譜面化し口から再生できること、したがって「音痴」とは実は「論理痴」であること、などである。

赤ちゃんの産声の音の高さはおおむねAの音（ハ調のラ）の高さと言われている。そしてオーケストラの音合わせはAの音で行われる（図2）。コンサート・マスターがオーボエにAの音を吹かせ、ヴァイオリンならば上から2本目を合わせるわけである。

弦の長さを半分にすれば1オクターブ高くなるが1オクターブは（図3）のように7音音階の「7音」であり「半音」をいれれば「12音」である。

3年ほど前、「今年は『コンドルは飛んで行く』100年」などと言われた。恐らく元歌はインディオが手作りの木管で吹いたものだろう。それを7音音階に落とせばサイモン・ガーファンクルの譜面となるということだろう。逆にいえば、譜面と

は一種のガイドライン、どうモディファイして歌うかは、歌う人の解釈、思い入れだろう。

譜面で覚えた「ロッホ・ローモンド」とスコットランドの樵（きこり）が歌うものとは、かなりちがった感じがし、むしろ、日本の日向地方の民謡「刈り干しきり唄」との類似性が感じられたりする。また、ボブ・ディランの歌う『風に吹かれて』のなかに「木やり唄」か「ヨイトマケ」のような音程を感じることもある。

ベトナム戦争のころの反戦歌『花はどこへ行ったの』のルーツをたどったNHKの取材班が行き着いたのは「コザックの子守唄」であったし、同じくそのころ歌われた『頭がい骨の歌』（『しゃれこうべと大砲』という訳もある）はシチリア民謡であった。

言語は国境でとまってしまうが、メロディー、リズム、サウンドは共感を誘い、共感をもとめながら自由に国境を越えて行き来する。

また、「語り」系のシャンソンは、記憶を豊かにする「情報連鎖化のキー」となり、「最大のシャンソンは『平家物語』」とシャンソンの歴史を書いた本もある。琵琶法師のように語り、吟遊詩人のように歌える「グローバル市民」をめざすべきではないか。

では、「世代的重なるのなかでの学習」会への90歳のメッセージは？

それは「郷愁・憤怒・悔恨の『昭和』と老残の『平成』」といったところか。

(2017.8.7.)

(のむら たく、医療政策学校主宰)

# 鶴岡市における「介護予防・日常生活支援総合事業」の到達点と 医療生協やまがたの取り組み

岩本 鉄矢

## <はじめに>

国は、団塊の世代（約800万人）が75歳以上となる2025年以降の国民の医療や介護の需要増加対策として、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進しています。地域包括ケアシステムの構築は「高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができること」を目指すものとしています。

しかし、このシステムの構築は国が社会保障として実現を目指すものではないところに最大の特徴があります。具体期には、システム運営に関わる費用負担は「自助」「互助」「共助」「公助」の4つの形態で行うことを明記し、市場サービスの購入までも含む概念であるとしています。

介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という）は、地域包括ケアシステムの基本となる要素と位置づけられ、「市町村が中心となって、地域の実情に応じて、住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実することにより、地域の支え合いの体制づくりを推進し、要支援者等に対する効果的かつ効率的な支援等を可能とすることを旨とする」とされています。

総合事業は2015年4月に施行され、介護認定で要支援者とされた人は総合事業に移行するものとし、訪問介護・通所介護については介護保険の給付から除外されることとなりました。

ただし、総合事業の実施については、市町村の判断により、事業開始を2017年3月末まで猶予することができるものとされ、全国の多くの市町村と同様に鶴岡市の総合事業の開始も2017年4月1日となりました。

表1 鶴岡市の総合事業協議会の構成

| 協議会委員       |    |                   | 市側出席者   |
|-------------|----|-------------------|---|
| 選出母体        | 氏名 | 役職名               |   |
| 地縁組織        |    | 榊引区長会 会長          | 健康福祉部長<br>長寿介護課長<br>長寿介護課長補佐<br>長寿介護課長主査<br>高齢者交流センター課長補佐<br>高齢者交流センター主査<br>生活支援コーディネーター<br>各地区介護担当職員 |
|             |    | 藤島地域福祉委員会 委員長     |   |
|             |    | 鶴岡市老人クラブ連合会 会長    |   |
| 民生児童委員      |    | 温海地区民生児童委員協議会 会長  |   |
| 協同組合        |    | J A 経済部福祉課 福祉係長   |   |
|             |    | 庄内まちづくり協同組合虹 副理事長 |   |
| 医療関係        |    | 地域医療連携室ほたる 係長     |   |
| 社会福祉法人      |    | 鶴岡市社会福祉協議会 事務局参事  |   |
| 介護保険サービス事業所 |    | 指定訪問介護事業所 管理者     |   |
|             |    | デイサービスセンター 園長     |   |
|             |    | 居宅介護支援センター 課長     |   |
| 民間組織        |    | 鶴岡市シルバー人材センター 所長  |   |
|             |    | ふれあいハッピーの会 会長     |   |
| ボランティア組織    |    | 鶴岡市ボランティアセンター所長   |   |

筆者は庄内まちづくり協同組合を代表して鶴岡市長の委嘱を受け、鶴岡市の総合事業協議会（以下、「協議会」という、構成＝表1）の一員として制度が作られる経過に関わってきました。その経験を含めて、鶴岡市における総合事業の概要と制度発足後4ヶ月を経過しての現状及び地域の協同組合組織としてのこの制度への関わりについて報告します。

## 1. 総合事業の構成と実態

総合事業は「住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実すること」を基本的な目標に定めています。そのために表2（40ページ）に示したような多種類の事業構成が示されています。しかし、総合事業の開始に当たって市町村は全ての事業を準備する事を求められておらず、早期に総合事業を開始した自治体の事業構成は「現行相当サービス」や「緩和した基準によるサービス」が中心の事業構成となっていました。

そのため、住民等の多様な主体が参画する事業は広がっておらず、従来要支援者に介護保険で対応してきた既存の介護事業所が総合事業の事業所指定を受けて、同じ施設で、同じ利用者に引き続きサービス提供を行っている、というのが実態です。

表3（40ページ）は鶴岡市の総合事業における現行相当事業及び緩和した基準によるサービス（A型サービス）の訪問型と通所型について、報酬単位を従来介護保険で定められていた報酬単位と比較したものです。介護報酬では月当たりの報酬単位であったものが総合事業では1回あたりの報酬単位に変わっていますので、一般的な月間訪問回数・通所回数で換算して比較しました。表から明らかなおお、事業者の収益は訪問介護の場合、現行相当で9割弱、A型では6割強に減少します。通所サービスでは更に下げられ、現行並みで7割、A型では5割に引き下げられています。厚労省が現行並サービスについては、介護報酬の概ね7割程度という目安を示しているの、鶴岡の場合に限らず全国同様の状況であると思います。

本年4月から全ての市町村で総合事業がスタートしましたが、従来訪問介護や通所介護を受けて

いた要支援認定者が行き場が無くなって、大問題となっているニュースには触れていません。それは、上述の通り既存の介護事業所が引き続き要支援者に対応しているためと思われるが、介護職確保難の下での人件費の上昇等もあり、事業者としては利用者全体に占める要支援者の割合が更に増加することに対応することは困難な状況にあります。総合事業による新たな多様なサービスの展開がなければ、今後、要支援者と認定される人々が受けることができるサービスがなくなったり、全額自費で市場からサービスを購入しなければならない状況が広がるのが予想されます。

## 2. 鶴岡市の総合事業の概要と課題

鶴岡市の総合事業は表2に示した事業を網羅したものになっており、住民主体の事業の認定基準や助成基準も盛り込まれたものとなっています。しかし、最終的に示された認定基準や助成額は住民が主体となって取り組める内容に程遠いものとなりました。以下、具体的に示します。

### （1）訪問型サービスの場合

表4（41ページ）は鶴岡市総合事業の訪問型サービスの比較表です。報酬単位は週1回訪問の場合の単位です。現行並サービスとA型・B型の違いは、身体介護ができるか否かの違いです。そのため、現行並の従事資格要件は介護福祉士とヘルパー1級認定者に限定されているのに対して、A型・B型は介護職初級修了者や市指定研修の修了者まで資格要件が下げられています。A型は事業者、B型は地縁組織やボランティア組織が担うこととされていますが、従事資格要件やサービス内容は全く同じで、報酬単位だけが違います。B型の単位はA型の8割に抑えられており、同じ組織を事業者として指定するのではなく、住民組織として認定することで、事業主体である市の支出を抑えられる、というだけの仕組みにも見えます。

なお、資格要件にある市指定研修修了者とは、3日間24時間の講習受講と1日60分の同行訪問を修了したものに与えられる資格です。受講料は無料ですが時間的にゆとりがなければ受講できませ



表2 総合事業の構成

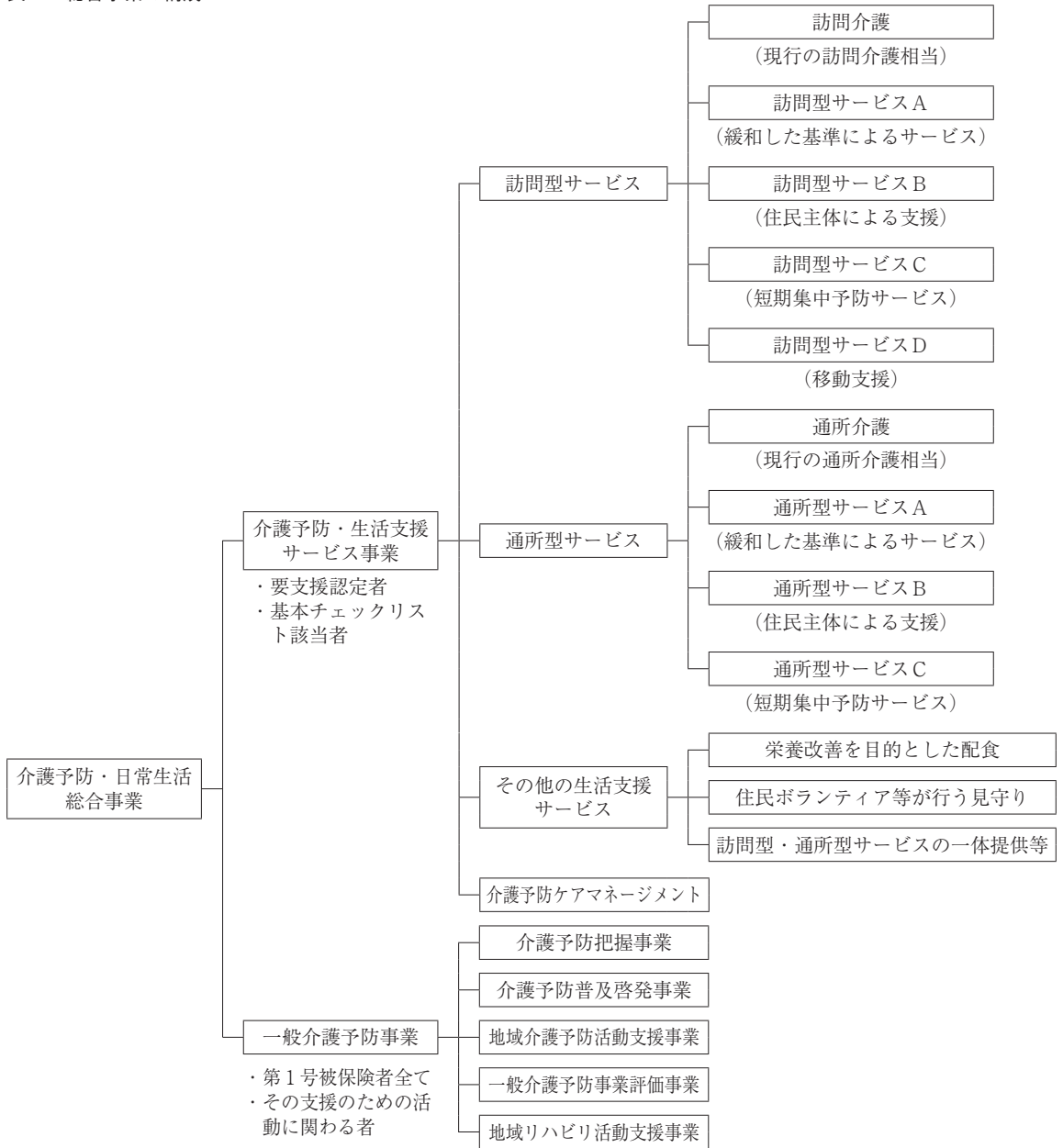


表3 介護報酬単位数と鶴岡市介護予防・日常生活支援総合事業費単位数の比較表

| 区分      | 対象     | 介護報酬単位 |     | 鶴岡市  |       |        |       | 備考             |
|---------|--------|--------|-----|------|-------|--------|-------|----------------|
|         |        | 1月     | 1回当 | 現行相当 |       | A型サービス |       |                |
|         |        |        |     | 1回当  | 対比    | 1回当    | 対比    |                |
| 予防訪問介護Ⅰ | 要支援1・2 | 1,226  | 307 | 266  | 86.8% | 186    | 60.7% | 週1回程度=月4回で試算   |
| 予防訪問介護Ⅱ | 要支援1・2 | 2,452  | 307 | 270  | 88.1% | 189    | 61.7% | 月5～8回=月8で試算    |
| 予防訪問介護Ⅲ | 要支援2   | 3,889  | 324 | 285  | 87.9% | 200    | 61.7% | 月9～12回=月12回で試算 |
| 予防通所介護1 | 要支援1   | 2,115  | 529 | 378  | 71.5% | 265    | 50.1% | 週1回程度=月4回で試算   |
| 予防通所介護2 | 要支援2   | 4,236  | 530 | 389  | 73.5% | 272    | 51.4% | 月5～8回=月8回で試算   |

表4 訪問型サービス比較表

| 区分         | 従事資格要件                              | 対象者                    | サービス内容       | 1回当時間  | 1回当報酬単位 |
|------------|-------------------------------------|------------------------|--------------|--------|---------|
| 現行並        | 介護福祉士 ヘルパー1級                        | 要支援認定者<br>基本チェックリスト該当者 | 身体介護<br>生活援助 | 20～60分 | 266     |
| A型（緩和した基準） | 介護福祉士 訪問看護員<br>介護職初級修了者<br>市指定研修修了者 | 要支援認定者<br>基本チェックリスト該当者 | 生活援助         | 20～60分 | 186     |
| B型（住民主体）   | 介護福祉士 訪問看護員<br>介護職初級修了者<br>市指定研修修了者 | 要支援認定者<br>基本チェックリスト該当者 | 生活援助         | 20～60分 | 150     |

表5 通所型サービス比較表

|         | 区分             | 従事資格要件  | 対象者                    | サービス内容                     | 週実施回数                  | 1回当時間 | 1回1人当報酬単位 |
|---------|----------------|---|------------------------|----------------------------|------------------------|-------|-----------|
| 介護保険    | 介護保険の<br>通所介護  | 常勤管理者1 看護職1 機能訓練指導者1（看護職兼務可）<br>生活相談員・介護職（いずれか常勤）1 介護職は利用者15人超えると5人に1人の割合で増員が必要 | 要介護1以上                 | 日常生活支援<br>生活機能改善           | 規程無し                   | 2～3時間 | 266       |
|         |                |   |                        |                            |                        | 3～5時間 | 380       |
|         |                |   |                        |                            |                        | 5～7時間 | 572       |
|         |                |   |                        |                            |                        | 7～9時間 | 656       |
| 鶴岡市総合事業 | 現行並            | 常勤管理者1 看護職1 機能訓練指導者1（看護職兼務可）<br>生活相談員・介護職（いずれか常勤）1 介護職は利用者15人超えると5人に1人の割合で増員が必要 | 要支援認定者<br>基本チェックリスト該当者 | 日常生活支援<br>（食事必須）<br>生活機能改善 | 規程無し                   | 5時間以上 | 378       |
|         | A型<br>（緩和した基準） | 専従管理者1 専従生活相談員1 保健・医療の専門職（非専従可） 介護職は利用者15人超えると5人に1人の割合で増員が必要                    | 要支援認定者<br>基本チェックリスト該当者 | 運動機能の<br>向上改善              | 規程無し                   | 2時間以上 | 265       |
|         | B型<br>（住民主体）   | 担い手養成研修修了者  | 要支援認定者<br>基本チェックリスト該当者 | 体操・運動・レクリエーション             | 3回10名以上（対象者以外が加わることも可） | 2時間程度 | 74        |

\*報酬単位は介護保険については要介護1、総合事業現行並・A型については要支援1及びチェックリスト該当者の単位数、B型は1回当参加者10名で算出

ん。また、市主催の講習会は年2回程度を予定していますが1回当たりの定員は50名であり、住民主体の取組を行う資格者を大量に養成するという姿勢ではありません。

## （2）通所型サービスの場合

表5が通所型サービスについての比較表です。住民主体の事業基準については報酬（助成金）が低く抑えられていることは訪問型と同様ですが、求められるサービス体系がとて住民主体では取り組めない内容となっています。そのことを示すために、介護保険で実施されているデイサービス（要介護1以上が対象）の体系とも比較できる表としてみました。

介護保険サービスと総合事業で大きく変えられているのが、1回当たりの時間数です。介護保険では表に示した時間帯以外にも最大14時間までの区分が設けられ、時間が長くなるほど報酬単位が高くなる仕組みとなっています。それに対して総合事業では現行並は5時間以上、A型は2時間以上、B型は2時間程度と単一の体系に限定されました。現行並については食事の提供を必須要件としており、従来短時間デイサービスを行っていた事業者は時間を延長して食事の提供も行うか、A型に移行するかを迫られることとなります。

B型サービスの最大の問題は「1回10人以上の参加者で週3回以上開催する」というハードルが設けられていることです。介護保険事業を含めて

表6 鶴岡市総合事業サービス事業所構成

2017年8月1日現在

| 区 分               | 訪問型サービス |        | 通所型サービス |        |
|-------------------|---------|--------|---------|--------|
|                   | 件数      | 構成比    | 件数      | 構成比    |
| 現行の訪問介護相当         | 33      | 76.7%  | 43      | 67.2%  |
| 緩和した基準によるサービス（A型） | 7       | 16.3%  | 18      | 28.1%  |
| 住民主体によるサービス（B型）   | 3       | 7.0%   | 3       | 4.7%   |
| 合 計               | 43      | 100.0% | 64      | 100.0% |

他のサービスには開催回数についての特段の定めはありません。もちろん専従職員体制で運営するのであれば、週5日ないし6日の稼働が合理的と考えられますが、専従体制とは事業開催時間中に専従者が居れば良いわけですので、介護保険事業として週2日開催や週3日開催という事例もあります。また、他のサービスは1回当たりの利用者数は何人であっても、収入が人数に応じて増減するだけですが、B型は開催回数と1回当たり参加者数の両方をクリアすることが助成金支給の条件とされています。しかもこの助成金は年単位で支給されるものですので、年間156回以上開催し、その内1回でも利用者が10人を下回れば助成の対象から除外するという過酷な制度です。

一人の利用者の利用回数が週1回とすると、3回開催の条件を満たすために最低30人の利用登録者が必要です。現実には利用日が曜日によって偏ったり、利用予定日に都合で休む人もいますので、そうしたアクシデントを見込んで、確実にハードルをクリアするためには50人程度の利用者を確保しなければなりません。1回10人以上を確実に実現するためには、利用登録者との日常的で頻回な連絡調整が必要です。また、毎回2～3名の運営に当たる体制の編成や送迎体制の編成、加えて指導を依頼する専門職との連絡調整など、この基準で運営するためには膨大な仕事量が生まれます。こうした取り組みを専従体制の無い、住民によるボランティア体制で通年にわたって行うことができるでしょうか。

先述の「協議会」では、このことが大きな問題となり、委員の多くが「こんな取組は住民主体ではできない」「これは制度は作ったが実現性の無い、魂の無い仏を作るようなものだ」という意見が噴出しました。しかし、市当局が提案を変更することはありませんでしたし、そのことに拘る納

得のいく理由の説明もありませんでした。この協議会も、行政が設置する多くの諮問機関がそうであるように「取りあえず市民の意見は聞きました」というアリバイ作りの場であったようです。

### （3）制度開始4ヶ月の実態

表6は制度開始から4ヶ月が経過した2017年8月1日現在の鶴岡市総合事業の指定を受けた事業所等の構成を示したものです。恒常的な取組では無い短期集中予防サービス（C型）は除外しました。今後更に指定事業所が増加していく途中経過の数ではなく、ほぼ手上げが終了した到達の実態とみることができます。現行相当及びA型の指定を受けたのは全て既存の介護事業者で、訪問型で全体の93%、通所型では95%を占めています。B型の指定を受けた中に、シルバー人材センターや医療生協やまがたの支部たまり場なども含まれており、新たな参入というよりは従来活動していた団体などが登録した色彩が濃厚です。制度が目標とした「住民等の多様な主体が参画し、多様なサービスを充実し地域の支え合いの体制づくりを推進する」こととはほど遠い実態です。

かくして、鶴岡市においても、他市町村同様に総合事業に移行することによって、介護保険財政からの要支援者に対する給付を縮減するという課題のみが達成された、ということになります。そもそも、市当局が協議会の反対にも拘らずB型通所サービス等の高いハードルの変更に応じなかったのも、市民が気軽に行ける近所にたくさんの介護予防の拠点を生み出すというよりも、新たな財政負担となる事業は極力抑制する、ということが基本命題となっていたのではないのでしょうか。

### 3. 総合事業に対する「医療生協やまがた」の取組み

#### (1) 「たまり場」活動の推進と発展

今年の4月に、庄内医療生協とやまがた保健生協が合併して医療生協やまがたと名称変更しましたが、介護保険制度施行以来、庄内医療生協として鶴岡地域の協同組合組織とともに「まちづくり協同組合虹」を結成し、多くの介護事業所や有料老人ホーム等を設立して地域の介護・福祉要求に対応してきました(※)。しかし、高齢者人口、高齢者のみ世帯、高齢者単身世帯が増加し、健康増進・介護予防・認知症予防・食事栄養管理・交流・移動・買い物などの地域で暮らし続けるための要求が増大し、事業所を作るだけでは対応できない状況がひろがってきました。

そこで、2010年頃から、くらしの場で行う組合員の協同活動を重視する方針を掲げ、2012年には、その拠点として小学校区ごとに組織されている支部単位に「たまり場」作りを推進する方針を決定しました。さらに2014年には「支部たまり場の開設と運営に関する基本原則」を決定しました。その内容は以下の通りです。

#### 支部たまり場の開設と運営に関する基本原則

##### 1. たまり場の位置付けとして

- ①支部が担当する地域の組合員・住民を対象とする医療生協活動の実践の場
- ②組合員が主体となっていく、健康づくり・介護予防活動の実践の場
- ③支部運営委員会が主体的に管理・運営を行う場

##### 2. たまり場運営の財政原則

- ①たまり場の収支は施設の維持管理費を含めて独立採算を原則とする。
- ②常設たまり場開設に当たっては備品類の整備費として10万円を支給する。
- ③開設後1年間は月額3万円の運営補助費を支給し、2年目以降も必要場合は理事会の判断により支給を行う。
- ④公共施設等を借用してたまり場活動を行う場合は会場使用料を支給する。
- ⑤活動援助等のための職員の派遣は無償で行

う。

たまり場活動は支部ごとに多彩に取り組みられ、年1度の「たまり場活動交流集会」等を通じて経験を共有し、現在13の支部で定期的に取り組みられています。このうち、空き家等を活用した常設のたまり場が2ヶ所で非常設が11ヶ所、開催頻度は月1回開催が大部分ですが、毎週開催の支部も生まれてきました。活動内容は、介護予防を中心とした体操、健康や保険制度についての学習会、おしゃべり・茶話会、絵手紙教室、お達者健診、脳活性ゲーム、ストレッチ体操、コグニサイズ、手作りゲーム、出張予防接種など様々です。

#### (2) たまり場の総合事業への挑戦

私たちは住民が歩いて通える場所にたくさんの、そして多様な住民相互の支え合いの場が必要と考えていますし、そうした活動に必要な財源は介護保険財政を含む公的な費用によって賄われるべきと考えてきました。そこで、2015年に総合事業が施行されたのを受けて、「たまり場の活動は総合事業の補助対象に該当する事業であり、財政基盤をそこに置いて更なる拡大をはかる展望を切り拓く」ことを確認しました。

しかし、先述の通り鶴岡市のB型通所サービスは「週3回以上開催、1回10名以上の参加、補助額は1回5,400円(他に利用者負担一人100円)」と常に高いハードルが設定されたため、従来のたまり場活動の水準ではこの事業へチャレンジは困難でした。2016年度に週2回開催の水準に到達していた上郷支部の「ちよさんの家」が、支部運営委員会での協議を重ね組織部等の支援を受けて、週3回開催のプログラムを作成しチャレンジすることとしました。法人のケアマネ集団が要支援者やチェックリスト該当者の確保・認定のための全面的な支援を行い、6月から市の指定を受けて活動を開始しています。他のたまり場は、65才以上の住民が誰でも対象となる一般介護予防事業の地域介護予防活動支援事業にチャレンジすることとしましたが、この事業も月2回以上の開催というハードルが設けられたため、7月末現在、補助対象に認定されたたまり場は6ヶ所にとどまっています。この事業に対する補助額は年間6万円(年



表7 「ちよさんの家」通所B型実績表

| 区分   |      | 6月      |                   |                   | 7月      |          |           |
|------|------|---------|-------------------|-------------------|---------|----------|-----------|
|      |      | Aコース    | Bコース              | Cコース              | Aコース    | Bコース     | Cコース      |
| 第1週  | 日時   | 6日14時～  | 2日14時～            |                   | 4日14時～  | 6日10時～   | 10日10時～   |
|      | 教室名  | 介護予防教室  | 認知症予防教室           | 絵手紙教室             | 介護予防教室  | 医療生協学習会  | 絵手紙教室     |
|      | 講師   | リハビリ技士  |                   |                   | リハビリ技士  | 6日13時～   | 地元        |
|      | 世話係  | 敏子 安太郎  |                   |                   |         | 健康体操     |           |
|      | 参加者数 | 11      | 5                 | 未実施               | 9       | 2回—28人   | 12        |
| 第2週  | 日時   | 12日14時～ | 9日10時～            | 9日13時～            | 10日14時～ | 13日10時～  | 13日13時～   |
|      | 教室名  | 介護予防教室  | 里山散策教室<br>(温海パラ園) | 温泉健康教室<br>(温海寿海荘) | 介護予防教室  | 映画鑑賞     | 温泉健康教室    |
|      | 講師   | 健康運動指導士 |                   |                   | 健康運動指導士 |          |           |
|      | 世話係  | 芳恵 ヨシ   |                   |                   |         |          |           |
|      | 参加者数 | 6       | 5                 | 5                 | 12      | 5        | 5         |
| 第3週  | 日時   | 20日14時～ |                   |                   | 18日14時～ | 19日14時～  | 22日13時～   |
|      | 教室名  | 介護予防教室  |                   | いきいき百歳体操          | 介護予防教室  | 料理教室     | 手芸教室      |
|      | 講師   | 診療所職員   |                   |                   | 診療所職員   |          | 世話人会      |
|      | 世話係  | 勝恵 京子   |                   |                   |         |          |           |
|      | 参加者数 | 11      | 未実施               | 未実施               | 12      | 13       | 8         |
| 第4週  | 日時   | 27日14時～ | 23日10時半～          | 23日13時半から         | 25日10時～ | 26日10時半～ | 28日14時    |
|      | 教室名  | 介護予防教室  | 歌声カフェ教室           | 笹巻づくり教室           | 介護予防教室  | ベビーママカフェ | いきいき体操    |
|      | 講師   | リハビリ技士  |                   |                   | リハビリ技士  | 助産師      |           |
|      | 世話係  | 石川 美恵   | 清美                |                   |         |          |           |
|      | 参加者数 | 9       | 15                | 15                | 15      | 対象外      | 5         |
| 月間合計 |      | 開催数9回   | 参加総数82人           | 1回平均9.1人          | 開催数11回  | 参加総数114人 | 1回平均10.4人 |

24回開催として1回当2,500円)という低額ですが、公的資金を確保することに意義があり、現在月1回水準のたまり場も、チャレンジたまり場の経験に学んで開催頻度の引上げに取り組むこととしています。

「ちよさんの家」の月間活動プログラムと6月7月の活動実績は表7の通りです。想定した通り、住民主体の活動では、週3回10人参加のハードルをクリアできない状況が生まれています。私たちは、条件を100%クリアできなかったからといって助成金の申請を辞退するつもりはありません。制度そのものの問題が露呈した結果であり、基準に対する実績割合に応じて設定額の9割でも8割でも助成金を支給することを求めています。

す。

今年10月に鶴岡市の市長選挙と市議会議員選挙が予定されています。総合事業の問題についても、対応の課題としてだけでなく、たたかひの課題であることを鮮明にして制度の転換を迫って行きます。

(いわもと てつや、医療生協やまがた顧問)

※ 2015年度定期総会シンポジウム「地域のくらし連携について考える—鶴岡から学ぶ」(『いのちとくらし研究所報』52号、2015年9月)参照のこと

# 地域医療と自治体病院

## —展望を岩手から学ぶ—

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

地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ報告書第二弾を発行しました。

- ・ 頒価 1,000円
- ・ ISBN 978-4-903543-17-8
- ・ A4版 100ページ
- ・ 2017年7月発行

### <内容>

#### はじめに

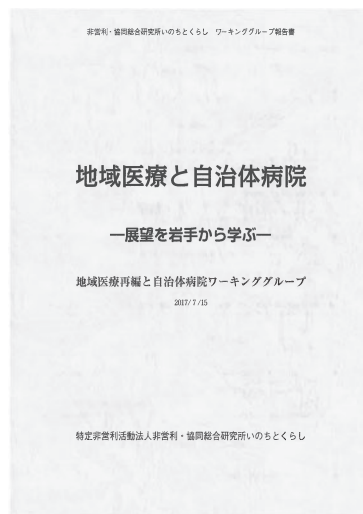
- 自治体病院の新たな段階の危機をどう打開するか  
—岩手調査を手がかりとして— …村口 至

#### 第1部 自治体病院危機の現段階

- 第1章 新公立病院改革ガイドラインと自治体病院の動向  
…田岡 康秀
- 第2章 千葉県に見る自治体病院の現状 …八田 英之
- 第3章 地方自治体病院及び地方独法化した病院の経営分析  
…根本 守

#### 第2部 岩手調査

- 地域医療の公共性を守る自治体病院の役割  
—岩手県県立病院等を訪問して— …村口 至
  - 第1章 岩手県医療局と医師対策、医師連 …村口 至
  - 第2章 岩手県の自治体病院の経営分析 …根本 守
  - 第3章 岩手県の医療住民運動と県立病院について  
…八田 英之
- おわりに …村口 至
  - 資料(転載)：岩手県の地域医療と財政 …井上 博夫



## 地域の医療供給と公益性

### —自治体病院の経営と役割—

好評発売中

- ・ 頒価 1,000円
- ・ ISBN 978-4-903543-13-0
- ・ A4版 160ページ
- ・ 2015年4月発行

【連絡先】 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  
〒113-0034 東京都文京区湯島2-7-8-2F 電話03-5840-6567 fax03-5840-6568  
電子メール inoci@inhcc.org URL: <http://www.inhcc.org/index.html>

# 認知症早期発見の検診と 認知症進行予防教室の取り組み

山田 智

## 【はじめに】

高齢者（65歳以上）の人口が7%に達したときを高齢化社会、14%以上を高齢社会としたのは、1956年のカイロ会議とされています。そのころ世界全体の高齢化率は5.2%にすぎませんでした。2005年には世界の平均で7.0%になり、世界全体が高齢化社会になりました。特に先進国では15.3%にまで進行し、高齢化社会から高齢社会になっています。日本は世界に類のないスピードで（わずか24年、1970年から1994年）高齢化社会から高齢社会に到達し、2007年にはついに高齢者人口21%の超高齢社会になりました。半世紀以内で高齢者の人口が3倍に増えた国は欧米先進国などでは例がなく日本の高齢化の進行がいかに早いかがわかります（増田雅鴨『世界の介護保障』2009年、法律文化社）。

## アジアの高齢化

韓国では2000年に高齢化率は7%を超え、2017年に17%を超えるとされ、倍化年数が17年、日本よりもさらに早く高齢社会となり、2040年には早くも30%を超えるのではと推計されています。

中国は20世紀には高齢化率は低かったのですが、2007年に7%を超え、2013年の中国政府の統計によれば65歳以上の高齢者は日本の総人口に相当する約1億3000万人で、総人口の1割弱。高齢化が急速に進んでいることから、2050年までに3分の1が高齢者になるとの予測があります（毎日新聞2014年1月30日）。さらに台湾が2006年9.5%、シンガポールが2005年13.0%となっています。このようにアジアの高齢化は急速に進行しています。高齢化は日本だけの問題でなく高齢化に伴う問題は、これらアジアの国の共通の社会問題とな

っています。

## 高齢社会の問題点と先進国の認知症戦略

高齢化に伴う主な問題点は「後期高齢者の増加」「単身高齢者の増加」「都市の高齢化」「認知症高齢者の増加」とされています。特に認知症高齢者は2025年には700万人にもなると推計され、これら認知症高齢者の医療と介護を考えると、その早期発見、進行の予防が重要とされています。そのため、厚労省は「地域包括ケアシステムの実現」の目的も含め「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」を2012年9月に策定（2013～2017年）。ついで下記のように高齢化が進行する先進諸国の認知症国家戦略を参考に、「認知症施策推進総合戦略」（新オレンジプラン）（2025年までが対象期間）を策定しました。

イギリス：『認知症国家戦略：認知症とともに良き生活（人生）を送る』2009年2月

オランダ：認知症国家戦略（全国認知症プログラム）2004年～2008年

フランス：アルツハイマーおよび関連疾患に関する国家計画（プラン・アルツハイマー）2008—2012

デンマーク：認知症国家戦略：「デンマーク認知症アクションプラン」2010年秋

（『認知症国家戦略の国際動向とそれに基づくサービスモデルの国際比較研究報告書』平成25年3月公益財団法人東京都医学総合研究所）

## 新オレンジプランができるまで

2013年12月11日ロンドンで「G8主要国8カ国認知症サミット」が開催され、その後継企画である「認知症サミット日本継続イベント」が2014年11月5日に開催されました。

会議において安倍首相は、「わが国の認知症施策を加速するため新たな戦略を策定するよう厚生労働大臣に指示する」と述べ、2013年度から実施している政府の認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン2013年～2017年）に代わる対策を年内に策定する方針を表明。さらに、「病態解明を進め、予防や治療の研究開発につなげるため、住民を対象とする追跡研究を全国に展開する」と言明（政府は1万人規模の研究を来年度から実施する予定）。

これを受け、新戦略について塩崎厚労相は国際会議の閉会式で言及し、「省庁横断で患者が生活しやすい環境整備に取り組む」「患者や家族の視点に立ち施策を推進する」「5か年計画の数値目標を引き上げる」の3つの柱を示し、その実現として2015年1月27日にあらたに「認知症施策推進総合戦略」（新オレンジプラン）（2025年までが対象期間）が作成されました。

まず従来のオレンジプランの内容を下記に示します。

1. 標準的な認知症ケアパスの作成・普及
2. 早期診断・早期対応
3. 地域での生活を支える医療サービスの構築
4. 地域での生活を支える介護サービスの構築
5. 地域での日常生活・家族の支援の強化
6. 若年性認知症施策の強化
7. 医療・介護サービスを担う人材の育成

このオレンジプランの内容については医療・介護が中心で、職員養成や基盤整備が中心であり、また、介護を必要としない認知症の初期段階の人の支援や、暮らし全般のサポートが乏しいなどが指摘もされていました。そのため新オレンジプランは、オレンジプランを発展させ、厚労省のほか、関係省庁である内閣官房、内閣府、総務省、法務省、警察庁、金融庁、消費者庁、文部科学省、農林水産省、経済産業省、国土交通省と共同して横断的に策定することになりました。

#### 新オレンジプラン

新オレンジプランの内容を表1に示します。新

表1 認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）

「認知症の人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域の良い環境で自分らしく暮らし続けることが出来る社会を実現する」ことを目的とする。

1. 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進
  - (1) 認知症への社会の理解を深めるための全国的キャンペーンの展開
  - (2) 認知症サポーターの養成
  - (3) 学校において認知症高齢者の教育推進
2. 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供
  - (1) 本人主体の医療・介護などの徹底
  - (2) 発症予防の推進
  - (3) 早期発見・早期対応のための体制整備
    - ・かかりつけ医の認知症対応力向上と認知症サポート医の養成。
    - ・認知症に関する専門医、認定医等の養成。
    - ・地域の歯科医師・薬剤師の認知症対応力向上のための研修を実施します。
    - ・認知症疾患医療センターの計画的な整備を進めます。
    - ・認知症初期集中支援チームの市町村への設置。
    - ・早期診断後のサポート体制を整備。
  - (4) 行動・心理症状（BPSD）や身体合併症への適切な対応
    - ・行動・心理症状（BPSD）への的確な対応。
    - ・状態に応じたふさわしい場所でサービスが受けられる循環型の仕組みを構築。
    - ・身体合併症への適切な対応を行う。
  - (5) 認知症の人の生活を支える介護の提供
    - ・介護サービス基盤の整備。

- ・良質な介護を担う人材を質・量ともに確保。
- (6) 人生の最終段階を支える医療・介護等の提供
- (7) 医療・介護等の有機的な連携の推進
  - ・「認知症ケアパス」を確立。
  - ・医療・介護関係者等との間の情報共有の推進。
  - ・認知症地域支援推進員を市町村ごとに配置。
- 3. 若年性認知症施策の強化
- 4. 認知症の人の介護者への支援
  - ・認知症の人の介護者の負担軽減。
  - ・認知症の人の介護者の負担軽減。
  - ・介護者の仕事と介護の両立への支援。
- 5. 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進
  - (1) 生活の支援（ソフト面）
  - (2) 生活しやすい環境（ハード面）の整備
  - (3) 就労・社会参加支援
  - (4) 安全確保を行い、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりを推進
- 6. 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーションモデル、介護モデル等の研究開発及びその成果の普及の推進
- 7. 認知症の人やその家族の視点の重視
  - ・認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施。
  - ・初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援。
  - ・認知症施策の企画・立案や評価への認知症の人やその家族の参画など。
  - ・その他。



オレンジプランの特徴は、以下のとおりです。

第1の柱である「認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進」のなかで、すべての国民が認知症の当事者となり、介護者になる可能性があるという認識のもとに、改めて認知症が身近なものであることを社会全体で確認する。「認知症の人の視点に立って認知症への社会の理解を深めるキャンペーンの実施」と記されています。当事者意識を持って支援体制づくりを行うことの重要性を強調している点です。

第3の柱である「若年性認知症施策の強化」（従来のオレンジプランでは6番目の柱になっていました）と第7の柱である「認知症の人やその家族の視点の重視」の中には「初期段階の人のニーズ把握や生きがい支援」が掲げられています。このことは「認知症サミット日本継続イベント」において、認知症の当事者である藤田和子氏（当時53歳、認知症発症は7年前）が「認知症になると何もできない、分からない、という強い偏見が、本人や家族の生きる力を奪い、孤立させる」。介護サービスを受ける以前の、意思を表明できる初期段階の人への情報やサービスがないことを知り、失望した体験を踏まえ、「この『空白の期間』に絶望を感じてしまう人が多くいる」と指摘。「認知症と診断されても人生は続く。本人が声をあげるには周囲の理解と協力が欠かせない。希望と尊厳を持てる社会を共に実現しましょう」（毎日新聞2014年11月6日）と呼びかけたことに応えたもので、この意義は大きいと言えます。

このほか、第5の柱にあるような「認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進」として「生活の支援、生活しやすい環境の整備、就労・社会参加支援、安全確保の視点から、認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくり」は、これまでなかったものであり、その実践は、民医連が共同組織と進める「無差別平等の地域包括ケア」の実践につながる内容になっています。

今回、私たちは、三多摩健康友の会と中野健友会友の会と協力し、オレンジプラン、新オレンジプランの

実践につながる、認知症早期発見の検診方法と認知症に対する啓蒙活動を行うことを目的に、大牟田認知症徘徊模擬訓練の視察などを行い、認知症早期発見の検診、ミニチュア版ではあるが徘徊模擬訓練の実施なども行えるようになったので、その取り組みと結果について報告します。

## 【三多摩健康友の会の取り組み】

三多摩健康友の会は、東京西部の府中、国分寺、国立、立川など16市町村に11支部、会員総数2万6087人（2016年3月現在）で組織されています。

### 三多摩健康友の会の認知症予防活動

会員の「認知症、明日は我が身、認知症になる前に予防法を身につけたい」「オレンジリングをどのように活用すればいいのか」などの声がかかるなか、2012年6月、保健委員や支部役員を対象とした認知症予防リーダー連続講座（図1）から始めました。この講座は、認知症の取り組みで有名な大牟田市の取り組みをまねたもので、学習と運動を必ず入れたプログラムで行いました。

タッチパネルを用いた認知症のチェックも行いました。その後このタッチパネルは薬局法人に購入していただき、現在、班の活動日で「認知症チェック」として年600件、この4年間で2400件が行われるまでになっています。

この間、研究費で東京杉並区にある浴風会病院

図1 認知症予防教室講義内容  
（山田 智医師 千田富子認知症ケア専門士監修）

| 日 場所<br>5時30分<br>6時40分 | 学習<br>20分                | 健康度チェック<br>20分      | 予防<br>20分           | まとめ | 講師            |
|------------------------|--------------------------|---------------------|---------------------|-----|---------------|
| 6月18日<br>友の会6F         | 認知症の種類<br>診断編            | チェックテスト<br>（タッチパネル） | 脳生き生き活動<br>脳生き生き体操  | 10分 | 山田・千田<br>城實佳也 |
| 6月25日<br>フィットネスセンター    | 認知症の症状<br>と治療            | チェックテスト<br>（タッチパネル） | 脳生き生き活動             | 5分  | 山田・千田         |
| 7月2日<br>友の会6F          | 認知症の<br>BPSD<br>に対する対応   | チェックテスト<br>（タッチパネル） | 脳生き生き活動<br>脳生き生き体操  | 5分  | 山田・千田<br>城實佳也 |
| 7月9日<br>友の会6F          | 支部で生かすために<br>事例から学ぶ 体験から |                     | 脳生き生き活動<br>脳生き生き食生活 | 10分 | 千田<br>市川理香    |
| 7月23日<br>友の会6F         | 支部で生かすために<br>まとめ         |                     |                     | 30分 | 山田・千田<br>城實佳也 |

※ 城實氏はトレーナー 市川氏は管理栄養士

の須貝佑一医師による「死ぬまでボケない頭を作る」の認知症学習会も中野健友会と共同で開催しました(2014年11月13日実施)。

さらに研究費をいただいて参加した、「大牟田市認知症徘徊模擬訓練」視察研修は、三多摩健康友の会の認知症への取り組みを一段と強めるものになりました。

## 【大牟田市徘徊模擬訓練視察】

千田富子報告

2014年9月20日、第11回大牟田市徘徊模擬訓練は、夕方6時から8時までのプレゼンテーションで始まりました。はじめに、大牟田市長寿社会推進課の新田成鋼氏による、①第11回徘徊模擬訓練について、大牟田市の概要として炭鉱が盛んであった頃の人口21万から、現在12万まで激減。高齢化率32.8%、高齢者世帯50.9%、高齢者単身世帯23%となり、「かつての炭鉱のまちは、いま、人にやさしいまち」に生まれ変わり全国に知られるようになったこと、今回の視察者も北は宮城から九州各地まで約100名の参加していることを紹介。

大牟田市徘徊模擬訓練は、2004年グループホームのあるはやめ南校区で認知症患者が行方不明となり死亡、そのことが発端となり地域で発議し実施。3年間は駛馬南校区で実施していたが、4年目からは7校区に広がり、6年目からは全校区に広がり、9年目からは熊本も含む広域へ広がったことを紹介。

あわせて現在、全小学校区に小規模多機能施設があり、そのすべてに地域交流センターが併設され、高齢者だけでなく子育て世代や子ども・青年も活動し交流の場になっていることなどを紹介されました。

次に、認知症ライフサポート研究会の大谷るみ子氏が②大牟田市の認知症高齢者への対策として、認知症サポーター養成講座には小学生や中・高校生も参加し、認知症を学ぶために作成した絵本の朗読をおこなっていること、徘徊模擬訓練への参加はもちろん、国際アルツハイマーデーにも参加したことを紹介しました。

大牟田市が取り組む「物忘れ検診」は、その後、認

徘徊役で徘徊中の千田さん



知症相談コーナー設置、予防教室の開催。認知症サポートチームの形成などに発展していること、認知症対策はあくまでもきっかけで、徘徊模擬訓練をとおして目指すことは市民への認知症への理解を広げること。それが多職種協働、多世代交流、地域協働の町づくりに発展したと報告しました。

### 徘徊模擬訓練

9月22日に開催されました。視察者もそれぞれの校区に分かれて訓練に参加(白川校区に参加)しました。まず体育館に集合、全員バイタルチェックを受け、訓練方法、注意事項などの講義を受けた後、視察者を含む3～5名で班を作り、班には1名、民生員など担当地域に詳しい人を配置されました。班ではサポーターA・Bの2名、徘徊役1名(写真1・徘徊役の千田氏)を決めて、地域を訪問。サポーターAが模擬訓練を実施中であることを告げ協力を依頼する。協力が得られれば、徘徊役が「道に迷ってしまった」「ここはどこなのでしょう?」などと助けを求める。

地域の人が答えたところにサポーターBが「ご協力ありがとうございます」とお礼を言い「認知症とは」「認知症の人への接し方」のパンフレットを手渡し、「本番では警察に電話連絡をお願いします」と説明。千田氏も「おなかが痛いので病院に行こうと思ったのですが道に迷ってしまいました。助けてください」と徘徊役を演じました。

声をかけられた人は怪訝そうな顔で「車でS病院まで送らしましょうか?」などと答えてくれました。

千田班は約1時間で11件と2人に協力が得られました。終了後体育館へもどり訪問した家を住宅地図に記入。これを毎回実施し全戸訪問を目指しているとのことでした。

これとは別に、従来の徘徊模擬訓練の徘徊役1名は全市を対象に徘徊し、開始1時間19分後に保護されました。

### 千田氏の視察しての感想

「大牟田市の取り組みは以前より認識していたが、徘徊する人はかなり広範囲を移動するので、全市でやらないと実行できないと思っていたが、この方法なら羽衣町にはそれなりの基盤があり、「すぐにでもやれるのではないか」と目からうろこの感じ。「帰ったらまず羽衣町でやろう」と思ったとのこと。そしてそれが実現するのです。

## 【立川市羽衣町認知症見守り模擬訓練】

第1回三多摩健康友の会の認知症見守り模擬訓練は、2015年5月24日、羽衣1丁目にて開催されました。参加団体は立川市南部東、はごろも地域包括支援センター、グルームホーム・デイサービス「えがおの家」、三多摩健康友の会であり、地元羽衣会の川鍋会長、赤間副会長を含む53名が参加。

大牟田市のように10グループに分けて、午前中の1時間半で106回の訪問や対話活動を行いました(写真2)。

そのうち模擬訓練まで行えたものが58回54.7

### 三多摩健康友の会が行った徘徊模擬訓練



%、半数以上の方に認知症役への対応を模擬体験していただきました。

終了後のまとめでは「とても温かい対応をして頂いた」「ご近所のつながりの強さを感じた」「突然の訪問でも協力をして頂いた」など地元の温かさ、日頃の皆さんの支え合いにふれたなどの声が多く出されていました。

さらに「町会の役員さんが案内してくれたことで、皆さんが快く応じてくれた」「民生員さんが参加してくれたので安心して話を聞いてくれた」など地元の皆さんの協力がとても大切であるとの貴重な感想も聞かれました。

これらの経験をもとに第2回目は同年11月29日、複数の地域包括支援センターの参加となり42名の参加で開催、訪問、対話数117件、模擬訓練まで行えたもの55名となりました。

参加者へのアンケートでは、認知症の人が安心して暮らせるようなまちにしたい。隣の市でも同様の取り組みがしたい、などがありました。今年もやってほしいとの声もあります。

また、地域の開業医の先生がこの運動の推進者の一人になっていただくまでの企画になってきたこと、立川市の社会福祉協議会からも注目されるようになってきています。

現在、三多摩健康友の会には、認知症予防の学習会、体操、安心できる食材を用いた食事会などが行われている、「居場所」が現在までに24ヵ所までになりました。

その中で日野支部にあるコミュニティーハウス「アウル」は、取り組みが認められ、日野市地域包括支援センターの2事業所から、高齢者の「認知症カフェ」として使用されるまでになっています。行政と主に取り組む「認知症カフェ」となりました。

## 【中野健友会の取り組みは】

### 菅井一郎報告

中野健友会における認知症の取り組みは、健友会が2013年11月、全日本民医連第5回認知症懇話会を開催したことに始まります。この取り組みを通じて共同組織に認知症学習の機運が高まり、三多摩健康友の



中野健友会が行った学習会で講演する西野憲史先生



会との2度目の認知症学習会開催につながりました。

2015年3月14日、北九州、「ふらて会」西野憲史先生の「生涯にわたる健康の支援とまちづくり」、(写真3)と題しての認知症予防に関する講演では、65歳以上の4人に1人が認知症になるといわれ、高齢者人口の増加に伴い全体数が増加。これは世界的な傾向で、すでにフランスやイギリスでは国家を上げて認知症対策を具体的に進めているが、日本では今から新オレンジプランを基に対策を開始しつつある状況。その際大切なことは一人の努力や一機関の取り組みではなく、地域全体が連携して共に取り組みを進める事が必要でそれが地域包括ケアの本当の意味だと冒頭に述べられました。

認知症予防のために興味があること、楽しいことをやると脳の血流が活性化する。

「認知症の人は自分の興味の有る事にしか脳の血流の活性化が現れない」「アルツハイマーの原因物質が脳に溜まっているのに認知症に成りにくい人が居るが、その人たちは好きな事、得意な事、楽しい事を沢山行って脳血流が増えている」、この事から好きな事・得意な事をする事が大切。「薬を飲んでも楽しくならないでしょう」と薬物に頼らない認知症予防が可能と教えて頂きました。

40歳～50歳代の生活習慣病の改善が大切

認知症の予防は40歳～50歳代の、まだ若い頃からの生活習慣病の改善が大切で、ふらて会では、「生活習慣病外来とエクササイズの組み合わせ」「ロビー教室(健康教室)」「戸外活動(自然に親しむ園芸活動等)」等での一次予防(認知症の発症予防)や、二次予防(認知症の早期発見・早期治療)では「生きがい塾」での有酸素運動や楽しい知的活動、園芸療法で五感刺激と楽しいコミュニケーション、三次予防(認知症の病気の進展防止)では、医療上評価を前提に、「その人らしさのある生活」「尊厳を守る」事を基本にその人毎に合った自然療法を進めていると紹介して頂きました。

有酸素運動や五感の刺激が効果あり

認知症予防には、有酸素運動が効果があり高齢者でも脳の容積を増加させる事、豊かな環境は認知機能を改善し、逆に閉じこもりは認知機能を低下させる事、40歳～50歳代からの介入が望ましく、更に残歯数が少なかったり・歯周病だとアルツハイマー病になりやすいことなど、自然療法は五感すべての刺激が得られる。

人間は自然に親しむとそれだけで脳が活性化し、その点で農業は五感刺激に最適で「医農連携」が自然療法ともいえる。

図2 健友会地域包括推進委員会 議事録

|           |  |
|-----------|--|
| 第1回5月12日  | ①学習、②「地域包括ケア」に関わる地域の資源の調査分析、③地域資源の活用状況、④提言や要望としてまとめる事の委員会の目的を確認。 |
| 第2回5月2日   | 『地域包括ケア』の意義と中野区杉並区日常生活圏域についての分析。                                 |
| 第3回6月9日   | 日常生活圏域毎の行政施設等の分析、中野地域の福祉施設の分析                                    |
| 第4回6月30日  | 地域包括ケア病床について学習、地域分析としての中野共立病院の『退院患者分析』友の会会員と非会員の比較から             |
| 第5回7月14日  | 服部真理子氏の記事紹介と各地のボランティア活動の学習、中野区高齢者施策分析                            |
| 第6回7月28日  | 都発行の高齢者保健福祉統計資料学習、杉並区の7医療圏毎の友の会世帯数と町名ごとの世帯数の分析、他施設見学計画の検討。       |
| 第7回8月11日  | 地域包括ケアシステムの類型学習、杉並区高齢者福祉施策分析                                     |
| 第8回8月25日  | 理事長が参加した、大牟田市での「住まいは福祉」を基に地域分析を進めて作り上げた「在宅マスタープラン」の学習            |
| 第9回9月8日   | 経産省の「経済財政再生計画」で社会保障関連の検討項目学習、「2014年度健友会在宅患者の方の終了理由の分析」           |
| 第10回9月29日 | 認知症と『居場所づくり』の課題について学習。法人全体の地域包括ケアの概念図                            |



## 喜びの瞬間を沢山つくりたい

「一人一人の方が喜びを感じ、幸せをいっぱい感じる個人を増やしていく事が、住み続けられるまちづくりにつながる」。

東京でも喜びの瞬間を沢山作る事が出来ると、健友会の今後の取り組みに励ましを頂きました。職員や友の会会員はもちろん、近隣の介護福祉事業者や一般の住民に幅広く参加いただき、この点でも健友会の果たす役割の大切さと、今後の地域全体で関わる取り組みの拡がりの可能性を感じられた学習会となりました。

この学習会後、健友会と共同組織が合同で進めることになった、安心・安全の取り組みにもつなげるための「地域包括ケア推進委員会」を設立、

図2にあるように頻回の学習会や、地域分析などの調査活動を行い「居場所」づくりを開始しています。

現在、中野健友会には18か所の居場所が出来ました。食事会、体操教室、麻雀サークルなど多様で幅広い活動が広がり始めていることを紹介しておきます。

なお現在、大牟田市徘徊模擬訓練は「認知症SOSネットワーク模擬訓練」にかわりました。

本研究は非営利・協同総研いのちとくらしの2014年度研究助成費を得て行うことが出来ました。

(やまだ さとし、中野健友会理事長)

## 【事務局ニュース】2017年度研究助成の決定

2017年度研究助成への応募総数は28件と過去最多でした。検討の結果、以下の5研究に助成することが決定しましたのでお知らせします。

- 2017年度助成研究（共同研究2件、個人研究3件、合計200万円）○は共同研究代表
- ・（個人）35万円「貧困・社会的排除に抗するソーシャルワークについての研究～権利擁護・ソーシャルアクション・就労支援の視点から～」(石坂誠（佛教大学大学院社会福祉学専攻科博士後期課程・4回生、東信医療生協）)
  - ・（共同）70万円「患者の医療利用を妨げている要因の分析と対策に関する研究」(○眞木高之（松江生協病院・副院長）、宮本恭子（島根大学法文学部法経学科・教授）、関耕平（島根大学法文学部・准教授）、堀西祐多（島根大学医学部学生）、宮廻英司（松江生協病院・内科責任医）、山下晋（松江生協病院・循環器責任医）)
  - ・（個人）35万円「身寄りのない低所得単身高齢者の居住の安定確保と生活支援に関する法制度の研究」(矢田尚子（日本大学法学部・准教授）)
  - ・（共同）30万円「有床助産所における子育て支援機能の評価と課題～母親へのインタビュー調査から～」(○井澤幸（日本福祉大学大学院福祉社会開発研究科社会福祉学専攻・大学院生（博士課程後期課程）、児玉喜郎（日本福祉大学学長）)
  - ・（個人）30万円「カール・ポランニーのイギリス時代における反経済的自由主義思想の可能性の探究」(笠井高人（同志社大学経済学部・助教）)

# 報告書等の発行一覧

詳細はウェブサイトの出版情報をご覧ください

## 視察報告書、翻訳

| タイトル   | 著者名                            | 発行日        | 備考                                 |
|--|--------------------------------|------------|------------------------------------|
| 『「スウェーデン・福祉の国づくりを<br>探るツアー」報告書』                | 全日本民医連・総研いの<br>ちとくらし編          | 2006年3月1日  | 全日本民医連・総研<br>いのちとくらし共催             |
| 『「スペイン・ポルトガルの非営利・<br>協同取材」報告書』                 | 角頼保雄・坂根利幸・石<br>塚秀雄他            | 2006年3月1日  | いのちとくらし別冊<br>No.2                  |
| 『フランス 非営利・協同の医療機関・<br>制度視察報告書』                 | 非営利・協同総合研究所<br>いのちとくらし編        | 2008年3月31日 | 全日本民医連・総研<br>いのちとくらし共催             |
| 『キューバ・メキシコ視察報告書—キ<br>ューバ憲法・ポリクリニコ一般規則全<br>訳付—』 | 非営利・協同総合研究所<br>いのちとくらし編        | 2010年2月20日 | 全日本民医連・総研<br>いのちとくらし共催             |
| 『ドイツの非営利・協同の医療と脱原<br>発の地域電力事業視察報告書』            | 非営利・協同総合研究所<br>いのちとくらし編        | 2013年3月31日 | (在庫無、ウェブサ<br>イトでPDF公開)             |
| 『イタリアの非営利・協同の医療福祉<br>と社会サービスの視察報告書』            | 非営利・協同総合研究所<br>いのちとくらし編        | 2014年6月14日 |                                    |
| 『イギリスの医療・介護と社会的企業<br>視察報告書』                    | 非営利・協同総合研究所<br>いのちとくらし編        | 2016年6月15日 | 総研いのちとくらし<br>・全日本民医連・保<br>健医療研究所共催 |
| 『スペイン社会的経済概括報告書<br>(2000年)』(翻訳)                | J.バレア、J.L. モンソン<br>著 佐藤誠・石塚秀雄訳 | 2005年4月15日 | いのちとくらし別冊<br>No.1                  |

## ワーキンググループ報告書、ワーキングペーパー

| タイトル   | 著者名                        | 発行日         | 備考                    |
|--|----------------------------|-------------|-----------------------|
| 『公私病院経営の分析—「小泉医療制<br>度構造改革」に抗し、医療の公共性を<br>まもるために—』   | 医療経営比較ワーキング<br>グループ        | 2006年3月1日   | ワーキンググループ<br>報告書 No.1 |
| 『地域の医療供給と公益性—自治体病<br>院の経営と役割』  | 地域医療再編と自治体病<br>院ワーキンググループ  | 2015年4月30日  | ワーキンググループ<br>報告書      |
| 『地域医療と自治体病院—展望を岩手<br>から学ぶ』   | 地域医療再編と自治体病<br>院ワーキンググループ  | 2017年7月15日  | ワーキンググループ<br>報告書      |
| 『Red Store、Yellow Store、Blue<br>Store and Green Store:The Rochdale<br>Pioneers and their Rivals in the late<br>Nineteenth Century』 | Takashi SUGIMOTO<br>(杉本貴志) | 2006年11月8日  | ワーキングペーパー<br>No.1     |
| 『友愛社会とは何か—ヨーロッパから<br>学ぶ社会像』  | 富沢賢治                       | 2010年3月1日   | ワーキングペーパー<br>No.2     |
| 『地域医療と自治体病院をめぐる住民<br>運動』2013/09 第一報  | 八田英之                       | 2013年10月15日 | ワーキングペーパー<br>No.3     |
| 『東日本大震災からの復旧・復興事業<br>の取り組みと課題に関する研究—気仙<br>沼市の復興状況を事例として—』  | 小磯明                        | 2015年3月31日  | ワーキングペーパー<br>No.4     |
| 『TPP・共済問題研究会報告要旨集<br>TPPと共済規制問題』   | 中川雄一郎                      | 2016年8月31日  | ワーキングペーパー<br>No.5     |

# フランスの在宅入院の事例研究

## —サンテ・セルヴィスの実践と戦略—

小磯 明

### I. はじめに

#### 1. サンテ・セルヴィスを事例とする意味

本稿は、本誌No.59号で詳述した「フランスの在宅入院制度に関する研究——在宅入院全国連盟の活動と課題」（以下、前稿という）に続く、事例研究である。本稿で取り上げるサンテ・セルヴィス（Fondation Santé-Service）は、フランス最大手のHADである。前稿では、「パリ市内のHADは3つの大手しかなく、3つのシェアは99%である」と述べた。クロワ・サン・シモン（Croix Saint-Simon）、サンテ・セルヴィス（Santé-Service）とパリ公立病院（Assistance publique-Hôpitaux de Paris, APHP）HADの3つである。

筆者は、2005年11月に、パリ公立病院協会所属在宅入院連盟を訪問し、拙著『高齢者医療と介護看護』（2016:349-54）で紹介している。本稿が、パリの3つの大手HADの内の2つ目となる、サンテ・セルヴィスを事例として取り上げることは適当であると考ええる。

サンテ・セルヴィスを事例として取り上げる理由は、2016年10月に訪問したフランス・パリでの在宅高齢者ケア調査で、サンテ・セルヴィスを訪問し、1日コースの正規講習を受け、デリバリーシステムの視察を行ったからである。講習は、職員教育のための研修であり、サンテ・セルヴィスの中で行なわれている生涯教育プログラムである。そのプログラムをそのまま視察訪問者にも同じようにやっている。その責任者が、ギオ、セレンさんであった（以下、講習とデリバリーシステムの視察を合わせて「研修」という）。

研修は、物流センターの視察も含めると、4つのパートから構成される、大変豊富な内容であった。時間的にも9時半～17時半までの8時間（昼食1時間を含む）といった、長い時間の研修であ

った。その研修内容の詳細を事例として紹介することは、非常に意義あることと考える。研修の内容を簡単に次に説明する。

#### 2. 研修の概要

まず、HADとはどういうものか、在宅入院の説明、次に、サンテ・セルヴィスの沿革、方針について、社長のカルモン、ミッシェル（CALMON, Michel）氏から説明があった。在宅入院とは、通常の箱物の入院とどこが違うのか、そしてフランスはどうしてこの在宅入院という入院の形を採用し、現在力を入れているのか説明を受けた。入院を自宅の病院で行っていること、HADの定義について、そして国全体としてどのような医療提供者があるのか、について説明があった。次に、どのような支払になっているのか、システムの説明があった。そして最後に、サンテ・セルヴィスはどのようなサービスを提供しているか。特にプロフェッショナルに向けた研修教育に大変力を入れている。それで、サンテ・セルヴィスはとても人気が高い。在宅をやる医療者はここで研修を受けている。あるいは病院スタッフにサンテ・セルヴィスの研修を受けさせようということもあり、サンテ・セルヴィスの教育の部分の説明を受けた。最後にケータリングについての説明を受けた。

2番目に、サンテ・セルヴィスのマシュー、シルベヌ（MATHIEU, Sylvaine）看護部長からは、実際の活動内容について説明を受けた。そして午後は、ガンドリーユ、ニコラ（GANDRILLE, Nicolas）医師より説明を受けた。ガンドリーユ、ニコラ医師からは、HADの中で医師は何をやっているのか、どんな内容になっているのか、メデイカルな側面について説明を受けた。

最後は、物流センターを視察し、物流工程について説明を受けた。

### 3. 本稿の構成

以上の研修概要を踏まえて、ミッシェル、カルモン氏の説明はHAD全体のことであり前稿と重複するが、問題を改めて整理するために、課題の設定として述べた。調査結果の第1には、研修当日に配布されたサンテ・セルヴィスのデータ等から記述した。第2には、シルベヌ、マシュー看護部長から説明を受けたサンテ・セルヴィスの実際の活動内容について記述した。第3には、ニコラ医師のコーディネーター・ドクターとしての活動について記述した。第4は、薬局と物流センターを視察した結果をまとめたものである。そして、最後に、考察よりもまとめの方が適切と考えて、問題意識を提示した。

## II. 課題の設定

### 1. 在宅入院制度の現状

#### (1) 在宅入院の良い面

1991年病院改正法の法律によって、病院に代替するものができてきた。今まで入院して行ってきたものが徐々に外来で、あるいは在宅で行われるようになっていった。たとえばデイスージェリー(day surgery, 外来手術)は1日で手術をしてその日のうちに帰って行く。デイスージェリーは入院しない。次にデイホスピタル(day hospital)<sup>1)</sup>である。検査項目を全部プログラムして、朝病院に入り検査したら夕方には病院から出て行く。そして、在宅入院制度(L'hospitalisation à domicile, HAD)である。家のベッドを病院のベッドと見なす。この3つが医療機関の入院に代わるものである。

在宅入院は本当に良いところがたくさんあると言われている。たとえば国民の調査によると、4人のうち3人が自宅で治療ができるのであればそれを望んでいる。次が、同じスタッフ、顔なじみのスタッフを送ることによって、違う人が訪問するのではなくいつも同じ人が訪問することによって、サービスのクオリティを上げる。その次が、トータルなケアである。精神的にはもちろん身体的にも、そして社会的にもといった、3つの側面

からの治療である。これはWHOによると、精神的、身体的、そして社会的に良い治療である。これらを見た上でのケアをする。次に院内感染リスクがぐっと下がることである。自宅には、他の患者が入院しているわけではないからである。そして経済的である。これは国の財政から見れば大変良いことである。

#### (2) HAD を含む在宅介入機関

HAD以外にも、もちろん在宅に介入する人たちがいる。自宅に往診するかかりつけ医、開業看護師たちが訪問する。かかりつけ医が色々オーダーを出して、それを行うのが開業看護師である。開業看護師は国内に10万人いるといわれている。それから開業リハである。リハ士は6万4,000人いるといわれている。その他にも、言語セラピスト、聴覚セラピスト、そういう人たちがみんな開業している。その開業している人たちは当然訪問をするので、そういった人たちにコ・メディカルな部分をやってもらう。

次にシアッド(SSiAD, 看護介護事業団)がある。看護師と介護士がいるが、主に行うのはナーシングと介護である。1日当たりの単価が30ユーロ(3,450円)である(2016年10月の平均相場115円で計算。以下同様)。

HADはより高度な技術で病院でやっているような行為を自宅にもってくる。たとえば術後の管理、ケモセラピー(chemotherapy, 化学療法)、ALS(Amyotrophic lateral sclerosis, 筋萎縮性側索硬化症)に代表されるような難病(難性の病気)の人たち、そしてALD(affectation de longue durée, 長期慢性疾患)の患者も多い。シアッドとHADの違いは、頻回と高度の2つのキーワードで表せる。1日に何回、週に何回、頻回に訪問するか、そして高度な技術を提供できるか、この2つがシアッドとHADの違いである。

#### (3) 在宅入院は病院でやっていることと同じ

在宅入院は箱物の病院とやっていることは同じである。ただ場所が患者の自宅のベッドのことをいっているだけで、当然のことながら入院して退院する、その流れの期間が確かにある。場所は何も変わらないので、そういう感覚はないかもしれ



ないが、病院と同じ計算式になっていて、退院がある。そしてその間に、コ・メディカルの医療者が来て、急性期の治療であれば乳児から仮に100歳の高齢者までのどのような疾患にも対応できる。そして頻回な介入が必要であること、高い技術を提供する必要があることが、他の在宅サービスの介入機関とは違う。

これにより政府としては、患者が入院を回避できること、あるいは入院期間を短縮してより早く退院ができること、これらの利益がある。そして場所は自宅だが、これは完全に病院なので、ベッドを1つ増やしたり予算を増やすにはARS (Agence Régionale de Santé, 地方健康庁または地方圏保健庁) からの認可が必要である。ARSの認可なしに在宅入院病床を拡大することはできない。やはりそこも病院と同じである。さらに、第三者機能評価をHAS (Haute Autorité de Santé, 高等保健機構) から受けている。これも病院と同じである。自宅だからといってそういった評価がないかというところではなく、まったく公的な機関が評価をしている。

## 2. 多職種連携

### (1) HAD には入院環境が重要

たとえば、開業看護師が帰ってしまうと、医療がまったくない状態で自宅である。それくらいのニーズで済む患者はそれで構わない。在宅入院ではもっと継続的に介入する。それからロジスティックの部分が必要となる。薬剤等の物品や酸素、重度の機材もすべて自宅に入れての入院環境が必要になる。ベッドも変わるし、ベッドの周りも変わる。そういったものを運び込める環境でなくてはならない。一人暮らしであることで何か不便があってはいけない。そのため、独居の人には少しプログラムが変わってくる。MRI (Magnetic Resonance Imaging, 磁気共鳴画像)<sup>2)</sup>やCT スキャン (Computed Tomography, コンピュータ断層撮影)<sup>3)</sup>などの検査が必要なときには、当然検査しに行かなければならないので、HAD ではできない。そういったときにはHADの断りの対象になる。

### (2) コーディネート・ドクター

病院から退院するとき、病院の医師が「これからこういう内容のことを退院した後は自宅で続けてください」と指示書を書く。それをもってHADはそれに従った治療を行っていく。治療の方針となったそもその出発点は、80%が病院の医師からの指示書である。一方、残りの20%は自宅でかかりつけ医にかかっている、かかりつけ医からの紹介で、病院入院をさせる必要はないけれども、このままでは少し良くないので自宅で治療を続けていこう (その意味では、高齢者が多いかもしれない)、そういったケースの患者は「こういったことをしてください」といった指示書もらい在宅入院に入る。ターミナルケアは特に多い。これによって入院が回避できる。

病院から退院支援室を通して、退院したときに指示書をもって出てくる。しかし自宅に長くいる間に調整が必要になってくる。その調整の部分を担うのがかかりつけ医である。病院の医師と患者の近くにいるかかりつけ医、そしてもう1人がHADのコーディネート・ドクターである。このコーディネート・ドクターが、病院医師とかかりつけ医の間の調整を行う。

### (3) 頻回介入する人たち

どういった医療者が頻回介入するのか。まず在宅入院のプロパーの医療者である。コーディネート看護師、コーディネート・ドクター、あるいは実際に訪問して医療行為をする看護師が、まず被雇用者でHADの中にいる。しかしそれだけではなかなかまかないきれない部分がある。都市部ではまだいいが、地方でそこまで人を置くと無駄がでてしまう。それよりは近くにいる開業看護師を使ったほうがよい。そういう場合はHADのプロパーで雇用された看護師は使わず、開業看護師を呼ぶ。そして支払いは、この開業看護師はHADのスタッフではないがHADから支払いをする。

さらにはベッド、車椅子、歩行器を売っている会社などには、酸素を扱ったり、メディカルベッドを作ったりしている会社もある。そういった会社に直接連絡をする。その中に資格を持つ人がいたら、住宅改修の依頼をする。それらもコーディネートする。必要な人をHADから派遣するし、

色々な外部の人に依頼し患者宅に直接訪問してもらうこともある。これも在宅入院である。

### 3. 在宅入院制度の現状と課題

#### (1) HAD の費用抑制

2015年現在で、年間延べ人数で10万5,008人の患者が在宅入院を利用した。これはサンテ・セルヴィスだけでなく、他のHADも含めたすべての延べ患者数である。平均在院日数は25日である。ALSの患者や神経変性の病気の患者、難病の人、そういった人たちはこの25日には入らない。同じく2015年に使われた在宅入院の医療費(=在宅入院のマーケット)は、9億1,400万ユーロ(1,051億1千万円)である。これは2015年の在宅入院の総額である。さらに1日当たり平均HADで見ると、患者1人当たり在宅入院医療費は197.4ユーロである。これは1日当たり2万2,700円である。一般の病院と比べ、実に10分の1である。一般の病院に同じ病気で入院すると、病院の診療報酬が高いこともあるが、1日当たり平均2,000ユーロ(23万円)である。さらにデイホスピタルの場合はどうか。朝病院に入り検査を全部して、あるいは処置をして夕方に出てくる。これも入院の一部である。この場合、1日700ユーロ(8万5000円)である。入院に比べると医療経済的に良いが、さらにもっと良いのがHADである。

2005年時点でのHADは123であったが、2015年は308になっている。2005年では3万5,017人だった患者数は2015年には10万5,008人となっている(FNEHAD,2016:43)。在宅入院という機関が2.5倍増、患者数は3倍増になっていることが最も重要な点である(小磯 2017a)。

2007年からは高齢者ホームに行くことができた。2017年で10年が経過した。そして2012年からは障害者施設、ALSや難病患者に対しても、障害者施設にも行けるようになった。このように法律は2007年と2012年に変わった。HAD全体の約5%が施設での活動で、95%は自宅で活動している。

HADの運営母体を見ると、62%がNPO(Non Profit Organization)である。HADのほとんどが平均50床規模である。これ以上の大きなものは極

めて稀で、だいたい50床というところが圧倒的に多い。26%が公立で、12%が民間営利である(サンテ・セルヴィス研修資料より)。

#### (2) 支払方式の課題

フランスの医療費は2階建てになっている(小磯 2017b)。70%~80%、疾病によって違いがあるが、大きくいってしまうと、80%が公的保険で支払われる。残りの20%が補足保険の2階部分の保険から支払われるようになっている。支払の方法は、病院はDRG(Diagnosis Related Group)<sup>4)</sup>で支払われている。HADの場合は日額になっている。「日額いくら」かは毎年制定されるが、交渉の後、料金を決めるのに4つの側面から見る。まず、主治療である。主病、副病という考え方があるのと同じように、主治療、副治療というのがある。たとえば主にやるのがターミナルケアなのか、そして副治療として経管栄養もやるとか、人工栄養もやるとかと、いくつか選択する行為がある。それと、カルノフスキー指数<sup>5)</sup>がある。これは要介護度といったらよいと思うが、ターミナルケアのときに使われる要介護度なので、高齢者介護の要介護度とは違った観点で見ると、それから4つの期間によって、だんだん支払額が下がっていく。まず同じ主病、副病、カルノフスキー指数であっても、1日目から4日目までは高い支払額がついているが、5日目から9日目になると少し低くなる。さらに10日目から30日目になると、さらに低くなる(約10%ずつ下がっていく)。そして最後は31日を超えると、ぐっと下がる。この4つの期間によって支払額が下がって行く。

症状が悪化した場合はどうなるのか。サンテ・セルヴィスでも現在政府に要求しているところだが、特に長期の慢性の患者や神経変性の疾患の患者の場合、長くなれば悪くなるので、少なくともその下げ率をそういった疾病の患者に関しては下げないで同じにしてほしいと要求している。しかし現実には、約10%ずつ4日目を過ぎたら下がる、9日目を過ぎたら下がる、となっている。

それから日額の平均は197.4ユーロ(2万2,700円)であり、これですべての疾患別に全部をカバーする。197.4ユーロというのは平均値なので、もっと高い疾患もあれば、もう少し安い疾患もあ

るが、ともかく政府が決めた日額ですべてをカバーする。すべてとは何かというと、医師であり、看護師であり、リハビリであり、薬剤であり、使用する色々な物品であり、そういったものすべてを平均197.4ユーロの中でカバーして支払わなければならない。さらにHADの雇用ではない開業看護師等に訪問を依頼した場合にもHADから支払う。

ただし抗癌剤などの高額薬剤は除く。そういったものは別付けすることができる。色々な疾患を全部ひっくるめて平均的に1日あたり197.4ユーロで、最も安いものでは、たとえば正常の新生児管理が1日あたり80ユーロ(9,200円)、高いものでは人工呼吸は1日あたり300ユーロ(3万4,500円)となっている。そうはいつでも箱物の病院と比べたら、断然安い。たとえば、筆者らがサンテ・セルヴィスの研修前に訪問した、パリ市内にある赤十字老年科病院(Croix-Rouge française)では、入院1日平均600ユーロ(6万9,000円)と言っていたので、かなり安いことがわかる。

### (3) 本稿の目的

以上の経緯と理由から、本稿は「サンテ・セルヴィスの実践と戦略」として、事例研究を行うこととする。研究方法は、講習内容を正確に理解するために、ボイスレコーダーで録音した内容を素起こし(逐語録)し、当日サンテ・セルヴィスから配布された資料も使用して、帰国後行なった文献・資料調査を含め、事例としてまとめた。

本稿の目的は、前稿で展開したフランスの在宅入院制度に関して、サンテ・セルヴィスを事例として、その具体的活動内容を詳述し、日本の医療制度への示唆を得ることである。

## Ⅲ. 調査結果

### 1. サンテ・セルヴィス (Fondation Santé Service) の組織

#### (1) 主な指標

サンテ・セルヴィスが所在するのは、パリ市のあるイル・ド・フランス(Île-de-France)地方である<sup>6)</sup>。フランス中北部の地方である。現在はパ

リ市を中心にその周囲を取り巻く7県からなる地方をさす。1961年にパリ地域圏として作られたものが1972年に「イル＝ド＝フランス」に改名された。イル＝ド＝フランスとは、「フランスの島」のことである。セヌ川をはじめ、オワーズ川、マルヌ川などの川によって、島のような地形になっていることから名付けられた。フランス全人口の19%を占める。王家発祥の地であり、フランス発展の中心である。

サンテ・セルヴィスは、1958年にガン対策連盟、ギュスターヴ・ルシー(Gustave Roussy)研究所(欧州最大のがん治療センター)によって設立されたアソシエーションである(DURAND, Nicolas, et al. 2010: 143-52)。ルシー研究所は看護師教育の草分けであり、またガン対策連盟は、非営利医療組織運動体として非営利セクターの中で現在も大きな役割を果たしている。1960年代にはガン患者治療のために病院と提携した。1970年代にはアソシエーション法に基づき、現在の名称となった。1973年に在宅入院全国連盟をサンテ・セルヴィス主導で設立した。1987年に救急介護教育を開始した(石塚・竹野 2008)。在宅入院と教育事業の二本柱の事業をしている。在宅入院のみを扱い、その分野ではフランス最大のものである。1958年に設立されたサンテ・セルヴィスは現在ファンデーションになっている。ファンデーションになったのは2013年である。2015年度の主な指標を見ると表1の通りである。

表1 サンテ・セルヴィスの主な指標

|   |          |
|---|----------|
| Number of patients treated<br>(取り扱い患者数) | 12,492人  |
| Number of day<br>(日数)                   | 490,361日 |
| Number of patients / day<br>(1日当たり患者数)  | 1,343人   |
| Average length of stay<br>(平均在院日数)      | 20日      |

(資料)Santé Service, HAD : enjeux, organization et modes de prise en charge, mercredi 12 Octobre 2016.

#### (2) 予算と主な疾患、スタッフ数

##### ①2015年度予算

2015年度予算をみてみよう(表2)。G1のスタッフコスト(G1-Sta costs)は、5,911万1,096ユーロ(約68億円)で、予算全体の53.0%を占めて

いる。同様に、G2の医療費(G2-Medical expenses)は3,423万7,326ユーロ(約39億3,730万円)で、予算全体の31.0%を占めている。G3の一般管理費(G3-General expenses)は1,124万4,235ユーロ(約12億9,300万円)で10.0%、G4の特別費用

+減価償却および引当金(G4-Extraordinary costs + depreciation and provisions)は573万9,884ユーロ(約6億6千万円)で5.0%といった構成割合である。予算全体は、1億1,033万2,571ユーロ(約126億9千万円)である。

表2 予算と構成割合 (2015年度)

|   | (€・%)       |       |
|---|-------------|-------|
|   | 予算          | 構成割合  |
| G1-Sta costs (スタッフ・コスト)   | 59,111,096  | 53.0  |
| G2-Medical expenses (医療費)   | 34,237,356  | 31.0  |
| G3-General expenses (一般管理費)   | 11,244,235  | 10.0  |
| G4-Extraordinary costs + depreciation on and provisions (特別費用+減価償却および引当金) | 5,739,884   | 5.0   |
| Total (合計)  | 110,332,571 | 100.0 |

(資料) Santé Service, HAD : enjeux, organisation et modes de prise en charge, mercredi 12 Octobre 2016.

## ② 主な疾患

主な疾患を表3からみてみよう。腫瘍の構成割合は41%と最も多く、次は他の疾患37%である。心肺、産科、神経科が5%、栄養および代謝性疾患は4%、そして寄生虫感染症が1%である。

表3 主な疾患

| 主な疾患  | (%)<br>構成割合 |
|---|-------------|
| Neoplasia (腫瘍)  | 41          |
| Other pathologies (他の疾患)  | 37          |
| Cardio-respiratory (心肺)   | 5           |
| Obsterics (産科)  | 5           |
| Neurology (神経科)   | 5           |
| Nutritional and metabolic diseases (栄養および代謝性疾患)                   | 4           |
| Infectious and parasitic diseases (Infectious parasitic) (寄生虫感染症) | 1           |

注1) 構成割合は98%であり、100%にならないことに注意のこと。  
(資料) Santé Service, HAD : enjeux, organisation et modes de prise en charge, mercredi 12 Octobre 2016.

## ③ スタッフ総数

2015年度のスタッフ総数について、研修資料よりみてみると、次頁表4のようになる。ケアスタッフは565人、アウトソーシング・ケア・スタッフが128人、経営スタッフは115人、入院スタッフが70人、薬局とロジスティックスを合わせたスタッフは54人、そして心理社会的なスタッフ33人で

ある。合計965人がサンテ・セルヴィスの活動に関わった。ケア58.5%とアウトソーシング・ケア13.3%を合わせたスタッフ数の構成割合は71.8%であり、約72%がケアスタッフである。

## (3) 組織と活動

### ① 組織 (部門)

まず医療のほうは、図1の一番左はHAD(在宅入院)を行なっている部門であり、1日当たり1,450人の患者を扱っている。次にポール・メディコ・ソーシャル、これは主に看護介護事業団のほうで、シアッド(SSiAD)を3つもっているということである。看護師と介護士とヘルパーが所属するシアッドを3つもっていて、1つはサンテ・セルヴィスにあるが、他の2つは違う場所にある。1日あたり平均83件、あるいは1日当たり43件、あるいは1日当たり76件もっている。そういう看護介護事業団の部門ももっている。さらに一番右が教育プログラムである。こちらが一番力を入れていて、主にサンテ・セルヴィスで働くことになった、プロパーの被雇用者になる人たちには、ここで絶対義務で教育プログラムを受ける。さらに、外部の医療者がサンテ・セルヴィスからの依頼で患者を扱うことになって、しかも人工呼吸をやったことがないとしたら、もしもその人が在宅医療の経験がなかったら、サンテ・セルヴィスに来て教育を受ける義務がある。その他に、何々病院の介護者や病院の人が、「職員にこういう



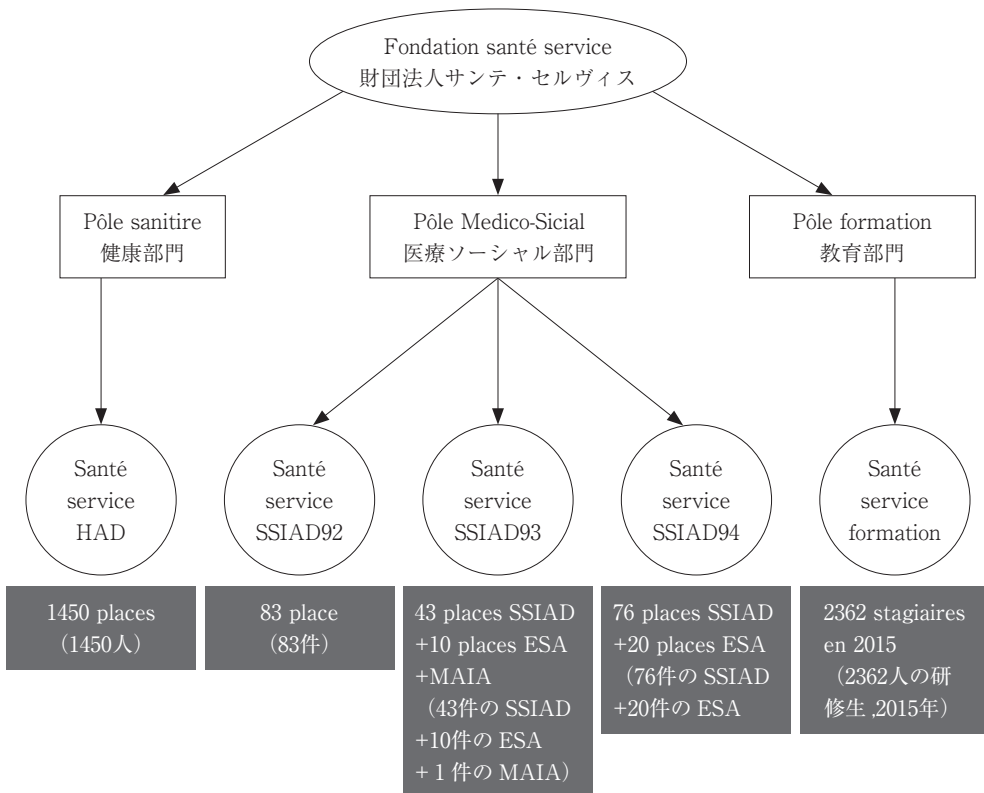
表4 スタッフ総数 (2015年度)

|                                   | スタッフ数 | (人・%) |
|-----------------------------------|-------|-------|
| Care (ケア)                         | 565   | 58.5  |
| Outsourced care (アウトソーシング・ケア)     | 128   | 13.3  |
| Management (経営)                   | 115   | 11.9  |
| Admissions (入院)                   | 70    | 7.3   |
| Pharmacy & Logistics (薬局とロジスティクス) | 54    | 5.6   |
| Psycho-social (心理社会的)             | 33    | 3.4   |
| Total (合計)                        | 965   | 100.0 |

(資料) Santé Service, HAD : enjeux, organisation et modes de prise en charge, mercredi 12 Octobre 2016.

教育プログラムをやってください」と言われたら、そのプログラムを提供する。前述したように、62%がNPOで取扱平均患者数50人と比べると、サ

ンテ・セルヴィスは1日平均1,450人(訪問時直近データ)なので、いかに最大手か、このケースの多さからわかる。



(出所) 2016年10月12日のサンテ・セルヴィス研修資料より作成。

図1 サンテ・セルヴィスの組織機構

②人員・職種・提携

プロパーとして、490人のケアスタッフがいる。490人の3分の2が看護職で、うち3分の1が看護助手である。次に14人のコーディネーター・ドクターがいる。8人の管理栄養士がいる。35人の臨

床心理士がいる。理学療法士が8人いる。5人の薬剤師がいる。これがサンテ・セルヴィスのプロパーのメディカル・スタッフである(表5)。

それだけではすべてを当然カバーできないので、色々な看護師や医師に依頼して患者の自宅に

訪問してもらう開業事業者の人たちがいる。さらにパートナーとして、70の高齢者施設と提携している。それから規模が小さいので数は多いが、主に障害者施設や福祉施設など280の社会医療施設

と提携している。それから20のネットワーク<sup>7)</sup>とも連携している。さらには物品を搬入する会社がある。酸素ボンベをもっていく会社とか、そういったところとも一緒にやっている（表6）。

表5 サンテ・セルヴィスのプロパーのメディカル・スタッフ

|                       |   |
|-----------------------|---|
| プロパーのメディカル・スタッフ（490人） | 看護職（420人）<br>{<br>3分の2が看護師（280人）<br>3分の1が看護助手（140人）                                 |
|                       | 計（70人）<br>{<br>コーディネート・ドクター（14人）<br>管理栄養士（8人）<br>臨床心理士（35人）<br>理学療法士（8人）<br>薬剤師（5人） |

表6 サンテ・セルヴィスの提携・連携先

|                 |  |
|-----------------|--|
| サンテ・セルヴィスの提携・連携 | 70の高齢者施設と提携<br>280の障害者施設や福祉施設など社会医療施設と提携<br>20のネットワークと連携 |
|                 | 開業事業者<br>物品を搬入する会社<br>酸素ボンベもってくる会社<br>他                  |

### ③連携先と紹介数

公立病院とも当然パートナーで仕事をしているし、民間病院とも仕事をしている。パリ公立病院協会とも仕事をしているし、ガンセンターとも仕事をしている。そして、（主治医以外の）地域救急医とも仕事をしている。表7の全体をみると、

一番上の公立病院からの紹介が38%、民間病院からの紹介が29%、パリ公立病院、パリ公立病院はほかの公立病院とは少し別格のステータスだが紹介が18%、ガンセンターからの紹介が11%、（主治医以外の）地域救急医などからの紹介が4%となっている。

表7 Nombre de journées 2015 par statut hospitalier  
（設立主体別の紹介：2015年）

| Statut hospitalier<br>（設立主体）  | Nombre de journées<br>（日数） | %    |
|-------------------------------|----------------------------|------|
| Hôpital public（公立病院）          | 185,052                    | 38%  |
| Hôpital privé（民間病院）           | 142,765                    | 29%  |
| Assistance publique（公的支援センター） | 86,634                     | 18%  |
| Centres anticancéreux（ガンセンター） | 54,330                     | 11%  |
| Médecine de ville（地域救急医）      | 21,580                     | 4%   |
| Total（計）                      | 490,361                    | 100% |

注1) かかりつけ医のフランス語は、Médecine traitant.  
（出所）2016年10月12日のサンテ・セルヴィス研修資料より作成。

表8 Repartition des journées EHPAD par prescripteur-2015  
(要介護高齢者滞在施設の処方配布：2015年)

|                                    | Nombre de journées<br>(日数) | %    |
|------------------------------------|----------------------------|------|
| Médecine de ville (地域救急医)          | 6,125                      | 52%  |
| Etablissements hospitaliers (病院機関) | 5,532                      | 48%  |
| Total (計)                          | 11,657                     | 100% |

(出所)2016年10月12日のサンテ・セルヴィス研修資料より作成。

表8は、2015年度の要介護高齢者滞在施設の処方配布状況である。(主治医以外の)地域救急医が52%であり、病院機関は42%である。

病院と同じなので、24時間365日交替能力がなくてはならない。そのために当直の人たちが必要だし、薬剤薬局も24時間開いている。祝日も夜間も含めて看護師も夜勤している。それは夜間の訪問があるからではない(実際にはない)。

## 2. 実際の流れと具体的なケア

サンテ・セルヴィスのマシュー,シルベース(MATHIEU, Sylvaine)看護部長から、実際の活動内容について説明を受けた。

### (1) 患者の流れ

#### ①患者はどうやって紹介されてくるのか

患者はサンテ・セルヴィスにどうやって紹介されてくるのか。サンテ・セルヴィスのコーディネーター・ナースに連絡が入る。コーディネーター・ナースに連絡が入る人は、多くは退院前の病院の主治医である担当医、あるいは自宅であったら自宅近くのかかりつけ医、あるいはサンテ・セルヴィスの医師から指示書が入って、コーディネーター・ナースに連絡が入る。

かかりつけ医から紹介になる患者の場合には、自宅からの患者がどうして在宅入院になるのか。何も変わらないのではないと思われる。病院退院からの流れだったらわかるが、どうしてそうなるかという、現在も自宅にいてHADからではないサービスを受けている。たとえばそれはシアッドであるとか、あるいは開業看護師が訪問して治療しているとか、かかりつけ医だけが訪問している場合などである。でもそれでは十分にカバーできなくなったときに、HADへの紹介になる。

「こういうことをやってほしい」という指示書

を見て、それが本当にHADに適合している内容なのかをまずサンテ・セルヴィスで書類を受理して見ていく。見ていくときに、コンピューターに入力して、サンテ・セルヴィスのコーディネーター・ドクターとコーディネーター・ナースが、地方に配置されたカードル・ド・サンテ(cadre de sante)という人たちと話し合っている。カードル・ド・サンテとは何かというと、その地方の所長のような人で、主に看護師資格を持つ人である。カードル・ド・サンテのところで、「この地方のこういう人になりますけれども、大丈夫ですか」という、そういう下準備が始まる。

#### ②アセスメント

コーディネーター・ナースが受け入れることができるのがしっかり確認できたところで、患者宅に、あるいは患者が入院しているのであればその入院している部屋に行き、どういうサービスが必要か、どういう物品が必要か、この人が自宅に帰る上で何が足りないのか、アセスメントをする。

そこで契約書にサインをしてもらう。「サンテ・セルヴィスと申します。私たちが自宅にうかがって治療します」ということに同意をしてもらう。同意の確認なので、サインをもらい、サンテ・セルヴィスの活動のしおりを患者に渡す。

次に、サンテ・セルヴィスから患者のところに行き、指示書を見た上で、だいたいどういうプログラムになるかというプランニングを立てる。そのプランニングをたてるソフトがあり、コンピューターソフトでプランニングがはじき出される。これで看護量が測定されるので、だいたいどれくらいの看護量が必要かとわかると、サンテ・セルヴィスが現在もっているマンパワーでは足りない部分があれば、その足りない部分を外部から調達することになる。つまり、サンテ・セルヴィスに雇用される看護師の勤務時間があり、交代制があったとしても、だいたいこれだけが必要だとわか

ると、コンピューターがこの時間が足りないということを出してくれるわけで、時間の足りない部分を開業看護師に依頼するわけである。

さらにサンテ・セルヴィスのプロパースタッフ以外の他の職種もあり、多職種連携ですすめる。たとえばソーシャルワーカーであったり、臨床心理士であったり、栄養士であったり、リハ士であったり、作業訓練士であったり、そういった色々なコ・メディカルおよびソーシャルな人たちが必要になってくるので、その人たちも総合的にケアに携わる。

このように患者のところに行くようになって、色々な多職種の人たちが連携して介入するので、週に1回カンファレンスを行う。週1回のカンファレンスで、ミーティングを行って、必要な申し送り事項や注意事項をみんなで確認し合う。

それらのコーディネーターすべての責任者が、日本語でいうところのケアマネジャーに似た感じである。看護と医療で、このケアマネジャー的な人がカードル・ド・サンテという人で、各支部に1人いる。

### ③ HAD を退院する時と申し送り

HADを退院する時はどういふときかという、まず治療が終わるとき、それから手術が必要などで本当に建物の病院を必要とするとき、それから個人的な理由で引越すとか、治療をやめて海外に行きたいとか、個人的な理由を十分受け入れるので、話し合いの最後にお互いの合意のサインをしたら、それで退院になることもよくある。いづれのケースもすべて病院を退院するときと同じなので、必ず医師の署名が必要となる。

HADを退院して本当に何も必要なくなる人もいる。単純なポストオペレーションの人とか、そういった術後管理の人や外科系の方は、それが終わったら本当に終わりである。しかしそうでない慢性疾患や高齢者やずっとそのまま医療が必要な人は、退院になっても何らかの治療が必要なわけである。その人たちの場合には、何らかの人へのバトンタッチが必要であり、必要なものを申し送りする。それは看護介護事業団であったり、あるいは訪問看護師であったり、色々である。

## (2) 経営管理

### ① ケア・クオリティ・ディレクター

HADが入れた色々な物品は医療廃棄物となるが、そういったものは完全回収する。これらに関する組織上トップにいるのはケア・クオリティ・ディレクター (Directeur des soins de qualité) である。ケア・クオリティ・ディレクターは主に2つの仕事をしている。1つはケアに関することであり、ケアの流れに関する詳細なことである。それからリスク管理とクオリティである。

この場合のリスク管理とは何か。たとえば薬を配薬する際のミスなど、そういうリスクがありえる。それから物品を搬送するときのミスであるとか、人を間違えたといったリスクである。医療的ケアのリスク管理は別である。医療のトータルリスク管理をしているわけではない。リスクがメディカルだった場合でも、とりあえずケア・クオリティ・ディレクターに連絡が入る。ケア・クオリティ・ディレクターに連絡が入ってその中身をみたら、これは医師がやらないととてもケア・クオリティ・ディレクターの部署では手に負えないとなったら、医師に渡す。

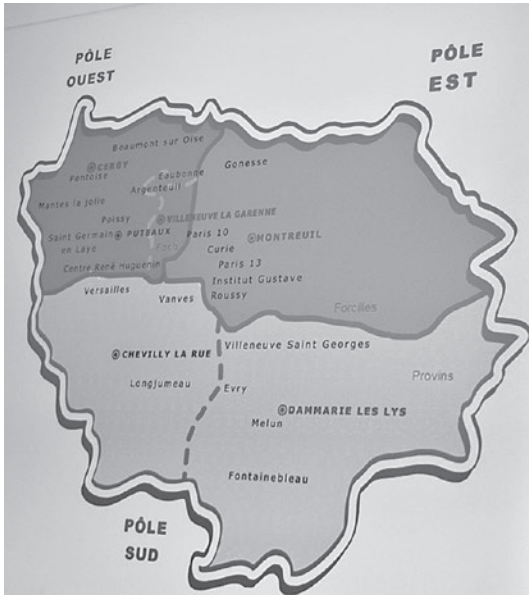
考え方はまったく病院と一緒にある。何か患者からクレームがきたら、すぐに医師に行くわけではなく、クレーム対処室に行く。クレーム対処室で担当の人たちが色々精査した上で、それが本当にメディカルなものであったら、そのケースは医師に渡す。日本でいえば医療安全委員会や医療の質委員会といったところであろうか。まったく同じことをHADでもやっている。

ケア・クオリティ・ディレクターはもともと看護免許を持った看護師で、それに加えてMBA (Master of Business Administration, 経営学修士) を持っており、医療経営マネジメントを取得した人である。

### ② 3つの担当エリア

サンテ・セルヴィスが担当しているのは、パリ近郊の4県を複合したところで、行政上の地図で4県にわかれる。サンテ・セルヴィスとしては、そこを3つのポール (以下、「支部」という) にわけている (写真1)。





(出所)2016年10月12日のサンテ・セルヴィス研修資料より作成。

写真1 サンテ・セルヴィスの3つのエリア

西支部(PÔLE OUEST)、東支部(PÔLE EST)、南支部(PÔLE SUD)の3つのエリアがある。地域支部責任者をカードル・スーペリウール・ド・サンテ(cadre supérieur de santé)と呼び、ユニット責任者のカードル・ド・サンテ(cadre de santé)のさらに上に位置している。各ユニットで行われるケアの責任者はカードル・ド・サンテであり、打ち出された看護量を測定して、自分のエリアでもっているマンパワーを見て足りない部分を特定して、そして実際にチームを送る。

3つのエリア1つ1つにチームがあって、チームのうえに管理看護師がいて下に看護師がいて、看護師の下に看護助手がいる、そういう組織になっている。それには朝のチームと夜のチームがあり、朝のチームの看護師も夜のチームの看護師もいる。朝のチームの管理看護師もあれば夜のチームの管理看護師もいる、そういうものが3つある。3つのエリアあたりに日中は7から8のユニットがある(図2)。

少し簡単に日本的に言えば、1支部(地域)あたり看護部長が1人、看護師長が7、8人いる。その下に15人の看護師と看護助手がいる。それでこの管轄のエリアをカバーしている。日中は7~8ユニットあり、8時から15時の勤務である。夕

方はこれが1ユニットになる。夕方の1ユニットにも15人の看護師と看護助手がいる。夕方のチームは15時から20時のチームである。実際は15時から19時の人と、15時から20時の人と、15時から21時の人と、色々違うが、15時から20時までチームは稼働している。それから20時から朝の7時まで夜の12人の看護師のチームもあり、この3つの支部全部を1つのチームでみる。看護師12人で1,500人を夜間はカバーしている。夜間にもカードル・ド・サンテはいる。主に夜間はケアをすることがないので、何をするかというと、夜間にかかってくる電話の対処である。

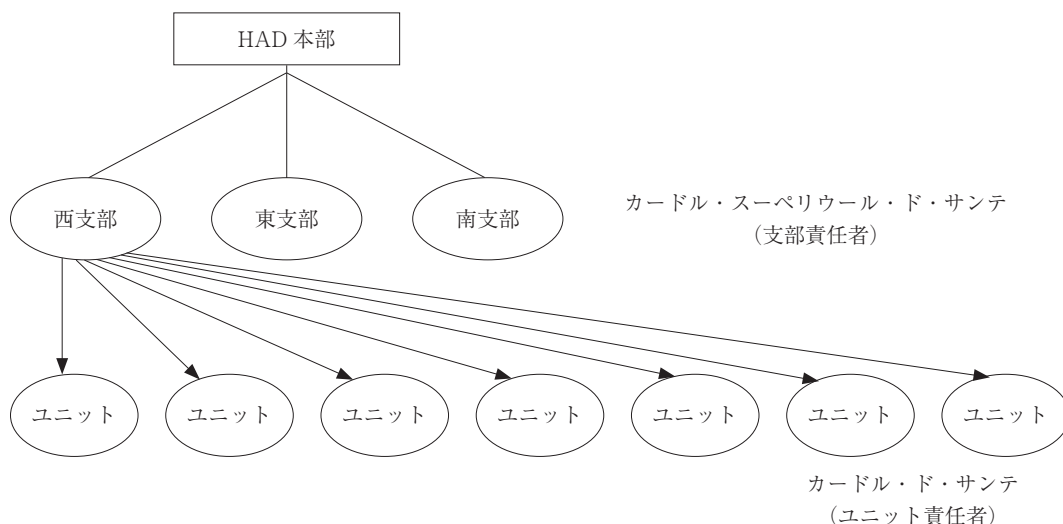
### ③各エリアで500人の患者をみる

1支部が何人の患者をみているのか。患者数は各支部に500、500、500だそうである。500人を7ユニットでみるということは、単純計算で1ユニット当たり70~75くらいカバーしていることになる。これらのケアプランニングはカードル・ド・サンテがコンピューターで行う。カードル・ド・サンテの欠員(例えば病欠や産休など)がでたら、スタッフをリクルートしてくるのはカードル・スーペリウール・ド・サンテの仕事である。一方患者宅で具体的な問題が発生したとき、その問題に対処するのは、ユニットのカードル・ド・サンテが行くわけである。このようなヒエラルキーはまったく箱物の病院と同じである。

カードル・ド・サンテたちの仕事は、日々の流れに関してケアがどのようにコーディネートされ、オーガニゼーションされているかを見て、活動および患者のフォローもすべて各ユニットのカードル・ド・サンテが責任をもっている。プランニングとその中で働いている15人の看護師と看護助手らケアスタッフの評価も、カードル・ド・サンテが行う。

そのほか外部の機関とも関係をとる。たとえばターミナルケアネットワークとか、疼痛コントロールのネットワークとか、あるいは衛生管理委員会、院内感染対策委員会とか、そういった外部の組織ともコンタクトを取って自分のチームに徹底させる。

チーム全部の他に衛生管理を行うチーム、ターミナルケアの看護師のチーム、ストマーのチーム、そして開業看護師と交渉する渉外担当が1人い



(資料) 2016年10月12日のサンテ・セルヴィス研修より作成。

図2 エリア組織図

る。そして前述した、20時から朝の7時までの夜間チームがある。

これが現場に向かうチームだとしたら、現場に向かうチームとは別に、当直チームがある。当直チームには、メディカル部門の当直医師が1人365日24時間いる。当直看護師がやはり365日24時間いる。それからアドミニストレーション(事務)もいる。たとえば職員が使っている車で交通事故を起こしてしまったとか、急に病欠が出たとか、そういう事務的なことも必ず誰かが答えられるように365日24時間誰かがいる。それから院内薬局にも365日24時間誰かが当直している。コンピューター、IT 関係も同じである。

患者のカルテは、患者の自宅にペーパーで残してある。訪問してきた医師が書いて、そこに来た看護師が書いていく。そしてリハビリ士も書いていく。あくまでペーパーで残している。そしてさらに電子化されたカルテも持っている。ただしこれはサンテ・セルヴィスのスタッフだけがみられるものである。サンテ・セルヴィス以外の人たちが入ってきたときには、そこへのアクセスができない。たとえば開業看護師がいつも行くとしても、サンテ・セルヴィスのなかにある電子カルテにアクセスはできない。

#### ④クレーム処理

看護量が測定されるソフトがあることは前述したが、それをみると移動のキロメートルと時間を

見て看護量を測定して、プランニングをたてる。スマートフォンをみんながもっていて、患者宅へ行くと処方箋に変更があるときは、かかりつけ医が来たり、それが残っていたら、写真をとってサンテ・セルヴィスの薬局に直接送る。そういったアプリも使っている。

さらに院内薬局で必要な薬や物品、ディスポの衛生材料、注射器、注射針、そういったものはすべてサンテ・セルヴィスから患者宅に届ける。そしてメディカルベッドや酸素などは、提携している事業者から直接送ってもらう。

クレームがあがってきたらそれに対処する委員会がサンテ・セルヴィスにあって、委員会がみたうえで各担当者に渡す。クレームの中にも2つあり、ユーザーからのクレームとプロフェッショナルの間で起きたヒヤリハットなどのレポートがある。2つのクレームを委員会では扱っている。

委員会にあがってきたクレームに対処するだけではなく、今後どのようにこれを回避するか、予防するか、そういう改善対策委員会の役目もっている。

### (3) ユマニチュード (Humanitude)

①フランスでは知られていないユマニチュード  
ユマニチュードとはフランス語で「人間らしくある」の意味である<sup>8)</sup>。

ユマニチュードは1979年まで学校の体育教師で

あったジネスト、イブ（Gineste, Yves）とマレスコッティ、ロゼット（Marescotti, Rosette）という2人が考え出したコンセプトである。まったくノンメディカルな人達である。2人が考え出したのは高齢者を動かす、立たせる、食事を摂らせる、そういう何か動きをさせるときに、ただ起こすのではなく、その人が自発的にできるようにという考えをコンセプトの根幹としている。

そのときの特徴が「はい起きてください」と言っただけで起こさせるのではなく、言葉は使わないで表情や目でもなるべく物事をしてもらおう。言葉で「はい起きてください、はい立ってください」でなかったら、どうやってやるかという、優しさとかタッチでやる。

これは何も高齢者に限って、認知症のある方だけでなく、もともととは違った人たち、特に子供とか、言葉を体得していない赤ちゃんとかそういった人たちへのタッチの仕方だった。しかし、やはり現在は高齢者の重度の認知症の方が対象で中心となっている。

あくまでもその人本人がやる力を発揮させるような動きをするように、スタッフ教育が目的である。それによって、ベッドの上で体を拭いたりベッドの上でオムツをかえたり、排泄行為をしたりをなくすのに効果があったそうである。

ユマニチュードはジネスト、イブとマレスコッティ、ロゼットのチームしか教育をやれない。サンテ・セルヴィスでも教育をできないことになっている。

日本では有名であるが、フランスでは、フランス人のケアスタッフたちは何とも思っていない。誰もそんな人気があるメソッドだとは知らず、日本人が来て初めて知ったことである。フランスで一般的に行われているとか主流の治療であるとか、そういうことはいっさいない。

サンテ・セルヴィスの現場ではもちろん行われていないし、教育を受けやってみたところで、何か効果があったということはない。

②認定がないとユマニチュードの教育は出来ない

現在、ユマニチュードの教育を誰でもができるわけではない。ラベル（認定）をもらわないと、教育はできないことになっている。サンテ・セルヴィスはラベルをもらっていないので、プログラ

ム内容を細かく話すことは許可されていない。それができる機関になるためには300の項目をクリアしなければならない。その300の項目をよくみると、5つに要約できる。5つとは、たとえば強制したケアをしないこと。だからといってケアを放っておかないこと。強制的にやらせるのではなくかつ放っておくわけでもない。個人個人をリスペクトすること。とにかく横にならずに縦にすること、立たせること。そして外への解放。いたい場所にいさせてあげること。高齢者施設に本当にいたいのであったら、そこにいたいようにさせてあげること。現在いる場所を喜びの場所とさせること。この5つのコンセプトに働きかけてクリアしたところだけが、プログラムの認定ラベルがもらえる。

第三者が評価したことではなく、あくまでもジネスト、イブ氏たちが発表している論文によると、83%の人たちに改善がみられた。これは2008年に行われた111人の患者が対象のスタディで、まず問題行動が減った、進行進化系の薬が減った、食事がとれるようになったとは書いてないが栄養状態がよくなった。それからスタッフのバーンアウトが減った。こういった4つの効果が発表されている。

現在、1万7千人の患者を対象として、その治療メソッドを使っているそうである。そして、フランス国内では400の施設でサービスが使われているそうである。

サンテ・セルヴィスではユマニチュードは使っていない。ラベルがないだけで、このようなことは当然やっているからである。こういうことは、ラベルにしたり金をもらって承認をもらうものではなく、各個人のケアスタッフの基本なので、ユマニチュードをやっていないから虐待しているのではなく、当然やっているという自負はある。

たとえばマッサージとかリラクセスをさせるとか、タッチの方法とか、そういった教育はたくさんしているが、それはラベルにはかかっていない。

以上までが、午前の研修内容である。

### 3. HAD のメディカル

午後は、ガンドリーユ, ニコラ (GANDRILLE, Nicolas) 医師より説明を受けた。HAD の中で医師は何をやっているのか、どんな内容になっているのか、メディカルな側面の説明を受けた。ガンドリーユ, ニコラ医師は、悪性腫瘍を専門とし、治療は化学療法やターミナルケアである。医師になって20年目である。2009年からHADで働いている。

#### (1) 在宅サービス提供者と受ける患者

##### ① 5つの在宅サービス提供者

現在、在宅にはどのようなサービスが介入しているかをみてる (図3)。在宅にはまずかかりつけ医が往診する。そのレベルで済めば問題はない。次に開業看護師が行く場合がある。次にもう少しオーガニゼーションができてくるのがネットワーク (Réseaux) とマテリアル提供者 (Prestataires, プレスタター) である。このプレスタター (プロバイダー) とは、たとえばベッドやメディカルチェアや歩行器やオキシジェン (oxygène, 酸素) などを自宅に搬入する物品業者である。患者により適応 (adapt) した環境を整える物品業者であり搬送業者である。

次がSSIAD (シアッド: 看護介護事業団) で

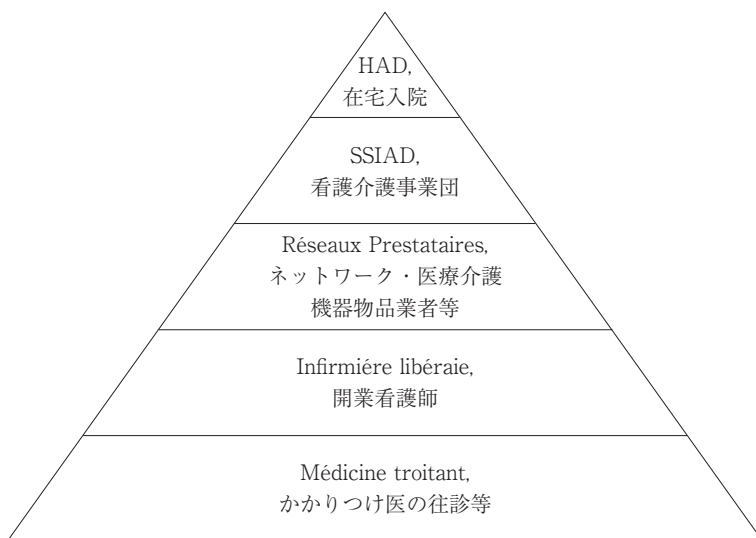
ある。そしてHADである。最も医療ニーズが高くなっていくと、HADになるということで、その下の段階で終わっている人たちはHADの対象にならない人たちである。

退院する患者の80%はかかりつけ医の往診等と開業看護師でニーズが終わる。ほとんどの退院患者はここまでで済む。退院してももう少し医療提供が必要な人はSSIADの5~7%といわれている。そしてHADまで必要な人は1%から5%未満といわれている。退院したときにHADを必要とする人は実に少ない。

##### ② コーディネート・ドクターの役割

HADのコーディネート・ドクターは何をやっているのか。コーディネートとは何かということである。病院から退院したときには病院の医師・看護師がいる。ネットワークにもそれぞれ医師・看護師がいる。それから自宅に帰ると、家の近くに開業看護師もいれば開業のかかりつけ医もいる。

患者と関係者 (家族) を中心として、その周りには栄養士、HADの薬剤師、看護師、心理士、介護扶助士、コ・メディカルスタッフ、運動療法士、助産師、言語治療士、開業看護師、検査所、街の薬局、医療搬送業者、医療器材業者といった人たちがおり、それら全部をコーディネートするのが、コーディネート・ドクターである (図4)。



(出所) 2016年10月12日のサンテ・セルヴィス研修資料より一部改変して作成。

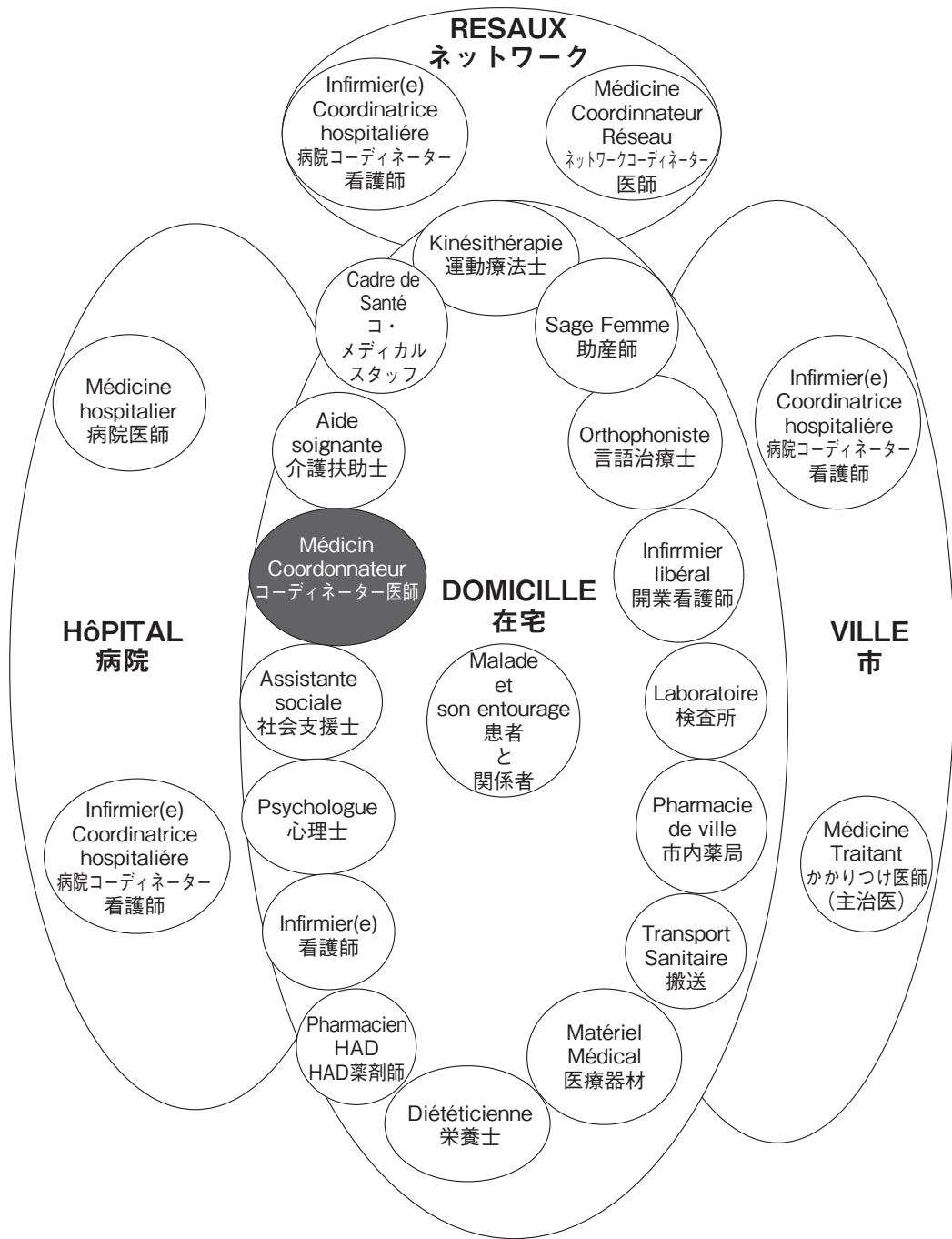
図3 5つの在宅サービス提供者



③ HAD の対象になる人

前述した通り、退院してくる患者の1%、多くても5%未満の一部の患者たちがなぜHADを利用しなければならないのか。その人たちはプライ

オリティ (priority, 重要度) が高く、ほとんどはみんながみんな在宅入院には入らないだろうと思われる。在宅入院する人は、まず頻回なケアスタッフの介入が必要な人、次に高度な医療技術が必



(出所) 2016年10月12日のサンテ・セルヴィス研修資料より作成。

図4 コーディネート・ドクターのコーディネート範囲

要であること、それからたとえば投与する薬の種類が抗癌剤など街の薬局では買えない薬を使用する人である。薬剤の中には、冷蔵の保存状態で患者が使用するまでに24時間以内に使いきらないといけない薬剤もある。そういった薬剤を使っているということ。だから院内薬局と搬送環境が必要で、ロジスティックは病院なみのものが必要となる。そして、これを扱える看護師が必要となる。それからさらにターミナルケアになると、麻薬系の薬を使う。やはりこれも一般の薬局では買えないので、そういった医療ができる薬局設備をもっていることが必要である。人工呼吸器も簡単に買えるものではないので、やはりこれもHADの対象になる。このような治療の頻回さと医療内容の高度さによってHAD利用者が決まる。

それからもう1つ、頻回介入にも関係してくるのが、多職種連携が必要だということである。医

師も看護師も臨床心理士、ソーシャルワーカー、運動療法士、そういった色々な職業の医療者が介入しなければならない。

アメリカではフランスの在宅入院のことをホスピタルケア・ドミシーユ (Hospitalcare domicile) といっている。ホスピタルケア (病院ケア) をドミシーユ (自宅) にもっていくという意味で、的を射た言葉である。フランスでは、ホスピタリゼーション・ア・ドミシーユ (Hospitalisation à domicile) と言うが、そうではない。ホスピタルケア・ドミシーユのほうが正解である。ホスピタリゼーション・ア・ドミシーユというと、食事、掃除、リネン交換もHADがするよう感じがする。そういうことはHADはやっていない。あくまでもホスピタルケアの部分をドミシーユの中にもっていくということである。

表9 21 modes de prise en charge (21種類をサポート)

|    |   |
|----|---|
| 01 | Assistance respiratoire (呼吸のサポート)   |
| 02 | Nutrition parentérale (非経口栄養)   |
| 03 | Traitement intra veineux (静脈内治療)  |
| 04 | Soins palliatifs (緩和ケア)   |
| 05 | Chimiothérapie anticancéreuse (癌化学療法)   |
| 06 | Nutrition entérale (腸管栄養)   |
| 07 | Prise en charge de la douleur (痛みの管理)   |
| 08 | Autres traitements (その他の治療)   |
| 09 | Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)<br>(複雑かつ具体的なケアのドレッシング (複雑ストーマ)) |
| 10 | Post-traitement chirurgical (手術後)   |
| 11 | Rééducation orthopédique (整形外科再教育)  |
| 12 | Rééducation neurologique (神経リハビリテーション)  |
| 13 | Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse (サーベイランス癌化学療法)                                  |
| 14 | Soins de nursing lourds (重い介護)  |
| 15 | Education du patient et / ou de son entourage (患者の教育および付き添い)                                    |
| 16 | Surveillance de radiothérapie (放射線モニタリング)   |
| 17 | Surveillance de grossesse à risque (ハイリスク妊娠のモニタリング)   |
| 21 | Post-partum pathologique (分娩後の病理学)  |
| 22 | Prise en charge du nouveau-né à risqué (リスクの新生児をサポート)   |
| 24 | Surveillance d'aplasie (形成不全のモニタリング)  |
| 25 | Prise en charge psychologique ou sociale (社会心理学的な管理)  |

(出所) 2016年10月12日のサンテ・セルヴィス研修資料より一部改変して作成。

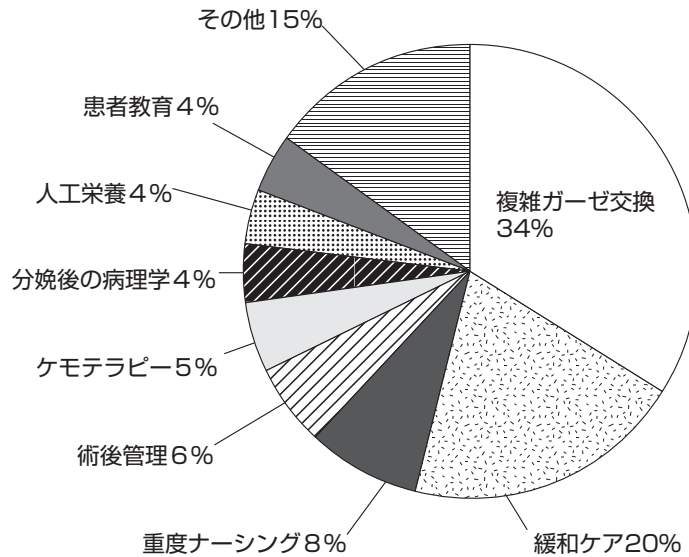
#### ④21種類をサポート

そういったHADの対象になる人がどういう人かという50ページの解説書を1頁にまとめたのが表9である。

HADがやっている処置内容、治療内容をみて

みる。ここで25と書いてあるが、21種類しかない。25から21種類に減ったので、番号が25までであるが実際21しかないということである。

1番から見てみると、呼吸補助(人工呼吸のこと)、経管栄養、静脈注射、ターミナルケア、ケ



(資料) Santé Service, HAD:enjeux, organisation et modes de prise en charge, mercredi 12 Octobre 2016.

図5 サンテ・セルヴィスの医療活動

モセラピー、腸管栄養、ペインコントロール、8番はその他、9番が複雑ガーゼ交換、10番がポストオペレーション、術後管理である。11番が整形外科のリハビリ、12番が神経系のリハビリ、その次がケモ後の管理（ケモ後のサーベイ）、重度ナーシング、2時間以上かかるナーシングのことを重度ナーシングという。患者および家族教育、たとえば糖尿病の管理とか、こういう教育である。放射線治療後観察。それからリスク妊婦観察、リスク妊婦産後観察、リスク新生児観察、社会的心理的ケア、たとえば血液病を告知されたときのケア、それに限らず重大な社会的心理的なサポートが必要なとき、白血球がまったくなくなってしまうときの観察、一人の患者がいくつもの治療をやるときもある。たとえばこのケモセラピーをやっている人が、経管栄養が必要なこともあり、有リスク産後管理、産後の肥立ちが悪い人のときに、この新生児管理も一緒にセットでやるのがよくある。この中には入らないときのために「その他」の8番が入っている。

## (2) サンテ・セルヴィスの医療活動

### ①サンテ・セルヴィスの主な治療

先述した治療を今度はボリュームでみていくと、34%が複雑ガーゼ交換である。ターミナルケ

ア20%、重度ナーシング8%、術後管理が6%、ケモセラピーが5%、分娩後の病理学が4%、人工栄養4%、患者教育が4%、あとは色々である（図5）。活動の量から見ても多いのはガーゼ交換ということであった。

このように処置の多くの部分は、複雑ガーゼ交換である。複雑ガーゼ交換とは何かというと、かなり潰瘍がひどかったり、簡単にガーゼを変えられるものではなく、もちろん無菌でやらなければいけない処置である。そのことを複雑ガーゼ交換といっており、これが34%である。さらにターミナルケアが20%である。この2つで全体の半分以上（54%）を占めている。さらに重度ナーシングが8%、術後管理が6%、こういった活動の内訳となっている。

だいたいどのHADに行っても、活動の内容の多さは似たような感じである（小磯2017a：表6参照）。ただ特徴としては悪性腫瘍が多い。70%が在院日数の短縮化による需要である。早く退院してきた人のためのものである。一方入院を回避するために、入院にならなくて済むようにするための人が30%である。

現在は、このHADがスタートするときの医師は、95%が退院をしてくる病院からで、5%が自宅近くのかかりつけ医からのHADでのスタート

である。

多職種連携が特徴である。医師だけでやっているわけではなく、看護師だけでやっているわけでもない。色々なコ・メディカルスタッフがいて、HADのチームがつけられている。

## ② HADはセカンドライン

20人のコーディネート・ドクターで1,200人を診ている。20人のドクターには色々なスペシャリストがいて、リハビリの医師、血液内科の医師、ターミナルケアの医師、悪性腫瘍の医師、そして栄養学の医師もいる。このような色々な医師がいて、色々な専門をカバーしている。現在心臓内科医を探している。

次の条件を満たしていないとHADとは見なされない。まず、24時間電話で答える看護師資格をもつカードル・ド・サンテがいなくてはならない。そして、医師が24時間答える義務がある。さらに薬局が24時間開いている。この3つが揃っていないとHADとは呼べない。

HADのエキスパートとしての知識とノウハウがあり、テクニックとロジスティックをもっている。そして患者のかかりつけ医と患者の近くの看護師と一緒に働くことによって、患者により親しみのある環境で親しみのあるスタッフで、しかも高度医療が提供できる。どのかかりつけ医でもそれができるとは限らない。どのかかりつけ看護師も抗癌剤を投与できるとは限らない。そういった面をHADがサポートする。

色々な疾病のひとつ、周産期をみってみる。周産期のうち産前管理がある。有リスク管理のうちの産前管理では、毎日HADの助産師が行き、モニタリングを送ってくる。モニタリングを見て主に管理するのは糖尿病や高血圧である。これがまず産前である。

有リスク管理の産後管理の場合だと、たとえば現在は平均的に正常分娩後2日目に退院する。帝王切開の場合は3日目に退院する。退院して家に帰ってくると、5日目から7日目がHADの対象である。その5日目から7日目の間に、HADが何をするかというと、産後のサーベイは当然だが、新生児の身体も診るし、産後の母親の身体も診る。さらに母乳の指導、授乳の指導と精神科の指導、精神科というよりも心理的なマタニティブルーの

対処もする。

## ③ 新生児在宅治療のケース

36週間未満で生まれた赤ちゃんのことを有リスク新生児と呼ぶ。退院のクライテリア(critère, 基準)は普通2,200g以上だが、HADに入るということで1,800gで出産することができる。1,800gで出産した新生児は、色々なケアをするけれども、抗生物質治療が必要な場合もあるし、酸素治療が必要な場合もあるし、栄養を補強しないといけない治療もある。そういったものが新生児治療ということになる。

ただ、1,800g以上あること、生まれてからの体重の増え方がきちんとしていることなど、退院するには、それらがあつた上での新生児在宅治療になる。

新生児の治療は、たとえば沐浴のさせかたや母親と父親との精神的なものであったり、2週間行われる。その他の小児科はやはりケモセラピーとかターミナルケアもある。

かかりつけ医が在宅では中心となって家の近くにいる。その退院前の病院の担当医は何度も行くので、よくわかると思う。治療は、HADが行うことはなく、HADは後方支援である。あくまでもそれらがうまくいっている上でのコーディネートをするという立場である。もしもそこで何かまずいことになったらHADがでていくので、セカンドラインにいるということである。

## (3) コーディネート・ドクターとは何か

### ① コーディネート・ドクターが介入するケース

具体的にはどういうシーンのときか。たとえば、小児科のことを例にすれば、気管切開を子供がしたとする。その子供を、一般のかかりつけ医が自宅に訪問して、カニューレをはじめて交換する時に怖がると思われる。怖いのでそれをやりたくない、かかりつけ医から、はっきり言われたわけではないが、そういうニュアンスが伝わってきたとする。もともと役割的にも立場的にもその人がやらなければならない立場だけれども、明らかにためらい(hesitation)があつた。コーディネート・ドクターが後方で待っていて、全体を見て何となくうまくいかないかと思い、ガンドリーユ, ニコラ医師がやってきたという。



プレイヤーたちのやるべき役割が決まっているけれども、その人たちで何かができない時に、コーディネート・ドクターが行ってやるということである。

イギリスのGPはある程度オールラウンドプレイヤーで何でもやる。残念ながら日本の開業医は専門性をもった人が開業しているの、ほとんど専門以外はあまり診ない。フランスのかかりつけ医のスキルはどのくらい要求されるのか。専門性が必要なのか、それともイギリスのGPのようにオールラウンドプレイヤーがいいのか。

かかりつけ医がだめということではなくて、スペシャリストであっても、ジェネラリストであっても、全体的にできる人であっても、そのやる行為は1,500人の患者がいたらおそらく年間1,500人の患者とかかりつけ医とコーディネート・ドクターはコンタクトをとっている。コンタクトをとっている1,500人の患者が少なくとも在宅をやっている。しかし、たまにうまく行かないケースのときだけコーディネート・ドクターは介入する。しかもかかりつけ医はジェネラリストであり、ジェネラリストは広く浅く患者を診ており、専門医ではないので、初めてケモセラピーをやるという医師も決して稀ではない。はじめてやるのが在宅で、病院と違って他の同僚に聴くことができない環境でやるので、すごく難しい。だから、「やるときはこうやってくださいね」「こういうふうですよ」「白血球の血液検査を既に入れておきましたので、これをやってください」と、そういうチューターのようなことをコーディネート・ドクターはやる。

②バックステージで構えているのがコーディネート・ドクター

コーディネート・ドクターは専門医か。コーディネート・ドクターに求められる要素はジェネラリストかスペシャリストか。コーディネート・ドクターの毎日の日常の仕事のうち80%は一般的なコーディネートの仕事をしている。それに関しては高度な知識や治療や経験は必要ないかもしれない。それが仕事の80%だが、たとえば現場にいる看護師から「患者さんが今こういう状態だけれどもどうしたらいいですか」と電話がかかってきたとしたら、「はい、それはね」といってカルテを

見てから医師として答えを出す。ところが残り20%は、ガンドリーユ、ニコラ医師の場合でいえば、悪性腫瘍専門家であり悪性腫瘍が担当でない医師の地域で、たとえば産婦人科の医師がいたとする。そこで癌の患者がでたらエキスパートとしてのガンドリーユ、ニコラ医師に意見を求めてくる。エキスパートとして彼は「それはこうしたほうがいい」と、彼ならではの技術をはっきり述べることができる。その仕事でだいたい仕事全体の20%である。

たとえば患者の80%という頭数が80人。80人の患者のうち、コーディネート・ドクターとしての自分が行って実際に処置するのは5人にも満たない。本当にもう複雑でどうしようもないときに、初めて動く感じで、あくまでバックステージで構えているのがコーディネート・ドクターである。  
③かかりつけ医とコーディネート・ドクターの立場

20人のコーディネート・ドクターがいるから、80人くらいずつの手持ち患者をもっている。患者のためにコーディネーションする、そして自分の専門領域のコンサルテーションが必要になったら、そういう感じである。今の例でいうと5ケース。100人でいうと5人。往診はその患者の自宅近くのかかりつけ医がやる。定期的な往診はコーディネート・ドクターの仕事ではない。

薬剤とか看護師への処方箋はかかりつけ医が出す。たとえば処方の変更とか、かかりつけ医同士のコンサルテーションをすることもあるのか。GPだからとイギリスでもオールラウンドでできるわけではない。フランス人でもはじめてターミナルケアに訪問する医師がいたら、やらせなければいけないときには、ガンドリーユ、ニコラ医師がコーディネート・ドクターとしてやらせる。

セカンドオピニオンという考え方でいいかという、そうではなくもっとサポート的である。そういうことをディスカッションして、コーディネート・ドクターの言うことを、かかりつけ医は最終的に受け入れるのか。プライドよりも、かかりつけ医も「よくやってくれてありがとう。よく教えてくれてありがとう」と手伝ってくれたことに感謝されるそうである。

もう1つ、本当にそのかかりつけ医次第で、タ

ーミナルケアの患者にとんでもない量のモルヒネを打っているときがあったという。うまく平和解決するように言ったところ、医師から「もうやりたくないから、お願いします」といって、担当を代わるケースもあったという。

かかりつけ医とコーディネイト・ドクターの立場は非常にデリケートである。うまくやらないとみんな怒ったり、あるいは「もうやりたくない」と抗議するケースがたくさんでてくるはずである。しかし7年間この仕事についてから2回しかケンカしたことはないと言っているニコラ医師は言う。その2回したケンカのケースは、前述のモルヒネ静注で50mg、そういう治療をする医師がいたので「ちょっと待ってください」「50も血管注射で送っちゃだめですよ」と言ったら、「遅かれ早かれ同じ結果になるから」と言ったので、それで彼は怒ったという。そうかと思えば、かかりつけ医から教えてもらうことがたくさんあるという。やはりかかりつけ医はファミリープラクティスをやっている。そういう人たちから教えられることが多い。

どの病院に勤務していても同じことである。それなりの同僚もいればよくできる人もいるし、機嫌がすぐ悪くなる医師もいるし喜んで助けをしてくれる医師もいる。どこにいても同じことだとガンドリーユ、ニコラ医師は言った。

仕事としてプライド高いのがコーディネイト・ドクターの仕事ではなく、むしろ「ちょっとわからないけれども50mgと見えただけですけど、これってどうでしょうかね」と、「これちょっと多いですかね」と会話する。その技術がコーディネイト・ドクターに一番求めらると彼は述べた。これがコーディネイト・ドクターの仕事である。

#### (4) 複雑ガーゼ交換

##### ① 複雑ガーゼ交換とは何か

心筋梗塞の患者が治療で入院した時、現在では10日間病院にいられる。それをこれからの政策で4日間か5日間にしようとしている。早期に退院してきた時に、在宅入院にまず入る。当然何もないうちに置いておけない。在宅入院の環境に入るために、現在心臓内科医のリクルートに力を入れている。縫合の傷がまだ生々しい、糸も当然あ

る人のガーゼ交換には3種類のカテゴリーがある。平均的なものは1時間半のガーゼ交換である。褥瘡、潰瘍、重度のやけど、重度の糖尿病、それらがそれに当たる。

8時間のガーゼ交換が週3回必要な患者がいる。そういう病気で全身をガーゼで覆っていないと、皮膚がただれてしまう。そういう難病は非常に稀なケースである。平均は1時間半である。

それからネガティブプレッシャーをかけながらやるガーゼ交換がある。傷は治る段階で治癒していきかさぶたができていく。電気を送ることによって、それを最初に戻しながらやるガーゼ交換である。それが複雑ガーゼ交換である。

治癒が早まるように、酸素を送りながらやるガーゼ交換も複雑ガーゼ交換である。それから自己血をとって採血しながら戻す、輸血しながらするガーゼ交換がある。複雑ガーゼ交換といったときには、普通のガーゼ交換ではない。これらのことを複雑ガーゼ交換という。

##### ② 術後1日目のガーゼ交換

それから次に多いのが、術後1日目のガーゼ交換である。まだ手術を昨日やったばかりの後のガーゼ交換は、癌手術の場合もあるし、その他一般的な外科手術の場合のガーゼ交換がある。外科手術の場合は術後1日で退院してくることが多い。

それからもうひとつは、腫瘍の表面が外にでたものをガーゼ交換したり、ターミナルケアのときに腫瘍にドレーンを付けたままで退院してくる人たちのガーゼ交換である。

さらにそういう人たちの栄養指導、社会的な心理指導、ソーシャルワーカーがそういう社会的側面もサポートする。

ここ2、3年はスマートフォンのおかげで、現場を訪問した看護師が写真を撮って送ってくるので、移動しなくてもよくなった。複雑ガーゼ交換も、かかりつけ医ではなかなかできない。できないけれども、役割としてはGPがやる立場なので本来はやらなければならない。そのときによくHADが行くことになるのは次のような例である。

患者の患部があまりよくみえない場合がある。それからクリニカルパスみたいにプロトコルがあり、たとえば乳房の手術で退院してきた人は、「はいこれを1日目にやること、この検査をやる

こと]、「2日目にこれをやること」、全部流れが書いてある。それで「病院に電話を入れること」というのが2日目になる。「抜糸をすること」と、全部そういうプロトコルを作成してパス化し標準化するのもHADの仕事である。

そしてこのプロトコルの紙にはケアスタッフの注意事項として次のように書いてある。「絶対に全部やりきろうと思わないでください」と。「HADだから自分たちのところで全部抱えようと思うな。急変したら必ずここに連絡をいれること」と、大きく注意事項として書いてあって、たとえば「元の退院した病院に連絡するとか、そういったことを常に忘れないでください」とある。

「病院に連絡してください」「病院に再入院を考えてください」というケースは「発熱の場合、患部が炎症している場合、それからドレーンから膿がでてきた場合、この3つの場合は直ちに連絡をしてください」と書いてある。術後2日目のパスである。

肥満の手術で胃をきる。胃を切った手術で退院してきた人は2日目でやはり在宅入院になる。そして、どういったときに病院に戻すかというケースが書いてある。

## (5) 在宅での治療

### ①在宅リハビリ

整形系のリハビリと神経系のリハビリがある。整形系のリハビリ、たとえば膝、股関節、肩、こういうところを手術して退院してきた患者は、通院でリハビリをするかあるいは在宅でリハビリをするかになる。そういった人たちが在宅ですると決まったとする。そうしたらHADに書類がまわってきて、HADでできるかをみる。できるだけと決めるのはリハビリ専門の医師である。リハビリ専門のコーディネーター・ドクターがおり、この医師がエキスパートドクターとして診る。この時は往診をする。往診をして患者の自宅を見る。自宅の環境を見てどういう器具を入れるか。本当にリハビリができる患者なのかどうなのかを見に行く。在宅入院期間が2から3週間で、HADのプロパーのリハビリ士を使う。神経系のリハビリになるともう少し複雑である。どちらかというと、これはリハビリというよりは住宅改装になる。神

経系のリハビリというのは、たとえば脳血管出血性のものが原因の場合がほとんどで、だいたいのことは病院でやって済ませて退院してくる。手術をして、リハビリもはじめて、スピーチセラピーなど、おそらくはじめは麻痺が激しいので、始めのうちの処置のかなりの部分は在院期間中にやる。退院してきた時にやることはHADのリハビリを送るけれども、住宅の環境を整えることが中心になる。

このリハビリに関しては、コーディネーター・ドクター、リハビリ専門のドクターになる。リハビリに関しては、リハビリチームがメディカルチームの中にあり、全部そこに行くそうである。

このように自分の餅は餅屋といった自分の専門だけをやっているチームが2つある。リハビリチームと新生児チームである。

### ②在宅ケモセラピーの実践

在宅にケモセラピーをもってくるのに、みんながみんなふさわしいわけではなく、5つのクライテリア(critère, 基準)がある。まず、最初のケモセラピーは、病院、本当の箱物の病院で行うこと、2番目はそれがうまくいったこと、何か途中で急変したり熱が出たり、すごい大変なことがあったら、まだ在宅には向いていないという時期であるので、もう1度病院でやらなければならない。3番目が、ポートなカテーテル(皮下埋込型ポート)か何かをつけていることである。普通の血管からのカテーテルではだめだということである。それから患者が十分に納得していること。そしてその人の環境が社会的な、家族とか、そういう背景が整っていること。この5つがあってはじめて在宅にケモセラピーを行っていいことになっている。

自宅がない車上生活をしていた患者がいた。その人に「在宅入院でいかがですか」と紹介が回ってきた時は断わった。「この人は病院でやってください」と言った。そしていよいよHADにおいてくるというときには、必ずスタート前のチェックリストの検査項目があるので、それをしてもらう。それが承諾になってはじめてHADの薬局からその患者の自宅に抗癌剤を届ける。

実際にどうなるかということ、血液検査をする。その血液検査をした日に結果が来る。17時から19

時に、翌日の分の抗癌剤を調合する。そして翌朝の7時から10時に自宅に配送する。そして10時から15時までの間に、それを患者に打つ。こういった流れになっているので、血液検査の結果が出てから抗癌剤を夕方作って、朝に配送してその日のうちに打つということである。

ミックスをしたあとに、「ああこれでは今日は打てない」というケースが出てくる。そういう点滴は捨てる。このような在宅ケモセラピーをする時に必要な環境というのはまず、抗癌剤を作れる装置があって、街で買えるようなものではないことである。2つ目が、きちんと温度が管理されないとできないことである。真夏の暑い日でも何度以下で調合しなければいけない、そういう環境が整っていること。そして早朝7時から10時の間に配達ができる環境があること。そして10時から15時の間に打てる看護師がきちんとキープできていること。そして最後に使い切ったあとの医療廃棄物を処理するルートがあること。それらが整ってはじめて在宅でのケモセラピーができる。

在宅でケモセラピーをやるには最低でも1日50件ないとペイできない。10人未満では大赤字になってしまうので、その規模ではできない。

準備するのはナースではない。薬の調合は薬局で働いている薬剤師免許はない準備士である。そのクオリティをコントロールするのは薬剤師である。1日中それしかやらない。

新しい患者が紹介で退院してきてサンテ・セルヴィスでとるときに、「この抗癌剤を使ってください」と指示が退院前にあったとする。サンテ・セルヴィスのHADでとれる時に決める判断の基準が3つある。まずはコーディネート・ドクターのメディカル的な意見としては、高いリスクのある抗癌剤だったら病院でそのまま続けてほしいとHADでは断る。たとえば今までに過去10年間に8ケース以上死亡ケースがあったとか、急変ケースがあった場合は、まだこれは在宅には早いと見なして病院でやってくれるように患者を返す。次に薬局部長からも承諾がでないときである。作ってすぐ使うという環境にはないので、作ってから24時間の安定が必要とされる。それができない薬剤はサンテ・セルヴィスでは使えない。やはり薬局部長から承諾がでないと断る。次に看護部長で

ある。看護部長のほうから看護師のマンパワーが、その中のチームでちょっと足りなくて外部を使うといいながらも、やはり作ってからすぐにやらないければいけないとか、静脈注射で8時間やるとかできない条件もあるわけである。その場合も断る。なので、医師と薬剤師と看護師、この3職種からの承諾があってはじめてサンテ・セルヴィスは抗癌剤の在宅ケモセラピーを認めている。

血液内科医が2人、悪性腫瘍専門医が1人、抗癌剤専門薬剤師が2人、薬局での抗癌剤準備士が5名、この体制でやっている。

### ③アクセプトとリフューズ

受け容れのハードルが高いと思われるが、どれくらい断って、どれくらい受け容れているか。だいたいどの病院医師が退院をする時に在宅にまわすときに、「これは承諾できるとかこれは承諾できない」とわかるので、ほとんどの紹介の場合は承諾になる。たまにリフューズをしたら、それは24時間の安定が保証されていない、そういったハードな理由なので、紹介が来るときに、これだけリスクがある抗癌剤を在宅でやってくれとは紹介がないので、ほとんど断わらない。

ただしアクセプトするためには十分な時間が必要である。抗癌剤が新しくでたとする。新しい抗癌剤、たとえば乳癌の抗癌剤ハーセプチンが出たけれども、それをやって本当に安定したという証明のために2年間病院でやってもらったそうである。2年間の病院でのデータをもってはじめてこれを在宅でやって大丈夫だと判断の基準としたそうである。

エラスチンアナログという薬品はよい例である。2年間病院でのデータをもちよってはじめてサンテ・セルヴィスがHADではじめてケモをやったケースだそうで、この間在宅でも安定して管理もよいという論文を発表したばかりだそうである。

たとえば、骨髄抑制が起きたときには誰が判断するのか。副作用で途中でできなくなるケースがあると思われるが、それはかかりつけ医が判断するのか。この10年間幸運なことに1度もそういうケースがなかった。どうしてかということ、HADで在宅ケモをとる前に、在宅でとる条件の中に、1回目は病院で行なう。それから急変作用がなく



て安定できたことが条件になっていた。それがなかったら3回4回と病院でやってもらうわけである。そこで安定してから来るので急変ということはあまりないそうである。幸いなことに1度も経験したことがないそうである。

今のところそれは幸いなことに起こったことがないので、これからもないことを願っているけれども、もしも急変したときに備えて10時から15時の間に打つ。10時から15時の間に打っていれば、何かとんでもない急変があっても対処しやすい。15時をすぎたらもうやらない。

#### ④不測の事態への緊急対応

副作用で白血球が下がるとか、そういう症状がでたときは誰が対処するのか。もしもそういうことが起きた場合には、まず終わったあとのポストサーベイ期間を少し長くする。長くして、もしも入院の必要があったら入院する。対処できる時間内でやっている。

たとえば血液性の癌だった場合は、その白血球が落ちた場合でも他の癌に比べてやはり長く病院に残らなければいけないと思うので、その場合は本当に迷わずに再入院になる。そういった対処を行う。

在宅ケモで一番仕事をしているのは医師ではなく、看護師である。急変が起こった時の連絡先や、とっさの判断で一番活躍しなければいけないのは看護師である。医師はむしろ静かである。もちろん対処するときに連絡はしなければいけないが、いざその臨床の場にいるのは看護師である。慌てずにしっかりと対処できるように教育する。その教育内容が最も重要である。

クリニックチェックリストがあつて、「これがあつた、これがあつた、これがあつた」ら、必ずコーディネーター・ドクターに連絡を入れること、「これがあつた、これがあつた、これがあつた」ら、すぐに病院に転送すること、とすべてプロトコールになっている。ベルトとサスペンダーと言うけれども、しっかり守っていることを言う。二重のセキュリティになっている。それは看護師の重要な仕事である。

在宅ケモをとるのはどのステージの人か。まだちょっとしかやらなくていい段階のときだったら病院でやる。そうではなくてももう少し経ってくる

と、やっぱりかなりやらなければならなくなるとか1週間休みがあるけれども、ずっと6週間7週間と長く続いたり、そういうステージになってくる。そういう人たちをとることが多い。

ケモをやるときは3クールやるが、1クール目は病院でやって、2クール3クール目は在宅でやるということか。

そんな感じである。腸の癌の抗癌剤はどちらかというと病院のほうが向いている。だから大腸癌とか乳癌とか患者の病名よりは、その抗癌剤によって決めるそうである。

病院の主治医がやってかかりつけ医がやって、かかりつけ医がわからない場合に、HADでやるのか。なるべく怖がらせてはいけない。かかりつけ医にはやはりやるべきことをきちんとやってもらいたいだけである。すごい製品名をいって怖がらせる必要はない。やってもらうのはあくまでもクリニックの検査とか、血液検査のバリデーション(Validation, 確認)である、そういったところを彼らにやってもらうだけである。病院の医師が「これやりなさい、あれやりなさい」と細かくやる検査項目を、かかりつけ医がやって、医師がやっているのを見守っている。彼らが何か足りないところがあったら、HADが介入する。「もしも何か困ったことがあったらいつでも電話下さい」という立場である。

それから抗癌剤を書く時に処方箋の期間が日本と違って長い。だいたい1か月処方箋とか3か月処方箋で、最大で6か月まで書ける。その間に自宅に行ってから変化があったら、かかりつけ医としても不安な面もある。そういうときの中間の役割をHADのほうでやる。もしも患者が熱を出したりしたら治療をストップする。何が何でも在宅でやらなければいけないというわけではない。

ケモから緩和医療に移行するという考えもある。流れとしてケモで始まって緩和ケアに流れていくことは多い。ターミナルケアなのに化学療法を続けていて、化学療法がターミナルケアの意味しかない化学療法もある。

#### (6) 終末期ケア

##### ①ターミナルケアの3つのステージ

ターミナルケアの例として、35歳で子どもがま

だ2人いるとする。そうしたらやっぱり在宅でやったほうがよいと本人が希望するケースが多い。子どもがまだ小さいから。そうすると子供も協力してくれると確認のうえで、在宅でやってあげようとする。

そうやってターミナルケアをHADでやっている、全体の活動量の実に3分の1がターミナルケアである。ターミナルケアにも3つのステージ・タイプがあり、まだケモが終わっていない、やりながらターミナルケアに移って行くタイプと、2つ目が化学療法は終わっているけれども、安定させていくターミナルケアと、3つ目は最後の最後に息を引き取る、苦しい時期、この3つのターミナルケアがある。全国のフランス国民の19%が在宅で亡くなっている。在宅で亡くなった全国の平均の内のHADに関しては、死亡前が自宅という人が35~45%である。

薬はすべて痛みを緩和するための治療薬だが、リスクとしては死を早める可能性があるものもある。死期を早める可能性があっても痛みを和らげる力が強いので、使ってもいいことになっている。通常はこれらの薬はすべて院内使用のみ認められていて、自宅で使うことができない麻薬、劇薬の種類が、死期を早めることがあっても本当に痛みを十分にコントロールできるし、要するに眠りやすくなる。そういった薬は在宅入院では使ってもいいことになっている。

「死期を早めますよ」ということは本人の納得の上でかといえ、法律では必ずそれを告知することが必要になっている。実際は患者に言うよりは家族に言う。そのケースの方が多い。最期の5日間は意識も朦朧としているので、そういう人に使う薬剤なので、患者本人というよりは家族である。

これらの薬は、まさにかかりつけ医に任せてやるというよりは、HADが行って、こういう治療に移るけれどもいいかと家族に説明をする。こういうときが、コーディネーター・ドクターが行く、稀なケースである。

## ②リビングウィル (living will)

ターミナルケアに入られている人には、死期も含めて当然がんの告知は100%されている。アングロサクソンの考え方で言ったらきちんと告知

して「さあ、それを文書にしましょう」とやるけれども、まったくそれはフランス的ではない。そういう国ではない。そうではなく患者を見て、どのタイミングで言おうか、患者との距離を徐々にはかりながら言ったほうがよい。ひどい場合、言ったことが虐待になる可能性もある。そういうことを考えながら、徐々に言っていく、そういう国である。

法律上は確かに患者本人の意思とリビングウィルの確認と信用できる代理人および家族の意見、このヒエラルキーの順番で重要性が、たとえば治療をやめるとかそういうときにはこの順番でリスクベクトされる。現場で5%の人が実際はリビングウィルを書いている。書いて必ず出すという、そういう国ではないので、オランダに行くともっと高いだろうが、そういう国でもない、5%しかやっていない。むしろ、話し合いによって、徐々に徐々に合意を確認していく、そういう感じである。ともかくやっている人は5%という数字が語っている、95%はやっていない。だからヨーロッパ的かどうかは知らないが、先進的ではないということは確かである。95%がやってないから。

尊厳死の話で言えば、フランスは安楽死は法律では認められていない。だから安楽死を求めてくる患者に、カリウムの注射で答えてあげることができない。それができる国はオランダである。

紙には、リーズナブルなど書いてあるけれども、エコノミーな治療というわけではなく、妥当な治療、理解の得られる治療、どこまでやったらやりすぎで、どこまでやったらもうやめてもいいか、そういった合意の形成が書かれた紙がある。その紙を家族と本人はこの段階では普通はあまり書かない。少しずつ本人や家族とコンセンサスをとっていきながらこれを書いていって、チームでカンファレンスしていく。

## ③患者教育

もしも急変した時に、家族が慌てて救急ドクターを呼んでしまったとする。呼ばれた医師は、対応に困るわけである。そこで蘇生するのか、あるいは挿管するのか、そういった時に紙一枚があると、「ああ、もう、それでは」という指示をしてもいいことになる。そういった紙は1枚あること

はある。

どちらかという患者本人というよりも、患者の家族とこれを書いていく。全部の患者にこれがあるというわけではない。もしも患者のよい待遇をしようと思ったら、「はい、これどうですか」と、患者に聴くことはありえない。やはり患者本人に聴くことはもともと性質上無理がある。

そのほかの治療も一応確認すると、抗生物質の点滴治療があるけれども、簡単な抗生物質ではなく、病院使用特有の抗生物質である。中心静脈カテーテルを使っての抗生物質である。抗ウイルス剤<sup>9)</sup>や抗生物質<sup>10)</sup>、たとえばチェナム、あとオーファンドラッグも使う。

気管切開をした上でベンチレーション (ventilation) している人工呼吸器 (レスピレーター) の人が1年間に30ケースある。これに関しては、24時間のサーベイが必要なので、独居の人にはできない。家族がいることの確認が必要である。大抵神経性の疾患が多い。

それから患者および患者家族教育が15日間あるが、これはたとえば糖尿病のインシュリン導入、胃ろう、気管切開になった場合の患者教育である。こういったものもやっている。

この15日間の間に、管理栄養士が3回やってくる。それからソーシャルワーカーもやってくる。食事は自分で作れる人であればいいけれども、できない場合のケータリングサービスはこういうところで受けられるとか、それに対する費用補助はここからあるとか、そういう情報をソーシャルワーカーが教えにきてくれる。そういうことはすべて患者教育の中に入るものである。

#### ④ 2つの must

2つのことがマスト (must) になるのが在宅入院である。患者の同意とその患者のかかりつけ医の同意、かかりつけ医が「いえ、わたくしはこれはできません」と言われたら、もう無理である。あるいは患者自身に「やりたくありません」と言われたら、無理やり在宅におろしてきてやることもできない。この2つの同意があって、はじめて可能になる話である。

自宅が、必ずしも自宅でないかもしれない。老人ホームの場合もあるし、障害者施設の場合もあるし、それからキャラバンかキャンピングカーの

場合もある。そこが患者の自宅とみなしていいのであれば、そこに必ず行く。

いつもは自宅にいるが、週末は別の場所に行く、そういう場合も大丈夫である。事前に教えてくれば住所が変わっても HAD はそこに行く。

老人ホームでできることが全部書いてある。静脈注射、ターミナルケア、ケモセラピー、ペインコントロール、複雑ガーゼ交換、白血球が凄く下がる白血球減少のサーベイ、こういったものとはほかの治療は老人ホームでもできる。

最後に1つ重要な点は、ガンドリーユ、ニコラ医師がコーディネート・ドクターの仕事をしたときには独居の人で在宅入院する人はいなかった。現在独居の人が病院から自宅に帰りたいといえば、また自宅に早く帰ったほうが良いということであれば、そういう患者も HAD ではとっている。ただし、急変があった時にいつでも対応できるようにする。現在はテレアラームなどがあり、遠隔操作が可能になった。ターミナルケアも最期にひとり独居でしたいという希望があればやっている。

フランスは死亡診断はかかりつけ医が書く。少なくともコーディネート・ドクターではない。ほとんどがかかりつけ医である。かかりつけ医と連絡が取れない場合は病院からくる医師が書く。

最後に、ガンドリーユ、ニコラ医師は、「15年間悪性腫瘍の専門病院で働いていました。やめた後にサンテ・セルヴィスに声をかけていただきましたのでこちらに来ました。色々なコーディネーションをしてみんなと連絡をして、そしてコンプライアンスがある、色々みんなと妥協点をみつけて折り合いをつけていく、大変おもしろい仕事だったので、働こうと思った」と述べた。彼は、現在も病院での仕事も続けているので、週に1回は病院にも勤務している。

## 4. 薬局と物流

### (1) 薬局と薬剤倉庫

研修プログラム責任者のギオ、セレンさんの案内で、物流センターを視察した。薬剤師のリマバヤさんの案内で薬局を見せてもらった。薬剤師のオフィスでは、2人の薬剤師が処方箋の確認をし



ていた。別の薬剤師が2人座っていて、医師から送られてきたオーデイナンス（ordinances）をコンピューターに入力していた。プリスクリプション（prescription, 処方箋）を、正確に名前や投与量を入力していた。

実際にこれがどのように送られてきたかという  
と、患者の自宅に行った看護師がその場でスマートフォンで写真を撮る。プリスクリプションをアプリに載せると薬局に来る。それで処方箋がでるので、その出てきたものをコンピューターに入れている。

入力するだけではなくて、薬剤師はこれまでの  
ヒストリーを見て間違いがないか、それから他から出ている薬と合せて飲んで間違いがないかを確認をした上で入力していた。

ジェネリックがあるものはジェネリック薬が出てくる。倉庫を左側に進むと、ディスプレイ製品が置いてあった。大きいマテリアルばかりである（写真2）。

薬剤の倉庫をみると、薬剤がオートメーション  
でできてきた。倉庫では薬剤師とプレパレーターといわれる準備士が働いていた。

処方箋を入力すると、プリントアウトされて出てくるのはオーダー用紙（注文用紙）である。それに合わせて、そのオーダー用紙を機械に入れると倉庫からオートメーションで薬剤が出てくる。患者のボックスにその薬剤と注文用紙と処方箋の3点を入れて患者宅に運ぶ。患者の名前も書かれているが、すべてバーコードで管理されている。

チェックされた箱はベルトコンベヤーで回ってきて、箱が積み上がってゆく。棚が2個あり、ここに入れられるものは入れて、いっぱいになると次の棚に入れられる（写真3）。これがベルトコンベヤーで次々運ばれてゆく。バリデーション（validation）したボックスはずっと回って行って配送用のレーンにたどり着く。翌朝トラックで搬送されるボックスは積み上げられてゆく。まるでアマゾンサイズの大きさの倉庫とオートメーションシステムには驚かされる。郵便局ももちろん顔負けである。

## (2) 体制・スタッフ

この倉庫はサンテ・セルヴィスの自前倉庫であ



写真2 薬局の倉庫。手前がディスプレイ、奥が大きいマテリアル

り、業者をいれているわけではない。1日に1,500人から1,600人の患者の薬をここで作っている。他のHADでもこんなに大きなシステムはなく、サンテ・セルヴィスともう1社あるそうである。だからサンテ・セルヴィスは最大手なのである。薬剤は、ジェネリックがあるものは全部自動的にジェネリック薬剤が出てくる。フランスはジェネリック推奨の国である。



写真3 搬送用レーンにたどりつく前の棚に收容される薬剤等



写真4 明日朝トラックで運ばれる予定の積み上げられた箱



倉庫のスタッフは薬剤師が6人、準備士が20人、倉庫管理をする担当者が7人、そして搬送担当者が1人いる。搬送担当が1人なのは少ないと思われるが、インフラのメンテナンスを行っており、トラック配送で5人、事務その他として3人がいる。倉庫の総員は43人である。2社のトラック運送会社は外注である。トラック運転手はサンテ・セルヴィスのプロパーではない。

1人の薬剤師が担当する処方箋数はない。法規制上にひとり当たり何枚という規制はないけれども、現在1日当たり300枚の処方箋があがってきて、日中1人あたり150枚の処方箋を扱っている。6名の薬剤師がいるといていたが、内2名が処方箋取り扱い薬剤師なので、1人あたり150枚だから300枚の処方箋である。役割分担があり、1人が化学療法の輸液バック専門の薬剤師、1人がマテリアルおよびディスプレイ専門の薬剤師、1人が一般の薬剤師である。

### (3) トレーサビリティ

在庫管理ができていないものはない。なくなった物は今までないそうである。全てバーコードで1錠1錠管理されているので、紛失したらすぐわかる。トレーサビリティ (traceability) がコンピューター化されている。取り扱っている薬品は1,500種類、ディスプレイの種類は500種類なので、2,000種類のアイテムがある。薬剤はサノフィ (Sanofi S.A.) 社<sup>11)</sup>の製品が多いと思われるが、サノフィが母国だからといってそれはないそうである。

薬も入れてディスプレイ製品も入れてオートメーション化されていて、箱に入って最後のところでパチッと留める。そしてそれはエリアごとに搬送されて、何々県のトラックに行く。そのトラック担当のところを見にいくと、トラックがレーンのところまでバックで入って来て、担当者がトラックに箱を積み上げていた。契約している搬送会社の人が、荷物を積み上げていた。荷物を見ると、患者の名前と市町村まで書いてあった。バーコードで住所がわかる。どういう順番で配達するかは搬送会社のノウハウのようである。当然だが、荷物は開かないように厳重に梱包されていた(写真4)。

たとえば、現場の看護師から電話がかかってき

て、「何々の薬がまだ届いていません。紛失しています」と連絡が入ると、倉庫では全てバーコードで管理されてトレーサビリティがしっかりしているのです、どの段階でなくなったかがわかる。たとえば搬送会社の誰が持っていたトラックがもう出て、少なくとも患者のところに行っていないなら、その間の人のところで紛失したことがわかる。

手渡しし本人か家族にサインをもらうのがルールである。仮に、サインをもらわずに戸口において帰った場合には、後で厳しく指導される。

### (4) ミキシング

劇薬麻薬のコーナーもあるが、当たり前だが、そこは鍵で厳重に管理されており入れなかった。アイソレーターが2つあり、1つは清掃中(写真5)、もう1つはちょうど稼働中であつた。作られたものは別の出口からでてくる。

温度、湿度の管理はモニターサインにでているので、今何度で作業をしているかもわかるようになっていいる。抗癌剤専門のプレパレーターなので、他の者は触れられない。中で作業している人たちは特別な教育を受けている。

抗癌剤だと被曝するが、安全管理と教育はきちんとしている。アイソレーターに入る段階で防護服をつけること、アイソレーターの中に手を入れるときに、2枚の手袋をして中にいれるので大丈夫だと説明を受けた。そしてスタッフのために、間違えて刺したりしないように、針を刺して入れる行為はいっさいない。ミキシングしたものはどうやってでてくるか。たとえば常温でいいものなら常温でいいというバッグがある。そうではなくて冷蔵保存のものであったら、まず冷蔵庫に入れ

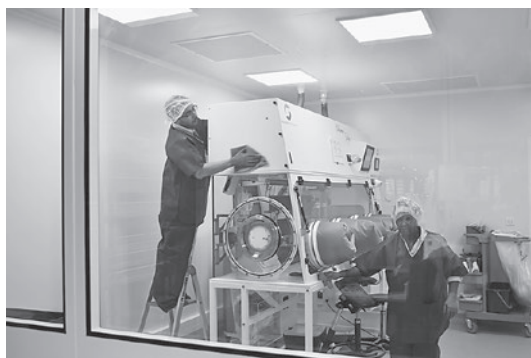


写真5 清掃中のアイソレーター

て温度を保つようにと書かれている中に入れる。そして、ここでスタンバイしている。搬送屋にいつでも取りにきてもらい、患者宅に温度を守った上で送ってほしいけれども、現在血小板テストの承諾がきていなかった。要するにそのときの血液検査を何時にしたか（10時とか言っていたが）、その血液検査の承諾をバリデーションしてもらわない限り配ることができないので、製品によっては残念ながらこの段階で捨ててしまう可能性もあるわけである。承諾がきたらそれはすぐ患者宅に搬送されるようになっていく。

1日あたり平均45バッグ作っているそうである。45バッグ作っているけれども、2017年には60バッグになる予定だと言っていた。60バッグになって、さらに85バッグまで作れるキャパシティはあるという。これは患者に投与するバッグのことで、製薬会社と契約しており、製薬会社の治験用のバッグもここで作っている。それはまだこの数には入っていない。それをアイソレーターごとに2人でやっている。

HADで治験をやっているのかと不思議に思い聞いてみると、そうではなく、製薬会社から依頼を受けてここで作っているとのことであった。HADの患者に治験をしているわけではない。

例えば、製薬会社がサン・ルイ病院（Hôpital Saint-Louis）<sup>12)</sup>と契約をする。サン・ルイ病院ではこのプロトコルで抗癌剤の治験を始めると合意してもらい、その患者が退院する。退院したらそれを継続する、そういうケースである。

当然見られなかったが、アイソレーターのある部屋の向こう側が放射性物質の廃棄物ルートであった。

## IV. まとめ

在宅入院に関しての考察は、前稿で行っているので、ここでは考察はせずに問題意識を提示する。

### 1. 日本での政策選択は可能か

サンテ・セルヴィスでやっているような活動を、日本でもやっという考え方ができるであろうか。日本で既にやっていることで、足りない

ところや、あるいはお互いにパートナーシップがとれるとか、そういったことがあるだろうか。

日本もフランスも役人が考えることは、まずまず病院の入院期間を減らして行って、医療経済的に負担になる部分を削減していくことにある。在院日数は短くなって、患者はより早いうちに在宅に出されてゆく。退院させられてきた患者の受け皿をサンテ・セルヴィスのようにHADが準備するのがフランスのやり方である。

すでに日本でもケモセラピーを外来で行うことや在宅で行うことは一部では行われているが、これまで述べてきたようなポストアキュート期（急性期経過後に引き続き入院医療を要する状態）の患者に対して、抗癌剤の在宅での治療を含めて、術後管理から処置まで、そういったことを実践することは可能であろうか。

データを見る限り院内感染も防げるし、医療費も削減できる。さらにケアへのアクセスが悪い地域にとっては、HADは本当に有難い存在である。何キロも行かないと病院にアクセスできないような地方にHADは多い。さらに障害者や慢性疾患の人のように、ずっと状態が変わらない人が入るところはないか、入ることはなかなか難しい。もちろん病院に置いておくことができない場合には、そういう人たちは自宅での療養になってしまう。自宅になってしまって、十分な治療が受けられないことは不幸なことである。そうではなくて、不幸ではない受け入れ態勢を準備すればよいわけである。

病院外来でケモセラピーをするのは、実は患者の身体的負担は大きい。病院に行って自宅へ帰ってくるのがすごく大変である。その部分がカットでき在宅でやれるのであれば、クオリティ・オブ・ライフにとって、すごく良い面があると考えられる。この点はHADに携わる誰もが強調していることであった。

高齢化、そして慢性期化した症状などの方はやはり移動することで疲れるし、さらに費用も無駄である。これを一番カットできるのが在宅入院のモデルである。日本も在宅医療がかなり進んでいくのは、結局は同じ理由による背景があって進んでいくと思われるが、フランスも同様である。院内感染が減るとするのは病棟ではないので、当然

といえば当然である。

現在このHADのコンサルタントとして、サンテ・セルヴィスのストラクチャーを使ってコンサルタント業務もやっている。国際化としては、モスクワで現在19のクリニックがサンテ・セルヴィスのHADのシステムを取り入れている。輸出しているというとおこがましいが、されている。サンテ・セルヴィスの戦略は、日本にもHADを輸出したいということである。

## 2. HADが病院入院よりなぜ安いのか

病院よりも在宅の方がコストは安い。これに違和感を持つ人がいるかもしれない。なぜなら医師の下に患者が来ればたくさん診察できる。しかし訪問すると移動のために効率が悪くなり、診られる患者が少なくなるという考えからであろう。だから病院に患者が来てくれた方が医療費は結果的に安くなるのではないかという考えからであろう。

しかし、看護部長から説明があったように、明らかに病院で治療するよりも在宅で治療した方がはるかに医療費は安い。同じ患者がいたとしたら、その患者に自宅で治療をした場合と、同じことを病院に来院させてやると1人当たり3倍高くなるそうである。

それは医療費だけを見た場合であって、家に行くと介護が必要とかトータルコストが高くなるという説もある。しかし実際は、介護まで入れても、病院でやる単価より同じことを自宅でやったほうが3分の1で済むと説明された。

どうしてか説明をすると、在宅で入院をしているといっても、実は医師の介入がすごく少ないからである。結局やっているのは看護師だけである。看護師が医師の指示書にもとづいた行為を行っていて、医師が訪問することはほとんどない。コーディネーター・ドクターがコーディネーターする。患者が退院してきたときに病院の指示書が来ている。たまにかかりつけ医を呼ぶことがあるけれども、ほとんど医師は介入しない。頻回に介入するのは看護師である。そこがまずコストが安いところである。病院はやはりサラリー医者がいる。その分のサラリーをカバーするための診療報酬のコストが計算されているので、同じ疾患だったら、

自宅でやったほうが経済的である。

ベッドや歩行器はコストの中から出るのかそれとも自費なのか。日額の中に入っている。日額197.4ユーロの中に入っている。自己負担はほとんどない。HADの対象になる疾患は重い患者なので、ほとんどが保険でカバーされる。もしも貧困の人であっても、日本の生保のような保険制度が別にあるので、結局、自分のポケットから金が出ることはほとんどない。このように医療保険のみでカバーできる。では介護が必要な場合はどうかということ、介護に関してもHADでやっていることに關しては自己負担はない。なぜかということ、技術性と医療性が高いからである。医療保険ですべてカバーできてしまうような患者が対象だからである。しかし、研修の中では介護の部分がでると言っていた。その介護の部分はHADではやっていない。HADではなくもっとヘルパー家事代行サービスのようなどころがある。そこがやることなのでHADの対象外である。HADから連絡を入れると、そこから掃除をする人が来る。それは確かに大部分が自己負担である。

自治体による介護保険と国による医療保険と両方併用することは可能である。医療は医療保険で払い、介護に関することはAPAで支払う。APAでは全部はカバーできないので自己負担が多くなる。

## 3. 改めて日本での在宅入院制度は可能かを考える

サンテ・セルヴィスが、日本でコンサルタントとして活動することは可能か。現在日本では、都会では訪問診療をたくさん行っている。しかし、以前は診療報酬が高くて利益が出たが、現在は以前の3分の1～4分の1に診療報酬が落ちて、非常に経営が大変な事業所もある。それでも日本の医師は在宅に熱心な医師も多い。ただし地方ではまだまだそのような状況ではない。そういう意味では全国的であれば日本人の医師をサンテ・セルヴィスが雇用して、薬局をもち、機材をもち、トータルに介護のケアをやり、配送部門をもち、そうしたことが全部整うのであれば、全国展開できる可能性はあるかもしれない。



日本の医師がすでに訪問診療をやっていることも、既にフランスでサンテ・セルヴィスがやっている在宅医療と近い部分が十分あるかもしれない。しかし、在宅で行っている医療技術の提供の仕方が違う。また、患者は自宅でありやりたくないということもあると考える。長尾和宏は「がんの看取りは、訪問看護や在宅緩和ケアの技術、デバイスの進歩など、在宅看取りで100%できることがわかった。でも、100人の末期がんの方がいれば、80人は家で看取ることになる。家での看取りが100%にならない理由は、家族が反対する人が多いからだ。あるいは本人が最期は病院で、という例もある」と述べている（長尾2017）。

これから日本も入院日数が短くなると、術後早期に退院するケースやケモセラピーも病院でなく在宅でという流れがでてくる可能性はある。ハイテクホームケアと呼ばれることがあるHADである。既に日本でも在宅ケアを一部やっているところもあると思われるが、ハイテクホームケアまではいっていない。在宅での高度医療の提供はこれからの日本もせまられてくると考える。本稿で紹介したサンテ・セルヴィスの研修内容は、ノウハウの面においても参考になると考えるし、検討するための素材の提供という点でも意義あることと考える。

## 注

- 1) 精神障害者や高齢患者が、入院に劣らない手厚い治療を受けながらも、家庭や社会から孤立しないようにするため、昼間だけ預かり治療を行う医療機関のこと。
- 2) MRI (Magnetic Resonance Imaging, 磁気共鳴画像) は、脳の検査装置のこと。30分ほど横になっているだけで、様々な方向からの脳の画像を撮影することができる。MRI 画像の多くは、脳ドックのように「脳に病気があるかどうか」を見つけるために使われている。
- 3) コンピュータ断層撮影(Computed Tomography, CT) は、放射線などを利用して物体を走査(写真電送やテレビジョン等で、一定の順序で画像を電気信号に変えること。また、その電気信号をもとの画像に再現すること)し、コンピュータを用いて処理することで、物体の内部画像を構成する技術、あるいはそ

れを行うための機器をいう。MRI は、強力な電波を使って、体内にある水分に作用して断層を撮影する方法である。CT スキャンは、X 線検査の立体版で、レントゲン照射したあとにコンピュータで画像を作り出す。MRI と CT スキャンは撮影技術自体が異なる。「断層撮影」の名前のおり、本来は物体の(輪切りなどの)断面画像を得る技術であるが、これらの検査技術は単に断面画像として用いられるのみでなく、画像処理技術向上によって3次元グラフィックスとして表示されることも多くなってきている。

- 4) そもそも DRG とは Diagnosis Related Group の略で、国際疾病分類 (ICD - 9 - CM) で 1 万以上ある病名コードを人件費、医薬品、医療材料などの医療資源の必要度から、統計上意味のある 500 程度の病名グループに整理し、分類する方法をいう (日医総研 2000 : 2)。
- 5) カルノフスキー指数とは、ホスピス等で使われる介護度ツールで、患者の日常動作の指標でもある。100 (正常) から 90、80、70、60、50、40、30、20、10、0 (臨死期、生命の危機に関わる変化が急速に進行すると)、10 点刻み 11 段階で評価する。
- 6) 市町村 (3 万 6,552) - 県 (96) - 州 (22) の三層制を取るフランス本国において、22 州が 13 州に再編されることとなった。再編後の州は、2016 年当初からスタートした。22 州のうち、①ブルターニュ、②ペイ・ド・ラ・ロワール、③サントル、④イル・ド・フランス、⑤プロヴァンス・アルプ・コート・ダジュール、⑥コルス (コルシカ) の 6 州の区域は従来どおりなので、既存の 16 州が合併を通じて 7 州に統合されることとなった。この新しい 7 州のうち、2 つは既存の 3 州の合併、残りの 5 つは既存の 2 州の合併により誕生した (山崎榮一 2015 : 76-7)。
- 7) ここでいうネットワークとは、Réseaux のことであり、悪性腫瘍、ターミナルケア、老年科などの医師とコ・メディカルのチーム医療の提供のことをいっている。詳細は別稿で述べることとする。
- 8) 「ユマニチュード」という言葉は、フランス領マルティニク島出身の詩人であり政治家であったエメ・セゼールが 1940 年代に提唱した、植民地に住む黒人が自らの“黒人らしさ”を取り戻そうと開始した活動「ネグリチュード (Négritude)」にその起源をもつ。その後 1980 年にスイス人作家のフレディ・クロプフェンシュタインが思索に関するエッセイと



詩の中で、“人間らしくある”状況を、「ネグリチュード」を踏まえて「ユマニチュード」と命名した（ジネスト、イブ・マレスコッティ、ロゼット／本田美和子訳2014：5）。

9) 体内に侵入したウイルスに働きかけて、その作用を弱めたり消滅させたりする薬剤。インターフェロン・免疫グロブリン製剤など。

10) 抗生物質 (antibiotics) とは、微生物が産生し、ほかの微生物など生体細胞の増殖や機能を阻害する物質の総称。一般に抗菌薬 (antibacterial drugs) と同義であるが、広義には抗ウイルス剤や抗真菌剤、抗がん剤も含む。

11) サノフィ (Sanofi S.A.) は、フランス・パリを本拠とする製薬・バイオテクノロジー企業である。2004年、フランスの製薬会社大手、サノフィ・サンテラボ社が、同アベンティス社を吸収合併した結果として設立された。医薬品 (処方箋医薬品) 販売では世界有数の規模を持つ。ユーロネクスト・パリ、フランクフルト証券取引所、ロンドン証券取引所、ニューヨーク証券取引所に株式を上場しており、ユーロネクスト・パリではCAC 40の採用銘柄となっている。ワクチン事業部門として、サノフィパスツール (Sanofi Pasteur = フランス・リヨン)、動物薬事業部門として、メリアル (Meril = アメリカ・ジョージア州) という子会社を有する。

12) サン・ルイ病院は、パリで最も古い病院である。中世にペストが流行した時にアンリ4世によって、慈善病院として建てられた。フランス国王ルイ9世は、1270年に出陣してイスラム教国であるチュニジアを攻撃したが、飲み水の汚染や熱さによってこの地に疫病がはびこり、ルイ9世も現地で病に倒れ病没し、彼を悼んで、「サン・ルイ」の名前を病院に与えた。

## 文献

Cadre de Santé (<https://www.infirmiers.com/votre-carriere/cadre/la-fonction-de-cadre-de-sante.html>) .

Cadre supérieur de santé ([\[sante.fr/Cadre-superieur-de-sante-une-fin\]\(http://sante.fr/Cadre-superieur-de-sante-une-fin\)\) .](http://www.carnetsde-</a></p></div><div data-bbox=)

Croix-Rouge française (<http://www.croix-rouge.fr/>) .

DURAND, Nicolas, et al., *Hospitalisation à domicile (HAD)*, 143-52, Novembre 2010.

FNEHAD (<https://www.fnehad.fr/>) .

FNEHAD, *Rapport d'activité, 2015-2016*, 2016.

Gustave Roussy ([https://www.gustaveroussy.fr/?gclid=EAIAIQobChMI\\_euVvIa91QIV3QYqCh2BdgQpEAAYASAAEgKYpfD\\_BwE](https://www.gustaveroussy.fr/?gclid=EAIAIQobChMI_euVvIa91QIV3QYqCh2BdgQpEAAYASAAEgKYpfD_BwE)) .

Hôpital Saint-Louis (<http://www.hslouis.pt/>) .

Sanofi S.A. (<http://www.sanofi.co.jp/l/jp/ja/index.jsp>) .

Santé Service, *HAD : enjeux, organization et modes de prise en charge*, mercredi 12 Octobre 2016.

石塚秀雄・竹野ユキコ「サンテ・セルヴィス、在宅入院 (治療) サービスのアソシエーション」『フランス非営利・協同の医療機関・制度視察報告書』非営利・協同総合研究所いのちとくらし、56-8、2008年3月31日。

小磯明『高齢者医療と介護看護』御茶の水書房、2016年。

小磯明「フランスの在宅入院制度に関する研究——在宅入院全国連盟の活動と課題——」『いのちとくらし研究所報』No.59、非営利・協同総合研究所いのちとくらし、46-71、2017a年6月30日。

小磯明「フランスの医療保険制度」『くらしと健康』No.91、日本文化厚生連、17-23、2017b年9月。

ジネスト、イブ・マレスコッティ、ロゼット／本田美和子訳『ユマニチュード入門』医学書院、2014年。

長尾和宏「在宅看取りについて」『社会保険旬報』No.2683、社会保険研究所、22-7、2017年8月1日。

日本医師会総合政策研究機構『DRGの妥当性に関する研究 病院経営情報システムネットワーク事業報告』日本医師会総合政策研究機構報告書第21号、2000年9月。

山崎榮一「海外レポート フランスにおける州の合併」『公営企業』第46巻第11号、76-7、2015年2月。

(こいそ あきら、法政大学現代福祉学部・大学院共政策研究科兼任講師、『文化連情報』編集長)

# 『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

## 第59号（2017年6月）——【特集：医療のアクセス障壁を考える】

- 巻頭エッセイ：しつけも生活維持も家族に丸投げ—憲法24条改憲と25条—（鈴木勉）
- 【特集：医療のアクセス障壁を考える】
  - ・医療のアクセス障壁—実態分析への接近と状況把握について（松田亮三）
  - ・2016年経済的事由による手遅れ死亡事例調査（山本淑子）
  - ・千葉県における無料低額診療事業のひろがり（柳田月美）
  - ・東大阪市における国保四四四減免の適用経過と現状（川添一彦）
  - ・資料「#最低賃金1500円になったら」投稿抜粋（後藤道夫）
- 地域医療構想策定をめぐる福岡県の現状と課題（洗川和也）
- フランスの医療事故補償制度の現状（石塚秀雄）
- フランスの在宅入院制度に関する研究—在宅入院全国連盟の活動と課題—（小磯明）
- インタビュー：マイナンバー制度と医療分野への影響（石川広己、聞き手：八田英之）
- シリーズ〈医療政策・研究史〉（17）：医療政策研究者にとっての「平成」（野村拓）

## 第58号（2017年3月）——【特集】ワーク・ライフ・バランス

- 巻頭エッセイ：人間社会のゆくえ（根岸京田）
- 【特集】ワーク・ライフ・バランス
  - ・インタビュー：ストレスチェック時代のメンタルヘルス—労働精神科外来の診察室から見えること—（天笠崇、インタビューア：門田裕志）
  - ・高齢者介護をめぐるワーク・ライフ・<sup>・</sup>アンバランス（川口啓子）
  - ・投稿論文：オランダにおけるワーク・ライフ・バランス—コンビネーション・モデルに見る労働と生活—（久保隆光）
- 実践志向共同研究（アクション・リサーチ）のすすめ—「支える医療」共同研究プロジェクトを振り返りつつ（松田亮三）
- 2014年度研究助成概要報告：宮崎県北地域における子どもの社会的排除と「排除しないまちづくり」の取り組み（志賀信夫）
- 2015年度研究助成概要報告：特別養護老人ホームにおける多職種連携による円滑な終末期介護を実現するための調査研究—概要—（高橋幸裕）
- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ岩手調査：岩手の地域医療と財政（井上博夫）
- 書評：
  - ・「医療を守る運動プロジェクト」、岡野孝信、岡部義秀編著『地域医療の未来を創る：住民と医療労働者の協同』（八田英之）
  - ・吉永純、京都保健会『いのちをつなぐ無料低額診療事業』（今井晃）
- シリーズ〈医療政策・研究史〉（16）：医療政策学校—その成り立ちとオリエンテーション—（野村拓）

## 第57号（2017年1月）——【特集】イギリスEU離脱——

- 巻頭エッセイ：世界の潮流は社会的連帯経済（柳澤敏勝）
- 【特集】イギリスEU離脱
  - ・対談「EU離脱・トランプ・新自由主義の現段階」（二宮元、進藤兵、司会：後藤道夫）
  - ・「EU離脱」をめぐる国民投票を眺めながら（松田亮三）
  - ・新たな始まり？—サンダーランドの社会運動家から見たイギリスEU離脱—（マーク・H・サディントン、翻訳：熊倉ゆりえ）
  - ・「新たな始まり？」へのコメント：歴史のなかで自己を知る（中川雄一郎）
  - ・イギリスの国民投票が教えてくれたこと（中川雄一郎）
  - ・書評：堀真奈美『政府は医療にどこまで介入すべきか—イギリス医療・介護政策と公私ミックスの展望』（ミネルヴァ書房／2016年6月／267頁／定価4000円＋税）（小磯明）
- 論文

- ・医療・介護の情勢動向について（山本淑子）
- ・住民の願いに寄り添う地域医療をめざして～広島県地域医療構想案についての広島民医連の見解～（藤原秀文）
- ・日本の皆保険制度を支えてきた開業保険医（垣田さち子）
- 投稿論文
  - ・オランダ社会が目指す新たな働き方（久保隆光）
- シリーズ医療政策・研究史（15）：学習展開と著作（野村拓）
- 2012年度研究助成概要報告：乳産婦・幼児期の子どもをもつ母親の食生活に対する意識に関する研究—東日本大震災前後、及び地域比較—（吉井美奈子）

## 第56号（2016年9月）——【特集】2016年度定期総会記念シンポジウム——

- 巻頭エッセイ：マイケル・マーモットに会う（野田浩夫）
- 【特集】2016年度定期総会記念シンポジウム
  - ・基調講演「日米の医療セーフティネットを考える」（高山一夫）
  - ・個別報告①「日本における低所得者への医療保障の実態」（後藤道夫）
  - ・個別報告②「民医連における無料低額診療の現状」（内村幸一）
  - ・補足、質疑応答、会場からの補足
- 論文
  - ・千葉県の自治体病院の現状と地域ビジョン（八田英之）
  - ・EUの移民問題と社会的経済（石塚秀雄）
- シリーズ医療政策・研究史（14）人口政策と医療政策—間もなく国勢調査（1920）100年—（野村拓）
- 2013年度研究助成報告：臨床研修医は現場の医師から何を学び人生の糧としているのか？～いのちを守るための医療者養成の観点からロールモデル像とその影響の解明～（菊川誠ほか）
- 書評：岩永靖永・樋口恵子編『2050年超高齢社会のコミュニティ構想』（岩波書店、2015年）（今井晃）

## 第55号（2016年7月）——【特集】非営利・協同組織の管理と運営——

- 巻頭エッセイ：東芝財務不正事件に思う（野村智夫）
- 【特集】非営利・協同組織の管理と運営
  - ・座談会：非営利・協同組織の管理と運営（小磯明、根本守、吉中文志、司会：八田英之）
  - ・フランスの非営利・協同の医療社会サービスの運営—ウニオプス（石塚秀雄）
  - ・英国・従業員所有企業の展開—Sunderland Home Care Associates Ltd.の事例—（熊倉ゆりえ）
- 真の国民のための医薬分業とは～日本の医薬分業政策、調剤報酬の矛盾と課題～（高田満雄）
- シリーズ医療政策・研究史（13）明治150年の医療—「モデル追いかけ」から「モデル」に—（野村拓）
- 2010年度研究助成報告：中国農民專業合作社における信用事業の展開に関する一考察（宋曉凱）
- 投稿論文：貧困者・生活困窮者支援の在り方を考える—長野県民医連生活保護受給者実態調査の自由記述の分析から—（石坂誠）

## 第54号（2016年3月）——【特集】共済、TPP、地域医療福祉の現況と課題——

- 巻頭エッセイ：今、民医連の看護学校で（窪倉みさ江）
- 【特集】共済、TPP、地域医療福祉の現況と課題
  - ・座談会：共済事業の今後とTPPの共済への影響（橋本光陽、相馬健次、高橋巖、司会：中川雄一郎）
  - ・成田市特区での医学部新設について（八田英之）
  - ・介護をめぐる諸問題～介護福祉士養成校の学生にみる貧困の諸相～（川口啓子）
  - ・「地域包括ケア」—その前提（上林茂暢）
  - ・山口県にみる地域包括ケア・システム構築の現況—断片的に（野田浩夫）
- 論文
  - ・19世紀欧州庶民銀行発生に係わる諸問題について（平石裕一）
  - ・非営利住宅供給会社とコミュニティ開発—イングランド、サンダーランドのジェントウ Gentoo の事例（石塚秀雄）
  - ・英国社会的企業のインフラストラクチャー組織「SES」の現況（熊倉ゆりえ）

- 書評 松本勝明編『医療制度改革—ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』旬報社 2015年3月(八田英之)
  - 2012年度研究助成概要報告：諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究～米国ワシントン D.C. 現地調査を中心に～(高山一夫)
  - シリーズ医療政策・研究史(12)「はたらきかけ」と自分史(野村拓)
- 

●第53号(2015年12月)——【特集1】戦後70年と未来／【特集2】医療福祉と地域コミュニティ——

- 巻頭エッセイ：戦後70年と未来(朴賢緒)
  - 【特集1】戦後70年と未来
    - ・非営利・協同の過去70年とこれからの70年(富沢賢治)
    - ・戦後70年と民医連運動の課題(藤末衛)
    - ・敗戦直後まで—いのちとくらし点描—(山口孝)
    - ・沖縄のこころ(野村秀和)
  - 【特集2】医療福祉と地域コミュニティ
    - ・医療の市場化、「営利化」(角瀬保雄)
    - ・地域医療構想をめぐる北海道の現状と課題(太田美季)
    - ・地域医療ビジョンと地域包括ケアについて～千葉県の現状と課題～(加藤久美)
  - 隠され続ける TPP 合意の真実(鈴木宣弘)
  - 図書館の公共性と民営化についての論点(石見尚)
  - 英国の社会的企業と社会サービスの現状と課題—協同組合の政治的自立性の発揮の視座から—(澤口隆志)
  - シリーズ医療政策・研究史(11) グローバル医療政策学の構築—まわり道でも世界史を—(野村拓)
  - 2012年度研究助成報告：名古屋市の一地区における路上生活者を対象とした精神保健調査の報告(松浦健伸ほか)
- 

●第52号(2015年9月)——非営利・協同組織の社会的有用性と公益性——

- 巻頭エッセイ：新専門医制度のスタートを前にして(阿南陽二)
- 2015年度定期総会記念シンポジウム「地域のくらし連携について考える—鶴岡から学ぶ—」
  - ・鶴岡から何を学ぶことができるか(杉本貴志)
  - ・事業協同組合方式による「住み続けられるまちづくり」(岩本鉄矢)
  - ・社会福祉法人からみた地域のくらし連携(井田智)
  - ・生協共立社連邦運営の基本的考え方(松本政裕)
- 質疑応答
- 無差別平等の医療を貫いた60年、山梨勤医協の公益性とは何か(梶原祐治)
- 協同の事業組織の社会的有用性と公益性(柳沢敏勝)
- 介護保険制度をめぐる動向—介護報酬2015年改定、補足給付の見直しを中心に(林泰則)
- イングランドのNHS ファンデーション・トラストの構造(石塚秀雄)
- 書評：地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ報告書『地域の医療供給と公益性—自治体病院の経営と課題』(田岡康秀)
- シリーズ医療政策・研究史(10) グローバル医療政策へ(野村拓)
- 2011年度研究助成概要報告：民間研究所論～概要～(鎌谷勇宏)



## 「研究所ニュース」バックナンバー

### ○ No.59 (2017.8.31発行)

理事長のページ:反知性主義あるいはポピュリズム(2)ーポピュリズムとは何かー(中川雄一郎)、副理事長のページ:政府発表「相対的貧困率」の減少と貧困の拡大・深刻化(後藤道夫)、役員リレーエッセイ:「利権」を煙に巻く東京ならではの手法(窪田光)、役員リレーエッセイ:地域医療構想をめぐる動向について(内村幸一)

### ○ No.58 (2017.5.31発行)

理事長のページ:反知性主義あるいはポピュリズム(1)ーアメリカにおける反知性主義ー(中川雄一郎)、副理事長のページ:地獄への途も(高柳新)、役員リレーエッセイ:共謀罪法案 あまりにも乱暴・危険(二上護)、三木清の協同主義(石塚秀雄)、本の紹介

### ○ No.57 (2017.2.28発行)

副理事長のページ:貯蓄に依存する介護保険利用と貯蓄崩壊(後藤道夫)、会員エッセイ韓国だより:韓国の協同組合の現状(朴賛浩)、理事エッセイ:消費税の本質(田中淑寛)、マルクス『ゴータ綱領批判』と保険共済(石塚秀雄)、理事エッセイ:フランスつれづれ(小磯明)

### ○ No.56 (2016.12.10発行)

理事長のページ:異次元の人:安倍首相とトランプ時期大統領(中川雄一郎)、副理事長のページ:匝瑳市民病院訪問記(八田英之)、書評:『資本主義を超えるマルクス理論入門』を読む(石塚秀雄)、理事エッセイ:パリの高齢者ケア視察調査(小磯明)、会員エッセイ:大阪万博の誘致…健康・長寿を利用した新たな儲け話?(田岡康秀)、本の紹介

### ○ No.55 (2016.8.31発行)

理事長のページ:首相の「言い訳」(中川雄一郎)、副理事長のページ:安倍政治と向き合うー金メダルは金(カネ)メダルではない(高柳新)、差別社会の克服と社会的経済(石塚秀雄)

### ○ No.54 (2016.6.30発行)

理事長のページ:イギリスの国民投票が教えてくれたこと(中川雄一郎)、理事エッセイ:南房総の戦争遺跡(今井晃)、年金積立金の市場化はいかがなものか(石塚秀雄)、新刊紹介

### ○ No.53 (2016.2.29発行)

理事長のページ:大学人は戦う(中川雄一郎)、副理事長のページ:貧困への大学生の怒りと民主党政権の経験(後藤道夫)、副理事長のページ:「お世話になりました、今日は失礼して家に帰らせていただきます」(高柳新)、「空想から科学へ」(石塚秀雄)、「ようこそ文化のリッチな東ロンドンへ」(竹野ユキコ)、本の紹介

### ○ No.52 (2015.11.30発行)

理事長のページ:戦いすんで日が暮れて(中川雄一郎)、副理事長のページ:枕詞の修飾語?(八田英之)、EUにおける社会的経済の動向(石塚秀雄)、本の紹介

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