

目次

- 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 1

【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 2
- ・2016年経済的事由による手遅れ死亡事例調査 .....山本 淑子 10
- ・千葉県における無料低額診療事業のひろがり .....柳田 月美 18
- ・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 22
- ・資料「#最低賃金1500円になったら」投稿抜粋 .....後藤 道夫 26

- 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 28

- 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 33

- フランスの医療事故補償制度の現状 .....石塚 秀雄 39

- 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 46

- 〈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 72

- ・会員短信..... 84

- ・研究助成報告一覧、報告書、機関誌・ニューズバックナンバーなど  
..... 17、86、89

# 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

本号が発刊されるころには、日本（ニッポン）会議のメンバーが理事長だった森友学園が行った不正の真相解明は、どれほど進んでいるであろうか。この事件には、新設小学校の認可と土地取得をめぐる安倍首相夫妻の関与や、国会議員の官僚への口利き疑惑にとどまらない問題がある。

それは、森友学園の塚本幼稚園では幼児に教育勅語を暗誦させ、安倍首相の賛美と嫌「韓国・中国」のスローガンを唱和させるとともに、お漏らししたらそれをカバンに入れて家庭に持ち帰らせていることにある。塚本幼稚園はなぜ「お漏らし持ち帰り」をさせているのか訝しく思っていたところ、しんぶん赤旗の「読者の広場」欄（3月3日付）に載った「宮城遥拝の時おもらしして」という投書を読んで、その疑問が解けた。

投稿者は79歳の小宮さん。小宮さんが国民学校1年生だった1944年、朝礼で皇居の方角に向かって最敬礼させられ、その間トイレは禁止。「校庭で直立不動のまま、“おもらし”する児童が続出。私もその一人だった」という。さらに、「汚れた服のまま上級生2人に連れられて帰宅、母の顔を見るなりワッと泣き出してしまった」ことを思い出し、このたび塚本幼稚園で行われていることを知って、今になって、「そうか、親子への『しつけ』の意図もあったのかと気づかされた」とあった。

戦前の軍国日本の国体観と家族観を受け継ぐニッポン会議には、親のとくに母親の役割にその子の排泄管理を含む「しつけ」があり、それは学校教育の対象ではなく、家族が行うべきだとする認識がある。これは軍国日本時代の「イエ」の発想である。あの無謀な戦争に人々を動員できたのは、

「天皇のため」というより「イエのため」だと錯覚させたことにあると思う。このように、イエは権力者に都合のよい装置である。しつけだけでなく貧困はイエの責任とされ、イエに生活維持や家庭教育の義務を押しつけるのである。現在の福祉政策では「自助」を最優先に位置づけているが、ここでいう自助とは本人のそればかりでなく、家族が含まれている点に注意しておきたい。

自民党の改憲草案の24条では、社会の基礎単位を個人ではなく家族と位置づけ、家族相互の助け合いを義務づけている。この改憲案が実現したら、25条で何をどのように規定しようと、生活維持は家族責任が原則とされるのだから、国家責任で国民の生存権保障を行う義務を回避できると判断しているのであろう。生活困難の克服にあたっては、本人・家族の自助努力がすべてに優先し、せいぜい住民相互の互助で補完せよというのが安倍政権の福祉政策であるが、これは24条の明文改憲に先行して、家族責任を強制する社会風土をつくりあげようとしていると言うのは穿ちすぎであろうか。

翻って現憲法を読むと、24条は家制度の廃止により生活維持を家族責任としないという認識に転じたのだから、国民の生存権は国家の責任として保障する義務が生じ、そのため25条を起こしたと考えられるのである。つまり、憲法24条は9条と同様、25条と一体的に把握すべきということになる。そして、その基礎には「個人の尊厳」の尊重がある。

（すずき つとむ、佛教大学社会福祉学部教授）

# 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

医療政策においてアクセスの衡平 (equity) をどのように実現するかは、大きな課題である。それは、医療サービスが命に直結する可能性があるからであり、人々の健康格差を縮小する上で医療に重要な役割が期待されているからでもある。

医療アクセスの衡平は今日の日本においても重要な課題である。処方薬に対して若干の定額負担のみが課せられている英国の国民医療制度 (NHS) とは異なり、日本の公医療保険では、検査・治療・薬など利用に応じて利用者負担も増える。高額療養費制度により負担額の緩和はなされるものの、受診に際して経済的な負担を考慮しないわけにはいかない仕組みとなっている。この制度の下では、生活の不安定化が経済的理由による医療の利用控えにつながるものが危惧され、受診時の経済的負担をさらに低減する仕組みとして、国保法第44条を活用した一部負担の減免や医療機関が社会福祉事業として行う無料低額診療事業のあり方が検討されている (長友他, 2013、吉永・京都保健会, 2015)。

日本においては、誰もが必要で適切な医療を利用できる状態を実現する医療保障が社会保障の一部として位置付けられ、そこでの国の責任が問われてきた (日本社会保障法学会, 2002)。欧州諸国においては、英国 NHS が市民に必要な医療が利用できるようにするという理念のもとで設立されてきたように、必要な人が医療を利用できるようにするという政策目標は大枠においては認められている (Oliver & Mossialos, 2004)。この議論は、国際条約に規定されている健康権 (right to health) の漸進的な実現という文脈でも重要な論点である (松田・棟居, 2009)。さらには、今日

においては、世界保健機関の主導のもと、良質な金銭的に手の届く医療サービスを誰もが利用できること、すなわち医療へのアクセスが、普遍的医療給付 (universal health coverage) として、国際社会においてその実現が追求されている<sup>1</sup>。

利用者負担などアクセス障壁を高めうる政策の理論的検討やある政策の実際の効果の検討も重要であるが、本稿はむしろアクセスの衡平を実現していく上で、どのようにして医療アクセスの状況を把握するか、そして政策上重要なツールとしてその状況把握 (モニタリング) をどう行うか、を中心に検討する。というのは、アクセスの課題は、死亡に至ってしまった例にあるようなメディアで取り上げられる事案だけでなく、日常的な医療サービスの実施に関わって常時問題となる事項であるからである。それはまた、医療サービスの政策についての一つの重要な帰結 (アウトカム) をどのように把握するかという問題でもある。

以下では、まず、医療アクセスの衡平ならびにアクセスの障壁に関わる理論とこれまでの検討状況について、いくつかの文献をもとに検討する。そしてその状況把握に向けたいくつかのアプローチを概観する。次いで、特に定期的・継続的な状況把握という観点から、政府統計・調査に関わる課題を米国の例を踏まえつつ考えてみたい。なお、本論はこれらの点についての網羅的概観を行うというよりは、筆者からみて特に重要と思われる点を中心に記述している。より体系的な検討は今後の課題としたい。

1 United Nations General Assembly 2013 Global health and foreign policy, adopted 12 December 2012(A/RES/67/81).

## 医療アクセス—衡平と障壁

医療アクセスの概念は単純ではないが、その衡平とそれに向けた障壁の両面に関心が払われてきた。まず、医療において追求されるべき目標の一つとして、必要に応じた平等な利用という理念を精査し、そこにアクセスの衡平を位置付ける議論がなされてきた(Le Grand, 1982; Mooney, 1983)。医療へのアクセスが同じだからといって、誰もが同じように医療を利用するとは限らない。そこには、個人の医療サービスに対する考え方にもとづく選択の余地がある。そして、「必要に応じたアクセス」という内容を精査するならば、そこには単に利用しうること(availability)だけでなく、質・直接・間接の費用、情報のあり方が関与する(Goddard & Smith, 2001)。単に施設があるということだけでアクセスが確保されるわけではない(Donabedian, 1972)。それゆえ、地理的な利用可能性、サービスの内容と質、情報などを含めて、より適切にアクセスを測定する方法を開発していくことが—少なくともそれを追求していこうとする—政府には望まれる(Oliver & Mossialos, 2004)<sup>2</sup>。

アクセスの衡平を実現する上で、具体的にどのような障壁があるかも長らく議論されており、ここではアクセスをどのようにとらえるかも検討されてきている。Bodenheimer(1970)は、米国の外来医療の状況を検討する上で、医療アクセスとは、患者が必要とするときにはいつでもどこでも利用できることであり、どこに行けばよいか明確になっていること、利用にあたって地理的、時間的、経済的、社会的な障壁が無視できる程度のものであること、をその条件としてあげている。

同じ時期に、米国で医療利用の研究を進めたLu Ann AdayとRonald Andersenは、医療アクセスとその衡平を実証的に検討する枠組みを提案している(Aday & Andersen, 1974, 1981)。この枠組みは、医療アクセスを「潜在的なアクセス」

と「実現されたアクセス」に分け、前者については医療施設・人員の配置などの構造指標と持てる資源・健康状態・疾病の発生などリスクに直面している人々の状況を、後者については実際生じた医療利用と利用のしやすさ・満足度・利便性など利用者の主観的評価とに分けてみるというものである。この枠組みは、政策によってこれらの諸要素が変化することをふまえ、アクセスの状況を総合的に把握することを意図したものといえる。

AdayとAndersenは、衡平であるかどうかとは、サービスが人々の必要(need)に応じて供給されているかどうかということであり、必要よりもむしろ所得・居住地・人種によってサービス供給が決まる場合は不衡平が示唆されるとしている。ここでは利用の実態をみるのがアクセスの状況をみることにつながるとされている。ただし、医療が利用できることであるアクセスと実際に生じている利用とは区別され、後者を前者の指標とするのは単純すぎることに注意しなければならない。

## 医療アクセスの測定に向けた接近法

医療アクセスをどのように測定し、把握していくかは、上記の医療アクセスの概念の複雑さとの関係において、多様な視点から検討されていく必要がある。つまり、医療の必要に応じて適切な質の医療サービスの利用ができる状況にあるかどうか、それに関わる情報が衡平に提供されているかどうか、そして医療サービスを利用するための間接・直接の費用が支払いうるものか、の検証がなされるべきである。別の言い方をすれば、医療サービスそのものの利用可能性や用いることができる情報が、所得・居住・社会経済地位など医療上の必要以外の要因によって左右されていないかが問われる。さらには文化的・言語的障壁や相談すべき場所が明確でないなどの組織上の障壁がない

2 Oliver と Mossialos の論考は、2003年6月にストックホルムで開催された「医療サービスについての共通アクセスについての国際フォーラム」(International Forum on Common Access to Health Care Services)で議論される際に用いられた用語「衡平なアクセス(equitable access)」の定義の明確化を行った上で取り組みを進めていくことを提唱したものである(International Forum on Common Access to Health Care Services, 2003)。

かどうか、といった点が検討されねばならない (Gulliford & Morgan, 2003)。

このような諸点をつぶさに検討することは小論では難しいので、以下では特に経済上の障壁に関わり、医療アクセスの把握をいかに行うかについて、大まかに三つの接近法に分けてみておく。それらは、利用統計から状況を推測する接近、利用者・住民に対する調査による接近、医療サービス提供場面からの接近、である。

まず、利用者の統計と所得などの社会経済状態と医療利用との関連について、医療の必要に関する代理変数による調整を行いつつみていく方法がある。たとえば、医療の必要が同じであるのにも関わらず、所得の少ない人の医療利用が少なければ、あるいは貧困地域における医療利用が少なければ、アクセスは衡平とはいえない。英国ではこうした研究が多くなされており、外来医療、入院医療、精神科医療など、領域別の検討も行われている (Goddard & Smith, 2001)。この接近法は、既存の診療関係のデータを活用して用いることとなり、理論的には全国的な情報を加工して検討することで、信頼性のある検討を行うことができる。その際、利用実態を示す診療データと社会経済地位など患者の属性とを結び付けて検討することになる。日本の場合は社会保険のデータなどを用いて一定検討することは理論上可能であるが、地域・職域に保険者が多数ある中で、どのようにして保険者横断的に妥当な指標を作成するかという実際上の問題を解決せねばならないであろう。

次に、住民・利用者に対する調査によって医療アクセスを把握する方法である。この接近法が優れているのは、利用者のおかれているさまざまな状況を本人（あるいは家族）の立場から一といっても、アンケートをとる側の視点がそこには入っているであろうが一明らかにできることである。支払い負担を懸念して受診を控えた、あるいは中断した経験があるかどうか、自身の健康上の課題について相談できる医療機関を探すのに困ったことはないかどうか、診療を受けた場合の負担とその軽減制度についてのどのように情報が与えられているか、そして視・聴覚障害のある人や日本語を母語としない人々にとって医療サービスの利用時にどのような壁が存在しているのか、などとい

った多様なアクセス上の課題に接近することが可能となる。また、聞き取り調査を行えば、あらかじめ研究者が想定している事項以外の障壁を同定することにつながることもありうる。社会的困難を抱えた人々に焦点をあてることで、そこにある課題が明らかになることもある。ただ調査には費用がかかり、大規模な調査を実施することはなかなか困難である。また調査協力者の同意が得られない可能性もある。

このような検討の例として、2012年に国立社会保障・人口問題研究所が実施した「生活と支え合いに関する調査」がある (国立社会保障・人口問題研究所, 2013)。この調査は「全世代対応型」社会保障制度のあり方の検討に向けて、人々の生活と社会保障の機能について多面的に20歳以上の個人を対象として実態を把握しようとしたものであるが、そこで医療サービスの利用に関する項目を尋ねている (世帯の有効回収数11,000、有効回収率68.3%、個人の有効回収数21,173、有効回収率80.6%)。回答者全体の14.2%が必要な医療機関受診ができなかったと回答しており、その理由を65歳未満の2,382人、65歳以上の537人に尋ねている (複数回答)。理由として最も多いのは「病院や診療所までに行く時間がなかった」(65歳未満: 67.1%、65歳以上: 33.2%、数字は未受診者で理由を回答したものの中での割合)となっていたが、経済的理由を挙げた回答者もいる。「公的医療保険に加入してはいたが、病院や診療所で医療費を支払うことができなかった」を理由の一つとして選んだ回答者は、65歳未満で15.3%、65歳以上で9.2%であった。この回答をもとに単純に推計すると、65歳未満の回答者の1.7%、65歳以上の回答者の0.8%が、過去1年間で医療の支払いに関わって受診を控えた経験があることになる。なお、先の受診を控えた経験のある回答者の中に、「公的医療保険に加入しておらず、医療費の支払いができなかった」を理由の一つとして選んだ者も、65歳未満で2.7%、65歳以上で2.9%いたことからすれば、経済的理由による受診の控えを経験をした方の割合はもう少し高いと考えられる。全国データではないが、大規模調査である愛知老年学的評価研究 (AGES) のデータの分析 (対象は2006-7年に調査が実施された15,302人の高

年齢)では、必要とする医療を前年受けなかった経験のある高齢者はおよそ10%であった (Murata et al., 2010)。

医療機関で実施された調査としては、日本医師会が2012年7月に実施した「患者窓口負担についてのアンケート調査」がある (前田, 2012)。この調査は、全国を8つの地域に分けたブロックごとに、同会会員の中で医療機関の開設者・管理者である会員を抽出し、当該の医療機関 (診療所765施設、病院74施設)における外来患者を対象として実施されたものである (回答者数8,278名)。「過去1年間に経済的な理由により受診しなかったこと」が「ある」とした回答者の割合は、9.5%であった<sup>3</sup>。さらに、この受診の差し控えて「症状が悪化したことがある」という回答者も認められた。

このような利用者についての調査はより詳細な情報をもたらす可能性がある。たとえば、米国では Kent et al. (2013)は、「全国健康インタビュー調査 (National Health Interview Survey)」のデータを用いて、がんサバイバーの31.8%が、がんと関わって生じる金銭的な問題に直面し、それは診断時の年齢や社会経済的状態などと関わっていること、金銭的問題に直面している回答者はそうでない者に比べて治療を先延ばしにする、あるいは控えていた割合が高かったことを示している。また、オバマ・ケアが市民権の取得において複雑な状況にある家族の医療アクセスにどのような影響を与えたかを、インタビュー調査によって明らかにする試みも行われている (Castañeda & Melo, 2014)。この二つはそれぞれ量的調査と質的調査の例であるが、どちらも課題に応じた調査法を用いて、アクセスに関する実態を明らかにしている。

本論で述べる三つ目の接近法は、医療専門職による観察を通じた検討である。患者に直接アクセス障壁の状況を聞くのではなく、医療サービス提供場面において、医療提供者によって観察される受診の中断、さらに米国のような多様な私保険が用いられている場合には、利用可能な保険者など

を検討し、アクセス障壁を検討するものである (Hall, Lemak, Steingraber & Schaffer, 2008)。この接近法では、住民の代表性を確保することは難しく、また医療供給者の経験に焦点があたることから、利用者の経験するアクセス障壁とのずれが生じうる。とはいえ、医療従事者が利用者のアクセス上の困難や障壁として把握している事項を明らかにすることにより、問題状況を示すことにつながるものといえる。ただし、この接近では基本的に一度は医療サービスを利用していることを前提としているため、そもそも受診することが難しい市民はその射程から外れる点に注意しておく必要がある。

例としては、全国保険医団体連合会が2015年に会員医療機関を対象とした実施した調査がある (有効回答数11,971件、回収率14.8%) (全国保険医団体連合会, 2016)。この調査の一次集約では、医科診療所の34.9%、歯科診療所の51.7%において、経済的理由によって患者が受診を中断したことを経験しているとの回答が得られている。医療機関を対象とした調査であるので、この数字は患者の中での割合ではない。しかし、保険外負担があまりない医科診療所でも3分の1でそのような経験がなされている点は、経済的理由による受診中断がきわめてまれな現象でもないことを示唆するものとなっている。米国で2009年に行われたハワイの医師を対象とする調査では、利用者負担の支払いについて患者が困難を申し出る頻度が保険プランによって異なり、あるプランでは「いつも、あるいは、しばしば」あると回答した医師が4分の1におよび、別のプランではその割合が10%程度であったことが示されている (Tice, Ruckle, Sultan & Kemble, 2011)。

医療ソーシャル・ワーカーによる相談業務の中でアクセス障壁に関するものについて、その内容を分析することも可能であろう。全日本民主医療機関連合会は641の加盟事業所において、「①国保税 (料)、その他保険料滞納などにより、無保険もしくは資格証明書、短期保険証発行により病状が悪化し死亡に至ったと考えられる事例、ならば

3 住民からの代表性のある標本調査ではないので、この数字と上記の国立社会保障人口問題研究所の調査からの推計を比較することはできない。

に②正規保険証を保持しながらも、経済的事由により受診が遅れ死亡に至ったと考えられる事例」について、報告している（全日本民主医療機関連合会，2017）。2016年度に集計された58事例からは、該当する事例では無職や不安定雇用者など生活が不安定な方が多いこと、また所得の減少とともに各種の社会保障制度の運用と関わる課題があることが指摘されている<sup>4</sup>。

## 医療アクセスの状況把握（モニタリング）

これまで述べてきたことが示唆しているのは、医療アクセスの把握にあたっては、その内容、検討すべき人口集団、医療利用データや調査の実施可能性を考慮し、最も妥当な方法を用いることが望まれる、ということである。医療アクセスの検討は、アクセス上の明らかな課題が明らかとなった場合や新たなアクセス障壁の発生が予想される場合には、その課題を克服するために検討をなすべきものであろう。しかし、そのような特別な場合だけでなく、医療機関がどのように機能しているかを見る上で、その状況は定期的に把握されるべきものでもある。つまり、施設数や医療費と同じように、アクセスの衡平やアクセス障壁についても、政府が定期的に状況把握を行うことが望ましい。ここではこの論点に関わる二つの取り組み—世界保健機関の状況把握枠組みと米国での定期的調査—を紹介しておく。

冒頭に述べた普遍医療給付の進捗に向けて、2014年に世界保健機関は各国のそしてグローバルな進捗状況を把握するための共通枠組みを公表し、2015年にはそれにもとづく状況報告を行っている（World Health Organization & World Bank

Group, 2014, 2015）。この枠組みは、サービス給付と金銭保護給付に分けて状況を把握するものである。サービス給付については、予防サービスと治療サービスのそれぞれについて、いくつかの指標となるサービス介入（tracer health services）—例えば出産時に経験のある専門職が支援することや高血圧・糖尿病の治療—を定め、対象となる人々全体の給付の状況を把握するとともに、所得分位、居住地、ジェンダーなどの集団別での給付の状況を把握することとされている。金銭保護給付については、医療への支出による貧困化を防ぐための給付と家計の破綻につながりかねない支出に対する給付のそれぞれそれぞれについて給付資格のある人口の割合をみることとなっており、前者についてはすでに貧困状態にある人と貧困に陥る可能性のある人についてみることとされている。また、サービス給付と同様に、人口全体の状況と集団別の状況把握を行うこととされている。この枠組みが検討しているのは給付面であるが、医療アクセスの概念を用いて同様の枠組みを考えることも可能であろう。

政府による状況把握では、医療保険加入が重なる政治課題となっている米国におけるいくつかの仕組みをみておきたい。まず、連邦機関であるCDCには、全国保健統計センター（National Center for Health Statistics）が設置されている。同センターは継続的に「全国健康インタビュー調査（National Health Interview Survey）」を実施しているが、1997年の項目の改定以後、医療利用、金銭的負担、所得、資産など医療アクセスに関わる項目を盛り込んでいる<sup>5</sup>。2012年の調査からは、4分の1以上の家族が医療費請求への支払いに問題をかかえていることなど、経済的な意味での障壁を示唆する証拠が示されている（Cohen & Kir-

4 「経済的事由による手遅れ」には、経済的な理由により適切な治療のタイミングを逃した、つまり経済的理由が疾病とその治療への経過に影響を与えた、という因果関係に関する規定が含まれている。学術的な観点からいえば、このことを証明するのは簡単ではなく、疾病の性質と診療・治療の経過などを総合的にかつ精密に示す必要があるが、現在示されているデータでは下された評価の妥当性をみることが難しい状況となっている。本調査が提起している重大な問題からすれば、信頼性・妥当性を高めるための調査方法のバージョン・アップを行うことが望まれる。

5 National Center for Health Statistics, "About the National Health Interview Survey" ([https://www.cdc.gov/nchs/nhis/about\\_nhis.htm](https://www.cdc.gov/nchs/nhis/about_nhis.htm), 2017年6月17日閲覧)。

zinger, 2014)。

この調査と連動して行われているのが医療支出パネル調査 (Medical Expenditure Panel Survey) である<sup>6</sup>。こちらは、連邦政府として医療機構の改善に取り組む役割を担っている医療研究・質改善庁 (Agency for Healthcare Research and Quality) が担当している。2010年の調査では、18歳以上人口の81.8%が必要とする医療を「いつもあるいは普通は利用できる」と答えていた (Carroll & Rhoades, 2013)。さらに、同庁はクリントン政権下のもとで導入された「全国医療の質・乖離についての報告 (National Healthcare Quality and Disparities Report)」を作成しており、そこで医療支出パネル調査を用いて、各種のアクセス指標を用いた集団間—所得と人種—の比較を行って公表している。ここでのアクセスは、保険給付、サービス、適時性、医療労働力という四つの内容を含んだものとされており、低所得者とそうでない人々を比べると、低所得者はすべての指標で劣っていると総括している (Agency for Healthcare Research and Quality, 2016)。

## むすび

本稿では、医療アクセスの概念とその計測や問題状況把握に向けた接近法をみた上で、普遍主義給付に向けた世界保健機関の状況把握枠組みと米国政府によって定期的に行われている医療アクセスに関わる調査をみた。世界保健機関の取り組みは最近のものであるが、米国政府のそれは20年近い歴史をもっている。なお本稿で紹介したのは、あくまで例として示したものに過ぎず、他の国の取り組みなど総合的な検討は今後の課題としたい。

日本の場合は、先に述べたような各種の研究は行われているものの、これらは政府による定期的な状況把握を目的とした調査ではない。毎年行われている国民健康・栄養調査では、健診の利用についての調査が行われているものの、通常の診療

についての項目は含まれていない<sup>7</sup>。このように、筆者の知る限り、受診時の困難などアクセスの状況把握は定期的には行われていない。これは、奇妙なことのようにも思われる。すでに述べたように、経済的な不安から治療を控え中止する住民が現にいることが示されている。それを引き起こす諸要因を検討し対策を講じていくことが、医療のアクセスの衡平を実現していくために望まれるからである。そうした政策の効果をみるためにも、治療を目的とした診療について、全国の住民を対象とした代表性のある情報の収集を行い分析していくことが重要であろう。

政府による状況把握がない中で、医療アクセスの衡平や健康権を重視する人々にとっては、現にアクセス上の困難に直面している人々の状況を明らかにしていくことが重要な実践的課題ともなっている。そのような取り組みをすすめる際には、学術的な方法を適切にふまえて実施することが、社会での議論を促進する上で重要と筆者は考えているが、その点については改めて議論したい。

## 謝辞

本論文は、JSPS 科研費 (15H02964) による研究成果の一部である。

## 文献

<日本語文献>

国立社会保障・人口問題研究所 (2013) 2012年 社会保障・人口問題基本調査 生活と支え合いに関する調査 結果の概要、東京：国立社会保障・人口問題研究所。

全国保険医団体連合会 (2016) 40%以上が経験、歯科では50%超 経済的理由の治療中断—保団連受診実態調査結果—、東京：全国保険医団体連合会、[https://hodanren.doc-net.or.jp/news/unndou-news/160415\\_jusinchosa.html](https://hodanren.doc-net.or.jp/news/unndou-news/160415_jusinchosa.html) (2016年11月5日閲覧)。

全日本民主医療機関連合会 (2017) 2016年経済的

6 Agency for Healthcare Research and Quality, "Survey Background", ([https://meps.ahrq.gov/mepsweb/about\\_meps/survey\\_back.jsp](https://meps.ahrq.gov/mepsweb/about_meps/survey_back.jsp), 2017年6月17日閲覧)。

7 厚生労働省「国民健康・栄養調査」(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/h27-houkoku.html>, 2017年6月17日閲覧)。

- 事由による手遅れ死亡事例調査概要報告、東京：全日本民主医療機関連合会、[https://www.min-iren.gr.jp/wp-content/uploads/2016/03/170403\\_01.pdf](https://www.min-iren.gr.jp/wp-content/uploads/2016/03/170403_01.pdf) (2017年6月5日閲覧)。
- 長友薫輝・正木満之・神田敏史 (2013) 長友先生、国保って何ですか、東京：自治体研究社。
- 日本社会保障法学会編 (2002) 医療保障法・介護保障法、京都：法律文化社。
- 前田由美子 (2012) 「患者窓口負担についてのアンケート調査」結果報告 (日医総研ワーキングペーパー No.265)、東京：日本医師会総合政策研究機構、[http://www.jmari.med.or.jp/research/working/wr\\_486.html](http://www.jmari.med.or.jp/research/working/wr_486.html) (2017年6月5日閲覧)。
- 松田亮三・棟居徳子編著 (2009) 健康権の再検討——近年の国際的議論から日本の課題を探る (生存学研究センター報告9)、京都：立命館大学生存学研究センター、<http://www.arsvi.com/b2000/0912mr.htm> (2017年6月15日閲覧)。
- 吉永純・京都保健会編著 (2015) いのちをつなぐ 無料低額診療事業、京都：クリエイツかもがわ。
- <英語文献>
- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974) A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9 (3), 208-220.
- Aday, L. A., & Andersen, R. (1981) Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. *Medical Care*, 19(12), 4-27.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2016) *National Healthcare Quality and Disparities Report: Chartbook on Access to Health Care. (AHRQ Publication No.16-0015-5-EF)*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Bodenheimer, T. S. (1970) Patterns of American Ambulatory Care. *Inquiry*, 7 (3), 26-37.
- Carroll, W. & Rhoades, J. (2013) Access and experiences regarding health care: estimates for the U.S. civilian noninstitutionalized population age 18 and older, 2010. Statistical Brief #406. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality. Retrieved from [http://www.meps.ahrq.gov/mepsweb/data\\_files/publications/st406/stat406.pdf](http://www.meps.ahrq.gov/mepsweb/data_files/publications/st406/stat406.pdf) (accessed 10 June 2017)
- Castañeda, H., & Melo, M. A. (2014) Health care access for Latino mixed-status families: barriers, strategies, and implications for reform. *American Behavioral Scientist*, 58(14), 1891-1909.
- Cohen, R. A., & Kirzinger, W. K. (2014) Financial burden of medical care: a family perspective. *NCHS Data Brief* (142), 1-8.
- Donabedian, A. (1972) Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 50(4), 103-154. doi:10.2307/3349436
- Goddard, M., & Smith, P. (2001) Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*, 53(9), 1149-1162.
- Gulliford, M., & Morgan, M. (Eds.) (2003) *Access to Health Care*. London and New York: Routledge.
- Hall, A. G., Lemak, C. H., Steingraber, H., & Schaffer, S. (2008) Expanding the definition of access: it isn't just about health insurance. *J Health Care Poor Underserved*, 19(2), 625-638. doi:10.1353/hpu.0.0011
- International Forum on Common Access to Health Care Services. (2003) Programme Statement (31 January 2003). Retrieved from <http://www.sweden.gov.se/sb/d/574/a/19556> (accessed 10 June 2017)
- Kent, E. E., Forsythe, L. P., Yabroff, K. R., Weaver, K. E., de Moor, J. S., Rodriguez, J. L., & Rowland, J. H. (2013) Are survivors who report cancer-related financial problems more likely to forgo or delay medical care? *Cancer*, 119(20), 3710-3717. doi:10.1002/cncr.28262
- Le Grand, J. (1982) *The Strategy of Equality: Redistribution and the Social Services*. London, Boston: Allen & Unwin.
- Mooney, G. (1983) Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care*, 1(4), 179-185.
- Murata, C., Yamada, T., Chen, C.-C., Ojima, T., Hirai, H., & Kondo, K. (2010) Barriers to health

- care among the elderly in Japan. *Int J Environ Res Public Health*, 7 ( 4 ), 1330–1341.
- Oliver, A., & Mossialos, E. (2004) Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Health*, 58( 8 ), 655–658. doi:10.1136/jech.2003.017731
- Tice, A., Ruckle, J. E., Sultan, O. S., & Kemble, S. (2011) Access to care: the physician's perspective. *Hawaii Medical Journal*, 70( 2 ), 33-38.
- World Health Organization, & World Bank Group. (2014) *Monitoring Progress Towards Universal Health Coverage at Country and Global Levels: Framework, Measures and Targets*. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/ World Bank. Retrieved from [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112824/1/WHO\\_HIS\\_HIA\\_14.1\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112824/1/WHO_HIS_HIA_14.1_eng.pdf) (accessed 10 June 2017)
- World Health Organization, & World Bank Group. (2015) *Tracking Universal Health Coverage: First Global Monitoring Report*. Geneva: World Health Organization.
- (まつだ りょうぞう、立命館大学産業社会学部教授)

# 2016年経済的事由による手遅れ死亡事例調査

山本 淑子

## 1. 社会保障制度改革と受療権侵害のひろがり

第二次安倍政権発足後、財政健全化に向けた最大の課題は「社会保障分野」だとして、年金や生活保護の改悪・削減を繰り返してきました。高齢者や低所得者などの生活を直撃する改悪により、いっそう格差と貧困が深刻化しています。「社会保障・税一体改革」実施のために2013年の「プログラム法」、2014年の「医療・介護総合確保法」、2015年の「医療保険制度改革関連法」を成立させました。社会保障費は「自然増」さえ認めず、2016年度から18年度までの3年間で1.5兆円程度の伸びに抑制しようとしています。

安倍政権はこれらの「改革」の中で、都道府県に病床数や病床機能など医療提供体制をコントロールさせて医療費削減、社会保障費削減を推し進めるシステムづくりを推し進めています。十分な在宅の医療や介護の受け皿もないまま、患者・利用者を「川上から川下へ」押し流すように、病院・施設から在宅へ追い出そうとしています。今年5月には介護保険等改正法案が参議院本会議で可決され、この改悪によって、さらに「川下」にもとどまれない「老人漂流社会」へと突き進むような負担増がすすめられます。

医療を受ける権利が侵害されているのは高齢者にとどまりません。雇用破壊が進み、働く世代でも国保料（税）滞納世帯数が増加しています。国民皆保険制度といわれながら、保険証を窓口に留め置かれたりしたために実質的な無保険状態におかれ、医療を受ける機会を奪われて尊いいのちを落とす事例があとをたちません。

全日本民医連は、2005年から国保等経済的事由による手遅れ死亡事例調査を実施してきました。2016年調査では、家族に障がい者や

要介護者がいる等の他、低年金や生活保護など、困難が複合する事例も多く寄せられ、医療だけでなく社会保障制度が総体として機能しなくなっていることが示唆されます。現在、かろうじて生活が成り立っている世帯でも、ひとたび誰かが病気や要介護になると、生活全体が立ち行かなくなる危険性が浮き彫りになりました。

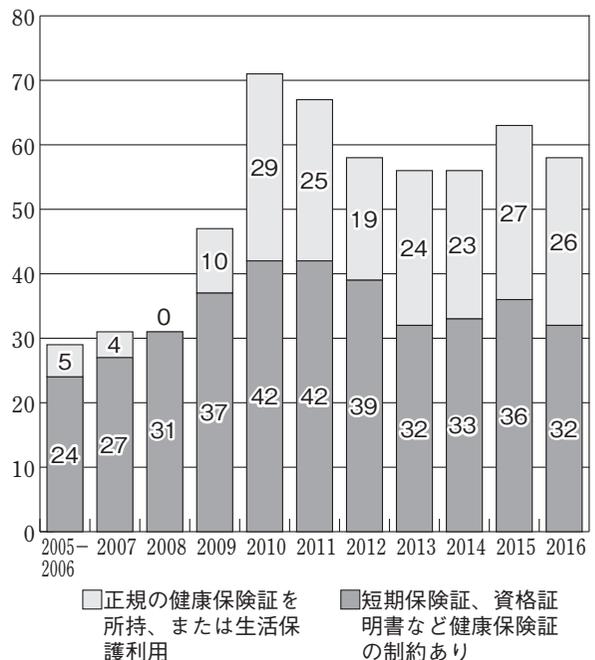
## 2. 調査概要と事例紹介

### (1) 調査概要

【調査期間】2016年1月1日～12月31日

【調査対象】加盟641事業所（病院141、有床診療所14、無床診療所486）の患者、利用者のうち、①国保税（料）、その他保険料滞納などにより、無保険もしくは資格証明書、短期保険証発行により病状が悪化し死亡に至ったと考えられる事例、

図表1 事例数の経年的推移



②正規保険証を保持しながらも、経済的事由により受診が遅れ死亡に至ったと考えられる事例

【調査方法】各事業所の医療ソーシャルワーカーなど担当者や現場職員が所定の調査票に記入し、都道府県民医連を通して全日本民医連に提出、報告するものとなりました。

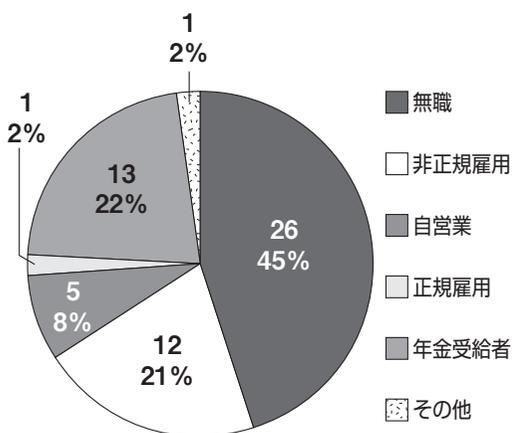
## (2) 調査結果

今回は28都道府県民医連の58事例を集計しました。2010年以降、60事例前後で推移しています(図表1)。

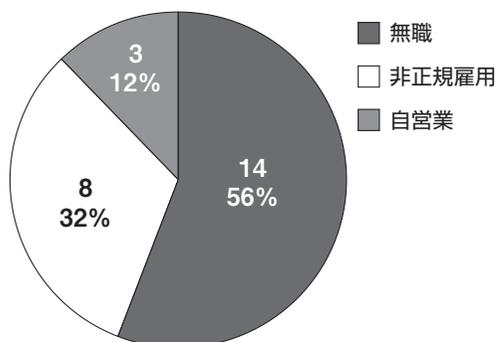
### ■男女比、年齢

男女比は男78%、女22%。年齢層は50～60代で6割を超え、70代を含めると9割近くを占めました。

図表 2-1 雇用形態



図表 2-2 65才未満の雇用形態



### ■世帯構成、住居

世帯構成では独居が32件で55%を占めました。孤独死の事例が3件報告されましたが、いずれもひとり暮らしの男性でした。住居は持ち家が14件で24%。借家・アパート住まいは33件、57%です。借家・アパート住まいの33事例のうち無職の方は15人で、そのうち生活保護を受けていた3人を除く12人は、家族の年金やわずかな貯蓄の切り崩しなどで生活しており、家賃負担の重さが推察できます。

### ■雇用形態

雇用形態は、無職が45%を占め、非正規雇用や収入が不安定な自営業と合わせると74%にのぼりました(図表2)。総務省の労働力調査でも、2016年には非正規雇用が2,000万人を超え、雇用者全体に占める非正規雇用の割合は37.5%にのぼります。ワーキングプア世帯、貯蓄ゼロ世帯の増大が受診を遠ざけています。2010年の厚生省発表では、働いているにも関わらず生活保護基準の最低生活費以下の所得の世帯が389万世帯で就労者世帯の1割を超えていましたが、そのうち生活保護受給は13万世帯にとどまりました。今回の調査では年金受給者13件中、生活保護申請の窓口まで起きながら受給に至っていない方が2人いました。また扶養照会で子どもに迷惑がかかるからと申請を断念していた事例も報告されました。

### ■死因

死亡原因はがんが7割を占めました。がん以外の病死の中には、長い間受診しておらず、家で動けない状態のまま広範囲の褥瘡ができ、敗血症を起こした事例や、糖尿病の治療中断で両下腿壊疽を起こし、最期は肺炎から多臓器不全を起こした事例がありました。また、受診が遅れたために、治療後も就労不能となり、最後に自殺(無理心中)された50代の男性の事例もありました。

### ■受診前の保険、受診状況

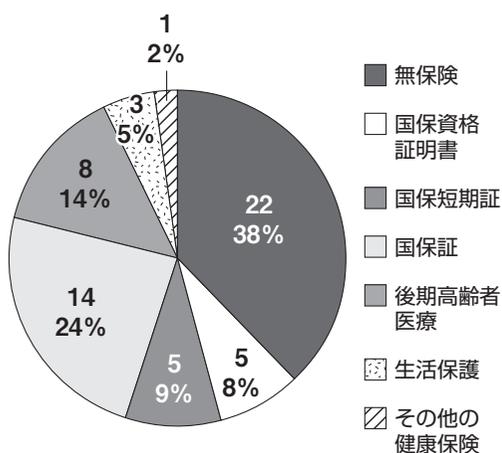
受診前の保険は無保険・国保資格証明書が27件、国保短期証を含めると半数以上が実質的に無保険状態でした(図表3)。受診状況は、無保険状態の方のうち未受診は17件、正規保険証をもっていた23人の中でも未受診が5件ありました。治療中断と未受診をあわせると、7割以上が適切な受診ができていませんでした。また、病院で受診せず

に市販薬で様子を見ながら我慢していた事例も3件ありました。

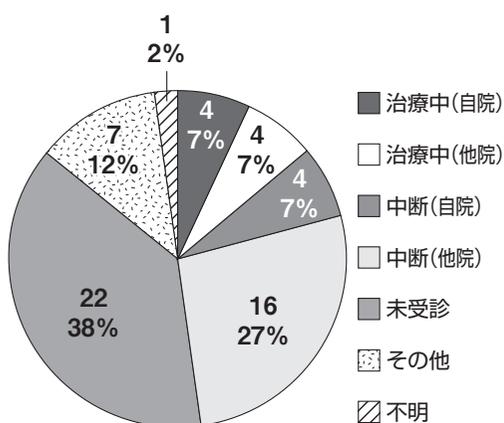
### ■ 自覚症状の出現から受診までの期間

自覚症状の出現から1ヶ月以内に受診につながったのは19件で、33%でした。症状があるにもかかわらず半年以上受診しなかったケースが9件あり、そのうち5件は治療を開始して1ヶ月以内で亡くなりました(図表4)。救急搬送された事例が18件あり、そのうち救急で搬送された当日2件、翌日2件など、1週間以内に死亡された事例は8件にのぼりました。症状を自覚しても受診せず、動けなくなるまで我慢していたことがうかがえます。

図表 3-1 受診前保険種別



図表 3-2 通院状況



### ■ 無保険、資格証明書等になった経緯

無保険、資格証明書、短期保険証となった主な経緯として、保険料が払えないなど直接経済的な理由をあげた事例は18件でした。それ以外では、事業の独立、会社の倒産、離婚といった場面で、それまでの社会保険本人・家族から国保への手続きをしなかったという事例が4件ありました。また、配偶者の借金肩代わりで住民票を動かさなかった、住所不定や長年ホームレスだったという事例もありました。いずれも背景には高い保険料や非正規雇用など、経済的問題があることが指摘できます(図表5)。

### ■ 無保険・資格証明書・短期保険証の医療費の解決方法

活用した主な社会資源は、生活保護受給が19事例で圧倒的に多く、国民健康保険証取得が3事例、国民健康保険証及び限度額認定証取得が2事例、短期保険証取得が2事例でした。

また、無料低額診療事業の適用とした事例も6件ありました。無料低額診療事業(以下、無低診)は、社会福祉法第2条3項9号に定められた、無料、または低額な料金で診療を行う事業です。全日本民医連は経済的な理由によって必要な医療を受けられない人が生まれないよう、とりくみを強化しています。現在、加盟事業所のうち、377事業所が実施(2016年1月現在)しており、今回の調査でも、インターネット検索や知人などの紹介で民医連の無低診実施の病院につながった事例がありました。しかしこの事業は十分周知されておらず、全日本民医連の社保委員会が、4県連の無低診実施事業所で2016年1年間に新規申請のあった228事例を調査したところ、院内掲示だけでは不十分で、必要な方に情報が届いていないことがわかりました。北海道では教育委員会が就学援助世帯に無低診についての広報を実施するようになり、子どもはもちろん親世代にも活用が広がっています。

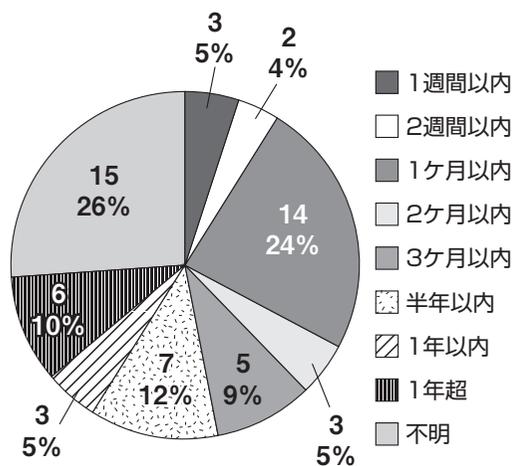
また、保険薬局では無低診を実施できず、薬は一部負担金が発生するため、薬を受け取れずに治療が中断してしまう場合もあります。現在、旭川市、苫小牧市、青森市、高知市、那覇市、北海道の東神楽町と東川町は、独自に無低診事業対象の患者の保険薬局の薬代一部負担金への助成を実施

しています。全日本民医連はこうした自治体が増えるよう要望するとともに、国の制度として無料低額診療事業の薬代問題の解決を行うよう求めています。

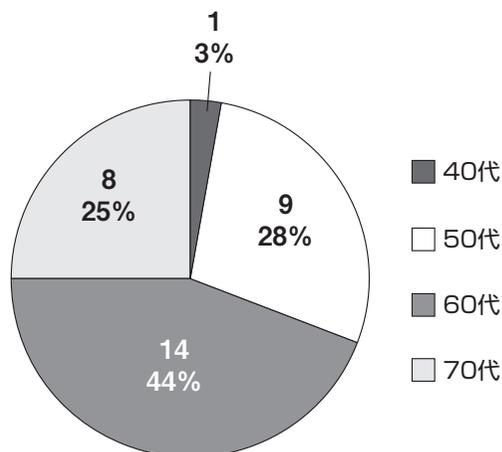
同時にあくまでも無低診は医療やその他の社会

保障への「入口」であり、まず治療につなぐ仕組みです。本来適用されるべき社会保障制度につなげる努力をしながら、制度改善の課題にとりくむことが求められています。

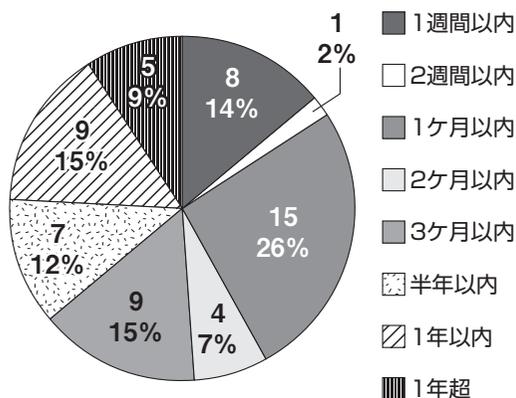
図表 4-1 自覚症状出現、検診までの異常指摘等から受診までの期間



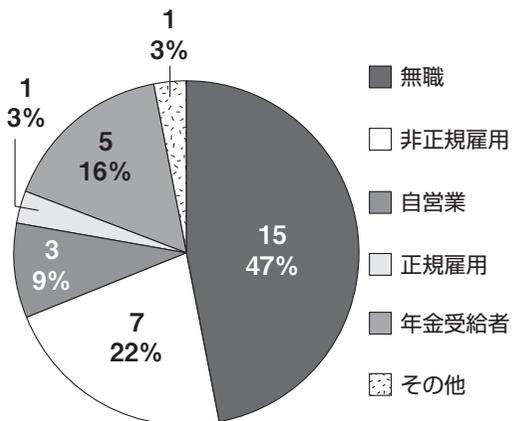
図表 5-1 無保険・資格証明書・短期証の年齢



図表 4-2 治療期間



図表 5-2 無保険・資格証明書・短期証の雇用形態



### (3) 事例の紹介

具体的な事例を紹介します。

#### 【事例7】退職後に国保加入したが、保険料が払えず資格証明書となり受診が遅れた事例（60代 男性 非正規雇用）

離婚後独居。60歳まで土建業で生計を立てていた。退職後はパート勤務。年金収入はあるものの生計維持で精一杯で、国保保険料が払えず資格証明書に。半年前から咳が出て体調の変化を自覚し不安を感じながらも、医療費の支払いが怖くて受診しなかった。手足に麻痺が生じるまで病状が悪化。初診時すでに肺癌ステージⅣ、脳転移の診断で手遅れ状態。化学療法等を受けながら入退院を繰り返し、6か月後逝去。

#### 【事例8】保険料が払えず国保証を留め置きされ、受診が遅れた事例（60代 男性 無職）

隣人の連絡で、民生委員が無低診を行っているからと民医連の病院に相談した事例。包括支援センター職員とともに訪問したときは、ヒーターの灯油も残りわずか、友人差し入れの弁当も嘔吐で満身に食べられずに寝ていた。前年末までは家電小売店の下請け仕事をしていたが、訪問時の所持金100円、携帯電話は止められていた。10数年前に離婚し独居。妻子と行き来なく近くに身寄りもない。保険料が払えず保険証は留め置かれていた。入院後の検査で腹腔内に腫瘍が多数認められ手遅れ状態。入院して19日目に死亡された。

受診前、無保険だった22事例中、最終的に生活保護を受給した方は8人、国保証、国保短期証を取得した方は3人でした。本来であれば、国保証等が交付されたり、生活保護を受給したりしてきちんと受診できたはずの人が、そこにたどり着かず排除されて、手遅れになっている現実があります。

「取税対策室」が国保税等の徴収窓口となり、「納税は国民の義務」、「完納できる見込みの分納金額を支払わなければ保険証は出せない」という自治体もあります。今回も、化学療法で医療費負担が高額になり治療中断していた方が、病状が進行し就労困難で収入も見込めず、ソーシャルワーカーとともに限度額認定証の発行を求めて相談に

行ったところ、「滞納がある方には出せない」の一点張りだったという事例もありました。

#### 【事例16】国保証を所持しながら、生活困窮から受診が遅れた事例（60代 男性 無職）

20代の長男、長女と同居。妻は失踪。長男は聾学校卒業後、障害年金と失業手当を受給しながら生活。長女は高校中退後、派遣の仕事で収入は不安定。

2015年2月半ばより下肢痛、腰痛にて他院通院。右臀部～右下肢痛が持続、歩行困難になり、3月民医連病院に救急受診となる。入院にて肝臓がん＋骨転移と診断、肝臓がんはすでにステージⅣで手遅れ状態。緩和ケアとなり、腰椎転移については他院にて放射線治療を行った。16年1月逝去。

正規保険証を持っていながら治療を中断する、あるいは受診をしない主な理由で一番多いのは「医療費が払えない」「支払いが不安」です。国保法44条を活かした一部負担金の免除や高額療養費自己負担限度額の引き下げが求められます。

しかし、関東のある県では、県下約6割の市町村に国保法44条の制度はあるものの、過去1年で申請は1件のみで、それも却下されています。実効ある制度にしていく運動が必要です。

同時に、障がい者や介護が必要な高齢者が家族にいるなど、保険証があるだけでは解決できない、世帯全体の困難があります。国保証を持っていたのに乳がんの治療を2年中断、肺・骨転移で歩くこともできなくなって救急搬送された50代の女性もいました。付き添っていた60代の兄がしきりに「医療費が払えない」と訴えたというこの事例の場合、本人は無職、介護が必要な90代の父の共済年金で生計を立て、兄は精神障がいがあり40年無職でした。困難を家族で抱え込んで地域に埋もれて、必要な援助が届かなかった事例です。

こうしたケースを埋もれさせない地域づくりのために、自治体の各種機関はもちろん、医療機関や介護事業所、さまざまな組織や個人による協同のとりのくみが求められます。

### 【事例3】生活保護受給していながら受診できずに死亡したケース（80代 女性 無職）

50代の無職の息子と二人暮らし。生活保護受給。1年前から歩けなくなりこたつで生活。排泄はバケツ、入浴もしていなかった。食事も摂れなくなり、困り果てた息子が救急要請したが、壊死性筋膜炎、敗血症で全身状態が悪くて既に積極的治療を行えず、搬送されたその日のうちに亡くなられた。嫁いだ娘が心配して生活保護担当ケースワーカー（CW）へ相談したこともあったが、対応してもらえなかった。担当CWは、「相談はあったが対応できずにいた」とし、訪問しても玄関から先に入ったことがなく、本人の状況確認もできていなかった。

この事例では娘から相談があった時点で、保護担当のCWには、本人の状況確認や地域包括支援センターとの連携など対処すべきことがあったはずですが、しかし、生活保護担当CWにも、担当する対象者が多すぎて、努力だけでは現状をリアルタイムに把握して対応できない実情もあります。また、そもそも窓口で申請書を渡さない、公共交通機関がない地方でも車所持を認めない、クーラーを認めないなどの問題は従来から指摘されています。

過去にも熱中症で何度か入院した生保受給の60代の男性が、残暑の厳しい時期、クーラーも扇風機もない自宅で孤独死されていた事例も報告されました。検死で推定された死亡日はちょうど毎月の生活保護費支給日。その日、保護費を受け取りに来ていないにも関わらず、保護課では何ら対応がされていなかったそうです。

この間、生活保護費の減額や各種加算の廃止によって、多くの被保護世帯が生活を切り詰めざるを得ない状態に追い込まれています。厚労省は今後、経済・財政再生計画の改革行程表に従って、「医療扶助の適正化に関するKPI（重要業績評価指標）の達成等」をすすめるようとしています。「類回受診」について「適正受診指導による改善者割合46%」をさらに2割以上改善することなどを挙げており、いっそう受診抑制がすすむことが危惧されます。いのちと生活を守る人権尊重の立場での生活保護行政のあり方の見直しが求められます。

## 3. まとめと提言

### （1）社会保障制度改革推進は、いっそう手遅れ死亡を増大させる

この間、「自立・自助」を強要しながら、公的給付の徹底的削減と重点化・効率化をはかる方向で、社会保障改革が進められてきています。

2018年度から国民健康保険の財政運営の責任も、都道府県に移管されます。大阪府では府下で統一保険料にするとして、一般会計からの繰り入れを認めず、現在の平均12万2,516円の保険料が、13万2,687円の負担増になるという試算が出されました。埼玉県でも統一した算定方法で標準保険料率を適用した場合、市町村によっては保険税が最大7割増、国保税額は市町村平均31%増との試算結果になり、当面は統一しないとの報道もされました。広島県が公表した試算では、23市町村中21市町で負担が増え、最大で26%増加率の町もあります。これ以上の負担増は、ますます国民を医療から遠ざけ、いっそう手遅れ死亡事例を増大させかねません。

各地で自治体キャラバンなどが積極的にとりくまれています。改めてそれぞれの都道府県が今後の国保運営をどうしようとしているか明らかにさせつつ、地域や医療現場で起きている実態を突きつけて、いのちを守るにふさわしい制度や保険料にさせることが求められています。

### （2）社会保障費「自然増」圧縮はただちにストッパーを

「経済財政運営と改革の基本方針 2017」、いわゆる「骨太の方針」では、社会保障分野は改革工程表に沿って経済・財政再生計画の項目を、着実に実行することを掲げ、医療費・介護費の高齢化に伴う自然増すら抑制する方向に変わりありません。昨年末の2017年度予算に関する閣僚折衝において、麻生財務相と塩崎厚労大臣によって、18年度以降に実施する医療と介護の新たな負担増や給付削減の検討項目が合意されています。それらの実施はいっそうの受診抑制をまねきかねません。例えば「小さなりスクは自助」でと、風邪などは市販薬（OTC医薬品）で治すことを推奨しています。今回の調査でも、4年前から症状があ

り、2年前には血便の症状が出始めたにも関わらず市販の下痢止めで我慢して、受診した時にはすでに手遅れの直腸がんだった70代男性の事例もありました。他にも市販薬で痛みを我慢するうちに手遅れになった事例があり、こうした政策、改革の方向の危険性に警鐘を鳴らすものです。社会保障費の自然増すら認めない削減策はただちにストップすべきです。

### (3) 国の責任で憲法25条にもとづく社会保障としての医療を

国民皆保険制度が崩壊の危機にある現在、国の医療に対する公的責任の放棄、権利としての社会保障の解体を許すわけにはいきません。お金のあふなしによって、いのちの格差がうまれてはなりません。

2013年、全日本民医連は『人権としての医療・介護保障めざす民医連の提言』を発表しました。あらためて「憲法25条にもとづく権利としての社会保障の実現」「『国民皆保険』を守る」「地域に必要な医療・介護・福祉の体制の拡充」「誰もが払える国保料、窓口負担の軽減」などを掲げた『提言』をもとに、地域から、現場から無差別・平等の医療実現をめざしていきたいと思います。

注：「2016年経済的事由による手遅れ死亡事例調査」記者発表（2017年3月31日）後、受診前の保険情報について2事業所から修正の報告があり、本稿では修正後の集計結果を反映しました。

（やまもと よしこ、全日本民医連事務局次長）

## 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 探るツアー」報告書』	全日本民医連・総研い のちとくらし編	2006年3月1日	全日本民医連・総研 いのちとくらし共催
『「スペイン・ポルトガルの非営利・ 協同取材」報告書』	角頼保雄・坂根利幸・石 塚秀雄他	2006年3月1日	いのちとくらし別冊 No.2
『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 所のちとくらし編	2008年3月31日	全日本民医連・総研 いのちとくらし共催
『キューバ・メキシコ視察報告書—キ ューバ憲法・ポリクリニコ一般規則全 訳付—』	非営利・協同総合研究 所のちとくらし編	2010年2月20日	全日本民医連・総研 いのちとくらし共催
『ドイツの非営利・協同の医療と脱原 発の地域電力事業視察報告書』	非営利・協同総合研究 所のちとくらし編	2013年3月31日	(在庫無、ウェブサ イトでPDF公開)
『イタリアの非営利・協同の医療福祉 と社会サービスの視察報告書』	非営利・協同総合研究 所のちとくらし編	2014年6月14日	
『イギリスの医療・介護と社会的企業 視察報告書』	非営利・協同総合研究 所のちとくらし編	2016年6月15日	総研いのちとくらし ・全日本民医連・保 健医療研究所共催
『スペイン社会的経済概括報告書 (2000年)』(翻訳)	J.バレア、J.L.モンソ ン著 佐藤誠・石塚秀 雄訳	2005年4月15日	いのちとくらし別冊 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 度構造改革」に抗し、医療の公共性を まもるために—』	医療経営比較ワーキン ググループ	2006年3月1日	ワーキンググループ 報告書 No.1
『地域の医療供給と公益性—自治体病 院の経営と役割』	地域医療再編と自治体 病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 報告書
『Red Store、Yellow Store、Blue Store and Green Store:The Rochdale Pioneers and their Rivals in the late Nineteenth Century』	Takashi SUGIMOTO (杉本貴志)	2006年11月8日	ワーキングペーパー No.1
『友愛社会とは何か—ヨーロッパから 学ぶ社会像』	富沢賢治	2010年3月1日	ワーキングペーパー No.2
『地域医療と自治体病院をめぐる住民 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 No.3
『東日本大震災からの復旧・復興事業 の取り組みと課題に関する研究—気仙 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 No.4
『TPP・共済問題研究会報告要旨集 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 No.5

# 千葉県における無料低額診療事業のひろがり

柳田 月美

## 1、無料低額診療事業について

無料低額診療事業とは、低所得者など経済的な理由により、必要な医療を受ける機会を制限されることがないように、無料または低額な料金で診療を行う事業です。厚生労働省は、「低所得者」「要保護者」「ホームレス」「DV被害者」「人身取引被害者」などの生計困難者が無料低額診療の対象と説明しています。無料低額診療事業を実施する医療機関は、医療費の減額または免除となる適用基準を定めており、1ヶ月の収入が生活保護基準に対して一定の割合以下としており、運用は医療機関ごとに異なります。

全国で無料低額診療事業を実施している施設は2008年290施設から、2013年には591施設、2017年には647施設と、9年間で2倍以上増えています。この9年間で、民医連（全国民主医療機関連合会）に加盟する事業所は88施設から399施設へと増え、全体の6割を民医連の事業所が担っています。無料低額診療事業には2種類あります。一つは、法人税法の基準（法人税法施行規則第6条第4号）に基づいて実施するもので社会福祉法人や済生会の病院などがそうです。もう一つは、社会福祉法（昭和26年法律第45号）に基づく第二種社会福祉事業として実施するもので、民医連の多くは都道府県に事前に相談の上、事業の届出が受理されたうえで事業を開始しています。いずれにしても、医療上、生活上の相談に応ずるために医療ソーシャルワーカーを置くことが義務付けられています。

## 2、東葛病院の無料低額診療事業の取り組み

当院は人口約18万人、県内で最も人口増加率が高い地域として有名な流山市にあり、昨年5月につくばエクスプレス線沿線の駅前に移転しまし

た。救急・一般・小児・産科・療養・回復期リハビリ・地域包括ケア・緩和ケア病棟を併せ持つ366床のケアミックス病院で、市内最大のベッド数を有する病院です。リニューアルした新病院と駅前診療所、移転前の病院の敷地内にある東葛病院附属診療所（在宅支援診療所）のすべてが無料低額診療事業を届け出しています。第38期（2008年）全日本民医連定期総会で無料・低額診療制度活用への挑戦を呼びかけられたことを契機に、当院は無料低額診療事業に取り組むことを決意しました。当時、県内には無料低額診療事業所が4ヶ所しかないことは何よりも事業挑戦の後押しになりました。2010年4月、無料低額診療事業プロジェクトチームを発足、運用規則などの規定案、業務の流れなどについて検討を重ね、千葉県担当課との懇談、事業手挙げの意志表明と事前指導を受けました。千葉県は東京の状況とは異なり、担当者が事業の必要性について理解し、協力的な対応でした。そして2010年8月に事業方針を千葉県に提出し、9月から事業を開始しました。

当院の無料低額診療事業の適用基準について紹介します。当院の無料低額診療事業の規定には①無料診療と②一部負担金の減免制度の二つがあります。①無料診療は無保険で生活困窮の状態にある場合、外国人、社会的援護を要する人、ホームレスの人々、住所喪失不安定就労者（ネットカフェ難民）、人身取引被害者またはDV被害者に適応しています。②一部負担金の全額免除の基準は1ヶ月の収入が概ね生活保護基準の概ね120%以下とし、医療費の自己負担額を全額減免としています。一部負担金の一部免除の基準は1ヶ月の収入が生活保護基準の概ね120%以上140%以下とし、医療費の自己負担額の2割を減免としています。

当院の無料低額診療事業の実績については表1をご参照下さい。

無料低額診療事業の活用による減免患者数の5

表1 無料低額診療事業 実績 (2010年度～2015年度)

年度		減免患者(延べ)	減免費用総額(円)
2010	東葛病院	201	802,564
2010	東葛病院附属診療所	31	374,869
2011	東葛病院	116	294,331
2011	東葛病院附属診療所	43	393,410
2012	東葛病院	306	664,742
2012	東葛病院附属診療所	31	66,870
2013	東葛病院	186	544,020
2013	東葛病院附属診療所	23	80,708
2014	東葛病院	796	6,612,121
2014	東葛病院附属診療所	76	677,346
2015	東葛病院	337	2,571,321
2015	東葛病院附属診療所	47	376,686

年間の推移は上下しながらも、2014年を起点に減免患者の延べ数は増えてきています。この間の相談の特徴として、非正規労働者が不安定かつ低収入のため受診を我慢しており、病状が悪化してから受診につながるケースが目立っています。またオーバーステイの外国人や難民認定申請中により仮放免という状態のまま日本で生活を続け、慢性疾患がありながらも保険がないために受診できず、無料低額診療事業を活用する例が増えています。

当院を初めて受診した日からわずか10ヶ月の治療期間の末、肝細胞癌で亡くなられたKさんを通して無料低額診療事業の活用事例を紹介します。Kさんは60代男性、聴覚障害のある長男と長女との3人暮らしでした。X年2月半ばくらいから下肢の痛み、腰痛、体重減少があり他の病院にかかっていましたが、とうとう歩けなくなって当院の救急センターに受診し、そのまま入院となりました。診断結果は肝臓がんステージIV+骨転移で肝臓がんはかなり進行していました。すでに手遅れ状態のため手術を受けることもできず、腰椎転移については他院にて放射線治療を受け、その後、長女の介護を受けながら往診と訪問看護を利用して自宅で過ごし、最後は当院で亡くなりました。Kさんは60歳くらいまで鉄筋工をしていましたが、体力的に厳しくなり、仕事を辞めてからは長男の収入と貯金を切り崩して生活していました。妻は子供たちが小学生の頃に失踪していません。長女は高校中退後、派遣の仕事をしていましたが、収入は不安定。長男は聾学校を卒業後就職し、家計を助けていましたが会社が倒産となり失業、障

害年金と失業手当を受給していました。治療を開始してしばらくすると、長男の失業手当が切れ、長女も派遣の仕事がなくなり、医療費を支払うこともできなくなり、無料低額診療事業制度を活用しました。その後、貯金も底をつき、生活保護を受給できるようになりました。治る見込みのない病気を背負いながら、いつも病院代の心配をしていたKさんが、無料低額診療事業で医療費免除となったことを伝えたとき、私に見せた安堵の表情をいつまでも忘れることはできません。

### 3、千葉県における無料低額診療事業のひろがり

千葉県の無料低額診療施設は2017年4月現在22ヶ所(表2参照)となっており、2011年以降5倍以上の施設が増えました。千葉県社会福祉協議会福祉医療施設協議会(以下、協議会)の会員になっている施設は全体の三分の一ですが、千葉県の無料低額診療事業は近年、急速にひろがりつつあります。

協議会は昭和56(1981)年2月23日から発足され、千葉県社会福祉協議会が事務局を担っています。当院は無料低額診療事業を開始した2010年9月から協議会に入会し、年3回の会合に参加しています。協議会の目的及び業務は会則第2条に明記されています。

(千葉県社会福祉協議会福祉医療施設協議会会則より抜粋) 本会は、次に掲げる業務又は、活動を行うことにより、千葉県内医療保護・無料低額診療施設事業の発展向上を期するとともに、広く社会福祉の推進に資することを目的とする。(1)施設相互の連絡及び調整に関する事(2)施設の運営・管理の調査・研究及び広報に関する事(3)施設職員の研修及び福利厚生に関する事(4)関係機関及び施設・団体との連絡調整に関する事。

入会前の活動状況については把握していませんが、当院が入会する前の協議会に参加されている四つの医療施設はすべて社会福祉法人です。入会した当初、同じ非営利組織であっても無差別平等

表2 千葉県 無料低額診療施設

	(設置主体) 経営主体	施設名	住所	電話番号	認可年月 年 月
1	(福) 九十九里ホーム	九十九里ホーム病院	匝瑳市飯倉21	0479 72 1131	S 20 08
2	(福) 恩賜財団済生会	千葉県済生会習志野病院	習志野市泉町1-1-1	047 473 1281	H 13 06
3	(福) 聖隷福祉事業団	聖隷佐倉市民病院	佐倉市江原台2-36-2	043 486 8111	S 16 03
4	(医) 財団東京勤労者医療会	東葛病院	流山市中102-1	04 7159 1011	H 22 09
5	(医) 財団東京勤労者医療会	東葛病院付属診療所	流山市下花輪409-6	04 7158 7710	H 22 09
6	(医) 財団東京勤労者医療会	東葛病院付属流山セントラル パーク駅前診療所	流山市前平井155 わかばビル2階	04 7157 0100	H 28 5
7	(医) 千葉県勤労者医療協会	市川市民診療所	市川市大洲4-10-21	047 376 2788	H 23 02
8	(医) 千葉県勤労者医療協会	かまがや診療所	鎌ヶ谷市東中沢1-15-61	047 446 3611	H 23 02
9	(医) かずさ勤労者医療協会	いちはら協立診療所	市原市君塚2-17-7	0436 23 9201	H 23 02
10	(医) 財団東京勤労者医療会	新松戸診療所	松戸市新松戸4-2	047 343 9271	H 23 10
11		岡永歯科	市川市鬼高3-11-9	047 376 3503	H 24 04
12	(福) 太陽会	安房地域医療センター	館山市山本1155	0470 25 5111	H 24 11
13		やちよホームクリニック	八千代市大和田新田76-43	047 411 6020	H 26 01
14	(医) 千葉県勤労者医療協会	千葉健生病院	千葉市花見川区幕張町5-392-4	043 272 1211	H 23 02
15	(医) 千葉県勤労者医療協会	千葉健生病院付属 まくはり診療所	千葉市花見川区幕張町5-392-3	043 272 1081	H 23 02
16	(医) 千葉県勤労者医療協会	北部診療所	千葉市稲毛区天台3-4-5	043 251 8131	H 23 02
17	(医) 千葉県勤労者医療協会	花園診療所	千葉市花見川区花園2-8-23	043 272 7200	H 23 02
18	(医) 千葉県勤労者医療協会	稲毛診療所	千葉市美浜区稲毛海岸4-11-3	043 241 6961	H 23 02
19	(福) 兼愛会	しゅうじゅくクリニック	千葉市美浜区幸町2-12-1	043 203 5066	H 28 08
20	(医) 千葉県勤労者医療協会	船橋二和病院	船橋市二和東5-1-1	047 448 7111	H 23 02
21	(医) 千葉県勤労者医療協会	船橋二和病院付属 ふたわ診療所	船橋市二和東3-16-1	047 448 7660	H 23 02
22	(医) 千葉県勤労者医療協会	南浜診療所	船橋市南本町6-5	047 431 3717	H 23 02

の医療という理念のもとに、無料低額診療事業を開始した私たちとは似て非なるものという違和感を私は感じました。社会福祉法人は運営にあたって強い公的規制を受ける一方で、税制優遇措置や補助金の交付を受けることができますが、民医連（全日本民主医療機関連合会）で無料低額診療事業を実施している多くの病院は税制優遇措置を受けていないのが現状です。協議会の参加者は事務局を始め、施設長、事務管理、医療ソーシャルワーカーなどです。年3回の協議会の活動は年度当初の総会と協議会参加施設持ち回りでの研修と県外施設での研修があります。研修会への参加を重

ねる中で、実際に無料低額診療事業の相談にのっているソーシャルワーカーの意見交流では、相談員としての悩みや課題が見えてきました。また、同じ無料低額診療事業を行っていても、各施設の地域や病院の特徴も異なり、自治体との関係も様々な状況であることも見えてきました。当院が協議会に入って間もなく、安房地域医療センターより、千葉県社会福祉協議会の事務局を通して、無料低額診療事業を始めるにあたって見学と懇談の申し入れがあり協力しました。県内であっても房総地区とは離れており、日常的にも医療的な連携を図ることはめったにありませんが、医師会の反

対もあり困難な状況の中で無料低額診療事業に取り組まれるということを知りました。懇談会では職員一丸となって真剣に準備されている姿勢に胸を打たれ、事業に取り組む意義を確認し合いエールを送りました。その後安房医療センターも協議会に入り、研修会場となった安房医療センターに初めて足を運ぶと、病院受付窓口全体に無料低額診療事業実施という掲示が貼ってあり、制度の周知徹底に意気込みを感じました。研修会の中では漁業を主とした第一次産業で生活を営む人口が多く、現金収入が少なく生活保護基準以下で生活している世帯が多い房総地区で無料低額診療事業の意義は大きい、一方で自治体の制度理解が低く、生活保護申請の妨げになっている状況などが報告されました。この報告をもとに生活保護行政担当者の解釈をめぐる、事務局を介して千葉県担当課とやり取りする方向に発展するなど、有意義な意見交換が生まれています。老舗のお店が連綿と事業を続ける中で無料低額診療事業を新しく始める新参者が協議会に入ること、これまでは取り上げられなかったことなど、協議会活動が活発化してきているように思います。

また、済生会には生活困窮者を支援する事業「なでしこプラン」があり、ホームレスや家庭内暴力（DV）被害者、刑務所出所者、障害者、高齢者、在留外国人等で、医療・福祉サービスにアクセスできない人々を対象に巡回健診、予防接種、健康相談等の活動を行っています。無料低額診療事業の対象者より広く、医療・福祉サービスにアクセスできない人々を支援する活動が全国の済生会病院で取り組まれていることも、協議会に参加する中で知りました。昨年より、さらに民医連の2ヶ所の施設が加わり、事業の実務を担うソーシャルワーカーの意見交換がより活発になってきました。2017年度の施設長・職員合同研修会は当院が会場になり、病院の概要説明とリニューアルした

ばかりの病院の見学会の後、各病院における無料低額診療事業の適用基準についての情報交換会を行いました。その中で、ソーシャルワーカーが各診療圏や診療体制の違いを理解し、患者が通院しやすい地域にある医療機関で相談にのれるよう連携することが必要ではないかという意見も出ました。

## 4、今後に向けて

無料低額診療事業の適用がある患者さんであっても、その患者さんにとって最善の治療が提供できない場合もあります。そんな時、この協議会でのつながりで患者さんについて相談し合う関係も生まれてきています。この協議会を通じて、無料低額診療事業を担う病院として、相談員だけではなく、職種間の交流も生まれ、共通の悩みや情報交換も盛んになりつつあります。同じ県内でも相談内容に地域差があることも見えてきました。オーバーステイの外国人の医療費相談が比較的多い病院の間では、言葉の理解の問題や文化の違いからくる医療観の問題、さらに、コミュニティのつながりが強く、無料低額診療制度の情報が一気に伝わる早さにびっくりするという話もあります。またオーバーステイの外国人は日本の公的保険に加入ができないため、無料低額診療事業が在留資格のない外国人の唯一の救済制度になっているのです。無料低額診療事業という同じ目的をもった医療機関が地域で集まり、生活困窮者の生活実態や社会問題を共有し交流する意義は大きく、無料低額診療事業の輪が千葉県内で少しずつ広がっているように思います。

（やなぎだ つきみ、東葛病院 患者サポートセンター医療福祉相談課 ソーシャルワーカー）

# 東大阪市における国保四四条減免の適用経過と現状

川添 一彦

## 1、大阪府下の実態と東大阪の実績

全国的に貧困と格差が社会問題になり、マスコミでも、国民皆保険であるにもかかわらず国民健康保険料の支払いができなかったり、医療費の負担が重くて治療を中断するという事例や手遅れでの死亡事例（全日本民医連の調査）など、保険証の取り上げで医療にかかれない実態などが告発されるなかで、ますます、国保法第四四条に根拠をもつ一部負担金の減免の必要性が重要になっています。

これまでの一部負担金減免制度といえば、多くの自治体で、制度そのものが確立していないか、もしくはあったとしても、実際の運用の点では資産・調査や必要要件が多く、ほとんど利用されていない実態が長く続いてきました。このことは、大阪社保協の毎年の自治体アンケートなどでもはっきりと示されています。

2016年度の大阪社保協の調査によれば、15年度大阪府下で、制度が規定されている自治体が38自治体（88%）、制度もない自治体が5自治体（12%）となっています。実際利用実績のある自治体が14自治体（37%）、利用実態は、吹田市の170件、大阪市の89件、摂津市の53件、豊中市の47件、池田市の18件であとは一桁の前半で推移をしている状況です。助成額では、最も多い吹田市でも2,940千円という状況です。東大阪に隣接する八尾市は842件で助成額24,983千円、東大阪市は10,838件で助成額141,362千円とまさに格段の実績を持っていますが、2011年度の24,021件で助成額236,959千円と比べると件数で45%減、助成額で60%弱の減となっています。

承認基準は、①災害等による重大な被害を受けたとき、②事業の休・廃業、失業により前年所得

の4割以上減少（前年所得基準あり）、③公的年金による生計維持、原爆被害者を有する世帯（前年所得基準あり）。※前年所得基準額は、一人世帯125万円、以下一人増すごとに33万円加算。これらの前提として、保険料の滞納のない世帯（もしくは納付誓約書による納付履行中）という条件があります。承認期間は、上記①・②の場合は、6か月を超えることができません。

2015年8月1日からは、国保一部負担減免制度の基準が変更になり、対象年齢が70歳未満から75歳未満に拡大されましたが、1ヶ月の医療費が1万円を超過する見込みがある場合に限定され、70歳から75歳未満の非課税の人の外来通院であれば、限度額が8,000円となるので、一部負担減免が使えないというケースがあります。以前は、公的年金の世帯であれば通年利用できていたが、6か月しか認められなくなっています。では、なぜ東大阪市がこれほど多くの利用実績があるのか、この制度の始まりと市民運動の背景をたどってみます。

## 2、はじめりは1965年頃の患者の実情から

東大阪市は、1967年2月1日、それまでの布施市、河内市、枚岡市の三市が合併して誕生した人口50万人を擁する自治体です。一部負担金減免制度は、合併前の旧布施市の時代に制度として確立したものです。

当時、蛇草（はぐさ）病院（民医連加盟医療機関・現東大阪生協病院の前身）にかかっていたある入院患者が「一部負担金の支払いができない」が、しかし生活保護の適用も困難な状況の下で、医療費の支払いを解決するために、当時の蛇草病院の院長田中アヤ子医師と、設立間もない生活と

健康を守る会が要求を持ち込み、当時布施市の市議会議員であった経塚幸夫さん（元衆議院議員・故人）を通じて、当時の布施市長・辰巳佐太郎氏に対して、「国民健康保険法第四四条」の規定である「特別の事情がある被保険者で、一部負担金を支払うことが困難であると認められるものにたいし、減免することができる」という趣旨を根拠に「一部負担の免除」を要求し、実現させたものです。

この減免は、被保険者の負担能力に着目して行われる減免制度として制度設計を求めたものであり、だからこそ、それに必要な財源についても、当然国保会計でまかなうのではなく、一般会計から補填することを基本として考えられたものであり、最近の介護保険料の減免の財源のように、負担が被保険者の「保険料」に上乗せされるような仕組みではないところに特徴がありました。

当時は、市民生活の困窮が問題となり、特に低所得者が負担能力を理由にした受診抑制を許してはならないという、憲法第五条で謳われた「最低生活権」を保障するものとして制度化されたものであり、国民健康保険法第一条に規定する「社会保障と国民保健の向上に寄与」という立場から重要な課題であったからこそ、実現できたのです。

その頃、行政に対する住民要求として、し尿くみ取り料金の減免、水道料金の減免、下水道使用料金の減免などの実現を求め、歳末見舞金制度の創設、緊急一時駆け込み資金制度の創設など、生活困窮者に対する行政施策を実現する運動がそれぞれ広がり、実現していった経過があります。

1967年2月1日、三市合併によって誕生した東大阪市は、それまで旧三市で実現してきたこれら施策を引き継ぎ、「国保一部負担金の減免又は徴収猶予」については、「東大阪市国民健康保険条例施行規則」の第一七条（昭和42年3月30日東大阪市規則第八九号）に制定されました。

### 3、制度の後退を許さな取り組みの経過

1973年（昭和48年）頃の第2次地方財政危機（第一次オイルショックの影響を受けた税収減と、イ

ンフレ景気などで物価上昇、人件費増額などで地方財政が赤字になった影響）を受けて、当時社会党と共産党の革新自治体の伏見市政のもとでありながらも、財政負担の見直しの観点で、各種減免制度の見直しなどが検討されました。これに対して当時の市民運動の中心を担っていた生活と健康を守る会の役員や幹部が国保法の研究のもとに、国保法第四二条の二項「医療機関が善良な管理者としての義務を果たしてもなお、被保険者が一部負担を支払わないときは、保険者は、当該医療機関の請求に応じて、処分をすることができる」という条文を活用して、医師会や医療機関へ働きかけて、この制度を維持するために、医療機関としての協力を求めると同時に、市当局に対しては、「制度を廃止しても、保険者は負担を免れることはできない」という立場で、粘り強く働きかけるという運動が展開されました。この闘いは、国民皆保険制度のもとで、国民健康保険がセーフティネットの役割を果たしていること、社会保障の立場から見ると一部負担金の支払ができないことをもって医療から排除されることがあってはならないという立場を自治体に理解させ、そのための担保として「一部負担金の減免又は徴収猶予」があることを認めさせたものであり、財政事情によって切りすてられるものではないことを明確にした、画期的なものでした。

一方で、市当局は、財政事情が厳しいもて、一般会計からの繰り入れを大幅に減らしてきました。当時の闘いの中心でもあった大阪東生活と健康を守る会事務局長、現東大阪生健会相談役の話によると、「戦後新しい国保制度ができた時から、国保会計の中で10.2%ほど一般会計からの繰り入れがあったが、伏見市政の1年後から同和事業に傾くなかで7%程度に減り、その翌年には1%程度まで減らされた経過もあった」といいます。その結果、当然保険料が値上げされ、保険料滞納が問題になりました。しかし、大阪東生活と健康を守る会を先頭にした闘いはここでも力を発揮して、保険料ばかりに負担を求めるのではなく、国と自治体と被保険者が三分の一ずつ負担する10年間の「赤字解消計画」をもち、それを示して国とも交渉し、国の「特々交付金」をはじめ認めさせたのもこの時期の特徴でした。

部落解放同盟などの行政介入による同和問題などでの市政の変質等もあり、東大阪では、一時期一般会計予算の1割以上をわずか人口1.2%の同和地域に「特別施策」としてつぎ込む異常な財政構造もあって、伏見市政の後に誕生した北川自民党市政のもとでは、「国保健全化」の努力そのものが放棄されるなど、新たな国保会計の赤字が拡大し、国からのペナルティなどもたびたび受けました。こうした財政危機のなかで市政が混乱し、途中辞職した北川市長に代わって登場した清水市政は、持ち前のワンマン手法で困難を強引に乗り切ろうと、①10年間連続国保料の値上げ、②全国初の資格証明証の大量発行、③保険料減免制度の縮小、一部負担金減免制度の要件改悪など、反動的な「国保再建計画」を打ち出し、これとの激しい闘いが求められました。

1991年8月、有効署名数を大幅に上回る9万筆以上の署名を積んで議会を開会させた「国保料値下げを求める直接講求署名運動」、1992年6月、全国社保協の協力を得て取り組んだ「国保・病院問題全国調査団」などを通じて、一部負担金減免制度のみならず、国保料引き下げを求めるたたかひもすすめて、国保そのものを「社会保障」として守る運動を一貫してすすめてきました。これが、今日の制度維持の力になってきたものと確信しています。

また、隣の八尾市でもこの制度が活用されていますが、それはかつて東大阪生健会が旧布施市から出発し、東大阪、八尾、柏原へと組織を発展させていったなかで、それぞれの自治体に対しても制度実現を働きかけ、広がってきたものです。しかし、東大阪市の行政サイドからは積極的に周知されていない制度であるということです。市のホームページ上では市民向けには掲載されていません。国保条例の施行規則というところにやっと制度のことが載っています。

## 4、今後の課題

大阪は2018年度国保都道府県単位化の動きの下で、さらに「統一化」にひた走っており、保険料率のみならず、減免制度、国保実務に至る全てのものを統一、共通基準化しようとしています。こ

の「統一化」の動きは今に始まったのではなく、2010年当時の橋下大阪府知事と首長たちによる「統一国保料をめざす」との合意に端を発します。背景には大阪都構想があり、もう一方で累積赤字の多い市町村が大阪府に対し保険者になることを求めたという経緯がありました。合意の当事者でもあった倉田池田市長が、2016年度の大阪府市長会で2度発言し、「2010年当時と現在では状況が違う」、つまり2010年当時は大阪府が保険者となり実務も含めて国保に責任をもつという趣旨であったが今回の内容は違うと否定しています。

東大阪市国保の一部負担金減免制度は、現役世代の失業や倒産、病気休業などによる所得減少を要件としているが、前年所得比4割以上減少を要件にしているために、今日のように失業などが長期化しているもつと、前年所得ゼロの場合は適用除外されるという「制度矛盾」が生まれています。いま、これらの改善が求められています。

東大阪市の場合、国保制度も盤石でない中、非常にいい面と悪い面を併せ持っています。一部負担金減免制度は、医療を受ける権利を守ることができる制度であり、そして、生活保護手前のセーフティネットであることが大事だと思います。そして、生活保護のような資産調査がなく、生活の予備力を維持したまま必要な医療が受けられるというメリットがあります。全国的に見てもすすんだこの制度になっているがために、全国水準に「肩を並べる」という圧力も強く、あらためて今、国民健康保険のもつ国民皆保険制度の下支えの制度としての役割をふまえて、「社会保障」としての「医療の機会均等」、「命の平等」の立場から、全国的な活動と手を結びこの制度を守り発展させることが必要と考えています。

## 5、国保一部負担減免利用された事例メモ

(東大阪生協病院相談室より)

60代 男性 独居

50代後半でリストラにあう。職探しを続けていたが、もともと上肢機能障害があり、就職先が見つからなかった。60歳を過ぎて、ようやく老齢年金を受給できるようになったが、生活保護基準を

わずかに上回る程度の年金額。糖尿病で受診していたが、医療費の支払いに困り、国保一部負担減免を利用。2015年度からの制度改正により、年間6か月しか利用できないため、無料低額診療を併用している。

#### 70代 女性 親族との2人暮らし

高血圧、緑内障で通院中。本人は老齢基礎年金受給。年金額3万円。高齢の親族と同じ家に暮らしており、家賃や光熱費は負担しなくてよいが、食費や日用品は折半で負担している。医療費も自分の年金から負担しなければならない。生活保護申請の相談には行ったことがあるが、2人の年金を合算すると生活保護基準を上回る。単身で暮らして生活保護申請をしては？と説明を受けたが、2人とも高齢であり、別居には消極的である。外来医療費は無低を利用している。他院での入院治療を勧められたことがあり、国保一部負担減免を利用し、無事に治療を受けることができた。

#### 60代 女性 独居

国保一部負担減免を利用しているが、年間6か

月しか認められない。診察を2カ月に1回にしてもらい、国保一部負担減免を隔月申請して、診療費、薬剤費負担をカバー。しかし、複数の診療科にかかっており、奇数月は無低申請を利用している。生活保護基準を下回る低額年金であり、預貯金を計画的に使い、いずれは生活保護申請を考えている。

#### 参考文献

- ・大阪社会保障推進協議会編『住民運動のための国保ハンドブック2012』（大阪社保協ハンドブックシリーズNo.11）、日本機関紙出版センター、2012年
- ・国保「広域化」・値上げに反対し大阪の国保を守る実行委員会『国保「広域化」反対運動意思統一決起集会』、2010年11月25日
- ・大阪社会保障推進協議会『たたかいはローカルからオール大阪、オールジャパンへ 2016年度自治体キャラバン行動 実施要項・資料集』

（かわそえ かずひこ、医療生協かわち野生活協同組合副理事長）

# 「#最低賃金1500円になったら」投稿抜粋

市民運動「エキタス」がかかげた「最低賃金1500円」の影響が広がっている。「エキタス」は2016年春に、「#最低賃金1500円になったら」というハッシュタグをたて、11月15日に再度そこへの投稿を呼びかけた。2017年4月までで数千のツイッター投稿がなされたようだ。以下は、2016年11月18日に閲覧した投稿のなかから、目についたごく一部を抜き出したものである（その後削除されたものを含む）。

（資料作成：後藤道夫）

朱い理の鼓の音 @ akane243

モヤシ以外の野菜も買おうかな。  
130円の鮭もすびが買える。  
財布に札のある生活。  
結婚式や葬式の度に交友関係失わずに済む。  
ねえ。こんなささやか以下の願いが、最低賃金を「大幅に」引き上げ  
なきゃ叶わないって何よ？

佐藤剛裕 @ goyou

学生たちが今よりもっと勉強できる。

(\*ΦωΦ) のい@ noinoimonn 1

とりあえずお金無くて止めた貧血治療の再開と自分の身体のメンテに病院だよなあ。あとは家出て独立したいしやりたかった習い事したい(´ー`)

ニポボ(リハビリ中) @ nipopo\_wccf

男「結婚できる」  
女「離婚する」

リンツ @ tamago0846

離婚する(してもらおう)、病院行く、ゆっくり休む、勉強をしたい、自立したい

まゆ @ tmgsb851

歯医者行く、がん検診受けて素直に入院する！

ひかり @ esutorogun 2

#最低賃金1500円になったら ダントツに多いワードが「病院行きたい」で、次に「歯医者行きたい」「メガネ買いたい」「美容室行きたい」「健康的な食事したい」「CD買いたい」「ライブに行きたい」だ。電車の中で読んでても、涙が止まらない。

きりの @ kirino

年間休日を96日から125日にするこれ真っ先にするほんとする  
病院行く 旅行行く 映画観る 漫画買う 音楽買う ゲーム買う 習い事する 健康的な食事をとる 外食もする ライブ行く エステ行く オシャレする

びよちゃん @ omusubimaru

まずは病院へ行く。  
今ダブルワークで余暇時間が少ないので出来ない事が多い。でもその必要がなくなるので、英会話教室に通ったりダンスやお華を習いたい。  
何年も描いていない絵を描きたい。なんならまた勉強し直したい。

Polaris(潜水艦) @ polaris\_nox

大学院の資金をちゃんと貯めたい  
3年近く行けてない通院をちゃんとしたい

ぐらさん @ gratr33

穏やかになる

端飾 @ hashi\_kazari

歯の矯正用のお金貯める…

茶粥@みかん @ 9\_25 i mayayapu

THE YELLOW MONKEYのツアーに行く。メカラウロコに行く。  
沖縄の東村高江にすぐ行く。

ナオ(とりあえず民進党支持の左派)

@ tyandori

眼鏡の度が合わなくなってきているので、眼鏡を作り直したいです。

重嘉@イグニスのごはん食べたい

@ touka888sumire

この先生きていくことへの不安が軽くなる

ゲーム好きな美々水 @ zuihou\_mbnb

野菜を食べます

みかりん @ piano723

保険証作って歯医者に行きたい

ゆる母ちゃん @ rkr914

子供との過ごせる時間が増える  
生命保険入れる 3児の親になれる  
病院行ける 高い肉魚野菜を悩まず買える 行けてない美容室に行ける 外食行ける

鹿児島ライダー@超雑談配信者ステージ参戦

@ kagosimaraida

年金も税金もちゃんと収めるかなー

奈琉華★@焦らない…(´ω`)

@ nanaka75love

今の無理している自分に少しだけ、ココロの余裕が出来るのかな…？  
真面目な話、カウンセリングを受ける必要性を感じてきたから…  
行きたいですな、病院かなにか…

utchie! @ utchie

3年さぼってる眼科に行って眼底の検査して、視力に合ったメガネをつくりたい。

夜咲@おてねぎ野郎 @ yoruzakiraime  
医者に通ってる身から言わせていただけるなら、もっと通ってはいやくなる。はやく楽になりたい。

ちま @ fatima0301  
半分心を病みながらも、無理して派遣で働いてる友人も、時給がこれだけ貰えたらバイトにして働く時間を減らせるんじゃないかなあ… (´・ω・｀)  
やめちゃった趣味も再開出来るとうれしいな。

ス(異界産) @ Skylla\_13  
貯金したい  
うん、まあ、来ないよね。

こが @ att\_1013kg  
電子辞書買いたい  
いますぐに

伊織 / 便宜上 K.A.N.O.N. @kanonblackrx  
両親への仕送り額をがつつと増やしたい。

雪見苺大福 @2525\_ichigo  
病院行きたい、眼科と整形。あとマッサージもうけたい、お仕事時間減らせるから学業にも取り組める、友達と交流する時間も増える、賃金ほぼ倍になるのはとても嬉しから

ひよこ(肉球新党) @ ArigatouM2011  
奨学金の返済に頭を悩まさなくてもよくなるなあ～ (>\_<)

つくみはソノリエ@刀ミュお疲れ様でした  
@ tsgumi 7\_9  
病院行って、1日3食食べる←  
いや、どーセグッズに消えるか… (笑)

大谷 @ WhiteP\_123  
今の仕事をめるに決まってる

ゆうこ@電池切れ中、動けません @ tayu0525  
保険がきかないカウンセリングを受けたい、薬だけの治療に限界を感じているので。

リンの主 @ Reins\_Master  
向精神薬をケチらず気軽に飲む

愚痴 @ xianzixyz  
以前時給950円の仕事7時間×週5でやってた時の様に菓子パン一つ買うのも勇気要るような生活をしないでいい。野菜が買える。病院へ行って死にたくない。勉強のための本が買える。

アナ @ jcpnouncer  
ダブルワークしてる40代の友達、最近やたら眠くて、気付けば寝てるって言うんだよね。話聞いててつらいよ。 #最低賃金1500円になったら 仕事をひとつ減らせるんだろうなあ。

野田 伊右衛門 @10\_hanshin  
とりあえず、カウンセリングを受けてフラッシュバックを抑える

めく@双極性障害Ⅱ型 @ Raiamama 3  
5年間我慢してる病院  
精神科 歯医者に通いたい  
税金を滞納せずに払いたい 子供をもう1人増やしたい 食料をカード(借金)で買うことなく手持ちのお金だけで生活したい 子供の洋服を買いたい(全てお下がり) まともな食事をしたい 生命保険にはいりたい

はるなす @ harunas333k  
我慢してる病院に行く すぐ病院に行く

波多野彩夏 @hatano\_ayaka  
病院に行くのをためらわない。おかしな話、安心して体調が崩せる。精神的な面や、または身体に痛みや不調があっても「病院に行く」という選択肢すらないから。

ハルちゃん @ haru\_0424  
パートの仕事減らして、子供との時間を増やす。というか、子供との時間が、穏やかに過ごせるなあー。 早くなれなれ時給1500円(´U´)

鼻やん @M87Nose  
飲み会に行く！  
お金がないから飲み会に誘われても「今日は用があるから」とウツついて帰宅している。最低賃金が1500円になったら少しは飲み会に行けそう。

久保憲司 @ kuboken999  
毎日1000円誰かに寄付する。

瑠奈 @ LuNarcisse44  
ダブルワークが当たり前になってる田舎の働き盛りが救われるわな～。その人たちの子どももピチピチの体操 で我慢したり学童の延長に怯えたりしないでいいだろうな～。両親揃って食卓開けるよな～。

きな @ akubikinako  
ひがみっぽくて攻撃的な、寝不足の、疲れて余裕が無い人が減って、思いやりが社会に少しずつ循環するかも。

イハンセン@日本ハッパハ協会 @ GGG\_tenbashi75  
家から出たい

Kimitoc @kimitoc  
病気になったら速攻で病院行く。残業でごまかさな。

ゴールデン・ジョン(金太郎) @ aketi0803  
旅行に行ったり、釣竿買い変えたり、あと、一日三食にする！ 最高やんけ！

保育士1度辞めたひよこ先生 @ piyocoteacher  
生活保護受けることにならずに済むかも。  
夜、電気をつけて生活するようになるかも。朝に太陽の光を電気の代わりにせず、夜にお風呂へ入れるかも。  
ユニオンや被災地への募金など、お金出せるかも。

ア・キーロ @ slownuance  
その内の100円を働かなくても働けない人のために寄付したい。

ゲーテ @ ainiku1314  
ただただ楽しいだけのお酒が増えるだろうし、美味しいもの食べたり、旅行行ったり、博物館とかも行きたいし、演劇や映画ももっと観に行きたい、本も買いたい。  
ただ、一番最初は歯医者やら整体やらでいろいろ治しに行くと思う。

きみ @ cocococakes  
病院がまんしない。726円じゃがまんしちゃう。

# 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

## 2025年の医療を描く「地域医療構想」

2014年、医療法が改正され、少子高齢化に伴う人口構造の変化の地域差に対応して、求められる医療・介護サービスが異なってくるとして、都道府県が設定する「構想区域（二次医療圏を基本に設定）」において、4つの病床機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに、2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、あるべき医療提供体制の姿を明らかにして、その実現に必要な施策を示すものとして「地域医療構想」の策定が都道府県に義務付けられた。

そして2017年3月にまとめられた「福岡県地域医療構想」は、「病床の削減を目的とするものではなく、地域ごとに異なる人口構造の変化、すなわち医療需要の将来の変化に対して、地域の実情に応じて、それに見合った医療資源の効果的かつ効率的な配置を促し、急性期から回復期、慢性期、在宅医療等まで、患者の状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を構築することを目的」としている。

## 福岡市一局集中と置き去りにされる周辺地域との格差の広がり

福岡県は九州の北端に位置し、山口県・佐賀県・大分県・熊本県に接し、面積4,986.4km<sup>2</sup>、総人口は5,102,871人、2,199,429世帯（いずれも2015年国勢調査結果）である。県全体は前回調査より人口増加（30,903人）しているが、全国市区町村で最大の人口増加都市である福岡市（2010年比74,767人）と最大の人口減少都市である北九州市（同▲15,031人）に象徴されるように、福岡都市圏の急速な人口集中に対して、県内大半の地域で人口減少と高齢化が進んでいる。国立社会保障・人口研究所「日本の地域別将来推計人口」（2013

年3月中位推計）によると、将来推計人口は、2025年4,855,724人（▲4.8%）、2040年4,379,486人（▲14.2%）に減少すると予想されている。一方で高齢者の総人口に占める割合は、65歳以上は2025年に30.5%、2040年35.3%、75歳以上は2025年17.9%、2040年20.9%と増加すると予想されている。

福岡県は全国でも有数の「医療費が高い地域」とされ、その要因として医療提供体制（病床数）が過剰と言われている。二次医療圏を13圏域に設定（地域医療構想の区域も同様）（図表1）、病院数460施設（2014年）、一般診療所4,587施設（うち有床診療602）、許可病床数一般50,305床、療養22,364床となっている。人口10万人当たり病床数は982.8床で全国平均（783.1床）を上回っているが、4圏域では全国平均を13~33%程度下回っている。公的医療機関の統廃合や廃業、病床機能変更などの影響もあり、許可病床数は過去5年間で2,906床減少している。在宅療養支援診療所は人口10万人当たり17.2施設（全国平均11.1施設）、訪問看護ステーションは同7.7施設（全国6.7施設）、在宅療養支援歯科診療所は同6.7施設（全国3.2施設）、訪問薬剤指導を実施する薬局は同47.2施設（全国32.4施設）で、いずれも人口10万人当たりは全国平均を上回っているが、病床同様に全国平均を下回る圏域が2~4圏域となっている。

人口10万人当たりの医療従事者の状況では、医師数291.2人（全国平均231.5人）であるが8圏域で全国平均を下回っている。薬剤師181.7人（全国168.5人）ながら9圏域で全国平均を下回る。看護職員は1,493人（全国1,177.1人）で全国を下回るのは1圏域のみである。

図表1 福岡県二次保健医療圏図（13保健医療圏）



出典：福岡県庁ホームページ「福岡県地域医療構想」

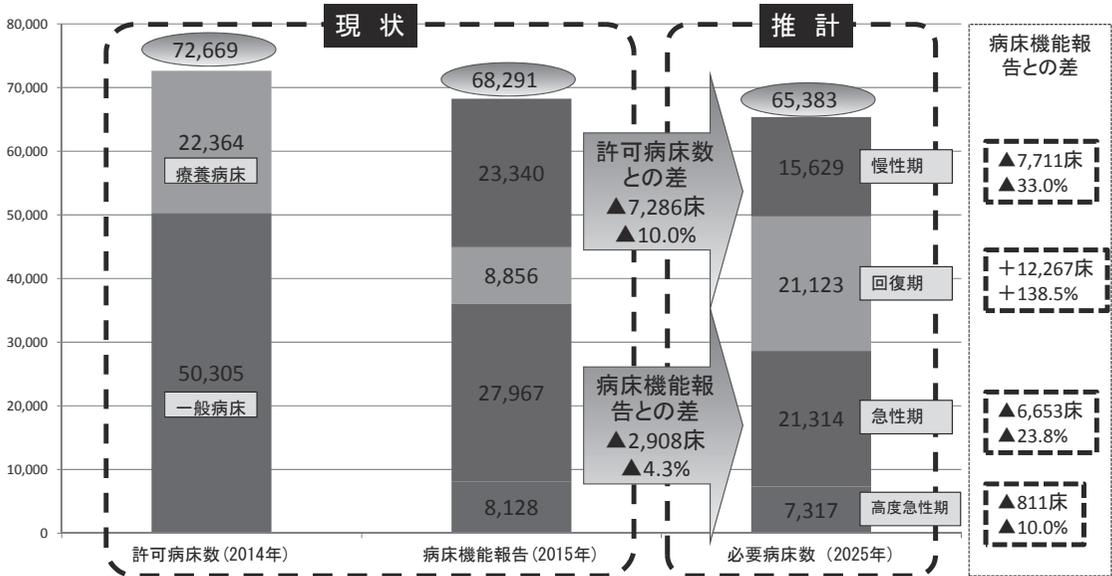
## 「病床削減が目的ではない」と言うが…

福岡県地域医療構想は、13の構想区域で「地域医療構想調整会議」を開催し、将来推計に基づく必要病床数と現状病床数を明示し、病床の機能分化と連携の推進について課題を整理し、構想を策定した。県全体として4つの機能別の2025年の必要病床数と2015年現在の病床数との差が、全体で▲2,908床（高度急性期▲811、急性期▲6,653、回復期12,267、慢性期▲7,711）とされた（図表2、

図表3）。全体で▲4.3%、最大で▲23.9%となる区域もあった。在宅医療分野では、施設数や従事者数はあっても、現状の医療提供の実態については把握が難しいとして明示されていない。

施策の方向性として、病床の機能として大幅に不足する「回復期病床」の確保のため、他の病床機能からの転換を促進するとし、具体化は調整会議に委ねている。調整会議の進め方は「医療機関の自主的な協議」を謳っているが、一方で調整会議の結論への協力義務も求めている。在宅医療については、「在宅医療等」の医療需要を83,404人

図表2 現状の病床数と必要病床数の推計値の比較【県全体】



出典：福岡県庁ホームページ「福岡県地域医療構想」

と推計しており、増加する需要に対する提供体制の整備、医療従事者の確保、ICT を活用した連携の構築を進めるとしている。医療従事者の確保・養成の課題では、全体として全国平均を上回るという現状を踏まえ、地域偏在や診療科偏在を適切に解消していくとしている。

### 「問題抽出型」の議論こそ求められる

福岡県民主医療機関連合会（県民医連）は、福岡県内に8病院、16診療所を含む医療・介護74事業所を県内2次医療圏13圏域中の9圏域に展開している。年間外来患者延べ件数44万件、入院患者延べ件数4万件の豊富な第一線医療の実践から「福岡県地域医療構想」の問題点について考えてみた。

地域医療構想や保健医療計画を策定するにあたり、まずやるべきことは、現在の医療提供体制、県民の医療需要について現場の事例から「何が困っているのか」「どこに問題があるのか」をまず検討し、その上で「どのような改善策が必要か」を考えるべきである。そのことが、「患者の状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を構築」する構想・計画につながるの

図表3 必要病床数と病床機能報告の比較：県全体  
(単位：床)

	平成37 (2025)年 必要病床数 (A)	平成27 (2015)年度 病床機能 報告(B)	差引 A - B
高度急性期	7,317	8,128	▲811
急性期	21,314	27,967	▲6,653
回復期	21,123	8,856	+12,267
慢性期	15,629	23,340	▲7,711
合計	65,383	68,291	▲2,908

※この他に休棟等による機能未選択の病床が1,149床ある。

出典：福岡県庁ホームページ「福岡県地域医療構想」

ある。

今回の地域医療構想の議論は、こうした個別の問題抽出（記述的データ）から「何が不足しているか」「何が問題なのか」を議論するのではなく、厚生労働省からの指示による「統計・疫学的データ」（推計値）のみに偏った議論を行ったことで、医療現場・住民要求とのかい離が生じ、「現場で困っていること」が置き去りにされる不安が広がったのではないかと懸念されている。実際に地域医療構想調整会議においても、委員や傍聴者から地域や現場の声が十分にくみ取られていないとの意見が少なからず

出されていた。

こうしたことを前提に、県民医連として、出された構想案に対し以下の見解を表明して、他の医療機関や県担当部局と意見交換を行ってきた。

- ①将来のあるべき医療の必要量や必要病床数の推計など厚労省のレセプトデータやNDB（ナショナルデータベース）にもとづく机上の構想であり、現実には病院や薬局での窓口負担増などによる受診抑制の広がりや経済的事由による手遅れ死亡事例も後を絶たない状況のもと、医療現場の実態とかい離れたものになるのではないか。そもそもレセプトデータは、医療機関に受診した患者のデータに過ぎず、相次ぐ医療費負担増や国民健康保険料の値上げによる無保険、資格証明書交付の拡大（福岡県国保の保険料滞納世帯数122,031（15.4%）、うち短期保険証交付59,838、資格証交付21,503 いずれも2015年6月1日現在）などで受診抑制が進行していること、在宅医療など経済的その他の理由で実際に利用できていない人々の潜在的な医療ニーズは考慮されていないことは明らかであり、「患者の状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を構築」することができるのか疑問である。
- ②必要病床数と現状の病床数との比較については、現状病床数は病床機能報告制度の性質から各病院が病棟単位に主観的な判断で届け出た数値をもとにしているものであり、機能別病床数の正確な実態を示していないことが明白である。構想では急性期病床は過剰との表現であるが、高齢化の進行や在宅医療等の対象が増加すればするほど急変時の対応が増加することは考慮されていない。また、急性期病床の性質上、季節要因などにより入院患者数（病床稼働率）が大きく変動しているのが実態である。実際に、冬期の感染症流行時などに急性期病床が満床となり、救急車の受け入れ困難事例や入院待機がしばしば発生している。特に在宅等の急変時の医療を支えるためには、ピーク時の病床稼働率を前提に必要病床数が設定されなければ現場の混乱は避けられない。川上から川下への一方通行の流れだけに偏った急性期病床の削減の議論は危険である。

- ③医療需要の推計は、「患者住所地ベース」や「医療機関所在地ベース」をもとにしているが、どちらのデータを採用するかで大きな差が生じる区域もあり（2013年度のデータによれば、13区域のうち6区域でその差が20%以上、どちらの数値を採用するかで、現状の病床数との比較が「過剰」と「不足」に評価が正反対となる区域もある）、厚労省が示す計算モデルに機械的に当てはめた構想は実態とかけ離れる恐れが強い。また、県境をまたぐ患者の流出入などに対する隣県とのすり合わせなども含め、県として独自に地域の実態をつかむ努力が必要であり、直接に、地域の医療機関や住民の声を多く集める場を設定することが求められる。
- ④県内でも貧困と格差が広がる中で受療機会が奪われており、健診受診率や歯科受診率が低い現状、重症化して救急搬入などが増加している状況である。医療機関へのアクセスを広げ、早期受診につなげていくことが重要であり、医療機関の類型化・機能分化を一律に進めることは、さらなる受診抑制へとつながる恐れがある。
- ⑤医療提供体制を議論する際に、まずマンパワーの強化を検討することが重要である。病院勤務医の労働実態は「長時間労働」「当直明け勤務」「週60時間労働」（2011年労働政策研究・研修機構データ）などしばしば問題が指摘されている。県内の人口10万人当たりの医師数が全国平均を上回っていると評価されているが、病院勤務医の1人が2人分働いているような勤務実態や在宅医療に従事する医師・看護師が文字通り24時間拘束のような厳しい実態の上で医療が成り立っていることから目をそらすべきではない。こうした医療従事者の実態を単なる地域偏在や診療科偏在として矮小化するのではなく、絶対数が不足しているという認識で人材確保・定着のための施策を早急に具体化するべきである。
- ⑥将来の医療のあるべき姿では、必要病床数は明確に示されているものの、在宅医療をどのように充実していくのか定かではない。現状でも不足しているとされる回復期病床や在宅医療の受け皿は、様々な困難を抱えながら地域の中小病院や開業医が担っている。急性期病床の在院日数の短縮化や、在宅復帰率の縛りなどにより、

在宅等の患者は重症度・介護度ともに上昇しており、24時間の管理体制が求められるなど、地域で在宅医療に従事する医師からは「すでに限界」との声も調整会議で出された。2倍以上に膨れ上がると推定される在宅医療を充実するための医師・看護師をはじめとした従事者の確保目標やそのための施策は明確にされていない。また、口腔ケアの課題など歯科分野との連携も在宅医療や小児医療では重要なテーマであるが具体的な施策の方向性が明示されていない。

- ⑦構想は、「地域包括ケアシステム」構築と「医療介護の連携強化」が構想を実現していく上での不可欠の前提としているが、その計画は未定である。介護の充実なくして「効果的かつ効率的な」医療提供体制は困難であり、構想では介護にかかわる分析や課題の提起がない。ましてや圧倒的に不足している介護従事者の確保と養成の方針が伴わなければ構想は画餅にならざるをえない。国の施策として介護報酬の大幅な改善が期待できない中で、県としての独自の財政措置など人材確保に向けた具体的な数値目標が必要である。
- ⑧構想策定には「地域の関係者の意見を幅広く聞く」とあったが、構想を議論する「調整会議」や「医療審議会」のメンバーは大規模急性期病院や学識経験者などを中心に構成されており、論議の経過を見ても地域医療の様々な困難な現状や課題を十分に反映しているか疑問である。何より医療を受ける患者・地域住民の声、地域医療を最前線で担っている中小病院や開業医、歯科等の医療従事者、介護・福祉関係者等の意見を反映する場が不十分である。ウェブ上でのパブリックコメントのみならず地域での「説明会」など情報提供を十分に行うべきである。

## 良質なあるべき医療提供体制の実現に向けて

私たちのこの見解に対して、医療審議会委員の職能団体代表者から「特に、食事や栄養不足をき

っかけにより医療ニーズが増大していくことが叫ばれているが、地域医療構想案にはそのような医療ニーズ以前のことが構想に盛り込まれていないと感じました。このことに対する対策を含めて地域医療構想が出来上がると思っていましたが、できた案はベッド数のことや転院先のことだけだと感じてしまいました。」など、危機感を共有する声が寄せられた。最終的な構想の中には、今後の調整会議の議論に幅広く意見を取り入れるため、柔軟に会議参加者を募るなどの修正が加えられたものの、多くの医療従事者が情報不足も含めて大きな不安を感じており、引き続き地域の医療機関・患者等と議論を進めていく必要がある。この間の医療構想策定論議過程の問題点を踏まえ、2017年度中に行われる第7次保健医療計画の策定にあたっては、国からの押し付けによる協議ではなく、福岡県として将来の高齢化に対応する方策を自主的・抜本的に構築し直すべきであり、そのためには現場・住民の声を反映させるための仕組みをこれまでと違うやり方でしっかりと作ることが要である。従来のように医療計画と介護、精神保健、歯科保健、地域包括ケアなど縦割りになっているしくみから、横断的な協議会を第一線の従事者の参加によって開催するなどの方向を各方面に提案していきたい。(2017年3月31日厚生労働省医政局長通知にて「地域医療計画作成指針」が発出された。指針では全国一律の計算式に基づく基準病床数が設定され、医療構想に沿って必要病床数を掲示し、実現へ向けて推進する仕組みを示すこととなっている。)

今後も患者の状態にふさわしい、より良質な医療サービスを受けられる体制を構築するための議論に積極的に参加し、地域住民や第一線で奮闘する医療従事者とともに、あるべき医療提供体制の実現に向けて積極的に提案していきたいと考えている。

(あらいかわ かずや、福岡県民主医療機関連合会事務局長)

# 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

※資料は石川広己「マイナンバーと医療等 ID について 平成27年度第二回都道府県医師会長協議会」（2015年9月15日）報告資料より引用させていただきました

## ●そもそもマイナンバー制度とは？

八田 本日は、日本医師会常任理事の石川広己先生にマイナンバー制度について伺います。先生どうかよろしくお願いたします。2015年10月から、マイナンバーが通知されました。日本医師会は、

これに批判的であったと思いますが、先生は医師会の中でこの問題について担当されてきました。現在の到達状況をどう見ておられるか、伺いたいのですが、その前に、おさらい的に、マイナンバーとは何か、先生のそもそものかわりからお話をいただけますか？

石川 こちらこそよろしくお願いたします。マイナンバーというのは、国民すべてに一つのナンバーを付けるというもので、所得に関する書類などにそのナンバーを付けることを義務付け、それによって税金を集めやすくしたり、国民を管理しやすくしたりすることが狙いだと思います。この問題の始まりは、民主党政権の時でした。私は新任の常任理事でしたが、IT担当になりました。民主党政権は、年金問題があったことから、税金をきちんと集めることと公正な分配のためにもというこ

平成26年11月：マイナンバー 社会保障・税番号制度概要資料(内閣官房)

### 個人番号カード

市町村長は、当該市町村が備える住民基本台帳に記録されている者に対し、その者の申請により、その者に係る個人番号カードを交付するものとする。(第17条第1項)



個人番号カードの券面には、「氏名」、「住所」、「生年月日」、「性別」、「個人番号」等が記載され、「本人の写真」が表示され、かつ、これらの事項等がICチップに記録される。(第2条第7項)

- ① 個人番号カードは、本人確認の措置において利用する。(第16条)
- ② 市町村の機関は、個人番号カードを、地域住民の利便性の向上に資するものとして条例で定める事務に利用することができる。(第18条第1号)
- ③ マイ・ポータルへのログイン手段として、「電子利用者証明」の仕組みによる公的個人認証に利用する。
- ④ 個人番号カードの所管は、総務省とする。

平成27年7月9日(木)日経新聞 朝刊



### マイナンバーがやってくる 4

### 内閣官房VS.医師会

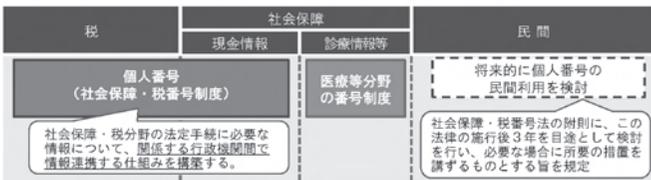
政府のマイナンバー制度は、医療分野でも大きな影響を及ぼす。医師会側は、国民の負担軽減や医療の効率化を期待しているが、一方で、個人情報保護やプライバシーの観点から慎重な姿勢を示している。内閣官房は、制度の円滑な実施を推進しているが、医師会との調整が課題となっている。

マイナンバー制度は、国民の生活に大きな影響を及ぼす。医療分野でも、国民の負担軽減や医療の効率化を期待している。一方で、個人情報保護やプライバシーの観点から慎重な姿勢を示している。内閣官房は、制度の円滑な実施を推進しているが、医師会との調整が課題となっている。

医師会側は、国民の負担軽減や医療の効率化を期待している。一方で、個人情報保護やプライバシーの観点から慎重な姿勢を示している。内閣官房は、制度の円滑な実施を推進しているが、医師会との調整が課題となっている。

### 番号制度でのマイナンバーの利用範囲について

○ 社会保障・税番号制度は、行政機関等を情報連携対象として、社会保障・税・災害対策の各分野で利用することとされている。



○ 個人番号の利用範囲（番号別表） 「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」（平成25年法律第27号）

社会 保障 分 野	年金	年金の資格取得・確認・給付に利用 ○国民年金法、厚生年金保険法による年金の支給に関する事務 ○確定給付企業年金法、確定拠出年金法による給付の支給に関する事務
	労働	雇用保険等の資格取得・確認・給付。ハローワーク等の事務に利用 ○雇用保険法による失業等給付の支給、雇用安定事業、能力開発事業の実施に関する事務 ○労働者災害補償保険法による保険給付の支給、社会復帰促進等事業の実施に関する事務 等
	福祉・医療等	保険料徴収等の医療保険者の手続、福祉分野の給付、生活保護の実施等に利用 ○健康保険法、介護保険法等による保険給付、保険料の徴収に関する事務 ○児童扶養手当法による児童扶養手当の支給に関する事務 ○障害者総合支援法による自立支援給付の支給に関する事務 ○生活再建法による保護の決定、実施に関する事務 等
	税分野	国民が税務当局に提出する確定申告書、届出書、届書等に記載。当局の内部事務等に利用
災害対策	被災者生活再建支援金の支給に関する事務等に利用	
上記の他、社会保障、地方税、防犯に関する事務その他これらに関する事務であって地方公共団体が条例で定める事務に利用		

医療等分野における番号制度の活用等に関する研究会（中間まとめ：参考資料）から抜粋

### 先進国の個人番号カードと医療用番号の使い分けについて

	フラットモデル		セパレートモデル		
	アメリカ	韓国	ドイツ	フランス	イギリス
国民を一意に識別できる番号	社会保障番号(SSN) 1936年	住民登録番号 1968年	税務識別番号 2003年	国民登録番号(NIR) 1941年	国民保険番号(NINO) 1948年
国民を一意に識別できる番号の利用場面	年金、医療、税務、その他福祉、州の社会保障給付、等	電子政府のログイン、年金、医療、税務、等	税務	年金、医療、税務他 * NIR使用はCNILの許可が必要	社会保障 税務 選挙の管理
民間利用	社会生活での本人確認、信用履歴等の収集手段として幅広く利用	制限なし	* 税務で必要用途は可能。 * 民一般の利用は禁止	一部を除きほとんど不可。 * NIR使用はCNILの許可が必要	国民登録番号の税務利用は、給与所得、個人事業税、防犯番号、税務記録等一部に限られている。
医療用番号	社会保障番号(SSN)	住民登録番号	医療被保険者番号	国民登録番号(NIR) * 医療情報の主キーとしては必ずしも利用していない。	国民健康保険サービス番号(NHS番号)
患者カード	特になし	住民登録番号記載の任意のカード	電子健康カード(eGK)	Vitaleカード(ICカード)	地域によってカード発行
利用場面	医療機関における患者管理、保険資格確認、医療費請求	受診時の保険資格確認	受診時の保険資格確認	* 保険支払請求データ連携時 * DMP(個人医療情報記録)利用時	IDやかりつけ医の確認
個人情報保護法制	* 連邦プライバシー法 * 連邦取引委員会(FTC)法、HIPAA 等	個人情報保護法	連邦データ保護法	情報処理、情報ファイル及び自由に関する法律	データ保護法
罰則	HIPAA違反のうち、 * 実業務に不正なアクセスした場合、1件につき最高5万ドル、年間で最大150万ドルの罰金 * 利害目的、被害を及ぼす意図がある場合は最高25万ドルの罰金、10年以下の懲役	* 公共機関の個人情報処理業務に重大な損害を及ぼした場合は、10年以下の懲役または懲罰的罰金以下の罰金 * 無断で第三者に開示した場合は、5年以下の懲役または15万ウォン以下の罰金	* 行政罰：軽微なデータ保護違反は5,000ユーロ以下の罰金、重大なデータ保護違反については30万ユーロ以下の罰金 * 刑事罰：2年以下の懲役または罰金	* 詐欺、不誠実、不正な手段で個人情報を収集した場合は、個人情報を悪用して本人の尊厳を侵害した場合、5年以下の懲役または30万ユーロ以下の罰金 * 違反があった際に取組む責任者に連帯的責任を課せられるよう指示し、従わない場合は30万ユーロを上限とした刑事上の罰金を含む罰則	* 個人データの不正な取得等では、法定刑は上限5,000ポンドの罰金
監督機関	連邦取引委員会 他 * その他多数の機関が関わっている。医療情報は公民権局(OIGR)が担当。	個人情報保護委員会	* 連邦データ保護・自由監察官(FDI) * 州プライバシー・コンプライアンス	情報処理及び自由に関する国家委員会(CNIL)	情報コミュニケーション(ICO)

【アメリカ】社会保障・税番号制度委員会（平成26年10月 内閣府社会保障改革推進室）、「海外における医療分野におけるの活用状況について」（2014年7月 株式会社日コンサルティング）、等をもとに作成。作成責任者内山昌博

医療分野へのマイナンバー導入について中心的に反対の議論を組み立てました。日弁連も反対していましたので、連携して対応しました。

政府側で対応したのは厚労副大臣の大塚耕平氏でした。ヒヤリングということでは呼ばれましたが、大塚副大臣は私がITを利用した医療連携に取り組んできたことを知っていたようで、「医療連携を進めるためにはナンバー制度があった方がよいのではないか」と迫ってきました。それはそうなのですが、私は二つの点で賛成できないといたしました。第一に、これからの医療は遺伝子に関わるものが大きくなっていく。これは究極の個人情報であり場合によっては差別や人権侵害につながる。また第二に今の個人情報保護法は大変不徹底なもので、これでは情報漏れを防げずプライバシーの侵害の危険がある、ということでした。

### 世界的には？

とで、マイナンバー導入を進めていきました。法案提出前に、当時の原中日本医師会会長は、民主党と強いパイプを持っていましたから、情報が入り、会長から対応するように言われました。これは、国民総背番号制をマイナンバーと言い換えたにすぎない、唯一無二の悉皆性のある番号で国民の情報を管理するというのはプライバシーの権利にもかかわると思っていましたから、私は基本的に反対でしたが、医療財源の確保ということもあり、正確な徴税は必要だという意見もありましたので

八田 なるほど。しかし、国民に番号を付けるというのは、アメリカの社会保障番号など世界ではかなり行われていますね。

石川 そうなのです。調べてみますと、アメリカだけでなく、ヨーロッパの国々もほとんどが国民番号制度を持っています。ある程度国が大きくなるとこういう制度を作りたがる。行政の側にとって便利なのでしょうね。

個人番号を医療の現場で利用すべきではない

- マイナンバー法ではその券面に「個人番号」を記載し明示するとされている
- 法で券面の「個人番号」を安易に利用することは禁止されていたとしても、個人の名前と顔写真、そして番号が明示されている限り、漏洩や他への利用を確実に阻止することは難しい

医療の現場で個人番号カードを利用する環境を容易に構築してはならない

医療等の分野では、医療情報と個人番号が結びつく危険性をできるだけ小さくする（医療等IDを用意する等）

平成26年11月19日

医療等IDに係る法制度整備等に関する三師会声明（参考資料）から抜粋

## マイナンバーとは異なる医療等IDの必要性

- 複数の施設、多職種が関わる地域医療・介護連携などで共通の番号があれば効率的
- 医療情報は集積し分析するなど、研究などで公益的な活用をすることができる
- 一方、変更ができない番号では、遺伝子情報なども含む機微性の高い、医療記録が一生涯名寄せできる可能性があり、漏洩してしまった場合は取り返しがつかない
- 医療等分野では「差別」のみが問題ではなく、単に誰にも知られたくない、思い出したくない情報がある

国民が必要とした時に番号の変更等が担保された医療等分野専用の番号（医療等ID）が必要

しかし、医療との関係についてみると同じ番号でやっている国と、医療については、別のナンバーを使う国とがあります。アメリカや韓国は同じ番号ですが、英・仏・独は別建てです。人権や個人情報に敏感な国では慎重に運用しているのかなと思います。

ともかく、医療で遺伝子情報が重要になる中で、今の個人情報保護法では、ベネッセコーポレーションの事件を見てもわかるように、転売された名簿を買った業者は何の責任も問われていない。こんな個人情報保護が不十分な状況では、マイナンバーカードを医療で使うことはできない。そういうことで医師会は反対を貫きました。民主党政権のもとではこの国民番号制度は実現しませんでした。しかし、安倍政権になって、マイナンバーと名前を変えて、民主党政権と同じような法案が出

されて成立しました。実は、民主党政権が国民番号法を出したときに一番喜んだのは、自民党と官僚でした。

## ●マイナンバーと医療のかわりは？

八田 法案は成立しましたが、国民がこの番号を使用しなければいけないという義務は課せられず、使用しなかったときに不利益や罰則は課せられないことになりました。また、医療については別建てになったのでしょうか。

石川 そうなんです。企業には義務が課せられましたが、番号を持つ本人が番号を提示するのを拒否した場合、面倒な手続きはありますが、番号を明らかにしないことはできます。

医療については、マイナンバーカードを普及させるためには、医療で使ってもらわなければならない、保険証代わりにマイナンバーカードを使えないかということで、内閣官房の役人がやってきました。お話は伺って、その数週間後に記者会見で、医療では唯一無二性で悉皆性のあるマイナンバーカードを使うことは反対だと表明しました。また、三師会（医師会・歯科医師会・薬剤師会）で医療にマイナンバーを使うことには反対だということを意思統一して発表しました。

これはその後、政府の骨太方針でも、医療については別の仕組みを作ると明記されました。

これはその後、政府の骨太方針でも、医療については別の仕組みを作ると明記されました。

八田 それで今はマイナンバーと医療は関係なくなっている？

石川 ええ。ただ、マイナンバー法の改正があって。保険に入っているかどうかの確認にマイナンバーカードのICチップを使えるようにはなりました。保険証を忘れてもマイナンバーカードを使える端末器が置かれている病院なら保険者のところにつながり保険資格の有無を確認できるという

わけです。しかし、できるからと言ってマイナンバーだけで診療が受けられるわけではない。それぞれの病院ごとに診察券が必要で、患者さん一人一人にコード番号が付けられているのは御承知の通りです。ですから、診察券と保険証、または診察券とマイナンバーカードというように2枚のカードは必要です。また、マイナンバーカードの読み取り端末があるところは多くはありません。診療所や薬局もほとんどありません。

## ●カードの普及は？

石川 マイナンバーカードの普及は、政府の予定より大幅に遅れていて、昨年末に3千万から4千万枚の予定が、1千3百万枚にとどまっています。住民基本台帳カードよりは多いですけども。

八田 その程度ですか。それでも、例えば、学習会の講師をお願いした時、謝礼の領収書にマイナンバーカードをつけなければいけませんね。また、マイナンバーカードを使うといろいろメリットがあるという宣伝もされています。

石川 それが一番のネライですからね。「名寄せ」して国民の所得を全部把握したいわけです。メリットというのも、例えばコンビニで印鑑証明が取

れるなんていうのですが、一体、一般の国民は年に何回ぐらい印鑑証明を使うものでしょうか？むしろコンビニでカードを使ったりしたら、情報漏洩の危険の方が大きいのではないのでしょうか。

八田 なるほど。しかし、今は印鑑証明をもらう時のカードがありますよね。

石川 ああ、そのカードを廃止してマイナンバーカードに変えるんです。来年かな？そういう方向です。

八田 政府は、何としてもマイナンバーカードを普及させたいようですね。相当にお金もかかることだと思いますが？

石川 経済波及効果は、正確には知りませんが、数千億円にはなるのではないのでしょうか。これも政府のネライの一つだと思います。

## ●「医療等 ID」

八田 ところで医療の関係では、マイナンバーはまったく関係なくなったということですか。

石川 保険資格の確認などについて、国民に普及させるためということでも読み取り端末を設置させるような手立てを講じてくる可能性はあります。しかし、医療の中味、診療情報などがマイナンバーで管理されるということはありません。マイナンバーカードは、顔写真と番号が乗せられていて、情報漏れを完全に防ぐことは困難であるということで、医療には使わず、医療では別の番号を作るべきだ、ということでその後作業を進めています。保険者と支払基金が一緒になって被保険者が職場を替わっ

### 日本医師会 医療分野等ID導入に関する検討委員会

#### 【委員会の検討内容】

- ① 医療等分野における番号（符号）の生成方法と付番機関について  
利用する分野で一貫性を持つ番号（符号）の生成は住基ネットやマイナンバーから発生させる案があるがその妥当性もしくは新たな生成方法について検討。また、それを実施する機関（付番機関）はどこかも検討。
- ② 番号（符号）管理組織について  
番号（符号）は連携、研究、個人の医療データの確認などの分野で利用する。原則的には一貫性があり変わらないものとするが、本人からの申し出により妥当な理由があれば新たなものに変更する、またオプトアウト（番号の消滅・削除）もできる仕組みとする。従って、番号（符号）を管理すると共に、変更やオプトアウトを判断する組織のあり方を検討する。
- ③ 保険証番号との関係性について  
保険証番号とマイナンバーで1対1の関係を保つのであれば保険証番号を発行するときに医療等番号（符号）を作成することの妥当性を検討。ただし、保険者が替わり保険証番号が新たなものになってもすでに利用している番号（符号）は原則として変わらないとすれば、保険者間での番号（符号）の伝達の仕組みが必要となるため、そのバックヤード連携のあり方の検討。
- ④ 番号（符号）発行のタイミングについて  
医療機関や介護施設などで従来使用していた、それぞれの番号（受診番号や整理番号）を引き続き付与することは可能とする。悉皆性は担保せず、医療等分野の連携、研究などに参加する際に初めて番号（符号）を作成することも許容するための要件の検討。
- ⑤ 医療等番号の運用監視を行う機関について  
医療等分野における個人情報の保護の観点からその番号（符号）の利用に関する監視を担う第三者機関の設置を検討。
- ⑥ 番号（符号）の付番・管理に関する根拠について  
悉皆性は持たずとも、国民（患者）に対して番号（符号）を発番するのであれば、何らかの根拠や番号（符号）の保護をする、更に第三者機関の位置付けを明確にするための法律が必要な可能性がある。従って、その必要性も含めた検討と運用に係るガイドライン等の検討。

でも同じ番号で、という作業も進められています。これを「医療等 ID」といっています。

八田 フランスなんかと同じように？しかし、医療独自であっても番号はやはり必要なのでしょう。また、医療機関ごとに診察券、患者コード番号が必要なことは変わらない？

石川 医師の立場から言うと、患者さんがこれまでどんな病歴をもっているか、どんな治療を受けて来たかというのは、どうしても知りたい情報です。以前、千葉勤医協でコンピューターを更新した時、勤医協内の患者コード番号を一つにする、診療所と病院で同じにする仕様で業者と契約しました。初めは「できる」と言ったのに途中から「できない」と言ってきたので怒って追及したら、かれらは病院ごとに番号が違ってても患者の情報を集約できるソフトを開発していたのです。ですから、個々の患者情報については、それを使えば、もちろん患者の承認が必要ですが、集約することはできます。しかし、それでも医療独自の番号は必要だと思っています。

八田 それはどうしてですか？

石川 ビッグデータの問題です。これから先、経済の高度成長は望めないと思います。また、遺伝子に関わる医療が一層重要になってきます。そうした中で国民医療の水準を全体として上げていく、そのためには診療のガイドラインのようなものも必要になってくると思います。例えば、高血圧や糖尿病の治療にはかなりの地域差がありますし、ガンの治療もそうです。供給体制を整えるのが基本ですが、それを効率的に進めていくためにも、ビッグデータの活用が必要になってきます。

八田 なるほど。たしかに、私のように田舎に住んでいると、糖尿病などの地域医療のレベルという問題は感じます。しかし、遺伝子など医療にかかわるデータは悪用されたら大変なことですね。

石川 そのとおりです。じつは、さっきお話しした内閣官房の役人とはその後も接触がありまし

て、個人情報保護法の問題点について指摘したことがあります。2017年5月から個人情報保護法の改正が施行されますが、そこに私たちが指摘したことが一定含まれています。例えば、医療情報を要配慮情報にすること、情報漏洩に対する罰則の強化、政府の情報の使い方を監視できる第三者委員会の設置などです。

八田 それでも、学術研究のためであっても、個々の情報が集められた時、その情報が漏洩したら大変ではないでしょうか。

石川 ええ、それで研究の分野でも個人が同定されないような「医療等 ID」と言っていますが、これは百桁くらいの文字や符号が並んだもので電子的にしか認識できないものにして、かつ集約して活用する場合には、患者が誰だかわからないようにする、匿名性を担保することを前提にしています。また、患者さんが、それまでかかっていたのとは違った医療機関に救急搬送されたなどの場合に、この ID を資格を持った医療従事者が使えば、それまでの診療情報を収集することができます。

八田 それはさっきお話のあったすでに開発されている患者属性で情報を集めるソフトではだめなのですか？

石川 技術的にはできると思います。ただ、コストの問題とビッグデータとの関連があつて「医療等 ID」にした方がいいと思っています。

八田 この番号は病院にかかったときにつけられて、しかし、マイナンバーと同様、生涯ついてくる番号ということになりますか。

石川 番号をいつつけるかは、出産の時とか、今検討中です。また、自分の意思で変更することも可能です。生涯すべての医療情報ですから、厳重な管理が必要です。

八田 最後に、マイナンバー制度の今後についてお伺いします。果たして普及していくのでしょうか

か？

石川 政府は、普及に躍起になっています。なんでもこのカード1枚でなんでも間に合います、という調子であらゆることを詰め込もうとしている。損害を避ける原則は、リスク分散だというのが常識ですが、一つのカードにあらゆる情報を詰め込むというのは、その正反対のやり方です。クレジットカード化、身分証明、果ては医師免許、教員免許もこのカードに入れてしまう、ということまで言っています。しかし、これは最も危険なことです。実際、アメリカの社会保障番号は、身分証明に利用され、しかもその番号を言えばそれでOKという制度にしたために、年間何千億ドル

ものなりすまし詐欺が発生しています。

正直、どこまで普及し、どう利用されていくのかは疑問です。しかし、悪用をさせないために、私たちの利用は慎重であるべきだと思いますし、注目していく必要があると思っています。

八田 本当にそうですね。本日はありがとうございました。

(2017年4月6日実施)

(いしかわ ひろみ、日本医師会常任理事・千葉県勤労者医療協会理事長、はった ふさゆき、研究所副理事長)

# フランスの医療事故補償制度の現状

石塚 秀雄

## 1. はじめに

フランスの医療事故補償制度については、本機関誌第20号（2007年8月、定期総会講演）、37号（2012年1月）でとりあげたが、すでに10年の期間が経過しているため、その現状について改めて取り上げる。また、主要各国の医療事故補償制度についても随時、本誌で取り上げた経過がある。したがって、それらと多少重複する記述も出てくるかもしれないが、あらためて医療事故補償制度（方式）にかんして、とりわけフランスの制度についてとりあげていく。

ところで、医療事故補償制度といっても、各国により違いがある。当然ながら、制度以前に、当事者同士による示談が存在する。簡単にまとめるならば表1ようになる。すなわち、政府の財源

に基づく公的制度（スウェーデン、フランスおよびイギリスの部分的制度）のある国と医療機関の基金にもとづく民間型（制度）（ドイツ、イギリス、スイス、イタリアなど）に大別される。前者は裁判なしの手続きと裁判による手続きを含む。すなわち、フランスにおいては過失責任が問われる場合は訴訟手続きを通じ、無過失責任と見なされるものは公的機関による解決という形になる。フランスの公的制度は、概念的には「連帯」であり、「責任」ではない。すなわち、責任と連帯の組み合わせである。したがって医療事故補償は公的補償と訴訟による賠償金の獲得という二つの方法に大別される。ここで扱うのは無過失医療事故に対する公的補償制度についてである。

医療事故補償制度は国によって異なるが、医療被害補償のあり方は①民事裁判所による手続き、

表1. ヨーロッパ主要各国の医療事故補償制度

	医療事故関連法律	実施主体、内容
イタリア	民事裁判所規則 民法	民事裁判所。民法第2236条「医師は詐欺、重大な過失以外では損害責任を負わない…」。 「裁判官が医療専門家の意見を聞いて損害を評価する」
ドイツ	裁判外仲介手続規則(1975)	地方医師団体(各地方で別基準)。医師の責任は不問。
スイス	医師責任裁判外仲介手続規則(1982) 民法	スイス医師連合会(補償基準示さず。当事者による決定)。州仲介局の出番すくなし。裁判所。 民法第364条「医師の委託責任…」。
イギリス	医療訴訟裁判外民事手続規則(1999) NHS 補償法(2006)	当事者同士の示談ができねば裁判。公的医療の場合は医療局仲介人に依頼。民間医療は契約原理に基づく。弁護士の仲介。NHS 医療機関の過失責任。
スウェーデン	過失医療事故被害者保障法(1975、下記法に移管) 患者保障法(1996)	政府州機関。無過失でも被害者補償。医療責任と補償権利を分離した最初の国。民間医療も補償。
デンマーク	患者保障法(1991) 被害補償法	患者保障協会(基準認定)。無過失でも保証。過失ある場合は被害補償法による。
フランス	医療過誤医療責任補償法(2002)	ONIAM(政府機関)。保険者団体。裁判所。
ニュージーランド	障害予防リハビリ補償法(2001,2005)	政府機関。裁判所

出所：Senat, “L’indemnisation des victims d’accidentstherapeutiques” (2000)に基づく。

②当事者同士の手続き（示談）、③医療団体による手続き、④患者保障団体による手続き、⑤政府機関による手続き、⑥民間保険団体による手続きなどがあり、さらに、政府（公的機関）による補償制度がある場合もあり、そのいくつかが組み合わさっている。なお、示談以外は裁判所や公的機関の媒介などを通じて行われることになる。フランスの場合は、政府（ONIAM）による補償制度があるという点に特徴がある。

## 2. フランスの医療事故補償制度に関連する法制

フランスの医療事故補償制度に関連する法律は、一般的には民法、刑法、社会保障法、公的医療法などに関連規定がある。刑法においては、医療専門家の過失責任は、医療上の過失による責任以外は、医療従事者と医療施設には、その行為による損害について責任はない、としている。

個別的には、とりわけ以下の法律がある。

(1) クーシュネ法 (Loi Kouchner) L. 2002-303 (2002年3月4日)

同法は、4章から構成される。①障害者への連帯（ただし、2005年にこの条項は廃止。家族社会活動法に組み込まれる）、②医療民主主義、③医療システム（医療機関、医療従事者）の質、④医療リスク結果に対する賠償、である。公的医療法に基づく。第2編「保健民主主義」で患者の権利を明記。医療事故について国家が国民的連帯に基づき補償する。

(2) 医療民事責任法改正、2002年12月30日法第1577号。補償区分の明記。①医療事故、②医原性疾患 (affections iatrogenes、要するに治療ミス)、③院内病理感染の3種類に区分している。また強制的ワクチン被害、実験医学医療被害、C型肝炎被害なども含む。

(3) 医療保険法改正 (2004年8月13日)

(4) 社会保障財政法改正 (2003年12月20日)  
ONIAMの年間予算の規定。

(5) ONIAM 新使命政令第2005-1768 (2005年12月30日)。

補償範囲基準の棲み分け(保険団体とONIAM)の線引き。

(6) CRCI(またはCCI医療事故補償審査委員会) 設立政令、公的医療法第L. 1142-6, L. 1143-1。(2002年5月3日)

## 3. ONIAM(医療事故補償全国局)

2002年3月4日付のクーシュネ法（医療近代化法）によって、国（保健省）が所管する医療事故補償制度の運用に関わる3つの機関が設置された。その中心はONIAMである。医療事故補償全国局（ONIAM）は政府（保健省）による公的機関であり、2003年4月に設立された。ONIAMの構成は委員長（保健省代表）、民間医療機関連合会（FHP）関係6名、公的病院連合会（FHF）関係4名、民間利用者代表8名（患者団体（AP）など）、一般専門家7名（法律家など）、医学専門家全国機関（CNPS）8名による。その構成は、25名で、委員長（政府代表、）医療専門家5名、利用者代表4名、学識経験者16名である。職員数は約240名（2015年）。

ONIAMの医療事故補償は三つの分野をカバーする。①医療事故、②院内病理感染、③医原性疾患上における患者の不利益である。

ONIAMの2015年度の予算は1億3420万ユーロであった（表2）。財源のうち8300万ユーロ（約60%）は疾病保険団体が拠出している。一方、支

表2. ONIAMの予算執行実績(百万ユーロ)

項目	2014年	2015年	構成比 (%)
医療事故	57.73	81.77	57.5
VIH(エイズ)	2.99	1.84	1.3
VHC(C型肝炎)	20.87	13.72	9.6
VO, MSU(強制接種、緊急対応)	4.15	8.71	6.1
ベンフルオレックス薬剤	0	1.33	0.9
引き継ぎ補償	12.11	12.55	8.8
弁護士専門家費用		9.24	6.5
小計		129.15	90.8
業務費用		13.12	9.2
合計		142.28	100

出所：Fonctionnement de l'ONIAM, 2015

注：総計は予算実績と一致しない。2014年度は参考値。

表3. 死亡時補償額モデル

死亡被害者	受取人	補償金額(ユーロ)
配偶者・同棲者	配偶者・同棲者	15,000-25,000
子供(未成年)	親	15,000-25,000
子供(成人・扶養)	親	12,000-20,000
子供(成人・非扶養)	親	4,000-6,000
親	子供(未成年)	15,000-25,000
親	子供(成人・扶養)	12,000-20,000
親	子供(成人・非扶養)	4,000-6,500
祖父母	孫(別居・同居)	2,000-6,500
孫	祖父母(別居・同居)	2,000-6,500
兄弟姉妹	兄弟姉妹(別居・同魚)	2,000-20,000

出所：CRICI Rapport d'activité 2015

表4. 一時的障害補償金額

区分	補償金額(ユーロ)
1	799-1081
2	1,360-1,840
3	2,397-3,243
4	4,624-6,256
5	8,755-11,845
6	15,504-20,976
7	25,585-34,615

出所：CRICI Rapport d'activité 2015

表5. 恒常的障害補償金額モデル (男性)

年齢	5%	15%	25%	35%	45%	55%	65%	75%	85%	95%
10	5297	22321	47918	82090	124835	176154	236047	304513	381554	467168
20	5138	20892	43949	74310	111975	156944	209216	268792	335671	409855
30	4984	19507	40102	66770	99511	138325	183211	234170	291202	354307
40	4832	18135	36292	59303	87167	119884	157455	199879	247157	299289
50	4689	16853	32731	52322	75627	102646	133379	167825	205986	247860
60	4558	15671	29446	45884	64986	86749	111176	138265	168017	200432
70	4442	14628	26549	40206	55598	72726	91590	112189	134524	158595
80	4348	13783	24202	35605	47993	61366	75723	91065	107391	124701
90	4287	13231	22669	32602	43029	53950	65365	77275	89679	102576
100	4261	12995	22013	31316	40903	50775	60930	71370	82094	93103

出所：CRICI Rapport d'activité 2015

表6. 恒常的障害補償金額モデル(女性)

年齢	5%	15%	25%	35%	45%	55%	65%	75%	85%	95%
10	5418	23409	50942	88016	134631	190788	256486	331726	416507	510829
20	5257	21963	46924	80141	121613	171341	229325	295564	370059	452810
30	5097	20526	42934	72321	108687	152032	202357	259660	323942	395203
40	4940	19111	39002	64614	95947	133000	175774	224268	278483	338419
50	4788	17742	35200	57162	83628	114598	150072	190050	234533	283519
60	4641	16422	31533	49974	71745	96848	125280	157043	192136	230560
70	4502	15169	28053	43153	60470	80004	101755	125723	151907	180308
80	4381	14079	25025	37219	50660	65350	81287	98473	116906	136588
90	4299	13340	22971	33193	44006	55410	67404	79989	93164	106931
100	4261	13002	22034	31356	40969	50873	61068	71554	82330	93397

出所：CRICI Rapport d'activité 2015

出は、医療事故に対して57%、C型肝炎など公衆衛生部門に約20%を支出している。

## 4. CCI (医療事故補償審査委員会)

CCI (または CRCI) の機能は公的医療法 (CSP) 第1114-4条などに規定されている。CCI は ONIAM の地方審査委員会であり、正式名称「医療事故・医原性疾病・院内感染賠償調停地方委員会」である。フランス全土を7つに分けて4つの CCI がある。

- (1) バニョレ (①イールドフランス、②北部、③西部)
- (2) リヨン (④北部、⑤西部)
- (3) ボルドー⑥
- (4) ナンシー⑦

CCI は各地方医療社会保障局 (DRASS) および各地方自治体と協働している。

各 CCI には委員12名、補欠委員24名で構成される。委員3名は患者団体から、9名は医療専門家 (医師、病院従事者、医療制度関係者、公的医療機関、民間医療機関、医療保健機関、身体毀損治療などの分野) から選ばれる。

## 5. 医療事故全国委員会 (CNAMed)

公的医療法にもとづいて、フランス各地の医療事故補償審査会 (CCI) において医療事故審査を行う専門家を組織する委員会である。医師の場合は専門医連合会 (FSM) などが推薦する。委員25名 (および補欠25名)。すなわち、各 CCI に派遣する専門家267人を組織 (登録) している (2013年)。ONIAM、CCI と CNAMed の関係は三位一体といつてよい。

## 6. フランスにおける医療事故の概念

いわゆる医療事故とは、「重大医療事故 (EIG)」と規定されるもので、フランスではこの概念は2000年に導入された。2002年法303号、公的医療

法において、EIG 申告義務が課された。これは患者の (知る) 権利として位置づけられた。一方同時に、医療機関とりわけ開業医が不要な医療リスク (個人的過失) を負わないための信任 (accreditation) の制度化および安全文化の推進も刑法改正 (loi Fauchon) において進められた。刑法においては医師の医療過失についての罰則規定がすでに第222条、第223条において規定されているが、新たに第121条3項において、意図しない医療過失は犯罪ではない (①)。ただし不注意は罪 (③)、とされた。したがって、医療事故で、すぐに警察が介入するというようなことはない、ということである。とはいえ、医療従事者が医療事故のために訴訟されることは大いにあり得ることである。

保健省の統計によれば、EIG は年間395,000件発生している (2010年)。そのうち29万件が回避できたものとみなされている。

## 7. 医療事故補償の内容

補償される場合は CRCI 委員会の判断により、補償金の支払い手段はいくつかに分かれる (表3,4,5,6参照)。

一方、ONIAM 以外の場合は、保険者団体と被害者は基本的に直接交渉することになる。しかし、保険者の義務は「医療民事責任法」に基づき、また補償金額に問題がある場合は、価格局 (BCT) が介入して決める。政令によって自由診療医師が支払う保証金上限を決めている。その提供順としては、保険者は CRCI 地方委員会から通告があったから4ヶ月以内に補償金を支払う。被害者は通告に不満の有る場合は訴えることができる。その場合、保証者は通告賠償額の15%を地方委員会に供託しなくてはならない。また、保険者だけが全部負担することが困難な場合があるので、それを避けるために、ONIAM が一部負担するなどの方策については、保健省、医療保険業界、共済組合などが責任分担について協議を行っている。

また医療事故補償の対象範囲については ONIAM の公的医療事故補償の原因の対象範囲として、およそ次のものが含まれる。

- ①医療事故
- ②強制ワクチン接種

- ③院内感染
- ④ウイルス性肝炎など、VHC, VHB, VIH, HTLV などによるもの
- ⑤緊急保健措置（インフルエンザなど）
- ⑥ Benfluorex（ベンフルオレクス薬剤）被害

最後のベンフルオレクスは糖尿病の薬剤で、2014年頃に薬剤被害が顕在化して、2016年に ONIAM による被害賠償の対象とされた。①のいわゆる医療事故を除いては公的医療によるものであり、その被害賠償については、日本においても行政措置また裁判訴訟などを通じて一定程度行われているが、制度化しているとはいいがたい。ましてや①の医療事故については、日本では公的医療（医療の公益性）という観点から被害賠償をするという観点はほとんど欠落しているといつてよい。①の医療事故とは、(i) 予防、(ii) 診断、(iii) 治療の医療行為による医療被害である。したがって、フランス的特徴とは、医療事故補償を国家の責任において被害者（患者）に対して行うということである。

さらに補償基準は以下のようになっている。すなわち

- ① AIPP（心身統合毀損）または DFP（恒常的機能障害）が24%以上（専門医による0-100%段階）。
- ② ITT が6ヶ月以上
- ③ DFT が6ヶ月以上で50%以上

## 8. 医療事故補償申請の方法

医療事故の被害者が賠償または補償を訴える相手先は、全体としては実際のところ ONIAM など公的機関に申請する件数は約30%にすぎない。しかし、その中身は、重度被害の場合が多い。また示談か裁判かの決着の仕方もいろいろである（表7、2014年度）。すなわち、被害者は簡単な補償申請書を ONIAM または CCI に提出することができる。被害発生は10年前のものまで認められる。近年、審査手続き期間の短縮化がめざまされている。もちろん被害者は、示談、直接請求、訴訟などを、ONIAM や CCI を通じないで行うこともできる。ただし、病院や保険者団体を主たる交渉相手とする場合でも、ONIAM を媒介して行う

例も少ないながらある。

## 9. 民間保険団体・共済組合の役割

ONIAM による公的医療事故賠償制度ができたことによって、従来の保険業者は公立病院、民間病院、特別病院（とくに産科）が保険解約をしたために、一定の打撃を受けた。しかし、2002年12月31日付の「医療民事責任法」では、医療民事責任が定められ、病院の保険加入義務についての改正があり、ONIAM との線引き化あるいは棲み分けが行われ、また ONIAM の運営基金の多くを拠出している。障害度24%以上および労働不能6ヶ月以上が ONIAM の担当となり、それ以下がその他の主として保険者および医療機関の責任となった。

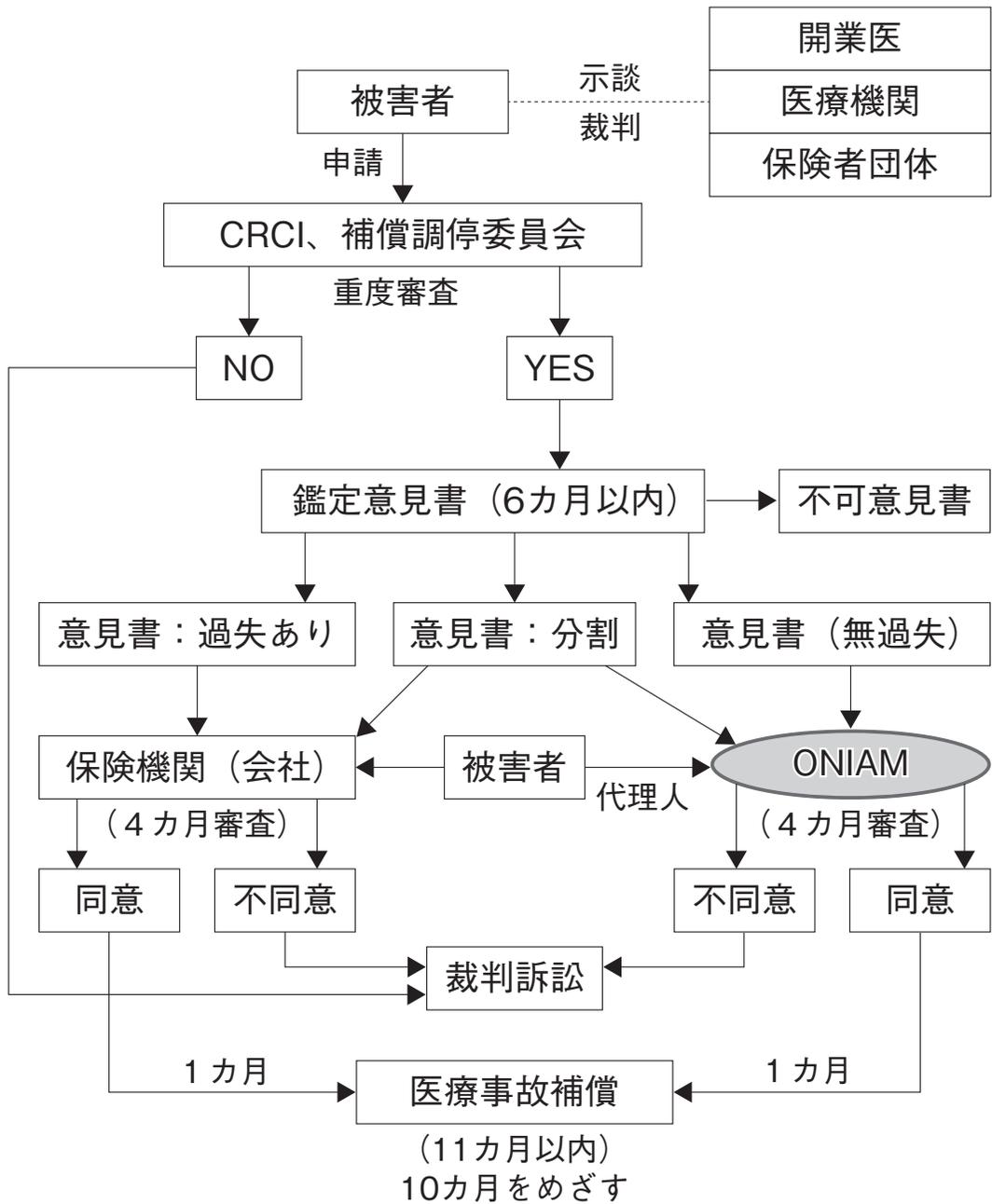
また FSSA（フランス保険会社連合会）傘下をはじめとして保険会社、共済組合は医療民事責任法に基づき、医療機関との医療事故賠償保険契約を行っている。

## むすび

フランスの医療事故補償制度の整備はここ10年あまりの間に進められてきた。医療制度が混合型であるのにもない、補償制度も複雑である。しかし、重大な医療事故については、患者の権利に基づいて、ともかく補償するという原則をたて、政府も基金を出して補償するという制度としている。政府・地方自治体、医療団体、保険者団体、患者団体が対話と交渉を通じて制度作りを進めてきている。そのための関連法制の整備を行っている。

医療事故は犯罪ではない。医療実施者は基本的に善意の行為であり、患者との信頼関係がなければ成立しないであろう。医療リスクを犯罪とすれば、結局、患者も医療従事者も救われないであろう。そうした当たり前のことから制度を組み立てていく必要があることをフランスの事例は示している。医療リスクをなくすことはできない。医療従事者側の努力はフランスにおいても、リスク回避のためのチェックリストの活用やリスク教育、

図1. 医療事故補償制度の仕組み



出所：CRCI Rapport de l'activitéに基づき石塚作成

表7. 申請先件数と解決方法(2014年)

申請先	示談	裁判	合計	構成比(%)
AP-HP パリ周辺公的医療機関(病院)	138	54	192	2%
医療保険者機関	2759	3194	5953	69%
ONIAM	2236	206	2442	28%
合計	5133	3454	8587	100%

出所：ORM Rapport d'activité, 2014

表8. CCI への医療事故補償申請数

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
年間	1719	3453	2671	2719	3439	3556	3611
月平均	—	288	223	227	287	296	301
承認意見書	48	511	947	1147	1383	1316	1327
仲裁勧告	29	102	216	204	204	239	241
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	合計
年間	4113	4281	4255	4394	4479	4319	47009
月平均	343	357	355	366	373	360	
承認意見書	1293	1410	1527	1504	1482	1582	15477
仲裁勧告	258	277	313	284	319	278	2964

出所：ONIAM Rapport d'activité 2015, に基づき作成。

注：ONIAM 制度発足以来、申請数は微増傾向にある。申請数と補償承認意見数の比率は平均すると約33%である。すなわち、賠償承認数は約3分の1である。仲裁勧告数約3,000件は示談または訴訟となる。

表9. CCI 医療事故補償申請数 2015年

新規受付	審査前却下	審査中	審査後却下	承認意見書	審査不服	仲裁勧告	審査会開催数
4319	1506	3493	1664	1582	337	278	227

出所：ONIAM Rapport d'activité 2015, により作成

注：新規受付とは2015年受付数、審査中とは同年審査継続中の数字、承認意見書とは、医療補償対象の可能性が高い申請。審査不服とは被害者が審査結果に不服を申し立てたもの、仲裁勧告とは、ONIAM による補償ではなくて、当事者同士または裁判による解決を勧告したもの。審査会回数とは全国の CCI の開催回数。一回の審査会で10から20件くらい検討していると思われる。

医療安全文化の推進などの試みを進めている。医療リスク発生のうち、無過失医療が34%、過失医療12%であった(2013年度、ORM)。公衆衛生、感染症、救急、医療機器、薬剤、医療技術などを含めて、さまざまな医療リスクを軽減することが医療供給者側に求められていると同時に、患者の医療へのアクセスと被害を社会的に補償していくことが、医療の民主化の発展になるとフランスでは考えられている。

Rapport d'activité 2014, ORM,  
 Rapport d'activité 2015, ORM  
 Rapport d'activité 2015, ONIAM  
 Les indemnisations en 2015, ONIAM  
 Compte rendu, Commission des affaires sociales,  
 Assembles Nationale, 2015  
 Rapport de CNAMEd, 2013  
 Document de travail sur EIG, No.117, 2012,  
 Ministere de la Santé

参考資料

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

# 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

### I. はじめに

筆者は、2005年11月に、パリ公立病院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年：349-360）で紹介している。あれから本稿執筆の2017年5月時点で11年半が経過した。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は、11年ぶりに在宅入院全国連盟（Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à domicile, FNEHAD）について学ぶ機会を得た<sup>1)</sup>。在宅入院サービス最大手のサンテ・セルヴィス（Foundation Santé-Service）では1日コースの講習を受け、デリバリーシステムの視察を行った。在宅入院全国連盟については、Nicolas Noirel（ニコラ・ノアレ）連盟代表から説明を受けた。

本稿は、現地で得られた知見と帰国後の文献調査を踏まえて、在宅入院制度（L'hospitalisation à domicile, HAD）の概要と議論の整理、課題の設定を行う。次に、調査結果として、フランスの在宅入院全国連盟の活動と課題について述べる。最後に、考察として、現地調査での疑問、在宅入院の効果、フランスの在宅入院制度の日本への導入の可能性、そして結論を述べる。

### II. 課題の設定

#### 1. 在宅入院制度

##### (1) HADの歴史

フランスにおけるHADの歴史は古く、アメリカ・ニューヨークのモンテフィオーリ病院のブルーストーン医師が実施していた在宅入院と呼ばれるプログラムを自国に導入した1951年、結核在宅療養制度の時代にパリで誕生した制度である。この制度は、英国のHCH（hospital care at home）

やオーストラリアのHITH（hospital in the home）と同様で、その目的もまた利用者にとって快適な空間である在宅において、病院と同等の質の高いケアの提供を保障することとされている。

HADの対象患者は、ポストアキュート期（亜急性期）にあるとされ、HADによるサービス提供によって症状が安定すると「退院」し、自宅療養へと移行していく。このような患者に対して、HADが提供するケアには、主に3つの種類がある。それは、①回復できない患者に対する断続的な苦痛緩和治療（患者が死亡するまで提供可能）、②完全に回復する、あるいは改善できると思われる患者に対するリハビリテーションケア、③短期間にわたって一時的に提供されているが、特殊な技術を必要とする治療である。

在宅入院制度（HAD）とは、1970年12月31日病院法によって導入されたもので、HADの当初の目的は、がん患者の急性期以後の医療を在宅で行うことで入院期間を短縮し、がん治療の入院待ち患者数の減少と医療費の適正化を図ることであった。

その後、1986年5月12日保健省通達により、精神患者を除くすべての急性期以後の患者がHADの対象となり、1991年には病院の代替的な制度として位置付けられた。そして、2000年5月30日の雇用連帯省通達（以下「通達」）によって基本的な枠組みが定められて、入院制度の1つとして認められた。

フランス政府はHADの推進に積極的で、2000年の4,000床を8,000床まで増やす計画をしていた。そのためかつては1床のHAD創設は2床の一般病床閉鎖を必要としていたが、そのような規定が現在は廃止されている（松田 2015）。例えば、2005年調査時には、パリ公立病院所属在宅入院連盟では、当時820床であった在宅入院を2009年までに1,200床に増やすようにという目標値が示さ

れていた(小磯 2016:351)。奥田七峰子によると、「2006年のインフルエンザ・パンデミー・シミュレーションの際、従来の病院入院よりもフレキシブルな増床プランが可能であることが立証された」。また、「地域によっては、HADの周産期部門が、産科医師不足に 대응する形」となっていた(奥田 2008)。

周産期在宅入院医療について、2004年2月4日通達が出され、周産期における医療機関での入院に替わって在宅での高度医療を、保健省は推奨していた(奥田 2007)。

## (2) 在宅入院制度の定義

通達では「HADとは、患者・家族の同意のもと、病院勤務医および開業医により処方される患者の居宅における入院である。あらかじめ限定された期間に(ただし、患者の状態に合わせて更新可能)、医師およびコメディカル職のコーディネートにより、継続性を要する治療を居宅で提供されるサービス」と定義されている。

しかし、その他でも、奥田は「国の入院回避あるいは入院日数短縮化政策と、利用者側のQOL(Quality of life)の向上という両者の利が合致して生まれた『在宅高度医療』である」と述べている(奥田 2004)。また真野俊樹は、「フランス語で『自宅での入院』の意味である。この在宅入院は様々な疾患を持つ急性期の患者を、HADの医師等がコーディネートして多職種による最善の医療を受けさせるというもので、入院に数えられている」と述べている(真野 2011)。さらに、篠田道子は、「患者の居宅を病床とみなし、医療ニーズの高い退院患者に対し、在宅入院期間が病院の医療チームと個人開業者との協働で、退院後も入院と同じレベルの医療サービスを提供するものである」と述べている(篠田 2008)。HADの定義は、通達の通りであるが、実態としては奥田、真野、篠田の言う通りである。

HADは、医療ニーズの高い退院患者に対して、在宅入院機関が病院チームと地域の個人開業者と三つ巴の連携をしながら、在宅ケアへ軟着陸させるシステムであり、多職種チーム同士による集中的ケアマネジメントである。在宅入院機関は病診連携に中核的役割を担い、個人開業者らとの関係を強化し、家庭復帰を支援する。在宅入院の目的

は、入院日数を短縮し、再入院を回避しつつ、患者の在宅生活を支援するものである。精神科を除くあらゆる診療科を対象とする。公立病院協会傘下の急性期病院は、在宅入院機関の支部を併設することが義務づけられ、地方健康庁(Agence Régionale de Santé, ARS)<sup>2)</sup>は、病院の入院を代替する在宅入院をより一層発展させるよう通達している。

## (3) 在宅入院制度の概要

### ① HADの人員

対象疾患の重篤性から、利用者の自己負担はゼロ、100%保険となる(在宅入院に導入される患者のケアが、在宅ケモ、周産期ケア等、フランスでは自己負担ゼロの疾患群のため)。HAD側は、病院での入院治療と同じ点数を保険請求する。純粋な医療費は同額であるが、病院という建物に関する諸費用が発生しない。より正確にいうと、「公的医療保険が80%負担し、患者負担は20%であり、これに加えて入院定額給付金(18ユーロ/日)がかかる。ただし、特定長期疾病については患者の自己負担はない。また、在宅入院の範囲で行われるかかりつけ医や専門医の報酬、薬剤費、在宅入院に関する検査費用などについては、それらの費用を前払いすることなく事後的に支払うこととされており、第三者支払方式を採用している」(片桐 2015)。

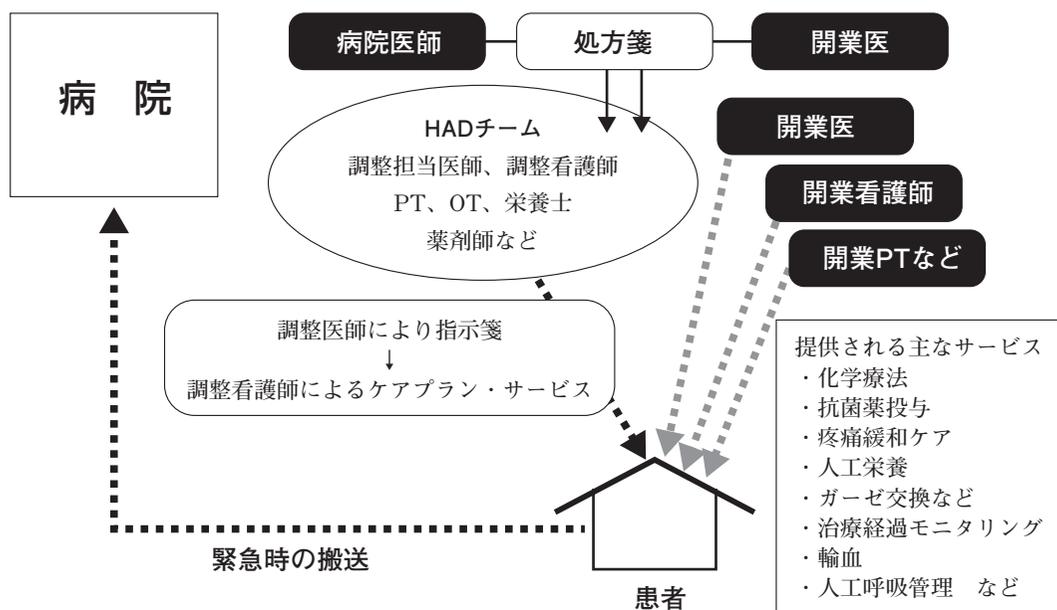
HADの根拠法を示すと、「公衆衛生法典 L. 第6121条-1,2, R. 第6121条-4, R. 第3122-38, D. 第6121条-8, D. 第6124条-306」(奥田 2008)である。

在宅入院サービスは在宅入院組織により提供される。多くの場合、在宅入院組織は病院組織の一部として組織されており、調整担当医師と看護師、理学療法士、作業療法士、栄養士、薬剤師、臨床心理士、ソーシャルワーカーなど多職種から構成されている。医療チームは、医師、看護師、ソーシャルワーカー、薬剤師、理学療法士、作業療法士、看護助手、介護員、心理療法士など多職種で構成されている。

公衆衛生法典では、HADの人員基準を次のように定めている。「HADの職員は、組織と契約を交わした者であるが、同じく契約を交わした個人開業医者であってもよい。患者6名に対し、最

低1名以上の常勤者を配置すること（ただし、この最低人員基準には、介護士またはリハビリスタッフを含めない）。医師を除く全職員の半数以上は看護師資格保持者でなければならない。さらに、30床以上の許可を受けた組織は、管理看護師1名以上を配置すること」（篠田 2010）。

そして、フランスの在宅入院制度の概要を示す



(資料) 松田晋哉 (2015) を参考に作成。

図1 フランスの在宅入院制度 (Hospitalisation à Domicile : HAD)

②調整担当医師（またはコーディネート医師）と調整看護師（または管理看護師）、病院勤務医による積極的関与

調整担当医師(またはコーディネート医師)は、病院勤務医またはかかりつけ医から提出された治療方針をもとに、雇用連帯省通達に基づいて在宅入院の適応について検討する。HADの入院患者の医学的アセスメントに関与し、チームアプローチに協力する。サービス実施中は、病院勤務医とかかりつけ医との連携が義務付けられている。調整看護師(または管理看護師)は、日本のケアマネジャーに相当する役割を担う。ソーシャルワーカーとともに居宅を訪問しアセスメントを実施する。医師(病院勤務医またはかかりつけ医)の処方に基づいてケアプランを作成する。患者・家族の同意を得てサービスの調整を行う。詳細な個別プ

と、図1のようになる。提供される主なサービスも図1に示した通りである。HADにおいて中心的な役割を果たしているのは、調整担当医師（またはコーディネート医師）(Médecin coordonnateur)と調整看護師（または管理看護師）(Infirmière coordinatrice)である。

ラン(リハビリテーション計画や疼痛コントロール計画など)については、担当の職種が作成する。本人・家族、医師、コメディカルの調整役である。また、高齢者自助手当(Allocation Personnalisée d'Autonomie, APA)<sup>3)</sup>が併給されている人については、開業看護師や介護サービス事業者と連携をとり、医療と介護が一体的に提供できるように調整する(篠田 2010)。

調整担当医師になるには医学部を卒業し、医師としての初期研修を終えた後、大学で1年間の教育を受け大学ディプロマを取得しなければならない。現在、このディプロマを出しているのはパリ大学とグルノーブル大学の2カ所である(松田 2015)。他方、調整担当看護師になるための資格は現時点で特に定められていないが、その研修の制度化に向けて検討が行われている。

フランスでも病院勤務医の病院連携や在宅医療への関与が低く、退院支援はHADに任せる傾向がみられた。しかし、前述した通達には病院勤務医の責務が明文化され、病診連携への積極的関与が義務付けられている。通達内容は次の通りである（篠田 2010）。

- ・在宅入院関連業務担当医師を病院組織から選出する。
- ・在宅入院コーディネーター医師への情報提供、協力、連携を行う。
- ・在宅入院スタッフと共同で、治療方針、ケアプランを作成する。
- ・入院時および再入院時の患者のフォローを行う。
- ・癌、心疾患、神経疾患等の専門的治療について意見を述べる。
- ・プロトコールの指導。
- ・かかりつけ医、在宅入院スタッフへの教育。

### ③在宅入院実施の手続き

在宅入院を実施する手続きは次の通りである。まず、開業医および病院医師から調整担当医師に在宅入院の処方箋が送られる。調整担当医師は患者の状況を分析した後、在宅入院の対象になると判断した場合、在宅入院の調整を行う。パリ病院協会の場合は、調整担当医師の指示箋を受けて調整看護師はHADが必要となる患者に対して、在宅入院のケアプラン作成、入院時からの退院調整、他の在宅サービスの調整、患者や患者家族の相談などを行う。

在宅入院制度は検査前在宅入院（HAD a priori）と検査後在宅入院（HAD a posteriori）に区分される。前者の典型例としてはハイリスク妊婦を対象としたものがある。この場合、患者の在宅にモニター機器が持ち込まれ、それを遠隔で病院の医師・看護師が監視する。そして、リスクが高いと判断され通常入院になるというシステムである。後者は手術後の管理やがん患者の在宅化学療法、脳梗塞後の在宅リハビリなどを多職種の協働のもとで行うものである。現在、約50%の在宅入院は病院に所属する在宅入院部門によって提供されているが、残りの半分は非営利組織の独立した在宅入院事業者（ベッドを持たない）によって提供されている。

HADは入院医療の一環であり、その病床数は

地方医療計画（Schéma régional d'organisation sanitaire, SROS）によって規定されている。予定されたレベルまで病状が回復し、「入院医療」が必要ないレベルになると「退院」し、その後は必要に応じて開業医や開業看護師の往診や高齢者自助手当（APA）による在宅介護サービスを受けることになる。

## 2. 在宅入院制度をめぐる議論

### (1) 医療ニーズの高い患者を在宅で受ける

宮島俊彦は、「これから急速に高齢化が進む日本の都市部、特に首都圏では、入院需要が増えてくるので、平均在院日数を短縮していくしかない。そうすると、当然、退院高齢者について、地域での受け皿が必要になる。それでは、在宅サービスで受けられるかとなると、介護サービス中心に組み立てられてきた今の在宅サービスでは、医療ニーズが高い退院患者を受け入れることは困難である。また、退院直後の重度者の在宅は24時間の訪問看護・介護サービスでないと支えられないが、今の在宅サービスでは対応できない」と明確に述べている。そして「フランスのような在宅入院制度があれば、少なくとも退院後1か月ぐらいは、居宅での継続的な療養生活も可能になる。そして、その間に、病状が安定し、要介護度も下がってくれば、通常の在宅での看護・介護サービスに移行する。また、重度者については、24時間訪問看護・介護サービスや小規模多機能サービスを検討する。いよいよ在宅が無理だとなったら、特養ホームなどの施設を検討するといった段階的な選択が可能になる」と述べ、選択肢が増えることを良しとしている（宮島 2016）。

善生まり子は、「わが国に、フランスのHADのような機関を単純に導入することは、困難であり、論外であると考えているが、入院施設から在宅移行に係る退院調整機能の充実には、看護師と社会福祉の配置にとどまらず、HADのような組織図を描くことも必要ではないか」と、やはり選択肢の一つとすることもありうると提案している（善生 2011）。

### (2) 在宅生活へ軟着陸させるシステム

篠田道子は、「フランスでは長期入院を回避するシステムとして、在宅入院制度が効果をあげて

いる。この制度の特徴は、病院チーム、在宅入院チーム、個人開業者による三つ巴連携により、退院を促進し、在宅生活へと軟着陸させるシステムである」と述べている。「特に医師同士の連携で、HADのコーディネーター医師が果たす役割は大きい。入院から退院まで継続して関わり、さらにHADの利用期間中も病診連携の要として調整機能を発揮する」「病院勤務医の責任が明文化され、在宅入院関連業務担当医師を選出する、在宅入院スタッフと共同で治療方針やケアプランを作成するなど、病診連携への積極的な関与を義務付けている」（篠田 2010）。

また篠田は、「在宅入院制度を活用して、医療ニーズの高い患者への集中的ケアマネジメントや重層的な訪問看護により、在院日数を短縮しつつ質の高い在宅支援を提供している」「在宅入院制度に代表される、医療ニーズの高い患者への多職種・多機関の集中的ケアマネジメントや、重層的な訪問看護について、フランスならではの特徴があり、わが国への示唆に富んでいる」と述べ、「医療に特化したサービスを短期間集中的に提供し、早めに介護サービスに移行して在宅生活を長く続けてもらい、医療費を削減するのが政府のねらいである」と指摘している（篠田 2008）。

フランスでは、変化した医療・介護ニーズに対応するため「高齢化社会適用法」が策定され、介護資格制度の再編が起こっている。地域包括ケアに舵を切ったことで、在宅入院をネットワークとして位置付けるなど、場所や制度を越えてサービスを提供する仕組みを整えている。しかしHADの利用が伸び悩んでいることを篠田は指摘している（篠田 2016）。

### (3) 先を見越した在宅医療・介護システムを検討

松田晋哉は「現在増加している在宅医療の対象者の多くは診療所ベースの外来医療からの移行ではなく、病院の入院医療から在宅に移ってきている」と、病院の医療を在宅で引き継いでいる現状の見直しと、新しい在宅医療の基盤整備のための対策として、英仏の在宅入院制度の日本への導入可能性および必要性を示唆している（松田 2009）。松田は、英仏の「入院医療の在宅導入（在宅入院）に関する効果検証」について、海外では

「医療費適正化効果」等の経済効果は一定の結論が得られていないが、すでに「臨床的効果」「患者のQOLの視点」の2点については効果検証済であることを指摘している。松田の結論は、「在宅死の必然性を問われた時に、自宅でも十分な医療や介護が受けられるよう、開業看護師のような活動と、HADのように、柔軟かつ融通性をもって、サービス対象者の自宅を病床に置き換える等、発想の転換と先を見こした在宅医療・介護システムを検討していくことが求められていると考える」。さらに松田は、「今後医療ニーズの高い高齢者の在宅医療のニーズが増大することから、「日本の地域包括ケア病棟は、将来的にこのような在宅入院サービスを行うべきである」と、一歩進めた考えを述べている（松田 2015）。

### (4) 在宅療養環境の整備

筒井孝子は、在宅で病院と同程度の医療の質を担保し、患者を管理するという病院入院の代替としての機能を果たすフランスの在宅入院制度（HAD）の概要を紹介し、日本の地域包括ケアシステムにおける大きな課題である在宅療養環境の整備について考察するとともに、同システムの進展における看護職への期待を提示している（筒井 2015）。また筒井らは、これまで日本で紹介されることなかった、実際にこのHADを運営してきたディジョン（Dijon）<sup>4)</sup>のFEDOSAD（Fédération Dijonnaise des Œuvres de Soutien à Domicile）という組織における地域での取り組みを紹介している。Dijon市で創設されたFEDOSADは、地域の専門家と国、地方、県レベルの機関からの支援を受け、在宅ケアという、いわばベンチャー産業に挑んだ組織体である。HAD FEDOSAD21事業体の創設当時から、これまで直面してきた問題点、幸運な出来事、関係のある様々な専門家、プラクティスを定義する文書や、フランスにおけるこれらの制度の限界を紹介している（Terrade O, Tsutui T, and Cottencin A, 2012）。

### (5) おおむね導入に前向きな議論

以上のように、主な先行研究をみると、国内の論者はおおむね前向きにわが国に導入する方向で在宅入院制度を肯定的に論じている。例えば、篠田が述べているような、政府のねらいである医療

費削減のために、長期入院を回避するシステムとして、在宅入院制度の効果をあげている。しかしこのことは、後述するように筆者らの調査では、医療費削減効果は確認できなかった。それどころか、多職種・多機関の集中的ケアマネジメントや、重層的な訪問看護について、フランスならではの特徴は認めつつも、多くのケースでうまく機能しているとは考えらず、課題が多く見てとれた。

宮島俊彦がいうように、在宅入院制度を選択肢の1つとすることを良しとしている点は一考に値するが、善生まり子が指摘するように、「わが国に、フランスのHADのような機関を単純に導入することは困難であり、論外であると考えるが、入院施設から在宅移行に係る退院調整機能の充実には、看護師と社会福祉の配置にとどまらず、HADのような組織図を描くことも必要ではないかと考える」とあるのは、在宅入院制度の改良を示唆している。

研究方法は松田を除き、パリ市等の在宅入院サービス提供組織の事例研究がほとんどであり、特段有効なエビデンスを得ているとは考えられない。そして、在宅入院制度を明確に否定する研究は見当たらない。

### 3. 本稿の目的

本稿は、以上の先行研究の議論を踏まえて、やはり事例研究ではあるが、Nicolas Noirel（ニコラ・ノアレ）連盟代表のプレゼンテーションから、HADが国の中でどのように活動しているか、について述べることである。フェデレーション・ナショナル＝全国連盟という組織について、次に、これからの政策の方向性について、最後に将来の展望の改善点等について、報告する。

本稿のテーマが「在宅入院制度に関する研究」としている点は、在宅入院制度の日本への改良導入を目的とするよりも、在宅入院制度とはどのような仕組みなのか、問題点は何か等、検討する機会とすることを狙いとしている。

地域包括ケアシステムがわが国の方針として位置付けられ、平均在院日数の短縮化と在宅への復帰が至上命題化する中で、フランスの在宅入院制度がにわかにクローズアップされてきているようである。それは、病院退院後の患者の在宅復帰問

題が背景にあることは論を俟たない。何らかの改善の必要性を感じている。この課題に対して、フランスの在宅入院制度から示唆を得ることは可能と考える。

## Ⅲ. 調査結果

### 1. フランスの在宅入院全国連盟の活動と課題

#### (1) 組織形態と活動

Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à domicile (FNEHAD) は、在宅入院全国連盟である。フランス全国に在宅入院組織は色々あるが、1973年に創設され、それらを総括した組織である。フランス全国に300の組織が在宅入院という名前であり、その内の250がFNEHADの傘下に入っている。FNEHADへの加盟は義務ではない。在宅に特化した連盟はFNEHADだけだが、公立病院協会や私立病院協会、そして私立非営利病院協会といった医療ロビーがあり、5大ロビーといわれている。FNEHADに加盟していない50の組織は、どこの傘下にも入っていないかもしれないし、他の組織に入っているかもしれない。

HADにはパブリック (secteur public) もあるが、プライベートのNPO (secteur privé à but non lucratif (don't espic)) と営利の組織 (secteur privé commercial) もある。つまり、パブリック、NPO、営利組織の3つがある。本当に小さいHADはFNEHADに加入していないが、ほとんどの組織がFNEHADに加入している。組織全体の41%がパブリックであり、アクティビティ (活動) は26%である。次にNPO組織が41%であり、アクティビティが61%である。そして営利組織が18%であり、活動量でいうと全体の13%となっている (表1)。ちなみに、2007年以降2015年までのそれぞれの構成割合の推移は表2の通りである。営利の組織は9年間で8ポイント増加し、NPO (非営利) は3ポイント減少し、パブリックは5ポイント減少した (FNEHAD, 2016:43-45)。

表1 HADの組織形態と活動量 (N=308)

	パブリック	NPO	営利組織	計
組織形態	41%	41%	18%	100%
活動量	26%	61%	13%	100%

(資料) FNEHAD, *Rapport d'activité, 2015-2016*, p.45, 2016.

FNEHADは、政府への、あるいは同業者へのロビー活動を行っている。政策側である厚生省 (Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 健康問題、および政府の社会政策の実施を担当する) との交渉や診療報酬を改善して欲しいなどのロビー活動をしている。次にHADとして、医療職者だけでなく、病院や患者団体など、一般の多くの人に向けて広く知らしめる、広告をする意味でのロビー活動をしている。パリ市本部だけでなく、地方にも支部を置いており、地方でもそういった活動を行っている。そして何よりの強みは、フェデレーション=連盟であることによって、持っている知識、技術、ノウハウを互いに教え合う研修の場 (プラットフォーム) ともなっている。病院のグッド・プラクティス (Good Practice) とは異なった在宅入院ならではのグッドプラクティスとなって研修を行っている。インターナショナルHADが「在宅入院協会の日」(在宅入院デー) を12月7日に設定し、ミーティングや勉強会を開催している。

HADというのはベッドの場所が、病院ではなく、患者宅のベッドになるということである。その間は患者が家で入院するわけである。入院とい

う言葉に違和感を覚えるのが普通であろうが、家のベッドに入っている期間が当然決まっている。ずっと家にいることから、感覚が麻痺するかもしれないが、退院という日もあるわけである。「ここで終わります」という日が退院をする日である。このように入院の入口も出口もある。それからメディカルとコメディカルの両方をコーディネーションする。コーディネートされたメディカルとコメディカルの行為が在宅で行われる。

## (2) 在宅入院の目的

フランスでは、在宅訪問看護師のほか、リハビリなどの開業コメディカルが活躍している。そういった看護師を含むコメディカルが個別に提供する看護行為ではできない高度な技術と頻回なケアを必要とするものが在宅入院である。在宅入院の目的は、入院を回避する、または入院期間を短くすることである。グローバルなケアであり、医療的な看護学的なことだけではなく、もっと社会的な、患者の置かれた環境などもケアする、色々な観点からケアする。

最も勘違いされやすいのは、訪問看護師や訪問介護士がやっているようなことはHADの仕事ではないことである。HADはあくまでも病院で行われていない技術が在宅で行われていることであるので、予期せず発生してしまうことはあるかもしれないが、少なくともそれだけしか必要ない人のところには行かない。つまりHADの対象ではない。退院患者の1%がHADの対象患者である。

表2 HADの組織形態の推移 (2007~2015)

	2007 (N=204)	2008 (N=231)	2009 (N=271)	2010 (N=292)	2011 (N=302)	2012 (N=317)	2013 (N=311)	2014 (N=309)	2015 (N=308)
営利の組織 (secteur privé commercial)	10%	11%	13%	15%	16%	18%	17%	17%	18%
プライベートのNPO (secteur privé à but non lucratif (don't es-pic))	44%	42%	43%	43%	42%	40%	42%	42%	41%
パブリック (secteur public)	46%	47%	44%	42%	42%	42%	41%	41%	41%

(資料) FNEHAD, *Rapport d'activité, 2015-2016*, 43-45, 2016.

在院日数を短くすること、これがHADの一番の目的であり、退院の受け皿となることがHADの活動の大きな目的である。次に高齢者の治療で普通の成人なら入院するかもしれないが、かなりの高齢なら家でという方向になりがちでありHADに向いている。それからターミナルケア、これも高齢者のターミナルケアになると、やはり一般成人のターミナルケアと異なるので、やはりHADに向いている。

HADにはロジスティックのサポートが必要である<sup>5)</sup>。とても訪問看護師や訪問介護士ではできると考えられず、やはりHADでなければできない、そのような患者がHADの対象になる。あるいは、超急性期が終わった後、24時間サーベイは必要なくなる。MRIやCTスキャナの撮影が必要なくなったときにはもう在宅でいいので、病院から退院する。在宅が変わるとき、しかし病院の治療が必要なきにHADに行く。ちなみにHADを利用する患者の平均年齢は、全国でみると60歳である。

繰り返して言うと、HADは高齢者介護ではない。たとえば酸素を運ぶためのエア・リキード社(AIR LIQUIDE：世界シェア第1位の産業ガスの大手メーカー)がある。持ってくるのはあくまでもマテリアルに限った家庭環境をそろえるサービスはするが、これもHADの仕事ではない。それは必要があれば手配はするが、それが競合するような患者ではない。非常に長く、そして頻回に介入しなければいけないようなケア、それは色々な多職種連携してコーディネートされないといけないものである。

ガーゼ交換でも30分以上かかるガーゼ交換がある。ナースングでも2時間以上かかるナースング、そういったものはHADの対象になる。かなりテクニックや技術性の高いもの、例えば、負圧をか

けてのガーゼ交換や消化器系のアスピレーション(吸引)、新生児期、周産期、集中的なりハビリテーション、ケモセラピー、ペインコントロール、複雑な人工栄養、またはメデイカルなことではなくソーシャル面でみなければいけないものである。看護師、リハ士、栄養士、臨床心理士、ソーシャルワーカー、こういった人たちも必要になってくる。病院に行くとみんな揃っているが、単体で看護師だけがくると、そういった人たちへの連絡がおろそかになる。

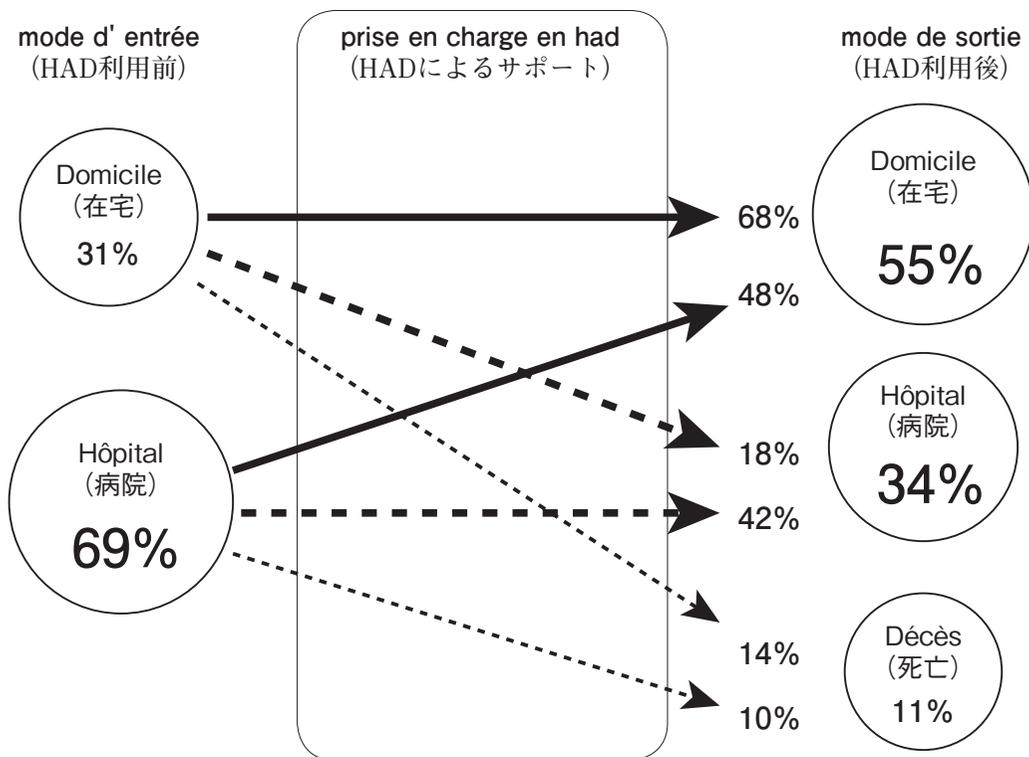
### (3) 患者の軌跡と平均在院日数・割合

#### ①患者の軌跡

頻回介入といっても、ものすごく急変期や進行期には、本当はかなり呼ばれればなしになる。訪問看護師ではどうしても対応しきれなくなってしまふ。それがHADなら色々な医療者が来ることで何とかなる。24時間365日、何らかのケアが必要な患者もやはりHADの対象になる。

それから病院仕様に特定された薬がある。抗がん剤や劇薬、麻薬類、こういったものは街の薬局では買えない。例えばポンプモルヒネ(Patient Controlled Analgesia, PCA：自己調節鎮痛法)を使うのがHADである。

患者がどこからくるかということ、自宅からかかりつけ医の紹介でくるのが31%である。これは、いわゆる入院回避のほうである。次に、69%の患者が病院から退院して紹介でくる。これは在院日数が短くなるので早期退院の場合である。そしてここで在宅入院に入り退院する。退院するときはどこに行くかということ、自宅にそのまま在宅維持ができた場合である(55%)。入院しなければならぬ場合も出てくる(34%)。そして自宅で亡くなるケースが11%である。11%の亡くなる患者はターミナルケアである<sup>6)</sup>(図2)。



(資料) FNEHAD, *Rapport d'activité, 2015-2016*, p.53. 2016.

(出所) Fédération Nationale des Établissements d'HAD (FNEHAD), *L'Hospitalisation à domicile (HAD)*, 12 octobre 2016.

図2 La trajectoire des patients en HAD (患者の軌跡)

年齢は新生児から高齢者まで問わない。何歳でも在宅入院することができる。平均は60歳だが乳幼児、小児、成人、高齢者もいる。そして疾患が重篤な疾患であること、急性期であること、あるいは慢性期であること、いずれにしてもかなりの技術やコーディネーションが必要な重度の病気であること、そして家やアパートメントだけではなく老人ホームでもよい。高齢者施設、あるいは障害者の社会医療施設、そういったところも当該患者にとっての自宅であればそこに訪問する。

これは、「2007年からは、高齢者施設や高齢者住宅に入居している人もHADのサービスを利用できるようにするなど、対象者や利用要件を緩和し、在宅ケアを支えているからである」(篠田 2016)。

## ② HADの平均在院日数・割合

2012年の平均在院日数は25.2日(ただし、産後ケアおよびハイリスク新生児ケアを除いた場合は29.4日)である。これは2009年の23.7日(同28.5日)と比較すると、長期化している。その理由は、

対象患者の高齢化と重度化のため、在宅看護・介護への移行に時間と手間がかかっているためである。在院日数割合は、10日未満が全体の51%を占めている。10日未満の主なサービスには、輸血や産後ケアなどが含まれている。次いで10日以上～20日未満の17%である。一方で、神経難病などのリハビリテーションなどは1カ月以上の在院日数を要するなど、疾病やサービスによって差が大きくなっている(篠田 2016)。

## 2. HADの設置状況

### (1) フランス全土

HADは、フランス全国津々浦々をカバーしている。地域をみると、医療過疎地と人口密度の低い地域もある。そういうところでも、HADは十分に存在していて利益が出ている。HADを1つ設置すると、そこにある程度の患者が行くことによって、そのHADを運営している人たちも存続できる。

ミニマムでも人口10万人当たり10人である。これでも何とかやっつけていけるそうである。マルティニーク (Martinique) <sup>7)</sup>は10人、フランス東部のアルザス (Alsace) 地方<sup>8)</sup>も小さくて12人である。一方、大きいところ、こちらも海外県である。グアドループ (Guadeloupe) <sup>9)</sup>は人口10万人当たり81人いる。ギュイヤヌ (Guyane) <sup>10)</sup>59人、コルシカ (Corse) <sup>11)</sup>28人、アキテーヌ地方 (Aquitaine) <sup>12)</sup>27人である。こういう大きいところもある。国内で大きいのはコルシカとアキテーヌである。グアドループ (Guadeloupe) の81は大きい数字なので驚くが、島に1つしか病院がない。グアドループ (Guadeloupe) はけっこう大きい島である。それから島民の風土として在宅思考があり、「病気になったときは在宅で」と定着している。病院にあまり行く環境にない、または敷居が高い。

在宅入院は病院なので、当然認可が必要である。患者の自宅なので勝手に広げられるわけではなく、国からの認可をもらってはじめて設置できるので、人口が少ないところには認可を与えない。むやみに認可を与えてしまうと、ひとつ一つのHADが生きていけなくなる。耐えられなくなるような地域では認可をださない。それから北にある地方では最大限頑張っている地方がある。そういったところは何をしているかという、大きい病院が1つある。その大きい病院のところに6つのHADがある。6つのHADが共倒れしないように、あるいは小さなHADが生き残れるように、6つでひとつの退院支援窓口を一緒に経営している。そして、そこには民間もあれば公立もあるが、ひとつにすることで患者をうまく配分している。

## (2) パリ市内

パリ市内のHADは3つの大手しかない。大きくやっつけているところがあれば小さいところは明らかに勝てない。3つのシェアは99%である。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。パリで小さなHADができてしまうとやはり生きのびられない。ベアラブル (bearable: 耐えられる) でなくなってしまう。

例えば、田舎や山岳地方の人、あるいはとんで

もなく1日当たりの料金よりも高くついてしまう治療が必要な患者がいたとする。そういう患者を断ることがないように、FNEHADは、色々活動している。しかし診療報酬は一律である。

許認可で開設をコントロールするのは、病院のベッドを医療計画でコントロールするのと同じことである。現在ARSは、公立病院は病床数ではコントロールされておらず、活動量でコントロールされていて、同じロジックである。まったくの民間であれば通常自由のはずだが、それもコントロールされている。HADに限らず病院も開業もコントロールされている。

## (3) Certification (認定)

HADは家庭で入院するが病院と同じ扱いである。許認可は病院と同じARSの認定が必要になる。例えば、ベッドを開けるときに、必ずARSからの認可が必要となる。次に第三者評価機構からのサーティフィケーション (CERTIFICATION) が必要になる。それはHAS (Haute Autorité de Santé: 高等保健機構) である。

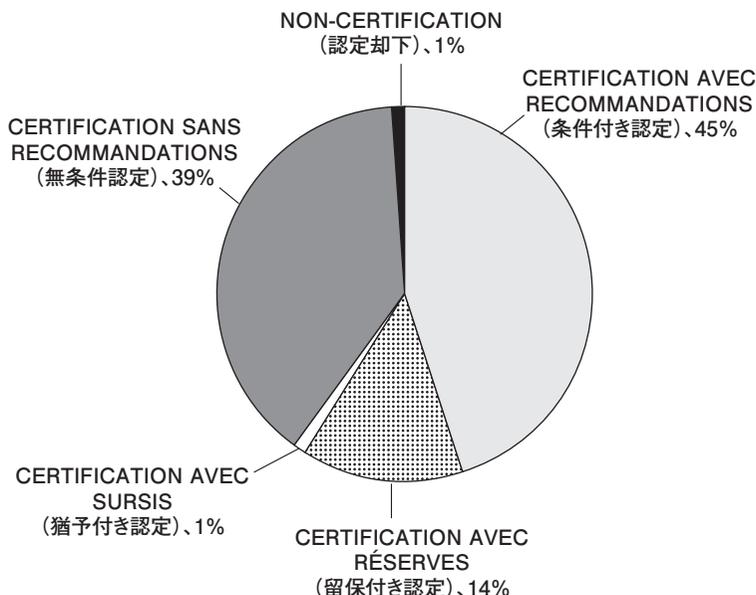
HASは、2004年8月13日の法律により、2005年1月1日に設立された機関である。HASの法的位置づけや役割等は、社会保障法典 (Code de la sécurité sociale) の第6部 (給付及び治療に関する規定—医学的統制—社会的給付に対する監視) の第1章の2 (HAS: 高等保健機構) に規定されている (L161-37条~L161-46条)。HASは法人格を与えられた科学的な性格を有する独立の公的機関であり、医療の質と効率性を確保するための中心的な役割を担っている。HASはジュベプランのもとで設立された「ANAES (agence nationale d'accréditation et D'évaluation en santé: 全国医療評価機構)」の役割を継承し、その役割を拡大した組織ともいえる。HASは、すべての患者・利用者が、可能な限り効果的で安全かつ効率的な医療に、公平かつ持続的にアクセスできるよう、医療製品 (医薬品・医療材料) や診療行為、医療・公衆衛生の組織を評価する役割を担っている (健康保険組合連合会 2014: 22)。HASは、イギリスのNICEに似ている。

第三者評価機構 (HAS) からのCertification (サーティフィケーション: 認定) はRecommendation (リコメンデーション: 推薦) ありの要観察とい

う経過もあるが、だいたい通っている（図3）。1%だけサーティフィケーションが却下された（NON-CERTIFICATION）。

無条件認定（CERTIFICATION SANS RECOMMANDATIONS）（39%）の有効期間は4年以内である。条件付き認定（CERTIFICATION AVEC RECOMMANDATIONS）（45%）は、病院は条件（勧告）の実現に取り組む努力をする。

認定期間は4年以内である。留保付き認定（CERTIFICATION AVEC RÉSERVES）（14%）は、留保条件あるいは複数の条件付きの認定である。3か月から12か月以内に結果書類を提出する。猶予付き認定（CERTIFICATION AVEC SURSIS）（1%）は、病院が受け入れできない状態であるため、HASはその他の受け入れ病院を他の地方などで探す。



(資料) FNEHAD, *Rapport d'activité, 2015-2016*, p.57, 2016.

(出所) Fédération Nationale des Établissements d'HAD (FNEHAD), *L'Hospitalisation à domicile (HAD)*, 12 octobre 2016.

図3 NIVEAUX DE CERTIFICATION V2010 APRÈS DÉCISION FINALE DES 85 ÉTABLISSEMENTS D'HAD AUTONOME (2010年度 HAD 所管病院施設認定比率)

### 3. 在宅での院内感染とアセスメント

#### (1) 在宅での院内感染

在宅で院内感染をどうとるのか。スタッフが介入するときに菌をもってくる。それが同定できる。もともとなかったものが出てきたらそういうことである。

院内感染率（表3）についても、ICALIN, Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections Nosocomiales（院内感染対策指標）では、最大100%のところ、score HADでは0.8%、score generalでは0.1%という数値である。

ICSHA, Indicateur de Consommation de

Solutions Hydro-Alcooliques（ハイドロアルコール生成物消費指標）では、score HADでは0.0%、score generalでは0.2%という数値である。

ICA-LISO, Indicateur Composite des Activités de Lutte contre les Infections du Site Opératoire（手術室感染対策指標）は Non applicable（非該当）である。

ICA-BMR, Indicateur Composite de maîtrise de la diffusion des Bactéries Multi-Résistances（マルチバクテリア指標）では、score HADでは0.0%、score generalでも0.0%という数値である。

ICATAB, Indice composite de bon usage des antibiotiques（抗生剤使用指標）は Non applicable（非該当）である。

SARM, Staphylococcus aureus Résistant à la Méthicilline(葡萄状菌抵抗指標)も Non applicable (非該当)である。

表3 RÉSUULTATS DU TABLEAU DE BOAD DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (院内感染の結果)

		A	B	C	D	E	DI	EFFECTIF
ICALIN 2 (2014)	score HAD	66.7%	27.6%	3.3%	0.8%	0.8%	0.8%	123
	score general	79.5%	11.7%	4.7%	2.0%	2.0%	0.1%	2760
ICSHA 2 (2014)	score HAD	65.0%	18.7%	7.3%	8.1%	0.8%	0.0%	123
	score general	56.9%	25.6%	13.0%	3.4%	0.9%	0.2%	2663
ICA-LISO	score HAD	Non applicable						
ICA-BMR (2013)	score HAD	63.1%	18.9%	13.9%	4.1%	0.0%	0.0%	1.22
	score general	69.4%	20.4%	6.6%	2.3%	1.3%	0.0%	2348
ICATAB	score HAD	Non applicable						
SARM	score HAD	Non applicable						

NOTE DE LECTURE : 65 % des HAD atteignent un niveau A Dour le score ICSHA 2 contre 56.9 % pour l'ensemble des établissements de sante.

(資料) FNEHAD, *Rapport d'activité, 2015-2016*, p.58, 2016.

(出所) Fédération nationale des Établissements d'HAD (FNEHAD), *L'Hospitalisation à domicile (HAD)*, 12 octobre 2016.

## (2) アセスメント

第三者からのプリスクリプション (Prescription: 処方箋) が必要なことは大事な点である。かかりつけ医でない他のドクターからのプリスクリプションで、「これは在宅入院の対象」と言われてはじめて家に患者が流れてくる。そして他の医療機関からの紹介があり、次のステップでアセスメントを行う。HAD で本当に受け容れられるケースかをスタッフカンファレンスで一緒に話し合って決める。アセスメントでケアプランニングを立てて、本当に可能かどうかを検討して患者をとる。一番大事なのはそのときのかかりつけ医の役割である。かかりつけ医に「いや、在宅はやっている時間はない」と言われたら、そこで終わりである。すると、その患者には在宅入院を導入することはできない。

## 4. 在宅入院の医療費と疾患

### (1) 医療費総額の推移

人口10万人当たり19.2人 (et 19.2 patients par jour pour 100000 habitants) の在宅入院対象者になる。2015年の利用者は10万5千人 (Nombre de patients en: 105000)、平均在院日数が25日 (durée moyenne du séjour : 25 jours) で、医療費総額914億ユーロ (dépenses d'Assurance maladie consacrées à l'HAD : 914M€) である (表4)。

疾病金庫からの支払いは、在宅に限った部分でいうと0.5%と、在宅入院の914億ユーロは本当に

少ない。病院での治療も全部入れると1%になるが、病院を利用しない、まったくの在宅の部分だけなら、医療費全体の0.5%である。しかし結局、病院も部分的に利用するので、それも入れると医療費全体の1%になる。

表4の2005年からみていく。国がHADを増やそうと、プロモーションを行っていた頃は、総収入の前年比 (EVOL, EN%) 35%、23%、15%、19%と増やしていた。その頃はHADをどんどん認可していた頃である。ところが「HADもそんなに経済的ではない」ということになった。9%、8%、7%、4.1%、2014年は1.7%に絞られた。確かに医療費総額を10年スパンでみると3倍増にはなっている (913,977,329 ÷ 285,071,409 = 3.2)。しかし、勢いよく増やしていた頃は終わり、黄金期は過ぎたことがわかる。2015年は、また少し増やそうということで4.6%になった。

それほど安くもない診療報酬が減ったこと、それからある活動を減らされたことがある。たとえばハイリスク妊婦の分娩前サーベイがHADにしてもいいところであったが、低リスク妊婦の管理まではHADでは認められなくなった。新しい技術が開発されて、そのテクノロジーが在宅でできるようになったときの2009年に、対前年比19%増えている。そして、HADの扱い妊婦数がどんどん減っていく中で、2012年には対前年比7%に減ったのがそれである。

表4からは、施設数の推移と延べ利用日数、入

表4 Une progression significative sur la dernière décennie (10年間の推移)

・ Evolution moyenne annuelle sur les 10 dernières années : +12% en nb de journées  
 ・ Inflechissements sure les 5 dernières années : + 5 % en nb de journées

	NOMBRE ES (施設数)	EVOL EN% (前年比)	NOMBRE JOURNÉES (日数)	EVOL EN% (前年比)	NOMBRE SEJOURS COMPLETS (入院件数)	EVOL EN% (前年比)	NOMBRE PATIENTS (患者数)	EVOL EN% (前年比)	VALORISATION BRUTE EN M€ 〔総収入(百万€)〕	EVOL EN% (前年比)
2005	123		1,505,814		63,666		35,017		285,071,409	
2006	166	35%	1,948,210	29%	80,980	27%	46,022	31%	385,979,339	35%
2007	204	23%	2,379,364	22%	95,100	17%	56,287	22%	474,842,806	23%
2008	231	13%	2,777,900	17%	112,591	18%	71,743	27%	546,062,339	15%
2009	271	17%	3,298,104	19%	129,748	15%	86,674	21%	652,368,093	19%
2010	292	8%	3,629,777	10%	142,859	10%	97,624	13%	714,045,440	9%
2011	302	3%	3,901,637	7%	149,196	4%	100,100	3%	771,218,660	8%
2012	317	5%	4,207,177	8%	156,318	5%	104,960	5%	825,049,082	7%
2013	311	-2%	4,366,656	3.8%	156,638	0%	105,144	5%	859,148,360	4.1%
2014	309	-1%	4,439,494	1.7%	156,284	0%	105,923	0.7%	873,806,744	1.7%
2015	308	-0.3%	4,629,254	4.3%	160,793	2.9%	105,008	-0.8%	913,977,329	4.6%

(資料) FNEHAD, *Rapport d'activité, 2015-2016*, p.43, 2016.

(出所) Fédération nationale des Établissements d'HAD (FNEHAD), *L'Hospitalisation à domicile (HAD)*, 12 octobre 2016.

院件数、患者数のそれぞれの推移もわかり、医療費総額の推移とほぼ同じ傾向であることがわかる(ただし2013~15年の施設数前年比マイナスは施設の統廃合による)。この点をより簡単にわかりやすくするために、表5を用意した。表4には記載のない「HADの病床数」を新たに加えて、「HADの利用者数」(表4の「患者数」)「HADの延べ利用日数」(表4の「日数」)の3つの指標でみたものである(ただし、2012年までの推移)。

現在までのHADの病床数をみると、2009年に1万床をやっと超えたものの伸び悩みがみてとれる。2010年までにHADの病床を1万5,000にするという目標が2005年に提示されたにもかかわらず、2014年時点では目標はまだ達成されていない状況であり、これについては大きな問題であるとの指摘もなされている(Hubert E, 2014)。

## (2) HADが扱う対象疾患

最も多かった活動が複雑ガーゼ交換(27%:2015年)であり、ネガティブプレション(負圧)をかけてのガーゼ交換を複雑ガーゼ交換という。2番目がターミナルケア(緩和ケア)(24%:2015年)である。3番目が重度のナースング(10%:2015年)である(表6)。対象患者はこういった患者が多いかということ、活動量の3分の1はガン疾患の患者である。

HADの成人患者は、長期慢性疾患(affectation de longue durée, ALD)が8割を占める。ALDとは、がん、神経性疾患、腎不全、糖尿病など長期療養が必要で、かつ医療費が高額になる疾病で、自己負担分が免除される疾患である(篠田2016)。

入院医療が一疾患の定額制であるため、病院側としては早期に患者を退院させるインセンティブ

表5 HADの病床数、利用者数、延べ利用日数

	HADの病床数	HADの利用者数	HADの延べ利用日数
2005年	4,584	3万5,017	150万5,814
2006年	5,931	4万6,022	194万8,210
2007年	7,243	5万6,287	237万9,364
2008年	8,456	7万1,743	277万7,900
2009年	1万0,040	8万6,674	329万8,104
2010年	1万1,050	9万7,624	362万9,777
2011年	1万1,877	10万0,100	390万1,637
2012年	1万2,679	10万4,960	420万7,177

(資料) FNEHAD, *Report d'activité de la FNEHAD 2012-2013*, *Assemblée Générale 2013 Dax*, 2013.

が働く。パリ市内の急性期病床の平均在院日数は短縮化され、2010年では5.2日である。早すぎる退院を予防するために、入院後3日以内に退院させると、T2Aの60%しか保険給付されないという「最低入院期間」を設定している。しかし、最低入院期間を過ぎると、病院側は早期退院に拍車がかかり、すぐにHADにアクセスしてくる。HADのT2Aは、一日定額制であるため、早期

に患者を確保したいというインセンティブが働く。病院側とHAD側の思惑が一致することから、コストが増大する傾向にある（篠田 2016）。

### (3) 取り扱い患者数

フランス国内で大きなHADは3つくらいしかない。まず、非営利NPOは1日当たり、最も平均的な取り扱い患者数が50人である。そして公立（パブリック）では1日当たりの取り扱い患者数

表6 Les principales prises en charge  
(主にサポートされている疾患)

MPP STABLE	LIBELLÉ (作成書類)	2014		2015		2014/2015 ÉVOLUTION (前年比)
		NB JOURS (日数)	%	NB JOURS (日数)	%	
09	Pansements complexes et soins spécifiques(stomies compliquées) 複雑かつ具体的なケアのドレッシング（複雑ストーマ）	1,106,106	25%	1,241,606	27%	12.3%
04	Soins palliatifs 緩和ケア	1,034,688	24%	1,094,598	24%	5.8%
14	Soins de nursing lourds 重い介護	491,613	11%	473,408	10%	-3.7%
06	Nutrition entérale 腸管栄養	295,878	7%	317,303	7%	7.2%
03	Traitement intraveineux 静脈内治療	253,031	6%	271,966	6%	7.5%
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse サーベイランス癌化学療法	157,064	4%	171,001	4%	8.9%
01	Assistance respiratoire 呼吸のサポート	127,709	3%	124,618	3%	-2.4%
19	Surveillance de grossesse à risque ハイリスク妊娠のモニタリング	117,040	3%	120,041	3%	2.6%
02	Nutrition parentérale 非経口栄養	123,099	3%	115,877	3%	-5.9%
07	Prise en charge de la douleur 痛みの管理	87,433	2%	106,647	2%	22.0%
10	Post-traitement chirurgical 手術後	101,709	2%	106,174	2%	4.4%
08	Autres traitements その他の治療	101,264	2%	102,651	2%	1.4%
05	Chimiothérapie anticancéreuse 癌化学療法	100,367	2%	95,722	2%	-4.6%
21	Post-partum pathologique. 分娩後の病理学	90,988	2%	69,605	2%	-23.5%
12	Rééducation neurologique 神経リハビリテーション	51,049	1%	53,826	1%	5.4%
15	Education du patient et/ou de son entourage 患者の教育および付き添い	53,476	1%	53,578	1%	0.2%
11	Rééducation orthopédique 整形外科再教育	41,203	1%	33,824	1%	-17.9%
22	Prise en charge du nouveau-né à risque. リスクの新生児をサポート	27,364	1%	27,069	1%	-1.1%
24	Surveillance d'aplasie 形成不全のモニタリング	8,751	0.2%	6,578	0.1%	-24.8%
17	Surveillance de radiothérapie 放射線モニタリング	5,300	0.1%	3,666	0.1%	-30.8%
20	Retour Précoce à Domicile après Accouchement(RPDA) 出生後早期の帰宅	20,051	0.5%	2,704	0.1%	-86.5%
18	Transfusion sanguine 輸血	508	0.01%	595	0.01%	17.1%
	TOTAL	4,395,691	100%	4,593,057	100%	100%

(資料) FNEHAD, *Rapport d'activité, 2015-2016*, p.50, 2016.

(出所) Fédération nationale des Établissements d'HAD (FNEHAD), *L'Hospitalisation à domicile (HAD)*, 12 octobre 2016.

が17人規模、そして営利プライベートでは1日当たりの取り扱い患者数は26人である。これが300あるうちの290くらいであり、平均的なサイズである。

普通のHADはほとんどのものがHAD組織として自立して1つある。例外として、パリ公立病院協会（APHP）はHADを所属している（小磯2016：351-4）。独立した組織ではない。院内薬局をもっているのは大きいところだけになる。たとえばパリ公立病院協会所属のHADでは病院の中の薬局を使っている。そこを集中薬局にしている。サラリーマンオンリーでやっているHADもあるし、開業の人たちを使っているHADもある。両方持っているHADもある。

在宅入院は、本当は何でもやらなければならない。HADに期待されている役割であるが、これまでの沿革というか組織が発生してからの歴史をもってスペシャライズすることも可能である。たとえばあるところは小児科だけをやっている。あるところではリハ期だけで、リハビリに特化した在宅入院をやっているところもある。しかし、こういうHADは例外と考えたほうがよい。ほとんどのところは専門性が特化されておらず、何でもできるHADが全国的には多い。

## 5. 在宅入院制度の課題

### (1) 支払い方式

フランス政府がDRGに関心を持ったのは比較的早く、1979年にはエール大学に最初の調査団が訪問している。1983年には最初のHCFA-DRG導入実験を行っており、その結果としてDRG分類がフランスの病院医療にも適用可能であることが確認されている。フランスにおけるDRGの導入は、ほぼ完全なHCFA-DRGのコピーから開始され、退院時要約表や相対係数、及び診療行為分類についてもアメリカのものをフランス風にアレンジするという形で導入されてきた（フランス風DRGをGroupe Homogène de Malades, GHMという）（松田2007）。

在宅入院の診療報酬は他の病院と同じである。医療費の支払いは2006年1月より診療行為別入院診療報酬（T2A：Tarification à l'Activité）による1日当たりの定額支払いで支払われている<sup>13)</sup>。

T2Aは主傷病、そして副傷病、在院日数、介護度コード、そしてカルノフスキー指数<sup>14)</sup>などを合わせてコーディングしたうえで、1,800のカテゴリーに分類され、さらに31のプライスカテゴリーに分けている。2013年の平均保険給付は196.1ユーロ/日であった。一番安いのが正常分娩で60ユーロ/日。一番高いのが終末期ケア550ユーロ/日であった。高額な薬剤（抗癌剤など）は出来高で請求できる（篠田2016）。

さらにそれに加えて、期間で1日目から4日目、5日目から9日目、10日目から30日目、そして31日を超えるというような段階がある。

慢性期医療と精神医療を除く、すべての病院では、活動に応じた、あるいは同一入院群（groupe homogène de séjour, GHS）に対して、最小の入院日数と最大の入院日数が想定されており、その範囲内で、一定額の支払いになる。しかし、在院日数の下限未満の入院については、本来の支払額を本来の在院日数で除して、それに実際の在院日数を掛けた額が支払額となる。また、在院日数の上限を超えた場合は、超過に対して設定された1日あたり支払額×超過日数が上乗せされることになる。しかし在院日数の上限を超えた場合の支払額は少なく、その日数を超えないように努力がなされる（真野2011）。

これらの主傷病、副傷病、在院日数、介護度コード、そしてカルノフスキー指数による計算の仕方は、まったく正当性がないと、ロビーとしては診療報酬改定の時に呼びかけている。まず、単価をいれるところは1990年に作られたもので、調査時2016年からさか上ること26年同じメソッドでやっているの、現実（リアリティ）に合っていない。

それからカルノフスキー指数で要介護度をだしているが、これもあまり本当の要介護度にマッチしていない。そして主傷病でなくて主治療であるべきである（groupe homogène de prise en charge, GHPC）（図4）。そうでなければ、同じガーゼ交換であったら、がんによるガーゼ交換も外科手術のガーゼ交換もケアは同じだから結局同じ報酬になってしまう。しかし患者ダイアグノステックスでみていくと違って来るわけである。それが反映されていないところが残念であり、改善点である。

それから全国レベルで見ると、地方では、とくに訪問に片道1時間掛かって行き、帰ってくるのも1時間かかる、そういったことへの配慮もない。それらがロビーとしては呼びかけて改良していきたい点である。

(2) 診療報酬改定

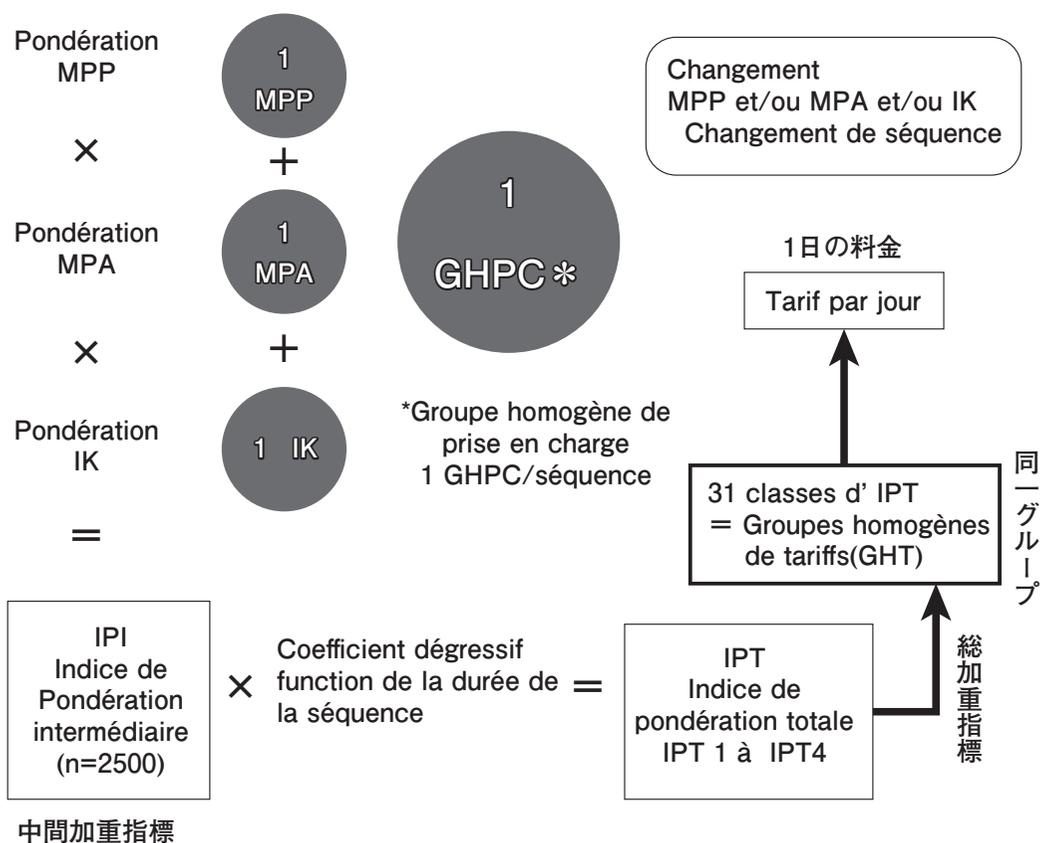
会計監査院が報告を出していて、「在宅でやったほうが高い、不経済だ」といった、「HADが高い」という論調が出ている。これは病院側ロビー活動だと思われる。例えば、松田は、「在宅入院制度は診療報酬上、通常入院と同様の評価を受けているため、疾病金庫にとっては高サービスに

なっているという批判がある。特に、近年、長期の継続的管理を必要とする高齢者の在宅入院制度利用が増加しており、それが本当に『入院医療』の対象として敵切なのかということが議論されている」と述べている（松田 2015）。

すでに見たように、会計監査院から指摘を受けるように伸び率が悪い年もあった。しかしそれは、診療報酬の計算の仕方をまず変えて、HADがいかにヘヴィーなケースを扱っているかを外から見えるようにしていきたいと、FNEHADとして考えている。

毎年1年に1回診療報酬改定はある。HADの

Algorithme de groupage tarifaire de la séquence (加重指標)



MPP, Modes de Prise en charge Principal. 主要者モード  
 MPA, Modes de Prise en charge Associe. 協力者（補助者）モード  
 Indice de Karnofsky. カルノフスキー指数

(出所) Fédération nationale des Établissements d'HAD (FNEHAD), *L'Hospitalisation à domicile (HAD)*, 12 octobre 2016. より改変して作成。

図4 Le modèle tarifaire dépassé à réformer sans trader (改革)

活動により、これまでずっと少しではあったが診療報酬は上昇であった。このような改正は今時の経済状況を勘案するとありがたい。急性期病棟は診療報酬改定によって下がる一方である。特に急性期はこの5年間継続して大きく下げられている。

2013年のときに通達がでており、2013年から2018年まで在宅入院倍増計画が出されていた。残念ながらまったく倍増はしなかったが、それくらいの勢いだったこともあった。これからの在宅入院の伸び方、あるいは発展の仕方は、色々不経済だといわれる外野の声が聞こえてくるが、よりHADが専門性を高めていき、医療経済的であるということ、HAD側からも発信していきたいと考えている。特に超急性期で病院から退院してきた人たちの1%の人たちが対象であり、やっていることをわかってもらえれば、実は病院にいるより在宅入院のほうが安いと反論できる。

### (3) HADの認知度を高める

FNEHADが将来やっていかなければいけないことは、低いHADの認知度を高めることである。国民にもっと知られるようになっていけば、在宅入院というシステムがあるのなら、HADを利用しようと、各方面から声をかけてもらえるような存在になる。現在はまだまだそうではない。何しろ病院の医師でさえ、HADの存在を知らない人がたくさんいる。あるいはこのケースはHADにやってもらえるのかももらえないのか、わからないケースがあるので、結局HADに紹介が来ても対象でない簡単なケースができてしまったりする。HADとは何なのかを、より広く国民はもちろん医療者にも広めていくべきである。

患者にとっては、入院が回避できて家にいられることがいい点であるので、そういったことを理解することが大事である。それなら患者団体とコラボレーションしたらどうかという議論がある。しかしこれも国民に知られていないHADは、患者団体にも知られていない。HADが担当する患者は、その性質上重篤の患者ばかりなので、「声をあげてHADを」ということにはなりにくい。家族のことや自分の病気のことでも精一杯である。

よりアグレッシブにHADをプロモーションしていくために、IT化をしていきたいとFNEHAD

では考えている。

### (4) 開業医がやりたくない部分をどのように改善すべきか

かかりつけ医の中で、「中心となるのは開業医」である。しかし、これはきれいごとであり、在宅医療をやりたくない開業医は多い。このように、在宅医療をやりたくない開業医に言われてしまうと、在宅入院がスタートできない。「どうしてやりたくないか」は理由が明らかであり、在宅医療は時間がかかるからである。当然、在宅医療にかかった時間があれば開業医として他の業務ができたはずである。開業医がやりたくない部分をどのように改善していくのか。これも大きなテーマになっている。たとえば開業医の診療報酬体系で在宅入院にかかわった部分は少し良くする。あるいはコーディネーターをもっと介入させるなどのことが考えられている。コーディネーターの役割があまりにも控え目すぎるので、より活躍させるべきである。現在、プレスクリプションはかかりつけ医がやっている。患者が病院から退院してくる前から、コーディネーターは控え目にリザーブしている。そうではなくて、たとえば、往診をするくらいの活躍をコーディネーターにもたせてもいいのではないか、そういう議論がでてきている。

## IV. 考察

### 1. 調査から得られた疑問

#### (1) 在宅入院部門を病院本体から切り離す必要性

HADのもともとの母体は病院が多い。ガンセンターが作ったとか、あるいは何々病院が作ったとか、非常に多い。HADの母体が元々病院だったところがほとんどである。例えば、フランス最大手のサンテ・セルヴィスは、以前は株式会社であったが、現在は財団(Fondation, フォンダシオン)でやっている。発祥はギュスターヴ・ルシー(Gustave Roussy)研究所という欧州最大のガン治療センターである。ガン治療センターの中で在宅部門を始めたのがきっかけである。このような形で、病院が在宅部門を作って誕生したHAD

が多い。

それは患者を早く自宅に返して在宅でフォローしなければいけなかったからである。それからだんだん大きくなっていった、例えばパリ公立病院協会所属のHADでは、他の病院から退院してきた患者も診るようになった。もともとは自分の病院から退院してくる患者の受け皿として作られたが、大きくなっていくと、色々な活動をしていくようになったということである。これは入院を回避されてしまったら、そもそもの病院の母体経営が危ぶまれるかもしれないが、在院日数を短くする国の政策としてそういう方向になってきているので、やらざるを得ない。

さて、このような歴史をもつHADではあるが、コーディネーターは、HADに属する専従の医師なのであろうか。FNEHADによると、医師の所属はケースバイケースだそうである。フルタイム契約の医師もいれば、ハーフタイムの医師はHADで、ハーフタイムは病院業務で、そういう医師も多い。ただし、HADは必ず自分のところのプロパーのコーディネーターをもつことが義務付けられている。HADは雇うことになっているが、その雇用率はケースバイケースである。

それでは、プロパーのコーディネーターは、病院母体が多いとすれば、病院に勤務している医師がコーディネーターということかというのと、そういう医師も多いが、必ずしもそうとも限らない。他の病院で勤務している医師がコーディネーターになることもある。

このようなコーディネーターの所属の曖昧さが、日本人にはわかりにくい。なぜわざわざ在宅入院部門を病院本体から切り離す必要があるのか。国の政策として在院日数を短縮することはわかるが、日本の文化からすると、在宅よりも病院に入院しているほうが患者の安心感が得られると考えられた。この点は、フランスとの文化の違い——フランス人の強い在宅指向——が起因していると考えられた。

## (2) 日本では在宅入院制度は有名だが、なぜフランスでは知られていないのか

在宅入院制度が、「医療職者にもあまり知られていない」ということは、かなり驚きであった。

日本でも、訪問看護制度が国民にあまり知られていない、などのこともあるかもしれない。しかし、フランスの在宅入院制度は、日本では、フランス国内でもすごく知られているかのように思われている。2005年の調査の時にはこの点は不明であったが、2016年の調査で、はっきり認識違いであることがわかった。「在宅入院制度」は、フランス人にはほとんど知られていない。

医療職者に知られていないというのは、よろしくないと思う。医学部教育のプログラムの中に、在宅入院教育を入れてもらうとか、医師の生涯教育にHADの教育を入れるとか、あるいは研修の場所・会場を提供して、医療職者にアピールしたいと思っていると、ニコラ氏は述べた。

しかし根本問題として、在宅入院制度は役に立っているのか、という疑問がある。どんなに知らせても、一番大事なことは社会にとって、患者にとって役に立っているのかどうかであろう。結局、役にたっていないから、病院に頼めば良いことではなかろうか。国が無理やりそういう制度を作っているだけで、本当にその制度が患者の役に立つのであれば、それは完全に広がるし、医療職が知らないということはあるまい。しかし知らないという現状は、やはり役に立たない。やっぴいことがあまいであるからとの指摘もあながち的外れとは言えまい(2016年調査)。それと最も協力すべき開業医がやらないとすれば、担い手がいないことと同じである。

## (3) どのようなケースで在宅入院制度を導入させるべきか

病院医師も患者も、どのようなケースで在宅入院制度を導入させるべきかよくわからないようである。患者は病院ではなく在宅で治療を受けられるという理屈はいいのだが、実際にそれをどのようにすればうまく誘導できるのか、検討すべき課題である。そして訪問看護とのバッティングもあるので、そこの線引きが必要であろう。結局病院の医師が処方箋を書いているので、マーケットとしてみてもターゲットが非常に少ない。厳密には0.5%のニーズしか現在はなく、必要性がないのではないか。

何かりコメンデーション(Recommendation)とか政府主導になりがちだが、こういうケースは

在宅入院でよいと、もっとはっきりと具体的に言わなければ、確かにぼんやりしたままである。改善したと思われたのは、ガーゼ交換を「複雑ガーゼ交換」という言葉を使ったことである。このようなガーゼ交換だと説明されれば納得できる。「それは一般の看護師では無理だ」となる。こういうケースのように何がやれることなのか、ということを広く知らせていくことが必要であろう。そして「こういうケースなら在宅でやれる」というリコメンデーションを官主導で出すべきである。

在宅医療は手が掛かりすぎる内容の処置をやっている。吸引しながらずっと時間がかかることばかりである。だからそこはなかなか広がっていない。やりたがらない医師や看護師がいる。時間をとられてしまうところを、診療報酬体系か何かで変えていくのも一つの方法であろう。

## 2. 新たな試み

### (1) 誰に何をアピールするか

具体的にこれから誰に何をアピールしていくかということである。まず、HASがスタディを出して、「こういうアクティビティはHADに向いている」というリコメンデーションを出して、こういうケースなら処方（指示書）は在宅入院にまわすとよいとある程度発表してくれている。これはもしかしたら大きなインパクトになるかもしれない。さらにもう一つは、社会医療学のリサーチ研究が発表されて、これもやっぱりHASである。それから公的健康保険（Caisse Nationale d'assurance Maladie des Travailleurs Salariés, CNAMTS：全国被用者医療保険金庫）は本来レファレンス（reference）するところであるが、そこも資金を提供してくれたので、病院ロビーが「病院の方が安い」と言ってきて、これで太刀打ちできるようになったそうである。

医療パフォーマンスをよりブースター（booster）するエージェンシーがパブリックにあるけれども、FNEHADが中心となって色々な施設、あるいは色々な病院に行き、どれだけ在宅入院に紹介しているかを統計データで出すわけである。データを出したら、色々な疾病別に、在宅入院への紹介率がわかる。現在のところペナルティはないけれども、いずれそうなるのではないかと考えて

いる。在宅にまわしている率の低いところへの指導がされるように現在画策中だそうである。

日本では現在、高機能病院では在宅復帰率が80%ないとホスピタルフィーが下がっていく仕組みをつくっている（2016年診療報酬改定）。フランスも同じようなことをしようとしているようである。

### (2) トライアル

在宅入院の仕組みができたことで、どれくらい医療費が削減できたかという計算はあるかという、ない。こういうことをやっていくうちに、徐々に出てくると思うのだが、現在はないそうである。2015年の患者数は10万5千人であったが、潜在的に在宅入院に該当する患者数はどれくらいいるのか。少なくとも倍增計画をしているが、政府が合意してくれているので、倍はいるはずである。その倍增計画に力を入れている、2018年まであと2年（2016年調査当時から）あるが、進捗状況はどうか。2年間で毎年15%増やせば倍增計画は実現するそうである。

倍增計画が達成したら、予算措置やアクティビティのサポートなど、そういったものがあるかは不明である。診療報酬体系を見ると、医療機関は入院と外来と全部下げられている。その中において、在宅は唯一タッチされていない分野である。だから下方修正されていないことをもって、診療報酬上優遇されているという答えになる。そして高額薬剤は外付けできるといっていたが、外付けできない薬剤として抗がん剤がある。外付けできない超高額薬剤はかなり高額になってきている。そのための補助が少しあるという。それはその通りであるが、主傷病ではなく主治療であるべきことが問題である。諸悪の根源はここにあるので、ここを変えていきたいそうである。

支払いの仕組みを変えてくれと業界団体がプッシュしているのはそんなに難しいことではないように思われる。それをいっこうに変えないというのは、HADのいうように変えると医療費が増えると見ているのだろうか。議会からの答えでは変えるそうである。返事だけはもらったので、あとは診療報酬体系が変わったときにどうなるのかを、1疾病1疾病全部出して、2年間トライアルしなければならぬ。医療費が莫大に増えてしまったらそれはだめになってしまう。

トライアルすることは決まっている。HAD 自体は黒字であるなら、国は診療報酬を上げないのではないかと。赤字のところもあれば、黒字のところもある、250のうち色々である。

年間の914億ユーロというのは、少なくともHADの医療費のことであり、医療保険から使われている公的医療費である。医療保険からHADに支払ったお金である。HADの患者は退院患者の1%をシェアするが<sup>15)</sup>、医療費全体から見たら医療費の0.5%にすぎないのである。

### (3) HADの高齢者施設での活動状況

現在、HADが頑張りたいところは高齢者施設だそうである。高齢者施設の中で医療が必要になったときに、施設ではやれなかった医療行為は全部急性期病院に行っていた。急性期病院にいくと、そこで全部キープされてしまって、最期までいっ

てしまうケースが多くあったので、少なくともそれに手を付けようと思っている。

高齢者施設での活動状況については、現地での調査からは、発言が中断されてデータが得られなかったので、篠田(2016)から補足する。

2007年からは、高齢者施設(EHPAD等)や高齢者住宅などに入居している人も、HADのサービスを利用できるようになった。これは、2007年2月22日制定デクレおよび2007年3月16日省令、さらには2007年10月5日通達による一連の関係法改正によるものである。これにより、HADはモバイルチームとして、地域のネットワーク形成に舵を切ることになった。2012年では79.5%のHAD機関が、高齢者施設での何らかの医療サービスを提供しているが、入居者全体に占める割合は、全入所者の4.5%にすぎない(表7)。

表7 HADの高齢者施設での活動状況

	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	合計%
施設数	34	115	164	201	229	252	79.5%
患者数	141	748	1,582	2,329	4,170	4,283	4.3%
入院日数	4,727	34,236	72,466	102,488	136,626	189,874	4.5%

(資料) FNEHAD「在宅入院データ2012~2013」レポート。  
(出所) 篠田(2016)。

篠田(2016)は、高齢者施設でHADの利用が伸び悩んでいる理由を、次の3点にまとめている。

①高齢者施設職員のHADへの認知度の低さである。フランスの高齢者施設は、日本と同様に、医師は配置されておらず、看護師の配置も手薄い。介護職がケアの中核を担っていることから、医療との連携が不十分になりやすいことが考えられる。②高齢者施設で提供した場合の報酬は、在宅の報酬と比較すると13%低く設定されているため、HAD職員のインセンティブが低くなること。③高齢者施設職員、かかりつけ医、開業看護師、HAD職員との連携が上手く機能していないことである。

多職種・他機関との連携が上手く機能していないことを重くみたHAD幹部は、多職種連携教育を導入した。HAD内部で、緩和ケアの事例検討など演習をベースに行っている。講師は当該HADの幹部職員が担当している。取り組みは順調であるが、開業医など他機関を巻き込んだ連携教育は、地元医師会等との調整ができていない

め、実現には至っていない。

## 3. 日本への示唆

### (1) 在宅入院の効果

在宅入院制度の効果に関しては、①臨床医学的効果及び、②医療費適正化効果、そして③できる限り住み慣れた自宅で生活したいという患者のQOL向上に効果があるのかの3つについて、これまで多くの研究が行われてきた。ここでは松田(2009)の知見を取り上げる。

まず、臨床医学的効果であるが、ShepperdとIliffeの22の無作為化研究のレビュー結果がある(Shepperd S and Iliffe S, 2005)。通常入院とほぼ同様の効果が得られている。また、Leffらは在宅入院高齢患者が通常の入院高齢患者に比較してせん妄が生じにくいことを報告している(Leff B, Burton L, Marder SL et al, 2005)。在宅入院患者は住み慣れた自宅での治療であるため、安定剤などの処方少なく、それが副作用としてのせん妄が生じにくい理由ではないかと考えられている。

医療費に対する効果については、慢性閉塞性肺疾患（COPD）、がん、脳梗塞のリハビリテーションで、通常の入院より投入コストが少ないと報告されている（Farreo E, Escarrabill J, Ptats E et al, 2001；Subirana Serrate R, Fetter-Roca O and Gonzalez-Davila E, 2001；Anderson C, Mhurchu CN, Rubenach S et al, 2000）。他方、Knoweldenらは在宅入院の方が治療期間は短い医療費は高くなるという研究結果を報告している（Knowelden J, Westlake L, Wright K and Clarke S, 1991）。また、ShepperdとIliffeによる22の無作為化研究のレビュー報告は、その経済的有効性に一貫した傾向がないことを示しており（Shepperd S and Iliffe S, 2005）、在宅入院の経済効果については一定の結論は得られていない。

患者のQOL向上に対する効果については、Hughesらの研究成果がある。ターミナルケアについて在宅入院で受けた患者と通常入院で受けた患者を比較した結果、前者で患者満足度が有意に高かった（Anderson C, Mhurchu CN, Rubenach S et al, 2000）。しかし、他方で30日以上生存した患者の場合、患者家族の精神的健康度が有意に低下することも報告されている。

### (2) HAD が終末期の看取りを推進するか

国の大きな政策目標は、高齢者のニーズに対応した医療体制への転換であり、それを受けて診療報酬の改定が重ねられている。フランスの在宅入院制度導入が、終末期の看取りを推進するのか、について日本の現状から整理しておく。

在宅における看取りを推進するために看取り加算が、2006年度の改定で導入された。2014年度には死亡日14日以内に2回以上往診また訪問診療を行った場合には、3千から6千点が加算され（病院で亡くなった場合でも入院後24時間以内に亡くなれば適用）、在宅で亡くなった場合にはさらに3千点が加算されている（2016年度改定でも同じ）。

看取り加算が導入された結果、2007年には自宅死亡患者の0.1%が加算の対象、2009年には1.1%、2013年には5.6%になったと推計される（社会医療診療行為別調査と人口動態調査より推計）。しかし、加算によって自宅等で死亡する割合は全体として増加しておらず、また訪問によって臨死期のQOLの向上に寄与したかどうかを検証されて

いない。このように診療報酬における加算と、政策目標の達成の関係を検証するのは困難である。

わが国の現状から考えると、今後在宅入院制度を導入したとして、在宅での看取りの推進に在宅入院制度が寄与するかどうかは、不明といわざるを得ない。フランスの在宅入院制度は看取りのための制度ではなく、在宅での急性期医療の提供であると、改めて制度設計すべきであろう。

### (3) 日本へのHAD 導入の可能性

在宅入院制度の目的は、①急性期入院期間の短縮、②継続的医療が必要な慢性期の在宅患者の支援、つまり、入院の回避と患者の療養生活におけるQOLの向上にある。こうした目的は、わが国の今後の医療提供対体制を考える上でも当てはまるであろうか。

まず、「②継続的医療が必要な慢性期の在宅患者の支援、つまり、入院の回避と患者の療養生活におけるQOLの向上」を考えてみる。

慢性期の在宅患者の支援については、わが国にもすでにその基盤はある。具体的には在宅療養支援診療所・病院の制度及び介護保険制度がそれにあたる。しかし、在宅入院制度として運用していくためには、介護と医療を総合的に提供する仕組みをどのように構築するかが課題であろう。

次に、「①急性期入院期間の短縮」を目的とした在宅入院制度の必要性はどうであろうか。諸外国と比較してわが国の平均在院日数が長いことが医療費の無駄遣いの例としてしばしば引用されるが、在院日数計算の対象となっている病床の定義が国によって異なることも一因である。例えば、より急性期に特化していると考えられるDPC対象病院の場合、平均在院日数は2週間程度で、欧米諸国と比較して極端に長い状況にはない。また、医療に対する国民の考え方の違いにも留意する必要がある。一部の先進国では外科手術後の患者がドレーンをつけた状態で退院することが普通に行われているが、このような状態での退院を多くの日本人患者は望まない。在院日数の問題は、諸外国との比較というような単純なロジックではなく、状態から考えて適切な退院時期という観点からの議論が必要であろう。

その上で、かなり急性期に近いpost-acuteケアも在宅で行うべきであるという関係者や国民との

コンセンサスが得られるのであれば、フランスなど諸外国で行われている在宅入院制度を参考に、急性期病院に在宅入院部門を創設すればよい。しかしこのようなコンセンサスが国民との間でとれるとは現在のところ考えられない。したがって、わが国の場合はまだ在宅入院は必要性が少ないと思われる。

もう一つ考えなければならないことは、それでも財政面からの医療費抑制のインセンティブが働く可能性である。Chevreulらはフランス及びイギリス、オーストラリア、カナダの在宅入院制度を比較検討した研究から、この制度が目的どおり機能するためには、それをどのようにファイナンスするかが重要と結論している (Chevreul K, Com-Ruelle L, Midy F and Paris V, 2005)。わが国では在宅医療推進を目的として、在宅療養支援診療所・病院の取り組みが導入されているが、その算定施設数は伸び悩んでいる。2014年10月1日現在の在宅療養支援診療所届出施設数は、14,188施設である (厚生労働省「医療施設調査」)。今後、わが国において在宅入院制度を含めて在宅医療を進めていこうとするのであれば、なぜそれが進まないのか、担い手の育成と報酬制度のあり方、国民意識から検討する必要がある。

また、わが国において在宅医療が進まない理由のひとつは在宅医療の内容の変化にある (松田 2008)。現在増加している在宅医療の対象者の多くは診療所の外来医療からの移行ではなく、病院の入院医療から在宅に移行してきている。このことは病院で行われていた医療が在宅で継続的に行われていく体制を必要とする。わが国のこれまでの在宅医療の促進は、診療所の外来医療の延長線上で考えられているように思われるが、この点に構造的な問題がある (松田 2009)。在宅入院的な在宅医療を提供できるような仕組みが必要だとも、松田は述べている。

Chevreulらは病院と診療所の対立関係がある状況では在宅入院が進まないことを明らかにしている (Chevreul K, Com-Ruelle L, Midy F and Paris V, 2005)。これは病院と診療所がそれぞれカバーする範囲にまたがるものであり、当然両者の間にある種の緊張関係をもたらすことになる。フランスの場合、病院と診療所の連携のためのネ

ットワークそのものに報酬をつけるという工夫をしている。そうした診療報酬上の工夫は不可欠であろう。

施設としては、かつて全日病が提案していた地域一般病院・病棟が慢性期の在宅患者を支援する仕組みが現実的な解決策であろうと思われたが、現在では地域包括ケア病棟が全国に設置されており、病院の中に在宅入院部門を設置し、そこに所属する医師・看護師・その他の医療スタッフによって在宅患者の支援が行われることは可能と考える<sup>16)</sup>。

地域包括ケア病棟は、2014年度診療報酬改定時に新設された特定入院料である。2016年6月1日時点の地域包括ケアの算定病院は、1,509病院 (44,901床)であった。地域包括ケアは、亜急性期入院医療管理料を廃止し、2014年度診療報酬改定で新設されて以来増加傾向が続く特定入院料である。特に点数が高い地域包括ケア1が1,419病院 (42,477床)、地域包括ケア2が95病院 (2,424床)であった。

病院での入院治療が必要な場合には、通常の入院が可能になることで利用者及びその家族の安心度も高くなり、安定的に在宅医療を展開することが可能となる。特に、人工呼吸器や経管栄養などの一定以上のレベルの医療を必要とする在宅患者の場合、緊急時に通常入院できる病院が運営する在宅入院制度の方が安心感が高いであろう。

さらに地域で在宅医療が機能するためには地域のナースステーションが必要であることは言うまでもない。医療ニーズの高い在宅高齢者が今後増加することを考えれば、24時間365日、そのモニタリングを担う機能が地域に実装 (implementation) される必要がある。質の高い在宅医療を担う機能強化型訪問看護ステーション (2014年度診療報酬改定) を有効活用することが重要であろう。しかも、それは必要な場合は入院につながる機能をもっていなければ、患者及びその家族の安心を保障できない。そう考えると地域包括ケア病棟を持つ病院の訪問看護機能が重要になる。そして、在宅との連動性を考えれば、地域包括ケア病棟のスタッフがフランスの在宅入院のような形で在宅患者のケアを担う仕組みが望ましい。また、地域包括ケア病棟のレスパイト入院についてはその是非に

ついて議論があるが、それも含めて柔軟な機能が地域包括ケア病棟に付与されるべきであろう。そうでなければ在宅患者の持つ多様なニーズに応えることはできない。さらに、在宅入院的な機能を担う看護師については医師の包括的な指示のもと、現在より広い範囲の裁量権を付与されるべきである（松田 2015）。

筆者もこのような形態の実現可能性は否定しない。しかし、「言うは易し行は難し」である。果たして、わが国の医療機関でこのような形態を実現できる医療機関がどれくらいあるのか、いくつかの医療機関を思い浮かべることはできるが、かなり想像し難い。また、現在では看護小規模多機能居宅介護が制度化されており、有効に用いる必要があるとも考える。

同じ地域密着型サービスである小規模多機能型居宅介護では対応できなかった、医療ニーズの高い利用者の対応が可能である。しかし、事業所数は2016年10月末時点で330カ所に留まっており、自治体によっては実施していないところもある。1日に利用できる通所サービスの定員は18人以下、泊まり9人以下となっているため、定員を超えると利用できないなどの制限もある。制限を緩和し、より使い易い制度とすべきである。

また、HADを必要としているのは、フランスでも農村部で医療機関が少ない地域とされる。HADの患者は自らの環境を変えることなく治療を受けられるので、特に高齢者にとっては、リスクが高い急な環境の変化による悪化を防ぎ、有効であると考えられている。

しかし、患者がHADの利用を希望しても、患者宅に信頼できる効果的な家族環境や社会現象がなければ、HADサービスを利用することはできない。つまり、今日的に考えると、地域包括ケアシステムが脆弱であると、この制度は有効ではないということであるし、医療サービスが実効性を持つためには、看護や介護のみならず生活支援を含む福祉等のサービスを同時に適切に提供するためのコーディネイト機能が必要であり、その前提として臨床的統合が達成されなければならない。こうしたコーディネイト機能を担うとともに、システム全体のマネジメントをしうる人材として、看護師には大きな期待がかけられている。この点

では、現場の方が先に進んでいると思われる。

もう一つは、地域医療構想との関係である。全国の第二次医療圏における医療機関の医療機能が調整されているときに、高度医療の一部を外出しするという政策合意が、関係者間で得られるとは考えられない。在宅入院という制度自体がよく理解されていないわが国の現場において、在宅医療分野に混乱を持ち込むものとして、現段階で在宅入院制度導入を検討俎上にのせることは難しいと考える。

#### (4) 結論

以上、フランスの在宅入院制度に関して調査結果と文献調査から得られた知見を述べてきたが、今後、わが国において在宅医療の推進が必要なことについて異論は少ないと思われる。疾病構造が大きく変化し、また国民の医療に対する関心と期待が大きく変わってきている今日、新しい在宅医療の基盤整備が必要である。それは、これまで入院で行われていた医療を在宅で行うための基盤整備である。これは診療報酬上の設定のみならず、医療法や医師法、保助看法（保健師助産師看護師法）、薬事法など関連諸制度の広範な見直しと、患者及び家族を含めた関係者の意識変革が求められることになる。在宅医療推進のための研究やモデル事業の推進も必要であろう。

仮に在宅入院制度を検討するにしても、当然、フランスと同じような在宅入院制度を実現することではなく、患者にとって最も良い選択は何かという一点において、検討すべきであろう。単に在院日数を短くし、病床を減らしさえすれば医療費抑制になるという考えから、単純に在宅入院制度を導入するというものではない。患者のための医療をどのように提供するかという問題である。

#### 注

- 1) 視察調査の概要は、拙稿「理事リレーエッセイ パリの高齢者ケア視察調査」『研究所ニュース』No. 56、非営利・協同総合研究所いのちとくらし、9-11、2016年12月10日、を参照されたい。
- 2) 地方病院機構（Agence Régionale Hospitalisation, ARH）は病院対象であったが、保健、障害者、高齢者、介護などを担当する地方健康庁（ARS）となった。
- 3) 高齢者自助手当（Allocation Personnalisée d'Autonomie,

APA、日本の介護保険制度に相当)は、2001年3月に議会に提出され、2002年1月1日から実施された。APAによる在宅介護サービスを受けることになる。なお、施設個別自律手当て(施設APA)が適用される老人ホームでは、「介護サービス」に該当する部分のみが対象となる。「医療・看護サービス」は自己負担となるが、低所得者の場合は、社会扶助(aide sociale)が適用される。ただし、社会扶助が適用されるのは、県と施設間で協定を交わした施設に限定される。

4) ディジョンは、フランス中部に位置する都市。ブルゴーニュ=フランシュ=コンテ地域圏の首府、コート=ドール県の県庁所在地である。かつてはブルゴーニュ公国の首都であった。マスタードの生産地として知られる。

5) HADのロジスティックについては、サンテ・セルヴィスを事例として別稿で詳しく述べる。

6) 図2はFNEHADの2015年度の報告から抜粋したものである(FNEHAD, *Rapport d'activité 2015-2016*, p.53, 2016.)。FNEHAD「Rapport d'activité 2014-2015」と比べてみると、2014年度のHAD利用前とHAD利用後の在宅、病院、死亡の数値が若干変化している。2014年度報告によると、HADによるサポートを経て、在宅への復帰率は57%(+2ポイント)、病院への入院は33%(-1ポイント)、そして死亡は10%(-1ポイント)となっている(FNEHAD, *Rapport d'activité, 2014-2015*, p.45, 2015.)。つまり、在宅復帰率が1年間で2ポイント減少し、病院への入院は1ポイント増加し、死亡は1ポイント増加したことになる。

7) マルティニーク(Martinique)はフランスの海外県の1つであり、カリブ海に浮かぶ西インド諸島のなかのウィンドワード諸島に属する一島。

8) ドイツ語ではエルザスElsass。フランス東部、ライン川に沿ってドイツと国境を接する地方。オーラン、バラン両県およびベルフォール特別区からなる。なお現在の地方行政区分のアルザス地域(レジオン)にはオーラン、バランの2県が含まれる。

9) カリブ海、小アンティル諸島中部にあるフランスの海外県。バステール島・グランドテール島と周辺の島々からなる。1635年フランス領に、1946年海外県になる。サトウキビ・バナナの栽培が盛ん。人口45万人(2006年)。

10) ギュイヤヌスは、南アメリカ北東部に位置するフランスの海外県ならびに海外地域圏。ただし、ギュイヤヌス地方との混同を避けるためギュイヤヌス・フランセーズ、また日本では意識したフランス領ギアナで知られる。西にスリナム、南と東をブラジルのアマパー州と接し、北は大西洋に面する。面積は北海道とほぼ等しい。

11) コルシカ島、または、コルス島は、地中海西部、イタリア半島の西に位置するフランス領の島である。面積は約8,680km<sup>2</sup>と、地中海ではシチリア島、サルデーニャ島、キプロス島に次いで4番目に大きく、人口は約30.2万人である。

12) アキテーヌ地域圏(仏:Aquitaine, Oc:Aquitania, Beq:Akitania)は、フランス南西部のかつて存在した地域圏である。北はリムーザン地域圏とポワトゥー=シャラント地域圏、南はスペインに接する。西は大西洋に面している。地域圏内に5つの県(ドルドーニュ県、ジロンド県、ランド県、ロット=エ=ガロンヌ県、ピレネー=アトランティック県)を含む。最大都市はボルドー。この地域の住民はアキテーヌ人(英語版)と呼ばれる。

13) T2Aとは、英語では、CASEMIX-BASED HOSPITAL PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEMSであり、日本で言う、DPCによる支払い方式、米国で言うDRG/PPSにあたる。T2A導入のポイントは、それまでは総額予算制であったという点である。そのために、T2Aは、公立病院では予算制から広い意味での出来高払いになったといえる。なお、なぜT2Aと略すかは、後半のAが2回あるから2つのAという意味である(真野2011)。

14) 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。

15) 篠田は、「2012年末の全国HADの施設数は317施設、患者数は104,960人で入院患者の1.5%を占めている」と述べている(篠田2016)。筆者らの2017年調査では、HADの患者数は退院患者数の1%と説明された。入院患者の1.5%と退院患者数の1%では、わずか5年間のうちであっても、大きな差があると考えられる。

16) 2016年度診療報酬改定で、地域包括ケア病棟について手術・麻酔が出来高算定できるようになったこ

とを、猪口雄二（全日本病院協会副会長）は評価している。そして「地域包括ケア病棟は、全日病が提唱する地域一般病棟に相当するものであるとし、地域の高齢者に対して、全人的な医療を提供する病院の姿を示した」。一概に判断するのは難しいが、急性期の患者で本当に高度な医療が必要な場合と、そうでない場合がある。「今後はできる範囲の医療は提供するけれども、その後はなるべく苦痛を与えず、家族にも納得してもらい、全人的な医療を提供するほうが望ましいケースが増えてきます。そのような役割を地域包括ケア病棟が担うのだと思います」と述べており、高度医療が必要な患者とそうでない患者の両方を担うとしている（猪口 2016）。ただし、地域包括ケア病棟は当然高齢者医療だけを担うわけではない。

## 文献

- Air Liquide Group (<https://www.airliquide.com/group>).
- Anderson C, Mhurchu CN, Rubenach S et al., Home or hospital for stroke rehabilitation ? Results of a randomized controlled trial II : cost minimization analysis at 6 months. *Stroke*, 31 (5) : 1032-7, 2000.
- Assistance publique-Hôpitaux de Paris, APHP (<http://www.aphp.fr/>).
- Chevreul K, Com-Ruelle L, Midy F and Paris V, *Le développement des services de soins hospitaliers à domicile*, Paris : IRDES, 2005.
- Croix Saint-Simon (<http://www.croix-saint-simon.org/>).
- Dijon (<https://www.dijon.fr/>).
- Farreo E, Escarrabill J, Ptats E et al., Impact of a hospital-based home-care program on the management of COPD patients receiving long-term oxygen therapy. *Chest*, 119 (2) : 364-9, 2001.
- Fédération Nationale des Établissements d'HAD (FNEHAD), *L'Hospitalisation à domicile (HAD)*, 12 octobre 2016.
- FEDOSAD (Fédération Dijonnaise des Oeuvres de Soutien A Domicile) (<http://www.fedosad.fr/>).
- FNEHAD, *Report d'activité de la FNEHAD 2012-2013*, Assemblée Générale 2013 Dax, 2013.
- FNEHAD, *Rapport d'activité, 2014-2015*, Assemblée Générale 2015.
- Générale 2015.
- FNEHAD, *Rapport d'activité, 2015-2016*, Assemblée Générale 2016.
- Hubert, Elisabeth, *Discours de la 18ème Journée Nationale del' HAD*, 2014.
- Knowelden J, Westlake L, Wright K and Clarke S, Peterborough hospital at home : an evaluation, *J Public Health Med*, 13 : 182-8, 1991.
- Leff B, Burton L, Marder SL, et al : Hospital at home : feasibility and outcomes of a program to provide hospital level care at home for acutely ill older patients, *Ann Intern Med*, 143 : 798-808, 2005.
- Santé-Service (<http://www.fondation-santer-service.fr/>).
- Subirana Serrate R, Fetter-Roca O and Gonzalez-Davila E, A cost-minimization analysis of oncology home care versus hospital care. *J Telemed Telecare*, 7 (4) : 226-32, 2001.
- Shepperd S and Iliffe S, Hospital at home versus inpatient hospital care [Cochran Review], *The Cochran Database of Systematic Reviews*, 2005.
- Terrade, Oliver, Tsutui, Takako, Cottencin, Alexiis, Hospital care at home in France : an alternative to conventional hospitalization with the same obligations towards quality and administration, *Journal of the National Institute of Public Health*, Vol. 61 No.2, 148-54, 2012.
- FNEHAD 「在宅入院データ2012~2013」レポート。
- 猪口雄二「インタビュー 地域包括ケアを担う中小病院に評価を 高齢者の急性期に全人的な医療を提供」『社会保険旬報』No.2646、社会保険研究所、6-9、2016年7月21日。
- 奥田七峰子「看護師のやりがいにつながる高い報酬<フランス>」『Community Care』6 (1)、日本看護協会出版会、17-22、2004年。
- 奥田七峰子「2. フランスにおける産科医療の現状レポート」日医総研ワーキングペーパー『産科医療の将来に向けた調査研究』No.141、149-64、2007年4月27日。
- 奥田七峰子「特集：世界の高齢者住宅とケア政策 フランスの高齢者をめぐる住宅環境とケア政策」国立社会保障・人口研究問題研究所『海外社会保障研究』No.164、77-88、2008年 Autumn。
- 片桐由喜「第2章 フランスにおける医療制度改革」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、101-40、2015年。
- 健康保険組合連合会「医療保障総合政策調査・研究基金事業 医療・医薬品等の医学的・経済的評価に関する調査研究——フランスにおける取組を中心として——報告書」2014年6月。
- 小磯明「理事リレーエッセイ バリの高齢者ケア視察調査」『研究所ニュース』No.56、非営利・協同総合研究所いのちとくらし、9-11、2016年12月10日。
- 小磯明『高齢者医療と介護看護』御茶の水書房、349-60、2016年（第八章 第1節）。
- 松田晋哉「第5章 診断群分類導入の国際的動向と医療費への影響」田中滋・二木立『医療制度改革の国際比較』勁草書房、99-120、2007年。
- 松田晋哉「在宅医療推進のための課題」『日本医事新報』No.4385、日本医事新報社、80-4、2008年。
- 松田晋哉「英仏の在宅入院制度と日本への導入可能性」『社会保険旬報』No.2380、社会保険研究所、10-5、2009年3月1日。
- 松田晋哉「特集 地域包括ケアの中核としての病院看護部門 フランスの在宅入院制度から考えるこれからのわが国の病院看護師の役割について」『病院』Vol. 74、No.5、医学書院、39-44、2015年5月。
- 真野俊樹「フランス医療制度から日本への示唆：日本に近い制度を持つ国からの学び」『共済総合研究』第63号、共済総合研究所、64-81、2011年。
- 篠田道子「特集：地域包括ケアシステムをめぐる国際動向 フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向——在宅入院制度による集中的ケアマネジメントを中心に——」『海外社会保障研究』No.162、国立社会保障・人口研究問題研究所、29-42、2008年Spring。
- 篠田道子「特集：社会的入院の解消 フランスにおける長期入院への対応——在宅入院制度の展開から——」『健保連海外医療保障』No.87、健康保険組合連合会、21-8、2010年9月。
- 篠田道子「特集：超少子高齢社会における医療・介護のあり方 医療・介護ニーズの質的变化と地域包括ケアへの取り組み——フランスの事例から——」『季刊 社会保障研究』Vol. 1、No. 3、国立社会保障・人口問題研究所、539-51、2016年。
- 善生まり子「フランスの在宅入院制度および在宅ケアシステムについて看護の観点から学ぶ～（財）日本訪問看護振興財団『フランスの訪問看護事情視察』に参加して～」『埼玉県立大紀要』13、139-47、2011年。
- 筒井孝子「地域包括ケアシステムにおける看護マネジメントとは フランスの在宅入院制度（HAD）からの示唆」『看護管理』Vol.25、No.08、医学書院、688-93、2015年。
- 宮島俊彦「空模様 第47回 在宅入院制度」『週刊 国保実務』第3013号、社会保険実務研究所、44、2016年6月13日。
- （こいそ あきら、法政大学現代福祉学部・大学院公共政策研究科兼任講師、『文化連情報』編集長）

# 医療政策研究者にとっての「平成」

野村 拓

### ●私にとって「平成」とは

前回、「昭和ドッキング・平成医療史」の骨格を述べた。昭和初期の健康保険法以来「格差なき医療」を追い求めてきた歴史は「平成」だけでは成り立たないからである。また、トータルな形で医療をとらえ将来展望がなされるようになったのは1970年代という昭和期であったからでもある。

私が生まれた昭和2（1927）年、芥川龍之介は「漠然たる不安」という言葉を残して自殺した。やがて「不安」は戦争という形になり、国民に「人生20年（で戦死）」という人生を強制した。「展望」は「若年死」であり、医療も福祉もほぼ無縁であった。だから、ポツカリと展望が開かれた1945（昭和20）年に呆然とした方である。

昭和30年ごろに出された『昭和史』の本は、なぜ、日本は戦争への坂道を転げ落ちたか、を問う昭和史であった。小学生に「義勇公ニ奉ジ」と書かれた教育勅語を暗記させ、お国のために「滅私奉公」を教え、リハビリテーションを「再起奉公」と訳してしまう教育システムが形成されてしまった歴史を反省的にとらえる「昭和史」が求められたのである。つまり、教育勅語的ではない歴史学習やりなおしの提言であった。

しかし、間もなく平成30年、1人の戦死者も出さずに「平成」が終わろうか、という時期に教育勅語を小学生に教えたがる勢力が現れたのは、なぜなのか。本職の歴史学者ではないので、医療・福祉の研究者の視点で考えてみたい。

前回、(Vol.1.) から (Vol.35.) まで紹介した「リーダーズ・ファイル」はその後

(Vol.36.) 『還暦から卒寿へ—向老・抗老の30年』

(Vol.37.) 『レジュメの考え方・活かし方』

(Vol.38.) 『「平成医療史」を考える』

の3巻を作成した。

昭和の初めに生まれた私は「昭和時代」に対する格別の思いを持っている。その「格別の思い」を持って『月刊保団連』に「昭和医療史」を、『医療生協運動』には「資料・昭和医療史」を、そして『大阪保険医雑誌』には「保険医の昭和史」の連載を始めたのは1986年ごろであった。それより以前の1981年に青木書店から出した『医療と国民生活』のサブタイトルは「昭和医療史」であったが、ここでは「社会的再生産失調」という理論的問題にスポットを当てた。

「平成」の場合と違い、いつ「昭和」が終わるかわからない状況下での連載であった。私にとって「ポスト昭和」は「ポスト現役」「定年後」を意味する。1985年、定年後に備えて、手作りの機関誌「野村研だより」を発刊した。定年後も研究サークルを維持、発展させよう、洋書も自前で購入してメンバーに紹介しよう、スケジュールは前もってみんなに知らせよう、などなどの動機によるものである。

この時期は、1973年のオイル・ショック後、資本の海外進出、省資源・省エネルギーの知識集約産業としての医療産業の進出などが顕著になった時代である。ハイテク型市場開発を求めて突っ走る医療産業、「軍・産複合体」の在庫整理とおもわれるような地域紛争や「宣戦布告なき戦争」の展開が見られるなかで、1978年WHOとユニセフとの共同宣言の形で、「アルマ・アタ宣言」が採択された。これは西暦2000年を目標年次として、世界すべての人々を健康に、具体的には途上国の水準を先進諸国の水準にひきあげるという目標であり、いま、軍備のために使われている金を「健康」の方にまわせば、十分達成可能、とした。

1980年には、アメリカ看護協会（ANA）が『社

会政策声明』を發表し、「医学のこれ以上の専門分化は不要」と意志表明した。

1987年に出された『現代的ヒポクラテスの探求』と訳すべき本には医師・患者関係をそこなうものとしての「医・産複合体」(medical-industrial complex)が指摘され、1988年のWHOの文書は、プライマリ・ケアの重視と住民参加をうたった「アルマ・アタ宣言」実行の最大の妨げは先進諸国の「象牙の塔・症候群」(ivory tower syndrome)であると批判した。

このような状況の下で、保団連は「開業医宣言」(1988)を公表した。「開業医」と聞けば「勤務医の対抗概念で営利的」と理解する人がすくなくないが「市民の医者」としてとらえなおすべきである。そして、イギリス市民革命が生んだ「市民の医者」たち、「イギリスのヒポクラテス」といわれたトーマス・シデナム(1624-89)や「政治的医学」(Political Medicine)を説いたウィリアム・ペティ(1623-1687)などを想起すべきである。

市民革命が生んだ、というよりも市民革命を生んだというべきペティの『政治的医学』(Political Medicine)をあらためて検討すべきであり、ブルジョア革命、ブルジョア医師—営利的、という安手なとらえ方は避けるべきである。「多国籍(脱税)企業」対「地球市民連合、市民の医者」という対抗軸のなかでの「市民の医者・宣言」ととらえるべきだろう。

そして、このような動きのなかで「平成時代」の到来である。故意か偶然か、手作りの「野村研だより」を41号まで出し、「マクロ」と改題したB5判8頁の印刷物として発行したのが1989(平成元)年であった。

1991年退官記念出版『昭和医療史』(1991. 阪大・環境医学)を出して自由の身となったが、ほぼ同時にいくつかの大学の非常勤講師の仕事のほかに「国民医療研究所」(現公益財団法人日本医療総合研究所)の仕事にかかわるようになった。

「国民医療研究所」ならば「国民医療読本」ぐらい作るべきではないか、というのが「マクロ」(No.74)に掲げたその構想である。

「国民」の名を冠することにこだわりを持つ人がいるかもしれない。確かに国民を抑圧した戦時立法として「国民体力法」「国民優生法」「国民医

療法」などが成立、施行された。しかし、それ以前の段階で賀川豊彦、新渡戸稲造等によって「国民軍縮同盟」が結成されたことも事実である。問われるべきは「国民国家の主権在民度」であり、国民にたいする社会保障的責任や、多国籍・脱退企業に対する規制能力である。

そのような意味が込められた「国民医療研究所」であるならば、『国民医療読本』ぐらいは作成するべきではないか、というのが以下に掲げた「構想」である。

## ●「国民医療読本」構想

### 国民医療読本

— 医療から世界が見える —

はじめに

公的責任からの脱走劇

国立病院つぶし

国民健康保険の資格証明書

福知山市現地調査

「貧乏は悪質」

戦列の隣が見えない

人間が生きることに専門・非専門はない

#### 1. 看護婦問題

人間が大切にされない社会で、人間相手の仕事は評価されず、人間相手の仕事が評価されない社会では、人間は大切にされない

2つの立法運動・看護婦確保法と患者の権利法

##### (1) 患者の不安と不満

看護学生の患者体験レポート

医学生の患者体験レポート

奈良医大のものを加える

「乗り移り現象」

医療研集会シンポ「患者の人権と医療」から

##### (2) 看護婦の在職死と国民の過労死

看護婦も国民も「非業の死」

#### 2. なぜ早口になるか

##### (1) 企業社会と早口

フォード・テイラー・システム

「時間研究」と「動作研究」

「動作研究」の写真

- 労働者の疲労のモノサシ  
ILOの誕生  
分キザミ、秒キザミの生活  
生産現場からサービス業へ、家庭生活へ
- (2) 老人患者は4ビート、看護婦は16ビート  
「時間給」から「分給」へ  
コミュニケーション・スキル  
時間がゆるやかに流れていたところに育った今の老人たち  
朝、目が覚めたとき「疲れ」が残っていたら
- (3) 「企業の時間」と「人間的時間」  
どんな分キザミ、秒キザミで尻をたたいても、人間が生まれるのに280日かかる。  
出生率の低下  
産業革命と人口再生産率  
人口再生産率の統計  
ライフステージ別の生活困難度 (B.S. ラウンダリー)  
今世紀はじめての母子保健行政 (欧州) とネスル社 (ネスレ) のミルク (米)  
ネスル社がJAMAに載せた広告 (1912)  
母性のハラ時計
3. 「効率化」原理
- (1) 物的生産の分野で生まれた「効率化」原理の対人サービス分野への導入  
石油ショックと赤字国債による大企業へのテコ入れ  
その後始末を国民の犠牲で (第二臨調)
- (2) 効果判定の曖昧な医療  
医者の中から姿を消せば「治癒」  
「老衰」が2日で「治癒」(昭和はじめ)  
「病院から追い出せば治癒」(現在)
- (3) 主権者である国民が効果判定に参加しない「効率化」  
厚生省国民医療総合対策本部「中間報告」  
入退院判定委員会  
患者追い出しの主役は防衛医大出身の医師 (国立宇都宮病院の場合)  
内を切り捨て、外へはみだす路線の象徴
4. 後始末としての医療
- (1) 人間能力の「前倒し利用」  
『テイラー主義の変容』(1991) —サムライ主義の方がテイラー主義よりも倫理的で効

- 率的  
倫理とは「会社のために過労死することと見付けたり」  
共通一次型人間では過労死を生むシステムと闘えない  
我身をけずって経済成長  
経済も患者数も高度成長  
その後は医療費抑制  
大企業が「1番だし」、下請け中小企業が「2番だし」、日雇いで「3番だし」、「だしがら」にされても生活保護は適用されない、そしてあの世へ旅立つ前にもう1回シルバー産業がしぼり取る
- (2) 「健康の切売り」と買い戻し  
『健康の経済学』(1973)で述べたこと  
労働過程(労働力の消費)、労働力の再生産(消費生活)、生活の場での健康犠牲、コンサンプション(消耗病)という病名  
「公害家計簿」—公害がひどくなると子供の医療費が増える  
公害家計簿
- (3) 「生活の医療化」  
外国文献における「生活の医療化」  
家庭機能の低下と医療の負荷の増大  
厚生省のいう「社会的入院」とは  
保団連『住宅環境調査』(1988)  
1. 住宅の狭小さが病気の原因となった場合  
2. 家の狭さが「ねたきり」を誘発した例  
3. 居住空間の狭さが、住宅療養やりハビリテーションを難しくしている例  
4. 狭い居住空間が、家族関係を通して病気の原因になり、また療養を害しているもの  
この調査にたいする厚生省のコメント (住宅問題は建設省の管轄)  
厚生省と建設省のキャッチボール—親子2代ローンで「持家」を (建設省)、「持家」を担保に介護サービス (厚生省)  
ノーマライゼーション  
滋賀医大・老人のQOLワークショップ  
退院して福祉機器で自殺
5. 国民の痛みぐあいと医療費
- (1) 金の流れ (フロー) と人の身 (ストック) は、GNPも国民医療費もフローの指標

WHOの目安—国民医療費／GNP 5%以下は  
発展途上国

国民を痛めつけると医療費は上昇するはずだ  
が、日本は痛みつけた上で医療費抑制をや  
っているので国民医療費／GNPが5%を  
割っている

(2) 1年1サイクルと考えれば

「GNPの伸びと人間の機能退歩」(1979.6.5.  
朝日)

「学齡期シンドロームを考える」(1990)

サイクルがまわるたびに大企業はふとるが、  
クレジットGNPの10%で突破、借金地獄  
(1988.5.3.)

マイホーム借金地獄、ローン返済初の10万  
円突破(1989.7.18.)

金庫に眠る45兆円の証券、15トンの金地金  
(1988.14.)

キャピタルゲイン480兆、GNPの1.4倍  
(1989.6.7.)

大企業の内部留保、海外純資産の増加ぶり  
サイクルが1回まわるたびに、強いものはよ  
り強くなり、弱いものは棄てられ消されて  
いく

「国民健康保険事業の運営に関する行政監査  
に結果に基づく勧告」(1987.12.)によれば  
「被用者保険離脱者」は年間311万1千人  
(1985)

サイクルが1回まわるたびに、300万以上の  
労働者と家族が健康保険領域から国民健康  
保険領域などに流入している

サイクルが1回まわるたびに「在宅ボケ老人」  
「ねたきり老人」「独居老人世帯」がどれ  
だけふえるか。

(3) 1年単位では把握できない国民の「痛みぐ  
あい」

年次統計でなくなった「患者調査」、「国民健  
康調査」

歯科は間びき調査、身体障害者調査は10年に  
1回

6. 世代的再生産と医療

(1) 体験的昭和史—それぞれの時代におけるサ  
イクルのまわり方—

(2) 知識集約型ハイテク産業と教育の加熱

(3) 家族は引き裂かれ、夫は単身赴任の過労死  
予備軍

(4) 「効率化」のしわよせは子育てに—世代的  
再生産失調—

(5) クッションの喪失と、人間らしさの商品化

7. フローの増大こそは利潤と税金の源泉

(1) なんでもマーケット化—対人サービスマー  
ケットの拡大—

(2) なにごとも代行

家事代行業、ホームシャイニー(1988.5.8.)

下着類の洗濯を代行(1988.5.22.)

ベビーシッターサービス、(1988.7.3.)

代理母

代理母あっせん会社ICNY(1992.4.8.)

(3) 対人サービスのディスポ化

増えつづける紙おむつ(1991.4.15.)

(4) 究極のフロー—臓器移植—

「比で腎移植」仲介(1988.2.15.)

日本人2人、比で腎移植(1988.6.29.)

海外腎移植研究会(1988.8.30.)

囚人への謝礼は16万円(腎)(1988.9.2.)

減刑期待し腎提供(1988.9.4.)

腎移植がマニラで再開(1989.5.8.)

(1971年、ニューズウィークに載った腎臓売  
買広告)

死刑囚から臓器移植・台湾・処刑銃殺で脳死  
に、1年に21人が提供(1991.10.10.)

旧東独で臓器移植疑惑 高官への提供を強制  
か(1991.9.3.)

死刑囚の腎臓無断で移植 中国・香港から患  
者押し寄せる(1991.8.18.)

腎臓移植でエイズ死 海外で手術の男性、帰  
国後に(1991.1.28.)

エイズ保険(米)

(5) 政府・財界が嫌うのは「在庫」(商品)と「滞  
留」(人間)—「退院」も早く、「死の判定」  
も早く

人の死に象徴される「不平等性」の克服も考  
えずに

社会階層別SMR(標準化死亡比)失業率と  
自殺率

(6) 不平等の拡大再生産、多国籍企業と医療、  
臓器移植のさかんな国のホームレス

- (7) グローバルで地域社会に立脚した視点
8. 医療を通して見えるもの
- (1) 社会医学者の目  
社会医学研究会の記念講演から
- (2) 医療労働者の目
- (3) 主権者（国民）の目
- (4) 医療の政治経済学へ
9. 平和と地味で落ち着いた生活  
看護婦さんが一番共感してくれたのは「ゆるやかに流れる時間を患者と共有できる条件づくり」
- (1) 大企業にたいする民主的規制
- (2) 消費的、依存的人間の克服、健康の自己主権論、協同組合論
- (3) 連帯の条件としての「時間」
- (4) あるべき医療と国民生活の再生産についての政策的提言

## ●『みんなの医療総論』

この「国民医療読本」構想はかなり縮小されて『みんなの医療総論』（1993. あけび書房）となった。

### みんなの医療総論

—医療から見えるもの—

野村 拓 定価1500円

四六判 212頁 あけび書房

はじめに

1. 看護婦問題
- (1) 患者の不安と不満 (2) 30年前の「ニッパチ」がまだ (3) 看護婦の在職死と国民の過労死
2. なぜ早口になるのか
- (1) 企業社会と早口 (2) 老人患者は4ビート、看護婦は16ビート (3) 「企業の時間」と「人間的時間」
3. 「効率化」原理
- (1) 「効率化」—産業現場から人間相手の仕事へ (2) 効果判定のあいまいな医療 (3) 主権者が効果判定に参加しない「効率化」
- (4) 公的責任からの脱走

4. 後始末としての医療
- (1) 人間的諸能力の「前倒し利用」(2) 「健康の切り売り」と医療 (3) 医療の負荷
5. 国民の痛み具合と医療費
- (1) 国民医療費の意味 (2) 1年1サイクルと考えれば (3) 痛めつけておいての医療費抑制策
6. 世代的再生産と医療
- (1) それぞれの時代におけるサイクルのまわり方
- ・人生の前半だけが許された人生
  - ・競争と消耗
  - ・戦後におけるサイクルのまわり方
- (2) 適応能力を超える人づかい
- (3) 棄民サイクル
- ・家族は引き裂かれ、夫は単身赴任の過労死予備軍
  - ・棄てられる老人
  - ・貧乏は悪質？
  - ・クッションの喪失
7. 利潤と税金の源泉
- (1) なんでもマーケット化
- ・狡兎死して走狗煮られ
  - ・財界・二つの顔
  - ・医療機関のスクラップ・アンド・ビルド
- (2) なにごとも代行
- ・「三四郎」と松・竹・梅
  - ・処理と代行
  - ・二刀流・マーケット拡大術
  - ・代行業は花ざかり
- (3) 究極のフロー・臓器移植
- (4) 政府・財界が嫌うのは「在庫」(商品)と「滞留」(人間)
8. 医療をとおして見えるもの
- (1) 不平等の拡大再生産 (2) 限定フレーム型の思考 (3) 医療の政治経済学へ (4) 医療経済研究会
9. 民主的規制への手がかかり
- (1) 医療問題のフロント (2) 共同業務としての医療 (3) 「依存的人間」の克服 (4) あるべき医療と国民生活の再生産についての提言
- ・医療費総枠規制に対して

- ・医療労働の評価
- ・投資的費用の公共化
- ・マイナー・パラダイムの打破
- ・「参加」と医療者の脱皮
- ・医療と民主主義
- ・大きな第一歩

#### 10. 医療から世界が見えるか？

- (1) マクロな視点 (2) 平和と地味で落ち着いた生活

むすびにかえて—20世紀医療政策史

『みんなの医療総論』は講演会、講習会、非常勤の大学講義テキストとして、比較的によく使われたのは、医療に関する共通認識が、すでに始動をはじめていた介護保険との関連において必要視される状況にあったから、と思われるが、ほぼ同時期に開催された(1994年)医療経済研究会・夏期学校も、振り返って考えれば、平成医療史を画するものであった。

### ●逆風のなかでの理論学習—医療経済研究会・夏期学校

1980年代初めからの土光・中曽根臨調は医療に対して「受診抑制」「供給抑制」策を交互に繰り返してきた。まず「老人医療有料化」(1982-83)、健保本人に負担導入(1984)、地域医療計画による病床数規制(1985)、そして国立病院つぶし(1986-)である。このとき、中曽根は「戦後政治の総決算」を唱えたから、ねらいは「戦後民主主義つぶし」「戦後民主主義の産物(国立病院)つぶし」であった。

このとき、全医労は国立病院の地域医療において果たす役割を明確化し、「地元合意無くして」統廃合・移譲は進めない、という確認書を行政当局と交わし、その後の20数年を闘った。そして、この時期は「住民の共同消費手段(共同生活手段)としての医療機関」「住民の共同責務としての医療」を中核とする「医療論」「病院論」が形成された時期でもある。

平成元年は1989年だが、この年、出された『20世紀・アメリカ病院史』と訳すべき本の序章は「ビジネスとチャリティ」であった。いかにもアメリカらしい。

また、1980年代から活発に展開された医療の国際比較研究を踏まえて、世界の医療制度を経済発展段階別に4段階(先進、中進、後進、産油)、医療制度を「市場介入度」で4段階、4掛ける4、16のマトリックに収めてしまうあきらげずりな仕事(1990年から1992年に掛けて出版された。しかし、「本」が出されたときには1989年の「ベルリンの壁」から1992年のソ連崩壊によって、「先進で社会主義的医療」というカテゴリーは消滅していた。そして、「セマシュコ・モデル」と言われた社会主義医療モデルも、ごく一部の研究者の記憶にとどまる存在となった。「医療論」はなんとなく「仕切りなおし」である。

他方、欧州市民連合的な医療統計が1991年から1993年にかけて出され、欧州全体の地域別(ロンドン、パリは「区部」別)の年齢別・死因別「標準化死亡比」マップが出版され、EC免許の医師も登録されるようになった。要するに、医療のあり方も国際的視野から検討されるべき時代に入ったのである。

1992年、日本生協連医療部会は「がんセンター」の国際会議場で「国際医療協同組合フォーラム」を開催し、医療における協同を世界に呼びかけた。スウェーデン代表は「協同組合ならウチの方が本場だが、医療生協はないので」と言いながら参加し、ブラジルの代表は医師組合ユニメド(UNIMED)の精神について報告した。

このユニメドについて日系ブラジル人医師にいろいろ質問したのが、英語で質問しても答はポルトガル語であった。

国際会議を主催することの意味と大変さと両方わかったのがこの会議であったが、世界から日本に向けられる視線も深化し、1993年には『日本乗っ取り』『日本のパワー・エリート』と訳すべき本が出された。前者ではメルク社が万有製薬を呑み込んだケースが紹介され、後者では政権与党の有力者中心に活動ぶりが紹介され、若手ストロングマンとして小沢一郎の名前があげられている。

この時期、政権交代もあったが、ワシントン中が引越しさわぎとなるアメリカの政権交代と違って、課長補佐クラスによる御進講に対する新大臣の理解力が問われるのが日本の政権交代であった。

1994年8月20日・21日の医療経済研究会・夏期学校・総会では「医療運動のための病院論」をテーマとした。(図1)

# 滝と温泉の赤目で 1994 医療経済研究会・夏期学校・総会

とき 1994年8月20日(土)・21日(日)  
ところ 赤目・対泉閣(三重県名張市)

## ●8月20日(土)

リレートーク 14:00-18:30  
医療運動のための病院論  
—病院の政治経済学—

- なぜいま病院論か (司会) 野村 拓 (国民医療研究所)
- 国立病院再編成と国立病院論 西岡幸泰 (専修大学)
- 研修病院で研修はできるか  
—研修病院の条件— 藤崎和彦 (奈良医大)
- 自治体病院とは 本間 肇 (都職労)  
大阪自治労連医療部会 毛利一平 (滋賀医大)
- 産業医大と労災病院を考える 大山正夫 (国民医療研究所)
- 民間病院がおかれている状況 松田亮三 (奈良医大)
- 医療供給体制の変貌 依田発夫 (国民医療研究所)
- 地域医療から見た病院 吉岡尚志 (日生協医療部会)
- 住民参加と病院 日野秀逸 (都立大学)
- 医療の公共性と病院

(適当に休憩、中間まとめ、討論を入れます)

夕食・交流会 18:00-21:00

## ●8月21日(日)

総会 9:00-9:30  
自由演題 9:30-11:30  
特別講演 11:30-12:30  
ファシズムと医療  
日野秀逸 (都立大学)

〈会場〉  
グランドホテル対泉閣

518-04 名張市赤目 電話0595 (63) 3355

近鉄特急で名古屋 (90分)、京都 (80分)、大阪 (50分) から名張まで、名張駅からタクシーで15分 (8月20日 1時15分に名張駅前から対泉閣のマイクロがです)

〈申し込み先〉

518-04 名張市桔梗が丘4-3-54 野村 拓  
電話0595 (65) 2324 (FAX共)

〈締め切り〉 8月5日

参加申込書

氏名	印	性別	男	女	年齢	歳	職業
自宅住所	電話						
勤務先(名称)	電話						
(住所)	電話						
参加申込み項目							
宿泊・食事代1泊2食 (20日夕食・懇親会・21日朝食)					所要費用		必要項目に○印を
夏期学校参加費 (会場費等含む)					17,000円		
					5,000円		

- 費用は当日、お支払い下さい
- 「参加費」には会員割引、学生割引がありますから、当日、受付でお申し出下さい

〈図1〉1994年の夏期学校

● 8月20日(土)

リレートーク 14:00-18:30

医療運動のための病院論—病院の政治経済学—

1. なぜいま病院論か  
司会 野村 拓 (国民医療研究所)
2. 国立病院再編成と国立病院論  
西岡幸泰 (専修大学)
3. 研修病院で研修はできるか  
—研修病院の条件—藤崎和彦 (奈良医大)
4. 自治体病院とは 本間 肇 (都職労)  
大阪自治労連医療部会
5. 産業医大と労災病院を考える  
毛利一平 (滋賀医大)
6. 民間病院がおかれている状況  
大山正夫 (国民医療研究所)
7. 医療供給体制の変貌 松田亮三 (奈良医大)
8. 地域医療から見た病院  
依田発夫 (国民医療研究所)
9. 住民参加と病院 吉岡尚志 (日生協医療部会)
10. 医療の公共性と病院 日野秀逸 (都立大学)  
(適当に休憩、中間まとめ、討論を入れます)  
夕食・交流会 18:00-21:00

● 8月21日(日)

総 会 9:00-9:30

自由演題 9:30-11:30

特別演題 11:30-12:30

ファッションと医療 日野秀逸 (都立大学)

この夏期学校には、『みんなの医療総論』をテキストに使った学生、院生、若手活動家が少なからず参加したし、ベトナム、ネパールの院生も参加した。そして、この時期あたりから、国民医療研究所の将来に備えて、研究者の「ファーム・チーム」育成を心掛けることになり、やがて「国民医療研究所・21世紀プロジェクト・チーム」を形成することになる。

● 『21世紀プロジェクト』と『100年の庶民史勉強会』

1999年には、「夏期学校」の延長上に「国民医療研究所・介護労働プロジェクト・公開検討会」が開催された。プログラムは以下のとおりである。

国民医療研究所・介護労働プロジェクト  
公開検討会

と き 1999年8月21日(土)、22日(日)

ところ 三重県名張市赤目長坂  
グランドホテル対泉閣

プログラム

■ 8月21日(土) 14.00-18.00

1. なぜ介護労働か  
(国民医療研究所) 野村 拓
2. 介護労働に関する先行的研究  
(大阪府立大学大学院) 垣田裕介  
(龍谷大大学院) 坂本毅啓  
(龍谷大大学院) 長友薫輝
3. 海外文献での「介護」に相当するもの  
(国民医療研究所) 野村 拓
4. 介護産業の動向  
(「医療経営情報」編集部) 高橋伸行
5. 医療労働と介護労働  
(福井医大) 高山一夫
6. 長期ケア制度の再編と介護・看護労働  
(奈良医大) 松田亮三
7. ヘルパーと女性労働  
(龍谷大大学院) 造酒錦代
8. 要介護度と看護必要度  
(大阪社会医療センター・国民医療研究所研究員)  
新谷恵美

18.00-21.00 夕食交流会

■ 8月22日(日) 9.00-15.00

9. 地域看護からみた介護職種  
(大分医大) 波川京子
10. 臨床看護からみた介護職種  
(耳原病院) 天野敬子
11. 介護の現場から  
(在宅介護支援センター) 浜田光男
12. —13. 追加演題
14. ヘルパー養成書(教科書)の問題点  
(国民医療研究所研究員) 川口啓子
15. 医学教育と介護の距離  
(関西医大) 円藤陽子
16. 「ケアマネジャー」の創刊  
(看護の科学社) 浜崎浩一

17. 地域社会保障運動における介護  
 (北九州医療・福祉総合研究所) 飯田富士雄  
 (北九州医療・福祉総合研究所) 今富 誠
18. 地域福祉からみた「介護」  
 (豊中市・中豊島校区福祉委員会) 奥村慶雄
19. 医療労働運動と介護  
 (医労連・国民医療研究所) 岡野孝信
20. 広義の介護労働とまちづくり  
 (立命館大) 篠崎次男  
 (参加申し込み者には交通・観光インフォメーションをお送りします)

このプロジェクトは『21世紀の医療・介護労働』(2000. 本の泉社)、『21世紀の医療政策づくり』(2003. 本の泉社)を生むが、このプロジェクトと並行する形で、京都では「100年の庶民史を勉強する会」がスタートした。

暑い、暑いを連発しながらこの夏を過ごしましたが、夜、犬の散歩に出掛けた折には草むらからしっかり虫の音が聞こえてきました。秋の近づくのを実感しています。

そこで、まずは学びの秋ということで、別紙のような『勉強会』を計画いたしました。学生時代からお世話になった野村先生が、仏教大学に講義にいられているのですが、その日にあわせてご足労をお願いいたしました。先生も、快くお引き受けいただき、資料をお作りくださっているとのこと、世話人一同大変楽しみにしているところです。

私も、通所リハを始めて若いスタッフと一緒に仕事をする中で、今の高齢者と孫の世代との間の、あまりの文化の格差に改めて驚いているところです。ほとんど共通言語が無いのではないかと思います。ぐらいです。

日々接している方々の思いの背景をもっと理解することができたなら、それぞれの仕事の質も、グッと向上する事と思います。また、目の前の貴重な歴史の生き証人の方達から心のふれあう会話をとおして、自分たちの、来し方、行く末を学んでいこうという視点が作れるようになったなら…と期待します。

2000.9.3

垣田さち子 20世紀(明治・大正・昭和・平成)

## 100年の庶民史を勉強する会

という趣旨で、出だしの例会は次のようなものであった。

### 第2回 例会のご案内

日時：2000年10月17日(火) 午後6時～8時

場所：出水デイサービスセンター(上京区智恵光院通り出下水下ル) tel:823-5577 fax:823-5530

内容：①野村先生「視聴覚的な歴史」1.(オートスライド)医療の昭和史 2.体験的音楽

②上京病院デイサービス・音楽実践「障害者にも楽しい踊り」

9月の第1回例会には、たくさんの方々にお集まりいただき、ありがとうございました。

始めに参加者全員でひととおりの自己紹介をし、ついで、野村先生から「コミュニケーションとしての歴史」と題して約一時間の講義をしていただきました。

#### 【要約】

1. 頭の中に「歴史目盛り」を

(1) Lexis—Nomura 図法

(2) いまのお年寄りが生きた時代

縦軸に1900年から2000年をとり主な歴史的事実を列記し、横軸に0歳から100歳を描くと“15年戦争世代”と呼べる1910年から1925年の間に生まれておられる方々(20歳を徴兵年齢として)がちょうどいまの75歳から90歳くらいのお年になられるわけです。青春時代が戦争のただ中であったことがよく理解出来ます。その後の日本の歩んだ道筋についても。

2. 原体験・原風景—花沢徳衛『幼き日の街角』(画集) \*その時代の生活をよみとれる大変優れた画集

3. 音の記憶・Sound History

\*野村先生ご自身の音楽にまつわるエッセイを題材にお話いただきました。

【まとめ】第1回ということで、イントロ的な総論になりました。出席者の年齢構成が多岐にわたり、若い方たちからは「異星人の話みたいやった」「何の事いうたはんのかさっぱり分からへんかつ

た」と言う感想が寄せられました。

【今後の進め方】今後の内容については相談していきませんが、次回は予定どうりスライドを使って野村先生にお願いしています。勉強会プラス情報交換、実践交流会となるように工夫をしたいと思っておりますのでご意見お寄せください。皆さまご参加をお待ちしています。(文責・垣田)

世話人：吉中丈志(上京病院) 高江史彦(出水デイサービスセンター) 垣田さち子(垣田医院)

この会は、通所リハビリの高齢者に対して「聞き取り一語りかけ」ケアで新境地を開き、その成果を『聞きとってケア』(2003、かもがわ出版)〈図2〉としてまとめた。共著者に「聞き取り」を行った15人の職員が加わっているのが、本の特徴である。2010年には100回を記念し、2017年6月で175回を数え、膨大なレジュメ、資料類が蓄積されている。

「大文字」の山焼きが、昭和18、19の2年間は児童に白シャツを着せて並ばせ、昼間の「白大文字」で代用していたことを、当時の参加者から聞くことができた。1936年の二・二六事件のとき、高橋是清邸の近所に住んでいた老婦人は周辺の地図を書いてくれた。

その後、度重なる介護保険の改悪は介護職員の学習時間を奪ってしまったが、福祉系の若手大学教授や学生時代から「医療政策学校」に参加し、

医療・福祉職場で働く人達の勉強会として現在もつづけられている。

## ●「ふるい分け」と「ふるい落とし」

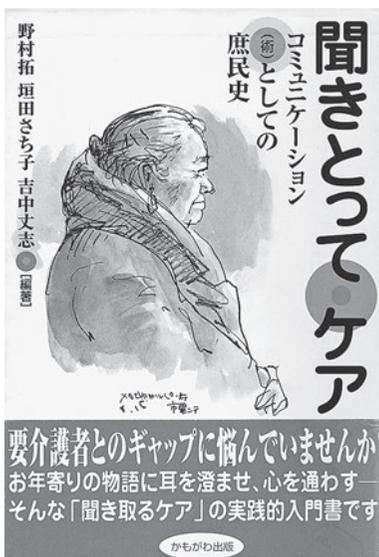
医療経済研究会—国民医療研究所・プロジェクト—医療政策学校、という理論・政策学習バージョンと「100年の庶民史を学ぶこと」から触発された「自分史的関心」との統一が、医療政策研究者としての私の「平成」であった。

昭和時代の(広義)の医療政策の特徴を私は『二重ふるい分け』理論としてとらえた。つまり、企業による「生産的ふるいわけ」と公権力による「保障的ふるいわけ」である。前者は「労働能力」を軸にしたふるいわけで、そのルーツ、原型は軍隊における「入り口に選兵基準」「出口に廃兵基準」というふるいわけによる軍隊という集団の「兵力・戦力保持方式」であった。企業の場合は「入り口」が入社時身体検査基準、出口はいろいろで病気もあればリストラも定年もある。そして、軍隊と企業に共通する点は、弾き出された社会的弱者に手をさしのべないことである。そこで社会的弱者に手をさしのべるべき公権力は救済責任を限定するために「弱者」をランクづけして「最弱度」だけに限定しようとする。これが「保障的ふるいわけ」であり、職も失い、保障もされずということになる。「保障」の場合は「労働能力」ではなく「日常生活能力」でランクづけする。便所にひとりで行けることと収入につながる労働能力との落差を無視しているわけである。

平成時代の特徴は高齢化、介護保険の導入などにより「保障的ふるいわけ」が非常に厳しくなったことと、災害医療などに「重度」を切り捨てる軍隊医療の「トリアージ」志向が導入され、高齢者問題に波及しかねなくなったことである。

「トリアージ」はナポレオン軍の軍医、ドミニク・ジャン・ラレイが創始したものとされている。ラレイの没年は1815年、ワーテルローでの敗戦の年となっているが、ラレイがみずから「黒札」をつけたかどうかはあきらかにされていない。

問題は高齢化、災害多発の平成時代に「保障対象限定のための重度限定保障」が「重度切り捨て」に変質しかねないことである。つまり、「ふるい



〈図2〉『聞きとってケア』(2003)

わけ」から「ふるい落とし」への変化である。

1983年の老人保健法によってできた「老人保健施設」は「中間施設」(halfway house)と呼ばれたが、これは「あの世送り」の中間点ではないか、と言われた。その後、介護保険の導入によって、このあたりが利用者負担を強化しながら複雑化し、入院医療から在宅看護へ、看護から介護へ、介護のランクづけ、「要支援」のふるい落としへ、という形で事態は進行している。しかも、これは「公的保障」対象のふるいわけではなく、保険適用対象からの「ふるい落とし」である。

介護保険はほぼ「平成」のはじまりとともに準備されたが、当初は「介護保障」という言葉が使われた。やがて「介護保障」は「公的介護保険」に変わり、企業は一切負担しません、ということだけで「介護保険」となった。保険料を負担しない企業は「シルバーサービス振興協会」に結集して「介護の市場化」に備えた。これが「平成初期」の状況であり、現在は「ふるい落とされた」人たちが「市場化」の対象にされるか、放置されるか、という状況である。

高齢化によって生ずる「重度の貧困者」は放置され、他方では前述のように「重度の傷病」は放置されることになりやすい。災害時の「トリアージ」はやむを得ないとしても、かつて戦時下の結核対策で結核患者を「重症」と「軽症」にふるい分け、「重症」は切り捨て、「軽症」は「結核の作業療法」と称して工場で働かせた歴史を忘れてはならない。

## ●継ぎ足し生涯学習

このような状況に対する対抗軸となりうる学習内容と、「はたらきかけ」の方向性を模索したものが、前回述べた「医療・福祉寄りの新社会科学」であり、その中間製品が「リーダーズ・ファイル」である。

また、研究対象である「社会」の中に「研究主体」がふくまれるのが「社会科学」の特性であり、

それゆえに「自分史」に社会科学的意味を持たせることができることをのべたが、第43回日本保健医療社会学会(2017,京都)のワークショップ「生涯研究並びに研究者のあり方について」では、私自身が「研究対象」にされた。光栄の至りであり、のぞむところである。当日、「研究対象」としての私は次のような報告をした。

### 継ぎ足し生涯学習(2017.5.21)

1. 「人生20歳」世代の90代戦略  
年季・経験がものを言う分野への軌道修正
2. ゆきつくところは—「モダン古老」  
機械的情報ではなく人格的情報の発信
3. 「継ぎ足し生涯学習」の軌跡  
自分史100話(別添資料)
4. ライフ・ステージ別著述  
「馬の足」「通行人A」から「監修」「序文書き」まで
5. 定年までは手を抜いて  
定年後の10年は「坂の上の雲」を見つめて
6. 情報・記憶・自分史座標  
情報の連鎖化(ストーリー化)と自分史座標への取り組み
7. 「はたらきかけ」—総記憶量のフラッシュ  
フラッシュ&インクリュージョン  
(別添資料)は野村拓:自分史という座標軸—豊かな記憶量の為に—(「伊賀百筆」No24.2014.)

平成時代を新しい社会科学の揺籃時代にした、という気持ちをもちながら、とりあえずは「継ぎ足し生涯学習」をつづけることにしたい。

なお、今回は、主として「高齢化」という平成時代の特徴に重点をおいたが、「グローバル化」も重要な特徴である。困難な課題だが、及ばずながら「グローバル平成医療史ノート」のような形でチャレンジしてみたい。(2017.5.28.)

(のむら たく、医療政策学校主宰)

# 総研いのちとくらしブックレット

## 総研いのちとくらしブックレットNo. 1

### 『医療・介護の報酬制度のあり方』

2004年2月発行、56p

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



## 総研いのちとくらしブックレットNo. 2

### 『デンマークの社会政策』

デンマーク社会事業省編、山田駒平訳

2004年5月発行、54p

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



## 総研いのちとくらしブックレットNo. 3

### 『新しい社会のための非営利・協同』

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

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

#### 【目次】

はじめに	鈴木篤
非営利・協同とは	角瀬保雄
非営利・協同と社会変革	富沢賢治
セクターの位置と役割	
非営利・協同の事業組織	坂根利幸
座談会「非営利・協同入門」	
角瀬保雄、富沢賢治、中川雄一郎、坂根利幸	
用語解説	
あとがき	石塚秀雄



## 総研いのちとくらしブックレットNo. 4

### 『非営利・協同Q&A』

(ISBN 978-4-903543-08-6、2010年9月1日発行、A5版116P、頒価300円)

このブックレットは、非営利・協同の原則や理念などを、学者研究者等11名の執筆者により短い一問一答形式で、一般読者、学生、非営利・協同関係の人々向けに編集したものです。また巻末には「さらに深めたい人へのおすすめの本リスト」がっています。

#### 【目次】

1. 非営利・協同の原則 (Q1 - Q8)
2. 非営利・協同の担い手 (Q9 - Q17)
3. 非営利・協同の展開 (Q18 - Q22)
4. 非営利・協同と制度 (Q23 - Q27)
5. 非営利・協同と経営・労働 (Q28 - Q37)
6. 非営利・協同の社会的地位 (Q38 - Q44)



# 会員短信

おっとどっこい、「要介護1」でもしぶとく生きています！

市民スポーツ&文化研究所 森川 貞夫

昨年8月1日、突然、脳梗塞（左橋）を患い、多摩総合医療センターに緊急入院、2週間後にリハビリ専門病院にさらに2週間入院、やっと8月31日に退院し、9月7日に現在の「生活の拠点」である四国に戻りました。今は地元で通所リハビリ週2回、そして前々から腰の椎間板狭窄に加え脳梗塞の後遺症との合併症状らしく、足腰のしびれや痛みが少々あるので整形外科病院にリハビリを兼ねて週3回通う状況です。ですから土日を除いてはほぼ毎日リハビリに明け暮れているというのが実感です。

幸いにもリハビリに励んだおかげで右手足と言語に残っていた後遺症は、見た目には気がつかれないほどに今は回復し、車の運転も日常生活もほぼ支障なく過ごすことができます。5月末から6月にかけて15人の引率・案内(?)の「シチリアの旅」に出かけ、先頃、無事に帰国したところです。これで「要介護1」だと言うと、たいていの人にはびっくりしますが、実はこちらの地域公民館で高齢者対象の「いきいき健康体操教室」を月2回の指導（昨年8月を除いてこの6月で38回継続中）、それに月刊誌の連載が2本（内1本は隔月）、さらに高齢者介護予防実践運動指導員・インストラクター資格認定講座（日野社会教育センター主催）を年2回こなし、それなりに気持ちは「現役」のままなんです。

何が幸いするかわからないと思ったのは、「要介護1」の認定（こちらの医者には絶対に認めないと脅かされていますが、権利は行使しなくてはねと言ってくれています）のおかげで、これまで東京のリハビリ専門病院での回復期リハビリ、四国に戻っての6か月間週3日の通所リハビリ、さらに現在は通院リハビリに週2回と、貴重な介護体験をしています。

というわけで理学療法士・作業療法士、それに言語聴覚士（田舎ではまれ）さんから回復期のリハビリを受けたのですが、その技術や施術の良し悪しを言う前に患者数に対する介護職の人数や機器備品・施設の広狭など、施設によって大違いです。それに今さらとも思いますが、介護現場の労働条件・賃金の低さはひどすぎますね。これからは介護認定が切れた後の医療費負担が気になります。40年来の在イタリアの友人から先日、「大腸がん、肝臓がんの2回大手術、両肺の放射線治療、そして3年を超える抗がん剤治療、日本に居たらいくらぐらい医療費が掛かっていますか？」とメールが来ましたが、彼に帰国して日本で治療を受けるとは決して言えない苦しさ、まさに安倍首相の「安心・安全」とは真逆の危機的状況が今の日本ではないでしょうか。

（香川県観音寺市在住、もりかわ さだお）

## 「よろず何でも相談」から

城南保健生協 常務理事 前沢 淑子

城南保健生協は、連携する大森中診療所（大田区）で月～土、ゆたか診療所（品川区）で火・木に「よろずなんでも相談」を実施しています。週一回の労働相談から始まって今年で15年目を迎えます。私は大森中診療所の火曜日を担当、相談者は10代から90代まで、内容も医療や介護、遺産相続、家族や近隣とのトラブルなど広範囲です。先日「もう死にたい」と高齢の女性から電話がかかってきました。「相談にいきたいけれど歩けない。身体が動かなくなって友人たちの集う喫茶店にも行けず、窓から元気な友人をみていると寂しくて。川に身を投げたい」と話されました。しばらく話を聞き「訪ねていいですか」と、夕方に地域包括支援センターのケアマネさんと訪問しました。電気もつけず、薄暗い部屋にいた女性から介護保険の申請や家族の状況を聞き、日中独居にならないようサービスを受けることを勧めました。即答はなかったのですが、それ以降もケアマネさんが「どうしてますか」と声をかけつなっています。私たちの役割は、公的サービスとつなげ、その人の生きる力を引き出すことだと思います。その中で社会保障制度の相次ぐ改悪が生きづらくしていることを実感し、怒りとともにたたかうエネルギーが湧いてきます。「話を聞いてもらってよかった」と報告に来られる相談者の明るい顔は何よりの喜びです。地域や当事者からの発信は制度改善の大きな力です。

（まえざわ としこ）

### ●「会員短信」原稿を募集●

皆様の近況などについて、お知らせ下さい

- ・ 字数：1,000字程度、写真等も OK
- ・ 締切：特になし（直近の機関誌へ掲載予定）
- ・ 事務局にて選択して掲載させていただきます
- ・ 送付先：研究所事務局（裏表紙裏を参照ください）

## 研究助成報告(機関誌掲載など)

- 「非営利・協同に関する意識調査」(岩間一雄)『いのちとくらし研究所報』16号
- 「往診専門診療所の満足度調査」(小川一八)『いのちとくらし研究所報』17号
- 「介護労働者における職業性ストレスに関する研究」(富岡公子、他)『いのちとくらし研究所報』22号
- 「立位、歩行装具のロボット利用の可能性について」(細田悟、沢浦美奈子、平松まき)『いのちとくらし研究所報』24号
- 概要報告「京都地域における大学生協の歴史的研究」(井上英之、他)『いのちとくらし研究所報』31号
- 概要報告「介護される人と介護する人の安全性・快適性向上を目指した介護・看護労働者の労働負担軽減に関する介入研究」(埜田和史、佐藤修二、田村昭彦、服部真、舟越光彦、山田智、北原照代)『いのちとくらし研究所報』32号
- 「脳卒中慢性期患者に対する座位保持装置(キャスパー・アプローチ)による効果の検証」(細田悟、福村直毅、村上潤)2010年第47回日本リハビリテーション医学会学術集会ポスター講演
- 「非営利組織の連携による生活困窮者の『食』の支援に関する基礎的研究報告書」(大友康博、大友優子)『いのちとくらし研究所報』36号
- 「北欧における高齢者のグループリビングと住宅協同組合に関する研究」(上野勝代、上掛利博、佐々木伸子、阪上香、奥野修、大塚瑞希、田鶴遼平)『いのちとくらし研究所報』42号
- 概要報告「老親を在宅介護するひとり介護者の介護に確かな未来を！」(久保川真由美、山岸千恵、浦橋久美子)『いのちとくらし研究所報』44号
- 概要報告「研究助成『津波被災地保健師100人の声』(宮城)プロジェクト報告及び『宮城県災害時公衆衛生活動ガイドライン』の検討」(村口至)『いのちとくらし研究所報』44号(別途報告書『津波被災地保健師100人の声』(宮城)報告))
- 概要報告「県、3市1町(船橋、我孫子、旭、一宮)の『防災計画とハザードマップの検証から学ぶ』(鈴木正彦ほか)『いのちとくらし研究所報』45号
- 概要報告「都市と農村が連携した共生経済の可能性の研究」(直田春夫ほか)『いのちとくらし研究所報』48号
- 概要報告「近年の最低生活費の算定方法に関する研究報告書」の概要(金澤誠一ほか)『いのちとくらし研究所報』50号
- 概要報告「『社会的包摂を目指す多層支援システムモデルに関する実証的研究』研究成果報告書」(川島ゆり子ほか)『いのちとくらし研究所報』51号
- 概要報告「旧日本軍遺棄毒ガス被害実態調査および日中共同の医療支援に関する研究—寒川およびチ

チハル日中合同検診を通して一」(磯野理ほか)『いのちとくらし研究所報』51号 (全文はウェブサイトで公開)

---

● 概要報告「民間研究所論～概要～」(鎌谷勇宏ほか)『いのちとくらし研究所報』52号

---

● 「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)『いのちとくらし研究所報』53号 (ウェブサイトでも公開)

---

● 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」(高山一夫ほか)『いのちとくらし研究所報』54号

---

● 「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)『いのちとくらし研究所報』55号

---

● 「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)『いのちとくらし研究所報』56号

---

● 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)『いのちとくらし研究所報』58号

---

● 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～概要一」(高橋幸裕ほか)『いのちとくらし研究所報』58号

## 研究助成報告書(報告書・ウェブサイト公開)

- 青木郁夫、上田健作、高山一夫、時井聰『米国の医療制度改革と非営利・協同組織の役割』

ISBN 4-903543-00-5 (978-4-903543-00-0) 2006年6月発行 (在庫なし、ウェブサイトでPDF公開中)

- Hugosson, Alvar Olof、神田健策、大高研道『地域社会の持続的発展と非営利・協同(社会的経済)の実践—スウェーデン・イエムランド地域の事例研究—』

2007年9月発行 ISBN 978-4-903543-03-1

- 東京勤労者医療会歯科診療部メンテナンスプロジェクト(代表 藤野健正)『Supportive Periodontal Therapyの臨床的効果について—長期管理における有効性とトラブルの種類と発生率分析—』

2007年12月発行 ISBN 978-4-903543-02-4

- 日野・市民自治研究所地域医療研究会『日野市立病院の現状と改革の方向—病院(医療従事者)と市民と行政の共同を—』

2010年6月発行 ISBN 978-4-903543-07-9

- 磯野理ほか「旧日本軍遺棄毒ガス被害者実態調査および日中共同の医療支援に関する研究—寒川およびチチハル日中合同検診を通して—」

(概要は『いのちとくらし研究所報』52号掲載、全文はウェブサイトでPDF公開中)

- 松浦健伸ほか「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」

(『いのちとくらし研究所報』53号にも掲載、ウェブサイトでPDF公開中)

- 高山一夫、松田亮三、石橋修ほか『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』

2016年6月15日発行

ISBN: 978-4-903543-15-4 (概要は『いのちとくらし研究所報』54号に掲載)

# 『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

## 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・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「日本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一問もなく国勢調査(1920)100年一(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、吉中丈志、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(宋暁凱)
  - 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ー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、補正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）

## ●第51号（2015年6月）——医療供給の変化と課題——

- 巻頭エッセイ：協同の明日に希望を託して（大八木秀明）
- 座談会「非営利・協同の医療機関を取り巻く状況と経営上の課題」（小磯明、谷口路代、田中淑寛、司会：石塚秀雄）
- 医薬品産業での新自由主義政策のさらなる進展について（高田満雄）
- 国保制度の都道府県化—国のねらいと市町村担当者の「幻滅」—（中村暁）
- シリーズ医療政策・研究史（9）国家的医療の解体と市場化（野村拓）
- フランスの社会的連帯金融の動向（石塚秀雄）
- 2012年度研究助成概要報告：「社会的包摂を目指す多層支援システムモデルに関する実証的研究」研究成果報告書（川島ゆり子）
- 2013年度研究助成概要報告：旧日本軍遺棄毒ガス被害実態調査および日中共同の医療支援に関する研究—寒川およびチハル日中合同検診を通して—（磯野理）
- 会員からの情報提供：先端医学技術展開に市民がどのようにかかわるのか—東北メディカル・メガバンクの展開に批判的にかかわって—（村口至）

## 「研究所ニュース」バックナンバー

### ○ 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）—アメリカにおける反知性主義—（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：匠瑳市民病院訪問記（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一金メダルは金（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

### ○ No.51 (2015.8.31発行)

理事長のページ：発想の転換（中川雄一郎）、書評：デヴィッド・グレーバー著・木下ちがや他訳『デモクラシー・プロジェクト』（野田浩夫）、韓国だより：マーズ(MERS)事態と韓国の医療の課題（朴賛浩）、ベニスの商人、ヘイトスピーチと保険（石塚秀雄）、本の紹介：大場敏明・高杉春代著『「地域包括ケア時代」到来！ともに歩む認知症医療とケア』（竹野ユキコ）

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。

**【次号60号の予定】** (2017年9月発行予定)

- ・定期総会記念講演
- ・フランスの医療介護 (2)
- ・地域医療ビジョンと地域包括ケア
- ・その他

**【編集後記】**

今号の特集は「医療のアクセス障壁」です。「衡平」と「公平」には重なる面と重ならない面があるように感じました。「共同」「協同」「協働」にも同じような重なりと違いがあるように思えます。非営利・協同の実践と研究とが重なり新たな段階へ止揚する場として、15周年となる今年も研鑽を積んで参りたいと考えます。(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きます場合があります。

**1. 投稿者**

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

**2. 投稿内容**

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

**3. 原稿字数**

① 機関誌掲載論文 12,000字程度まで。

② 研究所ニュース 3,000字程度まで。

③ 「研究所（レポート）ワーキングペーパー」 30,000字程度まで。

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

**4. 採否**

編集部で決定。そうでない場合は機関誌委員会で決定。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)