

## 目次

- 巻頭エッセイ：人権教育と自主規制教育——医療倫理と道徳科——  
..... 尾崎（川堀） 恭一 1

### 【特集：追悼坂根利幸】

- ・故坂根利幸氏の職務の足跡をたどって.....根本 守 2
- ・坂根利幸さんを偲んで.....角瀬 保雄 6
- ・坂根さんの宿題.....富沢 賢治 7
- ・あなたは民医連経営の恩人、いのちとくらし研究所の生みの親です。  
.....高柳 新 9
- ・坂根利幸さんと30有余年.....二上 護 12
- ・坂根利幸氏を偲ぶ（非営利・協同の探求の達人）.....石塚 秀雄 16
- ・非営利・協同の轍（第2回）：「民主経営」の実務の改善にかけた人生  
——坂根利幸氏へのインタビュー記録—— …久保ゆりえ、竹野ユキコ 18
- ・坂根利幸先生の研究所発行物への執筆一覧.....事務局 24

- 山形県における購買生協と医療生協の連携協定の締結について  
.....岩本 鉄矢 26

- 座談会：フランスの地域医療介護の動向と在宅入院制度  
.....松田 亮三、小磯 明、吉中 丈志、司会：石塚 秀雄 30

- 〈医療政策・研究史〉（19）研究者の60-90歳戦略.....野村 拓 54

- ・報告書、機関誌・ニュースバックナンバー  
.....68

（表紙写真：前沢淑子）

# 人権教育と自主規制教育—医療倫理と道徳科—

尾崎(川堀) 恭一

人権教育をしっかりしてほしい——小中高校の道徳教育について、医療倫理教育に携わる立場からそう願っている。というのは、医療倫理分野では、診療に際して患者の人権を尊重し本人からインフォームド・コンセント（情報提供され理解した上での同意）を得ることなどを、医療者に求めているからである。もちろん、両者が相互理解に基づいて合意に至ることが望ましいことは言うまでもない。それでも基本は、患者本人の自己決定権、人権の尊重なのであって、それは医療者の裁量権さえ制限するものなのである。

ところが、小中学校学習指導要領の道徳教育「内容項目」（徳目）には人権概念がない。「自律、自由」という人権内容であるかにみえる項目でさえ、医療倫理の自律尊重概念とは共通性がない。逆に、指導要領の「内容項目」全体の文脈からすれば、「自律、自由」とは、児童生徒が与えられた「法や決まり」に自発的に服従する自主規制を意味する。つまり、自他の人権を尊重する「法や決まり」を、学級や社会で自他ともに作って行こうという主権者の「自律、自由」ではないのである。だから、それを教える道徳教育は人権の教育ではなく、逆に人権抜き自主規制教育である。

こうした道徳教育は、来年度から「特別な教科」として検定教科書を使用させ成績評価まで与えるようになり、従来より厳格に実施される。とはいえ、以前は教科書も成績もなしだが、同様の「内容項目」教育が学習指導要領によって課せられてきた。だから医療倫理を学ぶ学生も、こうした人権抜きの自主規制教育を受けてきたのである。

もちろん、高校の「倫理」科目では、ジョン・ロックなどの唱えた、国家成立前の自然状態で万人が生まれながらにして持つ人権（自然権）の思想を学ぶ。だが同時に、後の功利主義によって、自然状態など実在せず自然権もありえない、と批判されたことも学ぶ。また、「政治・経済」科目でも同様の自然権思想を学ぶが、道徳問題ではなく

国家が義務づける法令問題としてである。こうした教育を受けてきた学生には、医療倫理における患者の自己決定権の尊重も、国家による刑罰や患者・家族による損害賠償訴訟を回避する意図からでしかないものとなる恐れがある。しかし道徳心からの自己決定権尊重なら、人権主体としての患者の自律的人格への尊敬からでなくてはならない。

では、人権抜き自主規制道徳教育の約22の「内容項目」＝「道徳的価値」にはどんな根拠があるのか。文科省の各種審議会では、それらには「学問的根拠」が存在しないので、道徳教育の学識経験者等による審議会自体が根拠だというその審議会が人権を道徳的価値と認めないのである。

しかし、近現代倫理の基本が人権尊重にあることは国際的な了解事項である。そのため、厚労省の各種医療倫理指針が国連の「世界人権宣言」や「人権規約」、ユネスコの「生命倫理と人権に関する世界宣言」を根拠にしているが、文科省の道徳科も同様であるべきである。さらにいえば、近現代の倫理学や法学の諸思想は人権の根拠づけかたが相異なるだけであり、人権を否定するものではない。

他方、法学者の木村草太氏などは、恣意的な「学校道徳」を批判するあまり、道徳教育を止めて人権尊重の「法学教育」を実施するべきだ、と性急に結論を下してしまう。だが、人権教育には「法学教育」だけでなく道徳教育も必要であろう。それは、医療において、国家強制に基づく法令の教育だけでなく、道徳心に基づく医療倫理の主体性教育が必要であるのと同様である。そうでなければ、罰せられなければ人権を侵害しても問題ないという心理に陥る恐れがあるからである。ただし、道徳教育は思想信条の自由が大前提であり、検閲（教科書検定や成績評価）は許されない。

（おざき きょういち、東京薬科大学客員教授）

# 故坂根利幸氏の職務の足跡をたどって

根本 守

8月7日に坂根利幸氏が突然亡くなった。「仕事漬け」の毎日から解放され、これからのんびりと余生を楽しむ時期であったのに、残念でならない。坂根氏は持病である眼の病による日常生活の不自由さに大変苦労されていたが、長生きすれば医学の進歩で今後改善される可能性もあったのと思う。

しかし、坂根氏がその職業である公認会計士・

税理士として、今日のような激動の時代にあって果たしてきた役割を思うとその功績は大きく、坂根氏自身も充実した人生であったと考えていたように思う。

長きにわたり後輩会計士として指導を受け、坂根氏が設立した協働公認会計士共同事務所のメンバーとして共に過ごしたものとして、職務上の足跡を私の知りうる範囲でたどりたい。

| 西 暦           | 業 務 等 の 履 歴  | 社会動向    |
|---------------|--|---------|
| 1947年         | 出生   |         |
| 1970年         | 早稲田大学第一法学部卒業   | 70年安保闘争 |
| 1974年         | 公認会計士試験に合格し公認会計士・税理士開業   |         |
| 1980年         | 監査法人勤務後独立  |         |
| 1983年         | 倒産した山梨勤医協(公益法人)の和議成立と再建に関与   |         |
| 1986年<br>~87年 | スペイン(モンドラゴン協同組合)、ユーゴ(自主管理企業)を視察  |         |
| 1988年         | 「協同組合の拓く社会(みんけん出版)」を発刊(共著)   |         |
| 1989年         | 木村・坂根・根本 公認会計士事務所 東京都千代田区神田に開設 この頃全日本民医連(全日本民主医療機関連合会)会計顧問に就任、それ以降、加盟組織の経営調査等に取り組む | 消費税導入   |
| 1989年         | 労働組合の階級的ナショナルセンターとしての全労連(全国労働組合総連合)の発足を前後しましたそれ以降、加盟単産等を含めて会計監査、共済事業等への支援に取り組む     |         |
| 1990年1月       | 監査研究会名で民医連医療誌に連載していた原稿を集約し、「民主的医療経営の基礎(同時代社)」を発刊(木村隆一公認会計士との共著)                    |         |
| 1990年         | 経営危機を迎えた東京健生会(医療法人)の経営再建に関与  | 「バブル」崩壊 |
| 1991年         |  | ソ連崩壊    |
| 1992年         | 実質倒産状態となった福岡健和会(公益法人)の経営再建に関与  |         |
| 1997年2月       | 「民主経営の理論と実践(同時代社)」を発刊  | アジア通貨危機 |
| 1997年         | 前倒産状態となった大阪同仁会(医療法人)の経営再建に関与   |         |
| 1998年         | 事務所を東京都渋谷区代々木に移転、事務所名を「会計集団協働」とする<br>ロシア、ポーランド視察<br>(視察報告:「ウォッカにさそわれて(同時代社)」共著)    |         |
| 1999年         | スペイン(モンドラゴン労働者協同組合)を視察<br>(視察報告:「共生社会と共同労働(同時代社)」共著)                               |         |

|          |  |                  |
|----------|--|------------------|
| 2001年    |  | 9.11世界同時テロ       |
| 2002年    | 事務所を所在地(東京都新宿区揚場町)に移転 個人事務所の集合体から発展し、公認会計士法に基づき「協働公認会計士共同事務所」を設立、代表に就任 |                  |
| 2002年10月 | 設立された総研(NPO非営利・協同総合研究所いのちとくらし)副理事長に就任                                  |                  |
| 2004年    | 「労働組合・非営利団体の会計と税金Q&A(大月書店)」(共著)を発刊                                     |                  |
| 2005年    | スペイン、ポルトガルの協同組合等を視察(視察報告:「スペインポルトガルの非営利協同取材報告書(総研)」共著)                 |                  |
| 2008年    |  | 世界経済危機(リーマンショック) |
| 2011年    |  | 東日本大震災、福島原発事故    |
| 2012年    | 協働公認会計士共同事務所を退職  |                  |

坂根氏の主要な業務等の履歴は、上記の表のとおりである。ベトナム戦争の勝利やソ連の崩壊等激動の社会情勢の中で、会計士としての役割を模索しながら、文字通り走り続けてきた人生といつてよいと思われる。

## 1、坂根氏の業務上の足跡

### <会計士になるまで>

坂根氏は戦後間もない1947年に生まれ、労働運動のリーダーであった父上の影響を受けつつ、早稲田大学に入学した。当時70年安保を前にして学生運動が興隆しており、坂根氏も学生自治会の役員として運動をけん引した。法学部に入学し当初は弁護士志望であったが、「将来の社会変革には会計士がきっと役に立つ」と学友たちに説明し、会計士試験の準備に入った。なお、当時すでに眼病の診断を受け、自己の将来を見つめた結果でもあった。

その後会計士試験を無事合格し、実務経験を積むため監査法人に入職の後、1980年に独立して開業した。(偶然にも監査法人は根本と同じ事務所だった。)

### <民医連をはじめとした非営利・協同組織への関与>

1983年、民医連(全日本民主医療機関連合会)に加盟する山梨勤医協(社団法人山梨勤労者医療協会)が倒産した。友人の弁護士からの要請を受け、会計士の先輩である木村隆一氏とともに山梨

勤医協の経営再建に深く関与することになった。

当初は3月の業務多忙時期のため断りに行ったが、訪れた途端、監督官庁である山梨県の調査に立ち会いを求められ、そこから始まったというのが坂根氏の述懐である。

その後、東京健生会(1990年)等東京民医連の法人、福岡健和会(1992年)、大阪同仁会(1997年)をはじめとした民医連加盟各法人の経営再建、改善に取り組み、全日本民医連の顧問にも就任した。

さらに、民医連以外のいわゆる民主経営、非営利・協同組織からの相談、経営改善支援等にも数多く関与していった。その業務上のスタンスは「困って相談に来た場合は絶対に断らない」というものであった。

### <全労連等労働組合への関与>

1989年、労働運動の階級的ナショナルセンターとして全労連(全国労働組合総連合)が発足し、それに対応して各加盟単産が新たにスタートするとともに、組合員の相互扶助事業として共済事業が取り組まれた。父上が総評の労対部長であったこともあり、各加盟単産の会計監査、財政相談、税務支援等を行い、全労連の会計監査も担った。他の労組の不祥事を口実とした税務調査の攻勢に原則的立場で適切に対処し、保険業法の改悪に抗して労働組合共済を守るための援助を行い全労連共済の発足を支援してきた。

さらに、故吉田敏幸会計士の労働組合監査業務を引き継ぎつつ、それ以外の労働組合の会計監査も数多く担った。

## <非営利・協同の模索>

1983年の山梨勤医協の経営再建に関与して以来、資本家に支配されていない経営体、いわゆる民主経営や非営利・協同組織への興味、問題意識が坂根氏の中に生じ、それはスペインのモンドラゴン労働者協同組合を視察調査することでさらに深められた。1991年の社会主義を標榜したソ連の崩壊を目にする中で、ロシア、スペイン（モンドラゴン）等への3回の視察調査を行い、新たな社会変革の主体の一つとして非営利・協同組織を位置づけ、注目していくようになる。この間調査報告を含めて、いくつかの著書を出版した。

また、民医連を中心として設立された総研（NPO非営利・協同総合研究所のちとくらし）にも積極的に関与し副理事長に就任した。

さらに、非営利・協同組織に対する支援業務をもとに設立された木村、坂根、根本公認会計士事務所以降事務所運営そのものも非営利・協同組織になることを志向し、2002年協働公認会計士共同事務所に発展させその代表に就任し、事務所の発展、後継者の確保育成に努めてきた。

## 2、坂根氏の果たした役割

以上、坂根氏の業務の足跡をたどってきたが、会計士として仕事をしてきた中で、果たしてきた役割は大きく以下のようにまとめられると思う。

第一に、公認会計士や税理士の基本業務である会計監査、各種税務を基礎にしつつ、それにとどまらず、広い視野をもって非営利・協同組織等の経営、労働組合財政の改善やその理念の実践を支援する活動を行ってきたことである。「倒産（ばかり担当する）会計士」と悪口を言われるときもあったが、民医連等いわゆる民主経営での経営困難の発生とそれへの対処やあらたな労働再編への財務面での対応等、坂根氏にとっても未知の領域にも果敢に挑戦してきた。そしてその努力は、そうした団体、組織の発展に有形無形の貢献をしてきたものと思われる。

第二に、社会変革の一翼を担う非営利・協同組織の理論と運動の探求へ積極的に関与し、実務家として貢献してきたことである。1991年のソ連崩

壊によって社会変革の道筋には一定の混迷が生じたと思われ、また、日本を含めた先進各国での新自由主義的経済政策により経済格差をはじめとした社会の混乱が深まった。しかし、それに対抗する形で非営利・協同組織の在り方と発展の方途を模索し、実践的に取り組む活動を進めてきたのが坂根氏であった。

第三に、大企業や富裕層相手ではなく、働く者の立場に立った日本で唯一の公認会計士事務所を設立し、非営利・協同の理念に沿った運営を志向しつつ発展させてきた。

## 3、坂根氏の業務姿勢や人柄

会計士としての業務に対する姿勢は徹底して真摯であったが、一番の特徴は、「動揺せず、腰が据わっている」ということだと思う。例えば、ある法人の経営再建において、金融機関の支援を受けるための経営計画の策定支援を行ったが、そこには5年後の債務超過状態（自己資本がマイナスの状態）解消のために、土地の時価評価益十数億円の計上を行うことが含まれていた。金融機関から顧問会計士としての意見を求められた坂根氏は、会計上の判断として適切と言い切った。会計理論上土地評価益は計上すべきでないことが原則であるが、坂根氏は当該法人が実質上倒産状態であること等を根拠に、「超法規的措置（坂根氏談）」として認めたのである。金融機関やその監督官庁である金融庁からのクレーム等を私は心配したが、同時に、法人を支援するということがこういうことなのだと学ばされた。坂根氏は狭い会計や税法の理屈を乗り越え、広い視野での大所高所の意見を堂々と述べるのができた人であった。

坂根氏は外見上は無愛想な印象があり、一見するととっつきにくいように見える。しかし、付き合ってみると、結構話好きであり、面倒見のいい面ももっていた。相談事項や検討課題については、その原則を踏まえつつ、柔軟な対応、建設的な方策提起、親身で関与先の立場に立った指導援助ができる人であった。

最後に、私との付き合いは、とある会議で初めてお会いしてから30年以上にもなる。私を非営利・

協同の業務、協働のメンバーに導いてくれた大恩人である。

1990年代以降、増大する協働の業務を坂根氏と私の2名で担う時期がしばらく続き、1年中ほとんど休みがなく「これ以上の業務拡大は無理」と私が弱音を吐いたときでも、坂根氏は絶対業務依頼を断らなかった。「平日に関与先にいき、土日で報告書をまとめろ」と言われたものである。今であれば労基法違反の最たるものであり、「愛犬

には優しいくせに、人間には厳しい」と陰口をたたいたこともあった。

しかし、いろいろありつつも、大変充実した人生を私にもたらせてくれたのは坂根氏であり、そのことは感謝してもしきれない。坂根さん、大変お疲れさまでした。

(ねもと まもる、公認会計士)

# 坂根利幸さんを偲んで

角瀬 保雄

私が坂根さんと知り合いになったのは「非営利・協同総合研究所いのちとくらし」の創立活動を通してであった。たちまち研究所の活動に意気投合しあった。知り合ってみるとお互い赤の他人同士ではなかった。私は早大商学部を1956年に卒業し、若いころの一時期には民主的会計・税務運動に従事していた時期があったが、その後理論分野に転身していった。坂根さんは早大法学部の出身であったが、1970年卒業で、すでに公認会計士として活躍していた。私達は同業の同志としてたちまち意気投合しあった。お互いに大山郁夫の早稲田精神を受け継いだ同志として学生運動の空気を受け継いでおり、意気投合するには時間はかからなかった。

こうした二人を結びつけたのは民医連の民主的医療運動への協力であった。当時の民主運動の一環として民医連はその精神が革命的ではあっても、近代的合理主義とはいえない実態をもってお

り、「どんぶり勘定」の経営でいろいろな問題をかかえていた。坂根さんはその中で会計専門家として東奔西走の日々を送っていた。私もその驥尾にふして日本列島を駆け巡った日々を思い出す。そうした中、労働運動の側からの発言も起こり、「民主経営」をめぐる論争も起こった。だがそうした中でも坂根さんは禁欲的で、実務家の仕事に徹した。ここで注目すべきは非営利・協同の分野の経営・会計・税・監査の仕事に結集した坂根さんとその仲間たちの仕事といえよう。

関連して注目されるのは会計基準の創造といえよう。ここでは主要には民医連の院所での会計実務の創造が問題となるが、坂根さんは未踏のこの課題に挑戦し、見事に成果をあげられた。

(かくらい やすお、法政大学名誉教授、非営利・協同総研いのちとくらし名誉理事長・顧問)

# 坂根さんの宿題

富沢 賢治

## 「所有の問題はどうなっているのか？」

かなり昔のことなので記憶がはっきりしないが、たしか「生産手段の社会化」について話し合っているときだったと思う。「生産手段の社会化によって社会主義社会が実現する」と言われているが、「生産手段の社会化」と表裏一体の関係にある「労働の社会化」の問題を軽視してはならない。そのような私の主張に対して坂根さんは、「所有の問題はどうなっているのか？」と質問された。私の咄嗟の説明で坂根さんが納得したかどうか、自信がない。

坂根さんは実学の人である。いい加減な哲学や理論は受け入れない。きちんと説明しなければ坂根さんは納得しない。あのとき以来、私は所有の問題を考え続けている。

50年以上も前のことになるが、初期マルクスの人間観を研究テーマとしていた私は、研究の一環としてマックス・シュティルナーについて論文を書いたことがある。彼の『唯一者とその所有』における「所有」(Eigentum)という概念は、「唯一者」(Einzige)という概念を基礎としており、日本語の「所有」という訳語では表現しきれない内容を持っている。

シュティルナーを徹底的に批判したマルクスの場合も同様で、彼の「個体的所有」(das individuelle Eigentum)という概念は、日本語の「所有」という訳語では表現しきれない内容を持っている。マルクスによれば、「私的所有 (das Privateigentum) はわれわれをひどく愚かにしているので、われわれが対象を所有するときにはじめて対象はわれわれのものである、ということになっている。だからすべての肉体的・精神的感覚にかわって、そうしたすべての感覚の単純な疎外、所有の感覚が現れてきたのである」(『経済学・哲

学草稿』、岩波文庫版、136-137ページ)。

「所有」研究の道行は長い。いつの日になつたら坂根さんから頂いた宿題にこたえることができるのか、はなはだ心もとない。坂根さんの宿題は重い。

## ロマンとソロバン

ある劇団が「夫のロマン、妻の不満」という劇を上演した。その広告を見て、私は、病院の経営危機に取り組んだ坂根さんを思い出した。ソロバンを欠いたロマンは、持ち手のない風船のようにどこに飛んでいくかわからない。ソロバンを欠いたロマンは、風まかせの凧のように左へ右へと揺れ動く。私は、それ以来、講演などで「ロマンはソロバンによって支えられなければならない」と言ってきた。ロマンとソロバンの両立は今も必要とされている。坂根さんを失った痛手は大きい。

1980年代後半、坂根さんと私は、ロマンとソロバンが両立する事例を研究するために、スペインのモンドラゴン協同組合群とユーゴスラビアの自主管理企業の調査を行った。私のようなロマンチストは、現実の正確な把握に失敗することがある。坂根さんはソロバンの人であり、数字に基づいて物事を客観的に判断できる。調査はロマンとソロバンの複眼をもってなされた。

1987年9月10日から19日にかけて坂根さんたちとともに私は、モンドラゴン協同組合群の調査を行った。モンドラゴン協同組合群は、ワーカーズコープの世界的な成功例と見なされていた。いわばロマンとソロバンの両立に成功した事例である。

スペイン語だけでなくバスク語も話す石塚秀雄さんのおかげで地元の人たちとの交流も密接で、モンドラゴン協同組合群だけでなく、それを支えるコミュニティにも近づくことができた。

研究成果は、富沢賢治・佐藤誠・二上護・坂根

利幸・石塚秀雄『協同組合の拓く社会——スペイン・モンドラゴンの創造と探求』（みんけん出版、1988年）としてまとめられた。私は第1章「モンドラゴン協同組合の組織と概観」を担当し、坂根さんは、第4章「モンドラゴン協同組合と税制」を担当した。その内容は、税制の問題だけでなく、モンドラゴン労働人民銀行の年次報告書の分析と、スペインと日本の協同組合税制の比較分析をまとめたものである。坂根さんでしかできない見事な仕事であった。

## 下ネタの話

1988年6月5日から12日にかけて坂根さんたちとともに私は、ユーゴスラビアの自主管理企業の調査を行った。調査当時のユーゴは企業だけでなく国全体を自主管理の理念で治めようとしていた。社会変革の観点からワーカーズコープ運動に取り組んでいた私にとっては、とりわけ魅力的な調査対象であった。自主管理企業だけでなくユーゴの人たちの日常生活にも触れたいと思い、私たち調査団は田舎まで出向いて地元の人たちと話合った。

日本でもたびたび経験するが、田舎の人たちはよく酒と下ネタをもって親交を深めようとする。ユーゴの自主管理企業関係者の人たちが日本の調

査団を迎えてくれたときも同様で、まず乾杯から会が始まった。これにはびっくりしなかったが、ユーゴの人たちは自己紹介を兼ねながら、女性も含めて全員が下ネタを披露したのには驚いた。しかも、話が終わると、「では、つぎは日本の方々の番です」と来た。私たちはみんな「ドン引け」状態になった。

私たちは、坂根さんをはじめ会計士、弁護士、学者などから成る「真面目？」集団である。誰からも下ネタが出そうもない。お調子者の私は日本の古典的下ネタを披露した。ユーゴの人たちは爆笑した。

いま思えば、そのとき坂根さんはどう反応したのであろうか？坂根さんは、ものに動じない人である。いつものように豪快に笑ったか、ポーカークフェースであったか、私の軽薄な言動に苦虫を噛みしめたのか。残念ながら私は見ていない。

いずれにしても坂根さんには所有の問題から下ネタのレベルまでお付き合いいただいた。坂根さんは、包容力の大きな人で、いつも私を暖かく受け止めてくださった。

楽しい思い出と感謝の気持ちでいっぱいである。

（とみざわ けんじ、一橋大学名誉教授、非営利・協同総合研究所いのちとくらし・顧問）

# あなたは民医連経営の恩人、いのちとくらし研究所の生みの親です。

高柳 新

1 山梨勤医協の倒産は全日本民連を激震させました。戦後の民医連運動の歴史を総括した70年代初めの「民医連運動の新たな前進のために」の方針のもとで医療の近代化と青年医師の結集に取り組んでいました。

当時山梨勤医協は北海道勤医協、秋田の中通病院と並んで全日本民医連のリーダー的存在でした。

民医連では、最も重視すべき課題として三点を掲げていました。第一に医療活動、第二に経営活動、第三に社会保障闘争です。医療機関ですから医療活動の重視は当然なことです。経営は法人形態は公益法人、医療法人、生協法人と様々でしたがどこも大衆資金に依拠して誕生し、運営されていました。「人民に依拠する限り不滅である」と言われたりもしていました。ただ資金と医師不足で技術体制は貧弱なものでした。多くの院所がたえず、赤字に苦しんでいたのです。社保闘争は民医連の存在理由なのですから当然の課題です。民医連は、「われわれの病院、診療所は働く者の医療機関である」という階級性を鮮明にした綱領を掲げていたのですがいつも、カネと医師と看護師不足に苦しみ続けていたのです。僕の働いていた東京の大田病院も60年代末に事実上倒産状態におちいり、その再建のために僕は送り込まれたのです。100床弱の病院でしたが、常勤の医師は院長、副院長、それに僕を含めた2名の新卒医師だけでした。新卒のわれわれは、全国的に展開されていたインターン闘争中で国家試験もボイコットしていてまだ医師免許も無かったのです。100万円ほどの胃ファイバースコープも買えずに職員の一時金の資金にまわさざるを得なかったという経験をしていました。

当時、医療が聴診器、血圧計、心電計、レントゲンさえあればの時代は終わろうとしていたのです。各種の内視鏡、腹部エコー、自動分析器、そしてCTなどの時代に突入していくのです。そし

て民医連院所においても医療の近代化は青年医師の要求だけでなく、地域住民の求めるものでもあったのです。医療の近代化、医師不足の解消、それを支える経営が山梨では成り立っていると山梨勤医協職員は信じ、全国民医連の大部分の仲間が羨望の目で見ていたのです。経営担当の事務系のトップが全日本民医連の経営委員会の責任者でもあったのですから。

70年代の医療の近代化と、青年医師の結集において民医連をリードしてきた山梨勤医協が突然倒産してしまったのです。その衝撃は民医連運動史上最大のものだったと思います。それまでも“健文事件”のような直接の権力からの弾圧事件はいろいろありましたが、それはいわば外圧であり、内在する矛盾、失敗によるものではなかったのです。山梨勤医協の倒産は地域住民、債権者に、もろに被害を及ぼしてしまったのです。住民の要求でもある医療の近代化と、医師体制の強化、地域社会の中での民主的影響力を拡大したいという願いのどこかで焦りを生み出し、異常な資金づくりに至ったのでしょうか。

僕は数週間はまったく途方に暮れた状態に陥りました。突然目がかすんだりしました。当時僕は全日本民医連の医師委員長をしていました。

山梨倒産までは、坂根先生は知りませんし、公認会計士の仕事についても、全く知識を持ち合わせていませんでした。弁護士の先生方に混じり、公認会計士の坂根先生がいたのです。地獄に仏の思いでした。民主陣営にはこんな知的力もあったのかと本当にありがたいと思いました。山梨勤医協の経営、資産の分析と再建計画に基づき、和議を成立させ、地域住民と職員それに全日本民医連が一体となり再建計画をやり抜くことが出来ました。この間、弁護士の二上、窪田両先生とともに坂根先生も現地指導に当たって下さいました。

坂根先生と民医連、僕との付き合いの始まりは、

いまから30年以上前の山梨勤医協倒産からだったのです。

2 山梨以降、坂根先生は根本先生共々会計集団“協働”を拠点に、一つには、民医連法人の個別具体的な経営指導、特に経営危機の分析と再建の指導に当たってくれました。直接先生のお世話になった法人は数しれません。二つには民主経営の理論化に取り組んでくれました。全日本民医連では理事会のもとにある経営委員会において、民医連統一会計基準の策定を指導し、同時に、職員を対象にした様々な会計講座を組織してくれました。

代々木病院では全医師対象にした経営の勉強会で会計学の誕生、複式簿記の大切さ、そして会計学から見た“ソ連の崩壊”の話をしていました。今でもその場の緊張した雰囲気を出します。

3 坂根先生、貴方と僕との本格的な共同作業が始まったのは東葛病院再建闘争からでしたね。東葛病院は当時民医連ではありませんでした。しかし地元の住民、土建、民商、労働組合など民主的諸組織が参加して生み出した病院でした。ここでは民医連では考えられない近代的装備をした大病院を建設し、大部分の医師体制は大学依存という状況でした。浮ついた近代病院の経営は医療活動が本格化する前に3年も持たずに瓦解してしまいました。山梨勤医協倒産直後のことでしたが、民医連は再建闘争の支援を決定し、全国からの医師、看護婦等の応援を始めたのです。坂根先生と僕は、再建に立ち上がった現地理事会と協力し再建プランの確定、銀行、リース会社とのリスク交渉などの指導に当たりました。現地の弁護士と旬報法律事務所の久保田弁護士も指導グループの中にいました。有楽町の旬報での会議の後にはガード下の居酒屋や、道路に並べた樽のテーブルで一杯飲みました。東葛の再建闘争は東京勤医会(代々木病院)との法人合併で一つの段階を画しました。何百人もの職員が代々木病院の地から離れ、千葉県の東葛地域に移転しなければならない大事業でもありました。

長くなりますので話をはしょります。くる日もくる日も会議をして、終わって居酒屋で一杯という生活が続きました。そしてあなたに徹夜仕事になるような無理難題をさんざんお願いしました。東葛と合同した東京勤医会では年間3億の赤字を

1年で4億の黒字を出すのに成功しましたね。貴方を通して「民主主義、計画、統制」の大切さを学びました。

北九州の大手町病院には根本先生も御一緒しました。坂根先生、貴方は合理的な再建プランの作成が困難の中で「血と汗と涙をもって、再建に向かおう」、こんな調子のアピールを書いていました。「大変すぎて、合理的な数字が書けない。仕方が無いから文学にした」笑いながらそう言いました。高校時代に演劇部でシナリオを書いたことがあるとのことでした。

大阪の耳原病院が危機に陥ったのは1998年のことでした。危機突破のための住民、全職員合同の大集会をはじめ、毎週必ず、耳原病院での対策会議に出かけました。経営委員会の岩本さん、看護委員会の工藤さんも参加し1年間きっちり続けました。「坂根さん、こんなことでいいかしら、出来るかしら」と聞くと「いいんじゃない」と静かに太鼓判を押してくれました。耳原では全国各法人からの資金援助、銀行交渉によるリスクに劇的に成功し、危機は回避されたのです。ここでも基本は山梨と同じで無理な近代化路線にあり、それにその資金づくりが無責任な銀行からの短期融資にあったのです。リスク+合理的な経営管理で活動が軌道に乗ったのは当然のことだったでしょう。

立川相互病院の件など貴方が指導した法人院所はまだまだ続くのですが、このあたりにしておきましょう。

70、80、90年代の医療近代化の中で、繰り返した民医連を襲った経営危機は「人民に依拠すれば不滅である」という神話的発想を打ち砕きました。同時に民医連の実力を過大に評価した焦りと独善では病院の表面的評判を一時的に高めたにしても、本当に患者とともに進み、「日本の医療民主化」をめざすことには役立たないことを思い知らされたのです。

貴方はろくに海外旅行にも行ったことも無い僕をスペインのモンドラゴン、それに崩壊後のロシアの企業調査とアウシュビッツの旅に誘ってくれました(『共生社会と協同労働』同時代社、『ウォッカにさそわれて』同時代社にそれぞれまとめられている)。貴方が求めていたものは会計学から

より広く経営学、経済学と広がり、金儲けのためだけで無くどうしたら人が協力し合って働き、幸せに生きていける社会になれるのか。その追求だったのでしょうか。それが“非営利・協同”だった。貴方は中点「・」の大切さをいつも強調していました。

みんなで働き、利益を出し、みんなのために役立てる。そのためには“減価償却”をしっかりとするなど、ちゃんと複式簿記の原則も守る。それが民主経営だ。「坂根さん、こんな理解でいいのかしら、黙っていないで何とか言ってもよ…」。

貴方のイニシアチブで、角瀬保雄先生、富沢賢治先生それに、石塚秀雄先生の力を得て、「いのちとくらし研究所」を設立することが出来たのです。会計集団“協働”と民医連の思いが一つになり、角瀬、富沢両先生は勿論、中川雄一郎先生はじめ多くの研究者の協力参加で生まれることが出来たのです。

貴方に誘われ、“きょうどう歯科法人”の設立と運営にも一緒に参加しました。民主的設計事務所の倒産と新生の際にも、どういう訳か同席していました。貴方は労働組合の財政活動の顧問も沢山引き受けていたようですね。

きっと貴方の自慢のお父さんの血を引いていたのでしょうか。学生運動のよしみもあり、子ども

の頃から、高校生、大学時代の話をよく聞きました。同時代社の川上徹さん、『突破者』の宮崎学さんともよく飲みました。「川上は民青系全学連の委員長時代で、よく早稲田にもオルグに来ていた。俺は宮崎に言われて入党したんだ。」と聞きました。学生時代デモ指揮中に逮捕され、「坂根の倅か」と警官が恐れ入っていたと自慢していました。お父さんは総評の法対部長だったのです。大学入学時にはあの著名な戒能通孝の小繋問題の研究サークルに参加したこと、授業料値上げ反対闘争の中での法学部自治会を拠点にした活動を誇らしく語っていました。僕も同じ労働歌、学生歌を歌い同じ時代を生きてきたんだとしみじみ思いかえています。学生時代に発症した目の病気が無ければ、法律の世界で仕事をしなかったようです。最近視力を失った状態でした。それでも弱音を少しも吐かず、“根性の人”だとつくづく思います。

坂根先生、貴方のおかげで民医連の歴史的経営危機を乗り切ることが出来ました。公認会計士坂根利幸は人民の戦う武器であり、宝です。長い間本当にありがとう。やすらかに。

(たかやなぎ あらた、全日本民医連名誉会長、非営利・協同総研いのちとくらし副理事長)

# 坂根利幸さんと30有余年

二上 護

## 1 坂根さんとの出会い

1983年4月、私は事務所の運営責任者にして折からの都知事選で動いていた時、山梨の地から呼ばれて甲府に出向き、公認会計士坂根利幸氏の名を知り、4月19日、共立高等看護学院で坂根さんと出会った。

とはいえ、坂根さんはこの初対面の日に異論を唱え、日頃から「俺のほうが記憶はいいんだ」と言っていたことはつけ加えねばなるまい。この時から三十数年にわたる付き合いが始まった。

## 2 山梨勤労者医療協会再建への貢献

山梨での坂根さんの最初の仕事は、協会とその代理人弁護士たる窪田之喜弁護士と私の依頼による調査報告書作りであった。そこで坂根さんは断じた。

「(協会は)100億を越える債務超過の状況にある。」

「このマイナスを背負って医療活動を継続していくことは極めて厳しいものと言わざるを得ない。」

「協会の再建プランは自力更生の見地から作成されるべきものとする。収入増を図り、支出の削減方法を具体的に検討し、7億円の資金収入超過すべし」

毎年、事業で7億円のキャッシュを生み出せとは、「えー！」と仰け反りそうだった。

坂根さんは「最後に」と題して「貴協会がこの事態を正しく乗り越えるべく協力債権者を始めとする関係者の協力を得て、合理的な再建計画が作成されることを期待して我々の調査報告を終わろ。」

実に大胆な提言だった。当時の病院にとって

100億の借金を抱えて医療活動を続けていくことが極めて厳しいこと、その痛手の深さを十分に分かったうえで、坂根さんは、大胆にも自力再建の方向を打ち出した。今でもその手書きの原稿から坂根さんの気迫がひしひしと伝わってくる。

7月、具体的な再建計画作成時、坂根さんも加わった合宿で15年の返済計画、損益予算や資金運用計画をつくり、和議（現在の民事再生法）申立にいたった。

12月、裁判所選任の公認会計士の調査が始まった時、坂根さんは様々な資料を提供した。同業者間のこととて気安かったとみえた。

協会は翌年3月、圧倒的多数の債権者の賛成をえて再建に向かったが、坂根さんは協会の監査の実施を指導し、その後全国の民医連法人の監査制度確立に向けて奮闘され、民医連統一会計基準の作成でも指導的役割をはたされた。

坂根さんは、東葛病院、福岡健和会、大阪同仁会の再建にも大きな役割をはたされた。

ある時、坂根さんが「二上さんは福岡、大阪に来なかった」と詰った。私は、「国際勝共連合との闘いにかかりきりだった」と応えざるをえなかった。それは事実だったが、割り切れないものを残した。

## 3 モンドラゴン取材旅行と共著書の出版

山梨勤医協の再建に関わって以来、坂根さんには民医連の仕事が押し寄せた。いかにして民医連の病院も経営であることを自覚してもらいつつ民主的な管理運営を構築していくのか、この矛盾しそうな課題をどのように理解し、会計の分野に反映させるべきか、暗中模索の毎日だった。

そのような時、坂根さんは、「ある日突然、まさしく唐突に『協同組合とは何か?』を学ぶこと

になった」、「スペインの辺境の地バスクの協同組合についてだった。」

1987年、スペイン北部のバスクの田舎町・モンドラゴンの協同組合グループの視察は、私と武蔵村山民主商工会の事務局長鈴木哲氏との「なんでも相談会 110番運動」の付き合いから生れた。

山梨勤医協の再建が一段落した後、このコンビが再開されていたが、1987年、鈴木氏からモンドラゴンに行かないかと誘われて同行者募りを依頼され、躊躇なく坂根さんを推薦した。

当時のバブル景気に乗り、鈴木氏がつくった「(株) みんなけん」は大きな利益をあげており、鈴木氏は「税を払うより調査を」と意気込んでいた。87年9月、坂根さんに加え、一橋大学教授の富沢賢治氏、モンドラゴンを最初に紹介した佐藤誠氏と「みんなけん」の役員、総勢5人の視察団が取材旅行に出かけた。

最寄りの空港のサンセバスチャンが濃霧のためマドリードからの飛行機が飛ばずに鉄道に切り換え、また通訳が専門用語に不慣れで格闘したが、この視察は「みんなけん出版」発行の『協同組合の拓く社会 スペイン・モンドラゴンの創造と探求』（著者同行の4名、訳者石塚秀雄氏）に結実した。

富沢氏が第一章で「モンドラゴン協同組合の組織と概観」を述べ、佐藤氏が第二章で、「多様化の中の統合を求めて—1990年代に向かうモンドラゴン—」と題して経済環境の変化とモンドラゴンの対応について分析し、私は、石塚氏のお手伝いでスペイン協同組合法の翻訳をわずかに手伝い、第三章「スペインの協同組合法制」として紹介した。その要点を一言で言おう。

日本の協同組合は、組合員の相互扶助を目的としているが、スペインの協同組合は相互扶助という考え方を一歩進め、協同組合は「資本と民主的管理をもって」、「企業活動を展開」し発展させるために様々な制度を定めている。

坂根さんは、第四章「モンドラゴン協同組合と税制」を書いた。

スペインやバスクの法制は、協同組合を守り発展させようとする立場から制定されている。法人税の優遇税制は協同組合に対し1970年から10年間100%免税で以後50%免税となっており、剰余金の分配である協同組合償還金は1980年から3年間

の免税だ。

日本でモンドラゴン協同組合の税制を紹介したのはこれが最初である。坂根さんは協同組合グループの金融部門と言うべき労働人民金庫（CLP）がアメリカのビッグ監査事務所の監査を受けていることを、「全く予想だにしていなかった」と驚嘆している。

坂根さんは語っている。

「協働の歩みを語る上で、モンドラゴンの話を避けて通ることは出来ません。」

「この取材の旅が、そのときはまだ誕生していない『協働』の未来に重要な影響を及ぼすことになるとは夢にも思っていませんでした。」

「モンドラゴン取材とその後の模索の旅が自身らの思考と論点の幅を極めて豊かに育んだということは紛れもないことと考えています。」

「『協同労働協同組合』に衝撃を受け、同時に、その意義こそがバスク・モンバラゴンの本質でもあり、私たちの小集団協働の活動に深い影響を及ぼすことになったのです。」

分かりにくいかもしれないが不案内な方のため、スペイン協同組合法（1987年4月制定）を引用しておこう。

「協同労働協同組合は、法的能力を有する個人が協働し、協同組合活動の発展のために労働の提供を行い、組合員に対し職務を提供調整し、共同の富及び第三者へのサービスを創り出すことを目的とする。」

## 4 モンドラゴンからの思索

坂根さんは、モンドラゴンの視察から心を捉えて離さないことは、協同組合における出資と所有という考え方の議論と実践だった、と語っている。

これを私流に解説しよう。

たとえば私が顧問弁護士の川崎医療生協は、組合員となる大勢（4万人以上）の利用者はわずかな出資金を出して組合員＝出資者となり、そこで働く医師・看護師・職員（数百人）は賃金をえる労働者であり出資金を支払い組合員になっても利用者と同じ1票をもつだけだ。これが日本では当たり前の生協の姿だ。

バスク・モンドラゴン協同組合の取り組みはこ

れとは違った。

「エロスキ」という消費生協の総代会では、圧倒的多数の消費者組合員全体が2分の1の、少数の職員労働者組合員全体が2分の1の決議権をもつ。両者が対等に語り合い、決定する権利を有するためだ。出資金は利用者が数百円なのに対し、労働者組合員は130万円と桁違いだ。

私はこのすばらしい運営原則について何度か語ったが、日本の法制ではできない相談だ。

モンドラゴン協同組合基本原則は「3 労働の優越」を定めている。

「モンドラゴン協同組合は、労働が自然、社会、人間を変革する基本的要素と考え、以下のとおり行う。

- (a) 賃金労働の請負契約制度の廃止
- (b) 協同組合の組織における労働の完全な優越性の確認
- (c) 生産され富の配分においては労働が本質的な尺度である
- (d) 協同組合の全構成員に対し、職務の選択の機会の拡大をめざす

私はこれを見たときしばらくはその有する意味に戸惑った。よく考えると実に味わい深い原則だ。坂根さんはこれを一言で語っている。

「『労働』ということの重さである。」

「私は、大いに考えさせられたのである。すなわち、労働と労働者の重み、民主的・集団的所有という概念では職員労働者が中核となるべきなのか。」

## 5 ユーゴ、ロシアの旅

坂根さんの思索の旅は続き、私も同行を続けた。

1988年、旧ユーゴスラヴィアの自主管理企業の取材に出かけた。モンドラゴンの実験はユーゴの自主管理企業から学んだと知ったことも訪問の一因であった。

ユーゴ民族紛争の前であり、首都のベオグラードとクロアチアのザグレブで幾つもの企業を訪ねた。どこもソ連型の社会主義ではなく自分たちが創造して作っていったと話していた。その核心を述べよう。

ユーゴでは生産手段は「社会有」であり、労働

者が「協同して」社会有の生産手段を用いて労働することを「連合労働」と呼び、連合労働組織をつくる。労働者評議会が最高決議機関であり、全従業員の「労働者集会」や「レフェレンダム（全員投票）」もある。

ユーゴは1970年代以降の世界経済の荒波のなかで、債務と失業の増加、インフレなどに苦しんでおり、憲法と連合労働法の改正が議論されていた。

「企業運営の非効率が生れている」、「社会的所有という意味があいまいで、労働意欲の低下が見られる」、「企業長の権限は限定されているが責任が重く敬遠されがち」など様々な話を聞いた。

これらの意見は自主管理企業そのものを否定する意見ではなかったが、坂根さんと私にとって、自主管理の難しさを知らされた旅となった。連合労働法の改正はならぬ間に、痛ましい民族紛争に突入し、旧ユーゴは四分五裂となった。

1989年、再度モンドラゴンを訪れて詳しく取材し、同時にイタリアの左翼の協同組合「レガ」を訪問した。

イタリアでは、協同組合がECの巨大営利企業に対向するため規模の拡大を図り、組織運営をシステム化しようとする様子を視察した。坂根さんは「イタリアの協同組合運動は政治勢力との関係も色濃いものとの感想も強くだいた取材」と記した。

1990年、西ドイツの労働組合の経営参加を視察し、ベルリンの壁崩壊の現場に立ち会った。

1998年、ロシア・ポーランドを視察し、坂根さんは旧社会主義国の企業が外国資本の荒稼ぎの場として蹂躪されている様子を見聞きし、大いに嘆いた。

坂根さんは、『ウォッカにさそわれて ロシア・ポーランド取材の旅』（1990年同時代社発行）を出版した。実に大胆なことだ。

全日本民医連は、1997年の定期総会で、その活動を「非営利・協同」の運動と位置付け、21世紀への飛躍を期待した。坂根さんは、1998年、公認会計士事務所を「協働」と命名した。

2002年、非営利・協同総研が設立されたが、坂根さんはこの設立にも大きな役割を担い、副理事長に就任した。

こうして坂根さんの思索と取材旅行は、自らの

公認会計士活動の中核となっただけでなく、全日本民医連の活動にも大きく貢献することとなった。

坂根さんは、1999年、総勢23名のモンドラゴン取材旅行を組織し、その成果を『共生社会と協同労働—スペイン非営利協同の実験—』（2000年同時代社発行）として出版した。

これが坂根さんとの最後の旅行となった。

非営利・協同総研は、2009年キューバ・メキシコを視察し、10周年記念事業として、2012年ドイツの医療と脱原発の事業、2013年イタリアの医療福祉と社会サービス、2015年イギリスの医療福祉と社会的企業を視察した。坂根さんがこれらに同行できなかったのは、返す返す残念なことであった。

## 6 晩年に

坂根さんは、不治の目の病があると大学時代に診断された、と話していた。果たしてそれが進行

し、坂根さんは公的活動から退くようになり、間もなく独り暮らしをしていると聞いた。

高柳新先生の呼びかけで、山梨の山田駒平さんとともに坂根さんを囲んでの懇親会を代々木、立川、神楽坂で何度かもった。

坂根さんは大学時代の学生闘争のことを生き生きと語ったが、診療を受けろという高柳医師の呼びかけには頑として応じようとしなかった。私には、坂根さんは、先の見えないなかで、孤独な自由の道を歩もうとしているように見えた。

長男の哲也君が同居し始めて安心したが、慣れた道の散歩以外には外出さえ困難となっていると聞いた。

坂根さん急逝の報を聞き、火葬に立ち会わせていただくことができた。

剛毅な坂根さんとて不安や寂しさがあつたであろう、と思うと胸が痛んだ。

（にかみ まもる、弁護士・研究所監事）

# 坂根利幸氏を偲ぶ（非営利・協同の探求の達人）

石塚 秀雄

坂根さんと初めてお会いしたのは1987年であった。友達の友達ということで、スペインのモンドラゴン訪問の誘いに我が家を来訪されたのだ。というのも私は、東京から安曇野に移ったばかりで、英語スペイン語の翻訳などフリーターを始めていたからで、坂根さんたちは、スペインに行くので多少スペイン語のわかった者がいたほうがよいと考えたからのようだ。坂根さん自身も大学のときの外国語にスペイン語を選択したというちょっと変わり種のものであった。昔は、上智大学か外国語大学の専攻学生以外にスペイン語をやる学生はあまりいなかった。坂根さんは、モンドラゴンという労働者協同組合の町に、公認会計士としていたく関心があるようであった。私はそのときと初めてモンドラゴンという名前を聞いたのであるが、テーマには惹かれた。私事で恐縮だが、私は1975年あたりから約10年、小さなマルクス原書講読会に参加していて、関心の一つがマルクスのいうアソシエーション（協同）社会とはなにか、あるいはアソシエーションとはなにかということであった。この勉強会には日本体育大学の森川貞夫さんも顔を出されていた。

坂根さんは初対面の冒頭、「高校で一緒に演劇をした同級生の変った奴に石塚というのがいたが、あれは君の兄貴か」と言うので、意外な縁に驚いた。当時、坂根さんは山梨の民医連問題で甲府に通っていたらしいが、もちろん私はそんなことは全く知らなかった。後で知ったことであるが、山梨問題に坂根さんと一緒に関わっていた窪田之喜弁護士は、私の東京日野市在住時代の飲み友達であったのも世間は狭いということであった。

モンドラゴンにいくと坂根さんは経営分析の専門家として、観念的な研究者とはひと味違う分析力を発揮した。モンドラゴンでは「サカネ」と呼

ばれるどんな人間がくるのかと興味をもって待たれていた。バスク人がくるかと思われたのである。というのも「サカネ」という言葉はバスク的な響きがあり、谷というような意味とのことであった。モンドラゴンの人たちにも坂根さんは印象深かったようで、その後私がモンドラゴンに通っているとたびたび「サカネはどうしている」と聞かれた。坂根さんは角瀬保雄先生や富沢賢治先生と知り合う前からその著作を読んでいて、民主的経営や経済民主主義について考察を巡らせていたようである。モンドラゴン研究は、富沢賢治、中川雄一郎、佐藤誠などの研究者とともに、日本での本格的な研究が進められることになった。私は手始めに、スペイン協同組合法を訳すことにした。現在の研究所の監事の二上護弁護士と1987年頃に、山梨の温泉に合宿して、翻訳条文の逐条検討をしたのも懐かしい思い出である。坂根さんとはその後モンドラゴンに何度か一緒に訪問した。目がほとんど見えなくなった最近も、「もう一度行きたいな。ホセ・ラモンはどうしている」と言うので、「なんとか一緒に行きましょう」と答えたものである。このセンチメンタルジャーニーが実現せず残念であった。

坂根さんとは1980年代後半にしばしば顔を合わせた。その後、少し空白があった。二度目に坂根さんが我が家を訪れたのは1999年に民医連でモンドラゴン視察の企画があった時である。坂根さんから声をかけられ、私は通訳として同行したが、楽しい旅行であった。この後、研究所設立準備の話があり、研究員としてのお誘いを受けて、願ってもないことなので喜んでお引き受けした。その時私は民医連との関係は特段なかつたが、1967年ころ一年あまり、千葉市の今井町診療所という小さな民医連診療所に私は出入りしていて、地域新聞の発行の手伝いや時には訪問診療の運転手兼心

電図の助手などをしたりしていたことがある。夜には診療所で酒を飲んで談論風発に加わるなどのんきな時代であった。

高柳新先生と坂根さんが研究所設立の主要プランナーであったと思うが、このお二人の構想力がなければ研究所はスタートせず、私も曲がりなりにも研究員としての仕事は続けられなかったと思う。研究所の趣旨や目的の原案は坂根さんが書いたと思う。非営利と協同の間に黒ボツを入れたのは坂根さんのこだわりであった。新自由主義に対抗し、民主統一戦線を作っていくとした研究所の目的はかなり戦闘的なものになった。坂根さんは研究所の副理事長として基本方針の作成やいろいろな企画作りに多大な貢献をした。それはまさにバランスのとれたものであったと思う。坂根さんが会計学の本質がバランスにあり、貸借対照表や収支バランスについての理論と類似したものが研究所の理念と実践においても大事だと考えておられたのだろう。

また2001年にキューバ視察のお誘いを坂根さんから受け、訪問先の調整などの手伝いをして、出発する一週間前にニューヨークの9.11事件が起きた。当時キューバへ行くにはアメリカを経由しなければいけなかったのが、旅行は中断のやむなきにいたった。十年後の2010年に研究所と民医連の共催によるキューバ視察のときには、坂根さんの目はだいたい悪くなっていて、残念ながら坂根さんの夢見ていたキューバ旅行は実現せずに終わってしまった。

坂根さんは会計経営分析の専門家であったが、障害者運動にも関わっていて、会計事務所では毎年発行しているカレンダーには、知的障害者の書いた絵が月ごとに使われているように、坂根さんはヒューマンな気持ちが根底にある人だと思われる。また事務所の名前に「協働」を採用したこと

は、当時としては珍しいことで、協働という事に関する意気込みを感じることができた。

私は坂根さんの本職である公認会計士としての仕事のことはわからないが、有能であったことは間違いない。坂根さんが民主的会計制度に関する本を書くなど、非営利・協同の事業の発展のために創造的な大きな貢献をしていることは、まさに坂根さんにリアリティとロマンがあった故だと思われる。坂根さんは普通に、大企業などの顧問会計士などを続けていれば、巨額な収入を得ることができたはずであろうが、カネの価値をよく知りつつ、軽視もせず蓄蔵もしなかった。まさに心は非営利と協同の人であったと思われる。

坂根さんは書くことが好きだった。犬のジョンに仮託した連載エッセーなどは面白いものであった。坂根さんとはモンドラゴン関係の本も出し、私の訳したアメリカの年金制度の経済学者たちの議論の本に解説を書いてもらったりした。坂根さんは『経営の達人』という本を準備していたが、研究所でなんとか本にしたいものである。

坂根さんが私をどう見ていたかはわからないが、私としては坂根さんに人生の要所要所でたいへんお世話になった。その点では恩人であるが、やはり非営利・協同の探求をしてきた同志という気持ちが強い。単なる専門家にとどまらず、非営利・協同という普遍的な価値も追求したという、古風な武士というようなたまたまのまいのある人で、余人をもって代えがたい貴重な能力をもった人であったと思う。最近では、会うとどっちが早く死ぬか競争みたいな話になったが、坂根さんは突然の病を得て不帰の人となられ、私はやはり坂根さんにはかなわないと思うのである。

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

# 「民主経営」の実務の改善にかけた人生

## —坂根利幸氏へのインタビュー記録—

### 企画趣旨

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

本企画の第2回は、本号特集に寄せ、坂根利幸氏へのインタビュー（2017年4月7日、於・非営利・協同総研いのちとくらし）を掲載することとした。インタビューの実施等にはご子息の坂根哲也氏にもご協力頂いた。ここに記し感謝申し上げる。

事務局担当 竹野ユキコ、久保ゆりえ

公認会計士であった坂根氏は、1983年に230億円の負債をもって倒産した民主的病院の再建に関わったことをきっかけとして、多様な法人形態をもつ民医連グループの病院・診療所・医療生協等が統一で利用できる会計基準を1989年に作成する等、民主経営の実務の改善に関わる重要な業績を残された。氏が仲間とともに運営してきた会計事務所は現在も「協働 公認会計士共同事務所」として続いている。ご子息の哲也氏は、同会計事務所でも坂根氏とともに長年お仕事をしておられたため、今回のインタビューにもご同席いただきコメントを頂いた。

坂根氏は、ご著書の中で「民主経営は『人間学校』である」と述べている。出資者・役員・職員労働者・友の会等の支援者、それぞれの立場にあるみんなが経営について学ぶと同時に、「現場で、職場で、会議で、地域で、個々の経験と体験をし、その相互の点検学習をする」ことによって順調な経営が実現されるという経営哲学である（『民主経営の理論と実践』同時代社、1997年、325頁）。下記インタビュー記録にも、人間性と創造性を重視されるような氏のお人柄が少しでも反映できていれば幸いである。

（明治大学大学院商学研究科博士後期過程・久保ゆりえ）

### ■民主的病院の倒産問題との出会い

—本日はどうぞよろしくお願いたします。今回のインタビューにあたって、ご著書『民主経営の理論と実践』を読み返して参りました。この本では、非営利・協同総研いのちとくらしの角瀬顧問等による民主経営の理論的な側面について整理されると同時に、後半部分では、実務的な側面に

も言及されていますよね。特に私が面白いと感じたのは、「会議の時間が守られていない、集まりが悪い」等、基本的なルールがなっていないことも問題だ、と指摘されていたことです。

まずは、いわゆる民主的医療組織の経営問題に携わるようになられたきっかけや、現場の人々のお仕事の仕方について当時お感じになったことについてお聞かせ願えますか。

坂根 昭和58（1983）年に甲府にある民医連の山梨勤医協が倒産しました。僕の同期の弁護士がこの問題を取り扱っていたのだけど、弁護士では会計のことが全然わからなくて。彼から「坂根君にやってもらいたい」と、倒産の原因究明を頼まれたわけです。

借金は230億円もあって、そのうち140億円を15年で返済しなければならないということでした。返すためには稼がないといけませんから、15年間をその指導を僕がしたんですよ。毎日ではないけれども、毎月のように通ってね。140億円の資金を生み出して全額返済し、それは成功したわけです。

それ以来、他の民医連の病院でも似たような経営問題を抱えていることがわかり、僕はあっちこちに呼ばれて指導を行なうようになりました。一時は、「倒産会計士」と呼ばれていました（笑）。倒産寸前のところばかりに関わっていたから。

——大変なお仕事ばかり。お一人でやられていたのですか。

坂根 最初は僕ともう一人、二人しかいなかった。昭和58年に山梨勤医協の倒産があって、そこから10年くらいの間、会計の見直しが重要なんだということが少し知れ渡って、私たちへの依頼がくるようになったわけですが、対応できるメンバーがない…けっこう大変でした。地方に泊まりがけですからね。

——ご出張も多いとなると、ご子息の哲也さんから見るとお父様はほとんどおうちにいなかったような印象ですか。

哲也 父親ってというのは家にいないという認識でしたね。日本中周っていたようだから。全然会えなかったし、小さい時には、寝たあとに父親が帰ってきて、起きた時にはもう出掛けているというようでした。

——経営難に陥っている民主的医療機関が全国に数多く存在していたからこそ、お仕事もお忙しかったのかと思います。経営難の原因はどういうと

ころにあるのでしょうか。

坂根 要するに経営の計画をきちんと議論して立てていない。だから誰も数字に責任を負わないし、しかもトータルの予算は機関会議で決めてもみんな議論していないから、誰もよくわかっていない。だから会計は簿記ができる人が担当して、経理の担当者がちょこちょこっと予算をつくっているような感じで。地域の特殊性や法人の違いはありながらも、大体同じなんです。だから北から南まで呼ばれていきましたね。

僕がやったことは、多少時間がかかったけれど、事業所や診療所を巻き込んで予算をどうやって作るのか、ということをやりました。予算に関しての基本の骨子は、多少、理事会なり執行部で議論していたかもしれない。例えば今年は赤字を10億減らすぞ、とか。では現実にはどのようにして減らすのか、というと、それは各事業所がやるわけだ。事業所ごとに計画を立てさせて、合計すればだいたい大丈夫かというのを何度も繰り返すんです。最初はいい加減な数字を持ってくるからね。だから各事業所、病院、診療所の人たちを巻き込みながら問題を明らかにしていくということをやりました。

——山梨勤医協の場合だと、倒産から回復した後は公益財団法人になり、山梨で医療の公共性を担っていることも認められた法人にまでなりましたよね。しかし倒産当時は、どんな問題があって、具体的にはどのように資金をつくりだされたのでしょうか。

坂根 民医連の病院は一時はどこも赤字だらけでした。なんで赤字でももっているのかというと、患者さんが友の会の会費やカンパや貸付も含めてお金を出してくれるんですよ。それでお金が余っちゃうということもある。

山梨はそれでいろんなことに手を出していたんです。医療と関係ないこと、例えばゴルフ場をつくるとか、スキー場をつくるとか…だけど、そのビジネスもうまくいかなくて。健康産業ということをやっていたんでしょう。

一家族で1000万円を出している人もいたし、

1億円とかのお金を出してくれていた人もいたから、そうした人のところを僕も職員と一緒に回って、15年で必ず返すから、分割返済していくから、なんとか勘弁してくれって話をしてきましたね。そして医療をしっかりに行い、人件費も多少は圧縮したりコスト削減をしたり等をしていきました。

経営をうまくいさせるコツはない。また、開業医を見ればよくわかるけれども、やはり医者の特権が強いですよ。医者はどこでもやっていけるから、赤字経営になった時に医者の頭をある程度切り替えさせないと辞めていっちゃうんです。でも少しでも経営が改善していくのが見えてくると、医者も残ってくれて、みんながんばる。やればできるんだってね。ほんの少しでもね。誰かが一人でやるわけじゃないし、実数を見て、やればできる、と思うこと。

## ■その後の展開：民医連統一会計基準の作成

**坂根** その後、経営問題を抱えているのは、どうも民医連だけじゃないということがわかってきた。労働組合などもそうです。私らのところの会計事務所では、全労連が出来て平和と労働センター・全労連会館を作るころに指導しました。

——きょうされん等、その他の非営利・協同組織ともお仕事されていたとか。

**坂根** 山梨勤医協に関わったがために、私の名前が知れることになって。でも、きょうされんはもっと早い時期にかかわったかな。つまり障害者の作業所の勉強会で、クロネコヤマトの小倉さん(故小倉昌男氏)と一緒に行ってしゃべったりしていた時期もありましたね。作業所の経営はコケちゃうと、障害者の人たちが困っちゃうから、絶対に潰せないんですよね。

きょうされんはリサイクル洗びんセンターで東都生協からの仕事を請け負うこともしていたから、その関係で東都生協とも関わりがあったな。生協でいうと高崎市民生協とか千葉コープとかもかかわってました。でも僕は「倒産会計士」だから、関わった生協は大体もうほとんど合併したり

してなくなっているんだよね(笑)。

——民医連の経営問題に関わるなかでは、統一会計基準をおつくりになられたのですよね。統一会計基準をつくるのには、最初の議論が始まってからどれくらいの時間がかかったのでしょうか。また、会計基準をつくる時に関わったメンバーはどのような方でしょうか。例えば角瀬保雄先生、根本守先生とか。

**坂根** 角瀬先生は民医連の統一会計基準には直接には関わっていないね。会計事務所を神田に移したのが1989年で、その当時は木村隆一会計士と一緒に仕事をして、根本君も木村先生のバックアップをしていた。98年に神田から代々木に移転しようとしたときに、根本君を引っ張ってきたんだね。

統一会計基準をつくる時には、私らの会計事務所と民医連を中心にやった。統一された会計基準が必要だということは、みんながわかっていたから、いま考えるとそんなに何年もかかっていない。各事業所や各法人に意見は聞いていたけれど、民医連全体のところでつくった。

問題は、それができた後で誰が現実にとどのように応用するのか、ということだった。私が全部の法人に指導に行くわけにもいかないからね。統一会計基準の勉強会を全国各地でやるにしても、民医連のメンバーのなかで講師になれる人を育てないと、とてもじゃないけどやっていけなかった。東京に集まると交通費もばかにならないしね。

——統一会計基準の講座を受けると、民医連内部の資格が取得できるという仕組みになっているそうですね。

**哲也** 会計基準を学んで認定試験を合格すると、「統一会計基準推進士」という資格がもらえます。推進士の仕組みは21世紀に入って始めました。当初はうちの事務所で講義をして認定試験の採点等も全てやっていましたが、現在は民医連の各地方協議会でやってもらっています。実は今週も全労連会館で2日間、各地協で講師をする方々のための講習会を開催しました。この試験は毎年やっているわけではなく、2,3年に1回ですが、今年が

10回目の試験でした。

——ちょうど書棚に、全日本民医連経営委員会編集・協働公認会計士共同事務所監修『全日本民医連会計講座テキスト・問題集』（2003年）という三巻本があります。巻末をみると『民医連の簿記の達人』、『民医連の会計の達人』、『民医連の税務の達人』といった三部作の紹介もあります。

統一会計基準をつくって会計の勉強をする人を増やしていくことで、経営問題の解決にかかる効果はやはりありましたか。

**坂根** 赤字の原因等を県連単位で議論するとなると、各診療所の決算書を横並びに並べるわけですよ。でもそれは経理担当者や事業所についている会計事務所や税理士さんがそれぞれにつくっているもので、並べてもわけがわからない。だから統一会計基準をつくってそれに沿ったものを作るようになったのは良いことだった。

また、今まで予算書や決算書を見ながら事業所で会議をしても、事務の人はある程度わかるけれど、それ以外の医師や看護師はほとんど内容がわからなかった。毎日、一生懸命頑張っているのに、なんでこんなに赤字なんだ、みたいな議論になる。会計の勉強をする人を増やすことで、全員は無理にしても、医局でも少し経営の話ができるようになった。一定ときほぐして、みんなでものになしないと、赤字はなかなか減らないということです。

——いまはもう、民医連関係の診療所などが赤字になることはないのでしょうか。

**坂根** いや、そんなことはない。どこにも赤字になる原因はある。例えば診療所に新人の医師が配属になっても、新人はすぐは稼げないし、人件費が高い。すると診療所はすぐ赤字になっちゃう。それを少し我慢して、最初の年はこのくらい、2年目はこう、3年目はこうで、という議論していかないと、新人の医師たちががんばるようにならないから。

——ものごとが改善されていけばいくほど、もうちょっとここが足りないな、と思うところも出て

くると思います。民医連の診療所や病院の今を見ていていかがですか。

**坂根** 僕は今は見ていません。65歳で仕事は全部辞めて、いま70歳です。ただ、僕の最後の仕事として『経営の達人』、『監査の達人』原稿をつくったんだけど、いまだ陽の目を見ていないんだな（笑）。

**哲也** データはあるよ（笑）。『監査の達人』は毎月うち（協働）のホームページでアップしました。ただ原稿を書いてからそれなりに時間が経ってしまったので、アップデートしないといけない箇所が一定あります。

**坂根** 法律や会計基準が何年かで変わってしまうからね。

——今は協働には、どれくらいの方が働いていらっしゃるのですか。また会計士の方々は民主経営の勉強をされるのですか。

**哲也** 今は11人、資格のある会計士は6人です。みんな、それこそ『理論と実践』（坂根氏著『民主経営の理論と実践』）を読んでいます。一気に学ぶというのはなかなか難しいので、あとは各現場でいろいろと勉強していくということをしていくという形です。もともと民医連と関わりのある方が半分くらいなので、民主経営の勉強なんかもとつきやすいのかもしれない。

**坂根** 仕事の上で知り合って、という人もいましたから。あとは新聞広告とかね。

## ■これまでの仕事を振り返って

——会計事務所の名前は、もともと「坂根会計事務所」のように個人名をつけていたものから、1998年に「協働」と改称されたそうですね。この名称変更の背景には、スペイン・モンドラゴン視察の影響があったとか。

**坂根** モンドラゴンに最初に行ったのは1986年か

な。「みんなけん」が主導で、当時一橋大学にいた富沢君（非営利・協同総研いのちとくらし顧問の富沢賢治氏）や、石塚さん（非営利・協同総研いのちとくらし主任研究員の石塚秀雄氏）と。87年に2回目に行くときに連れて行ってもらったのかな。まだ非営利・協同という考えが僕になかったころです。

石塚さんはスペイン語ができるんだよ。僕は大学で一応スペイン語を選択したけど、全然勉強していなかったからまったく通用しなかった。もうちょっとやっておけばよかったな。

**哲也** 後で聞いたら、石塚さんのお兄さんと同級生だったということだね。

**坂根** そうそう。立川高校は毎年クラス替えがあるのに、3年間、石塚の兄とは一緒だったんだ。

**哲也** 三多摩地域にみんないたから、どこかで関わりがあったのかもね。

——すごい縁ですね。非営利・協同のネットワークの力というような…。

では、最後におうかがいしたいのですが、1983年の山梨勤医協倒産以来、民主経営というものに関わってきて、現在お思いになることはありますか。どうかがって良いものかわからないのですが、坂根先生はいわゆる社会運動にどっぷり漬かった結果として民主経営に関わるようになったわけではないように感じました。それでも「民主経営」というものを探求して、統一会計基準という実践的な成果も残されるほど情熱を注がれたのはなぜでしょうか。

**坂根** 僕は大学の終わりに会計士の試験に受かって、最初は小さな監査法人に入って企業の監査をやっていました。当時のボスが会計士協会の会長をやっていたから、そこそこいい仕事、たとえばタカシマヤなどの監査をしていました。

あるとき、当時のボスがうちに遊びに来ないか、と声をかけてくれたことがあったけど、そこには娘が3人いたので押し付けられるなど思って行かなかった。あれを行っていたら、また別の人生に

なったかな、とあとから思ったりもしましたけど。

——そこでなさっていた企業監査のお仕事は、楽しかったですか。

**坂根** 楽しいと言えば楽しい、いろんな業種のところに行けるじゃないですか。例えば富山のイタイタイ病の神岡鉱山に監査で行かされていたんです。鉱石を掘り出して精製してメタルにしているという仕事。山をくり抜いちゃうんだから、巨大で真っ暗な洞穴でみんな働いているんだよね。ヘッドランプは点けても役に立たない。垂直50mの縄ばしごも平気で昇っている。そんな仕事をしたこともありましたね。

——その監査法人には何年くらいお勤めになったのですか。

**坂根** あまり長いことはなかったですね。辞めて、正規の職員ではなくパートになりました。このまま大手の会社の仕事で生きていくのでは、自分が役に立てる仕事エリアがあるかもしれないと考えることができない。実家にいたし、食えればいいかと。パートの仕事でも1日の給料はそれなりに高いから、1週間くらい働いていれば普通の人の月給に近いぐらいはもらえたから、あとは勉強したりしていました。

——そういうことをしているうちに山梨勤医協の話がきたわけですか。やはり大手企業の監査をやるよりも、草の根のビジネスをやっている人たちと一緒に考えたり、将来を見通したり、改善したりというのが面白いものでしたか。

**坂根** 普通の仕事は出来上がっている組織や会社で、描いている通りに動いているか、計画にあっていかどうか、数字をチェックするような感じなんですよ。ある程度やっちゃうともう面白くない。毎年同じようなチェックをするから。

ところが昭和58年の山梨勤医協の倒産とかは、どうすればいいんだろう、と自分で仕事をしていくからね。

——難題があったほうが面白い。

坂根 それでもなんとかなるかな、と。甲府共立病院が発端だったけれど、病院だけじゃなくてあっちこっちに関連事業をやって、それがみんな駄目になった。スキー場からなにから、みんな整理しないと本体も整理できないから。私なんかまだ若いのに、大変でした。

——その当時はおいくつぐらいでしたか。

坂根 36歳。

——そのお歳ですごい難題でしたね。でも若いから、かえって心配しないで色々できたのかもしれないね。

坂根 こわいものがない、みたいな。どっちみち、誰もできないですよ。

——監査法人でふつうにやっていたら、山梨の話は先生に来なかったかもしれません。タイミングがあるかもしれませんね。

哲也 もし監査法人にいたら、忙しくて行けないですね。

——民主経営という言葉自体は、坂根先生が考えたというよりは、現場の人たちが「自分たちは民主的な組織なんだ」ということを強調していたわけですよね。坂根先生は彼らの言う「民主的」とは何なのかを理解しつつ、それに沿った会計実務

の手法を整えていったのですよね。

坂根 そう、もともと早い時期から「民主経営なんだ」ということを位置付けてきたんでしょうね。しかし民主経営という言葉をしっかり議論したり、理論化したりしていなかった。「民主経営だから」という言葉だけで縛り付けたり…。

一つの組織に関わったら、次から次へと依頼が来る。さまざまな組織をみていくと「みんな、なんでこうなるのか？」ということを考えざるをえなかった。また、もう少し民主経営という統一された理論を整理して、あちこちで講演等をしなきゃいけなくなった。そういうことが求められた時代で、たまたまその時代に僕が生きていたということだったのかもしれない。

会計士になるような人は、自分が目にするものについて静かに考えるものなんです。そのことが決算とか数字に影響してくるから、いろんなことを考える。だから多くの人たちは伝票や帳簿だけを見ているのかと言うけれど、それはそうじゃない。伝票や帳簿はあることの結果だからね。どうしてこういう結果になるのかということは、見ていないと、観察していないとわからないんです。

もし山梨の倒産に関わっていなかったら、今みたいでなく、人生も変わっていたかもしれない。最初に知人から「こういうわけで行ってくれ」と頼まれて、それが私の人生を決めちゃったことなんです。

——与えられた環境の中でやりがいを見出されたということなのですね。今日はお目にかかれてとても嬉しかったです。ありがとうございました。

坂根利幸先生の研究所発行物への執筆一覧

| 番号 | 種別          | 号数    | 発行年月日      | 種別         | 題名                            |
|----|-------------|-------|------------|------------|-------------------------------|
| 1  | いのちとくらし研究所報 | 1     | 2002/10/19 | 発起人寄稿      | 複数方向の研究情報の受発信基地に              |
| 2  | いのちとくらし研究所報 | 1     | 2002/10/19 | 論文         | 市場経済と非営利・協同一民医連経営観察者からの発信―    |
| 3  | いのちとくらし研究所報 | 2     | 2003/02/25 | 役員挨拶       |                               |
| 4  | いのちとくらし研究所報 | 3     | 2003/05/25 | 論文         | 非営利・協同の事業組織                   |
| 5  | いのちとくらし研究所報 | 3     | 2003/05/25 | 座談会        | 非営利・協同と共同作業所づくり運動             |
| 6  | いのちとくらし研究所報 | 5     | 2003/11/20 | インタビュー     | 秋元波留夫先生インタビュー「医療と福祉に思う」       |
| 7  | いのちとくらし研究所報 | 6     | 2004/02/27 | 論文         | 新非営利活動法の制定議論と税制改悪の方向          |
| 8  | いのちとくらし研究所報 | 9     | 2004/11/30 | 座談会        | 破綻と再生から学ぶ非営利・協同の事業            |
| 9  | いのちとくらし研究所報 | 10    | 2005/02/28 | 座談会        | 非営利・協同組織における労働の問題―医療労働について    |
| 10 | いのちとくらし研究所報 | 15    | 2006/05/31 | シンポジウム     | モンドラゴンから学ぶ非営利・協同組織の運営問題       |
| 11 | いのちとくらし研究所報 | 17    | 2006/11/30 | 座談会        | 医療法人制度改革問題                    |
| 12 | いのちとくらし研究所報 | 18    | 2007/02/28 | 座談会        | 非営利・協同入門                      |
| 13 | いのちとくらし研究所報 | 21    | 2007/11/30 | 座談会        | 非営利・協同組織医療機関の資金調達と非営利・協同金融の展開 |
| 14 | いのちとくらし研究所報 | 22    | 2008/02/29 | 座談会        | 非営利・協同組織と法人制度の改正              |
| 15 | いのちとくらし研究所報 | 24    | 2008/08/31 | 講演会コメント    | 労働運動とアソシエーション―現代の連帯の在り方       |
| 16 | いのちとくらし研究所報 | 27    | 2009/06/15 | 座談会        | 経済危機問題と非営利・協同事業組織のあり方         |
| 17 | いのちとくらし研究所報 | 33    | 2010/12/15 | 座談会        | 『非営利・協同Q & A』紙上コメント(その1)      |
| 18 | いのちとくらし研究所報 | 35    | 2011/06/20 | 緊急座談会      | 福島第一原発と市民社会                   |
| 19 | いのちとくらし研究所報 | 36    | 2011/09/20 | 巻頭エッセイ     | 非営利・協同論の探求                    |
| 20 | いのちとくらし研究所報 | 36    | 2011/09/20 | 座談会        | 『非営利・協同Q & A』紙上コメント(その4、最終回)  |
| 21 | いのちとくらし研究所報 | 38    | 2012/03/31 | 座談会        | 東日本大震災1年後の課題                  |
| 22 | いのちとくらし研究所報 | 46    | 2014/03/31 | 座談会        | 研究所の10年と未来                    |
| 23 | いのちとくらし研究所報 | 46    | 2014/03/31 | 10周年記念エッセイ | 非営利・協同論の探求                    |
| 24 | 研究所ニュース     | No. 6 | 2004/04/25 | 副理事長のページ   | SRIF                          |
| 25 | 研究所ニュース     | No. 8 | 2004/10/31 | 副理事長のページ   | 銭闘(せんとう)                      |
| 26 | 研究所ニュース     | No.10 | 2005/05/16 | 副理事長のページ   | MONDRAGON                     |
| 27 | 研究所ニュース     | No.12 | 2005/10/28 | 副理事長のページ   | ベレー・ロッホ                       |
| 28 | 研究所ニュース     | No.14 | 2006/04/30 | 副理事長のページ   | 病院・介護専門ファンド                   |
| 29 | 研究所ニュース     | No.26 | 2009/05/15 | 副理事長のページ   | 金色                            |
| 30 | 研究所ニュース     | No.31 | 2010/07/31 | 副理事長のページ   | キャピタル                         |
| 31 | 研究所ニュース     | No.33 | 2011/01/31 | 副理事長のページ   | 消費税増税の民主党政権                   |

| 番号 | 種別   | 号数                    | 発行年月日      | 種別          | 題名                    |
|----|--|-----------------------|------------|-------------|-----------------------|
| 32 | 研究所ニュース                                    | No.34                 | 2011/05/20 | 副理事長のページ    | 東日本大震災と「バランス」         |
| 33 | 研究所ニュース                                    | No.37                 | 2012/02/29 | 副理事長のページ    | マネー・ウォーズ              |
| 34 | 研究所ニュース                                    | No.40                 | 2012/12/31 | 副理事長のページ    | 非営利組織と消費税             |
| 35 | 研究所ニュース                                    | No.42                 | 2013/05/31 | 副理事長のページ    | 総研の10年と会計             |
| 36 | 研究所ニュース                                    | No.44                 | 2013/11/30 | 副理事長のページ    | 非営利・協同論の探求(その1)       |
| 37 | 研究所ニュース                                    | No.45                 | 2014/02/28 | 副理事長のページ    | 非営利・協同論の探求(その2)       |
| 38 | 『新しい社会のための非営利・協同』                          | 総研いのちとくらしブックレット No. 3 | 2008/03/05 | 機関誌 3号論文再掲  | 非営利・協同の事業組織           |
| 39 | 『新しい社会のための非営利・協同』                          | 総研いのちとくらしブックレット No. 3 | 2008/03/05 | 機関誌18号座談会再掲 | 非営利・協同入門              |
| 40 | 「スペイン・ポルトガルの非営利・協同取材」報告書                   | いのちとくらし別冊 No. 2       | 2006/03/01 | 報告論文        | MCCの協同労働と連帯、その組織と会計   |
| 41 | 「スペイン・ポルトガルの非営利・協同取材」報告書                   | いのちとくらし別冊 No. 2       | 2006/03/01 | 報告論文        | エロスキ                  |
| 42 | 「スペイン・ポルトガルの非営利・協同取材」報告書                   | いのちとくらし別冊 No. 2       | 2006/03/01 | 報告論文        | イケルラン                 |
| 43 | 「スペイン・ポルトガルの非営利・協同取材」報告書                   | いのちとくらし別冊 No. 2       | 2006/03/01 | あとがき        | あとがき                  |
| 44 | 『公私病院経営の分析—「小泉医療制度構造改革」に抗し、医療の公共性をまもるために—』 | ワーキンググループ報告書 No. 1    | 2006/03/01 | 論文          | その他の非営利組織病院経営と、経営論点   |
| 45 | 『非営利・協同Q & A』                              | 総研いのちとくらしブックレット No. 4 | 2010/09/01 | 用語解説        | Q24. 非営利の法人制度と公益法人    |
| 46 | 『非営利・協同Q & A』                              | 総研いのちとくらしブックレット No. 4 | 2010/09/01 | 用語解説        | Q25. 非営利法人の税制         |
| 47 | 『非営利・協同Q & A』                              | 総研いのちとくらしブックレット No. 4 | 2010/09/01 | 用語解説        | Q26. 非営利組織と消費税        |
| 48 | 『非営利・協同Q & A』                              | 総研いのちとくらしブックレット No. 4 | 2010/09/01 | 用語解説        | Q30. 労働者による出資等とは      |
| 49 | 『非営利・協同Q & A』                              | 総研いのちとくらしブックレット No. 4 | 2010/09/01 | 用語解説        | Q31. 非営利・協同の所有(出資)    |
| 50 | 『非営利・協同Q & A』                              | 総研いのちとくらしブックレット No. 4 | 2010/09/01 | 用語解説        | Q33. 非営利・協同の事業組織の経営とは |
| 51 | 『非営利・協同Q & A』                              | 総研いのちとくらしブックレット No. 4 | 2010/09/01 | 用語解説        | Q35. 非営利・協同の会計        |
| 52 | 『非営利・協同Q & A』                              | 総研いのちとくらしブックレット No. 4 | 2010/09/01 | 用語解説        | Q36. 非営利・協同の資金調達      |

## 山形県における購買生協と医療生協の連携協定の締結について

岩本 鉄矢

本年9月23日、生活協同組合共立社と医療生活協同組合やまがたとの間で「地域に総合生活保障体制の確立をめざす生協運動の推進のための協定書」の調印が行われました。調印式は鶴岡協立病院附属クリニック多目的ホールに両生協の役職員約40名が参加し、医療生協やまがたの黒子専務から協定締結に至る経緯や内容についての報告の後、共立社の松本理事長と医療生協やまがたの佐藤理事長の間で協定書への押印と押印文書の交換が行われ、両理事長の協定に対する熱い想いが挨拶として語られました。

黒子専務からは、「1955年に鶴岡生協が創立し、

それを追うように庄内医療生協も1964年に創立した。それ以来両生協は“安心して住み続けられるまちづくり”という共通の目標を持ちながら歩んできた。しかし、両生協の職員は同じ協同組合の職員ではありながらも担当事業が違うという事で日常での交流は余りされてこなかった。職員が生協運動の担い手として成長していくためには、協同組合運動の視点から組合員のくらしの実像をしっかりと共有し交流を深めていくところが必要と感じる。地域の世帯総数の半数にもなっている組合員組織は両生協ではほぼ重なっており、業種の壁を乗り越える連携が求められていると思う。また、



両生協理事長による協定書締結

現在は新自由主義思想が蔓延し地域格差が広がり、人口減少の中で少子高齢化社会に入ってきており、誰もが人間らしく生きるためには、この現実を見据えた上での協同組合活動の創造が必要になっていくと考える。今年、4月に庄内医療生協は山形保健生協と合併し、医療生協やまがたとして全县を視野にいたした運動を目指すことになり、共立社と共に、これまで鶴岡地域で進められて来た連携を全县レベルに、そして創造的に発展させ活動していこうとの確認がなされ、本日の協定調印に至っている」との経過が報告されました。

協定書の文面にもある通り、鶴岡生協が庄内医療生協設立の母体であったことや組合員が重複していること、購買生協から医療生協への幹部人事支援が行われてきたこと等を背景に、鶴岡地域では両生協の連携や共同活動は運動課題を中心に無前提に当然のこととして長期間にわたって取り組まれてきました。しかし、双方の幹部の世代交代が進む中では、連携や共同の意義と目標を組織的に確認することが必要となっていました。

医療生協運動の全県的拡大のためには、既に

1984年に県内購買生協の統合を実現し、県内全域で生協活動を積み上げてきた生活協同組合共立社との連携が決定的に重要になります。連携が単なるもたれ合いにならない為にも、連携や共同の意義と目標を文書で鮮明にする必要がありました。

両生協の組合員を代表して、共立社の高橋憲志理事からは「超高齢化社会を迎えるなか、高齢者に特化した協同組合が必要になると言われている。今後、この協定書がそれらの問題の解決にもなれば幸いと思う」、医療生協やまがたの梅田啓一理事からは、「この協定の締結が両生協の単なる力の足し算ではなく、掛け算となり県下に運動を展開していく事が求められる」との協定締結への期待が寄せられました。

共同で取り組む課題は組織の発展状況や地域によって違ってきます。協定が絵に描いた餅とならないように「双方理事会代表による常設の連携協議会の設置と定期協議の実施」が盛り込まれて具体化が進められることとなります。

(いわもと てつや、医療生協やまがた常勤顧問)



調印式に参加した両生協の役職員

## 地域に総合生活保障体制の確立をめざす生協運動の推進のための協定書

消費生活協同組合法制定後の鶴岡地域での生協運動は、1955年の鶴岡生協の創設によって産声を上げました。鶴岡生協は、安全・安心で組合員の生活に必要な物資の供給を事業活動の柱に据えると同時に、班活動を基礎とする民主運営を貫き、地域の人々の暮らしを守るために公共料金の値上げに反対する運動や平和を守る運動に取り組み、その支持を広げてきました。

庄内医療生協は、1964年に鶴岡生協と民医連加盟組織であった本間病院の支援によって設立されました。設立準備委員会の基金は、新潟地震で被災した鶴岡生協への全国の生協からの支援募金の一部の寄贈によるものでした。設立と同時に診療所を開設し、外来診療のみならず、急患対応や「断らない往診」に取り組み、医療から遠ざけられていた人々からの信頼を広げました。また、鶴岡生協の実践に学び職場や地域で班を組織し、組織担当職員を配置して、職場に出向いての出張健診や家庭班での血圧測定などの保健予防活動を進めてきました。

その後、両生協はそれぞれの分野で事業規模を拡大し、組合員組織は共に鶴岡市を中心とする地域世帯総数の半数を組織するまでになりました。両生協の組合員組織はほぼ重なっています。取り組んできた事業分野は違いますが、『安心して住み続けられるまちづくり』の目標を共有し、そのための様々な課題や運動と一緒に取り組んできました。『ダイエー進出反対運動』や『灯油裁判』の活動は大資本の横暴から暮らしと地域住民を守る活動であり、『社会福祉法人山形虹の会設立』は、生協には老健施設の開設を認めないという政治的規制を乗り越えて組合員要求の実現を獲得する取り組みでした。多くの地域の住民組織が参加する『コープくらしのたすけあいの会』や『地域9条の会』なども両生協が事務局機能を果たして住民要求の実現を進めてきました。

今、地域住民・組合員の生活環境やコミュニティは両生協の創設・発展期に比べて大きく変化しています。新自由主義経済思想が蔓延し、階層格差と地域格差が広がっています。また、人口減少の中での少子化と超高齢化が進んでおり、2世代・3世代にわたる家族の存在を前提とした暮らし方は成り立たなくなっています。高齢者のみ世帯、貧困の連鎖、限界集落などマイナスイメージの言葉が氾濫していますが、どんな状況の中でも「人々が人間らしく生きるため」には、現実を直視した協同組合活動の創造が必要です。

地域住民・組合員の暮らしから協同組合活動を見直すためには、これまでそれぞれの協同組合が担ってきた事業分野や業種の壁を乗り越える連携が求められます。

生協の職員は、生協運動の重要な担い手です。しかし、事業活動の拡大・発展に従って職員も専門分化が進み、特段の取り組みが無ければ、担当事業分野の目からのみ組合員のくらしを見る傾向が強まります。鶴岡生協と庄内医療生協の職員はともに生協の職員ですが、担当事業が異なるために、仕事等を通じた日常的な交流はほとんどありません。職員が真の生協運動の担い手として成長するためには、個々バラバラに把握している情報を持ち寄り、協同組合運動の視点から組合員の暮らしの実像を共有する交流や取り組みが必要です。

鶴岡における協同組合運動の指導者であった佐藤日出夫氏は、生協の90年代構想として、「地域・国境を越えて押し寄せてくる大資本、その支配や政治的影響とたたかい、地域と暮らしを守るために、『地域に総合生活保障体制の確立をめざす生協運動』を追求すること」を掲げていました。そのために「地域に根ざした協同組合間の新たな連帯と提携」の必要性を強調し、その地域連帯は「単なる地域団体間の連帯ではなく、地域住民自身が問題解決の方向を目指していく連帯」というイメージを示していました。

2004年に両生協が加わった、地域の異業種協同組合連帯の新しい取り組みとして事業協同組合

方式による『まちづくり協同組合虹』が創設されました。介護保険法の施行を背景に、急激に拡大する介護事業への対応と中高年の働き場所づくりを所期の目的としてきました。現在、まちづくり協同組合は高齢者住宅、通所介護、清掃、送迎、給食、便利屋等の事業を展開し、安定経営と250人の働き場所の確保を達成しています。また、介護事業分野における加入組織間の連携や業務上の調整に大きな役割を果たしています。

しかし、『総合生活保障体制の確立をめざす生協運動』『地域住民自身が問題解決をめざす地域連帯』という目標に比べると、更なる運動の進化が必要です。

今日、鶴岡生協は県内地域購買生協との統合を果たし、生活協同組合共立社として山形県全県での活動を進めています。また、庄内医療生協も2017年4月に、やまがた保健生協との組織統合を実現し、『医療生活協同組合やまがた』として全県を視野に入れた医療生協運動の普及をめざすこととなりました。

これまで鶴岡地域で進められてきた両生協の連携を全県レベルの活動に上げると同時に、連携活動の質的転換が必要となっています。そうした目標を実現するために、生活協同組合共立社と医療生活協同組合やまがたは、以下の通り連携協定を結びます。

## 記

生活協同組合共立社と医療生活協同組合やまがたは、これまでそれぞれの生協が担ってきた活動を創造的に発展させると同時に、地域住民・組合員の暮らしから協同組合活動を見直し、地域に総合生活保障体制の確立をめざす生協運動を創造し、全県視野での連携を強化するために本協定を締結します。

### 1. 常設の連携協議会の設置

具体的な連携課題を協議し、その実現を進めるために双方の理事会から選任されたメンバーによる常設の連携協議会を設置し、定期的な協議会開催を行う。

### 2. 組合員交流、役職員間交流の促進

連携協議会の提起に基づき、地域に総合生活保障体制の確立をめざす生協運動を創造するために、組合員間、役職員間で合同学習や交流を促進します。

### 3. まちづくり協同組合の総合的発展の推進

まちづくり協同組合が協同組合間協同の重要な組織であることを確認し、両生協はその総合的発展を促進します。

### 4. 他協同組合、住民組織との連携

平和を守り、住民の福祉の増進を図ることを基本にすえた地方自治の実現のために、農業協同組合をはじめとする多くの協同組合や住民組織との連携強化を協同して進めます。

2017年9月23日  
生活協同組合共立社  
理事長 松本政裕

医療生活協同組合やまがた  
理事長 佐藤満雄

# フランスの地域医療介護の動向と在宅入院制度

出席：松田 亮三（まつだ りょうぞう、立命館大学産業社会学部教授）  
小磯 明（こいそ あきら、『文化連情報』編集長、法政大学兼任講師）  
吉中 丈志（よしなか たけし、全日本民医連副会長・京都保健会理事長）  
司会：石塚 秀雄（いしづか ひでお、研究所主任研究員）

司会 フランスの医療制度は、日本の制度と当然違うわけですが、そのなかでも共通点や参考になる点もあると思います。

とくに最近、当研究所の機関誌で小磯先生に、フランスのHADという在宅入院制度のことを書いていただいておりますけれども、これはちょっと日本にはない制度となっていますので、そういう制度について少しお話していただき、そしてまた、病院、それから地域の開業医、在宅介護サービスの問題で、フランスと日本でどういう違いが、どういう点が参考になるかというようなことでお話をさせていただきたいと思います。

それでは、最初に、松田先生からフランスの最近の医療制度についてお話をよろしくお願いします。

## ○フランスの地域医療の動向

松田 今日フランスの医療、特にHADなど地域医療に関わる問題を話し合うということがテーマですが、最初に私自身のフランス医療政策研究との関わりを申し上げておきたいと思います。私はもともとは、英国やスウェーデンのように税にもとづく医療機構の事情をみていることが多かったのですが、この間フランスの研究者といっしょに仕事をする機会があり、自分自身でもフランスの社会保障・医療政策に関心を持つようになってきました。これまで、日仏の医療制度の比較をワーキングペーパーとして作成し、日仏米の医療セーフティネットの比較研究などを組織して本の一

部としてまとめています（『社会保障の公私ミックス再論』ミネルヴァ書房、2016）。また、2015年から2016年にかけてフランス科学研究センター（CNRS）の客員研究員としてグルノーブルに滞在し、その後3か月ほどですがパリの医療経済・政策研究所（Institut de recherche et documentation en économie de la santé, IRDES）にも滞在して、研究を進めました。医療機構・政策の中でも、医療機構のガバナンスを、中央と地方との両レベルで考えるという作業をすすめています。

それでフランスの医療機構の特徴をかいつまんで説明しますと、まず財政面では、仕組みとしては社会保険が用いられています。法定健康保険の保険者は多数ありますが、人口の9割程度が一般制度（Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, CNAMTS）に加入しています。日本のように高齢者に限定した制度はなく、引退以後は現役時に加入していた保険に加入を続ける仕組みになっております。

保険給付面でいえば、日本ではサービスごとの給付率の違いはないのですが、フランスでは診察、薬剤、入院など、サービスの種別によって給付率が違います。したがって給付の少ない部分や重い部分は、かなり患者も利用負担をする必要があるということで、それに対して補完的な給付、つまり、法定健康保険で利用者の負担として残る部分について、ほぼ給付する追加的な健康保険があり、補完健康保険といわれています。これは、フランスでは重要な伝統である共済組合が中心になって展開してきています<sup>1</sup>。

1 共済組合については、ミシェル・ドレフェス（2017）『フランスの共済組合：今や接近可能な歴史』（京都：晃洋書房）、が有用である。

法定健康保険について、やはり保険料負担が難しい人々がいらっしゃるの、それに対して普遍的に給付保障するということが進められ、政府がそうした人々の保険料を負担する普遍給付制度（couverture maladie universelle, CMU）が制度化されています。特徴的なのは、この制度は補完健康保険も政府が負担する仕組みとして位置付けているということです。日本の制度と比較してみますと、低所得者の方の給付は生活保護という別の制度で行われます。医療扶助ですね。フランスの場合は医療の保険に入れない人は政府が補うような形で入るといった仕組みになっているというのが特徴だと思います。

加入状況はほぼ皆保険という状況ですが、現に暮らしている人々がすべて給付の対象となっているかというところでもなく、各種の支援や人道支援による取り組みも組織されているのが実態です。その点については、先に述べたで日・仏・米の医療のセーフティネットということを議論したシンポジウムでの報告をもとに、フランスの研究者であるモニカ・ステフェンさんが、論文を執筆されています<sup>2</sup>。

伝統的にフランスでは、家族給付の発達というのが、社会保険のなかでかなり大きな役割を示して、その発達には個々の労働組合の運動の取り組みが非常に重要な役割を果たしていったと言われていています。そういう関係者の自己統治というのが重視されていたのですが、近年、とくに財政の困難が医療分野でもあるなかで、政府がいろいろお金を出して、口も出すようになってきている。お金を出すというのは、社会保険財源の「租税化」という言葉が使われている方もいらっしゃいますが、目的税である一般社会拠出金（contribution sociale généralisée, CSG）が導入され、租税からの支出が増加する格好になっています<sup>3</sup>。

司会 税金ですね。

松田 そうですね。それが出されるようになっていまして、それは一種の税金ですけれども、社会保険のために用いる目的税です。フランスでは、社会保険料というのは源泉徴収され、非常に強力で徴収されるんですけど、所得全体を基準とするものではありません。CSGは所得全体を基準として付加されます。つまり、賃金以外の収入も含めた全所得にかけていくということになっているのが特徴とされています。

吉中 一般社会拠出金は社会保険財源の一般財源化ということですが、これは保険制度の一部なのですか？

松田 政府が税金として徴収して、それを社会保険会計に投入しています。

司会 社会保障と政府の予算というのは別建てになっている。日本の場合は入っていますね、要するに目的税ですね。

松田 所得税の課税ベースにより資産所得も含めてそこに課せられている目的税で、この導入とともに、社会保障に関する支出の目標等を定める社会保障財政法が制定されました。社会保険の運営では労使など関係者間の合意というものが非常に重視されていましたが、この「租税化」は、関係者だけでなく、政府としての関与を強め、あるべき財政の水準を示していくことを含めて入ってきているものです。

吉中 いつごろからですか。

松田 CSGは1990年代初頭に導入され、社会保障財政法（LFSS）の規定は90年代半ばです。これにより、ONDAM（オンダム）と言われる全国医療保険支出目標が設定されるようになりました。

2 モニカ・ステフェン「普遍主義と私的財政—普遍主義給付のフランスモデル」松田亮三・鎮目真人編（2016）『社会保障の公私ミックス再論—多様化する私的領域の役割と可能性』（京都：ミネルヴァ書房）、197-226ページ。

3 柴田 洋二郎（2012）「フランス社会保障財源の「租税化」（fiscalisation）：議論・帰結・展開」『海外社会保障研究』179号：17-28。

た。ONDAMは立法府が決めるもので、強力な予算制限をしているという性格のものではないですが、この目標に照らし合わせて医療活動の方針を決め、また点検していくことがなされます。実際の支出がONDAMを上回ったのはなぜかを検討する、特別な必要があったためなのかどうかということを考える一つの基準として使われる。

これがあとで言うARS(エエルエス)という組織との関係でいうと、非常に重要な意味もってきます。フランスは日本の医療の統治機構よりはより強力な権限が政府の側にあります。とくに病院セクターですね。

このARSというのは、前身はARH、訳せば地方病院機関という名前の1996年にできた機関です。これは病院を管理する組織としてできたんです。この組織ができる前に、フランスの場合、公と私の場合の規制が別々に発達してきたものに同じ規制が導入されていくという経過がありました。このARHは病院を統一的に規制していくという枠組みを実施する機関としてできて、そのあと、2000年代に入って、ARHは他の組織といっしょに、一般医療も含めた、ケアと介護の連携とも含めた、より幅広い規制の枠組みを実施していくための組織に再編されました。これがARSで、地方圏保健医療庁、地域保健庁、地域健康庁などと訳されていますが、住民の健康、公衆衛生と医療計画を一体的に進める行政庁として大まかには理解していただくといいかと思います。

この一連の動きのなかで、ちょっと前後しますが、SROS(スロス)と言われる保健医療編制計画というものができていく。病院に関していろんな計画をつくっていくということです。地方の病院が設備を投資したり、新しい機器を買うという時に、かなり重要な位置づけをもったものになっています。

先ほどのARSは2009年の法律、通称HPSTによって設置されました。ARHだけでなく、疾病保険基金の連合、衛生社会局など県・州行政組織の一部、公衆衛生とか保健医療を議論する委員会など、いろんな組織が再編成され、その機能を包み込むような形で一つの機関として設置されました。これは州の単位で大体置かれています。フランスの場合、国、州、県、コミュニティという順

序になっているわけですが、このなかの州という単位で大体編成されている。合計、フランス全体で海外領域を含めて27の区分で設置されています。

このARSの機能の全部は省略しますが、とくに在宅医療という今日の主題との関わりでは、まだ実験的な取り組みを進めていくという状況かと思います。つまり、フランスでは病院以外の診療では、自由開業医の伝統がありますので、在宅医療とか開業の一般医療に関しては、ARSはいろいろな新しい取り組みを補助金制度などを使って促しているというところですよ。

司会 いまお話いただいたフランスの医療、ARS(エエルエス)が再編されたのが2010年ということ。そのなかで次にお話いただくHAD(アッシュ・アー・デ)ですね。規模としては非常に小さいが、考え方と言いますか、システムとしては大変興味深い点が、日本にはないので、医療と介護の原型と言いますか、関係性とかいう点でちょっと日本と違う点があるかと思うので、小磯先生からこの在宅入院制度についてお願いします。

## ○在宅入院制度とは

小磯 在宅入院制度について、簡単に概要をお話させていただきます。在宅入院制度は、L'hospitalisation à domicileといい、HADと言います。

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きます。このような患者に対して、HADが提供するケアには、主に3つの種類があります。1つ目は、回復できない患者に対する断続的な苦痛緩和治療です。患者が死亡するまで提供可能です。2つ目は、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です。そして3つ目は、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す。

HAD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した。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ました。そして、2000年5月30日の雇用連帯省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つとして認められました。

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ました。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ましたが、そのような規定が現在は廃止されています。例えば、私の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ました。また、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には、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ました。さらに、地域によっては、HADの周産期部門が、産科医師不足に応える形となっていました。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ました。

司会 HADの定義はどのようなものでしょうか。

小磯 これも保健省から通達がだされています。「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」と定義されています。

司会 名称そのものは古いですね。いま問題にしているHADというのは、わりと新しい取り組みじゃないかなと思うのですが。

小磯 はい。定義は今話したとおりですが、現在はもっと積極的な意味合いがあると考えます。「国

の入院回避あるいは在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」という人もいます。また、フランス語では「自宅での入院」の意味なのですが、「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」という人もいます。さらに、「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」という人もいます。HADの定義は、通達の通りなのですが、実態としては「在宅高度医療」や「多職種連携」が強調されています。

これをもう少し現代的に説明すると、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」といえるでしょう。そして、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ということでしょう。

在宅入院の目的は、在院日数を短縮し、再入院を回避しつつ、患者の在宅生活を支援するものです。精神科を除くあらゆる診療科を対象とします。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）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ます。

司会 政府の動機は何でしょうか。

小磯 政府としては医療費財源の抑制が狙いです。私が2005年にパリ公立病院所属在宅入院連盟に行った時にも、とても面白い取り組みだと思っていました。しかしマーケットが小さかったので、あまり気にしませんでした。今回、2016年に10年ぶりにフランス調査に行ったわけですが、政府も力を入れているし、在宅入院全国連盟というHADの全国組織も非常に熱心に取り組んでいま

した。政府の方針通り病床数を減らし、在宅入院期間を短縮することが眼目とされていたのです。

**司会** 病院の入院期間の短縮ですね。短縮のメカニズムはどうなっていますか。

**小磯** HADにおいて中心的な役割を果たしているのは、コーディネーター担当医師 (Médecin coordonnateur) と調整担当看護師 (Infirmière coordinatrice) です。コーディネーター担当医師は、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します。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します。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ます。調整担当看護師は、日本のケアマネジャーに相当する役割を担っています。ソーシャルワーカーとともに居宅を訪問してアセスメントを実施します。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します。患者・家族の同意を得て、サービスの調整を行います。リハビリテーション計画や疼痛コントロール計画などの詳細な個別プランについては、担当の職種が作成します。本人・家族、医師、コメディカルの調整役で、また、高齢者自助手当 (Allocation Personnalisée d'Autonomie, APA) 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します。

コーディネーター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りません。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ません、その研修の制度化に向けて検討が行われています。

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ました。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ます。通達内容は次の通りです。

・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担当医師への情報提供、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。
- ・がん、心疾患、神経疾患等の専門的治療について意見を述べる。
- ・プロトコルの指導。
- ・かかりつけ医、在宅入院スタッフへの教育。

**司会** 在宅入院を実施する手続きはどのようなものですか。

**小磯** まず、開業医および病院医師からコーディネーター担当医師に在宅入院の処方箋が送られてきます。コーディネーター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います。パリ病院協会の場合は、コーディネーター担当医師の指示箋を受けて調整担当看護師は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います。

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) に区分されます。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ります。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・看護師が監視します。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す。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す。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ますが、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ます。

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ます。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ります。

司会 実際の実施はいわゆる GP ですか。

小磯 開業医がやります。

司会 開業医は別名自由医とかリベラルとか言いますね。開業医の家庭医制度に明確になった時期というのはどのくらいですか。

松田 制度としての家庭医は、メドサン・トレタン（médecin traitant）といわれまして、意味としてはかかりつけ医です。関係する概念としては、メドシン・ド・ヴィル（médecine de ville）があります。ヴィルというのはコミュニティという、町という意味で、これは日本的に言えば市中の医療機関、病院医療と対比される医療、地域医療の一面を示した言葉です。

小磯 最近の大きな医療政策改定については、2004年にかかりつけ医登録義務が制度化されました。法制化されたのが2004年、施行されたのは2005年1月1日からです。そして2008年には、「新規開業看護師への地域制限」が法制化されました。どういうことかということ、医師の地域への偏在があって、本当に医療過疎地となったところには、地域行政が助成金や補助金をだします。しかし、税金控除がある2、3年は居着いてくれますが、恩恵期間が過ぎると都市部に行ってしまいます。本当に色々な手を尽くしたけれども、医師が居着かないということで、政府が考え方を変えて、看護師が新規にステーションを開業するときにはこれまでは場所を自由に選べましたが、それに制限を加えました。過剰地域には新規に開業はできないので、過疎地にしか開業できなくなりました。ただし、パリでも開業はできます。パリで開業する場合は、団塊の世代のリタイアがあるので、リタイアする事業所の暖簾を譲り受けます。それによって開業することができますが、すでにあるところにさらにもう1つ開業することは過剰地域ではできなくなりました。その誘導によって、看

護師が徐々に医療過疎地に動いてくれるのではないかというのが政府の狙いです。

看護師が行くと、医師が指示書を書くことを前提として、全部ではありませんが医療ニーズのかなりの部分がカバーされることが立証されています。そこに看護師がステーションを開業すると、例えばリハビリとか、うまい具合に他のコメディカル（co-medical）もそこで開業することになります。そうすると今までそういったコメディカルがいなかったところに事業所ができると、全然カバーされていなかった時に比べ、医療度が上がると報告されています。

一般医も専門医も開業は全部自由です。自由ですが、過疎地には行きたがりません。パリや都市部での開業が多いです。医師の開業場所の制限は今のところはありません。それをしようすると、医師あるいはインターン、医学部生からの反対に合います。もちろん医師会も反対しています。若い医師たちがデモをすると、それを見た政府が引いてしまいます。どうしてかということ、「職業選択の自由」がうたわれているからです。日本と同じです。

看護師の地域制限をしたときに、看護師はこの法制化を受けいれました。その政策が通ったときにデモをしたのは看護学生ではなく、医学生でした。それをやられた後に自分たちは困るというのが医学生の言い分でした。

司会 この辺のフランスの開業医、自由医と、日本の開業医との役割の違いと申しますか、力量の違いというのは。

小磯 実際のところはわかりません、見ていないので。ただ、サンテ・セルヴィスのコーディネーター担当医師が言うには、まあ、イギリスのようにGPがなんでもやるという、そういうことではないし、イタリアのように何もやらないというわけでもない、そんな言い方をしています（笑）。

司会 HADに関して、イギリスのほうが進んでいるということですね。イギリスにもHADの制度はあるのですか。

小磯 あります。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ます。

吉中 フランスでは一般医と専門医の資格が峻別されていて、21万7000人の医師の内訳は2012年時点で各々47%、53%となっています。開業医になるには希望する地域を管轄する医師会に加入して開業する旨を通知すればよく、一般医であっても専門医であっても開業できます。かかりつけ医には、一般医と専門医、あるいは開業医と勤務医という形態にかかわりなく、被保険者が医師との合意のもとで自分が所属する疾病金庫にかかりつけ医の届け出をすればなれる仕組みです。ですから、専門医がかかりつけ医としてHADに関与するということは大いにありということですね。

司会 その辺どうなっているんですか。

松田 まず理解しておく必要があるのが、フランスでは病院と開業医の区分というのが明確で、この連携が日本よりもおそらく大きな問題だということだと思います。さっきのメドシン・ド・ヴィルというのは、日本でいう地域医療ということで、病院の医療と対比するような形での概念だと理解してもらいたいと思います。

さきほど出た、かかりつけ医(メドサン・トレタン)というのは、社会保険上の概念で、これは登録をしておく、その先生にかかったら安くなり、逆にかかってない先生にもかかれるんだけど、その場合は高くなるというものです。制度的にはそういうものです。人間関係とか、医師・患者関係としてはいわゆる信頼関係を長期的につくるといことで役立っており、適切な紹介ということが期待されています。

吉中 病院の医師、すなわち勤務医が専門医、開業医が一般医という単純な区分ではないわけですよ。専門医は病院で働いている場合が多いけれど、開業していることもあって、かかりつけ医に

もなっているということでしょう。

松田 そうですね。専門医は場合によっては病院で働いて、クリニック、自分のところで診療をしている場合もあって、そこがなかなかややこしい。

司会 地域医療(soins de ville)と病院関係が大体半々ぐらいですね。あと高齢者。HADというのがどこに入るのか、在宅入院費は病院に入院したのと同じ取り扱いで支払いがあるということですね。医者の種類も、専門医と家庭医、勤め先が個人の開業医なのか、集団の共同診療所なのか、医師の仕事の形態は違うし、それから公的医療と自由診療に分かれるなど、かなり複雑ですね。

吉中 地域医療と病院という医療の場に対応している医師の専門性についていえば、日本も似たようなところがあります。一般医の機能と専門医の機能が入り混じっている。しかし、日本では一般医と専門医という資格が峻別されていないことが特徴です。多くの医師のライフサイクルは若い時期に専門医としてのトレーニングをしながら病院に勤務し、一定の年齢になってから開業するという流れでした。専門性を深めることを通じて一般医の機能を獲得するという方向です。地域医療重視の流れが強まってきて医師の質を向上させようと新専門医制度の議論が始まっています。一般医を専門医の一分野の資格として位置づけようとする発想です。現時点では任意の制度として2018年度から開始される予定です。

並行して日本では地域包括ケアづくりが進行しています。地域医療と介護を一括して整備する方向です。訪問看護師、薬剤師など多職種協働が強調されています。

小磯 ただ、地域医療のなかには開業看護師とか、自由開業看護師とか、それからリハビリの人たちとか、全部入っていますね。

松田 HADの話でいうと、昔、病院ベースでかなり高度な在宅医療をやっていたとか、HIVをやったり、SDやったりとか、ああいうのはちょっと普通、開業医さんとかそういう方がやるの

は無理だと思うんですね。だから、そういう高度なことは病院ベースでやったほうが良いということで、病院なら連携ある組織を独自につくって、サービスを編成するという意味では、一定の合理性があると思いますが、どうですか。

**小磯** 具体的にはどういうシーンのときか。たとえば、小児科のことを例にすれば、気管切開を子供がしたとします。その子供を、一般のかかりつけ医が自宅に訪問して、カニューレをはじめて交換する時に怖がると思います。怖いのでそれをやりたくないとか、かかりつけ医から、はっきり言われたわけではありませんが、そういうニュアンスが伝わってきたとします。もともと役割的にも立場的にもその人がやらなければならない立場だけでも、明らかにためらいがあったとします。コーディネート担当医師が後方で待っていて、全体を見て何となくうまくいかないかと思ひ、コーディネート担当医師がやります。

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

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

かかりつけ医がだめということではなくて、スペシャリストであっても、ジェネラリストであっても、全体的にできる人であっても、そのやる行為は1,500人の患者がいたらおそらく年間1,500人の患者とかかりつけ医とコーディネート担当医師はコンタクトをとっている。コンタクトをとっている1,500人の患者が少なくとも在宅をやっています。しかし、たまにうまく行かないケースのときだけコーディネート担当医師は介入します。しかもかかりつけ医はジェネラリストであり、ジェネラリストは広く浅く患者を診ており、専門医ではないので、初めてケモセラピーをやるという医師も決して稀ではありません。はじめてやるのが

在宅で、病院と違って他の同僚に聴くことができない環境でやるので、すごく難しい。だから、「やる時はこうやってくださいね」「こういうふうですよ」「白血球の血液検査を既に入れておきましたので、これをやってください」と、そういうチューターのようなことをコーディネート担当医師はします。

**司会** 実際やっているんですか。

**小磯** 今回視察したサンテ・セルヴィス (Foundation Santé-Service) はフランス最大手のHADです。パリ市内のHADは3つの大手しかなく、シェアは99%です。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つです。私は、2005年11月にパリ公立病院協会所属在宅入院連盟を訪問し、拙著『高齢者医療と介護看護』で紹介しています。2016年10月に、パリの3つの大手HADの内の2つ目となる、サンテ・セルヴィスを訪問して1日コースの正規講習を受け、デリバリーシステムの視察を行ってきました。講習は職員教育のための研修であり、サンテ・セルヴィスの中で行なわれている生涯教育プログラムでした。そのプログラムを視察訪問者にも同じようにやっています。

サンテ・セルヴィスが所在するのは、パリ市のあるイル＝ド＝フランス (Île-de-France) 地方です。フランス中北部の地方です。現在はパリ市を中心にその周囲を取り巻く7県からなる地方をさします。1961年にパリ地域圏として作られたものが1972年に「イル＝ド＝フランス」に改名されました。イル＝ド＝フランスとは、「フランスの島」のことです。セヌ川をはじめ、オワーズ川、マルヌ川などの川によって、島のような地形になっていることから名付けられました。フランス全人口の19%を占めています。王家発祥の地であり、フランス発展の中心です。

サンテ・セルヴィスは、1958年にがん対策連盟、ギュスターヴ・ルシー (Gustave Roussy) 研究所 (欧州最大のがん治療センター) によって設立されたアソシエーションです。ルシー研究所は看

護師教育の草分けであり、またがん対策連盟は、非営利医療組織運動体として非営利セクターの中で現在も大きな役割を果たしています。1960年代にはがん患者治療のために病院と提携しました。1970年代にはアソシエーション法に基づき、現在の名称となりました。1973年に在宅入院全国連盟をサンテ・セルヴィス主導で設立しました。1987年に救急介護教育を開始しています。在宅入院と教育事業の二本柱の事業をしています。その分野ではフランス最大のものです。1958年に設立されたサンテ・セルヴィスは2013年からファンデーションになっています。

## ○日本の医療との比較

司会 政府にとってはよさそうだけれど、患者にとってこのHADという制度はいいんですか。要するに入院費が減るということだけれども、それは名目的な入院費は減るけれども、入院費で計上されない部分、介護の部分とか、これまた、どこか別のほうに回るのだから、患者としては負担が増えるかもしれないですね。

小磯 HADを利用するような患者は、大体重度の方が多いため、日本でいうと介護保険になります。APAという介護保険が使えますが、満額出るわけではないです。

さらにもっと軽度の介護、日本でいうと軽度者のような、家事援助みたいなものはまったく自費です。だから、政府が言っているHAD、在宅入院制度のほうは病院入院よりも安いんだというのは、単純に政府支出が安いんだという意味です。介護の部分を入れても確かに安いです。

なぜかという、日本のように介護保険制度が幅広くカバーしてくれないので、手当を多少出したとしても、その部分を含めてもまだ安いという意味です。ではさらに患者の他の、例えば家族がいれば家族介護手当とか、そういったことは勘定に入れていません。そういったものは計算していませんからわからない。だから、患者にとってみればそういうものだというふうに思えば、そうなるんですけども。

ただ、HADの人たちは、この制度は非常にい

い制度だといっています。なぜかという、やはり一つは文化の違いがあると思います。病院にいるよりも、自宅にいるほうが患者としては明らかにいい。だから、早く退院して、自宅でゆったりした気持ちで治療を受けられるんだったら、そちらのほうがいいというのが一つです。

あと、都市部よりも農村部のほうがHADは非常に人気があるという言い方をしています。なぜかという、農村部では医療に対してアクセスがしにくい。そういうところではHADは患者宅まで来てくれるから、非常に助かっているのだと言います。

ただし、それはHADの人たちが言うことであって、患者がどう思っているかという明確なデータは見えてません。日本的な感覚でいうと、嫌だなと私は思います。手術して、すぐ家に帰されて、医療者が来てくれるというけれど、病院にいたほうが安心だと思います。複雑ガーゼ交換が非常に多いですけども、血がしたたるような状態で退院してきて、ガーゼ交換だって時間がかかるに決まっています。サンテ・セルヴィスの事例でも、34%が複雑ガーゼ交換でした。

心筋梗塞の患者が治療で入院した時、現在では10日間病院にいられます。それをこれからの政策で4日間か5日間にしようとしています。早期に退院してきた時に、在宅入院にまず入ります。当然何も無いところに置いておけない。在宅入院の環境に入るために、現在心臓内科医のリクルートに力をいれているとサンテ・セルヴィスでは言っていました。縫合の傷がまだ生々しい、糸も当然ある人のガーゼ交換には3種類のカテゴリーがあります。平均的なものは1時間半のガーゼ交換です。褥瘡、潰瘍、重度のやけど、重度の糖尿病、それらが複雑ガーゼ交換に当たります。

そういうことは日本人としてはなかなか受け入れがたいのではないかと思います。文化の違いと一言でいってしまうと、そうなるかもしれません。

吉中 逆にアメリカは退院してから、あとは外に来てというパターンですね。手術して、すぐ退院して、ホテルに泊まって来いという感じですね。

形を変えたあり方。日本でも退院はかなり早くなっていますから、手術して1週間とかです。発

想はいまだと「あり」ですね。医療技術の進歩がそれを可能にしています。大丈夫なんです。結局、入院期間が長くなるほど院内感染のリスクが高まる、医療事故に遭うリスクが増えるというデメリットも認識されるようになり、最短期間の治療入院が推奨されるようになってきたという面もあるのです。できるだけ病院にいないほうが良いという。それは一面の真理でもあります。

**小磯** そこも強調していました。感染については、在宅であれば、スタッフが介入するときに菌をもってこることが同定できるわけです。HADにおける院内感染率は低いことは数値的にも証明されています。

**吉中** 早く退院できればいいというのは、基本的にはいい方向なんです。いい方向ですが、それが追い出しみたいになるかどうかということが問題。患者は治療の対象になる病気で入院するわけですが、同時に付随あるいは併存する身体的、心理的、社会的な問題も持っているわけです。高齢者の患者が増えてきていますからこの問題の切実さは増えています。治療が終わったので「ハイ退院」とはいかないのです。病院からの患者追い出しだという批判が高まりました。このため退院に向けた支援も医療として重視されるようになり、診療報酬でも認められるようになって来ました。

**小磯** そうですね。日本的に言うと、追い出しと言われるでしょうね。だけど、フランス人的に言うと、早く家に帰りたいということのようですね。

**司会** それを保障するのは自由看護師とか、在宅専門家とか、それから自由医師。単なるGPだけじゃなくて、専門職も入っているんですか。

**小磯** 入っています。在宅入院する人は、まず頻回なケアスタッフの介入が必要な人、次に高度な医療技術が必要であること、それからたとえば投与する薬の種類が抗がん剤など街の薬局では買えない薬を使用する人です。薬剤の中には、冷蔵の保存状態で患者が使用するまでに24時間以内で使いきらないといけない薬剤もあります。そういつ

た薬剤を使っているということ。だから院内薬局と搬送環境が必要で、ロジスティックは病院なみのものが必要となります。そして、これを扱える看護師が必要となります。それからさらにターミナルケアになると、麻薬系の薬を使います。やはりこれも一般の薬局では買えないので、そういった医療ができる薬局設備をもっていることが必要です。人工呼吸器も簡単に買えるものではないので、やはりこれもHADの対象になります。このような治療の頻回さと医療内容の高度さによってHAD利用者が決まります。それからもう一つ、頻回介入にも関係してくるのが、多職種連携が必要だということです。医師も看護師も臨床心理士、ソーシャルワーカー、運動療法士、そういった色々な職業の医療者が介入しなければなりません。

**司会** そういうもので医療行為が保障されているんだったら、それは日本とちょっと違いますね。

**小磯** 一番違うのは、フランスは自由開業制が保障されていることです。在宅での医療資源があるわけです。パリだったら非常に多いわけです。コーディネートするのは確かに「あり」だと思います。コーディネート担当医師がいて、コーディネートしていれば、確かにそれで在宅医療は成り立つだろうと思います。

ところが、日本はそういう制度ではありません。リハビリスタッフは基本的に病院にいますし、看護師は確かに訪問看護制度はありますが、患者を在宅でみれるほどの訪問看護スタッフが日本全国充分にいるわけではありません。足りない状況です。今日的に言うと、看護小規模多機能が有効だと思います。しかしこちら事業所数は思った程増加していません。

**吉中** 事業所数は1万近くにまで増えてきています。訪問看護は一応開業も可能になっています。

**小磯** 可能ですし、機能強化型訪問看護ステーションをつくって拠点にしてやるというのも、悪いことではないと思います。でも、それはなかなか普及していません。

吉中 日本でも専門看護師とか、訪問看護の認定看護師さんなどが増えてきていますし、開業の希望をもっている人は一定いると思います。都市部にはなるけれど、看護師にしてもセラピストにしても、都市部だと財政的な基盤もできてくるのではないかと思います。セラピストについては開業はまだ端緒的ですが、介護保険のデイサービスや介護予防などで需要が高まりつつあります。

司会 日本の地域包括ケアの関係では。

吉中 地域共生社会づくりの掛け声の下で地域包括ケアが推進されていますが、サービス提供主体として期待されている面が強くなってきました。そのために医療・福祉人材の最大活用のための養成課程の見直しの検討も始まっており、共通基礎課程を修了した資格Aの有資格者が資格Cをとる場合には短い履修期間で資格が取得できるようにすることなどが議論の俎上に上っています。こうしたことを考えると開業の流れは強まるのではないかと思います。

司会 そうするとHADに近いものが導入されますか。

小磯 いや、そこがちょっと。在宅入院全国連盟の活動を聞いた時には、なるほどと思ったんです。けっこう理解したつもりなんです。サンテ・セルヴィスに行って実際に薬局や資材の物流センターを見た時に、これは日本では無理だと思いました。なぜかという、多くの材料を供給する部隊がないと、できないですよ。しかも、それがパリなんかだと一定程度のマーケットがあるので、それで無駄なく、材料供給できます。

司会 それはHADに供給するという意味ですか。

小磯 患者宅に直接です。

司会 材料って。

小磯 在宅ケモセラピーをしている患者の場合でいえば、抗がん剤です。サンテ・セルヴィスでミ

キシングした抗がん剤を直接患者宅に届けます。

吉中 それをベッドサイドに届けるという。

小磯 そうです。在宅のベッドサイドに届けます。機械も機械専門の業者に連絡をとって届けます。そういうことまで全部やります。日本だったら例えば訪問診療をやっている先生方でいえば、ある程度の患者さんを持っていれば無駄が出ないと思うんですよ、材料についても。

そんなに多くの在宅患者をもっていない開業医では、材料で無駄が出ると思います。抗がん剤の治療薬などは、ミキシングをして届けるわけです。これだって24時間以内に届けなければいけないとか、がんの種類によってはいろんな製剤がありますから、それをつくる抗がん剤準備士が専門にいて、それを管理する薬剤師がいます。そして、ミキシングした薬剤を届ける人がいてと、そういう仕組みができています。

それを日本でやるとしたら、ある程度のマーケットをもたないと、ちょっとできない。在宅療養支援診療所みたいな、いまの制度では無理だろうと思います。そこにフランスの制度を乗せるようなことでは、とてもできないだろうという気がします。

吉中 私は高度医療のデリバリーシステムだという印象を持ちました。

小磯 まったくその通りです。高度医療のデリバリーシステムです。

吉中 でも日本ではそんな発想はありません。進められつつある地域医療構想では病床機能を高度急性期、急性期、回復期、慢性期に分けて二次医療圏ごとに2025年の各々の必要病床数を決めて調整中ですが、高度医療に当たる急性期医療は病院で実施するという方向です。在宅は慢性期の医療が想定されています。これらは医療資源の投入量によって区分する仕組みになっているのです。2018年度は第7次地域医療計画が各都道府県で策定される年です。5疾病5事業と在宅です。5疾病というのはがん、糖尿病、心筋梗塞と心不全、脳

卒中、それから精神（認知症含む）です。これらの分野で急性期だけでなく回復期や慢性期の医療にも焦点を当てて地域医療計画の整備が進むと、もう少しデリバリーがきくような部分というのは出てくる可能性はあると思います。

在宅透析はすでに診療報酬でも認められていますから、デリバリーがきく部分というのはもう少し増える可能性はあるなという気はします。

**小磯** できなくはないと私は思うんです。これまで議論されてきた地域医療構想からさらに実行段階に移ろうとしているときに、病床数が削減された分をどうするんだということでは、フランスの在宅入院制度のように自宅のベッドをカウントするならば、病院病床数は減っても構わないわけです。

**吉中** 経済財政諮問会議や財務省は、医療費削減、そのための病床削減を工程表に沿って進めるようにと厚生労働省にはっぱをかけていますからね。

**小磯** サンテ・セルヴィスの医療活動をみると、20%が緩和ケアです。日本では、やはり看取りのほうだと思います。政策アジェンダとしては、緩和ケアから看取り路線のほうが強いのではないかな。だから、高度急性期を退院した患者を診られるチームがいくということが、そんなに効率的だろうかと思った時に、病院で診たほうが効率的だろうという議論になると思うんです。現実的に病院団体の顔ぶれを思い浮かべると、多分、反対意見が出るだろうと思います。しかしフランスでは、ケモセラピーを在宅で受けている患者が緩和ケアに移行するケースも多いのです。HADの活動量の3分の1がターミナルケアです。ターミナルケアの例として、35歳で子どもがまだ2人いるとする。そうしたらやっぱり在宅でやったほうがよいと本人が希望するケースが多いです。子どもがまだ小さいから。そうすると子供も協力してくれると確認のうえで、在宅でやってあげようと思います。

ターミナルケアにも3つのステージ・タイプがあります。まだケモが終わっていない、やりながらターミナルケアに移って行くタイプと、2つ目が化学療法は終わっているけれども、安定させて

いくターミナルケアと、3つ目は最後の最後に息を引き取る、苦しい時期、この3つのターミナルケアがあります。

**司会** 小磯先生の論文のなかで、フランスの地域で看取りの部分は低いです。だからそこだけを特化して日本として考えていくと、相当違ったものが出ると思うんです。

**小磯** この数字は少し過小評価です。なぜかというところ、HADで診ていて、最後の最後に家族が救急車を呼んでしまうケースが多いです。

**吉中** 日本の在宅医療では急な病状の悪化があれば救急車を呼んで救急病院へ行くのが通常の形です。

**小磯** 同じです。

**吉中** 以前は在宅医療を多職種チームでやっている場合、在宅での看取りをする方向であっても急変に遭遇したチームの誰かが救急車を呼んでしまうことが少なくありませんでした。結局入院となって病院で看取ることになってしまいやすかったのです。しかし、平穏死など終末期の在り方について患者からも医療者からも議論が起きてきました。在宅で看取るという選択肢が明らかに広がりつつあります、これを多職種協働によってどう支えるかという問題意識も強まってきています。

**小磯** フランス国民の19%が在宅で亡くなっています。日本と比べるとこれでも高いです。2009年のデータでは、日本の自宅死亡率は12.4%ですから。在宅で亡くなった全国の平均の内のHADに関しては、死亡前が自宅という人が35~45%です。

**吉中** HADって、さっきの高度医療、抗がん剤使用や手術後の患者でもいいんですけど、ずっとじゃなくて30日間、期間が決まっていますね。それはちょっとフランスと日本の在宅医療の違いを考える上でのポイントですね。

日本の在宅は慢性期がメインの発想ですから期間限定はありません。在宅で1カ月で終わりです、

みたい話はないので。期間限定というのは急性期の発想で、DPC 制度の期間ⅠとかⅡというのに似ています。

**松田** 重症度の高い人を在宅で診た時に、加算をするという、そういう発想と近いと思うんです、日本でいうと。日にちを区切って加算するとすれば、そうなるだろう。老健施設をつくった時に新しい施設設計を政策的にどうつくるかという話でいくと、新しい行為を概念化して、それに点数をつけるという、2つの作業がいるわけですね。

**吉中** 日本では高度急性期、急性期があって、そこが終わったら次は回復期、回復期リハビリ病棟か地域包括ケア病棟、というように病床機能の機能分化を進める方向です。在宅医療は慢性期の位置づけとなっていて急性期医療、特に一定の重症度を持つ救急医療などは含まれていません。

**松田** 入院機能に入れていますから。

**吉中** HAD が持つ高度医療の機能はいらないんですよ。言いかえるとそれは在宅医療機能ではないということです。

**小磯** そうなんです。フランスでは、急性期、亜急性期はありますが、あとは療養病床なんです。病院は機能によって3種類に分けられます。急性期病院、中期医療入院病院（日本の回復期リハビリテーション病院や亜急性期病床に該当）、長期医療入院病院（療養病床に該当）です。日本と同様に、長期医療入院・病院が高齢者介護を引き受けている現実があります。感覚的には、急性期病床と療養病床しかないような感じもします。

**吉中** 報酬制度は同じ疾病金庫ですか。

**小磯** そうです。疾病金庫です。

**吉中** 日本では慢性期病床の診療報酬は非常に低いのですが、フランスもそうなのでしょうか？そ

こで不足分をプラスアルファとして室料差額なんかの形で徴収しているのでしょうか？

**小磯** そうです。プラスアルファは金持ちからもらう。それで病院を建て直したという話でした。その病院を見に行っただけです。なぜ急性期を止めたんですかと聞いたら、バリを見ると急性期はそこらじゅうにある。そこで勝負しても生き残れない。だからわれわれは死ぬほうを選んだと(笑)。

**司会** 選択だと思う。需要があるんじゃないですか。

**小磯** 需要が多いので、そうしたんだとはっきり言いました。赤十字なので、日本の感覚でいうと公的病院ではないのですかと言ったのですが、そんな関係ないということでした。

**松田** 日本でいう公的病院という概念はフランスには多分ないと思います。公か私だけであって、公的というのは多分ないだろうと思います<sup>4</sup>。

**小磯** 赤十字でもプライベートです。

**吉中** 日本の赤十字も済生会も経営改革で、小さい中小病院は急性期の病床では生き残れないため次々と病床機能を回復期よりにシフトし始めています。そのなかには慢性期ということで療養病床を選ぶところもあるんじゃないかと思います。一般的には急性期病床から地域包括ケア病床への転換が多いのですが。

**小磯** 日本の場合は地域包括ケア病棟があるので、これとの関係で例えばHADをどう出していくのかという議論は「あり」だと思うんですね。だから、いま急性期病床から地域包括ケア病床に移すじゃないですか。これも徐々に厳しくなっていく。在宅復帰率を高めろという話になりますから。平成28年度の地域包括ケア病棟協会の調査(1121症例)によると、自院内からの転棟が8割を占めていました。今度の改定ではこの点が議

---

4 ただし、病院サービスについては、私主体が行うサービスについても、公の位置付けが与えられる仕組みがある。

論のやり玉に挙げられています。

じゃあ、地域包括ケア病床をどうするのという話と、あと、リハビリですね。回復期リハビリ。これをどうするのという、高齢者のリハビリをして、もう回復しないような人を回復期リハビリと称して、そこに入れていいの、自宅に帰すべきではないかという議論もあることはあります。

吉中 関連して介護療養病床を介護医療院に移すことになっています。これは報酬が決まっていなくても、介護医療院は病院ではなく、医療は外づけ、あるいは施設内づけの施設なのです。これが2018年度の診療報酬改定で今度スタートするんです。介護医療院の入所者には脱水や尿路感染症、軽症の肺炎なども発症します。地域包括ケアシステムではこのような日常よく遭遇する軽度急性期疾患への対応をどこでするかが不鮮明です。地域包括ケア病床の機能をポストアキュートと在宅復帰支援に限定し、軽度急性期はフランス的な在宅医療で解決するというような選択肢も考えられないわけではありません。今のところそういう議論になっているわけではありませんが。

## ○在宅入院制度の支払

松田 ちょっと別の話をしたいと思うのですが。HADの支払いのことが実はよくわからなくて、一応、日額で支払うと書かれているんですけど、他のスタッフがいろいろ関わった場合に、それは誰がどのくらい取るのでしょうか。HADの組織自体は日額でもらうけれど、開業医の方は開業医の診療が別に発生している。そのあたりはどうか、わからないのですが。

小磯 それに関する手持ちの資料はありません。

松田 例えば僕は診療所に見学に行っただけですが、フランスの場合は地域の看護師は基本的に開業だということだから、料金は医師と看護師、さらには他の職種のそれぞれに発生していくわけです。

吉中 そうしないとややこしいですからね。

松田 そこがHADでどうなっているのかなというのがあって。そうすると、けっこうどこまでお金をいれて計算しているのかと思います。

## ○ARSの権限

司会 従来の入院費で支払っている部分、これは政府が減ったというけれども、実際はいろんなサービスがあるから、それは民間の自由価格になると思うんです、パブリックでなくて。そこで、HADの担い手というのは、パブリックじゃなくて、営利も一部入っているけれど、ほとんどが非営利の組織ということになっているのではないのでしょうか。

その辺は松田先生、ARSというか、州保健局はどう考えていますかね。全体のARSの、ONDAMの資料でミッションとかがいろいろ書いてありますが。そういうなかで、病院と個人開業医の、医療と老人医療も含めて、どういう政策を掲げているのでしょうか。

またそもそもARSというのは、日本と比べてどういう特徴があるんですか。

松田 ARSの特徴は、公私両方含めて病院に関して、かなり強力な規制権限があるということですね。施設とか、やっているサービスの許認可権限が強い。僕もちょっと詳細はまだ勉強中ですけども、取り組みの種類によってそれぞれ契約を結ぶという格好になっています。

吉中 フランスには海外を含めて27州があるということですが、国内では何州くらいあるのでしょうか？

松田 フランス本土でたしか22あったのですが、2016年に再編されて18になっています。

吉中 日本でいうと県よりはちょっと大きいですね。

松田 そうですね。州は。

吉中 道州制的な感覚ぐらいの、3つ4つまとめ

たぐらい。

松田 ARSは州(région)のレベルで編成されており、2016年の時点では17設置されていました。

吉中 地域圏病院センターを州が運営し、病院センターは県が運営しているんですか。

松田 公病院の運営は、その種別を含めて、法律によって規定されていますが、その編成のあり方は中央レベルの任命を含めたかなり複雑なものになっています。大まかにいって、州のレベルに大学病院などの拠点病院が配置され、県(département)のレベルに多くの総合病院があります。精神病院は別の編成となっています。これらが、ARSの所管のもとに置かれていて、ARSは国の機関であり、州全体での機能に責任を持つということになります。

吉中 厚生局みたいなものだね。

小磯 厚生局ですね。

吉中 旬報社の松本さんの論文<sup>5</sup>には、地域圏病院センターが33あって、病院センターが802あると書いている。802というのが圧倒的に多いんですが、単純に県というわけでもないようです。

松田 独自の行政機構のもとで、病院が設置され、運営されている格好になっています。

吉中 これはパブリックの部分になるんですね、公立病院。

小磯 私のイメージではイタリア・ボローニャのAUSLみたいなものかなと思ったんです。あれも公社でしたね。病院長は経営に関与しませんでした。AUSLが病院を運営している。あれに近いものかなと思ったんですけど。実際はわからない。

司会 ARSの役割はイタリアとは大分違うんですか。

吉中 公立病院は予算措置をされて運営しているという。

小磯 いまもそういう話ですよ。

吉中 それが日本と違うところでしょうか。日本の場合は公立病院と言えども出来高で全部請求することによって収入を得て運営しています。日本の市立病院には公的な補助金は相当額入っていますが、収入の基本は診療報酬から得る仕組みになっています。この点は全然違いますね。

司会 民間病院が地域医療契約を医療機関としてARSと結ぶ。それでONDAMが目標値を決めて、予算化して、実行する。

小磯 ONDAMは日本的に言うと、医療費抑制。医療費適正化政策みたいなものですか。

松田 意味としては、医療費適正化基準ということですね。

小磯 そういうことでいいですね。

松田 ただ、一定の説明・実施上の責任があるのはその通りですが、予算がそれによって配分され、その範囲でやれという話ではありません。ARSでは社会保険の組織とかがいろいろ調整して、最後決めています。制度研究だけではわからない、政治的なやりとりが行われており、政策の帰結、実際の医療サービスについて考えるには、こうした過程も見ていく必要があります。

フランスの場合、官僚機構というのが非常に強いし、そういう行政の部分でエリート層がいるわけで、あと政治家も含めて、かなり中央・地方の関係も密接にあるから、なかなか制度の話と、実際の運用というのを単純に結びつけ考えると単純

5 松本由美「フランスにおける医療制度改革」松本勝明編著(2015)『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)

化し過ぎる場合があると考えています。

## ○制度と運用の違い

**司会** 日本のように国とか行政と言われるものが国家や地方自治体というイメージだけれども、ARSの上にある支払い機関、国とか疾病金庫とかがありますね。これは国、政府の関与が強くなってきて、制度が少しずつ変わってきたとはいえ、疾病金庫制度というものは職能的な縦割りです。一般制度というのは、一般のサラリーマンだし、農業、鉱山、教師など、いろんな職能があり、日本でいうと社会保険で3つに分かれていますけれどもそれに近いもので、フランスの伝統的な職能的な労働組合が背後にあったりして、そういう団体が集まって国と一緒に、いま変化しつつある。自主的な傾向がフランスにはあるから。それは実際政治的な介入とはちがう。

**小磯** そうなんです。不思議な国だなと思ったのは、フランスは自由の国だといわれている。「国は制度をこういうふうに決めているけれど、僕らはそれに従っていたら、現場は回らない」とははっきり言っているんです。自由開業看護師でも、いろんな規制はあるけど、それはそれ。でも「現場は違うよ」とははっきり言うんです。

それでいて、ものすごく国家統制されているんですね。だから、プライベートの病院でも、従わなきゃいけないわけです。日本の地域医療構想で考えてみたら、民間病院が従わなかったらペナルティだと言われていても、どこまでやるかは不確定です。でも、フランスはそれをやらないといけない。なんか、不思議です。

**吉中** 日本の医療分野と違いますね。日本はそういう統制をしようと思うと、まず反発があります。民間部分を中心に強くあります。ですからこういう統制はしにくかった戦後の歴史があります。ただ、今度の地域医療構想では、公的病院までは一応都道府県知事が改廃の措置をとれるんだけど、民間病院にも言うことをきかない場合には勧告を出せるようにするとか、名称を公表するとか、流れは医療機関と医師に対する規制強化の方向が顕

著です。地域偏在是正と銘打って医師に対しては保険医定数制などの形で規制が打ち出されています。これに対する医療界の意見は、日本医師会と全国医学部長病院長会議は「医師自らが新たな規制をかけられることも受け入れなければならない」と表明するなど様変わりしている。若い世代の医師にも規制を容認する声が少ない。都道府県知事の権限を強めるムードもなんとなく大政翼賛会的になりつつあるという感じですか？

**松田** これは結局、税金を用いている仕組みをどこまで統制するか、あるいは、どういう力で統制したらいいかという話だと思います。統制という言葉はきつすぎるかもしれない、治めるという言葉いかたの方がいいかもしれません。

**吉中** コントロール？

**松田** コントロールまではいってないわけです。フランスの場合でも結局政府の介入が強まったのは、このままだと社会保険が破綻するということがある程度想定されて、税金を投入するという決断をした時に、国家介入の論理が強められたということがあります。

**吉中** サルコジみたいな新自由主義的な政権と、社会民主党みたいな方と、どちらの政権の時にそれがアクセルを踏まれるということはありますか。

**松田** それはちょっと、私自身がフランス研究には新規参入組なので、歴史的变化を語れるところまで行っていません。

**吉中** フランスの特色ということですかね。

**司会** CSGは、左翼政権でないと考えないでしょうね。

**松田** 確かにそういう気もします。

## ○かかりつけ医の制度

小磯 2003年夏にヨーロッパを襲った猛暑は、フランス国内の在宅虚弱高齢者や老人ホームの入所者などを含む1万5,000人の死者を出しました。そのうち8割が75歳以上の高齢者でした。不幸にも夏のバカンス中であり、医療従事者が手薄い状況であったことも事態を深刻化させました。あらためて高齢者医療と介護の連携の不十分さが指摘されました。

事態を重くみたフランス政府は、医療と介護を包括した介護制度の見直しに着手しました。2004年6月30日に成立した「高齢者と障害者のための連帯法」は、祝日を1日減らし営業日（国民連帯の日）にし、その日の売り上げ相当額を、介護手当負担金としてAPAの財源に組み入れるものでした。

このような状況を察知していち早くバカンスを切り上げて現場に駆け付けたのは、開業看護師でした。開業看護師は地域におけるプライマリーケアの担い手であり、医療サービスだけでなく、相談、助言、多職種との調整など、日本のケアマネジャーの役割を担っています。医療と介護の連携が不十分な中でフットワークの軽い開業看護師が存在することで、個別のケースでは総合的なサービスが提供されています。本件でも開業看護師のタイムリーかつ柔軟な対応があらためて評価されました。

医師についてはいまも自由開業は認められていますが、看護師についてはもう自由開業は認められていません。例えばパリでいっばいだといったら、違う地域でしか開業できなくなりました。

これに反発したのが医師です。なぜかという、「次は俺たちだ」といって、看護師は受け入れたけれども、医師が反発しました。その点は、日本と同じですね。

それから、かかりつけ医、日本でいうとかかりつけ医ですが、GP制を取り入れたのも2000年代にやりましたよね。

松田 たぶん、十数年前だと思います。

司会 2005年ぐらいが転機ですね。

松田 GP制というよりは、「かかりつけ医」制ですね。

吉中 かかりつけ医制度。保険で。

小磯 16歳以上ですね。

松田 イギリスとの違いでいうと、イギリスはGPという診療実践の分野があるわけです。基礎的な研修の後は、専門医とは、はっきり区別された養成がされています。フランスにそれがあるかという、現時点ではまだ発展途中というところで、ゲートキーパー的機能を含むイギリス的な意味でのGP制度とそれと密接に関わる医師養成の仕組みがあるというのではなく、「かかりつけ医」登録制度があるという理解をしています。

吉中 それにいろんな医師が参画をしているということですね。

司会 フランス語でGPというのは。

松田 臨床医学の専門としていけば、一般医療(médecine générale)あるいは家庭医療(médecin de famille)ということになります。医療制度上の概念として考えた場合に対応するのは、かかりつけ医(メドサン・トラン)となります。この場合は、先にも言いましたが、イギリスのGPとはかなり内容が違います。

吉中 研修のレベルから養成過程が違うわけでしょう、専門医と。

松田 そうですね、イギリスの場合はね。

吉中 フランスもそうでしょう。

松田 フランスはいま家庭医療というのはだいたいできていますが、専門医と比べて2大勢力になっているという感じではまだないという感じがします。

吉中 要するに何科といったような。

松田 専門領域として認められたのが2000年代です<sup>6</sup>。去年パリの大学で家庭医療の診療と研究を行なわれている医師から伺ったところ、プライマリ・ケア医学ははまだ発達途上とのことでした。

吉中 今日の参考資料には最初のレジデントの段階から分かれていると書いています。

松田 それはそうです。つまり、GPを医師の専門領域としてみる場合は、研修や修練が専門によって分かれるのは当然のことです。一方で、この専門領域は新しい分で、そのような研修を受けていないと、保険制度上の「かかりつけ医」(メドサン・トレタン)になれないという仕組みではない、ということです。

吉中 日本ではかかりつけ医という用語がようやく厚生労働省も使うようになり、かかりつけ薬局という用語も生まれています。制度は緩くて、かかりつけ医は一民間団体の日本医師会が養成を始めた段階です。しかし、診療報酬には地域包括診療料という形で組み込まれ始めました。

小磯 フランスのかかりつけ医制度は2005年1月から施行になりました。16歳以上の全ての国民は、自由意志に基づいてかかりつけ医を選択しました。ここがイギリスと大きく違う点です。イギリスは自由意志ではありません。自分が住んでいる地域のGPリストの中からGPを選択しなければなりません。1回選んだら、しばらくの間は変えられません。そういったところでは自由意志とはとても呼べません。一方、フランスは本当に自由意志です。専門医を選択してもいいです。かかりつけ医の登録義務があります。GPである必要はないですが、蓋をあけてみたら実に国民の8割がGPを選択していました。例外もあります。16歳以上とっていますから、小児科、産婦人科、精神科、眼科、これらの科は直接かかってもよいことになっていて、かかりつけ医を通さなくてもいいことになっています。

小児科、精神科は直接行けるけれども、かかりつけ医制度ができてしまったために、大変になってしまったのが皮膚科と耳鼻科です。本当に損失補填までしてもらったのは、皮膚科です。患者がかかりつけ医の一般医に行ってステロイドを塗って、抗ヒスタミン剤飲んで処方されてしまったら、皮膚科まで行く病気はなくなってしまいます。だから美容に専門特性を出したり、そういう生き延びる道を見つけないと大変な打撃を受けてしまいました。皮膚科にかかわらず、結局、内分泌科とか色々な科において患者数が減りましたので、最初の1年は本当に専門医から大変たたかれた制度でした。政府としてもドクターショッピングをするのをやめさせるのが目的でしたので、多少の痛みをいろんな医師に与えても進めてしまった制度です。

司会 フランスの開業医は、医療制度が変わったことで、どういう立場の変化があったのでしょうか。

松田 それほどははっきりしていないのですが、実際はたぶんあまり大きく立場は変化していないと思います。最初に言うのを忘れたのですが、一昨年法律で償還払いから、直接保険者が支払う仕組みに変えていくことが決まりました。いろいろめめたけれど、一応この方向になって、かかりつけ医よりそちらがむしろ大きな議論になっていると思うんです。

専門医のセクターIIのように、差額請求ができるという権限は維持されているのもフランスの特徴ですが、専門職として患者と直接金銭上のことも含めてやりとりをするところに、フランスの医師がこだわりをもってきたのが特徴です。そういう点からすると、医師の独立専門職としての気概や考え方は非常に強いけれど、それと国家の統治する方向性との矛盾というか、闘争はつづいているという言い方でもいいと思います。

吉中 医師と疾病金庫との間の契約に緊張関係というのはあるのでしょうか。

6 それ以前は、専門医でない医師が一般医と位置づけられていた。

松田 それは結局、フランスの政治的な取り決めに関してはわからないことが多いのですが、緊張関係というより取引関係ということで、考えています。もっとも状況によっては「緊張」が高まることもあるでしょう。

司会 むしろ ARS との契約関係があって、支払いのほうは疾病金庫の保険の義務的なものと、他に補完的な共済組合ですね。大体医療の点は病院でも家庭医でもそっちで済むと思って、保険者側と医療機関側の対立というのはとくにはない。

松田 そうですね。僕はあまり詳しくないですけど、CNAM という全国の保険者を實際上まとめている組織が、中央の政治的決定でいろいろ活動して、最後決められています。

司会 そこで問題がいろいろあると思う。

松田 この間は支払いが激烈な形でものごくカットダウンされて、医者がストライキをすとか、そういう格好にはむしろなっていないくて、どちらかというところ、さっきの政府による支払い方式の変更という文脈ではストライキを打つなど、そういう政策との関わりでさまざまな動きがあったかかと思えます。

## ○日本の現状

吉中 医師会も複数、いくつかあるでしょう。

松田 医師団体という意味では、そうです。おっしゃる通り。

吉中 そこは日本と全然違いますね。

松田 そうです。

吉中 日本医師会は単独ですが、医師の6割程度しか組織されていません。全員加盟性の日本弁護士会などと異なる点です。一民間団体と言えない。

日本医師会のほかに、保険医の団体には保団連

があります。病院関係では日本病院会や全日本病院協会などもあります。

松田 日本と違うのは、日本の診療所は、いろんなスタッフを抱えて、学際的という言い方をしていないけれども、いろんなサービスを提供できるし、実際されているところがあります。フランスはそういう点については、現在発展途中なのではないでしょうか。メゾン・ド・サンテとか、メゾン・ド・ソワ（いずれも診療の新しい連携形態）という形で、連携の推進を進めています。そういう点でむしろ日本のモデルはフランスには参考になるかも知れないし、案外フランスを見ていると、われわれがやってきたこと、日本でやられていることのなかには、国際的に見たら、かなりすごいことも含まれているのではないか、という気もしています。

吉中 日本では明治以降、開業医制度がベースとなってきたでしょう。医療提供を民間ベースでくっていた。軍の病院ができて、戦後それが国立病院に引き継がれますけど、民間は開業医ベースです。

そこが培ってきた、いま流行りで言うソーシャル・キャピタルに注目しています。絆と言ってもよい。これを培うのに民間中心の医療提供体制、自由開業医制が非常に大きな役割を果たしたのではないかという気がするんです。

その上にいまがあるので、フランスの見方と少し違うんじゃないか。医師のマインドも違うし、ナースとの関係も違うように思います。もちろんいい面、悪い面ありますけれど。当初はナースを自分のところのお手伝いさんみたいなことでやってきた経緯もあります。だんだん近代化して病院へと発展するところが出てきたわけです。一番違うのは、日本の開業医の場合はやはり医療機器をいろいろと持っていて、いまは自宅兼診療所になっているけれど、レントゲンとかエコーとか、それなりの装備を持っています。これはフランスの開業医のあり方とはちょっと違う。

それに中小病院がからんでいますね。日本の中小病院って開業医的なマインドが強いですから、身近な地域の医療要求、ちょっとした対応がそこ

で全部できるようになっています。これも違うところですよ。これが日本の地域医療の貴重なリソースになっている、これは貴重なことなんじゃないですかね。

**松田** そういう点は評価し直していく必要もあると思います。HADにしても、フランスではああいう仕組みをつくらないと、なかなか広がっていくことが難しいような状況があるかと思います。ああいう形をつくることで、病院スタッフが参加できる。日本の場合はもともと外来を病院がやっているということもあって、在宅に行ったりすることも、やろうと思えばできるというところがあります。

**吉中** 1992年が在宅元年と言われるんですが、その頃、地域の在宅の場は入院ベッドだと自分たちでそう言って訪問診療を行っていました。「うちの病院は80床だけど、地域には500の在宅ベッドがある。そこへ入院しているのと同じような医療を提供する、それで頑張ろう」と、看護師も検査も放射線技師も出かけて行って、ケアや検査やレントゲン撮影などをやる、これが90年代の在宅医療でした。老人医療が重要課題という認識のもとに厚労省も在宅医療を取り上げたわけですよ。2000年に介護保険が施行され今につながっています。現在の在宅元年は2012年です。医療法改定で5疾病5事業に在宅が入った時です。それでにわかには在宅ということで焦点があてられた。5疾病5事業だから、循環器とか、がんとか、専門分野も在宅診療の視野に入ってきました。加えて地域包括ケアづくりということで在宅医療には追い風が吹いています。

日本の在宅のスペシャリティはそんなに悪いとは思わないです。在宅酸素やレスピレータの管理もしているし、透析だってやっているのです。緩和ケアは在宅なしには成り立ちません。手術後にガーゼ交換をしなければいけないような人は家に帰す必要ないのです。急性期の病床でも地域包括ケア病床でも対応できるというのが現在の制度設計です。

いま急性期病棟の平均入院日数は10日とか11日とか12日とか、それぐらいですね。手術の人も、

軽い手術だと当日来て、外来受付をして、手術をして、手術が終わってから入院する。6日間ぐらいで帰ってきちゃう、軽い手術はそれで十分いけます。創傷の管理も変わってきています。入浴してもシャワーを浴びてもオーケーです。医療もレベルが上がってくるから、侵襲的な治療に高齢者でも耐えられる人が増えています。

ちょっと参考になるかなと思ったのは、高度な医療を在宅で提供するという方向は、医療技術の進歩に伴って今後可能性が広がるかもしれないということです。日本ですぐ使えるかと言うと、なかなかちょっと難しいかなという感じはしますが。

**松田** 日本ではそれぞれに頑張っておられるようなところがありますが、社会的にみてその状況がわかりにくいところがあるように思います。例えば、そういうふうな高度な在宅をやる診療所とか病院はどこにあるんだといった時に、クチコミにかなり頼る状況があるように思いますが、そうでもないですか。

**吉中** 日本の在宅医療はずいぶんと変わってきました。質が飛躍的に向上したと思います。在宅診療学会ができ、専門医制度まで来ています。多職種参加、チーム医療が当たり前になり、ICTネットワークの活用なども広がっています。日本の在宅医療は大きな変化が起きている時期ですよ。

**松田** そういう在宅診療学会に入っているところは…。

**吉中** アクティビティが高くなっているということは確実に言えると思います。

**松田** そういう意味ですね。

**吉中** 地域医療計画に含まれる在宅診療の部分には、そういうところが入ってきます。いまはそれを進めるために地区医師会が基金のお金を使って認知症のエキスパートをつくるとか、いろいろやっています。都道府県医師会が軸になって、地区医師会単位で在宅医療塾のような取り組みも広がっています。在宅医療の見える化は急速に進んで

います。

**松田** それは、例えば患者側からすればどうでしょうか。フランスだったら、HAD というのがあるという話なら、HAD にいけばいい。日本の場合は、病院からそういうところにつないでいく、そういう形ですか。

**吉中** いまはケアマネですね。ケアマネジャーが地域ケア会議を主催するし、そこにはいろんな情報が入っている。そこで開業医も入るので、それでいきます。また多くの病院に退院支援の専門ナースなどの窓口が置かれていますので、入院患者はそちらを活用できます。地区医師会によってはその地域で在宅医療を可能な開業医の紹介をホームページなどで情報提供しています。

根強いのは、こういう部分になるとクチコミが圧倒的ですね。日常生活圏の医療になってくるからクチコミの力は絶大です。ここにソーシャル・キャピタルが生きてきます。

**松田** だから制度的には見えにくいかもしれないけれど、実際のサービス提供の場面ではそういうある種の専門家のネットワークで、情報が共有されている状況がある。

**吉中** けっこうあると思います。

**松田** 実際上は不自由しないという感じ。

**吉中** 困難なのは、消滅自治体みたいな過疎で医療資源も乏しいところです。

**松田** なるほど。地域自体に困難があるというか。

**吉中** 医療機関の往診で、在宅医療でも行くのに1時間かかるというところもあるじゃないですか。採算にも合わない。それをITでつなごうという話になってきているんです。批判はいっぱいありますけれど、認定看護師みたいな育成課程を経たナースが看取りをするということは、次の診療報酬ぐらいから入ってくると思います。ベストミックスプロフェSSIONALという考え方と組み

合わせた遠隔診療です。でも反対意見は多いです。

**小磯** 医師会は承知しますか。

**吉中** 医師の過重労働が問題となり、働き方改革の検討が進み始めていますから、たぶん受け入れる可能性はあります。普段から診ている人とお互いに人間関係が出来ていれば、看取りの部分は看護師が確認してちゃんと記録をしてデータに残しておき、事後に医師に通報すれば可能だと思います。診療報酬では遠隔診療が来年一つのポイントになりますから、生活習慣病対策と併せて看取りが入るのではないかと思います。

## ○日仏の違い

**司会** 最後に、地域医療における医療と介護、それから病院と開業医、それから社会サービスなどの関係性が日本とフランスとでどう違うのかということについて、一言ずつお願いします。

**小磯** やはり制度が違うので、一概にいいとか悪いとか言うことは避けますが、日本は介護保険制度があって、フランスは日本のように条件さえ満たせばサービスを受けられる介護保険制度ではありません。制度ではAPA という手当はありますけれども、それぐらいです。今回、地域にネットワークというのができました。マイアとクリックとレゾー、地域包括ケアを行う仕組みが3つ揃って、一カ所のビルのなかにあります。ここがいろんな地域の在宅、医療、介護へ、困難事例だけですけれども、そういったところに介入していく仕組みが出来たので、それはいいのではないかと考えています。いままでそれはなかったのです。

2009年から始まったマイアの設置は、2016年末に355になり、フランス全国にマイアが設置されました。マイアには1人のパイロットがいて、ケースマネージャーが3人います。これがマイアの定義です。

それぞれの役割の話をしていきます。クリックは一般の方が、きちんとそれをヘルプする人からの相談を受けて情報を提供します。それからどうしてゆくかという際に、それぞれ専門家がいるネットワ



ークがあります。それでも困難だったら、あるいはそれ以上続けなければいけない場合はマイアに渡して、という役割分担です。

3つの組織は別々の組織です。彼や彼女たちの身分は市の職員やNPO法人の職員です。ファイナンスは県から受けていたり市から受けたりしています。県と市から受けてはいますが、それはあくまで得ている予算が公的なものであって、職員としては市やNPO法人に属する職員です。

マイアをつくった母体を見ると、最も多いのは県立のマイアで37%です。社会医療施設が13%、医療施設（病院）がつくったのは13%です。NPOが11%で、高齢者ホームがつくったマイアが1%です。そして、複数の病院がグループでマイアを持つこともあり得ます。マイアを設立できる法人は、「誰でもなれる」ということです。文献によると「非営利でなければいけない」と書いてあったようにも思うのですが、パリ西地区のマイアのパイロットのマチュー・ジョリーさんは、「営利でもなり得る」と言っていました。誰でもなれますけれども、「うちがなりたいです」と言ったときに、ARSがその地域を見て、許認可をします。

こういうのは大切だと思います。でも、困難事例だけに介入するんですね。日本のように広く多くの人を介護保険制度でみるという仕組みではないです。そういう意味でいうと、やはり日本のほうが制度的にはいいのではないかという気はします。いいか悪いか言わないといいながら、それはいいと思います。

もう一つ大事なことは、サンテ・セルヴィスでは重度ナーシングが医療活動の8%を占めていることです。日本の今後の要介護者の状態を考えると、医療度の高い患者が病院から退院して来ます。その受け皿として、訪問看護が有力である点は変わりませんが、この議論の延長線上で在宅入院が狙上に上ることも考えられます。予想される重度患者の在宅ケアを推進するためには、在宅で療養することの安心感を高めなければなりません。それはケアの継続性であり、もしもの時の入院が準備されていることです。在宅入院はこうした要求に合致すると思います。しかしこれには、診療報酬上の人員基準を満たすという事項が、病院の看

護職・リハ職が在宅に行くことを困難にしています。これらが在宅ケア推進の阻害要因であるとしたら、それらをどうするか議論も必要になります。

吉中 HADって在宅に関わることだということだったので、日本で在宅医療というと4つの機能と言っています。1つは退院支援、2つ目が日常の療養治療、3つ目が急変時の対応、4つ目が看取り、これを在宅医療として日本の場合整備しようということになっています。これはいまの高齢者の置かれている医療のちょっと谷間になっているところなので、そこに多職種協同でやっということができます。

例えば看護師の小規模多機能居宅介護という、看多機と言いますが、こういうのが地域にあると、家族も介護に疲れた時にちょっとレスパイト入所をしてもらおうとか、看取りをすることが出来ます。すごく身近にフィットする。いろんなことに可能性があって、わりと報酬的にも優遇されています。そうしたいろんな介護実践を踏まえて、関係者が声を出してこういうモデルを作ったらどうかという提案をする、新しいモデルを作っていく、日本の場合、こういうことが非常に重要なのではないかなと思っています。

フランスのHADは日本ではちょっと活かしにくいというのが私の印象ですが、専門医療を届けるという点では、日本では透析ですね。透析が糖尿病の患者さん中心にすごく増えていて、高齢化しているんです。みんな、だんだん通えなくなる。どこで透析するかというのは悩みどころで、結局どうしているかという、サービス付きの高齢者住宅に入ってもらって、近くの施設に来てもらうとか、療養病床に入ってもらって透析を受けてもらうことになるんです。こういうことに活かせるのかもしれないと思います。

小磯 サ高住は住宅ですけど、そうやってきたら完全に施設化されていきますね。

吉中 HADでは高度医療のデリバリーということですが、その医療管理はどうなっているのでしょうか？医療の質のコントロールということ

す。HADの医療の質指標がどうなっているのか関心があります。制度的な違いは大きいのですが、在宅医療について日本とフランスの交流ができたらいいかと思います。

あと、昨日、今日と全日本民医連の学術・運動交流集会を筑波で開催したのですが、在宅についての発表を聞いてきました。民医連では、例えばずっと通院していた人が中断すると、多職種でカンファレンスをします。自宅を訪問したり何か月も寄り添ったりして医療や介護にもう一度つなげていくような活動がたくさん報告されていました。そういったようなことは、フランスではどんなふうに行っているのだろうかと思います。HADは高度医療のデリバリーですが、それを契機に同じような人がいっぱいいることに気が付くのではないかと思うんです。その辺を知りたい、助け合いたいということで、補完する何かがあるんだと思うんですよ。

**小磯** フランスは個人主義の国なので、あまり干渉を受けたくないというのがありますね。

**松田** 僕は基本的に他の国を見る時に、日本と比べてどっちがいいとかいう発想ではなく、何かヒントが得られればいいのかという話だと思って考えるほうがいだろうと思っています。もちろん研究者なので比較するということは大きく関心もっているのですが。

HADはフランス的制度を背景にしてできてきた制度というところがあるので、その制度自体が日本でどうこうということはすぐには難しいところがあると思うんです。ただ在宅である程度高度な医療を続けるというのは、どんな事例・どんな場合にどのぐらいするかというのは違うとしても、日本でもやはり需要は一定ある、必要もあるのではないかと思っています。それをどういう形で応えていくのがか、実践的、政策的課題となるかと思っています。

吉中先生のお話では、日本でも相当できるようになってきているのだというのが現場の感覚とい

うことですが、政策的にはちょっとわからないところがあるという意味で、フランスのように官庁が計画機能を強めている場合には、行政からすると見えやすくなっているところがあります。

そうすると日本の場合も、できてないところの問題をどう顕在化させるのかとか、先ほどおっしゃっていたような地域的に困難な状況ですね。そういう人をどう手当するのかとかいうのをどう考えるかとかいうことは、逆にあるのだろうかと思いました。

私は統治とか、ガバナンスという言い方を、統治のあり方のようなことを考えていて、市場と計画とネットワークということを行っているわけですが、病院に関してはいろいろな国で計画機能が強まる傾向があります。この計画をどうするかという時に、専門職、公私の主体など、関係者の意図をしっかりとくみ上げないと、うまくいかないと思います。

そうすると、今度在宅というのが、日本は高齢化社会として先進国で、ここをどう組織するのかというのは、一番大きな課題として最初に経験している国ではないかと思うんです。そこで吉中先生が言われたように、かなりうまくいきつつあるとすると…。

**吉中** 政策はかなり緻密にされています。

**松田** かなり、いろんな新しい手が打ち出されているという点は、見ておく必要があるし、その時にさっき言った計画か、市場か、ネットワークなのか。ネットワーク化というのはかなり進んでいるんだけど、市場だけではうまくいかないというのも介護保険のことを含めて言っているので、ネットワークだけでいけるのか、そこに一定の計画原理を強める必要があるのか、そのへんはたぶん実践とかみ合わせながら議論していく必要がありますね。

**司会** 本日はどうもありがとうございました。

(2017年10月7日実施)

## 〈医療政策・研究史〉(19)

# 研究者の60-90歳戦略

野村 拓

### ●自前の「アナログ情報空間」づくり

「定年」後は「余生」ではなく、社会人生活の「後半戦」である。しかも、勤務先の情報装備からきりはなされての後半戦である。どう生きるか、結論を先に言えば「身についたものを活かして生きること」「無機的情報にウンザリしている人達には有機的情報を提供しながら生きること」である。そして、そのためには、自前の「アナログ情報空間」をもつことが必要である。そして気合を入れなおして後半戦に臨まなければならない。ラグビーの後半戦なら40分、サッカーなら45分だが、高齢化社会における後半戦はほぼ30年であることを覚悟しておかなければならない。

まず、現役時代の「情報空間」が失われることを覚悟しなければならない。定年後を「余生」的感覚で生きるのであれば、定年年齢の高いところへ再就職して、再就職先の「情報空間」に「ヤド

カリ」すれば、当面はそれでいいだろう。しかし、「ヤドカリ」期間は数年でおしまいである。後半戦の30年に耐える「情報空間」は「ヤドカリ」ではなく、自前の「スパイダーズ・ネット」でなければならず、その展張には定年の数年前から、定年後の10年ぐらいの時間をかけるべきだろう。それぐらいの時間をかけなければ30年という歴史的時間には耐えられないだろう。

「スパイダーズ・ネット」とは何か、とりあえずは、自分史を軸として「くもの巣」状にはりめぐらせた情報取得用のネットと定義しておこう。私の場合は定年の6年前に発行し始めた「野村研だより」(図1)がこれに相当する。

### ●「野村研だより」から「マクロ」へ

「定年」はある意味で、勤務先の情報空間から切り離されることを意味する。具体的にいえば図書館を自由に使えなくなる。もともと、雑誌論文中心の医学部図書館を、モノグラフ中心の私はほとんど利用しなかったが、とにかく、洋書は自前で購入して、グループに紹介しよう。ついでに近況報告がてら「スケジュール」を前もって研究仲間知らせておこう。こんな動機で、1985年から「野村研だより」を手作りコピーで発行し始めた。

しかし、手作りコピーで団体機関紙(誌)との交換を要求するのは厚かましいので、B5判8ページの「マクロ」(図2)という印刷物に変えたのが1989年の2月からである。「近況」から「講演・講義のレジュメ」「海外新刊書」「国内資料」「交換機関紙(誌)」などを収めて、年10回(1月と7月は休み)の発行であった。

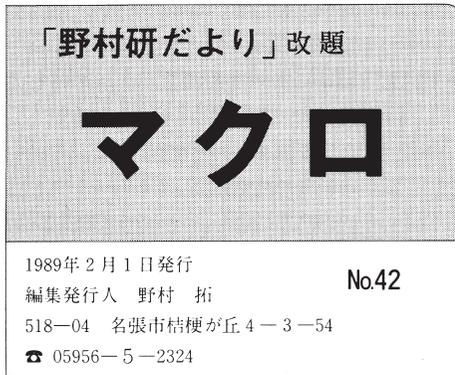
例えば「マクロ」No.88.(1993.9.)を例にとれば、  
・ショート・エッセー：はたらきかけの工夫

野村研だより  
No. 1  
1985

#### ゼミの予定

- 2月13日(木)
- 2月20日(木)
- 2月27日(木)
- 3月6日(木)
- 3月20日(木)

〈図1〉「野村研だより」創刊号



1985年2月から1987年8月まで「野村研だより」をNo.1からNo.41まで出してひと休みしてしまいました。忙しさにかまかけて、ひと休みが長くなりすぎ、このままいくと「永眠」してしまいそうなので、ここで形を変えて続けようと思います。

誌名を「マクロ」としたことについては、いくつかの理由があります。いま、一番必要なことは日本の医療のしくみやあり方に関して、医療関係者も国民も共通の認識を持つことであり、その共通の認識は「ミクロ」ではなく「マクロ」なレベルでなければ成り立たないだろう、ということです。

このことは医療にかぎらず、福祉や教育についてもいえることです。

次に「認識の速度」の問題があります。例えば医療問題を30年間、専門的に勉強して、やっと日本の医療の全体像をつかむことができたとしても、それでは皆さんも、これから30年かけて日本の医療の全体像をつかんで下さい、などとのんびりしたことを言っている場合ではありません。30年かけている間に、日本の医療が、つまり認識すべき対象自体がすっかり様変わりしてしまうことでしょう。なんとかして「認識の速度」を早めなければなりません。「マクロ」とはある意味で「認識の速度」を早める手段ともいえます。

「共通の認識」をはやい速度で、ということになれば、頭の中にしっかりした座標軸と時間の目盛りを設定しておくことが必要です。この座標軸と時間の目盛りがしっかりしていれば、今日の状況は「医療から世界が見える時代」だといえます。

医療から世界が見えれば、どんなテーマでも、矢でも鉄砲でも……という心境になるはずですが。

まだ、そこまではいきませんが、かなりそれに近い心境で、昨年（1988年）次のような講演やシンポ、討論集会の助言者などをしました。

- 1988.1.15. いま何故国保制度の改革か(大商連)
- 1.16. 国民医療総合対策本部は保健医療福祉をどこに導くか(熊本県保険医協会)
- 2.11. これからの医療政策が私的中小病院にとっていかに厳しいものであるか(大阪府保険医協会病院部・中間管理職研修会)
- 2.13. 「中間報告」・その背景と問題点(京都民医連中央病院)
- 2.14. 現在の医療情勢と国立病院を守る意義(全医労・明石)
- 2.19. いま何故国保制度の改革か(八尾民商)
- 2.25 「中間報告」路線にどうたちむかうか(京都・安井病院)
- 2.27. 日本の医療と医療運動(保団連第10回四国ブロック会議・高知)
- 3.5 医療・保健をめぐる情勢(国民医療研究所・第1回国民医療講座・大阪)
- 3.6 「中間報告」・その背景と問題点(全医労・舞鶴)
- 3.10. 婦長のための医療情勢分析論(日本生協連医療部会・婦長研修会・倉敷)
- 3.17. 医療・福祉情勢と各界連の役割(医療保険改悪反対大阪各界連)
- 3.18. 医療政策と医療運動—情勢と心がまえ(湊川病院労組・神戸)
- 3.19. 「中間報告」路線で地域医療はどうなるか(北海道医労連・北海道民医連)
- 3.26. 医療民主化運動と社会福祉(第4回社会福祉シンポジウム・東京)
- 4.17. 見えてきた政府の医療再編計画—私的中小病院・開業医をどこに導くのか(新潟県保険医会・第12回定期総会記念講演)
- 4.23. 日本の医療はどこへいく(京都民医連中央病院・医学生、新入職員研修会)
- 5.14. 現代日本の医療政策と迫られる選択(石川県保険医協会第14回定期総会記念講演)
- 6.9. 「中間報告」路線と医学生(滋賀医大)

- ・近況（日誌）
  - ・最近のレジュメから
    - 倉敷医療生協・歯科合宿
    - 滋賀医大・医学概論
  - ・外国文献
    - 保健医療への資源配分
    - 世界医療費
    - 途上国の保健医療
    - 公衆衛生学・論集
    - 臨床工学技師
    - ナチズムにいたる医療政策
    - 健保におけるボーナス・オプション
    - 収入、不平等とライフサイクル
    - 生殖技術の倫理
    - 医療における共同管理
    - 避けられる死（2）
    - ラテン・アメリカの医療
  - ・寄贈図書・機関紙・誌
- という中身である。

「外国文献」と書くと、雑誌論文と勘違いして、掲載雑誌の巻・号を問い合わせるのが、医学部というところである。これらの「本」を医学概論講義で紹介すると、

「その本は図書館にありますか？」

と学生から質問が出る。

「多分、ないだろう。医学部は雑誌中心だからね」

もちろん、雑誌論文の方が情報は新しいだろう。しかし、図書館で近着雑誌を数ページ、コピーしてきて、教室研究会でつつきまわすだけでは、トータルな視野、問題の位置づけはできない。語学力もつかない。「なにか質問は？」「この which の先行詞はなんですか」というようなことになる。

もうひとつだけ取り上げてみよう。

「マクロ」No.106. (1995.6.) である。

- ・ロング・エッセー:「20世紀医療史の出典と解説」

- ・近況

- ・日本の資料

- 国立病院・療養所の現状と再編合理化
- 住民健康アンケート・調査報告書（静澄病院を守る会）
- 国連社会開発サミット・NGOフォーラム参加報告書（日本生協連医療部会）

- ・外国文献

- （古）人口の政治算術
- 医療における資本主義
- アメリカ・貧困との闘い
- アメリカの社会政策
- 英国の医療行政
- 第三帝国の社会政策
- 看護と社会変化
- 全人的看護
- 第1次大戦への決断
- プライマリ・ケアのコスト分析

- ・1人称の医療史・資料（12）

- ・寄贈図書・機関紙・誌

という構成だが「1人称の医療史」が登場したのは「活字にならなかった講演」のテーマも拾っておこうと考えたから。

このB5判の「マクロ」をA4判のルーズリーフに貼りつけて、上部の余白に「小見出し的・キーワード」を入れたもの（図3）、これが自前の「アナログ情報ドーム」の骨格をなしている、と言えるのではないかな。

再々述べているように、情報には「単品情報」と（ストーリー化された）「連鎖情報」とがあり、「連鎖情報」は「自分史座標」に引っ掛かって「記憶」となる。記憶量は豊かな方がいいから、豊かさを保つために、「自分史座標」はしっかりしたものにしておかなければいけない。少しずつ視点を変えながら繰り返しなぞっておくことが必要である。

この点、若い人たちから「話」をたのまれることはありがたいことである。

また、「マクロ」は「やったこと」「やらされたこと」を自分のために生かす「情報ドーム」のようなものである。例えば、看護教育の場合である。

## ●看護教育から学ぶ

今回は、「医療政策学校・学習コース」として「四大生」「院生」「社会人」「生涯」の4コースを挙げた。これらのうち、「四大生」「院生」については、かなり系統づけることができたが、各医療職種を含む「社会人」については、これからである。それで、今回はまず「看護（師）」を取り上げて

# 医・産複合体

## ヒポクラテスとの架空対談(洋)

やや管理者的な立場で倫理的問題をとりあげた本としては Kurt Darr: Ethics in Health Services Management (1987) があり、ここには「リビング・ウィル」や「インフォームド・コンセント」の書式の見本が掲載されています。また古典的な医師・患者関係をこわすものとしての病院産業という問題にもふれ、AMI (アメリカの病院スーパーのひとつ) に買いとられたミッション病院の事例などが書かれてあります。

### 現代的ヒポクラテスの探究

同じく、古典的医師・患者関係を破壊するものとしての医産複合体 (medical-industrial-complex) の存在を指摘し、そのような状況下での医の倫理を追求した本として Roger J. Bulger 編: In Search of The Modern Hippocrates (1987) があります。「現代的ヒポクラテスの探究」とでも訳すべき本で、最終章は、現代を代表する医師とヒポクラテスとの架空対談という構成になっています。

また、保健経済と医療倫理の関係を論じた本としては Gavin Mooney 他: Medical Ethics and Economics in Health Care (1988) があり、公衆衛生との関係については、Spyros Doxiadis 編: Ethical Dilemmas in Health Promotion (1987) があり、次のような構成になっています。

#### A. 理論的背景

1. 医療における進化と突然変異
2. 単に言葉の問題か、医療倫理の定義の問題
3. 倫理から医療へ
4. 近代公衆衛生と予防医学の起源
5. なぜ病気を予防するか

#### B. 政策と全般的問題

6. 個人衛生と公衆衛生
7. ライフスタイル、公衆衛生、パターンリズム
8. 衛生法規、予防及び倫理
9. 保健社会政策における価値感の衝突
10. 保健経済と倫理
11. 職業上のリスクの評価

#### C. 特論

12. 再生産 (増殖) 医学における倫理的問題
13. 児童保健
14. 集検方法とプログラム
15. 予防的試みの倫理的展望
16. 倫理的規制の組織
17. マスコミと保健教育
18. 結論

### 死の判定・臓器移植

一般的に医療技術の進歩と倫理との関係を論じた本としては David Braine 編: Ethics, Technology and Medicine (1988) や Diana B. Dutton: Worse than the Disease, Pitfalls of Medical Progress (1988) があります。「病気よりもなお悪く——医療進歩の落とし穴」というような訳になるでしょう。

死の判定をめぐる問題については Norman L. Cantor: Legal Frontiers of Death and Dying (1987) があります。意識すれば「法的最前線——進行形の死」ということでしょう。

これと関連する臓器移植については多くの本が出されていますが、個人的興味から、価格一覧表の入っている次の1冊をとりあげることにします。

Roberta G. Simmons 他: Gift of Life (1987) がそれで、巻末には「あなたはドナーの素質があるか」というアンケート調査項目があります。

このような状況であれば、人権とか患者の立場をいかに考えるかという問題意識がもちあがってきます。Peter Byrne 編: Health, Rights and Resources (1988) 「健康、人権、資源」や E.D. Pellegrino 他: For the Patient's Good (1988) 「患者にとって良い医療とは」というような本が出されています。

### 看護の倫理

看護の倫理に関する本も出されました。Ian E. Thomson 他: Nursing Ethics 2版 (1988) で次のような構成になっています。

1. 看護における倫理的問題

みたい。

看護教育において担当させられた科目は学校によってちがうが、「社会福祉」「衛生法規」「医学概論」の3科目である。

「講義は聴くよりも、やる方が勉強になる」わけで、特に「衛生法規」の講義は、コンパクトにまとめられた教科書のおかげで、日本の医療制度全般がよくわかった。逆に「社会福祉」の場合は看護業務との接点を取り上げる能力のない人の机上の作品なので、「寝るのが福祉」と決めてかかっている学生の興味を呼び起こすのに苦労した。もちろん、「衛生法規」の講義も、教科書どおりだと「寝るのが法規」になってしまうので、各種法規を歴史的に配列しなおして、例えば、伝染病予防法規は、不平等条約下の海港検疫不在がもたらす外来伝染病の流入対策であったこと。それゆえに、国内用啓蒙団体「大日本私立衛生会」の設立と、「不平等条約撤廃」へのアクションとしての「鹿鳴館の設立」とが同じく明治16（1883）年であった。そして、陸軍、海軍、宮内省のスリーバンドで、伊藤博文以下が「ガニ股のワルツ」を踊ったわけである。

大正期に入ってからの「トラホーム予防法」、昭和初期の「寄生虫予防法」などはそれぞれの時代状況について学習して講義をすればよい。ただ、厄介なのは同じく昭和初期の「花柳病予防法」である。「花柳病ってなんですか」「なぜ『花柳』なんですか」という質問に答えるには経験不足であり、これは「学習」ではカバーできない。

また、保健婦（師）教育の場合は、1年間の講義の後、講義内容を『保健医療の社会科学』（1979、医療図書出版社）として出版することができた。講義は聞くよりもやる方が勉強になり、「情報ドーム」の中身を充実させることができる。

社会福祉系の講義では、個々の「マクロ」誌を活用することもあった。もちろん、「マクロ」をつかった「アンケート調査」もしばしば行った（図4）。

## ●「アナログ情報ドーム」の骨格

この印刷所に作らせた「マクロ」（以下「フォーマル・マクロ」）を定年の2年半前から定年後

10年にかけて、125回発行し、1000頁の文献集（図5）を作成して、「アナログ情報ドーム」の骨格とし、その後、折にふれて「手づくり・マクロ」（図6）を発行して今日にいたって居る。

天空に「アナログ情報ドーム」、地上に「リーダーズ・ファイル」（紙漉き原液）というのが私の定年後のスタンスだが、ここで、この連載でしばしば取り上げた「リーダーズ・ファイル」について簡単に説明しておきたい。

## ●「本」と「ノート」の間—リーダーズ・ファイル

私の駆け出し時代に比べると「本」は出しにくくなって、若い研究者には気の毒である。「印税」が入るところか、出版費の一部を負担するケースも多いようである。

そうしてできた「本」は4、5千円から、少し分厚くなれば、7、8千円はするだろう。ベストセラーねらいの「読み捨て本」（ディスポン）の数倍の値段となる。他方、丸善から入ってくる洋書は概ね7、8千円から2万円ぐらいのものが多

い。昭和の初め、改造社が廉価本として「円本」を出したとき男子労働者の日当は1円であった。岩波文庫は星ひとつ20銭だったが、ちょっとした厚さになると星3つで60銭、当時の女子労働者の日当であった。だから、学術書を購入するには、それなりに消費生活の犠牲をとまなうもので、たらく飲み食いした上で「本でも」というのは、おかしいのではないか、と思うようになった。内輪の研究者同志の交流ならば、コピーをはりあわせた「ファイル」を手作りした方が手っ取り早いのではないか。ということで作成したのが「リーダーズ・ファイル」40巻（表1）である。

「90歳戦略」の基本は、天空に自前の「アナログ情報空間」をつくり、地上には「医療・福祉よりの新社会科学」を目指した「紙漉き原液」としての「リーダーズ・ファイル」を用意し、新しい情報の取り込みと後進への「文献・資料のバトンタッチ」によって代謝させていくことである。

天空の自前の「アナログ情報空間」は「グローバル部分」と「国内部分」とからなり、「グローバル部分」は「洋書」の10進分類をその骨組みと

「野村研だより」改題

# マクロ

1996年6月1日発行

編集発行人 野村 拓

〒518-04 名張市桔梗丘4-3-54

☎ 0595-65-2324 (Fax共)

No.116

## マクロの利用法

「マクロ113、114の外国文献から関心のあるものを3つ選べ」という一種のアンケート調査を、龍谷大・社会福祉学科（4月8日）、泉州看護専門学校（4月9日）でやってみた。結果は次のとおり。

・龍谷大（N = 39）

|                |       |
|----------------|-------|
| 1. 死と臨死        | 13(票) |
| 2. 看護にとって家族とは  | 12    |
| 3. 生の選択        | 11    |
| 4. 患者の権利       | 10    |
| 5. ハイテク在宅ケア    | 9     |
| 6. 薬物と社会       | 8     |
| 7. 支払うに値する医療   | 6     |
| 8. 救急精神医療      | 5     |
| 医療情報システム       | 5     |
| 10. 正義と医療・比較研究 | 4     |
| 地域医療づくり        | 4     |
| 生と死・再考         | 4     |
| 13. 痛みの歴史      | 3     |
| 福祉国家の発展        | 3     |
| 15. 医療職種資格試験問題 | 2     |
| 行動医学研究         | 2     |
| 看護のためのインターネット  | 2     |
| 医療パワーと社会的知識    | 2     |
| EUにおける臓器移植     | 2     |
| 栄養商品の標示        | 2     |
| 地域看護診断         | 2     |

|                |   |
|----------------|---|
| 22. 医療マンパワーの管理 | 1 |
| 医療政策への臨床的接近    | 1 |
| バイオエシックスの基礎    | 1 |
| 健康カウンセリング      | 1 |
| ワイマール共和国       | 1 |
| アメリカの医療政策      | 1 |

0票は ・科学、政策と製薬産業・1次医療のコスト分析・産業保健

・泉州（N = 33）

|               |       |
|---------------|-------|
| 1. 死と臨死       | 14(票) |
| 生の選択          | 14    |
| 3. 生と死・再考     | 10    |
| 4. 薬物と社会      | 9     |
| 5. 看護にとって家族とは | 8     |
| 6. 患者の権利      | 5     |
| 痛みの歴史         | 5     |
| ハイテク在宅ケア      | 5     |
| 9. 行動医学研究     | 4     |
| アメリカの医療政策     | 4     |
| 10. 救急精神医療    | 3     |
| EUにおける臓器移植    | 3     |
| 12. 福祉国家の発展   | 2     |
| ワイマール共和国      | 2     |
| 医療情報システム      | 2     |
| 支払うに値する医療     | 2     |
| バイオエシックスの基礎   | 2     |
| 17. 健康カウンセリング | 1     |
| 医療マンパワーの管理    | 1     |
| 地域医療づくり       | 1     |
| 医療パワーと社会的知識   | 1     |

0票は ・正義と医療・比較研究・科学、政策と製薬産業・1次医療のコスト分析・医療職種試験問題・産業保健・地域看護診断・看護のためのインターネット・栄養商品の標示（不注意による無効票1票）

なにがトップグループか、ということは予想どおりだったが、0票グループの共通性は、社会科学の前途多難さを示すものといえよう。

ところで「野村研だより」(NO.1-41)と「マクロ」(NO.42-)で紹介した外国文献は1,000冊に近づきつつある。いまのところ、書庫も書齋も足の踏み場もないが、そのうちにヒマになったら環

「野村研だより」改題

# マクロ

2001年6月1日発行

編集発行人 野村 拓

〒518-0624 名張市桔梗が丘 4-3-54

☎ 0595-65-2324 (Fax 共)

No. 166

(終刊号)

〈振替口座〉00940-1-8316

マクロの会

## 終刊のこぼ

「マクロ」が1,000頁の文献集になることを目標としていたので、目標に達したところで一応のピリオドを打つことにする。

「マクロ」の形にしたのは1989年はじめの42号からで、それ以前の1～41号は手書きコピーの「野村研だより」で、これは1985年から出し始めた。その動機は講演その他で教室を空けることが増えたので、研究会に集まる人たちに前以ってスケジュールを知らせておこう、というものであった。やがてスケジュールだけではなく、若干の勉強材料を加えることになるが、マスターペーパーは保存してある。

「野村研だより」を「マクロ」に変えたのは定年後の情報確保を意識したからである。そして、洋書類の購入は一切、私費に切り換えた。購入した洋書の要約を「マクロ」に盛り込むようになった動機は、雑誌論文中心の医学部図書館ではモノグラフは貧弱だと判断したからである。

同時に「マクロ」と交換の形で国内各誌を入手しようと図々しいことを考えたが、交換に応じてくれた各誌にあらためて謝意を表する。

「マクロ」は12年半にわたって年10回ずつ発行し、125回×8頁で1,000頁ということになるが、1991年の阪大定年からは10年3カ月が経った。定年とともに「あの世」に行くのであれば、ことは簡単だが、その後の予測はつきにくい。とりあえず自分自身と10年契約を結び、それが今年終了した。

現役時代の研究の骨子は「最終講義」のレジュメ（「マクロ」92号）に載せたが、その後の10年を集約しなければならない。「その日暮らし」の現役時代とちがって、もっと計画的に仕事ができるだろうと考えていたが、その期待は現役時代と変わらぬ、あるいはそれ以上の忙しさによって裏切られた。

しかし、いくら忙しくても、イヤな仕事は断る自由があるし、プレッシャーやストレスは現役時代よりもはるかに軽減された。簡単に言えば「矢でも鉄砲でも…」という気分になった。特に予定の無い日に、朝、目覚めて、今日は一日自分の好きな仕事ができるのだ、と考えると嬉しくなった。その割に、あまり仕事はしなかったが、『みんなの医療総論』（あけび書房、1993）が退官後、最初の書きおろしである。

### 1. 龍谷大講義と『みんなの医療総論』

1993年2月、もうそろそろ人前でしゃべる仕事は止めようと思った矢先、龍谷大・社会福祉学科から講義の依頼があった。福祉系の学生に医療の全体像を教えることの必要性についてはこれまでしばしば感じていたので引き受けることにして、テキストには『みんなの医療総論』を使うことにした。また、取り上げ方を少し変えて、以前から講義に行っていた泉州看護専門学校の「医学概論」にも使った。

### 2. 教育として、次世代養成として

年のせいもあって、この時期から、学生の教育や次世代の養成に関心が向くようになった。そして若い人との共著を心掛けるようになった。

・野村拓・松田亮三『わかりやすい医療経済学』  
(1997. 看護の科学社)

・野村拓・藤崎和彦『わかりやすい医療社会学』  
(1997. 看護の科学社)

などは、そのような関心の所産である。また本にはしなかったが

### ・医療海外文献に関する12章

(「月刊保団連」1991.7.-1992.6.)

野村 拓・松田亮三

1. 専門医制度（野村）
2. 医師・患者関係（野村）
3. 長期ケア（松田）

「野村研だより」改題

# マクロ

5月の定例研究会  
20日（火）京都  
22日（金）大阪  
医学史研究会演題締め切りもお忘れなく

No. 257. 2014. 5. 10.

## 開業保険医運動への提言 —無気力、無哲学にならないように—

### 1. 開業保険医層の形成

「社会保障マインド」と「プロフェッショナル・バイタリティ」とを合わせ持った日本の開業保険医層の歴史的形成を、国際比較も踏まえて、説得力をもって描く。

川上武の『日本の医者』（1961）、『現代日本医療史』（1965）は「開業医制を軸として」日本医療史を書いたもの、市民革命—市民の医者—町医者、という世界史的視点には欠けるが再読が必要。

#### ・アメリカの場合

「プロフェッショナル・バイタリティ」にあっても「社会保障マインド」はない。上位所得階層1%で総医療費の21%を支出、上位30%で91%を支出、下位50%で3%を支出。Robert H. Blank他：Comparative Health System, 4版, 2014, Palgrave.)  
ただし、この本は日本について「Japan's health care system is dominated by the private insurance sector」などと書いてある。日本は民間保険による皆保険と理解しているようである。すると、日本の保険医運動は生命保険や損害保険の保険医と運動と理解しているのだろう。

#### ・スウェーデンの場合

日本の一地方自治体の人口規模なので、比較対象にはなりにくいだが、「多国籍企業化」に舵を切ったらしく、太平洋岸の港湾都市で海軍造船所や軍産複合体、ホーイング社の本拠地であるシアトルに1245床の Swedish Medical Center を進出させている。

#### ・イギリスの場合

恐らくGPは無気力、しかし、大英帝国のGPだから、「含み資産」のおかげで仕事をしなくても食って行けるのではないか。GPの家にホームステイした関谷秀一君の話を聞くとそんな気がする。

#### ・ドイツの場合、

〈図6〉「手づくり・マクロ」

〈表1〉「リーダーズ・ファイル」40巻

1. 『自分史100話』
2. 『海軍史と医学史』—世界史と自分史との「中間項」として
3. 『ショート・ストーリー・メイク』—情報の連鎖化
4. 『語り得る〈限界時代〉と〈限界世代〉』
5. 『医療史の核・「日本医療団」』—開業保険医シリーズ・C巻
6. 『医療・福祉職の世界史』—社会福祉と医療政策・100話
7. 『看護の社会科学』
8. 『健康保険スタート事情』—開業保険医シリーズ・A巻
9. 『戦争に向かう医療』—開業保険医シリーズ・B巻
10. 『「武見日医の25年」と逆風の1980年代』—開業保険医シリーズ・E巻
11. 『占領・民主化・カオスの中の医療』—開業保険医シリーズ・D巻
12. 『開業保険医のスタンス』—開業保険医シリーズ・F巻
13. 『洋書分類学—読まずにつよくなる』
14. 『反認知症的生き方』—好奇心・雑食・足
15. 『「本」の社会科学』—「ルーズリーフ本」(リーダーズ・ファイル)の試み
16. 『グローバル薬味学』—文献プロムナード
17. 『研究的・評論的・編集的・エッセー的』—医療政策・研究史
18. 『時間活用としての「連載」』—連載年表51年
19. 『「日本医療団」と戦時医療法制』—Vol. 5.の続編
20. 『エッセーから新社会科学へ』—「新社会科学」の学習アンテナ
21. 『「学習アンテナ」と自分史座標』—「可能性」の比較史
22. 『医療経済学と私』—(通信講座)「保健医療経済学・教程」
23. 『読んでもらう「語り」と「談」』—花沢徳衛さんとの対談
24. 『「はたらきかけ」学』—医療政策学校・学習手順
25. 『「格差なき医療」への歴史的な努力』—開業保険医シリーズ・G巻
26. 『明治150年の医療—「モデル追いかけ」が「モデル」に』
27. 『医療政策学校・学習手順』—総記憶量のフラッシュ
28. 『バトンタッチ文献学—100年のスパンで』
29. 『カラーとシェーマの医学史』
30. 『貧困・軍備・人口』—人口学のすすめ
31. 『記憶術とメリハリ自分史』—社会科学的記憶術
32. 『「医療をトータルに語る人」の養成』—世界史的視野での開業医
33. 『情報連鎖用BGM100曲』—学習プログラムにおけるBGM
34. 『リフレッシュ学習』—脳は呼吸する
35. 『医療政策学校・オリエンテーション』—医療・福祉寄りの新社会科学
36. 『還暦から卒寿へ』—向老・抗老の30年
37. 『レジュメの考え方・活かし方』—溢れる想いの要約
38. 『「平成医療史」を考える』—高齢化とグローバル化
39. 『継ぎ足し生涯学習』—私自身が研究対象に
40. 『グローバル医療・研究方法論』—医療に軸足を置いた「草の根・社会保障」

する。つまり「本」(モノグラフ)を基本にすることによって、広域をカバーできるようにする。雑誌論文では、隙間だらけの「情報空間」になってしまうからである。

グローバル部分、国内部分、自著の部分にいろんなパネルをはりつけた「アナログ情報空間」をながめながら、欠けている部分の補強しておくことが、バランスのいい「総説」を書くことにつながるし、ちょっとした隙間なら、依頼されたショート・エッセーで埋めることもできる。このような場合、「リーダーズ・ファイル」という「紙漉き原液」を漉くことで比較的簡単にできるし、「原液」の方は月例研究会や合宿で補強できる。

例えば、「帝国主義と専門医制」というテーマを考えた場合、「本」中心の「情報空間」からは、「公衆衛生史」「比較経済史」「帝国主義論」あたりをひっぱりだしてくれば、問題点が浮かび上がってくるが、雑誌論文からスタートすれば「帝国主義は帝国主義で専門医制は専門医制」である。

「アナログ情報空間」をながめながら、ピンチヒッター的寄稿依頼に応えることも「90歳戦略」の一環と考えるべきである。

「国内部分」の方は「新聞のスクラップ」によって構成するのが妥当だろう。もちろん、スクラップそのものも重要だが、記事を選択するために新聞全体に目を通す「日常」が大切なのである。

「アナログ情報空間」は大英博物館のドーム型閲覧室をイメージするもよし、巨大な提灯の内側から「洋書10進分類」や「自著目録」「連載年表」「1人称の医療史」「スクラップ50年」などを貼りつけたものをイメージするのもいいだろう。要するに、「天空の情報ドーム」、地上に「紙漉き原液」としての「リーダーズ・ファイル」、そして、ピンチヒッター的な原稿をたのまれるたびに、「紙漉き原液」から「ペーパー」を漉いて「ドーム」にはりつけて眺めるわけである。

依頼される原稿は、限定された分野を掘り下げる原稿ではなく、総論的、エッセー的なものが多いから「ドーム」と「原液」の組み合わせでちょうどいいのだが、やはり「原液」は若手との勉強会で、常に補強していかなければならない。

みずから加工した2次資料的情報にかこまれた「自前の情報空間」(「マクロ」「リーダーズ・フ

ファイル」「連載年表」「スクラップ」など)は、これから求められるであろうエッセーやバランスのいい総説書きに向いている。すでにオリジナル資料は専門分野別に「みんなで利用できるように」と条件をつけて、後進に譲っている。人口問題、社会事業年鑑、占領下資料、日本医療団、アメリカ医療費委員会、ワイマール期ドイツ資料などなど、である。

いま、手元にあるのは洋書類、自著類、洋書類は、もう一度、読み返しながらか「洋書古本市」の連載に活用している。連載3本と京都、大阪での月例研究会のレジメづくりが定期的な仕事であるが、この年になっても、話を聞いてくれる(相対的)「若手」がいてくれることはありがたいことである。話を聞いてくれる人がいれば「レジメ」を用意しなければならず、「レジメ」は「リーダーズ・ファイル」という「紙漉き原液」を漉けばできてくるからである。

私が「マクロ」にここまでこだわるのは、「アナログ情報ドーム」づくりの構造材としては「洋書」という「本」と手漉きの「和紙」が重要な役割をはたすからである。「本」は「本」そのものが必要で、コピーでは代用できない。コピーでは「熟読」と「パラパラ読み」のメリハリがつけられない。特に最近は「熟読」に値する本がすくないので「パラパラ」の効かないコピーは不便である。

雑誌論文は構造材としては使えない。「本」ならば、その背文字によって「星座表」かプラネタリウムが構成されるが、雑誌論文やコピーでは屑屋の仕切り場にしかないからである。「洋書」以外で、もうひとつ重要な構造材料は「手漉きの和紙」、つまり「自著」である。

自前の「アナログ情報ドーム」は大英博物館のドーム型閲覧室のようなものが、大きな提灯に内側に「和紙」を貼りつけたようなものまでイメージできるが、つねに「手漉きの和紙」(自著)で補強することが必要であり、その場合の「紙漉き原液」が、これまでにしばしば紹介した「リーダーズ・ファイル」である。

## ●社会経済史的根底の学習

「天空に情報ドーム、地上に『リーダーズ・ファイル（紙漉き原液）』』という態勢を一応確立した上で感じることは、例えば、専門医制度形成過程に関する社会経済史的根底の学習の必要性である。

初期の「医学生ゼミナール」のリーダーたちならば、当然、手掛けたとおもわれるテーマに「専門医制度と帝国主義」がある。社会経済史的教養を欠く現在の医学生には、到底無理なテーマだが、専門医制度は「比較医療史的な節目」を踏まえて論ずるべきもので、金さえもらえればなんでもやりそうな顔をした人間が「専門医問題に詳しい\* \* 機構のなんとかさん」とテレビで紹介されながら、解説すればいい、というものではない。

1601年の「エリザベス救貧法」で要救済者のランクづけが行われ、1834年の「改正救貧法」で「救貧医」(poor-law doctor) が導入され、今日のGPのルーツとなった。その後、医療技術革新によって、病院は「隔離収容施設」から「治療の場」と面目をあらため、専門的医療を提供する場となった。それまでは、開業医の医療と Private duty Nurse に依拠していた「ミドル」は病院での専門医医療を求めるようになった。

専門医と一般医とを上下関係においてとらえる傾向と、国民を社会階層的ランクづけする傾向とは、イギリスの場合、ほぼ同時的であった。「世界の工場」と呼ばれた大英帝国の本国・植民地連結決算は、いわゆる「ミドル」を生み、1920年代には耐久消費財革命が進行し、新薬、レントゲン、臨床検査などの医療技術革新によって、医療は「治す」という欲望を開発する形で市場化した。医療は聴診器1本の「救貧医」型GPと各種治療手段を備えた病院に依拠する専門医集団とに分化するわけで、その時期は1920年代から1940年代とされている。つまり、1911年の国民保険法は年収250ポンド以下の階層を強制加入させ、専門医集団が「病院」から締め出した聴診器1本のGPケアをあてがい、「病院」を「ミドル」対象の専門医療の場としたのである。

病院から締め出されたGPは軍医出身のB・ドーソンによって保健所と結び付けられ、のちのNHSになるのだが、聴診器1本のGPケアなら、

貧困層も移民も留学生も受けられるが「入院が必要」ということになれば、そこに大きな壁によってふさがれることになる。

これに対して、中世も絶対王政の時代も持たぬアメリカでは違った展開を見せた。1895年、東部の進歩的開業医グループに、医学的基礎研究の推進、「病院づくり」(オープンシステムのルーツ)、医学教育の改善、の3つを核とした「医療政策・1895」が採択された。一言でいえば、先発エスタブリッシュメントを対象とした「水平的・グループ医療」である。そして、3年後の1898年の米西戦争は、アメリカの本では「グローバリゼーションの起点」とされているが、この戦争で、カリブ海からフィリピンまでのスペインの版図をそっくり手に入れ、ハワイ王国も海兵隊の反乱によって領有してしまったのだから、このグローバリゼーションは帝国主義と同義である。そして、世界の富を集めながら、後発移民の流入により「先発」の「ミドル化」と「ミドル」対象の水平的専門分化(専門医もGPも水平的関係)が1930年代に進行するのである。

ある意味で「専門医医療」とは、「ミドル」を対象にした「欲望開発型市場型医療」であり、アメリカの場合、「ミドル」の下は医療の圏外におかれている。

では、日本はどうか。ウルトラ・マクロに見れば、帝国主義の後追い挫折が好結果をもたらしつつあると言える。このあたりは「リーダーズ・ファイル」のあたりを参照されたいが、イギリス型バージョン医療でもなく、アメリカ型金次第医療でもない「格差なき折り返し型医療」の形成過程と将来的可能性などは「おすすめテーマ」の最たるものである。

このあたりは「原液」からの「ペーパーの漉き方」の足りない分野ではあるが「原液」の補給も考えておかなければならない。

## ●先人に学び、後進に刺激、そして「成果」の吸収

「アナログ情報ドーム」を意識したおかげで、最近、古典的「情報ドーム」を再発見した。「1953年厚生大臣官房統計調査資料室『蔵書目録』

附 企画院産業分類表と産業分類表との比較・産業分類表の例示

内閣統計局 350-68

産業類別表ニ対スル各官庁学会及諸家の意見

東京 編者 昭和

37p 27cm 1001

内閣統計局 350-43

統計図表の書籍陳列目録

東京 編者 大正5

261p 18cm 1108

中川友長 350-1

一般統計学

東京 94モロド社 昭和26

171p 21cm 26

中川友長 350-46

統計研究法講義要綱

東京 編者 昭和

55p 19x26cm 1200

中山伊知郎 3503-2

統計学辞典

東京 中央経済新報社 昭和26

1024p 21cm 46

内容

I 統計学

統計 (森田優三) 統計学 (中山伊知郎) 統計の論理 (北川敏男)

II 統計学史

国状学派 (藤本幸太郎) 政治算術学派 (大内兵衛) ケーラー時代 (岡崎文規) 社会統計学派 (藤川虎三) 数理統計学派 (北川敏男)

III 統計機構

総論 (美濃部昆吉) 国際連

合統計機構 (高橋正徳) 日本統計機構 (正木千冬) 各国の統計機構 (美濃部昆吉) 統計の発展 (井上照九) 統計教育 (森田優三)

IV 確率論

確率論史 (北川敏男) 古典的確率論 (河田敬義) 頻度論 (河田敬義) 直観確率論 (北川敏男) 測度論的確率論 (河田敬義) 統計的確率論 (本部 巧) 確率及数 (河田敬義) 入数の法則 (田沢清明) 確率過程 (a) 一般論 (丸山儀四郎) (b) マルコフ過程 (吉田和作) 確率函数方程式 (北川敏男)

V 統計方法

A 総説

記述統計学 (水谷一雄) 推測統計学 (北川敏男)

B 記述統計

統計調査方法総論 (伊大知良一郎) 調査企画 (及安嘉一) 分類整理 (森田優三) 調査準備 (総理府統計局) 実査 (総理府統計局) 集計表 (総理府統計局) 結果表 (総理府統計局) 統計図表 (猪田驥一) 統計の発表 (統計委員会) 度数分布 (水谷一雄・伊大知良一郎) 相関関係 (佐藤良一郎) 推算 (森田優三)

C 推測統計

推測論 (a) 総論 (北川敏男) (b) 標本分布論 (小河原正己) (c) 推定論 (宮沢光一) (d) 推定論 (伊藤清)

D 実験計画論

総論 (北川敏男・増山元三郎) 度数分布法 (北川敏男・増山元三郎) 実験計画法 (増山元三郎) 要因記号法 (北川敏男・三留三男)

(図7) 古典的「情報ドーム」の一部

（昭和28年3月末調査）」である。これはガリ版155頁の力作でその一部を示したものが（図7）である。

これを見れば、昭和26(1951)年段階に、中山伊知郎編で1024頁の『統計学辞典』が東洋経済新報社から出されたことがわかる。そして統計学史は・国状学派（藤本幸太郎）・政治算術学派（大内兵衛）・ケトレー時代（岡崎文規）・社会統計学（蛭川虎三）・数理統計学派（北川敏男）という豪華メンバーであったこともわかる。やはり、先行研究に学ばなければならないし、同時に・藤井渉『障害とは何か』（2017. 法律文化社）・高木和美『原発被曝労働者の労働・生活実態分析』（2017. 明石書店）

など、最近の労作からも学ばなければならない。

## ●例えば、『等級化モデル』と『確率モデル』

「学び」には柱が必要だが、ある程度、歴史貫通的に『『等級化モデル』と『確率モデル』』などどうだろうか。

「等級化モデル」にも「確率モデル」にも、医学的判断や福祉的ケースワークが深くからんでいからである。まず、「等級化」で代表的なものは「徴兵検査」で総合的判定は軍医が行い、甲種、乙種、丙種、丁種、（戊種）にランクづけ。これは「戦力足り得る順」にランクづけしたもの。戦前、平時の常備兵力を維持するための「甲種合格率」の目安30%であり、「甲種合格、籤のがれ」というのもあったそうだし、「徴兵保険」という兵隊にとられるとおりの（給付される）保険もあった。

しかし、戦争が激化すると甲種だけではたりなくなり、乙種もとり、丙種は「健民修練所」に入れてしごき「乙種」に格上げした。「丁種」は概ね障害者であった。

かつて「総力戦」「人的資源」という言葉を生んだのが第1次世界大戦であったが、そのとき、アメリカでは「兵隊」も必要、軍需工場の「工員」も必要ということで、「健康」についてのダブル・スタンダードが生まれた。「軍事的健康」と「産業的健康」である。この分類によって「兵隊」には無理だが「工員」には合格、というクラスが生

まれ、例として「扁平足」(flat foot) があげられたが、日本でいえば「丙種」に該当するのではないか。

1938年には「徴兵予備軍としての青少年」を対象とした体力賞検定が実施されるようになり、これは上級、中級、初級、級外。

ここでの「戦力」を「労働力」に置き換えれば、企業による「労働力」のランクづけになる。軍隊の場合は入り口に「選兵基準」、出口に「廃兵基準」いうのが平時の姿だったが現実の出口は「戦死」ではなかったか。

企業の場合は、明治時代のように採用希望者の両手に10キロのものを持たせて、門の前に半円形にならばせ、「用意ドン」で門まで走らせて先着順に必要な人員だけ採用というおおまかな時期もあったが、やがて「入社時身体検査基準」のようなものができあがる。そして軍隊での「廃兵基準」に相当するものが定期健康診断、肩たたき、リストラなど、ということになる。

これらは、おおむね「強」から「弱」への「順バージョン・モデル」だが「逆バージョン・モデル」もある。それは「保障」「救済」を求められたときに対象を限定するモデルである。

例えば、貧困順にA、B、C、D階層を設定して「A階層」を生活保護適用対象とするようなランクづけもある。

- |     |                |
|-----|----------------|
| A階層 | 生活保護適用世帯       |
| B階層 | 住民税非課税世帯       |
| C階層 | 所得税非課税、住民税課税世帯 |
| D階層 | 所得税課税世帯        |

また、「定数」の限定された「重症心身障害児施設」の入所判定に「身体障害度」で5段階、「精神遅滞度」で5段階が設けられ、総合的最重度のものを選ぶ方式がとられている。

このような状況を、私は1960年代の著書で「二重のふるいわけ」と表現した。すなわち労働能力を軸とした「生産的ふるいわけ」と保障対象を限定するための「保障的ふるいわけ」によって、「職」も失い「保障」もされない人達がふえるおそれがあることを指摘した。また、労働災害、職業病認定をめぐる問題でも

- 健康
- 要観察

## 要配置転換 労災適用

という管理区分は、一種の「二重ふるいわけ」で「要配置転換」はいびり出されてしまうおそれがある。

また、一般的に言って「生産的ふるいわけ」は「労働能力」を軸に行われるが「保障的ふるいわけ」の方は「日常生活能力」によってランクづけされるので、トイレにはひとりではいけるが、収入の途はとぎされる人達が増えることになる。

「二重ふるいわけ」のうち、「保障的ふるいわけ」の方は、行政と下からの運動との力関係によって左右されることが多く、戦争や大災害のときには「トリアージ」方式によって「重度」は切り捨てられることになりやすい。

トリアージのルーツは、ナポレオン軍の軍医、ドミニク・ジャン・ラレイといわれているが、「集団医学」の担い手としてのナポレオン軍の軍医たちは近代公衆衛生の祖といわれているが、イギリスにおいても壊血病の予防策の海軍軍医ジェームス・リンドや疫学研究者としての陸軍軍医、ジョン・プリングルなどはイギリス公衆衛生の先駆者と言える。集団としての軍隊対象のテクノロジーを都市に拡大したものが公衆衛生だからである。

他方、確率論に由来し、社会を構成する人間の諸能力は「平均人」を中心にした正規分布曲線によってしめすことができる、というケトレー的仮説が有力化するのが1830年代である。集団を平均値によって代表させることは、なにかと問題になるが、集団の構成員を集団の平均値と比較することはそれなりの意味を持つ。

この時期の衛生統計学者、ルイ・ルネ・ヴィエルメは某工場労働者や某貧民街の住民を「平均的パリ市民」と比較することによってその劣悪さの改善の必要を説いた。

他方、確率論的世界観は「優生学」を生み、分

布の裾野の「劣者」「弱者」の切り捨てを正当化する傾向も生んだ。アメリカでは「精神薄弱者」の強制隔離施設(綿畑での強制労働など)ができ、その生殖、再生産を防止したが、そのような施策の推進者は「ミドル」の婦人団体であった。

おどろくべきことは、1974年にアラバマ州で、IQテストによって、優生(断種)手術が行われた事である。

確率モデルの臨床医学への導入は1920年代あたりからさかんになった「臨床検査」における「正常域」設定においてである。そして、この「正常域」というものは「等級化モデル」では設定しがたいものであり、このあたりの問題をどう考えるべきか、ということである。

もうひとつの問題は「等級化」問題は素人・市民にわかりやすいが「確率モデル」のもとづく問題は分かりにくく、しばしば、市民にたいして煙幕的に利用されることである。また、確率モデルに基づくガイドライン的なものは密室で(御用)専門家によってきめられることが多い。原発の「安全神話」もそのひとつであるが、製薬会社と(御用)専門家が一体となって血圧のガイドラインを下げれば「降圧剤」の市場拡大につながる、という側面も見落としてはならない。こう考えると、確率モデルから引き出される「正常値」も怪しいものであり、まして「90歳の正常値など…」ということになる。

ここで、がらりと視点を変えて、もし、医療を「アクセス、効果、負担」の3点から総合的に見て、「医療における『適度』」を考えれば、「国際的に見て、現在の日本の医療は最も『適度』に近いのではないか」という仮説を立てて、90年をキャリアを生かして検討してみることを「私の90代戦略」としようと考えている。(2017.11.7.)

(のむら たく、医療政策学校主宰)

# 『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

## 第60号 (2017年9月) —— 【特集】 非営利・協同をめぐる動向

- 巻頭エッセイ：輝く看護を、今一度見つめ直す（柳沢深志）
- 【特集：非営利・協同をめぐる動向】
  - ・2017年度定期総会基調講演：非営利・協同の理念とナショナルセンターづくりの課題（富沢賢治）
  - ・講演録：社会的連帯経済の出現—世界そして国連の動向—（The Emergence of Social and Solidarity Economy in the world & at the UN）（パスカル・ファン・グリータイゼン、訳・まとめ：今井迪代）
  - ・非営利・協同の軌（第1回）：研究者として非営利・協同の実践に携わること—角瀬保雄氏へのインタビュー記録から—（久保ゆりえ、竹野ユキコ）
- シリーズ〈医療政策・研究史〉(18) 世代的重なりへのなかでの学習（野村拓）
- 鶴岡市における「介護予防・日常生活支援総合事業」の到達点と医療生協やまがたの取組み（岩本鉄矢）
- 2014年度研究助成報告：認知症早期発見の検診と認知症進行予防教室の取組み（山田智）
- フランスの在宅入院の事例研究—サンテ・セルヴィスの実践と戦略—（小磯明）

## 第59号 (2017年6月) —— 【特集】 医療のアクセス障壁を考える

- 巻頭エッセイ：しつけも生活維持も家族に丸投げ—憲法24条改憲と25条—（鈴木勉）
- 【特集：医療のアクセス障壁を考える】
  - ・医療のアクセス障壁—実態分析への接近と状況把握について（松田亮三）
  - ・2016年経済的事由による手遅れ死亡事例調査（山本淑子）
  - ・千葉県における無料低額診療事業のひろがり（柳田月美）
  - ・東大阪市における国保四四条減免の適用経過と現状（川添一彦）
  - ・資料「#最低賃金1500円になったら」投稿抜粋（後藤道夫）
- 地域医療構想策定をめぐる福岡県の現状と課題（洗川和也）
- フランスの医療事故補償制度の現状（石塚秀雄）
- フランスの在宅入院制度に関する研究—在宅入院全国連盟の活動と課題—（小磯明）
- インタビュー：マイナンバー制度と医療分野への影響（石川広己、聞き手：八田英之）
- シリーズ〈医療政策・研究史〉(17)：医療政策研究者にとっての「平成」（野村拓）

## 第58号 (2017年3月) —— 【特集】 ワーク・ライフ・バランス

- 巻頭エッセイ：人間社会のゆくえ（根岸京田）
- 【特集】 ワーク・ライフ・バランス
  - ・インタビュー：ストレスチェック時代のメンタルヘルス—労働精神科外来の診察室から見えること—（天笠崇、インタビューアー：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—コンピネーション・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」の取組み（志賀信夫）
- 2015年度研究助成概要報告：特別養護老人ホームにおける多職種連携による円滑な終末期介護を実現するための調査研究—概要—（高橋幸裕）
- 地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ岩手調査：岩手の地域医療と財政（井上博夫）
- 書評：
  - ・「医療を守る運動プロジェクト」、岡野孝信、岡部義秀編著『地域医療の未来を創る：住民と医療労働者の協同』（八田英之）
  - ・吉永純、京都保健会『いのちをつなぐ無料低額診療事業』（今井晃）
- シリーズ〈医療政策・研究史〉(16)：医療政策学校—その成り立ちとオリエンテーション—（野村拓）

---

## 第57号 (2017年1月) —— 【特集】 イギリスEU離脱

- 巻頭エッセイ：世界の潮流は社会的連帯経済（柳澤敏勝）
- 【特集】 イギリスEU離脱
  - ・対談「EU離脱・トランプ・新自由主義の現段階」（二宮元、進藤兵、司会：後藤道夫）
  - ・「EU離脱」をめぐる国民投票を眺めながら（松田亮三）
  - ・新たな始まり？—サンダーランドの社会運動家から見たイギリスEU離脱—（マーク・H・サディントン、翻訳：熊倉ゆりえ）
  - ・「新たな始まり？」へのコメント：歴史のなかで自己を知る（中川雄一郎）
  - ・イギリスの国民投票が教えてくれたこと（中川雄一郎）
  - ・書評：堀真奈美『政府は医療にどこまで介入すべきか—イギリス医療・介護政策と公私ミックスの展望』（ミネルヴァ書房／2016年6月／267頁／定価4000円＋税）（小磯明）
- 論文
  - ・医療・介護の情勢動向について（山本淑子）
  - ・住民の願いに寄り添う地域医療をめざして～広島県地域医療構想案についての広島民医連の見解～（藤原秀文）
  - ・日本の皆保険制度を支えてきた開業保険医（垣田さち子）
- 投稿論文
  - ・オランダ社会が目指す新たな働き方（久保隆光）
- シリーズ医療政策・研究史（15）：学習展開と著作（野村拓）
- 2012年度研究助成概要報告：乳産婦・幼児期の子どもをもつ母親の食生活に対する意識に関する研究—東日本大震災前後、及び地域比較—（吉井美奈子）

---

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

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

---

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

- 巻頭エッセイ：東芝財務不正事件に思う（野村智夫）
- 【特集】 非営利・協同組織の管理と運営
  - ・座談会：非営利・協同組織の管理と運営（小磯明、根本守、吉中丈志、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—「モデル追いかげ」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—考察（宋曉凱）
- 投稿論文：貧困者・生活困窮者支援の在り方を考える—長野県民医連生活保護受給者実態調査の自由記述の分析から—（石坂誠）

---

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

- 巻頭エッセイ：今、民医連の看護学校で（窪倉みさ江）
- 【特集】 共済、TPP、地域医療福祉の現況と課題
  - ・座談会：共済事業の今後と TPP の共済への影響（橋本光陽、相馬健次、高橋巖、司会：中川雄一郎）
  - ・成田市特区での医学部新設について（八田英之）
  - ・介護をめぐる諸問題～介護福祉士養成校の学生にみる貧困の諸相～（川口啓子）
  - ・「地域包括ケア」—その前提（上林茂暢）
  - ・山口県にみる地域包括ケア・システム構築の現況—断片的に（野田浩夫）
- 論文
  - ・19世紀欧州庶民銀行発生に係わる諸問題について（平石裕一）
  - ・非営利住宅供給会社とコミュニティ開発—イングランド、サンダーランドのジェントウ Gentoo の事例（石塚秀雄）
  - ・英国社会的企業のインフラストラクチャー組織「SES」の現況（熊倉ゆりえ）
- 書評 松本勝明編『医療制度改革—ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』旬報社 2015年3月（八田英之）
- 2012年度研究助成概要報告：諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究～米国ワシントン D.C. 現地調査を中心～（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～千葉県の実状と課題～（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）

## 「研究所ニュース」バックナンバー

### ○ No.60 (2017.11.30発行)

理事長のページ：反知性主義あるいはポピュリズム（3）—反知性としてのポピュリズム—（中川雄一郎）、副理事長のページ：社会保障の2018年問題（八田英之）、役員リレーエッセイ：ドイツの介護保険・認知症ケア・在宅ホスピス視察（小磯明）、外国語勉強法（1）：石塚秀雄氏の場合（その1）

### ○ No.59 (2017.8.31発行)

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

### ○ No.58 (2017.5.31発行)

理事長のページ：反知性主義あるいはポピュリズム（1）—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：匝瑳市民病院訪問記（八田英之）、書評：『資本主義を超えるマルクス理論入門』を読む（石塚秀雄）、理事エッセイ：パリの高齢者ケア視察調査（小磯明）、会員エッセイ：大阪万博の誘致…健康・長寿を利用した新たな儲け話？（田岡康秀）、本の紹介

### ○ No.55 (2016.8.31発行)

理事長のページ：首相の「言い訳」（中川雄一郎）、副理事長のページ：安倍政治と向き合う—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

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。

# 地域医療と自治体病院

## —展望を岩手から学ぶ—

特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所のちとくらし

地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ報告書第二弾を発行しました。

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

### <内容>

#### はじめに

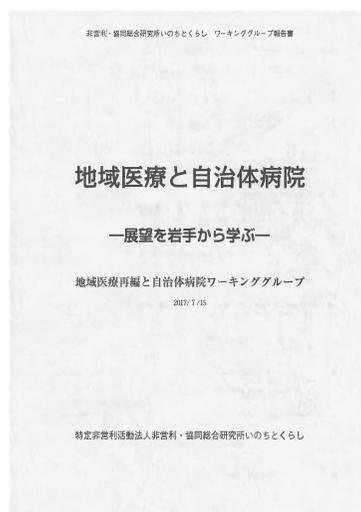
- ・ 自治体病院の新たな段階の危機をどう打開するか  
—岩手調査を手がかりとして— …村口 至

#### 第1部 自治体病院危機の現段階

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

#### 第2部 岩手調査

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



## 地域の医療供給と公益性

### —自治体病院の経営と役割—

好評発売中

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

【連絡先】 特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所のちとくらし  
〒113-0034 東京都文京区湯島2-7-8-2F 電話03-5840-6567 fax03-5840-6568  
電子メール inoci@inhcc.org URL: <http://www.inhcc.org/index.html>

**【次号62号の予定】** (2018年3月発行予定)

- ・非営利・協同の轍3
- ・イタリアの連帯思想と社会
- ・新しい住宅セーフティネット
- ・生活を支える取り組み
- ・その他

**【編集後記】**

今号の特集は研究所創設を牽引したお一人である坂根利幸先生の追悼であり、非営利・協同との関わり、当研究所が作られた経緯を改めて振り返ることが出来ました。また野村拓先生の連載「医療政策・研究史」も次号の20回で一区切り、以降は短期連載となります。研究所も設立から15年となります。社会へどう働きかけていくのか、何が出来るのかを考え動きたいものです(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、内容のできふでき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)