

目次

●巻頭エッセイ：タテ型の見方を ヨコ型に置きかえてみる橋本 吉広	1
●特集：追悼角瀬保雄	
・父の回想……………角瀬 建二	3
・角瀬保雄先生を偲んで（『経済』2021年11月号、No.314より転載） ……………中川 雄一郎	4
・信念・学問・労働者の友……………高柳 新	6
・角瀬先生が悪人と呼ばれた頃……………富沢 賢治	10
・角瀬保雄先生の思い出～非営利・協同に接近した頃……………八田 英之	11
・角瀬保雄先生追悼……………小磯 明	12
・角瀬先生の思い出……………根本 守	14
・角瀬先生を偲んで……………田中 淑寛	15
・角瀬先生を偲んで……………千葉 啓	16
・角瀬先生を偲んで……………坂根 哲也	17
・角瀬保雄先生のお人柄……………石塚 秀雄	18
・角瀬先生の思い出……………竹野 ユキコ	19
・角瀬保雄先生と研究所の関わり（執筆一覧など）……………事務局	20
●座談会・論文・投稿論文	
・座談会：コロナ禍で進行する医療提供体制改革を立ち止まって考える ……………高橋 雅哉、尾形 和泰、垣田 さち子、松田 亮三、 （司会）吉中 丈志	24
・コロナ禍で進行する医療提供体制改革と開業医の役割—外来機能報告制度 のねらいを中心に— ……………中村 暁	46
・労働者協同組合法と非営利・協同……………富沢 賢治	61
・社会的連帯経済と労働者協同組合……………柳澤 敏勝	71
・投稿論文：長期避難生活を送る地域住民の困難の経時的変化と支援に関する 考察 ……………安田 真奈美・新田 真由美	79
●連載	
・社会科学的医療論の構築（6・最終回）：バトンタッチ・テーマと「情報 ドーム」……………野村 拓	87
●研究助成	
・2012年度研究助成報告：病院看護の編成と育成機会としての多職種ケース カンファレンス—北海道南部X病院の事例から— ……………谷川 千佳子	97
・2019年度研究助成報告：水道と法の公共性の解明—Flint Water Crisisを 手がかりとして— ……………稲葉 一将・小牧 亮也	107
・研究助成報告一覧、機関誌・ニュースバックナンバーなど…23、113、118 表紙写真：東京都・新宿御苑（撮影：前沢淑子）	

タテ型の見方をヨコ型に置きかえてみる

橋本 吉広

阿部彩『子どもの貧困』（2008年）を契機に、子どもの貧困への社会的な関心がひろがり、2013年制定の子どもの貧困対策推進法では、子どもの貧困対策の一環として「子どもの学習支援」（任意事業）が位置づけられ、各自治体での実施（直営または委託）がすすんでいます。

「子どもの学習支援」の出発点には、経済的事情で学習塾などに通うことが困難な子ども（生活保護受給世帯、ひとり親世帯の子ども）に、無料で学習の支援をすることで進学に向け、誰もが同じスタートラインに立つことを保障する（もって貧困の連鎖を断つ）という理念があったと思われます。以下では高校生世代の学習支援に焦点をあて、その現実と支援の課題を考えます。

高校進学と学校格差～序列化された高校群

名古屋市では、高校生の学習・相談支援は中学生時代に支援を受けていた子どもが主な対象で、2021年度は150箇所、543名が利用しています。愛知県では中卒者のうち、進学希望が92.6%（2021年度）、その内訳では（普通科・専門科を含む）、全日制89.4%、定時制1.7%、通信制6.3%、それに専修学校高等課程、就職・在宅等7.4%と多様な進路選択があります。しかし多くの場合、生徒たちは、学力（偏差値）により階層化された高校等への進路指導がされます。つまり、小学校、中学校などの義務教育では、学力格差や家庭の経済格差があっても、同じクラスのなかに包みこまれています（落ちこぼれとか浮きこぼれなどの現実を抱えながらも）、中卒後は制度化された教育機関の階層構造のなかに振り分けられることになります。こうした学校の階層化は、高校進学率の高まりのなかで1970年代には問題視され始め（佐田智子『新・身分社会』1983年）、専門科生徒の減少と普通科優位、普通科の「垂直的多様化」（本田由紀『もじれる社会』2014年）により、高校はタテ型の序列が構造化されてきました。

そうした高校生世代の学習支援は、学校序列のなかの「底辺校」に在籍し、基礎学力等に困難を抱える生徒への支援という性格を帯びます（当然、例外はあり）。しかし「子どもの学習支援」では、こうした見方への批判、反省が求められます。

一元的な序列化により不可視化された「多様さ」の発見と尊重

つまり、偏差値を基準にした学校のタテ型の序列化とは概念的な整理であり、実態的には、仮に序列構造を認めたとしても、社会ではこれをヨコ倒しにした併存状態にあり、そこでは多様な生き方、多様な存在としての子どもたちの尊重が必要になるでしょう。

もちろん、これでは現状追認でしかなく、構造的問題の解決に逆行するとの批判がでるかもしれません。ただ、こうした見方の必要性は、学校教育体系の「固さ」のなかで日々生きる高校生世代へのまなざしとして大切で、ひとり一人の多様な生き方を肯定しつつ、さまざまな若者や大人とのまじり合いを通し格差を相対化し、格差の壁を越境しようとする意欲を励まし、ささえる支援が必要に思われるのです。

ある昼間定時制高校での卒業後の進路は、大学・短大進学、専門学校進学、就職が各々3分の1程度とのことです。この先、大学にも格差は存在しますし、専門学校に進学しても最近増えている福祉系専門学校卒業後の就業条件は決して恵まれたものとはいえないでしょう。格差は学校教育を終え、社会人として生きるに際し、さらに多くの人々が経験することでしょう。だからこそ、格差を乗り越えていく意志と力を育てる学習支援が、非営利・協同組織にはふさわしい役割ではないかと考えます。

（はしもと よしひろ、地域と協同の研究センター研究員）

追悼：角瀬保雄先生



下：JRP 多摩川支部の写真展案内。角瀬先生撮影の写真が案内ハガキとなっている

上：2007年6月フランス ONIAM のドミニク・マルタン局長来日時。左から当時の廣田専務理事、石塚主任研究員、角瀬理事長、マルタン局長、高柳副理事長、竹野。



祭りの子ども 撮影／角瀬 保雄

2006年7月26日(水)～30日(日)

26日 PM 1:00～PM 6:00

27日～29日 AM10:00～PM 6:00

30日 AM10:00～PM 5:00

合評会 29日(土) PM 3:00～ パーティ PM 6:10～(別会場)

日本リアリズム写真集団(JRP)多摩川支部

連絡先●

父の回想

角瀬 建二

父は、東京の深川、門前仲町の富岡八幡宮の近くで生まれ、実家は木場の材木問屋の職人さん相手に地下足袋などを商っていました。下町生まれの父の大好きだった「男はつらいよ」フーテンの寅さんの台詞に例えれば、「わたくし、生まれも育ちも深川、門仲です。八幡様で産湯をつかい、姓は角瀬、名は保雄、人呼んで法政の角瀬と発します」。毎年、お正月の親戚の集まりの前に、寅さんの新作封切りに欠かさずに足を運んでいました。実家の商売を手伝うために早稲田大学商学部に進学し、卒業後は明治大学大学院に進みました。その頃、父は公認会計士の試験にも合格しました。その後、法政大学経営学部に職を得ます。法政大学を選んだ理由は、経営学部については特定の学閥などがなく、自由に研究できる環境があるからだったようです。

私にとっての父は、温厚でいつも温かく見守っていてくれる心の優しい人でした。私が小さな頃には、よく高尾山などに連れて行ってもらったり、野球をしたりしました。股関節に障害があり、右足を引きずって歩いていた父ですが、色々な事を一緒にこなしてくれました。又、父からのさりげないアドバイスで、心強く励まされることもありました。定年後も、写真を趣味とし、カメラをぶら下げてあちこち出かけて、賞をもらった事もあります。

1969年、父が学問上の同志の方たちと世に問うたのが「マルクス会計学」という本です。父の論文の言葉で言う批判会計学、社会科学としての会計学の潮流の最初の著作だと思います。又、1970年代から書いた経営分析の本は、労働組合が会計

学をその運動の武器とするためのものであり、会計学を知らない私でも読める本でした。労働人口のおよそ4割が非正規雇用の現代、大企業は内部留保をとりくずし、労働者の生活を保証せよ、大企業は法により規制されるべきである、父はこういった運動の理論的根拠を提供した、労働者と共に生きる学者でした。「我が科学は労働者と共にあり」、父の論文に出てくる言葉です。

そんな父が、博士号を取ったのは、1996年「現代会計基準論」で京都大学経済学博士です。法政大学で博士論文を審査しなければならない自分が博士号なしではまずい、しかも法政大学ではお手盛になってしまう、とのことで、京都大学に論文を提出しての博士号となりました。

退官と前後して、大企業批判だけではなく、労働、社会インフラとしての協同組合、非営利・協同の経営の研究に取り組みます。とりわけ、力を注いだのが、この国の政治が進める医療の産業化や政府の医療構造改革に対する分析と運動です。人の命に格差があってはならない、医療は生存権の問題である、医療は社会のインフラであり市場に任せてはならない、そのために非営利・協同の事業と運動が重要であることを「非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」の本でも、熱く、そして冷静に分析していたと思います。

父は学問においても、皆様との交流においても、充実した人生を送ることができたと思います。皆様のお支え・ご厚情のお陰であると感謝しております。有り難う御座いました。

(かくらい けんじ)

角瀬保雄先生を偲んで

(『経済』2021年11月号、No.314より転載)

中川 雄一郎

本年8月2日、角瀬保雄先生がご逝去されました。89歳でした。

角瀬先生ご逝去の報を受けた私は、2002年10月19日に明治大学リバティタワーで開催された「非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」の設立総会における角瀬先生の理事長就任挨拶をゆっくりと思い出していました。そして「あれから20年ほどの月日が経ったのですね」との私の独り言が、私自身の涙を誘いました。先生はまた、設立総会から4カ月後の2003年2月に改めてすべての会員に向けて、理事長の「ご挨拶」を送っておりますので、ここで改めてその一部を紹介いたします。私たちはその言葉に先生と研究所の確かな学問的、実践的なアイデンティティを見たことを思い出すことでしょう。

(前略) 本研究所は、その名称からも分かりますように、非営利・協同というコンセプトをかかげた医療・福祉・街づくりを中心とする研究所であります。すでに医療、福祉や街づくりなどそれぞれを専門とする先行の民間研究所も幾つかありますが、非営利・協同というコンセプトの下で医療と福祉と街づくりを一体としてとらえた研究所はいまだ見られないといってよいかと思えます。

今日、小泉「構造改革」によって日本の行く手は混迷の中にあります。とりわけ国民のいのちとくらしに関わる医療・福祉の分野はかつてない厳しい状況におかれています。医療改悪は国民に大きな負担を押し付けておりますが、とりわけ高齢者医療など社会的弱者に対する攻撃のひどさが際立っております。また「規制改革特区」での規制緩和による株式会社の参入、医療経営の市場化・営利化が目論まれております。こうした情勢のもと、非営利・協同の運動と民主的な事業経営のシンクタンクを目指す本研究所への期待は大きなものがあると確信しています。(後略)

先生のこの「ご挨拶」は、まるで現今の私たちにコロナ禍後の「経済と社会を、したがってまた政治をどう変えていくのか」を問うているようにさえ私には思えます。その理由は、先生の労働者協同組合(労協)論に関わる論旨にあります。その点で、2002年1月26日に青山学院大学で日本協同組合学会が開催した「協同組合の振興に関する『ILO新勧告案』シンポジウム」は、協同組合人や研究者にとって大変意味あるものでした。

このシンポジウムで先生は、「新勧告案に対する労働者協同組合の見解」を報告した日本労働者協同組合連合会理事長の(今は亡き)菅野正純氏に、こう質問しました: 生協など協同組合は、確かに一般企業と異なる点が多々ありますが、そのことを前提にしても、やはり共通する点が強くなってきていると言えるだろう。それは事業内容の変更や人員削減といったリストラ問題にはっきりと現れている。この現象は、協同組合が現に抱えている「労使関係の問題」でもあるだろう。グローバル化が激しくなっていくプロセスにあって、このILO新勧告は労使問題をどう的確に方向づけるのか、明らかにしていないのではないか。協同組合といえども大規模化すれば、労使関係は生まれざるを得ないのであるから、協同組合学会を含めてこの重要な問題を取り上げ、議論していただきたい。

この質問に対して菅野氏はこう回答した: この質問は、協同組合一般のみならず労協における「結社の自由」にも関連するので、労協のメンバーにも労働組合結成の自由と権利が保障されるべきではないか、との質問だと受け取りました。この点ですが、協同組合の労働には次の三つがあります。①農民、中小企業などの自営業者的な労働を行う人たちの自営的労働、②生協職員や農協職員のような雇用労働、③わが労協のような協同労働、です。特に協同労働の場合、大規模化はほとんどな

いし、一つひとつの単位は、労働者の意思決定が本当に貫徹されるような単位でなければなりません。したがって、その点は角瀬先生の「大規模化すれば必ず労使関係が生まれる」という見解と異なるところです。そうであれば、労働組合を含めて三つの労働に相応した形で、いかなる機能と連携が実践・遂行されていくのかをきめ細かく考察していくことが求められます。

参加者の多くは両者とも見解を出し合ったと思ったようですが、私は、先生は菅野氏にILO宣言の「ディーセント・ワーク」（尊厳ある労働）に言及するよう促したと思っている。事実、菅野氏はその直後に「政・労・使3者構成の原則と社会的対話の強化」に基づく「労働における基本的

な原則と権利の促進と実現」「男女共にディーセントな雇用と所得を確保する機会の創出」「人びとの社会的保護の範囲を広げ、効果を高める」ことに関わる「協同組合におけるディーセント・ワーク」の説明に入っています。こうして先生は「医療・福祉・街づくり」に関わるであろう労協の存在理由を示唆したのです。

ここに先生が尊敬した詩人大岡 信の『地名論』の一節を書き添えて、先生のご冥福をお祈りいたします：「煙が風に形をあたえるように 名前は土地に波動をあたえる」

（なかがわ ゆういちろう、研究所理事長・明治大学名誉教授）

信念・学問・労働者の友

高柳 新

「先生、お体の具合はいかがですか」ともう、挨拶が出来ない。とても寂しく、残念です。

僕は無我夢中で民医連運動に参加してきました。一つには学生時代の勢いで、自治会活動や、同時の“学生運動”の活動をバネにして仲間達を誘い、語りあって、倒産しかかった民医連大田病院に参加しました。東京民医連で臨時総会が開催され、新しい事務長と二人の医学生が送り込まれることが決まり、その一人が僕でした。

二つ目には戦前の無産者診療所の歴史とそれを引き継いだ民医連を誕生させた先輩たちの生き様、凄まじくもあるが、人間的なロマンシチズムに惹かれ、社会変革のために働きたいと、後先見ずに飛び込んだのです。

“60年安保”の闘いの中で育った戦後第二の労働運動、学生運動の高揚期に青年期を過ごしたのですから、北海道の仲間も鹿児島、沖縄の若い新米医師もみな似たり寄ったり。時々会っても、医療技術の自慢話もしていましたが「高柳、マルクスの『○○』を読んだか?」「レーニンはこう言っている」……こんな調子であったように思います。※レーニン『ゴリーキーへの手紙』の中で「ポリシェビキの医者はヤブでくわばらくわばら」だと言っています。

戦争直後に民医連に参加した先輩達は、僕らが技術のことばかりを強調し、階級的視点が弱い、と嘆いていました。この先輩達と僕の世代の間には10年間の断絶があり、医師不足の危機に直面していました。僕が民医連に参加する数年前より、当時の全日本民医連理事会は活動的な医学生と相談し、学生の中に「民医研」（民医連医療研究会）を組織しました。

「青年医師への訴え」や、その後「青年医師の受け入れと研鑽」などを発表し、後継者対策に必死で取り組んでいました。

こんな中で学生運動に明け暮れ、突然医療の現

場に放り込まれ、泣き笑いのような生活を続けてきたわけです。医療活動、後継者対策、メーデー、デモ参加、看護師不足、病院の赤字、新館建設など……。

角瀬先生が我々の前に姿を見せてくれたのは、いや、僕らが先生を発見したのにはいくつかの契機があります。僕なりに考えてみると、その第一は経営危機です。日本の高度成長期に前進してきた労働運動を土台として“市民運動”に分類されるわが民医連運動も質量ともに大いに前進を続けていました。民主勢力が内部だけでなく地域社会の中でも大いに認められる医療機関になってきたように思っていました。例えば僕の属していた大田病院では、就職当時は「大田さんに世話になる程、ウチは落ちぶれてはいないね」と言われたこともあります。やがて区内でも一、二を争うレベルでCTを導入し、呼吸器分野では虎ノ門病院呼吸器科の診断を覆し、虎ノ門へ治療方針を提起出来るまでの水準を獲得出来るようになってきました。

これは全国的に共通した現象でした。技術水準の向上、病院規模の拡大路線です。

70年代の「民医連運動の新たな前進のために」という方針がもたらした光の部分でした。

しかし、急速な病院拡大、技術革新には、(薄々気にはなっていたのですが)陰の部分があり、それが突然姿を現したのです。山梨勤医協の倒産、経営破綻です。80年代の前半のことでした。60年代に到達していた民医連綱領に堅く団結し「人民に依拠している限り不滅である」と言われ、山梨勤医協の専務が全日本民医連の経営委員長でもあり、病院には信州大学、医科歯科大学、千葉大学などを中心に若手の医師が続々集まっていました。指導には名だたる医師を定期的に招聘していました。秋田の中通病院と並んで全国的に民医連の新時代の注目の的だったのです。民医連外では

長野の佐久総合病院の若月俊一先生が我々の尊敬を集めていました。

若月先生にお目にかかった時、僕は直接「ヴ・ナロード」「民衆のなかに」という話を伺い、激励していただきました。大田区という工業地帯の、半分木造、半分鉄筋の古びた病院で働いているのを気の毒に思ってくれたのかもしれませんが。ついでに追加しておきますが、先の秋田中通病院院長の瀬戸先生は外科の名医であり、病院には我々世代の医師が研修に向っていました。民医連の技術水準向上のために地元だけでなく全国レベルで大変な貢献をされた先生です。意外にも先生は「大田病院を立て直すには、君は医者道を棄てるくらいの覚悟をもって取り組む以外にはない」と直言してくれました。先生の思い、本心を聴いたような気がしました。

その後、秋田中通病院では泥沼のような労使紛争が起きました。詳しくは触れませんが、民医連の歴史、民主的経営問題としてはとても重要な課題だったのです。

山梨に続いて、九州の大手町病院の倒産、民医連ではありませんが、千葉の流山、東葛病院の倒産、やや遅れて民医連運動の「規範」的県連の大病院、耳原総合病院が不渡りを出し、準倒産状態に陥ったのです。

第二の問題は「ソ連の崩壊」です。これまでアメリカ帝国と日本の独占資本と闘うことで「社会主義国」に向かうと信じ、いくらスターリニズムでソ連がおかしな国情になっても必ずや民衆の力、労働者の力で復活してくるものと思い込んでいたものが瓦解してしまったのです。学生時代の自治会室で、マルクス・エンゲルス、そしてレーニン、毛沢東などを知ったかぶって論じ合い、その水準のまま現実と闘ってきたのですが、その土台が根本的なところで揺らいでいるのでした。

ソ連崩壊の以前から、ソ連内部の矛盾は噴出していき、資本主義国でも新自由主義路線により、組合破壊、国鉄民営化、福祉切り捨て路線が展開されていました。

我々は、自分達の内部矛盾と、ソ連の崩壊に典型される一連の「社会主義」の崩壊を直視せざるをえなかったのです。

その上でアメリカの医療の現状も中央社保協の

一員として知ることになりました。我々の調査団の報告書『重症 アメリカ医療の最前線』(1988年)の後、続々と報告文献が出版されるようになりました。(李啓充『市場原理に揺れるアメリカの医療』医学書院、1998年)等。

繰り返すことになりますが、第一に民医連運動の光と影、特に影……大失敗、第二に「ソ連型社会主義の破綻」、第三に「資本主義国における矛盾の激化とその打開策としての「新自由主義」路線(これはレーガン・サッチャー路線と呼ばれたり、日本では「ルールなき資本主義」と言われたりしてきました)。

以上が角瀬先生や富沢先生の理論を必要とした契機であった、と僕は考えています。

ここに先生の葬儀に際しての弔辞を再掲させていただきます。

【角瀬先生にお別れのご挨拶をさせていただきます。民医連運動の大恩人のお一人でした。

先生とお会いする機会を創って下さったのは、公認会計士事務所「協働」を立上げた公認会計士の、故人になられた坂根利幸氏です。坂根氏が誇りにし、頼りにしておられましたのが角瀬先生でした。

角瀬先生は坂根氏の早稲田大学の先輩でした。それだけではなく公認会計士としての先輩でもあり、日本共産党員としても大先輩でした。法政大学の教授でもありましたから、坂根氏は「我々の雲の上の人」といって敬愛されておりました。

今日では明治大学名誉教授の中川雄一郎氏を先頭に20年間活動を続けることができました。長い間のご指導、本当にありがとうございます。研究所での会議の後、居酒屋で一杯やり、タクシーで先生とよくご一緒しました。角瀬ゼミの生徒のように、本当に楽しい時間を過ごすことが出来ました。坂根先生から聞いていたのですが「角瀬、富沢、慶応大学の黒川教授を関東の『三悪人』と仲間内で言われているんだ。」と聞かされていました。勿論本当の悪人、という意味ではなく、ステレオタイプ化した議論「社会主義の大本は生産手段の国有化」であると、長く僕なども考えていたのですが、三先生方はそんなに単純化してはいけなことを先駆的に指摘されておりました。労働の社会化、NPOの重要性を指摘したのです。

この先生方は僕の先生になりました。

「三悪人」は「三恩人」にもなったのです。

民医連は80年、山梨勤医協など大型の法人、院所の倒産に見舞われました。「人民に依拠している限り不滅である」と聞かされもし、信じていたもの……民医連や勤医協の病院も倒産したのです。公認会計士、坂根先生、木村先生の力（本格的会計学）をお借りすることができました。これは民医連運動に新たな力となりました。坂根さん、角瀬先生、富沢先生がデンと控えていたのです。

民医連の経営的危機どころの沙汰ではなく、ソ連の崩壊などに直面すると、角瀬先生、富沢先生らの理論は一気に「三悪人」のものから世界的な展開を見せています。

研究所には先生のおかげで、次の世代の研究者諸氏が参加してきております。

話は尽きませんが、これからの、コロナ時代の研究所の活動を見守っててください。ご冥福をお祈りいたします。】

角瀬先生は研究所設立時、初代理事長に就任されました。そもそも研究所設立構想を言い出したのは、故・坂根先生だったと思います。直接の契機は山梨倒産。その再建に向けての公認会計士としてご指導いただきました。弁護士諸氏と坂根・木村両氏の力と、現地の管理部、共同組織、友の会、労働組合、職員、医師集団、それに全日本民医連理事会の下に組織された対策委員会を軸とした指導部が一体となった闘いにより、15年にわたる闘いを成功させることが可能になったのです。

当時、病院倒産では史上最大規模のものであり、僕などにとっては「何がなんでも潰してなるものか」という思いが先走るだけで、具体的にはどうすべきか、何をなすべきかは全く見当もつかなかったのです。「倒産」と「破産」の区別もつかず、やがて法的手続きとしての「和議」については、本屋に飛んでいって『和議法入門』などをしゃにむに読むばかり。突然のことで二、三週間の間に急に視力が落ちたりしました。（これは後に40代半ばに始まる老眼の初期症状だと眼科の医師に診断されましたが、僕には「山梨ショック」によるものだと今でも思っています。）

ですから会計学で武装された坂根先生は神様のようには有難い存在であり、「地獄に仏」でした。

坂根先生とは山梨事件が初対面でしたが、坂根氏との交流が始まり、坂根氏の友人の文筆家の宮崎学氏、現研究所主任研究員、石塚秀雄氏などを紹介していただきました。同時代社社長であった川上徹氏は共通の友人であり、学生運動のリーダーでしたから、彼の力も借りて研究所設立の準備が始まりました。坂根氏は角瀬先生を「僕の先生」「雲の上の人」と評しておりました。角瀬先生と富沢先生に同時代社より『非営利・協同と民主的医療機関』（角瀬）『非営利・協同入門』（富沢）を出版していただきました。やさしい文章で書かれていますが、大変内容の深い本です。富沢先生の本の方がやや早く出版され、総合的に非営利・協同について理解できるようになっており、角瀬先生の方はズバリ民医連論でした。先に触れたように民医連の歴史的困難「混迷」に際し、世界的視点に立って日本の民主的医療運動を分析整理し、全日本民医連運動とその経営体は、非営利・協同の、世界に誇りうる典型の一つであると評価して下さいました。その上で失敗の原因や今後起こりうる官僚制や、労使関係、働く者が主体となった、将来に向けての労働組合のことなど、新たな課題を指摘して下さいました。

大企業を打倒の対象とするのではなく、また、その民主化を目指すことが大切である。大企業の国有化を一面的に目指すものではないことを強調しています。

角瀬先生、富沢先生とも、民医連各法人、院所、全日本民医連理事会等々で講演を繰り返していただきました。僕も一生懸命に「追っかけ」をしました。

「非営利・協同路線」は階級性の放棄ではないかという質問が決まって出されていました。

角瀬先生はその際、マルクスの『共産党宣言』の結語の次の言葉を必ず紹介しています。「階級と階級対立の上に立つ旧ブルジョア社会に代わって、各人の自由な発展が万人の自由な発展が万人の自由な発展の条件であるような一つの結合社会（共同社会）が現れる。」

先述した『非営利・協同と民主的医療機関』（角瀬）のP.20には、「マルクスの見解」の一步踏み込んだ見解が紹介されています。

マルクスとエンゲルスが協同組合運動の意義と

役割をはっきりと評し、その上でこう指摘しています。「しかし協同組合運動が、個々の賃金奴隷の個人的努力によって作りだせる程度の零細な形態に限られるかぎり、それは資本主義社会を改造することは決してできないだろう。社会的生産を自由な協同組合労働の巨大な調和ある一体系に転化するためには、全般的な社会的変化、社会の全般的条件の変化が必要である」。角瀬先生はこのマルクスの言葉を次のようにまとめています。

「つまり協同組合運動は、社会の全般的な変化とともに手を携えて発展していくことが必要だということを強調しています」と。

先生が「(NPO 法人) 非営利・協同総合研究所いのちとくらし」の理事長になられた後に出版された『企業とは何か』の中でも〈民医連医療・福祉運動〉として、分析・紹介しています。

この著書の“結びにかえて、未来社会と企業”の冒頭に次のように書かれています。「日本社会の変革にとって理論的な展望を持った運動と、運

動に基づいた理論形成が必要となるからです」と。

先生が我々に残していかれたメッセージとして受け止めたいと思います。

いつも温厚でやさしい先生の内に東京大空襲の戦災体験があり、学問の世界においてもいくつかの不当な論難も受けてこられたことでしょう。

僕は雑誌『経済』（1999年1月号）に座談会「非営利・協同の探求」（出席者・川口清史／角瀬保雄／浜岡政好／鈴木彰）を見たとき、ついにここまで来たのか、と胸が熱くなりました。先生の奥様は、地域では“共産党員の大学の先生”と尊敬されていたと誇らしげに僕に話してくださいました。

本当に長い間、ご指導いただきありがとうございました。

（たかやなぎ あらた、研究所副理事長、全日本民医連名誉会長、医師）

角瀬先生が悪人と呼ばれた頃

富沢 賢治

かつて角瀬先生は「悪人」と呼ばれていた。黒川俊雄先生（協同総合研究所の初代理事長）と私を加えて、「関東の3悪人」と称された。

黒川先生は2013年に永眠された。そして昨年、角瀬先生が逝去された。残された私が最後の「悪人」となった。このさい、悪人説の背景について説明しておきたい。

2002年10月に開催された非営利・協同総合研究所の設立総会で、角瀬先生が理事長に選出された。同年発行の『研究所報』第1号で先生は、こう書かれている。

「今日、非営利・協同セクターが大きな力をもつようになってきていることは、誰も否定できないものとなっており、ようやく労働運動の側からも、非営利・協同組織との連携ということの意義が認識され始めている。これまではとかく観念的、教条主義的な批判がみられないでもなかったが、そういうことでは支配体制側からの総合的な戦略の展開に対抗することができないということが気付かれ始めたものといえよう。」（『いのちとくらし・研究所報』第1号、2002年、4ページ）。

角瀬先生は、長期間にわたり労働組合と非営利・協同組織との連携の必要性を強調されていた。そ

のような主張が批判の格好的とされ、一斉射撃を浴びたのである。とりわけ労働者協同組合を支援する研究者として、黒川先生と私とともに、「関東の3悪人」というレッテルを貼られ、強い批判を労働組合運動側から浴びることになった。

たが、先生は、「労働者協同組合の現状と課題」（法政大学経営学会『経営志林』32巻3号、1995年10月）、「労働者協同組合の基本問題」上、下（同上誌、39巻2号、2002年7月と、39巻3号、2002年10月）などで、じつに粘り強く丁寧に「観念的、教条主義的な批判」に答えてきた。

このような、先生の生涯をかけた理論活動と、現実の労働者協同組合運動の実践活動が相まって、ついに2020年12月、議員立法である労働者協同組合法が全会一致で成立した。生前の先生のお喜びはどれほどのものであったろうか、はかり知れない。先生の研究活動の成果は、じつに実り豊かなものとなった。

いまや先生を「悪人」と呼ぶ人は一人もいない。

（とみざわ けんじ、研究所顧問、一橋大学名誉教授）

角瀬保雄先生の思い出～非営利・協同に接近した頃

八田 英之

角瀬先生と初めてお酒を飲みながらお話したのは、1997年の経営委員長会議で先生に「社会的経済」のお話をさせていただいた後の懇親会の時であったと思います。いろいろお話を伺ったのですが、私か事のついでにと「良い民主的な経営学の本はありませんか？」と伺ったら、「それがあ、良いものがないですねえ」と大変残念そうにお答えになり、この方は本当にまじめな先生なのだと強く印象に残りました。その後、『民医連医療』1997年11月号に非営利・協同についての論文を載せていただき、富沢賢治先生に民医連理事会で講演していただくなどして、全日本民医連の非営利・協同論への接近が始まりました。

このころは、1995年に社会保障制度審議会の「社会保障体制の再構築」という33年ぶりの勧告が出され、介護保険への動きが始まっていました。政治的には、橋本内閣の下で消費税が5%に引き上げられ、山一証券の倒産など経済が再び低迷し、オール与党体制にひびが入り始め、共産党の議席が増え始めた時期でもありました。

全日本民医連は、阪神淡路大震災での救援活動で信頼が広がり、民医連に入ってくる若い医師も増え始めていました。理事会の中で、より幅広く民医連の影響力を広げていく必要が感じられていました。一方、医労連の産別闘争強化の方針は、民医連経営組織との緊張感を高めており、こうしたことから、あらためて民医連とはなにか、民主勢力の経営と理解されがちだった民主経営論とは違ったアプローチができないか、民医連運動への新たな確信と信頼を作り上げたい、と模索していました。こうした模索が、一方で民医連の医療宣

言の提起となり、他方33回総会（1998年）で、民医連も「非営利・協同の中に入る」と位置づけ、介護保険の実施をにらみながら、「地域の中で非営利・協同の仕事を起こしていく」と提起し、「研究所的なもの」を検討していく、と書かれました。非営利・協同論は民医連として初めて既に存在している学説を導入したものであり、様々な議論がありました。中には右ブレではないかという批判もありました。私は、ウイングを右に広げれば、機体は左に進むなどと、解ったような解らない適当なことを言っておりました。そして様々な努力と協力を得て、2002年10月「非営利・協同総合研究所いのちとくらし」の設立総会が開かれました（設立の日付は10月19日）。

私は、1998年に全日本民医連の事務局長を退任し、千葉県勤労者医療協会の専務になっていましたので、研究所理事ではありましたが、先生と直接お話する機会はあまりありませんでした。それでも千葉民医連の中に非営利・協同の理論を浸透させようと、角瀬先生を船橋にお招きしてお話していただきました。ところが、その時大失敗。前夜の寝不足がたたって、最前列で熟睡してしまいました。終わってから、お詫び申し上げると「忙しいんですねえ」とにやりと笑っていただきました。優しい先生でした。

角瀬保雄先生、これからも「非営利・協同総合研究所いのちとくらし」を見守ってください。合掌。

（はった ふさゆき、研究所副理事長、全日本民医連顧問）

角瀬保雄先生追悼

小磯 明

本追悼では、私の角瀬先生との出会いを中心に書かせていただきます。

私が角瀬先生とはじめてお会いしたのは、渋谷区立勤労福祉会館で開催された「会計学」の連続講座に参加した時でした。この講座は渋谷区が開催したもので、何回の連続講座かは忘れましたが、夜間に開催されました。この時の私は労働組合の役員をしていたと思うのですが、企業分析を勉強する必要があって、渋谷区が募集していた講座の受講生として参加しました。角瀬先生は1986年10月に大月書店から『新しい会計学』という著書を上梓しており、私は著書を読んでいたこともあって、すぐに応募しました。つまり、角瀬先生が講師で私は20人だか30人だかの受講生のうちの一人でした。

角瀬先生と対面でお話したのは、日本文化厚生農業協同組合連合会（以下、「文化連」という）を来訪されたときでした。著書『JA グループ「農協」一岐路に立つ日本の巨大組織・農協（日本のビッグ・ビジネス）』が大月書店から単行本として出版されたのが1996年10月ですから、その前に文化連を訪問されました。この著書は、角瀬先生が生協の研究の後に農協の研究でJA グループをまとめた時期に出版されたのですが、「全農協労連（全国農業協同組合労働組合連合会）の小林茂委員長（当時）の協力が大きかった」と後でお聞きしました。小林委員長と私は、小林さんが全農協労連の委員長で、私が中央委員・東京地本委員長・中央支部議長・在京農林漁業団体労組メーデー実行委員長という関係で、懇意にしていましたし共に苦労した関係でした。何より、1982年5月9日に急逝した、法政大学社会学部教授の吉田秀夫先生が文化連の顧問を務めていたことも角瀬先生は知っていました。この時に、角瀬先生に『日本文化厚生連30年史』をお渡しました。

私が日本文化厚生連に入会するのは1985年4月

1日です。その年の10月から1996年4月まで、業務課員として福島県、富山県、茨城県の各厚生連との医薬品・医療資材・医療器械等の事業の共同化を推進していました。1996年5月から1998年6月までは関東地区厚生連共同購入委員会事務局次長を務めます。たぶん、この頃に、角瀬先生とお会いしたのではないかと思います。1998年7月から2001年3月まで、株式会社カインズ（子会社）に出向し、事業推進部主任、同課長代理を務めます。そして、2001年4月から同年6月までの短期間、文化連資材部医薬品課課長代理を務めますが、2001年7月から2004年4月まで特命事項として、医療・福祉施設開設準備担当課長代理を拝命します。この時私が企画設計し着手した事業が大きく育って現在の私につながります。

2001年10月23日、私は法政大学市ヶ谷キャンパスのボアソナードタワー14階の角瀬先生の1417研究室を訪問します。理由は、当時私が進めていたプロジェクトで問題が起きて、栃木県東保健所を説得するのに、「農協が非営利だという確たる根拠について」アドバイスをいただくためでした。私は角瀬先生の著書『非営利・協同と民主的医療機関』（同時代社）や角瀬・川口編著『非営利・協同組織の経営』（ミネルヴァ書房）を勉強して、先生の研究室を訪問しました。非営利にはアメリカとヨーロッパでは違いがあります。アメリカの場合は①非営利組織はNPO (nonprofit organization) のことで、協同組合は営利組織として区別されます。②NPOは剰余の配分は認めない（「剰余の非分配制約」）という考え方があり、③協同組合＝第四セクター（出資に対する剰余の分配を認める）というものでした。一方、ヨーロッパでは①「社会的経済」＝エコノミー・ソシアル（「Social economy」）の促進、②非営利は、協同組合＋共済（Mutual）組合＋非営利組織（アソシエーション（＝アメリカ型NPO））との整理

でした。この時の先生の答えは、「実態的に検討すること」ということでした。つまり、「農協が非営利だという確たる根拠はない」ので、「規制の弱いところで一つモデルを作ることが確たる根拠になる」と教えていただきました。この当時の私は、角瀬先生と川口先生の著書や論文を片っ端から読んでいたことを思い出します。結局このプロジェクトからは撤退するのですが、先生の教えは次のプロジェクトに活かされました。私が研究室を訪問した頃の先生は「民医連の研究をしている」とのことで、「民主的経営」問題が中心で、「もう1年くらいかかる見通し」と言っていました。角瀬先生の研究は、生協、農協、そして民主的経営へと領域を広げていった時期でした。

角瀬先生は2003年に法政大学を定年退職し、2010年まで研究所の理事長に就任しました。私は2004年5月から2008年1月まで、医療・生活事業部医療事業企画課課長を拝命します。入会以降2008年1月までの約23年間は、メーカー・卸などの医薬品産業、及び、病院・診療所などの医療機関を中心とした医療産業に関する業務、調査・研

究に従事してきました。

2008年2月から2020年3月まで『文化連情報』編集長を務め、2020年4月から再び子会社に出向し、6月から代表取締役社長に就任します。その間、私は2009年4月から法政大学大学院の兼任講師となり、ポアソナードタワー16階の1610研究室を研究仲間ともっぱら使用していました。

私は、角瀬先生が名誉理事長になられていた非営利・協同総合研究所の総会で2015年6月に理事に就任しました。その時、久しぶりにお会いした角瀬先生からは「研究したものを研究所報に投稿するように」と励ましの言葉をいただいたことが懐かしく思い出されます。その後、先生とは研究所の総会で何度かお会いする程度でしたが、きちんとお話する機会がないまま2021年8月2日にご逝去されたことは大変残念でなりません。心からご冥福をお祈りいたします。

(こいそ あきら、前『文化連情報』編集長、公益財団法人政治経済研究所研究員、法政大学講師)

角瀬先生の思い出

根本 守

角瀬先生を最初に知ったのは、角瀬先生の著書を通じてである。学生時代かその後の会計士試験の勉強の頃か忘れてしまったが、今から40年以上前に、山口孝氏や芝田進午氏などの著書とともに角瀬先生の著した「経営分析入門」という本を読んだ記憶がある。大企業の経営分析を労働者の立場から行ったものであり、会計基準の恣意的運用による隠された巨額の利益を明らかにした上で、大企業の民主的規制を提起していた。試験勉強とは直接関係なかったが、マルクス経済学の立場からの経営分析論として勉強になった。その後会計士となって日々の業務に追われていたが、故坂根会計士より総研の設立とその理事長として角瀬先生を招聘するとの話を聞き、大変なつかしく感じたことを覚えている。

実際に角瀬先生と交流させていただいたのは、2005年に総研が主催したスペイン、ポルトガルへの非営利・協同組織の見学、研究旅行にご一緒し

た時である。角瀬先生は余りご自分から積極的に話すタイプではないので、最初は少しとっつきにくいかと思っていたが、旅行が進むにつれて大変穏やかな人柄で我々と同じ目線で交流していただき、和気あいあいと楽しく約10日間の旅行を過ごさせていただいた。

社会事象として1991年のソ連崩壊やその後の新自由主義の台頭等があり、また、大学でのマルクス経済学の講座数が減少する傾向もあって、角瀬先生の学者としての歩みもけっして平坦ではなかっただろうと想像される。そうした中でも、研究者として総研や他の非営利・協同組織との交流、協力、参画を積極的にはかって来られた角瀬先生の人生に、今後も深く学んでいきたいと思う。

(ねもと まもる、協働公認会計士共同事務所、公認会計士)

角瀬先生を偲んで

田中 淑寛

角瀬先生の訃報を聞いた時、学生時代に先生の著作で学ばせていただいたものとして、直接ご指導ご鞭撻頂ける機会を設けなかったなという想いがよぎりました。先生に初めてお会いしてあいさつしたのは、私が、監査法人を退職して協働の一員となって間もなくの2008年12月、協働の20周年のレセプション会場でした。初対面の人の名前と顔おぼえが悪い私ですが、今でも鮮明に記憶に残っています。ここに角瀬先生に哀悼の意を示すとともに、学生時代に角瀬先生の著書から学んだことや、「非営利・協働」の公認会計士として今に至ったことを記したいと思います。

学生時代、軽い気持ちで入ったサークルがいわゆる「社研」であったことから、マルクス経済学を学ぶきっかけとなり、偶々サークルの書棚にあった角瀬先生の「企業とは何か」を手にとったのが角瀬先生の著作との最初の出会いです。元々、公認会計士になりたいという夢があったので、社研で学んだ唯物史観や弁証法、科学的社会主義等を生かしつつ会計学を学びたいと思っていたところに目から鱗の角瀬文献でした。その中でも『現代会計基準論』は学生には高価な書籍でしたが、一番印象に残っている書籍です。

『現代会計基準論』の中で、会計学とは資本主義会計の複雑な構造とその矛盾を明らかにし、現在転換を迫られているそのあり方への提言を行う

ものであり、社会科学としての会計学が真に人間のための科学となり得るためには、批判の発展として民主的な政策論を持つことは今日極めて重要になってきていると、批判会計学の考え方を述べられています。私の中で「これだ」と思ったと同時に、学問の追求ではなく職業的専門家として実践していくことにやりがいを見出し、公認会計士を目指して今に至っています。一般的には資本主義経済の守り神と言われる公認会計士の職務ですが、「非営利・協働」の公認会計士になれたのは、学生時代の様々な学びがあったからこそです。

角瀬先生はじめ先達が築いてこられた「非営利・協働」の分野を継承し、時代に即して発展的にカスタマイズしながら、後世に引き継いでいくことが私たちの世代の役割だと思っています。非営利・協働を志す組織や個人に寄り添い、協力共同して共に歩む職業的専門家の集団である「協働公認会計士共同事務所」を未来永劫発展的に継承していきたいよう、その先頭に立って奮闘していきたいと思っています。

角瀬先生、安らかにお眠りください。

合掌。

(たなか としひろ、協働公認会計士共同事務所
公認会計士)

角瀬先生を偲んで

千葉 啓

私が角瀬先生と初めてお会いしたのは、「非営利・協同総合研究所いのちとくらし」の設立準備の過程である。まだ公認会計士の資格はもっておらず、弊事務所の前身である「会計集団協働」の職員であったが私が、「総研いのちとくらし」の会計実務やNPO法人格取得支援を担当することになり、設立準備会や理事会などで角瀬先生とお会いする機会を得た。大学では、簿記・会計とはまったく「畑違い」の勉強をしていたため、まだ右も左もわからない私に、角瀬先生はとてもやさしく接してくださった。当時の私には内容こそ十分に理解できていなかったと思うが、先生のお話はいつも理路整然として、とてもわかりやすいものであった。

その後しばらくして、公認会計士資格取得の勉強を開始した私であったが、角瀬先生から直接著書を3冊ほどいただいたことがあった。私は「ぜひ勉強させていただきます」とお礼を述べたが、「私の本は、公認会計士試験の勉強には役立たないと思いますよ」と笑顔でお話された角瀬先生の

やさしい笑顔を今でも覚えている。

角瀬先生の研究スタイルは、専門分野においても単なる批判だけに終わらず、建設的提言を重視するものであったと理解している。私自身も、職業的専門家である公認会計士として、会計や経営に対して評論的立場にとどまるのではなく、常に実践的立場に身を置き、クライアントに寄り添って業務に臨みたいと考えている。その点でも、先生の研究者として姿勢や多方面に渡る研究内容・成果は大変学ぶべき事柄が多いものであった。

とても研究熱心で、各種民主的組織・団体からの求めに応じて幅広い方面でご活躍された角瀬先生。その人生は、まさに研究者として「駆け抜けてきた」ものだったと思う。

角瀬先生、安らかにお休みください。ご冥福を心からお祈り申し上げます。

(ちば さとし、協働公認会計士共同事務所・公認会計士)

角瀬先生を偲んで

坂根 哲也

角瀬先生のことを知ったのは研究所を通してでした。初めてお目にかかったのは研究所が設立されてしばらく後のことだったかと記憶しています。追悼文の話を受けてから、研究所の機関誌やブックレット等で先生が書かれた文章を改めて拝読しました。ブックレット等は折に触れてひらいていますが、今でも大変参考になり考える基礎となることにあふれており、重宝しています。学生の頃は自らの不勉強もあり先生の本を学ぶこともありませんでしたが、今となってはもっと学んでおけばよかったと思います。

個人的なことを言えば、父坂根利幸を抜きにして先生との関わりはありませんでした。研究所の創立以来、民主的な会計・管理運営、非営利・協同といった分野における同志として父と活動している様子を、力不足で内容を十分に理解できているとはいえないこともありましたが、勉強させていただきました。父は実務家であり、理論分野の

先生と議論をし、話し合うのは貴重な時間であったものと思いますし、大きな刺激を得ていたとそばにいて感じていました。私が研究所で実際に先生にお会いした際には、いつも穏やかに話されていた様子が思い出されます。また、父が4年半ほど前に亡くなった折には、追悼文集にも非常にあたたかい文章をご執筆いただきました。本当にありがとうございました。

先生の追求された非営利・協同について、実務家の立場からその現場・実践に携わるものとして、これからも深化・発展・追求していきたいと思えます。今頃は父ともゆっくりおおいに語り合っているものと思えますが、共に非営利・協同の行く末をあたたく見守っていただければと思います。

ありがとうございました、安らかにお眠り下さい。

(さかね てつや、協働公認会計士共同事務所)

角瀬保雄先生のお人柄

石塚 秀雄

角瀬先生が研究所初代理事長、私が研究員という立場になって、それ以前より親しくご一緒することが多くなった。角瀬先生の学問的業績と学問的誠実さは多くの学者が高く評価するところで、私などが云々することはおこがましい。会計学者としての実証的な論文スタイルで、あるべき論などの形はほとんど取られなかった。角瀬先生はマルクス主義によって立ち、非営利・協同について考えておられた。角瀬先生のご自宅に何度かお伺いすることがあったが、ブロック塀には政党掲示板がかかっていた。学者としてばかりでなく近隣地域における活動にも関わっておられるのである。地域住民に政治的姿勢を旗幟鮮明にする態度は学者として容易にできることではない。理論と実践の統一ということを静かに覚悟をもってなされていたのである。

角瀬先生は論争を厭うことはなかった。大方は望まずしてふりかかる火の粉であったと思われるが、学者として誠実に対応されていたと思う。労働組合論、民主的経営論、資本主義的企業と協同組合企業の比較論、非営利論などについて多くの著作を残された。これらのテーマは角瀬先生においてはバラバラのものではなくいずれも理論と現実とを切り結んだものである。私の印象に残る本は製薬業界分析、農協分析などである。角瀬先生は自らの考えに誠実であった。その理論的發展変化は、自分の考えに忠実だからこそ行われたものである。十年一日同じ事を言う学者ではなかった。角瀬先生の話は謹厳、ムダな言葉がなかった。角瀬先生の話はそのままで論文になるような整然と構築されたものであった。常に独自に考えられておられて、通説をなぞるということはない。自分の思索に誠実で明晰である。角瀬先生は本当に理事長にふさわしい人であった。とはいえ、根は東京の下町育ちの洒脱なところがあり、喧嘩も平気

だったようだし、たまには簡潔なユーモア的な表現もされた。

私は研究所の仕事でご一緒することが多く、角瀬先生の一貫して誠実正確な判断から教わることがしばしばであった。外国にも国内にも調査視察などであちこちとご一緒することがあった。ロンドンのヒースロウ空港で生牡蠣をおごって下さった。値段も高級であった。カウンターの隣には、黒い大きな鍔の帽子をかぶったイギリス美女が悠然と牡蠣を食していた。スペインのレストランでは出てきた魚料理について聞かれたが、食べ物音痴の私ははかばかしい返事ができなくて、角瀬先生はちょっと納得していない様子であった。横浜の中華街では二人で紹興酒を二本も開けてしまい、帰りに角瀬先生は転んで怪我をされてしまった。痛恨の極みであった。これら飲食のときにどんな話をしたかはまったく覚えていないが、角瀬先生は酒を飲んでも紳士であったので、気持ちの良い楽しい思い出しかない。ヨーロッパの旅先で奥様へのお土産を選んで、「うん、これでいい」と言っておられた様子が印象的であった。

最後にお会いしたのは、亡くなられる一年ほど前、思い立って信州の馬刺しを手土産に自宅を訪問したときである。すでにそれまでの立派な書斎の本棚などは整理されて介護用のベッドが置かれていた。しかし机の上には読みさしの経済学会誌など置かれていた。奥様から紅茶などを出していただいて、少し雑談をして辞した。その後コロナ禍となり、お会いする機会を逸したのはなんとも残念なことであった。研究員としての私をどのように評価されていたのか、もちろん聞くまでもないが、角瀬先生とご一緒に仕事ができただけは私にとって大変な幸運であった。

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

角瀬先生の思い出

竹野 ユキコ

角瀬先生に初めてお目にかかったのは、2001年秋の総研準備会の会議でした。その後、準備会主催の公開研究会や総研発起人会や設立総会の開催をする中で、事務局業務を通して先生とお話をするようになりました。

研究所が動き始めると、定期的な機関誌とニュースの発行が始まります。委員会や理事会などで企画を検討しますが、角瀬先生にはなにかと相談やお願いをする機会が増えました。先生には論文や書評の執筆、座談会出席、さらにはニュースの理事長エッセイ執筆と、八面六臂の活躍をしていただきました。

特に印象に残るのは、角瀬先生の座談会や講演でのご発言を文字で起こすと、そのまま文章として通用することです。他にもいらっしゃるかもしれませんが、文字に起こしたら文章となるのは角瀬先生というのが、私の認識となっています。書評についても、その書籍を書くのと同じだけの力がないと評論はできないと教えていただき、学問・研究に対する厳しさに圧倒されたものでした。

事務局の業務を通じて、海外視察、国内のご講演や民医連の定期総会など、多くの出張にもご一緒しました。必ず15分前には着くようにしているという先生に遅れまいと、必死に集合場所へ急いだのが思い出されます。会議後の懇親会などでは周囲の話を静かに聞きながら、ここぞというところで鋭いコメントをされていたこと、クラシック音楽が大好きと言っておられたこと、夏に開催される写真サークルの展覧会にお伺いしたことなど、いろいろと思い出されます。

2003年6月に、法政大学退職と研究所理事長就任をお祝いする「角瀬先生 慰労と激励のつどい」を日本青年館で開催しました。奥様と初めてお目にかかったのもこのときです。余興として前進座

の今村文美さんに踊りをお願いし、間近で見る本物の芸能人に圧倒されました。会の様子を「研究所ニュース」にまとめたのですが、だいぶ後になって、ウェブサイトに掲載したニュースを見たという人から「つどいの参加者にずっと探していた人がいるので、なんとか連絡をとれないだろうか」と問い合わせがあったのにも驚いたものでした。研究所事務局も2006年に千駄ヶ谷から御茶ノ水へ移り、レンガ色の建物だった日本青年館も2020年東京オリンピック（コロナで延期、2021年開催）を前に移転・建て替えとなり、女優の今村さんも2019年に急逝されたと報道で知りました。時は移ろうのだと、改めて思います。

振り返れば、非営利・協同を知らず、研究事務をしたこともない状態から始めた私のつたない事務局ぶりを、先生には温かく見守っていただきました。どれほどご迷惑をおかけしたのだろうか、頭の下がる思いでいっぱいです。研究所関連では最後となった学習会での質問に、先生が未来社会とは現在の延長であり、待っていれば良いものが天から降ってくるわけではないこと、いまの活動がその先を作るのだと回答していたことが思い出されます。残された先生の著作は膨大なものとなります。少しずつでも学びながら、私たちの活動がこの先は何を作るのかを心して進みたいと思います。

先生のご葬儀の時間は新型コロナウイルスワクチンの2回目接種予約とちょうど重なってしまい、参列できませんでした。せめてできる限りの気持ちを込めて、この追悼号を編集させていただきます。本当にありがとうございました。どうぞ安らかにお休みください。

(たけの ゆきこ、研究所事務局長・研究員)

角瀬保雄先生と研究所の関わり(執筆一覧など)

●役職

- ・設立準備会メンバー、研究所の発起人を経て、2002年10月設立総会で理事長就任
- ・理事長として活動(機関誌やニュースへの執筆、ワーキンググループ、海外視察団長、単行本企画・発行など、下記参照)
- ・2010年定期総会で現理事長・中川雄一郎へバトンタッチ、顧問・名誉理事長へ就任

●研究所関連の掲載等

◎インタビュー動画(2017年3月10日公開)

- ・yahoo ニュース「未来に残す 戦争の記憶」東京・下町が一晩で全滅～東京大空襲～

<https://wararchive.yahoo.co.jp/airraid/detail/22/>

研究所のウェブサイトに掲載された「角瀬保雄のページ」が元となって取材が行われた

「空襲から生き延びて一学童集団疎開と東京大空襲」(「理事長のページ」研究所ニュース No.29)

◎機関誌(ウェブサイトにPDFで公開)

- ・61号 「坂根利幸さんを偲んで」 2017年12月31日
- ・60号 インタビュー「非営利・協同の轍(第1回):研究者として非営利・協同の実践に携わること—角瀬保雄氏へのインタビュー記録から—」(久保ゆりえ、竹野ユキコ) 2017年9月30日
- ・53号 論文「医療の市場化、『営利化』」 2015年12月25日
- ・50号 講演「非営利・協同と協同労働」 2015年3月31日
- ・47号 書評:中川雄一郎・JC総研編『協同組合は「未来の創造者」になれるか』 2014年7月31日
- ・46号 座談会「研究所の10年と未来」(坂根利幸、角瀬保雄、中川雄一郎、藤末衛)・10周年記念エッセイ「最近の「非営利・協同」論の動向」 2014年3月31日
- ・42号 書評:全日本民主医療機関連合会歴史編纂委員会編『無差別・平等の医療をめざして』 2013年3月31日
- ・40号 書評:二木立『TPPと医療の産業化』 2012年10月31日
- ・38号 座談会「東日本大震災1年後の課題」(中川雄一郎、角瀬保雄、坂根利幸、司会:石塚秀雄) 2012年3月31日
- ・36号 シリーズ「『非営利・協同Q&A』誌上コメント(その4、最終回)」(富沢賢治、中川雄一郎、角瀬保雄、坂根利幸、司会:石塚秀雄) 2011年9月20日
- ・35号 座談会:緊急座談会「福島第一原発と市民社会」(角瀬保雄、中川雄一郎、坂根利幸、高柳新、司会:石塚秀雄) 2011年6月20日
- ・34号 韓国視察「韓国の非営利・協同医療機関訪問記」 2011年3月25日
- ・32号 巻頭エッセイ「私と研究所」 2010年8月31日
- ・30号 書評:『いのちの平等をかかげて—山梨勤医協50年のあゆみ』 2010年3月25日
- ・27号 座談会「経済危機問題と非営利・協同事業組織のあり方」(角瀬保雄、富沢賢治、坂根利幸、司会:石塚秀雄) 2009年6月15日
- ・25号 再生プランコメント「『医療・介護制度再生プラン』に思う」 2008年11月30日

- ・24号 定期総会記念講演「労働運動とアソシエーション—現代の連帯のあり方」富沢賢治（コメンテーター：角瀬保雄、坂根利幸、大高研道、石塚秀雄） 2008年8月31日
- ・22号 座談会「非営利・協同組織と法人制度の改正」（角瀬保雄、坂根利幸、石塚秀雄） 2008年2月29日
- ・18号 座談会「非営利・協同入門」（角瀬保雄、富沢賢治、中川雄一郎、坂根利幸、司会：石塚秀雄） 2007年2月28日
- ・17号 座談会「医療法人制度改革問題」（寺尾正之、鈴木篤、坂根利幸、角瀬保雄、根本守、司会：石塚秀雄） 2006年11月30日
- ・16号 総会記念講演「CSR、コーポレートガバナンスと経営参加—中小経営における新しい労使関係の形成へ向けて」 2006年8月31日
- ・15号 第1回地域シンポジウム「モンドラゴンから学ぶ非営利・協同組織の運営問題」（シンポジスト・司会・コメンテーター：角瀬保雄、石塚秀雄、坂根利幸、山内正人、高柳新） 2006年5月31日
- ・10号 座談会「非営利・協同組織における労働の問題—医療労働について」（田中千恵子、二上護、大山美宏、岩本鉄矢、坂根利幸、角瀬保雄、司会：石塚秀雄） 2005年2月28日
- ・9号 特集2：Part2「破綻と再生から学ぶ非営利・協同の事業」吉野高幸、山内正人、八田英之、角瀬保雄、司会：坂根利幸 2004年11月30日
- ・7号 インタビュー「栄村高橋村長に聞く」（高橋彦芳、福井典子、角瀬保雄、前沢淑子、司会：石塚秀雄）、「栄村訪問記」 2004年5月25日
- ・5号 書評：野村拓監修『日本赤十字の素顔』 2003年11月20日
- ・3号 シリーズ非営利・協同入門（1）「非営利・協同とは」 2003年5月25日
- ・2号 新春座談会「NPOの現状と未来」（中村陽一、八田英之、角瀬保雄、司会：石塚秀雄） 2003年2月25日
- ・準備号 非営利・協同総合研究所いのちとくらし発足にあたって「医療改悪に対抗する国民的総合研究を」 2002年10月19日

◎研究所ニュース「理事長のページ」（2003年10月～2010年4月）（「角瀬保雄のページ」としてウェブサイトにてPDF掲載）

- ・No.30 医療の産業化 2010年4月30日
- ・No.29 空襲から生き延びて—学童集団疎開と東京大空襲— 2010年2月20日
- ・No.28 老化と難問 2009年11月30日
- ・No.27 写真と医療 2009年8月31日
- ・No.26 企業の内部留保をめぐって 2009年5月15日
- ・No.25 格差・貧困に思う 2009年2月28日
- ・No.24 協同組合学会に出席して 2008年10月31日
- ・No.23 闘病記 2008年7月31日
- ・No.22 民医連考 2008年5月10日
- ・No.21 菅野正純さんの逝去を偲んで 2008年1月31日
- ・No.20 医療と小説 2007年10月31日
- ・No.19 まちづくり、コミュニティビジネスと非営利・協同 2007年7月31日
- ・No.18 現代に生かすべきレーニンの理論 2007年4月30日
- ・No.17 医療・福祉の運動と憲法 2007年1月31日
- ・No.16 並立する「日本医療経済学会」と「医療経済学会」 2006年10月30日
- ・No.15 最近の比較経営学会の動向 2006年7月31日

- ・ No.14 ドイツと日本の社会保障、医療 2006年4月30日
- ・ No.13 労働運動と非営利・協同 2006年1月31日
- ・ No.12 続・西岡先生と真田是先生のこと 2005年10月28日
- ・ No.11 社会と企業をめぐって 2005年7月25日
- ・ No.10 中西五洲『理想社会への道』 2005年5月16日
- ・ No.09 協同集会 in 長野 2005年1月31日
- ・ No.08 西岡幸泰先生を偲んで 2004年10月31日
- ・ No.07 研究所の1年 2004年7月25日
- ・ No.06 民医連総会の印象 2004年4月25日
- ・ No.05 石川勤医協での講師活動 2004年1月25日
- ・ No.04 NPO 法人化初の総会 2003年10月17日
- ・ No.03 特集「角瀬先生 慰労と激励のつどい」(2003年6月7日@日本青年館)：記念講演「私の歩んできた道とこれからの仕事」 2003年7月4日

◎ワーキンググループ・視察報告書、講演・論文のウェブサイト転載など

- ・「非営利・協同組織の地位、役割と限界」掲載日2011年3月31日（転載：法政大学経営学会『経営志林』第47巻第3号、2010年10月）
- ・いのちとくらし別冊 No.02「スペイン・ポルトガルの非営利・協同取材」報告書：「序文」、「まとめにかえて—MCCと非営利・協同」 2006年3月1日
- ・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）：「第6章 民医連病院の分析」 2006年3月1日
- ・「民医連の経営と社会的役割～事務職員に求められるもの～」掲載日2004年4月27日（青森県民医連第3回事務交流集会記念講演）

◎ブックレット

- ・総研いのちとくらしブックレット No.4『非営利・協同Q&A』：「Q28. 非営利・協同のガバナンスとは」「Q29. 非営利・協同の経営者とは」「Q32. 非営利・協同組織の利益とは」「Q39. 営利セクターとは」2010年9月1日
- ・総研いのちとくらしブックレット No.3『新しい社会のための非営利・協同』：「非営利・協同とは」、座談会「非営利・協同入門」（角瀬保雄、富沢賢治、中川雄一郎、坂根利幸、司会：石塚秀雄）（機関誌からの転載まとめ）2008年3月5日
- ・総研いのちとくらしブックレット No.1『医療・介護の報酬制度のあり方』：「ブックレットの刊行にあたって」2004年2月20日

◎単行本

- 角瀬保雄監修・非営利・協同総合研究所いのちとくらし編『医療と地域社会のゆくえ—震災後の国で』発行（新日本出版社、2013年4月）：「はじめに」（角瀬保雄・竹野ユキコ）
- 角瀬保雄監修・非営利・協同総合研究所いのちとくらし編『日本の医療はどこへいく—「医療構造改革」と非営利・協同』（新日本出版社、2007年9月）：「はじめに」「第1章 医療保障と非営利・協同」

◎準備会段階

- 『民医連医療』No.359（2002年7月）特集 明日を切り拓く「非営利・協同」—総合研究所設立準備会主催シンポジウムから—：「非営利・協同と民医連」

「研究所ニュース」バックナンバー

○ No.77 (2022.2.28発行)

韓国だより：韓国の甲状腺がん訴訟（朴賛浩）、会員エッセイ：コロナ禍の診察室にて（大澤芳清）、役員リレーエッセイ：批判から提言へ：『現代会計基準論』再読から（田中淑寛）、「黄色い点字ブロックの内側に下がってください！」（大高研道）、ヨーロッパのマスク事情（石塚秀雄）、『無差別・平等の医療をめざして』読書会について（竹野ユキコ）

○ No.76 (2021.11.30発行)

理事長のページ：イギリス協同組合法と J.S. ミル（中川雄一郎）、副理事長のページ：インフォーマルケアの社会的保障と「休業」（後藤道夫）、役員リレーエッセイ：生きているドイツ協同組合法（二上護）、出来事（岩本鉄矢）、小室圭論文を読む（石塚秀雄）

○ No.75 (2021.8.31発行)

理事長のページ：労働者協同組合法の成立に寄せて—イギリス労働者協同組合運動の歴史に触れて—（中川雄一郎）、副理事長のページ：北三陸紀行（八田英之）、役員リレーエッセイ：温故知新一新しい労働、生活様式と新しい社会（吉中丈志）、星の王子さまの翻訳（石塚秀雄）、新型コロナワクチン体験記（2021年8月）（竹野ユキコ）

○ No.74 (2021.5.31発行)

理事長のページ：George Russell (Æ) の INTRODUCTION（中川雄一郎）、副理事長のページ：今こそ脆弱な医療システムを変えるとき（転載）（高柳新）、韓国だより：韓国医学生の国試拒否（朴賛浩）、役員リレーエッセイ：民主主義はコロナに克てるのか（杉本貴志）、抗日戦争下の中国と細菌戦（石塚秀雄）

○ No.73 (2021.2.28発行)

役員リレーエッセイ：新型コロナウィルスワクチン接種開始に思うこと（高田満雄）、コロナ禍のフランス（石塚秀雄）、新型コロナと薬局経営（小磯明）、役員リレーエッセイ：SDHの共同組織向けブックレット：『健康格差の原因—SDHを知ろう—』づくりを個人的に振り返って（野田浩夫）

○ No.72 (2020.11.30発行)

理事長のページ：「学術会議問題」をつくり出した「菅義偉首相によるページ」（中川雄一郎）、副理事長のページ：短時間労働者の雇用保険排除が照らし出すもの（後藤道夫）、役員エッセイ：『社会的弱者への診療と支援 格差社会アメリカでの臨床実践指針』の監訳を行って（松田亮三）、健康の決定要因（SDH）パンフレット 民医連版のできあがるまで（1）（野田浩夫）

○ No.71 (2020.8.31発行)

理事長のページ：“本当に社会というようなものはあります” “There really is such a thing as society”（中川雄一郎）、副理事長のページ：コロナとコレラ—医師沼野玄昌の災難—（八田英之）、役員エッセイ：ふるさとの町の捕虜殺害事件（今井晃）、医療事故と警察（石塚秀雄）

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。

コロナ禍で進行する医療提供体制改革を立ち止まって考える

- (司会) 吉中 丈志 (よしなか たけし、公益社団法人京都保健会理事長、研究所理事)

医師、循環器内科専門医、社会医学系専門医・指導医。全国保険医団体連合会理事(病院有床診対策部会部長)。京都保健会は1956年設立、3病院12診療所(歯科併設2)、訪問看護ステーション・ヘルパーステーション等の介護施設、看護専門学校を含め39事業所を開設・運営する。



- 高橋 雅哉 (たかはし まさや、社会医療法人社団健生会 立川相互病院院長)

日本外科学会指導医。立川相互病院は287床の急性期病院で、地域のセンター病院。2021年5月、五輪開催反対のメッセージを病院の窓に貼り出した。健生会は1954年設立、3病院、10診療所、2歯科診療所、訪問看護ステーション・ケアプランセンター等の介護事業を展開する。



- 尾形 和泰 (おがた かずひろ、公益社団法人北海道勤労者医療協会 勤医協札幌病院院長)

日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医、専門は総合診療。勤医協札幌病院は105床のケアミックス病院。WHOが作成した「リハビリテーションの支援：COVID-19 関連疾患後の自己管理 第2版」を和訳し公開、コロナウイルス感染症後遺症外来を行う。北海道勤労者医療協会は1949年設立、4病院、18診療所のほか、介護事業、看護専門学校等を展開する。



- 垣田 さち子 (かきた さちこ、医療法人敬幸会垣田医院副院長、前京都府保険医協会理事長)

専門は内科・リハビリテーション科・社会医学。垣田医院はアメリカでの医学教育に携わったのちに1984年設立、京都西陣の開業医で、内科、糖尿病科、内分泌内科、リハビリテーション科など地域生活に密着した医療に力を入れる。外来医療・訪問看護・外来リハビリテーション・通所リハビリテーション・訪問リハビリテーション・居宅支援事業所を展開する。



- 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、研究所理事)

1988年京都大学医学部卒業、2007年より現職。博士(医学)。専門は、先進諸国の医療政策・医療機構論。ロンドン大学政治経済学院、フランス国立科学センターなどで比較研究を行う。2017年より2021年まで日本医療福祉政策学会会長。現在は、日本・韓国・台湾の比較医療・福祉研究、刑務所医療機構などの研究を進めている。



1. はじめに：座談会の目的

吉中 最初に司会者の方から、少し座談会の目的をお話しさせていただきます。

新型コロナ感染症はすでに2年を超えて続いており、しかも感染症のパンデミックということでは、やはりスペイン風邪以来のことだろうと思うわけです。私たちは誰もスペイン風邪を経験していないですから、そういう意味では医療者人生で、1回しか遭遇しないような出来事だと思います。

そのなかで医療者も現場で懸命にたたかってきましたし、医療提供体制の崩壊という第5波の状況は、国民にも非常に大きなインパクトがありました。当初は医療者に対するエールが圧倒的だったのですが、だんだんと厳しい意見も出てきています。新聞の論調などでも医療体制について、なぜ病院は病床を空けないのだといった厳しい声も出てきており、変わってきたと感じます。

その一方で、国の医療政策にコロナ禍がどういう影響を与えるかと思っておりましたが、2年経ってみて基本路線はこれまでの医療提供体制改革を進めていく、むしろ改革が進んでいなかったことが医療崩壊をもたらしたという議論が前面に出てしまっています。この4月の診療報酬改定はそういう方向が当然のこととして行われました。

私自身はそれでいいのだろうかという問題意識を強く持っております。そういうことを踏まえて、現場で経験してきたことを医療提供体制改革につなげるという意味で、いろいろお話を出していただければと、この座談会を計画したところでした。

2. コロナの経験から

吉中 診療報酬の改定と、医療法では新しく外来機能報告制度が来年度に始まることになっており、医療提供体制改革を今度は外来にもメスを入れて進めていくことになっておりますので、この1年は医療政策が大きく動いていく1年になるのではないかと感じているところです。

そこで最初に各先生方から新型コロナ感染症とたたかってきた経験を踏まえて、急性期病院、中小病院、開業医というお立場から、医療提供体制についてどんなことを感じてきたかについてお話

しいただければと思います。

最初に急性期病院である立川相互病院の高橋先生からよろしくお願いします。

高橋 コロナの患者さんを受け入れるにあたっての負担は、一つは普通の患者さんを受け入れるのと違い、一定の区画を区切って受け入れなければならないということがあります。したがって、通常は病棟ごとの受け入れになります。二つ目は職員が感染してしまうのではないかとという不安を抱えながらであることが、通常の受け入れとは大きく異なる点ではないかと思っています。

これは当然ながらマンパワーが非常に必要になるということです。特に第5波の忙しかった時には、医療の人材を病院に集めようという論調も世の中には出てきたわけです。しかし、いざというときにお金を使って人を集めて、それでチームを形成できるものではないというのが、現場の実感です。通常チームを保ちながら、病院の中で配置転換をしたり病棟の構造を変えたりして人を集めないと、急に新しい人を集めてそれで投入すればできるというものではありません。

1980年代以降、ずっと続く低医療費政策の中で、急性期病院は痛めつけられてきました。当院の病床稼働率は、もともとが93%~94%です。94%が目標で、それを切ると赤字になってしまうので、ほぼ全力疾走で走っているような状況です。そこにこのパンデミックが来て、もうちょっと頑張れと言われても、これ以上頑張りがやらない、余力が全くないというのが現状です。

したがって実感としては、平時には75%~80%ぐらいの稼働率でやっていけるような診療報酬、人的体制で運営できていれば、こういったパンデミックにも柔軟に対応できるだろうということを強く感じています。季節によって患者の増減もあるわけですからね。

吉中 にわか仕立てでは病床もマンパワーも出てこない実態があるのだというご指摘であり、医療のインフラだけではなく、効果的な医療を保障するチーム医療というプロセスの観点からの問題提起であるように思います。それでは続いて中小病院の尾形先生のご経験からお願いいたします。

尾形 勤医協札幌病院のコロナ対応ですが、基本は発熱外来で外来患者さんを診るのが中心です。病院内でクラスターが発生したときは、病棟でも一時は入院患者さんを診ていた時期もあったのですが、外来で陽性が判明しても通常は行き先が見つからないのでとりあえず一晩だけ入院などであり、コロナ病棟というのはありません。

内科以外に回復期リハビリ病棟と産婦人科や眼科、耳鼻科、小児科などのベッドがありますが、建物が古いので動線が交錯してしまい、感染者を分離することが施設的に難しいのです。したがって産婦人科ではコロナの妊婦さんに対応するベッドを作っていますが、現実的には難しいので、大学病院などで診てもらっています。外来も、やや狭い建物に昔風にたくさん診察室を押し込んだような感じで、コロナ対策は行き当たりばったりでやっている感じがあります。

並行して自分が札幌市医師会の役員をしていることもあり、札幌市在宅医療協議会との関係で、クラスターが起きた老人ホームなどに支援に入ったり、医師会でしている発熱外来の対応を手伝いに行ったりしていました。

2021年5月以降、第4波と第5波のときに、札幌では自宅療養の支援をしていたのですが、その活動の一翼を担っていました。今は札幌市でも多くの病院・クリニックが同じような活動をしています。今の第6波は、自宅療養者がたくさんいますが、今のところは多くの方は元気で、往診に行くほど具合が悪い人は少ないようです。第4波や第5波の昨年5月と7、8月は結構大変で、土日もずっと電話でフォローしながら入院のベッドが空くの待って、酸素を使っているような人を診ていました。

ほかに昨年11月くらいから、コロナ後遺症外来をしています。インターネットで「札幌市 後遺症外来」と検索すると、うちが一番上にヒットするので、患者さんが結構来ていると思います。そこでWHO欧州地域事務局のコロナ後の自己管理マニュアルを翻訳して、患者さんに渡しながら診察しています。

昨日も札幌市から、発熱外来を拡大してほしいという連絡がありました。しかしすでに午前だけで30人くらい診ていて、それ以上は他の患者さん

も混ざってしまうし、通常診療を止めるのはかなり大変です。今のところ通常診療と発熱外来を壁一枚というか、危ない橋を渡りながら何とか診察しているので、その場のニーズを見ながら仕組みを変えないと大変だなと思いながらやっています。(事務局注:1月座談会のあと、発熱外来は1日100人近くになったこともあったそうです。)

医療提供体制については、ひとつの病院でまとめてできることは、それほど多くないと思いました。やはり、他の医療機関、役所や保健所などと連携しながら進めるのが大切です。今までは行政との連携はそれほどできていなかったのですが、行政や、地域の医療機関や介護部門との連携が本当に大事で、やはり広い意味で言えば地域包括ケアの中で、コロナを診ていくのはありだなと感じています。

吉中 地域での貴重な経験をされてきたということだと思います。地域連携、特に地域包括ケアが重要だというご指摘はその通りだと思います。それでは垣田先生、開業医という立場で、あるいは京都府保険医協会の理事長もやっておられたという立場からみられて、コロナの経験について医療提供体制絡みでお願いします。

垣田 やはり、この2年は大変でした。病院の先生たちはチームを組んでおられるので、いろいろなことについてディスカッションできたと思うのですが、開業医は本当に孤独だなと感じました。

うちは一般診療の診療所だけではなく、通所リハと訪問リハもしていますので、毎日リハに来る方も日に40人くらいはいらっしゃいます。総登録者数は全部で約200人ですが、その方たちが2020年の初めから自粛に入ったのです。訪問リハも通所リハも、人数がだんだん減っていきました。しかし職員はそれで減らすわけにはいかないので、いつもと同じように仕事はしていたのですが、経営的にはとても大変でした。

そういうことで周辺のデイサービスが畳んだり縮小されたりするので、患者さんや利用者さんのご家族からは、頑張してほしい、ありがたいですという激励の手紙はいっぱい頂きました。それで職員たちもしゃきっとして頑張ったのですが、実

態は感染予防で業務が増えていくわけですから、とても大変でした。2年間ずっと緊張の連続が解けないので、それはそれでしんどいと思います。

通所リハがすべて止まってしまっただけではないので、絶対に院内にはコロナを持ち込まないように対策を厳しくしてきました。熱かなという話がすこしでもあれば、室内には入らないで室外の庭で話を聞くという形をとったこともありますし、職員の周辺にすこしでもそういう気配があったら自主的に休んでもらうようにして、体制的には大変にしんどい思いをしてやっています。

開業医の先生方は皆さん同じなので、特に保険医協会の理事会でも、開業医は何ができるのだろうかとうと本当に率直な悩みを打ち明けられていました。感染症はやはり隔離から始まり、保健所を中心にシステムできちんと対応してほしいです。それこそ開業医が出ていっても、結局は何も武器がないわけです。だから開業医は保健所につないだり、患者さんの立場で診療の相談を受けたりも含め、見えないうちで活躍し、その役割は全然減っていないと思います。しかしそれを社会に認めていただくにはどうしたらいいのかと、そういう基本的な悩みを抱えることになりました。

吉中 開業医の先生方の役割について京都の保険医協会で議論したのは、ワクチン接種についてでした。ワクチンについては問題もありましたけれども、1回目、2回目接種はかなり画的に日本では広がって、接種率も高くなりました。その立役者のかなりの部分を、開業医の先生たちが担われたという実態があると思っています。それは重要な点ではないでしょうか。

垣田 そうですね。うちもコロナを持ち込まれたら困るので、積極的にアナウンスはしていませんでしたが、やはり相談があると患者さんとそのご家族、職員のご家族と、どんどんと広がっていきましました。ずっとかかりつけという方とは、例えば副反応が激しかったとしても、それはもうお互いの信頼で解決していける問題だと思うので、少しも心配することはなかったのですが、まるで知らない方が来られて、注射をしたためにトラブルになったら困る、とても受けられないという感じ

を持っていましたね。

3. 医療政策の世界的流れ

吉中 それでは松田先生から、レジリエンスということとも関連して、国際的な医療政策の動向で話されていること、問題意識などを話していただけたらと思います。

3-1. ヘルスシステムの6要素

松田 この間の現状のフォローがあまりできていないので、学術的なところだけの話もあるのですが、話題提供として資料をもとに話したいと思います。

まず提供体制について、今回のコロナ感染で、医療システム全体に非常に負荷がかかりましたし、そもそも社会全体に負荷がかかりました。医療システムに負荷がかかったというときに、まず医療システムをどう捉えるのか、という話があります。

WHOは十数年ぐらい前から、日本というよりは世界各国でユニバーサルヘルスカバレッジ(UHC)をめざすにあたり、現行システムをきちんと研究する必要があると指摘しています。その流れの中で、いろいろな整理の仕方があるのですが、この図は総合的に整理を試みたものです(図1、次ページ)。

まず、サービス供給、人材、それから情報、医療医薬品やワクチンなどの技術、財政、最後にリーダーシップとガバナンス(組織の運営の仕方)という要素(ブロック)が健康(医療)システムを構成しています。今回のコロナは、まさにこの6つの要素がすべて問われた実感がありました。

このシステムを通じて目指す大きな目標として掲げられているのは、健康状態を良くする、またそこでの衡平を向上するということがあります。次に、レスポンス(応答性)ですが、この言葉は患者中心というように考えてもらえばいいと思います。また、社会的・財政的なリスクからの保護、そして効率の向上も含まれます。健康システムには、リーダーシップや組織運営のあり方、これは個別の医療機関だけではなく地域全体でどうするのかをも含めてイメージするのだというこ

とを、最初に押さえておきたいと思いました。また、人々を中心に6つの要素（ブロック）をつなぎ合わせてやっていくべきということになります（図2）。実際に実行するのは難しいことだと思いますが、そういうようにWHOは整理しているわけです。

そのことをふまえて、地域医療供給体制の今後を考えると、やはり長いトレンドの中で考えると、あまり変わっていないのではないかと思います。長いトレンドというのは、例えば、ジュリオ・フレンク（マイアミ大学学長。メキシコ出身の医師で、元ハーバード大学公衆衛生院院長であり、メキシコの保健大臣でもあった）は、2008年に行ったスピーチで「公衆衛生が直面している4つの革命」に言及しています¹。4つというのは、①科学技術や医学、ライフサイエンスの変化、②情報・コミュニケーション、ICTの展開、③システム思考、有機的に考えていく見方、④衡平や社会的公正を考えるように公衆衛生を考える権利の革命（Rights Revolution）です。

こういう大きな変化の中で医療が変わってきている流れが、今回のコロナで加速化している、課題がいろいろ顕在化したといえるでしょう。特に日本では、デジタル化、あるいは組織で系統的に考えることなどが、課題として出てきたので

はないかと思います。

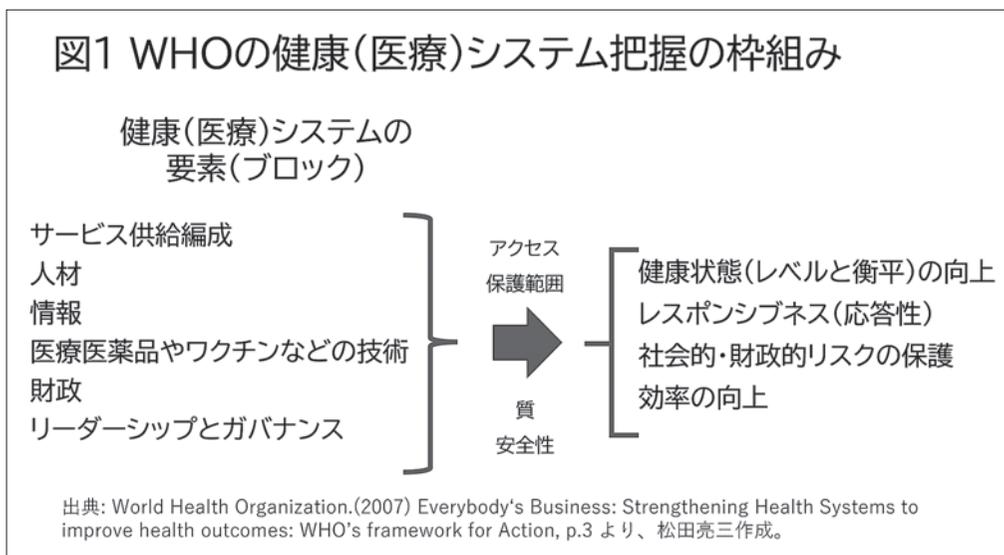
一方で、例えば震災や自然災害に比べると、感染症対策については、備えとして一応の計画はあったけれど予行演習も何もしてこなかったという状況のもとで、確かに最初の対応はかなりもたもたしていました。それでも、各都道府県では連携を進めた面もあり、みんなでやらないと仕方ないとなったのだと思います。良かった悪かったとシンプルには言えませんが、うまくいった面も一面ではある、評価していく必要があるだろうなと思っています。

3-2. 医療と効率化

松田 もともと医療のシステムについてはいろいろな捉え方がありますが、特に欧州の議論を中心にみますと、COVID-19の流行前から一貫して、財政上の圧力が大きな問題としてあります。だいたい1970年代からこの医療費の問題が公共政策で大きく取り上げられていて、もう50年ぐらいになります。

基本的に、手放して医療にお金を回していけばいいとはなりません。なぜかというと、医療は市場でやってるのではなく、公共財政を経ている、社会保険や税金を使っているからです。だから、そこにアカウンタビリティが求められ、効率

図1 WHOの健康(医療)システム把握の枠組み



¹ Frenk J. Acknowledging the Past, Committing to the Future. Delivered September 5, 2008. Retrieved January 18, 2022 from: <http://archive.sph.harvard.edu/multimedia/JulioFrenk/FrenkRemarks.pdf>.

的にやってもらう必要があるとなります。しかしイギリスのサッチャーがやったように、シンプルに医療費抑制をしたら、医療機能が低下し政権がもたなくなるところがあるわけです。そこで必要なものを効率的にやるという発想が非常に強くなり、政策論の中心になってきています。

ところが、効率という考え方を政府がすすめてなくても、医療界で起こってきた効率的変化があるわけです。例えば胆石で手術するときの内視鏡の摘出手術、あれなどは内視鏡という技術的变化で入院期間が短くなり、かつ痛みを少なくするという、画期的な変化が起こったわけです。同じような変化がいろいろ起こり、それをどんどん取り入れて、いまは先生方の病院でも日帰り手術が増えてきているのではないかと思うのですが、そういう流れがあります。

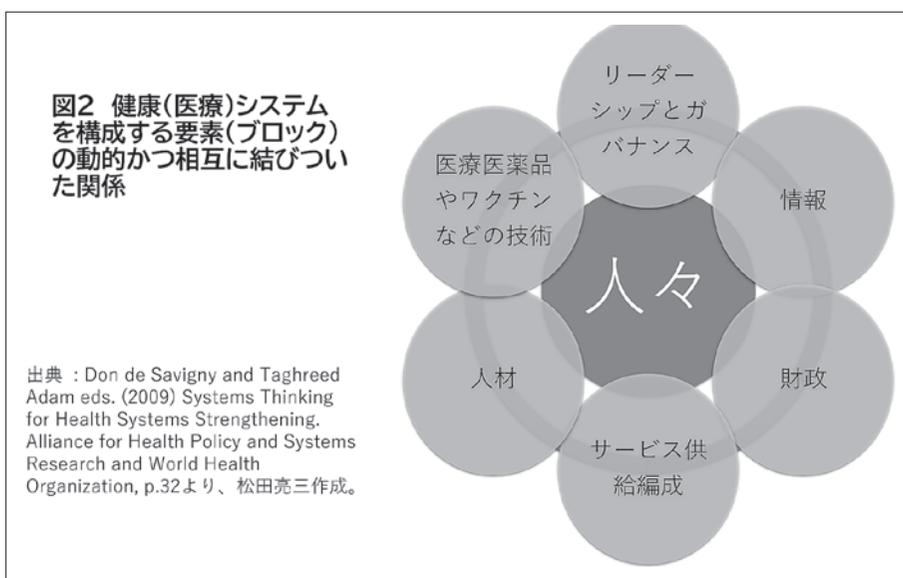
もう一つは、組織改革における効率化です。日本では診療報酬のインセンティブで入院日数、平均在院日数を減らすようにするのが典型的な方法です。しかし、個別医療機関での取り組みには限界があるところから、最近注目されているのが面単位といいたいまいしょうか、入退院の前後も含めた地域全体での効率的実施です。

この点を明瞭な形で示しているものが、米国の

アカウンタブル・ケア・オーガナイゼーション（ACO）というものです。これは何かとえば、日本では巨大な建物を作るときに共同事業体、ジョイントベンチャーを作りますが、複数の医療機関が連携してそういうものを作り、そこが一括してケア提供に責任を持ち、その連携組織に保険から支払いを行い、その中でお金を分割していくというようにやっているものです。そういう形で組織間統合を図っていかうという発想があります。これは米国の話ですが、DPCのようにひとつの医療機関で効率化を進めるだけではなく、地域単位で進められないかという発想がだんだん強まっているという特徴があると思います。

それとの関係でプライマリ・ケアも注目されています。最近出されたOECDのレポートでは、もっとチームを組んでデジタル化を進めて、それで専門ケアとも素早くつないでいくと、プライマリ・ケアはもっと効率的にできるのではないかと問題提起しています²。その際に、いわゆるゲートキーパーがOECD各国にあるかどうかをまとめており、いろいろな国が義務的紹介制度や登録制度を導入していることを示しています。

日本におけるかかりつけ医の概念は、あくまでも医師と患者の関係で、政府はそこに関知してい



² OECD (2020) Realising the Potential of Primary Health Care <https://www.oecd.org/health/realising-the-potential-of-primary-health-care-a92adee4-en.htm>

ません。他の国では保険上の登録という仕組みを含めて、ゲートキーパー制度を試みている国も結構多いです。ですから、もっときちんとできないかという発想はわかるので、そういうものをいろいろ考えていく流れがあります。

一方で、これは医療界だけではなく、ワークライフバランスの問題が非常に大きくなっています。多様性 diversity の尊重—LGBT も含めた性的なこと、あるいは人種的な多様性など、いろいろあります—を含めて、それぞれの価値を尊重するという大きな流れがある中で、仕事の場面ではワークライフバランスが出てきています。

これは非常に大きな問題で、日本でも医師の働き方改革という話もあり、開業医も勤務医の先生も含めて、ご自身の職業生活での満足や貢献と家庭人としての生活をどう両立するのかを、非常にリアリストリックに考えていく必要が出てきているのが世界的トレンドです。

するとプライマリ・ケア場面で一人で診るスタイルには、この点で難題に直面する可能性があります。さきほどの垣田先生のお話が本当にその通りだと思ったのですが、垣田医院の場合は、お二人で医院を運営していらっしゃるのです、まだそのリスクがヘッジできているわけです。民医連の場合は、診療所も含めてチームでやられているところがあるので、一定の受け皿があると思うのです。しかし、ソロで開業している先生、まったくの単独で開業されているところは、非常に大きな問題に今回のコロナでも直面しただろうし、ワークライフバランスという意味でも難しい問題に直面することがあると思います。

こういう話と患者中心主義の促進が重なりあって、アメリカではメディカルホーム（かかりつけ医としての継続ケア等の診療スタイルを定式化した概念）³の議論があり、プライマリ・ケアに関心が集まっています。ほかに医師と看護師など多職種へのタスク・シフトの問題もありますが、ここでは省きます。

3-3. 政府の考え方と現場の実感

松田 一般的にヨーロッパの医療政策の考え方では、「必要な医療を効率的に実施する」という考え方が基本になっています。これと同様の考え方は、財政制度等審議会に2018年4月11日の会合に出された財務省の資料「社会保障について」でも提示されており、それは「必要な保険給付をできるだけ効率的に提供する」という言い方となっています。すると今後の発想としては、入院外来機能の可視化と、それを踏まえた議論を経た再編というルートが考えられます。

すると日本の医師のみなさんには、政府の介入、官僚統治の傾向があるとして嫌がる傾向があります。しかし少なくとも、これまで日本で行われてきたことを冷静に眺めると、かなりソフトなアプローチで、強引に何かこうするというのではなく、あくまでも検討してくださいと迫るといったやり方で進められてきているのが特徴です。

もう一つ、政府は一応、地域ごとの供給体制の多様性を考えています。だから地域を通じて地域ごとの調整をしてくださいと言っているのですが、その分、各地域の差がどうなっていくのかが不明という状況が日本にはあります。

この二つの話が基本には通じています。地域医療構想をどう考えるかという問題はあって、確かに進め方には議論があったのですが、地域医療構想は結局、わりと緩やかにこれを進めようという政策の展開だと理解できます。つまり政府がすべて仕切って何もかも画一的に決めていくよりは、現場のところであるべく議論して決めてくださいというアプローチを、今のところはしているということなんです。

それではもっと強引なやり方ができるのかといえば、例えば政府が病院の類型を全て決めてしまうなどです。例えば中国では、病院が1等、2等、3等と決まっているのですが、そういう類型をすべて政府が決めてしまい、画一的にあてはめなさい、10年後にはやりなさいとするのは、日本にはなじまないでしょう。しかし、10年後にあてはま

³ 日本語での紹介として、次の論文が参考になる。日本内科学会専門医部会地域医療教育プログラムワーキンググループ・高林克日己・大生定義他(2015)患者中心のメディカルホーム(Patient-Centered Medical Home: PCMH)の概念紹介にあたって。日本内科学会雑誌 104(1): 139-140。

らないところは廃業してもらいますといった強引な方法をとる国もないわけではないのです。日本のやり方は、いまはソフトに進められているという特徴はみておく方がいいのではないかと僕は思っています。

ソフトな方法だからいいかという、それはまた別の問題です。実質を考えていくときに、皆さんの先程の話の問題になってくるのですが、やはり人的体制をどうするのが大きなボトルネックというか、大きな争点の一つになってくるかもしれないと思っています。それをどう捉えて、どう対応していくのか。

厚生労働大臣が、2018年4月12日の経済財政諮問会議に提出した資料では、現役世代が急減する我が国では医療従事者のさらなる増加には限界がある、あまりスタッフを増やすことはできないという前提のもとで、既存施設の再配分、スクラップ&ビルドにならざるを得ないという論理になっています。そういう考え方もあり得る気もしますが、しかし一方で、ひょっとしたら急性期をもっと手厚くすることで、今の体制を擁護していくこともあり得るのではないかと考えます。

というのは、日本の病床数が他の高所得国に比べて表面的には多いのは事実ですが、病床の機能がどうなのかがまだいろいろな意味ではっきりしていないと、研究者はだいたいそう思っています。まず精神病院を除いても日本は一般病床が多いのはわかっているのですが、長期療養を入れたり、それから日本は世界の最先端の高齢化なので、リハビリにも非常に力を入れたりしています。そういうものを入れた場合に、今のいろいろな機能のある病床をシンプルにスクラップ&ビルドしたら、果たしてうまくいくのかどうか。このあたりは、現場の先生方にむしろ伺いたいところで、この争点があるのだらうと思います。

仮に病床を活かしながら、さらにICUなどもっと充実させていくことを考えたら、もっと人手を増やさなければいけないという話にやはりなってきます。日本は人口あたりの医師数が少ないわけですが、それを抜本的に何とかする話がでてくるので、そこをどう考えるかが最終的には医療機関の配置にも関わっていく。ここをどう見るかがかなり大きいと思っています。

吉中 医療政策を検討する立場から、世界的な流れの中で日本の政策をみる視点を話していただきました。民医連や保団連の運動する立場からですと、政府の方針は経済一本やり、医療費削減路線であると厳しく批判してきました。しかし、実は医療の革命が進行してる中で問われていることは何か、すなわち今後の医療をどのように形成していくかというところは、角度が非常に難しいので、あまり議論の前面には出ないですね。民医連や保団連でもそうですし、厚労省自身もそうだと思います。急性期や回復期といった病床機能の定義が便宜的であることなどとともに、議論のためのデータ共有などの基盤整備が不十分なことが、日本の議論の弱点かもしれません。

4. 医療費の考え方と病院経営

吉中 さて松田先生からのお話にあった医療を変えていくという大きな枠の流れの中で、私たちは今のコロナを経験しています。一方で現場の実感としては、経営を維持するのに汲々としなないといけないし、病床もとにかく90%を超えて埋めないといけない、人の体制も非常にギリギリということやってきています。この現状を改革につなげるためには、どんなことが考えられるのか、高橋先生、いかがですか。

高橋 少しずれるかもしれませんが、医療費の問題に関していいでしょうか。

民医連や保団連の立場としては、実際に現場で困っている患者さんの矛盾の観点からですと、これ以上医療費を削減するのはけしからんという論調が多いと思います。病院を経営している者の立場からいうと、まず自分たちの病院が生き残るためには、これ以上医療費を削減されたらたまらないと、そういう立場からの反対になってることが多いです。

松田先生にお聞きしたいのですが、そもそもなぜ医療費が増えてはいけないのでしょうか。日本では「医療費亡国論」が40年前に出てきて、ずっと現在も続いているわけです。医療費が増えてはいけないというのは、さきほどのお話では公的な財政が投入されているから、税金が使われてるか

らとのことでしたが、もう少し詳しくお話しいただけますでしょうか。

松田 国際的に見ると、医療費が増えてはいけないという議論がまずあるわけではないのです。医療費が増える増えないという話と、効率が良い悪いというのは、ちょっと別の話になります。

例えば経済学者からみれば、公的部門に回しているお金は効率的に使う必要があります。つまり税金や社会保険料は、みんなが出している。企業もそうですが、かなりの部分は市民、住民が出すので、だから効率的に使っていることを説明する必要がある。それが、やはり政治的には大きいのだと思います。

だからミクロ経済学者は「効率的かどうか」に関心があるのですが、何かを減らすという話とは別なんです。しかし日本では、毎年この分を増やすにはどこからどうとるという話を財務省がやってるわけですから、どちらかというところ「増やすか減らすか」が常に問題になってきたのは事実です。

しかし政策目標としては、医療費をシンプルに増やすというよりは、やるべきことはやらないとまずい、そこで効率をどう追求するか、むしろ逆にそれを徹底するのだ、となくなってきています。ある意味では怖い面でもあり政策が医療の内実に踏み込むことにもなってきてるところがあります。

従来は、医療の中身に対して政府などはあまりタッチしない、つまりどんな診療をしてどんなサービスをするかということ、医療の専門家である医師などの医療従事者が考えておけばいいだろうという話でした。そこも含めていろいろな知識が積み重なって、効率は徹底しますよとなってきた。しかし、もしその徹底したことが政治的なことでもなにかが発生したら、この政治責任はあまりにも重くなりすぎます。例えばイギリスなどでは、もし、そういう極端に命を削るような政策がなされたら、それだけで政権が吹っ飛ぶかもしれません。

それなのでイギリスの医療政策の方向としては、医療費の効率化は良いのだけれど、サッチャー政権の失敗もあって、こうしたらよりうまく節約できるとは言うのですが、シンプルに減らすとはあまり言わなくなっています。その分、例えば

医薬品の経済評価などと、医療の実質にかかわるところまで政策が関わるようになってきているところがあります。

先ほど紹介した財務省の視点の提示ですが、「必要」という言葉は、政府はあまり言わないので、こういうことを言ったのは興味深いです。厚労省は伝統的に、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制」（医療法第一条）をもとに議論しており、必要という言い方はあまりしていません。

この「必要」という言葉は非常に強い言葉で、社会政策ではこういう言葉がよく使われ、基本的に必要なものはやはり整備しなければいけないのだという議論になります。こういうことを受けてちょっと興味深い言い方だと思いました。

「必要」ということを前提とすると、むしろ争点は必要な範囲とはどこまでなのか、ということになります。こういう点が問題ではないのかなど、言うなれば細部の点検といましようか、そこが非常に重要になってきてるのだらうと受け止めています。

高橋 我々のような現場医療者にとって、政府の政策がどのように反映されるかということ、一番簡単なのは診療報酬です。診療報酬の改定が2年おきに行われますが、この40年間、ほとんど上がってこなかったのが、急性期病院である立川相互病院ではずっと赤字が続いていました。先生のおっしゃるとおり、やはり自分たちの働き方が効率的ではないのではないかとずっと反省しながら、どこが悪いのだらうと考えていたのです。

ところが2010年に、突然、黒字になりました。1回だけ。なぜかということ民主党政権のときの診療報酬の改定があったからなんです。その時に、自分たちが毎年苦しんでいる赤字は政治によってつくられているんだということを、身にしみて感じたことがありました。

そういう経営の苦しさは何に反映するかということ、もちろん物品、新しい医療機器が買えないということもありますが、一番には人件費に反映します。したがって職員の生活が非常に貧しいまま据え置かれています。働く側も続けようと思ってもなかなか続けられない状況もあるし、経営側も十分な人員を置くことができない、そういう貧し

い医療体制になってるのは、やはりこの診療報酬のせいだろうと僕は思っています。

コロナに関しては2020年4月からコロナの患者を受け入れ始め、4、5、6月の3カ月間で約1億円の赤字ができました。コロナ患者を診るといことで体制を取らなければいけないし、コロナ以外の患者が来なくなってしまったということもあり、赤字になりました。それを当院の副院長の山田秀樹などがテレビに出たり、それから国会でも国民民主党の議員が来てうちの実態を調べて質問してくれたりしたということもあって、全国のいろいろな運動の力で補填金が出るようになったのです。それ以来、コロナを診ている限りは、立川相互病院の経営に関しては安心してやれる状況が一応は続いています。

ただし、今は全部で8病棟のうち2病棟をコロナに割いているのです。コロナ患者が多い時にはコロナに転換しますので、医療構造が変わってしまいます。したがってコロナが終息した時に、元の患者が結集できるかという不安は常にあります。

吉中 病院の経営に話が及びました。尾形先生のところは中小病院ですが、とにかく余裕のない中で医療活動をやってきた流れがあり、コロナに突入したということでした。今後に生かせることと、変えないといけないことということでは、どんなことがあるのでしょうか。

尾形 先日、日本 HPH ネットワークで年1回のカンファレンスがあり、台湾のお話を聞きました。台湾は、2003年のSARSの時にかなり痛い目に遭っていて、その後にしっかりと振り返りをしているのです。台湾はミクロ・メゾ・マクロの視点での振り返りをしていて、どうすれば次に対応できるかを議論してきていたのです。その結果、今回コロナの件ではうまく対応できていますから、日本は本当にそこがダメだと思いました。

自分たちもそうですが、うまくいったことはなんとなくそのまま継続して、そこからさらに発展しないことと、悪かったことをどう見直すかはなかなか組織の中でも十分にできません。それが地域や行政レベルになると、さらに難しいです。コロナのワクチンのブースター接種にしても、根拠

があまりはつきりしない8か月後ということで見切り発車です。そういう振り返りが非常に弱いというのは、本当にうまくいっていないと思いました。

提供体制に関連してもっと効率的にできることがあるというのは、本当にそうだと思います。日本の医療はこれだけICTが進んできたにもかかわらず、無駄なことをたくさんしていて、それが許される仕組みになっているので、やはり何とかしなければいけないとは思っています。何が根本的な問題なのかがよくわかりませんが、コロナに関しても無駄なことを繰り返しやっています。本来もっとできなければならないことを反省しないものですから、第4波、第5波、第6波と来ても、改善されないとところは一向に改善されないままということが残念ながら起きています。

中小病院としては、結局、医療は小さくなくても、何かをやる時には関わる人がたくさん必要になるのです。診療報酬制度では中小病院がごちんまりとしていく仕組みにされているものですから、どうしてもかなり危なっかしいことをしないと黒字にならない気がしています。それで危ないことをするかというと、もちろん、そういうわけにはいかない。真面目にやろうとすると、どうしてもお金がかかったり赤字になるところを作ったりしますが、それを抱えながらやるしかないというのがあります。

内部的には、結局、いろいろな診療報酬の仕組みで、ここに手をかけていけば儲かりますというところにエネルギーを割かなければいけない。例えば在宅やそういうところを今やらなければ、もうこの規模の病院が生き残れないとなっています。

いろいろと無理してやろうとすると、職員の中にいろいろなハレーションが起きてしまいます。例えば眼科や耳鼻科の医師に対して往診に行ってくれという話になります。しかし現実には求められているニーズには応えきれないので、できないのです。そんなことが繰り返されているので、非常に苦しいです。

やっぱり、きちっと振り返りをして効率的なことも含めて修正していくをしないと、冒頭に吉中先生が言っておられましたが、100年に1回しかないようなことで反省もせず、何かその場し

のぎでやってしまうと、また違ういろんな問題が起きた時にも何もできないのではないか。何もできないというのではないですが、また、みんなの現場の個別の努力で、ちょっとずつ切り抜けていく。いまのところ今回はこれで済んだから良かったですが、本当にこれで大丈夫かなというのは常に思っています。

吉中 中小病院は転換を一番迫られていて、そのキーポイントには急性期寄りだった病院をどうするのかという話があります。わが国が超高齢社会に突入して進んでいく中で2025年問題、2030年問題、2040年問題などが課題として取りざたされてきましたが、コロナはこれに対する対応を促進しているのとらえる向きが多くなってきていますね。

医療機関の経営の実態ということで私の経験をお話しますと、よく医療機関の経営では赤字病院が6割ぐらいあると、だいたい厚労省のデータではそうなっています。これが医療機関経営の厳しい実態として認識されています。しかし医療経営の厳しさはこれだけではありません。スクラップ&ビルドに直結する経営破綻という観点がとらえられていないような気がします。

うちでは帝国データバンクに請求して、京都のいろいろな法人のデータを見るようにしています。ある大きな法人の利益率は1%~2%ぐらいでギリギリ黒字病院になるのですが、実は借入金が多くて年間20億円を返済しないといけないのに、現預金として確保できているのは10億円程度というような病院もあります。不足分は借りて返しているなど、何かあるのでしょうか。しかもその病院は、日本の医療界では良い病院のようにみなされているところで、非常に驚きました。そんな実態が見えていないことが結構ある、現場の実情が政策的に確実に反映していないなと思ったところです。

5. 開業医と医療提供システム と医師の働き方

吉中 垣田先生、開業医の先生として経営のこともすこしお話しただきたいのですが、松田先生が言っておられた一人でやるという医療提供の実

態のリスクや困難さ、そこは今後の見通しとしていかがでしょうか。例えばグループでやるなどにはあり得るのだろうかなど、先生の実感としてその辺はどう感じていらっしゃいますか。

垣田 今回のことで一番感じたのは、開業医はシステムティックに仕事ができないということです。もうすこし訓練をお互いにしていけば、助け合うことができると思いましたが、やはり自分のところはリスクをできるだけ避けて通りたいというのがあるので、保険医協会の理事会の議論でも、積極的な意見は出なかったですね。皆さんが不安に思っておられるので、そっと通り過ぎるのを待っている。もちろん議論ができないので、どういう方向へ行くのかを自分たちでなかなか決められない。どうしても消極的になり、見守るしかないという感じでした。

私は、今後は開業医もグループ診療のようなことをしていかないと、今の形態はなかなか難しいと思います。うちは子供たち3人が医者になったのに、誰も継ぐと言わないのです。病院に行っただけで楽しくそうで、私たちもそれを見て、ああいなと思いますので、そうなると、もう自らを否定しているような話になってしまいます。

もう10年くらい前でしょうか、私はリハビリ学会の研修でイギリスの医療制度見学に行ったことがあります。そのときに診療所をひとつ見せていただいたのですが、医師15人くらいが集まってグループを組んでおられて、女性の所長さんは時間外で仕事をしておられ、フルタイムではないんです。

独立して看護ルームがあって、看護師さんが3~5人ぐらいいて、すごく楽しく仕事をしておられました。それを見て、私もこういう形で進んでいくのがいいのではないかなと思いました。しかし所長が言われるのには、お金の面では話にもならない、所長さんのご主人が弁護士だったのですが、雲泥の差がありますと。そこではイギリス医療の大変さをいろいろと教えていただいたのです。

アメリカにいたときには、グループではなく、日本の形態と同じです。その先生が例えばケガをされた、病気になられたら、その診療所は休みになると思います。病院とネットワークを組んでい

るので、他の診療所がカバーできるようなことはあると思いますが、日本はそれを習っていると思います。

実は近所の開業医の先生たちと、グループでという話が出たことはあるのです。特に介護保険が始まる前後ですね。しかしなかなか具体的にはならず、困ったときには誰に頼もうということにはなっていますが、それを常にやろうということにはならない。特に今回のような感染症を相手をするときには、一診療所では絶対に無理ですので、それをみんなでという議論をしなくてはいけないと私もずっと言っていました。しかし医師会もそういう立場にはなかなか立ってくれないし、保険医協会でも言い出しにくくて、ということで、2年間見守ってきた感じですね。

吉中 日本の開業医制度はソロでやるのが前提です。民医連でも、従来は、拠点の病院を中心とした医師のネットワークで診療所を支える集中体制を作るということでやってきましたが、京都の場合でもそれはもう不可能なのです。そうすると各診療所が自立して、後継の所長さんを確保することになります。

実は10年前と違い、今は所長をやろうという人がけっこう確保できるようになったと思います。ひとつには新設医大を卒業した世代の波で、ちょうど60歳を過ぎてリタイアしているんですね。しかしみんな元気なので仕事ができるので、診療所の所長や介護施設の責任者など、いろいろやってくれる人が出てきています。それからもう一つの波として、地域枠などによって医学部定員が増やされた後の先生方が卒業して10年ぐらいになりますので、若い先生の世代に総合診療的なことをする人も出始めているなという感じです。そういうことで手当てはできる。しかしソロプラクティスについては、大きく抜け出すのはなかなかできていないですね。

私のところでいうと、かつて手狭になった京都民医連中央病院の外来を独立させ、門前診と呼ばれる診療所に出しました。ここにはたくさん医師がいるので、その辺が橋渡しになりながら何かグループ的なことができないのかなという問題意識ぐらいはあるのですが、うまい方法はちょっと

できておりません。

今のようなことは医師の働き方改革につながる面もあると思うのですが、松田先生、世界的な動向として見えることはあるでしょうか。

松田 イギリスでの患者の一般医への登録は、以前は医師個人にする方式でしたが、現在では診療所に登録する方式に変わっています。これにプラスして、診療所が開いていない時間をどうするかという議論をずっとしています。アウト・オブ・アワーズ (out of hours)、要は夜間などです。日本だと夜間診療 (夜診)、関西では夜診を頑張っておられる先生が特に多いわけですが、その時間あるいは夜中をどうするのか。いきなり救急に行くのか、その間を担当する医者をどうやって作るのかと議論があり、株式会社に委託するなどいろいろなパターンがありました。うまくいっているかどうかはこれまた別ですが、患者側のことをベースに、結構真剣に議論しているというのはありましたね。

フランスには、5、6年前に行ったのですが、そのときプライマリ・ケアに熱心な先生が、最近フランスではプライマリ・ケアという学問がやると自立したのだという話をしていました。フランスの場合、病院と一般医という開業医の距離がかなり遠く、しかし若い人は特にグループでやろうとしている感じが多いという話を聞きました。

ヨーロッパの国では、やはりワークライフバランスにも配慮するのは前提だと基本はなっているので、そこを前提にしてどう組むかという問題があると思うんですね。日本的ソリューションが、そういうグループ診療になるのか。もうちょっと大きい受け皿をつくって交代で診療に行くパターンなのか、あるいは通常はソロで何かあったらバックアップ体制があるなど、いろいろな解決の仕方はあると思うのです。単純によその国のモデルを出すよりも、日本的やり方がどうなのかと考えることが大事かなと思っています。

国がいろいろ言っても、最後は現場がどう変わるかということと考えた場合に、さきほど高橋先生がおっしゃったような現場のその余力のなさが、やはり非常にまずいところがあると思います。日々のことをやっているだけでヘトヘトとなり、

それも続くかどうか分からないという状況で、もっと効率的にこうしたらとか、こう工夫したらうまくいくのではないかというのは、なかなか進まないという感じがするわけです。

改革のコストをどう考慮して入れていくのか、改革のための余裕をどう考えるのかが、ポストコロナを考える上でもとても大事で、その点でいうと今の診療報酬がカツカツなのをどう考えるのか、これは難しい問題です。

ちなみに、医療財政の中心は社会保険ですが、そうではなくて補助金分をもっと増やしたらどうだというアイデアも聞いたことがあります。つまり政策、診療報酬が決まったらサービスを行った分は出ていくとなるのですが、新しいプロジェクトを起こしたらいくら払うという、いわゆる「地域医療介護総合確保基金」を応用する部分を拡充していくという発想です。今回コロナでも大幅に財政出動していますが、今後増えてくるとすれば、診療報酬のところでは基本の枠をはめることが大きく、新しい方法に移行するとなる時には診療報酬と違うスキームを考えてくる可能性は大いにあるのではないかなと思っています。

6. コロナ診療の負担と今後への教訓

吉中 さきほど病院の話がありましたが、立川相互病院は2016年にリニューアルして軌道に乗ったところでコロナに立ち向かうことになりました。高橋先生、移転前の病院だったらできなかったことができた、あるいは以前からICT（感染症対策チーム）の動きの蓄積があったからできたことなど、振り返った場合に何かいえることがありますでしょうか。

高橋 まず病棟の構造が、たまたま各病棟が閉め切りやすい形であり、単一の病棟をコロナ病棟にすることが比較的たやすくできたということはあると思います。それから新病院を建てるにあたり、陰圧室を各病棟に1つずつ作っていました。実際はパンデミックになった、感染爆発したときには陰圧室で済む話ではないですが、コロナ病棟以外の病棟でも、コロナを否定できない患者、PCR

は一応陰性だけれど肺炎像がある患者に関しては、もう1回PCRが陰性になるなどとしっかりとコロナが否定できるまでの間、コロナ病棟以外の陰圧室で防護服を着て対応することが可能になりました。スタッフの負担は大きいですが、構造的に受け入れやすい形だったと思います。

ICTについては、おっしゃるとおりです。当院にはICN（感染症専門の看護師）が2名、それからICD（感染症制御の医師）が3名います。専門のスタッフが非常に精力的に仕事をしてくれていますので、本当に彼らのおかげでなんとかここまで乗り切ってくれたと思います。

実は新病院を建てた5年前は、ちょうど東京オリンピック開催が決まり、アベノミクスが始まりという頃で、建築費が高騰した時期でした。そこで元々の構想よりも病院が2フロアほど削られて、6階建てになってしまったので、外来をまったく持ってこれなかったのです。したがってコロナの患者を診るにしても、そもそも外来のスペースがないようなところで敷地もあまり広くないので、病院に近接してプレハブを建てて発熱外来をやっていたら、消防署から文句が出ました。既存の建物に近いところに建てすぎだということで、1年ぐらい粘ったのですが、とうとうもうこれ以上置いておいたら罰するぞと言われたので、仕方なく職員用の駐輪場、自転車置き場の方にまたいくらかお金をかけてプレハブを移転した状況がありました。

尾形 中小病院でコロナの入院を受け入れてないところは、行政からの補助金はほとんどなく、協力金がすこしだけ出ます。これも金額は全国一律ではなく、札幌市はまだいい方だと、札幌市の中では言われています。例えばワクチンをたくさんやれば、ほんの少しだけ、空気清浄機を買うぐらいのお金は出るのですが、それ以上のプレハブを建てるお金なんか絶対に出ませんし、ワクチンも結局それにかかる人件費を考えると、ほぼ間違いなく逆ザヤだと思うぐらいの現状です。

中小病院や開業の先生方にとって、このコロナでやっていて、いいことは何もないなと思っているのではないかと思いますね。やはりコロナの患者さんを受け入れたいとは思っていますが、結局、

病院の構造的にまず無理だということもあります。今日もコロナ陽性の患者さんを診ましたが、12月31日から保険点数が下がったので、検査してもするだけ人件費や材料費を考えるとマイナスになるのです。たくさん患者さんが来て、たくさん検査するとマイナスになる仕組みなのに、コロナの発熱外来に協力せよと言われても大変だなと思いつつやっています。

また札幌市では、電話診療でその後のフォローをすると、1人1日2,400円ぐらいの協力金が出ます。1日に何回電話しても2,400円だけ保障される仕組みで、現実にはその電話対応を医者が一人やって、それをまた役所にその状況を報告して支給されると考えると、これもまったくボランティアに近い内容にしかありません。患者さんに感謝されるところが唯一のインセンティブかと思えずし、僕らの病院としての力量アップにはなると思うのと、あとはやはり、患者さんを放っておけないのでやるしかないということで頑張っています。市の全体では電話診療に協力してくれる医療機関がすごく少なくて、毎日どれぐらいの電話診療をやっていますと札幌市から報告が来ますが、ここ数日、うちで電話をかけた件数と同じというのが続いていました。まだどこもやっていない。

やればやるだけ仕事が増えて、ほんの少しのバイト代が出るような感じになるので、医者がやる人件費ではまったくありません。しかし現状はそうするしかないしICTも使えないので、結局、電子カルテに自分で入力して、患者さんから聞いた情報をもう一度電子カルテを見ながら、場合によってはそれを紙に印刷したものを役所の形式に写しなおして報告すると、二重にやっています。今日もこれからその作業をするので、夜10時とか11時になります。

そんな仕組みなので、昨年9月にWHOの欧州地域事務局がこのパンデミックを振り返って、いろいろな教訓をまとめた「COVID19 パンデミックへの対応：WHO 欧州地域のこれまでの経験から得られた教訓」を出したのを読んでみると、やっぱり日本でおとなしく従っていると、本当に適当に使われて終わりだなと感じています。

吉中 日本は民間中小病院が多いので、インフラ

整備はやはり後回しになっていた経過があります。リニューアルをすると非常に新しい環境基準になるのですが、京都民医連中央病院もそれまでの状況だとベッド間隔も狭く、とてもコロナに対応できなかったという気がします。インフラ整備が全部置いてきぼりになってしまうと、病院としての機能を失っていく状況になると思うので、その辺はひとつ課題としてあるかなと思いました。

もう一つ、日本の現場ではICT、テクノロジーの活用について非常に問題が多いと言われてたりします。ハーシス（HER-SYS、新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム）の扱いも含まれますが、しかしそれは医療だけではなくとも思うのです。今度の感染症の経過を通じても結局、ファックスで報告をくれとあったりしました。

高橋 これからは全面的にオンラインでとったのですが、そうすると今度は入力項目が多すぎて、それにICNの手が取られてしまって、何をやっているのかわからない状況になってます。僕自身はもともと電子カルテを含むICTに対して懐疑的な側面があり、偏見があるので、あまり良い意見が言えないのです。むしろコンピュータに職員が振り回されて、患者さんよりもコンピュータにばかり向かっている時間が長いと、それを不満に思っております。

7. 医師養成、かかりつけ医、専門医制度

吉中 話題をマンパワーに変えますが、今度のパンデミックを通して、感染症の専門医あるいは集中治療の専門医が足りないのではないかという議論がありました。一方で総合診療やプライマリ・ケアの方も、十分に対応できていないのではないか、その専門性の課題もあるだろうと思われました。そこで医師の専門性という角度で、どんな課題が見えたのかについてお願いします。

これは尾形先生の得意分野かもしれないので、尾形先生からいきましょ。

尾形 コロナのこういうことになる直前に、日本

の専門医の仕組みができました。しかし現場のニーズとは全く関係ない専門医の仕組みであり、養成についても非常にお粗末な仕組みとなっています。その医師は何かやった感があって、自分は何かの専門医ですと名乗ると思いますが、臨床医として本当に患者さんを診る能力、手術をしてきちんと治す能力が今の仕組みで身につくのか検証できるのかという疑問です。しかもお粗末な仕組みで、いろいろと抜け道がたくさんできるようになっているので、実態をきちんと解明したら、きっと国民からはこの仕組みはダメだと言われてしまうと思います。しかし、そんな目線はまったくなくて作っているのが、当面これで動いてきます。そもそも医者そのものが少ないのに、さらにこの専門医の仕組みのために医師の偏在がものすごく起きてしまい、北海道はいろいろと大変なことになっています。

今のところ分析ができていないわけでもないし、この先がどうなるのかもわかりませんが、コロナの第5波までは比較的医師の集中した地域での感染者数が多かったと思います。京都もそうですし、東京や大阪ではとても苦労したと思いますが、それでも比較的医師が多いと言われている場所でした。最近では毎日のニュースで感染者が最多になりましたという地域がたくさん出てきますが、例えば山口県や東北地方などの医師の少ない場所で増えています。北海道でも、札幌や旭川はたくさん医師がいますが、そこから外れるともう全然いませんので、もし、いま札幌で起きているような患者さんが押し寄せるようなことが起きると、地域医療が破綻するというのは容易に想像できます。医師の絶対的不足や医師の偏在をきちんと埋めていく仕組みをつくらないまま、専門医の制度だけを作ってしまったので、みんな専門医を維持するために、自分がそういう仕事をするために居場所を構えてしまうので、うまくいかなくなっているというのがあります。

また初期研修の教育のときに、専門医になってからはできないことをきちんと教育するのだということが徹底されてないものですから、なんとなく医者として通用できますよというあたりで2年間が終わってしまうのです。その後、十分なトレーニングをしないまま、ものすごく偏った専門

分野になっていくのは非常に心配しています。

専門医のみなさんは、上に登りつめると思っているのですが、サブスペシャルのサブ(sub)です。実際は何かどんどん深掘りして穴に埋まっていくようなことをやっていますので、隣りも見えませんし、上から見渡せるわけでもないのです。非常に危ないのが日本の専門医の仕組みであって、どこかでまた大きく改革されないと、きっと変わらないだろうとは思っています。10年ぐらいで変わってほしいとは思っているのですが、難しいかな。

コロナでもそうですが、皆さん「この分野が足りない」と言うのですが、それでは足りないのを合計したらどれぐらいになるのかという計算も何もずっとしないまま、この10年、制度設計してきたのです。一時はいろいろ議論されていたようですが、結局、日本の中でそういうことの音頭をとる仕組みもできないままになって、ニーズもわからないまま、なんとなく専門医になりたい人のニーズだけで制度設計してしまった。それと学会のそれぞれの力関係や財務関係などで決まってしまう、大変なことになってしまったというのが今の日本の専門医の状況ですよ。また戻す、戻すではなくて、違う方向にもう1回変えるのは、ものすごいエネルギーがかかるだろうと思っています。

吉中 高橋先生、今の専門医の医師数もそうですし、専門医の分野による数、特に感染症や集中治療が足りないと言われること、専門医の育成、過不足などを含め、課題を感じていらっしゃる点があれば教えてください。

高橋 今回の感染流行に関していえば、当院のICD(感染コントロールドクター)は、二人は総合内科で、もう一人は呼吸器内科の医者ですので、感染症のみを日常的に行っているわけではありません。日常的に感染症のみを行っていても、そういう需要はちょっとないだろうと思います。

それから集中治療についていうと、昨年8月の流行期には、当院で同時に4台のレスピレータ(人工呼吸器)と6台のネーザルハイフロー(高流量の酸素を鼻から入れる装置)が稼働しました。これは呼吸器内科とICDの医者が監督しながら、

外科医も含めて各科の医者が協力しながら管理を行って、なんとか乗り切ってきました。しかしやはり集中治療医が院内に複数いたならば、もっとスムーズなのかもしれないと思っています。

吉中 垣田先生、コロナをめぐる議論の中で、かかりつけ医の制度化という議論もやはり加速をしています。立憲民主党の議員が人頭払いを含めたかかりつけ医制度、まずはワクチンとかの予防活動などを人頭割でできるようにしたらどうかという提案をしています。

かかりつけ医制度のあり方について、垣田先生の問題意識を話していただけますか。

垣田 かかりつけ医については、戦後すぐから政府は狙っていたわけで、要は財政的な問題だと思います。効率的に把握できるし、しかも医師に責任を負わせてまとめていこうという魂胆が見え見えなんです。たびたびかかりつけ医制度については提案されてきているので、そのたびに私たちも議論を重ねてきているわけです。

もちろん、良い側面もたくさんあります。今回のようなワクチンについても、自分のところにもいつも来ている患者さんへの注射は何も怖くないです。初めてであっても信頼関係が絶対的にありますので、そういうところに根ざしてのことならば、かかりつけ医には良い面があるといえるでしょう。しかし、はじめから政府の魂胆はやはり財政的なものというのが明らかなので、そこは気をつけなくてはいけないと思っています。

今回、看護師も医師も、皆さん本当に献身的に働いておられて、テレビの報道などを見ると私たちも頭が下がる思いです。日本の医療制度の良さとか、どなたも仲間として誇りに思えます。今日も高橋先生、尾形先生のお話を聞いて思いますが、志がきれいですよね。信頼できる、医師は本当に患者さんのために何ができるか以外のことは考えないですよ。

お金をたくさん儲けたい、ちょっときれいな仕事や生活をしたいというようなことを、医師は思いません。患者さんのために何ができるかを目的にすなりとタイアップできる医療提供体制のもとを作ってきたと思います。ですからここを

信頼して、みんなで仕事をどうやって進めていくかということに考えを集中させて整理していけばいいのではないかと思います。

今回、特に開業医はどの方もそう思ったと思うので、こういう時にはここに相談して、こういう解決ができるという道筋さえできれば、もっとみんなが安心して仕事ができると思います。そのすべてを個人で責任をとって、どうしようと言っているままでは、医療者としてはまだまだ足りないところがあると思いますので、組織の力、連携の力をもっと真剣に考えてほしいと思いますね。

吉中 ありがとうございます。尾形先生に追加してご意見を伺いたいのですが、今回のコロナの経験の中で、総合診療医の人達は活躍できたのでしょうか。

尾形 総合診療医それぞれが、どう立ち回ったのかはよくわかりません。しかし民医連の病院では、入院受け入れのところでは総合医が結構頑張っていました。あるところでは高橋先生がおっしゃったようにICDの役割を総合医の先生がずいぶん果たし、入院も頑張って診ていたと思います。

実はうちは、今は内科の専門的な医療をする医師を勤医協中央病院という急性期病院に集中しているので、ここは総合医だけが立てこもっているような病院なのです。だから僕らも医師3年目の専攻医1年目の先生も含めて、発熱外来ではすごく頑張ったし、最初にお話しましたが、いろんな外部の危機にも総合医としてお手伝いすることはずいぶんできました。

感染症は、実は全く普通の病気の治療として関わってただけですが、この感染に関する管理でいうと、ずいぶんいろいろとやってきました。これから総合医の出番だと思っているのは、医学書院の雑誌に書いたのですが、総合医がやはりコロナの後遺症をきちんと診ていくべきだと思っています（「COVID-19との“長いたたかい”に備えて」『総合診療』Vol.31 No.1、2021年1月号）。

12月の初めに厚生労働省から「コロナ罹患後症状のマネジメント」というガイドが出ました。さきほど言ったように日本の専門医の仕組みがバラバラなのを一冊にまとめただけなので、非常に使

いにくいです。やはり患者さんのお話をきちっと聞いて、コロナの後遺症の治療やそのマネジメントをどうするかということをしかりとやろうとしたら、総合医が関わらないとできないと思っています。そんな形で出番はたくさんありますが、みんながきちんと関わったのかどうか、全体としてどれくらい関わったかなどは、ちょっと実際にはあまり見えてこない。というのは、このコロナを診る仕組みが非常に行政との関係や病院の規模の関係などと制約が多いので、総合医が自分たち自身で工夫してできているところは、それほど多くはないのではないかと考えています。

またさきほどの議論で出てきたグループについて言うと、札幌市では第5波、第4波のときに在宅などをグループで診ているところは、それぞれに負担がかからない範囲でうまくコロナの診療をしていて、お手伝いできていたように思いましたね。先ほどの電話診療も、一人のところではこの仕事をする他の診療が成り立たなくなるので、現実には大変です。僕らみたいに若干は人が多いところだと、代わりの診療を別な人がやってくれますのでできます。

総合医がもうちょっと活躍する場があるのか、本当にそういう能力を持っているかということ、今のシステムではどうでしょうか。もうすこし検証しないと、まだわからないです。来年あたりには学会や学術集会で、自分たちがどのように診療してきたという報告がすこしは出るかもしれませんが、頑張っている人はすごくやっているのですが、今はまだまとまった発言などは聞いたことがないと思います。

吉中 高橋先生、立川相互病院では総合診療医の活躍はどんな感じでしたか。

高橋 コロナの第一線に立って頑張ってくれたこともありますし、もう一つは従来の仕事ではありますが、かなり削減されて圧迫された体制で、コロナ以外の患者の診療を支えてくれたという両面があります。

コロナの診療自体は、入院してしまうとやることはほとんど決まっています。だから指令さえ最初に出してくれれば、それこそ外科医にもできる

ということで、各科の医者が当番を決めて担っていました。ですから総合診療医も先頭に立ってくれましたけれども、それだけではない状況でした。

吉中 松田先生、医師の育成、専門性などについて、これはコロナを経てこういう変化が出るのではないかなど、その辺はいかがでしょうか。

松田 日本で言えば、感染症専門医をもっと重視しなければならないというのはあると思います。しかしそういう要望が出たからといって、すぐ増えるわけでもないという難しさがあります。総合医のことも含め、制度化で対応できる部分もありますが、やはり医師の人材育成は歴史的経緯があり専門性をそれぞれ培って、トレーニングをされてなされていくところがあります。時間がかかるので、長期的な展望をどう作るのかが非常に大事だと思います。だから短期的な利害関係でどうこうではなく、長いスパンで考えてこれでいけるという制度にしていく必要があります。さきほどの尾形先生のお話から、専門医制度についてはどうもいろいろと課題が残っているようです。そこを乗り越えるには、やはり長期的な議論をしていかないとうまくいかないだろうと思いますね。

もう一つ、日本は海外医師労働力を取り込むという問題に直面するのでしょうか。介護の分野では、もうかなり海外労働力を多く入れていますが、医師という分野でも入れるのでしょうか。日本語を頑張っている日本に来たいという人はそれほど膨大にはいないかもしれませんが、他の分野のことも考えるとそこそこはいるのではないかという気がします。この問題についての政府の見解は知りませんが、潜在的にある問題です。逆に、日本の医師が海外に行くことも、これからもっと多くなるのだろうと思うのです。そこを含めて長期展望をどう作るかをしっかり考える必要があります。

8. 医師数と医師の働き方

吉中 政府としては、医師数の問題は数が足りないのではなく偏在であるとして政策を推し進めています。当面は様子を見ながら地域枠も絞っていく、これから先の試算では2030年には需要と供給

が逆転してしまうとして対処しています。

しかし一方で、診療の現場では、医師が圧倒的に足りないという感覚をみんなが持っていることが多いし、働き方改革を加えればどうなるのかという話は渦巻いているのに、日本医師会をはじめとして全国組織はあまり医師を増やすと強く言っていない状況があります。しばらくは耐えて増やした方がいいということなのか、今の政府路線が大体いいのだということなのか、このあたり、どんなふうに見たらいいのでしょうか。

松田 難しい問題ですが、僕個人としては、こう考えています。まず OECD 標準で医師数がそれほど多くないということがありますから、他の国の状況も見ながら、もっと増やしていてもいいのではないかと。特に臨床的能力でしか見ていないと思うのですが、僕のように医師免許を持ちながら臨床から離れている人もあれば、先ほど言ったようにこれから医療を効率的に地域でいろいろ工夫しながらやっていくときには、イノベーションをやっていく必要があると思うのです。そういう取りまとめも含めてやれる方々のことも考えた場合に、臨床での必要以上の人数がいるだろうと思います。

それからもう一つ、仮に医師数が多くなっても、海外でやるべきことはいくらでもあるわけで、それは日本の国際貢献にもなるわけです。だから、世界の中での医師という視点で考えたら、日本発の医師はもっと増やしてもいいと、むしろちょっと多くしてもいいぐらいなのではないかと僕は考えています。

やはり業界の方が言うと、かなり声が重いと云いましょうか、日本医師会が足りないと言ったら厚労省も困るところもあるのかもしれない、なかなか慎重な意見でいると思います。

しかし、それでは絶対に増やさなければいけないのかといわれると、すこし厳しいところがあります。臨床の現場からは足りないという声があるのですが、それではなぜ足りないのかを考えなければいけない。単に医師が不足しているのか、偏在か、おそらく両方の混在ではないかと個人的には思っています。簡単には解決できないことを考慮したら、とりあえず人を増やして、そこから考

えたらいいのではないかと思います。

尾形 医師の養成数は明らかに OECD の中で一番少ないですからね。人口あたりの医学部卒業生の比が最下位レベルなので、松田先生が言われた通りだと思います。

自分もいつまで働くのかなと思います。もうすぐ57歳になるのですが、先輩方が頑張っているのを見ると、自分だけ先に早めにリタイアして逃げるといっても、ちょっと考えられない。実は僕の娘はカナダにいて、首都のオタワで看護師をやっていますが、日本の研修医よりも給料がいいんですよ。だから娘のところにとっと逃げようかなと思ったりもします。しかし、先輩方の働き方を見ていると、とてもそんなことは言えないなど。

さきほども70歳代で田舎の診療所の所長をやっている先生と電話面談があり、「とにかく出来るだけの援助をするので頑張ってください」と話をして、1時間くらいは説得にかかるだろうと思ったのに、15分で「わかった、頑張るからちゃんと援助よこせ」と言って終わって、この座談会に来たのです。先輩方を見ていると、今の医師数が余っているなんてとても思えないし、もっと増やしてくれれば、もう少し皆さん楽にできるのではないかと思います。

松田 医師会はなぜ、医師数を増やすべきだとあまり言わないのでしょうか。少なくとも病院関係の人は、もっと増やそうと言ってもいいような気もするのですが。

吉中 病院団体の方が病院の現場では医師が足りないと言っています。しかし、やはり四病協（日本病院会、日本精神科病院協会、日本医療法人協会、全日本病院協会）で組織する全国組織の病院団体）と医師会も含めた統一路線にいるということもあります。

日本医師会は増やせとは言わないですが、それはパイが減るからではないかという推測はありますが、垣田先生、何かご存知でしょうか。

垣田 結局、そうなっていますね。私もそれ以上はわかりません。

吉中 尾形先生が指摘されたように人生100年時代という話もあり、70代で仕事している医師はけっこう普通にいますよね。開業医の先生たちを見てもそうですし、80代も珍しくないようになってきています。だから医師の仕事の仕方の発想を、もうちょっと変えないといけないかなと、私は感じています。ずっと同じようにやっていくのはなかなか厳しく、ヘトヘトになるような感じがしますが、いろんな人生の路線を混ぜていくような形で変えていけば、もう少しキャリアを生かして、それなりに仕事ができるのかなと思います。

松田 僕が一番危惧してるのは、結局こんなにみんながヘトヘトになるまで頑張らなければならぬ状況が続けていたら、医師という仕事は「ブラック」だと嫌がられるわけです。それこそ某電気会社からたくさんの技術者が別の国に行ってしまったように、日本からやる気がある人たちが、どこかに別のチャンスを見出してどんどん行ってしまうことも十分にあり得るのです。そういう事態にならないためにも、むしろ魅力ある職場にしていけることが必要ではないでしょうか。やりがいがある職場であることは確かだと思いますが、それプラスアルファ、人生全体を踏まえたことを打ち出せるような展望を持っていかないと、ちょっとまずいことになる可能性があるのではないかと思います。これはただの憶測を重ねた心配で、あまり具体的な根拠があるわけではないのですが。

垣田 うちにはPT、OT、STが20人ぐらいいますし、看護師も介護福祉士もいるし、補助の人たちを入れたら、週1回勤務の人も含め全部を入れると、40人を超える所帯です。今までそんなことはなかったのですが、このコロナのことを考えると、やはりもう全員の行く末までを心配します。松田先生は前から私に「それでは続かない、みんなもっと楽しい仕事を探していきますよ」と言われるのですが、私も開業医の娘で両親の働き方や周辺の先生方の働き方を見て育っていますので、やはりこれが当たり前という感じで来ています。

看護師たちもPT、OT、STたちも、医療に対する思い入れがしっかりしています。優秀な人材

を私たちは育ててきています。医師が増えることは、私はすごくいいことだと思います。そうすれば、それぞれに分けて仕事できることがたくさんあるでしょうし、一時期、特に女性医師については休みが取れるか、その間ちゃんと他の先生がカバーしてくださるかということが議論されました。そうできるような体制になってほしいと思いますね。

この頃は学校の先生まで派遣の人達が担任を担うとあり、私もびっくりしました。そういう方向ではなく、自分たちがしっかりとイニシアティブが取れるような形での医療の提供体制を残してほしいと思います。

9. 地域との関わりと地域医療構想

吉中 そろそろ最後のテーマです。これは総研いのちとくらしの座談会なので、民医連でいうと共同組織、友の会や医療生協のようなところ、地域の方との関係を意識して運営しています。垣田先生のところも友の会や生協という形ではありませんが、地域密着型でずっとされていて、学校医などいろいろと地域で活動されています。地域の人たちとの関係がコロナの中で変化があったのか、今後の方向の課題意識などをご発言していただけますでしょうか。

垣田 先ほども申し上げたように、自粛自粛と要求されるので、皆さんそろって遠慮を重ねてきているわけです。利用者さんも、コロナでまだ全員が戻っておられるわけではありません。通所リハでは自粛をされて来なくなり、お風呂で亡くなっておられたケースも経験しましたから、やはりきちんと来てもらうようにしたらよかったかなとも思います。

まだこれからですね。皆さんまだまだコロナが終わったとは思っていませんから、まだ慎重に、お互いにカバーしあって生活している感じです。

私自身が3年前に脳出血を起こしまして、仕事から一時期離れたことがあるのです。今やりハビリ室で応援してもらうのは私の方で、「先生、すごく良くなってるから、そのままこれ以上悪く

ならないように頑張ってください」と、皆さんに言われるので、そういう交流のありがたさはやはり独特のものではないかと思います。患者さんたち、地域の人達にとっては、私たちがいなくなったらどうしようという思いがあるので頑張してほしいと言われるし、私たちもそれで仕事をしてきてありがたいなと思います。

吉中 まさに日本で培ってきたソーシャル・キャピタルの典型的なことだと思いました。友の会や地域との関係で経験したことや今後の課題について、高橋先生はいかがでしょうか。

高橋 従来、三多摩健康友の会と立川相互病院との関係は非常に密で、常日頃から友の会からの意見も聞き、こちらからもお願いもし、とやってきたのです。しかしコロナになってそういう会合ができず、やはりこの2年間、非常に大きな障害になったと思います。友の会の会員さん同士でも集まれないので、実際に活動が滞っている状態もあるのではないかと思います。そういう中でも、患者さんあるいは友の会の会員の方々からの応援や援助の気持ちが金銭も含めて非常に多く寄せられましたので、その点は励まされております。

もう一つ、この間少し発展したのは、地域の医療機関との連携という点です。うちの法人の草島健二理事長が音頭を取って始めたのですが、地域の16病院と保健所と立川市と昭島市の担当者までを含めて、月1回、会議をZoomで開いております。お互いの現状や、それから例えばその院内でクラスターを起こしてしまった病院の教訓なども共有して、お互いにその顔を見ながら話ができる関係ができてきました。だから例えば他の病院で患者さんが重症化して困っているという電話が直接に入って、それではこちらで受けますから患者さんを送ってくださいというようなやりとりも頻繁に行っているのです。そういった関係をつくれたことは非常に大きい財産だったなと思います。

吉中 尾形先生、いかがでしょうか。

尾形 地域の方との関係でいうと、うちの病院があるのは札幌市白石区菊水というところで、札幌

の中心部から歩いて10分くらいの場所です。地理的には非常にいい場所ですが、元々は貧困地域だったので、貧困家庭と生活保護の方が押し込められているような小さなアパートがあったり、その一方で単身者が住むようなこじられたアパート・マンションがあったりという地域です。だから札幌市の中では比較的年齢が若い地域ですが、病院の歴史がそれなりに長いので、町内会などとの連携はかなりできています。それはすごくいいのですが、そこに僕らがアプローチできていないことが課題だと感じています。

やっぱりコロナになってから、僕ら自身もなかなか外に出られなくなって、アウトリーチは本当にできていないのです。コロナのアウトリーチだけはしていますが、あとは感染したら大変なので余計なことはしないという感じになっています。そこは逆に、札幌白石健康友の会の方などが地域のことをかなり見守ってくれています。このコロナの前からですが、困っている人に対してうちの病院に行ったらどうだろうと話をしてくれたり、あるいは学校の先生と話してくれたりするので、助かっています。

またヘルスリテラシーという意味では、このコロナでまだまだ一般の人のヘルスリテラシーには課題があり、ワクチンにしても何にしても、それに対する医療機関や行政の側の説明責任があまり果たせなかったと反省しています。そこをもうちょっと高めるために、単に知識を伝達し教えるだけではなく、地域の人たちがそこに到達できるような道筋をもうすこし考えなければだめだと思いました。日本で言うヘルスリテラシーと世界で言っているのではちょっとニュアンスが違うので、そこはもう少し自分たちの課題として次に取り組まなければならないと思っています。

さきほどのWHOの教訓などのように、世界ではいろいろな面白いことをしています。いまは行けません、インターネットで情報が手に入るの、いろんなものを見ては仲間うちに紹介することをしています。そういうものを読むと、さっき言ったようなことに取り組みないと地域を守る医療はできないと思うので、友の会や共同組織のところでリテラシーを高めるような仕事をしないとダメだなというのが、現時点で思っていることです。

吉中 松田先生、コロナを通じて地域社会、地域の人達と医療提供側との関係では、今後、何か変化が起きるのでしょうか。

松田 恐らく変化はあるのですが、どういう変化になるのかはこれから注意したいですね。

僕はいま研究の場にいるので、医療的知識が比較的ある一般人という感じになっているのですが、自分の体験でいうと、家族が別のことで調子が悪くなったときに、初めてかかった先生から「喉が痛いならコロナの可能性があるから、うちでは診れません」とそのまま返されるだけだったという寂しい経験をしました。結局、それには自分でなんとか対応しましたが、どこへ行ったらいいかぐらいは言ってほしいと思いましたね。

その経験から思うのは、一般市民からすると、医療は一連の仕組み、ワンシステムとしてきちんと機能してほしいというのがあるわけです。今回のコロナでも、最初はどこに相談したらいいのかわからない状況になったところが多いと思うのです。保健所には電話が繋がらず、かかりつけの先生も困っていて、電話しても「どう対応したらいいかわからないから、ちょっと待ってくれ」という話になって、もうどうしたらいいんだと。その後はだいぶ事態は解消されたと思いますが、一度はそうなった。だからシステムとしてどう対応できるのか、ここを考えて動ける素地を作っていくことが、非常に大事だろうと思います。

二つ目は、高橋先生のお話で思ったのが、医療機関の設置者と立場を超えた連携をしていくきっかけにはなるかもしれないということです。地域医療構想をどう捉えるかはいろいろな議論もあると思いますし、どんな連携の仕方があり得るのかはよくよく議論していく必要があります。例えば普段は別々に業務を行なっている教育病院がみんなで一先懸命何かをやり合い、ニューヨークではうまくいきました、といった内容の論文がありました⁴。なかなかそうすぐにはいかないところが日本ではあるかもしれないので、連携する土壌が

今回できたとすれば、それをどう生かすかを考えていくことが、とても大事です。

三つ目は、やはり地域医療構想計画の方向がどうなるのかが気になります。冒頭に吉中先生からあったように、シンプルに大病院にまとめればいいという話がコロナ禍の中でも出てきています。確かにこういう感染症などの危機体制の時には、そういう体制であるのが望ましい気もするのですが、一方で日本は超高齢社会に入っていくので、平時にそんな体制だけでいいのかというのがあるわけです。

これは垣田先生などの診療所や尾形先生などの中小病院も含めて、いままでわりと分厚いケア体制を作ってきたところがあると思うのです。それをきちんと評価しながら、次はどういう仕組みにしていくといいのか、ショックに対し機動的に対応できる仕組みをどう作れるのかをしっかりと議論していかないと。ただ目先のコロナのことだけに囚われ、やみくもに集中すると、今度は足元である平時のケアが疎かになってしまう可能性もあると考えています。そのバランスをどう取るかが、今後これまた大事になるのかなと考えています。

吉中 地域医療構想や地域医療計画について、産業医科大学の松田晋哉さんは「保健民主主義」という言葉を持ち出しています。そのことの意味合いは結構あるかと思いますが、今後の医療提供体制についてコロナを踏まえた経験から、一言ずつお願いします。

高橋 先ほど垣田先生から、志のきれいなとおっしゃっていただきましたけれども、実際はいつもどうやって自分の病院が生き延びるかということばかり考えているような医者なんです。

今回のパンデミック感染爆発でいちばんに切実に感じたことは、急性期病院の拡充がやはり一番求められたのではないかと思います。地域医療構想調整会議は急性期医療から慢性期医療への転換を進めるムードがある会議で、それに僕も3

⁴ Schaye, V. E. et al. (2020). Collaborating Across Private, Public, Community, and Federal Hospital Systems: Lessons Learned from the Covid-19 Pandemic Response in NYC. *Nejm Catalyst Innovations in Care Delivery*, 1 (6), 10.1056/CAT.20.0343.

カ月に1回くらい出ていますが、やはりそこは立ち止まって考えるべきではないかと強く感じました。自分の病院が生き延びるということと非常に一致するテーマでもあるわけなんです。

吉中 尾形先生、お願いいたします。

尾形 途中で少し話しましたが、日本は振り返り、やったことをきちんとリフレクションしていくところが非常に弱いのです。それなのに、このコロナの大変なときに、地域医療構想などと勝手に進んでいるのはとても心配です。外来などは中小病院や個人でやっているところをどうしていくのか。今のままにしていると、次のパンデミックにはまったく対応できないものが出来上がる可能性があります。

今回のうまくいかなかったことを、どこかでしっかりと振り返りをしていかないといけません。初回に足りなくなりながらも日本全国でワクチンが広まったところ以外は、あまり日本として評価できるところがほとんどないのではないかと思います。医療者みんなが頑張っただけで、頑張ったことしかわからないので、ちゃんと振り返りをして、それから地域医療をどうするかを仕切り直して考える、まったく新しいものに直していくというようなことが必要なと思います。松田先生が書かれた論文（「医療機構のレジリエンス—COVID-19流行初期対応での課題」『医療福祉政策研究』第4巻第1号、2021年）を読んで、やっぱりどう回復していくかが違うなと思いましたので、ここは振り返りをして正すことをしないと大変だと思

います。

吉中 垣田先生、お願いいたします。

垣田 このコロナの問題で、地域全体がだいぶ情けないことになってきたと感じます。患者さんを通じて、あるいは職員を通じて、10年後の京都の西陣はいったいどうなっているのだろうと感じるようになりました。

この地区は何を仕事として食べていったらいいのか、それは京都全体にも言えることです。観光だけで仕事が成り立つわけがないので、地域崩壊はどこでも言われているし、京都も実態的には地域崩壊だと思うんですね。地域の人々と生活を共にしながら仕事をしてきた開業医の立場から言うと、開業医療もどうなるのかと本当に思います。これから考えなくてはということで、答えが出ているわけではありませんが。

吉中 今の話で思い出したのですが、2020年夏から京大の人文科学の教授たちが「立ち止まって、考える」というシリーズで大学から発信しているんですね。これはなかなかいいタイトルで、立ち止まってしっかり考えようということがないままに行くのが一番よくないということをおられて、そのへんが非常に大切なポイントかなと私自身も受け止めた次第です。

今日はどうも長い間ご苦勞様でした。

(2022年1月19日実施)

コロナ禍で進行する医療提供体制改革と開業医の役割

—外来機能報告制度のねらいを中心に—

中村 暁

はじめに

2020年からの新型コロナウイルス感染症パンデミックは社会保障制度としての「公衆衛生」の重要性を思い出させるものとなった。そして今日、「公衆（みんな）の衛生（生を衛る）」¹の実現にとって、時々の為政者が「大洪水よ、わが亡きあとに來たれ」²と推進してきた構造改革（新自由主義改革）政治と対決し、それを押しとどめる私たちの運動がより強大に組織される必要があることも明白となった。

岸田政権は「新しい資本主義」を訴える。だが人々の怒りと願いの運動なしに、富の蓄積のためなら人命軽視も厭わない「資本」の暴走を止めることは出来ないし、それを全力で支援してきた政治を変えることはできない。これは医療・社会保障分野でも同様である。だからこそ私たちは国が仕掛ける改革の全体像を正確に捉え、それがもたらすものを予見し、対抗構想を持たねばならない。

構築されてきたのは都道府県単位の医療費抑制体制

新自由主義改革としての医療制度構造改革は小

泉改革以降、一貫し、着実に推進されている。

改革の最大の眼目は「都道府県単位の医療費適正化」システムの構築にある。

「高齢者の医療の確保に関する法律」（2008年施行）に「流れているのは、都道府県単位の医療費の違いを解消することである」³とは、当時の高齢者医療制度施行準備室・室長補佐であった官僚である土佐氏が編著書に書いた文言である。これこそ今日に至るまで国による改革の「核心」部分なのである。

土佐氏は「都道府県単位の医療費が高い原因を考えていくしかない。そして、高齢者の医療費を抑えるという目標を都道府県単位の設定し、全国平均に近づけていかななくてはならない」と書いている。その視点から法定化された都道府県医療費適正化計画は、6年一期⁴で全都道府県に策定を義務付け、国の準備した〈医療費見込みの推計式〉に基づき、6年後の見込み⁵を計画に盛り込ませる⁶。都道府県は「見込み」の範囲に医療費を抑えるべく、医療費適正化に向けた施策を進め、「医療提供体制」と「医療保険財政」双方の管理を担う。このような体制の構築が図られたのである。

1 『系統看護学講座 専門基礎分野 公衆衛生 健康支援と社会保障制度②』（医学書院）。

2 『資本論』（カール・マルクス著）第1部「資本の生産過程」第3篇「絶対的剰余価値の生産」第8章「労働日」。

3 『高齢者の医療の確保に関する法律の解説』（土佐和男編著・法研）。

4 現在の都道府県医療費適正化計画は第3期目（H30-R5）。計画期間は第1～2期は5年一期だったがH27年法改正で6年一期とされた。

5 これは「見込み」なのであって目標ではないとみる向きもあるが、その判断は不正確極まりない。都道府県は適正化計画に「医療の効率的な提供の推進に関し」「達成すべき目標」を書きこまねばならない。医療費の見込みが「達成すべき目標」を反映したものである以上、これは医療費適正化目標以外の何物でもない。

6 高齢者の医療の確保に関する法律第9条第2項による。計算式は入院外については、自然体の医療費見込みといつつ〔▲後発医薬品の普及（80%）、▲特定健診・保健指導の実施率の達成（70%、45%）、▲外来医療費の1人当たり医療費の地域差縮減を目指す取組（糖尿病重症化予防、重複投薬・多剤投与の適正化）を反映して推計。入院については「病床機能の分化及び連携の推進の成果を踏まえた推計」とされる。

病院数・医師数を標的とした改革 —地域医療構想と地域包括ケア—

かつて土佐氏が書いた「都道府県単位の医療費が高い原因」について、今日ではターゲットが絞りこまれている。それが「医療提供体制」であり、具体的には「病床数」と「医師数」である。(図1、次ページ)は2016年10月21日の経済財政諮問会議で当時の塩崎厚生労働大臣が「経済・財政一体改革(社会保障改革)の取組状況」として報告したスライドである。塩崎氏は都道府県間の医療費の地域差を生む主要因として、入院医療費については「病床数・医師数」、外来医療費については「医師数」と「高い相関」があると指摘した。

即ち、今日の医療提供体制改革の標的は病床数・医師数であり、その「適正化」を国は目指しているのである。そのための仕組みを作ったのが「医療・介護総合確保推進法」⁷(2014年)であった。同法は地方自治体に対し、「川上」と「川下」という言葉を使って医療・介護サービス改革の全体像を提示した。「川上」では都道府県に対し「地域医療構想」を使った病床機能分化とそれに伴う病床数抑制策を求め、川下では市町村に対し効率的な介護サービス提供体制としての「地域包括ケアシステム」構築を求めたのである。

地域医療構想は全国一律の2025年の「医療需要推計」を都道府県・二次医療圏別に国が示し⁸、そこからやはり全国一律の計算式によって算出した「必要病床数」を「機能別(高度急性期・急性期・回復期・慢性期)」に明かし、目標化させ、都道府県の策定する医療計画に盛り込ませるものである⁹。これによって国は、都道府県ごとの病床数を中央統制する手段を得たことになる。同時

に、地域医療構想実現のツールとして準備されたのが「地域医療連携推進法人制度¹⁰」であり、川上から川下までの医療・介護サービスを一手に担うメガ法人の設立が促されることにもなったのである。

地域医療構想のめざす病床数の実現に向け、国は都道府県に具体的な取組を求めた。そうした中で公立・公的病院の「再編・統合」リストが公表される問題も起こった¹¹。

医師・医師数を標的とした「医療提供者改革」

次に国が手掛けたのは「医師数」を標的とした改革である。これは2018年の改正医療法・医師法により、都道府県がやはり6年一期で医療計画の一部として策定を求められることとなった「医師確保計画」を通じ「医師偏在」是正策を都道府県内で取り組ませる形で進められている。

地域における医師不足は事実としてある。だがそれは医師総数の不足ではなく「偏在」のためであり、その是正によって不足は解消する。これが国の立場である。

2016年、厚生労働省は「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」の「中間とりまとめ」を発表し、絶対的医師不足を否定し、むしろ将来は過剰となる推計を示した(図2、49ページ)。この推計の役割は「医師総数を増やせ」という要求を牽制し、医師不足問題とは偏在問題に過ぎないという国の見解の裏付けを作るものだったと考えられる。尚、この「需要」推計には、地域医療構想と同じ推計が用いられた。

その上で国が準備したのが「医師偏在指標」(計

7 地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律。

8 地域医療構想における需給推計の問題点は様々に指摘できる。もっとも重要なことは、将来の医療需要推計はレセプトデータを用いて作られているが、そもそもレセプトは受診の結果に基づき医療機関が保険請求したデータに過ぎず、「お金がなくて医療にかかれなかった人」「地域に医療機関がなくて医療にかかれなかった人」の潜在的ニーズは反映されない、格差を固定化する需要推計であること。これはそもそも病床を将来削減するために恣意的に加工されたものであると言わざるを得ない。

9 『安倍医療改革と皆保険体制の解体』(岡崎祐司・中村暁・横山寿一著 大月書店刊)参照。

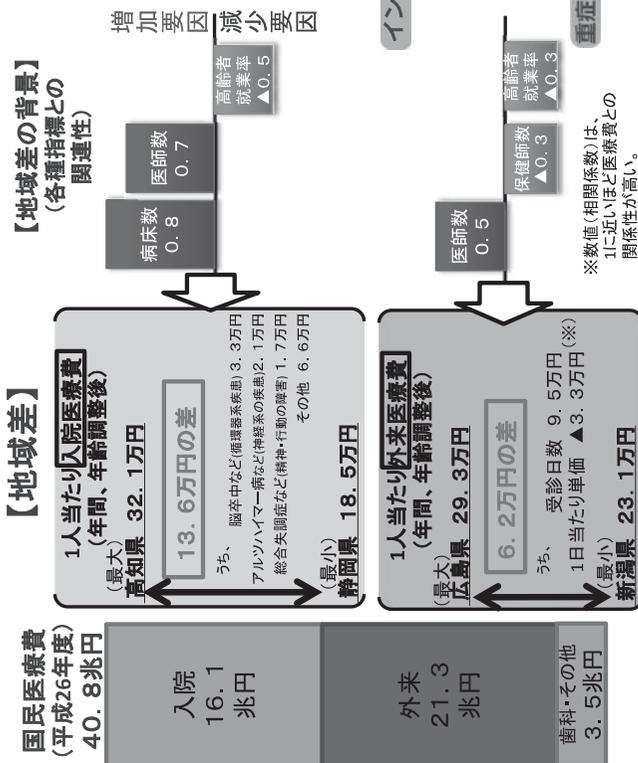
10 制度創設までの当初「非営利ホールディング型医療法人制度」と呼称されていた。

11 2020年9月。この件は近著では『コロナと自治体2 感染症に備える医療・公衆衛生』(長友薫輝編著・自治体研究社)に詳しい。

都道府県別一人当たり医療費の地域差 医療費適正化の取組について

- 医療費の地域差の主な要因は入院医療費。入院医療費は病床数と高い相関がある。
- 病床機能の分化・連携（地域医療構想）や糖尿病重症化予防等により医療費の地域差半減に向けて、医療費適正化を推進。
- インセンティブ改革や重症化予防の横展開等により、予防・健康づくりの取組も加速化。

【医療費の地域差の分析】



医療費適正化計画

【医療費目標の算定式】

・入院医療費：地域医療構想と整合的に策定

- ✓ 病床機能の分化：高度急性期・急性期を減らし、回復期を拡充
- ✓ 療養病床の入院受療率の地域差の解消
- ⇒ 政策的手段を駆使して入院医療費の地域差半減に向け縮小

・外来医療費：

後発医薬品の使用割合の目標達成 (70%→80%) [▲約4000億円]
糖尿病重症化予防(全国的に取組推進+平均以上は差を半減) [▲約800億円]
医薬品の投与の適正化(重複、多剤投与の是正) [▲約600億円]
特定健診・保健指導実施率(全国目標：各70%、45%) [▲約200億円]

平成35年度の効果額(※機能的計算) ▲約6000億円

※地域差半減に向け、レセプト分析を継続。更なる取組を検討

○ 都道府県の疾患別医療費の地域差、後発品の使用促進の地域差等を見える化。
毎年度、都道府県の医療費適正化目標の達成状況を公表し、国で進捗を評価。

インセンティブ改革

- 予防・健康づくりにしっかりと取り組み、保険者へのインセンティブ強化
 - ・国保 30年度からのインセンティブ改革を今年度から前倒し実施
 - ※特定健診、重症化予防等に関する指標を踏まえた評価に基づき今年度から交付金を分配
 - ・被用者保険 特定健診受診率・保健指導実施率が著しく低い保険者へのペナルティ(高齢者支援金の加算等)のメリハリ強化

重症化予防の横展開

- 糖尿病重症化予防プログラム(H28,4)策定。
日本健康会議(H28,7)で全国の市町村・保険者の取組を公表
※自治体の取組状況を分析。民間のスキル・ノウハウの活用を働きかけ。
⇒ マッチングのためデータヘルス見本市【H27:1回、H28:3回】を開催
※重症化予防の取組を民間に委託する市町村：53 (H27:9) →124 (H28:3)

2016年10月21日 経済財政諮問会議 資料

医師の需給推計の結果について

平成28年3月31日 第4回
医師需給分科会 資料1(改)

医師需給は、中位推計においては、2024年(平成36年)頃に、上位推計においては、2033年(平成45年)頃に均衡すると推計される。なお、いずれの場合も需給が均衡した後は、将来人口の減少により、医師の需要は減少すると考えられる。

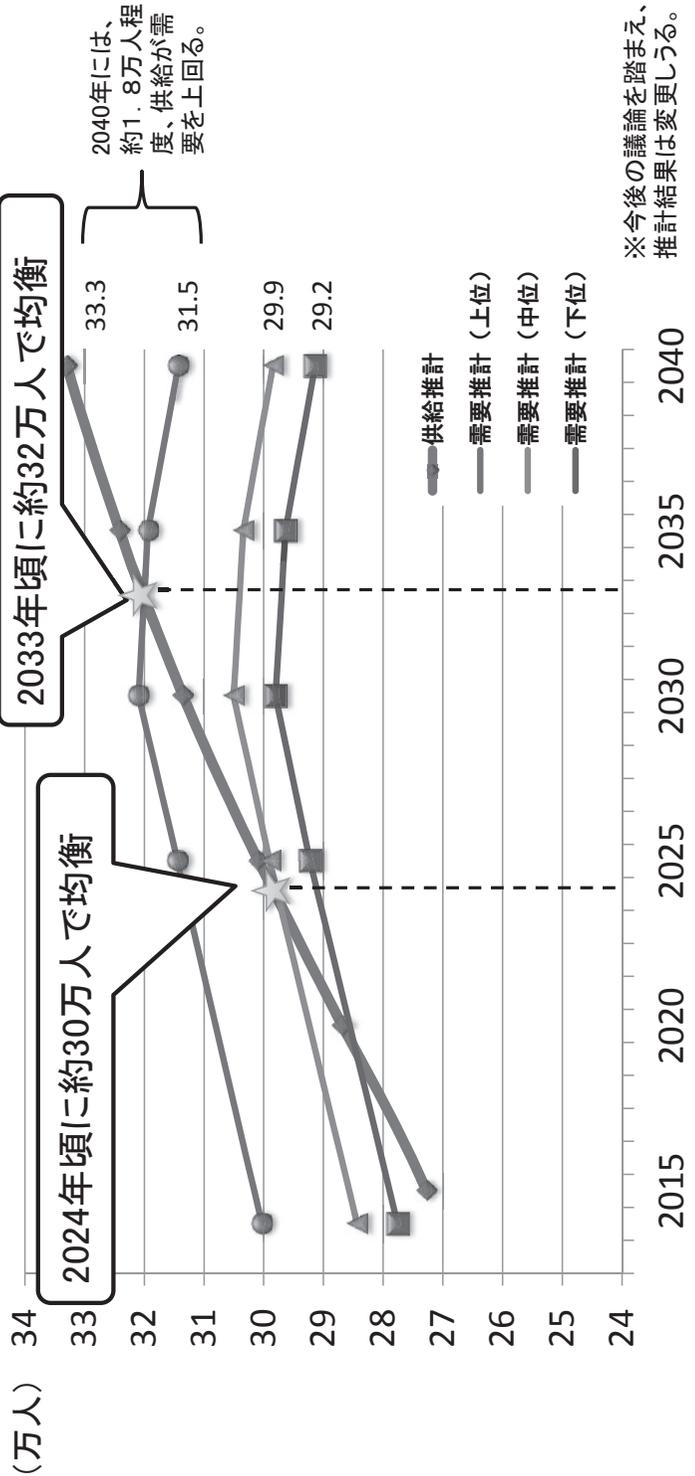
供給推計 今後の医学部定員を平成28年度の9,262人として推計。

需要推計 (上位推計) 様々な前提・仮定(※)のうち、最も医師の需要推計が大きくなる組み合わせで行った推計

(下位推計) 様々な前提・仮定(※)のうち、最も医師の需要推計が小さくなる組み合わせで行った推計

※ 精神病床の入院受療率、外来医療の受療率、労働時間について幅を持って推計(別紙参照)

※※ 女性医師、高齢医師、研修医については、それぞれ働き方等を考慮し、30～50歳の男性医師を1とした場合に、女性医師0.8、高齢医師0.8、研修医1年目0.3、研修医2年目0.5として推計



※今後の議論を踏まえ、推計結果は変更しうる。

算式)である。これは医師の地域偏在を測る統一の「物差し」であり、全国の三次ならびに二次医療圏を「医師多数区域」「医師少数区域」「どちらでもない区域」に分別し、外来医療についても「外来医師多数区域」¹²を明らかにさせるものである。

これを用いて都道府県は医師確保計画を策定するが、そこにハードルが設けられた。「医師少数三次医療圏」の「医師少数区域」では医師を増やすことを基本とするが、「医師多数三次医療圏」の中にある「医師少数区域」では、他の三次医療圏から医師を連れてくることは原則してはならない。外来医師多数区域において新規開業を希望する医師は都道府県への届出様式において「地域で定める不足医療機能を担う」ことに合意する欄が設けられ、合意しない医師は〈地域での協議の場〉に出席させられ、そこでの協議結果を公表するというものである¹³。

国は都道府県が医師確保計画を策定する前に医師偏在指標を使った都道府県別・二次医療圏別の「必要医師数」¹⁴を公表、医師偏在指標とは別の手法で「診療科別必要医師数」¹⁵も公表している。

目指されているのは、国のいうところの「医療需要」を充たすだけの医師の確保であり、それ以外は「余剰」な医師として就業や開業を制限する仕組みをつくることである。その根本にあるのが、先述した医療費適正化計画による医療費の地域差是正なのである。

この改革は国が直接に「医師」数へ手をつけたものであり、その過程において築き上げられてきた日本の「医師像」を解体・変質させることから「医療提供者改革」と呼ぶべきものでもある¹⁶。

国民健康保険の都道府県化

一方で、医療保険制度改革の流れにも目を配らねばならない。先に都道府県は医療提供体制とともに医療保険財政の管理を担うと書いた。現在も医療保険制度を都道府県単位の再編していく流れの途上にあり、その嚆矢が2008年の後期高齢者医療制度創設であり、2018年からの国民健康保険の都道府県化である。後期高齢者医療制度は都道府県単位の設置された広域連合を保険者とする保険制度であり、都道府県内の75歳以上の人を現役世代の保険制度から切り離し、別建ての保険制度に給付を閉じ込める。市町村国保の都道府県化も同様に「都道府県」単位で保険財政を運営させる。即ち、都道府県が医療提供体制を効率化し、医療費の高騰を招かないような病床数・医師数を実現しなければ保険料は高騰し続け、保険財政が破綻する体制を構築することで医療費適正化計画の下、都道府県を医療費抑制主体にならざるを得ない立場に追い込む仕掛けが構築されているのである。

コロナ禍での医療提供体制改革の展開—コロナ禍の「始末」の付け方—

ここまで俯瞰してきたのは、世界が2020年1月に新型コロナウイルス感染症パンデミックに突入する直前までの制度改革の経緯である。ここからはコロナ禍に突入してから今日に至るまでの医療提供体制改革について述べる。

ここまでの医療提供体制改革は、ひたすらに病

12 医師偏在指標の計算式は厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000665196.pdf> 等で確認可能。2022年2月18日閲覧。尚、「外来医師偏在指標」も別に準備されている。

13 ただし、現時点では罰則や明確な強制性は持たされていないとみられる。

14 「将来時点(2036年時点)における不足医師数等(都道府県単位)」(第7回医療従事者の需給に関する検討会 第30回 医師需給分科会 平成31年3月22日)2022年2月18日閲覧。
<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000491595.pdf>。

15 「都道府県別診療科ごとの将来必要な医師数の見通し(たたき台)」(医療従事者の需給に関する検討会 第29回 医師需給分科会 平成31年2月27日)2022年2月18日閲覧。
<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000483701.pdf>。

16 『開業医医療崩壊の危機と展望— これからの日本の医療を支える若き医師たちへ』(京都府保険医協会編・かもがわ出版刊)参照。

床・医師数の抑制を目指すものだった。本来コロナ禍は各国の医療にかかわる制度や体制の在り方に対する強烈な問いかけとなるはずである。事実として病床はひっ迫し、感染症や救急救命を専門とする医師の不足は浮き彫りとなった。だが国はコロナ禍を踏まえてもなお、これまでの政策を変更しなかった。引き続き、都道府県単位の医療費抑制政策は保持され、さらなる改革が推進されているのである。それをわかりやすく象徴するのが地域医療構想をめぐる動きである。2021年12月3日の「第2回地域医療構想及び医師確保計画計画に関するワーキンググループ」で報告された資料「地域医療構想に関する地域の検討・取組状況等について」¹⁷によれば、先に述べた2019年に再編・統合対象として実名公表された公立・公的病院(当時は424病院、現在は436病院)のうち、175病院は既に「合意」が成立し、医療機能の集約化や医療機関の統合、地域医療連携推進法人の設立に向けて動き出しているという。つまり国は病床数抑制を止めるつもりはまったくないのである。

地域医療構想による病床数抑制が着々と進む一方、もう一つの焦点となっているのが2022年4月施行の「外来機能報告制度」である。厚生労働省は外来医療に地域医療構想と同様の発想を持ち込み、外来医療を「かかりつけ医機能を担う外来」と「医療資源を重点的に活用する外来」に二分し、「適正配置」を目指す政策を進めている。この方策が示されたのはコロナ禍初め頃の2020年2月の「第18回医療計画の見直しに関する検討会」である¹⁸。コロナ禍が本格化し、しばらく表立った動きはなく、さすがに政策の見直しをせざるを得ないのではないかと思われていた。ところが10月に同検討会は再開、11月19日の会合に「論点の整理(案)」が示された。整理(案)は「新型コロナウイルス感染症を最重要の課題」としつつ、「中長期的には、人口減少や高齢化等により」「担い手の減少と需要の質・量の変化という課題に直面」

しており、「地域で限られた医療資源をより効果的・効率的に活用し」「質の高い外来医療の提供体制を確保・調整していくことが課題」とのロジックで外来機能分化をコロナ以前と変わりなく推進することを表明したのである。

外来機能報告制度が盛り込まれた改正医療法(2021年5月)¹⁹は、現在、施行に向けた作業が着々と進められている。同法によって国が医療政策を進めるにあたってコロナ禍に対してどう始末をつけようとしているのか、より明確となった。さすがに医療崩壊を現実引き起こした新興感染症をなかったかのようにして、これまでの抑制政策を続けることには支持が得られないと踏んだのであろう。そこで国は医療政策における新興感染症の位置づけを「イレギュラーなものにすぎない」と位置付ける作戦に出たのである。それを体現するのが同法に盛り込まれた「新興感染症を医療計画の5疾病5事業に加える」というお茶の濁し方である。国は、コロナが引鉄を弾いた医療崩壊の理由を医療提供体制の「柔軟性のなさ」のみに求めることにしたのである。そこで機動的な対策を講じられるよう、あらかじめ地域の行政と医療関係者間で議論・準備を行うこと、そのため2024年度からの第8次医療計画からへの記載を法定化する(別表1)。平時から行政が中心となり新興感染症拡大時の医療体制について合意形成をはかることの必要性は同意する。だが病床逼迫の要因を柔軟性のなさだけに求める態度は許し難い。病床数・医師数を抑制し、診療報酬体系で経営を束縛してきたことが医療崩壊の元凶であることをごまかし、医療計画に新興感染症を位置付けることで対応を自治体・医療機関にすべて委ねようとする姿勢と言わざるを得ないだろう。

改正医療法3つの柱

ところで改正医療法は大きく3つの柱で進めら

17 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000862586.pdf> 2022年2月18日閲覧。

18 「第18回医療計画の見直し等に関する検討会」(令和2年2月28日)2022年2月18日閲覧 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000601280.pdf>。

19 同法の正式名称は「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」である。

(別表1)

平時からの取組

- 感染拡大に対応可能な医療機関・病床等の確保
(感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペースの整備)
- 感染拡大時を想定した専門人材の確保等
(感染管理の専門性を有する人材、重症患者に対応可能な人材等)
- 医療機関における感染防護具等の備蓄
- 院内感染対策の徹底、クラスター発生時の対応方針の共有等感染拡大時の取組
- 受入候補医療機関
- 場所・人材等の確保に向けた考え方
- 医療機関の間での連携・役割分担(感染症対応と一般対応の役割分担、医療機関間での応援職員派遣等)等

れている。

1つめの柱は医師の働き方改革(2024年4月1日に向け、段階的に施行)である。

長時間労働(時間外労働・年960時間超)の医師が勤務する医療機関に医師労働時間短縮計画(時短計画案)の作成を求めること。地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間(B・C水準・年1860時間超)を適用する医療機関を都道府県が指定する制度を創設すること。当該医療機関における健康確保措置(面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制の実施)を行わせるものである。

2つめの柱は、各医療関係職種専門性の活用(2024年4月1日に向け段階的に施行)である。医師の労働時間短縮のためのタスクシフティングの推進が図られる。「静脈路の確保とそれに関連する業務」(臨床放射線技師・臨床検査技師・臨床工学技士)等のシフトが本改正によって決定されている。さらに医師養成課程を見直し、「共用試験CBT」を「公的化」し、なおかつ「student doctor」を制度化する(2023年4月1日施行)。

3つめの柱は、地域の実情に応じた医療提供体

制の確保である。

前述した新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項を、都道府県が6年一期で策定する医療計画に盛り込ませること(2024年4月1日施行)。そして、地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組を支援すること(公布日施行)。それから「外来医療機能の明確化・連携」(2022年4月1日施行)である。

3つの柱は一見、無関係に立っているようにみえるが、実は一連の改革である。

医師の働き方改革を推進し、長時間労働の是正を実現するには、何かしら現在の在り方を変更せねばならないはずである。

2019年4月の労働基準法改正で時間外労働規制が法制化され、〈原則は1カ月45時間、1年につき360時間〉、特別の事情がある場合、1年につき720時間(法定休日労働含まず)が上限となった。一方、医師に対しては2024年3月31日までは適用猶予²⁰される。但し、医師についても原則は同様だが「特別な事情がある場合」の「1年につき」の上限が「年960時間」(休日労働含む)とされている。

20 根拠条文 労働基準法141条 ④「前三項の規定にかかわらず、医業に従事する医師については、令和六年三月三十一日(同日及びその翌日を含む期間を定めている第三十六条第一項の協定に関しては、当該協定に定める期間の初日から起算して一年を経過する日)までの間、同条第二項第四号中『一箇月及び』とあるのは、『一日を超え三箇月以内の範囲で前項の協定をする使用者及び労働組合若しくは労働者の過半数を代表する者が定める期間並びに』とし、同条第三項から第五項まで及び第六項(第二号及び第三号に係る部分に限る。)の規定は適用しない。」

ある病院で現在、残業時間が年間960時間超の長時間労働をしている医師がいたとする。この医師が長時間労働となるのは、患者にとって「必要」があるから、である。しかし患者の必要があってもなくても、2024年3月31日を過ぎれば、医師に対しても残業時間の上限規制は適用される。それは、労働基準法第1条にあるように「労働条件は、労働者が人たるに値する生活を営むための必要を充たすべきものでなければならない」からに他ならない。とすれば、医師の長時間労働は、医師の「人たるに値する生活を営む」「権利」と、患者の生命を守るという専門職としての「役割」が矛盾して生み出されているものといえる。

解決すべきはこの「矛盾」それ自体である。新たに義務づけられる「医師労働時間短縮計画（時短計画案）」や「健康確保措置」は、大切なものである。しかし本質的に矛盾を解決する方策とはいえない。あくまで矛盾のしわ寄せを受け止めざるを得ない医師の生命を守るための対処療法に止まる。

タスクシフティングの推進は、国にとっては矛盾の解決に向けた一つの方策である。だが「student doctor」の方は「本来医行為を認められていない医籍登録前の医学生に、実習の範囲内で医行為を行える認証（違法性の阻却事由）」²¹であり、これが医師の労働時間短縮のみを目的に導入されるというのは、いささか不安である。矛盾を解決しようとして新たな矛盾を生み出すことにならないだろうか。

国は対処療法でなく、本当に矛盾を解消する（つまり医師の長時間労働を是正する）ための方策を、B水準・C水準（時間外労働：年間1860時間以下）＝「暫定特例水準」の解消策（2035年を目標）として説明している。それが「長時間労働を生む構造的な問題への取組」として掲げられた内容であるところの「医療施設の最適配置の推進（地域医療構想・外来機能の明確化）」、「地域間、診療科間の医師偏在の是正」、「国民の理解と協力に基づく適切な受診の推進」である。実はこれら3つの

取組は暫定特例水準云々の話以前からの国の医療提供体制改革テーマである。医師の長時間労働の解消を建前に、従前からの提供体制改革を進めようとの意図が感じられるのである。

外来機能の明確化 —外来機能報告制度の導入—

さて、「医療施設の最適配置の推進」にある「外来機能の明確化」は今後の地域における医療の在り方を大きく変化させていくものとなる。

先に書いたように、既に2018年の改正医療法によって「外来医師偏在指標」が導入され、「外来医師多数区域」とされた地域での開業規制を可能とする枠組みが準備された。つまり国にしてみれば、地域に必要な医師数を決め、余剰な医師を排除する仕組み（少なくともその基本的なフォーマット）は既に出来ているのである。そこで次に、その地域でそれぞれの外来を担う医師にどんな役割を受け持たせるかがテーマとなる。それを明らかにするのが、外来機能報告である。

国は厚生労働省の「第8次医療計画等に関する検討会」の下に設置した「外来機能報告等に関するWG」（座長：尾形裕也・九州大学名誉教授）に議論させ、2022年12月17日に「外来機能報告等に関する報告書」²²をとりまとめさせた。

以下、報告書の内容に沿って同制度について説明しておきたい。

施行は2022年4月だが、実際に対象医療機関が報告するのは10月頃。それまでの間、対象医療機関の抽出、データ整理、報告依頼といった作業を国が中心に進める。

外来機能報告が求められる医療機関（対象医療機関）は、今のところ病院と有床診療所であり、無床診療所は「任意」とされる。

対象医療機関に求められる報告項目は、大きく2つのカテゴリに整理されている。

1つは、「医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関」（紹介受診重点医

21 「スチューデント・ドクターの導入」山脇正永著（日本内科学会雑誌第104巻第12号） https://www.jstage.jst.go.jp/article/naika/104/12/104_2517/_pdf 2022年2月18日閲覧。

22 厚生労働省 HP <https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000870460.pdf> 2022年2月18日閲覧。

療機関と呼称)の明確化に資する」項目である。

これは、各医療機関がどのくらい「医療資源を重点的に活用する外来医療」を実施しているかを把握するための項目である。具体的には、入院の前後の外来(診療報酬上K:手術、J:処置、L:麻酔コード等を算定する医療)や、高額等の医療機器・設備を必要とする外来(診療報酬上、外来科学療法加算、外来放射線治療加算等を加算する医療)、そして特定の領域に特化し、紹介患者に対応する外来の患者延人数、実施件数である。

2つめは、「地域の協議の場における外来機能の明確化・連携に向けた協議に資する」項目である。

ここでいう「協議」は、地域で外来医療を担う医療機関がどのような役割を担うのかの協議である。報告書ではその協議を「地域における協議の場」で行われるものとし、郡市区医師会等の地域における学識経験者、代表性を考慮した病院・(有床)診療所の管理者、医療保険者、市区町村等によって構成するとしている。これは病床機能報告を踏まえた地域医療構想や医療計画上の外来医療計画(医師偏在是正等に向けた法定計画)推進のために設置された「地域医療構想調整会議」の活用を意味する。

そんな「協議の場」の議論に資する項目が、具体的にはその他の外来・在宅医療・地域連携や救急医療の実施状況、紹介・逆紹介の状況、外来における人材の配置や高額等の医療機器・設備の保有状況である。

なお、以上の項目は、医療機関の報告にかかる「事務負担の軽減」のため、NDB(レセプト情報・特定健診等情報データベース)で把握できるものはそれを用いて整理する一方、NDBで把握できない項目として、「紹介受診重点医療機関」となる意向の有無、紹介・逆紹介の状況、外来における人材の配置状況(専門看護師等に係るもの)についても報告を求める。

かかりつけ医機能と紹介受診重点医療機関の「二分化」

以上の「報告と協議」で構想される地域の外来医療提供体制について、国は大きく「紹介受診重

点医療機関」と「かかりつけ医機能を担う医療機関」に大別しようとしているように見える(図3)。

即ち、国のいう「外来機能分化」とは、医療資源をたくさん使う外来を担う医療機関である「紹介受診重点医療機関」と「かかりつけ医機能を担う医療機関」の2つに、外来医療機関の役割を明確に色分けることを構想して行われるのである。

さてここで疑問が生じる。

報告書はどの医療機関が「紹介受診重点医療機関」を担うのかについて、基本的に地域における協議で合意されるものとしている。だが一方、「基準」も示している。それは外来件数のうち「医療資源を重点的に活用する外来」の件数の占める割合が、初診なら40%以上、再診なら25%を占めるものであること。また、紹介率50%以上かつ逆紹介率40%以上であること、というものである。しかし仮にこの基準を満たす外来医療機関が「紹介受診重点医療機関」だとしたとき、必ずしも紹介によらない(フリーアクセス)で受診し、なおかつ「医療資源を重点的に活用している」医療機関も存在するはずだが、国の図にはそれが描かれていないのである。

これは何を意味するのか。報告書を丹念に読むと3つのことに気が付くことになる。

1つは「診療科」の問題である。この仕組みにおいては「現在のNDBでは診療科ごとのデータ分析には限界がある」ことを理由として、診療科の違いによる受療行動の違いが無視されているのである。たとえば眼科はどうか。眼科であれば高額な医療機器を保持し、手術も行う外来医療が無床診療所でも行われている。こうした医院への受診は、もちろん内科医からの紹介によるものもあるだろうが、自ら眼科を選んで受診するケースも少なくはないはずである。なぜなら、目の痛い患者は近所に眼科の医院があれば眼科に行く。わざわざ眼を内科で診てもらおうと考える人は決して多くはないはずだ。したがって、眼科や皮膚科等のように、はっきりした専門領域の外来機能の扱いが、国の構想する外来機能分化の絵からは抜け落ちているのである。

これに関連して2つめの問題がある。「無床診療所」の問題である。実は報告書は、外来機能報告を義務化せず「任意」とした無床診療所につい

外来医療の機能の明確化・連携

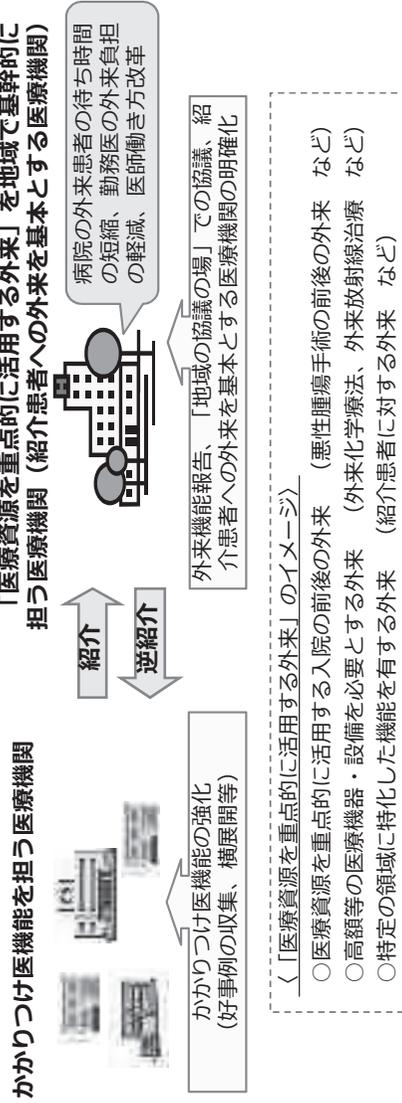
1. 外来医療の課題

- 患者の医療機関の選択に当たり、外来機能の情報が十分得られず、また、患者にいわゆる大病院志向がある中、一部の医療機関に外来患者が集中し、患者の待ち時間や勤務医の外来負担等の課題が生じている。
- 人口減少や高齢化、外来医療の高度化等が進む中、かかりつけ医機能の強化とともに、外来機能の明確化・連携を進めていく必要。

2. 改革の方向性

- 地域の医療機関の外来機能の明確化・連携に向けて、データに基づき議論を地域で進めるため、
 - ① 医療機関が都道府県に外来医療の実施状況を報告する。
 - ② ①の外来機能報告を踏まえ、「地域の協議の場」において、外来機能の明確化・連携に向けて必要な協議を行う。
 - ①・②において、協議促進や患者の分かりやすさの観点から、「医療資源を重点的に活用する外来」を地域で基幹的に担う医療機関（紹介患者への外来を基本とする医療機関）を明確化
 - ・ 医療機関が外来機能報告の中で報告し、国の示す基準を参考にして、地域の協議の場で確認することにより決定

患者の流れがより円滑になることで、病院の外来患者の待ち時間の短縮や勤務医の外来負担の軽減、医師働き方改革に寄与



て、次のように記載している。

『無床診療所については、一部に、他の医療機関からの紹介患者も含め、高額な医療機器等による検査を集中的に実施する無床診療所もあることを踏まえ、任意で外来機能報告を行うことができることとする』としており、そのような無床診療所については対象医療機関に含めることとする。具体的には、令和4年度については、円滑な事務手続のため令和3年度中に、該当する蓋然性の高い医療機関に外来機能報告を行うか否かの意向を確認した上で、意向有りとした無床診療所について、対象医療機関に含めることとする。

つまり無床診療所であっても「該当する蓋然性の高い医療機関」は「紹介受診重点医療機関」の対象になり得るということになる。とすれば専門領域のはっきりした診療科を標榜する無床診療所も「紹介受診重点外来」になる場合はあると読み取れる。

3つめは「かかりつけ医」の定義に関わっての問題である。繰り返すが国の図を見れば地域には「紹介受診重点医療機関」と「かかりつけ医機能を担う医療機関」しかない。したがって無床診療所であって「紹介受診重点医療機関」に「該当する蓋然性」が低い医療機関は、自ずと「かかりつけ医機能を担う医療機関」になってしまうのである。この仕組みだと、「かかりつけ医機能」とは何であるかの定義さえ、とりあえずは不要となる。消去法で「かかりつけ医機能を担う医療機関」が明確化されるからである。

すなわち、外来機能報告を通じた機能分化策を進めるとその結果、「紹介受診重点医療機関」になり得ない医療機関には基本的に「かかりつけ医機能」を担っていただく。一方、「かかりつけ医機能」も担えず、「紹介受診重点医療機関」にもなれない中途半端な専門科の医院には退場していただく、という状態が生み出されるのではないかと。であれば既に述べた2018年の医師法・医療法改正において「外来医師多数区域」での新規開業に設けられた「既に外来医師数が充足していると考えられる外来医師多数区域においては、新規開業の

際、在宅医療、初期救急医療、公衆衛生等の地域で求められる医療機能を担うこと」というハードルが、「紹介受診重点医療機関」にも「かかりつけ医機能を担う医療機関」にもなれない開業を抑制する装置として機能することも考えられる。

財政ペナルティによるフリーアクセス制限からみえるもの

以上に俯瞰してきたように、外来機能報告制度とは地域における外来医療機関を「紹介受診重点医療機関」と「かかりつけ医」に分化し、「医療需要推計」に基づいて適正に配置することをめざすものである。

一方で患者に対し、フリーアクセス制限のための財政ペナルティも準備されている。いわゆる「紹介状なしの定額負担」の拡大である。既に紹介状なしに大病院を受診した患者から5,000円（初診の場合。再診は2,500円）の定額負担を徴収する仕組みがある。これを病床数200床以上の「紹介受診重点医療機関」への受診に対しても徴収範囲を拡大する。さらに金額も現行の5,000円から7,000円に引き上げる（再診の場合は2,500円から3,000円）。さらに増額分については医療機関に支払われる診療報酬から「控除」とされる²³。これについて厚生労働省は「『医療資源を重点的に活用する外来』（仮称）（紹介受診重点医療機関のこと：筆者注）を地域で基幹的に担う医療機関は、紹介患者への外来医療を基本として、状態が落ち着いたら逆紹介により再診患者を地域に戻す役割を担うこととしており、こうした役割が十分に発揮され、保険医療機関相互の機能の分担が進むようにするための」措置であると解説している。患者は「かかりつけ医機能を担う医療機関」からの紹介がないのに、「紹介受診重点医療機関」へ受診することは許されない。それは財政ペナルティの対象となる。まして診療報酬から控除されるということは、その受診は保険適用範囲に含まれないことを意味し、いわば「アメニティ」だと厚労省は言っているのである。

23 「大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を図るための定額負担の拡大について」（第134回社会保障審議会医療保険部会 令和2年11月19日） <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000696537.pdf>。

想定されているのは、専門科受診にあたっては必ず「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診して、紹介が必要だという「制度」への移行である。

さらにもう一点、見落としとしてはならないのは2016年、最終的には見送りとなったものの、国は「かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担」を検討した経緯があることである²⁴。この際、論点としてあげられたのは「かかりつけ医の範囲を決めた上で、それ以外を受診した場合に定額負担を求めることについては、／・診療科毎に複数の「かかりつけ医」を認めるかどうか／・受診頻度の低いという理由で「かかりつけ医」を持たない若者についてどう考えるか／等の課題がある。このため、「かかりつけ医」の要件について、プライマリケアの在り方を含めて検討していく必要があり、こうした検討には、一定の時間を要する」（／は改行）というものだった。「かかりつけ医以外を受診した場合」ということは、裏返せば患者には決まった「かかりつけ医」がいる、ということの意味する。決まった「かかりつけ医」というからには、「国民」と「かかりつけ医」の間に何かしらの「契約」や「登録」が存在しなければならないはずである。

即ち、以上のことから国は、①どのような疾患であれ、患者はまず「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診する。②かかりつけ医の紹介なしには「紹介受診重点医療機関」を受診できない、という仕組みを構想していることは明らかである。加えて③「国民」が特定の「かかりつけ医」と契約・登録する仕組みをつくることも検討されているものと考えられるだろう。

「かかりつけ医」と開業医—コロナ禍において問われていることは—

そもそも「かかりつけ医機能」や「かかりつけ医」とは一体何なのか。日本医師会等は一定の定義を行っている（別表2）。日本医師会の定義について医療者から大きな異論はないものと考えられるが、それが「制度化」されるとなると話は違ってくる。

日本医師会もかかりつけ医の制度化には明確に反対している²⁵。

だが実のところ新型コロナ禍を踏まえ、財務省や経済財政諮問会議など、経済界の代弁者たちからかかりつけ医制度の創設を強く求める声があがっている。それだけでなく医療界からもその声があげられている。その一人であるプライマリ・ケア連合学会の草場鉄舟氏の財務省・財政制度審議会・財政制度分科会での報告スライドには次のようにある。以下は筆者によるサマリーである²⁶。

—日本では「かかりつけ医」というイメージで主に内科・外科の診療所や中小病院がその役割を果たすが制度化はされていない。コロナ禍は日本における（開業医による：筆者注）プライマリ・ケアの限界を示した。これは、医師・医療機関のエゴの問題ではなく構造的問題である。フリーアクセスで医療機関を受診する自由がある一方で、住民一人一人の健康管理をプライマリ・ケア医療機関が責任を持って担うシステムがなく、コロナ禍など有事の際には住民が健康リスクを自分で取らざるを得ない。システムとしてのプライマリ・ケアが必要。有事の際に動けるように、平素から保健所、自治体、急性期病院、地域の介護施設としっかり連携をとりながら、対応する事ができるプライマリ・ケアのシステムを整備する。平素か

24 「かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担について」（平成28年11月19日 第100回社会保障審議会医療保険部会）。

25 たとえば城守国斗・日医常任理事は「『かかりつけ医』を制度化するといった議論は、医師会としては絶対に反対します。それは間違いなく、昔の厚生省時代の「家庭医構想」になるからです」と述べている（『「かかりつけ医機能」の評価なら賛成、制度化は反対・城守国斗・日医常任理事に聞く vol.2 外来機能報告制度等への対応は次々回以降の改定で』2021年9月6日 m3.com）。

26 「コロナ禍を乗り越えて あるべきプライマリ・ケア」財政制度等審議会財政制度分科会（令和3年10月11日）
https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20211011/03.pdf 2022年2月19日閲覧。

(別表2)

「かかりつけ医」及び「かかりつけ医機能」について

○「医療提供体制のあり方日本医師会・四病院団体協議会合同提言」(2013年8月8日、日本医師会・四病院団体協議会)では、「かかりつけ医」及び「かかりつけ医機能」について、以下のよう

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

らの予防医療や公衆衛生活動への積極的な関わりとネットワーク構築が必要である。かかりつけ医への住民のゆるやかな登録システムにより、行政・かかりつけ医が連携して住民の健康サポートを隙間なく担うシステム構築である「かかりつけ総合医制度」創設が必要だ。かかりつけ総合医制度とは、国民が平時より、自身の健康管理に対応するかかりつけ総合医を選択する。そこでは、ほとんどの健康問題を相談でき、予防医療や健康増進の支援も受けられる。医療機関は選択した患者を登録し、日々の診療だけでなく有事(パンデミックや災害)の際には保健所や行政などと連携して健康管理を支援。訪問診療、オンライン診療の必要時の提供。プライマリ・ケア看護師など他専門職と連携。総合病院などで各科の専門医療を受ける

際には、原則的にかかりつけ総合医から紹介。総合的な健康管理に対する対価は出来高払いに馴染まず、登録住民数に比例する包括払いなどを組み込む。—

草場氏の指摘のほとんどは共感できるものである。コロナ禍は公衆衛生拠点としての保健所の在り方と地域の開業医の関係性について厳しく問いを投げかけている。新興感染症の危機に際し、あらゆる業務が保健所に集中する制度体系の中で保健所は逼迫した。発生届の受理から入院の判断、自宅療養者・濃厚接触者の「健康観察」、積極的疫学調査、すべての段階で(特に都市部において)保健所業務は破綻したと言わざるを得ない。もちろん保健所法から地域保健法に移行する際、保健所数を大きく削減したことが大きく影響している

ことは間違いない。だがとりわけ第6波ほどの感染拡大を見ると保健所の数を増やし、スタッフを増員するだけで対応できるとは考えにくい。特に「陽性」となっても入院せず（出来ず）、自宅療養となった患者の容態を把握し、必要な入院や外来の医療につなぐ「健康観察」の破綻は重大である。ひっ迫した保健所が毎日、5桁の人数にのぼる自宅療養者一人一人をモニタリングできるはずがない。となれば自宅療養者はただ単に隔離されているに過ぎず、必要な医療保障からは切り離されてしまっているのである。こうした事態を受けて噴出したのが「新型コロナ医療崩壊の原因は開業医の不作為だ」といった論調である²⁷。事実としては、第5波の頃から保健所と地区医師会が連携し、自宅療養中の患者への往診も含めた診察を多くの医師が取り組んできたのだが、「健康観察」を保健所に委ねた現在の在り方では、新型コロナウイルスのような新興感染症パンデミックへの対応は不可能なものもはや明確な事実である。その点でも草場氏の「有事の際に動けるように、平素から保健所、自治体、急性期病院、地域の介護施設としっかり連携をとりながら、対応する事ができるプライマリ・ケアのシステムを整備」すべきとの主張は至極真つ当であり、開業医がその役割の一端を担うべきであることは間違いない²⁸。

だが、そのことと「かかりつけ医制度」創設という提案を一直線につなげて良いかどうかは疑問である。

「かかりつけ医」の制度化を論じる前に、日本において「開業医」がどのような歴史的経過の中で今日の姿になってきたのか、歴史に立ち返って慎重に考えてみるべきではないだろうか。少なくとも国が外来機能報告制度を通じて目指している「かかりつけ医制度」創設の動機は、草場氏のい

う「あるべきプライマリ・ケア」の実現にはない。国はあくまで医療費適正化政策の一環（あるいは仕上げ）として、それを目指しているのである。

国の悲願である「かかりつけ医」制度化

ここで今一度、日本の国民皆保険体制を支える原則を押さえておきたい。

皆保険体制は①保険証の全国民対象の無条件交付、②全国统一給付保障、③必要充足型給付保障の原則によって、保険証があることで必要な医療が必要なだけ保障される「皆医療保障」を実現している²⁹。特に③の必要充足給付保障は i. 療養の給付（医師の専門性にに基づき、必要性が満たされるまでの現物給付、出来高払制）、ii. フリーアクセス、iii. 自由開業制、3つの原則で成り立っている。これらの原則は国民皆保険体制が達成された1961年以降、初期の制限診療や地域差を突破し、医療者と人々の運動が勝ち取ってきたものである³⁰。以来、幾多の攻撃や後退を余儀なくされながらも、それらの原則が守られてきた中で今日の日本における医師の姿は形成され、医療保障を実践してきた。この点を踏まえれば、「かかりつけ医」制度化はそれが善意からのものであれ慎重に検討されるべきものである。

重要なことは、今述べた皆保険体制の「原則」は何れをとっても医療費を抑制したい国の思惑と対立することである。なぜなら今日のように医師が自由に開業でき、患者が自由に医師を選べる体制、そして医師のプロフェッショナルフリーダムにより、必要な医療を必要なだけ保障できる仕組みのままでは、国が医療費を管理・コントロールすることは不可能だからである。したがって医療

27 例えば「新型コロナ医療崩壊の原因は開業医の不作為だ 国民に活動制限を強いるのはムダ弾で筋違い」（大崎 明子 東洋経済 解説部コラムニスト、東洋経済 ONLINE 2021年8月27日）<https://toyokeizai.net/articles/-/450974?page=3> 2022年2月21日閲覧。

28 この件につき、京都府保険医協会は「感染者へ医療保障する仕組みの構築を」（第2次提言）で詳述し、具体的な制度案も提起している。参照されたい。<https://healthnet.jp/wp-content/uploads/2021/12/b8408eae2fce9671fd0bd743e8864559-1.pdf>。

29 この件につき、『新福祉国家構想I 誰でも安心できる医療保障へ』（二宮厚美・福祉国家構想研究会編、大月書店刊）所収の久保佐世氏の論文を参照されたい。

30 この件につき、『開業医医療の危機と展望』（京都府保険医協会編、かもがわ出版刊）所収の中村の論文を参照されたい。

費抑制を目指す国の政策は常に、「療養の給付」を「現金給付」へ（既に介護保険制度で先行して導入）、「出来高払」を「包括払」へ（既に入院医療のDPCや外来でも小児科等で一部導入）、「自由開業」から「計画配置」へ、「フリーアクセス」から「登録制」へというベクトルで進められてきた。したがって、国の「かかりつけ医」制度化は、これまでワンライセンスである「かかりつけ医」と「専門医」を医師養成段階から複線化すること（これには専門医制度が活用されるものと考えられる）、地域での「かかりつけ医」と「専門医」の必要数を定め、計画的に配置すること（外来機能報告や地域医療構想、医師偏在指標を使用した医師確保計画を活用して行われる）、「専門医」にかかるには「かかりつけ医」を必ず通らなければならない仕組みをつくる（「かかりつけ医」登録制を創設する）、「かかりつけ医」への報酬は「包括払い」にする（例えば登録した患者数×定額）方向で設計されることは間違いない。

事実、国はこれまで「かかりつけ医」制度に似た仕組みを幾度となく提案し、その度に医療界の反撃を受け、取り下げてきている。既に1949年、厚生省が「登録人頭払式診療報酬支払方法調査費」を予算計上した記録がある。1987年には「家庭医に関する懇談会」の提案があり、1996年には厚生省（当時）・医療保険審議会がまとめた「今後の国民医療と医療保険制度のあり方について」がある。そこで国は「国民医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内に止めることを目標」として、医療提供体制のあり方見直しを打ち出し、「病床数見直し」「平均在院日数の短縮」「保険医定年制」「保険医定数制」「診療報酬の包括化・定額化推進」「総額請負制」を提案した。国は、国民皆保険体制の枠組みは維持しつつも、医療費増加の歯止めとな

る方策として、フリーアクセスと自由開業制の見直しを昔から試みてきたのである。

プロフェッショナル・オートノミーを重視した開業医からの制度構想が必要

以上、迂遠を承知で今日進められている医療提供体制改革についてその経緯から解説してみた。今、必要なことは国がすすめる医療提供体制改革の危険を告発し、広範な人々と連帯し、これを跳ね返す運動の構想であり、同時に国構想に対峙する開業医からの制度構想である。コロナ禍において明らかになった公衆衛生体制の脆弱さに対し、地方自治体と地域の医療者が共に地域の人々の生命と健康を守っていく体制を大きくブラッシュアップせねばならない。プライマリ・ケア連合学会の指摘はそのための重要な足場にはなるが「制度化」にはあらためて慎重であるべきであり、制度化の提案は踏み込み過ぎと考えざるを得ない。その理由として最後に強調したいのは、医師のプロフェッショナル・オートノミーの重要性である。医師が国から定数管理され、医療内容や働き方まで管理されることの危険性は十分に理解しておかねばならない。戦中、戦争遂行体制に組み込まれた医師たちが犯した過ちは、国の統制下に医師がおかれることの危険性を教える重要な歴史的事実である。医師の専門性に基づく自由は人々の生命・健康を守る医療保障に欠かせざる条件であり、医師は「医療費抑制」「新自由主義改革」思想の下に決して統制されてはならないのである。

（なかむら・さとし、京都府保険医協会事務局次長・福祉国家構想研究会事務局長）

労働者協同組合法と非営利・協同

富沢 賢治

I 問題の所在

生活共同体（コミュニティ）は、基本的には、「いのちとくらし」を守る場として存在する。生活の場から生じる種々の問題の解決を目指して活動するのが「非営利・協同」の組織である¹⁾。

民間の非営利組織は、世界的には1970年代から増加し始めた。日本では、すでに農協や生協などの協同組合がかなり発展していたが、1998年のNPO法成立以降はNPOの増加が顕著に見られた。このような現象に伴い、世界各地で住民が展開する多様な経済活動が、国際的共通語としては「社会的連帯経済」という言葉で表現されるようになってきている²⁾。

社会的連帯経済は、「社会的」問題を住民の「連帯」の力で解決しようとする「経済」活動である。すなわち、住民を担い手とする経済であり、その基本的な目的は、地域社会の問題の解決であり、基本的な理念は、「助け合い」（互惠、互助、協同、連帯）である。端的に言えば、「住民主体の経済」であり、リンカーンの言葉で言えば、「住民の、住民による、住民のための経済」である³⁾。

社会的連帯経済論は、市民が主体となり、政治の民主化とともに経済の民主化を推進しようとする理論であり実践である。その目的は、市民の立場から国家と営利企業社会の行き過ぎを規制するような社会をつくることである。市場をどのように見るかという問題に関して述べれば、社会的連帯経済論は、市場は自由であるべきだとする資本主義経済論でもなく、市場は国家の規制のもとにあるべきだとする社会主義経済論でもない。市場は本来、国民の規制のもとにあるべきだという見解である。したがって、経済の担い手としては、営利企業と国家という2大組織だけでなく、協同組合、共済組織、NPOなどの民間非営利組織の役割がとりわけ重視される。

日本では2020年に労働者協同組合法（以下、労協法と略称）が成立した。労協法は全政党が同意する議員立法として成立したが、それは、第1に労働者協同組合（以下、労協と略称）による長年にわたる実践の積み重ねがあったことと、第2にそれらの実践が社会的ニーズと合致した結果であった。

労協法については、すでに本誌に竹野さんと石塚さんによる紹介がある（竹野ユキコ「労働者協同組合法の概要」、石塚秀雄「労働者協同組合法成立と協同労働について」、『いのちとくらし研究所報』73号、2021年1月）。以下、本稿では、労協法がどのような意味で「非営利・協同」という理念と関係するのかという問題を考察したい。

労協法の概要は、竹野さんの論稿に譲るとして、労協法のエッセンスだけは紹介しておきたい。

労協法のエッセンスは、下記の第1条（目的）に集約されている。

「この法律は、各人が生活との調和を保ちつつその意欲及び能力に応じて就労する機会が必ずしも十分に確保されていない現状等を踏まえ、組合員が出資し、それぞれの意見を反映して組合の事業が行われ、及び組合員自らが事業に従事することを基本原理とする組織に関し、設立、管理その他必要な事項を定めること等により、多様な就労の機会を創出することを促進するとともに、当該組織を通じて地域における多様な需要に応じた事業が行われることを促進し、もって持続可能で活力ある地域社会の実現に資することを目的とする」。

要するに、この法律は、労働者が出資（所有）し運営する組織を「労働者協同組合」と規定して、そのような組織が、地域に役立つ仕事をすることによって、「活力ある地域社会の実現」に役立つことを期待するというのである。

本稿では、社会的連帯経済について解説したう

えで、社会的連帯経済の視点から労働者協同組合法がもつ社会的意義について述べたい。

Ⅱ 国連の世界変革計画と社会的連帯経済

1. 国連の世界変革計画と SDGs

最近、SDGsを「大衆のアヘン」と見なす論調が見られる。SDGsを現実の危機から目を背けさせるアリバイ作りのようなものだ、と見なす論調である。

しかし、SDGsは、国連主導の世界変革計画が示す具体的な変革目標であり、それ自体をとれば特に全面的に反対するほどの理由はないはずである。問題は、誰がその変革を実行するのかという、変革の担い手の問題である。貧困、格差、自然破壊などの世界的規模の問題を生じさせた基本的要因を資本主義システムに求めるのであれば、そのような問題を解決する担い手を資本主義的経済組織や資本主義的国家に求めることには無理が生じるであろう。

そもそも国連とはどのような組織なのであろうか。国連は資本主義的システムの一部なのであろうか。もしそうであるならば、国連主導の世界変革計画もSDGsも、まやかしのものとなる。

国連を構成するのは各参加国の政府代表である。資本主義諸国の発言権が大きいので、そこでは資本の利害が強く代表される。しかし、国民の代表である政府としては国民の声も代表せざるをえない。国連は、資本主義システムの勢力とそれに対抗する国民勢力が闘争している場である。

現状の国連においては、資本主義システムの勢力が優位を占めているが、資本主義システムに対抗する勢力も存在している。たしかに、その対抗勢力は分裂し弱体化している。かつては強力であった社会主義諸国も分裂し、その一部は資本主義的市場経済化を進めている。資本の力が勝ったように見える。たしかに、資本側の勢力が圧倒的に強い。しかし、資本力と市民力との戦いは、1センチを争う陣地戦である。国連をどのように民主化するかが課題である。民主化とは、資本が主体であるシステムを改めて、「民」が主体となるシ

ステムをつくることである。民が主体となるシステムをつくるためには民みずからが動かなければならない。まずは、民みずからの活動によってみずからが生活する地域社会の民主化を図らなければならない。どのように道が遠くあろうとも、地域社会における経済と政治の民主化が国際社会の民主化の着実な基盤となる。この意味で、グローバルな連携を強化するための基盤は、コミュニティでの活動である。すべては地域社会における実践から始まる。「地球的規模で考え、地域で実践せよ」(Think globally, act locally.)をモットーとする社会的連帯経済論が求められる所以である。

社会運動のグローバルな連携を強化するためには、関連諸組織が共通の活動目標を持つことが望ましい。私見によれば、国連主導の世界変革計画である「持続可能な開発のための2030年アジェンダ」と「持続可能な開発目標」(SDGs)は、共通の活動目標となりうる。

以下では、国連における社会的連帯経済タスクフォースの結成が市民側の勢力の前進であることを示したい。

2. 社会的連帯経済タスクフォースの結成

国連のなかで社会的連帯経済の促進に取り組んでいる組織としては、国連社会的連帯経済タスクフォース(UN Inter-Agency Task Force on Social and Solidarity Economy, 略称 UNTFSSSE, 以下、タスクフォース)がある。そのタスクフォースを立ち上げた中心人物の一人にP. ウッティングがいる。

ウッティングは、2014年まで国連の社会的開発研究所(UNRISD)の副所長であった。社会的開発研究所は、経済開発にとまなう社会的平等、社会的正義、社会的包摂などの問題を調査研究している。ウッティングは、社会的開発研究所で社会的連帯経済の国際的調査研究のとりまとめを行い、2013年に国連の社会的連帯経済タスクフォースを設立し、2015年に国際的な調査研究の結果をウッティング編『社会的連帯経済——周辺を乗り越えて』として公刊した⁴⁾。

本書の序言においてウッティングは、タスクフォース結成の経緯について、つぎのように述べて

いる。

2012年に開催された「国連・持続可能な開発会議」には約180カ国の首脳・閣僚級のほか、国際機関、企業、NGOなどの市民社会組織の代表約3万人が参加し、貧困や環境の問題などについて話し合った。全体会議の前に開催された市民会議（People's Summit）で焦点となった一つの問題は、経済的問題、社会的問題、環境問題を総合的に把握して解決を図る方策は何かということであった。とくに目立った報告と意見は、コミュニティ、協同組合、アソシエーション、社会的企業などの市民組織の連帯活動の実践紹介と可能性に関するものであった。そのさい、これらの多様な実践事例を総称する表現して「社会的連帯経済」という言葉が用いられた。

しかし、これらの議論は「国連・持続可能な開発会議」の成果報告書（The Future We Want）ではほとんど言及されなかった。この会議から国連の社会的開発研究所に戻った私と同僚は、国連における社会的連帯経済の認知度を高める必要があることを関係機関に訴えた。とくに当時、国連は、2015年の国連サミットで採択を予定する「持続可能な開発のための2030年アジェンダ」と「持続可能な開発目標」(SDGs)について検討をすすめていたので、社会的連帯経済の役割に関して国連の認知度を高めることが不可欠であった。

そのため、社会的開発研究所は、「社会的連帯経済の可能性と限界」をテーマとする調査報告・論文を世界中から集めるとともに、ILOなどとともに国際会議を開催した。このプロジェクトの過程で、国連諸機関と民間諸組織との連携が進化した。2013年9月には、「社会的連帯経済に関する国連タスクフォース」が結成された。この組織には、国連諸機関のほか市民組織もオブザーバー参加をしており、その参加メンバー組織は20を越えている。

ウツティングの上記の見解から明らかなように、2013年の社会的連帯経済タスクフォース結成の主要目的は、当時国連が2015年の国連サミット

で採択を予定する「持続可能な開発のための2030年アジェンダ」（メインタイトルは「世界変革」Transforming Our World.）と、そのための「持続可能な開発目標」（SDGs）について検討をすすめていたので、その世界変革計画における社会的連帯経済の役割に関して国連の認知度を高めることであった。端的に述べるならば、タスクフォースの意図は、世界変革の実践主体としての社会的連帯経済組織の重要性を国連の世界変革プランのなかに組み込むことであった。しかし、この作業は大きな困難を伴った。

タスクフォースの資料「SDGsの実現手段としての社会的連帯経済」には、つぎのような記述が見られる⁵⁾。

「『持続可能な開発のための2030年アジェンダ』は、種々の関連組織間の連携を、SDGs実現の核心的手段と認識している。アジェンダ策定の交渉過程において、このアプローチは論争を伴っていた。なぜならば、多くの議論が行政と私企業との連携を中心としていたからである」。交渉の結果、SDGsの第17目標において、政府と公私連携と市民社会の間のパートナーシップが奨励されることとなった。多様な社会的連帯経済組織の多くの成功例が示しているように、2030アジェンダを実現するためには社会的連帯経済組織が大きな役割を果たさう。「私企業は、パートナーシップのリーダーとはなれず、補助的な役割しか果たしえない」。国連の社会的連帯経済タスクフォースは、社会的連帯経済組織のパートナーシップを促進するための中心的な役割を果たすであろう。

この資料が示すように、タスクフォースは、SDGsの基本的な担い手を社会的連帯経済組織に求めているのである。

3. 国連の世界変革計画とその担い手

2015年、国連は193の加盟国が全会一致で、「われわれの世界を変革する：持続可能な開発のための2030年アジェンダ」（以下、「世界変革計画」と略称）を採択した。アジェンダは「行動計画」と

いう意味合いであるから、端的に表現すれば「2030年に向けての世界変革計画」である。その計画を具体化したものが、17の目標と169のターゲット、そして詳細な244の指標からなる「持続可能な開発目標」(SDGs)である。

ここから明らかなように、「持続可能な開発目標」(SDGs)は「世界変革計画」の目標として位置付けられる。ところが、なぜか日本ではSDGsという表現が独立して前面に立ち、「世界変革計画」という基本テーマが背景に退いている。その結果、SDGsという目標が独り歩きしている。「われわれの世界を変革する：持続可能な開発のための2030年アジェンダ」の基本的なテーマは、この文章が明示するように、「われわれの世界を変革する」である。われわれは、SDGsを独り歩きさせるのではなく、「世界変革」をこそ基本テーマとすべきである。

世界変革のための17の改革目標(貧困、飢餓、健康と福祉、教育、ジェンダー平等、水と衛生、エネルギー、ディーセント・ワーク、インフラ構築、不平等、居住、生産と消費、気候変動、海、陸上生態系、平和、グローバル・パートナーシップ)は、すべて重要であるが、ここでは最初の3目標のテーマを紹介するにとどめよう。

第1目標は「あらゆる場所で、あらゆる形態の貧困に終止符を打つ」である。

第2目標は「飢餓に終止符を打ち、食料の安定確保と栄養状態の改善を達成するとともに、持続可能な農業を推進する」である。

第3目標は「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を推進する」である。

第1目標の貧困克服は、とりわけ重要である。貧困の克服なしでは世界平和は達成できない。「世界変革計画」の「前文」では、「貧困克服は最大の地球規模の課題である」と述べられている。

第1目標は、5つのターゲットに具体化される。第1のターゲットは「2030年までに、現在1日1.25ドル未満で生活する人々と定義されている極度の貧困をあらゆる場所で終わらせる」である。世界銀行が示す国際貧困ラインによれば、生活できる最低限の収入は、1日1.9ドルであるが、現在、世界の富の半分が1%の人の所有となっている経済格差のもとで、世界人口の9.9%が1日1ドル

以下で生活している。

国連の社会的連帯経済タスクフォースの関心事は、世界変革の担い手をどこに求めるかということであった。彼らは、変革主体としての社会的連帯経済組織の重要性を強調した。

彼らの努力の結果は、「世界変革計画」の「宣言」の「実施手段」の項(第41パラグラフ)で、「新アジェンダの実施においては、小規模企業から協同組合と多国籍企業にわたる多様な民間部門、および市民社会組織(civil society organizations)と慈善団体が役割を果たす」と表現された。また、「実施手段とグローバル・パートナーシップ」の項(第67パラグラフ)では、「われわれは、小企業から協同組合、多国籍企業までを含む、民間部門の多様性を認める。われわれは、すべての組織が持続可能な開発における課題を解決するために創造性と革新性を発揮することを求める」と表現された。

世界変革の担い手に協同組合と市民社会組織を認めさせるためにタスクフォースの関係者が払った努力がどれほどであったか。国連の現状を考えるならば、想像に難くない。

Ⅲ タスクフォースの社会的連帯経済論

1. 総論

前述の『社会的連帯経済』(2015年)の序章(ウツティング「社会的連帯経済の発展への挑戦」)は、タスクフォースの研究成果が示す社会的連帯経済論の総論の位置を占めている。そのポイントは、つぎのようである。

「社会的連帯経済」という言葉は、社会的目的と環境保全目的を優先する多様な経済活動の全体をカバーする総称として用いられている。社会的連帯経済は、経済の問題だけでなく、社会、環境、文化、政治(参加型ガバナンス、エンパワーメント)の問題にも関わっているコンセプトである。

「社会的連帯経済」は「社会的経済」というコンセプトと「連帯経済」というコンセプトの連携の結果生じた。近年における「社会的経済」と「連

帯経済」の連携は、社会運動の進展にとって一大進歩である。リベラルな流れとラディカルな流れが「社会的連帯経済」という一本の傘のもとに集まり、共通の戦略の形成をはじめとして広範な領域で連携を進めている。

「社会的経済」が、資本主義経済体制を受け入れながら、資本中心の組織ではなく人間中心の組織が活動しうる領域の拡大に努めているのに対して、「連帯経済」は、体制の変革にも関心を向けている。

社会的連帯経済は、新自由主義に対抗しうる社会理念をつくりつつある。社会的連帯経済が重視する問題は、再分配での正義、真の意味での持続性、資本主義システムに代わるシステム、参加型民主主義、および、活発な市民運動と社会運動が主導する解放的な政治である。社会的連帯経済は、経済に対する社会のコントロールの強化を主張する。

社会的連帯経済組織が、労働組合、原住民組織、農民組織、女性組織など、他の組織との連携を深めることは、社会変革にとって大きな意義をもつ。

社会的連帯経済は、長年にわたり周延的な経済と見なされてきたが、近年、その勢力は増大しつつある。社会的連帯経済は、貧困問題や環境問題など、現代社会の基本的な問題に直接挑戦することによって、経済領域だけでなく、思想的、政治的な影響力を強めつつある。経済と国家政策に対する市民活動の影響力が増大しつつある。社会的連帯経済の活動がグローバル化しつつある。グローバル化が進行する現代、グローバル規模の組織化が必要である。国際組織（「社会的連帯経済促進のための大陸間ネットワーク」や「モンブラン会議」など）の発展が重要となる。

本書『社会的連帯経済』の第1部（1-9章）は、「歴史、理論、戦略」に関する論文集であり、第2部（10-18章）は、「協同活動と連帯の実践」に関する論文集である。本書では、とくにつぎの2点が強調されている。

① 経済活動における市場と再分配と互惠性（企業社会と国家と市民社会）の三者の関連性が重要である。とりわけ、市民社会と地方自治体との連携が重要となる。

② 経済的エンパワーメントと政治的エンパワ

ーメントとの相互補完性が重要である。経済的エンパワーメントと政治的エンパワーメントは手を携えて進むものである。政治的参加を重視し、活発な市民活動によって権力関係の変革を求める必要がある。

2. 歴史

本書『社会的連帯経済』第1章のJ-L. ラヴィール(フランスの大学教員)「社会的連帯経済の歴史」は、主として「市民組織の活動による民主主義」(associative democracy)のあり方という観点から、社会的連帯経済の歴史を考察して、つぎのように述べている。

(1) 「社会的経済」の歴史

「社会的経済」は、協同組合、共済組織、NPOが行う経済活動であり、その活動は以下の原則に基づいている。①活動目的は、利益獲得ではなく、組合員と地域社会へのサービスの提供、②自主管理、③民主的意思決定、④利益配分においては資本より人と労働を優先させる。

19世紀中に、協同組合や共済組織などの、非営利目的の法人格をもつ「社会的経済」の組織が発展し、現在に至っている。「社会的経済」の組織は、20世紀にある程度の経済力を持つようになったが、実質的な政治力はなかった。

(2) 「連帯経済」の歴史

「社会的経済」は、経済の問題が民主主義政治にどのようにかわるかという問題にあまり注目しなかったが、20世紀末に、経済的目的と社会的目的と政治的目的を結合した「連帯経済」と呼ばれる運動が、ヨーロッパと南米において発展してきた。「連帯経済」は、「社会的経済」と共通の特徴を持つが、政治的活動の再生を伴っている点に特徴がある。「連帯経済」は「市民参加によって経済民主化を促進する一連の活動」と定義しうる。

連帯経済は、経済のあり方を規定する原則は一つではなく複数存在するという経済観に立つ。

すなわち、経済のあり方を規定する原則には、市場の原則のほか、再分配の原則と互惠性(reciprocity)の原則があると認識し、これらの

原則にもとづく行動が現実の経済を構成すると見られる⁶⁾。

市民運動にとっては、経済面と政治面との連携が重要となる。市民社会と政府との関係が社会のあり方を規定するキーとなる。

(3) 「社会的連帯経済」の時代

社会的連帯経済というコンセプトは、最近20年間ほどで一般化した。社会的経済の伝統と20世紀末のアソシエーション民主主義の再生とが、社会的連帯経済という新しい理論的展望を生み出した。社会的連帯経済は、社会的経済と連帯経済とを結び付けることによってオリジナルな分析枠組みを生み出している。

20世紀の社会運動は、社会変革にさいして避けるべき2つの問題点を明らかにした。

第1の問題点は、平等主義を掲げながら圧制を強いる政治的意思へ経済が従属することである。資本主義克服を目指して成立したはずの社会の経済目標が、草の根型運動と結びつかず、トップダウン方式で独断的に設定されることである。

第2の問題点は、個人の自由という理念のもとで不平等を正当化する市民社会を認めることである。

20世紀が残したこの2つの問題の解決に社会的連帯経済が挑戦している。

第1の問題は、端的に言えば独裁体制の危険性である。

20世紀のラディカルな思想のなかには、資本主義に代わる思想として社会的平等と社会的正義を強調して、その理想を政治権力奪取によって実現しようとする傾向が見られた。結果として独裁制が生まれたが、この試みは失敗に終わり、新自由主義思想にもとづく自己調節型市場経済というユートピアが復活した。しかし、この市場原理も社会の不安定化をとどめることができず、民主的改革を求める社会側の反応をひきおこしている。この社会側の反応が独裁体制の罠に陥らないようにするためには、経済を民主主義の枠内で機能させるための新しい方途を明らかにする必要がある。経済民主化の道は、経済の複合性を認識し、民主的連帯を進めることによって開かれる。すなわち、なによりも民主的連帯を基礎にして、①市場原理

だけでなく再分配原理と互恵性原理を取り入れ、②市場を連帯経済の展望の中に制度的に位置づけ、③非営利組織の結成を進めるという戦略が必要となる。

社会的連帯経済の基礎をなすのは、市民社会の自立的な組織（労働組合、協同組合、共済組織、NPOなど）の活動と国家の社会保障政策である。互恵性原理に基づく連帯と再分配原理にもとづく連帯との連携が、社会変革のコンセプトを革新する。

第2の問題は、言い換えれば、博愛主義的思想に沿う形をとった資本主義の拡大が民主的連帯の進展を妨げているという問題である。現代の資本主義は、直接的に資本蓄積を狙うよりも、知識の蓄積による革新力向上に傾注する傾向がある。創造的な経済革新が社会の革新を生むとされ、このような志向を持つ企業が「社会的企業」と称される。「社会的企業家」は、社会問題と環境問題の解決に向けての革新的アイデアを生み出す社会変革者の役割を果たすと見なされている。また、「博愛的資本主義」は、寄付文化の向上に貢献するとされ、「企業の社会的責任」(CSR)の発揮が市場の自己調節機能にとって必要だと主張される。しかし、個人と企業の寄付行為、「企業の社会的責任」の発揮、国家のセーフティーネット政策の実践などの博愛主義的な活動が、民主的連帯にもとづく社会活動にとって代わることはない。

(4) 現代社会の課題

現代社会の最大の課題は、市民社会の民主化と国家の民主化である。民主的国家は、民主的連帯にもとづく市民組織の活動に支えられてはじめて成立する。

「福祉国家」は、個人の権利と再分配を中心とする連帯という思想を掲げたが、それだけでは不十分である。公共的な財のさらなる増大と、自由と平等の原則を重視する社会関係の促進が必要である。民主的社会の構築を共通目標として、市民社会と国家とが連携することが連帯強化の主要な方途である。

社会的連帯経済は、経済の諸制度を考察する際に、経済学にのみ依拠するのではなく学際的に検討する。また、社会を経済と政治の二重視点から

考察することによって、伝統的経済学の諸カテゴリーを理論面でも実践面でも再検討する。社会的連帯経済のこのような経済観は、国家からも市場からも強く批判されるであろう。国家と市場からのこのような束縛をいかに乗り越えて行くか、そのための方途を明らかにすることが民主的連帯発展の展望を開くことになるだろう。

Ⅳ 社会的連帯経済と労働者協同組合

1. 社会的連帯経済

上述の国連タスクフォースの見解からも明らかなように、「社会的連帯経済」というコンセプトは「非営利・協同」というコンセプトを経済活動の面で表現したものとして理解する。「社会的連帯経済」における「社会的」は「人と人のつながり」であり、「連帯」は「人と人との自覚的なつながり」であり、「経済」は「生活に必要なものを手に入れる活動」である。社会的連帯経済は、端的に言えば、「人と人のつながりを大切に、生活に必要なものを協力して手に入れる活動」であり、「社会問題の解決を目的として連帯行動を手段とする経済」である。

では、「経済」とは何か。経済は、生活に必要なもの（財とサービス）の生産と消費にかかわる活動である。経済というとすぐに、お金で物を買うことを考えてしまう。しかし、経済は、市場で商品の売買をする交換の経済だけでない。その他に、国家を媒介とする再分配の経済もあれば、民間非営利組織を担い手とする助け合いの経済もある。

人間の基本的な生存目的は、他の生物と同じく、個体の維持と種の保存である。そのために人間は生活に必要なもの（財とサービス。生活手段）を獲得し消費する。生活手段の獲得行為は、原始時代においては主として採取や狩猟であった。生活手段が乏しいこの時代においては、採取や狩猟で得た動植物を仲間で分け合う行為（再分配）や、必要に応じての生活手段のやり取り（互恵）がなされた。農耕が始まり生産という行為が主になり、生活手段が余る場合には、生活手段の交換がなさ

れた。再分配も互恵も交換も、すべて経済活動である。

近代になると、市場における貨幣と生活手段との交換が経済活動の中心を占めるようになった。そして、政府による市場介入を最小にして市場活動を自由にすることが最良の経済政策であるという考え方（自由主義、新自由主義）が生まれた。しかし、新自由主義政策のもとでは経済格差や貧困問題は解決されず、種々の経済問題や社会問題が生じてきた。そして、これらの問題の解決をめざして、世界各地の住民たちが取り組む種々の経済活動が「社会的連帯経済」と総称される時代になってきたのである。

市場経済の急速な進展ともなって社会と自然が壊されていく。どうしたらよいのか。そのような思いから社会的連帯経済という運動が生まれてきた。社会的連帯経済は、社会と自然を大切にするという価値観にもとづいて、人と人との共生だけでなく、人と自然との共生を大切に。社会的連帯経済は「人と自然を大切にする経済」である。

「人と自然を大切にする経済」とは、あまりにも単純素朴な説明で、結局何も意味しないと思われるかもしれない。しかしながら、「人を壊し、自然を壊す経済」に対置するとき、「人と自然を大切にする経済」は、はっきりとした現実性を帯びてくる。いま必要とされているのは、「人を壊し、自然を壊す経済」ではなく、「人と自然を大切にする経済」なのである。

社会改革の見地からするならば、社会的連帯経済論の重要な課題は、市場セクターにおける交換だけでなく、国家セクターにおける再分配と非営利・協同セクターにおける相互扶助のあり方を総合的に分析し、その上で、3セクターのベストミックスのあり方を探ることである。

また、社会運動の見地からするならば、社会的連帯経済論の重要な課題は、コミュニティの維持と発展のために、市民社会組織が営利企業と国家の逸脱行為をつねに規制し続けることである。社会的連帯経済論が描く理想的な社会は、静態社会ではない。3セクターの闘ぎ合いが続く動態的社会である。

市場経済と国家権力は、現代社会の維持にとつ

て重要な役割を果たしている。しかも、現代の市場中心の経済は、ブラックホールのようなもので、すべての経済活動を市場経済の中に引き込もうとする。国家権力も同様である。すべての市民活動を国家権力の中に抱え込もうとする。市民による経済活動も政治活動も、抵抗しないかぎり、このブラックホールに否応なく引き込まれる。そして制度的同型化が生じる。それに抵抗する力は、経済の民主化と政治の民主化の同時進行によって生み出される。新自由主義に対抗する運動理念としては、政治の民主化だけでなく、経済の民主化を同時に進める「新しい民主主義」が対置されなくてはならない。

前世紀末から、とくにソ連邦崩壊から、新自由主義のもとで経済のグローバリゼーションが進展し、世界各国で経済的・社会的格差が増大し、地球温暖化などの人類の危機まで発生させている。新自由主義経済のグローバリゼーションに対抗するためには、社会運動の側でも運動のグローバリゼーションが必要とされる。

グローバルな連帯の基盤は各国の地域社会における連帯にある。コミュニティにおける連帯を欠いては、グローバルな連帯は成り立たない。「社会運動のグローカリゼーション」。これが現代の社会運動のスローガンである。

現在、世界各地で市民主体の活動の実践例が多く見られる。しかし、各地の実践は、コミュニティ内部に留まることが多く、なかなかグローバルな運動へ結びつかない。社会運動がグローバル化するためには、①地域レベルでは地域組織間の連携、②ナショナルなレベルでは各種運動組織のナショナルセンターの結成と各種のナショナルセンター間の連携、③国際レベルでは国際協同組合同盟（ICA）などの国際組織の結成とそれらの国際組織間の連携の強化が必要とされる。

日本に関して言えば、2018年における協同組合運動のナショナルセンター（日本協同組合連携機構）の結成は、大きな意義を有している。日本協同組合連携機構の社会的役割は、協同組合間協同の拡大強化を図り、協同組合運動全体の動向を把握してその前進を図り、協同組合運動を代表して政府に政策提言するところにある。日本協同組合連携機構の結成は、労働者協同組合法の成立と

ともに、日本の非営利・協同運動の発展のための重要な橋頭保となっている。

地域社会における運動をグローバルな規模での運動に結びつけるためには、共通の運動目的、理念、旗印が必要とされる。「社会的連帯経済」が社会運動の共通の旗印となりうる。

では、労働者協同組合法の成立は、この社会的連帯経済とどのように関連するのであろうか。

2. 労協法の歴史的意義

労協法の歴史的意義を理解するためには、A. F. レイドローのつぎの文章が示唆的である。「労働者協同組合の再生は、第二次産業革命の始まりを意味するのだと予想することができる。第一次産業革命では、労働者や職人は生産手段の管理権を失い、その所有権や管理権は企業家や投資家の手に移ったのである。つまり資本が労働を雇うようになった。ところが労働者協同組合はその関係を逆転させる。つまり労働が資本を雇うことになる。もし大規模にこれが発展すれば、これらの協同組合は、まさに新しい産業革命の先導役をつとめることになるだろう」⁷⁾。

「労働が資本を雇う」とは、労働者が出資して生産手段を所有し、それを自己のものとして使うということの意味する。人間は長い間、奴隷や農奴などのように、他者の意志に従う労働を強いられてきた。現代の賃労働者も使用者の意志に従って労働している。どのような労働を行うかは、使用者が決定し、労働者はその意志に従って労働する。労働を構想する主体と労働を実行する主体とが分離されている。人間は、本来、頭と身体が結びついている総体として存在する。ところが、賃労働においては、構想する頭と実行する身体とが分離されるのである。

労協法は、このような「他者の意志に従う労働」を「働く者たち自身の意志による労働」に変え、労働における構想主体と実行主体との結合という人間本来の労働を取り戻すきっかけとなりうる。人間は人間本来の労働を取り戻すことによってはじめて人間本来のあり方を取り戻すことができる。

人間は協同を必要とする存在である。なによりも労働において協同を必要とする。しかも、協同

して行われる労働（協同労働）がその役割を十分に発揮するためには、労働者同士の協同だけではなく、その労働の成果を享受する人との協同、ひいてはコミュニティ全体の人びととの協同が必要とされる。

協同労働を組織する労働者協同組合は、協同組合間協同を拡大強化する核となり、地域社会の活性化に貢献しうる。労協法は、自律した協同労働を可能とし、市民を主人公とする社会を実現し、人間の労働と人間自身を真に解放するきっかけとなりうる⁸⁾。

フランス革命に典型例が見られるように、近代社会は市民を主体とする自由、平等、友愛の社会の実現を目指してきた。市民革命の結果、多くの国で、法の前での平等が保障され、その意味での政治的解放がなされた。しかし、自由な経済活動を保証する経済改革の結果、資本を所有する人びとが資本を所有しない人びとを雇って利潤を蓄積するという資本主義的経済体制が確立され、労働者の経済的解放は未達成のままである。

市民が主人公となる社会をつくるためには、政治の民主化だけでなく、経済の民主化が必要とされる。経済の民主化は、市民が経済の基本的な担い手になることによって達成される。

このような視点から見ると、協同組合の社会的意義が明確になる。市民の協同の組織である協同組合は、多様な市民社会組織のうちでも特別な役割を発揮しうる。協同組合は「民主主義の学校」と言われるが、協同組合は、その運動をすすめることによって、経済の民主化だけではなく、政治の民主化にも貢献しうる。協同組合の構成員は、その活動を通して民主主義のあり方を身に着けていく。組織構成員がみずから「出資し、労働者として働き、経営責任を担う」という労働者協同組合は、民主主義の学校として機能し、そこで働く人を「民主主義的人間」に育てることができる。労協法は、市民が主体となる自由・平等・友愛の社会を実現するための法律上の装置となりうる⁹⁾。

注

1) 非営利・協同組織は、多様であるが、生活の場を基礎にして活動する組織だという点で共通性を持つので、「コミュニティを基礎とする組織」(community-

based organization. CBO) と称されることがある。国連などでは「市民社会組織」(civil society organization. CSO) と称されることもあるが、この場合の「市民社会」とは、「国家」でも「営利企業社会」でもない市民社会という意味である。

2) たとえば、本年、2022年6月に開催される第110回ILO総会では「人間中心の仕事の未来と covid-19からの回復のための社会的連帯経済」をテーマとする一般討論が行われる。

最近の研究書としては、J-L. Laville et al. (ed.), *Movements sociaux et économie solidaire*, Éditions Desclée de Brouwer, 2017. S. Calvo & A. Morales (ed.), *Social and Solidarity Economy: The World's Economy with a Social Face*, Routledge, 2017. X. Itçaina & N. Richez-Battesti (ed.), *Social and Solidarity-based Economy and Territory: From Embeddedness to Co-construction*, Peter Lang, 2018. P. Baisotti & H. López Muñoz (ed.), *Solidarity Economy in Latin America: The Development of the Common Good*, Cambridge Scholars Publishing, 2021. など参照。

社会的連帯経済論は発展途上国における論議、あるいはヨーロッパにおける論議として紹介されることが多いが、最近ではアメリカでも問題視されてきている。たとえば、C. Benner & M. Pastor, *Solidarity Economics: Why Mutuality and Movements Matter*, Polity Press, 2021. 参照。本書は、協同を基礎とする経済を考察することによってオルタナティブな経済学を提唱する。本書によれば、人間の本能とコミュニティのあり方からして、経済行動は本来「互惠」(mutuality)原理に支えられるところが大きい。現代社会においてはその互惠原理の発現が経済的不平等と社会的分断によって妨げられていると理解されている。

3) 近代国家を前提とすると、「住民」は「市民」あるいは「国民」とも規定されるので、国連関連の用語では「住民」の代わりに「市民」が多用される。国連で用いられる「市民社会組織」(Civil Society Organization, CSO) という用語は、文字通りには「市民社会の組織」であるが、国家組織でも営利企業組織でもない、民間の非営利組織を意味する。

4) P. Utting (ed.), *Social and Solidarity Economy-Beyond the Fringe*, Zed Books, 2015.

5) UNTFSSSE, *Social and Solidarity Economy as a Means to Implement the SDGs*: 社会的開発研究所のウェブサイト、最終閲覧日2019年8月10日。

6) 市場の原則は、例えば、価格の変動によって社会的な需要と供給のバランスが成立する、というように、財の交換のさいに働く原則である。再分配の原則は、例えば、中央権力（部族長や国家）に集中された財が構成員に分配されるさいに働く原則である。互惠性の原則は、社会的なつながりを持ちたいという意思をもってなされる互助行動のさいに働く原則である。詳しくは、富沢賢治「社会的・連帯経済の思想的基盤としてのポランニーとオウエン」『ロバート・オウエン協会年報<43>』2019年3月、参照。

7) 日本協同組合学会・訳編『西暦2000年における協同組合 [レイドロー報告]』日本経済評論社、1989年、159ページ。

8) 協同労働が社会化するとともに生産手段の社会化が進展する。協同労働の社会化と生産手段の社会化とは裏腹の関係にある。社会主義社会成立の基準を生産手段の社会化に求める見解も、このような歴史の流れのなかで理解されるべきであろう。

9) この点では、労働者協同組合法が、認可制ではなく、届け出制によって組織の結成（結社の自由）を認めている点が、とりわけ重要である。市民を主人公とする社会を実現するためには、結社の自由の保障が不可欠だからである。

（とみざわ けんじ、研究所顧問・一橋大学名誉教授）

社会的連帯経済と労働者協同組合

柳澤 敏勝

はじめに

21世紀に入り、この地球では社会的連帯経済という考えが浸透し始めている。他方、わが国では2020年末に労働者協同組合法が成立し今年10月施行の予定となっている。なぜ今、労働者協同組合であり、社会的連帯経済が求められることになっているのかについて考えてみると同時に、この両者の関係についても検討することを本稿の目的とする。

1. 法律が規定する労働者協同組合

厚生労働省は、2020年12月制定の法律で規定された労働者協同組合について解説している。すなわち、「労働者協同組合とは、労働者協同組合法(令和2年法律第78号)に基づいて設立された法人で、組合員が出資し、それぞれの意見を反映して組合の事業が行われ、組合員自らが事業に従事することを基本原理とする組織です」¹

つまり、共に一緒に出資して働く場を創り、共に働き共に経営管理するという働き方であり、この働き方を実践する人々は協同労働と呼んでいる。厚生労働省は協同労働とは言わないが、これらの働き方や組織が求められるにいたった理由を次のように説明している。「持続可能で活力ある地域社会を実現するため、出資・意見反映・労働が一体となった組織であって、地域に貢献し、地域課題を解決するための非営利の法人を、簡便に設立できる制度が求められている」²。

わが国には従来、このような働き方や組織は存

在せず、「現行法上、このような性質を備えた法人形態は存在しないため、新たな法人形態を法制化する必要がある」と述べ、表1にみるように、厚労省は同法で定めた法人について類似法人との比較をしている。

表1 法人の出資・設立に関する比較

	企業組合	NPO 法人	労働者協同組合
出資	○	×	○
設立	認可主義	認証主義	準則主義

出所：厚生労働省「労働者協同組合について」(厚生労働省 HP から)。

また、労働者協同組合が備えるべき要件として次の5点を掲げている。すなわち、①加入脱退の自由、②労働契約の締結、③平等な議決権及び選挙権、④労働契約を締結する組合員が総組合員の議決権の過半数を保有すること、⑤剰余金の配当は組合員の事業に従事した程度に応じて行うこと、である。さらには、営利目的の否定と政党のための利用の否定を運営原則とすると解説している。

他方、この協同労働は、私たちが暮らす社会で一般にみられる雇用労働(賃労働)や自己雇用(自営業)とは大きく異なる。経済的に発展した国によって構成され別名「先進国クラブ」とも呼ばれる経済協力開発機構(OECD)加盟の国々では、働く人々(就労者)に占める雇用労働者の割合は80~90%にまで上っている。つまり、表2で分かるように、20世紀以降の資本主義社会では雇われて働く姿が一般的なのである。

1 厚生労働省ホームページ「労働者協同組合とは」。https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_14982.html(2022年1月20日アクセス)

2 厚生労働省「労働者協同組合法について」。

表2 OECD加盟国の雇用者比率

国名	年次	就業者数 (千人)	雇用者数 (千人)	雇用者比 率(%)
日本	17	68,636	59,360	86
オーストラリア	17	12,584	11,369	90
ベルギー	17	4,755	4,088	86
カナダ	17	18,658	17,399	93
チリ	15	8,028	5,657	70
デンマーク	17	2,832	2,602	92
フィンランド	17	2,540	2,204	87
フランス	17	27,063	23,906	88
ドイツ	17	41,915	37,765	90
イタリア	17	23,215	17,896	77
韓国	16	26,822	20,084	75
オランダ	17	8,798	7,329	83
スペイン	17	19,328	16,234	84
スウェーデン	17	5,097	4,602	90
イギリス	17	32,354	27,423	85
アメリカ	17	153,337	145,966	95

注：雇用者とは雇う側の人々ではなく「雇われて働く人々」のことである。

出所：日本生産性本部『2021活用労働統計』。雇用者比率は筆者の計算による。

資本主義経済の下では、周知のように、労働市場の特徴などから、雇われて働く人々は雇い主に対して弱い立場に立つ。この問題を解決するために労働者保護法が制定されてきた。日本では労働基準法など労働三法や最低賃金法などである。しかしながら、雇われて働く人々を保護する法律は協同労働に従事する者を想定していない。そのため、協同労働で働く人々の保護という点では困難が生じる。出資し共に働き共に管理するという三位一体の協同労働は「雇う雇われる」関係にないため、雇用労働を前提とする保護制度の対象とはならないという困難である。この難題を解消するために採られた苦肉の策が労働契約の締結であった。雇用労働ではない新たな労働のあり方に、従来型の雇用労働者保護のための制度の適用を図るという矛盾が残されている。

2. 次の時代の先導役

1980年にモスクワで開催された国際協同組合同盟(ICA)第27回大会で採択された決議「西暦2000年における協同組合」、いわゆるレイドロー報告は、労働者協同組合の悲運について触れている。それによると、労働者協同組合は「あらゆる種類の協同組合のなかで、おそらく一番複雑で、スムーズかつ成功裡に運営することの難しい協同組合」であったがために、「19世紀の終わりから20世紀の初期にかけて労働者協同組合は不遇で、多くの組合は挫折し、路傍に散っていった」し、「1世紀前にとりわけウェット夫妻によって労働者協同組合は死滅したと宣言されていた」のである。歴史を振り返ればおそらく異論のないところであろう³。

にもかかわらず、レイドロー報告では、労働者協同組合が次の時代の先導役になるだろうと述べ、将来に向けた「第2優先分野」として「生産的労働のための協同組合」(労働者協同組合)を挙げた。なぜならば、労働者協同組合は「労働が資本を雇うことになる」がゆえに、また「労働者が同時に所有者となる新しい産業民主主義の基本的構造を形成している」がゆえに、「大規模にこれが発展すれば、これらの協同組合は、まさに新しい産業革命の先導役をつとめることになるだろう」からである。

同報告は、「協同組合事業の最も深刻な弱点は、一般的にみて、協同組合における雇用者と従業員との関係である」と述べ、「弱点はむしろ、一般的な私企業の雇用者と従業員の関係にくらべて、協同組合のそれに何ら違いがないところにある。…協同組合は、協同組合としての特異な性格や、そのユニークな位置づけを発揮することができなかったのである。すなわち、ほとんどの協同組合は、型にはまった雇用者以上のものになろうとはしていない」のだと指摘している。協同組合一般の「もっとも深刻な弱点」を克服する労働者協同組合は、「たんなる『雇われ者』というより、よき『共働者』と思われることを望んでいる」従業員

3 日本協同組合学会訳編『西暦2000年における協同組合』日本経済評論社、1989年。

員と組合員とが一体の組織である。

こうした特徴を持つ労働者協同組合ではあるが、レイドロー報告と相前後して、失業問題が深刻化したヨーロッパで1970年代～1980年代に次々と姿を現している。先進国病の下での雇用機会創出の担い手としてであった。つまり、労働者協同組合は、単に協同組合陣営の中の「次の時代の先導役」だけではなかったのである。

3. 社会的企業・社会的協同組合の出現

レイドロー報告は1980年代以降の世界の動きを予知していたかのようなのである。次のような指摘がなされている。すなわち、「現代経済の最も顕著な傾向の一つは、巨大な企業と巨大な政府という二大機構の癒着化傾向である。市民に残された唯一の別の選択のみは、自分たち自身のグループ、とくに協同組合をつくることである」。「恐るべき企業力の時代においては、協同組合的方法こそ、多数の大衆が集合的な権利を行使し、その恩恵を享受しうる唯一の手段である」。新自由主義の跋扈により福祉国家実現に向けた巨大な政府が否定されただけでなく、グローバリゼーション推進の下、巨大な企業は一層巨大化し、貧困化が加速度的に深刻さを増している。新自由主義がもたらした困難な状況が1980年代以降世界を覆いつくすよ

うになり、それと対抗するかのように、「協同組合的方法」に依拠した人々の自発的な助け合いの仕組みが広がってきている。

ラヴィルは、自発的な草の根の自助グループが数多く登場し社会が維持されるありようを「連帯経済」と名付け、従来の「社会的経済」をさらに充実させる存在と捉えている。とくに、連帯経済組織が、格差の是正、マルチステークホルダー型ガバナンス、資源の混合（市場的資源、公的再分配、互酬性）によって、これまで以上にコミュニティへの貢献を高めることになるとの議論を展開している⁴。レイドロー報告が「次の時代の先導役」とした労働者協同組合が古くて新しい協同組合として表舞台に出てきた背景にはこうした事情も存在していた。

これらの自発的な助け合いの取り組みを代表するもう一方の事業組織が社会的企業であり、社会的協同組合である。EMES（エメス：「ヨーロッパに登場した社会的企業」研究）ネットワークの研究者たちは、コミュニティへの貢献を第一の使命とする新たな事業組織が1990年代のヨーロッパで姿を現していることを察知し、調査研究のために表3に示した9つの指標を提起し、それを社会的企業と命名した。鍵となる言葉がいくつかある。コミュニティ、市民参加、民主的意思決定、リスクの引き受け、非貨幣的資源（ソーシャル・キャピタル）の動員などが代表的なキーワードであり、

表3 社会的企業の定義

	指標・基準	概要
社会的指標	①コミュニティへの貢献	→ コミュニティレベルでの社会的責任
	②市民による設立	→ コミュニティ・市民の共同の活力に依拠
	③資本所有に依存しない意思決定	→ 一人一票制による意思決定
	④影響を受ける人々の参加	→ ステークホルダーの参加と地域レベルの民主主義を促進
	⑤利益分配の制限	→ 利潤分配の制限と利潤極大化の抑制
経済的指標	①財・サービスの継続性	→ 持続的な供給が社会的企業の第1の存在理由
	②高度の自律性	→ 行政の補助金活用もあるが市民による自律的創設と独立性
	③経済的リスク	→ リスクテイクを想定し、生存可能性は構成員の努力による
	④有償労働	→ 貨幣的資源と非貨幣的資源の混合と一定の有償労働

出所：柳沢・石塚・内山共訳『社会的企業』日本経済評論社、2004年、p.513（内山哲朗「解題」）。

4 J.L. ラヴィル(北島健一他訳)『連帯経済』生活書院、2012年。J. ドゥフルニ編(富沢賢治他訳)『社会的経済』日本経済評論社、1995年。

市場セクターを構成する営利企業とは異なる市民事業組織だと認定した。この「発見」によって社会的企業は急速に世界で認知されていくことになった⁵。

他方では、1991年にイタリアで制定された社会的協同組合法がその後の世界に大きな影響を与えていくことになる。「市民の、人間としての発達および社会参加についての、地域の普遍的な利益を追求することを目的」とする社会的協同組合は、社会的排除に対抗的し、あらゆる人々を包摂することを目的としている（表4）。共益組織を自認する従来の協同組合とは異なるカテゴリーの協同組合の登場であり、まさしく「協同組合的方法」に依拠し公益にまで踏み込んだ自発的な草の根の助け合いそのものであった⁶。

これにならって、たとえば韓国では2011年12月制定の協同組合基本法の中に社会的協同組合に関する規定が盛り込まれた。この規定は、共益と公益とが重なり合う社会的協同組合の性格をよく表している。同法第93条第1項において、社会的協同組合の「事業」が定められている。それによると、社会的協同組合は以下の第1号から第4号の事業のうちのどれか一つ以上に従事しなければならないとされ、さらに第2項では、主たる事業が全体事業の40%以上を占めなければならないとさ

れている。事業とは次の通りである。

- ①地域社会の再生、地域経済の活性化、地域住民の権益・福利増進およびその他、地域社会が当面している問題解決に貢献する事業
- ②脆弱階層に福祉・医療・環境等の分野で社会サービスまたは仕事を提供する事業
- ③国家・地方公共団体から委託された事業
- ④その他、公益増進に貢献する事業

ここで言われる脆弱階層は、イタリア社会的協同組合法でいう「社会的に不利益を被る人々」（社会的排除）とほぼ同義だといって大過ない。李氏は「社会的協同組合は社会的弱者に対する社会サービスまたは働き場の提供、地域社会に貢献できる活動を行うことを目的とする組織」だと述べている⁷。わが国の労働者協同組合法第1条（目的）の「持続可能で活力ある地域社会の実現に資すること」、あるいは厚労省が説明する「地域に貢献し、地域課題を解決するための非営利の法人」と照らし合わせてみても分かるように、社会的協同組合、労働者協同組合という法人形態の違いはあるにせよ、コミュニティへの貢献、公益への関与という点で両者が目指しているところは近似している。

その観点から見れば、わが国の労働者協同組合法は従来からの高齢化や過疎化などの地域課題にとどまることなく、非正規雇用の増大に伴う貧困

表4 イタリア「社会的協同組合に関する法律」（1991年）

定義	「市民の、人間としての発達および社会参加についての、地域の普遍的な利益を追求することを目的」として組織されるのが、社会的協同組合（第1条）
種類	①「社会福祉、保健、教育等のサービスの運営を担う」A型社会的協同組合 ②「社会的に不利益を被る者の就労を目的として農業、製造業、商業およびサービス業等の多様な活動を行う」B型社会的協同組合
構成	B型社会的協同組合は、「不利益を被る労働者の数が有償労働者の30%を下回ってはいけない」（第4条）
パートナーシップ	雇用創出を目的としている場合は公共機関がこの社会的協同組合と契約を結ぶことができる（第5条）

出所：田中夏子『イタリア社会的経済の地域展開』日本経済評論社、2004年。

5 柳沢・石塚・内山共訳『社会的企業』日本経済評論社、2004年。なお、藤井が指摘するように、商業化したNPOを社会的企業と捉えるなどのアメリカでの受け止め方は、EMESネットワークの考え方とは大きく異なる点には留意が必要である。藤井敦史他『開う社会的企業』勁草書房、2013年。

6 田中夏子『イタリア社会的経済の地域展開』日本経済評論社、2004年。

7 李宰都（イ・ジェウク；韓国生協全国連合会前事務総長）「韓国協同組合基本法の制定過程と意義についての考察」、『社会運動』第383号、2012年2月15日。

化の下で取り組まれる人々の自発的な助け合いをも包摂する可能性が高い。経済規模の大きい国の中であって日本の相対的貧困率はアメリカに次いで高く、国民の6人に1人以上が貧困線以下の暮らしを余儀なくされているにもかかわらず、公的セクターの手が届かないことが余りにも多い。自発的に取り組まれている「こども食堂」や反貧困の活動など、公益の増進に寄与する「協同組合的方法」による事業として労働者協同組合が立ち現れてくるであろう。

4. 国連社会的連帯経済タスクフォース

1980年代以降、レイドロー報告でも注目されたように、新自由主義の拡大とは対抗的に自然発生的に労働者協同組合が組織され、社会的企業、社会的協同組合が表舞台に登場するようになってきたが、これらはいずれも21世紀になって次第に明瞭になってきた社会的連帯経済という新たな概念で括ることができるようである。

2013年9月に国連諸機関を横断する新たな組織が設置された。社会的連帯経済タスクフォース(以下、タスクフォース)である。国際労働機関(ILO)をはじめとする20の国連機関と加入者10億人を超え世界最大のNGOでもある国際協同組合同盟(ICA)など、3つの国際NGOをオブザーバーとして立ち上げられ、社会的連帯経済を広く知らしめることを主目的としていた。このタスクフォースの2020年文書(「コロナ禍後の復興における社会的連帯経済の役割」)によれば、①国際的に合意された社会的連帯経済の定義はまだないが、②2020文書も含め、タスクフォースは2014年ポジション・ペーパーで示された考えを踏襲している。③この2014年ポジション・ペーパーよると、社会

的連帯経済とは、協同組合、共済組合、アソシエーション、財団、社会的企業であり、財、サービス、知識を生み出し、経済目的、社会目的を追求し、連帯を育て上げる組織だという⁸。

ここで採り上げられている2014年ポジション・ペーパーは、「ポスト2015社会開発アジェンダならびに持続可能な開発目標(SDGs)の起草の過程で、社会的連帯経済の役割に十分な関心が払われなかったという懸念に対応して、タスクフォースはポジション・ペーパーを公表する」として、タスクフォースの基本的な考え方、方針を示すために出された文書である⁹。ポスト2015社会開発アジェンダとは、2015年9月開催の国連総会で採択された「私たちの世界を変える：持続可能な開発のための2030アジェンダ」のことであり、2030年までに解決すべき地球規模での17の課題を提起している。いわゆるSDGsであり、ミレニアム開発目標(MDGs)の後継である。

2014年ポジション・ペーパーによれば、社会的連帯経済の特徴を理解するうえで3つのポイントがある。すなわち、①社会的に有益な明確な目的を持ち、環境保護目的を合わせ持つことも多いさまざまな組織や事業体の財やサービスの生産に適用されるのが社会的連帯経済であり、②社会的連帯経済組織を導いているのは、協同、連帯、倫理、民主的自主管理などの原則や実践である。そして、③社会的連帯経済に包含されるのは協同組合であり、社会的企業や自助グループ、コミュニティを基盤とする組織、インフォーマル経済で働く労働者の団体、サービス供給型のNGO、連帯金融である。とりわけ興味深いのは、社会的連帯経済の典型が多様な協同組合だとの指摘である。

2020文書が言うように、たしかに国際的に合意された定義はまだないとはいえ、ポジション・ペーパーで示されている考えが概ね国際的に合意さ

8 The UN Inter-Agency Task Force on Social and Solidarity Economy(UNTFSSSE), *What Role for the Social and Solidarity Economy in the Post COVID-19 Crisis Recovery?*(Second Technical Symposium 21 - 22 NOVEMBER 2019 TRENTO), June 2020. なお、ここで指摘されている特徴はフランスで2014年7月に制定された社会的連帯経済法と同じとあって大過ない。

9 The UN Inter-Agency Task Force on Social and Solidarity Economy(UNTFSSSE), *Social and Solidarity Economy and the Challenge of Sustainable Development: A Position Paper by the United Nations Inter-Agency Task Force on Social and Solidarity Economy(TFSSSE)*, June 2014.

れた理解だということができる。というのは、表5および表6で判断できるように、現在のタスクフォースのメンバーである国連の18機関とオブザーバーである15の国際NGOの顔ぶれは社会的連帯経済を推進しようとする国際的な組織を概ね網羅していると言え、これが国際的に共通の理解だと言って大過ないからである。とくに、社会的企業に関する研究者集団であるEMESネットワークと国際公共経済学会(CIRIEC: シリエック)とが名を連ねている点、および社会的連帯経済を推し進めようと尽力してきた「社会的連帯経済推進のための大陸間ネットワーク」(RIPESS: リペス)

や社会的連帯経済国際フォーラム(旧モンブラン会議)、および世界最大のNGOのともいえる国際協同組合同盟などが加わっている点を考慮すれば、ポジション・ペーパーでの理解がほぼ世界共通のものだと言っていいであろう。

そして、うえにみてきた労働者協同組合、社会的企業、社会的協同組合の三者とも、リピエッツが言う「社会的連帯経済を形成する『明示的なルール』としての三条件」、すなわち、①一人一票の運営原則、②資産の非分配原則、③営利性の制限を満たしているといっている¹⁰。また、タスクフォースが言う社会的連帯経済を導く「協同、連

表5 国連タスクフォース (UNTFSSSE) のメンバー (2022年) (18の国連機関)

- International Labour Organization (ILO)
- Joint United Nations Programme on HIV / AIDS (UNAIDS)
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)
- The Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR)
- The World Bank
- United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD)
- United Nations Department of Economic and Social Affairs (UN DESA)
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO)
- United Nations Development Programme (UNDP)
- United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women)
- United Nations Environment Programme (UNEP)
- United Nations Office at Geneva (UNOG)
- United Nations Human Settlement Programme (UN HABITAT)
- United Nations Industrial Development Organization (UNIDO)
- United Nations Institute for Training and Research (UNITAR)
- United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD)
- World Food Programme (WFP)
- World Health Organization (WHO)

出所：タスクフォースのHP。

表6 国連タスクフォース (UNTFSSSE) のオブザーバー (15の国際NGO)

- Catalyst 2030
- Centre for Socio-Eco-Nomic Development (CSEND)
- Diesis Network
- EMES International Research Network
- Euclid Network
- European Economic and Social Committee (EESC)
- European Research Institute on Cooperative and Social Enterprises (EURICSE)
- Global Fund for Cities Development (FMDV)
- Global Social Economy Forum (GSEF)
- Intercontinental Network for the Promotion of Social Solidarity Economy (RIPESS)
- International Centre for Innovation and Knowledge Transfer on the Social and Solidarity Economy (C.I.T.I.E.S)
- International Centre of Research and Information on the Public, Social and Cooperative Economy (CIRIEC)
- International Co-operative Alliance (ICA)
- Social Economy Europe
- SSE International Forum (旧モンブラン会議)

出所：タスクフォースのHP。

10 A・リピエッツ(井上泰夫訳)『サードセクター』藤原書店、2011年。

帯、倫理、民主的自主管理」の原則もこれら三者に共通している。あるいは社会的企業を定義するうえで掲げられた5つの社会的指標、すなわち①コミュニティへの貢献、②市民による設立、③資本所有に依存しない意思決定、④ステークホルダーの参加、⑤利益分配の制限の5点もほぼ共通している(表3)¹¹。1980年代以降再度の広がりをみせた労働者協同組合という古くて新しい協同組合が、社会的企業や社会的協同組合と並んで社会的連帯経済の一翼をなしていることは明らかである。

5. 21世紀初頭の主役

タスクフォースは、ポジション・ペーパーの中で、21世紀初頭の世界では社会的連帯経済が重要な役割を果たすとしている。なぜか。タスクフォースによれば、気候変動や金融危機、貧困の拡大など、地球規模での危機がここ数十年繰り返されているが、従来型のビジネス(business as usual)ではこれらの危機に対応できず、異なる

仕組みが求められているのであり、それが社会的連帯経済だとしている。そして、社会的連帯経済は8つの領域で重要な役割を果たすと述べている。8つの領域とは、人間らしい労働、環境、地域開発、都市と人間生活、女性、食糧安全保障、健康、金融である。これらは私たちが暮らす社会経済の身近なさまざまな領域にほかならない。言い換えると、私たちの日常生活の多くの局面で社会的連帯経済が重要な役割を果たしていることになる。

そうであるがゆえに、「政府は社会的連帯経済の潜在能力を理解するだけでなく、関係する諸組織や取り組みの能力が奪われてしまうような政策環境や法的環境のもとで、しかも民間企業との不平等な競争の場で社会的連帯経済が活動していることを理解することが重要である。……近年、複数に及ぶ政府では、社会的連帯経済活性化のために、法律、政策、機構の大きな改革を行っている」とのポジション・ペーパーの指摘は、表7でみる現実となって現れている。

他方、SDGsを提起したのが2015年9月開催の

表7 社会的連帯経済支援のための法制定

年	国名	法律
1991	イタリア	社会的協同組合法
1995	ベルギー	社会的目的をもった会社法
1998	ポルトガル	社会的連帯協同組合法
1999	ギリシャ	有限責任社会的協同組合法
2002	フランス	社会的共通益のための協同組合法
2003	フィンランド	社会的企業法
2004	リトアニア	社会的企業法
2005	イタリア	社会的企業法
2005	イギリス	コミュニティ利益会社(CIC)規則(会社法)
2007	韓国	社会的企業育成法
2011	スペイン	社会的経済法
2011	エクアドル	民衆連帯経済法
2011	韓国	協同組合基本法(社会的協同組合規則)
2012	メキシコ	社会的連帯経済法
2013	ポルトガル	社会的経済法
2014	フランス	社会的連帯経済法

出所：柳沢他訳『社会的企業』(内山哲朗「解題」)日本経済評論社(2004年)ならびに廣田裕之『社会的連帯経済入門』集広舎(2016年)から筆者作成。

11 前掲『社会的企業』。

国連総会で採択された決議、「私たちの世界を変えよう：持続可能な開発のための2030アジェンダ」であった¹²。この2030アジェンダでは、17の課題（SDGs）に取り組む主体が民間セクターだとされている。ここでいう民間セクターとは小零細企業から多国籍企業であり、その間に挟み込まれるように協同組合、市民組織、慈善組織が列挙されている（パラグラフ41）。とはいえ、なぜ、これらの非営利組織が民間セクターの一員として列挙されるのか。2030アジェンダは、その理由を一切説明していない。

だが、2030アジェンダの議論に寄与することを目的としていた前述のポジション・ペーパーをみればその理由がわかる。アジェンダの中で触れられている協同組合や市民組織などの非営利組織こそが社会的連帯経済を代表しているのであり、小零細企業から多国籍企業までの「従来型のビジネス」では対応がむずかしい以上、社会的連帯経済が重要な役割を果たすのである。したがって、ポジション・ペーパーでは、「社会的連帯経済の特色は、ここ数十年の間支配的であった利潤極大化アプローチでかつ企業主導型も多いアプローチとは対照的な開発モデルを指し示している。成長の恩恵がトリクルダウンするであろうことを…想定するよりも、むしろ社会的連帯経済は、人々にと

って不可欠のニーズに応じる包摂的なやり方で、先取りの資源や剰余を動員し再分配しようとしている」と指摘し、1980年代以降大きな影響を与えてきた新自由主義からの脱却の担い手こそが社会的連帯経済であり、21世紀初頭の今日、「私たちの世界を変革する」（Transforming our World）主役だとしているのである。

むすび

21世紀初頭の主役は誰か。ポジション・ペーパーに従えば、社会的連帯経済である。国連決議「2030アジェンダ」でいう変革（Transforming our World）の担い手は民間セクターであり、とりわけ社会的連帯経済である。労働者協同組合や社会的企業、そして社会的協同組合が、1990年代以降、社会的連帯経済を代表する事業組織として顕在化してきている。このような文脈でとらえたとき、わが国で法制化された労働者協同組合は、立法にかかわった人々の意図はどうあれ、21世紀初頭の主役の一員として登場したことを意味している。

（やなぎさわ としかつ、明治大学国際労働研究所客員研究員、明治大学名誉教授）

12 United Nations General Assembly, *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*, 18 September 2015.

長期避難生活を送る地域住民の困難の 経時的变化と支援に関する考察

安田 真奈美、新田 真由美

I. はじめに

世界的に災害が頻発し、人々の生活に大きな変化をもたらしている。2011年の東日本大震災では、自然災害と原発事故によって地域住民は長期間の避難生活を余儀なくされ、福島県を中心に今も約42,000人が避難生活を続けている¹⁾。被災者に様々な影響が及んでいく。身体的影響として、血圧の上昇、避難所生活での排泄をがまんするための便秘、水分をひかえるための脱水、集団生活で蔓延しやすくなる様々な感染症、活動不足によるエコノミークラス症候群やフレイル（生活不活発病）、さらに糖尿病などの生活習慣病の悪化が報告されている²⁾。このような身体的影響は、災害そのものがもたらすトラウマティック・ストレス、災害による喪失体験による悲嘆反応、さらに生活環境の変化に伴う複合的なストレスなどがからみあうことでもたらされる²⁾。災害による精神的影響は、PTSD、抑うつ、不安が多いことが報告されている^{3) 4)}。災害後の精神的苦痛は災害前に比べてアルコール消費量を増加傾向にする⁵⁾。東日本大震災で仮設住宅に住んでいた地域住民は、震災後3年目で精神疾患の有病率が5.6%と、東日本一般住民の約2倍の有病率を示したことから、災害の精神的影響は長期化する傾向があると報告されている⁶⁾。また、東日本大震災を経験した地域住民は9年経過後も、依然として被災地住民の健康状態、特にメンタルヘルスに大きな影響が残っていることが報告されている⁷⁾。このように災害後に様々な影響を受けている被災住民に対し、適切な時期の支援を視野に入れる必要がある。

東日本大震災や大規模災害の被災者を対象としたアンケート調査や先行研究から高野らが整理した被災者の支援ニーズは、発災直後から時々刻々と変化している⁸⁾。被災直後においては食料の有無等、特に生命の維持に関するニーズが中心とな

り、その後時間の経過とともに衛生面のニーズ、元の生活へ戻るためのニーズが変わっていくことが示されていた。しかし、いつどのような困難が背景にあってそのような支援ニーズや対策につながるのか、避難所を退去した後の被災者の生活に関する研究は限られており、被災住民の困難の経時的变化を明らかにしたものは殆ど見当たらなかった。これまでの被災者の困難の変化に関する研究は、母親を対象にして被災した子供の成長と合わせて生活環境の変化に伴う困難を明らかにした研究⁹⁾や、東日本大震災の高齢被災者に関わる看護職者の経時的に変化する日常生活の課題への支援に関する困難¹⁰⁾であり、被災した地域の一般住民を対象にしたものではなかった。災害後の避難生活が長期化する地域住民に対して、困難の経時的变化を踏まえた適切な支援を検討する必要がある。

そこで、本研究の目的は、東日本大震災と福島第1原子力発電所事故に影響されて長期避難生活を送る地域住民の認識する困難の経時的变化を明らかにすることとし、それにより災害によって被る困難の軽減や減災にむけての支援の手掛かりを得ることを目指す。

II. 方法

個別インタビューによる質的記述的研究を行った。

1. 研究参加者

研究参加者は東日本大震災と原発事故で被災した地域に住民票を置き、震災後に県内で5年以上の避難生活を送っている成人8名とした。参加者のリクルートには、震災直後から被災地域の健康相談会や交流会などにボランティアとして定期的

に支援活動をかかわってきたことをきっかけに、被災地域の保健センターに研究協力依頼書を提出して研究協力者の紹介を得た。紹介された住民に研究協力を依頼し、文書にて同意を得た。

2. データ収集方法

データ収集は、研究対象者の基本属性、自宅のある地域に関する面接調査時点での避難指示¹¹⁾の状況、および災害直後から避難生活を振り返って困難に感じたことについて半構造的インタビューを2016年10月に行った。1回あたり60分程度であった。

3. データ分析方法

インタビューデータを逐語録にした。そこから、被災住民の困難が表れている箇所を、Berelsonの内容分析¹²⁾の手法を基に、記述内容の意味を損なわないように記録単位としてコード化したのち、類似性に基づきカテゴリー化を行った。

また、それぞれの困難が災害後のどの時期のものであるかわかるように災害過程のサイクルの分類¹³⁾を用いて、震災当日から2週間後を緊急段階、震災2週間後から2年後を応急段階、震災2年後から現在を復興段階とした段階区分情報を付与した。

カテゴリー分析の信用性を高めるために、分析の各段階において2名の質的研究の経験者と被災住民への支援経験者からスーパーバイズを受けて検討した。また、分析結果を研究参加者に説明したところ、異を唱える者はいなかった。

4. 用語の定義

- 1) 困難：災害後の生活の中で被災住民が遭遇した困りごとや心配したこと、負担感とする。
- 2) 長期避難生活者：災害急性期以降の被災者が避難所生活から移行し、応急仮設住宅や再建住宅等に住む期間が5年以上経過している者を指す。

5. 倫理的配慮

研究対象者に調査の趣旨と内容、参加の任意性と中断の自由、不利益の回避、個人情報保護と成果の公表、協力撤回方法等について説明し、同意書への署名を得た。また、調査は関連機関の倫理委員会の承認を得て実施した。

Ⅲ. 結果

1. 研究参加者の背景

研究参加は男性4名、女性4名の計8名で、平均年齢は68.2歳だった。職業は有職2名、無職6名だった。面接時点での避難指示は、8名とも自宅のある地域が帰宅困難区域に指定されており、自宅に戻って住むことができない状態にあった。

2. 長期避難生活を送る地域住民の困難とその経時的変化

長期避難生活を送る地域住民の困難は、12カテゴリー、36サブカテゴリー、143コードで構成されていた。143コードの災害過程のサイクル区分による内訳は、緊急段階に55コード、応急段階に58コード、復興段階に30コードだった。以下、カテゴリーは【 】で、サブカテゴリーは〈 〉、コードは「 」にて表記する。

緊急段階には【想定外の被災による衝撃】【生活必需品や設備の急激な困窮】、応急段階には【生活再建の手続きや交渉ごとの煩雑さ】【新たな環境での再就職の厳しさ】、復興段階では【生活再建が進まない中で震災が忘れ去られることへの不安】のカテゴリーが抽出された。また、緊急・応急・復興の全段階を通じて【落ち着ける居場所が見つからない】【健康状態への不安と悪化】【風評被害と偏見・いじめ】【震災で失ったものに対する悲痛】【あいまいな喪失への悲痛】【避難先の地域住民に溶け込んでいけない】【災害に備える準備や知識が不足していたことへの後悔】というカテゴリーが見いだされた(表1)。

以下、段階に沿ってカテゴリーを説明する。

1) 緊急段階の困難

緊急段階では【想定外の被災による衝撃】【生活必需品や設備の急激な困窮】の困難カテゴリー

が見出された。

【想定外の被災による打撃】は、〈想定外の出来事で家族とバラバラになり、安否確認ができるまでの不安〉〈想像を超えた原子力発電所爆発事故への恐怖〉〈震災による家屋やライフラインの甚大被害〉で構成された。日頃、想定してなかった地震や津波の自然災害と原子力発電所事故が起こり、「あの頃、爆発したりして、皆、恐怖を感じた」「お年寄りと子供からバスで一足先に避難したので家族がバラバラになってしまい心配だった」などと心が激しく動揺してしまう困難さが示された。

【生活必需品や設備の急激な困窮】は、〈着の身着のままの物資不足の生活〉〈暖房、トイレの水、雨漏り等整備不備の避難施設での苦労〉〈物資の不足で他人に分け与えられなかったことへの罪悪感〉〈割り当てられた避難所間格差への困惑〉〈情報不足〉〈避難所での感染対策・衛生維持の困難〉の6サブカテゴリーから構成された。突然始まった避難生活で、食料・飲料水・衣類及び衛生材料等生活必需品の不足、トイレや避難場所などの住空間と設備の確保、通信情報手段の遮断による情報の錯そうがおき、また広域な被災地の地理状況や交通網の寸断による避難所間格差が生じたこともあり、生命と生活の維持に関わる困難さが示された。「どこかのお婆ちゃんにおにぎりを分けてあげられなかったことが、未だにトラウマになっている」と語られたほど、被災直後の緊急段階では急激に困窮した状況であった。

2) 応急段階の困難

震災直後の急性期を過ぎて、本格的に避難施設での生活が始まっていく応急段階では【生活再建の手続きや交渉ごとの煩雑さ】【新たな環境での再就職の厳しさ】の2つの困難カテゴリーが見出された。

【生活再建の手続きや交渉ごとの煩雑さ】は、〈行政等の支援への交渉や手続きに対する負担感〉〈賠償問題の進展に関する懸念〉の2カテゴリーから構成された。生活物資の補給や住居環境を整えて徐々に避難生活での生活再建を進めるために、「支援してほしいという思いであちこち電話したけどダメで、どこに言ったらいいかわかんなかった」と話し、対象者は相談の窓口や対応に

苦慮しながら奔走していた。また、原発事故の賠償問題などすぐに解決しにくい問題を抱え、生活再建が長期化することへの懸念が手続きや交渉ごとの煩わしさに含まれた。

【新たな環境での再就職の厳しさ】は、〈震災前のキャリアが考慮されないことへの悔しさ〉〈新しい職場環境に飛び込むことの厳しさ〉の2カテゴリーから構成された。避難生活の継続により避難先で再就職を決意した際に、「キャリアがあっても、避難先では新人さん扱いで耐えられず心を壊した」と語られたように、住み慣れない土地で見知らぬ関係性の再就職先に飛び込むことの負担感や、これまで築き上げたキャリアが通じないことで尊厳が損なわれ、就労意欲が低下する困難さを抱えていた。

3) 復興段階の困難

復興段階の【生活再建が進まない中で震災が忘れ去られることへの不安】には、〈生活再建が進まずに先が見えない〉〈風化し長期避難生活者が置き去りにされることへの懸念〉〈震災や原発事故後の悲惨さが人々の心から忘れられることへの葛藤〉の3つのサブカテゴリーから構成された。「行政は地域の復興をやっているけど、私たちは避難を続けていて先が見えない」と語られたように、地域の復興計画が進む中で、原発の影響で避難生活が長期化している人の生活再建は個人の力では思うように進まず先が見えない状況の中で、震災が忘れられていくことへの不安が示された。

4) 緊急・応急・復興の全段階を通じて継続的な困難

緊急・応急・復興の全段階の困難は【落ち着ける居場所が見つからない】【健康状態への不安と悪化】【風評被害と偏見・いじめ】【震災で失ったものに対する悲痛】【あいまいな喪失への悲痛】【避難先の地域住民に溶け込んでいけない】【災害に備える準備や知識が不足していたことへの後悔】の7つに集約された。

【落ち着ける居場所が見つからない】は、〈家族でまとまって落ち着いた生活が維持できない〉〈同じ境遇の仲間同士が支え合える場や機会の不足〉〈自宅への立ち入り制限による不自由さ〉〈避難先の自然環境の厳しさ〉の4サブカテゴリーから構成された。「被災前は3世代7人で住んでい

たが、今の仮設住宅は狭くて息子夫婦や孫とは別々にいる」と語られたように仮設住宅の狭さによる家族分散、震災を経験した同じ境遇で支え合う仲間同士の交流の機会や場所の不足、原発事故に関連した自宅への立ち入り制限、および住まいを取り巻く自然環境が変わったことによって、継続的な避難生活を通じて落ち着ける居場所が長い間見つけられないでいる状況が示された。

【健康状態への不安と悪化】は、〈避難所の狭さや閉じこもりによる不活発症等の不安〉〈不慣れた環境で不眠・高血圧・体調不良等の出現〉〈震災による生活変化への心理的打撃で精神症状の出現〉の3サブカテゴリから構成され、避難生活が始まって生活環境の変化から心身の健康状態への不安と、実際に症状が出現し悪化したことへの困難を抱えていることが示された。

【風評被害と偏見・いじめ】は、〈放射能汚染の風評被害で中傷された経験〉〈賠償金をめぐり偏見を受ける悔しさ〉の2サブカテゴリから構成され、原発事故の風評被害や賠償金などによって偏見や差別を受けた状況にあることが示された。「補償金もらって遊んでいられるでしょうって言われたけど、全てを無くしたのにお金をもらって嬉しいわけがない」と語ったように、対象者は周囲からの偏見によって理解されない悔しさを感じていた。

【震災で失ったものに対する悲痛】は、〈震災で生活環境が変わり果てたことへの悲しみや癒えない悔しさ〉〈震災で職場を失ったことへの無念さ〉〈亡くなった仲間への悲痛な思い〉〈かつての憩いの場の喪失〉の4サブカテゴリで構成され、被災により住居環境、仕事や職場、人間関係、憩いのコミュニティなど直接的に失ったものへの悲痛に長い間さいなまれている状況が示された。

【あまいな喪失への悲痛】は、〈自宅があるながらも自宅に戻れないことへの悲しみ〉〈自宅に戻れたとしても、以前住んでいた地域でなくなってしまう不安〉の2サブカテゴリで構成された。自宅があってもいられない、いつか戻っても過去の姿と同じではなく不安を抱えて、あまいな喪失の状態に長い間あることが示された。

【避難先の地域住民に溶け込めない】は、〈避難先の地域住民に溶け込むことへの難しさ〉

〈誹謗や中傷を恐れて故郷を口外できない〉〈避難先の地域住民と良好な関係が築けない〉の3サブカテゴリから構成された。「我々の年齢になると、仕事もなかなか見つからないし、なかなか人の輪に入っていけない」ために〈避難先の地域住民に溶け込むことへの難しさ〉を実感するとともに、誹謗中傷を恐れて「どうしても隠し事をしてしまう」ために交流が薄くなり、避難先で新たな人間関係に溶け込んでいけない様子が示された。

【災害に備える準備や知識が不足していたことへの後悔】は、〈突然の避難生活による避難物品への認識の甘さ・知識不足への後悔〉〈原発安全神話を信じてきたことへの後悔と怒り〉の2サブカテゴリから構成された。地震や原発に関する心配を過去にしたことがなく災害に備えてなかったことへの後悔が示された。「もしかしたら地震くるかもしれないとか、原発は危ないとか一言も考えてなかったから甘かった」ために〈原発安全神話を信じてきたことへの後悔と怒り〉を災害後長期に感じており、万が一の災害に対する危機管理意識を持つ必要性を示した。

IV. 考察

1. 困難の経時的变化と支援

今回の結果では、緊急段階では【想定外の被災による衝撃】【生活必需品や設備の急激な困窮】といった生命や生活の維持を脅かす困難さが現れ、応急段階では【生活再建の手続きや交渉ごとの煩雑さ】【新たな環境での再就職の厳しさ】といった生活再建や社会生活の取戻しに関する困難が現れ、復興段階では【生活再建が進まない中で震災が忘れ去られることへの不安】といった行政が地域の復興政策を進める中で被災者が取り残されていくことへの不安が困難さとして語られるなど困難には経時的变化があることが示された。高野ら⁸⁾が報告した被災者の支援ニーズの変化では、被災直後は食料の有無等生命維持に関するニーズ、その後時間とともに生活物資の量と質に移り、復旧・復興段階では社会生活への復帰に関するニーズ等へ移っていくことが示されており、し

たがって今回の研究結果はほぼ妥当な経時的変化であると考えられた。また今後、新たな災害時に、同じような困難の時間的な移り変わりをたどり、一定の住民支援を必要とすることが予測される。すなわち、緊急段階では初期特有の救急医療と感染防止の衛生管理、救急物資の搬送、必要な保健医療や生活の情報伝達手段の体系化などが支援として求められ、応急段階では迅速な罹災証明書などの発行から様々な支援のための手続きが進んで避難先での生活再建の足掛かりを得ることで、個人の生活再建がかなっていく。そこであらかじめ予測可能な支援体制や内容は備えておく必要がある。実際に、災害が繰り返されている日本では、次なる災害に適切に対応できるよう災害時の緊急医療として災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team；通称DMAT）や災害派遣精神医療チーム（Disaster Psychiatric Assistance Team；通称DPAT）の活動を整備してきた。また、地域の災害保健医療の担い手の活動に引きついていくこと、災害福祉支援ネットワークを構築し、高齢者や障害者等日常生活支援が必要な住民への保健福祉的な支援が確保できるよう対応策を進化させている。だが、今回の結果によると、避難住民の立場では、救援物資の搬送の遅さや物資不足、情報不足、避難所での衛生面や健康リスクへの懸念など多方面で困難な状態にあった。大塚¹⁴はこうした急激な生活困難が避難住民の負担感となり、不安や抑うつや身体不調等健康を損なう影響を及ぼすと述べている。そこで、災害支援の提供側と支援を受ける側の認識の差異を検証し、生活支援と連動して健康支援を含む災害活動マニュアルを平時のうちに各市町村で整備し住民が災害からの避難をイメージ化できるように働きかけていくこと、また災害後支援活動の実際を点検評価していく仕組みやツールを構築していくことの重要性が示唆された。それらによって頻発する災害への個人の対応力を支える災害支援体制が向上するものとする。

2. 全期間を通じて継続した困難の特性と支援

緊急・応急・復興の全段階を通じて語られた被

災住民の継続的な困難の特性として、次のことが考えられた。すなわち、まずは【震災で失ったものに対する悲痛】と【あいまいな喪失への悲痛】との複合的な喪失感を抱えていること、次に原発事故の影響で避難生活が長期化して【落ち着ける居場所が見つからない】状況において【風評被害と偏見・いじめ】を受け、避難民であることを隠さざる得ないこともあって【避難先の地域住民に溶け込んでいけない】という孤立感の深まりがあること、更にはこうした避難生活の起こった背景を振り返っていくことで震災前に【災害に備える準備や知識が不足していたことへの後悔】を感じていることがあり、このような複数の心理社会的な困難を継続的に抱えていることに特性があるとみなされた。そしてそれらがストレスとなり、震災後の心身の【健康状態への不安と悪化】にも長期にわたって影響していたと考えられた。村上¹⁵は復興期においても長期にわたるストレスや喪失悲嘆が身体症状化や抑うつとなって現れると述べ、辻内¹⁶は原発災害による生活再建の不安、近隣関係の希薄化と避難者というスティグマがストレス症状に影響することを述べている。このように避難生活者の喪失感、孤立、後悔といった心理社会的ストレスと健康への継続的な影響を避難生活の中長期の困難として認識し、メンタルヘルスを中心にした健康支援とリスクコミュニケーションのあり方が長期的な取り組み課題として重要なことが示唆された。松井¹⁷は原発事故によって被災者が「失ったもの」は数え上げればきりがなしとし、個々の被災者の喪失感に寄り添う必要性を述べている。具体的には、原発事故の被災者が失ったものへの理解、その痛みへの共感、理不尽なことに対する怒りの共有、厳しい状況であきらめない人々への敬意を持ち、時間をかけて解きほぐすことが挙げられた。また、あいまいな喪失を提唱したBoss¹⁸は、両価的な思いを打ち明けても理解しあえる「同じ立場」にある人々で組織されたピアサポートが有効であることを指摘している。今回の被災者の結果から、家財・職場・友人の死・憩いの場などの直接的な喪失と、自宅に戻るに居れない心境などのあいまいな喪失によって、個人差はあるもののなかなか前向きになれない苦渋の心境が語られていたため、被災者が自分

の思いを安心して述べられ、被災者のペースが尊重されながら、複雑な喪失をめぐる苦悩や思いを物語る中で新たな意味や方向性を見出す場を確保する必要性が考えられた。しかしながら、転居した避難者は、望郷の念や孤独感、新しい地域で避難者であることを隠さざる得ない状況で被災者が望む落ち着いた社会生活や人間関係を取り戻すことが容易でない。転居先の支援サービスの場で、困りごとの声を上げにくくなっている面も考えられる。避難者がこぼれ落ちないように震災前の自治体保健センターの保健師から移転先の自治体保健師へつなぐことが大事である。分断された地域の中で埋もれないように健康マネジメントの観点からかかわることが抑うつや不安、震災関連死などを防ぐ手段になりうると考える。それとともに、避難前の元住民同士が集まれるサロンなど被災者同士のネットワークの形成や故郷の集い・交流会などコミュニティの場を育成し、活動維持に向けた支援が重要であると示唆された。

そして災害に関するリスクコミュニケーションの重要性は、【災害に備える準備や知識が不足していたことへの後悔】が生じた背景を踏まえ、今後強化していく必要がある。大西¹⁹⁾は今回の原発事故前には、安全神話という原発の安全性が強調され、地域住民と原発に関わる機関や人々との間で双方向の十分なリスクコミュニケーションが行われなかったことを指摘している。そのため、原発神話を信じて、放射線リスクや健康への影響に関する知識を持たず、災害発生直後は避難生活の中で生かせる対処法を持ち合わせておらず、災害後の不安や後悔を増幅する結果となった。このような何の準備もないまま始まった避難生活から現在までの長期避難生活を振り返る中で、自責の念が繰り返しよぎることにつながった。なお、災害に備える準備として、東日本大震災前より、地域の町内単位で、消火器の使い方などの防災訓練が日本各地で行われてきた。今後は地域の防災訓練の機会を深化・活用し、身近な地域環境における災害に遭遇しそうな弱点等脆弱性、その減災のための地域ビジョンおよび対処方法に関して、住民と行政側との双方向性のリスクコミュニケーションを促進し、改正災害基本法で強化を強調されている公助・共助（互助）・自助のそれぞれが果

たす役割に関する認識を向上させておくことが重要である。そうした災害に関する住民教育の機会に、健康マネジメントの視点から地域の保健師や看護師が加わり、災害発生時に地域の高齢者や障害者が逃げ遅れないように日頃からの地域ベースの見守り活動の重要性を保健医療の視点から伝え、災害緊急時に怪我をした際の三角巾の使い方や常備しておく医薬品など減災のため医療保健看護の知識を提供するなど、災害に備える住民の正しい理解と行動が災害発生後の緊急事態にとれるように平時からコミュニティでの健康教育活動を充実させておくことが重要であると示唆された。

以上、災害後には生活再建とその停滞、心理社会的な困難に影響される健康被害が起こりうるため、それらを最小限に食い止め減災に導くには、困難の経時的变化にもとづいて的確な支援を行うことが重要であると示唆された。

V. まとめ

長期避難生活を送る住民の困難の経時的变化は、緊急段階では被災直後のライフラインの損害に直結した困難、応急期には生活再建のプロセスに伴う困難、復興期には生活再建が進まない中で取り残される懸念と、発災直後からの時間変化に基づく困難特性が見出された。また、緊急・応急・復興の全段階を通じて、災害による友人の死などの喪失と自宅に戻りたくても戻れないあいまいな喪失との二重喪失の状態と、新たな環境に溶け込めずに落ち着く居場所が持てないでいる状態が、被災者の困難感として長らく続き、負担になっていた。それらの困難を最小限に食い止め、減災に導くためには、困難の経時的变化に適合する支援体制の構築が重要であると示唆された。

謝辞

震災を風化させずに後世に語り継ぐ思いから本研究にご協力いただきました対象者の皆様や関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

文献

- 1) 復興庁. 全国の避難者数. 2020. <https://www.reconstruction.go.jp/topics/main->

cat 2/sub-cat 2-1/20201225_kouhou 1.pdf
(最終アクセス2021年1月28日)

- 2) 村上典子. 災害時の心身医学的支援の総論. 心身医学2017; 57: 227-233.
 - 3) Norris FH, Friedman MJ, & Watson PJ. 60,000 disaster victims speak:Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. Psychiatry.2002; 65 (3): 240-60.
 - 4) 久木原博子, 内山久美, 堀川悦夫. 日本における地震・津波・原発事故被災者のトラウマ, 抑うつ, レジリエンス. 精神神経学雑誌 2015; 117 (12): 957-964.
 - 5) Ueda Y, Murakami M, Maeda M, et al. Risk Factors for Problem Drinking among Evacuees in Fukushima following the Great East Japan Earthquake:The Fukushima Health Management Survey. Tohoku J. Exp. Med 2019; 248 (4): 239-252.
 - 6) 川上憲人. 東日本大震災被災地における精神保健疫学調査, (厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業 (障害者政策総合研究事業 (精神障害分野)) 災害時の精神保健医療に関する研究平成27年度総括・分担研究報告書 2016; 77-82.
 - 7) 陳鳳明, 吉田浩. Discussion Paper No.417 東日本大震災9年後の地域住民の健康状態に関するアンケート調査 (基本集計結果). TERG Discussion Papers 2020; 417: 1-108.
 - 8) 高野剛志, 森田紘圭, 戸川卓哉 他. 東日本大震災における被災者生活環境の時間的変化の評価. 土木学会論文集D 3 (土木計画学) 2013; 69 (5): 125-135.
 - 9) 中島麻紀. 東日本大震災で被災した宮城県の母親が認識した子どもの生活と生活環境の困難と工夫. 千葉看護学会誌 2019; 25 (1): 77-86.
 - 10) 河村諒, 國松秀美, 坪井秀介 他. 東日本大震災により広域に避難者した高齢被災者と継続的に関わる看護職者の生活支援に関する困難. 日本災害看護学会誌 2020; 22 (2): 38-50.
 - 11) 原子力災害対策本部. ステップ2の完了を受けた警戒区域及び避難指示区域の見直しに関する基本的考え方及び今後の検討課題について. 2011. https://www.meti.go.jp/earthquake/nuclear/pdf/111226_01a.pdf (最終アクセス 2021年2月1日)
 - 12) Berelson B. 内容分析. 稲葉三千男・金圭煥訳. 東京: みすず書房, 1957.
 - 13) 吉川忠弘. 復興・復興の諸類型. 浦野正樹・大矢根淳・吉川忠寛編. シリーズ災害と社会 2 復興コミュニティ論入門. 東京: 弘文堂, 2007: 37-48.
 - 14) 大塚耕太郎. 心のケアについて, 第2章 県の取り組み 第6節 有識者からのメッセージ. 岩手県. 東日本大震災津波からの復興—岩手からの提言—. 岩手県盛岡市: 株式会社ソノベ, 2020: 268-269.
 - 15) 村上典子. 災害時の心身医学的支援の総論. 心身医学 2017; 57 (3): 227-233.
 - 16) 辻内琢也. 原発災害が被災住民にもたらした精神的影響. 学術の動向 2017; 22 (4): 7-13.
 - 17) 松井克浩. 災害からの復興と「感情」のゆくえ—原発避難の事例を手がかりに. 故郷喪失と再生への時間—新潟県への原発避難と支援の社会学. 東京: 東信堂, 2017: 245-258.
 - 18) Boss P. /中島里美他監訳. あいまいな喪失とトラウマからの回復: 家族とコミュニティのレジリエンス 東京: 誠信書房, 2015.
 - 19) 大西有三. 「安全神話」「安全・安心」とリスクコミュニケーションを考える. 日本原子力学会誌 2012; 54 (1): 2-3.
- (やすだ まなみ、医療創生大学教授、にっただまゆみ、国立看護大学校助教)

表1. 長期避難生活を送る住民の困難の経時的変化

n = 143

段階			【カテゴリー】	〈サブカテゴリー (記録単位数)〉	カテゴリー記録単位数 (%)
緊急	応急	復興			
○			1. 想定外の被災による衝撃	想定外の出来事で家族とバラバラになり、安否確認ができるまでの不安(6)	9(6.3)
				想像を超えた原子力発電所爆発事故への恐怖(2)	
				震災による家屋やライフラインの甚大被害(1)	
○			2. 生活必需品や設備の急激な困窮	暖房、トイレの水、雨漏り等整備不備の避難施設での苦労(6)	28(19.6)
				物資の不足で他人に分け与えられなかったことへの罪悪感(3)	
				割り当てられた避難所間格差への困惑(2)	
				情報不足(1)	
				避難所での感染対策・衛生維持の困難(1)	
	○		3. 生活再建の手続きや交渉ごとの煩雑さ	行政等の支援への交渉や手続きに対する負担感(8)	9(6.3)
				賠償問題の進展に関する懸念(1)	
	○		4. 新たな環境での再就職の厳しさ	震災前のキャリアが考慮されないことへの悔しさ(4)	6(4.2)
				新しい職場環境に飛び込むことの厳しさ(2)	
		○	5. 生活再建が進まない中で震災が忘れ去られることへの不安	生活再建が進まずに先が見えない(5)	8(5.6)
				風化し長期避難生活者が置き去りにされることへの懸念(2)	
				震災や原発事故後の悲惨さが人々の心から忘れられることへの葛藤(1)	
○	○	○	6. 落ち着ける居場所が見つからない	家族でまとまって落ち着いた生活が維持できない(9)	27(18.8)
				同じ境遇の仲間同士が支え合える場や機会の不足(7)	
				自宅への立ち入り制限による不自由さ(3)	
				避難先の自然環境の厳しさ(8)	
○	○	○	7. 健康状態への不安と悪化	避難所の狭さや閉じこもりによる不活発症等の不安(3)	13(9.1)
				不慣れな環境で不眠・高血圧・体調不良等の出現(6)	
				震災による生活変化への心理的打撃で精神症状の出現(4)	
○	○	○	8. 風評被害と偏見・いじめ	原発事故による放射能汚染の風評被害で中傷された経験(6)	10(7.0)
				賠償金をめぐり偏見を受ける悔しさ(4)	
○	○	○	9. 震災で失ったものに対する悲痛	震災で生活環境が変わり果てたことへの悲しみや癒えない悔しさ(3)	9(6.3)
				震災で職場を失ったことへの無念さ(3)	
				亡くなった仲間への悲痛な思い(2)	
				かつての憩いの場の喪失(1)	
○	○	○	10. あいまいな喪失への悲痛	自宅がありながらも自宅に戻れないことへの悲しみ(5)	8(5.6)
				自宅に戻れたとしても、以前住んでいた地域でなくなってしまう不安(3)	
○	○	○	11. 避難先の地域住民に溶け込んでいけない	避難先の地域住民に溶け込むことへの難しさ(4)	8(5.6)
				誹謗や中傷を恐れて故郷を口外できない(2)	
				避難先の地域住民と良好な関係が築けない(2)	
○	○	○	12. 災害に備える準備や知識が不足していたことへの後悔	突然の避難生活による避難物品への認識の甘さ・知識不足への後悔(6)	8(5.6)
				原発安全神話を信じてきたことへの後悔と怒り(2)	

〈社会科学的医療論の構築・6・最終回〉

バトンタッチ・テーマと「情報ドーム」

野村 拓

●読書歴・執筆歴・「情報ドーム」

「子どもの読解力はその家の蔵書量に比例する」というショッキングでもっともな記事が週刊誌に載った。「記憶量は執筆量に比例する」というのは、私の年来の主張である。振り返って考えれば、B29に焼かれる前の「わが家」の「蔵書量」は豊富であった。

大人用の各種全集から子ども用の『児童文庫』『科学図鑑』なども揃っていたが、読書は大人用の文学全集や姉たちが読む「婦人公論」や兄たちが読む「岩波文庫」「岩波新書」や「シェークスピア全集」の方に興味が向いた。

文学全集では「社会主義文学」も「戦争文学」もそれぞれ1冊を構成していた。思春期には性描写に関するものを拾い読みしたが、どういうわけか「科学史」的なものに関心が向いた。『科学図鑑』シリーズの1冊、『科学文明史』はよく読んだし、「岩波新書」の『メチニコフの生涯』の序文も印象に残っている。

読書歴は戦争末期に中断され、「本」は焼かれて戦後を迎えることになるが、粗末な印刷で出された武谷三男の「哲学はいかにして有効さを取戻しうるか」で社会科学的課題に対する自然科学的アプローチの意味を知った。

科学研究方法論としての自然弁証法の意味や、「技術」の概念規定をめぐる武谷三男と旧唯物論研究会のメンバーとの論争なども、私にとっては良い「頭の体操」になったと思う。日本科学史学会では川上武さんが「医学史研究方法論」に関する研究報告を行い、1960年には関西で「医学史研究会」がスタートし、「社会科学的医療論」の探

求が始まるわけである。

この間、私の読書歴にひとつだけ「執筆歴」が加わるのが『発明発見図説』（1954、岩崎書店）の分担執筆「生物・医学編」であり、ここには前記『科学文明史』の影響が現れている。つまり「読書歴」を示した「ドーム」は次第に「執筆歴」に塗り変えられていくわけわけである。そして、

1967『第三の科学史』（医療図書出版）

1968『講座医療政策史』（医療図書出版）

1969『医学と人権』（三省堂）

と塗り変えが進行して、1970年代を迎えるのである。

●1970年代の医療論、そして国際比較の80年代

1969年から1972年にかけて各政党ともそれぞれ党の医療政策を公表し、日本医師会は日本の医療行政は「政府—厚生省」バージョンではなく、「自民党—日本医師会」バージョンで展開されるべきであることを主張して「保険医総辞退」を行い、テレビ番組で日医会長が厚生大臣に優位性を示すことで鉦を収めた。平たく言えば「日本の医療行政は日医という窓口一本化で」という主張であった。では、その目指すところはなにか、それは武見太郎日医会長が25年後に退任するときの主要紙全頁広告「健保民営論」であった。つまり「公的健康保険反対論者」であり、「1971年の保険医総辞退」は「保険医団体つぶし」のねらいも持っていた。簡単に言えば、1980年代に登場する「新自由主義」「医療民営化三羽烏—レーガン・サッチャー・中曽根」までを「旧自由主義」「市場型医療」でつないだ、といえる。

もちろん、旧自由主義にも、それなりの道具立ては必要なので、武見会長は数多くの経済学者、社会学者をブレンに採用して『国民医療年鑑』を編集・発行した。

他方、各政党もそれぞれに「医療政策」を発表するからには「医療の政治経済学」を踏まえることが必要であり、そのような状況を総括したのが「医療経済時代の開幕」（「医薬ジャーナル」1970.1.）であった。『健康の経済学』（1973）、『医療経済思想の展開』（1974）などはこの時期の産物である。そのころ、アメリカの政治学者、W. ステズリックが「圧力団体としての日本医師会」を書いたので、「はたして圧力団体なのか」という視点で『日本医師会』（1976、勁草書房）を書いた。

同じ年に「医療経済研究会」が発足し、1977年には同研究会が『日本医療の進路』（1977、大月書房）を出した。

そして、この時期の経緯を示したものが52項目から58項目である。

52. 「武見・日医」をどう見る
 - ・アメリカの政治学者は
 - ・反社会保障で保険医団体つぶし（「保険医総辞退」）
 - ・「防衛医大設置懇」座長
 - ・「自治医大」反対、「防衛医大」受け入れの所沢医師会
 - ・医療産業のマネキン・ボーイ？
53. 日本医師会の医療経済理論
54. 職場の鉛中毒から排気ガスの鉛まで
55. 「アルマ・アタ宣言」（1978）と2000年戦略
 - ・医療産業の在庫をおしつける ODA 援助
56. 新自由主義一民活三羽鳥
 - ・歴史を知らぬレーガン
 - ・歴史を忘れたサッチャー
 - ・歴史を歪曲した中曽根
 - ・DRG
 - ・Amenity Bed
 - ・「医療標準」
57. 医療国際比較と橋本正巳の「専門医統計」
58. 医療国際比較マトリックスと社会主義国家の崩壊

日本で『医療産業』と名乗る本が最初に出されたのは1969年で著者は「野村総研」のアナリストであり、ここで「メディカル・エレクトロニクス」という新語が登場し、翌1970年には東芝の技術者が同名の本を出した。「医療器械屋」という中小企業をイメージさせる言葉が使われた時代から、大手電気メーカーが医療に参入する時代となり、「東芝メディカル」「日立メディコ」などの傍系会社が設立された。そして、1973年のオイル・ショックで、「省資源・省エネルギーの知識集約産業」重視の風潮にも乗って発展を遂げた。

製薬産業の方は「大手12社、中堅25社、ゾロゾロ3000社、生物（ワクチン・メーカー）6社」などと言われていた状態から、統合と外国資本の進出によって、地図が塗り変えられつつあった。そして、この時期に、「医療行政の窓口一本化」と「反社会保障型市場拡大政策」で「医療産業のマネキン・ボーイ」的役割を果たしたのが日本医師会会長、武見太郎であった。

単価引き上げによる診療報酬改訂を要求する保険医団体を「単価乞食」と罵倒し、密室で医療産業に有利な点数改訂を推進しただけではなく、「防衛医大設置にかんする懇談会」座長として、「医師法」を無視して「防衛庁設置法改正」によって「防衛医科大学校」卒業生に医師国家試験受験資格を与えた歴史的悪人である。

アメリカの政治学者 W. ステズリックが「圧力団体としての日本医師会」のテーマで学位論文を書いたのはこのころで、私が「日医は圧力団体か」という副題で『日本医師会』を出したのは前述のように1976年であった。この年、「医療経済研究会」（現在は「日本医療福祉政策学会」）がスタートし、「医療の政治経済学」の集団的研究が展開されるようになるのである。

先述のように当時の日本医師会会長、武見太郎は多くの経済学者、社会学者をブレンに迎えて、毎年、『国民医療年鑑』を発行するようになった。一橋大学教授、江見康一は一橋大学の俸給（推定900万円）よりも日医からの「お手当」（推定2000万円）の方が多いことが問題視されたが、国立大学の国家公務員だから問題視されたわけで、私学ではむしろ奨励された。

「お手当」目当てのゴマすり学者も現れて『ケインズ・武見仮説』を唱えたりしたが、これはゴマのすり過ぎで長続きしなかったようである。では、武見太郎の医療経済論はなんであったか。それは、前述のように1982年の春、会長退任の時期に主要各紙に全頁広告で載せた『健保民営論』であった。つまり、公的保険ではなく、私保険、民間保険で、ということである。

武見退任の時期は「民営化三羽鳥」（レーガン・サッチャー・中曽根）登場の時期でもある。そして、このあたりの総括が「56. 自由主義—民営化三羽鳥」である。1983年10月、レーガンは公的老人医療（入院費）抑制のためにDRGを導入するが、日本ではそれに先行する8月末の「概算要求」の段階で、中曽根内閣の林厚生大臣は「医療標準」を提案し「医療標準」を超える給付は自費、民間保険でと主張した。恐らく、厚生省からイェール大学あたりに留学したものからの入知恵だろう。それから2年後の1985年、サッチャーは無料のNHSベッドにAmenity Bedという名の「差額ベッド」を導入し、日本の厚生省はAmenityを「快適サービス」と訳し「快適サービス」は別料金だと主張した。

「快適サービス」は別料金で、というのは「市場型医療」への「お墨付き」のようなものだが、「市場型医療」ということになれば通産省の介入が強化されてくる。OECD統計などは通産省からの数字が使われるので、厚生省発の数字と食い違っていて混乱を生じたりした。

1980年代に入ると、アメリカを中心に「マーケティング理論の医療への適用」がさかんになり、医療の国際比較も「医療の市場化度」が比較の目安になったりした。そして、大企業、独占資本の本隊が医療に参入することによって「医療産業」は巨大化し、ODAによる途上国援助にも、途上国のニーズに合わない先端医療技術装置が提供されるようになった。そして、このような状況に対する批判も込めて、1978年に「アルマ・アタ宣言」が採択されるのである。

「アルマ・アタ宣言」の要点は「プライマリ・ケア」の重視と「住民参加」により、2000年を目標年次として途上国の健康水準を先進国なみに引き上げること、そして、現在、軍備に使われてい

る金を「健康」の方にまわせば、十分達成可能であることを宣言したものであり、このアクションを「2000年戦略」と呼んだ。この時、指導的役割を果たした英国のGP、John Fryはその著書で、医療産業の在庫整理のようなODA援助を痛烈に批判した。

また、ほぼ同時期にアメリカ看護協会（ANA）は「社会政策声明・1980」を公表し、「これ以上の専門分化は不必要」であることを強調した。しかし、産学協同型の「市場開発医療」の展開はますますさかんで、「アルマ・アタ宣言」から10年後の1988年、WHOは「2000年戦略遂行についての、最大の障害は先進諸国の医学教育における『象牙の塔・症候群（ivory tower syndrome）』である」と明言した。そして、この年、日本では保険医団体連合会によって『開業医宣言』が採択され、比較的短期間で10万を超える（保険診療を行う）医師・歯科医師の組織が結成されるのである。

1980年代は、医療の公共性、医療保障のあり方が「専門化する医療」のなかで問われ始めた時代であり、専門化医療に視点をあてた国際比較研究が数多く登場した。

●日本唯一の専門医統計

1980年代からさかんになった医療の国際比較に関する研究には、専門医制度を取り上げたものが多かった。1985年に出されたMarshall W. Raffel編：Comparable Health Systems. (Pennsylvania State Univ. Press.) は14カ国の医療制度についての概説が掲載されており、日本担当は公衆衛生学者、橋本正巳氏であった。

これら14カ国のなかで「診療科別・医師数」が載っているのはオーストラリア、ベルギー、カナダ、イギリス、西ドイツ、日本、オランダ、ニュージーランド、スウェーデン、アメリカの10カ国であり、デンマークのところでは「診療科別ベッド数」の統計が載っている。

日本の場合は、標榜科目が自由で複数の科目を掲げている医師が多いので、統計化することが難しいが、以下に掲げるのは、橋本正巳氏作成の苦心の統計である。

	医師数	開業	病院勤務
内科	24,571	6,827	17,744
呼吸器科	467	19	448
胃腸科	946	123	823
循環器科	968	35	933
小児科	7,342	2,475	4,867
精神科	1,349	60	1,289
神経科	203	22	181
神経科(内科)	463	9	454
一般外科	10,406	563	9,843
整形外科	5,418	781	4,637
形成外科	280	12	268
美容外科	11	8	3
脳神経外科	2,025	11	2,014
呼吸器外科	92	—	92
循環器外科	347	—	347
小児外科	236	33	203
産婦人科	8,422	3,697	4,725
産科	28	4	24
婦人科	240	112	128
眼科	6,182	3,887	2,295
耳鼻咽喉科	4,767	2,936	1,831
気管支食道科	15	—	15
皮膚科	2,460	869	1,591
泌尿器科	1,909	79	1,830
性病科	8	6	2
肛門科	125	86	39
X線診療科	125	6	119
放射線科	1,508	43	1,465
麻酔科	1,645	15	1,630
一般医	1,633	1,447	186
内科および関連科目	33,493	23,906	9,587
外科および関連科目	10,412	6,591	3,821
内科および外科	19,375	15,567	3,808
X線診療および放射線	9	4	5
その他	1,014	91	923
不明	321	69	252

(「マクロ」No.46.1989.6.)

「内科および関連科目」「外科および関連科目」という項目の立て方は、日本の実状に合った項目立てというべきであるが、後に、この本の改訂版が出されたときには、日本担当者が変わり、「苦心の統計」も姿を消している。したがって、これは「日本唯一の専門医統計」と言えるのではないか。

この苦心の統計は、見方によっては「帝国主義の後追い挫折」の統計的表現とみることができる。イギリスの専門医(顧問医)は大英帝国の帝国主義が生んだ富裕層「ミドル」を対象に展開されたし、アメリカの専門医制度は1920年代の覇権主義的繁栄の所産である。大胆に帝国主義、覇権主義の完成度と専門医制の完成度を相関的にとらえれば、日本の「帝国主義の後追い挫折による『標榜科目自由』」は「市民の医者」への道を残したものとといえる。「庶民の医者」と言い換えてもいいだろう。

橋本正巳のしめした「専門医的性格も備えた開業医」は日本の医療ニーズにマッチしたシステムと言えるのではないか。「有床診療所」が地域のニーズにマッチしているように。そして、敗戦後の医師も庶民も横並びのどん底生活を経験することによって、かつての「慈善鍋」的保険診療から「社会保障」的保険診療への覚醒が進行し、前述のような開業保険医団体が組織されるのである。

これは新しい段階における「市民の医者」の運動であり、1枚の名刺版のカードで、どこでも受診でき「本人確認」にも有効という、「どうしたら、そんなことが可能なのか」と外国の研究者が不思議がる制度を理解するカギとなっている。

●「市民の医者」の運動、その可能性

1980年代から90年代への変り目の時期に社会主義国家の崩壊や、歴史の汚点となる天安門事件などがあつた。社会主義的医療論も、なんとなく「仕切り直し」といった感じであり、新自由主義の逆風のなかで、市民の運動、「市民の医者」の運動、医療労働者の運動が展開されたのが1990年代であり、项目的に示せば次のようになる。

- 59. 「医療運動」という視点
 - ・「開業医宣言」
 - ・医療研究集会に1,400人
 - ・250人の現地調査団
- 60. 「医療政策」はコンサル屋の営業品目に
 - ・国立病院つぶしのハイエナ
- 61. 「社会医学を社会科学的に補強する」
- 62. 医療生協・国際大会
- 63. 「介護」「怪語」「悔悟」
- 64. 医療ツーリズム、医療産業都市
 - ・移民、難民、国内植民地、「臓器売ります」
- 65. モデル視される「日本医療」
- 66. 「グローバル健保百年」
- 67. 社会科学的医療論の研究・学習方法論
 - ・クロスセクション国際比較の不毛
- 68. グローバル市民連合の医療政策論
 - ・専門医制度は比較医療政策史を踏まえて
 - ・世界史を自分心的に取り込んだ市民的 Layamam (素人) が
- 69. 市民にとって「社会科学的医療論」とは

ある意味で、「アルマ・アタ宣言」の「2000年戦略」に対する途上国側の回答が2001年9月11日の同時多発テロであった。「勤勉と節約」からスタートし、「傲慢と強欲」に転化した「プロテスタント的拡大再生産主義」の否定であった。

2003年には『テロリズムと公衆衛生』という本が出され、公衆衛生の本でありながら、結論的部分で「富の一極集中と絶望的貧困」がテロリズムを生むことが指摘された。2020年に始まったコロナ・パンデミックでは、世界で一番多く医療費を使っているアメリカが世界で一番多くのコロナ死者を出し「市場型医療」の問題点をさらけ出した。

アメリカに限らない。イギリスもフランスも多くの死者を出したが、これらは「国内化された植民地」の死者ではなかったか。世界地図を広げて考えれば「グローバルなとらえ方」になるわけではない。国別に塗り分けられた世界地図に「国内化された植民地」までは描かれていないからである。

●総括とバトンタッチ

そろそろ締めくくらなければならない。本連載の第1回では「テーマに関するヒストリカル・フラッシュ」で200話を想起した。第2回では「本づくり」、「通年講義」を意識して69項にアレンジし、第3回から今回（第6回）にかけて、ショート・コメントを入れた。ここで、これまでの総括して研究者として、また世界史の市民ランナーとして、4つの次世代に対するメッセージを發したい。

1. 研究者として、日本の医学史研究方法論上の優位性を明らかにする。具体的には「比較医療政策史」的研究として。
2. 研究者として、よりは「世界市民」として、あるいは「人類史の中継ランナー」として、「自前の情報ドーム」を作る。
3. 「語りべ」「バトンタッチ世代の育成」「育成世代との並走」
4. 「自分史」と「衛生学史」との統一としての「社会科学的医療論」の構築

第1の「日本の医学史研究方法論上の優位性」とは、項目的にかかげれば以下のようなもの。

- ・三木栄による「体系・世界医学史」
- ・阿知波五郎による「ヘルマン・ブールハーヴェ」を中心とする臨床医学史
- ・宗田一による「蘭学史」
- ・ポスト「ジョンホプ」の「社会派医学史」としての「医学史研究会」
- ・日本の「比較経済史学派」とのドッキングとしての「衛生学史・3部作」
- ・以上を総括するものとしての「比較医療政策史」

●「比較医療政策史」の構成と重点

では、バトンタッチすべき「比較医療政策史」の構成や研究の重点は？と問われれば以下のように答えたい。

〈比較医療政策史の構成〉

1. 比較とは
 - ・明治政府のドイツ医学採用
 - ・先進イギリス、後進ドイツ、そして日本
 - ・細菌学、医薬品、健康保険
2. 日本社会政策学会
3. 昭和初期、医学雑誌での国際比較—「ドイツの金庫医」をあわれむ
4. 戦時統制のなかでも「標榜科目ハ自由」
5. 社会保障の国際比較
6. 専門医化をめぐる国際比較
7. 日本唯一の専門医統計
8. クロスセクション国際医療比較
9. 「アルマ・アタ宣言」と2000年戦略
10. WHOの「象牙の塔・症候群」批判（1988）と「開業医宣言」（1988）
11. 「国際医療マトリックス」と社会主義の崩壊
12. 市場化、管理強化、階層化、国内植民地化
 - ・テロリズムと公衆衛生（2003）
 - ・青天井の新薬開発コスト
13. 市場型医療克服の原理は「地球の上澄み部分」的なキリスト教世界からは生まれない
14. 地球市民の教養学としての「比較医療政策史」

〈研究の重点—「帝国主義・ミドル・専門医」という視点で〉

- ・大英帝国の植民地支配が生んだ「ミドル」
- ・「ミドル」対象の消費革命「百貨店」
- ・救貧法医療と「ミドル対象」の「専門医医療」
- ・第1次大戦後の耐久消費材革命（自動車、電化、住宅）
- ・病院からGPの締め出され
- ・GPと保健所とのセッティング—「ドーン報告」
- ・専門医と地域医療—「ベッカム報告」
- ・グローバリゼーションのルーツは米西戦争（1898）
- ・1895年の医療政策からメイヨー・クリニックの成功
- ・往診は馬車か自動車か
- ・「キャデラック医療」か「フォルクスワーゲン医療」か
- ・「ミドル」対象の市場型医療
- ・アメリカ医療費委員会（CCMC）

- ・「ミドル」対象に水平的専門分化（1930年代）
- ・血液検査、尿検査、入院カルテの変遷
- ・日本の「後追い帝国主義の挫折」と専門医制
- ・戦時統制立法のなかでも「標榜科目ハ自由」
- ・1980年代の専門医・国際比較と橋本正巳の「専門医統計」
- ・戦後の「どん底横並び」から生まれた「社会保障的」保険診療
- ・運動的蓄積としての「皆保険」と「日本的折り合い」
- ・だが、これからは？

以上が「バトンタッチ4項目」のなかの「第1項目」についての説明であり、近着洋書を通じて、海外研究事情を俯瞰すれば、その方法論的優位性が理解されるのではないか。

バトンタッチの「第2項目」の「自前の情報ドームづくり」は私の場合、「比較医療政策史」を骨格にしているが、研究者の枠を超えて「人生100年時代の大局観」をめざしたもの。

この稿が活字になるころには、AIを駆使した19歳の天才棋士、藤井聡太が5冠ないし6冠を達成していることと思われるが、当人は「AIよりは人間の大局観」と言っているようである。その「大局観、すなわち『自前の情報ドーム』」と考えていただきたい。この「自前の情報ドームづくり」をレジユメ的にしめせば、以下のようになる。

● 「自前の情報ドーム」づくり のすすめ

- ・「情報機器世代」の惨憺たる老後—アタマはカラッポで目はかすみ、手はふるえ
- ・ピーク時代に「自前の情報ドーム」づくりを
- ・老後はそれが「歴史的味つけ工房」に一歴史的連載物で楽しむ
- ・悲しきは「書くことなき『情報機器世代』の頭の貧困」

1. 「情報ドーム」3つの意味

1. 汚染された情報空間からの遮断
2. 「消えるコピー」「事故る電子化」へのバツ

クアッパ

3. 情報機器によって「記憶力」と「集中力」を奪われたものへのリハビリ
2. 「情報ドーム」づくり、私の場合—まず「自分史軸」の確立
 1. 「新聞スクラップ」(1966より)
 2. 「野村研だより」(1985より)
 3. 「マクロ」(1989より)
 4. 各種企画としての「ドーム・フラッシュ」
 5. 日常的ダイナミズム
 6. 「ドーム」を支える「枝分かれ」としての自著
 7. 「ピーク」後の自著
 8. 「歴史的味つけ工房」
 9. 国民医療研究所・医療政策学校
 10. 95歳の「5カ年計画」
 - ・支柱は「自分史」、「情報ドーム」と「この木 なんの木」
 - ・『親と子の百年自分史』(2007)
 - ・米寿記念88話
 - ・世界史を自分史に取り込む「精神の王国」づくり
 - ・骨格的学習
 - ・自分史の研究史のアレンジ
 - ・世界史の自分史への取り込み演習
3. 高速世界史認識法
 1. 「人間科学の歴史」を中心に「ニュートン力学」から「比較経済史」まで
 2. 「学習アンテナ」(2015)
 3. 濃縮点からの遡及法
 4. 『20世紀の医療史』(2002)
4. なんでも百話—フラッシュと取り込み
 1. 自分史100話
 2. 研究史100話
 3. 貧困史100話
 4. 看護史100話
 5. 社会福祉と医療政策100話 (2008-2013)
 6. 医療縦横無尽学 (1-18)
5. 「ドーム展示」いろいろ
 1. まず「自著コーナー」
 2. ライフステージ別著作法
 3. 新聞スクラップ
 4. 洋書分類学
 - ・海外「医療・福祉関係モノグラフ」への目配りと利用法
 - ・「医療海外文献に関する12章」
 - ・「マクロ・ピース」と「医療の社会科学・テーマブック」
 5. 「文献プロムナード」(2003-2008)
 6. 「海外新刊紹介」から「洋書古本市」へ
6. 展示の入れ替えも—「情報ドーム」20面相
 1. 常設展示と入れ替え展示
 2. 「常設」「入れ替え」取り混ぜで20面相
 1. まず立ち位置
 2. 自著パノラマ
 3. 自分史軸 (1人称の医療史、研究史、読書歴)
 4. 世界史の取り込み(科学史、医療政策史、論考)
 5. 昭和・平成史 (『医療の社会科学』)
 6. 20世紀医療史
 7. 100話づくり(看護史、貧困史)
 8. はりつけ台紙づくり、シェーマづくり
 9. 洋書分類学
 10. 海外新刊紹介、洋書古本市
 11. 野村研だより、「マクロ」
 12. ストーリーメイク(司会、講義、講演、証人、参考人、語りべ、縦横無尽学)
 13. アクション・リサーチ
 14. ライフ・ステージ別著作(序文書き)
 15. 連載巻物
 16. 「レジュメ」集
 17. リーダーズ・ファイル
 18. バトンタッチ資料
 19. 新聞スクラップ
 20. 超老後の「お楽しみ」
7. 年齢の関数としての「情報ドーム」
 1. 人格形成期の読書歴
 2. 戦時体験
 3. 「読書歴」から「自著歴」へ

4. 「人生100年時代」には66のゾロ目から77の喜寿あたりをピークに
5. ピーク時の「洋書分類学」
6. 退化しても「歴史的味つけ工房」
7. 人生最後の「5ヵ年計画」

8. 次世代へのバトンタッチ・並走

1. 人類史のランナーとして
2. バトンタッチ・テーマ「比較医療政策史」
 - ・医学史研究における方法論的優位性
 - ・比較医療政策史の構成
 - ・研究の重点—「帝国主義・ミドル・専門医」
 - ・これにいたるまでの研究史
3. 国民医療研究所・医療政策学校
4. 地球中核市民の「医療論」
5. 「蚕」か「蓑虫」か
6. 枯れ葉、枯れ枝もつかって「蓑虫庵」
7. 超老後の「お楽しみ」例えば
 - ・2012 平成語り部教室 (12回)
 - ・2013-14 グローバル教養学 (14回) 『新・国保読本』(2014)
 - ・2014 戦争への坂道を転げ落ちた10年 (11回)
 - ・2015 どん底とドサクサの10年 (11回)
 - ・2016 昭和BGM史 (9回)
 - ・2016-18 平成医療史 (24回)
 - ・2019 グローバル健保百年 『医療・福祉職の生涯学習』(2020)
 - ・「社会科学的医療論」
 - ・「洋書古本市」

あとがき

●ドームから生まれる「語りべ」 「バトンタッチ・連載」

総括の「第3項目」の「ドームから生まれる『語りべ』『バトンタッチ・連載』」とは、ピーク時に展開した「ドーム」の「人生後半戦への活用方法」のようなものである。

後進を育成しながら、「語り」、バトンタッチと「並走」を心掛け、生活リズム維持のために負担のすくない「連載」ものを書くことのおすすめである。

「語りべ」的連載については『医療・福祉職の生涯学習』(2020. 錦房)に収めた。

さかのぼって考えると1976年から77年にかけて、「語りかける文体」の実験的試みとして「看護婦のための医療経済入門」を雑誌「ナース・ステーション」に連載し、手を加えて『医療問題入門』(1978. 医療図書出版)にまとめた。また、主として看護系雑誌に連載した「語りかけ文体」のものは喜寿記念出版『医療の社会科学』(2003. 本の泉社)に収めた。そして、その後の「語り」系連載物としては「平成語り部教室」(「看護実践の科学」2012)や「グローバル教養学」(「看護実践の科学」2013-2014)などがある。

ピークを越した人間は、生活のリズムづくりと、「次世代へのバトンタッチ・メッセージ」として「語り系・連載」をおすすめる。

●「自分史」と「衛生学史」との統一としての「社会科学的医療論」

さて、「第4項目」の「『自分史』と『衛生学史』との統一としての『社会科学的医療論』」である。

梶原三郎(阪大名誉教授)先生は、衛生学の講義で「朝、目が醒めて、まだ疲れが残っているな、と思ったら、もう一度、布団を被って寝るのが、衛生だ」というありがたい講義を行い、「デカルトはパスカルに、こんな手紙を書いている。パスカル君、君に健康法を教えてやろう。それは、朝、目覚めても、疲れの意識がとれるまでは床に止まることだ、という手紙である。」と紹介された。

「疲れ」は労働力の消費としての「労働」と「労働力の再生産」とのバランスのくずれであり、これが蓄積されると労働災害、職業病ということになる。16世紀、イギリスの「教区死亡表」にはconsumption(消耗病、ジリ貧病)という死因名が登場し、19世紀には「産業結核」と同義的に使われるようになった。

衛生の基本は「体調のマイナス勘定」を避けること、ということで梶原先生の衛生学の講義は遅刻が多かったという伝聞がある。梶原先生の後継者、丸山博先生は、さらに拡大して、「衛生学」講義の当日の朝、奥様から電話があり

「主人は、今朝は寒いから学校に行くのはいやだ、と申しております。」

とのことで、「大人の登校拒否」で衛生学教室は大恐慌になった。

しかし、こう考えてくると、「衛生学」を実践できるのは「偉い人」に限定され、「偉くない人」が真似をすると、会社をクビになるのではないか、という疑問が湧いてくる。

「疲れ」を残したままドリンク剤でごまかして出勤するのは「健康の切り売り」でないか、という趣旨で展開したのが『健康の経済学』（1973.三省堂）だが、「健康の切り売り」もせず、会社もクビにならず、という生き方が可能かどうかは「自分史」で検証しなければならない。これは社会人としての「自分」を社会科学の研究対象として「対象化」させることであり、研究主体（自分）を「研究対象化」という、もっとも社会科学らしいアクションである。そして、この場合のもっとも有効な媒介項が「衛生史」「衛生学史」である。

後藤新平の『国家衛生原理』（1889）は、日本の選択としての「比較衛生史」であり、「済生学舎医事新誌」に掲載したロンドンとベルリンとの衛生行政比較自治体医療論の先駆的なものであった。同じく「済生学舎医事新誌」に無署名で掲載された「英国ラサム述：衛生工事ノ効果」は保健経済の古典であった。

「社会政策的医学」としての「社会衛生学」を名乗る最初の本は薬理学者、福原義柄がドイツ本の翻訳本として出したものであり、福原を初代とする阪大衛生学の2代目教授、石原修は「女工に関する衛生学的考察」で紡績女工に関する社会科学的動態的把握をおこなった。

明治期の「国家の要素」としての健康ではなく、生活する市民にとっての健康の意味を啓蒙する「横手社会衛生叢書」が大正デモクラシー的雰囲気なかで生まれ、ロシア革命の影響で先鋭な変革の社会衛生学もうまれた。また、「変革」とまでは行かないまでも、社会政策的枠組みのなかで、目一杯、人道主義的であろうとする一群の労働科学者、労働衛生学者をうんだ。もちろん、「変革」を内蔵する「医療の社会化」運動、無産者医療運動も展開され、実費診療運動、医療利用組合運動

などとオーバーラップしながら「漠然たる不安」（芥川龍之介）の「昭和」を迎えるのである。

第1次世界大戦で帝国主義の仲間入りした日本の昭和期は普通選挙法、治安維持法、健康保険法の同時発車という難しい時代にはいる。社会衛生学が民族衛生学に変質したドイツの影響を受けて「日本民族衛生学会」がスタートし、満洲事変を起こし「五族協和」の傀儡国家「満洲国」をつくることによって国際的に孤立する。

大戦勝利国では耐久消費財革命や医療の高度化、専門医化が進行するが、国際的に孤立した日本は「反・持てる国」同盟としての「持たざる国」同盟（日独伊三国同盟）の方に傾斜していく。そして国家間の生存競争としての戦争を肯定し、「国家に対する有用度」によって国民を差別的に統括するファシズムに向けて走りだすのである。

この時期について、世界史的視点からとらえなおすことは「バトンタッチ・テーマ」の重要部分を構成するものと思われる。

数年前、安倍首相は「国民総働き」を唱えたが、首相の祖父、岸信介が政府の要職についていたころは、「国民精神総動員」の垂れ幕がかけられていた。結核療養所に町工場が誘致され、軽症結核患者を働かせ「作業療法」と称した。

国策製薬会社、大日本製薬は堂々と「除倦覚醒剤・ヒロポン」を売り出し、軍需工場の徹夜作業を促進した。

戦後、1953年ごろ「向精神薬・クロロプロマジン」が開発されると、「人工冬眠剤」という言葉が使われ、「冬眠」だから「ウィンタミン」、人間精神をコントロールするから「コントミン」などの商品名が登場した。そして、薬が効いておとなしくなりすぎたから、今度は「リゲインのんで24時間戦えますか」のコマーシャルがテレビで繰り返されることになる。

朝、目がさめたら、まず「動員されない精神のありよう、デジタル・ファシズムに組み込まれない精神」のありようを考えるのが「衛生学の起点」である。

●「百年の計」—「もの書き百歳塾」

1941（昭和16）年12月8日、早朝の開戦の臨時ニュースのチャイムを再現できる人はそう何人もいないだろう。チャイムはソ（低）、ド、ミ、ソ（高）の4音からなり、

「ドドドド ソソソソ（高） ミミミミ ソソソソ（低）」

を2回繰り返して「臨時ニュースを申し上げます」というアナウンスが入った。

私は中学2年生の13歳であり、そのころ「人生は20年（20歳で戦死）」というわけである。17年8カ月で戦争は終わり、その後人生の相場はなし崩しに延ばされて今や「人生100年」。95歳の私は、木の葉のように時代に翻弄された「アバウト100年のメッセージ」を次世代に伝えなければならぬ。

朝、起こされて、重いからだをひきずって動員先の軍需工場で11時間はたらかされたこともある。午前6時に起床ラップで叩き起こされて、号令演習と海軍体操で「起床後15分でエンジン全開」という体験はなんとなく現在に生かされている。

月曜の朝、1時間目（8.30.—10.10.）の「医学概論」講義の憂鬱さとも戦ってきた。

「諸君、きらびやかな先端技術など銀座のホステスと同じであつという間に陳腐化する。すべからく『大人の学』である『衛生学』を学習するべきである」

などと講義をしたものである。

「大人の学」とは「百年の計」であり、私に言わせれば、百歳の「もの書きメッセージ」を次世

代に伝えることである。雀百まで踊り忘れず、人間百まで「もの書き」忘れずで、いま考えていることは、次のような構想の「通信制・『もの書き百歳塾』」である。

通信制・「もの書き百歳塾」

はじめに

1. 豊かな記憶、生きた言葉
2. 朝、起きたら、朝食まで短文ひとつ（1単位）書こう
3. もうひとつの「朝」、衛生学的発想
4. 「人生のピーク」を考える
5. 「書き下ろし」年齢—too young でも too old でもなく
6. ピーク時に「情報ドーム」づくり
7. 「ドーム・フラッシュ」、そして「取り込み」
8. 洋書分類学—「世界史」を「自分史」に取り込む
9. 連載年表
10. 「時系列一本化方式」のスクラップ
11. 「リーダーズ・ファイル」そしてバトンタッチ
12. 「ドーム」が退化しても「歴史的味つけ工房」あとがき

これが、私にとっての「自分史と衛生（学）史との統一」であり、社会科学の研究主体（自分）の「研究対象化」でもある。もちろん、生きていれば、の話。（完）

（2022.2.14.）

（のむら たく、医療政策学校主宰）

病院看護の編成と育成機会としての 多職種ケースカンファレンス — 北海道南部 X 病院の事例から —

谷川 千佳子

1. はじめに

わが国では歴史上経験のない人口減少と超高齢社会を迎える中、医療制度を支える社会経済情勢に大きな変化が生じ、2000年介護保険制度施行以来、医療保険と介護保険が機能分担・連携を図りながら医療制度改革が推進されてきた。その医療制度改革は2012年には社会保障・税制一体改革大綱として体现され、高度急性期への医療資源集中化による入院医療強化、医療・介護サービス体制の連携強化等が閣議決定された。在宅医療の社会的ニーズの高まりもあって、いよいよ看護およびリハビリテーション、介護に関わる職種の需要は増大している。これと同時に、医療の質と医療費の適正化の両立という難しい課題に直面するようになった（宮本、2014）。あわせてマンパワーについて、看護師の労働市場は都市部を除いて、労働需要者が賃金率と雇用量に決定力をもつ需要独占・寡占構造となる特性をもち、労働力不足が常に起こりうる状態にある（鳥飼他、2014）。こうして看護労働力の供給不足が常態化したと言われるなかで、看護師の主たる就労先である病院でどのように看護実践能力は開発されているのだろうか。本報告では、回復期リハビリテーション機能を担う病院で筆者が行った参与観察調査で得たデータに基づき、看護師の育成機会について考察する。

2. 研究の目的と方法

1) 目的と方法

本稿の目的は病院における看護師の育成機会について考察することである。方法について、研究

デザインは観察研究のうちの記述的研究とした。調査期間は2013年3月4日から3月8日に5日間行った。調査対象には機縁法により選出した北海道南部に位置するX病院回復期リハビリテーション病院・病棟の協力を得た。多職種ケースカンファレンスに参加観察した。文中のデータはいずれも調査時点のものである。

2) 倫理的配慮

本調査はX病院総看護師長の同意及び院内倫理審査会の承認を得て行った。

3. X病院の組織概要

X病院は、全道各地に病院、診療所をはじめとする医療施設を運営している公益社団法人が1981年に開院した北海道南部に位置する回復期リハビリテーション病院である。同医療圏の急性期医療機能病院の後方支援病院として他の病院と連携し、脳卒中や骨折、急性疾患後の廃用症候群患者等の回復期リハビリテーション機能を担っている。また、開設以来訪問診療室を有し、高齢者の居宅への往診や在宅での看取りを周辺医療機関に先駆けて取り組んでいる。他の医療機関や在宅ケア事業所に対して在宅医療の呼びかけ役を取るなど、患者の継続的な医療・ケアの提供に早くから取り組んでいる医療機関である。利用者は地域住民のほか、周辺市町村を含む二次医療圏域からの受診行動がある。

1) 病院組織

法人・協会理事会の元にX病院はおかれ、診療

管理者および運営管理者からなる管理組織をとられていた。院長、副院長のもと、4つの診療科目を有する診療部門と、言語聴覚科、作業療法科、理学療法科、訪問リハビリ所の4科をまとめるリハビリテーション部門、薬剤科や各種検査科、栄養科等からなる技術部門で構成される。看護部門は事務部門、病院機能評価受診担当部門と並んで運営管理下におかれていた。また、院長直轄で安全管理室及びベッドコントロール室が配置されていた。

2) 入院病床数

X病院の全病床数は104床であった。区分としては比較的小規模となるが、設置する地域の人口および高齢化率、罹患率を考えると入院患者受け入れ先としてのシェアは大きい。病棟は回復リハビリテーション病棟と一般病棟の2病棟からなり、それぞれの病床数は48床、56床となっていた。本事例施設に特徴的な機能は回復期リハビリテーション病棟が総病床の約半数を占めている点である。

3) 職員の構成

常勤医師12名、非常勤医師14名。薬剤師3名。看護職員71名のうち看護師（以下、Ns）36名、うちパート看護師1名、准看護師20名うちパート准看護師3名、介護職員15名。リハビリテーション部門では理学療法士（以下、PT）21名、作業療法士（以下、OT）16名、言語聴覚士（以下、ST）8名。医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）4名、管理栄養士2名、検査技師8名、放射線技師5名、事務部計14名であった。

4) 看護部門の職位と役割

総看護師長は病院管理部の一員として病院長の命を受け、病院の理念に基づき病院方針の決定・企画・運営に参画する。看護部門を統括し、提供する看護サービスの質の維持・向上や働く看護職員に対して責任と権限を有する。副総師長の役割は主に総師長の補佐、不在時の代行である。各看

護単位の管理者として看護師長がおり、主任、看護師、准看護師、ヘルパー、クラークの職種・職位で構成されていた。

5) 看護単位と看護師の配置

X病院看護部門の看護単位について、2つの病棟、2つの診療科外来、訪問診療室、訪問看護ステーション、通所リハビリからなる7単位があり、それぞれに看護師長1名、主任1名が配属されていた。回復期リハビリテーション病棟の看護職員の構成は、看護職員計31名であった。資格別の内訳は、看護師14名（うち看護師長1名、主任2名、看護師11名）、准看護師8名（うち非常勤1名）、ケアワーカー9名（常勤5名、非常勤4名）であった。

回復期リハビリテーション病棟の看護師の配置人数については診療報酬算定基準上、回復期リハビリテーション病棟入院基本料1の基準である13対1を届出していた。看護職員の最小必要数はこの届出によって規定される。日勤帯の場合その日の入院患者数に応じて患者13名に対して看護職員1名の基準を満たす人数が配置されなければならない。48床の病棟が満床だった場合、日勤帯には看護師4名が勤務している必要がある計算となる。あわせてこの施設基準には当該病棟において看護職員の最小必要数の7割以上を看護師とすることが含まれている。日勤と夜勤の勤務体制を2交替制とする当該病棟で13対1入院基本料1届出基準を満たすには、日勤が主な師長を含む看護師14名で、日勤と夜勤、休日および希望休暇のシフトを割り当て、そのうえで准看護師とケアワーカーを配置する必要がある。

看護師・准看護師の平均年齢は39.6歳、平均経験年数20.5年と、いわゆるベテラン層が非常に多い。X病院での経験年数の平均も15.6年と、全国平均8.0年（厚生労働省、平成28年度就業構造実態調査）の1.95倍もの長さである。また、看護職員に占める准看護師比率は25.8%と、13対1届出基準にある7割以上を看護師とする基準を満たしているが、看護師・准看護師計22名に占める准看護師比率36.4%は全国平均17.5%（日本看護協会、平成24年看護関係統計資料集）の2.1倍高い点で

特徴的である。

6) 回復期リハビリテーション病棟の病床管理

病床管理（ベッドコントロール）について述べよう。回復期リハビリテーション病棟に関していえば、急性期医療機能病院の地域連携診療計画管理に基づいて、急性期病院での術後のリハビリテーションを継続するための転院先としての役割がある。入院は病院医療福祉相談連携課を介して患者の受け入れを管理している。他院からの紹介患者割合は97.5%であった。また、日々の入退院予定や病棟間の移動を意味する転病棟の予定など、院内の病床管理を「ベッドコントロール室」が担っている。

調査時の平均在院日数は一般病棟19日、回復期リハビリテーション病棟が78日、病床稼働率は88%であった。この数値は病院の医業収入を減益にするものではないが、総看護師長は稼働率と回復期リハビリテーション病棟の在院日数に満足していないという。

一般病棟に関する在院日数は、「14日以下」「30日以下」の場合でそれぞれ入院基本料に上乗せすることができる診療報酬制度のもと、X病院の一般病棟の平均在院日数19日は規定を満たし、より高い診療報酬評価を得ている。なお、調査時点の診療報酬は平成24年度診療報酬点数によるもので、一般病棟入院基本料10対1で1,311点、14日以下で428点、15日以上30日未満で同じく192点、回復期リハビリテーション病棟入院基本料1は1,911点であった。

回復期リハビリテーション病棟の平均在院日数は78日と、診療報酬算定上の180日規定を大きく下回っていた。しかし、回復期リハビリテーションを要する患者の状態によって入院期間には規定がある。入院する患者であればどんな人でも期限の定めに従ってリハビリテーションを計画的に進めるが、例えば、重症脳血管障害の術後患者の場合では180日までの入院期間があり、大腿骨骨折患者のリハビリテーションの場合では60日以内の退院、あるいは転院を目指した計画となる。回復期のリハビリテーションを要する状態5種（①高

次脳機能障害を伴った重症脳血管障害等、②大腿骨頸部骨折等、③廃用症候群、④大腿骨等や股・膝関節の神経・筋又は靭帯損傷後、⑤股関節又は膝関節の置換術後）の枠組みそれぞれの在院日数をより短くすることは、一義的には患者自身の日常をより早く取り戻していくことである。他方、運営管理の視点に立つならば計画的な退院は病床の稼働率を上げることになり新たな患者を入院させることで医業収入を上げることにつながる。空床数、空床予定を見定めるベッドコントロール室からの日々の要求もあって総看護師長曰く平均在院日数を「もう少し短くなればいいのだけれど」という。

では、入院日数の短縮化はどのようにすれば実現できるのか。診療報酬の入院基本料要件が回復期リハビリテーション病棟における入院期間の上限を定めている以上、その上限よりも日数にゆとりをもたせて退院・転院させればよい。そしてそれができるリハビリテーション計画を立てることとなる。患者の退院はリハビリテーション計画の進捗ないし課題達成の程度、患者の退院先の受け入れ準備状況などに左右される。医療従事者によるリハビリテーションへの取り組み次第で、患者をより早期の退院、転院を計画的に運ぶことができるが、合わせて退院先に対して準備を促す関わりが重要となる。医療従事者はそれぞれの職責から患者が退院する時の健康状態を回復もしくは維持した状態を導くことを目指して計画を遂行することとなる。では、それぞれの職務を遂行する能力は日々の活動の中でどのように育成されるのであろうか。次節では看護師の活動に焦点化してその育成について述べる。

4. 病棟看護師の育成ビジョン

1) 看護職員の育成についての意識

看護師の育成には「看護部継続教育要綱」に基づいて取り組む集合教育や個別指導体制があるが、総看護師長へのインタビューから日々の活動の中での育成の機会として以下が挙げられた。

- ① 多職種によるチーム（緩和ケア・認知症・

糖尿病・退院支援)による育成

- ② 委員会活動による育成
- ③ 職場長の看護観を言葉で伝える
- ④ 職場長の団結
- ⑤ 方針の落とし込み
- ⑥ 患者をどうみるか
- ⑦ 今の職場はどのような状況になっているのか：職場診断の活用、方針作りに生かす

これらのリストの特徴として挙げられるのは、職種間での協同機会の活用 (①)、病院組織のセクションを超えた活動機会 (②)、職場管理者のビジョンと管理者間の結びつき (③、④)、上意下達 (⑤)、医療の対象の捉えかたの視点 (⑥)、職場の状況把握 (⑦) である。

一つ目に挙げられた「多職種によるチーム (緩和ケア・認知症・糖尿病・退院支援)による育成」でいわれる多職種チームとは、診療報酬上の加算要件になっている医療従事者が各専門・部門の枠を超えて編成された集団である。個別の患者のケースを職種の異なるメンバーが互いに治療・リハビリテーションの方針を検討する中で、看護部門においては「患者をどうみるか」、「方針の看護への落とし込み」を考え、実践し、評価することが求められる集団として組織されているといえる。この多職種チームによる育成のうち、退院支援活動のひとつに数えられるケースカンファレンスについて後述する。

リスト③「職場長の看護観を言葉で伝える」の意味するところは、どういう看護を提供したいのかを師長が明確にしてスタッフに明示することであった。師長によってどういう看護を提供したいのかは異なるが、師長たちが参加する「婦長合宿」(筆者注、調査時使用語句のママ)で職場長の看護観を明確にしているという。リスト④「職場長の団結」とは、職場長である師長同士のまとまり、相互信頼を意図し、「一つのセクションの課題はみんなの課題」と認識して共有している。その代表的な場となっているのはベッドコントロールセンターだという。ベッドコントロールセンターは病棟師長2名、MSW、連携室事務、リハビリテーションスタッフからなるメンバーで構成され、在院日数管理をしている。緊急会議もあり、病棟

の課題を職場長だけでなく他の職種とも共有する機会となっている。リスト⑥「患者をどうみるか」については、毎日病棟で持たれる「朝会」、「婦長会議」も学習機会となっており、患者の入院目的だけでなく入院に至る患者の健康の社会的要因や貧困について知識を増やし患者の理解に生かしている。

2) 看護人材交流

X病院では看護職員の育成のために人材交流をしていた。当該施設は後方支援機能を期待される回復・リハビリテーション病院という側面から、他院看護部の協力を得て、専門看護師、認定看護師が開催する学習会に参加している。例えば、褥瘡が発生した状態で入院する患者は少なくなく、その増悪を防ぎ回復させる看護の実践と指導ができる皮膚・排泄ケア認定看護師(WOCNs、ウォックナース)に、必要に応じて入院患者の個別管理を相談している。このほか、他院での新卒看護師研修をはじめとする研修会や学習会もあり、今後の拡充を検討していた。

こうした看護の施設間交流をどうやって実現しているのだろうか。X病院が属する地域では患者の紹介入院や転院などで普段から連携室を通して患者情報を共有する体制が整えられているという。その中で2010年に「安全感染」と呼ばれるメーリングリストが市内の複数の病院にむけて配信されたことを機に、施設を超えて学習会が持たれるようになった。また同医療圏には総看護師長協議会が組織されており、看護部のトップマネージャーのための交流会や研修旅行などが企画され人員の確保や教育に関する情報を共有しているとのことだった。

X病院には在宅看護に関する人材交流もある。患者が自宅に退院する場合、多くの場合その後の看護は訪問看護ステーションによって継続される。退院後、自宅での療養が維持できなくなることは少なくなく、再入院となるのも珍しいことではない。そのため病院看護と在宅看護の交流会が、同法人の訪問診療室看護師の呼びかけによって持たれるようになった。そこでは高齢者住宅での看取りについての学習会や、呼吸リハビリテーショ

ンに関する訪問看護との交流学習会、嚥下機能の理解と援助のための介護事業との交流学習会が持たれている。

5. 多職種チームによる退院支援 ケースカンファレンスと看護 職育成機会

ここでは先述した「多職種によるチーム（緩和ケア・認知症・糖尿病・退院支援）による育成」のうち退院支援をめぐって多職種が参加するケースカンファレンスについて述べたい。そのためにまずはリハビリテーション病院がその機能を果たす上での制度的背景とその実践について述べておこう。

1) 入院期限とリハビリテーション実施計画

リハビリテーションの実施に当たっては、診療報酬の算定実施上の留意事項として医師は定期的な機能検査等をもとにその効果判定を行い、リハ

ビリテーション実施計画を作成する必要があることが定められている。常時45～48床を稼働するX病院当該病棟でも全ての患者に個別のリハビリテーション計画が立てられていた。機能回復のレベル目標を明確にし、その目標に到達するまでにかかる期間を総合的に判断し、その方針に基づいてリハビリテーションおよび治療、看護が行われる。入院期限には患者の疾患による規定はあるが、退院時の回復目標とともに見込まれる退院時期は規定の期限最終日である必要はない。

図1は7名の入院患者の入院日と、患者ごとに規定される入院期限を表したものである(図1)。その間に行われたケースカンファレンスと家族への面談(図中の“CF”とはケースカンファレンスの略、数字はカンファレンス開催回数)、退院見込み時期を記載した。図中の「脳・重症180日」とは、回復期リハビリテーションを要する状態及び、算定上限日数でいうところの種別「1. 高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害」上限180日を略して表記したものである。「骨折90日」も同様に、「2. 大腿骨、骨盤、脊椎、股関節もしくは膝関節の骨折」上限90日の略記である。

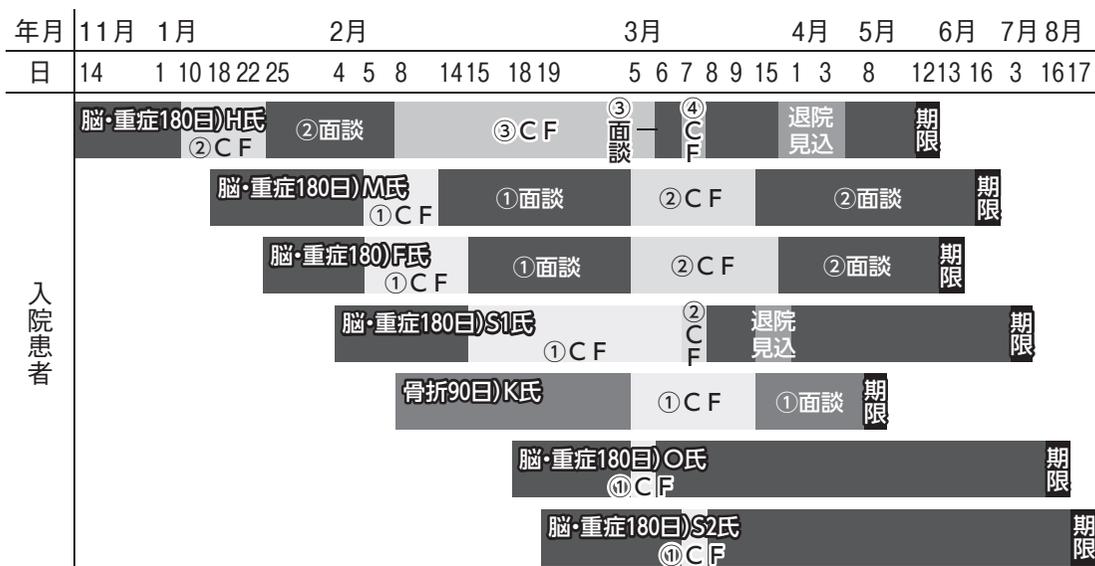


図1 患者別入院期限とケースカンファレンス及び家族面談、退院見込み時期

注) 図中の“CF”とはカンファレンス、丸で囲った数字は開催回数を表す。

出所：調査資料より筆者作成

図中の事例「脳・重症180日H氏」をみよう。11月14日に入院し、入院期限は180日目の5月12日とされている。1月10日に第2回のカンファレンスが行われ、1月22日に第2回の家族との面談がもたれている。2月8日には第3回カンファレンス、3月5日に第3回の家族面談がもたれた。そして3月7日に第4回カンファレンスが開催され、3月下旬から4月初旬の退院見込みと表されている。

2) リハビリテーション実施計画を立案・評価するケースカンファレンス

ここでいうケースカンファレンスとは、医師が定期的な機能検査等をもとにその効果判定を行い作成したリハビリテーション実施計画を評価し以後の方向性を検討する機会をいう。ケースカンファレンスに参加するメンバーはリハビリテーション科専門医1名をはじめ、その患者を担当しているPT、OT、STからなるリハビリテーションのセラピスト各1名、病棟内の看護チームのリーダー看護師1～2名、MSW1～2名である(図2)。総看護師長が人材を育成する機会の筆頭に挙げている「多職種によるチームによる育成」の主な集団であり機会の一つに数えられる。



図2 ケースカンファレンスの様子

出所：筆者撮影

入院期間中のケースカンファレンス開催回数に医療制度上の定めはないが、当該病棟では180日入院期限の患者の場合は概ね4週間に一度、退院までに3～4回開催し、計画の立案、実施内容、回復レベルを評価していた。新たに得た患者・家族の情報や意向を反映して計画を修正し、リハビリテーションの方針をメンバー間で共有していた。4週間の計画の実践を経た頃に家族に面談できるようにMSWが日程を調整していた。カンファレンスで立案したリハビリテーション計画の進捗を共有、職種間で合意形成しながら退院に向けたリハビリテーションを実施していく。

ケースカンファレンスは週に3回開かれてお

り、1回に1～4事例を検討されていた。ケースカンファレンスの進行はMSWによって始められていた。MSWは普段、患者の家族と退院先を含めた退院後の生活の相談業務を担っており、カンファレンスでは患者の生活習慣や住居の特徴、介護のキーパーソンとなる家族など、退院後どのような生活環境に移行するのかに関する情報をメンバーに提供していた。どのような生活に患者が戻っていくのか、別の場所に移っていくのかに関する情報を多く有しており、カンファレンスの中でリハビリテーション実施計画のゴールを枠付けていた。

次いで、リハビリテーション科専門医は主治医

として担当するすべてのケース検討に出席し、医師の立場から治療状況や療養の展望を報告していた。PT、OT、ST各1名は担当する複数のケースについて、各々の専門に基づいて順にリハビリテーションを実施した現況報告と、今後の回復見込みや1ヶ月後の目標等について報告していた。看護師からは、リハビリテーション以外の時間の患者の日常生活動作、セルフケアの状況やその評価、看護実践概要等が報告されていた。それぞれの報告がなされ、入院中にできる限り維持または回復させうる心身の状態について、リハビリテーションでの心身機能回復の限界、退院時のゴール設定などについて検討していた。

各職種から報告された内容がまとめられたものが「リハビリテーション総合実施計画書」である。総合計画書には患者の診断名、障害名のほか、リハビリテーションの各職種担当者名、障害された心身機能・構造の評価項目がチェックボックスで一覧になっている。障害の程度によって目指される短期目標ないし1か月後目標と、それらの達成のための「具体的アプローチ」が明記される。計画書には、「活動」機能についてセルフケア、排泄コントロール、移乗、移動、コミュニケーション、社会的認知に系統化されており、ADL（日常生活動作）などの下位項目ごとに「している」「できる」「短期目標」欄に各レベルの評価が数値で入力される。合計点が低いほど介助の程度が重いことを表す。

事例のH氏は、身体機能について、各種活動レベルの多くが「1：全介助（25%未満）」から「3：中等度介助（50%以上）」であり、短期目標はほとんどの項目でレベルの維持に留まっていた。

さらに計画書には、カンファレンスで確認した心身の残存機能およびリハビリテーションの成果を鑑みた「1か月後の目標」「リハビリテーションの治療方針」「退院時の目標と見込み時期」が明記されていた。H氏の計画書「退院時の目標と見込み時期」欄には、「機能向上、介助量軽減については現状でほぼゴールに到達しています(略)3月下旬～4月初旬の退院に向けすすめていきます。」とあった。退院を見込む時期は規定の入院期限よりも1～1.5か月のゆとりがあったが、入院後にリハビリテーションを実施してきたうえで

「機能向上、介助量軽減については現状でほぼゴール」という評価がされている。つまりこの度の入院での機能回復リハビリテーションの目標は達成しており、より長い入院を必要としないと判断して退院時期を展望し、明記されていた。

3) 多職種チームによる教育機会 — ケースカンファレンスの会話分析

ここではH氏の入院後4回目のケースカンファレンスを取り上げ、会話の当事者たちが何を志向しているのかを観察可能なことに即して記述する。今回のケースカンファレンスでの最終的な課題は、自宅へ帰るにしても介護施設へ入所するにしても、程度が重い介助が必要とされることであった。この状況に対する患者自身と家族の考えには食い違いがあった。長男と同居する自宅への退院を希望している本人、その意を汲みたい次男、自宅への受け入れは現実的でないとする長男という具合である。長男は患者本人と話をしておらず、家族間でどうするか決められない状況にあった。ケースカンファレンスではMSWがこの状況を参加者に説明し、医師と各セラピスト、看護師が以下の情報を順に述べていた。

- | | |
|----|--|
| 医師 | 現状安定、在宅、施設どちらにせよ介護負担要軽減。サービス調整する。 |
| PT | 坐位安定してきている。寝返り、起き上がりは中等度介助。覚醒度低下や注意力低下で重介助となる。10分端座位可能、注意力低下で1分程度。朝～夜間中～重介助。次男に介助指導中。現状ゴール、長男と本人が直接話していないことを、本人不満を訴える。 |
| OT | 長期記憶の障害あり。整髪、顔拭きは全体にできるようになってきた。協力動作あるが大きく変化なし。端座位はベッド上で姿勢を整えると手放しでも靴を履くことができる。 |
| ST | 注意機能低下により、話している時に自分の話をしていく。一度思い込むと固執する。ムセはあり、キザミ食トロミ食に変更。口腔咽頭に残留あるのに |

食べてしまう。常食一口大まで上げていきたい。

- Ns 前回課題の排尿確立、ポータブルトイレへの移乗について、尿意、便意は曖昧であり、オムツ交換がベースであった。尿意があってポータブルトイレへ移乗しても既に失禁している状態あり。食事前後の誘導でまれに排尿ある。
- MSW 本日、長男、次男、長女、ケアマネ、MSW、看護師長、PT、OTと面談。次男は自宅退院希望。長男は脳障害があるため、話を鵜呑みにしないでほしいという意見。食事、トイレのヘルパー、レンタル用具、デイケア、ショートステイの情報提供はした。施設見学は現在ストップしているが、いつでも可能。

(筆者観察データより)

こうした情報共有の末にケースカンファレンスの最後には参加メンバーによって患者の退院に向けた課題と次回のカンファレンスの予定および退院先と退院日程の目処が記録される。

ここで今ひとつ立ち入って、総看護師長が述べた看護職の育成機会としての可能性を多職種ケースカンファレンスにみてみたい。

ケースカンファレンスでは参加者それぞれの報告が済んだあと、主に医療ソーシャルワーカーと医師から他のメンバーに対して、様々な問いが投げかけられていた。例として排尿の介助がテーマとなっている場面を以下に取り上げる。

[断片] (文中の [::] は長音)

- 1 MSW トイレは時間が絞れそうですか。この時間に声かけてあげるとちゃんと成功するとか。
- 2 Ns1 ああ、ちょっと厳しかったですね。時間で::。
- 3 Ns2 あの::、一応時間で回るときも、一般のほかの方々とするときも、おむつ点検するんですけど、既にもう排尿はされているということなので、その前の、ちょっと前の

時間を見計らって、一応トイレには誘導するんですけども、出ないとか。行くんですけど、やっぱり出ないわという感じというのはあったりとか。それから行くというタイミング。

- 4 医師 じゃあ、結局、この人もうちに帰ったら、どういうふうになるの、おしっこに関する介助は。
- 5 Ns1 そうですね::。訴え時はポータブルに移動してまれに成功するときもありますので、日中はポータブルで、夜はおむつかと思います。
- 6 医師 だから、じゃあ、日中おむつ交換しなくていいというわけじゃないですよ。
- 7 Ns1 そうですね。
- 8 医師 日中、そのポータブルトイレに何回誘導しなきゃいけないさそうなの？1回2回びったりじゃなさそうにしても。それどうゆうふうなの、一日の中で。
- 9 尿の訴えが頻回だったら、何回もポータブルトイレに、移乗が必要かもしれないし、そういうふうのはあるんですか。
- 10 Ns1 尿は大体日中でも1~2回ぐらいですよ。
- 11 Ns2 あとはもうぐっすり眠ってしまうので、大きいおむつだとか。
- 12 医師 じゃあまとめてください。この人がうちに帰ったら、日中、どうなんですか？

(筆者観察データより)

MSWは「トイレは時間が絞れそうか」(番号1)と発問している。排尿時間のパターンがわかれば、スケジュール立てた介助が家族にも可能になると仮定していることがうかがえる問いであり、その問いは、病棟での日常生活行動を援助するNsに向けられている。対するNsの応答(番号2)は関わった介助の事実があることを伝えるものではあるが具体的な時間の返答は無く、続く番号3で

「一応時間で回る」と言うものの、その具体的事実と、この際の議論的になっているパターン化の可能性についての評価を含んだ答えになっていない。医師は「結局」（番号4）の語を差し挟み、評価の視点と結論の導出をスピード感を持って求めているように聞こえる。Ns1が番号5で「日中はポータブルで、夜はおむつかなと思います」と、排泄援助方法について返答しているが、この会話の当初の問いである日中の介助負担を評価する情報は含まれていない。

ここでは医師は、Nsに対する発言（番号4）を含め、一貫して問う側に立っている（番号4、6、8、9）。この患者が自宅に帰った場合の日中のトイレ介助がどうなるのかを、この間に4回問うている。発問には「日中」「一日」の語句が繰り返し使用されている。また、番号6、8、9では問うている介助場面の抽象度が下がっており、Nsの返答は具体性が増している（番号10、11）。このことからNsが情報を提供しやすくなるよう医師が発問のしかたを変更し、Nsがこれに対応したことがわかる。

最後に医師が「じゃあまとめてください」（番号12）と情報の統合を求めている。H氏の在宅日中のトイレ介助の負担について、スケジュール立てた介助が家族にも可能になるという仮定を肯定するのか否定するのか、情報を判断・評価することが求めていることがわかる問いかけである。議題とされたH氏の在宅日中の家族による排泄介助の頻度・程度を推量し、結論づけることを、ここでは医師が発問によって会話をガイドしていることが明確となった。わずか1分半の会話であるが、医師がNsに対して、日々の排泄援助の実践の具体的な情報提供と、退院後の具体的な生活をイメージした日々の実践を期待していることが滲む会話であった。

最終的にこのカンファレンスがどのようにまとまったかという、課題は「家族に、1日の排尿パターンを提示し、どの部分に家族の介助が必要なのか明確にしていく必要あり。スケジュール表作成する」とあった。次回のカンファレンス予定は「3/22、自宅（筆者注、退院）では3月下旬～4月上旬。施設では4月中旬退院目標」と記録されていた。この帰結は参加者全員の情報が統合

されて明確にされたものであり、患者の退院時期を必ずしも医師が主導して指示的に決定しているではなかった。すべての医療従事者の情報と見解が患者の退院を規定していたことがわかった。

多職種カンファレンスで生まれる繰り返される問いは、Nsにとって病棟で展開する看護を方向付ける関わりとなっていた。Nsがもっている情報と見解もまた退院までの患者の入院生活を規定すると考えるならば、多職種チームによるカンファレンスはNsの情報の質や見解を鍛える場とみることができよう。ケースカンファレンスはNsの日々の援助視点、情報をアセスメントする力、情報を統合し、問題解決する思考を養うこと、日々の援助の意識的な実践を期待していることが言外に伝えられる教育機会となっているといえることができる。

6. おわりに

本稿では病院における看護師の育成機会について考察することを目的とした。回復期リハビリテーション病棟においては、患者の退院に向けたリハビリテーションをめぐってその実践計画が職種横断的に立案され、患者の心身の残存機能・残存障害、患者自身や家族の意向に応じて設定した目標に向けて、職種それぞれの立場から医療サービスを実施していた。ケースカンファレンスでは、MSWの発問を契機に、医師が繰り返しNsに問うことによって看護の情報が持つ意味、解釈する必要が言外に伝えられる教育機会となっていると考えられた。それは総看護師長がいう「多職種によるチームによる育成」の一つの表れといえる。また、ケースカンファレンスでは主として医師は他の職種に対して会話をガイドする立場をとる場面が見られたが、患者にとっても家族にとっても重要な、そのケースに関わる医療従事者にとっても重要な退院時期を、必ずしも医師が主導して指示的に決定しているのではないことがわかった。

引用・参考文献

- 小村由香, 2014, 「看護労働の分析」, 『日本労働社会学会年報』, 25: 22-35.
川口章, 安川文朗, 松田洋一郎, 2008, 「日本の

- 看護需給と働きがい 現状と課題の社会経済分析」, 社会保険旬報, 2344 : 38-47.
- 小磯明, 2013, 『医療機能分化と連携 地域と病院と医療連携』, 御茶の水書房
- 高橋泰, 江口成美, 2014, 「地域の医療提供体制の現状と将来 — 都道府県別・二次医療圏別データ集 (2014年度版)」, No.323, 日本医師会総合政策研究機構, http://www.jmari.med.or.jp/research/working/wr_553.html (2021年12月25日参照)
- 鳥飼達也, 佐藤八重子, 中井修, 2014, 「医療過密地域における中小病院の人材確保と病院経営への影響について」, 『共済医報』, 63(4) : 6-13.
- 日本看護協会, 2013, 「平成24年看護関係統計資料集」, 日本看護協会出版会.
- 北海道, 北海道における医療機能ごとの病床の現状 H28病床機能報告 <http://www.pref.hokkaido.lg.jp/file.jsp?id=1023552> (2021年12月25日参照)
- 宮本恭子, 2014, 「看護職員の需要構造と看護労働力確保の課題」, 『島根大学法文学部紀要社会文化論集』, 10 : 9-25.
- (たにかわ ちかこ、聖徳大学看護学部講師)

水道と法の公共性の解明 — Flint Water Crisis を手がかりとして —

稲葉 一将・小牧 亮也

1 水道と法の「公共性」論の 必要性

(1) 水道のグローバルな規模での私化を経た再 公営化の動向

飲用水の供給施設である水道をめぐる人権とこれの民主主義的保障形態の考察は、水道の公共性の変容さらには喪失に至る私化とその海外輸出、これへの対抗運動としての再公営化に至るグローバルな国家と社会の変動を経て、またここに新型コロナウイルス¹も加わって、国家と国民の相関関係をあらためて確認するための最も重要な問題の1つとなっている。というのも、安全な飲用水が人間の生命や健康にとって不可欠であるために、その供給施設である水道は人権保障の手段としても位置づけられるからであり、したがって人権保障のために存在するべき国家の次元でも、考察されるべき問題を提起すると考えられるからである。

住居等と並び水道も住民の生活保障の一手段に位置づけられるようになり、地方自治体の公営形態になるという他国での少なくない事例が、日本でも知られるようになってきている²。ところが、2021年12月6日に、宮城県企業局が所有する水道用水供給事業等の施設運営を今後20年間にわたり、多国籍企業も株主に連なる株式会社が行うた

めの実施契約が締結された。これから水道経営技術を手に入して、その海外輸出を試みようにも既に周回遅れの印象を強く受けるが、日本の水道は、グローバルな規模で、誰のどのような内容の人権のための手段であるのかが問われているのである。国境を越えて活動する外国資本が国内の水道事業に参入し、日系企業が海外展開を試みるのに対して、各国の政治行政がかかわる。このうち、国内のそして法現象を分析対象とするだけでは、その全てを論じることは到底できないが、本稿は、比較的最近になって水道法に対しても関心を有するようになった筆者が、公法学的観点から接近して、今後、国内の事例を分析するための基本的な問題視角を述べようとするものである³。

(2) 多次元における「公共性」再論

「水道と法の公共性の解明」と題して行われた本研究は、なぜ1990年代に盛んに論じられていた「行政」の「公共性」論を、再び試みようとするのかということから述べるべきであろう。

かねて、「公共性」を3次元において分析する必要性は、日本の行政法学において主張されていた。それによると、第1に「素材」、第2にこれにかかわる「権利利益」、第3に権利利益を実現するための「政治・行政施策」や「国家と法」の

1 この「危機」には複数の異なる次元があるが、国家がその本来果たすべき責任を果たすことなく、国民の「自粛」要請へと責任転嫁するならば、国民の側の不満がその対象を見誤って社会内部での暴力の源にすらなるという意味での統治の危機だと述べたことがある。稲葉一将「コロナ危機と公法学の行方」法学セミナー794号（2021年）57頁。この問題意識は、本研究とも共通するところがある。

2 内田聖子編著『日本の水道をどうする!?』（コモンズ、2019年）、岸本聡子『水道、再び公営化!』（集英社新書、2020年）を参照。

3 本稿は、非営利・協同総研いのちとくらしから2019年度に得た研究助成の成果を簡潔に述べるものである。稲葉には公共性再論という問題意識があり、民営化と憲法規範との関係を論じてきた小牧はその延長線上でこの問題にも接近するようになった。小牧亮也『「民営化」に対する憲法的統制の可能性（1）・（2・完）—アメリカにおける民営刑事施設に関する裁判例を素材に一』名古屋大学法政論集259号（2014年）277頁以下・同261号（2015年）225頁以下。

異なる次元で、「公共性」をめぐる対立と矛盾そして発展の構造を論じたものがあった⁴。

水道は、冒頭で述べたように自然環境や生活環境の種々の破壊が契機となって飲用水が稀少となり、住民の生命や健康を保障するための手段であるのか、それとも多国籍企業による利潤追求の手段であるのかの位置づけが鋭く問われる素材であり、そこから再公営化という地方自治が実践される段階にある。つまり視野を海外にまで拡げるのであれば、国内で1990年代に論じられていたような、「素材」や「権利利益」の次元での「公共性」が論じられるようになってきている。次の段階においては、国家や行政のありようが再び問われるようになる未来を予測できる。もちろん国家行政に対する不信や無関心がそれを妨げる制約条件となっており、これを取り除くのは必ずしも容易ではないが、ここで述べたいのは、国家行政の公共性が問われてくる規範論理の構造である。

既に、日本の公法学には水道を含む役務が再び行政によって提供されるようになった他国を論じたものがある⁵。しかし、水道という素材に即して住民の生命や健康、そしてこの保障手段までもが多重に危機に直面した場合に、これらがそれぞれの国家や社会の特徴を反映しつつどのように回復してくるのかの規範論理の構造は、必ずしも十分に解明されているとはいえない。このように考えて筆者は、その解明作業を行うための素材の検討を開始したが、その過程で本稿の副題に示されている海外の一事例に注目するようになった。つまり、市単独の水道経営とは異なり他市と契約して水道水を購入するようになり、ここに財政悪化もあいまって州がその権限を強化して、もっぱら経済的効率性を追求する過程で住民の生命や健康

被害が生まれたというフリント市の経験を分析することで、以上で述べたような規範論理構造を解明する手がかりを得ようと企図したのである。

2 フリント市の水道「危機」

(1) 経緯の概要

まず、アメリカミシガン州に位置するフリント市の水道「危機」といわれた事例の経緯を簡単に確認しよう⁶。自前の水処理施設で処理したフリント川の水を水道水源としていた同市は、1967年にデトロイト市上下水道省 (Detroit Water and Sewerage Department (DWSD)) と契約を締結して水道水を購入するようになった。その後、フリント市は、財政悪化を理由に DWSD との契約を解約するとともに、契約期間が満了した2014年4月以降、近隣の市や郡とともに新設を計画した水道局の水道施設が完成するまでの間、かつての水道水源であったフリント川の水を再び水道水源とした。

しかし、住民から水道水の臭気や味覚等の異常を訴える苦情が、市に寄せられるようになった。フリント市は、住民に対して水道水を煮沸するように勧告したにとどまっていたが、2014年10月には、ジェネシー郡健康省 (Genesee County Health Department) から、同年4月以降にレジオネラ症の発生件数が増加しており、それとフリント川への水道水源の変更との関連性があるとの報告を受けた。2015年6月には、今度は連邦環境保護庁 (Environmental Protection Agency) の職員である Miguel Del Toral が、高濃度の鉛の溶出を懸念する内容の報告書を同庁の上司に提出し、その内容がアメリカ自由人権協会 (American Civil

4 室井力「国家の公共性とその法的基準」室井力ほか編『現代国家の公共性分析』（日本評論社、1990年）13頁注20のほか、同『公共性論と自治体立法の展開』（地方自治総合研究所、1992年）6-9頁も参照。

5 実証性を有する研究成果として、榊原秀訓ほか『行政サービスのインソーシングー「産業化」の日本と「社会正義」のイギリスー』（自治体研究社、2021年）がある。

6 以下、事実関係の詳しい経緯とその出典は、小牧亮也「水道民営化の憲法的考察ーフリント水道危機 (Flint Water Crisis) を手がかりに一」名古屋大学法政論集286号 (2020年) 69頁以下のほか、飯泉明子「ミシガン州フリント市における水道水危機 (1)・(2完)ーアメリカ環境法の一断面ー」早稲田大学大学院法研論集175号 (2020年) 1頁以下・同176号 (2020年) 31頁以下が述べているので、そちらを参照していただきたい。アメリカにおける水道の歴史や法制度の概要を述べた邦語文献として、やや情報が以前のものではあるが、自治体国際化協会「米国における水道事業の概要」(2006年) (http://www.clair.or.jp/j/forum/c_report/pdf/297.pdf) を参照。

Liberties Union) の記者によって、アメリカ全土に広く報じられた。また、同年9月8日には、ヴァージニア工科大学のMark Edwards教授らが、鉛による水道水の汚染が極めて深刻な水準に至っているとの調査結果を公表した。同月24日には、フリント市に設立された公立病院のハーレー医療センター (Hurley Medical Center) に勤務するMona Hanna-Attisha医師も、血中鉛濃度の高い児童数の増加とフリント川への水道水源変更との相関関係を示す調査結果を公表した。この調査結果は、翌月の10月1日に、ミシガン州保健福祉省 (Michigan Department of Health and Human Services) によっても、正確である旨の声明が公表された。結局、同月16日に、フリント市はDWSDと再び契約を締結して水道水の供給を受けるようになった。

(2) 水道「危機」の要因としての人種構成比率の変動と州の権限強化

以上のような事例が生まれた直接の原因は、フリント市がDWSDとの契約を解約して水道水を購入する代わりに、1967年以降バックアップ用に確保されていたにすぎないフリント川を水道水源としたところにある。それでは、なぜこのような水道水源の変更措置が行われたのかといえ、市の財政悪化がその原因であった。フリント市にはかつてGeneral Motorsの工場が置かれていたが、やがて自動車産業が衰退した後、いわゆる白人のブルーカラー労働者は新たな職を求めてフリント市から転出するようになり、フリント市の住民の約半数がアフリカ系 (しかも、その多くが貧困層) となった⁷。このため、他市から水道水を購入する費用の見直しが始まったのである。

さらに一層重要な原因だと思われるのは、フリント市の財政再建が市の住民によってではなく、

ミシガン州によって着手されたことである。それは、2012年12月に成立し、2013年3月に施行されたLocal Financial Stability and Choice Act (MICH. COMP. LAWS §§ 141.1541-141.1575.) というミシガン州法の仕組みを指す。同法は、フリント市のように財政が悪化した市に対して、州知事が緊急事態管理官 (Emergency Manager) を任命し、市長や市議会の権限を緊急事態管理官に付与することで、財政健全化を目指すものであった。実際に、フリント市でも市長や市議会がその権限を有効に行使するには、緊急事態管理官からの授權 (§ 141.1549 (2).) を要したので、水道も経営的観点からの管理が強化された。しかし、以上のようなミシガン州の権限強化は、誰のどのような権利利益要求に応答するものだったのであろうか⁸。フリント市のとくにアフリカ系住民の参加を欠いたまま、州の管理下でもっぱら経済的効率性が追求された結果、安易に、デトロイト市からの水道水の購入を見直す結果となってしまったと考えられる。

(3) 水道「危機」からの回復を求める裁判運動の展開

アメリカでは非白人の貧困層が政治的・経済的に脆弱な存在であって、州の政治行政への参加が容易ではないという問題は、フリント市の水道「危機」以前から存在していたので、これは本件でも目新しい特徴ではない。主として有害廃棄物の処理施設用地の選定について、公正性の欠如を問題とするために、「環境的正義 (environmental justice)」という概念が創出され、この公法学における意義が1990年代になって有力に論じられるようになった⁹。フリント市の水道「危機」においても、「鉛を含有する水道水の影響を最も受けた貧困者、マイノリティあるいは地理的に孤立し

7 事実関係は、以下を参照。Courtney L. Anderson, *Taking Flint*, 17 Hous. J. Health L. & Poly 107, 111-13 (2017); FLINT WATER ADVISORY TASK FORCE, FINAL REPORT 15 (2016), https://www.michigan.gov/documents/snyder/FWATF_FINAL_REPORT_21March2016_517805_7.pdf.

8 アカウンタビリティの問題を提起するものとして、E.g., Brie D. Sherwin, *Pride and Prejudice and Administrative Zombies: How Economic Woes, Outdated Environmental Regulations, and State Exceptionalism Failed Flint*, Michigan, 88 U. Colo. L. Rev. 653, 699 (2017).

9 一般的には、Vicki Been, *What's Fairness Got to Do With It? Environmental Justice and the Siting of Locally Undesirable Land Uses*, 78 CORNELL L. Rev. 1001 (1993).

た者らは、政治的に突出 (political salience) することで世間の注目を集める能力を欠きがちであるが、それは、彼らが政治的資源を欠いているからである。階級のみならず人種その他の偏見もその原因」だと述べて、これを経済的階級と人種差別の混合問題だと把握するものがある¹⁰。フリント市の水道「危機」は、いわば構造的に存在している人種や民族間の対立という統治の危機が、住民の生命や健康の危機でもあったので、比較的はっきりと認識されたのであろう。

それでは、水道「危機」からの回復はどの次元でどのような特徴を示したのであろうか。それは、社会の側においては被害者住民に宗教者等の集団も加わっての裁判運動の組織化、つまり国家の司法権への働きかけであった。このため国家や法の側で、「環境的正義」の実現を要求する複数の異なる請求内容の訴訟において、裁判所の姿勢が問われた。その訴訟というのは、フリント市、ミシガン州および連邦環境保護庁等を被告とする、給水管の交換や安全な飲用水の供給といった給付訴訟とともに損害賠償請求訴訟のことである。たとえばミシガン州の場合は、州政府のみならず知事、財務長官および関係職員に加えて緊急事態管理官を被告とする訴訟が提起された。これとは別に、州法務総裁が緊急事態管理官を含む州および市の関係職員を被告人として、水質管理に関する職務懈怠や証拠改ざん等の罪に加えて、レジオネラ症に罹患した者が死亡した事件について殺人罪でも告発した。このうち民事訴訟については、原告となった住民に対して合計6億2625万ドル（日本円にして約720億円）の和解金が主として州政府から支払われることで合意に至ったと報じられた。

3 フリント市の水道「危機」が提起する諸問題と課題

(1) 日本との差異と共通性

フリント市では2014年4月から2015年10月までの間に、安全な飲用水の入手が、市場で売買され

る商品（ミネラルウォーターのボトル）としてのみ供給されるという状態になった。アメリカ社会は、一方では商品としての飲用水の購入に困らないどころか寄付すら厭わない層が存在する。しかし、他方では比較的新しい「環境的正義」という概念を用いなければならないほどに著しくアンフェアな状態に置かれている貧困地域も同時に点在している。このためアメリカでは、水道に関する生命や健康という人権が誰にでも保障されていると主張されずに、人種や民族に関する公正原則への抵触、すなわち「環境的正義」の実現要求の問題だと構成されたのである。

以上の経緯が示唆すると思われるのは、生命や健康被害が発生した場合に、この事実問題が違法適法という法律問題へと質的に異なる次元に移行するためには、それぞれの国家や社会に適した媒介が存在しなければならないということである。しかし、この移行過程は必ずしもスムーズではないのであって、むしろ経済社会的にも法的にも様々な障害物が存在するところは、日本を含むどの社会においても共通する点である。違いがあるとすれば、それぞれの国家や社会に存在する特殊性を帯びたその障害物を認識しつつ、これを除去するための実践の工夫とともにこれとは異なる次元から実践に接近できる法理論の構成員であろうか。人種や民族の問題を抱えるアメリカは、必ずしも容易には理解できない「環境的正義」なる概念を創出して、かつまたこれを裁判運動の実践としても活かそうとする努力が存在するのである。差異とともに、現象ではなくその本質においては富が極端に偏在するアメリカ社会との共通性をも発見できるのか否かは、日本の法理論と諸実践がともに考えてよい問題であろう。

(2) 教訓としうる水道「危機」の意義

州立法もその要因の1つに数えられうるフリント市の水道「危機」に対して、行政内部からの公益通報に加えて、社会の側でも大学の研究者や医師が独自の調査を行い、かつまたマスメディアが

10 David A. Dana, *Escaping the Abdication Trap When Cooperative Federalism Fails: Legal Reform after Flint*, 44 *FORDHAM URB. L.J.* 1329, 1346 (2017).

その調査結果を公表することで対応した事実には、アメリカにおける市民社会の存在が発見される¹¹。人種や民族に対する偏見や差別という病理とともに社会が有する健全性も発揮されえたのは、アメリカが広大な国土とともに、両義的ではあるとしても多様性を有する社会だからであろう。この多様性が社会の側に存在するので、住民の生命や健康被害に責任を負うべき政治行政が危機状態にあって機能しない場合でも、公衆衛生や医療の専門家の一部には使命を果たそうと努力できる者が出現したのであろう。

日本で生活する者の目には、以上で述べたような市民社会が有する積極的意義はアメリカ国内よりも一層注目されるものではある。しかし冷静に観察すれば、そもそも他市に依存することなく住民全体の自治で水道を管理するという民主的かつ専門的な住民参加制度が存在していたならば、フリント市の区域内で、水道利用者の直感をきっかけとして公衆衛生や医療の専門家が生命や健康被害に迅速に対応できた可能性は、これを想像できなくもない。

つまり、フリント市の水道「危機」は、一方で政治行政に代わって公衆衛生や医療の専門家が市民社会を形成して危機に対応したという積極的意義を有するが、他方では水道行政における地方自治や住民参加の重要性をも示したと理解できるのではなからうか。フリント市の水道「危機」には、このような積極・消極両面の意義があると把握できるのであれば、そこから日本で生活する者が何を課題とすべきかを問うことは、それほど難しくないと思われる。このことを最後に述べよう。

(3) 日本における水道法の民主主義的性格の維持と発展

さて、水道「危機」への対応能力を発揮したの

が公衆衛生や医療の専門家だったアメリカの経験を参照する場合においても、日本の水道には、地方自治法（244条3項等）や地方公営企業法（4条等）といった地方自治に関する一般法が適用されることとの論理関係が問題となる。水道法の解説類は、水道の地域性を「地域の实情に通じた市町村に経営させるのが最も公益に合致する」と述べ、非営利的技術性を「水道事業は膨大な資金と高度な技術力を必要とし、かつ、これを継続的、安定的に経営させることが必要であるから、利潤の追求を目的とする私企業によるよりは公共団体である市町村によるのが適切」と述べる¹²。公衆衛生の向上を目的とする水道法が市町村経営原則を採用しているので、日本において専門性を発揮すると想定される主体も、水道部局に長年勤務しており専門能力を有する水道技術職公務員の存在が大きい。また水道法は、大戦後の地方自治法制とあわせて、市町村経営原則によって団体自治を具体化しており、経営の基本事項を条例事項とすることで住民自治を実現できる点において民主性を有する。水道と水道行政の専門技術性と住民の民主性とが協働関係を形成できるのか否かが重要であろう。

ただし、国家制定法の一つである水道法自体も変容しており、2018年の改正後に、地方自治体は、厚生労働大臣の許可を受けて水道施設運営権を設定できるようになった（同法24条の4）¹³。この法改正は、水道事業者の地位が残る地方自治体にとっては、民間資金等の活用による公共施設等の整備等の促進に関する法律（PFI法）2条7項が定める公共施設等運営権を設定するハードルが低くなった一面を有するのであろう。それでも、PFI法自体が地方自治を無視できず、民間事業者の選定手続から利用料金等に至るまでの必要な事項を定める実施方針は条例で定めなければならず

11 「市民社会による監視（civil society oversight）」の語を用いるものとして、Miriam Seifter, *Further from the People: The Puzzle of State Administration*, 93 N.Y.U. L. REV. 107, 155-56 (2018).

12 水道法制研究会『水道法逐条解説第4版』（日本水道協会、2015年）223-224頁。

13 2018年に改正された水道法の論点を述べたものには、宇賀克也「水道法改正と地方公共団体の責務」行政法研究29号（2019年）i頁以下、板垣勝彦「水道法の改正—民営化と保障責任—」法学教室466号（2019年）42頁以下、友岡史仁「水道事業の経営規律と水道事業基盤強化の法的課題」行政法研究31号（2019年）49頁以下、正木宏長「公共事業の持続可能性—水道事業の担い手に着目して—」公法研究82号（2020年）122頁以下などがある。

(同法18条)、また公共施設等運営権の設定は議会の議決を経なければならない(同法19条4項)。民間事業者に水道施設運営権を設定するという水道や水道行政をめぐる新たな国家施策に、地方自治体とくに地方議会がどのように対応するのかが、公衆衛生の向上を目的とする専門技術性のみならず住民自治を基礎とする地方自治の原則に照らして、注目に値する。PFI法ですら無視できない地方議会という法制度を、そこに居住する住民は活用できるのか否かが実践的には試され、またこれを妨げる障害物の分析が理論的問題となるのである。

本稿は、富の極端な偏在が構造的に生まれる資本主義国家であるという点では、日本と共通性を有するアメリカにおいて経験された水道「危機」に即して、水道法に理論的に接近する場合の基本

的な問題視角を述べたにとどまる。国内では既に、宮城県議会において、公営企業の設置等に関する条例の一部を改正する条例(2019年条例第62号)が制定され、水道施設運営権設定の議決に至ったが、この経緯の詳しい分析と検証そしてその後の施設運営の情報公開等の現状分析を行い、地方自治体と住民にとっての論点を適示する必要に、公法学からどのように接近して構成できるのかという理論的な問題が生まれてきている。これらを含む国内の個々の事例に即しての立ち入った考察は、本稿で述べた基本的視角から接近することで他日を期すこととしたい。

(いなば かずまさ、名古屋大学教授・こまきりょうや、岐阜大学助教)

研究助成報告(機関誌掲載など)

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

-
- 概要報告 「『社会的包摂を目指す多層支援システムモデルに関する実証的研究』 研究成果報告書」 (川島ゆり子ほか) 『いのちとくらし研究所報』 51号
-
- 概要報告 「旧日本軍遺棄毒ガス被害実態調査および日中共同の医療支援に関する研究—寒川およびチチハル日中合同検診を通して—」 (磯野理ほか) 『いのちとくらし研究所報』 51号 (ウェブサイトでも公開)
-
- 概要報告 「民間研究所論～概要～」 (鎌谷勇宏ほか) 『いのちとくらし研究所報』 52号
-
- 「名古屋市の一地区における路上生活者を対象とした精神保健調査の報告」 (松浦健伸ほか) 『いのちとくらし研究所報』 53号 (ウェブサイトでも全文公開)
-
- 概要報告 「諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究」 (高山一夫ほか) 『いのちとくらし研究所報』 54号
-
- 「中国農民專業合作社における信用事業の展開に関する一考察」 (宋曉凱) 『いのちとくらし研究所報』 55号
-
- 「臨床研修医は現場の医師から何を学び人生の糧としているのか?～いのちを守るための医療者養成の観点からロールモデル像とその影響の解明～」 (菊川誠ほか) 『いのちとくらし研究所報』 56号
-
- 概要報告 「宮崎県北地域における子どもの社会的排除と『排除しないまちづくり』の取り組み」 (志賀信夫) 『いのちとくらし研究所報』 58号
-
- 概要報告 「特別養護老人ホームにおける多職種連携による円滑な終末期介護を実現するための調査研究—概要—」 (高橋幸裕ほか) 『いのちとくらし研究所報』 58号
-
- 「認知症早期発見の検診と認知症進行予防教室の取り組み」 (山田智) 『いのちとくらし研究所報』 60号
-
- 概要報告 「若狭地域住民の原発関連事業所への就労実態と生活問題に関する調査研究—若狭地域の集落別世帯別就業実態調査による、住民と原発の結びつきの把握—」 (高木和美) 『いのちとくらし研究所報』 62号
-
- 概要報告 「高齢化団地における住民の福祉ニーズに対する地域活動の成果と今後の課題」 (坂本毅啓・石坂誠) 『いのちとくらし研究所報』 63号
-
- 「名古屋市の一地区における路上生活者114名を対象とした精神保健および身体調査の報告」 (渡邊貴博ほか) 『いのちとくらし研究所報』 64号 (ウェブサイトでも公開)
-
- 「北海道の病院看護における労働編成と人材育成—道央の急性期病院：勤医協中央病院を事例に—」 (谷川千佳子) 『いのちとくらし研究所報』 65号
-
- 概要報告 「非営利・協同体における若手職員の育成および主体形成に関する研究—鹿児島・麦の芽福祉会に注目して—」 (石倉康次、深谷弘和、申佳弥) 『いのちとくらし研究所報』 66号

-
- 「漁村人口減少対策と非営利・協同組織の機能に関する研究」(宮澤晴彦)『いのちとくらし研究所報』67号
-
- 「東日本大震災および原発事故を契機に生まれた「共創」的実践活動の調査—震災・原発事故からの社会の再建にむかうヘルспロモーションの理論構築にむけて—」(谷口起代)『いのちとくらし研究所報』68号 (ウェブサイトでも公開)
-
- 「医療生協職員意識調査の年代別集計にみる傾向と課題」(川口啓子)『いのちとくらし研究所報』69号 (ウェブサイトでも公開)
-
- 概要報告「児童養護施設職員の労働問題・労働組合に関する研究：20施設のアンケート調査から」(堀場純矢)『いのちとくらし研究所報』70号
-
- 「松江生協病院における医療アクセスの疎外要因と社会経済的関連要因の考察～救急搬入から入院となった方を対象にしたアンケート調査～」(眞木高之ほか)『いのちとくらし研究所報』71・72号
-
- 「イギリス卒前医学教育政策における教育概念の通時的分析：1990年代から2010年代」(柴原真知子)『いのちとくらし研究所報』73号
-
- 「互酬と再分配の連結を意図する非営利事業組織をめぐる考察～福祉・生活支援を軸としたマルチステークホルダー型の協同組合組織（日本・イタリア）の事例をふまえて」(田中夏子)『いのちとくらし研究所報』74号 (ウェブサイトでも公開)
-
- 概要報告「精神保健福祉領域におけるピアサポートの普及啓発およびピアスタッフ養成に関する研修プログラムの開発」(相川章子)『いのちとくらし研究所報』74号 (ウェブサイトでも公開)
-
- 概要報告「有床助産所における子育て支援機能の評価と課題—助産所で出産していない地域の母親が助産所の子育て支援に参加する要因」(井澤幸、児玉善郎)『いのちとくらし研究所報』76号
-
- 概要報告：カール・ポランニーの情勢理解—ファシズムの台頭とオーストリアの存続— (笠井高人)『いのちとくらし研究所報』77号

研究助成報告書(報告書・ウェブサイト公開)

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

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

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

2007年9月発行 ISBN 978-4-903543-03-1

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

2007年12月発行 ISBN 978-4-903543-02-4

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

2010年6月発行 ISBN 978-4-903543-07-9

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

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

- 松浦健伸ほか「名古屋市の一地区における路上生活者を対象とした精神保健調査の報告」

(『いのちとくらし研究所報』53号にも掲載、ウェブサイトでPDF公開中)

- 高山一夫、松田亮三、石橋修ほか『諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究』

2016年6月15日発行

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

- 渡邊貴博ほか「名古屋市の一地区における路上生活者114名を対象とした精神保健および身体調査の報告」

(『いのちとくらし研究所報』64号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中)

- 谷口起代「東日本大震災および原発事故を契機に生まれた「共創」的实践活動の調査—震災・原発事故からの社会の再建にむかうヘルスプロモーションの理論構築にむけて—」

(『いのちとくらし研究所報』68号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中)

- 川口啓子「医療生協職員意識調査の年代別集計にみる傾向と課題」

(『いのちとくらし研究所報』69号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中)

- 眞木高之ほか「松江生協病院における医療アクセスの阻害要因と社会経済的関連要因の考察—救急搬入から入院となった方を対象にしたアンケート調査—」

(『いのちとくらし研究所報』71・72号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中)

●田中夏子「互酬と再分配の連結を意図する非営利事業組織をめぐる考察～福祉・生活支援を軸としたマルチステークホルダー型の協同組合組織（日本・イタリア）の事例をふまえて」（『いのちとくらし研究所報』74号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中）

●相川章子ほか「精神保健福祉領域におけるピアサポートの普及啓発およびピアスタッフ養成に関する研修プログラムの開発」（概要は『いのちとくらし研究所報』74号に掲載、全文はウェブサイトでPDFを公開中）

奨励研究論文

●研究概要：根岸謙「ドイツの住宅協同組合（Wohnungsgenossenschaft）による住宅の建築・居住に関する法的枠組みについて―住宅協同組合によるいくつかの実例をもとに―」東洋法学64巻1号（2020年7月）107-132頁（根岸謙）『いのちとくらし研究所報』73号

●世紀転換期イギリスにおける生活協同組合と帝国（浮網佳苗）『いのちとくらし研究所報』75号

●奨励研究論文（概要）：非営利・協同組織における内部通報制度の構築（日野勝吾）『いのちとくらし研究所報』76号

●寄付における信託法上の信託の成立に関する一考察（小出隼人）『いのちとくらし研究所報』77号

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

第77号（2022年1月） — 【特集】 コロナ禍を考える（6） 今後に向けて

- 巻頭エッセイ：家族を通して見えるジェンダー（今村千加子）
- 特集：コロナ禍を考える（6） 今後に向けて
 - ・座談会「コロナ禍2年の振り返りと今後に向けて」（吉中文志、野田浩夫、高柳新、（司会）八田英之）
 - ・全日本民医連・増田会長に聞くコロナ禍と民医連—振り返りと今後にむけて—（増田剛、インタビュー：今井晃、竹野ユキコ）
 - ・コロナ禍における民医連の医療・介護活動とコロナ後に向けた活動（根岸京田）
 - ・歯科からみたコロナ禍と世界の歯科口腔保健の潮流～民医連歯科の「コロナ禍における歯科影響調査」とWHO第74回総会の口腔保健に関する決議から～（岩下明夫）
 - ・健康課題のグローバルな緊密化をふまえた共通理念—健康権と普遍医療給付—（松田亮三）
- 論文・投稿論文
 - ・スペイン・エロスキ生協と経営・労働問題（石塚秀雄）
 - ・児童養護施設の小規模化による子ども・職員の変化と課題—労働組合の有無別・職階別のインタビュー調査から—（堀場純矢）
- 連載
 - ・社会科学的医療論の構築（5）：「戦間期」、2次大戦、そして戦後（野村拓）
- 書評
 - ・ウェット夫妻型労働組合論の歴史的位罫——書評：木下武男『労働組合とは何か』岩波新書、2021（栗原耕平）
- 研究助成・奨励研究
 - ・2017年度研究助成概要報告：カール・ポランニーの情勢理解—ファシズムの台頭とオーストリアの存続—（笠井高人）
 - ・奨励研究論文：寄付における信託法上の信託の成立に関する一考察（小出隼人）

第76号（2021年9月） — 【特集】 定期総会記念シンポジウム：コロナ禍と日本の社会保障

- 巻頭エッセイ：逆転無罪と逆転有罪（小口克巳）
- 特集：定期総会記念シンポジウム：コロナ禍と日本の社会保障
 - ・基調講演：コロナ禍と日本の社会保障（後藤道夫）
 - ・医療現場からの報告（山田秀樹）
 - ・コロナ禍の支援現場からみた制度の課題（渡辺寛人）
 - ・ディスカッション・閉会あいさつ（司会：八田英之、高柳新）
 - ・特別講演：新型コロナワクチンについて（高田満雄）
- 連載：
 - ・社会科学的医療論の構築（4）：市民革命から第1次世界大戦まで（野村拓）
- 書評
 - ・高橋均『競争か連帯か—協同組合と労働組合の歴史と可能性』旬法社、2020年（190頁）（富沢賢治）
 - ・明日香壽川『グリーン・ニューディール—世界を動かすガバニング・アジェンダ』岩波新書、2021年（野田浩夫）
- 研究助成・奨励研究
 - ・2017年度研究助成概要報告：有床助産所における子育て支援機能の評価と課題—助産所で出産していない地域の母親が助産所の子育て支援に参加する要因（井澤幸、児玉善郎）
 - ・奨励研究論文（概要）：非営利・協同組織における内部通報制度の構築（日野勝吾）

第75号（2021年6月） — 【特集】 コロナ禍を考える（4） 介護と医療の現場から

- 巻頭エッセイ：擦り込まれた病巣「強い軍隊に守ってもらいたいという思い」（眞木高之）
- 特集：コロナ禍を考える（4）：介護と医療の現場から
 - ・民医連の介護事業所における新型コロナウイルス感染症対策（平田理）

- ・『人権を護る看護師になる！』—コロナ禍の東葛看護学校の教育実践報告—（山田かおる）
- ・コロナにまけない！食料×生活支援プロジェクト（東京都豊島区南大塚）～アンケートから考える「ひとり親家庭・母子家庭」に求められる支援～（西坂昌美、山根浩）
- ・越谷市で市民が運営している介護者サロン「ティータイム」の状況報告（大家けい子）
- ・コロナ禍の介護者家族の生活～介護者の集い「オアシス」の場合～（村松治子）

○論文：

- ・「65才の壁」を突き崩すまでたたくはつづく～天海訴訟千葉地裁不当判決について～（資料「天海訴訟 判決の骨子と問題点 2021.5.24 向後剛」）（八田英之）
- ・ドイツ協同組合法と協同組合運動（石塚秀雄）

○連載：

- ・社会科学的医療論の構築（3）「自前の情報ドーム」づくり（野村拓）

○奨励研究論文

- ・世紀転換期イギリスにおける生活協同組合と帝国（浮網佳苗）

第74号（2021年3月）—【特集】コロナ禍を考える（3）多層に及ぶ影響

○巻頭エッセイ：新型コロナ下でのいのちとくらし（根本守）

○特集：コロナ禍を考える（3）：多層に及ぶ影響

- ・座談会「コロナ禍と政治・経済・社会」（富沢賢治、中川雄一郎、石塚秀雄、司会：大高研道）
- ・コロナの1年～千葉の田舎からのレポート（八田英之）
- ・コロナ禍における医療経営の現状と政策提言（田中淑寛）
- ・医療経営の健全化の前提～消費税負担の解消（岡本治好）
- ・コロナ禍と国民のスポーツ・健康状況の変化～「ポスト東京五輪」の憂鬱（森川貞夫）

○論文

- ・薬機法改正と薬剤師・薬局のあり方（小磯明）

○研究助成

- ・2018年度研究助成報告：互酬と再分配の連結を意図する非営利事業組織をめぐる考察～福祉・生活支援を軸としたマルチステークホルダー型の協同組合組織（日本・イタリア）の事例をふまえて（田中夏子）
- ・2017年度研究助成概要報告：精神保健福祉領域におけるピアサポートの普及啓発およびピアスタッフ養成に関する研修プログラムの開発（相川章子）

○連載

- ・社会科学的医療論の構築（2）求められる指揮能力（野村拓）

○本の紹介

- ・マシュー・ボルトン著、藤井敦史他訳『社会はこうやって変える！：コミュニティ・オーガナイズング』（今井晃）

第73号（2021年1月）—【特集】コロナ禍を考える（2）各地の動き

○巻頭エッセイ：照一隅～25回目をむかえた被爆者集団検診（山田秀樹）

○特集：コロナ禍を考える（2）各地の動き

- ・新型コロナ感染拡大で明らかになった保健所と自治体病院の現状と課題（高柳京子）
- ・無料低額診療事業の相談事例から、コロナ禍での格差と貧困を考える（渋谷直道）
- ・京都民医連中央病院のリニューアルにおける地域づくりとコロナ禍が与えた影響（松原為人）
- ・2020年夏の新型コロナ対応に関する宮城・岩手県の聞き取り調査記録（村口至）

○論文

- ・労働者協同組合法の概要（竹野ユキコ）
- ・労働者協同組合法成立と協同労働について（石塚秀雄）
- ・（新連載）社会科学的医療論の構築（1）はじめにマグマありき—まずヒストリカル・フラッシュ（野村拓）
- ・2018年度研究助成報告：イギリス卒前医学教育政策における教育概念の通時的分析：1990年代から2010年代（柴原真知子）
- ・研究概要：根岸謙「ドイツの住宅協同組合（Wohnungsgenossenschaft）による住宅の建築・居住に関する法的枠組みについて—住宅協同組合によるいくつかの実例をもとに—」東洋法学64巻1号（2020年7月）107-132頁（根岸謙）

第71・72号（2020年10月） — 【特集1】東日本大震災9年／【特集2】コロナ禍を考える

- 巻頭エッセイ：若き日の読書でつかんだ、「民」の論理と「市民の政治」（岡崎祐司）
 - 特集1：東日本大震災9年
 - ・3.11東日本大震災から復興9年目とコロナ対応を、岩手県との比較で宮城県を見る（村口至）
 - ・東日本大震災における宮城県での住宅・生活再建と教訓について～浮き彫りになった災害ケースマネジメントの制度化の必要性～（小川静治）
 - ・岩手の9年を振り返る（遠藤洋史）
 - ・岩手・山田町の9年を振り返る（佐藤照彦）
 - ・原発事故発生から9年 福島から（伊東達也）
 - ・福島子ども甲状腺がん—放射線誘発子ども甲状腺がんの歴史をふまえて（齋藤紀）
 - 特集2：コロナ禍を考える
 - ・座談会「新型コロナの社会的・経済的影響と非営利・協同」（山田秀樹、今井晃、高柳新、後藤道夫、司会：竹野ユキコ）
 - ・新型コロナウイルス拡大による中小業者への影響（長谷川清）
 - ・日本の看護労働とコロナ（山崎ちひろ）
 - ・アメリカにおける新型コロナウイルス感染症の現状—社会的側面と政策対応を中心に—（高山一夫）
 - ・新型コロナウイルスとアメリカの看護労働—Physician Assistantと上級看護師への緊急タスクシフトを中心に（早川佐知子）
 - ・中国・山東省における新型コロナウイルスの影響（宋曉凱・権慶梅）
 - ・コロナ禍とEU、仏独の雇用問題対応策（石塚秀雄）
 - 論文
 - ・地方独立行政法人の運営に移行した公立病院の収支構造の変化とその背景（岩本鉄矢）
 - ・継ぎ足し生涯学習のすすめ—4（完）：生涯学習のしめくり（野村拓）
 - 書評
 - ・高山一夫著『アメリカの医療政策と病院業—企業性と公共性の狭間で—』（八田英之）
 - 2017年度研究助成概要報告：松江生協病院における医療アクセスの障害要因と社会経済的関連要因の考察～救急搬入から入院となった方を対象にしたアンケート調査～（眞木高之、他）
-

第70号（2020年3月） — 【特集】介護保険20年を振り返る

- 巻頭エッセイ：沖縄の過去、現在、未来（岩下明夫）
 - 特集：介護保険20年を振り返る
 - ・介護保険20年の変化、現在の動向と課題（林泰則）
 - ・地域包括ケアと地域の動き「共同組織とともに作る地域包括ケア」～『健康づくり・まちづくり手引書』作成の紹介～（山田智）
 - ・介護保険で何が変わったのか—ケア保障のためのソーシャルワーク（末永睦子）
 - ・介護福祉士養成施設という社会資源—介護の担い手を地域で育む（川口啓子）
 - ・ドイツの介護保険改革（3）介護強化法の補論と示唆（小磯明）
 - 論文：
 - ・「保険外併用療養」をめぐる動向について（山本淑子）
 - ・2019年秋千葉県台風災害の教訓と提言（八田英之）
 - 継ぎ足し生涯学習のすすめ—3：市民的生涯学習のすすめ（野村拓）
 - 書評：
 - 吉永純・原昌平・奥村晴彦・近畿無料低額診療事業研究会編著『無料低額診療事業のすべて：役割・実線・実務』（田中淑寛）
 - 2015年度研究助成概要報告：児童養護施設職員の労働問題・労働組合に関する研究：20施設のアンケート調査から（堀場純矢）
-

【次号79号の予定】（2022年7月発行予定）

- ・地域医療構想と住民の医療保障
- ・研究助成論文・投稿論文
- ・その他

【編集後記】

今号の特集は研究所創設の中心のお一人である角瀬保雄先生の追悼となりました。先生は東京大空襲の体験もニュースに書いてくださっています。研究所は2022年10月で設立20年となります。研究と社会の関わりやなぜ非営利・協同なのかと、改めて問い直しながら進みたいものです。（竹）

【訂正】

機関誌77号で、松田論文に誤りがありましたので訂正します。

41頁 右段落下から6行目 （誤）「用いたれてきた」→（正）「用いられてきた」

【投稿規定】

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

1. 投稿者

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

2. 投稿内容

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

3. 原稿字数

① 機関誌掲載論文 12,000字程度まで。

② 研究所ニュース 3,000字程度まで。

③ 「研究所（レポート）ワーキングペーパー」 30,000字程度まで。

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

4. 採否

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

5. 締め切り

随時（掲載可能な直近の機関誌に掲載の予定）

6. 執筆注意事項

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

② 投稿原稿は返却いたしません。

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

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

7. 原稿料

申し訳ありませんが、ありません。

**「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」
事務局**

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

TEL : 03-5840-6567 / FAX : 03-5840-6568

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