いのちとくらし

第48号　2014年10月号

目　次

●巻頭エッセイ：生産力の新しい指標としての QOL ……野田　浩夫　1

【特集】　アベノミクスと医療社会保障

●安倍政権の医療・介護制度改革……横山　壽一　2

●医療の国際展開による医療総動員……吉中　丈志　9

●東北メディカル・メガバンク（ToMMo）を考える

・参加報告：東北メディカル・メガバンクを考える市民フォーラム in 仙台
……八田　英之　18

・参加報告：市民のための基礎学習講演会「ヒト遺伝子研究と生命倫理」
……竹野　ユキコ　20

・主催者から：ToMMo 市民フォーラムを開催して ……水戸部　秀利　22

●インタビュー：民医連の取り組みと課題
……岸本　啓介、インタビュアー：竹野　ユキコ　26

●シリーズ医療政策・研究史（6）：雑務回避とマイペース …野村　拓　33

●ドイツの医療従事者数……石塚　秀雄　42

●2009年度研究助成概要報告
「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　46

・単行本、研究助成報告、バックナンバー……25、52、54

（表紙写真：前沢淑子）

生産力の新しい指標としてのＱＯＬ

野田　浩夫

柄谷行人『帝国の構造』（青土社2014／８）は、すでに精読した雑誌『現代思想』の連載をまとめて少し加筆したものなので、新味が感じられず、惰性で読んでいると言ってもよい。

不破哲三さんが、雑誌『前衛』に連載したものに僅かに書き足してハードカバーの本として売り出し、『前衛』の熱心な読者の財布にため息をつかせているのと同じことを柄谷行人氏もやっているのである。

ただ、贈与と互酬を特徴とする交換様式Ａが、交換様式Ｄとして高次元の回復を果たしついには「世界共和国」を生み出すのが彼の考える未来社会だとするのであれば、それを推進する力はなんだろうと改めて考えさせられた。柄谷は人間の意志や欲望を超えた協同への「欲動」、「衝迫」が歴史上常に働いているという（57ページ、64ページ）。あたかも性的衝動のようなものが人類史の中にあるとでも言いたいふうである。

確かに、ある方向のベクトルが社会のなかで常に働いているというのは、加藤周一さんのいう日本文化論にも似ている。すなわち、雑種文化の中を貫き一つの文化としての特徴を作り出している日本文化の一定のベクトルの存在という考え方である。しかし問題は社会構成体の土台に関わるものである。「協同」への衝動、というきわめて魅力的ではあるがやはり神秘的としか言いようのない説明では誰も納得させられないだろう。

マルクスが歴史の推進力を「社会の物質的生産諸力」すなわち生産力だと考えていたのは間違いない。しかし、ひたすら生産力が拡大することを人類が望んでいるのかといえば、いまは疑問を持つ人が社会の大半となっている。「ゼロ成長」こそが、何より大切な地球の環境を保つ上でも必要だということである。

思うに、鉄鋼生産額などを生産力の指標と思い込んでしまうのは、1930年代のソ連で農村に膨大な餓死者を出しながら進められたスターリンによる暴力的な工業化の影響が私たちにも刷り込まれているからだろう。それがなくてはナチスに打ち勝つことができなかったという理由がくっついているのだ。だが、こういう固定的な思考は改められなければならない。

それでも生産力が歴史の推進力だということは間違いない、それを前提に未来社会を作り出す道を考えたい、というのが私の立場である。そうならば、生産力の指標を改めて考え直さなければならないのだろう。

聴濤弘『マルクス主義と福祉国家』（大月書店2012年）もその問題に力を注いでいる（第五章　新しい社会経済システム」の探求）。結論は示されていないが、「福祉」と「自由な時間」の２項目が新しい指標の候補とされているのは間違いないだろう。

それを私の日常用語で言うとQOLである。QOLを生産力の指標として、その無限の拡大に向かう力こそが歴史の推進力だという大まかな見取り図が描けそうだ。

実は、患者のQOLの拡大への志向こそ、私が思う民医連「らしさ」である。私が臨床医としてすべての時間を患者の診療に求められているにもかかわらず、ついついこのような雑文を書いて周囲の人たちの眉を顰めさせるのも、こう考えることで、私や同僚が民医連で活動している歴史的な意味が見つかりそうだからである。

（のだ　ひろお、研究所理事・全日本民医連副会長）

安倍政権の医療・介護制度改革

横山　壽一

はじめに

安倍政権は、あらゆる分野で戦後政治の総決算を意図し、憲法をないがしろにする政策転換を強行している。社会保障も例外ではなく、社会保障・税一体改革を、憲法第25条を無視した社会保障制度改革推進法に沿って具体化し、成長戦略や税・財政の側面からも転換を迫り、さらには TPP など貿易協定も活用して、社会保障の変質・解体を進めている。なかでも医療制度は、医療費抑制、歳出削減、成長戦略・規制緩和などの面から見直しを迫られており、政策転換の戦略的な標的となっている。以下、医療制度を中心に、その転換の構図と内容を取り上げ検討したい。

1、社会保障制度転換の推進体制と構図

（1）推進体制

安倍政権が進める社会保障制度の転換には、いくつかのルートがある。第一は、社会保障・税一体改革の流れである。社会保障制度改革推進法を受け、その具体化をまとめた社会保障制度改革国民会議報告（以下「国民会議報告」）、その改革課題とスケジュールを法制化した社会保障改革プログラム法（以下「プログラム法」）、同法に基づく制度改革第一弾として成立した医療・介護総合確保法（以下「総合法」）、その推進体制として同じく「プログラム法」に基づいて設置された社会保障制度改革推進本部および社会保障制度改革推進会議が進める社会保障の制度再編である。第二は、成長戦略の流れである。その推進本部としての日本経済再生本部、そのもとに置かれたプラン作成を実質的に担う産業競争力会議、それと一体となって動く規制改革会議と規制改革実施計画、これらが進める規制緩和をテコにした市場化・営利化とそのための制度再編および関連領域の環境整備である。第三は、財政健全化と歳出削減の流れである。財政健全化を課題に財政制度と歳出の見直しを進める財政制度等審議会、節目で社会保障の各分野にも具体的な注文をつけ、制度の転換を迫る動きである。こうした見直しの議論を踏まえ、各政策の基本的方向を示すのが経済財政諮問会議である（「経済財政運営と改革の基本方針」、いわゆる骨太の方針）。

成長戦略に関しては、さらに、健康・医療の領域での具体化を図る「健康・医療戦略」、その推進のための「健康・医療戦略推進法」、同法の具体化を指揮する「健康･医療戦略推進本部」と「健康･医療戦略推進会議」､その実行部隊としての「日本医療研究開発機構」、事務局機能を担う「健康・医療戦略室」があり、医療だけではないが医療も主要な標的となっている、成長戦略と規制緩和の突破口として設けられた「国家戦略特区法」、総理大臣が定める国家戦略特区と特区方針に意見を述べる「国家戦略特区諮問会議」、特区ごとに設置される「特区会議」とそのもとで策定される「特区計画」がある。さらには､TPP や TISA（新サービス貿易協定）をテコに、医療をはじめ公共サービスの市場化・営利化を推進しようとする動きもある。

こうした会議体の林立は、全体が明確な方針のもとに必ずしも統率されているわけではないことを示しているが、中島徹氏が指摘するように「その提言相互の関係が不明確なために、つまみ食いが可能」で「恣意性の温床」となっている（中島徹「憲法から見た「国家戦略特区」」『世界』2014年８月号、72頁）。

（2）推進構図

中島氏が言うように、これらの動きは確かに相互の関係が必ずしも明確ではないが、けっして無

関係に動いているわけではなく、それぞれが安倍政権の戦略の一環を担い、全体として新自由主義的な社会改造と大企業の蓄積基盤の強化へと向かっている。その点をやや具体的に見ておこう。

安倍政権の政策全体を主導しているのは、成長戦略である。「経済の好循環を進め、デフレからの脱却と経済再生への道を確かなものにする」（「骨太の方針2014」）ことが政権維持のためには不可欠であり、財界の政権への注文に対する直接的な回答だからである。その端的な表現が「世界で一番ビジネスしやすい環境」をつくるとの宣言である。その基本方針と具体的内容が「日本再興戦略」と「規制改革実施計画」であり、「健康・医療戦略」、「国家戦略特区」である。これらに盛り込まれているのは、経済活動の自由度を高めるための最大限の規制緩和であり、その規制緩和によって創出しようとする新たな市場とビジネスチャンスである。その重要な標的にされているのが健康・医療、すなわち社会保障の領域である。この領域は、当然ながら社会的規制が分厚く存在する。その存在は、自由な経済活動にとっての障壁とみなされ、それを取り除く試みは繰り返し行われてきたが、国民の生命・健康の保持と正面から衝突するだけに突破できないでいる。安倍政権は、この障壁を「岩盤規制」と非難し、今度こそ「ドリル」で穴をあけ突破すると執念を燃やしている。そこまでこだわるのは、健康・医療の領域には、巨大な潜在的ニーズが存在し、成長可能なスケールの大きい市場が開けると見込んでいるからである。

健康・医療を成長可能な市場として育成していくためには、この領域を覆っている医療保険制度の見直しが欠かせない。その見直しは、医療保険の適用範囲を縮小・限定して自由診療を拡大することが直接的課題となる。その直接の対象とされているのが混合診療の拡大である。混合診療の拡大は、同時に自費を賄う民間保険のマーケットも拡大することを可能にする。

政権としては、経済の好循環だけではなく、同時に、「経済再生と財政健全化の好循環」（「骨太の方針2014」）を実現しなければならない。財政赤字を放置して成長政策に財政資金を集中することを許さないほど、財政事情は深刻である。したがって財政健全化は、優先度の高い課題として取り組まざるを得ない。そうした事情であっても成長政策へ資金を注ぎ続けていくためには、原資の確保が欠かせない。そのための方策が、財政危機の責任を歳出の最大費目である社会保障に押し付け、社会保障の歳出を削減することで資金を捻出すると同時に、社会保障への充当を謳い文句にして消費税増税を図ることである。社会保障・税一体改革が、消費税増税と引き換えに社会保障の拡充に向かうのではなく、社会保障のこれまで以上の重点化・効率化＝削減を打ち出しているのはそのためである。その第一弾が「総合法」である。医療と介護が一体的に取り扱われているのは、医療の削減は介護へのシフトを前提とせざるを得ないこと、しかし介護も従来通りであれば給付費が増大するため、医療・介護を一体的に見直し、双方の給付範囲を削減した受け皿を用意する必要があるためである。その受け皿が地域包括ケアシステムである。財政健全化を前面に押し立てた社会保障の削減は、同時に自費によって賄う部分を拡大することで成長戦略としての役割も担うことになる。「川上」から「川下」までの一体的な見直しが、「効率的な提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」を二大柱として展開され、「病院・施設から地域・在宅へ」のシフトを推進され、そのことが成長戦略と重なりあって展開されているところに現下の特徴がある。以下、「総合法」を中心に、「国民会議報告」や成長戦略の中で検討し構想されている内容も含めて、主要な項目ごとに検討する。

2、新たな病床規制による医療提供体制の再編

社会保障・税一体改革における医療保険・医療提供体制の重点化・効率化としてまず標的となっているのが、病床再編である。具体的には病床の機能分化と削減である。厚生労働省は、すでに2025年モデルとして、病床は全体で202万床が必要になるが43万床削減して159万床とする、入院患者数は１日あたり162万人に増えるが約２割減らす、外来患者数は５％削減するとの目標を掲げている。

かかる病床再編を進めるために「総合法」が持ち込んだのが、「病床機能報告制度」と「地域医療構想（ビジョン）」の策定である。病床機能報告制度は、これまでの病床の総量規制から、病床の種類ごとに病床枠を設けて規制するもので、「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の４つに病床を区分し、各医療機関は病棟ごとにいずれかの区分を選択し、都道府県に「現状」と「今後の方向」（６年後の状況）を報告する制度である。この報告は、レセプトよって検証を受け、診療の実態に対応していない場合には変更を求められる。都道府県は、国が作成する「2025年の医療需要を見据えた標準的な計算式」を用いて地域医療構想（ビジョン）を策定し、４つの病床区分ごとに「必要量」を設定する。各医療機関から報告された病床数がビジョンの「必要量」を超えている場合は、都道府県が設ける「協議の場」において協議する（「協議の場」は、保険者、医療関係者、学識経験者などで構成）。また、医療機関から報告された「今後の方向」において、ビジョンの「必要量」よりも多い病床への転換を計画している場合は、都道府県知事が当該医療機関に対して「説明書」の提出を求め、「協議の場」で協議するとともに、都道府県医療審議会で説明を求めることができる。「協議の場」で合意に達しないときは、都道府県知事は、「必要量」の病床数枠を超えている区分の病床について、転換を中止して他の病床へ移行することを当該医療機関に対して要請する。公的病院に対しては、命令・指示を行う。当該医療機関が「要請」に従わない場合は「勧告」を行い、それでも従わない場合は、病院名の公表、補助対象からの除外、地域医療支援病院などの指定の取り消しなど、ペナルティを課すことができる。

以上の仕組みは、総量規制から病床の区分別規制へ、自主的選択による調整から半強制的実施へと、病床規制を一段と強化するものである。

こうした病床規制のための病床転換を促すために「総合法」によって設けられたのが、「医療介護基金」の設置である。この基金は、国が３分の２、都道府県が３分の１それぞれ費用負担して、都道府県ごとに設けられるもので、地域医療構想（ビジョン）の達成に向けた医療機関の施設・設備の整備＝病床転換、在宅医療の推進、介護サービスの施設・設備の整備、医療従事者等の確保・養成等の事業を対象に財政支援を行う。実施に当たっては、国が基本的な方針を策定し、都道府県が厚生労働省に提出する（平成26年度は医療を対象、介護は平成27年度から実施）。財政支援による病床転換の促進である。

医療需要を反映したものならばビジョンの作成も実施も意味を持つが、病床規制ありきの厚生労働省に、潜在化している医療需要も含めて正当に医療需要を評価する計算式など期待できない。政策的意図に沿うように医療需要を過少に評価した計算式で、病床削減と再編を迫ってくることは目に見えている。地域の医療需要にかかわる多様な要素を丁寧に整理し、実態を踏まえて計算式による医療需要の評価の問題点を明らかにする必要がある。

３、国民健康保険の都道府県への移行と地域別医療費管理

以上の内容は、第一弾に過ぎない。「プログラム法」は、さらなる再編策を盛り込んだ関連法案を2015年の通常国会に提出することを謳っている。具体的には、国民健康保険の財政運営の責任を、2017年度末までに市町村から都道府県へ移行し、市町村と役割分担させる国民健康保険の再編である。「プログラム法」は、「国民健康保険の運営について、財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本としつつ、国民健康保険の保険料の賦課および徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県と市町村において適切に役割を分担するために必要な方策」をとること、その措置に必要な法案を平成27年度の通常国会に提出することを定めている。「骨太の方針2014」にも、同様の内容が書き込まれている。政府は、都道府県に財政運営と提供体制の責任を持たせることで、自律的な調整＝抑制を働かせる仕組みを最終的には構築することを意図しているが、市町村の保険料収納や医療費適正化へのインセンティブを損なわないために、役割分担を検討している。

現在、社会保障審議会および国保基盤強化協議

会で議論されているが、財政基盤の強化策についても、役割分担についても最終調整がついておらず、予定通りに法案提出に至るかどうか微妙な状況にある。

国保の再編は、先の病床再編とワンセットである。都道府県に権限を与え、都道府県の責任で医療の提供と医療保険給付および保険料を調整させ、自らの手で医療費抑制を進める体制を構築する、これがこれら再編の意図しているところである。こうした新たな医療費抑制の仕組みに、これまで蓄積されてきた診療内容に関する膨大な電子データを活用するかたちで行われようとしており、量的な規制にとどまらず診療内容にまで踏み込み質的な規制へと踏み込んでいく可能性がある。その意味で、皆保険体制を足元から掘り崩していく攻撃である。

4、総合診療専門医とフリーアクセスの制限

「病院・施設から地域・在宅へ」シフトを進めるにあたって、在宅医療の核として想定されているのが総合診療医である。新たな専門医制度が始まり、2017年３月に初期研修を終える医師たちから対象となるが、そこに「総合診療科」が加えられることから、「総合診療専門医」が動き出す。「国民会議報告書」は、総合診療医を「地域医療の核となり得る存在であり、その専門性を評価する取組（「総合診療専門医」）を支援するとともに、その養成と国民への周知を図ることが重要である」とした。「国民会議報告書」は、一方で「緩やかなゲートキーパー機能」の導入が必要であり、一般的な外来診療は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及・定着が必須とした。その役割を「総合診療医」が担うとの直接的な言及はないが、事実上そのことを想定しているとみてよい。「国民会議報告書」は、「フリーアクセスの基本は守りつつ」と一応断ってはいるが、ゲートキーパー機能の導入は、間違いなくフリーアクセスへの制限である。

なお新たな専門医制度は、診療報酬とのリンク、地域ごとの専門医の数のコントロールによる医師数の制限など、医療費抑制策としての役割を担わされる可能性が小さくない。

5、在宅医療の促進と医療従事者の業務範囲の見直し

「病院・施設から地域・在宅へ」の流れは、医師だけでなく医療従事者も対象にしながら具体化が進められている。「総合法」は、「特定行為に係る看護師の研究制度」および「医療従事者の業務の範囲及び業務の実施体制の見直し」を謳っているが、前者の必要性について、「2025年に向けて、さらなる在宅医療等の促進を図っていくためには、…医師・歯科医師の判断を待たずに、手順書により、一定の診療の補助を行う看護師を要請し、確保していく必要がある」ためとしている。また、後者のうち診療放射線技師についても、病院又は診療所以外の場所において、健康診断として行われる胸部Ｘ線撮影について医師・歯科医師の立ち合いを求めないとされており、これらはいずれも在宅医療の促進に対応した措置であることを明らかにしている。

こうした医療従事者の業務の見直しは、医師不足への対応として登場してきている側面もあるが、主要なねらいは在宅医療の促進である。これらは、すでに動き出している介護職の医療行為も含めた一連の動きであり、医師から看護師へ、そして介護職へとできるだけ安上がりの体制を整えながら地域・在宅へとシフトさせていく戦略の一環である。

6、先進医療の拡大と混合診療の拡大

医療・介護の再編は、提供体制の再編にとどまらず、医療給付にも及んでいる。「日本再興戦略」は、「戦略的な市場創造」のひとつに医薬品・医療機器・再生医療製品等の革新的製品の創出によるグローバルな市場創造を挙げ、医療分野の研究開発の司令塔の創設（「健康・医療戦略推進本部」として具体化）、評価の迅速化・効率化（「先進医療ハイウェイ構想」を提起）等を打ち出している。それを受けて「総合法」では、「質の高い臨床研究を推移するため、国際水準の臨床研究や医師主

導治験の中心的役割を担う病院を臨床研究中核病院として医療法上に位置づける」とされたことから、現在「臨床研究中核病院整備事業」が動き出している。

かかる先進医療の早期実施による市場創造を目論んで持ち出されてきたのが、「患者申出療養」（当初は「選択療養」）である。これは、「選定療養」「評価療養」とは違うタイプの保険外併用療養費として位置づけられ、患者が納得し医師が申請して安全性・有効性が確認できれば承認を受けることができる仕組みとされている。この安全性・有効性の承認を迅速に行う医療機関が「臨床研究中核病院」である。今年６月に閣議決定された新たな「規制改革実施計画」には、この仕組みの実施を2015年度とし、次期通常国会に関連法案の提出を目指すと記されている。

成長戦略の促進と医療制度改革が一体となった「患者申出療養」は、これまでともかくも特定の医療機関の特定の治療とすることでかかっていた歯止めが外れ、保険外併用療養費制度＝混合診療の原則解禁につながりかねない危険性を持っている。しかも、臨床研究中核病院（15か所を指定）が行う安全性･有効性の確認は「前例のない診療」だけで、「前例がある診療」は臨床研究中核病院と連携する「協力医療機関」で行うとされ、迅速に行うためにそうした拠点を1000か所程度設ける事が検討されている（『日経』2014年６月10日付）。

保険外併用療養の拡大は、新たに設けられた国家戦略特区でも実施される予定で、今年５月に決定された「国家戦略特区及び区域方針」には、指定された６区域のうち３区域で医療を対象とすることが謳われている。

7、療養の範囲の見直しと負担増

医療給付については、さらなる「重点化・効率化」が進められようとしている。「国民会議報告書」は、「医療給付の重点化・効率化」として、先にみたゲートキーパー機能をはじめ、紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来診療の定額自己負担化、入院療養における給食給付等の自己負担化、70～74歳の自己負担の１割から２割への引き上げ、高額療養費制度の所得区分の細分化による限度額の見直しなどを挙げている。

このうち紹介状のない患者の自己負担については、社会保障審議会医療保険部会ですでに検討が行われており、厚生労働省は2016年度実施を予定している。全員に約３千円～１万円の定額負担を課す案が有力とされている（『日経』2014年７月６日付）。また、70～74歳の自己負担の引き上げは、現行の特例措置を廃止して法律上の２割にすべきとしているが、高齢者への負担引き上げをねらって「年齢による負担から負担能力による負担」へシフトすることが提起されており、単に特例措置の解除だけの問題ではない。「プログラム法」は、これらの見直しに必要な法案を2015年の通常国会に提出することを目指すとしている。

8、介護保険制度の見直しと川下「改革」

「病院・施設から地域・在宅へ」のシフト、川上から川下までの一体的改革にあたって川下に位置づけられ、川上から流れてくる人たちの受け皿としての役割を担うのが介護である。ただし、介護にも川上と川下があり、施設介護が川上、在宅介護が川下にあたる。さらに言えば、在宅介護にも、介護保険による介護だけでなく介護保険外の民間営利・非営利のサービス、インフォーマル・サービス等もあり、上・下がある。

川下の中心的存在ともいうべき介護保険は受け皿として充実させる方向かといえば、決してそうではない。「総合法」に盛り込まれた介護保険制度見直しの内容は、特別養護老人ホームの入居者の制限（介護度３以上）、低所得者の入居時の費用負担を軽減してきた補足給付への資産基準の導入等による負担増＝実質的追い出し・締め出しという方法による「施設から在宅へ」の促進、予防給付を介護保険給付から外し、自治体の独自事業たる地域支援事業へ移行させる受け皿の縮小、あるいは安上がりの受け皿へのシフト、一定所得者以上の利用料を１割から２割へ引き上げる受け皿の利用制限など、充実策どころか縮小策ばかりである。

ここでわかるように、医療と一体的に改革が行

われた介護保険は、給付の制限が幾重にも盛り込まれており、川上だけではなく、川下も一体的に絞り込む方向へと向かっている。

9、仕上げとしての地域包括ケアシステムの構築

「総合法」は、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、地域ケア会議の推進などの地域支援事業の充実と合わせて、全国一律の予防給付（訪問介護と通所介護）を地域支援事業に移行し多様化すること等を盛り込み、地域包括ケアシステムの構築として具体化を求めた。これは、「国民会議報告書」が述べていた「地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスや住まいが、家族介護者を支援しつつ、本人の意向と生活実態にあわせて切れ目なく継続的に提供されることも必要であり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していくことも求められている」としたことを受けての措置である。しかし、「総合法」によって具体化された地域包括ケアシステムの姿は、いかにもみすぼらしい。

「国民会議報告書」は、「地域包括ケアシステムは、介護保険制度の枠内では完結しない」としたうえで、訪問診療等の在宅医療、かかりつけ医、在宅医療と介護の連携、地域支援事業、住まい等を挙げている。医療も住まいも含むシステムであれば、当然ながら介護保険制度の枠に収まらないのは当然である。しかし、「介護保険制度の枠内では完結しない」としているのには別の意味がある。それは、介護保険という制度化されたサービスで生活・介護ニーズに応えることをはじめから前提としておらず、介護保険制度外の自治体の独自サービス、民間有償サービス、インフォーマル・サービスなどを活用することを想定しているシステムだということである。そのことを裏付けるように、いまや地域包括ケアシステムは、「自助・共助・公助」の代表として宣伝され、具体化が進められている。ここにこそ地域包括ケアシステムの本質が現れている。

10、地域包括ケアシステムと非営利ホールディングカンパニー構想

地域包括ケアシステムは、以上の内容とは違う方向で具体化されていく可能性もある。「国民会議報告書」は、医療・介護サービスの提供体制改革の課題のひとつに「医療法人制度・社会福祉法人制度の見直し」を挙げ、以下のように指摘した。「医療法人等の間の競合を避け、地域における医療・介護サービスのネットワーク化を図るためには、当事者間の競争よりも協調が必要であり、その際、医療法人等が容易に再編・統合できるよう制度の見直しを行うことが重要である。このため、医療法人制度・社会福祉法人制度について、非営利性や公共性の堅持を前提としつつ、機能の分化・連携の推進に資するよう、例えばホールディングカンパニーの枠組みのような法人間の合併や権利の移転等を速やかに行うことができる道を開くための制度改正を検討する必要がある。」

かかる提起を受け、また安倍首相が2014年１月のダボスでの講演で巨大な医療介護事業体の必要性に言及したことを受け、非営利ホールディングカンパニー型法人制度の検討が急速に動き始めている。現在「医療法人の事業展開等に関する検討会」で議論が進められているが、検討会は、①理念の共有、②意思決定の共有、③ヒト・カネ・モノの有効な活用の３点を共有できる仕組みとすること、ヒトの活用として「グループ内法人間での医療職や事務職の異動や共同研修などが可能」、カネの活用として「グループ内の非営利法人間に限定したうえで資金の融通が可能（寄付、貸付、債務保証、債務の引受などを想定）、モノの活用として「新たに株式会社に出資することが可能」などの具体的イメージを示している。また「国立大学法人など各法人制度において、ガバナンスの仕組みを設けたり、非営利法人間での資金の融通を認めれば、参加が可能」として、大学附属病院や公立病院の参加も可能な法人とすることを検討している。

巨大ないくつかの非営利ホールディングカンパニー型法人によって地域の医療・介護・生活サービス・住宅等が提供されるようになれば、地域ご

との医療・介護サービスのコントロールも容易になる。かかる巨大な法人を担い手とする方向で地域包括ケアシステムが構築されていくとすれば、地域包括ケアシステム自体も、従来議論されてきたものとは相当程度違った姿になる。産業競争力会議など、このメガ法人を医療・介護の大規模な産業化として活用しようとする動きが背後にあるだけに、絵に描いただけでは終わらない可能性がある。

おわりに

安倍政権の医療・介護制度改革は、以上の内容が示しているように、かつてなく包括的かつ急進的である。その急進性をもたらしているのが成長戦略の推進であり、その中心的柱に位置付けられた健康・医療戦略の推進である。しかも安倍首相は、そのねらいが「世界で最もビジネスしやすい環境」づくりだと言って憚らない。そこには、経済成長の手段としての社会保障しかなく、それゆえ市場的発想での「改革」しかない。そうした動きには、個々の分野での対応は怠らないようにしつつ、それだけではなく社会保障の基本的理念、人権保障の理念をあらためて掲げ、それらを具体化した制度の姿を対置して対抗していくことが求められる。

（よこやま　としかず、金沢大学地域創造学類教授）

医療の国際展開による医療総動員

吉中　丈志

はじめに

タイで発覚した代理出産の問題は世界を驚愕させた。まず、オーストラリアの夫婦がタイで代理母に産ませた双子の赤ちゃんのうちダウン症の一人の引き取りを拒否したことが報道により明らかになった。次いで日本人男性が20名に及ぶ子供を代理出産で誕生させていたことが判明した。これらは代理出産ビジネスの実態を示すものとして衝撃的であった。

医療水準が比較的高いタイでは早くから医療ツーリズムが盛んで、「医療ツーリズムの概観と問題点」（本研究所報No.32　以下、前著）で紹介したとおりである。その中で渡航移植と移植ツーリズムの項で医療の商品化がもたらす問題点[1)]を指摘した。

今回明らかになった代理出産ビジネスは生殖補助医療が技術的基礎となっている。医療の進歩に規制が追いつかず、医師や依頼者の倫理にだけ頼ることに限界があることを示したといえる。タイ政府は規制に乗り出し国内の法整備を行おうとしているが、背景には貧困問題があり根本的な解決にはならないという指摘もある。

では、日本としてどう受け止めるべきか。今年６月に発表された「日本再興戦略」改訂2014では、医療ツーリズムは「医療・介護のインバウンド・アウトバウンドの促進」としっかり位置付けられているから日本が無縁であるはずはない。ところが、安倍政権はこの報道に反応していない。アベノミクスとして成長戦略を掲げたが、「アベノミクスは軍事大国化の手段」（『南ドイツ新聞』2013年７月）などと評されるように、医療ツーリズムがらみの人権問題など眼中にないということだろう。

前著以降の大きな変化は、民主党から安倍自公政権へ政権が移ったことである。アベノミクスによって医療ツーリズムは医療の国際展開へと大きな変化を見せている。本稿ではその経緯と内容をみていくことにしたい。

1　医療ツーリズム（国際医療交流）から医療の国際展開へ

当初、医療ツーリズムは文字通り医療観光であった。医療を受けるために自国から外国を訪れることがメインだが、観光ついでに医療サービスを受けることも含まれていた。医療を受けるために訪日してもらい、日本の医療機関を利用してもらうことをめざして、厚労省は一般社団法人 Medical Excellence JAPAN（MEJ）をつくった。国際的な市場が2012年には10兆円と報じられ、政府が医療ツーリズムを促進しようとして立ち上げたものだ。一部の医療機関は国際病院評価機構（Joint Commission International）の認証を受けるなど、これに積極的に応じた。地方自治体や個別医療機関からは関心が寄せられた。一方で医療機関側には海外へ進出しようとする動きもあり、厚労省の後押しを受けて広がりを見せ始めていた。

ところが、5000億円と試算されていた日本での市場規模は過大評価[2)]であり、実態は成長牽引産業を支えるビジネスというには規模が小さい[3)]ため、思うように進んだとは言い難い。厚生労働省は民主党政権時代に、医療ツーリズムという言葉は営利化というニュアンスが強いことを理由に国際医療交流と呼ぶようになり、アウトバウンドを積極的に推進する方向を強めていく。国際医療交流には人道的響きもあるから、インバウンドだけでなくアウトバウンドでも外貨を稼ごうとするねらいをオブラートに包むには好都合だったということだろう。

一方、経済産業省は日本の医薬品や医療機器が圧倒的入超であることから、これを挽回すべく医療産業研究会（2009年９月）で検討を始めていた。その後、日系医療機関や医師など「病院丸ごと輸

出」へと広がって民主党政権時代に成長戦略に組み込まれた。安倍政権になってこの流れは一気に加速し、経済産業省商務情報政策局ヘルスケア産業課は「医療の国際化～世界の需要に応える医療産業へ～」(2013年５月)の中で、「世界の医療市場は、2001年から2010年まで毎年平均8.7％で成長。2010年の市場規模は約520兆円（医療機器約20兆円、医薬品約70兆円、医療サービス約430兆円)」であると目をつけ、「医療サービスとともに海外市場開拓を視野に入れることで、日本企業の市場参入、開発投資を促進する」と発破をかけた。日本の医薬品や医療機器が国際市場で競争力を持つためには研究、技術開発が必須となるから、政府としても、特区を設けたり神戸国際医療交流財団のような公益財団法人を支援したりと、手厚い推進政策を取るようになった。

アベノミクスの第三の矢に当たる日本再興戦略では、医療を農業とともに重点に位置づけ、「国家戦略特区」創設、医療分野の研究開発を一元的に管理する独立行政法人日本医療研究開発機構の創設（日本版NIH）などを進めている。さらに、前述の再興戦略改訂版（2014年６月）では、従来のインバウンド、アウトバウンドに加えて「国際展開については、他国における医師･看護師等の人材育成、公的医療保険制度整備の支援や民間保険の活用の促進、一般社団法人メディカル・エクセレンス・ジャパン（MEJ）を活用した医療技術・サービス拠点整備などの医療関連事業の展開を図るとともに、国際共同臨床研究・治験の推進、日本で承認された医薬品・医療機器について相手国での許認可手続の簡素化等の取組をより推進する。さらに、高齢化対策に関する政府間の政策対話等を通じて、介護事業者の積極的な海外展開に資する必要な支援を講ずる」と述べられている。

アベノミクスでは、医療・介護システム、医療専門職育成、ヘルスケアにまで範囲を広げて関連産業の海外進出を促していることが特徴だ。安倍首相はこれを「医療の国際展開」と宣言することによって画期をなそうとしている。グローバル時代の医療展開という視点が必要になってきたということだと思う。

追記すれば、MEJはこの方針に沿って2013年４月23日に新生MEJとなった。医療の国際展開を推進するアウトバウンド事業を拡充することを目的に謳い、山本修三理事長（日本病院会名誉会長)は「日本式の優れた医療サービスを医療機器、教育、医療制度や保険システムとパッケージで国際展開する活動を推進」すると述べている。ちなみに2014年８月１日現在の社員は一覧表の39社である（**表１**)。今後、医薬品、ゼネコン等の分野からも会員として参加の見込みがあるという。

正会員　39社

アークレイ 株式会社	株式会社 東芝
アイテック 株式会社	東芝メディカルシステムズ 株式会社
旭化成 株式会社	ナカシマメディカル 株式会社
株式会社 AZE	日本エマージェンシーアシスタンス 株式会社
アライドテレシス 株式会社	日本光電工業 株式会社
オリンパスメディカルシステムズ 株式会社	日本電気 株式会社
株式会社 カネカ	株式会社 日本トリム
コニカミノルタ 株式会社	ハクゾウメディカル 株式会社
CYBERDYNE 株式会社	パナソニックヘルスケア 株式会社
サクラグローバルホールディング 株式会社	株式会社 日立製作所
シスメックス 株式会社	株式会社 日立メディコ
シップヘルスケアホールディングス 株式会社	ビー・ジェイ・エル 株式会社
株式会社 島津製作所	フクダ電子 株式会社
住友重機械工業 株式会社	富士通 株式会社
ソニー 株式会社	富士フイルム 株式会社
株式会社 損害保険ジャパン	株式会社 みずほ銀行
帝人ファーマ 株式会社	株式会社 三井住友銀行
テラ 株式会社	三菱重工業 株式会社
テルモ 株式会社	三菱電機 株式会社
株式会社 東海メディカルプロダクツ	

表１　MEJ社員一覧(MEJホームページより)

2　経済成長に向けた医療総動員体制

アベノミクスは医療を成長のエンジンと明確に位置付ける。医療の国際展開を強調する日本再興戦略はそのための方針である。これに対して日本医師会（以下、日医）の横倉会長は、「『医は仁術』が日本の医療の本質」だから「医療本体は経済成長の道具にならない」などと発言して牽制を試みている。しかし、安倍政権の政策に協力することを基本にする日医にあっては、江戸時代の倫理に依拠して異論を唱えてみたにすぎないわけで、コメントしてみたにとどまっている。

そこで、本稿では医療の国際展開が日本の医療にどのような変化をもたらそうとしているのかを以下で検討してみることにする。問題点の把握と同時に新たな可能性をつかみとる視点ももって検討を進めてみたい。

（1）社会保障版ショックドクトリン

問題点は言うまでもなく、憲法25条が定める国民の健康で文化的な生活を営む権利を否定し、国の責任を放棄したことが第一にあげられる。社会保障改革推進国民会議報告を起点にして社会保障制度改革推進法で社会保障の権利性を明確に否定した。社会保障の基本を自助、共助として生活保護バッシングなどのキャンペーンを張りながら進められたことは記憶に新しい。2014年６月公布の医療介護総合確保推進法で具体化のレールが引かれたといえる。

ここでは社会保障と税の一体改革によって、すでに財政的な仕組みが作られていたことを指摘しておきたい。少子高齢化社会を迎えるにあたり、このままでは医療費がもたないというキャンペーンが行われ、医療保険制度財政に対する公費を消費税で補填する仕組みにしたことがそれに当たる。浮いた公費は成長戦略へ回す仕組みだ。国民皆保険制度を維持しようとすれば必要な財源は国民自ら収める消費税でまかなえというわけだ（図１）。

お金の流れだけではない。医療提供体制そのものを国民医療からはがして、医薬品・医療機器の研究開発体制に組み込んで活用する政策が大手を振って進められている。安倍首相が突如言いだした「患者申し出医療」は本格的な推進の号令であった。混合診療の解禁や臨床研究中核病院の整備（関連病院群はかなり広範囲なので、一部の病院の話ではない）などによって医療機関を成長戦略に動員するというのである。国民の格差と貧困の深刻化や2014年度診療報酬改定による医療機関の困窮、それによる医療崩壊再燃の危機があるというのに、社会保障を省みることはない。

一方で、このような政策を推進できる背景には大規模病院グループの台頭があることも見ておかなくてはならない。日本の医師数は約30万人であるが、内訳では1979年に初めて開業医数を病院勤務医が上回った（図２）。病院医療が医療提供体制のなかで大きな比重を占めるようになったことを示している。

図１　社会保障版ショック・ドクトリン（厚労省資料より筆者作成）

その後の変化を日医総研の報告[4]で見てみよう。「病院数は1990年には10,096施設あったが、2014年４月末には8,512施設（▲1,584施設）になった。主な減少要因は、民間中小病院の減少である。民間病院（本稿では医療法人、個人を民間病院とする）は、1990年の7,326施設から、2014年４月末

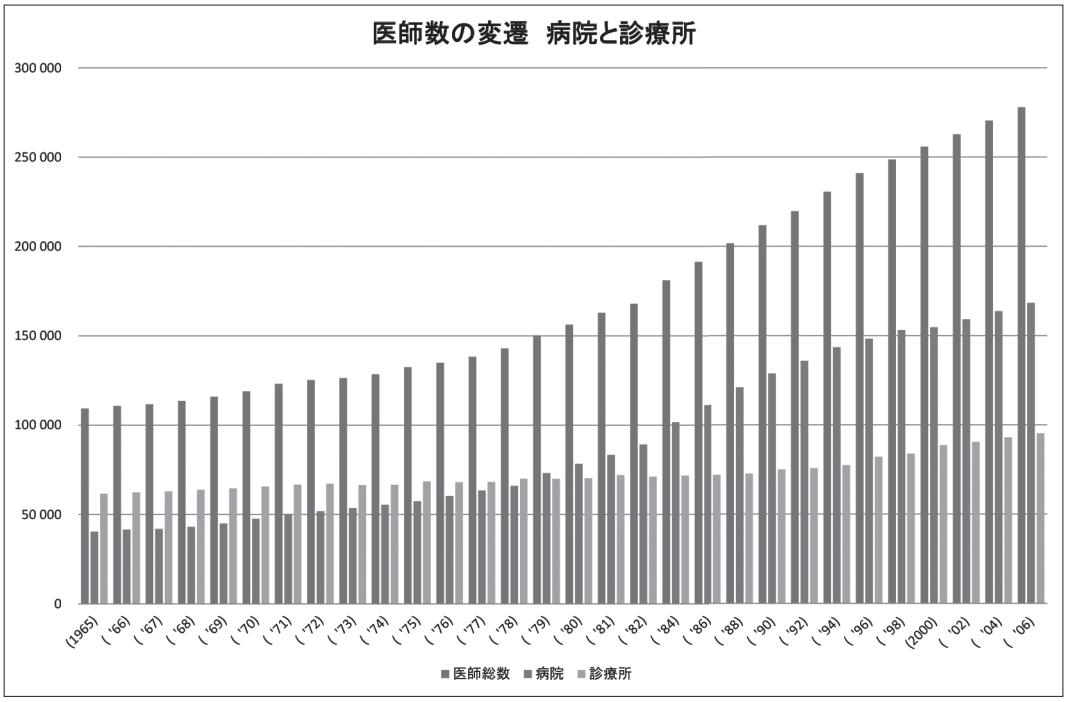


図２　日本の医師数の変遷　病院と診療所　（厚労省調査）

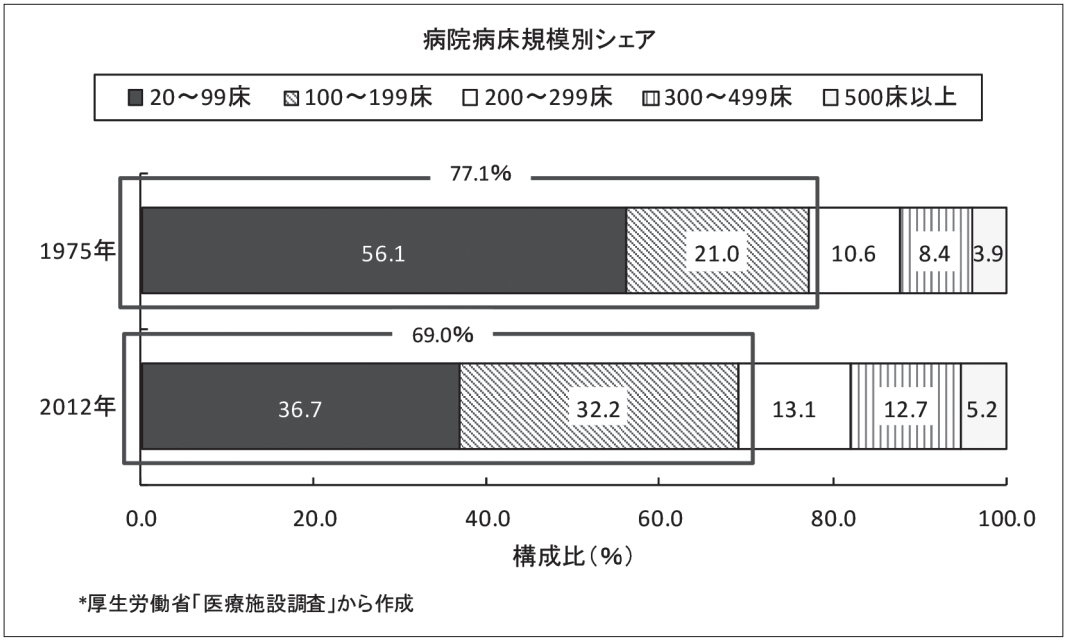


図３　病院病床規模別シェアの推移
（大手病院グループの経営状態について－国立・公的医療機関など－　日医総研ワーキングペーパー　No.320, p 8 より）

には6,023施設（▲1,303施設）に減少した。民間病院では合併や系列化も進んでいる。国公立病院でも統廃合、移譲が行なわれた。こうした病院再編の結果、全国の病院１施設当たり病床数は1990年には166床であったが、直近では185床へと大規模化している」。

病院医療における病床シェアでは小規模病院のそれが大きく減少している一方で、300床以上の病院の病床シェアが大きく伸びていることがわかる（**図３**）。病院の大規模化が進んできたことが明確である。注目を浴びている非営利ホールディングズ・カンパニーをはじめとして医療介護総合確保推進法はこの流れを加速する。研究開発体制の主力になるのは大規模病院である。そのために病院の大規模化を加速する政策という側面があるという点を見逃すべきでない。

（２）医療の産業化政策の深化

①医薬品・医療機器産業のグローバル企業化

医療の国際展開では医薬品・医療機器産業の成長がまずもって重視されている。経済産業省は「医薬品産業は本来日本が強みを持つべき分野であるが、現状は大幅な輸入超過（約2.2兆円）」（ライフ・イノベーション　我が国における革新的医薬品の創出及び再生医療の振興に向けて　経済産業省製造産業局 PDF 資料2012年７月）、「我が国はもの作り技術に優れているが、日本の医療機器は6000億円の貿易赤字。輸出比率は減少傾向」（医療の国際化～世界の需要に応える医療産業へ～　経済産業省商務情報政策局ヘルスケア産業 PDF 資料2013年５月）と危機感を表明した。これに対して甘利経済再生担当大臣は次のように述べたと『神奈川新聞』（2014年７月23日）は報じている。「医薬品や医療機器は政府方針として輸出産業に変えていくと強調」、「医薬品については、安倍政権が打ち出した医療研究開発の司令塔「日本版NIH」を中心に、開発から販売に至る期間を圧倒的に短縮し、患者や医師、製薬会社、医療機器メーカーにとって極めて立地しやすい場所としていく」。アベノミクスの眼目は日本の医薬品・医療機器産業をグローバル企業として育成するということだ。経済効果の規模、即効性から見て最も重視されている。医薬品・医療機器産業界が国際競争に打ち勝っていくために、以下の項でみるようにすべてを動員している。戦前の日本医療団を思い起こさせる。

②医療サービスの輸出

「シンガポール・ノビナにある Mount Elizabeth Novena Hospital で、ある専門クリニックの開所式が開催された。神戸国際フロンティアメディカルサポート（以下、IFMS）と、三井物産が100％出資する Medicro Partners が共同で開設した生体肝移植・肝臓疾患専門のクリニックだ。IFMS は生体肝移植の世界的権威である田中紘一・京都大名誉教授が理事を務める一般社団法人。同氏の指導を受けた日本人専門医がシンガポールに常駐し、年間20～30件の生体肝移植手術を実施するほか、移植技術やノウハウの共有、医師の指導、教育などを行う」（東洋経済 ONLINE、2013年11月14日）。三井物産は900億円を出資してこのような日本式医療サービスの輸出を手掛ける方針だという。「医療財源の圧迫を背景に脱ドメスティックを迫られる医療業界と、脱資源エネルギー依存を図りたい総合商社の思惑が、東南アジアを舞台にしてかみ合い始めている」と観測されている。医療の国際展開方針を受けて日本の医療サービスを輸出する動きが官民あげて加速しつつある。

経済産業省のヘルスケア産業課長は「公的保険制度に直接的に関係しない医療にかかわる経済活動の拡大は、医療・介護機関による公的保険外の事業の充実と収益の拡充につながる。国際医療を含め、そうした事業を通じた資本蓄積により医療機関などが経営の安定を図り、新しい試みに挑戦することが、日本の医療市場の拡大と医療サービスの充実につながる」（藤本康二：経済産業省商務情報政策局ヘルスケア産業課長（2012年）「ネクスト・ジャパン最前線　持続可能な医療、ヘルスケアの産業化に向けて」インタビュー「医療市場の拡大に向けて医療の産業化の推進を」『季刊DJB』、2012年１月）と述べていたが、ようやくこれが現実の政策となってきたわけだ。研究開発のために大学や大手病院グループを再編して動員しながら、公的医療費削減によって医療機関を追い込み、収益は医療の国際展開で補って生きのびればよいという意図が明確だ。控除対象外消費税の解決を要望する医療界の声を逆手にとって、この

先にあるのは輸出戻し税？などと懸念してしまう。

③医療のシステム輸出

もうひとつ重要な動きがある。医薬品や医療機器の輸出を促進するためには研究開発と輸出・販売＝当事国での消費が必要となる。新興国の多くでは医療制度などが未整備であることが少なくないため、そのままでは医薬品・医療機器などの輸出先にはならない。このため、販路を切り開くために医療制度自体の開発を促進して販路を一気に拡大しようという、より積極的な海外展開の方針を打ち出したことに注目すべきだ。公的医療保険制度整備などのインフラ整備とあるのはそのことだ。2013年９月、安倍首相は『ランセット』誌に寄稿して「世界経済の持続可能な発展に貢献していくため、このような国際保健課題の解決に向けた諸外国への援助を、日本政府は民間セクターと共に取り組む」と述べて、日本が誇る国民皆保険制度のアピールを行っている。「我が国としても、産業競争力会議や健康医療戦略推進会議が推進する日本の医療技術・サービスの海外展開と一体となって、国際保健外交」を進めると外務省も決意を述べている。

新興国へ医療のインフラを輸出して医療産業輸出の地ならしをする役割を国が買って出たということだ。これは『ランセット』誌に掲載された「Global Health 2035」[5]の戦略と符合する。2035年までに世界の大幅な健康状態改善を達成するとして新しい大胆な投資を提唱したもので、Commission on Investing in Health（健康への投資に関する委員会）による。Harvard Kennedy School の Lawrence H. Summers 教授が責任者の一人で、IMF や世界銀行が関与したものだ。新興国のインフラ整備を行って販路を確保して、医薬品・医療機器などを売りつけようということでもある。究極の貧困ビジネスのようにも見える。また「満州国」を思い起こさせるにも十分だ。その故か「世界に挑む　日の丸医療」[6]などという会社もあったりして大いに注意が必要である。

先に、病院の大規模化が背景にあることを指摘したが、医療サービスを提供する病院自身がグローバル企業化する衝動を持っているのではないことに注目しておくことが必要だ。米国でも株式会社病院ではなく、IHN という大学病院などを核にして研究機能を持つ医療ネットワークが海外展開の主流である。産業政策に病院を利用しようというのが現状までの特徴である。

（３）21世紀のロックフェラー・メディスン・メン

ロックフェラー・メディスン・メンとは、20世紀のアメリカ医療を担った医師たちをさす。彼らを育てた医学教育の歴史について書かれた本のタイトルになっている。[7] フォードシステムに始まるアメリカ資本主義の発展を担ったのは、丈夫で健康な労働者であった。アメリカ医療はその労働力管理のために発展したとも理解できる。日本では戦前、健兵健民政策がとられたことを想起すればわかりやすい。石油で巨万の富を築いたロックフェラーは医学教育に目をつけて支援を行い、ロックフェラー・メディスン・メンを育成したというわけだ。

医療の国際展開が進めば医師をはじめとする医療専門職が国民医療から引きはがされ、医師不足や看護師不足が助長される懸念がある。このことは少なくない論者から指摘されて来た。これに対して厚生労働省は大学医学部の入学定員の拡大、臨床研修制度の改定、外国人医師や医療従事者の導入などの政策を進めてきた。2017年からは新たな専門医制度の運用も開始される。総合診療専門医のような国民医療を支える医師の育成は地域枠として入学定員を増やした1500人程度に限り、医学部教育や専門医の育成プログラムでも、国際標準（アメリカ標準といってもよい）に合致する医師を育てることに主眼が置かれていることに注目しよう。質の向上が強調されるのは、医療の国際展開にしっかりと対応できる医師という意味に他ならない。グローバル化の流れに乗って日本の医師養成が転機を迎えている。医療の国際展開は日本の医師養成が大きな曲がり角にきていることの意味を明確にしたとも言える。

労働力管理は医療が担う重要な役割のひとつであり、医師の育成はそれに直結している。この点からみた日本の状況はどうか。労働力管理の重点はメンタルヘルス問題である。年間３万人近い自殺者のうち、労働者の自殺が７千人～９千人前後に及んでいる。OECD 諸国の中で異常に高い自

殺率であり、背景には広範なメンタル不全がある。このため企業の生産性に与える負の影響は深刻になってきており、本格的な対策が講じられるようになった。事業所検診や人間ドックなどによる健康管理だけでは十分な有効性が期待できないことから、事業場外資源の導入が推奨されてきた。代表的なものがEAP（Employee Assistance Program：従業員支援プログラム）である。モトローラ株式会社の取り組みが嚆矢とされ、アメリカで保険会社などが手掛けるようになって広まった。電話やメールによる24時間365日の相談プログラムが売り出され、日本の大手企業を中心に導入が進んできたという経緯だ。最近ではEAP事業を始めるNPOや日本企業も増えている。EAPには心理士や心理カウンセラーが専門家として雇用されているが国家資格ではない。多くが非正規雇用であり、自宅で電話やメール相談を行っている。ようやく心理士の国家資格制度化が進められようとしている段階だ。

労働者の健康管理は国民皆保険制度の外にあるためか、産業医の影は薄いのが現状である。労働者の健康管理を担当する専門職能自体が確立しているとはいいがたい。この間隙をぬって外国企業が参入し、安上がりのカウンセラーなどの職種を使って儲けている。企業のグローバル化に伴い外国に派遣された日本人労働者のメンタルヘルスの問題も深刻で、過労自殺もあるが対応が追い付いていないのが現実だ。日本式医療サービスの輸出がグローバル企業の展開とつながることも想定されている。日中戦争の時期に日本軍の進出に合わせて同仁会が中国に医療機関や学校を展開した歴史が思い起こされる。これも医療の国際展開の一側面である。

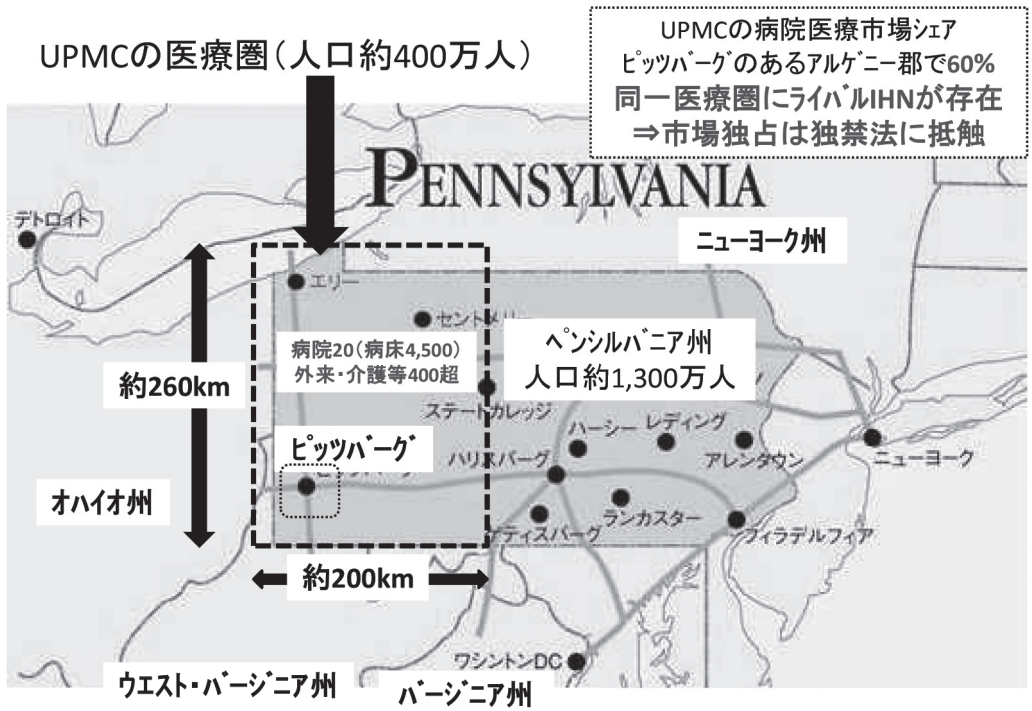
（4）医学研究と医療技術開発

医療の国際展開のために大学や研究機関を総動員する政策がとられている。国家戦略特区、日本版NIH、臨床研究中核病院、東北メディカル・メガバンクなどのインフラ整備も進行中だ。

新たな内容として非営利ホールディングズ・カンパニーに注目が集まっている。アメリカのIHNを参考にしたものだ。代表的なピッツバーグ大学医療センターをあげておこう（**図4**）。医療・介護を提供する病院やナーシングホームなどとともに医療保険会社を含んでおり、巨大な医療産業集積体である。地域全体での研究開発と積極的な海外進出が特徴である。前著にて日本の大学と規模を比較しておいた（32号、p53、図表4）。ご参照いただければ規模の巨大さが一目瞭然である。

日本で検討中の非営利ホールディングズ・カンパニーの発想はこれにヒントを得たものだ。大規模集中集積がポイントである。そのために医療提供体制を再編し、大学病院、公的病院を中心に国民医療を担う医療機関を医学研究と技術開発に動員するということでもある。遺伝子情報なども含むビッグデータを研究に活用できるようにする施策、マイナンバー制度などが同時並行的に進行中である。政府は研究開発を産学連携で進めようとしてきたが、医療の国際展開はそれを方向付けて後押しするものである。さらに、防衛省が最新の軍事技術を発掘するための基金制度を創設して、大学や研究機関と連携して軍事技術に応用できる民生技術の発掘を目指すことにしたと報じられており、医学研究と技術開発が産業のみならず軍とも結びつきを強める展開となってきている。こうして過度の競争環境がアカデミアに持ち込まれて研究不正の温床となっている。基礎的な研究は後景に押しやられている。倫理は研究を進めるじゃまになるという風潮が生まれやすい。

医学界などアカデミアの古い体質のため、日本学術会議を始めほとんどの学会は軍事研究への加担を拒否していない。学問の自由が圧迫され、医学研究と医療技術開発の豊かな発展がゆがめられる可能性がある。同時に国際共同臨床研究・治験によって医薬品と医療機器を開発し、相手国での許認可手続の簡素化等を進めようとしている。医薬品・医療機器の開発にとっては社会的規制が障害物と映り、規制が少ない新興国でより「自由な」開発ができるようにするということだ。新興国の弱者を対象にした治験に倫理的問題が指摘されてきて久しい。ポール・ファーマー教授（ハーバード大学教授･医師）は『権力の病理』（みすず書房、2012年）の中で多くの事例を告発し、「私たちの関与や関心は何よりも貧しい弱者に向けられるべきである」と強調した。これは現代の倫理学がも



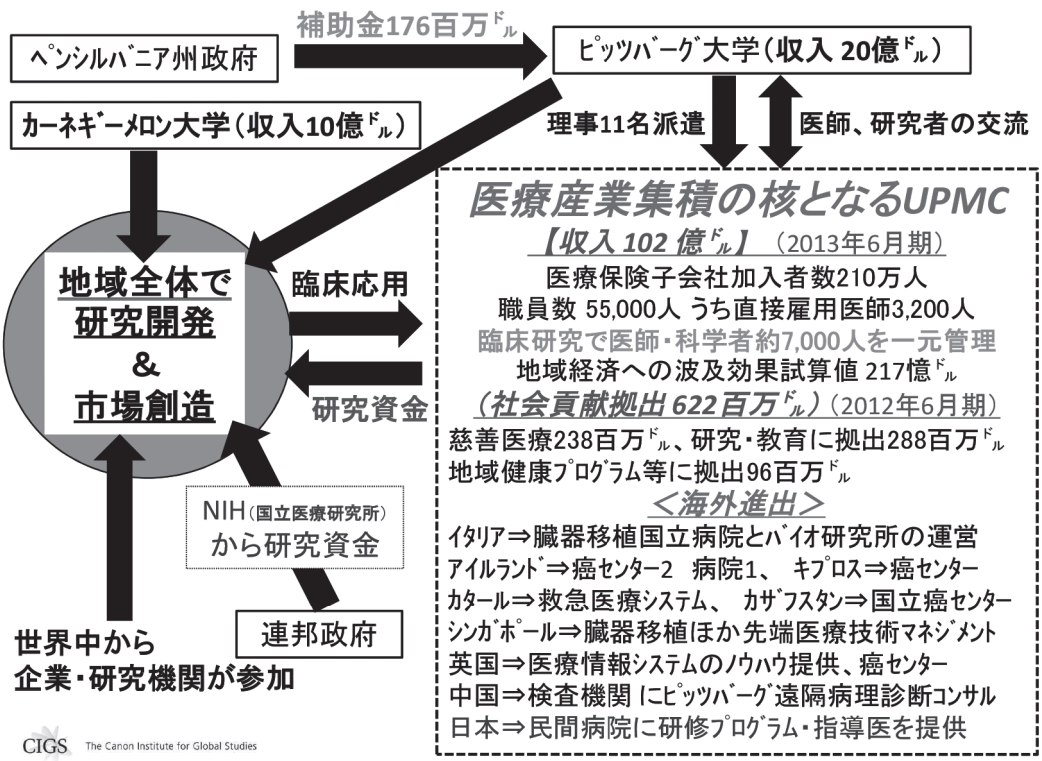


図４．ピッツバーグ大学医療センター（松山幸弘　医療事業体と非営利ホールディングカンパニー　政府提出資料　2013年12月24日）

つ弱点でもあるという指摘もしている。医療の国際展開にあっては、日本の研究機関や医療機関がこのような人権侵害に関与しないという保障はないのが現実だ。731部隊などの戦争医学犯罪の歴史を振り返って反省し、新しい世界的倫理規範の推進に貢献することが出来れば、医療の国際展開は国際連帯へと高まるだろう。医療界自身が積極的な役割を発揮することが期待される。

おわりに

まとめると次のようになる。

①医療ツーリズムはアベノミクスによって「医療の国際展開」となった。

②製薬・医療機器産業のグローバル化が中心にある。

③医療システムの輸出が位置づけられ、国際的な流れになろうとしている。

④社会保障と税の一体改革と医療介護総合確保法政策によって医療機関を「医療の国際展開」へ動員している。

⑤「医療の国際展開」は国民皆保険制度と医療提供体制の空洞化を進めるとともに、医師の育成や研究開発体制にも深刻な影響を及ぼす。

都留重人氏は「市場にはこころがない」ことを指摘した。国際市場に打って出ようというのが医療の国際展開である。国際市場の獲得競争で勝ち残ろうと焦りがにじむが、彼我の差は大きく勝算があるわけではないように思う。市場競争へのめり込むほど、医療ツーリズムに残っていた「おもてなし」の趣はどんどん失われて来ている感がある。日本文化は「縮む文化」と言われるが、それが外に出た時にはかえって凶暴になると東アジアからは見られている。歴史を踏まえての指摘[8]だ。道を誤るとはこういうことを言うのだろう。

今後、医療の国際展開は人々の国際的な交流を促進するものと予測される。日本国憲法の下で、国民皆保険制度と自由開業医制を含む医療提供体制によって、世界からも注目される日本の医療制度が生み出された。そのなかから非営利・協同の精神をすくい取らなければならない。日本の歴史からシチズンシップ[9]を発信するということでもあるだろう。医療の国際交流を進め、国際連帯を意識した運動の重要性を強調したい。

参考文献

1）吉中丈志「医療ツーリズムの概観と問題点」『いのちとくらし研究所報』No.32、pp.49－58、2010年８月

2）二木立「日本政策投資銀行レポートの検証」『日経メディカルオンライン』2010年11月18日

3）仁科幸一「インバウンド医療観光成立の条件―日本で医療観光を立ち上げるための支援策のあり方」みずほ情報総研レポート　2011年

4）前田由美子「大手病院グループの経営状態について－国立・公的医療機関など－」日医総研ワーキングペーパー　No.320、2014年７月28日）

5）Dean T Jamison, Lawrence H Summers et.al Global Health 2035, The Lancet Vol.382, December 7 ,2013

6）医療産業の海外戦略コンサルティング企業　㈱ボーラボ　HP　2013年９月

7）E.Richard Brown Rockefeller medicine men : medicine and capitalism in America（http://www.spingola.com/Rockefeller%20medicine%20men.pdf）

8）李　御寧『「縮み」志向の日本人』講談社学術文庫、2007年

9）中川雄一郎「シチズンシップ再考」（理事長のページ）非営利・協同総研いのちとくらし『研究所ニュース』No.40

（よしなか　たけし、研究所理事、全日本民医連副会長）

東北メディカル・メガバンク(ToMMo)を考える

参加報告：

東北メディカル・メガバンクを考える市民フォーラム in 仙台

八田　英之

標記フォーラムが、2014年８月２日午後２時から５時30分、仙台市の AER21階ホール A - ２で、実行委員会の主催により、市民151人の参加で開かれた。「非営利･協同総合研究所いのちとくらし」は、これを後援した。むつかしいテーマにもかかわらず、これだけ多くの市民が参加したことに関心の高さが示されている。推進したのは東北地方医療・福祉総合研究所などである。以下概要を報告する。なお、以下東北メディカル・メガバンクを略称の ToMMo と記す。

フォーラム呼びかけ人の一人である末永恵子氏（福島県立医大講師）の開会あいさつの後、村口至氏（元坂総合病院長、呼びかけ人）と長神風二氏（ToMMo 広報渉外・企画特任教授）を司会に４人のシンポジストが発言した。発言の要旨は次の通り。

〈なぜ被災地で遺伝子研究なのか？〉

「水戸部秀利氏（若林クリニック所長、呼びかけ人)」：ゲノムコホートなどの遺伝子研究そのものを否定するものではないが、ToMMo の事業については､その発端､進め方に批判的立場である。その理由は、①決定のプロセスと創造的復興論への疑問である。2011年８月の県の復興計画に突然 ToMMo が挿入された。震災後の混乱が続いているさなかに､「何故被災地で遺伝子研究なのか？」が率直な疑問である。この事業は、震災前からあったゲノムコホート・バイオバンクという国家的プロジェクトを、震災に便乗して具体化したものである。ToMMo の予算は493億円で当時の被災地の地域医療再生資金400億弱を上回る。巨大プロジェクトを復興の起爆剤とする「創造的復興論」は、結果的に住民の生活・生業の復興を後景に追いやってしまうことは、阪神大震災の歴史的教訓である。②この研究は、人間を対象とする医学研究の倫理規定「ヘルシンキ宣言」に違反する。被災者は医療的にも経済的にも困難を抱えた社会的弱者である。宣言はこうした人々に対する医学研究について、「その人々の要求に合致すること、その人々以外では実施できないこと、研究結果がその人々の恩恵になること」などの厳しい制限を課している。この研究はこの宣言に合致しているであろうか。③三世代のコホートが ToMMo の柱の一つであるが、ヘルシンキ宣言は「同意能力を欠くもの」も社会的弱者としている。「保護者の代諾で保因に関する遺伝子検査を行うべきでない」というのが日本医学会の見解である。東北大学の倫理委員会では三世代コホートについて確認されたとのことであるが、審議の内容について明らかにすべきである。

〈ながはまルール〉

「松田文彦氏（京都大学医学研究科附属ゲノム医学センター長)」：滋賀県長浜市で2005年に開始された「ながはま０次予防コホート事業」の実践に基づき、ゲノムコホート事業の意義と実践の場

合の問題点について。今までは集団の平均値を画一的に当てはめる方法が中心的であったが、最近の技術進歩によって個人レベルで発症前の予知や治療によって発症を食い止めたり、重症化を抑えるような「先制医療」が求められてきた。これを可能にするには、大きな集団の長期観察によって健康な時期から発病までのデータを収集するゲノムコホート研究と生体分子の詳細な分析・解析に基盤を置きつつ質の高い疾病罹患情報や環境・生活習慣情報と統合した解析が不可欠である。ながはまの事業には、大学が進める予防医学研究と市や市民が進める健康づくりの二本柱がある。市民が安心して事業に参加できるために独自の倫理規定である「ながはまルール」を2008年に策定した。2009年に市民の支援団体「健康づくり０次クラブ」が設立され、2010年に当初目標の１万を超える10,082人の参加となった。今後20年間５年ごとに調査する予定である。個人へのデータ返却は健康づくりに役立てる、治療が必要な場合のフォローとして返すが、ゲノム情報そのものは返さない。

〈人を対象にした医学研究が許される条件〉

「櫛島（ぬでしま）次郎氏（生命倫理政策研究会共同代表・東京財団研究員）」：人を対象にした医学研究が許される条件は以下の３点である。１）科学的に必要で妥当であること　２）対象者の同意、無償（経済的誘因の禁止）、個人情報保護　３）第三者による事前審査で承認されること。とくにゲノム情報は広く人権にかかわる要素がある。フランスでは法律でゲノム情報に基づく差別を禁止しているが、日本では整備されていない。メガバンクの責任の所在はどこにあるのか？また、医療情報産業の推進から独立性を保てるようにするのが医学者の社会に対する責任である。ToMMo の事業に於いてベネッセの情報流出のような事態が起こらないようにする備えはどうか？

〈復興のために何かできないかとの思い〉

「栗山進一氏（東北大学教授、ToMMo 予防医学・疫学部門　分子疫学分野）」：震災に際して医学研究を進めているものとして復興のために何かできないかという思いがあった。東北大学災害復興新生研究機構が発足し、８プロジェクトが進められているが、その一つとして地域医療再構築プロジェクトがあり、総合地域医療研修センターとToMMo が設けられている。被災した地域の方々の健康調査に長期的に取り組みながら、医療情報とゲノム情報を統合する複合バイオバンクを構築し、先回り医療に取り組んでいく。３名の医師がチームをつくり、メディカル・メガバンク教員と地域医療機関医師を兼務し、４か月交代で地域医療機関を支えている。コホート研究は地域住民で８万人、三世代コホートで７万人を予定している。到達点は住民で23,520人、三世代で8,189人の登録となっている。特定健診の際に働きかけているが同意率は64.9%、三世代の同意率は59.2%である。これまでの健診で重大な疾患が発見され、至急回付した総数は219名である。参加者からは積極的なご評価もいただいているが、先達に学びながら倫理上の問題については詳細に検討・対応していきたい。

〈宮城ルールを〉

その後のフロアを交えての討論では、ToMMoの発足に関して第２回宮城県復興会議での小宮山宏議長（三菱総合研究所理事長、元東大総長）の発言などから、医工連携や製薬企業とのかかわりなど上からの視点による押しつけ、あるいは東北への差別意識ではないかとの意見があり、この事業について第三者の事前評価は行われておらず、期中評価になっており、拙速のきらいがなかったか、という疑問が出された。

個人情報保護の上で自治体の責任が大きい（ながはまの場合自治体と大学が協定を結んでいる）ことが指摘され、宮城県では県が住民情報を守る条例を作るべきだという意見が出された。

特定健診と一緒にゲノム健診を行うのはいかがか？という疑問が出された。長浜では別に行っているが、問題は別の健診であることを事前の説明などで十分に住民に周知することではないかと松田氏が意見を述べた。439億円の予算についての

質問に、10年間の総額で2025年度は30億円、うち岩手医科大学が２～３割で残りが東北大学である。コストの大きなものは地域住民との面談など人件費であり、地域医療支援の医師数は数十人であるという回答があった。また、東北地方医療・福祉総合研究所が県内の保健師を対象にこの事業についてのアンケート調査を行った結果が紹介された。住民への周知、参加同意について十分とは言えないのではないかという結果になっている。最後に松田氏が情報公開の重要性を強調、櫛島氏がヒト生物学的研究と健診・治療などの事業は切り離すべきであり、研究にすぐに役に立つことを求めるべきではないと述べた。

閉会あいさつで刈田啓史郎氏（元東北大学教授、日本科学者会議宮城支部常任幹事）は、ToMMoに携わっている人と批判的な人が一堂に会して議論を深められたことの意義を述べ、人間の尊厳を尊重するのは当然という共通認識が成立し、宮城ルールを作っていく方向へ進んでいけるのではないかとのべた。

なお、翌日の３日、松田氏と櫛島氏を講師に同じ会場で市民のための基礎学習講演会「ヒト遺伝子研究と生命倫理」が行われた。

（はった　ふさゆき、副理事長、千葉勤労福祉会理事長）

参加報告：

市民のための基礎学習講演会「ヒト遺伝子研究と生命倫理」

竹野　ユキコ

2014年８月３日、標記の学習会が前日と同じ会場で行われた。タイで代理出産された双子のひとりがダウン症でオーストラリアの両親に引き取りを拒否されたという報道があった時期であり、ビジネスとしての生殖医療が浮き彫りとなった。

15万人規模のゲノム調査を宮城県・岩手県の被災地で実施することそのものを、またすでに始まったなかで今後は何が必要なのかを考えるためにも、当事者である市民への情報提供として有益な学習会であり、主催者からは74名の出席があったと発表された。以下、当日の講演の内容を、筆者の理解の範囲で要約した。

●松田先生の講演「ヒト遺伝子研究の現状と課題」

日本では少子高齢化と核家族化によって75歳以上人口が増えるとともに介護の必要性も増え、地域社会は疲弊している。また日本の医薬品は輸入が輸出より多く、国内のみに流通する薬も多い。その一方、病気は遺伝、環境、生活習慣、地域特性などによって発症するが、医療は治すことから予防することへシフトしようとしており、もし発症前の予知の段階でわかるならば、保健医療は大きく変化する可能性がある。どの遺伝子型でどのバイオマーカー（血液・画像など）の指標の人に病気が発生するのかを知る上でゲノム調査は有効である。従来のマウス実験などからヒトに応用できる薬にたどり着くものはほとんどなく、マウスには有効であってもヒトでは有効とは言えないことが多い。ゲノム研究自体は医療への有効性があると言ってよく、各国でもゲノム解析とゲノムバンク作りが進められている。しかし遺伝子はまだ正しく解析できていないし、遺伝子がわかったからこうだと断言できない状態である。したがってより多数の変量を扱う、新しい遺伝子統計の開発などが必要になる。

コホート解析とは集団を遺伝子型で分け、疾病発症の差異をみるものであり、これにより環境・生活習慣と遺伝子型の分析を合わせて評価することが出来る。バイオバンクはイギリス、カナダ、中国、台湾などにもあり、他国に遅れをとること

なく日本でも100万人規模でゲノムコホート研究を進めようというのが日本学術会議の提言である。ゲノム研究が進み疾病関連遺伝子がわかっても病気は治らず､すぐに創薬へとは結びつかない。数を集めて規模でより正しくなるだけである。病気も人間のヒストリーの１つの発現の形である。

大規模ゲノムコホート調査をする場合は、参加する人には直接のメリットはないが非常にセンシティブな情報がたくさん集められるので、なにより参加に同意を得ることが必要である。「ながはまルール」では出来るだけ多くの実験を出来るようにする一方、個人情報の保護を徹底するようにした。

●棚(ぬで)島先生の講演「生命科学の応用の倫理的諸課題―遺伝子検査、生殖技術、出生前診断などをどう考えたらいいか」

日本の公的なルールは「組替え DNA 実験指針」（1979）に始まるが、これは細菌・動植物など人間以外が対象であった。その後に遺伝子、臓器移植、クローン技術などについて指針や法律が出来る。しかし生殖補助医療（胚、精子と卵子）、生きている人の臓器、組織・細胞、出生前診断、遺伝子検査など、生命倫理問題への公的対応が欠落している。遺伝情報は医療だけでなく個人にもとどまらないものであり、センシティブ情報（正当な医療業務または法定の条件による認可された研究のなかで、その目的でしか利用できない）の１つとなる。フランスなどでは遺伝形質に基づく差別を禁止する法規定を設けている（財やサービス提供の拒否、労務関係の不利益扱い、保険契約上の不利益扱いを禁止）。

日本の現状は遺伝子解析研究のみが国の指針であり、遺伝子検査は業界団体の指針まかせとなっており（ただし経産省がビジネスとして管理を検討）､個人情報保護法は人権保護の観点がなく、センシティブ情報への規定はない。学術研究は一律対象外であり、DNA 鑑定も規定がない。体外受精、顕微授精、出生前診断、着床前診断などの生殖技術についても日本では公的ルールがない。法規定がないので障害を理由とした中絶の件数や割合についての正確なデータはない。

以上のような状況から考えなければいけないことは、当事者の自由意思による決定を根拠に「命の選別」の倫理的正当化はできるのかということ、自由な意思決定を支えるために、どんな意思決定をしても必要な保健医療・福祉を受けられる仕組みにつながるシステムが必要ということである。また、ヒト受精胚を命の萌芽としながら生命の始まりを材料にする研究の一部は容認されるなど、いまだ確立していない一貫した倫理原則、医療や研究に胚と精子や卵子を使うことの基本倫理的原則（同意、無償、匿名）の法定化が必要である。

こうした基盤が未整備の上で研究を進め、さらに研究の応用の是非について「有用性」を基準に決定してはならない。倫理的判断は「出来るけれどこれをやってしまったら人間としておしまい」を共有する欲望の抑制の原理であり、有用性は欲望充足の原理、功利的判断であるからである。生命科学研究の倫理とは「科学的必要性と妥当性」に則って研究を進めることであり、有用性（産業・医療応用に役立つか）と科学的必要性（その現象を知るために何をしなければならないか、生きた動物やヒトを実験系にする必要があるか）とは次元が違う基準である。

憲法第23条「学問の自由」と生命科学研究との関係について、生命科学研究の自由の根拠は相互批判の自由が保障されていることである。個々の研究が科学的に必要で妥当かどうか徹底的に相互批判し、より最適な計画を作っていくことが必要であり、そのためには専門家同士の間で、また社会のとの間で議論できることが必要となる。市民も批評眼を養う必要がある。

●市民フォーラムと学習会に参加して

遺伝子研究・ゲノムコホート調査の意義と、被験者の同意の重要性を知ることができた。生命科学研究の倫理と研究の有用性とは次元が違う基準という指摘は、社会保障としての医療制度と医療産業をひとまとめにしているように見える「成長戦略」をとらえる重要な視点に思えた。同じ医師

でも基礎研究と臨床に携わるのでは大きく違うことをあらためて気づかされた、市民ひとりひとりが自分の問題として考え、お任せにしないことの重要性を感じる内容であった。

日本学術会議の提言である100万人のゲノムコホート計画は、全国10ヵ所で10万人規模と想定している。フランスでは遺伝子情報の漏洩などで被害が出た後に法制化されたのではなく、予見される被害を防ぐために法制化が進んだという。「想定外」は通用しないとの構えなのだろう。日本では未整備なままであること、また議論を尽くすのを待たず東北メディカル・メガバンク事業が実施されたことに懸念を覚えるが、今回のフォーラムをきっかけに行政やメディカルメガバンクと市民とが意見を交わす機会を増やし、よりよい方向へ進むことを期待したい。

（たけの　ゆきこ、事務局長・研究員）

主催者から：

ToMMo 市民フォーラムを開催して

水戸部　秀利

はじめに、今回の企画に、「非営利・協同総合研究所いのちとくらし」に、資金面からも協力いただいたことに大変感謝したい。

当日のフォーラムや学習講演会の状況については、総研から参加いただいた八田氏や竹野さんの報告を参照していただくこととし、企画に関わった一人として、企画までの経過や、当日の参加者からの意見・感想、今後の課題などについてまとめてみた。

1）フォーラム企画までの経過

東北メディカル・メガバンク事業は、大規模ゲノムコホート・バイオバンク構築という熾烈な国際競争の中で、日本の遅れを取り戻そうとする産官学複合体の戦略があり（日本学術会議「100万人ゲノムコホート」提言参照）、震災を契機（口実）に被災地でのパイロットスタディとして始まったものである。私たち県民センターは「被災地での遺伝子研究は不適切」と当初から声をあげていた。東北大学内にも問題視する声はあったが、500億円の巨費と創造的復興論（最先端ゲノム研究拠点構築）に被災地医療支援とリンクさせることで押し切られていった。

国・宮城県・東北大・県医師会の進めるこの“創造的”復興事業に、県民センターや保険医協会、民医連など“一握りの批判分子”が声をあげている状況で、ほとんどの県民にとっては、耳慣れない「メガバンク？」は関心の外であり、目の前の生活再建で「それどころでない」というのが実態である。全国的にも一部の学者・研究者や神戸・兵庫県医師会から批判の声があがる程度であった。現在もその構図は基本的に変わりない。

2012年10月、県民センターがToMMoと協定を結んだ県に対して子どもの遺伝子検査に関して公開質問状を送った。それを契機に、ToMMo広報部の長神風二氏や三世代コホート部門責任者の栗山進一教授と意見交換する機会を持つようになり、我々もToMMoの企画するセミナーには積極的に参加するようになりToMMoとの接点もできた。

フォーラムの企画が浮上したのは、2013年11月30日に東京で開催された日本生命倫理学会で末永恵子氏企画の公募ワークショップ「東日本大震災と東北メディカル・メガバンク」が開催されてからである。そこで、被災地での遺伝子研究に倫理的な問題があるという意見が多く出され、現地宮城でも市民公開型のシンポジウムや学習会を開催しようとする計画が持ち上がった。企画は生命倫理学会有志を中心に、実行委員会形式とし、講師やシンポジストの検討に入った。財政は発足した

ばかりの東北地方医療･福祉総合研究所を中心に、「いのちとくらし」も含め関連諸団体に支えていただくこととした。

シンポジストについては、雑誌『世界』で東日本大震災と東北メディカル・メガバンクの取材記事を掲載したジャーナリストの古川美穂氏の仲介で、生命倫理学者櫛（ぬで）島次郎氏に打診し快諾が得られた。さらに、長浜コホートの経験を話せる方の派遣を、京大ゲノム医学センターの松田文彦氏に依頼したところ、教授自らが出席するとの返事であった。その結果を持って、ToMMo に対しシンポジストの派遣を要請したところ、栗山教授自らの出席となった。さらに、ToMMo も協賛とすることで双方が確認できた。当日の司会も県民センターの村口医師と ToMMo 広報部の長神氏が務めることとなった。

このような、批判する側の企画に批判される側も協賛するという従来にない形式のフォーラムとなった。遺伝子や倫理という難解なテーマであったため、主催する方も、参加者数や討論の行方も全く未知数であった。企画のチラシは15,000枚ほど印刷し、県民センター側も ToMMo 側も関連部門に宣伝し、HP 上でも公開した。

2）参加者からの感想や意見など

8月2日のフォーラムでは、150定員の会場も満席となり、翌日の学習講演は、日曜にもかかわらず、74名参加で、テーブル1つ二人掛けでほぼ満席となった。参加の内訳は、

8／2　151名（民医連65、保険医協会8、科学者会議7､県民センター1、メガバンク3
県内44､県外6、マスコミ3、行政1､実行委員会や演者13、報道関係3社、県の医療整備課1）

8／3　74名（民医連24、保険医協会1、科学者会議3、県民センター1、メガバンク1
県内31、県外7、マスコミ1、実行委員会や演者13、報道関係1社）

で、県内外含めて幅広い参加であった。

アンケート・感想文は53通寄せられ、よかった46、普通4、悪かった0、わからない不明3で、「お互いの立場や考え方への理解が深まってよかった」という内容が最も多かったが、もう少し突っ込んだ議論をしてほしかったという意見もあった。

フォーラムは3.5時間の時間を確保したが、それでも各ジンポジストにかなり無理な発言時間制限を求めることになり、時間不足は否めない。主催する方としてもクロスした議論も持ちたかったが､企画の主旨は､「広く市民に知っていいただく」ことであり、批判する側される側の協賛型フォーラムとしては、当初の目的は、一応達成したと考えている。

各シンポジストから後日、メールがあり､「再度研究における倫理を考え直す機会となった。」（松田氏)､「貴重な機会を与えていただき、ゲノム分野を改めて勉強できた。」（ぬで島氏)､「指摘された課題については今後検討したい」(栗山氏)などの感想が寄せられた。

3）今後の課題とその後の動きなど

その後、フォーラム、学習講演会のテープ起こしと資料整理を行い、報告集を作成し、参加できなかった方々を含めて、広く自治体や医療団体、人権団体など配布する計画である。引き続き、市民が自分たちの問題として引き寄せて考える機会を増やしていきたい。

私たち実行委員会としては、ToMMo の立場とは異なり、今後とも「被災地対象の遺伝子研究は不適切である」という見解は堅持していく。その論拠は創造的復興論とヘルシンキ宣言や子どもの遺伝子検査などの倫理問題である。

しかし、すでに ToMMo の事業は、国家プロジェクトとして進行している状況の中で、県民の人権を守る視点から、引き続き監視や運動を強めていかなけれななならない。

一つは、長浜コホートの例にもあるように、遺伝子研究における県民の人権を保護するしくみ（県条例のようなもの）を作らせる必要があると考える。また、ToMMo 自身が、あたりまえのことだが､「市民の人間としての尊厳及び人権は、事業における医学的又は社会的利益より優先され

なければならない」というような倫理綱領をもたせるよう、要望を出していく必要がある。

二つ目は、具体的なリクルートの場面で、きちんとインフォームドコンセントが遵守されているのか、健診相乗りなどの場面で強引なリクルートが行われていまいかなど注視し、必要な提言を行うこと。

三つ目は、今後のバンキングなどのゲノムデータ利用に関わるToMMoと企業の結び付きに関して、監視を強める必要がある。特に、文科省の推進するCOI（Center of Innovation）計画では、東芝などと共同した事業が具体化しつつあり、その動きを注視する必要がある。

実際、2003年からバイオバンク・ジャパンを推進してきた文科省と東大医科研が、DeNAと共同して、「マイコード」という消費者直販型の遺伝子ビジネスを2014年８月から開始した。私に言わせれば、これは、「国・大学・DeNA共同の高額ゲノムおみくじ販売事業」である。このような“科学的衣を纏った欠陥商品”販売事業にゲノムコホートに協力した方の情報を利用することは許されない。

最後に、このような大規模ゲノムコート・バイオバンク構築の論理的根拠を与えているのが、2012年、2013年に日本学術会議が提言した「100万人ゲノムコホート」である。ここでは、ヒト生命情報統合研究により、パーソナルゲノム未来社会が実現し「先制医療」「個別化予防」「個別化医療」が可能になると“夢”みている。

このような生命のゲノム還元論、デカルト的思考そのものに対しても、科学哲学の面から批判していく必要がある。

（みとべ　ひでとし、若林クリニック所長）

企画のチラシ

単行本案内

◎「医療難民」「健康格差」はなぜ生じるか　どう克服するか

『日本の医療はどこへいく　「医療構造改革」と非営利・協同』
角瀬保雄監修・非営利・協同総合研究所いのちとくらし編

2007年９月25日発行、新日本出版社、238ページ、定価1995円（税込）
ISBN　978-4406050616

目次
はじめに　角瀬保雄
序　章　無保険、無医村の時代から現代に　高柳　新
第１章　医療保障と非営利・協同　角瀬保雄
第２章　日本の医療供給体制の現状と今後　岩本鉄矢
第３章　2006年「医療改革」の行く末　八田英之
第４章　高齢社会の実態、医療・介護における格差の広がり　廣田憲威
第５章　米国の格差医療と非営利組織の役割　髙山一夫
第６章　ヨーロッパの医療制度改革と非営利・協同セクター　石塚秀雄
おわりに　高柳　新
参考文献

◎「崩壊」の構造を変える　『日本の医療はどこへいく』第２弾！

『地域医療再生の力』
中川雄一郎監修・非営利・協同総合研究所いのちとくらし編

2010年１月25日発行、新日本出版社、237ページ、定価2100円（税込）
ISBN　978-4406053334

目次
はじめに　中川雄一郎
第１章　自治体病院はどこへ行く　村口　至
第２章　京都における医療機関の動向から地域医療の再生を考える　吉中丈志
第３章　東京における開業医と住民運動の連携　前沢淑子
第４章　佐久総合病院と地域医療　石塚秀雄
第５章　明日の見えない医療経営―経営論点と処方箋　坂根利幸
結びにかえて――地域医療と「非営利・協同」　杉本貴志

◎国民の安全・安心を取り戻すために必要なことを探求

震災と原発事故が示したのは、人の命にかかわる問題を「効率」や「経済成長」の論理に立ってないがしろにしてきた政治・社会の歪みでもあった。その痛切な教訓を記録するとともに、新たな焦点となっているＴＰＰ、医療をめぐる「成長戦略」、社会保障制度改革推進法などの問題点を解明。非営利・協同という可能性を探る。

『医療と地域社会のゆくえ―震災の国で』
角瀬保雄監修・非営利・協同総合研究所いのちとくらし編

2013年４月26日発行、新日本出版社、261ページ、定価2,100円（本体2,100円）
ISBN　978-4-406-05680-9

目次
はじめに　角瀬保雄・竹野ユキコ
第１章　被災地・宮城県からの報告　村口至
第２章　福島第一原発事故の構図　齋藤紀
第３章　先端医療を進める前提――神戸医療産業都市と東北メディカル・メガバンクをどう考えるか　上林茂暢
第４章　社会保障制度改革推進法と今後の医療、介護、年金　相野谷安孝
第５章　ＴＰＰと国民皆保険制度　石塚秀雄
第６章　医療における非営利・協同組織の役割と課題　高山一夫
おわりに　高柳新

インタビュー：民医連の取り組みと課題

全日本民医連事務局長　岸本　啓介
（インタビュアー　竹野　ユキコ）

――今日はよろしくお願いします。岸本さんが事務局長に就任されて６ヶ月となりますが、現在、全日本民医連が取り組まれている活動について、お聞かせ下さい。

●大きく変わる状況

岸本　全日本民医連は２月に長野で定期総会を開き、６ヶ月ごとに開催する評議員会を８月に開きました。総会からわずか６ヶ月ですが、情勢は大きく変わっています。

総会ではスローガン(1)で「平和憲法のもと戦争をしない国の歴史を守り抜く」という内容を掲げましたが、７月１日に閣議決定があり、大きく動きました。評議員会の冒頭では、「いま、平和か戦争か、戦後最大の岐路を迎えています」という提起をしましたし、それはある意味７月１日をもってということです。民医連の運動にとってはやはり平和であることが決定的に大切です。緊張感をもってたたかっていきたいと考えています。評議員会では、一方で街頭での声や職員の意識の変化など、国民の大きな変化が各地で起こっているという報告もありました。真剣に平和の問題や戦争の問題を考えざるを得ないという状況であるという時代認識を、改めて全体で確認できたと思います。医療は平和でなければならないという民医連らしく、そこに立ち返った運動ができるかと思っています。

もう一つ、社会保障の面では６月に「医療介護総合推進法」が成立しました。プログラム法で決めた内容をひとつひとつ具体化することになっていきますが、理念的な面で自立・自助が真ん中に入ってくるので、これはもう社会保障ではないと思うのです。もう一つ、医療提供体制の計画作りを医療機関へのペナルティを持ちあわせ都道府県が行う、医療保険の都道府県単位化の推進と合わせて都道府県が医療費の抑制を行う役割を担う事態となってきます。県レベルでの運動の力をどう

全日本民医連の機構

全日本民医連　事務局：東京都文京区湯島2-4-4

総　会（2年に1回）　評議員会（2年に3回）　理事会（2ヵ月に１回以上）

地方協議会

北海道・東北	北海道、青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島
北関東・甲信越	群馬、埼玉、新潟、山梨、長野
関東	茨城、栃木、千葉、東京、神奈川
東海・北陸	富山、石川、福井、岐阜、静岡、愛知、三重
近畿	滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山
中国・四国	鳥取、島根、岡山、広島、山口、徳島、香川、愛媛、高知
九州・沖縄	福岡・佐賀、長崎、熊本、大分、鹿児島、宮崎、沖縄

都道府県連合会（46）

県連は「綱領・規約」を承認する病院・診療所・保険薬局などの事業所で構成されています。

- 病院／診療所／歯科
  訪問看護ステーション
  介護老人保健施設
  法人（公益法人・医療法人・生活協同組合・他）
- 保険薬局
  法人（株式会社・有限会社・他）
- 特別養護老人ホーム
  社会福祉法人
- その他の事業所

※法人形態別数（2012年10月）

公益法人（旧法）	11
公益法人（認定法）	4
医療法人（財団10、社団28）	38
特定医療法人（財団3、社団1）	4
社会医療法人（財団2、社団6）	8
生活協同組合	93
社会福祉法人	39
特定非営利活動法人	11
人格なき法人	2
株式会社	55
有限会社	49
事業協同組合	25
一般社団法人	5
学校法人	1
経営体合計	345

（出典：全日本民医連ウェブサイト）

引き上げていくかということについても強める必要があります。また民医連の病院は、そういうなかでどのような役割を果たすのか、選択を決断していかなければなりません。評議員会では、医療介護総合推進法実施の中止を求めるくらいの大きな運動をする必要があるのではないかと、現場を抱える民医連としては患者さんや介護の利用者さんの事例をたくさん掘り出して世に問うていくようなことをしようではないかという意思統一をしました。

――医療の提供体制ということでいくと、研究所でも「地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ」など、地域医療を担うのは誰か、医療の公共性を担うのは何かという問題を追いかけてきました。地域医療計画の策定をするところに民間病院が口を出せない、そこを何とかしなければという話も出てきましたが、県連などを中心に、そういうところへ働きかけることも考えておられるのでしょうか。

岸本　その点では、８月に厚生労働省から国の次の医療計画づくりをはじめる組織のレクチャーを受けました。僕らが問題にしているのは、やはりどんな検討をしているのか、情報を住民に公開せよということ、それが一番大切だと思いますね。以前は総ベッド数の縮小ということでしたが、今度はこの病院はこれだけの病床数という病院機能での決め方をする。その場でどういう検討かをしっかりと情報公開させて、だれでもその情報にアクセス出来るようにして、公の場で議論させることが大事だと思います。政府のいうような県の医療費のことだけを考えたような決め方ではろくなものになりません。

――予算ありきではなく、地域の方たちに何が必要かということですね。すると住民も情報にアクセスできて、意見が言えるような仕組みが必要だと思います。

岸本　いまは都道府県の医療審議会が病床数を決めたり病院開設の許可を検討したりして知事に答申することになっているのですが[(2)]、ほとんど形式的で、実態はあまり動いていないです。それと同じにならないように、いわば行政主導を止める、誰もが参加出来るようにすることが必要だと思います。だから県の単位でも、保団連や医師会などと協力をして審議の内容をマークする、ということでしょうか。

●2025年にむけた生活を守るまちづくりへ

――全日本の８月理事会での藤末会長あいさつが、民医連のサイトに掲載されていたのを拝見しました。「大砲よりも生活の安心を、原発再稼働よりもいのちの安全を」、「医療・福祉界から命を大切にする護憲の運動を進める『架け橋』としての取り組みを」と話しておられました。また６月にシンポジウムを行った民医連の医療・介護の提言（全日本民主医療機関連合会『いのちの格差を是正する―人権としての医療・介護保障めざす提言』、新日本出版社、2014年３月）でも、地域での医療づくり、医療・介護のネットワークづくりを進めたいということが書かれていました。

岸本　ただ反対するだけではなくて、対抗軸が必要だと思います。制度として押し返す必要がある。民医連は対抗軸として、「安心して住み続けられるまちづくり」を掲げています。これは共同組織と一緒にずっと追求してきたテーマです。2025年の地域包括ケアへ向けて国がやろうとしているのは明らかに安上がりで効率を求めた自立・自助の包括ケアですが、私たちはそれとは違う無差別・平等の地域包括ケアを掲げています。それは安心して住み続けられるまちづくりそのものになるので、目指すべきはそういう方向、対抗軸は運動の面でも、実際の地域の姿の面でも作っていくべきかなと思います。各地ではいろいろな取り組みが始まっています。

例えば、いま買い物難民が増えていますね。買い物に行けないというよりは買い物に行くお店がないという問題が起きている。これは石川の例ですが、事業所だけで考えていると手も足も出ない課題ですが、そこに共同組織の人たちがマイクロバスを仕立てて、週１回買い物に行っているんです。さらにNPOを作って活動しています。そういうのは無差別平等の地域包括ケアに絶対に必要

な機能となる。おばあちゃんやおじいちゃんが来て、１週間分の買い物をして帰ってくるんです。

――買い物を自分でするというのは、ちょっとした生活の張り合いになります。

岸本　「自分でこれが食べたい」という気持ちが出てくるので、栄養の摂取もぜんぜん変わってくるそうです。気持ちが出てくることが大きい。それに買ってきたら調理しなければいけないし、食事の準備もしなければいけない。とても好評だと聞いています。そういう見ただけではわからない、話を聞くと出てくることへの対応が大切だと思います。在宅介護や医療は民医連の強みではありますが、それだけではまちづくりというのは出来ません。ですから、共同組織の力、こういう新しい活動への期待がありますし、全国でいろいろとやり始めていますね。兵庫で行う共同組織の全国集会（９月７－８日）では、３千人くらいが集まり、約380の発表があり、実践がたくさん語られます。こういう活動をぎゅっと集約して、2025年に向けて本格的に法人と一緒に事業計画作りをしよう、その動きを急ごうという話をしています。

2025年の超高齢社会というと、ネガティブな話ばかりですが、別に超高齢社会になってもみんなが生き生きと暮らせるように社会の方を変えればいいわけで、マイナスなことばかりではないですね。そういう中でやはり私たちは現場で、事業所で何が出来るか、共同組織と一緒に地域のまちづくりで何が出来るかという実践をつくり上げていけばいいと思います。

――地域で必要なものをみんなで作りあげていく、実践例を積み上げてしまえばいいわけですね。

岸本　そういうことは非営利でしかできないんです。営利は事業として成り立たないと撤退してしまいますから。

さきほどの石川の例では、民医連のない地域に共同組織の支部が出来ています。地域の事業所からはじまり、事業所がないところに支部ができ、さらに全県で活動をと広がっている。だから実際はもう民医連の事業所の患者さんだけでない人々への活動が始まっていると言えます。そう考えると2025年もそう捨てたものではないと言えます。

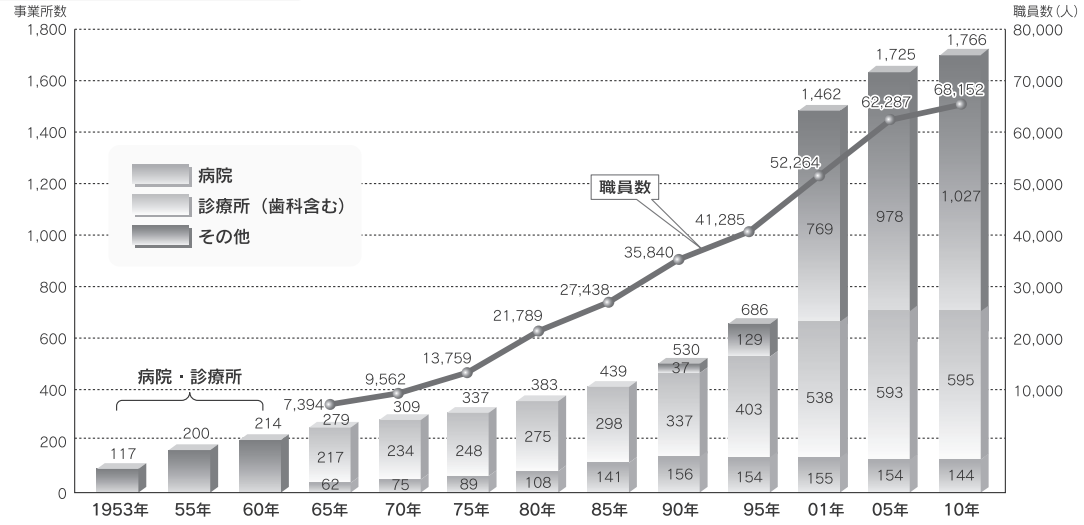
●事業体として直面する課題

――いろいろと活動を広げるためにはお金も必要です。事業組織である民医連としての現時点の課題というのは、どのような点でしょうか。

岸本　小泉政権がやった４回の診療報酬マイナス改定によって、2008年に民医連の経営というのは本当に大変になりました。あのときは国民的なた

事業所数･職員数の推移

※～60年は「民医連運動の軌跡（1983年発行）」や「総会運動方針」から抜粋。
65年～は「現勢調査」から抜粋。



（出典：全日本民医連ウェブサイト）

たかいがあって政権交代となり、民主党政権では2010年に診療報酬がプラス改定となりました。2010〜12年は、モニターをとっている病院も黒字になったのです。しかし自民党政権でマイナス改定となり、2013年は2008年と同じ程度に戻りました。７割くらいの赤字です。これがちょうど評議員会のときに決算集約をし、2014年第１四半期の結果も集約しました。

原因はそれぞれ違いますが、2013年は診療報酬のマイナス改定の連続が来たということ、2014年第１四半期は消費税の３％増税で赤字になったのです。材料費や薬の消費税は法人が負担するしかなく６億円にのぼり、これが赤字の４割を占めます。これをとってしまうと、利益で言えば去年と同じくらいなのです。

もうひとつ、病院の診療報酬に医療介護総合推進法の前倒しになる「在宅復帰率」などを入れた結果、より早く退院をとなったことです。もう少しゆっくりいられる病院へ転院してもらうといったことが評価されず、どれだけ自宅に帰したかで評価されるようになったのです。点数の高いところは在宅復帰率70％なので、退院を早くさせられる。それでも民医連は粘っていますが。

それから「７対１」病床（患者７人につき看護師１人を配置）を急性期の一部の病院だけにしてしまうというのがありました。民医連では重症な患者さんに対応して「７対１」をとる病院がとても多かった。当然、点数が高いので経営にとってはプラスだったのですが、それが超急性期のみになったので、「10対１」「13対１」へと変更せざるを得なくなった。受け皿として「地域包括ケア病棟」というのを作りましたが、病棟の収入が落ちます。今度の診療報酬で一番の問題は、史上初めて病棟の看護の人員体制を削ったということです。同じような医療をしても、10対１あるいは13対１でやりなさいとなってしまったというのは打撃です。

●地域の声をつなげて変える

岸本　病床については経営だけでなく、地域の中にも傷を作っています。ある地域では、急性期の病院が在宅復帰率を稼ぐために、がん末期の患者さんで手術や化学療法を望まない人に、急性期病院の患者ではないからと紹介状を１枚持たせて退院させているのです。言葉が悪いですが、急性期病院としてはそうせざるを得ないという事情もあります。自宅で頑張って、それを応援してくれる病院を探しなさい、もしくは診てくれる病院を自分で探しなさいということです。だからその地域では11人くらい、民医連の病院に紹介状だけを持った新患のがん患者さんが来たのです。経営的な打撃も大きいですが、地域の医療を壊していることが大きい。それが病棟の問題です。

在宅においては、同一建物への同日往診の点数を大きく減らしました。これはもともと悪徳不動産業者が高齢者を集めてアパートに住まわせ、開業医に紹介してマージンをもらっていた事件があったからですが、不動産業者を叩かずに診療報酬を変えた。すると在宅から撤退する開業医さんが出てきたのです。民医連の病院によくあるのは、「来てくれるお医者さんがいなくなってしまったので、来てもらえませんか。民医連ならお金にならなくても来てくれますよね？」という高齢者施設などからの依頼です。

経営が悪くなっているのは事実ですが、こうした問題がもろに出てきている。評議員会で意思統一したのは、地域の開業医さんや病院を訪問して、この改定でみんなが同じように困っているはずですから、一緒に声を挙げたり要求を整理したりしようと言っているのです。出来るものから早く再改定をしないとダメだと思います。収益を上げるためにいろいろな対応をしますが、この流れを押し返し打開しないといけないのではないかということですね。

●理念の共有をどう作るか

――収益を上げるためとはいえ、さきほどのお話のように患者さんにしわ寄せがあるようなことになっては困りますね。そうなると、ますます民医連とは何だろうか、民医連が守ろうとする理念とは何だろうかというのが大切になるのではないでしょうか。

岸本　そうです。平和の問題もそうですが、安倍政権を早く辞めさせるということだと思うので、各地でそれぞれ運動をしていきたいと思います。

もう一つ、目の前の経営問題にどう対応するかということについて、職員がどこで頑張るかという点を理念で一致するというのが大切だと思っています。

8月評議員会の前に、長崎の五島列島で無料低額診療の許可が出ることになりました。そこは生活保護を受ける患者さんが10%はおらず、就学援助家庭が5軒に1軒で、生活保護基準より少し上の収入の層なのです。県が杓子定規に基準を持ち出すと取れない。しかし県の担当者に対して、民医連がずっと取り組んできた生活保護実態調査の事例や国保の死亡事例を見せ、実は国保の死亡事例は就学援助家庭の層がほとんどだと説明し、潜在的に患者さんはいるのではないか、国保の死亡事例についても、もし病院に来ていれば助かったかもしれないという話をしたのです。

審議の最後に「何のメリットもないのに、なぜ無料低額診療をしようとするのですか？」と問いかけられました。だから民医連の綱領を見せて、困難な人たちに医療を平等に提供するというのが自分たちの考え方なので、特にそれ以上でもそれ以下でもないし、それが診療所の存在意義ですという話をしたところ、取れることになりそうなんです。

診療報酬が改悪されたり介護の追い出しがあったりしたときに、今までより儲からないから医療をやめる、介護をやめるというのではないのだというのを、どれだけ意思統一出来るか。最後までどれだけ踏ん張れることができるか、になると思うのです。

憲法の大切さについても同じです。たいていは憲法という言葉で聞いたことはあるし、憲法第9条は知っていると言います。しかし、ある県連で憲法を読んだことがあるかと職員に聞いてみたら、20代では読んだことがあるのが約2割だったというのです。民医連の職員構成は3分の2が30代以下なので、今の学校教育では、憲法について教育を受けていません。憲法にしても理念にしても、幹部が前のめりになることで間違うのではないかという話になりました。学習をあらゆる場面で入れないといけない、理解を積み上げないといけない時代になっているのかなというのが話題となりましたね。

――職場で考える、教えるというのが大切になってきますね。

岸本　総会方針でも「人間発達」という言葉を入れましたが、職場でどれだけ出来るかということですね。民医連の若い職員にも「自己責任」という言葉は浸透しています。「勝ち組、負け組」といった文化の中で生きている。だからある県連では、生活保護の実態調査を自分たちの手でもう一度やって、生の声を聞いて、生活保護は自己責任かと考えてみようとしています。

生活保護を受けるきっかけについて質問すると、7、8割は病気が原因です。病気が原因で働けなくなり、生活保護を受けることになる。いろいろな人がいますが、多くの始まりは本人の責任ではないということに気づくんですね。社会復帰をしようとしても病気を抱えながらも働けるという職場がないとか、食べていけるだけの収入にならないとか、そういうことがきちんとわかると、「生活保護＝自己責任」の物差しではかるのはおかしいとわかってくる。そういうことを積み上げるしかない。

言葉で言えば、憲法と命と民医連の綱領の視点で見ましょうとなりますが、内容はいま言ったようなことです。聞き取りをして整理していけば、「生活保護＝自己責任」は作られたもので、生活保護の人がパチンコに行っているというようなことは全体のわずかな部分なのだということがわかります。こうして民医連の理念に接近してきてもらうことを大事にしていますね。

――個々の事例を積み上げて、なぜそれが普遍化したのかというのを考えられるといいですね。

岸本　憲法25条なども生活事例から考えていくと、やはりこれがないとダメだと理解が深まると思います。職場の中で事例から普遍化することを大切にしたいですね。そのためには役責者の教育、光のあて方の教育が必要だと思います。

また民医連は、職員数では医療が多いですが、薬局や介護といった病院・診療所以外の事業所数の方が多いです。そういうなかで、理念をどう共有するか。例えば薬局などでは患者さんと直接に

触れあう機会は、相当意識しないとありません。介護でも民医連綱領の介護版を考えるなど、それぞれ苦労はしていますが、そんな方向へ向かっていっています。

急性期病院などは回転が早くなるので、患者さんの背景や全体像を見ることが少ないなど、いろいろ問題はあります。だから退院後の患者訪問をしたりして、直接に患者さんの生活を知る場を作るなどしています。そういう場を作らないと次世代につながらないですね。

●地域での連携を広げる

――法律や診療報酬など、現実に対応していかなければいけないという点、それでは理念に合わないという点もあるかと思います。また地域の民医連以外の医療機関、介護サービスなどとの連携という点ではいかがでしょうか。

岸本　「地域包括ケア」という言葉は、キーワードは「連携」です。この５、６年、民医連は地域連携を掲げてやって来ましたが、いまはもっとそれが必要となってきたと言えます。

医療活動だけではなくて、医師の養成も連携です。専門医の養成はいわゆる義務化、全員が専門医の資格を取るとしてきています。

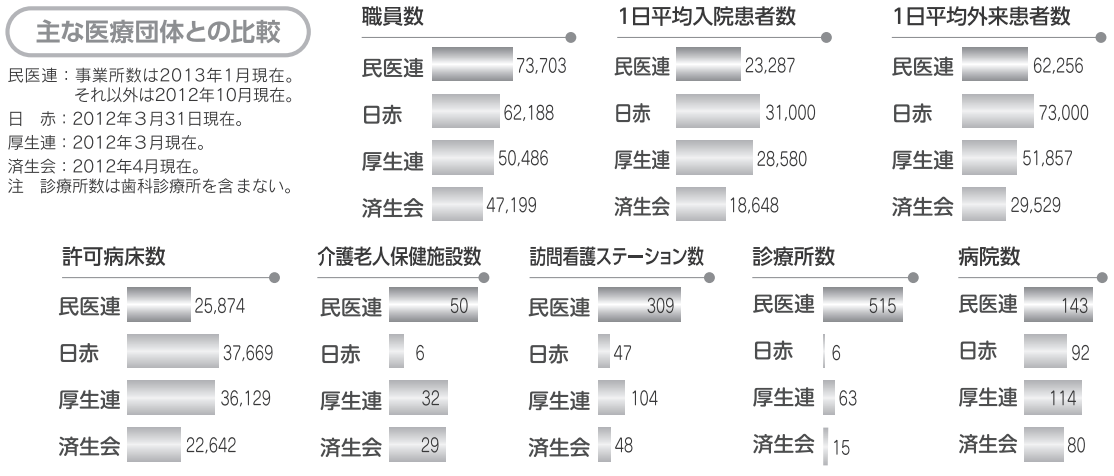
例えば、循環器の専門医養成をするのは、民医連だけでは無理な地域もあります。大学や大病院と連携してプログラムを作る、医師の交流をするということが必要になる。医療や介護も連携だし、医師養成も連携する方向に行く。交わっていったときに、他の民間の医療機関や介護施設も悩んでいますから、運動という面でも連携していくことになります。

長野では、民医連の医療機関のない地域に介護施設があります。この間の介護の大改悪に向けてどうするかという話になったとき、改悪の内容をお知らせするビラを作り、周りの介護事業所に持って回った。するとあるところでは「自分たちも要支援の人がサービスから追い出されるのを大問題と思っていたが、どうすればいいかわからなかった。話を聞いて署名することが大切だとわかったから署名をします」と言ってくれた。だからそこでは民医連職員数の何倍という署名が集まり、「介護をよくする会」も生まれました。もちろん日常の介護の連携もあったからこそですが、そういう信頼関係の上でそんなことも出来ている。こういうところでの民医連の役割は大きいと思います。新しい運動もおこるし、新たな連携も出来るんです。

●民医連の今までと今後の展望

――岸本さんは全日本の事務局長に就任される前は京都民医連の事務局長をなさっていました。県連と全国との違いというのはいかがでしょうか。

岸本　２年前に全日本事務局次長として赴任して、全日本の役員はその前からしていますから、規模はわかっていましたが、あらためてみると大



（出典：全日本民医連ウェブサイト）

きいですね。それぞれ地域での課題・問題も違うし、成立の歴史がある。先輩たちは苦労されたのだと思いますし、よくつないできたなと思います。

――地域のそれぞれの取り組みがあり、1953年に１つにまとまって全日本民医連が発足したという歴史があるわけですが、この先を見据えての民医連の課題は何でしょうか。

岸本　これだけ分断され格差が広がる社会となってきますから、医療でも介護でも、地域で必要とされる民医連、なくてはならないものになっていかないと、と思います。

――医療や介護サービスを受ける患者さんや利用者さんとその家族だけではなく、健康で医療や介護とは日常はあまり関係ない人たち、地域で暮らす人たちとどれだけ手を結ぶか、大きく非営利・協同セクターとしてまとまるかということも大切ではないかな、と思うのですが。

岸本　そういう動きに民医連がどんどん飛び込むことが必要でしょうね。民医連に関わる生協は医療生協がほとんどですからそういう意識もあるのですが、医療生協ではないところも、NPO や共同作業所の運動や、消費生協などと一緒に動いたりすることもあるので、地域での連携、非営利の共同というのはもっと出来ると思いますね。

――最初にお話のあった命や暮らしを大切にする、平和を大切にすることを共有できるところとの協力ですね。

岸本　最初に民医連の出番、安心して住み続けられるまち作り、民医連の実践や共同組織の実践という話をしましたが、それは民医連と周りとのいろいろな架け橋で成り立っています。今後グローバリズムや新自由主義がどれだけ進むかわかりませんが、地域は違うということを、実践を通じて連帯・連携してつなげることが大切かなと思います。これからまた経営は大変になりますが、腹を据えて、地域と連携することが大切かなと思いますね。

――山梨勤医協倒産のときの話では、職員たちが一軒一軒、歩いて説明して回ったということを聞きました。

岸本　経営がダメになる時は内向きになりますが、それではだめですね。地域に出て行く必要がある。そういう意味では、経営も運動も、これから民医連自体は総力戦だと思います。共同組織の人も360万人いますから、大いに活動する。2025年に向けたまち作りや地域を変えていくなかで、非営利・協同の運動と連帯することが出来ると思います。

――今日はどうもありがとうございました。

（2014年９月２日実施）

（きしもと　けいすけ、全日本民医連事務局長、たけの　ゆきこ、研究所事務局長・研究員）

（１）第41回総会スローガン

・平和憲法のもと、戦争をしない国の歴史を守り抜き、新しい福祉国家を展望する国内外の運動をつなぐ架け橋となろう

・誰もが安心して住み続けられるまちづくりとあるべき「地域包括ケア」の実現めざし、すべての事業所と共同組織の中長期展望をつくりだそう

・新しい時代に対応し、民医連らしさにこだわり、健康権実現・生存権保障を担う医師をはじめとする職員育成を旺盛にすすめよう

（２）医療審議会

医療法に基づき設置される県の附属機関で、１）医療法人の設立・解散・合併認可、２）病院の開設、増床等の取扱い、３）保健医療計画の見直し、４）その他医療提供体制の確保に係る重要事項などについて、知事の諮問に応じて審議する

〈医療政策・研究史〉（6）

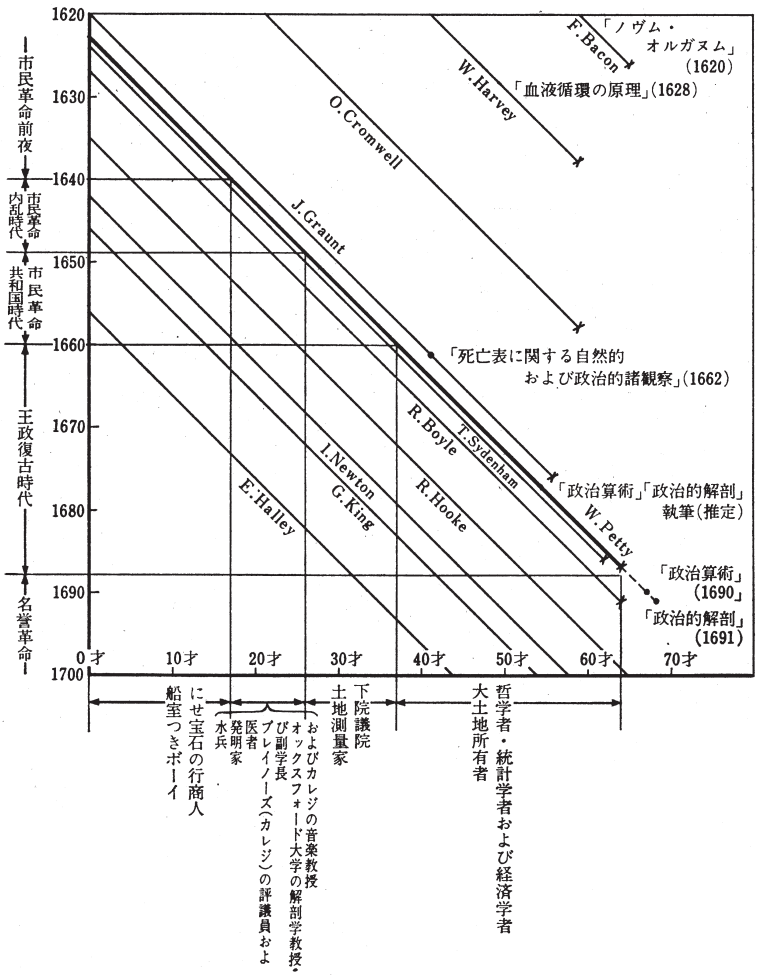
雑務回避とマイペース

野村　拓

●新図法と「二重ふるい分け」論

1967年のはじめに、『医学史研究』の創刊（1961）以来、休んでいた「医学史通信」が「復刊第１号」を出し、そこに私は「講座制と代筆」という短文を書いた。中身は講座制の批判であったが、その最後のところでは「中川編集長、水野事務局長（正式にそういう役職名はないが）という組合わせは

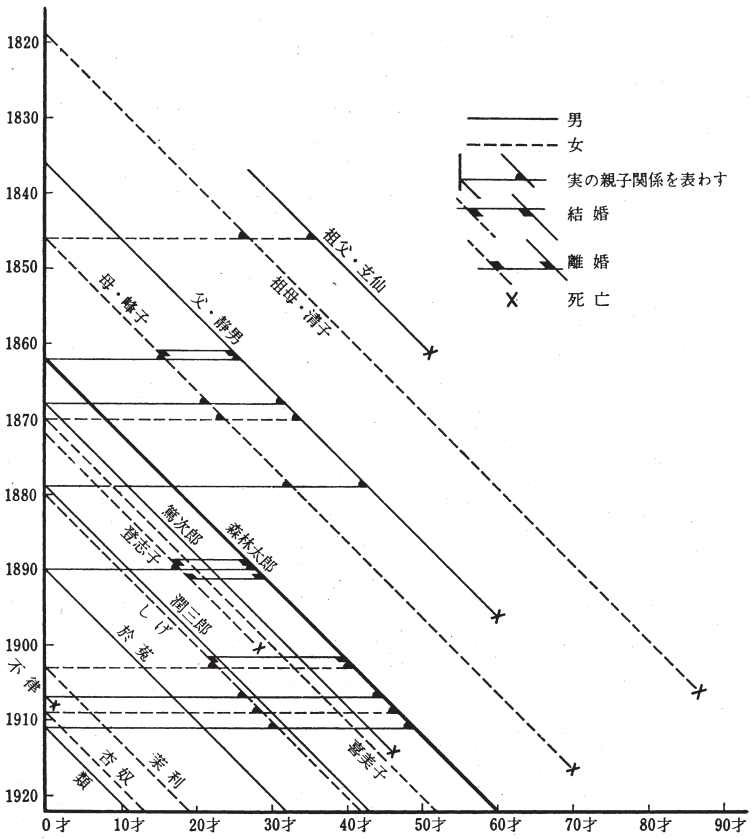
ウィリアム・ペティーの生涯（主として松川七郎「ウィリアム・ペティ」上巻1958より作成）



〈図１〉ウィリアム・ペティの時代（英国）

現在かんがえられる最強の布陣ではなかろうか。最強の布陣でのぞむ1967年に大いに期待すると同時に、補佐役の山城･松田･藤森の諸兄を含めて、このように有為の人材がゆうゆうトグロをまいている丸山講座制というものもまた捨て難い味があるように思う。」と結んだ。医学史研究会をよろしく、私は手を引きますよ、という含意である。言い換えれば、雑務はお断りして、マイペースで行きます、という宣言であった。

マイペースの初弾は「幾何学的図示法の史的研究への応用」（1）で、タテ軸に「暦年」、ヨコ軸に「年齢」、そして「斜めの線」で「生活史線」を示す、という図法である。ヨコ軸も単なる年齢刻みではなく、前回の最後に述べた「年齢別・危険と危機のパターン」をはめこめば、なにかと応用が効くのではないか。また、親子関係、家族構成、系図のようなものも、やたら横にひろがることなく、年齢幅のなかにノコギリ状に収まるのではないか、などと考えた。丸山教授はこれに「Lexis-Nomura 図示法」と名づけ、ご自身の森鴎外研究にも応用された（〈図１〉〈図２〉）。



〈図２〉森鴎外の家系

もうひとつは「二重ふるい分け」理論、というべきもので、労働者・国民の多くは「労働能力」を軸とした「生産的ふるいわけ」と、保障対象を限定する「保障的ふるいわけ」とのはざまにおかれ、仕事も失い、保障もされない状況におかれやすく、しかも、この「ふるいわけ」には医学的判断が関与することが多いことに注意しなければならぬ、という理論である。例えば、職業病（業務起因性の疾患）の疑いで健診を受けた場合の管理区分は

1．正常
2．要観察
3．要配転
4．労災認定

となっており、「３．要配転」は保障もされず、職も失いやすい、ということである。

「新図法」も「二重ふるい分け」理論も、『第三の科学史』（1967）（２）や『講座　医療政策史』（1968）（３）や『医学と人権』（1969）（４）で使った。アメリカの医療社会学の本では、孫引きを繰り返しているうちに「ウィリアム・ペティ」が「リチャード・ペティ」に化けてしまった例もあるから、このあたりはしっかりと。

●『医学と人権』－書き下ろしテクノロジー

『第三の科学史』（1967）は52頁の小冊子であったが、なんとなく「書き下ろし」の要領が分かった。1967年の夏休みに大慌てでつくったわけだが、1968年の夏休みは（仮称「国民の医学史」で、本になったときの名前は）『医学と人権－国民の医療史』にかかりきった。

そのころ、伊賀上野在住の放送作家、岸宏子さんの仕事場をのぞいたとき、脚本用語としての「ブリッジ」という言葉が目にとびこんで来た。シーンとシーンとの「つなぎ」の意味である。

すでに「国民の医学史」のシラバスはできていたが、第１章　空気　第２章　水というような本と違ってものごとの歴史的展開を書く場合には、叙述がどうどうめぐりしないように注意しなければならない。そしてどうどうめぐりを避けるためには、各章をつなぐ「ブリッジ」を書いておき、第１章から第２章へいくときにはこの叙述を通過し、第２章から第３章にいく場合にはこの叙述を通過しなければならない、という約束をまもることが必要だろう。こんなことを考えて、シラバスを切り離して、間にブリッジをはりつけたものを作り、1968年の夏、１日200字20枚と決めて書き進めた。

エアコンのない部屋の食卓兼勉強机で、メシのたびに片付けるという悪条件のもとでの仕事であった。シラバスとブリッジとを貼りあわせたものは、後進の参考になるとおもわれるが、行方不明である。

翌1969年春、お茶の水の三省堂指定の旅館で「つぶし」作業を行った。「つぶし」とは、編集者が問題箇所につけた付箋を、一つずつ解決してつぶしていく作業である。どういうわけか紫色の付箋が使われていたことが印象に残っている。初版20,000、２刷2,000、計22,000、私の本としては売れた方である。

「本」を出すと、講演の依頼が来る。1968年の神戸大医学部の学生自治会などは早かった方で、1970年には三重大医学部の学生相手に「医学史ゼミナール」を開いた。ゼロックス導入以前のことで「青焼き」のレジュメが残っている。

『講座　医療政策史』の執筆までに、１本目のモンブランを使いつぶし、買ったばかりの２本目のモンブランを神戸大での講演のときに落としてしまったのは痛恨事であった。そろそろ「食卓兼勉強机」プラス「モンブラン」というスタイルを脱却しなければならぬ、と考え、三重大の帰りに近鉄不動産が名張市桔梗が丘で開発しているニュータウンを見に行った。一番端っこの農村地帯との接点に、一部に開発前の地形を残した区画があり、「近鉄不動産分譲地　606号」と書いてあった。

エールリヒの梅毒特効薬サルバサンに因んで、これにしようと決めた。近鉄不動産出張所の所長（といっても所員はおらず）は、元近鉄布施駅の助役で、「ああ、予約でっか」といいながら、汚いノートに鉛筆で記入して、「予約手続き」は終わった。手金も打たず、呑気な話であった。この土地にマイホームが立つのは３年後になるが、「606号」の立て札はわが家の物置に保管している。

●いろんなことがあり過ぎた

1969年の東大安田城攻防戦、70年安保、公害の激化、大阪万博、そしてマイホーム作戦、これらの事態を統一的にとらえるには、まず「知的生産手段」としてのマイホームの充実、とエゴイスティックに考えた。1965年から始めたスクラップ・ブックは、もうおき場所に困るほど増えている。実は前掲の土地を購入するのにローンを組んでしまったので、このままでは家用のローンは組めない。「稼げ！」というわけである。

ときは1970年で、「70年代」とは、初めて「展望された年代」である。1950年代には「60年安保」は問題視されたが、「60年代」として展望されることはなかった。1970年代ははじめて「未来学」

的にとりあげられた年代であり、「未来学者」と称する怪しげな学者、評論家が続々と登場した時代である。医療分野でも「時評」的なものが求められていた、と思う。

保健同人社の『暮らしと健康』には連載時評を書かされたが、この雑誌は編集部の注文がなかなか難しかった。そこへいくと、大阪で出されている薬学系の雑誌『医薬ジャーナル』は書きたい放題を書かせてくれるのでありがたかった。「薬の社会科学」「医療経済時代の開幕」「健康自衛時代」などなどである。まだ『大阪保険医雑誌』(1973)も『月刊保団連』(1983)も創刊されていなかった時代のはなしである。

保険医団体とのかかわりが生まれるのも1970年前後の時期で大阪府保険医協会と兵庫県保険医協会とほぼ同時的であったと記憶している。特に兵庫協会の場合は1971年７月１日から保険医総辞退突入の４日前の６月27日の第３回総会記念講演であったから大変であった。講演内容は『低医療費政策の歴史と開業医の将来』として26頁のパンフレットにまとめられており、講演者の写真は今昔の感を深くしてくれる(〈図３〉)。

もっとも、私自身は「低医療費政策」という言葉は使わなかった。国民の医療費負担なら「低い」方がいい、と思ったからである。

そのころは分からなかったが、保険医総辞退は武見太郎による保険医団体つぶしであった。保険診療をやらず、東京都に保険医登録をしていたか

まえがき

兵庫県保険医協会は第三回総会を、保険医総辞退突入を目前にひかえた六月二十七日におこないました。

当日は、午后二時三十分から四時十五分まで、「当面する医療危機をどう突破するか」という理事会執行部の特別提案について、白熱した討論が展開されました。

[illegible]

まったく、低医療費にあえぐ保険医の苦悩がうきぼりにされていたといえましょう。

野村拓先生の特別講演は、そのような熱気のまださめやらぬ中でおこなわれたわけですが、出席者に多大の感銘をあたえました。

新聞部としては、兵庫保険医新聞に連載する予定でありましたが、ここに、速記による講演内容を収録いたしまして会員の皆さまにおとどけすることになりました。はじめからおわりまで、とおしてお読みいただけば、また得るところも多いと存じます。保険医運動に役立てていただければ講師の先生も、きっとお喜びになることと信じております。

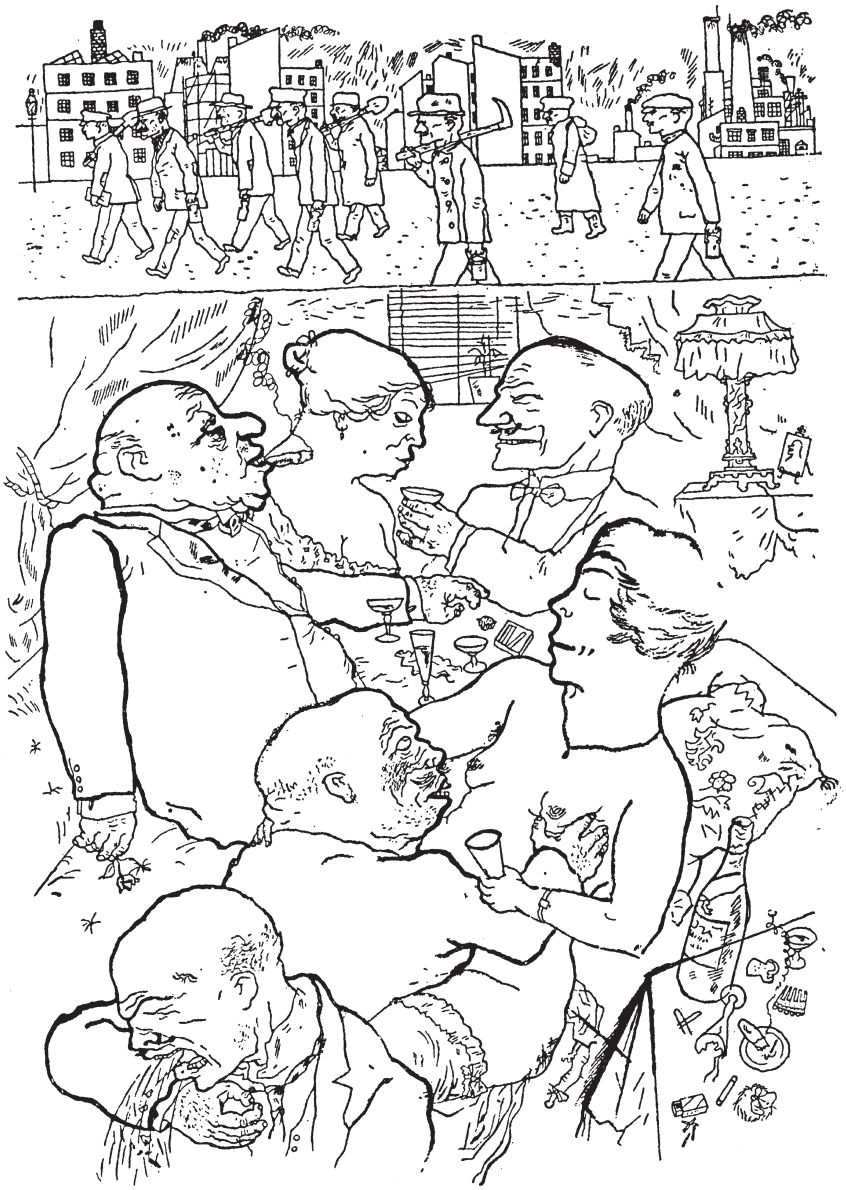
(新聞部)

[illegible]

〈図３〉1971年の顔

どうかもわからぬ人間が「保険医総辞退」を指令することこそ奇怪である。25年後、武見は日医会長を退任する直前、主要各紙に「健保民営論」の全頁広告を出した。彼は公的保険の否定者であり、公的保険の保険医団体の存在の否定者であった。だから、総辞退による「国民的バッシング」によって保険医団体の空中分解をたくらんだわけであり、このときの保険医団体の対応は大筋において正しかったのではないか。

この年（1971年）には、私にとって、もうひとつ大変な事があった。それは1966年から始まった日本ヘキスト社の PR 雑誌の連載のことである。



〈図 4〉ゲオルグ・グロスの風刺画
Herbert Lewandowski :Das Sexualproblem in der Modernen Literatur und Kunst.1927. Paul Arzt Verlag.

B４判８頁で、表紙に歴史的シェーマ・ストーリーを、といっても、いつまでも続くものではない。科別日本医学史で24回頑張り、つぎは「世界医学史」、つぎは「医学史と統計」「医学史と進化論」などとだんだんくるしくなり、苦し紛れの「医学史と女性」がドイツ人社長の逆鱗にふれ、雑誌は廃刊、編集者は失業ということになった。おそらく、逆鱗のタネはゲオルグ・グロスの風刺画「労資のアフタ・ファイブ」だったと思う。疲れ果てて家路をいそぐ労働者とキャバレーでいぎいなく遊ぶ経営者を対比させていたからである（〈図４〉）。

失業したPR雑誌の編集者には申し訳ないことをしたが、毎月の「表紙」づくりを54回続けた苦衷も察してほしい。

それは、とにかく、この時期「日医の保険医総辞退」のうさん臭さが気になったので、雑誌『健康会議』に「現代の医療政策」を連載して、主に日医の医療政策や医療における日米関係を取り上げ1972年に「本」（５）にした。

このような連載もののほかに「マイホーム」の図面をひいていたのがこの時期である。他人の家なのに、なにかと注文をつける先輩が居て、脱衣場に洗濯機がおいてあるのは気に食わぬとか、夏の朝、庭で顔を洗えるようにしろ、とか、そもそも、俺が行ったとき、どこに泊める、とか、一々聞いているうちに大きなものになってしまった。そして、やっとできあがったものを大工さんに見てもらったら、

「この家は建ちません」

という。「なぜか？」ときくと「通し柱がないから」と答える。たしかに１階は１階、２階は２階と独立した設計になっていたからである。いろいろ注文をつけた先輩が後にマイホームを設計したとき、妙にねじれたような設計になったのは、階段をつけるのを忘れて、あとからつけたからである。

『現代の医療政策』が本になったころ、「606号」で神主を呼んで地鎮祭をやった。「神主を呼んで」ではなく、神主もろとも供え物もライトバンに乗せて、大工さんが運転して現地へ赴いたのである。あっという間に出来、請求が来るプレハブを避け、ゆっくりやってもらっているあいだに、こちらも稼ごうという作戦だったのである。

●マイホーム作戦と『健康の経済学』

1972年11月地鎮祭、12月棟上げ、外壁を塗ったところで1973年、ところでわがマイホーム作戦は印税のはいる本を書くことで、そこそこ売れた『医学と人権』につぐ２匹目の泥鰌をねらったのが『健康の経済学』（６）、これは保健医療問題を「健康の切り売り、買い戻し」という視点でとらえたもの（〈図５〉）。

〈図５〉健康の切り売りで経済成長、という本

激しい労働は一種の「健康の切り売り」であり、発病して医療を受けるのは一種の「健康の買い戻し」（買い戻しにならない場合もあるが）である。資本は労働者に「健康の切り売り」を強要しながら利潤をあげ、その上、資本の別動隊である「医療産業」「健康産業」が「健康の買い戻し」過程でももうけているのではないか。

1960年代の終わりごろ、『医療産業』という名の本が相次いで出され、1970年代半ばに『健康産業』という名の本が出されたように、この時期は

「医療のマーケット化」が顕著に進んだ時期である。人の弱みをつくりだすことで儲け、人の弱みをマーケット化することで往復儲け、というマッチポンプ産業が横行しだしたときである。

『健康の経済学』（1973、三省堂）は初版10,000部がさばけたが、ここで三省堂は倒産。含み資産の多い会社だからじきに再建されたが、これがなければもっと売れたとうぬぼれている。

マイホームの方は、仕上げ、内装段階に入ってからオイル・ショックの影響がでてなやまされたが、とにかくわが「知的生産手段」はできあがったわけである。しかし、「書斎」はあっという間に「書庫」となり、「納戸」は「スクラップ室」となり、母のために作ったまわり廊下つきの和室を、母の死後、仕事部屋につかっている有り様である。しかも、この部屋は仏間でもあるので、毎年、お盆の前後には機能をマヒする宿命を担っている。

『健康の経済学』は私の書いた本のなかでは、最も広く書評で取り上げられた。そして、『健保連新聞』に１年間連載を書いたり、NHK の教育テレビの１時間番組で、なだ・いなだなどとともに「健康産業」をテーマにしたりした。テレビはきらいだったが存命の母がテレビ出演を評価するので親孝行のつもりで出た。

朝日新聞の文化欄に「新マイホーム主義の提唱」（〈図６〉）などといういい気なものを書いたのもこのころである。

しかし、いささか俗っぽくなり過ぎたか、と反省しはじめたときに現れたのが日野秀逸である。

朝日新聞　昭和50年（1975年）6月4日

文化

新マイホーム主義の提唱

まず手づくりを工夫

折にふれて教える親に

野村　拓

昨今、教育の荒廃、医療の荒廃といった表現で、教育と医療に対する風当たりは、かなりきびしい。「テストあって教育なし」という批判が一方にあれば、他方では、検査技術と診断学はあるが治療学が不在だという医療批判がなされている。

時間と人手のかかる連続的対人サービスとしての教育や看護・治療がお粗末になり、教育産業や医療産業によって代行されやすいテストや検査の部分が肥大化しているのが現状であり、これらが今日における教育の荒廃、医療の荒廃の重要な一面を形成している。

衰退した家庭機能

教育・医療の分野に対する教育産業・医療産業の参入は、それぞれ教育の荒廃、医療の荒廃と密接な関係をもっているが、私はもうひとつ別の面から、この問題について考えてみようとおもう。それは家庭機能の衰退、親の無力化という面である。つまり、親の能力や家庭の機能の低下が、学校や医療機関の負担を増大させ、医者や教師は、手をはぶかざるをえない状況に追い込まれているということである。

お産を例にとろう。最近では、自宅でお産をしたという話をきいたことがない。ほとんどの人が病院でお産をするわけであり、これは一応、進歩といえる。しかし別の面では、住宅事情の貧困を表しているのではなかろうか。ひと昔前のお産だと、自宅の一部屋が産室にあてられ、経験十分なおばあちゃんが助言し、いざというときに助産婦があらわれる、というパターンであった。

現在では、２DKの一室を産室にあてることなど、とても考えられないし、核家族化によって経験十分なおばあちゃんもいなくなった。それどころか、老人を入れる余地のない住居は老人の入院需要を高め、この傾向は老人医療無料化によって加速される傾向にある。慢性病の予後管理や社会復帰のプロセスにおいて家庭は重要な機能をはたすべきなのだが、現在の家庭の圧倒的大部分は、そのような機能を喪失し、その喪失した分が入院需要、医療需要の形ではねかえってきている。

家庭のふところはすっかり狭くなり、もはや家庭とは、住民登録の単位としての意味しか持たなくなりつつある。

残るは消費と痛み

さしてさらに大きな問題は、すっかり機能を喪失した家庭に、無力化した父親と、甘ったれの母親がいることである。

乳幼児医療無料化は、医療保障のスジとして反対すべき性質のものではないのだが、多くの医療担当者が危惧（きぐ）しているのは「なにもかも便利になったが、育児だけは不便だわ」という感覚の母親が、少なからず存在することである。

育児に関することは病院で、教育に関することは学校で、進学に関することは学習塾と家庭教師で、弁当は学校給食で、おやつはつくるのが面倒くさいからこどもに金を渡して何か買わせる。みずからの機能低下の分を、サービス・財貨の購入で代用し、その費用を捻出（ねんしゅつ）するために、あるいはみずからの消費的欲望の充足のために、外に働きに出かける。

ほんとうに母親のかせぎがなければ家計が成り立たぬというのであれば、その「きびしさ」自体がこどもに対する生きた「教材」たりうる。しかし現実には「教材」になるより、こどもの心に傷口をあたえている場合の方が多いのではないだろうか。学校から母親不在の家に帰るこどもの「痛み」に対しては、なにか消費財を買いあたえることでごまかそうとする。が、やはり「痛み」は消えない。かくして「消費」と「痛み」だけが残るわけである。

父親は父親で、夜おそく疲れはてて帰り、こどもと口をきくこともなく、下宿人のごとく寝てしまう。だが家に帰る前には、〃おふくろの味〃などと称する店ののれんをくぐって、にぎりめしの焼いたのを食べて有り難がっている場合が多い。金を出して、〃おふくろの味〃を買っているわけである。

「家」の中身重視を

もうそろそろ、こんな生活パタ

も知れぬが、ヒマはふえたはずである。ものを考え、こどもの相手をしてやるにはいい機会である。物に即して「折にふれて」親から教えてもらったことは、学校や学習塾では得られないものがあるにちがいない。

さしあたってできること。「手づくり」と「折にふれて」を二本の柱として、家庭機能の回復をめざす「新マイホーム主義」を考えるべきときではないだろうか。

考えてみると、かつてのマイホーム主義は、看板にいつわりありで、たかだか〃マイハウス〃主義に過ぎなかったのではないか。銀行から金を借りて、建築物をつくるだけのことではなかったか。ローン返済のために母親を不在にする冷たい構造物をつくることではなかったのか。こう考えてくると「新マイホーム主義」の「新」は不要かも知れぬ。要は家のなかみの問題を重視せよ、ということである。

崩壊の元凶知る道

家庭に、このあたたかい人間関係が抜けていては、本当の医療も本当の教育も、あり得ないのではないか。医療の荒廃も教育の不在も、根本的には、真のマイホーム主義の基盤あってこそ是正されうるのではないか。そして「手づくり」や「折にふれて」という方式を多くの人が始めたとき、なにが親を無力化し、家庭機能を崩壊させつつある元凶なのか、も身にしみてわかると私は考えている。

（阪大助教授・医療経済学）

〈図６〉いい気なもの、新マイホーム主義

1970年東北大学医学部を卒業した彼は２年間の臨床研修を終えて、1972年、阪大・医学概論の大学院生として、大阪に現れたのである。

●『医療経済思想の展開』

彼は私に言った。「先生の仕事をトレースして見ます。」これは名台詞で「研究資料を提出してくれ」という意味にとれる。そこで、このシリーズでも紹介した「医療経済学」や「医療政策史」関連の「ホラ吹きレジュメ」資料を一括して渡した。もちろん、彼自身の研究蓄積も相当なものだから、何回か討議の上で、まず社会科学の原則「歴史、理論、政策」のうち「歴史」「学説史」から、ということになった。

しかし、「医療経済学」はまだ体系づけられていないので、体系づけられていない学問の「学説史部分」として「医療経済思想の展開」を雑誌『健康会議』に連載しよう、ということになった。

その後の経過は、彼の独壇場で、私の書いたのは７頁に及ぶ長い「あとがき」だけであった。しかし、巻末の「人間の経済的価値に関する学説史」は類書を見ない出来栄えで、その後丸善経由で入ってくる洋書を見ても、これに匹敵するものはない。ひとつには、梶原三郎教授時代に仕入れた洋書のせいかも知れない。なにしろ丸善がリストをもってくると「ああ全部だ」と注文したという伝説があるくらいだから。

『健康会議』に「医療経済思想の展開」（７）が連載されているころ、東京では、川上武さんが医療・福祉の総合雑誌『医療と人間と』を勁草書房から出していた。この本の目次をみると、川上さんが考えていたベストメンバーがわかって興味が深い。

この雑誌もオイルショックの影響を受けてコストアップ、単行本より高い雑誌は、ということで残念ながら休刊（廃刊）となった。

やがて、川上武一門と日野秀逸とは、かつての武谷三男と旧唯物論研究会との「技術論論争」の蒸し返しのようなことを、暗黙のうちに展開することになる。かつての武谷・山田（坂仁）論争の不毛さを知っている私は、この件について頑張らないことにしていた。川上・日野の軋轢にもなやまされたが、丸山･日野の軋轢にもなやまされた。後者の方は1973年の丸山教授の退官によって解決するが、研究とは因果な仕事である。

「キミ、医療を経済で割り切るのかね」

という幼児的質問から、マイホームをあてこすって

「医療経済をやると家が建ちますか」

というような、やや大人っぽい質問まで浴びながら、なにかと忙しくなった。そして、1966年以来講読している medical economics 誌の活用法を考えてみた（〈図７〉）。

1923年の創刊で、聞くところによると、AMA（アメリカ医師会雑誌）よりもよく読まれているという。それは広告量の多さから想像されるが、広告の合間に本文が飛び飛びに収められているので読みにくい。

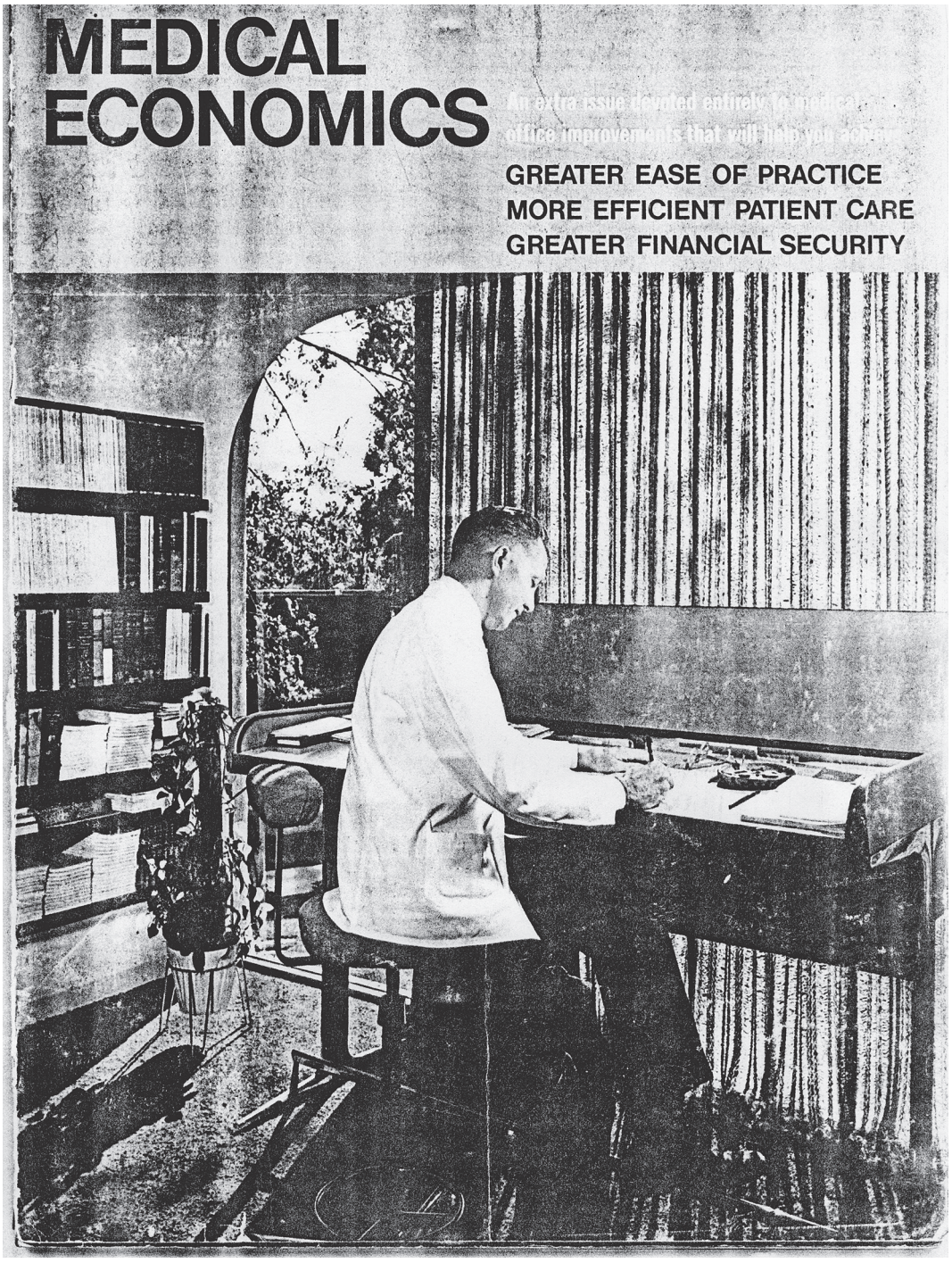
ではなぜ読まれるのか。それは、自由診療の国、アメリカにおける「診療費の相場表」の役割を果たしているからだろう。初診料は？再診料は？つねに4,000から10,000ぐらいのサンプルから回答を得て、median（中央値、中位数値）で示しているからである。

そうかと思うと、大阪万博の案内記事で、日本式トイレでは尻を床上５インチにキープせよ、などと書いてある。これらを著作権侵害にならぬようにブレンドしながら雑誌『現代医療』に、雑誌と同名の medical　economics という表題で24回連載した。すべては「知的生産手段」確保のためである。

（１）野村拓：幾何学的図示法の史的研究への応用（「医学史研究」№24.1967.）
（２）野村拓：『第三の科学史』（1967.　医療図書出版）
（３）野村拓：『講座　医療政策史』（1968.　医療図書出版）
（４）野村拓:『医学と人権－国民の医療史』(1969.　三省堂)
（５）野村拓：『現代の医療政策』（1972.　医療図書出版）
（６）野村拓：『健康の経済学』（1973.　三省堂）
（７）日野秀逸・野村拓：『医療経済思想の展開』（1974.　医療図書出版）

（8）野村拓：新マイホーム主義の提唱（「朝日新聞」1975.6.4. 夕刊）

（のむら　たく、医学史研究会代表代行、「医療政策学校」を主催）



〈図7〉そのころの medical economics 誌（1971.4.11. 号）

ドイツの医療従事者数

石塚　秀雄

1．ドイツの医療制度

ドイツの医療制度は強制的社会保険制度（国民皆保険）を基本とし、高額所得者、公務員、自営業者などは民間保険（営利・非営利）の加入を認めている。連邦政府が制度の全体的枠組みを設定し、16ある各州が医療サービスの提供の責任を持つ。医療供給者は３種類で、公的セクター、非営利セクター、営利セクターに分かれる。個人開業医はほとんどが社会保険疾病基金と契約をしている。連邦医療制度委員会は、全国疾病保険医師・歯科医師協会、ドイツ病院連合会、全国疾病保険基金の４団体により構成されている。

医療供給サイドが個人開業医、公立病院、非営利病院、営利病院と分かれており、介護サービス供給者も公的、非営利、民間と分かれ、また、社会保険団体に効率化や競争化を法的に導入した。ドイツの社会保険制度には自主管理の伝統があり、職能と地域に分かれた疾病金庫が自主管理的に実施してきた。しかし、1993年の社会保険構造法（GSG）から2007年の法定疾病保険競争強化法（GKV-WSG）により、疾病金庫の整理統合が進められ、1993年に257あった疾病金庫は2010年には166に減少している。疾病金庫の種類は地域疾病金庫（AOK）11、補償疾病金庫（EK）７、同業組合疾病金庫（IKK）６、企業疾病金庫（BKK）70、非公開企業疾病金庫（GBKK）35、任意（民間）疾病金庫38である。民間保険は46ほどである。日本でも国保や協会けんぽなど医療保険制度のあり方が論議の対象となっているが、ドイツの事例はその比較検討の参考になるであろう。

2011年度では、人口の86％（6960万人）が社会保険（153疾病基金）に加入している。高所得者および自営業や公務員は民間保険または共済に加入しているものが大多数である。公務員は政府が多くの保険料をだしており、ある意味特権的な待遇をうけている。政府はまた、社会保険との整合性を維持するために、民間保険に対して、保険加入者に対する（クリームスキミングのような）選別差別を行わないような諸種の規制をかけている。2011年度においては、人口の11％（8.9％）が46ある民間保険に加入している。社会保険制度は、よく言われるように連帯原理に基づく。連帯原理とは、保険料の多寡に関係なくリスク保障は平等であるということであり、これは、いわゆる民間保険原理の「保険料とリスク保障が連動する」という個人原理とは異なるということである。したがって、しつこく強調しておきたいことは、社会保険原理と（営利）民間保険原理とは、社会的連帯原理と個人基準原理という、まったく異なった原理に基づいているということである。いわゆる社会保険が共助であると言われるのはこのことを指している。ドイツにおいては疾病金庫の自主財源管理で実査し、政府資金は導入されていなかったが、近年、疾病基金（金庫）の統合化がすすめられ、政府からも少額ながら疾病金庫に資金が補填されることになった。それに伴い、全国医療基金（Gesundheitfund）が保険料の基準設定を行っている。しかし、各疾病基金は、保険料や医療費用のでこぼこの調整を行っている。医療社会保険料は、総賃金の15.5％（2011年度）である。

ドイツの一般医は、イギリスなどのようなNHS（国民保健サービス）制度にみられるような、いわゆるゲートキーパーの役割をしていない。患者は一般医、専門医のいずれにも自由にかかることができる。しかし、疾病基金では、なるべく最初に一般医を受診するように進める傾向にある。一般医の多くは個人開業医であり、各疾病基金と契約を行っている。社会保険医でない個人開業医はごく少数である。社会保険の基準は州単位で決められている。全国883の社会保険医地域区分にわかれて、社会保険基金と連動している。一般医の規模は医師会によりコントロールされている。

2．医療機関と医療従事者数

病院の種類は公立、民間非営利、民間営利の３種類である。医療報酬は、個別支払い方式（fee-for-service）であるが、診療報酬基準は統一基準（EBM, EinheitlicherBewertungsmasstab）に基づき、上限が決められる。

表１．ドイツの病院・介護施設の種類　2013年

	合計	公立	非営利	営利
病院数	1,995	596	706	693
ベッド数	500,585	240,541	170,095	89,949
医療従事者数	146,838	81,318	42,973	22,548
非医療従事者数	717,857	394,348	216,067	107,442
介護リハビリ施設数	1,187	229	317	641
ベッド数	166,933	30,925	27,171	108,837
医療従事者数	8,444	1,783	1,083	5,578
非医療従事者数	83,540	16,065	13,528	53,947

出所；Statistisches Bundesamt. 2013

ドイツの人口は8,180万人、労働力人口は4,198万人（男性2,282万人、女性1,915万人）である（2010年度）。ドイツの医療分野の支出は、国民経済の11.6％（2011）である（OECD）。医療福祉分野の労働人口は492万人で，労働力の12.2％を占める（2011）。2000年から2011年までで、同分野の労働力は130万人増加したという。このうち、約400万人が通院医療に従事し、約100万人が入院医療に従事している。ドイツにおいても人口の高齢化が、医療福祉労働人口の増加の一因とみなされている。

表２．ドイツの医療労働人口数　2011年（単位；千人）

事業施設	人数	女性％	パート％
総計	3,968	71.2	27.9
公衆衛生	41	65.9	26.8
痛医院医療	1,867	77,5	28.6
医療施設	692	82.8	29.0
歯科診療所	355	84.5	28.7
保健所	397	76.6	31.7
薬局	180	77.8	29.4
医療器具販売店	167	43.1	16.8
その他救急施設	76	75.0	31.6
入院医療施設	1,307	75.9	30.5
病院	1,137	76.0	30.3
予防・リハビリ施設	170	75.3	31.2
救急サービス	55	30.9	21.8
事務	196	39.8	20.4
その他サービス施設	185	63.8	27.8
医療関連産業	317	46.1	19.6
製薬業	106	50.9	20.8
眼科関連産業	125	43.7	18.3
医学研究所他	84	44.0	20.2

出所：Statistiches Bundesamt, 2013
注..／「事務」には、疾病基金の職員を含む。

表３．職種別労働人口（2011年）　単位；千人

職種	総計	通院医療比率％	歯科比率％	入院医療比率％
総計	3,968	47.1	8.9	32.9
医療専門家	2,572	49.7	10.9	38.9
医師	342	42.1	0,0	49.7
一般医	102	13.7	0.0	75.5
歯科医	68	97.1	97.1	1.5
薬剤師	61	85.2	0.0	3.3
医療補助専門家	2.061	48.0	10.4	39.8
看護師	658	7.8	0.2	87.1
社会サービス専門家	118	40.7	0.0	44.1
医療技術者	149	71.1	8.1	1.3
その他医療専門家	1,032	37.9	6.1	24.0

出所：Statistisches Bundesamt. 2013
注；各項目は一部であり、その合計は総計ではない。

通院医療に関わる医師のわずかに５％が35歳から40歳で、50歳から60歳までの医師数は、51,200人であり、５年後には31,000人の医師が労働市場から外れるとみなされている（Bundesarztkammer 2012）。

表４．病院数と介護施設数

	2000	2005	2011
病院数	2,242	2,139	2,045
ベット数	559,651	523,824	502,029
介護・リハビリ施設数	1,393	1,270	1,223
ベッド数	189,822	174,479	170,544

出所；Statistisches Bundesamt. 2013
注１：医師パート労働が増加している。注２；清掃や在宅介護などは、外部業務委託化により、従来的雇用は減少している。

表５．リハビリ施設労働人口　2011年度　単位．千人

	合計	男性	女性
医療従事者総計	170	41	128
医療専門家	99	22	77
医師	17	7	8
看護師	26	3	23
ソーシャル（リハビリ）専門家	18	4	14
非医療従事者	51	14	37

出所；Statistisches Bundesamt. 2013
注　合計と各項目の総計とは一致しない

表６は医療従事者の年齢区分であるが、とくに医師の高齢化がすすんでいる。また、救急医療サービスの従事者では、比較的年齢層が若い。

表６．医療施設における医療従事者の年齢構成2011年、単位千人

	総計	35歳以下 %	35－50歳 %	50歳以上 %
総計	692	32.0	35.9	32.1
医師	143	1.8	34.2	64.0
一般医	14	13.4	27.1	55.9
看護師	16	31.5	42.9	25.9
ソーシャル（リハビリ）専門家	16	30.5	38.3	31.0
非医療従事者	130	290	38.9	31.4
歯科医師	66	14.2	38.5	44.3
救急サービス	55	35.9	36.3	25.3

出所；Statistisches Bundesamt. 2013

医療施設におけるパートタイム労働比率は、表２に示す。表には示していないが2000年度から2011年度を比較すると、パートタイム労働の比率は微増傾向にある。全体として約３割がパートタイム労働である。

表７．医療におけるパートタイム労働比率　%

項目	2000年	2011年
医療施設全体	23.7	27.9
公衆衛生	21.4	26.8
通院医療	22.6	28.6
入院医療	28.7	30.5
救急サービス	15.9	21.8
事務	15.9	20.4

出所；Statistisches Bundesamt. 2013

表８．診療コスト平均　2011年　単位ユーロ

職種	診療コスト
一般医	54.36
内科専門医	127.16
外科医	71.51
精神科医	406.55
放射線医	107.16

出所：Neujobs, 2013

表９．精神病院　2011年

	2002	2005	2011
病院数	274	234	247
ベッド数	42,600	38,869	41,007
診療数	498,690	494,808	559,833
医療スタッフ	5,174	5,119	5,713
非医療スタッフ	50,085	43,112	46,987

出所：Neujobs, 2013
注：人数はフルタイム換算。

３．医療福祉の労働組合

ドイツの医療福祉の労働者・従事者は、職能別地域別の多くの労働組合に組織されている。職能団体は労働組合とは別である。公的セクターの医療労働者は公務員の場合は、公務員労働組合（GOD）や公的セクター勤務労働組合（Verdi）などに組織される。医療専門職協会，VMF には医師、歯科医師、獣医、アシスタ公的セクターの医師は、各州の医師会に属すると同時に、連邦公的医療医師協会（BVOGD）に加入している。労働組合はその他に、地域的政治的に小規模・中規模に多く存在している。賃金については、医療労働者は労働協約にもとづく。医師は医師会と疾病金庫との交渉に基づく。

参考文献
E.Clark /E.Bidgood“Health Care Systems; Germany#, Civitas, 2013
“Daten des Gesundheitwesens 2012”Bundes Ministerium fur Gesundheit
“The Health Care Workforce in Europe”, Europen Observatory on Health Sysems and Politics. 2006
“Gesundheit personal 2011”Statistisches

Bundesamt. 2013
“Eckdaten der Krankenhausstatistik 2013”
Statistisches Bundesamt. 2014.
E.Schluz “Impact of Ageing on Curative Health Care Workforce; Courntry Report Germany”, 2013, Neujobs.
www.verdi.de（労働組合）
www.dgb.de（労働組合
www.comba.de（労働組合）

（いしづか　ひでお、主任研究員）

2009年度研究助成概要報告

「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

Ⅰ　はじめに

（1）問題の所在

国土の多くを占める「山里」は、過疎化・高齢化の波に洗われ、また国土経済圏からの切断により集落自体の維持・存続が困難になりつつあると言われる。一方、「都市」においては東京あるいは地方中心都市への集中がとどまることなく、同時に都市内においても局所的な集中が発生する一方、一部地域では超高齢化といった「限界状況」が多発している。このように、山里、都市ともに、地域の持続可能性の基盤である自立性＝自律性と地域力（自己修復性＝レジリエンス及び経済自立性）の喪失が著しくなってきているのが現代の構造的課題である。

しかしながら、山里や都市、中間地域においても、一部の地域では小地域の限界状況を、小地域の自立＝自律循環型社会システムに転換する装置を地域に埋め込むことによって、その趨勢を食い止め、さらに維持および再生への手がかりをつかもうとする動きも始まっている。それは、地域住民や地域と関わりを持とうとする人々による、自主的・自発的な動きである。例えれば、小地域において自立＝自律循環型社会システムをインストールし、そのOS上に多彩な公共圏の維持機能（アプリケーション＝活動）を載せていく、と言えようか。

われわれは、そのような「システム」（OS）を発見し、地域特性に応じて作動するシステムへと育て上げたいと考えた。

（問題意識の骨格）

さて、ここで問題意識の骨格を再整理しよう。

a）山里において直面している課題は、都市部における地域力の減衰という同型の構造を持っていると考えられる。

b）山里や都市に現象した課題に対して、新たな方法で立ち向かう、民（地域組織、NPO等）による自発的な解決への試行がなされつつあり、その動き方は、これからの社会の有り様（システム）のモデルとなるものを内包していると考えられる。

c）それは、住民が主体となって地域社会を総体として運営し持続していくための、相互扶助、経済経営、地域ガバナンスのシステムであると思われる。

d）このシステムを普遍化できれば、山里においても都市においても有効な社会構成原理を紡ぐことができると推察される。

e）この新たな社会構成の原理を、主として山里に探る。

これらの問題意識を踏まえ、われわれの目標は、今回の目標は、山里と都市の新たな関係性（生活空間的、経済的、思想的）の可能性を探るとともに、山里で試行されている活動から普遍的な社会構成の原理（システム）をつかみ、都市における小地域の持続可能性の処方箋を提案することにある。

分析の視座としては、

○　山里の新しい動きの現場からの知見を構造化し、都市に適用できる社会構成の枠組みを探る。

○　経済、人、地域の時空（歴史、空間、地霊）の「動き」からその構造を読み取る。

となる。

（2）方法

本研究では山里の現地調査（ヒアリング等）及び文献調査により現地の実態及び課題の構造把握を行うが、今回のテーマに取り組むための「方法」について簡単に説明しておく。

（3つのサブシステム）

今回対象とする「システム」には、次の3つのサブシステムが含まれている。

①地域と都市を結ぶ経済循環のシステムと、地域内部で循環するシステムの融合

②地域住民による地域ガバナンスと、それを支える「中間支援機能」が参画する地域マネジメントシステム
③都市が山里を自分自身の「身体」として必要とするような関係性のシステム

これらを明らかにするためには、これらをシステムととらえ、システムとしての自己運動のメカニズムを見つけることが重要である。

（自治のシステム論）

ここで、直田による地域自治に関するシステム論的アプローチを援用する。それは、次の５つのシステム要素を抽出し、それが自治の現場でどのように現れ、働くかを分析の軸とするものである[1]。この５つのシステム要素が個人及び団体の行動が個別的であると同時に社会システムとして作動することで、そのような行動の蓄積が社会において規範的に定着していくこというものである。

今回の分析の視座の一つとして、上述のシステム論的アプローチを通して３つのサブシステムが作動するメカニズムを明らかにする。

表１　新しい社会システムの要素（地域社会と関係性）

システム要素	概要（地域社会と関係性）
1）モジュール・モデル	○自立（自律）分散型のシステムが、適切なモジュールの組み合わせにより容易に構築でき、各モジュールは独立して進化、改善、創発できるとともに、モジュール間の連携（協働）により社会への働きかけが可能になる。
2）オープン・アーキテクチャ	○課題や取り組み方法がオープンであることで、多様な主体の参加・退出が容易となる。
3）関係性のつなぎ直しとソーシャル・キャピタル	○関係性はネットワーク型が望ましいが、固定的であってはならない。 ○関係性が新しい関係性を生み、ソーシャル・キャピタルが厚くなる。 ○適切なショートカットにより、思いがけない関係が生まれる。
4）中間機関（インターミディアリー）	○地域内外をつなぐだけでなく、地域の価値を顕在化する高次の視点を導入する。 ○住民の「鏡」となり、住民の意識や地域ガバナンスシステムを一旦対象化する。 ○相手のシステムの内側に入っていく時の橋頭堡となる。
5）オープン・プラットフォーム	○顔の見える場を共有することにより、社会の構成員（個人、組織）に適切な役割を用意でき、自発的な行動を誘発する。

出典：直田春夫2005「都市の自民自治を考える」『市政研究　149号』を一部修正。

しかし、このアプローチは、対象の構造（関係性）を明らかにすることを主要な目的としているため、主体の行為については薄くならざるを得ない。そこを補強するのが「新しい公の三位一体」[2]の切り口である。「新しい公の三位一体」とは、直田が提案した３つの社会デザイン思想（一種の基本ルール=OS）で、ａ）取り組みの総合性ｂ）発信力を持つ地域経営　ｃ）地域ガバナンスの仕組み、からなっている。これらは、この“ルール”に則って個人が行動したり組織が運営されると、自ずと“理念”の実現になっているという、いわば「手段的ルール」（システム転換を必然的にもたらす行動規準＝アーキテクチュアと呼ぶこともできる）である。これらは、心理的機制を超えて、各主体の行動を直接誘発する。

本研究では、「システム要素」、「新しい公の三位一体」と、本論の「３つのサブシステム」を交差させることで、都市が山里から学ぶ「地域社会システムのデザイン思想」を明らかにする。

表２　調査対象と調査のポイント

調査対象（事例）	調査のポイント
1）五十崎と内子（愛媛県）	住民による自然再生を契機とするまちづくりの取り組み
2）内子フレッシュパークからり（愛媛県）	農業生産者（女性）の自立した経済循環の形成
3）ひろしまね／てごぉする会（島根県、広島県）	地域 NPO による「もう一つの役場」構想
4）かみえちご山里ファン倶楽部（新潟県）	中間機関による山里のガバナンスシステムの転換
5）木曽町（長野県）	小規模自治体による自律的地域経営戦略の実施
6）丸森町／川根地区（宮城県、広島県）	住民による小売店舗等の経営が生活を守り地域の自立をもたらす
7）千里ニュータウン（大阪府）	住民のまちづくり活動がソーシャル・キャピタルを創生する

Ⅱ　現実世界の実相＝事例調査から

（１）調査対象

本調査研究で調査対象とした事例を表２に示す。

（２）埋め込まれた未来－事例からの３つの示唆（山里から都市へ）

これらの調査を通じて我々が感じたのは、実は未来はすでにそこに実現されているということであった。なぜ、そう言えるのか。それは、われわれが実現をめざしている価値が萌芽状態かもしれないがそこに既に存在しているからである。

これらの事例の検証からは、活動、状況が生み出す構造という視点から、山里が外部との連携を図っていくうえでのポイントとなる次の３つの示唆を抽出した。

１つ目は、農村地域と都市地域との結節点（中間機能）を備えている、という点である。事例のいくつかは農村地域と都市地域とをつなぐ結節点を有しており、それが地域再生の触媒として機能している実態があった。２つ目は、山里が保有する多様な地域資源を地域が主体的に活用する、という点である。地域資源とは「ヒト」「モノ」「情報」の３つである。３つ目は、何よりも住民自身が地域経営の担い手として、新たな形態の対都市関係を提案している、という点である。これらを「構造」と言うのは、各地域主体の意識や意図にかかわりなく、これらの示唆が得られるからである。この「結節点の存在」「地域資源の主体的活用」「新たな形態の対都市関係の提案」という３つの示唆を踏まえたうえで、最後に、われわれが提案する地域再生のモデルを提示する。まずは、山里と都市との新たな関係性を見てみよう。

Ⅲ　山里と都市との新たな関係性

（１）山里と都市との連携のかたち

山里と都市が手を携えて連携・発展していく、というのは現実的には困難である。第１に、山里と都市では人口的に釣り合わない。第２に、山里は都市のために存在するものではない。第３に、これが案外重要なのだが、山里は都市を救うことはできない、ということである。都市は自力で自らを救わなければならない。その時、山里は遠くから都市の自己救済を冷静に見つめながら、選択的に都市を内包する。その意味は、都市が山里を自分自身の「身体」として必要とするような関係性があれば、都市社会が自ら変革する契機となりうる、ということである。それは、都市が新たな持続可能システムを自ら生成する一歩となる。

（２）山里と都市との連携のアーキテクチャ

山里と都市の連携は、今回の調査では山里が都市の保険機能を果たせるのではないかという問題志向を持つ〈かみえちご〉（表２　４））がヒント

になる。ここで我々は、その「関係性」の基底にある連携のデザイン（「アーキテクチャ」）思想を見出した。それは、次のようなことである。

・山里は都市と連携することが目標ではないし、山里が生き延びるために都市の応援を求めているわけでもない。
・山里が自立するときのネックは、農作物から食料品、日用品、車等にいたるまで産業経済の網の目にがんじがらめになっていることである。従って、この網の目の上で、網の目とつながりながら、同時に網の目から少し離れたところに、相対的に独立した経済の循環を築くこと。これが、山里の戦略である。
・その時、２つの経済システムは切り離されてあるのではなく、ある回路を通してつながっている。肝心なことは、その回路のバルブの開け閉めに山里の住民も与ることができるということで、これにより山里の経済システムをグローバルな経済システムと「一定」独立させておくことができる。
・この「独立」の手法には二面が必要である。ひとつは、流入流出する財を調整し、山里の経済システムが空にならないようにコントロールすること。いまひとつは、２つの価値体系に微妙な差異を持ち込むことである。
・では山里の経済システムにおける価値とはどのようなものか。実は、それはどのようなものであってもいいのだ。用を規準としてもいいし、夢や美を規準としてもいい。内外の価値体系の交換レートを山里の内部で決定できさえすればいい。
・しかし、それが可能か？山里の内部で循環する「経済＝社会流通関係」、例えば自家消費の農産物、外部からの訪問者とのやりとり等は、現実的に外部の資本市場では価格が決定不可能なものが多い。このことは、山里が外部経済の波に直接洗われなくて済んでいる所以でもある。とはいえ、生活必需品、あるいは農林魚業に必要な道具・資材等は外部市場から調達しなければならない。その費用は何らかの形で「外部」から得る必要がある。
・ここで、この２つの経済循環を模式化すると、構造的には図１のようなトポロジーとなる。つまり、内外の経済システムは対立するものではなく、かといって一体化していくものでもない、微妙に異なった価値体系を維持しながら相互浸透しつつ交換可能な形でシステムの接点を持つということである。この山里の経済循環の単位を、〈かみえちご〉では〈クニ〉と呼ぶ。

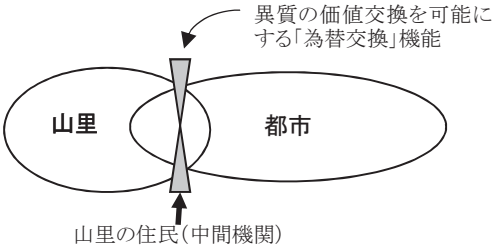


図１　山里と都市の経済システムの関係

・ここで、この仕組みが働くためのポイントをあげておく。まず、「希少性」に過剰に依存しないことを含め、外部市場の価値判断とは異なる水準でレートが設定される事だ。山里は、その点に関しては極めて「強気」なのである。「売りたいように、売る」という市場原理に拘泥しない取引＝交流がなされる。しかし、山里の価値観で値付けされたものを結局外部市場（都市の独立した主体）は買うのである。
・「買う」というのは、山里と都市の連携の一つの形に過ぎないが、山里はこれを過小評価しない。外部市場から物資を調達するときに貨幣が必要だからでもあるが、「買う」という行為は、人間の根源的な生活様式の結合のカタチなのだからである。
・もうひとつのポイントは、実際の取引＝交流は、中間機関によって媒介されることだ。山里と都市（市場）の直接的な取引は、個人にせよ団体にせよ山里が市場を一方的に受け入れるという形でしか成立し得ない。価値の落差を埋め合わせる機能が存在しないからである。中間機関は、山里と都市を媒介するとき、山里を総合し、価値付けするのである。「山里には少しずつ、何でもある。」という〈かみえちご〉の関原氏（NPO〈かみえちご〉専務理事）の指摘は、この総合性こそが山里

の固有の価値を形成する唯一の方法ということを述べているのだ。総合性とは、多様な地域資源を個別に切り出すのではなく、山里の有形無形の資源の有用･無用の組み合わせ（ブリコラージュ／創生）により具体的な「もの＝商品」として発現させると言うことである。

・この中間機関には、「他者性」とでもいうものが必要で、山里にありながら山里に融け込みすぎず、都市ともネットワークを持ちながら都市の分身ではなく、その境界に位置する存在でなければならないのだ。

近年、農山村と都市の連携が各所で模索されており、その「成功事例」にも事欠かない。もちろん、それらの企画力や行動力を多とするものであるが、上述の関係性を想起するならばいま一つ次元を高めた連携＝関係性のカタチが必要なのではないかというのが事例からの示唆である。

ここで見られるのは、山里が都市への従属から離れて、逆に「都市が山里を自分自身の“身体”として必要とするような関係性のシステム」である。この意味はこれまでの検討から見えてきたが、互いに利益を吸収し合う関係ではなく、都市にとっては山里が居宅のような必要不可欠の存在として感じられ、自分の life（生活／人生）の一部として維持に腐心する（投資も含めて）という関係性である。

（3）山里と都市の連携のカタチからみた都市社会の再構成

山里と都市の新たな連携のカタチが浮かび上がってきたが、こうした連携は都市社会の再構成を促進する。ただし、都市社会の総体ではなく、山里と連携できる小地域であるが。

山里から都市に持ち込む山里の社会構成の原理とは何か。最も大きなものは、社会の「総合性」だ。これは「何でも、少しずつある空間、社会」という感覚だが、これは都市においてもっとも欠けていることである。都市民はそれを感じ取り、都市の内部（小地域）に総合性を確保しようとする。それは都市の中の〈クニ〉をつくることだ。

・都市内の小地域における総合型住民自治の形式を整え、これを都市内の〈クニ〉とする。〈クニ〉を仕掛ける中間機関を、地域プラットフォームの上に形成する。

・〈クニ〉は相互扶助や生活環境維持の他、小商い的な事業を開発し、〈クニ〉の公共事業に充当する。たとえば、介護等の生き方支援事業、情報の分析・編集事業、デザイン／アートの文化産業などである。

・都市内の〈クニ〉の社会構成原理は、参加、民主的ガバナンス、公開・開放・透明の原則である。

こうして、都市の中の小地域＝〈クニ〉は、部分的な自立を達成し、山里と向き合える環境を整える。都市住民は、まずは小地域自体を自分の“身体”として自覚するようになるだろう。

Ⅳ．地域再生のための「二重の循環」モデル

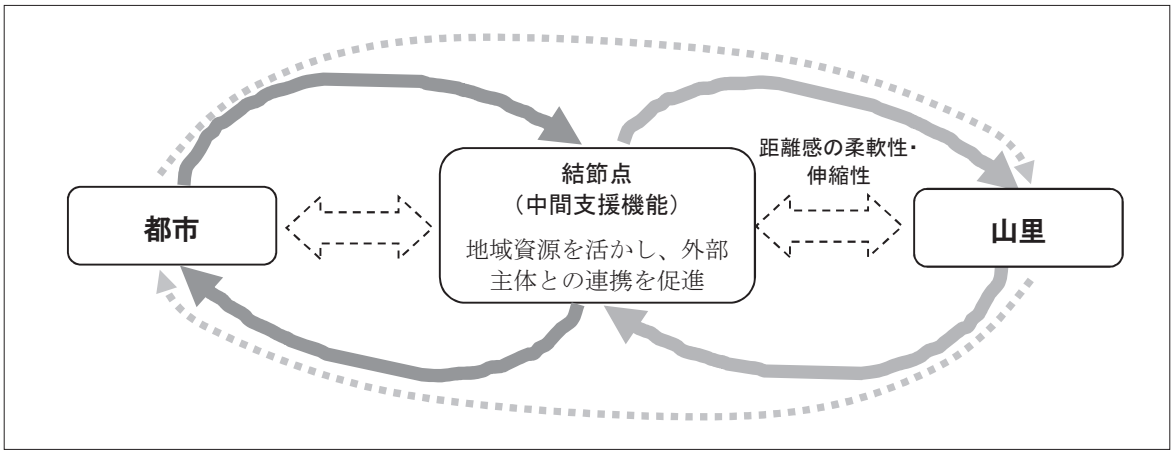
本研究におけるここまでの一連の検討、とりわけ事例検証から得られた「結節点の創設」「地域資源の活用」「交流機会の設定」という３つの示唆及び山里と都市との新たな関係性をふまえ、われわれは「二重の循環」モデルを提案したい。そのイメージは、図２のとおりである。

山里と都市の中間に位置するのは、結節点としての中間機能・拠点であり、今回調査対象のうち〈からり〉、〈ひろしまね〉、〈かみえちご〉（それぞれ表２　2）、3）、4））がこれに相当する。この結節点は山里と都市とに挟まれており、狭間にある「⇔」は距離感の柔軟性･伸縮性を意味する。すなわち、結節点は山里に根ざしつつ、あくまでも一定の距離感を保ちながら客観的な視点や発想を保ち続け、相互に情報や刺戟を提供し合う。結節点は地域再生を考え模索するが、あくまでも再生の担い手は地域住民なのである。他方で、都市住民との新たな関係性（交流･交通）を仕掛ける。結節点には、山里と一体化するわけでもなく、かといって都市に寄り添い過ぎることのない「微妙なバランス感覚」が要請される。

また、結節点を巡る４つの矢印は、結節点を経由しつつ、山里⇒結節点⇒都市⇒結節点⇒山里と循環し続けるヒト・モノ・カネ・情報の流れを意味し、二重の循環構造となっている。

この「二重の循環」モデルの勘所はこうである。結節点は第１に、山里と都市の間のそれぞれの経

図２　「二重の循環」モデル



済システムの為替交換所的機能を果たし、価値観を相対化すること。第２に、山里と都市にとって行動とガバナンスの鏡となり、自分自身の行動原理を「見える化」し自己変革の契機となること。第３に、これにより、山里は都市との関係性に一旦切れ目を持ち込み、そこから互いに相手を身体化するような関係性として再構築するような働きを促進することである。

Ⅴ．まとめ

山里と都市の双方が再生していくためには、双方の「微妙なバランス」のもと、ヒト・モノ・カネ・情報が山里⇒結節点⇒都市⇒結節点⇒山里…と循環し続けることが必要であると指摘した。問題は結節点を起点にして､山里と都市との循環を､どのように促していくかである。このことを最後に考えておこう。

具体的にどうすればよいのか？「かみえちご有縁米」の一例をあげてみよう。都市の住民が中間機関を通じて「かみえちごの有縁米」を購入することは、山里を経済的に支えるという側面と同時に、都市住民が山里での米の生産にある種の責任を持つことでもあり、責任を持つからこそいざというときに山里が都市住民の保険を引き受けることができる。ともにリスクを持ち合う関係、これが互いに相手を身体化するような関係性である。

この関係性の発展過程の一例を挙げよう。都市住民は山里の空き家に住み込み、休耕田を耕したり小水力発電事業を起こすだろう。一方、山里の若者は都市に留学し、都市の集積効果を満喫するとともに、森に生きる菌を活用した医薬品を開発するかもしれない。これらは、都市と山里の双方に足を置くことにより可能になるのである。

そして、このようなシステムを作動させるために、山里と都市との結節点となるような中間機関が存在することが重要なのである。存在しなければ創らなければならない。そうすることにより、山里と都市とが win-win の関係になるような連携を構想できる経営哲学が生まれ、地域ひいては日本の再生の一歩となるにちがいない。

本稿は、非営利・協同総合研究所いのちとくらし助成研究「都市と農村が連携した共生経済の可能性の研究」を要約加筆したものである。助成をいただいた同研究所と報告書執筆者各位に感謝したい。

1　直田春夫2005「都市の自民自治を考える」『市政研究　149号』（大阪市政調査会）
2　直田春夫2009「ＮＰＯからみた地域社会再生の視点」『市政研究　163号』（大阪市政調査会）

（すぐた　はるお、NPO 政策研究所理事長）

研究助成報告

●「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」（冨岡　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」（垰田和史、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「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

研究助成報告書

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

ISBN 4-903543-00-5　　2006年6月発行
（978-4-903543-00-0）

●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・イェムト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イ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

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

●第47号（2014年７月）――労働と社会の新しいあり方

○巻頭エッセイ：「新成長戦略・骨太方針」と地域医療（山本裕）
○座談会：社会的経済、連帯経済と経済学（津田直則、北島健一、富沢賢治、司会：石塚秀雄）
○アベノミクスと労働改革の諸問題（橘木俊詔）
○安倍政権による派遣法制の改変構想批判（伍賀一道）
○フランスの社会的経済・連帯経済法の成立と意義（石塚秀雄）
○シリーズ医療政策・研究史（５）：八面六臂の巻（野村拓）
○投稿論文：高齢者の暮らしと地域の「あればいいな」～姫路医療生協地域調査における要支援・要介護者のヒアリングから～（川口啓子・小田史）
○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』（角瀬保雄）
○書評：堀越芳昭・ＪＣ総研編『協同組合研究の成果と課題　1980-2012』（相馬健次）

●第46号（2014年３月）―10周年記念特集

○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）
○論文：非営利・協同の10年（富沢賢治）
○10周年記念懸賞論文・論考佳作：医薬分業における非営利・協同の意義と民医連薬局法人の先駆性（廣田憲威）
○10周年記念懸賞論文・論考佳作：ケアとコントロールの狭間で―福祉労働者としてのケアマネジャーの立ち位置についての考察（石坂誠）
○10周年記念エッセイ
　最近の「非営利・協同」論の動向（角瀬保雄）
　創立10周年記念によせて（中川雄一郎）
　非営利・協同論の探求（坂根利幸）
　研究所10周年に（高柳新）
　百才を祝う！（八田英之）
　「個人的所有の再建」と「等身大の技術」（後藤道夫）
　研究所の一層の発展を（石塚秀雄）
　自問自答、総研10周年エッセイ（今井晃）
　協同組合の普遍性を問いかける（大八木秀明）
　新しい社会を構想すること（河添誠）
　「総研いのちとくらし」とのつながり（髙木和美）
　非営利・協同総研との関わり（髙山一夫）
　これまでを振り返り、これからにつなげたい（竹野ユキコ）
　連帯社会の実現に向けて（津田直則）
　社会を問う・人を問う（長瀬文雄）
　広い視野での研究と実践に役立つ情報を（根本守）
　研究所10年、連載10年（野村拓）
　非営利・協同総合研究所いのちとくらしさんへ（平石裕一）
　民医連の今と非営利・協同の探求（藤末衛）
　研究所の発信機能―オープン化のさらなる検討を（松田亮三）
　小さくても輝く自治体―長野県栄村の復興への歩み―（前沢淑子）
　民医連人生で考えたこと（村口至）
　『ソウル宣言』と韓国の協同組合創立ラッシュ（丸山茂樹）
　2020年東京五輪開催とあらためて非営利・協同への期待（森川貞夫）
　非営利・協同の豊かな象徴を（吉中丈志）
　お祝いのメッセージ（朴賢緒）

○資料：役員等一覧、会員統計、活動概要、研究助成一覧、発行一覧

●第45号（2014年 1 月）―社会保障制度改革と医療・福祉の現状

○巻頭エッセイ：ボローニャ紀行（吉中丈志）
○社会保障制度改革国民会議報告書の考え方について―とりわけ医療制度の方向をめぐって―（石塚秀雄）
○都立病院 PFI の現状と問題点（組合幹部に聞く）（細井智、森松恵美子、飯島芳子、インタビュアー：八田英之）
○座談会：各地の民医連ＭＳＷから見た貧困の現場と無料低額診療・生活保護活用の問題（長友祐三、森川尚子、富岡真理子、多田安希子、司会：河添誠）
○スペイン・カタルーニアの地域協同と社会サービス（石塚秀雄）
○2011年度研究助成概要報告：県、３市１町（船橋、安孫子、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）
○シリーズ医療政策・研究史（４）：なぜか医療政策史（野村拓）
○書評：協働公認会計士共同事務所、税務協働税理士共同事務所編著『非営利法人･団体と労働組合の会計と税務　Ｑ＆Ａ』（今井晃）
○会員からの情報提供：彦根市史問題について（髙木和美）

●第44号（2013年 9 月）―地域社会といのちとくらし

○巻頭エッセイ：政策・実践上の重要概念としての普遍主義的給付（松田亮三）
○地方自治制度改革をどう見るか―「10道州・300基礎自治体」再編の本質―（池上洋通）
○東日本大震災の予算執行状況と地域社会（綱島不二雄）
○研究助成報告：「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）
○2009年度研究助成概要報告：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）
○イタリア医療機関と医療制度の変遷と非営利・協同セクター（石塚秀雄）
○医療政策・研究史（３）：医療経済的ふろしき（野村拓）
○書評：川口啓子著『職場づくりと民主主義』（今井晃）

●第43号（2013年 6 月）―京都・地域シンポジウム報告／憲法問題と非営利・協同

○巻頭エッセイ：民医連の経営課題と幹部集団づくりの課題（今井晃）
特集１【京都・地域シンポジウム報告】
―医・職・住・環境　市民シンポジウム　災害医療とまちづくりを考える―
○主催者挨拶（吉中丈志）
○「被災地は今」被災地からのメッセージ（熊谷俊夫）
○記念講演「がんの体験から」（鳥越俊太郎）
○まちづくりからの発信（古武博司）
○災害医療とまちづくりを考える～地域医療からの発信～（尾崎信之）
○食物アレルギー対応避難拠点づくり―食物アレルギーをもつ家族と地域の安全、連帯のために（長澤澄子）
○くらしからの発信（吉永淳）
特集２【憲法問題と非営利・協同】
○シチズンシップと国民主権（中川雄一郎）
○宇都宮健児さんインタビュー：人権や憲法をかたちだけにせずに、権利主張するたたかいをつくる（宇都宮健児、インタビュアー：河添誠）
○投稿論文：ドイツにおける看（介）護職養成・資格制度改革の経過に関する聞き取り調査報告（中間報告）（濱島淑恵・髙木和美・芦田麗子）
○イタリアの医療労働人口と非営利・協同セクター（石塚秀雄）
○医療政策・研究史（２）：かけだし時代の研究（野村拓）

●第42号（2013年３月）―介護保険制度と非営利・協同セクター

○巻頭エッセイ「東電・福島第一原発事故と健康権」小西恭司
○座談会「介護サービスにおける非営利・協同性の実現とは、現状と理論」林泰則、山田智、加藤久美、井田智、司会：八田英之
○「2012年『改正』介護保険法・改定介護報酬の問題点～介護保険で私たちの介護保障は可能か?! ～」藤松素子
○2006年度研究助成報告「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
○「21世紀の協同組合と非営利・協同セクター―憲法」堀越芳昭
○「ケベックの社会的連帯金融」石塚秀雄
○地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ・第9回研究会報告「日本医師会の医療政策などよもやまばなし」石川広己
○「朝日資料の整理を終えて」朝日訴訟の会・岩間一雄
○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』角瀬保雄
○医療政策・研究史（１）「科学史への関心」野村拓

●第41号（2013年２月）―貧困問題と生活保護制度の再検討

○巻頭エッセイ「連帯経済への道」津田直則
○貧困問題と生活保護制度の再検討「はじめに～本特集の趣旨」吉永純
○「あるべき生活保護基準とその重要性～社会保障審議会生活保護基準部会の検討枠組みについて」布川日佐史
○「生活支援戦略（新たな生活支援体系）を読み解く」岡部卓
○「生活保護基準額の引き下げによって影響・被害を受ける制度概要」吉永純
○「社会保障制度の構築こそ、ディーセントワークへの道」都留民子
○地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ・第８回研究会報告「石川県内の公立病院―奥能登４病院を中心に―」武田公子
○社会福祉と医療政策・100話（95-100話）「20　医療・福祉職の世界史」（最終話）野村拓
○本の紹介・中川雄一郎・杉本貴志編、全労済協会監修『協同組合を学ぶ』黒子和彦、中島崇博

●第40号（2012年10月）―自治体病院再編動向

○巻頭エッセイ「生存権と健康権」野田浩夫
○2012年度定期総会記念講演「福島原発以降の生命科学―私のミミズ研究」中村方子
○座談会「新自由主義政治の現段階といのちを守る社会運動の課題」渡辺治、長瀬文雄、（司会）河添誠
○地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ・第７回研究会報告
（１）「自治体病院の再編等をめぐる最近の動向について」山本裕
（２）「千葉県自治体病院の2009VS2010経営実績比較」八田英之
○「フライブルク市の医療福祉サービスの非営利・協同事業組織」石塚秀雄
○書評　二木立著『ＴＰＰと医療の産業化』角瀬保雄
○社会福祉と医療政策・100話（91-95話）「19　百話方式」野村拓

●第39号（2012年８月）―ＴＰＰと共済・医療。福島と非営利・協同

○巻頭エッセイ「『日本社会と社会科学』のゆくえ」内山哲朗
○「ＴＰＰと共済事業」相馬健次
○「ＴＰＰと医療イノベーション政策」石塚秀雄
○「東日本大震災後の非営利・協同組織の課題」富沢賢治
○「福島の農協・漁協と原発事故の影響と現状、地域社会への影響」高瀬雅男
○「福島第一原発事故から一年？明らかになったことと今後の課題」伊東達也
○座談会「非正規労働の拡大と労働契約法改正などをどうみるか」木下武男、伍賀一道、後藤道夫、河添誠
○「朝日訴訟と生存権」岩間一雄
○「ギリシャの医療制度と社会的経済」石塚秀雄
○社会福祉と医療政策・100話（86-90話）「18　喪失と閉塞の時代」野村拓

「研究所ニュース」バックナンバー

○ No.47（2014.09.01発行）

理事長のページ：「いわゆる」アベノミクスとは何だろうか（中川雄一郎）、副理事長のページ：外来から（高柳新）、理事リレーエッセイ：新任役員の抱負（内村幸一）、ＥＵの最低賃金について（石塚秀雄）

○ No.46（2014.05.31発行）

理事長のページ「コメントノート」（中川雄一郎）、「韓国医療制度と３つの［非給与］（編集注：自由診療本人負担分）改善に関する問題点」（作成：朴賛浩、日本語翻訳：朴賢緒）、書評：野村拓『新・国保読本　たたかいへの助走路を歴史に学ぶ』（野田浩夫）、「国分寺市役所における公務労働と業務委託」（石塚秀雄）

○ No.45（2014.02.28発行）

副理事長のページ「非営利・協同論の探求（その２）」（坂根利幸）、会員寄稿「医学部の新設　被災地の復興考え県立で」（村口至）、事務局からのお知らせ（研究助成決定）、会員エッセイ「体験的マネジメント論―箇条書き風―」（道端達也）、「『所得保障なき生活困窮者対策』でいいのか？―最近のマスメディア報道を入り口に考える」（河添誠）、「フランスの社会的経済・連帯経済の規模」（石塚秀雄）

○ No.44（2013.11.30発行）

副理事長のページ「非営利・協同論の探求（その１）」（坂根利幸）、「2013年度医療福祉政策学校夏合宿に参加して」（髙山一夫）、「住民運動と関わってこの頃の焦り」（窪田光）、「生活保護改悪反対の現局面と文献紹介」（河添誠）「EU における共済の動向」（石塚秀雄）、「イタリア視察概要報告」（竹野ユキコ）

○ No.43（2013.08.31発行）

理事長のページ「はじめに行為ありき」（中川雄一郎）、副理事長のページ「地域医療の崩壊とたたかい」（八田英之）、「ディオバン問題の背景は」（高田満雄）、「ドイツ左翼と社会的経済」（石塚秀雄）

○ No.42（2013.05.31発行）

理事長のページ「経済学と倫理（２）」（中川雄一郎）、副理事長のページ「総研の10年と会計」（坂根利幸）、「アメリカの診療報酬債権投資詐欺」（石塚秀雄）、書籍紹介・細田満知子著『パブリックヘルス　市民が変える医療社会―アメリカ医療改革の現場から』（高山一夫）、「地域シンポジウム概要報告」（竹野ユキコ）、「沖縄の厳しい現実とともに、地域連帯の可能性を示したシンポジウム」（河添誠）

○ No.41（2013.02.28発行）

理事長のページ「経済学と倫理（１）」（中川雄一郎）、副理事長のページ「地域医療の再生と中核病院」（八田英之）、副理事長のページ「無料定額診療と『維新』票」（後藤道夫）、「ベネズエラの社会的生産企業」（石塚秀雄）、）「『貧困』報道の『貧困化』」（河添誠）、「参加報告　2013年冬期医療・福祉政策学校概要」（竹野ユキコ）

○ No.40（2012.12.31発行）

理事長のページ「シチズンシップ再考」（中川雄一郎）、副理事長のページ「非営利組織と消費税」（坂根利幸）、「スペイン・マドリッドの自治体病院の民営化とストライキ」（石塚秀雄）、「宇都宮健児さんとともにたたかった都知事選」（河添誠）、「ドイツ視察概要報告」（竹野ユキコ）、「各国の消費税」（石塚秀雄）

○ No.39（2012.08.31発行）

理事長のページ「少子高齢化社会と雇用問題（２）」（中川雄一郎）、副理事長のページ「説明できない事実は無視してよいのか」（八田英之）、「アメリカのオキュパイ運動の与えた意味―そして、日本の現在」（河添誠）、「米国、協同組合による雇用促進法案」（石塚秀雄）

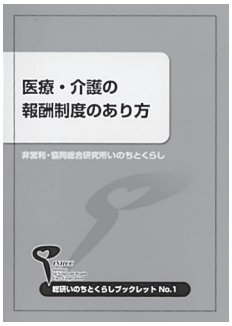
機関誌およびニュースのバックナンバーは、当研究所ウェブサイトからも御覧になれます。

総研いのちとくらしブックレット

総研いのちとくらしブックレットＮｏ．1
『医療・介護の報酬制度のあり方』

2004年２月発行、56ｐ

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

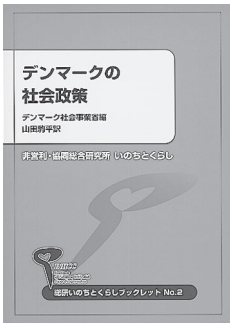


総研いのちとくらしブックレットＮｏ．2
『デンマークの社会政策』

デンマーク社会事業省編、山田駒平訳

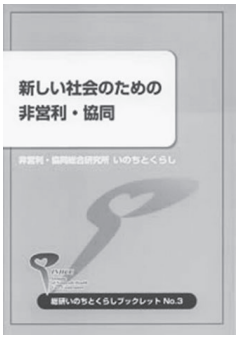
2004年５月発行、54ｐ

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



総研いのちとくらしブックレットＮｏ．3
『新しい社会のための非営利・協同』
（ISBN　978−４−903543−04−８、2008年３月５日発行、Ａ５判75Ｐ、頒価200円）

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

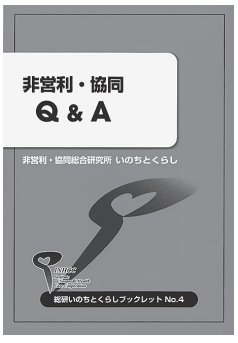


【目　次】

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

総研いのちとくらしブックレットＮｏ．4
『非営利・協同Ｑ＆Ａ』
（ISBN　978−４−903543−08−６、　2010年９月１日発行、Ａ５版116Ｐ、頒価300円）

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



【目次】

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

【ＦＡＸ送付書】

切り取ってお使いください
研究所のＦＡＸ番号：
03（5840）6568

□ 読者の声	機関誌や研究所に対するご感想・ご意見・取り上げて欲しいテーマなどをお寄せください（機関誌等に掲載することもあります）。
お名前・ご所属等	年齢　　才
ご連絡先住所	〒
電話番号・電子メールなど	

【入会申込 FAX 送付書】

切り取ってお使いください
研究所のＦＡＸ番号：
03（5840）6568

特定非営利活動法人　非営利・協同総合研究所いのちとくらし　入会申込書

・会員の別　　正会員（　個人　・　団体　）　　賛助会員（　個人　・　団体　）
・入会口数　　（　　）口

ふりがな	
団体名称または氏名	

※団体正会員の場合は法人･団体を代表して入会する個人名を､個人正会員の場合は所属･勤務先等を記入して下さい｡(団体正会員は､入会時に登録された個人が定款上の社員となります｡)
※団体会員で、登録する人物と実務担当が異なる場合は、担当者の氏名も記入して下さい。

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

※機関誌等の郵送先、連絡先を記入して下さい

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

※専門・主たる研究テーマまたは研究して欲しいテーマ・要望等を記入して下さい

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

【47号の訂正とお詫び】

前号の表紙と目次において、橘木先生のお名前表記が「橘木俊昭」となっていました。正しくは「橘木俊詔」ですので、ここにお詫び申し上げるとともに訂正いたします。

【次号49号の予定】（2015年１月発行予定）

・非営利ホールディングスと資金調達
・共同組織とコミュニティ、 その他

【編集後記】

医療･介護制度が抜本から変えられようとするなか、全体をとらえる視点を横山論文に示していただき、個別の問題を吉中論文や水戸部先生たちが主催したフォーラム報告などで扱いました。そうしたなかでいのちとくらしを大切にしたあり方を追求するために地域では何ができるのか、研究助成報告概要から示唆を得ることが出来るのではないかと思います。（竹）

【投稿規定】

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

１．投稿者

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

２．投稿内容

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

３．原稿字数

① 機関誌掲載論文　12,000字程度まで。
② 研究所ニュース　3,000字程度まで。
③ 「研究所（レポート）ワーキングペーパー」　30,000字程度まで。

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

４．採否

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

５．締め切り

随時（掲載可能な直近の機関誌に掲載の予定）

６．執筆注意事項

① 電子文書で送付のこと（手書きは原則として受け付けできません。有料となってしまいます）
② 投稿原稿は返却いたしません。
③ 執筆要領は、一般的な論文執筆要項に準ずる（「ですます調」または「である調」のいずれかにすること）。注記も一般的要項に準ずる。詳しくは編集部にお問い合わせください。
④ 図表は基本的に即印刷可能なものにすること（そうでない場合、版下代が生ずる場合があります）。

７．原稿料

申し訳ありませんが、ありません。

「特定非営利活動法人　非営利・協同総合研究所　いのちとくらし」
事務局

〒113-0034 東京都文京区湯島2-7-8 東京労音お茶の水センター２階
TEL：03-5840-6567／ FAX：03-5840-6568
ホームページ　URL:http://www.inhcc.org/　e-mail:inoci.@inhcc.org