

# 『医療破壊』—厚生労働省による棄民政策—

さわたいし  
澤田石 順

回復期リハビリテーション病棟勤務医

医療志民の会設立シンポジウム 2009年4月11日

## 概要

『医療崩壊』は医療現場におけるマンパワーの絶対数不足と低すぎる医療費による公的保険医療機関の全般的苦境である。私は厚生労働省が特定の患者の医療権を侵害する行政行為を『医療破壊』と定義するに至った。『医療崩壊』も『医療破壊』も原理主義化した医療費抑制政策の帰結ではあるが、後者は行政的犯罪行為と表現すべき重大な事態だと認識している。

『医療破壊』の始まりは2006年度からのリハビリ日数制限である。治療を日数で制限するという暴挙がもしも癌、高血圧、糖尿病患者等に対してなされたら猛反発のために速やかに撤回されたであろう。同年6月、多田富雄東大名誉教授(脳梗塞後遺症患者)らは44万筆の反対署名を厚生労働省に提出したものの撤回には至らなかった。2008年度からは日数制限後のリハビリに回数制限が設けられ、制限を越えたりハビリは自費(選定療養)とされ、加えて後期高齢者に関する差別的診療報酬が導入された。2008年10月から回復期リハビリ病棟の入院料は自宅や有料老人ホーム等(医師が不在のところ)への退院が6割未満だと減額されるに至った(成果主義)。もしも厚生労働省が胃癌患者の五年生存率7割未満の病院に関しては全胃癌患者への診療報酬を減額すると提案するだけでも社会問題となったことであろう。

現時点で『医療破壊』のターゲットは重度の障害者と高齢者(プラス認知症患者)という声をあげることが困難な弱者である。医師が必要と認める治療を日数・回数で制限すること、治療の結果により診療報酬を減額すること、年齢を理由に診療行為を制限すること。いずれも患者の医療権を侵害するものであるから、私は前2項に関して差止めを求めて提訴(行政訴訟)し、予定通りの門前払い判決を受けて控訴した。裁判そのものには大きな期待をしていない。肝要なのは『医療破壊』を阻止するための医師と患者・家族の協業としての運動である。

- 日本リハビリテーション医学会のアンケート(学会誌の2009年1月号)によると、回復期リハビリ病棟にかかわる医師の20%が『現状で選別している』、その50%が『選別する可能性がある』と答えた
- リハビリ棄民政策についての情報は <http://homepage1.nifty.com/jsawa/medical/> に膨大な資料が掲載されているのでご参照のこと

# 1 はじめに

- わたしは、唯一絶対神、同時に、<sup>やおろすのかみ</sup>八百万神を信じる
- 神はこの世を造りたもうた、人々が争わない限りは豊かに生きることができるように

## 1.1 患者の権利に関するリスボン宣言

法律、政府の措置、あるいは他のいかなる行政や慣例であろうとも、患者の権利を否定する場合には、医師はこの権利を保障ないし回復させる適切な手段を講じるべきである

世界医師会

## 1.2 私が真理とみなす言葉

人と人が結びつくことは善であり美である、人と人とを離反させることは悪であり醜である

トルストイ (ロマン・ロランへの返信)

*Bureaucracy is the form of government in which everybody is deprived of political freedom, of the power to act; for **the rule by Nobody is not no-rule**, and where all are equally powerless we have a **tyranny without a tyrant**.*

*Hannah Arendt, German-born U.S. political philosopher (1906-75).*

*On Revolution, ch.6 (1963)*

*Bureacracy, **the rule of no one**, has become the modern form of despotism.*

*Mary McCarthy, U.S. Author, critic (1912-89).*

*The Vita Activa, in New Yorker (18 Oct. 1958; repr. in *On the Contrary*, 1961)*

∞ 無人支配=無責任体制; 支配者は医療費抑制**原理主義**

# 2 医療崩壊

主として救急医療の現場。典型的なのは産科、小児科、すべての救急医療、外科系分野であり、これらの領域では人員の絶対数が足りなくなり、医師一人当たりの仕事量は増加するばかりで、どんどん撤退している。

定義 マンパワー不足および低医療費に帰因する医療供給の量と質の低下

現象 (事実)

1. 医師、看護師など過酷な勤務状況が年々悪化 (過労死増加、立ち去り型サボタージュ...)
2. 経営危機におちいる病院の増加 (公立病院の大多数は赤字、倒産する病院が激増...)

崩壊を加速させる社会病理現象

- 刑事・民事訴訟の増加 萎縮・防衛医療
- 一般市民が医療をサービス業と誤解する傾向の強化 (患者様意識、コンビニ受診、治って当たり前、結果が望ましくないなら医療ミスを疑う、説明に要する時間の長期化、説明文書作成が膨大に...)

## 2.1 医療崩壊の責任の所在

厚生労働省 1980年代から医師増加は医療費増加をもたらし、国家的な危機に陥るとして、医師数の自然必要数から削減と医療費の自然増の削減 (診療報酬削減) を推進 公的医療支出削減が原理主義化。経済財政諮問会議的な政策に抵抗するどころかほとんど鵜呑みしてきた

新自由主義の政治家や有力者 小泉 純一郎氏ら

経済財政諮問会議/財務省 社会保障充実が国家目標ではなく必要悪とみなす考え方

一般市民 (報道関係者も含む) 日本国の市民の大多数には公的精神が不足している。税金も保険料もできるだけ払いたくないが、サービスはもっともっと受けたいという意識。保険医療機関の人員も金も不足しているのに、医療の結果が悪いと医師個人の責任を追及する姿勢強化  
公的保険医療従事者 医師らの過酷な労働環境は20年以上前から悪化するばかりだが、使命感とやりがいと耐えてきた。長年にわたる厚労省不当な政策を天災とみなし、ほとんど無抵抗であった。「正しいことをしているならば、市民や政治家はわかってくれる」と幻想をいっていた。

## 3 医療破壊

定義 厚生労働省による差別医療。診療報酬に関する告示・通知により、医師 (医療チーム) が患者のために必要と判断する治療を制限するものである。対象は患者個人と保険医療機関。これは厚労省の明確な意思による。

厚労省の目的 一人当たり医療費の削減。医療資源が不足していることは理由ではない。

厚労省の口実 効率的ないし効果的な医療の実現、医療の「無駄」削減

厚労省の政策手段 : 憲法、健康保険法、厚生労働省令 (療養担当規則) に違反する診療報酬に関する告示・通知。告示・通知は議会の審査をまったく受けない。

厚労省の政策の本質 *Cost-saving, not life-saving*

1. 人権侵害、憲法違反、諸法令違反

2. 意図的な行政犯罪 (早期死亡と障害固定化の誘導 = 棄民政策)
3. 「困った時はお互い様」という日本民族の伝統的な慣習の否定

### 3.1 厚労省の差別医療政策の基本方針

1. 治りにくい患者への治療を入り口で遮断したり、日数や回数で制限し、それ以上の治療は医療機関または患者の自己負担でやれというもの
  - 2006 年度からのリハビリ日数制限がその始まり
  - 2008 年 4 月～: 「日数制限後」のリハビリ対象患者に関して、原則として月に 4 時間 20 分 (13 単位) を越えたりハビリは自費 (選定療養) とされた。混合診療禁止を唱えている厚労省が自費診療を導入したのだ。
2. 治療の結果による診療報酬の削減
  - (1) 2008 年 4 月～: 「日数制限後」のリハビリ患者に関して毎月毎月「良くなっている証拠書類提出の義務付け」 書類の内容からして「良くなって」ない場合は二ヶ月後に診療報酬は払わないとされる事例が増加している
  - (2) 2008 年 4 月～: リハビリ対象患者の中で「廃用症候群」(手術や肺炎のため寝たきりとなったリハビリを必要とする患者) に関して毎月毎月「良くなっている証拠書類提出の義務付け」 書類の内容からして「良くなって」ない場合は二ヶ月後に診療報酬は払わないとされる事例の増加
3. 2008 年 10 月から始まった回復期リハビリ病棟への偽装された「質の評価」(『成果主義』診療報酬)。自宅、有料老人ホームなど医者がいないところへの退院が 6 割未満の回復期リハビリ病棟は、全入院患者への一日当たり支払いが減額される。重症患者の入院が経営上のリスクとなってしまった。
4. 高齢者 (75 歳以上) と障害者 (65 歳以上) に関する差別医療
  - (1) 退院の促し: 実際に退院したら病院に 2000 円払う等
  - (2) 後期高齢者終末期相談支援料: 急変時や終末期にどの程度の医療行為をするかについての文書作成に 2000 円払う制度。対象が高齢者と障害者のみなことから、厚労省の意図が知られてしまった 猛反発のため 7 月 1 日から凍結された
  - (3) 後期高齢者特定入院基本料: 救急病院に入院後 91 日目から、一日当たり入院料の削減、検査や治療費用は病院負担、平均在院日数計算の対象化 猛反対を受けた与党が決断。ただし、脳卒中後遺症や認知症患者に関してのみ、退院を「支援」する書類を毎月社会保険事務所に提出し認められた場合は対象としないと「見なおし」(9 月 5 日の厚労省通知)

## 3.2 厚労省の標的

### 3.2.1 現時点

#### 1. 障害者、認知症患者、高齢者

これらの患者は声を出して抗議する能力に乏しい。故にターゲットとしてもっともふさわしいと厚労省は判断した。実際に、抗議の声はあまりない。

#### 2. 重症患者の治療を積極的に実施する良心的な医療機関

特に、重症や高齢の障害者の入院を断らない回復期リハビリテーション病棟が標的。患者のために「必要」な医療を提供すると、病院の収入が激減して倒産するか、重症患者や高齢者の治療を制限するか、人減らしするかの選択を迫られる。

### 3.2.2 将来

生活習慣病やメタボの人々に拡大される懸念。こんな政策が現実になる危険が大。

- タバコを吸う人に関して医療機関に払う費用を 2/3 に減額
- 糖尿病治療においてインスリンは一日 30 単位を越えたら自費負担
- 末期がん患者の治療に関しては、90 日までしか治療をみとめない
- 胃癌の五年生存率が 7 割未満の病院に関しては、治療に必要とした費用支払いを 2/3 に減額
- 肺炎患者を治療して死亡した場合は、医療機関に払う費用を 2/3 に減額
- 高血圧患者に関しては 360 日以降の血圧降下薬は自費
- 標準体重を 30 % 越える人に関して、医療機関に払う費用を 2/3 に

現時点では、このようなことを厚労省がやるとほのめかしただけで、大反発は必至。しかし、日本の市民や医療従事者が「障害者、認知症患者、高齢者」に対する差別医療を放置し、慣れてしまうならば、このような蛮行も実現される可能性が大である。

## 4 『医療破壊』中止のための行政訴訟

私はりハビリ日数制限差止め訴訟 (2008/3/18)、偽装された成果主義診療報酬差止め訴訟 (2008/4/11) をおこした。前者は「原告適格なし」、後者は厚労省告示には「処分性なし」との理由で却下 (門前払い) された。共に東京高等裁判所により「門前払い」(私の主張についての違法性判断なし) され、既に後者は最高裁判所に上告受理申立書を提出した。ともあれ、行政事件訴訟法による解決には時間がかかりすぎることが明確となった。

#### 4.1 両判決の意義 (特に確定した場合)

1. 行政事件訴訟法は行政行為の内容の違法性を問うための法律であるが、被害を受けた私人が提訴しても「門前払い」(原告適格なし、ないしは処分性なし)されることが多かったため、平成16年に「市民の被害を広く救済」するという趣旨で改正された。しかし、この度の判決はその趣旨に沿っていない。
2. 診療報酬に関する厚労省告示の内容がいかなるものであっても、それは行政行為(処分)にはあたらないので行政訴訟として成立しない。理由は、診療報酬に関する告示は「一般的かつ抽象的」であり、特定の者を「処分」するものでないからとの。(もちろん、私は診療報酬についての告示は個別的・具体的な規定であり、そうでなければ請求額を計算できないと主張)もしも、「肺炎を治療して死亡したら診療報酬を払わない」、「糖尿病患者のインスリン治療は一日30単位を越えたら全額自己負担」、「透析に関する診療報酬は70才を越えたら5割しか保険では払わない」...このような治療の「数値による制限」や「治療の結果」による制限がなされても何人も法的には問えないとしたら恐るべきこと。
3. 診療報酬に関する厚労省告示の内容により医師が必要と認める医療が制限されても、医師には法的に争う資格が無い。これでは医師が患者を救うための手段がない。中医協という厚労省の偽装審議会もどきが存在しているが、現場の医師らの要求がほとんど届かない。
4. 診療報酬に関する厚労省告示により被害を受けた患者・家族には提訴する資格があるしもしれない。しかし、患者・家族の場合は不服審査前置主義という制約があり、行政訴訟は不服審査請求が否定されてからしかおこせない。そもそも被害が発生してからでは、特に死亡した場合はたとえ勝訴しても「回復不能の損害」となってしまう。患者・家族が違法な告示を取り消す訴訟をすることはできにくいと考えられ、基本的には支払い基金等に対して「患者Aに関するB医療機関への診療報酬支払いを無効とした処分の取消を求める」ものになると考えられる。すなわち、患者一人の救済のみにとどまることであろう。

これに対して医師が告示の「差止め」を求めることには意義がある。告示が存在し続ける限りは、患者の被害は繰り返し発生するのであるから医師の資格で「将来の回復不能の損害を防止」するために告示自体を「違法」として「差止め」を求めるのであるから。
5. 健康保険法の第七十六条および国民健康保険法の第四十五条は『保険者は、療養の給付に関する費用を保険医療機関又は保険薬局に支払う』と規定している。すなわち、診療報酬とは医療機関が診療に要した費用を保険者(国保や被用者保険)が支払う金額である。両法とも『前項の療養の給付に要する費用の額は、厚生労働大臣が定めるところにより、算定するものとする』と規定している。厚生労働省が診療行為に対して保険から費用を支払う上限日数を規定したり、診療行為の結果次第で保険から支払う費用を減額する告示を発することは、両法とも明示的に禁止してはいない。しかしながら、上限日数を越えた診療行為の"費用が減じるわけではない"し、診療行為の"結果"が"厚労省にとって望ましくなくても"医療機関が既に支出した"費用は変わらない"。

従って、診療行為の費用への支払いを日数で制限したり、診療行為の結果いかんで実際に医療機関が支出した金額についての支払いを減額することは『保険者は、療養の給付に関する費用を保険医療機関又は保険薬局に支払う』という両法の明文規定に違反している。

裁判官は、健康保険法の第七十六条および国民健康保険法の第四十五条で明確に定められていること、すなわち『診療報酬とは診療に要した費用を保険から支払う金額である』という常識的かつ妥当な規定をまったく考慮しなかったと考えられる。この常識的かつ法に定められた見方を基礎としたらば、『厚労省告示には処分性がない』ないしは『医師には厚労省告示に関して原告適格がない』との判断には至らなかったと思われる。

両法は厚生労働大臣に白紙委任状を与えたものではない。如何なる内容の告示も適法・合憲と規定しているものではない。

確かに、両法は厚生労働大臣に裁量権を与えているが、告示が裁量権を逸脱しているか否かの法的判定は、憲法、法律、政令、省令に依拠しなければならない。

両訴訟において(国民)健康保険法の明文規定に関して言及するべきであった。また、厚生労働大臣の裁量権の範囲はどこまでかということに関して訴状で言及すべきであった。

6. 東京地方裁判所は「患者が医療を受ける権利」および「患者のために医師が医療をおこなう権利」(共に憲法 25 条を根拠とする医療権)を間接的に否定した

7. (国民)健康保険法に以下の明文規定を追加する必要が生じた

- 厚生労働大臣は診療報酬の計算方法に関する告示において、診療行為の日数ないし回数を制限してはならない
- 厚生労働大臣は治療の結果に応じて診療報酬を増減する告示を発してはならない
- 厚生労働大臣は年齢等の個人には変更不可能な属性を理由に、診療行為を制限してはならない

8. 行政事件訴訟法に条文を追加する必要が生じた

(1) 行政官庁が告示ないし通知の形式で定める内容が、不特定多数に関するものであっても、その実質的な効果が具体的・個別的(曖昧さの余地なく一義的に解釈可能)であれば、告示ないし通知は行政処分と解される

(2) この範疇に属する告示に拘束される公的サービス提供者および同サービス受益者の双方共原告適格を有する

診療報酬に関する厚生労働大臣告示は、例えば A という薬品の保険点数は B 点と明確に定めており、回復期リハビリ病棟に入院して 180 日までの入院料は 1690 点、181 日以降は 750 点などと具体的・個別的に定めている。

## 5 法廷外活動と厚労省の反応

### 5.1 活動の足跡

最初から裁判そのものにより厚労省の暴挙を中止させることができるとは考えてなかったため、リハビリ棄民政策を告発する言論活動を中心とした。提訴した日には司法記者クラブで会見したが既存メディアは全く取り上げず、オンラインメディアの so-net m3 だけが報道した。m3 の効果は絶大でホームページのアクセス数が激増し、多くの医師ブログに取り上げられ、全国から応援メールが寄せられた。実は報道機関へのメール・FAX は提訴前にのみ行い、以後はあえてこちらからは一切連絡しなかったが、テレビ局のディレクター等から事情を直接聴きたいと連絡が来るようになり、6月からは月に4回程度、報道関係者に平均約3時間事情説明。一度テレビや週刊誌でリハビリ棄民政策が取り上げられると相乗効果が生まれることを実感した。

**患者と医療人との協業** 多田先生、ポリオの会の方々、「リハ医の独白」先生とは今日まで継続して情報を提供しあい、協業している。多田先生は読売新聞(落葉隻語に三回)、朝日新聞(私の視点)、日経メディカル等にリハビリ日数制限・成果主義は棄民政策だと幾度も告発文を發表された。全国医師連盟はホームページ(<http://doctor2007.com/>)で応援してくれたが、肝腎のリハビリ医学・医療関係諸団体の反応は皆無。

**国会議員** 民主党および社会民主党の複数の国会議員には継続的に情報提供しており、リハビリ棄民政策の廃止が両党のマニフェストに明記される可能性が高まっている。

**講演活動** 全国医師連盟の設立集会、東京および神奈川県保険医協会、全日本民医連、医療制度研究会、現場からの医療改革推進協議会、医療危機を考える懇談会、医師のキャリアパスを考える医学生の手帳など。

**報道** この一年余りで、約70名の報道関係者と関係ができ、継続的に情報を提供している。フジテレビの特ダネ、週刊文春(3回)、BBS World News、TBS(朝ズバ×2回、イブニングファイブ、報道特集NEXT×2回)、NHK(You-DOKI ネットワーク)、月刊保険診療、リベラルタイム、日経グローバル、東京新聞、「日本の論点2009」がリハビリ棄民政策を報道・掲載した。

### 5.2 厚労省の見解

新聞、テレビ、週刊誌等が幾度もリハビリ棄民政策を取り上げ、厚労省のコメントが時おり紹介されたが、同省は「リハビリ日数制限を超えても医師の判断で継続できるので問題ない。成果主義による患者の選別はおこってない」と虚言を繰り返すばかりであった。ある新聞記者は私と厚労省官僚の対決を提案したが「係争中の人物とそれはできない」と拒否した。官僚は自らの過ちを認めることが原理的にできないという当然のことが確認されたのであった。

## 6 おわりに

- 医療崩壊というものは現象であり、差別的要素なき、全患者、全保険医療機関の苦境である。もちろん厚労省の意図的な政策によるが。
- 医療破壊は、厚生労働省の意図的な行政行為。医療破壊は特定の患者と良心的な保険医療機関に対しての差別であり、治りにくい患者は治療するな、日数や回数を制限するというもの。
  - 現時点で「特定の患者」は障害者、認知症患者、高齢者
  - 現時点で医療破壊の対象となっている「良心的な」保険医療機関は重症・高齢の障害者へのリハビリを断らない回復期リハビリ病棟(病院)や日数制限後も外来でリハビリをする保険医療機関など。
- 『医療破壊』はすべて癌である。癌は放置すると増殖し、死をもたらすものであるから、小さいうちに芽を摘み根絶やしにしなければならない。現時点で、診療報酬制度における癌は、治療の日数・回数制限、成果主義診療報酬、後期高齢者差別の三種類である。

### 6.1 厚労省の官僚へ

官僚には重大な責任がある。しかし、官僚に対する怒りはすでに消滅した。単に官僚を直接的に相手にすることは無駄だとみなしたからではない。医療費抑制原理主義という病気に罹患した病人達と可哀想に感じているからでもない。官僚は文字と数値しか知りえなく、そのような無機質な情報しか理解できない、つまり生の知覚を書いているからなのだ。

現場の医師らは聴覚、触覚、臭覚、表情としぐさについて視覚を日々受けている。しかし、官僚はそのような現実感覚から遮断されており、生の現場に出向く意志が消極的でないどころか必要と考えてもいないし、必要と感じてもない。この無作為において、官僚の意志、思考および感情は見事に一致している。

人間は「感覚に依拠する感情」、思考、そして意志によって行動する存在だ。他者のあるいは自らの思想によって行動をすることもあるが、出発点は感覚に依拠する感情であろう。もちろん感情そのものは過ちをもたらしかねない働きだが、その出発点が欠如しているのが官僚という存在である。

厚生労働省の官僚に求める。

- この澤田石に文句があるならば、メールでもなんでもよいから、直接抗議せよ
- 医療現場に足を運べ、大歓迎されるであろう
- 全国回復期リハビリテーション連絡協議会などの全国組織のトップの連中を信用するな

## 6.2 今後の課題

- 医療人は『医療崩壊』だけでなく『医療破壊』という厚労省の蛮行を認識し広く社会に知らせ、必要な政策を訴え、野蛮な政策の中止を唱えていく
- 今度の衆議院選挙は疑いなく「困った時は自己責任」から「困った時はお互い様」へと方向転換できるかどうかの“平成の「関が原」”。リハビリ棄民政策は非正規雇用増大政策と根は一つ。選挙で一挙に解決すべく、野党に対して「リハビリ棄民政策廃止をマニフェストに明記することにより百万単位で票を獲得できる」と訴え続けると共に、与党に対してもその非道性を警告していく。市民の生命と生活にかかわることを政争の具にしたくないだけでなく、有効であろうからの両面作戦である。
- 一般市民、代議士、報道関係者などは『医療崩壊』と『医療破壊』について自らのこととして、さらに社会問題として認識を深める努力をすること。『医療崩壊』と『医療破壊』の進行を財政問題故に容認するか、あるいは『医療崩壊』と『医療破壊』から『医療再生』のために医療人と協業していくかを決断する

## 6.3 参考文献・ブログ等

- 『わたしのリハビリ闘争』 多田富雄 青土社
- 『寡黙なる巨人』 多田富雄 集英社
- 『脳卒中を生きる意味』 細田満和子 青海社
- 『医療改革』 二木立 頸草書房
- 『リハビリテーション』 上田敏 講談社 Blue Backs
- 道免和久教授 (リハ医学) の CRASEED Rehablog <http://blog.goo.ne.jp/craseedblog>
- リハビリ診療報酬改定を考える会を中心とするメンバーのブログ <http://blog.goo.ne.jp/rehakaitai>
- 「ポリオの会」のホームページ <http://www5b.biglobe.ne.jp/~polio/>
- 「リハ医の独白」ブログ <http://d.hatena.ne.jp/zundamoon07/>
- 「カズ食堂」ブログ <http://rehabilidogenka.blog54.fc2.com/>
- 『病気になったら死ぬというのか』 矢吹紀人 大月書店
- 『日本の論点 2009』 文藝春秋社 (澤田石の言説掲載)
- 『医療崩壊はこうすれば防げる』 本田宏編著 洋泉社 (澤田石の言説掲載)
- 『人間回復の経済学』 神野直彦 岩波新書
- 『手厚いセーフティーネットが強い国を作る』 神野直彦 <http://business.nikkeibp.co.jp/article/manage/20090105/181859/>
- 『分権型社会における地域経営』 神野直彦

- [http://www.masse.or.jp/~jichiosaka/issue/issue19\\_7/200707\\_p19.pdf](http://www.masse.or.jp/~jichiosaka/issue/issue19_7/200707_p19.pdf)
- [http://www.masse.or.jp/~jichiosaka/issue/issue19\\_8/200708\\_p29.pdf](http://www.masse.or.jp/~jichiosaka/issue/issue19_8/200708_p29.pdf)
- [http://www.masse.or.jp/~jichiosaka/issue/issue19\\_9/200709\\_p14.pdf](http://www.masse.or.jp/~jichiosaka/issue/issue19_9/200709_p14.pdf)
- 『社会的共通資本』 宇沢弘文 岩波新書
- 「社会的共通資本としての医療」 宇沢 弘文 [http://www1.doshisha.ac.jp/~rc-socap/publication/7iryo\\_uzawa.pdf](http://www1.doshisha.ac.jp/~rc-socap/publication/7iryo_uzawa.pdf)
- 『もうひとつの日本は可能だ』 内橋克人 光文社
- 『人間の条件』 ハンナ・アレント ちくま学術文庫
- 『革命について』 ハンナ・アレント ちくま学術文庫
- 『責任と判断』 ハンナ・アレント 筑摩書房
- 『政治の約束』 ハンナ・アレント 筑摩書房
- 『隷従への道』 F.A. ハイエク 東京創元社
- 『アメリカン・マインドの終焉』 アラン・ブルーム みすず書房
- 『われわれ自身のなかのヒトラー』 マックス・ピカート みすず書房
- 『河合栄治郎全集 第十六巻』 社会思想社
- *Conjectures and Refutations* Karl Popper Routledge
- *Open Society and Its Enemies* Karl Popper Routledge

名前	<sup>さわたいし</sup> 澤田石 順 (1962 年、秋田県五城目町生まれ)
職場	〒257-0001 神奈川県秦野市鶴巻北 1-16-1 TEL 0473-78-1311 FAX 0463-78-5995
自宅	〒227-0048 神奈川県横浜市青葉区柿の木台 10-5-503 TEL/FAX 045-971-3572 携帯 090-1777-9380
ホームページ	<a href="http://homepage1.nifty.com/jsawa/medical/">http://homepage1.nifty.com/jsawa/medical/</a>
ブログ	<a href="http://d.hatena.ne.jp/sawataishi/">http://d.hatena.ne.jp/sawataishi/</a>
e-mail	<a href="mailto:jsawa@attglobal.net">jsawa@attglobal.net</a>