

目次

- 巻頭エッセイ：真実の物差し……………大島 民旗 1
- 特集：地域医療構想と自治体病院統廃合
 - ・地域医療構想の現段階～地域医療と自治体病院 WG 中間報告～
……………八田 英之 2
 - ・全国最低水準の千葉県の医療提供体制—コロナ禍でも自治体病院の役割発揮—
……………長平 弘 8
 - ・京都府における病院統廃合の現状と医療守る地域の取り組み
……………松本 隆浩 13
 - ・青森県西北五地域医療調査報告 2022.5……………村口 至 23
 - ・多死社会のなかでの地域医療と ACP を考える ……………早川 佐知子 35
- 論文・投稿論文
 - ・フィンランドの介護人材養成—共通資格制度（ラヒホイタヤ）の事例と日本の現状—
……………小磯 明 42
 - ・投稿論文：利用者の QOL 向上のために介護福祉士に求められるコンピテンシーと養成（教育）上の課題—デンマークの社会保健アシスタントとの対比から—
……………高木 剛 50
- 新連載
 - ・＜「もの書き百歳」のすすめ・1＞もの書き、手紙、そして歴史認識
……………野村 拓 61
- 書評
 - ・『いのち・地球を未来につなぐ～これからの協同組合間連携』石田正昭編著、家の光協会
……………中川 雄一郎 68
 - ・研究助成報告一覧、機関誌・ニュースバックナンバーなど……………49、70、75

表紙写真：長野県・野辺山（撮影：前沢淑子）

真実の物差し

大島 民旗

日本では65歳以上になっても4分の1の人が働いている(25.3%)が、OECD平均は12.3%だそう。同じ資本主義国でもイタリアは5%台、フランスに至ってはたったの3%台となっている(出所: ILO 統計65歳以上人口に対する65歳以上の就業者の比較、2019年)。このことは何を意味しているのか? 日本では老後の保障が不十分で年金額も低い、働き続けられないと生活できない人が多い、もっと高齢者に対する福祉を充実させないと、という主張が成り立つだろう。日常的に診察室で高齢者と接している私の経験でも「働かんと食うていかれへん」が、私が最も遭遇する回答である。一方で、日本国民は年をとっても勤労意欲を持ち続けている勤勉な国民性である、これを活かしてもっと高齢者の労働力としての活用を、と主張する方もいるだろう。

ロシアによるウクライナへの攻撃は激しさを増しており、民間人の利用する小学校や集会所も容赦なく爆撃を受け、幼い子どもも含め多くの人々が命を奪われている。テレビでは連日家族を失って茫然自失となったウクライナの人々の悲しみに暮れる姿を放映している。だが振り返ってみると、2003年に当時のアメリカのブッシュ大統領がイラクのサダム・フセイン大統領による生物・化学兵器等の大量破壊兵器の保有とイラク国民に対する圧政からの解放を理由にイラク戦争を始めたが、テレビを通じて私たちが目にしたのは夜空を赤く照らすイラクを爆撃する映像で、空襲を受けて逃げ惑う市民や家族を失って泣き叫ぶイラクの人々の姿はほぼ目にした記憶がない。戦争である限り

間違いなくそうした人たちは存在したはずなのに。

先般テレビドラマにもなった「ミステリと言う勿れ」(田村由美)というマンガがある。主人公の久能整(くのう・ととのう)は一見普通の大学生だが様々な事件に巻き込まれ、そこで刑事顔負けの推理力を発揮して事件の真相に迫っていく。その言葉に妙に説得力があり、テレビドラマでは菅田将暉が演じて、マンガの人物像と似ているか似ていないかでちょっと話題になった。で、その久能君が青砥という刑事の「真実の一つなんだ」という言葉に対して、「真実は人の数だけある」「事実一つ」と語る場面がある。

多くの事実に対して何を真実ととらえるかどうか、何も基準がないと「どっちもどっち」の不可知論に陥ってしまう。日本における物差しが日本国憲法であり、世界的には国連憲章や国際法がこれにあたる。コロナ禍で職を失い食っていけない人や、医療機関にかかれず命を落とす人が生まれるのを「けしからん」とジャッジする明確な物差しが憲法なのである。その物差しが変わってしまえば、「正義」自身が歪んでしまう。長年この憲法の中で暮らすことで、変わったらどうなるかという想像がつきにくくなっているのではないだろうか。変わったら元に戻すのに相当の労力を要するのは間違いなく、改めて人間固有の能力といわれる「想像力」をかきたてる時だと強く感じる。

(おおしま たみき、全日本民医連副会長・淀川勤労者厚生協会副理事長・医師)

地域医療構想の現段階～地域医療と自治体病院 WG 中間報告～

八田 英之

はじめに

当ワーキンググループ（WG）は、「医療崩壊」が深刻となりはじめた2005年にスタートした。その後、『自治体病院の経営分析』（2006）、『地域医療再生の力』（2010）、『地域医療と自治体病院をめぐる住民運動』（2013）、『地域の医療供給と公益性—自治体病院の経営と役割』（2015）、『地域医療と自治体病院—展望を岩手から学ぶ—』（2017）、などのまとめを発表してきた。

政府は現在、2012年の「社会保障・税一体改革法」によって、消費税増税と社会保障費削減を一貫して進めている。医療費については、患者負担増などによる受診抑制とともに、医療供給体制の縮小再編成を医療費削減の重要な手段としてきた。2014年、医療介護総合確保法（数十の関連法を一本の法律で改正）によって、医療法を改正し、都道府県に地域医療構想の作成を義務付け、医療機関に病床機能報告義務を課した。これは各医療機関が、自らの病床が高度急性期、急性期、回復期、慢性期のいずれの機能を果たしているか、自らの判断で申告するものである。

2025年をめざす地域医療構想は、2016年度に各県の計画が出そろった。この後、地域医療圏ごとに、地域医療構想調整会議がつくられ、それぞれの医療機関がどのような機能を果たすべきか、議論して決めていく仕組みが作られた。

一方、自治体病院等公立・公的医療機関については、総務省が主として財政面での改善を迫る病院ガイドラインを提示して再編統合を迫ってきた。そして2019年9月26日、厚労省は「再編統合について特に議論が必要」とする424病院のリストを公表した。この年、3月時点で公立病院の95%、公的病院の98%が地域医療構想を踏まえた具体的対応方針について、地域医療構想調整会議で合意がなされていた（注1）。にもかかわらず、その合意内容が現状とほぼ変わらないために、厚

労省はあえて「再検討」を迫ったのである。厚労省の一時的なやり方に対して、自治体を含めて広範な批判の声が上がり、名指された病院を守ろうという住民の運動も新たな盛り上がりを見せた。こうした批判と新型コロナウイルスの影響もあってか、当初2020年に予定されていた「再検討」の結果報告は延期されたままになっている。しかし、2022年度診療報酬改定は、病院の再編成に向けて、厚労省が引き続き執念を燃やしていることを示した。

この時点で地域医療構想はどこまで進んでいるのか、病院を4つの類型に分けることがどんな影響を住民患者にもたらすか、一定の整理を行い、当WGの課題を明らかにしたい。

（注1）長友薫輝「地域の病院は命の砦」自治体研究社2020 P35

1 病床再編成はどこまで進んだか？

まず、2016年完成の2025年度に実現しようと意図された病床計画とそれぞれの病院が毎年7月1日時点で提出する病床機能報告を対比してみる（次表参照）。

	A <地域医療構想各県の計画合計>	B <病床機能報告(注2)>	B - A
高度急性期	130,455	158,610	28,155
急性期	400,632	538,492	137,860
回復期	375,240	184,769	△190,471
慢性期	284,488	335,262	50,774
合計	1,190,815	1,217,133	47,258
2022一般病床	887,229		
療養病床	281,839		
合計	1,176,865		

（注2）B 病床機能報告は、毎年7月1日時点で報告されている。しかしこれの全国集計は公表されていない。厚労省が発表しているのは各医療機関の報告をそ

のまま載せたものだけである。各県は集計結果を公表しているが、その発表時点は2017年から2021年までまちまちである。従ってこの表の病床機能報告の数字は、筆者が各県の公表している数字をまとめたもので、例えば2021年7月1日時点の報告集計のようなものではない。しかし、それとBに大きな差異はないと思われる。なぜなら2025年の各病院の予定する機能の報告を集計している県は22県あるが、その2025年の高度急性期病床はB機能報告の数字より504床の増、急性期は△14,887床（報告より4.8%減少）であり、現状維持が強く志向されているからである。全国集計が公表されていない理由は不詳であるが、計画と報告の乖離が大きく、物議を醸すことを厚労省が懸念したのであろうか。

<2025年計画と病床機能報告>

表から解ることは、病院は高度急性期や急性期の医療を現在行っており、それを続けたいと思っているということである。高度急性期病床は、医療圏にそれがゼロのところもあり、そうしたところでは高度急性期の病床を作らねばならない。地域医療構想調整会議で議論し、それぞれの病院の役割と連携を確認していくというやり方で2025年の数値に達する保証はない。急性期病床も22県のデータからすれば、全国で削減を予定しているのは3万床に満たないであろう。慢性期の病床もAとBでは差があるが、療養病床はこの報告の数字、Bよりかなり少ない。病院の選択によって目標に近づけていくための手段は、社会的な圧力をかけるか（424病院の名指しはそれを狙ったのかもしれないが、結果は逆効果であった）、診療報酬制度による誘導ぐらいしか筆者には思い浮かばない。後者については、2022年度診療報酬改定との関連でのちに述べる。

<病院機能の現状と2025年計画>

病院の4類型は、現在の診療報酬上の制度では、おおむね急性期がDPC病床（高度急性期と急性期は明確には区別されない）、回復期リハビリテーション病床と地域包括ケア病床が回復期、療養型病床が慢性期に相当する。

2022年2月末の療養病床は、281,839床であるから2025年までの削減計画を2,649床超過達成している。

回復期リハビリテーション病床（2019年時点約9万床）地域包括ケア病床（約18万4千床）の合計は、28万床未満である。計画に達するためには、さらに10万床程度を急性期から移行させなければならない。一方、先に見た病床機能報告では、回復期と自認している病床数は18.5万床であった。すなわち、人手不足や患者が治りきるまで診たいなどという思いから診療報酬上は地域包括ケア病床を選択しても、病床機能としては急性期を担っていると自らは考え取り組んでいる病院の病床数が、9万床程になるということである。例えば、在宅ケアの患者が急変した時、この病床に受け入れ、急性期の病床に移したり、場合によってはより高度な医療を行う病院に紹介するというやりかたをしていたり、田舎の病院で外科・整形外科などの病院が、手術は出来高払いなので、看護体制が少なく済む包括ケア病床を選択する場合もあるであろう。

DPC 病院病床は、現在48万床～49万床とされている。2025年計画の高度急性期と急性期の病床合計は約53万床であるから、それとは4～5万床の差があることになる。もちろん、あえてDPC病院にならずに急性期医療に奮闘している病院もあるであろう。しかし、この数字は急性期病床がむしろ不足しており、急性期病床を減らす理由はないことを示しているのではないか。

<病床削減と病床再編>

現在、医療施設動態調査で公表されている病床種別は、精神、感染症、結核、療養、一般の5種類である。病床機能報告の高度急性期、急性期、回復期の病床は一般病床である。2022年2月末の調査概数は、一般病床は887,229床である。2025年計画では906,327床であるから、現状は病床減らしの政策を続けてきた結果（1994年より36万床以上減少した）、計画の必要病床数より19,098床不足している事態となったのである。ただし、最近の減少のテンポは緩やかになっている。

しかしこれは医療圏ごとに計算されるので、筆者の住む千葉県で言えば、安房・夷隅などの医療圏は病床過剰地域であり、増床はできない（必要病床と基準病床）。人口の多い東葛地域などで必要とされるのは回復期や療養病床などであろうが、

これは既に過剰に近づいており（全県での差は440床の不足）、土地の値段とのかかわりもあってやはりほとんど増床できないと思われる。

実は、計画の作られた2016年の一般病床数は、全国で891,398床であり、計画病床数はこれを上回っていた。療養病床は328,161床であったから、これは43,673床減らす計画であった。地域医療構想の主眼が病床機能の再編成に置かれていたことは、当初から明らかであったし、それを批判するうえで「急性期医療のベット減らし」という意味で「病床削減を主な手段とする医療費削減政策」などと表現されてきたのであるが、今日的には改めて「機能別再編成」の意味するものを医療圏ごとに具体的に明らかにし、住民要求を対置していくことが必要であろう。

2 地域医療構想の推進による医療費削減効果は？

2016～2021年に一般病床の減少は4,101床であった。1床当たりの診療収入を一般的な急性期病院のそれ、4.5万円とすれば1年間で6,736億円ほど削減できることになる。しかし、実際に削減されたのは、人手不足などによる休眠病床などが多く、それほど医療費を削減する効果はなかったであろう。厚労省の狙いは、高度急性期と急性期病院を回復期病床に転換させることにある。4類型への病床再編成がされたとして、医療費はどうなるのだろうか？一般に言われるところに従って計算してみた。

計算の想定は、高度急性期については2017年度の特設機能病院の一日患者一人当たり収入（日当円）、急性期については現在4万円ないし5万円と言われているので4.5万円とした。回復期は回復期リハビリテーション病床と地域包括ケア病床の平均的なところで3万円とした。同様に療養型は2.6万。病床利用率は高度急性から回復期までを75%、療養型を80%とした。

高度急性期

$$130,455 \times 7.5 \times 365 \times 0.75 = 2兆6,784億円$$

急性期

$$400,632 \times 4.5 \times 365 \times 0.75 = 4兆9,353億円$$

回復期

$$375,240 \times 3 \times 365 \times 0.75 = 3兆816億円$$

慢性期

$$284,488 \times 2.6 \times 365 \times 0.8 = 2兆1,598億円$$

合計

$$12兆8,938億円$$

このほかに精神病床・感染・結核などの病床があるのでそれを2兆円弱とすれば、2018年度の入院医療費が16兆5,535億円であるので、2兆円近く医療費を減らせることになる。だが、これは病床利用率や日当円の想定で大きく変化するものであり、それほど削減効果があるかどうかは、疑問である。

また、病院を統合する際に10%以上病床を減らせば補助金を出す仕組みまであるが、10%程度の減床で医療費削減効果はあるのだろうか。統合された病院は当然医療内容を高度化させていく。そうでなければ医師が集まらない。病床削減効果よりも高日当点化による医療費増加の方が大きい可能性もある。

一方、回復期リハビリテーション病床も地域包括ケア病床もおよそで言えば、急性期病床に較べて、医師は3分の1、看護師は2分の1の人員配置で済む（実際には細かく人員体制などによって報酬区分されている）。これはたしかに長期的に見れば、医師・看護師不足に対する「回答」となり、医療費抑制の効果があるであろうし、いわゆる働き方改革と連動していよう。

3 診療報酬と病院の4類型への再編

高度急性期から慢性期までの4類型は、現在は診療報酬上の制度である。高度急性期と急性期の病院は殆どがDPC（1入院1疾患という考え方の手術などを除く急性期医療の包括払い、入院期間は平均15日程度）病院である。2020年6月時点で病床数では48万床以上がDPCである。回復期は回復期リハビリテーション病床（入院期間最長180日）と地域包括ケア病床（60日まで、平均25.5日）であるが、これらは人員体制などでいくつかの段階に区分された定額制である。ここでは先に述べたように急性期の病院に比して、人が少なくても良い人員基準

になっている。療養病床はさらに少ない。診療報酬改定のつどこれらの施設・人員の要件・基準が操作され、例えばDPCの平均在院日数、医療、看護必要度が引き上げられるのに対して対応できなければ、回復期に移るか、病床を減らすという対応をせざるを得なくなる。

DPC要件をクリアするのは容易なことではない。人員体制や平均在院日数は何とかなったとしても、医療、看護必要度はそうした状態の患者が集まらない限り、クリアできない。そこで一つの病院の中で急性期病床と地域包括ケア病床などに機能分化させることになる。

ところが、2022年診療報酬改定は、地域包括ケア病床として認められる要件に、自院以外からの入院が40%必要という要件を加えた。そのために中国地方のある公的病院は地域包括ケア病床に移行するのを断念し、病床を削減する選択をせざるを得なかったという。しかし、このような改定は回復期病床を増やす計画とは矛盾するのではないか。このような診療報酬による締め付けで病院に選択を迫るやり方は、結局必要病床さえ確保できない事態を生むのではないか？

4 かかりにくさの進行、とくに高齢者の

新型コロナにかかった高齢者の入院が困難になったことは直近の記憶である。筆者が理事長をしている社会福祉法人にも役所から「入居者が感染しても入院が困難なのでできるかぎり、施設内で対処してほしい」と言ってきた。「病気になった時に必要な医療を受けることは国民の権利ですから、本人・ご家族の意向によって対処させていただきます」と答えたが、高齢者が入院での積極的な医療を受けられないという事態が、地域医療構想が進行する中で常態化するのではないかと懸念されている。

DPC病院での入院は1入院1病名が原則であり、手術などを除く看護料、薬、検査、放射線などは入院基本料にすべて含まれる。病院経営を維持していく立場からは、高価な薬は使わず、出来るだけ検査は少なくということになる。いくつかの持病を持つことが多い高齢者には持参薬が求め

られる（入院の理由である主病名に関する薬の持参は認められていない）。

また、入院時に全身状態をチェックするための検査は、DPC以前は入院初日などに行われていたが、いまは外来ですませてから入院させるところが多くなっているという。これが高齢者には体力的にかなりの負担で、やむなく入院してから行うことがあるという。さらに高齢者は退院できるまで時間がかかることが多い。その病院の回復期病床に移ればまだ良いが、先に述べた40%要件などで出来なければ転院せざるを得ない。病院のMSWなどが転院先を探すことになる。

筆者の父が数年前転んで頭にけがをし、救急車で運ばれた。頭が固くて骨に異常はなかったが、縫合手術の前に担当医から「ご高齢ですので万一の場合も延命治療はしませんので、ご了解ください」と言われた。医療従事者の中でこうした高齢者に対する治療についての認識が広がっているのだろうか？延命治療を望むかどうかは患者に選択の権利があるべきではないか？

<2022年診療報酬改定の問題>

今年4月の診療報酬改定は、このほかにも、これまで日本の医療の長所とされてきた「保険証1枚あればどの医療機関にもかかれる」という特徴、フリーアクセスをさらに後退させている。

すなわち、200床以上の病院が特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関（注3）である場合、紹介状なしの初診7千円（これまで5千円）、再診3千円（これまで2千5百円）が患者負担とされた。ただし、それぞれ2千円と5百円を保険給付から控除される（つまり、患者負担は増えるが病院の収入は増えない！）。この患者負担は、2018年以来徴収することが医療機関の「責務」とされた。そして、その病院が特に認めた場合にはこの定額負担を患者に求めなくともよかったのであるが、それに「急を要しない時間外の受診、単なる予約患者、患者の都合による受診」の場合には、「認められない」とする制限が加えられた。

この紹介受診重点医療機関を増やしていくために病院外来機能報告が医療法改正で設けられた。報告で「医療資源を重点的に活用する外来」（注3）を行っていると思われた場合、その病院が自らそ

れになることを申請しなければ、協議の場（地域医療構想調整会議とは書かれていない）で弁明させられ、公表され、2度目の協議でも拒否すれば指定されない、という仕組みである。

病院と診療所の機能分担をどう進めるかは、難しい問題である。病院の外来が多ければ、そこに多くの医師を配置せざるを得ず、場合によっては入院の機能に影響しかねない。しかし、日本の医療のわかりやすさ（フリーアクセス）は、かつて1980年代には、厚生省の役人も長寿と医療費のコストパフォーマンスの良さの理由として評価していたものである。しかしその後、国は機能分担を理由にこれを制限する方向を、かかりつけ医の推奨、小児科の患者登録を診療報酬上で評価、病院外来への患者負担増などで追求してきた。今回の改定はそれを一段階強化したものである。患者負担によって受診制限を行うことは、貧富の差による医療の格差消費を進行させる。

めざされている方向は、イギリスのような救急車で運び込まれる以外の入院は、開業医の紹介なしにはできないという状況であろう。我々がイギリスで実見したのは、急病でも予約なしには医師には診てもらえず、看護師がいるウォーク・インで2日分の薬を貰い、我慢するしかないという有様であった。日本の医療をイギリスのようにして良いのだろうか。

（注3）「医療資源を重点的に活用する外来」というのは、ガンなどの外来化学療法・放射線治療などを行っていて紹介が多いなど3項目を要件としている。これを満たして申請した病院が紹介受診重点医療機関になる。厚生省は、200床以上の病院の4割が該当すると考えているようである。

おわりに一まとめとどうたたかうか

1 現在すでに一般病床も療養病床も2025年の計画数値を下回っている。このまま病床再編成をめざして、診療報酬による経済的圧迫などで医療機関を締め付けることは、まともな医療を受けられない地域を拡大していくことになる。それは過疎地域の拡大と並行するであろう。必要病床に満た

ない医療圏では、必要な病床の増設が当然に認められねばならない。

基準病床とのダブル・スタンダードは当然に解消すべきである。

過疎地域の振興のためにも、自治体が病院を作っていくことを支援するべきである。現状の延長だけで過疎の進行を是認する地域医療構想ではなく、その地域の人口を増やしていくような自治体の計画と一体化した医療構想こそが望まれる。

2 地域医療構想調整会議には、各医療機関の役割分担の協議だけでなく、その医療圏にどのような医療が求められているのか、住民の声を反映させた協議が望まれる。新型コロナの影響もあって、この協議そのものは進んでいないと思われる。それゆえ厚労省は診療報酬制度を利用して病床再編成を進めようとしているのであるが、それはすでに高齢者の入院の事実上の制限などさまざまな弊害を生んでいる。地域包括ケア病床の紹介要件は廃止すべきである。かかりにくさを進行させる外来機能報告の状況を注視し、住民の知らないうちに自治体病院等が紹介受診重点医療機関になるなどということが起きないようにしなければならない。

3 病床数削減は計画が「超過達成」され、病院機能の再編成や自治体病院等の再編統合もそれなりに進んでいると思われる。しかしながらそれは、第1に住民の適切な医療を保障するものになっているのだろうか？医療従事者の側からすれば、それは患者のために最善の医療を提供できるものなのだろうか？第2に、それは医療費の膨張を抑制するうえで有効な手法なのだろうか？これらについては実証的な研究が必要になっている。

<どうたたかうか>

現在の厚労省の医療供給体制の再編成を意図した診療報酬制度などを利用する政策の進め方は、大変複雑かつ専門的で、多くの国民には地域医療で何が起きているのか、ほとんど知られていない。まず、現在の状況を解りやすく、広く知らせていくことである。第2に、それぞれの医療圏ごとに現在の計画とそこの病院の病床機能報告を突き合わせ、住民の要求との関係を、患者になっていない住民の要求を含めて考え、介護保険の分野

の計画とも関連させて、政策化していくことであろう。これにはそれなりの専門家の協力が必須であろう。

我々にはさらに実証的な研究が求められている。

（はった ふさゆき、研究所副理事長・千葉勤労者福社会理事長）

全国最低水準の千葉県の医療提供体制

—コロナ禍でも自治体病院の役割発揮—

長平 弘

医療・福祉・介護の充実こそ県民の願い

千葉県が毎年行っている県民世論調査(2021(令和3)年版)では、安心して良質な医療を受けられる環境が整っているかの質問に、「そう思う、どちらかと言えばそう思う」54.7%、「どちらとも言えない、どちらかと言えばそう思わない、そう思わない」が42.1%、特に農山村地域である香取、海匝、山武、長生地域で否定的な回答が多いのが特徴です。その上で、人口減少対策として県で必要なことでは、「安心して子どもを産み育てられる環境の整備」(76.5%)、「地域医療、福祉サービスの確保」(58.6%)、「医療、福祉、介護人材の確保・育成」、「魅力ある雇用の場の確保」、「若者の移住、定住の促進」の順となっています。

また日本医師会の「日本の医療に関する意識調査」(2020年10月7日発表)によると、新型コロナウイルス感染症の蔓延によって国民の82%が生活不安を感じ、36%が外出の自粛などで精神的不安を感じ、21%が身体に不調をきたしたと答え、コロナ禍が国民生活に多大な影響を及ぼす中で、34%が「医療・保健の重要性を感じるようになった」とも答えています。

コロナ禍を教訓に国は公立・公的病院の充実を

新型コロナウイルス感染症の新規感染者数が2021年10月以降、減少傾向に転じていますが、このまま終息に向かうとは考えられません。再び感染爆発と医療崩壊を起こさないコロナ対策が引き続き求められています。

そのためにもソ連のウクライナ侵略を口実にし

た大軍拡路線をやめさせ、第一に、ワクチン接種と一体的に、「いつでも、だれでも、無料による」PCR検査体制の充実。第二に、医療、保健所の抜本的な体制強化、とりわけ医療機関への減収補填と財政支援、医療従事者の待遇改善。第三に、コロナ危機で困難を強いられている暮らしと営業への保障と支援を最優先にする政治への転換が必要ではないでしょうか。

しかし岸田自公政権の2022年度予算では、新型コロナウイルス感染症の拡大が収まらない中にもかかわらず、①困窮する国民や自営業者等への薄い支援、②病床削減の引き続き強化を「病床機能再編事業」と看板を書き換え続行、③コロナ禍にもかかわらず75歳以上の医療費窓口負担2割化の強行、④医療機関への減収補填なし、資金繰り貸し付けに固執、⑤保健所増設関連予算ゼロ、⑥22年度診療報酬・薬価改定では本体は微増でも全体は下落、⑦国民健康保険財政への法定外繰り入れ削減、給付適正化や保険料収納強化など保険者努力義務に対して交付金で誘導するなど「全世代型社会保障」路線の具体化で「自立・自助」路線を継承し、公的責任を後退させるものとなっています。

新たな「公立病院経営強化プラン」策定で公立病院の縮小

総務省は令和4年(2022)3月29日付けで「公立病院経営強化の推進について」、同年4月1日付けで「公立病院経営強化の推進に係る財政措置等の取り扱いについて」と題する文書を発出しました。

これによると、コロナ禍での自治体(公立)病院について「新型コロナウイルス感染症への対応において、積極的な病床確保と入院患者の受け入

れをはじめ、発熱外来の設置やPCR検査、ワクチン接種等で中核的な役割を果たしてきたところであり、感染症拡大時に公立病院の果たす役割の重要性が改めて認識された」と評価しつつ、他方で地域医療構想に基づく病院・病床削減、そのための「調整弁」として自治体・公立病院の削減・統廃合を引き続き推進していくことを明らかにしています。

重大問題は、自らの社会保障削減路線がコロナ禍での医療崩壊を招いたことに反省するどころか、「持続可能な病院運営」を口実に、地域医療構想を進めるための新たな「公立病院経営強化ガイドライン」に基づく「公立病院経営強化プラン」の策定を、都道府県を通じて自治体病院を開設している各自治体にもとめていることです。

この通知では「技術的助言」としながら、①各自治体（自治体病院）は22（令和4）年度～23（令和5）年度中に「公立病院経営強化プラン」を策定し、②プラン策定から概ね7年度をめどにプランの実行、③プランの内容では持続可能な地域医療を提供する体制を確保するため、地域の実情に応じた公立病院の経営強化のために必要な取り組みを記載すること、④都道府県の役割として、地域医療構想の策定主体としての調整機能をこれまで以上に強化することと、特に機能分化、連携強化については、医療資源が比較的充実した都道府県立病院が中小規模の公立病院との連携・強化を支援していく枠組みも含め、都道府県が積極的に助言・提案していくことが重要と強調しています。

国の「公立病院改革」を先取りする千葉県政に住民運動が歯止め

千葉県は「千葉県保健医療計画」の策定にあたり、千葉県の人口10万人あたりの一般療養病床数は全国962床に対して、千葉県729床で全国45番目、医師数では全国234人に対して、千葉県183人で全国45番目、看護師数では全国1,188人に対して千葉県849人で全国45番目、保健師数も全国40人に対して千葉県32人で全国42番目と、いずれも全国最低水準であることを明らかにしています。

にもかかわらず、国の地域医療構想策定ガイドライン通りに策定された千葉県地域医療構想で

は、①現状45,009の病床を2025年問題を見据えて50,004床と4,995床増やす計画となっていますが、その内容は、「高度急性期」、「急性期」病床を現状より6,563床と約2割減らし、「回復期」、「慢性期」を約3倍の12,174床増やす計画となっています。つまり病院から施設・在宅へ、病院から在宅への流れを強める仕掛けとなっています。

さらに総務省の公立病院改革プラン、厚労省の「424病院問題」の背景にある公立病院改革プラン（ガイドライン）が2007年に総務省から出されましたが、千葉ではこれを先取りして、2004年に「県立病院の将来構想」を発表し、「県が担うべきは高度専門医療であり、地域の医療は地域（市町村等）で」とした上で、千葉県救命救急医療センター、千葉県こども病院、千葉県循環器病センターなど5つの高度専門病院を1つに統合し、地域医療を担う3つの県立病院を廃止するとしました。

しかしいずれの病院も当該医療者、県職労、自治労連、利用者や地元住民の広範な運動、地元自治体からの反発などにより今日までに、1病院は強引に廃止されましたが、他は現状を維持しています。

県内の公立・公的病院の現状

県内には30の自治体病院があり、そのうち市町村立（一部事務組合含む）が22病院（うち3病院が地方独立行政法人が運営）です。また県立は高度急性期・政策的医療を担う、がんセンター、救命救急医療センター、精神科医療センター、こども病院、循環器病センター、リハビリテーションセンターの6病院に加えて、地域医療を担う佐原病院と鶴舞病院の2病院で合わせて8病院です。

また国立病院機構が4病院、地域医療機能推進機構（旧社会保険）2病院、日本赤十字病院1病院で、公立・公的病院は合計37施設となっています。

ちなみに厚労省が削減・統廃合の「名指し」をした病院は県立1病院、市町村立7病院、国立病院機構1病院、地域医療機能推進機構1病院の計10病院です。

住民運動のセンターとして県民連絡会を結成

千葉県では県立病院の統廃合問題を契機に、各地に「〇〇病院と地域医療を守る会」、「よくする会」、「考える会」などが次々と結成されました。こうした医療要求の実現と、これを拒んでいる国や県の医療政策を転換させるために、県民運動のセンターとして2009年に「地域医療と公立病院を守る県民運動連絡会」を結成し、地域の会を軸にしながら県社保協や民医連、保険医協会、医労連、自治労連などとの共同を進めています。

そしてこの運動を呼びかけた自治労連が事務局を担当し、地域の運動の交流、学習会に加え、年1回、各団体や地域の要求をとりまとめ県に要請書を提出しながら要請懇談を行っています。

コロナ禍を経験し、医療現場に矛盾広がる公立病院つぶし

新型コロナウイルス感染症を経験しての重要な教訓は、これまでの効率優先の医療提供体制の再編や、医師、看護師をはじめとした医療従事者の抑制政策、そして感染症対策の要としての保健所を減らすなど、歴代自民党政権が推しすすめてきた日本の医療・社会保障政策を抜本的に見直し、憲法第25条の理念をいかした政策への転換がもたれています。

こうした中で、私たち、「地域医療と公立病院を守る千葉県民連絡会」は、自治労連千葉県本部と共同して、この間、「新型コロナウイルス感染症への対応と課題について」、県立6病院に加え8つの自治体病院を訪問し、懇談を行ってきました。この訪問・懇談を通じて、あらためてコロナ禍のもとでの公立・自治体病院の存在意義と住民に身近な地域で果たしている役割、さらには国の新公立病院改革プランの押し付けと医療現場との矛盾の広がりがあきらかとなりました。

(1)-1 コロナ専門病院に特化した富山国保病院

県内の南部に位置する南房総市の丘陵地に南房

総市富山（とみやま）国保病院があります。一般病床47床（地域包括ケア病床）・感染病床4床の合計51床と、在宅医療として訪問診療を担うなど、高齢化率約40%と高齢化が進む農漁村のまちで、地域になくってはならない病院です。しかし厚生労働省からは「再編・統合」の対象病院とされています。

同病院では2020年2月、千葉県からの要請を受け、感染症病床を6床に増床してダイヤモンドプリンセス号内での感染症患者を積極的に受け入れることにしました。「こういう苦難の時に、住民のいのちと健康を守るのが自治体病院の使命である」と病院長と開設者である首長の思いが一致。

感染症患者を受け入れるにあたっては、すでに入院されていた患者さんについては同意を前提に近隣の自治体病院に転院して頂き、「新型コロナ感染症患者入院専門病院」として対応してきたとのことです。

(1)-2 保健所の存在と役割発揮が大きな力に一医療現場の思いと住民の願いが統廃合を押し返す力に

同病院が困難を乗り越え新型コロナウイルスと向き合って地域住民のいのちを守ってきた教訓の1つとして、安房地域医療圏における県の保健所を中心として地元医師会、官・民病院、各行政機関が連携・調整をしっかりと行うなど、保健所の存在と役割の発揮と地域の病病、病診連携があったことがあげられます。こうしたなか、厚生労働省が「統合・再編」の再検証を求めています。安房地域医療構想調整会議では、富山国保病院は存続すべきとの結論に達していることです。これに対し県は「調整会議での結論は尊重したい」と答えています。まさに新型コロナウイルス対応も含めて、地域住民に身近な病院として、また訪問診療など市民のいのちと健康を守る砦として、日頃における自治体病院としての役割の発揮、そしてなによりも地域住民の願いと世論が国の悪政に歯止めをかけました。

(2) 町民の世論と町議会が奮闘し国に意見書提出 国保多古中央病院

成田国際空港の南に位置する多古町。人口14,120人(2021年10月1日現在)ですが、3ゼロ施策(乳幼児医療費・学校給食費無償、待機児ゼロ)を掲げ、子育て安心の街づくりで若い世代の定住などに取り組んでいます。

町の中心部に町立国保多古中央病院がありますが、この病院も厚生労働省の424病院の1つとなっています。2019年の台風災害では長期間に渡る停電が余儀なくされました。こうした中で病院医療者と町職員、消防団(自衛消防組織)などが協力し、町内のひとり暮らし高齢者宅をすべて訪問し、安否確認とともに健康管理を行ってきました。

そして2020年4月には同病院敷地内に町民の切実な願いが実現し、「病児保育所」がオープンしました。また病院には居宅介護支援事業所、療養型病床、デイサービスセンター、訪問看護ステーションが併設され、町民の医療と介護ニーズに応える病院として先駆的な施策に町当局と町議会が力を合わせて取り組んでいます。

2020年3月の町議会では厚生労働省の「424病院」からの除外と、「国保多古中央病院の存続・充実をもとめる意見書」が全会一致で採択されています。

(3) 政令千葉市で2病院の統廃合を市民運動が阻止

政令千葉市には、市立海浜病院と青葉病院の2病院があります。海浜病院は、県の京葉コンパクト開発による人口急増に対応した病院として千葉市が設立したものです。一方、市立青葉病院は千葉市の政策的医療として、救急医療、地域包括ケアシステムとしての地域支援病院、感染症指定病院としての役割を果たしています。両病院も地域になくしてはならない中核的な病院です。ところが千葉市は海浜病院の老朽化による立て替えと、折しも青葉病院は厚労省の「名指し」病院であることを契機に、海浜病院に統合し、青葉病院を廃止する計画が示されました。

これに対して、「新しい千葉みんなの会」と「日

本共産党千葉市議団」が軸となって、市立2病院の存続・充実をもとめる市民学習会や署名運動が取り込まれてきました。また市当局が諮問機関として設置した「千葉市立病院のあり方検討委員会」メンバーの市民代表公募枠で、県社保協の事務局長が選出され、これらの奮闘もあり、市立2病院の統廃合は断念せざるを得なくなっています。

本年(令和4)1月、市は「千葉市立新病院(海浜病院)整備基本計画」を公表。会は引き続き市民の医療要求に応えるため2病院の充実にむけた運動をすすめています。

(4)-1 PCR検査機器をいち早く導入、ドライブスルー検査態勢も整備した「いすみ医療センター」

県のほぼ中央部に位置し、田園風景が広がる自然豊かな夷隅郡市の中心部にある「いすみ医療センター」は、夷隅(いすみ)郡市の一部事務組合立の病院で、開設者は太田洋(ひろし)いすみ市長です。一般病床70床、地域包括ケア病床22床、療養型病床48床、感染病床4床を有しています。

同病院では国や県のPCR検査態勢が遅々と進まず、住民の健康不安が高まる中、開設者である首長や地元医師会の理解もあり、2020年6月に病院自前でPCR検査機器を購入し、PCR検査室を整備することで約2時間で結果が判明するなど院内における検査体制を確立するとともに、同7月からは病院敷地内に医師会と共同してドライブスルー検査施設を設置し、希望する市民の検査にも積極的に応えています。

(4)-2 感染者は原則入院、コロナ在宅支援センター開設で重症化予防も

また、次なる感染拡大を想定し、発熱外来の整備とともに、3階をコロナ専門病棟にして、現状の4床から20床に増床し、軽度者の入院受け入れを行い、中等・重症者については近隣の亀田総合病院に紹介するなど、「感染者は原則入院」という積極的な対応を行っています。

さらに2021年9月には自宅療養者への「コロナ在宅支援センター」を同医療センター内に開設し、

初期治療での重症化予防対策に取り組むなど、長期化するであろう新型コロナウイルスへの対応を拡充しています。しかし1つの病棟を感染症入院患者専用病棟として区分し確保しているために、国からの補助は1床あたり約1万6千円に対し、実際には約3万円の経費が必要なため病院の負担も大きいと語ります。

もとめられる医業収益減への国の支援策

この訪問・懇談では2020年4月から同6月の患者動向と病院経営への影響についても伺いました。

200床を有するある病院では、昨年同月比で外来患者数が22.8%落ち込んだために外来医業収益も21.2%減、入院患者数も13.3%減で同収益も9.7%減と、その対策に苦悩しています。同病院では、小児科外来患者の影響が大きいといえます。減収補について、自治体からの繰り入れにも限界があり、すでに県を通じて国の直接支援を要望したと語ります。

民間の病院でも廃院の危機や減収対策として、残念ながら一時金（ボーナス）の未支給や減額が余儀なくされています。県内の自治体病院でも基本賃金の引き下げ提案が出されるなど、折しもコロナ禍の中で医師や看護師の離職を助長しかねない事態が進行しつつあります。

訪問先の多くの病院から「国はスピード感をもって直接の支援策を」の声が強まっています。コロナ禍の中、医療崩壊という危機を招かないように、また医療機関や医療者が安心してその役割が果たせるようにするためにも国の一刻も早い「直接支援」をもとめるものです。

県民連絡会の県への緊急5大要求—2022年10月に「県民のいのちを守る学習・運動交流集会」を企画

地域医療と公立病院を守る千葉県民連絡会は、

県社保協とともに、2021年10月27日に県に対して緊急要請書を提出し、同年11月18日に懇談（要請行動）を行ってきました。ここではコロナ対策を中心に据えて、①公衆衛生行政を充実し、新型コロナウイルスから県民のいのちと健康を守ること。②新型コロナウイルス感染症対応の教訓を生かし、現状全国最下位水準の医療・介護提供体制の拡充や地域格差の解消をはかること。③医療・介護従事者が誇りを持ち安心して働き続けられる環境づくり施策を進めること。④医療機関への財政支援を拡充すること。⑤県内の自治体病院を県として支援することとなっています。

また本年10月には、民医連、保険医協会など医療関係団体と共同して、仮称「県民のいのちを守る学習・運動交流集会」を企画し、そのことを通じて市町村や県、国にむけた医療要求実現の運動を引き続きすすめていくことにしています。

新型コロナウイルス感染症を経験しての重要な教訓は、これまでの効率優先の医療提供体制の再編や、医師、看護師をはじめとした医療従事者の抑制政策、そして感染症対策の要としての保健所を減らすなど、歴代自民党政権によって推しすすめられてきた日本の医療・社会保障政策を抜本的に見直し、憲法第25条の理念をいかした政策への転換が急務です。

また、千葉県的には「県民のいのちと暮らしを守る」ことを最優先の課題として、県立病院の統廃合計画を白紙に戻し、存続・充実を図ることと国の悪政に毅然と立ち向かい、県内の公立・公的病院の存続・充実、とりわけ少子高齢化の進行で困難を抱えている農村、漁村地域の安全と安心、持続可能なまちづくりの柱に公立・公的病院を位置づけ、市町村への支援策を強めることをもとめていきたいと思えます。

（ながひら ひろし、地域医療と公立病院を守る千葉県民連絡会）

京都府における病院統廃合の現状と医療守る地域の取り組み

松本 隆浩

はじめに

京都府は南北に長い県で、北は日本海に面し、福井県、三重県、滋賀県、大阪府、兵庫県、奈良県に接しています。人口は261万人。「京都」というと歴史と観光の町という印象が強いのと思いますが、海あり、山ありのさまざまな顔を持っています。その京都府の医療問題、病院統廃合問題について報告します。

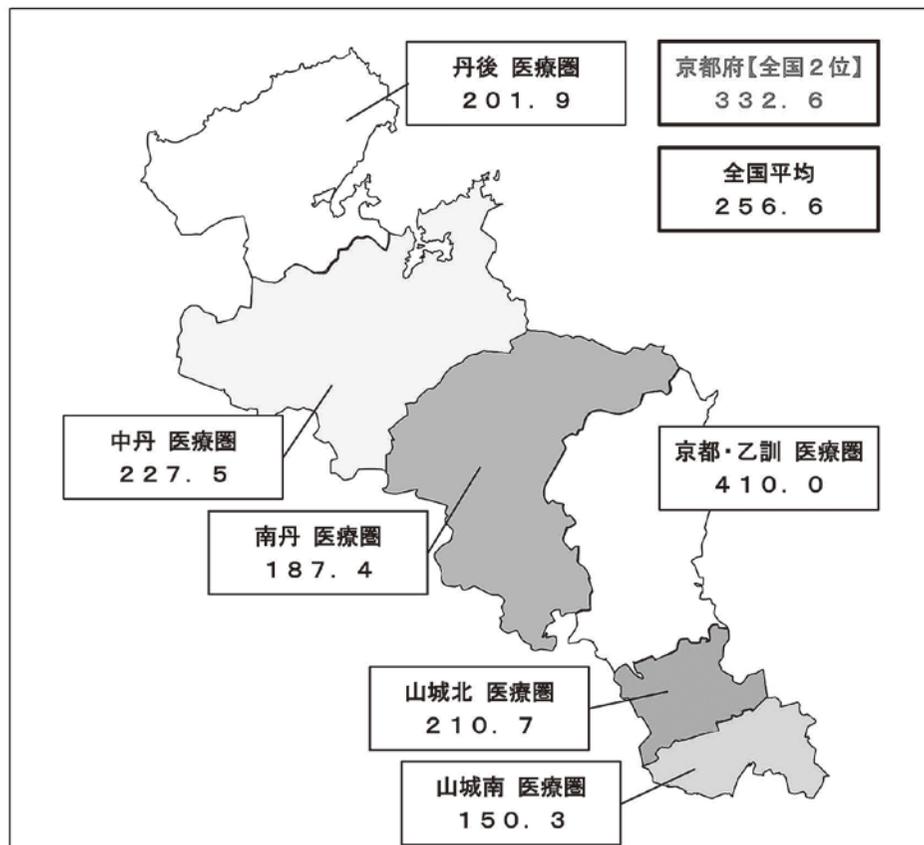
京都府の人口は半数が京都市に集中しており、京都市は町がかかえる問題と田舎の問題とが混在

しています。京都市よりも北部・南部の地域は、それぞれ事情に違いはあれ、総じて、経済、産業、交通、医療など地方が直面するさまざまな課題をかかえています（京都市内でも地域により、公共交通機関が少ない、商店が近くにないなどの問題があります）。

全国でも京都府は医師数が多いと言われていますが、たしかに京都市の医師数は全国比を上回っていますが、それ以外の地域は全国平均よりもはるかに少ない状況です。そのために、特に北部の方は兵庫県、南部の方は大阪府、奈良県、三重県の

資料1

2次医療圏ごとの人口10万人当たり医療施設従事医師数（令和2年12月末）



(厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」※各年12月31日現在)

医療機関に通院している患者も少なくありません。

*資料1

京都府は、医師数について京都府の独自指標(国の偏在指標に加え受療率やへき地等の地理的要因を反映したもの)を策定しています。この指標によれば京都市のある京都・乙訓の二次医療圏以外は、すべて医師不足地域です。たとえば、2013年に丹後(京都府の北部)で行った「丹後地域の医療と介護実態調査」(実行委員会主催)では、「脳外科医がいないために、京都市で倒れて助かるいのちが丹後では助からない」といわれるほど医療過疎地域であることが明らかになりました。また、南部の地域でも町に診療所が一つしかない地域もあり、医療関係者や行政の日々の努力の中で住民のいのちが守られています。

こうした中で、本来、どこの地域にいても必要な医療が受けられるはずなのに現実には医療を受ける権利が守られていない。そのことを改善すべきであるのに、むしろ医療格差を拡大するような国の公立公的病院統廃合計画が出されました。このいわゆる「424病院問題」(現在の対象は436病院)とそれ以外の医療機関、民間医療機関の「再編・縮小・統廃合」問題にも触れたいと思います。

1 いわゆる「424公立公的病院統廃合問題」について

京都では、独立行政法人国立病院機構宇多野病院、国保京丹波町病院、市立福知山市民病院大江分院、舞鶴赤十字病院の4病院が2019年9月26日に対象とされました。

この発表を受け、9月27日に京都社会保障推進協議会(京都社保協)、京都医療労働組合連合会(京都医労連)、京都自治体労働組合総連合(京都自治労連)、京都地方労働組合総評議会(京都総評)、京都民主医療機関連合会(京都民医連)、京都府保険医協会、京都府歯科保険医協会で開催し、「424公立公的病院再編統合」問題についての意思統一、当面の運動方針について相談を行いました。翌日の28日に京都社保協が「公立公的病院統廃合反対」の声明を発表、京都府保険医協会や京都医労連も反対の声明を発表し、京都府にも反対の立場に立つように要請を行いました。

こうした動きもあってか、京都府知事も「厚労省の方針に賛成しない」とのコメントを発表。対象となった4病院もそれぞれ「反対」「遺憾」などの声明、コメントなどを発表しました。その後、10月18日に京都府議会各会派に厚労省の「424公立公的病院再編統合」反対を国に求める申し入れを行いました。

*資料2・3

多くの自治体や医療関係者、地域住民からの怒りの声が上がる中で、厚労省は全国で「自治体・病院関係者との懇談会」を開催せざるをえなくなりました。近畿では10月29日に大阪で「自治体・医療関係者との懇談会」が開催されるということを知り、全大阪労働組合総連合など近畿の県労連や各県社会保障推進協議会とともに説明会会場前での宣伝を行いました。用意した350枚のビラはほとんどなくなり、その後の市町村・医療関係者との懇談のなかでも、「あのときにビラをまいていた方ですね」「よく分かるビラやった」と感想を聞きましたが、大きなインパクトになったと思います。

また、11月4日には京都社保協が「地域医療を守る緊急シンポジウム」を開催し60人が参加しました。このシンポジウムには少なくない市民が参加され、「424病院というものがどういうものだったのかよく分かった」と好評でした。

11月から4つの対象とされた病院との懇談に取り組みました。対応していただいた4病院の院長や事務長は、いずれも「厚労省は、中山間地の困難な実態や当院の果たしている役割を全く分かっていない。まともに調査もしていない」「頭ごなしのやり方に怒りを感じる」など、対象とされた病院からは、強い怒りの声を聞くことが出来ました。その一方で、「今後は、2次医療圏ごとに行われる地域医療構想調整会議の場で意見を言わせていただく。いまのところ何か具体的に行動することは考えていない」「すでにホームページで態度を明らかにしている」「東京の本社を通じて厚労省に意見をあげることになる」という対応でした。この行動を通じて、国の乱暴な統廃合計画への怒りや、それぞれの地域で市民のいのちと健康を守っている病院を守らなければならないという思いを共有できたことに励まされるとともに、「公

住民の命の砦 宇多野病院 を守りましょう



公立病院の再編統合へ 厚労省が病院名公表

宇多野病院は、100年以上の歴史を持つ380床の京都市石原区にある病院です。市民の命と健康を守り、病弱者に医療を提供してきました。また、看護学校も併設の医療・福祉に大きな役割を果たしてきました。しかし厚労省は、9月26日、京都府内の京丹波町病院、福知山市市民病院大江分院、宇多野病院、舞鶴赤十字病院を含む、全国424の公立・公的病院に「再編証」の必要があるとして、2020年9月までに統合・再編・ベッド縮小などの計画を具体化することを要求しました。



地域の実情を踏まえ、公表を一方的に

政府・厚労省は、これまでも医療費削減するために、病院削減を図ろうとしてきましたが、各地の「地域医療を守れ」の反対運動の高まりや、実態を無視した病床削減の押し付けに少なくない自治体や医療機関が反対し、政府の思惑通りに進まないことから、今般、強硬として名前の公表を一方的に行ったものです。住民の意思、病院と地域の歴史を無視して強硬な強硬な一方的な病院削減案、憲法25条がうたう健康を文化的に生きる権利、「ふるさと」で生きる権利を否定するものです。

京都市と京都府は、 政府と厚労省に抗議し、白紙撤回を求めよ

10月4日、再編・統合が必要との公的病院名公表を受け、総務・厚労両省は、全国知事会など地方3団体との協議の場の統合案を廃棄。地方3団体の参加者からは、「地域の医療機能がなくなったら命や健康は誰が守るのか」「むしろくちやん乱暴なやり方」「データに意思がない」と批判が噴出した。京都市と京都府は、政府と厚労省に抗議し、白紙撤回を強く求めるべきです。

まだ何も決まっています。「病院守れ」の世論を上げるため「病院の拡充を求める署名」にご協力ください。

全国で、政府・厚生労働省の一方的な強硬な方針に抗議の声が強まっています。病院を守るためには、町民ももちろん、京都府内の世論が重要です。宇多野病院を守るために「病院の拡充を求める署名」にご協力ください。



京都社保協 (京都社会保険推進協議会)
〒604-8854 京都市中區壬生北塩町30-2ラポール京都館 電話: 075-801-2526

政府・厚労省の「統合・再編、縮小」
押し付けを白紙撤回し、
病院の充実に
力を尽くす

町民の命の砦 京丹波町病院 を守りましょう



公立病院の再編統合へ 厚労省が病院名公表

舞鶴赤十字病院は、舞鶴町に舞鶴病院として設立されて64年。当に医療機関がほとんどない中、毎日の命と健康を守る者として、大きな役割を果たしています。町民にとってなくてはならない病院です。しかし厚労省は、9月26日、京都府内の京丹波町病院、福知山市市民病院大江分院、宇多野病院、舞鶴赤十字病院を含む、全国424の公立・公的病院に「再編証」の必要があるとして、2020年9月までに統合・再編・ベッド縮小などの計画を具体化することを要求しました。



地域の実情を踏まえ、公表を一方的に

政府・厚労省は、これまでも医療費削減するために、病院削減を図ろうとしてきましたが、各地の「地域医療を守れ」の反対運動の高まりや、実態を無視した病床削減の押し付けに少なくない自治体や医療機関が反対し、政府の思惑通りに進まないことから、今般、強硬として名前の公表を一方的に行ったものです。住民の意思、病院と地域の歴史を無視して強硬な強硬な一方的な病院削減案、憲法25条がうたう健康を文化的に生きる権利、「ふるさと」で生きる権利を否定するものです。

京丹波町と京都府は、 政府と厚労省に抗議し、白紙撤回を求めよ

10月4日、再編・統合が必要との公的病院名公表を受け、総務・厚労両省は、全国知事会など地方3団体との協議の場の統合案を廃棄。地方3団体の参加者からは、「地域の医療機能がなくなったら命や健康は誰が守るのか」「むしろくちやん乱暴なやり方」「データに意思がない」と批判が噴出した。京都市と京丹波町は、政府と厚労省に抗議し、白紙撤回を強く求めるべきです。

まだ何も決まっています。「病院守れ」の世論を上げるため「病院の拡充を求める署名」にご協力ください。

全国で、政府・厚生労働省の一方的な強硬な方針に抗議の声が強まっています。病院を守るためには、町民ももちろん、京都府内の世論が重要です。京丹波町病院を守るために「病院の拡充を求める署名」にご協力ください。



京都社保協 (京都社会保険推進協議会)
〒604-8854 京都市中區壬生北塩町30-2ラポール京都館 電話: 075-801-2526

政府・厚労省の「統合・再編、縮小」
押し付けを白紙撤回し、
病院の充実に
力を尽くす

住民の命の砦 福知山大江分院 を守りましょう



公立病院の再編統合へ 厚労省が病院名公表

福知山市市民病院大江分院、前は、すべての地域に必要な医療を提供する上での理念のもと、6年前に設立された福知山大江分院です。住民にとってはかかっつりの病院であるとともに、地域における在宅医療を推進し、総合的な医療を提供する地域に欠かせない病院です。また、福知山市以外からの利用者も少なくありません。しかし厚労省は、9月26日、京都府内の京丹波町病院、福知山市市民病院大江分院、宇多野病院、舞鶴赤十字病院を含む、全国424の公立・公的病院に「再編証」の必要があるとして、2020年9月までに統合・再編・ベッド縮小などの計画を具体化することを要求しました。



地域の実情を踏まえ、公表を一方的に

政府・厚労省は、これまでも医療費削減するために、病院削減を図ろうとしてきましたが、各地の「地域医療を守れ」の反対運動の高まりや、実態を無視した病床削減の押し付けに少なくない自治体や医療機関が反対し、政府の思惑通りに進まないことから、今般、強硬として名前の公表を一方的に行ったものです。住民の意思、病院と地域の歴史を無視して強硬な強硬な一方的な病院削減案、憲法25条がうたう健康を文化的に生きる権利、「ふるさと」で生きる権利を否定するものです。

京都府は抗議し、白紙撤回を求めよ！ 福知山市議会は、「再編を要求する意見書」を全会一致で採択！

10月4日、再編・統合が必要との公的病院名公表を受け、総務・厚労両省は、全国知事会など地方3団体との協議の場の統合案を廃棄。地方3団体の参加者からは、「地域の医療機能がなくなったら命や健康は誰が守るのか」「むしろくちやん乱暴なやり方」「データに意思がない」と批判が噴出した。京都市と京都府は、政府と厚労省に抗議し、白紙撤回を強く求めるべきです。10月26日、福知山市議会は、国に対して大江分院の存続を求める意見書を全会一致で採択しました。府は、政府に抗議し、白紙撤回を強く求めるべきです。

まだ何も決まっています。「病院守れ」の世論を上げるため「病院の拡充を求める署名」にご協力ください。

全国で、政府・厚生労働省の一方的な強硬な方針に抗議の声が強まっています。病院を守るためには、町民ももちろん、京都府内の世論が重要です。大江分院を守るために「病院の拡充を求める署名」にご協力ください。



京都社保協 (京都社会保険推進協議会)
〒604-8854 京都市中區壬生北塩町30-2ラポール京都館 電話: 075-801-2526

政府・厚労省の「統合・再編、縮小」
押し付けを白紙撤回し、
病院の充実に
力を尽くす

市民の命の砦 舞鶴目赤病院 を守りましょう



公立病院の再編統合へ 厚労省が病院名公表

舞鶴赤十字病院(舞鶴目赤)は、66年前に住民の強い賛同と支援のもとに、診療と予防の役割を担う拠点として設立された病院です。経営する舞鶴市民病院と共同し、急性期からリハビリまでの医療を幅広く提供している無くてはならない病院です。しかし厚労省は、9月26日、京都府内の京丹波町病院、福知山市市民病院大江分院、宇多野病院、舞鶴赤十字病院を含む、全国424の公立・公的病院に「再編証」の必要があるとして、2020年9月までに統合・再編・ベッド縮小などの計画を具体化することを要求しました。



地域の実情を踏まえ、公表を一方的に

政府・厚労省は、これまでも医療費削減するために、病院削減を図ろうとしてきましたが、各地の「地域医療を守れ」の反対運動の高まりや、実態を無視した病床削減の押し付けに少なくない自治体や医療機関が反対し、政府の思惑通りに進まないことから、今般、強硬として名前の公表を一方的に行ったものです。住民の意思、病院と地域の歴史を無視して強硬な強硬な一方的な病院削減案、憲法25条がうたう健康を文化的に生きる権利、「ふるさと」で生きる権利を否定するものです。

舞鶴市と京都府は、 政府と厚労省に抗議し、白紙撤回を求めよ

10月4日、再編・統合が必要との公的病院名公表を受け、総務・厚労両省は、全国知事会など地方3団体との協議の場の統合案を廃棄。地方3団体の参加者からは、「地域の医療機能がなくなったら命や健康は誰が守るのか」「むしろくちやん乱暴なやり方」「データに意思がない」と批判が噴出した。京都市と舞鶴市は、政府と厚労省に抗議し、白紙撤回を強く求めるべきです。

まだ何も決まっています。「病院守れ」の世論を上げるため「病院の拡充を求める署名」にご協力ください。

全国で、政府・厚生労働省の一方的な強硬な方針に抗議の声が強まっています。病院を守るためには、町民ももちろん、京都府内の世論が重要です。舞鶴目赤病院を守るために「病院の拡充を求める署名」にご協力ください。



京都社保協 (京都社会保険推進協議会)
〒604-8854 京都市中區壬生北塩町30-2ラポール京都館 電話: 075-801-2526

政府・厚労省の「統合・再編、縮小」
押し付けを白紙撤回し、
病院の充実に
力を尽くす

立公的病院再編統合反対」の運動を各地の住民運動として取り組むことの必要性と重要性を強く認識しました。

その後、対象となっている4病院の地域では、それぞれの地域の状況に応じた取り組みが進められました。

宇多野病院では職員OBが「病院の統廃合は絶対に許せない」とOB会を結成し、職員を励ます会を開催。地域社協協の右京社会保障推進協議会が「宇多野病院守れ」の宣伝行動に取り組みました。

京丹波町病院では、「地域の医療を考える会」を結成し、病院の存続と地域医療を守るための組織作りをスタートさせています。

福知山病院大江分院では、福天医療・福祉を良くする会（福知山社協）が、学習会に取り組み、市民20人が参加しました。参加者からは「424病院問題というものがいかに酷い内容かよく分かった」と問題点の共有を広げることができました。

舞鶴日赤では、医労連が病院との懇談をすすめ、各地域の団体で424病院問題の問題点を共有することができました。

2 その後の地域医療を守る取り組みについて

(1) 京丹波町病院存続拡充の課題

京丹波町病院では、地域の住民、京都社協、京都自治労連、船井地方労働組合協議会、地元職員などと相談を重ね、「京丹波町の地域医療を考える集い」準備会を2019年秋に結成しました。集い開催に向けて、町内の老健施設やグループホーム、デイサービスの事業所、訪問ヘルパーの事業所など7施設を訪問しました。この訪問行動では、「集い」への賛同と期待が寄せられ、「診察が必要な時には京丹波町病院から来てもらっており、病院が廃止や縮小されれば、町内には開業医もないので医師を見つけることは困難、病院がなくなれば、即、立ちいなくなる」等の声が出されました。

集いは、11月28日に佛教大学・岡崎祐司先生が「コロナ禍、どうなる地域医療と介護」をテーマに講演を行い、80人を超える住民の皆さんが参加。

京丹波町病院の地域での重要性を共有できました。

当日、「病院の重要性はわかるが、町は財政が危機で、贅沢は言えないのではないか」という意見が出されました。そこで、病院を守る運動を進めるためにも町の財政について学ぼうと、2021年10月9日に立命館大学の平岡和久先生に京丹波町の財政分析について、京都府立大学の村田隆史先生にコロナ禍における医療情勢について語っていただきました。当日は青年も含め50人の住民の参加がありました。平岡先生は、「現在の京丹波町の財政をみると国保京丹波町病院を維持することは十分可能。むしろ、医師・看護婦の確保で病床の稼働率を上げることが課題。病院が大きな負債を抱えていないことが大きい」と指摘しました。また、村田先生からは世代を超えて運動を広げていく必要性と可能性を語っていただきました。

この学習会を経て、2021年11月14日の京丹波町長選挙にむけ、候補者に公開質問状を提出しました。候補者の回答を全戸配布するなど、病院存続拡充の課題を町長選挙の争点の一つにすることができました。「病院の維持・充実を行う」と公約した新市長への要請など、地域の医療・社会保障を守る取り組みへと発展させていくことが課題となっています。

*資料4・5

(2) 市立福知山市民病院大江分院の取り組み

2021年末に福知山市が「大江町の人口減、患者減」を理由に大江分院（2病棟68床：療養病床28床・一般40床）のベッド数を16病床削減し、2病棟を1病棟に、一般病床をゼロにする検討をしていることが明らかになりました。福天地域の医療と介護をよくする会、京都社協、京都医労連、京都自治労連などで対策会議を開催し、大江の地域医療を考える会を結成。その後、2月17日に福知山市と懇談し、具体的な計画の内容を明らかにすること、ベッド削減反対を求めました。

しかし、市は3月の議会に大江分院の病床を68床から52床とする条例改正案を提出しました。そのため、「会」は市に対し、3月19日の「大江町の地域医療を考える住民のつどい」への参加と条例改正案の説明を行うよう求めましたが、「前例がない」などと参加を拒まれました。「つどい」

京丹波町の 地域医療を考えるつどい

どなたでも参加できます
感染防止対策を行います
マスクをご着用ください



日時：11月28日(土)午後2時～
会場：山村開発センターみずほ

講演「コロナ禍、
どうなる地域医療と介護」



おはなし：岡崎祐司さん
(佛教大学教授)

- ・新型コロナウイルスで明らかになった日本の医療の脆弱性
- ・政府の地域医療政策は、どこに向かうのか
- ・地域の医療・介護を守るために何が求められているのか
(病弱、行政、住民に何が求められているのか)

京都府からの報告
「南丹医療圏の現状と課題、府としての対策」

おはなし：四方啓子さん【予定】
(京都府南丹保健所企画調整室 室長)

- 政府のコロナ対策、何が問題なの？
- 京丹波町立病院、和知・賢美診療所はどうなるの？
- 政府は、地域医療をどうしようとしているの？
- 安心して暮らせる医療・介護体制は？
- みんなでお話を聞いて話し合しましょう

京丹波町病院的再編・縮小は困ります！



京丹波町の市民のみなさん、

新型コロナウイルス感染拡大は、日本の医療・介護の体制が脆弱で、国民のいのちと健康、地域社会を守るにはきわめて不十分なことを明らかにしました。ところが政府・厚生労働省は、昨年、京丹波町商売を営む全国440の公立・公営病院を統合し、再編する方針を発表しました。コロナ禍のもとでも、計画の具体化を求める考えを述べています。

京丹波町病院は、町民のいのちと健康を守る響と大きな役割をはたしています。高齢化が、さらにすすむなかで、私たちにとってはなくてはならない病院です。国は、京丹波町病院や地域医療・介護をどのようにしようとしているのでしょうか。京都府はどのような対策を持っているのでしょうか。お話を聞いて、みんなで話し合しましょう。



主催：京丹波町の地域医療を考えるつどい実行委員会 【よびかけ人】 船田 正 (元南丹病院事務長) 山下 綾雄 (NPO法人事務局長)
和村 三郎 (丹波町保健所長) 樋川 剛謙 (NPO法人あいま事務局長)
連絡先 (谷山 眞智子：安井在住 Tel. 82-2239) 田畑 美さ子 (京都府地球温暖化防止推進委員) 山下 典子 (主催)

第2回 京丹波町の地域医療を考えるつどい

町の財政と 地域医療を考えるつどい

どなたでも参加できます
感染防止対策を行います
マスクをご着用ください



日時：10月9日(土)午後2時～
会場：丹波マークス・コミュニティーホール

講演①「町財政はどうなっているの
京丹波町病院の維持に求められること」

おはなし：平岡和久さん
(立命館大学教授)



専攻：財政学・地方財政論・地域経済論

講演②「医療費削減政策から
地域医療を守るために何が必要か」

おはなし：村田隆史さん
(京都府立大学准教授)



専攻：社会保険論・社会福祉論

コロナ禍でも病院削減をすすめる政府
京丹波町病院の維持・拡充の声を

京丹波町の市民のみなさん、

新型コロナウイルス感染拡大の第3波は、何と感染爆発のピークを超えようとして、日々の感染患者数は、第4波のピーク時に匹敵する規模です。一方、病院のベッドと医師、看護師の不足から、入院ですら「自宅療養」されている方が16万人以上、京都においても、4000人を超える方が「自宅療養」を余儀なくされています。

ところが菅政権は、先に開かれた通常国会で京丹波町病院を含む全国440の公立・公営病院を統合し、再編する方針を発表しました。コロナ禍のもとでも、病院削減、廃止計画を強行しようとしています。統合・再編する病院として名前が上がった、公的・公立病院の地元から「病院守れ」の声を大きくすることが必要と考えます。



第2回目となる「地域医療を考えるつどい」は、町の財政危機から、京丹波町病院について、皆さんと一緒に考えたいと思います。「町の財政から地域医療を考えるつどい」にぜひご参加ください。

主催：京丹波町の地域医療を考えるつどい実行委員会 【よびかけ人】 船田 正 (元南丹病院事務長) NPO法人理事
和村 三郎 (丹波町保健所長) 樋川 剛謙 ()
連絡先 (谷山 眞智子：安井在住 Tel. 82-2239) 田畑 美さ子 (京都府地球温暖化防止推進委員) 山下 典子 (主催)

には34人の市民の方が参加し、京都社保協政策委員の中村さんより「大江分院病床削減の背景」を語っていただき、京都医労連の塩見さんより「大江病院の患者数、経営状況などからみてもベッド削減する理由はない」などのお話をいただきました。参加した市民からは「ベッドを削減してももっと経営が悪くなるかも」「地域からいろんなものが無くなっていき不安」「夜間に急変したら福知山市まで行くのは大変」などの意見をいただきました。

「つどい」後、再度、市議会各会派に対して、病床削減について大江地域の住民に対し説明がないままであること、市が削減根拠とする人口・患者減は理由にならないことなどから拙速な条例改正は行わないよう要請してきました。しかし、共産党以外の会派・市議の賛成で大江分院のベッド削減などの条例改正が可決・成立しました。

大江分院は、2006年の1市3町合併前から、住民にとって「いのちの砦」であり、なくてはならない病院であり続けてきました。大江の地域医療を考える会と大江町の住民は、大江分院の規模や機能の変更について、分院をいのちと健康の拠り所とする地域住民に対し、あらためて説明を行い、行政として説明責任を果たすよう強く求めています。また背景には、国と京都府、福知山市の過疎地域対策の不十分さがあります。大江でもどこでも安心して暮らしていけるためにも、地域の医療と介護を守る取り組みを継続が課題です。

*資料6・7

(3) 美山診療所存続の取り組み

公立公的病院統廃合の直接の対象ではありませんが、京都府内の山間へき地にある高齢化率の高い(47.6%)美山地域の医療を支える美山診療所(4床+19床転換型老健)で、2018年高齢の診療所所長が退任を表明したことを契機に存続問題が表面化しました。へき地医療を支えている美山診療所に南丹市は経営補助を続けてきていましたが、診療所理事会は、南丹市の補助金削減を契機に経営改善を目的とした医療機能を大幅縮小する「改革構想」を打ち出しました。これに対して、京都医労連・美山診療所労働組合の要請を受けて、2018年11月に理事会が地域住民アンケートを実

施。美山町住民の1/3を超える1,353人分を集約し、診療所の存続と南丹市による支援の拡充の必要性が明らかになりました。その後、何度も南丹市への要請、議会各会派への要請などを続けることで市長の姿勢を変え、2019年3月議会で「現在の指定管理から、市の直営を視野に検討する」という回答を引き出しました。この市の「診療所公立化」方針への転換の中で、全国の医師から診療所勤務の応募が相次ぎました。

こうした中で、労働組合や地域住民が中心になり「美山の医療を守る会」が発足。「会」は、市への「美山の医療・介護を守る要請署名」に取り組み、4,180筆を集約(美山町民の6割を集約)、診療所の機能維持、雇用確保、市の公的責任を果たすことを求めました。

市は、2020年12月議会で「南丹市国民健康保険診療所条例」を制定。しかし、老健については周辺に老健があることなどを理由に条例に盛り込みませんでした。美山の医療を守るために「守る会」は、「老健施設の存続、診療所の機能維持」などの全戸配布に取り組み、府議会と南丹市議会に請願書を提出しましたが、いずれも不採択となりました。

美山診療所は、機能縮小により、職員は60人のうち30人が退職となるなど大きな変化の中で、2021年4月から国保診療所として再スタートしました。「会」と労働組合の運動の中で、当初の市の計画になかった入院病床4床は維持することになりました。また、診療時間の改善、院外薬局の開設など市民の要望が少しずつ実現しています。4月以降の診療の中で、困ったこと、改善したいことを集約するための「美山の医療・介護を考えるアンケート」を6月に取り組み、地域の声で医療と介護を改善する取り組みが継続しています。このアンケート(166/1738世帯分)では、診療所の機能の低下によって、住民に様々な不便が生じていること、老後不安が強いことが明らかになりました。「守る会」は、11月13日に住民集会(地元住民ら50人が参加)を開催し、アンケート結果を報告。住民・職員からの発言もあり、住み続けられるための医療と介護の充実に向けた取り組みの継続を確認しています。

(4) その他の地域医療を守る取り組みと変化する地域の医療

① 洛西ニュータウン病院・婦人科閉科反対の取り組み

京都市西京区洛西地域の洛西ニュータウン病院(184床：一般53床・療養病床46床)は、婦人科外来を2022年3月末に閉科すると労働組合の交渉で表明。これに対し、労働組合は、十分な説明もなく、検診にも大きな影響を及ぼす婦人科の閉科には反対と「署名」に取り組み、短期間で900筆を集め、病院に提出しました。

洛西ニュータウンは、京都市が1969年に計画した10,900戸、40,000人を想定した初の大規模ニュータウンです。その後、団塊の世代が高齢期を迎えるなど高齢化率は40%近い状況です。その洛西地域の中核病院として30数年にわたり、洛西地域の住民に医療を提供してきた洛西ニュータウン病院婦人科の閉科は、地域住民にも大きな不安を与えています。京都社協や京都医労連は、西京社会保障推進協議会や地域の新日本婦人の会などとともに「地域医療を考える会」準備会を結成。「会」は、署名・宣伝行動、地元自治会への申し入れや

病院・京都市への要請を行いました。

経営問題を抱える民間医療機関が多い中で、その病院の状況で地域医療が大きく変わってしまうことに対して、市民の医療をどう守っていくのが問われています。

② 京都府内でも多くの病院の新築・改築、移転の際にベッド削減が行われています。これは、厚労省による「新たな病床再編支援」によるものですが、この政策の「効果」もあり、1990年に4万床ちかくあった病床は、2016年に35,000床、現在はさらに減少しています。

また、医療機関が移転したために町に一般病院がなくなるという状況も生じています。病院としては存在していても、一般病院から療養型などに変わったために別の医療機関に転院せざるを得なくなったり、救急を受けてくれる病院がなくなった地域もあります。

さらに、京都乙訓地域の医療構想調整会議の報告では、高度急性期・急性期を減らして回復期病床が増えています。「地域で普通にかかることができる病院がなくなっている」という状況です。

京都乙訓地域の病床数の推移

	2018年		%		2019年		%		2025年		%		2025-2019		%	
	病床数		病床数		病床数		病床数		病床数		病床数		病床数		病床数	
京都・乙訓 高度急性期	3,841	20	4,207	22	2,251	12	-1,956	-10								
急性期	7,105	37	6,229	33	6,003	32	-226	-1								
回復期	2,146	11	2,781	15	5,252	28	2,471	13								
慢性期	5,807	2	5,282	28	5,252	28	-30	0								
その他	409		259	1	0											
小計	19,308	100	18,758	100		100										
介護医療院			526		2,078											
総計	38,616		38,042													

2021年3月3日京都市地域医療構想調整会議資料より

*2019年ベースの推計・介護医療院は2020年12月現在数

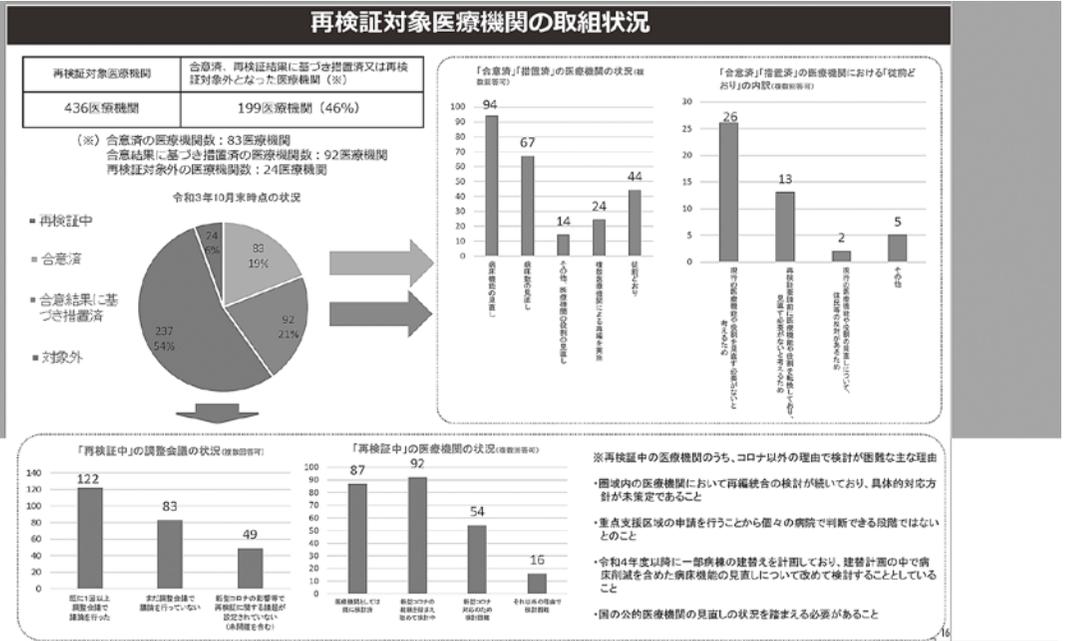
3 地域医療構想及び医師確保経過に関するワーキンググループ

2021年12月3日の地域医療構想及び医師確保経過に関するワーキンググループでは、再検証対象医療機関436中、4割近くの175病院が「再検証に合意」「合意結果に基づき措置済み」という報告が出されています。その内容は、病床機能、病床

数、医療機関の役割見直し、複数医療機関による編成実施など、医療機能を変えたという報告です。

2019年に公立公的病院424病院を再検証対象とするというリストが公開され、全国で大きな反対運動が取り組まれ、社会問題になりましたが、その後、対象とされた多くの病院で医療機能の変更、統廃合、ベッド縮小が進んでいるという状況です。

厚労省、財務省、経団連などは、「コロナで医



出典：厚生労働省第2回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ資料

療機関は大変だった。大変なのは、医師や看護師、医療資源がバラバラだからだ。もっと一つにまとめたらい」と主張しています。コロナ禍に便乗した病院の再編成推進とも思えます。

また、2022年5月に「総務省が公立公的病院統廃合撤回」という報道が流れました。コロナ禍の下で、「なぜ病院を統廃合するのか」という国民の声に押された面はあるとは思いますが、すでに統合再編成は全国で大きく進んでいます。しかも、「経営強化ガイドライン」では引き続き経営形態の見直し、医療機能の集約化を自治体に迫っています。今後ともに厚労省・総務省の動きに注視しながら、地域から医療を守る運動、病院の統廃合された地域での再検討を迫る取り組みを強める必要があると思います。

* 資料 8

4 コロナ禍の下での公立公的病院の役割

京都府では、医療過疎地域の北部や南部で、公立公的医療機関が中心となり、地域医療を支えています。京都市以北では、救急医療の体制は公立

公的病院が多くを担っている状況です。

コロナ禍の中で、「公立公的424病院」として名指しされた宇多野病院、舞鶴日赤もコロナ病床を確保しています。公立公的病院は、京都府全体のコロナ確保病床のうち46.3%を占め、中でも高度重症・周産期の病床はいずれも60%を超える役割を果たしています。

京都府の新型コロナ確保病床

	新型コロナ確保			
	保病床数	高度重症	周産期	精神
総数	756床 (100.0%)	50床 (100.0%)	14床 (100.0%)	6床 (100.0%)
国立	91床 (12.0%)	10床 (20.0%)	1床 (7.1%)	1床 (16.7%)
公立	172床 (22.8%)	15床 (30.0%)	6床 (42.9%)	5床 (83.3%)
公的	87床 (11.5%)	6床 (12.0%)	2床 (14.3%)	0床 (0.0%)
(再)国公立公的計	350床 (46.3%)	31床 (62.0%)	9床 (64.3%)	6床 (100.0%)
民間	406床 (53.7%)	19床 (38.0%)	5床 (35.7%)	0床 (0.0%)

※確保病床数は2021年11月末時点の概数
※内訳は非公表の2021年9月時点の数

5 今後の地域医療を守る取り組み

2019年9月26日から本格的に始まった公立公的病医院統廃合反対の取り組みは、各地域の特性を生かした運動となりました。そして、いずれも地域住民とともに医療機関・医療関係者や自治体などと共同を広げた運動でした。

「近くに同じような病院があるから不要ではないか」「自治体の赤字の中でこれ以上病院にお金を出せない」「小さい病院がたくさんあるよりも、大きな病院が一つあったら良いのではないか」「病院が診療科目を変えたり、場所を移転するのはやむを得ないのではないか」「高齢化がすすんでいる。人口も減っている。病院はなくても診療所があれば良いのではないか」など、運動を進める中でたくさんの疑問や不安をお聞きしてきました。

しかし、人口が減っているから、自治体が赤字だから、病院がなくてもいいのでしょうか？人が住んでいる以上、病院や学校や保育所や役所、商店があってあたりまえで、それを保障することが国と自治体の責任なのではないのでしょうか？どの地域でも安心して住み続けられるために国と自治体が存在しているのではないのでしょうか？

この数年の取り組みの中で、問題になっている地域の状況に即した運動をつくること、そのためには住民自身がその中心になること、運動を進める上で疑問になっていること、障害になっていることはみんなで学び、解決していくことや自治体や医療機関に粘り強く働きかけることなどを学ん

できました。

国の公立公的病院再編統合や民間病院も含めた医療提供体制の大きな改悪は、経済・文化・交通など地域のさまざまな矛盾や問題と表裏一体のものであり、「いつでも、どこでも、お金の心配なく、安心してかかれる医療」を実現するためには多くの人たちと一緒に運動をつくっていくことが必要であることを実感しました。

コロナ禍のもとで、医療提供体制、保健・医療・介護の充実は、従来にも増して住民の大きな願いであり要求です。その願いと要求に応えるためには、これまで以上に多くの共同を広げ、一つになった全国的な運動が必要です。

国や財界は、2024年、2040年にむけて着々と医療の改悪を進めてきています。私たちの運動で全面的には成功させてはいませんが、改悪のスピードは速く、広く、深くなっています。この改悪を中止させ、人が生きていくために必要な、権利としての医療・社会保障を守り、発展させるための大運動が必要だと痛感しています。

コロナ禍により、「これまでの医療と介護が圧倒的に不十分だった」ことが明らかになった今、彼ら以上に賢く、粘り強く、しかし、これ以上、改悪を許さないために一日も早く、だれもが生まれてきて良かったと思える国にするために、私も微力ですが努力を続けたいと思います。

(まつもと たかひろ、京都医療労働組合連合会特別執行委員)

村口 至

はじめに

1) 調査目的と意義

1) 第2次ともいえる公立・公的病院再編が強行されている今日、そのもたらす影響について検証することが重要である。

2) 青森県西・北津軽地方の「せいほくご西北五広域地域医療連合」は、わが国で最も早く公立病院の再編に取り組んだところで、10年を経過した。この地域医療再編が地域に何をもたらしたか、何が課題として浮上したかを明らかにすることは、今日の全国的な公立・公的病院の再編の未来を予測するうえで意義を持つ。

2) 調査日程と方法

1) 2022年3月14日～18日、5月13～17日現地訪問調査

2) 方法：事前調査（青森県、つがる西北五地域医療連合のホームページなど資料収集）

現地調査：関係者訪問（つがる西北五広域連合つがる総合病院、同つがる市民診療所（つがる市木造町）、同つがる広域連合労働組合、津軽保健生協健生五所川原診療所、同医療生協理事、地域活動家、五所川原市保健所、同市役所、同市図書館、鶴田町役場、鶴田町診療所、青森県医労連、共産党県議、共産党津軽地区委員会、青森県医師会、青森県保険医協会広野事務参与、大竹進医師（大竹整形外科院長、元青森県保険医協会会長）、一戸和成（公立野辺地病院事業管理者、元青森県保健福祉部長）

*この調査は、非営利・協同総合研究所いのちとくらの助成を受けた。

（要約）

青森県では地方の活性化を謳い文句としつつ、2005年に平成の市町村大合併が強行された。その後を追うように公立病院の再編統合が急がれた。全国的には、その先頭を走った青森県西・北津軽及び五所川原市地方の「西北五広域地域連合」は、5つの市・町立病院を、3つの病院と2つの無床診療所に統廃合した。理由は人口減少と医師不足であった。統合後10年を経過した現時点で、地域がどのようになったか、大事業はどのように定着し、新たな問題は何かについて調べ考察した。結果は、センター病院は新しく大規模に整備され救急医療機能が集約されたが、住民の期待したほどではなく、地方の医療を希薄化することになった。今日の厚労省の施策によりできたセンター病院は、地元の人々に「かかりにくくなった」と感じさせるように、当事者の熱心な取り組みにも拘らず、少なからず住民をも医療から遠ざける結果になったと言える。なによりも、住民が医療を身近に感じられなくなったことは、本政策に根本的問題が潜んでいるような気がする。その背景には、国の医師養成数抑止策と医療の公共性を支える施策の貧しさがあることが浮き彫りになった。そして、地方に住む人々の憲法25条をどう守るかの視点が見えてこなかった。

I 地域医療広域連合結成の効果と課題

1) 広域連合結成の概要^{1) 2)}

- ① 当地区は、平成17年の市町村大合併で1市10町村が1市3町へと6割4分削減され、面積は香川県に匹敵する広さである。その7年後の平成24年に、医療機関の再編成として「西北五広域連合」が発足し、5病院を3病院と

西北五地域保健医療圏

1. 圏域の現状

西北五地域保健医療圏の位置



【地勢等】

当地域は、北部津軽平野を中心に、白神山地、岩木山火山地の北西及び梵珠山地及び中山山地の中部から日本海にかけて広がっています。

日本海に面した海岸線及び湖沼群は津軽国定公園の主要景観地となっており、白神山地は世界遺産に登録される等豊かな自然環境に恵まれています。

構成市町村	五所川原市 つがる市 鯉ヶ沢町 深浦町 鶴田町 中泊町		
人口	131,423人		
年齢3区分別人口	0-14歳	13,467人	(10.2%)
	15-64歳	72,544人	(55.2%)
	65歳-	45,412人	(34.6%)
人口密度	75.0人/km ²		
世帯数	47,583世帯		
1世帯当たり人口	2.8人		
人口動態	出生率(人口千対)	5.6	
	死亡率(人口千対)	15.6	
	乳児死亡率(出生千対)	1.4	
	死産率(出産千対)	1.4	
医療完結率	入院: 62.96%		
	外来: 87.25%		
病床利用率	一般病床: 66.9%		
	療養病床: 84.8%		
面積	1,752.46km ²		
医療提供施設 (人口10万対)	施設数	8(6.1)	
	診療所	81(61.6)	
	歯科診療所	44(33.5)	
	一般病床	696床(529.6床)	
	療養病床	591床(449.7床)	
病床数	精神病床	164床(124.8床)	
	感染症病床	4床(3.0床)	
	結核病床	0床(0床)	
医療従事者 (人口10万対)	医師	159人(122.9)	
	歯科医師	58人(44.8)	
	薬剤師	145人(112.1)	
	看護師	812人(600.8)	
	准看護師	525人(388.4)	
平均在院日数	一般病床	14.4日	
	療養病床	220.8日	

出典:青森県『青森県保健医療計画(平成30年4月)』412ページ。

2 無床診療所に縮小再編し10年が経過した。人口は、2020年120,470人から2045年には、65,234人と25年間で半分近くになると予想されている。

- ② 地域医療の再編時には、病院から無床診療所に縮小対象となった地域では、大きな住民運動が活発になされた。(後述)
- ③ 対象5医療機関の変化の状況を⇒で示した³⁾。西北中央病院(五所川原市)〈一般350床+精神60床〉⇒一般390+精神44+感染4
公立金木病院(金木町)〈一般146床+療養30床〉⇒一般60+療養40
鯉ヶ沢町立中央病院(鯉ヶ沢町)〈一般140床〉

⇒一般70→60

鶴田町立中央病院(鶴田町)〈一般70床+療養60床〉⇒病床ゼロ

つがる市立成人病センター(つがる市木造町)〈一般92床〉⇒病床ゼロ

以下機能の変化を表に示すと

	病院数	診療所数	救急告知	総病床数	一般	感染	精神	療養
連合前	5	0	5	953	798	0	60	90
連合後	3	2	3	608	520	4	44	40

結果として

病院数	無床診療所数	救急告知	総病床数	一般病床	感染病床	精神病床	療養病床
▼2	+2	▼2	▼345	▼278	+4	▼16	▼50

▼は減少数

病床総数で36%も減らした。

民間を含めた地域医療での「広域連合」の比重も下表に見るごとく大きく減退した。

	連合化前	連合化以後
総ベッド数比率	54.6%	43.3%
一般ベッド数比率	85.8%	79.8%
療養型ベッド数比率	14.2%	6.8%

*すべての病院の名称は変わり、自治体立名がなくなった。

*5公立病院はすべて救急告示病院であったが3病院に減少。

*公立病院総ベッド数608は、地域全体の半数割れになり、療養型病床は1割を割り込んだが、施設の量的比重の低下により医療機能の役割がどのように変化したかに関心を持つ。

*地域の唯一の病院である鱈ヶ沢町立病院と町立金木病院は、かつては、それぞれ9科、7科の診療標榜科があったが、7科、7科に後退した。なお、五所川原市と鱈ヶ沢町へはJR駅間で35分、金木町とは40分の所要である。

*無床診療所化したつがる市木造町と鶴田町には、救急告示病院が存在しないことになった。いずれもJR駅では、五所川原駅の北隣と南隣り駅で所要時間は各6分ではある。

*民間病院：五所川原市 4病院529床(一般123、療養286他120)

つがる市 1病院265床(療養43床介護医療院222床) 無床診療所4軒

鶴田町 なし、無床診療所3軒

鱈ヶ沢町 なし、無床診療所3軒

金木町 1病院、無床診療所1軒

それぞれ、公立医療機関の役割が絶大であることが分かる。

*5民間病院の総ベッド数794床中療養型542床(68%)にみるように、民間は療養型機能を担っている。

*保健所は、当地区に2ヶ所(五所川原市と鱈ヶ沢町)にあったが、鱈ヶ沢町地区のそれは五所川原市保健所に統合された。つまり香川県の広

さに1ヶ所ということである。

④患者の受療動向では、当地区は自圏域での完結率は64.1%で、県内全医療圏で最低となっている(「青森県地域医療再生計画(西北五地域保健医療圏)、平成28年」による)。隣接する津軽医療圏に26%を依存しているが、弘前大学医学部を擁する津軽医療圏があることによりと思われる。

⑤専門的医療機能の強化(「青森県地域医療再生計画(西北五地域保健医療圏)、平成28年」による)に関しては、①医師不足等により専門的医療機能が低く、医療が提供できない分野が多い、②がんの診療、循環器疾患・神経・脳血管疾患の診療について、圏域内ではできない治療も多く、圏域外に流出する患者も多いことから、体制を整備すると指摘しているが、常勤医/非常勤医の増加や診療科の増加でかなり対応が進んでいるようであるが、心臓外科、脳外科などの目玉とした科の医師体制が整わず更なる今後の課題のようだ。

2) 医師体制など

① 常勤医師数推移

西北五連合病院医師数の推移(表a)

	H17年	H23年	H24年	H25年	H26年	R3年	平成17年対令和3年比
つがる総合病院	35	32	35	35	41	51	プラス16
かなぎ病院	8	4	5	4	4	5	▲3
鱈ヶ沢病院	7	4	4	6	7	7	0
つがる市民診療所	6	7	5	5	2	2	▲4
鶴田診療所	6	3	3	1	1	1	▲5
総計	62	50	52	51	55	66	プラス4

(注)この表は、広域連合に加わった病院の常勤医師の動向と思われる。H17年は連合合併以前の状況を示す。

平成24年：鶴田町立病院から鶴田診療所へ

平成25年：つがる市成人病センターからつがる市民診療所へ

平成26年：西北中央病院からつがる総合病院へ

*医師総数は4名増加、特にセンター病院は16名増加で集中した。一方、鶴田診療所とつがる市

民診療所はそれぞれ4名、5名の減員である。
 *市町村合併が検討始まる平成17年当時は、今回無床診療所化された病院を含めて、医師体制は、再編後病院として残った鱈ヶ沢病院並の医師体制を維持していたことがわかる。

*鱈ヶ沢病院は、再編過程で一時減少したが、元に回復している。

②センター病院：つがる総合病院の常勤／非常勤医師の推移（表b）

	H 25	H 26	H 27	H 28	H 29	H 30	R 元	R 2	R 3	H25対 R3比較
総数	63	68	74	73	75	74	74	72	71	プラス8
常勤	51	55	63	63	65	63	67	65	63	プラス12
非常勤	12	13	11	10	10	11	7	8		▲4

*表a) b) は、つがる総合病院の事務部の佐藤氏の提供による。

*表b) は、西北五広域連合形成後から、常勤医で12名増加、非常勤医は4名減少となり、常勤体制が強化された。

*表からは、H27年の広域連合の体制ができた年から、全医師数は60余名から70名の大台に乗った。常勤医師数では50名台から60名台に乗ったが、最高時で67名に止まり、非常勤医師で苦勞して体制を維持している様子がわかる。センター病院であるつがる総合病院は、総数でH25年の63人（常51+非常12）を最低に、最高でH29年の75人（常65+非常10）であった。表では、常勤医師の数字の変動が63~67と大きく、大学からの医師配置の不安定さを暗示している。

・センター病院の当直業務を考えると、常勤医師22科52名中、内科系は15名であり（2022年4月ホームページ掲載）、当直を複数医師で行う場合は、週に1回以上の当直回数になる。この頻度は、全常勤医が担えるはずがないことを示唆し、長期間耐えられるか危惧する。

*10年経過して、以前から従事していた医師で残っているのは、センター病院の現院長1人だけになったという。これは何を意味するのか。医師人事は、基本的に弘前大学に依るといふ。連合体としての統一した医師人事方針・組織をつくれぬのかもしれない。おそらく、各病院又は科長が弘前大医局との関係で人事を行っているとされる。一部に県立病院からの異動もあるようだ。つがる市診療所でも、4月に所長と

事務長が弘前大学医学部教授参りする予定という。医師派遣要請のための春の定期訪問である。

*地域で一局集中の急性期病院となり、医師や看護師の労働は厳しくなり、退職が相次いだことがある由。

*初期研修医枠10名であるが、2022年は6名採用。新専門医制度によって、初期研修で育てた医師を継続して採用することができなくなった。つまり、初期研修から引き続いて地域の医師を育てることができなくなったことは、地域医療にとって問題が大きい。

*総務省・厚労省の「公立・公的病院再編」は、「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」「在宅」と病院を機能別にし削減する方向であるので、過疎地域においては、地域に病院数が少ないこと（削減したこと）から、センター病院内で、急性期、慢性期、回復期の病棟区分で対応することになりかねない。これは、厚労省の思惑と異なる結果をもたらすに違いないと思われる。

*地域に病院数が少ないうえ、公立病院の比重が高い当地区の場合は、公立病院の再編縮小は、急性期病院（センター）から回復期病院（サテライト）に転院した場合、遠方になり、患者と家族への負担が大きい。

*なお、西北五地域の自治体病院等の機能再編成について問われたことへの有賀玲子県福祉部長の評価は、「常勤医師数は平成2年4月の50名から今年4月は72名と22名増加し、基幹病院のつがる総合病院と前身の西北中央病院との比較では、11年間で28名から56名に倍増し、診療科は16から22に増え、再編の成果が上がっている」（県議会令和元年第300回定例会、2019,11,28）⁴⁾としているが、この常勤医の数字は、先に示した広域連合が出している資料と大きく異なっており、非常勤医を含めた数字に近いのであって、ごまかしと言えぬ。また評価を問われて医師の数字と診療科の増加のみしか評価の視点をおかず、再編縮小された病院の地域住民への言及がなかったことは市民サイドへの評価が眼中にない点には大いに疑問だ。

3) 住民運動

①2003年から05年にかけて労組各団体による自治体キャラバンや住民の会を組織しての運動が展開された^{5) 6) 7) 8)}。西北五地域医療共闘会議を県医労連、自治労連県本部、西北五地区労連、西北中部病院職員組合の4団体で結成し、住民の会結成案内ビラを3万枚用意した。住民懇談会やシンポジウムなどに鋭意取り組んだ。この間行われた首長選挙や国政選挙の候補者へ公開質問状を發し政治問題化する取り組みもした。つがる成人病医療センター無床診療所化には1万筆の署名を集め、町議会請願も採択させるなどの町民運動も生み出した。圏域14首長との懇談では、「最大の問題は医師確保だ」と共通していた。対県交渉では、県の医療総務課課長は「地域や診療科による医師の偏在があり、需要計画策定しても実態に即したものはできない」と半ばさじを投げだしているかのごとくであった。

なお、労組にとってこの運動に刺激を与えたのは、地方のお年寄りの手紙であった由（後記注7）。

- ②「市民カフェ弘前」⁹⁾として医師や弁護士、元医学部教授や市民活動家による市民フォーラム活動が企画された。ここでは、病院再編問題から市政のあり方などについて系統的に公開論議が行われた。2019年12月～2020年8月までの期間に9回行っている。主催者のひとり大竹進医師は、地域で診療所を開設しつつ県北の無医村での診療活動も行い県知事選にも立候補するなど青森県の地域医療の改革に身をもって取り組んでいる熱血漢である。このような市民を巻き込んだ活動もなされていた。
- ③町立金木町病院の医師6名中2名の退職を前にして、病院の「救急告示」を返上することが議会で問題になった。それを受けて、寺の住職を中心に町内会、地域自治労、議員、地域医療を考える共産党系団体などが結集し、2週間で2万筆を超える署名を集め、集会、講演会、そして各戸の軒にホワイトリボンを飾る運動などに、新聞報道で知った他市の医師等が加わり「あつという間に常勤医8名になった」という成果

を上げた¹⁰⁾。医療現場を知るために県内すべての総合病院の医師にアンケートを取り、医師労働の厳しさを知る活動も生んでいた。この間、たった1年余の市民の町をあげての活動であったが、大変教訓的である。

*病院再編後10年を経過したが、運動に取り組んだ地域組織の現状については、聞くことができなかった。住民運動を維持することの困難さを示唆している。

II 調査のまとめ的に

1) 広域医療再編の効果と課題

地域にある公立病院の医師の集約化を図って1センター病院と4つのサテライト病院と2つの診療所に医療人を再編することで、市民の医療要求に対応せんとしたが、10年を経過してその功罪が問われている。

〈全県的にみる西北五地域医療の特徴〉

- ①県の6地域医療圏で地域住民の自圏域受療率は60.6%で、最も低い（青森県地域医療構想、平成28年3月）。
- ②県内6地域医療圏での、循環器、神経・脳血管疾患対応治療技術の比較では、特殊技術8項目中西北五地区は4項目、神経・脳血管分野9項目では1項目と他地区に比して最も技術過疎地区である（青森県医療機能調査 平成18年）。心臓外科医、脳外科医名が記載されているが未だに手術体制が整っていないようだ。
- ③当地区の医療従事者：医師155（人口10万対101.2）、看護師720（同470.3）、保健師81（同52.9）、助産師16（同10.5）、以下順次に、人口10万対では医師は青森県170.5（全国206.3）、看護師714.7（同635.5）、保健師41.4（同31.5）、助産師21.2（同20.2）。以上見ると、人口当たりの県の医師数に比して当地区の医師は90.9%（同75.1%）、看護師100.7%（同74.0%）、保健師127.7%（同167.9%）、助産師51.9%（同51.9%）であり、医師、助産師不足が目立つ。
- ④400床規模の県内9病院の中で最も医師が少なく、同規模の病院の常勤医数の平均41.2人を大きく下回る30人となっており（同報告書P20）、

医師や助産師に多くの負荷がかかっている構造になっている。

つまり、全国的に人口当たりの医師数が最も少ない方である青森県の中でも当地区は最も少ない医師数の地域である。その状況の中で、地域広域連合を作り公立病院の再編化によって全体の医師数を若干増加させた成果は見られる。しかし、その中で新たな困難さも無視できない。

- ⑤医師・医療人の集約化を図ることにより（a）救急医療の一極集中による弊害（センター病院への業務集中・過密化などによる職員の超過重労働、つまりスタッフが足りない）、（b）救急搬送時間の長時間化、などの問題が新たに発生した。センター病院に到着した救急車が立ち並ぶこともあるという。

救急車搬入件数は、広域連合編成前の年間2,000台から3,000台へと増加し、県内でも3番目に多くなった。

- ⑥各医療機関の統計には、センター病院のつがる総合病院との関係での患者の紹介先と紹介元の統計があり、その連携機能の評価をしている。それによると、紹介先のサテライト（連合関連）病院との関係では、紹介先では、18.8%~22.0%、紹介元では17.7%~20.2%となっている。サテライト医療機関以外からも広く地域医療に貢献していることを示している。
- ⑦当初構想の目玉であった心臓外科、脳外科構想は、その医師体制をつくれずに経過しており、よって構想の重要部分が欠けていることへの住民の期待外れ感は大い。県内他地区に比して、患者の他地区への流出が多い圏域であることへの対応の目玉が実現しなくなった。弘前大学が構想策定の当初より関与してきたうえでの“目玉構想”が欠けたことに関する大学の責任は大いと言える。
- ⑧地域の救急医療状況を、当地区消防の救急車出動件数でみると当地区（五所川原市、つがる市、鱈ヶ沢町の各消防組合）の平成30年の救急車搬送件数は3,261人、その9割以上をセンター病院で引き受けその任を果たしている。

県の救急車出動の重症度別に見ると、青森県死亡3.2%（全国0.5%）、重症22.0%（同10.0%）、

中等症37.2%（同37.6%）、軽症37.5%（同50.8%）に見るように、重症度の比率が高い。県民はぎりぎりまで我慢していることを暗示している（平成21年度広域ブロック施策事業等推進調査「東北圏における救急医療体制の課題分析」に関する調査報告書）。また、同報告では、被搬送者の年齢では、青森県は高齢者が54.3%で全国の48.3%より多くなっており、今後、重症化した高齢者の搬送が増えることを示唆している。

〈広域連合という機構について〉

- ①定款では、議会をもち住民代表も名簿にあるが、旧町の代議員は1名であり、年1,2回の会議では、住民との距離感は遠いといわざるを得ない。旧来の市・町立病院では、市・町の議会での重要な審議議案であったはずであるが、その機会を失ったことになる。
- ②五所川原市役所を訪ねたが、市民の医療情報については開示されなかった。市内の医療機関に関する情報は持ち合わせていない。保健所（当広域地区）も県がホームページで公表している情報以外に、独自に地域医療・医療機関情報は持ち合わせないということであった。鱈ヶ沢町の保健所は五所川原市の保健所に統合され、町民の不自由さが増しているはずである。
- ③広域連合結成には弘前大学も関わり、医師配置の責任を請負ったが、10年経過するも予定通り医師配置に至っていない。5病院・診療所全ての医療機関の医師配置も弘前大学の医局と県立病院が行っているが、広域連合には統一した医師組織はないため、それぞれの医療機関が所属する医局が対応に当たることになっている。よって、広域連合としての「医師集団」を形成するには至っていない。“地域で医師が育つ”“地域で医師を育てる”という構造をつくれないうる。
- ④広域連合結成の音頭を取ったのは、五所川原市長といわれる。県の地域医療再編構想に真っ先に手を挙げたという。医師確保のためには、市長は県知事を伴って当地出身の医師を、大阪まで訪ね説得を試みるなどもした。金木町出身の津島代議士も尽力したようである。政治家にとっても医療課題が大いであることを示している（五所川原市議会議事録）。

2) 青森県の地域医療の課題

当県の医療問題の特徴は、第1に3大死因が全国トップクラス、第2に医師不足、第3に公立病院の比重が高いという特徴がある。

①人口10万対（平成27年）では、全死因で男女とも全国トップで、全国平均と比べると男で94.6人、女で33.4人多い。主要疾患で見ると悪性新生物で男36.3、女15.3、脳血管で男15.0、女7.2、肺炎で男10.8、女3.8、糖尿病で男3.8、女1.2と主な死因の全国比で差が大きい。特に男性の全国との開きが目立つ。一方、老衰は男0.4、女マイナス0.3となっている。県当局も3大死因の対策を重視している。

なお、西津軽地域で救急告示病院を一気に無床診療所化された鶴田町は、人口あたり3大死亡率で県下トップであるが、検診受診率もトップである。ここには保健師の懸命な地域活動や、町の助成（精密検査に8,000円、禁煙外来受診者に1万円など）を見ることができるが、なぜ死亡率が高いのかの質問に町の保健師は「貧困がある」と低い声で答えた。ここに青森県の苦しい現実が表明されているのかもしれない。

②医師不足は、施設所属医師で人口10万人あたり全国都道府県の下から数えて4番目（170.5）、全国平均は206.3とその差は35.8人と大きい。

下位3県は、埼玉県、茨城県、千葉県首都圏域の人口急増地域である。平成12年から同18年の6年間の増加では、全国平均+14.7人増加に対して青森県は+9.6人、一方埼玉県は+18.2人に見るように、年々その格差は拡大していると言える（出典：都道府県格付研究所）。近年は弘前大学への地元出身者入学対策が効を示しつつあるが、先を見通せないでいる。特に西北五地区や下北半島地区の医師不足は深刻である。弘前大学医学部の入学時の地域枠は120名中65人と比率が高いが、五所川原地区での市民活動家との間では、「この地区から医学生は出ていない」「貧困が背景にある」との会話があった。

平成の市町村大合併で40%の自治体は消えたが、それは過疎地を拡大する方向へ働き、地方地域

の自治能力を奪う方向に作用したといえそうだ。合併作業時に地域の自治会など組織の活性化がうたわれたが、その後について検証した様子はない。

③青森県の医療に占める市町村立病院の役割は極めて高いことを念頭に置くべきであろう。県内病院に占める自治体病院の比率は全国トップで24.4%を占める。（令和3年厚労省医療施設動態調査）

・青森県の自治体病院数94 市町村立23（全病院数の24.4%）

・全国の自治体病院数8,300 市町村立612（全病院数の7.4%）

上記に見るように、青森県の地域医療を支えているのは市町村立病院であることが示されている。地方にいくに従ってその比率は高くなり、私的医療機関が少ないことを意味しており、今日の総務省と厚労省の推進する公立病院再編縮小は、多くの“無医地区化・無医療機関化産出”を意味しており、地域住民の医療受療権を直接脅かすことになる。

私的医療機関の多くは、主に回復期や療養型医療を担う施設が多くなっており、町立小規模病院でも救急告示機能を果たす意味は重視されねばならない。西北五地域医療再編は、2つの町立病院のベッドを奪うことで救急告示機能も失った。夜間の死にも対応出来なくなった地域を、高齢化の進行する地域の住民はどのように受け止められるか。思うだけで悲惨だ。ここにきて県内の開業医数も減少傾向にあるという。

④現在、津軽医療圏の中心都市弘前市の国立病院と市立病院の合併統合計画が進行中である。廃院となる市立病院では、マスコミ報道をきっかけに、「患者も、医師も激減し、それまで黒字で推移していた病院経営が2017年度決算では、5億5,200万円の赤字を出す事態になった（県議会平成30年定例議会、安藤はるみ議員質問¹¹⁾）とあるが、再編合併にはこのような混乱を伴うだけでなく、他の公立病院の再編縮小も大変気になるところである。

〈県内の医師養成をめぐる厳しい状況：自治体病院の再編に当たり青森県の独自の問題性〉

①医学部卒業後の医師の地元獲得に成功していな

い。

初期研修医コースに「地域医療重点プログラム」コースがあるが、2022年時点で青森県内の研修病院でこのコースを設定している病院はない。2021年度初期研修病院マッチングでは、青森県13病院の採用定数133人中マッチ者数78人で58%にとどまっている。なお、つがる西北五広域連合つがる病院は、2022年度定員6人で6人の100%のマッチ率である。研修病院の規模は、多くは300床以上病院であり、地域に密着している200床規模の医療機関は例外的である。また、弘前大学医学部卒業生110名余のうち半数は県内の病院での研修に就いているという。3割は関東圏出身者であり、関東圏出身者に在学中に東北の地域に関心を持てるプログラムを用意できるかが問われている。

- ②専門医制度・・・今日では、初期研修を終えると専門医資格取得のために、さらに医学部や大規模病院に数年間所属し研鑽する。内科学会専門医指定病院数では、山形県3、青森県4、岩手県6、秋田県6、福島県7、宮城県16で青森県は少ない方であり、よって医師の県内定着には不利である。

その結果として、青森県の「総合内科専門医」は205名で全国では下から数えて3番目、「認定内科医」は同6番目と少ない県になっている(2021年10月1日現在)。

専門医養成施設が少ないことが、他県への医師流出を引き止められないとの指摘がある。一戸氏¹²⁾は、専門医研修できる大規模病院作りのために、青森市の県立、市立病院の統合を位置づけている。なお、それだけでなく、地方に医師を獲得するために、都道府県ごとに「専門医定数枠」の設定や、病院管理者などにつくにあたっての条件に地方勤務を付すべきとの提案をしている¹³⁾。一戸氏の提起もあってか、近年この件での論議が始まっているようだ¹⁴⁾。なお、大竹氏は、専門医資格要件に1年間の僻地医療就任を義務付けることを提起している。

- ③開業医数も減少傾向に入った。人口減少を受けてやむを得ない(県医師会訪問)というが、それでよいのだろうかとも思う。進展する人口減少地区がますます見放されてゆくのを座視して

よいのかと問われているような気がする。その意味でも、医学教育での地域医療教育に期待したいところだ。弘前大学医学部に所属する医師数は全国の医学部での最も少ない方にあるという(大竹医師指摘)。ある教授は、所属する医師が少ないために医学部病院の当直もしているという窮状にあるとも耳にする。医学生が、青森県の医療問題や、過疎地域の問題に触れる機会があるのだろうか。私は、過疎地域医療に従事する医師を“義務化”で誘導する制度は成功しないと思う。若い学生時代に、地域にどれだけ触れさせるか、そのための教育とシステムをこそ開発すべきではないだろうか。

私の場合は、1960年代であるが、サークル社会衛生部が毎年春、夏休暇中に、秋田や岩手の無医村に「農村調査」と称して、2週間、部落の集会所に泊まり込み、戸別訪問で血圧測定や健康調査を実施し、レポートを作成した。この企画には、同級生の6割は参加した。級友の東北出身は3割弱であったが、多い関東圏出身者も卒業後は宮城県や東北地方に残った。つまり、学内に閉じこもった6年間の教育では、卒業後は何の未練もなく他県に移動するという状況を医学教育の中で変える大胆な試みが求められている。

医師初期研修制度の限界：かつては、医学部卒業後は、医学部の医局に所属し、その関連病院(多くは中小病院)へ2,3年赴任し、地域医療の研修でオールマイティの医師として基礎を積み、大学医局へ戻り専門医へと進んだ。よってどんな科の専門医でも、1次救急の対応はできていた。ところが今日の2年間の初期研修制度は規模の大きい病院が中心となり、地方の病院は少なく、かつてのごとき「地域医療」の研修はできなくなっている。そのうえ、その後続く学会専門医制度は、再び大学医局や大規模病院に縛られ、地域医療から離れてゆく。この構造は、医師が養成される過程から、「地域医療」を遠ざけるように作用する。

3) わが国の医療政策との関係で

① 決定的な医師不足

我が国の人口当たりの医師数は(2019年)、OECD諸国(千人当たり)の平均3.6に対して2.5であり、この時点でOECDの平均を上回る県は、わが都道府県にはない。なお、OECDの人口当たりの医師数では、我が国は加盟36ヶ国中25位である。この状況への抜本策を立てずに、医師の過労死への批判を前に「働き方改革」で労務管理を強化せんとして現場に押し付けてきているが、それはさらなる大規模病院への医師の収斂を意味する。さらには、初期研修システムで医師を大学病院と大病院に縛り付け、更にはその先の専門医制度で医学部関連の大病院中心に医師を拘束する。この制度は、明らかに医師の意識を地域からそらせるように作用している。

この研修制度の見直しとともに、せめてOECD諸国の平均値まで国は医師数の増加を図るべきであろう。

【夜間救急医療の医師体制とれず】 夜間当直の救急医療を担うのは多くは「内科医師」である。それは、オールマイティ性を求められることによるが、一般に内科系医師は最も人員数が多いことや、他の専門科は翌日の手術や外来診療などもあり医師が少ないことから、当直は内科医が担当するのが一般的である。厚労省の「医師不足地域への充足地域からの医師のシフト」の検討企画による面白い調査を紹介したい。医師充足県から不足地域への医師のシフトを検討した調査¹⁵⁾では、結果的に不可能であることが判明したのであった。それは、比較的医師充足度の高い県の大阪の市中病院の調査で、医師充足病院から不足地への医師のシフトが可能かの問いに対して、夜間当直は主に内科医が担っており、内科専攻医師を他に回すと、医療体制を取れなくなるということであった。夜間時間帯の救急は、総合的力が求められる。よって、他科の専攻医では不可能だからだ。では、救急専門医はどうかというと、まったく実人数が足りないのだ。

② 総務省局長コロナ通達(2022年3月29日)¹⁶⁾

公立公的病院の縮小・再編を強行してきた総務省が、ここにきてコロナを経験し公立病院の役割の重要性に気づき、感染症対策のため「各病院の機能分化・連携強化を更に進めること、基幹病院からのスタッフ派遣などに取り組むこと。感染拡大に対応した病床の転床や転用しやすいスペースの確保」などを求めている。現実には、ワンフロア単位で感染症用に対応している現実をわかっていない。さらに問題なのは、病床数の問題だけではなく、医師、看護師などのスタッフ数の不足には目をつむり、連携のみを強調する政策であり、これにはあきれる。

この通達の1ヶ月後に「かなぎ病院クラスター、新たに9人感染」(奥羽日報2022年4月27日)と報じられた。同じフロア従事者4人、入院患者4人、退院した1人、院内感染とみられる。救急搬送、入院受け入れ停止、外来診療、救急外来一時停止・等々。ベッドを削減し、医師やスタッフも縮小した病院での苦労がこの度のコロナパンデミックで、医療機関や医療人をその限界を超えて襲ってきた。総務省「病院の機能分化・連携強化」「基幹病院から医師や看護師を派遣すること。感染拡大時に活用しやすい病床や転用しやすいスペース等の確保」を一層進めろ、と言われても、連携先のセンター病院もギリギリの体制では、この通達は、紙切れ同然である。

③ 国の施策との関連で

以上見てきたごとく、再編先進地の「西北五連合」の10年経過からは、総務省の公立・公的病院再編の施策は、赤字病院減らし、医師不足対策を目玉にしているが、元来医師数の少ない地域で人口減少に悩む地域にとっては、その矛盾をより強める方向に作用していることが示された。特に公立病院の比率が多い地域にとっては、そこをターゲットにした「公立病院再編縮小」政策は、地域住民の受療権を奪う危険な手であることが示された。もう一つの手法である「医師の働き方改革」は、元来少ない医師の一極集約化を促進させるに違いないし、初期研修医制度と学会専門医制度による“相乗効果”は、医師不足地域を更に追い込むことになっていることを直視すべきであろう。

この窮状を乗り越えるには、医師数の抜本的増加、せめてOECDの平均を当面向すべきであろう。人口減少の中で、地方の地域の“ひと”の居住権を奪い、受療権を危うくする改革が全国的に広がることは、憲法に保障された生存権・居住権を奪うことになる。

Ⅲ 市民の声—今日の評価…利用者や地域の声など

〈センター病院について〉

- ・五所川原市民：病院にかかりにくくなった（紹介状を求められる。14日で退院させられ、車で3、40分も離れた別の病院に転院させられる。・・）
- ・立派な病院ができたのに使いにくい。受診するのに「紹介状」が必要になった。初診料と別に2,200円請求されることを知らなかった（紹介状ないため）。
- ・最期はここで終わりたいと思っていたが、風邪で受診したところ「あなたの来る病院ではない」と断られた。
- ・元の西北中央病院のように気軽に受診できない病院だとわかってがっかりした。
- ・心臓病で月1回受診していたが、先日は医師が一人なため、9時予約が救急対応で午後の3時になった。
- ・手術後、傷が塞がらないうちに退院させられた。
- ・夜間は専門医不在の時もある。
- ・救急外来があると思いきや受診したが症状を確認されて対応する科に回された。直ぐに診てもらえると思って行ったのに、結構長い時間痛みを耐えた（救急車でないと早く診てもらえないなら安心できない）。
- ・センター病院の創立時の宣伝にあった、脳外科、心臓外科設置の構想に期待したが、未だに専門医が揃わない。弘大から配置されないらしい。よって「大きな期待」が裏切られた感じだ。
- ・エクモが1台あるが、スタッフ不在でコロナ重傷者の入院はできないらしい。県内で「特定集中治療室」がないのは、当地区と上十三地区であり、今回は新病院でも実現できなかった。
- ・もとは、救急で入院してもリハビリの回復期ま

で入院できたが、手術後でも短期間で退院させられ、回復期は30分以上離れた他町の連合参加病院に転院させられる。吹雪のときの見舞いに1時間以上も要することになった。

- ・慢性腎透析やらないために、弘前市まで通院している人もいる。
- ・元の西北中央病院に比べて駐車場と建物が立派になったが利用しにくい病院だと思った。理由：紹介状がないと受診できない。地域連携室があるけど親身に話を聞いてくれない。
- ・労働組合の参加率も悪くなった。自治労（系）と自治労連（系）がある。広域地域でセンター病院1ヶ所に集中させたため、救急医療が過度に集中したため、医師、看護師などの退職が集中した時があった。
 - *津軽地方は県内でも有数の豪雪地帯であり、猛吹雪などの時は通院に普段より2～3倍の時間がかかる。助かる命も助からぬ心配が大きい。県内のヘリ基地は2ヶ所あるが、当地区のヘリの搬入所要時間は60分前後であり、脳血管、心臓の急性期治療には間に合わない恐れがある。また豪雪によりヘリも運行できないことがときに発生している。

〈医師について〉

- ・主治医がコロコロ変わって治療方針も変わる。対応に不満がある。
- ・今年3月に抗がん剤治療で計画をたてたのに主治医が変わって急に手術の計画に変更になった（とても不安です）。
- ・若い医師に処置などさせて失敗された（1～3回程度あった）。
- ・センター病院の医師の多くは、弘前市在住で通いが多い。地域住民となじむ機会がない。また地元開業医も弘前市居住で、休日・夜間不在が多いとのこと。

〈規模縮小化した病院について〉

- ・医師やスタッフやベッド数の減少により診療科目の減少と非常勤医師の比重が増えた。
- ・標榜診療科の減少（眼科、外科、耳鼻科、眼科、産婦人科など）や医師のパート化で、大変不便になった。

〈無床診療所化した医療機関について〉

- ・無床化したため、「救急告示」を失った。住民はもっぱら「急病になれない」とガマンを強いられる。夜の救急（急変）などの時に五所川原市まで移動しないといけない時間ロスがとても不安。
- ・隣町の木造町民：熱中症でも、車で20分のセンター病院まで行かねばならなくなった。
以前は、外科もあったので便利だった。今は、内科医師のみ。
- ・無床診療所になった鶴田町民の話では、診療所の医師が弘前からの通いであるため、夜間に死亡しても診察（検屍）と死亡診断書は翌日になったという話だ。
- ・入院は五所川原市になった。とても、不便です。見舞いも遠距離になって不便です。
- ・つがる総合病院からサテライトの金木病院に転院させられたのはとても不便でした（鶴田町民）。
- ・病院の無床診療所化は、地域の高校の閉校などとも相まって、転居する住民が出ている（知る人で6名も）。高校通学交通費が年間20万円にもなるという。
- * つがる市民診療所の場合：昭和28年に木造町国保直営病院として発足、10年後にベッド最高150床（一般100、結核35、伝染15）、救急告示、がん疼痛管理、重傷者療養管理などなど積極的医療活動を行っていた。平成17年の1町4村合併でつがる市となった時に、つがる市国民保険病院つがる市立成人病センターへと改称し、CT、MRIも設置し医療活動に意欲的であった。診療所化には、地域住民の反対運動が広く取り組まれた。

〈市民の声〉の収録は、筆者の五所川原市、鶴田町、木造町を訪問したときの店の軒先での客や店員との会話、病院労組員、津軽医療生協の職員、理事や会員、鶴田町役場のアンケート（2022年）、日本共産党五所川原市市民アンケート（148人、2014年）等によった。

*このような市民の声の背景には、これまで触れてきたこと以外に、平成の大合併による問題が底流にありそうだ。

平成の大合併で青森県は、自治体数67から40へと40%の自治体が消えた。このうち、津軽半島にかけての3地区は、飛び地の合併となっている。それくらい、地域の歴史、地理、文化の複雑さと多様性に富む地域でもある。なお、全国では、自治体数減少率46.5%である。自治体合併の効果として、青森県全体として自治体特別職68%、議員45.8%を減少させ、年間の給与、報酬で21億1千万円を減らせたとしている。さらには、小中高校の統廃合も行われ、それを補うものとして、地域審議会設置、地域協議会設置、自治会連合会設置などが提案されているが、どのように機能しているかの報告はない。「青森県における平成の合併のとりまとめ」（平成22年2月）の中には、医療機関に関する再編には触れていない。

【私の結論】

医療政策を“経済合理主義”から解放し、憲法25条実現“人間社会非合理主義”へ大転換を図ること。自治体立病院の強制的縮小再編は中止し、住民の受療権の目線に立った地域医療の再構成をすること。医師については、当面 OECD 平均まで増やすとともに医学部在学中に地域医療について触れる機会を増やすこと。

【参考資料】

- 1) つがる西北五広域連合、西北五地域における自治体病院機能再編成マスタープラン（改訂版）、平成21年3月（平成24年11月一部変更）、
- 2) 青森県、青森県地域医療再生計画（西北五地域保健医療圏）
- 3) つがる西北五広域連合、新公立病院改革プランの点検・評価の概要（令和2年度実績）
- 4) 有賀玲子青森県健康福祉部長、青森県議会令和元年第300回定例会（第2号）
- 5) 金川佳弘、住民とともに歩む自治体病院を目指して、月刊国民医療、2006年11月1日
- 6) 西北五地域医療を守る住民の会、住民の会会報、1号～18号、2004年9月～2007年7月
- 7) 鱈ヶ沢町在住72歳（女）、資料6）に記載。「西

北中央病院労働組合御中、西海岸3町が併せて1つの町になると云ふ事で、其れでは町立病院ももう少し充実させて良くなるかと思っておりましたが逆で心外です。西北病院は大きくなるのはそれはそれで心強くよいと思いますが、普通の病気でそんな大病院に行く必要はあまりないのです。我が町では、お産も出来ず小児科もなく、若い人は安心して住めません。医療、教育、住宅の安心のない町は、なんぼ合併しても老人の町になって発展はありません。町村合併をすすめている各町村長は、何を考えているのでせうか。赤字だから何もかも縮小するのはなく町、住民にとって必要なものを死守するのが首長の使命のはづです。住人の署名も、なんもなく、しづかに縮小されていくのが不思議です。以上。]

- 8) 工藤詔隆、青森県西北五地域医療を守る住民の会の取り組み、「地域医療の未来を創る」旬報社、2016年
- 9) 大竹進、「市民カフェ弘前」を共同企画し、地域医療や地域行政のあり方について公開討論を行った。氏は、医師不足対策に、専門医取得要件に1年間の僻地医療従事を加えることを提案している。
- 10) 一戸彰晃、金木病院の救急医療体制を維持する会、地域医療の崩壊を防いだ「金木病院救急医療再開物語」、第32回北海道自治研集会、2009年4月
- 11) 日本共産党青森県会議員安藤はるみ、「地域医療構想では、青森県で4,487床減らすよう求

めている。構想は財政再建のための医療費抑制から始まっている。新型コロナウイルスをはじめ新たな感染症が蔓延する可能性が否定できない今日、救える命が救えない事態を招かないためにも、新中核病院の増床の検討を求めたい」(2021年青森県議会決算委員会)

- 12) 一戸和成、「地域医療構想」をめぐって—地域医療・その実績と課題—、公益財団法人医療科学研究所講演録、2016年、
- 13) 一戸和成、医学部入学定員の「地域枠」、運用厳格化で医師偏在是正を一、医師需給分科会、2016年3月、氏はこの席で、①新専門医について都道府県ごとに定数枠を設け超過分は保険医登録を認めないなどを通して数年かけて医師の均霑化を図る。②病院管理者や理事長要件に「医師免許取得後10年目以降に、一定期間、医師不足地域で臨床に従事すること」などを提案している。
- 14) 橋本佳子 (m3.com 編集長)、旧来の学会認定専門医の機構認定移行は今後の課題、2022年5月25日
- 15) 長野広之、原広司ら、専攻医数シーリングの影響と地域の医師・医療確保：大阪府病院調査から、社会保険旬報 No2847、2022.2.21
- 16) 総務省自治財政局長、公立病院経営強化の推進について (通知)、令和4年3月29日

(むらぐち いたる、坂総合病院名誉院長・東北地方医療・福祉総合研究所理事長、医師)

多死社会のなかでの地域医療とACPを考える

早川 佐知子

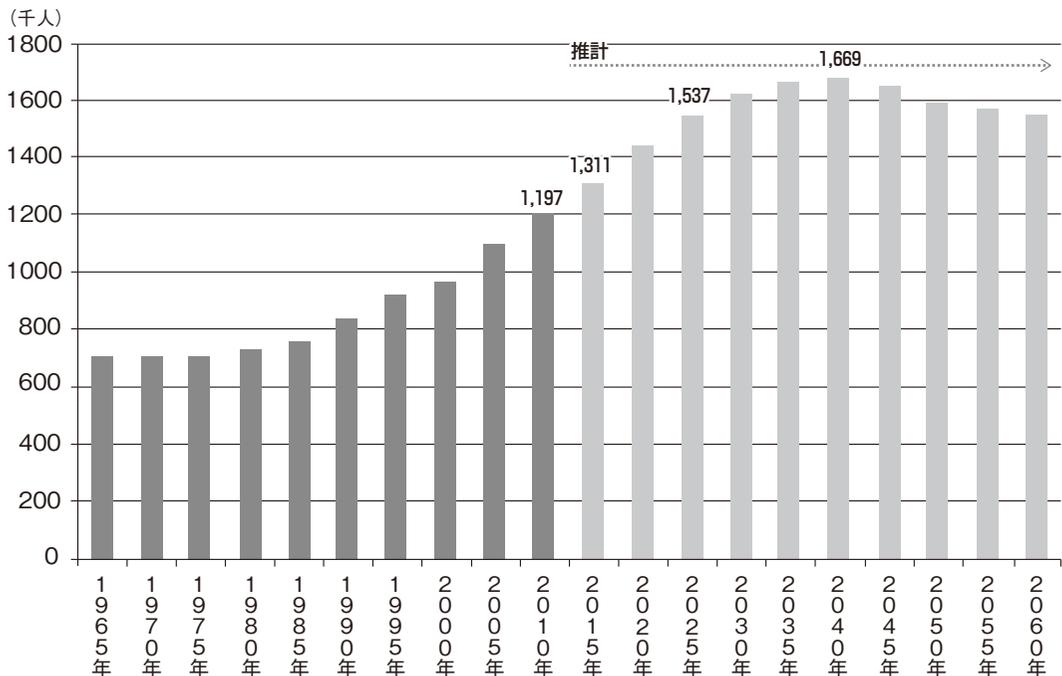
1 多死社会と「死に方」が問われる時代

(1) 多死社会の到来とそれに付随する課題

高齢化社会とは、多死社会でもある。こうして文字にするとよい気持ちはしないが、これが現実

である。厚生労働省の推計によれば、現在の年間死亡者数は約1,400,000人である。これがピークを迎える2040年になると1,670,000人になると予測されている。この数字は1960-70年代の年間死亡者数と比べると約2倍である。今後、1年あたり約20~30万人が増加してゆく計算となっている。

図1 死亡数の将来推計



厚生労働省「第1回 新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」資料より引用

しかし、私たちはこの問題を直視することを避けてきたのではないだろうか。多死社会を目前にして考えなければならない、しかし考えることを後回しにしがちな論点はさまざまある。これは、いくつかのフェーズで捉えるとわかりやすいだろう。

一つには、社会全体で考えなければならない問題がある。例えば、終末期医療には多額の費用がかかると言われるが、この国の社会保障費はそれ

を賄うことができるのか。資源が有限なのだとしたら、分配のルールは誰がどう定めるのか。あるいは、ハード面で、終末期の医療・介護の提供体制はこのままでよいのであろうか。この辺りは政策に現れてくる問題であるため、比較的目にするテーマである。しかし、これらの議論は総論賛成・各論反対となりがちであり、一筋縄ではいかない。日頃、社会保障費削減を叫ぶ人々も、自分や近い人が当事者となった場合には、1日も長く生き

たい、そして手厚くケアしてほしいと望むことが多いであろう。

もう一つのフェーズとして、個人が考えなければならない問題がある。例えば、自分はどのような死を望むのか。さらに深い問いかけとしては、自分の人生にはどんな意味があったのか？死後はどうなるのか？といった容易には答えの出ない形而上学的な問題もあるだろう。かつて「往生術」と呼ばれたこれらの問題は、近年、再び議論をすることが推奨されつつある。

そして、「社会の問題」と「個人の問題」、双方にまたがるテーマも存在する。例えば、死が迫ったとして、自分は病院や介護施設に入ることはできるのか、在宅医療・看取りの体制は大丈夫なのか、といった懸念である。あるいは、不動産や資産などの相続・管理といった実務的な課題もここに含まれる。この課題も現実の生活を左右するためか、中年以降の世代を中心に関心が高く、一括りに「終活」などと呼ばれるようになって久しい。ただ、多くの人は、あくまで個人の身を守るべく議論しているにとどまり、その背景にある政策にまでは関心が及んでいないように見える。

以上のように、私たちの周りには、考えても決して希望や幸福感をもたらしてくれるわけではない課題が山積している。これらの不快で、後回しにされがちな議論は、いくつかの大規模災害や新型コロナウイルスにまつわる騒動によって、少しずつ私たちの意識に入りこんできた。幸いにも、戦後長らく、私たちは多くの人が亡くなる経験をしてこなかった。おそらく、約6,400人の命を奪った阪神淡路大震災に接して、人はいともたやすく死にうるのだという事実気づかされ、おおよそ18,100人が死亡、2,800人が行方不明となっている東日本大震災に直面して、さらに死は私たちの脳裏に刻み込まれたように思う。このような衝撃的な出来事と高齢化の進行とが重なり、死にまつわる議論が活発になっていった。

(2) 変化する終末期医療政策

以上のような個人の葛藤とは別の次元で、終末期医療をめぐる政策は次々に進められていった。

この議論が組上に上った初期の代表的なガイドラインは、1989年に厚生省と日本医師会の連名で出版された「末期医療のケア—その検討と報告」である。そこから、1992年に日本医師会が「末期医療に臨む医師の在り方についての報告」を、ややあって2004年に生命倫理懇談会・医療の実践と生命倫理・医事法関係検討会が「終末期医療をめぐる法的問題について」を、2005年に経済財政諮問会議が「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」を発表した。そして、尊厳死・安楽死、死の意思決定に関する議論が活発になる大きなきっかけになったのは、2006年の射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件である。

これを受けて、翌2007年には、厚生労働省が「終末期の意思決定プロセスに関するガイドライン」を、尊厳死法制化を考える議員連盟が「臨死状態における延命措置の中止等に関する法律案要項」を、日本救急医学会が「救急医療における終末期医療に関する提言」を発表するなど、雪崩をうったように各団体から明確な意見表明が行われるようになった。

そして本論のテーマであるACP（Advance Care Planning）につながる直近の議論は、2015年の「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」であり、2018年にはこれに介護施設での看取りも視野に入れた「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」（ともに厚生労働省）が発表され、2020年の診療報酬改定の際には、「意思決定支援管理料」の新設を3団体（内科系学会社会保険連合・外科系学会社会保険委員会連合・看護系学会等社会保険連合）が要求した¹。

これらの議論の内容については多くの先行研究が詳らかにしているところゆえ、本稿では述べることをしない。しかし、射水市民病院の事件がきっかけとなっていることから見ても、医療提供者を守るための、あるいは医療費削減のための提言という側面が大きい。ある種のタブーとされていた終末期医療に関する議論が積極的に行われるようになったことは評価できる。しかし、多くの国民からはどこか遠く離れたところで議論されてい

1 熊澤ら(2021)p.136。

る感は否めない。その証拠として、厚生労働省が広く国民に推奨した「人生会議」なるものは、ほとんど浸透していない。ACPという言葉も、一般の国民はおろか、医療専門職にさえ認知度は決して高くない²。

このような政策主導型の終末期医療、平たく言えば「私たちの死に方」についての議論に欠けている視点とは何なのか。次項で検討したい。

2 ACPに関する議論と考えなければならない本質

(1) 医療人と患者のコミュニケーション

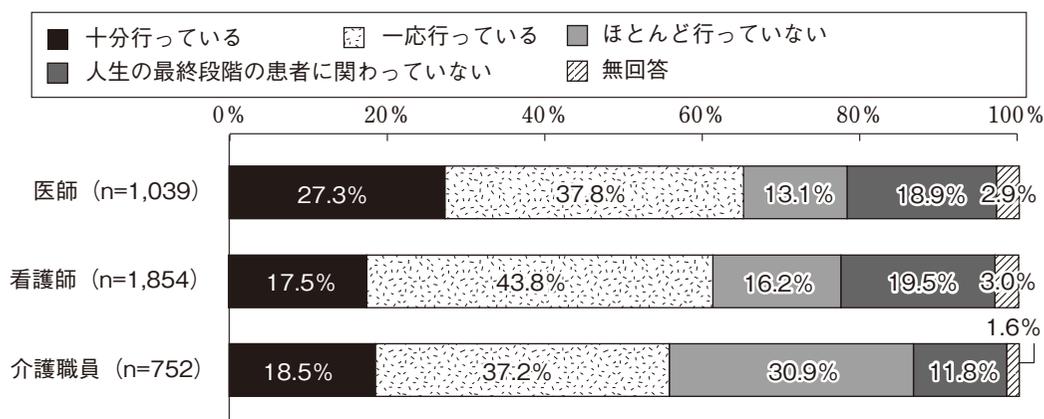
先出の厚生労働省による「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」では、人生の最終段階における医療・ケアのあり方として、話し合いを十分に行うことが強調されている（以下、同ガイドラインより引用、傍線は筆者による）。

医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。

また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。

その一方で、同省が2018年に実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」によれば、死が近い患者（入所者）の医療・療養について患者（入所者）本人との話し合いを「十分行っている」と答えた医師は27.3%、看護師は17.5%、介護職員は18.5%にとどまっている。「ほとんど行っていない」という回答も、想像以上に多い（図2参照）。

図2 死が近い患者（入所者）の医療・療養について患者（入所者）本人との話し合いの実態



厚生労働省（2018）「人生の最終段階における医療に関する意識調査」 p.82より引用

「ほとんど行っていない」理由を問うと、「人生の最終段階を迎える患者と関わる機会が少ないため」を除けば、医師・看護師においても話し合いを切り出すことに抵抗を感じており、介護職員

ではよりどころとなるノウハウも学ぶ機会がないことが窺われる。おそらく、抵抗を感じるのは「話し合う余裕がないため」でもあり、日常的にこのような会話ができる関係が作れる状況にはないの

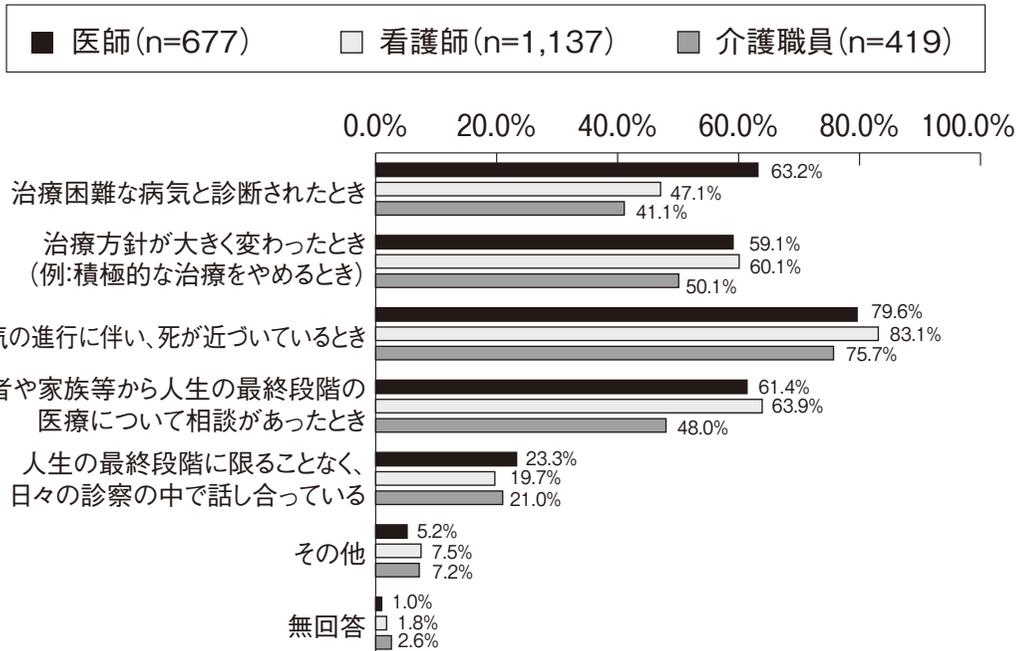
2 厚生労働省(2018)「人生の最終段階における医療に関する意識調査」によれば、ACPについて「よく知っている」と答えた一般国民はわずか3.3%であり、医師でも22.4%、看護師は19.7%、介護職員は7.6%に過ぎない。p.47。

であろう。

「人生の最終段階の医療・療養についての話し合い」が行われる時期を問うた項目では、「人生の最終段階に限ることなく、日々の診察の中で

話し合っている」と答えたのは医師・看護師・介護職員いずれも20%前後であり、多くは差し迫った状況になってようやく話し合いを始めている（図3）。

図3 患者（入所者）との話し合いの時期



厚生労働省（2018）「人生の最終段階における医療に関する意識調査」 p.84より引用

このようなことから、現状では患者（家族）と医療・介護従事者との間で、終末期医療に関するコミュニケーションが円滑に行われていないことがわかるであろう。しかし、医療・介護従事者を責めるべきではない。理由は以下で述べる通り、構造上の問題によるところが大きいからである。

第一に、海外との比較で見ても、日本の患者あたりの医師・看護師数は少ないためである。1病床あたりの職員数は2017年のデータで1.26人と、23カ国中、最下位である³。この状況では、日常的にも患者と十分なコミュニケーションをとることは難しいであろう。十分な関係性が構築できていない中で、いよいよ差し迫った状況に直面し、心理的な負担の大きい話を切り出さなくてはならない医療・介護従事者の負担は、想像するに余りある。患者の側も、専門職とはいえ馴染みの薄い

相手からこのような話題を投げかけられた時、心を開いて希望を適切に伝えることができるであろうか。

第二に、マンパワーが十分でないことに加え、近年の急性期病院は在院日数短縮の圧力がかけられていることである。ガイドラインなどに応じた標準化・効率化、そして均質化が求められる中で、個々の患者が意思を形成するのに寄り添い、耳を傾け、“その人らしい人生の最期”なるものを提供することは、ある意味、流れに逆らうことを意味する。もし国がACPの実行を現場に求めるのであれば、この矛盾を解決することが先決であろう。

第三に、かかりつけ医制度の未整備である。多くの先進国では現在、プライマリケアと専門医療とが分離している。General Practitioner ないし

3 OECD, Stat, Health Care Resources: Hospital beds(<https://stats.oecd.org>)

は Family Doctor 等と称される、かかりつけ医の診察を先に受けることが原則であり、いわゆる病院に足を運ぶのはその後となる。多くの場合、かかりつけ医は患者と長い付き合いとなり、患者の心身の傾向や生活環境などについても把握できている。筆者は、かかりつけ医のような存在、このような関係があつて初めて、ACP は機能すると考える。それまで深い関わりがなかった医療・介護従事者と、突然に面談のような形で場が設けられ、重要な意思決定をせよ、あなたらしい人生の最期を形づくれと迫られても、患者は困惑するに違いない。

以上のように、医療・介護従事者がたとえ ACP の必要性を認識していたとしても、実行することが難しい構造を日本の医療は抱えている。

(2) 死の Awareness 運動

前節では医療制度の構造上の問題を指摘したが、私たちの慣習や文化的な障壁も ACP を阻んでいる。すなわち、死というのは避けるべき話題であるという価値観である。そして、多くの人が何らかの信仰を持つことなく生きているために、死後生や生きること・死ぬことの意味について語ることのできる機会も少ない。

実は古代社会から、人間は死を恐れ、それを受け入れる方法やそこから逃れる方法を模索してきた。非常に古い時代のものであれば、B.C.1240年頃にエジプトで書かれた『死者の書』がある。これは生から死への移行に対する手引書のようなものである。主題の一つが、「死ぬ前にいかに死ぬか」、つまり、この世での欲や地位を捨てることが死ぬ前の重要な仕事であると書かれている。

そして、ケルト社会ではアナムカラと呼ばれる「魂の助産師」がいた。アナムカラは人々が死に向かう際に、助産師同様に呼吸法を伝授し、スピリチュアルな苦しみの根本に向き合うようサポートした。このような文化が、ホスピスの源流となったと言われている。

その他にもチベットの死者の書、『バルドゥ・トェ・ドル』は僧侶たちに臨終を指南しており、ギリシアのストア派哲学者たちも各々、死をテーマとしてたびたび取り上げている。国も時代も違うこれらには、驚くべきことに共通した教えがいくつも見られる。その一つが、人生の最期に「良き死」を迎えるためには、死をはっきりと自覚し意識することが大切であるという価値観である⁴。

中世社会においては、多くの人が老年に達する前に感染症によって死亡した。そのため、共同体の中で死にゆく過程を目にすることも日常的であったと考えられる。このような社会では、発病から臨終までの数日～数週間の中でいかにこれまでの人生を総括し、神と和解するかという「往生術」が盛んに説かれた。特に、最後の言葉は「人生という物語」を完成させる意味を持つ大切な 1 ピースであるとされていた⁵。中世社会の「往生術」は、ナラティブな価値観の上に存在していたのである。このことから、EBM が絶対優勢な現代の医療とは相性が悪いことがわかるであろう。

翻って現代の先進国では、共同体の中で暮らす人も減り、感染症も多きが克服され、死は病院で迎えるようになった。死生観を形作る宗教へのコミットメントも浅くなった。このような状況へのアンチテーゼとして英米を中心として起こったのが「死の Awareness 運動」である。イギリスでは、緩和ケアやグリーフケアといった概念、「死に方は大事」運動、「自然死センター」の設立、デスカフェ運動⁶、そして ACP などが提唱されるようになった。アメリカではこのような動きを「死の認知運動」と呼んだ。これらが目指すものは、自分の死を自分でコントロールすること、主体的に選択をすること、自分の気持ちを表現すること、死の脱医療化などである。背景には、死をタブーとする従来の価値観に挑戦するカウンターカルチャー、そして、新自由主義的な、自らの責任のもとに自らが選択するという考え方がある⁷。

日本においては英米より遅れたものの、このよ

4 グローヴスら(2009)pp.26-44。

5 ウォルター(2020)pp.11-15。pp.23-24。

6 市民が死にまつわるさまざまなテーマについて語り合える場を作ろうという運動を指す。

7 ウォルター(2020)pp.42-49。

うな動きは広がりつつある。ただし、本項がテーマとしている ACP が典型的であるように、草の根運動として普及したというよりも、政策主導で行われる傾向が強くとれるだろう。

3 終わりに—有限性を認めるということ

20世紀、人々は帝国主義やその結果としての世界大戦、戦後の経済発展を経て、「人間にできないことなど何もない」という万能感を育て続けた。そして、自己愛や我欲の肥大化を「向上心」と呼び替えて肯定してきた。実は、私たちが死から目を逸らしてきた背景には、このような人間の飽くなき可能性を否定することにつながる話題、自分たちの無力感を突きつけられる話題を避けたいという無意識な願望があったのではないだろうか。つまり、生と、その裏側にある死についてのコミュニケーションをしない、させない文化は、人間の命など想像以上に儂いものだとすることを忘れ、命は永遠に続き、永遠に快樂を享受できるかのように信じたい私たちの心の中から生まれたものである。我欲のためなら他者の命を軽んじて憚らないような古今東西の独裁者たちは、ほぼ例外なく、自らだけは不老不死を願う。

何歳になっても美食や旅行やスポーツなどを若い人たちと同じように楽しめる人生イコール、幸せな人生なのだろうか。そういった表面的な快樂をできるだけ長く味わうことが生きることの目的なのだとしたら、虚しさをおぼえる。巷でよく耳にする「人生100年時代」というスローガンも、このような価値観が反映されている。ここには、生まれてきた意味を静かに想うこと、生きるとは何か？死ぬとは何か？といった哲学的な問いかけに自分なりの答えを見出すことは想定されていない。

そういった欲望の爛熟と ACP の推奨は、果たして共存できるものだろうか。自分たちの儂さや無力感、無常観から目を逸らし続けた結果として、望まない形の終末期医療、医療人と患者とのコミュニケーション不全、癒される機会のない喪失の悲しみが押し寄せていると考えることはできないだろうか。批判的死生学を掲げるウォルターのよ

うに、生命保険や遺言といった実務的な対処を通じて私たちは死を直視しており、それで十分だとする考えもあるかもしれない。しかし、筆者はそれに異を唱えたい。なぜなら、一人称の死、つまり、死にゆく本人はそれでいいかもしれないが、二人称の死、つまり、かけがえのない誰かの死を受け入れる側に立つとき、保険金やスムーズな相続だけで万事解決、と思えるほど人間は単純な生き物ではないからである。

21世紀に入ってようやく、資源は有限であり、地球環境はどんな蹂躪にも耐えられるわけではなくと多くの人が気づき始めた。そして、人権を尊重せず到我欲だけを追求することが否定される傾向も生まれている。昨今、死について考えることが積極的に提唱されるようになった背景には、このような価値観の変化もあると考える。今後は、SDGsのような教育だけでなく、人間の有限性や小ささを確かめられるような教育やコミュニケーションが求められていると考える。震災やコロナを通じて、薄々それに気づいている人もいるはずである。

ACP は、医療者の行為を正当化し、訴訟リスクから自らを守るためにだけ存在するものであって欲しくない。在宅医療や介護施設に終末期の患者を押しつけるための手段であって欲しくない。まして、医療費削減のためのツールであってはならない。政府の政策が求める意図は一旦置いて、本来何をすべきなのか、何をしたいのかということ、医療・介護を提供する側も、受け手である市民も、遠慮なく議論してほしいと願っている。

参考文献一覧

- 会田薫子 (2021) 「Advanced Care Planning に関する日本老年医学会「提言」の意義」『北海道生命倫理研究』第9号
- 井上祥明 (2022) 「終末期、緩和ケアにおける医療ソーシャルワークの新展開」『Human Welfare』第14巻1号
- ウォルター・トニー (2020) 『いま 死の意味とは』堀江宗正訳、岩波書店
- 覚知泰志 (2022) 「自らが望む人生の最終段階における医療—透析非導入と透析中止について」『洛和会病院医学雑誌』第33号

- 柏崎郁子 (2021) 「人生の最終段階」における無
益性の解釈と Advance Care Planning」『保健
医療社会学論集』第31巻2号
- 鹿角昌平、木下貴司、松村真生子 (2020) 「アド
バンス・ケア・プランニングに関する病院職員
の意識と実践の状況」『Palliative Care
Research』第15巻 3号
- 熊澤利和・森田稔 (2021) 「終末期医療・ケアに
関連する一考察」『地域政策研究』第23巻4号、
高崎経済大学
- 篠田道子 (2020) 「フランス・イタリアにおける
終末期ケアの意思決定支援」『日本福祉大学社
会福祉論集』第142号
- ソロモン・シェルドン、グリーンバーグ・ジェフ、
ピジンスキー・トム (2017) 『なぜ保守化し、
感情的な選択をしてしまうのか—人間の心に巢
食う虫』太田直子訳、インターシフト
- リチャード・F・グローヴスら (2009) 『実践
スピリチュアルケア』春秋社
- 山田有希子、村上恵理 (2020) 「死生学」教育
の試み—終末期医療およびがん診療の事例に基
づいて」『宇都宮大学教育学部研究紀要』第1
部
- 吉村元輝、濱本愛、坂口杏香、安藤詳子、佐藤一
樹 (2022) 「一般市民の予後説明・終末期医療・
意思決定者の希望とその関連要因」『Palliative
Care Research』第17巻1号
- 厚生労働省 (2018) 「人生の最終段階における医
療に関する意識調査」
- (はやかわ さちこ、明治大学経営学部准教授)

フィンランドの介護人材養成

——共通資格制度(ラヒホイタヤ)の事例と日本の現状——

小磯 明

1. はじめに

2019年8月下旬、ヘルシンキ空港からヘルシンキ市に向かう途中に位置するヴァンター市立の職業教育学校バリア (Varia) を訪問した。フィンランドの教育システムは、就学前教育(6歳まで)と義務教育(7~16歳)までが基礎教育で、その後は高校に進学するかバリアのような職業教育学校に進学するか選択することができる。

バリアは、1963年に設立された、ヘルシンキに隣接するヴァンター市にある市立の職業教育学校で、市内5カ所に合計学生数3,800人(青少年2,700人、成人1,100人)が学んでいる。美容、建築、ケータリング、ITなど20以上のコースがあり、その中に、保健、福祉、医療分野にまたがる共通資格制度(ラヒホイタヤ)もある。「ラヒホイタヤ」は、介護や保育など10の資格を1本化した資格制度である。

自身は音楽担当教員だというアヌ・セツパネン (ANU SEPPÄNEN) 先生から説明を受けた。その後、学校内を先生が案内してくれた。移民のクラスで、フィンランド語の授業の様子を見学し、音楽室でのミニ授業も先生はしてくれた。

以下、先行研究を踏まえながら、視察調査をもとに述べる。

2. 職業教育学校の概要

(1) 在籍者と実能力試験

バリアには約600人の生徒が在籍している。半分の300人は義務教育の中学卒業からバリアに入学してくる。残りの300人は成人(大人)になってからの入学である。「16~24歳くらいの『若年者コース』と25~64歳くらいの『成人コース』に別れている」(笹谷春美2013:169)。若年者コースの教育は3年間であり、成人コースは2年間であ

る。

特に若年者は、1年目の実習は幼稚園などで行う。1週間は実際に働いているところを見せて、それを評価される。それまでに理論的な教育は全部済んでいなければならない。これは、実能力試験 (competencebased test) は、それまでの経歴を問わずに、現場での実技披露のみで査定されるシステムのためである。「多くは、彼らが現に働いている職場で行われ、雇用者側の代表と学校の教師によって査定が行われる。これは主に apprenticeship training (見習い訓練—小磯) の学生により利用され」、「これらの考え方は、個人個人の状況に応じたきめ細かいかつシステムチックな体系であり、労働界と教育界の協働によってこそ成り立つ方法である」(笹谷2013:169)。ちなみにバリアでは1学年は120人で、うち移民は3分の1である(2019年調査)。

(2) 一般教養と専門教育

もし、幼稚園で実習しないなら障害者施設でも実習できる。施設は、自分で自由に選択できる。それと、施設がどれくらいの人を受け入れてくれるかにもよる。2年目の実習は高齢者施設などです。これはベースとしての教育で、その他にも一般教育がある。数学、化学、もちろん母国語のフィンランド語、情報関係、外国語の英語である。スウェーデン語は公用語なのでスウェーデン語も学ぶ。

こういったベースとしての教育が終わると、専門職業教育を受ける。バリアでは高齢者ケアが半分以上を占める。そして障害者、薬物中毒や心理的問題等を抱えている人、疾患のケア関係、そして子供と幼児の教育である。

「2010年改訂の教育実施要綱に基づくカリキュラム概要」から見てみる。3年間以上在籍し合計120単位を取得する。1単位は40時間で計4,800時

間である。ここでは一般教養部分(表1)と専門職業資格教育(表2)についてのみ掲載している。表1の一般教養の必須科目にある「国語」とは、母国語のことであり、移民などが母国の言語を学ぶことであると筆者は推測している。そして、「第2外国語 フィン語またはスウェーデン語」はフィンランドでは通常「母語」と呼んでいるのでそのことを指しているのではないか。岩谷(2019:40)は「国語という言葉はなく、フィンランド語、スウェーデン語と呼ばれる。総称は、母語である」と述べている。そして、選択科目に「企業活動」とあるのは、政府はラヒホイタヤが将来開業することを推奨しているため、起業についての科目が設定されている(2019年調査)。表2でいうと、専門職業資格教育(専修課程)では、各コース(プログラム)のうち少なくとも1つを選択することになっている。科目選択の割合は、最も多い科目は「高齢者ケア」で50%以上のシェアを占める。一方、最も選択者が少ない科目は「障害者ケア」であるという(2019年調査)。

表1 一般教養部分(30単位)

一般教養	20単位	必須科目 16単位	国語	4単位
			第2外国語 フィン語またはスウェーデン語	1単位
			外国語	2単位
			数学	3単位
			物理、化学	2単位
			社会、企業、労働生活	1単位
			体育	1単位
			保健	1単位
			芸術、文化	1単位
			選択科目 4単位	環境
	情報、コミュニケーション技術	0~4単位		
	倫理	0~4単位		
	文化を知る	0~4単位		
	心理学	0~4単位		
	起業活動	0~4単位		
	自由課題	10単位	学習指導1.5単位以上	必須科目から追加

(出所) 笹谷(2013:186)より作成。表2も同じ。

表2 専門職業資格教育(30単位)

専門職業資格教育(専修課程)	30単位	顧客サービスと情報管理
		救急ケア
		疾病看護と介護
		高齢者ケア
		障害者ケア
		精神障害者と依存性患者ケア
		リハビリ
		児童、青少年の保育と養育
		口腔ケア
ペディケア(新規開設 2012年1月より開始)		

(3) 入学試験

入学試験はない。若者コースの場合は、通知表がどんな状態か、つまり学校での勉強などがうまくいったかで合否判定する。バリアに入学できる学生数は決まっているので、その中でとりあえず入学を申し込む。中学校が終わってもある程度社会から落ちこぼれないように、なるべく学校に入学するようにしている。もしバリアにどうしても入れないとしたら、普通1年から6年までが(日本でいう)小学校で7年から9年が中学校だが、10年生として義務教育を続ける。生徒は、成績の改善やキャリアプランを明確にするため、自主的に1年間延長できる。

10年生をやることで通知表の点数を上げることができる。そうして次に学校に入る時により成績で入学できるようにするか、または若い時には将来に対してあまりはっきりした目標がないのであれば、もう1年考える機会を与えながら少し成績を上げるようにする。

つまり、競争が激しいとかそういうことではなくて、とにかく来たい人はだいたい入学させる。その時は難しいようであれば、さらに1年勉強すれば入学させてあげるようにするのである。成人コースのほうは、バリアで勉強したいと言ったら、インタビュー(面接)はとりあえず受けないといけない。昔は、入学試験はなかった。しかし、その人が職業訓練学校で資格を取得し仕事に就く時に合う合わないか、どういったことができるか、そういったテスト的なことを今後は始めようかと考えている。そしてその中から選んでいこうということである。若者コースのほうも成人コースの

ほうも一緒に、そのような計画はある。しかしそれは、バリアの先生たちが決めるのではなく国が決めることである。したがって、成人コースには中卒、高卒、大卒の人たちがいる。

3. 共通資格制度(ラヒホイタヤ)

(1) ラヒホイタヤとは何か

ラヒホイタヤ(フィンランド語:Lähihoitaja、英訳:Licensed practical nurse。日本語では准看護師に相当といわれている)は、厚生労働省が少子高齢化で不足が懸念される福祉人材確保のために参考にしようとしていたフィンランドの医療・福祉系の共通基礎資格である。フィンランド語のラヒホイタヤは、「日常的に寄り添う人」を意味する、同国独自の共通基礎資格制度である。

「ラヒホイタヤは、それまで別々の教育によって付与されていた中卒レベルの社会・保健医療サービス部門の10の資格を統合した新しい資格であ

り、フィンランドにおける社会・保健医療サービス部門における唯一の基礎資格として、1993年から公認されている」(笹谷2013:159)。統合された資格は表3のように保健医療サービス部門の7つと社会サービス部門の3つである。最初は旧資格の教育と併存していたが、1995年に旧教育は廃止された。

「ラヒホイタヤの語源の lahihoito という言葉は『日常のケア』に相当する広い意味を持っているが、ラヒホイタヤの資格もその言葉どおり、柔軟で広範な、分野横断的な資格である。その資格保有者は、この資格一本で、ケア労働市場の異なった専門領域の職場を移動し、また EU 国内も移動できる¹。この資格を得るためには、学生は中等(第2レベル)²職業訓練校で3年間、資格取得に必要な知識と実習を120単位(実質4,800時間)学ぶ。そして現場にて行われる実技披露のテストに合格しなければならない」(笹谷2013:159)。

学生は最初の2年間で、今日の社会・保健医療サービス部門の多様な領域に必要とされる一般教養と共通職業基礎科目を学び、最後の1年間で9つの専門領域のうちから1つを選択しその領域に関わる専門的な知識を重ねてゆく。この教育課程では座学と同時に現場での実習に重きが置かれている。学生は2~3種類の領域の現場実習を行わなければならない(2019年調査)。

「このような学校ベースの学習・実習は3段階の評価を受けるが、一定のレベルに達した者だけが、資格獲得のための数日間に及ぶ現場での技能披露テストを受けることができる。技能披露の査定は、現場の担当者として職業訓練校の教師が行う。ラヒホイタヤの資格にはかなり高度な能力(competence: コンピテンス)が要請されると言われている」(笹谷2013:160)。

表3 ラヒホイタヤに統合された10の資格(中学卒業レベル)

保健医療サービス分野 (7つ)	准看護師 perushoitaja ペルスホイタヤ
	精神障害看護助手 mielenterveyshoitaja
	保母/保育士(児童保育士)lastenhoitaja
	歯科助手 hammashoitaja
	ペディケア士 jalkojenhoitaja
	リハビリ助手 kunttohoitaja
社会サービス分野 (3つ)	救急救命士-救急運転手 lääkitävahvistimestari-sairaankuljettaja
	知的障害福祉士 kehitysvammaistenhoitaja
	ホームヘルパー kodinhoitaja
	日中保育士 päivähoitaja

(出所)笹谷(2013:159)。

- ただし現場での説明によると、異なった専門領域の職場を自由に移動できるわけではなかった。「1回就職したあとに向いてないから幼稚園に行くという人もいますか」と質問した。3年目の専門職業資格教育の時には集中的に専門を勉強する。子どもなのか老人なのか専門はどうなのかということ。もし幼稚園にいったとしたら、そのあとで老人関係をやりたいたいと思えばそのまま行ける。だが、逆はできない。子供に対するある程度専門的な教育を受けないといけない。もし仕事を移って老人ホームで働けたとして、やっぱり幼稚園に行きたい。そうするとバリアに戻って1年間幼稚園のほうの専門的なことを勉強したら移れる(2019年調査)。もちろん EU 国内の移動は自由である。
- 当然、その上には第1レベルの3~4年間の高等職業訓練学校がある。

(2) ラヒホイタヤが就労する職場

児童の日中保育、利用者の在宅サービス、各種のオープンケア(通所型ケア等)の職場、ヘルスセンター、各種の病院、ケア付き住宅、リハビリホーム、ナーシングホーム、その他の社会・保健医療サービスに関する機関等、広範で多様である³。そして彼らの多くは、自治体の正規雇用者であり、多国のケアワーカーに比べ、労働条件が良好であることもフィンランドの特色とされている⁴。

笹谷によると、ラヒホイタヤの資格そのものが「“社会サービスと保健医療サービスの統合”であり、“施設ケアサービスと在宅ケアサービスの統合”でもあった」。例えば、「高齢者や障害者ケアの在宅ケアの現場では、従来、それぞれ別人が行っていた準看(ママ)とホームヘルパーの業務を、同一人物ができることとなる。このことにより、従来の、準看は施設介護中心、ヘルパーは在宅サービス中心という垣根はなくなった。これは、自治体の人件費の節約ばかりではなく、何より、旧資格のホームヘルパーの専門性の向上と労働条件のアップをもたらし、フィンランドのケアワーカー全体の底上げにつながった」と評価している(p.160)。

(3) なぜ、ラヒホイタヤの資格は誕生したのか

背景には90年代初頭からフィンランドが取り組んできた長期展望の社会・保健医療サービスの構造改革がある。政府は1992年に、2000年を目標とした『サービス構造に関する作業部会の報告書』(フィンランド社会保健省)を発表した⁵。そこでは「75歳以上の高齢者の90%以上が在宅で独立して、あるいは社会・保健医療サービスを利用することによって、あるいは親族や近隣の支援によ

って生活してゆけること」を具体的な目標として打ち出し、そのための在宅ケアサービスの充実や住宅改良などの計画的遂行を掲げた。

施設ケアから在宅ケアへの政策転換という、大掛かりなサービス構造の変化にもかかわらず、マンパワーの総量は変えずに一人ひとりのケアワーカーの能力向上を高めながら構造変化に応じた合理的なマンパワーの配置を行おうというものである。

以上が、職業教育学校バリアでのラヒホイタヤについての事例である。本稿の最後に、日本との比較について述べる。

4. 筆者の疑問と日本の現状

第一に、「施設ケアから在宅ケアへの政策転換」は果たして可能なのか。日本では、「概ね在宅とときどき施設」とか「ほぼ在宅とときどき入院」などの言い方をしており、フィンランドほど明確に施設ケアから在宅ケアへの政策転換をしているわけではない。このことは、日本との大きな違いである。

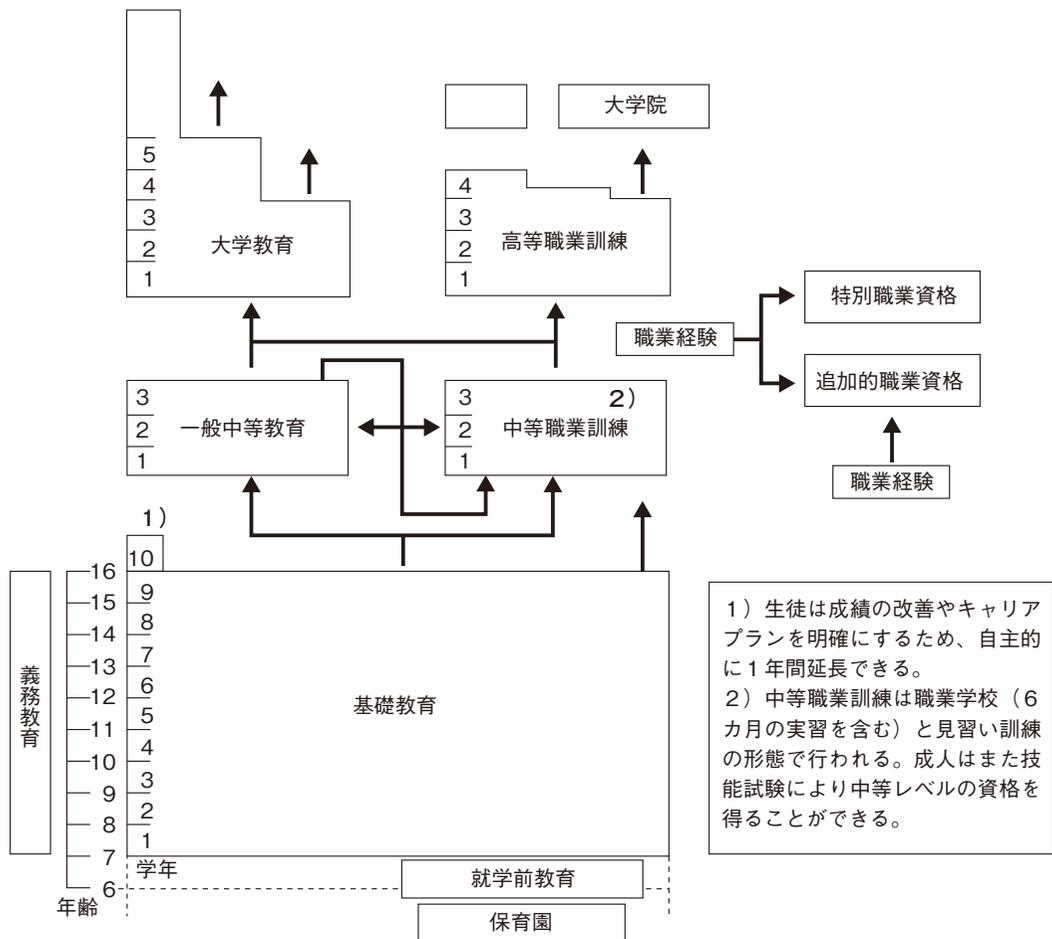
第二に、大掛かりなサービス構造の変化にもかかわらず、マンパワーの総量は変えずに一人ひとりのケアワーカーの能力向上を高めながら構造変化に応じた合理的なマンパワーの配置を行おうという施策は、果たして可能か、という疑問である。この点では、ラヒホイタヤへの期待の大きさが理解されるところであり、今後の動向を注視すべきと考える。

第三に、ラヒホイタヤのような共通資格制度のしくみは日本でも注目され、政府内でも検討課題として議論されてきた経緯がある。「高齢化が進

3 実際は、老人施設などの老人関係の就職先が半分以上と最も多く障害者施設が最も少ない。

4 給与はどれくらいか。「ラヒホイタヤは2,000ユーロ(税込み)。看護師は2,600ユーロくらい」との答え。笹谷によると、「教員の給与は、1月税込みで3,000~3,200ユーロである。ラヒホイタヤの平均賃金が1月2,000~2,200ユーロである。教員の賃金が相対的に高いが、ラヒホイタヤのそれはEU圏の他国よりは高いが、褒められるほどのことでもない、というところである」(笹谷2013:195)。1ユーロ125円で計算すると、2,000ユーロは25万円×12月=300万円である。2,200ユーロは27.5万円×12月=330万円である。2,600ユーロは32.5万円×12月=390万円である。3,000ユーロは、37.5万円×12月=450万円である。笹谷の調査時点と筆者が調査した2019年ではタイムラグがある。ラヒホイタヤの給与は2,500ユーロとすると31.25万円×12月=375万円である。そして思った以上に民営化が進んでいた(2019年調査)。

5 フィンランドでは、何か政治的に解決しなければならない課題がでてきた時には、作業部会を設置して議論することになっている。



(資料) Finnish National Board of Education in Finland.
 (出所) 笹谷(2013: 166)。

図1 フィンランドの教育システム

んだ地域で保育士が介護職に転向したり、保育所の新設が相次ぐ都市部で介護職から保育士に転じたりしやすくなるなど、人材の流動性が高まるから」である（読売新聞2018）。例えば、厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部「『地域共生社会』の実現に向けて（当面の改革工程）」では、「4. 専門人材の機能強化・最大活用」で次のように述べている。

「①保健医療福祉の専門人材について、対人支援を行う専門資格を通じた新たな共通基礎課程の創設を検討する。平成29年度に共通基礎課程の検討に着手し、各専門課程の検討を経て、平成33年度を目処に新たな共通基礎課程の実施を目指す。②共通基礎課程創設までの間の当面の措置とし

て、今年度中に、福祉系国家資格を持つ者への保育士養成課程・試験科目の一部免除などの運用改善を検討する」(p.9。①②は筆者による)

この文章を受けて、社会福祉審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会「介護人材に求められる機能の明確化とキャリアパスの実現に向けて」では、「各論」の「2. 介護福祉士に必要な資質について」の中で、「カリキュラムの見直しにあたっては、『地域共生社会』の実現に向けて（当面の改革工程）』において」の後に前述した①の文章がそのまま記述された(p.9。ただし、②は記述なし)。この点については、別途検討が必要と考える。

最後に、本稿では、日本における他の報告書や文献の検索、審議会の内容をすべて精査する余裕

がなかった。今後、共通基礎資格制度がどのように議論されていくのか調査が引き続き必要と考える。また、他国における共通基礎資格制度については調査していない。これらは今後の課題である。

補論 フィンランドの教育に関する若干の補足

フィンランドの教育システム

素朴な疑問として、フィンランドの高校進学率はどれくらいか。日本では中学卒で社会に出ることはあまりない。少し早いような気がする。どういふ教育システムか。

笹谷は、「義務教育を終了した子どもたちの95%は進学する」と述べている。以下、笹谷(2013)から述べると、「その約6割が一般中等教育(いわゆる普通高校)へ進学し大学入学許可を得た学生は、大学、大学院へ進むことができる。約3.5割が中等職業訓練校へ進学し職業資格を得ることができる。希望者はさらに高等職業訓練校に進学し、3年間の職業経験をj得て高等職業訓練校の修士課程に進学するコースを選択することもできる。しかし、義務教育に分岐した2つの進学コースは、図1の矢印に見るように極めてフレキシブルで、条件さえあればいつの段階でも相互に行き来することができ、また、たとえ就職した場合でもより上級の資格を得るために、途中で労働市場と相互に行き来ができるように組み立てられている。」笹谷は「フィンランドが“生涯学習社会”といわれる所以である」と述べている(pp.166-167)。これらは柔軟なキャリアアップのコースが準備されていることを示している。

職業訓練教育の比重が大きい

もう1つの特徴は、職業訓練教育の比重が大きいことである。

2009年の統計によると、在籍学生数と教育施設数は、義務教育(53万8,193人、3,079校)、一般中等教育(11万2,283人、397校)、中等職業訓練校(14万2,799人、148校)、高等職業訓練校(14万4,639人、28校)、大学(含む大学院)(16万8,343人、20校)である(Statistics Finland)。笹谷は「一般高校よりも中等職業訓練校の学生数が

多いことにそれが現れている」と述べている(p.167)。

2019年8月の視察訪問した職業教育学校バリアのアヌ・セツパネン先生は、「基本的には中学卒業した時点ではかなり若いですがけれども、3年間の職業学校のサポートをjすると18、19歳になります。その年頃ですともう成長できていると思われjます。ただもちろん全員がそのまま仕事には移らないでしょうし、辞めたり帰ったりすることもあります。3年後に卒業できなかったとか、ここらへんがうまくいかなかったとか、そういう子がいるとしたら、それを4年目まで、5年目まで続けることが出来ます。基本的には学校は追い出jしません。なぜかというjと学校としては学生をサポートしたいということがありjますし、学校は国からのお金は試験を受けてから、資格を取得してからでないと入らないのです。その資格の数に合わせjてお金が入るので、留年させても資格を取れるようにするというjことです」。このように述べた。

日本では、ラヒホイタヤに相当する介護福祉士の養成は一般的に高校卒業後、2~3年間の専門学校で行われる。それに比べて、ラヒホイタヤは9年間の義務教育終了後の3年間の中等職業訓練学校(日本でいえば高校)で行われ、学歴という点では、日本の介護福祉士の方が高い。「しかしながらフィンランドの職業訓練教育は、学生数、スタッフ数、資格の種類などにおいて、巨大な組織を構成しフィンランド社会を支える人材養成において重要な役割を担っている」と笹谷(2013:165)は指摘する。

文献

- Finnish National Board of Education in Finland.
岩谷美加子『フィンランドの教育はなぜ世界一なのか』新潮新書、2019年。
厚生労働省「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部『『地域共生社会』の実現に向けて(当面の改革工程)』2017年2月7日。
厚生労働省社会福祉審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会「介護人材に求められる機能の明確化とキャリアパスの実現に向けて」2017年10月4日。
笹谷春美『フィンランドの高齢者ケア 介護者支

援・人材養成の理念とスキル』明石書店、2013年。

『読売新聞』2018年9月4日、p. 21。

横山純一『転機にたつ フィンランド福祉国家
高齢者福祉の変化と地方財政調整制度の改
革』同文館出版、2019年。

(本稿は、2019年9月17日に高齢者住宅新聞社主
催で東京で開催された「フィンランド・リトアニ

ア視察ツアー報告会」で筆者が報告し配布した原
稿を、2019年12月21日に法政大学ボアソナードタ
ワーで開催されたサステイナブル研究会で報告し
た原稿を加筆修正したものである。)

(こいそ あきら 公益財団法人政治経済研究所
研究員・法政大学講師)

～非営利・協同総合研究所いのちとくらしワーキングペーパーNo.6～

『ドイツ協同組合法—2006年改正—』

二上護・石塚秀雄著

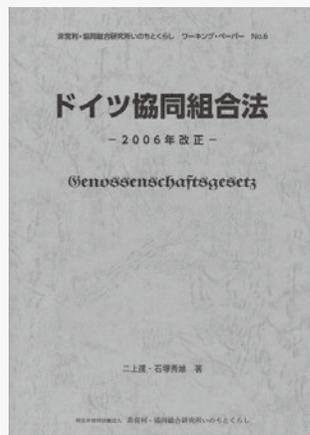
ISBN 978-4-903543-18-5

発行日 2022年2月28日発行

頒価 1,500円(+送料、1冊ゆうメール310円)

ドイツ協同組合法(2006年改正)全文訳 とその改正部分の逐条説明

本書はドイツ協同組合運動の概要、旧法(1973年1985年改正法)の概要、2006年改正の要点および改正条文説明、2006年協同組合法の翻訳、索引、用語解説などから構成されており、これまで翻訳されていなかった2006年の大改正を、改正条文も含めて知るための基本文献、基礎資料となります。



※研究会開催のお知らせ※
(Zoomによるオンライン)

本書をテキストとして、著者と意見交換するオンライン研究会を開催したいと企画しています(開催日時相談、参加費無料)。

出席をご希望の方は、下記にご連絡下さい。詳細をご案内いたします。ご関心をお持ちの方にもお知らせいただけましたら幸いです。

【目次】

- ・まえがき 二上護・石塚秀雄
- ・ドイツ協同組合運動の概要 石塚秀雄
- ・ドイツ協同組合法 2006年の改正 二上護
- ・ドイツ協同組合法 石塚秀雄訳
- ・ドイツ協同組合法索引 石塚秀雄
- ・主要用語解説 石塚秀雄
- ・あとがき 二上護

【お問合せ・申込先】 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

〒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

電話：03-5840-6567 FAX：03-5840-6568 電子メール：inoci@inhcc.org

URL: <https://www.inhcc.org/>

利用者のQOL向上のために介護福祉士に求められる コンピテンシーと養成(教育)上の課題 —デンマークの社会保健アシスタントとの対比から—

高木 剛

緒言

近年、わが国の高等教育では、「何を教えるか」より「何ができるようになるか」が重視されている。いわゆる「学士力」¹⁾として、社会で必要とされる資質・能力を獲得した人材を輩出することがグローバル化する知識基盤社会において不可欠な要素となっているからである。これは職業教育に注力する短期大学や専門学校などにおいても決して例外とは言えない。

とりわけ、特定の職務における課題を達成するうえで要求される（あるいは、成果に繋がる）資質・能力のことを一般的にコンピテンシーと呼んでいるが、海外では様々な職業分野においてコンピテンシーの獲得を目標とした教育が模索されている。本稿で取り上げる介護の職業分野においては、介護を必要とする高齢者や障害者等（以下、利用者）のQOL^{註1)}を向上するため、介護を担う人材の確保とそのコンピテンシーの涵養が重要かつ喫緊の課題となっている。このような課題は少子高齢化が急速に進行するわが国のみならず、先進各国に共通するものである。

わが国の介護福祉士は利用者に対する介護の中核的な担い手であり、そのコンピテンシーは「求められる介護福祉士像」²⁾として提示されている。しかし、このコンピテンシーが海外の介護福祉職との対比でどのような差異が見られるのか明らかになっていない。

そこで、本稿では介護福祉職に必要とされるコンピテンシーについて、先駆的福祉国家であり、ノーマライゼーション思想や充実した在宅介護・医療サービスで有名なデンマークの社会保健アシスタント（Social-og sundhedsassistent：以下、SOSU-assistent）を取り上げ^{註2)}、その対比から

わが国の介護福祉士にみられる特徴と、その養成（教育）を取り巻く課題について考察することを目的とした。

I. 研究方法

本研究は各種文献・資料等によるもので、その引用においては出典を明記した。なお、介護福祉士及び社会保健アシスタント（SOSU-assistent）の養成（教育）に係るコンピテンシーを整理・分析するにあたり、主に以下の文献・資料を使用した。

- ・「社会福祉士養成施設及び介護福祉士養成施設の設置及び運営に係る指針について」（平成30年8月7日社援発0807第2号）³⁾
- ・「介護人材に求められる機能の明確化とキャリアパスの実現に向けて」社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会（平成29年10月4日）⁴⁾
- ・Bekendtgørelse om erhvervsuddannelsen til social- og sundhedsassistent, Styrelsen for Undervisning og Kvalitet, den 18. december 2020⁵⁾
- ・LOKAL UNDERVISNINGSPLAN Social-og sundhedsassistent Gældende fra april 2021⁶⁾

II. コンピテンシーとその枠組み

コンピテンシーとは、一般的に、「特定の職務における課題を達成するうえで要求される（あるいは、成果に繋がる）資質・能力」であると理解されている。その概念は、1970年代初頭に米国の心理学者である、D.C. マクレランド（David C. McClelland）によって提唱された。専門的な知識やスキルだけでなく、態度や価値観など人の根源

的な特性を含む広い概念で捉えている。

近年、グローバルな知識基盤社会の到来によって、わが国の高等教育では、「何を教えるか」より「何ができるようになるか」を問う教育へのパラダイム転換が求められている。変化が激しく、先が不透明な社会の中で、様々な課題と向き合いながら生き抜くためにも、教育をとおしてコンピテンシーを涵養することの重要性が増しているのである。

現在、コンピテンシーに基づく教育改革が各国で進められている。これらの議論を通じ提案されたコンピテンシーの枠組みには、経済協力開発機構（OECD）のDeSeCoプロジェクトによる「キー・コンピテンシー」、国際団体ATC21sの「21世紀型スキル」、カリキュラム・リデザイン・センター（CCR）の「教育の4つの次元」など様々なものがあるが、いずれも共通しているのは、専門分野の知識やスキルだけでなく、汎用的・横断的なスキルと、何らかの態度や価値観の育成を主張している点である⁷⁾。

Ⅲ. 介護福祉士の資格の位置づけとその職務

1987年3月23日に中央社会福祉審議会等福祉関係三審議会の合同企画分科会から出された「福祉関係者の資格制度について」（意見具申）⁸⁾に基づき、社会福祉士及び介護福祉士法が第108回国会（同年5月）で成立し、公布された。これにより、利用者の介護を担う国家資格として介護福祉士が誕生した。

介護福祉士の職務は、社会福祉士及び介護福祉士法第2条第2項で定められている。具体的には、『介護福祉士とは、第42条第1項の登録を受け、介護福祉士の名称を用いて、専門的知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき心身の状況に応じた介護（喀痰吸引その他のその者が日常生活を営むのに必要な行為であって、医師の指示の下に行われるもの（厚生労働省令で定めるものに限る。以下「喀痰吸引等」という。）を含む。）を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行うこと（以下「介護等」とい

う。）を業とする者をいう。』⁹⁾とされる。条文にある「心身の状況に応じた介護」とは、利用者の生活ニーズに基づく介護を指しており、入浴、排泄、食事などの身体介護のほか、コミュニケーションやレクリエーション活動等の心理的・社会的支援、痰の吸引や経管栄養といった医療的ケアなどが該当する。

介護福祉士の就業場所は、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、通所介護事業所、訪問介護事業所、病院など多岐にわたる。

Ⅳ. 介護福祉士の養成教育と求められるコンピテンシー

近年、利用者の生活ニーズの多様化・複雑化・高度化が進んでおり、そのQOLの向上が課題となっていることを受け、2019年4月より介護の中核的担い手である介護福祉士の養成教育が見直された。見直しの観点として、①チームマネジメント能力を養うための教育内容の拡充、②対象者の生活を地域で支えるための実践力の向上、③介護過程の実践力の向上、④認知症ケアの実践力の向上、⑤介護と医療の連携を踏まえた実践力の向上が挙げられる。そして、その教育カリキュラムにおいては、例えば、「人間と社会」という領域に位置づけられる「人間関係とコミュニケーション」の中に、チームマネジメント（30時間）の内容が追加されるなどの見直しが行われた（表1）。このような養成教育の見直しに先立って、「介護人材に求められる機能の明確化とキャリアパスの実現に向けて」社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会（平成29年10月4日）⁴⁾で提示されたのが、新たな「求められる介護福祉士像」²⁾である。これは現行の介護福祉士養成教育の基盤となっており、いわば介護福祉士として必要なコンピテンシーを示していると解される。その内容は、1) 尊厳と自立を支えるケアを実践する、2) 専門職として自律的に介護過程の展開ができる、3) 身体的な支援だけでなく、心理的・社会的支援も展開できる、4) 介護ニーズの複雑化・多様化・高度化に対応し、本人や家族等のエンパワメントを重視した支援ができる、5) QOL（生活の質）の維持・向上の視点を持って、介護予防からリハ

ビリテーション、看取りまで、対象者の状態の変化に対応できる、などの10項目と、高い倫理性の保持からなる（図1）。

言うまでもないが、このようなコンピテンシー

は介護福祉士の専門性と密接な関係にある。しかも、コンピテンシーは短期間で獲得できるものではなく、養成教育はもとより、その後の現場における介護実践などをとおして培われる。

ところで、前述のとおり介護福祉士は介護福祉職としての国家資格であるが、このような資格は海外では珍しいとされる。筆者のこれまでの研究から、デンマークやドイツなどの一部の国においてこのような資格が確認されている。そこで、わが国の介護福祉士のコンピテンシーの特徴的な内容を探るため、ここではデンマークにおける社会保健アシスタント（SOSU-assistent）を取り上げ、求められるコンピテンシーとその養成（教育）について概観する。

表1. わが国における介護福祉士の養成教育

領域	教育の内容	時間数
人間と社会	人間の尊厳と自立	30
	人間関係とコミュニケーション	60
	社会の理解	60
	人間と社会に関係する選択科目	—
介護	介護の基本	180
	コミュニケーション技術	60
	生活支援技術	300
	介護過程	150
	介護総合演習	120
	介護実習	450
こころとからだのしくみ	発達と老化の理解	60
	認知症の理解	60
	障害の理解	60
	こころとからだのしくみ	120
医療的ケア		50
計		1850

（出典）「介護福祉士養成課程における教育内容の見直しについて」厚生労働省ホームページ

（<https://www.mhlw.go.jp/content/000345245.pdf>）より筆者作成。

V. 社会保健アシスタント（SOSU-assistent）の養成（教育）

デンマークでは、「1988年1月1日以降、プライエム（Plejehjem）と保護住宅（Beskyttet bolig）は新規建設してはならない。既存の施設はこの法律が定めるところにより運営することができる」との方針が示された¹⁰。これは、社会支援法の改正によるもので、上記施設の新規建設が禁止された。その代替として、1987年より「高齢者・障害者住宅法（Lov om boliger for ældre og personer med handicap）」に準拠して高齢者住宅

図1 求められる介護福祉士像

1. 尊厳と自立を支えるケアを実践する
2. 専門職として自律的に介護過程の展開ができる
3. 身体的な支援だけでなく、心理的・社会的支援も展開できる
4. 介護ニーズの複雑化・多様化・高度化に対し、本人や家族等のエンパワメントを重視した支援ができる
5. QOL（生活の質）の維持・向上の視点を持って、介護予防からリハビリテーション、看取りまで、対象者の状態の変化に対応できる
6. 地域の中で、施設・在宅にかかわらず、本人が望む生活を支えることができる
7. 関連領域の基本的なことを理解し、多職種連携によるチームケアを実践する
8. 本人や家族、チームに対するコミュニケーションや、的確な記録・記述ができる
9. 制度を理解しつつ、地域や社会のニーズに対応できる
10. 介護職の中で中核的な役割を担う

+

高い倫理性の保持

（出典）「介護人材に求められる機能の明確化とキャリアパスの実現に向けて」社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会（平成29年10月4日）より筆者作成。

(Ældrebolig) が建築され始めた¹⁰⁾。このような脱施設化の流れの中で在宅介護・医療が急速に拡大した。施設・在宅に関わらず、利用者に対しては、社会保健職である社会保健ヘルパー (SOSU-hjælper) と社会保健アシスタント (SOSU-assistent) がその中心的な役割を担っている。両者はいずれも公的な資格である。

社会保健ヘルパー (SOSU-hjælper) の職務は、利用者に対して広範囲で基礎的な介護、世話及び配慮に係る支援を自主的に遂行することである。その主な内容として、入浴、排泄、食事などの身体介護、掃除や洗濯などの家事援助、リハビリテーション、レクリエーションなどの活動援助などが挙げられる。他方、社会保健アシスタント (SOSU-assistent) は、利用者に対して、より高度で複雑な介護、並びに世話及び配慮に係る職務を自主的に遂行することである。そこには、一部の医療行為 (痰の吸引、経管栄養、服薬管理など) のほか、リハビリテーション、健康増進、疾病予防などが含まれる。

社会保健職の養成制度¹¹⁾ (図2) を概観すると、国民学校での義務教育 (9年) を終えた後、基礎コース1 (Grundforløb 1 (教育期間:20週間))、基礎コース2 (Grundforløb 2 (教育期間:20週間)) を経て、社会保健ヘルパー (SOSU-hjælper (教育期間:1年2ヶ月間))、社会保健アシスタント (SOSU-assistent (教育期間:2年9ヶ月3週間))、教育アシスタント (Pædagogisk assistent (教育期間:2年1ヶ月2週間))、そしてEUX福祉 (EUX Verførd (教育期間:最大3年6ヶ月3週間)) のいずれかのメインコース (Hovedforløb) へ進学する仕組みである。その後の進路として、例えば、社会保健アシスタント (SOSU-assistent) のメインコース (Hovedforløb) を修了した場合、看護師 (Sygeplejerske)、理学療法士 (Fysioterapeut)、ソーシャルワーカー (Socialrådgiver) などのメインコース (Hovedforløb) のほか、大学などの高等教育機関への進学が可能となるなど、更なる教育の道が開けている¹¹⁾ (図2)。

社会保健アシスタント (SOSU-assistent) のメインコース (Hovedforløb) における教育 (表2) は、基礎科目、必修科目、選択科目で構成され、

基礎科目として、「デンマーク語」、「社会保健科学」、「英語」が配当されている。必修科目として、「市民及び患者との出会い」、「市民及び患者との継続的な関わり」、「質と発展」など7科目が配当されている。また選択科目として、「チームリーダーとしての社会保健アシスタント (SOSU-

表2. デンマークにおける社会保健アシスタント (SOSU-assistent) の養成教育

基礎科目	教育期間 (週間)
デンマーク語 (C レベル)	2
社会保健科学 (C レベル)	4
英語 (D レベル)	2

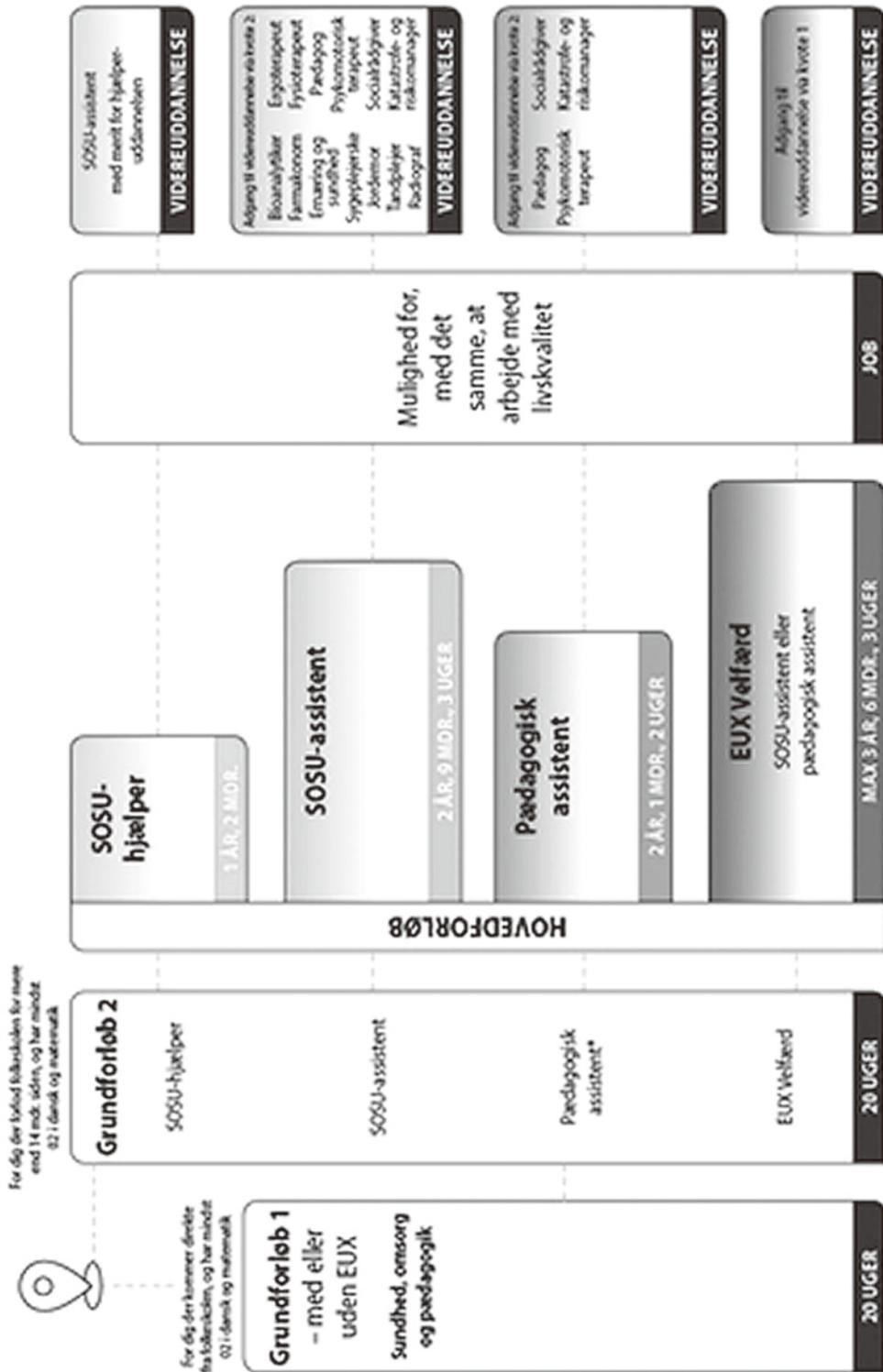
必修科目	期間 (週)
利用者及び患者との出会い	5
利用者及び患者との継続的な関わり	3
質と発展	3
身体疾患と介護・看護	7.3
精神疾患と介護・看護	6.5
健康増進、予防、リハビリテーション	6
薬理学及び薬の取扱い	3

選択科目	期間 (週)
チームリーダーとしての社会保健アシスタント (SOSU-assistent)	1
援助が必要なグループのネットワーキング、共創、予防	2
急性の社会精神医学的介入を必要とする利用者	1
身体的及び精神的疾患を有する患者及び利用者の苦痛の緩和	2
認知症を有する人の入院プロセスに係る社会保健アシスタント (SOSU-assistent) の役割	1
身体的及び精神的障害を有する利用者の世話と協力	2
介護・看護の専門化と専門的能力開発	2
終末期に関連する社会保健アシスタント (SOSU-assistent) の業務	1

(出典) 「LOKAL UNDERVISNINGSPLAN Social-og sundhedsassistent Gældende fra april 2021」 Social-og sundhedsskolen Skive/Thisted/Viborg より筆者作成。

図2. デンマークにおける社会保健職の養成制度

VEJENETIL EN UDDANNELSE I LIVSKVALITET



* Fig. 1, januar 2017 er der adgangsprogrammering til pædagogisk assistentuddannelsen

(出典) Social-og Sundhedsskolen Syd のホームページ
(<https://www.sosu-syd.dk/uddannelse/ssa/sosu-assistent>).

assistant)」、「援助が必要なグループのネットワーキング、共創、予防」など8科目が配当されている。そして、修了時の最終試験として、プロジェクトの課題に基づく30分間の口頭試験が課せられる。プロジェクトの課題は、1名の学生が回答するか、あるいは最大3名の学生が協力して回答する(グループ試験として実施可)。口頭試験やプロジェクトの課題は養成校によって定められる⁵⁾。

VI. 社会保健アシスタント(SOSU-assistent)に求められるコンピテンシー

上記のように、デンマークにおける社会保健アシスタント(SOSU-assistent)養成制度では、基礎コース1(Grundforløb 1)及び基礎コース2(Grundforløb 2)を経てメインコース(Hovedforløb)に進学すること、そして、それを修了した後は、看護師(Sygeplejerske)やソーシャルワーカー(Socialrådgiver)などのメインコース(Hovedforløb)、並びに大学などの高等教育機関へ進学することが可能であることが大きな特徴と言える。ただし、誤解を避けるために言及しておくが、本稿ではこのような養成制度を視野に入れているものの、それをわが国と対比することを想定していない。あくまでも、介護福祉士と社会保健アシスタント(SOSU-assistent)に求められるコンピテンシーの特徴に主眼を置いていることに留意されたい。

ところで、社会保健アシスタント(SOSU-assistent)のための職業教育訓練の目的⁵⁾は、学生が、学校教育と実務教育訓練を通じて、当該の専門分野全体の知識と技能を獲得することである。ここでは、地域のまたは一体となった医療制度における、専門家間及び部門間で力を合わせ、基本的なニーズを抱える利用者及び患者と協力しながらの、専門的で包括的な介護・看護、リハビリテーションを指す⁵⁾。また、社会保健アシスタント(SOSU-assistent)に求められるコンピテンシーとして、次の14項目が明示されている⁵⁾。

1) 利用者の権利並びに認定された介護・看護専門職としての責任を伴う倫理的及び法的規則に

従って、社会保健アシスタント(SOSU-assistent)として単独で業務を遂行することができる。また、定められた質の基準(サービスのレベルの記述、患者の安全のための手順などを含む)に従って、専門職間で協力して業務を遂行することができる。

- 2) 方法的及びリハビリテーションアプローチに基づいて、利用者と患者の基本的なニーズに対応する介護・看護を根拠づけ、単独で計画、実施、評価することができる。
- 3) 利用者の自宅での複雑な治療コースに参加することができる(苦痛緩和治療を含む)。
- 4) 介護・看護の専門的な評価に基づいて、利用者と患者の身体的及び精神的症状の変化に対処することができる(早期発見のためのツールの使用を含む)。
- 5) 一般的な身体的及び精神的な疾患や障害に関して、利用者及び患者のための予防、健康促進、リハビリテーションに単独で取り組むことができる。
- 6) 対象を絞ったコミュニケーションを通じて指導したり、やる気を起こさせたりするなど、利用者、患者、親族との協力関係を築くことができる。
- 7) リハビリテーションの観点から、個人及びグループのために、単独あるいは専門職間で協力して、社会的、文化的、身体的、創造的な活動を計画、実施、評価することができる。
- 8) 一体となった利用者及び患者のリハビリテーションコースの調整及び確保を目的とした専門職間及び部門間の取り組みに単独で参加することができる。
- 9) 作業の組織化に関して、調整を行ったり、介護・看護及び患者・利用者のリハビリテーションコースをめぐるチーム協力の管理に参加することができる。
- 10) 適用される法令並びに職場の臨床ガイドラインと手順に従って、薬剤の調剤及び投与を単独で行うことができる。
- 11) 単独で行った介護・看護を文書化し、専門的な情報を書面及び口頭で伝えることができる。
- 12) 単独に関連する福祉技術を用いること、率先して新しい知識と技術を活用することができる。

- 13) 単独で衛生と感染経路遮断に関する原則を適用すること（清潔なルーチン、無菌操作、隔離などを含む）、及びそれについて利用者、患者、親族、同僚、ボランティアを指導することができる。
- 14) 利用者又は患者の資源と補助手段に基づきながら、人間工学の原則、職場の作業環境の規則、安全措置に従って、自分と他者の作業を単独で組織することができる。

Ⅶ. 介護福祉士及び社会保健アシスタント (SOSU-assistent) のコンピテンシーの関連性と養成 (教育) 上の課題

わが国の介護福祉士とデンマークの社会保健アシスタント (SOSU-assistent) のコンピテンシーの関連性を示したのが図3である。介護福祉士と社会保健アシスタント (SOSU-assistent) の職務が同一と捉えることに限界はあるが、両者で必要とされるコンピテンシーは概ね共通している。このことは、介護福祉士と社会保健アシスタント (SOSU-assistent) が同等の役割が期待されていることの根拠となり得るが、他方で、その教育期間について、介護福祉士 (2年間)、社会保健アシスタント (SOSU-assistent) (2年9ヶ月3週間) と差が見られるため、介護福祉士に期待される役割に対する教育期間の妥当性が問われる。

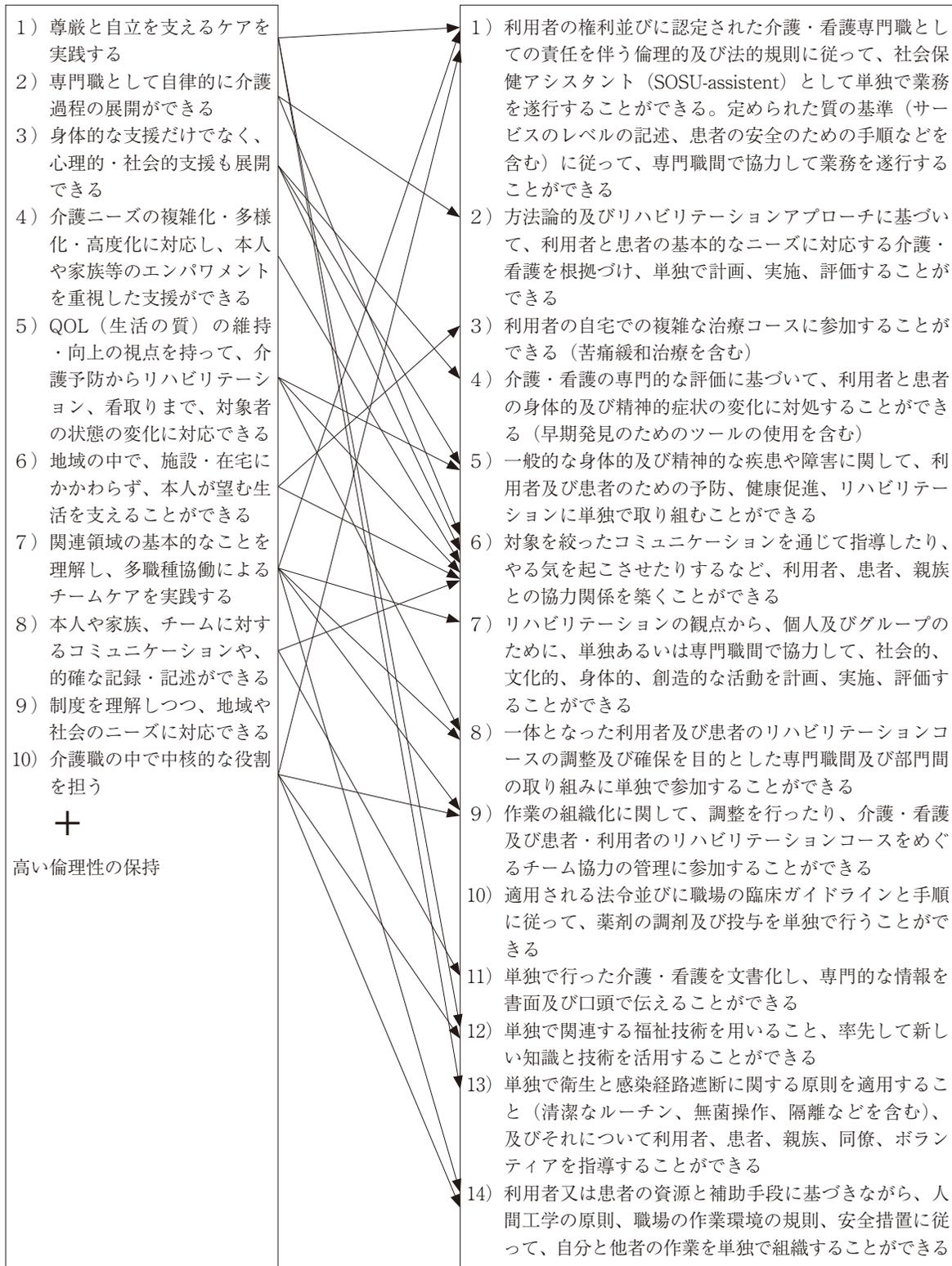
また、コンピテンシーの内容表記について、社会保健アシスタント (SOSU-assistent) は具体的であるのに対し、介護福祉士はやや抽象的である。例えば、介護過程の展開に係るコンピテンシーについて、社会保健アシスタント (SOSU-assistent) では、「2) 方法論的及びリハビリテーションアプローチに基づいて、利用者 と患者の基本的なニーズに対応する介護・看護を根拠づけ、単独で計画、実施、評価することができる」や、「7) リハビリテーションの観点から、個人及びグループのために、単独あるいは専門職間で協力して、社会的、文化的、身体的、創造的な活動を計画、実施、評価することができる」と明記されているが、介護福祉士は、「2) 専門職として自律的に介護過程の展開ができる」という表記に留まっている。

また、感染対策とその指導に関するコンピテンシーについて、社会保健アシスタント (SOSU-assistent) は、「13) 単独で衛生と感染経路遮断に関する原則を適用すること、及びそれについて利用者、患者、親族、同僚、ボランティアを指導することができる」と、具体的に誰に対して指導するのかについても明記されているが、介護福祉士は、「10) 介護職の中で中核的な役割を担う」という表現の中に包含している。これらについて、具体的なコンピテンシーを提示することで、どのような資質・能力が求められているのかが明確になるうえ、それを構成する能力要素の抽出、並びにその涵養に向けた取組に対して少なからず貢献することが期待されるため、介護福祉士に求められるコンピテンシーの具体性が問われる。

また、社会保健アシスタント (SOSU-assistent) では、例えば、「1) 利用者の権利並びに認定された介護・看護専門職としての責任を伴う倫理的及び法的規則に従って、社会保健アシスタント (SOSU-assistent) として単独で業務を遂行することができる」のように、どちらかと言えば「単独」で職務を遂行することが求められているのに対し、介護福祉士は、「7) 関連領域の基本的なことを理解し、多職種協働によるチームケアを実践する」と、介護福祉職のチームあるいは他職種との連携を基盤としている。介護福祉士が「自律的」に行うものは介護過程に留まっている。これは、介護福祉士が専門性という観点から独自の職務領域を有していない（いわゆる、名称独占資格である）のに対し、社会保健アシスタント (SOSU-assistent) は業務独占に近い資格であることを意味している。「誰でもできる」と誤解されがちな介護を職業として確立するうえで、専門的自立性を有するコンピテンシーとその教育が求められる。

また、介護福祉士に特異的なコンピテンシーとして、「9) 制度を理解しつつ、地域や社会のニーズに対応できる」が挙げられる。これは、例えば、地域や社会に存在する課題に対して、必要な社会資源を活用あるいは開発して対応することを指していると考えられるが、このような視点に立ったコンピテンシーは社会保健アシスタント (SOSU-assistent) には見受けられない。これは地域福祉に関わることであるが、わが国の介護サ

図3. 介護福祉士及び社会保健アシスタント (SOSU-assistent) のコンピテンシーの関連性



(注) コンピテンシー（左側はわが国の介護福祉士、右側はデンマークの社会保健アシスタント (SOSU-assistent)）

サービス供給がフォーマル・サービス（公的サービス）を土台としながらも、インフォーマル・サービス（私的サービス）を最大限に活用する仕組みであることに起因する。すなわち、介護福祉士には介護保険制度に基づくフォーマル・サービス（公的サービス）の提供のみならず、制度の隙間を埋めるインフォーマル・サービス（私的サービス）を活用・開発する役割をも期待されていることになる。しかし、介護福祉士の教育カリキュラムの中に地域福祉が明確に位置づけられているとは言い難い。その点、デンマークでは「高福祉・高負担」のもとフォーマル・サービス（公的サービス）に主眼が置かれており、しかも社会保健アシスタント（SOSU-assistent）はほとんどが公務員という身分であるため、地域福祉の視点が薄くなっているといえる。

また、介護福祉士には馴染まない（あるいは、将来的に求められるであろう）コンピテンシーとして、社会保健アシスタント（SOSU-assistent）の「3）利用者の自宅での複雑な治療コースに参加することができる（苦痛緩和治療を含む）」や、「10）適用される法令並びに職場の臨床ガイドラインと手順に従って、薬剤の調剤及び投与を単独で行うことができる」が挙げられる。これらのコンピテンシーはいわゆる医療行為としての色合いが濃く、現行の介護福祉士の職務の範疇を超えている。これは、社会保健アシスタント（SOSU-assistent）が「保健」を教育的基盤としているのに対し、介護福祉士は「福祉」であることの違いであるといえる。近年、介護福祉士が対象とする利用者の生活ニーズが多様化・複雑化・高度化しており、痰の吸引や経管栄養といった医療的ケアのみならず、他の行為（例えば、服薬管理など）を必要とするケースが増えると予想される。そのため、「福祉」を基盤としながらも、その関連領域（医療、保健）の知識の修得がより一層求められる。

結言

本稿では介護福祉職に必要とされるコンピテンシーについて、わが国の介護福祉士とデンマークの社会保健アシスタント（SOSU-assistent）を取

り上げ、その対比から介護福祉士に特徴的な内容と養成（教育）上の課題について考察することを目的とした。その結果、次のことが明らかとなった。

第一に、介護福祉士及び社会保健アシスタント（SOSU-assistent）の職務内容は同一とは言えないが、両者のコンピテンシーは概ね共通する内容である。これは、社会保健アシスタント（SOSU-assistent）の教育期間（2年9ヶ月3週間）と同等の教育的効果が介護福祉士に求められていることを意味する。とすれば、「短期間での詰込み学修」と指摘される介護福祉士の教育期間（2年間）の妥当性が問われる。

第二に、コンピテンシーの内容表記について、社会保健アシスタント（SOSU-assistent）は具体的であるに対し、介護福祉士はやや抽象的である。具体的なコンピテンシーを提示することで、どのような資質・能力が求められているのかが明確になるうえ、それを構成する能力要素の抽出、並びにその涵養に向けた取組に貢献することが期待される。

第三に、社会保健アシスタント（SOSU-assistent）は、どちらかと言えば単独で職務を遂行する力量が求められているが、介護福祉士は介護福祉職のチームあるいは他職種との連携を基盤としている。これは、介護福祉士の専門性という観点から独自の職務領域を有していないことを包含している。職務を遂行するうえで他職種と連携することは不可欠であるが、他方で介護福祉士固有の専門性が問われる。

第四に、社会保健アシスタント（SOSU-assistent）とは異なり、介護福祉士には利用者個人のみならず、より広い視点（地域や社会）でニーズを捉え、対応するコンピテンシーも要求されている。これは、フォーマル・サービス（公的サービス）としての介護に主眼をおく社会保健アシスタント（SOSU-assistent）とは異なり、介護福祉士にはインフォーマル・サービス（私的サービス）をも期待されていることを意味する。しかし、その教育カリキュラムに地域福祉が明確に位置づけられているとは言い難い。

第五に、社会保健アシスタント（SOSU-assistent）のような治療コースへの参加や薬剤の

調剤・投与など医療行為に係るコンピテンシーは、介護福祉士には表立って要求されていない。近年、介護福祉士が対象とする利用者の生活ニーズは多様化・複雑化・高度化しており、痰の吸引や経管栄養以外の医療行為（服薬管理などを含む）を必要とするケースが増すと予想される。その教育においては、「福祉」を基盤としながらも、関連領域（医療、保健）に関する知識の修得がより一層求められる。

わが国の介護福祉士とデンマークの社会保健アシスタント（SOSU-assistent）では資格の位置づけや職務内容などが同一ではないため、社会保健アシスタント（SOSU-assistent）のコンピテンシーをそのまま導入することには無理がある。しかし、今後、介護を取り巻く社会状況の変化により介護福祉士の資格の位置づけや職務内容が見直される可能性があることを考慮すれば、社会保健アシスタント（SOSU-assistent）のコンピテンシーから浮き彫りになった「具体性」、「専門的自立性」、「教育期間の妥当性」、「地域福祉の位置づけ」、「関連知識の修得」などに関する養成（教育）上の課題は、わが国の将来を展望するうえで少なからず示唆を得るものと言えるだろう。

注記

- 1) QOLは「Quality of Life」の略で、生活の質、生命の質、人生の質と訳される。
- 2) 本稿では、わが国の介護福祉士に該当する資格として、デンマークの社会保健アシスタント（Social-og sundhedsassistent）を取り上げた。デンマークにおいて高齢者介護を担うのは、社会保健ヘルパー（Social-og sundhedshjælper）と社会保健アシスタント（Social-og sundhedsassistent）であるが、両者の根本的な違いは、職務の内容と範囲、教育期間である。社会保健ヘルパー（Social-og sundhedshjælper）は主として基礎的な介護を担い、教育期間が1年2ヶ月間であるのに対し、社会保健アシスタント（Social-og sundhedsassistent）は、より高度で複雑な介護及び一部の医療行為（痰の吸引、経管栄養など）を担い、教育期間が2年9ヶ月3週間である。わが国において、これらに匹敵す

るのは、前者が介護職員初任者研修修了者（教育時間：130時間）、あるいは介護福祉士実務者研修修了者（教育時間：450時間）で、後者が介護福祉士（教育期間：2年間）である。

引用文献

- 1) 「学士課程教育の構築に向けて（答申）」中央教育審議会（平成20年12月24日）。
- 2) 「求められる介護福祉士像」厚生労働省。
(https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000178748.pdf)（2022年2月15日閲覧）。
- 3) 「社会福祉士養成施設及び介護福祉士養成施設の設置及び運営に係る指針について」（平成30年8月7日社援発0807第2号）。
- 4) 「介護人材に求められる機能の明確化とキャリアパスの実現に向けて」社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会（平成29年10月4日）。
- 5) Bekendtgørelse om erhvervsuddannelsen til social-og sundhedsassistent, Styrelsen for Undervisning og Kvalitet, den 18. december 2020（BEK nr 2304 af 18/12/2020）。
- 6) LOKAL UNDERVISNINGSPLAN Social-og sundhedsassistent Gældende fra april 2021, Social-og sundhedsskolen Skive/Thisted/Viborg.
- 7) 「コンピテンシーの育成と評価」プロジェクトー平成28年度研究活動報告書』『日本における次世代対応型教育モデルの研究開発』プロジェクト報告書』vol.3, 東京学芸大学次世代教育研究推進機構, p6（2017）。
- 8) 「福祉関係者の資格制度について（意見具申）」中央社会福祉審議会企画分科会, 身体障害者福祉審議会企画分科会及び中央児童福祉審議会企画部会小委員会合同会議（昭和62年3月23日）。
- 9) e-GOV: 「社会福祉士及び介護福祉士法」第2条第2項。
(<https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=362AC0000000030>)（2022年2月20日閲覧）。
- 10) 松岡洋子「デンマークの高齢者住宅とケア政

策」『海外社会保障研究』第164号, p56, (2008).

- 11) Social-og Sundhedsskolen Syd.
(<https://www.sosu-syd.dk/uddannelse/ssa/sosu-assistent>) (2022年1月13日閲覧)

(たかぎ つよし、静岡県立大学短期大学部社会福祉学科教授)

〈「もの書き百歳」のすすめ・1〉

もの書き、手紙、そして歴史認識

野村 拓

●「学徒出陣世代」が100歳

95歳ともなれば、いま生きていれば100歳という世代の姿を具体的に思い出すことができる。私は旧制中学4年生であったが、昭和18(1943)年10月、雨の神宮外苑競技場で行われた「学徒出陣壮行会」で、三八式歩兵銃(明治38年採用)を担いで、東条英機の前を行進したのは、いま生きていればおおむね100歳の世代であった。

戦争用の技術要員たりうる理工系学生には、卒業までの徴兵猶予の制度を残し、文科系学生は「猶予」を打ち切って戦場へ、ということであった。ところで、海軍には「軍艦マーチ」(海軍の軍歌集では単に「軍艦」という行進曲風の曲で、戦後はパチンコ店を支配した名曲があったが、陸軍には「トテチテター」の軍用ラップ曲のほかに、行進に合う曲がない。そこで採用されたのが、なんと西南戦争(明治10年)由来の「抜刀隊」という曲である。曲は外人教師がつけたから行進に合うが歌詞は

「われは官軍 我が敵は
天地容れざる朝敵ぞ
敵の大將たるものは
古今無双の英雄で…」

となっており、「敵は西郷隆盛」という歌である。

「平民」で組織された明治新政府の軍隊が「武士集団」である「西郷軍」と戦うのは心細いから、元武士の警視庁巡査で「抜刀隊」を組織したわけである。

そしてこの「アナクロ行進曲」での行進のトップは東大で、雨でグラウンドがぐちゃぐちゃになったからの行進は日大であったと聞いている。

5歳年上の私の三兄も同世代であったが、工学

部なので「猶予」されていた。兄が旧制静岡高校に進んだ頃、寮に警察の臨検が入り、スタンダードの『赤と黒』まで没収したという。「アカ」は禁物ということ。

学生下宿で同宿の熊取さんは医者になり、後にビキニ被爆の「第五福龍丸」の久保山さんを看取る主治医となった。兄は熊取さんと違って、東大第二工学部(戦後は「生産技術研究所」)に新設された「航空学科」に進んだ。少壮講師、糸川英夫もいたが、教授陣不足のようで、中島航空機の重役が非常勤講師でやってきて

「諸君はウナギのかば焼きを食ったことがあるかな」

などと、芋ばかり食っている学生相手に講義したそうである。

「学徒出陣」の1年後の昭和19(1944)年10月、私は海軍兵学校に入校して、76期生となった。こちらの方の「100歳世代」は5期上の71期生(終戦時の大尉)となる。このクラスのトップクラスに親戚ではないが、野村実大尉がいて、終戦時、兵学校が一番若い教官をつとめていた。兵学校卒業後、戦艦「武蔵」、空母「瑞鶴」乗艦を経て、海軍軍令部、海軍兵学校教官、というのは最後のエリート・コースではなかったか。

もう1期上の70期生が少尉候補生として乗り組んだ時の「武蔵」は、呉軍港で艀装(ぎそう)中で、退屈した艦長の命令で、少尉候補生たちは「下士官・兵の士気高揚」のため、10メートル以上ある「武蔵」の艦首から飛びこまされた、という。私ももう5、6年早く生まれていたら、恐怖の高飛び込みをやらされたかもしれない。

なにが言いたいのか、といえ、人生のスパンが伸びれば、次世代に伝えられるメッセージも豊

富になるのではないか、ということである。ただ生きればいい、というものではない。「生きた言葉と豊かな記憶」で次世代にメッセージを送るのでなければ100歳を生きる意味はない。

●朝、起きたら朝食までに短文 ひとつ

100歳を過ぎてても、頭がカラッポではメッセージは送れない。

朝、起きて、自分でも面倒な着替えを済ませ、横になったまま、心臓に負担のかからない体操を5分間やってから雨戸を開ける。これがなかなかの重労働。その後、朝食まで、震える指先でミスタッチを繰り返しながら、短文を打つ。関係する雑誌の「編集後記」でもいい、バレンタイン・チョコレートのお状でもいい。調子がよかったら、連載物の『洋書古本市』の1回分ぐらい打ってもいい。

むかしの人は、墨をすりながら構想を練り、巻紙に毛筆でさらさらと認めたのだろうが、それはおそらく30代、40代の美学で95歳には無理だろう。しかし、考えていることを2次元の平面に文字で表現することは、精神・身体的健康法と言えるのではないか。

ただ、「健康法」は目的あつての「手段」「方法」であつて、「目的」は何か問われなければならない。目的は「生涯通算で大飯を食らうこと」というような長生き自体を目的視する健康法はむしろ邪道である。

若き日の河上肇は「千山万水楼主人」のペンネームで既製の経済学者を撫で斬りにしてから『貧乏物語』(1917)を書いたが、同じころ、アメリカの公衆衛生学者と統計学者の合作本で「衛生法」の本、How to live. の翻訳本も出している。「変革」という目的あつての「健康法」ではなかったか。

「お話」なら出来るが「書く」のはちょっと、と言う人は、頭の働きの不健康なのである。頭が論理的に働かないから、非論理のおしゃべりはできて、論理的文章は書けない、ということである。非論理的なメールは打てても、ミニマムの論理性が要求される手紙は書けないという人は「認知症予備軍」と考えておいたらいいだろう。

司会者がフロア発言は3分以内と言っているのに、ダラダラと15分しゃべり、着陸地点を見失っているのは、すでに認知症の始まりである。「話におチをつける」ということは「論理的完結」を意味するから、非論理的な人はおチがつけられないわけである。

では200字でおチがつけられるか、これについては拙著『医療・福祉職の生涯学習』(2020. 錦房)本文を参照されたい。スタミナは衰えても、短くまとめるのは「年季」がものをいうはずである。

『百歳のもの書き健康術』は、まず、朝起きてから朝食までに「短文」をひとつ書くことから始めよう。

あれは2007年ごろのことであつたか、西陣織のデザイナー、山口伊太郎氏が、テレビで、この仕事の能力のピークは100歳、99歳はやや未熟、101歳はやや衰え、と話しておられるのを聞いて感心した。源氏物語を西陣織に織り込むには100年の年季が要るのか、と。そして、当時80歳のガキンチョであつた私は『時代を織る』(2007. かもがわ出版)を書き、その「帯」につぎのような文言を入れた。

「記憶量は書いた量に比例する、と言うのが私の仮説である。…朝、起きてから朝食までに、短い連載ものの1回分ぐらいは書く。これを自己流に「1単位」と呼ぶことにして居るが、まず、朝食までに1単位という心掛けが必要ではないか。…朝、何もせずに出勤して、雑用で1日が終わった時の空しさは何ともやり切れない。せめて、出勤前に1単位の仕事でもやって置けば100%空しくはないだろう。…この朝型スタイルは現在も続いている。…「書くことを面倒がないようにしよう」、これが私の若い世代へのメッセージである。」

雑用に明け暮れる現役時代には、出勤前に「1単位」の仕事をするのが生きている証し、という意味である。この本は「民医連医療」(2007.6.)の書評欄で次のように紹介された。

「老人の記憶の総量は、生涯通算で書いた量に比例する」というのが、筆者が最近到達したテーゼだそうだが、本書のあちこちで出没する

辛口の“野村節”の健在ぶりは書くことが記憶力だけではなく元気の秘訣でもあるようだ。

言われてみれば、そのとおりで「もの書き」は「健康法」でもありうるのである。

自分で書いたものを読み返すことは「頭の健康法」になるが、恩師の手紙を読みかえすことは、精神にカツを入れることになる。

●恩師の手紙—「手紙」の大切さ

これは、恩師、山梨師範付属小学校の雨宮精蔵先生の手紙である。日付は「戦前基準年」といわれる昭和10(1935)年の3月30日、私にとっては、1年から2年に進級する春休みの終わりごろであり、甲府の寒さにへこたれてよく休んだ私に対する叱責激励の手紙である。

拝啓 (はいけい)

忙しいから読んでもらひなさい。

玉子ばかり食べて、野菜を食べないからさういふに熱も、去らないでせうよ。御父母様のお言葉を守れないわけではないでせう。

寛大の姿を私は見たいと思ひながら、それを見る事が出来ません。私も薬の中へ眠れる人間になり度いし、爪をのばして、黒い垢をためて見たいものですし、ごみの中へ大事の品物を置いて見たいものです。さう言ひましても、私はさういふ人間であります、ただ私は、さういふ事を意識しておりますが、君は、決して意識しておりません。そこが君のすぐれた点です。

どうぞ、身体を御大事になされ、新学期からは、必ず、必ず、出席しなければなりません。若し出席不可能なら、その理由を述べよ、と私は申し上げ度いのです。

御父母様のお言葉を守れ、早くよくなれ、と、願って、止めにします。今日は忙しいのでこれだけです。それでは けいじ。

昭和十年三月三十日

拓様

精蔵

1年生相手の手紙だから、漢字を使わぬように心掛けたが、手間がかかるので大人用に使います、だから読んでもらいなさい、ということなのだろう。甲州弁まじりである。

「寛大の姿」とは何か、これは「ボーッとした非競争の人間」という意味なのだろう。先生が父に宛てた手紙には、こんな一節がある。「和平の精神、平和の精神、親愛の精神を生まれながらに持たれた野村君は面白い子供ですね。一番良い点を取ろうと、人と競争するではなし、人に負けまいといふ消極的の競争心も持ってもおられません。」

そう言われてみると、競争心旺盛な人間は競争で擦り切れて、はやばやとあの世に行き、競争心薄弱な人間がだらしなく生き残るのかもしれない。競争、非競争はともかく、雨宮先生の教えにはメリハリがあった。幼い兄弟を背負って、ねんねこの帯が食い込んで紫色に変色した貧しい少女の話もしたし、武田信玄が強かった話もした。

そのころの国語は「蝶々」を「てふてふ」と書き、「甲府」は「かふふ」と書いた。しかも横書きは右から。だから甲府駅の表示は左から読めば、「ふふか」。義兄が初めて甲府にやってきたとき、「ふふか」とつぶやきながら、発車ベルがなつてから、気づいて飛び降りたという。

戦後、甲府の医療団体での講演で、この話をしたとき、若い職員が

「わかりました！」

と膝を叩いた。なにがわかったか、というと甲府にある料亭か小料理屋に「かふふ」というのがあり、いままで意味が分からなかったが、今日、その意味が分かったようだ。

「日常」を歴史的にとらえ、「日常」から歴史を学ぶことが大切だが『現代日本医療史』(1965. 勁草書房)の著者、川上武さんが甲府出身ということを知っていたので、1973年に週刊誌「朝日ジャーナル」で川上さんと対談したときに

「小学校はどちらで」

と聞いたら

「富士川小学校です」

と答えられたのでショックを受けた。甲府時代、私の住んでいた愛宕町は富士川小学校の校区であったが、地元の小学校に行かずに遠くの「付属」

に行く奴は生意気だ、いうわけで、学校の行き帰りに富士川小学校の連中につかまっていじめられた。登校拒否の仮病で雨宮先生の叱責のお手紙をいただいたのは、ここに原因があったのかもしれない。

先生はよく「綴り方」を書かせたが、あとから昭和史を振り返ってみると「生活綴り方運動」のなかに位置づけられる人ではないか、と思われる。

●戦前の「貧農」と現代的貧困 —稲藁を叩いて縄がなえるか

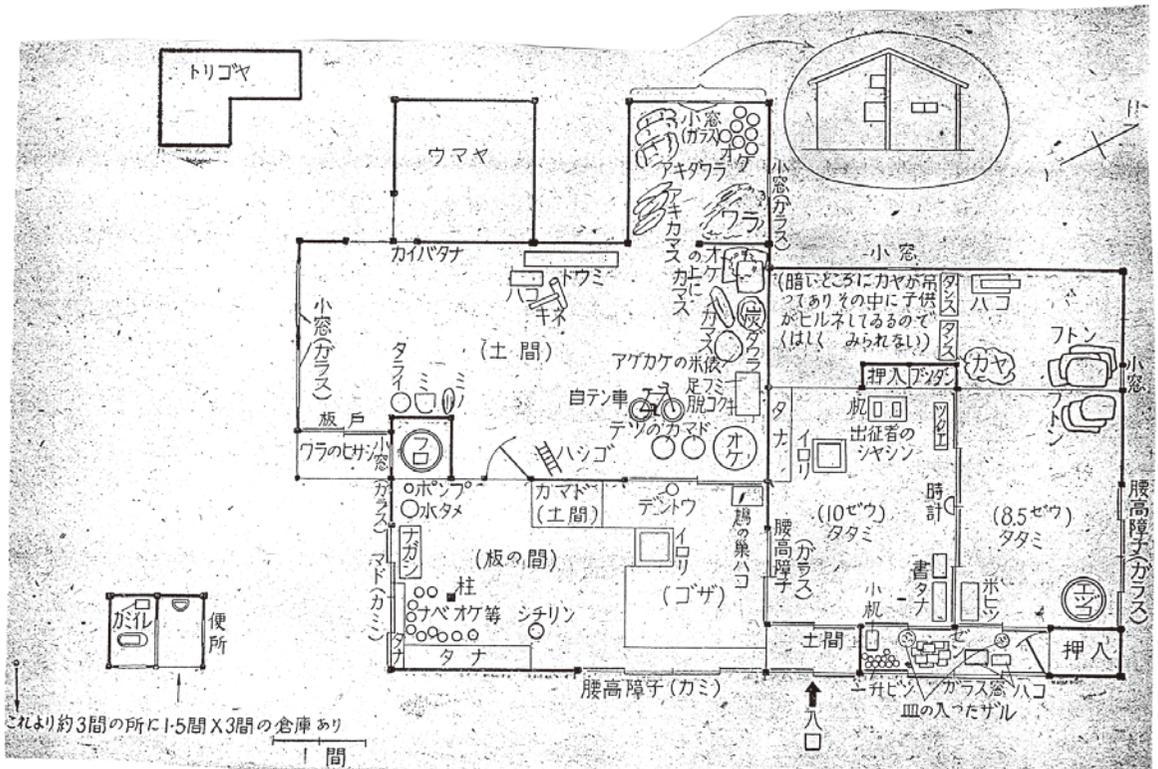
恩師の叱責の手紙は昭和10（1935）年3月だから、「戦前基準年」ということになる。昭和29（1954）年の「経済白書」で「もはや戦後ではない」がキャッチ・フレーズにつかわれたのは、戦争で破壊された鉱工業が「戦前基準年」の水準まで戻ったという意味である。ということは「戦前基準年」

の日常生活も、それから奈落に落ちるプロセスも、そこからはい上がるもがきも語れる世代ということになる。特に、日本国民が飢えた体験や都市生活の危うさ、もろさについての「語り」は、これから重要な意味を持つと思う。

私のように、いま「もの書き百歳」をめざす世代は「飢え」を体験した世代である。そして、「飢え」を体験することによって農業、農村の大切さを知っている世代であり、今日の中流生活意識を持った都市生活者の生活基盤のもろさ、危うさ、ゆとりのなさを知る世代でもある。一言で言えば「ゆとりとクッションを喪失した現代的貧困」である。しかも、このことを自覚しない人が多いようだから、薄氷の上に立つ「現代的貧困」について次世代にメッセージしなければならない。

また、貧しくとも、生活に「ゆとり」や「クッション」があった戦前と、一見、豊かに見えても、「ゆとり」や「クッション」を喪失して、たちま

<図>昭和17（1942）年・北茨城の貧農（小自作）の家の見取り図



（この出典は<天達忠雄：東北農村片々「厚生問題」1943.12.>であるが、屋内作業場など、寒冷地の東北スタイルなので、「北茨城」を「東北」を呼んだのだろう）

ち飢えたり、「待てしばし」の効かない短絡人間がミニ・テロリズムを起こす現在の違いを説得力を持って語れる能力を持つことが、いま、「もの書き百歳」を目指す世代の歴史的任務と言えるのではないか。そして、その「語り」のなかで、農業・農村の変貌が重要なポイントとなると思う。

<図>は1942(昭和17)年段階で、社会学者、天達忠雄が北茨城地方の農家を、学生を使って調査したものの一部である。対象農家は「小自作」というカテゴリーにはいるから「地主」「地主自作」「自作」「自作小」「小自作」「小作」というランクづけから考えれば「貧農」に属する。

調査時期は恐らく7月はじめ、田植えが終わって「除草作業」が大変な時期で子供たちは「農繁期休暇」で早朝から手伝いに駆り出され、蚊帳のなかで昼寝をしていたものとおもわれる。参考までに、当時の家族構成を以下に掲げよう。

家族構成は戸主を中心にした説明。

父	71歳
母	69歳
戸主	46歳
妻	43歳
長男	24歳「小学校卒業の際、肋膜炎にかかり、病弱のため農業をさせず、国鉄の従業員となり勤務中出征、当時〇〇に転戦中」と説明されている。
長女	「大正9年生後40日にして死亡」
二女	20歳「岩手県に嫁入」
二男	18歳「海軍航空隊」
三女	「大正15年、生後4日にして死亡」
四女	15歳
五女	13歳
三男	「昭和8年、生後25日にして死亡」
六女	7歳
七女	5歳

屋内作業場のような土間に「アキタワラ」「アキカマス」「ワラ」と書かれてあるが、おそらく、親や祖父母は子供や孫たちに、稲ワラを叩いて縄をなう方法や俵やカマスの編み方を教えたことだろう。

軒下には大根や干し柿など、いたるところに保

存食品があり、味噌樽や白菜漬けなどもあったろう。

もし、ここで「大災害」が起きて電気もガスも水道も止まり、公共交通機関も破壊されて「陸の孤島」となったら、どうなるか。恐らく、電気の代わりにロウソクかランプを使う不便さを除いて、食料も水も、当分大丈夫だろう。家屋の一部に破損箇所ができて、修理用の材料もあれば農業労働で鍛えた「各種建設業用スキル」もある。

コンクリートの巣箱の中で、なにかがあればたちまち飢える都市生活のもろさを知るには百年の年季が必要なかもしれない。

年とともに充実する生き方はのぞましいが、年齢・能力に見合った仕事がある、ということも大切であり、年をとっても年相応の仕事がある農業などは、できる条件があればおすすめである。

名張市教育委員をやっていたころ、中学校の卒業式で

「前半戦は軽く流して、後半戦で頑張る、という生き方もあるよ」

と言った途端にPTA席からブーイングが出た。

田圃で働いていた人を指さして「しっかり勉強しないと、ああんりますよ」と子供に教えていた母親がPTA席にいたようである。

「食べるだけはみずから耕す覚悟」が必要な時代がついそこまで来ている、というのに。アホな忠告よりも、稲ワラを叩いて縄をなうことを子供に教えるべき時ではないか。

●農村医学の社会科学的深度

以上述べたように、戦時下の「貧農」でも持っていた「ゆとり」や「クッション」は、多分に農業、農村とかかわるものであったが、現代社会ではほぼ失われている。

「こどもは？」

と聞かれて

「その辺で遊んでいますよ」

と答えられる時代ではなくなった。こどもの遊び場はクルマに占領され、道路の端を列を組んで歩いている児童たちをクルマがなぎたおしたりしている。いま95歳の私のころは、片道2キロの通学路を道草を食いながら友達と幼稚な知識を交換

しながら通学した。道草は食べなかったが熟した桑の実を食べた。苺に近い味がした。「葉」は「お蚕さん」のだいじな食料だが、「実」の方は食べてもかまわないわけである。

養蚕農家、お蚕さん、紡績女工の生む生糸は輸出されて日本資本主義の元金となり、輸出先のサンフランシスコは「桑港」と表記された。しかし、いまは桑畑を見る機会はほとんどなくなった。失った桑畑の代わりになにを得たのか。なにを得るべきであったのか。あらためて考えるべき課題である。

「生糸」を元金にして発達、巨大化した日本資本主義は農村・農業を衰退させ、国民から「ゆとり」と「クッション」を奪った。そのプロセスを研究することから、現状打開のヒントがうまれるのではないか。この点に関して、日本の農村社会医学は数々のヒントを提供してきたと思う。

米を提供し、労働力を提供し、日本資本主義の元金を生み出し、兵力を提供し「東北地方は『良兵産出地帯』」などと言われ、「兵隊に取られたらお金が下りる『徴兵保険』」にだまされ、という形で痛めつけられてきた農民の保健・医療問題については、高橋実、林俊一、若月俊一の諸先生の研究業績がある。

農業病（農業労働に関連して起きる）

農家病（農家的食生活や消費生活によって起きる）

農村病（農村的環境から起こる）

というように「労働過程、労働力再生産過程、生活の場」から、総合的に罹患の可能性を示した「農夫（婦）症」(Farmers' Syndrome) 概念の提示などは国際的に評価された「社会科学的深度」を持った業績である。

高橋実先生は、私の「日本医療団」研究をサポートされ、貴重な資料をお送りいただいた。林俊一先生は、「医学は社会科学ですよ」といいながら、私の「二重ふるい分け理論」を評価してくださった(林俊一「現代資本主義の人間観」『ジェリスト』1973年11月号(通巻548))。

また、若月俊一先生は身をもって「生きざま」を示してくださった。

1980年代に2回ほど佐久病院の「研修センター」で講義をした。北に浅間山、南に八ヶ岳をのぞむ

田園地帯に白樺やポプラに囲まれて「研修センター」はあった。講堂、食堂、印刷室、講師宿泊室などから成るが、講堂の時計が10分ほど進んでいる。

「時計、進んでいるんじゃないの？」

と事務方に聞くと

「前の時間が若月先生だったので」

という答えが返ってきた。先生は情熱の赴くところ、時間超過の常習だったのである。情熱の時間オーバーが「情熱の生き方オーバー」にならなかったのが残念である。

若月俊一先生時代の佐久病院は「サケ病院」といわれるほど皆よく飲んだ。小諸の駅前から一本路地裏に入ったところに「ハーブ入り」もまじえて珍しい焼酎をずらりと並べた飲み屋があった。しばらく眺めて

「これにしようか」

と指定すると、飲み屋の主人は

「若月先生もそれをお飲みになります」

と来た。やはりそれぐらいの地域浸透力をもたなければ。

佐久病院に近いJRの駅は「白田」(うすだ)だが、小海線で小淵沢に出て中央線に乗り換えれば、間もなく甲府(かふふ)駅である。恩師、雨宮先生との出会いの地だが、先生は甲府より東京寄りの塩山(えんざん)から汽車で通っておられた。遠足のとき、先生はどんな弁当なのだろう、と隣に座って観察したら、先生の弁当は「汽車弁」(今は窓が明かなくなったから「駅弁」)であった。甲府の駅前には「ヨネクラ」という汽車弁屋があったが、そのときから「ヨネクラ」の汽車弁買って、と親にねだるようになった。

冒頭に掲げた恩師の手紙は、2003年に出した私の喜寿祝い記念出版『医療の社会科学』(本の泉社)にも転用したが、それを読んでくれた旧制中学時代の悪友はこんな手紙をくれた。

「最後に恩師のお叱りの手紙を見て何と真心のこもった先生と、又其の手紙を大切に保管された御両親のお姿が目につかふ思いです。…貴兄の名著を家内に説明してやると面白がって早くお会いしたいと申しております。」

この悪友の手紙も大切にしておかなければ。

●もの書き健康法と4つの四半期

短文や手紙から出発して「もの書き健康法」を、というのが今回の野心的テーマであるかが、人生100年時代を

第1四半期（0-25歳）

第2四半期（25-50歳）

第3四半期（50-75歳）

第4四半期（75-100歳）

に分けて考えてみよう。第1四半期は精神形成・修業時代で、「手紙」は重要な意味を持つ。いろんなところから「手紙」をもらったということは、こちらからも書いたということである。江田島の海軍兵学校から父に手紙を出したら「誤字を書かぬように」という返事がきた。

昭和19（1944）年の秋、海軍兵学校入校の前に、親友の丹菊実君に「なるべく長い手紙をたのむよ」と言っておいたら、彼は約束を守って、便箋11枚の長文を送ってくれた。その中の一節「(空襲で)名古屋の風景はすっかり変わってしまいました」に心が痛んだ。終戦時の文書類一括処理で焼却してしまったが、この一節だけは心に刻まれている。

そうか、焼けてしまったか。バイオリンも焼けたか、貯金をおろして23円15銭、「弓」が8円50銭で「ケース」が8円、「松脂」と「調子笛」も買ったが。

模写したゴヤの「裸体のマハ」（当時の美術全集では「マヤ」になっていたと思う）は本箱の後に隠しておいたがあれも焼けたか。

第1四半期において、「手紙」はさまざまな想念の起点となりうる精神活性化剤である。

第2四半期（25-50歳）での課題は「自著」を持つこと、「書き下ろし」を経験しておくことである。「書き下ろし」には「知的体力」だけではなく「集中できる時間」が必要であり、管理的雑用が増える後半戦では難しくなるからである。

第3四半期（50-75歳）は「人生100年時代」にはもっとも課題の多い時期となり、すくなくと

も次の2つの課題を成し遂げなければならない。ひとつは「自前の情報ドーム」づくりであり、もうひとつは後進の育成とバトンタッチである。単著だけではなく育成型共著やプロジェクトチームによる集団執筆などを心掛けるべき時期である。

第4四半期（75-100歳）は「情報ドーム」が退化した感じの「歴史的味つけ工房」で、生活のリズムづくりを兼ねて「連載もの」書きの時期。そして「ああくたびれた、もう寝よう」で終われたら幸せだが。

そして、いま、95歳の段階で「もの書き百歳」への要件を考えてみると

1. 「朝型」であること

2. 「田舎住まい」であること

3. 情報機器の利用はミニマムに抑えることなどが挙げられる。

情報機器は「視力」「集中力」の敵であり、しばしば「記憶力」を低下させる。その「利便性」を天秤にかけ、その利用はミニマムに抑えるべきである。社会科学は「視力」「集中力」「記憶力」2割引の人間にできるような甘い学問ではない。人生、後半戦に入ると、情報機器依存人間は「視力」「集中力」「記憶力」8割引の廃人に近くなる。このような人間と「頭のなかに自前の『情報ドーム』づくり」を心掛けた人間との間で会話は成り立たない。

「先生、若さの秘訣は？」

「大きな声では言えないけれど、年寄りとは付き合わないことだね」

ということになる。「年寄り」は自分1人で十分、問題は「内なる老い」との付き合い方であり、そのひとつが第3四半期（50-75歳）に「自前の情報ドーム」を作って置くことである。

（のむら たく、医療政策学校主宰）

<前号（No.78.）P.88.の「医療経済時代の開幕」（「医薬ジャーナル」1970.1.）は（1970.5.）の間違いでした。一筆者>

『いのち・地域を未来につなぐ』

これからの協同組合間連携』

石田正昭 編著、家の光協会

中川 雄一郎

本書は、第1章「いのち・地域を未来につなぐ協同組合間連携」および第7章「協同組合間連携をひろげて、地域をかえる」を石田正昭氏が、第2章「賀川豊彦と協同組合間連携論」および第6章「プラットフォームづくりと協同組合間連携の未来」を伊丹謙太郎氏が、また第3章「戦後日本における協同組合間連携の歴史」を前田健喜氏が、そして第4章「私たちの暮らしのなかの協同組合間連携」を文珠正也氏が提示し、さらにまた第5章では「各地で取り組まれている協同組合間連携—10の事例紹介—」の「事例1〈地域連携組織：神奈川県協同組合連絡協議会（かながわCo-ネット）の取り組み〉」を岩堀義一氏が、「事例2〈地域連携型：愛知県における「おたがいさまセンターチャット」の取り組み〉」と「事例3〈産消提携型：山形県における生活クラブ連合会とJA庄内みどりの取り組み〉」とを文珠正也氏が、「事例4〈地域連携型：いばらきコープとJA常総ひかりによる「下妻ほぺたん食堂」の取り組み〉」を前田健喜氏が、「事例5〈事業連携型：静岡県におけるJAと生協の宅配事業連携の取り組み〉」を青竹豊氏が、「事例6〈学習会・イベント型：北海道における、地域まるごと元気アッププログラム（ゆる元）の取り組み〉」を北海道生活協同組合連合会が、「事例7〈地域連携型：広島市「協同労働」プラットフォームの取り組み〉」を小暮航氏が、「事例8〈事業連合型：香川県におけるJAと生協の事業連携の取り組み〉」を佐藤憲司氏が、「事例9〈災害支援型：長野県における農業ボランティアプロジェクトの取り組み〉」を中谷隆秀氏が、そして「事例10〈人材育成型：兵庫県



における虹の仲間づくりカレッジの取り組み』を齋藤優子氏がそれぞれ筆を運び、かつ走らせた成果であると言ってよいし、そしてまたこれら10の事例は「協同組合の文化」を語ってくれているように私には思えるのである。

なぜそう思えるのか。それはイギリスの社会学者リチャード・ジェンキンスの言葉が教えてくれているからである。すなわち、「文化の本質は、直接的な集団を超えて、協力し協同する関係を確立しようとする人間味のある共同体（集合組織、the human collectivities）間の拡大されたコミュニケーションを確立する基本的な必要条件の創出なのである。」だが、このような能力は自然に創り出されるものではないので、すべての物事が個人一人ひとり人間発達のプロセスの一部として習得されなければならないのである。「私たちが知

っていることのほとんどは、何よりも先ず『私たちは教えられなければならない』ということである」。

さて、紙幅の都合で次に私は、本書の第7章に簡潔に言及し、本誌の書評を締め括りたい。だが、その前に私は「協同組合と民主主義」と題する私の「協同組合の理念」を提示しておきたい（中川雄一郎・杉本貴志編／全労済協会監修『協同組合を学ぶ』日本経済評論社、2012年〈2刷り発行〉174頁）。

人はお互いに協力し協同することなしに生活を営むことができない——このことは誰もが理解していることです。実際、私たちは、孤立や対立ではなく、お互いに協力し協同することによって初めて安定した生活を営むことができるのです。言い換えれば、私たちはお互いに協力し協同することによって日々生活を営んでいるのだという「人間の本来的な関係」を自覚し、したがってまた、そのような関係それ自体が私たちの社会の枠組みを形成していることを認識するのです。

その点で協同組合は、私たちが日々の生活のなかでお互いに協力し協同するさまざまな機会を提供することによって、教育や保健・医療等々の福祉を享受する権利、生態系・環境を保護するための規制、それに文化的資源を活かしていく条件や物質的資源を公正に配分する条件といった「基本的な社会的枠組み」を維持したり、あるいはまたシチズンシップ（「市民であること」）のコアである「自治・権利・責任・参加」を基礎とするヒューマン・ガバナンス（人間的な統治）が創り出す「新しい社会秩序」を形成したりするのに役立つ諸条件を再生産する、という社会的役割を果たしているのです。協同組合によるこのような社会的役割の実践のプロセスを私たちは「協同組合運動」と称しているのです。

協同組合（運動）についての私のこの論定は、おそらく多くの協同組合人のそれと一致すると思われる。そこで「協同組合の理念とアイデンティティ」を貫いている「協同組合の文化」を示唆す

るならば、次のように言えるであろう。

(1)協同組合の文化は、信頼できる人間味豊かなものであり、人びとの複合的なコミュニケーションと人びとの間の諸関係を受けとめるわれわれの反応とに根ざして物事を遂行する、人間に特有な方法を有している。

(2)協同組合の文化は、自らの活動のなかにコントロールされた発展と変化・変革の影響を取り込む。すなわち、協同組合の文化は、そう言ってよいならば、個人一人ひとりが有為な人間に成長していく媒体である。

(3)協同組合の文化はまた、人間の協同性（共同性）を区別し、識別する実体であり、またある行為・行動と他の行為・行動に関わるそれらの特徴的な様式を区別し、識別する実体である（*この「実体」は、「さまざまに変化していく物事の根底に在る持続的かつ本質的なもの」を意味する。言わばそれは、レイドロー報告の「Conserver, 保全者」に相当するであろう）。

本書は、第7章で私の拙論を取り上げてくれている。私はここでは、ドイツの社会学者ユルゲン・ハーバーマスの「コミュニケーション・コミュニティ」論の一部を取り入れて世界の協同組合運動の新たな展開を想定してみようと試みているのであるが、その想定は、「対話の場」として構成される「公共空間」（公共圏）を協同組合運動が率先して社会に提供することにより協同の倫理と参加の倫理に基づいた協同組合の理念や価値（観）を、したがってまた、かかる社会的目的に賛同するメンバー（組合員）によって構成される協同組合の事業と運動のグローバルな視点と地域コミュニティの視点の双方を確かなものにしていこうとするものである。かくして私は、今後もシチズンシップ論と共にこのような「ハーバーマスの思想」について思考していくプロセスにおいて、日本の協同組合人や協同組合研究者が協同組合運動に有意な論点を社会的に見出していくことを願って、本書の書評を締め括ることにする。

（なかがわ ゆういちろう、研究所理事長・明治大学名誉教授）

研究助成報告(機関誌掲載など)

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

-
- 概要報告 「『社会的包摂を目指す多層支援システムモデルに関する実証的研究』 研究成果報告書」(川島ゆり子ほか) 『いのちとくらし研究所報』 51号
-
- 概要報告 「旧日本軍遺棄毒ガス被害実態調査および日中共同の医療支援に関する研究—寒川およびチチハル日中合同検診を通して—」(磯野理ほか) 『いのちとくらし研究所報』 51号 (ウェブサイトでも公開)
-
- 概要報告 「民間研究所論～概要～」(鎌谷勇宏ほか) 『いのちとくらし研究所報』 52号
-
- 「名古屋市の一地区における路上生活者を対象とした精神保健調査の報告」(松浦健伸ほか) 『いのちとくらし研究所報』 53号 (ウェブサイトでも全文公開)
-
- 概要報告 「諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究」(高山一夫ほか) 『いのちとくらし研究所報』 54号
-
- 「中国農民專業合作社における信用事業の展開に関する一考察」(宋曉凱) 『いのちとくらし研究所報』 55号
-
- 「臨床研修医は現場の医師から何を学び人生の糧としているのか?～いのちを守るための医療者養成の観点からロールモデル像とその影響の解明～」(菊川誠ほか) 『いのちとくらし研究所報』 56号
-
- 概要報告 「宮崎県北地域における子どもの社会的排除と『排除しないまちづくり』の取り組み」(志賀信夫) 『いのちとくらし研究所報』 58号
-
- 概要報告 「特別養護老人ホームにおける多職種連携による円滑な終末期介護を実現するための調査研究—概要—」(高橋幸裕ほか) 『いのちとくらし研究所報』 58号
-
- 「認知症早期発見の検診と認知症進行予防教室の取り組み」(山田智) 『いのちとくらし研究所報』 60号
-
- 概要報告 「若狭地域住民の原発関連事業所への就労実態と生活問題に関する調査研究—若狭地域の集落別世帯別就業実態調査による、住民と原発の結びつきの把握—」(高木和美) 『いのちとくらし研究所報』 62号
-
- 概要報告 「高齢化団地における住民の福祉ニーズに対する地域活動の成果と今後の課題」(坂本毅啓・石坂誠) 『いのちとくらし研究所報』 63号
-
- 「名古屋市の一地区における路上生活者114名を対象とした精神保健および身体調査の報告」(渡邊貴博ほか) 『いのちとくらし研究所報』 64号 (ウェブサイトでも公開)
-
- 「北海道の病院看護における労働編成と人材育成—道央の急性期病院：勤医協中央病院を事例に—」(谷川千佳子) 『いのちとくらし研究所報』 65号
-
- 概要報告 「非営利・協同体における若手職員の育成および主体形成に関する研究—鹿児島・麦の芽福祉会に注目して—」(石倉康次、深谷弘和、申佳弥) 『いのちとくらし研究所報』 66号

-
- 「漁村人口減少対策と非営利・協同組織の機能に関する研究」(宮澤晴彦)『いのちとくらし研究所報』67号
-
- 「東日本大震災および原発事故を契機に生まれた「共創」的実践活動の調査—震災・原発事故からの社会の再建にむかうヘルスプロモーションの理論構築にむけて—」(谷口起代)『いのちとくらし研究所報』68号 (ウェブサイトでも公開)
-
- 「医療生協職員意識調査の年代別集計にみる傾向と課題」(川口啓子)『いのちとくらし研究所報』69号 (ウェブサイトでも公開)
-
- 概要報告「児童養護施設職員の労働問題・労働組合に関する研究：20施設のアンケート調査から」(堀場純矢)『いのちとくらし研究所報』70号
-
- 「松江生協病院における医療アクセスの疎外要因と社会経済的関連要因の考察～救急搬入から入院となった方を対象にしたアンケート調査～」(眞木高之ほか)『いのちとくらし研究所報』71・72号
-
- 「イギリス卒前医学教育政策における教育概念の通時的分析：1990年代から2010年代」(柴原真知子)『いのちとくらし研究所報』73号
-
- 「互酬と再分配の連結を意図する非営利事業組織をめぐる考察～福祉・生活支援を軸としたマルチステークホルダー型の協同組合組織（日本・イタリア）の事例をふまえて」(田中夏子)『いのちとくらし研究所報』74号 (ウェブサイトでも公開)
-
- 概要報告「精神保健福祉領域におけるピアサポートの普及啓発およびピアスタッフ養成に関する研修プログラムの開発」(相川章子)『いのちとくらし研究所報』74号 (ウェブサイトでも公開)
-
- 概要報告「有床助産所における子育て支援機能の評価と課題—助産所で出産していない地域の母親が助産所の子育て支援に参加する要因」(井澤幸、児玉善郎)『いのちとくらし研究所報』76号
-
- 概要報告：カール・ポランニーの情勢理解—ファシズムの台頭とオーストリアの存続— (笠井高人)『いのちとくらし研究所報』77号
-
- 「病院看護の編成と育成機会としての多職種ケースカンファレンス—北海道南部X病院の事例から—」(谷川千佳子)『いのちとくらし研究所報』78号
-
- 「水道と法の公共性の解明—Flint Water Crisisを手がかりとして—」(稲葉一将・小牧亮也)『いのちとくらし研究所報』78号

研究助成報告書(報告書・ウェブサイト公開)

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

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

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

2007年9月発行 ISBN 978-4-903543-03-1

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

2007年12月発行 ISBN 978-4-903543-02-4

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

2010年6月発行 ISBN 978-4-903543-07-9

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

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

●松浦健伸ほか「名古屋市の一地区における路上生活者を対象とした精神保健調査の報告」

(『いのちとくらし研究所報』53号にも掲載、ウェブサイトでPDF公開中)

●高山一夫、松田亮三、石橋修ほか『諸外国における社会包摂志向の医療展開についての研究』

2016年6月15日発行

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

●渡邊貴博ほか「名古屋市の一地区における路上生活者114名を対象とした精神保健および身体調査の報告」

(『いのちとくらし研究所報』64号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中)

●谷口起代「東日本大震災および原発事故を契機に生まれた「共創」的実践活動の調査—震災・原発事故からの社会の再建にむかうヘルスプロモーションの理論構築にむけて—」

(『いのちとくらし研究所報』68号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中)

●川口啓子「医療生協職員意識調査の年代別集計にみる傾向と課題」

(『いのちとくらし研究所報』69号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中)

●眞木高之ほか「松江生協病院における医療アクセスの阻害要因と社会経済的関連要因の考察—救急搬入から入院となった方を対象にしたアンケート調査—」

(『いのちとくらし研究所報』71・72号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中)

●田中夏子「互酬と再分配の連結を意図する非営利事業組織をめぐる考察～福祉・生活支援を軸としたマルチステークホルダー型の協同組合組織（日本・イタリア）の事例をふまえて」（『いのちとくらし研究所報』74号にも掲載、ウェブサイトでもPDFで公開中）

●相川章子ほか「精神保健福祉領域におけるピアサポートの普及啓発およびピアスタッフ養成に関する研修プログラムの開発」（概要は『いのちとくらし研究所報』74号に掲載、全文はウェブサイトでもPDFを公開中）

奨励研究論文

●研究概要：根岸謙「ドイツの住宅協同組合（Wohnungsgenossenschaft）による住宅の建築・居住に関する法的枠組みについて―住宅協同組合によるいくつかの実例をもとに―」東洋法学64巻1号（2020年7月）107-132頁（根岸謙）『いのちとくらし研究所報』73号

●世紀転換期イギリスにおける生活協同組合と帝国（浮網佳苗）『いのちとくらし研究所報』75号

●奨励研究論文（概要）：非営利・協同組織における内部通報制度の構築（日野勝吾）『いのちとくらし研究所報』76号

●寄付における信託法上の信託の成立に関する一考察（小出隼人）『いのちとくらし研究所報』77号

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

第78号（2022年3月） — 【特集】 追悼角瀬保雄

- 巻頭エッセイ：タテ型の見方を ヨコ型に置きかえてみる（橋本吉広）
- 特集：追悼角瀬保雄
 - ・父の回想（角瀬建二）
 - ・角瀬保雄先生を偲んで（『経済』2021年11月号、No. 314より転載）（中川雄一郎）
 - ・信念・学問・労働者の友（高柳新）
 - ・角瀬先生が悪人と呼ばれた頃（富沢賢治）
 - ・角瀬保雄先生の思い出～非営利・協同に接近した頃（八田英之）
 - ・角瀬保雄先生追悼（小磯明）
 - ・角瀬先生の思い出（根本守）
 - ・角瀬先生を偲んで（田中淑寛）
 - ・角瀬先生を偲んで（千葉啓）
 - ・角瀬先生を偲んで（坂根哲也）
 - ・角瀬保雄先生のお人柄（石塚秀雄）
 - ・角瀬先生の思い出（竹野ユキコ）
 - ・角瀬保雄先生と研究所の関わり（執筆一覧など）
- 座談会・論文・投稿論文
 - ・座談会：コロナ禍で進行する医療提供体制改革を立ち止まって考える（高橋雅哉、尾形和泰、垣田さち子、松田亮三、（司会）吉中文志）
 - ・コロナ禍で進行する医療提供体制改革と開業医の役割—外来機能報告制度のねらいを中心に（中村暁）
 - ・労働者協同組合法と非営利・協同（富沢賢治）
 - ・社会的連帯経済と労働者協同組合（柳澤敏勝）
 - ・長期避難生活を送る地域住民の困難の経時的変化と支援に関する考察（安田真奈美・新田真由美）
- 連載
 - ・社会科学的医療論の構築（6・最終回）：バトンタッチ・テーマと「情報ドーム」（野村拓）
- 研究助成
 - ・2012年度研究助成報告：病院看護の編成と育成機会としての多職種ケースカンファレンス—北海道南部X病院の事例から—（谷川千佳子）
 - 2019年度研究助成報告：水道と法の公共性の解明—Flint Water Crisis を手がかりとして—（稲葉一将・小牧亮也）

第77号（2022年1月） — 【特集】 コロナ禍を考える（6）今後に向けて

- 巻頭エッセイ：家族を通して見えるジェンダー（今村千加子）
- 特集：コロナ禍を考える（6）今後に向けて
 - ・座談会「コロナ禍2年の振り返りと今後に向けて」（吉中文志、野田浩夫、高柳新、（司会）八田英之）
 - ・全日本民医連・増田会長に聞くコロナ禍と民医連—振り返りと今後にむけて—（増田剛、インタビュー：今井晃、竹野ユキコ）
 - ・コロナ禍における民医連の医療・介護活動とコロナ後に向けた活動（根岸京田）
 - ・歯科からみたコロナ禍と世界の歯科口腔保健の潮流～民医連歯科の「コロナ禍における歯科影響調査」とWHO第74回総会の口腔保健に関する決議から～（岩下明夫）
 - ・健康課題のグローバルな緊密化をふまえた共通理念—健康権と普遍医療給付—（松田亮三）
- 論文・投稿論文
 - ・スペイン・エロス生協と経営・労働問題（石塚秀雄）
 - ・児童養護施設の小規模化による子ども・職員の変化と課題—労働組合の有無別・職階別のインタビュー調査から—（堀場純矢）
- 連載

- ・社会科学的医療論の構築（5）：「戦間期」、2次大戦、そして戦後（野村拓）
 - 書評
 - ・ウェット夫妻型労働組合論の歴史的位置——書評：木下武男『労働組合とは何か』岩波新書、2021（栗原耕平）
 - 研究助成・奨励研究
 - ・2017年度研究助成概要報告：カール・ポランニーの情勢理解—ファシズムの台頭とオーストリアの存続—（笠井高人）
 - ・奨励研究論文：寄付における信託法上の信託の成立に関する一考察（小出隼人）
-

第76号（2021年9月） — 【特集】 定期総会記念シンポジウム：コロナ禍と日本の社会保障

- 巻頭エッセイ：逆転無罪と逆転有罪（小口克巳）
 - 特集：定期総会記念シンポジウム：コロナ禍と日本の社会保障
 - ・基調講演：コロナ禍と日本の社会保障（後藤道夫）
 - ・医療現場からの報告（山田秀樹）
 - ・コロナ禍の支援現場からみた制度の課題（渡辺寛人）
 - ・ディスカッション・閉会あいさつ（司会：八田英之、高柳新）
 - ・特別講演：新型コロナワクチンについて（高田満雄）
 - 連載：
 - ・社会科学的医療論の構築（4）：市民革命から第1次世界大戦まで（野村拓）
 - 書評
 - ・高橋均『競争か連帯か—協同組合と労働組合の歴史と可能性』旬法社、2020年（190頁）（富沢賢治）
 - ・明日香壽川『グリーン・ニューディール—世界を動かすガバナリング・アジェンダ』岩波新書、2021年（野田浩夫）
 - 研究助成・奨励研究
 - ・2017年度研究助成概要報告：有床助産所における子育て支援機能の評価と課題—助産所で出産していない地域の母親が助産所の子育て支援に参加する要因（井澤幸、児玉善郎）
 - ・奨励研究論文（概要）：非営利・協同組織における内部通報制度の構築（日野勝吾）
-

第75号（2021年6月） — 【特集】 コロナ禍を考える（4） 介護と医療の現場から

- 巻頭エッセイ：擦り込まれた病巣「強い軍隊に守ってもらいたいという思い」（眞木高之）
 - 特集：コロナ禍を考える（4）：介護と医療の現場から
 - ・民医連の介護事業所における新型コロナウイルス感染症対策（平田理）
 - ・『人権を護る看護師になる！』—コロナ禍の東葛看護学校の教育実践報告—（山田かおる）
 - ・コロナにまけない！食料×生活支援プロジェクト（東京都豊島区南大塚）～アンケートから考える「ひとり親家庭・母子家庭」に求められる支援～（西坂昌美、山根浩）
 - ・越谷市で市民が運営している介護者サロン「ティータイム」の状況報告（大家けい子）
 - ・コロナ禍の介護者家族の生活～介護者の集い「オアシス」の場合～（村松治子）
 - 論文：
 - ・「65才の壁」を突き崩すまでたたかいはつづく～天海訴訟千葉地裁不当判決について～（資料「天海訴訟 判決の骨子と問題点 2021.5.24 向後剛」）（八田英之）
 - ・ドイツ協同組合法と協同組合運動（石塚秀雄）
 - 連載：
 - ・社会科学的医療論の構築（3）「自前の情報ドーム」づくり（野村拓）
 - 奨励研究論文
 - ・世紀転換期イギリスにおける生活協同組合と帝国（浮網佳苗）
-

第74号（2021年3月） — 【特集】 コロナ禍を考える（3） 多層に及ぶ影響

- 巻頭エッセイ：新型コロナ下でのいのちとくらし（根本守）
- 特集：コロナ禍を考える（3）：多層に及ぶ影響
- ・座談会「コロナ禍と政治・経済・社会」（富沢賢治、中川雄一郎、石塚秀雄、司会：大高研道）
- ・コロナの1年～千葉の田舎からのレポート（八田英之）

- ・コロナ禍における医療経営の現状と政策提言（田中淑寛）
- ・医療経営の健全化の前提～消費税負担の解消（岡本治好）
- ・コロナ禍と国民のスポーツ・健康状況の変化～「ポスト東京五輪」の憂鬱（森川貞夫）

○論文

- ・薬機法改正と薬剤師・薬局のあり方（小磯明）

○研究助成

- ・2018年度研究助成報告：互酬と再分配の連結を意図する非営利事業組織をめぐる考察～福祉・生活支援を軸としたマルチステークホルダー型の協同組合組織（日本・イタリア）の事例をふまえて（田中夏子）
- ・2017年度研究助成概要報告：精神保健福祉領域におけるピアサポートの普及啓発およびピアスタッフ養成に関する研修プログラムの開発（相川章子）

○連載

- ・社会科学的医療論の構築（2）求められる指揮能力（野村拓）

○本の紹介

- ・マシュー・ボルトン著、藤井敦史他訳『社会はこうやって変える！：コミュニティ・オーガナイズング』（今井晃）

第73号（2021年1月） — 【特集】 コロナ禍を考える（2）各地の動き

- 巻頭エッセイ：照一隅～25回目をむかえた被爆者集団検診（山田秀樹）

○特集：コロナ禍を考える（2）各地の動き

- ・新型コロナ感染拡大で明らかになった保健所と自治体病院の現状と課題（高柳京子）
- ・無料低額診療事業の相談事例から、コロナ禍での格差と貧困を考える（渋谷直道）
- ・京都民医連中央病院のリニューアルにおける地域づくりとコロナ禍が与えた影響（松原為人）
- ・2020年夏の新型コロナ対応に関する宮城・岩手県の聞き取り調査記録（村口至）

○論文

- ・労働者協同組合法の概要（竹野ユキコ）
- ・労働者協同組合法成立と協同労働について（石塚秀雄）
- ・（新連載）社会科学的医療論の構築（1）はじめにマグマありき—まずヒストリカル・フラッシュ（野村拓）
- ・2018年度研究助成報告：イギリス卒前医学教育政策における教育概念の通時的分析：1990年代から2010年代（柴原真知子）
- ・研究概要：根岸謙「ドイツの住宅協同組合（Wohnungsgenossenschaft）による住宅の建築・居住に関する法的枠組みについて—住宅協同組合によるいくつかの実例をもとに—」東洋法学64巻1号（2020年7月）107-132頁（根岸謙）

「研究所ニュース」バックナンバー

○ No.78 (2022.5.31発行)

理事長のページ：沖縄「復帰50年」の現状(中川雄一郎)、副理事長のページ：戦争なんかしている場合か。(高柳新)、役員リレーエッセイ：平和の種(山本淑子)、医療提供体制の未来(吉中丈志)、会員エッセイ：老後地方移住したら医療環境の違いが…(一会員)、カント 永遠平和のために(石塚秀雄)

○ No.77 (2022.2.28発行)

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

○ No.76 (2021.11.30発行)

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

○ No.75 (2021.8.31発行)

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

○ No.74 (2021.5.31発行)

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

○ No.73 (2021.2.28発行)

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

○ No.72 (2020.11.30発行)

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

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。

【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

<input type="checkbox"/> 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) |

【次号80号の予定】 (2022年9月発行予定)

- ・定期総会記念講演
- ・その他

【編集後記】

6月18日に定期総会が開催されました。特別決議として「ウクライナへのロシアの軍事侵攻に抗議し、即時停戦を求める決議」を提案し、議案はすべて賛成多数で承認されました。命は1人1つしかなく、1人が活動できる時間には限りがあります。研究所も設立から20周年を迎えます。気持ちを引き締めて活動したいと思います。(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（そうでない場合、版下代が生ずる場合があります）。

7. 原稿料

申し訳ありませんが、ありません。

**「特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所 いのちとくらし」
事務局**

〒113-0034 東京都文京区湯島2-7-8 東京労音お茶の水センター2階

TEL : 03-5840-6567 / FAX : 03-5840-6568

ホームページ URL: <https://www.inhcc.org/> e-mail: inoci@inhcc.org