

目 次

●巻頭エッセイ：いのちの『唄』に寄り添って……………	川上 和美	1
●特集：地域医療構想と2022診療報酬制度改定		
・地域医療構想がもたらすもの—5病院へのインタビューをもとに検証する……………	眞木 高之	2
・コロナ禍で浮き彫りになった脆弱な医療提供体制……………	佐々木 悦子	14
・座談会：専門医制度と地域医療構想……………	(司会) 吉中 丈志、村口 至、山本 一視、山田 秀樹	22
●連載		
・欧州各国事情、地域社会と医療制度（2） フランスのオルレアン地域医療と非営利・協同セクター……………	石塚 秀雄	48
●奨励研究・投稿論文		
・患者参加による医療の患者満足度向上に関する研究—A医療生活協同組合 4医療機関の利用委員会による患者満足度向上の促進要因と阻害要因の 関係性—……………	水野（河合）良二	54
・協同組合インターンシップにおける学生の経験と学び……………	石澤 香哉子	64
●追悼野村拓先生		
・＜「もの書き百歳」のすすめ・3＞頭のなかに「情報ドーム」づくり……………	野村 拓	76
・野村拓先生を偲んで……………	高山 一夫	83
・野村拓先生 追悼……………	吉中 丈志	87
・追悼 野村拓先生……………	松田 亮三	88
・野村拓先生追悼……………	垣田 さち子	89
●書評		
・吉中丈志編『七三一部隊と大学』京都大学出版会、2022年4月……………	藤井 渉	90
・機関誌・ニュースバックナンバー、研究助成報告一覧など……………		63、94

いのちの『唄』に寄り添って

川上 和美

私は今年、永年勤続30年を迎えました。30年のなかで看護とは何かを教えてくれた多くの患者さんや仲間との出会いによって、今の私がいるのだと思います。

病院の夏祭りが大好きだったAさん、師長になったばかりの私に「顔が硬いよ」と注意してくれ、3か月たった頃「婦長さんらしくなったね」と笑ってくれました。

90歳のBさんは、入院中に姿を見せなくなった息子を心配し、鍵のかかった自宅の玄関先に座り込んで息子の帰りを一緒に待ちました。息子の幼少期の話をするBさんの優しい笑顔に、息子を想う母親の温もりと強さを感じました。

どんなに困難な状況になっても「家に帰りたい」と願ったCさん。自宅を訪問すると寢床には家族の写真、壁には20歳の軍服姿のCさんの写真、部屋にはCさんの人生が詰まっていました。

人は誰もがそれぞれに人生の物語があり、人間のささやかな命のいとなみがその人その人の『唄』となり、その唄は様々な言葉で表現され、声なき声も、息遣いも、ひとつひとつがその人の生きてきた生命の言葉となってつながっていきます。私たち看護師は、多くの患者さんと出会い、触れあっていくなかで、その患者さんの『唄』に耳を傾け、思いを馳せ、寄り添うことができる。悲しいことやつらく苦しいこと、嬉しいことなどに一喜一憂しながらもたくさんの感動もあり、看護師を天職だと心から思える自分がいることが、とても幸せなことだと思います。

しかし、昨今の情勢を踏まえ、医療・介護・福祉を利潤追求、効率化の論理でとらえ、いのちの格差を制度として持ちこむ政治のしくみ、長期化

するコロナ禍のなかで何ら仕組みも変えず、医療介護の担い手に負担ばかりが重くのしかかっていく現状には、不安と憤りを感じずにはられません。

「いつになれば、どこまでやれば」と終わりの見えないなかで緊張や不安を抱き、たくさんの我慢もし、過酷な勤務状況に疲弊し、心折れそうになりながら、それでも専門職として必死にいのちに向き合う看護師のすがた。診療報酬制度や医師不足を補完する役割分担推進、高度化や効率性に価値をおこうとする医療制度では、看護の現場は厳しさを増し、「患者さんの思いに応えたい」「患者さんひとりひとりに寄り添い、いつでも笑顔で接したい」と必死に奮闘する看護師の思いと現実の隔たりとの矛盾は、大きくなるばかりです。

本来、看護とは無限の可能性をもち、看護師として豊かな実践を通して学び、ひとつひとつのいのち・暮らしを護るケアの担い手として成長していきます。多くの看護師が、看護師として働く喜びを実感でき、看護師としての誇りを持ち続けられる環境こそが、ケアが大切にされる社会の実現なのだと思います。

誰もが等しく人間らしく健康に生きる権利は、私達ひとりひとりの国民にあります。私たちは、どんな状況にも決してあきらめず、多くの困難があっても患者さんの生き抜く生命に寄り添い、いのちを守る専門職として、ケアが大切にされる社会に向け、今こそ、看護の現場から声をあげていきます。

(かわかみ かずみ、全日本民医連副会長、社会医療法人芳和会看護介護部長)

地域医療構想がもたらすもの

— 5. 病院へのインタビューをもとに検証する

眞木 高之

はじめに

日本の総人口は減少の一途を辿っているものの、高齢者人口は2040年まで増えつづけ、入院を必要とする患者数も増加することが予測されています。しかし、入院需要の受け皿となる病床数は、すでに1990年代をピークに減少しつづけています。

入院の需要が増えるにもかかわらず、病床数が減れば、溢れる需要が生まれるであろうことは、予想に難くありません。それでも病床数が減り続けているのは、この間の政府の医療提供体制にたいする政策によります。2006年1月31日に厚労省より出された政策文書「医療制度改革大綱による改革の基本的考え方」で主眼とされたのは、超高齢社会における社会保障制度の持続可能性を確保するため、いかに社会保障支出の伸びを抑制するかということでした。

そのなかで、医療提供体制の再編に向け、平均在院日数短縮による病床数の削減と、病床機能の分化と連携という方向性が示されました。そして、この方向性をさらに大きく前に進める具体策として、2014年6月の「医療介護総合確保推進法」のなかで、「地域医療構想」が打ち出されました。「地域医療構想」は、病床を四つの機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）に分類し、将来人口推計などをもとに2025年に必要となる病床数を機能ごとに推計した上で、地域の医療関係者の協議を通じて病床の機能分化を進め、効率的な医療提供体制を実現させるというものでした。

つまり、社会保障支出の伸びを抑えるという流れのなかで生まれてきた「地域医療構想」のねらいは、医療費を抑えるため、病床数や医療スタッフを増やすことなく、膨らみ続ける医療需要に応えられるように医療提供体制を再編することにあります。この間、政府・厚労省が、常套句として事あるごとに持ち出す「効率性」とは、投入する

医療資源を最小にして、できるだけ医療費を抑えながら、増大する医療需要に対応しようということに他なりません。そのためには、四つに分類された病床機能の間での「切れ目のない連携」と、病院から在宅へ大量に移動することになる患者さんを受け止める「地域包括ケア」システムの構築が、強調されています。各医療機関はこの流れのなか、診療報酬制度に誘導されながら機能の選択を進めてきています。それでも、厚労省は、まだまだ機能の再編が不十分だとして、2019年には、424（その後436に修正）の公立・公的病院を実名で公表し、これらの病院にさらなる再編を求めています。

しかし、この間進められてきた医療提供体制の再編と「切れ目のない連携」で、増加する医療需要は、溢れることなく汲み尽くされているのかという疑問が生じます。政府の方針が転換されない限り、今後、再編へ向けたプレッシャーは、公立・公的病院にとどまらず、民間病院を含めた医療界全体に広まることが予想されますが、この「地域医療構想」の流れを黙って受け入れてしまっただけなのか、検証が必要です。2014年から進められている「地域医療構想」により、現場の医療内容はどのような変貌を遂げているのか、異なる機能を選択した五つの医療機関にたいして行ったインタビューをもとに、考察を加えました。

1、「地域医療構想」の核心である病床機能分類とは

2014年6月に成立した「医療介護総合確保推進法」による医療法の改正に基づき、すべての病床は、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の四つの機能のいずれかに振り分けられることとなりました。

急性期は、状態の早期安定化に向けた医療を提

供する機能を担う病床とされ、そのなかでも特に診療密度が高い医療を提供する機能を担う病床を高度急性期としました。回復期は、急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能を担う病床とされ、慢性期は、長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能を担う病床とされました。病床を有する病院、診療所などの医療機関は、自ら保有する病床に四つの機能のうちのどの機能を担わせるのかを、県に報告することが課せられました。四つの病床機能には、それぞれクリアしなければならない基準が設けられており、その基準に合うよう、各医療機関は環境を整備しなければならなくなりました。

各医療機関の病床を四つの機能に分化させ、医療提供体制を大きく再編するというのが、「地域医療構想」の核心と言えます。四つの病床機能がクリアしなければならない要件としては、看護師などスタッフの人員配置基準、スコア化された重症度、医療看護必要度を満たす患者の割合、自宅復帰率などがあり、これらの基準をクリアさせることにより、各医療機関は、四つの機能のうちのどれかを選択することになります（表参照）。

2、診療報酬制度による病床機能分化への誘導

診療報酬制度は、医療機関に支払われる料金を規定した制度です。医療機関に支払われる料金体系は、入院患者一人あたりに決まった額が支払われる入院基本料などの基礎料と、疾患や病状に応じて注がれた投薬や材料、技術（処置や手術など）、つまり医療行為にたいして支払われる対価と、さらに、特別な設備やスタッフを整えて医療の質や体制を整備していることを評価する加算などによって構成されています。

医療行為にたいして支払われる対価の方式には、「出来高払い」方式と「包括払い」方式の2種類があります。医療行為（検査・投薬・注射など）一つひとつにたいし、それぞれに設定された価格が支払われるというのが、「出来高払い」方式です。一方、「包括払い」方式というのは、1日一人あたりに決められた一定の額が医療機関に支払われ、そのなかで検査や投薬などを行わせる、というもので、検査や投薬をたくさん行なっても、行わなくても、一定額を医療機関に支払う、という方式です。

この診療報酬制度の料金体系、つまり、医療機関に支払われる報酬の決め方に差をつけることにより、病床機能は、高度急性期・急性期・回復期・

表 病床機能分類と診療報酬の支払方式（※）

病床機能分類		診療報酬支払方式（※※）	懸念される事項
急性期（状態の早期安定化に向けた医療）	高度急性期	DPC 疾患名にたいする包括診療出来高；内視鏡検査・手術・リハ・放射線治療・1000点以上の処置	救急搬入件数・手術件数など加算算定要件の厳格化
	急性期		入院料に反映する必要度*を up させるため、手術件数などの確保
回復期（急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供）	回復期リハビリテーション	リハ出来高払い＋医療行為は透析のみが出来高払い、他の行為は入院料に包含	リハビリで機能改善が見込まれる患者が対象 廃用症候群は評価されにくい
	地域包括ケア	医療行為・リハとも包括払い（検査や投薬、リハが基礎料である入院料に含まれる）	医療行為が包括なため、高額な医薬品を使用する治療は、経営的な負荷 リハも包括
慢性期（長期にわたり療養が必要な患者を入院させる）	療養型	透析、リハ、手術、放射線治療は出来高払い、その他は包括払い	医療区分（医療依存度）の高い患者に比し少ない看護基準・入院料

※診療報酬は、入院基本料などの基礎料＋疾患や病状に応じた投薬や材料＋処置や手術などの医療行為の対価＋医療の質や体制を整備した加算で決まる

※※ほかに重症度、医療看護必要度の施設基準、入院期間なども考慮される

*＝重症度、医療看護必要度

慢性期に分けられています。各医療機関は、自らが有する設備やスタッフ、入院患者の数や疾患構成などに応じて、どの料金体系だと収益性や利益率が良くなるのかを考慮に入れながら、病床機能を選択したり、病床機能ごとに設定された料金体系に合わせるべく、設備やスタッフを整え、新たな診療能力を獲得したりしているのが実情です。まさに、診療報酬制度によって、各医療機関は誘導されています。

3、それぞれの病床機能が対象としている患者像

1) 急性期機能が対象とする患者像

高度急性期・急性期では、DPC（Diagnosis Procedure Combination）という「包括払い」方式が採用されています。各医療機関は、入院中に最も医療資源を投入した疾患を DPC 病名として決定することになっており、DPC 病名ごとにあらかじめ設定されている 1 日一人あたりの料金が、医療機関に支払われることになります。

一入院で割り当てる DPC 病名は、複数の疾患を合併していたとしても一つに限られ、DPC 病名に該当する疾患（以下 DPC 疾患）の加療については評価されるものの、併存疾患の加療については、十分には評価されません。そのため急性期病院では、DPC 疾患以外の疾患に関する検査や治療は、余程の動機づけがなければ省かれる可能性があります。併存疾患の存在が疑われる場合でも、あえて検索されることなく、やり過ごされることが懸念されます。

どうしても併存疾患の加療を DPC 疾患の加療と並行して行わなければならない場合には、診療報酬上は評価されない検査や投薬などを行うため、医療機関の経営に負荷がかかることになります。

併存疾患の加療は先送りされ、急性期病院から退院となる事態も起こり得ます。退院後、一定の期間を空け、再入院で治療が行われる場合もあれば、併存疾患を抱えたままで、回復期や慢性期の病院へ転院となったり、在宅や施設に退院となったりすることもあります。

DPC では、入院期間を 3 段階に分け、入院期

間が長くなれば、医療機関に支払われる料金が下がる建て付けのため、DPC 疾患が完全には安定していない状態や、併存疾患にたいする入院加療が必要な状態でも、回復期の加療を役割としている地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟に転院となることもあります。

また、2022年度の診療報酬改定では、入院患者に占める手術や癌の化学療法、集中治療を要する患者の割合を高めないと、新設された加算を算定できなかったり、入院基本料を下げられたりして、収益性が上がらないような変更が加えられました。そのため、急性期の医療機関では、手術や癌の化学療法、集中治療を要する患者を優先し、そうでない患者については、入院の対象から外されてしまうことが懸念されます。

2) 回復期リハビリテーション病棟が対象とする患者像

介助量を多く必要とする重度の障害を持った患者にたいし、積極的にリハビリテーションを行い、機能を改善させて、決められた期間で自宅等に退院させることを求められているのが、回復期リハビリテーション病棟です。重度の障害を持った患者の割合と障害の程度が一定程度改善した患者の割合、決められた期間内に在宅ないしは施設に退院できた割合などについて、それぞれに基準が設けられており、その基準をクリアすることが要件です。

そのため、当初より障害の程度の改善が予測できるような患者を優先し、改善の見通しが乏しいことが予測されたり、機能維持のためのリハビリテーションを目的としたりする患者、例えば、廃用症候群の進行予防のためのリハビリテーションを目的とする患者などは、入院の対象から外されることになります。また、リハビリテーション以外では、出来高払いで算定できる医療行為は透析のみであり、積極的なリハビリテーションが必要であっても、何らかの合併症を抱え、多くの検査や投薬を要する患者も、入院対象とはされません。

3) 地域包括ケア病棟が対象とする患者像

地域包括ケア病棟は、急性期での DPC 期間の 3 段階あるうちの期間Ⅱを超えても在宅や施設に

退院できない患者や、急性期で対象とされなかった在宅や施設からの容態が悪化した患者の入院加療を行うことが、役割とされています。しかし、地域包括ケアでは、検査や投薬が基礎料である入院料に包括されているため、急性期から紹介された患者で、高額な点滴や投薬を引き続き行う必要がある場合は、経営的な負荷を被ることになります。また、急性期で先送りになっていた併存疾患があったとしても、余程の必要性があると認識されなければ、それらの疾患にたいする積極的な検査や治療は行われな可能性がります。

また、地域包括ケア病棟には、回復期リハビリテーション病棟の対象とはなりにくい、障害の大幅な改善が見込めないものの機能の維持にはリハビリテーションが必要だという患者も、入院患者の対象とされます。しかし、他の病床機能の病棟において行うリハビリテーションは出来高払いになっていますが、地域包括ケア病棟で行うリハビリテーションは、包括払いとされています。1日何単位やろうが、収益が増えることはありません。地域包括ケア病棟では、リハビリテーションが必要な患者には、1日2単位以上のリハビリテーションを行うことが要件とされていますが、地域包括ケア病棟で3単位以上のリハビリテーションを行った場合、2単位を上回って行った分は、他の病棟で行っていたなら収益増につながっていたはずのものであり、もらえるはずの収益をみすみす諦めて、要件を上回るリハビリテーションをしていることになります。

さらに、地域包括ケア病棟では、入院期間60日以内に在宅や施設に退院となった患者の割合が一定以上を占めていることが要件とされていますが、病状がなかなか安定しなかったり、在宅や施設で患者の療養を支援する環境を整備することに難渋したりして、60日の入院期間内ではなかなか退院できない場合の対応に悩むケースも、実際には少なくありません。

4) 療養型病棟が対象とする患者像

他の機能の病棟には、いずれも入院期間の上限の目安が設定されていますが、療養型病棟については、入院期間に制限は設けられていません。そのため、他の病床機能の病棟での入院加療が長引

き、退院が困難な患者の療養を担当するというのが、この病床の役割です。ただし、医療依存度が高くない患者の療養は、本来、在宅や介護施設がその役割を担うべきということが地域医療構想では示されており、療養病床が担う役割としては医療依存度の高い長期入院患者の入院療養を担当することが求められています。

患者の医療依存度が高いかどうかの基準を示す指標として、医療区分というものが設定されており、医療依存度が高い患者というのは、医療区分2・3に該当する患者とされ、療養型病棟でより高い入院料を取得するには、医療区分2・3に該当する患者を8割以上受け入れることが要件とされています。

医療区分2・3の患者とされているのは、24時間持続点滴、中心静脈栄養、酸素療法などといった、それなりの医療行為を要するような、必ずしも病状的には安定していない患者です。しかし、透析やリハビリテーション、手術、放射線治療などは出来高払いで算定できると言っても、他の医療行為はすべて入院料に包括されています。療養病床としては一番高い入院料を取得したとしても、その額は、他の病床機能の病棟と比較すると格段に低く設定されています。また、看護配置基準も、他の病床機能の病棟と比較すると、圧倒的に少なくなっています。

つまり、医療依存度の高い患者を8割以上入院させろという要件は、療養病棟にとっては、経営面でも、労働密度のうえでも、かなりの負担になっていると言えます。

5) 多疾患併存、自立困難な高齢者は歓迎されない「地域医療構想」による医療提供体制の再編路線

こうしてみると、急性期機能の医療機関としては、手術や集中治療を要するものの、複数の疾患を合併せず、比較的スムーズな経過を辿り、病状が安定するまでに、入院期間が長引かない患者をたくさん診ないと、施設基準を維持できず、利益率も上がらないと言えます。

回復期リハビリテーション機能の医療機関としては、入院時の障害のレベルは重度でも、障害の原因疾患以外に治療などを要するものは抱えてお

らず、意欲的にリハビリテーションに取り組み、あらかじめ決められた入院期間で十分な改善が得られる患者をたくさん診ないと、やはり施設基準が維持できず、利益率も上がりません。

比較的若年の方の整形疾患の術後や超重症ではない脳卒中の亜急性期の患者さんなどを対象としているのが、回復期リハビリテーション機能の医療機関と言えます。

地域包括ケア病棟では、病状が不安定で治療やリハビリテーションに多くの医療資源を投入したり、高額な医薬品や医療材料の使用が必要だったりする患者をたくさん診ると、利益率が下がることとなり、また、病状が不安定だったり、社会問題を抱え、入院期間が長引く患者が増えると、施設基準を維持できなくなります。一方、地域包括ケア病棟でも、手術は出来高払いで算定できるため、術前・術後に多くの医療資源の投入を伴わないような、短期滞在手術の患者をたくさん診れば、利益率が高くなります。

長期入院患者を対象とする療養型病棟では、医療依存度の高い患者を多く診ないと高い入院料は算定できませんが、高い医療依存度の病態にいたし、医療資源を投入しようとする、入院料も看護配置基準も、きわめて低く抑えられているため、利益も下がり、医療従事者の労働密度の増大につながる、という矛盾を抱えています。

つまり、急速な勢いで少子高齢化が進み、高齢者人口が当面増加し、認知症の方も増えるなか、複数の疾患と社会的問題を抱え、さまざまな合併疾患によって病状が不安定となり、入院期間が長くなる高齢者などが増大することが予想されますが、そういった多疾患併存の自立困難な高齢者は歓迎されない、というのが、「地域医療構想」による医療提供体制再編路線の実態であると言えます。

4、「地域医療構想」によって現場で進行しているリアルな実態

それでは、「地域医療構想」による医療提供体制の再編によって、医療現場ではどういった事態が進行しているのか、リアルな実態を、異なった病床機能を有する五つの医療機関へのインタビュ

ー結果をもとに紹介します。

1) インタビューを行った医療機関の病床機能の内訳

インタビューを行った五つの医療機関の病床機能は、以下の通りです。

- ①高度急性期・急性期に比較的特化した地域支援病院＝急性期A病院
(386床；一般急性期292床、回復期リハ50床、緩和ケア24床)
- ②地域包括ケア病棟のみの病院＝地ケアB病院
(137床；地域包括ケア108床、休床27)
- ③リハビリテーション科・神経内科の充実した体制が特徴の回復期リハ病棟を持つ病院＝回リハC病院
(99床；一般急性期41床、回復期リハ48床、地域包括ケア10床)
- ④政令指定都市にある319床のケアミックス型病院＝ケアミックスD病院
(319床；一般急性期104床、回復期リハ58床、地域包括ケア157床)
- ⑤地方都市にあるケアミックス型病院＝ケアミックスE病院
(351床；一般急性期132床、回復期リハ57床、地域包括ケア57床、障害者60床、療養型40床)

2) 病床機能選択の変遷

1990年代以降の総病床数削減政策と2000年前半からの医療提供体制再編を誘導する診療報酬制度改定により、全国の中小病院の多くが一般急性期病床を回復期リハ病床や療養型病床に転換しました。

さらに、2014年の診療報酬改定で地域包括ケア病棟が新設され、一般急性期病床から地域包括ケア病棟へ転換が進むことにより、全国的に一般急性期病床の縮小・撤廃に拍車がかかりました。

また、療養型を維持することが難しい内容の診療報酬制度改定で、全国的に療養型病床の閉鎖が進みました。

一方、高度急性期・急性期機能に特化する道を選択した医療機関では、診療報酬改定に対応して生き残るためには、手術件数を増やすなど、急性期により特化することが求められるようになりま

した。

インタビューした5医療機関も、1990年代までは、いずれも一般急性期機能の医療を展開していましたが、2000年以降からはこの政策誘導に合わせ、それぞれに独特の病床機能選択を進めてきています。

五つの医療機関のうち、300床台の病床を有する医療機関が三つあります。そのうちの一つは、高度急性期・急性期に特化する道を選択し、残りの二つは、ケアミックス型を選択しています。

急性期A病院は、2006年に療養型病床を閉鎖、2012年に地域医療支援病院の資格を取得し、入院患者も手術件数も大幅に伸ばし、今後も、急性期機能を一層追求する方針を明確にしています。

ケアミックスD病院は、2001年に新築移転し、2002年には療養型を回復期リハ病棟に転換、2016年には残りの療養病棟を地域包括ケア病棟に転換し、3分の1を一般急性期、3分の2を回復期とし、慢性期の機能は全く持たないという構成で、医療を展開しています。

ケアミックスE病院は、2008年に六つあった一般急性期の一つを回復期、もう一つを慢性期に転換、2015年は、同一法人内の療養型病院が老健施設に移行するのに伴い、療養病棟の一つを吸収・開設、2016年には、一般急性期の一つを地域包括ケアに転換し、現在、一般急性期病棟3、回復期リハ病棟1、地域包括ケア病棟1、障害者病棟1、療養病棟1を有し、急性期から慢性期までのすべてをカバーした医療を展開しています。

インタビューした5医療機関のうち、100床規模の医療機関が二つありました。そのうちの回りハC病院は、2000年に外科を閉鎖し、2病棟あった一般急性期のうちの一つを回復期に転換、2016年には、一般急性期52床のうちの10床を地域包括ケアに転換し、リハビリテーションを軸とする医療を展開しています。

もう一つの地ケアB病院は、1990年から外科・整形外科・麻酔科・小児科のある一般急性期医療を展開していましたが、2012年に外科を閉鎖し、全病棟を地域包括ケア病棟に転換しています。

3) 入院期間の短縮と医療機関同士の連携面での前進

2000年代以降、病床削減、入院日数短縮路線が敷かれ、2014年には、病床機能の分化と「切れ目のない連携」を柱とする地域医療構想が政策提言され、診療報酬制度の改定のたびに、平均在院日数、入院期間の上限、紹介率・逆紹介率、他院からの入院受け入れ割合の実績や在宅・施設への復帰率の割合などが、施設基準として設けられていきました。

各医療機関ではそれぞれに、早期退院を進めるための取り組みや圏域内の医療機関とのこれまでの延長線上にない連携を構築してきています。

急性期A病院では、2013年に、地域連携やベッドコントロール（病床を効率的に運用するための管理・調整）を担当するサポートセンターという部署を立ち上げ、他院への転院数は大幅に増加しています。地域の開業医・医師会との関係性を密にして、できるだけ紹介を受け、入院が必要でなければできるだけ地域の医療機関に治療の継続をお願いするという方針を明確に打ち出しています。

絶対に断らないという理念のもと、年間7000件以上に及ぶ救急搬送患者を受け入れ、そのなかで高度急性期機能の医療機関の入院対象とはならない軽症の肺炎、心不全、尿路感染症の患者については、自院入院とはしないものの、他の医療機関に入院を依頼する関係を確立しています。

さらに、2021年度に在宅クリニックをオープンし、在宅診療に力を入れ、入院での治療をそのまま在宅に引き継ぐということにも足を踏み出しています。

地ケアB病院では、自院かかりつけの患者でも、夜間については、市内の輪番救急体制で診ていただき、翌日自院で対応するという連携が確立されています。人工呼吸器や特殊な酸素療法が必要な患者などについても、看護体制などに制約があって対応が難しく、急性期医療機関の管理によって良くなると判断される患者については、深追いせず他院へ紹介しています。

回りハC病院では、圏域で最初に回復期リハビリテーション病棟を開設し、専門医の体制を充実させ、リハビリテーションと神経内科の領域では先進的な医療を展開し、神経難病の急性期診療も行いながら、回復期リハビリテーションの対象となる患者の圏域からの紹介に積極的に対応していま

す。

また、強化型在宅療養支援病院の資格を取得し、退院後の在宅療養を整備することにより、入院での治療やリハビリテーションを在宅で引き継ぐことにより、早期退院に繋げています。

ケアミックスD病院では、近接の急性期機能の病院からの回復期リハビリテーション病棟への転院相談をきっかけに、看々連携という仕組みを確立し、患者のやりとりで密な連携を構築し、医師や看護師の人的交流も盛んに行われるようになっていきます。

他院かかりつけの患者であっても、「地域の患者」という意識で対応し、紹介患者は条件をつけずにすべて受け入れてきているという実績を通じて、「お互い様」という関係性が圏域の医療機関同士の間で結んでいます。

この関係性ができていることにより、年間二千数百件の救急搬入を受け入れつつ、毎日1件は発生する他院への転院紹介も、スムーズに出来ているということです。

ケアミックスE病院では、開業医も含めた他の医療機関からの紹介患者の受け入れを円滑に進めるための地域連携室の設置とともに、サポートセンターを設置し、地域の介護施設や在宅診療からの医療要求も汲み上げる仕組みをつくっています。さらに、在宅医療を展開している開業医をバックアップし、自院退院後の在宅療養を支援することを目的に、2020年には在宅診療部門を新たに病院内に立ち上げています。

また、入院時から退院に向けて必要となる情報を収集したり、入院期間を通して退院調整のための多職種によるカンファレンスで中心的な役割を発揮したりすることを任務とする、リンクナース（退院支援ナース）を病棟ごとに専任配置する仕組みも導入しています。

そして、経済面や介護力といった、社会的な問題が、退院を進めるうえでの大きなハードルとなる場合が少なくないため、インタビューを行った5医療機関すべてで、その解決のため、MSW（メディカルソーシャルワーカー）を増員配置しています。

4) 診療報酬では評価されない各医療機関の自己

犠牲により支えられている「地域医療構想」

前項で示したように、現場の医療機関は、圏域における「切れ目のない連携」の構築に向け、懸命に努力しています。しかしそのために、各医療機関は、診療報酬では決して評価されない自己犠牲を払っているというのが実情です。

DPCを採用している急性期A病院の院長は、「複数の疾患にたいする治療を要し、いったん退院が難しい場合には、途中で転科して治療を継続するが、その場合、診療報酬上、DPC疾患にたいする治療しか算定できず、もう一方の診療科の治療にかかった費用については、目をつむるしかありません。」と述べています。

また、「急性期を過ぎて次に転院となるさいに、気管切開をしている、人工呼吸器を装着している、喀痰の吸引を頻回に要する、シリンジポンプがつかっている、治療薬が専門的すぎる、といった患者さんは、受け入れ先に苦勞し、入院期間Ⅱを上回り、収益が下がりますが、やはり目をつむるしかない。」と述べています。

一方、急性期A病院以外の四つの医療機関は、いずれも地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟を有し、急性期からの転院を受け入れています。なかにはまだ安定しきっていない患者も一定数いたり、高額薬品を処方されている患者もいたりして、経営面ではつらいという悩みは、共通しています。

回りハC病院では、嚥下機能改善のためのリハビリテーション目的に転院されてきたものの、リハビリテーションを行う前に中心静脈ラインを確保し、患者の栄養状態を改善させる必要があることも度々あり、こういった治療の手技や高カロリー輸液製剤が、やはり経営面の負荷になっている、と語られています。

また、回りハC病院では、機能が改善して退院しても、在宅で行うリハビリテーションにたいする制度上の制限が厳しく（介護保険制度では、個別リハは訪問リハに限られるが、デイケアと訪問リハの併用は許されない。訪問リハもハードルが高く、ヘルパーを使っていたら訪問リハが使えないなどがある。医療保険制度で行える外来リハも期限を過ぎると回数が制限されるなどがある）、診療報酬で評価されない外来リハビリテーション

を、経営的なことを度外視してやっています。

地ケアB病院では、入院期間が60日を超える患者が一定数存在し、入院期間が60日を超えると請求できる入院料が一気に下がるため、入院患者の1割以内に抑えようというのが目標になっています。入院料が下がる期間以上に長く入院している患者を一定数抱えているのは、地ケアB病院だけでなく、すべての医療機関に共通です。ケアミックスE病院では、60日超えの入院患者が30%を占め、在院日数が1年以上の患者も複数名存在しています。

入院期間が長くなる要因としては、病態的に不安定だったり、高額な薬剤を多数使っていたり、食事摂取量が不安定などのため受け入れ先が見つからない、といったことがあげられます。低収入で身寄りがいない方も、60日超えの要因となっています。このことは、「病院から在宅へ」の掛け声のもと、この間地域包括ケアシステムの構築が政府主導で進められてきていますが、様々な問題を抱えた方の受け皿になるような在宅環境は、決して整備されていないことを物語っています。未整備の在宅療養環境で進める早期退院路線は、医療機関に多大な負荷を掛けています。

また、ケアミックスD病院では、シリンジポンプを使用したり、痰吸引を頻回に要したりするような重症度、医療看護必要度の高い患者を10:1の地ケア病棟で、重症度、医療看護必要度の比較的低いかわりに認知症の多い患者を13:1の地ケア病棟で診ていますが、基準通りでは労働密度があまりに過酷なため、基準よりも手厚い看護体制を敷いています。しかし、新設の夜勤加算ではとてもその人件費を賄うことはできていない、と言います。

一方、急性期A病院でも、数多くの手術患者を受け入れ、集中治療を要する重症患者の診療を受け入れながら、ベッド稼働率が95%以上ないと予算が達成できないなか、現場の労働は過酷さを増していて、現在の7:1の看護配置基準を5:1に引き上げることを検討ほしいという要望が、現場の職員から出されています。

看護師をはじめとした医療従事者の自己犠牲ともいえる過酷な労働によって、現在の医療体制は何とか支えられていると言えます。

さらに、前項で述べた各医療機関の「切れ目ない連携」のための独自努力、例えば、地域連携を進めるための専任部署の設置と人員配置、MSWの増員、院内・院外における多職種間のカンファレンスなどの開催といったものは、必ずしも診療報酬制度で評価されているものばかりではありません。こういった点でも、「切れ目ない連携」が、各医療機関の利益度外視の努力によって支えられていることも、指摘しておきたいと思います。

5) 「切れ目のない連携」のはずが・・・溢れ落ちる医療需要の実態

しかし、各医療機関が自己犠牲も払いながら、懸命に「切れ目のない連携」を目指しても、現在の地域医療構想路線では、どうしても溢れる医療需要を汲み上げ切れない実態があることが、インタビューで分かります。

DPCを採用している急性期病院では、DPC病名の疾患にたいする加療は評価されるものの、DPC病名以外の併存疾患については、評価されません。そのため、急性期A病院の院長は、「同時に二つか三つか何かの疾患を持っていたも、患者の希望でまとめてやりましょう、とはならない。一度退院させて改めて入院させるという措置。そのため、途中で別疾患が見つかり、別疾患の治療を先行させるため、いったん退院のうえ、再入院の予定としていた方が、ご自宅で急変してお亡くなりになった、というケースもあった。」と述べられています。また、「近隣の高度急性期病院では、ある程度年齢で区切って、それ以上の年齢の方は手術しませんと断られるケースもある。」とのことでした。

ケアミックスE病院では、70歳代後半のパーキンソン病の男性が、食事が摂れなくて、次第に体動も困難になり、何度も救急車で高度急性期病院に運ばれても検査では大きな異常がなく、「自分のところ（守備範囲）ではない」と言われて度々帰され、今度はケアマネジャーからかかりつけ医を通して慢性期の病院に紹介されたものの、やはり「自分のところではない」と断られ、E病院に紹介されてきた、というケースがありました。

「高齢者の軽症の患者さん、例えば圧迫骨折で自宅ではなかなか動けなくて介護者もいなくて大

変なのだけど入院適用にはないですって言われて入院できない。治療上いろいろ検査したけど、どこも悪くないですって帰ってきてしまう、動けなくなってしまったりとか、あと食事量、水分量も取れてなかったりするの、やっぱり入院っていうふうに判断されずに戻ってきてしまう。医療といわゆる介護の狭間に落ちて、今何とか身の回りの環境の中で支えられながら、時には、もうどうにもならなくてってことで相談があって当院で対応させていただく場合もあります。」とおっしゃったのは、地ケアB病院のMSWの方でした。

回りハB病院の院長は、「回りハに入れる人は、エリートの障害を持った人。高い抗がん剤を飲んでいるがん患者、生物学的製剤を服用しているリウマチ患者は、回りハに入れない。いずれも、赤字になっちゃう。かといって地ケアにも入れない。廃用症候群などの機能維持も、回りハの対象にならないで、地ケアでリハ。地ケアのリハビリは包括になるので、2単位しか入らない。2単位では寝たきりになってしまう。そこで、回りハの適用にならない、2単位以上のリハが必要な場合は、一般急性期でリハビリをおこなっている。だから、一般急性期の機能を手放すわけにはいかない。しかし、一般急性期でリハビリを行った場合、入院期間が長くなると、一気に入院料が下がり、しかも平均在院日数に影響が出るため、本当に綱渡り。」と語られました。

これらの実態は、地域医療構想の骨格となっている病床機能の分化は、それぞれの機能がその守備範囲をより先鋭化・狭小化させるなかで進められているのであって、その守備範囲から溢れる医療需要が拡大してきていることを教えてくれます。そして、四つの病床機能のどの守備範囲からも漏れてしまっている、つまり地域医療構想の視界の外に置かれてしまっている典型が、多疾患を併存し、貧困や孤立といった社会的にも複雑な問題を抱えやすい、高齢者や障害者といった、社会的弱者と言えます。

6) 倫理的側面への重大な影響

急性期A病院の院長は、「慢性期の病院や高齢者住宅への転院を依頼するさい、ACPやDNRの方針を明確にしておくことが、求められるとい

うことがある。」と語っています（ACPとは、将来の変化に備え、将来の医療及びケアについて、患者を主体に、その家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセス、とされています。DNRとは、心肺停止に陥ったときに、心肺蘇生術を行わないことをさします）。

一方、回りハC病院の院長は、「急性期でとられていた合意が覆ることは、しょっちゅう。DNRが覆るのと、胃ろうしませんが覆るのと、家に帰りたいっていうのは覆りますよね。来た途端、帰れないって。」とおっしゃっています。

このことは、急性期病院では、病状安定化のための集中治療に多くの時間が割かれ、一方で、早期の退院を迫られるなかで、患者や家族と十分に話し合いをする余裕などないにもかかわらず、退院後の療養先をスムーズに確保しようと、ACPやDNRが安易に取られてしまっていることが懸念されます。

実際、急性期A病院の院長は、「ER（緊急救命室）から高齢の方が入院されてくるときに、何でもかんでも一律DNRをとっていないか、という危惧を持っている」と語っています。

また、前述したような、「それ以上の年齢では手術はしません」という医療機関があり、高齢者が様々な医療機関からことごとく入院を断られる、というのは、高齢者にたいする差別医療が現場で行われていると言えます。

これらの事実は、2012年に発表されている『「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の『立場表明』』を医療界全体が真剣に受け止めて、この「立場表明」にもとづき、現場で行われている医療にたいし検証を加える必要があると思われます。

「声明」によれば、「終末期」とは、「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」としており、その論拠として、「高齢者は複数の疾病や障害を併せ持つことが多く、また心理・社会的影響も受けやすいために、その『終末期』の経過はきわめて多様である。そのため臨死期に至るまでは余命の予測が困難であることから、『終

末期』の定義に具体的な期間の規定を設けなかった。」と述べています。これからすると、医療行為により、望みが少しでも残っている間は、「終末期」としてはいけない、ということになるのではないのでしょうか。

5、「地域医療構想」によってもたらされたのは、たくさんの医療需要の切り捨て!?

ここまで、「地域医療構想」の骨格となる病床機能の分化を誘導する診療報酬制度をまず概観したうえで、「地域医療構想」により現場で起きている医療の実態を、五つの医療機関のインタビューを通して紹介しました。

そこで見てきたのは、複数の疾患を抱え、入院が長期になるような高齢者への医療や、リハビリによる大幅な改善が見込まれない障害者へのリハビリテーション、総じて言えば、自立に向けた成果が得られない医療やケアは、診療報酬で評価がされず、「地域医療構想」の視界の外に置かれてしまっている、という実態でした。

そして、この成果主義から外れるような、病態が不安定で何らかの医療やケアが継続して必要となる患者の入院加療や、寝たきりにならないよう廃用症候群の進行を予防するための機能の維持を目的としたリハビリテーション、経済力や介護力が乏しいために在宅での療養環境を確保できずに退院の見通しが立たない方の療養などは、それぞれの医療機関の採算度外視の献身的な努力によって何とか支えられている、という実態でした。

すでに、年齢を区切って手術を行わない、「自分のところ（守備範囲）ではない」という理由で入院を断る、といった事態が現場では起こっており、医療需要の切り捨てが顕在化しつつあるなか、今のままの「地域医療構想」がより一層進行すれば、「切れ目のない連携」のために必死に踏ん張っていた医療機関もいよいよ経営が成り立たなくなり、自己犠牲で支えていた医療需要を切り捨てるか、経営破綻で医療の継続を断念するか、の苦渋の選択を迫られることになります。

病床機能を分化し、機能ごとに担える守備範囲を診療報酬改定のたびに狭めてきた結果が、単独

および少数の機能しか備えていない病院を、「自分のところ（守備範囲）ではない」として患者を断らざるを得ない状況に追い込んで来たと言えます。この状況をさらにより一層進めるものになっているのが、2022年度の診療報酬制度改定であると言えます。それは、2022年度の診療報酬改定が、ケアミックス型の病院つぶしとも言える内容を持っていたからです。

ケアミックス型の病院は、複数の機能を備えているがゆえに、患者の医療需要により総合的に応えることができるため、病床機能の分化を柱とする「地域医療構想」によって生じる「自分のところ（守備範囲）ではない」という事態を回避するための、苦肉の策という面もありました。ケアミックス型の病院では、急性期を過ぎても退院できる状況ではない患者は、回復期に病棟を移動してもらい、さらに長期になる場合は、慢性期に移動してもらう、という流れでしたが、このたびの診療報酬制度改定では、自院での病棟移動に大きく制限が加えられました。これまで、一定の割合の在宅復帰率をクリアしなければならないという要件により、回復期から慢性期への転棟には制限が設けられていましたが、このたび、自院内での急性期から回復期への転棟にも制限が新たに設けられました。地域包括ケア病棟は、自院内で患者の出し入れをしてはいけない、というメッセージです。

このことは、都市部とは異なって、場合によっては圏域内にほぼ一つしか病院がないという郡部の医療のことを、政策立案者は全く視野に入れていないことを物語っています。圏域に一つしかない病院が、どれか一つしかない病床機能しか持たなくなったら医療は崩壊してしまうのは、誰の目から見ても明らかです。郡部では、ケアミックス型の「多機能病院」が不可欠なのです。

そもそも、病床機能の分化と「切れ目のない連携」を核とする「地域医療構想」は、人口が少なく、圏域内にある医療機関が限られている地方には、全くそぐわないものです。連携相手が数十キロも離れているような医療機関同士で、機能を分化させて連携させるということは、いくら移動の手段が発達したとは言え、最寄りに急性期の病院がない地域の人にとっては、即生命にかかわるこ

とであり、また、病期によって患者を大移動させるということを前提としたものでもあって、到底現実的とは言えません。

しかし、2019年に厚労省が再編を検討することを求めた公立・公的な医療機関のリストに、圏域ではほぼ唯一しかないような病院が含まれていたことは、その圏域に住む人々の医療需要を切り捨てることに他ならず、許されるものではありません。

また、公立・公的医療機関には、民間の医療機関で担うことが難しい、不採算の医療需要を汲み上げる役割もあります。各病床機能の採算の取れる範囲を狭める方向での診療報酬制度の誘導策のもとでは、不採算となる範囲は広がり続けることは必定で、そこを公立・公的医療機関が担うことが求められます。この面から見ても、公立・公的医療機関が「地域医療構想」の枠組みのなかでの再編を強いられることは、多くの医療需要の切り捨てにつながるものであり、やはり許されるべきことではありません。

6、「地域医療構想」の本当のねらいは？

そもそも、「地域医療構想」は、少子高齢化のために支える層が縮小するなかで、持続可能な社会保障制度にするために、医療費のかからない医療提供体制の再編を求めるものでした。しかし、「地域医療構想」による医療提供体制の再編によって、本当に医療費が抑制されているのかについても、疑問が生じます。

インタビューを行った回りハB病院の院長からは、「DPCからの紹介では、ほとんど全身チェックをしてこない。当院で検査をしたら、全身各所の血管が詰まっていて、紹介元に転院の連絡をした」という事例が紹介されました。

DPCを採用している高度急性期・急性期では、DPC疾患にたいする医療やケアしか診療報酬上評価されないため、DPC疾患の病状が落ち着いたところで、併存疾患があったとしても、そちらについては追及されずに退院や転院となります。しかし、この併存疾患については、問題が先送りされただけで、後日重症化して再入院ということも想定されます。そうすると、新たな入院期間が

発生し、前回入院で行った検査を重複して再度行うことにもなり、一人当たりにかかる医療費は、却って嵩んでしまっているのではと思います。

そして、高度急性期・急性期にとどまらず、回復期や慢性期でも包括払い制度が採用されており、そのため、検査や治療が過度に抑制制になることによる併存疾患の発見の遅れや問題の先送り、国民全体の健康度を下げている可能性があることも懸念されます。

さらには、今のような「地域医療構想」を地域住民は望んでいるのかということ、そこにも首をかしげざるを得ません。このたびインタビューした五つの医療機関とも、「何で最後までこの病院で診てくれないのか？」という患者や家族に理解をもとめるのに苦労する、とのことで、この「地域医療構想」による医療提供体制の再編は、決して地域住民の望んでいる方向のものではない、と言えます。

そうすると、「地域医療構想」の本当のねらいは何なのか、という疑問を抱かずにはられません。出てくる答えは、医師や看護師をはじめとした医療従事者の人数が、諸外国と比較しても極めて少ない中で医療を展開するため、医療従事者を集約することがねらいだったのではないかと、思わすにはられません。

少ない医療従事者の数を前提とした医療提供体制の再編にはそもそも無理があるのであって、根本的には、医療従事者の数を大幅に増やす必要があり、医療従事者の増員なき医療提供体制の再編は、医療需要の切り捨てと不可分にならざるを得ないと思われます。

7、おわりに

コロナ禍により、医療や介護・福祉が、社会生活を営むうえでの公共のインフラであるという認識が、大きく人々の間に認知されたのではないかと思います。そして、公共のインフラであるはずの医療や介護・福祉の体制が、極めて脆弱であるという実態も露呈しました。

医療機関の収入は、患者を何人診たかということがベースになっていて、民間の医療機関であれば、常に入院ベッドの9割以上を患者で埋めてい

ないと、経営的には苦しい状況です。しかし、同じ公共のインフラである消防は、消しとめた火事の件数によって収入がもらえるような建て付けにはなっていません。火事が起きていないときから、万が一に備えておくことが求められ、それにたいして収入が払われています。

医療機関も公共のインフラとしっかり位置づけて、新興感染症が発生したときを想定し、余裕のある体制をとっていても医療機関が経営的に成り立つような診療報酬制度へ抜本的に改善する必要があります。

しかし、政府は、病床削減と病床機能の分化と連携を骨格とした「地域医療構想」を、コロナ禍前から立てた計画通り推し進めようとしています。

このままでは、医療需要の切り捨ては、より深

刻なものとなるのは確実です。すべての人の受療権・健康権を守るためには、「地域医療構想」による医療提供体制の再編路線に、ストップをかけなければなりません。誰もが取りこぼされることなく安心して医療を受けられる医療提供体制を再構築するには、今のような極めて少ない医療従事者に合わせるような医療提供体制の再編ではなく、医療従事者を大幅に増員し、それを前提とした医療提供体制を確立すること、そのためには、医療費および社会保障費の抑制政策路線の抜本的な転換をはかる必要があると思われます。

（まき たかゆき、全日本民医連副会長、松江生協病院院長代行）

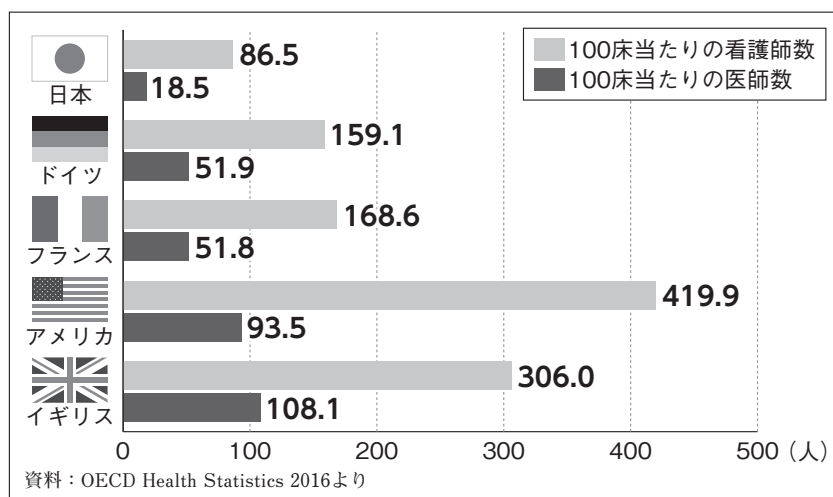
コロナ禍で浮き彫りになった脆弱な医療提供体制

佐々木 悦子

2020年1月から日本でも拡大した新型コロナウイルス感染症により、日本の医療提供体制の脆弱さが浮き彫りになりました。感染拡大により入院できずに必要な医療を受けることができず、自宅や介護施設で亡くなる事例も後を絶ちませんでした。これは、感染症病床や重症患者を受け入れ

るICU（集中治療室）が減らされ続けてきたこととともに、医師・看護師をはじめとする医療従事者が圧倒的に少ないことも大きな要因です。OECD（経済協力開発機構）諸国と比較しても、病床100床あたりの看護師数は、フランス・ドイツの1/2、アメリカの約1/5です。

医師・看護師の増員が必要です



コロナの第5波では、コロナ患者をすぐに受け入れ可能な「即応病床」と申告していながら患者を受け入れていなかった「幽霊病床」が問題視されましたが、病床はあっても、対応する医師や看護職員がいなければ患者を受け入れることができません。全ての病床を稼働させるには、それに合った医療従事者の配置が必要です。医師・看護職員不足は、国民が求める医療が提供できないうえ、職員が働き続けることができない労働環境にもつながっています。

日本医療労働組合連合会（以下、日本医労連）は、新型コロナウイルス感染症が拡大して以降、医療現場にどのような影響が及んでいるのか把握し、政府に早急な改善を求めるため、第7次にわたり「新型コロナウイルスに関する緊急実態調査」

を実施してきました。そのなかで、厳しい働き方に拍車がかかり心身ともに疲弊しきってしまい、離職者が止まらない実態も明らかになっています。2021年2月15日から3月5日に行った「第4次実態調査（コロナ第4波の影響）」では、コロナ前と比較して「離職者が増加している」と回答したところが11.0%だったのに対し、同じ年の10月18日から11月10日に行った「第5次（コロナ第5波）実態調査」では28.2%、2022年3月14日から4月6日に行った「第6次（コロナ第6波）実態調査」では28.4%が、コロナが拡大した2020年4月以降で離職者が増えていると回答しています。さらに2022年10月6日から28日に実施した「第7次（第7波）実態調査」では、コロナの第5波を経験した2021年4月から9月と比較して「離職

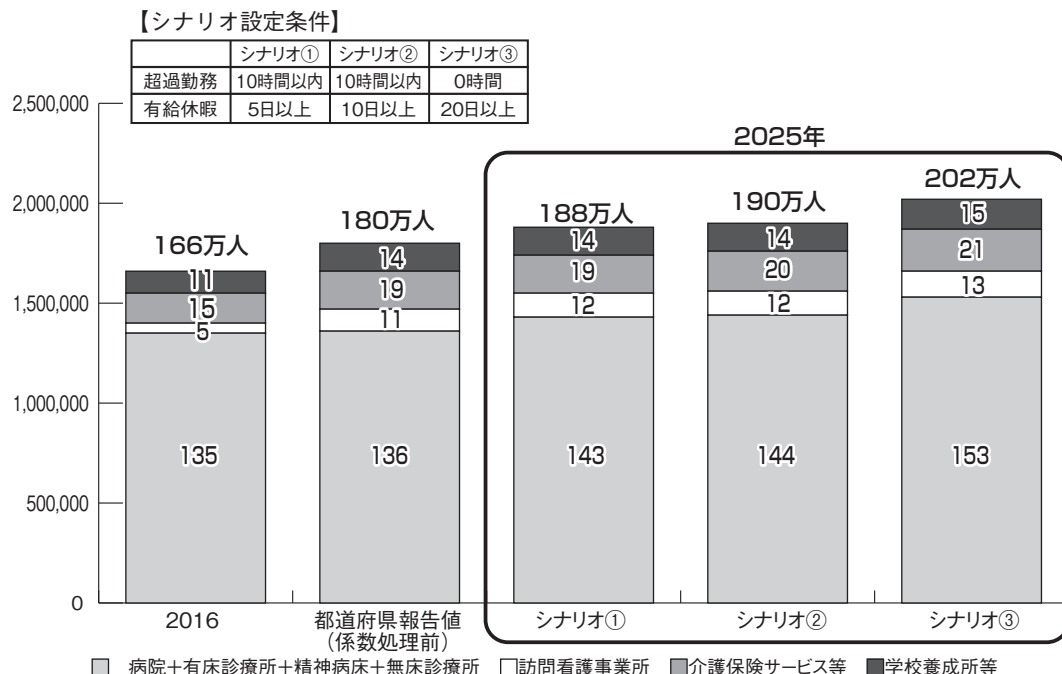
者が増えた」と18.2%が回答しています。これは離職者が増えた2020年以降さらに離職者が増えたということを意味しています。そして、その離職者の多くは看護職員です。これらのことから、次の感染拡大に備えるためには早急な看護職員の大幅増員が必要です。しかし、第210臨時国会で可決成立した、新型コロナウイルス禍で対処できなかった問題の解消をめざすための「改正感染症法」には、医師や看護職員をはじめとする医療従事者の増員という観点はありません。感染拡大で大阪や沖縄で看護職員不足となり、政府や自治体の要請で全国から看護職員をはじめとする医療従事者が派遣されましたが、この「改正感染症法」でも、平時から都道府県と医療機関で協定を結び、都道府県が予め県外に派遣できる医療人材をリスト化し、感染が拡大してひっ迫した地域からの求めがあった場合人材派遣を行うとしています。しかし、人材派遣できる程「余力」のある人員配置ができていない医療機関はどこにもないと言っても過言ではありません。コロナの第5波・第6波で人材を派遣した医療機関はどこも人員不足となり、長時間に及ぶ時間外労働や大幅な夜勤回数の増加、公休の取り消しなど過酷な労働を余儀なくされることとなりました。

看護職員の増員を求める運動の歴史

現在の病院では医師や看護師による「完全看護」が主流ですが、1950年代までは家族や付き添いによる看護が日常的に行われてきました。そのような中、1958年に「基準看護制度」が設立され、病院での完全看護が看護職員の業務となりました。しかし、圧倒的な人員不足により、当時の看護職員は一人夜勤、月の半数を超える夜勤（ひと月13日以上）、長時間労働など過酷な働き方を余儀なくされていました。そのような過酷な状況を改善してほしいと看護師たちが立ち上がり、病院ストライキや「夜勤改善・看護師増員」署名等の運動を展開することによって、1965年に人事院から「月8日以内、一人夜勤の廃止」の判定が、1973年には当時の労働省から「1カ月の3分の1を超える夜勤の規制」の通達が出されました。しかし、看

護職員不足は解消されず、月9日を超える夜勤や長時間労働などの過酷な労働環境も改善されず、1989年からは、看護職員が宣伝行動や集会などで大幅増員や労働環境の改善を訴える「ナースウェーブ」行動が始まり、それは現在も全国各地で続いています。看護職員の大幅増員署名も継続して取り組み、1992年には「看護師等の人材確保の促進に関する法律（看護師確保法）」の成立を実現することができました。「看護師確保法」では、「国は看護師確保法に基づく看護師等の確保を促進するための措置に関する基本指針において、医療提供体制等を踏まえた需給見通しについて看護師等の養成を図るなど就業者数の確保に努める」こととされており、その資料として「看護師需給推計」が概ね5年毎に通算7回にわたり策定されてきました。この「看護師需給推計」は、病院等への全数調査により把握した数字を積み上げる方法により策定されてきましたが、2015年に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本指針2015」いわゆる「骨太方針2015」で、「人口構造の変化や地域の都合に応じた医療提供体制にするための地域医療構想にあわせて、医師・看護師等の需給について検討する」とされ、従来の積み上げ方式ではなく、「医師の需給推計方法との整合性を図りつつ、将来の医療需要を踏まえた推計方法を検討する」こととなりました。要するに、今後少子高齢化で人口も減るから、それに合わせて病床数も減らし、その病床数に見合った医師・看護師数を考えていきたいと思いますということです。2019年に厚生労働省の「看護職員需給分科会」の中間とりまとめが出されて以降、看護師需給推計については議論がされていませんが、この「看護職員需給分科会中間とりまとめ」では、超高齢社会となる2025年に必要な看護職員は188万人～202万人と推計しています。

厚生労働省は三つのシナリオで看護職員の需給推計を算出しています。「シナリオ1」では、看護職員が時間外労働10時間以内程度で有給休暇が5日程度取得できる働き方をする場合には188万人、「シナリオ2」では、時間外労働10時間以内程度で有給休暇が10日以上取得できる働き方をする場合には190万人、「シナリオ3」では、時間外労働せず有給休暇20日以上取得できる働き方をす



る場合には202万人が必要と推計しています。2016年の就業看護職員数166万人からみても22万人～36万人の看護職員の増員が必要としています。しかし、この推計には、夜勤シフトや夜勤回数など看護職員の働き方に大きくかわる要素が盛り込まれておらず、過酷な働き方は解消されません。

看護職員の過酷な労働実態

医療現場は、その特性上24時間365日切れ目のない医療・看護の提供が求められているため、本来は寝る時間帯であるはずの夜間帯にも勤務者が必要です。しかし、人間の生体リズムに反した夜間帯の労働は心身に影響を及ぼすことから、法律でも「夜勤は有害業務」と定められており（注1）、財団法人労働科学研究所の佐々木司氏は「夜勤は短期、中期、長期で健康上のリスクがある」としています。人間には眠れる時間帯と眠れない時間帯があるため、夜間帯に働いて昼間眠っても、生体リズムにより睡眠の質は低下し疲労の回復が十分ではないことから、疲労が蓄積するとされています（注2）。レム睡眠（身体は休息状態にあるが、脳が活動して覚醒状態にある睡眠）には、夢をみ

て負の情動を解消する機能がありますが、昼間の睡眠ではこのレム睡眠がはく奪されることにより、情動ストレスの解消機能が低下することから感情障害もきたすとされています（注3）。中期では、生体リズムの乱れがホルモンバランスの乱れにもつながり、高血圧や心疾患など循環器系への疾患や糖尿病のリスクがあることも指摘されています（注4）。長期では、2007年にWHO（世界保健機関）の国際がん研究機関が「交代勤務は、おそらく発がん性がある」と認定しており、女性では乳がん、男性では前立腺がんの発がん性のリスクが高くなるとされています。これもホルモンバランスの乱れが要因です。

海外の研究では、夜間帯は注意力や集中力が低くなり、医療事故のリスクが高くなるという結果も出ています（注5）。また夜勤中に、勤務者が無自覚のまま脳波が睡眠状態になっているという結果もあることから（注6）、夜勤は健康面でも安全性でもリスクが高いといえます。

前述したように、24時間365日切れ目のない医療・看護を提供するため、看護職員は2交替または3交替勤務を行っています。2交替勤務とは、24時間を2交代で勤務する体制で、病院によって

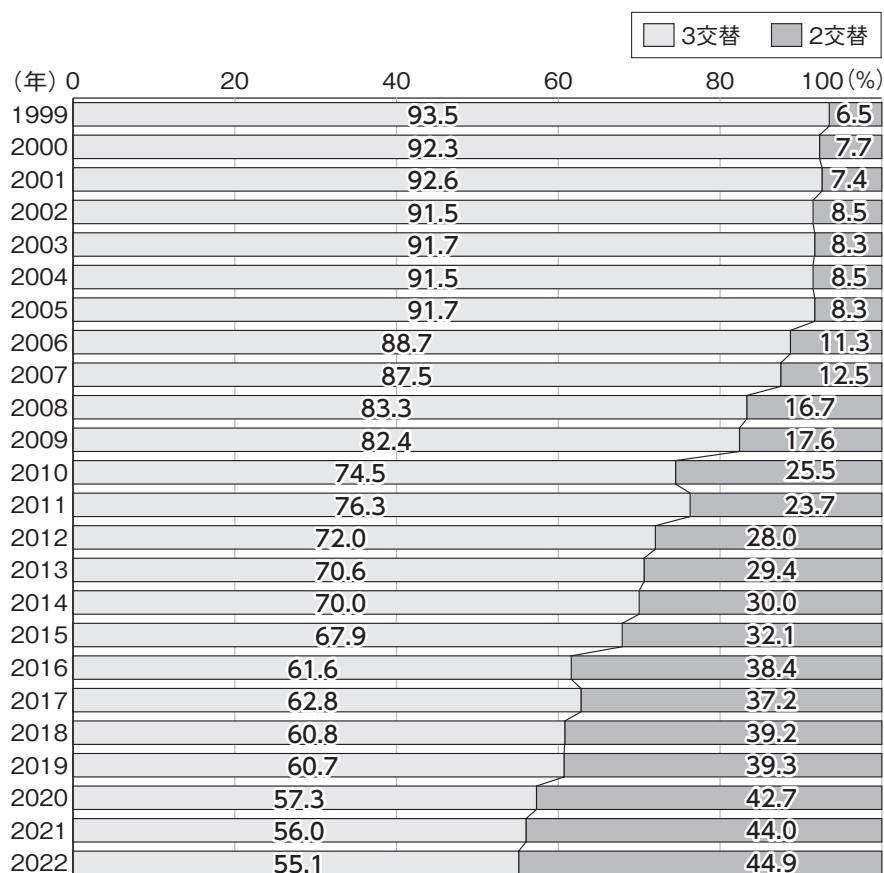
労働時間はさまざまですが、日中は8時間から12時間労働、夜間帯は12時間から16時間労働となっています。3交替勤務とは24時間を3交代で勤務する体制で、概ね1勤務8時間労働です。

日本医労連は、医療機関における看護職員などの夜勤・長時間労働の実態を把握し、増員・夜勤改善・労働時間規制など働き続けられる職場づくりを進めていくため、毎年「夜勤実態調査」を実施しています。4月に入職した職員が徐々に夜勤

のシフトに組み込まれる6月の実績を調査しており、2022年度は全国345施設・2,598職場・看護職員93,483人・看護要員113,088人から集約しました（看護職員とは資格を持つ助産師・看護師・准看護師をさす。看護要員はそれ以外の看護補助者）。

2022年度の調査では、1勤務が8時間を超える「2交替」長時間夜勤を実施する職場が前年より増え44.9%と過去最多となっています。

2 交替病棟の経年推移

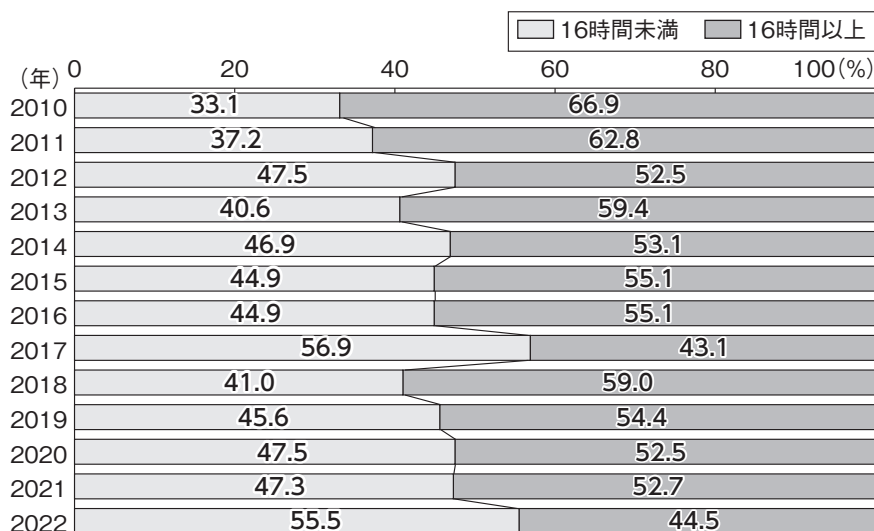


さらに「2交替」を実施している職場のうち44.5%、看護職員数の43.1%が「16時間以上」の長時間夜勤を行っているという結果となっています。

人事院判定でも「夜勤は月8日以内（3交替）」とされ、看護師確保法基本指針では離職防止対策として夜勤負担の軽減をあげ、「複数・月8日以内の夜勤体制の構築」を位置付けています。また

労働組合のある病院では労使間で協議をし、「3交替では月8日以内、2交替では月4回以内」の夜勤協定を締結しています。しかし「3交替」では28.4%の看護職員が「月9回以上」夜勤、長時間に及ぶ「2交替」では38.2%の看護職員が「月4.5回（3交替で9回相当）」夜勤を余儀なくされています。さらには、重篤・重症の急性期患者を見る「ICU（集中治療室）・CCU（冠疾患集中治

2 交替制の割合



療室：心筋梗塞や狭心症を集中的に管理する病棟）等」では、「3交替」で45.7%、「2交替」では60.3%と回数オーバーが突出しています。この夜勤回数オーバーは、人員不足によるものです。医療法上や診療報酬上で必要人員は配置されているものの、「余力」をもった人数にはなっていないため、妊産婦や子育てなどでの夜勤免除者や病休者などがほんの数人重なると、途端に夜勤回数がオーバーしてしまうのです。特に、コロナ禍で、病院内クラスターが発生し看護職員不足が深刻になった医療機関や病棟に人材派遣した医療機関では「3交替」で9回以上「2交替」では4.5回以上の夜勤が常態化し、なかには「3交替」で13回、「2交替」で6回もの夜勤を余儀なくされた職場も少なくありません。

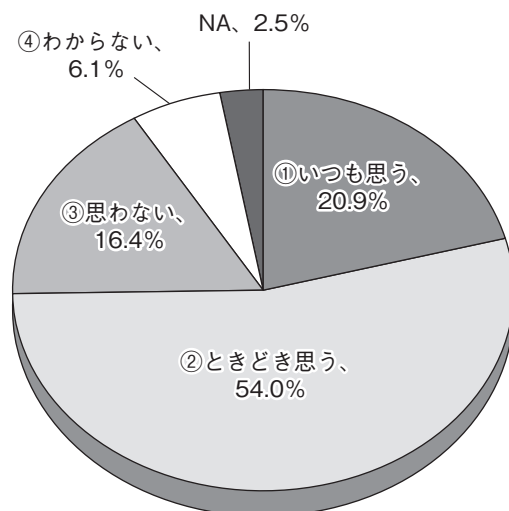
このような厳しい働き方を余儀なくされ、多くの職員が心身ともに疲弊しています。日本医労連は5年毎に「看護職員実態調査」を行っています。2017年に行った調査では「いつも思う」20.9%、「ときどき思う」54.0%を合わせると74.9%もの看護職員が仕事を辞めたいと思いながら勤務しているということが明らかになっています。

仕事を辞めたいと思う理由の第1位は「人手不足で仕事がきつい」が47.7%となっています。

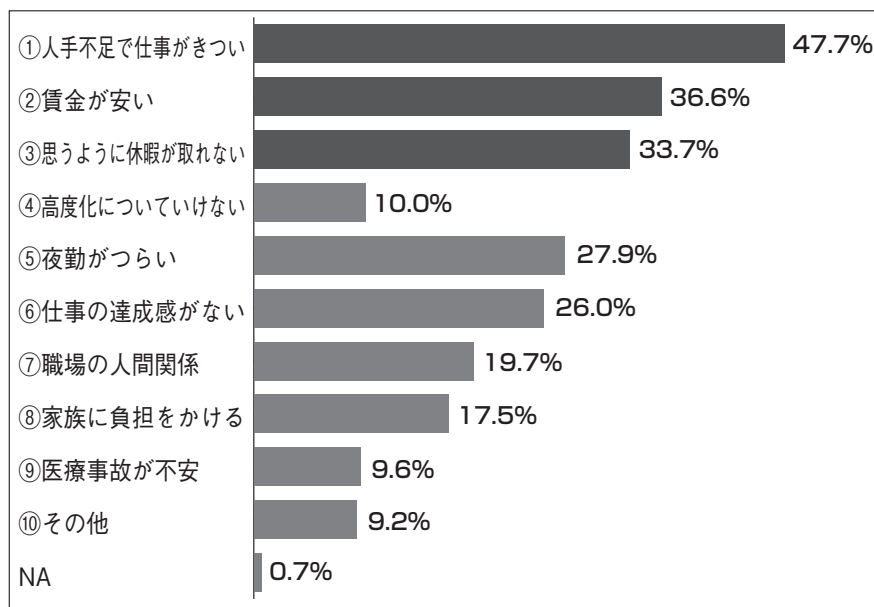
前述したように、夜勤は健康のリスクが高いため、労働基準法で「使用者は、妊産婦が請求した場合においては、深夜業（22時～5時）をさ

せてはならない」とされており、これに違反した場合、使用者は6か月以下の懲役又は30万円以下の罰金に処せられます。しかし、少なくない看護職員が妊娠しても夜勤を余儀なくされている実態もあります。日本医労連も加盟する全国労働組合総連合が2020年に実施した「女性労働者の労働実態および男女平等・健康実態調査」「妊娠・出産・育児に関する実態調査」で、「深夜業の免除ができたか」の設問に対する日本医労連抽出分の回答では、「もともと深夜業はない」「不明・無回答」を除いたうち「現在の職場で免除された」が39.9

「仕事を辞めたい」と思うこと



仕事を辞めたいと思う理由



%だったのに対し、「一部期間は免除」が27.0%、「夜勤免除なし」が30.6%と、約3人に1人が妊娠中も深夜業に従事していることが明らかになっています。

夜勤免除できなかった理由として「多忙で代替者がおらず申請しなかった」が10.3%、「夜勤免除できることをしなかった」が11.1%、「収入が減るから請求しなかった」が6.9%、「請求したが認められなかった」が1.9%となっています。そして、流産経験「あり」との回答が21.4%と5人に1人が流産を経験しているという結果になっています。

日本における看護職員配置基準

適正な医療・介護を行うために、一定数以上の人員を確保する必要があることから、医療法で、看護職員（看護師および准看護師）の配置基準が示されています。高度な最先端医療を提供し、開発や研究を実施する能力を備えている特定機能病院では「患者対看護職員（看護師または准看護師）が2対1」、一般病床では「3：1」、療養病床（主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床）では「4：1」とされています。

す。例えば30床を有する一般病床であれば看護職員10人の配置が必要ということです。しかし、これは24時間、どの時間帯でも看護師が10人勤務しているということではなく、あくまでも、その病棟に10人の看護職員が配置されていればよいという「雇用配置」です。

看護職員の配置基準には、医療法上の他に、「実質配置」である診療報酬制度上の配置基準があります。診療報酬には、病院が患者に提供する入院医療サービスに対する対価である「入院基本料」があり、その点数は看護職員の配置人員で決まります。看護職員配置基準には、患者数対看護職員数が「7：1」「10：1」「13：1」「15：1」「20：1」と段階があり、一般病棟の入院基本料では「7：1」が最も高くなっています。しかし、「7：1」の基準をとるには、医師数の割合や重症度の高い患者の割合といった条件があり、「7：1」の入院基本料の条件を満たせる病院は、非常に限られています。さらに2年毎に改定される診療報酬により条件はますます厳しくなり、「10：1」の看護体制を選択する医療施設が増えています。

しかし、医療法上の看護職員配置基準も、診療報酬上の配置基準も現場実態に見合ったものとはなっていません。

2007年、日本医労連が取り組んできた「安全・安心の医療と看護の実現を求める増員署名」の請願が、参議院本会議において、全会一致で採択されました。①医師・看護師など医療従事者を大幅に増員すること、②看護職員の配置基準を夜間は患者10人に対して1人以上、日勤時は患者4人に対して1人以上とするなど抜本的に改善すること、③夜勤日数を月8日以内に規制するなど「看護師確保法」等を改正することの3項目が採択されましたが、今なお実現されていません。

安全・安心の医療・看護を提供するため、やりがいのある看護の実現のために

厳しい労働環境の中でも、看護職員は患者のいのちと健康を守るため奮闘しています。しかし、その多くが、自分たちの「やりたい看護」ができないと嘆いています。看護職員は、「患者さんに寄り添った看護がしたい」、「もっと患者さんの話を聞いてあげたい」、「もっと患者さんをお風呂に入れてあげたい」、「痛みを訴えている患者さんに鎮痛剤を投与するだけでなく、痛みが取れるまで、傍で付き添っていたい」など、それぞれ理想の看護を持っています。しかし、業務をこなすのに精いっぱい、自分のやりたい看護ができず、やりがいを失ってしまった看護職員も少なくありません。そして、厳しい働き方に心身ともに疲れ切っています。看護職員がやりがいを持って働き続けるために、そして仕事と子育て・介護を両立しながら健康で働き続けるためには、ILO（国際労働機関）条約・勧告等（注7）に基づいた国際基準の勤務環境が必要であり、そのためには現在の看護職員数の約2倍に相当する全国300万人体制が必要として、日本医労連は2014年9月に、「めざすべき看護体制の提言」を発表しています（2021年6月改訂）。そして、300万人の看護体制を実現するため、毎年春と秋には政府要請を行うとともに、「夜勤実態調査」や「労働実態調査」をはじめとするさまざまな調査を行い、その都度記者会見等で実態を明らかにしています。また「安全・安心の医療・介護の実現のため、人員増と処遇改善を求める国会請願署名」に取り組み、国会採択

をめざしています。

平時より「余力」のある人員配置をするためには、診療報酬の大幅引き上げとともに、患者負担が増えない仕組みに変える必要があります。そのためにも、医療・社会保障にかかる予算を大幅に増やさなければなりません。しかし、少子高齢化がすすみ、医療費が増大し続ければ財政を圧迫し、国家を減ぼすから医療費を抑えるべきだとする「医療亡国論」のもと、1980年代から医療費抑制政策が行われ、今も続いています。一方で防衛費は毎年増え続け6兆円に届こうとしています。防衛力を強化する前に、まずは国民のいのちと健康を守るための財源を大幅に増やし、医師や看護職をはじめとする医療従事者の大幅増員で医療提供体制を強化すべきです。今こそ、国民のいのち第一の政治への転換が必要です。その実現のためにも、日本医労連は、引き続き、医療現場が置かれている実態を世論に大きく訴えていくとともに、看護職員等の大幅増員・夜勤改善で医療提供体制の充実・強化を実現するため、奮闘していきます。

（注1）労働安全衛生規則第13条第1項第2号

（注2）佐々木司、松元俊：夜間時刻帯にとる仮眠がその後の昼間睡眠の睡眠構造に及ぼす効果：徐波睡眠・レム睡眠バランスと睡眠段階の累積変化から見た仮眠評価の試み、労働科学、77（4）：131-146、2001

（注3）Gujar N, McDonald SA, Nishida M, Walker MP: A rule for REM sleep in recalibrating the sensitivity of the human brain to specific emotions, *Cereb cortex*, 21（1）：115-123, 2011.

（注4）Suwazono Y, Dochi M, Sakata K, Okubo Y, Oishi M, Tanaka K, Kobayashi E, Nogawa K: Shift work is a risk factor for increased blood pressure in Japanese men: a 14 year historical cohort study. *hypertension*, 52（3）：581-586, 2008.

（注5）Dawson D, Reid K. Fatigue, alcohol and performance impairment. *Nature*.1997;388（6639）:235.

（注6）Akerstedt T, Torswall L, Gillberg M.

Shift work and napping. In: *Sleep and alertness, chronobiological, behavioral, and medical aspects of napping*. Dinges DF, Broughton RJ eds., Raven Prss, New York, 1989:205-20.

(注7) ILO 看護職員条約・補足勧告 (第157号)

(日本は未批准) 一部抜粋

① 1日の労働時間は、8時間をこえるべきではない

② 1日の労働時間は、時間外を含めて12時間を超えるべきではない

③ 交替勤務では、次の交替勤務まで、少なくとも連続12時間以上の休息を与えなければならない

④ 週休は48時間に引き上げる措置が取られるべきである。

⑤ 週休はいかなる場合にも、継続する36時間を下回るべきではない。

(ささき えつこ、日本医療労働組合連合会
中央執行委員長)

専門医制度と地域医療構想

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

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



- 村口 至（むらぐち いたる、公益財団法人宮城厚生協会坂総合病院名誉院長、臨床検査部長、研究所ワーキンググループ主宰）

1967年卒、内科医。坂総合病院は大正元年（1912年）私立塩釜病院として創設以来100年余の歴史をもち、昭和28年（1953年）には全日本民主医療機関連合会の結成に参加。宮城厚生協会は1950年に設立され、現在4病院7診療所（付属診療含む）、6ケアステーション（訪問看護・訪問介護）と地域包括支援センターを運営。



- 山本 一視（やまもと かずみ、公益社団法人福岡医療団千鳥橋病院院長）

全日本民医連副会長・新専門医制度発足のころの全日本民医連医師部長。日本内科学会総合内科専門医、ICD（感染症学会推薦認定医）、日本プライマリ・ケア連合学会認定指導医。現在の千鳥橋病院は350床、救急医療・慢性疾患管理・回復期リハビリテーション・通所リハビリ・健診まで、幅広く取り組む。福岡医療団は1963年社団法人福岡県民主医療団から始まり、1965年に千鳥橋病院の前身である「福岡民主診療所」が開設。現在2病院、10診療所、5歯科、7訪問看護ステーションを持つ。



- 山田 秀樹（やまだ ひでき、社会医療法人社団健生会立川相互病院副院長）

全日本民医連副会長・医師部長。立川相互病院救急科部長兼任。日本内科学会総合内科専門医・指導医、日本プライマリ・ケア連合学会認定医・指導医、ICD（感染症学会推薦）。立川相互病院は287床の急性期病院で、地域のセンター病院。健生会は1954年設立、3病院、13診療所、2歯科診療所、訪問看護ステーション・ケアプランセンター等の介護事業を展開する。



はじめに：座談会の趣旨

吉中 ご承知のように2025年度には、いわゆる団塊の世代がすべて75歳以上の後期高齢期に達し、医療ニーズが質、量ともに大きく変化します。従来の医療提供体制（例えば、病院完結型の医療）では、地域の特徴や複雑化する医療ニーズに的確に応えることが難しくなると考えられてきました。

このため、各地域において医療ニーズの変化を踏まえた地域医療の在り方が重要なテーマになっています。厚生労働省は「地域医療構想・医師偏在対策・医師の働き方改革」をセットで進め、医療提供体制を再構築する方針です。岸田内閣になってからは全世代型社会保障構築会議が司令塔となり、医療、介護をはじめとする社会保障縮減政策が基本方針として貫かれています。

地域医療構想の実現に向けては、まず、「公立病院・公的病院等における機能分化」が取り上げられ、コロナ禍の最中である現在も方針を変更していません。今後、民間病院も地域医療構想下の再編対象にする方向です。今年度末の2023年3月には外来機能報告制度を通じて紹介受診重点医療機関を地域で明確化し、かかりつけ医の制度化も進める計画であるとされています。

これらは地域医療の再編を推し進めるものです

が、研究所の「地域医療再編と自治体病院ワーキンググループ」では「地域医療構想や自治体病院の統廃合には医師の専門医制度や医師の働き方改革が大きく影響している」という問題意識が出されました。また議論のなかには「医師の専門医制度が地域医療をゆがませているのではないか」「地方の医師確保が困難で、いずれは開業医を含めた医師政策に進むのではないか」といった指摘も出ているところ です。

そこで今回、地域医療構想と専門医制度の関連に焦点を当て、現場からのリアルな声を集め、問題点や課題を浮かび上がらせる場として座談会を開くことにしました。

ところで厚労省の三位一体改革（地域医療構想・医師偏在対策・医師働き方改革）については、従来、別々に議論されることも多く、特に医師の専門医制度は医師以外の方々から見るとわかりにくいこともあり、すこし別のところにあるものとされる傾向も強かったのです。また、医師偏在対策を進めるための方策として専門医制度が位置付けられ、専攻医のシーリング（採用数の上限設定）が敷かれてきました。都道府県ごとに外来医療にも専門医の必要医師数を定め、上限を設定して医師配置に対する介入を強める方針です。こうしたことに触れながら、また総合診療専門医やかかり

● 医師臨床研修の変遷と現在の制度

■昭和21年(1946年) インターン制度＝医学部卒業後、医師国家試験受験資格を得るための義務として「卒業後1年以上の診療及び公衆に関する実地修練」を行う……「学生でも医師でもない」インターンは無給→（インターン闘争＝インターン制度廃止要求・国試受験ボイコット・トリアス要求）

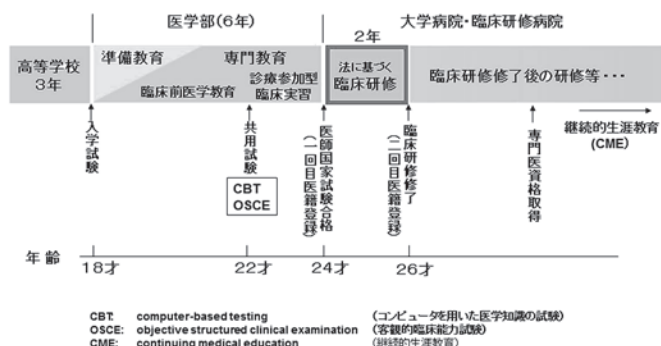
■昭和43年(1968年) 旧医師臨床研修制度＝大学医学部卒業直後に医師国家試験を受験し、医師免許取得後も2年以上の臨床研修……研修は努力規定であり、研修プログラムも不明確。研修する施設間格差が激しく、指導体制も不十分、研修医の身分や処遇もアルバイト扱いで不安定。多くは大学の医局に入局（ナンバー制、単一診療科専門重視）。

→1980年 ローテーション方式導入、1985年 総合診療方式導入

→（平成12年（2002年）医師法、医療法が改正＝臨床研修義務化……医療事故の多発、研修医の過労死による研修制度改正の要求の高まり）

■平成16年(2004年) 新医師臨床研修制度がスタート……2年間の臨床研修への専念や臨床研修終了後の医籍登録、病院や診療所の管理が臨床研修修了者に限定される。修了者でなければ保険診療をすることもできないことも制度化された

わが国における医師の教育・研修制度



厚生労働省審査官作成スライドより

つけ医についても全世代型社会保障構築会議と厚労省でも議論が進められていますので、これらと地域医療提供体制についても議論できればと思います。

1. 青森調査からみえた地域の 実態と問題点

吉中 最初に口火を切っていただくということで、村口先生からワーキンググループの地域調査で出された問題意識についてご発言いただけたらと思います。よろしく願いいたします。

村口 研究所の雑誌『いのちとくらし研究所報』79号に寄稿しましたが、青森県の西北五（せいほくご）地域の現地調査をしました。この地域は厚労省の自治体病院再編政策に沿って10年前に全国で一番早く再編し、10年経ちましたので、どういう状況かということで足を運んでみました。

西北五は西津軽郡・北津軽郡・五所川原市の頭文字で、弘前市の隣であり、五所川原市や鰺ヶ沢町などがあります。面積は佐賀県一つ分の面積です。再編前は五つある公立病院すべてが救急指定病院だったのです。ところが再編することによって、一つのセンター病院と二つの病院と二つの無床診療所にされてしまいました。センター病院をつくることによって、地域に研修医を引き込む、医療機能を高める、特に脳外科や心臓外科を設置する、ということでした。

西北五地域は豪雪地帯ですから、冬場には救急車が走れないのでヘリコプターで救急搬送です。しかし豪雨・豪雪のときはやはりヘリコプターも飛ばせられません。地域の人も心臓外科や脳外科の設置を期待しており、計画には最初から弘前大学の教授が入っていたのですが、弘前大学の事情もあって肝心の二つの外科は10年経っても配置できず、地域としては大変に裏切られたという感じになっています。また救急指定病院だったにもかかわらず無床診療所になった地域では、夜中に命を落としても翌日に弘前から医師が来るまで看取りをしてもらえないことも起きています。

ほかに高校なども減らされているので、高校生の通学にはJRだけで年間8万円もの交通費がか

かるなど、地域全体の過疎化が進められている状況になっていました。平成の大合併で過疎化したうえに公立病院の縮小再編によって、地域が大変住みにくい、ますます住めない地域が作られています。

基幹病院となった五所川原市の病院には、救急車が押し寄せて、玄関の前に5、6台並んでしまうことも起きています。そういう状況になって、大変極端な地域医療の再編が行われていることが見えてきました。

おしなべて今の国がやろうとしてることは、こういう状況、特に過疎地域を作り出していくのではないかと見えてきました。そういう点で日本専門医機構の議事録を見ますと、必ず出てくるのは過疎地の医師にどう対応するかです。

専門医機構が考えるのは、過疎地の医療に半年間などと携われれば専門医資格を与える条件にする、地域医療支援病院の院長になる資格として専門医資格の取得をした上で過疎地の医療を一定期間担ったら院長になれるとするなど、そんな場当たりの議論がされています。議論のなかではとくに地方の過疎地の医療については、ほとんど置き去りにになっていることがはっきりしているのではないのでしょうか。

地方の大学医学部がどうなのかということ、弘前大学の場合、ある科の教室は人数が少なく、教授も当直をするなどということが起こっているということです。国立大学協会の資料によれば、大学の医師の登録指導医の数は、平均値が172.6で最低が77.0と100人近くの差があります。最大は337人です。地方大学の非常に弱い体制で、その大学の医局に専門医制度のために配置をすることになっているけれども、その地方大学、弱い大学では必ずしもそれが成功していないのがわかります。

そういうことでこの専門医制度は、地域医療、特に自治体病院再編構想と重なって、地域医療にとって必ずしもプラスにはならないどころか、ますます弱めるようなことになりかねないのです。

2017年4月に、全国市長会が専門医制度のスタートについて6点にわたる要望を厚労大臣に出しています。つまり「①中・小規模病院が危機に陥る懸念、②地方創生に逆行する危険と医師偏在の助長、③医師の診療活動開始年齢の遅延と医療コ

スト増大、④初期研修制度導入時に立ち返りPDCAで考えるべき、⑤若手医師たちに義務的に医局生活を強いる理不尽、⑥専門職自立という国民不在の議論」。全国市長会も専門医制度スタートにあたって問題にしているわけですが、ほとんど一顧だにされないような形で進んでいるのが現状ではないかと思いました。その点で、いま国が進めようとしている自治体病院の縮小再編に乗る形で専門医制度が進んでいくと、特に地方の過疎地の医療はほとんど廃れていくことになりかねないと思います。

かなり昔になりますが、1961（昭和36）年の『厚生白書』には、「全国民に対して医療の恩恵を均てん化するために僻地医療を重視する」と出てくるのです。こういう国の姿勢がまったく棚上げされたままにいろんな制度化が進み、専門医制度実施で自身の働き方も歪められているということです。我々としても大きく問題にし、こういうことを中心に制度を考えるように方向転換を求めている必要があるのではないかと思いますね。

吉中 青森の西北五地域という過疎地域のリアルな実態を今のようにお聞きすることができました。私たちは都市に住んでいることもあって実感としてはすこし薄い面があります。そこでいま出された問題意識に関わって、ご自分の活動している地域の実態や過疎地域の医療に関しての質問でもいいですので、ご発言をいただこうかと思います。

まず山本先生からいきましょうか。

山本 村口先生、ありがとうございます。あまりに想像を超える大変な状況をお聞きして、ご指摘されたような日本のなかにある医療資源、体力の差について捉えながら政策提言をしないとイケないと思います。その目的に「偏在解消」を4番目に取って付けたのが今度の新専門医制度ですが、そういう利用をされても専門医制度は何もこれを解決しないということが、村口先生のお話でもすごくはっきりしていると思います。

またその地域格差、地域差をどう埋めていくのか、ならしていくのかの視点を、いわゆる政府の社会保障削減の路線ではない視点で持っていない

といけなかったと思います。いつも少し大きいところ、今回の専門医制度の問題や、その本質は社会保障の縮小にあるのではないかなどと大きくくりがちですけれど、地方のリアルについてきちんと見つめることが必要だと思った次第です。

都道府県には「地域医療対策協議会」というものがあり、その後の「地域医療構想調整会議」と両方で走らないとだめだという位置づけがあると思うのですが、青森の西北五地域ではそれがどう機能しているのだろうかということも知りたいと思いました。

逆に都市部の福岡では、議事の概要しか見ることができませんが地域医療対策協議会はほとんど機能しなくなって、地域医療構想調整会議では医師の確保とまったく関係ない話ばかりをしています。まったく自分たちのなかでリアリティがわからない、どこで何をやっているのかわからない、そういう県という自治体のシステムをすこし遠くから眺めてる感じがしています。くらべて青森県のそういう地域は、もっと政策や議論が当事者の間近にあるのかもしれないということも想像しました。

吉中 福岡には二次医療圏がたくさんあると思いますが、極端な医師不足の医療圏はそれほどないということでしょうか。

山本 医療資源が不足している京築医療圏というところがあるのですが、県に一度直接専門医シーリングで質問をしたときも、そこにどう専攻医を送るかだけを考えれば、福岡の県庁としてはお仕事しているみたいなお返事で。それが実態です。

吉中 なるほど、わりと平準化されている傾向が強いようですね。続いて山田先生、ご発言願えますか。

山田 大変わかりやすく過疎地の医療の現状をありがとうございます。初めてお伺いする内容でした。

同時に私がこの話を聞きながら思い出したのが、一つ目は初期研修制度のいわゆる指導医講習会のなかで、厚労省の技官の方が「初期研修制度

で医師の偏在対策をしようと思ったけれども、うまくいかなかった。よって次は専門医制度を使って、医師の偏在を解消する」と滔々と述べられたことです。

二つ目に、そのときに技官は全国地図を出して、確か秋田の地図をクローズアップして出されたと思うのですが、車で30分圏内にアクセスできる場所に基幹病院を置いて、病院の統廃合をしているのだということを滔々と述べられたのを思い出しました。

今のお話のように豪雪地帯における急性期病院だったところが診療所になり、朝まで待たないと看取りもできない、そういう話を聞くと、あの地図で到達時間を説明していたことは本当に絵に描いた餅で、厚労省デザインというのは現場を無視して作られているのだと改めて思った次第です。

専門医制度のこともお話をしますと、初期研修の制度は今でも市中病院に半分以上、初期研修医が大学を離れて出ていく、こういうなかで専門医制度そのものは大学に人を集めるための制度だと思っていて、実際それで運用されているのだろうと思っていました。

しかし弘前大学がどういう状況かという話が出されましたが、心臓外科・脳神経外科を統廃合した基幹病院に誘致すると言っておきながら10年間配置がないという状況を聞きますと、大学といえども、地方にあってはなかなか人を集めることが大変なのだろうということを改めて思いました。また、もし弘前大学の医局の実態がわかれば、教えていただきたいと思いました。

そういう現象は地方のどこでも起きているのだろうと思いますと、ますます都市部と地方における医師数の偏在は解消できないし、診療科の偏在解消もできないのだろうと改めて強く思ったのが一番です。

吉中 私から京都の状況を少しお話してみたいと思います。京都をご承知のように人口当たりの医師数では日本でも一番多い地域の一つに入っています。しかしそれは京都市が代表的なわけで、実は京都府は南から北まで長くて、一番医師不足が激しいのは日本海側、福知山市などがある地域になります。

日本海側はやはり過疎地も多く、二次医療圏によっては地区医師会にも医師が20人ぐらいしかいらっしやらないところもあって、しかも60代、70代の先生がほとんどです。そういう意味では介護保険の運用も在宅医療もそうですが、そのこと自体がなかなか成り立ちにくい。今回のコロナ禍では、ワクチン接種等も大変だということがある地域です。

京都府においても、公立公的病院の再編が進んでいます。福知山市には福知山市民病院があり、400床程度の基幹病院です。その分院で大江分院という60床ほどの病院があります。大江山の鬼退治の大江ですね。その分院はベッド統廃合となり、既に今年4月に実行されました。しかし開業医の先生方からは、かなり反対意見がありました。それは高齢の患者さんたち、療養病床などを活用する人たちの行き場がなくなることが非常に大きな危惧であり、ちょっとした体調の悪化で入院させてもらえるところがなくなることをおっしゃっていました。しかし地域の反対はあっても、実際には病床統廃合が進んでいるということです。

もう一つ、私は京都市内で仕事をしていますけれど、例えば民医連の病院にしても診療所の所長にしても、新専門医制度が始まってから2010年、2011年あたりまでの時期と比べると、今は医師の確保が非常にしやすくなったという印象を強く持っています。診療所の所長体制はなかなか民医連内だけではまかないきれないのですけれど、公募すると結構応募があるのです。これは京都市内、それから綾部や福知山、丹後といった過疎地についても割と見つかりやすく、以前とはちょっと違うなと感じています。

やはり、医学部地域枠で医師の定員が増えたので、それを卒業した人たちが初期研修・専門研修を終えて出てきていることが一つ。それからかつて自治医大をはじめとした新設医大の時期がありましたよね。そのとき卒業した人たちがだいたい定年を迎える時期です。意外と50代の先生方もおられて、これは外科医の人が多いです。自分の行き先が見えてきて、やっぱりもう開業しようか、でも開業するのは大変だからと応募してこられる方がいらっしやいます。そういう変化は感じています。

そのことがこの地域医療構想やいま話題になったような医師偏在の是正に繋がるかどうかは、ちょっと注目をしながら見ているところです。村口先生のご報告だと、青森で見ると一切そういうのではなく、医師が少ないというお話だろうと受け止めました。だから結局、政策的には厚労省は医師偏在是正で指標も出すなどやっていますが、なかなかそれがうまくいっていない。私は医学部の定員増が一番有効ではないかと感じている次第です。

村口先生、ご質問がいくつかありましたが、ご発言がありましたらお願いいたします。

村口 いま京都の話がありましたが、京都は日本のなかでは非常に医師の充足率が高いですからね。そして高齢化でもって人口が減るなかで、来年度から医学部の入学定員を減らす動きが出ていますよね。しかしいまだに OECD 平均値よりも100人当たり1人少ないです。ですからせめて OECD の平均値まで医師を増やせという、そういうことが必要ではないかと、この問題の一つの結論として考えます。

それから専門医制度について、特に専攻医ワークショップ研修もそうですが、専門医制度の場合は大病院中心になり地域医療から離れた研修になりますよね。ですから、医師自身のモチベーションでは過疎地は頭になるわけです。

そういう点で医師が地域に目をやる、地域の問題意識を獲得できるように医学部での教育や初期研修のなかに地域医療を体験する・考える、例えば3ヶ月から半年間、そういう期間をつくるなど教育のあり方の大きな変換が必要なのではないかなと思ってます。義務的に地方に行けなどとしても、いい仕事にはなりません。そういう抜本的なことも考えなければ、この問題にアプローチできないのではないかなと思っています。

2. 新専門医制度の現状と課題

吉中 それでは新専門医制度について議論を向けたいと思います。山田先生から資料をいただきます。新専門医制度の現状と課題についてお話いただいて、現状を認識した上で話をしたいと思い

ますので、山田先生、よろしくをお願いいたします（資料は42～47ページ参照）。

山田 資料1 ページ目ですが、新専門医制度の開始が1年遅れた2018年の開始となったことについては、先ほど村口先生が全国市長会からの懸念について述べられたように、あちこちから地域医療に大きな影響を及ぼすのではないかと、拙速な制度の発足は許さないという声のなかで遅れたと認識をしております。

また「主役は国民と専攻医である」とうたわれたわけですが、実際は冒頭に吉中先生もおっしゃったように、国民には見えていない制度だと思いますし、結果として何が起きたかということ、専門医制度が厚労省のいうところの医師の診療科偏在、地域偏在をなくすための道具になった、一言で言うとそういうことではないかと思います。そのための例えばシーリングの導入ということです。

もう一つ大きな問題だと思うのは、専門医機構の発足が1年遅れたことで財源が疲弊し、学会から資金を投入してもらって下支えしてもらった関係で、プロフェッショナル・オートノミー（専門家による自律性）で行くと言ったにもかかわらず、結局、学会代表者の意向に加えて、プロフェッショナル・オートノミーが機能しなかったことです。さらに厚労省が関与できるようにしますと、厚労省の主に医道審議会の部会になりますが、官僚統制ができるようなシステムがこの専門医機構のなかに入り込みました。

一応これで良かった点とは、当初学会が提示した大学や地域の本当の基幹病院でしか研究・研修できないという要件が、診療科によっては一部緩和されたことくらいでしょうか。

2 ページ目は日医・四病協（日本医師会・四病院団体協議会）からも新専門医制度に対する懸念が出されたものです。地域医療が崩壊するのではないかという内容です。3 ページ目は民医連も同じように指摘をしているということで提供させていただきました。これはさきほどの村口先生のお話とも重なると思うのですが、身近な地域にちょっとした病気で気軽にかかれる、入院できる、そういう地域医療を担う中小病院の存在意義が改めて大きくなったのではないかと、この専門医制

度発足以来の経過を見ていて思います。

4 ページ目にはそれ以外の懸念材料について、例えば診療報酬制度とのリンク、逆に資格に伴ってインセンティブが導入されるのではないか、国民の目から見たフリーアクセス制限など、さまざまに7点ほど挙げています。

後半に話題になると思いますが、いわゆるかかりつけ医ということで言いますと、総合診療医とプライマリ・ケア学会の家庭医療専門医とがすぐに頭に思い浮かぶわけですね。そういった制度との関係で、このかかりつけ医の問題を捉えてどうなっていくのが懸念材料になると思います。

5 ページ目は「専攻医にとって」ということでまとめさせていただきました。

長らく私たちは「トリアス要求（身分・経済の保障、研修の教育の保障、研修の自由の保障）」でたたかってきた経過がありますが、シーリングの問題点は正しく研修の自由の保障がなくなることには他ならないと思っています。それから、シーリングを算定するにあたっては、厚労省が必要医師数や目標養成数の算定基準を示していますが、この指標自体が本当に正しいのかということについても大きな疑問を持っています。

ほかにも専攻医の視点に立って見たことを書かせていただきましたが、システムの問題があります。本来、専門医資格を取るのには目的ではなく、医師の成長のなかの一つの手段や通過点だと思っているわけですが、若い先生方のなかにはそれを目的としてしまっている方たちがいて、早く専門医を取るために何が最短かという考え方をします。例えば、内科はシステムが複雑だから敬遠してマイナーな診療科に進む、あるいは大都市圏で残りたいから「本当は内科に残りたかったのだけれど、うまくマッチしなかったので専攻を変えて眼科になりました」とか、あるいは希望するところにどうしても入りたいから浪人するというような初期研修医もいると聞いています。本末転倒というか、私達の世代にはちょっと想像つかないような初期研修医の動きが出てしまっている。

またシステムが非常に複雑で、研修病院を変えたときに、うまく移行できないというトラブルが起きていると聞いています。それから、生涯教育という点から考えれば、資格維持のためには、ず

っと大規模病院に所属しないといけない、大学に残らないといけないということにもなりますし、大学教育から離れるときに結局自分では探しきれないので、民間のいろんなエージェンシーの会社がありますが、そういうところに頼んで紹介してもらう。そんなある意味モラルハザード的なことも起きているように思っています。

それから、本来、法的な制度ではないはずですが診療報酬の問題、それからある領域で薬剤使用について資格が求められることもあって、そのために資格に目を奪われているということもあるのではないかなと。

6 ページ目はシーリングのことを書いています。はじめはシーリングはある意味、非常にわかりやすい良いシステムでした。医師が多いと国民の目から見て思われるような5大都市圏について、診療科を一部限定した上でシーリングを過去5年間の採用数の平均にするという、私たち医師にとっては洪々了承せざるをえないものだったわけですね。しかし年を経るごとにこのシーリングの要件が段々変わって難しくなっていって、ぱっと見てもわからないような算定方式に変わってきているのです。

来年度のシーリング案を7ページに載せています。簡単に言いますと、医師の充足数が0.7以下の都道府県に「特別地域連携プログラム」として、都道府県限定分と同数、1年間僻地に行くというプログラムを導入するということです。これははじめ2022シーリングに組み込むという話だったのですが、枠外に置いて、いわゆる僻地の診療経験を積むという形になっているということと、子育て支援加算が追加されています。男性医師でも子育てをやりたいとワークライフバランスを考えている先生方について応援することでもあるので、決して悪いことではないと思います。問題は、先ほど言いました連携プログラムの計算式が非常に複雑でわかりにくいことです。

8 ページに具体的な計算式を載せていますが、来年度のシーリング設定でいくと、東京都の内科については逆に定員が増える逆転現象も起きるので、これについては医道審議会の部会の中なかでも懸念が出されています。

国は専門医制度によって専攻医のコントロール

をしようとしているわけですが、現在の評価として有効ではないというのが、到達だと思えます。

そもそも生涯教育を含むキャリアパスになっていません。専攻医ということで卒業して5年目6年目あたりまでコントロールをしたところで、その先のコントロールが効かないわけですから、そういった意味では医師の生涯教育は、もう少し大きなグランドデザインのなかで考えるべきではないかと思えます。

医道審議会、専門医機構の先生方のご発言を見ますと、シーリングをかけても都市部の医師が減っているけれどもその周辺の県については医師が増えていっているようなことで不完全ということがあります。

また来年度の特別地域連携プログラムは、採用したあとに「あなたは通常プログラム、あなたは地域連携で僻地へ行ってもらいます」と、とにかく人を集めた上で、その後から専攻医にそういうことを迫っているのが、専攻医の不公平感が増すのではないかというもあります。先ほど言いましたように、枠内に置くという当初の構想から枠外に置くとしたものですから、この地域に行くプログラム自体は増えたにしても、結局はその専攻医が行くと言わなければ派遣できない。先ほど言ったように、枠のなかで東京などは定員が増えるわけで、専攻医が行かないと言ってしまう、言ったもの勝ちになってしまう。結局、採用枠が都市部に広がり医師偏在が助長されるのではないかということも言われています。

それから学会ですが、内科学会は専攻医の地域充足率の全国地図を作って、専攻医の偏在は解消されていると、ちょっと現場感覚では納得できないことをおっしゃっています。外科学会は先ほど村口先生からもあったように、専門医資格の更新のときに、1年間の過疎地での従事要件を課するという提案が出されたことについて非常に反発を持っており、18の基本領域の連名で抗議文を作り、提出したということ、外科学会の総会で滔々と、ある意味、誇らしげにおっしゃっていたようなことがありました。この学会の意向が強いというなかでは、偏在対策にこの制度が有効とはとても思えないと、発言を聞いて改めて思った次第です。

実際に現場で起きていることでは、専攻医のプ

ログラムの辞退や転科などが多いことが明らかになってきました。それから、年度途中でプログラムを中断すれば、4月まで待たなければ再開できないことになっています。地域枠の締め付けについては、初期研修医についてもこの間、かなり締め付けが強くありましたが、地域枠を離脱した研修医については、制度に乗っても専門医資格を与えないと突然に言い出しています。それからサブスペシャルティ領域の機構の設定が行われているのですが、紆余曲折があつて、まだスタートできずにいます。結局は学会のサブスペシャルティに乗ったものとなり、ついに2023年度のシーリングについては先ほどお示ししたものの決定の遅れもあつて、今の専攻医の募集開始時期が12月と遅れています。研修医も非常にやきもきしている状況があります。

それから、指導医の方も大変です。一例では内科では、学会的には最初は内分泌代謝学会と糖尿病学会とに分かれていたのですが、サブスペシャルティについてこの二つを合体させる提案があったものですから、片方の専門医資格、指導医資格を持っている、あるいは両方持っている者がいることとなり、この機構の指導医をどう認定をしていくのかという新しい提案が出されることになりました。かつ、これが突然に出されるものですから、指導医は常に学会ホームページを確認して目を光らせておかないといけないことになりました。突然発表されて間に合わない、いわゆる教育施設の要件を満たさなくなる怖さがあるので、当院などでも研修担当の事務にも言って、学会ホームページをそれこそ循環して見ていくと決め、情報を逃さないようにしながら指導医資格を逃がさないように資格を維持し、教育施設を維持していくということに頭を悩ませている現状があります。

吉中 ありがとうございます。この新専門医制度は、医師にもなかなか理解しにくいところがたくさんありますが、概要をご説明いただきました。偏在対策については有効なのかは、山田先生からは限定的であると言わざるを得ないのではないかとのご発言でした。私もそんなふうに思います。

地域医療構想と新専門医制度ということで、今

の山田先生のご発言をベースに現場での問題意識などを話していただけたらと思います。山本先生からいいですか。

山本 目的として偏在対策を入れたこと自体に、良心的な教育者や総合診療をやっている先生たちからは相当な反発もありました。やはり、本当にいい医師を育てるということで、本人のモチベーションやいろいろなことを考えたら、その修練の時期に僻地に行くことで全部を済ませてしまうのは、多くの意味でマイナスも大きいのではないかという意見が出たことを思い出します。

吉中先生から出されていた医師の専門医制度が地域医療を歪ませているのではないかという論点でいくと、もともと日本の医師養成課程には地域医療の担い手をつくるというのがほぼ入っていないのです。そもそも入っていないことに対して非常に問題意識を募らせている大学の教育者は一定数いて、九州では地域医療教育研究会という研究会が行われています。大学のその分野の先生たちが集まって発表会をしたり、学生も結構来たりするのですが、数年前のことですが、現役のその分野の教授の先生方から「一番の阻害因子は、大学の教務であり教授会なんだ」という発言がされていました。地域医療の担い手が地域包括ケアの現場でとても必要なのに、そういう人材をどう養成するのかがすっぱりと大学の教育から抜けていることについて、一顧だにしないという状況に怒っておられたのです。一部の良心的な大学人、真面目に日本の医療の将来像や国民の医療ニーズを捉えた大学人たちからは、そこが本当に課題だという提起をされているのです。逆に言うと、そういう人たちがそういう声を挙げざるを得ない状況であり、医局講座制というルールを下敷きにした医師養成になっていますので、それが専門医制度の枠組みづくりにもそのままつながっています。

さきほど山田先生から、今度の新専門医制度も学会が途中から専門医機構のなかに入ったという話がありました。学会が入る直前までは、どういう専門医が地域のニーズにとって大事なのかを真面目に議論し、かなり濃厚なプログラム案や骨子が提示されていました。しかし全部ひっくり返って学会主導となり、例えば血液内科の専門医が何

年でできるか、論文を書ける医師が何年でできるかということが肝心な点のような議論もされるように変わってしまいました。新専門医制度もそういう座標軸のなかで提起され、地域医療の担い手を視野に置かないということです。同じ座標軸で地域医療構想も作られていくので、1本のレールに乗っているなと思います。

背景にはこの国の社会保障に対する考え方がありますので、専門医制度にシーリングという枠組みができたのも必然で、そうやって担い手をコントロールし社会保障費を縮小していくという構想のなかに専門医制度は乗っているのです。そのようにして専門医制度という切り口で地域の医師の配置数を考えることが合理的であるかのように組み立てられているのではないかと思います。

総合診療が19番目の基本領域としてできたのも、裏を返すとあれだけ地域医療のなかでニーズにマッチしよう、その技術およびノンテクニカルスキルをトレーニングしようという大切なことを1専門領域の中にとじこめる議論になったわけです。そういうジャンルの確立をしたいというのが総合診療を一生懸命やっていらっしゃった学会の先生たちの願いではあったけれども、逆に言うとそういうところは1ジャンルでいいのだという制度設計なのだともみてとれます。ですから結局、専門医制度の大半の部分が、その地域の健康問題や医療ニーズに対する回答を準備しないということが一番根本にあることではないかと思います。

派生して地域医療構想のシーリングについて、福岡はかなり厳しく医者の専攻医数を削られています。必要医師数という数字が厚労省からアンケートと計算式で示されました。京都の内科が年間新規7人だったか、相当少ない人数を示されたことがあったと記憶していますが、何を考えているのかというのが現場の実感ではないでしょうか。私の同期に大学の内科系の教授が何人かいますが「お前のところに、うちの教室の医者を内科の専攻医で入れさせられないか」と話があり、逆に「僕のところも削られて2人しか枠がないんよ」と言ったら「自分の大学も内科全体でも十何人しかいないんだよ」と、本当にこれでどうやって内科診療の担い手を作り出していけるんだろうかと困っていて、本当に残念だと語っていました。

都市部ではシーリングは医師抑制のツールとして本当に効いています。印象的だったのは、新型コロナで県による病院長会議が何回か行われているのですが、第何波かは忘れましたが、県のある病院の病院長が「とにかくコロナの間だけはシーリングを止めるという方針を、福岡県から国に出してほしい」と発言しておられました。コロナの会議でシーリングの話をしていても即効性はないのですが、そのくらい、日々、自分たちの医療の担い手にリミッターがかけられていくことに対する大きな危機感を持っているのだと思いました。

若手医師への影響は、先ほど山田先生がおっしゃったようにすごく大きいと思います。臨床研修制度が必修化したのは2004年で、その後、新専門医制度が始まり、ずっとキャリアとか資格で生きていくしかない、医学生も含めて追い詰められているなど見てきました。

ただ最近では、若い先生方には自分の人生は一色ではないというのでしょうか、「いっぺん決めたら終身これ」というより、もうすこし余裕がある感じで「とりあえずこれをやってますけれど、嫌になったら他のことでもやろうかな」という雰囲気があります。ある意味、流動化して意識も少し違ってきたのかな、この10年ぐらいでそんなことも感じてます。

吉中 ありがとうございます。最後の流動化の兆しの話は、ちょっと興味深いですね。ひょっとしたら何かそんなこともあるかもしれませんね。

村口先生、「トリアス要求」という先生の現役の頃のお話が出てきましたが、初期研修医制度から新専門医制度となって、今まで縷々語られたような方向、医師の多くがキャリアで自分の人生をみていくしかないような感じになっているということです。研修や育成の制度がどうなればもう少し地域を向くのかなど、そんなことも含めてご感想やご意見ありましたらお願いします。

村口 まず福岡は、シーリングがかけられている地域のうちの一つですね。その福岡の大学でも医師不足という状況があるということが、ある意味ではショックです。そういうことも含めて、やはり改めて医学部の入学定員を減らすなという運動

が必要ではないかなと思います。せめて京都なみにならないと、全国的に、特に過疎地の医療も医師不足問題が解決しないことになると思います。だから定員を減らすなという運動が非常に大事だと、今の話を聞いて感じました。

それから坂総合病院も一つの基幹病院になっています。坂病院だけで養成できるのは内科、それから総合診療医で、残留率が高いのは総合診療医です。これまで10年間の単位で見ますと総合診療コースに乗ったのが19人、そのうち、免許を取るだけの資格を取ったのは10人、それで10人のうち5人が残っています。それでも他の科に比べると非常に実績を生み出しているわけです。そこから何を学ぶかということがあると思います。総合診療医は、将来のイメージがつかめるのだと思いますね。内科や他の科の場合は、その先のサブスペシャリティも含めて目標を描きにくいところがあるのではないかと考えています。

専門医養成について、坂病院の場合は実績と量的にも資格が十分あると思うのがリハビリテーション科です。しかしリハビリテーションの場合、2年半は坂病院で行い、あと半年は大学に行かなければいけないとなっています。県にはリハビリテーション科の基幹病院は二つしか置かないとなっていて、既に大学に二つのリハビリテーション科があるから坂病院に置くわけにはいかないということです。実績としては坂病院の方がはるかにあるのに、そんな歪んだことで坂病院は関連病院にさせられています。

指導医たちの感想では、大変複雑で労力も多いけれども、いろいろと広く勉強できる機会が与えられるのはいいだろうという受け止め方で、一生懸命対応しています。ただ、専門医機構が発足する前の初期研修医の場合は、かなりが坂病院に残ることを考えながら初期研修に入るわけですが、専門医機構が発足したら初期研修医も将来に坂病院を選択してとはなかなかかなりにくくなっているようです。だから現場の指導医たちは労多くして、と感じているようです。

私としては、学生時代に地域に対する目をどれだけ育てられるかが基本ではないかなと思うのです。そういう意味で大学に地域医療講座のようなものをきちんと持って研究もして、医学生時代に

3ヶ月くらい、過疎地に行って寝泊まりして地域をじっくりと体験する、学生のうちにそういうモチベーションをきちんと持つのが大事ではないでしょうか。資格を取る上で地方に行けなんて言っても、それでは地方が迷惑するわけですから。そういう教育カリキュラムの大改革も考えなければいけないのではないかと思います。

まとめて言えば、やはり医師を減らすな、医学部の定員を減らすなという大きな運動が必要だと思います。憲法25条によって、日本人がどこで生まれても、健康で文化的な必要な医療を保障されるわけですから、改めてそういう視点に立つてのこの専門医制度の批判や提言ということが必要ではないかと思ったところです。

吉中 ありがとうございます。新専門医制度については、いろいろ重要なポイントをご指摘していただけたと思います。新専門医制度は山田先生のおっしゃるように、医師偏在を是正する機能を果たしているとはあまり思えない、大きく根本的な矛盾があるように思えます。

少し付け加えさせていただくと、今の日本の医師養成のシステム、とくに新専門医制度の先にあるものが、今はせいぜいサブスペシャルティであり、その先に地域医療があるなんて誰も発想できない状況ですね。だから若い先生たちは、その地域医療に向かう回路がもう閉じられている感じです。

振り返ってみると、もう一つ、今の初期研修制度も途中で新専門医制度に合体する形になり、それこそ地域での研修に保健所などいろいろなあったのに、相当、減られました。民医連では頑張っただけそこは確保しながら初期研修に取り組んできたのですが、もう一度、そういうところを考え直さないといけないかなと、思いました。

それに新専門医制度は研修の制度なので、研修の成果がどうなのかという検証がいるはずですが。しかしどうでしょう、誰もまだしていないと思います。医師偏在対策で安易に利用するのではなくて、本当に専門医として養成できているのかという検証が課題かと思っています。それはまた別筋の話になるのですが。

3. 民医連の医師の働き方改革への対応の現状

吉中 つぎは医師の働き方改革についてです。私のところの病院でも委員会を設けて対策をしています。A水準で収めるのを目標にし、労働基準監督署の宿日直許可が現状のまま続けばその基準はクリアできることになっています。しかし、大学からの派遣とか、京都は夜間診療があるので病院の医師が診療所に出向いて外来診療をしたり往診したりといろいろなことをしていることも微妙に影響する可能性もあると気になっています。

それで民医連の医師の働き方改革への対応と現状について、山本先生から全体像をお話したいので、できれば地域医療構想、先ほどの青森のような状況に対する影響なども、もし聞こえていることがありましたら、ご発言いただければと思います。

山本 現役の医師部長は山田先生なのですが、ちょっと話しますね。

働き方改革については医師が5年猶予の対象となり、2024年4月から実施するというのが期限です。応召義務の考え方から始まり、越えなければならない課題が日本全国にあるわけです。しかし振り返ると、医療というか医師の世界に「労働者性」を持ち込んで認識させたことは、大きなインパクトだったと思います。例えば政府の会議のコアメンバーに福岡県から出て入っていらっしゃる先生も、はじめは福岡の医師会の勉強会で、会議で労働者と言われたことに対して「自分が積んできた修練はそんなことではない」とかなり憤慨しておられました。しかしそれは最初の頃だけで、すぐにそれはのりこえて医師もきちんと労働者性、労働の主体なのだと認識するようになったのは、全体としてそこが据わってきたのはポジティブな面だとも思います。

しかし村口先生がおっしゃっていますが、増員なし、医師を増員させないというのが問題です。それは国の政策がどちらを向いているかが明らかなのですが、増員なしの改革ということで、地域医療の現場にも、あるいはその医師自身にも大きな影響が出ていると思います。

民医連の取り組み状況についてです。山田先生が部長をされている医師部を中心とした全国的なレベル、あるいは地方協議会（地協）レベル、あるいは福岡だと福岡県連のなかにいくつか病院がありますので、そういうところで相互に点検、交流しながら取り組みが進行しています。県から派遣の社会保険労務士に入ってもらって一緒にやっているところ、あるいは外部業者のコンサルを入れながらなどと、やり方はいろいろですが進んでいます。

三六協定はほぼ大体できていると思いますが、医師の労働時間をどう把握するかということと、そのなかでも病院にいる時間のなかの自己研鑽か労働かということについては、ある程度進んできた、残りあと1年半ぐらいですから、半分ぐらいのところは整理が済んだかなと見ています。

労働時間の上限、A水準で960時間というのがあります。その労働時間の上限への取り組み、時間外労働ですね、上限への取り組みと宿日直許可を取っていくのが焦点になっています。その取り組みの途上にあるところがほとんどですね。特に救急受け入れをしている病院での宿日直許可は、多くはこれからかなという予想です。

この取り組みによる費用負担は、病院の規模などでさまざまです。当院の試算では、おそらく年間3000万円くらい人件費が増えるという試算が出ていました。医療活動と経営の維持との関連が、当然働き方改革で出てきますので、時間外労働時間をA水準でいくためには、当直中の労働時間のカウントを厳格化することと、あと宿日直許可を得るためには——なぜそういうルールなのか、理解しがたいのですが——週に1回の当直宿直、あと日直が月1回というのがおおよその目安だと行政は言っていますので、そういう回数制限をしっかりしていく。どちらにしても時間外労働のA水準のためにはそうなるんです。

同時に時間外医療の体制を維持するには、自分のところの医師がそれぐらいしか入れないこととなりますので、外部からの当直医の獲得が必要なのところも多いと思います。そうすると、大学側も宿日直許可がないと医師の派遣ができませんというのが多いと聞いておりますので、そういうことで宿日直許可が焦点になってくる、民医連の大ま

かな状況はそういうところですよ。

そもそもの問題点については後でもう1回発言したいと思いますが、現場で起きていることは、やはりその宿日直許可がないと医師を派遣しないという大学の声が聞こえてくることです。一方でうちの地元の大学は比較的大きな大学なので、B基準（1860時間）でいくと決めています。その内科は関連病院がたくさんあって、若手の医師を外勤に行かせているので、そういうのは歴史的な経過もあって、必ず派遣しないといけない関係性があるのだそうです。それで「相手の病院が宿日直許可を取ろうが取らないが医師を送るのですか」と質問したら、それは送ることになるけれども宿日直届をとるように依頼はすると言っていました。内科は大学のなかで960時間、大学の外で900時間を使えるのでなんとかなるが、問題は外科が大学内部で960時間では全然足りず、中だけでかなり長時間労働、時間外が多いのでここが課題だと言っていました。

あとはいわゆる労働者性からは外されている大学院生の医師が、時間外を自分の生活のためにする。大学院生の生活保障がされていないという大きな問題もありますが、1860、960時間という枠外に置かれており、それが健康被害に繋がらなければいいと思います。そこは対象外として認識をされているのが現状かなと、僕の方からはこのくらいです。

吉中 それでは現在の医師部長ということで、山田先生から全国の状況や地域医療に与える影響などについて、わかっていることがありましたらお話しください。

山田 山本先生のお話に少し補足する形で、現場で起きている困難と言いますと、一つはやはり圧倒的に病院勤務医が不足しているのを実感させられるような現象や声が、あちこちで聞かれるということです。

一方で、これは専門医制度の影響ですが、2病院以上で研修するのが原則ですので、当院に残ってる専攻医たちも外の病院で一定期間研修します。その方たちに、外に出た病院の働き方改革はどうなっているかと聞くと、やはり民医連は遅れ

ているなど実感させられます。例えば時間外手当はシステムを作ってオンライン上で指導医に申請し、指導医が許可をすれば手当がきちんともらえるそうです。民医連の労働と比べて大差はないけれども、時間外手当がきちんとつく分、給与にはかなり差があります。魂だけでは医療は続きません。「先生、このままだと民医連魂の薄い人たちは、絶対どっかに行っちゃいますよ」ということを言われて、なお病院内は焦る、そんなことが起きています。

地域でも基幹病院、我々よりも大きい大規模病院でどんなことをしているかという、マグネットホスピタルでやはり医師が集まっていますので、例えば5時になったら、オベ場で手を下ろして夜勤者と交代する、日中にオベした人たちは5時で終了になるそうです。ちょっと僕らの感覚では信じられないです。あるいは5時になったら医局にある電子カルテの電源を全部落とすなどと、かなり強制的にというか、時間外労働を圧力的に絞るような取り組みを行っている。私どものような、みんなで話をしながら合意を作っていくって段階的かというと違うシステムを敷いています。医師のやりくりが大変な我々のような病院がどう対応していくのか悩みどころです。

最も困るのは、民医連のもっと小規模の病院です。100床台規模の病院は、救急をやると言っても大学派遣の先生方をお願いして手伝っていただく状況があり、山本先生が先ほどおっしゃったように、大学から宿日直許可を取れなければ来年度からの派遣をやめますという通達がきたりしています。

私どもの法人でも三つ病院がありますが、週1回の宿直、月1回の日直という制限をかけられると、これまでほとんど自前で賄っていた当直医が外部医師を招聘しないと足らない状況になります。その医師の確保についても、やはり私どもの手当が安いものですから、手当の底上げをしないか来ただけいけないので、経営負荷がさらに増えるという問題も起きています。なかなか経営と医療・診療の維持の両立は困難で、一番頭を悩ましている問題ということになります。

吉中 村口先生、先ほどの青森の西北部の話では

ありませんが、そういう僻地で起きているこの働き方改革の与える影響などは耳に入ってきていますか。

村口 調査の時には、全然、耳に入りませんでした。ただ、直接に医師と会うことは少なかったこともあるかと思います。事務幹部との話では、それは出なかったですね。ですから絶対的に医師が不足の地域ですので、そこまで考えられないのかもしれないかもしれません。

吉中 それでは働き方改革について、それ以外の観点からありましたらお話をください。

村口 坂病院の医局を見ていますと、夕方5時になるとさっと人がいなくなり、土日も少ない人数になっています。我々の時代とはまったく違うといえますか、むしろ我々の時代は5時6時からが医局に集まってくる感じでした。医局にパソコンがあってカルテを書くわけではないので、病棟でカルテを書いてから上がってくると、もう6時7時ということでした。まったく世界が変わったなという感じです。ただ皆さん元気ではありますね。そのへん、生活リズムが作られているのかもしれないかもしれません。

いま私は坂病院の検査部門を見ていて、スタッフにこういう研究をしたらどうか、調査をしたらどうかと声をかけますと、「超勤を保証してくれますか」とまず言われるのです。これに私はびっくりしました。過去はそんなことはなかったわけです。労働管理としては、ある意味でいいことになっているのかなと思いますね。

ただ、古い民医連の人間としていえば、いわゆる民医連運動というのは時間外にほとんどやっていたわけです。診察が終わって夕飯を食べて、それからみんなが集まってカルテチェックをするとか、データを作るとか。帰るのが夜10時は当たり前といった生活からすれば、ずいぶん違った世界になっているなと思いました。その意味では、民医連運動、民医連医療というものを、我々が時間外にあてた部分を、どんなふうに労働時間内で生み出していくのかということであり、ある意味では大変な試練にぶつかっていると感じます。その

辺を皆さんはどうお考えになってるのか、聞きたいところです。

吉中 ありがとうございます。実は、2000年代に私どものところで、当時は京都民医連第二中央病院がありましたけれど、そこに赴任して亡くなった外科医が1人発生しました。またしばらくすると今度は循環器の医師が、医師関係の会合が終わって交流会をしているときに脳出血を起こしました。民医連運動とおっしゃいましたが、大体、会議は夜にやりますからね。いずれも過労死の基準に該当するわけです。それを契機にだいたい整備をしたことがあって、私どものところの勤怠管理は比較的早くに整備してきたという経緯があります。

この前、コロナの前後でどうなったかを調べましたが、コロナ前後で時間外労働は増えていなかったです。医師もそうだし、ナースや一般職員も同様で意外でした。そんなこともわかるので、ある意味これは非常に前向きに捉えていったらいいかなと思っています。

しかし村口先生がおっしゃった民医連の運動、民医連の諸活動との関係では、何か工夫や頻度など、考えていらっしゃるものがあつたら、発言してみただけですか。

山本 民医連の諸活動で、それぞれの県連事業所でずっと取り組んできたことが、あるときから「これは業務なのか」「日曜日にやるんだったら、その代休はどうするのか、ペイはどうするのか」と、普通に真面目に質問が出るようになりました。長く民医連でやっているメンバーからは嘆かわしいと表明が出されそうですが、質問する方は本当に真面目に聞いていて、それをはっきりさせないとそういう活動の先の発展もないのではないかとという親切心もあるようです。そんなやり取りがあるようです。

自分の病院では、医療の質向上の集会を、いつも日曜日に1日かけて会場を取ってやっていたのが、やっぱりそれをそのまま続けられるのかどうかとなっています。コロナでちょうどポスター形式にしたので、今は一応ペンディングされているのですが、そういう病院の公式な行事で時間外にするときにどう保障するのか、「民医連残業」と

いう言葉も昔ありましたが、そんなことが議論になります。健康まつりはどうするのか、とかです。

ずっと続いているのがホームレス医療支援で、2008年、2009年の正月から毎月1回、ずっとやり続けています。それは何も言われなくても。始まりもとにかく手弁当でやるぞとボランティア精神で始まったことなので、医学生対策や事務対策など、いろんなことが相乗りして半ば公式行事のようにはなっていますが、そこに何か払えとは言われなくて。自主活動なのか業務なのか、業務としてやるのであれば何らかの保障をする。そうした点を明確にしなければいけないのが、今の状況ではないかと思っています。

吉中 はい、ありがとうございます。山田先生、どうでしょうか。

山田 一つは、労働なのかそれとも自己研鑽なのかを、みんなできちんと話をして合意を取っていくことが大事なんだろうと思います。時間外に研究活動をやるとか会議をやるということについても、みんなで一致した合意のもとにやろうとなれば、特に大きな問題なく、みんな取り組んでくれるのではないかと、そういう良心を持った職員の方がたくさんいるだろうと思っています。

二点目に、逆に時間外の会議や活動については、やはり見直さないといけないと思う面は、一つはこの働き改革の問題と、もう一つは、ジェンダー平等の視点、それからクォータ制（割り当て制度）と言われ、女性ももっと活躍できるような職場にしていかなければいけないという視点です。やはりうちなんかもそうですけれど、なるべく会議を時間内に持っていき、時間内に必要なことをみんなで話ができるような会議に変えていくと、そのことでさらに職場環境が良くなり病院が活性化していく、そういうところへ持っていこうという視点で、いま改革に取り組まないといけない時期なんだろうと思っています。その視点を失わずに取り組を進めていきたいと思っています。

京都民医連あすかい病院の中川裕美子院長から話を聞いたのですが、あすかい病院では女性が非常に活躍しておられるし、生き生きと活動している。そういう病院を作るために、ジェンダー平等

の視点での取り組みを行っている。ああいう姿はやはり理想だと思いますし、そこへ一足飛びに私達の病院も行けないので、段階を追って目標にしていきたい。そういうことで言えば、時代が民医連を変える、民医連が時代に追いついていない、と今は感じています。

吉中 村口先生、そういった具合です。

村口 はい、勉強になりました。

山本 ちょっとよろしいですか、働き方改革のかなりポジティブな受けとめの議論が続いてるので、すこしコメントしておきたいのです。

やはり働き方改革が社会保障削減というレールの上で提起されたことは、認識から外せないかなと思います。どんな政権のもとで出されたかということによって、全然違うのだろうとは思いますが。しかし医師増員なしという提起だということ、それから大前提としてほぼ過労死ラインが一番いいラインという提起だということも、やはり押さえておいた方がいいかと思います。

また医療提供体制の縮小を描いている政策のなかで出されたこの改革は、実質には働き手を減じる政策です。働き手が実際に労働時間を縮めるわけですから、実質の働き手を減らしていく方針になっている。そうすると医師を増員しなければ医療活動の規模は当然に縮小していくわけです。医療活動の縮小と患者数の削減、受診抑制というゴールが、やはり見えてくるのではないかと思います。

実際、働き方改革の話が始まったかなり早い段階で、福岡市内の基幹病院で土曜日の一般外来をやめたところがありました。「土曜日の方が受診しやすいのにな、あの病院は良い病院だと思っていたのにな」という福岡市民はかなりいたと思います。そんなことがさっさと始まったので、そういう医療削減というシナリオに乗ったなかでは、やはり患者さんを置き去りにしていく感覚が鈍くなる。もう強制的に2024年4月までにやり切らないといけな話で、これは国策なので、誰が何を言おうとこれをやらないとだめだとなる。しかもその中身は医師を普通の労働者なみに扱う、異常

な医師の労働実態を変えるというすごく真つ当な旗が掲げられているので、診療の縮小が普通に起きていくだろうと思っています。

公的な病院はおそらくそうしていけると思いますが、民間病院はもっと大変で、例えば当直時間外がどうしても1日組めなければ、救急病院だが何曜日にも受け入れられないということもせざるを得ないかもしれない。さらに経営もそれで悪くなるかもしれないという三重苦の中に織り込まれていく。しかしやらなければいけないので、いつの間にか地域の医療ニーズに一生懸命応えるという感覚を、少しどこか鈍くしているところがあるのではないかと思います。

もう一つ、感覚が鈍らされるなと思うのは、やっぱり宿直許可問題です。あまり専門的な技量を使わずそこにいる、というのが宿直のざっくりとした定義ですが、どうにかして今の現状を宿直に近いものに見せて宿直許可を得ようとする。行政も、あまり忙しいときの実態を出さないで、もう少し患者が少ない時期のものを資料で出した方がいいのではないか、となる。この制度を医療機関が乗り切るためにはどうにかして宿直許可を取らせてあげよう、取れるように調整しなさいという姿勢です。ありがたいような、なんだかな、です。

それでも全然追いつかないから、四病協という病院団体が合同で、いわゆる宿直許可のラインを実態に合わせて下げてくれ、そうしないと地域の救急医療はもたないのだと、要するに今のひどい医師の労働をそのまま追認しないと医療が崩壊してしまうぞという、そんな話も出ています。

結局、働き方改革はいろいろと良いことだという話になりがちなのですが、本質、一番大事なのは、医師数を増やさないでやることなので、医師の過重労働やまっとうな労働者性を確保することに対しての正しい感覚をどこかに置いていく、麻痺しているのではないかなと。病院長ですのでこの問題をやりきらないとだめなのですが、ちょっとそういうことを思っています。

村口 今の視点は非常に大事だと思いました。いかにも良いことを言っている感じを与えながら、やはり国民の受療権を抑制することですね。最終

的にはこれも医師を増やせ、減らすなという運動を大きく広げないと、こういうところに追い込まれていくのではないかと改めて思いました。

吉中 医学部入学定員の話は2025年が見直し期限ですが、現状ではペンディングになったままですね。ちょっとまずいかなという感じもあるのだろうと思います。

この働き方改革の虚構性がいくつかの面からあるということは忘れてはいけない点だと思います。その一つのポイントが、かかりつけ医や総合診療医、特に開業医の先生たちは働き方改革からも除外されているわけですから、こういう部分も置いてきぼりになってることも念頭に置きながら話を進めます。

4. かかりつけ医、総合診療医の行方

吉中 さて地域医療構想には、紹介受診重点医療機関と同時に、一方でかかりつけ医を置くという流れ——ただし、かかりつけ医はまだ制度化までは決まっていませんが——になっています。

かかりつけ医について、財務省あたりは制度化するとしきりに言っていますが、今回の参考論文で配布した二木先生の論文でも医療費抑制には必ずしも繋がっていないという指摘があります（二木立「プライマリケアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加する—過去20年間の実証研究の結論（「二木教授の医療時評（205）」）『文化連情報』2022年10月号（535号）：24-31頁）。

その一方で、コロナ禍でかかりつけ医がしっかり機能しなかったから、制度化して強制するのだという流れが強くなっています。それに対してこの11月に日医会長が第1弾の報告（「地域における面としてのかかりつけ医機能～かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けて～（第1報告）」）をしており、人頭制には反対をすることは崩していないけれど、しかしかかりつけ医機能の重要性はほぼいろんな人たちの意識が一致をしてきてるなと思っています。（座談会後11月28日に厚労省社会保障審議会医療部会に「かかりつけ医機能が発揮される制度整備について（骨格案）」が出さ

れた。）

今日のテーマでありました地域医療構想、地域医療の崩壊に対して、このかかりつけ医や総合診療医が救世主になりうるか、どのような条件があれば活躍できるのかなども含めて、先生方からお話を聞いてみたいと思いました。

山本 そうですね、かかりつけ医に関しては、さえあひ医療人権センター COML（コムル）の山口育子さんが、9月の『社会保険旬報』に患者の立場から考えるかかりつけ医機能について書いていて、鋭いなと思いながら読みました（山口育子「患者の立場から考えるかかりつけ医機能—必要ときに必要な医療が受けられる機能に」『社会保険旬報』No. 2868、2022年9月21日）。二木先生と同じように医療の質を上げるけれども、費用も増えるということをおっしゃりながら、今は人頭払いや登録制について賛成する気持ちになれない、その理由は、そもそも日本の医師養成がかかりつけ医登録制を目指していないからだ、という医師を養成してもいないのにそんな制度を導入してもうまくいくはずがないという論調です。国民感情的にも、登録制でいきなりアクセスが制限されるようなことを受け入れる土壌は、今のところはないと。その一方で、フリーアクセスと言いつつ今や国民の意識はフリーアクセスすら制限されているというストレスも抱えていて、あそこの病院に行こうと思ったらまずかかりつけ医とか、どこかの医師に紹介状を書いてもらわないといけない、そんなことが普通になってきている。今後200床以下もそうなるという話になっていますので、そんなストレスがかかっているなかで、医者側が医師を育てていないくせに、こんな制度はできないでしょうということをおっしゃっています。そうだよなと思って読みました。

先ほどは総合診療を19番目のジャンルに挙げた専門医となってしまったことのマイナス面の話をしました。しかし、学生が見学に來たり研修で入ったりしたときに「総合診療医になりたい。興味があります」という人がすごく増えています。それは総合診療というジャンルを確立したことのポジティブな成果だと思います。今まではどの脳外科に入る、内科（臓器・疾病別）に行く等と言

いながら、将来は地域でこうやっていくということの旗印になる言葉がなかったわけです。そういう意味では、総合診療がジャンルとして現れたことは意義が大きいと思っています。

推進力としては、先ほど言った地域医療の医学教育ですね。医学教育も、私達が学生だった頃に比べれば、地域医療を学ばなくてはいけない時間数もすごく入ってきましたし、それこそ健康の社会的決定要因（SDH）も学ばなくてはいけないことに入ってきています。そういう意味では、卒前医学教育を真面目に進めようとしている人たちと一緒に地域への担い手を作っていく、その一つの姿が総合診療医かもしれないと期待できると思います。

一方で、すごく興味深かったのは、全日本民医連の理事会で産業医大の松田晋哉先生がコロナ後の医療について講演をし、そのなかではケアミックス型の病院の今後のポジティブな可能性などに触れながら、総合診療的力を持った医師集団が立ち現れること、それについて強い看護師集団が出現することが大事だと提案されたのですが、講演後の質疑のなかで1階がいわゆるサブスペシャリティで2階が総合診療という医師像を提案されたのです。日本はいわゆる専門家が好きで、蕎麦屋やとんかつ屋などのように1つの料理で店を構えるのがたくさんある国は珍しいという話をされていました。「これをやる」という職人的なことが好きな国民性なのだそうです。すると何科ですかというと、どうしても2階の内科よりも1階の呼吸器です、循環器です、血液ですと名乗りたがり、そこに自分のアイデンティティを求めたがる。大学や大きな病院はそうでしょうが、しかし地方に行けば、実際にはジェネラルなことをたくさんしています。それは例えば1階が神経内科で2階が総合診療というような、ただ1階部分にそういうのを持った僕は総合診療なんだ、というのが、これから本当に必要な医師像ではないかという、そんな発言をされました。

総合診療医のところを大きくしていくという道筋だけではなく、今からの時代の地域医療の担い手は、自分が一番勉強したのは1階、しかし2階にもっと勉強する総合診療があるのだ、というのがいいのではないかという話で、なるほどとて

も印象に残ったご発言でした。そういうことで将来の救世主といえるかわかりませんが、大いに展望していいのではないかなと思います。

最初の頃に発言しましたが、専門医制度も地域医療構想も、やはり領域別の専門医という目線にいる人たちがデザインしているので、どれだけ住民の目線や住民の座標軸、そういうところから医療提供体制を考えていけるかというところに、勝負の分かれ道があるのではないかなと思っています。

吉中 山田先生、お願いします。

山田 はじめにかかりつけ医がコロナ禍の医療崩壊の原因のような描き方をされ、急に浮上してきた話題だということに、コロナに対して先頭に立ってたたかってきた医師としてはものすごく違和感を覚えます。別の問題であるということ、きちんと切り分けた議論が必要です。

コロナの問題については真摯に反省していただいて、きちんとした対応をとっていただきたい。また、かかりつけ医については法制化や包括払い等の診療報酬上の手当を導入すること以前に、山本先生がおっしゃった医師の目から見る総合性について、医療界も国民も納得する形で、きちんとまず議論を積み重ねることが大事なんだろうと思います。

また先ほどコムの山口さんの論文の話が出ましたが、あの論文で私がそうだなと思ったのは、国民の中にまた新たな分断をもたらすのではないかというご発言です。若い世代は当然かかりつけ医を持っていないし、高齢者は多疾患併存状態で内科メインでありながら眼科にかかる方もおられれば、耳鼻科に行かれる方もいる。あるいはもう整形的な問題だけで整形外科に通っている方もおられる、そのなかで、かかりつけ医を選択するということが可能なのかという問題提起です。

それから当然、僻地においては、冒頭であったように選びようにも選べない、その場で一生懸命地域医療を支えておられるような、本来の専門は泌尿器かもしれないけれど、内科も小児科もがんばって診ているという先生方しかいないところで、国の言うようなかかりつけ医は本当に実現可

能かどうなのか。あるいは人頭割りなどという話になると、あぶれる人が出てくるのではないかと、様々な問題をはらんでいる。国民目線で見てもそう思いますし、山本先生が強調された医師の総合性というところでは、その部分が日本の医学教育には抜け落ちていて、それがますます初期研修制度や専門医制度のなかで切り落とされていると思っています。

日本の7割は200床以下の中小病院なわけです。今は200床以上という線で紹介受診重点医療機関の問題が出ていますが、この7割を占める中小病院のなかで専門性と総合性を併せ持った、いわゆる民医連が従来から養成してきたような医師養成を改めて行い、そのなかから民医連でいえば診療所、あるいは開業される先生や地域医療を支える先生を生み出して、そういう先生方とタッグを組むなかで地域医療を守る、あるいはかかりつけ医機能を守るということが展望されないといけないのではないかと思います。

プライマリ・ケア連合学会の草場（鉄舟）先生は、総合診療医のお立場から、かかりつけ医についてポジティブに捉えていらっしゃる部分があり、もう一つ、自分たちがアカデミアでこの間ずっとかかりつけ医について構想を練ってきた、その実現には20年、30年かかるというお話をしていたのです。一方で、財務省は法制化だ、人頭割だということを前のめりに言っているわけです。そういう動きに対して、アカデミアがそれに対抗できるのですかと伺ったときに、ひょっとするとそれは難しいかもしれませんということをおっしゃいました。

そういう意味では、あるべきかかりつけ医、総合診療医——ジャンルとして数も足りないし質も担保されるようにしていかないといけないと思います——、そういう問題をはらみながら、一気にこの問題を押し切ろうとする政府の意図に対し、どんなふうに運動を作り抗っていくのかを、真剣に考えないといけない。それには地域から問題点を指摘して、連帯を作って声を上げていくという作業が今ものすごく大事でないかなと思います。

吉中 村口先生、ワーキンググループで調査対象とした僻地のことも含めて、このかかりつけ医や

総合診療医について、先生のご意見がありましたらお話しください。

村口 私はこのテーマについてあまり勉強していないので、お話できないのです。しかし要するに、まず医療費を削ろうという路線から出てきてるわけで、かなり強引な感じがします。文書を見ても、高度な医療機器があちこちにあって無駄な医療をしてるという文章が出てきます。医療費コントロール政策の一つであるということを明確にして取り組まなければいけないと思います。

それから国民は、既にいろいろと専門の医療を受診することに慣れていますよね。そういう点では国民に果たして受け入れられるかどうかもあると思うのです。非常に強引な医療費削減政策としか、今のところ私には見えていないです。

イタリアやイギリスの家庭医を視察したときに、なかなか良い制度で、国民はそれなりに安心して家庭医制度に乗っているなという印象がありました。しかしそれはそれとして、きちんと歴史がありベースがあるわけです。必ずしも家庭医制度を安定させ、実行している国の制度を日本に部分的に引き込んでも、国民に受け入れられるとは思えないという気がしますね。

吉中 私は今、京都府保険医協会でもずっと仕事をしているのですが、京都の保険医協会は、ほぼ協会員イコール医師会員なんです。それで各地区医師会から選出された人が協会執行部になって、各地区医師会と毎年懇談をしています。先日はコミュニケーション委員会があって、各地区医師会のコミュニケーション委員の人たちと協会とで意見交換をする場をもちました。協会から話題提供してディスカッションする際に、かかりつけ医についても取り上げました。

出てきた意見を紹介しますと、さきほど山本先生が言われた1階2階が要するに逆転してという話は、実は新専門医制度の当初の頃にも開業医の先生方から相当出てきた意見でした。これは今の日本の医療の長所を表しています。自分たちは大学で専門分野をやってきて、いまは開業している、そこで総合性が発揮されているのだから、そういう道筋も新専門医制度に入れないとだめではない

かという意見が相当あったのです。日本の実情に合った専門医制度という点での提案だと言ってもとよいと思いました。

それから僻地と都会の話でよく出るのは、僻地の先生方がおっしゃるのですが、自分は診療所をやっているけれども、医療スタッフがとにかく雇えない。診療報酬も低いし、だいたい看護師さんの仕事が評価されていないではないか。だからチーム医療というのなら、もっと外来診療の部分でも診療報酬でスタッフの評価をし、そういうスタッフの専門性を活かして医師が地域で活躍できるようにしないとだめではないかとおっしゃられます。それは欧州型のプライマリ・ケアではチーム医療、チームでやることによってプライマリ・ケアの質が向上するという見解と一致していると思います。

都会の先生では、京都の開業医の垣田（さち子）先生がコロナ禍と医療提供体制改革の座談会（本誌78号掲載）に出席され、ソロプラクティスではなく、開業医もグループやチームで診療しないとだめではないかということを言われたのです。先月のコミュニケーション委員会でも、乙訓という京都市に隣接する自治体の先生も、そういうことを発言されました。これからはやはり1人では難しい面がたくさんあるので、グループでお互いにタッグを組んでやる必要があると感じているということでした。そのタッグに眼科や耳鼻科などの日本の開業医的な形態が入ると、すごくいいものになるのではないかと。これは今のかかりつけ医構想の話のなかで抜けている点です。こういう発信をいろいろして、前向きに打開できるような提起ができないかと思っています。この問題について他に追加でご発言ありましたら。

山本 かかりつけ医、総合診療というジャンルの草場先生は20年30年かかるとおっしゃっているのですが、そういう1本道を目指し国を挙げていくことのリスクもあるかな、それだけでは現実的ではないのではないかと、まず僕は思っているのです。総合診療オンリーで総合診療をとにかく自分の専門にされる方と、例えば内科でいえば循環器内科など領域別の少し突っ込んだ診療をされてきた方と、どう協同しながら、しかもそれぞれが専

門領域の方も、実際の働き方、2階に総合を持つかということが混じり合っていくのではないかとと思っています。

例えば民医連を卒業されて東京で開業されている糖尿病が専門の先生がおられます。その先生が保険医協会関連のニュースにエッセイを書いておられて、15年開業してくるといろいろ見えてくることがあると、三つ挙げられていました。一つは、みんな年を取ったことです。1型糖尿病の人が認知機能も落ちて、どうやってインスリンを打てばいいのかとか、1日4回打つのはちょっとありえないとか、ましてや新しいインスリン製剤に変えるのは非常に困難で、そんななかでその人の人生をどうすれば応援できるかという、落としどころが専門医としての腕の見せ所だということが一つです。二つ目は、がんのサバイバーが増加しています。がん診療がすごく進歩しているので、そういう意味ですごくいろんなケースがあり、脾臓を全部取ってしまった人へのインスリン治療や、90近い超高齢者のがんの化学療法のためにインスリン導入して、それがうまくいって、今度手術ができる…、そういう方も含めたところに糖尿病の専門医としての自分の出番もあり、大きく変わってきたことだというようなことです。三つ目は地域のコメディカルスタッフ、地域のケアの担い手の人たちとコラボして、一緒にいろんな問題を解決することが非常に増えた、そんなことを書いていらっしゃいます。

その先生は一つのジャンルを突き詰めながら、でもその地域の医学の発展のなかで自分の役割を、その地域の変化のなかで作っていく、見つけて担っていらっしゃる。医学も進歩するし社会も変化していくなかで、やはり総合一色の医師像ではなく、そういう専門の先生たちの出番、そのありがたみや価値がもっと増す可能性もあるかなとエッセイを読みながら思ったのです。

今後の救世主はどこかという問いに関して、答えは一つではないような気がしましたので、ちょっと発言しておきたいなと思いました。

吉中 貴重なご指摘をいただいたと思います。それでは全体を通じてご発言がありましたらお願いします。

村口 ワーキングチームで病院の再編の問題を取り組んできましたけれども、いま厚労省が強行しようとしている高度急性期・急性期・回復期云々の病院機能の再編と専門医制度が、どのようにマッチングしていくのか。それぞれの専門医がどういう生き甲斐を持って再編される病院のなかで仕事できるのかと、それも一つの大きなテーマかなと今日は感じました。いろいろと勉強になりました。ありがとうございました。

山田 村口先生のお話の中に、医師増員や偏在をどうなくしていくのかということを重く受け止めるお話がたびたび出されたと思います。

そういう意味では、私は初期研修と専門医制度という今の研修制度がすぐに変わるとは思えないので、そのなかで今日お話がありました総合性をどう今の制度の中に織り込んでいって、医学教育の中に盛り込んでいって、地域への眼差しを育てるか。それから僻地に赴任することも強制ではなくモチベーションを上げて自発的に行けるような、その裏づけとなるような知識や技能をどうやって制度のなかで専攻医や研修医に落とし込んでいくのか。そういう視点で今の研修制度の改革をしていかないといけないというのが一点です。そのためにも、やはり民医連のような中小病院で本来は専門医を育てていたわけですから、新専門医制度のなかでも研修教育の場としてて中小病院に門戸を広げる、そういう機会ができるような運動を進めていかないといけないかなと思っています。

山本 どういうところを向いている政府のなかにいるかかりつけ医かというのが、すごく大きいと思います。社会保障をどんどん削って、貧困や高齢の人などいろんな人を振り落とし、そのなかで

もお金を持っている人はアクセスしていいよというところに持っていかれる。これは医師がもともと持っているプロフェッショナリズムやヒューマニズムや倫理感にバッティングする、それらを侵害されるような政策のなかに置かれることになります。あるいはかかりつけ医だから、ここからここまでの人たちをマネジメントしなさいと診療の自由をどんどん締め付けられ、過重な負担を背負わされることも起こるかもしれません。

医師がそういう国策の犠牲にならず、もともと持っている良心に基づいて仕事ができるためには、医師のプロフェッショナル・オートノミーと先ほどありましたけれど、やはり医師が自分たちの権利をしっかり主張して団結していく、医師というその職能で横に繋がって要求を掲げ、場合によってはたたかっていく、そういう組織性、労働者性がこれから先はより必要ではないかなと思っていました。この点は気にしておいた方がいいかなと思っています。

吉中 いろんな貴重なお話をいただくことができました。私は、今のこの専門医制度も含めて地域医療構想や医療供給体制のあり方に、機関誌78号座談会でテーマになった「レジリエンス」をうまく取り入れて政策化することが必要かなと思います。これは医師のあり方もそうだし、チームもそうでしょうが、結論が出る話でもないので、引き続きディスカッションを重ねながら民医連や研究所が役割を果たしていけたらと思っています。今後ともよろしく願いいたします。それでは長時間どうもありがとうございました。

(2022年11月9日実施)

専門医制度について

2018年当初計画を1年遅れで開始

- 「それぞれの診療領域における適切な教育を受けて、十分な知識・経験を持ち、患者から信頼される標準的な医療を提供できる医師」「国民にとってわかりやすい制度」～主役は国民と専攻医とうたわれたが結果はどうか？

1. 地域医療への影響がないこと；初期研修制度の教訓～シーリングの導入
2. 学会が提示した大学・基幹病院でしか研修できない施設要件は一部緩和された～大学の医師確保・巻き返し
3. 第三者機関であるはずの専門医機構は、ガバナンスを理由に、各領域学会の圧力に屈して学会代表を社員に加えてしまい、結果、プログラムの認定・評価を担う各領域研修委員会は「実質学会が運営」と説明される有様
4. プロフェッショナルオートノミーの喪失：資金提供もあり学会の意向が強く反映、自治体の意見聴取、厚労省（医道審議会）の介入を許し（官僚統制）、診療科・地域偏在解消の道具、に道を開く結果となった。

2022/11/9

1

記

日本医師会・四病院団体協議会（2016年6月7日 記者会見）

平成28年6月7日

新たな専門医の仕組みへの懸念について

さらに、地域医療提供体制と日本専門医機構が提案している仕組みとの間に齟齬が生じているのではないかと、などの本源的指摘が相次ぎ、各地域より不安の声が益々大きくなっています。このまま拙速に専門医の仕組みを導入しますと、指導医を含む医師及び研修医が都市部の大学病院等大規模な急性期医療機関に集中し、地域偏在がさらに拡大する懸念が強く、現状でも医師の確保が困難な地域が多いことから、地域医療の現場に大きな混乱をもたらすことが危惧されています。

新たな専門医の仕組みにおけるプログラム作成や地域医療に配慮した病院群の設定等を行うに当たっては、それぞれの地域において都道府県、医師会、大学、病院団体等の関係者が十分に協議、連携した上で了解することが不可欠ですが、現状においては、それがいまだ十分ではありません。また、地域医療への影響を考えれば、日本専門医機構の意思決定のプロセスは、透明性、中立性、社会的説明責任に欠けていると指摘されています。

多くの関係者が本制度への強い懸念を持ったまま、拙速に導入することによる医療現場の混乱で、最終的に不利益を受けるのは患者さんであり国民です。

まずは、地域の取り組みを先行すべきであり、新たな専門医の仕組みの導入を、平成29年度から拙速に行うのではなく、地域医療を崩壊させることのないように十分配慮した上で、専門医研修を始めるよう、一般社団法人日本専門医機構及び基本診療領域を担う学会に対し、以下の点について要望いたします。

1. 患者や国民に不利益を及ぼすような急激な医療提供体制の変更をしないこと。地域医療の崩壊を防ぐことを最優先し、ここは一度立ち止まり、専門医を目指す医師の意見を聞くとともに、地域医療、公衆衛生、地方自治さらには患者・国民の代表による幅広い視点も大幅に加えて早急に検討する場を設け、その検討結果を尊重すること。その際いわゆるプロフェッショナルオートノミー（専門家による自律性）は尊重されるべきである。
2. 検討の場において、現在各診療領域で定められているプログラム整備基準、特に指導医を含む医師及び研修医の偏在の深刻化が起こらないかどうか集中的な精査を早急に行い、その結果、地域医療の観点から懸念が残るとされた診療領域のプログラムは平成29年度からの開始を延期し、現行の学会専門医の仕組みを維持すること。
3. 新たな専門医の仕組みにおけるプログラム作成や地域医療に配慮した病院群の設定等を行うに当たっては、それぞれの地域において都道府県、医師会、大学、病院団体等の関係者が協議、連携し、都道府県の協議会において了解を得ること。
4. 日本専門医機構のガバナンスシステム等、組織の在り方については、医療を受ける患者の視点に立つて専門医の仕組みの再構築を目指すという原点に立ち回り、医師の地域的偏在の解消に向けて寄与するなど地域医療に十分配慮すべきであり、そのためにも、地域医療を担う医療関係者や医療を受ける患

2022/11/9

2

新専門医制度に対する民医連の見解2015年1月

【新制度施行への懸念】

1) 地域医療を担う医師体制をめぐる諸問題

大学/大病院でないと「基幹施設」になりにくい内容、専門医は資格維持の為に専門に特化した仕事に従事可能な環境を求めて大学や大病院へ集約化され、医療機能と医師の「偏在」が深刻化する。

「地域を診る医師」として期待されている「総合診療専門医」から（主に内科系）サブスペシャル領域へ進む道が事実上閉ざされている・・・地域医療を担う（特に中小病院の）医師体制が一層困難に陥る。

【要望】

1、基幹施設を現行と乖離させないこと。地域医療を担う専門医を地域で養成可能な制度設計にすること

2022/11/9

3

新専門医制度に対する民医連の見解2015年1月

制度上の懸念材料の整理

- ① 大病院への医師の集約化による地域医療体制の脆弱化
- ② 後期研修の必修化（法制化）と専門医の定員化による医師数統制
- ③ 診療報酬とのリンク、資格難度によるインセンティブ
- ④ 自由標榜制の制限とフリーアクセス障害
- ⑤ 総合診療医からのサブスペシャル領域への窓口制限
- ⑥ 更新基準の高騰⇒開業医や地域での総合的な仕事に従事する専門医には対応困難
- ⑦ 「認定医」「プライマリケア認定医」の身分問題

運動の方向性

資格を診療報酬とリンクさせないこと

現行の自由標榜制の改定は慎重に議論を重ねていくこと

専攻医の定員を抑えることで医師数を低くコントロールする方法はとらないこと

新専門医制度を法制化しないこと

日本専門医機構の議論を公開し、国民や医学生、現場の医師の声を反映させること

2022/11/9

4

国民からは見えない、一方の当事者の専攻医にとっては

■ トリアス要求（身分・経済の保障、研修の教育の保障、研修の自由の保障）はどこへ？

1, シーリングの問題

- ・ 当事者たる専攻医から見れば働く場所の選択の制限
- ・ そもそも算定基準「必要医師数」「養成数」など厚労省の指標は正しいのか？

2, システムの問題

手段の目的化 = 専門医取得はめざす医療・医師像へ近づくための過程であり、最終目標ではないはずだが・・・

- ・ 内科領域は、症例登録などシステムが煩雑、指導医もきちんと目を光らせておかないと大学でも未修了を生む実態
- ・ それを敬遠して希望専攻科を変える、あるいは大都市圏に残るために専攻科を変える、浪人する研修医もいると
- ・ プログラム運用の複雑さで専攻医に被害が；研修開始当時、基幹型施設でない他病院基幹型のプログラムへの移行は認めない
- ・ 資格維持のためには急性期・大規模病院に所属が必要？一生、職場選びに苦勞するはず x 民間エージェンシーの暗躍

3, 必修でないはずだが、今後、専門医資格と診療報酬上の紐づけ、薬剤使用制限などの強化の方向性は？？

2022/11/9

5

新専門医制度の採用数上限設定（シーリング）にかかる経緯

2018年度より開始された新専門医制度では、下記の通り採用数の上限設定（シーリング）が設定されている。

（2018年度開始専攻医）

- ・ 2018年度専攻医においては、日本専門医機構により、五大都市（東京都、神奈川県、愛知県、大阪府、福岡県）について、各診療科（外科、産婦人科、病理、臨床検査および総合診療科以外）のシーリング数として過去5年間の採用数の平均が設定された。

（2019年度開始専攻医）

- ・ 2019年度専攻医は、引き続き五都府県に2018年度と同様のシーリングを実施。ただし、2018年度専攻医が東京都に集中したことを受け、東京都のシーリング数を5%削減した。

（2020年度開始専攻医）

- ・ 2020年度専攻医募集に向けては、厚生労働省が2018年度に発表した都道府県別診療科必要医師数および養成数を基に、各都道府県別診療科の必要医師数に達している診療科に対して、一定のシーリングをかけることを厚労省が日本専門医機構に提案し、日本専門医機構が作成したシーリング案が2019年5月14日医道審議会医師専門研修部会にて承認された。
- ・ 上記のシーリング案について、都道府県の地域医療対策協議会において検討を行い、厚生労働大臣に意見を提出し、同年9月13日に厚生労働大臣から日本専門医機構に、必要な措置の実施を意見・要請した。
- ・ それを踏まえ、日本専門医機構はシーリングの最終決定を行い、10月15日より専攻医の募集を開始した。

（2021年度開始専攻医）

- ・ 日本専門医機構がシーリングを検討するための協議体を設置し、各学会や都道府県からのヒヤリング等を踏まえ検討がなされ、2020年3月27日の理事会において、2021年度のシーリング（案）が承認された。

（2022年度開始専攻医）

- ・ 昨年度同様のヒヤリング等を踏まえ、2022年度のシーリングは、2021年度の採用数を用いた再計算を行わず、2021年度採用と同じ数値とすることが2021年3月29日の理事会において承認された。

1/9

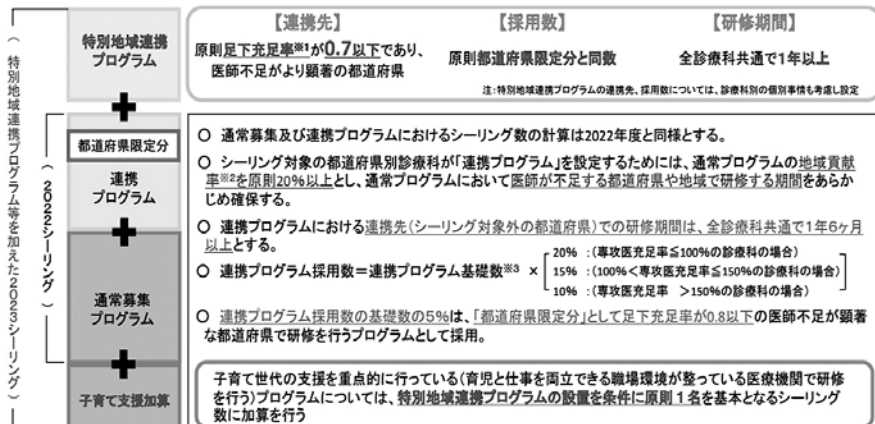
6

2023年度専攻医募集におけるシーリング(案)の基本的な考え方

令和4年度第1回 医道審議会
医師分科会 医師専門研修部会
令和4年6月22日

資料1-1
(日本専門医
機構資料)

- シーリングにより、都市部周辺で専攻医が増加する効果が現れているものの、医師不足の東北地方等での地域偏在は正効果は限定的であることから、足下医師充足率が低い都道府県との連携プログラムを別途設ける。
- また、育児介護休業法改正附帯決議への対応の観点から、子育て世代の支援を重点的に行っているプログラムについては、上記連携プログラムの設置を条件に、基本となるシーリング数に加算を行う。



※1 足下充足率＝2018足下医師数/2024必要医師数

※2 地域貢献率＝ $\frac{1}{2}$ (各専攻医が「シーリング対象外の都道府県」および「当該都道府県の医師少数区域」で研修を実施している期間)

※3 連携プログラム基礎数＝(過去3年の平均採用数－2024年の必要医師数を達成するための年間養成数)

3 2/11/9

7

シーリング要件は難解

2020年より複雑に…2023年は逆転現象も…

・2020年のシーリング設定

2018・2019年の平均採用数－(2024年の必要医師数を達成するための年間養成数－平均採用数)×0.2)

+激変緩和措置として、+地域連携プログラム(シーリング対象外都道府県で50%以上の研修)都道府県限定分

・2023年度のシーリング設定

足下の医師充足率が0.7以下(小児科は0.8以下)の都道府県を連携先として1年以上の研修を行うことを条件に採用数を上乗せする「特別地域連携プログラム」を新設するほか、子育て世代の支援を重点的に行っているプログラムに対し、特別地域連携プログラムの設置を条件に原則1人をシーリング数に加算する「子育て支援加算」を設ける。

➤ 内科の場合、東京都では、2023年度はシーリング数(398人)、連携プログラム数(123人、このうち都道府県限定分は31人)に、特別地域連携プログラム(52人)、子育て支援加算(52人)が加わり、合計は625人となる。2022年度の521人から増加する。2018年の足下充足率が内科で0.7を下回るのは、青森県、岩手県、秋田県、山形県、福島県で、いずれも東北地方。

2022/11/9

8

偏在対策に専門医制度による専攻医コントロールは有効化のか？評価

効果は限定的；そもそも生涯教育を含むキャリアパスの提示とはなっていない中、医師数コントロールは無意味

• 医道審議会・機構

- 「シーリングをかけて地方に誘導する手法には限界があり、医師偏在を専門医制度だけで是正するのは可能ではないと思っている。シーリングのかかっている大都会は減っているが、代わりに増えているのはその周辺県で、完全ではない」

• 2023年度あらたな特別地域連携プログラムについて

➤ 専攻医は不公平感・採用数が逆に増えるプログラム

- 委員からは「都道府県とどのように連携するのか。特別地域連携プログラムでドクターが多い地域に行っても意味がない。ある程度、厚労省が調整役になる必要があるのではないか」、「多く採用し、後から行く人がいないというシーリング逃れにつながる。地域枠のようになってはいけない」、「シーリングの外に大きな数字が上乗せされるため、医師の偏在が助長されるのでは」など、懸念の声が相次いだ。

• 学会

- 内科学会は偏在は解消されていると発言（専攻医は91.34%の地域充足率）
- 外科学会は「最初の更新の期間（5年程度）の間に、「医師少数区域」での1年間の従事要件を課す機構の提案」に反発が強く、18基本領域連名で抗議文。赤裸々に内実を語る。

2022/11/9

9

現場に起きている様々な混乱

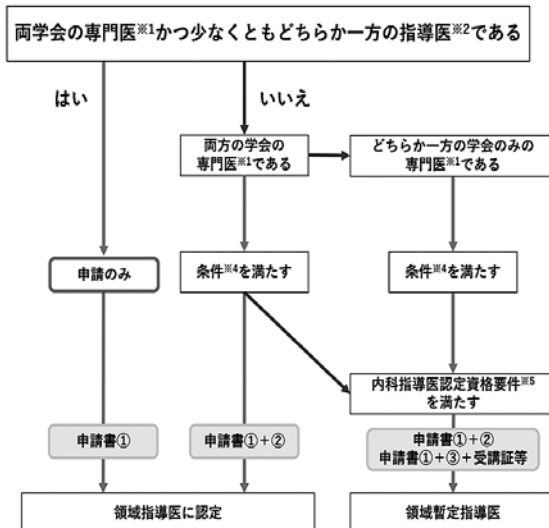
1. 専攻医のプログラム辞退・転科・移動：（※2018年度－2021年度専攻医採用数：35, 290名）2019年秋～2021年7月（1年10ヶ月）：計約700件
2. 専門研修プログラム委員会事務局から、メールで「理由・原因」を問い合わせた結果、得られた数値ハラスメント有り、または、どちらとも言えない：約90件 ⇒2020年10月 相談窓口の設置
3. 年度途中のプログラム中断、転科は認めない
4. 地域枠について；地域枠研修医が不同意離脱した場合、専門医として不認定とする
5. 2020年ダブルボードの設定：一部を除きシーリング対象外とした
6. サブスペシャリティ領域の機構の設定のおくれ
 - 2021年開始予定であったサブスペシャリティ領域研修について延期（救済処置あり）・医道審議会医師専門研修部会が「サブスペシャリティ領域の在り方」についての最終報告書（2020年3月13日）⇒6月機構が細則発表
 - 2022年4月機構認定サブスペシャリティ「専門医の認定・更新」に関する整備指針＝サブスペシャリティは原則2領域まで認定。新規申請が当初10月発表⇒延期12月開始へ
 - その影響やシーリングの決定もあってか、医道審議会の開催延期に伴って、専攻医の募集開始時期が12月にずれ込む見通しと発表；例年より1か月遅れで、現場に負荷が...

2022/11/9

10

今起きている現場の混乱；指導医も大変 ～一方で専攻医がいなければ届け出不要とする学会も・・・

内分泌代謝・糖尿病内科領域指導医の認定



※1 内分泌代謝科専門医/糖尿病専門医

※2 内分泌代謝科指導医/糖尿病指導医

※3 内分泌代謝・糖尿病内科領域専門医

※4 以下の要件1)と2)を満たす者

1) 内分泌代謝・糖尿病診療に5年以上従事していること。

2) 過去5年間に内分泌代謝・糖尿病の臨床に関する学会発表、または論文発表が5編以上あること。
(内分泌代謝領域および糖尿病領域それぞれ1編以上、共同発表または共著者でも可)

ただし移行措置として暫定指導医の要件に限り、下記※を2)の代替とすることを認める。

* 専門医資格を取得していない分野の学会が指定する教育講演を視聴またはe-learningを受講し、20単位以上取得すること。

※5 日本内科学会が認定する新しい内科専門医制度の内科指導医もしくは指導医認定資格要件を満たす者。

新しい内科専門医制度の内科指導医の要件

	必要な条件	2025年までの暫定制度
認定資格	総合内科専門医	認定内科医
臨床経験年数	7年以上(研修研修からカウント)	
業績発表	過去5年間で5編以上あること (共同発表・共同研究でも可、難読誌は不可)	
その他	研修プログラムに参加している期間で常勤(週4日以上、週2時間以上の勤務)していること(研修時間が十分であれば、雇用契約上は非常勤でも可)。	

内科学会ホームページより抜粋

022/11/9

11

フランスのオルレアン地域医療と非営利・協同セクター

石塚 秀雄

1. はじめに、フランスの医療制度の概要

フランスの医療福祉制度は、その財源を社会保険料を基礎としている。すなわち、政府(税)5.5%及び社会保険料(税)78.2%の二つを併せていわゆる疾病保険金庫(cnam)83.7%、補完的共済組合6.4%、家計9.3%などの分担比率になっている(Eurostat, 2019)。医療福祉供給のアクターとしては、公的セクター、民間営利セクター、非営利・協同セクターと三つのセクターが担っている。公的セクターは主として公的病院、公的介護福祉施設を指す。いわゆる開業医は「一般医」とか「契約医」と呼ばれる。「契約」とは公的医療制度と契約するという意味で、契約しないまったく自由診療の自由医と呼ばれる一般医・専門医も存在する。看護師にも「自由契約看護師」の区分がある。医師の報酬については、公的医療機関勤務医については政府の定めた年功13段階(grill)指標に基づく。開業医のうち公的契約に基づく一般医は政府財政局と連携した国民疾病金庫(CNAM)との契約に基づき報酬支払いを受ける。その他の医療従事者に対しては賃金が社会保険会計(CPS)から支払われる。さらに医師が「自由診療」を実施した場合は、いわば診療報酬として補完的共済組合から支払いを受ける。いわゆる社会保険予算は公的病院の医療費支払いのほとんどをカバーし無料とするが、その他の一般医受診、医薬品、救急搬送などは個別に数字は異なるが概ね7割負担をするので、残りの3割は補完的共済組合が負担することが概ねの原則である。利用者(患者)負担は平均すると約12%であるが、この分も共済組合(または保険会社)が償還してくれば、いわゆる患者負担率は、医療費全体としては約7%であるが、入院はほぼ無料、一般受診は10.1%、医薬品17.3%、救急搬送3.0%

%などとなっている。しかし、共済組合による償還により患者負担は実質的にゼロになることが多い。補完的共済組合による支払いは主として民間セクター(民間病院、一般医、その他民間医療福祉機関及び医療従事者)の報酬支払いに関係する。とりわけ、医師の報酬形態は勤務医(salarie)と自由医(liberal)に大別される。利用者(患者)のアクセス権利は基本的に自由である。

医療費予算は社会保障財源法(LESS)に基づき、疾病保険支出全国目標(ONDAM)を作成する。年度完結型であり、いわゆる国家予算とは別立てである。したがって、日本の診療報酬制度のような医療政策の誘導的ツールの役割は薄い。予算に基づく医療費の支出が主であり、出来高方式は民間医療や自由診療などに限定される。政策医療費用は医療費勘定システム(SHA)(いわゆる診療報酬制度に相当)の基準はCSBM(医療費基準)で6分野に分類されている。すなわち、病院部門、一般医部門、その他医療部門、医薬品部門、予防医療部門、長期医療部門である。とりわけ、病院部門は公的病院と民間病院(営利病院、非営利病院)に分かれる。非営利病院は主として共済組合やアソシエーション、宗教慈善団体が設立したものである。フランスにおける病院のベッド数は361,643床で、そのうち公的病院267,431床、民間病院96,212床である。平均入院日数は公的病院6日、民間病院4日である(2020年)。

医療費の支出配分については、急性期医療38.0%、慢性期医療12.0%、救急医療22.8%、医薬品等16.8%、予防医療1.1%、業務費5.6%などとなっている(Eurostat, 2019)。

長年にわたり取り組まれている医療改革は、医療費の増加を抑え、医療の効率化、地方分権化、患者の権利の拡大を目標にしている。地域医療については「地域医療病院患者改革法」(2009.7.21法、HPST)により、公的医療改革が進められ、

病院改革、医療アクセス改善、地域医療システムの構築が進められた。地域医療におけるパートナーシップを促進することが目指された。それにより、国や疾病保険金庫に取って代わって医療事業を所管する地域医療局（ARS, Agence Régionale de Santé）が設置された。この地域医療局の設立は、10の省による関係局である。すなわち、地域医療は単に保健省の所管ということではなく、地域社会の生活と暮らしに関わるすべての領域に関係するという前提が合意されている。

地域医療計画（PRS）が基本5年毎に作成される。計画の骨子は地域医療体制、介護サービス体制、医療技術開発と財政である。

一方、医療従事者の報酬（給与）は自由契約者（医師、看護師など）と勤務者（医師、看護師、医療従事者）とでは収入システムが異なる。いずれも職能団体による労働契約に基づくことが基本であるが、細目についてはここでは明らかにできない。公的医療機関は独立採算制をとっていないので、診療と収入は基本的に連動していない。いわゆる自由医（および自由看護師）は別である。民間病院の財政構造については、別途調査が必要であろう。患者は普通の医療の場合は公的医療制度を利用し、高度な医療や特別な医療が必要な場合は民間病院を利用するという傾向が見られる。介護福祉分野は一部医療分野と重複するために、費用も医療費と社会サービス費用とに区分され、患者負担の内容も異なる。いわゆる社会保障手当が細分化されており、また補完的共済組合制度による補填によって、概ね利用者は費用負担を軽減することができる。介護福祉サービスはとりわけ地方自治体の関与が強い。

地域医療計画書（PLS）は地域医療会議（CRS）および各地域調整委員会に諮問される。これによって地域医療プログラム（PTS）が作成され、地域会議（CTL）が所管する。この地域会議（CTL）は、地域自治体、非営利組織、医療職能団体、介護福祉団体、利用者（市民）代表、保健団体などと連携している。地域医療プログラム（PTS）の基本目標はつぎのようなものが掲げられている。

- 地域の社会的不平等の克服
- 医療福祉従事者間の調整の促進
- 医療福祉提供に対する地域ニーズのくみ上げ

—業務執行および効率化の推進

—「診療報酬（couverture）」への対応

—近隣サービスの促進

—医療崩壊を避けるための医療の透明性の道筋の推進

この地域医療プログラム（PTS）に基づいて、地域医療局（ARS）は各地域自治体と地域医療契約（CLS, Contrats Locaux de Santé）を結ぶ。その内容は、地域医療組織体制（SROS）、予防医療、受診体制、医療社会サービスを骨子とする。とりわけ地域における介護福祉サービスにおける連携などが含まれる。すなわち地域における医療と社会サービスの連携が重視されている。

この地域医療契約（CLS）は、

—地域医療の困難点の改善

—地域の公的医療と地域医療監視局（ORS）による地域分析に基づき、地域医療のすべてのアクターの活性化

—病院機能の連携化

そして地域医療局（ARS）の医療政策では社会政策と連携して「地域青年・スポーツ・社会的統合計画（DRJUSCS）に基づいて、障害者、若者、貧困、社会的統合などの施策とリンクする。

近年、コロナ対応医療とともに「テレ医療（Télé-médecine）」が推進されている。テレ医療は過疎地対策の一つでもある。

2. オルレアン（ロアレ県 Loiret）の地域医療の概要

ロアレ県（Departement）はパリから南に約130キロメートルの距離にある人口約68万人の県で、ロワール州（Region Loire、人口約250万人）に属している。ロワール州の主たる都市にはオルレアン、トゥール、アンボーワーズ、シャルトル、ブロアなどがあり、ロワール川沿いは古城巡りなどフランスでも有数の観光地となっている。ロアレ県は22郡（Canton）と327地域共同体（commune）で構成され、その県都はオルレアン市（Orleans、人口114,300人）である。県で第二に大きい市はトゥール Tours であり、ロワール川地域の古城巡りの拠点である。オルレアンでなんといっても有名なのは「オルレアンの少女」と呼ばれる15世

紀のイギリスとの戦争におけるフランス救国の少女、ジャンヌ・ダルクである。オルレアン市の中心部にある広場にはジャンヌ・ダルクの騎馬像が高く建っている。市電が走り、静かな地方都市のたたずまいがある。またオルレアン大学も所在する。ロアレ県の議会は現在は共和国連合（LR）が多数派であるが、オルレアン市は左派が握っている。

ロアレ県における高齢者比率（65歳以上）は26.7%である。貧困率は14.9%（フランス全体14.7%）である。1人家庭比率は16.5%である。外国人（移民）居住人口は68,765人と人口の約1割で、主としてポルトガルとモロッコからそれぞれ12,000人、アフリカから15,000人、アルジェリアとトルコからそれぞれ5,000人となっている。失業率はフランス人14.2%、外国人26.5%である。貧困医療費補助の受給者は72,433人（人口比10.6%）である。

ロアレ県における病院数は14でそのうち公的病院9、民間病院8である。ベッド数は人口1000人当たり3.1で、内科1,272床、外科610床、産婦人科200となっている。外科用ベッドは民間病院のほうが多い。病院は外来、入院、在宅医療、救急医療、リハビリ医療、精神科などの専門および組み合わせの医療提供をしている。その他医療機関としては、救急医療センターなどいくつかの医療機関がある。

域圏における一般医（M. Generalistes）は437人である。（人口10万人当たり71.40人、INSEE, 2020）。一般医（開業医）は高齢化がすすんでいること、医療過疎地に一般医が不足していることである。55歳以上の一般医の比率は60%である（2017年）。過疎地の医師の9割は50歳以上の年齢である。過疎地は貧困率も高く、医療政策上問題も多い。テレ診療の促進などを進め運輸上の問題にも対応している。また一般医の過疎地への移住を促すために、年間高額の奨励金を支給している。

救急サービスは患者の搬送アクセス平均時間は17分である。地域の1パーセントの地域だけがアクセス時間30分以上である（DREES, 2011）。

障害者手当受給者9,419人、高齢者生活手当受給者11,522人、介護手当受給者4,109人、その他各種対人サービス（AAH, APA, PCH, ACTP）

表1. ロアレ県における主な病院

公的病院		主たる特徴
オルレアン地域総合病院	Centre Hospitalier Regional	1,700床、職員5,400人
ルル・ピクー病院	Centre Hospitalier Lour Picou	EHPAD, UPADANG
ジュール・ピエール・シユヴァルドネ病院	Uhsa Orleans	
ウフサ・オルレアン病院	Souece	
オルレアン・ヘルス・センター総合病院	Piere Deznaulds	500床
スルス総合病院	Sully	501床
ピエール・デザツヌール病院	Domezon	高齢者医療、障害者医療、743床
サリイ病院		高齢者医療200床
ドメソン病院		精神病院、240床 プラス243一時ベッド
民間病院		
ジローム・バリエ病院	Guillaume Varye	
モンタルギ病院	Montargis	99床
ATIRRO 病院	A.T.I.R.R.O.	共済病院
クリネア病院	Clinea	200床、 一日入院30床
高齢者医療含む	Montargoise	846床 高齢者、 在宅医療
モンタルゴワズ病院	Malson Branche	心臓外科
マルソン・ブランシュ病院	Pôle Sante	500床、救急、心臓外科 職員1,000人
ポール・サンテ病院	Saint-Jean	高齢者医療
サン・ジェアン病院		

出所：石塚作成

の手当の受給者がそれなりの数存在する。高齢者在宅サービス受給者は5,417人、デイサービスなど高齢者施設利用者は6,776人である。

介護福祉の財源は基本的に社会保障費から出され、いわゆる医療費財政とは別である。しかしながら在宅入院や在宅診療といった医療の範疇に入る項目もあるので、医療予算から介護福祉に支出される部分も大きい。公的な介護福祉を利用する

表 2. ロアレ県の医療従事者 (2021)

種類	2017年	2021年	2021年
		人数	／100,000人
一般医 medecin generalists	492	437	71.07
専門医 medecin specilistes	367	1,100	
(歯科医)	177	(267)	
(産科医)	—	(62)	
(精神科医)	—	(27)	
看護師	4,396	601	
理学療法士・医療補助 者他	1,613	959	
薬剤師	257		

出所：Departament du Loiret, Mutualib, 2022, 及び Programme territoriale de loire. 2013に基づき作成。

表 3. ロアレ県の介護福祉施設数 (2020)

種類	数	オルレアン
近隣サービス	36	
成人障害者施設	81 (3,969人)	55 (1925人)
社会サービス	335	
労働支援	123	
介護施設	187	
児童障害者	44	28
	192	
高齢者施設	88 (7,107ベッド)	51 (3,889ベッド)
在宅看護サービス	17	

出所：

表 4. 在宅サービス事業施設数 (2021)

種類	ロアレ県
在宅介護施設 SAAD,	85
SPASAD. Service 多機能在宅治療介護施設	1
SSIAD, 在宅看護師看護施設	17
ESA 認知症施設	5
MAIA 認知症自立支援施設	4

出所：Livret 2, Diagnostic Territorial 2021-2025. Depa
rtament Loir & Cher

患者利用者は、社会保障手当および共済組合による費用補填などで概ね費用負担を行っている。介護福祉サービスは基本的に自治体が所管するが、医療機関との連携は年々強化されている。長期疾患については公的医療保険の対象にならず、費用負担がある。平均所得60%以下の利用者については低所得手当 (ABR) が支給される。さらに障

害者手当 (AAH)、高齢者自立促進手当 (APA) など各種の手当が細分化されている。

3. オルレアン地域圏の地域医療計画と地域医療契約

オルレアン地域圏はロアレ県の面積の38%を占め、人口275,000人で県の人口の41%を占める。6つの郡(Comunautes)と104の地域自治体(Communes)で構成される。世帯数123,000, 単身家族47,000 (38%), 両親家族62,000 (51%), 片親家族11,000 (9%) などとなっている。貧困率は13.6%であるが、30歳以下については22.2%である。ヨーロッパでは若者層の貧困率が高い構造となっている。失業率は12.7%である。

ここで取り上げるオルレアン地域医療計画 (PTS) は「2018-2021年」のものである。数年年毎に見直しをしている。地域医療政策 (計画) の作成運営の主体は、地域医療局 (ARS) である。これらの組織の構成は、医療部門 (急性、慢性、精神病、看護、パラメディカル) の代表、地域自治体、県、州、国の代表者により構成される。

地域医療計画 (PTS) は七つの骨子を持つ。

- ①地域医療戦略計画 (PSRS) と地域政策プログラム (SPR) との連動。
 - ②基本医療の推進
 - ③医療の不平等の解消、医療アクセスの確保
 - ④地域格差の解消
 - ⑤医療従事者のネットワーク、「連合」の推進
 - ⑥医療の民主化、下からの意見のくみ上げ、患者の権利
 - ⑦在宅医療の地域医療の中での位置づけ
- この7原則に基づく基本課題は次の通りである。

- ①医療過疎地の明確化
- ②地域自治体の医療計画の策定
- ③地域自治体と医療過疎地との協力
- ④医療従事者と社会福祉従事者との連携
- ⑤診療、入院、リハビリのプロセスの構造化
- ⑥高齢者のプロセスの区分化。各専門的対応
- ⑦地域の諸組織と医療機関とのパートナーシップ

以上の基本的な構想にもとづいて、具体的な実施内容については、行政、地域自治体と医療所管組織との間で地域医療契約（CLS, Contrat Locale de Santé）が作られる。「地域医療契約（CLS）」制度は2009年7月21日付「病院患者地域医療改革法（HPST）」に基づいて作られ、地域のパートナーシップに基づき地域医療計画（PRS）を作成する。さらに域内社会的統合契約（CUCS）も含む。これは社会的弱者を対象にしたものである。

すでに述べたようにこの契約は2009年の地域医療改革法に基づく、病院改革、医療福祉推進の内容を持つものである。この契約（CLS）には小さな地域自治体（collective, commune）、医療団体、社会福祉団体、住民（患者団体など）が署名することにより住民参加および意見がより反映されるものと思われる。契約（CLS）の事業の中に住民向けの「健康フォーラム」や「健康ワークショップ」などの催し物を開催し啓蒙と住民参加を促している。地域医療局（ARS）が医療プランを作り、地域自治体などの契約（CLS）により具体化するという構造になっている。契約や計画の実施結果については地域医療監視局（ORS）がチェックする。

4. 社会的経済・連帯経済（非営利・協同）セクターと医療福祉

地域社会における住民参加のバロメーターは非営利・協同セクターの規模が参考になる。ロアール州における非営利・協同（社会的・連帯的経済）セクターの規模は表5のようになっている。

5. むすび

地域医療政策を誰が作成し実践するのか。オルレアン地域圏の医療福祉システムを例にとれば、地域医療の実践において重要な役割を果たすのは、地域医療会議（CRS）である。行政、医療機関、医療職能団体、患者団体などにより構成されることによって、地域医療政策がより透明化され策定することが可能になる。またきめ細かい医療

表5. ロアール州の非営利・協同セクターの規模(2020)

種類	数	従業員数
協同組合	1,306	12,967
共済組合	365	6,177
非営利組織（アソシエーション）	7,584	69,430
財団	52	2,696
合計	9,307	85,272
市場占有率	11%	10.5%

出所：Panorama, 2020, Region Centro Val de Loire.

注：業種は多岐にわたるが、非営利組織でもっとも多いのはスポーツ団体である。医療社会サービス分野における非営利・協同セクターの市場占有率は、在宅サービス事業74.5%、介護サービス14.0%、精神障害者支援66.7%などとなっている。患者団体なども含まれる。

福祉分野別の政策を作成することが可能になる。地域医療は地域のいくちと暮らしと密接に結びついている。医療福祉は生活の諸問題、衣食住すなわち、労働、雇用、食料、環境、教育、文化、貧困問題、社会問題、高齢者問題などと密接結びついている。したがって医療福祉における課題を医療福祉の従事者や当事者だけで解決することはできないのは自明の理である。地域医療にはたくさんのアクターが関与している。行政（政府・自治体）、公的医療機関・福祉機関、民間の医療・福祉機関、医療従事者、利用者（患者・住民）などそのアクター（当事者）がパートナーシップあるいはネットワークを形成するために必要なことは、地域医療政策が共通の課題であることを相互理解することが大事であるが、そのためには行政当局がまず関連するデータを収集しなくてはならない。データというものは基本的にそれぞれの業界あるいはグループが数字統計ををまとめることから始まる。いわゆる官庁統計はその集積に上にできた指標である。したがって統計項目たるグループ区分ということがまず必要である。データを参考にして、当事者が関与しながら計画や政策が立てられるべきであって、政策は官庁統計に基づいて官僚が排他的に作成するべきではない。そのためにはアクターはそれぞれの社会的範疇を自覚して地域政策の作成と実行に関与すべきである。それにより、各種法制作り、計画プログラム作り、実践と検証が行われる。

したがって、実践面では共通のアクターがグループ化あるいはセクター化をすること、関連法制

規則を作ること、地域医療の計画、プログラム、協定・契約を作成することなしには、医療の民主化を促進することは難しい。

参考文献

Country Health Profile 2021 France, OECD, 2022
Les dépenses de santé 2021, Dres, 2022
Diagonostic local de sante, Orleans val de Loire, 2015

Livret 2 , Diagnostic Territorial 2021-2025.
Departamient Loir & Cher
Diagnosic Trritorrial Partagé Loiret, ARS, 2017
Contrat Local de Sante de Territoires Ruraux de l' Orleans, 2021,
Metropolitanet Santé à Orléans, 2022,

(いしづか ひでお、研究所主任研究員)

患者参加による医療の患者満足度向上に関する研究

— A 医療生活協同組合 4 医療機関の利用委員会による 患者満足度向上の促進要因と阻害要因の関係性 —

水野（河合）良二

はじめに

医療において、利用者の意思決定を尊重することは当然であり、さまざまな医療機関で努力されている。医療福祉生協では、患者や医療福祉生協組合員（以下 組合員）が医療サービスや医療機関運営に参加する仕組みとして事業所利用委員会（以下 利用委員会）を設置している。

利用委員会はほとんどの医療福祉生協に設置され、患者からの苦情や意見に対して、医療従事者だけでなく組合員も参加して改善の取り組みをおこなっている。

日本生協連医療部会（2004）では、利用委員会による医療への患者・住民参加が保健医療サービスの質を高めることを実証してきたとしている。しかし、どのようにサービスの質を高めてきたかは明らかになっていない。Donabedian（2007）は医療の質は医療提供の構造（Structure）、診療の内容・過程（Process）、診療の結果（Outcome）で測定可能であるとしている。また患者満足度は医療の質の評価として重要性を持ち、医療者の満足は組織の機能または性質に関する質の基準となるとしている。厚生労働省（2001）は「『患者調査』と『病院調査』から、医療サービスに対する患者の評価と病院サイドの取り組みに関するギャップを確認できる」としている。

本研究では日本医療福祉生活協同組合連合会（以下 医福連）加盟の A 医療生活協同組合（以下 A 生協）4 医療機関の利用委員会の調査を通じて①利用委員会による患者満足度向上の促進要因は何か、②利用委員会による患者満足度向上を何が阻害しているか、③促進要因と阻害要因の関係性の3点を明らかにした。

研究の枠組みは A 生協 4 医療機関に対して以下のように調査を行った。

院所長、看護師長、事務長に患者満足度に影響を与える因子に関する質問紙調査を行い、満足度に対する過程を明らかにし、各医療機関の患者満足度調査結果を多面的に分析した。次に満足度の結果と満足度に対する過程を分析し、患者満足度を向上させるための課題を抽出しインタビュー項目を作成、インタビュー項目に従って各医療機関の利用委員会組合員委員・事務局担当職員委員、受付窓口担当常勤及び非常勤職員に半構造化面接を行い、質的帰納的方法を用いて分析した。

1. 医療福祉生協の利用委員会

日本医療福祉生活協同組合連合会（2019）によると全国の105医療福祉生協のうち80生協に利用委員会が設置されている。「虹の箱（医療福祉生協の投書箱）」の設置、「感謝・要望・苦情把握」、「職場訪問・職員との懇談」、「医療安全（院内巡視・安全チェック）」、「事業所内の美化の取り組み」、「職員の接遇研修」、「他施設見学」、「事業所案内パンフレットの作成や見直し」、「利用結果」、「第三者評価活動（施設見学の受け入れ、ISO、第三者機能評価等）」、「通信教育集団受講」、「利用者宅訪問」、「家族会との連携」、「組合員を交えた多職種の事例検討会」などが行われている。

日本生協連医療部会（2004）によると利用委員会は、「苦情処理委員会」が設置されたのが始まりで、組合員が院所運営に参加する「院所利用委員会」に発展した。その後介護事業を行う生協が増えたため、名称を「事業所利用委員会」とした。引き続き「院所利用委員会」とよんでいる生協もある。

筆者が以前在籍した A 生協は 6 つの医療施設、7 つの介護施設、40,000 人の組合員の生協である（<https://kita.coop/aboutus/about-2>）（アクセス

ス日：2021年11月1日）。利用委員会は医療福祉生協の各支部の組合員委員・ボランティアなどの医療機関利用者と職員委員により構成され、投書箱の設置、感謝・要望・苦情把握、職場訪問・職員との懇談、院内巡視、待合室の環境改善などを行なっている。

2. 第1調査：患者満足度調査

満足度の結果である患者満足度を把握することを目的にA生協で利用委員会のある4医療機関の患者満足度調査（直近2019年度医福連）結果を分析した。調査項目はA病院・B診療所・C診療所は属性5項目、満足度に関して12項目、総回答数372であった。D歯科は属性4項目、満足度に関して11項目、総回答数174であった。

分析方法は質問ごとの評点を①医福連の全国平均と比較、②男女別・科別・年代別クロス集計を行い比較した。

4つの医療機関はA病院（内科小児科中心で病床52床、2019年度の1日外来患者数215.1人の小規模病院）、B診療所（内科小児科、同55.0人）、

C診療所（内科小児科、同44.0人）、D歯科（歯科、同82.5人）である。

表1のように設問ごとの4医療機関評点の平均値の高い順に比較すると、どの医療機関も職員の接遇、診察室・待合室等の快適さ、利用しやすさは比較的高い評点であった。またそれらは利用委員会が改善に関わることのできる項目であった。一方待ち時間や患者のプライバシー、医療設備など人員体制や予算に関わるものは、比較的低い傾向であった。医福連の全国平均も同様の傾向であった。

ほとんどの事業所は全国平均並か全国平均を上回る項目が多くなっていたが、B診療所の評点は多くの項目で全国平均より低くなっていた。厚生労働省（2019）は15～39歳の患者満足度が低く年齢が上がるにつれて満足度が高くなるとしている。B診療所は40歳未満の患者が多く組合員比率が低いいため、患者満足度が低くなっている可能性が考えられた。そのため年代別・性別・受診科別・組合員かどうかで満足度に違いがないか検討したが、どの条件でも満足度に違いはなかった。また他の医療機関に比べて職員あたりの患者数が少な

表1 設問ごとの医療機関の評価比較（A生協から提供された資料に基づき筆者作成）

医療機関ごとの評点（4 医療機関の平均の高い順に並べ替え）		医療機関ごとの評点				(A 生協から提供された資料に基づき筆者作成)		4 医療機関の平均
	A B C 医療機関の設問	A	B	C	D	D 医療機関の設問		
c	職員の言葉遣いや服務態度はよかった	9.2	8.3	9	9	職員の言葉遣いや服装、対応の態度はよかった		8.9
f	玄関、待合室、トイレは清潔で快適だった	9.3	8.2	8.8	8.8	診察室・待合室は清潔で快適だった		8.8
a	受付や会計係には声をかけやすく、聞きやすかった	8.6	8.4	9	8.8	受付や会計係には声をかけやすく、わからないことをききやすかった		8.7
k	全体として利用しやすかった	8.7	8.2	9.2		該当する設問なし		8.7
b	医師には、わからないことを聞きやすかった	8.5	7.4	9.4		該当する設問なし		8.4
e	医師の診断や治療は納得できるものだった	8.5	7.6	8.7	8.8	治療は満足できるものだった		8.4
d	職員の説明で、病気、検査、薬のことは十分理解できた	8.5	7.7	8.3	8.9	治療などの説明は納得できるものだった		8.4
i	支払った金額の内訳はわかりやすかった	8.4	7.3	8.5	8.3	支払った金額の内訳はわかりやすかった		8.1
j	患者のプライバシーは守られていた	8.7	7.5	7.8	8.5	患者のプライバシーは守られていた		8.1
h	診察、会計、薬などの待ち時間はがまんできるものだった	7.9	7	7.6	8.6	会計の待ち時間は、がまんできるものだった		7.8
					9.1	診察の待ち時間は、がまんできるものだった		
l	この病院・診療所を知り合いに紹介したいと思う	7.3	6.8	7.4	7.7	この歯科を知り合いに紹介したいと思う		7.3
g	医療器械や医療設備は十分だった	7.6	6.4	6.9	8.2	医療器械や医療設備は十分だった		7.3
	平均	8.4	7.6	8.4	8.6			

評点の算出は「そう思う：+10点」「どちらかと言えばそう思う：+5点」「どちらかと言えばそう思わない：-5点」「そう思わない：-10点」として無回答を除いた回答者数をかけて算出した。

く、職員当たり患者数が原因で患者満足度が低くなっているのではなかった。

3. 第2調査：医療機関管理部の患者満足度向上に関する質問紙調査

医療機関管理部の患者満足度向上に対する認識を把握、満足度に対する過程を明らかにし、患者満足度向上の課題を抽出するため、前述した医療機関の院所長・看護師長（歯科診療所は歯科衛生士長）・事務長に質問紙調査を行った。分析方法は第1調査の結果と比較し多面的に分析、患者満足度を向上させるための課題を抽出、抽出した課題を改善するために利用委員会がどのように影響を与えるかのインタビュー項目を作成した。

それぞれへの共通質問項目は患者満足度に影響を与える以下の項目である。

- ・「医師と他のスタッフの患者に接する態度」25件。
- ・「職員の満足度・職種間のコミュニケーション」16件。
- ・「医療機関の管理姿勢や体制」19件。

院所長・看護師長・事務長を対象とするのは各医療機関の状況を管理部がどのように認識してい

るか把握し、患者満足度調査との矛盾を確認し、患者満足度を向上させるための課題を抽出するためである。事務長には追加として各医療機関の基本情報4項目、各利用委員会の2018年度から2020年度の活動内容17項目を質問項目とした。共通質問項目の「医師と他のスタッフの患者に接する態度」はDonabedian（2007）から用いた。「職員の満足度・職種間のコミュニケーション」は杉他（2006）から用いた。「医療機関の管理姿勢や体制」は池上他（1987）から用いた。各質問項目に対し「1. そう思う 2. どちらかといえばそう思う 3. どちらともいえない 4. どちらかといえばそう思わない 5. そう思わない」の選択肢を選んでいただいた。

大分類ごとの平均値を比較すると、表2のようにどの医療機関も「職員の患者に接する態度」の自己評価が比較的高くなっていた。第1調査の職員の言葉使いや態度、職員への声のかけやすさの評価が高いことと一致していた。

「管理姿勢や体制」では「医療機関内のコミュニケーションと職員満足の重視」がされているのに、「職員の満足度」「職種間のコミュニケーション」は低くなっており矛盾していた。杉他（2006）では職種間のコミュニケーション、職員満足度が

表2 分類ごと事業所ごと平均値比較（筆者作成）

大分類	小分類	A	B	C	D	平均
職員の患者に接する態度	患者からの声のかけやすさ	2.2	2.1	1.7	2.0	2.0
	患者の意思を尊重した態度	1.8	2.0	1.9	1.8	1.9
	患者からの相談しやすさ	1.8	2.2	2.5	1.5	2.0
	個人情報保護・倫理	1.8	2.2	2.0	1.5	1.9
	苦情・意見	1.5	2.0	1.7	1.3	1.6
	平均	1.8	2.1	2.0	1.6	1.9
職員の満足度・職種間のコミュニケーション	職員の満足度	2.3	2.4	2.3	2.6	2.4
	職種間のコミュニケーションとチームワーク	2.1	2.3	1.7	2.0	2.1
	職員教育・研修	2.3	3.0	2.2	2.8	2.6
	平均	2.3	2.6	2.1	2.5	2.3
管理姿勢や体制	方針の職員との共有	2.4	2.9	1.8	2.8	2.5
	医療機関内のコミュニケーションと職員満足の重視	1.7	1.9	1.7	1.6	1.7
	職員研修の重視	2.2	2.6	2.9	3.9	2.9
	平均	2.1	2.4	2.1	2.7	2.3
	医療機関ごとの平均	2.1	2.3	2.1	2.4	2.2

患者満足度に影響していることが示されており、この矛盾が患者満足度に影響している可能性があった。

また A 病院・C 診療所に比べて B 診療所は利用委員会と患者満足度に関与する項目で医療機関の理念を含めた学習・研修の不足が示された。伊丹・加護野（1989）は、理念を含めた学習・研修が患者満足度に影響することを示しており、理念を含めた学習・研修の不足が B 診療所の患者満足度の低さに影響している可能性があった。

4. 第3調査：インタビュー調査

第1・第2調査を踏まえ、利用委員会が患者満足度にどのように影響を与えているか把握することを目的に各利用委員会の組合員委員と事務局職員委員、受付常勤及び非常勤事務職員計17名を対象にインタビュー調査を行った。インタビュー内容は「利用委員会についてどのように思うか」、「利用委員会は今後どのような役割を果たしていけるか」、「利用委員会が役割発揮するための課題をどう考えるか」、「利用委員会が患者満足度にどのように影響しているか」、「職員教育はどのように行われているか」である。調査記録から作成した逐語録を分析対象とし、これをコード化・カテゴリー化する質的帰納的方法で分析した。逐語録から利用委員会による患者満足度向上の促進要因・利用委員会の患者満足度向上を阻害する要因を示す文書切片を抽出し、それを示す簡単な文を作成し、コード化した。コードと文書切片の内容を相互に比較し、類似性・関連性・相違点に基づいてそれらを分類し、それぞれの分類に対し、サブカテゴリーを命名した。サブカテゴリー同士を比較し、類似性・関連性・相違点に基づいてカテゴリーを命名した。さらに得られたカテゴリー、サブカテゴリーをもとに、それぞれのカテゴリーが、どのように関連しているのか検討した。分析の結果9カテゴリー、32サブカテゴリー、205コードに分類し考察した。カテゴリー名は文章中の分析結果のカテゴリーを【 】,サブカテゴリーを< >、コードを『 』で示す。

カテゴリー名は【意見や要望に適切に対処】【患者に接する態度】【職員の満足度】【環境改善】【組

合員の活性化】【職員と組合員の相互理解で患者の気持ちに寄り添うよう促す】【苦情に応えることができない】【言われるばかりで満足感がない】【職員を患者に寄り添う気持ちに促せない】の9つであった。

①利用委員会による患者満足度向上の促進要因

カテゴリー【意見や要望に適切に対処】は支部を通じて利用委員が『虹の箱以外にも住民の声を拾い集める』ことによって<住民の声が集まる>場になっており、『活発な議論がされる利用委員会』で検討していることが示唆された。<納得いくまで話し合う>ことで苦情が改善されることが示唆された。患者は<意見が受け入れられるから満足度向上>することが示唆された。職員は<利用者の声で改善>できることが示唆された。医療機関は『できないことにも丁寧な説明』を行い、<患者の気持ちに沿った回答>がされていることが示唆された。また同時に<納得いくまで話し合う><意見が受け入れられるから満足度向上>から組合員委員と医療機関の相互理解で組合員委員が活性化することが示唆された。

カテゴリー【患者に接する態度】では、組合員の声によって『職員以外の目が入ることによって接遇が改善』し、<職員の気づかない部分を気づく>ことが示唆された。<生協行事で親しみ>を持ち『顔見知りの関係が職員の意欲を引き出す』ことが示唆された。『医療者からの一方通行でなく利用者の声が届く』ことで<利用者を意識した医療>になり職員の患者に接する態度が利用者に配慮したものになることが示唆された。また<利用委員会による教育>が行われていることが示唆された。

カテゴリー【職員の満足度】では職員が<組合員に理解されることで改善意欲が湧く>ことが示唆された。管理部だけでなく<各職場で苦情の共有>をしていることが示唆された。

カテゴリー【環境改善】では組合員委員によって<待合室環境改善>が行われ<組合員委員による利用しやすさの環境改善>が行われていることが示唆された。

カテゴリー【組合員の活性化】では組合員委員は『気安く言えて改善すると気持ちがいい』ことで医療機関に対する信頼が生まれ<組合員の活性

化>が起きることが示唆された。組合員が『住民の声を医療機関に届けることができる』ことによって<住民が医療機関を信頼>することが示唆された。

カテゴリー【職員と組合員の相互理解で患者の気持ちに寄り添うよう促す】では、組合員委員が医療や医療機関を理解し、<医療機関が利用委員会組合員委員にとって身近な存在>になることが示唆された。利用委員会で『医療機関の内側に触れる機会』となり<職員の一生懸命さが伝わる>ことが示唆された。利用委員会は『地域に良い医療機関が欲しい』という組合員の要求に応えるため、<職員と協力して利用しやすくし経営をよくする>取り組みをおこなっていることが示唆された。『苦情と回答のやりとりで組合員と職員の信頼を育む』ことで<患者と職員の相互理解を支える>ことが示唆された。

②利用委員会による患者満足度向上を阻害する要因

カテゴリー【苦情に応えることができない】は<管理部に余裕がない>ことが示唆された。『職員に対して理念や接遇の学習はしていない』ため、<職員教育に課題>があることが示唆された。医師に対しても<医師に回答を求めない>場合があることが示唆された。意見や苦情が寄せられても『組合員の声を生かせない』状況がある。しかし職場では<接遇を改善できない>ことが示唆された。

カテゴリー【言われるばかりで満足感がない】

では<担当職員以外に利用委員会がわからない>ことが示唆された。また、各職員は<苦情討議はしても利用委員会のことは知らない>ことが示唆された。そのため苦情や意見を【言われるばかりで満足感がない】ことが示唆された。

カテゴリー【職員を患者に寄り添う気持ちに促せない】は管理部が<職員に利用委員会を知らせていない>ことが示唆された。また<利用委員会と職員の懇談がない>ことが示唆された。利用委員会で職員の報告が組合員に理解しにくい場合や会議の時間が短く、<利用委員に職員のことが伝わらない>ことが示唆された。職員にとって<利用委員会から職員に一方通行>であることが示唆された。<コロナ禍でこれまで通りの活動ができない>ことが示唆された。コロナ禍以前も<職場訪問や研修をしなくなった>ことが示唆された。

カテゴリー【意見や要望に適切に対処】の<患者の気持ちに沿った回答>でB診療所・D歯科は『医師への苦情も回答』。【苦情に応えることができない】の<医師に苦情を求めない>でA病院・C診療所は『医師への苦情は配慮しながら回答』し、医師への苦情対処には限界があることが示唆された。

5. 考察

3つの調査結果の概要は表3の通りであった。

①利用委員会による患者満足度向上の促進要因

3つの調査結果から図1のように【組合員の活

表3 第1. 2. 3調査の結果概要（筆者作成）

第1：患者満足度を把握	接遇、診察室や待合室の満足度高い		全国平均より低い医療機関がある	
第2：管理部の患者満足度向上に対する認識を把握する質問紙調査	接遇に対する自己評価が高い		職員の満足度・職種間のコミュニケーションの評価が低い 低満足度医療機関は方針や理念の教育不足	
第3：利用委員会が患者満足度にどのように影響を与えているかを把握するためのインタビュー調査（組合員委員・事務局職員・受付職員）	利用委員会は職員との相互理解によって	接遇態度を向上 職員の満足度を向上 苦情に適切に対処	職員との相互理解ができないと	職員満足度を高められない 患者の気持ちに寄り添えるよう促せない
	待合室等の環境改善 医療機関に意見を届け改善できることで	組合員委員活性化 住民の声を集める 住民が医療機関を信頼	低満足度医療機関は利用委員会と受付職員の相互理解・職員教育不十分で接遇改善できない。	

性化】が職員の行動変容を促し、【職員と組合員の相互理解で患者の気持ちに寄り添うよう促す】ことで【職員の満足度】と【患者に接する態度】に影響を及ぼし患者満足度を向上させていた。

【職員の満足度】向上は職員の【患者に接する態度】にも影響を及ぼしていた。

Drucker (2001) は働きがいを与えるには成果についてのフィードバック情報を与え、自らの成果

についての情報が不可欠であるとしている。組合員と職員の相互理解があり、お互いにフィードバックし合うことによって双方が活性化されていた。

【職員と組合員の相互理解で患者の気持ちに寄り添うよう促す】ことで【意見や要望に適切に対処】するよう促し、患者満足度を向上させていた。

【意見や要望に適切に対処】することで、【組合員の活性化】をさらに進め、職員の行動変容を促す力を強化していた。

白澤 (2018) は、人間は生来的な“強さ (strength)”を持っており、肯定的な自己作りを支援していくことで解決能力が高まりエンパワメントに寄与するとしている。さらに白澤 (2021) は情緒的な支援や協力をもたらしてくれる「社会関係 (Social Relations)」、支援に活用できる「機会 (Opportunities)」が相互に影響しあうと述べている。

組合員委員と住民、組合員委員と医療機関、組合員委員と職員は、相互に肯定的に支援や協力をもたらしてくれる「社会関係」、支援に活用できる「機会」、として影響し合いそれぞれの“強さ (strength)”の強化につながっていると考えた。

佐伯ら (2004a) は苦情収集システムとしての意見箱が有効であるとしている。また水野ら (2001) は投書箱を設置している病院は84%、だが全ての投書を全文公開しているのは3.5%しか

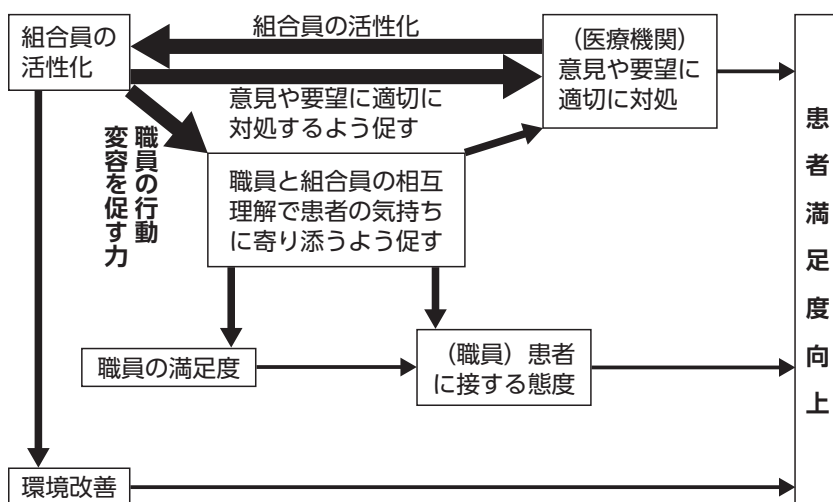


図1 利用委員会の患者満足度向上促進

なく、さらに約半数が全く公開していないと述べている。また、佐伯 (2004) 佐伯ら (2004b) によると患者が問題を感じたときに投書する割合は多くて5%未満、投書と口頭で職員に伝える割合を合わせても1~2割で非常に少なくなっている。

利用委員会のない医療機関に比べ、利用委員会のある医療機関では組合員委員が住民の声を拾い集めることで、意見箱だけで意見収集するより多くの声が届き、患者の声に適切に対処し、患者満足度向上の効果が高くなっていた。さらに「虹の箱」は図2のように『組合員が箱を開け職員会議で討議し事業所利用委員会に報告』される。『組合員主導の虹の箱が定着』することによって医療者に都合の悪い投書にも誠実な対応を促し、患者満足度向上の効果が高かった。

また利用委員会によって待合室等を患者が利用しやすくする環境改善が行われており、そのことによって患者満足度が向上していた。

②事業所利用委員会の患者満足度向上を阻害する要因

白澤 (2018) は、信頼関係が不十分な場合、自己決定が困難となり、“強さ (strength)”の強化が困難であると述べている。また伊丹・加護野 (1989) は評価が与えられることによって人は尊厳欲求を満たせるとしている。しかし、図3のように利用委員会と職員のコミュニケーションが不足すると【組合員の活性化】によって生まれた力

を各職員に伝えることができず、患者満足度向上を阻害していた。

利用委員会と職員との相互理解不足で信頼関係が不十分な場合、職員に対する評価が与えられず、職員の“強さ（strength）”が強化されていなかった。

青木（1998）は従業員に対してビジョンという大枠を示し、従業員に権限を与え自由に行動させることで、顧客が満足したときの従業員自身の満足感が得られると述べている。また、伊丹・加護野（1989）は、正しいと思える理念を持つ

て人々が働くとき、人々のモチベーションは一段と高まると述べている。理念を含めた職員教育が不十分な場合、職員のモチベーションが高まらず、苦情に適切に応えることができなかった。

③患者満足度向上の促進要因と阻害要因の関係性

Donabedian（2007）は医療の質は「構造（Structure）」「過程（Process）」「結果（Outcome）」という3つの側面から評価できるとした。今回の調査で明らかになった利用委員会による患者満足度「結果（Outcome）」を向上させる要件として、以下の6点が明らかになった。「構造」「過程」「結果」の3つの側面に分けその関係性を考察した。

—「構造」—

・「支部が住民の中に浸透し住民の声を集める」ことを引き続き強める

利用委員会は、組合員や住民の医療参加を保障する組織であり、組合員や住民の声を拾い集める有効な方法である。

・「職員教育」を重視する

今回の調査で職員教育に課題があることが示された。医療機関の基本方針・理念の学習をはじめとした職員教育を重視し、職員のモチベーションや満足度をさらに高める必要がある。

・「待合室・環境整備」を進める

組合員委員によって患者が利用しやすいように

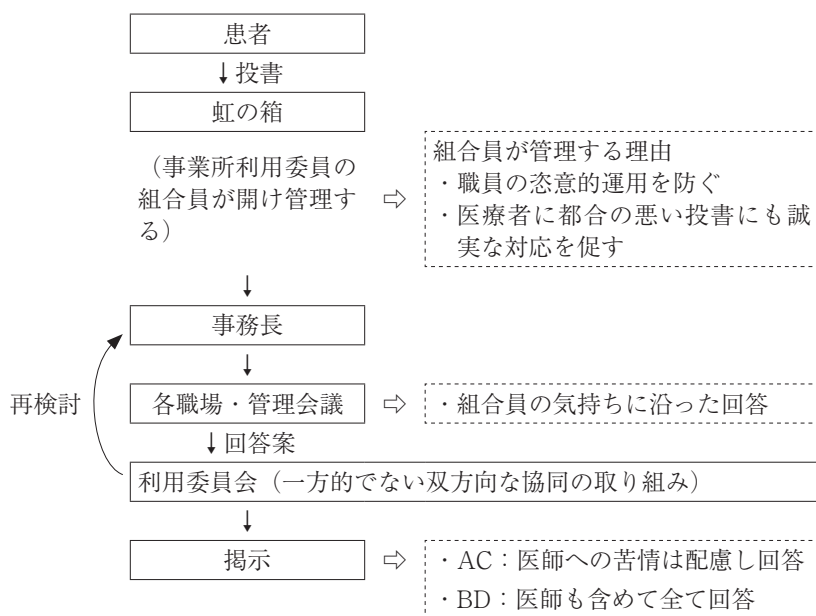


図2 虹の箱苦情処理の主な流れ（聞き取りにて筆者作成）

環境改善が行われていた。引き続き待合室をはじめとした環境整備をすすめることで患者満足度が向上する。

—「過程」—

・「納得いくまで話し合い意見や要望に適切に対処」し相互理解をさらに深める

納得いくまで話し合い、苦情と回答のやり取りで組合員と医療機関の信頼を育み、医療機関と組合員委員の相互理解を生み、患者の気持ちに沿った回答がなされることは、利用委員会の中心的な機能であり、強化すべき課題である。

・「利用委員会と職員の相互理解」を深め、職員満足度・職種間コミュニケーションを図る

組合員と職員の交流で、相互理解が進み、職員の満足度を高め、患者満足度が向上する。しかし一方で利用委員会と職員の相互理解が不十分になってきていることが示された。利用委員会と職員の相互理解をさらに深める必要がある。

・「医師への対応」を検討する

半数の医療機関が医師への苦情は配慮して回答していた。1998年医福連（当時は日本生協連医療部会）加盟で利用委員会が設置されているE病院において「気管内チューブ抜去、薬剤投与死亡事件」がおきた。この事件を受けて日本生協連医療部会（2004）は医療事故などの医療機関にとつ

てマイナスの情報も、公開して事故防止に結びつけるのが、理事会と利用委員会のテーマになっていると指摘している。この指摘に対してA生協の利用委員会は、十分ではなかった。利用委員会と医師との相互理解をさらに深めることが課題である。

以上より、図4のように「構造」である「支部が住民の中に浸透し住民の声を集める」、「職員教育を重視」、「待合室・環境整備」。「過程」である「納得いくまで話し合い、意見や要望に適切に対処し」、「利用委員会と職員の相互理解を深め、職員満足度・職種間コミュニケーションを図り」、「医師への対応を検討すること」で利用委員会は「結果」である「患者満足度を向上」させることができると考えた。

6. 結論

今回の研究で明らかになったのは次の6点であった。

- ・利用委員会は、患者満足度を向上させると同時に組合員委員を活性化し、職員の行動変容を促す力を作り出す。
- ・職員満足度を向上させ、職員の接遇を改善し患者満足度を向上させる。
- ・待合室などの環境改善により患者満足度を向上させる。
- ・職員と利用委員会のコミュニケーションが不足すると患者満足度向上を阻害する。
- ・職員教育が不足すると患者満足度向上を阻害す

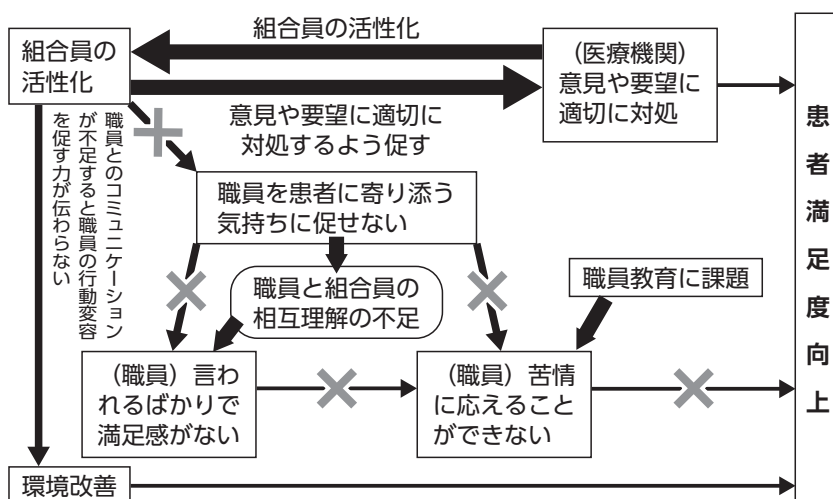


図3 利用委員会の患者満足度向上を阻害

結果	利用委員会による患者満足度向上をさらに発展させる		
過程	「納得いくまで話し合い意見や要望に適切に対処」し相互理解をさらに深める	「利用委員会と職員の相互理解」を深め職員満足度・職種間コミュニケーションを図る	「医師への対応」を検討する
構造	「支部が住民の中に浸透し住民の声を集める」を強化する	「職員教育」を重視する	「待合室・環境整備」を進める

図4 利用委員会による患者満足度向上をさらに発展させる

る。

・「構造」として住民の声を集める支部、職員教育、環境整備、「過程」として納得いくまで話し合い意見や要望に適切に対処、利用委員会と職員の相互理解、医師への対応を強化することで、「結果」である患者満足度をさらに向上させることができる。

今回の研究で、利用委員会が患者満足度をどのように向上させ、また利用委員会による患者満足度向上を何が阻害しているか、またその関係性を明らかにした。

本研究の意義は第1に利用委員会がどのように医療機関の患者満足度向上に影響しているのか明らかになったこと。第2に医療福祉生協の利用委員会を医療福祉生協以外の医療機関に紹介したこ

とである。

限界は第1に医療福祉生協全体の調査でなく、A生協だけの調査であること。第2に患者満足度調査のデータが2019年度だけのものであり、かつ患者満足度調査の調査項目が少ないこと。第3にインタビューした医療従事者が、利用委員会の事務局を担う職員委員と受付窓口担当の職員だけであることである。

本研究を行うにあたって、A生協の皆様にご協力をいただきました。心から感謝を申し上げます。

指導教員である篠田道子先生には、研究計画書の立案から、調査方法、論文の執筆に至るまで丁寧にご指導いただきました。温かい励ましをいただいたこと見守ってくださったことに感謝申し上げます。

本研究は「非営利・協同総合研究所いのちとくらし」研究助成を受けて行いました。

引用文献リスト

・青木幹喜 (1998) : 「従業員のエンパワーメントとその効果～日本企業を対象にした実証研究～」『東京情報大学研究論集』2 (2), 71-90
・池上直己・河北博文 (1987) : 「患者の満足度と病院の管理姿勢—日病の会員施設における実態調査」『日本病院会雑誌』34 (7), 13-19
・伊丹敬之・加護野忠男 (1989) : 『ゼミナール経営学入門』日経BP日本経済新聞出版本部
・厚生労働省 (2019) : 「平成29年度受療行動調査」
・厚生労働省 (2001) : 「平成13年度医療施設経営安定化推進事業報告書」
・佐伯みか (2004) : 「苦情システムの実際とその評価」『病院』63 (6), 502-506
・佐伯みか・八巻知香子・小澤恵美子 (2004a) : 「苦情対応システムの実際とその評価—臨床現場の事例から (最終回)—第4回現場スタッフの葛藤および苦情対応システムの10の重要ポイント」

『病院』63 (7), 594-599

・佐伯みか・八巻知香子・山本武志 (2004b) : 「苦情システムの実際とその評価—臨床現場の事例から—第2回『意見活用システム』の聴取機能の評価」『病院』63 (5), 420-425

・白澤政和 (2018) : 『ケアマネジメントの本質—生活支援のあり方と実践方法—』中央法規出版株式会社

・白澤政和 (2021) : 「自立の考え方と自立支援」『ケアマネジメント事典』一般社団法人日本ケアマネジメント学会編集 中央法規出版株式会社, 12-13

・杉和郎・中田範夫 (2006) : 「病院職員のモチベーションは病院の財政的自立と患者満足度に影響を与える」『山口経済学雑誌』56 (1), 117-132

・日本医療福祉生活協同組合連合会 (2019) : 「日本医療福祉生活協同組合連合会2019年度末調査」

・日本生協連医療部会 (2004) : 『院所利用委員会の役割と利用委員会活動—組合員・役職員のための学習テキスト No 9』日本生活協同組合連合会医療部会

・水野智・荒川直子・岡島光治他 (2001) : 「患者満足度測定ツールとしての患者用投書箱の実態と可能性」『病院管理』日本病院管理学会 (38) 101

・Avedis Donabedian : Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Volume 1 The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment (邦訳: 東尚弘訳 (2007) : 『医療の質の定義と評価方法』認定NPO法人 健康医療評価研究機構)

・Peter F. Drucker (邦訳: 上田惇生編訳 (2001) : 『マネジメント エッセンシャル版』ダイヤモンド社)

(みずの (かわい) りょうじ、日本福祉大学大学院医療・福祉マネジメント研究科研究生・元北医療生活協同組合職員)

～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

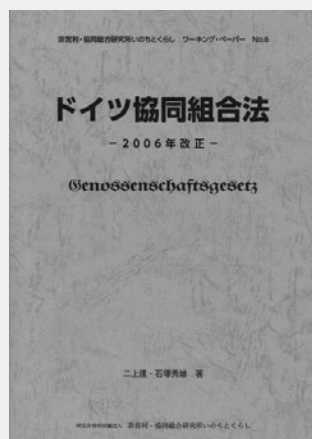
ISBN 978-4-903543-18-5

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/>

協同組合インターンシップにおける学生の経験と学び

石澤 香哉子

1 はじめに

本研究の目的は、一般社団法人くらしサポート・ウィズ（以下、ウィズ）が展開する協同組合及び社会的企業のインターンシップ・プログラム「つながりインターンシップ@協同¹」の8年間の記録を元に、改めてこのプログラムの成果を整理し可視化することである。

地方・都市にかかわらず地域コミュニティの活性化が喫緊の課題とされる現代の日本において、人々が集まってつながり協同をベースに何かを成し遂げていくことの有用性は、社会関係資本と関連づけられながら改めて評価されつつある。JCAの統計によると、2019年度における協同組合の組合員数は約1億699万人となっており、特に多くの組合員数を抱える生協は、医療・福祉生協を中心に組織数も増加傾向にある（一般社団法人日本協同組合連携機構、2022）。

ところが、こうした統計上の拡大傾向に反して、一般的に人々の協同組合への理解は高いとは言いがたい。2020年度の全労済によるアンケート調査によれば、各種協同組合の名称の認知度には総じて高い傾向が見られるものの、それらの組織を「協同組合として認知しているか」という設問に対してはいずれの協同組合も5割を超えておらず、協同組合運動の本質的な部分への理解が広がっていない状況が明らかとなっている（全労済協会、2021）。

こうした状況でとりわけ懸念されるのは、次世代を担う若年層の協同組合への認知の低さである。2012年以降、各協同組合は寄付講座という形で協同組合の認知を広げていこうとしているが、

その一方で大学では協同組合を冠する常設科目が減少傾向にあり、また講義内容に関しても協同組合組織を理論として学ぶ内容が減少している可能性が指摘されている（加賀美、2021）。

このような状況に対する危機感を背景として生まれたのが、本研究の対象である「つながりインターンシップ@協同」である。このプログラムは2022年10月現在、9年間にわたりプロジェクトを継続させており、その実践の成果は報告書という形で蓄積されている。しかしこのデータの活用は現在までに行われておらず、従ってこのプログラムの成果が正しく評価されてきたかという点には疑問が残る。そこで本研究ではこれらの資料を活用し、同プログラムの成果の言語化を試みた。今回は紙幅の都合上、プログラムを受けた学生からの報告に焦点を絞り、彼らが協同組合での働き方を通してどのようなものを学び得たのかを、質的データ分析の手法に基づいて可視化している。

2 プロジェクト概要、データと手法

2-1 プロジェクト概要

本節では、事務局を担当するウィズより調査研究用としてまとめられた8年間の実績報告書²に依拠しながらプロジェクトの概要をまとめる。

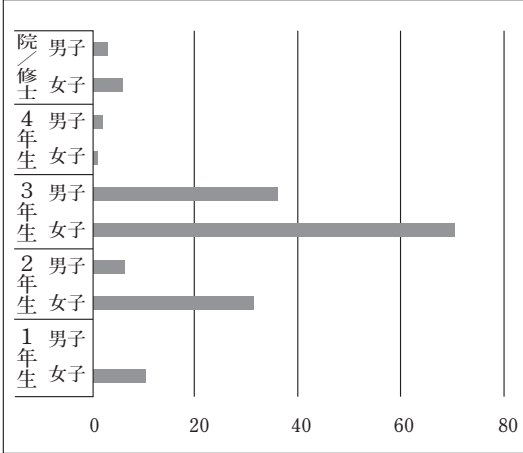
このインターンシップ・プログラムはNPOの長期インターンシップ・プログラムを参考に企画され、2014年度の「プレ企画」を経て2015年度から本格的に始動した。プログラムの対象者は学部生、特に2・3年生がボリュームゾーンであるが、

¹ 本プログラムは、内容は同じであるものの、ほぼ毎年名称が変更されている。本論文では、最新2022年度での名称である「つながりインターンシップ@協同」を採用する。

² 報告書は現在一般公開されていないが、ウィズへの問い合わせは可能である。

1・4年生の参加者もあり、また希望があれば大学院生も受け入れている（図1）。2014～21年までの8年間にトータルで165人の受入れを行ってきたが、内訳として女性の比率が高い点が指摘できる。

図1 学生の男女別・学年別参加人数比較



一般社団法人くらしサポート・ウィズ「『協同を学ぶ』インターンシップ8年間の実績報告(調査研究用)」
2021年.4P.

プログラムのスケジュールは、現在は図2の形に落ち着いている。各協同組合での実際のインターンシップ以外にも、プログラムの参加者全体で行う交流会が企画され、全体イベントと個別の体

験の二層式となっている点に特徴がある。交流会では学生と受入団体との交流の他、インターンシップ参加者同士の交流や、各自の経験のシェアが行われ、10月には修了報告会として学生チームが関係者の前で学んだことのプレゼンを行う。

特徴としては、就労を直接の目的としない「学びのインターンシップ」であること、各種協同組合を含む横断的プロジェクトであること、学生は希望に添った団体で実習を行い³、その体験を参加者全体で共有する場があること、受入団体によっては就労型以外に調査型のインターンシップが行えること、などがある。

2-2 データと手法

本研究で扱うデータは、ウィズ事務局で収集した2014～21年まで8期分の修了報告書⁴であり、このうちインターン生による感想文・報告の部分を分析に用いた。データは自由記述式で、年度ごとの簡単なフォーマットはあるものの内容は学生の自主性に任されており、書き手によって内容に濃淡がある。また、学生は協同組合について必ずしもよく理解しているわけではないため、協同組合関係の語句には表記揺れや誤用が散見される。このようなデータの特徴から、本研究では定量的

図2 スケジュール

つながりインターンシップ@協同2022年度プログラム案内より筆者作成

5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月/12月
5/9～6/3学生募集			夏休み期間 受入団体プログラム			学生各自感想文・実習報告提出
5/21(土)PM (オンライン) 社会的事業の しごと説明会	6/3(金)17時 応募締切り	7/2(土)PM (オンライン) キックオフ・イ ベント 7/30(土)PM 事前レクチャー (オンライン)	8/27(土)PM 交流会 (ワーカーズ コープ本部)	学生チーム 修了報告会向け プレゼン資料作 成(PPT)	10/22(土)PM (オンライン) 修了報告会 (ワーカーズ コープ本部)	各団体は学生チ ームへ「贈る言 葉」検討 修了報告書 (データ) 作成・発行

³ なお2018年度までは、基本的に学生は2カ所(労協+他協同組合)でのインターンを経験する形になっていた。労協が重視された理由は、労働を通じて協同を学ぶという目的のためには組合員＝労働者の形式をとる労協が最も適しているという事務局の判断がある。インターン希望者が増加傾向にあったこと、また covid-19の流行などもあり、2019年以降のプログラムでは、インターン先は1カ所に限定されている。

⁴ この報告書は、最新年度のもののみウィズのホームページで公開されている。ただしこれは、公開用に個人情報を削除したものとなっている。

⁵ 質的データ分析の手法については『質的データ分析法 原理・方法・実践』(佐藤, 2008)を参照した。

なテキストマイニングではなく、文脈を重視しながら概念化を行う質的データ分析法を用いた。手順は以下の通りである⁵⁾。

①データからコードを立ち上げるオープン・コーディングの手法で文章にコード付けし、②KJ法の要領でコードの集約と整理を行い、より抽象的なカテゴリーを作成し、③それをさらにカテゴリーグループの形に集約して概念化を行った。

その際、コーディングの軸として①参加動機、②経験、③学びの3つを設定している。

3 結果・分析

3-1 参加動機

本節では、学生が何を求めて本プログラムに参加したのか、その動機を明らかにしていく。参加動機は多い順に大きく「①学び・経験」「②プログラムの魅力」「③将来のため」の3つとその他に分類される(表1)。

①学び・経験

この表からは、多くの学生は自分の興味・関心のある分野で就労体験ができること、大学等で今まで学んできたことを実際に体験することを期待して、このインターンシップに参加したことがわかる。その興味の範囲は幅広いが、特徴的に現れていたのが「食」「地域」への関心である。「食」

への関心には、大学で栄養学や農業について学んでいる学生の専門的な関心から、食べることが好きで食に興味があるという素朴な関心まで幅広く含まれている。対して「地域」への関心は、地域やコミュニティの活性化に関心を持つ学生や、将来は地域に貢献する仕事をしたいと考えている学生で占められている。

「問題意識との合致」は、学生が問題意識を持っている分野に協同組合が事業としてアプローチを行っており、それをきっかけに参加を決めたケースである。その場合は福祉への関心を筆頭に、買い物難民や倫理的消費といった社会的課題への問題意識が多くを占めるが、一方で、これから生きていく際につながりや信頼関係を大事にしたいがそれは可能かどうかという個人的な問題意識に根ざしたケースもある。「今までの学びを体感・深化」は、こうした特定の興味や問題意識がより強く現れているパターンで、自分自身の研究テーマや今まで行ってきた活動について、このプログラムで現場を経験し学びを深めることが参加の動機となっている。

こうした本人の内心の問いに根ざした「興味・関心」「今までの学びを体感・深化」に対して、「経験・自己成長」に含まれるケースでは、より将来の就労への意識が強い。労働の現場を見たい、社会を知りたい、インターンの経験を通じて自身を成長させたいという動機から、このプログラムに

表1 参加動機

学び・経験	興味・関心	食、問題意識との合致、地域、会社組織・社会の仕組み
	今までの学びを体感・深化	
	経験・自己成長	現場を見る、自己成長、日本社会を知る
プログラムの魅力	協同組合・社会的企業・非営利組織で働く	協同組合に関心、非営利組織に関心、協同組合を利用、協同組合を知らない
	授業で聞いて関心・口コミ・紹介	
	協同組合の業務の幅	気になる業務を体験、様々な業務を体験
将来のため	就労に向けて	働くイメージを具体化、社会人として経験値を積む、仕事に必要な能力の涵養
	就職活動に向けて	インターンが必要、本格的なインターンの前段階として、就活への焦り
	具体的業種への関心	特に金融業
他		大学間交流、閉塞感の打破
※言及の多さは上に行くほど多く、下に行くほど少なくなっている。		※言及数が多いコードについては太字で表記している。

参加したパターンとなっている。

②プログラムの魅力

同プログラムが提供する協同組合へのインターンシップそのものに魅力を感じて参加を決めた学生も多い。特に大学で協同組合や社会的企業に関する授業を受けて関心を持った学生は、実際にそのような組織が存続しうるのか、現場を見て確認したいという動機を持つ傾向が見られる。参加の直接のきっかけとなっているのは授業内でのプログラムの紹介や教授の勧めが大きい。年度が進むにつれて、先輩からの評判を聞いて参加を決めた学生も現れてくる。

また「協同組合の業務の幅」がプログラムに参加する学生にとって魅力となっていることもわかった。協同組合は様々な分野に存在しており、加えて各協同組合レベルでも幅広い事業を手がけている。学生としては関心がある業種をインターン先として選択できる可能性があること、或いは一回のプログラムで様々な経験を積めることに魅力を感じてプログラムへの参加を決めたケースがあった。

③将来のため

インターンシップである以上、社会人となることを意識して参加する学生も当然多い。ここでは、学生の意識は大きく二層に分かれている。すなわち将来の就労に向けて、「働く」イメージを具体

化したい、社会人として必要な能力を身につけたいという層と、さらに具体的に就職活動の一環としてプログラムに参加している層である。後者は大学の方針でインターンシップを経験する必要がある学生が多いが、中には就活への危機感がなく大学生生活を過ごしてきた焦燥感から衝動的に同プログラムに参加したというケースもあった。

最後に、この分析に「現れていない」特徴が一点ある。それは、初めから就労先としての協同組合を期待してプログラムに参加している学生が、少なくとも報告書レベルでは見受けられないことである。

3-2 学生は何を経験したか（感情）

本節では、プログラムを通じて学生が何を経験したかについて、「感情」及び「体験・実感」の2つに分けて述べる（表2）。

プログラムを通じて学生は様々な経験をし、それを感情の動きとともに受け止め、報告に残している。それらの感情は、大きく分けてポジティブな「①驚き・感嘆・印象」「②楽しさ・喜び」、ネガティブな「③困難・反省」に分類することが出来る。

①驚き・感嘆・印象

学生が心を揺さぶられた経験のうち最も言及が多かったものが「つながり・連携」である。これ

表2 何を経験したか（感情）

驚き・感嘆・印象	つながり・連携	ステークホルダー（特に組合員や生産者）と協同組合の関係、地域との関係、協同組合事業を通じた関係の創出、仲間
	業務を通じて	働く人の姿・態度・考え方、事業内容、労働の大変さ、体験・達成、職場ごとの雰囲気の違い
	協同組合を体験して	商品とそのこだわり、協同組合の仕組み・立ち上がり方、組合員、会議・話し合い、協同組合と企業の違い、利用者、生産者、利益以外も大切に
	社会を知る	社会の問題・仕組み・現状、協同組合の活動領域
楽しさ・喜び	つながり・コミュニケーション	リアクション（発言を聞いてもらうこと・受入団体の対応・利用者の反応）、様々な人との交流、仲間、コロナ下での交流の楽しさ、支え合って働くこと、人のためになること
	業務を通じて	業務自体の楽しさ、達成感、業務の工夫
	学び	今までの学びとのリンク、新しい学び
	社会人との対話	
困難・反省	反省点、不安→変化、業務上の難しさ、専門用語に戸惑い、居心地の悪さ、ネガティブな印象	
※言及の多さは上に行くほど多く、下に行くほど少なくなっている。		※言及数が多いコードについては太字で表記している。

は、協同組合が生み出す人との関係性やつながりに触れたケースが多いが、インターンシップ同期生との連携や、そこから得た刺激という場合もある。特徴としては、協同組合特有の存在である「組合員」という存在から受けたインパクトが非常に大きいことが指摘できる。特に「組合員＝購買者」の図式が明確に現れる生協でのインターンシップでは、多くの学生が組合員と職員との関係性に強い驚きを覚えている。また、現場で働く人々の姿や態度、考え方も学生にとっては印象深い記憶となっている。

そしてやはり、協同組合の中で働くことで得た様々な驚きがある。その筆頭に来るのが「商品とそのこだわり」であるが、ここでは主に生協の商品および商品作りのプロセスについての驚きが語られる⁶。次の「協同組合の仕組み・立ち上がり方」は、事前学習で得た協同組合組織の知識を現場の労働者との対話を通じて実感したという内容である。また頻繁に行われる会議や徹底した話し合いに驚きと感銘を受けている学生も多かった。

このインターンシップを通して社会の様々な課題やそれを取り巻く仕組みを知り、そこから大きな驚きを得た学生も居た。協同組合の現場では、様々な社会問題と関わることも少なくない。特に、コミュニティの困りごとを事業にすることを掲げている労協の現場では、事業そのものが社会課題改善に貢献するような内容であることも多い。そうした場で実務を行うことは、社会課題の起こっている現場を知ることでもある。

②楽しさ・喜び

次に「楽しさ・喜び」である。ここでは「つながり・コミュニケーション」「業務を通じて」「学び」「社会人との対話」の4つのグループに分かれる。前者の2グループは「①驚き・感嘆・印象」とほぼ同じ名称であるが、①の見る・聞く経験から受ける強いインパクトとは異なり、こちらはより個人的な経験に根ざした内容になっている。例えば、「つながり・コミュニケーション」では、自分の言葉や行動に対するリアクションが嬉しさと結びついている様子が観察できた。協同組合で

はインターンシップ生であっても様々なシーンで意見を求められる。多くの学生は自分の見識に自信がない中で発言することを余儀なくされるが、そうして出て来た発言を協同組合メンバーが傾聴し真摯に受け止めてくれたという経験が、学生に大きな喜びを与えていた。

また数は多くないが、プログラムの中で自分自身が今まで学んできたことが業務とリンクすることや、全く新しい学びが得られたことに喜びを覚えるケースもあった。現場で働く社会人の話を聞く機会も、学生にとっては楽しみのようである。特に学生と近い属性（年齢・性別、出身大学の例も）を持つ社会人との対話から得た学びは、学生側が素直に受け止めている傾向が見られた。

③困難・反省

この項目では、プログラムを通して学生が感じたネガティブな感情が語られる。

ここで最も多く言及されているのは、自分自身の振る舞いに対する反省である。これは主に2つの方向性があり、1つはスケジュールの確認ミスや体調管理の失敗、遅刻など社会人として最低限求められる行動が出来なかったことに対する反省、もう一つはコミュニケーションについてのもの、相手に意図を伝えることが出来なかったことへの反省や、もっと積極的に人と話をすべきだったという後悔である。次に多かったのが、参加の際の緊張や不安を吐露する記述であるが、これは基本的に「実際に職場に入って不安が解消した」という内容がセットとなっているため、ネガティブな感情とはいえ深刻さはあまりない。

それに比べて、専門用語へのとまどいはやや深刻である。協同組合で当たり前に使われる言葉の多くは、全く異なる価値観の中で育ってきた学生にとっては自明のものではなく、特に会議などでわからない内容・用語が頻出することによって学習の意欲が下がる可能性がある。このプログラムにとって会議への参加は非常に重要な学びの機会となるのだが、その学習効果が薄れてしまうという意味では対応が必要だと言える。

数は少ないものの、ネガティブな言及も存在す

⁶ 金融系協同組合の金融商品や労協の提供する社会サービスなどへの言及もあるが、生協の商品作りへの言及が最も多くなっている。

る。代表的なものとしては、無給のアルバイトのように感じた、作業を通して何が得られるのか目的が見えない（インターンシップのプログラムとしての充実度が低い）、といったプログラムに対する不満があるが、より深刻な内容として、必ずしも本人が賛同していない価値観がベースとなっている場に置かれることの居心地の悪さを示す内容のものも存在する。

3-3 学生は何を経験したか(体験・実感)

学生が経験した事柄は、主に「①職場」「②会議・話し合い」「③幅広い事業展開」の3つに収束した(表3)。

①職場

「①職場」は実際に業務を行う現場での経験から学生が感じたことであり、ここでは「職場の雰囲気」「協同組合らしさ」「労働者自身」「働く場として」「地域・人とのつながり」「現場での協同の意識」の6グループに分類している。

現場を経験した多くの学生が言及しているのが協同組合の職場の雰囲気であり、その評価は「あたたかさ・やさしさ・居心地」「明るい・アットホーム・楽しい」のどちらかに収束している。数としては多くはないが、職場で自分が受け入れられていると感じた、あるいは勤務時間内に非常に多くの「ありがとう」を聞いた、という記述も複数見られた。

職場で「協同組合らしさ」を実感した場面としては、メンバーのチームワークを目の当たりにしたことや、職場の中で交わされる思いやりを感じたこと、活発な意見交換やコミュニケーションの取り方などが挙げられている。また、働く人々も学生にとってよい教材となっている。労働者の仕事ぶりから仕事の核にあるやりがいや熱意を感じたこと、事業の利用者(顧客)を第一に考え、信頼性に基づいて丁寧な仕事を行っていること、仕事ぶりから感じるプロフェッショナル리티が、学生に特に大きなインパクトを与えている。

表3 何を経験したか(体験・実感)

職場	職場の雰囲気	あたたかさ・やさしさ・居心地、明るい・アットホーム・楽しい、受け入れられている・寄り添われている
	協同組合らしさ	チームワーク、思いやり、意見交換・コミュニケーションの取り方、組織の理念を大事に
	労働者自身	仕事の核にあるやりがい・熱意、利用者第一・丁寧な仕事、勤務態度・プロフェッショナリズム、主体性
	働く場として	女性の働きやすさ、ワークライフバランス、働く人に寄り添う、個々人の意思が支える職場
	地域・人とのつながり	
	現場での協同の意識	
会議・話し合い	交流会	グループワーク・意見交換、他大学学生・他団体との交流、他大学教授の講義、モチベーション維持、協同組合理解促進
	事前学習	協同組合理解、ビジネスマナー、各受入先の事前・事後学習、労働法
	協同組合内会議	協同の雰囲気、意見を求められる、業務内容を深く知る、詳細な議事録、社会運動の話題、頻繁な会議
	外部との勉強会・会議	組合員の熱意、商品開発
幅広い事業展開	協同組合事業の広がり	知らなかった・インパクト、食の上流から下流までカバー、協同組合の可能性
	一つのインターンで様々な経験	
	興味のあることがやれた	
	それぞれの職場との比較	
※言及の多さは上に行くほど多く、下に行くほど少なくなっている。		※言及数が多いコードについては太字で表記している。

②会議・話し合い

協同組合にとって最も象徴的な営みは「②会議・話し合い」だが、このプログラムでも学生は多種多様な会議や話し合いに参加し、その印象を報告に書き残している。

「交流会」は、修了報告会のための資料作成グループワークも含めて、本プログラムの提供する全体での対話の機会と定義される。この交流会で最も学生に評価されたのは、グループワークや意見交換を通じて様々な視点を踏まえた議論ができたという充実感と、別のメンバーの経験をシェアしてもらうことでより多くの学びを得ることができたという満足感である。さらに交流会で経験した他大学・他学部・他学年のメンバーや様々な受入団体との交流を、他では経験しがたい貴重な機会と捉えている学生が多かった。

「事前学習」についてはその性格の違いから、交流会とは別に項を立てた。事前学習は、2014年のプレ企画の際に学生側から出された「協同組合は体験するだけではわからない。先に協同組合の全体像を学ぶような場を設けてほしい」という要望に応える形で2015年度から導入されたものである。また各受入先では独自に協同組合学習の機会を設けているところもあり、それらを含めて言及している記述を「事前学習」と定義した。このカテゴリーでは、こうした学習機会があることで現場での学びを一層深められたという意見が多く見られた。協同組合とはいえ、日常の業務そのものは一般企業と大きく変わらない部分が多い。この事前学習は、実習前に協同組合の全体像を学ぶことによって現場での労働に意味づけを行い、一般企業と協同組合の違いを意識させる役割を果たしている様子が窺える。

「協同組合内会議」は、学生たちがインターン先で参加したそれぞれの協同組合での会議を差す。ここで最も言及が多かった内容は、会議の雰囲気平等であり、一部の人が発言するのではなく誰でも意見を言ってもいい環境が作られていることである。さらに、最も新参である学生に対しても積極的に意見を求めるシーンが多々あり、そのことが強く学生の印象に残っている。また、会議に参加することで事業内容がより深く把握できる、会議ではキーフレーズが飛び交うのでその組

織がどんなことを大切にして事業を行っているのかがわかったという記述もあった。

「外部との勉強会・会議」は協同組合外部も含めた会議である。生協で行われている組合員を中心とした勉強会・商品開発会議などがこれにあたる。このカテゴリーでは、特に生協の会議で経験した組合員の熱心さ、知識の豊富さ、食の安全へのこだわりによって圧倒されている学生が見られる。また協同組合方式での合意形成に対しては、複数の学生が初めは非効率性を感じたものの、なぜそれだけの時間が必要とされるのか、話し合いのプロセスが重要なのか、会議を通してその意味を理解していく内容の記述が複数見られた。

③幅広い事業展開

学生が経験し、印象深く言及していることの一つに、協同組合運動が手がける事業の幅広さが挙げられる。協同組合が暮らしを支える様々な事業を手広く手がけていることを知った学生は、協同組合の柔軟さへの驚きや、事業としての可能性を感じたようである。また想定以上に様々な業種を体験できたことで、プログラム全体の満足度が高まった学生もいる。

3-4 学生はプログラムを通してどのようなことを学んだか

それでは、このインターンシップ・プログラムを通じて、学生はいったいどのような学びを得たのだろうか。まずは協同組合組織や協同組合的な価値観・行動様式などについて、学生がプログラムを通じて得た学びを整理していく。

①協同組合・協同組合的なものについての学び

学生からの言及が多かったのが「協同組合における働き方」についてであり、特に労協での実習を経験した学生が突出して多い傾向が見られた（表4）。学生が協同組合的な働き方の特徴と認識した要素として一番多く挙げられていたのが、「稼ぐだけではない働き方」であるが、他にも助け合いの精神や、話し合いの価値、平等な職場であること、といった理念的な価値が結びつけられている。この傾向はどの協同組合を経験したかとは無関係に共通して見られたが、労協を経験した学生の場合はさらに個々人を尊重する、自分自身で仕事を興す、といった要素が加わってくる。ま

表4 何を学んだか（協同組合・協同組合的なものについての学び）

協同組合・協同組合的なものについての学び	協同組合の働き方	稼ぐだけではない働き方、助け合いの精神、話し合いの価値、やりがい、平等、人・つながりを大切に、思いやり・人のため、個々人の尊重、自分たちで事業を興す、嘘をつかずに働ける、安心して働ける、居場所作り
	協同組合への理解	営利企業との違い、社会に必要、地域課題解決、生活防衛・向上、日常と社会運動の連続性、組合員との相互関係、利用者第一
	インターン先の組織・事業に関する学び	傾向として、金融系協同組合、生協、労協に多い。
	協同・協同組合について考えたこと	これからの協同組合の形、協同組合の欠点・疑問・限界
	協同組合の知識	仕組み、理念
	協同組合のイメージの変化	知らない→理解が深まる、意外と忙しい、意外と柔軟
	商品についての学び	協同組合が取り扱う商品のこだわり、クオリティ
	今後協同組合にどう関わるか	就職先の選択肢へ、利用したい・関わりたい
※言及の多さは上に行くほど多く、下に行くほど少なくなっている。		※言及数が多いコードについては太字で表記している。

た少数ではあるが協同組合的労働を「嘘をつかずに働ける」「安心して働ける」ものであると理解した学生もいた。

「協同組合の理解」のカテゴリーで初めに来るのは、「営利企業と協同組合が実際にはどのように異なっているのか」という形での協同組理解である。労協の場合は労働の形態を通して、また生協の場合は組合員との関係や取り扱い商品から、学生が企業との違いを学ぶ傾向が見られる。特徴があるのは金融系協同組合で、信金、ろうきん双方とも意識的に「営利と非営利の金融機関の違い」を学生に説明し、理解を促進する傾向が見られた。

学生が「協同・協同組合について考えたこと」は、ポジティブなものとネガティブなものに分かれる。ポジティブなものでは、今回学んだ協同組合的価値の現代性や、これからの社会でもっと発展しうる形態なのではないかという声があったが、ネガティブなものとしては実務を通して深まった疑問や、実習を通して感じた欠点・限界の指摘も見られた。例えば、本当にこの働き方が現実味を帯びた選択肢となるのかといった疑問、協同組合の行っていることが外から分からないといった指摘などがある。

多くの学生が、実務を通して協同組合のイメージが変わったことに言及している。「全く知らない」「授業で学んだ」「家で生協を使っている」といったぼんやりとした協同組合のイメージが、実

務を通してより鮮明になった、あるいは協同組合が生活の様々な場所に事業を広げていると知ってイメージが変わったという学生が大半であるが、中には非営利組織と聞いてのんびりとしたイメージや、組織として固いイメージを持っていた学生が、実際に実務を経験することで認識を改めたケースもある。

総じて、学生は既存の営利企業を中心とした価値観とは異なる協同組合的な価値観を理解しようと試み、好意的に、あるいは共感を持って受け入れているようである。協同組合の限界を指摘する意見も少なからず見られたが、前後の文脈を確認すると必ずしもただ協同組合的な価値を否定するのではなく、その重要性を認めた上で疑問を投げかけている様子が窺える。

一方で懸念もある。例えば「協同組合への理解」の項目で見られた「利用者第一」の項目では、実際の文面としては「顧客」「お客様」という語彙が使われていたケースが多い。このことは、理念に共感はあるけれども、既存の価値観から抜けて協同組合をよく理解したとまでは言えない学生が一定数存在することを示している。

これと関連するように、協同組合全体について学んだことを語るべき文脈で、実習先の協同組合の事業・組織のあり方・理念を説明する学生が少なからず居り、こうしたケースでは各協同組合の取り組みに矮小化された形で協同組理解をしている可能性が指摘できる。この傾向は「インター

ン先の組織・事業に関する学び」の項目にまとめたように、特に金融系協同組合、生協、労協に顕著に見られた。「商品についての学び」はその派生であり、協同組合の理念や活動がインターンシップ先の協同組合で取り扱っている商品のこだわりと結びついて理解されている傾向があることを示している。ただし協同組合、特にこのプログラムの受入団体となっているような協同組合の場合は、商品の企画・開発自体に理念が反映されているケースが多く、商品からその協同組合を学ぶというアプローチが必ずしも間違っているとは言い難い側面もある。

②知識・スキルの習得と内面の学び

学生がこのプログラムに参加して得たものは非

常に幅広く、網羅・詳述することは難しい。そのためここではさらに一段階抽象化し、「知識・スキルの習得」「内面の学び」に分けることとした(表5)。「知識・スキルの習得」はさらに、「社会に関する学び」と「仕事そのものに関する学び」に分けられる。

「社会に関する学び」で最も多く言及されているのが社会課題についてであり、これはプログラム中に社会課題の現場を見る機会に恵まれた学生が強い印象を受けたことを示している。特に日本の農業を取り巻く課題に関しては、農協で実習を行った学生のみならず、生産者と触れあう機会のあった生協の学生も、当事者から直接話を聞くことで問題意識を強めていた。また労協や一部の社

表5 何を学んだか（知識・スキルの習得と内面の学び）

知識・スキルの習得	社会に関する学び	社会課題	農業、福祉・介護、保育、地域、就労支援、貧困問題、フードバンク、孤立問題	
		食の安全に関する知識・意識	添加物、消費者のための知識、持続可能な消費、食育、食べ物の効用	
		今まで見えなかった社会の側面・制度・構造	社会福祉協議会・児童館・保育・サポートステーション…など各種制度、生活を支える様々な労働の存在	
		行政の役割	協同組合が取り組んでいる領域への行政サポートの重要性	
	仕事そのものに関する学び	コミュニケーション能力	話し方・伝え方、積極性、ディスカッションのこつ	
		社会人として	社会人マナー、責任、社会人に必要な能力	
		先のことを考える力	未来のことを考える、先の仕事を考えて動く	
		体験を通じた知識	業務上の工夫、現場の知見	
		仕事の人間関係	チームで働く、一人で仕事はできない、信頼、難しさ	
		他、技能に関する学び	プレゼン資料作成技術、模擬面接	
内面の学び	働くことについて	就活について	就活の方向性を見定める、将来どう働くかについてイメージ	
		働くことのイメージの変化	マイナスからプラスへ	
		労働の意義の再考	人生における労働の意味、今までと違った視点で考える	
		働くとはどういうことか実感	社会人のイメージの明確化	
		働くことの楽しさ		
	価値観・認識の変化	つながり・助け合いの重要性	つながりから得られた学びの大きさ、信頼を築く、利用者に寄り添う、居場所づくり、再考のきっかけ、共生の形	
		視野の広がり	多角的な視点、働き方・人生、価値観の見直し、共通認識を作る、新しい考え方	
		人間性・想いに感化	職員・組合員の想い、思いやり、意思、誠実さ	
		できる・可能性	自分自身の可能性、「なんでもできる」	
	自己の成長	コミュニケーション能力	発言する、意見を伝える、自分から声をかける	
		自信	考え・判断に自信、発言すること、長所の発見	
		課題に気づく	苦手や弱みの発見、固定観念、周囲からどう見られるか	
	※言及の多さは上に行くほど多く、下に行くほど少なくなっている。			※言及数が多いコードについては太字で表記している。

会的企業は介護や保育、就労支援の分野で数多く事業を行っているため、学生はそこでの労働を通じて貧困や孤立といった複合的な社会課題を直に見る機会があった。生協は直接そうした課題に対応する事業を行っている訳ではないが、食の安全という社会課題についてはスペシャリストであるということもあり、次項「食の安全に関する知識・意識」にまとめたように多くの学びを学生に与えている。

さらに、現場での業務を通して今まで全く視界に入っていなかった社会の構造を知った学生も多い。つまり、社会を支える様々な制度についての知識や、自分たちの生活が他者による労働で支えられているということへの気づきである。これは生活に関する様々な事業を行う協同組合のインターンシップだからこそ得られた学びであり、一般的な営利企業のインターンシップでの特定業種の経験では得られないものであると考えられる。

「仕事そのものに関する学び」は、すなわち社会人として求められるスキルや意識の持ち方である。これらの学びは必ずしも協同組合のインターンシップに特有なものとはいえないが、「コミュニケーション能力」が養われたとの記述が突出して多いこと、また「仕事の人間関係」においてチームが重視されていることなどは、これまでの分析結果を踏まえても協同組合的な特徴と言えるだろう。

このインターンシップを企画するに当たって事務局側が重視していたのが、学生たちの「内面の学び」である。この内面の学びは大きく「働くことについて」、「価値観・認識の変化」、「自己の成長」の3つにわかれた。

多くの学生が、このインターンシップでの経験を通して、その労働観を大きく変化させた。特に目前に就職活動が迫る学生は、就活の際に自分の軸をどこに置くのかについて思案し、「将来自分はどのように働いて生きていきたいか」という未来のイメージを明確化することで、この経験を今後活かそうと考えている。

また、元々労働というものに対してネガティブな印象を抱いていたことを告白した学生のほとんどは、続けて、プログラム中にその印象がマイナスからプラスへ改善したと記述している。この傾

向は、受入先の協同組合の種類とは関係なく見られた。多くの学生が、我慢や服従、重い責任、上下関係の押しつけ等のネガティブな要素を労働と紐付いたイメージとして持っていたが、協同組合での労働の経験を通じてそれらを払拭していったようである。また協同組合の労働者が自らの労働に「人のため」「社会のため」といった意味づけを積極的に行い、ポジティブに働いている様子も、学生の労働観の変化に影響を与えていた。

このように学生たちは労働に関する価値観を大きく揺さぶられた様子であるが、報告の記述からはそれ以外にも様々なことで今までの価値観や認識を変容させていることがうかがえる。顕著に表れたのは、生きていく上でのつながりや助け合いの重要性への気づきである。学生の記述からは、このプログラムを受ける中で、同期や受入先だけではなく組合員・利用者・生産者など様々な人々とつながる機会があったこと、そこから大きな気づきや学びを得たことによって、考え方に変化が起こっている様子が読み取れる。また、記述の年代に特徴があるのもこの「つながり」である。covid-19が猛威を振るった2020年度は本プログラムへの参加者も少なく、また調査型のインターンシップへの切り替えがあった関係から報告の分量も相対的に減少しているのだが、このつながりや助け合いについての言及は、最も参加者数の多かった2017年度に次いで2020年度が二番目に多くなっている。

プログラムへの参加を通じて視野が広がったという学生も非常に多かった。これは交流会や現場での業務を通じて、普段は接しない様々な属性を持った他者とコミュニケーションをとる中で、同じ話題でも全く異なる視点が存在すること、またそれらの視点を支えているのがその人自身の働き方や人生であると知ったことによって、自身の固定化された価値観に気づいた学生が多く居たことを示している。

「自己の成長」に関して、学生が明確に自分自身の成長を自覚出来ているのは、コミュニケーション能力の向上である。プログラムに参加する多くの学生は、元々自らを人見知りやコミュニケーションが苦手であると規定する傾向があった。そうした学生は、最初のキックオフ・イベントでは

人前で話すことや自己紹介を行うことに苦手意識を抱き、各現場に入っていくことにも不安を覚えていたようである。しかし前節の「②何を経験したか—会議・話し合い」でも述べたように、協同組合組織の労働の現場では、とにかく意見を求められる機会が多い。人の話を聞いた上で、自分の判断や考えを人に伝えなくてはならないというプレッシャーが常に生じているのである。またプログラム最後の修了報告会に向けて学生はグループでプレゼン資料を作成する必要がある、その作業はメンバーで話し合いながら進めていく形式になっているため、現場で体験したコミュニケーションを模しながらグループワークを行わざるを得ない。前述のような自己主張に苦手意識を抱える学生たちは、このプログラムに沿って対話の経験を繰り返すことで、本来は苦手であった意見の主張にも慣れて、自身のコミュニケーション能力の向上を実感してゆく傾向が見られた。

4 つながりインターンシップ @協同の成果の点検と補足

本節では、前節での分析結果をもとに従来このプログラムの成果と考えられてきた内容を点検し、またそこで言及されていなかった成果や特徴を整理する。

このプログラムの8年間の成果は、事務局側では表6のように把握されている（一般社団法人くらしサポート・ウィズ, 2021, pp.13-14）。

このうち、本論と関わる内容の成果は②③④⑤である。本分析に照らし合わせると、成果②につ

いては、学生が大学の講義や説明会を受けて協同組合組織のあり方に関心を持ちプログラムに参加する、プログラムの中で様々な形の協同組合らしさに触れて心を動かす、協同組合という組織・概念について現場の経験と交流会での意見交換によって咀嚼し自分のものとする、というプロセスを経て協同組合への理解が促進されていることが明らかとなった。ただし分析中にも触れたように、学生にとっては自分が経験した種類の協同組合のインパクトが最も大きく、総合的な協同組合概念の理解よりも各協同組合についての理解が優先される傾向が見られる。

また成果③については本分析においても同じ結果が示されている。学生が経験したことの中でも「つながり」は頻出するキーワードであり、これらの経験は内面の学びの一つである「つながり・助け合いの重要性」への気づきにつながっていく。

また成果④の学生たちの意識の変容についてであるが、本分析ではプログラムを通じて学生側には様々な価値観の変化が起こっていることが示されている。特に「労働」については学生たちが意識的に思考し、「自分が社会で働く際には何を軸として大切にするのか」「自分自身の人生にとっての労働の意味は何か」など思索を深めていく様子が見られた。

成果⑤「主体性」については、言葉自体は文脈中にいくつか現れたものの、コードとしては浮かび上がって来ていない。しかしプログラムを通じて学生が獲得した能力には、それと類似のものがいくつかあげられる。たとえば知識・スキルの習得に含まれる「先のことを考える力」や「コミュ

表6 つながりインターンシップ@協同 8年間の成果

①	「協同を学ぶ」ことを目的としたインターンシップ事業の原型（パッケージ化の可能性）
②	協同組合に関する認知度の向上
③	「協同すること」「人と人がつながること」の重要性を改めて認識
④	ネガティブイメージからポジティブイメージへ仕事観の変化、職業選択の対象へ
⑤	学生の主体性を事務局が育むところから、学生自身の主体的な関わりへ
⑥	団体職員への教育的効果、自らの原点を再確認
⑦	異種・異業種協同組合間の交流促進協同組合間協同の社会的連帯経済の推進へ
⑧	2020年度・2021年度新型コロナウイルス感染症対応による思わぬ副次効果

一般社団法人くらしサポート・ウィズ 「「協同を学ぶ」インターンシップ8年間の実績報告（調査研究用）」, 2021年, pp.13-14より筆者作成

ニケーション能力」がそれにあたる。

以上、本分析の結果によって、事務局が把握しているプログラムの成果を裏付けることが出来たと考えられる。一方で、分析においては特徴的に現れていたものの、今まで把握されてこなかったこのプログラムの価値が3点存在する。

その1つが協同組合が手掛けている業務の幅広さである。本分析では、インターンシップ生にとってはそれ自体が大きな魅力であり、プログラムの満足度に寄与することが示された。

次に、特に生協で顕著に見られた「組合員」のインパクトの大きさである。組合員は協同組合にとっては自明の存在であるが、学生にとってはそうではない。企業側が差し出す選択肢を選んで購入・消費することが当然という価値観を持つ学生にとって、購買者のポジションでありながら生産にも関わっている組合員は常識の枠外にある存在である。生協のみならず他の協同組合においても、「事業に関わるために出資する」という組合員の存在を丁寧に説明していくことで、学生の協同組合理解を深めることが出来ると考えられる。

また本プログラムにおいては学生が様々な場面で、まるでメンバーの一員であるかのように意見を求められるが、これは学生が指示に従う内容をベースとした一般的な企業におけるインターンシップでは見られない特徴である。報告からはこうして対話を繰り返すことで学生が意見を表明することへの苦手意識を克服していく様子を読み取れたが、そこには職場における心理的安全性、すなわち何を言っても受け入れられるという安心が担保されていたことが予測できる。そしてその予測は、多くの学生が会議の際に経験した「協同の雰囲気」によって裏付けされているのである。

5 おわりに

本論文では質的データ分析法に基づき参加学生の報告を読み解き、学生たちの参加動機・経験・学びに含まれる要素を抽出してカテゴリーにすることで、学生が何を期待し、経験し、学んだかについて言語化を行った。どの経験がどの学びにつ

ながっているのかといった各要素同士の関連や概念モデルの構築にまでは踏み込めなかったが、本論文の目的であったプログラムの成果の明確化については達成したと考えられる。

しかし、このプログラムは学生のみ成長を意図したものではなく、プログラムの目標にも明記されているように、参加する関係者全てがともに考え学びを得ることを目的としている。プログラムの正当な評価を行うためには、受入団体側である各協同組合がこのインターンシップを通してどのような経験をしたのか、何を得たかについても可視化していくことが必要とされることは言うまでもない。

参考文献

- 一般社団法人日本協同組合連携機構「2019事業年度版 協同組合統計表」, 2022年
[online] <https://www.japan.coop/study/statistic.php> (2022.11.3. 閲覧)
- 一般社団法人くらしサポート・ウィズ「「協同を学ぶ」インターンシップ8年間の実績報告(調査研究用)」, 2021年
- 大高研道「「協同組合」は国民にどのように認知されているのかー『協同組合と生活意識に関するアンケート調査』からみる現代協同組合像ー」『生活協同組合研究』443 (2012年), 50-59ページ
- 加賀美太記「キャンパスにおける協同組合の学びー授業と大学生協」『協同組合研究』41 (2) (2021年), 6-12ページ
- 佐藤郁哉『質的データ分析法ー原理・方法・実践』, 新曜社, 2008年
- 全労済協会「勤労者の生活意識と協同組合に関する調査報告書<2020年版>」, 2021年
[online] https://www.zenrosaikyokai.or.jp/znr_hp/wp-content/uploads/2021/07/enquete_06.pdf (2022.11.3. 閲覧)
- (いしざわ かやこ、一般財団法人地域開発研究所研究員)

《「もの書き百歳」のすすめ・3》

頭のなかに「情報ドーム」づくり

野村 拓

●「本」の意味

第2四半期（25-50歳）の課題として「読み返せる『自著』を持つこと」を挙げた。「本」の良さは「ある全体」のなかで「テーマ」を位置づけることによりかなりのスペースとエネルギーを割けることで、雑誌論文には、このスペースがない。概して、イギリスの本には「ある全体」のなかで「テーマ」を位置づける歴史的イントロダクションにすぐれたものが多い。

しかし、中世なきアメリカで、嘘の多いアメリカ近代史を教えられた人達に歴史的イントロダクションは無理で、ノッペラボーの平面にパチンコの玉を転がしたら、どんな転がり方をするか、というような雑誌論文しか書けない。例えば「錠剤の色彩別プラシーボ効果」とか。「ナーシング・ホームにおける墜落の研究」などは上出来の方である。

はじめに「プラシーボ効果」ありき、で「ある全体」のなかにこれを位置づけるには「医療政策史的全体」を知らなければならない。1935年のアメリカ社会保障法は、民主党のF. ルーズベルトが法案を議会で通すための共和党対策として「医療（保険）」を外してしまったが、「ナーシング・ホーム」サービスには公的大盤ふるまいを行い、日本でいえばラブホテル業のような業者が大挙参入してナーシングホームも高層化したという「全体」のなかで「墜落」がとらえられているか、どうかである。

私の場合、『医学と人権』（1969）をテーマとした場合の「ある全体」は「世界史」であった。『第三の科学史』（1967）で「人間科学」をテーマにした場合の「全体」は科学史であり、『医療政策史』

（1968）で「医療政策」をテーマにした場合の「全体」は社会政策史であった。

何冊か書いているうちに主体的問題意識を軸にした「情報ドーム」のようなものが頭のなかに形成されてくる。テーマを与えるという「点火行為」によって「ドーム」がフラッシュして作品が生まれる「ドーム」である。

「ドーム」といえば大英博物館のドーム型閲覧室が連想されるが、「頭の中の情報ドーム」は真ん中に「自分史」という主柱があり「自著」という骨組を持ったものでなければならない。それならば「この木 なんの木」のコマーシャルにでてくるような枝葉を張った巨木に「ドーム」をかぶせて壁面と枝葉を接続させたようなものをイメージしたらどうだろうか。

このような「頭の中に情報ドームづくり」が第3四半期（50-75歳）の主テーマとなるが、ここで「ドームづくり」の視点で、この時期の中間点に位置づけられる「定年」について考えてみよう。

●「中間点」としての「定年」

1973年、丸山博阪大教授は

「わしの定年・退官記念に『健康いろはカルタ』をつくれ」

と教室員に命じた。

「わしが『い』をつくるから、あとは皆で作れ」

「では『い』はなんですか」

「『いのちあつてのものだね』じゃ」

「それ、昔からあったんとちがいますか」

「とにかく作れ」

ということであった。

いろはカルタには、江戸カルタ、京カルタなど

といろいろあるらしい。

例えば、『に』は「江戸」は「憎まれっ子世にはばかる」で「京」は「二階から目薬」とけちくさい。

また、「上がり」という意味を込めて「京」という漢字が1字だけ入っているものもある。

「『京』の下水で 大阪 水割り」
はどうですか、などとアホなことに時間をつぶしながら、「て」のところは

「定年までは手を抜いて」
にするか、などとつぶやいた。

雑用まみれの現役時代には手を抜いて、雑用から解放される定年後に備えよう、という気持ちである。定年後、履歴書を書きまくって、二度のお勤めをする人の気が知れない。電車のなかでの女子学生の会話に

「ホラ なんとらいうたな、あの『死にかけ』の先生」
などというのが飛び出してくる。大阪弁の「死にかけ」は範囲が広い。

1953年に人工心肺が開発され、人間を機械的に生かしておくことが可能になって、Death and Dying という本が出されるようになり Dying の訳語に苦慮した。「死にかけ」では範囲が広すぎるからである。

「進行形の死」を迎えるまでにやっておくべきことは「ピーク時の延長」である。では「ピーク時の延長」という視点で第3四半期の「前半」と「後半」を振り返ってみよう。まず主な著書。

1977（50歳）

- ・（改版）『国民の医療史—医学と人権』（三省堂）
- ・（共著）『日本医療の進路』（大月書店）

1978（51歳）

- ・『医療問題入門』（医療図書出版）
- ・『戦時下医療政策ノート』（医療図書出版）

1979年（52歳）

- ・『保健医療の社会科学』（医療図書出版）
- ・（共編著）『地域医療・3』（新日本医学出版）

1981年（54歳）

- ・『医療と国民生活—昭和医療史』（青木書店）
- このあたりまでは比較的勉強ができた時期であったが、ここで阪大の「医学概論」担当になり、奈良医大、看護学校、保健婦養成学校、花園大な

ど非常勤講義の増加、老人医療有料化、健保本人負担の導入、地域別病床数規制、国立病院統廃合・移譲問題とのかかわりなど多忙を極めることになり、集中力不足で「本」の方も

1984（57歳）

- ・『医療改革』（青木書店）

1987（60歳）

- ・『日本医療と医療運動』（労働旬報社）

と、やや失敗作に近いものしか書けなかった。そして、このあたりで「現役時代」に見切りをつけて「定年後・戦略」を考えるようになった。

●「野村研だより」(1985)から「マクロ」(1989)へ

まず、定年後に備えて、洋書は丸善から自費で購入しよう。そして研究者仲間に紹介するために「通信」を出そう。それには「近況」は今後のスケジュールも載せよう、ということで、1985年から、手書きの「野村研だより」を発行することになった。

「野村研だより」は1985年から1987年にかけて41号まで発行されたが、定年後は他団体の機関紙誌と交換しうるものを、と考えて関西共同印刷に依頼してB5判8頁の「マクロ」を発行することとし、「野村研だより」から通しナンバーで「マクロ」No.42.を1989年2月に出し、年10回発行とした。

その内容は、「No.85.1993.9.」を例にとれば以下のようである。

<ショート・エッセー>はたらきかけの工夫

<近況（日誌）>

<最近のレジュメから>

- ・倉敷医療生協・歯科合宿（7.14.）

医療従事者のための医療総論

- ・滋賀医大・医学概論

社会と医学・医療（1）医療史の意味（6.16.）

社会と医学・医療（2）医療と民主主義（6.23.）

<外国文献>

- ・保健医療への資源配分

- ・世界医療費
 - ・途上国の保健医療
 - ・公衆衛生学・論集
 - ・臨床工学技師
 - ・ナチズムにおける医療政策
 - ・健保におけるボーナス・オプション
 - ・収入、不平等とサイクル
 - ・再生産（生殖）技術の倫理
 - ・医療における共同管理
 - ・避けられる死（2）
 - ・ラテン・アメリカの医療
- <寄贈図書・機関紙・誌>

この「マクロ」は労力と財政的負担が大変であったが、講義・講演の配布資料として使え、医学生、看護学生、福祉系学生に配って「興味のある海外文献を3つ選べ」という設問をして比較することもできた。

「マクロ」の冒頭のショート・エッセーは、「朝飯前の短文書き」のひとつだが、「短文書き」と同時進行で「短文」を貼り付ける「台紙」づくりもここがけねばならない。「自分史」「昭和医療史」「20世紀医療史」「貧困史」などなど、いろいろな「台紙」が必要になる。そこで台紙の集合から「情報ドーム」づくりが必要視されることになるが、普通のドームとは少し違う。というのは「ドーム」の「天井画」を描くには天井に届く「自分史」という足場が必要だが、この「足場」は仮設ではなく常設であり、「ドーム」の支柱を構成していることである。常に「世界史」を取り込む「自分史」を主軸に「自著」という枝葉を展開した「情報ドーム」なのであり、拙著『医療・福祉職の生涯学習』2020（錦房）ではこうもり傘の柄を自分史に、骨を自著にたとえた。

また「マクロ」は「台紙」の定期刊行物のようなものであった。

いま、「マクロ」の内容を眺めてみると、「マクロ」発行の時期が「能力的ピーク時代」であり、「マクロ」の発行によって「ピーク時」をかなり引き伸ばすことができたのではないか、と思う。B5判8頁の「マクロ」は1989年から2001年まで125回発行され1000頁の文献・資料集を形成した。これが第3四半期後半の仕事であり、第4四半期

前半にかけての「情報ドーム」づくりにつながるものである。

●「マクロ」から「(頭の中の) 情報ドーム」づくりへ

なにかテーマを与えられたとき、あるいは、みずからなにか企画を考えたときには、「ドーム」をフラッシュさせるが、この場合、記憶量が多いほうがいいし、情報量は豊富な方がいい。そして豊富な情報量は自分史を主軸として自著を骨組みとする「自前の情報ドーム」の出来具合によって左右される。

「情報ドーム」づくりをする前にここでもうひとつだけ「マクロ」を取り上げてみよう。それは第3四半期・中間点の「マクロ」(No.99.1994.10.)で以下のような内容。

<ショート・エッセー>夏期学校

<近況>（日誌）

・1994・医療経済研究会・夏期学校・総会

<日本の資料>

・当面の結核対策について（公衆衛生審議会）

・当面の精神保健対策について（公衆衛生審議会）

<外国文献>

・医療改革の政策学

・公・私の負担区分

・挑戦する医療

・看護と社会政策

・フーコーの再評価

・フーコー・ハバーマス論争

・死の権利

・集中治療と倫理

・医療改革

・アメリカ・労働力の未来

・福祉のコスト

<1人称の医療史・5>

<寄贈図書・機関紙・誌>

ここでの<外国文献>とは「単行本」のことで「雑誌論文」ではないのだが、「雑誌論文」と勘違いして問いあわせて来たりするのが「医学系」

である。阪大の「医学概論」講義で＜外国文献＞を紹介すると学生から

「その本は図書館にありますか」
との質問が出る。

「多分、ないでしょう。医学部は雑誌中心だから」
と答えることになってしまうが、図書館で新着雑誌を何頁かコピーして、教室抄読会で紹介して、という学習スタイルが身に付いてしまうと「本」が視野から消えてしまっているのではないか。つまり「ある全体のなかで物事を位置づける思考法」が失われてしまうわけであり、そのまま年をとれば索漠たる老後を迎えることになる。

「マクロ」1000ページには1200冊の＜外国文献＞を紹介したが、これが後の「自前の情報ドーム」づくりの中核となり、この「情報ドーム」が人生の「ピーク時」を引き伸ばす効果を生むのである。

もちろん、この「引き伸ばし」だけが「第3四半期」のテーマではない。「締めくくるべき仕事」も「次世代にバトンタッチするべき仕事」もあるが、これは第4四半期にまたがる仕事である。

●「ドーム・フラッシュ」で対応

個人誌の作成に気合をいれはじめたころ、5市統合で生まれた「北九州市」の市民病院の職員首切り問題をめぐる裁判の証人として福岡地裁で「尋問」と「反対尋問」を受けることとなった。

その内容は日本の医療制度全体に関するものであった。

しかも、証人は法廷に何も持ち込めないで、手ぶらで日本の医療制度全般について証言し、意地の悪い反対尋問にも対応しなければならなかった。つまり「頭のなかに自前の情報ドーム」を持たなければならなかった。手ぶらで、日本の医療制度全般について「尋問」と「反対尋問」に答えなければならない。まだ、公表されてはいないが福岡地裁での「証人尋問・反対尋問」の速記起こしは本一冊分の量がかった。証人はでんでん虫のように「資料室」を背負って出廷するわけにはいかない。「資料室」は頭の中に「自前の情報ドーム」として存在しなければならない。

国会の委員会における参考人意見陳述の場合

は、冒頭陳述の原稿は用意できても、各政党からの質問に対しては手ぶらで答えなければならない。しかも、答えた内容は一字一句、そのまま官報に載る。1999年5月、ピンチヒッター的「参考人」で、原稿作成の時間がなく白紙原稿での意見陳述と質疑応答はそのまま官報に載っている。

この時の参考人意見陳述は、裁判の証人と違って、原稿を用意できたが、用意するひまがなかった。なにしろ、切羽つまった感じの電話で「参考人意見陳述」をたのまれたのは、本番3日前の火曜日で、本番は金曜日。しかも、間の木曜日には阪大の学生実習、おまけに（飲み会）と記入されている。ひろい東京で逃げ回った奴は誰だろう、などと考えているうちに当日になってしまった。仕方がないから、国会を軽視するわけではないが、B5判の白紙3枚に「見出し語」を1行ずつ書いたものを持って国会へ。

国会では、「速記監督」の名刺を持った方が「原稿を見せてくれ」と言う。これは事前検閲ではなく、特殊な言葉を使われると速記記者がまごつくから、ということだが、見せるわけにはいかない。「特殊な言葉は使いませんから」と言ってクリアする。

意見陳述、質疑応答の間、政府委員席の厚生省幹部からも、傍聴席の全医労委員長からも「白紙」であることを見られないように気をつけたが、白紙の意見陳述と質疑応答の中身は官報にそっくり載っているが、そこそこの内容であり、これは「頭の中の情報ドーム」の産物である。

この「白紙・参考人意見陳述」は私の72歳の時で「第3四半期」の最後ごろで、「情報ドーム」づくりを意識しはじめた時期でもあった。

関西共同印刷で印刷した「マクロ」は8頁ずつ125回発行され2002年に1000頁の文献集となり、「情報ドーム」の実質を形成し、同じ年に、「月刊保団連」に75回連載した「20世紀医療史」は『20世紀の医療史』（2002. 本の泉社）として出版された。また、国民医療研究所所長として24人の執筆による『21世紀の医療・介護労働』（2000. 本の泉社）をまとめた。

ある意味で、「情報ドーム」とは「台紙」の積み重ねを立体化したようなものである。テーマごとに作成した「台紙」が増えてくれば立体化せざ

るをえない。しかし、「ドーム」の天井画を描くには、「自分史」という足場が必要である。いや、足場という「仮設」のものではなく、「常設」の支柱が必要である。だから中空の提灯ではなく、「この木 なんの木」のコマーシャルのように「自分史」を幹にして自著を枝葉とした巨木をイメージするべきだろう。

主幹としての「自分史」はつねに「世界史」を取り込みながら枝葉に養分を送り込み、枝葉は陽光を取り込んで「フラッシュ」(知的生産)をする、つまり、「精神の王国」としての「自前の情報ドーム」である。

前著『医療・福祉職の生涯学習』(2020. 錦房)の巻末には「『自分史座標軸』と蝙蝠傘『情報ドーム』」というイラストを掲げて、以下のように説明した。

(なによりもまず)『『自前の情報空間』をもち、必要に応じた『情報フラッシュ能力』を身につけることを教えてやらなければならない。

『頭のはたらき』まで情報機器に外部委託してしまい、フラッシュさせても、バットの空振り音しか聞こえない場合が多い。

『フラッシュ』が有効性を発揮するためには、自家用の『情報空間』をもたなければならない。それは『プラネタリウム』やレーダー基地のコンソールのような大げさなものでなくていい。

『自分史座標軸』という蝙蝠傘の柄を持って上げた場合に傘と傘の間が1分野というようなイメージを持ってもいいだろう。あるいは浅草・雷門の大提灯の内側に情報を貼りつけたようなものを考えてもいいだろう。」

●まず「自分史軸」、そして、「世界史」の取り込み

まず確立すべきは「自分史軸」だが、ここでは参考にするべき自著類を挙げれば以下のようなになる。

『親と子の百年自分史』(2007. かもがわ出版)
『医療の社会科学』(2003. 本の泉社)の一部
『医療問題入門』(1978. 医療図書出版)の一部

- ・「一人称の医療史」(マクロ)
- ・「医療政策・研究史」(「いのちとくらし」)
- ・読書歴に関するエッセー
- ・年の数だけストーリーメイク

この「自分史軸」から「自著」「連載物」を骨格とした「ドーム」が展張されるのだが、自分史軸の根からは、つねに「世界史」が吸収、取り込まれていなければならない。

- ・海外文献に関する12章
- ・文献プロムナード
- ・医療・福祉職の世界史
- ・海外新刊紹介
- ・「洋書古本市」

などなどである。

「根」からの取り込み、「梢」の展張をイメージしてから、「自著」「連載物」ネットの間に「分野別スペース」を配置する。

この「情報ドーム」を2次元の紙面で表現することは難しいので、以下、盛り込むべき内容を羅列的に示すことにしたい。まず、「自著」から

- ・単著

<書き下ろし> 『第三の科学史』(1967)
『医学と人権』(1969)
『健康の経済学』(1973)
『日本医師会』(1976)
『医療問題入門』(1978)
『医療と国民生活』(1981)
『医療改革』(1984)
『日本の医療と医療運動』(1987)
『みんなの医療総論』(1993)
『新・国保読本』(2014)
『医療・福祉職の生涯学習』(2020)

<連載から「本」へ>

『講座医療政策史』(1968. 2009. 復刻)
『講座現代の医療政策』(1972)
『戦時下医療政策ノート』(1978)
『保健医療の社会科学』(1979)
『昭和医療史』(1991)
『20世紀の医療史』(2002)

- <論集> 『医療政策論考1』(1976)
『医療政策論考2』(1976)
『医療の社会科学』(2003)
- <共著>
- <共編著>
- <分担執筆>
- <監修>
- <序文>
- <項目分担> など。

●ドーム内の情報配置

自著を骨格にしたあとは、「時系列」でも「360度の方位」でも「思いつき」でもよからう。手はじめにまず「思いつき」で。

- <昭和・平成史>
- <20世紀医療史>
- <洋書分類学>
- <100話作り(看護史、貧困史)>
- <海外新刊紹介>
- <ライフ・ステージ別著作>
- <連載巻物>

- <ライフ・ステージ別著作>
 - ・精神形成期の「読書歴」のドーム化
 - ・「書き下ろし」能力のピーク時には、そのための「まとまった時間」がとれない。この問題をどうするか。
 - ・管理的雑用の増えない「若年期」に「書き下ろし」をやっておく
 - ・その「呼吸」を身につけて「断片的時間」を活用して「書き下ろし」
 - ・ピーク過ぎれば「連載」で。

- <連載巻物>
 - ・傘寿記念「連載巻物」(2006)には、長短合わせて75本の連載
 - ・そのうち、「本」や「論集」におさめられたものは11本。
 - ・その後の連載、約20本。
 - ・考えようによっては、「連載」は「ドーム」を縦横に補強。

- <新聞スクラップ>
 - ・「時系列一本化」方式により、1966年から今日まで
 - ・「そのときの関心のあり方によって「とりあげ方」が変わってくる
 - ・新聞全体に目を通し「選ぶ」プロセスに意味があるのかも
 - ・政治学者や評論家ではないので、かける時間は30分から1時間まで。
 - ・長期海外出張の場合はなんとかカバー
 - ・「時代状況マーカー」のような記事をとどころ入れておくことも必要
 - ・新聞紙1枚だけ切れる「コンデ・カッター」を使っていたが、新聞紙が極度にうすくなったので切れすぎる。
 - ・『講座医療政策史』は「新聞事例の生活史的編成」をやってみたが、もう一度やってみようか

- <「レジュメ」集>
 - ・阪大(医学概論)
 - ・阪大歯学部(衛生学)
 - ・奈良医大(医療社会学)
 - ・龍谷大(社会福祉特論)
 - ・佛教大
 - ・保健師
 - ・看護師
 - ・花園大(医療社会事業)
 - ・単発講義・講演

<リーダーズ・ファイル>

- <「野村研だより」「マクロ」>
 - ・「野村研だより」(No.1.-41.) (1985-1988)
 - ・「フォーラル・マクロ」(No.42-166.) (1989-2002)
 - 1000頁の文献・資料集
 - ・「社会科学」分類学
 - ・洋書分類学
 - ・1人称の医療史
 - ・バトンタッチ文献集
 - ・「世界史」取り込み演習「マクロ・ピース」
 - ・「てがきマクロ」(No.167-273)

<ストーリーメイク>

- ・単品情報と連鎖情報
- ・200字でオチをつける―「編集後記」など
- ・司会
- ・スピーチ
- ・講義
- ・講演
- ・座談会
- ・シンポジスト
- ・裁判の証人
- ・国会の参考人
- ・語りべ
- ・人生のアリア
- ・「語り」系シャンソン

なお、「情報ドーム」には、既製の仕事だけではなく、未完成の仕事、次世代へバトンタッチすべき仕事のエリアをもうけなければならないが、これは次回のテーマとする。

●「ドーム・フラッシュ」、社会的呼吸、知的生産

多少、乱暴に情報を放りこんでも、「ドーム・フラッシュ」を何回か繰り返せば、かなり整理されてくる。例えば「社会科学的医療論の構築」というようなテーマで「ドーム・フラッシュ」をやってみることである。

あるテーマに関して、その体系化を目指す「フ

ラッシュ」は、ドーム自体の体系化に貢献するが、「ピンチヒッター論文」の依頼に応えたりしていると、「ドーム」は強力なバネを備えることになる。

「特集記事」が1本たりないから、ということで急遽1本書いたのが

・「本と医療」に関する縦横無尽の考察（『大阪保険医雑誌』2021.1.）

である。今年になってからでも

・「診療報酬・今昔物語」（同誌2022.7.）

・「つかの間」（1934-36）の平和の記憶（同誌2022.8・9）

などなど。

「特集企画」としての

・「保健・医療の公的責任を問う」（同誌2022.3.）

・「医療的社会診断―社会の鼓動に聴診器を当てる」（同誌2022.12. 予定）

も「ドーム・フラッシュ」の産物である。また、歴史ものとしての『大阪杜保協30年』や「開業保険医の雑誌・50年の軌跡」（『大阪保険医雑誌』2023.1. 予定）なども「ドーム」が得意とするところである。

「ドーム・フラッシュ」は社会的呼吸であり、知的生産である。「ドーム・フラッシュ」でようやく知的生産、人生第3四半期（50-75歳）の目標はこのあたりに設定するべきだろう。（2022.10.18.）

（のむら たく、医療政策学校主宰）

野村拓先生は2022年10月31日にご逝去なされました。本連載も今号で最終回となります。（編集部記）

野村拓先生を偲んで

高山 一夫

2022年10月31日、野村拓先生が94歳でご逝去されました。謹んで哀悼の意を表します。ご生前の温かなお人柄と多方面でのご活躍を偲び、野村先生のご経歴とご業績を紹介したく存じます。なお、ご経歴については、先生がご自身でまとめられた文章（『医療の社会科学』本の泉社、2003年）も参考にしました。

野村先生は1927年に埼玉県浦和市に生まれました。判事であったご尊父様の転任にあわせて前橋、甲府、静岡、名古屋などに転居されたのち、1944年10月に広島県江田島の海軍兵学校に進学されました（第76期生）。終戦後は、ご尊父様の出生地である伊賀上野に転居され、1960年3月に大阪大学医学部に任官、1991年に退官されるまでご勤務されました。

野村先生は、阪大医学部での「衛生学」「医学概論」、さらに大学院や歯学部に加え、奈良医大、福井医大、三重大、龍谷大、佛大、花園大、さらには関西医大付属看護専門学校、泉州看護専門学校など、多くの大学・専門学校で授業をご担当されました。私も何度か先生のご講義を聴講しましたが、軽快な話しぶりの中にも、ときに凄みのあるメッセージが込められた、油断のできない授業だったと記憶しています。また、授業後には有志で食事会・懇親会をされるのも通例で、むしろそちらを楽しみに受講される学生もいたようです。

野村先生が学会・研究会や運動団体において、きわめて精力的にご活躍されたことは、多くの方々もご存知のことと存じます。先生は、医学史研究会の幹事を務められたほか、医療経済セミナー（第1回は1974年9月）を設立され、1976年5月には医療経済研究会を発足させました。医療経済セミナーおよび医療経済研究会での演題一覧、また機関誌『医療経済研究会会報』（1号～58号）の掲載論文の一覧については、『日本医療経済学

会会報』（No.59）に掲載されています。（1999年に医療経済研究会は日本医療経済学会へと組織再編し、現在の日本医療福祉政策学会へと至ります。）

野村先生は、大阪大学を退官された後、国民医療研究所（現在の公益財団法人日本医療総合研究所）や北九州医療・福祉総合研究所の所長を歴任されました。また、旧国立病院・療養所の統廃合と独法化に反対すべく全国を行脚し、各地の病院・療養所において学習会を開催して関係者や住民を鼓舞され、国会で参考人として発言もされました（行政改革関連17法案にかかわる参考人質疑、1999年5月28日）。この時期の先生は、研究と運動との関わりに重きをおいたアクション・リサーチ（はたらきかけ）の大切さを、繰り返し説かれていました。

野村先生は、個人誌『「野村研だより」改題マクロ』をほぼ毎月発行し、ご友人や知人、関係者などにひろく配信されました。私の手元にある最新号はNo.296、発行日は2021年4月25日です。先生はしばしば『「マクロ」で最も読まれるのは「近況」欄だ』と、やや残念そうに語られていましたが、いま改めて読み返すと、先生が定年後も精力的に出張や講演会をこなしていたことが伺えます。そして講演会や学習会を通じて先生のお話とお人柄に惹かれた学生や社会人が、夏と冬に三重県の赤目温泉にて開催される「赤目合宿」（のちに医療政策学校と呼称）に集まり、野村先生を中心に世代を超えたユニークな繋がりを生み出しました。

私自身と野村先生との出会いは、大学院生時代の1996年に、青木郁夫先生や松田亮三先生のご紹介で、大阪府保険医協会の事務所で開催された医療経済研究会の例会で報告したときです。その後、赤目合宿（医療政策学校）にも参加するようになり、勉強以外にもさまざまな人生訓や人物論を教

えていただきました。当時先生は、すでに阪大を辞されていたこともあり、「定年までは手を抜いて」と口ずさんでいましたが、今回、先生の阪大時代のご業績を調べてみて、著作のあまりの多さに目がくらみました。刊行された図書だけで、1968年から1991年までに、単著・共著19冊、編集・監修10冊、復刻資料等4冊を数えます。雑誌に掲載された論文なども含めると、ご業績はさらに多くなります。むしろ先生は、「朝食までにひと仕事」「物書きテクノロジーと日常的心がけ」による厳しい自己管理をこそ、後進に伝えたかったのかも知れません。先生ご自身は、お亡くなりになる直前まで連載原稿をご執筆されるなど、最後まで研究を大切にされました。

また、野村先生は常々、赤目合宿を「ファーム・チーム」向けの練習の場として活用して欲しいと語られていました。合宿で磨いた問題意識と幅広い人間関係を活かして、各人が研究者や運動団体のリーダーとして活躍することを、期待されていたのだと思います。とくに2000年代以降、先生は国民医療研究所などと共同で各種の調査・研究プロジェクトを組織し、意識的に若手研究者や医療関係者を執筆陣に加えた編著を刊行しました。私自身、野村先生のお誘いで何冊かの書物を分担執筆させていただき、多くの方々の知遇を得ることができました。

野村先生との交流を思い返すと、先生からは、物事を歴史的に俯瞰して考えること、広く洋書に目を通すこと、現実の政策課題を意識した研究を志すこと、そして後進の教育を大切にすることを、教わりました。じつは私のゼミ卒業生（いま20歳代～30歳代前半）も、コロナ禍の直前まで、野村先生が主催する勉強会に参加していたそうです。先生は、研究だけでなく後進の教育にも、生涯をかけて力を注がれました。先生を慕い、先生のご逝去を悼む方々がとても多いことに、野村先生の教育者としての卓越したご功績が示されていると思います。

最後に、野村先生の主な著作（単著、共著（分担執筆は除く）、監修・編集された図書や資料）について、紹介したいと思います。古いものは私の手元にないものも多いため、リストを作成する

に際しては、国立情報学研究所のデータベースも活用しました。遺漏や誤記などお気づきの点がありましたら、お知らせいただけますと幸いです。いずれ、論文も含めた完全な業績リストを作成できればと考えています。

なお、『第三の科学史』（1967年）と『昭和医療史』（1991年）は製本されていますが、出版物とみなすことが難しいため、リストには掲載していません。また、復刻資料等については、私自身はいずれも未見です。

野村拓先生の著作（図書）リスト

1968年～2020年

（1）単著および共著

1. 『講座・医療政策史』（医療図書出版社、1968年。2009年に桐書房より復刊）
2. 『医学と人権：国民の医療史』（三省堂、1969年）
3. 『講座現代の医療政策』（医療図書出版社、1972年、1978年）
4. 『健康の経済学：暮らしと医療』（三省堂、1973年）
5. 『講座医療政策史』（丸山博閔氏と共著、医療図書出版社、1974年）
6. 『医療経済思想の展開』（日野秀逸氏と共著、医療図書出版社、1974年）
7. 『日本医師会』（勁草書房、1976年）
8. 『医療政策論攷Ⅰ』（医療図書出版社、1976年）
9. 『医療政策論攷Ⅱ』（医療図書出版社、1976年）
10. 『国民の医療史：医学と人権』（三省堂、1977年）
11. 『戦時下医療政策ノート』（医療図書出版社、1978年）
12. 『医療問題入門』（医療図書出版社、1978年）
13. 『保健医療の社会科学』（医療図書出版社、1979年）
14. 『医療と国民生活；昭和医療史』（青木書店、1981年）
15. 『権利としての医療保障』（日本生活協同組合連合会医療部会、1984年）
16. 『医療改革：日常生活からの提言』（青木書店、1984年）

17. 『医療法改悪：そのあゆみとねらい』（日本生活協同組合連合会医療部会、1985年）
18. 『地域診断入門』（田畑享氏と共著、日本生活協同組合連合会医療部会、1986年）
19. 『日本の医療と医療運動』（労働旬報社、1987年）
20. 『みんなの医療総論』（あけび書房、1993年）
21. 『わかりやすい医療経済学』（松田亮三氏と共著、看護の科学社、1997年）
22. 『わかりやすい医療社会学』（藤崎和彦氏と共著、看護の科学社、1997年）
23. 『21世紀の医療・介護労働：国民的大連携をめざして』（野村拓監修、国民医療研究所編、本の泉社、2000年）
24. 『20世紀の医療史』（本の泉社、2002年）
25. 『聞き取って・ケア』（野村拓、垣田さち子、吉永丈志編著、かもがわ、2002年）
26. 『医療の社会科学』（本の泉社、2003年）
27. 『時代を織る：医療・福祉のストーリーメイク』（かもがわ、2007年）
28. 『親と子の百年自分史聞き取りハンドブック：「思い出の手書きアルバム」作ってみませんか』（垣田さち子氏と共著、かもがわ、2007年）
29. 『百年自分史聞き取りノート』（垣田さち子氏と共著、かもがわ、2007年）
30. 『新・国保読本』（日本機関紙出版センター、2014年）
31. 『医療・福祉職の生涯学習 うたおう「人生のアリア」を』（錦房、2020年）
6. 『講座・日本の保健医療 第3巻 地域と医療』（朝倉新太郎、野村拓、儀我壮一郎、西岡幸泰、日野秀逸編、労働旬報社、1990年）
7. 『講座・日本の保健医療 第4巻 医療営利化と国民医療』（朝倉新太郎、野村拓、儀我壮一郎、西岡幸泰、日野秀逸編、労働旬報社、1990年）
8. 『講座・日本の保健医療 第1巻 日本人の生涯と医療』（朝倉新太郎、野村拓、儀我壮一郎、西岡幸泰、日野秀逸編、労働旬報社、1991年）
9. 『講座・日本の保健医療 第2巻 現代日本の医療保障』（朝倉新太郎、野村拓、儀我壮一郎、西岡幸泰、日野秀逸編、労働旬報社、1991年）
10. 『講座・日本の保健医療 第5巻 現代の医療と医療労働』（朝倉新太郎、野村拓、儀我壮一郎、西岡幸泰、日野秀逸編、労働旬報社、1991年）
11. 『看護政策の学び方：ナーシング・アプローチ』（野村拓責任編集、桐書房、2001年）
12. 『日本赤十字社の素顔：あなたのご存知ですか？』（野村拓監修、赤十字共同研究プロジェクト著、2013年）
13. 『21世紀の医療政策づくり』（国民医療研究所編、本の泉社、2003年）
14. 『医療の政治力学』（野村拓編、桐書房、2011年）

（2）編著・監修

1. 『生活と健康：5つの視点からの展開』（飯淵康雄、野村拓編集、篠原、1976年）
2. 『地域医療：国民のための地域医療を 1』（益子義教、野村拓編、新日本医学出版社、1976年）
3. 『地域医療：国民のための地域医療を 2』（益子義教、野村拓編、新日本医学出版社、1976年）
4. 『日本医療の進路』（医療経済研究会編、大月書店、1977年）
5. 『地域医療：国民のための地域医療を 3』（益子義教、野村拓編、新日本医学出版社、1981年）

（3）復刻資料等

1. 『日本衛生学史資料 医療労働に関する労働価値論的考察：日本衛生学史における明治期衛生官僚の衛生行政論の位置づけのための序論』（日本衛生学史編集事務局、1964年）
2. 『日本医療団・関係資料』（医療史資料復刻選第1集、医療史資料刊行会、1972年）
3. 『日本医療団・関係資料』（医療史資料復刻選第2集、医療史資料刊行会、1977年）
4. 『看護婦・助産婦・保健婦養成施設調査』（医療史資料復刻選第3集、医療史資料刊行会、1977年）

野村拓先生の生前のご活躍とご厚誼に深く感謝しつつ、安らかに永眠されることを心よりお祈り申し上げます。先生、これまで本当にありがとう

ございました。

(たかやま かずお、研究所理事・京都橘大学教授)



野村拓先生による2023年賀状原案

野村拓先生 追悼

吉中 丈志

野村拓先生が急逝された。まことに残念で寂寥感がつのる。折に触れてお手紙をいただいた。人生百年時代をしなやかに急がずゆるゆると泳ぎ渡って行こうとされている様子で、かえってこちらが励まされた。

私が学生の頃だから50年近く前に遡る。大阪大学医学部衛生学教室の助教授として在籍しておられ、日野秀逸先生を迎えて活発に研究活動を展開しておられた。公衆衛生学部には朝倉新太郎先生もおられ、阪大の社会医学系は賑やかだった。当時私は京大の医学生であったが、その魅力に引かれて週1回セミナーに通うようになった。

野村、日野両先生は名張から近鉄電車を通っておられ、セミナーが終わった後西梅田の雑然とした飲み屋街に連れて行ってもらった。テノールで少し早口で話の終わりを閉めない野村先生の話はよどみなく続き、見識の広さに驚くやら、フォークボールのように変わる球筋ならぬ話の筋に幻惑されるやらであったが、楽しい時間であった。いつも温かいまなざしを感じていたことを思い出す。

しばらくして医療経済研究会が発足し、雑誌の編集発行を手伝ったりした。ある時夏の暑い盛りだったと記憶しているが、野村先生宅に不幸（親御さんだったように記憶しているが定かではない）があった。セミナーに参加していた私も他のメンバーと一緒に手伝いに行ったが、食事や行きかえりの交通費などかえって面倒を見てもらって恐縮したこともあった。

野村先生は『健康会議』という雑誌の発行にも携わっておられ、私はそれを通じて先生の幅広く深い研究活動を知ることになった。アルバイトで得たお金でできるだけ著作を買い求め、それらは今も手元にある。そのおかげで本誌前号に藤井渉さんの『ソーシャルワーカーのための『反優生学講座』』の書評を書いた際には、『『平均』という

数値、概念をキーにして優生思想との関連に迫っている部分は圧巻である。当研究所の研究所報『いのちとくらし』に連載を続けておられる野村拓氏の『医療政策論攷Ⅰ』が参照されており、ケトレーにおいては確率論が『方法』から『世界観』に昇格したという民医連新聞（1970年）での指摘が本書では一層掘り下げられている」と紹介させて頂くことができた。

介護保険が始まった頃、京都の西陣で介護施設の職員の人たちと「二十世紀（明治、大正、昭和、平成）100年の庶民史を勉強する会」を始めたが、その際に野村先生が資料を提供し、軽妙な語り口でレクチャーして下さった。終了後の懇親会で愉快地談笑される野村先生の姿が今もありありと浮かんで来る。野村先生のご尽力で、『聞きとってケア』（かもがわ出版）の出版に漕ぎつけることができた。731部隊の研究では、戦前の日赤や医師会の貴重な資料を提供していただいた。

皆保険による専門医療・一般医療の提供という「カクテル医療」、どうすればそんなことが可能なかと外国人学者をおどろかすような「ミラクル医療」。これは「診療報酬・今昔物語」（大阪保険医雑誌2022年7月 No.671）で先生が日本の医療の特徴をとらえてつけられたネーミングである。先生らしさが滲んでいる。こうした野村拓語録は数知れない。ちなみに、1927年生まれ（健康保険法施行の年でもあった）の非競争型人間と自己紹介して、「死」も「周回おくれ」にするかと書かれた矢先のご逝去であった。

ご冥福をお祈りしたい。ありがとうございました。

（よしなか たけし、当研究所理事・公益社団法人京都保健会理事長）

追悼 野村拓先生

松田 亮三

医療政策の研究は決して単純ではない。この複雑な領域において社会に発信しようと志す者に、自前の羅針盤を創りながら取り組むことを野村拓先生はいつも強調されていた。その先生の仕事については然るべき場所で語ることとし、ここでは私的な思い出を述べ、追悼としたい。

初歩的な臨床研修を終え、どのように医療政策の研究に取り組むかを模索していた90年代の始め、当時中之島にあった大阪大学医学部の先生の研究室に出入りさせていただいた時期がある。週に一度午前診療を終えてから京阪電車で淀屋橋まで移動し中之島を歩いていくと2時半ごろ研究室につく。文系学部におけるゼミというものを当時の私は知らず、先生も購読用の本を決めて読むというスタイルはとらない。ご自身の研究の資料や長く発行されていた個人研究ミニ・コミ誌『マクロ』を見せながら—今から思えば—医療政策の研究はなかなかやっかいだよ、だから羅針盤をもって臨まないと漂い続けてどこにも辿り着けないかもしれないぞ、というようなことを、いろいろな会話を通じて伝えていただいた。

そうこうするうちに、これは聞かれたことがある方も多いと思うが、論文をもっぱら重視する医学部という環境ではなかなか得られない体験、つまり単行本の概要説明を行うこととなった。当時野村先生は『マクロ』で医療政策に関わる新刊洋書をコメントを付けて紹介されていたのだが、その一部を私が分担することとなったのである。研究室へ行ったら本を受け取り、紹介文を書いて持参する中で、単行本を読みそれを自らの羅針盤の中で位置づけることの意味が少しずつ理解できていったように思う。この延長で、当時『月刊保団連』で連載されていた『医療海外文献に関する12章』で、何回か担当させていただいた。

このように書くとはたすら医療政策について真面目に議論していたように受け取られるかもしれ

ないが、そういうわけではなく、研究室での打合せの後、たいていは先生の馴染みの店でご馳走していただき、そこでは芸術、グルメ、運動、出版、など一言ではまとめにくい面白い話をうかがってから帰路につくというのが当時のパターンであった。さらに、当時行っていた医療経済研究会大阪例会（たいてい大阪府保険医協会の会議室をお借りしていた）では、研究会は議論だけでなく、その後の交流に醍醐味があるというのをしっかり教えていただいた。

『マクロ』では巻頭言に続き先生の日々の活動記録が書かれており、それを読むのを楽しみにしていた人も多かったのではないだろうか。野村先生は手書きにこだわる物書きテクノロジーを重視されていたようだが、もう10年インターネットが早く普及していたらおそらく電子メールやSNSを活用して情報発信されていたのではないかなと思う。No. 88（1993年9月1日発行）には、「奈良医大でF、松田、Mと打合せ。その後は例によって例のごとく、ただし抑え気味」（FとMは当時の同僚だがここでは伏す）という記載があるが、筆者が橿原市にある奈良県立医科大学で研究生活を過ごすようになってからは、近鉄八木駅界隈で打合せをすることが多くなった。このころ先生は相当忙しくされていたと思うが、よくお付き合いいただいたものだと思改めて感服している。

研究者、ジャーナリスト、歴史エッセイスト、研究活動の組織推進者など多くの顔をもち旺盛に活動をすすめられた先生は、ステレオタイプではない研究者像を体現した存在であった。いつもの軽妙洒落なトークをもはや伺うことができないのは限りなく寂しい。

（2022年12月6日）

（まつだ りょうぞう、研究所理事・立命館大学産業社会学部教授）

野村拓先生追悼

垣田 さち子

11月1日の朝、名張警察から電話があった。お家で転倒されそのまま息を引き取られた由。当院の薬袋があり、確認の電話だった。

年相応の心不全はあるものの、生活習慣病などご自分でよく気を付けておられ、顕著な異常はあまり認められなかった。マイルドな降圧剤などを吞んで頂き、時々採血しながらその都度相談しつつフォローしていた。

覚悟はしていたと言いながらも、力が抜けていった。「ちょっと早い。早過ぎる。」と思った。少し前に100歳までの執筆プランが送られてきていた。いつものように受け取り、いつものようにプランが着々と進む予定が確認できた。

野村拓先生は昭和2年12月24日生まれ、数えて今年95歳になられる。

昨年のちょうど今頃、奥様を亡くされた。連絡があったわけではなくて、奥様の版画の作品集を送って下さった時、素敵な絵を眺めながらピンと来た。その画集の何処にも書かれていないのだが、これは追悼集に間違いないと感じた。大変だ、先生はどうしておられるのか。奥様なしで生活ができていくのか。

2018年の夏に私が脳出血で倒れてから車椅子生活になり、京都の研究会も中断し、赤目での合宿も、Covid-19のために不開催となり、月1回はお会いしていたのにご無沙汰が続いた。

2000年に介護保険制度が始まった時、デイケア勤務の若い職員達があまりにも昔の事を知らないで、近隣の事業所にも声をかけ勉強会を始めた。野村先生にご相談すると快く講師を引き受けて下さり、2018年まで延々と続いた。「明治・大正・昭和・平成 100年の庶民史」と銘打って100回はるかに越えて200回を数えるのももうすぐという所まで来ていた。残念だ。

しっかり勉強させて頂いた。先生は私の王子様でした。あの時再会していなかったら私の人生は大分と違ったものになっていただろう。当たり前のこととして淡々とお付き合い頂いたけれど、もっともつとしたい事は一杯ありました。

野村先生有り難うございました。

(かきた さちこ、医療法人敬幸会 垣田医院副院長)

吉中丈志編『七三一部隊と大学』

京都大学出版会、2022年4月

藤井 渉

はじめに

本書の特徴は、731部隊について今日的な観点からさまざまな切り口で論考がなされていることに加え、中国側、つまり被害者側の立場から731部隊の歴史が扱われていることだろう。

本書は大きく次の二つから構成されている。第一は第Ⅰ部であり、中国の研究者による731部隊の通史を示した著作である『UNIT731』（英語）を翻訳・掲載したものである。第二は第Ⅱ部であり、今日的な課題意識から731部隊を取り上げ、今後の展望を示した論考が収められている。たとえば、生体解剖の問題や文部科研費助成の問題、医学者の戦争協力、軍医学校、研究倫理、戦後補償、あるいは人骨収集など多種多様な問題を錚々たる執筆陣が手がけている。全編で561頁に及び、文字通り大著である。

これまで、731部隊の存在は医学界でタブー視され、歴史的に隠蔽される方向へと絶えず誘導されてきたが、ノンフィクション作家やジャーナリスト、あるいは政治学や歴史学者をはじめとする研究者らの能動的な取り組みによって、その輪郭がある程度明らかにされてきた。しかしながら、その問題はあまりにも巨大であり、かつ、深淵で底がまったく見えない。それをどう取り上げるかは、評者にとっては大きな関心事だった。

評者は、本来、731部隊の歴史こそ医学史の軸に据えるべきであり、今後の科学全般のあるべき方向を考えるための座標になると考えてきた。科学者らは、731部隊の歴史が常に研究の傍にあるという不気味さを理解し、体感しながら研究に従事することが必要に思うからである。とくに、軍事研究との接点がより差し迫った問題になりつつ



ある昨今では、なおさらだろう。

このような観点から読み進めた評者にとって、本書から得られた知見はあまりにも多い。しかし、紙幅の都合上、そのすべてを取り扱うことはできない。ここでは、できるだけ本書紹介に心を配りながらも、『いのちとくらし』の雑誌紙面上という意義や特徴を踏まえ、次の2点に絞って述べたい。

被害者側からの731部隊

第一は、被害を受けた中国側の目線で描かれた731部隊の姿である。

731部隊の名称は関東軍防疫部の通称号であって、年代によって変わり、東郷部隊や加茂部隊、659部隊といった名称も使われていた。その組織

全体は巨大であり、北京や南京、広州、シンガポールに姉妹部隊が存在し、総数は1万人を超えるとも言われてきた。そのため、全体を示す呼称として当時は石井機関とも呼ばれ、その中心にあったのが軍医学校の防疫研究室であり、石井四郎であった。

731部隊を歴史的に特徴付けるものは、何と言っても非人道的な人体実験であり、人体実験を通した兵器開発とその使用だろう。その犠牲者は歴大であることは間違いないが、ハッキリとせず、本書では「細菌戦による犠牲者数は10万人を超えると推定される」(11頁)とあった。

周知のように、731部隊では防疫給水の実験を皮切りに、生体解剖、細菌感染、凍傷実験などの人体実験が日常的になされていた。被験者は「マルタ」(丸太)と呼ばれ、名前を奪われて三桁の番号で管理されていた。犠牲になった人は、中国人、ロシア人、朝鮮人らの男性や女性、そして、乳幼児を含む子供らであった。

その拠点は中国ハルビンに建設され、広大な敷地が使われた。住民からは「東満大獄」と呼ばれていたとのことである(119-120頁)。1938年に部隊本部に口号棟(四方楼)が設置され、人体実験の被験者を投獄して実験を行い、生きたまま解剖していった。

現場では手かせ足かせを付けられた中国人が運び込まれ、カンフル剤が打ち込まれると、無念の涙を流しながら「鬼子ッ」という言葉を残し、胸部、上腹部、下腹部を切開し、白金耳で検体が採取され、20分後には血まみれの肉塊が並んでいたという(122頁)。血であふれる体内から内臓等を取り出しながら人体はバラバラに解剖され、必要の無いとされた部位は部屋の隅へと投げ捨てられた。

その矛先は同じ隊員にも向けられていた実態すらあったという。先日まで談笑していた隊員が感染し、瀕死になると、今度は同僚の手によって身体に解剖のメスが入られ、「畜生!」という言葉で最後に息絶えた姿もあったという(124頁)。本書はそうした生々しい実態が写真と共に報告されていた。

評者は、本来、731部隊の問題はこうした犠牲者一人一人の視点や立場をベースに語られるべき

と思ってきたが、どうしてもその視点を弱く感じてきた。本書を通して、その知見にまともって触れることができる意義はすこぶる大きい。

たとえば、本書では被害を受けた当事者へのヒアリングしたレポートがいくつも紹介されていた。そこでは、まず、当事者へのヒアリングに至るまでの経緯が時系列で述べられ、著者が目にした情景を読者に抱かせる工夫が施されていた。その作業は、現地の人たちの感覚や言葉でエピソードを理解できるための準備として、波長合わせがなされていく感覚を覚えた。

そうして示された数あるエピソードの中で、評者がどうしても取り上げたいのは、犠牲者遺族が、「特移扱」の移送に加担した元憲兵に面会を果たした場面である。

「特移扱」とは、731部隊送りとされた「荷物」や「マルタ」を意味して使われていた用語であった。その確保は憲兵隊が担い、思想犯とした中国人やロシア人、朝鮮人などを捕まえ、身柄を拘束された人は激しい拷問の末に人体実験へと連れ出されていった。「特移扱」の運用には通牒が出され、「あまりに恣意的な処置がなされていたために一応の基準として定められたものである」(255頁)という。そして、憲兵隊はあくまで「軍事的有用性」を重視して処置を決定づけていたとされ、この問題は人体収奪とも関係していたことが示されている(274-280頁)。

その「特移扱」として移送され、殺害された犠牲者の遺族が丹念に証拠を調べ上げ、それに加担した憲兵隊を突き止めた。それが三尾豊であった。

後に述べるが、石井四郎をはじめ、人体実験を指揮した上層部はその犯行を隠蔽し、戦後に行政官庁や大学の要職に就き、恵まれた人生を辿っていった。しかし、三尾は戦後に自身の罪に向き合い、謝罪を行い、戦争犯罪を明らかにする活動を行っていたのである。そのことを日本の弁護士から報告を受けた遺族は、「私は日本人の前で涙を流すまいと必死にこらえました」(106頁)と語っていたとのことである。

そして、1995年に両者は面会を果たし、三尾は遺族に謝罪した。三尾は深くお辞儀して、微動だにせず、「私は罪を犯しました」とひたすら謝罪し、遺族は、その謝罪の言葉を通して怒りの感情がこ

み上げたという。三尾はひたすら頭を垂れ、責任を認める言葉を伝え、謝罪を繰り返したという。遺族からすれば、謝罪の言葉を受け止めることに強い葛藤があったはずである。しかし、「あなたは新しい人生を始めた」として、憎しみの気持ちを率直に伝えながらも、三尾が前を向くことができる言葉を返していた。

隠蔽の歴史を通して分断されてきた被害者側と加害者側の最後の結び目で、なんとか気持ちをつなぎ止め、謝罪を伝えられる場が実現していたことは、あまりにも教訓的に思う。

大学の関与と国崎定洞について

一方で、それに直接的に、あるいは間接的に関与していた医学者らは徹底した沈黙を辿った。その沈黙によって闇に葬られた史実は甚大である。

戦争末期である1945年8月9日、ソ連ハルビン空襲で状況が一変すると、石井四郎らはすぐさま数々の証拠を焼き、実験体を殺害し、わずか4日間で逃亡を果たした。よく知られるように、石井らはそうして戦後、持ち帰ったデータを米軍との交渉のカードとして用いたことで、責任を免れ、米軍もまたそのデータの収奪へと思考したため、部隊とその所業はなかったことにされてしまった。そして、ナチスの所業を裁いたニュルンベルク裁判のように、731部隊の問題は戦争犯罪として裁かれることを欠いたまま、戦後に引き継がれてしまった。

本書は、その歴史に光を当て、大学の関与をあらためて克明に告発していた。それが第二である。

本書の序章は、あくまで本書の入口を指し示す文章ではあったが、731部隊をめぐる研究成果の全体像を示しながら、今日と照らし合わせながら主要な論点を析出し、本書を具体的に位置づけていた。それは今日、大学の医学教育で見過ごされがちなヘルシンキ宣言であったり、AIなど日進月歩にある科学技術との兼ね合いであったりと幅広い論旨が展開され、狭い意味での歴史研究に留まらない本書の位置づけを明確にしていたのである。評者にとっては、その過程で示されていた一文一文が大いに示唆的であった。

たとえば、石井四郎について、戸田正三や小泉

親彦との思想的共鳴関係が示され、そのネットワークの巨大さが具体的に示されている。その中心を為していた部隊は、軍医や技師、看護婦、衛生兵など、3605人の隊員で構成されていたとされる。その技師は大学から派遣され、派遣元の大学は京大や東大、慶応大といった名だたる医学部の教授が関与していた。その関与は機関の嘱託として、弟子たちの派遣を通して行われていたのである。

人体実験を進めた医学者らは、戦後、かたくなに事実を語らず、隠蔽し、問われたとしても「戦争のせいだ」などとしてきた。しかし、本書では、医学者たちは実際には科学が軍事に汚染されることをむしろ自ら進めていった歴史が示され、大学が731部隊と具体的に互惠関係にあったことを指摘している。そこには、共通して社会科学の軽視、そして哲学の欠如があったとのことである。

隠蔽に携わった医学者らの戦後の態度は考えさせられる。たとえば、その当事者である正路倫之助は戦後に医学概論を著し、「科学とは人生を幸福にし、その福祉を増幅すること」などと、何の恥じらいもせず科学倫理を語っていたという。その言葉の背後には夥しい「悪」の人体実験の犠牲者たちが控えていたにもかかわらず、である。

そうした態度がより露骨に読み取れるのは、731部隊を指導したメンバーらが戦後に公官庁や研究機関の要職についていたことだろう。部隊に携わった医学者らは、人体実験結果を博士号や要職に就くための手立てにして出世し、指導的役割を演じ続けた。多くは主要な大学の医学部で医師養成に携わり、多数の現場医師を輩出していったのである。繰り返すが、731部隊の人体実験現場では、バラバラに解体した被検者の身体を部屋の隅へと投げ捨てていたのである。

こうした歴史を前に、希望として振り返ることができる論点として評者に映ったのが、国崎定洞についての記述であった。

国崎は、東大で社会衛生学講座の将来を期待されるも、ドイツ留学、ソ連亡命、そしてスターリン粛清で悲運の生涯を閉じた人物である。国崎は、暉峻義等らと異なり、優生学を取り上げることはなかった。そして、スペイン風邪の研究でも、倫理的な観点から自らが被検者となったという。石井四郎とは、ある種真逆の存在が同時代に存在し

ていたと評者は受け取った。国崎と石井を並べることで、その時代を改めてどう読み取ることができるのか。それを考えることで、大事な知見を得ることができるように思えた。

ちなみに、本誌『いのちとくらし研究所報』に登壇してきた野村拓氏（1927-2022年）は、医療政策学校というゼミや医学史研究会を主宰され、評者は長らくそれに属し、指導を受けてきた。生前、氏が度々思い返すように語っていたのが国崎であった。思いを馳せるその姿からは、いま、私たちが国崎の人生から読み取っていくべき何かを意図していたようにも感じてきた。その一つに、本書が取り上げていた叙述があるように思えてならないのである。

本書の国崎をめぐる記述で、もう一つの大きな気付きは、当時の反戦運動や無産者診療所の設置運動などで、石井四郎らの人体実験の問題はなぜ語られなかったのか、という問いである。丹念に医学生らが貧困と向き合い、医療の平等化を目指した医療の社会化運動で、なぜ表立って反対をしていなかったのか、あるいは、できなかったのか。この問いについてもぜひ考えていきたい。

犠牲者らに花を手向けられる方向に

評者は幼少期、ナチによる強制収容所とその人体実験の記憶に触れたことがあり、それが未だト

ラウマとして夢に出ることがある。どう言ったら良いのか、適当な言葉がどうしても見つからないが、収容所で感じた空気感、匂いと、本書を通して文章の奥底に感じ取った息づかいとが重なるのである。本書では両者を並列に並べる叙述があり、それに評者は大いに共鳴する。

そうした評者自身のトラウマとの格闘も含め、人体実験の様子が克明に記された本書の通読には痛みを伴い、中断を何度も余儀なくされた。しかしながら、その痛みを伴うということは、おそらく当時を生きた犠牲者の痛みをいくばくか共有することでもあり、それは「悼む」ことでもあるのかも知れない。本来、歴史に向き合うということはそういうことなのだろう。

本書作成を手がけるプロセスには、著者たちには筆舌に尽くしがたい痛みが伴っていたはずである。その労苦を踏まえ、どうすれば本書やその内容を届けるべき人に届けられるのか。731部隊の歴史に関心を向けることができない人たち、無関心をよそおう人たち、あるいはなかったこととして振る舞う人たちに、どうしたらせめて犠牲者らに花を手向ける方向へと働きかけることができるのか。本書を拠点に思索を重ねていきたい。

（ふじい わたる、日本福祉大学社会福祉学部准教授）

『いのちとくらし研究所報』バックナンバー

第80号（2022年9月） — 【特集】 2022年度定期総会記念講演

- 巻頭エッセイ：介護職員養成に思う（川口啓子）
- 特集：2022年度定期総会記念講演
 - ・講師紹介（中川雄一郎）
 - ・100年を経た未来図ーカール・ポランニーと機能的社会主義（重田園江）
 - ・司会コメント（高山一夫）
 - ・質疑応答（尾崎恭一、富沢賢治）
 - ・閉会あいさつ（後藤道夫）
- 新連載
 - ・欧州各国事情、地域社会と医療制度：（1）イモラ医療公社（AUSL）ーイタリアの事例の概要ー（石塚秀雄）
- 連載
 - ・＜「もの書き百歳」のすすめ・2＞読み返せる「自著」をもとう（野村拓）
- 書評
 - ・藤井渉『ソーシャル・ワーカーのための反「優生学講座」』現代書館（吉中丈志）
 - ・23期・弁護士ネットワーク『司法はこれでいいのか。』（現代書館）野原光名誉教授の書評 解題（梓澤和幸）
 - ・「民主主義」、この使い古された常套句の再生を求めてー『司法はこれでいいのか。』との対話（野原光）

第79号（2022年7月） — 【特集】 地域医療構想と自治体病院統廃合

- 巻頭エッセイ：真実の物差し（大島民旗）
- 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）
 - ・全国最低水準の千葉県の医療提供体制ーコロナ禍でも自治体病院の役割発揮ー（長平弘）
 - ・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）
 - ・青森県西北五地域医療調査報告 2022.5（村口至）
 - ・多死社会のなかでの地域医療と ACP を考える（早川佐知子）
- 論文・投稿論文
 - ・フィンランドの介護人材養成ー共通資格制度（ラヒホイタヤ）の事例と日本の現状ー（小磯明）
 - ・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）上の課題ーデンマークの社会保健アシスタントとの対比からー（高木剛）
- 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）
- 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）

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、インタビュアー：今井晃、竹野ユキコ）
- ・コロナ禍における民医連の医療・介護活動とコロナ後に向けた活動（根岸京田）
- ・歯科からみたコロナ禍と世界の歯科口腔保健の潮流—民医連歯科の「コロナ禍における歯科影響調査」とWHO第74回総会の口腔保健に関する決議から—（岩下明夫）
- ・健康課題のグローバルな緊密化をふまえた共通理念—健康権と普遍医療給付—（松田亮三）

○論文・投稿論文

- ・スペイン・エロスキ生協と経営・労働問題（石塚秀雄）
- ・児童養護施設の小規模化による子ども・職員の変化と課題—労働組合の有無別・職階別のインタビュー調査から—（堀場純矢）

○連載

- ・社会科学的医療論の構築（5）：「戦間期」、2次大戦、そして戦後（野村拓）

○書評

- ・ウェット夫妻型労働組合論の歴史的位置——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―世界を動かすガバニング・アジェンダ』岩波新書、2021年（野田浩夫）
 - 研究助成・奨励研究
 - ・2017年度研究助成概要報告：有床助産所における子育て支援機能の評価と課題―助産所で出産していない地域の母親が助産所の子育て支援に参加する要因（井澤幸、児玉善郎）
 - ・奨励研究論文（概要）：非営利・協同組織における内部通報制度の構築（日野勝吾）
-

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

- 巻頭エッセイ：擦り込まれた病巣「強い軍隊に守ってもらいたいという思い」（眞木高之）
 - 特集：コロナ禍を考える（４）：介護と医療の現場から
 - ・民医連の介護事業所における新型コロナウイルス感染症対策（平田理）
 - ・『人権を護る看護師になる！』―コロナ禍の東葛看護学校の教育実践報告―（山田かおる）
 - ・コロナにまけない！食料×生活支援プロジェクト（東京都豊島区南大塚）～アンケートから考える「ひとり親家庭・母子家庭」に求められる支援～（西坂昌美、山根浩）
 - ・越谷市で市民が運営している介護者サロン「ティータイム」の状況報告（大家けい子）
 - ・コロナ禍の介護者家族の生活～介護者の集い「オアシス」の場合～（村松治子）
 - 論文：
 - ・「65才の壁」を突き崩すまでたたくはいつく～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）
-

「研究所ニュース」バックナンバー

○ No.80 (2022.11.30発行)

理事長のページ：「沖縄『復帰五〇年の記憶』と「沖縄季評」に触れて（中川雄一郎）、副理事長のページ：勤労年齢のメンタル不調増大をどうとらえるか（後藤道夫）、役員リレーエッセイ：「歯科技工士」をご存知ですか？（岩下明夫）、プロレタリア・エスペラントの頃（石塚秀雄）

○ No.79 (2022.8.31発行)

理事長のページ：再び「沖縄『復帰50年』」に触れて（中川雄一郎）、副理事長のページ：医療問題をわかりやすく伝えるには？（八田英之）、役員リレーエッセイ：家事の科学～平和で労働時間が短縮される未来社会をめざして～（西坂昌美）、会員エッセイ：「医療問題」日経新聞記事より（村口至）、中国の所有制度の実験（石塚秀雄）

○ 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）、「黄色い点字ブロックの内側に下がってください！」（大高研道）、ヨーロッパのマスク事情（石塚秀雄）、『無差別・平等の医療をめざして』読書会について（竹野ユキコ）

○ No.76 (2021.11.30発行)

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

○ No.75 (2021.8.31発行)

理事長のページ：労働者協同組合法の成立に寄せて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）

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。

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・イエムトランド地域の事例研究—』

2007年9月発行 ISBN 978-4-903543-03-1

●東京勤労者医療会歯科診療部メ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」の実践活動の調査—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

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

【F A X 送付書】

切り取ってお使いください
研究所のF A X 番号：
03 (5840) 6568

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

【入会申込 FAX 送付書】

切り取ってお使いください

研究所の FAX 番号：

03 (5840) 6568

特定非営利活動法人 非営利・協同総合研究所いのちとくらし 入会申込書

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

ふりがな	
団体名称または氏名	

※団体正会員の場合は法人・団体を代表して入会する個人名を、個人正会員の場合は所属・勤務先等を記入して下さい。(団体正会員は、入会時に登録された個人が定款上の社員となります。)

※団体会員で、登録する人物と実務担当が異なる場合は、担当者の氏名も記入して下さい。

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

※機関誌等の郵送先、連絡先を記入して下さい

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

※専門・主たる研究テーマまたは研究して欲しいテーマ・要望等を記入して下さい

--

・入会金と会費 (1) 入会金

団体正会員..... 10,000円

個人正会員.....1,000円

賛助会員 (個人・団体)0円

(2) 年会費 (1 口)

団体正会員.....100,000円 (1 口以上)

個人正会員.....5,000円 (1 口以上)

団体賛助会員..... 50,000円 (1 口以上)

個人賛助会員.....3,000円 (1 口以上)

【次号82号の予定】 (2023年3月発行予定)

- ・医療DXの諸問題
- ・自治体病院統廃合の影響
- ・奨励研究論文
- ・その他

【編集後記】

今号は地域医療の現場が診療報酬制度や医師の専門医制度などから大きく影響を受けている実態について取りあげました。また野村拓先生の遺稿および追悼文を掲載させていただきました。野村先生からは、いろいろなことのいろはのいから教えていただきました。改めてご冥福をお祈りいたします。(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、内容のできふでに関係なく残念ながらお断りする場合があります。

5. 締め切り

随時（掲載可能な直近の機関誌に掲載の予定）

6. 執筆注意事項

① 電子文書で送付のこと（手書きは原則として受け付けできません。有料となってしまいます）

② 投稿原稿は返却いたしません。

③ 執筆要領は、一般的な論文執筆要項に準ずる（「ですます調」または「である調」のいずれかにすること）。注記も一般的要項に準ずる。詳しくは編集部にお問い合わせください。

④ 図表は基本的に即印刷可能なものにすること（そうでない場合、版下代が生ずる場合があります）。

7. 原稿料

申し訳ありませんが、ありません。

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

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

TEL：03-5840-6567／FAX：03-5840-6568

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