

済生会委託研究



済生会理念の実現に向けての基礎的研究

職員の意識構造と地域生活定着支援センターの
済生会への期待を基軸に

工藤 修一

(大分大学)

社会福祉法人^{恩賜財団}済生会

平成26年6月

I	はじめに 濟生会の現代的使命と次の100年に向けて	1
1	濟生会の3つの性格	1
2	濟生会の現代的使命	1
3	委託研究のふたつの目的	1
II	濟生会の理念実現に向けての職員の意識構造	2
1	問題の所在	2
1-1	濟生会の方向性と独自の存在意義	2
1-2	濟生会の組織運営の課題と要因	2
1-3	濟生会の使命の実現に向けて	3
2	調査の概要	3
2-1	調査目的	3
2-2	調査対象	3
2-3	調査期間	3
2-4	調査内容	3
2-5	倫理的配慮	3
3	調査結果	3
3-1	有効回答数	3
3-2	調査結果(単純集計)	4
4	濟生会理念の実現に向けての課題	9
4-1	各項目の評点	9
4-2	評点解釈の留意点と客観性の限界	9
4-3	評点からうかがえる3つの課題	10
4-4	濟生会の使命に親和性をもって就職した者の傾向	11
4-5	日常業務の遂行にあたり濟生会の使命を一定以上意識している者の傾向	13
5	濟生会は「再生」(原点回帰)の道に向かっている＝定量分析のまとめ	14
6	濟生会の使命(生活困窮者支援)についての意見(自由記述)	15
7	参考 濟生会の使命を果たしている可能性がある病院の傾向(有意差がある項目)	43
III	地域生活定着支援センターの濟生会に対しての周知度と濟生会の協力状況・課題	47
1	問題の所在	47
2	調査の概要	47
2-1	調査目的	47
2-2	調査対象	47
2-3	調査期間	47
2-4	調査内容	47
2-5	倫理的配慮	47
3	調査結果	48
3-1	有効回答数	48
3-2	調査結果	48

- 4 地域生活定着支援センターの済生会に対する周知度と済生会の協力状況・課題 60
 - 4-1 生活困窮者支援の取り組みに対する周知度が相対的に低い 60
 - 4-2 済生会への依頼件数を押し下げている3つの可能性 60
 - 4-3 済生会の医療機関の協力状況は概ね良好 61
 - 4-4 済生会の福祉施設の関与は少ない 61
 - 4-5 少数ながらも門前払い的な病院・施設が存在 62
- 5 地域生活定着支援センターが期待する済生会の役割と存在意義 63
 - 5-1 精神科の設置 63
 - 5-2 刑余者の帰住先としての機能と病院・福祉施設の役割を「超えること」の重要性 63
- 6 本調査のインパクト(波及効果) 64

IV 結語 済生会の役割と期待 65

文献 66

I はじめに 済生会の現代的使命と次の100年に向けて

1 済生会の3つの性格

済生会病院は、「済生会」、「社会福祉法人」、「公的医療機関」という3つの性格（顔）を持つ。そして、済生会の特性としてしばしば語られるのは、社会福祉法第2条に由来する無料低額診療事業であるが、これは済生会に限らず社会福祉法人立の医療機関に課された役割であり、この事業の遂行（10%の達成）をもって済生会の使命を果たしたことにはならない。救急医療や僻地巡回診療事業なども同様で、これらは公的医療機関としての性格である。

つまり、こうした取り組みは、済生会の必要条件であっても十分条件ではない。そもそも、社会福祉法人や公的医療機関としての位置づけは、済生会にとって「後付」である。

2 済生会の現代的使命

社会問題は時々の社会状況によって生じるものであり、時代によって変化する。済生会は貧困者への医療の提供を目的に設立された組織であるが、これを法学でいう目的論的解釈に拠るならば、「貧困者に限らず、公的制度だけでは済（すく）えない人々に積極的な支援を行う」のが、現代における済生会の使命といえよう。これが冒頭の「済生会」の意味するところである。

この使命が誤りだとしても、何らかの目的論的解釈は必要とされる。なぜならば、社会福祉法人や公的医療機関としての機能「のみ」しか担わないなら、3区分における「済生会」は不要となり（制度上代替組織が存在）、さらに、「創設期の社会情勢では必要な組織であったが、その後の法整備により済生会の役割は終えた」という意味合いになってしまう。よって、済生会が「済生会として」の存続を願うならば、文理解釈を超えての独自の取り組みをすることが絶対条件となる。

済生会は創設100周年を超え、わが国最大の社会福祉法人に成長した。これは国民の期待に応えてきた証である、一方で無料低額診療事業の不正が負の典型であるが、創設の理念をないがしろにしてきた歴史もあり、こうした反省に立って原点回帰を志向し、次の100年を歩みはじめた。

3 委託研究のふたつの目的

新しい100年に向けてのふたつの基礎資料を提供することを意図した。第一は、済生会の理念の実現に対しての職員の意識構造を明らかにすることである。理念が実現できるか否かは、これへの済生会人の共鳴や協調の度合いに大きく依存するため、現況を把握することは枢要となる。

第二は、地域生活定着支援センターの済生会への認識と期待、及び済生会の協力状況を明らかにすることを目的とした。済生会の各病院・施設の活動実績（件数）は一定程度集約できているものの、質的側面も含んだ外部的評価や済生会への期待などについては明らかになっていない。

なお今回の調査研究は、学術論文形式にならないことを意識して作成した。本研究の結果は、個々の済生会職員が活用するためのものであり、読みやすさ、理解の容易さを優先したためである。関わって、先行研究の活用やデータの集計（分析）も必要最小限とした。

「永ク衆庶ヲシテ頼ル所アラシメムコトヲ期セヨ」（済生勅語）は、済生会のレーゾンデートルの実証にかかっている。今回の委託研究が幾許かでもこれに寄与できれば幸甚である。

大分大学 工 藤 修 一（元佐賀県済生会）

II 済生会の理念実現に向けての職員の意識構造

1 問題の所在

1-1 済生会の方向性と独自の存在意義

『第四次基本問題委員会報告書』（2010（平成22）年12月）（以下「第四次報告」）を受けて策定された『中期事業計画（平成25～29年度）』（平成25年1月）では、済生会の果たすべき役割（三本柱）として、①生活困窮者への援助の積極的推進、②地域医療への貢献、③総合的な医療・福祉サービスの貢献を掲げている。

地域医療への貢献は、済生会に限らず医療組織の普遍的な役割である。また、組織規模からすると済生会は圧倒的な地位にあるが、総合的な医療・福祉サービスは、主として診療圏域で機能するものであり、さらに医療法人が社会福祉事業に参入するいわゆる「保健・医療・福祉複合体」（二木：1998）の進展は1990年代から急速、着実に広がっており、各地域単位でみればめずらしい存在ではない。

こうした認識が正しいとするならば、創設の経緯も含めての済生会の最大の特徴は、他の社会福祉法人立の医療機関との差別化も含めて、無料低額診療事業（以下「無低診療」）にとどまらない「生活困窮者への援助の積極的推進」といえよう。

1-2 済生会の組織運営の課題と要因

バーナード（Chester Irving Barnard）は、組織の3要素として「共同目的」、「貢献（協働）意欲」、「コミュニケーション」をあげている。しかし済生会本部が、「生活困窮者への援助の積極的推進」という共同目的を掲げても、これを貢献意欲につなげることは容易なことではない。それは以下の理由による。

- (1) 生活困窮者はその定義づけの違いによって幅があるが、患者全体からすると一部であり、患者の量的ニーズからして各病院の機能の焦点は一般診療におかざるをえない。
- (2) 病院が実施する生活困窮者支援は、高度、あるいは良質な医療機能の上に成り立つものであり、また、中期事業計画でも指摘があるように、経営の健全化は欠かすことができない大前提である。生活困窮者支援と病院経営は車の両輪であるが、時としてトレード・オフが生じることがある。
- (3) ヒューマニズムという意味合いでは通底しているが、医療職の興味関心の中心は、病、あるいは患者であり、生活困窮者ではない。関わって生活困窮者への支援を第一の目的として済生会に就職する者は、全体の中で少数派である。
- (4) 少なからずの済生会人（に限らず病院職員）は、無低診療対象者や生活保護受給者について、他患者と比した時にマイナスイメージ（易怒性が高い、病院ルールを守らないなど）を持っている。またこうした認識に対して、「先入観」などの安易な言葉で片付けることができない現実もある。

さらに生活困窮者支援に関らず済生会の運営の課題として、規模の巨大さによってガバナンスが機能しにくいこと、関係して、別の側面では利点ともなるが、各病院や支部のマネジメントの独立性（裁量権）が高く、済生会全体としての統率にやや欠けること、加えて、各支部や各病院などの組織間の人事異動が限定的にしか実施されていないことなどにより、各職員の済生会に対しての共通認識を保持しにくいことなどが指摘できる。

1-3 済生会の使命の実現に向けて

理想を高く掲げるならば、済生会の究極の目標は済生会を不要とする社会を実現することだろう。しかし現状は、社会構造の変化や日本経済の低迷などにより、済生会の存在意義はますます高まっている。国民の期待に応えることができるか否かは、個々の済生会人の貢献に大きく依存する。

しかし、管見する限り、これまで済生会は、済生会の使命に係る職員の意識構造についての分析をしていない。そこで今回、次のような調査を実施した。

2 調査の概要

2-1 調査目的

済生会理念（生活困窮者支援）の実現に向けての職員の意識構造を明らかにする。

2-2 調査対象（済生会全病院（79 施設））

各病院に所属する下記の正規職員全員

- (1) 副部長以上の医師
- (2) 保健師・助産師・看護師・准看護師
1 病棟、東病棟など病棟番号がもっとも若い病棟に所属する看護職
- (3) 理学療法士
- (4) 作業療法士
- (5) 言語聴覚士
- (6) MSW・PSW

本来は各病院の母集団（職種ごとの人数）を把握すべきだが、これを実施すると調査者が回答病院（鴻巣病院、愛知県RH病院など済生会のなかで特性があるもの）を特定してしまう可能性があったため見合わせた。よって調査対象者数は把握できなかった。

2-3 調査期間

平成 25 年 3 月 15 日（金）～27 日（水）

2-4 調査内容

調査結果参照

2-5 倫理的配慮

下記を依頼文に記載した。

- 1) 回答は任意であり、調査に応じないことであなたに不利益が生じることはありません。
- 2) 無記名の調査であり、回答内容があなたの不利益になることはありません。
- 3) 済生会の各病院名を明示して分析するものではありません。
- 4) データは研究以外の目的では使用いたしません。

3 調査結果

3-1 有効回答数

63 施設（79.7%）の 2925 名から回答があり。有効回答数は 2686 名（有効回答率 91.8%）。調査票の回収は、病院ごと一括で返送するよう依頼していたが、回答した調査票を入れる封筒に切手を貼って通常の郵便で返送してきたものが約 80 通あった。複数の病院の回答が混在していることが否定できないので有効回答にはいれなかったが、これからすると回答施設は 63 を上回っていることも考えられる。

3-2 調査結果（単純集計）

I 回答者に関する質問

問1 性別（N=2,686）

女性	58.7%
男性	41.3%

問2 年齢

20代	31.3%
30代	31.7%
40代	20.0%
50代	13.4%
60代	3.6%

問3 職種（N=2,686）

医師	19.7%
看護職	40.7%
理学療法士	20.7%
作業療法士	8.6%
言語聴覚士	3.7%
MSW・PSW	6.7%

問4 済生会病院での勤務年数（N=2,686）

3年未満	27.7%
3年以上5年未満	14.7%
5年以上10年未満	26.5%
10年以上20年未満	19.9%
20年以上30年未満	9.9%
30年以上	1.5%

問5-1 済生会が低所得者に医療を提供するために設立された組織であること（または「無料低額診療事業」を実施していること）を就職採用試験受験の時点で知っていたか（N=2,686）

はい	37.8%
いいえ	49.9%
覚えていない	12.4%

問5-2 こうした済生会の特色は就職動機に正の効果を与えたか（問5-1で「はい」と答えた者のみ回答）
（N=1,015）

与えた	8.2%
どちらかといえば与えた	27.2%
どちらかといえば与えなかった	15.1%
与えなかった	39.1%
覚えていない	10.4%

問6 生活困窮者への支援という済生会の使命は、済生会での「就労継続意識」にどのように影響を与えているか（N=2,686）

プラス効果	8.8%
どちらかといえばプラス効果	35.0%
どちらかといえばマイナス効果	7.9%
マイナス効果	2.3%
影響を与えていない	46.0%

問7 日常業務を遂行するにあたり、済生会の使命をどの程度意識しているか（N=2,686）

意識している	12.8%
どちらかといえば意識している	38.3%
どちらかといえば意識していない	32.9%
意識していない	15.9%

問8 自院の「なでしこプラン」の内容をどの程度知っているか（N=2,686）

知っている	14.3%
どちらかといえば知っている	21.1%
どちらかといえば知らない	31.2%
知らない	33.4%

問9 『済生』を毎号読んでいるか（N=2,686）

読んでいる	14.3%
どちらかといえば読んでいる	30.3%
どちらかといえば読んでいない	34.8%
読んでいない	20.6%

問10 『ニュース済生』を毎号読んでいるか（N=2,686）

読んでいる	14.3%
どちらかといえば読んでいる	30.3%
どちらかといえば読んでいない	35.0%
読んでいない	20.3%

問 11 済生会学会に参加したことはあるか (N=2,686)

ある	32.0%
ない	68.0%

問 12 興味を持っている権利 (人権) (3 つまでの複数回答) (N=2,686)

自由権	50.9%
平等権	56.1%
生存権	52.2%
教育権	22.0%
勤労権	21.9%
労働三権	14.4%
参政権	8.8%
請求権	4.2%
興味をもっているもの無	11.4%

問 13 貧困原因 (N=2,686)

個人に原因	6.0%
どちらかといえば個人に原因	47.7%
どちらかといえば社会に原因	40.5%
社会に原因	5.8%

II 勤務する済生会病院に関する質問

問 14 病床規模 (N=2,686)

200床未満	26.3%
200床以上400床未満	48.5%
400床以上	25.1%

問 15 病院は、済生会の使命実現の必要性について、日頃より職員に呼びかけていると思うか (N=2,686)

呼びかけている	13.9%
どちらかといえば呼びかけている	41.7%
どちらかといえば呼びかけていない	30.5%
呼びかけていない	14.0%

問 16 病院は、生活困窮者の理解促進を目的とした院内研修 (例: 貧困の生起要因の理解) が充実していると思うか (N=2,686)

充実している	3.5%
どちらかといえば充実している	21.4%
どちらかといえば充実していない	51.2%
充実していない	23.9%

問 17 あなたの病院が無料低額診療事業を実施していることは、自院患者に限らず地域（診療圏）に浸透していると思うか（N=2,686）

浸透している	4.6%
どちらかといえば浸透している	36.9%
どちらかといえば浸透していない	45.7%
浸透していない	12.8%

問 18 無料低額診療事業を 10%規定に関わらず、必要な人には広く積極的に提供すべきだと思うか（N=2,686）

提供すべき	16.4%
どちらかといえば提供すべき	57.3%
どちらかといえば提供すべきではない	21.6%
提供すべきではない	4.7%

問 19 あなたの病院は、済生会の使命をどの程度果たしていると思うか（N=2,686）

果たしている	12.3%
どちらかといえば果たしている	66.9%
どちらかといえば果たしていない	18.1%
果たしていない	2.6%

問 20 無料低額診療事業以外で、病院が未来 10 年でさらに強化、あるいは新たに取り組むべきことは何かと思うか（3 つまでの複数回答）（N=2,686）

一般的な病院機能の充実強化	77.1%
社会保障制度の適応が難しい生活困窮者を対象とした生活施設の設置	36.0%
障害者雇用	24.5%
巡回診療等過疎地医療	25.4%
災害医療	46.5%
DV被害者支援	8.1%
在留外国人支援	5.6%
ホームレス支援	5.9%
刑務所出所者支援	4.8%
その他	2.6%

問 21 生活困窮者支援を強化することは、病院のブランド確立に正の効果を与えると思うか（N=2,686）

与える	22.6%
どちらかといえば与える	51.7%
どちらかといえば与えない	19.6%
与えない	6.0%

問 22 生活困窮者支援を強化することは、地域での他の医療機関との競争に正の効果を与えると思うか (N=2,686)

与える	16.4%
どちらかといえば与える	47.3%
どちらかといえば与えない	26.4%
与えない	9.9%

Ⅲ 罪を犯した人々に対する支援に関する質問

問 23 複数の済生会支部が「地域生活定着支援センター」を運営していることを知っているか (N=2,686)

はい	26.2%
いいえ	73.8%

問 24 地域生活定着支援センターの運営等、済生会が罪を犯した人々の支援を積極的に行うことを評価するか (N=2,686)

評価する	20.6%
どちらかといえば評価する	55.1%
どちらかといえば評価しない	19.1%
評価しない	5.1%

問 25 出所者の短期間の社会的入院 (N=2,686)

受け入れるべき	7.7%
どちらかといえば受け入れるべき	35.5%
どちらかといえば受け入れるべきではない	38.8%
受け入れるべきではない	18.1%

4 済生会理念の実現に向けての課題

4-1 各項目の評点

それぞれの調査項目を評定尺度法で評点化し、これを100点満点で再換算した（降順）。

順位	質問番号	質問内容	点数
1	問 21	生活困窮者支援の強化が病院のブランド確立に効果的と各職員が認識する。	64 点
1	問 24	刑余者支援を積極的に行うことを各職員が評価する。	64 点
3	問 19	各病院が済生会の使命を果たす。	63 点
4	問 18	無低を10%規定に関わらず積極的に提供すべきと各職員が認識する。	62 点
5	問 6	済生会の使命が就労継続意識にプラス効果を与える。	60 点
6	問 22	生活困窮者支援の強化病院間競争に効果的と各職員が認識する。	57 点
7	問 12	生存権に興味をもっている。	52 点
8	問 15	各病院が使命実現の必要性を日頃より職員に呼びかける。	52 点
9	問 7	各職員が済生会の使命を意識して日常業務を遂行する。	49 点
10	問 9	各職員は『済生』を毎号読む。	46 点
10	問 10	各職員は『ニュース済生』を毎号読む。	46 点
12	問 17	無低診療を実施していることを自院患者に限らず地域に浸透させる。	44 点
13	問 5-1	設立目的(または無低の取り組み)を就職希望者に周知する。	43 点
14	問 8	各病院が「なでこプラン」の内容を職員に周知する。	39 点
15	問 5-2	設立目的(または無低の取り組み)が就職動機に正の効果を与える。	35 点
15	問 16	各病院が生活困窮者の理解促進を目的とした院内研修を充実させる。	35 点

4-2 評点解釈の留意点と客観性の限界

データからすると以上のような結果になるが、留意して解釈する必要がある。

(1) 職員の主観

まず、「各病院が済生会の使命を果たす」（問 19）、「職員に使命実現の必要性を呼びかける」（問 15）、「無低診療の地域浸透」（問 17）、「院内研修充実」（問 16）は、所属する各病院に対しての各職員の主観的な評価であり、病院の実態を反映しているとは限らない。

(2) 目標レベルの相違

さらにこの4項目は、各個人が目標レベルをどこにおいているかによって回答が変わってくる。問 19 を例にあげれば、済生会病院のあるべき姿（理想）を高くおいていけば低い評価となり、逆だと高い評価となる。付言すると、もし評点が0点（回答者全員が「所属する病院は済生会の使命を果たしていない」と回答）だったとするならば、これは各職員が済生会の理想を高く掲げていることの証左でもあり、この観点からすると100点に値する0点ともいえる。

(3) 病院間競争に効果があるとは限らない

生活困窮者の定義にもよるが、これにより病院収支に効果（患者数（患者単価）の増加やコストの削減）があったという医療経済学的な実証研究は存在せず、つまりこの方向性を志向することが正しいとは限らない。

(4) 難易度の相対性

例示すると、「無低診療の地域への浸透」(問 17)と「就職希望者への設立目的(又は無低の取り組み)の周知」(問 5-1)は1点しか変わらないが、後者は募集要項に詳しくその旨を記せばかなりの改善が期待できることであり、明らかに難易度は前者が高い。

上記のような限界が存在するため、絶対的にも相対的にも客観性には限界があるが、この評点は重点的に取り組む事柄の優先順位の選定に一定程度の参考指標になると考える。

4-3 評点からうかがえる3つの課題

(1) 創設の経緯や無料低額診療事業の取り組みを知らないで就職する職員が半数以上

創設目的やこれに連なる無低診療は、済生会の理念や使命の拠りどころであり、共鳴する職員の確保はその実現の成否において大きな影響を及ぼす(後述)。しかし、就職採用試験受験時点で設立目的(あるいは無低実施)を知っていたのは37.8%であった(問 5-1)。

済生会が使命の実現に本格的に回帰したのがここ最近(無低不正発覚以降)ということ踏まえ、勤務年数3年未満の職員(N=744)に絞っても48.7%であった(一方、着実な改善とみることもできる)。

試しに本部ホームページで各都道府県の一番上に配置されている病院すべてについて、「採用情報」と「看護部」を確認したが、生活困窮者支援という済生会の特色を一定以上前面に出して広報していたのは、中央病院と兵庫県病院のふたつだけだった、あとは詳しい説明なしに、「救療済生」や「済生勅語」という言葉が散見される程度であった。周知度が低いのは、こういったことも影響しているのかもしれない。

(2) 職員へのなでしこプランの周知が不十分

次になでしこプランの周知度について述べる。なでしこプランは済生会の「魂」であり、また具体的な活動メニューである。しかしこれについて、「知らない」が31.2%、「どちらかといえば知らない」が33.4%と、60%以上の職員がその知識に欠ける結果となった。勤務する病院組織全体のことについて詳しいはずの勤続10年以上の職員に限定(N=836)しても、「知らない」が22.6%、「どちらかといえば知らない」が24.5%と半数近くがその知識に乏しい。

その要因には大きくふたつあると考える。ひとつは単純に各病院の職員に対しての周知が徹底していないことである。もうひとつは知らなくてもある程度支障なく関与できる(関与している)ことがある。なでしこプランは方法というよりはメニューである。たとえば刑余者が入院してきたとしても肯定的な意味合いで特別視すべきものではなく、応じてそこで主として必要とされるのは、通常の診療に必要な知識や技術でありなでしこプランではない。しかしながら、知らないことは当然望ましいことではない。プランはボリュームがあるものではなく、周知は容易である。

(3) 生活困窮者の理解促進を目的とした院内研修の問題

「充実している」が3.5%、「どちらかといえば充実している」が21.4%と低値の結果となった。済生会病院を「済生会」(生活困窮者支援)と「病院」(一般診療)に便宜的に2区分すると、量的ニーズの違いも含めて地域が求める役割は「病院」に大きく傾いており、研修もそこに重点をおかざるをえないのだろう。

生活困窮者の問題について医学モデルを援用すると、社会構造が「原因」であり、生活困窮者の生

活課題が「診断」、具体的支援が「治療」に該当する。治療学は、病理学（原因と診断）に立脚するものであり、これらの理解、あるいは両者の結節なくして適切な治療は難しい。生活困窮者支援も同様の構造である、

生活困窮者支援は、定量的観点での目標数値を達成すればいいというものではなく、生活困窮者へのまなざしや関わり方も含めて定性的な効果も生み出すことが求められるが、後に記載している自由記述を概観するとこのあたりの危うさも目につく。

4-4 済生会の使命に親和性をもって就職した者の傾向

医師や看護師など職員の確保が困難を極める昨今であるが、今回のデータでは、済生会の役割や使命が約35%の職員の就職動機に正の効果を与えていた（問5-2）。また、就労継続意識についても、済生会の特性は総合的にみてプラスの効果を与えていた（問6）。

それでは済生会の使命が就職動機に正の効果を与えた者には、どのような傾向があるのだろうか。ここでは「与えた・どちらかといえば与えた」を「与えた」、「どちらかといえば与えなかった・与えなかった」を「与えなかった」とし、他の問いも同様に2区分して分析した。

下記クロス表より、創設の経緯や無低への取り組みなど済生会の特殊性が就職動機（のひとつ）になった者は、就職後も継続して済生会の方向性に合致する意識や行動をもつ傾向にあることが確認できる。

一方で、述べたように、創設の経緯や無低への取り組みについて把握して就職した者は、直近過去3年以内でも50%に達しない。しかし、これを逆にとらえれば、済生会が求める人材が多く潜在している（特色をPRすれば確保できる）と考えることもできる。

済生会の特色が就職動機に正の効果を与えた者の傾向（降順）

〔「差」の算出〕

			N	差
与えた	①	③		①-②
与えなかった	②	④		(④-③)

問7 日常業務で済生会の使命をどの程度意識しているか。

	意識している	意識していない	N	差
与えた	76.0%	24.0%	363	30.1%
与えなかった	45.9%	54.1%	556	

問22 自院が生活困窮者支援を強化することは、他医療機関との競争に正の効果を与えるか。

	与える	与えない	N	差
与えた	81.8%	18.2%	363	26.4%
与えなかった	55.4%	44.6%	556	

問 21 自院が生活困窮者支援を強化することは、ブランド確立に正の効果を与えると思うか。

	与える	与えない	N	差
与えた	90.6%	9.4%	363	25.0%
与えなかった	65.6%	34.3%	556	

問 18 10%規定に関らず必要な人には積極的に無低診療を提供すべきか。

	提供すべき	提供すべきでない	N	差
与えた	57.1%	42.9%	363	22.5%
与えなかった	34.6%	65.4%	556	

問 12 興味を持っている権利の上位 3 つのなかに生存権があるか。

	ある	ない	N	差
与えた	67.2%	32.8%	363	22.2%
与えなかった	45.0%	55.0%	556	

問 6 済生会の使命がどのように就労継続意識に影響を与えているか（「影響を与えていない」除く）

	プラス効果	マイナス効果	N	差
与えた	92.3%	7.7%	234	18.6%
与えなかった	73.7%	26.3%	224	

問 10 ニュース済生を読んでいるか。

	読んでいる	読んでいない	N	差
与えた	58.7%	41.3%	363	17.2%
与えなかった	41.5%	58.5%	556	

問 8 自院のなでしこプランを知っているか。

	知っている	知らない	N	差
与えた	48.8%	51.2%	363	16.6%
与えなかった	32.2%	67.8%	556	

問 9 済生を読んでいるか。

	読んでいる	読んでいない	N	差
与えた	59.0%	41.0%	363	16.4%
与えなかった	42.6%	57.4%	556	

問 13 貧困原因は社会か、個人か。

	社会	個人	N	差
与えた	57.0%	43.0%	363	13.8%
与えなかった	43.2%	56.8%	556	

4-5 日常業務の遂行にあたり済生会の使命を一定以上意識している者の傾向

済生会に親和性をもって就職した者の第一の特徴は、済生会の使命を意識して日常業務を遂行している割合が高いことだった。そこでこうした職員の傾向を分析してみたところ、やはり、済生会の方向性に合致する意識や行動をもつ傾向にあった。

日常業務の遂行において済生会の使命を意識している者の傾向（降順）

問8 自院のなでしこプランを知っているか。

	知っている	知らない	N	差
意識している	53.2%	46.8%	1374	36.6%
意識していない	16.6%	83.4%	1312	

問9 済生を読んでいるか。

	読んでいる	読んでいない	N	差
意識している	59.2%	40.8%	1374	29.9%
意識していない	29.3%	70.7%	1312	

問10 ニュース済生を読んでいるか。

	読んでいる	読んでいない	N	差
意識している	57.9%	42.1%	1374	27.2%
意識していない	30.7%	69.3%	1312	

問6 済生会の使命がどのように就労継続意識に影響を与えているか（「影響を与えていない」除く）。

	プラス効果	マイナス効果	N	差
意識している	89.6%	10.4%	950	24.3%
意識していない	65.3%	34.7%	501	

問18 10%規定に関らず必要な人には積極的に無低診療を提供すべきか。

	提供すべき	提供すべきでない	N	差
意識している	85.3%	14.7%	1374	20.5%
意識していない	64.8%	35.2%	1312	

問12 興味を持っている権利の上位3つのなかに生存権があるか。

	ある	ない	N	差
意識している	61.7%	38.3%	1374	19.6%
意識していない	42.1%	57.9%	1312	

問21 自院が生活困窮者支援を強化することは、ブランド確立に正の効果を与えると思うか。

	与える	与えない	N	差
意識している	82.5%	17.5%	1374	16.6%
意識していない	65.9%	34.1%	1312	

問 22 自院が生活困窮者支援を強化することは、他医療機関との競争に正の効果を与えるか。

	与える	与えない	N	差
意識している	70.2%	29.8%	1374	13.3%
意識していない	56.9%	43.1%	1312	

問 13 貧困原因は社会か、個人か。

	社会	個人	N	差
意識している	49.5%	50.5%	1374	6.5%
意識していない	43.0%	57.0%	1312	

5 済生会は「再生」（原点回帰）の道に向かっている＝定量分析のまとめ

調査者の済生会での勤務経験（反省）や、当時仄聞していた他の済生会病院の状況などから批判を覚悟で言いきるならば、多くの済生会病院は長く「病院」ではあっても「済生会」ではなかった。2009年には無低診療の不正も相次いで発覚した。これも影響し、第四次報告では「済生会」への原点回帰の方向性を打ち出し、また、「なでしこプラン」も構想され、全国各地で様々な実践がなされるようになった。

「施薬救療」（生活困窮者支援）は創設目的ではあるが、実態からすると現在の済生会にとっては、いわば「新しい取り組み」である。よって、理念や取組に対する済生会職員の理解はかなり低いと考えていた。関わって今回の内容のような調査（データ）は済生会に必要と考えていたものの、実行を決意するにはかなりの勇気を必要とした。理由は、「パンドラの箱を開けてしまう恐れが高い」と判断していたからである。

実際に評点を大学の成績評価になぞらえるならば、可（60点台）が4項目であとはすべて不可（60点未満）であり、絶対的にみると間違いなく低い点数である。しかし、済生会が原点回帰を図ってから間もないことを考慮すれば、高い数字と措定することもできる。個人的見解をあらわせば、予測をはるかに超える高い点数であった。炭谷理事長の優れたリーダーシップのもと、済生会は順調に原点回帰の道に向かっている。

そして上記のように済生会理念の実現の大きなポイントは、理念に共鳴する職員をいかに多く確保するかであり、そのための絶対条件は、採用活動における創設の経緯や生活困窮者支援のアピールとなる。なお、日常業務での済生会の使命への意識性は、済生会への就職動機との関係性においては、時間的先行や共変からして従属変数と考えることができる。

6 済生会の使命（生活困窮者支援）についての意見（自由記述）

調査では、調査票の末尾に「済生会の使命（生活困窮者支援）の実現に向けての自由意見」の欄を設けていた。予測に反して、249名（無効回答含まず）という多数の意見が寄せられた。反対意見も少なからずあったが、NIMBY（Not In My Back Yard＝私に影響しないなら反対しない）に代表されるように、一般に人は、自分に影響が及ぼされなければ反対しないことが多い。反対意見は、生活困窮者支援事業の取り組みの活発さと考えることもできる。

いずれにしても、調査者が知る限り、これだけ多くの済生会職員が生活困窮者支援について自由な意見を表明したものは過去に例がなく、個々の意見の正当性によらず貴重な資料になりうると考える。

アフターコーディングしての数量化も検討したが、意見の数の多寡と意見の重要度が一致するとは限らないため実行しないこととした。また同様の意見については、代表的なもののみを提示する方法もあるが、代表意見との日本語表現の違いから垣間見られるその方の思い（強弱）が伝わらないので、すべて提示することにした。

○意見を集約すると次の通りである（順不同）。

行政も含めてのネットワークの強化／生活困窮者（特に低所得者）に対しての不信感（怠惰など）／濫救・漏救／生活困窮者が生起する社会要因に対しての職員の知識不足／収益優先の経営姿勢／使命自体への疑念（社会の変化）／活動のPR不足／職員の待遇改善／経営との両立が困難／理念実現のための職員の意識が低い（特に管理職や医師）／済生会で働くこと、生活困窮者支援をすることの誇りや喜び／済生会の統一性の欠如（本部・支部・病院の温度差）／身の危険／職員不足／研修会の開催／財源不足／本部への不信感／病院イメージの低下（患者層）／生活困窮者の定義が必要／急性期機能との両立の難しさ／本部権限の強化／職員の負担が大きい／刑余者の社会的入院は反対／無低診療の基準・取扱いがおかしい

*原文ママ

*◇のコードは病院コード。末尾は個人コード。「1101」で説明すると、11は病院コードで01は当該病院での個人コード

*回答した方などが判別される恐れがある場合はアルファベット表記

◇コード11（200床未満）

（1）男性 50代 理学療法士 20年以上30年未満

超高齢化社会で入院後に家庭復帰できない要介護の方が急激に増加しています。施設も不足しており、退院先も見つかりにくくなっています（医療が終了後退院できません）。

この状況を改善するには、MSWやヘルパーなど多くの入院が必要となります。単一の病院では経営的に成り立たなくなると思います。もちろん済生会の使命は大切ですが、ルールが必要で、判断基準がないと現場が困ります。 [1101]

（2）男性 50代 医師 5年以上10年未満

無料低額診療事業が都道府県単位で規律が違うので、たとえば生活保護の率と本来の無料化している率やこの他無低に入れている事業の項目別に公表すべきであり、不公平な評価は済生会全体に悪影響であると本部は認識すべきです。

不公平感がある限り、10%の達成は出来ないと思います。 [1113]

（3）女性 40代 看護職 3年以上5年未満

本当に仕事もできる状態ではなく、必要な人には医療を提供するのは素晴らしいことだし、私もモチベーションがあります。

しかし、半数以上が本当は仕事ができるのに又は、しているのに生保をうけていたり、払いたくないから払わなかったり、又、そのくせ、周囲に迷惑をかけ（ルールを守れない）看護師に暴言暴力をふるいます。

とてもいそがしく毎日毎日帰宅もおそくつかれているのに赤字になるといいます。そして私たちの給料もあがらずボーナスもカットされます。私は母子家庭ですが、夜勤もして税金だっておさめています。体もわるいけどがんばっています。なのに、しんどいという主張をし、仕事をせず、あそんでいる人のために、無料で医療を提供するのはりふじんです。本当に必要な時に必要な人にだけしてください。

クレームばかり言ってめしつかいみたいにつかうだけつかって、お金を払いませんなんて（本当は払えるのに）おかしいと思う。本当に払えない人にだけきちんとしてあげてほしい。人間の質が落ちたと思う。

[1118]

（４）女性 40代 看護師 10年以上20年未満

本当の生活困窮者への支援は少ないと感じる。なぜなら、働けるのに働かず、日頃、好き勝手な生活をして病気になり、治療する気もないのに入院する人が増えているからだ。そのような人にかぎってパワハラしてくる。

[1120]

（５）女性 40代 看護師 3年以上5年未満

済生会の使命うんぬんの前に、生活保護が本当に必要な人には使われず、必要なところに与えられ、変な権利意識をもっていることに憤りを覚える。そんな人達の支援の為の病院の使命ではないと信じたい。

[1128]

（６）女性 50代 看護職 3年以上5年未満

問 13 について…… 本当に正当な理由で労働できない為に貧困な場合は別として、まじめに働かない人、働いてもだらしのない生活をしてしまう人等、働く意欲がなく、そういう支援や制度を悪用する人は個人の責任だと思う。“働かざる者食うべからず”“真面目に働いているのがバカらしくなる！！”

問 25 について…… 病院は宿泊施設ではありません。支援とは切り離して考えるべき。

当院では地域的な特徴もあり、生活保護を受けている方、納税を免除されている方が比較的多く、来院又は通院されています。

その中には、その制度を本当に受ける必要があるのか疑問に思う人が多々おられます。そして、あげくのはてにはその権利をかざし、クレーム、無理難題を言う方、本当に労働意欲をそがれます。

病院側も事が大きくなるのを恐れ、穏便にするようにします。“無理が通れば道理も引込む”状態で、そのシワ寄せは私たち職員です。純粋に生活困窮者への支援は賛成ですが、現実には釈然としないというのが本音です。

[1131]

◇コード 12 (200 床以上 400 床未満)

（１）女性 30代 MSW・PSW 5年以上10年未満

低所得者に対して、偏見のあるスタッフがいるようにも感じる。それは、貧困が個人レベルの問題であると捉えられてしまいがちであることが一つの要因であろう。貧困は社会の問題であり、ひとりの生活者として地域で安心して生活ができるよう医療と福祉の両面からサポートしていけることが済生会の強みであり、アピールできることをまずは職員が理解し共働できることが大前提となる。済生会のMSWとしてひとつのケースを通して、また、勉強会等で院内周知に努めたい。

[1237]

（２）女性 30代 MSW・PSW 10年以上20年未満

病院の経営面を考え収益を優先する傾向にあるため、済生会の使命を充分果たしているのか疑問に残る。また、当院は急性期の病院であるため、慢性期にある疾患の場合等受入れが困難なことがあり、ジレンマを感じることもある。 [1243]

(3) 男性 40代 医師 5年以上10年未満

国民のGDPが低く発展途上であった明治時代の背景を踏まえれば、当時の使命には大きな意義があったが、発展国(先進国)となった今、その必要性は低い。現時点では、先進医療を国民に提供すべき時代であり、病院の使用は時代的背景と共に柔軟に見直す必要がある。 [1244]

(4) 男性 60代以上 医師 20年以上30年未満

問25に対し、病院は病気を治療する施設である。 [1252]

(5) 女性 40代 医師 3年以上5年未満

済生会の使命をしっかりと知っていなかった私自身の問題でもありますが、病院の体勢からは利益が一番のようにおもいますので、とても使命が実現できているとは思えません。

経営者側からは、赤字では困るのでしょうから、その辺の使命の実現可能性についてももう少し考えるべきではないでしょうか。 [1257]

(6) 男性 50代 医師 10年以上20年未満

済生会が設立された時の時代背景と現在の時代背景は大いに異なる。しかし、社会的弱者や生活困窮者は現在の社会にも存在しますが、時代ニーズに合った済生会をあり方を考え直すべきでしょう [1254]

◇コード13 (400床以上)

(1) 男性 60代以上 医師 10年以上20年未満

- ・独居老人の健康管理などを市町村と共同して行えるような活動に重点を置くことも必要である。
- ・MSWの活動が院内にとどまっているかぎり、上記のような積極的な取り組みはできないので、マンパワーの増員が必要と考えています。 [1316]

◇コード15 (400床以上)

(1) 男性 50代 医師 20年以上30年未満

まだまだ一般広報が不十分。 [1504]

(2) 男性 60代以上 医師 20年以上30年未満

お助け病院だから医療レベルが低くてよいのではなく、レベルの高い民衆の病院になるべきだ。 [1517]

(3) 男性 60代以上 医師 20年以上30年未満

病んでいる人を診ることが基本と考えています。 [1523]

(4) 男性 50代 医師 10年以上20年未満

このアンケートを作成した人が、病院の役割分担、医療システムなどの理解が十分でないと思います。現実と理想との間に差があり設問は混同されていると感じました。 [1524]

(5) 女性 30代 MSW・PSW 5年以上10年未満

社会問題が拡大する中、今後より力を入れていかないといけない(済生会力の発揮どころ)と感じる。 [1532]

(6) 女性 40代 看護職 5年以上10年未満

個人の努力だけではいかんともしがたい生活困窮者は積極的に助けていくべきと思うが、実際には、身から出たサビのように感じる患者さんも少なくなく、私の中ではモヤモヤと納得いかないこともあります。10%というくくりではなく、支援するに値する人を診極めて必要であれば、それ以上の支援ができたらと感

じます。決して分け隔てはしませんが、

[1547]

(7) 女性 30代 看護職 5年以上10年未満

経済問題が社会全体のなかで大きな問題になっているなかで、済生会はずばらしい支援を行うことが出来ようとしている。一方で、自分たちの生活がどうなるのかという不安があるのも事実であります。

他施設よりも給料が少ないというのは現実です。自分の生活が人並みにできて衣食住に困らないのであれば、他者に支援するという心遣いが必要ということですね。人には様々な考え方があります。生活のために働いている者ばかりです。この地で支援に対する意識も高めることが求められているわけですね。わかっていても不安になります。

[1552]

(8) 女性 30代 MSW・PSW 10年以上20年未満

MSWだけが取り組んでも実現しない。医師、看護師、コメディカルすべての職員の意識が“済生会の使命”に向かないと本当の実現は難しい。そういう意味で私の勤務する病院は恵まれていると思います（他職種の協力が得られている）。

[1556]

(9) 男性 30代 作業療法士 10年以上20年未満

・生活に困る人を救うのは済生会として積極的に取り組むべきことだと思う。しかし、その条件はしぼる必要があると思う。

・犯罪者を支援することは加害者（←おそらくこれは「被害者」と思われる＝工藤）に対し背を向ける行為に思う。医療的な行為は医療者としてすべきだとは思いますが、支援となると別ではないか？犯罪の種類にもよると思うが……

[1558]

(10) 男性 60代以上 医師 20年以上30年未満

明治天皇の存在、ならびに明治天皇による勅語によって創立された意義、即ち、済生の心（施薬救療）を済生会人として共有することを推進していく必要があります。

[1562]

◇コード16（200床未満）

(1) 男性 40代 医師 5年以上10年未満

問18にある「必要な人には…」の定義やその正当性についての普及をお願いしたいです（具体的な数字などの意味です）。

[1634]

(2) 女性 30代 看護職 3年以上5年未満

認知症、不穏患者が多くまっとうな看護ができない。疾患患者の対応が一番だと思う。

[1635]

(3) 女性 40代 看護職 10年以上20年未満

生活保護を受給しているはずなのに、困窮している感じのしない方がいるのも現状。たとえば、高級車を持っている、個室を希望する。もちろん病状によっては個室の方がよい場合もあるが、疑問に感じることも多い。そういう所で本当に困窮している方に対して、何らかの対処が必要では？不平等感を感じるがあります。

[1642]

(4) 男性 50代 理学療法士 20年以上30年未満

- ・本部・支部・各施設一体となって取り組む。
- ・もっとトップの意識改革が必要では。
- ・PRにつとめもっと社会に認知されるようにすべき。

[1653]

◇コード17（200床未満）

(1) 女性 30代 看護職 3年未満

- ・済生会の使命についてもっと深く知るべきと思いました。

・たまに本当に困っている人が病院に受診できず手遅れになったというケースがあり、市役所など地域との連携も大切だと思います。かなり難しいですが。 [1704]

(2) 女性 30代 看護職 3年未満

生保の入院が多い病院に勤めたのが初めてなので、ただただ驚いています。研修でこういった患者さんを支えることで何かしら社会に役立っていることを考えながら業務にあたりたいと思います。 [1706]

(3) 女性 50代 看護職 20年以上 30年未満

支援が必要だと思うがスタッフの教育や人数などで時間がかかり、地域性も影響し、定着するのは時間がかかると思う。 [1707]

(4) 男性 50代 医師 10年以上 20年未満

問 25 について、帰住先のない方の入院は社会的入院と同様できるだけ避け、専門の施設が必要だと思います。 [1717]

◇コード 18 (400床以上)

(1) 女性 30代 看護職 5年以上 10年未満

・生活困窮者に必要な医療を提供できることは、他の病院ではできない治療をできることにつながって良いことだと受け止めている。

・罪をおかした人を患者として受け入れるかどうか、については、職員として身の安全を守れる環境を整えるなら良いと思う。現状では患者が暴れるなど看護職員に暴力をふるっていても守ってくれる役職の人がおらず不安がある。実際に自分もなぐられたりけられたりしたことがあるので、恐怖感がある。患者が罪をおかした(たとえば殺人など)人であっても表情を伏せて入院していることがあり、一般の患者と区別がないので、あとになって「実はあの人はね・・・」ということもあった。入院させるならそのとき事前にスタッフには伝えるべきではないかと思う。自分の身を危険にさらさして働くにすれば条件は良くない病院だというのが本音です。 [1809]

(2) 男性 40代 MSW・PSW 20年以上 30年未満

・医療の現場、医療職の考えを熟思頂きつつ検証頂けることを切望します。
・本研究が実りある成果を生むことをお祈りします。また、取り組み頂くことに感謝致します。 [1810]

(3) 女性 30代 MSW・PSW 3年未満

福祉的課題に積極的に取り組む姿勢は継続していきたいです。無料低額診療事業を実施する医療機関の中でも、済生会という歴史ある組織で働けることは自己の成長にもつながっています。

しかし、現実には医療機関で入退院など裁量権は医師にあり、緊急避難目的の入院は至難です。少なくとも緊急避難目的というDPC病名はありませんので、どのように医療の枠組みの中に入れるのか?という課題は近年の医療情勢においては、ますます困難な問題となっているように感じます。仮に“福祉枠”という病床を確保でき、病名を不要になったとしても、指揮命令系統などを考慮すると現実的ではありません。

生活困窮者事業についても、本部・支部・各医療機関の温度差は大きいように思います。 [1811]

(4) 男性 30代 理学療法士 5年以上 10年未満

生活困窮者の中には医療を受けたくても受けられない方もいます。その方々の希望を済生会は担っていると思います。とても重要な事業だと思うので、継続して頂ければと思います。 [1830]

(5) 男性 30代 理学療法士 5年以上 10年未満

済生会の使命はもっと職員の意識の浸透、地域へのアナウンスが必要と感じます。 [1833]

(6) 女性 40代 看護職 3年未満

済生会の使命は大切だが何でも守られたらOKではなく、きちんと病院運営も考えながら行うべき。今は何でもかんでも一緒でごちゃごちゃになっている。

救済とか使命についても 100 年過ぎたのだから各病院がもう一度自分の病院内部を見直した方がよい。済生会として何をどう統一するか、統一した事業としてやれてるか考えた方がよい。 [1840]

◇コード 19 (200 床以上 400 床未満)

(1) 女性 20 代 看護職 3 年以上 5 年未満

ここで働かせてもらうまで生活困窮者の方と関わる事がなく、実際を知りませんでした。本当に困っているという人は少ないように思っていました。 [1921]

◇コード 20 (400 床以上)

(1) 男性 40 代 医師 10 年以上 20 年未満

病院は病者の支援組織であって、疾病・外傷に関らない生活困窮者の支援は病院で行うものではない。他の施設で行うものと考えます。 [2006]

(2) 女性 40 代 医師 5 年以上 10 年未満

資格取得の機会を与えること。働く場の提供。 [2008]

(3) 女性 30 代 理学療法士 10 年以上 20 年未満

A 県は生活保護を申請する人が非常に少ない地域でもあり、そのため生活困難者と関わる機会が一般職員は少ない状況です。よって今回の「済生会の使命」について考える機会もほとんどなく、どこか他人事のように感じていたため、反省する機会となりました。 [2023]

(4) 男性 50 代 作業療法士 20 年以上 30 年未満

地域によって生活困窮者の質や量がかなり異なる。全国一律で事業を展開するのは困難と思われる。

[2035]

(5) 男性 40 代 MSW・PSW 5 年以上 10 年未満

・上層部の理解が薄い。経営は無視できないが、税金免除分以上支援してはじめて済生会の使命を果たせたと言える。

・MSWの資質向上が望まれるため、本部主催で研修、交換実習などを行ってほしい。

・医師の理解も薄い(ない)。辞められては困るので、上層部も強くは言えない。

・本来の済生会の使命を実現したいとMSWは思っている。

・済生会の使命をみんな忘れてる。ただの金もうけの病院になってしまっている。済生会しかできないことをいま一度考えるべきだと感じる。 [2045]

◇コード 21 (200 床未満)

(1) 男性 50 代 医師 10 年以上 20 年未満

病院は患者のための施設です。病気がなければ入院は不可です。 [2102]

◇コード 22 (200 床以上 400 床未満)

(1) 男性 40 代 医師 5 年以上 10 年未満

支援センターの活動と病院としての活動をしっかり区別し、支援センターの活動のうち病院のサポートが必要な部分は、しっかり支援センターから病院への依頼という形をとって区別すべき(明瞭化すべき)。

[2217]

(2) 男性 40代 医師 5年以上10年未満
非常に尊い使命なので、今後も続けてほしい。 [2218]

(3) 男性 30代 看護職 10年以上20年未満
職員の理解を深めるための研修会。 [2223]

(4) 女性 30代 看護職 5年以上10年未満
刑務所出所者支援などは、ある程度の男性のスタッフを配置するなどの患者をみる側の環境を整えても
らわないとこわい。 [2249]

◇コード23 (200床未満)

(1) 女性 30代 看護職 5年以上10年未満
他病院との連携がなければ、在院日数のことも考えると難しい現実もあると思います。それに伴って、
雇用の保障,人材の確保,給料面など含めると、余計に困難な状況と言える。 [2313]

◇コード24 (200床以上400床未満)

(1) 男性 30代 医師 3年以上5年未満
経営の悪い「済生会」はどんどんつぶすべきで、生活困窮者支援だけよりは、高齢者一般医療のレベル
を上げるべき。そうすればおのずから生活困窮者への対応レベルがあがる。 [2402]

(2) 男性 50代 医師 5年以上10年未満
生活困窮者支援は行政が行うべきで、済生会の基本的役割は国民皆保険制度導入後に終わったと考える。
済生会組織の存在理由はない！！ただし、せっかく全国的なネットワークがあるのだから、地域医療の充
実のため団結する価値はある。今は人的交流もなく、上納金を吸い上げる組織以外の何ものでもない！！
[2403]

(3) 男性 60代以上 医師 20年以上30年未満
大昔と違い、国、地方の福祉施策で生活の困った方々にも暖かい手が差しのべられており、済生会が特
別にやらなければならないとは思わないが、法律にしばられますね。田舎の場合、ほかに大きな病院がな
いので、地方の病院としての役割が大きいと思います。出所者のことははじめて知りました。 [2404]

(4) 女性 50代 看護職 30年以上
生活困窮者を受け入れたら、公的補助金がもらえるのでしょうか。 [2412]

(5) 男性 20代 理学療法士 3年未満
実現するための医師,看護師不足している。 [2417]

(6) 女性 30代 作業療法士 5年以上10年未満
院内で働く者すら、済生会の理念や使命など理解して、また、意識している者は少ないと感じる。地域
の方はさらに理解できていない。何より、質の高い医療が安心して受けられる環境であることが一番に求
められるのではないかと思う。

地域格差(医療格差)が広がる中、全国の済生会がグループでの支え合いがもっとあるべきではないか
と思う、「済生」、「ニュース済生」などは回覧で十分ではないかと思う。そのお金があるなら、より質の
高い、信頼のできる病院をきずいてほしい。 [2433]

◇コード26 (200床以上400床未満)

(1) 男性 40代 医師 3年以上5年未満
入職してから1年以上してから済生会の使命を人づてに聞いた。ナースなどコメディカルも強く意識し

てないように見える。教育不足！ [2619]

(2) 男性 50代 医師 10年以上20年未満

私は小児科医であり、地域の療育施設に2か月に1回訪問し、勉強会あるいは親たちとの意見交換会などを行い、ある程度積極的になでしこプランに参加している。 [2622]

(3) 女性 30代 看護職 10年以上20年未満

自分の病院がどの程度済生会の使命を行っているのか理解していないので、病院としてどのような取り組みをしているのか知る必要があると思いました。 [2624]

(4) 女性 50代 看護職 10年以上20年未満

済生会の活動を十分把握できていませんでした。今後その努力と協力できるところはしたいと思います。 [2633]

◇コード27 (200床以上400床未満)

(1) 女性 30代 看護職 5年以上10年未満

生活困窮者支援の実現も必要ですが、数年働いても仕事の量や責任は増えるが給料は・・・という現状です。私たちも生活あります。職員のことも考えてください。 [2726]

(2) 男性 50代 理学療法士 20年以上30年未満

行政との連携をさらにすすめる。自治体と地域ぐるみで検討する。 [2730]

◇コード28 (200床未満)

(1) 男性 20代 理学療法士 5年以上10年未満

本当に生活保護が必要か疑問な人が多い。職員の幸福に対してはどのように考えるのか。 [2802]

(2) 女性 50代 医師 20年以上30年未満

実際、出所者と多く関わってきました。本当の弱者は他に多くおられると思います。 [2806]

(3) 男性 40代 MSW・PSW 20年以上30年未満

済生会の役割を中の職員に周知する努力が必要です。毎年1回の無低の研修を来年度は2回行うことにしました。徐々にですが、頑張っていきたいです。 [2814]

(4) 女性 20代 MSW・PSW 3年以上5年未満

病院内でも職員一人ひとりの意識にかなり温度差があります。本部で研修、必須マニュアルを作ってもらい、一人ひとりが済生会の使命を認識する必要があると考えます。ひとりで動いて働きかけて変わるものでも実現できることでもないため、病院全体、組織全体の動きとなるよう考えてもらいたいです。 [2816]

◇コード29 (200床以上400床未満)

(1) 男性 60代以上 医師 20年以上30年未満

使命は十分に理解しているが、それを行うためには“お金”が必要であり、その“お金”をどこから生み出すかが重要な問題である。職員にそれを求めるのは間違いである。

国、又は地方自治体が、その基盤となる財源を済生会に与えるべきである。病院職員は十分働いている。それでも今の医療システムでは、赤字はさけられない。 [2905]

(2) 男性 50代 医師 5年以上10年未満

力量のあるケースワーカーを24時間体制で勤務させる必要ありと考える。 [2911]

(3) 女性 30代 看護職 10年以上20年未満

治療が必要な場合は、入院するのは問題ない。しかし、治療の必要もないのに入院するのは問題だと思う。 [2925]

(4) 女性 40代 看護職 3年未満

本当に生活困窮者かどうかの見極めが重要と思う。家族の支援を受けられるなら、必要ないと思う。自らが原因で家族との縁を断っている場合などは、本当に支援が必要な人を優先させてから考えるべき。

[2934]

◇コード30 (200床以上 400床未満)

(1) 女性 30代 MSW・PSW 3年以上 5年未満

生活困窮者について、医師、看護師などとの考え方に相違がある。

[3012]

(2) 女性 30代 理学療法士 3年未満

済生会の使命の実現はとてもよいことだと思いますが、具体的に何をすればよいのか済生会側から指示するだけでなく、職員一人一人がこのことに対して考え、行動できるよう、まず、生活困窮者についての研修会を行うなど、実際の現状、その他の問題（生活困窮者以外の方）を知りたいと思います。

[3035]

(3) 女性 30代 MSW・PSW 10年以上 20年未満

生活困窮者によくある背景に対して、職員の理解は低く、支援を継続するにあたって、必要な入院日数の確保など厳しい現状にある。背景が複雑であればあるほど、早期退院への調整をMSWは求められている。

[3037]

◇コード31 (200床未満)

(1) 女性 40代 理学療法士 20年以上 30年未満

出来る範囲で行うべきと考える。

[3103]

(2) 男性 50代 理学療法士 20年以上 30年未満

生活困窮者の支援は済生会病院の重要な使命ですが、当院は、地域の公的中核病院としての使命もあり、生活困窮者支援を中心に考えることは困難ですし、それでは、経営も成り立たないでしょう。

生活困窮者が増える原因は個人にも社会にもあると思いますが、まずは国、地域で支えていく体制がもっとも必要だと思います。

[3115]

(3) 女性 30代 作業療法士 10年以上 20年未満

最近、「生活困窮者」（主に低所得者）が、「お金を払わなくても（保険関係）市役所に行けば病院にかかる」と、パチンコなどのギャンブルにお金をつぎこむ姿をみる。実際、居酒屋などでそのような方々が情報交換しているようだ（お金をつかわずに病院にかかる方法）。

済生会が生活困窮者を支援することに、私自身も誇りに思っている。しかし、このような話を聞くと、10%の規定の中にどれだけそのような人がいるのかを考えてしまい、つらくなる。

本当に困っている方々が、身体、精神ともに「支えがある」と感じていただけるよう、職務をまっとうしたい。

[3133]

(4) 男性 40代 理学療法士 20年以上 30年未満

生活保護費の不正受給問題など、真の生活困窮者を判定することが難しくなっている。病院単位の活動では限度があるため、今後は市役所などとの連携が重要になってくると思う。

[3136]

(5) 男性 50代 医師 20年以上 30年未満

済生会の使命として生活困窮者に医療を提供すべきであるが、その為に院内の風紀が乱れることがある

ことと、生活保護者の無用の受診が多いことは問題である。さらに薬剤をうけて、それを転売することもされており、この部分の整備は法的に行わないと本来の「志」をそぐ意味となる可能性大である。

[3141]

(6) 男性 60代以上 医師 30年以上

炭谷理事長は済生会の使命としてなでしこプランのことばかり言われるが、済生会病院としては一般的病院機能（診療機能）の充実向上も大きな使命であると思う。それがなければ、地域医療に十分貢献することはできない。救急医療の充実、強化も図らなければならない。

[3145]

◇コード32 (200床未満)

(1) 男性 30代 医師 3年未満

理念には同調するが、現実的に困難な面も多く、国や自治体ともっと連携して取り組むべき問題であると考えます。

[3209]

(2) 女性 40代 看護職 3年以上5年未満

生活困窮者は本当に対象かどうか疑問もある。

[3219]

(3) 女性 30代 言語聴覚士 5年以上10年未満

現在生活保護の医療扶助による支援もあるため、無料低額診療事業とのつかいわけがどうなっていくのか気になります。

[3228]

(4) 男性 30代 作業療法士 3年以上5年未満

弱者の保護は良いことだと思うが、先ず、自身が弱者とならないための努力を優先すべきと考える。

[3231]

◇コード33 (200床以上400床未満)

(1) 女性 50代 MSW・PSW 10年以上20年未満

全職員に意識を問うたほうがいいのでは？

[3301]

(2) 男性 50代 医師 5年以上10年未満

職員一人一人が使命を理解し、それを実践することが誇りに思えるようになることが肝心と思う。

当然、済生会のブランドの確立が必要だが、これにより病院内の雰囲気・患者層の悪化をどれだけ小さくし、逆に患者に慕われる病院をプロデュースできるのかが鍵と思う、小手先の理想論の押しつけでは職員は決して実践できないので、心から生活困窮者支援が必要で気高い行為かを日ごろから説いてく必要性があると思います。これは済生会のトップから末端まですべての職員に必要な目標とすべきと思います。

[3302]

(3) 女性 40代 看護職 5年以上10年未満

現在はお酒をのみすぎて身体をこわした人や、個人の管理がなされず働かない人などの生活困窮者が多く、支援したいと思うような事情の人があまりいないと思います。もっと理解し、支援すべきだという方がいれば支援には賛成です。

[3307]

(4) 女性 50代 医師 10年以上20年未満

済生会の使命を職員に意識するような研修会が必要である。

[3315]

(5) 女性 30代 看護職 10年以上20年未満

済生会の使命も大事だと思いますが……まずは、病院スタッフが使命を実現できるように整えていかなければいけないと思います。

[3319]

(6) 女性 30代 MSW・PSW 5年以上10年未満

済生会の使命を実現していくためには事務部の協力は欠かせません。調査対象者に事務職員は入らないのでしょうか?? [3325]

(7) 女性 20代 看護職 5年以上10年未満

問 13 に対して、現在生活保護などで支援を受けている方が入院していることが多々ありますが、どう考えてもなぜ働けないのか不明な方が多く見受けられます。時々、懸命に働いている自分がみじめになることがあります。

問 25 に対して、現在の私が働いている病院では対応できません。暴力など受けた看護師がいるのが現状です（出所者ではありませんが）。私は働くことができません。しっかりとしたシステムがなければ安心できません。 [3326]

(8) 女性 30代 MSW・PSW 3年以上5年未満

・院内職員全体への普及・啓発、研修会の開催などが必要。
・地域住民との交流の機会や地域の関連機関との連携を積極的に行うことで、地域に根ざした病院となり、広く生活困窮者の支援にあたるのが望ましいと考える。 [3328]

(9) 女性 50代 MSW・PSW 20年以上30年未満

生活困窮者支援は、古めかしい言い方だと思うし、侮辱的な表現なので、表現に工夫が必要だと思う。 [3331]

◇コード 34 (400床以上)

(1) 女性 20代 看護職 3年未満

入院してくる患者の中には（生活保護を受けている）そのお金で遊び、パチンコや競馬をしている人が多く、入院しても治療には拒否的だが“入院はしたい”という人がいました。悲しくなり、これは本当に助けているのか、甘やかしているのかわかりません。 [3411]

(2) 女性 30代 看護職 5年以上10年未満

入院が長期になるので困る。 [3422]

(3) 女性 30代 理学療法士 10年以上20年未満

生活困窮者支援の必要性は感じるが、病院としての利益を得る手段も大切だと思う。 [3427]

(4) 女性 40代 言語聴覚士 20年以上30年未満

一方で短期入院を推奨し、「たらい回し」になるのに出所者の短期間入院させるのはどうかと思う。短期間で帰住先が決まるとは思わない。 [3437]

(5) 女性 20代 MSW・PSW 5年以上10年未満

あくまでも「医療機関」がする支援、というのが難しいところだと思っています。 [3447]

(6) 男性 20代 MSW・PSW 3年未満

無低事業を使って医療につながった方が、治療後の一般的な退院支援の流れにのれない（単身で保証人がいない、経済的に困窮）ことは、ケースは少なくとも大きな課題と思われれます。 [3448]

(7) 男性 60代以上 医師 10年以上20年未満

生活困窮者あるいは医療弱者に対して済生会病院が果たす役割は大きいと考えています。しかし、一方では新DPC政策により在院日数の短縮が求められ、病院間の競争が激しさを増しています。

済生会病院の理念と厚生労働省の方針とに齟齬があるように思います。この矛盾を解決する対策が求められていると思います。 [3458]

(8) 女性 50代 言語聴覚士 20年以上30年未満

どういう状況の患者さんであれ、医師から言語聴覚士への指示、依頼があれば対応しています。生活困

窮者の方だからなど、特別に意識して対応ということはないです。

オーダーがあつて言語療法を進めるにあたって必要な情報をとる中で、はじめてその方がそのような状況の方と知ることがあるかないか……オーダー時に支援の対象者だと知らされることは今のところなかったと思います。 [3463]

(9) 男性 50代 医師 20年以上30年未満

結局、各病院の取り組みに任されているところにあります。各病院の使命ではありますが、「済生会」の使命であるわけですから、それを強力に推進する本部が機能しなければなりません。

本部が出した第4次基本問題調査会報告をみてください。総論の2済生会の理念と役割で、色々なことをすべきと言っているが、具体的に誰が何をするのかといえば、“本会のソーシャルワーカーはその能力を発揮し地域の医療・福祉ネットワーク作りに努める”などとMSWまかせのていたらくである。本部が率先して具体策を実行すべきである。たとえば、役に立たない年寄りに高い給料を払うなら、若い研究員を雇って“貧困問題研究所”といったシンクタンクを作るべきである。大原社会問題研究所までとはいわないが、その資金を10%達成していない病院から集めればよいのです。また本部が、ACのように無低のTVCMでもうてばよいのです。各病院が、うちは無低はやらないからなどといわないように外堀をうめればよいのです。

ぜひこのアンケートで出た結果を本部にぶちまけて、本部のしりをたたいてください！ [3466]

(10) 女性 40代 理学療法士 20年以上30年未満

真の生活困窮者には関わっていくべきだが、偽装の人も多く、そういった人には不満また対応も困る。 [3478]

(11) 男性 40代 理学療法士 20年以上30年未満

どこかが行わなければいけないことだと思います。したがって済生会は、取り組むべきもののひとつと考えます。しかし、それによって経営を圧迫すれば問題だと思います。 [3479]

◇コード35 (200床未満)

(1) 女性 30代 看護職 5年以上10年未満

生活困窮者を積極的に受け入れることで、一般Ptがとおのいたり、病院のイメージが悪くなるリスクはありませんか？

罪を侵した人を積極的に受け入れることはいいと思わない。まず、医療者であるまえに人間としてかわりたくない。 [3503]

(2) 女性 40代 看護職 10年以上20年未満

生活困窮者支援は良いことだと思いますが、病院の患者層の質がとわれると思います。医療の質を高めしていく方向での研修に力を入れてほしいです。 [3518]

(3) 女性 30代 作業療法士 5年以上10年未満

問25ですが、医療機関である以上は、医療行為が必要でない方を受け入れるのは、必要性があるかどうか、医師の判断が必要だと思います。 [3524]

◇コード36 (200床未満)

(1) 男性 50代 理学療法士 20年以上30年未満

済生会の理念などについて、あらためて伝える必要があると思う。とくに今後は！ [3602]

(2) 男性 30代 理学療法士 3年未満

まず、済生会病院自体がそこになければならない。働く人材もいなければならぬ。厳しい制度の中、

安定した経営を雇用して頂いている者としては思います。 [3632]

(3) 男性 30代 作業療法士 5年以上10年未満

生活困窮者支援について一般的に広く周知していく必要があると思います。現在はシングルマザーが増えていると思いますが、知っている方は少ない印象です。医療のみならず、保育所など様々な角度で支援していくことが現在のニーズに合っているような気がします。 [3636]

◇コード37 (200床未満)

(1) 女性 40代 理学療法士 10年以上20年未満

世の中に生活困窮者の現状を知ってもらうことにも力を入れないと、済生会の使命自体が理解できないと思います。 [3701]

◇コード38 (200床未満)

(1) 男性 20代 作業療法士 3年未満

具体的な目標設定や、それを周知させるような取り組みがもっと多い方が良いと考える。 [3804]

(2) 男性 30代 MSW・PSW 5年以上10年未満

各病院の幹部（院長・事務長など）に済生会の使命についての考え方のバラツキがある（減免なんてやる必要ない、形式的にやればいんだなどの発言がある）。

まずは幹部職員の意識改革と共通認識をもたせないと済生会は変わらないと思う。もし、2-3年後も同じ状況なら、ふつうの民間病院と同じようにしっかりと税金を払うべきだと思う。 [3807]

(3) 男性 50代 MSW・PSW 20年以上30年未満

病院全体に無低をいかに周知するかが非常に難しいと思います。特にローテーションで来る Dr は、ほとんど関係なく終わってしまうと思います。常勤職員がいかに意識し、伝えていくかが大事だと思います。

外から見ると他の一般病院と同じにしか見えません。売りにげに眼が向いている所が多いと思います。 [3815]

◇コード39 (200床以上400床未満)

(1) 男性 50代 看護職 20年以上30年未満

生活困窮者支援について、病院の収入などに援助などある場合よいかもしれないが、入院している患者さんの気持ちを考えると複雑な思いになります。その点をどう区別していくのか大変だと思う。 [3909]

(2) 女性 40代 医師 10年以上20年未満

生活困窮者支援よりも一般患者診療による黒字化を率先させている病院幹部の方針がある。女性の幹部がいないため偏りがあることは否めないのが実情である。 [3934]

◇コード40 (400床以上)

(1) 男性 50代 医師 10年以上20年未満

問25: 病院は病者のために使うべきと思う。 [4018]

(2) 男性 50代 医師 20年以上30年未満

10%という数字にこだわるべきではない。その姿勢を有することが重要と考える。 [4037]

◇コード41 (400床以上)

(1) 女性 40代 看護職 20年以上30年未満

このような方が一極集中してしまう懸念があります。入院後の生活の確保 etc, 環境を整えることに時間がかかり、ベッドを埋め、新規入院 Pt が入院できない現状など起こらないでしょうか？ [4111]

(2) 男性 60代以上 医師 30年以上

生活困窮者支援は、まず国が行うべき。 [4130]

◇コード 42 (200床以上 400床未満)

(1) 男性 40代 理学療法士 10年以上 20年未満

「働けない」ではなく「働かない」と見える人を多く見てきました。国民の義務を果たさず、保護だけを訴えるこの状況は納得できません。政府、自治体はとにかく雇用を創出し、世の中に貢献してもらえよう努めてほしいです。その上で低所得者は助けるという仕組みにならないのでしょうか。 [4211]

(2) 女性 30代 看護職 5年以上 10年未満

済生会の使命の研修はありますが、そこで部署のスタッフとしてどのように考えればいいのかかわからない。生活困窮者がいれば師長へ報告するように、と言われるが、ラインがわからないので、部署内にもその意識が浸透しない。 [4219]

(3) 男性 40代 理学療法士 20年以上 30年未満

・生活困窮者支援の内容は地域住民はほとんど知らないと思うので、内容などの広報活動が必要だと思う。
職員もどの程度から生活困窮者と判断しているのか大変あいまいだと思う。
・生活困窮者支援の実現のためには、済生会としての関係各機関の連携を先に強化する必要があると思う。 [4233]

(4) 女性 60代以上 医師 20年以上 30年未満

罪を犯した人はいわゆるヤクザが多くて、本当に怖いです！！話ができる状態ではありません。 [4234]

(5) 男性 50代 医師 20年以上 30年未満

・生活困窮者を受け入れるべきとは考えるが、大部分を占めている一般受診者の受診抑制につながる可能性がある。
・世間の偏見は根強く、一般受診者の理解を得るためのメッセージ、アピールをもっとしていく必要がある。 [4238]

◇コード 43 (200床以上 400床未満)

(1) 女性 30代 理学療法士 5年以上 10年未満

・生活困窮者がなぜそうなったかの原因の内容で手厚く支援すべきか考えなくてはいけないのかな？と思います。

・自分でも体調が良くなくても生活のために働いている……ということはよくあります。何でもかんでも困窮者を受け入れるというのなら、使命は大事だけど、今と昔では少しちがうような気がしています(かなり勝手な意見ですが)。 [4307]

(2) 男性 30代 MSW・PSW 3年未満

無低の支援を行うにあたり基準はあるものの、若干下げた方がよいのではないかと思います。誰でも気軽に利用できるものだと一般の方は思われており、貯金がたくさんあっても利用できるのではないかと誤

解を招いている。 [4315]

(3) 男性 60代以上 医師 10年以上20年未満

済生会使命を機会あるごとに唱えるような取り組みが必要。頭におぼえこむ。 [4325]

(4) 男性 40代 医師 5年以上10年未満

TPP交渉参加にともない、ますます生活困窮者の就労・居場所ができにくい状況になっている。済生会独自の地域通貨を行政と連携して発行するなどして、生活困窮者にも最低限の生活を保障してほしい。

[4328]

(5) 男性 40代 医師 10年以上20年未満

済生会の使命は立派なことではあるが、推進すれば病院経営に影響するので、ネガティブな面がある。

[4332]

(6) 男性 50代 医師 10年以上20年未満

医師の確保が最優先。

[4336]

◇コード44 (200床以上400床未満)

(1) 男性 40代 医師 5年以上10年未満

生活困窮者の定義をまず明確にすべき！！明確にしないと、本当に必要な人が受けられない。 [4404]

(2) 男性 20代 理学療法士 3年未満

やとわれる人は全員やとうということで、一定のお金は保持される。そこから自分の道に行くか、そのまま働き続けるかは、その人次第で決まる。働き口を作ればいい。 [4431]

(3) 男性 30代 看護職 3年以上5年未満

人、金がないと実行できないと思います。 [4439]

◇コード45 (200床未満)

(1) 男性 50代 医師 5年以上10年未満

行政側と連携して取り組みたいが、行政は表面的には動くが、本腰を入れて命がけでやろうとしない。行政に頼っていても進展がないので、済生会が主体となって積極的に果敢に取り組むべきと考えます。

[4518]

◇コード46 (200床未満)

(1) 女性 50代 看護職 10年以上20年未満

うけいれることは良いとは思いますが、行政としての支えがあってしかるべきと考えます。問25の場合に関して入院として考えるのは、本当によいことなのでしょうか。 [4601]

(2) 男性 30代 理学療法士 10年以上20年未満

生活困窮者事業は、済生会の歴史だけではなく、広く社会、病院・施設で取り組まなければならない課題だと思う。済生会だけの病院がすればよい問題ではないような気がする。 [4605]

(3) 男性 40代 理学療法士 5年以上10年未満

院内では使命について語られることが多く、大事なことだと認識している。しかし、科内で説かれたことはなく、また常に意識に置いておくべきという認識が薄いと思う。もっと現場での認識を充足させていったほうが、済生会で働く意義を常日頃から済生会の一員としての誇りが持てると思います。

世間では、建物が古く、職員の給料がよいのが済生会といった見方をされるのをケアマネなどから見聞したことがあります。 [4609]

(4) 男性 30代 理学療法士 5年以上10年未満

問25に対して病院で受けるのではなく、ケアハウスやショートステイなどで対応するのが良いと思う。

[4616]

◇コード47 (200床以上400床未満)

(1) 男性 40代 医師 10年以上20年未満

中絶大国の日本(22.3%)。産みたいのに産めない現実を打破するためには「シングルマザー支援センター」が必要。

[4701]

(2) 女性 50代 看護職 3年以上5年未満

体制が整っていない。しっかりとした基盤が必要と思われる。

[4706]

(3) 女性 20代 看護職 3年以上5年未満

『済生』を毎号職員分渡されるのはコストの無駄だと思います。病棟1冊ずつでも構わないです。コスト削減できることはしてほしい。

[4709]

(4) 男性 40代 医師 10年以上20年未満

生活保護の適合条件が議論になっていますが、税金や病院負担で医療を受ける人は病院に対して強い要求をして欲しくないと医師の立場からは常に思っています。

[4712]

(5) 男性 20代 作業療法士 5年以上10年未満

『済生』などの雑誌は職員全体に配付する必要はないと思います。せめて部署に1冊程度で良いと思います。その分人の労力や資金を困窮者支援や他の事業に使うべきと思います。

ここに書くことではないですが……医療技術職の給与が低いと思います。困窮者支援も当然必要という事は理解していますが、職員への支援も職員(特に現場)が喜べる形をお願いします。今後の済生会と一緒に盛りあげましょう。

[4719]

(6) 男性 50代 医師 10年以上20年未満

- ・医師は大学からの派遣なので、済生会の理念、使命などは関係なく、研修機能を求められる。
- ・管理者としては理解しているが、理念を前面に出すと、指導者も含めて協力が得られなくなる。医療水準の向上、維持との両立に努めたい。

[4720]

◇コード48 (200床以上400床未満)

(1) 女性 20代 MSW・PSW 5年以上10年未満

生活困窮者支援は急性期の病院では、他の医療機関との競争に正の効果を与えるとは考えにくいですが、済生会の使命として続けていくことで、地域の役割(貢献)を果たすことはできる。病院として特に常勤でない医師や事務スタッフへの周知、協力が必須である。

[4805]

(2) 男性 60代以上 医師 5年以上10年未満

問25について。これは「病院」が行うべきものではなく、それなりの「施設」が行うべきものです。そのような立場の人が「入院」しているとすれば、病気を治そうとしている職員の意欲が低下すると思います。

[4807]

(3) 男性 30代 MSW・PSW 3年未満

生活困窮者への支援には安定した経営が不可欠と思われる。問6の質問のように、済生会の使命を果たすことが全職員のモチベーションの向上につながれば良いと思うが、生活困窮者支援が済生会の使命であるということを意識して働いている職員は少ないと思う。

地域の中でも周知されているとは言えず、一般的な医療機関との差別化はなされていない。ブランド力

はほとんどないと思う。

[4817]

(4) 女性 30代 看護職 3年以上5年未満

本当に必要な人、使用してもいい人が自費で支払い、生活保護を受けお酒やタバコ、ギャンブルでお金がなくなり入院を希望したり、帰る手段がなくタクシーや公用車を使用する手配をしていることに、これが済生会の使命に入るのかと思うとむなしくなる。

[4827]

◇コード49 (400床以上)

(1) 男性 60代以上 医師 3年未満

組織的な取り組みとしていくために、①院内の職員に対する切り替えし啓発活動を行う。②地域の外部委員を入れた委員会を院内に立ち上げ、活動の検証作業を行う、③院外の関連機関（自治体、三師会、民生委員、社協、警察、救急隊など）へのPRと協働体制の確立、④済生会のMSWの全国ネットワークの組織化。

[4904]

(2) 女性 50代 MSW・PSW 3年未満

周辺の病院、医院から無低の依頼を頂きますが、ご家族と話してみると「お金がない」と訴えているものの、無低や生保の申請もできず、預貯金をお持ちの患者さんがいたり、逆に、何もおっしゃらないが請求時にお金に苦労されていることがあります。いろいろ難しいと常日頃感じています。

[4908]

(3) 女性 40代 MSW・PSW 3年未満

・院内全体に生活困窮者支援の必要性をアナウンスできればよいと思っている。認識していない方もいるので。

[4909]

(4) 男性 60代以上 医師 20年以上30年未満

生活困窮者支援は、国、地方自治体など「公」で本来行うべきことです。その意味では済生会の使命は終わっていると言えます。税制上の優遇措置を受けていますが、返上すべきと考えます。それで病院が立ちいかなくなっても仕方ありません。淘汰される運命にあったということです。

[4910]

(5) 女性 30代 MSW・PSW 10年以上20年未満

生活困窮者支援について、院内でも“病院が困窮者にお金を出してあげてる”と勘違いしている職員がいて、なかなか理解されていないと感ずることがあります。「済生」や「ニュース済生」などで、生活困窮者支援の仕組みについても情報発信していただくと理解が深まるのではないかと思います。

[4935]

(6) 男性 40代 医師 3年以上5年未満

病院は病人を入院させるところなので、刑務所出所者の宿泊は、その用途の宿泊施設を設立してはいかがでしょう。

[4939]

◇コード50 (200床以上400床未満)

(1) 男性 30代 MSW・PSW 5年以上10年未満

入職時は済生会の使命が職員にまったく浸透しておらず大変な苦労があったが、近年は状況が変わり、炭谷理事長が口すっぱく使命を訴えて、ずいぶん認識が高まったと感ずる。

やはり現業員がいくら必要性、問題点を訴えても無力できいてもらえないことが多々あるので、トップダウンでやっていってもらえると、変化のスピードも速く、ずいぶんやりやすくなると実感した。現場は現場でがんばるので、トップから大きな流れをつくってほしいと願う。

[5009]

(2) 女性 30代 MSW・PSW 5年以上10年未満

・生活困窮者支援を行うとき、どうしても時間を要することがあります（たとえば、ホームレスの住居設定や生活保護の受給手続きなど）。一方で、急性期病院の役割があり、効率的な病床の運営を求められな

がら業務を展開せざるをえないのが現状です。主治医に社会的環境が最低限整うまでの入院を何度も交渉し、それを受け入れてくれる場合とそうでない場合があります。済生会の使命を実現するのであれば、全スタッフへの済生会の使命の周知、実際の患者が来院されたときに、困窮していても安心して受診できる環境を整えるべきだと考えています。

・現場のMSWの困窮者への対処能力はバラツキがあります。地方のブロックで構いませんので、現場のMSW同士が事例検討できる研修会を企画してほしいです。 [5019]

(3) 女性 20代 理学療法士 3年未満

非常に素晴らしいことだとは思いますが、その前に病院職員のことも考えて頂きたいです。昇給、賞与ともに減額されているので。 [5029]

◇コード51 (200床以上 400床未満)

(1) 医師 (個人が特定される可能性あるためその他の情報略)

当院は精神科病院であり、まさに生活困窮者は昔より多くの対象者としておりました。だからこれまでと同様にやっていくことが必要です。

生活困窮者の中には、結果としての精神障害も多いし、精神障害ゆえに困窮していった人達も多いのです。しかし、済生会は精神科を有するところが少ないのも現状です。 [5102]

(2) 看護職 (個人が特定される可能性あるためその他の情報略)

個人の努力でどうにもならない経済困難の人には適応すべきだと思うが、その内容を精査せず、なんでも助けるというのは、いくら税金があっても足りなくなると思う、この制度の本当の意味をもう一度考え、中身をきちんとみていく必要があると思う。 [5116]

(3) MSW・PSW (個人が特定される可能性あるためその他の情報略)

SWとしてこのような病院で仕事をさせてもらえることはありがたいことと思う一方で、やはり現実には厳しいです。

正直、運営側(院長、事務部長 etc)のなかにははっきりと病院のキャパと済生会ブランドの両立は不可能と思っている方もいらっしゃるが、SWがどんなに働きかけたり、入院のお願いをしても困難なことがあります。また、何とか入院させたとしても、やはり、患者さん自身の抱える問題は大変なもので、看護側からいろいろ言われることも度々です。SWとして患者を守る立場に立てば立つほど孤立することがあります。

本部が中心となり、もっと現実的な監査体制や各スタッフの評価体制、インタビューなどチェックというか枠づくりがなされない限り、がんばる人が倒れていきます。10%をクリアしないところも相変わらずありながらペナルティはなく、協力しない運営側ものほほんとしているのは不思議です。 [5118]

(4) 看護職 (個人が特定される可能性あるためその他の情報略)

生活保護受給者をとりまく家族が患者に寄生しているため入院費も滞っている例もある。矛盾を感じてしまうときがある。 [5130]

◇コード52 (200床以上 400床未満)

(1) 男性 40代 医師 3年未満

生活困窮者支援は本当に困っている人のみに行うべきと考える。患者本人による安易な利用はよくない。逆に必要な人には本人がはじめは希望していなくても、説明して受けてもらうようにすべきと考える。 [5203]

(2) 男性 30代 医師 3年未満

済生会の使命も大切だが、そのために一般診療が制限されるべきではない(問25にあるような)。

[5206]

(3) 女性 30代 理学療法士 3年未満

大阪は本当に生活保護受給者が多すぎる。当院入院、外来患者にも該当者が多く、真のめざす済生会の使命が機能できない。まずは生活保護受給者を整理すべきである(行政)。このままでは、済生会の使命の実現など無理である(あまりにも実体はひどい)。

[5219]

(4) 女性 20代 MSW・PSW 3年以上5年未満

職員全体として済生会の根底であるという認識が低く、院内のみならず(院内研修などでは限界あり)、全職員に周知できる方法を考えなくてはならない。

[5229]

(5) 女性 40代 看護職 10年以上20年未満

問25に関して、帰住先が決まるまでの社会的入院はどうか?医療保険でまかなうのか?そういうことは病院ではなく、別の施設が必要と思う。病院は医療の場であり、社会的入院が多いと看護師はやる気をそがれます。

済生会とはいえ、日々経営のことはいわれます。利益をあげるようにと、利益を追求していると思います。それが職員の待遇にも反映されるそうですから…。理念は美しいですが、現実、それで経営は成り立つのか?職員もボランティアではありません。

[5244]

◇コード53(400床以上)

(1) 男性 50代 医師 20年以上30年未満

少なくとも医師には、誰かを特別視するような使命感はないと思います。むしろもたない方が良くと思います。目の前の患者をどうするかに集約されると思います。

[5330]

(2) 女性 60代以上 MSW・PSW 30年以上

問25 緊急避難的な入院には使うべきではなく、社会復帰の為のリハビリ施設などの設置が望ましいと考える。

[5348]

(3) 男性 40代 理学療法士 20年以上30年未満

経営面と済生会の使命を両立させることが難しい。現状の運営では、現場サイドに多大な負担をかけ、人材の流出につながると思う。

[5353]

(4) 男性 60代以上 医師 30年以上

出所者は医療を要する必要があるれば受け入れるべき。精神科対応は当院ではできません。病院経営的観点からは、積極的な支援はできません。済生会の使命感から、常に職員に意識してもらいます。それによって、経営が傾くことはありませんので。

[5362]

◇コード54(200床以上400床未満)

(1) 女性 40代 看護職 3年以上5年未満

・格差により患者同士不平等が生じる。生活困窮者の支援は大事だと思うが、生活保護などに甘んじている人も多い。乳児医療においても無料だからと何度も受診したり……。薬を必要以上に処方してもらっている現状があまりにも多いため、そのまえに社会制度を見直す必要があるのではないか?ある一定の負担も必要では?

・看護師も不足しており、もっと職場環境を整えてください。何でもかんでも受け入れるというのは……。どうでしょうか?

[5401]

(2) 男性 40代 看護職 10年以上20年未満

社会貢献は大切であるが、何が必要かを見極める必要あり。職場環境が充実し整わなければ、支援して行くという意欲はわからないと私は思います。 [5406]

(3) 女性 50代 看護職 10年以上20年未満

具体的にどのような活動をしているのか現実を公表し、職員の意識を高めるべきである。また、緊急避難的入院は考えるところである。病気を持つ者が条件の病院に帰住先困難という理由では、病院は難しいと考える。支援センターがそのような仮のホームを持つ方が望ましいのではないだろうか。 [5408]

(4) 男性 50代 医師 3年未満

生活困窮者＝金銭的に困っている方では古く、高齢者や障害者などの弱者を生活困窮者とすべき！！？ [5412]

◇コード55 (200床以上400床未満)

(1) 女性 30代 作業療法士 3年未満

問25 医療措置が必要な人であれば受け入れるべきだと思います。 [5534]

◇コード56 (400床以上)

(1) 男性 40代 医師 5年以上10年未満

済生会の存在意義そのものであると思います。社会的弱者のためにやっていくつもりです。 [5603]

(2) 男性 40代 言語聴覚士 5年以上10年未満

現状では病院経営の営利的な側面を要求されることもあり、済生会の理念の実現に特化した活動は難しい印象です。 [5607]

(3) 男性 20代 看護職 3年以上5年未満

生活困窮者といってもやむをえない事情がある方とそうでない方がいると思うので、全てを受け入れるべきでないと思います。生活困窮者が正確に選択できるシステムがなければ、本当に必要としている方への支援ができなかったり、単にお金のムダになる可能性があるのではないのでしょうか。 [5610]

(4) 女性 20代 作業療法士 3年以上5年未満

本当に障害者などで生活困窮者に対してだけ支援を行えばいいのですが……夜間診察など生活保護者の待遇の良さは考え直した方がいいように思う。 [5617]

(5) 男性 60代以上 医師 30年以上

(出所者支援は) 病院職員の1-2名をその担当にあてることは、片手間でできることで◆◆◆ (判読不能＝工藤)、おそらく専従となるのでは？あまり交代では、その仕事はなりたないのでは？

問10 (←おそらく問17か18＝工藤) について、10%をクリアするのが難しい地域がある。そこでは県の条例については、何とか10%クリアしたいと頑張っている。希望はやはり出来るだけ多くを、10%以上を……目指している。 [5621]

◇コード57 (200床以上400床未満)

(1) 男性 50代 医師 3年以上5年未満

患者と患者でない人が同室に入院するのは業務上も患者の精神面でも好ましくないと思う。どうしても出所者を受け入れるなら、空いている職員寮などを活用すべきである。

済生会の理念を推進するならもっと対外的にアピールして、ひとつのブランドとして構築する必要がある。そうすれば職員の就労継続意識にも変化があるかもしれない。

民間病院でも済生会より地域住民のためという理念を内外に浸透させている病院もある。 [5708]

(2) 女性 30代 看護職 3年以上5年未満

この病院自体の経営が上手くいっているとは思えないため、もっと先にすべきことがある。経営陣がバカすぎる。戦略あって使命を果たすべきだと思う。まずはスタッフを大事にすべき。

出所者について、個人的に自己責任だと思っている。帰住先の確保が困難……あたり前。その罪を背負うべきである。 [5723]

◇コード58 (200床以上400床未満)

(1) 男性 30代 医師 3年以上5年未満

問25は本来は社会的に別のシステムが必要と考えるが、現在の社会環境下ではやむを得ないと考える。 [5807]

(2) 男性 50代 医師 5年以上10年未満

・“真の生活困窮者”すなわち、自己のわがままや怠慢によるものでない生活困窮者に対しては十分に手をさしのべるべきであるが……当院でのなでしこプランに該当する患者さんは必ずしもその様な方ばかりではないので、外来受診延数を増やして、法律上の義務を果たしましょうなどという方針は、いかなものかと思う。

・犯罪者の受け入れに関しては……手間やコスト、人件費が余分にかかるので、そのことを十分に理解した上で、対策をたてて対応が必要。病院のブランドは当然のことながら下がります。 [5808]

(3) 男性 40代 医師 5年以上10年未満

地域での患者さんの選別につながり、逆に悪影響になっている（一般病院では受け入れなくてもいいといった病院が地域に増えている）。 [5819]

(4) 男性 20代 看護職 3年以上5年未満

支援を受ける側にも、それなりの心構えがないとせっかく支援してもそれをあたり前だと思われたら意味がない。 [5831]

(5) 男性 30代 看護職 5年以上10年未満

生活困窮者支援の現実としては幅が広く、本当に必要としている者の治療が優先されるのはいいが、働く力があるのに無職とか好き勝手にやって生保の方とかは看たくない。税金がもったいなく感じる。 [5832]

(6) 女性 30代 看護職 5年以上10年未満

・本当に貧困でなでしこプランを採用している場合とそうでない場合に納得できない。
・若い人で働けそうな人が生保に納得できない。そんな人に限って、入院中無理難題を言ってくるからやさしくできないときがある。 [5835]

◇コード59 (200床未満)

(1) 男性 30代 作業療法士 5年以上10年未満

今の世の中の流れにあっているのか(沿っているか)がどうか疑問を感じる。 [5917]

(2) 女性 30代 言語聴覚士 10年以上20年未満

社会に対して果たせる素晴らしい使命だと思うので、継続すべきだと思います。 [5920]

(3) 女性 50代 看護職 30年以上

病院や施設だけでなく、社会全体を巻き込むよう済生会の理念などをもっとアピールできるよう発信し

なければいけないと思う。

[5925]

(4) 男性 30代 MSW・PSW 5年以上10年未満

生活困窮者を段階的に支援して行くことが必要だと思います。そのために、そういう事業所が今後できればと思います。

[5932]

◇コード60 (200床未満)

(1) 男性 60代以上 MSW・PSW 3年未満

理念は素晴らしいが、長期間忘れ去られた間に多くの済生会病院が「一般病院」化してしまっている、〈文化〉として集団が失ったものを再び育てる（復活?）には相当の覚悟と時間、そして何よりドラステイックな組織改革がなければ困難だと思う。流れ者が多い医療職が中枢を占める病院組織の構造からいえば、なおさら難しいだろう。今の本部・支部の役員に、それだけの覚悟と気概があるのだろうか？

[6001]

(2) 女性 40代 看護職 20年以上30年未満

済生会の使命については、基本的に他の医療機関との棲み分けなど本当に生活に困窮している方々への支援としては賛同できます。

しかし、問25のような事業は相当に負担を現場に強いることになってないでしょうか？どのようなシステムで受け入れておられるかわかりませんが、「病院に入院」という形であれば、本来の患者に加え出所者を受け入れるとなればそれ相応なマンパワーが必要であり、一般の入院患者への説明等（トラブル時）病院全体、大きくは「済生会全体」としての支援がなければ職員の混乱は明らかです。

済生会の特色は打ち出せるとは思いますが、人々のニーズが多様化し権利意識が高くなる一方の現在で、この方向性を追求していくことは職員を必ず疲弊させ、かつ利益は上がらないといった矛盾が生じることを大きく懸念します。

[6003]

◇コード61 (200床未満)

(1) 女性 40代 看護職 3年以上5年未満

家族と同居しているが、生計独立していると生活支援が受けられている。どうみても店を経営して、貯金も沢山あるとみせる人もいるのに、この人も受けられると思うと不思議に思います。この病院はタダだから転院、施設の入所がいやがる患者様が増えていると思う。本当に独居で家族もいなくて困った人だけに支援すべきと思う。

[6112]

(2) 女性 40代 看護職 5年以上10年未満

本当に生活困窮の人の支援は必要だと思います。しかし、税金や医療費を少なくする考えでの人もおり、その方々に対する医療費の負担は考えものだと思います。

[6115]

◇コード62 (400床以上)

(1) 男性 30代 MSW・PSW 3年未満

無料低額診療事業が今後も存続していくことを願います。

[6236]

(2) 女性 40代 看護職 20年以上30年未満

アンケート項目にそって回答しましたが、ケースにより内容は変わってくると思います。社会（地域）事情からやむなく困窮者となられる場合のみでなく、自助努力のないままのケースも多々みかけるのが現実です。ケースによりますが……

済生会組織としての取り組みは、発足の機を考えると、当然現代においても価値は高いと思います。

[6246]

(3) 男性 50代 医師 30年以上

実現のためには経営基盤（済生会全体）を強くする必要がある。赤字体質ではなかなか理念も達成できないのではないかと考える。

[6252]

◇コード 63 (200床以上 400床未満)

(1) 男性 60代以上 医師 20年以上 30年未満

当院にも刑務所入所中の患者が診察を受けにくるが、一般患者と異なる威圧感がある。警察官が付き添っており、暴力的な行為や言動はないが、いつでも切れてしまうような緊張感を感じる。他に支援する組織がない以上、済生会組織が支援すべきではあるが、入院させれば看護婦の緊張が増すのは確実であり、出来るだけ回避したい事態ではある。

[6316]

(2) 男性 40代 医師 10年以上 20年未満

生活困窮者には今後独居の高齢者なども含まれてくると思います。いわゆる買い物難民など日常生活に支援を必要としている患者も病院に多く来院されると思います。

今後の病院は患者を治療することだけでなく、このような方が公的なサービスも受けられるスペースがあってもいいと思います。済生会病院内で市がひらけたり、公的なサービスの窓口があったり、患者さんどうしがいつでも語り合えるスペースがあり少しの飲み物が用意されている、そんな病院はつくれないのでしょうか？また、年末のホームレスの避難所的なことは可能なのでしょうか？ご検討ください。

当院からは始めることは、管理職のメンバーから無理と思いますので。

[6317]

(3) 男性 40代 医師 3年未満

当院は赤字経営が続いておりますが、そのために病院の管理者たちは運営会議の際に病院の黒字に向けての対策ばかり語って、病院の経営にプラスになるような医療機器はすぐに購入しても、そうでないもので患者にとって必要と考えるものはなかなか購入しようとしません。

管理者達の中に患者の立場に立ってより良い病院にかえていく姿勢を感じないのが残念です。管理者達の考えを変えない限り済生会の使命の実現も困難であると考えます。

[6329]

◇コード 64 (200床未満)

(1) 女性 20代 MSW・PSW 3年以上 5年未満

更生保護施設と無低を通じて連携をとる機会が増え、刑務所出所者の置かれている立場の現実を知りました。出所後、薬や保険証を確保してもらえない現状に「自立」とはほど遠いものを感じます。

また、医療機関の受診が遅れたせいで人工透析が必要になったケースもあり、更生保護施設での医療的な知識がかけていることも問題だと感じています。病院としてももう少し介入できれば、医療費に関して、身体健康に対して、力になれると思います。

また、無料低額診療が適切に利用されるためには、MSWの面接技術や質を済生会内で高めあっていくべきだと感じます。医師、看護師など他スタッフへの周知も当院の課題です。この制度を使って「本当に助かった」という人に出会うと、済生会の職員として誇りを持てます。

[6411]

(2) 男性 40代 医師 3年以上 5年未満

通院患者の中で生活保護に途中でなる方の数が増加している印象あり。生活困窮者支援の役割は大きいと思います。

[6422]

◇コード 65 (200 床未満)

(1) 男性 20代 理学療法士 3年以上5年未満

まずは職員への周知徹底と意識改革を！ [6509]

(2) 女性 40代 理学療法士 5年以上10年未満

実現するには資本が必要だと思います。 [6512]

(3) 男性 20代 MSW・PSW 3年未満

生活困窮者支援の必要性がなくなるように、社会、地域、教育場面へ働きかけが大切。予防・再発防止のアプローチも具体的に動いていると、より社会、行政からの期待感は上がると考えます。 [6514]

(4) 男性 60代以上 医師 3年未満

問 25 は病院のベッドは使用すべきではないが、何らかの施設の設置はあって良いと思う。 [6515]

(5) 女性 40代 看護職 10年以上20年未満

本当の意味での生活困窮者支援をして頂きたいのですが、そうでない人（自己都合 etc）で生活困窮者としての支えをしていることがよくあるので、その見極めを明確にしてほしい。 [6512]

(6) 男性 30代 MSW・PSW 5年以上10年未満

低所得者に限らず、DV被害者、人身取引被害者、難民など対象となる人たちは多くいると思います。今後の社会のなかでも必ず存在してしまう人たちだと思いますので、どこかが診療していく必要性はあると思います。そういった点で当会が社会の責任を果たしていくには、大きな意味があると思います。 [6523]

(7) 女性 30代 MSW・PSW 5年以上10年未満

現状では病院経営が優先されており、幹部の意識も積極的に使命を果たすべきというものではない。

無低のガイドラインの作成などにより、済生会全体として今後さらに取り組んでいくべきであることが多少なりとも再確認できたように感じている。まず出来ることから取り組んでいきたい。MSW発信で、幹部の理解を得ることにとっても苦労しているが、院内研修を行うなどして積極的に動いていきたいと考える。

低所得者など困っている人はいくらでもいる、医療は100%の人に提供されるべきものであるため、済生会として一人でも多くの人を救うべきである。 [6525]

◇コード 66 (200 床未満)

(1) 女性 50代 看護職 20年以上30年未満

・使命の意図は理解できるが、病院の収益以上の支援はどの程度まですべきなのか（できるのか）が難しい。地域からみても（老人が多く、また病院も一つだけ）、当院が使命のみを貫いて傾くわけにはいかないと思う。

・対象者に対して、まずは行政にお願いしたい考えもある。

・問 25 に関して女性が中心において、家族をもっている職員が多い。家人からの協力が得られるかどうかは心配です。たとえば夫などから危険性の高い職場での仕事はどうなのか？と言われると不安になる。万が一の事故に備えた対処が十分に整った職場であればよいが。 [6605]

(2) 女性 30代 看護職 5年以上10年未満

自由に書いていいなら自分の勤めているHpについて、何せ仕事しない人ばかり役付になるのはおかしい。ろくにあいさつもしない人が副部長になるし、とにかくスタッフが忙しく働いているのにしらんぶりの師長心得。4月から心得がとれるなんておかしい。自分の病棟の患者の把握なんてまったくわかっていない。こんな人が師長？

このアンケートだって、他のスタッフは家に持ち帰って書いたり、休憩時間に書いたり、自分の時間を削って書いているのに、この師長は仕事でみんなが汗かいて走り回っているときに仕事がないものだから書いている。スタッフの動きもみていない、気配りなんて全然できない。部長に言っても何もしてくれない。この病院はバカばかり最低なレベルの低い人ばかりがいます。済生会と名乗っているのが恥ずかしいぐらいです。こういうアンケートも大事だと思いますが、まずは、現場をみてほしいです。部長に言っても何も解決しないのでここに書かせていただきました。勝手にすいません。でもこのままだと新人すら来ないこの病院はいずれつぶれると思って書きました。済生会A病院です。 [6618]

◇コード 67 (200 床以上 400 床未満)

(1) 女性 20代 MSW・PSW 3年未満

一口に「生活困窮者」といっても様々な人がいる。「高齢者世帯」と言っても多様な世帯がある。その多様性に対し、どれだけ応じていけるかが今も今後も課題。

市や民生委員などに支援制度があることを伝え、市報にチラシを入れ、少しずつ支援制度が知られているように思う。それでも当院窓口にて相談員を紹介され、はじめて支援制度があることを知る人もまだまだいる。地道な広報活動がこれからも必要となると思う。 [6703]

(2) 男性 40代 医師 3年以上5年未満

生活保護者の不正受給などに協力したくはありませんので、しっかりした調査を行政とともに行ってゆく必要があると思います。 [6705]

(3) 女性 20代 MSW・PSW 3年以上5年未満

・生活困窮者支援についてMSW以外のスタッフの認識が低い。院外はもちろん院内にも理解促進の研修会などが必要と感じる。

・医師が1年ごとに異動があるのでなかなか生活困窮者支援、済生会の使命が定着しにくい環境である。 [6706]

(4) 女性 20代 MSW・PSW 5年以上10年未満

各地の済生会がそれぞれ工夫しながら行っているなでしこプランや、根幹事業の無低事業をまずは職員自身が理解していく必要があると思います。Ns やMSW以外のセラピスト、コメディカルの認識・意識の低さを感じています。

その意味でも本アンケート結果を今後の職員の意識確認や改革にも大いに役立てていただけたらと思います。結果を楽しみにしております。集計など大変かと思いますが、ご健闘お祈り申し上げます。 [6707]

(5) 男性 50代 医師 3年以上5年未満

病院の経営状況が悪い中での支援は負担が大きすぎると思います。 [6708]

(6) 男性 50代 医師 3年以上5年未満

地域定着センターもよいけれど、へき地にはまだまだ十分な医療を受けていない人がいる。こちらの対策が先と考える。 [6719]

(7) 男性 40代 医師 5年以上10年未満

通常診療もままならないのに、支援に関して人員がさかれるのは問題である。また、ある一定の人のみが発関与していて、病院全体として協力ができない。 [6726]

(8) 女性 30代 作業療法士 5年以上10年未満

現在の生活保護者の姿をメディアで見ると、努力せずして制度、法律に甘んじている光景・事実があります。社会・地域の問題や、努力した結果での済生会の生活困窮者支援であれば賛同し、職員として誇り

に思います。

生活困窮者支援のみでなく、“済生の心”は、人が最期まで生きる権利を尊重する心、スキンシップ、非言語的コミュニケーションは最期までできる作業、支援と思っています。

医療職、作業療法士として誇りをもち、これからも患者さん、ご家族さん、地域の方、スタッフとご家族さんと関わっていかれたらと思います。 [6734]

(9) 女性 40代 看護職 10年以上 20年未満

他の一般人への影響、生活困窮者の家族の協力がえられない場合などをどのように評価するのか。

[6743]

(10) 男性 40代 理学療法士 20年以上 30年未満

済生会の理念を理解すれば、やらなければならないと思われる。

[6749]

◇コード 68 (200床以上 400床未満)

(1) 男性 40代 医師 5年以上 10年未満

無低事業を推進するのであれば、当院に対しされなる診療上、保険上の優遇措置が必要。 [6801]

(2) 女性 30代 作業療法士 3年以上 5年未満

入院させるまでは我々も前向きに使命感を持って対応できるが、退院させることに難しくなるのではないかな。地域へつなげられる方法、入院しても本人が介助へ依存せず自律心を持てるようどのように支援すべきか。専門職としての接遇や対応も学ぶべきと思います。 [6820]

(3) 女性 30代 看護職 10年以上 20年未満

出所者に病気があれば入院することは理解できるが、帰住先がないことが理由で入院するのは、原疾患がある場合以外は違うと考えます。 [6821]

◇コード 69 (400床以上)

(1) 男性 40代 医師 3年未満

・生活困窮者の支援においては、医療費ではなく、アウトリーチやリハビリなど福祉に費用を提供すべきである。

・生活困窮者の根幹にある知的障害、発達障害、精神障害に対する理解、取り組みが欠落しているように思う。

・施しをするのではなく、役割・自己肯定感・生きがいを与える（また居場所を提供する）という考え方が必要だと思う。 [6907]

(2) 男性 40代 医師 3年未満

配布された済生会の歴史の本を読み、戦前や戦後直後は確かに生活困窮者がいたのだと思います。しかし、現代日本では不当に生活保護を受給する者が多く、真の生活困窮者は稀なのではないかと思います。正当な困窮者を選別する作業が必要で、10%以上なら良いという法律自体を変えるべきです。 [6910]

(3) 女性 30代 MSW・PSW 10年以上 20年未満

とにかく急性期がいくら減免しても、その先長期の受け皿がなければ多くの場合意味がない。特に都市部では療養目的の入院・入所が高い。無低の長期療養型病院・施設の数が必要（都市部では現在あるところがすべて受け入れると減免額が多すぎて経営が成り立たないと思います）。 [6916]

(4) 男性 50代 医師 20年以上 30年未満

働けない、働かない、どちらも生活困窮に陥るが大きな差があり、働けない人に対しては一般的な支援が必要であり、行っていくべきだと考えるが、働かない人は働く方向に行くような支援をすべきである。

また働いていても生活困窮になっている場合は、労働条件などで支援すべきである。 [6919]

(5) 男性 30代 理学療法士 3年以上5年未満

急激に変化する医療や制度，人手不足や利益最重視の現場のなかで「医療」と「福祉」，医療と「社会保障」を混同せず考えていく必要がある。具体的には独立した福祉施設の設置や省庁や自治体のようなPR方法でないPRがあげられる。

また地域の人から理解が得られない「犯罪被害者」，「本当に困っている人」，「介護疲れで無理心中しようとしている人」などが優先なのではないか？

正規の職員でも「本部職員」と「各施設」で待遇に格差もあるなかで，統一の見解を持たせるのは難しいのでは？ [6925]

(6) 男性 20代 理学療法士 3年以上5年未満

済生会内でも差が生じており大変なのに，使命の全うは厳しい。ナース不足もあり，使命を全うする以前に問題がありすぎる。このようなことに対し本部も動かないし，やる気を疑う。各病院にまかせきりの経営では，グループごとつぶれると思う。私は済生会グループを非常にやめたい！ [6926]

(7) 女性 40代 看護職 10年以上20年未満

現時点で必死にベッドをまわしている。看護，助産に関わっているので心に余裕がいまはありません。 [6928]

(8) 女性 40代 看護職 5年以上10年未満

自分の職種の立場からすると，当病院は生活困窮者に対して支援というよりも厳しい態度で接しているように思います（お金がなくて入院費が支払えない方に対してそう思います→医事課）。前回の入院費の支払いが済んでいない患者さんに入院を断るなど…… [6938]

(9) 男性 40代 医師 3年未満

現在の病床状況ではとても地域生活定着支援を実施する余裕はないと思います。病床はたくさんあっても看護師が不足し，閉鎖状態です。 [6946]

◇コード70（200床以上400床未満）

(1) 女性 20代 作業療法士 3年未満

現状維持でいいと思います。 [7033]

(2) 女性 30代 MSW・PSW 5年以上10年未満

本部で無料低額診療事業の基本的な研修を充実するべきだと思います。 [7040]

◇コード71（200床未満）

(1) 男性 40代 理学療法士 3年未満

過疎地域の医療施設がないところへの支援が必要ではないかと思います。 [7101]

(2) 男性 50代 医師 10年以上20年未満

これまで本部を含め済生会の使命の広報があまりなされなかったと思います。これからは積極的にその使命の実現ならびに広報に力を入れるべきだと思います。地域住民に知っていただくことにより，職員のやりがいも出てくるのではないのでしょうか。 [7107]

(3) 女性 30代 看護職 3年以上5年未満

生活困窮者は病状がよくなってもなかなか退院先やサービスが決まらず，ダラダラ長くいるイメージがある。病院⇄家，退院先となるより，その間に生活困窮者の生活施設を設置すれば，他の病状が悪化し入院可能な人を受け入れられるので，その方がいいと思う。 [7128]

(4) 男性 30代 理学療法士 10年以上 20年未満

刑務所出所者の支援として福祉施設での雇用も検討してはどうか。

[7133]

◇コード 72 (200床未満)

(1) 女性 20代 作業療法士 3年未満

発達障害、知的障害のなどの方も積極的に受け入れてみたらよいのでは？回復期病棟の病院でも精神障害を合併している方が来られることがあるため、防音室（精神科の保護室的な）が整備されていたらよいのではないかと思います。生活困窮者は、身体的な障害を抱えた方だけではないと思うからです。

[7206]

(2) 女性 20代 作業療法士 3年未満

地域に対して広く呼びかけ、浸透させることがまず第一ではないかと考えます。生活困窮者の支援を行うことは必要であると思うので、済生会でそのような取り組みがあるのは有意義なことだと考えます。

[7226]

(3) 男性 40代 理学療法士 10年以上 20年未満

済生会の使命自体一般の人々はあまり知らないのではないかと思います。無低事業等もっともっと宣伝できるのであれば少し広まると思う。

ただ無低等の人が多く来ると病院経営が困るのではないかと？もしそうだとしたら矛盾しているようにも思えます。

[7227]

(4) 女性 40代 看護職 20年以上 30年未満

勤務医が済生会の使命を理解していない部分が多く、医師の教育がまず不可欠だと思います。医師がわかっていない場合、実現は難しいと思います。

[7230]

◇コード 73 (400床以上)

(1) 女性 40代 MSW・PSW 3年未満

10%という数字を追うごとに懸命になりすぎているように思え、真の意味でのエンパワメントになっていないのではないかと？という葛藤が最近多くある。

[7312]

(2) 男性 40代 医師 3年以上 5年未満

赤字病院なので生保の人はいいが、減免はなるべく避けたい。生活困窮者支援の強化は地域での病院イメージを下げると思う（貧乏人が行く病院と思われて敬遠される。もともと地域で勝ち組の病院ならイメージアップになると思う）。

[7330]

(3) 男性 40代 医師 10年以上 20年未満

院内職員の生活を犠牲にしてまで生活困窮者に支援していく必要はない（低賃金・長い労働時間・休みなし）。

[7341]

(4) 男性 40代 医師 10年以上 20年未満

支援したらただで努力しなくなっている。困窮者を助長させないようなシステムの構築が必要。頑張ればむくわれるようにしなくてはならない。

[7342]

(5) 男性 40代 医師 10年以上 20年未満

済生会が理想として掲げていることは本来は行政が対応すべきことだと思います。生活保護などの対応が広がって「生活困窮者」の医療を行政が補ってくれるようになってきたと思います。

済生会が行っている生活困窮者への支援も「10%」という数字で縛られるようなものではなく、もっと働いている世代を手助けするようなものになるべきだと思います。

[7352]

7 参考 済生会の使命を果たしている可能性がある病院の傾向（有意差がある項目）

以下は、問 19 の「あなたの病院は、済生会の使命をどの程度果たしていると思うか」の回答を「果たしていると思う」（果たしている・どちらかといえば果たしている）と「果たしていないと思う」（どちらかといえば果たしていない・果たしていない）に 2 区分し、他の項目とクロスをかけたときに有意差があったものである。

「4-2」の「評点解釈の留意点と客観性の限界」とも重なるところが多いが、以下を念頭において解釈する必要がある。

- (1) サンプルが大きいので有意差が出やすい。
- (2) 所属している病院が済生会の使命を果たしているか否かは当該職員の主観による評価であり、実態を示しているとは限らない。
- (3) 関係して、個々の職員が考える済生会の果たすべき役割（目標レベル）の相違も影響を与える。たとえば問 13（貧困原因は個人か社会か）は、使命を果たしていないとする群の方が、原因を社会にあるとする者が多い。これは、「社会に原因→社会が解決すべき→済生会が果たさないといけないことは大きい」などというような思考（価値）構造も推察される。

問 7 日常業務を遂行するにあたり、済生会の使命をどの程度意識しているか。

	意識している	どちらかといえ ば意識している	どちらかといえ ば意識していない	意識していない	N
果たしていると思う	14.1%	40.9%	31.3%	13.6%	2128
果たしていないと思う	7.9%	28.3%	39.2%	24.6%	558

$$\chi^2 = 73.472 (p < 0.01)$$

問 8 自院の「なでしこプラン」の内容をどの程度知っているか。

	知っている	どちらかと言え ば知っている	どちらかといえ ば知らない	知らない	N
果たしていると思う	15.0%	22.3%	31.7%	31.0%	2128
果たしていないと思う	11.5%	16.3%	29.3%	42.8%	558

$$\chi^2 = 30.808 (p < 0.01)$$

問 9 『済生』を毎号読んでいますか。

	読んでいる	どちらかといえ ば読んでいる	どちらかといえ ば読んでいない	読んでいない	N
果たしていると思う	15.6%	31.3%	34.6%	18.5%	2128
果たしていないと思う	9.7%	26.3%	35.3%	28.7%	558

$$\chi^2 = 36.413 (p < 0.01)$$

問 10 『ニュース済生』を毎号読んでいますか。

	読んでいる	どちらかといえ ば読んでいる	どちらかといえ ば読んでいない	読んでいない	N
果たしていると思う	15.6%	31.6%	34.6%	18.1%	2128
果たしていないと思う	9.3%	25.3%	36.7%	28.7%	558

$$\chi^2=42.972(p<0.01)$$

問 11 済生会学会に参加したことはあるか。

	ある	ない	N
果たしていると思う	33.1%	66.9%	2128
果たしていないと思う	27.6%	72.4%	558

$$\chi^2=6.217(p=0.05)$$

問 13 貧困原因

	個人に原因	どちらかといえ ば個人に原因	どちらかといえ ば社会に原因	社会に原因	N
果たしていると思う	6.3%	48.8%	40.0%	5.0%	2128
果たしていないと思う	5.2%	43.4%	42.3%	9.1%	558

$$\chi^2=17.545(p<0.01)$$

問 14 病床規模

	200 床未満	200 床以上 400 床未満	400 床以上	N
果たしていると思う	26.6%	47.5%	25.9%	2128
果たしていないと思う	25.0%	53.2%	21.7%	558

$$\chi^2=6.595(p<0.05)$$

問 15 病院は、済生会の使命実現の必要性について、日頃より職員に呼びかけていると思うか。

	呼びかけている	どちらかといえ ば呼びかけてい る	どちらかといえ ば呼びかけてい ない	呼びかけていな い	N
果たしていると思う	16.4%	45.1%	27.7%	10.8%	2128
果たしていないと思う	4.3%	28.5%	41.2%	26.0%	558

$$\chi^2=175.429(p<0.01)$$

問 16 病院は、生活困窮者の理解促進を目的とした院内研修（例：貧困の生起要因の理解）が充実していると思うか。

	充実している	どちらかといえば充実している	どちらかといえば充実していない	充実していない	N
果たしていると思う	4.2%	25.5%	51.3%	20.0%	2128
果たしていないと思う	0.9%	5.7%	50.5%	42.8%	558

$$\chi^2 = 199.524 (p < 0.01)$$

問 17 あなたの病院が無料低額診療事業を実施していることは、自院患者に限らず地域（診療圏）に浸透していると思うか？

	浸透している	どちらかといえば浸透している	どちらかといえば浸透していない	浸透していない	N
果たしていると思う	5.5%	42.7%	42.4%	9.3%	2128
果たしていないと思う	1.3%	14.5%	57.9%	26.3%	558

$$\chi^2 = 235.523 (p < 0.01)$$

問 18 無料低額診療事業を 10%規定に関わらず、必要な人には広く積極的に提供すべきだと思うか？

	提供すべき	どちらかといえば提供すべき	どちらかといえば提供すべきではない	提供すべきではない	N
果たしていると思う	16.9%	59.1%	20.2%	3.9%	2128
果たしていないと思う	14.7%	50.4%	21.3%	13.6%	558

$$\chi^2 = 79.174 (p < 0.01)$$

問 21 生活困窮者支援を強化することは、病院のブランド確立に正の効果を与えると思うか。

	与える	どちらかといえば与える	どちらかといえば与えない	与えない	N
果たしていると思う	23.7%	53.9%	17.0%	5.4%	2128
果たしていないと思う	18.3%	43.4%	29.7%	8.6%	558

$$\chi^2 = 59.920 (p < 0.01)$$

問 22 生活困窮者支援を強化することは、地域での他の医療機関との競争に正の効果を与えると思うか。

	与える	どちらかといえば与える	どちらかといえば与えない	与えない	N
果たしていると思う	17.5%	49.0%	24.9%	8.6%	2128
果たしていないと思う	12.4%	40.7%	31.9%	15.1%	558

$$\chi^2 = 40.052 (p < 0.01)$$

問 23 複数の済生会支部が「地域生活定着支援センター」を運営していることを知っているか.

	知っている	知らない	N
果たしていると思う	27.7%	72.3%	2128
果たしていないと思う	20.6%	79.4%	558

$$\chi^2 = 11.565 (p < 0.01)$$

問 24 地域生活定着支援センターの運営等, 済生会が罪を犯した人々の支援を積極的に行うことを評価するか.

	評価する	どちらかといえ ば評価する	どちらかといえ ば評価しない	評価しない	N
果たしていると思う	21.1%	56.3%	18.1%	4.5%	2128
果たしていないと思う	18.8%	50.5%	23.1%	7.5%	558

$$\chi^2 = 17.439 (p < 0.01)$$

問 25 出所者の短期間の社会的入院

	受け入れるべき	どちらかといえ ば受け入れるべき	どちらかといえ ば受け入れるべき ではない	受け入れるべき ではない	N
果たしていると思う	7.6%	36.9%	38.2%	17.3%	2128
果たしていないと思う	8.1%	30.1%	41.0%	20.8%	558

$$\chi^2 = 9.700 (p < 0.05)$$

Ⅲ 地域生活定着支援センターの済生会に対しての周知度と済生会の協力状況・課題

1 問題の所在

済生会の刑余者支援はまだ創生期で、管見した限り、公に刑余者支援について明文化したのは「第四次基本問題委員会緊急中間報告」（平成 21 年 12 月 16 日）が最初である。そして「済生会生活困窮者支援事業 3 ヶ年計画の策定等について」（平成 21 年 12 月 18 日：済事発 333 号）にも支援の対象者として刑余者があげられ、これを受け第一次なでしこプランでは、多くの病院・施設が更生保護施設への巡回診療などの刑余者支援を事業に取りあげることになった。

また、大分県済生会の地域生活定着支援センターの設置（平成 22 年 6 月）や法務省保護局の通知（「社会福祉法人^{財団}済生会が行う医療等支援に係る連携について」平成 22 年 9 月 2 日：法務省保更第 409 号）は、済生会が刑余者支援に邁進する上での大きなトピックスだったといえよう。

刑余者支援の目的は、自立（社会復帰）と再犯防止（社会防衛）のふたつで語られることが多いが、国家財政的にも一定の効果をもたらした [中嶋：2011]、こういった観点からも、社会内処遇の活用が今後一層高まるとされている [久保：2011]。社会の潮流からしても済生会の寄与は意義深いことである。

済生会が実施する刑余者支援の広がりや進展には目覚ましいものがあるが [甲斐など：2012]、その実践の具体的内容や適切性、地域生活定着支援センター（以下「地域定着」）との関与の状況などは未整理のままである。そこで、下記を目的に調査を実施した。

2 調査の概要

2-1 調査目的

- (1) 地域生活定着支援センターの済生会に対する周知度を明らかにする
- (2) 地域生活定着支援センターに対する済生会の協力状況を明らかにする。
- (3) 刑余者支援に係る済生会の課題を明らかにする。

2-2 調査対象

済生会が地域定着を運営している 3 県（大分・富山・福井）を除いた 44 都道府県の地域生活定着支援センター（計 45・北海道は 2 機関あるため対象都道府県数（=44）と一致しない）

2-3 調査期間

平成 25 年 11 月 1 日（金）～15 日（金）

2-4 調査内容

調査結果参照。

2-5 倫理的配慮

下記を依頼文に記載し、また、これを遵守した。

「回答は任意です。また、無記名の調査であり、ご回答頂いた地域生活定着支援センターが特定できるものではありません。調査票の「事例」に関しましては、その主旨を損ねない範囲でご本人を特定できない工夫での記載をお願いいたします。データは研究以外の目的では使用いたしません」

3 調査結果

3-1 有効回答数

36 機関（80.0%）から回答があり，有効回答は 35 機関（77.8%）であった。

3-2 調査結果

問1 済生会という組織が存在することを知っていたか（N=35）.

知っていた	94.3%
知らなかった	5.7%

問2 済生会が貧困者に医療を提供するために設立された組織であることを知っていたか（N=33）.

知っていた	87.9%
知らなかった	12.1%

問3 済生会が無低診療に取り組んでいることを知っていたか（N=33）.

知っていた	81.8%
知らなかった	18.2%

問4 済生会がホームレスやDV被害者など「生活困窮者支援」に取り組んでいることを知っていたか（N=33）.

知っていた	60.6%
知らなかった	39.4%

問5 済生会が全国組織であることを知っていたか（N=33）.

知っていた	100.0%
知らなかった	0.0%

問6 済生会が地域定着を運営（受託）していることを知っていたか（N=33）.

知っていた	97.0%
知らなかった	3.0%

問7 済生会が地域定着の運営以外にも刑余者支援をしていることを知っていたか（N=33）.

知っていた	57.6%
知らなかった	42.4%

問8 これまでに済生会に刑余者支援を依頼したことがあるか（断られた場合含む）（N=35）.

ある	60.0%
ない	40.0%

問9 依頼目的（複数回答）（N=21）

通院医療	57.1%
入院医療	47.6%
無低医療	47.6%
施設通所	4.8%
施設入所	19.0%
診断書	14.3%
社会資源の情報提供	4.8%
刑余者の病歴等の情報提供	14.3%
カンファへの参加	14.3%
刑余者の雇用	0.0%
健康診断	4.8%

問10 報告のあった事例の依頼内容や対象施設、依頼に対する済生会の対応など（N=36）（21の定着から報告があった計36名のケース）。

（1）依頼対象

病院	81.6%
障害者施設	0.0%
高齢者施設	10.5%
その他	7.9%

（2）依頼内容・済生会の対応など

以下、「定着コード」は、回答があった定着の整理番号であり、「事例」は通し番号にしている。回答した定着が明らかになる情報はアルファベットで表記。その他は、明らかな誤字や用語の統一など除き原文のまま。

◇定着コード5

事例1 <てんかんの通院治療>

A様（40代後半の男性で知的障害者：B2）は幼少時からてんかんの持病をもっており、時々倒れて失神状態になることがあったようです。窃盗罪で3年余りの刑期を終えて退所した時に矯正施設から支給された服薬量は3日分しかなく、不安でしたが予約なしでも退所翌日に済生会病院で治療や精密検査をしていただきました。現在病状は安定状態にあり、定期的に通院しながら健康に過ごされております。

◇定着コード7

事例2 <人工透析のための通院（結果通院せず）>

対応が難しく通院不可との返答であった。

事例3 <相談支援専門事業者にケース対応に関するアドバイス>

親身になって相談にのってくれた。

◇定着コード 8

事例 4<通院による糖尿病のインスリン治療（無低診療）>

詐欺罪で服役。本人は糖尿病でインスリン治療を受けていた。定着の関与で出所後は更生保護施設への入所が決定した。更生保護施設では無低診療を受けていた。済生会病院は通院圏内であったため、更生保護施設に入所したら通院できるようにMSWに相談したところ、快く相談にのっていただき引き受けていただけのようになった。

生活保護での受診を予定していたが、決定されるまでの間をつなぐものとして減免診療相談券を事前に提出させていただいた。更生保護施設を出てアパートへ移行してからも引き続き済生会病院に通院して治療を受けた。

◇定着コード 9

事例 5<一時的な転院先（居場所）の確保>

73歳男性。更生保護施設入所中に肺炎を患い一般病院に入院したが、更生保護施設が引き受けを拒否。退院先がなくなり退院ができなくなる。ほかに身元引受人などもおらず退院先を探す中で、済生会病院（療養型医療施設）が引受人なしでの入院受入れを了解。済生会病院に転院となる。その後、本人の状態が改善し、済生会の運営する養護老人ホームに入所となった。

事例 6<老健施設への入所（結果入所せず）>

67歳男性。矯正施設に入所中に要介護認定を受け、要介護 3 と判定される。出所後に施設入所できるよう調整するなかで、済生会が運営する介護老人保健施設へ入所を打診した。その後、「病院事業では触法者や貧困者への支援を打ち出しているが、介護保険事業については、これまで具体的に検討してこなかったのでも直ちに回答しかねる」と回答あり。

本人の出所まで 1 か月を切っていたため受け入れていただくことは困難と判断し、別の施設をあたった。その後、本人は精神科病院に入院となった。

事例 7<ケアプランの作成やホームヘルプサービスの提供など>

78歳男性。更生保護施設などを経て、アパートでの単身生活の調整を行っていた。矯正施設での生活が長い人であったため、社会生活がうまく送れるか不安があり、まず済生会病院にはそうしたニーズの整理の段階で御助言いただいた。

その後、済生会病院が運営する居宅介護支援事業所及び訪問介護事業所にそれぞれケアプランを作成、介護予防訪問介護を提供いただくこととなり、現在も継続してサービスを提供いただいている。

◇定着コード 11

事例 8<一時的な居場所の確保としての入院（結果入院せず）>

以前入院したことがあり、その際にトラブルがあったためや、相談段階では入院加療の必要性があまり無かったこともあり、入院はできなかった。

◇定着コード 12

事例 9<入院依頼>

済生会支部に依頼し、病院関係者との調整のもと入院対応となる。

◇定着コード 13

事例 10<無低の通院治療>

A市の更生保護施設の紹介もあり、無料で内科診療をお願いし対応していただきました。その後、認知症の症状で介護認定申請を考え心療内科受診をお願いしたところ、予約がだいぶ先になるとのことで、他病院心療内科で検査、診察を受け、国保3割負担となりました。

◇定着コード14

事例11<高血圧の治療と痔の手術>

快く定期通院の受入れ、及び痔の手術もしていただきました。ただし、手術に際しての同意を求められ（身寄りがないことは当初から伝えていた）、仕方なく「説明を聞いた」という意味でのサインを定着スタッフが行いました。

事例12<無低診療での通院>

A更生保護施設に一時帰住したケース。済生会とA施設との合意で、利用者はすべて無低診療でもらえるとのことでした。

◇定着コード16

事例13<無低診療での認知症の通院治療>

覚せい剤により逮捕され、相談受付後脳神経外科の受診し、認知症の症状認められ、アリセプト処方される。その後通院を行う。所得証明を提出し、無低診療を受ける。

◇定着コード17

事例14<無低診療での高血圧などの通院治療>

道路交通法違反で服役。高血圧症、脳梗塞後遺症の治療のため受診。更生保護施設入所中に無低診療を受ける。その後自立準備ホームに移行してからも、引き続き無低診療を受ける。通院を継続。生活保護の医療扶助が認められるまで受診。対応も特に問題なく、ふつうに診察を受ける。

事例15<無低診療での脳外科術後の経過観察>

道路交通法違反で服役。4年前の脳腫瘍摘出手術の経過を診てもらうために無低診療の申請を行う。相談にのっていただききちんと対応していただく。

事例16<無低診療での検査、手術>

詐欺罪で服役。無低診療の申請を行う。国保で無低診療の取り扱い。済生会の対応は問題なくよくしてもらった。医療扶助の手続きを行う。

事例17<無低診療での腎臓病治療>

窃盗による服役。無低診療にて受診。更生保護施設入所中からの相談。済生会の対応は問題はなく、きちんと対応していただく。無低診療で診てもらいながら医療扶助の申請も行う。

事例18<直腸がん手術後の人工肛門の経過観察>

窃盗による服役。直腸がん手術後の人工肛門外来。無低診療にて受診。更生保護施設入所中から相談。更生保護施設退所後は、他の病院へ紹介してもらう。きちんと対応していただく。

◇定着コード18

事例19<高血圧の通院無低診療>

生活困窮による窃盗で服役。出所後も血圧の処方薬が必要だったので、生活保護決定までの間、無低診療を利用。出所前より済生会病院のMSWと連携し、受診日や受診科を相談。出所後、刑務所からの紹介状を提出し、無事受診となる。

事例 20<無低診療、医師意見書>

万引きで服役。更生保護施設にて仮釈放中に済生会病院で無低診療を利用していた。その後、地域での生活を計画、障害福祉サービスの利用申請が必要となり、申請時の医師の意見書を願った。

事例 21<無低診療（結果受診せず）>

放火罪で執行猶予中に不眠となり、仕事が続かなくなる。生活保護申請後、済生会病院へ無低診療を依頼する。本人は、精神科での睡眠導入剤の処方希望していたが、診療科目がないため、MSWさんより内科医と相談していただき、他の疾患もなかったことより、処方が困難との判断にて受診をせず。

◇定着コード 19

事例 22<高齢者施設の入所利用（結果入所せず）>

ケース担当者から電話にて受入れ打診を行った。電話の段階で刑余についての情報は伏せる。伏せた理由は、電話での提供は対面での相談より誤解を招いてしまうから。出身地であること、身寄りのないことを伝えると「身寄りのない人の受入れは不可」との理由で断られる。ご本人の縁もゆかりのない地域で再調整し、特養に受け入れて頂いた。

◇定着コード 20

事例 23<身体障害者手帳の診断書作成>

受診の前に病診連携室のMSWが刑務所まで来てくださり、事前のアセスメントをしてくれ、刑務所入所中のため護送により受診。受診当日は速やかに診察を受けることができました。

事例 24<身体障害者手帳の診断書作成>

今回も刑務所入所中に護送により受診しました。前ケースで経験済みだったため、刑務所、センターとも速やかな事務処理になりました。この受診にあたって、病診連携室の方が采配を振るってくれ助かりました。

事例 25<認知症の通院治療と入所施設の紹介>

刑務所入所前にも受診していたことから、出所後も引き続き受診をお願いした。認知症GHへの入居を考えていたところ、市内の適切なGHを紹介していただきました。

◇定着コード 24

事例 26<入院（結果入院せず）>

病状が重い方の依頼をした際に、急性期病院であることからお断りを受けた。

◇定着コード 26

事例 27<入院と老健施設への入所（結果入院・入所せず）>

定着対象者が出所後、入院治療を行う必要があったため、入院治療と退院後の同法人老健施設への入所を打診したが、刑務所出所者の支援は困難（主に医療現場従事者からの反発）との見解から支援はできないと言われ断られた。

◇定着コード 28

事例 28<健康診断>

健康診断で施設側が必要とする項目を伝え、病院側で対応できる項目を調整していただき、スムー

ズに日程などの協力もしていただきました。

事例 29<受刑中手術した方の出所後の定期通院>

手術後入院していたこともあり、医師と対象者の関係が良好で通院も定期的に通っている。

◇定着コード 29

事例 30<健康診断など通院>

特別調整対象者の健康診断などのための通院支援をした。開所以来 6 人が支援を受けた。

◇定着コード 30

事例 31<通院での透析治療>

暴力行為で服役。定着介入時点で人工透析の治療中。出所後も継続して同治療の必要があった。更生保護施設を一時利用し、済生会病院に近い地区のアパートに入居できたため、自力で通院した。

◇定着コード 31

事例 32<白内障の手術（結果手術せず）>

特別調整対象者（高齢）が更生保護施設入所中に白内障の手術が必要となり、保護観察所を通して済生会 A 病院で診察、手術していただけるようになったが、本人が拒否し、手術に至らなかった。医療相談室の MSW には、本人への説明も丁寧にしていただいて申し訳なかった。

◇定着コード 33

事例 33<地域包括支援センターのカンファ参加など>

詐欺で 2 年服役（累犯 4 回）。60 歳で脳出血後遺症により左半身不随。障害手帳 2 級所持。特定疾病により介護保険 2 号被保険者に該当する可能性があった。本人の強い希望により、見守り付アパートに入居を調整し、並行してケア会議を準備。地域包括支援センター、市役所介護保険担当、市役所高齢福祉担当、アパート関係者、薬局、定着にて合同会議を開催。共有確認事項として、「外傷性の場合には脳出血等であっても対象外」と行政より◆◆（判読不能＝工藤）されるも、包括としては、「地域独居高齢者として状況把握を行っていく」との弁あり。積極的、協力的な包括支援センターであった。

見守り付きアパート入居直前、家主側からの突然の利用不可通告があり、他地域の居住調整したため利用には至らず。

事例 34<無低診療による通院>

窃盗により 1 年 4 か月服役（累犯 5 回）。療育手帳 B 2 所持。本籍地への帰住ではなく、現在地周辺での帰住を希望されたため、県内障害者施設への入所を調整。受入施設は概ね利用可との回答だったが、試行期間をおきたいとの希望があり、仮釈放により、指定更生保護施設を 3 か月利用することとなった。その間、てんかんの治療のためなでしこプランの利用を計画。事前に依頼し、了承を得る。出所後受診。

更生保護施設利用の要件として「医療不要」を掲げる施設があり、そこへ入所した者が入所後体調不良となった場合、なぜしこプランを利用しているケースがあるため、病院側は特に障壁なく受け入れてくれる。

事例 35<通院透析（一旦断られるも最終的に受け入れ）>

建造物損壊・逮捕監禁・傷害致死・死体遺棄により 8 年服役。暴力団との関係あるも、服役中に脱会完了。服役中に透析が必要となり、透析可能な県外矯正施設に移送され、出所にあわせて本県に帰

住調整。一時帰住先の受入病院は確保でき、無事満期出所。

即入院となるも、一時的な入院のみ可能との約束だったため、次の受入先を探し、見守付アパートを確保。最寄りの透析可能病院として済生会があったため、見守施設が転院調整を図るが拒否された（理由不明）。

その後、一時入院先の主治医から再度転院依頼を出し、転院可能となった。透析通院開始後は、心身ともに配慮された対応をしてくださっています。

◇定着コード 34

事例 36<無低診療による通院。その後別の無低医療機関に転院>

発達障害の刑余者（生活困窮）で体調の変化が気になり通院を依頼。当初よりこうした目的のため積極的な受入れではなかったが、対応していただいた。内科では入院などの必要がある患者を対象にしているため、症状がみられない者を長期に診察するわけにはいかないということで、同じ無低診療をしている別の診療所を紹介された。耳鼻科では、慢性疾患（アレルギー）のため期限付きで診察を受け入れていただいた。

問 11 半年間（2013年4月-9月）に済生会に支援を依頼した実人数（断られたケース含む）（N=21）

0人	52.4%
1人	33.3%
4人	4.8%
7人	4.8%
8人	4.8%

問 12 他の法人に比したときの済生会の協力姿勢（N=21）

協力的	61.9%
どちらかといえば協力的	28.6%
どちらかといえば非協力的	0.0%
非協力的	9.5%

問 13 済生会に期待する役割

以下、問 10 と同じく、「定着コード」は回答があった定着の整理番号。回答した定着が明らかになる情報はアルファベットで表記。その他は、明らかな誤字や用語の統一など除き原文ママ。

「済生会・有／無」 = 当該地域定着の都道府県内に済生会があるか否か

「依頼実績・有／無」 = 済生会に刑余者支援を依頼したことがあるか否か。

◇定着コード 1 [済生会・無：依頼実績・無]

出所者の中には、医療も必要とするにも関わらず過去のトラブルから病院への出入り禁止、または診察拒否されるケースがあります。本県には済生会はありませんが、貴会の役割には非常に感銘を受けます。本県にも貴会の病院が設置されればと思います。

◇定着コード2 [済生会・無：依頼実績・無]

今後も継続して生活困窮者支援に積極的に取り組んでいただきたい。

◇定着コード3 [済生会・無：依頼実績・無]

他定着に訪問した折、済生会の存在をはじめて知りました。以前、本県のみ無料低額診療所がないことで当惑したことがあり、済生会の社会的意義を感じました。2極分化する社会情勢の中、果たされる役割に期待します。

◇定着コード4 [済生会・無：依頼実績・無]

今回の調査で済生会の活動内容がよくわかりました。全国の済生会リストは参考になりました。ありがとうございました。

◇定着コード5 [済生会・有：依頼実績・有]

高齢者や障害者等の刑余者は、矯正施設入所前に十分な食事や睡眠をとらないで路上生活を過ごしてきた方も多いため、内部疾患・呼吸器疾患・高血圧等の問題を抱えている方が少なくありません。殆どの刑余者が生活保護を受給する生活困窮者ですが、このような方にも分け隔てなく患者本位の医療を第一とする済生会病院の基本方針に強い信頼を寄せております。

◇定着コード6 [済生会・有：依頼実績・無]

病院だけではなく、済生会系列の施設でもこういう人たちの支援をして頂けると幸いです。

◇定着コード7 [済生会・有：依頼実績・有]

医療が必要な特別調整、一般調整対象者について、ご協力をお願いしたい（通院・入院ともに）。

◇定着コード8 [済生会・有：依頼実績・有]

更生保護施設の受託・運営。

◇定着コード9 [済生会・有：依頼実績・有]

特に刑余者支援については、どこでも協力が得られる状況とはなっていないため、済生会さんが前向きに役割を果たされるようとする姿勢を心強く思っています。本県においても、済生会さんはなでしこプランに基づき、積極的に取り組まれようとされておられ、本センターとも連携いただき、医療や福祉の面で協力いただいております。今後もそうした支援を続けていただくことができればと思っております。

◇定着コード10 [済生会・有：依頼実績・無]

済生会については、気軽に相談等できるというイメージがない。希望としては、済生会自ら地域生活定着支援センター、各市の相談支援事業所等へ地域医療の貢献、たとえば、無料低額診療事業等について、PR、啓蒙・啓発をお願いしたい。

◇定着コード11 [済生会・有：依頼実績・有]

県内の済生会系列の医療機関が定着センター、刑務所、更生保護施設から遠方にあるため、なかなか

か相談等を行う機会が少ない。もし、距離的にも近くにあるのであれば、無料低額診療等の相談を行いたいとの希望はある。

◇定着コード12 [済生会・有：依頼実績・有]

要援護の矯正施設退所者の現状や状況を踏まえ、積極的に柔軟な支援をお願いしたい。特に退所後住むところがなく、まずは入院・入所といった一時帰住先としての支援をぜひお願いしたい。

なお、全国ネットワークを生かす視点としては、たとえば、援護の必要な方で矯正施設所在の済生会関連施設へ一旦入院・入所し、その後の体調の安定等が図られたのち、帰住希望地の済生会への転院・転所などができれば、退所後すぐに長距離の移動など本人の負担を減らすことができる。

また、生活困窮者支援の役割では、矯正施設退所者をはじめ生活困窮者の中には、医療的、福祉的ケアが早急に必要の方が少なくないが、社会保障の根拠となる住人票の消去、障害手帳の未取得や期限切れ、介護保険の未申請等、利用決定や手続きに時間がかかる場合が多い。

ぜひ法人としての今日的な使命と役割として、援護の必要な生活困窮者の受け入れ態勢（シェルター機能・一時的な生活場所）を関係機関と連携して構築していただきたい。

（以下、ですます調になっているが上と同じ定着＝工藤）

日頃から済生会の方々には、大変お世話になり、また、ご協力をいただいております。大変感謝申し上げます。定着支援センターの対象者もいろいろな課題や個性を持っている方が多く、支援や対応についても日々悩んでおります。特に、覚せい剤などの薬物事犯や性課題を抱える人、放火、窃盗などを繰り返し行う人といった、アディクション・依存症の問題に大変苦慮しております。

こうした課題を持っている方が多くいるにもかかわらず、医療的なかかわりや対応プログラムの実施の機関や場所が、大変少ないのが現状です。社会全体として取り組みが必要だとも思いますが、済生会という全国規模でのネットワーク、人材、社会資源等を結集いただき、アディクション問題の対応についてご検討を頂けないでしょうか。

また、地域の関係機関とも連携いただきながら、ぜひ積極的に進めていただきたいと思っております。すでにご検討や対応をいただいておりますら、大変申し訳ありません。

◇定着コード13 [済生会・有：依頼実績・有]

A総合病院は、更生保護施設やホームレス支援団体の医療支援（検診）を先駆的にされています。今後も無料低額診療の積極的受入れを期待します。

◇定着コード14 [済生会・有：依頼実績・有]

A県の済生会のMSWは自分たちの拠りどころをよく理解しておられ、「我々は断らない」と言ってくれています。ただ、Drは、というか病院のシステム的に誰であれ、手術の際の同意を求めてくることがあり、困っています。生活保護申請中の方の医療費支払いを結果がでるまで待っていただいたり、ありがたく思っています。困ったときは済生会に、というくらいの信頼があり、本当に助かっています。手術時の同意は、済生会に限らず、全国の病院の問題ですね。後見人も同様に感じているものと思います。

◇定着コード15 [済生会・有：依頼実績・無]

保証人がいなくても入院や施設入所に協力してほしい。

◇定着コード 16 [済生会・有：依頼実績・有]

刑務所出所後、すぐにどうしても行くところがない方のために、入院や入所できる場所の確保をお願いします。精神疾患の方が増加している中、精神科設置をお願いします。

◇定着コード 17 [済生会有：依頼実績・有]

相談室のソーシャルワーカーにはきちんと対応していただき、とても助かっている。生活保護を申請しても、申請中では対応してくれない病院もある中、済生会においては無料低額診療で診ていただけるので利用者は安心できる。

更生保護施設への無料健康診断に来ていただいているが、これは病気の早期発見にとっても有効である。矯正施設入所中は最低限の健康診断しか受けておらず、出所後に大きな病気が見つかることも多い。

行政や他の病院が対応できないところの間を埋める役割に期待している。済生会の日頃の活動に非常に感謝しています。

◇定着コード 18 [済生会有：依頼実績有]

地域にて生活困窮者支援はありがたく、いつも助かっております。済生会病院さんは、更生保護施設やホームレス支援団体、保護観察所とも連携しており、当定着支援センターの運営推進委員にもなっていていただいております。今後は、司法と福祉の勉強会への参加もお願いしたいところです。

刑余者の中には、精神疾患の方も多く、出所後すぐに精神科薬が必要な方がおられます。刑務所からの精神科薬は処方日数が限られており、生活保護の決定までの間、受診ができず困る場合があります。また、県内の精神科病院のベッド数も削減され、出所後、入院治療の必要な方の支援が困難を極めていることより、精神科の御検討もお願いしたいところです。

また、特別養護老人ホームにおいては、慢性的な満床が続いており、ショートステイの利用も困難を極めております。出所後すぐの利用検討をお願いしたい場合があります。

◇定着コード 19 [済生会・有：依頼実績・有]

生活困窮者は帰る場所がない、身寄りがないという共通した背景がある。刑余者であればなおさら。「生活保護」だけでは決して解決できない方も多くいます。

問 10 で記載した方の件については（←済生会の高齢者施設に入所依頼したが「身寄りのない人の受け入れは不可」と断られる＝工藤）、施設所在地の行政から強い反発がありました。もしかしたら、済生会さんも行政や市民からの理解を得るのに苦労しているのでは、とふと感じました。

まだまだ関わりが少ない団体ではありますが、今後相互に連携しあえば大変ありがたいです。どうぞよろしくお願ひいたします。

◇定着コード 20 [済生会・有：依頼実績・有]

とにかく親身に一所懸命にやってくれるので、これからも期待しています。

◇定着コード 21 [済生会・有：依頼実績・無]

これからもご支援よろしくお願ひいたします。

◇定着コード 22 [済生会・有：依頼実績・無]

定着の事業が始まった頃に全定協の方から恩賜財団済生会病院関係の全国リストが流れてきて、無低診療などで協力いただけるとの情報を得た記憶があります。当県には大人用の病院がなく、大変残念です。

◇定着コード 23 [済生会・有：依頼実績・無]

出所後金銭的に余裕のない対象者の検診でお世話になっているので有難く思っています。施設へつなげるにも、血液検査（特に感染症）の結果も求められることが多く、対応できない場合もあります。ただひとつ欲を言えば、県内の更生保護施設を利用する際、検診もお願いすることが多いのですが、曜日や月の検診人数に限りがあるので、もう少し間口を広げていただければと思います。

実際に済生会の施設、病院につないだというケースはありませんが（←上にあるように済生会は当該定着の依頼で検診を受けている。ここでの「つないだケースがない」というのは「済生会の継続的な関与を依頼した刑余者はいない」という意味かもしれない＝工藤）、良好な関係づくりが出来ていれば、刑余者の支援の幅も更に広がるものと思っています。

当センターも、より済生会で実施されている事業への関心を持ち協働していければいいと思います。

*上記の記述からすると明らかに依頼実績があるが、調査票（問 8）では「ない」にマルがついていたため、ここでは修正せずに「無」とした（＝工藤）。

◇定着コード 24 [済生会・有：依頼実績・有]

済生会病院の方には、特別調整対象者の選定にあたり、医療の視点から助言をいただき助かっています。ケースとしてつながったことはないですが、今後も相談にのっていただけたらと思います。

◇定着コード 25 [済生会・有：依頼実績・無]

済生会のもつ幅広いネットワークと長年の事業実績によって蓄積された、具体的な生活困窮者への支援に関する情報の共有。

◇定着コード 26 [済生会・有：依頼実績・有]

済生会本部の考えは、困窮者支援の必要性や法人の果たすべき役割を理解しているような言動だが、実際、現場職員の理解や意識は乏しい。

◇定着コード 28 [済生会・有：依頼実績・有]

私たちの県では、精神科、皮膚科がありません。身体的な面に関して治療していただくことはありますが、刑務所で問題になる科目は上記の部分が大切です。皮膚科（感染症）、精神科（医療と福祉の連携）、通院、入院も含めた総合的な支援を望みます。

薬物依存に対する支援は、刑務所ではなく社会内処遇が必要とされているが、県内で対応できる場は、定着が確認しているだけでは、病院 1 か所、ダルク 3 か所の状況です。すべてではないかもしれませんが、元住んでいた地域に戻す考えではなく、住む場（地域）を変えて対応することが望まれている。そのため、全国組織である済生会が薬物機関との連携、受入れ（入院）等ご協力をいただけるとありがたいです。

◇定着コード 29 [済生会・有：依頼実績・有]

高齢者の社会的入院があってもよい。出所後すぐ福祉施設に入所できるケースはほとんどなく、できれば、シェルター兼社会内入院のような処遇が必要です。

◇定着コード 30 [済生会・有：依頼実績・有]

病気や障害を持つ刑余者にとって円滑な受入れをしてもらえる済生会の存在はありがたい。病院スタッフの支援状況も好印象である。今後も協力願いたい。

精神疾患を持つ人に対する受診体制があれば助かる。また、そのなかで特に依存症（薬物、ギャンブル、性等）に対する相談や治療ができれば大変ありがたい。

◇定着コード 32 [済生会・有：依頼実績・無]

このアンケートをきっかけにA県にある済生会の機関を調べたところ、B市にいくつかあることがわかりました。当センターはC地域なのであまりわかりませんでした。D定着（←回答定着とは異なる定着名が記載＝工藤）を介した関わりも今後あるのではないかと思います。

どうかA県の済生会のみなさまにも、本事業及び定着支援センターのことが周知されますよう、働きかけて頂ければと思います。

◇定着コード 33 [済生会・有：依頼実績・有]

・他県との転院調整に融通が利くとありがたいかも（透析に限らず広域調整の場合で、移送前の治療が必要な場合等）。

・受刑中の要治療者も多く、矯正施設はどこも常に医師不足と聞いています。医師の派遣や外出受診の受入れなどできると良いのではないかと思います。

・生活困窮の長期化による精神的トラブルの発生、逆に精神的課題に起因する生活困窮状況の発現等、精神科領域の注力がなお必要と感じる。薬物依存、アルコール依存等の課題を抱える方も多い。

◇定着コード 35 [済生会・有：依頼実績・無]

・性犯や放火等の受け入れ先の確保が難しい対象者の一時保護。

・各県センターで実施されている運営行議会への参加。

・診療科目として精神科を設置して頂きたい。

・生活困窮者向けという観点でいうと、県内に複数当該病院を設置していただきたい。

4 地域生活定着支援センターの済生会に対する周知度と済生会の協力状況・課題

4-1 生活困窮者支援の取り組みに対する周知度が相対的に低い

全国組織であること（100%）や設立目的（87.9%）についての周知度は高かった。一方で、地域定着運営（97.0%）についての周知度の高さはふだんの相互の関わりなどから当然としても、無低診療（81.8%）やホームレス・DV被害者などの支援（60.6%）、地域定着運営以外の刑余者支援（57.6%）といった生活困窮者支援に係る具体的活動については相対的に周知度が低かった。

他方、スタッフ調査の項でも同様のことを述べたが、生活困窮者支援を本格的に実施したのは2010（平成22）年からであり、これを前提にするならば3年程度の活動で半数以上に周知できていることは順調と判断することもできる。

4-2 済生会への依頼件数を押し下げている3つの可能性

94.3%の地域定着が済生会の存在を知っていたが、断られたケースも含めて済生会に刑余者支援の依頼実績がある地域定着は60.0%にとどまった。都道府県内に済生会が存在しない地域定着5機関を除いて再計すると70.0%である。これを高いとみるか低いとみるかは難しいところであるが、済生会の特性からして、また、なでしこプランの方向性からして100%を目指すべきであろう。

済生会に依頼したことがない理由は、設問数の関係により今回は項目設定ができなかったが、ここでいくつか推察してみる。

（1）済生会の生活困窮者支援に対する認知度の影響

まず、済生会の諸活動に対しての認知度が影響している可能性がある。サンプルが少なく統計的にはほとんど意味のなさない数値であるが、済生会への依頼実績がある／ないについて、「済生会がホームレスやDVなど生活困窮者支援に取り組んでいることを知っていたか」（問4）と「済生会が更生保護施設入所者の診療等刑余者支援活動を行っていることを知っていたか」（問7）について、それぞれ無回答の1定着を除いてクロスをかけると以下のような結果となった（数値が同じであるが誤りではない）。済生会の諸活動の認知度が地域定着の済生会への依頼に影響を与えているのかもしれない。

問4 生活困窮者支援の周知度との関係

		依頼実績		
		あり	なし	N
支援の取組	生活困窮者支援			
	知っていた	78.9%	21.1%	19
	知らなかった	60.0%	40.0%	10

問7 刑余者支援の周知度との関係

		依頼実績		
		あり	なし	N
取組	刑余者支援の			
	知っていた	78.9%	21.1%	19
	知らなかった	60.0%	40.0%	10

(2) 地理的問題

地域定着は、38 都道府県が都道府県庁所在地に事務所を構えている。対して都道府県庁所在地に済生会病院があるのは26 都道府県にとどまる。

「県内の済生会系列の医療機関が定着センター、刑務所、更生保護施設から遠方にあるため、なかなか相談等を行う機会が少ない」（定着コード11）ともあったように、その程度は定かではないが、地理的事情も影響を与えているだろう。

(3) 刑余者の生活保護受給率の高さ

地域定着が関与する刑余者は、その特性から出所後に生活保護を受給する割合が極めて高いが、生活保護法による受診（医療扶助）は、同法の指定医療機関であれば可能である。すなわち、医療費の側面のみからすると、生活保護受給者からしたときの済生会など無低診療実施施設の優位性はあまりなく、このことも済生会を活用しない要因になっている可能性がある。

なお、今回の調査では、生活保護の受給が決定するまでの「つなぎ」としての減免の活用も複数報告されていた。生活保護はその受給権利が申請時に遡及されるため、受給決定がなされれば未収になるものではないが、却下の場合を想定して受け入れを拒否する医療機関も存在し、このつなぎ機能は有用なものである。

4-3 済生会の医療機関の協力状況は概ね良好

依頼実績がある定着に問うた済生会の協力姿勢は、協力的が 31.9%，どちらかといえば協力的が 28.6%，どちらかといえば非協力的が 0.0%，非協力的が 9.5%と総じて高評価であった。

また、「依頼したケースに対する済生会の対応（事例）」（問 10）を見ても、「更生保護施設に入所したら通院できるようにMSWに相談したところ、快く相談にのっていただき引き受けていただけのようになった」（定着コード 8）、「身元引受人などもおらず退院先を探す中で、済生会病院（療養型医療施設）が引受人なしでの入院受入れを了解」（定着コード 9）、「受診の前に病診連携室のMSWが刑務所まで来てくださり、事前のアセスメントをしてくれ・・・」（定着コード 20）など、概ね適切な対応をしていることが伺われた。

さらに、「済生会に期待する役割」（問 13）においても、「殆どの刑余者が生活保護を受給する生活困窮者ですが、このような方にも分け隔てなく患者本位の医療を第一とする済生会病院の基本方針に強い信頼を寄せております」（定着コード 5）。「済生会のMSWは自分たちの拠りどころをよく理解しておられ、「我々は断らない」と言ってくれています」（定着コード 14）。「相談室のソーシャルワーカーにはきちんと対応していただき、とても助かっている」（定着コード 17）など、済生会の医療機関は地域定着の期待に一定以上応えていることが垣間見られた。

4-4 済生会の福祉施設の関与は少ない

問 9 の結果を概観すればわかるように、病院に比して福祉施設への依頼は少ない。これはニーズが低いから、とは考えにくい。なぜならば、地域定着が保護観察所から依頼される調整業務は特別調整が多数を占め、そして特別調整の主たる業務は帰住先の確保だからである。

一方、「第二次なでしこプラン」において、福祉施設の単体事業として刑余者支援を明文化しているのは 5 施設のみであり、しかも、そのうちの 4 つは山形県支部と偏りが見られる。こうしたことが影響しているのか、「病院事業では触法者や貧困者への支援を打ち出しているが、介護保険事業については、これまで具体的に検討してこなかったので直ちに回答しかねる」（事例 6）のような対応もあった。

福祉施設単体でなでしこプランに掲げていなくても、病院やセンターとの協働での取り組みは存在

し、「ふじの里」（兵庫県済生会）や「やすらぎ」（山口県済生会）のように先駆的な取り組みをしている施設も存在する。第四次報告では、「ホームレス、刑務所からの出所者等への支援を全国的に取り組み、福祉の最終的なセーフティネットとしての役割を果たす」と記されており、刑余者支援での「最終的なセーフティネット」の中心は、帰住先が確保できない人の受け入れにほかならない。全国済生会福祉施設長会議（鹿児島市・平成26年2月）でも、こうした方向性を前提にしての活発な議論が交わされた。今後に期待したい。

4-5 少数ながらも門前払い的な病院・施設が存在

ここで、刑余者支援の依頼実績のある定着が済生会に対して「非協力的」と評価した9.5%（2機関の定着）についてみる。

定着コード19は高齢者福祉施設に入所依頼をしたが「身寄りのない人の受入は不可」との理由で、定着コード26は入院加療が必要な刑余者について病院から「刑務所出所者の受入は困難」という理由で断われている。

述べるまでもなく、地域定着が支援する対象はおしなべて刑余者である。また、済生会は刑余者支援に取り組むことを明文化しており、定着コード19のように「刑余者であること」それ自体で「門前払い」をすることは、組織ガバナンスとしても許容されることではないだろう。

加えて、地域定着が保護観察所の依頼により実施する調整業務は特別調整が圧倒的多数を占め、こうした方々は多くの場合、身寄りがない、身寄りはあるが縁がきれているなどの理由で特別調整対象者となっているのであり、「身寄りのないこと」を理由とする入所受入拒否は、結果として、地域定着が関与する刑余者全般の受入拒否にもつながりかねない。

一方で、こうした病院や施設が存在することは調査前から予測し、換言すれば、このような前提事実が生じていることが本調査研究を実施することの動機のひとつでもあったが、予測よりかなり少ない数であった。刑余者支援の取り組みについて、済生会は着実にその成果を積み上げつつあるであろう。

5 地域生活定着支援センターが期待する済生会の役割と存在意義

5-1 精神科の設置

もっとも要望が多かったのは精神科の設置であった。刑余者は精神疾患を抱えている割合が高く、これが関係している、しかし、採算などからしても刑余者のニーズ対応を主目的としての精神科の設置は現実的ではない。

一方で、精神障害者はその特性から就労困難な方が少なくなく、応じて経済的問題を抱えている方が多い。個々の精神障害者の診療圏に精神科を開設している無低診療施設がなければ、これは問題が放置されているということになる。

地域での済生会の位置づけ（診療圏内での役割分担）や一般的意味合いでの患者ニーズ、精神科医の確保など複雑な要素が絡み合うが、生活困窮者支援という済生会の目的を達成する観点からすると前向きな検討が必要と考える。

5-2 刑余者の帰住先としての機能と病院・福祉施設の役割を「超えること」の重要性

あえて繰り返すが、刑余者支援をするにあたりもっとも大きな課題は、帰住先の確保である。また、最終的な帰住先が決定するまでの一時的な生活場所の確保さえ困難を極めることがある。原田はこれを「とりあえずがない！」という言葉で強調している〔原田：2012〕。これに関わる本調査での地域定着からの意見をいくつかあげる（再掲）。

◇定着コード 12

特に退所後住むところがなく、まずは入院・入所といった一時帰住先としての支援をぜひお願いしたい（・・・中略・・・）ぜひ法人としての今日的な使命と役割として、援護の必要な生活困窮者の受け入れ態勢を関係機関と連携して構築していただきたい

◇定着コード 18

特別養護老人ホームにおいては、慢性的な満床が続いており、ショートステイの利用も困難を極めております。出所後すぐの利用検討をお願いしたい場合があります。

◇定着コード 29

高齢者の社会的入院があってもよい。出所後すぐ福祉施設に入所できるケースはほとんどなく、できれば、シェルター兼社会内入院のような処遇が必要です。

一方、スタッフ調査では、済生会病院が「とりあえず」の受け皿として機能することに対して否定的な意見が数多く見られた。自由記述での反対理由は大きく2区分でき、刑余者の特性などから生じる彼らへの否定的・忌避的感情によるもの、ならびに病院本来の役割機能ではないというものである。

（1）犯罪の生起要因と刑余者支援の有用性についての理解促進

済生会スタッフの刑余者に対しての見方はいわば市民感情であり、特別なものではない〔川崎：1978〕。罪を犯した人のなかには「やっかいな患者」が存在することも事実である〔辰野：1995〕。

どのような理由であろうと刑法に抵触する行為は許されることではないが、犯罪の社会背景や成育歴など人格の歪みに至る原因を理解すれば、刑余者に対するまなざしは変化し〔木村：2013〕、また、再犯防止という観点も含めた社会内処遇の重要性や効果に対する認識が深まれば、済生会が関与することへの同調も促進されるだろう〔更生保護のあり方を考える有識者会議：2006〕。済生会が今後も継続して刑余者支援を実施するならば、これに関連する職員への研修や啓蒙は必須と考える。

(2) 病院・福祉施設の役割を「超えること」の重要性＝済生会の存在意義の再吟味

次に病院本来の役割機能を超えるという意見を検討する。スタッフ調査は今回病院のみを対象としたが、済生会の福祉施設でも同様の認識をもつ職員がいるだろう。

確かに病院は治療の場以外の何ものでもなく、この範疇にない人の受け入れはその守備範囲を超える。一方で、何らかの取り組みで「超えること」によってはじめて済生会の存在意義が生まれるのであって、それぞれの職員が最初に吟味すべきことは「病院」本来ではなく、「済生会」本来の役割機能である。第四次報告でも「済生会の理念と役割」の項に、「社会福祉法人として本会が拠って立つべきところや、他の公的な役割を果たす医療機関との違いを明確に示し、我が国の医療・福祉団体の中で本会の存在理由は何かを明確にすべきである」と強調されている。

存在意義とは独自性である。「はじめに」で述べたが、済生会は「社会福祉法人」、「公的医療機関」、「済生会」という3つの性格を有する。しかし、前者二つの位置づけには独自性はない。すなわち、済生会の存在意義とは、創設の理念に則った「済生会としての使命を果たすこと」にほかならない。

そして、済生会が福祉施設に比してサービスへのアクセスが簡便な病院を一時帰住先として機能させ、帰住先が見つからない場合はいずれかの済生会の福祉施設が受け入れるというシステムを構築し、さらに帰住先（ハウス）を提供するにとどまらず、人との関係性（ホーム）を再構築する実践を積み重ねたならば〔奥田：2010〕、更生保護分野において済生会は不可欠な存在なるだろう。

付言するならば、済生会は全国規模であるが、医療や福祉は地域完結型であり、個々の患者さんや利用者にこれが直接的に資することは極々稀である。その点刑余者は収容されている矯正施設と元々の居住地がほとんどの場合異なり、応じて支援も都道府県をまたぐことになる。刑余者支援は、済生会の「全国ネットワーク」が有効に機能する数少ない分野でもある。

一方、生活困窮者支援は財源を必要とし、採算（経営）を無視することはできない。これは大きな壁である。しかしながら、済生会に比べてはるかに脆弱な財政基盤であるにも関わらず、生活困窮者支援に邁進している団体が全国に少なからず存在する。この現実も無視することはできないと考える。

5 本調査のインパクト（波及効果）

本調査の目的のひとつは、済生会の特性や生活困窮者支援の取り組みなどについて地域定着の周知度を明らかにすることであった。そのため質問項目はこうした事柄を説明する形式となり、結果として済生会のことを地域定着に知らしめることになった。また、外部者の実施ではあるが済生会の委託であり、この調査の実施を済生会が刑余者支援に邁進することの意思表示と受けとめた地域定着もあるかもしれない。

おそらく今後は、済生会への地域定着の依頼がさらに増え、要請の幅も広がり、また期待もますます大きくなるだろう。済生会の刑余者支援のさらなる充実強化が望まれる。

IV 結語 済生会の役割と期待

炭谷理事長は、「済生会は独自の経営手法」が必要とし、理由として「公益性を満たしながら経営を考えなければならない」ことをあげている [炭谷：2012]。この含意は多くあると思われるが、私なりにひとつ具体的な例を示してみる。

済生会は生活困窮者支援でブランド力を高めようとしている [岡留：2014]。生活困窮者支援こそが済生会の存在意義（オリジナリティ）であり、創設の理念からしても経営戦略の中心となるべきものと考えられる。よってこの方向性は正しいといえる。

一方で、その定義（対象設定）にもよるが、生活困窮者は済生会を利用する方の中で少数であり、たとえば無低診療であるならば、基準は患者延数の10%以上とされており、裏返せば、90%近くは「ふつうの患者」が受診することを前提として制度設計されている。よって、各済生会病院は、一般的な「病院」としての機能強化を経営戦略の中心に据えざるを得ない。すなわち、経営戦略で焦点をあてるべき対象について、理念（生活困窮者）と現実（一般的な患者）に不整合が生じる可能性がある。

しかしながら、済生会が済生会として存続しようとする限り（創設の理念を捨て去らない限り）、こうしたジレンマを乗り越えざるを得ない。今回の調査研究では、救療済生実現の「希望の芽」を多く確認することができた。約5万4千人の済生会人の英知と情熱を結集すれば、必ず次代を切り開くことができると考える。事実、山口地域ケアセンターのように、収支を改善させながら生活困窮者支援にも高い実績をあげている組織も存在する。

済生会はわが国最大の医療・福祉団体であるが、これは国民の幸福実現にもっとも影響を与える組織であることも意味する。国民のひとりとして、今後の済生会に期待を寄せたい。

故川崎勝也唐津病院長をはじめ済生会時代には多くの方々にご指導を賜りました。私にとって済生会は人生の礎です。退職後もこのような調査研究の機会を与えてくれた済生会に心から感謝致します。

平成26年6月16日

撫子が自生する旦野原キャンパスにて
大分大学 工藤 修一（元佐賀県済生会）

文 献

- 原田 [2011]:「施設が支援する意義 触法知的障がい者に対する福祉施設での支援」, 矯正施設を退所した福祉の支援を必要とする人の地域生活の自立に向けた福祉施設等における支援モデル及び研修プログラム構築に関する研究報告書,83-92, 独立行政法人国立重度知的障害者総合支援施設のぞみの園
- 更生保護のあり方を考える有識者会議 [2006]:「更生保護制度改革の提言—安全・安心の国づくり, 地域づくりを目指して—」,3, 法務省
- 甲斐祐治ほか [2012]:「刑余者支援の実像」, 済生 (1001) ,6-24, 社会福祉法人^{恩賜財団}済生会
- 川崎卓司 [1978]:「更生保護と地域社会」 犯罪社会学研究 (3), 72-86, 日本犯罪社会学会
- 木村隆夫・佐脇幸恵 [2013]:「高齢・障害犯罪者の社会復帰支援施策の現状と課題」 日本福祉大学社会福祉論集 (128), 85-90, 日本福祉大学社会福祉学部
- 久保貴 [2011] 「人口減少・高齢化社会における更生保護」 犯罪社会学研究 (36), 62-75, 日本犯罪社会学会
- 中嶋隆信 [2011]:「経済学の視点から見た刑事政策」 犯罪社会学研究 (36), 42-61, 日本犯罪社会学会
- 二木立 [1998]:「保健・医療・福祉複合体—全国調査と将来予測」, 医学書院
- 岡留健一郎 [2014]:「公的病院 (日赤・厚生連・済生会) のミッションとブランドを考える」, 済生 1017, 26, 社会福祉法人^{恩賜財団}済生会
- 奥田知志 [2010]:「第三の困窮と犯罪—ホームレス支援の立場から下関放火事件を考える—」, 犯罪社会学研究 (35) ,21-34, 日本犯罪社会学会
- 炭谷茂ほか [2012]:「新しい済生会像を私たちの手で—次世代リーダーが理事長と語る—」, 済生 (1000), 22, 社会福祉法人^{恩賜財団}済生会
- 辰野文理・斎場昌宏 [1995]:「社会内処遇における処遇困難性の構造」 犯罪社会学研究 (20), 74-91, 日本犯罪社会学会