

医療危機と看護職員の取組み

牧田 彰一郎

<スライド1>

本日お話しすること

皆さま、こんにちは。私は自治労の衛生医療評議会で役員を担っている牧田と申します。私が働いている病院は、静岡県立こども病院です。

今回は、皆さまに直接お会いできず非常に残念です。出来る限り、スライドとコメントで伝えていきたいと思えます。

今回は、「医療危機と看護職員の取組み」というテーマで授業展開をしていきたいと思えます。

<スライド2>

静岡県立こども病院について

こちらは私が働いている病院で静岡県立こども病院です。

<スライド3>

NICU 病棟の紹介

私は、外科系病棟、NICU を経て、現在は外来・救命救急センターで働いております。スライドはNICUの時の写真です。

静岡県立こども病院は世界的にも有名な病院で、特に心臓系に強い病院です。また、世界最小で生まれた赤ちゃん（300グラム以下）の究明に成功するなど、日本のみならず世界各国からも患者さんが来ます。当然静岡県においても「最後の砦」としての役割があり、絶対に必要な病院となっております。

<スライド4>

NICU 病棟の紹介

本来赤ちゃんは、十月十日（とつきとうか）10カ月、40週前後、お母さんのおなかの中で成長しますが、早く生まれる、またお母さんの体が耐えられないなどの理由で、早期に分娩するケースもあります。私たちは、その赤ちゃんたちを救命し、40週相当まで成長するのを見届けて、病院を送り出します。

最初は、自分の力では生きることができません。呼吸をするには、呼吸をすることができる物質が肺内にありますが、早く生まれすぎると、この物質（肺サーフ

アクタント)が分泌されない為、人工呼吸器による補助をし、血圧のコントロール、体温のコントロール、光のコントロール(本来お腹にいたので光は浴びないので光は赤ちゃんにとってストレス)、出来るだけ大きな音を聞かせないなど非常に細かな配慮を行っています。その赤ちゃんが無事成長し退院していく姿を見るのはとても喜ばしいものです。

<スライド5>

自治労・衛生医療評議会とは？

さて、ここで少し労働組合の話をしてします。

自治労は、公共サービスに携わる労働者が集まる労働組合ですが、その中でも、主に自治体が運営する病院や診療所で働く職員が集まって「衛生医療評議会」という組織を作っています。

医療職として働いていく上での労働問題などを議論し、改善に向けた要求を病院や自治体、国に対して行っています。

組合員数はおよそ14万人おり、医療職の組合員の数では日本でトップの組織となります。

<スライド6>

医療危機とは何を指すのか？

さて、本日のメインテーマ「医療危機」。これは何を指しているのでしょうか？スライドにもあるように、日本は少子高齢社会となり、高齢化率は今後ますます上がっていく一方で、出生率は大きくは上がらないと考えられています。

現在、日本における産まれてくる赤ちゃんの人数は、昨年初めて90万人を割り86万人となりました。出生率も1ケタ台となっています。

皆さんよく考えてください。世の中には男と女が存在します。出生率1桁代ということは、単純に考えると、男女比率のバランスも崩れているということで、今後も人口減少が進んでいくということになってしまいます。結婚できない、したくても、どちらかの性別が足りないということが起きてしまうのです。

その一方で高齢率は上がり続けています。当然、高齢になると病気や持病の悪化などで病院に係る度合いは上がります。

みなさんをご存知の通り、日本には「保険証」があります。皆さんが風邪などひいて病院にかかると、医療費の3割が本人負担となります。みなさんは病院で実際にかかる金額の3割しか払わなくてよいということです。では残りの7割は誰が払っているのでしょうか？それは、国や自治体、働いている人たちが納める社会保険料や国民保険料から支払われているのです。実はこの保険料が、現在足りなくなってきました。

そのため、国は病院に支払うお金をできるだけ絞りたい、という状況にあります。詳しくは後からスライドに出てきますが、日本は「診療報酬制度」というもので医療に係る値段が決められており2年毎に改訂されます。

働く人は減り、お年寄りが増えていく。健康寿命を延ばそうという観点は非常に重要な要素となってきます。そうしないと、日本はこのままでは医療危機どころか医療崩壊につながります。なぜなら今の子ども達が全員医療関係者になるということは無いですし、実際そうなったら国は潰れてしまいます。現在、どの職業もそうですが、人口減少を見据えて「人材」から「人財」という考え方にシフトするよう考えられてきています。

<スライド7>

人口ピラミッド

これは、人口ピラミッドの図です。生産年齢人口、つまり働ける年齢の人たちが減少しています。そうすると、税金、社会保険料が足りなくなります。

人口は増えない、でも税金や社会保険料が足りないと困るので、より労働者から税金、社会保険料を取らなくてはならないということになり、大幅な負担増を求められるようになる可能性もあるということです。

現に、20年位前はボーナスから社会保険料は引かれていませんでした。しかし、今は引かれています。月の給料から引かれる社会保険料も、20年前に比べれば倍近く引かれています。今後どうなるのでしょうか・・・。

<スライド8>

平均寿命

平均寿命は年々上がっています。まさに医療の進歩です。皆元気で平均寿命が上がればいいのですが、当然大半は病気や持病を持っています。薬を飲んで生活をしています。薬を飲まない高齢者の方が珍しい存在となってきています。

<スライド9>

平均寿命と高齢化率

総人口の減少、高齢化率の上昇年齢分布の違いがこの図から読み取れます。図の下には年齢内訳の説明があります。

<スライド10>

出生の動き

これは出生の動きを表した図です。

昭和20年代。終戦を迎え、戦地から帰り結婚し子どもを作り、これが同じタ

イミングであったためたくさん子どもが生まれました。「第一次ベビーブーム」と言われています。

昭和41年はがたと出生数が減っています。これは、丙午（ひのえうま）の年だからです。よく、酉年とか猫年とか言われていますが、その前にも語呂がついています。これが60種類の組み合わせがあります。だから、60歳は一回りしたという事と昔は60歳まで生きるのはいそいな事でしたので還暦祝いを行い、赤ちゃんに戻ったという意味で赤い服を着る風習があります。

では、なぜ丙午の年は出生数が減少したのでしょうか？

そのむかし丙午の女子に関する悪い迷信が日本中に広まったためだと言われています。丙午（ひのえうま）年生まれの女子は縁起が悪いという不名誉な迷信は、丙午の干支の読みと江戸時代に書かれた本の内容からの、2つの説に由来します。

まず干支ですが、丙午（ひのえうま）は十干の丙（ひのえ）が陽の火、十二支の午（うま）も陽の火に当たることから、干・支ともに「火」が重なるため、「この年は火災などの厄災が多い」との迷信が生まれ、やがて、「その年に生まれた人の性質は炎のように激しいものである。」という迷信に転化したという説があります。

もう一つの江戸時代に生まれた丙午女子の悪評は、井原西鶴が書いた「好色五人女」という本が元だという説です。

これは、「好色五人女（こうしょくごにんおんな）」の中の登場人物の一人である、恋人会いたさに自宅に放火した「八百屋お七」が、丙午（ひのえうま）の生まれだといわれていたことから、その以降、この年生まれの女性は気性が激しく、夫を尻に敷き、夫の命を縮め（男を食い殺す）、自身の死後には「飛縁魔（ひのえんま）」または「縁障女（えんしょうじょ）」という妖怪になるという迷信が庶民の間で信じられるようになった、というものです。

丙午の年以降は、出生率は再度復活します。「第一次ベビーブーム」の方々が大人となった昭和40年代が第二次ベビーブームです。

では、なぜ「第三次ベビーブーム」は起きなかったのか？ブームが起きれば良かったのです。生産人口が今の時代に増えているからです。理由としてあげられているのは、平成に入ったとたんの不況です。ちょうどこのころ第三次ベビーブームが起こる時と重なるのですが就職氷河期とも言われ、とても子どもを産み育てる余裕が金銭的にもなかったと言われています。また、このころから、女性の社会進出が進みました。一昔前、今ではハラスメントと言われてしまいましたが「男は仕事で女は家庭」などという風習がありました。とても夫の給料だけでは

やっていけない。妻も働きに出るようになります。そうすると、子どもの数も減ってしまうことが理由の一つとしてあげられています。

<スライド 13>

抗体医薬品とは

抗体医薬品とは、抗体を利用した医薬品のことです。

抗体医薬品は、がん細胞などの細胞表面の目印となる抗原をピンポイントでねらい撃ちするため、高い治療効果と副作用の軽減が期待できます。

<スライド 14>

医療業界における人材事情：看護師

7:1 とは患者 7 人に対して 1 人の看護師が受け持つことです。10:1 は 10 人の患者さんに対して 1 人の看護師が受け持つことです。

入院基本料とは入院するだけで発生する金額です。飲み屋で言うとお通し料金？チャージ席料金？みたいなものです。

<スライド 15>

診療報酬制度とは??

診療報酬とは、病院や診療所などの医療機関が行った、診療や手術、検査、投薬などの医療サービスに対する対価として受け取る報酬のことです。医療保険の中から医療機関に支払われる医療費が充てられます。診療報酬の中に消費税は含まれているとされていますが、実質は足りません。

何故かという、採血をする場合、注射器と針、アルコール綿、止血に使う絆創膏、血液を入れる検体の容器……。採血するだけでも最低 5 種類の道具が使われます。道具は当然業者から買いますので、消費税は発生します。単に「採血」という行為だけに消費税分を上乗せしても道具代の消費税の方が高つく場合もあります。医療危機は高く何千万もする機械もあります。1 億円する機械なら 1000 万円の消費税がかかります。医療行為以外にも衛生用品、例えばアルコール類やせっけん、ペーパータオルなどは直接患者さんには請求できません。しかし、院内感染予防のためには購入せざるを得ないものであり、頻度も多く、診療報酬でもらう以上に経費がかかるものが良くあります。

また、スライドで盲腸は例として 36 万円と書きましたが、盲腸という病気に対して 36 万円が支払われるわけで、普段から飲んでいる薬などを入院中に処方した場合、36 万円以内に収まらないこともあります。ついでに湿布とか塗り薬とか処方していると、病院の取り分がどんどん少なくなってしまうのですが、症状があったら処方せざるを得ないので。しかし入院すると病名の単価でしかお

金を受け取れないことも多いです。

<スライド 16>

診療報酬改定の推移

「本体部分」とは病院での治療などにかかわる部分。「薬価部分」は薬に関する部分。今、薬剤の値段が大きく引き下げられています。何千万もする、例えばがんの治療薬オプジーボ。聞いたことありませんか？あれはもともと 3000 万円くらいでしたが、現在は半額くらいにされてしまっています。タイミングによっては仕入れ値と販売するときの額に何千万もの差が生まれることもあります。また、薬価が下がるという事は製薬会社も痛手です。1つの新しい薬を作るには数十年かかり数十億円以上かかります。これでは新しい薬を作ることもなかなかできなくなってしまう恐れもあります。

<スライド 17>

患者は今後増えていくのに医療職の給料はしぼられていく

とにかく、国は医療費削減に躍起になっています。財政的な面で考えると仕方のないことかもしれませんが、当然経営が成り立たなく病院が増えています。これが医療危機であり、世界でも平均寿命がトップの日本。これからどうなるのか……。そこで働く医療従事者の給料が下げられ始めています。病院は特に看護師がいないと成立しません。

どんな患者でも受け入れるのが特に公立病院。次に公的病院。済生会や日本赤十字病院など。患者さんによっては不採算となることもあります。でも、「あなたがいると赤字になるから退院して」とは倫理上言えません。民間病院の場合は、赤字になりそうな患者は公立病院に紹介状を持たせて送ってくることが多いです。地域の中核的な医療を担う公立公的病院。ここが無くなってしまえば地域の砦が無くなってしまいます。

<スライド 18>

毎年 1 兆円ペースで増える医療費

2025 年に第一次ベビーブームで産まれた方々が全員 75 歳以上の後期高齢者となります。75 歳ともなると病院にかかわることも多くなります。そうすると、また医療費の総額が上がるのが懸念されます。

認知症、脳梗塞による麻痺など、介護を要する方々の増加も見込まれ、看護師の負担はますます増します。当然、ずっと病院にはられません。自宅に帰った後は家族が介護を行います。生活も一変します。働くことも困難になる場合があります。よって、「2025 年問題」とも言われております。

<スライド19>

だから病院はもう増やさない。自宅で最期を迎えさせるという国の考え

国に財源がない。病院増やせば医療費がかさむ。最期は自宅で看取る。だから、病院を増やさない。さらに、地域の人口動態にあったベッドの数にする。要は減らす、病院と病院を統合させベッド数を減らす。病院の数を減らす。これが地域医療構想というものです。

昨年全国の公立病院 440 病院の名前が上がりました。皆さんよく考えてください。例えば北海道。お隣さんが1キロ先と言う箇所もあります。病院までは1時間。冬、雪が降れば1時間以上かかります。それでも1時間圏内にありますが、ここが無くなったら……。お年寄りどうしましょう？地域の実情を顧みず440病院が発表されました。先ほども言いました。公立病院は赤字でも患者の治療を行う。地域の中核病院。地域にその中核病院が無くなったら。車で3時間かけて病院に行くようになったら……。都市部はまだいいです。交通網も発展していますから。過疎地ほど悩ましい問題です。

公立病院は、赤字でも患者を看る。治療する。でも、公立病院が赤字になると国がその補填をしなければいけないから、国からは「黒字経営を行いなさい」と発信される。これが新公立病院改革プランです。これでは、政策医療も行えません。積極的に治療も行えません。

最近入院期間がすごく短くなっていますよね？あれは公立病院改革の一環です。もともとは2005年に作成され、新公立病院改革プランとしてより厳しいものになりました。また、今よりさらに厳しいものが出ると言われている新公立病院改革プランが検討されています。医療危機は国民の危機です。

皆さん、身内が自宅で亡くなっていくのを見たことはありますか？私はありません。

そうです。現在は病院で亡くなるのが一般的です。自宅で亡くなると警察が入り調査が入ります。これが今の時代です。しかし、昔は違いました。親戚一同集まり自宅で亡くなっていくの見届けていました。

あとは、自宅に医師が行き診察する訪問診療や看護師が行く訪問看護。これを充実させれば、病院にいるよりコストは安くなる。そして、住み慣れたところで最期を迎える。

グッドアイデアかもしれません。これを地域包括ケアシステムと呼んでいます。でも、地域の体制はどうでしょうか？2025年までに実現可能にするという国の目標がありますがあと5年です。できるでしょうか？

地域包括ケアシステムはあとでまた出てきますが、医療関係、介護関係だけでなく、その名の通り地域でもどういう方がいてどういうサポートが必要か。地域皆で助け合っていくというシステムです。今の時代、「隣の人は何をする人ぞ。」

とい時代です。皆さんの住んでいる隣の人のことは良く知っていますか？知りませんよね？プライバシーだなんて言われてしまいかねません。田舎など昔からのネットワークがある地域ならいいのですが、都会などご近所づきあいも無い場所に住んでいると、この政策について皆さん 2025 年までに間に合うと思いますか？私はシステムと言う言葉も問題だと思います。システムってなんでしょう？システムでやっていくのでしょうか？

<スライド 20>

地域医療構想

先ほどのスライドでも説明し重複になってしまいますが、重要な部分ですので説明いたします。

今後を見据えて医療提供体制をしっかりと見極めて整備しようとしたのが、この地域医療構想というものです。人口の多い所には病院を増やす。人口の少ない所は病院を減らす。簡単にいうとそのような制度です。地域の実情に合わせると言っていますが、2025 年までに 16-20 万のベッドを減らすと言っています。

「減らすことがありきでない」とも国は言うのですが、それは、人口が増えていけば、の話で、突然急激に人口が増えることは無いですよ。なので、過疎地などでは病院が無くなってしまい、医療が受けられない。いわゆる医療難民が出る可能性もあるのです。自治体はそれを危惧しています。だいたい、僻地の医療はもうかりません。そんなところは個人のお医者さんが病院を立ててくれるわけでもなく（民間）、そういった場所こそ「公立」の病院で経営してきたのです。しかし、人口の少ない地域では公立病院も減らされる可能性があるのです。

自治体の病院で働く労働者が集まる労働組合＝自治体は、地域医療の崩壊につながるのではないかと、非常に危惧しています。

<スライド 21>

地域包括ケアシステムの姿

もう高齢化は始まっているのですが、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても、住み慣れた地域で、人生の最後まで自分らしい暮らしが続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築が考えられています。

今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要です。

ただ、まだ、構想の段階で、いつ始まるのか？全国民に周知し、意識付けができるのか？ここが非常に問題です。私自身、この構想は非常に良いものであ

ると思いますが、なかなか浸透するのは大変だと思います。ちなみに、この地域包括ケアシステムという言葉や内容を知っているという方はいますか？

<スライド 22>

さあ、どんな時代がやってくるのか？いや、もうすでに始まっているのです。どんどん増え続けているデータ。この青の部分。死に場所が無い方々が、この先増えてきます。「死に場所が無い」ってどういうこと？でしょう。簡単に申しますと、国が「財源が無い」と言っているんです。これからお年寄りが増えるということは、それなりに病院にかかる人も増えますよね。でも、病院はこれ以上増やすことができないんです。何故か？お金がかかるからです。むしろ、病院の数は減り始めています。そのかわりに介護施設を増やす計画ですが、もう高齢化は始まっています。保育園問題以上に、介護施設が足りないんです。作っても追いつかないんです。病院に入ることもできない、介護施設にも入れない。かといって、自宅にも様々な事情で入れない。家族が見切れないなどですね。そうになると、死に場所が無い人が、2030年には47万人に達すると予想されています。

「自宅で見ればいいじゃん」って思う方もいますよね。もちろんそれができれば一番よいのですが、今、男も女も、それこそ、“じいじ”も“ばあば”も働いていますよね。そのくらい働かないと生活していけない時代です。昔は、専業主婦が当たり前のようにいて、夫のお給料だけで生活できたのが、今ではそれができる世帯は少なくなっています。サザエさん。のどかな番組ですよ。あれがまさしく、昔の様子。今、あんな大人数で暮らす家庭はほとんどいないですし、そうすると自宅で看るということは非常に難しい。

みなさん想像できるでしょうか・・・？

<スライド 23>

国の財源不足からの医療労働者への影響と住民への影響

まあそんなこんなで、こんな時代を迎えていく中で、看護師が医療行為をできる時代がやってきました。ようは、自宅にいる患者さんたちのために、これまで医者が行っていた処置などを、看護師が行ってもいいというようになるのです。国の構想的には、これから、自宅で人生の最後を看取る人を増やす方針です。現在、死亡確認、目を開いて光を照らすやつですね。あれは、今は医者の仕事ですが、研修を受けた看護師ならやってもよいことになっています。何でもかんでも看護師さんの仕事になってしまいます。ある意味、看護師は医療界の便利屋です。

<スライド 24>

国の財源不足からの医療労働者への影響と住民への影響

先ほども少し話しましたが、ようは、国にお金が無いんです。医療業界では「診療報酬」というもので医療提供内容の価格が決まっていることは説明しました。でも、この価格、診療報酬が、国にお金が無いからどんどん削られているんです。だから、病院の経営が厳しくなるんです。

昔は100万円もらえる診療内容が、今は全然もらえなくなりました。だから、病院の経営が苦しいのです。結果、病院の収入が減るわけですから、職員の給料に手を付け始める病院が多くなりました。

でも、先ほど、高齢社会と言いましたよね？10年前に比べて、病院には患者さんがたくさん来ます。デパートで言うならお客が毎年毎年増え続けている状態なのですが、売っても売っても儲けにならない。患者さんはいっぱい来ても病院には国からの支払いが安い。当然、つぶれる病院も多くなっています。

病院と一口で言うと医療従事者の働く場所と思われるかもしれませんが、医療従事者だけではありません。警備の人、掃除の人、給食を作る人、食材を提供する業者、それを下ろしている農家、畜産、病院の中にあるコンビニ、公共交通機関。じつは病院は地域の基幹産業でもあります。1つ病院がなくなれば多くの職が奪われることにもつながります。そして、治療を受けていた住民は当然別病院に移らなければなりません。

<スライド 25>

とにかく病院は今後大変な方向に流れていきます

というわけで、病院を取り巻く状況は非常に厳しく、医療危機ともいえます。高齢化により病院に患者が大量に来る⇒病院はお金が無いので職員が雇えない。さらに少子化で医療の担い手も激減⇒病院に入りきれない患者は、入院できない⇒自宅？

自宅で療養（昔のスタイル・さざえさんみたいな）というイメージがつかますでしょうか？サザエさんって見ているひとはわかると思いますが、風邪をひくとお家にお医者さんが来ます。「往診」というものです。昔はよく行われていましたが最近ではほとんどの開業医は行っていません。これを普及し、自宅での治療を継続し、末期の病域などは死を自宅で迎えさせるというわけです。

これは、本当に医療従事者だけの問題ではなく、国民にとっても問題になることです。みなさんの将来を想像してください。夫婦共働きの家庭で、子育てだけでなく、親の最後も病院でなく家庭で見てください、ということです。

<スライド 26>

そんな時に新型コロナウイルス問題

そんなときに今回のコロナ問題です。

○新型コロナウイルスと風邪（コロナウイルス）について

世間で言われるいわゆる風邪のもととなるウイルスは200種類ぐらいあります。なかでも10%~30%はコロナウイルス（このコロナウイルスは新型ではない）由来の風邪であると言われていています。100人風邪患者がいれば、大体10~30人くらいはコロナ風邪であるということです。

ちなみにコロナウイルスとは、病原菌の形が王冠型をしており、ギリシャ語で王冠を意味するコロナからきています。

通常流行する風邪も、実はコロナウイルスが原因であることも多いのです。コロナは発見された順番で、1から6までありましたが、今回の新型は7番目になるため「新型」と言われています。

いわゆる風邪と呼ばれる症状は1~4番目のいずれかが流行していることが多く、ちなみに5番目がサーズで、6番目がマーズです。

今回の新型コロナウイルスは1~4の風邪よりは強い症状があるが、サーズ・マーズよりは弱い。

持病などがなければ82%の患者は軽傷で改善。13%は中傷患者、3%が重症、と言われていています。

※重症患者とは酸素吸入器や気管チューブを挿入するなどのレベル。

○感染について

感染は基本的に発病者の体液飛散によるものが多く（クシャミや咳）、これらの体液が直接別の方の粘膜に付着してしまう、もしくは飛散した個所を触り、その手で自身の粘膜部分等に触れてしまう、ことにより起こります。

空気感染を疑う方がいますが、医学的な空気感染とは細菌の核の部分が空気よりも軽く空中に浮遊し、それが呼吸によって肺に入り込んで発生してしまう症状を言います。肺炎などがそうですが、新型コロナウイルスは今のところ接触および飛沫感染が感染方法とされています。

ちなみに市販されているマスクは新型コロナウイルスのウイルスそのものは防げず、ウイルスの周りを体液が覆っているため大きくなり、マスク繊維に引っかかることで防げるのがきませんが、医療用（N95など）でなければ透過してしまうといえます。

アルコール消毒と石鹸手洗いは効果が大きいですが、ムラがないように気を付けることが大切です。

<スライド 27>

標準予防策をとるための衛生材料がない

医療用マスクとは薬事法で定められたマスクです。

家庭用マスクにも 3 層フィルターが組み込まれていますが、医療用として使われるものはウイルス飛沫など細かい対象もフィルタリングできる性能を持っており、BFE（風邪などの関谷くしゃみの飛沫のろ過率）試験、VFE（ウイルス飛沫ろ過効率）試験、PFE（微粒子ろ過効率）試験、花粉粒子ろ過効率試験に合格したフィルターが使われていることが、マスク性能の判断基準になります。

でも、家庭用のマスクも似たような構造のものもあり、具体的には全国マスク工業会の定義では「天然素材・化学繊維の織偏物または不織布を主な素材として、口と鼻を覆う計上で、花粉、ホコリ等の粒子が体内に侵入するのを抑制、また、風邪などの咳やくしゃみの飛沫の飛散を抑制することを目的に使用される、薬事法に該当しない衛生用品」とあります。フィルターの定義はありません。甚だあいまいですが、一応、医療用は、外側表面は撥水機能を持っているものが多いです（血液や体液がマスクに浸透しないように）。ちなみに、アベノマスクはエチケットレベルであるくらいです。まだ、手作りマスクで何層も布を重ねて作ったものの方が効果的??かと思えます。

N95 マスクは、かなり精密なマスクで、空気漏れが無いようフィッティングテストなどを行います。つけた後大きく息を吐きだし、空気漏れが無いかを確認します。ただ、非常に息苦しいです。長時間の作業では酸欠になるくらいです。最近では、KN95 マスクという類似品もありますが、これは N95 マスクの代用品です。アメリカの FDA 基準を満たしていないものです。しかし、N95 マスクが足りないことから KN95 マスクを使用せざるを得ない状況にあります。

日本はこれまでこれらの衣料品を中国に依存してきたため、防護服や手袋も内需では足りません。また世界的に需要が増えているため、日本に入りにくくなってきています。

アルコールはこれも日本の薬事法に基づいたものを使用していましたが、国内の需要が増えてしまった為、医療機関になかなか回ってきません。そのため、価格が高騰し、これら物品でも病院経営を圧迫します。患者ケア 1 行為につきアルコール消毒で院内感染防止対策をこれまでは施してきました。しかし、今までのように使用するとすぐになくなってしまいますので、厳密な手洗いが求められます。医療従事者の負担はかなり高くなります。手洗いは、皮脂を奪うため手荒れもひどくなります。

第 1 種感染症指定病院では防護服など国や自治体から配給される優先順位は高いのですが、今は感染症指定病院以外にもコロナ患者は入ってきます。丸腰で敵と戦えと言っているようなもので、院内感染が起きている病院などは感染

症指定病院でないところもあり、非常に恐怖との戦いとなっています。

<スライド 28>

院内感染を防ぐため不急の治療はとりあえず後回し。

外来患者もできるだけ緊急性のない人は予約変更。

みなさん、新型コロナウイルス流行前の病院やクリニックの待合室を思い出してください。そして、こんな言葉があります。「待ち時間 3 時間、診察 3 分」。非常に込み合っていましたよね。これを、感染予防の観点から回避するため、すぐに手術する必要のない患者（例えば良性の腫瘍の摘出術や骨折で骨と骨をくっつけるためにピンなどで固定されており、そのピンを抜去する手術等々）、高血圧の薬をもらいに来るクリニックかかりつけの患者、飲んでも飲まなくてもよいような薬をもらいに来る患者などには、病院やクリニックなどから依頼し受診抑制につなげました。

しかし、特に公立、公的病院には当然来院します。救急外来にも患者は来ます。コロナ？でも咳してる。発熱している。下痢をしている。フェイスガードして看護師も介助に入ります。特に、こども病院では採血の時は大泣きです。万が一無症状コロナ患者であれば感染してしまうためフェイスガードやマスクは必要です。これらの防護物品もお金がかかりますが患者には請求できません。こういうことが総合的にあいまって業績不振につながっています。

<スライド 30>

看護職の現状

看護の現状について、データをご覧ください。

ご覧のように、

○就業者数は最近 30 年間で 73 万人から 166 万人へと倍増（2.3 倍）

○着実な養成増の一方就業年数も伸びてきて、就業者の平均年齢が上昇し 43 歳と推計される

○60 歳を過ぎても現役で活躍する者が増加中であり、いまや現職看護職の 11 人に一人が 60 歳以上

なお、2016 年時点で 55～59 歳が 14 万 7561 人就業。今後毎年約 3 万人が 60 歳をむかえると予測される。

超少子高齢社会が急速に進行中。人口構成から見て今後新たに看護職となる若者の数を増やすのは困難。

当面増大する看護ニーズに対応するには、現在働いている看護職を大切に、でき

るだけ長く、健康で働き続けてもらわねばならず、そのための職場環境づくりが急がれます

<スライド 31>

介護との両立支援が課題に

2017年10月実施の看護職員実態調査の結果です。

年齢が上がるにつれ、家族などの介護経験者の比率が高くなります。

40代で13人に一人、50代では5人に一人が「現在介護をしている」こととなります。

今後はさらに、仕事と介護との両立支援対策の充実が必要となるでしょう。

<スライド 32>

現在の看護師の苦労点

先ほど看護師の特定行為について触れましたが、普通の看護を行うのも時間が無く忙しいのに新たな仕事が舞い込む。医師の仕事は医師、薬剤師の仕事は薬剤師・・・となればいいのですが、便利屋の看護師。なかなか大変です。

そして、現在の苦労点をスライドに記載しています。

<スライド 33>

病院看護職員の交代制勤務

昭和40(1965)年に人事院が示したいわゆる「2-8(ニッパチ)判定」というものがあります。

夜勤の改善目標を夜勤人数は2人以上、夜勤回数は3交替で月8回以内と示したものです。

しかしながら夜勤の現状は依然として厳しいものです。

2017年10月の本会調査によれば、

3交代勤務者の約3割が月9回以上、

2交代勤務者の約5割が月5回以上の夜勤をしていました。

2交代勤務の大半が、1回の夜勤が16時間以上の拘束となる長時間夜勤であり、

2交代勤務での夜勤1回は3交代勤務での2回に相当します。

<スライド 34>

職場で暴力・ハラスメントを受けた経験

日本看護協会のハラスメント関連調査の結果です。

2人にひとりが最近1年間になんらかの暴力やハラスメントを受けた経験があ

りました。

暴力・ハラスメントの内容ごとに、誰から受けた被害かをたずねた結果、「意に反する性的言動」=セクシャルハラスメントや、「身体的な攻撃は、患者からが多い」という結果になっています。

暴力・ハラスメントの経験が最も多かった「精神的な攻撃」とは、暴言、脅迫、執拗なクレームなどをさします。同じ職場の職員からが 64.8%と多いのですが、患者からも 40.7%ありました。

さらに、スライドには出ていないのですが、患者の家族からも 18%ほどあります。

現場では患者からの暴力・ハラスメントが深刻化しています。

職員間のハラスメント対策とともに、組織的な対応が課題です。

このような時、経営側と労働側（労働組合）がしっかり協議をしていく事が働く職員を守る事にもつながります。

<スライド 36>

実は全国どこの病院で働く看護師も共通した悩み

看護師って悩みはどこも共通しているんです。でも、なかなか改善できないのです。半世紀近く続いている愚痴などもあります。

結局は、昔からの風習や風土。おかしいと思ってもやってしまう。そういう病院が多いからですかね？

労働組合のある病院では、この様な問題に取り組んでいますので、組合が無い病院よりは比較的改善できているケースが多々見受けられますが、100%改善はできていないのが現状です。

看護師は「白衣の天使」。それが影響しているのか、業務改善で仕事を楽にしても余った時間でまた新しい仕事を作ってしまう。これが看護師の特徴。患者さんのために精一杯尽くそうとしているのですが、結局は負担になってしまって愚痴になってしまっているのです。本当に、初めて会う人でも同じ看護師なら、北海道と沖縄の人でもすぐに仲良くなれ、話が通じ合います。

私は、昨年、自治労の国際事業関連で、タイの国境付近の病院とミャンマーの病院に訪問しました。なんと、その看護師とも意気投合できました。

看護師の悩みは世界共通。ということが、わかりましたが、どうにか改善していかないと将来の看護師がかわいそうだと感じています。

今の時代に解決すべき点は解決していかなければならないのですが、交代制職場のため、話し合いもみんな揃って行うことが難しい職場です。それも弱点としてあるのでしょうか。

自治労衛生医療評議会看護問題対策委員会では、これら問題点を洗い出し、現

在「定年まで働き続けられる職場を目指す」というプロジェクトメンバーを輩出し、協議をしています。

近い将来、本来の働き方や、法律から見た働き方、人間関係形成論など様々な研究論文や現場看護師のインタビューなどで改善を図っていきたいと思っています。

時代は働き方改革です。改革をしていかなければ、この先も同じ悩みがずっと続いてしまいます。今できること。今考えるべきことを労働組合は時代の変化に合わせて考えていく事も重要です。1人ではできない。でもみんなが集まれば大きな力となる。それが全国的な流れになれば必ず改善できる。そう私は信じています。

<スライド 37>

私たち（看護師）の職は一般職と違う

土日、祝日、年末年始・・・預け先が無く、ジジババが近くにいないと到底無理・・・病院に休みは無い。「今年のお正月は9連休だった」、「去年のゴールデンウィークは10連休だった」、なんて話も医療従事者には関係ありません。

私も、看護師生活20年ほどになりますが、最も長くとれた連休は7連休が1回だけです。夏休みが福利厚生であると言われても、公休（土日）代わりに使用されてしまいます。

毎週必ず2連休（土日）なんていうのありません。他の日に回るかと言ったらシフト制なので2連休がつくのは月に2回程度でしょうか？

とにかく休みたいですね。勤務時間も朝からもあれば、夕方から翌日朝までの勤務もあつたり・・・とても医療現場は過酷です。

<スライド 38>

これは半世紀前の看護師の働く現場の写真です。一人夜勤の写真です。昔は、ナースキャップかぶっていましたが、今はかぶっていません。感染の原因になったり、邪魔だったりするからです。

ちなみに、話がそれますが、看護学生には戴帽式というものがあります。看護師を目指すにあたり、ナイチンゲール様にお誓いをするというか、若干宗教的な意味もありましたが、今はその宗教的な意味はなく、セレモニー的な存在です。私も戴帽式を受けました。最近の男子学生は聴診器をもらうという学校もあります。

この時代は、妊婦さんも一人夜勤で、夜勤中に流産を起こし死んでいるところを患者さんに発見されたという話も残っています。

「患者さんに看護がしたい」「私たちは看護師なんだ」そのような流れが全国的

に波及し、「2.8 闘争」＝つまり夜勤は2人以上。夜勤は月8回以内。という運動が各地で起こりました。この運動が無ければ、今も過酷な環境のままだったのかもしれない。やはり、現場を変えていくのは現場の人間。労働組合です。この運動が国を動かし現在に至っています。

しかし医療は日進月歩。今の時代の医療の成り立ちでは看護職は非常に過重労働となっています。その結果が退職や離職と言う形に表れています。全国の看護師が今、立ち上がるべきだと私は思っています。

最近のニュースではアメリカが黒人を警察官が殺害してしまったということで暴動が起きています。暴動は困りますが、国内で人種差別をやめようという動きが広がっています。

今の日本も、看護職の働き方を見直す時期に来ているとおもいます。皆で同じ目標で改善を図っていく。その一役を買っていくのが労働組合の役割でもありません。労働組合は本当に貴重な存在なのです。

<スライド 39>

過去における日本の看護師の労働運動

看護師はいつの時代も大変です。

ただ、昔にくべるとよくなったのかな？そのきっかけが、過去における看護師の労働運動の中にあります。

当時は看護師ではなく看護婦という風に言われていましたが。

過去の運動のおかげで、今、病院で一人で夜勤をやるようなところはありません。みんなで声を出すことで社会も変わっていくという組合活動の原点であると思います。

<スライド 40>

私が労働組合活動を通して考えたこと

「どこの病院も皆同じ悩みを抱えているのにどうして解決ができないんだろう」⇒「2・8 闘争」にヒントがある。皆で考えていけば解決できるのでは？そして、その意見を政策反映できるように、静岡県に要請書を届けることを目標にしよう、と思い立ちました。

まずは意見を聞く場面を作らなければ・・・と、考え静岡県の自治労衛生医療評議会が行った取り組みをご紹介します。

<スライド 41>

まず、静岡県の各病院に通知を出し、第一回静岡県内各病院連絡会議という名前をつけて開催しました。

一回目は、看護職場の労働問題を考えるというテーマで開催し、静岡県内 43 名 12 病院から参加がありました。

<スライド 43>

M 字カーブとは

日本では 30 代～40 代で女性の労働力が下がります。日本とスウェーデンでは全然違いますね。スウェーデンといえば、高福祉の国なので、この辺でも違いが出てきます。この M 字カーブをどうにかしないと看護師は増えない。

結局、子育て世代が働きやすい環境にないと M 字カーブになってしまうわけです。

どうしていけば子育て世代が働きやすい環境となるのか、まずは労働組合が音頭を取り、皆で意見を出し合う事が必要で、その意見を政策などに反映させてもらう事も必要です。

<スライド 44>

第二回静岡県内各病院連絡会議（2 回目）は、子育て支援セミナー。託児も行うため、こども病院の看護師さんに協力いただきましたが、数が足りず、静岡市内の近隣の保育園の園長さんたちにも声をかけると、「非常に大切なセミナーだから協力する」と言っていただき、当日保育士を派遣してもらうことができました。セミナー参加者は保育スタッフを合わせると 80 名あまりになりました。

<スライド 45>

皆で考えていく事の重要性

看護の仕事だけではなく、なんでもそうかもしれませんが、大体ルールを決めるのは事務方。はっきり言って現場のことはよくわかっていない人たちです。

私が大学院時代、「看護政策論」を学んでいました。政策要求案を作成することが、単位認定につながるため、看護師の労働条件について政策要求できるように考えていると、静岡県内の看護学生の地元での就職率が他県に比べて低いことに気づいたんです。よくよく調べてみると静岡県民は都会の病院に就職していることが分かりました。なぜかは、わかりませんが地理的にも東京・横浜・名古屋など都会に近いのか、都会に就職している。つまり、静岡に就職している人が少ないのです。

確かに都会には高度な医療を提供できる大学病院などが多くありますから、あこがれるのもわかります。私もあこがれて、卒業時は大学病院に就職しました。でも、静岡県（地方の県）として看護学生を取り込めるような政策論を展開していかなければ、2025 年問題に太刀打ちできなくなってしまいます。お役所の人

は気づいているのか、気づかぬふりをしているのか、わかりませんが。看護師は足りていない状況です。だから、現場が非常に忙しいまま改善されないのです。

<スライド 46>

やっぱり、労働組合は必要

さきほど、静岡県内で病院関係を集めての会を二回開催した話をしましたが、感想のほとんどが「絶対必要な取り組み」と書いてありました。

労働組合は経営者とけんかをする組織ではありません。職員が意欲を持って働くことは非常に重要で、その恩恵を経営側も受けることができます。経営者と労働側がしっかり連携をできてこそ、職場は円滑に進み、質の高いサービスを提供できるのです。

仕事をしていて不満はありますよね。皆さんもバイトなどで感じたことあるでしょう。でも、一人で文句なんて社長に言えませんよね。でもその文句を愚痴で終わらせないで改善させていく。そして働きやすい職場を作る。労働組合の仕組み自体はとても単純です。でもとても奥深いのです。

<スライド 47>

今の喫緊の課題

いま、過労死問題が世間をにぎわしています。病院では戦後間もなくからこの問題があります。だから、2・8 闘争がおこったのです。でも、今もまだ続いています。

看護師は交代制勤務です。普通の勤務者は月80時間以上の残業が過労死認定ラインですが、交代制職場は60時間で過労死認定レベルとされています。実際にこの10数年で2人の方の過労死が認定されています。しかし、闇に葬られた事案もあり、最近、電通の事件をきっかけに「そうだったのかもしれない」という遺族たちが声を上げ始めています。今、裁判が行われている事案もあります。

医療界はブラックと言われてもおかしくない企業体です。善意という言葉と労働が混ざり合っているからですが、難しいですよ。他の職業の方から見たら、看護師の世界は非常識が常識となっている職場です。だから、看護師を続けられない。看護師不足という状況を生み出してしまいます。

自分たちのことは自分たちで守る。そのような意識が全看護師たちに芽生えれば絶対に代わるのでしょけれど、まずは火付け役が労働組合のお仕事ですね。

<スライド 48>

自治労の取り組み

労働運動というと、どんな印象があるでしょうか。賃金を上げろ、というイメージが強いでしょうか。もちろん、それもやります。でも、一番は、人間らしく働ける、人間相手だから優しくなれる余裕をもって働ける、生き甲斐をもって働ける、そんな環境を作っていきたいと活動しています。

今ある権利は自然発生したものでは有りません。先人が何年もかかって交渉し獲得してきたものです。そのことを忘れてはいけないと思っています。私が交渉するのは、後輩が看護師を生涯の仕事とし、生き甲斐を持って生きられる援助をしたいからです。