

IryoRodo

医療・介護・福祉労働者のための月刊誌
August・September 2015 No.582

医療労働

8・9

報告集 第42回 医療研究全国集会 in 鹿児島



記念講演 社会保障改革の新段階と対抗運動の展望 —医療・介護・社会保障の充実を
鹿児島大学法科大学院教授 伊藤周平

特別報告 いま、子どもたちのいのちをみつめる —東京電力福島第一原発事故の現状と健康障害
医療法人孝星会 ますみクリニック院長 青山浩一

市民フォーラム 広がる格差と貧困 —子どもの貧困問題を考える



気温が 30℃ 近くなるなか、会場に到着



受付開始前に看板の前で現地スタッフのみなさん



全体会場にて



受付の様子



全体会の進行役 川上真理さん(左)と右田明日香さん
(鹿児島県医労連)



「麦の芽福祉会」ジャンベ隊による
元気あふれるオープニング



北海道
東北
関東
甲信越



第42回 医療研究全国集会 in 鹿児島
「あいち」地区、女子・高齢者特別、第37回社会福祉学部の集まり

第42回医療研究全国集会 in 鹿児島

報告集

2 主催者あいさつ

中野千香子（日本医労連中央執行委員長、第42回医療研組織委員長）

開催地歓迎あいさつ

馬場 文治（鹿児島県医労連執行委員長、第42回医療研現地実行委員長）

3 記念講演

社会保障改革の新段階と対抗運動の展望

医療・介護・社会保障の充実を

伊藤 周平（鹿児島大学法科大学院教授）

11 特別報告

いま、子どもたちのいのちをみつめる

東京電力福島第一原発事故の現状と健康障害

青山 浩一（医療法人孝星会 ますみクリニック院長）

15 基調報告

鎌倉 幸孝（公益財団法人日本医療総合研究所専務理事、第42回医療研組織委員会事務局長）

20 分科会報告

20 第1分科会

医療と福祉の現状をふまえ、社会のあり方を考える

23 第2分科会

救急医療からみた地域包括ケア

26 第3分科会

保健予防活動を地域住民とともに

29 第4分科会

看護ケアの質

32 第5分科会

医療施設と在宅をつなぐケア

35 第6分科会

ともに育ちあう職場づくり

38 第7分科会

医療政策と看護労働

41 第8分科会

障がい児(者)の権利と心に寄り添う医療・福祉

44 第9分科会

変わっていく精神科医療

47 第10分科会

リハビリテーションの現場で求められるもの

51 第11分科会

患者のための臨床検査

54 第12分科会

患者・施設利用者の給食改善

57 第13分科会

職場の安全衛生と環境改善

60 第14分科会

施設介護

63 第15分科会

在宅介護

66 第16分科会

放射線管理区域内労働者の被ばく・労働条件・待遇問題と原発再稼働問題

69 第17分科会

薬と社会

72 動く分科会

平和と原発問題を考える

73 市民フォーラム

広がる格差と貧困
～子どもの貧困問題を考える～

84 全体会閉会あいさつ

池田 勝久（鹿児島県医労連書記長、第42回医療研現地実行委員会事務局）

次回開催地の決意

遠藤 祐子（千葉県医労連執行委員長）

85 医療研究全国集会の歴史・開催地

88 組織委員会、現地実行委員会名簿

平和と社会保障 まもるために 共同を広げよう

なかの ちかこ
中野 千香子

日本医労連中央執行委員長
第42回医療研組織委員長



第42回医療研究全国集会にご参加のみなさん、そして準備いただいた鹿児島と九州地方協のみなさん、ありがとうございます。

さて、私たちは国民の医療・介護・福祉の充実をめざして取り組んでいます。安倍政権は昨年6月に医療・介護総合法を、そして今年は医療保険制度改革関連法を強行可決しました。国民のいのちに直結する最悪の改悪法を一括にし、1つの国会で、短時間審議で、明らかになった問題点をそのままにしての強行であり、許されません。

社会保障改悪は戦争への道、安倍政権が進めるのはまさにその方向です。11本を一括にした戦争法案

は、いつでもどこでも切れ目なく、米軍等と自衛隊が軍事行動をともにするもので、日本を「戦争する国」にする暴挙です。

国民も国会も無視のおごった政権のやり方に、今、日本中が怒りに立ちあがり始めています。原発再稼働反対、TPP（環太平洋連携協定）交渉からの撤退、労働法制大改悪反対、辺野古新基地建設反対などの国民共同が広がっています。戦争法反対の行動は日本中いたるところで連日行われ、世論を変化させています。安倍政権の「存立危機」状態を私たちがつくっているのです。おおいに論議・交流し、職場・地域でまた頑張りましょう。

● 開催地歓迎あいさつ



ばば ふみはる
馬場 文治

鹿児島県医労連執行委員長
第42回医療研現地実行委員長

憲法25条違反の 医療・介護改悪は許さない

皆さん、ようこそ鹿児島においでいただきました。

私たち医療・福祉・介護に携わる労働者には、国民のいのち・健康・くらしや安全を守る重大な使命があります。いま、政府が押し進めようとしている「戦争ができる国づくり」は、私たちの使命に真っ

向から対立するものです。また、川内原発の再稼働を急ぐ国や県、九州電力の動きは、再び原発の安全神話を国民に振りまこうというものです。私たちは直ちに廃炉を求めていきます。

医療に目を転じますと、医療・福祉・介護を効果的・効率的に提供すると称して保険外し、給付範囲を縮小しようとしています。これでは国民が必要なサービスを安心して受けられないばかりか、我慢を強いられ手遅れになる事態が増加する懸念があります。国民の生存権を保障している憲法第25条に違反するものであり、許されるものではありません。

いまこそ私たちはあらゆる人たちと行動を共にし、理不尽な政策に反対する運動を大きく広げてください。そして、国民本位の医療・介護・福祉の実現、充実した社会保障制度を確立するために、ともに頑張りましょう。

社会保障改革の新段階と 対抗運動の展望



伊藤 周平

鹿児島大学法科大学院教授

いとう しゅうへい ●1960年生まれ。東京大学大学院社会学研究科博士課程単位取得退学。労働省事務官、社会保障研究所研究員などを経て、2004年4月より現職。専攻は社会保障法、社会保障論。著書に『介護保険法と権利保障』（法律文化社、日本社会福祉学会学術賞受賞）、『後期高齢者医療制度—高齢者からはじまる社会保障の崩壊』（平凡社新書）、『雇用崩壊と社会保障』（平凡社新書）など。

加速する社会保障削減

5月27日に短時間の審議で医療制度改革法案が成立しました。正式名は「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案」といいます。昨年6月に成立した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備法」も、衆・参ともにわずか20数時間の審議で通してしまいました。

安倍政権になって2015年度予算は防衛費が3年連続で増加し、補正予算と合わせると実質5兆円に達しています。日本は世界有数の軍事大国です。憲法9条があるのになぜ防衛費、実質的には軍備費があるのでしょうか。さらに、オスプレイを買うのです。5機買って610億円です。

介護報酬を2.27%下げました。全体で見ると約3,000億円ですが、国の負担で見ると約600億円。オスプレイを買わなければ介護報酬を下げなくてもよかったのです。よく言われますが「大砲かバターか」です。社会保障費が削られるときは軍備費が上がっていく、いつものパターンです。

今回の財務省の「財政再建計画」もそうですが、真っ先にターゲットになるのが社会保障です。確か

に社会保障費は毎年自然増という問題があります。

高齢者が増えるから何もしなくても増えるのです。これが毎年1兆円と言われていて、厚生労働省が8,300億円増えることを念頭に概算要求しましたが、安倍政権はそれを4,200億円に削減しました。

小泉政権の時に毎年自然増を2,200億円削減しましたが、今回はさらにひどい。ターゲットは介護報酬と診療報酬です。医療や介護に関わる部分を集中的に削減しています。特に介護保険です。例えば、小規模デイサービスでは、今回の介護報酬改定で10%報酬が下がりました。いまでさえ職員が少ないのに、報酬が下がったらもっと利用者を増やさなければいけないし、職員は増やせないわけですから、労働強化になります。

社会保障のためと言って消費税を上げておいて、なぜ介護報酬を下げなければならないのでしょうか。財政再建のためには消費税増税も仕方がないと思っている人が大勢いると思いますが、それならばなぜ、法人税を下げるのでしょうか。結局、社会保障は充実せず、消費税増税分は法人税の穴埋めになっているだけなのです。

今回の「財政再建計画」もひどい。生活援助サービスは介護保険から全部外す。ヘルパーさんが来て掃除をしたり、ご飯を作るのは全て介護保険から外すと財務省は言っています。

怖いのは、制度の仕組みがよく分かっていないため、自己負担が増えると患者や利用者は病院や介護施設が儲けていると思うのです。社会保障改悪に対して反対の声を上げるには、学習活動や地域への働きかけが必要だと思っています。

医療・介護総合確保法のねらい

医療・介護改革は、どういう理念のもとで行われ

ているのでしょうか。昨年成立した「医療・介護総合確保法」ですが、これは2013年12月に特定秘密保護法と一緒に通過した「プログラム法」に基づくものです。これは社会保障改革の工程表で、いつまでにこういう制度改革をやる、そのための法案をいつ提出するなどということを決めている珍しい法律です。本当の名前は「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」と言います。

2013年12月2日に参議院の厚生労働委員会に、私は参考人と呼ばれました。その時に「これは社会保障の理念を変えるものだ、絶対に廃案にしてくれ」と発言したのですが、3日後に通ってしまいました。参考人の意見聴取は単なるアリバイづくりです。

「医療・介護総合確保法」には「効率的かつ質の高い医療提供体制」「地域包括ケアシステムを構築する」という目的が書かれています。「医療・介護の提供体制を一体的に改革する」と言っています。「一体改革」と言われます。

その前に「国民会議報告書」が出され、「プログラム法」ができたのですが、「報告書」は「高度急性期から在宅医療までの一連の流れ、容態急変時に逆流することさえある流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開」などと書かれています。「川上」というのが病院のようです。病床を削減して平均在院日数を短縮させて、医療費を抑制したい。そのために早期退院の人が出て、その人たちが桃太郎みたいに川下に流れてくるので、川下で受け止めるというのです。

川下でどう受け止めるか。それが「地域包括ケアシステム」です。中心は介護保険サービスですが、介護保険がそもそも必要なサービスを十分提供しているかという、どんどん給付を抑制しているわけですから、受け止められない。では海まで流れていくのかという、それは「ボランティアや地域の絆」という非常にあいまいな互助でやると言うのです。

「報告書」は「病院施設から地域・在宅へ」と言っていますが、「地域」というのは非常にあいまいです。「在宅」は分かりますが、つまり家族がやる。そもそも介護の社会化として始まった介護保険が、ここに来てまた元に戻っている。



自治体研究社
1204円(税別)

改正医療法の諸問題

病床を削減することを定めたのが改正医療法で、病床機能報告制度が2014年10月から始まりました。

2015年度から各都道府県が地域医療構想を策定します。病床を機能ごとに高度急性期・急性期・回復期・慢性期に分けて、現状はこうで、6年後はこうするという構想を都道府県知事に報告するのです。現在の2次医療圏ですが、構想区域をもとに病床の機能区分ごとに地域医療ビジョンを立てる。

これ自体は悪いことではありませんが、病床機能ごとにビジョンを立てるわけですから、お金が一番かかる、一番手厚い看護をしている高度急性期（7対1病床）を減らすということになる。急性期を減らして回復期や慢性期を増やすことを目的にしているのです。しかも、一応計画は立てるけれど、みんなで協議して減らしましょうとなっていて、協議が整わない場合は都道府県知事が対抗措置を発動できることになっています。

ターゲットにされているのは7対1病床です。この間、1万5,000床ほど減りましたが、それでも34~35万床ほどあります。これを将来的には2年間で9万床削減して、2025年までに18万床にするという恐ろしい計画を立てています。実際に診療報酬で誘導していて非常に算定が厳しくなったので、これがなかなか取れない。7対1病床の看護師を別の部署に移したり、地域包括ケア病床ができました。

協議が機能しない場合は都道府県知事が、公立病院であったら廃止命令や転換命令を出し、民間病院に対しても勧告、勧告に従わない場合は病院名を公表するとしています。上から強権的に病床機能の分化を図る。特に高度急性期を減らしていこうという



ねらいが見え見えです。

背景には、7対1病床が厚生労働省の想定より増え過ぎたということがあるようです。ただ、国の病床規制については医療機関から訴訟になる例も出ています。そう簡単にはいかないとは思いますが、医療計画を見直して総合確保方針をつくる、サイクルを介護保険に合わすという改革も行われています。

私が一番危惧するのが、改正医療法6条の2で「国民は良質かつ適切な医療の効率的な提供に資するよう、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携の重要性についての理解を深め、医療施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めなければいけない」という条文があることです。「医療に関する選択を適切に行い」というのは、やたらに大病院に行くなということでしょうか。これは、公的責任を縮小して患者の自己責任へ持っていく。特に医療機関へのフリーアクセスを制限しよう、そういう方向に持っていかようとしている条文だろうと思います。

改定介護保険法の諸問題

医療の後を受け止める側の介護保険ですが、これも大幅な改正がされています。この問題については、大阪の日下部さんと一緒に『改定介護保険法と自治体の役割』という本を出しました。

1つは予防給付を見直す。訪問介護と通所介護について、要支援の人は介護保険から外す。これは2017年4月までの段階的な移行ですが、今年4月からやっている自治体はわずか7%ほど。しかし、やっているところもあるのです。

東京の品川区では、これまでの単価の7割ほどでやっているようです。当然、これまでの事業者ではなく、安く請け負うNPOなどが担う。保険料を払っているのに保険から外すわけです。厚生労働省は「保険から外しても必要な人には専門的なサービスが提供される」と言っていますが、実施主体は市町村事業に移行します。「保険外しではない」と厚労省は言いますが、どう見ても保険外しです。

保険給付というのは、市町村の給付義務があるので、対象となるサービスは全部法令によって基準が決められていて、予算が足らなくなったら補正予算を組んでも給付しなければいけないのです。しかし、

市町村事業は予算の範囲内でやるので、予算がなくなったら終わりです。

専門サービス提供の保障はない

厚生労働省がガイドラインを出していますが、専門サービスが提供される保障もなく、訪問通所型サービスAは緩和した基準によるサービス、Bは住民主体による支援です。つまり、無資格でも訪問サービスが提供できる。

通所サービスAは、看護職員も生活相談員も指導員も配置の必要がなく、従事者も資格が不要で、利用者15人に対し1人配置されていればいい。無資格の人がやるからサービス単価は安くしていいとされています。これをデイサービスとしていますが、利用者の体調が悪くなったらどうするのでしょうか。

サービスBは有償無償のボランティアによる住民主体の支援とされています。利用者負担については1割負担を下回らないということですから、利用者負担はそれなりにかかるのにサービスの質は落ちてしまう。ボランティアでも安全配慮義務はありますから、事故が起きたら資格があろうがなかろうが民事責任は問われます。

ボランティアの無資格者を使って安上がりのサービスを提供することが常態化すると思います。しかし、介護職員でも給料が安く集まらないのに、ボランティアなら集まるのでしょうか。「お年寄りにはボランティアをやってくれ」と、団塊の世代がねらわれているようですが、確かに読み聞かせや掃除などはできるかもしれませんが、介護をボランティアに任せることはやはり怖い危険です。

同様のことが保育の分野でもやられようとしています。保育支援員といって、保育士の資格を持っていないけれど子育て経験のあるお母さんを、研修を受けさせて保育支援員にして、小規模保育などで保育をやらせようとしています。小規模保育事業はABCとあって、Bにいたっては半分の保育士でいいという認可基準です。保育支援員でもボランティアの介護でも、事故が多発すると思います。

数年前に妻の友人の2歳の女の子を1時間ほど預かったことがあります。私は2人の男の子の育児経験がありますが、それでもヘトヘトになりました。家庭的保育事業というのは、無資格で3人のゼロ歳

児を1人で預かるのです。これではトイレにも行けません。ボランティアや無資格でもいいと言っている人は、介護や保育をやったことがないのでしょう。1回やってみれば、とてもボランティアではできないことがわかると思います。

こんなことを許してしまうと、介護労働者の労働条件は低い方に引きずられてさらに悪くなります。日弁連もそう指摘しています。

サービスからの排除がねらい

ガイドラインではさらに、要介護認定の申請もさせず、チェックリストでOKという方向に誘導しているようにしています。ある自治体では「卒業」と言っています。「みんなで介護保険から卒業しましょう」と、卒業証書みたいなものを渡すようです。「あなたは元気になりました」と。

しかし、高齢者は現状維持が精いっぱいです。要介護5の人がある日突然、元気になって歩き出すというのは無理な話です。「老い」というのは体の機能が衰えていくことなので、それを介護保険から卒業させましょうというのは、かつてのメタボリックシンドロームをなくそうというのと一緒です。

メタボリックシンドロームのときに三重県伊勢市で「メタボ7人斬り」ということで、7人の市職員が毎日ジョギングをしたら1人が亡くなってしまいました。無理な運動はダメです。

介護保険に予防給付が入る時もそうでした。お年寄りに筋力トレーニングをやらせようとしていましたが、トレーニングの途中で骨折したらどうするのかと思いました。こうした荒唐無稽なことを平気でやろうとしています。

医療の現場でも、病院へ入るときに「いつまでに退院します」という同意書を書かせるという話を聞きました。すぐ退院させて、抜糸は外来でやってもらう。そこまでいっているところもあるようです。つまり、医療や介護保険を使わせない。使っても早く退院させたり、「卒業」させる。

実際には新総合事業という市町村事業にしたところで、それほど給付費は抑制されないし、現行の要支援者への介護保険サービスは十分予防になっていると思います。ヘルパーさんが言っていました、ヘルパーのサービスの7割は掃除とのことです。例

えば、腰が痛くなってお風呂の掃除ができないからヘルパーさんに頼むわけですが、もしヘルパーさんが来なくなったら自分でやらなければなりません。それでは腰の状態が悪化してしまう。要支援者の重度化が進むと給付費が増えるのではないのでしょうか。逆効果です。

医療でも、早期発見したほうが医療費は安くすむのに、重度になってからでは医療費がかかるし、手遅れになってしまいます。全日本民医連の調査でも、氷山の一角でしょうが、お金や保険証がなくて、あるいは保険料が払えなくて資格証明のために病院に来られなくて、病院に来たときは手遅れだったという人が毎年何十人もいます。介護でも医療でも、予防効果があるものを保険から外してしまうと重度化が進みます。厚生労働省も分かっているはずですが。

保険外しを許してはいけない

いま、介護の現場では要介護認定が厳しくなり、これまで要介護であった人も要支援にされています。要支援にしてしまえば保険から外せるからです。要介護認定が恣意的な運用をされているのです。

私の知り合いで、要介護4だったのが1になった人がいました。「状態は全く変わってないのにおかしい」と家族が市役所に怒鳴り込んだら、再調査で4になったそうです。要介護認定とは、そんなにいい加減なものなのでしょうか。恣意的な要介護認定の運用をさせない取り組みが必要です。

総合事業自体も、要支援者に対する事業費を毎年3%抑制することをねらっていますから、実際にまともな事業ができるとは思いません。

居宅施設サービスではこの4月から、要介護1、2の人は特例を除き特別養護老人ホームに入れなくなりました。特例とは、①知的障害や精神障害等を伴って地域で安定した生活を続けることが困難、②家族による虐待が深刻で心身の安全・安心の確保が不可欠、③認知症高齢者で常時の見守り・介護が必要、④独居や同居家族が高齢または病弱、というものです。例えば、いわゆる老老介護の世帯なら要介護1、2でも入れるということです。

私は、②は措置でやるべきだと思います。認知症の人も同様ですが、家族から虐待を受けている人が「私は家族から虐待を受けているので特養ホームに



入所させてください」と申し込むでしょうか？あるいは家族が「私は虐待していますから入れてください」と申し込むのですか？認知症の人は、申し込み自体ができないでしょう。これを契約でやるのは無理な話で、市町村が責任を持って特養ホームに入所させるべきです。

そういうことをやっている自治体もありますが、自治体の職員が措置入所に非常に消極的です。そして、ニーズのある人の存在を把握できていません。介護保険が始まるまでは、自治体がサービス提供に責任を持っていたので把握できていましたが、いまは施設に直接申し込むので、自治体では把握できないのです。

「タイタニック理論」ではダメ

保育園は市町村に実施責任があるため市町村に申し込んでいます。それも新制度でなくそうとしていたのですが、かろうじて残りました。

特養ホームの待機者は52万人。このうち在宅が22万人から30万人近く。そのうち8万人は不明、つまりどこにいるのか分からない。多くは病院や老健施設などに待機していますが、あとは在宅です。そういう人たちが簡易宿泊所などに行くことになり、先日の川崎の火事のような事故で亡くなってしまう。簡易宿泊所には生活保護の人も大勢います。本当に行き場がないのです。

特養ホーム建設の国庫補助が廃止されたため、自治体のお金で作るしかない。しかし、特養ホームをつくと保険料が上がってしまうのです。そういう意味でも自治体は非常に消極的になる。国はサービス付き高齢者住宅を推進していますが、利用料は月20万円ほど。厚生年金でも平均16万円くらいです。基礎年金だけだったらどうしようもありません。

要介護1、2が17万人いますが、この人たちは待機者にすらカウントされなくなるため、待機者は減ります。35万人くらいになる。こういうのを「タイタニック理論」というのです。タイタニック号は氷山に当たって沈没しましたが、救命ボートを乗客数の分だけ積んでいなかったそうです。つまり、誰かが犠牲にならなければいけない。特養ホームも、人数分の救命ボートがないわけです。誰かが見捨てられてしまう。今回は、優先順位を決めて要介護1、

2の人は見捨てるということです。しかも、要介護3以上の人も全員入れるわけではない。

この問題を解決するには、人数分の救命ボートを積むしかありません。待機人数分の特養ホームを作るべきです。タイタニックの理論ではダメなのです。低年金・無年金の高齢者が増えるなかで、低所得の高齢者は行き場を失うでしょう。

「命の沙汰も金次第」に

介護報酬は下げられて現場は大変なのに、一方で利用者の負担増が今年8月から始まります。

具体的には、4人部屋からも居住費を徴収する。1割負担が2割になる人が出てくる。補足給付について資産を考慮する。特養ホーム入所者の8割は補足給付を受けていますが、これがなくなると個室の利用料は、いまの月3~4万円が10万円を超す負担になります。これまでは所得で利用料を決めていましたが、今度は資産、つまり預貯金も考慮する。マイナンバーのねらいの一つは、これではないかと私は思います。

将来的にマイナンバー制度は、預金口座の預貯金額も財務省が全部把握しようというものです。カードだけで預貯金がいくらあるかが分かってしまう。住宅ローンなどの負債は預貯金額とは相殺して勘案されますが、税金がかかっていない遺族年金や障害年金は収入とみなす。施設入所する際に世帯分離する場合がありますね。世帯分離しても配偶者に所得があって課税されている場合は、補足給付の対象外とする。預貯金を分散して1つの金融機関だけの写しを提出した場合、それがばれたときは2倍ぐらいの罰金を取るなどと言っています。実際に法律に書いてあります。もう、身ぐるみはがすという感じですよ。

単身者で預貯金1,000万円を超すという基準だから大丈夫ではないかと思う人もいるかもしれませんが、月10万円を超す負担になると、10年もかからないうちに底をついてしまいます。

介護保険料を安くする方法

何よりも、介護保険の第1号被保険者の保険料が

所得段階別の定額制で、収入がなくても賦課されるため低所得の人には負担が重いという問題があります。今回の改正で5割軽減を7割軽減に拡大しましたが、消費税10%が先送りされたため5.5割に軽減するだけにとどまりました。

この4月から第1号の保険料が上がりました。全国平均で5,514円。今回、第6期の介護保険事業計画を立てるのですが、そのときは2025年の介護保険料まで推計しなさいと国から言われていて、2025年には全国平均で8,500円くらいになります。こうしたやり方で、「利用を抑制しないと」とあおっているわけです。

介護保険料を安くする方法は3つほどあります。1つは税金をつぎ込むこと。厚生労働省は三原則を示してやってはいけないとしています。保険料は第1号の場合、3年で決めていますから、それで給付費がまかなえない場合は市町村が財政安定化基金からお金を借ります。借りた分は、あとで保険料に上乘せして返すわけです。介護保険は全てが保険料に跳ね返る仕組みになっています。利用が増えて給付が伸びるほど保険料が高くなる。ですから、税金をつぎ込まない限り保険料は安くなりません。

もう1つは、出るほうを抑える。特養ホームはあまりつくらない。利用者負担を2割にしたり、要支援の人を外す。給付抑制といいます。これをやると行き場のない介護難民が増えてしまいます。

私は税金をつぎ込むのが一番いいと思っています。保険だけでやると、保険料が非常に高くなります。もし、税金をつぎ込めないのであれば給付抑制しかありませんが、実はもう1つ方法がある。払う人を増やすのです。いまは40歳から保険料を取っていますが、それを20歳からにする。被保険者の範囲の拡大が検討されています。いまのところ、それがなかなかできないので給付抑制に突っ走っています。しかし、給付抑制すると介護難民が増大して、家族崩壊、介護心中、自殺が多発するでしょう。

介護手当の支給を

介護離職が毎年10万人います。経済的に見ても大損失です。だから、家族手当・介護手当を支給すべきだと思います。サービスが足りないし、家族で介護したいという人もいます。そういう

人に介護保険から介護手当を支給すればいいのです。ドイツではやっています。選べるようになっていくのです。仮に介護手当を支給しても、ヘルパーさんが月1回は様子を見に行くので、虐待などもある程度は防げる。日本では、介護者に対する支援が全くありません。だから介護心中も起きるのです。先が見えない。これを防ぐための介護保険だったはずです。

基本報酬は過去最大の引き下げ

介護報酬のマイナス改定には、全国老人福祉施設協議会（老施協）もさすがに怒りました。マイナス幅がなぜ2.27%で決着したか。過去最悪の引き下げが2.3%で、過去最大の引き下げとだけは言われなくなかったので、0.03%分上げたのですが、基本報酬だけを見ると4.48%の引き下げですから過去最大です。

介護保険が始まってから介護報酬は1回上がったことがあります。それ以外は下がり続けています。高齢者も増えるし、物価も上がっていくのだから介護報酬は上がるはずなのに、それが制度開始以来、どんどん下がっている。

今回、特養ホームでは基本報酬だけで約6%の引き下げになりました。施設長は「年間で約2,000万円減収になる」と嘆いていました。人件費でいえば約5人分。5人リストラしなければならない。介護職員処遇改善加算は、加算の要件に該当しないとなかなか取れません。私は、これを介護職員処遇改善交付金でやるべきだと思っています。加算ではなくて交付金で、介護報酬に反映させない形でやるしかないのでは、と思っています。

介護報酬に反映させると保険料が高くなるので、他を下げざるをえなくなる。いくら介護職員処遇改善加算が取れても、基本報酬が下がって経営が苦しいから、基本給が下がる。それでは意味がないわけです。いま、介護職員は月額で全産業平均より約9万円から10万円低いのです。それがもっと悪くなるのではないかと心配しています。

私は、職員の献身的努力に支えられて何とか持っているような制度は持続可能性がないと思っています。事故も増えています。これでは、とても制度はもたない。利用する高齢者にとっても、安心した介



護が受けられないことになります。

私は、当面は介護職員処遇改善交付金を復活させろというような運動を、医療・介護関係者の人はやるべきだと思っています。

「社会保障充実」は平和運動

いま、格差や貧困が拡大しています。労働条件も悪い。安定した仕事がないのです。安定した仕事で残っているのは、公務員を除けば、軍隊しかないのかもしれませんが。こういうのを「経済的徴兵」といいます。集团的自衛権が行使されて自衛隊が海外派兵されるようになると、自衛隊に行く人が減って徴兵制になるのではないかと危惧している人がいますが、それはないでしょう。アメリカでは、奨学金を返せない大学生に軍がリクルートに来るのです。「軍隊へ入ると返せるよ」と。自衛隊も、奨学金を返せない学生をリクルートしているようです。

先日、共産党の志位委員長が国会質問で明らかになったのは、サマワ、アフガニスタン、イラクに派兵された自衛隊員が50人以上自殺しているということでした。補給していた船の中で自殺した人もいるそうです。

戦争の現場で極限状態に置かれた人は、トラウマを抱えて毎晩うなされるそうです。そしてドラッグに手を出すか、精神を病んでしまう。アメリカでは、退役軍人のおよそ8人に1人がホームレスになっています。安倍首相は、日本の若者もそうさせたいのでしょうか。

ですから、社会保障充実を求める運動は平和運動だと私は思っています。社会保障を充実しないと、戦争へ行ってしまうからです。日本国憲法前文にも平和的生存権が書いてあります。「恐怖と欠乏から逃れ、平和のうちに生存する権利」が私たちにはあるわけです。「恐怖」は戦争やテロの恐怖。「欠乏」は貧困、食べていけないことです。貧困、あるいは仕事がない閉塞状況が戦争につながるということを、日本国憲法は見抜いていたのでしょうか。

介護報酬処遇改善交付金のような形で、国レベルでできなければ自治体レベルでもやっていけば、それこそ地方創生になると思います。若者は、介護や医療の仕事があれば地方に戻ってきます。何よりもそこで働く人たちの労働条件を良くすることが急務

です。消費税も上げたのだから、お金がないとは言わせません。ぜひ交付金を作る運動を拡大していただきたいと思います。

国保・都道府県化のねらい

医療保険制度改革法の中心になっているのは、次の3つです。①国民健康保険法改正で国民健康保険（国保）を市町村から都道府県単位化する、②後期高齢者支援金の全面総報酬割導入、③負担の公平化。

国保の都道府県単位化について。市町村は、国保料が高くなりすぎないようにと法定外繰り入れを行っています。それをなくそうと、「財政安定化基金」を市町村3分の1、都道府県3分の1、国3分の1の出資で、新たに都道府県に作りました。給付費が高くなり過ぎた場合は、税金を投入せずそこから借りて、次の保険料に上乗せして返す。つまり医療給付費はすべて保険料で賄う。医療費が高くなればなるほど保険料が高くなるという仕組みを作り上げようとしているわけです。

都道府県が地域医療ビジョンなどの医療費適正化計画を立てているわけですから、都道府県が「保険料がこれ以上高くなったら困る」と医療費削減をやりまします。保険料収納率は約90%の実績なので、都道府県から各市町村に標準保険料を割り当てる。都道府県が割り当てて、最終的には市町村が保険料を決めるのですが、これまでの仕組みと違い、割り当てられた分を各市町村が住民から集めて保険料を払わなければいけない。いま、保険料を滞納している人の徴収強化で差し押さえがひどいことになっていますが、それがますますひどくなるのではないかと心配しています。全国知事会は国保の都道府県化に反対していたのですが、結局、3,400億円をつぎ込むということで妥協しました。

患者の負担増が目白押し

今回の制度改定は、責任の所在が非常に不明確です。「市町村と都道府県が共同して国民健康保険を運営する」と書いてありますが、この「共同して」とは何か。自治体は国が責任を持つと言うが、国は各自治体が責任を持つと言う。責任の所在が分かり

ません。

また、「負担の公平化」として食材費の自己負担、1食につき260円を最終的に460円にします。つまり、入院時食事療養費を引き下げる。このほか、紹介状なしで特定機能病院及び500床以上の病院を受診する場合、紹介料の支払いが2016年度から義務づけられました。紹介状なしで行くと、最高で約1万円が必ず取られます。そして、標準報酬月額を引き上げもあります。

後期高齢者医療制度は非常に問題が多く、保険料を特例で軽減していました。最大9割軽減していたのですが、それをなくします。被扶養者だった人は、これまでの2~10倍の保険料負担になってしまいます。

さらに、患者申し出療養制度。いわゆる混合診療です。これについてはいままで安全性チェックのための期間が6カ月だったのを、6~2週間でチェックしてOKにする。神戸のメディカルフロンティア病院は国家戦略特区で混合診療を認めていますが、大きな事故が起きています。そのケースは医療体制が非常に不備だったという問題もあったのですが、安全性をチェックしないと本当に危険です。

社会保障運動の課題

最後に、今後の運動の展望についてお話しします。今度の病床削減について、実態を反映した地域医療計画構想をつくらせる運動が必要です。そして、公的責任を明確にした上で、「自助」「共助」にあまり頼らない計画を作らせる運動が必要だと思います。

介護保険については、給付費が増えると保険料が高くなるという仕組みをなくしていくしかありません。国保も同じ仕組みにしようとしています。国保が都道府県単位になっても法律上、法定外繰り入れはできるわけですから、税金を使って保険料を安くするよう自治体に求める運動ができると思います。

そして、何よりも診療報酬を引き上げる。診療報酬改定は2年ごとですから、このままでは来年はまた下がるでしょう。3年後は介護報酬・診療報酬の同時改定なので、非常に心配な状況です。

介護保険については、当事者の運動が脆弱だったというのが大きい。医師会のような強力な圧力団体もなかったため、やりたい放題にやられています。

現状の施設不足・担い手不足では、とてもニーズに対応できない。介護報酬引き上げが保険料に跳ね返るから難しいのであれば、最終的には交付金制度、つまり税金で補填していくしかないと思います。

介護保険料も、ドイツのように定率にすればいいのです。所得に応じて取る。所得段階別になっていますが、なぜ定額にしているのでしょうか。定額保険料は最も逆進性が高いのです。国民年金の保険料も定額ですが、免除制度があるだけマシです。介護保険は、所得が低くても免除はないのです。定率なら、所得がゼロだったら保険料もゼロです。月額1万5,000円の年金受給者からも保険料を天引きするなんて、憲法違反ではないでしょうか。私はそういう裁判を起こして、意見書も書きました。

もし、介護保険料が1万5,000円になったら、その人の年金は天引きで全てなくなるのです。仮に介護保険料が2万円になったら、その人は年金を全部天引きされた上に5,000円を払いに行かなければならなくなる。そんな無茶な制度はないでしょう。年金が1万5,000円の人には介護保険料は免除されるのが当然です。なぜ、税金もかからないような人から保険料を取るのか。そういうところから変えていかないと、介護保険の問題は解決しないと思います。最終的には税金でやるべきだと私は考えています。

問題点を広く国民に知らせよう

社会保障の運動も含めて安倍政権のやっていることの問題点を国民に広く知らせて、それに反対していく運動を、医療関係者を含めて作っていくことが急務だと思います。

社会保障の充実を求める運動は、貧困や格差をなくして日本を戦争する国にしないための運動でもあるのですから、戦争をなくすためにも、戦争をさせないためにも、ぜひ社会保障を充実させていく運動を展開していただきたい。

医療保険制度改革法は成立してしまいましたが、改善の余地はいくらでもあるわけで、そういう点も含め、地域で地道な運動を展開していただければと思います。自分にも言い聞かせていますが、あきらめてはダメだと思います。

あきらめずに運動をやれば、変えられるはず。どうか、粘り強く運動を続けてください。（拍手）

いま、子どもたちのいのちをみつめる

東京電力福島第一原発事故の現状と健康障害



青山 浩一

医療法人孝星会
ますみクリニック院長

あおやま こういち ●1961年生まれ。久留米大卒業後、鹿児島大学第三内科入局。県立大島病院や鹿児島市立病院などで研修。1994年ますみクリニック開設。鹿児島県保険医協会理事。

はじめに

みなさん、こんにちは。私は原発事故によって関東・東北周辺から鹿児島に避難されてきた方々の健康診断を頼まれて、実施してきました。内科医なので子どもの甲状腺を診たことが全くなかったため、最初は甲状腺の専門の先生や病院などを紹介したのですが、政府が「被ばくの影響はない」と言ってしまったものですから、どこの先生も「お母さん、そんなに心配しなくていいですよ」となかなか診てくれず、自分自身で子どもの甲状腺の検査を始めました。

ただの「湯沸かし器」だが…

みなさんは原子力発電所（原発）について「最先端の科学」と思うかもしれませんが、原発も火力発電所もたんなる湯沸かし器です。お湯を沸かして、湧かしたお湯の蒸気でタービンを回す。タービンを回した力で発電する。どちらもたんなる湯沸かし器なのですが、事故を起こした場合は全く被害の状況が違ってきます。

九州には玄海原発（佐賀県）と川内原発（鹿児島県）があります。川内原発は稼働から31年経っています。2号機も30年。原発は30年ほど経つと原子炉がガラス状になると言われています。原子炉

は鋼鉄製ですが、鋼鉄は熱によってある程度伸縮するものの、30年も経つとガラスのようにガチガチになってしまって、何かトラブルがあるとパリッと割れてしまう可能性があるそうです。経年劣化を考えると、30年も経てば廃炉にすべきだということです。

本日、医療研集会が開かれているのは鹿児島市ですが、川内原発から約40kmです。もし、いま事故があつて、そのときに風速2メートルだとすると、約5.5時間で川内原発からここまで風が来ます。もし風速が10メートルだと、たったの1.1時間で風が来ます。P A Z（予防的防護措置準備区域）は原発から5 km圏内、U P Z（緊急時防護措置準備区域）は30km圏内です。5 km圏内は原発が爆発すると10分で高濃度の放射性プルームがやってくる地域です。

最近、^{くちのえらぶしま}口之永良部島が爆発しましたが、鹿児島には桜島や霧島、始良カルデラなど火山があり、原発を考える上ではこうしたことも考慮に入れなければなりません。

福島県における甲状腺がんの罹患率

福島県では、放射線による心身への影響を調べる目的で福島県民健康調査が行われています。2012年から18歳未満を対象に県民健康調査が始まり、最初は子ども1人が甲状腺がんと判明しました。最近の5月18日の調査によると、甲状腺がんまたはがんの疑いのある人が126人いました。ただし、「たくさんの人を検査したから見つかっただけであつて、原発事故の影響ではない」と言っている専門家もいます。

医療人としては、「原発事故と関連があるのではないか」という目で見えていくべきだと感じています。少なくとも、「政府が安全だから大丈夫だ」と言って患者さんを診ないということはあるとは思いません。

甲状腺被ばくをめぐる議論

「原発事故の影響は考えにくい」と主張する人たちは、「症状も年齢分布も違うからチェルノブイリとは異なる」と言っていますが、症状の違いや年齢分布というのは、10年、20年、あるいは30年も経たないと分からないことです。原発事故から3、4年後でこういう言い方をしてはいけないと思います。

チェルノブイリ事故による放射性物質の放出量530万テラに対して福島は63万テラだから、甲状腺の被ばくは起こりにくいという意見もあります。また、日本人は昆布ダシなどの食事によってヨウ素をたくさんとっているから、チェルノブイリと比べ福島の子供たちは甲状腺がんになりやすいとも言われますが、その根拠になるデータが間違いであることはすでに分かっています。

東京電力福島第一原発のいま

2013年10月時点における福島第一原発から放出されている放射性物質の量を見てみると、いま大気中に1日当たり2億4,000万ベクレル出ていると言われています。

海には1日あたり220億ベクレル。大気中の100倍もの放射性物質が海中に出ています。海中に出るのを防ごうと、政府は原発の周囲の土を凍らせて「凍土壁」を作ろうとしていますが、そんなもので止まるレベルではないと言われています。

2011年3月に原発事故が起きた時、放射線ヨウ素は北海道から沖縄まで、残念ながらこの鹿児島にも降りました。たとえば、栃木県宇都宮では14万メガベクレル、放射線管理区域の4倍ぐらいの値になりました。

昨年12月の東京新聞の報道によると、東京の川の上流、荒川と隅田川ですが、上流から河口に行くにつれてセシウムが多くなり、それが東京湾に流れています。安倍首相は2013年9月に国際オリンピック委員会会で「原発事故はコントロールされている」と言っていますが、実際にコントロールされているのは私たち日本国民ではないかと思えます。

避難者の検診から

私は原発事故から避難してきた方々を、今年の5月までで133人ほど診ています。子どものエコー検査のみの異常は25.6%です。大人はけっこう多くて50.9%の方に異常が見つかっています。

こうした結果を福島の県民健康調査と比較すると、5月18日の発表では福島の子供もたちの58%にのう胞が見つかっています。これは人間ドッグのデータを持ってきたのですが、甲状腺のう胞がこんなにあるのは80歳以上のお年寄りの状況です。それがいま、福島県の18歳未満の子供もたちに起こっています。これを「原発と関係がない」と言えるのか疑問だなと思っています。

日本甲状腺学会理事長を務める山下俊一・長崎大学副学長は、チェルノブイリの時に医療支援に入り、チェルノブイリでは原発事故が甲状腺異常を起こしたということを実証しました。その時のデータは2000年に行った検査ですが、そこでは長崎県の7歳から14歳の子供も250人中、のう胞が見つかったのはたった2人、0.8%でした。それがいま、福島ではいま58%になっているのです。ところが、山下氏は「福島県では原発と甲状腺の影響はない」と、チェルノブイリとは逆のことを言っています。

北海道・旭川北医院の松崎道幸院長は、「子どもの甲状腺がんは被ばくから1年経つと増え始める」ということを述べています。「9.11」のニューヨーク・ワールドトレードセンターの崩壊でもさまざまな化学物質や放射線物質が放出されたのではないかとされていますが、アメリカの生命保険では、「子どもの甲状腺がんは化学物質で曝露すると1年で異常が出る」とされています。

甲状腺がんの男女比が自然発症型でないということもあります。自然発症型というのは、4～14歳の子供のうち、男の子を1とすると女の子は約2.5、女の子のほうが甲状腺がんは多いのです。チェルノブイリは1対1.6、福島の場合も1対1.6で、自然発症よりも男の子の発症が増えているので、「これはやはりおかしいのではないかと」松崎医師は指摘しています。

低線量被ばくの問題

もう1つの問題は、被ばく線量が少なくても甲状腺がんが発症しているということです。政府は必死に「線量が少なければ安心だ」と言っていますが、チェルノブイリでも低線量で甲状腺がんが起きています。

県民健康調査によると、がんの疑いのある15人中9人が、実効線量2.1ミリシーベルトです。非常に少ない線量でもがんが出ているのです。いま、定説としては「1ミリシーベルト浴びるとがん死が50%増える」と言われていますが、低線量被ばくはほとんど無視されているのが実情です。

政府などは「100ミリシーベルト以下ではがんのリスクはゼロみたいなものだ、世界中の偉い学者がそう言っている」と言っていますが、その根拠は、首相官邸のホームページにも出ていますが、国際的な合意に基づく科学的知見によれば「放射線による発がんリスクは100ミリシーベルト以下では起こらない」というものにすぎません。

また、広島と長崎の原爆に関わって寿命調査をやっているのですが、この調査によれば低線量ではがんが出なかったとしています。しかし、この調査にはいろいろな問題があります。そもそも、この調査でがんが増えることが分かるまで40～50年かかっています。福島原発事故でも甲状腺がんが増えるかどうかは、今後40年、50年と、ずっと見ていかなければいけない問題です。

放射性物質による健康障害

放射性物質は目に見えるものではありません。そして、高熱が出るとか、お腹が痛いとか、脳卒中のように麻痺が出るとか、そういう異常が出れば皆さんもすごく心配するかもしれませんが、残念ながら被ばくに関しては低線量であれば、すぐには何の症状も出ない。でも、50年後には何か起きるかもしれないということを、ぜひ考えてほしいと思います。

スリーマイル島の事故から36年、チェルノブイリから29年、福島第一原発事故から4年が経っていますが、スリーマイル島では頭が2つの牛が生まれていたりする。花の中から茎が出るとか、巨大化したタンポポとか、こういう奇形が出ているのは事実で

す。福島の牛には白斑が出ています。鶏も白くなっています。何かの異常である可能性があります。

チェルノブイリの原発事故では、放射能汚染がそれほどひどくなかった首都ミンスクで小児甲状腺がんが多く発生しました。これは、食事が原因と考えられます。周辺から首都にどんどんと食料が入ってきて、内部被ばくをしたと考えられるわけです。

甲状腺がんは子どもの病気と思われるかもしれませんが、チェルノブイリ事故後、大人もかなり増えています。

1986年に事故があって、当時、0～4歳だった子どもたちが、事故後4～5年目からワッと増えています。福島の原発事故発生からもついに4年が経ちました。私たちは、福島の子どものたちや、線量の大きかった関東周辺の子どものたちについて、被ばくの症状が出ないかどうか、今後しっかり見ていく必要があると思います。

放射能による被害

私たちはまず、生殖細胞の被ばくを避けることが大事です。女子の場合は卵母細胞で、男子の場合は精子です。生殖細胞を守らないと、その次の世代でさまざまな病気が起こってしまいます。実際に、チェルノブイリで起きています。26年経ってから、小児がんが増えている。おばあさんが被ばくして、娘が事故後に産まれて、その孫に出ていると言われています。

福島の原発事故で放射性ヨウ素が放出されました。元京都大学原子炉実験所助教の小出裕章氏のデータによれば、セシウムは世界各国まで広がっている状況です。海にも広がっています。

原発事故の時、東京では通常の間線量は0.033マイクロシーベルト程度なのに対し、2011年3月15日は0.809マイクロシーベルトと、通常の間線量だったと言われています。最近では0.09で2.7倍程度。鹿児島は0.04と言われています。

放射性セシウムや放射性ヨウ素は、どのように体に取り込まれるか。セシウムはナトリウムやカリウム、水素と同じ同位体を示しているため、セシウムが体に入ると、体がナトリウムやカリウムと間違えて取り込んでしまう。ヨウ素の場合は塩素などと間違えて、ストロンチウムはカルシウムと間違えて取り込んでしまう。

放射性物質がどのように体に害を与えるかという
と、1つは直接障害。放射線がDNAを切ってしまう。
間接作用としては、放射性物質が水分子にぶつ
かり活性酸素を起こし、その活性酸素がDNAを変
化させる。このように2つのルートがあります。

ですから、まずは直接障害を防ぐ、放射性物質を
取り込まない生活をするのが大切です。間接作用
として、活性酸素を起こさないような生活をするこ
とも大切でしょう。

子どもたちを守るために

子どもたちを守るために、学校給食や外食も含め、
食材を考えてほしいと思います。放射能で汚染され
た地域でも、除染をしてセシウムなどが基準以下で
あれば出荷が可能ですが、ゼロではありません。食
べればやはり被ばくします。

海洋汚染も同様です。福島第一原発から汚染水が
毎日300トン流されていて、その外側にはサバやサ
ケ、サンマ、カツオなどが泳いでいるわけです。そ
れを私たちがいただくわけですが、本当に安心なの
かなと思います。

これは、鹿児島にいても同じです。海流はグルッ
と回って帰ってきていますから。鹿児島湾の養殖カ
ンパチからも放射性物質が検出されています。これ
は養殖で使う餌が汚染されていて、それを使ってい
た漁協があったからです。

放射性物質は、もしたった1回だけ1,000ベクレ
ルを取ったのであれば、700日くらいで消えていく
のですが、少ない量でも毎日続けて摂取していると、
体の中にどんどんたまってしまおうと言われていま
す。

宝塚市（兵庫県）では「子どもたちを守ろう」と
放射線測定をしています。ヨウ素、セシウム134、
137について測っています。

被ばく時代を生き抜こう

私たち大人は、地面にはたくさんの放射性物質が
あるのに、高さ1mのところまで測ってOKと言っ
ています。本当はこの線量計を下まで持ってきて、子
どもたちの遊ぶ環境が大丈夫かどうかのなにかにつ
いても見る必要があります。子どもたちを守るために、
学校給食の食材が本当に安全なのかを考える必要が

あります。

経済や政治は全く別の次元で動いていますが、私
たち医療従事者は「いのち」という観点で原発を考
えなければいけません。いのちとは何か、人間にと
って原爆とは何か、そして原発とは何か、そういう
ことを考えてほしいと思います。

神奈川県相模生協では甲状腺エコー検査を実施
しています。こういうことがあちこちで行われつつ
あります。

私個人でできることはたった100人を診察するこ
とくらいですが、皆さんは1つの大きな団体ですの
で、大きな団体としてこういう検査をやってほしい
と思います。

まず、放射線量をしっかり測ってほしい。土地、
空気、水、食材、すべてについて放射線量を測る。
 α (アルファ)線、 β (ベータ)線、 γ (ガンマ)線それ
ぞれについて、しっかり測ってほしい。それから、原
発事故によってどのような核種が出たのか、目を離
してはいけません。また、いまはプルトニウムやス
トロンチウム、原発を冷やした時に出るトリチウム
などについて全く考慮されていないという問題もあ
ります。

それから汚染地で暮らす人々、暮らさざるを得な
い人たちには、生活の保障として移住や保養の費用、
生活費の保障をすること、農林水産物は販売価格で
国に買い取ってもらう。影響や被害が分からないう
ちは食べさせない。そして生産者を守るために国が
買い取る、そういうことが大事だと思います。

放射性物質を取り込まないことに加え、免疫力を
強化する生活、食材を選び、運動をする、親子であ
ればしっかりスキンシップを取るといったことも大
切です。そして社会保障を強化する。甲状腺や心臓
の病気、放射線による病気は全身に及ぶものですか
ら、全身をしっかり検査していくことが重要です。

ぜひ、皆さんのような全国組織としても、1人で
も多くの健康を守るために活動していただければと
思います。

(編集部より：福島第一原発事故による被ばくの問題は専門家の
間でも議論が分かれており、本講演の内容が日本医労連の見解を
示すものではありません)

国民のための 医療・介護の実現 めざし運動を広げよう



かまくら 鎌倉
ゆきたか 幸孝

公益財団法人
日本医療総合研究所専務理事
第42回医療研組織委員会事務局長

国民生活を取り巻く情勢

全国から大勢の皆さんにお集まりいただきましてありがとうございます。ポイントを絞って基調報告をさせていただきます。最初に、国民生活を取り巻く情勢の特徴についていくつか取り上げてみたいと思います。

(1) いま、アベノミクスによる暮らしと経済の破壊が進んでいます。安倍首相は雇用が増えたことをアベノミクスの最大の「成果」としていますが、実態は非正規雇用の増加によるものだとする批判が相次いで出され説得力を持たなくなっています。総務省が発表した「労働力調査」によれば、昨年11月に非正規雇用が初めて2,000万人を越え2,012万人となりました。非正規雇用の割合は38%にも達しています。アベノミクスがもたらしたのは3人に1人が非正規雇用という異常な働かせぶりの広がりです。いうまでもなく非正規雇用の増大は所得の低下と消費

の落ち込みをもたらします。

(2) 内閣府の発表でも個人消費の動向については低所得者層での落ち込みが大きくなっており、その背景には高い非正規雇用率があることを指摘しています。同時に、実質所得が消費税の増税によって1兆円程度減少しています。こうした変化はそのまま貧困層の拡大と格差の広がりをもたらしています。年収200万円以下で働く「ワーキングプア」は8年連続で1,000万人に達しています。

(3) 安倍首相はさらに国民生活の破壊に追い打ちを掛け格差を拡大する動きに出ています。2015年度予算では、軍事費には史上最高の4兆9,801億円を計上する一方で、医療、介護、年金、生活保護など社会保障を軒並み削減し、社会保障予算全体も自然増を概算要求時から3,900億円も削るなど徹底した抑制策を盛り込んでいます。

(4) 日本でも話題の書、ピケティの「21世紀の資本」によれば、「資本主義社会では、放置しておく



と、貧富の差は拡大する」としています。日本はすでに先進国の中でも所得格差が大きく貧困率の高い国となっています。それにもかかわらず安倍政権は、雇用の規制緩和など格差をさらに広げる政策を進めており、政策を抜本的に転換させるたたかひが必要になっています。

(5) 次に、高い日本の子どもの貧困率です。日本の子どもの相対的貧困率は1990年代半ば頃から上昇傾向にあり、厚労省の調査では「子どもの貧困率」が、2012年に16.3%と過去最悪を更新しています。主要国のなかで日本は高い方から6位となっており、ヨーロッパの先進諸国より貧困率は高くなっています。所得格差が教育格差へとつながり、子どもの将来に大きな影響を与えることとなります。

(6) 東日本大震災、福島第一原発事故から4年を経過しましたが、政府の「創造的復興」は名ばかりで被災者の生活再建の遅れは深刻になっています。復興の遅れが顕著に表れているのが災害公営住宅建設の大幅な遅れです。復興を担う医療・介護職員や、自治体職員の不足も深刻です。福島では現在も12万人が避難生活を強いられるなか、原発関連死が増大し、被災3県では孤独死などの震災関連死が急増しています。いま被災地の復興に必要なのは再建できる住まいの確保と生活保障です。政府・自治体は、災害公営住宅の建設を優先し被災者の医療費減免の継続・復活や、高校生や青年の修学・進路保障をすべきです。

(7) 次に原発の即時廃止の課題です。安倍政権は原発を「重要なベースロード電源」と位置づけ「原子力発電所の再稼働を進める」とし、10の電力会社・原発20基が審査申請をしています。九州電力・川

内原発が再稼働に向けた審査の「合格」第1号となっていますが、地元の薩摩川内市民の圧倒的多数が再稼働に反対し運動が進められる中で再稼働を阻止しています。原発の即時廃止を求める運動は全国で広がっています。

(8) 次にTPPです。TPP交渉には2013年7月に日本が正式に参加し、12カ国、21分野で交渉が行われていますが、国内はもとより国際的にも反対運動が大きくなっている中で日米間の協議は難航し交渉妥結の見通しは立っていません。TPP交渉の危険性は、交渉内容を国民にも国会にも一切知らせない秘密交渉であること、日本を丸ごとアメリカに売り渡すことにつながることで、TPPの本質は、関税問題だけでなく貿易の妨げになる各国の制度を取り払い多国籍企業が自由に活動できるようにすることです。医療や福祉、教育の分野にも外国企業の参入が可能になります。国民がもっとも充実を望んでいる医療・福祉、社会保障の分野が金儲けの対象となれば、儲け本位の医療や介護がすすめられ、不採算な部門の切り捨てや儲けの少ない地域からの撤退など地域医療・介護の崩壊をさらに悪化させる事態になりかねません。TPP交渉から一日も早く撤退すべきです。

労働者をめぐる情勢

(1) 労働法制の改悪では、労働者派遣法の改悪を巡って今国会での成立が狙われています。現行の労働者派遣法は、専門的な26業種について期間を制限しない派遣労働者の受け入れを認め、それ以外の業種については原則1年、最長3年の期間制限を定めています。通算3年を過ぎたら派遣労働者に直接雇用を申し込むよう派遣先企業に義務付けがされています。違反した場合には派遣労働者を正社員として雇用したとみなすという制度が10月1日からスタートします。ところが今回の法案は、業種の指定も期間の制限も事実上なくし、派遣先の企業が労働組合の意見を聞くだけで派遣労働者を入れ替えたり、部署を移したりしながらいつまでも使い続けることができるようになります。派遣労働への規制を文字通り根幹から破壊する大改悪です。安倍政権が進める「雇用改革」をやめさせ、派遣労働者の権利保護と

直接雇用原則を確立させるたかいを強めることが必要です。

(2) また、安倍政権は今国会へ向け「残業代ゼロ」制度など、労働時間法制の大改悪を提出しています。「残業代ゼロ」制度は、労働時間の長さや賃金のリンクが切り離され「成果が上がらなければ、どれだけでも働き続けなければならない」制度です。対象者は「年収1,000万円以上」の高い職業能力を持つ労働者としていますが、いったん制度が導入されれば年収要件の緩和や対象範囲の拡大が狙われることは必至です。「残業代ゼロ」阻止に向けて、幅広い労働者の団結した運動が求められています。

(3) 労働者の賃金の減少は深刻です。厚労省の毎勤統計でも、実質賃金指数は22カ月連続でマイナスを記録しています。消費税増税と実質賃金のマイナスは日本経済に深刻な打撃を与えています。経済の停滞はアベノミクスがもたらした結果に他なりません。

社会保障をめぐる情勢

伊藤周平先生の講演で詳しく触れていただきましたので、割愛します。

医療・介護・福祉労働者をめぐる状況

(1) 「医療介護総合法」の中で、都道府県の努力義務として「勤務環境改善支援センター」の設置が図られました。厚労省の調査によれば、2014年度までに設置されたのは26都道府県に止まっています。また、2015年度中の設置を予定しているのは15県で、設置時期の未定が6県もあります。早期に全ての都道府県に支援センターを設置させること、そして支援センターの機能が真に医療・介護・福祉従事者の確保と勤務環境改善につながるものになるよう働きかけを強めることが必要です。

(2) 医師の過酷な労働実態です。全国医師ユニオンの「勤務医労働実態調査2012」によれば、この2年間に業務量が「増えた」が44%、「減った」が17

%で、この傾向は全ての地域と診療科で同じ結果となっています。週労働時間は全体平均で54.5時間ですが、救急では60時間を超えています。また、当直を担う勤務医の8割は32時間連続勤務を行っています。83%が「医師不足」を感じており、「医師養成数を増やすべき」は61%となっています。調査結果から、「いまだに多くの医療機関で労基法は無視され、勤務医に対する適切な労務管理が行われずに当直問題を主要とする長時間労働問題はほとんど解決していない」と分析・指摘がされています。

(3) 看護職員の夜勤実態です。日本医労連の「2014年度夜勤実態調査」結果では「2交替病棟」の割合が前年より増加し、30%となっています。「16時間以上」の長時間夜勤は「2交替病棟」の53.1%で実施され、看護職員数割合で見ると49.8%と減少傾向が見られますが、依然として5割を超える病棟で16時間以上の長時間夜勤となっています。勤務と勤務の間の時間が極端に短い「8時間未満」が54.0%と5割を超えています。夜勤回数を見ると、3交替制で「月9日以上」は23.9%、2交替制で「月4.5回以上」は31.0%となっており、看護師確保法・基本指針にある「月8日以内」を超える夜勤回数の割合は依然として改善が進んでいません。

(4) 厚労省は次期の看護師需給見通し期間を2016~17年の2年間とし、18年以降の需給見通し期間について、都道府県の次期「医療計画」期間に合わせる形で6年間の策定とする方針も決めました。看護師不足状態が続いているなかで、今後需給見通しが地域の病床必要量などをまとめる「地域医療構想」による医療需要の結果なども反映される見通しとなっており警戒が必要です。

(5) 日本医労連は、厚労省が進める「看護職員需給見通し」と、2025年をメドとする「医療提供体制改革」に対して、現在の職場実態を反映した看護職員の必要数を試算し必要となる看護体制を提起しています。病棟に必要な人数は210万人で、外来36万5,000人、訪問14万4,000人、介護保険関係、学校養成所、保健所など23万7,700人+ α 、全体で約300万人、現状の約2倍の看護体制が必要であると提言しています。

(6) 介護労働者の賃金ですが、厚労省の「2011年賃金構造基本調査」によれば産業全体の現金給与額は32万3,800円となっており、これに対して介護労働者は23万9,500円と9万円近い格差があります。依然として介護労働者の賃金は他産業と比べて著しく低く、このことが高い離職率を招く要因となっています。

(7) 日本医労連が行った「2014年介護施設夜勤実態調査」では、夜勤形態でみると2交替夜勤が86.8%と圧倒的で、その内およそ7割が16時間以上勤務となっています。3交替制の勤務形態をとっている施設はわずか12.3%です。夜勤回数でみると2交替では、特養が4.4回、老健3.9回、グループホーム(GH) 4.6回、短期入所4.2回となっています。特にGHでは3交替・2交替ともに夜勤日数・回数が多くなっています。介護分野においても、看護師確保法・指針によって国が示した基準「複数・月8日以内(2交替換算で月4回以内)」に収まるよう運動を強めることが重要です。

(8) 今国会では、「外国人技能実習制度の見直し法案」が審議され、対象職種に介護職が追加されています。厚労省は介護職員について毎年約7万人を確保し、2025年には100万人を確保する必要があると推計していますが、人材不足は約30万人にも上るとしています。こうした中で、外国人の実習生が低賃金の労働力として使われ介護職全体の引き下げに繋がる懸念されます。

「海外で戦争する国」づくりを許さない

(1) 安倍政権は集団的自衛権の行使を認める一連の法案を今国会に提出しました。日本を「戦争する国」に変える法案は、許されません。今回の「平和安全法制整備法」は、自衛隊が「いつでも、どこでも、切れ目無く」他国の戦争に介入し、武力を行使できるようにするものであり、「戦争法案」と言わざるを得ません。11の関連法案を一括した、わかりにくい法案です。

第1に、アメリカによるアフガンやイラクでの戦争のような場合に、「武力行使や戦闘地域での行動はできない」とする歯止めをはずし、自衛隊を参加

可能にします。

第2に「武力行使の新3要件」により、我が国の存立が脅かされたら、日本が攻撃されていなくても武力行使ができ、国連の、集団安全保障の武力行使も、できるようになります。

第3に、日常的に米軍と共同で、アジア太平洋地域の警戒監視をできるようにし、そうした共同監視や訓練時に、米軍の艦船等が攻撃された場合には、自衛隊も応戦できるようにすることです。

そもそも自衛隊は違憲ですが、創立以来60年、海外の戦争に参加することはできず、一人も殺さず、一人として殺されませんでした。この日本のあり方を否定し、日本を「戦争する国」に変えるものです。まさに、憲法9条の解釈改憲であり、許されません。

(2) 国民の批判と怒り、「安倍やめよ」の声は全国で高まっています。朝日新聞が行った全国世論調査では、戦争法案をいまの国会で成立させる必要性について、「必要ない」が60%で、「必要がある」の23%を大きく上回っています。衆議院の憲法審査会では、与党の自民・公明が推薦した憲法学者まで、「違憲」であると表明するありさまです。違憲の法律を成立させることは許されません。

(3) 昨年^{おなが}の沖縄県知事選挙では翁長知事が誕生し、総選挙では、「辺野古に新しい基地は造らせない」候補者全員が勝利しました。この勝利は保守・革新を超えて団結した「オール沖縄」の歴史的勝利であり「基地のない沖縄」への第一歩となるものです。同時に、安倍内閣に対する明確な審判といえるものです。

しかし、安倍自公政権は県民の意思を乱暴に蹂躪し辺野古へ新基地を強引に建設しようとしています。沖縄県民は文字通り“島ぐるみ”で反対しています。新基地建設を絶対に許してはなりません。

本集会の特徴について

(1) 今回初めて、鹿児島で全国集会を引き受けていただきました。今回の集会においても、地元・鹿児島において現地実行委員会を結成していただき、協賛団体として関わっていただきながら準備を進めてきました。いま鹿児島では、川内原発の再稼働を阻止するための運動が大きく広がっており、九州電力

が8月の再稼働をめざすなかで、6月7日には福岡で1万5,000人が集まり過去最大規模のデモ行進が実施されているところです。こうした緊迫した情勢のもとで鹿児島の関係者の皆さんには多大なご協力をいただきました。誠にありがとうございます。

(2) 1日目の全体集会では、伊藤周平先生の講演と、青山浩一医師による特別報告をいただきます。2日目は分科会となります。昨年に引き続き全体で17の分科会を設定するとともに動く分科会も設定し、合わせて18の分科会でレポート報告と討論・交流が行われます。また、2日目午後には「市民フォーラム」も組み入れました。全国各地から参加いただいた皆さんと地元住民の皆さんとともに創り上げる医療研究全国集会をめざすものです。

医療研究運動を進めるポイント

医療研運動を進めるポイントは、

- ① 日常の仕事を通じて認識している、日本の医療や福祉の仕組みと問題点を語り合い、お互いに問題意識を共有することです。視点は、患者さんや利用者の皆さん、地域住民の皆さんはもちろんのこと、労働者も一緒に、いのちや暮らし、基本的人権が守られているかどうかです。
- ② 制度の問題点をしっかりと把握し、みんなで改善の方策を議論しましょう。
- ③ 仕事の中で実践している「医療改善」や「介護改善」の取り組みを交流し、全国に広げていきましょう。
- ④ 医療研運動は継続が大事です。持続的に発信し続けることが、職場や地域での討論をすすめる際のポイントとなります。

国民の生活権・生存権を守る運動を

第42回医療研究全国集会 in 鹿児島は、社会保障制度改革が本格的に動き出した中での開催となり、「国民のための医療・介護の実現」をメインスローガンに掲げて開催することは、極めて重要な意味を持ちます。

安倍政権が進める経済成長のねらいは、企業の利



益拡大のための医療や介護にあることから、それと対峙して、国民のための医療・介護、社会保障としての医療・介護のあり方を明らかにすることは、いま進められている制度改革に対する、最も有効な取り組みとなります。権利としての医療や介護、社会保障としての医療・介護のあり方を、説得力ある内容で明らかにして、国民に提起していくことに大きな意義があります。

公益財団法人日本医療総合研究所に設置されている「国民医療の再定義に関する研究部会」では、いま、あらためて“国民医療とは何か”を問い直し、国民医療を巡る今日の状況を踏まえてその内容を明らかにし、再定義することになっています。本集会に向けて別紙にある骨子を提起していただきました。ご意見等をお寄せいただければと思います。

いま議論になっているのは、医療提供体制、医療・介護保険制度、医薬品、医療機器や専門職の業務のあり方、介護のあり方、看護のあり方など、社会保障に関わる全ての領域が検討対象となっているのです。

こうしたなかで、医療を総合的に議論することは極めて重要です。医療研究全国集会は、医療・介護・福祉のあり方を総合的に議論する、全国唯一の研究集会といえるものです。この集会で総論と各論をきちんと結びつけて、個々の領域でも具体的なあり方を提起していくことが極めて重要になっています。その力を私たちは持っています。

医療・介護・福祉労働者の労働条件の改善と、国民のための医療・介護・福祉の実現は一体不可分であることを積極的に示していく必要があります。今後進む高齢化社会の中で、医療・介護・福祉労働者の持続的な確保は、国民の生活権・生存権を守るための死活問題となります。そのことの意味と重要性をきちんと提起する場にしていきましょう。

医療と福祉の現状をふまえ、 社会のあり方を考える

～すべての地域で保障される生存権の保障をめざして～

第1分科会

①地域医療を守り充実させる地域住民との対話と共同の運動の経験と実践、②貧困が拡大する中での生存権、受療権を守る取り組み、③被災者健診の取り組みと教訓、等を柱に報告と討論を行った。さまざまな現場から生存権が脅かされている現状を告発し、それらを跳ね返している実践も踏まえ、今後の課題と運動の方向性を確認した。



運営委員

松本隆浩（京都医労連）

若藤美鈴（愛媛県医労連）

永島達哉（千葉県医労連）

助言者

長友薫輝（三重短期大学生生活科学科教授）

参加者

41人

地方から声をあげる仕組みづくりを

冒頭、助言者から「生存権とは『生活保護』に矮小化されるものではない。社会保険は、そもそも助け合いではないが、政策上は『助け合い』に変質させようとしている。それが『総合法』の中身になっている。そして、その『総合法』の中身が国民に知られていない、知らされていないことが問題。昨今、皇室報道などが盛んだが、社会保障の改悪はこうした報道の裏で進められるというのが常道。①公的医療保険による皆保険体制、②医療の提供体制の一体的改悪という重大な内容であることを国民に広く知らせていく必要がある。医療費適正化計画などは、お金を都道府県に握らせて、地方をコントロールするやり方。受診抑制が進行することは明らか。地方

から『無理だ』との声をあげていく仕組みを作っていくことが必要。また、厚生労働省を後押しするような運動も必要になっている」との情勢報告と問題提起がされました。

地域医療を守る運動と住民参加

地域医療を守り発展させる取り組みとして「生駒市立病院を守る運動と市民参加」「佐久地域医療懇話会の取り組み」「都立病院を守る地域住民運動」が報告されました。

生駒市民病院は、2015年6月1日に、指定管理者制度とはいえ市民病院として新築・開院しました。ここまでに至るには、市民運動が大きな役割を果たしたことが報告されました。しかし一方で、市民運動の役員の口からは、労働組合の「ろ」の字も出ず、

労働組合がうまく運動にかめていなかった現状も伺え、市民運動はさまざまな癖があるので、労働組合運動をバックに個人がどう参加していくのが課題ではないかとの報告もされました。

このレポートを受け「京都では労働組合を中心に、公的病院・地域医療を守れと数万枚のビラをまき、署名運動も展開した。しかし、病院新設後には、議論を重ねて『市民運動を前面に』との方針転換をした」「愛媛では、継続して市民運動の中に労働組合も参加し、年4回程度の幹事会を開催してきた。そうした中で、会長の元保守系議員からは『労働組合が参加していたからこそ会が維持できた』との評価を受けた」などの経験も交流されました。

公的病院をめぐるのは、『新公立病院改革ガイドライン』の中で、「公的病院が命令に従わない場合には管理者を変更することができる」と明記され、総務省の室長が「2025年までにベッドを減らさなければとんでもないことになる」と檄^{げき}を飛ばしていることも報告され、「窓口が開いているところに、市民とともにどう刺さっていくのか知恵を絞っていく必要がある」と提起されました。

助言者からも「医療は、地域と自治体によって規定される。自治体が門戸を開いている部分にどう入り込んで提案していくのが重要になっている。地域医療構想については使える部分が多くある。ボトムアップの方向性での運動が重要になっている」との考え方が示されました。

被災者健診から見えてきたこと

岡山協立病院からは、福島原発事故被災者に対する健診を実施してきた経験と、今後の課題などについて報告がありました。

被災者に対する健診は実施例が少なく、手探り状態での開始となりましたが「取り組みの紹介を通じて支援の必要性の認識を深め支援の拡大と充実につなげる。今後どのような支援が求められているかを把握し、被災者が安心して生活するために当院が果たす役割について検討する」との目的を明確にしながら、被災者に寄り添い継続してきた貴重な実践が語られました、

参加者からは「必要性を感じ、取り組まなければとの話が出るが実行できてこなかった。あらためて、職場に帰って実践に向けて動き出したい」等の積極

的な感想が聞かれました。

広がる格差と貧困の下で

格差と貧困が広がる深刻な状況の下で、医療・介護、福祉の現場ではどんなことが起きているのか、その実態と対応、取り組みが報告されました。レポートは、「アンケート調査を通じて、無料低額診療事業の利用者拡大の方策を探る」「生活保護からの自立、子どもの貧困の連鎖について考える」の2本が出されました。

無料低額診療事業の取り組みでは、事業に取り組むことで地域住民の健康を守るための社会資源として重要な役割を果たしてきたことに確信を持ちながら、さらに制度利用者を拡大すること、地域で制度の周知を徹底することが今後の課題だと報告されました。生活保護については、相談援助業務の中で生活保護受給世帯の子どもが成人してからも生活保護から抜け出せないケースについて悩み、生活保護の運用の問題点と改善案が提起されました。

会場からは「社会保障・制度が改悪されていく中で、ソーシャルワーカーの果たすべき役割が大きくなってきている。労働、子どもの問題すべてが社会保障。労働組合がこうした問題にかかわっていくことも重要になっている」「和歌山の差し押さえ問題が話題になっている。県庁内に債権回収機構を設置し、徴収を強化している。国保が都道府県に移行し、都道府県が方針を決めることになってきている。ますます現在起こっている問題が重大化するのではないか」「札幌では、短期保険証を自宅に送らずに、窓口にとりに来させている。社保協として『郵送ストップは止める』と運動し減少傾向にはなっている。口座に3,000円しかない市民から、数百円残して差引いた事例も起きている。つながりのある市職員の話では、市役所に出勤する前に銀行に寄って、差し押さえの手続きをしてから出勤するような状態で『辛い』と漏らしている」等、リアルな実態も含めて、やはり現状はおかしいとの声が出されました。

助言者からは「ソーシャルワーカーの仕事は基本的に何でもやる。しかし、制度上制約がかかっている。相談業務にもっと光を当てる必要がある。何でもやるという仕事の本質を政策に反映させていくという点がソーシャルワーカー業界として弱いのも現状。政策に反映させていくために声をあげ、働きか

けをしていくことが大切」 「今の政策の方向性からは、都道府県などによるコントロールが強化されていく。そして、現場ではさまざまな我慢が強いられてきている。これがさらに進行すれば「辞めたい」というバーンアウトにつながる危険性がある。これを避けるためには、地域からの反撃、ボトムアップの反撃が重要になっている」との提起がありました。

新しい運動との一致点を探る

最後に助言者から「これからの行動のポイントは、これまでの社会保障の運動は公的責任を求めるといったものだったが、これからは、公的責任の下に実現するまで求めるといことと、自治体と一緒に実現していくという実感を共有することが重要ではないかと思う。社会保障の運動は市民活動、NPO等とのつながりも重要で、新しい運動との一致点を探ることも必要になっている。来年は、そうした運動に一步踏み出した報告が聞けると、次の運動につながるのではないかと。また、地域に出る意義を共有することも必要になっている。シンポジウム等の形態があるが、そうした時に『防災』を前面に出すと自治体を引っ張り出せることが多い。あわせて、研究者も活用してもらいたい。その際には、データや実態を与えることが必要になる」 「2月のワシントンDCへの調査で痛感したのは、日本ではロビー活動が絶対的に足りないということ。対政府だけではなく、地方自治体・議会、自治会、町内会等にも必要だ。そして、地域を作っていくという場合『権利擁護』を大切にすることが重要になる。議員からのルートを活用すること、条例づくりに力点を置く等、戦略も必要ではないか」 「今後は、必ず看取りの話が出てくる。看取り難民も膨大に出てくる。看取りをする家族、さらにはそれを支える人を支えないと改善しない。自治体病院が調整弁として使われる可能性が大きい。この点の運動強化も重要になっていく」との助言と提起を受けました。

参加者の感想（分科会アンケートから）

◆地域医療構想は労働組合の課題。入口は2次医療圏だが、一方で2次医療圏の見直しも強要されている。2次医療圏の見直しなどがすすむと、地域医療そのものが大きく悪化することになる。地方

から運動することが重要。

- ◆初めての参加。すべてに共通していたのは住民運動・地域運動を盛り上げていくことの重要性だったと思う。
- ◆現場の大きな困難は、転院先探し。しかしそのうち「受けてくれるなら何処でも良くなる」。このままではバーンアウトしてしまうのではないかと。政府のやり方は現場労働者のやりがいを奪う。労働組合として現場の実態から告発していくことが必要。
- ◆労働組合が地域の医療構想に地域ぐるみ・住民ぐるみでかかわっていくことの重要性を痛感した。住民とともにというのがキーワードになるのではないかと。
- ◆貧困の連鎖の問題は深刻であることを改めて感じた。地域労連でも区役所の敷地内で相談活動をしている。自分自身の相談より子どもの相談が多い。社会保障の充実がまさに必要。まさに社保闘争は平和のたたかいと痛感した。

レポート（8本）

- 生駒市立病院・新築での市民参加の関わりについて
春山一男（岩手県医療局労働組合）
- アンケート調査を通じて、無料低額診療事業の利用者拡大の方策を探る
杉原和人（道北勤医協労働組合 道北一条クリニック）
- 国保一部負担金減免制度——不服審査請求にて市決定を覆した事例からソーシャルワーカーの役割を考える
田村優実（北海道勤医協労働組合合勤医協ケアプランセンター あゆみ）
- 生活保護からの自立——子どもの貧困の連鎖について考える
黒岡有子（石川民医連労働組合 城北クリニック・介護相談センターふれあい）
- 地域医療の充実をめざして——佐久地域医療懇談会の取り組みについて
鷹野邦一（長野県厚生連労働組合執行委員長）
- 日本医労連関西ブロック「神戸産業都市視察会」報告
松本隆浩（日本医労連関西地方協 京都医療労働組合連合会）
- 被災者健診の取り組みを振り返って
藤原広志（岡山医療生活協同組合 岡山協立病院）
- 首都直下型地震と災害医療シンポジウムの報告——都立病院を守る運動から都民の命を守る地域住民運動へ
柳 林子（東京・多摩メディカルキャンパスを良くする会）

救急医療から見た地域包括ケア

～地域社会で生活を支える在宅系事業
(訪問診療・看護・リハビリ)の展開と救急医療～

第2分科会

「住まいを基礎とした地域包括ケアシステム」の確立のために、「救急医療」と「地域包括ケア」を同時に議論する視点から分科会を進めた。国が進めるシステムではなく、患者さんが願う「住み慣れた家で家族とともに」を実現するために、率直な意見交換をした。参加者からは、どう取り組むべきか、課題と展望が語られた。



運営委員

高橋美明 (東京の保健・衛生・医療の充実を求める連絡会)

川辺淳二 (山口県医労連)

茂原宗一 (長野県厚生連労組)

助言者

高松道生 (JA長野厚生連 鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院・医師)

参加者

18人

10～20年後を見据えた取り組みを

最初に、運営委員から「問題提起」を行い、その後、恒例となっている助言者・高松道生先生から「基調報告」をして頂き、参加者で学習しました。その後、参加者からの事前アンケートに基づくポイントをおさえながら、レポート報告をまじえて討論しました。

「問題提起」では、①厚生労働省が、高齢化のピーク2025年をめざし「住まい」を中心に医療・介護・予防・生活支援を中学校区単位に整備する地域包括ケアシステムを整備する方向性が示されていること、②しかし、現状は病院と連携した訪問(在宅)診療や訪問看護の状況が、全国的に初期整備の段階であり、多くの地域で取り組みが課題となっている

こと、③私たちがめざすものとして、10年後～20年後を見据えて、地域住民が医療・介護に主体的に関わり、病院・診療所や介護事業者との間に地域ネットワークを確立することをめざすこと——以上を提起して始まりました。

高松道生先生による基調報告「救急医療から見た地域包括ケア」の要旨は以下の通りです。

救急医療は連携、そして統合

救急医療は急性期—亜急性期—療養・介護期連携を基礎として初めて機能する。経営基盤の異なる医療機関相互の連携は、利害調整という困難な課題の解決を前提にしており、その実現には多大の努力を必要とする。

一歩先を見れば、「統合」という手法で医療機関

相互の利害を解決してネットワークを作り上げる考え方があるが、「人口の波」(団塊の世代が全て後期高齢者となる2025年を代表とする、高齢者人口の増加と子ども人口の減少)を乗り切るにはこの「統合」という手法を用いることも現実的には考えられる。

訪問診療、(緊急)往診は 地域包括ケアの中における救急医療

「救急医療」は地域包括ケアシステムの一部であり、かつ重要な機能である。住まいを基礎としたシステムの中で、住まいに向く医療の重要性が認識されつつあるが、救急医療の分野においては「住まいに向く」という考え方が議論されていると言いはない。医療機関で救急搬送を待つだけでなく、住まいに向く事が「もう一つの救急医療」であるという認識が重要である。

看取り医のチーム化

訪問診療に取り組む上で重要な課題が「看取り」への対応である。この事は看取りに関する医療的問題もさることながら、24時間体制で看取りに対応する物理的条件の困難さがその普及を妨げている。看取り体制の不充分さが「不要な救急搬送」につながり、「住み慣れた家で家族とともに最期を迎えたい」という住民の切なる願いの実現を阻んでいる。この問題の解決のためには、「訪問診療医のチーム化、ネットワーク化」が必要であり、患者—主治医関係を越えた地域社会における「看取りセンター」の創設に取り組んでいく必要がある。

参加者からも多くの問題意識

参加者の関心としては、①「地域包括ケア病棟」の活用のメリット・デメリットは何か、②特養などの介護施設や在宅で「救急車を使うほどではないが、救急車を利用する」という現状があることについて、③認知症と精神疾患を伴った患者さん・利用者への対応においてどのような連携が必要か、④看護基準「7対1」の確保による病院経営や賃金労働条件への影響をどのように考えるか、⑤災害時の緊急招集における義務的強制性と自己防衛の関係について——などが出されました。

地域包括ケアに必要な条件を再確認

参加者の問題意識を確認してから、レポート報告に移りました。レポート報告は3本でした。

①「『地域医療構想』に基づく医療圏ごとの医療再編のゆくえ」と題して、都民医療の確保と都立病院を守る運動・地域での共同した取り組みを報告していただきました。

2001年に石原都知事が発表した「都立病院改革マスタープラン」により都立病院が次々に廃止、統合が進められた。その結果、16都立病院が8病院となった。このたたかいの中で、当該病院の労組の呼びかけにより、地域の労組や各団体の協力で「準備会」が全病院で発足し、活動が始まった。同時に、「東京の保健・衛生・医療の充実を求める連絡会」を立ち上げ、共闘を進めている。

東京都の「病床機能報告」は、高度急性期病床・約3万床、急性期4.1万床、回復期6,900床、慢性期約2万床(2014年10月病床機能報告実施報告95%の施設から回答:都福祉局)が報告された。一方、都立病院でありながら、高度急性期病床を運用し、1日入院医療費の平均は6万円程度(一般科)となり、さらにPFI事業で改修した病院の有料の特別室料の病床割合が25%(以前は10%)の病院ができ、「急な患者の入院は高額な個室を勧められる」という状況がある。

②「地域での防災対策を通じての人のつながり」と題して、長野県神城断層地震かみしろの経験について報告を受けました。

2014年11月22日に長野県北部、白馬村を震源として発生したマグニチュード6.7、最大震度6弱を観測した地震。道路の寸断、建物の崩壊など多くの被害が出たが、1人の犠牲者も出なかった。報道では「白馬の奇跡」と称賛された。

特徴は、震災直後の救助活動に地域コミュニティの力が発揮され、住民同士の日頃からの交流と連携が自治体として構築されていた例であった。震源地の近くにある「JA長野厚生連 北アルプス医療センター・白馬診療所」では、住民と連携し、被災された方への援助や災害時の二次被害で多く発生する、心身の健康被害に継続して対応した内容が報告された。病院・診療所が、普段からさまざまな形で

地域との交流を持ち、住民のいのちと安全を守るための連携の必要性を再確認した。

③「亡くなる直前までデイケアに通えた症例」と題して、地域・在宅で亡くなるための条件について報告していただきました。

89歳の男性で前立腺がんを患い、息子夫婦と3人暮らし。自営業の息子の仕事を手伝いたいと、デイケアに通いながら在宅を継続した事例。この経験から、地域・在宅で亡くなるための条件や環境を労組・病院スタッフが十分に理解し、社会や地域・利用者さん本人・家族に発信していく必要性を実感した。そのために、自分たちの言葉で「在宅で亡くなる」ということはどういうことなのか、そのために、元気なうちに「どういうエンディングを迎えたいのか」「それまでどう生きたいのか」を十分に聞き出し情報として共有し、必要な機関との連携および家族との連携が不可欠であることを学んだ。

救急医療と地域包括ケアシステムの関係を改めて考える必要性

討論では、参加者から自らの病院における地域包括ケアへの対応状況が報告されました。急性期病床から地域包括ケア病床、そして医療療養病床まで、それぞれの病院内での「包括ケアシステム」づくりが進んでいる一方で、地域医療の観点で「地域包括ケアシステム」の構築は大きく遅れている実態が明らかになりました。参加者からは、改めて「地域連携のあり方」や人が暮らす地域との関わりとして「地域包括ケアシステム」を考える必要性が強調されました。

高松先生からは、医師の地域医療への関わり方が問われていることに関して、2017年からスタートする「総合診療専門医」について、教育制度も変わる可能性があり一定の期待がもてること。（※厚生労働省が研修を受けて試験を通れば「総合診療専門医」と認定。また「総合診療科」を内科・外科などと並ぶ基本の診療科の一つと位置づける。総合診療医は、風邪から高血圧症などの慢性疾患や軽いケガまでの病気の診療を担当し、生活状況も含め患者さんを総合的にみる医師を指す。大病院の勤務医より、中小病院や診療所の医師が想定されている）

また、在宅医療を維持し、「看取り」までつなげ



るには、多面的な支援が必要で、地域での連携の改革が求められること。そのために、①救急医療機関同士の連携が大切、②「どう生活を支えるか」という生活全体を保障することが大切であり、救急医療は「地域包括ケア」の一部であること、③在宅医療に関わる医師を増やす政策が必要で、関わる医師をチーム化することが求められる——と整理していただきました。

参加者からは、「救急医療」と「地域包括ケア」を同時に議論することはなかなか難しいが、そうした視点は大切にすべきである。在宅医と「かかりつけ医」の関係性をもっと深めたい。まずは院内の連携について話し合い、地域との話し合いや日常的な連携につなげていきたい。などの感想が出されました。

レポート（3本）

- 「地域医療構想」に基づく医療圏ごとの医療再編のゆくえ
高橋美明（東京の保健・衛生・医療の充実を求める連絡会）
- 地域での防災対策を通じての人のつながり
西尾孝一（長野県厚生連労組 あつみ支部）
- 亡くなる直前まで デイケアに通えた症例／地域・在宅で亡くなる条件とは
宮坂昌宏（長野・諏訪民医連労組、長野県）

【手引き】

- 「救急医療の手引き」2015年度医療研究集会 in 鹿児島（救急医療分科会版）
高松道生（JA長野厚生連 鹿教湯・三才山リハビリテーションセンター 鹿教湯病院）

保健予防活動を地域住民とともに

～健診、地域での健康づくりをすすめるために～

第3分科会

現在の疾患の多くは「生活習慣病」。しかし、「分かっちゃいるけど変えられない」と、なかなか実行が継続できないものです。楽しいことなら続けられる。自分の変化が分かり、認められると継続できる！ ①セーフティウォーキングのまとめ、②1班1健康づくり、③寺の檀家さん健康教室で足指力をアップ、④職場ダイエットダービーなどを中心に交流しました。



運営委員

古徳洋子（岡山医療生協労組 保健師）

大熊絹枝（新潟民医労 保健師）

工藤美恵子（埼玉医労連 看護師）

助言者

小林修平（人間総合科学大学人間科学部健康栄養学科・学科長）

参加者

18人

歩行寿命を延ばす取り組み

今回のテーマは、「分かっちゃいるけどやめられない」に対する、効果的動機付け、継続させるには何が必要なのかを学び交流することです。健康づくりレポートについては、今回のレポート・実技は、歩行寿命を延ばす取り組みが中心でした。①セーフティウォーキングのまとめ、②1班1健康づくり、③寺の檀家さん健康教室で足指力をアップ、④職場ダイエットダービー。実技は、①簡単姿勢バランスチェック、②足裏マッサージと足指力測定。健診から糖尿病未治療者分析、ゴミ屋敷からの脱却などから行動変容の動機付け、支援について検討しました。他にフィットネスクラブのネットワーク作りの報告もありました。

三途の川を自分の足で歩いて渡ろう！

「セーフティウォーキング教室1年のまとめ」は、歩行寿命を延ばすための“負担の少ない歩き方＝セーフティウォーキング”を指導し、筋力・柔軟性・バランス能力の向上を図る教室を行い、1年間調査しました。その結果、身体能力が向上し、ロコモ25でも改善がみられましたが、歩行調査では改善がみられませんでした。今後は点数だけでなく姿勢改善・歩行速度も評価に反映し、意欲を高めたいとのまとめでした。3カ月ごとに計測・運動指導を行い、参加者自身が自己評価できる・筋力アップを実感できたことが継続につながったと感じています。

健康教室など参加者の約8割は女性です。男性へのアプローチでは、機械を使ったもの、競争するも

のやゲートボール・グランドゴルフは男性が多い傾向にあります。また、教室も「男前ダンベル教室」など、つい参加したくなるような工夫も大切など、男性対策も話し合いました。興味を持ちやすいもの（好きなことは継続できる）から入ることが基本。

「1班1健康づくり」は鹿児島医療生協の取り組みで、1班で1つの健康づくり目標を決め実践するというものです。班で相談して目標を決めて実践します。班で行うことにより、家族や地域の健康づくりが進みます。健康チェックなども、班でワイワイとやっていて、職員はたまに行く程度でした。

「お寺で檀家さん健康教室」は、お寺から頼まれた健康教室で、足指力測定と簡単な体操指導を行い、半年後に大きく改善しました。参加者も15、6人から30人以上に増えました。自分の結果がはっきり分かることが強い動機付けになりました。

改善のための行動としては、皆でワイワイと行えて簡単にできるもの＝楽しいこと・気持ちいいことは続けられる。また、足指力が低い人は足が汚かったのですが、半年後には軒並みきれいになりました。日頃から足を見る・さわる習慣ができたためと思われる。この健康づくり活動は羽生市に評価され、市から補助金が出たとのことでした。

楽しいことは「行動」を変える

「職場の減量作戦＝ダイエットダービー」。方法は、開始した午年に合わせ、参加者が馬名を決め、参加時点からどれだけ体重が増減するかを毎日パソコン入力するというものです。他人の結果を見て、さらに奮起し、最大18kgの減量を実現、オーダーズを作り、見せびらかしている（鏡を見る回数が増えたそうです）という人も。運動を追加するために高級自転車を購入した人や、職場が異動になっても参加している人など、楽しく取り組んでいる様子が報告されました。

ネーミングに遊び心を入れ、体重を公表したくない乙女心を汲み取り、気軽に参加できる方法を取る、職場という環境で入力のない人にすぐ声かけができる。頑張った結果が公表され、評価される事が、成功の要因でしょうか。会場からも「ぜひ自分の職場でも行いたい」など共感を呼びました。ダイエットして、来年参加してくれるでしょうか？

その人の生き方を知りながら方向を探ることが動機付けに

「ゴミ屋敷からの脱出」では、2事例が報告されました。ゴミ屋敷は精神疾患の人に多いです。お弁当の空が積もり積もって足の踏み場もない、救急隊員も入るのに苦勞する状態から、どうしたいのかについて話し合いを重ね、片付いた場合のメリットなどを話しながら、計画し、片付け作戦を行い、ゴミ収集車6台分も捨てました。

片付けば友達や身内も来てくれます。運動や居住のスペースが確保され、ADL（日常生活動作）が改善し、気分的にも快適になります。「もう汚したくない」という気持ちになり、3年間継続しています。

精神疾患や認知症の人には大きな精神的波があり、低下している時は1カ月くらい動けないこともあります。その時は汚れますが、以前と同様までにはなりません。時期が来ると「片付けたい」という気持ちが出てきて、ヘルパーと片付けています。

「ゴミ屋敷だから強制的に片付けをする」ではなく、その人の生活を受け入れ、どうしたいのかを一緒に考えることが強い動機付けになります。褒められる、友達が来るといった嬉しい評価が効果的です。保健指導も同じで、その人の生き方を知りながら、方向を探っていくことが動機付けになります。

「健診から糖尿病未治療者分析」では、職場健診は受けるものの治療まではできない経済的問題や、特に男性の運動意欲・習慣のなさなど、動機付けに苦勞していることが報告されました。健診受診時が最大のチャンスと、半日で結果を返し、指導を行い、予約へとつなげるようにしているとのことでした。

「楽しいことは行動を変え、継続できる」と言われます。「生活習慣を変えるという大仕事を、どのように楽しく継続できるように支援すればいいのか？」について議論が深まりました。

あなたの「動機付け」になれますか？

実技は、健康で歩くための土台づくり「足指力(下肢の力を測る)測定」と、足裏マッサージ前後の「姿勢バランスチェック」。参加者の中にも、筋力アップの大きな動機付けになった方もいたと思われます。



協働で地域全体の健康度を上げよう

メディカルフィットネスクラブが各地にでき、顧客の争奪状態があるなか、お互いに交流し、一緒に企画をするなかで地域全体の健康度を上げようと、ネットワーク作りを行っています。

健康づくりは、地域全体で行われるもの。多くの団体に声をかけ、多くの人と一緒に行動することは良いことです。また、小さな集団での活動も大切。障害者のスポーツ要求などにも応えて欲しいなどの意見も出され、さらに健康づくりの輪が広がってほしい、との結論になりました。

助言者である小林先生からは、発表も討論もとても楽しく有意義だった。世の中は、病気は予防が大事と言いながら、国はお金も出さない。予防活動は華々しさもなく、結果が出にくい。しかし、本当に大事なもの。人間はなかなか上手く行動変容できるものではない、生の現場の声を交流し学びあいながら経験を蓄積し、地道に周りの小さな1つ1つから行動しよう。そして、また交流して、自分も地域も元気にしていこう——とのまとめをいただきました。

参加者の感想（分科会アンケートから）

- ◆実際に身体を動かして学んだことや、現場で頑張っていることが聞いて良かった。
- ◆持ち帰って、すぐやってみたい、すぐに仕事に反映できそうなことがいっぱいあった。
- ◆病棟でも外来でも健診センターでも地域活動でも、共通しているのは、いかにその人に寄り添ってアプローチしていくかだと思う。月曜日からま

た頑張れる。

- ◆医療研は、どの発表も、そこでごがんばっている仲間の姿、地域の人たちの姿が見えてくる。毎回楽しみにしている。私のエネルギー源です。
- ◆職場が変わって、どうしていったらいいのか悩んでいましたが、結局医療で働くスタンスは同じ、今までやってきたことでいいと気づき、元気になりました。

レポート（9本、実技2含む）

- “ロコモティブシンドローム” 予防——岡山医療生協でのセーフティウォーキングでの取り組み報告
明関裕也（岡山医療生協労組 岡山共立病院管理栄養士）
- 新潟発！ チーム・メディカルフィットネス（TMF）の挑戦
古川理志（新潟民医労 メディカルフィットネス・ウオーム健康運動指導士）
- 簡単姿勢バランスチェック
古川理志（新潟民医労 メディカルフィットネス・ウオーム健康運動指導士）
- 1班1健康づくりの取り組みについて
片平のぞみ（鹿児島医療生活協同組合）
- 健診から見た未治療糖尿病の実態
河原純子（北海道勤医労中央病院支部健診センター）
- お寺で檀家さん健康教室
小林修平（人間総合科学大学人間科学部健康栄養学科 学科長）
- ゴミ屋敷からの脱却
工藤恵美子（埼玉医労連）
- 足裏マッサージ・足指力測定の紹介
大熊綱枝（新潟民医労 勤医協 組織部保健師）
- 職場の減量作戦＝ダイエットダービー
古徳洋子（岡山医療生協労組 組織部保健師）

看護ケアの質

～専門性を高める～

第4分科会

レポートを中心に、日々の取り組みについての報告がなされ、意見交換が行われた。分科会の最後には「特定看護師制度」について講義があり、看護ケアとは何か、看護の専門性とは何かということについて、意見交換しながら学びあった。



運営委員

原 修治 (元松江生協病院)

小林久子 (慶応大学病院)

赤城いちよ (国立精神・神経医療研究センター)

助言者

益加代子 (愛知県立大学看護学部)

参加者

65人

認定看護師の関わりと課題

症状の自覚から初診までの間に自壊創となり受診。手術後は開放創であり、痛みや恐怖が伴い、家族の介護力も十分でなかったA氏。部署・勤務状況の違う3分野の認定看護師（皮膚・排泄ケア認定看護師、乳がん認定看護師、緩和ケア認定看護師）が各々の分野の知識を生かして協力し効果を得られた事例が、視点を変えて2つの報告としてあげられました。

認定看護師の発表でもあり、診療報酬や鎮痛剤等の具体的な方法について質疑・応答がなされました。認定看護師が増えていくなかで、認定看護師からの発表も増えています。益先生からの「現場の看護師が実践できるよう指導力の発揮を」と助言がな

されましたが、認定看護師や専門看護師の素晴らしい取り組みを、さらに生かして現場の看護の底上げがなされていくことが望まれています。

PDCAサイクルで改善を！

診療所で長期的にプレパレーション（心の準備）を行ってきたことについての発表がありました。発表の中では、時には2日間かけて説明した事例もあげられ、フロアからも取り組んでいる病院での発言や質問などがあり、意見交換が進みました。

益先生からは、Plan（計画）→Do（実行）→Check（評価）→Act（改善）を繰り返すことによって、業務を継続的に改善しており、今後も次につなげていく取り組みをしてほしいと助言がありました。

せっかく行った研究や発表も、結果が出たら終了

してしまうこともあります。しかし看護の質をあげていくためには、計画→実践→評価→改善を繰り返して、現場につなげていく必要があることを改めて考えさせられました。

ヒューマンエラーを考える

事故については発表しづらい事ではありますが、業務改善を行った取り組みについて発表がありました。エラーは仕事をしているうえで起こりうるのですが、現場では「意識を変える」「頑張る」など人に任されていることも多くあります。

益先生からは、いくつかの分析方法について提示がありました。ヒューマンエラーは起こるものとして分析し、「人」の部分に任せるのではなく、「システム」の改善もしていく必要があると助言がありました。

人が少なく、夜勤もこなし、エラーを起こさないようにと気を張って仕事をしているなか、ミスをおかす「人」の部分に任せるだけでは限界もあります。システムの改善を行い、人も増やしていくような取り組みを継続し、安心・安全な医療を提供していきたいと思いました。

他職種カンファレンス——行動変化

医師主体であった他職種カンファレンス。患者さんは食べたいという気持ちがあるが、食べると死に直結すると言われ、「食べながらでも死ぬのが良いのか、食べずに守られて死ぬのが良いのか…。」カンファレンスをしたものの結局、転院先の病院で亡くなったという事例が紹介されました。

その後悔をきっかけに、カンファレンスについて調査を行いました。調査後は昼休みなどを利用して勉強会を開き、それによって意識の変化がおり、看護主体のカンファレンスに変化してきています。

益先生からは、カンファレンスの方法についていくつか助言頂き、カンファレンス参加者を、他職種に加え患者・家族も含めた方法もあるという助言をいただきました。

忙しいなか、カンファレンスに参加するのは難しい時もあるかもしれません。しかし患者ケアにおいて看護は、あらゆる分野と重なる部分が多くあります。看護がリーダーシップをとりながら、他職種と

共同していくことが看護の役割ではないかと思っています。

タッチング効果

1人になると不安になり情緒不安定になるA氏。タッチングの時間を作ることで、穏やかに過ごす時間が増え、安心感を与える効果を実感。研究の結果を受けて、継続して意識的に介入しているそうです。

手のぬくもりを感じる「タッチング」という時間を通して、患者さんは人とつながっているという実感が得られると思います。タッチングは、日々のケアの中でも有効です。ハンドケアという手技もありますが、タッチングの効果をケアの中で意識して利用していくことができるのは看護技術のひとつではないかと思います。

初めての退院支援

退院支援のために、家族の意見を尊重し、「自宅訪問」「家族の聞き取り」「他職種との連携」等と、^{しん}真摯に向き合った取り組みが報告されました。

「外来と地域とのつながりも必要なので、サマリーを書くなどが良いのではないか」という意見や、実際の取り組み方法など意見がありました。退院前に、より具体的な方法をアセスメントして提示し、整うことで、家族は患者さんを受け入れていこうという体制が整っていくのではないかと思います。早期の関わり的重要性を感じました。

寄り添うとは何か

治療を拒否する患者・ケアをされる立場から・小児の事例発表を受けて、医療者にとっては「大多数の中の患者」であっても、患者にとっては「その時・その瞬間が節目であり、その出会いに影響を受ける」ことが共有されました。医療者は、常にそのことを受け止めなければならないと発言がありました。3つの事例から、寄り添うとは何かを考えさせられました。

事例1 肛門疾患の患者が、婦人科以外の治療を拒否。本人の拒否する理由や思いを聞き出しながら信頼関係を築き、治療へと結びついたそうです。

教員をされている方からは、事例報告を受け、学生と寄り添うことが難しいが、「もしかしたら、何かあるかも」と考えることが寄り添うことなのではと思ったと発言がありました。

益先生からも、関心を向けるということ、寄り添うということはケアリングの一つ。変容を促す看護には、患者と看護師の変容があると助言がありました。寄り添い変化を生む場面は、看護の力を発揮できる場、改めて看護の素晴らしさを実感です。

事例2

出生直後より両親の希望で治療を行わず、生後29日という短い命を終えた患児。家族の「治療をしない」という選択に対して、カンファレンスを繰り返し、家族の気持ちを受け止め、患児と向き合う家族の意思決定を支援しました。

益先生からは、「意思決定で決まったから、その通りに行っていく」ではなく、意思決定したあとも揺らぎ続けるので、つながり続け、いつでもどんな内容でも耳を傾けることが大切。看護師も受け止めるのは辛い、看護師のメンタルフォローとしてカタルシスも重要と助言がありました。

事例3

がんと宣告された時に、看護師の助言やサポートがなく、治療の受け入れまでに時間がかかってしまった。つらい時間を過ごしたうえで、治療の必要性が出てきたとき…出会った主治医との関係で治療を受け入れるようになった。今後、患者体験を通してがん患者サポートについて考えていきたい、との報告でした。

フロアからも、家族への声かけ体験や「自分がもし宣告を受けたら躊躇^{ちゆうちゆう}していたと思う」など、それぞれの思いを伝えました。何人もの患者さんの1人ではなく、「1人の患者さん」として向き合い、出合いを大切にしていかなければならないと胸に刺さった発表でした。

特定看護師制度について考える

最後に助言者の益先生から「特定看護師制度」についてミニ講義がありました。講義の前に「特定看護師制度は何のためにあるのか」「看護ケアにあたるのだろうか」「看護の役割の拡大なのだろうか」

「看護師の立場としてどう考えるか、患者の立場としてどう考えるか」について考えながら講義を聞いて、皆さんで意見交換をしてほしいと問題提起されました。

講義後、フロアからは「看護の質や医療チームの質を担うのであれば良い面もある。でも医師不足のための看護師であれば、それはどうなのか…。良い面も悪い面も両面あり、複雑で一言では言い表せない」「法律が通ってしまったので、受け入れざるを得ないが、きちんと話し合いをしてからでない、やっちはいけないと思う」「医師が十分にいる場所ですらリスクの回避もできるが、在宅や民間病院では怖い」「研修を受けるのが当然となってしまうのは怖い」「普通の看護師として働くのが、何故悪いのか」「給料の保障もないなかで、責任のみ増えてしまう」「看護師・看護の力で治せることもあるのではないかと、さまざまな意見が出されました。

「看護の専門性とは何か」「看護ケアとは何か」「看護ケアの質とは何か」と考えていく際に、「特定看護師制度」は向き合って考えていかなければならない課題だと思います。

レポート (10本)

- 局所進行乳癌患者の術後創傷管理と在宅支援～認定看護師の連携がもたらした効果～
小平悦子 (医療生協さいたま 埼玉協同病院)
- 不安の強い患者への関わり～タッチングを通して～
宮澤恵美 (長野県厚生連 鹿教湯三才山リハビリテーションセンター鹿教湯病院)
- A診療所のプレパレーションの取り組み
平瀬信江 (北海道勤医労 札幌病院支部 菊水こども診療所)
- 婦人科以外の受診を拒絶した患者へのアプローチ
江畑直子 (医療生協さいたま 埼玉協同病院)
- 乳がん術後開放創により生じた痛みと痛みによる恐怖感への支援～緩和ケア認定看護師としての介入～
小林直美 (医療生協さいたま 埼玉協同病院)
- 「がん患者の立場から考えること」～看護師として乳がん患者体験を通して伝えたいこととは何か?～
本島克子 (福岡民医労親仁会労働組合 親仁会米の山病院)
- 家族の意思決定を支える支援を通して学んだこと
石川奈緒美 (広島市立広島市民病院)
- 自宅退院されたH氏のケースを振り返って～退院支援に関与する家族の要因・家屋チェックの重要性～
山根翔太 (島根・松江生協病院)
- 多職種カンファレンスに参加する看護師の行動変化
秋島めぐみ (北海道勤医協労働組合)
- 自ら訴えることの出来ない難病疾患病棟での安全確保～交代勤務者同士でラウンド～
土居美代子、堀美穂子 (岡山・水島協同病院)

医療施設と在宅をつなぐケア

～多職種連携で患者を支える～

第5分科会

病院外来看護師、病棟看護師、退院調整看護師、病院事務職、作業療法士、回復期リハビリ病棟の介護福祉士、ケアマネジャーという多職種の実践レポート報告があり、「医療介護総合法」「地域包括ケアシステム」等を踏まえ、患者の立場に立った看護、介護、多職種地域連携について活発な討論を行った。



運営委員

高橋多鶴子（全日赤医療センター第一労働組合）

小笠原めぐみ（慶応病院労組四谷支部）

寺園通江（現地実行委員）

助言者

内野陵子（元勤医会東葛看護専門学校副校長）

参加者

31人

外来看護師が小児在宅医療の鍵

医療依存度の高い小児が在宅療養を行う場合は、医療・福祉・教育が連携しなければならず、それぞれの事例で中心となりコーディネートする部署がまちまちなのが現状です。そのようななか、小児にかかわる部署が連携し、小児トータルコーディネーターという小児在宅支援を中心的に行う人材育成している大学病院がありました。そして小児科外来看護師は、いかに患児、そのご家族のニーズを把握しアセスメントし、このトータルコーディネーターにつながるかが重要な役割を担っているという事例報告がありました。この分科会では初めての小児の地域連携に関する貴重な報告であり、改めて小児在宅支援の地域連携の難しさを再認識させられました。

透析医療からみた地域連携

長寿高齢化社会となった我が国において、いまや血液透析治療を受けている人は30万に及んでいます。80代で透析導入となる患者さんも珍しいことではなくなっています。当然のことながら、要介護状態の患者さんも多く、地域差もありますが、週3回の透析通院が患者さん・ご家族の負担となっている場合が多々あります。

このような背景を踏まえ、「透析運営委員会」を立ち上げ、多職種で透析医療運営上での患者さんへのサービスを強化する試みとして、送迎サービスが開始された経緯について、病院事務職の視点での報告がされました。都会では送迎付きの透析クリニックが多いので、参加者一同、“目からうろこ”状態

でした。今後の課題として、在宅で行える透析（腹膜透析など）についても言及されました。

患者・家族にいかに寄り添うか

厚労省が推進する「在院日数を短縮し在宅看取りを増やしましょう」という方針に異を唱えるような実践報告がありました。

婦人科系がんのターミナル期の患者さんに対し、その方の意向を尊重し、丁寧に退院調整を行い、退院後3週間在宅で最後の貴重な時間を過ごし、最後はなじみのある病院で看取られた事例でした。患者さんの「絶対家に帰る」という強い意志と同時に「退院させてあげたい、それには今しかない」とう医療スタッフの思いと判断と、かかわるすべてのスタッフとの連携が3週間という在宅移行を可能にしました。改めて、ターミナル時期の在宅移行の意味の大切さ、タイミングの判断の重要性などを学びました。

地域ケアマネジャーからは、認知症で慢性疾患の独居の事例報告がありました。このまま独居生活を続けたいという利用者さんご本人の意向と、なるべく本人の希望をかなえてあげたいという息子さんたちの意向に沿って、地域の社会資源を最大限利用し在宅生活を継続したケースでした。

ともすると安全性を最優先するあまり、「独居で認知症の在宅生活は無理」と判断し、施設入所を薦めがちですが、何とかご本人、ご家族の意向に沿えるようにと試行錯誤しつつも多職種連携した担当ケアマネジャーの手腕に敬服させられました。

パーソン・センタード・ケア

パーソン・センタード・ケアとは、イギリスの臨床心理士、故トム・キットウッド氏が提唱した認知症介護の理念です。従来の医学モデルに基づいた認知症の捉え方を再検討し、認知症患者さんの個性や尊厳としっかり向き合うことで、介護施設や介護者中心ではなく、「その人を中心とした最善のケア」をめざすものと言われています。

今回、回復期リハ病棟の介護福祉士の実践報告は、まさにこのパーソン・センタード・ケアの概念を実践した報告でした。アテローム血栓性脳梗塞後、リハビリ目的で転院、当初慣れない環境のため夜間譫妄となり、興奮、多弁、暴力的となった患者さんに

対して、ご本人の嫌がる安全ベルト装着時間を減らし、その都度訴えを聞いて患者さんを尊重して対応することとしました。

スタッフが焦らず、落ち着いて対応することで、患者さんとの信頼関係を築くことができ、またそのためにはスタッフ自身のコミュニケーション能力向上の必要性を示唆してくれた報告でした。

また、アルツハイマー型認知症の要介護1、長男と2人暮らしの利用者さんにたいして、認知症対応型デイサービス利用しようとして個別対応送迎体制を取りましたが、なかなかご本人の拒否感が強く、導入までに時間を要しました。気長な対話の末、「畑仕事に行きましょう」というキーワードを見出し、送迎時間の短縮につながった実践が報告されました。

まさにこの2症例報告は、日頃「患者中心の看護」などとは言っていますが、治療が最優先する急性期病院の医療のスタッフには耳が痛い事例報告だったと思います。時間がない、余裕がない状況はどこも同じです。その状況の中でいかに個別性重視、あるいはパーソン・センタード・ケアの視点を持てるかが重要だと思いました。

生活行為向上マネージメント(MTDLP)の有効活用を

平成27年度の介護報酬改定では、通所リハビリテーションにおいて「MTDLP」を活用した生活行為向上リハビリテーション実施加算が導入されました。対象者の生活行為に焦点をあてて支援していくツールですが、まだまだ実施している施設は少ない状況で、認知もされていません。

今回、この報告をした作業療法士は、「このMTDLPはセルフケア、家事、余暇、地域活動と幅広く利用できるツールですが、対象が入院と訪問の使用に偏っており、生活行為の目標が限定されていると思われる。地域で利用者さんを支えていくには、サービス提供者で目標を統一する必要があります。その意味でもこのMTDLPがそのツールとして有効活用されれば、利用者さんにとって真の意味での生活行為向上が図れるのではないかと述べていました。その意味でも、多職種連携が必要であることが分かります。

作業療法士の専門的視点からの報告は貴重であり、多職種連携を行ううえで大変参考になりました。

地域ケア情報交換会で 顔の見える多職種連携を

退院調整をスムーズに行ううえで、地域連携をシームレスに（切れ目なく）行うこと、多職種での連携の重要性を認識し、顔の見える連携の一手段として始められた「地域ケア情報交換会」を12回継続していくことで、まさに顔の見える連携ができ退院調整に有効だったという報告がありました。

多職種が連携していくことで、いかに患者さん・利用者さんにもたらずアウトカムにつながるということを再認識しました。まさにいま課題となっている「地域包括ケアシステム」をどのようにして実のあるものにしていくか、私たち医療と介護に携わる者への提言もされました。

グループワークで本音トーク

8本のレポート報告が終わったところで、4つのグループに分かれ本音トークをしました。分科会を通しての感想を参加者一人ひとりに発言してもらいました。1グループ5～6人なので、自分の職場の実態や現実の困り事などの発言もあり、1時間程度のディスカッションは大いに盛り上がりました。

「多職種の参加だったため、多くの学びがあった」「多職種で密に連携を取り合うことが重要だということがよく分かった」「事例からパーソン・センタード・ケア、『待つこと』などの重要性を学んだ」などの感想が寄せられ、運営委員としてもテンションが上がった場面でもありました。職種は違っても、現場の大変さが共通認識された場面でもありました。

助言者からの提言とまとめ

助言者の内野さんは現在、北海道にお住まいであることから冒頭、北海道の地域医療の実情について話がありました。都会と違い深刻な医師・看護師不足のなか、細々と地域医療が行われている状況を実感されているそうです。ときには訪問看護の要請などもあり、やむにやまれず訪問看護師として臨時職員で働くこともあるそうです。

安倍政権の暴走、とりわけ医療福祉の改悪で、患

者の自己負担額の増額や自助自立の政策が見え隠れする現状について、厚労省の「地域包括研究会」報告書を引用しながら説明がありました。

報告書の内容は一見、患者にとってよく書かれているが、よく読んでみると大きな落とし穴があり、本人と家族の心構えなどがはっきり提言され、公的責任が放棄されていると思われる。介護・医療・予防の一体化は、それを担うスタッフにも負担が生じる。例えば看護師に医療の視点が要求されてくるなど。

国民一人ひとりが安心して医療・介護を受けながら納得して生きていけるためには、それを担う私たちが、実態を国民に知ってもらい、声を大きくして医療・介護充実のために行政に働きかけることが重要だと結ばれました。

最後にヨハンザルテュング氏の「貧困のない世界が真の意味での積極的平和である」との引用は、参加者一人ひとりが胸に刻んだ言葉となりました。

来年の医療研での再会を楽しみに、今回の学びを現場に持ち帰って、また奮闘することを誓って閉会しました。

レポート（8本）

- 在宅療養小児を支える外来の取り組み～事例をとおして～
一他部門との連携と外来看護の役割～
小笠原めぐみ（慶応大学病院労組四谷支部）
- 当院における透析通院困難者の対策と在宅医療
田村史進（長野・諏訪共立病院）
- 本人の意向に沿ったターミナル期の退院支援 キーワード：ターミナル期、本人の意向、タイミング、連携
岡本美佐江、他（滋賀・全日赤大津労組）
- 独居高齢者の在宅支援で医療、地域、多職種連携をした事例報告
高木美子（岡山・倉敷医療生協労働組合）
- H氏との関わりをとおして学んだこと
中山由希恵（東京民医労東京勤医会支部・介護福祉士）
- 生活行為向上マネジメント使用に関するアンケートから見えてきた現状と今後の課題
田嘉端紀（富山民医労 作業療法士）
- 個別性重視の対応によりQOLの向上が図れた事例
大野正和（東京民医連東京勤医会支部みさと分会）
- 「地域ケア情報交換会」に取り組んで～過去12回を振り返って見えてくる地域連携～
高橋多鶴子（全日赤医療センター第一労組）

ともに育ちあう職場づくり

～看護・介護の喜びを伝えたい～

第6分科会

レポートを中心に、①看護学生の実態、②学生実習における学生の気づき、③病棟における介護福祉士の取り組み、について実践報告を交えて熱心に討議した。働き続けられる職場にするためにも、ともに育ちあい、今の政治にも目をむけていくことが必要であることを確認しあった。



運営委員

伊藤絹江（福岡医療団訪問看護ステーションコスモス）

伊藤リカ（北海道・介護老人保健施設柏ヶ丘）

助言者

井上裕紀子（埼玉・みさと協立病院）

生田知歩（千葉・勤医会東葛看護専門学校）

参加者

19人

社会的背景も含め 「ありのまま」に捉える

最初に、恒例となっている東葛看護専門学校の先生より学習講演会があり、看護学生が教育を通してどのように成長していくかを学びました。

貧困や格差、競争原理といった過酷な環境の中で生きる学生たちが「人間」を多面的に捉え、成長していく様子が紹介されました。日本国憲法と教育基本法を基礎にした教育を行っている東葛看護専門学校では、社会の中で生きる人として人間を「ありのまま」に捉え、「健康」という概念についても、学生なりにつかんでいくと言います。実習においても社会的背景をつかみ、「患者さん」から学びつくします。

講演を聴いた参加者からは「自分もこのような教育を受けたかった。このような教育を受けて卒業した学生たちは今どのように働いているのか」と感想や疑問があがりました。専門学校の卒業生を受け入れている病院側からは「患者さんから学ぶことが身につけている。社会の中で生きる患者さんの辛さや苦しみを理解する視点を持ち、1年目であっても発言できる場や応援する仲間がおり、学び続けられる。離職率はとても低いと感じる」と発言がありました。

同じ目標を持つことの大切さ

若い世代のコミュニケーション能力低下で悩む現場からは「若い世代の人々とどのようにコミュニケーションをとったらよいか分からない。どう関わればよいか」といった発言がありましたが、看護や介

護の実践では欠かせない「実践を共有して育てることが大事」との意見に、「チームメンバーで同じ目標を持って頑張っていくヒントをもらえた」と共感が広がりました。

高校生の進路指導の非常勤講師をしている参加者からは「高校は教育の現場から働くことへの移行の時期であり、社会の中でどのような役割を期待されているのか、自分が何をやりたいのかを気づかせる事を大事にしている」「ほとんどの子が就職を希望し、『どんな仕事に就きたいか』と聞くと一様に『製造業』と答え具体的なイメージを持っていない高校生に、『雇用する側はその子の将来の可能性に懸ける』ということを伝えている」と発言がありました。

さまざまな現場からの発言に、参加者たちの間では、悩みはみな同じであり、チームで同じ目標を持って看護・介護していくことが大事であることが改めて確認されました。そして、「人間の発達の可能性を信じてその発達を保障していくことこそ大切」という意見が出されました。

学生も新人もチームで育てる

訪問看護ステーションの現場からは、異動したばかりの職場で、業務に慣れない中での学生指導を周囲のスタッフを巻き込んで行ったことが報告されました。学生指導1人ではなく周囲のスタッフも含めチームで学生に関わり、タッチングをケアに取り入れることで、学生自身が対象者の思いに気付いていくプロセスが明らかにされました。

会場からは、「学生だけでなく新人にも共通していると思う。今働いている職場ではプリセプター制をとっているが一对一の関係になることが多く、プリセプターの負担が大きいと感じる。いろいろなスタッフに関わってもらえず視野が狭いと感じるがどうしたらよいか？」と意見が上がり、それぞれの現場での実態が交流されました。

ある職場では「3分の1を占める新人に対して、窓口を決めてはいるもののチームで関わるようにしている。一方、新人にも役割があり、感染対策については新人の方がむしろ新しい知識を持っている分、先輩がきちんと行っているかのチェックを新人が担っている」と学びあい、育ちあう関係になっているそうです。プリセプターを主に40代のスタッフが担っている現場からは、周囲のスタッフの巻き込

み方が上手で、特に問題を感じていないという発言もありました。

精神科病棟では、コミュニケーションをとることが難しい患者さんが多く、学生実習で学生が患者さんに接近しすぎたり、患者さんにとっても負担にならないよう配慮し、学生には患者さんの細かな表情の変化などを伝えていくようにしているそうです。一方、メンタル不全でやめていくスタッフが少なくない中で、「どのようにそのスタッフを支え、教育していくか、カンファレンスで話し合いを重ねている」と語りました。

ともに育ちあう職場に

病院からは、「うつ状態からやる気スイッチが入るまで」と題して、介護福祉士集団の実践が報告されました。自宅に戻ることができずうつ状態になってしまった高齢の女性に対して、その人の生活史を聞き作業療法に取り入れることで、その人らしさを取り戻した事例でした。限られた人員配置で若手看護師の多い職場でもあり、日々のチームカンファレンスを多職種で行い、それぞれの職種が専門的な視野で患者さんの歴史を重視しながらできるだけ「願い」に沿った関わりをしているとのことでした。

会場からは主に看護と介護の協働や新人教育について、それぞれの現場から交流されました。看護師と介護福祉士が医療処置を除いては同じ業務を行っているという職場では、カンファレンスでは同じ方向でアセスメントできているとのことでした。ただし、生活体験が乏しくコミュニケーションも不得意な新人に対して、先輩一人ひとりの指導方法が異なり感情的になることも多いため、「できるだけ皆に聞こえるところで新人の良い点を伝える工夫をしている」と話していました。

看護師と介護福祉士が別業務をしているという職場では、職種間の壁は感じておらず、むしろベテランの介護福祉士が看護師の新人に助言してくれるとのことでした。介護老人保健施設の現場からは、介護福祉士の新人教育という点で、「新人看護師に対しては優しく育てていたにも関わらず、介護福祉士の新人には職業人として求めるものが高く厳しい」と発言がありました。介護福祉士は近年、アセッサー（評価者）の研修に力を入れており、「これは一歩間違えれば『差別化を生むことになるのでは』と

危惧している」との指摘がありました。

「最近の新人はメモを取らない」との意見に、多くの現場でも共通認識があり、「聞いたことをメモにとることは難しいが、ポイントを伝えてメモをとる練習を繰り返しているうちにできるようになる」との意見がありました。

これら現場からの意見や提案に、助言者からは、新人の「その子」が特別なのではなく、現代社会・競争教育の中で「読む・書く・話す」ことに困難が生じているため、その延長線上で捉え「ともに育ちあう風土をつくるのが大事なのでは」と助言がありました。

働き続けられる職場づくり

レポート発表および討議の後は、それぞれの参加者の学びを交流しあいました。分科会を通して「何かを見つけて帰りたい」と話していた3年目の看護師は、「これまで、患者さんのバックグラウンドを考えず、先輩から教えてもらったことのみで関わっていた。職場での自分の存在意義を考えつつモチベーションを高めて頑張っていきたい」と発言し、参加者たちに希望を与えました。

管理職クラスの参加者からも「新人がここ数年続かず辞めていき欠員状況が続く中、個人に合わせた支援が必要と考える。なかなか古い考えを変えられないが、『何で同じこと言わせるの?』と思わず、繰り返し粘り強くかかわりたい」と決意を述べていました。

4歳の子どもを保育室に預けて参加したという看護師は「『職場を辞めたい』と話していた同僚たちの声に粘り強く耳を傾け、語り合っていた仲間たちが今でも働き続けている」との経験から『職場をどう変えていけば働き続けられるか』を考えていくことが必要」と語りました。

社会そのものを良くしていこう

安倍政権は昨年、医療・社会保障の切り捨てにつながる「医療・介護総合確保推進法」を成立させました。これにより7対1看護のベッド数が大幅に減らされ、「要支援1・2」の訪問介護と通所介護のサービスが市町村による地域支援事業に移行されサービスの質が低下する可能性が高く、特別養護老人



ホームの入所条件が特例を除いて要介護3以上となります。また、「特定行為（医行為）に関わる看護師の研修制度」の10月実施に向けた準備も進んでいます。

これらは、医療・介護崩壊をもたらし、私たちの労働環境にも大きく影響します。そのため、私たちは社会そのものを良くしていく運動を同時に行いながら、働き続けられる職場づくりをしていかなければなりません。そして、学生や新人だけでなく、一人ひとりが学び育ちあう職場にしていくためにも、「患者さんや利用者さんから実践を通して学びつくし、人生も含めて分かち合えるような仲間づくりをしていこう」と改めて確認しあいました。

この数年、介護福祉士の参加者が多かったのですが、今回は参加者がいなかったことが残念でした。一方、参加者からは、さまざまな意見を聞いたことで「明日から頑張る力をもらった」「多くの学びができ、自分の存在意義を確認できた」など、実践につながるような討議になりました。

参加者の感想（分科会アンケートから）

- ◆皆さんの意見を聞くことができ、とても勉強になりました。学生と関わっていくことは、本当に自分も成長して学んでいけるので、これからも頑張ってお手伝いしていけたらと思います。（看護師40代）

レポート（3本）

- ともに育つ職場づくり～学生の成長の姿から学ぶ
生田知歩（千葉・勤医会東葛看護専門学校）
- タッチングがもたらした学生の気付き
伊藤絹江（福岡医療団訪問看護ステーションコスモス）
- うつ状態からやる気スイッチが入るまで～みさと協立病院2南病棟介護福祉士団体の取り組みより～
井上裕紀子（埼玉・みさと協立病院）

医療政策と看護労働

第7分科会

准看護師制度問題、看護師による「特定行為」実施、変形労働制における長時間拘束、多様な働き方や他職種との連携などの問題について討論を行った。現場の実態を無視した医療政策で医療労働者が疲弊している実態がさまざまに報告された。医療政策の動向に注意しつつ大幅な増員による「安心・安全な医療」を実現する必要を再確認した。



運営委員

植木真理子（神奈川県医労連）

續 一美（東京通信病院）

清水明子（日本医科大学付属病院）

助言者

田中由紀子（元東京通信病院・『医療労働』編集委員）

参加者

36人

看護師による「特定行為」の実施

改定された保助看法の施行により、今年10月から看護師による「特定行為」の実施が可能になります。分科会では冒頭、看護師による特定行為について運営委員会から問題提起を行い、参加者に現状の報告・意見を求めました。

「特定行為」の実施を迫られているという職場はありませんでしたが、医師の少ない在宅関連や老人施設などで拡大することが予想されています。今は「やらない」としている施設でも周囲の状況の変化によっては「特定行為」の実施が避けられないのでは、との予測も出されました。

大学院卒業で診療看護師として仕事をしている事例も紹介されました。「特定行為」の実施により本

来業務である療養上の世話が手薄になることへの懸念も出されました。また研修について、e-ラーニングを使うなど安上がりな方法や、研修のために人手が割かれることも取り上げられました。

日本医労連は看護師による「特定行為」の実施に反対していますが、現場の要求としては声が上がっていません。実際に「特定行為」実施を迫られてからでは遅いのではないのでしょうか。何よりも患者の安心・安全が優先される問題です。当面は「特定行為」の実施や研修が強要されたり、実施を拒否することで不利益を被ったりすることのないように、経営者に求める必要があります。

制度一本化——神奈川での取り組み

神奈川県医労連からは、神奈川県における准看護

成停止と移行教育について報告がありました。神奈川県では平成27年度の入学生を最後に、准看護師養成校を閉校しました。2013年に行った准看護師アンケートで、移行教育2年課程通信制について寄せられた回答には、県内・自分の住居・職場の近くに養成所がない、就業しながら通学するための条件として学習時間と経済的な確保・支援を必要としたという記載が多くありました。実習は就業しているのに必要ない、入学要件の勤務経験10年以上は長すぎる、妊娠・育児・介護などで機会を逸した、などの記載があったと報告されました。

「神奈川移行教育を進める仲間の会」の取り組みについても報告がありました。会として対県交渉、厚労省交渉などで制度一本化、准看護師養成停止、すべての准看護師を看護師に移行するため施策を発言しています。2004年に2年課程通信校が開校になった時点から県内の2年課程通信制を希望する仲間に対し、「小論文の書き方」「人体の構造と機能」夏季集中講座の「母性看護」「小児看護」などの学習支援をしています。

神奈川県立保健福祉大学に准看護師アンケートの結果を報告し、講師派遣を要請したり、施設訪問や看護部長との懇談会を行ったりしています。報告は「准看護師養成を停止し、すべての准看護師を看護師に、看護本来の役割を實踐できる看護師の増員が必要」とし制度一本化にむけて、准看護師の声を全国の運動として今一度大きく結集することが必要、と結びました。

職員の悲鳴が聞こえる

現場の実態報告として牛込氏が「現場で働く看護師、介護士、看護助手の悲鳴」と題して報告しました。58床の回復期リハ病棟は13：1の看護師配置。看護師の他に看護助手・介護士・リハビリ技師など患者を中心に、多様な職種で編成されるチーム医療を行っています。車いす護送の患者は54人。毎日、転倒報告があります。戦場のように働き、さらに会議が目白押しです。夜勤は2人体制14時間勤務で、仮眠の間は1人になります。電子カルテの台数が少なく取り合いがおきます。逆にナースコール対応では譲り合いも。多忙のためにコミュニケーションが不足しさまざまな問題が起きているのでは、と牛込氏は指摘しました。

会場からも、職種間の齟齬^{そご}について発言がありました。人手不足に加え、職種の違い、雇用形態の違いがチームづくりに支障をきたしている現実があります。医療・看護・介護職の増員と診療報酬・介護報酬をはじめとした社会保障制度の見直しが必要です。

変形労働制による長時間拘束

全日赤医療センター第一労組からは昨年の「8年間の夜勤点検を通じて——変形労働制は長時間拘束を合法化させてしまう」の続報がありました。長時間夜勤を改善するために、夜勤時間の短縮とセットで長時間日勤を導入したところ、月内の所定労働時間に個人差が生じた問題です。

病院側は「変形労働制だから問題はない」としていましたが団体交渉と労基署の指導で、月内超過労働時間の無払い賃金が解消され、25%増し賃金が支払われることになりました。あわせて土日祝日の休日数が年間合計で不足していた職員に対し、平成26年度に遡及し135%割増しを支払うことが確認されたと報告されました。

シフト問題に絡んで会場からは「試行的に12時間勤務を行ったが現場の反響が大きく中止になった」「遅出・早出勤務が増えているのではないか。実態を調べていく必要がある」「早出勤務は早朝6時から、遅出勤務は22時まで日勤と同じ扱いで手当がつかない」「増員をすることで、早出・遅出勤務をなくすることができるのでは」「16時間夜勤だが仮眠時間を確保する方向で経営と話し合っている組合がある」「育児短時間勤務者が多く、残業や委員会が他の職員の負担になっている。どう解決すればよいのか」などさまざまな意見が出されました。

「伝える」努力を惜しまない！

豊橋市職員労働組合病院支部からは、労働組合活動の実際と賃金改善の成果が報告されました。組合員の団結を高めるために工夫をしています。3交替勤務でも集まりやすいようあらかじめ勤務の調整を依頼し、執行委員会は2日間同じ内容で行いどちらかに参加、メーリングリスト、FacebookやTwitterの活用など。学習会で配布されるピラが多く、配布しても見られる機会が少ないので、病院職場に合わ

せた内容に編成しA4・2枚程度のパワーポイントにまとめて報告しています。

「対話」という課題はありますが、情報の共有化は画期的に向上しました。看護部長や市長宛てに寄せ書きによる現状の訴えなどを提出し、市長自ら病院に対する考え方などの返事を得ることができ、賃金改善へとつながりました。今後は、夜勤回数の制限など夜勤協定の締結、産休・育休の確実な代替要員の確保などの要求に向けて活動したい、との発言でした。

会場からは、圧倒的な組織率を維持する取り組みや、労働条件について質問がありました。要求作りをより密に、声を吸い上げていくこと、組合員に活動内容や趣旨を分かりやすく伝えていく努力を惜しまないことが組合を元気に活発にすると、改めて確認できた報告でした。

看護職員確保対策費の使い道

全医労愛知地区協議会の長尾氏は、2014年度「医療介護総合確保基金」における『看護職員確保対策予算』の分析報告をしました。

2014年度から「医療介護総合確保基金」が予算措置され、各都道府県の計画により904億円の配分が決まりました。その中でも『看護師確保対策予算』の総額は335億円です。各都道府県は、12月の議会を中心に「基金」の設置条例を新設しました。基金による新事業は、限られた予算枠の中で限定的です。従来 of 医師・看護師確保などの従来 of 国庫補助金はほぼ全て「基金」に振り替えられて運用することになりました。

具体的施策は都道府県に立案の責任があり、看護師である当事者たちが現場感覚でより有効性のある具体的な施策の実現を要求していくことが重要であり、労働組合側も批判的に「基金」の内容を精査し民主的、積極的運用を求め各都道府県との交渉を行っていく必要があると訴えました。安心して住み続けられるため看護師体制(日本医労連が要求する300万人体制)の実現に向けて、国民1人当たり1,000円(総額1,275億円)「看護職員確保対策予算」を実現しようと長尾氏は提案しました。

この調査は全ての都道府県について基金の内訳を示しており、こういった資料をもっと活用できるようにすべきだと助言者から発言がありました。

「財界のための医療」はNO！

参加者からは、今の医療・看護が患者側の立場に立ったものでなく、財界のための医療になっているのではないかという懸念の声が聞かれました。患者の人権を尊重し、看護師たちが誇りをもって医療を行うことが大切であるとの意見もありました。

医療の現場にいる医療従事者が情勢を捉え、職場・患者のニーズを分析し、改善のための方法・運動を具体的に展開し継続していくことの大切さを学ぶことができました。全国での取り組みを身近に感じることができたと感じています。

レポート（5本）

- 賃金・労働条件の改善は労働組合活動の根幹——組合員が団結して得られた イイコト
中川智晴（豊橋市職員労働組合 病院支部）
- 2014年度「医療介護総合確保基金」における『看護職員確保対策予算』の分析
長尾 実（全医労愛知地区協議会）
- 変形労働制は長時間拘束を合法化させてしまう——8年間の夜勤点検を通じて
坂本真起子（全日赤医療センター第一労働組合）
- 全ての准看護師を看護師に、今こそ准看護師養成停止を——准看護師アンケート実施から2年、この間の取り組みを通して——
植木真理子（神奈川県医労連）
- 現場で働く看護師、介護士、看護助手の悲鳴
牛込知子（横浜勤労者福祉協会労働組合）

障がい児(者)の権利と 心に寄り添う医療・福祉

第8分科会

国立病院機構の一方的な統廃合計画に対しての地域運動、虐待防止委員会の活動、多くの障害を抱えながらも、家庭や地域で生き生き生活するために必要な在宅支援、会議や記録に追われ利用者にゆっくり関われない現状などについて話し合った。制度や人権についての共通認識を持ち、心に寄り添うサービスを提供するにはどうしたらいいのか、日頃の仕事をみつめ直し、社会にも現状を知らせ、国や行政、地域社会を変えていくための運動の継続を確認しあうとともに医療・福祉労働者の使命・役割について再認識した。



運営委員

江川敏雄 (岡山・ヘルパーステーションまんまる)

森 一夫 (全医労重症心身障害・筋ジストロフィーワーキングチーム)

石関貞夫 (群馬県医労連 二之沢愛育会労働組合)

助言者

大泉幸二 (重症心身障害者を考える会)

参加者

13人

統廃合構想を阻止する地域運動

独立行政法人国立病院機構(旧国立病院・療養所)の統合・廃止は粘り強い反対運動に押され、国の思惑どおりに進んでいませんでしたが、聞く耳を持たない安倍政権下、予断を許さない状況です。

そんな中、長年地域の重症心身障害児(者)の療育、神経難病や呼吸器疾患の医療を担ってきた「静岡富士病院」を廃止して、44.6km離れた「静岡医療センター」への統廃合計画(2016年度中)が今年2月に発表されました。

黒字経営にもかかわらず職員や地元自治体、地域住民に説明はなく、なによりも利用者や家族をないがしろにした「再編計画」です。環境変化に伴う利用者への影響、神経難病や呼吸器疾患、専門外来に

についても触れられていません。地域の医療・看護・介護等の関係機関との連携も断ち切られてしまいます。療養権や居住権の侵害にあたります。

病院機構はきちんとした説明もできず質問にも答えられないありさまです。

このような状況下、労働組合がリーダーシップをとり地域の団体を巻き込み、市・県・国会などに対して懇談・要請・請願等に取り組み、マスメディアへの働きかけを精力的に展開しました。当局も強引な対応はできない状況になっています。

障害者虐待防止の現状と課題

2012年10月より施行された障害者虐待防止法に基づき、虐待に対しては、発見者が見て見ぬふりした場合も同罪にされます。必要に応じて警察や担当行

政機関に通報する義務があります。医療研初日には山口県の障害福祉サービス事業所での職員による利用者への虐待が大きくマスコミに取り上げられました。

各施設では虐待防止委員会が設置され、全職員を対象に、利用者への虐待防止、権利擁護意識の向上を図る取り組みが行われています。

森運営委員より静岡神経医療センターでの活動内容と検討課題について報告がありました。倫理要綱、職員行動規範の作成や定期的な研修会を実施。権利擁護を意識した支援を職員がどの程度認識できているのかをクイズやアンケートを取り、検証を行いました。

職員として取るべき行動規範については意識の差はありませんでしたが、社会参加支援への対応については職種間で差がでました。総合的に判断した上での専門性を生かした支援が求められます。虐待防止の取り組みは現在行っている支援（サービス）を自己点検し意識改革をする良い機会ではあるが、少ない人員配置の中、利用者の安全に留意（やむを得ず身体拘束もしている）しながらの支援が実情です。

報告を受け、各委員会などの会議や書類などの業務が増える中、ゆとりがなくじっくり関われない。幹部は業務改善の指示を出すだけで人員配置の改善（増員）をしない。ゆとりのある体制なくして利用者の権利擁護はありえない。経営者だけでなく、外部に現状を訴えていく必要がある。——などの意見が出されました。

一方、地域では、通報による家族の崩壊の心配があり、法律や正論だけでは解決できない現状も出されました。

触法障がい者の現状と課題

江川運営委員より触法障がい者の実態報告がありました。

2013年によろやく日本は障害者権利条約批准国に加わりましたが、障害者権利条約第19条（自立した生活及び地域社会で受け入れられる権利）を踏まえた現状と問題点を検証した発表でした。

中学校で特殊学級へ編入、職業訓練所を経て木工作业所、石材店を転々とし父とケンカして家出、その後、住み込みで働くが悪い仲間にそそのかされて車上荒らしを繰り返し2年の実刑判決を受ける。出

所後は更生施設を経て独居生活を始めるが脳梗塞に見舞われ入院、社協地域生活定着支援センターより訪問依頼があった事例。事例が住むアパートは出所仲間が多く、不思議な絆で結びついている。金品のやりとりが多く、断れない性格で応じてしまう。保証人の問題が解決して引っ越し後はヘルパーの派遣を増やし、外出支援も非定期で組み込む。

この症例は、心に寄り添った支援をしてくれる事業所に巡り合えたので幸いでしたが、現状は触法障がい者を受け入れてくれる事業所は非常に少なく、事業所の設置にも地域住民から苦情が出るありさまです。心優しいと振り落とされてしまう学校や会社。本来あった日本人の地域コミュニティは失われ、見て見ぬふりをし、強い者には巻かれ、弱者には攻撃的で冷たい病んだ社会。命が輝き自分らしく生きられる。みんなが、あるいは誰でもが受け入れられる社会へ、そして“障がい”という言葉のない社会。絵空事ごとではなく、“ヘルパーステーションまんなま”の理念と実践報告を毎年聞かせてもらっていますが、この輪が広がることを願っています。

知的・精神的に障害のある人の現状と課題

地域で障害を抱えながらも生き生きと暮らせるために奮闘されている訪問ヘルパーより発表がありました。

知的障害がありながら金銭面での依存がある兄弟。妹の面倒見もよく、脳卒中で倒れた母親の介護のため仕事も辞め、自分のやりたいことは我慢。健気な姉にも限界があり、統合失調症を併発し訪問が開始となる。金銭感覚に乏しく、買い物はお菓子や生活に必要なものが多いが多く、お金がなくなり必要なものを欲しい時に買えない。ヘルパーが入ることで、献立を考え、買い物に行き必要なものを一緒に考えることで、一般的な生活の目安を理解できるようになる。妹の就職が決まり母と2人暮らしするようになってからストレスも減り、働く意欲が湧いてくる。就労支援を経て週3回作業所へ通うようになるが、自分よりも知的に重度な方が多く、面倒をみるのもだんだん負担になり、送迎代が無料だったのが、まとめて請求がきて、もらえる手当てより送迎代の方が高いため相談員とも相談したうえで辞める。現在は、希望に添う作業所を探している。結婚は諦めて



いるが、働いてお金をためておしゃれもしたい。なんでも話しあえる友達がほしい。

この事例は、母親が倒れることによりヘルパーが入ったが、必要な支援が差しのべられていない「貧困女子」は数多いと推測されます。気軽に立ち寄れなんでも相談できる場所が地域にあり、将来に希望が持てる社会にする責任が私たちにあることを確認しあいました。

法律や正論だけではダメ

発表者からは次のような発言がありました。

私たちは制度の中の部分だけの仕事をしてはいない。法律や正論が大手を振っていて心（人間性）が追いついていない。日常の現場は考えられないことが起きている。家族の中に入りすぎていけないが、時間に関係なく電話もかかってくる。最近では事務処理多く、まともに家族と関われる時間も持てない。家族に寄り添えなくて利用者に寄り添えるのか。

ヘルパーも個人差がある。コミュニティースキルだけではなく、特に若い世代では家事などの経験が少なく不器用な人が多いように感じる。核家族化の影響もあり、高齢者の気持ちに寄り添えない、待てないなど、ヘルパーとしての資質を問いたくなる。

頑張っても褒めてもらえず、責任ばかり押し付けられている現場の過酷な状況報告も合わせてありました。

これらの問題は医療や福祉の中だけの問題ではなく、この国や社会の経済至上主義の弊害の結果でもあります。

大泉助言者からは、いろいろな分野に大勢の学者がいるが、働く人の変化を考えている学者はほとんどいない、現場から声を上げないと何も伝わらないとの指摘がありました。

黙っていたら理解してもらえない

最後に大泉助言者より分科会の総括がありました。

分科会も当初は保育士や指導員の参加者が多かったが、障がいの重度化・多様化もあり、看護師、介護福祉士、ヘルパー、社会福祉士、MSW、リハビリなどの職種の参加が増えてきている。

現場は余裕のない中で働いていて、日頃の仕事を点検して、見つめ直すことも困難な状況。制度の矛盾も分からず、人権擁護の担い手である自覚も薄い。

労働組合も組織率が低下し、活動も停滞しているのではないかと。いまこそ組合が現状の大変さを訴える時だと思う。昔は言えば変わった時代であったが。

私たち参加者が職場に戻り、働く仲間の問題意識をもってもらい、共に運動してもらえるよう働きかけが必要です。黙っているだけでは現状を理解してもらえません。国や行政も動かない。要求を整理して訴えて続けていくことが大事だと感じました。

レポート（4本）

- 静岡富士病院統合・廃止「構想」の問題点と地域運動
鈴木裕二（静岡県医労連）
- 当院における重症心身障害虐待防止委員会の活動報告と今後の課題
森 一夫（重症心身障害・筋ジストロフィーワーキングチーム 全医労静岡神経医療センター支部）
- 訪問介護の現場から障害者権利条約第19条——
コミュニティーの中の孤独と隔離
江川敏雄（岡山・ヘルパーステーションまんまる）
- 知的に障害があり、精神的にも障害のある方の自立・自律を目指して
小池深代（全医労 訪問ヘルパー）

変わっていく精神科医療

～患者中心の医療に変化して～

第9分科会

我が国では多くの精神障がい者が地域で生活する権利を奪われてきた。近年、退院促進・地域医療へとシフトしているが、今度は認知症患者を長期に抱え込む問題が浮上しており、福祉と医療の一連の改革運動が必要である。分科会ではレポートを中心に、①精神科医療の就労支援、②精神科医療の現状、③現状からどのように労働組合が活動や行動をしていくか、④精神障がい者と人権、精神科医療が取り巻く状況——について討論した。参加者は、現状をふまえながらも原点に戻り、今後の精神科医療に対して活動を確認した。



運営委員

東 幸枝 (石川県医労連 松原病院労働組合)

佐々木敏和 (島根県医労連 西川病院労働組合)

小澤 勉 (東京医労連 慈雲堂病院労働組合)

助言者

氏家憲章 (東京 社会福祉法人うるおいの里)

参加者

36人

患者さんの目標に即した就労支援

就労支援について、3つのレポート報告がありました。就労支援には、A型といわれる雇用契約を結ぶ一般契約に近い方法と、B型といわれる就労の機会としての「練習の場」として実施しているものがあります。

ある病院では、病院内のクリーニングや食事配送・庭園作業など、不況に左右されず病院に必要な作業で実施しており、本人の障がいのレベルに応じ、また、本人のニーズに応じた作業を提供することで本人の今後のビジョンが明確になり、B型からA型へ移行することもできています。一連の事業において事業所を異動することもなく、本人が「頑張ればあの仕事ができるし、賃金も増える」とレベルアッ

プの目標が持てる効果もあります。こうした実践によって、地域の一般企業が求める内容に近い作業が実現でき、そのことで社会に通用する人材を育てているという報告でした。

別の病院でも、病院内作業に従事しているが、栄養科などでは準備段階から業務マニュアルの視覚化などによって分かりやすく表示しているそうです。急な欠勤や職場の相談などについては就労支援室が担っているものの、現在まで急な欠勤などもなく実施できています。スタッフからは「こんなマニュアルや表示をしてほしい」「こうしたらもっと分かりやすい」など、自発的な意見も出されています。作業効率の早いグループと遅いグループができてしまいましたが、早いグループへの風当たりが強くなっていましたが、早いグループに「指導」の役割を与えることで、お互いを認め合うという効果も見られました。

後方支援として行っているケースでは、一般企業に就職できるような作業を提供したり、外部トレーニングとして企業の模擬面接や施設見学も実施しています。その他にも就労後のフォローを行い、OB／OG会として、先輩からの話を聞くといった機会も設けています。あわせて、企業に対しても精神障がい者についての勉強会を行うなど、理解を得る取り組みもしています。こうしたことから、何か問題が起きても企業・家族・施設間の連携で早期に対応でき、症状を発症しても職場復帰できています。

これらのレポート報告を受けて、参加者からは「職場スタッフの認識はどうか」「どのように企業と連携をとればいいのか？」といった活発な質問も出されました。

助言者からは、「入院中心の精神医療はもはや時代遅れ。ベッド稼働率も低下しており、病院経営の行き詰まりや破綻の時代に突入した。しかし、精神科特例を廃止するには、まだ4,000人の医師が不足していて、とうてい解決できる水準ではない。もっと地域で支える担い手（＝雇用）を増やし、当事者の希望に沿った地域支援にお金をかけるべきであり、そうした運動が大切である」との指摘がありました。

精神科医療の現状と 患者・職員の思いとのギャップ

日本の精神科医療は収容施設であるのに対して、先進諸国は治療機関です。日本の医療は先進諸国より遅れており、その表れとして患者数は変わらないが職員数は極めて低いという状況があります。

アンケート調査では「人手が少ない」という回答や「ちゃんと見てほしい」などの意見があがっているとの報告もありました。また、アンケートによって、厚労省の「精神科病棟の7万床を削減し、在宅に移行する」方針を知らない組合員もいることが明らかになったという事例もありました。「体制ができていない状況で、どのように行うのか」という意見もありました。

こうした状況をふまえた上で、「収容型」の精神科医療を転換し、患者の人権を守る精神科医療にしていくことが必要です。しかし、精神科医療の現場では、理想と現実のギャップが大きいこともあり、「精神科特例を廃止し、医師・看護師・介護職員の

大幅増員」という意見も出されました。

その半面、精神科の入院点数が低いことから、患者数を増やしていかなければならないという経営状況であるとの報告もありました。経営的に病床を埋めなくてはならないことや長期入院患者を出さなくてはいけないことに、個々では問題を認識しているものの、働く意欲を低下させることなく実施することは難しい。マンパワー不足であることからくる疲労感や傷病といったことでモチベーションを維持することができない、患者からのクレームなどにより心が折れてしまうという声もありました。

離職してしまうスタッフを止めないといけないものの、働き続けられる職場づくりに向けて声をあげるためには労働組合が必要であることも確認されました。しかし、過半数を下回れば経営者と対等にならないため、「どのように過半数を維持しているのか」「どのようにして組合員を獲得したのか？」などの発言もあり、意見交換が行われました。

認知症患者を取り巻く環境

精神科と人権を考えるうえでは今回、認知症をテーマにした報告がありました。

認知症医療に対しては現在、3カ月で在宅に戻さなくてはならず、家族が不安を感じ入所者が集まらないという状況があります。同時にスタッフ不足で、経営の悪化からくる賃上げ抑制、労働条件悪化、スタッフ不足という悪循環が起こっています。

ベッドが埋まらないため、長期入院で精神病患者を入所させ、それにより精神症状が悪化したケースもありました。精神科病棟で認知症患者を看ることは難しく、精神症状や行動障害が激しい方の多くは認知機能障害が比較的軽度であることから「精神科に入院させられた」と理解しており、その状況に反応して症状が悪化することもあります。

精神疾患の患者さんは認知症の患者さんが認識できず、物を持って行ってしまうことなどに不満が募るなどのこともあり、双方にとって良い効果がないということでした。

そのため、認知症患者さんは入院が長期化しやすくなり、早期の在宅復帰という方針と逆行しているのが現状です。認知症への理解と精神科病院での取り組みをどうするかについて考え、改善運動をしていくことが必要だという報告でした。参加者からは



「自分の病院でも同様のことが起きている。どのようにしたらいいのか？」という声も出されました。

2000年に始まった介護保険法では、虐待につながる拘束は禁止されており、さまざまな方法で拘束を回避する努力がされています。2012年に東京で開催された「認知症国家戦略に関する国際政策シンポジウム」で、スウェーデン、イギリス、オランダでは、生活の場でない精神病院での長期入院は認知症の人への適切な対応ではないと考えられており、精神病院からの退院促進に力を入れてきたことが紹介されました。地域移行ができない病院にはペナルティを課し、診療報酬で自助努力を促しながら病床数を減らしていく。そして、病床が空いた場合は、そこに認知症患者が入所できるようになっています。あるいは、病棟の一部を改修し、グループホームや長期入院の住居に転用することも行われています。

これに対し、日本の精神保健福祉政策は、患者さんや家族の目線になっていません。これからは、地域移行における予算や受け皿、働く環境の整備、病床機能分化、病床削減と地域医療の質の向上など、厚労省が責任を持って精神保健福祉改革を進めるよう求める運動が必要です。

患者さんの目線になって考えよう

今回も、精神医療の経験の報告から、患者さんの目線に立つことの重要性を確認しました。

今後、より良い精神医療を行っていくためには職



場環境づくりも大切です。次回も職場での実践をまとめ、参加してください。労働組合における労働者としての育ちあいの報告も期待します。

レポート（9本）

- 就労支援について
佐々木敏和（島根県医労連 西川病院労組）
- 精神障害者の就労支援を考える
清水孝則（長野県医労連 北アルプスあづみ病院労組）
- 社会福祉法人うるおいの里地域での取り組み
大濱唯菜（東京 社会福祉法人うるおいの里）
- 入院中心の精神医療はもはや時代遅れ
氏家憲章（東京 社会福祉法人うるおいの里）
- 京都医労連精神科医療についてのアンケート調査結果
（京都医労連 京都医労連精神部会）
- 精神医療を取り巻く環境の変化——精神科の変革期に課せられた課題と労働組合
平木敦子（兵庫県医労連 有馬高原病院労組）
- 当院における入院稼働率の推移と現状
殿谷真吾（東京医労連 慈雲堂病院労組）
- 帰れない認知症、急増する精神科病院の入院
橋本良美（石川県医労連 松原病院労組）
- 人権が守られた病院か、聞き取り調査をして
東 幸枝（石川県医労連 松原病院労組）

リハビリテーションの現場で 求められるもの

第10分科会

問題提起では健康の社会的決定要因について考え、レポート報告では日々実践している活動報告の他、利用者の視点に立った大切にしている取り組み、職場の労働環境についての報告を参加者で共有した。働くための制度を知るミニレクチャーと参加者全員の職場環境に関するアンケートを元に労働環境についても討論を深めた。



運営委員

亀井真由美（東京・ひまわりユニオン）

広瀬辰巳（石川勤医協）

福澤 尚（長野・飯田民医連）

臼井弥生（長野厚生連労組）

参加者

38人

近年、健康長寿が期待され、予防医学が注目されています。しかしながら、健康とは「病気ではない」というだけではありません。問題提起では、健康の社会的決定要因について考え、病気の「原因の原因」、障がい者を取りまく格差と貧困に着目する必要を改めて認識した上で、全国の仲間の取り組みレポートを参加者で共有しました。

患者・利用者へのアプローチの検討

医療機関、なかでも回復期リハビリテーション病棟では栄養への配慮が必要で、転帰先にも影響すると言われています。入院時栄養評価を行い追跡調査した報告では、栄養評価し、実際に栄養指導したことを退院後、特に独居高齢者や認知症高齢者が継続・維持し、摂取し続けることの課題が見えてきまし

た。実施の対応については、次の取り組み報告が期待されます。

腹臥位になることは、さまざまな効果があると言われていますが、重症患者の呼吸機能に関して大きな変化のあったことが報告されました。実際の実施手順はもとより重症患者に実施するため、病棟スタッフとの協力連携、関係作りが大事であることが示されました。あわせて、始めるきっかけ、導入段階の工夫として、実施の効果を出すこと、目に見える変化を出せることで皆が取り組みやすいことが了解されました。

私たちが働く場面において連携は重要ですが、最近チームとして取り組むことが増えています。褥瘡対策もその一つですが、褥瘡ゼロに向けた仕組みづくりが報告されました。スタッフの知識向上と入院時から評価、対策などの取り組みにより新規発生

の減少に至ったことは、スタッフの知識と同時に意識の向上、備品などの設備整備充実、治療よりも予防の取り組みの成果であり、予防が必要であることが理解されました。

急激なせん妄症状の出現に病棟スタッフ、リハビリテーションスタッフが連携して関わることでできた報告では、知識の共有、患者の24時間の状況をスタッフが共有することで統一した関わりができたことから、情報交換の場、情報共有の大切さが再認識されました。

老健施設で集団活動を進めるため、物理的な場所だけでなく、人やモノからの相互作用を配慮した場の提供した報告では、高齢者の特に認知症を併せ持つ場合など個別性に配慮しながら、人との関わり、人の役に立つことの集団の力を利用して、離床活動性の向上、参加を促進することができた取り組みを共有し、それぞれの職場でできる工夫を持ち帰りました。

患者が“自分らしく生きる”ために

終末期患者とその家族の思いを実現するため、家族と病院スタッフの協力で娘の結婚式を院内で実施した報告では、自分らしさを大事にし、それを支える家族の思いを実現するためスタッフが連携した取り組みに賞賛の声があがりました。

同時に、本人や家族の思いに沿うということの重要性も認識されました。

生活習慣病を抱える患者に対し、他職種が労働環境、収支状況、家族環境など生活歴を考慮した上でそれぞれに関わることで患者の治療、生活への変化に結びつけた報告では、目標を患者とスタッフが理解しチームで取り組むことの重要性を確認しました。治療した先、生活保護を受けた先にどのような生活をするのか、目標を具体的にしていけることが大事であり、討論の中では生活保護者の集まる食堂作りの報告もあり、社会的なネットワークを築いていくことの重要性も理解されました。

制度改定の業務への影響

今年度の介護報酬改定により、特に通所リハビリテーションにおいて加算算定のための業務量が増加した現状が報告されました。

制度の改定、加算算定はそのまま業務量の増加になります。利用者の生活を支え安心して在宅生活が継続できるための取り組みをぶれることなく進めるためにも、制度を理解し日々の業務を見直し効率化を図って労働環境を悪化させないためにどうすればいいか、取り組んでいく必要があります。

地域における病院・施設

医療生協における組合員の組織拡大、健康増進のため取り組んだ班会の報告がありました。日々の診療業務と兼ね合いを図りながら取り組みを継続し、組合員に興味を持ってもらえるよう工夫していく苦労があります。一方で、所属組織に関わらず、病院や施設がその地域の住民、組合員や患者会などで身体や病気のこと、医療や介護制度のことを理解していただくための取り組みは、私たちが働く場所は病院施設の中だけで終わるのではなく、その地域で住民と共に歩いていく職場の一人一人であることを理解し実践していく大事な活動でしょう。各地のそれぞれの取り組みを共有していきたいものです。

労働環境を考える

運営委員から「みなさんに知っておいてほしいこと」として、時間外労働、残業に関する事例を紹介しながら、私たちが働く上で元になっている法律、権利の分かりやすいレクチャーがされ、時間外労働、36協定、有給休暇について振り返りました。

あわせて当日、参加者全員へ労働環境に関するアンケートを実施、これらをもとに、労働環境について討論を行いました。アンケート結果は別表の通りです。

現状として出された意見は、主に残業、有給休暇、育児休暇についてでした。残業については、書類を書く時間は残業にならない、超勤は業務ごとに目安の時間がある、新人が残っている時間が長く、タイムカードで見ると深夜帯に及んでいる、自分の能力を低くみて書かない人がいて、自分たちでサービス残業を認めてしまっている、残業を職場長が知らないでいる、業務を午後5時までに終わらせるよう努力していて、終わらない見通しがあれば時間、内容を申請しているが、午後5時以降の記録になると会話、情報交換が加わり申請のしづらさを感じる、電

(別表) 分科会当日参加者に対する労働環境に関するアンケート結果

N=32

職種	P T/46.9% O T/28.1% S T/9.4% N s/9.4% C W/3.1% X/3.1%
週休（回答を週休換算）	4週8休/50.0% 4週7休/28.1% 4週6休/12.5% 8週13休/3.1% X/6.2%
日勤以外の勤務（PT・OT・STのみ）	ある/11.1%（早出・遅出・半日） ない/88.9%
残業（PT・OT・STのみ）	手当に関係なく、していない/14.8% 手当に関係なく、している/85.2%（始業前1.5～1時間/日・就業後1～3時間/日） している場合実際の手当対象0.5～18時間/月、全ての回答もあり
産休制度	ある/100.0%（産前4～6週/産後6～8週） ない/0%
育休制度	ある/100.0%（最大3カ月～36カ月） ない/0%
育児短時間勤務制度	ある/71.9%（5～7時間勤務） ない/0 X/28.1%
人事考課・業績評価の制度	ある/15.6% 導入予定/9.4% ない/65.6% X/39.4%
勤務形態に関する意見	週休2日希望。365日交替勤務で休みが少ない。食事介入などで休憩が取れない。休憩時間が取れない。
残業に関する意見	単位にならない業務（カンファレンス、面談、会議など）で残業をつけると効率が悪いと言われつけられない。書類業務はサービスになりやすい。始業前残業はつけられない。新人教育はつけられない。つけられる項目に限られる。取る人・取らない人の差がある。申請しづらい雰囲気がある。どの業務を残業に認めるか判断に差がある。
産休・育休制度に関する意見	院内保育所がない。男性の育休取得に理解がなく取りにくい、嫌がらせがある。育児のため退職する人がいる。小学校入学時に退職、パートになるなどハードルになっている。育休補償が減り休業中の不安がある。休業中の扶養、住宅手当の解除、昇級抑制などの差別がある。
人事考課・業績評価に関する意見	業績評価に低い項目と高い項目がある。毎月個人業績を出し、できていないとペナルティのある項目がある。日々忙しい診療のなか多すぎる評価項目と2カ月に1回の面接がある。評価するばかりで新人教育は本人任せである。給与に反映していない。質のいいリハをしていたら評価しても良いと思う。
その他労働環境に関する意見	腰痛スタッフが多い。有給休暇をほとんど流している。業務量に見合った給料ではなく少ない。ボーナスが少ない。責任者は問題解決を丸投げで現場を見ず現場の声を聞いていない。収益目標が高すぎスタッフが苦しんでいる。潜在的にパワーハラスメントがあるが対処がわからない。社会環境から労働環境は厳しくなっている。

(無記入は×として記載)

子カルテでPC台数が足りず記録できないでいる時間がある。行事の準備や実施が時間外になっても超勤対象にならず、休日にあたると振替の休みがなく連続勤務になっていて、チームワークの向上にはなるが疲弊する、行事の準備などは時間外として申請しているが、課長の考え方によっている、施設祭りなどは振替休日を必ずつけるようにしている、離院患者捜索などの対応はボランティアになってしまう、学生指導の申請は部署によって差がある、などが出されました。

残業の内容、申請の仕方、申請が受理されるかどうかは施設により違いがありましたが、他の施設で

の工夫も参考になる内容があったと思われます。

有給休暇については、有給休暇の消化に差がある、365日体制になり休み希望を公休で当て、有給休暇消化が低くなっている、病棟スタッフとリハスタッフで休日に差があり、病棟スタッフは希望休が取りにくいためリハスタッフは希望休を少なくするなどして院内の雰囲気が悪い、などが出されました。

育児休暇については、病児保育があり実際助けてもらっているものの、逆に病児保育があるからと出勤を迫られてしまうが、親子の側からすると病気の時くらいそばにいてほしい、いてやりたいと思うし、そうした雰囲気があるといい、病児保育がなくその



たび看護休暇を取っていて大変である、子どもの看護休暇を検診予防接種なども対象になっていて比較的取りやすい、男性の育児休暇は取りにくい、男性県知事が育児休暇を取っているの取りやすい、などがあげられました。

労働環境は病院、施設ごとに違いますが、同一施設の中でも部署によって差があり、弱いところで足の引っ張り合いになっていることもあるようです。皆が働きやすい職場にするためには、さまざまな背景で働いている人たちの相互理解が進むことが必要そうです。現状を見直し、皆で話し合いができる場が持てるといいのではないかとすることで締めくくられました。

リハの現場で求められるもの

これからも、リハビリテーションの現場で利用者の視点に立った大切にしている取り組み、利用者を取り巻く背景、環境にも考慮し、連携して働きかけていく活動を共有し合い、職場環境、労働環境についても考え、日々の取り組みをレポートで持ち寄り討論を深め次のステップにしていきましょう。

レポート（9本）

- 当院における大腿骨近位部骨折地域連携パスの栄養評価と追跡調査について
伊藤賢太（北海道医労連 勤医協札幌病院 理学療法士）
- 安心して寝ていられるためには～腹臥位への取り組み～
竹下 歩（福岡県医労連 健和会京町病院 理学療法士）
- 褥瘡ゼロに限りなく近づけるために～リハビリスタッフとしてできること～
中野未来（福岡県医労連 健和会労働組合 京町病院支部）
- パーキンソン病患者のせん妄症状に対する他職種での関わり
田島加織（富山県医労連 富山民医労富山協立病院 理学療法士）
- 『場』の利用がICF参加項目に与える影響
船間 聡（岡山・倉敷医療生協 老健あかね 作業療法士）
- 「バージンロードを歩きたい」～終末期患者の自分らしさを尊重した関わり～
松村知香（石川県医労連 石川勤労者医療協会城北病院 作業療法士）
- 生活の立て直しを共に支える
星野由美子（長野県医労連 飯伊民医連労組 MSW）
- 介護報酬改定における業務の複雑さの現状についての報告
横沢恵利花（長野県医労連 小諸厚生総合病院 こまくさケアセンター）
- 健康教室・リハビリ班会の取り組み
西中信子（岡山県医労連 岡山医療生協労組）

患者のための臨床検査

第11分科会

レポートを中心に、①人員不足の中での年休取得向上、②各種資格取得と手当、③臨床検査技師法改正について、④違法当直や夜勤問題、⑤後継者をどう育成するか—について熱心な討論を行った。労働条件改善への取り組みとともに、患者のための臨床検査という原点に立ち返って、安心・安全な医療の質の向上につなげていくことを確認した。



運営委員

三谷智恵子（千葉・全日赤 成田赤十字病院労組）

大竹伸哉（済生会新潟第二病院労組）

多比良卓志（京都医労連 検査対策委員会）

参加者

15人

年休取得向上のために増員は不可欠

最初に、参加者の自己紹介と職場で抱えている問題などを発言し、その後のレポート報告を通して、大きく5つの内容について話し合いました。

レポート報告では、フランスは4週間の有給があり、そのうちの2週間は連続した休暇を取るようになっていきます。フランス人はバカンスを大事にしますが、日本人は仕事が趣味のように見えます。2012年の有給休暇取得日数は5.75日であり、年休希望を出したところ当直明けにされたこともありました。有給休暇取得には増員が不可欠であると団体交渉で要求し、2013年に1人増員され、希望した日を当直明けとすることはなくなりました。しかし、依然として希望しても有給休暇を付与されず、公休に変更

されて結果として有休の取得ができない状況でした。2013年、有休取得日数は9日でした。2014年にさらに1人採用され、育児休暇者が1人職場復帰しました。2014年有給休暇取得日数は13.25日で、2015年の勤務表では希望した日は有給休暇となっています。フランス人との出会いの中で学んだことを団交で生かして増員要求し、3年間で4人の増員がありました。

参加者からは、病院建て替えによる赤字で増員がなかなかされない現状も報告されました。年休取得数が少ない現状をなんとかしたくてこの分科会に参加したという人もいました。労基法にある「使用者は有給休暇を労働者の請求する時季に与えなければならぬ。ただし、請求された時季に有給休暇を与えることが事業の正常な運営を妨げる場合においては、他の時季にこれを与えることができる」を基本

に粘り強く増員を要求し、有給休暇取得にむけて前進しましょう。

各種資格取得と手当

近年、臨床検査技師を対象とする、あるいは資格要件となる資格認定制度を受験する人が増加しています。「資格取得に対するアンケート」では、資格取得の理由として自己研鑽^{けんさん}が最も多く、女性では職場の命令により取得した人もいました。その一方で、給料が上がるとは誰も思っていない現状がみられました。

資格取得のメリットは仕事に自信が持てたこと、特に勤続15年以上では、取得により後輩に指導しやすくなったという意見がある一方で、実際に業務効率率が上がったと感じていないのが現状でした。資格取得のデメリットは更新（受験）料が高いこと、職場で認められないことがあり、自己満足もありました。

資格を取得しない理由は、勉強する時間がないことがもっとも多く、経験年数が長くなるほど、現職場では無意味と感じていました。特に女性では給与に反映しないため取得しない人もいました。時間に余裕があれば取得したい、資格手当の支給があれば取得したいという意見もありました。

資格手当は、細胞検査士について手当がある職場や、検体採取等に関する厚生労働省指定講習会の受講料について手当がある職場、資格に限らずすべての人に関わる技師会費に手当がある職場などさまざまでした。勤続15年以上では、ローテーションがなければ取得したい、男性では、昇格基準となれば取得したいという人もいました。勤続5年未満では取得意欲がありますが、5～15年でいったん低下し、15年以上で再び上昇することが分かりました。資格を持っている人はさらに取得したいと考えていますが、持っていない人は関心がない傾向にありました。

今回のアンケート調査の結果では、資格を自己研鑽のために取得する前向きな姿勢がある一方で、取得しても給料に反映しない等の理由から資格を無意味と感じている者も少なくありません。資格取得を単なる自己満足に終わらせるのではなく、患者さんのために生かしていけるように、また、働く者の充実感につながるように労組としても取り組む必要性を感じました。

臨床検査技師法改正について

平成26（2014）年4月1日に検体測定室が追加されました（臨床検査技師等に関する法律第20条の3第1項）。従来は、簡易な検査を行う施設については、臨床検査技師等に関する法律に基づく衛生検査所の登録が必要となっていました。しかし、簡易な検査は診療の用に供する検体検査を行うものではないことを考慮し、簡易な検査を行う施設は衛生検査所の登録を不要とする旨の告示の改正を行いました。

検体測定室の定義としては、以下の全てを満たした、診療の用に供しない検体検査を行う施設をいいます。①当該施設内で検体の採取及び測定を行う。②検体の採取及び採取前後の消毒・処置については受検者が行う。

検体検査室の問題として、自己責任的な運営で緊急事態が起きたらどうするのかという意見がありました。

今年4月1日には、生理学的検査に嗅覚検査及び味覚検査が追加されました（臨床検査技師等に関する法律第2条17及び18）。参加者からは、「チーム医療に加わっていく方向性を築いたともいわれているが、実際、嗅覚検査及び味覚検査を行っている施設は私立大学病院などで、一般病院では検査していないのではないか」という意見がありました。

診療の補助として、採血に加え検体採取業務が追加されました（臨床検査技師等に関する法律第8条の2）。検体採取は、次に掲げる行為とする。①鼻腔拭い液、鼻腔吸引液、咽頭拭い液その他これらに類するものを採取する行為。②表皮並びに体表及び口腔の粘膜を採取する行為。（生検のためにこれらを採取する行為を除く）。③皮膚並びに体表及び口腔の粘膜の病変部位^{りんせつ}の膿を採取する行為。④鱗屑^{かひ}、痂皮その他の体表の付着物を採取する行為。⑤綿棒を用いて肛門から糞便を採取する行為。

検体採取を行う場合は厚労省指定講習会の受講が必要であり、義務化されています。講習会会場は全国のべ73カ所で開催され、4～5年間は全国展開される予定です。受講料は日本臨床検査技師会会員が1万円（2日間）、非会員は3万円です。初年度受講者は2万人を想定しています。分科会参加者の施設によっては受講料の補助をしているところもあり



ました。講習会開催場所や出張手当についても検討する必要性を感じました。また、実際に臨床現場に検査技師をおくことが人間的に可能なのか、増員などの人員確保の点からも検討する必要性を感じました。

違法当直を早急になくし交替制に

この分科会に参加した理由としては「他の職場の勤務体制を知りたくて」が多くあげられました。夜間の勤務体制はそれぞれの施設の規模によって異なっています。オンコール体制、当直体制で30時間連続勤務だがほとんど眠れないなど、現在でも違法当直をしている施設があります。

交替制に移行したものの増員されないため、日中の業務が多忙になったところもあります。「24時間当直体制から、労基署を活用して夜勤体制になった。夜勤体制にするには増員が必須」など、さまざまな報告がありました。夜間の違法な勤務体制を続けるのではなく、改善していく運動が必要であることを確認しました。

夜間の勤務免除が50～60才で設定されている職場がある一方で、勤務免除のない職場もあります。若い人だけが働ける職場ではなく、経験を蓄積した技師も働き続けられる職場にしていく必要があります。

後継者をどう育成するか

若い世代の参加者から、職場の問題提起がありました。「検査室に勤務する20人のうちの半数が、10年以内に定年退職を迎える。現在、病欠・産休育休

で5人が不在だが、補充もない。夜勤は平均して月に2回だが、55歳夜勤免除などで、若い事を理由に月6回夜勤をすることも。近隣の大学などにも検査技師の募集を出しているようだが、新人が来ない」。

夜勤回数からみると、明らかに36協定違反です。しかし、上司に相談してもなかなか解決には至らないようです。労働条件改善に向けて、労働基準監督署の活用も必要です。また、今回の分科会の参加者たちが、お互いに協力して力添えができるネットワーク構築への必要性も感じました。

職場に30代、40代が少なく、20代、50代が多いため、技術継承が困難であると参加者の多くが発言していました。医療の質の低下が懸念されています。参加者の中には、中途採用が増えているが、新人に有利な人事院勧告準拠のため中途採用者の給与の問題があり、モチベーションの低下にもつながっているとの発言もありました。1つの検査科だけで対応できる問題ではありません。京都では10年以上にわたり検査対策委員会があります。後継者を育成する体制を地域全体で捉える必要性を感じました。

仲間づくりの場としても

参加者全員がそれぞれの抱えている問題に真剣に向き合い、話し合いができたことが印象的でした。東日本大震災で被災した参加者から、「東日本大震災で3病院が流された。高田病院は現在も仮設だが、3年後に本建設が予定されている」との嬉しい報告もありました。

久しぶりに開催された交流会にも半数近い参加があり、郷土料理をいただきながら活発な交流をするなど、和やかな会となりました。仲間づくりの場として今後も継続して開催したいと思っています。これからも「患者のための臨床検査」の原点に立ち返って邁進していきましょう。

レポート（3本）

- 有休取得に向けての一つの行い
片岡哲夫（岡山医療生協労組）
- 各種資格取得に対するアンケート集計結果について
三谷智恵子（千葉・全日赤 成田赤十字病院）
- 臨床検査技師法改正について
多比良卓志（京都医労連 検査対策委員会）

患者・施設利用者の給食改善

～治療食・介護食の充実をめざして～

第12分科会

レポートを中心に、給食改善に日々努力しているさまざまな取り組みや、入院時食事療養費の負担増の反対運動、委託問題・センター化などの問題についての報告があった。それぞれの報告について質問や情報交換があり、厳しい社会情勢のなか、患者・施設利用者の給食の質の向上のため努力する仲間に励まされ、良い交流の場になった。元気の出る分科会であった。



運営委員

染原 剛 (大阪医労連 耳原老松診療所)

太田敏雄 (東京・昭和大付属鳥山病院)

服部菜美 (東京・八王子保険生活協同組合 城山病院)

助言者

吉田義美 (元東京女子医大付属病院)

島山久夫 (元癌研究会有明病院)

参加者

32人

病院給食を取り巻く現状

病院給食は治療食であり、健康を維持する食生活の基本を伝える手段です。

私たちは病院給食が「まずい・冷たい・早い」と言われていた頃から改善に向けて努力を続け、そのことにより診療報酬を改定させ、病院給食を飛躍的に進歩させてきました。それに伴って、調理機器(技術)や提供する調理形態も進歩し、クックサーブをはじめ、クックフリーズからクックチル、真空調理というように多様化してきています。

しかし、私たちの置かれている状況は年々厳しさを増し、診療報酬の改悪は給食部門の存続の有無を左右するほどの影響で、さらなる改善を進めていく上で、大きな障害となっています。

さらに、病院給食の自己負担が拡大されようとしています。これは患者負担の増大にとどまらず、治療食である病院給食を崩壊させかねない状況に追い込まれることは明かです。この目の前の課題と、新たな給食改善への挑戦が重要となります。

給食改善に向けた各地の取り組み

ここ数年、咀嚼・嚥下機能の低下した高齢者に対する嚥下食などのレポート報告が多く、あらゆる施設で高齢者の食事への対応が求められていると感じます。

今回の分科会では、岡山協立病院から嚥下食改善の取り組みについて報告がありました。同病院では、診療報酬・介護報酬改悪により医療現場において弱い立場となっている栄養部門が、積極的に医療現場

へ参加できるよう「嚥下チーム」を結成し、『嚥下調整食分類2013』を参考に、嚥下調整食の改善に取り組んでいます。調理師の嚥下食への関心の薄さを問題点と感じており、社会情勢と調理師の置かれている状況を意識した、病院給食改善についての報告でした。この取り組みは春闘の交渉の際、院長より「直営ならではの素晴らしい取り組みを伸ばしていきたい」と認められ、委託化阻止の材料にもなり、経営からもバックアップをしてもらう流れを作っているそうです。

他にも嚥下食に取り組んでいる施設は多く、質問も出され、情報交換も活発に行われました。

日本医労連では嚥下食を加算の対象とする運動を行っていますが、一定の基準を設けることは各施設との乖離かいりが生じる可能性があり、現場の意見を聞く必要があるという議論もありました。

水島協同病院からはNST(栄養サポートチーム)の活躍についての報告がありました。胃ろう造設後の合併症予防を目的に、NSTでクリニカルパスの改定を行い、合併症の減少につなげることができ、同時に薬剤が安価になる、在院日数の減少といった経済効果も期待できます。しかし、輸液や抗菌剤の使用率の低下はデータで出ているが感染委員会との手柄の取り合いとなっており、NSTのアピールがしづらいついた意見もありました。他施設からも質問が出る学習の場にもなりました。

介護老人保健施設「茶山のさと」からは、同法人内で病院・老健・診療所・訪問看護・デイサービス・歯科などさまざまな医療・介護活動を展開していることを強みに、真の地域包括ケアの実現を目指し、職種・事業所の垣根を越えて、自主的に摂食嚥下勉強会を立ち上げたとの報告がありました。ながく・おいしく・あんぜんに食べられることを考える勉強会として「なおいあん」とし、歯科医師・言語聴覚士・栄養士・調理師・作業療法士などがそれぞれの分野を生かした勉強会を月に2回開催しています。他職種が集まって初めてできる取り組みであり、さまざまな職種が意見を出し合うことで嚥下障害のある患者さんをサポートできるという、これぞ他職種連携の理想のような元気をもらえる報告でした。

地域との積極的な関わり

病院給食の現場で働く栄養士・調理師が日頃の努

力を生かし、病院外の近隣組織や地域住民に向けて活躍している報告がありました。

京都民医連第二中央病院の栄養科では、民医連の共同組織が月に1回実施しているお食事会へ食事提供を行っています。以前は市販の弁当だったのですが、栄養科で食事提供を行うことで、調理師と地域の方々とは交流する機会や、調理師の技術を生かす機会、やりがいを得られるという報告でした。

委託問題の反対材料として栄養科だけでは弱く、共同組織の力が大きな力となるという意味でも地域の方々との関わり方の大切さを感じる報告でした。

小諸厚生総合病院からは、地元野菜を病院給食に取り入れているという報告がありました。食品汚染・輸入食品の安全性が社会的な問題となっていた1988年から患者さんに安全な食事を提供したいという思いから全国でいち早く地元野菜を病院給食に取り入れており、現在は4つの生産者グループが22種類の野菜を納品しているそうです。

地域の生産農家とは、労働組合が年1回主催する農業を手伝う活動や、料理を持ち寄り「食と農」について学ぶ活動を通して交流を深めています。2013年には農林水産省主催の地産地消給食等メニューコンクールにおいて農林水産省食糧産業局長賞を受賞しました。

同病院では過去にセンター化の話があったものの、直営で行うとした経過があります。地域の生産農家とのつながりを作り、安心・安全な給食を提供できることや、患者さんが食べ慣れた野菜を食べることができるということはとても重要で、直営ならではの強みを感じる報告でした。

センター化・委託化問題を考える

診療報酬改悪の流れとともに病院給食の委託化が進み、全国で委託化阻止のためのさまざまな運動が行われてきました。しかし、近年では病院給食でもセンター化の流れが広がりつつあります。

そんななか、委託化を撤廃した城山病院での運動の一つである「栄養科発行の情報誌」についての報告がありました。

当時、労働組合を通じて他院の委託反対運動を学ぶ学習会を行いました。その際に「情報誌の発行」というアイデアをもらい、患者さんや家族との交流を図ることを目的に取り入れました。情報誌の発行

は現在も続けており、委託業者との差別化を図るため、直営ならでのメリットを今後も生かしていきたいと前向きな報告でした。

群馬中央医療生協労組・前橋協立病院からは、「センター化・委託化がどんどんと迫ってきているなか、給食のレベルアップのためには労働環境・労働条件の改善が必要だ」という発言がありました。労働環境改善のためには、診療報酬や横のつながりでの統一化といった外的な要因と、経営者からどう見られているかという内的な要因が影響します。調理だけでなく労働環境を見直す活動もまた大切だということが再確認されました。

入院時食事療養費の自己負担 引き上げ反対についての活動

5月27日、入院時食事療養費の自己負担増額が盛り込まれている医療保険制度改革関連法案が成立してしまいました。病院給食の患者負担は、在宅療養と公平性を確保するという名目のもと1食あたり460円の自己負担となります。

2月18日、全日本民医連が国会で取り組んだ要請行動に長野中央病院も参加し、その様子の報告がありました。「自己負担が増えるなら弁当を持ってくる」「入院をしないようになっちゃう」「年金も減らされてばかりで大変」といった入院患者さんの意見も添えて、5人の議員を訪問しました。

病院給食は医療の一環であり、日本栄養士会も「同意できない。公平をいうなら在宅の管理栄養士の指導を充実させるべき」と指摘しています。法案は成立してしまいましたが、患者さんにとって大きな負担となり、病院給食を崩壊させかねないこの法律については各地で問題を知らせ、反対運動を広げていかなければなりません。

各県の対策委員会について

東京給食対策委員会では月に1度の会議を続けており、その中でさまざまな運動やイベントを行っているという活動報告がありました。山菜パーティー（交流会）や東京医療研究集会の他に、最近では入院時食事療養費の自己負担引き上げ反対の陳情を都議会に行いました。今後は自治体などに陳情・請願等を行い、運動を続けていく予定です。

昨年の全国医療研究集会が東京で開催されたことから、食文化交流会も行いました。交流会を通して対策委員会に参加するメンバーが増えたが、今後もさらに拡大し、世代交代を行っていかねばならないという報告でした。

各県の給食対策委員会も、人員不足、世代交代といった課題を抱えています。県での医療研や会議を行うといった活動を続けている県もありますが、委託・センター化によって直営が減ってきていることも組織拡大の弊害となっています。各県での対策委員会を活性化し、医療研の給食分科会の参加人数向上にもつなげていきたいとの意見もありました。

各施設の取り組みも交流

各施設の取り組みが、患者さんのために安心・安全な病院給食を守ることはもちろん、厳しい社会情勢の中で、病院給食における労働環境を守っていくことにもつながっているということを意識している施設が多いように感じられました。委託化・センター化を意識し、阻止していこうとしている各施設での取り組みから、多くのことを学びました。

日々の給食改善の取り組みを発表する機会は少なく、全国の他施設の状況を知る機会も少ないことを考えると、大変有意義な分科会だったと思います。

レポート（7本）

- 入院時食事療養費の負担増反対を国会議員に対して要請
高澤智弘、千野辰也（長野医療生活協同組合労組）
- ながく おいしく あんぜんに—「なおいあん」の取り組み
辻 秀治（京都・介護老人保健施設茶山のさと）
- 嚥下調整食改善への取り組み
花田真人、西 一樹（岡山協立病院）
- 地域と共に歩む病院
向井宏紀（京都市民連第二中央病院）
- 地元野菜を病院給食に
長田 葵（長野・小諸厚生総合病院）
- 東京医労連給食対策委員会の活動報告
服部菜美（東京・八王子保険生活協同組合 城山病院）
- NST介入とクリニカルパス使用による胃瘻造設患者の合併症予防
小川満子（岡山・倉敷医療生活協同組合 水島協同病院）

職場の安全衛生と環境改善

第13分科会

厚労省「職場における腰痛予防対策指針」が改訂されたなかで、医労連のオーストラリア視察、職場でのノーリフトの実践に関するレポートが8本、パワハラ関係が2本、その他4本と、当日持ち込み分を含めると合計14本のレポートが提出された。レポート発表、参加者からの質疑・討論と東先生による助言に加え、講演「医療現場での医療労働者の健康管理」によって内容を深めることができた。



運営委員

瀧川 聡 (日本医労連本部)
 中嶋啓子 (熊本県医労連)
 鈴木郁雄 (千葉・全日赤成田)

助言者

東 昌子 (滋賀民医連 膳所診療所)

参加者

48人

職員の健康と安全な病院づくり

安全衛生委員会（衛生委員会）で調査・審議する内容は幅広く、分科会では自施設で取り組んでいる職場の安全衛生面の改善に関するレポートが報告されました。

安曇野病院支部からは、全職員の流行性ウイルス疾患の抗体価検査とワクチン接種を実施して、地域住民が安心して受診できる病院作りについて報告がされました。全職員が検査を受けたが、検査費用の自己負担が課題ということです。

医療現場のアスベスト問題

京都医労連が取り組んだ「アスベスト健康被害」

のアンケート調査では、ゴム手袋等の再利用にタルク（アスベスト入り）を使用していましたが、看護師の「日常生活における呼吸器の異常がある」が15.6%との結果でアスベストとの関連も示唆され、今後、国と京都府などに実態把握等を要望していきたいと報告がされました。日本医労連としても取り組む必要がある問題でもあります。

実態調査と再発防止策でパワハラ撲滅へ

全日赤成田の鈴木さん（運営委員）より、衛生委員会を活用したパワハラ撲滅の経過報告がされました。厚労省「あかるい職場応援団」の予防・解決法に基づきアンケートと聞き取り調査、ハラスメント防止規程、相談体制、再発防止策を実施して、「パワハラを受けた」37%のコミディカルが23%に改善

したもの、ハラッサーが上司の場合には改善が難しいという問題も指摘されました。

医労連青年協からハラスメントアンケートの結果が報告されました。パワハラやセクハラを受けて退職を考えた青年は、ともに3人に1人の割合にのぼり、マタハラは上司・先輩から受けているとの報告でした。ハラスメント対策には、安全衛生委員会の積極的な活用と、ハラスメントを「しない」「させない」環境づくりに労働組合が関わるのが重要になります。

腰痛予防・ノーリフティングポリシー

昨年、日本医労連はオーストラリアにノーリフティングの視察を行い、参加者よりレポート報告がされました。

全日赤本部の森田さんより、ノーリフティングポリシーの歴史、看護師の労災保険の請求の半数は腰痛が原因であること、安全に人を移動するためのガイドラインが紹介されました。腰痛で休業する看護師が多い、労災保険額が増えている、病院は看護師確保に苦慮したことにより、ノーリフトが浸透しました。腰痛は看護師の個人的責任ではなく危機管理であること、今後は学習・宣伝を進め、国を動かす運動を進めていきたいと報告しました。

全日赤京都第二・重田さんのレポートでは、衛生委員会のもと「腰痛予防対策チーム」が発足し、スライディングシート、車いす、ローラーライドフレキシ等の購入、腰痛体操に取り組んだ経験が紹介され、今後はアンケート調査を実施すること、最後に日本ノーリフト協会・安田氏の著書にあるように「①情熱、②説得力、③仲間を持つ」ことが必要だとの指摘がありました。

山口県医労連からは、全医労柳井支部における腰痛予防対策の取り組みが報告されました。安全衛生委員会でも6項目の腰痛対策を提案。ラジオ体操を行う、腰痛対策のためのPDC Aサイクルの導入等、一定の前進はありました。職場で1人の看護師が声を上げることで大きな変化が生まれ、さらに行政を動かす運動をしていきたいと決意が語られました。

腰痛予防対策とノーリフト導入例

富山医療生協労組より、安全衛生委員会にリハビ

リスタッフが加わり、腰痛予防学習会、福祉用具の選定等、腰痛予防対策の中心としての役割を担った経験が報告されました。

佐久総合病院支部からは、佐久医療センターの開設に伴い450床の30%、150床にリフトを導入した経験が紹介されました。以前から腰痛対策には取り組んでいたものの、減少していませんでした。テクノエイド委員会のもと、介護機器の点検から整備・使用までを集中管理する体制となりました。リフトリーダー養成、職員への研修などの実施、毎月ラウンドを行っていること、最後に介護機器の利用が腰痛予防につながると報告しました。

戸畑けんわ病院支部では、組合の要求により労安委員会でノーリフトプロジェクトが立ち上がり、ノーリフト協会の学習会、アンケート、コーディネーター養成、マニュアル作成などを実施。「持ち上げない看護・抱えない介護」を学び、職場を変えていくことの必要性を痛感したという報告でした。

京都医労連から、学習会、リフト導入施設への見学により、「気持ち良さ」を体験した組合員を増やしていくことの大切さが語られ、課題としては導入のための職場合意と経営者への働きかけが必要であること、京都医労連として腰痛予防対策・ノーリフト担当を決め学習を深める、安全衛生委員会の活用を拡げることや、労組としてノーリフト運動を広げ、補助金なども要求したいと報告されました。

岡山医療生協労組からは、専従者として労働安全衛生の視点から要求できることは何か、専従者の休暇等の要求は誰にしたらいいのかとの悩みが訴えられ、専従者の参加者などから意見が出されました。

全医労岡山支部の「職場の安全衛生と環境整備」レポートでは、安全衛生委員として3年目、組合活動の中で委員の意義は深まったが、施設での委員会で職員の衛生面での改善が進んでいない。特に夜勤回数、2時間以上の超過勤務も申請できていない。委員会で、休憩時間の実態調査、勤務表の点検を提案したが、前進していない。安全衛生委員会の役割は何か、職場の環境改善を図るために他施設の経験に学びたい、との報告がありました。

労働者の視点から健康管理を

東昌子先生の講演「医療現場での医療労働者の健康を守る取り組み」では、医療・介護労働者の健康

管理は遅れていることが指摘され、「労働者」の視点から健康管理を見ることが大切だと強調されました。

具体的には、①医療の安全性と労働者の健康管理、②感染予防、③暴力・ハラスメント、④化学物質による健康被害、⑤メンタルヘルス、⑥筋骨格系疾患（頸肩腕障害・腰痛）の予防、⑦がん・透析などの治療を受けながら働く労働者への配慮——の視点からの対策が必要とのお話でした。

ポイントは、予防に重点を置いた対策を立て、労働衛生の5管理を総合的に進めること。腰痛予防対策として、2013年「新指針」では、福祉・医療等における介護・看護作業は腰痛多発作業であると位置づけられました。リスクアセスメントにより、腰痛のリスクの評価、回避、低減措置の実施をして、人力による「抱え上げ」を原則行わないことが重要となります。そのためには、「ノー・リフティング・ポリシー」を取り入れて、リフトなどの福祉用具・器具を用い、「押さない、引かない、持ち上げない」ことを守り、事業者の責任で行い、労働者の個人任せにはしないことが必要です。

「労働衛生の5管理」は次の通りです。①**作業管理**：移乗介助は、リフト、スライディングボード、スライディングシートの使用、②**作業環境管理**：ベッド周囲の配置、段差・滑りやすさ、温度、③**健康管理**：労働者の要因、腰痛健診、健康診断、腰痛予防体操、職場復帰支援、④**労働安全衛生管理体制**：腰痛予防対策チーム、リフトリーダーなど、⑤**労働衛生教育**：腰痛予防対策の基礎的知識、リスク評価、腰痛予防体操、福祉用具・器具の取り扱い方。

腰痛は予防できる！

職場の安全衛生と環境改善は、医療・介護・福祉で働く労働者にとって重要な課題です。レポートは、主に職場や組合の安全衛生委員会活動の報告がされ、流行性ウイルス疾患の抗体価検査、アスベスト、ハラスメント、オーストラリア視察、腰痛予防に関するもの等と幅広い内容でした。

京都医労連・安全衛生対策委員会の活動は、今後の各県医労連にも模範的な活動であると感じられました。このような活動を日本医労連全体に広めることが、分科会の役割だともいえます。

東昌子先生の講演では、「労働衛生の5管理とノ

ーリフティングポリシーで、腰痛は予防できる」と職場の安全衛生委員会への助言もあり、あとは職場でリスクマネジメントに従い実践するのみです。

これからの職場の安全衛生活動に活かせるヒントが多く含まれた、実りある分科会になりました。

レポート（14本）

- 職員の労働安全衛生と地域住民が安心して受診できる病院作りの取り組み
三好幸三（長野厚生連安曇病院支部）
- 医療現場におけるアスベスト健康被害の取り組み
藤井正史（京都医労連）
- 衛生委員会を活用して「パワハラを撲滅」を目指す（第2報）
鈴木郁雄（千葉・全日赤成田）
- 医療・介護・福祉職場ではたらく青年職員に対するハラスメントについての調査結果
松田加寿美（医労連青年協）
- 安全衛生委員会におけるリハビリテーションスタッフの役割—腰痛予防対策を通して—
高木初代（富山医療生協労組）
- 看護・介護労働者の腰痛原因を探る
花澤直樹（長野・長厚労 佐久総合病院支部）
- ノーリフティングポリシーを職場に広げていくために—オーストラリア視察報告
森田しのぶ（全日赤本部）
- 抱え上げない看護・介護について—オーストラリア・ビクトリア州・ANMFから学ぶ
中村鈴江（山口県医労連）
- ノーリフトプロジェクトの1年間の取り組み～持ちあげない看護 抱きあげない介護～
下林 幸（福岡・健和会労組 戸畑けんわ病院支部）
- 京都医労連の医療・介護現場の腰痛予防対策・ノーリフトの取り組み
勝野由紀恵（京都医労連）
- 豊橋市民病院における腰痛・頸肩腕痛実態調査について
上村晃寛（愛知・豊橋市職組病院支部）
- 労働安全衛生の視点から生まれる疑問点
岩本千鶴（岡山医療生協労組）
- 「職場における腰痛予防対策指針」に基づいた活動の報告
重田洋子（全日赤・京都第二）
- 職場の安全衛生と環境整備
新保江利（全医労岡山支部）

施設介護

第14分科会

レポートをもとに、①日常の介護の中での利用者との関わりを振り返る、②日々のリハビリに目標を持って取り組むことの大切さ、③ICFの視点から利用者への対応を考える、④新規開設してからのこれまでの取り組みの振り返り、について討論を行った。参加者は自身の体験・悩みを出し合いながら各テーマについて理解を深めた。



運営委員

鈴木森夫 (石川民医労)

小形亮子 (北海道勤医労在宅支部)

河野壮彦 (千葉勤医協)

助言者

曾我千春 (金沢星陵大学経済学部教授)

参加者

28人

利用者との関わりを振り返る

最初に、特養の介護職員より日頃の利用者の問題行動・発言から役割を感じてもらえるよう作業を考え、アプローチした取り組みが発表されました。作業への積極性や問題行動の減少に一定効果が見られた結果が示されました。また、取り組みを行うなかで、自分たちの日頃の利用者への関わり方が一方的な援助になってしまっていたと振り返ることができたと報告されました。

2つ目にデイサービスセンターの介護職員よりデイサービスに新規利用者A氏の在宅生活を支えた取り組みが報告されました。利用の開始時から住宅環境の問題を行政に相談、デイサービスの現場では皮膚トラブルに対処したり、リハビリを積極的にやり

たいというA氏の希望にそえるようサービスを提供するなど、A氏と他利用者との関係に配慮した実践が報告されました。

参加者からは「リハビリの専門職がないなかで、どのようなリハビリを提供しているのか」「生活困難な方の相談をどう行政に相談したのか」などの発言があり、活発な議論が交わされました。

3つ目に利用者の排泄について着目し、ICF(国際生活機能分類)の視点から支援の方法を考えた発表がされました。

オムツ対応になっていた方の「できること」を再評価し、トイレでの排泄に対応を変えた取り組みの報告がされました。取り組みの中で内服薬の調整や水分摂取量なども検討され、チームで関わったことが良く分かる報告でした。

高優賃（高齢者向け優良賃貸住宅） における実践から

高優賃の事務をしている参加者より、新規開設から現在まで運営をしてきて直面した課題と、それに対応してきたかの発表がありました。入居してきてからさまざまな理由で状態が重くなってきた利用者に対して行ってきた取り組みや体制の変更、行政も巻き込んで家賃補助の制度を話し合ったこと、介護保険サービスだけでは支えきれない現状にどう立ち向かってきたかが報告されました。

参加者からは行政と共に取り組んだことに感嘆の声があがりました。介護報酬改定が事業所の収益に大変大きく影響しているとのことでしたが、これまでの取り組みを土台として頑張っていきたいという決意が感じられる報告でした。

要望に応えリハビリ用具を作成

5つ目には通所リハビリの介護職より、介護職の専門外と思われる利用者の要望に応じて行った取り組みが発表されました。

「用具を使用したりリハビリを自宅でもやりたい」という要望に応じて、持ち運びのできるリハビリ用具を作成したとの報告でしたが、その行動力と、使用を開始してからの工夫に感嘆の声があがりました。「利用者の声に介護職としてどこまで応えられるか」という、介護に携わる者の永遠のテーマに可能性を感じる発表となりました。

次にデイサービスの介護職員から、^{けいずい}頸髄損傷により人工呼吸器を装着している利用者の利用受け入れまでの経過と取り組みの発表がありました。受け入れに際して本人・ご家族の希望と職員の不安の声の解消のために、お試しでの入浴介助を実践したこと、実践を経て、どのようにしたら受け入れが可能か前向きに検討したことなどが報告されました。

事業所によっては相談の段階で受け入れが難しいという判断をしかねないケースであり、「素晴らしい取り組みだ」と称賛の声があがりました。できる限り受け入れを断らないという姿勢に、見習うべきことの多い報告でした。

介護労働を改善するために

日本医労連の介護対策委員より「介護施設夜勤実態調査」「介護施設に働く労働者のアンケート」の結果から見えてきた問題点と、改善に向けた課題の報告がありました。低い人員体制・正規職員の配置の少なさ・長時間夜勤・1人夜勤が依然として改善されていないことなどが問題点として指摘されました。

改善には事業所の努力だけでは難しく、制度（低すぎる介護報酬・処遇改善対策の仕組み）を変えなければならないことがあげられ、そのためには現場で働く介護職員の結束が不可欠であることも強調されました。

北海道勤医労からは、北海道の特養で実施された「4交替夜勤」について、働き方を検証するために行ったアンケート調査の結果について報告がありました。「4交替夜勤」というものになじみがなく、イメージしづらいものでしたが、参加者からは「どのようなシフトになるのか」「手当はどうなっているのか？」など多くの質問が出されました。アンケート結果からは「8時間夜勤は体が楽だが体調が整えにくい」「増員の必要性」「休日が思うように取れない」「早番・遅番・夜勤時の交通手段の問題」などがあがったことが報告されました。発表者からは、今後組合としてしっかりと課題に取り組みたいと決意が表明されました。

腰痛予防対策に関する報告

腰痛対策についてオーストラリア視察での報告がされました。報告では「患者を守るためにも労働者の労働安全衛生が第一であること」「手作業で患者を持ち上げる行為は命に関わる状況以外はすべて排除されるべきである」といった考え方のもと、日本では考えられないほどの機器が導入されていることが写真などで紹介されました。また、現在の労働条件を勝ち取るまでに多くの困難があったが、それを乗り越えてきたから今があるという話がされ、私たち日本の労働組合も頑張らねばならないと決意を新たにしました。

続いて、老健の作業療法士からノーリフトポリシーを取り入れた腰痛予防の取り組みについて発表が



ありました。1人の職員が腰痛のために退職したのをきっかけに取り組みを行い、「リフターの導入」「複数のトランスファーボードの使用」「コルセットの使用」「腰痛予防のストレッチ体操の実施」「作業標準の導入」などの取り組みが報告されました。介護の現場では「早くできる」「効率が良い」「人がいない」などの理由でなかなか「持ちあげない・抱えない」といった考えが浸透しにくいのですが、その考え方に一石を投じる報告でした。

介護報酬改悪の影響

北海道勤医労より、2015年度介護報酬マイナス2.27%改定の影響について、北海道内の事業所をアンケート調査した結果が報告されました。「介護職員の処遇」については「処遇改善が難しい」との回答が多く、新たな処遇改善加算を取得予定の事業所でも「改善する」との回答は19.3%にとどまるという厳しい結果が報告されました。

また、「経営が後退せざるを得ない」との回答が73.4%にのぼり、経営後退の対応方法としては「可能な限りの加算の算定」に次いで「人員配置数の引き下げ・見直し」「賃金・労働条件の引き下げ・見直し」といった、介護職員の処遇悪化・労働強化につながる内容が多く回答されたとのことでした。さらに、「利用者・家族へのサービスの後退」「事業所の廃止」が検討されている事業所もあるなど、総じて厳しい結果となりました。

私たち労働組合が、介護報酬の再改定・大幅引き上げを求める行動にしっかり取り組まねばならないと強く感じた発表でした。

介護労働をめぐる課題

最後に、助言者の曾我千春先生よりミニ講義があり、介護労働が「低賃金」「離職」「人手不足」「労働強化」の悪循環になっている要因が、営利政策のもとでの介護保険法にあること、そこから脱却するためには人員配置基準を引き上げるべきであることなどが話され、分科会終了となりました。

介護現場での実際の取り組みから介護報酬改悪の影響まで、テーマが多岐にわたる充実した分科会となりました。

レポート (11本)

- おしぼりたたみを通しての心の関わり～ここにいる意味がない。何もやることがない～
鄭 允枝 (東京・特別養護老人ホーム葛飾やすらぎの郷)
- 目標を持って日取りハビリに取り組みA氏について
小野寺マツ子 (北海道・勤医協うたしないデイサービスすこやか)
- ICFの視点から～できる力を生かして～
高澤早季子 (東京・特別養護老人ホーム葛飾やすらぎの郷)
- 「高優賃勤医協ふきのとう」の2年半のまとめ
瀧澤さなえ (北海道・勤医協黒松内在宅総合センター)
- より良い日常生活を～残存機能向上への挑戦～
鹿野 純 (青森・健生クリニック通所リハビリテーション)
- 頸髄損傷利用者受け入れについて
～初めての人工呼吸器～
川村洋史 (青森・健生介護センター虹)
- 調査からみた介護の労働実態と改善に向けた課題
米沢 哲 (日本医労連)
- 4交代夜勤のアンケート調査結果について
小川朋七 (北海道勤医労在宅支部北白石センター)
- オーストラリアのノーリフトポリシーと職場の現状
小形亮子 (北海道勤医協)
- ノーリフトポリシーを取り入れた腰痛予防の取り組み
萩原綾乃 (長野・介護老人保健施設あずみの里)
- 「介護報酬あてはめ」アンケートの結果
佐賀正悟 (北海道勤医労)

在宅介護

第15分科会

利用者がその人らしく在宅で暮らし、終末を迎えるために、日々現場で行っている介護の実践や他職種との連携、現場で起こる困難に対する取り組みなどについて、レポートを中心に討議した。また、現場をよそに肅々とすすめられる介護制度改悪について議論し、現場に深刻な影響が出ていることを改めて確認した。



運営委員

長谷英史 (和歌山県医労連 和歌山民医労)

米沢 哲 (日本医労連本部)

助言者

篠崎良勝 (聖徳大学社会福祉学科准教授)

参加者

17人

介護報酬マイナス改定の影響

2015年4月に改定された介護報酬は、軒並み基本報酬が引き下げられ、とりわけ小規模のデイサービスでは、2012年に続いて大幅なマイナス改定となりました。介護事業所にとって介護報酬は唯一の収入源と言えるもので、この引き下げが事業所の運営に大きな影響を与えることが予測されます。

北海道で実施した報酬改定の影響調査結果についてのレポートでは、7割以上の事業所で「経営が後退」、2割以上の事業所が「介護職員の処遇が後退」と回答していることが報告されました。

参加者からは、報酬改定により介護従事者にサービス調整等の負担がかかっているだけでなく、利用者のサービス利用にも負の影響が出ていることが発

言され、利用者・労働者・事業者それぞれにとって厳しい報酬改定になっていることが明らかになりました。

在宅生活維持の取り組み

介護保険制度が始まって以降、たび重なる制度改悪によって在宅サービスも大きな影響を受けてきました。そのような中でも、利用者が在宅生活を維持できるようにするための介護が現場で実践されています。

小規模多機能型居宅介護施設での実践についてのレポート発表では、下半身の筋力の維持・向上に着目した介護実践の報告となりました。他職種との連携を図りながら、筋力維持・向上を目的にしつつ、「訓練」にならないように日常生活の中に上手く織



り交ぜながら効果を引き出したことが報告されました。参加者からも同じような取り組みの実践が報告され、利用者の日常生活を支える介護職ならではの実践を共有しました。

一方で、医療的な「リハビリ」からの卒業が強要されているという問題に対する懸念の声も上がり、効果的なりハビリを効果的な方法で行う利用者本位の制度という課題も浮き彫りになりました。

利用者・家族に寄り添う在宅介護

その人らしい生活を支えるため、利用者寄り添った介護の実践が介護職には求められます。しかし、在宅介護では利用者のみならず、家族との関係の構築が成否を左右することも珍しくありません。しかし、初めから家族との関係がうまく築けることばかりではありません。事例では、家族から受けたクレームを職場全体で受け止め、サービスの改善へとつなげた職場の取り組みが発表されました。参加者からも「ケアの出発が『クレーム』から始まると心が折れる」との発言がありましたが、介護の現場では良かれと思ったことがクレームにつながり「心が折れる」こともあります。発表された事例では、利用者を看取った時に家族（息子）から感謝の言葉がかけられるまでに利用者・家族との関係を構築していました。クレームを「改善が必要な課題」として受け止めて対策を講じ、利用者・家族に寄り添った介

護をしようと事業所全体で取り組んだ実践が報告されました。

介護者（ケアラー）への支援も在宅介護では欠かせません。特に終末期における在宅介護は、家族への負担が大きくならざるを得ないのが実情です。終末期の患者の家族とケアマネとのかかわりを報告したレポートでは、「もう病院には行かない」「ショートステイに行けというなら俺は死ぬ」などの夫の言葉に対応しながら、病状が安定しないことへの不安やいつまで介護が続くか分からないという心労を抱える妻に対する、心身両面での支援の必要性が指摘されました。会場からも、終末期に入ると家族への支援がないと在宅介護は維持できないといった発言が出され、介護者に対する支援の重要性とその意味でのケアマネの役割の重要性を確認することができました。

他職種との協同

在宅介護では、本人の希望と家族の希望が対立することもあります。その場合、ケアマネや介護職等が間に入って調整的な役割をしなければなりません。こうしたケースが報告された訪問介護事業所からのレポートでは、ヘルパーの役割と同時に利用者の虐待や事故の防止の観点からも、地域包括支援センターや後見人などの介入の必要性が指摘されました。

もちろん、一般的な在宅生活を維持していくためにも、当然のことながら他職種との協力が欠かせません。とりわけ在宅での看取りは、在宅医療との関係が重要になります。それぞれの職能が専門性を発揮し、補完し合いながら在宅生活を支援していくことが求められます。前述した家族からのクレームを受けた事例では、当初、介護事業所を受け入れなかった家族を訪問看護師が説得したことで、介護事業所が支援チームに参入することが可能になりました。また、介護事業所が専門性を発揮することで、訪問看護師が医療に専念できるようになりました。お互いの職種がそれぞれの専門性を認識し、協同して利用者に関わることの有効性を端的に示しています。

訪問看護事業所から出されたもう一つの看取りのレポートでは、利用者のサービス開始からターミナルまでの支援展開の中で、職種間の協力が見事に連携されていました。導入時は担当保健師が訪問看護のサービスにつなげ、展開時には訪問看護師の提案で訪問介護や訪問リハなどのサービスにつなげ、ターミナル時には医師とケアマネを中心に看取りの在宅医療・介護の体制を確立しており、多職種によるチームが機能したことで在宅での看取りを実現した事例を報告しています。

発表者は、利用者・家族の意向を尊重した在宅ケアを可能にするためには、各職種の専門性の価値をお互いに認識し、協力していく姿勢とそれぞれの役割をしっかりと遂行していくことが必要だと述べています。

机上の制度と現場の奮闘

助言者の篠崎良勝氏（聖徳大学准教授）は、「国が考えた机上の制度を現場が支えている」と評されました。制度が悪くなるなかでも、専門性を発揮しようと奮闘する現場のレポート発表を受けての言葉です。

北海道から発表されたレポートでは、圧倒的多数の訪問介護事業所が直行直帰型を採用しているなかで、事業所方式を採用している事業所のヘルパーが、訪問介護の専門性を可視化して報告しました。多くの直行直帰のヘルパーが、研修やヘルパー同士のカンファレンスなど専門性向上の機会を奪われているなかで、自らの職業の専門性を意識して分析した発

表は貴重な報告となりました。離島に住む利用者に対する支援についてのレポートでは、島内に介護事業所がない地域の利用者は在宅生活が困難となった時点で島を離れざるを得ず、「最期まで島で暮らしたい」と願うことすら許されない実態が報告されました。介護の地域（自治体）への丸投げを推し進める国の政策の行き着く先を暗示しているようにも思えます。北海道からのレポートでは、レポートの内容とは別に、冬の雪対策に苦勞する職員・事業所の困難が話題になり、制度上、何も保障されない事への疑問・不満が呈されました。

篠崎氏は、利用者を支えるために奮闘する介護現場で働く職員と、専門性を追究しようと参加した医療研参加者に対して敬意を示されると同時に、「国に対して物を言っていないと、現場の苦勞は決して報われない」とも述べられました。

すべての利用者に質の高い介護を保障するためには、専門職である介護従事者が自ら声を上げ、利用者本位の介護保障制度を作っていく必要があります、それが専門職としての責任ともいえるのではないのでしょうか。

レポート（9本）

- 「介護報酬あてはめ」アンケートの結果
佐賀正悟（北海道勤医労）
- 在宅生活を維持していくために～下半身の筋力アップ！
立ち上がり訓練を実施して～
小又維鎮（東京民医労健和会支部）
- A氏とその家族が住み慣れた家で穏やかに生活を送って
頂く為の支援を通して学んだ事
奈良原裕美（北海道勤医労）
- 通所介護の利用者のケアについて考える～独居の認知症
利用者を通して～
荻野和弘（富山医療生協労組）
- 訪問介護事業所を起点にして——利用者サービス提供を
行った時の気づきと思い
田中枝美子（道東勤医労）
- 犬島の生活を支える
赤松佳子（岡山中央福祉会労組）
- この家で暮らしていきたい！
木本里子、秋山祐一（東京民医労健和会支部）
- 終末期を迎えるケアマネージャーとして家族との関わり
～一症例を通して考える～
岩松永子（長野医療生協労組）
- サービス介入困難だった療養者・家族をチームで関わり
在宅看取りを支援した事例から考える
秋南斗旗衛（北海道勤医労）

放射線管理区域内労働者の被ばく・労働条件・待遇問題と 原発再稼働問題

第16分科会

参加者の半数は放射線技師が占めていましたが、他に労組専従者、看護師、保健師、事務職、一般市民も含め25人の参加があり、充実した内容でした。午前中は、野口邦和先生の講演を聴いたうえで「原発問題」について論議、午後はレポート報告をメインに放射線労働者の被ばく問題や待遇改善手当て問題を論議しました。午前・午後とも多くの質問や意見が出され、充実した内容になりました。



運営委員

高橋 勝 (東京女子医大労組)

岩崎泰剛 (済生会新潟病院)

樋野伸一 (島根・松江保健生協労組)

助言者

野口邦和 (日本大学准教授)

参加者

25人

福島第一原発事故から4年

福島県浜通りでは、原発事故から4年経っても人が住めず、県内外に12万人を超える人が避難したままです。一方、除染も進み、一部避難指示解除準備区域は放射線量も一定下がり、帰還が可能な所は避難指示が解除され、県も帰還させ始めていますが少数です。多くの人には不安を抱え、帰還をためらっている様子が見えられます。

そのような状況の中、放射線学が専門の野口邦和先生を東京からお招きして一緒に学び、川内原発再稼働についても考える場となるよう設定しました。野口先生には午前中、「福島第一原発と周辺地域の現状」と題して講演をいただき、それにもとづき討論しました。講演の冒頭は基本的な事柄を学び、

放射線技師は常識として知っているでしょうが、他の職種の皆さんには分かりやすい説明で、放射能とその強さ、半減期、放射線とは何か、そして被ばくとその強さを理解してから話は先に進みました。

データに基づいて正しい知識を

講演では公式に出されているデータをもとに、原発事故で大気中に放出された放射能の2割から3割が陸地に、残りが太平洋に降下沈着したことが紹介されました。事故から数週間は、風によって関東まで放射能が流れ、その間、雨でホットスポットが形成され空間線量が上昇したようです。

核種としてはセシウム137・134、ヨウ素131をはじめ数十種類の核種が検出されています。ストロンチウム90やプルトニウム239は、原発事故からとい



うよりも過去の核実験時のものの可能性が高いとのことで、過去の大気圏核実験・水爆実験がとんでもないほど地球を汚染させていたことが改めて分かりました。現在、原発からの放射性物質の放出量は、事故直後の8,000万分の1まで減少し、敷地境界で年0.03ミリシーベルトまで減少しているようです。

汚染水についてはどうでしょうか。阿武隈山系からの地下水が流入し毎日300トンの汚染水が増えていますが、外洋には放出できないのでタンクを増設して対応し、貯水量は70万トンになります。その汚染水を塩分除去装置や放射能除去装置で浄化し、一部は再び原子炉冷却に使用しリサイクルしていますが、効果は限定的です。流入する水を止めるため遮水壁や凍土壁の工事もしていますが、完成の目途は立っていません。

港湾内は徐々に放射線量が下がっていますが、100ベクレル程度で横ばい状態です。港湾外は港湾内の10分の1程度です。

周辺地域は、30km圏外である本宮市を例に実測されたデータを見る限りでは、放射性物質の濃度は低下しているようです。除染による効果が表れていません。和田地区の子どものガラスバッジデータが示しています。

福島県内の農作物はどうでしょうか。事故当初、農作物は暫定規制値を高めを設定しても放射線量が大きく出荷などできる状態ではなく、農家の人たちは泣く泣く廃棄せざるを得ませんでした。

翌年、暫定規制値が5分の1から10分の1まで下がり、基準が厳しくなりました。これは、食物からの内部被ばくを年間1ミリシーベルトまで下げるためです。

福島県はその後、独自に全品目放射能監視体制を

強化して、基準値を超えた作物は出荷しない体制をとり、安全なものは徐々に市場に出るようになりました。しかし、風評被害はそう簡単におさまらず、農民を悩ませています。

現在は検出限界以下の農作物がほとんどで、落ち着いているようですが、キノコやタケノコ、川魚等、放射能が集まるものは未だに出荷していません。魚介類については、福島沖で捕獲される魚介類は未だ出荷していませんが、4年前に比べれば数値は大幅に下がっています。アイナメ、メバル、ホッキガイのデータを見ても、100ベクレルを超えるものは検出されていません。野口先生が何十回も足を運び自分で調べたデータですから、信頼性があるのではないのでしょうか。

講演を聴いた参加者の声

福島民医労の専従である参加者からは、地元での現状が紹介され、野口先生の講演で食品の安全に対する認識がさらに高まったとの感想が出されました。郡山や福島など、除染後も他県より高い放射線量はもう下がらないのかとの質問があり、「除染の効果はあるので今後、徐々に下がる」との回答に安心されていました。

関東からの参加者からの「汚染水は本当に大丈夫か」との質問には「安心はできない」との答えでした。関西の参加者からは「農作物から検出される放射性物質はゼロではないのだから、本当は食べないほうがいいのでは？」との質問には、「何の問題もない」との回答でした。

民医連の福島県連帯支援行動

全日本民医連では福島連帯行動に取り組んでおり、避難者の検診や健康相談・生活相談等を全国で取り組んでいます。今年3月に実施された民医連主催の連帯行動では、仮設住宅避難者との懇談も行き、生の声を聞いて感じたことが報告されました。

いわき市上荒川地区の仮設住宅には、榎葉町からの避難者250世帯が暮らしていて、6人の避難者との懇談で、改めて原発事故の悲惨さを感じました。3世代で住んでいた町で家族全員が暮らせる日はもう来ないと語っておられたのが印象的でした。質疑では、福島の方から「ぜひ福島に来てください。見

て頂くことが一番伝わる」との発言もあり、辛い真実を共有することが重要だと感じました。

済生会新潟病院の先進的な取り組み

済生会新潟病院からは先進的な活動内容が報告されました。1,000人近い職員の9割以上が組合員で、加入率の高さに組合への期待の高さを感じました。賃金・手当・夜勤問題だけの問題でなく、長く働き続けることのできる待遇改善は参考になることがたくさんありました。採用方法にも工夫があり、現場が選ぶ、職場になじめるのかをポイントにしているとのこと。学科の成績だけを優先させない取り組みは全国的にも少ないため、驚きました。

質問では、他の組合から「どうすれば済生会新潟病院のようになるのか?」との声が出されましたが、一朝一夕にはできず、先代の委員長の功績が大きいこと、今後は労働条件を引き下げない、既得権を守ることが大変になると話され、その通りだと思いました。多くの組合は権利を勝ち取ることが目標ですが、すでに勝ち取った職場では、厳しい情勢の中で、勝ち取ってきた労働条件を守らなければならない、今後大変になるのではないかと感じました。

放射線機器の安全管理について

レポート2題は、患者や放射線室スタッフの被ばく防止に関する演題でした。

松江のレポートは、被ばく低減施設認定を受ける過程で、さまざまな部署やスタッフの被ばく低減に結びつくという報告で、病院をあげて被ばく低減に取り組めるという内容でした。全国に50施設程度しか普及していない認定を全国的にも進めることで、国民の医療被ばくや管理区域従事者の被ばくを減らせます。なぜ、被ばく低減施設認定が普及できないのかの検証も必要です。

東京女子医大からは、放射線機器導入時に性能を調べ、表示通り正しく安全な状態か機器かを評価する「受け入れ試験」を実施した報告がありました。

J I Sでも普遍性試験の評価や規格が示され、本来は各病院で行う必要がありますが、なかなか実施できていないのが実情です。東京女子医大の結果からは、調整が必要な箇所が発覚し、業者に調整を行わせていることが紹介されました。それを知らずに



導入して業務に使用すれば、患者やスタッフが余分な被ばくを受ける可能性もあり、「受け入れ試験」の重要性は参加者一同、非常に良く理解できました。

レポート（5本）

- 医療被ばく低減施設を目指すことで得られる安全教育
——管理区域で働く放射線従事者の被ばく防止の為に
岡 一彦（島根県医労連 松江保健生協労組）
- 原発事故の悲惨さを改めて考える——仮設住宅避難者との懇談で見た原発事故の後遺症
樋野伸一（島根県医労連 松江保健生協労組）
- 充実した職場環境を作る組合の役割
岩崎泰剛（新潟県医労連 済生会新潟病院労組）
- 福島原発事故から学ぶ（2013年11月全日本民医連福島視察報告）
夏川大吉（長野県医労連 諏訪共立病院）
- 放射線機器の安全管理の一例——自動線量率制御・X線出力の改善
鈴木 勝（東京医労連 東京女子医大労組）

薬と社会

第17分科会

レポート中心に、①「ディオバン問題」から臨床研究規制のあり方を考える ②抗菌薬以外の感染症「予防」と「治療」の取り組み ③B型・C型ウイルス性肝炎患者の救済のために、の3つのレポートの発表と意見交換を午前中に行い、午後は④子宮頸がん予防におけるHPVワクチンの有用性・安全性・必要性 ⑤薬剤師職能と医薬分業 ⑥福島現地の集い、の報告が行われました。日常の業務とはまた違うテーマでの話し合いは大変有意義なものとなりました。



運営委員

濱崎信裕 (鹿児島・川辺生協病院薬剤部)

菊池 環 (長野県厚生連労組・佐久総合病院)

宮地典子 (東京・株式会社エイトライフ)

助言者

片平冽彦 (医療法人財団健和会 臨床・社会薬学研究所 長)

参加者

10人

問われる臨床研究のあり方

降圧薬バルサルタン（商品名ディオバン）において、有効性に関する臨床研究が行われましたが、データの改ざんなどが行われた事で、臨床研究のあり方が問われています。

諸外国では臨床研究の法的規制が行われています。日本ではこの事件がきっかけに法規制が進められてきています。しかしながら、与党内から「法規制は臨床研究の停滞を招く」との意見が続出したり、業界からは「法規制よりも日本製薬工業協会による透明性ガイドラインの徹底を重視する」との意見が出されています。このようなことでは歴史に逆行し、国際的にも孤立してしまう動きであり懸念されます。臨床研究については米国が先を行っており、米

国を見習うべきです。

胃酸分泌抑制薬と肺炎

胃酸分泌抑制薬を内服している高齢者はかなり多く、高齢者施設でもほとんどの患者が使用している状況です。胃炎や逆流性食道炎の患者が多いからです。また、高齢となると誤嚥性肺炎を起こしやすいという事情もあります。誤嚥性肺炎には広域の抗菌薬を使用して治療を行います。今回の報告は、この胃酸分泌抑制薬の使用をやめることにより誤嚥性肺炎が減り、治療費も減り、経営効果も期待できるというものでした。胃酸分泌抑制薬は大変良い薬であり使用している患者も多いのですが、むやみに使うのではなく、適切に使用する必要があると考えさせられました。



ウイルス性肝炎患者救済のために

鹿児島市会議員であり、B型・C型肝炎救済全国センター事務局次長の豎山清隆さんより話がありました。鹿児島では、フィブリノゲン製剤等による薬害C型肝炎患者を救済するために「薬害肝炎被害者救済特別措置法」が成立したことを受けて、2008年7月、約300人の参加で「薬害C型肝炎問題に取り組む鹿児島県民の会」が結成されました。

また、集団予防接種等によるB型肝炎感染被害者を救済するための「救済特別措置法」が成立したことを受けて、「すべてのB型、C型肝炎患者の救済」をスローガンにして、全国ネットワークを設立し、国や県への要請行動に取り組んできました。

すべてのB型、C型肝炎患者の救済への道のりは厳しいものがありますが、現在、救済条件に合致する患者は、提訴して国・企業との和解が成立すれば、症状等にあわせて国から給付金等が支払われます。

B型肝炎の感染被害者の掘り起こしは、今も積極的に推進されていますが、薬害C型肝炎については、カルテや医師の証言もないなかで、提訴できない患者が大多数であるため、国の補償を受ける患者はごく少数です。

現行の救済法では国の補償を受けることのできないB型、C型肝炎患者が圧倒的多数であり、国はすべてのB型、C型肝炎患者を等しく感染被害者とみなし、肝炎治療費の全面助成などの恒久対策を一刻も早く確立すべきです。

今後の「肝炎患者救済」の運動を進めていくうえで超党派の「肝炎対策国会議員連盟（仮称）」の発

足が求められています。これが結成されることにより、議員立法による法制化も可能となるのです。

子宮頸がんワクチン(H P V)は有効か

子宮頸がんの治療は、手術・放射線・化学療法が行われていますが、死亡数は減少していません。一方、罹患率は生殖年齢にあたる20～30歳台が顕著に高く、難治性の腺がんも増加しています。厚労省は子宮頸がんワクチンを推奨してきましたが、副作用症状が報告され、現在はワクチン接種は任意となっています。

実際に子宮頸がんワクチンについて検証した結果があります。結果は①がんそのものを減らす効果は未確認、②予防効果の持続期間は未確立、③定期健診の代替にはならない、④接種時に既感染のH P Vの排除や病気の進行予防効果は期待できない、とのことでした。

以上のことにより、ワクチンによる有用性は見つけれない状況です。さまざまなワクチンがありますが、その中でも一番副作用が多いようです。やはり一番効果的なのは定期健診です。

医薬分業について学びなおす

現在、院外処方せんで薬を町の調剤薬局でもらうことは普通に行われていますが、このような医薬分業をめぐる攻防は、明治7年「医制」発布にさかのぼります。

当時、医師は薬師として薬を患者に直接渡し、診療の報酬を薬代として得ていました。薬を誰が、ど

ここで渡すかが費用と合わせていまだ議論の中心にあります。医薬分業の本質に関する議論が深められていないと思います。

医薬分業に関するもっとも基本となる法令は、1240年、ローマ皇帝フリードリッヒⅡ世により公布された「薬剤師大憲章」にあります。そこには医師による薬の販売、薬局との契約関係を禁止しており、薬剤師の信用と責任、薬の正しい調整と販売を明記しています。

ドイツの薬剤師法第一条は、「秩序ある医薬品の供給を職務とし、その職務を通じて住民と国民全体に奉仕する」と定めており、薬剤師は地域において、住民の保健衛生と病気の治療に貢献する職種として大きな信頼を得ています。決して薬剤師の職能について調剤のみに限定した議論は存在しないのです。

現在、「医薬分業」の在り方をめぐり、費用対効果を評価するという議論のなかで、国民の保健衛生の向上、医療の質の向上を柱に据え、薬剤師の職能をどのような業務として、どのようなシステムで実践すべきかが問われています。

諸外国の薬剤師業務を参考にしながら、地域住民にどれだけ信頼されるか、そのために一步一步、努力をしていかなければいけないことを学びました。

南相馬のいま

福島現地の集いの報告では、南相馬の園児たちの現状などが映像で紹介されました。東日本大震災から4年が経過しましたが、福島第一原発の放射能はいまだ猛威を振るっていることを実感しました。

子どもたちを安全に遊ばせられるのが室内であること、野外で思いっきり遊べない事実、震災前の南相馬になるのには何年もかかるでしょう。現地の皆さんの放射能との戦いは、まだまだ道半ばであるという現実を学びました。

充実した話し合いができた

参加者が少なく残念でしたが、薬と社会について、大変に幅広く充実した話し合いができたと思います。参加してくださった皆さま、ありがとうございました。

レポート（6本）

- 「ディオバン問題」から、臨床研究規制のあり方を考える
片平冽彦（東京・健和会臨床・社会薬学研究所所長）
- 抗菌薬以外の感染症「予防」と「治療」の取り組み
濱崎信裕（鹿児島・川辺生協病院薬剤部）
- B型C型ウイルス性肝炎患者の救済のために～15万筆の署名を集めて実現した「肝炎重症化予防推進事業」の更なる拡充を～
豎山清隆（鹿児島市会議員・B型C型肝炎救済全国センター事務局次長）
- 子宮頸がん予防におけるHPVワクチンの有用性・安全性・必要性
片平冽彦（東京・健和会臨床・社会薬学研究所所長）
- 薬剤師職能と医薬分業
宮地典子（東京・株式会社エイトライフ）
- 子供たちを守る in 南相馬～現地の集い～
宮地典子（東京・株式会社エイトライフ）

日本を「戦争する国」にしないと 思いを新たに

動く分科会

平和と原発 問題を考える

安倍政権は、平和憲法を踏みにじり、地球規模で米軍と軍事行動を行うための「戦争法案」を、国会会期を大幅延長してまで強行しようとしています。今年の医療研は、「戦争する国」への大転換を許さないたたかいのただ中に開催され、動く分科会は、「平和と原発問題を考える」をテーマに38人が参加、「知覧特攻平和会館」と「川内原子力発電所」を視察しました。あいにくの悪天候でしたが、川内原発再稼働阻止の活動を続ける「テント村」の方々とも交流し、参加者は、あらためていのちと平和を守ることの大切さを再確認しました。



知覧戦争遺跡「知覧特攻平和会館」

降りしきる雨の中、バスでガイドの柚木さんの話を聞きながら、傾いた給水塔や対空無線通信施設跡、三角兵舎跡等の戦争遺跡をまわりました。

三角兵舎は、空襲を避けるために松林の中につくられ、復元された兵舎が特攻平和会館の隣に建てられています。特攻隊員は、出撃までの数日間、この兵舎で過ごしました。特攻平和会館には、爆装した飛行機もろとも敵艦に体当たりした特攻隊員の数多くの遺影や遺書、絶筆が累々と展示されています。

特攻戦死した隊員は、1,036人。あどけなさの残る若い特攻隊員が出撃前に仲間とすげす笑顔の写真がせつなくなります。戦後70年、「戦後」を「戦前」にしてはならない、日本を「戦争する国」にしないと思いを新たにしました。

川内原発・再稼働阻止「テント村」

川内原子力発電所では、入口で厳重なチェックを受け、バスで敷地内を回りました。見学後、市会議

員の井上さんの案内で、久見崎海岸にある再稼働阻止「テント村」に向かいました。

「テント村」は、原発と対峙する場所に反対のベースキャンプをつくろうと有志の方々が設営したもので、短時間ではありましたが、お話を聞いて交流し、弾き語りの歌も聞かせてもらいました。

帰りのバスでは、井上さんから再稼働阻止のたたかいをお聞きしました。火山対策の不備は致命的で、ひとたび、巨大噴火で火砕流やマグマが原発を直撃すれば、膨大な放射性物質がまき散らされることとなります。避難計画も「机上の空論」であり、高齢者や障がい者など要支援者の避難は、対象にすらされていません。再稼働などともありません。6月28日には、川内原発正門前で、再稼働「不同意」住民抗議集会在が計画され、たたかいは続いています。
(三浦宜子)



川内原発・再稼働阻止「テント村」

多面的な分析が必要な「子どもの貧困」

今年の市民フォーラムのテーマについて



よこやま としかず
横山 壽一

金沢大学教授
公益財団法人日本医療総合研究所
副理事長

深刻の度を増す「子どもの貧困」

この市民フォーラムは前身の国民医療研究所の時代から取り組みを広く市民の皆さんに還元する場として企画し、続けてきました。公益法人になって以降は、さらに広く市民の皆さんに、研究所の成果だけではなく、そのときどきの国民にとって極めて重要な、真剣に考えていかなければならないテーマを取り上げて、専門家の方をお招きして議論をしてきました。

今年のテーマ「子どもの貧困」については数年前、国民健康保険証の不交付によって子どもたちが医療を受けられない状況が生まれてきたことに対して、研究所として実態調査を行い、一定の政策提言をまとめた経緯があります。その後、「子どもの貧困」はいよいよ深刻の度を増し、いまや戦後最悪といわれる貧困率16.3%に達するまでになっています。

「子どもの貧困」の問題はもちろん大人の貧困の反映であり、社会の貧困の反映でもあります。しかし、大人の貧困の問題だけでは解消できない固有の深刻さにも目を向けて行く必要があると考えます。

たとえば、学齢期に修学旅行に行けなかった、友人と同じような経験を積むことができなかった、そうしたことは将来にわたってさまざまな深刻な影響を及ぼす問題でもあります。こうしたことにも目を

向けながら研究をしていかなければなりません。

政府も2013年に「子どもの貧困対策推進法」を制定し、それに基づき各地で計画を立てて実施することになっていますが、子どもの貧困の実態そのものがつかめない、あるいは事業を推進していくための予算措置の目途が立たないなど、具体的な目標数値を上げて計画を立てて実施をしていく状況にはなっていないのが現状です。子どもの貧困問題は、いよいよ深刻な事態になっており、研究所としても総力を挙げて取り組むべきテーマの1つだと考えています。

具体的な実態分析もとにした議論を

今回の「市民フォーラム」の開催にあたり、このテーマにどのように取り組んでいこうかと考えていたところ、地元の方々から「ぜひ市民セミナーで議論の場を持ちたい」と申し出がありました。具体的には、昨年11月に開催された「第25回人間らしく働く九州セミナー」の中で「子どもの貧困」の問題が取り上げられ、本日は報告いただく皆さんが報告をされ、議論されたということで、その議論を引き継いでさらに深めていく場を「市民フォーラムで持てれば」との申し出をいただきました。

「子どもの貧困」の問題は、社会的な背景についてきちんと分析しながら、同時に個々の子どもの状況に即して、より具体的な分析が進められていく必要があるテーマだと思います。そうであるがゆえに、多面的な分析も求められるところです。そうした観点から本日は、弁護士、高校教師、小児科医、社会福祉士と、まさしく「子どもの貧困」を分析するには欠かせない専門家の方々に報告していただくことになりました。具体的な実態分析から、これからどうしていくのかということも含めて報告と議論が行われることを大いに期待しています。

子どもたちの未来を考える場に

具体的な解決策を見つけるために



たまえ すえひろ
玉江 末広
鹿児島生協病院
小児科医師

社会保障問題を皆で考えよう

今年のテーマである「子どもの貧困問題」については、私自身小児科医であり、子どもたちの将来を保障していくのが大人の役割だと思っています。

うちの病院には「学習月間」というのがあって、私は推進委員長を務めています。朝礼で社会保障の学習会をやっていて、若い医師にテキストのある部分を要約してもらい、質問を用意するという形を今年から始めました。若い医師は必ず質問を用意して、それにベテラン医師がきちんと答えるという形式を取っています。



最初に「社会保障とは何か」ということから始めたのですが、ある研修医からの「社会保障は大事だと思いますが、その予算はどうするんですか？」という質問が最初でした。大事な問題です。私はそのときに「個人的な意見ですが」と断って発言しました。お金には、やはり限りがある。しかし、何が一番大事で、何をどこに使うかということが大事な問題なのではないかと回答しました。そのうえで、「今回の社会保障問題をみんなで考えましょう」として第1回目の学習会を終えました。

今回も各分野のスペシャリティーをお願いして、去年11月にやったものを、もっとそれを高めて、具体的に子どもの貧困問題をどう解決したらいいのか、参加者で議論することをねらいとしました。子どもたちの未来を参加者の皆で考える会にできればと思います。

相対的貧困率が高い日本

「子どもの貧困」に関するデータをいくつか紹介します。子どもの貧困率は16.3%、6人に1人です。30人クラスに5人もいるということです。その割合がどんどん上がっているということです。「大人が1人」とは母子家庭か父子家庭ということです。1人親家庭の貧困率は55%。実に5割を超えているのです。

日本は豊かな国だと言われていますが、OECD諸国の相対的貧困率比較を見てみると、最低クラスの順位です。貧困率が低いのは、北欧、ヨーロッパが多いという印象です。

皆さんが感じているとおりだと思います。

少年犯罪と「子どもの貧困」

弁護士として法の現場からの訴え



しものその ゆうき
下之蘭 優貴
弁護士
白鳥法律事務所

貧困拡大の3つの要因

皆さんは昨日（6月12日）のニュースをご覧になりましたか？ 千葉県で、生活に困窮して県営住宅の家賃を長期に滞納したお母さんが13歳の一人娘を殺害した事件の判決が千葉地裁で出されました。検察官は14年を求刑、裁判員裁判で懲役7年の判決でした。この母親は生活に困窮していることを県に相談していて、情状的に救うべき、考慮すべき点があると判断されたわけです。

このように、経済的な困窮が原因である犯罪や、弁護士への相談は多くあります。生活問題を理由とする自殺者は年間5,000人いるといわれています。いま日本では貧困が拡大しています。

この貧困拡大の要因は3つあると考えられています。1つが不安定・低賃金労働のまん延。年収200万円以下で働く民間企業の労働者は2006年以降、6年連続で1,000万人を超えています。この主たる誘因は労働分野の規制緩和です。非正規雇用者の急増が不安定・低賃金労働まん延の理由として挙げられています。

非正規労働者は2012年のデータで2,043万人、全雇用労働者の38.2%が非正規労働者となっています。

2つ目は、脆弱な^{ぜいじやく}社会保障制度。長年にわたり医

療費抑制政策がとられていて、医療費の自己負担割合が年々増加しています。国民年金は、40年間毎月きちんと払っていても基礎年金額が生活保護基準にも及びません。

そして3つ目が、子どもの貧困による貧困の再生産と、機会の不平等による社会階層の固定化。つまり「貧困の連鎖」です。生まれた家庭の経済状況によって、受けられる教育に大きな格差が生じています。それによって正社員としての就職の可能性、将来の所得力などが事実上制約されています。学歴などの理由から非正規雇用になれば、賃金などの労働条件や社会保障制度について不十分な待遇しか受けられない上に、昇格やスキルアップの機会も極めて制約される。そうすると、その次の世代もその次も…と貧困が連鎖していく。

こうした事態に対し、国も「子どもの貧困対策の推進に関する法律」を2014年1月17日に施行しました。とはいえ、「国としてこんな方針で『子どもの貧困』を考えていきましょう」という基本法に過ぎません。

同法の中には「子どもの貧困について考える会議」を作ろうという条文があります。これまでに2回開かれています。昨年8月29日から今年6月まで、一切会議は開かれていません。昨年8月29日の会議では、国の基本方針である「子どもの貧困対策に対する大綱」が定められました。そこでは年1回、「子どもの貧困の状況と子どもの貧困対策の実情を公表する」ことが定められていますが、現時点ではまだ公表されていません。

少年院・少年鑑別所収容者の所得層

図表1をご覧ください。左が少年院、右が少年鑑別所に入った人の経済状態を見たものです。少年鑑別所は、子どもが犯罪を起こした際、裁判ではなく

図表1 少年事件と貧困

新収容者の処遇課程等別 職業及び家庭の生活程度

		家庭の生活程度				
		総数	富裕	普通	貧困	不詳
平成23年	総数	3,486	73	2,379	1,000	34
	男	3,157	68	2,173	887	29
	女	329	5	206	113	5
24	総数	3,498	94	2,366	1,004	34
	男	3,206	88	2,167	924	27
	女	292	6	199	80	7
25	総数	3,193	83	2,198	894	18

少年矯正統計統計表（2013） 少年院
「新収容者の処遇課程等別 職業及び家庭の生活程度」
法務省HPより

て審判にかけられますが、審判の前に子どもの実態を調査するために送られるところです。審判で、少年院に行くのか、社会生活に戻って保護観察を受けるかが決まります。

平成25年の数字で、少年鑑別所に入っている富裕層の割合は3%、普通層は71%、貧困層は23%です。少年院では、富裕層が2%、普通層が68%、貧困層が27%。注目していただきたいのは、貧困層だけ少年院に入る割合が上がっているということです。

なぜかという理由ですが、同じ犯罪でも親の経済状態が悪かったり、片親だったり、子どもに対する虐待があった家庭などは、更生可能性がないと判断され、少年院に送られる可能性が高くなると一般的に考えられています。

私が担当した少年の例ですが、ある少年が、住居侵入罪と窃盗罪で逮捕されました。いわゆる空き巣です。被害金額が存外大きかったのですが、調査官とは、「更生可能性さえしっかり調整できれば、保護観察の可能性がないことはない」というような話ができていました。

この子の家庭は親が離婚していました。父親はだらしない人で、めったに家には寄り付かない。母親の方は新しい家庭を作っていましたが、経済状態が悪く借金があった。どちらに預けることも、少年のためにはならないのではと、非常に苦心しました。そこで、少年が社会復帰するために、母親に「助け

新収容者の非行名別 職業及び家庭の生活程度(抜粋)

		家庭の生活程度				
		総数	富裕	普通	貧困	不詳
平成24年	総数	11,968	366	8,464	2,871	267
	男	10,801	335	7,658	2,574	234
	女	1,167	31	806	297	33
25	総数	10,914	360	7,757	2,545	252
	男	9,880	332	7,056	2,264	228
	女	1,034	28	701	281	24

少年矯正統計統計表（2013） 少年鑑別所
「新収容者の非行名別 職業及び家庭の生活程度」
法務省HPより

てあげられませんか」と話を持っていったのですが、母親は「子どもを助けたいという気持ちはあるけれど、自分の生活のほうが大変だ。先生、私の方を助けてください」というようなことをおっしゃられたんです。正直なところ、自分の子どもが少年院に行くか社会復帰できるのかという一番大事なところなのに、自分の方が優先なのかと寂しくなりました。

結局、この少年は少年院に行くことになりました。ただ、父親が心を入れ替えてくれたのか、今年の春に少年が出所した際には一緒にあいさつに来てくれました。最終的には戻る場所が見つかったようです。

実態を知り、対策を話し合おう

「子どもの貧困」は、そもそも親の貧困が問題だと私は思います。少しずつ親の貧困が進んできていますから、解決にもゆっくりと時間がかかるのではないかと感じています。しかし、それを早く手がけなくては、と思っています。

政策提言はとても重要だと思います。貧困対策として何をすればいいのか、正直なところ私も分かりませんが、まずはみんなで実態を知って対策を考える、そして国に何を求めればいいのかを考え、運動というかたちでどのように国に求めていけばいいか、それを皆さんと考えていきたいと思っています。

貧困にあえぐ高校生たち

教師として、学校現場から



ふくもと たけとら
福本 竹虎
鹿児島県立出水工業高等学校
教師

工業高校の教師として30年

私は教員になっておよそ30年経ちます。専門が工業高校の建築なので、工業高校だけを回ってきました。いまは3年生の副担任をしていて、学校では教育相談係と人権同和教育係、特別支援コーディネーターを担当しています。特別支援コーディネーターは、特別支援教育をすべての学校ですするという国の方針に基づき設置されたもので、その担当を務めています。特別支援学校との連携を取ったり、特別支援の必要な生徒がいる場合、その生徒の支援を担当して計画を立てるという役割です。

本日は、私が担任をした時に関わった子どもたちについて紹介します。

定期代がなく休みがちに

事例① Aさん

2010年の授業料無償化が始まった年に1年生でした。50日ほど休んでいて、すれすれで進級しました。家庭訪問をすると、両親が対応してくれましたが、「経済的に苦しい」という話でした。兄弟が多くて、Aさんは3番目。朝は新聞配達をして家計を手伝っていました。通学の定期券を持っておらず、聞いた

ら「定期代がない」と。電車代がないことから休みが続きました。家庭訪問などをしながら登校を促して、何とか進級しました。

2年からはバイクの免許を取得し、中古の原付で通学するように。出水には長島という島があるので、そこから通っていました。

Aさんは費用が負担できずに修学旅行に行きませんでした。1学年100人強のうち、行かない生徒が5人ほどいました。参加できなかった生徒たちは修学旅行の間、学校に来て学習をしていたそうです。

Aさんは3年の時、福岡の建設会社に就職しました。ここはとても良心的な会社で、うちの卒業生を何年かおきに採用してくれている建設土木会社で、その年は推薦枠を3人設けて九州管内の工業高校に求人を出していたようです。4人受験したそうですが、欠席日数が多かったので受かるか心配だったのですが、会社の担当者の方が「今までの付き合いもあるので1人余分に採用しましょう」と言ってくださって、Aさんがおそらく4人目だったと思います。

経済的に苦しく2年で中退

事例② Bさん

Bさんは1年の時から学力不振で苦しんでいて、2年時の途中から気持ちが切れたような感じになってしまいました。この子も修学旅行には行きませんでした。母親との2人暮らしでしたが、再婚して新しい父親が来て、その間に子どもが2人できました。経済的に苦しい状況で、家にお金がないので本人が遠慮している様子でした。

修学旅行はやむを得ないかなと思いましたが、それを契機に学校を休むようになりました。何度も学校に来るように言ったのですが、「私はもういいです。高校をやめて働きます」と。残念ながら2年で

中退しました。その後、結婚して子どももできて、学校にも何度か顔を出してくれました。学校に対して不満があるということではなく、家庭のことが主な原因で卒業までたどり着かなかったケースです。

大手自動車会社に採用

事例③ Cさん

Cさんは成績が結構良くていい子でした。中学時代は野球をやっていたようですが、野球はうまくいかず、高校に入って3年間バスケットボールを頑張っていました。母子家庭の一番上で、下に中学生と小学生、まだ小学校に上がっていない子もいました。

後から気づいたのは、奨学金を借りていて、「奨学金を返さなきゃいけない」という話をしていました。奨学金は昔のように無償ではなくて、必ず返さなければなりませんからね。

仕事は何でもいいという感じでしたが、大手の自動車会社が神奈川に工場を新設するというので、全国で150人ほど高校生を募集していました。Cさんは建築科の生徒でしたが、受けたら採用されました。会社の担当者が後で来られて、「なかなかいい成績だったので来年度以降もお願いします」と言っておられました。

先日、成人式で学校まで遊びに来てくれて、CAD（コンピュータを用いた設計）の仕事をしているということでした。

中学時代から教室に入れず

事例④—1 Dさん

特別支援で関わった生徒について紹介します。Dさんは1年生。入学初日から担任の先生に「教室に入ると圧迫感がある」と訴え、「教室に入れない」との相談がありました。担任の先生とも相談して、教育相談室へ登校してみることに。担任の先生を中心に、養護教諭、私、副担任の先生が関わり、面談をしながら教育相談室登校を続けました。

どうして教室に入れなくなってしまったのかについて、Dさんも交えて話し合いをして、中学校へ行くという話になり、中学校を訪問しました。中学2年の途中から教室に入れなくなったそうです。登

校はするけれど、学校内を転々としていたということでした。学力的にも厳しかったようですが、受験は塾に行ってカバーしたというような話でした。

話を聞いても状況が見えてこなかったため、保護者にも来ていただいて話をしたら、正式なカウンセリングを受けたことがないということだったので、高校に来ているスクールカウンセラーの面談を受けてもらいました。養護教諭の紹介で近隣の大学の先生のカウンセリングを受けてもらうなど、学校としても一生懸命取り組んだのですが、教室には戻れず、近隣の定時制高校を再受験ということになりました。ただ、Dさんと話をすることができて、さまざまなことを理解できたかなとは思っています。

友人関係の悪化がきっかけに

事例④—2 Eさん

Eさんは2年生の女子生徒です。工業高校のため女子は少なく、そういうなかで友人関係が悪化してしまいました。いま、携帯電話のLINE（ライン）にいろいろ書き込んでしまい、それが影響して友だち関係が悪くなるということが結構あります。しかも、クラスに女子が数人しかいないので、関係が悪化しても他のグループに入ることもできません。

そうした事情から教室に入れなくなってしまい、最初は教育相談室に登校していたのですが、養護教諭の負担になったことと、本人からの「学習がしたい」という希望もあり、学習室を新しく設けて学習室で勉強に取り組みました。

Eさんは課題があると黙々と頑張る生徒だったので、学習室で学習に頑張って取り組み、すべてではないものの単位を認定してもらい、2年で修了して通信制へ転学という形になりました。

豊かになれば解決すると思っていた

若い頃は、社会が進むに従い学校も子どもたちも豊かになって、教育における諸問題や子どもの生活の厳しさは解決されていくのかと思っていましたが、30年経ってもあまり改善されておらず、これはどうしたものかなと日々悩みながら仕事をしている状況です。

ご静聴ありがとうございました。

診療現場から見える子どもの叫び

小児科として医療現場からの訴え



とくなが まさとも
徳永 正朝
鹿児島生協病院
小児科医

新たな地域セーフティネット作りを

今日は、小児科医として子どもたちを見ているなかで感じていることをお話したいと思います。地域のセーフティネットが成り立たなくなっているなかで、私たちは何をセーフティネットにしていかなければいけないのか、考えていく必要があると思っています。

鹿児島生協病院は鹿児島市の谷山という地域にあります。古い地域で、地域のつながりがすごく強かったところですが、いまは住宅とマンションが造成され、子どもの数が非常に増えています。そうしたなかで私たちは医療をやっています。当院では、主治医が必要だと考えた子どもに対して毎週火曜日、臨床心理面接を実施しています。本ご紹介する事例は、その対象になった子どもが多いです。

症例1 昼夜逆転の生活で不登校気味に

14歳の女の子。トラック運転手の父親との2人暮らし。父子家庭です。13歳の時に喘息で入院したことがありますが、その後、治療は中断されていました。彼女が通う中学校の教頭先生から「気になる子がいる」と電話で相談があり、話を聞いてみると、登校するのは2、3日に1回。それも午後2時過ぎ

か授業が終わってから学校に来て、午後5時過ぎまで学校にいるとのこと。喫煙もしていました。

父親と担任教諭、教頭先生、児童相談所の担当者、主治医というメンバーで、喘息の入院歴にかこつけて面談を組みました。父親は仕事で早朝に家を出て、帰宅は夜遅い。娘は学校に行っていると思っていたそうです。その子は生活が昼夜逆転していて、朝起きられない。生活習慣を改善するため1週間ほど入院して、病院から登校してみようということになりました。

個室ではなくて4人部屋に入院してもらい、朝、看護師が起こしました。入院中に2日間だけ登校しました。看護師の話でも性格はとても優しい。入院中の子どもたちの面倒をよく見ていたということです。その後は心理面接をして退院しました。

退院後は、午後からですが毎日登校して授業を受けるようになりました。当院の心理面接は、午前中でも遅れずに受診するようになっていたのですが、数カ月後に無断でキャンセルしたために学校にも連絡し、養護教諭2人と私とで自宅訪問をしました。

自宅はかなり古い一戸建てで、玄関のカギは壊れていました。入り口からチラッと見ると間取りは2DK。玄関に面した部屋に万年床代わりのコタツが置いてあって、向こう側のガラスは割れていて段ボールで覆ってありました。浴室に置いてある洗濯機は壊れていて、コインランドリーで洗濯しているそうです。台所にある炊飯器は、どう見ても使っていないという状況でした。

3年になってから、後半はほぼ登校して、定時制高校に進学しました。

症例2 姉のパートナーにより妊娠

中学2年生。13歳のときに妊娠して来院しました。母子家庭で、高校生の姉と母親との3人暮らし。

兄が2人いますが県外に就職。もう1人21歳の姉がいて、この姉のパートナーとも同居状態だった時期があったそうです。

腹痛で受診されたのですが、すぐに妊娠と分かったので児童相談所に連絡しました。児童相談所と母親、本人で話し合った結果、人工妊娠中絶という結論になり、産婦人科の指定医を紹介しました。

その後、児童相談所と当院で臨床心理面接を続けることになりました。問題は、この子の妊娠した男性のパートナーは誰だったのかということですが、なんと21歳の姉のパートナーでした。最終的には当院で臨床心理面接を続けています。この子は成績が良くて3年時にはほぼ登校することができ、無事に進学しています。

症例3 発見が遅れた精神発達遅滞

15歳男子です。主訴はコントロール不良の喘息です。母子家庭で生活保護を受給しています。10人兄弟の下から2番目。兄2人が中学卒業後、就職しています。他の兄弟は高校を卒業しているか在学中で、この子は中学生です。この子は高校へは行きませんでした。

病院の反省点としては、この子は喘息でずっと当院で管理されていたので、もう少し早く対応できなかったかな、という思いがあります。母親と兄2人が喫煙者で、必然的にこの子も小学校高学年頃からタバコを吸っていました。

中学2年のときに1年間不登校になっています。母親が言うには「悪い仲間に関わり込まれて学校へ行けなかった」とのことです。

3年生になって高校へ行きたいと思い始めて登校するようになりましたが、かなり底辺校の公立高校には不合格でした。現在は兄が勤務する会社とどび職として働いています。

喘息発作で受診となりましたが、状態が非常に悪く、入院中に吸入薬の指導をしたのですが、非常に稚拙でほとんど吸入できていない。これはおかしいなと思っていました。話をすると、とても素直な子です。兄の話によると、勤務態度もとても真面目なのだそうです。ただし、仕事の覚えが非常に悪くて「あいつはやる気がない」と言われていました。

小児科医としては、精神発達遅滞ではないかと考え、臨床心理士にお願いして知能検査をしてもらっ



たところ、軽度精神発達遅滞と考えていいだろうという判断でした。児童相談所に相談する予定で、療養手帳取得に向けて準備しようと考えています。中学のときに精神発達遅滞が分かっていたら、もう少し対処の方法があったかなと非常に反省しているところです。

親や教師の負担は増しているのでは？

いまの子どもたちを見ていて、親の経済力の差が子どもたちに非常に影響しているのを感じます。

あくまで印象ですが、いま鹿児島市で一番子どもが増えている谷山地域では、不登校が確実に増加しているという印象を持っています。谷山地域で一番大きい谷山中学校は1学年8クラスほどですが、不登校の子がいないクラスは一つもありません。学校では長期欠席者からは給食費を徴収しないのですが、その数が中学校全体で50人ほどにのぼっています。

不登校の子たちは、そういう子同士で横につながっています。いまは携帯やスマートフォンがあるので、学校の違いを越えて同じような境遇の子たちがつながっています。それが「階級」になってしまっているというか、その中では自分たちが普通だと思ってしまうことになる。

もう1つは育児力の低下とよく言われますが、本当に親の育児力が低下したのかについては疑問です。実は親が持つ時間の減少ではないのか。昔の親はそんなに育児力があつたのかといえば、自分の親を考えてみても、ほったらかしだったような気がします。そんなに立派な親では決してなかった。

では、なぜ私たちの世代があまり大きな問題を起こすことなく大人になることができたのかといえば、地域社会という最低限の根っこがあつたからではないかと思えます。親や教師の負担は、昔より重くなっているのではないかと考えているところです。地域のセーフティネット作りを考えていくことが急務だと感じています。

「子どもの貧困」を読み解く

社会福祉の見地から



あもう こういち
天羽 浩一
社会福祉士

経済的な貧しさだけではない

私はいま、鹿児島県社会福祉士会に所属してフリーのソーシャルワーカーとして仕事をしています。社会福祉士とは、福祉分野において相談支援を業とする資格です。今日は一社会福祉士の視点から「子どもの貧困」について発言させていただきます。

「貧困率」は、経済的な貧しさの水準をあらわす指標ですが、「子どもの貧困」は経済的な貧しさだけを指すではありません。子どもの身体の問題もあります。心の問題もあります。学校での人間関係、親子関係、社会関係、本人や家族が持っている文化的価値観など、身心・社会・文化等、さまざまな形で影響する複合的な課題だということです。

また、「子どもの貧困」だけが特別なのではなく、高齢者の貧困、女性の貧困、若年労働者の貧困の問題もあります。貧困問題はさまざまな形で存在していて、子どもの貧困はその中のひとつと言えます。ただ、子どもの場合は将来があるわけです。子ども時代に貧困であったということが、その後の生涯を通して、長期にわたる大きな負の影響として残っていく可能性があるという、「子どもの貧困」固有の問題があるだろうと思います。

例えば、「子どもの貧困」と児童虐待との相関関係は非常に強いことが分かっています。また「社会

的排除」とも極めて強い相関関係があります。「社会的排除」というのは、社会の側が偏見を持ってマイノリティ（社会的少数派）を排除することを指しますが、そこには福祉的支援を必要としながら何らの支援を得ることなく孤立している人々がいます。

子どもの貧困率は16.3%。これは約320万人に当たります。ただし、統計的数値からは子どもたちが置かれた具体的な状況は分からず、一つのパターンに集約することはできません。一人ひとりの子どものそれぞれ異なった“物語”に耳を傾け、支援していく姿勢が必要だと思います。

社会問題となった背景

「子どもの貧困」は、どのようにして社会問題となったのでしょうか。2006年にOECD（経済協力開発機構）の「対日経済審査報告書」で日本の貧困率が報告され、それが非常に衝撃を与えましたが、そのあたりがスタートになっているように思います。2000年代に小泉政権が成立して以降、格差の拡大はかなり社会問題化しました。そのなかで私たちが、貧困をどう捉えていくのかということです。

従来は、「子どもの貧困」というより「貧しい家の子ども」という形で世帯中心に見ていました。「子どもの貧困」は家族・世帯の中に埋め込まれてきたといえるでしょう。それが可視化した背景には、積極的な意味としては、家族・世帯単位から世帯の構成メンバー一人ひとりに焦点が当てられてきた、つまり子どもの人権にもスポットが当たり始めたという面があると思います。

もうひとつは、子どもは保護される存在でありながら大人と同等の人としての権利を持っているということです。「子どもの貧困」への視点は、子どもの権利を推進していくという考え方が基盤になっていると言っていると思います。

一方では「子育ては親の責任である」と強調されることにより、子どもの養育を親子関係・家族関係の中に閉じこめていくような考え方もあります。それに対して「子どもは親と社会がともに育てていくもの」という「社会的養護観」が大切だと思います。

社会的に排除される家族

社会的排除のひとつの実例です。部屋に入ると昼間からカーテンが下ろされて、薄暗い中で子どもがテレビゲームに熱中している。足の踏み場もない部屋、コンビニの包装紙や袋が部屋中に散乱している。洗濯物が山積み。流しには食べかすが散乱、異臭が漂っている。冷蔵庫にはカビが生えた期限切れの食品。母親は昼間寝ており、父親はパチンコ。リストラによる経済困難。そのためのサラ金からの借金。そして心理的閉じこもり。妻へのDV、子どもに対するネグレクト、さらにはアルコール・薬物依存。

これは2、3のケースを複合的にしていますが、貧困そのものです。これは私が20年ほど前に児童養護施設の職員をしていた時に家庭訪問をしたときのメモです。私自身は「ネグレクトされた児童」ということで、児童虐待の問題としてこの家庭に関わりましたが、その時の私には貧困問題という認識はありませんでした。今になってみれば、虐待問題であり、同時に貧困問題だったのです。

オスカー・ルイス「貧困の文化」論

オスカー・ルイスは文化人類学者です。50年以上前になりますが、「貧困の文化」論で有名です。著作では、社会的に疎外される、私の言葉で言えば「社会的に排除される」過程をこう描いています。「貧困の文化の中で育ってきた人たちの中には、自我が弱く、疎外感や絶望感、劣等感を持ちやすい、現在の楽しみを志向し将来に対する備えをしない」、刹那主義です。「衝動性のコントロールに欠ける、権威主義への強い志向、依存性の高さ、労働意欲の減退などの心理的な特徴を持つ人が多い。また人生の中の子ども期の欠如」、子ども時代がないということです。また「早期の性体験、妻や子どもへの暴力が多く見られる」と書いています。

私たちが貧困を考える時には「絶対的な貧困」ではなくて「相対的な貧困」を考えます。飢餓で亡く

なる、あるいは難民となって船で放浪するという状態の貧困ではなくて、文明社会、近代社会における貧困ですから、そこには経済的な問題だけではなく文化の問題が非常に大きな比重を占めています。

ただし、オスカー・ルイスの論はこれだけ見れば結局「貧困の連鎖論」で終わってしまうという危険性もあり、やはり貧困の連鎖をどのようにして防止していくかという課題を考える必要があります。

ネグレクトされた家族

社会から排除された1つの家庭、「ネグレクトされた家族」と言えますが、そうした家庭の親の多くは経済的に貧困です。その貧困が「文化的貧困」としてあらわれます。

たとえば、地域からの善意の働きかけに対しても、支援を拒絶して門戸を閉ざしてしまう。それに対して有効な手立てがなく支援が届かない。たとえ届いたとしてもそれを理解しない。信用しないというか、人間関係に深い不信感を抱いている、それほど自尊心を傷つけられてきた経過があるということです。

そうした家庭は社会から排除され、ネグレクトされてきたと捉えるべきですが、私たちは「親の自己責任」「自業自得」という視点で見えてしまいがちです。私たちの側のマイノリティに対する偏見が根強く存在していると感じています。

トーマス・ゴードンの『親業』

トーマス・ゴードンの『親業』という本には、こう書かれています。「毎年何百万人という新しいお父さんとお母さんが生まれてくる。人間の仕事の中でも一番難しい仕事に就きます。それはほとんど何も自分でできない小さな人間、赤ちゃんの肉体的・精神的健康に全責任を負って、生産的で協調的で何か貢献のできる社会人に育て上げるという親の仕事。親業は、これほど困難で能力や努力を必要とする仕事のほかにあるだろうか」と書いています。

この世の中に、子育てぐらい難しい仕事はありません。それなのに、誰も新しく生まれるお父さんやお母さんに子育てについて教育をしてくれない。現代社会における子育ては極めて困難な状況にあり、より難しい仕事となっているのです。

「貧困」は経済的な問題だけではない

「子どもの貧困」というのは単に経済的指標の問題だけではないと申し上げましたが、日本の子どもの場合、物事に対する意欲、やる気の格差となって表れてきます。努力する力が失われる、あるいは「何も面白いことがない」と興味を持つことができない。また、「人生をこれからどう生きていこうか」という希望の格差、さらには健康格差もあります。学力も当然、格差となって表れてきます。

大切に育てられていない、必要な存在として扱われていない子どもが、人間としての権利が侵害された状態となって立ち現れる。少年事件として大々的に報道されるテレビのニュースの中にも、こういった子どもの状況が表れています。

「格差の拡大」について言えば、いま生活保護受給世帯数は戦後最高の水準と言われていますが、実際には生活保護水準以下、同等の生活をしている人はその8倍、約1,400万人とも言われます。貧困は「許容することのできない格差」であり、まさにいま貧困問題として登場しているということです。労働問題も家庭の中では非常に大きな問題です。児童虐待や貧困問題は労働問題ともリンクします。

しかし単に経済給付をすればいいというものではなく、各家庭に一つひとつ違った物語があり、その家庭に即したオーダーメイドのソーシャルワークが必要なのです。一人ひとりの子どもの“物語”に着目しながら、児童相談所、福祉事務所、ハローワーク、医療、教育、司法、地域が連携し、支援を構築していくことが求められていると思います。

阿部彩『子どもの貧困』から

首都大学東京の阿部彩教授が著書『子どもの貧困』で指摘していますが、わが国の子育て支援策における最大の特徴は、所得再配分後に発生する貧困であるということです。他の国では子育て世帯は一定の現金給付を受けることによって手取額は上がるわけですが、日本の場合は、保険料や税金を引くと、かえって手取額が低下してしまう結果になっています。政府が介入して所得再配分した結果、さらに貧困になってしまうというのは日本だけです。

子ども手当、児童扶養手当、就学援助等、現金給

付の充実はもちろん大切です。さらに、子どもを育てる環境整備、ソフト面・ハード面を含めた多面的な支援が必要になります。

貧困は「許容できない水準となった格差」ですが、何をもって許容できない水準とするか。抽象的ではありますが、やはり「人権侵害と判断できるに至った水準」と言い換えることができるのではないのでしょうか。子どもにかけられる教育、福祉、医療の貧困の実態というのは、憲法11条の「基本的人権」、13条の「幸福権の追求」に違反します。さらに14条「法の下での平等」、25条の「生存権」、26条「教育を受ける権利」なども関わるでしょう。貧困は人権侵害であるという認識が必要だと思います。

自己責任論は貧困問題を見えなくさせる

私たち自身が、貧困をどう捉えるべきでしょうか。たとえば、児童養護施設に子どもを預けようとしている母親が児童相談所の児童福祉司に語った最初の言葉が、「この子を産まなければよかった」だったとします。この時、ケースワーカーが「養育能力のない無責任な母親だ」「典型的な母親による子ども虐待だ、ネグレクトだ」と母親像をイメージしてしまったらどうなるのでしょうか。母親はワーカーに胸の内を語る言葉を失くしてしまうでしょう。

なぜお母さんがそんなことを言ったのか想像力を働かせ、「お母さん、本当に大変でしたね」と言えるかどうか大切です。児童養護施設に子どもを預けるにあたって、子どもに対する罪悪感や、親としての挫折感、孤立感や痛み、屈辱感を味わっているかもしれない。そういう背景に対しての想像力があれば、ワーカーがどう対応すべきかについても見えてくると思います。

私たちは他人を厳しく見がちです。「なぜ生活保護をもらうの？ちゃんと働けば？」。ちゃんと働けない事情があるわけです。自己責任論は存在する問題を見えなくさせてしまいます。

下村文科大臣が「意欲とやる気がある子どもは、どんな状態であっても引き上げていく必要がある」と言っています。正論に聞こえますが、貧困状態にあると意欲ややる気は失われていくことが多いのです。それは個人や家庭の責任ではありません。貧困問題を社会問題として今後とも厳しく追及していく姿勢が必要だと思います。

いのちと 平和を守る 共同行動を！



池田 勝久

鹿児島県医労連書記長
第42回医療研現地実行委員会事務局長

皆さん、ご苦労さまです。1日目の本日は約600人にご参加いただきました。明日、参加する方も大勢いますので、参加者は600人を超えそうです。

本日の企画は鹿児島では選りすぐりの企画だったと私どもは自負しています。冒頭のジャンベは元気が出るというか、私たち自身が本当に励まされる、力強い鼓動の音を聞かせていただきました。

伊藤先生と青山先生に講演いただきました。異論や反論もあるかもしれませんが、これからの運動や

検証の中で、お互いに議論を重ねながら運動を進めていきましょう。

鹿児島では、医療者で「戦争法反対、憲法守れ」の声を広げようと、医労連・民医連・保険医協会・医療者九条の会で『いのちと平和をまもる医療者の共同行動』を立ち上げ、行動を始めました。今回の医療研を機に、鹿児島では今後もさまざまな運動に大きく取り組んでいきたいと考えています。

● 次回開催地の決意



遠藤 祐子

千葉県医労連執行委員長

千葉県では、3年前から「千葉県医療・介護研究集会」を開催しています。来年の全国医療研は、その経験を反映させる絶好の機会にしたいと思っていますし、「千葉県医療・介護研究集会」をさらに発展させる刺激をいただければと考えています。

千葉県は海に囲まれており、海の幸が豊富です。お米も農作物も美味しい所です。美味しい地酒もたくさんあります。昼間はしっかり研究・討論し、夜は海の幸を肴に地酒をチビチビやりながら、昼間の

来年は、ぜひ 全国から千葉県に お越しく下さい

復習と翌日の予習をする。

研究集会前後は、東京ディズニーリゾート（夕方からのスターライトパスポートもあり）で楽しみ、日程が合えばマリンスタージアムでプロ野球観戦。まさに、全国医療研を開催するためにあるような県です。

全国の皆さん、来年はぜひお越しく下さい。現地実行委員会メンバーと千葉の仲間がお待ちしています！

医療研究全国集会の歴史

(1) 「医療研」運動は1969年、第1回全国医療研究集会としてスタートした。

日本医療労働組合協議会（日本医労協＝日本医療労働組合連合会の前身）は、60年安保闘争の政治的高揚を背景に、医療労働者の低賃金、過酷な労働条件、非人間的な抑圧に対してたたかった「病院スト」と、1968年に全国的に高揚した看護師の「夜勤制限闘争」を経て、「医療労働者の生活と権利」と「患者・国民の命を守る」ことを統一して運動する路線を確立した。

この運動路線に沿って、1969年8月、東京に全国から約600人が集まり、日本医労協「第1回全国医療研究集会」がスタートする。当時、高度経済成長が生み出した労働者の健康破壊や深刻な公害問題、進行する医療の荒廃のなか、「基調報告」は、「医療研」の目的を、「国民のための医療を確立すること」とし、職場からの「医療の見直し」が強調され、医療機関ごとの実態調査と問題点の点検活動が提起された。また、具体的に取り組めるところから、患者・国民の立場に立った医療を追求し、「一定の枠の中の改善では、職員と患者のどちらかにしわ寄せがいたり、あるいは職員間の矛盾も生じるため、常に枠を突破した目標を確認し、それに向けて団結を崩さず前進することの大切さ」が強調された。さらに、「医療研究運動を実践から切り離すならば、単なる研究のための研究になってしまい、職場の条件がその研究成果を生かしきれないため、空しくなるという意見もでているが、私たちはあくまでも実践に結びつける立場をとり、それを阻むものとのたたかいをぬきにしてはならない」と、「改善」の前に立ちほだかる壁をたたかいによって切り開くことを強調した。

(2) 第6回全国集会（1974年）の「基調報告」は、

「医療労働は自らの生活条件の改善めざしてたたかうとともに、国民の医療を守る使命を統一的に発展させること」が必要であり、「こうした目的を持った医療労働の確立をめざすことによってこそ、国民を結集させ、医療を国民の手に取り戻す展望が開かれるものであり、ここに医療労働者の今日的な役割と任務がある」と強調した。

翌年の第7回全国集会の「基調報告」では、地域的な医療問題の解決をめざして「医療労働者がイニシアチブを発揮し、関係団体によびかけて、患者、国民の医療を守るという共通の要求を常に出発点とし原則的で弾力性のある要求設定と行動を展開し、地域医療の充実に努力すること」が強調された。

6回、7回の全国集会をふまえ、第9回全国集会（1977年）の「基調報告」では「患者の立場に立った研究テーマ」が明確になるとともに、県集会や職場での研究活動が活発に展開されはじめたことが報告され、そうした前進の要因として、①執行部が「医療研」の位置づけを明確にし、運営委員と共同した責任体制をとってきたこと、②「医療研」を通じて医療労働者の社会的任務についての自覚が高まってきたこと、③常に患者の立場から問題を見、労働条件と医療内容の改善を一体のものとしてとらえ、地域へ運動の領域を拡大してきたこと、などが上げられた。

(3) このように、「医療研」運動は、具体的に「職場の医療の見直し」としてスタートし、医療労働者をして、労働を単なる賃金の対象として見るだけでなく、医療労働のもつ社会的任務に対する自覚を高めさせることとなっていく。

第18回、第19回全国集会は2年に1回として東京で開催されたが、1991年の第20回集会から毎年開催に戻し、また、医療研究運動のスローガンを「国民



と広く連帯し、患者と医療労働者の人権、生命の尊厳を守ろう」とするとともに、「レポート中心の医療研」を強調、各分科会の充実をめざした。

1991年の第20回から国民医療研究所と共催となり、2002年の第30回から財団法人医療労働会館が共催団体に加わった。そして、2006年の第32回からスローガンに福祉分野を加え「国民と広く連帯し、患者と医療・福祉労働者の人権・生命の尊厳を守ろう」とした。さらに、第37回では、スローガンを今日的情勢に照らしてさらに発展させ、『国民と広く連帯し、患者・地域住民と医療・福祉労働者の人権・生命の尊厳を守ろう』とした。

政府が進める公益法人制度改革の中で、財団法人日本医療労働会館・国民医療研究所は内閣府より公益認定を受け、2013年4月より公益財団法人日本医療総合研究所として新たにスタートした。この移行

に伴い医療研の運営組織を「医療研究全国集会組織委員会」とした。第42回は、これまでのスローガンを引き継ぎ開催する。

(4) 医療・介護・福祉労働者の役割は、「いのちと健康を守る」、「社会の経済発展を保障する」、「人間の尊厳を守る」ことにある。社会保障の大改悪が進められている今こそ、全国津々浦々で患者・地域住民と医療・介護・福祉労働者が手をつなぎ、「いつでもどこでも誰でも安心してかかれる医療・介護・福祉」を再生し、安心・安全に住み続けることのできる地域社会をつくることが求められている。「改善」の前に立ちはだかる壁を、たたかいによって切り開くことを貫いてきた「医療研」運動のさらなる発展と、医療研究全国集会の大きな成功が今ほど求められている時代はない。

医療研究全国集会の開催地

回	開催年月日	メインテーマ	開催地	参加者数(人)
1	1969.8.30-9.1	真の国民の医療確立	東京	700
2	1970.10.7-8	真の医療を求めて	東京	400
3	1971.10.23-25	国民ための医療へ	東京	600
4	1972.10.28-30	医療の公共性確立を	東京	320
5	1973.9.8-10	医療の公共性確立を	東京	600
6	1974.9.7-9	医療の公共性確立、国・自治体の責任追及を	東京	650
7	1975.11.8-10	職場・地域に根ざした医療研運動を	長野県・佐久総合病院	700
8	1976.10.9-11	研究と実践の統一を	秋田県・わらび座	600
9	1977.9.22-24	患者・国民の立場で医療研究活動を進め、国民のための真の医療を創造しよう	奈良県・県文化会館	950
10	1978.9.22-24	国民と共に真の医療をつくりあげよう	新潟県・新潟市	1,200
11	1979.11.3-5	国民と共に真の医療をつくりあげよう	愛知県・名古屋大学	1,300
12	1980.9.20-22	80年代を展望し国民とともに医療を作り上げよう	宮城県・秋保温泉	1,000
13	1981.9.19-21	80年代を展望し国民とともに医療を作り上げよう	京都府・府立会館	1,400
14	1982.9.18-20	80年代に国民とともに真の医療を築きあげよう	神奈川県・横浜市	1,200
15	1983.9.22-24	80年代に国民とともに真の医療を築きあげよう	岐阜県・岐阜市民会館	1,000
16	1984.9.14-16	国民とともに真の医療を築きあげよう	群馬県・水上温泉	1,000
17	1985.9.21-23	国民とともに真の医療を築きあげよう	大阪府・中央公会堂	1,300
18	1987.10.9-11	いつでも、どこでも、安心してかかれるよい医療を	東京	1,500
19	1989.10.21-23	いつでも、どこでも、安心してかかれるよい医療をきづくために	東京	1,100
20	1991.10.20-22	国民と広く連帯し命・人権を守る	長野県・上山田文化会館	984
21	1992.9.19-21	国民と広く連帯し、患者と医療労働者の人権・生命の尊厳を守ろう	京都府・京都市	1,200
22	1993.10.16-18	国民と広く連帯し、患者と医療労働者の人権・生命の尊厳を守ろう	石川県・山中温泉	1,100
23	1994.10.22-24	国民と広く連帯し、患者と医療労働者の人権・生命の尊厳を守ろう	愛知県・蒲郡市民会館	1,120
24	1995.10.10.-11	国民と広く連帯し、患者と医療労働者の人権・生命の尊厳を守ろう	新潟県・越後湯沢	962
25	1997.6.14-16	国民と広く連帯し、患者と医療労働者の人権・生命の尊厳を守ろう	静岡県・浜松市	1,137
26	1998.10.16-18	国民と広く連帯し、患者と医療労働者の人権・生命の尊厳を守ろう	岩手県・花巻温泉	1,350
27	1999.10.9-11	国民と広く連帯し、患者と医療労働者の人権・生命の尊厳を守ろう	兵庫県・神戸市	1,250
28	2000.10.21-23	国民と広く連帯し、患者と医療労働者の人権・生命の尊厳を守ろう	東京	1,205
29	2001.10.13-15	国民と広く連帯し、患者と医療労働者の人権・生命の尊厳を守ろう	長野県・長野市	1,220
30	2002.10.26-28	国民と広く連帯し、患者と医療労働者の人権・生命の尊厳を守ろう	大阪府・大阪市	1,100
31	2004.6.11-13	国民と広く連帯し、患者と医療労働者の人権・生命の尊厳を守ろう	岐阜県・高山市	900
32	2005.6.17-19	国民と広く連帯し、患者と医療労働者の人権・生命の尊厳を守ろう	福岡県・福岡市	950
33	2006.6.9-11	国民と広く連帯し、患者と医療・福祉労働者の人権・生命の尊厳を守ろう	山形県・天童市	1,050
34	2007.6.15-17	国民と広く連帯し、患者と医療・福祉労働者の人権・生命の尊厳を守ろう	岡山県・倉敷市	1,400
35	2008.6.27-29	国民と広く連帯し、患者と医療・福祉労働者の人権・生命の尊厳を守ろう	北海道・札幌市	1,260
36	2009.6.19-21	国民と広く連帯し、患者と医療・福祉労働者の人権・生命の尊厳を守ろう	愛媛県・松山市	1,183
37	2010.6.18-20	国民と広く連帯し、患者・地域住民と医療・福祉労働者の人権・生命の尊厳を守ろう	石川県・金沢市	1,043
38	2011.6.17-19	国民と広く連帯し、患者・地域住民と医療・福祉労働者の人権・生命の尊厳を守ろう	新潟県・新潟市	1,165
39	2012.6.15-17	国民と広く連帯し、患者・地域住民と医療・福祉労働者の人権・生命の尊厳を守ろう	京都府・京都市	1,208
40	2013.6.14-16	国民と広く連帯し、患者・地域住民と医療・福祉労働者の人権・生命の尊厳を守ろう	青森県・青森市	923
41	2014.6.14-15	国民と広く連帯し、患者・地域住民と医療・福祉労働者の人権・生命の尊厳を守ろう	東京	759
42	2015.6.12-13	国民と広く連帯し、患者・地域住民と医療・福祉労働者の人権・生命の尊厳を守ろう	鹿児島県・鹿児島市	654

第42回医療研究全国集会 in 鹿児島 組織委員会・現地実行委員会名簿

(肩書きは2015年4月1日現在)

■■■組織委員会■■■

組織委員長	中野千香子	(公益財団法人日本医療総合研究所理事長 日本医労連中央執行委員長)
副委員長	横山 壽一	(公益財団法人日本医療総合研究所副理事長)
	宮地 典子	(公益財団法人日本医療総合研究所理事)
事務局長	鎌倉 幸孝	(公益財団法人日本医療総合研究所専務理事 日本医労連中央副執行委員長)
事務局次長	三浦 宜子	(日本医労連書記長)
	中村 純一	(公益財団法人日本医療総合研究所部長)
	池田 勝久	(日本医労連中央執行委員)
組織委員	青山 光	(東京医労連書記長)
	永島 達哉	(日本医労連中央執行委員)
	山崎 世理	(日本医労連書記)
	八木沼菜穂	(日本医労連書記)

■■■現地実行委員会■■■

実行委員長	馬場 文治	(鹿児島県医労連執行委員長)
副実行委員長	松下 浩幸	(鹿児島県医労連副執行委員長)
事務局	池田 勝久	(鹿児島県医労連書記長)
	平良 行雄	(鹿児島県医労連副執行委員長)
	北山 留美	(鹿児島県医労連執行委員)
	東郷 花	(鹿児島県医労連執行委員)
	玉利あゆみ	(鹿児島県医労連)
	寺園 通江	(鹿児島県医労連)
実行委員	松元 徹	(B型・C型肝炎救済全国センター共同代表)
	豎山 清隆	(B型・C型肝炎救済全国センター事務局次長 元鹿児島県医労連執行委員長)
	大瀬 俊之	(鹿児島県民主医療機関連合会事務局次長)
	大脇 巖雄	(かごしま公務公共一般労働組合)
	川上 真理	(鹿児島県医労連書記次長)
	右田明日香	(鹿児島県医労連執行委員)

順不同・敬称略



第4分科会助言者 益加代子先生



現地スタッフ、開会前に打ち合わせ



全体会会場にて



肝炎患者支援募金にとりくむ現地スタッフ



第10分科会にて

