2015年10月10日（毎月1回10日）発行 第583号 ISSN 0287-4369 iryorodo

Iryo Rodo

医療労働

医療・介護・福祉労働者のための月刊誌
October 2015 No.583
10

特集 憲法を守り、医療・社会保障の拡充を

講演 **戦争立法・憲法改悪を許すな**
一橋大学名誉教授　渡辺　治

講演 **いのちとくらしと平和を守る専門職としての看護だから**
日本赤十字看護大学客員教授　川嶋みどり

講演 **診療報酬問題を考える**
全国保険医団体連合会事務局次長　前谷かおる

日本医療労働組合連合会

医療労働

No.583
2015
October 10

1 特集
憲法を守り、医療・社会保障の拡充を

2 講 演
いのちと平和を守る緊急全国学習決起集会（2015年８月26日）から
戦争立法・憲法改悪を許すな
渡辺　治（一橋大学名誉教授）

10 看護要求実現全国交流集会（2015年９月２日）から
講 演
いのちとくらしと平和を守る
専門職としての看護だから
川嶋　みどり（日本赤十字看護大学客員教授）

特別報告
安心安全の医療を守るために
――特定医行為反対の取り組み
西原　美鶴（全医労刀根山支部）

支部・単組が取り組める工夫を
――地方議会意見書採択の取り組み
余語　ミナ子（静岡県医労連副委員長）

働き続けられる職場をめざして
――退勤時間調査の取り組み
畑中　幸世（茨城県厚生連労働組合取手支部）

職場と地域に依拠する「岡山方式」
署名の力――全国１位の秘訣
福田　幸恵（倉敷医療生協労組）

25 講 演
医労連・診療報酬学習会（2015年８月25日）から
診療報酬問題を考える
前谷　かおる（全国保険医団体連合会事務局次長）

連載コラム
31 心すなおに風のごとくに……松浦健伸（石川勤労者医療協会城北病院精神科医）
32 組合探訪……岩手医科大学教職員組合（岩手）

表紙写真：岡山県医労連・民医連の「ホワイトアクション」（戦争法案反対アピール）
（2015年６月17日）

特集

憲法を守り、医療・社会保障の拡充を

9月19日未明、8割の国民が「説明が十分ではない」とする状況で安倍政権は「戦争法」を強行しました。衆議院での強行採決以降、日増しに広く、強くなる一方の国民の反対の前に、今をおいてやれる時はないと踏んでの強行です。

安倍政権は国民が望みもしない「戦争法」成立のために、血税を使って約3カ月の国会延長を行いました。しかし結果として、「戦争法」の違憲性とともに政権の民主主義とは相いれない強引な進め方が国民の目に明らかになりました。国会前行動に参加していて、私自身、これは安倍政権と自衛隊上層部の国民と国会への「クーデター」だと、怒りに震えました。

でも、私たちは負けたわけではありません。多くの国民が思っているように、戦争法を廃止させるたたかいは、これからが本番です。平和と民主主義を希求する国民の熱意はもう止まりません！　自分たちの手で民主主義を取り戻す決意が、「賛成議員を落選させよう！」「選挙に行こう！」との声になっています。

日本医労連の朝日新聞（9月5日付）一面意見広告は、加盟組織以外からも、そして先輩たちからも沢山の賛同が寄せられました。「良くやった」と大きな評価を頂く一方で、「政治には関わるべきではない」という意見も極少数ありました。私は思います、政治と距離をおいたり無関心でいることはできても、無関係には1秒たりとも私たちは生きてはいないと。先の戦争における医療関係者の戦争協力への反省と同時に、軍備増強となれば医療・社会保障関連費は最も削減対象となることから、いのちまもる私たちは、憲法いかせと声をあげ続けます。

（日本医労連中央執行委員長　中野 千香子）

講演

いのちと平和を守る緊急全国学習決起集会（2015年８月26日）から

戦争立法・憲法改悪を許すな

渡辺（わたなべ）　治（おさむ）
一橋大学名誉教授

日本は戦後70年間、憲法９条があるにもかかわらず安保条約で米軍基地を置き自衛隊を持ってしまったものの、海外で武力行使をすることはありませんでした。その「海外で戦争をしない国」を安倍政権は大きく転換させようとしています。本日は、安倍政権が戦争法案に執念を燃やす理由と戦争法案反対運動がもたらした新しい力について、そして今後の私たちの課題についてお話しします。

日本を大国にしたい安倍首相

多くの国民やマスコミは、「タカ派の安倍首相が出てきたから、集団的自衛権や戦争法案が登場してきた」と思っていますが、これは間違いです。戦争法案も集団的自衛権も、安倍首相が言い出しっぺではありません。今回の戦争法案に盛り込まれた中身や集団的自衛権行使容認は、今から25年前、冷戦終結でアメリカが世界の一極支配を確立し、米国大企業が活躍できる世界を作るために世界の憲兵としてイラクやアフガンに派兵し朝鮮半島を脅かし始めて以来、一貫して日本に強く要求してきたことです。

アメリカの政府高官だったアーミテージが2000年に「アーミテージレポート」を書き、それから３回にわたってレポートを出していますが、最初から一貫して、アーミテージは日本に「自衛隊の集団的自衛権行使を認めろ」「憲法改悪が難しいならば、解釈でやれ」「アメリカの戦争に武力行使をもって加担すべきだ」と繰り返し言ってきました。

アメリカやそれに追随する日本の財界が、25年間言い続けたけれど、歴代自民党政権、民主党政権も、どうしても自衛隊が海外でアメリカの戦争に参加して武力行使するというところまでは実現できなかった。この課題を安倍政権がやろうとしているのです。アメリカや財界にとっては「待望の政権」という側面があります。

では安倍政権はなぜそんな火中の栗を拾うようなことに乗り出したのでしょうか。安倍首相は戦後の歴代首相の中で初めて、「中国やロシアに対抗できる軍事大国として日本を復活させたい」という野望を持っているからです。安倍首相にとっては、アメリカに言われなくても自衛隊が海外で戦争できる軍隊にならなければ、そもそも大国になれないわけです。

世界の強国の仲間入りを果たしたい

例えば、「イスラム国」に対して、アメリカが世界の警察官として「イスラム国」を何とかしないと、アラブ諸国・中東諸国で大企業が安定的に活動できません。ウクライナにロシアが侵略すれば、ＮＡＴＯ（北大西洋条約機構）とＥＵは大きく動揺しますから、ヨーロッパにおける大企業本位の市場という点からも手を打たなければならない。そういう時、オバマ大統領は他の大国と相談して軍事力を行使して片を付けようとする。

しかし、安倍首相には相談は来ない。それが悔しいわけです。日本はいつも置き去り。日本の自衛隊は憲法で海外で武力行使できないのだから当然です。どんなに経済大国であっても、自衛隊が軍事進出できないから世界の強国としての態度がとれない。それが安倍首相には非常に悔しいわけです。他の大国のリーダーのように、軍を出すと決めればい

つでも出せる状態を作りたいと考えているわけです。

軍事大国には強い経済が必要

同時に、安倍内閣は大国になるために、戦争法案だけを狙っているのではありません。軍事大国になるには「強い経済」が必須です。

十数年前は日本の防衛費の５分の１くらいだった中国がぐんぐん防衛費を増額して、いまやアメリカに追いつく勢いです。それを可能にしたのは、中国の25年以上にわたる経済発展です。大企業本位の経済力が中国の軍事大国化を支えた。

強い経済がなければ軍事大国にはなれないと安倍首相は真剣に考えています。安倍内閣は11年ぶりに防衛費を増額しました。しかし、防衛費を増やすには強い経済が必要です。安倍首相の考える強い経済とは、大企業の競争力をもう一度回復すること。そのために構造改革・新自由主義改革を実行する。

安倍内閣は戦争法案の一方で、地域経済を破壊するＴＰＰ（環太平洋経済連携協定）、国民皆保険制度の解体、医療制度改悪の強行、非正規労働者の恒久化を図る労働者派遣法改悪もねらっています。

構造改革は、小泉元首相がガンガンやって日本に格差と貧困を生み出して、そのあげく反貧困の運動が起きて、民主党政権が誕生した。そういう課題なので、自民党はやりたくない。それを安倍首相はあえてやろうとしています。

従来の構造改革との違い

安倍政権がこれまでの構造改革路線と違うところは、数百兆円にのぼる内部留保を持っている大企業がさらに大もうけをするような市場を国家の力で作ろうとしていることです。そのための市場を国家が作ってあげる。大企業がさらに大儲けをするために直接国家が支援しようとしています。

その市場として注目されている分野は２つ。１つは医療・健康・福祉産業。何十兆円という市場です。もう１つが原発。この２つは、大企業にとってこれから大きな裾野になっていくわけです。福島第一原発事故によって国内の原発市場はもう伸びないことから、海外の原発市場をねらっています。

安倍首相は総理大臣になった2012年12月以来、３年余りの間に56カ国以上を訪問していますが、これは歴代内閣の中でトップです。外遊して何をしているのかといえば、新幹線やインフラなど、大企業に市場を開拓するためのセールスマンとしての役割を果たしています。最も力を入れているセールスは原発です。原発は１基5,000億円。しかも原発は、ゼネコンからＩＴ産業まで、すべての産業が儲かる市場です。売った後も、事故への対応などバックエンドシステムを入れると、少なく見積もっても６兆円になると言われています。

日本の原発は、中国や韓国の原発と比べ決して安くはありません。安倍首相は「日本の原発は比較的高いけれど、世界で一番安全な原発だ」と売り込んでいます。なぜかと問われ、「福島のノウハウがあるから」と。ふざけるんじゃないと思います。しかし、最大の弱点は国内原発がすべて止まっていること。これでは「日本の世界最高の安全な原発がなぜ動かないんですか？」となりますから、地域の安全などお構いなく原発の再稼働も強行しているわけです。

そういう意味で、戦争法案に次ぐ安倍政権の２本目の柱は、大企業本位の経済ということになります。

国益のために血を流す国に

安倍政権の３本目の柱は、国民の意識を大国支持に変えることです。戦後の日本が平和国家として「戦争しない国」として歩んだことを、多くの国民は評価しています。「読売新聞」の世論調査でも７割以上の国民が賛成しています。

しかし、安倍首相はそう考えない。そんな思想ではとても大国になれない。国益を守るには、場合によっては自分たちの血を流すことができなければいけない。そのためには戦後日本の「平和主義」という考え方、特に若者の意識を変えて、国益のために血を流すような思想を身につけさせないといけない。そのためには「戦前の日本は、侵略戦争と植民地支配をしました」と何度も謝っていてはダメだ。中国や韓国を見ろ、教科書を使って徹底して「自分たちの国は正しかった」「日本をやっつけた」と言っているではないか。日本もやろうぜ、というのが３つ目の柱です。

だから彼は、「村山談話」を否定する戦後70年談話をどうしても出したかった。「侵略」「植民地支配」と言いたくなかったわけです。

安倍内閣はアメリカと財界の切り札

安倍首相に対してアメリカや財界は当初、不安を持ちました。アメリカは「自由と民主主義と人権のために世界を一つにしよう」と言って、そのために戦争をしているのに、安倍首相は戦前の日本の軍国主義が正しかったと言おうとしている。これはとんでもないことだと。しかし、日米の財界も、いまや全面的に安倍首相をバックアップしています。

「アメリカは実は安倍首相を嫌っている」という報道がいまだにありますが、そうだとしたら、日米共同作戦を緊密に定めた「新々ガイドライン」などできません。アメリカが４月に安倍首相を招いた時、ホワイトハウスに泊めて、しかも上下両院合同会議で演説させました。日本の総理大臣で、上下両院合同会議で演説した人は今までいません。

なぜ、オバマ大統領はそれほどの歓待をしたのか。それは、安倍首相のような野蛮な情熱をもった人物でなければ、戦争法案は通らないからです。「こいつに賭けよう」というのがアメリカの大きな安倍歓待の理由です。アメリカは、最後の切り札として安倍首相に期待をしているという側面があります。

自衛隊を合憲とする理屈

安倍内閣が３つの柱の中で内閣の命運を賭けてでも通そうとしているのが戦争法案です。この法案を一言で表すと、冷戦の終結以来、アメリカが常に求めてきた、アメリカの戦争に全面的に加担して武力行使することを可能にする体制づくりです。これはアメリカの強い要求であり、財界もアメリカの要求を飲むことによって、世界に進出している大企業をアメリカが守ってくれることを望んでいます。

これができなかったのは、憲法９条があるからです。９条には、戦争を放棄するだけではなく、「戦力を持たない」と書いてあります。当初、日本政府は９条を変えてしまおうと考えていた。ところが1960年の安保闘争――岸内閣が安保改定に続いて憲法改悪をしようとした、日本の戦後の憲法史のなかでも最大の危機でした――岸内閣を倒すような大きな運動が起きて憲法改悪ができなくなってしまった。

そのため、軍隊を持たないと言っている９条の下で自衛隊を存続させなければいけなくなってしまいました。そこで政府は、「自衛隊は軍隊ではない」という解釈で国民を納得させようとしました。

どこの国でも、自分の国が攻められた時にそれを撃退する権利、「自衛権」を持っている。撃退するには、そのための実力が必要だ。しかし、日本国憲法は「戦力を持ってはいけない」と言っているので、自衛権を行使するための実力は、憲法が禁止している戦力にならないような小さなものでなければいけない。つまり「自衛のための必要最小限度の実力」なら戦力にならないから持ってもいい、日本の自衛隊はこれに当たるからＯＫだというのです。

これはまやかしです。当時の野党、共産党や社会党、今は見る影もありませんが公明党も一緒になって「自衛隊が自衛のための必要最小限度の実力なんて嘘だ」と政府を攻撃しました。当時はベトナム侵略戦争に自衛隊が全面的に加担していたので、「米軍の侵略行動を助けるための軍隊じゃないか」と。

困った政府は自衛隊の活動を制約することで攻撃を逃れようとした。「自衛隊は軍隊ではありません。その証拠に、日本が攻められたら撃退します」、これを「個別的自衛権」といいます。しかし、自衛隊を海外に派兵したり、アメリカの戦争に協力して軍隊を派兵する「集団的自衛権」は行使しません。

自衛隊が合憲と言うための最低限の条件として政府の言ったことが「自衛隊の集団的自衛権は認めない」「自衛隊の海外派兵はしない」ということです。それが今、問題になっているわけです。

これまでの解釈を投げ捨てるもの

25年前に冷戦が集結し、アメリカが「世界の秩序のために自衛隊も血を流せ」と言ったときに、それが大きな障害になってしまったのです。「自衛隊は集団的自衛権を認めません。自衛隊は海外派兵をしません」と1954年から60年間言い続けている。そして1972年に集団的自衛権は違憲だと明確にしましたから、それから40年言い続けてきたことを変えないとアメリカの要請に応えられなくなったのです。

歴代政権は、どうしても最後の「集団的自衛権の行使違憲」解釈を突破できませんでした。小泉政権はイラク派兵を強行しましたが、武力行使目的の「派兵」ではないと言っていたので、自衛隊はイラクで１発の銃弾も撃てなかった。また、後方支援目的でも戦場には自衛隊を送れないから、実際にはイラク全土が戦場だったのに、「サマワは戦場ではありません」と言って派遣した。

こんな姑息なやり方にアメリカのブッシュ大統領が怒って「さっさと９条を変えろ、集団的自衛権を認めろ」と圧力をかけた結果、第１次安倍政権は明文改憲をやろうとしましたが、九条の会をはじめとした憲法改悪反対の運動が起こって挫折した。

今回、安倍政権は、政府自らが作った解釈、「集団的自衛権は認めない、海外派兵はしない」「後方支援という口実でも戦場には行かない」を取っ払おうとしている。それが戦争法案の大きな狙いです。

「後方支援」として戦争に参加

ですから戦争法案のねらいは、アメリカのあらゆる戦争や介入に、後方支援であろうと武力行使であろうと全面的に加担するということです。マスコミが集団的自衛権の行使に焦点を当てていますが、集団的自衛権行使はその重要な柱です。

アメリカは必ずしも自衛隊に「武力行使」だけを求めているわけではありません。自衛隊は創設から61年経ちますが、人を殺したことが一度もない。こんな軍隊は役に立たないので、アメリカは自衛隊のことを信じていません。自衛隊の何を評価しているかといえば、「後方支援」活動です。具体的には輸送、調達、修理、整備、医療、通信、補給、訓練など。

これらの分野について自衛隊は世界最高の能力を持っています。戦争は後方支援がなければできません。後方支援に限って言うと自衛隊は米軍以上の力を持っている。だからアメリカは世界の戦争で、自衛隊に手足のように後方支援をしてもらいたい。

戦争法案の第１の狙いは、「後方支援」という口実でアメリカの戦争にいつでも、どこでも、あらゆる形で加担するということにあります。

2015年の「新ガイドライン」を実行するのが今回の戦争法案です。このガイドラインが最も強調しているのは、世界のアメリカの戦争で日本が後方支援を分担してほしいということです。

今まで自衛隊は「戦闘地域」＝戦場には行けませんでした。戦争法案はその制限を取り払い、「現に戦闘行為が行われている場所」以外どこでも行けるようにした。１キロメートル先で戦闘が行われていてもＯＫ。それが戦争法案の内容です。戦闘が行われているところからは逃げるとされていますが、それを決めるのは現地の司令官です。

しかし、例えば、自衛隊が米軍の「イスラム国」との戦闘の後方支援を行っていたとして、500メートルまで来たら、アメリカ軍の司令官に対して日本の現地司令官が「さようなら」と言えるでしょうか？　言えるはずがありません。必ず戦闘に巻き込まれる。殺し殺されることになります。

しかも戦争法案は「後方支援」の内容の制限も取り払いました。簡単に言えば人を殺す以外は全部できるということです。法案の別表には、「補給・給水・給油、食事の提供並びこれらに類する物品及び役務の提供」「輸送」「修理及び整備」「医療」「通信」「空港・港湾業務」「基地業務」「宿泊」「保管」「施設の利用」「訓練業務」「建設」。備考には「物品の提供には武器の提供を含まないものとする」と書いてあります。これは、弾薬の提供ができるようになるということです。

国会の議論で、「核兵器は、核弾頭は弾薬ですか、武器ですか」と聞いたら、政府は「弾薬です」と答えた。法的には核兵器も提供できるし、化学兵器の弾頭も提供できる。武器ではないからです。しかし、こんなことは世界では全く通用しません。

「存立危機事態」なら戦闘ＯＫ

戦争法案の２つ目の危険性は、アメリカの戦争が「日本の存立を脅かす」ということになったら人殺しもできるということです。これが集団的自衛権の行使です。例えば、朝鮮半島で戦争が起こり日本の存立を脅かすと政府が判断したら、北朝鮮が日本に宣戦布告していない場合でも、アメリカの戦争に加担して北朝鮮を攻撃できるようになります。

３つ目としては、アメリカとの共同訓練が可能になる。これまでは、米軍と共同行動をしていて米軍が攻撃された時、日本は反撃できませんでした。ですから、日米の共同軍事演習や共同パトロールはで

きなかった。マスコミは「共同軍事演習に日本が参加した」と書きますが、実際には日本は「特別参加」をしているだけでした。それを今回の法案では、自衛隊法95条を改悪して米軍と一緒に軍事行動をやっていて米軍が攻撃されたら日本が応戦することを可能にしました。

6月4日の憲法審査会で、3人の憲法学者が「集団的自衛権と安保法制は違憲」という発言をしました。3人とも政府解釈を認めて安保や自衛隊を合憲といってきた保守的な学者です。その学者たちが「集団的自衛権を行使しないことが自衛隊合憲の条件なのに、政府がそれを変えてしまった」ことに反発して、集団的自衛権行使を認めた戦争法案は違憲だと言ったのです。自衛隊を「合憲」とする条件をすべて変えてしまったことが、今回の戦争法案の最も危険なところだと思います。

戦争法案反対運動の高まり

安倍首相は満を持して戦争法案を通す気でいましたが、大きな反対運動が起こりました。

戦争反対の運動は、戦争法案が閣議決定された5月14日から現在（8月26日）まで、大きくいって4つの時期に分かれています。

第1期は5月14日から6月4日まで。6月4日は憲法審査会で3人の憲法学者が「集団的自衛権は違憲だ」と言った日です。これで潮目が変わりました。「自衛隊や安保は合憲だ」という立場の人が「集団的自衛権は違憲だ」と言ったことから、マスコミも言いやすくなった。ここからマスコミが一斉に「違憲な立法だ」と言い出しました。

第2期は、6月4日から衆議院で強行採決される7月16日まで。運動が広範に盛り上がって、これまで運動に参加していなかったような人々が大いに参加した。運動の拡大期です。

第3期は7月16日から7月27日、参議院で審議が始まるまでの10日間。第1の高揚期です。5月12日に日比谷野音で「総がかり行動実行委員会」の集会がありました。戦争法案に反対する最初の決起集会です。参加者は2,800人。ところが6月4日を踏まえて7月15日以降、連日2～3万人が国会前に集まってくる。決起集会参加者の10倍です。1カ月間で大きな運動の高揚が見られました。

第4期は参議院で審議が始まった7月27日から現在。8月30日の行動をきっかけにして第2の高揚期が始まると思いますが、いずれにしても戦争法案反対運動が急速に盛り上がりました。

安倍内閣の大きな誤算

安倍内閣は当初、会期延長を8月上旬までにしてそれまでに戦争法案を強行することは可能だと思っていた。しかし6月4日、自分たちが推薦した与党の憲法学者が「違憲だ」と発言した。そして国会の周囲に、安倍が見たこともないような数の人々が集まり出した。自民党議員はみんな焦ったわけです。次から次へと暴言・失言が相次ぐ。6月25日の自民党勉強会における百田尚樹の「沖縄の2つの新聞はつぶせ」、自民党議員の「新聞を統制するために財界が広告料を止めろ」などの発言がさらに国民の怒りを増し、安倍首相には2つの誤算が生じました。

1つは8月上旬に国会を閉じることができなくなり、9月27日までの95日間、戦後最長の会期延長をやらざるを得なくなりました。

もう1つは、それでも、衆議院で強行採決をしないと60日ルールの適用ができないので、7月16日に衆議院で強行採決して法案を通したことです。この結果、新聞によっては20ポイントも支持率が下がってしまった。「毎日新聞」の世論調査では内閣支持率が31％まで落ち込みました。30％を切ったら「危険水域」、20％を切ったら「終わり」と言われていますが、その30％を切る1ポイント前まできてしまったわけです。7月の強行採決以降、軒並みどの新聞でも支持率逆転という状況が生まれました。

40年ぶりの「共同」を実現

運動の急速な高揚が安倍内閣を追い詰めたのです。どうして運動は昂揚したのでしょうか。その要因の1つは、これまでどうしても一致できなかった運動団体間の共同が実現したことです。これが今回の戦争法案反対運動の最大の原動力になった。

60年安保闘争で数十万人が国会を包囲した大きな取り組みになったのはなぜかというと、当時犬猿の仲だった社会党と共産党が手を組んだからです。リ

ーダーシップをとったのが当時の労働組合のナショナルセンター・総評で、共産党の参加に対して強烈に反対していた他の労働組合を説得した。これで市民たちが大きく集まって、10万を超えるような運動ができた。

ところが、1981年の社会党と公明党の合意で、共産党とは手を組まないことが決められ、60年安保の共闘は最終的に終焉します。この「社公合意」で統一戦線が崩壊して以来、40年近くにわたって共同はできていません。

90年代以降の自衛隊の海外派兵反対で多くの市民や労働者のたたかいが起こりました。しかし、ここでも民主党と共産党はおろか、同じく憲法改悪に反対する社民党と共産党との共闘もできなかった。全労連と連合の共同も、どうしてもできなかった。そこで九条の会は「９条の改悪に反対する」という一点で個人が集うことにしたのです。

それが今回、「戦争をさせない1000人委員会」と「解釈で９条を壊すな実行委員会」「憲法共同センター」の３つの実行委員会の共同という形で、ある意味では苦肉の策で共同が成立しました。「1000人委員会」のリーダーシップをとるのは連合の平和フォーラムで、「憲法共同センター」の中心には全労連がいます。共産党も入っています。安保共闘以来の40年ぶりの大きな共同行動が今、「総がかり行動実行委員会」という形で生まれているのです。

今回の共同が実現するまで

なぜ、こうした共同ができたのか。１つは労働者の状態悪化、新自由主義改革による貧困と格差の拡大、地域が衰退するというなかで、共同して運動をしようという圧力が非常に強かった。

２つ目は、３・11以降、もっと言えば2006年の反貧困の運動以来、部分的ではあるものの、さまざまな共同行動の積み重ねです。例えば2008年12月８日、これまで手を組めなかった連合系と全労連系の労働組合が、個々の単組・単産という形ではありますが、労働者派遣法の抜本改正を目指して初めて統一集会を持ちました。これが12月末の「年越し派遣村」につながるのです。

３・11以降では、数十年にわたって対立している原水禁と原水協も含めて、原発反対で共同しました。こうした試みが今回、戦争法案反対の取り組みとして実現したわけです。

その結果、５月３日に横浜で開かれた憲法集会には３万人が集まりました。民主党代表代行の長妻さんと共産党の志位さん、社民党の吉田さんが一堂に会して、最後に決意表明をしました。

今、国会前の「総がかり行動実行委員会」の集会などで、共産党代表と社民党代表、生活の党代表、民主党の枝野さんが来て演説をしていますが、SEALDsの学生などは、それが当たり前だと思っている。しかし、実はこれは決して当たり前でない、画期的なことなのです。民主党創立以来、一度もできたことがなかったことが実現しているのです。

安保賛成派とも共同

今回の共同は、安保や自衛隊に反対する人も賛成する人も、「戦争法案に反対する」という一点で共同した。さらに、戦争法案に反対の人と、「安保法制は必要でもそれを一内閣の閣議決定で行ったり、議会で違憲が明らかな法律を強行することは許せない、本当にやるなら憲法を改正すべきだ、こんなやり方は立憲主義の蹂躙（じゅうりん）だ、ファッショだ」と反対する人々が共同した。戦争法案に反対する人と、立憲主義に違反するやり方はいけないという立場の人、この２つの声が今回の共同を作りました。広範な弁護士や学者が立ち上がっているのも、法案の危険な中味もさることながら、極めて乱暴に立憲主義を蹂躙するようなやり方で法案の成立が狙われていることが背景にあると思います。

その結果、かつてないような運動の盛り上がりが起こりました。そして、地域が立ち上がっています。60年安保は大都市部、特に首都圏のたたかいでした。数十万人が国会前に集まりましたが、それから半年後の総選挙では自民党は300議席を取って勝利しました。それは当時、地方は自民党のダムや道路、新幹線などの公共事業に期待を持っていたからです。自民党の支持基盤が圧倒的に強かった。しかし、今回は違います。東京も頑張っていますが、明らかに地方が大きく盛り上がっています。

最も大きいのは九条の会です。現在、7,500の会があり、10年ほど活動が続いています。構造改革、新自由主義改革、市町村合併、社会保障の解体、震

災、原発という問題で地方は大きな困難を抱えていて、それと戦争法案の問題がドッキングして、地方を怒らせている。

安倍内閣が発足した2013年３月以降、地方議会では集団的自衛権行使容認と戦争法案に関連する決議が405議会から出ています。そのほとんどは今年５月以降です。405議会の意見書のうち393議会が「慎重・反対」です。

保守層も立ち上がった

これまでの安保闘争と大きく違う点は、保守層も立ち上がっているということです。ただし自民党議員では古賀誠さん、山崎拓さん、野中広務さんなどリタイアした人しか発言していません。現役は沈黙しています。それは彼らが小選挙区制のもとで、反対を唱えて公認を取り消されるのが怖いからです。その代わり地方の保守層が立ち上がっています。

「毎日新聞」が安保法制反対の約400の地方議会にアンケート調査をしました。309議会の回答中、約300が反対・慎重です。すごいのは、そのうちの114議会で与党議員が「反対・慎重」の決議に賛成していることです。保守層であっても、安倍政権が狙う「アメリカの戦争に加担する国づくり」は反対だと声をあげているのです。

広島県庄原市では、庄原選出の広島県議の呼びかけで庄原市議が20人集まり、「安保法制に反対する会」を作りました。その「会」が、私たちと一緒に行動をしています。

公明党の支持母体である創価学会でも、広範な人々の反乱が起こっています。先日、「宗教者全国集会」が開かれましたが、そこで愛知の創価学会員が、「残念ながら自分はこの全国集会に出られないが、創価学会員の１人として、この戦争法案を廃案にするために全力をあげて頑張る」というメッセージを寄せていました。

その後の国会行動でも、何人かの創価学会員が発言をしました。ある人は涙を流しながら「この戦争法案は絶対に止めなければいけない。自分はイラク戦争派兵に公明党が賛成したときからおかしいなと思った。今では例え自分が出ても反対せざるを得ない」と話していました。

今、いろいろなところで公明党議員が戦争法案に反対する１票を投じています。そのために114議会で与党議員が法案反対・慎重の決議に賛成して、400議会で反対の意見書が通っているのです。

学生＝SEALDs の立ち上がり

学生たちが「SEALDs（自由と民主主義のための学生緊急行動）」という形で立ち上がったのも大きな特徴です。これまで、各地の九条の会で必ず出る質問は「若者、学生は何をやっているんだ、どうやって参加させたらいいかノウハウを教えてくれ」というものでした。私は「私たちがいくら言ってもダメだ。学生たち自身が『立ち上がらなければ事態を変えられない』と思った時に立ち上がるんだ」と答えてきましたが、まさしくその通りのことが今、起きています。

SEALDs に励まされて、大学も115大学くらいが反対の声明を出して、日弁連と共同記者会見を開きました。女性の立ち上がりもすごい。６・20の「ヒューマンチェーン女の平和」「ピースパレード in 渋谷」などです。もともと2004年の九条の会以降は女性たちの参加が圧倒的な力を持っていました。九条の会はどこでも６割が女性です。７月19日付の「毎日新聞」の世論調査によると、戦争法案に賛成する人は全体の29％ですが、男性は39％、女性は19％。20ポイントも違うのです。

そして、弁護士会や日弁連、学者なども、かつてない共同の試みを展開しています。

戦争法案廃案へ向けての課題

戦争法案反対のかつてない運動が、安倍内閣を大きな誤算に追い込みました。安倍内閣は95日間の会期延長をしたために、戦争法案だけではなくて４つの爆弾を抱えました。

１つ目は戦争法案です。８月11日に統合幕僚監部の内部資料が告発されました。共産党の小池晃議員が取り上げ、大きく報道されました。こうした告発や追及は引き続き行われるでしょう。

２つ目、川内原発は８月10日に再稼働をせざるを得なかった。３つ目、辺野古も実は８月中旬に、翁長知事が新基地建設のための埋め立て許可を取り消

す決定をするはずでした。これが国会開会中に行われると大騒ぎになりますから、安倍首相は、本当は８月上旬に国会を閉じたかった。４つ目は「70年談話」です。安倍首相は公式に「村山談話」を否定したかった。本当は国会を閉じてから出したかったのですが、国会の最中に行わざるを得なかった。

安倍内閣もこの爆弾に対して手を打ちました。辺野古の埋め立てを１カ月間、止めてしまいました。これは大変なことです。この間に戦争法案が強行採決できなかったら、９月11日以降、また大きな騒ぎになるにもかかわらず、止めざるを得なかった。

「70年談話」でも、「村山談話」を否定するには「植民地支配」と「侵略」も、「反省」はともかく「お詫び」も絶対入れたくなかった。しかし、「お詫び」「植民地支配」「侵略」という言葉をちりばめざるを得なかったのです。

辺野古基地反対と合流した運動を

戦争法案を廃案に追い込むためには、ここまでの運動に確信を持ったうえで、安倍政権を倒さなくてはなりません。「60日ルール」と95日間の会期延長がありますから、安倍内閣が倒れない限り廃案にはなりません。

もし、安倍内閣が倒れれば、「戦争する国」への歯止めがかけられます。憲法の生きる日本を作る第一歩にすることができる。

逆に万一、安倍政権が生き延びて戦争法案を通してしまったら、必ず来年の参議院選挙後に「明文改憲」が出てくるでしょう。そこに手をつけなければ結局、今回のように「集団的自衛権の行使容認、あるいは後方支援容認は憲法違反だ」という声が止まらないからです。これを止めるには９条をすっぱりと変えることが必要です。そこで初めて、日本は安倍首相がめざす軍事大国になることができる。

法案を阻止し改憲を阻むために、４つの課題が必要だと思います。１つは、国会の内外、特に外で、もう一回りも二回りも大きな輪を作ることです。世論調査では必ず５割は戦争法案に「反対」、６割は「この国会で通すべきではない」という意見です。７割が「政府の説明は不十分だ」と言っている。しかし、この６割、７割の人たちは声をあげていない。この人たちに声をあげさせなければなりません。

２つ目。地域を根城にしてもっと幅広い、保守を含めた共同が行われる必要があります。総がかり行動の実行委員会は、実は中央の共同行動だけなのです。地域でさまざまな形で共同を作ることが大切です。そして、地方議会の意見書をもっと増やしていく。そのために地元選出の国会議員へ働きかける。さらに地域の怒り、原発再稼働や社会保障改悪、ＴＰＰへの反対。新自由主義と戦争法案反対の共同行動を、地域を根城に行っていくことが必要です。

３つ目は参議院での審議と行動。４つ目は、医療分野の人たちが戦争法案反対で運動する場合、必ず辺野古新基地建設反対を入れてほしいということです。沖縄の基地反対運動と戦争法案反対運動を合流させた運動に、ぜひ取り組んでほしいと思います。

安倍内閣を打倒しよう

日本が戦争する国になるかどうか、今が正念場です。しかし、戦争法案阻止のたたかいは、オール・オア・ナッシングのたたかいではないことを強調したい。安倍政権は最悪の場合、「自分の内閣と引き換えに戦争法案を通す」と言っています。そこまで追い込めば大きな事態の転換が起こります。戦争法案を強行採決したとしても、安倍政権がそれと引き換えに倒れれば、次の内閣が誰になろうが、数年は止まるでしょう。たとえ倒れなくても安倍内閣に打撃を与え、１日でも早く安倍を倒せば事態は変わります。

そして、安倍内閣を倒せば辺野古は止まる。安倍首相が執念として抱えてきた「明文改憲」はできなくなる。そういう意味でも、戦争する国への転換を阻む大きなたたかいが必要です。

安倍内閣が生き延びる可能性はあります。支持率は20％台になるかもしれないけれど、生き延びることを安倍首相は目指しています。来年の参議院選挙まで何もやらなければ、支持率は回復するだろうと思っている。しかし、私たちが来年の参議院選挙の前に１日でも早く安倍内閣を倒すような運動を展開できれば、安倍が総裁に再選されても命は短くなるでしょう。戦争法案に反対する運動が盛り上がれば盛り上がるほど、戦争する国への転換を阻む力は大きくなるということに確信を持つ必要があると思います。

講演

看護要求実現全国交流集会（2015年９月２日）から

いのちとくらしと平和を守る専門職としての看護だから

川嶋（かわしま）　みどり
日本赤十字看護大学客員教授

看護の原点を改めてもう一度という話をいただいていたのですが、私としても「戦争だけはダメ」という思いが大変強いので、ちょっとだけ戦争体験者としても、そのことも含めながらお話をしたいと思います。

加害者としての日本の戦争責任

戦争は、多くの人々のいのちをはじめ、人間の尊厳も毎日の暮らしも、学業を続ける権利も奪います。愛する人のあいだを割き、癒やされることのない悲しみを与えます。穏やかに幸福に暮らす土台としての平和を願う私たち国民の気持ちと真逆のものです。

その戦争を日本は日清から太平洋戦争まで通算50年間も続けてきました。そして、海外派兵に必要な救護看護婦の必要から、日清戦争直前に始まったのが日本赤十字社救護看護婦養成所です。それ以来、太平洋戦争の敗戦まで、看護は戦争とともに歩いてきたといってもいいでしょう。

戦争は多くの人々を苦しめますが、忘れてはならないのが、日本は戦争被害国であると同時に、加害国でもあるということです。従軍慰安婦、細菌戦や毒ガスの犠牲者、強制連行されたアジア諸国の労働者らは、70年経っても未だその苦しみから解放されていません。軍医たちも、人体実験や生体解剖でおびただしい数の人々を犠牲にしました。731部隊関係者は１人も戦犯として裁かれることなく、戦後、全国の医学部や製薬会社などで高い地位に就き、その影響は今に至るまで続いています。

従軍慰安婦の問題も、「そんな事実はなかった」「あれは嘘だ」と言う人がいます。この女性たちの社会復帰の場で長年働いてきた天羽道子さん（聖路加卒業生）が看とった入所者の女性が、「１日に14、5人もの兵隊の相手をさせられた。心身ともにボロボロになったが、日本人だったから生きて帰れた。東南アジアや韓国の女性たちは、ゴミのように穴の中に捨てられた。毎晩、彼女たちが夢に出てくる」と泣いて訴えたといい、その霊を慰めるために村の山頂に慰霊碑を建てました。

私は1931年にソウルで生まれ、敗戦まで外地で暮らしましたが、他国の同年代の人たちの労苦の上で、のうのうと生きていたということは慚愧に耐えない、だからこそ、戦争のむごさを言い続けなければいけないと思っています。

平和なくして看護はありえない

日本赤十字社の戦時救護班は総数３万3,156人、うち婦長を含め３万1,450人が看護師でした。殉職者総数1,317人、うち看護師は1,224人ですが、赤十字以外の多数の犠牲者は明らかにされていません。

日赤の先輩の看護師たちが、敗色濃い前線からの撤退途上での地獄図をようやく語りはじめました。虜囚の辱めを受けさせまいと、瀕死の傷病兵士たちに、「昇汞水（しょうこうすい）やクレゾールを打った」「空気を静脈内に入れると苦しいけど早く死ねる」などと。そしてやっとの思いで帰国して本社に報告に行くと、「貸与した制服はどうした？　飯ごうや水筒は？」と聞かれ、「いのちは水筒より軽かった」と語っています。

命を賭してお国のために尽くそうとの思いが無残にも打ち砕かれ、自分の手で兵士たちの命を絶ったのです。この非人間的な不条理に学ぼうとせず再び同じ道を歩もうとしている今の安倍政権。この動きに、看護師だからこそ敏感でなくてはいけない。「いい人の無関心は最大の悪」です。看護歴史学会、災害看護学会等でも、少しずつ動きがありますが、本当に平和なくしては看護はあり得ないということを、看護界全体の認識にしたいものです。

「生きたい」を実現するのが看護

本来あるべき看護とは、人々の一生におけるあらゆる健康問題に対処することです。病人であれば、生活行動面の直接的なケアと闘病意欲の動機づけを図り、たとえ心身の機能喪失があっても、残された機能や可能性に目を向けて、それをどうやって引き出すかということを考えなければいけない。

治らないとされる場合でも、苦痛を緩和し、死の瞬間まで充実して過ごせるよう支援する、これが看護です。ただし、こうした看護の力が、今の医療のもとで十分に活用されていないと感じます。

寿命に限りはあってもオンリーワンの命だからこそ、誰もが「この世に生まれてきて良かった。一生を全うしたい」との願いを持っています。その願いを実現するのが看護であるのです。

ケアの双方向性

私はよく、赤ちゃんがお母さんのオッパイを飲んでいる写真を紹介しますが、この姿こそケアの双方向性を示しています。お母さんの腕に抱かれて、温かい胸にほっぺをくっつけて、生命維持と成長に欠かせない栄養をごくごくと飲む姿。これは単なる本能的なものではなく、食事は、おいしく楽しく食べるという人間本来の食事のあり方の始まりを示してくれていると思うのです。

お母さんも至福の時です。親子の愛情がグッと高まるし、オッパイが張っていた凝りなどもほぐれてとても楽になります。子どもからもケアを受け取っているのです。この時、お母さんは子どもに無条件の愛を与えています。赤ちゃんは母親に対して絶対的信頼を持っています。絶対的信頼と無条件の愛が通い合う、これが双方向性のケアなのです。

これは患者さんの場合でも同じです。患者さんが看護師を信頼していなかったら脈など取らせてくれないし、裸にもなってくれないでしょう。職業に対する信頼があるから、姿や心をさらすわけです。そう考えたらこちら側も、愛を持ってふれる必要がある。そこにケアの原点があると思います。

在院日数延ばし、ＱＯＬ重視のケアを

「医療」とは、「医術を用いて病気を治す」と辞書に書いてありますが、最近は、医療の根本概念を、病気を治すのではなくその人の治る力を引き出すべきであるとして、「キュアからケアへ」「医学モデルから生活モデルへ」「病院完結型から地域完結型へ」と、新しい考え方への転換を図る動きが活発化しています。

2025年に向けた病院再編モデルもその流れを汲んでいます。超高齢化に伴い疾病構造も変化し、脳卒中や高血圧など高齢者特有の病気が今後増えていくことは明らかで、高度急性期医療だけでは対応できなくなることは目に見えています。国は「在宅にシフト」といい、家族によるケアを提唱しています。実際には少人数家族や老々家庭のもとで、家族内介護を求めることは現実的ではありません。

そこで、高度急性期医療からいきなり在宅に移行するのではなく、高度慢性期医療というものがあってもいいと思います。そのためには、もっと在院日数を延ばして、ＱＯＬ（生活の質）を視野に入れた看護が中心にならなければいけない。現在のように、効率化重視の器械に依存した医療には期待できない。人間性重視の医療への転換をしなければいけません。

絶対譲れないものは

看護の力で、自然治癒力を高めるケアとは、今の医療のように薬や医療機器を使って病気を治すのではありません。患者の治る力を引き出すためには、看護師の身体ツールだけで可能と言ってもいいほどです。その真髄は生活行動援助にあり、文化を尊重

した個別ケアの規則性と、生命を維持する日常的習慣的ケアにあります。

最近、私の身近にあったケースです。少し認知症がある高齢者で娘と２人暮らし、娘は働いているので週２回デイケアを利用していました。その娘が３日間出張で留守をすることになりました。寂しさと不安のためか、母親は少々不穏になって、ふだんは入室しなかった娘の部屋で暴れて熱中症になり、意識不明のまま発見されて、救急車で病院に運ばれました。病院では、電解質補正の治療がされましたが、頻尿のためオムツを当てられ、つなぎのパジャマを着用され、自力では動けなくなりました。尿意をしきりに訴えるのですが、食事中も「オムツの中にどうぞ」と言われて、困惑をしている様子でした。「生活行動援助こそ看護の真髄」と言っても、今の看護現場でこれを実践することは無理なのでしょうか。これから高齢者の入院がどんどん増えていくことを思うと、このままで良いはずがありません。

できない理由の１つに、現行の診療報酬制度のもとでは、医師の指示のもとに行う医療行為でないと収入にならない、そのため収入に結びつかない行為は省かれてしまう状況があります。しかし、看護師のアイデンティティから、どんなに忙しくても絶対譲れないというものがあるはずです。ここでは、生活行動援助行為への価値づけということになりましょう。これだけは譲れないというものです。行わないことに慣れて、これが年々弱まっていると感じています。

これには、看護に対する確固たる信念や確信を持たないで卒業させてしまっている教育にも、その責任があると思います。労働組合としても、看護の本質と今の労働条件を考え合わせながら、どのようなケアなら実践可能なのかについて、真剣に考えていくことが必要ではないかと思います。

先進医療の最先端は看護

私が「生活行動援助」を強調するのは、入院患者のかなりの人たちは、看護だけで治ると思うからです。安楽を図るケアは、副交感神経を優位にし、自然免疫力を高めますので、いろいろな症状がおさまり自然に治る力を高めます。

ところが今の現場は、安楽を図るケアがほとんどされていません。逆にストレスを感じるような状況になることが多くあります。先ほどの例のように、本当はトイレでおしっこできるのに「オムツの中にしてください」と言われるなど、患者の意に沿わないことが行われています。これでは交感神経が緊張状態になり、ストレスが増して病気をかえって進めることになります。言葉がけ一つにしても、看護師にゆとりがあれば、患者の個別性に寄り添って話ができるのに、そんなこと聞いていられませんという感じでサッサッとやってしまうのだから、うまくいかないと思います。

高度先進医療と言われ、看護の手の届かないところにあるかのように思われますが、先進医療の最先端は本当は看護なのです。何も使わないで病気を治すのが最高の治癒でしょう？　看護はそこに向かっているのです。薬や注射を使わずに治す、それが看護の優位性です。それくらいの確信を持ったうえで――そうはいっても今の制度がそうなっていませんが――看護を実践していただきたいと思います。

癒しを支援する看護の手

看護の心を表現する「手」、全人格的にふれる「手」、苦を受け取り、分かち合い、苦痛を緩和する「手」、生活諸行動を支援する「手」、環境を整えたり、呼吸苦をやわらげる「手」、気持ちよく排泄できるようにする「手」、慰めたり励ましたり治癒したりする「手」、そして何もできなくても「私のそばにいて」と思ってもらえるような人としての器。そして心から聞き、躊躇（ちゅうちょ）せずにふれることのできる看護師。これが患者の看護師への期待です。でも、大抵はさわってくれない、見てくれない、聞いてくれないというのが現状ではないでしょうか。

私も体験しました。自宅で強く尻餅をつき、近所の整形科病院に行った時のことです。長いこと待たされ、診察室に入ると同時に、「レントゲンに行って下さい」と。壁を伝って階段を降り、レントゲンとＭＲＩを撮って診察室へ。椅子にかけようとしたら、医師は検査の結果を見て「腰痛ですね」と。私の身体のどこもさわらず。まさに「ふれず・見ず・聞かず」の医療ですね。ちなみに、処方された薬は座薬も飲み薬も全然効きませんでした。私の80何歳という年齢に配慮されたのでしょうか、乳児用の薬

だったからです。

特定行為に係る看護師の研修制度

特定行為に係る研修制度についてですが、看護師の自立をめざした60年余の苦闘の歴史を踏まえて、安全で安楽、自然の治癒力を高めるのが看護であると思います。その看護をせずに医行為の委譲に偏った拡大は絶対におかしい。納得できません。

看護師が看護に専念したら、こんなに素晴らしいアウトカム（成果）が実現できるということを、私たちはもっと実践で示さなければいけません。その上で、「アウトカムを過小評価しないでください」と言いたいのですが、悲しいかな、今の現場では実践量が極めて少ないために、看護師自身がそのことに確信を持てず強くなれずにいるのでしょうか。受け身でどんどん進んでいることに危惧を感じます。

特定行為に係る研修制度についての評価は、看護界を二分していて、絶対反対もいれば賛成の人もいる、どちらでもいい・分からないという人もいる。私自身は、看護本来の考え方と相反するこの制度には、賛成できません。

看護師が看護を手放すと…

この特定行為に関する問題については、50年前のアメリカの教訓に学びたいと思います。リディア・ホールとジェーン・ローズ・アルファーノの２人が1960年代初め、ニューヨークのモンテフィオーレという病院の敷地の一隅に、80床の“看護とリハビリのためのローブセンター”を立ち上げました。モンテフィオーレ病院は急性期病院です。いきなり在宅に帰してしまうと、すぐに再入院して、これでは医療費が増えてアメリカの医療が破綻してしまうということで、労働者階級の人たちのための保険会社がスポンサーになってできた施設だったそうですが、残念ながら数年で閉鎖されたようです。

しかし、このセンターでの活動は50年後の現在もとても参考になります。ここのスタッフは、看護師が主体で、補助者もいますがケア提供者は看護師だけです。在宅での生活に戻れるようにするため、患者その人の個別の暮らしにあった看護計画をともに立てるのが特徴でした。ホール所長が、「医師の仕事がどんどん移譲されてくるにつれて、看護師が手放さなければならなかったのが、看護師独自の熟練領域であった安楽のケアである」「これにより、患者にとっては学習の機会を逸し、社会にとっては経済的な浪費、つまり看護が看護を行い得なくしたこと、つまりは社会資源の無駄遣いである」と、述べていたのは1960年のことです。

患者は、優れた看護師から、気持ちのいいケアを提供されると、身体のコミュニケーションチャンネルが開放されて全人格が応答し、看護師の話を何でも受け入れます。ケアにより「ああ、いい気持ち」の状態になって心を開き、話し始めるのです。看護師は、その場を活用して社会復帰に必要な教育を行う。ところが、そのような機会を、医師の仕事を手伝うことによってなくしてしまったから、患者が優れた看護師に逢いたい時は、「医師と同じように怖いことをする時､痛いことをする時にしか会えない」というわけです。従って不幸なのは患者だと、ホールは述べています。このように、アメリカの失敗例があるのに、その教訓が今回の特定行為問題にまったく生かされていません。

特定行為は地域包括ケアに必要か？

また、この特定行為について率直に疑問を述べた論文[1)]を読みました。問題点が次のように的確に指摘されています。

「特定行為研修制度がスタートすることによって意味することは４つある。１つは、多くの看護師が研修を受けて特定行為を実施できるようになった時、療養の世話は誰が行うことになるのかという問題が発生する。現在でも検査や処置など、診療の補助への偏重が見られるのに、より多くの難易度の高い技術を行使するとなれば、療養の世話に割く時間はほとんどなくなっていくだろう。２つ目は、看護師不足がより深刻になっていくことである。特定の医行為であれ、その準備、後始末、実施前後の患者の状態観察、評価、そして記録や報告など、１つの医行為の実施に関連して行う仕事は多岐にわたる。現在も看護師不足は深刻である。看護師不足問題は医療の進歩とのいたちごっこであると言われてきたが、今回の研修制度はそれに拍車をかけるだろう。

特に多忙は、特定行為の実施をギスギスしたものにしていくだろう。３つ目は、看護師が医師の支配下に置かれることになる。医師の助手的な存在であった昔に戻ってしまう可能性がある。看護の専門性の獲得、看護教育の大学化は、ケアを行う看護の独立した役割を標榜（ひょうぼう）してのことであった。ケアの専門職としての役割を明確にするものであったのに、そうでなくなった。何もかも医師の指示でやらなければならなくなったので、医師の支配がますます大きくなる。４つ目は、今後ますます高齢化していく社会にあって、訪問看護をする看護師が減っていくことが予想される」――と。

一方、看護師の特定行為について、「訪問看護に必要だから」と主張する人もいます。これは、地域包括ケアにも関わる問題です。政府の意図は別にして、自宅で死にたいという多くの人々の要求があっても、現実にはその環境が整っていないわけです。そこで、自宅ではない在宅（老健、特養、有料老人ホームなど）も含めて、地域での看取りが可能になるような準備をしようと、地域包括ケアシステムの考え方が生まれました。大規模訪問看護ステーションをたくさん作り、小規模多機能施設と連携をしながら地域ケアをしていく。その時に、医師に代わる特定行為を実施する人が必要だと主張するわけです。

しかし、在宅で死にたい高齢者の気持ちは、病院のように最期まで延命をしてほしくないということと裏腹です。延命治療をせずに自然に看取られる希望があるのです。そうなると、医療行為はいりませんから、根本的な矛盾があります。

もう１つは、僻地の医師のいないところで必要だという主張です。しかし、医師がいないところで誰が指示を出すのか。特定行為の前提は包括的指示と具体的指示であり、どちらも医師の指示が必要です。医師がいない僻地で、なぜ必要なのでしょうか。そういう矛盾をきちんと論破しなければなりません。

私も、次のように問題点を指摘しました。①患者の最も身近な存在である看護師の主業務がいま以上に減り、安楽性のケアが損なわれる②看護師不足が一層深刻になる③医師の権限拡大の傾向は看護の主体性の後退につながりかねない④看護学の確立、看護の自立の展望を阻害する――と。

看護の原点に立ち返り、主体的に

そこで、正しい道標となるツールとして、「看護師は看護に専念すべきである」とのナイチンゲールの言葉（1860年）を紹介しておきます。現実の大きな問題として、看護師が看護に専念できない状態があることを認め、看護とは何か、看護師は何をする人かを真摯（しんし）に問い、社会に対し説明責任を果たす必要があります。

そこで労働組合は、看護に専念できるための労働条件を、時代の変化に応じて高い目標を掲げて改善していただきたい。看護師なら誰もが困難を自ら切り開く気概を持ち、看護の価値づけをし、職業の誇りを持って看護に専念できる環境づくりです。教育の役割もありますが、ツールは看護の魅力を語ること。看護を愛することが原動力になります。

では、具体的にどうするか。それは、個々の看護師自身が人間らしい生活を自分らしく送らなければ、いい看護はできないし、相手の尊厳も守れません。そこで、仕事に集中できる私的生活環境を自覚的に整える。もう１つは被害者意識を捨てて、何もかも１人で請け負わないことです。これは家庭の中でも同じです。夫婦は、社会変革の基礎となる単位です。お互いに高め合えるような関係と環境を意識的に作り整えていく。子どもは親を見て育つわけですから、親の生活はより人間らしくありたい。社会的・文化的生活を犠牲にした労働のあり方――忙しいから音楽会やお芝居に行くのは無理、家に帰って寝るだけ、そういうのはダメです（笑）。自分の感性は、日々の看護以外の場で感動する機会がないと、だんだんひからびていってしまうと思います。

そして、働く価値のある仕事をする。高度先進医療のもとでの労働条件はどうすればいいのか、みんなで語り合ってください。自己犠牲抜きの働く喜びを日々体験するためには、一体何人いたらいいのか。１人で何人の患者さんをフォローできるか。

適正な患者数について話し合おう

看護師の良心と患者の満足を満たす要員数はどのくらい必要なのか。その時に看護師の個人的生活の

質を落とさず、明日に疲労を残さない仕事をする。それは、単純に仕事を減らせばいいかというと、そうではない。暇は暇なりに疲れるものです。みなさんも看護師だから分かるでしょう？　「急性期はやりがいがあるけれど、慢性期はイヤ」「リハビリ病棟はイヤ」などと、よく聞きますよね。労働の中身をきちんと考えて、看護本来の仕事ができて楽しかったら、忙しくても楽しいものです。慢性病棟やリハビリ病棟では、少ない医療行為のもとで本当に看護らしい看護ができるはず。その場合でも看護師１人あたり何人くらいの患者さんだったら楽しく働けるかということも、みなさんで考えてほしい。

そして、日々変化を実感できること。看護をすればするほど、患者さんの変化があります。その変化の喜びを実感したら、看護の仕事は楽しくてやめられません。新人たちが辞めていくのは、仕事が面白くないからだと思うのです。面白さをどうやって体感させるか。

こういう話をすると「理想論だ」という人がいるかもしれませんが､理想論で片付けないでください。これをたたき台にして、実行可能な方法を、みなさんが自分の職場実態に合わせて検討してほしいのです。そして、それに少しでも近づけてほしい。

専門職として「できない」も必要

先日、ある認知症の研究会で、滋賀県の看護師から発言がありました。「私の病棟は、地域包括ケア病棟ですごく忙しい。今まで７対１の病棟で働いていたのが、地域包括ケア病棟は13対１、80床２人夜勤です」と。介護職も何人かいるようですが、「とにかく対応しきれない。朝４時になると、みんな目覚め始めて、犬の散歩に行かなきゃ、子どもの味噌汁を作ってやらなきゃと、約30人がてんでにバラバラなことを始めてしまうので、安全性の面から見ても目が離せない。一体どうしたらいいですか」という質問でした。

認知症の専門家の人たちがいろいろなアイデアを出していましたが、それを聞いていて思ったのは、２人夜勤で30人でも大変なのに、全部で80人いるわけでしょう？　それは無茶ですよね。個人の心がけや、認知症看護のオーソリティーの助言で解決できる問題ではありません。根本が間違っているわけです。国の考え方は急性期より慢性期のほうが楽だから13対１や10対１でいいというものですが、そうではない。本当に地域包括ケア病棟にしたいのだったら、７対１なり５対１にしていかなければいけないのです。

専門職として「できません」と言う必要もあるのです。何でも「できます」と言うから、危険な医療行為まで課せられてしまう。できないことは「できない」と言える誇りを持ってほしいと思います。

専門職労働者にふさわしい働く環境とは何か。例えば、民主的なチーム医療。個々の職種の専門性を相互に尊重しながら、患者を中心にした職能間が連帯する。ケアを媒介にした技術的な平等。経験を語り合える雰囲気作り。悩んでいる同僚に対して、いつでも「私にできることはないかしら？」と、口に出さずとも心の中でそう思いながら接していく。

同時に、ハード面での豊かさ、心地よさ。休憩室がきちんとしているか、清潔かということなども、働く意欲には非常に影響します。

職場環境と意識改革を両輪で

現時点で、看護師数が総勢150万人を超えました。80％以上が病院・診療所で働いています。毎年、約５万人の新人が職場に入って来ます。看護系大学は248校、看護系大学院は修士課程が100以上、博士課程は50課程以上、専門学校が800以上あります。専門看護師は1,500人を超え、認定看護師は１万5,000人を超えました。このパワーを有効に機能させるためには、看護に専心できる職場環境と看護師自身の意識変革が必要です。そして、「医学の中の看護」から「看護としての看護」への道。これは私からの提案ですが、ごく普通の人間的観察と患者目線で、創造的・主体的・能動的な看護実践を図り、五感と手を用いたケアの可能性を追求していただきたい。

私は以前から「診療報酬と介護報酬があるのだったら、看護報酬も作るべき」と主張しています。看護の成果は目に見えない。やればやるほどアウトカムが目に見えないものです。それをどう評価するか。これも労働組合として問題提起をしていってほしいですね。ところが最近、「これでは看護は滅びる」と私が憤っていることがあります。ある私立大学病院の看護部長の指示です。「テレビで低温やけどの

報道がありました。明日から看護師は温罨法をしないでください」と。行わなければ確かにやけどはしません。同じ時期に、独法の療養病床の浴室で高齢者の転倒事故があったそうです。そこで看護部長が「今日からは浴槽には水・お湯を張らないでください」、つまりお風呂に入れるなということです。

看護が専門職だと言うのは、リスクがあっても事故を起こさない、患者さんを危険にさらさないということです。リスクがあるから何もしないのでは看護ではない、それでは「看護放棄」です。看護放棄を平然と行うことに対して､唯々諾々と従うなんて、絶対おかしい。しかし最近、実際にあった話です。

看護というのは、褥瘡の予防にしても上気道感染の予防にしても、人手とアセスメントと実際の技術が必要です。手を尽くした結果は何かといえば何も起こらないこと。皮膚はつるつる、呼吸も安定、これが看護です。医薬品等に比べれば労力はかなり必要、それをどう評価するかということも考えなければならないと思います。

医学部は80以上あってみんな附属病院を持っているのに、看護大学は248もあるのに１つもケアセンターを持っていません。ケアセンターというのは看護師が本来の看護力を発揮して、「看護で治る」ということを実証する施設です。ローブセンターのようなセンターを作るために頑張ろうと思っているところです。

「医療・介護総合法」の問題点

ところで、昨年６月に成立した「医療・介護総合法」の矛盾にも目を向け問題点を明らかにしていかないと、これから先の高齢者ケアをはじめ、誰もが健康に生きていく権利がなし崩しになります。この法案の内容は、憲法25条で定められた社会保障に対する国の責任を放棄するもので、医療・介護職員の健康破壊に通ずる内容がたくさん盛り込まれていると同時に、患者負担増、介護サービス低下に通じるものです。19もの大切な法案を一挙に通してしまいました。この横暴に対しては強く抗議しなければいけない。また、国会を通ってしまったからとあきらめるのではなく、厚労省での具体化に対し、現場から意見を言っていかなければなりません。

たとえば、要支援１・２の高齢者へのケアが、専門職でなくボランティアでやるようなことになりかねません。しかし、現在は専門的支援があって、要支援にとどまっているのです。放り出されたら、たちまち要介護になってしまう。絶対に許してはいけない法律です。

看護師や介護職は患者・利用者の最も身近にいるわけですから、いつでも制度に関心を持って、改悪の兆しが見えたら、きちんと意見を言わなければいけません。また、社会保障費削減と戦争関連法案がつながっていることを見抜き、社会保障費を減らして軍事費に回そうとする意図を打ち砕く必要があります。

議論のための「３つのツール」

医療・看護制度などをめぐって議論をする時の「３つのツール」を紹介しましょう。

１つは､看護に対する揺るぎない信念を持つこと。そして、制度改定が看護にとってどうなのか。２つ目は、制度改定が看護・介護の受け手（国民・患者・利用者）に対してどのような意味を持っているのか。３つ目は、制度改定が看護師や介護職にとってどんな意味があるか。この３つの視点から見ていくといいでしょう。

主観的に「そうだね」「ダメだね」と思うだけではなくて、それを言葉として表現すること、そして情報を素早くキャッチして、交流と討論と拡散をする。労働組合のみなさんには特にお願いしたいところです。今の看護職場は、師長や主任を通じてこんなことは言えないのです。私は以前から「リーダーは情報を誰よりも早くキャッチしろ」と言っていましたが、キャパシティー（受容量）がだんだん小さくなっているような感じがしているので、労働組合で実践してほしいのです。日常的に職場で問題提起して語り合う。「どう思う？」「調べてみて」、意見の相違を恐れずに、自由な発言を保障しながら、合意につなげていくことが重要だと思います。

患者さんの安全と安楽を

医療安全はさんざん言われてきたのでなじんできたと思いますが、安全文化が病院の中で根付いたか

というと、まだまだ事故が起きています。医療安全を踏まえて患者の尊厳と安楽を維持できる療養環境、これは文化とアート（技術）の融合によって、人間らしく、その人らしく過ごすことができるということです。これを病院文化の柱として具現化してほしい。つまり、医療安全だけでは不十分なのです。患者さんを拘束したり、要求を言葉で遮ったりする要因は「医療安全上危ないから」ということになっていることが、あまりにも多い。

患者の安楽性というのは尊厳です。その人が人間らしく、苦痛なく過ごせるようにすることが大切で、看護には「安全」と「安楽」の両方があるわけです。医師が患者の安楽を図ろうとすれば、麻酔をかけるか麻薬をあげるか、鎮静薬を飲ませるかなどしかありません。

看護師は違います。手を使ったり、言葉をかけたり、温かいお湯を使ったり、タオルを使って安楽を図ることができる。それによって、患者さんのＱＯＬを高めて、家族の信頼も得て、私たち自身も「看護って面白いね」と実感できるわけですから、そういう病院文化を構築してほしい。

安楽性は決して医療安全を無視するわけではありません。むしろ安全性を担保します。医療安全は絶対に必要なことは言うまでもありませんが、同時にもう１つの人間らしさ、尊厳が必要なのです。それを実現するための中心になるのが生活行動の援助です。また、苦痛や不快、不安の少ないケア、それは手を用いたケアによって実現できます。あわせて、健康維持の生活習慣や生活の流れを改善することで患者さんの自然治癒力を高め、行動意欲を高めていく。看護本来の専門性も達成できるし、看護師のアイデンティティーも高まっていきます。ぜひ、人間の尊厳を尊重することを、これからの病院文化の柱に取り込んでください。

命と暮らしを守る専門職として

ナイチンゲールが「看護覚え書」を書いて150年。どうして、いまだに彼女の言葉が生きているのか。彼女には深い洞察力と鋭い批判力、そして果敢な行動力、統計を基礎にした経験知、改革のための権力を恐れない発言、さらに貧しい人や弱い人への温かな視線をいつも絶やさず、可能な限り人脈を活用する力がありました。こうしたことが、時代を超えた、揺るがぬ論理になっているわけです。

人手を増やす場合にしても、統計を基礎にした経験知があっても、働いてみた上での実感を語り、数字を修正していってください。逆に、勘だけで話しているときには根拠になる数字を示して、「この数字が示すように」と持っていくなど、いろいろなやり方があるでしょう。

自発性と主体性を持って、自然の回復過程を整え、ありふれた営みの真価を追求してください。効率性から人間的なリズムに回帰しましょう。生まれて生きてよかった命を、安心して生き抜くことを保障する看護の責務というものを、みんなで果たしていきましょう。

最後に、凛として生きた花田ミキさんの遺言を紹介します。彼女は３度の応召、戦地の病院で多くの死を見ました。死線を越えて戦後の混乱を生き抜き、地域に寄り添う青森県の保健行政の基礎づくりに奔走し、県民の命と健康を守る上で多大な貢献をしました。その彼女が亡くなった時（2006年８月）の新聞紙上に掲載された死亡通知です。「先の日中戦争、第２次大戦に召集され、従軍看護婦として長く働きました。人と人が殺し合う戦争の愚かさと空しさを骨の髄まで知っています。あの戦争で亡くなられた軍民350万人の命が化身して、日本国憲法を残したと私は信じます。戦争をしないために、巻き込まれないために、盾として平和憲法の第９条を守ってくださるよう心から祈ります」と。

私は、花田さんのこの言葉を受け継いで、発展させていかなければいけないと思っています。二度と白衣を戦場の血で汚さないためにも、平和を守ることを誓いましょう。看護師が看護本来の道を歩むために、看護の専門性を発揮し得る職場環境と、地道な看護実践の蓄積をして、いのちと暮らしを守る専門職として、いのちと暮らしを脅かす戦争法案は止めなければなりません。

以上で私の話は終わります。ご静聴ありがとうございました。（拍手）

（注１）
阿保順子　看護師は小さい医師になろうとしているのか―「特定行為に係る看護師の研修制度」という愚策　雑誌精神医療78号　2015／７月。

報告 1

看護要求実現全国交流集会（2015年９月２日）から

安心安全の医療を守るために

――特定医行為反対の取り組み

西原（にしはら）　美鶴（みつる）
全医労刀根山支部

私の勤めている病院は国立病院機構の刀根山病院（1917年９月設立）です。2004年に国立病院・療養所の独立法人化に伴い、現在の形態となっています。病床数は450床で職員数は511人、看護師数は産休・育休を入れて333人です。療養介助職と看護助手が各11人。一般病棟が10対１、神経内科病棟が７対１、結核病棟が10対１で看護をしています。

周囲に問題知らせるが…

私が刀根山病院に就職したのが1989年で、筋ジス病棟で血液ガスの採血をしていました。

当時、特定看護師問題ということで、いろいろなところで学習会に参加していました。大阪では大阪医療研究集会の中で特定看護師問題・医行為の学習会に参加しました。

2013年11月、全医労の「いい日１日行動」の昼食交流会で「医行為はどういう問題があるのか」について、スタッフや来場者に説明しました。医療・介護総合法の審議の際には、機会あるごとに、医行為問題について組合員に知らせました。

反応としては、説明すると危機感を持ってもらえるのですが、次の機会に話をすると「知らなかった」の繰り返しで、何度も話をしていかないといけないと感じました。

「うちには関係ない」との反応

2014年６月の法案成立後、施設側に看護師の医行為についてどう考えているのかを聞くと、「ＮＰのことでしょう？」と。独法には診療看護師がいますが、刀根山にはいないので、「うちの看護師には関係ないわ」「そんな心配をしなくてもいいんじゃないの」ということでした。

「診療看護師だけではなくて、医師の具体的な指示と手順書があれば一般の看護師にもできるようになる」と説明して、７月に「危険な医行為を伴うような医行為を看護師にはさせるな」と要請書を提出し、窓口折衝で「刀根山の看護師には危険な行為はさせない」という回答を得ています。

看護師に医行為は行わせない

2013年４月から国立病院機構には診療看護師が登場しています。現在、全国の10病院で14人が研修しています。特定行為が診療の補助業務として認められ、新たな研修制度が整備されていますが、国立病院機構としてはこれまでの試行事業として関連や調整についての明確な方針はまだ出されていません。

支部では、医行為問題については再度スタッフに知らせていく必要があると考えています。

「安全安心の医療を行う上でも、高度な技術を要する医行為は看護師に行わせない」との要請内容で、医労連の統一した要請書を再提出しようと、いま準備をしています。

診療補助業務も看護で大切な一部だとは思いますが、療養の世話を通して患者の治癒力を高める看護を実践していきたいと思います。

報告 2

看護要求実現全国交流集会（2015年９月２日）から

支部・単組が取り組める工夫を

――地方議会意見書採択の取り組み

余語（よご）　ミナ子

静岡県医労連副委員長

全ＪＣＨＯ病院労組三島支部

私からは、静岡県内の地方議会意見書採択と経過、紹介国会議員の状況を報告します。県内の地方議会数は、県議会を含めて36議会。私たちが働く病院の労働組合がある地方議会は16議会となっています。

2011年から要請行動を継続

静岡県医労連は、看護師の要求実現をめざす看護連絡会（県医労連、自治労連医療部会、静厚労）とともに、2011年から継続して静岡県議会に対し、ナースウェーブ集会で白衣での会派要請を行ってきました。１グループ20人ほどの白衣の集団を６グループ作り、裏口から県議会議事堂に侵入しました。なぜ裏口からかと言うと、正面玄関には守衛がいて、集団だと入れてくれない可能性があるからです。

120人のナースは県議会の会派を回って現場の実態を説明し、「安全安心の医療や介護の実現と夜勤改善、大幅増員を求める意見書採択」をお願いしました。これを繰り返し、足かけ３年経った2013年８月、公明党議員団が取り上げてくれて、全会派一致で採択され、国へ意見書を上げています。

その後、これをバネに組合所在の自治体に対象を拡大しようということになりました。

静岡では約20年前に「看護師確保法」を制定させた頃、静岡県内で４万筆の署名を集め、150人が入る静岡県議会傍聴席を白衣でいっぱいにして、意見書採択を求める請願が採択された経験もあります。また、2008年には県議会をはじめ県内15議会で採択しています。

意見書採択が国会議員を動かす

安全安心の医療・介護の実現と夜勤改善、大幅増員を求める国会請願署名について。３年がかりで取り組んでいる看護署名の１年目は、なかなか紹介議員が現れませんでした。

２年目には地元選挙区の地方議会で意見書が採択されたこともあり、自民党を含めて３人の紹介議員を得ることができました。民主党の細野豪志議員、共産党の島津幸広議員、自民党の勝俣孝明議員です。地元選挙区の「議会決議」と、「看護労働実態調査」結果パンフを持参し、お願いしました。地元議会の意見書採択の力だと思います。

経験のない組合をサポートしながら

意見書採択の取り組みの特徴についてですが、分担表をつくり、労働組合所在地議会は所在地組合が責任を持って議会に働きかけることを基本としました。静岡県医労連は、所在地組合と一緒に取り組みをしました。

まず、地元の労働組合が中心になり、地元の病院の実情を議員に伝えることを基本にしました。地元の労働組合の役員が地元自治体の議会へ行くよう分担を行いました。経験のない労働組合が多いので、全ＪＣＨＯ労組や全医労が手伝いました。

全ＪＣＨＯ労組は健保労組時代、地域医療を守る運動で多くの自治体から意見書を上げた経緯があり、先頭に立って働きました。

静岡県は西部・中部・東部に分かれていて、私が

担当した東部では、清水町の議長が入院して世話をしたことがあり、私たち看護師の労働実態を理解されていました。「県で意見書採択をされていることを知っているよ。いつ来るかと待っていた。静岡県議会で出した意見書の内容は簡単すぎるね」との反応で、意見書のひな形と同様に原案が可決されました。また、東部での議長会議で発議してくれる約束までしてくれました。

県内4000人の看護師の状況を訴える

私たちは、日本医労連が2013年に行った「看護労働実態調査」に真剣に取り組み、議員要請やマスコミ対策に活用しました。県内約4,000人の看護師の実働を集計・分析して、2015年５月に、県庁社会福祉室で発表しました。

県内4,000人近い看護師の調査結果は、重みが違います。議員もよく聞いてくれました。目立つよう見出しにポイントを出し、中身は後でよく見ていただくよう説明し、実態を理解してもらいました。

次いで、「採択をめざす取り組みのてびき」「陳情書または請願署名ひな形」「意見書ひな形」「議員・委員会趣旨説明マニュアル」を作成しました。

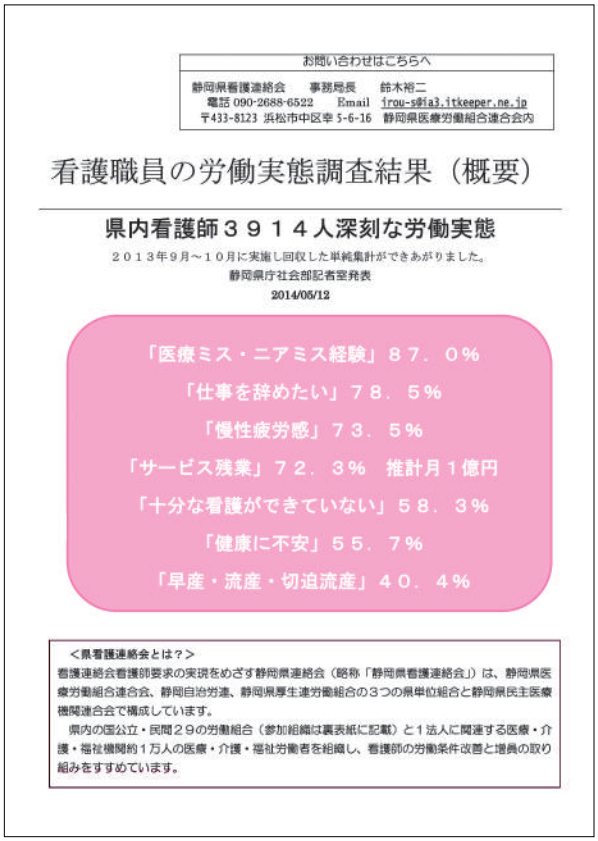
要請者が自分で取り組む行動についての理解と、議員に対しては要請の趣旨を理解してもらえるよう、伝え方などを工夫しました。

請願書や意見書はひな形を作成

現場で働いている組合の役員はなかなか実務ができませんから、県医労連で実務の手伝いをしました。

そもそも、「意見書」「請願」「陳情」などについて、何のことかまったく分かりません。そのために「採択をめざす取り組みのてびき」を作りました。議会へ行くと必ず求められる「陳情書または請願書ひな形」「意見書ひな形」について、あらかじめ静岡オリジナルを用意しました。さらに、「委員会趣旨説明マニュアル」も作りました。

記者発表資料（表紙）



お問い合わせはこちらへ
静岡県看護連絡会　事務局長　鈴木裕二
電話 090-2688-6522　Email irou-s@ia3.itkeeper.ne.jp
〒433-8123 浜松市中区幸 5-6-16　静岡県医療労働組合連合会内

看護職員の労働実態調査結果（概要）

県内看護師３９１４人深刻な労働実態

２０１３年９月～１０月に実施し回収した単純集計ができあがりました。
静岡県庁社会部記者室発表
2014/05/12

「医療ミス・ニアミス経験」８７．０%
「仕事を辞めたい」７８．５%
「慢性疲労感」７３．５%
「サービス残業」７２．３%　推計月１億円
「十分な看護ができていない」５８．３%
「健康に不安」５５．７%
「早産・流産・切迫流産」４０．４%

＜県看護連絡会とは？＞
看護連絡会看護師要求の実現をめざす静岡県連絡会（略称「静岡県看護連絡会」）は、静岡県医療労働組合連合会、静岡自治労連、静岡県厚生連労働組合の３つの県単位組合と静岡県民主医療機関連合会で構成しています。
県内の国公立・民間２９の労働組合（参加組織は裏表紙に記載）と１法人に関連する医療・介護・福祉機関約１万人の医療・介護・福祉労働者を組織し、看護師の労働条件改善と増員の取り組みをすすめています。

議会も横のつながりがあるので、議会ネットワークで全国の意見書採択状況、請願書の提出状況なども把握しています。ある議会では「来るのが遅かったじゃないか」と言われたり、他議会の様子をしつこく聞かれたりしました。

地方議会によって温度差はあると思いますが、看護師の処遇改善に反対する議員はいません。行動すれば成果はついてきます。全国的に意見書採択を進めて、看護師を取り巻く制度・政策の変更を迫っていきましょう。

私たちの取り組みは、県医労連に加盟していない静厚労や自治労連の仲間とともに取り組んできました。30年間一緒に取り組んできましたが、加盟には至っていません。地方議会意見書採択の運動が、医労連の枠を超えて真の医療態様別の取り組みとして全国的に盛り上がることを願っています。

報告 3

看護要求実現全国交流集会（2015年９月２日）から

働き続けられる職場をめざして

――退勤時間調査の取り組み

畑中（はたなか）　幸世（ゆきよ）
茨城県厚生連労働組合取手支部

私からは、茨厚労における「退勤時間調査」および「時間外適正申請キャンペーン」の取り組みについて報告します。茨城県厚生連には６つの病院があります。今回は土浦協同病院での取り組みを中心に報告します。

研修会なども業務と認めさせる

土浦協同病院は1970年に開院しました。東京から電車で約１時間の距離にあり、917床を有する県内最大規模の急性期総合病院です。職員総数は1,409人、医師207人、看護師720人、コメディカルは482人。若い職員が多く、看護師は平均６～７年で入れ替わり、２交替、３交替勤務をしています。１病棟で試行という形で新交替制勤務（13時間日勤、11時間夜勤）が行われています。

茨厚労では秋闘の取り組みとして１カ月間の「時間外労働、休日取得実態調査」を実施してきました。情報収集など、業務として扱われるはずのものであっても、始業前残業は当たり前、時間外申請も実際に働いた時間よりも１時間から２時間は少なく申請し、30分から１時間は申請すらしていない。

管理職からだけではなく、先輩からも「私たちが若い頃は」と、有給取得、時間外申請に対しての圧力がある実態が明らかになりました。そのデータをもとにサービス残業、パワハラ、委員会・研修会の扱いについても改善するよう求めてきました。

この間の運動によって、「感染対策委員会、医療安全委員会など、業務として認められるものについては適正に処理する」と回答を得ることができ、2009年には委員会・研修会についても、「病院運営上、必要なものは業務として扱うこととする」という通知が出され、ほとんどの病院で委員会・研修会は業務として扱われることになりました。

時間外申請適正キャンペーン

しかし、労使ともに月日が経てば役員も変わります。役員が変わることで、せっかく勝ち取ったものも徐々に後退していき、時間外での開催となった委員会・研修会の扱いについても、病院間・部署間でのばらつき、コメディカルでは認められても、看護師は自己研鑽の名の下に認められない実態が出始めました。

そこで茨厚労では13秋闘から「時間外申請適正キャンペーン」として朝ビラ、退勤時間調査、パワハラ対策などを行うことにしました。

退勤時間調査は土浦支部だけの取り組みでしたが、同じ土浦市内にある全医労霞ヶ浦支部の、「いい１日行動」と称して昼休みにはカレーを用意し、夕方には退勤調査を実施する活動をヒントに取り組みました。実施期間は１日おいての２日間とし、場所は１階の更衣室前の通路と決め、38人いる支部役員をグループ分けして退勤調査を行いました。

お菓子を配りながらさりげなく

初めての試みだったので、何をやっているのか分かるようにと１人が「時間外申請実態調査中」のプラカードを持って立ち、１人は「お疲れさま、お菓

子どうぞ」と気軽にアメやチョコレートを配り、もう１人は「最近はどう？　今日はなんで遅くなったの？　何か困ったことはない？」と声をかける係と、３～４人体制で臨みました。

役員とはいえ、経験も浅く、自分の部署以外の職員に声をかけるのはドキドキするものです。それでもチョコレートやアメを配られて怒る人はいません。声をかけられると、先を急ぐ人であっても足を止めて職場の状況や時間外申請について本音で話してくれ、役員自身が励まされました。

メンバーにはコメディカルもいたので、師長さんと知らずに声をかけ、お菓子を配ると「あら、私もいいの、ご苦労さま」と笑顔が返ってくることもあり、看護師のメンバーからは「あんなやさしい顔もするんですね」という反応もありました。安心安全の医療を担う仲間として、管理職であっても敵対するのではなく、誰もが働きやすい職場を作るために協力体制を作ることも大切だと実感する１コマでした。

この調査を実施したことで、コメディカルでは比較的時間外労働や委員会等の扱いも適正に行われていること、一方で看護部では「19時以前の残業はつけないことが慣例となっていて、誰も申請しない」、入職後２年から３年の看護師であっても、「就職して一度も申請したことがない」などの実態が明らかになりました。

交流集会会場で「戦争法案反対アピール」（2015年９月２日）

時間外手当のチェック活動も

土浦支部では、この取り組みがきっかけとなり、この年の６月から看護師自身も話し合いや学習で職場改善に取り組めるようにしようとスタートしていた「看護師対話の会」の中で、時間外手当の計算方法や法律などの学習も位置づけるようになりました。みんな自分の時給計算となると、電卓を片手にパチパチと真剣です。

ある部署ではみんなで１カ月の時間外手当がきちんと支給されているかチェックしてみたところ、申請したにもかかわらず勝手に削られていたり、１カ月3,000円しか手当がついていないことが判明し、師長に申し入れをして改善へとつなげました。

他の支部でも、「時間外適正申請キャンペーン」の朝ビラ配布がきっかけとなり、時間外申請方法が改善された例や、逆に、夕方になると時間外の予想時刻を申請させ、「その時間を超えての申請はさせない」とした管理職も出てくるなど、一筋縄ではいかない「時間外適正申請キャンペーン」ではありますが、各支部・職場で、自分たちが声を上げなければ変わらないという雰囲気が生まれています。

１人でも多くの仲間と働き続けたい

朝ビラの内容をもっと分かりやすくするなど、工夫が必要なところもありますが、この取り組みが“見える組合活動”の一環となり、組合員からも好評です。今後も続け、「適正な取得」を知らせて職場の世論を作っていきたいと思います。

現在、土浦支部では看護部の勤務表チェックだけではなく、38全部署のチェックをしています。そのなかで、事務部門での代休の半年以上の繰り越しや、有給取得率の低さ、連続勤務の問題などが明らかになってきました。その結果を労働安全衛生委員会でも報告しています。

誰もが働きやすい職場づくりは、地域医療を守る上で欠かせない取り組みです。一緒に困難を乗り越えてきた仲間が職場を離れていくことは、とても辛いことです。１人でも多くの仲間と働き続けられるために、これからも組合員同士が協力し合って改善につなげていきたいと思います。

報告 4

看護要求実現全国交流集会（2015年９月２日）から

職場と地域に依拠する「岡山方式」

署名の力――全国１位の秘訣

福田（ふくだ）　幸恵（ゆきえ）
倉敷医療生協労組

岡山県医労連は「安全・安心な医療・介護の実現と夜勤改善・大幅増員を求める国会請願署名」で達成率全国１位、しかも断トツの１位を連続して果たしています。その取り組みについて報告します。

「ナースウエーブ第２の波」のなかでも１位になれなかった

1989年にナースウエーブ行動が始まります。「看護師増やしてよい看護」を合言葉に白衣の行動が各地で展開され、全国で540万筆の署名を集約。国会では集めた署名を片手に議員要請が連日行われ、「からすが鳴かない日があっても、白衣が来ない日はない」と言われるほどの勢いでした。その結果、1992年に「夜勤は複数・月８回以内」を初めて法的に明記させた「看護師確保法」を制定させることができたのです。まさに署名が「闘いの武器」でした。

そして、「ナースウエーブ第２の波」では、看護師の配置基準を変えさせます。看護協会の提案も加勢しますが、2006年に「７対１」看護が新設されたのです。しかし、この時に日本医労連が集約した署名は100万筆にとどまり、岡山県医労連の到達順位は全国11位と署名集約では苦戦していました。にもかかわらず、2007年の参議院では日本医労連が提出した「看護師増員署名」が採択されたのです。請願の採択は画期的なことですが、署名の力が影響したかどうかは分かりません。当時、子どもや妊婦を搬送する救急車の「たらい回し」が相次ぎ、その原因に小児科や産婦人科の医師不足があると報道。また、若い看護師２人の過労死認定が話題となり、過酷な医療の現場がマスコミで大きくクローズアップされました。医労連も頑張りましたが、「医療改善」を求める国民の声が大きく後押ししたことは間違いありません。

中国ブロックで１位をめざす

2008年、民主党が総選挙で勝利するなか、岡山県でも変化の波がやってきました。保守的と言われた岡山県議会で、一度不採択となった「夜勤改善・大幅増員を求める請願」が再度採択されるという事件が起きたのです。マスコミは「異例の、しかも全会派一致での採択」「共産党系の請願は何でもかんでも反対というわけにはいかないだろう」と自民党議員の声を紹介しました。しかし、2008年、日本医労連が集約した署名は30万筆と落ち込んだなかでの採択。要求実現には政権交代が大きな力になることを実感した出来事でした。

当然、岡山県医労連の到達は全国18位にとどまっていました。岡山で良い結果を出したいと奮闘していましたが単独ではなかなか１位になれず、「中国ブロックで１位になろう」と提案。中国５県で励まし合いブロックニュースも発行しましたが、目立った飛躍は望めませんでした。

全国１位を実現した岡山方式

2011年、署名数が増えない現状に対し県医労連執行委員会で議論。よく見てみると、ゼロ単組があることに気がつきました。「ゼロを放置しているのは、

指導の問題。署名運動は組織強化の道具」「取り組むことで達成の喜びを分かち合い、団結を確認することができる」と確認。役員や専従が出向いてでもゼロ職場をなくすこと、各単組の目標にこだわるなど、取り組みの強化を図りました。

署名の進め方は、①支部・職場を基礎に各単組が目標達成にこだわる。②看護闘争委員会を先頭に頑張る。③執行委員会では必ず到達状況を報告し、取り組み内容を交流する。④統一行動は月１回、人が集まるところを計画する。⑤署名行動参加者には日当とボールペン（岡山県のオリジナル）を渡す。⑥メーリングリストを利用して、達成状況や行動内容の情報を共有する。⑦定期大会では目標達成組合を表彰。もちろん、金一封をプレゼントします。これが岡山方式です。

2011年に全国１位になりました。この時は３万5,000筆、達成率は85.5%でした。翌12年は愛媛が１位で、岡山は２位でしたが、2013年、再び１位に返り咲きました。14年と連続しています。

達成率400%の支部…署名の達人も！

力持ちの単組は、光明支部412%・全医労長島支部394%と断トツ１位、２位を実現しました。数年前から支部役員は１人50筆と決め役員を先頭に頑張っています。施設の入所者自治会へ依頼する、地域の仲間や業者にお願いするなど、患者や地域を巻き込んだ運動を展開。集まった署名は、クリスマスプレゼントとして県医労連に届けるなど、書記局を喜ばす演出には脱帽です。

人が集まる場所の設定に工夫も必要です。今回初めて、ファジアーノ岡山の試合日に合わせ「ファジアーノ観戦チケット付署名行動」に取り組みました。また、署名を集める力持ちの存在も大きいものがあります。看護闘争委員長のＨさんは、１回の署名で100筆以上集めることもあります。その秘訣は、１人で署名板を３つ持ち、集団が来ると「はいあなた、はいあなたもね」と次々署名版を渡していきます。Ｈさん自身の魅力もありますが、白衣の看護師さんが笑顔でお願いすると断れないですよね。

職場に依拠すれば達成できる

私の単組でも、2011年度から４年連続して目標達成しています。今年は、５月の連休明け時点で、目標まで2,000筆も不足。毎日、思案しながら寝る日々が続きましたが、なんと10日間で2,000筆以上を集約し、見事に目標達成を成し遂げたのです。

看護闘争委員会がある支部は３つ。まず、闘争委員会で意思統一を行い、ゼロ職場や達成率１ケタ職場に出向き、激励や署名の集め方を一緒に工夫するなかで積み重ねてきました。ある支部長（看護師）は自ら職場回りをし、19職場中17職場で目標を達成させ、支部の団結を実感したと喜んでいます。

署名が沢山集まる“とりくみ”

最後に、過去の教訓も含めて、１時間程度で500筆前後を集約した行動を紹介します。

①ジーンズの町で開催される年２回の「児島せんいまつり」には、中・四国地方からの買い物客でいっぱいとなり人が途切れることがありません。②美観地区の入り口では、健康チェックをしながら行うと店員さんにも好意的です。露天のおじさんが苦情を言いますが、観光客は協力的です。③マスカット球場での年数回のオープン戦では、開幕前の行列に突入します。１人に説明すると、並んでいる人たちも聞いていますから、署名板が前から後ろへと勝手にまわります。が、警備員に注意され中断することもあります。④成人式も楽しいです。「成人おめでとう」「きれいな着物ね」と声をかけます。成人という高揚した気持ちが成果につながっているようです。

「看護師増やしてよい看護」実現に向けて

私自身の労働組合運動の原点は「看護師増やしてよい看護」です。それは国民の皆さんの願いでもあり、その願いが署名に託されていると思っています。岡山県医労連、引き続き署名日本一をめざします。全国で、今年こそは100万筆を必ず実現しましょう。

講演

医労連・診療報酬学習会（2015年８月25日）から

診療報酬問題を考える

前谷（まえたに）　かおる
全国保険医団体連合会
事務局次長

皆さん、こんにちは。本日は診療報酬の問題について話をさせていただきます。今後の医療改善運動を進めるうえで診療報酬問題は避けて通れないため、その理解が大切だと感じています。診療報酬を改善していこうという世論を医療界のなかで高めて、大きく運動を進めていきたいと思います。

診療報酬の仕組みと役割

診療報酬の正式名称は「社会保険診療報酬」といいます。日本は国民皆保険制度です。そのもとで、原則的にはすべての国民が被保険者であると同時に、ほとんどの医療機関が保険診療を取り扱う保険医療機関になっています。「ほとんど」というのは、最近は「特定療養費」という名称で自費がだいぶ増えてきているためです。しかし、基本的な制度の仕組みとしては、日本国内であれば保険証を提示すればどこでも保険診療、すなわち医療保険に基づく診察や治療を受けることができる。これは日本の優れた制度です。この保険診療が行われた際に保険医療機関が受け取る医療費のことを「診療報酬」といいます。

診療報酬は、診察や治療の価格と「もの」の価格表に大きく分かれています。診察や治療の価格も、基本診療料（初診・再診・入院基本料）と特掲診療料（医学管理・投薬・手術・リハビリ、処置）に分かれています。

「もの」の価格表は医薬品や保険医療材料などで、保険で支払えるものについてはすべて細かく価格が決められています。この体系が診療報酬の基本です。

ただ、現在、包括払いが広がっていて、病院の場合はＤＰＣ／ＰＤＰＳ（定額報酬算定制度）という支払い方式、診断群分類別の支払い方式が大きく広がっていて、具体的には診断群分類ごとに設定された包括評価＋出来高＋入院時食事療養という形で算定するようになっています。

点数表に基づく保険請求

初めに、診療報酬点数表に基づく保険請求についてです。患者さんは病気やケガをしたら保険証を提示して医療機関にかかり、医師の診察や投薬、検査、処置、手術などを受けます。

診療報酬点数表には保険で受けられる医療の範囲や価格が細かく決められていて、保険医療機関はそれに沿って診療報酬を計算することになっています。

保険医療機関は、保険請求の際に診療報酬点数表とつき合わせて、その中に盛り込まれている点数項目の範囲内で請求する。これが基本です。

言い換えれば、診療報酬点数表の中に盛り込まれていない診療行為や薬剤、材料等については保険請求としては取り扱えません。余談ですが、厚生労働省は高度先進医療など、保険で認められていない治療を実施できるよう「特定療養費」という名称で保険と自費の組み合わせの診療をどんどん拡大しています。これについて、保団連では法で定められた「混合診療」と呼んでいます。

こうした枠組みがあるため、結果的に保険医療機関は、診療報酬点数表に沿った治療を組み立てることになります。

保険医療における診療報酬の役割

診療報酬は直接的には医療機関の経営原資になります。日本では国民皆保険制度のもとでほぼ100%の人が保険診療を受けており、公定価格体系としての診療報酬制度、すなわち点数表の中身が医療機関の受け取る報酬に決定的な影響を及ぼします。ともすれば医療機関の死活問題にもなります。同時に、患者・国民にとっても見過ごすことのできない影響を及ぼす側面もあります。

〈診療報酬４つの役割〉

①診療行為の価格表

診療点数は非常に細かく設定されていて、しかもさまざまな条件もついてきます。単に項目の点数が書かれているだけでなく、算定の仕方も含めて規定しているということです。

項目数は約6,000～7,000項目と言われていて、改定のたびにどんどん項目が増えています。保団連で作っている『保険診療の手引』という本は、もう電話帳です。分厚さが限界に近くなっていて、一体この中身を誰が、どうやって、どう覚えて、どう実践したらいいのかというくらい、覚えるだけでも非常に大変なことになっています。

しかも、ここにはＤＰＣの点数表は含まれていません。これをプラスするとさらに分厚くなります。日々それを手元に置いて作業されている医療事務の方々には本当に頭が下がる思いがします。

②保険医療の給付範囲を決める

点数表のない治療行為や、薬価基準に収載されていない薬剤の給付は保険診療としては認められません。したがって、点数表に追加・削除するだけで、保険で受けられる医療の範囲は簡単にコントロールできるという事情があります。

例えば、2014年改定では突如としてうがい薬の保険給付外しがありました。いま浮上しているのが湿布薬の保険給付外しです。うがい薬は「治療を目的とする場合については認められる」ということになり、外すといってもいまのところ実効性はないと思っていますが、これがアリの一穴になって拡大するのではないかと心配されています。

保団連では「湿布薬など市販品・類似薬の保険給付外しはしないこと」という要求を出しています。規制改革会議が示した中にこういう問題が出されており、看過できない問題だと思っています。

もし、点数表の中に「湿布薬については給付しない」と盛り込まれてしまうと、保険では湿布薬を給付できないことになります。「こういう重要な問題を国会で審議しないのか」という声がよく聞かれますが、診療報酬の点数表は法律ではなくて、大臣告示のレベルです。そのため国会に諮らなくていいことになっています。

③保険医療の治療方法を決める

診療報酬には保険医療の治療方法を決めるという役割もあります。診療報酬点数表や療養担当規則の中に治療の方針や制限など、治療方法についての一般的な原則を定めているものがあります。定められた以外の方法の医療提供は、ルール違反として点数が減点されたり、指導や悪くすれば監査などで取消処分に至るという問題も含んでいます。

④保険医療機関の医療施設としての水準を規定する

医療を提供する体制については、「医療法」の中に「標準」として施設基準や人員基準が定められていますが、これをベースにして診療報酬制度ではさらに細分化したランクを設定して、それぞれに対応する価格を定めることで医療機関を誘導する政策がとられています。

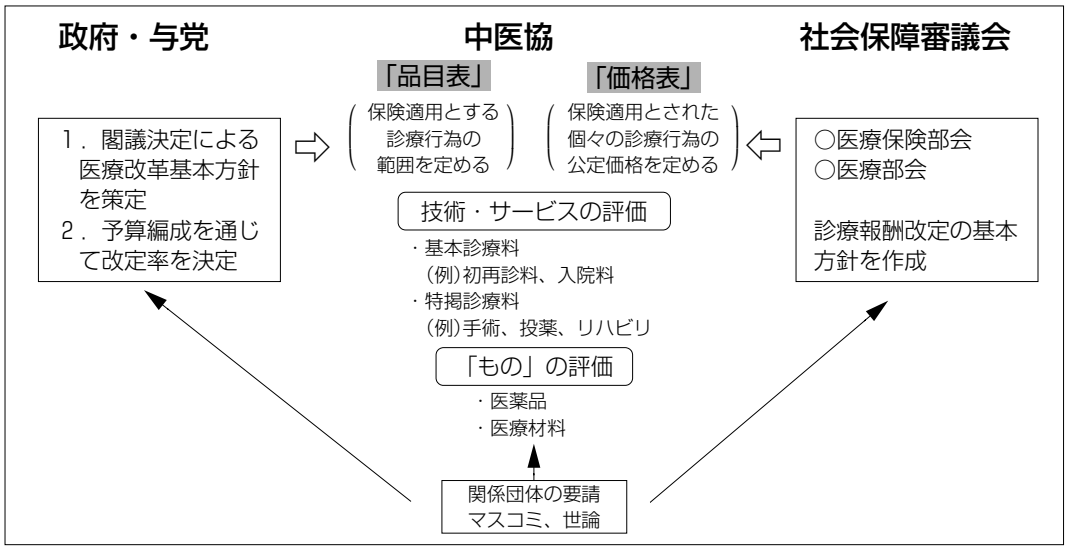
「さらに細分化したランク」というのは、いわゆる「７対１」や「10対１」「13対１」などのランク付けです。療養病床も細かく分けられています。

診療報酬は総じて医療機関の経営の原資ですが、患者さんの受ける医療の内容や質、量を規定する内容にもなっているわけです。

政府は診療報酬をマイナス改定の方向に持っていこうとしていますが、保団連は「大幅に診療報酬を引き上げよ」として、10%以上の引き上げを求めています。

診療報酬を引き上げると患者さんの負担が増えるのではないかと思うかもしれません。確かにそれはその通りです。しかし、診療報酬引き上げには、患者さんが受ける医療の内容や質、量を財政的に保障するという意味合いもあるのです。そのため、保団連としては診療報酬引き上げとともに「患者負担を

図１　診療報酬審議の概念図



大幅に減らせ」と要求しています。

診療報酬の決定方法

次に、診療報酬はどのように決められるのか、説明します。診療報酬は中央社会医療保険医療協議会（中医協）という審議会で議論されて決められるというのが基本の流れです。

ただし、社会保障審議会という審議会が別にあって、そこで診療報酬改定の基本方針を議論して決めることになっています。大まかな基本方針は社会保障審議会で決めて、それを受けて中医協で具体的な中身について議論する形になっています。

財政的にどうするのかという極めて重要な改定率の問題ですが、それについては政府与党が決めるということで、いつも12月末くらいに財務相と厚労相が顔を突き合わせて折衝して、改定率が決まるという形になっています。いつも政治決着のような形で決められている状況です。

現状がそうなっているので、そこに向けたせめぎ合いに向けて保団連も運動をしていくわけです。財政の裏づけは政府与党が決めて、中身は中医協、大まかな基本方針は社会保障審議会という役割分担になっています（**図１**）。

中医協審議の特徴

中医協委員の構成としては、支払い側（保険者＝健康保険組合や自治体）が７人、この中には労働者の代表として連合も入っています。連合枠で「患者本位の医療を確立する連絡会」委員という肩書きのメンバーも入っていますが、あとは保険者の代表です。もう１枠、日本経団連もメンバーに入っています。

診療側委員は日本医師会の委員が３人。この他、病院会、精神科病院協会、日本歯科医師会、薬剤師会という構成です。

看護師の代表は、専門委員ということで日本看護協会が入っていますが、中医協委員ではなく、意見が求められたら意見を述べるという立場です。

中医協の審議で支払い側、診療側委員が議論をたたかわせるわけですが、そこで合意した事項については、ほぼそのまま厚生労働省の告示となって決定されることになっています。

審議内容は、けた外れに多いのです。中医協では薬価や特定保険医療材料の価格も決定しています。実際に中医協の場に詳細な価格表が出て、それを目の前にして議論するというわけではありませんが、価格の決め方についての議論はされており、それに基づいて薬価や材料価格が決められ、それが告示さ

れています。

審議は、改定前年の10月は週１回、11月以降は週２回ペースで行われます。現段階の議論経過ですが、４月８日に「外来医療（その１）」という議論が始まり、５月27日に「在宅医療（その２）」が行われました。「その１」は2014年12月に審議しています。６月10日に「入院医療（その２）」。「その１」は３月以前に行われています。７月22日に歯科と調剤の議論が始まっています。

入院医療はすでに２回審議をしています。入院に携わっている人たちにとって、ずいぶんと早く審議が進められており、この中身によって今後の入院医療が決まってくるため、注意が必要かと思います。

ＰＤＣＡサイクルに基づく審議

中医協は、審議会自らがＰＤＣＡサイクルを持つこととされています。10年くらい経つでしょうか、簡単に言えば、改定後にしっかり検証して、次の改定にその中身を生かすということです。そのため膨大な調査を改定以降に行っています。

例えば2014年改定で、新たに亜急性期の入院料に代わり、「地域包括ケア病棟入院料」ができましたが、実際の算定状況など、いろいろと細かい調査が行われています。地域包括ケアだけではなく在宅医療や入院の慢性期の医療など、改定の影響について調査を行い、調査結果をもとに、審議会の中で今後の具体的な方策について議論されています。

また、診療報酬は製薬メーカーや医療機器メーカーの収益に及ぼす影響が大きく、特に、薬価基準制度を作る際にはいろいろな製薬メーカーのヒアリング等が行われ、侃々諤々（かんかんがくがく）の議論がたたかわされています。

新薬製造時や価格維持のためにいろいろな加算制度がありますが、それをめぐってアメリカ等のメーカーもやって来て、中医協の審議会の中で要求することもあります。ここで決まったことがその後の収益に大きく影響するので、製薬メーカーや医療機器メーカーも必死です。

価格付けは事務局に委任

中医協は具体的な点数項目の規定や、こういう中身にしようと議論をしますが、価格付けは事務局に委任しています。これは、例えば政府が改定率を決める。決めると、どれくらいの財源が使えるかがそこで分かる。分かった時点で、厚生労働省の事務局が、その財源をどの項目にどれだけ配分しようかと作業します。その作業結果について審議会委員はほぼ文句は言わないという状況です。これまでに改定時に異議が出たことはあまりありませんでした。

価格は別にして、ここで議論された中身は、ほぼそのまま実行されるので、ここの審議にどうコミットしていくかは、医療の改善に向けて取り組みをしている団体は注目しなければならないと思います。

病院・病床機能の分化

診療報酬について政府は「税と社会保障の一体改革」の方針に基づき「機能区分と連携を進める」政策をとっています。診療報酬を、機能分化を推進する道具の１つと捉えていると見ることができます。

「社会保障制度改革国民会議」資料には、かなりあからさまに「政策目標に沿うかたちで診療報酬改定が行われる」「入院基本料を平均在院日数に応じて逓減させる」などと書かれています。

政策の誘導ツールとして診療報酬を大いに活用しようという立場で見ているのが政府側の見方です。そういう視点から審議の内容を見ていく必要があると思います。

診療報酬改定の焦点

政府から出された「骨太方針2015」では、５年間で6.2兆円もの歳出削減を行うという計画になっています。これを実現するには、さらなる患者負担増や給付削減をしなければ実現できない中身です。

「骨太方針2015」で看過できないのは、この方針が出されると同時にあちこちでマイナス改定の布石、アドバルーンがあがっているということです。

骨太方針を推進するには社会保障費を大幅削減しなければ実現できない内容なので、財務省サイドは、マイナス改定が前提だと言わんばかりです。これにどう対抗していくかが非常に大きな課題になっています。

2012年と2014年の改定ポイント

診療報酬の2012年改定と2014年改定で何が行われたのでしょうか。この間の流れを簡単に振り返ると、「社会保障・税一体改革」の方針のもとで行われた2012年改定がありました。2014年改定はその改革の第２歩として実施されました。

2014年は1.26％のマイナス改定。消費税の診療報酬対応の問題もありました。大きな特徴としては「川上から川下へ」「入院から在宅へ」という流れを、2012年以降、改定の中で行ってきています。そういう大方針のもとに機能分化も提起されてきました。

2014年改定では７対１入院基本料の要件が厳格化されました。厳格化によって７対１からの移行の受け皿として「地域包括ケア病棟入院料」が新設されました。在宅復帰機能（退院促進）も導入されました。

同時に、在宅医療の対象絞り込みに向けた大幅減額です。在宅時医学総合管理料という点数があるのですが、この点数が大幅に下げられました。在宅医療がこれによって大打撃を受けました。この目的は給付削減もありますが、それと同時に「入院から在宅へ」の流れをつくる上で、在宅医療でどういう患者を受け入れるのか、外来医療ではどういう患者を診るのか、入院の機能分化とあわせて外来・在宅の機能分化も図るという方針の一環で行われたものです。外来の医療では「地域包括診療料」「地域包括診療加算」が創設されました。

2016年改定の焦点

中医協で入院の議論がすでに２回行われていますが、「次回改定では７対１入院基本料の適正化をさらに進める方向で見直すべきであり、平均在院日数、重症度の比率、重症度、医療・看護必要度、在宅復帰率といった項目を活用して、病床転換を促進するような議論を期待したい」と意見が出されています。

厚労省が示した論点としては、「急性期入院医療の体制や急性期の病床で診るべき患者に関する評価等について引き続き検討していく」としています。

地域包括ケアに関して出された意見と厚労省が示した論点では、「７対１病床との関連で、2.5万床くらいの伸びで、期待されたほど伸びていない。地域包括ケア病棟のミッションを少し整理していく必要がある」ということで、もっと役割を鮮明にする必要がある、としています。患者さんを急性期から一般、それから療養や在宅に流すということが、政府の機能分化の方針に則って進められているわけですが、こうした中で地域包括ケア病棟の役割をもっとはっきりさせるとしています。さらに、７対１からこちらに移行させていくということです。

「地域包括ケアシステムの中で期待される役割を踏まえ、病態がより複雑な患者や在宅復帰が困難な患者の診療に関する評価のあり方についてさらに検討するべきではないか」との論点も出されています。

現場からの問題提起を

いま、入院の部分で重視しなければいけない点は、例えば急性期の入院のところで「重症度、医療・看護必要度について、Ａ項目は心電図モニターの管理の取り扱い」と書いてありますが、この項目についてどうするかという議論が出ています。

Ｂ項目では、一般病棟が現在７項目あります。ＩＣＵ（集中治療室）は13項目、ＨＣＵ（高度治療室）は５項目ある項目数を、７項目くらいで統一してはどうかという議論がされています。それを「簡素化」と言っています。

同時に、いまはＡ項目とＢ項目を合わせた評価になっていますが、Ａ項目のみで該当基準を満たせる条件を設定してほしいという意見が強く出されていて、そういう方向になっていくのではないかと思います。

2014年改定から１年で、７対１看護病床が38万床から36.4万床と２万床ほど減りましたが、患者像をより明確にしてさらに絞り込むという大方針があり、そこに向けた議論がいままさに行われていて、その中で出されている意見です。

対象患者の指標となる重症度、医療・看護必要度

については、より急性期にふさわしい患者像を反映する指標に見直すと言われていて、現在、必要度や患者の重症度と看護上の手間、A項目、B項目からなって、7対1看護病床ではAが2点以上でBが3点以上の患者が入院患者の15%以上を支えているということで、絞り込みに向けて15%というパーセンテージをいじるのではないかと言われており、病院団体からも「例えば20%になったら、とてもやっていけない」などと心配する声が出されています。

このまま議論が進むと、例えば具体的に7対1病床を絞り込む手段として実際にどういう手があるのか。前回の2014年改定で打った手もかなりきつい施設基準でしたが、重症度患者割合を高くして、それをさらにきつくすることが、果たしてできるのか。医療現場が持ちこたえられるのかといった問題が実際には起きてきます。

退院患者の割合も、もう少し割合を上げていこうという議論も出されています。こうした議論が実際に具体化されると医療現場がどうなってしまうのか、おおいに想像力を働かせて、反対する声を大きく上げていく必要があるのではないでしょうか。

もう1つ大きな問題は、慢性期入院では療養病棟入院基本料の1と2がありますが、この2の方に新たに医療区分2・3の患者割合を設定しようという方向の議論がされていることです。これを実施されると、療養病棟維持に対して大きな打撃になると考えています。

診療報酬をいじることで患者さんが実際どのようになるのか。あまり細かいところまでは病院の先生も実はよく分かっていないため、そうした部分は現場で働いている医労連の皆さんに実態を大きく訴えてもらいたいと思います。

エビデンスに基づく要求を

中医協の議論は、ＰＤＣＡサイクルと言いましたが、さまざまな調査結果をもとに、一定のエビデンス（証拠・根拠）を持って議論しています。そのため、調査に基づく実態を具体的に示した場合は無視できないわけです。

以前、看護師の労働については大きな社会問題になりました。保団連では以前、「保険で良い入れ歯を」運動に取り組みましたが、これも社会問題化して、補綴（入れ歯）に点数が付くことになりました。

実態調査を示す、それをもとにマスコミや国民に広くアピールしていくことが、中医協の審議に与える影響が大きいと思います。

ただし、逆に政府側が意図して社会問題化するものもあります。例えば、薬局チェーンの問題です。皮切りは新聞報道でした。ツルハホールディングスという薬局チェーンが患者の薬剤服用歴の履歴を取っていないと大きく報じて、それがいつの間にか薬局のかかりつけ機能と合わせて「薬局を大きく改革しなければならない」という議論にまで発展しました。

在宅医療の大幅減算のときも新聞報道を発端として、「在宅の不適切事例がある」と報じられ、社会問題化しました。示された事例はほんの1例か2例なのに、どれくらいの不適切事例があるのか把握しないまま大幅減算が実行されてしまいました。こうした点は注意して見ていく必要があると思います。

要求実現に向けて

来年の改定に向けた審議が実際に具体化されてしまうと、どう現場に影響を及ぼすのか。加えて、実態調査を有効活用して改善につなげるにはどうすればいいのか。こういう点を皆さんに議論していただき、要求を少しでも実現につなげていければと思います。

ご静聴ありがとうございました。（拍手）

精神科医・松浦健伸の連載エッセイ

心すなおに風のごとくに

第11回

「自分の言葉で語る」を考える

現在国会で審議中の安全保障関連法案をめぐって国民の不安と怒りはますます高まっている。特に連日抗議行動をしている学生団体「自由と民主主義のための学生緊急行動（SEALDs）」の活躍は目を見張るものがある。その学生たちに対して、自民党のある若手議員（その後離党）がツイッターで利己的だと批判したことが物議を醸していた。それぞれの語りを聞いて、自分の言葉で語っているのはどっちだろうという考えが浮かんだ。

その議員は若者の戦争にいきたくないという言葉を極端な利己主義といったあと、「利己的個人主義がここまで蔓延したのは戦後教育のせいだろうと思うが、非常に残念である」と書いている。報道によれば、彼は以前のブログで現憲法の三大原則である国民主権、基本的人権の尊重、平和主義を「日本精神を破壊するもの」と決めつけていた。右翼的な他の政治家やジャーナリストなどの言葉そのままではないだろうかということを感じた。何より自分も戦後教育を受けているのにこの表現はどうか、という点もあるし、この人は憲法の成立をどのように考え、三大原則をどのように実感し、日本精神とはどのようなことを言っているのかと思われた。一方、SEALDsの中心メンバーの一人、林田さんは、長崎出身の被爆三世であり、亡くなった祖父が涙をためながら「頬が溶けてしまった人がおにぎりをもらおうと必死で並んでいた」「遺体が累々と横たわっていた」と語るのをきいてきたという。どちらの発言が、人の本から借りてきたような上滑りの言葉であり、どちらが生活や体験に根差した自分の言葉であるかはあきらかなように思う。

職場で憲法を学ぶ取組のなかでも、憲法をお国ことばで語ってみよう、憲法が生活の中でどう生かされているか考えてみよう、憲法を絵で表現してみようなど工夫がなされてきた。自分の言葉で語ることが重視されてきた。そのことによって、難しいと思われた憲法が身近に感じられたり、腑に落ちた感覚になれたりしてきた。自分の言葉で語るためには、言葉を生活感覚まで掘り下げる必要がある。平和とはどういうことかなどである。したがってそれは非常に個別的な体験であるともいえる。言葉は人と人がコミュニケーションをとる手段としての共通性があるが、体験としては個別的である。自分の言葉と相手の言葉の根差すところの違いを認識して初めて共感が生まれるのだと思う。

自分の言葉で語ることを回避した安倍首相の70年談話、その根差した部分を見逃さず九条守る運動を続ける必要がある。

まつうら　けんしん●1984年金沢大学卒。青森で研修し、現在は石川勤労者医療協会城北病院。主な関心分野は産業精神医学、精神療法、総合病院精神医学、ハンセン病・神谷美恵子、無差別平等の医療。

この連載は隔月連載です

組合探訪

岩手 Iwate

岩手医科大学教職員組合

地域医療の復興!!

組合員親睦交流レクレーション秋田駒ケ岳登山

新人歓迎会（2015年４月28日）

2011年３月11日に発生した東北地方太平洋沖地震による大津波により三陸沿岸部は甚大な被害を受けました。発災早々より全国の労働組合関係各所からは沢山の御支援をいただきまして誠にありがとうございました。いまだに沿岸部被災者においてはプレハブ仮設住居での生活が続いており、高台移転事業に掛かる人手や資材もオリンピック関連事業に持って行かれ、集合仮設住宅建設などの建設事業は滞っている状況です。

いま取り組んでいる重点課題は外来看護師の休憩室環境と休憩時間です。昼食は外来診察室の流し台の片隅で５分で食べているのが現状です。病院は平成31年の新病院移転事業に向けて着々と進んでいますが、建屋の建築だけが先行し、中で働く職員の環境改善、職場教育などはまだまだです。組合としても若者たちの意見を取り入れながら積極的に活動していきたいと考えます。

組合員親睦交流レクレーションは、バスツアー、花火大会鑑賞、野球観戦、登山トレッキング、生け花教室、お茶会、ボーリング大会等々、幅広い年齢層に合わせてさまざまな企画をしています。

新組合員対象労働組合説明会、労働学校講演会、壮年部集会学習会、退職者を送る会なども開催しています。

DATA

■岩手医科大学教職員組合
〒020-0023 岩手県盛岡市内丸19-1
TEL : 019-622-1742 FAX : 019-622-1766
E-mail : i-union.iwate@abeam.ocn.ne.jp

■組合員　1,808人

■特徴　岩手医科大学教職員組合は創設68周年、今年の定期大会は70回目の開催となります。先輩役員の方々が組織拡大を強化していただいたおかげで、現在は1,808人の組合員数となっています。今年も128人の新組合員を迎え入れ、４月の新人歓迎会は312人の参加者で開催されました。

（副中央執行委員長　長岡　宏明）

地域医療を守る運動
第6回 全国交流集会

「戦争する国づくり」と社会保障の解体、総改悪を一体として推し進める安倍内閣は、医療・介護を中心に年間3,000億円から5,000億円の自然増削減をかかげ、一方で、「戦争する国づくり」のための軍事費の拡大をねらっています。

昨年強行された医療・介護総合法による地域医療構想の策定と地域包括ケアシステムの構築がすすめられ、今年5月の医療保険制度改革関連法の施行もこれから具体化されます。地域に必要な医療・介護の保障を求める取り組みは、今後いっそう重要となります。

第6回地域医療を守る運動全国交流集会で情勢を学習し、運動を交流しましょう。

各地からの積極的な参加をよろしくお願いします。

とき 2015年11月28日(土) 10:00～16:30

ところ 東京ビッグサイトTFTホール（TFTビル東館9F）
東京都江東区有明3-6-11　TEL.03-5530-5010

参加費 500円（資料代として）
※昼食にお弁当（お茶付き）をご希望の方は、別途1,000円が必要となります。

スケジュール

全体会

- 9:30　受付開始
- 10:00　開会あいさつ　住江憲勇 氏（中央社保協代表委員・保団連会長）
- 10:15　記念講演

  「地域医療拡充の実践と今後の課題」
  〈講師〉元 日の出町町議　野口マリ子 氏
- 11:30　特別報告「静岡での地域医療を守る運動」
  〈講師〉静岡富士病院の統合問題に関する対策会議事務局　小林不二也（ふじや） 氏
- 12:00　基調報告「地域医療を守る運動の発展のために」
- 12:30　昼食休憩　※希望者にお弁当（お茶付き・1,000円）をご用意します。

分散会

- 13:30　地域医療を守る運動の分散会（3会場にわかれて分散会を行います）

〈助言者〉

横山壽一 氏（金沢大学教授）

長友薫輝 氏（三重短期大学教授）

佐藤英仁 氏（東北福祉大学講師）

※分散会ごとに中央社保協、自治労連、日本医労連からそれぞれ報告があります。

- 16:30　全体終了、解散

主催　第6回「地域医療を守る運動全国交流集会」実行委員会
日本医療労働組合連合会／日本自治体労働組合総連合／中央社会保障推進協議会／地域医療機能推進機構病院等を拡充する会
【事務局】日本医療労働組合連合会　TEL 03-3875-5871　FAX 03-3875-6270　ホームページ http://www.irouren.or.jp　E-mail n-ask@irouren.or.jp