

看護・介護労働黒書 目次

「看護・介護労働黒書」発行にあたって	1
「看護・介護労働黒書」まとめ	2
わたしたちの要求	6
1週間の生活実態表（ケース①～⑧）	7
識者コメント	
佐々木 司（公益財団法人大原記念労働科学研究所）	15
林 千冬（神戸市看護大学教授）	16
曾我 千春（金沢星稜大学経済学部教授）	17
水谷 幸司（一般社団法人日本難病・ 疾病団体協議会（J P A）事務局長）	18
川人 博（川人法律事務所 弁護士）	19
看護・介護労働黒書	
●病院における看護職場の実態	20
1. 絶対的な人手不足が職員にも患者にも影響	
2. 不規則なうえに長時間労働、人間らしく働きたい	
3. ハラスメントの横行	
4. 医療・看護をとりまく状況の変化	
5. 手術室の働き方も深刻	
●病院と地域をつなぐ職場	31
1. 医療・介護は誰のためのもの	
2. 救急外来、外来も人手不足	
●地域で「生きる」を支える職場	33
1. 訪問看護	
2. 施設介護	
3. ケアマネジャーの立場から	
●家族、他職種、患者家族などから	38
1. 家族にも大きな負担	
2. 他職種から	
3. 患者家族・患者から	
●それでも看護・介護はやっぱ素晴らしい	41
1. 医療をまもる	
2. 看護・介護の喜び	
資料	45
日本医労連2016年退勤時間調査結果より	45
2016年度日本医労連「（看護）夜勤実態調査結果」概要	47
2016年日本医労連「介護施設夜勤実態調査結果」概要	49
各業態の夜勤の職員配置および夜勤加算要件	50
夜勤規制Q & A	51
労働時間の適正な把握のために使用者が 講ずべき措置に関するガイドライン	57
2013年度看護職員の労働実態調査結果（概要）	61

「看護・介護労働黒書」発行にあたって

日本医療労働組合連合会（17万5611人・略称：日本医労連）は、年1回の夜勤実態調査（看護・介護分野を分けて年2回発表）、約5年に一度の「看護職員の労働実態調査」などを通して、看護・介護・福祉職場の人手不足と、厳しい労働環境を告発し続けてきました。同時にこれらは、医療・介護の質と安全・安心の医療・介護提供の点からも改善が急がれる課題であり、国・自治体に対しても要請してきました。

「看護師・介護職員を増やして、安全・安心の医療・介護を」の訴えは、大きな世論になり、勤務環境改善を求める厚労省5局・6局長通知や、勤務環境改善支援センターの設置、診療報酬での「看護職員夜勤配置加算」の新設等につながりました。しかし、強まる政府の社会保障費削減攻撃の中で、看護・介護労働の抜本的な改善は得られず、長時間・2交替夜勤が増えるなど厳しい状況が続いています。その上、「地域医療構想」と「地域包括ケア」で病院から在宅へ、医療から介護へ、そして公的制度から市場化への動きがつくられ、「医療崩壊」「介護崩壊」「地域崩壊」が進むと同時に、医療・介護労働のさらなる悪化も懸念される状況です。

これまでの私たちの運動は全県加盟組織の奮闘で、「夜勤改善・大幅増員」を政府等に求める意見書は329自治体から上がり、署名の紹介・賛同国会議員は67名（いずれも2017年1月末現在）になりました。医療・介護をまもる運動をさらに大きく進めるために、職場や患者・利用者の状況をわかりやすく、リアルに伝えるため、「看護・介護労働黒書」をまとめることとしました。ご一読いただき、私たちの運動へのご理解とご協力を広げて頂きますようお願いいたします。

2017年3月

日本医労連増員闘争本部

「看護・介護労働黒書」まとめ

はじめに

医療・介護・福祉現場の労働者は依然過酷な実態にあり、そのことが患者・利用者・家族にも我慢と負担をしいている状況です。医療・介護など社会保障の連続改悪は、そのことにさらに拍車をかけています。医療・介護の受け手である国民も、提供する労働者も、人間として当たり前の権利が保障されるような社会保障の充実をめざしていくために、わかりやすくリアルな実態をまとめることにしました。

全加盟組織に「黒書」運動を呼びかけ、2016年8月から12月末までに、31県から700を超える声が寄せられました。区分をつくらず自由に記載されたものを、日本医労連増員闘争本部で区分けしてまとめました。初めての取り組みとなった「1週間の生活実態表」から8ケース、事例から105を抜粋しています。私たちはこの「黒書」を活用し、政策転換を迫る運動につなげていきます。

1 働く場所や職種に関係なく深刻な人手不足

「急性期＝重症の患者を看っていて大変」、「慢性期＝落ち着いた患者」というイメージを持たれている一般の方は少ないと思います。それは、報酬上の評価も関係していると思います。例えば、「7対1」入院基本料（24時間を通じ、概ね患者7人に対し看護師1人配置）は、一般病棟の中で一番高い診療報酬設定になっており、機械類を装着するなど重症の比率が細かく規定されています。政府は「7対1」を「手厚い看護」体制と言い、重症者が多くない施設も取得していることが医療費高騰の

一因になっているかのような宣伝をし、「7対1」病棟を縮小することを狙っています。私たちは、そんな矮小化した問題ではなく、「7対1」でも、急性期以外でも絶対的に人手が不足していることを訴えたいと思います。

（1）どの職場も深刻な人手不足

黒書では、公的病院や地場民間、急性期や慢性期、精神科病棟、手術室や外来、在宅関係、介護分野など、どの職場も、どの職種も深刻な人手不足の中で医療・介護を担っていることが明らかになりました。もともと深刻な不足が改善されないまま、医療の進歩や患者・利用者の超高齢化に追いついていないのが大きな要因です。16時半終了予定の日勤が22時（事例3）、認知症患者の増加で目が離せない（事例51～54）、精神や療養病棟も一般病棟と変わらない（事例11、58）、老健施設やショートステイ・小規模特養（事例73～77）、どの職場も深刻です。そして、抜本的な問題解決をすることなく、ズレ勤務（事例4）を増やして手が必要な時間帯の配置を厚くしたり、病棟の不足を外来の応援（事例66）や救急外来の援助でつないでいます。基本のシフト時間を前後数時間にわたって動かす「ズレ勤務」は、いつも同じ人が入るわけではありませんので、勤務シフト数が増えれば、それに合わせた生活スタイルも増やさなければなりません。また、病棟に応援に行く職場も決して余剰人員がいるわけではなく、自分の部署の仕事を後回しや持ち帰り残業にすることで対応しているのです。そして、こんな働き方は家族、とりわけ子どもへの負担を重くして維持されています。

（２）健康不安や安全・安心への影響

深刻な人手不足は、１つには労働者の健康問題に、２つには提供するサービスの質や安全に深刻な影響をもたらします。私たち労働者にも家族がいて両立が求められますが、「１週間の生活実態表」のケース④・⑦などは睡眠時間が極端に少なく、健康破壊が非常に心配です。ひどい咳きこみで新生児室勤務（事例13）などは、雇用者責任が問われかねない事例です。安全性やケアの質の問題では、たくさんの方が声を寄せられました。安全が守れない（事例16）、専門性が発揮できず情けない（事例20）、努力しても限界（事例22、73）など、個人の努力ではどうにもならないことへの悲鳴が聞こえてきます。このような状況はギスギスした職場をうみ、ハラスメントの温床になります。特に、妊娠・子育て中の声（事例45～49、76）は深刻です。医療・介護労働者の長時間労働の影響を受け、厳しい労働実態の院内保育士（事例91、92）からも応援の言葉が寄せられましたが、女性が多い産業だからこそ母性保護に真剣に取り組み、働き続けられる条件整備が必要です。

2 長時間・不規則交替労働が当たり前

もっとも訴えの多かったのが、夜勤を含む「長時間労働」「不規則交替勤務」に関してです。医療・介護労働の特徴の１つは、365日・24時間のサービス提供が基本にあることです。患者・利用者にとって私たちの夜勤は必要不可欠ですが、夜に働くことの大変さに加えて、「勤務時間があまりに長い」か「勤務間隔があまりに短い」こと、交替勤務にも関わらず「前後の残業」が常態化という二重のつらさが、働き続けることを困難にしています。

（１）夜勤の規制が全くない

医療・介護職場の夜勤規制の法的なものは全くなく、努力義務ばかりです。したがって、日本医労連

が毎年実施している夜勤実態調査（施設調査）でもなかなか改善していません。特徴は、①２交替長時間労働（看護では約４割が２交替、うち半分が16時間以上。介護では約９割が２交替、うち６割強が16時間以上）、②勤務間インターバルが短い（３交替の場合、８時間未満48％）、③夜勤回数が多い、④シフトの数が多いことがあげられます。夜勤体制３人でも足りない（事例28）、16時間半を１人夜勤で（事例75）など、今の患者状況に全く見合っていない体制であることがわかります。休憩・仮眠どころか夜食も取れない（事例30）状況です。

「１週間の生活実態表」ケース③④は「逆循環」*ですが、勤務間隔が非常に短く疲労が回復しないままに次の勤務に入らざるを得ない状況です。また、ケース⑤は16時間を超える長時間夜勤で、起きている時間が22時間を超えています。そのきつさが事前に予測できるため、効果がないと思っても「寝だめ」をして、「ちゃんと休んだから大丈夫」と自分に言い聞かせているように思えます。食事などの生活の質に注目した組織もありましたが、結果は、疲れて子どもがいる人も「コンビニ弁当」、単身の場合はお菓子や栄養補助食品など偏った内容になっていました。自分や家族の健康を犠牲にしても「眠る」こと、「とりあえず食べること」を重視し、いずれのケースも夜勤のために生活調整を強制的に行っているという内容です。心身への負荷だけでなく何のために働くかを突き付けられる思いです。夜勤のあり様については法的規制がないために、家族にも負担をかけるシフトの施行・変更がいつも簡単に行われ、常日勤者より変則勤務者の労働時間が長い（事例33）などのケースまで発生しています。国民の健康に寄与する産業の過重労働に対し、政府の規制を強く求めます。

* 正循環・逆循環 人間の生体リズムは太陽光でリセットしていますが、本来25時間です。したがって、「日勤→準夜→深夜」のように時刻を遅くする勤務編成（正循環）は体の調整がしやすく、反対の逆循環は心身にきつい勤務です。正循環もリズムを変える勤務ではあるので、常日勤より心身負担は強くなります。

(2) 残業が労働時間をさらに長くしている

夜勤をさらに過酷にしている原因が、前後の残業です。患者への直接ケア（ベッドサイドでのケア）時間を診療報酬で厳格化して以降、多くの病院で患者「申し送り」（自分の担当した時間の患者の状態を報告・引き継ぐ）を縮小・廃止しました。結果、事前に患者情報を収集する必要が発生し、30分から1時間前に仕事を開始せざるを得なくなっています（事例36、40）。日本医労連「退勤調査結果」（巻末資料参照）をみると、交替制労働のない職種の4割に比べ、看護職員は7割が始業前残業を行っています。終業後残業も「なし」は看護職の方が10ポイント少なく、「請求できない雰囲気」をトップにサービス労働が多い実態も明らかになっています。

一方で、もともと業務量に比べ人手が少なすぎるために仕事が終わらず、延々と残業になってしまっています（事例34、39）。これら前後の残業は、長時間夜勤やインターバルの短い夜勤にも悪影響を及ぼしています。「1週間の生活実態表」ケース①②は正循環ですが、準夜の後の残業、睡眠前のクールダウン時間を含め、本来の休日時間に大きく食い込み、「休日感」を減少させてしまっています。負担の重い交替制労働だからこそ、残業なく次の勤務に引き継ぐことが必要です。そのためには、人手を増やし、受けもち患者・利用者数を減らすしかありません。情報収集、仕事の準備、ケース記録等は業務です。時間内で終了できる業務量のコントロールは、雇用者責任です。

(3) 「待機」で医療・介護を支える

「待機」という働き方も過酷です。交替制が取れない規模や体制の、手術室や訪問看護ステーション等です。「1週間の生活実態調査表」ケース⑧の訪問看護師をみると、「労働時間」「睡眠含む生活時間」は一見規則的に見えますが、携帯電話当番の待機日は早朝に呼ばれ睡眠が中断しますが、そのまま

通常勤務に入っています。7日目も早朝とその日の夜に緊急出勤し、夕食が22時にずれ込みました。携帯している間、心身共に拘束されているにも関わらず、実労働時間しかカウントされません。

これは手術室も同様です（事例59、61、70、72）。ある職場では、「待機」拘束が月平均8.4回にもなり（平日は概ね16時間、休日はプラス24時間拘束）、過重負担になっていることを告発しています。遠出するなどの自由時間が奪われ、夕食時にみんなで美味しくお酒を楽しむこともできないわけです。「待機」という働き方の改善とともに、勤務間インターバルを法制化し、労働者の健康と、患者・利用者の安全性を確保することが必要です。

3 国民のいのちと健康をまもるために

このような過酷な勤務の中でも、看護・介護労働者は常に患者・利用者とともにあり、今のままで良いのかと自問自答しながら踏ん張っています。制度の狭間で不安を抱える患者・家族を、退院調整看護師として、地域包括センター職員として、ケアマネジャーとして支えています。制度の矛盾を感じながらも、今の自分ができる役割を発揮して、患者・利用者・家族の「困った」に寄り添って（事例87、102）、可能性を引出し、ともに喜び、成長するのが私たちの仕事の醍醐味です。東日本大震災で未曾有の被害にあっても（事例97）、病院統廃合攻撃（事例98、99）にあっても、国民のいのちと健康をまもるために私たちが歩みを止めることはありません。

だからこそ主張します。患者・利用者、国民の安全・安心の医療・介護提供のために「人間らしく働ける夜勤の改善」と「大幅増員」を！ 長時間・夜勤交替制労働の有害性は、科学的にも明らかです。患者・利用者と労働者の安全にとって問題であるばかりでなく、労働者の健康障害は短期から中長期に渡って指摘されています（短期：疲労や感情障害、中期：循環器疾患や糖尿病、長期：乳癌や前立腺癌など）。日本医労連は2016年9月6日、「看護師の

夜勤交替制労働の改善を目指す国際シンポジウム」を行い、ILO産業部門別活動局医療専門官、韓国、フランス、オーストラリアの各国と意見交換を行いました。各国は日本の16時間夜勤を「異常で、ありえない」と言い、フランス代表は、「常日勤者が週35時間労働、夜勤者はその有害性から32時間30分に短縮。さらに30時間を求めている」と報告しました。オーストラリア代表は「患者対看護職員」の最低配置基準（例えば内科病棟では患者4人に対し看護職1名＋主任看護師）を定め、急な病休などの場合は登録看護師も含めて補充し、それが不可能な場合は患者の入院を制限するなど基準を崩さずに医療の質を担保していると発言しました。全て

の日本国民も国際労働基準を満たす人間らしい働き方と、健康問題や加齢による症状が発生した場合には人間としての権利が享受できる社会保障が必要です。

私たちの要求は、①1日の労働時間は8時間以内、②勤務間隔12時間以上、③少しでも心身の負担が軽い「正循環勤務」とすることです。この項目を入れると、夜勤交替制労働者は週32時間しか働けません。特別の過重性を考慮した、労働時間短縮・夜勤規制の実現とともに、国民が安心して暮らせるための「安全・安心の医療・介護」をめざして奮闘します。

オーストラリア「患者対看護比率」

現行の患者対看護師比

- 一般内科・外科病棟
 - 午前－1：4＋主任看護婦1
 - 午後－1：4＋主任看護婦1
 - 夜間－1：8
- 分娩室
 - レベル1，2，3
 - 助産師2：各シフト3分娩室
- 産前産後ユニット
 - 患者対助産師比
 - 午前－1：4＋主任看護婦1
 - 午後－1：4＋主任看護婦1
 - 夜間－1：6
- 地方の小病院と高齢者ケア
 - 急性期病棟
 - 午前－1：6＋主任看護婦1
 - 午後－1：7＋主任看護婦1
 - 夜間－1：10
- 高齢者ケア病棟
 - 午前－1：7＋主任看護婦1
 - 午後－1：8＋主任看護婦1
 - 夜間－1：15
- 救急科
 - 午前－1：3＋主任看護婦1＋トリアージ看護師1
 - 午後－1：4＋主任看護婦1＋トリアージ看護師2
 - 夜間－1：3＋主任看護婦1＋トリアージ看護師1

2016年9月6日

日本医労連「看護師の夜勤交替制労働の改善を目指す国際シンポジウム」でのANMF（オーストラリア看護師助産師連合）報告より

※公的病院…国立病院機構や日赤病院など全国的規模の病院の総称とした。

記載がないものは地場民間病院。

※県名のあとに何も記載されていない職場は「急性期」、それ以外は「慢性期」「地域包括病棟」「手術室」などと記載した。

わたしたちの要求

1

安全・安心の医療・介護を実現するため、
医師・看護師・医療技術職・介護職を大幅に増やすこと。

2

医師・看護師・介護職などの夜勤交替制労働における
労働環境を改善すること。

- ①労働時間短縮など、夜勤交替制労働者の保護措置や規制を強化すること。
- ②1日の労働時間は8時間以内、勤務間インターバルは最低でも12時間以上とすること。
心身負担が少ない「正循環」勤務を基本とすること。その際、夜勤のための「勤務免除日」を設け、週労働時間を32時間以内とすること。
- ③待機勤務は、交替制勤務を中心に改善すること。当面、実働が発生した場合、インターバル12時間以上確保すること。
- ④夜勤時の配置人員は、患者（利用者）10人に1人以上とすること。1人夜勤は早急に廃止すること。
- ⑤週休2日、年次有給休暇の完全取得を前提とする体制とすること。
- ⑥夜勤交替制労働者には、年齢を問わず、乳がん・前立腺がんの定期検診を義務付け、助成措置をとること。

3

医療・介護など社会保障の改悪を行わないこと。

4

患者・利用者の負担を軽減すること。

【日本医労連の要求「正循環勤務」】

勤務間隔

16時間

24時間

24時間未満



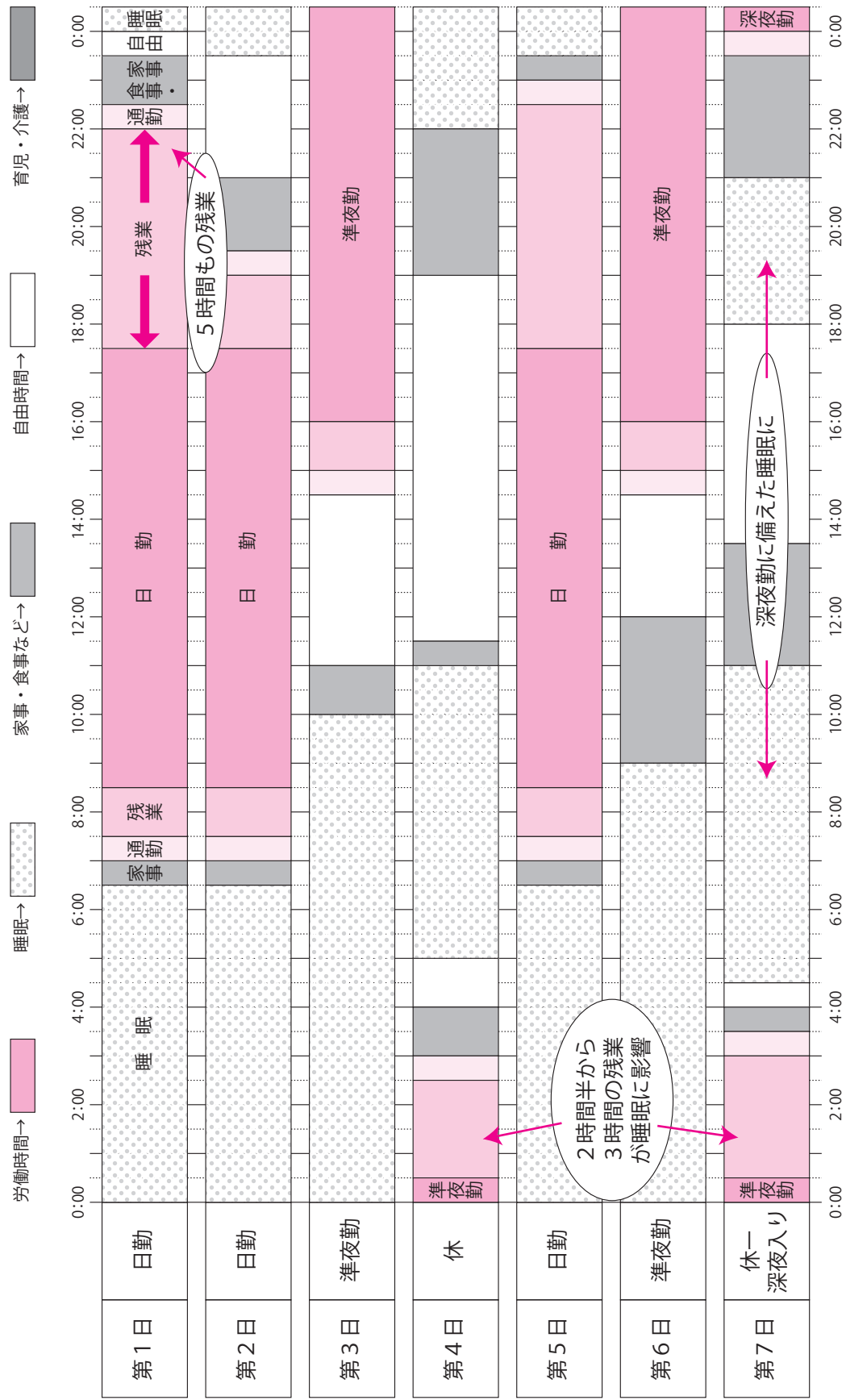
夜勤のための勤務免除

（注）労基法36条「休日」については、暦日が原則。番方編成（シフト勤務）で以下の要件を満たす場合に24時間継続で可としている。私たちの勤務は②を満たさないため、暦日「24時間未満」となる部分を夜勤のための心身の調整として「勤務免除」を要求している。

①交替制が就業規則等で定められ、制度として運用されている

②各番方が規則的に定められているもので、勤務割表等でその都度設定されるものではない

ケース① 3交替・正循環



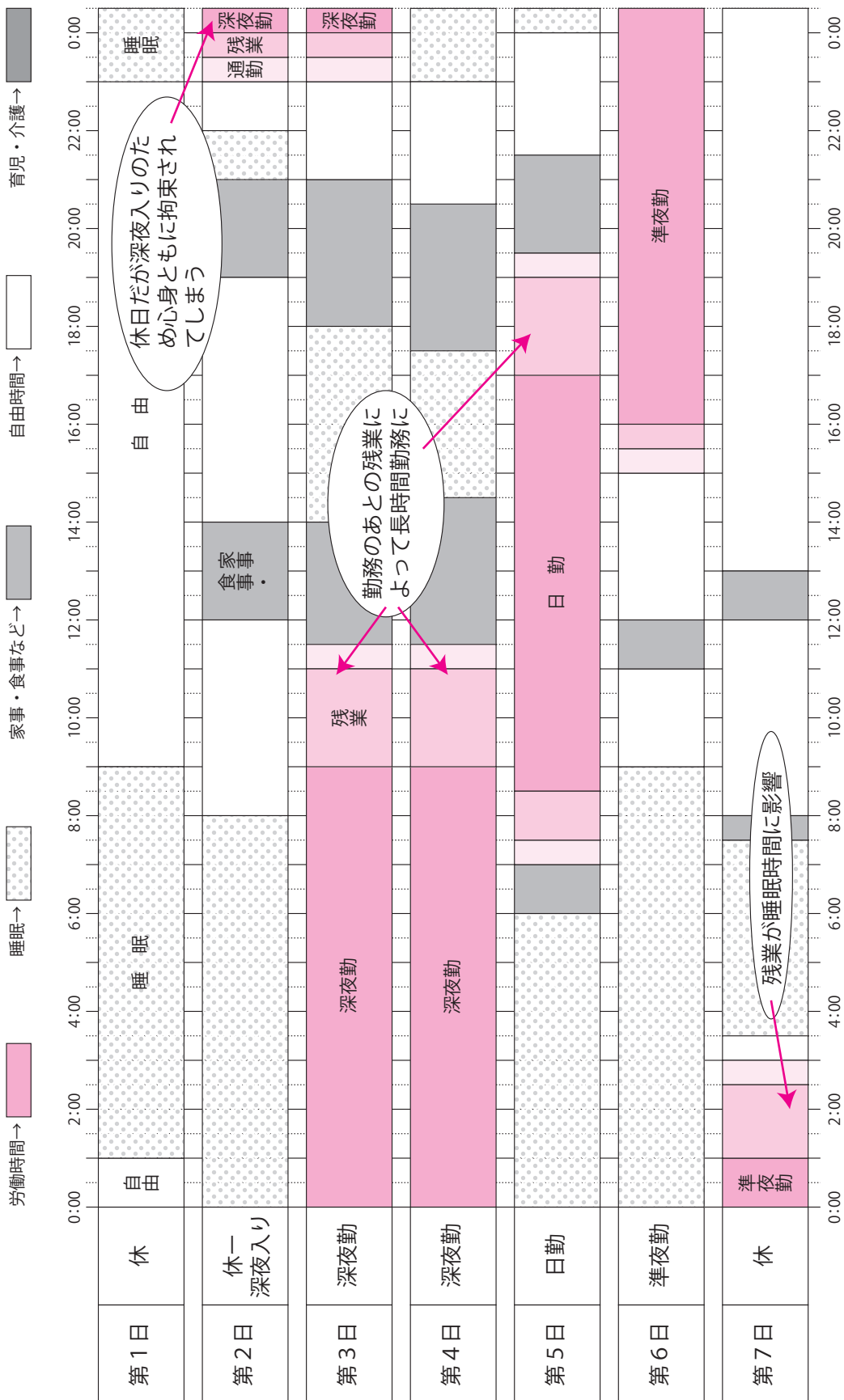
20代 看護師 (勤続5年) 女性・未婚 3交替・正循環

患者の状況把握や、薬・検査の準備等で必ず仕事の1時間前には業務を開始している。勤務後の残業も多く、この前後の残業が労働時間をさらに長くし、過酷な勤務にしている。

第1日目は、所定の勤務時間終了後に5時間残業し、終了が22時。第5日目も5時間半残業で、帰宅が23時。「早く終わって良かった」と本人が記載していた。第2日目も2時間の残業で、残業の常態化が推察できる。

準夜勤の後は2時間半から3時間の残業で、「休み」にかなりくい込み、朝方から昼前までの睡眠となり、本来の休日を楽しむ状況になっていない。第7日目は準夜勤おえてからの「休みー深夜入り」のため、睡眠中心の生活になっている。心身に優しい「正循環」とはいつても、これで貴重な休みが無くなるのはつらい。

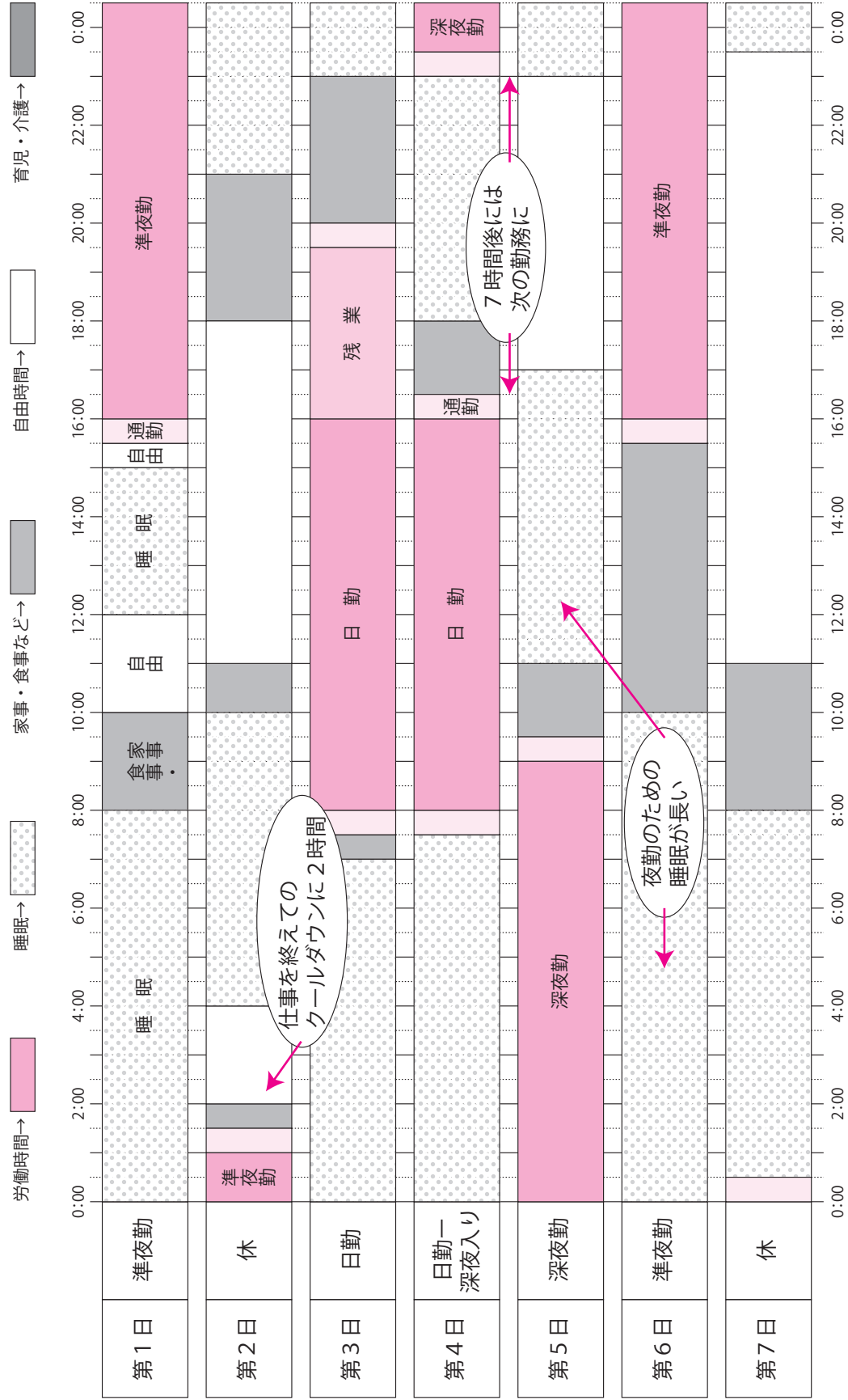
ケース② 3交替・正循環



20代 看護師 (勤続5年) 女性・未婚 急性期病棟 7:1 3交替・正循環

2連休2日目の第2日は「休みー深夜入り」のため、休みなのに心身ともに拘束されている。
 第3日の深夜勤1回目は昼近くまで残業し、帰宅後に睡眠をとり、23時には2回目の深夜勤へ。その深夜勤でも後に2時間の残業で、9時間拘束の11時間になってしまう。
 日勤でも夜勤でも必ず残業があり、長時間労働になっている。第7日の休みも前日からの準夜勤と残業で、眠れたのは午前3時半過ぎである。週3日の休みなど殆どないが、1週間に夜勤が3回はいり、疲労回復のために睡眠確保を中心に生活調整している。休みが多いように見えるが、次の勤務に常に心身が拘束され、自由に使える時間が常日勤者より少なくなる。

ケース③ 3交替・逆循環

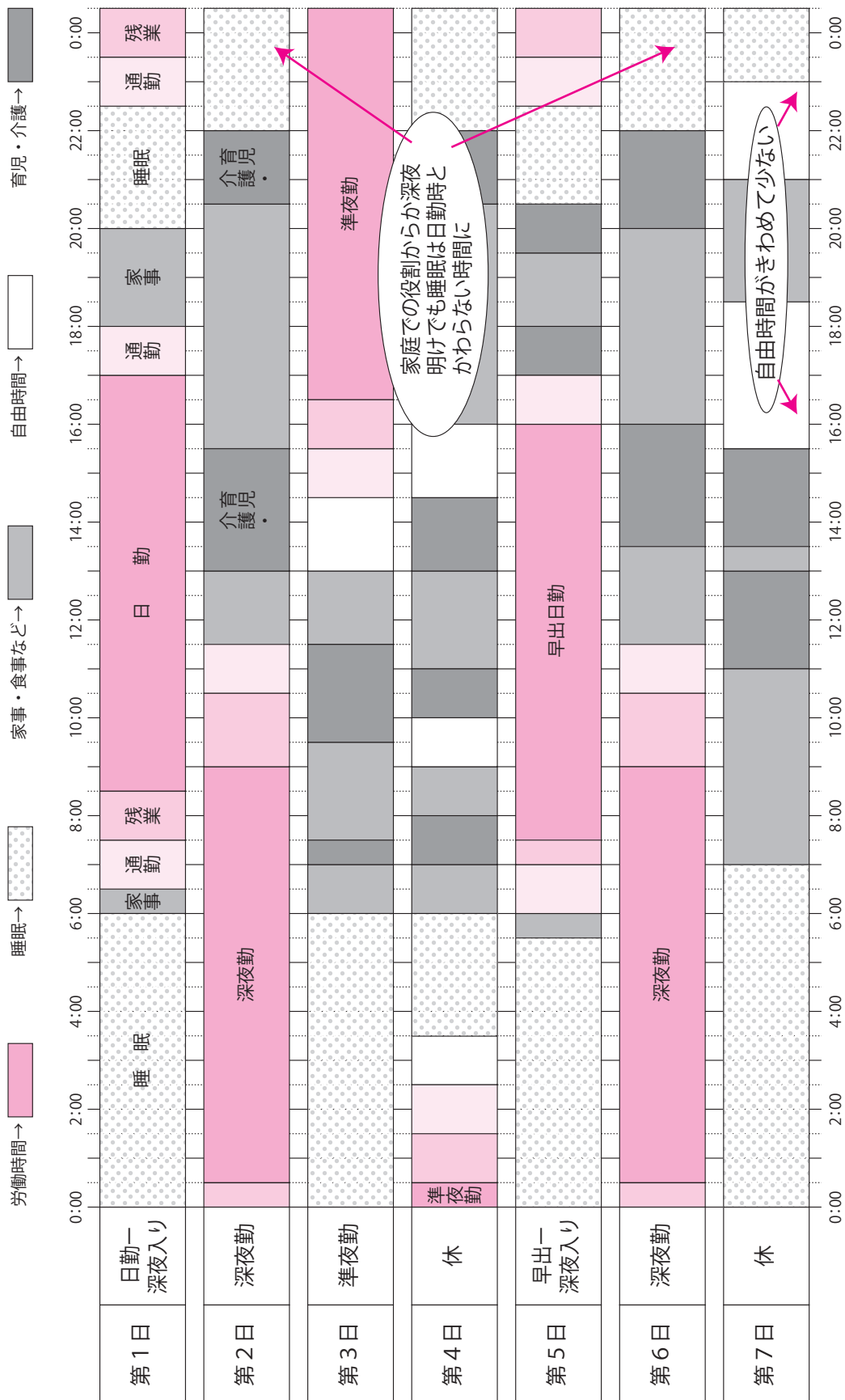


20代 看護師 (勤続6年) 女性 未婚 急性期病棟 3交替・逆循環

若くても夜勤は相当に疲れるため、夜勤のための「睡眠」にかなりの時間を費やしている。第2日は、前日からの準夜勤が休みにくい込み、帰宅後すぐにはクールダウンできずに2時間経てからの睡眠となっている。昼近くまで休んでも休んでも不十分なため、夜も21時には就寝、休みとしての自由時間が少なくなっている。

また、第4日は「日勤→深夜入り」のため、日勤終了後7時間後には深夜勤で再出勤（深夜勤のため残業なしで帰す職場内の協力関係があると思われる）。残業のため勤務間隔がさらに短くなるのが通常である。深夜勤の前夜、そして翌日含めて睡眠時間が異様に長く、疲労度が想像できる。

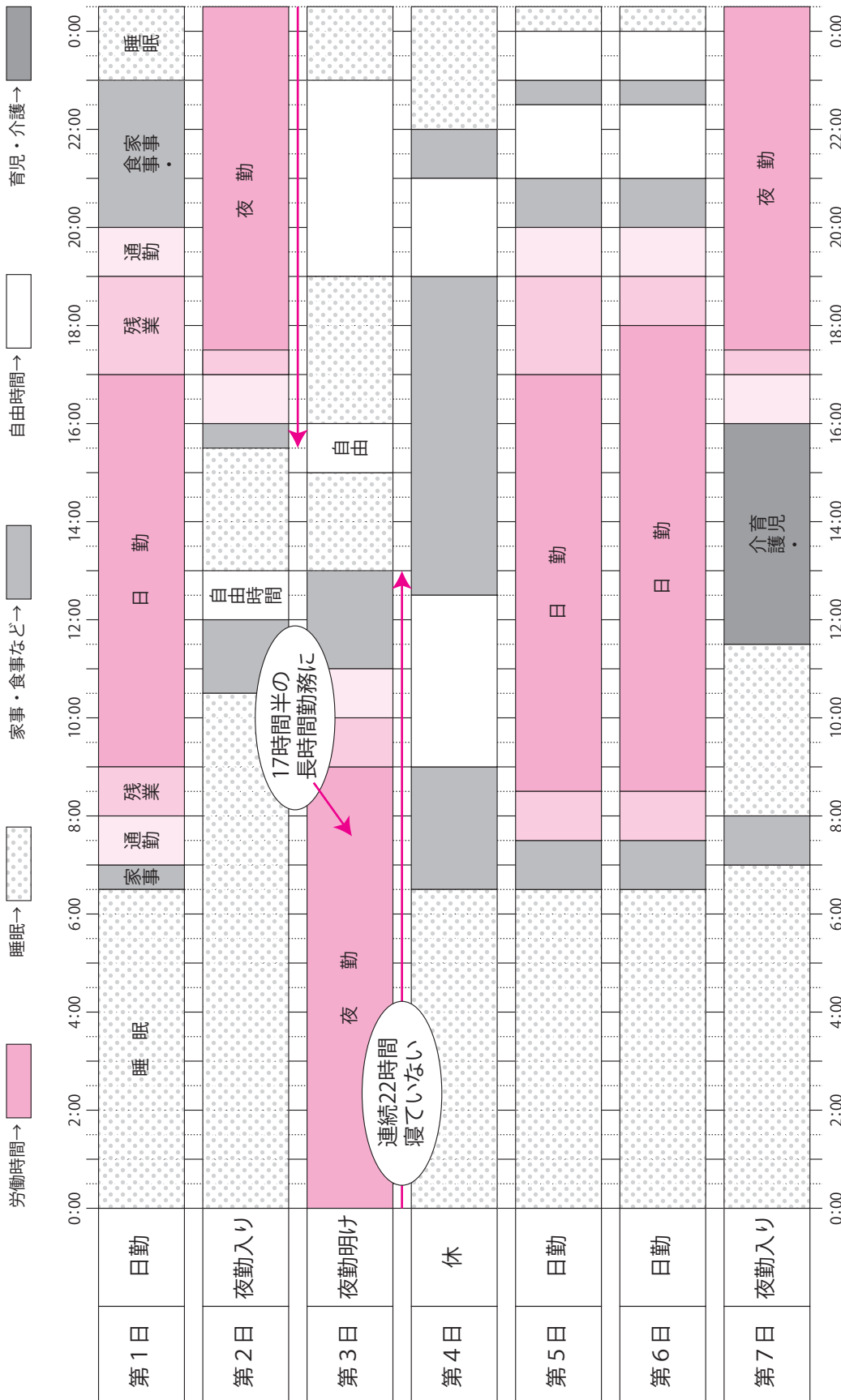
ケース④ 3交替・逆循環



40代 看護師 (勤続7年) 女性 配偶者・子供1人 一般10:1 3交替・逆循環

子育てと親の介護のダブルケアあり。仕事のハードさに加え、家庭での役割も重く、睡眠と自由時間が極めて少ない。
 第1日・2日は「日勤→深夜」、第5・6日は「早出→深夜」で、後に1時間半残業し帰宅。その後、家事やダブルケアに追われ、通常の睡眠時間まで一睡もせずに経過している。
 家族がいるので起床時間はほぼ6時で規則正しい睡眠に見えるが、第4日の準夜勤後は2時間半しか眠らず、休みの終日が家事になっている。健康が心配になるほど睡眠が足りない。

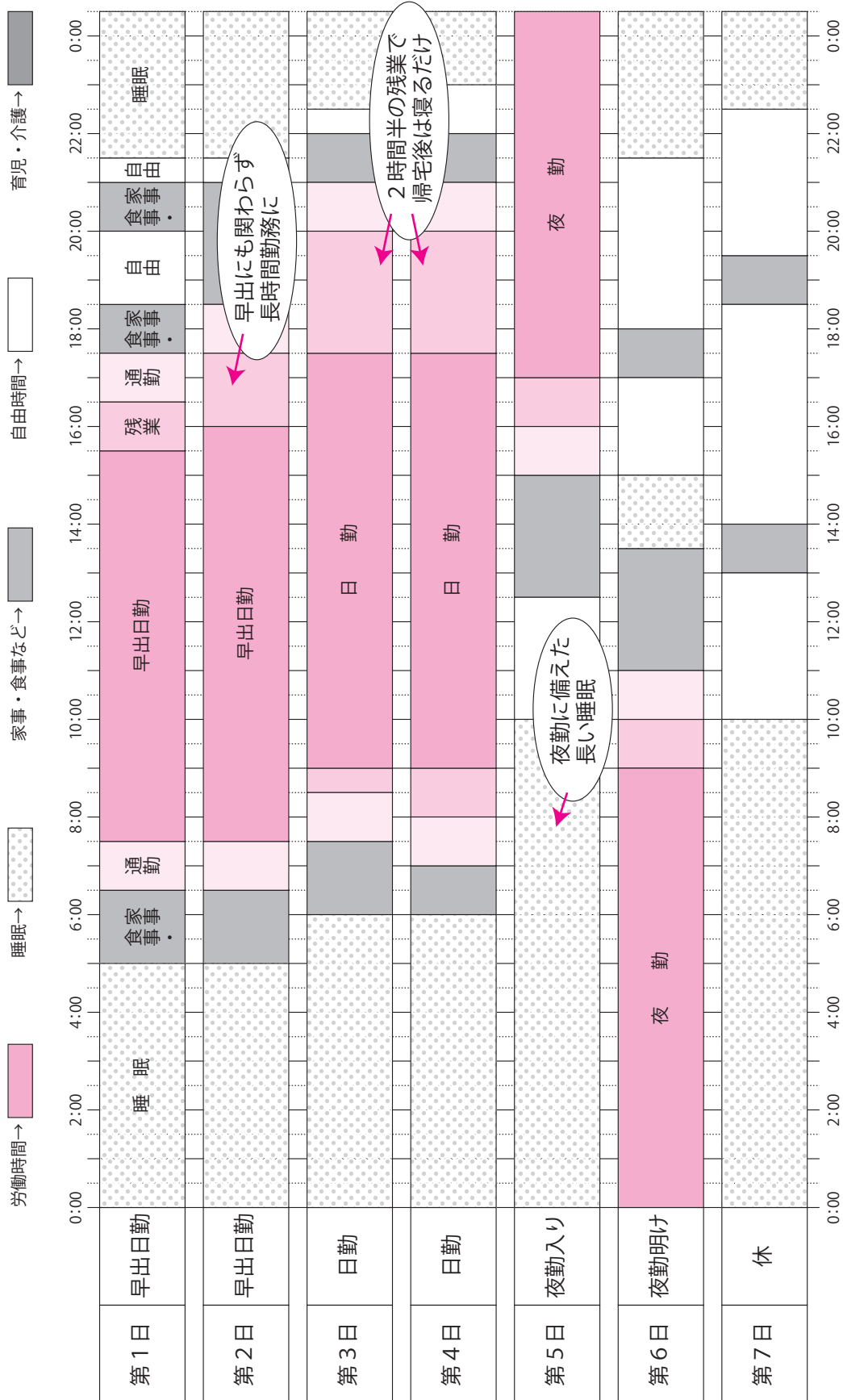
ケース⑤ 2交替



40代 看護師 (勤続22年) 女性 配偶者・子供3人 障害者病棟 10対1 2交替

勤務前後の残業がかなり常態化している。
 また、第2～3日の夜勤(17時～翌日9時)は前後の残業のため、拘束時間が17時間30分に及んだ。もともと16時間の長時間夜勤にもかかわらず、前後の残業がさらに過酷な状況になっている。夜勤後も家事ですぐには休めず、仕事を含む活動時間(眠れない時間)が22時間にもなっている。そのため夜勤入りの時に、効果がないことがはっきりしている「寝だめ」をおこなっている。その分、自由時間、特に自分に使える時間が全体的に少ない。

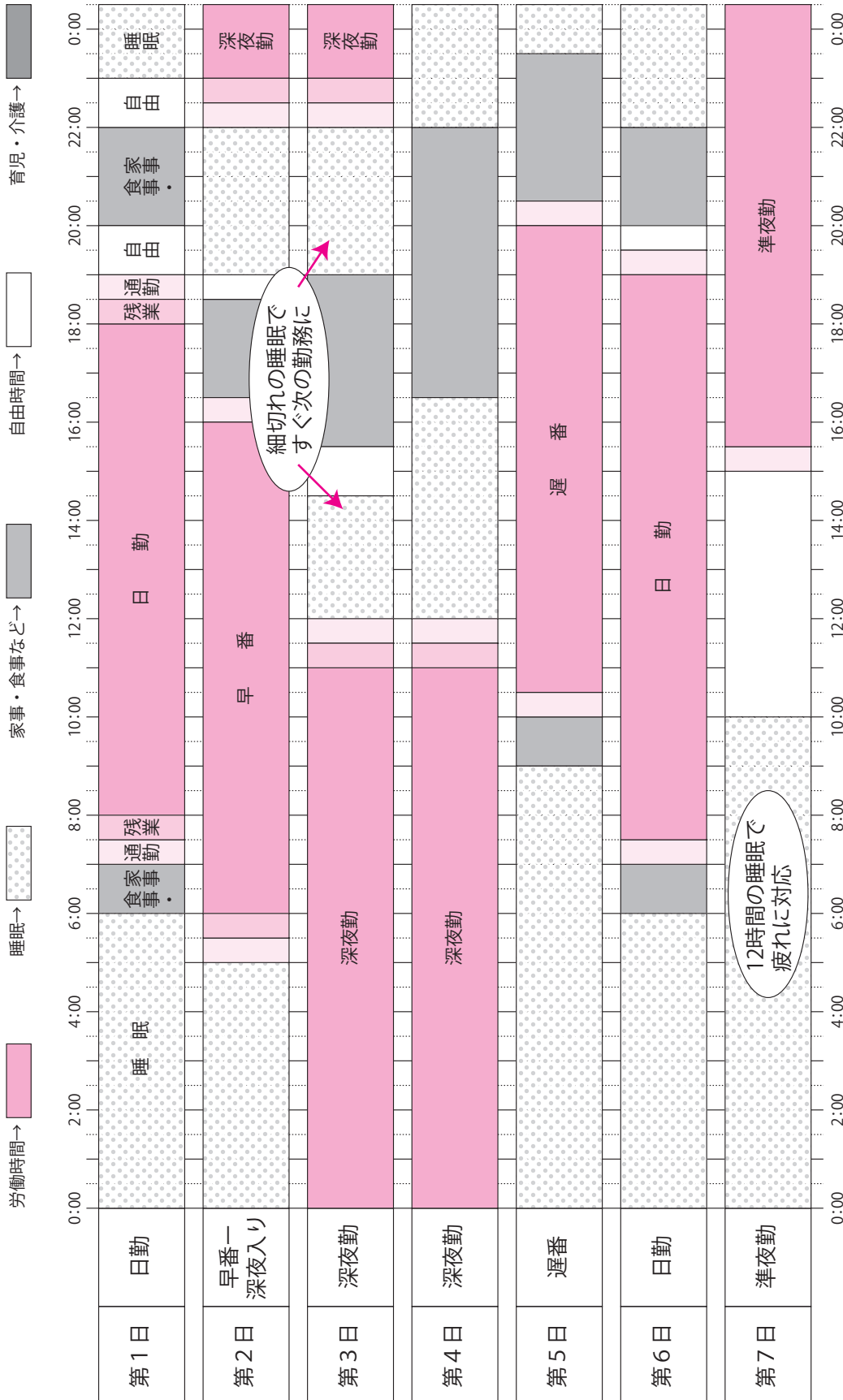
ケース⑥ 老健・2交替



50代 看護師（勤続30年）老健・2交替

第1・2日は、7時半からの早出勤務にもかかわらず、残業のために拘束9～10時間になっている。また、第3・4日の日勤は2時間半の残業で、帰宅後は食事して寝るだけになっている。夜勤の前や休日は、夜勤に備えたり疲労回復のため睡眠時間が12時間くらいになっている。勤務のための睡眠調整で、自由時間が少なくなってしまう。

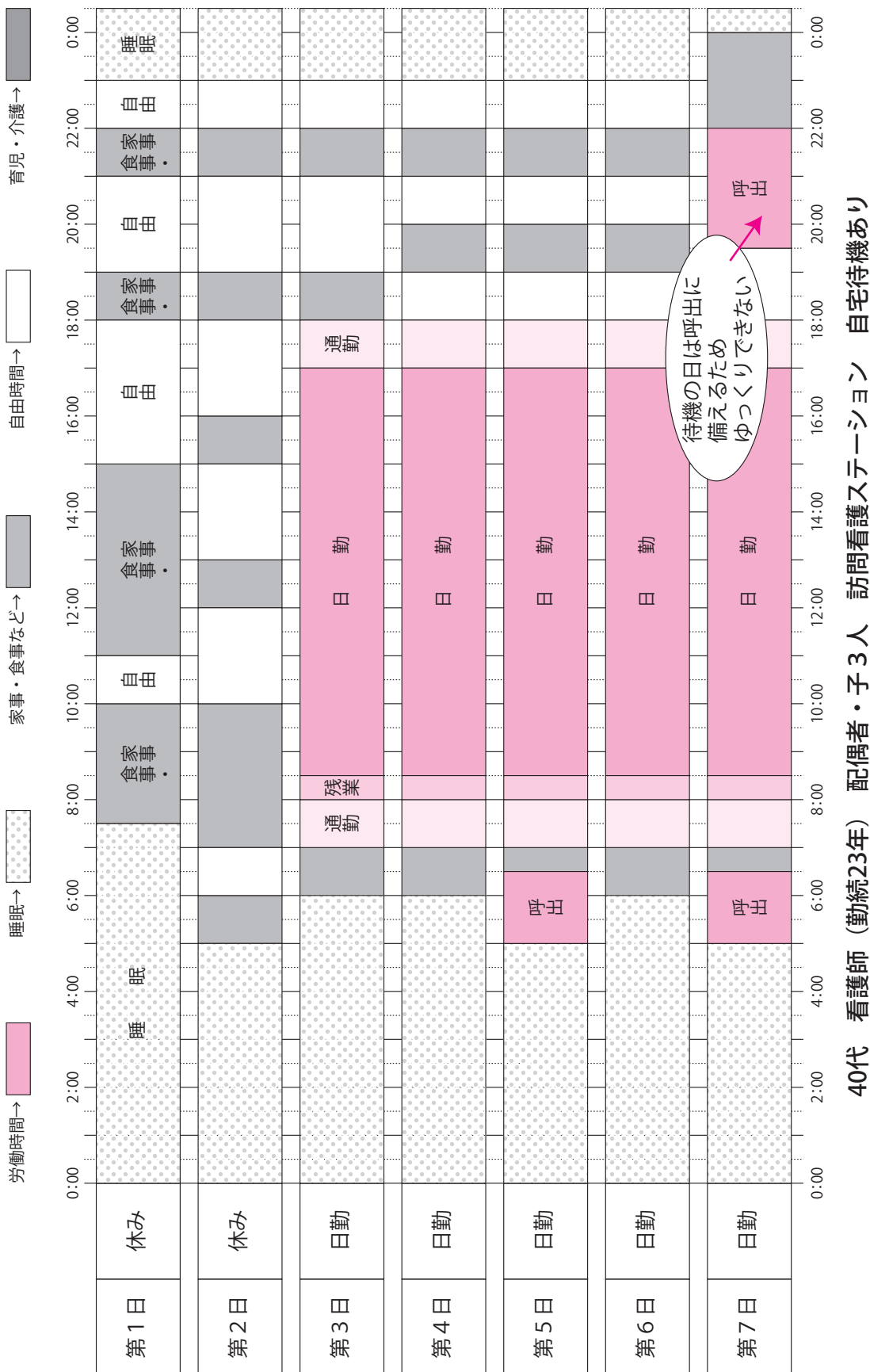
ケース⑦ 3交替・逆循環



30代 介護職 男性 配偶者・子1人 一般病棟 3交替・逆循環

「日一早ー深ー遅ー日ー準」と休みのないハードな1週間となった。3交替といっても少なくとも勤務形態が5～6あるため、労働時間が不規則で、それに連動して睡眠や生活時間不規則にならない。その間に育児や家事が入り、本人の記述でも「ろくに眠れずに起床。すぐに着替えて出勤。昨日の疲労が取れず、寝不足状態。ナースコール、赤外線センサーの対応にあたる。前日と同様の勤務をこなし、睡魔に襲われながら運転して帰宅」とあり。
深夜勤も2連続で、疲労回復できないままの勤務となっている。第6日と7日の間に12時間の睡眠をとって調整している。

ケース⑧ 訪問看護・待機勤務あり



日・月での2連休があった。夜勤がないので睡眠はじめ、生活の時間は規則的にみえる。しかし、5日目と7日目は、利用者からの出勤要請あり。通常より睡眠が短くなり、一旦自宅に戻れたものの、そのまま通常勤務となった。特に7日目は夜にも出勤要請あり。食べようと準備していた夕食は22時になってしまった。自宅待機とはいえ、常に拘束された状態にあり、ゆっくりできない。また、出勤せずに電話対応のみの場合は実労働として扱われない。

あなたたちは看護師や介護士ではなく、 まず看護・介護労働者なのです

公益財団法人大原記念労働科学研究所
佐々木 司



最近、筆者は看護師に対して「あなたたちは看護師ではなく、まず看護労働者なのです」と声高に叫んでいる。同じことは介護士にも言える。ともに労働対象が人間だからだ。繰り返そう。看護・介護は、一人が行う弱者をいたわる無償の行為。看護・介護労働とは、その看護・介護を病院や施設が接収したものである。また労働とは、法規、協約、業務手順書などワークルールに守られている社会的活動でもある。だから看護・介護と看護・介護労働とは違う。そもそも看護・介護は、生活支援技術である。やればやるほどできてしまう際限のない活動である。したがって病院や施設で看護や介護をすると、看護師や介護士は疲弊してしまうという帰結が待っている。

また看護師や介護士は、交代勤務に就いている。交代勤務の最大のメリットは、残業が生じないことにある。その理由は、残業が生じた場合は、次のシフトに送ることができるからである。しかし看護・介護労働黒書が指摘しているように、看護師や介護士には恒常的な残業がある。それもサービス残業である。つまり看護師や介護士は交代勤務に就くことのメリットすら享受していない。さらには、夜勤に就くことの安全、健康、生活のリスクを社会が評価してくれない。なぜなら夜勤・交代勤務者は、先進工業国でも20%前後しかいない少数派だから、夜勤者のリスクを想像すらできないからだ。したがって看護師や介護士は、看護・介護の本質と夜勤・交

代勤務に従事することの2つの十字架を背負わされている。その結果が、この凄まじい看護・介護労働黒書である。

そこで、看護師や介護士からこの2つの十字架をどう取り払うかが最大の課題になる。この黒書の最も大きな貢献は、後者の見えにくい看護師や介護士の労働・生活状況を「見える化」したことにある。なぜ看護師や介護士が慢性疲労におちいり、疲弊するか理由が、なまなましい文章と生活時間表が示してくれている。これを読んで、また見て、看護師や介護士の置かれている状況を想像できない人はいないだろう。問題は看護（介護）の本質の十字架をどう取り払うかである。筆者はそのキーワードが、看護師が意識して労働者認識を持つことであると考えている。労働者認識とは、上述したように労働にはワークルールがある。だからまずそれを守ること、守らせることである。そのためには、筆者は、看護師の抵抗にあいながらも、看護師には看護の質を低下させることを辞さない姿勢が必要なのではないかと提案してきた[1]。

しかし現在、筆者は、この黒書を読み進めるうちに、もはや看護師や介護士は看護・介護の質を低下させる体力さえも無いのではないかと感じるようになった。しかも最近起こっている看護・介護職場の耳目を疑うような異常な事件と、その体力の低下が符合するようで、たいへん不安になっている。

[1] 佐々木司、2016年度夜勤実態調査の結果を踏まえて―看護の質を低下させることは決して恥ではない、医療労働、2016；595：3－6。

「看護黒書」が問いかけていること

神戸市看護大学教授
林 千冬



看護職者は、人々の暮らしと健康を支える専門職です。けれどもその担い手自身が、人手不足による過重労働にあえぎ、働きに見合わない低賃金に憤り、くらしも健康もぎりぎりの状態に置かれていることの危うさ。

「看護師黒書」を読ませていただいて、まず感じたのは恐怖です。ケアという人間社会の豊かな営みが、根っ子のところでじりじりと侵されている怖さです。忙しさは心を亡くす。看護職にとって、思うようなケアができないジレンマは辛い。けれど、そのことにジレンマさえ感じなくなることはもっと辛い。逆に、もし自分が病んだときに、そばで支えてくれるはずの人が、疲れ果て、心を亡くした能面の表情だったらどうでしょう。気配りや気遣いやいたわりの心は、決してプライスレスではないのです。

日本は、先進国中でも特に医療にお金をかけていない国です。その一番のしわ寄せが、様々な形の医療従事者・看護師不足として現れています。お金をかけてください。もっと多くの看護職者を、もっと豊かに育ててください。そしてもっと豊かな環境で働かせてください。

看護職者たちは、こうした中でもなんとか看護職者同士でつながり、支え合い、よりよいケアを生み出す努力に明け暮れています。小さな工夫を重ね、どうすれば効率的によいケアができるかを勉強するのにそれは熱心です。

看護職者たちは、たたかってもいます。人を増やす、お金をかけるというのは、社会制度の、政策の問題です。人手不足の原因は、個々の経営者がケチだからではない。医療の場合、足りなくてもよしと

するような、人を増やすことを阻むような、診療報酬の人員配置基準があるからです。こうした制度・政策にも看護師は立ち向かい、よりよい制度改革を求めてたたかっています。それは、自分たちのためであり、患者・利用者のためでもあるからです。

それでも、看護職とて人間です。ときに忙しさに負けて人間関係すら歪む。仕事づくめの中でもくらしも心も荒む。これに、過重労働による肉体の疲労が加われば、たとえ健康のプロでも壊れます。看護師の過労死や過労による労災事故が目立ちますが、それは氷山の一角にすぎません。

おりしもこれを書いている最中、新人看護師が過労うつで自殺したというニュースが飛び込んできました。大学看護学部を卒業したばかりの、明るい娘さんだったそうです。看護学教員である私は悲しさと憤りで震えが止まりませんでした。私は、新人看護師が死ななくて済むような教育をしなければならなかったと思いました。卒業して働き出したらどんなことが待っているのか、どんな時にSOSを出すべきなのか、いざとなったらどうやって逃げるか――。

そう、私は潰れる前に逃げろと言いたい。看護職者はあまりにも責任感が強すぎる。自分の身が危うくなれば、逃げてもいいよとしっかり教えたい。けれども、そうして看護職がどんどん逃げてしまえば、いよいよ患者のそばに看護職者は居なくなるでしょう。看護ケアを失う患者は私であるかもしれない。それはとても困ります。

逃げないように、留まってもらうために、患者・市民はどうするのか。この「看護黒書」はその問いを鋭く突き付けているのだと思います。

現場の犠牲で成りたつものではない 医療・介護保障の再構築にむけた運動が必要

金沢星稜大学経済学部教授
曾我 千春



2012年の社会保障制度改革推進法の制定から早5年がたとうとしている。この間、社会保障費の削減と国民の自己負担増、そして公的責任の後退、医療と介護の市場化・産業化はセットになって進められ、医療保障・介護保障の崩壊は人々の健康や生命を脅かし続けている。

労働基準法さえも守ることができない「ブラック企業」の蔓延、過労死・過労自殺の多発が社会問題化しているが、看護・介護労働現場はその代表格になっている。

本看護・介護労働黒書からは深刻な現場の実態が伝わってくる。看護現場の月9回という人間の生命や健康を無視した夜間勤務、慢性的な労働者不足であるにもかかわらず、労働時間規制を形骸化させる「成果主義賃金」までもが導入され、看護・介護労働の過酷さはますます増大してきている。医療保険制度や医療提供システムがもたらした現場の疲弊状況が伝わる。患者の健康状態や生活状態を無視した包括点数の導入、急性期病院における「退院調整業務」の診療報酬化・在院日数短縮で診療報酬が上がる仕組みという、患者「追い出し」策は、現場の看護師たちに強度のストレスを与えている。

また、介護労働現場では、国・地方自治体の無責任体制の象徴ともいえる「地域包括ケアシステム」により、「地域」や「在宅」、「自立」を強要し、看護・介護労働者の高い知識と能力、誇りを無残にも打ち砕いている。専門性をもって利用者に対してサービスを提供しようとしても制度や報酬との関係で

できない。介護保険制度の保険範囲の縮小は貧困の拡大化とセットとなって、介護が必要であっても重い負担は利用の抑制策として作用し、結果、全国各地で「介護心中」が後を絶たない。

加えて、介護労働の賃金水準の低さは従来から問題とされながらもいまだに解決されないどころか、産業化の流れのなかで非正規化は進み、更に低くなりつつある。介護労働者の離職もとどまることなく、介護労働者不足の問題も深刻化しており、現場で働く者の疲労は最高潮に達しているといえる。事業者のなかには介護労働者不足で事業範囲を縮小しているところまでもが現れている。

看護・介護の労働者たちは自分の健康や家族を犠牲にして、医療保障・介護保障のにない手として「患者さん」「利用者さん」のために日々の業務に真摯に向かい合っている。しかし、看護・介護労働は、決してそのにない手の犠牲にもとに成り立つものではない。国の医療保障・介護保障、労働権保障のもとに成り立つものでなければならない。

安倍政権の医療・介護政策は、看護・介護労働者と人々の健康・生命を守ることを無視した方向に進んでおり、生存権の理念を形骸化させつつある。

この看護・介護労働黒書を契機として、看護・介護労働者を中心に、国民、研究者とともに医療保障・介護保障の再構築に向けた改善運動に取り組んでいく必要がある。

専門職としての誇りをもって力を発揮できるように 職場環境を整えることが不可欠

一般社団法人日本難病・疾病団体協議会（JPA）事務局長
水谷 幸司



私たちは、腎臓病、肝臓病、パーキンソン病、膠原病などの慢性疾患や希少難病の疾患別の全国組織と、都道府県別の難病・疾病団体の連合組織で構成されている当事者と家族の団体です。日頃から、医師や看護師をはじめ、医療、介護、福祉に携わる様々な職種のみなさんの支援なしには、安心して生きていくことはできません。

治療、とくに手術で入院した際には、手術を前にしてのさまざまな検査が続くなかで、患者は心の不安や葛藤を抱えて過ごします。また術後の回復期には、自分の身体が思うように動かないことへの苛立ちや不安を抱えながら、リハビリを続けなければなりません。その際に患者に一番身近で頼りになるのが、病棟の看護師さんやヘルパーさんです。

私自身、一昨年の暮れに大腸に進行がんが見つかり、大腸がんの切除手術などで1カ月以上の入院を経験しました。その際に、病棟での看護師さん、ヘルパーさんの明るく献身的な看護は、本当に涙が出るくらいありがたく、頼りになりました。

病棟での入院生活は、昼間は面会の家族が付き添い、また看護師さんやヘルパーさんなども多く、検査などもあるので患者も忙しく過ごしますが、夜になると、ベッドの中で患者は不安に包まれます。まわりではナースコールが鳴りやまず、落ち着かない気持ちになります。看護師さんは休むこともできずに、夜中まで様々な雑務をこなしている姿を見てきただけに、この黒書に書かれている現実が、リアルに伝わってきました。

退院後も、通院での抗がん剤治療で月に2回は腫瘍センターに通っていますが、そこでも明るい看護

師さんに、いつも励まされています。

難病患者は、病気への不安を抱えつつ、治療が必要になれば病院にかかり、日常は地域や職場での生活をおくっています。治療が必要になった時に安心して病院にかかれる体制があるからこそ、地域でも安心して生活ができます。また、病気を抱えつつ、働いたり、地域での日常生活をおくったりするには、介護や福祉に携わる様々な職種のみなさんの支援を受けなければなりません。

この黒書を読んで、その専門職のみなさんが健康で安心して職務をこなすことが出来なくなっている現実、あらためて大きな衝撃を受けました。患者が安心して治療を受け、日常生活を過ごすことができるためには、医療や介護、福祉に関わるみなさんが専門職としての誇りをもって力を発揮できるように職場環境を整えることが不可欠であることを、この黒書は訴えていると思います。

難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）の施行で、難病患者への社会的支援策がようやく法的根拠をもつことになり、基本方針に基づいて、医療、福祉、就労などの制度に難病患者への支援策を入れていく課題も、まだ動き始めたばかりです。法制定時の付帯決議や基本方針の早期実現に向けて、地域での推進体制づくりなども緊急の課題です。そのためには、これらに関わる専門職の方々の職場環境の改善は欠かせない課題と言えます。

私たちも患者の視点から、みなさんが専門職としての力が発揮できるよう、ともにがんばりたいと思います。

深夜労働や不規則勤務の過重性を十分に認める改正を

川人法律事務所 弁護士
川人 博



昨秋以来、電通の女性社員過労死事件の報道を契機にして、かつてないほど過重労働の規制が広範な国民の世論となり、行政の対応も企業に対し相当に厳しく監督行政を行うようになってきている。そして、長時間労働を36協定により無制限に合法化する現在の労働基準法に対する批判が高まり、法令の改正が具体的に真剣に議論されるようになってきた。

これらのことは、もちろん一歩前進であるが、現在の議論には抜け落ちていく論点がある。

それは、深夜労働を含む交替制勤務による心身に対する負荷について、社会的議論が乏しいことである。もちろん、労働組合や識者からの問題提起があるが、総体的にみると、現在の労働時間規制議論は、いわゆる「9時—5時労働者」の残業規制をもっぱらテーマにしている。

現行の労災認定基準自体、「9時—5時労働者」の時間外労働が月80時間以上となるかどうかにもっぱら焦点が当てられており、また、過重労働規制のための行政指導においても同様のことが言える。

しかし言うまでもなく、日中の1時間の労働と深夜帯の1時間の労働では、人間の健康に対する負荷は大きく異なる。また、毎日朝の始業時刻が定まっ

ており日中業務を基本とする場合と、日中労働と夜間労働を交互に行う場合とでは、健康に対する影響度は大きく異なる。

にもかかわらず、たとえばある看護師が過重労働の末、死亡した場合に、通常の日中労働者を想定した時間外労働80時間に達しているかどうかを労災認定の最大の基準にしており、この結果、看護師が過労の結果、病気になったり死亡した場合でも、時間外労働が少ないとの理由で労災と認定されないことがしばしば発生している。実際、現在私が担当しているある大学付属病院の若い看護師が死亡したケースでも、このような理不尽な理由で労災認定が行われず、現在、審査請求を続けている。(注)

私は、1988年から過労死110番の活動に参加し、過労死の労災認定の基準改正に取り組んできたが、今後の大きな課題は、看護師などのような勤務形態について、深夜労働や不規則勤務の過重性を十分に認め、たとえ仮に残業時間が多くない場合でも労災と認定する方向に通達を変えることである。

この労災認定基準の改正を実現することは、過労死予防にも大きな力となるものであり、労働組合を始め関係者の方々とともに取り組みを強化したい。

(注)

看護師の労災認定が困難な中でも、都内病院に勤めていた24歳の看護師が致死性不整脈で亡くなった事件につき、平成20年10月、三田労働基準監督署で労災認定された。この事案では、月平均80時間に近い残業時間、不規則勤務（交替制勤務や当直勤務）等による過重性を総合的に判断して労災と認定された。労働時間については、タイムカードの記録だけでなく、関係者からのヒアリング等、各種資料で確認できた部分を含めて算定した。業務の質的な過重性として、交替制勤務（日勤、遅番、早出等）、当直勤務（約25時間に及ぶ拘束）、緊急手術（患者の生死に関わるものや突発的なもの等）、休日が少なく連日勤務が認められた。

病院における看護職場の実態

(一般病棟・精神・手術室含む)

1 絶対的な人手不足が職員にも患者にも影響

(1) 慢性的な看護師不足

事例1 年度初めから不足 地方都市の350床の病院で働いていますが、看護師が圧倒的に足りません。4月の新年度スタート段階でも看護師の必要数が確保されず、1カ月の夜勤回数は9～10回、さらに病休者や妊娠による夜勤制限者などが出ると11回にもなります。年度途中での採用はほとんどなく、看護助手の補充すらありません。そんな病院に見切りをつけて退職していく看護師があとを絶ちません。後補充がないためさらに悪循環で、更なる退職につながります。努力義務の法に実効力はなく、病気がりや就学前の子どもがいる看護師に夜勤強要して、離職に拍車がかかります。現場は未だに2人夜勤、休憩も取れず、取れたとしてもピッチをもって対応しながらの休憩、これって休憩ですか？(公的病院・北海道・看護)

事例2 具合が悪くても休めない 私の働く病院では、慢性的な人手不足です。「7対1」看護体制*をとるために、外来や手術室からの応援で何とかなっている状況です。要望を出しても看護師は増えません。毎日忙しく、超過勤務は当たり前、休みも希望した日に取れず、家族との時間も自分の時間も取れません。そんな魅力のない職場で、育児もままならず辞めていくスタッフも。具合が悪くても、みんな薬を飲んで頑張っています。いのちまもる仕事に、自分のいのちを削って働いています。看護師は魅力的な職業だと思いますが、働き続けようと仲間

に勧められない過酷さ、勤務環境改善なしには人手は増えません。(岩手・看護)

*概ね「7人の患者に対し1人の看護師配置」という診療報酬上の基準。一般病棟では一番配置数が多い。

事例3 日勤終了が22時 日勤が朝8時から16時半までなのに、終了が22時になってしまうことがあります。人員が不足しているので改善されません。〇〇委員会が多く、その業務にもふりまわされて多忙です。夜勤が月9回になっても問題視されず、人員が少なくても“働け、働け”と物扱いされているような気持ちになります。責任感のみで仕事している状態です。(公的病院・三重・看護)

事例4 勤務パターンが多い 日中の勤務だけでも4パターンある。早出①7:30～16:15、早出②8:00～16:45、日勤8:30～17:15、遅出10:15～19:00。通勤は車で30分。途中、事故とか何かあると大変だから余裕をもって出勤する。毎日続くと、勤務時間、今日は何日、何曜日？自分でもわからなくなる。来月の勤務がわかるのは、5日前の26～27日頃。看護師がいればシフトもこんなに多くなくて済むし、勤務表だって早く作れるだろうに。(愛媛・慢性期・看護)

事例5 気持ちに余裕がない 48名の患者を夜勤では2人の看護師で看ています。センサーマット*10台作動し、自殺企図の患者もいます。夜勤休憩も取れず、頑張っています。12月に病欠1名、退職1名で、日勤でもスタッフが少なくなっています。疲れが取れず、体調不良でも休めません。1歳にならない子どもをかかえて仕事をしていて、保育園から呼び出しがあると他に誰もみってくれる人もい

ないので休まざるを得ません。残業が多いと「指導」され、結局、サービス残業になっています。日勤もほとんどが早番と遅番、ナースコール鳴りっぱなしで気持ちに余裕がなくなり、対応が冷たくなってしまう。「ちょっと待って」が口ぐせに…。
(青森・看護)

*転倒・転落防止のため設置、患者が動くとき警報音が鳴る。主にナースコールに連動。

事例6 急な休みはタブー ギリギリの体制なので、子どもが熱を出しても休めない。休めないから夜勤を選択して日中一緒にいるか、夫に具合の悪い子を無理にお願いしたりで対応しています。自分の体調不良では休めません、体制がなくなって患者が心配だから、薬飲んで勤務します。いつかこの厳しい状況から脱出できるだろう、そう思って耐えています。小児看護がしたいだけ、病気で苦しむ子を助けたいだけなのに、今は最低限のことしかできていない…。「看護師さん、忙しそうでかわいそう」とご家族から言われる、きっと私たちに笑顔や余裕がないのだと思います。ご家族にまで伝わるなんて辛くて仕方がない。すでに夜勤は月13日にまでなり、自分の家族にも負担をかけている。「夜勤をしないで」「病院がそんなに大事なの?!」と責められます。何とか解決してほしいです。(宮城・看護)

事例7 定年後も夜勤 泌尿器科・眼科・耳鼻科・皮膚科・内科の混合病棟で働いています。混合なので覚えることも業務も非常に煩雑です。そのためか、昨年入った5人の新人は1人しか残っていません。今年の新人も3ヵ月で他の病棟に異動してしまいました。妊婦も3人いて、間もなく1人ずつ産休に入ります。私は定年後の再雇用で、日勤のみの週32時間で働いていましたが、看護師不足で夜勤に駆り出されています。患者に優しい言葉をかける余裕さえありません。本当に人が足りない、休みも取れない! 私たちがめざす「したい看護」はこんなじゃない!! (長野・看護)

事例8 若い人を育てられない HCUという急性

期病棟にもかかわらず経験の少ない1〜3年目の看護師が多く、指導もままならない状況です。夜勤で重症患者が来ると、経験あるスタッフがチームを超えて受け持たざるを得ず、中堅クラスの看護師の負担は増える一方です。中堅、ベテランのナースが辞めてしまうのも頷けます。悪い状況がさらに悪い状況をうみ、負の連鎖に陥っています。若いスタッフにゆっくりと指導ができ、1人1人の負担軽減ができるようにするには大幅に看護師を増やすしかありません。(長野・看護)

事例9 親が亡くなっても夜勤? 実の親が亡くなっても、夜勤の交代は迷惑をかけてしまうと、仕事にきたスタッフがいます。このスタッフの気持ちを考えると、とてもつらいです。そんな時くらい、当たり前前にちゃんと休めるくらいのスタッフ数を夜勤でも配置してほしいです。(愛知・看護)

事例10 休日も体制減らされ 退職、産前・産後休暇などが重なり、どんどん看護師が減っているのに補充がなく、これまで4人でやっていた休日・祝日が1人減らされ、3人で必死にやっています。患者数は同じなので、患者と話したり向き合う時間が減っています。入浴介助など患者が気持ちいいと感じてもらえるケアの時間も減っています。小さい子どもがいるスタッフは、帰宅が遅くなり余裕がなくなることから、子どももそれを感じ、仕事に行くと泣き出すようになる、スタッフもこころが折れてくる、看護の質も問われてきます。何とかして下さい。(愛知・看護)

事例11 精神科の状況も深刻 精神科病院の身体合併症病棟で働いています。精神科は診療報酬で看護配置が低く設定されており、私の職場は入院基本料「15対1」です。寝たきりの患者も多く、ここで最期を迎える方も少なくありません。精神症状が著明で、なおかつ全身状態が重篤な方は大変です。点滴や心電図モニターを装着したまま暴れる、点滴など治療に必要なラインを引っ張り抜く、点滴台を蹴り倒す、何人ものスタッフで点滴の再挿入を行

うなど、担当の仕事を中断しながら1つの処置に関わらざるを得ず、本当にたくさんの人手が必要です。どうしても行動制限しなければならないことは発生し、不満や怒りは一番近くにいる存在である看護師に向けられます。突発的に殴られたり、物を投げつけられたり、熱いお茶をかけられたり、そして暴力行為を受けた職員は事故報告書の提出を求められ、「適切な対応だったのか」など傷口に塩を塗りこまれるような思いをさせられます。定年まで働き続けられるかな、と本気で思います。(島根・看護)

(2) 慢性疲労で健康に不安

事例12 常に疲れている 日勤でも定時に終わるわけもなく、「日勤ー深夜」の時は1〜2時間ほどの仮眠しかとれず、深夜勤に入ります。若くもないので疲労が抜けないのも仕方ないと思いますが、2人夜勤でナースコールはとめどなく、重症者はいるし、入院は来るし、対応しきれません。日勤は日勤で人手不足なので、一人でもスタッフに体調不良者が出たら大変。毎日遅くまで、みんな頑張っています。今日だって消灯過ぎ(約21時〜22時)まで…。(公的病院・茨城・看護)

事例13 ひどい咳きこみで勤務 人がいないので具合が悪くても休むことはできない。家族に不幸があり勤務調整してもらったら、風邪をひいていたが「準夜ー準夜ー休みー深夜ー深夜」の4連続夜勤になってしまった。ひどい咳きこみのまま、新生児室勤務。夜勤も月12日にもなり、気が付けば睡眠時間は3〜4時間。公休もその月には取れない。「体調管理しなさい」と言われるが、いったいどうすれば管理できるのでしょうか？！(岩手・看護)

事例14 疲れをメイクで隠し いつもギリギリの人数で、誰かが休んでも補充がない。「ゆとりの看護・介護」なんて、現場にはない。忙しさの中で、ミスしないように、患者からクレームが来ないようにと、常に神経をとがらせ、家に帰れば親の介護と育児に追われ、自分のことを振り返る余裕なんてな

い。心配ごとがあると夜も眠れず、少しくらい体調が悪くても迷惑かけられないと思って頑張って仕事に出る、こころも体も疲労こんぱい。疲れた表情をメイクで隠し、何とか笑う。それでも、患者さんの「ありがとう」に支えられ、日々を過ごす。私たちだって人間、この先も頑張れるかはわからない。待遇の改善を急いでほしいと思う。(秋田・慢性期・看護)

事例15 介護をやりながら 実母が十数年前よりパーキンソン病、レビー小体型認知症を発症し、介護度4になりました。数年前から特養への申し込みを行っていますが入れず、現在は居宅介護支援事業所を利用しています。移動・排泄・入浴は全介助、食事は一部介助、転倒や誤嚥の危険があり目が離せない状態です。現状維持で実母を支援したいと思っていますが、働きながらでは相当厳しい状況です。混合病棟(小児・内科・整形外科)に勤務していますが、産休・育休者の補充がないため夜勤は月9回から10回です。時間外労働も1勤務2時間以上の過密労働、患者に笑顔で接することもできず、スタッフ間もギクシャク…。私自身も親の介護や新人・若いスタッフとの夜勤で疲れ切っています。退職すれば楽になるのでしょうか。育児中の人も介護する人も、働き続けられるような環境になれば。(公的病院・広島・看護)

(3) 人手不足が患者の安全やケアの質に影響

事例16 安全が守れない 私は不整脈を扱う34床の病棟に勤務しています。20名のスタッフが配置され、日勤7〜8名、夜勤2〜3名で勤務しています。毎日5〜6人の新入院患者がおり、手術も4〜6名と大変忙しく、病棟スタッフがカテーテル室勤務を行う事もあります。夜勤(16時間)は2名、プラス21時までの遅出1名です。緊急入院などがあった場合などは、夕食が深夜0時を過ぎることもあります。長時間夜勤にもかかわらず休憩が取れず、朝食も取らず働くことが多々あります。最近

も、血管の穿刺部のガーゼ交換を行った際に大量出血し、看護師1名が圧迫止血しつつ、医師がくるまで残り1名のスタッフが25名の患者のナースコールを対応しなければならないということがありました。致死性不整脈がいつ起きるかわからない病棟での2名夜勤は、本当に危険だと思います。(公的病院・茨城・看護)

事例17 医療事故の不安 4月から看護体制を落としたため(「7対1」から「10対1」へ看護師配置人員を下げた)、日勤の人数が減り残業も増えています。25人の正職員がいる職場で代休が7日以上残っている人が10人、一番多い人は18日です。年休どころか、代休も取れていない状況です。休みと言えば準夜あけか深夜入りの前で、疲れが全くとれません。急性期病棟でも認知症患者が増え、看護師の手も目も必要です。多いと夜勤で3人も入院し、休憩さえ取れないことも多いです。小さなミスが増え、いつか大きな医療事故をおこすのではという不安を抱えて日々働いています。(青森・看護)

事例18 清潔ケアもできず 人手不足のため、暑い夏も全介助者の清潔ケアが週1〜2回が精一杯の現状でした。人手不足は業務全般に深刻な影響を与えます。医療・看護・介護に質を求めるならば、マンパワーの充実(人員不足の解消)が重要だと思います。(公的病院・茨城・看護)

事例19 患者のつらさに寄り添いたいが ICUで働いています。患者に寄り添い、声に耳を傾けること、回復に向けて持っている力を十分に発揮できるように環境を整えること、私たち看護師ができること、しなくてはならないことはたくさんあります。しかし、実際は業務に追われ、そして疲労のたまる中で、十分にできていないことを悲しく思います。ICU内の重症患者、術後患者、緊急入院患者… 日によって患者数は変化します。入院や手術からの帰室が重なると、2人夜勤では対応が難しく、優先順位に迷ったり、不安が強くなったりします。心も体も非常に疲れます。(公的病院・茨城・看護)

事例20 専門性発揮できず情けない 50床に対し日中約6名、夜勤3名の看護体制が多い病棟です。検査で病棟を離れる看護師もいれば、化学療法施行の患者には付き切りの対応が必要で、他の患者への対応が不十分になってしまいます。コールを押すように何度も説明しますが、忙しい看護師に遠慮したり、1人で動いてはいけないことを理解できないことも多く、転倒や点滴などの管類が抜けてしまうことも良くあります。化学療法中は原疾患の症状に加え副作用で体も辛いですから、精神的にもつらくなります。ゆっくり話を聴いてあげたいのですがそれが許されず、歯がゆい思いをしています。医師とのコミュニケーションがうまく取れずに悩んでいた方が、同室の患者対応に追われている看護師にも相談できず、治療拒否に至った例もあります。看護師本来の役割を発揮できず情けなくなりました。処置や点滴などに毎日毎日追われ、すべて終わった後は膨大な記録が残ります。それが終わるのは、定時の17時を大幅に超えた20〜21時頃です。体もきついですが、ここも辛いです。(公的病院・香川・看護)

事例21 精神的に限界 ほとんどの患者がターミナル期で、重症患者。毎日気が張り詰めている環境で、家族対応も心が重くなる。精神的に限界です。2人夜勤で死亡退院と重症患者が多いと、業務的にも精神的にも辛い。何か起きたときに2人だと手がたらない。エンゼルケア(亡くなられた方の死後処置)中にもナースコールは鳴る。亡くなられた方に、最後まで良い看護・ケアを提供したい。(公的病院・茨城・看護)

事例22 努力しても限界 病院の看護師の平均年齢が50歳を超えている。高齢の看護師が、寝たきり患者が半分以上を占める病棟で、おむつ交換、週1回の機械浴(横になったまま入浴できる装置)、週3回の清拭(体をふく)、週1回の洗髪、手浴・足浴(お湯で手足を洗う)などを行う。できるだけ入院前と変わらない生活をと、良い看護をと頑張ってみても限界がある。みんな腰痛に苦しみ、若い看

護師が就職してこなければ、この病院はあと10年で看護師10人になってしまう。そんな不安も抱えながら、毎日、インシデント・アクシデント報告書（ミスや事前に防いだ事例などの報告書）を書かずに終わるとホッとします。（愛媛・慢性期・看護）

事例23 トイレ介助に行列 50床の整形外科病棟で、週5～10件の手術があります。患者層は高齢者がほとんどの上、骨折などのために動けない方がほとんどです。日勤も看護師は走り回っていますが、夜勤になると忙しさは倍増します。忙しさの一番の要因は排泄介助です。足の骨折でも術後早くからトイレに誘導し、「寝かせきり」にしないようにしています。しかし、車椅子用トイレは3つしかなく、トイレの前に車椅子数台並ぶのが現状です。立ち上がって転ぶ恐れのある患者を1人で待たせるわけにはいきません。転んで再骨折したら、看護師の責任になります。トイレは3つ、看護師は夜勤も準夜勤も3人です。トイレの前に3人の看護師が並んだら、他の患者対応は誰がするのでしょうか。整形外科だからと言って重症患者がいないわけではありません。私は看護師という仕事にプライドを持っています。患者が元気になることが何よりもうれしいです。疲れた顔などみせたくありません。でも、私たちはいつまで我慢すれば良いのでしょうか。（公的病院・福岡・看護）

2 不規則なうえに長時間労働、人間らしく働きたい

（1）夜勤がつらすぎる

事例24 疲れたまま夜勤へ 私の勤務は3交替で、次の時間帯になっています。日勤（A）8時30分～17時15分、準夜（B）16時30分～翌1時15分、深夜（C）0時30分～9時30分。ある約1週間は、「休－C－C－A－A－休－B－B－休」でした。しかし、Cの前の休みは通常の休みと違って、真夜中からの夜勤のために休息をとり、行動制限が

かかります。また、Bの次の休みも勤務が終了した時点ですでに「休み」にくいこんでおり、家に帰れば2時～3時、寝ているうちに終わる休日。結局、本来の休みがなかなか取れないのが実態です。子育てや介護をやっている人は、さらに睡眠不足となります。夜勤は重労働です。3人の看護師で56人の患者を看るので、1人18～19人を担当します。難病と障害1級の患者が7割をしめ、高齢のねたきり患者も多い病棟です。2時間ごとの体位変換、たん吸引、人工呼吸器の管理や、朝食用の胃内への栄養注入は深夜2時位から準備し、4時には開始しないと20～30人いるため終わりません。朝5時を過ぎると目覚める患者も増えるのでナースコールが一気に増え、その間に検温や検査など決められた業務をやらねばなりません。こんな夜勤明けの帰りに交通事故にあった人もいれば、多くはクールダウンできないまま2日目の夜勤にフラフラ出て仕事をせざるを得ないのです。（公的病院・山口・看護）

事例25 人員が少なすぎる 月14回も夜勤をやっているスタッフがいる。安全面を考え、経験あるスタッフが週末（土・日・祝日）に配置されるため、休日出勤がほとんどで、家族と外出もできなく困っている。体調が悪くても交替できるスタッフがいなため、薬で抑えながらみんな無理をして勤務している。既婚の若いスタッフは妊娠を望んでいるが、こんな状況ではとても厳しい。（公的病院・茨城・看護）

事例26 夜勤が毎月10から12回 たまにある日勤は、委員会や勉強会で帰りが遅くなります。休み希望をすると、例えば「準夜－休－深夜」という勤務を付けられてしまいます。これって休み希望で出した意味があるのでしょうか？！6日連続勤務や、夜勤明けの翌日に日勤もあります。こういう勤務をしないといけない看護師って魅力無いですよ。古い人は、看護は「愛」だとか「奉仕」だとか「サービス」だとか言いますが、それだけでは誰も働き続けられません。賃金や環境、人員等の充実は必要です。（公的病院・茨城・看護）

事例27 2人夜勤は限界 重症や要注意の患者がたくさんいます。安全・安楽にと思いながらも、業務に追われ、気持ちに余裕がもてず毎日いっぱい입니다。先日の夜勤時に低血糖発作の患者がいて血糖値40台、ドクターコール中にも他のナースコールが鳴りっぱなし…。離床センサーが鳴り、転倒リスクの高い患者が一人でトイレへ、痛みがある患者から麻薬のレスキュー希望、どれも優先順位が高いものばかり。夜勤2人で医療事故を起こすな！患者満足度を上げろ！看護の質を落とすな！…無理です。(公的病院・富山・看護)

事例28 3人でも足りない ベッド数50を3人の看護師で・交替(準夜と深夜)で看ています。準夜の様子はこんな風です。17時：手分けして注射や点滴の準備、夕食前の血糖測定や薬の準備、寝たきりの方の体位変換・オムツ交換を行います。その間も絶え間なくナースコールが鳴ります。18時：夕食配膳と食事介助。ベッドを起し、テーブルセット、自分で食べられない方には介助ですが、4人以上いる場合は食事を前にして待ってもらわざるを得ません。その間、手術後の患者迎えや緊急入院もあります。20時：2名の看護師が検温や点滴に回り、残り1名はガーゼ交換などの処置に回ります。認知症の患者も常時入院しているので、目配りが必要です。毎日、このような状況です。責任の重さと仕事の過酷さに疲れ果てて、不規則な生活で健康を害し、職場を去っていく仲間も少なくありません。患者に迷惑をかけないようにスタッフを増やしてほしい！リフレッシュして仕事に取り組めるように休暇を増やしてほしい！これって欲張りな願いでしょうか？(公的病院・長崎・看護)

事例29 日勤の援助を夜勤者が 4月から夜勤回数月10~11回が続いています。日勤も少なく、深夜明けの申し送り後も帰るに帰れない。沐浴やら採血、手術準備などを夜勤者が当然のようにやってから帰宅する状態が続いている。昼前に帰宅し、また夜に深夜勤務として出てくる。助産師複数体制が取れないこともあり、夜勤に入る前から緊張し、疲れ

るし、精神的にも辛い。(岩手・助産師)

事例30 夜食は持ってこない 「あれ？私なんか今日優しいかも」と、ふと気づく時がある。スタッフ数がうるおっていて、受け持ち患者数が少ない日。「こんなにゆっくり患者さんと話したのって久しぶりだろう…」と思うと悲しくなる。夜勤は特に手薄で、トイレに行くこともお茶を飲むことも厳しい。夜食とる時間なんてない、だから、みんな最初から持ってこない。ベッドが満床の日はうれしい。緊急入院を受けなくて良いから、みんなで喜ぶ。痛みが辛い人に早く痛み止めで対応したいが、転倒リスクが高い人のコールを優先せざるを得ない。痛みを何分も我慢させて、自分がしたい看護って何だろうと、心が苦しくなってツライ…。(北海道・看護)

事例31 他部署から夜勤応援 精神科病棟で働き24年目になりますが、最近、職員の不足が深刻です。「夜勤専門看護師(夜勤専従)制」(2ヶ月置きに月18回前後の夜勤)も実施していますが部署内で調整できず、他部署からの貸し借りでのりきっている状況です。職員配置が絶対的に不足している事は明白で、結果として、勤務時間前から準備をしたり、勤務時間後に残って処理したりが「恒常化」しています。心無い上司からは「時間前準備は個人で勝手にやっている事」と切り捨てられ、超過勤務を書くと、「自分で仕事を増やしている。もっと合理的に進める様に」と言われ、書くのをやめると、「君の超勤が出なくなって、部署の超勤が3割減った」と笑顔で言われます。このような状況の中で、ストレスや心労が重なり、精神的・肉体的症状を訴え、休業する職員が増えています。(岩手・看護)

事例32 24時間患者受け入れ 内科・急性期病棟で24時間入院受け入れをしているので、入院時間が勤務交替1時間前くらいだと必ず残業になります。また、夜勤の前には1時間から1時間半前から、患者の情報収集や薬・点滴の準備を始めないと仕事が回りません。2016年から夜勤業務の見直しがされ、変則勤務が増えました。日勤、準夜勤、深

夜勤のほかに、毎日早出1名（7時～15時半）、遅出2名（14時～22時半）のシフトが追加され、生活リズムがバラバラです。50歳前の私は、疲れが抜けない日が続きます。現場はナースコールの嵐、各種モニターのアラームが鳴り響き、毎日毎日ぐったりです。ちゃんと看護がしたいです。（広島・看護）

事例33 夜勤者の労働時間の方が長い 8時間の3交替勤務は、勤務間インターバルの短さから看護師にとってはつらい一面があります。そこで、13時間前後の夜勤がいろいろな病院でも検討されました。当院では各病棟で違う、10時間45分、11時間45分、12時間10分、14時間10分、15時間30分などの夜勤時間を設定し、それを補完するように「中勤」と言われる長日勤が設定され、8時間5分から11時間までそれぞれです。2交替で月4回以内の夜勤協定も守られていない職員は、年間通じて50%以上います。そして、夜勤が4回以内の職員に対して長日勤を多く付ける結果、月内労働時間が超過し、夜勤のない常日勤者よりも、変則勤務で昼夜を支える看護師の実労働時間が長くなるという矛盾が発生しました（6ヵ月分の表参照）。現在は、長日勤が辛い、2連続夜勤が辛いという声が強くなり、すべて変則2交替夜勤、特に長日勤のない16時間夜勤の職場が増えてしまいました。こんな働き方では、長く働き続けられません。夜勤交替制勤務そのものが有害性が高いわけですから、労働時間を短縮すること、人手を増やすことが必要です。（公的病院・東京・看護）

	常日勤者	変則労働者
1月	147：15	171：36
2月	147：15	155：00
3月	155：00	171：36
4月	162：45	166：04
5月	155：00	171：36
6月	155：00	166：04

（2）時間外労働が恒常的、不払い労働も蔓延

事例34 みんな残業 私の部署は連日ほとんどの人が夜遅くまで（日付が変わってしまうことも稀ではありません）残業しているにもかかわらず、時間外の申請はごくわずかです。時間外申請できる業務が限られており、仕事の後回しになってしまう記録が認められていないため、何時間残業しても時間外申請がほとんどゼロです。子育てをしながら働ける場ではないので、長く働くことはできないと考えています。（公的病院・茨城・看護）

事例35 申請できない雰囲気 時間外労働が増えています、申請しにくい雰囲気があります。9月に記録を付けてみましたが、実際の残業時間は66時間、今回は残業が多いから付けてと許可をもらい、36時間申請しました。実際の残業時間よりも少なく申請をしているのに、申請することに罪悪感を持たせる雰囲気もいかなものかと思います。こういうことが離職につながり、離職が増えれば患者へのケアの低下につながってしまうのにと感じます。（公的病院・茨城・看護）

事例36 始業1時間前には仕事 午前8時40分始業なのに、患者の情報収集や仕事準備のために7時30分から仕事をスタートしています。人手不足と過密労働で、心も体もヘトヘトです。赤字を口実に始業前の仕事に対する賃金不払いや、委員会で使用材料代も個人負担などがおきています。看護師が看護に専念できる、働き続けられる賃金・諸手当に改善してほしい。（公的病院・大阪・看護）

事例37 前残業や残業が当たり前 何でこんなに朝早く家を出なければいけないのだろう、そして今日も定時では終わらない。夜勤は2交替（16時間）で月5回、2回続くこともあり、翌日に休みが入っても1日では疲れなんて全く取れない。夜勤手当がなければ生活が成り立たない給料、こんなに頑張って身を削って働いて、いつまで続くのだろう。（北海道・看護）

事例38 医師の指示は夜間 1人でいくつも役割

が任せられ、負担が大きくなっています。役割を果たすために時間外にもなっていますが、自分の能力不足のような感じがして時間外請求できません。医師からの指示が夜勤帯で大量に出されるため、夜勤者の負担が重くなります。それでいて、残業を減らすように言われるのはおかしいと思います。(山形・看護)

事例39 早く帰れと言われても 点滴、抗がん剤、輸血など決まった時間に実施しなければならないことが多くあるのに、せん妄などで落ち着かない患者からの頻回なコールなど、常に業務が中断されます。人員不足だし、時間内に看護記録を書く余裕なんて全くない。日勤終了が21時になるのは当たり前です。師長は「早く帰りなさい」と言うだけで、何も手伝わずに定時で上がってしまうだけです。私だって、早く帰りたいですよ。(神奈川・看護)

事例40 命令はないが 消化器内科・循環器内科病棟で勤務しています。不穏・せん妄の方が多く、ナースコールも鳴りっぱなし、抑制しないでとの希望にも添えない状況です。患者をナースステーションに連れて来て、対応や観察しながら他の仕事を同時進行することも多々あります。勤務前残業も40分から1時間やっていますが、確かに「師長命令」ではないので請求はしていません。仕事後の残業もすべて請求できるわけではなく、1時間くらいはサービス残業です。業務がめいっぱい、患者としっかり向き合う時間ありません。(長野・看護)

事例41 休憩減らしても 休憩時間を15分位に短くしても、残業は一向に減りません。日勤でも21時を過ぎることが多くあります。医師も少ないため、外来や検査など終えてから病棟の患者の指示がでることが多く、看護師はさらに遅くなります。準夜は3人でやっていますが3～4人入院ということもあり、記録等全て終了したら朝の5～6時(約4～5時間の超過勤務)です。人のいのちに関わる仕事なのに、過密労働が重なり、みんな疲れ切って、重大事故が起きるのではと非常に不安です。(長

野・看護)

3 ハラスメントの横行

(1) パワハラ・セクハラなどで心がおれそう

事例42 毎日辞めたいと 人員不足のため走り回って仕事をしている。休みの日も耳の奥でアラーム音が鳴り響いていて、寝た気がしない。私たちを人間とも思わないで、罵倒する患者もいます。叩かれたり、煙草を注意すると投げつけられたり…。落ち込むことも昔より多くなりました。生活のためとがんばっているけど、給料は安い、年休ももらえない。毎日辞めたいと思っています。(公的病院・茨城・看護)

事例43 協調性を持て！ 日勤の勤務時間は17時15分までですが、夕食前の血糖測定やインスリン注射はサービス残業で日勤者が行っていくのが当たり前になっています。3交替勤務で交替間際の事故防止に努めるのは必要ですが、なぜ看護師がサービス残業をしなければいけないのでしょうか。臨時看護師として半年契約で勤務しましたが、年度末退職に看護部長は「もっと協調性を持ちなさい」と言いました。そもそも半年の契約にしているのは使用者側で、その間に一度も契約更新の有無の確認がありませんでした。使用者側は半年後に契約が終了することが前もってわかっており、欠員が出た際の対策を考える期間は十分にあったのではないのでしょうか。組織の責任を個人になすりつける職場では、生涯働きたくありません。(岩手・看護)

(2) 結婚・子育てが困難な職場

事例44 まじめな人ほど損をする と思ってしまいます。女性の多い職場で、結婚・妊娠・出産する人も多いが、素直に喜べない。この人手不足の時に、「何考えてるの?!」と思ってしまいます。私ももう1人は欲しかった。でも、スタッフ数は少ないし、子ども1人いるし、もう少し病棟が落ち着いてからと考えていたら7年も経ってしまい、病棟は忙しくなる一方。もうあきらめました。妹か弟が欲しいという子どもに説明するのは、とても辛かった。スタッフが十分にいたらこんなやさぐれた気持ちにもならなかった。(公的病院・茨城・看護)

事例45 妊娠は病気じゃない! 妊娠中のことです。つわりがひどく、1勤務中に8回も吐いてしまい、「精神的にも肉体的にもつらい。夜勤を免除してほしい」と上司に相談しました。しかし、「妊娠は病気じゃない。みんな妊娠しても、産休直前まで夜勤をやってもらっている。あなただけ特別にはできない。吐いてもやってもらわないと、夜勤が組めない」と言われました。結局、違う上司から言って頂き、何とか夜勤免除はされました。体がしんどく、昼休憩以外に休憩を取らざるを得ない時もありましたが、注意され、それ以降はトイレで休んでいました。(公的病院・東京・看護)

事例46 妊娠中の夜勤つらかった 若い時は仕方がないと思っていたが、結婚して妊娠、この時の夜勤はしんどかった。深夜勤では足がむくむ、眠い、準夜勤ではお腹が張り薬を飲みながら働いていた。流産・早産しなくて良かったと今、思っている。産後は、家族の協力がなくて働き続けられない状況で、夫からは「辞めて職場を変えた方がいい」と良く言われる。時短もできるが取りにくい。そして、勉強会やレベル別研修など仕事以外の「仕事」が多い。研究など何かしないとやるようにと言われるが、仕事に来ているだけで許してほしいと思うこともある。(公的病院・広島・看護)

事例47 子どもにはさせない 夜勤月9～10回が当たり前になっている。子どもに「お母さん、今日も夜勤? あしたも?」と言われると悲しくなる。「参観日、しんどかったら来なくても僕は大丈夫だよ」と小学生に心配され、気を使わせてしまう。自分は母親としてこのままでいいのか、いつも頭をよぎりながら仕事している。看護師にあこがれ、看護することが好きでこの仕事を続けているが、自分の子どもにはなってほしくないと思う。体が心配だし、過酷すぎるから。(公的病院・広島・看護)

事例48 産休直前まで夜勤 直前まで月9～10日あります。免除してほしいが、代わる人がいなければ働くしかない現状です。健康で安全に出産できるようにしてあげたいです。(山形・看護)

事例49 子どもが具合悪い時は休みたい 4歳と1歳の子どもがいて、正職員で働いています。子どもが体調不良の時はそばにいてあげたいですが、日勤のスタッフ数も少なく休みたいと言えませんでした。みんな優しいので「休んでいいよ」と言ってくれますが、周りに迷惑をかけるのはわかっています。スタッフ数に余裕があれば、気兼ねせずに休みをもらえるのですが。時短をとっている人も人手不足のため、毎日、超過勤務になっています。同じ子どもを持つ親として早く帰らせてあげたいのですが。切なくなります。(公的病院・愛知・看護)

事例50 子育ては一時なのに 異動で「10対1」職場から「7対1」職場になりました。看護師数が増えることで、看護の力が発揮できて喜びを感じていました。しかし、スタッフが産前休暇や退職で減って補充されない中で、とても「7対1」とは思えない状態が続いています。パートや時短勤務者も時間で帰れない状況です。子どもに負担をかけている罪悪感、家に帰っても家事でゆっくりできない疲労感、看護のモチベーションも上らず、疲れてみんな辞めていきます。子育ての時は一時です、その時を大切にできる環境を整えて、看護師を育ててほしいと思います。(愛知・看護)

4 医療・看護をとりまく状況の変化

(1) 認知症の増加など患者層の変化で様変わりする病棟

事例51 夜に起きる患者 約40人の患者を2人の看護師で夜間は看ている。昼間は静かな患者が、夜になって消灯するとともに叫びだす。大部屋の患者は全員目覚め、大声を上げる患者のそばに行く。骨折の手術後の患者が、世話をしようと立っている。1人では歩くことができないはずなのに、どうやって…。ベッドから降りて、床を這って移動して、大声を出す患者のもとへ来たようだ。別の患者は大腿骨折なのに、夜、何故か廊下を歩いている。寝たきりの患者が、夜、廊下を這っていて、思わず悲鳴をあげそうになる。何が起きるかわからない…。認知症の人が1人いるだけで、看護師1人の手がとられる。重症患者がいても2人夜勤では、認知症の患者を車いすに乗せて安全ベルトで固定し、ずっと連れまわって仕事をする。そして、認知症の患者は1人ではない。(愛媛・慢性期・看護)

事例52 事故なく終わるとホッ 今日は日勤、その日の夜中には夜勤で出て行く。日勤で入院した患者は、40度以上の発熱でほぼ寝たきり状態だった。私が深夜で出ていくと、その方は車いすに座ってナースステーションで看護師の隣にいる。準夜時間帯に、点滴を自分で引き抜き、病室からいなくなった。病院中を探して、外来待合室で座っている所を発見したそう。状態悪化の患者もいる中で、認知症患者の対応をしながら、事故なく仕事が終わるとホッとする。(愛媛・慢性期・看護)

事例53 平均年齢82歳 高齢患者の看護・介護にあたっているが、毎日が戦争。たとえば夜間のオムツ交換に1回のラウンドで2時間近くかかる。食事介助に入浴介助、救急対応など、あらゆる場面でマンパワーがいる。人員不足もあり、体力の限界、医

療事故のリスクと隣り合わせ。業務内容と人員配置が合っていない。自分が病気になったらどうしようという不安もある。こころの叫びをどこにぶつけたらいいのか。(公的病院・三重・慢性期・看護)

事例54 認知症患者に振り回され 徘徊、大声、暴力をふるう、看護師に噛みつく、蹴る、唾を吐きかける、1人にしておけない、けれど業務も待ってくれない。感謝の言葉が聞きたいわけではありませんが、だけど何のために看護しているのかと問いたくなります。もっと人手があれば優しい言葉もかけられるのに、転倒が怖いから「ウーゴ」(起き上がると鳴るセンサー)や「マッタ」(足を床におろすと鳴るセンサー)で危険防止をせざるを得ない。1人1人トイレに付き添う余裕はないから、オムツで排泄をすましてもらい交換する、心で「ごめんなさい」と言いながら。準夜勤務スタートから深夜のスタッフに引継ぐまで、1回も座れません。トイレにも行けず、水を飲むこともありません。引き継いだ後にペットボトルの水を飲んで一息つく、カップラーメンのように3分も時間がかかるものは食事として最初から持っていきません。こんな生活にも慣れてしまいましたが、人間らしい生活がしたいです。(公的病院・熊本・看護)

(2) 医療政策で変化する現場

事例55 地域包括病棟にも人手は必要 「13対1」(患者13人に看護師1人配置を基本とする診療報酬上の評価)なんてありえない。認知症の患者さんが多くなり、トイレ介助、食事の介助で時間がかかり、病棟はてんてこまいです。誰が決めたのかわかりませんが、現場を知らない人たちが決めているのでしょうか思えません。総理大臣だろうが、議員さんだろうが、必ず年も取る、病気にもなります。そのときに、「人がいないから待ってて下さい」と言われたら、頭にくるでしょう？患者さんは生きている人間、看護する側も生きている人間、何にでも限度があります。必要な看護職員の配置はきちんとして下さい。(公的病院・茨城・地域包括病棟・看護)

事例56 経営者が早期退院迫る 経営者が早め早めの転院・退院調整を指示するため従わざるを得ず、患者・家族は「不安があるのに追い出された」と感じる方もおられると思います。一般病棟に比べ看護師1人が受け持つ患者数が多いため、検温だけで午前中が終わってしまうことがあります。様々な疾患の患者がいるため、経験年数の少ない看護師にとっては経験のない疾患もあり、観察や退院指導の難しさを感じる時があります。2016年春から包括病棟になり、夜勤制限の看護師もいるため、多い人で月6～7回の2交替夜勤をしなければなりません。1人月4回以内夜勤に収めるためにも、増員が必要です。(公的病院・長崎・地域包括病棟・看護)

事例57 国に説明責任 国の方針で病院機能の明確化(高度急性期や回復期など)や、在宅療養移行が重点的に進められています。現場でも承知していますが、患者さんにとっては病院が急性期特化であろうが、リハビリ特化であろうが関係ありません。『退院をせかされた』とか『追い出された』と否定的な意見をいただくことは日常茶飯事です。そのことは、医療者のモチベーションも低下させています。このまま国の政策を押し進めていくのであれば、まず国民に対して現状の医療体制に対する啓発をもっと行うべきではないでしょうか。(岩手・看護)

事例58 一般病棟と変わらない 看護師と介護職の2人夜勤・3交替勤務です。療養病棟開設当初とは患者層が変化し、点滴・たん吸引はもちろん、気管切開、酸素マスク、各種ドレーン挿入や人工呼吸器装着者まで、「安定しているから」との理由で入ってきます。認知症患者がリハビリ目的で入院し、リハビリの成果もあって動き、徘徊が後を絶ちません。夜間は2人のスタッフでみるので、安全性が大きな問題です。同時に3つのコールが鳴るのは普通、結果、1人のところに行く時間が遅れます。その間に転倒したら、「転倒報告書」です。「増員」は解決策として認められませんが、転倒対策は増員しかないですよ。やっと1人が寝てくれたと思えば、別の1人が起きる、患者介助中に別の患者がいなく

なったり転倒したりするんです。急変で亡くなる方も増えてきました。一般病棟と変わらない患者層に変化しているのに職員配置が少なく、働く者の負担が増えています。(秋田・療養病棟・看護)

5 手術室の働き方も深刻

事例59 何時になっても翌日は普通勤務 手術室のスタッフ数が足りず、終了が22時～23時になることもある。しかし、翌日は8時半からの勤務、そして、また手術。身体が悲鳴を上げて、手術中の集中力を切らすことはできません。安全な医療の提供のためにも人を増やしてください。私たちは機械ではありません。(公的病院・新潟・看護)

事例60 家族に負担 日勤と宅直(携帯電話持参の自宅待機)がある手術室で働いています。日勤はほぼ残業なので、家庭での役割負担が夫に大きいのしかかります。子どもたちの世話が思うようにできず自責の念に駆られ、仕事でもストレスが多く心身共に疲労しています。手術室は特殊な技術が必要で、覚えなければならない量も多いです。それらを取得するまでには時間が必要ですが、人員不足により教育に充てる時間も、個人の学習時間も不足し、不安が増し、ますますストレスになってしまう状況です。このような環境では、とても家庭と仕事の両立は難しいです。(青森・手術室・看護)

事例61 夜間・休日呼び出し 定数9名の手術室で働いています。残業時間が長く、毎日帰るのが遅くなっても、次の日は普通に出勤です。夜間・休日は携帯での対応ですが、9人中6人しかその勤務には入れません。そして、6人中3人は手術室勤務1年未満です。難しい手術もあり、呼び出しが恐怖です。夜中や休日に呼び出されても、代休などはなく、休日が無くなることもあります。手術室の部屋・人員・物品などの不足で手術日程がくめず、患者を待たせてしまうこともあります。みんなが努力をして、地域の医療をまもっていますが、こんな状況が続けば限界です。(青森・手術室・看護)

病院と地域をつなぐ職場

(外来・地域包括センターなど)

1 医療・介護は誰のためのもの

事例62 「患者追い出し」に明け暮れる 私の勤務する病院（708床）は急性期で、平均在院日数（入院日数）はいまや11.8日（2015年）です。この10年で約5日間短縮しました。当然、退院調整の依頼が増加し、10年程前3人だった専任看護師は、現在10名に増えています。増えた要因は、退院調整業務が診療報酬化されたことや、在院日数短縮で病院収入が上がる診療報酬の仕組みです。2008年に初めて退院調整加算100点が算定可能になり、表のように変化してきました。当然、病院経営的には600点の加算がとれるよう躍起になります。入院3日以内に退院支援計画を立て、1週間以内に多職種での初回カンファレンスを行い、1週間以内に患者、家族との初回面談を行うことが退院支援加算1の要件です。また、2つの病棟に専任看護師1人、退院調整部門の専従配置が必要になります。そこで、当院も2人の看護師、1人のケースワーカーを増員し、600点の取り漏れがないよう殆どの患者の退院調整依頼がかかるシステムに変更されました。もはや、退院調整部門も病院経営の一翼をになうためのツールとなり、スタッフの時間外労働は毎日1～2時間が当たり前で過重労働になっています。

患者・家族には、急性期病院は長期入院できないという認識が広がりつつありますが、まさに追い出し屋となった私たちのストレスは、ピークに達しています。当たり前のように「早く帰して」という主治医、ベッドコントロールに明け暮れる病棟師長、患者さんは物ではありません。老老介護、認認介護、高齢独居、患者家族は途方に暮れます。そこを、何とか早く次なる療養場所を選択しなくてはな

らないのが現状です。医療、介護は一体誰のためものでしょうか。（公的病院・東京・看護）

2008年	100点
2010年	140点
2012年	在院日数14日以内／230点
	30日以内／150点
	31日以上／50点
2016年	退院支援加算1／600点
	2／190点

事例63 連絡無いままの退院をフォロー 急性期病院の在院日数削減が地域に与えている影響は大きい。退院までの期間に病院職員が介入できず、連絡がないままに退院してくるケースが多い。そのため、家族や地域住民からの連絡で自宅に伺うと、症状悪化や重症化に至っているケースが散見される。家族機能の低下や介護休業の保障も不十分な中で、地域包括支援センターを老いた両親の面倒をすべて見てくれる機関だと思っている人はあまりに多い。緊急入院や警察が介入する事態になっても、遠くの家族が飛んでくるなどということは減っている。

「介護離職ゼロ」どころか介護現場では次々に離職者が出て、残ったスタッフは休みも取れず、サービス残業ばかりで疲労こんぱいだ。要支援者を地域総合事業へ移行といっても、自治体にそんな余裕はない。現在の介護報酬でも十分な職員配置と賃金保障ができないのに、総合事業で報酬単価が下がれば受け入れ事業所は激減する。何とか機能を維持していた利用者も、ほぼ間違いなく悪化・後退する。報酬の低さは、教育・研修の機会も奪う。研修に出そうとすると、その日の運営基準上の職員数が不足する。教育の機会が奪われると、知識不足や感覚の麻痺が横行する危険が高まる。ある介護施設では、入浴前の利用者を全裸で数名、ドアもない廊下で待た

せている現実もある。苦情があっても、「あまり指導すると辞められてしまう」と、適切な指導ができていないところもある。いったい、誰のための制度なのだろう…。(福島・地域包括センター職員)

2 救急外来、外来も人手不足

事例64 水分さえ取れない 医師 1 名、看護師 2 名で夜間の救急外来をやっています。土日・祝日もなると、軽症者から重症者、心肺停止患者まで来院し、対応に追われることが多々あります。繁忙期（夏の熱中症や冬のインフルエンザ等）には、トイレに行く間もない忙しさ。夕方から勤務し、翌朝まで水分 1 滴も取れずに患者対応のこともあります。場合によっては、しっかりトリアージができず重症者が後回しになったり、疲労からくる事故やミスのリスクも高まります。実際、処方忘れや検査オーダーの見落としで未実施になってしまったなどのミスもありました。ミスに気落ちしたり、患者の苦情にストレスを感じたり、仕事が本当に嫌になり、続けていく意欲が無くなりそうです。(岡山・救急外来・看護)

事例65 夜勤の日は覚悟がいる 途切れなく受診する患者に対して、一人ひとり優しく丁寧に思うが人手が足りず、こなすので精一杯。17時から勤務につき深夜 3 時位まで、数分の夕食時間を除いてはずっと動きっぱなし。頭がぼ～としてきて、注射を準備する手が止まってしまった。人のいのちにかかわる仕事なので、間違えないようにミスをしないようにと何度も気持ちを引き締め、また働く。疲れて患者さんに優しくなれない時があり、自分が嫌になる。自分の子どもにも一緒に時は甘えられるよ

うにゆったりしてたいが、たまった家事もこなさなくてはならない。もう一人子どもが欲しいと思うが、心も体もゆとりのない毎日で、本当に育てられるかと悩む。こんな生活では、すり切れてしまいます。(北海道・看護)

事例66 人手不足の職場に応援 私の勤務する外来は、火曜・木曜が診察で、月・水・金は手術日です。外来のない日は、人手不足の職場の応援に行きます。午後 2 時から 3 時くらいまで応援し、その後、自分の外来の仕事をするのですが、結局時間内に終わらず、いったん仕事を中断して児童館に子どもを迎えに行き、子どもを職場につれて来て残りの仕事をします。どちらの実家も遠く、援助は期待できません。夕ご飯も食べさせないまま、残業することもあります。スタッフ数を減らされているので、体調が悪くても休めません。「今日はスタッフが少ないから」と、めまいがしているのに働かされている仲間もいます。その人もまだ小さな子がいるのに…。体調が悪い時くらい、きちんと休める体制にしてほしい。(岩手・看護)

事例67 1 人夜勤は不安 私は 2 年目の看護師です。1 年目は慢性期の内科病棟で勤務し、今年 5 月から救急に異動となりました。看護師経験が浅いので大きな不安を抱えていましたが、職場内の指導で何とか夜勤が自立できました。それでも、1 人での夜勤は不安です。救急搬送の方、外来治療を朝まで継続する方、緊急入院もあります。最近では準夜に 3～6 人と立て続けに入院することもあり、重症者だったりすると他の患者の観察が疎かになり、不安と同時に申し訳ないと思います。せめて相談相手がいれば…と思います。(宮城・看護)

地域で「生きる」を支える職場

(訪問・施設・ケアマネなど)

1 訪問看護

事例68 訪問看護は激務 訪問看護師になって7年経ちました。病棟での勤務も激務でしたが、訪問看護はそれ以上でした。24時間365日、地域を支え、まもるには、常勤換算で2.5人の小規模ステーションや10人未満の中規模ステーションでは容易ではありません。現在、全国の訪問看護師は2万人、働く全看護師の2%でしかありません。年々重症化し、多様化するニーズの中で、一人一人の利用者・家族を受け止める努力をしています。知識・技術の向上にも努め奮闘していますが、1日の勤務をこなし、夜間・休日の待機*を行い、重症小児・精神疾患・ターミナルを抱え、いつどこから呼ばれるかわからない状況で、昼夜、休日に関わらず利用者の生活・いのちを支えています。訪問看護師の処遇改善をはからなければ、地域での医療・看護はまもれません。(埼玉・訪問看護)

*利用者からの相談・緊急訪問要請などに24時間対応するため、自宅でも業務用携帯電話を持つ当番制勤務。

事例69 やりがいがあるが 今、訪問看護事業所は急増しています。看護師が2.5人いれば開業できるのですが、募集しても応募がなく、最低人数で切り盛りしている所が多いようです。とてもやりがいのある仕事なので、もっと多くの人に知って頂きたいと思います。しかし、最低限の人数での運営だと夜間の対応回数も負担が重くなります。携帯電話は寝る時も必ず枕元に置き、家族団欒でテレビを見ている時も集中できないこともあります。同僚の家では、仕事の携帯が鳴ると、母親がとたんに緊張して

ドタバタと身支度を始めるので、小1の子どもがコール音を怖がるようになってしまったと聞きました。看護師を増やして、ゆとりある対応ができる勤務環境にしてほしいです。(愛知・訪問看護)

事例70 拘束月8回 職員数が少なく、携帯電話当番(拘束)が1ヵ月に8回あります。24時間拘束され、土日も待機、身動きがとれない状況ですが、それに対する代休はありません。夜間に呼ばれて緊急出勤しても、翌日は朝からの勤務で、携帯拘束手当ても安い。何とか制度改善してほしいです。(京都・訪問看護)

事例71 訪問件数多すぎ 訪問件数が多く、一人ひとりの利用者に関わる時間がタイトになってしまふ。移動時間もあるので、件数が多いとどうしても焦ってしまうためか、ゆっくりと話を聴くこともできない。(広島・訪問看護)

事例72 夜間出勤しても通常出勤 夜間対応のために職員が交代で携帯電話を持っています。今日は早朝5時、転倒したので来てほしいと連絡が入りました。訪問してベッドに戻し、事なきを得ましたが、いつ呼ばれるかわかりません。夜中に呼ばれて出勤した日は、その日の勤務を休みにしてほしいです。最近、毎日のインシュリン注射や1日3回の胃チューブからの栄養管理者が増え、看護体制もかなり厳しくなっています。(北海道・訪問看護)

2 施設介護

事例73 謝罪で始まる仕事 私の夜勤は、早出勤後の15時過ぎに自宅に帰り、夕食をとり2～4

時間の仮眠をとる。疲労が取れないまま、睡眠不足で深夜に入る。体制は看護師1名、介護士2名で満床57（平均介護度4.45）を担当するが、満足のいくサービス提供ができず、患者に不満を抱かせてしまう現状である。患者の症状に合わせた離床センサーを3種類・8台使用しているので、センサーコールとナースコールが常時鳴っている状況だ。私たちは緊急性の高い人から優先順を決めて駆けつけるため、15分くらい待たせる人も発生する。誠心誠意対応しても、人手不足で患者の気持ちに応えられないことも多く、謝罪で始まり謝罪で終わる毎日だ。人員配置基準を現状に合わせて引きあげてほしい、患者に安全で安心な夜間を過ごしてほしい。私たちも満足いただけるサービス提供がしたい。（長野・介護）

事例74 1人夜勤 緊張感みなぎる深夜、小さな物音一つに過敏に反応してしまう。利用者の転倒や事故が起きてはならないという思いから、つい口調が強くなってしまう。そして、帰宅後、シャワーを浴びて一息ついた時、「何故、あんな言い方をしてしまったのだろう…」と自己嫌悪に陥る。毎回、同じことの繰り返し。夜間冷静にと思ってもできない理由がある、それはフロアーに自分1人になってしまうから。自分で何とかしなければ、と重い責任がのしかかってくる。マンパワー不足による多忙、心が揺れ動く。この状況で手厚いケアはやはり少し無理がある。本当はみんな、もっとしっかり関わりたいし、寄り添いたいんだよ…。（長野・介護）

事例75 1人で16時間半の夜勤 定員16名のショートステイで、夜勤は職員1人、16時半から9時の16時間30分の勤務です。19時半から翌朝7時までは、本当に1人！早番の職員の顔を見ると、本当に安心します。開所当時とは様変わりし、認知症のない方はまずいません。休憩2時間が設定されていても、1人夜勤でどう取れと言うのでしょうか。コールや排泄介助、徘徊の利用者対応、転倒しないように走り回っているのが現実で、体も気持ちも休まる時間がありません。（秋田・介護）

事例76 家族にも負担 夫婦とも介護の仕事をしています。残業がない日はなく、いつも保育園のお迎えはうちが最後でした。窓から外を見て待っている子どもを見て、涙が出ました。それから慌てて家に帰って、食事とお風呂、洗濯と、あっという間に時間は過ぎてしまいます。子どもの成長には睡眠が大事だから、親の生活に合わせず早く寝せるようにと言われても、頑張ってもそれは無理です。子どもが具合悪いのに仕事が休めない、と泣いている同僚がいました。その人は、結局、その後に仕事を辞めました。私は職場を変わり、収入は減ったけど子どもとの時間が少しできました。夫は同じ職場で働き続けているので、相変わらず毎日の残業、土日でも出勤になることがほとんど、夜勤の日は15時半頃に家を出て、帰りは翌日の昼です。家族との時間も取れず、寝て過ごしてばかりの夫の健康も心配です。（長野・介護）

事例77 重度化が顕著 ユニット型小規模特養では、要介護3以上しか入所できなくなったことや、介護度の高い人の報酬評価が高いこともあり、利用者の重度化が顕著です。10人に対し職員1～2名で対応しても、8人が食事介助となると安全面が不安になります。食事介助はかなり時間を要しますが、1人ひとりのペースに合わせていたら、次の業務に支障をきたします。利用者に合わせた介助を心がける反面、仕事の効率も自分の評価に跳ね返ると考えると、ただ不満がつのる毎日です。（愛知・介護）

事例78 必要な支援が受けられない 国が在宅に誘導する中で、ヘルパーの需要は高まっています。しかし、賃金は不安定*、利用者宅での「1対1」の責任の重さなどから希望する人はとても少ないです。また、要支援の方への援助が自治体の事業へと制度変更され、サービス後退も危惧されます。単価がさらに下げられることで、事業所の運営や職員の処遇悪化も不安です。ヘルパーの援助で在宅生活が続けられる方が、制限によって必要なサービスが受けられなければ、施設を探さなければならなくなり

ます。自己負担は増えるのに、必要な支援を奪っている制度の現状に疑問と怒りを感ずります。(愛知・介護)

※非常勤ヘルパーの多くは日によって訪問先や時間が変わり、収入が不安定。訪問のための移動時間が、賃金支払いの対象外ということもある。

事例79 賃金が低く将来不安 私の勤務する老人保健施設(83床)では、看護師12名・介護士22名が勤務しています。その中の正職員の若いスタッフ(20代~40代)に、未婚・既婚を問わずにアンケートをとってみました。22名中、18名が回答してくれました。給与の手取り金額は、20万円~25万円、「現在の収入に満足しているか」との質問には「不満・大いに不満」が大半を占めました。自由記載欄には、「大変な仕事なのにいつまでも給料が上がらない」「子どもが出来た時自分だけの給料では生活出来ない」「頭痛・腰痛などでずっと体調が悪く、夜勤をしていけるか不安」など、健康や将来不安の声が多かったです。やりがいを感じながらも辞職を考えざるを得ない状況、何とか改善してほしいです。(岡山・介護)

事例80 手取り15万以下 介護福祉士として10年以上働いていますが、手取りは15万円以下。家族、子どももいるのに、塾にも行かせてあげられない。旅行も、貯金もできない。福祉業界は、人を選ぶ状況にないほど人手不足です。いろんな事件がおこる背景になっていないかと、危惧しています。(高知・介護)

事例81 処遇改善を 私は介護職場に転職して12年目になります。将来不安から職業訓練校(高等技術専門学校)でヘルパー1級をとって就職、パート職員からのスタートでした。就職後は常勤職員めざし、事例発表など色々なことにチャレンジして2回目の常勤採用試験で合格、介護福祉士も取りました。ケアマネジャーにも合格し、今は職場内ではリーダーという立場です。「ありがとう」と言ってもらえた時や、利用者・家族と信頼関係が築けた時は

嬉しい。そんなことに仕事のやりがいを感じ、これまでしんどい中でも仕事を続けてこられました。ただ、給与が他産業と比べると低く、夜勤含めて過酷な労働です。賃金含む処遇の改善を求めます。(岡山・介護)

事例82 事故の不安 1日15人の入浴介助、サービス利用者の送迎3時間、本当に疲れます。人手不足でこんな状態が毎日続いたら、いつか事故をおこしそうで不安。(高知・介護)

事例83 さらに制度改悪の不安 「忙しいろう?手が空いてからで、えいきねえ」—これは職員同士の会話ではなく、利用者から職員にかけられた言葉です。人手不足で業務に追われると、どうしても利用者に向き合う時間が無くなってしまいます。送迎車の運転や介護はリスクもあり、専門的な知識や技術も必要な仕事です。資格を有して働いているにもかかわらず、学生アルバイトと変わらない時間給。そんな低い賃金の職員がほぼ全体で、働き続けることを困難にしています。この仕事や職場が好きで懸命に働いている職員をも、たび重なる介護の改悪がさらに不安にさせています。「ここに来れるき、安心して長生きできるねえ」—そう言ってもらえる社会は、利用者だけでなく、職員も安心して働ける社会のはずです。利用者に向き合い、きちんとケアができる職場環境を実現するために、介護職の待遇改善を願います。(高知・介護)

事例84 外国人労働者とともに 私は介護サービスを提供している社会福祉法人で働き、入所・通所・在宅サービスなどを行っています。介護職の人手不足は深刻で、4年前より経済連携協定(EPA)で外国人介護福祉士候補生の受け入れを行っています。法人全体で40人近く(職員の約1割)が4つの入所事業所で介護職として働いています。私の働く介護老人保健施設は入所定員100人に対して看護師10人・介護員30人程で、介護員のうち8人・約27%が外国人労働者です。施設は3階に分かれており、1フロアの利用者33人前後を日勤

は介護員 4～5 人（うち 1 人は 12 時からの遅出）と看護師 1～2 人、夜勤では各フロア介護員 1 人と全体をみる看護師 1 人の計 4 人勤務です。日中は介護員のうち 1 人～2 人は入浴に半日つきっきり、会議や研修、外国人研修生は週数時間の国試対策勉強などがあり、介護員 1～2 人になることがほとんどです。

EPA で来られている方は優秀な方が多く、日本語での会話に困ることは少なく、利用者の方にも優しく接していますが、試験勉強もあり負担が重いです。途中で帰国した人もいます。現状では、介護福祉士の国家試験に合格しなければ帰国しなければいけません。数年しか働かず、次にまた新しい人がくるという状態になるのでは介護力の蓄積もできず、事業所側の負担も大きいです。国は外国人労働者にたよる方向を出していますが、まず日本人介護労働者を増やして、長く働き続けられる政策に力を入れてほしいです。（岡山・介護現場で働く看護師）

3 ケアマネジャーの立場から

事例85 追い詰められる介護者 今、全国で介護疲れを原因とした殺人や心中事件が相次いでいます。私の日常業務の中でも、その危険性を感じさせるくらい介護負担が重くなっている方と出会います。介護保険を始めとした社会保障制度が介護困難、生活困難な状態にある人々に届いていないと日々感じます。もちろん、私たちケアマネジャーは総合的に社会保障制度をしっかりと利用できるよう対応しようと努めますが、潜在的に存在しているであろう生活困窮状態にある人々へのアプローチの必要性を感じています。

昨年（2015年）、県内のある地域で、脳血管疾患と認知症で寝たきりの80代の母親を介護していた息子さんが心中を図るという痛ましい事件が発生しました。寝たきりの母のおむつ交換をし、昼夜を問わず大声を上げる母親への介護負担は相当重かったようです。しかし、近隣を車椅子で散歩するなど近所では優しく接する息子さんの姿が見られていまし

た。息子さんは自動車部品工場の非正規職員として働き、夜勤続きでした。一体、いつ寝ていたのでしょうか。その暮らしぶりからは経済的に余裕がない状況が推測され、介護保険制度のサービスは利用していたものの、費用的な問題から利用範囲は抑えられていました。将来を悲観した息子さんは母親の首に手をかけ、自身は自宅の鴨居で首を吊りました。台所のテーブルには、遺書とともに介護ヘルパーや光熱費の代金が置かれていたとのことでした。

このような日々の生活を懸命に生きる市井の人々が、なぜ自ら命を絶たねばならないのか。誰でもが介護を必要とする可能性がある中で、最期まで人間らしく生活するという当たり前のことがなぜこの国では保障されないのか大きな疑問を抱いています。また、介護者が自身の生活を犠牲にして介護にあたり、同時に厳しい労働環境にも身を置かなければならない現状についてどう考えればいいのでしょうか。さらに、その目的に逆行するような、社会保障費の削減や制度・施策の後退には怒りを感じるほどです。これでは介護者らは追い詰められて当たり前です。

医療や介護は人間のいのちに関わる分野です。市民の誰もが安心して暮らせることを希望することは、ごく自然なことのはずです。社会保障制度を誰もが人間らしい生活のために利用できるようにすることは、国の責任です。今も起こる様々な悲しい事件が個人の問題に矮小化されることなく、社会構造的な問題として捉えるべきであることを強く思います。介護者らが、いのちを懸けて訴えたことは何だったのか、そのことに真摯に耳を傾ける必要があるはずです。（三重・ケアマネジャー）

事例86 在宅生活を支えるヘルパーの不足は深刻 要介護1の夫と、脳梗塞後遺症（右片麻痺・言語障害）で要介護2の妻の2人暮らし、長女・長男家族は市内在住で週1日位訪問。日常生活は夫がほとんど支えています。最近、夫の酒量が増え、生活に支障が出てきました。そこで、夕方のヘルパーを増やしたいとの子どもたちからの要望を受け探しましたが、「週2回夕方の調理、配膳、服薬」とい

う訪問介護サービスは、9事業所目にしてやっと見つかり、1週間を要しました。どの事業所からも、夕食準備の16時～18時に稼働できるヘルパーさんがいないと言われ、あらためてヘルパー不足を実感させられました。これは全般的に言えることで、今、ヘルパー不足は深刻です。どの事業所も同様に、中高年のヘルパーが活躍していますが、病気や怪我、家族介護、孫の世話等により辞める方が多く、一方で新しい人、若い人が少なく、少ない人数で回さざるを得ない状況です。したがって、新規の仕事や代行、苦情などによるヘルパー交代がだんだんと難しくなっています。訪問介護職員の離職ゼロに向け、何か対応が必要です。ヘルパーって本当に介護のスペシャリストだと思いますが、責任が大きい割に報酬も評価も低い。これでは、ヘルパーの仕事に希望が持てません。

今後、要支援者の予防訪問介護は総合事業へと転換しますが、今よりも介護報酬が下がり賃金もどうなるかわかりません。これで地域包括ケアが成功していくものなのでしょうか。重要な仕事なのに、何故もっと評価が上がらないのでしょうか。ケアマネとしても、困っている利用者に必要な援助が提供できるように、改善してほしいです。(岡山・ケアマネジャー)

事例87 利用者の「困った」に寄り添って Aさんは80代の男性で、元医師。数年前に妻を亡くし、マンションでの一人暮らしです。息子が2人いますが1人は県外、もう1人は市外で薬局経営をしており、高齢の父親の面倒をみるために、頻繁に通ってくることは難しいそうです。そんな中で、平成27

年秋、Aさんが自宅で動けなくなりました。以後は、本人がフェイスブックで知り合った女性に頼んで、身の回りの世話をしてもらうことになりました。結局、「胸椎圧迫骨折」で入院となりましたが、彼女は病室にも付き添い、身の回りの世話や食事の世話など献身的で、退院後も同じように尽くされました。しかし、Aさんのお金で生活している女性に対して息子さんが、「働かざるもの食うべからず」と言い、女性は実家に帰ってしまいました。困ったのは、ご本人です。リハビリの甲斐あって自宅内は歩くことができますが、家事はまったくできません。洗濯機の使い方も知らないのです。ベッドを入れ、ヘルパー週2回、訪問看護週1回、病院通院は介護タクシー利用です。ある日曜日のこと、Aさん「歯が痛いんです。どうしたらいいでしょう。でも、昨日よりいいので様子見ます」、月曜日、「やはり痛くて眠れませんでした。ちょっと来てください」、私「わかりました、伺います」。結局、歯科受診と介護タクシーの手配、午後の訪問介護や看護を断り、その後の段取りを行いました。Aさんは、義歯調整でご飯がしっかり食べられるようになりました。「御用聞きのようなケアマネはいけない」と言われますが、小さなことに困って生活がしづらくなって、相談があるのです。今回のような仕事は、ケアマネの事業所収入には一切なりません。それでも1人暮らしの心細い生活している利用者にとっては、とても頼りにされる事なんです。介護保険制度がだんだんと変化し、使えなくなっています。「介護の社会化」とうたった最初の理念は、どこかに置き去りにされてしまったように思えて仕方ありません。(岡山・ケアマネジャー)

家族、他職種、患者家族などから

1 家族にも大きな負担

事例88 退職も考える 毎日残業で、保育園の迎えにも行けないことが多いです。幸い実家が近く、協力してもらっていますが、幼い子がいる間はサポートしてくれる人がいないと仕事は続けられません。これから夜勤にも入ることも考えると、子どものために退職を考えてしまいます。(公的病院・山口・看護)

事例89 家族を犠牲 結婚後は姑と同居で、オムツの洗濯や子守り以外の家事をすべてやってもらって、本当に助かりました。その姑も早くに亡くなり、以後は、夫は残業、私は夜勤、「ゆとりをもって子育てを」と言われても無理です。夜勤は、生活も家族も犠牲にします。気持ちに余裕が持てないのは嫌ですね。(公的病院・山口・看護)

事例90 家事の9割は夫の私 私は定時に帰れるのですが、妻は看護師で、看護記録などが時間外での入力になってしまい、17時終了のはずが21時ごろまで仕事しています。残業代もほぼついていないようです。当然、保育園の送り迎え、夕食の準備も私がやることに…。私1人の賃金で生活できれば、妻には看護師を辞めてもらうこともできるのに。共働きであれば家事も分担は当然だと思いますが、現状は90%を私がやっています。(愛知・看護師の夫)

2 他職種から

(1) 院内保育所の保育士より

事例91 体が心配 「おはようございます！」—保育園開園時間の7:30に保護者の方々がお子さんと登園、早番の職員が迎えます。「おかえりなさい！」—夕方は19:00に遅番の職員が、保護者の方々を迎えます。園児は、早番の時間帯に登園して、遅番の時間帯に帰ることになります。院内保育園なので職場はすぐ近くですが、ほとんどの方は8:30の出勤時間のはるか前に出勤されています。そして、定時に仕事を終わらせることは皆無です。こんな中、19:00よりもっと遅くまで開園してほしいという声も出ているのが現状です。子どもたちは、早番から遅番まで、延べ11時間以上保育園で過ごす日が多くあります。私は、このことが子供たちにとってどうなのか、というつもりは全くありません。保育園でも一日楽しく気持ちよく過ごせるよう、職員一同力を合わせています。お父さんやお母さんが一生懸命働かれている後姿を見て、子供たちはきっと元気にまっすぐ育っていくのだらうと思いますし、期待もしています。でも、緊張の連続の長時間労働、身体が心配です。

かたや、子どもたちはお昼寝からなかなか目が醒ませません。保育園に通っている間は「お昼寝」という強力な‘武器’があるので、睡眠は一定確保されます。これが学童期になると、そうはいかず、宿題も加わります。保護者の方々は、このまま仕事を続けられるのか、葛藤も生まれてくるのではないのでしょうか。長年積み重ねてこられたキャリアや、若くて働き盛りの有能な看護師さんが時間や身体などを

天秤にかけて仕事から離れられることになったら、患者さんにとっても病院にとっても大きな損失だだと思います。大切な医療の現場だからこそ、健康に気持ちよく働き続けられるよう、制度の充実、医療に従事される方々の処遇の劇的な改善を、院内保育所の保育士の1人として強く願います。(公的病院・院内保育所保育士)

事例92 乳児が増えている 私たちの院内保育所は、生後2ヶ月から就学前の児童が対象です。近年は、産休明け後の職場復帰者が多いため、乳児の割合が多くなっています。育児休暇をとらない背景には、産休育休の補充人員がいない、慢性的に看護師が不足していることなどがあります。人員不足のため2交替や夜勤専従などが導入され、医療の安全や健康などが置き去りにされている感じがします。院内保育所は、こういった環境で働く職員の子どもを預かっています。残業が多く中にはお迎えが21時や22時の時もありますが、お母さんや家族が迎えに来るまで責任もって預かっています。くたくたになり保育所までたどり着き、子どもの顔を見るとホッとする、職場のグチを語りたくもなる、保育士が「うんうん」と聞く、それだけで、お母さんの気持ちはいくらか軽くなります。

病院職員も園児もほっとできる、そんな存在である院内保育所が今変えられようとしています。政府が打ち出した「企業主導型保育所」の導入が、私の職場でも検討されています。待機児童削減のために国が責任をもつのではなく、規制緩和をすすめ、企業への補助金を手厚くして民間に委ねる内容です。規制緩和による保育の質の低下や、不安定雇用の職員を増やすなど、安全安心がないがしろにされています。職員が安心して子どもを預けられる環境を維持して欲しい、そして、保育所スタッフの雇用も守って欲しいと思います。(東北地方・院内保育所保育士)

(2) 看護教育の現場から

事例93 看護本来の姿見せて 私は、看護学生に

看護学を教え、病院等の実習にも行きます。ある混合病棟においての状況です。ナースがほとんどナースステーションにいない、点滴などの治療の補助業務が看護師の大半の業務を占め、日常ケアを最低限取り入れて走り回っています。学生は看護ケアに必要な患者を受け持ち、患者の問題点を挙げて援助計画を立てます。指導者やスタッフから、「この患者さんに何が必要か、どんなケアが必要か、考えて来るように」と指導を受けるのは普通のことです。学生は、その病棟がやっている以上のことは中々考えられません。看護師の業務量が多く、業務量に合わせて清拭や入浴は週に1回と決められており、寝たきりの患者はケア以外の時間も寝たきりのままとなっています。この様な状況の中で、「寝たきりの患者さんの生活の質はどうなの? 昼間、起こさなくていいの?」「全身の清潔は? 毎日、清拭や足浴など挙げなくていいの?」と、指導をされる病棟看護師の心痛を察してしまいます。実際には、病棟でできていないことばかりだからです。

学生が受け持った患者さんは、毎日、清拭や手浴・足浴をしてもらい、昼間は車いすで散歩にも出かけられる。面会者がいなくても病棟から離れ、景色を見たり、レクリエーションをしたり楽しめる時間がもてる。日に日に、患者さんの表情が良くなり、体もきれいになる、「学生さん、ありがとう」と患者さんから感謝されます。実習に立ち会う実習教師として看護師さん、学生に看護本来の姿を見せて下さい。学生があこがれるような看護をみせてやって欲しいのです。きっと、やりたいことができない現状に戸惑いながら、日々の業務に追われているのではないのでしょうか。(滋賀・看護学教師)

3 患者家族・患者から

事例94 患者家族・看護師として この3週間85歳の母が入院、手術でてんてこ舞いでした。夕食の準備をしていると母が「なんか胸がおかしい、ドキドキではないし、痛い!とも違うし、何かおかしいやわー」と言います。開業医から心房細動の診断をされた1週間後のことで、紹介された病院へ電話

し、緊急入院になりました。入院の準備、入院時の母の夕食の確保、母の不安の軽減、入院にかかわる書類（これがまた多く、サイン8回はしたような）の作成、家族・親族への連絡、家族の夕食の確保等々。点滴が始まり症状も落ち着いたので、私は22時頃に帰宅し、家族と今後について相談し眠りにつきました。

自分で歩くのが精いっぱいなのに身の回りの世話を看護師にやってもらうのは恥ずかしいと思っている母なので、翌日朝7時には病院へ行き、朝食を介助し、主治医より病状・治療方針の説明を受けました。数日後も胸部不快感が持続し、手術を行うことになりました。この間の食事介助、清拭、汚れ物の洗濯、手術前の入浴介助、これ以外に日常の家事や仕事もあり、一人入院するだけで家族は振り回されることを実感しました。今まで、医療者として手順通りにご家族に説明し、あとは「お疲れ様です」とねぎらいの言葉はかけていたものの、いざ自分が体験すると大変だなーと実感しました。

職場の大変さはわかっていましたが、術後の感染対策や安全管理の方法など考えさせられることも沢山ありました。ナイロンエプロンやゴーグル装着での清拭、バイタルサインの観察にもプラ手（手袋）使用、脈の測定も経皮的酸素飽和度モニターなど機械ばかり。全身清拭は、蒸しタオル3枚、陰部清拭用の使い捨て蒸しペーパータオル1枚。最後はタオルも冷たくなり、爽快感は得られません。背中がべたべたするという母に、家から持ってきたタオルで石鹸を使い熱布清拭をすると、「あ～さっぱりした」と喜んでいました。また、発作で心電図モニターのアラームが鳴った時、すぐに駆けつけてくれたのですが、「大丈夫」と言うと看護師は脈もとらずに退室。その直後に症状があってもナースコールを押さずに母は我慢し、「よくやってくれる看護師さんたち」と思っています。色々な経験をしましたが、看護師として患者に寄り添うことの大切さをど

う伝え、実践にいかしていただくか、大きな課題を頂きました。（公的病院・滋賀・看護）

事例95 看護師さん、ありがとう 私は85歳で2回目の入院をしましたが、もう2年前の事は忘れてしまいました。年を取ると動きがゆっくりになるし、言われた事をわかるのにも時間がかかり、すぐに動けない私に親切にお世話を頂いて、本当に感謝の気持ちでいっぱいです。お薬を調整して頂いても症状が変わらず、夜中にむかむかして吐いた時も背中をさすって頂いて、丁寧にお世話をしていただきました。また、手術の後、食事の準備や薬を飲むお世話をしていただきました。「胸がおかしい」というナースコールにもすぐ来ていただき、夜中ず～と仕事しておられたのに、朝、車いすでレントゲンに連れて行って下さったり、本当に頭の下がる思いです。これからますます年を取り、自分で出来ない事が増えていく私ですが、トイレやお風呂など、看護師さんの手を煩わせないようにしたいと思っています。（入院患者）

事例96 患者家族からみても夜勤は大変 母が約1年入院後、亡くなりました。看護師さんたちには本当に感謝しています。夜、悲しくて泣いていると、背中をさすってくれ、気持ちに寄り添ってくれました。夜勤の大変さもよくわかりました。何といっても人数が少なすぎます。私が母のトイレ介助をしていると、私より大分背の低い方が「大丈夫ですよ、私がやりますよ」と優しく声をかけて下さり、手際よく介助されました。患者は母だけではないですから、本当に大変だろうと思います。静かな夜ばかりではありませんからね。優しい笑顔に救われますが、看護師さんたちにも家族はおありでしょうに、夜勤の時はどうされているのか気にかかります。どうか頑張ってください、お体を大事にしながら。（患者家族）

それでも看護・介護はやっぱり素晴らしい

1 医療をまもる

事例97 震災を経験して 福島は東日本大震災で地震、津波、原発事故の被害を受けました。3月11日14時46分、私は病院で仕事をしていました。その時のことは今も鮮明に覚えています。大地震が発生し、建物が大きく揺れるなか、看護師は全員、患者のもとへと走りました。点滴スタンドは倒れる、ベッドは大きく横に揺れ動く、病室のドアは何度も何度も横にスライドする。看護師たちは「大丈夫ですか！大丈夫ですか！頭に気をつけてください！布団をかぶってください！」と叫びながら、患者の安全を守るために奔走しました。「落ち着かなければ、落ち着かなければ。みんながいる。患者がいる」。そう自分に言い聞かせながら、必死に働きました。揺れが落ち着いた後、テレビやラジオから次々と情報が入り、自分の家が流されたといって半狂乱になる患者もいました。海の近くに家があり、家族の安否を確認しようにも電話も通じず、職場を離れることもできなかった職員もいました。2、3日過ぎてから、肉親を亡くしながら仕事に没頭していた職員がいたこともわかりました。本当に職員全員が必死に働きました。自分自身の危険も顧みず、まず患者のことを考えました。地震当日、誰一人けが人を出すことはありませんでした。患者の給食は地下の厨房から6階まで、職員が一丸となって「バケツリレー」です。4月にも震度6弱の大きな余震に見舞われ、エレベーターがとまりました。そのたびに同じように頑張りました。

福島には原発事故の問題もあります。原発事故で県内は大パニックになりました。どのような原発被害者が来るのだろう、私たちは逃げなくてもいいの

かなど、大きな不安を抱えたまま、医師はほぼ全員特別待機、看護師などスタッフは、ガソリン不足で通勤困難だったため病院に泊まり込みました。放射能汚染の不安から、数十人の看護師が職場を離れました。みんな、家族や子ども、自分の健康への不安から、悩みながら、泣きながら、職場を離れざるを得ない状況まで追い込まれました。病院に残って必死に働いた仲間も「原発事故さえなければ」と、あまりに辛くてみんなで泣きました。それでも私たちは、医療労働者としての誇りと使命感に支えられて働いています。(公的病院・福島・看護)

事例98 患者さんは素敵な先生 八雲病院移転計画に伴い、計画見直し要求行動の一環として、弁護士による患者・家族の実態調査があり、私は聞き取り調査に同行しました。ある方は、病院の説明が不足していること、不安が募る一方であること、今後移転となったなら子どもに会うことが難しくなること、子どもが元気でいられなくなる気がしてならないこと、お願いだから病院を残してほしいことなど様々な不安を聞きました。聞いているうちに涙が出そうになり、こらえるのに精一杯でした。病院の勝手な都合で生活の場を奪われるのはいかなものかと怒りを覚えました。患者さんを何だと思っているのでしょうか。患者さんだけではありません。そこで働く看護師をはじめとするスタッフの事も考えられていません。私たちは病院の駒なのでしょう？こんな病院を辞めてしまいたいとも思いますが、今看護している患者さんはとても素敵で色々なことを教えてくれる先生であり、師匠です。そんな患者さんを思うと、とても辞めることなんてできません。(公的病院・北海道・看護)

事例99 患者の権利奪うな 私は、八雲病院移転計画に伴う実態調査を報告する北海道庁での記者会見に参加しました。訴えたくても前に出て訴えることができない患者・家族の声と、現場の看護師の声を届けるために参加したのですが、メディアは1社しかいなく記事にもなりませんでした。地方の病院が一つ無くなるということは、そんなに軽いものなのでしょうか？そこに入院している患者やその家族、スタッフの事をもう少し考えてほしいと思います。重症心身障がい児・者や筋ジストロフィと言われても、障がいを持つ人と関わったことがない人はイメージが出来ないのだと思いますが、みんな自分の意志を持った「人」なのです。一般病院が無くなるとなれば、もっと騒ぎが大きくなると思います。自分に関係のない障がい者の病院だからという意識があり、運動が大きくなりにくいのだと悲しく思います。患者・家族のいのちがかかっています。移転計画はやめて、医療を守ってください。私たちも頑張っています。(公的病院・北海道・看護)

2 看護・介護の喜び

事例100 看護を楽しみたい 看護師になって3年が経ち、それなりの仕事はこなせるようにはなりました。しかし、「仕事をこなす」よりも「看護をしたい」という思いです。日々の忙しい業務の中で、家に帰ってから「あの人ももう少し〇〇してあげられたらな～」と思う事が沢山あります。患者に寄り添って話を聞きたくても、その時間もさけないほどの業務量。患者からも「大変やね～。私の話はいいいし、あっち手伝ってあげて」などと言われます。患者から心配され、「私のことは大丈夫」と言わせてしまうなんて、そのことの方がよほど「ショック」です。そんなことを言わせてしまった上に、「ごめんなさい。すぐ来ますので」と他の患者や仕事に向かう自分にも腹が立ちます。学生時代からの友人とも、「残業が多くて、〇時に帰った」など負の会話しかしていないような気がします。もっと「こんないい看護をした」とか、「働きやすい職場で楽しい」とかポジティブな会話をしたいのです。3年経

った今でも、「看護師」の本来の姿で働けていない、後輩指導の時もっと看護の楽しさややりがいを伝えたい。そのためには、一人一人がゆとりある仕事や看護をする必要があります。まずは看護師をふやして、看護の楽しみややりがいを感じるために頑張ります。(京都・看護)

事例101 看護師生活を振り返る 看護師になって30年余り、病棟、手術室、外来など様々な部署を異動しながら働いてきた。長女出産以降、産休と約半年の育休をとり、院内保育所、認可保育所、学童保育、地域の子ども会などでお世話になりながら、3人の子育てと仕事に頑張ってきた。子どもが病気になった時は大変だった。夫と交代で休み、少し長引く時は親に預けた。夫や両方の親など周りの協力があってこそ今に至っていること、学校や地域の方々、職場の同僚にも本当に感謝している。子どもたちが難しい年頃になった時は色々な問題が起こったが、どうにか乗り越えてきた。20数年前と比べ、夜勤の看護師は2人から3人へと増えた。しかし、夜勤回数は減らず、「日勤一深夜」は今も続いている。仕事の密度は濃くなり、時間外労働も増えた。年休消化率も50%からは改善しない。忙しさで、看護について、働き方について話しあう時間も無い。でも、看護のやりがいや仕事の充実感を感じてほしい。結婚・出産で仕事を辞める選択肢は私にはなかった、看護の仕事が続けたかった。それが自然であり当然のことだった。若いみなさんにも頑張ってもらいたい。(公的病院・広島・看護)

事例102 精神障がい者を地域で支えて 精神科疾患を抱えながら、地域で暮らすことは生やしいものではない。精神障がい者に対する偏見や差別が横行しているからである。障がい者差別禁止法が適応されたが、殆どの人はそれを知らないか、自分に関係あるとは思っていない。「誰もが安心して住み続けられる社会を」と謳っているが、何の保証を政府は約束してくれるのだろうか？私が受け持つ利用者の一人に発達障害を持つA氏(女性)がいる。A氏を通して社会の偏見と精神障がい者が生きにくい現

実、そしてそれを支援する私たちの活動を紹介したい。

A氏は壮年期の女性で未婚、病名は発達障害・軽度知的障害・適応障害で、訪問介護、支援専門員、訪問看護の支援を受けている。祖父母が亡くなった後、母親と二人暮らし、母親が入院して単身生活となった。幼少期よりいじめられっ子で、小学校から高校、そして職場でも苛められ、結局若くして退職。以後、母親と共に祖父母の年金で生活をしている。洗濯機、掃除機、電子レンジ、エアコンはなく、浴室は改修したが自分自身では使えず、月に一回銭湯へ行く。洗髪は自分ではせずに美容室へ。下着も替えない。

訪問目的は、自分で買い物ができるようになるための支援。訪問時間は原則30分以上1時間未満、だが玄関から出てくるまでにまず15～30分はかかる。車に乗ってからは、シートベルトの位置を決めるのに30回は伸ばしたり元に戻したりの繰り返し。買い物に行く店を決めるまでに10分以上かかる為、予め候補をいくつか挙げるようにしている。パンを1本決めるのにも手にとっては元に戻しを繰り返す、と全てに時間がかかる。買い物が終わると釣銭の確認に入る。小銭は台の上で種類別に並べて、作られた年号や日本銀行の文字を確認し、表裏をよく見てから財布にしまう。買い物客が後ろにずらっと並んでいても止めることはできない。手順通りしないとまた一からの確認になるから。こうして、訪問時間は過ぎていき平均して2時間を彼女に使うことになる。いくら「次の人の訪問がある」と言っても「はい」と返事をするのみ。早くしようにも彼女自身ではどうしようもないのだろう。(分かっているけど、2時間はつらい。)

彼女は、療育手帳も障害者手帳も持っていない。X病院から、母親の入院を機に訪問看護を依頼されるまでは、決められた店でのみ何とか買い物ができていたらしいが、十分な食事もできておらず、衣類は何か月も着たままで過ごしている。他者との接点もなく、ただ母親とひっそりと暮らし、社会生活に十分な適応ができるとは言い難い。自らが援助を求めることができず、近隣との関係も疎遠で心細い生

活を送っていた。困窮者を救いだし、適切な支援を普通にできる行政はないものか？障がいを持つ人が暮らしやすい社会は、誰もが暮らしやすい社会だといえよう。しかし、現実社会は、障がい者やその家族は息をひそめるよう世間の目を気にしながら生きなければならない。私たちは、利用者の真の声を聴き、看護という側面と生活という側面からの援助を惜しまないが、施策の充実を早急に求めたい。(岡山・看護)

事例103 利用者の可能性ひきだす 老健施設は通常3ヶ月を目処に次の行き先を考える場所ですが、私の働く施設では様々な理由で退所する事ができなく、何年も同じ場所におられる方が沢山います。その中で、だんだんADL（日常生活動作）も落ちて寝たきり状態になったり、家族の面会も少なくなり活気がなくなってしまう方も多くいます。そんな暗い話題ばかりしかないように思える職場ですが、介護をしていて良かったと思える事もあり、それが働き続ける力になっています。

60代の脳出血後の方は寝たきり状態で、声を掛けても反応がなく、ずっと天井を見ています。ある日、体位変換用の枕を上手に投げたり、自分の良いと思われる所に置いているのをみかけました。「きっとこの方は何かできるのではないか」と思い、週2回の入浴後に離床時間をつくり、テレビを観て頂くようにしました。そうしていると、2週間くらいたった頃から、声かけにも反応を示してくれるようになり、さらには挨拶を返してくれたり、笑いながら冗談で「アホー」などと返してくれるようになりました。スタッフも大喜びです。みんなで相談して、この方の次の目標は、「ボール投げ練習をして、集団レクレーションに参加できるようになる」としました。御家族もそんな様子を見て、笑顔になってくださいました。こんな時に私たちの気持ちは癒されます。そして、もっともってこの方に笑顔になって頂くよう頑張ろうと思います。こんな利用者をもっと増やしたいと、毎日の介護に励んでいます。(岡山・老健施設・介護)

事例104 認知症患者とともに 私は、認知症専門病院で働いています。2階が精神療養病棟、3・4階が認知症治療病棟でそれぞれ60床、ほぼ満床に近い状態です。一般的な認知症のイメージは、「何もわからなくなったお年寄り」という感じではないでしょうか。しかし、現場で働いているとそうではないことがよく分かります。厳密にいうと、認知症の症状は様々で、程度も軽いものから重いものまであるので一概にはいえませんが、認知症は記憶障害を中心とした認知機能障害です。これが原因で、もの忘れや見当識障害、判断力の障害などの基本症状が生まれるのです。これまでは「問題行動」と呼ばれていましたが、今では「行動障害」≠問題行動が当たり前になっていると思います。私たちの病院では、「その人らしく生きることができるよう援助します」という理念のもとで、看護や介護を実践するよう努力しています。ですから例えば、他の施設でよくみられるオムツやポータブルトイレはなるべく使用せず、一人ひとりをトイレ誘導する排泄援助をおこなうようにしています。

しかし、基準は満たしているのですが、患者の症状は様々で、身体合併症を伴うことも多いため、決

してスタッフの人数は十分といえません。例えば、1人のスタッフが2人の食事介助を同時進行するのは当たり前のようになっています。誤嚥しないように援助しながら、お膳をひっくり返す人や、早く食べ終わって隣の方のお皿に手をのばしたりする人にも気を配り…。手が本当に足りません。夜は夜で、スタッフの人数以上に眠らない患者がいます。となると、何とかゆっくりででもご自身でされていたことをスタッフが手を貸してしまった方が早いので、結局、これまでできていたことができなくなる悪循環は止まりません。

このように介護の現場というのは決して“きれいごと”だけではやっていられませんが、イヤなことはイヤときっぱりと意思表示されますし、うれしい時は笑顔で時に「ありがとう」と言ってくれることもあります。だからこそ、私たちは日々、少しでもなじみの人になれるよう、限られた時間の中で1人でも多くの患者に丁寧に関わりたいと思っています。人員配置基準を早く見直し、ゆとりをもってお世話ができるようにしてほしいと願っています。

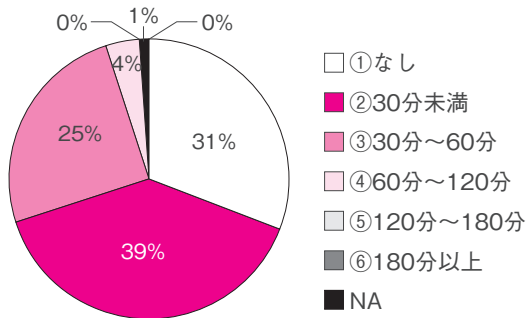
(岡山・介護)

資料

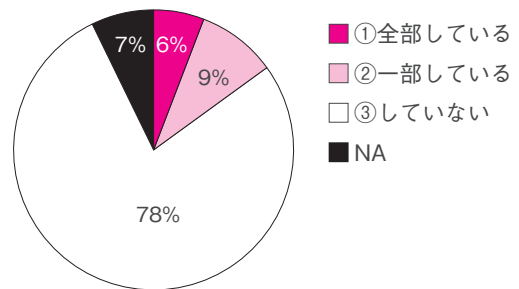
日本医労連2016年退勤時間調査結果より

看護師のみの集計

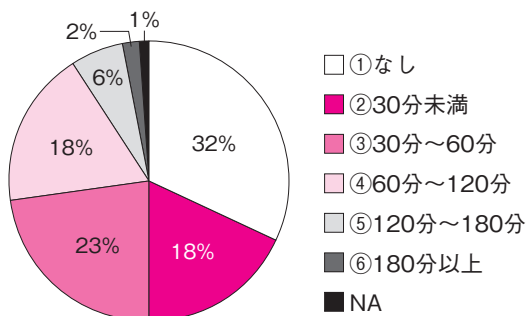
今日の始業前残業はどれぐらいでしたか？



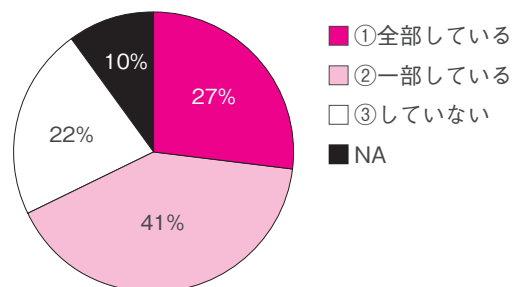
始業前残業は請求しましたか？



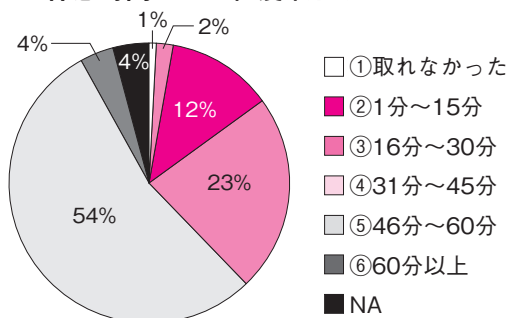
今日の終業時間後の残業はどれぐらいでしたか？



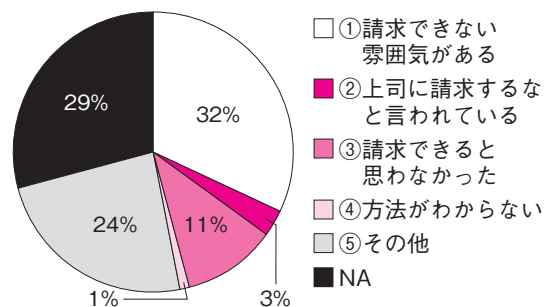
終業時間後の残業は請求しましたか？



休憩時間はどの程度取れましたか？



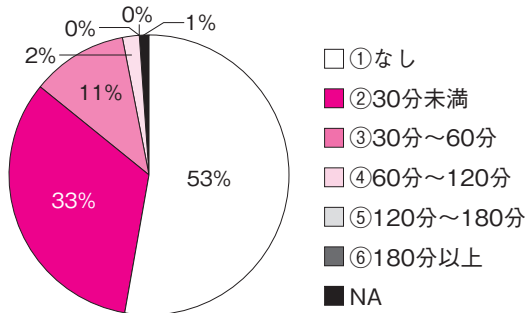
残業代をすべて請求しない理由は？



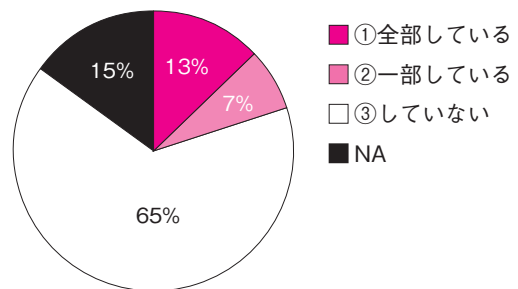
日本医労連2016年退勤時間調査結果より

夜勤交替制勤務ではない職種の集計

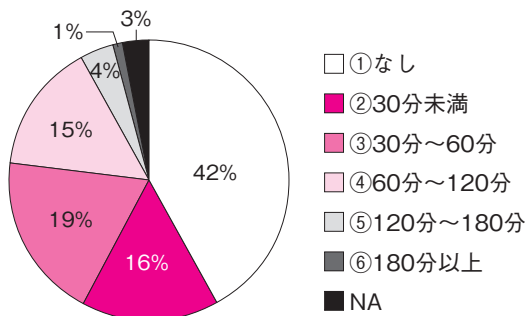
今日の始業前残業はどれくらいでしたか？



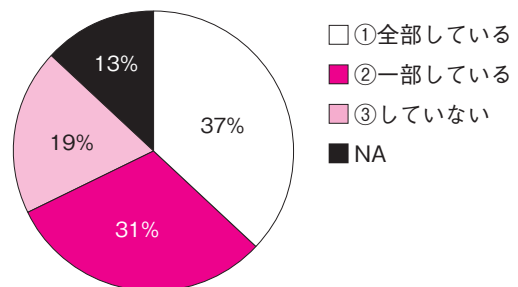
始業前残業は請求しましたか？



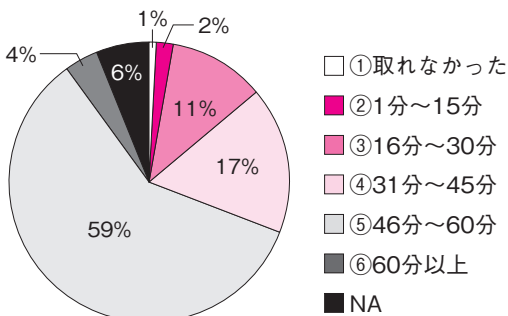
今日の終業時間後の残業はどれくらいでしたか？



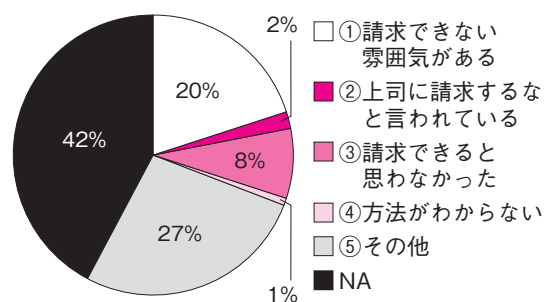
終業時間後の残業は請求しましたか？



休憩時間はどの程度取れましたか？



残業代をすべて請求しない理由は？



日本医労連「2016年退勤時間調査結果」

○実施時期 2016年10月を取り組み集中月間に設定、12月末までに各施設で取り組んだ調査結果を集約

○調査対象 加盟組合の組合員、職場の労働者

○集約数 1万2,510名（100単組支部）

○結果の一部抜粋の概要（看護職員と常日勤者で比較）

①看護職員の約7割は「始業前残業」を行い、そのうち約8割はサービス労働。

②夜勤交替制勤務ではない職種の「始業前残業」は4割強、うち6割強がサービス労働。

③看護職員の約7割が「終業後」も残業、うち3割はサービス労働。請求しない理由に「請求できない雰囲気」が3割。

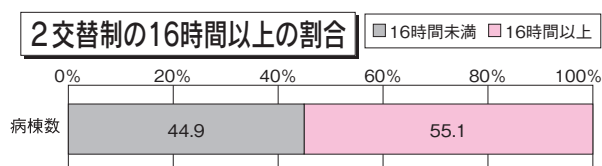
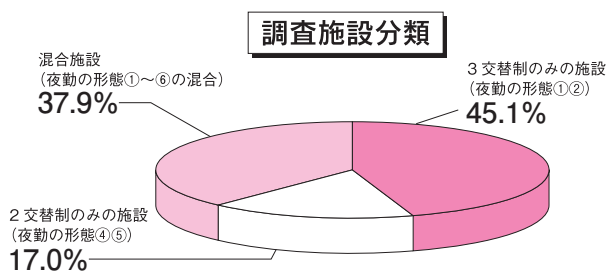
④夜勤交替制勤務ではない職種も4割が「終業後」残業、うち3割がサービス労働。請求しない理由も「できない雰囲気」が2割。

2016年度「(看護) 夜勤実態調査結果」概要

※以下（ ）内数字は2015年度結果

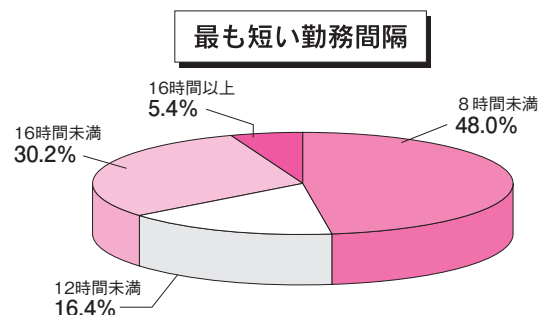
1 「2 交替」病棟では、5 割を超える職場で「16時間以上の長時間夜勤」

8時間以上の長時間勤務となる「2 交替」病棟の割合は、年々増加傾向にあり、過去最高の38.4%（32.1%）になった。「16時間以上」の長時間夜勤は、「2 交替」病棟の55.1%（55.1%）、看護職員数の53.4%（53.7%）で、依然として2 交替の内、5 割を超える病棟が16時間以上の長時間夜勤になっている。患者の安全と看護要員の健康への影響が危惧される深刻な事態である。



2 勤務と勤務の間の時間が極端に短い「8時間未満」の勤務間隔が約5割

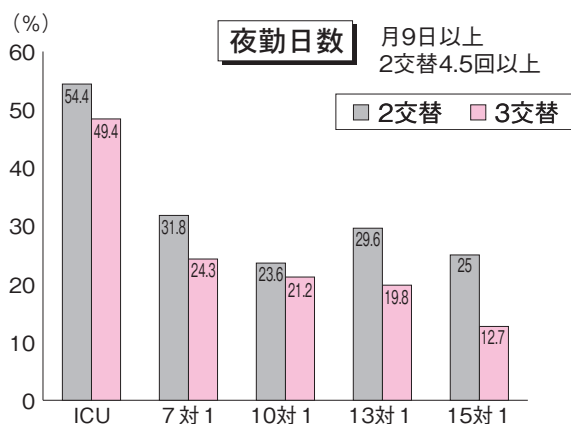
最も短い勤務間隔は、「8時間未満」48.0%（53.2%）、「12時間」16.4%（16.0%）、「16時間未満」30.2%（24.9%）。「8時間未満」「12時間未満」を合わせると64.4%（69.2%）だった。疲労が回復しない「8時間未満」の勤務間隔が依然として5割におよび、一方、長時間2 交替夜勤の増加の影響か「16時間未満」が増加している。



3 「月9日以上（2交替月4.5回以上）」は、「3交替」2割強、「2交替」3割強

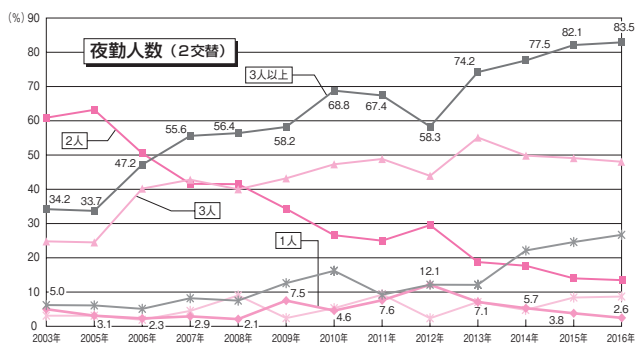
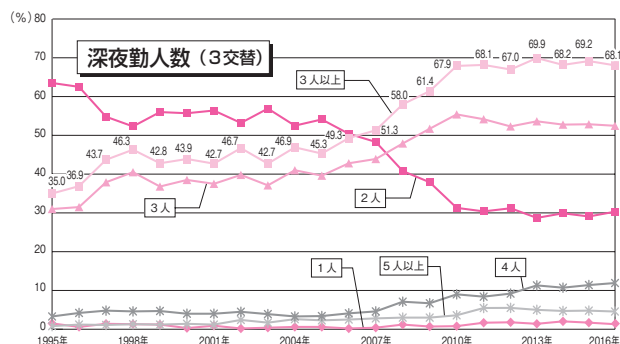
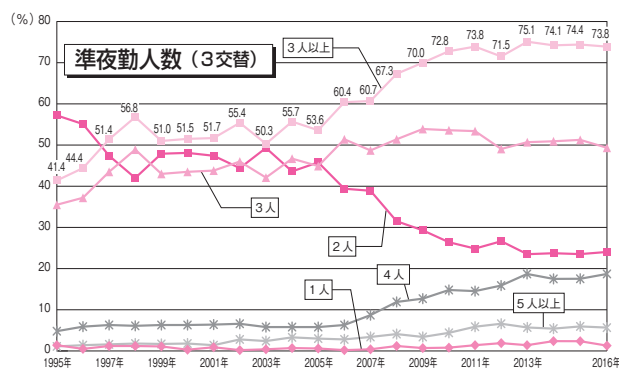
「3交替」の平均夜勤日数は7.63日（7.60日）。「8日以内」77.2%（74.9%）、「9日以上」22.9%（25.2%）、「10日以上」7.3%（昨年8.6%）で、引き続き2割以上が9日以上の夜勤に従事。重篤・重症の急性期患者を看る「ICU」では40.9%（49.4%）で4割が「9日以上」になっている。

「2交替」では平均夜勤回数4.04回（4.09回）。「4回以内」65.2%（66.9%）、「4.5回以上」33.5%（33.1%）、「5.5回以上」10.7%（10.7%）。「ICU」では過半数の56.4%（54.4%）が「4.5回以上」となり、長時間勤務が更に多くなっている。月8日（3交替）を求める「看護師確保法・基本指針」に抵触する夜勤日数が改善されていない。



4 「50床あたりの看護職員数」は「3交替」「2交替」共に増加

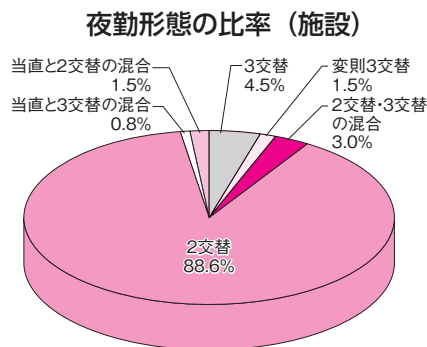
50床あたりの看護職員数は、「3交替」で平均33.3人（32.7人）、「2交替」では平均35.2人（34.7人）で微増。3人以上夜勤体制は、準夜で73.8%（74.4%）、深夜68.1%（69.2%）、2交替では83.5%（82.1%）だった。長時間2交替で仮眠をとるためには4人以上の体制が求められるが、その体制は全体の1/3に過ぎない。



2016年「介護施設夜勤実態調査結果」概要

1 長時間の2交替夜勤が9割

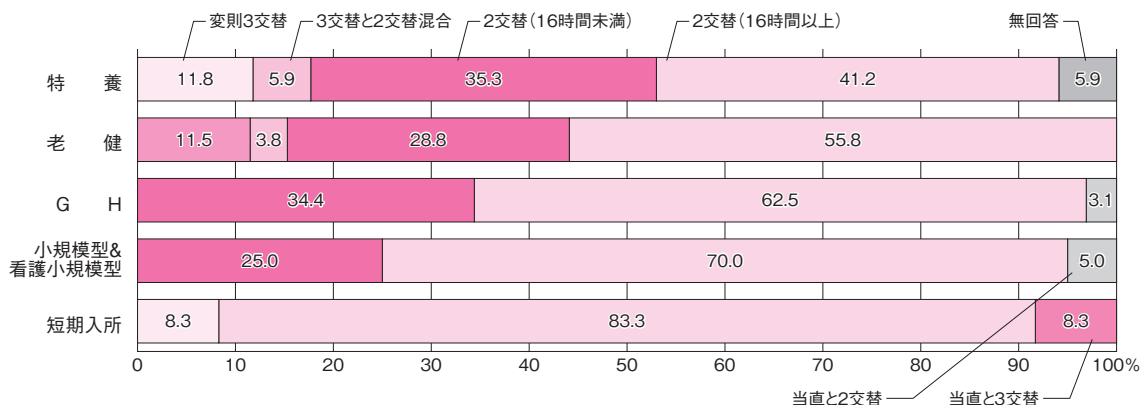
長時間「2交替夜勤」の施設が9割を占め、うち68.4%が16時間以上（午後4時前後から翌朝の9時前後まで）の勤務時間になっている。GH（グループホーム）、小規模多機能型、看護小規模多機能型の小規模事業所では、全て2交替夜勤。



2 1人夜勤体制が多い

介護施設の夜勤体制は実態に見合わない少ない人員配置だが、とりわけ問題なのは、仮眠はおろか休憩すら取ることが困難な「一人夜勤」の存在。GHや小規模多機能型施設、看護小規模多機能型施設では、すべての事業所で一人夜勤となっていた。また、特養や老健、短期入所でも「一人夜勤」が散見され、回答のあった職場の2割弱だった。

また、回答施設の4割弱が「仮眠室が無い」と回答、長時間労働にも関わらず、仮眠もとれない実態にあることがわかった。



3 夜勤回数、最多で月11回

介護現場には月あたりの夜勤回数（日数）に上限規制がない。国の指針としては、「看護師確保指針」で「月8日以内（3交替）」とされている。その基準を当てはめると「2交替では月4回以内」であり、少なくとも同等の規制が必要である。今回の調査結果では、「2交替夜勤」の全施設平均回数は4.4回だった。月の夜勤回数が4回を超える職員は4割を占めた。GHでは夜勤者の半数以上が月4回を超え、負担の重さが推察できる。最多夜勤回数（2交替）は、特養で9回、老健10回、小規模では11回にも及んでいる。

4 勤務シフトが多い

介護施設では、利用者の生活リズムに合わせて勤務が組まれる。しかし、十分な人員配置となっていないため、勤務シフト（早番・日勤・遅番・夜勤など）が変則的になり、職員やその家族への負担が大きくなっている。平均シフト数は5.2通りで、特に特養や小規模多機能型施設、看護小規模多機能型施設でシフト数が多い。また、GHや小規模多機能型施設など、小規模な事業所ほど非正規職員の割合が高く、夜勤に組み込まれるケースが多くなっている。

各業態の夜勤の職員配置要件

業態	施設形態	利用者数	配置職員	配置数	備考
特養	通常型	利用者の数が25名以下	介護職員又は看護職員	1名以上	
		利用者の数が26名～60名		2名以上	
		利用者の数が61名～80名		3名以上	
		利用者の数が81名～100名		4名以上	
		利用者の数が101名以上		5名以上	4名にプラスして、100名を超えて25名又は端数を増すごとに1名を加えて得た数以上の人員を配置
	ユニット型	2つのユニット毎	介護職員又は看護職員	1名以上	
老健	通常型	指定なし	介護職員又は看護職員	2名以上	利用者数が40名以下で、常時、緊急の連絡体制を整備しているものにあつては1名以上
	介護療養(転換)型	「通常型」の要件に加え、看護職員の数が利用者の数を41で除して得た数以上			
GH		1ユニットごとに配置	夜勤を行う介護従事者	1名以上	
小規模多機能 & 複合型		特に指定なし	夜勤を行う介護従事者	1名以上	小規模多機能施設及び複合型サービス施設の宿泊の最大定員は9名
短期入所 生活介護	単独型	利用者の数が25名以下	介護職員又は看護職員	1名以上	
		利用者の数が26名～60名		2名以上	
		利用者の数が61名～80名		3名以上	
		利用者の数が81名～100名		4名以上	
		利用者の数が101名以上		5名以上	4名にプラスして、100名を超えて25名又は端数を増すごとに1名を加えて得た数以上の人員を配置
	単独型ユニット型	2つのユニット毎	介護職員又は看護職員	1名以上	
	併設型(※)	「単独型」の「利用者の数」を「短期入所の利用者の数及び特別養護老人ホームの入所者の数の合計数」に読み替え、以下「単独型」と同じ。			(※)特別養護老人ホームの全部又は一部の入居者に利用されていない居室を利用して短期入所の事業を行うもの。

厚生労働大臣が定める夜勤を行う職員の勤務条件に関する基準

各業態の夜勤加算と要件

業態	加算名	要件	加算単位	備考	1ヵ月当たりの金額(1単位10円)
特養	夜勤職員配置加算(Ⅰ)イ	入所定員が31名以上50名以下 夜勤の介護または看護職員をプラス1人配置	22単位		264,000円 金額は30日、定員40名で計算
	夜勤職員配置加算(Ⅰ)ロ	入所定員が30名または51名以上 夜勤の介護または看護職員をプラス1人配置	13単位		117,000円 金額は30日、定員30名で計算
	夜勤職員配置加算(Ⅱ)イ	入所定員が31名以上50名以下 夜勤の介護または看護職員をプラス1人配置 ユニット型を算定	27単位		324,000円 金額は30日、定員40名で計算
	夜勤職員配置加算(Ⅱ)ロ	入所定員が30名または51名以上 夜勤の介護または看護職員をプラス1人配置 ユニット型を算定	18単位		162,000円 金額は30日、定員30名で計算
老健	夜勤職員配置加算	(1)老健および短期入所療養介護の利用者数の合計が41名以上の場合、20名またはその端数を増すごとに1人以上配置、かつ、2人を超えていること。 (2)入所定員が40名以下の場合、20名またはその端数を増すごとに1人以上配置、かつ、1人を超えていること。	24単位	(1)または(2)の要件をクリア	216,000円 金額は30日、定員30名で計算
GH	夜間支援体制加算(Ⅰ)	1ユニットで夜勤を行う介護従事者及び宿直勤務医にあたるものの合計数が2以上であること	50単位		135,000円 金額は30日、定員9名で計算
	夜間支援体制加算(Ⅱ)	2ユニット以上で夜勤を行う介護従事者及び宿直勤務医にあたるものの合計数がユニットの数に1を加えた数以上であること	25単位		135,000円 金額は30日、定員18名で計算
短期入所	夜勤職員配置加算(Ⅰ)	夜勤の介護または看護職員をプラス1人配置	13単位		117,000円 金額は30日、定員30名で計算
	夜勤職員配置加算(Ⅱ)	夜勤の介護または看護職員をプラス1人配置 ユニット型を算定	18単位		162,000円 金額は30日、定員30名で計算

夜勤は有害業務、
保護と規制の実現を

夜勤規制

1日8時間以内、勤務間隔12時間以上、週32時間以内に

日本医労連は、人事院夜勤判定、ニッパチ(複数・月8日以内)闘争、ナースウェーブ、看護師確保法制定、大幅増員闘争など、これまでの夜勤改善・大幅増員の運動を継続・発展させ、夜勤交替制労働者の労働時間を「1日8時間以内、勤務間隔12時間以上、週32時間以内」とし、労働環境を抜本的に改善することを要求して運動しています。要求に確信をもって、運動の推進ができるよう「夜勤規制Q&A」を作成しました。



日本医労連

Q&A

Q1 なぜ、夜勤交替制労働者だけに週「32時間」労働を求めているのですか？



24時間365日いのちを守る医療や福祉は、夜勤がどうしても必要ですが、夜勤交替制労働は、健康リスクや安全リスクが高い勤務です。家庭生活や社会的活動の面でも負担や制限など支障がでます(解説頁参照)。

患者・利用者の安全を守るためにも、医療・介護労働者が健康で働き続けるためにも、夜勤交替制労働者の労働時間の短縮が必要です。

ILO(国際労働機関)夜業条約・勧告では、「夜業に従事する労働者の労働時間は、昼間同じ仕事に従事する労働者より少なくする」としています。

日本は、諸外国に比べても労働時間規制が遅れていますが、労働時間短縮は、世界の労働者の強い要求で、例えば、フランスでは週35時間制を実現しています。

Q2 週「32時間」ということはパートですか？賃金が下がるのですか？



夜勤交替制労働は、健康リスクが高い過重労働であり、日本医労連は、週休とは別に、「夜勤のための勤務免除」を保障させ、週休2日で週32時間労働とすることを要求しています。

常勤労働者として、現在の賃金を維持したまま、労働時間を32時間に規制することを要求しており、パートになるわけではありません。



Q3 労働基準法は週40時間なのに、「32時間」は無理ではないですか？



労働基準法は、最低基準を定めたもので、「使用者は、労働者に、休憩時間を除き一週間について40時間を超えて、労働させてはならない」(第32条)と定めています。負担が大きい夜勤交替制労働について、40時間より短い労働時間を設定することはなんら問題ありません。昨年、高速バスの事故が問題となりました

が、自動車運転手については「労働時間等の改善のための基準」(厚労省告示)を出して規制しています。夜勤は安全と健康に対する有害業務であり、保護と規制が必要です。将来的には、強制力のある法規制も展望し、実効ある労働時間規制を要求していきます。



Q4 「正循環」がいいというけれど、休みを損じた気がします。



人間の生体リズムは、24時間ではなく25時間で、太陽光を遮断して生体リズムを測ると1時間ずつ後ろにずれます。「日勤⇒準夜⇒深夜」のように時刻を遅くしていく勤務編成(正循環)の方が、「日勤⇒深夜⇒準夜」のように時刻を早くしていく勤務編成(逆循環)より、体を調整しやすいのです。

準夜の後に「夜勤のための勤務免除」を保障できれば、他に週休を2日とることができます。週

休や年休が、家庭や趣味や友達づきあいのための休日として活用できます。

深夜⇒準夜(逆循環)では、勤務間隔が約32時間ありますが、週の労働時間を減らさなければ、他の勤務間隔を縮めるしかありません。逆循環の日勤⇒深夜、準夜⇒日勤は、勤務間隔が8時間未満のきつい勤務になります。「正循環」で週「32時間」労働が身体にやさしい勤務です。

Q&A

Q5 日本看護協会ガイドラインでは、拘束13時間以内だから、12時間夜勤はいいのでは？



日本看護協会のガイドラインには、「日勤・夜勤の12間勤務を推奨しているものではありません。日勤にせよ夜勤にせよ、あくまで上限値をしめしたものです。労働基準法で定める労働時間は8時間ですので、8時間以上の勤務は長時間労働であるという認識を持つようにしましょう」と明記されています。

夜勤時間を12時間等に短縮した場合、24時間をカバーするための長時間日勤や早出・遅出等シフトの種類が増える問題も生じます。ガイドラインを口実にした長時間労働の導入にはきちんと反論しましょう。

また、看護協会ガイドラインでは、夜間睡眠の重要性に言及して、夜22時以降の実労働時間が8時間を超える場合、夜間いつも寝ている時間帯に連続2時間以上の仮眠時間を確保することを提言しています。ぜひ職場でいましょう。



Q6 長時間夜勤はたいへんだけど、後でぐっすり眠ればいいのか？



日勤⇒深夜、準夜⇒日勤など三交替のつらさから、「二交替」の方がいいという声が聞かれます。しかし、人間の生体リズムは、夜寝て昼間活動するようにできており、夜勤の健康リスクや安全性のリスクは、長時間夜勤になればなるほど高まります。二交替夜勤明けの

注意力は、飲酒運転レベルとなり、安全の点からも問題です。

患者の安全、健康への有害性を考えれば、1日の労働時間は8時間以内とし、正循環で疲労が回復できる勤務間隔(12時間以上)を確保することが必要です。

Q7 夜勤は、なぜ月8日以内なのですか。



1960年代、1人夜勤や月の半数を超える夜勤日数など過酷な実態を改善するため、全医労は人事院に「夜勤制限に関する行政措置要求」を提出。人事院は1965年に「夜勤は月平均8日以内」「1人夜勤廃止」などの「夜勤判定」を出しました。「夜勤判定」では、8日の根拠を「月間平均勤務日(年間の総日数から勤務をしない日と年次有給休暇を控除した日数を12で除した日数)の3分の1」としており、現在にあてはめれば、「月6日以内」です。

夜勤改善・大幅増員を求めたナースウェーブの大運動で、1992年に制定させた看護師確保法・基本指針でも、離職防止対策として夜勤負担軽減をあげ「複数・月8日以内夜勤」を位置づけています。

日本医労連の夜勤実態調査では、月9日以上にあたる夜勤者が三交替で25%、二交替で31%もあります。職場で、夜勤点検活動、「月8日(64時間)以内夜勤協定」締結と協定遵守の運動を強めましょう。

詳しくは
解説ページをご覧ください。

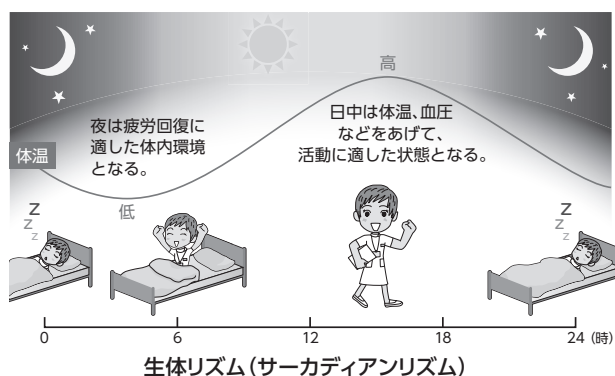


夜勤交替労働の保護と規制のために

1 夜勤交替制労働の健康リスク

1 短期〈疲労の蓄積、睡眠・感情障害〉

人間は、昼間活動して夜間睡眠をとるようにできていて、眠れる時間帯と眠れない時間帯があります。昼間の睡眠は質が低下し、疲労の回復が十分にできません。身体の疲労だけでなく、昼間の睡眠では情動ストレスの解消機能も低下してしまいます。夜勤は、心の健康にとっても有害です。



2 中期〈循環器系疾患や糖尿病〉

中期的には高血圧、心疾患など循環器系の疾患やホルモンバランスの乱れによる糖尿病のリスクがあります。2008年に、24歳と25歳の若い看護師の死亡が脳・心臓疾患の労災に認定されました。裁判では、夜勤交替制労働の過重負担をみとめて過労死認定基準の80時間より短い時間外労働で認定されました。睡眠の研究では、睡眠時間の不足は爆睡状態となる一方で、心拍数が上がり循環器系に負担をかけていることが指摘されています。

3 長期的健康リスク〈発がん性(乳がん・前立腺がん)〉

2007年にWHOの国際がん研究機関は、「交代勤務はおそらく発がん性がある」と認定しました。発がん性因子の5段階の基準で2番目です。1番目は、人間でも動物でも発がん性が確認されたもの(アスベストなど)で、夜勤交替制労働は2番目に発がん性が高く、動物実験では発がん性の根拠があると指摘されたのです。

交代勤務は癌のリスクである!

国際癌研究機関(IARC)の発癌性リスク

International Agency for Research on Cancer
Shiftwork and Circadian Disruption (Vol.98)

グループ1	発癌性が認められる(105)
グループ2A	発癌性がおそらくある(66)
グループ2B	発癌性が疑われる(248)
グループ3	発癌性が分類できない
グループ4	発癌性がおそらくない

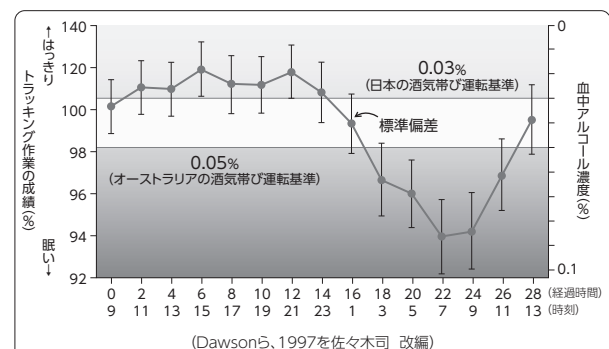
夜勤交替制労働者が乳がんになるメカニズムは、夜勤中の人工照明の曝露によって夜間時間帯に分泌される抗酸化作用や抗腫瘍作用のあるメラトニンが抑制され、エストロゲンが分泌されることによると推測されています。デンマークでは元夜勤交替制労働者の乳がん罹患が労災認定されました。

男性の場合は、メラトニンが抑制されて、男性ホルモンであるテストロゲンの分泌が上昇して前立腺がんになるリスクが高いと言われています。



2 夜勤交替制労働の安全性への影響

夜勤の安全性のリスクをわかりやすく示すために、トラック作業(ゆっくり動く点を軌道から外れないように追っていく)について、夜間の作業と日中にアルコールを飲ませて作業する場合を比較した研究があります。この研究によると、夜勤帯の作業成績は、日本の酒気帯び運転のアルコール濃度(0.03%=ビール1本飲んだときの酔酩度)と同じかそれより悪い水準となっています。特に、明け方の成績が低下しています。酒気帯び運転状態で夜勤をしていることになります。



(Dawsonら, 1997を佐々木 司 改編)

3 間違った三交替「逆循環の圧縮勤務」

夜勤のない8時間労働の場合、勤務と勤務の間隔は、16時間で一定です。これに対して、一部の勤務間隔を短くして、一部の勤務間隔を長くすることを「圧縮勤務」といいます。

「深夜⇒準夜」(逆循環)は、勤務間隔が32時間あります。

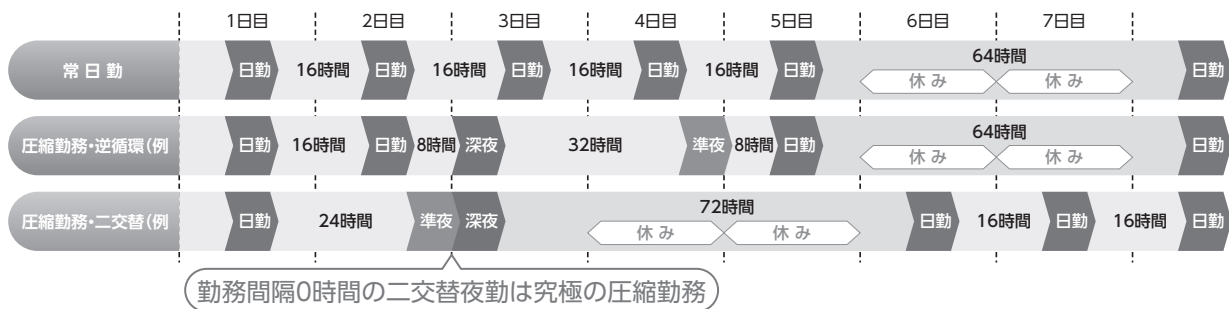
すが、週の労働時間を減らさなければ、他の勤務間隔を縮めるしかありません。逆循環の「日勤⇒深夜」、「準夜⇒日勤」は、勤務間隔が8時間未満のキツイ勤務です。週「32時間」に労働時間を短縮することがどうしても必要です。

日勤⇒深夜

日勤⇒深夜では、残業をしないでも、勤務間隔は8時間未満しかありません。通勤や家事等を考えれば、実際に休める時間はわずかです。さらに、日勤後の午後7時ころは、生理的に「眠れない時間帯」で、日勤の疲労を回復しないまま深夜勤務を行うこととなります。

準夜⇒日勤

準夜⇒日勤では、準夜後は夜間睡眠の時間帯ですが、準夜の後の残業で勤務間隔が短く、疲れきっている場合はすぐには寝付けません。また、翌日の日勤に遅刻しないように不安があるため、睡眠の質が落ちてしまいます。



4 夜勤交替制労働の国際基準

諸外国では、夜勤は「有害業務」として、ILO 夜業条約やEU労働時間指令などに基づいた規制が行われ、労働者の健康と生活を保護しています。ILO 看護職員条約(149号条約)は、看護職員が国民の健康および福祉の保護と向上のために果たす重要な役割を認識し、適切な労働条件などの整備を図ることを求めています。

具体的事項が記載された勧告(157号)では、「1日の労働時間は8時間以内」、「時間外を含めても12時間以内」、「勤務と勤務の間に少なくとも連続12時間以上の休息期間を与えなければならない」などを定めています。

また、夜勤の科学的な知見は、「ルーテンフランツ9原則」にまとめられ、国際的な基準として知られています。



ルーテンフランツ9原則

1. 夜勤は最小限にとどめるべき
2. 日勤の始業時刻は早くするべきでない
3. 勤務交替時刻は個人レベルで融通制を
4. 勤務の長さは労働負担の度合いによって決め、夜勤は短くする
5. 短い勤務間隔は避ける
6. 少なくとも2連休の週末休日を配置する
7. 交代方向は正循環がよい
8. 交代の1周期は長すぎないほうがよい
9. 交代順序は規則的に配置すべき

私たちの要求と運動



心身にやさしい「正循環」・週「32時間」

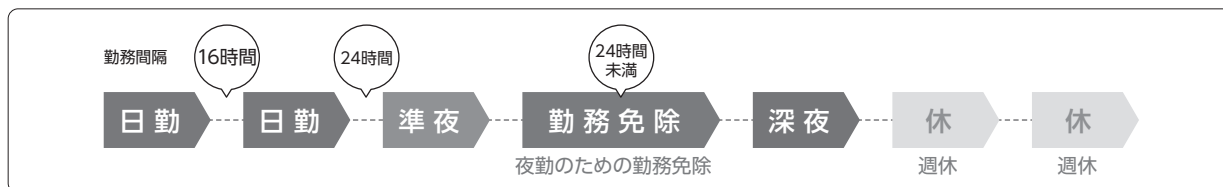
1日8時間以内、生体リズムにみあった正循環で勤務編成すると、図の例ようになります。ここで、準夜後の休みは、暦日で確保できません。労働基準法の休日は、暦日が原則で例外的に24時間の休日が認められているだけです。(注)

「準夜⇒休み」は、「休んだ気がしない」、「休みがもったいない」という声があります。日本医労連は、準夜の後は、週休ではなく、「夜勤のための勤務免除」として保障するこ

とを求めています。正循環で勤務間隔を確保し、安全リスク、健康リスクを回避するには、夜勤交替制勤務は、週労働時間を32時間に短縮することが必要です。

(注) 労基法36条の「休日」については、暦日が原則。番方編成(シフト勤務)で以下2つの要件を満たす場合に継続24時間で可としている(解釈例規昭和63年3月14日基発第150号)。病院の場合、②の要件を満たさない。

- ① 交代制が就業規則等で定められ、制度として運用されている
- ② 各番方が規則的に定められているもので、勤務割表等でその都度設定されるものではない



運動の進め方

日本医労連は、夜勤交替制労働の1日8時間以内・勤務間隔12時間以上・週32時間以内、大幅増員、国民負担軽減を求める新「夜勤改善・大幅増員署名」に取り組みます。1年間の目標100万筆以上(組合員1人10筆)とし、2013年から3年継続して取り組みます。

医療・介護労働者の働き方は、安全安心の医療・介護に直結します。「夜勤は有害業務、保護と規制は当たり前」の世論を大きく広げ、国会で夜勤交替制労働の改善を審議させ、実効ある労働時間規制をめざします。

私たちは、これまでの運動の力で、厚労省に「5局長通知」を発出させ、具体的な要求を出して取り組んだ職場では、長時間夜勤の見直し、不払い労働の是正、夜勤前後の時間外労働の規制、正循環の導入など、改善を図ってきています。

職場改善の運動と、世論に訴え法規制を求める国会請願署名の運動を結合して、夜勤改善・大幅増員の要求を実現していきます。

日本医労連 長時間労働・夜勤規制に関する提言

2010年1月19日

- ① 1日の所定内労働時間は、8時間以内にすべきである。
- ② 1日の労働時間は、時間外を含めて12時間を超えてはならない。
- ③ 交替勤務では、次の交替勤務まで、連続16時間以上(少なくとも連続12時間以上)の休息時間を与えねばならない。
- ④ 夜勤は、月64時間を超えるべきでない。
- ⑤ 夜勤時の配置人員は、患者(利用者)10人に1人以上とすべきである。
- ⑥ 人員配置は、少なくとも年次有給休暇の完全取得を前提とすべきである。
- ⑦ 交替制勤務者には、年齢を問わず、乳がん・前立腺がんの定期検診を義務付けなければならない。

労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関するガイドライン

注釈：日本医労連による

1 趣旨

労働基準法においては、労働時間、休日、深夜業等について規定を設けていることから、使用者は、労働時間を適正に把握するなど労働時間を適切に管理する責務を有している。

しかしながら、現状をみると、労働時間の把握に係る自己申告制（労働者が自己の労働時間を自主的に申告することにより労働時間を把握するもの。以下同じ。）の不適正な運用等に伴い、同法に違反する過重な長時間労働や割増賃金の未払いといった問題が生じているなど、使用者が労働時間を適切に管理していない状況もみられるところである。

このため、本ガイドラインでは、労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置を具体的に明らかにする。

2 適用の範囲

本ガイドラインの対象事業場は、労働基準法のうち労働時間に係る規定が適用される全ての事業場であること。

また、本ガイドラインに基づき使用者（使用者から労働時間を管理する権限の委譲を受けた者を含む。以下同じ。）が労働時間の適正な把握を行うべき対象労働者は、労働基準法第41条に定める者及びみなし労働時間制が適用される労働者（事業場外労働を行う者にあつては、みなし労働時間制が適用される時間に限る。）を除く全ての者であること。

なお、本ガイドラインが適用されない労働者についても、健康確保を図る必要があることから、使用者において適正な労働時間管理を行う責務があること。

3 労働時間の考え方

労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間のことをいい、使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間に当たる。そのため、次のアからウのような時間は、労働時間として扱わなければならないこと。

新「ガイドライン」示される

「過労死等ゼロ」緊急対策が打ち出され、表記の新「ガイドライン」が2017年1月20日に策定され、公表されました。

このガイドラインは、使用者が適正な労働時間を把握するために具体的な基準（始業・終業時刻の確認・記録の方法や自己申告制をとる場合の措置など）を示しています。

不払い労働根絶の取り組みにむけて活用しましょう。

「労働時間の考え方」が追加されました。

これまでのガイドラインには、労

ただし、これら以外の時間についても、使用者の指揮命令下に置かれていると評価される時間については労働時間として取り扱うこと。

なお、労働時間に該当するか否かは、労働契約、就業規則、労働協約等の定めのかんによらず、労働者の行為が使用者の指揮命令下に置かれたものと評価することができるか否かにより客観的に定まるものであること。また、客観的に見て使用者の指揮命令下に置かれていると評価されるかどうかは、労働者の行為が使用者から義務づけられ、又はこれを余儀なくされていた等の状況の有無等から、個別具体的に判断されるものであること。

ア 使用者の指示により、就業を命じられた業務に必要な準備行為（着用を義務付けられた所定の服装への着替え等）や業務終了後の業務に関連した後始末（清掃等）を事業場内において行った時間

イ 使用者の指示があった場合には即時に業務に従事することを求められており、労働から離れることが保障されていない状態で待機等している時間（いわゆる「手待時間」）

ウ 参加することが業務上義務づけられている研修・教育訓練の受講や、使用者の指示により業務に必要な学習等を行っていた時間

4 労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置

（１）始業・終業時刻の確認及び記録

使用者は、労働時間を適正に把握するため、労働者の労働日ごとの始業・終業時刻を確認し、これを記録すること。

（２）始業・終業時刻の確認及び記録の原則的な方法

使用者が始業・終業時刻を確認し、記録する方法としては、原則として次のいずれかの方法によること。

ア 使用者が、自ら現認することにより確認し、適正に記録すること。

イ タイムカード、ＩＣカード、パソコンの使用時間の記録等の客観的な記録を基礎として確認し、適正に記録すること。

（３）自己申告制により始業・終業時刻の確認及び記録を行う場合の措置

労働時間について具体的に触れていませんでしたが、詳細に説明がされて追加されています。

労働時間とは、使用者の指揮命令下に置かれている時間として、使用者による明示、または労働を余儀なくさせるような黙示のものも労働時間と明確化しました。

ガイドラインでは、具体的に３例あげています。

業務に必要な準備行為、義務づけられている研修・教育訓練の受講など、職場で不払いとなっているものが具体的に明示されています。

これらは労働契約などの規定にかかわらず、労働者の行為が使用者の指揮命令下（明示・黙示とも）と評価できるかがポイントで、個別客観的に判断されます。

上記（２）の方法によることなく、自己申告制によりこれを行わざるを得ない場合、使用者は次の措置を講ずること。

ア 自己申告制の対象となる労働者に対して、本ガイドラインを踏まえ、労働時間の実態を正しく記録し、適正に自己申告を行うことなどについて十分な説明を行うこと。

イ 実際に労働時間を管理する者に対して、自己申告制の適正な運用を含め、本ガイドラインに従い講ずべき措置について十分な説明を行うこと。

ウ 自己申告により把握した労働時間が実際の労働時間と合致しているか否かについて、必要に応じて実態調査を実施し、所要の労働時間の補正をすること。

特に、入退場記録やパソコンの使用時間の記録など、事業場内にいた時間の分かるデータを有している場合に、労働者からの自己申告により把握した労働時間と当該データで分かった事業場内にいた時間との間に著しい乖離が生じているときには、実態調査を実施し、所要の労働時間の補正をすること。

エ 自己申告した労働時間を超えて事業場内にいる時間について、その理由等を労働者に報告させる場合には、当該報告が適正に行われているかについて確認すること。

その際、休憩や自主的な研修、教育訓練、学習等であるため労働時間ではないと報告されていても、実際には、使用者の指示により業務に従事しているなど使用者の指揮命令下に置かれていたと認められる時間については、労働時間として扱わなければならないこと。

オ 自己申告制は、労働者による適正な申告を前提として成り立つものである。このため、使用者は、労働者が自己申告できる時間外労働の時間数に上限を設け、上限を超える申告を認めない等、労働者による労働時間の適正な申告を阻害する措置を講じてはならないこと。

また、時間外労働時間の削減のための社内通達や時間外労働手当の定額払等労働時間に係る事業場の措置が、労働者の労働時間の適正な申告を阻害する要因となっていないかについて確認するとともに、当該要因となっている場合においては、改善のための措置を講ずること。

さらに、労働基準法の定める法定労働時間や時間外労働に関する労使協定（いわゆる36協定）により延長することができる時間数を遵守することは当然であるが、実際には延長することができる時間数を超えて労働しているにもかかわらず、記録上これを守っているように

自己申告制による時間管理がより具体的に定められる

イ 今回は、労務管理を行う責任者への適正管理だけでなく、実際に労働者を管理する者への適正管理を求めています。

ウ 自己申告を抑制させている実態に対して、入退場記録と自己申告との乖離がある場合には実態調査を求めています。残業代申請の抑制をなくす実態調査を位置付けさせる取り組みが可能です。

エ 自己申告を超えて事業場にいる場合など、実際の労働時間の申告となるように確認することが新たに明示されました。

オ 36協定を超えた時間外を抑制させないように、実際の労働時間を管理するように新たに明示されました。

することが、実際に労働時間を管理する者や労働者等において、慣習的に行われていないかについても確認すること。

（４）賃金台帳の適正な調製

使用者は、労働基準法第108条及び同法施行規則第54条により、労働者ごとに、労働日数、労働時間数、休日労働時間数、時間外労働時間数、深夜労働時間数といった事項を適正に記入しなければならないこと。

また、賃金台帳にこれらの事項を記入していない場合や、故意に賃金台帳に虚偽の労働時間数を記入した場合は、同法第120条に基づき、30万円以下の罰金に処されること。

（５）労働時間の記録に関する書類の保存

使用者は、労働者名簿、賃金台帳のみならず、出勤簿やタイムカード等の労働時間の記録に関する書類について、労働基準法第109条に基づき、3年間保存しなければならないこと。

（６）労働時間を管理する者の職務

事業場において労務管理を行う部署の責任者は、当該事業場内における労働時間の適正な把握等労働時間管理の適正化に関する事項を管理し、労働時間管理上の問題点の把握及びその解消を図ること。

（７）労働時間等設定改善委員会等の活用

使用者は、事業場の労働時間管理の状況を踏まえ、必要に応じ労働時間等設定改善委員会等の労使協議組織を活用し、労働時間管理の現状を把握の上、労働時間管理上の問題点及びその解消策等の検討を行うこと。

賃金台帳の適正な調製を追加罰則規定も明示

労働基準法第108条及び施行規則第54条には、もともと労働日数、労働時間数などの規定はありましたが、今回のガイドラインに罰則（30万円以下の罰金）付きで、賃金台帳の適正な記載が明示されました。

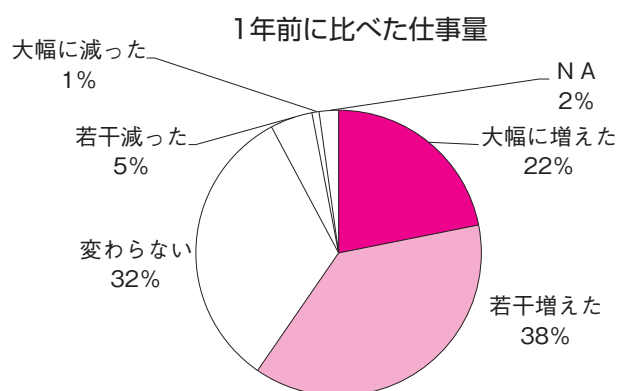
2013年度看護職員の労働実態調査結果（概要）

「仕事を辞めたい」75% - 深刻な過重労働と健康悪化 夜勤改善と大幅増員が緊急の課題

2014年3月発行・日本医療労働組合連合会

日本医労連は、1988年以降、約5年に1度「看護職員の労働実態調査」を実施してきましたが、2013年度調査は、2016年からの「第8次看護職員需給見通し」策定にむけ1年前倒しで実施し、前回2009年を上回る32,372人分を集約することができました。

この間の運動の中で、厚生労働省から「看護職員の『雇用の質』の向上のための取り組みについて」（5局長通知）、日本看護協会から「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン」が出されるなど、改善に向けた動きがつけられてきましたが、調査結果は、依然として深刻な過重労働と健康悪化の実態を浮き彫りにしています。夜勤・交代制労働の実効ある規制と労働条件を改善し得る増員が切実に求められています。なお、調査結果の詳細については、医療労働臨時増刊号（2014年1月発行）をご覧ください。

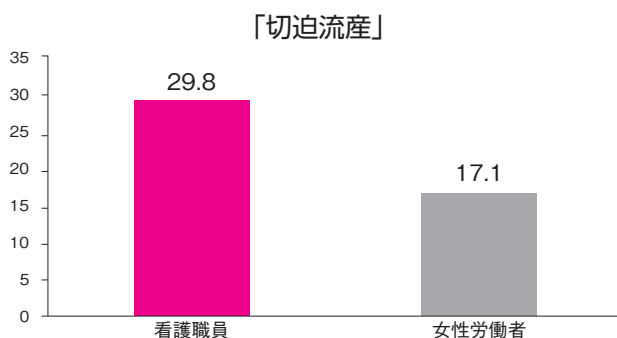
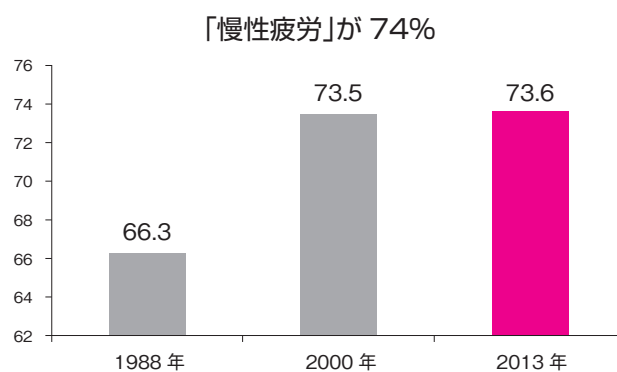


「慢性疲労」74%、「健康に不安」60%、 切迫流産は3人に1人

1年前に比べて「仕事量が増えた」は59.6%で、患者の高齢化・重症化、認知症の増加による人手不足を訴える声が多くあがっています。「大幅に増えた」の割合は、ベテラン層ほど高く、また「7対1」より「10対1」「13対1」「療養病棟」で高くなっています。

「慢性疲労」は、73.6%と過去最高、「強いストレスがある」は67.2%、「健康に不安」は60.0%といずれも高率で、2009年調査からほとんど改善していません。「健康不調」の割合は、35.1%で、厚労省調査の全産業（女性）に比べ約20ポイントも高くなっています。

妊娠者の3分の1が夜勤免除されておらず、3人に1人が切迫流産で、女性労働者平均の2倍近い値となっています。



増える夜勤回数、短い勤務間隔 夜勤労働の保護と規制が切実

前回より夜勤回数が増加し、3交替では、9日以上夜勤が36.6%（4.9ポイント増）、2交替では5回以上が41.0%（3.4ポイント増）と4割を超えています。夜勤の拘束時間は、2交替では16時間以上が53.9%を占めています。

一番短い勤務間隔（残業した場合はその終了時からの時間）は、全体では8時間未満が41%、12時間未満が70%、3交替では4時間未満が7.5%、8時間未満が48.4%と約半数を占めます。現在の三交替の多くが、「日勤・深夜」、「準夜・日勤」など、逆循環で短い勤務間隔のキツイ勤務となっていることがデータからもわかります。

安全性の点からも、労働者の健康の点からも、夜勤交替制労働の保護と規制、1日8時間以内、勤務間隔12時間以上、週32時間労働の要求が切実です。

2交替夜勤の拘束時間

9時間未満	9時間～ 13時間未満	13時間～ 16時間未満	16時間以上	NA
1.3	10.3	22.3	53.9	12.1

夜勤交替	
3交替	9日以上36.6% (4.9%増)
2交替	5回以上41.0% (3.4%増)

最も短い勤務間隔（%）

	4時間 未満	4～6 時間未満	6～8 時間未満	8～12 時間未満	12～16 時間未満	16～24 時間未満	24時間 以上
3交替	7.5	20.3	20.6	23.9	13.8	4.9	1.9
2交替	0.7	1.5	4.7	35.6	29.5	8.7	6.9

過労死ライン超 253 人、常態化する労基法違反 不払い賃金総額 3 億円以上

交替勤務にもかかわらず9割が時間外労働を行っています。村上優子さんの過労死裁判では夜勤交替制労働の過重負担を認めて通常より短い50～60時間の時間外労働で過労死が認定されましたが、「60時間以上」の時間外労働が約1%・253人もあります。いのちを削って働いている状況が解消されていません。

始業前の時間外労働が増加しており、始業前「30分以上」は、各シフトとも50%を超えています。始業前「60分以上」も準夜14.6%（前回9.4%）、深夜10.2%（前回6.3%）と10%以上あり、2交替夜勤では17.1%（前回10.6%）にものぼっています。

本調査回答者の約6割にあたる18,639人が前月に「不払い労働がある」と回答し、本調査における不払い賃金の総額は、3億1,800万円にものぼります（割増含む時間単価を2000円で計算）。

増える始業前の時間外労働

始業前「30以上」の割合

	2013年	2009年
日勤	52.0	43.0
準夜勤務	59.9	54.1
深夜勤務	55.7	49.5
2交替夜勤	50.3	47.6

始業前「60以上」の割合

	2013年	2009年
日勤	9.0	3.0
準夜勤務	14.6	9.4
深夜勤務	10.2	6.3
2交替夜勤	17.1	10.6

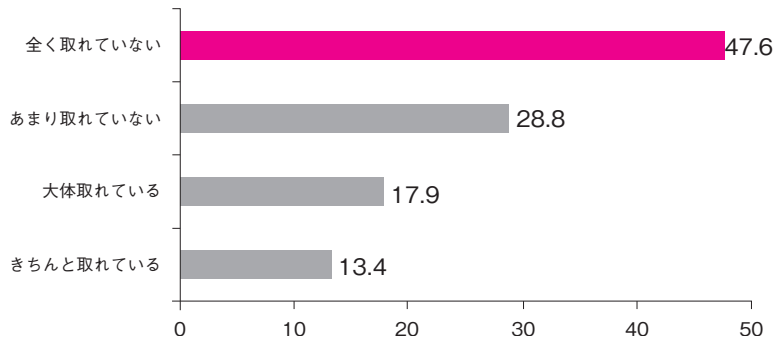
夜勤回数や休憩取得、時間外労働が健康に大きく影響

調査結果は、夜勤回数や休憩取得、時間外労働等が看護職の健康ややりがいに大きく影響していることを明白に示しています。2 交替夜勤での慢性疲労と休憩取得状況の関係をみると、「休日でも回復せずいつも疲れている」割合は、休憩が「きちんと取れている」13.4%に対し、「全く取れていない」では47.6%と3倍以上にもなります。

休憩の取得状況は看護のやりがいにも大きく影響しており、「やりがいを全く感じない」比率は、2 交替夜勤で休憩が「きちんととれている」では5.6%ですが、「全く取れていない」では26.2%にまで跳ね上がります。「強いストレスがある」割合は、時間外労働が多くなるにつれて増加し、30時間以上では8割を超えます。

また、2010年4月以降の妊娠者の流産の割合と、調査時点の夜勤回数の相関をみると、夜勤回数が9日（5回）以上では流産の比率が明らかに増加しています。

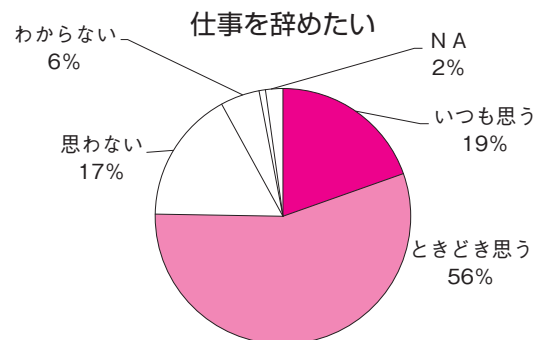
2交替夜勤の休憩取得と
「休日でも回復せずいつも疲れている」割合



夜勤日数		流産の割合%
3 交替	8 日以下	9.3
	9 日以上	12.2
2 交替	4 回以下	6.8
	5 回以上	12.1

人権侵害のハラスメントが増加

セクハラは12.7%、パワハラは26.7%が受けたことがあると回答し、若年層ほど多くなっています。セクハラは、「患者」からが72.4%と最も多く、前回より10ポイント増加しています。パワハラは、「看護部門の上司」が55.2%、医師44.3%となっています。深刻な事例も多数記載があり、安全衛生委員会等も活用して、病院全体で対策に取り組むことが急務です。

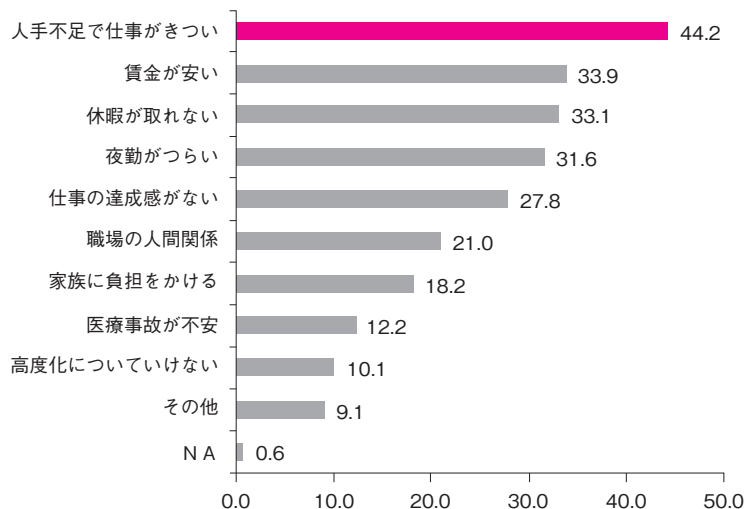


「仕事を辞めたい」75% 理由は「人手不足で仕事がきつい」 44%がトップ

「仕事を辞めたい」が75.2%で、4人に3人までもが辞めたいと思いながら仕事をしています。仕事を辞めたい理由は「人手不足で仕事がきつい」44.2%がトップで、「賃金が安い」、「休暇がとれない」、「夜勤が辛い」も30%以上となっています。

「十分な看護ができていない」は、わずか11.6%で、「できていない」が57.5%（前

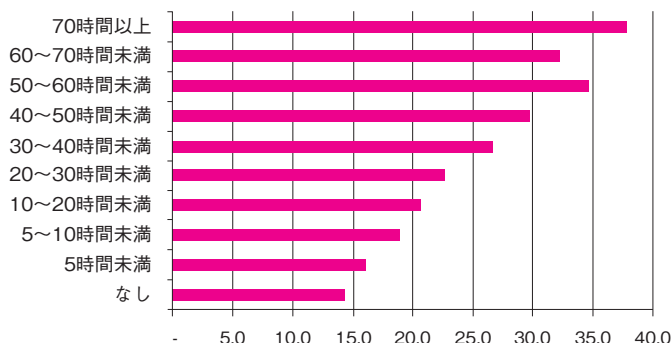
仕事を辞めたい理由



回51.9%)と増加しています。「医療事故の原因」は、「慢性的な人手不足による忙しさ」が79.7%と突出して高くなっています。

自由記載には、「看護の仕事は好きだがもう辞めたい!」「精神的にも肉体的もボロボロ」「とにかく休みをください!」などと悲鳴のような声が多数寄せられています。実効ある夜勤規制や労働条件を改善するに見合う増員が切実に求められています。

仕事を辞めたいと「いつも思う」
(時間外労働別)



夜勤改善・大幅増員 安全安心の医療の実現を

調査結果から、「5局長通知」後も、看護職場の人手不足と過重負担・健康悪化は依然深刻であり、過酷な実態がやりがいやうばい、離職を加速させていることが明らかになりました。

このままでは、安全な医療・看護の提供が危ぶまれる事態です。

患者団体の方からは「調査結果を読んで看護師の働く環境と健康実態がこれほどまでに危機的であることにあらためて驚い

た。看護師の増員、労働環境の改善が切実な課題であることがわかった」とメッセージをいただきました。

看護職場の実態を知らせ、安全安心の医療・介護の実現を求める世論を広げることが必要です。

調査では、夜勤回数や休憩取得、時間外労働など労働条件の改善によって、疲労や健康不調、ストレス、妊娠時の異常が減少することが、データ上でもあらためて明白になりました。夜勤・交替制労働の改善が、離職をくい止め、看護師が健康でやりがいを持って働ける条件をつくります。

「5局長通知」も活用し、夜勤協定の締結・遵守、不払い労働是正や休憩の取得の改善、ハラスメント対策など、具体的な要求を出して、職場からの改善を追求していきましょう。

1日8時間以内・勤務間隔12時間以上、週32時間以内の夜勤規制と大幅増員の実現、安全・安心の医療・介護の実現をめざして、全国で運動を大きく広げましょう。

医療事故の原因

