

「新型コロナウイルス感染症」に関する実態調査結果まとめ

2020年4月24日/日本医労連

【調査期間】2020年4月13日～4月21日

【調査方法】調査票を加盟組織（7全国組合・47都道府県）を經由して各単組・支部（病院ごとの労働組合）に送付。調査票を単組・支部から回収し、日本医労連で集約。

【回収数】6全国組合 35都道県 149単組・支部 152事業所

I. 外来について

1、通常の外来とは別に、「発熱外来」などを設けているか

	回答数	%
①設けている	69	45.4
②通常の外来のみ	43	28.3
③その他	27	17.8
無回答	13	8.6

2、来院した感染疑いの患者の検査はどうしているか

	回答数	%
①院内で対応	41	27.0
②他の医療機関を紹介	15	9.9
③保健所に連絡	80	52.6
④その他	13	8.6
無回答	19	12.5

3、外来での「コロナ」対応にかかわっての問題点

1) 門前でのトリアージと発熱外来

多くの医療機関が門前や玄関先で体温測定を行っているが、額などでの検温では体温が低く出るため、発熱者を確実にチェックしきれていない。発熱者は、まずは電話連絡と伝えていても、直接受診される方もいる。また、看護師などの人員不足により、無資格職含めてチェックする職員を交替制にしているため、対応が不十分になってくる。衛生材料不足もあり、門前でのチェック業務が一番感染の恐れが強いと、戦々恐々としている。

発熱外来を設置したが、感染予防の専門家の研修や指導などのレクチャーなしで開いているので感染の危険がないか心配。

- 玄関先で体温測定するも額や手の甲での測定のため体温が低く計測されるため100%すり抜ける。面会謝絶にも限界がある。(徳島)
- 門前で来院者の検温・問診。職員を各職場から出し合っているが、狭い場所での3時間の業務の上に、(PPE) 個人防護具がしっかりしていない。毎日違う職員が門前に立つため、対応の仕方が分からないなどの課題がある。(東京、香川、岡山)
- 通常でも人員体制が不足する中で、発熱外来の対応は厳しい(北海道)
- 発熱者は、電話連絡。発熱外来で診察、検査していたが、直接受診される方もいた(長野)
- 発熱外来の設置はないが、発熱で受診した患者は別室で待機している(東京、国共病組)
- 発熱者の待合を別に設けてはいるが、十分に安全を確保できていない。疑いの方の隔離はしっかりできない。他院の複数が発熱者はみないという対応になり、保健所も「●●病院でみてくれる」と斡旋している(北海道)
- コロナ感染予防の専門家の研修や指導などのレクチャーなしで発熱外来などを開いているので感染の危険がないか心配(群馬)
- エアロゾル感染予防のために内視鏡は全部キャンセル(石川)
- 帰国者・接触者外来はドライブスルー方式で外で対応(石川)
- 夜間・休日の人手が足りない(福岡)
- 発熱外来として時間を分けて対応しているが、出入り口は一般患者と一緒に。待合もパーティション1枚で区切っているだけであり、十分なゾーニングはできていない(東京)
- 帰国者・接触者外来を設けている。発熱や肺炎患者のトリアージを開始してから、感染症診断室で対応する患者が増えたため、医師や看護師の負担が大きい。事務職員で問診チェック(全厚労)
- 玄関でのトリアージが重要であるため感染対策情報のタイムリーな交換が必須(全厚労)
- 救急に「感染外来」があり、市内の患者はほぼ搬送されてくる(岡山)
- 玄関入り口に「当院では新型コロナウイルスの検査はできません」「検査可能な病院への紹介もできません」「感染が疑われる方は診療所へ入らず、帰国者・接触者外来へご相談ください」との貼り紙をしている。発熱のある患者対応としては車の中で待機。待合室はパーティションで区切っているが今後人数が増えると困る(宮城、新潟)
- かぜ症状や熱発の患者には当院に入らず玄関先から電話連絡をもらい車の中で待機。看護師が外で検温(宮城)
- 外来とは別の入り口から受診するが、その間、院内での動線は閉鎖される(秋厚労)
- コロナ診断までは「診療所」で行い、入院治療の必要な患者のみ「病院」を受診し、病院機能を温存させる必要がある(長厚労)
- 外来でナースがチェックシートを基に、海外渡航歴や接触者の聞き取りをしてから、問題ない人のみ医師に回して検査をしている。医師は特別な防護措置はしていない。新型コロナの感染疑いがある人は、チェックシートの段階で●●病院に回す。今後、感染者が増えた時はこの対応方法でやっていけるか疑問。(全厚労)

2) コロナ感染疑いに対する対応

感染病床の無い医療機関にも、感染疑いの患者来院は増えており、通常の診療機能が一部停止するなどの影響は大きい。検査機器をその都度消毒する、入院患者に必要な物を販売する売店が停止した、通常の診療の流れをその都度止めての動線確保、必要な衛生資材不足で不安の強い状態での対応など、通常の診療機能も停止する状態がすべての医療機関に広がっている。

- 中規模病院であるが、比較的狭い空間で中等度のコロナ陽性者の治療を行っている。完全に隔離された場所での治療ができない（全日赤）
- 発熱患者には防護服で対応。夜間受付の事務当直者はマスクだけの対応（全日赤）
- CT機器が1個しかないので疑い患者の検査をしたあとに消毒する手間がかかる。動線がわるく廊下で一般患者様と疑い患者が重なる場所がある。ゴーグルが不足しており複数で使いまわしている。院内売店（外注）が当面出店停止となり、入院中の患者が日用品を購入するのに困る（兵庫）
- 疑い患者の画像検査が入ると、通常の検査をすべてストップさせて対応。疑い患者と通常患者の動線確保に苦慮（山形）
- 対応施設がないにもかかわらずコロナ疑いの患者を入院させてしまった。結果陰性であったため大事には至らなかったが、濃厚接触の職員が看護師9名、放射線技師2名となり、陽性であったなら人員配置が追い付かず病棟閉鎖になるところだった（山形）
- コロナ対応のため、病棟のリンクナース（専門チームや感染制御委員会などと病棟看護師をつなぐ役割を持つ看護師のこと）1~2名ずつ借り出されている（岩手）
- 対応するスタッフが限定されており業務が煩雑（愛知）
- 時間制の患者集中診療を実施。担当医師は、一般外来医師が各時間帯に対応。防護医材は時間帯ごとに破棄・取替。受付対応は、診療対応時間を案内掲示。重症患者は病院本体の救急外来で対応。患者待機は、クリニック（病院本体の門前診）の「発熱外来待合」or「自家用車待機および自宅待機で電話呼出対応」（北海道）
- 疑い患者を対応した看護師が2週間外部の会議等に出席しないよう言われた。保健所からは院内で陽性になった方でなければ診療所の閉鎖はしなくていいと言われた（東京）
- 「コロナ疑い」と言っても明らかに COVID-19 を疑う患者もいれば、本人が不安で検査をする患者までいる。対応はほとんど同じで気が抜けない（群馬）
- 当院で診れるのか医師へ上申。車で来院の患者さんには車で待機、駐車場で診察をお願いしている（熊本）
- 疑い患者は一旦、隔離病床で受け入れるが、陽性判明後は原則転院。「陽性」の患者は受け入れていない（福岡）
- コロナ対応する防護服・メガネなどがそもそも無い（兵庫、宮城、北海道）（全医労、全労災、北海道）
- 保健所から、当院かかりつけ患者は、当院に受診するように言われている。外来看護師と認定看護師で対応（全医労）

- コロナ疑いの患者、肺炎患者の対応をひとつのチームで行い、患者を分けている（福岡）
- 呼吸器救急で肺炎がわかったとしても、PCR 検査で確認されるまで、個室対応の通常病棟で受け入れざるを得ない（国共病組）
- 「コールセンター」から近医受診を促され受診。マスクも防護服も無い状況で、感染疑いに不安を持ちながら受診援助をするが、どこまで対策をして外来診療援助を行えばよいか不安（宮城）
- 「発熱」している患者に対応している職員のストレス等への対応が必要（全厚労）

3) PCR検査体制

圧倒的な検査体制不足。そのことによって感染疑い者が医療機関にあふれ、機能停止が広がっている状況がすすんでいる。

- PCR 検査を施行すると決定するまでの待機場所の確保が難しい（岩手）
- 医師が PCR 検査が必要と考えても、10~20 件中 1 件しか受けいられない（富山）
- 保健所に聞き取りして了解がないと PCR 検査検体採取ができない（兵庫）
- 行政との調整がうまくいってないと感じる（岩手）
- 保健所に電話が繋がらない（熊本）
- 外来で PCR 検査をした患者が陽性だった。感染するリスク大（全労災）

4) 通常の外来受診

多くの医療機関が、連絡せずに受診してくる発熱患者の対応をせざるを得ない状況であり、感染対応で通常の倍以上の人員が必要となっている。本来の受診患者は大幅に減少し、健診受診者はゼロになるなど、医療収入が大幅減になる中で、人件費増と医療材料費増が重なり、経営的に成り立たなくなっている。

- 定期通院の患者が発熱していたが、申し出はなく診察終了。その後感染が発覚し当院入院。（本人は状態が悪くなり別の医療機関へ転院）。診察した医師は自宅待機となった（国共病組）
- 通常の外来に疑い患者が来院。感染の危険あり。感染対策で平常時の 2 倍の人手必要。本来診察が必要な患者も診察に来ない受診抑制が起きており外来患者が激減。健診もストップした。（北海道、青森、秋厚労、宮城、福島、長野、石川、岡山、愛媛）
- 安全センターに電話したら一般病院やかかりつけ医に行くように言われた人が診察にくる（北海道）
- 外来は最小限におさえ、通常 4000 人のところを 800 人程度としている（東京）
- 患者の動線を完全に分離できない PPE（個人防護具）ない（全労災、全厚労、宮城、長野）
- 通常外来での 3 密は避けられず無症状の患者が来たら感染防止に困難（全厚労）

- CT 撮影時 2 倍の人手が必要（全厚生）

5) 調剤薬局

風邪薬の処方箋情報だけでは、感染患者の判別ができず、感染のリスクが非常に高まっている。

- 高齢者で自宅隔離等の理解ができない（群馬）
- 処方箋情報だけでは単なる発熱か感染疑いか判断できない（群馬）
- 医療機関との情報共有が必要（群馬）
- 配給制のマスクを洗って再利用。手作りマスクを使用（群馬）

6) 業務量の増大

予約のキャンセルや電話での薬処方などの電話対応がものすごく増え、感染対策に伴う業務手順も膨大に増え、人手も経費も相当掛かっている。一方で、定期受診の患者は激減し、健診はキャンセルになり、救急医療対応は停止となり、医療機関は成り立たなくなる。

- 面会禁止にしているので、洗濯物の受け渡しなどの対応に人手がとられる（岩手、岡山）
- 予約変更や処方薬の追加の電話対応が、外来看護師の手から離れきれない状況（神奈川）
- 外来患者数は減少しているものの、予約キャンセルや薬飲みの電話対応などは増え、感染疑いの患者への対応にも手がとられるため、業務量は膨大に増えている（岩手、山形、東京、群馬、神奈川、長野、岡山）
- スタッフ数が倍必要。通常の救急医療が回らなくなっている（山形）
- 感染チームの負担大きい（全厚労）

※感染防止の業務拡大により、通常時より人手が倍以上必要との意見強い。また、感染者受け入れの際には、4床や6床などの多床室を感染病床として個室利用にしているため、その分病床が利用できなくなり減収が大きい。人手が倍以上必要となり、病床制限や外来制限も発生しているため、政府の打ち出した「コロナ患者重症者・中等者の診療報酬倍化」では、全く不十分で、4～6倍化が必要。

II. 入院について

1、「コロナ」の入院患者の受け入れを行っているか

	回答数	%
①受け入れている	57	37.5
②受け入れていない	74	48.7
無回答	21	13.8

(1) 受け入れている

	回答数	%
①感染症指定病床があり、重症患者を含め受け入れている	19	33.3
②感染症指定病床はないが、重症患者を含め受け入れている	9	15.8
③軽症者のみ受け入れている	11	19.3
④その他	18	31.6
無回答	0	

④その他の内容

●現在は指定病院への転院ができなくなっているため、当院で診ている。コロナ疑いの患者を受け入れている（国共病組）

●明らかに疑いの人は受け入れてはいないが、直接来る患者については受け入れている（全労災）

●コロナ疑いの患者で酸素投与等が必要な患者を受け入れ。陽性であれば指定医療機関に移送する。指定医療機関が受け入れ困難な場合、そのまま治療を継続する（福岡）

●感染症協力病院のため、重症・中等症の受け入れ要請あり。今は、一般病棟でも、疑いの患者の受け入れを行っている（広島）

●県より入院受け入れ要請があった場合に対応するとして対応病棟は準備している（全医労）

(2) 受け入れていない

	回答数	%
①現在は受け入れていないが、自治体から要請されている	15	20.3
②自治体からの受入れ要請もない	30	40.5
③病院として「コロナ」の受け入れはしない方針	15	20.3
無回答	14	18.9

③病院として「コロナ」の受け入れはしない方針の理由

●感染症指定病院ではないため、コロナのため病棟閉鎖等が行われてしまうと、地域で担っている利用を他の医療機関で補うことができないため（全労災）

- 施設・設備が伴わないから（山形、北海道、全厚労）
- 陰圧室がなく、医師体制もないため、当面は受け入れない（全厚労）
- 指定病床はないが、地域の指定病院には小児科・婦人科がないので、受け入れる（全労災）
- 呼吸器が約90台以上稼働しているため（全医労）
- 高齢者が多い。自己免疫疾患の患者が多い（全厚労）

(3) 入院患者の受け入れにあたって、病棟再編や人員体制の変更などを行ったか

複数の病院でコロナ感染者受け入れのための病棟再編が行われており、それにもなう人員の配置変更等も行われている。また、感染床指定病床を持たない病院でも、受け入れに備えて準備がすすめられている。

1) 病棟再編

- 受け入れ病棟をつくり、今いる入院患者を別の病棟に移動（全医労、石川、山形、広島、和歌山、全労災）
- 2病棟を閉鎖し、1フロアをコロナ対応病棟とした（全労災）
- 1つの病棟をコロナ感染対策病棟。陽性患者対応のあと自宅待機となった看護師あり。病棟ごと総入れ替えして隔離病棟としている（愛知）
- 内科病棟の半分をコロナ患者用にしている。4~10床程度。他の外科病棟に内科患者が増えている（全労災）
- 陰圧室のある病棟の個室をコロナ感染用に転換予定（山形）
- 人間ドック用のベッドをコロナ感染用に転換（山形、東京）
- 感染症病室のある病棟は、それ以外を空床にして院内感染を防止している（岡山）
- HCU（高度治療室）16床を10床にしてコロナ専門病棟に変更。ICU（集中治療室）でコロナ疑い患者を受け入れ（東京）
- 元々あった救急病床4床のうち、2床を擬似患者対応。今後、擬似患者の増加が予測されることから、新たに擬似患者受け入れ病棟を検討・準備している（長野）
- 受け入れる場合の準備をしている（全厚労、長野、福岡）
- 県内の感染症専門病床が満床になった場合は、コロナ感染患者の入院受入れ（設備の関係で6床までと連絡）を徳島県から要請されている（徳島）
- 協力指定病院であり、疑い患者の受け入れに備えて、1フロアに2床室、4床室を隔離病床として確保。接触防止のため、そのフロアの全体患者数も大幅減。そのフロアと救急外来については、準夜帯の増員、他病棟からの支援で対応（福岡）
- 4病棟で閉鎖。その分の人員を各病棟に振り分け。経験の浅い看護師は一般病棟。ベテラン看護師が感染病棟（東京）
- 新人Nsは他病棟で研修実施。COVIDチームを作り対応（全労災）
- 救命病棟の2床を重症者用に確保するため工事の必要あり（和歌山）

- 急を要しない手術は延期に、手術件数の調整をかけている（広島）

2) 人人体制の変更

- 管理者が待機体制をとり準備。日中・夜間の割り当てで体制整備している（岩手）
- ACU（救命救急治療室）4床・CCU（冠疾患治療室）4床をコロナ重症用とし、準夜勤・深夜勤2人ずつの夜勤体制を3人ずつに変更。看護師はHCU（高度治療室）などの休床した病棟から対応。
（神奈川）
- コロナ対応病棟は、患者4名以内なら日勤：2人+管理者2人 準夜：3人 夜勤：2人。患者5名以上なら日勤：4人+管理者2人 準夜：3人 夜勤：3人。他の職員は、別の病棟に変更（全労災）
- 感染症対策チームが診療に当たるので、元々の部署から抜かれている。そのため病棟間助勤体制を取っている（全厚労）
- 病棟再編は考えているが人人体制は整っていない（岩手）
- 感染症患者の受け入れ病棟をつくり、スタッフを2チームに分けて2週間ごとに勤務。2週間勤務して2週間休暇（特別休暇）（和歌山）
- コロナに関わる職員は限定しているようす（国共病組）
- コロナ対応の看護師を希望を募って配置（全医労、沖縄）
- 病棟編成によって、職員の配置編成が検討されている（全厚労）
- 呼吸器疾患や育児中および高齢者と同居している看護師が、コロナ対応から外してほしいとお願いしたが、実際に受け入れてから考えると言われた（全労災）
- パート看護師が1名、休校のため契約時間の短縮で再契約となった（宮崎）

(4) 入院患者の受け入れにかかわる問題点

多くの病院で、人員確保の問題や、感染防護具等の不足が問題になっている。また、院内での動線の関係で、ゾーニングしていても感染の危険性などの課題・不安があると多くの職場が回答している。感染者への対応についての戸惑いや不安の声も多く寄せられた。

- 通常の入院でベッドはすでに満床。コロナ患者は受け入れられない（北海道）
- 感染対応の部屋が少ない（岩手）
- 人員の確保（岩手、長野、全厚労、北海道、岩手）
- 呼吸器の常勤医師がいらない。重症化した時のスタッフの確保や安全面に対しての不安あり
（岩手）
- 感染防護具や消毒用エタノールなどの不足（東京、岩手、北海道）
- 疑い中等症の患者には、ガウンではなく使い捨てエプロンでの対応のため、本当に陽性患者が増えてきたとき、院内感染が防げるのか不安（広島）

- 防護具の着用に慣れておらず、時間がかかっている（福岡）
- 入院経路、院内での動線の区別がはっきりしていない。動線が交差したり、同一フロアなど、ゾーニングしていても感染の危険性などの課題がある（全労災、全医労、神奈川、東京、福岡、広島）
- コロナ対応スタッフは、感染するかもしれない、家族にうつすかもしれないと精神的不安が大きい（全労災）
- 混合病棟の一部をコロナ患者用に準備。パーテーション一枚で仕切るだけのゾーニング対応（全労災）
- 仮に感染者対応した際に、家庭がある人は自身を隔離できるのかなど問題もあり。ホテルに泊まる必要があるが費用は自己負担といわれ、コロナ対応するなら退職するというスタッフがいる。上の指示・意向と現場の実際が乖離しており、互いに信頼関係を損なう可能性もある（北海道）
- 院内の準備が整わない状態で話が進んでおり、現場の職員に戸惑いと不安あり（全日赤、全労災）
- 病棟スタッフへの指導教育体制が行き届いていない（東京）
- コロナではないという紹介医の判断があっても、発熱・肺炎など、なんらかの感染が疑われるケースは断るケースが続いている（福島）
- 受け入れない方針であるが、疑い患者を入院させており方針が徹底しない（北海道）
- 入院患者が激減。稼働率70%台（和歌山）
- 病床確保のための減収（長野）

Ⅲ. マスクや防護具・消毒液の不足、感染対策について

1、マスクや防護具は足りているか

マスクや防護具は、どの施設でも不足しており、1週に1枚など使用制限が行われている。N95マスクや防護具は繰り返し再利用されており、患者と直接対応しない職員はマスクの支給がないところもある。防護具は、ごみ袋や農作業用のカップやゴーグルで代用しているところもある。消毒液も不足し、重点箇所のみ設置等で対処。院内感染を防ぐために、国が責任をもって資材を供給することは喫緊の課題である。

- マスク1日1枚、2日に1枚、1週に1枚などの使用制限（多数）
- 飛沫感染対策が必要な患者対応等に従事する職員については、マスク1日1枚（岩手）
- N95マスクはコロナ対応であっても週に1枚。（全労災）
- 患者と接しない職員は、マスクをしないか、自前に対応。（全厚労）
- サージカルマスクについては、一般病棟、外来等は週1枚が基本（神奈川）
- 3月は「感染に関わることを以外はマスクをするな」と言われ、4月より週2枚の支給となった。（全労災）
- N95マスクやシールドは洗って再利用している（岩手）

- 手指消毒液の在庫減、マスクは見た目きれいなら 72 時間おいて使用。ディスポエプロンの納入減（宮城）
- MRSA などの感染部屋に入った際も消毒して再利用。（山形）
- マスク制限されているスタッフは、吸引などの時にマスクを使用するのを遠慮している（全労災）
- マスクについて透析室は 6 日に 1 回、血液汚染があったらその時に替える。（富山）
- 外来で発熱患者の診療を行う際、医師は自己裁量でガウン等防護具を使用しているが、看護師にはガウンの使用許可が出ず、サージカルマスクとシールドのみで対応。（東京）
- 県災害拠点病院として、一定の備蓄は確保してある。マスクは、4 月より全員着用義務。ただし、支給は 1 人 1 週間に 1 枚（福岡）
- ハンセン病療養所、マスクは全く納入されない（全医労）
- 簡易式消毒用アルコールを腰にぶら下げて 1 処置 1 プッシュしていたが、現在は 1 処置ごとに水道まで行って手洗いをして次の処置を行っている（富山）
- 消毒液も不足し、個人持ちの小型容器はすべて回収して病院入り口などの重点箇所に配置。（東京）
- コロナ患者がいる病棟以外では、予防衣、エプロンなどは患者につき 1 枚として、職員が使いまわしている。（国共病組）
- エプロンはごみ袋使用（全医労）
- クリニックには使い捨てゴーグルや長袖ガウンはない（熊本）
- マスクは仕入れ価格が 10 倍に。（全医労）
- 防護具は 24 日間で院内在庫枯渇。N95 は 40 日間で院内在庫枯渇すると予想（全日赤）
- 防護具はホームセンターなどで農作業用のカッパやゴーグル等、代用できるものを購入し対応（全厚労）
- 病院は「エプロン、マスク、カッパは買い取ります」と職員に呼びかけ。事務職員はマスクを買い求めて店に並んだ。身分証を見せて多く買わせてもらった（和歌山）

2、感染防止対策にかかわる問題点

防護具などの不足によるリスクの他、感染・非感染のゾーニングが困難との指摘が多い。十分な訓練を受けていない職員が門前でトリアージすることの不安・負担もある。人員不足による身体的・精神的負担が大きい。妊婦が通常業務をしている事例もある。感染対策委員会やガイドラインがあっても、情報伝達が徹底せず、不安からメンタルバランスを崩す職員もいる。一般病院では、陰圧室や設備の問題あり。

- N95 マスク・長袖エプロンも入荷未定、フェイスシールドもない。（全労災）
他、防護具等の不足によるリスク（多数、前項参照）
- アイシールドなど 3 日使いまわすということ、MRSA 等が心配（愛知）
- 呼吸器にかかわる物品不足（東京都などを優先するため）。器具交換の頻度を減らした。（全医

労)

- マンパワー不足 (全厚労)
- 防護服不足による不十分な防御となるリスク。限られたメンバーによる疑似症対応や直接的対応による身体的・精神的負担 (全厚労)
- 外来勤務の妊婦も通常業務 (熊本)
- 清潔・不潔のゾーニングが困難 (全労災)
- 陽性患者や発熱者への対応以外は、防護が手薄で危険が高まっているという不安がある。検査所までの案内を事務職員がマスクと白衣で行っていたり、放射線技師や臨床工学技士に防護服が行きわたっていなかったりする (全厚労)
- 陰圧換気の部屋が少なく、コロナ受け入れに苦慮。病床スペースをつぶしてゾーニングを行うなどの対応 (神奈川)
- 救命センター内の受け入れとしているが、同一フロアでのゾーニング対応になった (神奈川)
- しっかりとした感染トレーニングを受けていない職員(事務など)が門前などに投入されるので不安や負担が大きい (東京)
- 通院者・来院者すべての入り口での検温。交替で1日行っている。職員の負担大きい。職員の食事は自家用車および専用の会議室でとり、1日2回の体温測定必須 (北海道)
- 一般病院では、体制と設備の面で、複数の感染疑いの患者が来院した場合に対応できない (熊本)
- エアロゾル感染の定義が明確ではなく、入院をするなら密閉空間で空気感染予防策までの対応が必要になるができる準備がない (北海道)
- 感染対策マニュアルについて、スタッフが熟知できていない (岩手)
- 十分に情報が提供されないことにより職員間でも不安が広がり、メンタルバランスを崩すスタッフが出始めている。職責者・管理者も余裕がなく適切な対処ができていない (東京)
- 感染管理認定看護師が2名のみで感染対策に関わる職員が不足、負担が増大。感染管理認定看護師の代わりが出来る体制になっていない。(刻々状況も変わるが)各職場に伝達し周知することも困難。特に夜勤交替勤務職員がいるところなどでは混乱も (長野)
- 感染管理委員会が機能していない。放射線検査など、検査室までの患者案内ルートが確立されていない (全労災)
- 面会禁止について高齢の患者家族に理解されにくい (徳島)
- 新型ウイルスが蔓延するという想定をそもそもしていないため混乱。 (全労災)
- 看護部長は個人の感染対策をすれば大丈夫と個人の責任に擦り付けようとしている (全労災)

3、院内感染が起きた事例

100名以上の職員が自宅待機となり、4病棟閉鎖など、院内感染が発生すれば、医療体制の大幅な縮小となる。病院の減収も大きい。ER（救急救命室）の職員が感染し、一時期ERを閉鎖。コロナ陽性患者をICUで受け入れたため、他の手術後の患者がそのまま病棟への事例もあれば、手術の延期などコロナ以外での医療にも影響がでている。救急外来等で受けた患者が、後日、陽性が判明し、職員が感染する事例もある。

- ER（救急救命室）職員が4名コロナ陽性。一時期ERを閉鎖。接触可能性のある患者さんや職員45名にPCR検査行い、全員陰性になり、ERなど再開（東京）
- 4/10に病棟で入院患者よりコロナ陽性あり。濃厚接触者である職員8名は2週間の自宅待機。濃厚接触患者4名については個室へ移動。4/15に病棟で入院患者1名に陽性あり。（最初の感染者の隣の病室）職員の自宅待機が最初の待機者と合わせて20名になった。他の病棟からの支援でつないでいる。陽性患者はICUで受け入れ。手術後の患者はそのまま病棟へ移動。（全JCHO）
- 入院患者にコロナ陽性が出て、医師3名と病棟看護師の自宅待機2週間が出された。病棟の人員不足を補うために外来全て休止しシフト体制をとっている。
 - ・マスク不足（1人1ヶ月に3枚配給）だったが、4/11にコロナ陽性患者が出て近隣の病院・政府等からマスク支援があり。しかしゴーグルが足りず複数の職員で使い回しをしている。（兵庫）
- 大部屋にいた入院患者が感染していて他の入院患者に感染。職員も感染。他に小児の入院前の採血・ルートキープでマスク着用していなかったスタッフが感染。職員の感染による入院との濃厚接触者による自宅待機となった職員100名以上（すでに復職している人あり）。現在4病棟閉鎖して人員を分配。各病棟からコロナチームをつくっている（東京）
- 最初の感染者（救急外来より肺炎で一般A病棟に入院。後日、PCR検査でコロナ陽性判明）が一般病棟に入院となったことで、同室の患者やその病棟スタッフに感染者が出るようになった。一般A病棟のスタッフとその他の接触者、感染疑いのスタッフは、自宅待機で2週間ほど休業。その間は、他の病棟からのリリースで対応。（全厚労）
- 感染した看護師と濃厚接触の数人が全員自宅待機。陽性が出た階の病棟は一時的に入院制限。陰圧室は1室のみ。コロナ病棟をつくり大部屋も個室にしている。現在、発熱外来から直接入っ
ていけるルートを確認中。コロナから回復した看護師が職場復帰する時のメンタル面のハードル高い（東京）
- 院内感染や研修医を含めた職員の入院や自宅待機あり。診療・手術・入院などの大幅縮小。現在も4病棟を閉鎖しコロナ対応。想像できないくらいの減収。事前に知らされていなかったが4月分給与に診療特別手当5000円の支給あり（東京）
- 同部屋だった二人の患者が移室後にコロナ発症。対応した職員が濃厚接触者となり2週間の自宅待機（特別休暇）（全労災）

IV. 人員体制について

学童や小学校の休校に伴う人員不足の声が多数寄せられた。また、病院の面会禁止に伴う業務量の拡大についても複数の回答があった。

夜勤回数や休暇については、人員不足で待機者の休みが確保できない、休憩時間の確保ができない、休日を返上して勤務している等の実態や、管理職や感染専門対応の職員などの残業も急増している実態が寄せられた。さらに、深刻な内容として、体調不良でも勤務、妊娠者も夜勤が必要となっているという記載もあった。

1、休校や職員の感染、感染対策のための業務増加等による人員不足

- 学童や小学校等の休校に伴う人員不足（全日赤、宮城、徳島、群馬、全厚労）
- 小学校低学年の親が交代で休んだ（北海道）
- 休校のため時間給をとっている。体制上休めない（全医労）
- 休校休園になった場合、特別休暇ではなく年休対応（全労災）
- 院内保育園の体制を強化したりして対応（東京）
- 休むと職場が多忙になるので遠慮してしまう（全厚労）
- リフレッシュ休暇を先延ばしにする職員が多く出ている。メンタルヘルス対策では、法人より臨床心理士による「こころの健康相談」の利用が推奨されている（福岡）
- 職員がかぜ、花粉症、喘息もちなどの悪化とコロナとの区別がつかないため1週間～2週間休みで人員不足（宮城）
- コロナ対応の病棟では、20名の看護師が各病棟より選ばれ2交替勤務を行うが、看護師の全員が呼吸器を使えるわけではないため、使える者への負担は多くなる。職員が抜けた病棟は当然入院抑制をしなければならない（全日赤）
- 感染者受け入れ病棟から他の病棟へ支援要請あり（岩手）
- 救急外来のスタッフが発熱外来の担当に回され人手不足（福島）
- 平時でも欠員状態のため休憩もまともに取れない中、さらに業務が増えている状況（山形、愛媛）
- 直接対峙するER(救急救命室)や感染病棟の職員が疲弊しているが、代わる職員がいない(そこへ行きたくない)（岡山）
- 受診抑制で外来も入院も患者数減少。それでも感染防止対策のため業務量は増加。夜勤・休日の救急外来では発熱患者に対応するために人員の追加が必要（全厚労）
- 面会禁止に伴い、荷物の受け渡しなど病棟看護師の手間が増えている（富山、山形）
- 原則面会禁止。限定的な対応の場合、玄関で体温測定や面会許可の受付対応を事務職員が分担して行っているため通常業務にしわ寄せが出ている（徳島）

2、夜勤回数の増加や休暇が取れない等の実態

- 5月の休み希望が3日から2日になった（全日赤）
- 待機者の休みの確保ができない（岩手）

- 休憩時間の確保できず、さらにコロナ外来用に休日出勤を命ぜられる (山形)
- 毎日勤務変更があり、夜勤も増加、休日返上 (全日赤)
- 師長補佐が日勤でコロナ対応となり、その他の看護師で夜勤回数が増加 (全労災)
- コロナ疑い患者の入院、完全個室隔離、看護も病院全体から3交替で専門に受け持つシステムに変更。予期せぬ入院で夜勤協定守れない可能性あり (長野)
- 管理職、感染専門対応職員などの残業が多く管理職は毎日23時まで残業。感染専門職員は「4月中旬で残業50時間程度の残業。元から夜勤体制は悪く、特に看護補助者の夜勤回数(2交替)は毎月6回以上。そもそも介護系の職員が少ない。そのために看護師が補助者のシフトに入らなければならず看護師も夜勤が大変 (東京)
- 元々欠員の中で新人受け入れ。コロナ対応に関係なく夜勤回数が多い職場で、救命センターで受ける重症患者に加え、コロナ重症患者の対応も増え、疲労・疲弊等が心配 (神奈川)
- 病棟の人員不足のため、年休が取りづらい状況。看護部の方針として年休は平等という方針から、外来の年休が制限される (全労災)
- 体調不良ありながらも勤務 (全厚労)
- 妊娠中の職員まで夜勤が必要とされている (全厚労)

V. 差別的対応などについて

家族から家に帰ってこないでほしいと言われていたり、院内でも差別的な目で見られているなど、つらい思いをしている職員が多くいることがわかった。また、院内から感染者が出ると、その病院(医療者)が悪いというような風潮や、それに伴う風評被害と職員の子どもというだけで、保育園の受け入れ拒否、学校に来るなどと言われたなどの報告も寄せられた。

1、「コロナ」関連する病院職員への差別的対応やハラスメントがあるか

	回答数	%
①ある	15	9.9
②ない	62	40.8
無回答	75	49.3

①ある 具体的内容

- 家族から「家に帰ってこないでほしい」と言われた (長野)
- 同居の家族から「コロナが落ち着くまで帰ってくるな」と言われアパートを借りた (岩手)
- 帰宅困難者あり。車で泊り。家族を実家に帰した職員もいる。病院として医師宿舍の空き部屋やホテルを借り上げて宿泊場所を確保 (和歌山)
- 上層部から担当部署への威圧的な言動。その割には現場任せ (山形)
- 管理職がコロナ対応でピリピリしていて、些細な事で怒鳴られるケースが多い (東京)
- 他病棟の看護師がコロナ病棟の看護師と廊下ですれ違っただけで、管理職に「私、コロナ病棟

の人とすれ違ったんですけど大丈夫でしょうか」など、差別的にみている人が出てきている（東京）

●他の病棟の職員から同じ場所での更衣はしたくないと言われた（全医労）

●受診に来て大きな声で「仕事なんか休んでいられないんだ」と騒ぎを起こした方がいた（長野）

●外来でコロナ感染者がでたため、数日間外来・入院を休止。患者から「処方箋届けろ」「薬を持って来い」など言われた。感染した看護師を検索するような言動もあり。面会禁止となったことを医療者のせいにする様な家族からの言動もあった（国共病組）

●診療所で陽性の患者が出たとき地域からの電話で「ニュースなどに診療所の名前をなぜ公表しないのか」との抗議の電話がきた（富山）

●市民から「受け入れしているので病院には行かない」、「受け入れしているのを隠しているのではないか」などの風評被害がある（全厚労）

●往診時、施設やマンションのエレベーター内で露骨に嫌がられる（北海道）

●学校休校で子どもを預けている施設に迎えに行った際、「病院職員（パート看護師）の子どもだからと、子どもがいじめられても対応できませんよ」と言われた（愛知）

●幼稚園で「まさか病院勤務ではないですよ？」とそそくさと戸を閉められる（宮城）

●当院の職員というだけで保育園を断られた（東京）

●子どもが「学校に来るな」と言われて、行けなかった（愛媛）

●病院職員の家族へコロナ関連の仕事をしているかとのアンケートがあった（沖縄）

●子どものドッジボール大会参加の際、親が医療職ということで、大会運営側から医師に許可を求められた（全厚労）

●「コロナ担当者を手挙げ方式にされては、強要されていることになりかねない」「独身者は優先配置」など、医療者なので頑張るつもりであり、病院の事情も分かるが、気持ちが荒んでくる。持病のある人や妊婦などへの配慮を行っているが、十分かどうかは不安（全厚労）

●他部署職員から感染対策チームに対し誹謗された。市民から「●●病院に家族が務めているから家族は出勤するな」と言われたなど。経過観察後、元の部署では不安があるという職員が上司に元の部署に戻るか退職するか迫られたという訴えがあったので、経営本部に苦情を申し入れた。そうでなくとも不安から退職したいという声が聞こえてきている（全厚労）

●子どもの受診で個人病院を受診した際に、医療関係か聞かれ、熱もないのに大声で「先生●●病院の看護師です」と言われ、個室隔離された（全労災）

VI. 精神疾患、精神病棟に関わる問題

精神運動興奮が激しいなど、感染発見の遅れや感染拡大の恐れがある。精神科でコロナが発生した場合、そのまま精神科でみるように求められる可能性が高い。小規模の精神単科では、人員体制や防護具も乏しく、対応が困難。感染が発生したら辞めるという声もでていいる。援助者がいないホテル等での対応は難しい。精神科でコロナ軽症者をみる場合も、重症化した場合の受け入れ先の確保が不可欠。

- 精神科で患者の理解が難しく、陽性者ができればすぐに拡散しそう（岩手）
- 精神運動興奮が激しく精神症状が優先される場合、発見が遅れ院内感染のリスク大（山形）
- 入院患者からコロナ患者が出た場合、軽症であれば精神科にそのまま入院させるようにとの指示あり。保健所の指示か、病院の方針かは不明。（熊本）
- 小規模の精神単科は、感染防護具一つとっても破綻しかかっている。消毒用アルコール綿も後2週間で在庫がなくなる。マスクなど防護具もほぼ底をついていて、自作のマスクで対応している。コロナが出たらみんな辞めるといっているようだ（熊本）
- 近くの大学病院の精神科の入院患者を県内の精神科病院に転院させ、空いた所に精神疾患のあるコロナ患者を入院させることになっている。

自院は、精神科病院だが、結核病床を1床あり。救急指定病院で内科病床もあるため、重症以外の要請があれば、4床だけコロナベッド確保。N95マスクや防護服は少しあるだけ（石川）

- 精神科でコロナが発生したら自院でみる可能性が高い。重症でも受け入れてもらえない場合もあるとのこと。精神疾患のある方への対応は、通常時でも身体科では気を使う。

精神疾患のある患者には、援者のいないホテル等よりは元々の精神科病院の方がいいのではないかと思う。ただ、その対応は、あくまで軽症者であって、どこからが重症なのかの基準を明確に精神科病院に示すべき。重症になった場合の受け入れがすぐに来るような体制が必要（岡山）

- 近くに国立病院があり、新型コロナが出た場合は、とりあえずそこへ送ることになっている。ただ、4床しか病床がないため、事実上当院でみるようになると思う。入院患者の平均年齢が65歳を超えているので、感染者が出れば大変なことになる。先進医療と並行してメンタルヘルスのサポート体制を確立していく必要がある（島根）

- 内科と精神科があるが、感染の疑いが高い方に対して、感染症治療ができる医療機関に受診して頂くことになっているが、対応病院では既に受け入れる病床の空きがなく、断られるのが現状のため、PCR検査をすることもできずに、当院で受け入れることになるだろう。そのために隔離できる部屋を内科外来の空き部屋に作った。

現状の感染症治療体制がそもそも不十分で、その中で精神科病院はより不利な状況に置かれる環境にある。感染が出た精神科病院では、転院させずに診るとした判断は、医療保護とか措置入院などの入院形態での選別はなく、マスクを外す、あちこち触るなどの精神症状が判断理由になったようだ。（奈良）

VII. 経営への影響

多くの病院で収入減となり、厳しい経営実態の報告が寄せられた。また、施設や設備を整える必要があるが、その経費についても負担となっている様子が報告された。

1、「コロナ」に関連して病院経営への影響があるか（複数可）

	回答数	%
①外来患者の減少により収入減	81	53.3
②空床確保のために収入減	27	17.8
③院内感染発生による体制縮小による収入減	20	13.2
④患者受け入れのための工事・設備のための負担	22	14.5
⑤その他	18	11.8
無回答	33	21.7

⑤その他 具体的内容

- 外来でのリハビリ、健康診断の受け入れ中止、定期検査の中止、手術件数減、休床、訪問看護の利用休止などによる収入減（岩手、宮城、神奈川、北海道、東京、全厚労）
- 手術や検査入院などの延期と健診の減少で500万円/月ダウン（北海道）
- 外来患者減・紹介患者減のため大幅減収（福島）
- 電話診療による収入減（長野、愛媛）
- 患者の減少。空床確保のための収入源。発熱外来設置のための工事・設備負担（宮城）
- 陰圧装置購入等の負担（岩手）
- 飛行機の減便によってフライトドクターが前泊する必要があるため宿泊費があらたにかかる（山形）
- 院内感染があったのが3月。明らかに外来・入院とも減収予想（国共病組）
- ホテルの確保10室、看護師寮を無料で貸し出し、自宅に帰らないよう配慮している。処方院外薬局に変更し、処方箋を郵送（東京）

VIII. その他、コロナに関わる問題点、政府への要望をご自由にお書きください。

医療費抑制政策の下で慢性的な人員不足の放置と保健衛生行政の縮小がすすめられてきた。そのツケが今回の新型コロナウイルス感染症の拡大により、経営はさらに悪化し、医療従事者の労働環境を一層厳しくしている。コロナ受け入れや受診抑制などでこの状況が数ヶ月続けば倒産するかもしれないという医療機関の悲痛な叫びが多数寄せられている。地域医療体制は崩壊が始まっている。この危機を乗り切るためには、医療や介護現場への至急の財政支援と診療報酬の大幅な引き上げが必要である。そして公立・公的病院を白紙撤回させると同時に、「院内感染を起こさせない」、「医療従事者を患者にしない」ための衛生材料を早急に充足させるべきである。

- 医療・介護への政策的資金注入（北海道、青森、徳島、山形、全厚労、岡山）
- 普通の経営が出来ない事に対する対策をしてほしい。医療機関等に財政支援が必要。収入減でつぶれてしまうところも出てくると思う。一番先に感染するリスクがある医療現場でコロナと向き合っている職員の賃金とか下がったらたまらない。これは社会保障を切り下げてきたつけがいま起こっている。軍事費増強をやめて医療を守れ。（東京）
- 医療費抑制政策の下苦しい経営状態だった所へ今回のコロナウイルス禍によるダブルパンチ。定期昇給の凍結、一時金の減額などが検討され始めている。厳しい労働環境の中で感染リスクを負い、家族にも負荷をかけながら働いている職員に対してまともな賃金を払うこともできなければ離職を止めることはできず、医療崩壊は一層進行する。医療機関に対する緊急の財政支援、診療報酬の抜本的な引き上げと大幅増員は不可欠の対策（東京）
- コロナ受け入れ病床に対する収入保障・財政支援（神奈川、富山、宮城）
- コロナによる外来患者数減や健診中止している間（協会健保組合から緊急事態宣言期間は健診を中止するよう通達）の収入減、胃カメラ、呼吸機能検査の検査自粛による補助。消費税の減税または医療機関への消費税免除制度などを期間を限っても適用してほしい（東京）
- 事業収入が落ち込み、雇用を維持するためにも使いやすい補償制度が必要。事業者に責任のない赤字は政府が補填すべき（徳島）
- 「陽性」と診断された医療従事者の賃金補填（健康保険傷病手当と標準報酬月額との差額部分）、「濃厚接触者」の自宅待機にかかる手当給付についても、医療従事者であることと医療経営が抱える困難性との関係からも公費で賄われるべき。少なくとも、助成金くらいを設けて対応すべき。「危険手当」よりもいっそう切実な問題（福岡）
- 感染者が出ていない地域でも医療現場は、身体的・精神的に疲弊しだしている。感染症対策で業務は増えているが患者は減少し減収となっている。ただでさえ厳しい医療・介護の現場でさらに収入が落ち込めば人件費がカットされるのではないか不安（熊本）
- 医療現場で働く者は一般の人よりも行動制限を求められている。どこにも行けない状態で、なおかつ感染リスクと隣り合わせの状況で仕事をしている。それに見合った手当を（全労災）
- 最前線にいる医療者への危険手当・休業・財政補償（福島、神奈川、山形、全厚労、全労災）
- 最前線で働く看護師、介護従事者の離職防止、人材確保の観点から診療報酬・介護報酬の緊急的な引き上げ（青森）
- 最前線の職員は本当に疲れている。精神的にも辛いと感じている。使命感だけで踏ん張っている（岡山）
- コロナ対応の医療従事者が感染していないか一定の基準を設けて検査をしてほしい（東京、和歌山）
- 医療者の絶対数が少ない日本では欧米と比べて医療崩壊が早い時期に来る。医療従事者の確保が必要。増員させる施策が必要（岩手、北海道、兵庫、長野）
- 政府に慢性的な人員不足の放置、保健衛生行政の縮小にかかわる責任を認めさせ、政策を転換させる必要がある（福岡）
- 物品の確保（岩手、神奈川、熊本、山形、全厚労、北海道）
- 院内感染を防ぎたくても予防するものがない。感染指定病院が少なく一般病院に患者が受診。早い段階でPCR検査を受けられれば陽性者が何件も病院をまわって飛沫させることも少なくなる

(国共病組)

- PCR 検査は国民全員がやれる体制にしてほしい。長期化すれば医療スタッフは疲弊し減少してしまう (岩手)
- 医師の指示があれば PCR 検査できるように (富山)
- 地域単位での検査体制、場所の確保、抗体検査、感染が明らかになった場合の振り分け等早急にしてほしい。中～重度者が適切に医療を受けれる体制を早急に確保すべき (宮城)
- 「発熱外来」を設けられる資材、機材を整備する財政支援。 (宮城)
- 患者本人が疑いを持った時にかかれる専門外来の間口を広げて (福島)
- コロナ以外の病気の人が病院にかかれず状態が悪化しないか心配 (北海道)
- 受診や検査を控えたり、予定していた手術を延期したりと治療や健康維持のために必要なことが出来ない。収益も上がらない。政府が国民に、行動の自粛を求めているが、受診する患者さんの中には、「生活できない、食べていけない」と、熱があっても仕事を休めないという方もいる。
安心して生活できるような保障を (長野)
- 筋ジス病棟等では常に人工呼吸器を必要としている患者も多い。呼吸器の回路や人工鼻等の医療器具は海外製品も多いので、コロナ患者が急増すると呼吸器の部品すらも不足するのではないかという心配もある。全職員は常に気を張って感染予防に努めており、ストレス、疲労が溜まってきている (全医労)
- 公的病院統廃合は白紙撤回に (北海道、青森)

2020年4月24日

内閣総理大臣 安倍 晋三 殿
厚生労働大臣 加藤 勝信 殿

日本医療労働組合連合会
中央執行委員長 森田しのぶ (公印省略)

「医療崩壊」を止めるために必要な対策を求める緊急要請(第3次)

国民のいのちと健康を守るためご尽力いただいていることに対し、敬意を表します。

医療・介護・福祉の職場で働く仲間は、新型コロナウイルスの感染拡大の中、懸命に国民のいのちと健康を守るために、自らの感染リスクの恐怖ともたたかいながら、現場で必死な奮闘を続けています。しかし、感染拡大が続き、院内感染が多発するなど、事態は切迫した状況にあります。「医療崩壊」をくい止めるためには、国の責任によって、迅速かつ確な対応が必要です。

今現在の医療・介護・福祉の現場実態から、緊急に以下の要請を行います。速やかに、そして的確に、要請内容が実施されることを切望します。

【要請項目】

1. 「医療崩壊」を止めるため、PCR検査センターの設置など、検査と症状に応じた治療・隔離を迅速に行う体制をつくり、院内感染を防止すること。
2. 医療機関や介護・福祉施設に対して、マスク、防護服、消毒液などの衛生材料が充分に行き渡るように、国が緊急の対策をとって供給すること。
3. 新型コロナ患者の受け入れに要する費用は、空床確保、病棟・設備の整備、人員体制の確保、一般診療の縮小などを含め、全額国が補償すること。
4. 感染症拡大により経営悪化した医療機関や介護・福祉施設の経営を支えるために、緊急の診療報酬・介護報酬の引き上げや直接の財政支援を行うこと。
5. 新型コロナに感染もしくは疑いのある患者に対応する職員に対する特別手当の支給や、帰宅・通勤が困難となっている職員の宿泊費用等を補償すること。また、妊娠中や基礎疾患のある職員については、配置転換など勤務体制の配慮を行うこと。職員が新型コロナに感染した場合の労災認定を速やかに行うこと。
6. 医療・介護・福祉関係者に対する誹謗中傷、風評被害の防止を国の責任で行うとともに、メンタルヘルス対策や離職防止対策を強化すること。
7. 精神科病院において新型コロナ感染者が発生した場合に、精神保健福祉法の行動制限の濫用とならないように留意し、良質な治療や支援を受けることができるなど適切な対応が図られるよう対策を強化すること。精神科病院での入院を継続する場合であっても、重症化した場合の受け入れ体制を確保すること。
8. 公立・公的病院等の再編・統合、病床削減計画は、直ちに中止・撤回し、感染症対策に必要な医療体制を確立すること。
9. 現場の実情とかけ離れた医師・看護師の需給推計を見直し、感染症の拡大や災害支援など、不測の事態においても十分な対応が可能となるように、医師・看護師・介護職員などの大幅増員を行うこと。また、感染症対策時に必要な医療技術を有する従事者を早急に育成すること。

以上

日本医労連紹介

正式名称：日本医療労働組合連合会

組織人員数：17万7千人

加盟組織構成

全国組合

全日本国立医療労働組合（全医労）：全国の国立病院を組織

全国厚生連労働組合連合会（全厚労）：全国の農協系列病院を組織

全日本赤十字労働組合連合会（全日赤）：全国の赤十字病院を組織

全日本地域医療機能推進機構病院労働組合（全地域医療 JCHO 労組）

：全国の旧社会保険・厚生年金病院を組織

全国労災病院労働組合（全労災）：全国の労災病院を組織

国家公務員共済組合連合会病院労働組合：（国共病組）：全国のKKR病院を組織

公立学校共済組合職員労働組合：（公共労）：全国の公立学校共済病院を組織

各県医労連

47都道府県すべてに県医労連を組織し自治体立病院や大学病院、精神科病院、民間病院、福祉施設、介護事業所等を組織

日本医労連は、医療・介護・福祉の職場で働く労働者でつくる、日本で唯一の医療産別労働組合です。結成は、1957年。1960年の病院ストライキ、60年代後半からは夜勤改善闘争、院内保育所設置運動、1980年代の看護改善運動・ナースウエーブ、1990年代の看護制度闘争、2000年代からの医師・看護師・介護職員等の大幅増員、夜勤改善運動などを、国民の医療改善要求と共に運動をすすめてきました。

現場の声をお聞かせください

4/24 (金) に日本医療労働組合が新型コロナ受け入れ病棟の実態などを記者会見で報告します

現場の実態や大変な事をお聞かせください、また都や国に訴えたい事がありましたらご記入ください。記者会見で参考にさせていただきます。些細な事でも何でも結構です。この用紙は4/22 (水) 朝に回収します。ぜひご記入をお願いします。



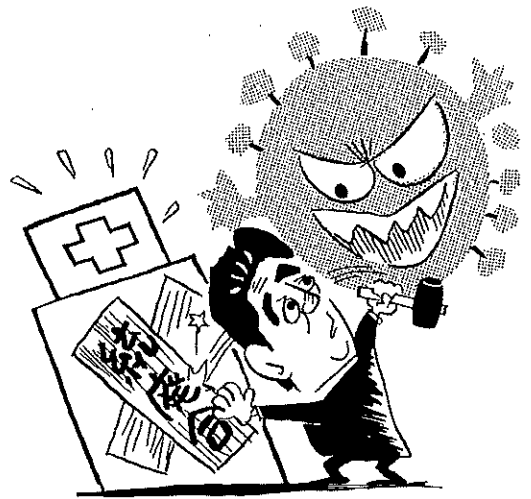
または4/22 (水) 組合事務所に来てお話をお聞かせください。

- ・防護服やマスクがいつなくなるのが常に不安。
- ・コロナ陽性の病棟になる前に病棟スタッフがもしぬれたら労災になるのか質問しているのに未だに返答がなくて不安。
- ・医療従事者ではお聞きませんが、私達も母はコロナで亡くなり女性の方(男性)感染対策の状況にとても心配と不安があります。でも患者様の回復していく姿に喜びを感じています。
現場の負担、常々お話ししています。
- ・防護服の長時間着用が精神的に疲弊を感じます。
- ・PPEの不足への不安を解消できれば、いづかには不安の減弱になると思う。
- ・職員の抗体検査ができればいいと安心。
- ・医療者への差別(保育園、タラシ(心))をなんとかしたい。差別はやや減を消滅させたい。
- ・コロナが頑張っているのに、病院の経営も心配。ホントは減らさず、やり返してほしい。
- ・危険手当がなくて、今後、医療者の離職が進む。

新型コロナウイルス感染問題が深刻なのに 国民のいのちを守る病院つぶしは許されません

公立・公的病院の 統廃合は止めよ!

厚生労働省が3月6日に示した新型コロナウイルス感染がピーク時の患者数推計の「計算式」では、「ピーク時の外来患者数は42万8000人、入院患者は22万2000人」となり、重症患者推計は7467人となっています。しかし、国内の感染症指定病床は、全国で367病院・3種類合わせても1869床にすぎません(下部説明参照)。



再編統合名ざしの24病院は感染症指定病院

政府が公立・公的424の病院を名指しし再編統合しようとしている病院の内、24病院が感染症指定病院です。「感染症病床」は、普段はあまり使用されない病床ですが、いざという時には即応できる体制(対応できる医師、看護師、コメディカルなど)が必要となります。公立・公的医療機関の役割として、こうした事態に 대응することが求められているのです。

3月4日安倍首相は病床削減を指示

昨年10月の経済財政諮問会議では、「官民合わせて13万床の削減」を民間議員は強く主張し、安倍首相は厚労大臣に対して、地域医療構想での病床削減を着実におこなうよう指示。コロナ問題で迅速な対応が求められる3月4日付の通知では公立・公的病院の再編統合を撤回するどころか、当面再検証期限を延長するが“(削減)構想を具体化できるところはしてほしい”と指示しています。

国内「感染症」指定病床は、1869床のみ!

「第一種」整備不足が5県4床、「第二種」整備不足が9県38床も!

種類	病院数	病床数	基準数	過不足
特定感染症指定	4	10	無し	
第一種指定	55	103	94	9
第二種指定	348	1756	1668	88
計	407	1869	1762	97

特定指定病床は、4都府県4病院10床で(千葉、東京、愛知、大阪)国際空港の周辺部に整備されています。

第一種指定病床(エボラ出血熱・ペストなど日本に現在存在しない病原体に対応する)は、都道府県単位で2床が基準病床数ですが、5県(青森、栃木、千葉、宮崎、鹿児島)では1床のみの指定にとどまっています。

第二種指定病床(SARS・MERSなどに対応する)は、複数の市町村にまたがって医療圏をつくり、人口規模に応じた病床整備が基準となっています。しかし9県では基準病床に達していません。また、31医療圏には指定病床が整備されていません!今後、発症患者が増加すると、他県からの入院要請を断らざるをえない状況も想定されます!「感染症指定病床」が満床となれば、一般病棟の個室に新型肺炎患者が入院せざるをえない状況となります。

第2種整備基準 2次医療圏人口	病床数
30万人未満	4
30～100万人未満	6
300万人以上	12

普段から「医療には余裕を」
全国公私病院連盟の邊見公雄会長(3月19日記者会見)
邊見氏は新型コロナウイルス感染症の対応に追われる医療現場の状況を受け、有事に備えるため「医療には余裕がないといけない」との見解を示した。また、日本の医療提供体制の課題として、第一に「統括的な指揮命令系統がない」ことを挙げたほか、結核が減少して以降の「感染症対策の軽視」を指摘。今回、感染症病床の減少や保健所機能の低下が影響しているとの見方を示した。

中央社保協 〒110-0013 東京都台東区入谷1-9-5
日本医療労働組合連合会 TEL:03-5808-5344 FAX:03-5808-5345

全労連 〒113-8462 東京都文京区湯島2-4-4
全労連会館4F TEL:03-5842-5611 FAX:03-5842-5620