

新型コロナウイルス感染を止めるため地域医療体制の拡充を 「住民のいのちとくらしを守りきる」ための政策提言（案）－自治体病院版－

2020年11月30日
日本自治体労働組合総連合

はじめに

新型コロナウイルス感染拡大が急激に全国に広がっています。これまでのような、国民に感染予防を強調するだけの国の対応では、感染拡大はくい止められないことは明らかです。このままでは、感染はさらに広がって必要な医療が提供できない状況に陥り、国民のいのちとくらしに多大な影響を及ぼし、取り返しのつかない事態になる恐れがあります。

この状況を一刻も早く止める対策を講じ、住民のいのちとくらしを守りきらなければなりません。そのためには、検査体制、保健所、医療機関の拡充をセットで拡充しなければなりません。しかし感染症対応を行う医療機関はすでに人員不足や経営困難等のために十分な対応ができない状況にあります。これまでの国の対応では全く不十分であり、医療機関への支援が届かないまま、再び感染拡大の波が大きくなっており、今すぐ国の責任で医療機関が機能できるよう対策が必要です。

また、国はこの「コロナ危機」にあってもこれまでの、医療費削減のための病床削減方針や、「公立公的病院再編統合」を押し付けようとしています。自治体病院が地域医療に果たす役割が明確になった今、住民のいのちを守るために、憲法に基づき、地域医療を拡充することが必要であり、国の医療政策を抜本的に転換させなければなりません。

さらに、「新型インフルエンザウイルス」流行時（2009年）の教訓をいかすために、「新型インフルエンザ対策総括会議」が2010年に国に出した報告書は、感染症対策拡充の必要性が強調され、具体的に提言しています。この報告書を放置してきた国の責任は重大であり許されません。

感染者を保護し必要な医療を提供して感染拡大を止め、さらに「必要な医療が提供できない状態」を起こさないために直ちに医療体制を拡充し、自治体病院が役割を果たして住民のいのちを守りきる地域医療体制をつくるために提言するものです。

- (1) 新型コロナ感染者を受け入れる医療機関・療養施設を確保すること。
- (2) 「必要な医療が提供できない状態」を起こさないために、必要な財政保障を国の責任で行うこと。
- (3) 新型コロナ感染者に十分対応できる医師・看護師等の人員体制と労働環境を整備すること。
- (4) 国及び地方自治体において、地域における感染症の専門家、例えば、感染症担当医や感染症の公衆衛生知識を有する行政官、感染症疫学者等の養成を推進すること。
- (5) 自治体病院は地域住民に不可欠な感染症等を担う医療機関であり、「再編統合計画」や「新公立病院ガイドライン」を撤回し、拡充の方向に転換すること。

1 国が進めてきた感染症病床削減や地域医療破壊が、新型コロナ対応を困難にしている

(1) 国が今日まですすめてきた 感染症指定医療機関・病床を削減してきたことや、また医療費削減のために「地域医療構想」などで病床を減らしてきたことが、病床確保をさらに困難にしている。

- ① 厚生省は、1983年1月31日の省内会議で当時の保険局長が「医療費増大は国を滅ぼす（医療費亡国論）」を示しました。その後1984年に「健康保険法の大改正（悪）」で現役世代医療費に1割自己負担を導入、退職者医療制度の創設、老人保健制度（その後の後期高齢者医療制度）などが創設。また、1989(平成元)年には、消費税の創設（3%）から相次ぐ引き上げ、さらに2000（平成12）年には、介護保険法が施行されています。

医療では、診療報酬（2年に一度改定）において安倍政権が2014年（平成26年）度改定以来、4回連続診療報酬全体を引き下げた結果、病院のベッド稼働率を引き上げる「効率至上主義」が、全国的に広まりました。こうしたことから通常時は、空きベッドになる感染症病床や重症患者対応で人的に分厚い体制が必要となるICU（集中治療室）病床等は最も削減と効率化の対象とされました。結果的に今回のコロナ危機で明らかになったように医療機関では、感染症病床が全国的に不足し、「医療崩壊の瀬戸際」に追い込まれています。

一方、世界的には、2009年に発生した新型インフルエンザをきっかけに、ドイツや韓国、台湾では感染症対策を怠ることなくすすめてきました。日本では、2010年の「厚労省通知」では、保健所の組織強化や人員増、PCR検査の体制強化が課題として明記されています。しかし、今日まで十分に実行されていません。当時の加藤勝信厚労相も国会で、報告書で求められた対応の遅れを認めており、事実上放置されてきました。この報告書のように国が医療体制の充実を図っていれば、今回の新型コロナ感染症による事態は避けられたのではないかと考えられます。

感染拡大が進んだイタリアも、日本同様に新自由主義路線の下、医療切り捨て政策を進めており、こうした国々のコロナ対策への遅れが指摘されています。また、5月10日時点のICU病床の比較では、日本はICU病床が人口10万人あたりわずか5床にすぎず、ドイツの6分の1、イタリアの半分以下と少なくなっており、改善も進んでいません。日本の医師数もまた、異常に少なく人口1,000人あたり2.4人で、OECD加盟36カ国中32位、OECDの平均からも14万人不足しています。

さらに収入減も重なり、全国多くの病院・診療所が経営危機に瀕する異常事態に陥っています。もともと地域医療体制の中では、「かかりつけ医」が全国的な総数として不足していると同時に地域的にも診療科的にも偏在しています。コロナ禍でかつてない患者の減少に見舞われた小児科は「このままでは日本から身近なかかりつけ小児科医が消えてしまいそうです」と小児科開業医でつくる日本小児科医会は9月7日、緊急メッセージを発表し、国の支援を求めています。今後国は、かかりつけ医への業務負担で対策をすすめようとしていますが、かかりつけ医への負担増では、地域医療体制そのものがひっ迫するのは明らかです。

また、医師、看護師も上記の施策から慢性的に不足している中、医療従事者と入院患者の院内感染も200を超える施設で起こり、地域の医療体制はますます逼迫しています。

長年にわたる医療費削減路線を、充実へと抜本的に切り替えることは、感染拡大に対応するうえでも、日本の未来にとっても文字通りの急務です。

② 自治体病院は、全感染症指定医療機関の7割近くを占めています。同時に指定医療機関でない自治体病院も積極的に新型コロナウイルス感染患者を受け入れています。

国は医療費抑制策をよりいっそう推進するために、住民が願う地域医療の充実よりも、地域医療構想最優先の「新公立病院改革ガイドライン」に基づく病床削減を強行しています。そこでは、地方の声を踏まえ、地方交付税などによる財政誘導により公立病院の廃止統合や民間委託を推進しようとしています。さらに厚労省は、2019年9月に各地域が地域医療構想をもとに調整会議が出した結論に対し、再検証するようにと440もの公立・公的病院を名指しし、住民自治と地方自治への介入をしてまでも更なる統廃合を進めようとしています。

地域にとっては、最後の砦となる公立病院を無くしたり、公立病院の入院ベッド（病床）削減や病床機能の変更により、安心して住めない、住み続けることが難しい地域が増えていくことは、その地域での生活権を崩壊させるものです。

(2) そもそも医師が不足し、現行の労働条件を改善してこなかった国の責任は重大です。医師は、「診察治療の求めがあつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」という、医師法第19条（応召義務）があります。しかし、一方で勤務時間外の診療などにおいては、応召義務が問題になることはないとされていますが、多くの医師はこれに縛られ、昨年成立した「医師の時間外労働規制」暫定特例上限「年1860時間」が示すように「過労死ライン」以上の働き方が平気で横行しています。こうしたことから医師が不足しているように見えなくされていますが、多くの地域でも全診療科でも偏在でなく日本の医師は不足しています。そしてその増員には、国民が求めている医学部と学生定数を増やすことです。同時に地方でも海外でも活躍できる日本の医師を大幅に増やし、医師の生活権も保障した地域医療の分野でもやりがいもてる地域とし、その定着を図ることです。

(3) そもそも夜勤を含む交代制勤務の看護師は、常日勤者よりも総労働時間短縮、年休取得の増、そして人員増・勤務条件改善を行うべきです。看護師は、24時間にわたり入院患者を看護する必要上、看護単位（病棟）ごとにシフトを組んで交代で勤務につきます。その主な勤務は、24時間を3つに分ける3交代と2つに分ける2交代を行っています。そのため、勤務は、朝・昼・夜、曜日に関係なく不規則となり、休日もカレンダーどおりではありません。多くの看護職が行っている夜勤・交代制勤務自体が、異常分娩や流産、癌など、健康に影響を与えており、働き続けることが困難となっています。

労働組合では、看護師の安全と健康を守る働き方を求めて、全国で夜勤制限を求める運動が広がり、1965年人事院は「看護師の夜勤は8時間3交代制勤務において、2名、月に8回以内を基本とする」という「2-8（ニツパチ）判定」が目標として示されました。こうした運動の継続により、1992年の看護婦確保法・基本指針では「月8回以内の夜勤体制に向けて積極的に努力する」ことが定められました。

しかし、依然として、2交代勤務の常態化や3交代でも月10回夜勤や月12回夜勤などの実態が見られます。現在の労働日は、月20日～21日であり、看護師の夜勤回数も月6回以内にすべきです。すべての看護職場での「人員増が伴ってこそ」実現が可能です。

EUヨーロッパ諸国では、こうした勤務者には「EU労働時間指令」（※1）のように、常日勤者よ

り週の労働時間が4時間程度短縮とされています。

(※1) 指令には政策目標と実施期限が定められ、各加盟国は、期限内に政策目標を達成するために国内立法等の措置を取ることが求められる。EU 盟国の政府に対して直接的な法的拘束力を及ぼす。

2 新型コロナ感染者の保護・治療と通常医療さえも困難にしている状況

(1) 新型コロナ感染者を受け入れるためには、様々な準備が必要になります。施設設備面では、院内感染を防ぐためのゾーニングをはじめ、発熱外来の設置、陰圧病床、人工呼吸器などの医療機器の整備、人員確保の面では院内感染を防ぐための知識や技術を習得する研修を充分に行うことが必要です。施設設備を一から整えることや、日頃から新型コロナ等の感染症対応の研修が充分に行われていない状況では、受け入れ準備が非常に困難であり、「隔離・保護」する病床や療養施設の確保を遅らせることとなりました。

(2) 治療や検査にあたる際に感染を防止するマスク等の防護具の不足が、二次感染、院内感染を起こす原因の一つとなり、さらに、医療者従事者と患者及びその家族にまで、不安とストレスを与える要因になっています。

(3) 新型コロナ対応には、医師や看護師をはじめ医療従事者が通常より多くの人員を必要とします。しかし、通常でもどの医療機関も人員不足が慢性化しており、現行の人員で受け入れるためには、通常提供してきた診療や治療、手術などの中止や延期を余儀なくされることとなります。

(4) 各医療機関にとっては、空床による減収、診療や手術の中止延期に伴う減収、新型コロナを受け入れたことでの受診抑制による減収等により、経営が非常に困難になっています。病院経営や風評被害を考えると、新型コロナ感染者を受け入れたくても受け入れられない医療機関があり、このことが余計に対応病床確保を困難にしています

(5) 受診抑制、そして新型コロナ対応によって通常の診療ができず、また患者自らが感染を恐れて受診を抑制することが続けば、手遅れ事例をうむこととなります。民医連の「困窮に見舞われている事例」の分析(民医連調査 10月30日朝日)によれば、感染を恐れての受診抑制だけではなく、新型コロナの影響でお金がないために受診できない事例も発生しています。

(6) 病床確保を自治体や医療機関の努力や善意に任せる国の無責任な対応では、感染拡大の長期化が予想される中、通常医療を含め必要な医療が提供できなくなる危険性が大きくなります。新型コロナ対応と通常医療を確保し、住民のいのちと健康をまもりきるためには、国の責任で財政補償をはじめあらゆる手立てを講じるべきであり、感染拡大が急激に広がり感染者がこれまでにない数に上っている今、待ったなしの状況です。

3 新型コロナに対応する医療従事者と自治体病院の置かれた状況について

医療現場は通常でも人員不足で、過重労働を強いられている状況で新型コロナ感染に対応しなければならない事態となっています。新型コロナに対応するためには人員の確保と労働環境を整えることが必要です。

(1) 自治労連は、7月に新型コロナウイルス感染者を受け入れた自治体病院に、2020年4月の感染拡大期の実態調査を行い40病院から回答を得ました。

回答のあった自治体病院のうち感染症指定医療機関(※2)に指定されているのは67.5%であり、それ以外の32.5%は指定医療機関でなくとも、新型コロナ感染者を受け入れていました。

また、全国自治体病院協議会の調査(2020年4月30日時点)によれば、感染症指定医療機関のうち第1種で6割、第2種で7割が自治体病院であり、新型コロナ対応に自治体病院が大きな役割を果たしているといえます。

(※2) 感染症指定医療機関

「感染症の予防および感染症の患者に対する医療に関する法律」で都道府県知事により指定され、1類感染症と2類感染症を扱う「第1種感染症指定医療機関」と2類感染症のみを扱う「第2種感染症指定医療機関」が定められている。「特定感染症指定医療機関」は、新感染症の所見がある者の入院を担当させる医療機関として厚生労働大臣が指定する。感染症指定医療機関の役割は患者の人権を尊重しつつ良質でかつ適切な医療を提供することであり、これを通じて感染症の蔓延を防止しようとするもの。

(2) 「マスク・防護服等は4月は足りていたか」の問いに対し、「全く足りなかった」が43%、「少し足りなかった」22%をと合わせると65%もの病院が身を守る物資が足りない中で従事していたことが分かりました。さらに7月時点でも「備えがない」「備えはあるが充分ではない」と75%が回答しており、N95マスク、防護服、フェイスシールド、医療用マスク、消毒液、の順で不足していました。院内感染の防止に不可欠なこれらの物資さえもないことが、患者・医療従事者を感染の危険に晒し感染を拡大します。この重大性を認識せず、生産を海外頼みとし、日頃からの備えも調達もしてこなかった国の責任は重大と言わざるをえません。

(3) 労働実態について、看護師の「4月のサービス残業」は「あった」(「大幅にあった」または「少しあった」)と回答した病院は約32.5%でした。また、「最高夜勤回数」は東京・大阪などの急激に感染拡大した病棟では、3交代で15回、16回などの回答が見られ、どの病院も回数が非常に多い結果となりました。自由記載からは「(看護師の)感染者や濃厚接触者の状況自宅待機により看護師が不足し、夜勤協定が守られなかった」「変則2交代を導入したため、拘束時間が(長く)精神的にきつかった」等が寄せられました。

また、外来では「手順が確定するまでが大変。役割分担・周知徹底に時間がかかる。」「感染管理の方針の調整のために時間外労働」など体制整備のために時間外労働が発生しています。感染管理認定看護師も「院内設備の検討」「保健所との連携」「スタッフ教育」「マニュアル作成」など今までにない業務を、時間外業務で対応したことがわかります。

(4) 人員体制については、「全く足りない」が「通常時」15.0%から「4月」には25%とさらに増えています。また、人員不足を補った方法については、77.1%で「他部署からの応援」となっています。このことから通常でも人員が全く足りない状況でのコロナ患者対応のために、他部署の人員

を回して対応したがそれでも足りず夜勤回数を増やすなど過重労働が強いられた実態が浮かびあがりました。

また、記述からは、「コロナ対応の重症者病棟（4床）では余裕のない状況であり、看護師18人体制の病棟でも人員不足となる」など重症者病床での新型コロナ対応の過酷さがわかります。この過酷な労働実態を改善するためにまず人員増を図ることが重要です。

(5) 「仕事上、精神的にストレスを感じたか」の問いには、「強く感じた」「まあまあ感じた」が95%に及びほとんどの職員が精神的緊張度が高い状態で勤務していたことがわかります。

そしてストレスを感じた原因については、「感染に対する不安」90%、次いで「先の見えない不安」77.5%、が特に多くなりました。自由記述では「自分が感染してしまうかという不安が強い。全職員に対するPCR検査を（定期的に）してほしい」「同居する高齢の両親への感染を恐れホテルに泊まる職員もいた」「病院からプライベートにも制限を掛けられ発散することもできない」など、業務上のストレスに加え、プライベートにまで及んでいることがわかる結果となりました。

また、偏見差別や感染源になってしまうことへの不安からくるストレスが大きく、現場からは「あっちにいつてうつる、と言われた」「差別的にあつかわれたことで感情の起伏が激しく涙が出る」「家に帰っても眠れない」「家族との接触を控えた」などの声が寄せられています。（「大阪医療問題連絡会」聞き取り調査より）

(6) 今後必要な対策については、「マスク・防護服等の拡充」（57.5%）、「人員の拡充」（57.5%）、「メンタル対応などの拡充」（27.5%）の順になっています。自由記述では「非常事態だと思い無理をしてあたってきたが、これから長い闘いとなる。コロナ関連業務の定数増が必要」「防護服が足りず、3・4時間陰圧個室から出られない。看護師の人員確保と物品を十分に欲しい」など、人員不足と、物品の不足が過重労働や精神的ストレスに繋がっているといえ、早急な対応が求められます。

(7) 自由記載では「財政保障や賃金の保障がなければ『医療崩壊』が生じる可能性」「診療制限や入院制限による収入の落ち込みが賃金や人員補充に影響がでるのではないかなど、必要な医療を提供し職員が安心して働けるための財源保障を求める声があがっています。

(8) 9月時点での聞き取り調査（10～11月実施）から

4月時点で回答を得た病院に対し9月時点での追加調査を実施しました。

「労働実態」では2交代職場での平均夜勤回数が「5回から6回」、3交代でも最高夜勤回数が13回と、規定をはるかに超えるところがあります。自由記載では「他部署からの応援があり、4人夜勤体制を行うことができた」「十分に休めたと思う日がない」「連休がない」など未だに過重労働の実態にあります。

「労働環境」については、感染症対策が「行われていたが充分ではない」と答えた病院がいまだにあり、「院内研修等の教育環境の保障がない」現状にあります。精神的ストレスは、程度の差はありますが多くの病院が「感じた」と答えており、その理由は「感染に対する不安」が一番多く、

「先の見えない不安」や「患者からのクレーム」も続いており、長期にわたってストレスが継続していることがわかります。その結果、「看護師の中途退職や高齢の医師の退職が相次いでいる」現実があり人員不足を助長することになっています。

「今後必要だと思われる施策」は、「人員の拡充」「労働時間の短縮」などの労働実態・環境の改善、「マスク・防護服等の拡充」「人材育成・研修の推進」など感染症対応にすることがあげられ、半年近くが経過しても困難な状況が解消されたわけではなく、このままでは再び4月のような状況になりかねない状況が見えてきました。

また、経営にかかわって危機感があることがわかりました。自由記述では「人口減少と高齢化に加え受診控えが合わさり稼働率の著しい低下と医療収益のかつてない低下に見舞われています。このまますすむと規模縮小や診療所化してしまい、地域で医療が受けられない事態になってしまうことを危惧しています」「自治体の力では限界があります」「手遅れになってから救急搬送される患者の病態格差や、それを自己責任で済ませる国のやり方を抜本的に見直す時」「政府が示す財政支援・人員確保・診療報酬の大幅な改定等、待ったなしの政策が必要」など、住民のいのちを守る自治体病院の切羽つまった切実な声があり、国の責任での地域医療を守る施策を求めています。

4 感染拡大を止め、国民に必要な医療を提供できる医療機関を整備するための提言

(1) 新型コロナ感染者を受け入れる医療機関・療養施設を確保すること。

1) 感染拡大やPCR検査等の拡大にともない必要となる病床を国の責任で確保すること。

特に不足が懸念される重症者に対応するICU（集中治療室）病床（※4）等を確保すること。

2) 併せて、軽症者を対象として経過観察や必要な援助ができる体制を整備した療養施設を確保すること。

（※4）重篤な患者に対し、医師や看護師が24時間体制で高度な医療・看護を行うことを目的とした、病院内の施設。医師が常時集中治療部に勤務していること、看護師が常時、患者2名に1名以上の割合で勤務していること等が求められる。コロナ対応においては、これ以上の人員で対応している。

(2) 「必要な医療が提供できない状態」を起こさないために、必要な財政保障を国の責任で行うこと。

1) 施設改修や機器の購入等に必要費用は国が保障すること。

2) 医療機関に対し、国の責任で医療従事者の確保に必要な財源を確保すること。

3) 経営困難にならないために、一般医療機関も含め減収に対する財政補償をおこなうこと。

(3) 新型コロナ感染者に十分対応できる医師・看護師等の人員体制と労働環境を整備すること。

1) 新型コロナ感染者に対応するために、十分な人員を確保すること。人員確保に必要な財源は国が責任を持つこと。

2) 院内感染防止のために必要な防護服、マスク、フェイスシールド等の防護具を国の責任で十分に配布すること。また、国内生産を高めて、必要数を確保できるようにすること。

3) 医療従事者のための宿泊施設や感染拡大防止のために必要なシャワー室等を整備すること。

4) 院内感染を防止するため、医療機関等で働く職員への定期的なPCR検査や、患者へのスクリーニングを実施すること。

5) 新型コロナに対応するため知識と技術等を習得するための研修を実施すること。

- 6) 医療従事者が受ける精神的ストレス（長期にわたる感染症対応、風評被害・偏見差別等）に対応すること。
- 7) 偏見差別をなくすための、正確な知識と情報を国民に提供すること。
- 8) 新型コロナに対応する職員への危険手当の増額・支給、労働（公務）災害認定等を速やかに行うこと。

(4) 国及び地方自治体において、地域における感染症の専門家、例えば、感染症担当医や感染症の公衆衛生知識を有する行政官、感染症疫学者等の養成を推進すること。

— 『新型インフルエンザ対策総括会議』報告書（2010年）より—

(5) 自治体病院は、地域住民に不可欠な感染症医療等を担う医療機関であり、住民のいのちと健康をまもる公的役割を發揮するためには「再編統合計画」や「新公立病院ガイドライン」を撤回し、拡充の方向に転換すること。

5 住民のいのちを守ることを最優先とする地域医療政策に転換する

(1) 感染症医療政策と、感染症・ICU 病床を削減してきたことからの転換を目指す

自治体病院は、感染症指定医療機関（病床）の約7割を担っています。住民のいのちを守る地方自治体が責任をもって運営する自治体病院の責務として地域医療を担っており、感染症に対応し、その体制を日ごろから整備していく必要があります。同時に自治体病院の統廃合・運営形態変更、医療費削減、病床削減を求めている「地域医療構想」から転換し、充実こそが求められます。

そんな中で、東京都が進めようとしている「独立行政法人」化は、公的医療の後退、患者負担増と、制度移行に伴う作業及びコスト増や人件費増と業務増が発生すると指摘されています。さらに公立病院の「指定管理者制度」導入・移行では、民間的な経営手法が導入されることになり、地域医療・政策医療が後退する恐れが多分にあります。また全職員の退職が前提となるため、多額の退職金が発生するほか、指定管理者の引き受け先がない場合や経営難などの理由により事業の継続が困難となる時は病院の存続に影響することも考えられます。「民間譲渡」も、公立病院が担っている医療の継続を求めるなど、地域医療の確保の面から譲渡条件等について確立すべきです。こうした自治体病院の運営形態の変更も、地域医療にとっては大きな影響を及ぼします。

(2) 地域医療を充実させよう

韓国では、緊急災害支援金の財源確保のため、国防費を9047億ウォン（約795億円）削減して財源に充てることを決定しています。しかし、菅首相は、自助・共助を国民に求めています。その前に公助の視点をいかに発揮し、「コロナ後」には財源を医療・介護・社会保障に回す施策に転換すべきです。さらに、新型コロナ感染者を受け入れるためには、対応できる施設設備や機能、人員確保など様々な準備が必要であり、国は自治体・医療機関任せでなく、十分な財政補償をすべきです。

コロナ危機の体験をつうじて、国民の意識のなかに、前向きな大きな変化が一過性でない、深いうねりのような変化が生まれています。今こそ「コロナ後」のあるべき地域医療について討論し、住民アンケートなどもとりくみ、政策・要求化し、住民とともに充実させましょう。