DIO

DATA資料　INFORMATION情報　OPINION意見

第34巻第4号通巻365号

連合総研レポート

2021年4月号

No.365

CONTENTS

特集

コロナと闘う―直面する医療・介護・福祉の政策課題

新型コロナウイルス感染症と自治体病院

伊関　友伸 ……4

新型コロナウイルス感染症と介護政策の課題
～コロナ禍が介護サービスに及ぼした影響からの考察～

高野　龍昭……10

COVID-19感染拡大と日赤病院の看護職員

野田　哲典・佐々木　伸樹……16

寄稿

保健所の果たしてきた役割と今後の課題

福井　淳……21

巻頭言 ……2

決して時計の針を逆戻りさせてはならない

視　点 ……3

〈特集解題〉コロナと闘う－直面する医療・介護・福祉の政策課題

九段南だより ……26

支援や給付が必要な人に、必要な支援と給付をどう届けるのか

最近の書棚から ……27

高橋均 著

『競争か連帯か――協同組合と労働組合の歴史と可能性』

今月のデータ ……28

厚生労働省「医療機関の病床規模等別における新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績を有する医療機関」（2020年10月、2021年1月公表資料）

新型コロナウイルス感染症にかかる医療提供体制

事務局だより ……32

ホームページもご覧ください　http://www.rengo-soken.or.jp/

巻頭言

巻頭言

決して時計の針を逆戻りさせてはならない

連合総研理事長
古賀伸明

ミャンマーでは国軍によるデモ隊への武力弾圧で、多くの血が流され死傷者が続出している。非暴力でデモを行い“民主主義を戻せ”との市民の声を、銃で殺傷する行為は断じて許されるものではない。

テレビの画面から流れる、その痛ましい光景を見ながら、私は約8年半前のことを昨日のように思い出していた。それは、2012年9月初旬、私のパソコンに送信されてきた一通の報告メールだ。FTUB（ビルマ労働組合総連盟）書記長のマウン・マウン氏（現CTUMミャンマー労働組合総連盟・会長）が、母国に帰れることが濃厚になったとのメールだった。

マウン・マウン氏は、1988年に政府による厳しい弾圧を逃れて国外に逃亡し、国内外の仲間たちとFTUBを立ち上げ、母国の民主化のために粘り強く闘い続けてきた。24年ぶりに母国の土を踏み、長く離れ離れであったご家族とも涙の再会を果たした。これまでの筆舌に尽くしがたいご労苦に、私も万感胸に迫る思いであった。

しかし、それから9年も経過しない去る2月1日未明、ミャンマー国軍がアウンサン・スー・チー国家顧問や与党・国民民主連盟（ＮＬＤ）幹部らを突然拘束するとともに、期間を1年とする非常事態宣言を出した。国軍は正当性を主張しているが、紛れもなく軍事クーデターである。

ミャンマーは1988年以降民主化運動が広がり、90年アウンサン・スー・チー氏が自宅軟禁されたまま実施された総選挙でＮＬＤが圧勝したが、国軍は受け入れを拒否。軍政は2011年の民政移管まで存続し、15年選挙で勝利したＮＬＤに権力を移譲した。昨年20年11月総選挙でもＮＬＤは改選議席の8割を超す議席を得て圧勝し、新しい議会が開催され第二次ＮＬＤ政権が発足しようとしていた矢先の事態である。

2008年憲法が軍に大きな権力を認めており、課題は残っていた。しかし、民主化の道は確実に始まったと思っていたが、その期待は裏切られた。クーデターはこうした民主化の努力を台無しにし、その歩みを止めたのだ。

国軍は、昨年11月の総選挙での惨敗について選挙に不正があったとして、選挙管理委員会などに異議を申し立てていたが認められず、国際的な選挙監視団体からも異議を否定されて、強行策に転じたとみられている。その背景には、総選挙でのＮＬＤの圧勝に脅威を感じ、焦りもあったともいわれる。

クーデターが起きて約1カ月半、軍に対する抗議デモは連日各地で次第に大きくなり死者も多数となっている。公務員を中心に職場を放棄する「不服従運動」も広がっている。国民が軍の統治に対し正当性を認めていないのは明らかだ。

民主主義を無視し、暴力的に権力を奪取することは到底容認できないし、決して民主化への時計の針を逆戻りさせてはならない。国軍はただちに市民への弾圧をやめ、スー・チー氏はじめ他の拘束者も解放し、民主的な政権が統治する正常な姿に戻すべきである。

ミャンマーは中国とインド、東南アジアの結節点という地政学上の要衝に位置するため、複雑な国際関係を抱えていることも事実である。しかし、国軍の暴挙を国際社会がそのまま放置することがあってはならない。国際社会は協力して国軍の力の行使を阻止し、民主体制への復帰に向け全力をあげることが求められている。

日本の役割も大きい。ミャンマーは親日国であり、日本との関係は深いからだ。日本は英国統治時代からミャンマー（当時ビルマ）独立を支援してきたことから、民主化以前も軍政と一定の関係を築いてきた。日本は政府、軍双方と関係を構築している数少ない国だ。日本政府はあくまでも民主化に向けて努力するミャンマー社会にのみ支援する意思を明確に示し、民主主義や基本的人権という普遍的な価値観のもと、正常化へ向け積極的な外交努力を重ねるべきである。

過去の軍事政権が行った民主化運動の弾圧、労働組合指導者たちが亡命を余儀なくされた苦難の歴史を決して繰り返してはならない。

※この原稿を皆さんが目にする頃には、状況が好転していることを祈るばかりだ。（3月17日記）

視　点

〈特集解題〉

コロナと闘う－直面する医療・介護・福祉の政策課題

新型コロナウイルスの世界的感染拡大は、経済、社会、雇用へ大きな影響を及ぼしている。今回は特に、医療、介護、福祉に焦点を当て、今後の政策課題とともに、最前線で新型コロナウイルス感染症と闘う現場報告を特集した。

特集１では医療政策課題を取り上げた。新型コロナウイルス感染症の蔓延により、医療機関の病床は逼迫し、入院調整が難航したため自宅療養していた感染者の死亡例も相次いでいる。伊関論文では、新型コロナウイルスの患者を相当数受け入れている自治体病院に焦点を当て、「機能向上に向けた自治体・公的病院の統合再編」、「一極集中ではなく複数の拠点病院の整備」等の必要性を説いている。マンパワーの強化こそ重要であることを指摘し、ぎりぎりの人数での運営を強いられている自治体病院も多い中、人手がなければ新型コロナウイルスなどの新興感染症に対応できないことから、人員の確保により医療提供能力を上げ、収益の改善を実現できる点からも弾力的な職員定数増による職員採用が必要であるとしている。

特集２では高齢者介護政策を取り上げた。近年、要介護高齢者・認知症高齢者が増加する一方、介護サービス事業所・施設等では介護報酬水準の低さから、経営基盤が脆弱化していることに加えて、介護人材の確保も困難さを増すなかで、新型コロナウイルス感染症拡大が追い打ちをかけた状況にある。緊急事態宣言下でも要介護高齢者へ介護サービスが継続的に提供される必要があることから、政府・自治体等は、可能な限り施設を休業しないよう求めた。しかし、新型コロナウイルス感染症は、高齢者は重症化・死亡リスクが高い上に、事業所等の外部からウイルスが入り込むリスクが高い。更に事業所等では経営上のさまざまな問題が起こり、サービス提供の縮小等、経営・運営への影響が発生している。コロナ禍による介護サービスの縮小等は、高齢者の心身機能の悪化など、要介護高齢者とその家族に大きな影響をもたらす。高野論文は、この間の高齢者介護政策・施策を振り返りながら、今日的な状況をふまえた今後の方向性について論じている。

特集３では医療現場からの報告を取り上げた。公的病院は非常に多くのコロナ患者を受け入れている（31頁下段、30頁図表4参照）。野田・佐々木論文では、陽性患者を積極的に受け入れ、日々コロナと闘う公的病院（日赤病院）を取り上げ、医療現場では何が起きているのか、現場からの声とともに、5病院支部に実施した緊急アンケートの概要を報告いただいた。

特集４では保健所の果たしてきた役割を取り上げた。今般の新型コロナウイルス感染症対策において、保健所は、その中心的な役割を担うとともに、限られた人員・資源の中で、最大限の対策を講じてきた。保健所における新型コロナウイルス感染症関連の業務は多岐にわたる。福井論文では、新型コロナウイルス感染症下において、日々保健所で奮闘する方々の実情を、組合アンケート調査等をふまえつつ報告いただくとともに、今後の取組と課題について論じていただいた。

特集全体を通して言えることは、今般の新型コロナウイルス感染症拡大は、わが国の医療、介護、福祉の政策課題を改めて浮き彫りにしたという点である。今般の新型コロナウイルス感染症拡大では、改めて公共サービスの必要性と脆弱性を認識させるものとなった。未曾有の危機である新型コロナウイルス感染症拡大に、医療機関、介護施設、保健所等の公共サービスが、重要な役割を果たしたのは明らかである。人口減少・高齢化社会に突入した日本では、需要に合わせて公共サービスの供給体制を調整する必要があるが、有事を想定した人員等を確保するためのコスト負担について、これを機に国民が理解することが重要である。昨今の社会保障制度に関する議論においても、いかに給付の伸びを抑え財政難と後期高齢者人口の増加に対応するかという点のみに焦点が当たっている感が強かったが、今般のような感染症拡大によるサービス提供・利用の縮小が生じると、何らかの支援策が早急に講じられない限り、事業所が経営難に陥るケースが増大することが明らかとなった。新型コロナウイルス感染症の後も、新たな新興感染症が蔓延する可能性は高く、さらに本格的な少子高齢化の到来は、人員確保を困難にし、医療、介護、福祉の現場に混乱をもたらす可能性がある。今般の経験を踏まえて、これからのわが国の医療、介護、福祉の政策課題を考えることが重要である。

（連合総研主任研究員　金沢紀和子）

寄稿

新型コロナウイルス感染症と自治体病院

伊関　友伸
（城西大学経営学部マネジメント総合学科 教授）

1. 世界中で蔓延する新型コロナウイルス感染症

新型コロナウイルス感染症の流行により、世界は歴史的な危機に直面している。新型コロナウイルス感染症が蔓延した結果、医療機関の病床は逼迫に直面した。**図表1**は、2021年1月13日時点の緊急事態宣言が発令された自治体の入院者数・確保病床数・使用率等のグラフである。東京都の確保病床数4,000床、入院者数3,345名、使用率84％、自宅療養者数8,540人、埼玉県の確保病床数1,267床、入院者数917名、使用率72％、自宅療養者数3,665人となっている。病床が逼迫し入院調整が難航したため自宅療養していた感染者の死亡例も相次いだ。例えば、2021年1月14日の産経新聞は「自宅療養者の死亡相次ぐ　病床逼迫で入院調整難航の高齢者も」という見出しで、都内の2名の自宅療養者の死亡例を紹介。都内の保健所が受け入れ先となる医療機関を管内で見つけられず都の入院調整本部に連絡した件数が1月6日以降では1日当たり400件を超えてい

図表1　緊急事態宣言自治体の 2021 年 1 月 13 日時点の入院者数・確保病床数・使用率等

都道府県名	入院者数（入院確定者数を含む）			うち重症者数			宿泊療養者数	自宅療養者数	社会福祉施設等療養者数
		確保病床数	確保病床数に対する使用率		確保病床数	確保病床数に対する使用率			
栃木県	201	317	63%	17	46	37%	69	0	91
埼玉県	917	1,267	72%	67	117	57%	282	3,465	0
千葉県	613	1,144	54%	31	94	33%	315	3,576	0
東京都	3,345	4,000	84%	注 523	注 500		981	8,540	83
神奈川県	829	1,939	43%	102	200	51%	538	4,268	0
岐阜県	373	625	60%	17	51	33%	188	0	0
静岡県	177	470	38%	10	38	26%	127	0	0
愛知県	702	1,102	64%	51	103	50%	272	2,182	0
京都府	280	720	39%	27	86	31%	104	1,080	0
大阪府	1,149	1,602	72%	261	397	66%	1,225	2,276	0
兵庫県	586	756	78%	70	116	60%	476	0	0
福岡県	489	610	80%	19	110	17%	521	2,102	0
全国合計	14,825	27,728		1,424	3,568		7,781	30,230	318

注：東京都の重症者数523は本調査のために国基準で集計されたものであり、確保病床数500と単純に比較できないため、使用率は空欄とされている。東京都の基準によれば、重症者数141、重症者を受け入れる病床数250、その使用率は56％。
なお神奈川県と京都府はその後確保病床数を精査し、神奈川県1,555床、京都府416床に縮減している。
厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査結果（2021年1月13日0時時点）」を筆者が改変

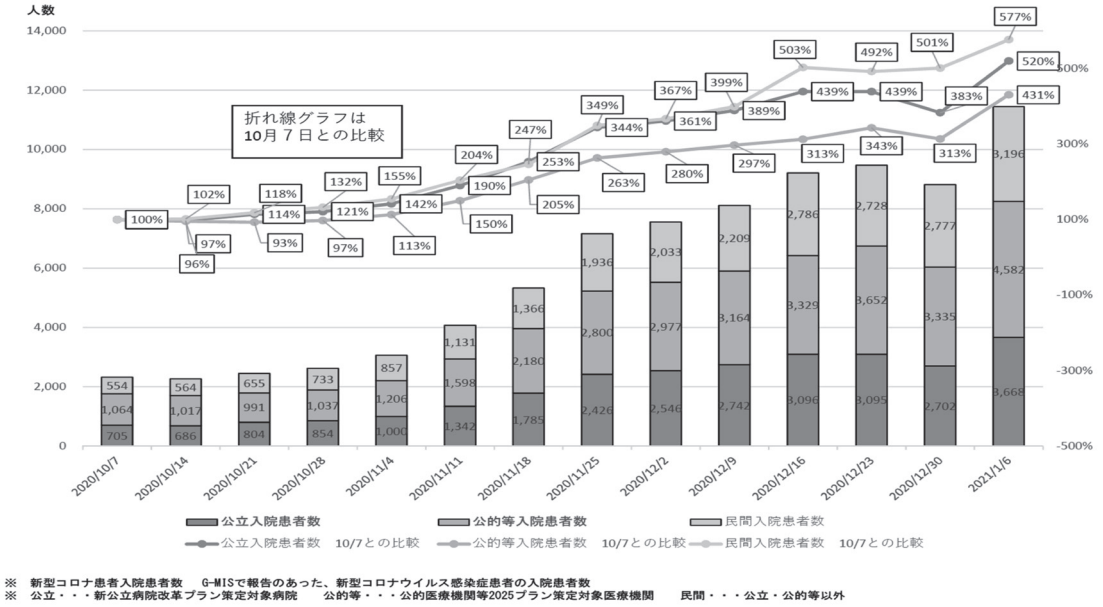
ることを報道している。

2. 自治体病院と感染症指定医療機関

今回の新型コロナウイルス感染症への対応において、自治体病院はどのような役割を果たしたのか。感染症対策が行政の責務であり、政策を展開する上で連携を期待できること。医療上のリスクがあり、不採算な医療であることから、自治体病院が新興感染症の患者を積極的に受け入れることは自治体病院の責務として当然のことと考える。

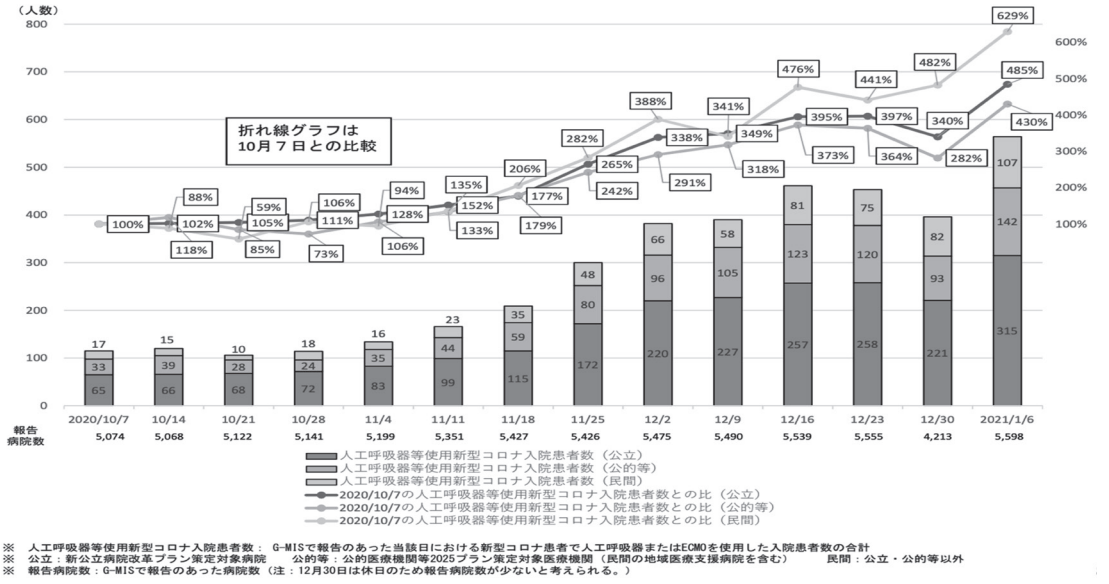
自治体病院は、新型コロナウイルスの患者を相当数受け入れている。新型コロナウイルスの患者の国内発生以降、自治体病院は未知の感染症の患者を受ける恐怖、突然に重症化し死亡する患者、手探りの治療法に悩みながら患者を受け入れた。感染症患者の第1波のピークになると増大する患者に対するベッドの不足、多数の人手が必要となる患者対応、マスクや防護服、消毒液などの

図表２　公立・公的等・民間病院別日別新型コロナ入院患者数の推移



厚生労働省「医療機関の新型コロナウイルス感染症患者の受入状況等について（補足資料）」

図表３　公立・公的等・民間病院別人工呼吸器等使用新型コロナ患者数の推移



厚生労働省「医療機関の新型コロナウイルス感染症患者の受入状況等について（補足資料）」

不足に悩まされながら自治体病院の使命として積極的に患者を受け入れた。

図表2は、厚生労働省が公表した、第3波の始まる前である2020年10月7日から第3波の新規感染者数のピークに近い2021年1月6日までの公立（自治体）、公的等、民間病院別の新型コロナ入院患者数の推移のグラフである。1月6日現在の自治体病院の患者受け入れ数は3,668人で、総受け入れ数11,446人の約32％に達する。さらに、**図表3**の病院別の人工呼吸器等使用患者数（重症患者に対応するものと思われる）の推移のグラフでは、同日の自治体病院の受け入れ数は315人で、総受け入れ数564人の約56％に達している。全国の病院数に占める自治体病院の数は11.1%、病床数に占める自治体病院の病床数は14.4%（2019年医療施設調査）に過ぎず、自治体病院が重症の患者を含め、積極的に新型コロナウイルスの患者を受け入れていることが分かる。

3．どのような形で患者を受け入れたのか

自治体病院は新型コロナウイルス感染症患者や疑い例の患者をどのような形で受け入れたのか。全国自治体病院協議会は、会員病院へアンケート調査を行った。アンケートは3回にわたり行われた。第3回目の調査は、第1波が終わった5月31日までの新型コロナウイルス感染症の対応状況、課題、今後のあり方に関し調査を行った（6月17日～30日）。867の会員病院に対してアンケートを送付し、471院（54.3％）から回答が得られた。**図表4**は、新型コロナウイルス感染症の入院患者の受け入れ状況のグラフである。受け入れ病院が219院（46.5%）、病床規模別に見ると500床以上が64院（90.1%）で最も高く、次いで300床台が47院（78.3%）と続き、99床以下でも12院（11.1%）が受け入れている。

新型コロナウイルス感染症の入院患者の急増に対して、かなりの自治体病院では病棟の閉鎖・削減をして対応を行った。**図表5**は病棟閉鎖・削減の実施状況のグラフである。患者受け入れのために病棟閉鎖・削減を実施した病院が141院（30.3%）、受け入れ準備のため病棟閉鎖・削減したところが51院（11.0%）、合わせて192院（41.3%）が病棟閉鎖･削減を行った。病床規模別に見ると、500床以上が54院（77.2%）で最も高く、次いで400床台が31院（67.4%）と続き、病床規模に比例して高くなっている。100床台でも30院（27.5%）が病棟閉鎖・削減を行っている。新型コロナウイルスの患者への対応は

図表４　新型コロナウイルス入院患者受入状況

【 種類･病床規模別 】	回答病院数	受入病院		未受入病院		無回答	
全　　体	**471**	**219**	**46.5%**	**249**	**52.9%**	**3**	**0.6%**
一般病院	446	216	48.4%	227	50.9%	3	0.7%
99床以下	108	12	11.1%	95	88.0%	1	0.9%
100床台	111	31	27.9%	78	70.3%	2	1.8%
200床台	50	28	56.0%	22	44.0%	0	0.0%
300床台	60	47	78.3%	13	21.7%	0	0.0%
400床台	46	34	73.9%	12	26.1%	0	0.0%
500床以上	71	64	90.1%	7	9.9%	0	0.0%
精神科病院	25	3	12.0%	22	88.0%	0	0.0%

全国自治体病院協議会第3回アンケート
「COVID-19流行時における自治体病院の対応と今後のあり方」

図表５　新型コロナウイルス入院患者受入のための病棟閉鎖・削減の実施状況

【 種類・病床規模別 】	回答病院数	受入のため病棟閉鎖・削減あり		受入準備のため病棟閉鎖・削減あり		病棟閉鎖・削減なし	
全　　体	**465**	**141**	**30.3%**	**51**	**11.0%**	**273**	**58.7%**
一般病院	440	139	31.6%	49	11.1%	252	57.3%
99床以下	107	6	5.6%	3	2.8%	98	91.6%
100床台	109	14	12.8%	16	14.7%	79	72.5%
200床台	49	17	34.7%	9	18.4%	23	46.9%
300床台	59	32	54.2%	6	10.2%	21	35.6%
400床台	46	22	47.8%	9	19.6%	15	32.6%
500床以上	70	48	68.6%	6	8.6%	16	22.9%
精神科病院	25	2	8.0%	2	8.0%	21	84.0%

※ 無回答は除外している

全国自治体病院協議会第3回アンケート
「COVID-19流行時における自治体病院の対応と今後のあり方」

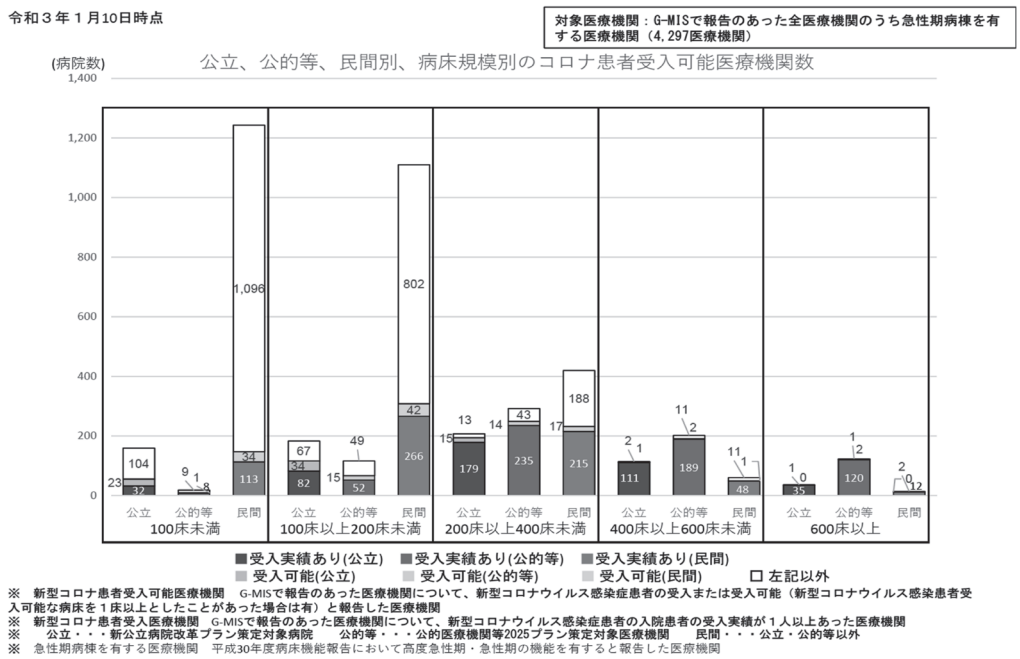
手間がかかり、大量の医療スタッフを必要とする。既存病棟を閉鎖し、閉鎖によって生まれたスタッフで、新たに新型コロナウイルス病棟・病床をつくり、患者の受け入れをすることは合理的であると考える。

４．民間病院批判をどのように考えるか

感染者が急増し、病床が逼迫した第３波において、一部の報道機関やネット上において「わが国の病院数の７～８割を占める民間病院が新型コロナウイルスの患者を受けていない」という批判が起きた。このような意見についてどのように考えるべきか。まず、指摘しておくことは、現在の緊急事態においてはそれぞれの医療機関でできることをすべきであること。自治体だ、公的だ、民間だとレッテルを貼り批判するのは国民の分断を広げるだけであるということである。正直、現場を見れば民間病院で患者の受け入れについて頑張っておられる病院もあるし、自治体病院でも、受け入れ能力があるのに患者の引き受けが今一つの病院もある。

図表6は、厚生労働省の公表した、2021年1月10日現在の公立、公的等、民間別病床規模別のコロナ患者受け入れ可能医療機関のグラフである。民間病院でも200床以上の病院は新型コロナウイルスの患者を相当数受けている。さらに、厚生労働省が同時に発表している資料では、公的等病院の中に161の民間の地域医療支援病院が入っており、うち139病院が具体的に患者を受けている（公立・公的等・民間別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績の有無について）。民間病院の相当数が新型コロナウイルスの患者を受けていない100床未満、100床以上200床未満の病院は、自治体病院（地方の小規模病院が多いと思われる）も患者を受けていない。そもそも200床以下の民間病院は高齢者の療養が中心の病院が多く医師や看護師の体制も整っていない病院が多い。現在の診療報酬の水準では建替えの余裕はなく、動線など感染症の患者の入院を受け入れる建物になっていない。これは、地方の200床以下の自治体病院も同様である。民間病院であろうと自治体病院であろうと無理に感染症の患者を受けては、患者やスタッフが感染する危険性がある。民間の療養病院の場合、既に高齢者で病床は満床が通常で、新型コロナウイルスの患者を入れる余裕がないのが現状である。自治体病院の場合は地方財源の投入があり、万一、経営危機が起きた時に対する一定の支援も期待できる。そのような財源の支援のない民間病

図表６　公立、公的等、民間別病床規模別のコロナ患者受入可能医療機関



厚生労働省「医療機関の新型コロナウイルス感染症患者の受入状況等について（補足資料）」

院に、院内感染を起こした時の損失、風評被害などを負担してもらうことは現実的ではない。

本原稿を執筆している2021年3月1日現在において、第3波の感染拡大は終息の傾向にある。しかし、万一、第3波を超える感染者数を生じさせる第4波が発生した場合や新たな新興感染症が発生した時は、医療スタッフが多く、一般病棟を閉鎖することで患者の受け入れが可能な、大規模・中規模の自治体病院・公的病院、民間病院を中心に患者を引き受けるのが現実的であり、小規模の民間病院に広く引き受けをさせるのはかなり無理があると思われる。当然、大規模・中規模の病院の一般病棟を閉鎖することで、感染症以外の患者の診療ができなくなることは理解すべきである。

5. 地域医療構想と新型コロナウイルス感染症

2019年9月26日、厚生労働省の「地域医療構想に関するワーキンググループ」の第24回会議が開催された。会議の中で厚生労働省は、再編統合など地域医療構想を踏まえた具体的対応方針の再検証を要請する424病院の実名を公表した。424病院には自治体病院が多数含まれていた。筆者は、効率的で質の高い医療提供体制を確立するため、地域の医療関係者の協議を通じて病床の機能分化と連携を進める地域医療構想の考えには賛同するものである。しかし、医療費の削減が前面に立ち、現場の実情を反映せず公的病院等の再検証を要請する424病院の実名公表については、地域の医療を破壊するものとして批判をしている。そもそも424病院の議論において感染症に関しての議論は行われていない。

その一方、新型コロナウイルスなどの新興感染症への対応に関しては、地域医療構想の考え方と整合する部分が多い。ECMOや人工呼吸器などの重症患者への治療は、高度急性期病床のある病院を中心に対応する。中等症・軽症の患者は急性期病床や回復期病床を有する病院を中心に対応する。感染の可能性のある患者は、かかりつけの診療所で診療や検査を行う（現在、進められている診療･検査医療機関の指定が当てはまる）。地域の医療機関がその役割を明確化し、連携して新興感染症の患者に対応することが重要である。新型コロナウイルスの経験を

踏まえ、地域医療構想を通じて新興感染症への対応を議論することが必要と考える。

6. 新型コロナウイルス感染症を踏まえたこれからの自治体病院のあり方

筆者は、わが国の医療機関の今回の新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえれば、自治体病院や公的病院に関して、現状のままで良いとは思わない。新型コロナウイルスの患者を受け入れたのは400～500床以上の病院が中心であった。感染症専門医、呼吸器内科医の数や医師の集約化のメリットを考えれば、自治体・公的病院を統合再編して機能向上を図ることは必要であると考える。特に、感染症の患者が発生しやすい都市部の病院において統合再編による規模拡大が必要と考える。

さらに、筆者も陥っていた思考であるが、中規模病院を統合して拠点病院を作れば終わりと考えやすい。今回の場合、拠点病院が感染により機能不全を起こした例が多数あった。拠点病院の一極集中ではなく、複数の拠点病院の整備が必要と考える。さらに今回、中等症や軽症の感染患者の入院の受け入れ体制が問題となった。拠点病院の周辺の病院の感染症対応を充実することの必要性を感じている。

病院の建物も古い建物では、感染症に対して十分対応できない。ローコストを意識しつつ、個室化、陰圧対応、感染症外来設置、動線の考慮など、感染症に対応した病院とすべきである。感染症の対応を考える場合、病院の改修では限界がある。建替えが可能なら移転新築することを検討すべきと考える。

その際、筆者が特に指摘したいのが個室化である。個室のメリットは、インフルエンザなどの感染症に対応できる、男女関係なく入院可能、認知症の患者の対応もしやすい、家族の付き添いが可能となる。そして何よりも団塊の世代以降の世代は、質の高い療養環境に対する志向が強く、個室化はその志向に応えることができる。これまで、自治体病院は個室料を取れるのが3割までなので、個室率は30%を上限とする思考を持ちやすかった。個室率を高めれば床面積が増え、建設費が増加する問題もあった。しかし、個室を増やすことで病床の稼働率を高め、収益を上げるという発想もあって良いと考える。

地方の中小病院では、医師・看護師不足や建物の老朽化で患者が他の医療機関に流出し、病床利用率の低迷、収益の悪化に苦しんでいるところも多い。病院の先行きが不透明なことから建替えを行うのをためらい縮小の道を歩んでいる場合もある。老朽化している病院では若い医師や看護師は勤務しない。過疎債が使えれば過疎債を組み合わせて、ローコストで病院を建築するという発想もあって良いと考える。その際、病床数については、現在の病床利用率が低い場合、一定程度病床を削減して個室化（できれば全室個室）と医療提供能力の向上を図るべきと考える。

新型コロナウイルスなどの新興感染症への対応を考えると、いざとなると病床そのものはプレバブでも確保することができる。重要なことはマンパワーである。人手がいなければ新型コロナウイルスなどの新興感染症に対応できない。非常時への対応の観点から、ある程度の余裕を持った人員配置が必要となる。しかし、自治体の人事担当課の無理解で、ぎりぎりの人数での運営を強いられている自治体病院も多い。病院事業の場合、職員の雇用により医療提供能力を上げ、収益の改善を実現できるという面がある。弾力的な職員定数増による職員採用が必要と考える。

筆者は、新型コロナウイルス感染症は、わが国の医療機関に関する課題を浮かび上がらせたと考えている。新型コロナウイルス感染症の後も、新しく新興感染症が蔓延する可能性は高い。さらに、本格的な少子高齢化の到来は、新型コロナウイルス感染症以上の混乱を医療現場にもたらす可能性があると考える。新型コロナウイルス感染症の蔓延の経験を踏まえ、これからのわが国の医療体制のあり方を考えるべきである。

寄稿

新型コロナウイルス感染症と介護政策の課題

～コロナ禍が介護サービスに及ぼした影響からの考察～

高野　龍昭
（東洋大学 ライフデザイン学部　生活支援学科　生活支援学専攻　准教授）

1．はじめに

わが国における2020年以降の新型コロナウイルス感染症の拡大（以下「コロナ禍」）は、高齢者介護にも大きな影を落としている。

近年、要介護高齢者・認知症高齢者が増加する一方、介護サービス事業所・施設等（以下「事業所等」）では介護報酬の給付水準の低さから経営基盤が脆弱化しており、加えて介護人材の確保も困難さを増すなかで、そこにコロナ禍が追い打ちをかけた状況にある。

本稿では、その実情と課題を明示したうえで、コロナ禍以降の高齢者介護分野における政策・施策の方向性を検討する。

2．コロナ禍が及ぼす高齢者介護への影響

（1）介護分野における新型コロナウイルス感染症の特徴

新型コロナウイルスが国内で初めて確認されたは2020年1月であり[1]、その後、同年3月には感染拡大を受けて名古屋市が市内の２つの区の通所介護事業所に２週間の休業要請を行ったことなど[2]を端緒として、高齢者介護分野への影響が強まった。

高齢者介護分野ではインフルエンザやノロ・ウイルス、疥癬などの感染症にはこれまでの経験の蓄積があるものの、今般のコロナ禍はそうした蓄積だけでは対応が難しい事態となった。それを増大させる要因は以下のように整理できる。これらが相互に関連し合って高齢者介護分野でのコロナ禍の影響が拡大したと言えよう。

①感染力が強く、高齢者の重症化・死亡リスクが高い

これまで経験してきたインフルエンザなどの感染症と比較して、感染力は各段に強く、介護サービスの利用者である高齢者には有意に重症化・死亡リスクが高いものであったため、警戒を強める必要があった。

また、当初は「未知のウイルス」でもあり、ワクチンも開発されておらず、根治のための治療法もないことは、介護の現場で危機感を強めた。

②感染防止対策に一定のスキルが必要

新型コロナウイルスの感染者が発生した場合、手洗いやサージカル・マスク装着といった基本的な対策では功を成さず、PPE（個人防護衣など）の装着や療養・居住エリアのゾーニングなども求められる。そうした対応策・スキルは習得していない事業所等がほとんどであった。

③潜伏期間が長く、無症状感染者も多い

他の感染症と比べ、潜伏期間が比較的長いとともに無症状感染者も多いため、事業所等の外部から感染症が入ってくるリスクが高い。面会者（家族等）や職員等により市中からウイルスが持ち込まれることも容易に想定できたことから、警戒を強めざるを得なかった側面もある。

④介護サービス固有の特徴による影響

政府・新型コロナウイルス感染症専門家会議から感染拡大防止に効果的であると示

された「３密回避」および「新しい生活様式」[3]などは、高齢者介護の実践現場でそのまま取り入れることが困難な方法であったことも不安と影響を拡大させた。

介護実践現場は、決して広くはない施設内での介護が中心であるとともに、職員と高齢者が「多対多」で混在することが多い。また、介護において身体的接触は避けることはできず、認知機能やコミュニケーション能力に支障のある高齢者自身が感染対策をみずから講じることも難しい実情にある。

（２）コロナ禍が事業所等の経営・事業継続に及ぼした影響

コロナ禍において、医療や保安・公安、教育、公共インフラストラクチャー分野の業種と同様に、介護サービスは「エッセンシャル・ワーク」として注目された。実際、要介護高齢者・その家族にとっては生活の中で欠かすことのできないサービスでもある。そうしたこともあり、緊急事態宣言下にあっても政府・自治体等からは可能な限りの事業の継続を求められた[4]。

しかしながら、前述した要因などの影響により、事業所等では次のような経営上のさまざまな問題が生じた。

①休業・サービス提供の縮小

ある研究者組織による調査[5]では、2020年５月のいわゆるコロナ禍の第1波の際、全国の事業所等を経営する法人（n=2,091）のうち、事業縮小・休業・新規利用者受入中止などの対応を取ったものは４割ほどにのぼると報告されている（**図１**）。とりわけ「陽性ないし濃厚接触者となった利用者・入所者等がいる」という法人では7割以上に何らかのサービス提供上の制限が生じているとともに、「陽性ないし濃厚接触者となった利用者・入所者等はいない」という法人でも３分の１に何らかの制限が生じたことが示されている。

また、筆者が厚生労働省のデータ（「介護保険事業状況報告月報（暫定版）」）[6]を用い、いわゆる第1波の渦中にあった2020年4月と2019年４月の介護サービス利用回（日）数を独自に比較したもの（**図２**）によると、緊急事態宣言の当初の対象地域（埼玉・千葉・東京・神奈川・大阪・兵庫・福岡の７都府県）を中心に通所介護・通所リハビリテーションといった通所系サービスと短期入所で利用の減少が目立っていることがわかる。サービス提供の縮小等が実際に起こったことの裏付けとなると言ってよいだろう。

なお、2020年3～５月に複数の居宅サービス事業所で連鎖的なクラスター感染が発生した広島県三次市では、訪問系サービスも含めたサービスの縮小が大幅に生じている。

②経営・運営への影響

こうしたサービス提供の縮小等が生じると、当然に経営・運営への影響が発生する。

図１　介護サービス事業所等の運営への影響（2020年4月末時点）（複数回答）

感染状況	事業縮小	休業	廃止	新規利用受入中止	いずれもなし	計
陽性・濃厚接触なし 感染疑いなし　〔1〕	239 (14.4%)	99 (6.0%)	4 (0.2%)	447 (27.0%)	1,092 (66.0%)	1,654
陽性・濃厚接触なし 感染疑いあり　〔2〕	135 (39.0%)	39 (11.3%)	4 (1.2%)	153 (44.2%)	146 (42.2%)	346
陽性・濃厚接触あり 〔3〕	34 (43.6%)	22 (28.2%)	1 (1.3%)	40 (51.3%)	22 (28.2%)	78
全体	413 (19.8%)	165 (7.9%)	9 (0.4%)	644 (30.8%)	1,266 (60.5%)	2,091

・〔1〕の法人＝「いずれもなし」66.0%
・〔2〕の法人＝「いずれもなし」42.2%
・〔3〕の法人＝「いずれもなし」28.2%

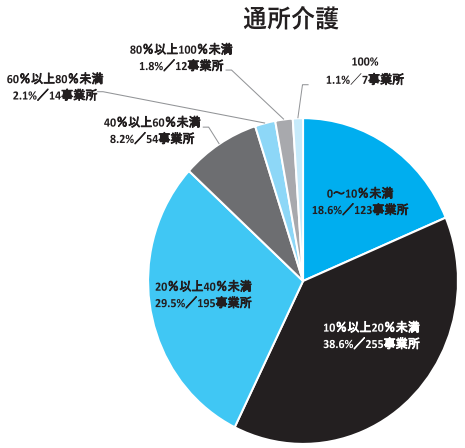
出典：一般社団法人 人とまちづくり研究所『新型コロナウイルス感染症が介護保険サービス事業所・職員・利用者等に及ぼす影響と現場での取組みに関する緊急調査【法人調査】』

図２　居宅（介護予防）サービスの利用回（日）数の動向
【４月利用分の前年同月比（2020年/2019年）】

	訪問介護	訪問看護	通所介護（地域密着・認知症対応型を含む）	通所リハ	短期入所生活介護
全国	103.5%	105.8%	93.3%	87.1%	94.6%
埼玉県	102.8%	111.8%	91.6%	79.5%	96.5%
千葉県	103.3%	106.7%	87.8%	78.1%	96.4%
東京都	98.6%	105.5%	84.7%	73.5%	81.6%
神奈川県	102.9%	107.2%	89.1%	78.5%	92.9%
大阪府	108.3%	106.0%	86.6%	81.5%	96.0%
兵庫県	105.8%	105.3%	88.9%	83.3%	93.8%
福岡県	102.0%	101.8%	93.9%	82.5%	93.4%
岩手県	106.2%	106.8%	99.9%	95.3%	98.7%
島根県	104.3%	106.8%	94.0%	93.1%	90.5%
広島県三次市	68.5%	65.9%	52.0%	49.2%	73.0%

（厚労省『介護保険事業状況報告（暫定）』をもとに筆者にて算出）

図３　介護サービス事業所等の経営状況への影響



出典：全国介護事業者連盟『新型コロナウイルス感染症に係る経営状況への影響について（緊急調査）第二次分集計結果』
2020年2月の第4週と同年4月の第4週の減収割合の比較【サービス別；抜粋】

それは減収・減益という形で現れる。

ある事業者団体による調査[7]では、事業所等の収入（売上）についてコロナ禍直前の2020年2月第4週とコロナ禍第1波の渦中となった同年４月第4週の比較をしたところ、事業所等全体で10％以上の減収となったものが約50%と示されると同時に、とりわけ通所介護ではそれが80%以上にのぼったことが示されている（**図３**）。

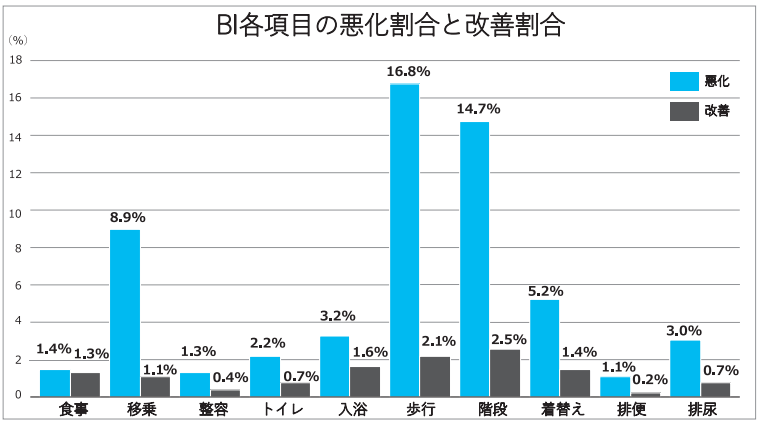
介護サービス事業の利益率については各種調査・報告で数値の相違がみられるものの、平均で＋２％程度という見方が主流であり、10%以上の減収が継続的に生じるとなると、経営危機に直結する懸念がある。

（３）コロナ禍が介護サービス利用者（要介護高齢者等）に及ぼした影響

コロナ禍による介護サービスの縮小等は、要介護高齢者・その家族への影響も生じる。

当初から懸念された代表的な問題は、高齢者の心身機能の悪化である。介護サービスの提供・利用によって高齢者の四肢・体幹の動作・機能や栄養状態などの維持・改善が図られ、生活が賦活化されることで心理的な安定がもたらされていると考えられてきたため、コロナ禍による大幅なサービス提

図４　介護サービス（通所介護）の縮小による高齢者の身体的機能の悪化



出典：日本デイサービス協会他『新型コロナウイルス蔓延による短時間デイサービス欠席者への影響に関する緊急調査』
対象＝短時間デイサービス利用者のうち2020/2/28 ～ 6/3の間で1週間以上欠席した利用者（n=517）
方法＝バーセル･インデックス（BI）各項目について以下の欠席前後の測定値を比較
①欠席前:2019/9/1 ～ 2020/2/28の測定値
②欠席後:2020/5/18 ～ 6/3の測定値（欠席中もしくは復帰日に測定）

図５　令和２年度 厚生労働省第二次補正予算による
新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（介護分）

①感染症対策の徹底支援
〇感染症対策を徹底したうえでの介護サービス提供を支援【事業者支援】
→感染症対策実施のためのかかり増し費用を交付
・感染症対策に要する物品購入　　・外部専門家等による研修実施
・感染発生時対応･衛生用品保管等のための多機能型簡易居室の設置　など
②介護施設･事業所に勤務する職員に対する慰労金の支給【従事者支援】
〇新型コロナウイルス感染症が発生または濃厚接触者に対応した施設･事業所に勤務し、利用者と接する職員に対して
→慰労金20万円を支給
〇上記以外の施設･事業所に勤務し、利用者と接する職員に対して
→慰労金5万円を支給
③サービス再開に向けた支援【事業者支援】
〇ｻｰﾋﾞｽ利用休止中の利用者への利用再開支援（ｱｾｽﾒﾝﾄ、ﾆｰｽﾞ調査、調整など）等
→居宅介護支援事業所の場合
電話による確認＝@1,500円（看護師等の協力あり＝@4,500円）
訪問による確認＝@3,000円（看護師等の協力あり＝@6,000円）
④都道府県の事務費

供・利用の縮小はそれらの維持・改善や安定化を損なうリスクが指摘されてきた。実際、ある事業者団体と研究者による調査研究ではそうした実態が示されている[8]。

それによると、短時間（1回３～５時間程度）デイサービスをコロナ禍第１波の間（2020年３～６月）に１週間以上の欠席があった高齢者の身体的機能に関し、欠席前と欠席後を比較したところ、日常生活動作（ADL:歩行、排せつ、入浴、食事摂取など）の水準を測る国際的な尺度による評価が、歩行や階段昇降、移乗といった動作を中心に悪化したケースが有意に多く（**図４**）、その他にも歩行の速度が遅くなったといったデータが示された。

これに類する報告等はさまざまに示されており、要介護高齢者へ介護サービスが継続的に提供されることの重要性が示されたと言える。そのことが、コロナ禍のような感染症拡大の状況にあっても事業所等がサービス提供を縮小しなくて済む施策等の期待にも繋がっている。

3.「ウィズ・コロナ」「ポスト・コロナ」における高齢者介護分野の政策・施策

コロナ禍における事業所等での対処の難しさ、その事業所等における経営・運営の難しさ、さらにそのことによる高齢者への影響について述べてきたが、そうしたことに対応する介護分野での政策・施策のあり方について検討をしてみたい。

（1）2020年度に講じられた施策

その前提として、まず、2020年度に講じられたコロナ禍による介護分野での対策を確認しておく。

ひとつは、厚生労働省による介護報酬の算定などにおける臨時的な取り扱いを認める施策（通知）である[9]。これは、2020年2月以降、介護報酬の算定基準などを緩和し、サービス提供時間が短くても当初の予定どおりの報酬算定を認めるなどといった特例的な取り扱いであり、実質的に事業所等の減収・減益対策として一定の効果を発揮した。厚生労働省がいち早く対策を講じたという意味で評価が高い一方、一部には脱法的な報酬算定を認めるような項目もあり、批判的な評価もある。

もうひとつは、政府による補正予算（第1次～第3次）での「新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（介護分）」などによる施策である。この主なものとしては、感染症対策実施のためのかかり増し費用を事業所等に交付するものや、職員に対する慰労金の支給などである（**図５**）。これについては、事業所等の経営危機を救済したという意味で評価が高い一方、当初の第1次補正予算では介護分野への支援策がほとんど盛り込まれず、金額なども限定的であることから現場からは不満の声も多かった。

また、2020年度末には、2021年４月からの介護報酬改定において、コロナ禍によるかかり増し経費等への対応として、時限的（同年9月末までの6か月間を予定）に全サービスの基本報酬を0.05%引き上げる措置を講じることや、通所介護等に関し、感染症等の影響により利用者数が減少した場合を念頭に、報酬の特例的な算定を可能とする規定が設けられることが決まった[10]

（2）今後に期待される政策・施策

こうしたことを踏まえ、今後に期待される介護分野での政策・施策について述べたい。

感染症に限らず、わが国は国際的に比較しても地震等の災害も多発しやすい地勢にあり、そうしたときの介護サービスの事業運営や利用者への影響を最小限に抑える施策は不可欠である。

昨今の介護保険制度に関する議論は、いかに給付の伸びを抑え、いかに財政難と後期高齢者人口の増加に対応するかといった点のみに焦点が当たっている感が強い。そのため、介護報酬の給付水準は低く抑えられ、事業所等の経営体力は年々脆弱化しているようにうかがえる。そこに今回のような感染症拡大によるサービス提供・利用の縮小が生じると、なんらかの支援策が早急に講じられない限り、経営難に陥るケースも増えるだろう。実際に、2020年1年間の介護事業における倒産件数は過去最多という報道もある[11]。

したがって、まずは、事業所等の経営体力強化のために、介護報酬による手当が必要なのではないか。感染症拡大期や災害時において事業所等に対して早急に支給できる公費による交付金の仕組みもあってよいだろう。もちろん、財政規律や保険料負担の増大を抑える議論も重要ではあるが、エッセンシャル・ワークであり社会的なインフラでもある高齢者介護の事業所等が感染症拡大下で経営危機にすぐさま陥るような事態は回避されなければならない。このことは、感染症拡大下における介護従事者の雇用や処遇のあり方にも直結する。

また、介護サービスを縮小せざるを得ないような状況に陥った際、高齢者を孤立させず、同時に心身機能をモニターすることが可能となる仕組み・施策も期待したい。これについては、今般のコロナ禍で一気に拡大

した感のあるICT技術やDXを高齢者介護分野に積極的に導入するための技術的支援や経済的支援を期待したいと思う。

4．まとめにかえて

介護保険制度が創設された2000年以降をみても、わが国は2002年の重症急性呼吸器症候群（SARS)、2009年の新型インフルエンザ（A/H1N1型)、2012年の中東呼吸器症候群（MERS)、そして2020年以降の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）と、「未知のウイルス」により４回の危機に瀕した。このうち、介護サービスに直接的な影響を及ぼしたのは今般のコロナ禍だけであるが、すべての局面でグローバル化が進むなか、新たな未知のウイルスがわが国に入っているという事態は今後も容易に想定される。

今回のコロナ禍により、感染症に対して介護サービスの事業所等が脆弱な立場にあることが示されたが、一方で、介護サービスは高齢者・その家族にとっての社会的なインフラストラクチャーでもある。感染症や災害などの際の事業継続について、制度政策面からも、現場実践の面からも、平常時から支援･強化を図ることを検討する必要があると考えられる。

1 厚生労働省・報道発表資料WEBサイト「新型コロナウイルスに関連した肺炎の患者の発生について（1例目)」
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08906.html
（2020年1月16日閲覧）

2 朝日新聞（朝刊・名古屋版)，2020年3月7日付，31面

3 厚生労働省・新型コロナウイルス感染症WEBサイト「新型コロナウイルス感染予防のために」
https://www.mhlw.go.jp/stf/covid-19/kenkou-iryousoudan.html#h2_1 （2021年3月1日閲覧）

4 「緊急事態宣言を踏まえた介護サービス事業所・施設の対応について」東京都福祉保健局高齢社会対策部長/高齢者施策推進担当部長通知・２福保高介第69号/２福保高施第97号（2020年4月9日付）

5 一社）人とまちづくり研究所『新型コロナウイルス感染症が介護・高齢者支援に及ぼす影響と現場での取組み・工夫に関する緊急調査【介護保険サービスを提供する法人調査】調査結果報告書』p6,2020
https://hitomachi-lab.com/official/wp-content/uploads/2020/06/0602_05.pdf （2020年6月30日 閲覧）

6 厚生労働省WEBサイト「介護保険事業状況報告・月報（暫定版)」
https://www.mhlw.go.jp/topics/0103/tp0329-1.html

7 一社）全国介護事業者連盟『新型コロナウイルス感染症に係る経営状況への影響について（緊急調査）第二次分集計結果』pp6-15,2020

8 一社）日本デイサービス協会・京都大学大学院医学研究科医療経済学分野介護研究グループ『新型コロナウイルス蔓延による短時間デイサービス欠席者への影響に関する緊急調査報告書』pp9-14,2020

9 厚生労働省「『新型コロナウイルス感染症に係る介護サービス事業所の人員基準等の臨時的な取扱いについて』のまとめ」WEBサイト
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000045312/matome.html
（2021年3月１日閲覧）

10 厚生労働省「第199回社会保障審議会介護給付費分科会（Web会議）資料」WEBサイトhttps://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_16033.html （2021年3月1日閲覧）

11 東京商工リサーチ「2020年老人福祉・介護事業の倒産状況」WEBサイト
https://www.tsr-net.co.jp/news/analysis/20200108_00.html（2021年2月11日閲覧）

寄稿

COVID-19感染拡大と日赤病院の看護職員

野田　哲典（日本赤十字労働組合　中央副執行委員長）
佐々木　伸樹（日本赤十字労働組合　中央書記長）

2020年1月9日、世界保健機関（WHO）は中華人民共和国湖北省武漢市における肺炎の集団発生が新型コロナウイルス（以下「COVID-19」という）によるものであるとする声明を出した。その後、日本国内においては1月16日、中国武漢市に滞在歴のある方が最初に感染症例として確認されてから1年が経過した。

2021年3月1日現在、厚生労働省の発表によると日本国内での陽性者数は約43万人を超え、亡くなった方は約8千人弱とされている。また、重症者は累計で約10万人が入院治療を要したとされ、大学病院・公立・公的病院などを中心に患者を受け入れて治療に当たってきた。

公的病院の中には済生会・厚生連の他、全国にある赤十字病院[1]（以下、「日赤病院」という）も公的病院として位置づけられており、COVID-19陽性患者を積極的に受け入れてきた。しかし、日赤病院に限らず、全国の医療福祉施設において患者や利用者を十分に看護・介護が出来ていない「医療崩壊」が発生し、医療従事者も疲労が蓄積する中で退職を余儀なくされた職員もいることがマスコミ等でも取り上げられている。

私たち日本赤十字労働組合[2]（以下、「日赤労組」という）は「いつでも、どこでも、誰も」が安心して医療を受けられる制度と従事する労働者が安心して働ける職場を目指して連合の中で労働運動をしてきた。しかし、多くの仲間がCOVID-19の感染拡大により不安と疲弊の中で業務に従事している。今回、医療現場で何が起こっているのか、看護師は何を思い働いているのかを現場からの声を中心に報告したい。

最初に日本赤十字本社と日赤労組での交渉について触れておく。COVID-19の影響をまだ大きくは受けていない日赤病院の2019年度の財政収支を表す「医療施設特別会計」の医業収支は118億円の赤字決算となった。このような厳しい経営状況が数年間続いているなかで、日赤労組は、2020年春闘において「給与構造改革の反対」、「医療資材の確保」、「COVID-19手当の新設」、「人員確保」などを中心に要求を行い、本社より「特殊勤務手当（感染症作業手当の特例）」の新設や「医療資材確保に努める」など改善につながる回答を引きだしている。しかし、特例手当については日赤本社と日赤労組本部とが確認した内容とは違う運用が一部の日赤病院で見受けられ、いま、適切に支給が行われているかを支部組合に情報提供を行い、併せて特例手当の適切支給を適宜するように病院当局へ申し入れしている。

＜日赤病院の看護現場報告＞

報道でもいわれているとおり、ベッドがあってもその患者を看る人がいなければ、ベッドの数は増やすことはできません。ベッド数増には多くの看護師が必要となってきます。また、その看護も感染防御を徹底しながら、重症患者を看ることになり、看護の中でも非常に大変な仕事となっています。

人工呼吸器についてもどの看護師でも扱えるものではなく、扱うには十分な知識と経験が必要になります。

このようなことから現場では、一部の限られた看護師が緊張環境のなかで、患者を看続けていかなければならない状況になっています。ワクチン接種が始まってはいますが、終わりが見えず、厳しい現状がさらに悪化するかもしれない不安を抱えながらの看護が続いています。

また、感染リスクを減らすためCOVID-19陽性患者との接触は最小限のスタッフに限っているので、看護師が本来の看護業務とは別に、掃除や介護など今まで別の職種が担当していた仕事なども担っています。その結果、病室で患者と接する時間が長くなり自分自身が感染するリスクを抱えるというジレンマのなかでの勤務となっています。

救急の現場もCOVID-19の感染のリスクが非常に大きいところです。救急医療では、様々な状態の患者が運ばれてきますし、場合によっては、患者自ら来院されることもあります。

救急車で来る患者は、COVID-19感染の有無に関わらず感染予防対策の防護具を着用し対処しなければなりません。防護具とはすなわち、ガウン・プラスチック手袋・帽子・N95マスク・ゴーグルをいいます。これらを着用しながらの業務は蒸れて暑く、人によっては真冬でもしたたるほどの汗をかくこともありますが、業務の間は水分補給やトイレなどままならない状態であり、職員自体が体調を崩すこともあります。

また、一度COVID-19疑いの患者に接すると感染リスク防止の観点からほかの患者に関わることはできません。そのため一人の看護師がその現場に関わり続けなければならなくなります。

COVID-19とは直接かかわりがない患者も当然運ばれてきます。大きな怪我や病気、一刻一秒を争う患者もいるなかで、COVID-19陽性患者でも症状が安定していて、側で看ている必要が無い患者もいらっしゃいますが、それでも感染防止のため容易にその場から離れることができません。

さらに、明らかに発熱や、呼吸器症状がある患者が来院する情報があれば、感染予防対策を徹底することはできます。国では「院内感染を防止するため、緊急の場合を除いて、事前の連絡なく医療機関を直接受診することは控えてください。かかりつけ医がいないなど相談先に迷った場合は各自治体の『受診･相談センター』に相談して下さい」などのお知らせをしています。

しかし、救急の現場では自らの運転や徒歩で直接来院し、下痢・腹痛を訴えるなかで来院した方が、COVID-19陽性であったこともありました。来院時には発熱が無く、自宅では37.5℃だったとのことで検査を行い陽性が判明しました。この患者は、接待を伴う飲食店に行って数日経ち、症状が出現していました。本人は新型コロナウイルスにかかっている可能性もあると感じていたと思われるのですがそれを病院に伝えず来院してしまうのです。

病院の入り口である救急では、COVID-19陽性患者の受入には非常に慎重に対応します。院内で感染拡大すると、外来受診の制限や中止、又は転院などの対応も必要になり、本来の医療体制が維持できなくなる危険性があるからです。そのため私たちは地域医療を守るために日々奮闘しています。

そのような中で年末年始前後は、例年とは明らかに「ある患者」が減りました。それは、飲酒をしている患者です。急性アルコール中毒の方、アルコールがきっかけで転倒し外傷で運ば

れてくる方がほとんどいなくなったことは、ある意味良かったのではと感じています。

<COVID-19専用病棟>

COVID-19陽性患者を病院に受け入れるということで、最初にわかっていただきたいのが急性期の病院は通常では、国から許可されている病床数の95％程度の病床稼働率を保ちながら、患者の平均在院日数は土日祝日も含めて、10日程度でないと経営が成り立たないということです。

40床のベッドがある病棟で単純に考えると空いているベッドは、95％の稼働で40床の5％で2.0床となります。平均在院日数が10日程度というのは、毎日４人の患者が退院して、また新しい４人の患者が入れ替わりで入院してくることになります。病棟にはほとんど空いているベッドは無く、日々入れ替わる患者たちの状態に合わせて看護することは大変なことです。COVID-19がなくても、病院は非常に忙しい状態です。

このような中で私の働いている病院では、COVID-19専用病棟を作らなくてはなりませんでした。例えば400床の病院で、40床の病棟が10か所あるなかで１つの病棟をCOVID-19専用病棟にすると考えます。

感染対策のためには、今までの形のままでは病棟を使用できないので、扉やカーテン等でゾーンニングをします。そうして、やっと20人程度のベッドが確保できるだけなのです。

ベッドの使用状況を考えると、95％のベッド稼働でなくては採算がとれませんから、400床の95％は380床になります。COVID-19病棟以外のすべての病棟が100％の稼働が必要となる計算です。

いわゆる通常の診療と言われるものを続けるためには、コロナ病棟に変更した病棟に入院していた患者を振り分けるため他の病棟の役割を変え、いままでの診療科と異なる患者を様々な病棟に受け入れ変更して成り立っているのです。

そのことで一般病棟の看護師が、いつもと異なる診療科の患者を看ながら、ベッドが満床な状態ですから非常に忙しい状態になっています。通常の診療はCOVID-19病棟を作った時点で、すでにギリギリの状態であることが、わかっていただけたかと思います。

更に、COVID-19を病院に持ち込まないために、ほとんどの病院が原則面会を禁止している状態です。面会制限はCOVID-19を病院に持ち込まないためには必ず必要になりますが、この面会制限は患者とその家族に大きな影響を与えます。

超高齢化社会の日本では認知症の患者が非常に多くなっています。認知症でなくても入院や手術のストレスだけで認知症やせん妄などの状態になってしまうこともあり、見慣れた家族の面会や付き添いは患者の認知力の低下を防ぐためにはとても有効な手段です。

しかし、コロナ禍で面会が制限され、見慣れた顔の人に会えないことが、認知症やせん妄のコントロールに悪影響を与えています。

認知症コントロールの不良は患者に直接悪影響を与えることはもちろんですが、それに加え転倒や危険行動防止のために、患者を見守る時間が増えることで看護師の業務時間が圧迫されることにもつながっています。

また、患者がひっ迫した容態の中であっても、面会のできないご家族は患者の状態がわからず、不安を抱えながら待たなくてはならないことになります。不安を抱えた人との関係性を良好に築くことは難しくなり、退院調整や病状説明にこれまで以上に時間がかかることもあり、看護師の負担増にもなっています。

さらに、認知症患者は自分のいる状況がわからないと、転倒や治療に必要なチューブ類を抜いてしまうなどの危険性が非常に高くなります。本来であれば、患者を見守るために必要なス

タッフ等を配置しますが、COVID-19専用病棟では感染拡大を防ぐ観点からも十分な人員配置がされていません。従ってやむを得ず患者をベルトなどで拘束する必要性が生じることもあります。拘束された患者を看ることは看護師にも辛く、そのことで看護師自身が適応障害を引き起こすこともあります。認知症と面会制限の問題などCOVID-19は患者・家族・医療関係者すべての人に大きな負担となっています。

<同地域の病院との関係>

近隣の病院でCOVID-19のクラスターが発生すると、患者が他の病院に集中してしまうことがあります。ある県で3つの基幹病院の内、2つの病院でクラスターが発生するという例がありました。患者もCOVID-19への感染を避けようとしているため、受診する病院の情報には敏感になっています。クラスターが発生していない日赤病院に患者が集中した例がありました。

その結果、呼吸器内科とは別な診療科が通常では考えられない多忙な状況に追い込まれ、いま入院している患者も含めて、転院手続きや家族への説明に追われた状況が生じてしまいました。まさに医療崩壊の一歩手前の状況です。

<日赤労組加盟組合の状況>

日赤労組本部は、2月上旬にCOVID-19に係る緊急アンケートを5病院支部に行い現状の把握をした。アンケートの概要は次のとおりである。

		A 病院労組	B 病院労組	C 病院労組	D 病院労組	E 病院労組
病院規模	一般病床	600 床級	400 床級	400 床級	500 床級	500 床級
	第一種感染症病床	無	無	無	無	無
	第二種感染症病床	有	無	有	無	有
	ICU での受入	無	有(1 床)	無	有(4 床)	エクモ対応時
	COVID-19 受入水準	軽症～中等症	軽症～重症	主に中等症	主に中等症	中等症～重症
	COVID-19 専用病床	有(31 床)	有(20 床)	有(80 床)	有(20 床)	有(10 床)
人員配置	COVID-19 専用病床開設のため、他科から配置換え	個々の看護師から志望		主に内科		呼吸器内科 耳鼻科
	他科を縮小して確保	小児科		内科		呼吸器内科 耳鼻科
	他科の閉鎖で確保	無	整形・救急科	脳神経内科	緩和ケア病床の休止	
	その他			地域包括ケア病床閉鎖	呼吸器内科新規受け入れ停止	応援元の夜勤が増加
外来患者の動き		全体的に減少 小児科・産科が目立つ			呼吸器内科が減少	全体的に減少 整形外科は不変
COVID-19 に係る日赤が定めた特例手当(3,000/日)		a)安い: 2 組合　b)適切:1 組合　c)高い:無　d)その他:2 組合 意見:一律ではなく、内容や勤務時間の長短で金額を設定し欲しい				
就労環境	医療衛生資材の不足	不足感無		予防衣	フェイスシールド	手袋、ゴーグル、フェイスシールド
	感染リスクを感じた業務	医師の挿管サポート、吸引・排泄介護、食事介護、酸素投与、NHF 看護、聴力が弱い患者との会話、食事介護中におけるマスク無の会話、身体を密着する介護。				
	COVID-19 専用病床にかかわる業務負担	病室・トイレ・廊下の清掃、ベットメイキング、精神疾患、認知症患者の介護と徘徊、家族からの苦情対応、面会制限に伴い家族の代わりに荷物の受渡、転床業務。				
看護師が望んでいる処遇改善		1 位(2項目): 給与構造改革(改悪)廃止 ・ 休暇(心身の休息)　4病院 2 位(3項目): 賃金改善 ・ 増員 ・ その他(リハビリ・介護職員の参加)　2病院				
COVID-19 を受け入れるにあたり直面した課題		①ゾーニングに対する考え方で医師とその他スタッフとの相違が生じた ②外来からの入院患者に対するスクリーニングが各科任せで統一性が難しい				
病院職員であるために精神的不安		①保育園・幼稚園へ預けるときの制限が強まった ②一般市民の方との自粛に対する認識差が広がった ③ばい菌扱いをされた				
家庭内での不安		①COVID-19 専用病棟から他科への配置換えを家族から促された ②家族への感染不安や実家からの帰省をしないよう言われた ③家族との別居生活が辛い ④シャワーを浴びてから帰宅するように言われている ⑤職員とその家族も行動の制限を守っている				
その他		①COVID-19 専用病棟勤務後、他の病棟との交流が無くなり孤立感を感じる。そのことで不安や現状を相談できる受け皿が欲しい ②マスコミへの記者会見後、「日赤病院へはかからない方が良い」という噂がでた ③同じ医療従事者の立場だが、感染症病床に入りたがらない同僚もいる。他の病棟スタッフの偏見が生じた ④感染した職員に対する心理的サポート体制がない ⑤家族に高齢者等を抱えたスタッフが COVID-19 専用病棟に配置されている。 ⑥建物が古く、設備的に不便(COVID-19 専用病床は陰圧構造でない)				

<病床と看護師は足りているか>

OECDがまとめた2019年における人口1,000人あたりの病床数は、日本が13.0床で37の加盟国の中で最も多く、他国ではドイツが8.0床、フランスが5.9床、イタリアが3.1床、アメリカが2.9床と公表されており、欧米と比較しても日本は病床数が多い。また、病院の数も2017年のデータでは日本が最も多く、100万人あたりで66.4か所と、75.6か所の韓国に次いで多くイギリスの２倍以上、アメリカの３倍以上となっている。

一方、看護師はどうであろうか。2018年9月3日に開催された「第9回医師の働き方改革に関する検討会」で配布された資料の中に、諸外国と比較した一覧がある。「病床100床あたり臨床看護職員数」を見ると、アメリカは394.5、イギリスが302.7、ドイツが164.1、フランスが161.8であるのに対して、日本は83と大幅に少ない。

よって、COVID-19が感染拡大する以前から、日本は病院や病床数などの設備的なものは他国と比べても多いが、そこに働いている看護師は絶対的に少ないことがわかる。このように少ない中で今回のようなCOVID-19が感染拡大すると医療現場は、あっという間に逼迫することが明らかだ。通常時から今よりも多くの看護師を雇用するため診療報酬の早期改善が望まれる。

<今後の取り組みと課題>

医療や福祉関係で働く労働者の組合組織率は6％前後といわれている。私たちの声は小さいが、今回の緊急アンケートや個別に入手した情報をもとに労働組合として今後の取り組みや課題について次のようにまとめた。

「労使関係において」

＊本社には特例手当の改善を求め、病院には適切な支給を申し入れる。

＊院内感染には注意しながら、看護師に集中している業務を他の職種にも協力を求める。

＊職員に対する精神的なサポートについて、労使で積極的に協議を行う。

＊COVID-19が収束するまでは、日赤本社が提案している給与構造改革（Ｒプラン）を凍結する。

＊職員間や患者家族との関係を維持改善するには、コミュニケーションの在り方を労使が考えないといけない。

「医療産別ヘルスケア労協との関係」

＊2013年10月に連合総合生活開発研究所が公表した「看護職員の労働時間問題に関する研究委員会」を基本にヘルスケア労協や連合などの関係団体と看護師の労働条件改善の取り組みを継続する。

「国に対する要請」

＊看護師不足の背景には、養成しても働き続けることが困難な就労環境があり、夜勤軽減やサービス残業[3]の根絶が不可欠。ＩＬＯ看護職員条約の批准を要請。

＊ＩＬＯ看護職員条約や労働基準法の趣旨に合わせて、診療報酬に職員確保に必要な措置を諮るように要請。

以上ですが、今回の寄稿にあたり、看護師連絡委員会の仲間には忙しい中でアンケートに協力して頂きありがとうございました。出口が見えない中で看護師が働き続けられる就労環境を実現するために今後も皆で力を合わせて頑張りましょう。また、医療従事者を励ます社会からの多くのご支援・ご声援を頂きありがとうございました。

---

1 赤十字病院　2020年4月現在、全国に92病院　職員総数は約7万2千人。

2 日本赤十字労働組合　連合の医療産別であるヘルスケア労協（正式名「保健福祉保健労働組合協議会）に加盟。病院・血液センター・社会福祉施設の計33組合が支部として加盟。

3 サービス残業と夜勤　日赤労組看護師連絡委員会による2020年のサービス残業などの調査によると時間外労働に対して、請求率は40％であり実に60％が請求出来ていない。また、夜勤は月8日72時間が基準となるが、36％の看護師が9日以上の激務となっている調査結果となった。

寄稿

保健所の果たしてきた役割と今後の課題

福井　淳
（自治労　衛生医療評議会　事務局長）

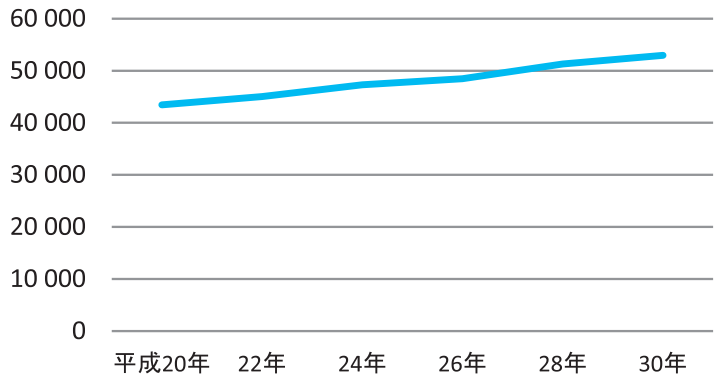
はじめに

2020年1月に新型コロナウイルス感染症が日本で確認されてから1年余りが過ぎたが、これほど感染症の蔓延が長期に亘るとは思わなかった。日本では、初期段階で帰国者・接触者相談センターが保健所に設置されたのだが、感染者が拡大していく過程で保健所の脆弱性を多くの人が認識することになった。多数の人にとって、通常の医療機関と比べて保健所というものを利用する機会がそれほど多くはなかったことが関心を薄めていた一因であるのかもしれないが、消防や警察と同様に安心・安全に生活を送るためのソーシャルキャピタルとして、改めて保健所の早急な強化が必要であることは、いまや国民の間でも共通の認識となっている。今回はコロナ禍で、住民の期待を背負い、過酷な労働環境を強いられた現場の職員が、感染症に対峙してきた状況や課題について、少しでも明らかにしていきたい。

1. 保健所と保健センター

1994年に保健所法が改正され地域保健法が制定された。保健所法は、戦前から戦後にかけ、社会情勢の悪化による伝染病・結核などの感染症対策や栄養・不衛生な飲料水・生活環境の改善など、公衆衛生や環境衛生を向上させる役割を担った。一方、地域保健法では、少子高齢化、疾病構造の変化、需要の多様化などを背景とし、地域住民の立場を重視した地域保健の実現をめざすことを目的とし、従前の保健所に加えて地域に保健センターを設置することになった。主な設置者は、前者が「都道府県」、「指定市・中核市・その他の指定された都市の保健所政令市」、「東京23区」などで、後者は「市町村」である。保健所の業務としては、疾病の予防、健康増進、環境衛生などの公衆

図1　保健師の年次推移



厚生労働省　2018年衛生行政報告例から福井が作成

衛生や健康危機管理業務を担い、市町村保健センターは乳幼児健診や健康相談、介護事業など地域住民への対人サービスを主な業務としている。また、保健所は主に都道府県型と政令市型に分かれ、保健所政令市などは設置主体の性格上、保健所と保健センター両方の機能を担うことになった。

地域保健法の制定によって保健所の一部の機能が保健センターに移譲された以降、保健所の数は1995年の845ヵ所から2019年には472ヵ所まで減少し、市町村保健センターは2020年4月1日現在2,468ヵ所（健康局健康課地域保健室調べ）になっている。保健師全体の数は、漸増傾向にあり（**図1**）、自治体別常勤保健師数の内訳は、本庁11,398人、都道府県や市区町村7,485人、市町村保健センター11,707人（2020年度保健師活動領域調査）で、保健センターの保健師が多数を占めている（**図2**）。

2. 新型コロナウイルス感染症での保健所の対応

新型コロナウイルス感染症が日本で確認された当初から、そのゲートウェイとして各都道府県などの保健所等に帰国者・接触者相談センターが設置された。そして保健所では、新型コロナウイルス感染症が疑われる者からの相談、医療機関からの相談・感染者の報告、帰国者・接触者外来への取り次ぎ、PCR検査の受付・調整、検体の搬送、感染者の疫学調査、消毒指導など、感染症に伴う様々な業務を地方衛生研究所などと連携しながら担うことになった。そして、2月に横浜でのクルーズ船感染が発生すると、連日のマスコミ報道や、PCR検査体制の遅れや対応に対する不満などによる不安や恐怖心などから、住民からの質問、悩み、苦情やクレームが相談センターを設置した保健所に集中する事態を招くことになり、これらの対応が本来の業務に加わった職員にとって、非常に大きな負担となった。また、業務過多への対応として保健所総動員で新型コロナ対策に注力したため、母子・高齢者保健や健康増進、各種届出業務などの例年業務も行き届かなくなり、保健所全体の業務にも支障を来すことにもなってしまった。

その後、相談センターの運営は、医師会や医療機関へ委託することが可能となり（2020.3.11厚生労働省事務連絡）、コールセンターの設置・委託、帰国者・接触者相談センターから発熱者相談センターなどへの変更を経て、現在は基本的には住民からの相談は保健所業務から切り離される状況となった。

3. 新型コロナウイルス感染症の対応で明らかとなった保健所の課題

2020年春の感染症第1波の際に、自治労衛生医療評議会では複数の保健所に対するヒアリングを行った。当時の課題として、相談件数やクレーム対応などに対する負担感、職員定数や専門人材の不足、夜間対応などによる時間外勤務の急増、長時間勤務などについて組合員からの訴えが相次いだ。とくに、24時間対応のための長時間勤務については、労使間で勤務体制を調整する前に見切り発車の様な状況で開始せざるを得なかったケースが多く、輪番でのオンコール（携帯電話などでの呼出し）体制となる時間帯の待機や呼出しに関する手当などが支給されていないなど、処遇に関する不満が多かった。帰国者・接触者相談センターでの業務についても、本来の業務とは異なるクレームや苦情への対応を想定していなかった職員にとっては、相当なストレスだったようだ。また、保健所の全ての保健師が感染症を担当可能だったわけではないため、一部の職員に業務が集中してしまったことも不満のひとつとしてあがった。

保健所全体の職員の不足を訴える声も多かったが、これは小泉政権下で行われた地方公務員削減が保健所においても大きく影響しているようだ。保健所の職員は、保健師、医師、獣医師、その他の技術職などの資格職や事務職員など多種多様な職種で構成されている。本庁職員に対する集中した削減の代替として保健所の事務職員が充てられた結果、これまで事務職員が分担していた業務を、その他の資格職などで補うこととなった。保健師にとっても本来業務以外の事務作業が増えたことの不満は大きい。新型コロナウイルスで保健所業務がひっ迫した際、各地域では本庁などからの人的応援で急場を凌いだ事例があったが、事務職員が対応できる業務が保健所にまだまだあることを証明している。

2020年11月からの第3波の感染拡大局面では、首都圏を中心に感染者が増大し保健所の業務を再び圧迫することになった。住民からの相談窓口については、帰国者・接触者相談センターの委託や発熱センターの設置などにより幾分緩和されたのだが、医療機関からの報告や感染者に対する積極的疫学調査、感染者や濃厚接触者への指導など、感染症に対する本来業務がひっ迫する事になった。そうした状況下、神奈川県では2021年1月9日から保健所による積極的疫学調査の縮小をすることを発表した。感染の爆発的拡大局面では、面談などによる追跡調査に時間をかけても結局感染経路不明者となるようなケースが増加していく。一方、感染者の急増によって、軽症の在宅患者の健康確認や支援業務、濃厚接触者への対応などの業務も不可欠となる。実際の組合員の現場で、在宅患者の健康確認に複数人で日に複数回出向き、事務所駐車場では検体採取を行い、医療機関からの電話相談や感染者の報告などに奔走している様な状況を聞いた。早期に人員や組織の拡充が見通せない現下では、限られた人的資源と時間を選択し、疫学調査を縮小など業務内容をシフトせざるを得なかったところまで追い詰められた状況だったのではないだろうか。自治労加盟の保健師からは、昼夜・休日の対応で皆疲弊しているなか、積極的疫学調査を縮小するという判断は場合によっては必要である、しかしながら、重症化する可能性が高い高齢の陽性者の発見などで積極的疫学調査は有効であり、人員不足が多少緩和され、感染者の減少や人手・病床に少し余裕ができるのであれば行うべきだとの意見であった。現実に、神奈川県も2月に入り感染者数の減少をうけ積極的疫学調査を通常に戻している。

4. 自治労アンケート調査から

自治労衛生医療評議会では、2020年11月4日～12月20日の期間で、都道府県保健所職員に対してアンケート調査を行い、16道県の技術職71人（47.3%）、事務職38人（25.3%）、保健師33人（22%）、窓口業務1人（0.7%）、その他7人（4.7%）の150人から回答を得た。

新型コロナウイルス感染症患者（疑い者を含む）への対応は69%（104人）、そのうち直接かかわる業務を行った者が74%（77人）であった。また、対応した104人のうち、感染拡大後の変化について「時間外勤務が増えた」75%（77人）、「休暇の取得が難しくなった」56%（59人）であった。メンタルヘルスの影響については、23%（34人）が「うつ的な症状がある」と回答し、症状として回答が多かった順に「気分の落ち込み」が82%（28人）、「不安」が76.5%（26人）、「意欲がわかない」が55.9%（19人）であった。

手当などについては、待機手当は92%（138人）が「ない」とし、呼び出し手当についても83%（124人）が「ない」と回答した。呼び出し後に時間外手当が発生するタイミングは、「現場に到着した時点」が最も多く65%（97人）、次いで「電話をうけた時点」が19%（29人）だった。

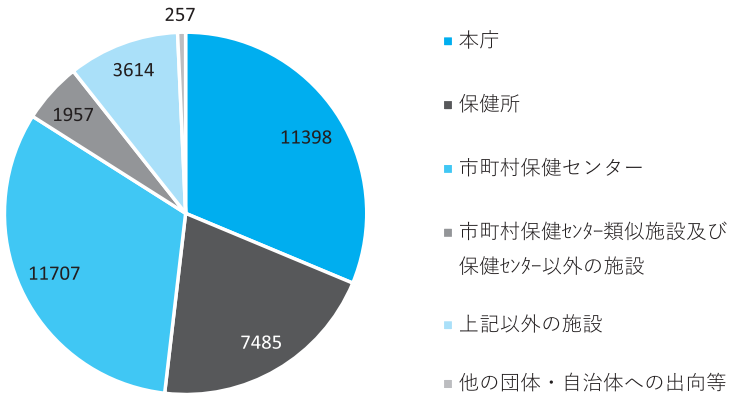
自由記載では、休日や夜間出勤、人員不足に関する不満、家族も含めた感染への不安、誹謗・中傷などによる精神的負担などを挙げる声が多数に上っている。

5. 今後に向けて

昨年7月の「経済財政運営と改革の基本方針2020」では、感染症情報の収集と管理の仕組み・体制を集約・一元化するため、保健所機能の強化に取り組むとされた。実際に、2021年度の地方財政対策で保健師の恒常的な人員体制強化として、感染症対策業務に従事する保健師を2年間で900人（現行1800人）増員するための予算が措置された。アンケート調査からも、人員不足や時間外勤務削減に対する訴えが多かったことを踏まえると、各自治体が着実に予算を執行し、着実に保健師を拡充させるためには、労働組合としての人員確保の取組みが重要だ。保健所の職員は保健師だけではなく、2018年度厚生労働省　地域保健・健康増進報告（e-Stat）によれば、資格職でみても保健師の割合は50%に満たない（**図3**）。今回の予算措置は感染症に従事する保健師の定員増のためとなっているが、事務職員も含めた他の職種についても当然強化・充実が必要だ。

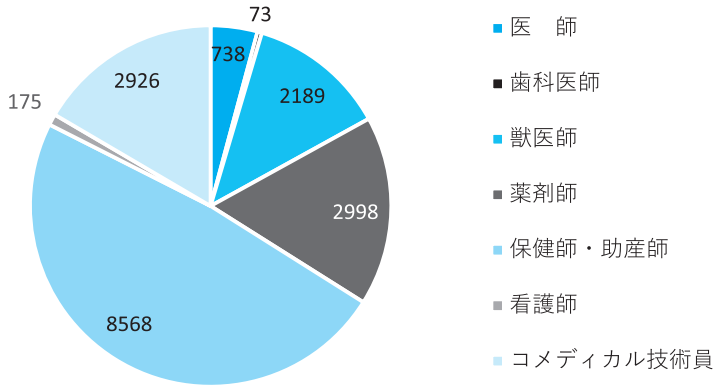
また、コロナ禍で実習などの教育体制が不十分のまま現場に駆り出される新人保健師の育成も大きな課題である。新規採用者に対する教育体制が満足にとれず、いきなり保健所業務がひっ迫した今年度の状況下に駆り出され、メンタルで休職してしまった

図２　全国の所属部門別常勤保健師数



2020年度保健師活動領域調査　e-Statから福井が作成

図３　保健所の常勤職員数



2018年度地域保健・健康増進事業報告　e-Statから福井が作成

との事例も聞いている。中長期にわたって、公衆衛生に携わる人材を育成できる環境を強化していくことも重要ではないだろうか。保健所の職場に引き続き24時間体制を継続するのならば、手当の支給も必要だ。自宅待機（オンコール）業務については、業務範囲についての法解釈の問題もあるが、職員の義務感や倫理観に頼ることであってはならない。

自治労で行ったヒアリングでは、保健師の勤務先で最も多い市町村保健センターと保健所の交流も必要だとの意見もあった。保健所と保健センターにはそれぞれの役割があり、保健センターには感染症などに対応できる保健師が少ないとの報告もある。今後も新興感染症が発生することを想定すれば、緊急時に相互に補完できる体制を検討しておくことも必要だろう。さらに、社会的に保健師志望者を増やすことも重要ではないだろうか。保健師という業務が、魅力ある職であるという世間での認知と、職に見合った賃金などの労働条件、権限の付与など、職としての評価を向上させることも必要だと思う。

感染症の対策にとって、衛生研究所の強化も重要である。コロナ禍で保健所の課題

を挙げる際、もう一つ大きな課題となったのは検査体制である。感染疑いの患者は、保健所を経由して行政検査として衛生研究所などでPCR検査を行っていた。しかしながら地方衛生研究所の数は全国で約80しかないため、一度に大量の検査を行うことが困難で、そのことが住民などからの不満にもなった。実は、厚生労働省では、2012年3月に今後の地域保健対策のあり方について「地域保健対策検討会報告書」の中で、地方衛生研究所の充実・強化について報告がされていた。中身として「平成15年から平成20年の５年間で、職員数が13％、予算が30％、研究費も47％減少。人口10万あたりの常勤衛生職員数は最大では3.01人、最小では0.41人。」となっており、「地方衛生研究所の機能の充実・強化を図るためには、感染症等に関して患者情報と病原体情報とを一体的に管理することができる仕組みとして、・・・地方衛生研究所を支える疫学の専門家等の人材のさらなる育成・確保が望まれる。」と報告されている。本当にこの8年間衛生研究所が充実・強化されてきたのかの検証も必要である。

最後に

今回の新型コロナウイルス感染症拡大で改めて認識したのは、「公」の必要性と脆弱性だった。人口減少・高齢化社会に突入した日本では、需要に合わせて公共サービスの供給体制を調整する必要があることは理解する。しかし、今回の感染症では、公立医療機関の73％、公的医療機関の86％が受入可能医療機関となっており、新型コロナの様な災害級の事例では、保健所も含めた「公」が重要な役割を果たしたのは明らかである。一方、今後の有事を想定し平常時から余裕を持った人員等を確保しておくのであれば、そのコストをどう考えるのかも重要である。財政の効率化とは真逆の対応には、国民のコンセンサスも必要だろうと思われる。医療計画の中間見直しで、目標とする事業に新たに「新興感染症等の感染拡大時における医療」が追加されることが議論されている。今回の新型コロナウイルス感染症への対応を改めて検証し、一過性のものではなく、継続した公立・公的医療、保健所機能強化にむけた対策が望まれる。

追伸

現在もなお、休日返上で歯を食いしばって、住民の為に勤務している保健所の職員が多数いることは紛れもない事実です。また、そうした多くの保健所や医療現場の職員は、自らの感染に対し深く憂慮し、「Go to キャンペーン」が始まった時期であっても、家族も含めて外食や外出を控え、自らの感染防止のために生活上の様々なことを律してきました。それは、家族の為であり、職場の仲間の為であり、住民の為なのです。そんな人たちが、本人や家族も含めて、差別や偏見、誹謗中傷を受けている状況、このことだけは本当に許すことはできません。この間私に寄せられたある病院職員の言葉は、「支えてくれた家族、支えてくれた職場の仲間にありがとうと言いたい」でした。様々な場所や媒体で医療従事者などに感謝の意を表す取り組みがされていますが、それが本当に彼らの支えになっているのでしょうか？　自分も労働組合の役員として、本当に彼らを支えられているのでしょうか？　彼らの目に、我々の行動や運動はどう映っているのでしょうか？　寄せられた言葉のなかには「労働組合の皆さん」はありませんでした。新型コロナ感染症が拡大してから1年余り、私は毎日もどかしい思いで過ごしています。

連合総研　副所長　平川　則男

支援や給付が必要な人に、必要な支援と給付をどう届けるのか

連合総研レポートDIOの今月号は、新型コロナウイルス感染拡大に対して、最前線で闘っている、医療、介護、公衆衛生の現場に関わるテーマとなった。有識者や現場の方々から貴重なレポートが出され、制度を支える人材の確保の重要性が明らかとなったが、同時に制度の目的や意図している効果は現場に届いているのかという課題も明らかになっている。

新型コロナウイルス感染拡大防止の中心となっている保健所は、1995年までは、保健所法という設置法で根拠づけられていた。この保健所法の成立は古く、戦前の1938年に施行された。同時期に国民健康保険法も成立しているが、時代背景としてあるのは1930年前後の昭和恐慌による農村の疲弊と徴兵制度である。当時、農村部を中心として結核が蔓延しており、結核に罹患するなどして徴兵検査を通過しない青年が多いことに対し、軍部が危機感を持ったことがきっかけとなった。

しかしその実態は、全国遍く公衆衛生の体制を整備したものとは言えなかったようである。それは、戦後のGHQによる占領期の医療福祉政策を回想した「DDT革命」という著書[1]で記録されているが、当時の保健所は全国50カ所程度。「基本的な機能は、衛生教育の助長、母子衛生相談所および結核患者の診断・治療をするための診療所を運営」するところとされていたが、多くの小さな保健所は、基本的に結核の診療所であったとしている。また、現在のように保健師などの専門職も配置されていず、特に問題なのは、保健所所長が、地域の衛生状態について何も知らなかったということが多く、公衆衛生を担う保健所としての機能は極めて弱かったようである。このことは、法律を作っても、その実務を担う実施体制が機能しないと、制度の効果は薄いという例の一つで、今日でも、新型コロナウイルス感染拡大の中で、職員配置が薄いという大きな課題が顕在化している。

更に実務の重要性という点で近年特徴的な事例は、日本年金機構による厚生年金の未適用事業所への適用問題である。年金制度としての「被用者保険の適用拡大」については、厚生年金の適用事業所であるにも関わらず、従業員に厚生年金を加入させていない事業所が数多く存在している実態にある。このことから、日本年金機構は未適用事業所への適用促進に重点的に取り組んでいる。2012年からは、法人事業所データを法務局の登記簿データに頼っていたものの、余りにも休眠法人が多く非効率であったため、2015年からは国税源泉徴収義務者情報と連携することにより、「新たに適用の可能性があると判明した適用調査対象事業所」に対する加入指導等を実施した。その結果、110万人以上が新たに厚生年金の被保険者となることができた。この数は2020年の法改正で不十分ながら進んだ年金制度改革による、50人超規模企業の拡大数の65万人を上回る結果となっている。実務をしっかり整えると、法改正による制度改革以上の効果が生まれることを証明している。

そんな中、2月5日に開催した連合総研「日本の未来塾」において、講師の樋口美雄慶應義塾大学名誉教授より、厚労省の「雇用政策研究会」[2]の紹介がされた。

この研究会の課題の一つとして、「行政の効率化だけでなく、デジタル技術を活用すれば、求職・求人双方へのサービス向上の可能性」について議論がされている。

その議論の背景にあるのは、緊急事態宣言が続いていた中で、困難を抱えていても、支援を求められない方、その方法を知らない方が多くいる可能性が指摘されていることである。例えば、雇用調整助成金という制度があっても事業主が申請を怠ったり、シフト減や短時間休業にも活用できることを知らないばかりに、必要な給付や支援が届かない実態も報道されている。

リーマンショック時においては、社会保障の分野では、「申請主義」の反省から、アウトリーチという考え方に立った生活困窮者自立支援法がつくられ、生活に困窮する方々への積極的な支援と、場合によっては生活保護にまでつなげる取り組みが進められた。新型コロナウイルス感染拡大の中で顕在化した、支援や給付が届かないという問題を、実務面からデジタル技術の活用や情報の連携という観点で考えていく必要があるものと思われる。

今年1月から開始した「with/afterコロナの雇用・生活のセーフティネットに関する研究委員会」でも、議論が深められないかと考えている。

---

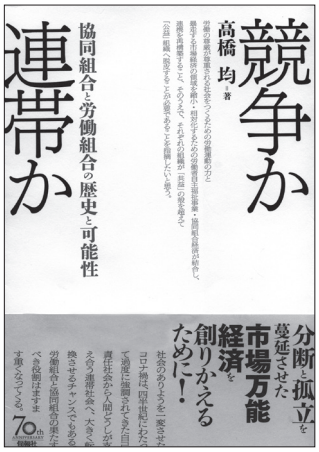
1 DDT革命　C.F.サムス/竹前栄治編訳　岩波書店1986年11月

2 2020年度 雇用政策研究会報告書、～コロナ禍における労働市場のセーフティネット機能の強化とデジタル技術を活用した雇用政策・働き方の推進～、2020年12月24日

最近の書棚から

『競争か連帯か――協同組合と労働組合の歴史と可能性』

協同組合と労働組合の関係性のルーツを探る



高橋均 著
旬報社
定価1,400円（税別）

麻生 裕子
連合総研主任研究員

著者は観光労連委員長、連合副事務局長、中央労福協事務局長を歴任した労働運動家である。本書をつうじて、協同組合と労働組合の関係性のルーツを探るため、足で歩いて探し求めた史料を読み解き、次世代の運動を担う後輩たちに伝えようとしている。そうした著者の熱い思いが伝わる一冊である。

本書は３部構成となっている。第Ⅰ部は、著者が中央労福協のニュースレターに連載したコラムをベースに、江戸時代から今日に至るまでの協同組合と労働組合に関する具体的なエピソードをまとめている。

たとえば、江戸・明治時代の鉱夫たちがつくった相互扶助のしくみ「友子制度」、日本最初の労働組合「労働組合期成会」とともにつくられた労働者生協「共働社」、日本の協同組合の父といわれる「賀川豊彦」、戦後に設立された労働金庫が「銀行」ではなく「金庫」と名付けられた理由など、興味深いエピソードが満載である。

第Ⅱ部は、こうしたエピソードが通史的にまとめられており、協同組合と労働組合の歴史を概観することができる。

とくに、戦後の労働組合、生協、労福協、労働金庫、全労済（現在のこくみん共済 coop）が互いに密接な関係性をもちながら誕生し発展してきた歴史については、ひとりでも多くの若い方たちに読んでいただきたい。かつて協同組合と労働組合はともに運動の当事者であり、協力関係にあったが、現在ではそれが希薄化し、「業者」と「お客さま」のような関係になっていることに著者は警鐘をならす。

第Ⅲ部では、労働運動と労働者自主福祉運動の未来について、課題を提起している。著者は、労働組合と協同組合の連携を再構築し、それぞれの組織が「共益」の枠を超えて、組合員以外にも「公益」的機能を発揮する組織へと脱皮することの重要性を説いている。

本書のタイトル『競争か連帯か』は刺激的で二項対立的なタイトルであるが、自助、共助、公助という言葉におきかえてみれば、菅内閣のいう「まず自助ありき」とは異なって、共助・連帯とその発展としての公助、つまりしっかりした社会システムのもとでの自助努力があるべきという含意と思いたい。

また、労働金庫の源流は、労働者たちが自らのために自主的につくった相互扶助のしくみと考えたほうがよいと思う。たとえば、実際に戦前の総同盟にみられた争議支援のための預金部設立活動といったものもある。協同組合や労働組合の世界では、あたり前のように「労働者自主福祉」という言葉を使用するが、実は一般的には聞きなじみのない言葉である。この「労働者自主福祉」の実態のルーツは、今後、探究が求められている。

最後に、著者の印象的な言葉をあげておこう。「『人間が生きていく』ということは、他人との関係で多少の煩わしさも受け入れ、お互いの違いを認め合って、少しずつみんなが折り合いをつけながら生きていくことに他ならない。それが連帯・友愛・絆の意味だと思うのだ」（本書p.7）。

「連帯」はきれいに聞こえる言葉ではあるが、これを実践しようとすると、自由の束縛や煩わしさをともなうこともある。本書をつうじて、労働運動や労働者自主福祉運動による「連帯」の意味をあらためて考えるきっかけとなればよいと思う。

今月のデータ

厚生労働省「医療機関の病床規模等別における新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績を有する医療機関」[1,2,3,4]（2020年10月、2021年1月公表資料）

新型コロナウイルス感染症にかかる医療提供体制

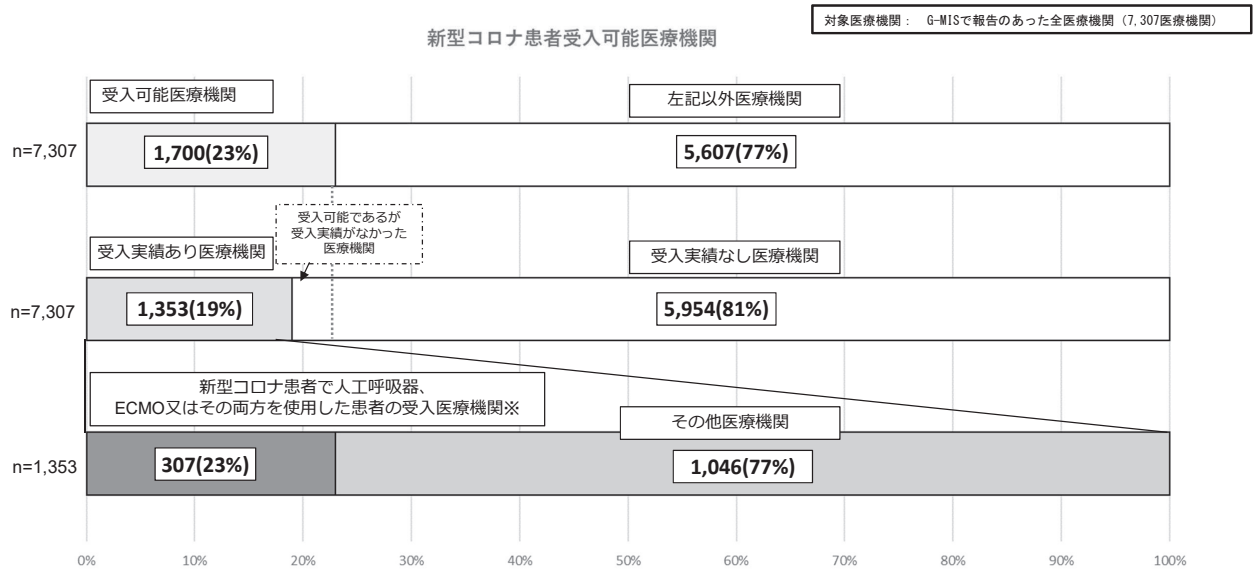
この冬、各地で新型コロナウイルス感染症の新規感染者数の増加が続き、全国では過去最多の水準となった。それに伴い、入院者数や重症者数が増加し、医療提供体制への負荷が非常に高まった地域があり、2回目の緊急事態宣言が2021年1月8日に発出された。

以下、今後の感染拡大に備えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備の課題をさぐるため、新型コロナ患者受入可能医療機関等のデータを、規模別、機能別、公立・公的・民間別にみていきたい。

なお、特集１の伊関論文では、2020年10月以降の新型コロナ入院患者数の推移等の詳細なデータが紹介されているので、ご参照いただきたい。

2020年9月末の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績をみると、全医療機関のうち、新型コロナ患者の受入可能医療機関の割合は23%、受入実績あり医療機関の割合は19%となっている（**図表１**）。医療機関の機能別にみると、急性期病棟を有する医療機関のうち38%、二次救急医療施設（三次救急除く）のうち41%、三次救急医療施設のうち92%、ICU等を有する医療機関のうち81%が、新型コロナ患者の受入可能医療機関となっている（**図表２**）。また、急性期病棟を有する医療機関のうち30%、二次救急医療施設（三次救急除く）のうち31%、三次救急医療施設のうち86%、ICU等を有する医療機関のうち75%が、新型コロナ患者の受入実績あり医療機関となっている（**図表３**）。

図表１　新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績の有無（2020年9月末時点）



※ G-MIS で「(入院中のうち ECMO・人工呼吸器管理中)、(入院中のうち人工呼吸器管理中（ECMO なし))」のいずれかの新型コロナ患者が入院していた医療機関

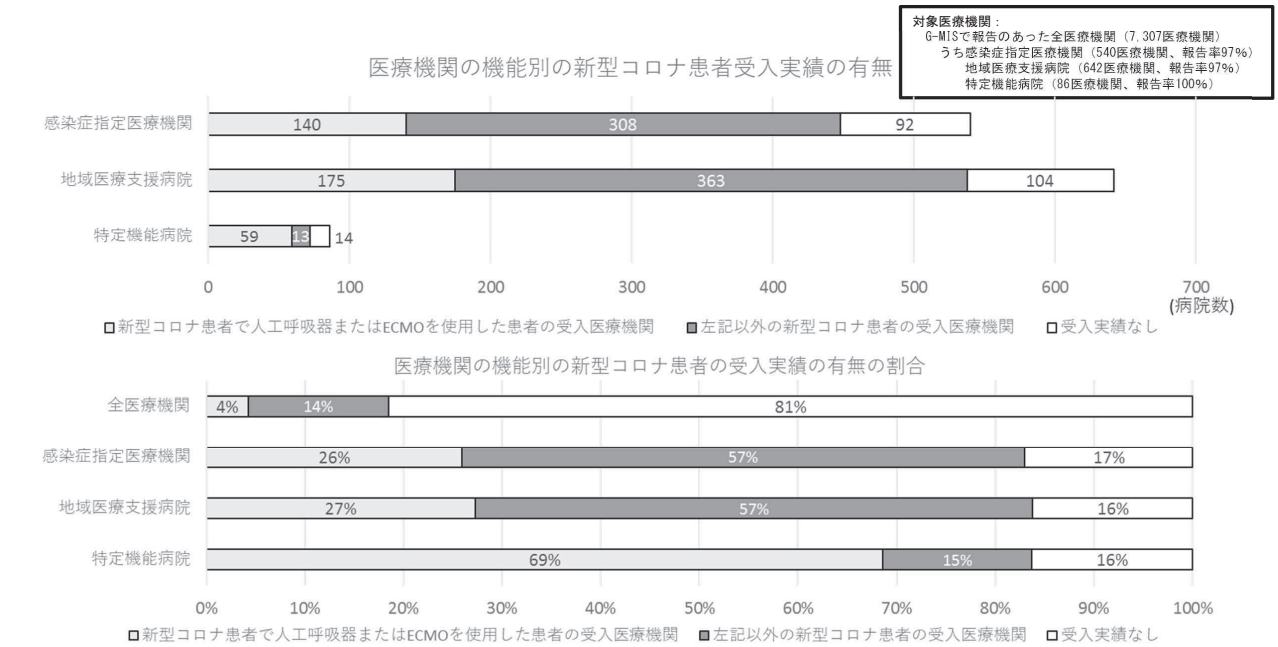
1 G-MIS（新型コロナウイルス感染症医療機関等情報支援システム（Gathering Medical Information System on COVID-19））＝全国の医療機関（20病床以上を有する保険医療機関8,280カ所のうち、令和２年９月末時点で7,307医療機関が登録済）の稼働状況、病床や医療スタッフの状況、医療機器（人工呼吸器等）や医療資材（マスクや防護服等）の確保状況等を一元的に把握することにより、病院の稼働状況を広く知らせるほか、マスク等の物資の供給や患者搬送の調整に活用するなど必要な医療提供体制の確保に役立てているシステム。2020年5月1日より運用開始（3月27日試運用開始）。

2 新型コロナ患者受入可能医療機関＝G-MISで報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症患者の受入（入院患者の受入実績が１人以上あった場合は有）または受入可能（新型コロナウイルス感染患者受入可能な病床を１床以上としたことがあった場合は有）と報告した医療機関を受入可能医療機関としている（2020年9月末時点）

3 新型コロナ患者受入医療機関＝G-MISで報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症患者の入院患者の受入実績が１人以上あった医療機関を受入ありとしている（2020年9月末時点）

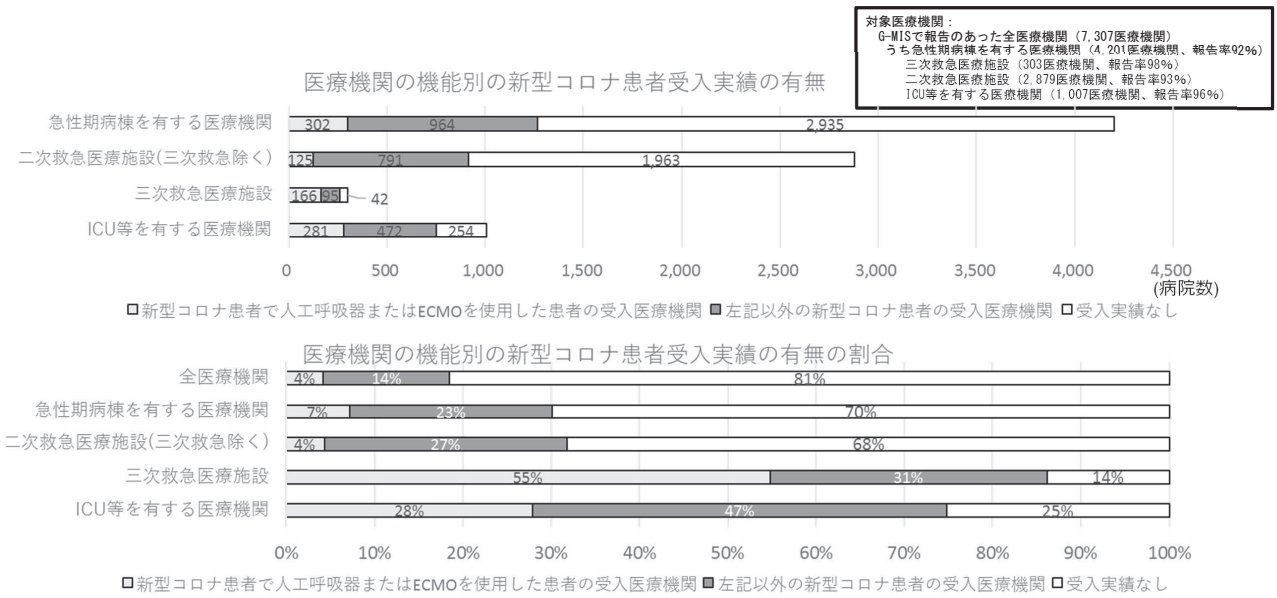
4 病床機能報告＝医療法第30条の13に基づき、一般病床・療養病床を有する病院・有床診療所に義務づけられている報告。病床数、病床の機能、職員数等、医療体制整備に関する病院の状況について報告を求めている。（2018年度病床機能報告をデータとして使用）

図表２　医療機関の機能別の新型コロナ患者受入可能医療機関（2020年9月末時点）



※感染症指定医療機関・・・特定・第一種・第二種感染症指定医療機関、2019年4月1日時点で551医療機関
※地域医療支援病院・・・2020年6月1日時点で649医療機関
※特定機能病院・・・2020年4月1日時点で86医療機関

図表３　医療機関の機能別の新型コロナ患者受入実績の有無（2020年9月末時点）



※急性期病棟の有無は平成30年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を有すると報告した医療機関。
※三次救急医療施設は「重篤な救急患者の医療を確保することを目的として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画等にもとづき救命救急センターとして指定した医療機関」（平成30年度病床機能報告）
※二次救急医療施設は三次救急医療施設でないものであって、「救急隊により搬送される傷病者に関する医療を担当する医療機関として、都道府県知事が医療法に規定する医療計画の内容等を勘案して必要と認定したもの。また、三次救急医療施設であって、都道府県の医療計画上、二次救急医療施設相当の病院群輪番制病院の指定を受けている場合も含む。」（平成30年度病床機能報告）
※ICU等は平成30年度病床機能報告で特定集中治療室管理料の実績・救命救急入院料１、救命救急入院料２、救命救急入院料３、救命救急入院料４、特定集中治療室管理料１、特定集中治療室管理料２、特定集中治療室管理料３、特定集中治療室管理料４、総合周産期特定集中治療室管理料（母体・胎児）、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）、新生児特定集中治療室管理料１、新生児特定集中治療室管理料２、小児特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料１、ハイケアユニット入院医療管理料２、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児治療回復室入院医療管理料を算定した実績がある医療機関

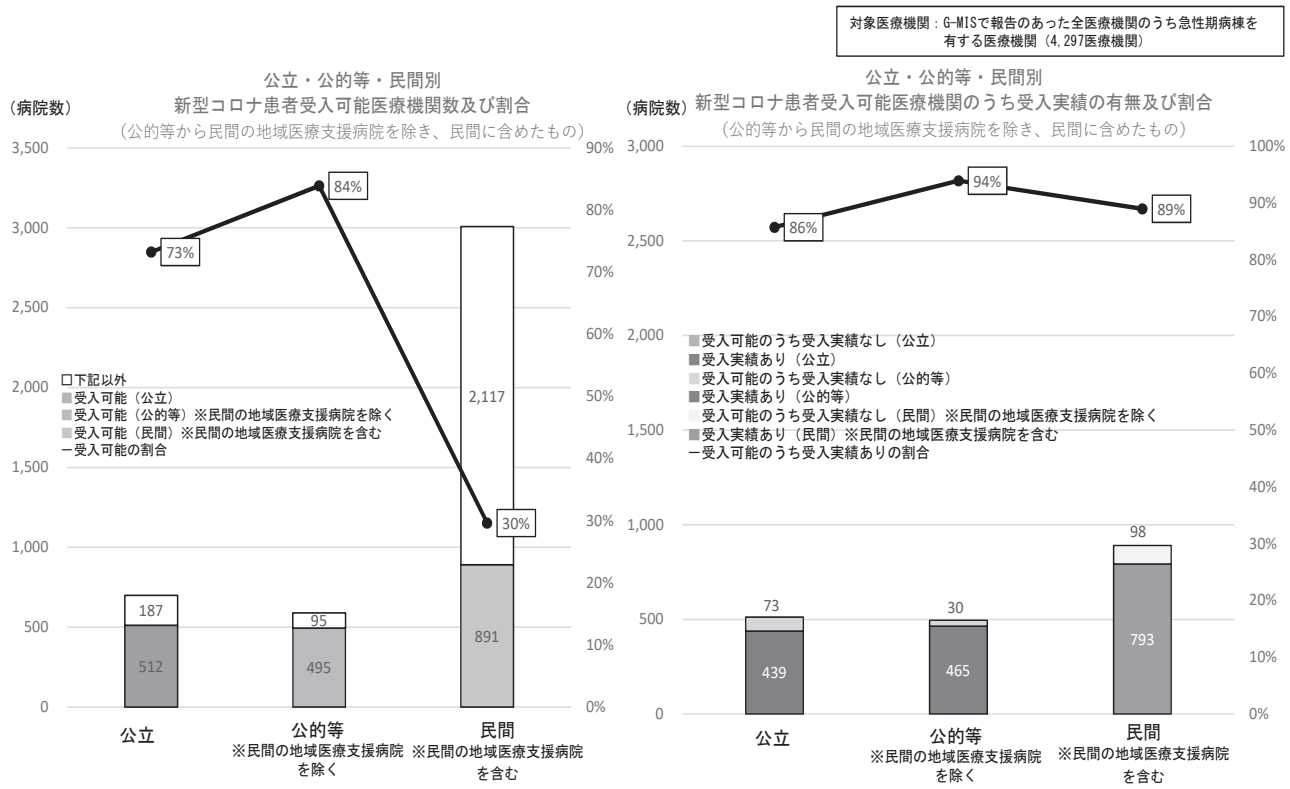
なお、2021年1月末の、新型コロナ患者受入可能医療機関の割合を、公立・公的等・民間別にみると、公的84％、公立73％、民間が30％となっている。また、受入可能医療機関のうち受入実績がある医療機関の割合は、公的等が94％、公立が86％、民間が89％となっている（**図表４**）。

公的医療機関は、病床数にかかわらず新型コロナ入院患者を受け入れているが、民間医療機関は、病床数が多く高機能な医療機関が主として受け入れていることがわかる。我が国は、国際的にみて病床数が多いと言われているが、慢性期の疾患を扱う療養病床や精神病床が多く、急性期の新型コロナ入院患者等を受け入れられる病床が限られている可能性があり、単純な国際比較はできない。

なお、構想区域の人口規模別に、公立・公的等・民間別の新型コロナ患者受入可能医療機関をみると、人口20万人未満の区域では、公立の占める割合が大きく、20万人以上100万人未満の構想区域では公的等の占める割合が大きく、100万人以上の構想区域では民間と公的・公立が同程度の割合となっている（**図表５**）。

図表４　公立・公的等・民間別の新型コロナ患者受入可能医療機関及び受入実績の有無について（公的等から民間の地域医療支援病院を除き、民間に含めたもの）

（2021年１月10日までに報告があったもの）



※ 受入可能：G-MIS で報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症の入院患者を受入可能な病床が１床以上あるまたは１人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告した医療機関

※ 受入実績あり：G-MIS で報告のあった医療機関について、１人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことのある医療機関

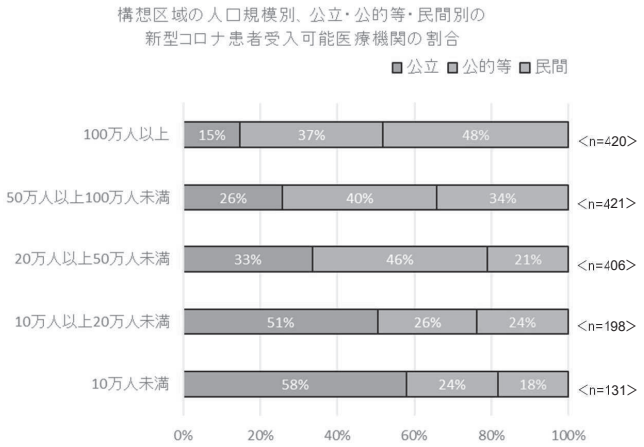
※ 受入可能のうち受入実績なし：G-MIS で報告のあった医療機関について、新型コロナウイルス感染症の入院患者を受入可能な病床が１床以上あると報告したことのある医療機関のうち、１人以上新型コロナウイルス感染症の入院患者を受け入れていると報告したことのない医療機関

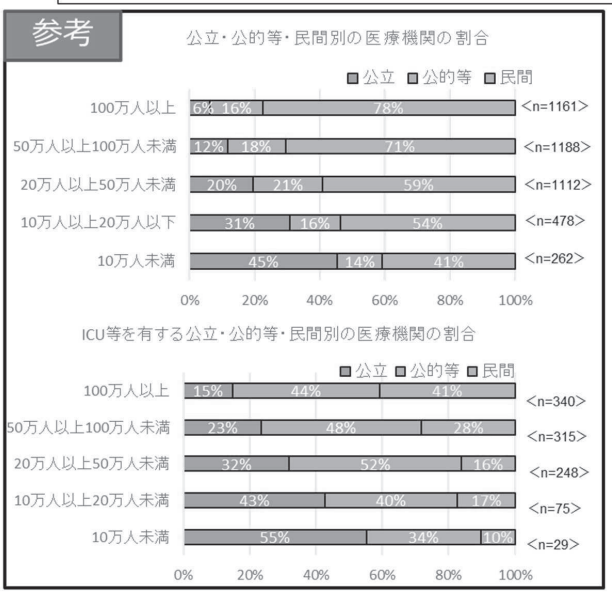
※ 公立：新公立病院改革プラン策定対象病院、公的等：公的医療機関等 2025 プラン策定対象医療機関（民間の地域医療支援病院を除く）、民間：公立・公的等以外

※ 急性期病棟を有する医療機関：平成 30 年度病床機能報告において高度急性期・急性期の機能を持つ病棟を有すると報告した医療機関（高度急性期・急性期病棟だけではなく、回復期・慢性期の機能も持つ病棟を有すると報告した医療機関も含む）

図表５　構想区域の人口規模別、公立・公的等・民間別の新型コロナ患者受入可能医療機関

対象医療機関：G-MISで報告のあった全医療機関のうち高度急性期・急性期病棟を有する医療機関（4,201医療機関）





※公立･･･新公立病院改革プラン策定対象病院 公的等･･･公的医療機関等2025プラン策定対象医療機関 民間･･･公立･公的等以外

※ICU等は平成30年度病床機能報告で特定集中治療室管理料の実績･救命救急入院料１、救命救急入院料２、救命救急入院料３、救命救急入院料４、特定集中治療室管理料１、特定集中治療室管理料２、特定集中治療室管理料３、特定集中治療室管理料４、総合周産期特定集中治療室管理料（母体･胎児）、総合周産期特定集中治療室管理料（新生児）、新生児特定集中治療室管理料１、新生児特定集中治療室管理料２、小児特定集中治療室管理料、ハイケアユニット入院医療管理料１、ハイケアユニット入院医療管理料２、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、新生児治療回復室入院医療管理料を算定した実績がある医療機関

※小数点以下を四捨五入しているため合計しても100％にならない場合がある。

新型コロナ入院患者を受け入れる現在の病床確保計画は、厚生労働省の通知に基づき、都道府県が昨夏つくったものである。この冬までに生じた感染拡大（第３波）に際しても、同計画に基づき対応がなされたが、「コロナ患者への治療に想定以上の時間や人員が必要となった」「患者受入れを行う局面で、医療従事者の確保調整や一般医療の想定以上の制限から、受入れが難しい場合があった」等の事情より、多くの地域で実際に患者受入れが可能な病床数とは乖離があった。また、病床や宿泊療養施設を確保できていたとしても、「急速な感染拡大の局面で、患者の療養先調整や移送（搬送）などを行う体制等が十分でなかった」「患者の症状改善後も、転院・退院調整に時間がかかった」等の課題が浮上し、各地で病床の逼迫が深刻化している。

厚生労働省は、明らかとなった上記課題を踏まえて、この春（2021年3月24日）新型コロナウイルス患者を受け入れる病床の確保計画を見直すよう都道府県に求める通知を発出した。計画は5月中に整備し、対応方針は4月中に決定するよう都道府県に求めている。

参考：公的医療機関等について

○ 公的医療機関は、医療法第 31 条において、次の者が開設する医療機関とされている。

都道府県、市町村、地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会及び国民健康保険組合、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団済生会、厚生農業協同組合連合会、社会福祉法人北海道社会事業協会

○ 公的医療機関は、「戦後、医療機関の計画的整備を図るに当たり、国民に必要な医療を確保するとともに、医療の向上を進めるための中核」としての役割を担うものとされ、また、公的医療機関は、「医療のみならず保健、予防、医療関係者の養成、へき地における医療等一般の医療機関に常に期待することのできない業務を積極的に行い、これらを一体的に運営」するという特徴を有する。

※「」部分は医療法コンメンタールより抜粋

○ また、医療法第７条の２第１項では、公的医療機関の開設者を含む以下の者が規定されており、これらの者が開設する医療機関（公的医療機関等）については、地域医療構想の達成を図るために都道府県知事が行使することができることとされている権限の位置付けが、他の医療機関に対するものと異なる。

公的医療機関の開設者、国家公務員共済組合連合会、地方公務員共済組合連合会、公立学校共済組合、日本私立学校振興・共済事業団、健康保険組合及び健康保険組合連合会、国民健康保険組合及び国民健康保険団体連合会、独立行政法人地域医療機能推進機構

出所：2017年度　第3回医療計画策定研修会資料（厚労省）

DIO
DATA資料
INFORMATION情報
OPINION意見
事務局だより

DIO への
ご感想を
お寄せください

dio@rengo-soken.or.jp

DIO
2021
4

INFORMATION

【2月の主な行事】

2月3日　第3回地域コミュニティの一翼を担う労働者自主福祉運動の人材育成等に関する調査研究委員会
（主査：中村　圭介　法政大学大学院連帯社会インスティテュート教授）

4日　第13回障がい者の更なる雇用促進と職場定着に向けた課題と方策に関する調査研究委員会
（主査：眞保　智子　法政大学現代福祉学部教授）

5日　日本の未来塾
（講師：樋口 美雄 慶應義塾大学名誉教授（JILPT 理事長））

8日　第4回「良い会社」であることの情報開示と労働者の立場からの責任投資原則促進に関する調査研究委員会
（主査：水口 剛　高崎経済大学経済学部教授）

17日　所内・研究部門会議

19日　第7回労働力人口減少下における持続可能な経済社会と働き方（公正分配と多様性）に関する調査研究委員会
（主査：藤村　博之　法政大学教授）

24日　所内勉強会

editor

今回の特集にあたり、コロナと闘う現場からの報告をいただきました。これらの報告は、まさに今も最前線で自らの健康と命を懸けて働いている中、現場で働く方々を支えるため日夜奮闘する中、激務の合間をぬって寄せていただいたものです。

現場からの報告を聞いて、改めて現場で働く方々の一つ一つの膨大な努力と奮闘の積み重ねにより、自分たちの生活が守られているということを実感しました。また、その方々を支えるご家族、労働組合などの努力によって、自分たちの生活も支えられていることを再認識しました。この場を借りて、医療、介護、福祉の現場をはじめとして、未知のウイルスの感染リスクにさらされながらもお仕事をしてくださっている方々、またそれを支えるすべての働く方々に、心より感謝申し上げます。未曾有の危機下にありますが、ご自分に優しくあることで、働くすべてのひとが、笑顔で仕事ができますように。

（白桃アールグレイ）

発行人／藤本　一郎
発行日／2021年4月1日
発　行／公益財団法人連合総合生活開発研究所
〒102−0074
東京都千代田区九段南2−3−14
靖国九段南ビル5階
TEL 03−5210−0851
FAX 03−5210−0852

印刷・製本／株式会社コンポーズ・ユニ
〒108−0073
東京都港区三田1−10−3
電機連合会館2階
TEL 03−3456−1541
FAX 03−3798−3303