

2021. 5. 23レポート

## 悪政に抗して いのちを守ろう！

病床削減などの医療法等「改正」は許せない！

一般社団法人 全国労働安全衛生研究会

甲府市議会 山田 厚

### はじめに いのちを奪う内容なのに、ほとんど知られていません

「病床がひっ迫している！」「医療従事者が確保できない！」というコロナ感染症の最中に、この事態に逆行する医療法等「改正」が強行されています。病床削減と病院を統廃合し、医師養成数の削減を前提にした苛酷な医師の長時間労働を認める内容です。これは、国民と医療従事者のいのちを脅かす悪法です。

この極めて悪質でいのちに関わる重要な内容にもかかわらず、おかしなことにマスコミがほとんど報道していません。国民が知らないままに職場・地域で具体化しようとしています。国会でも「厚生労働省職員の送別会やワクチン対応」などで時間が削られ審議が不十分のままに可決です。まずは、この悪質な内容に大急ぎで気づき、職場・地域でその具体化を許さない取り組みをはじめていきましょう！

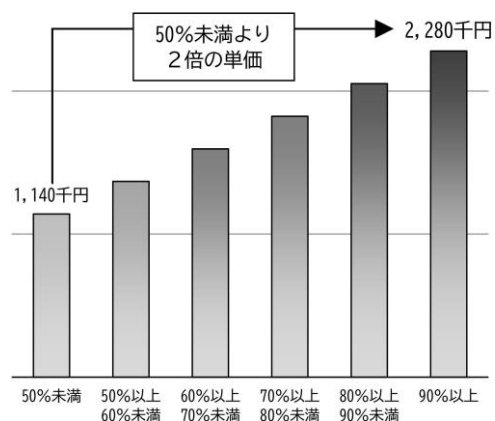
## 1 病床削減と病院統廃合を 消費税を使って進める

この法内容は、病床を削減すれば1床ごとに、国の消費税財源から給付金を継続的に支給するというものです。給付額は、病床稼働率（連日空きベッドがない状態は稼働率100%となる）の高さに応じて次のように単価を引き上げています。

### 病床稼働率で削減した場合の1床あたり単価

50%未満	1, 140千円
50%以上60%未満	1, 368千円
60%以上70%未満	1, 596千円
70%以上80%未満	1, 824千円
80%以上90%未満	2, 052千円
90%以上	2, 280千円*

※50%未満の2倍



これは実におかしい！ 病床稼働率50%未満の病院の病床を削減するだけでなく、稼働率が高ければ高いほど単価を引き上げていることです。稼働率90%以上は、50%未満の倍額です。そして稼働率100%とすれば連日空きベッドがない状態です。さらにここからも病床削減を進めようとしているのです。

しかも、「2～3床減らしたい」などは許さず、交付金の対象を「稼働している病棟の病床の10%以上を削減する場合」としています。いかに病床を徹底して削減したいかがわかります。

現在、日本の病床稼働率は、かなり高くなり**平均して約75%**です。これは自民党政権がこの間「日本は諸外国と比べて病床が多すぎて、経営効率が悪い」を口実として病床を削減し続けてきたからです。また『新公立病院改革ガイドライン』（総務省）では「3年間連続70%未満の病院は見直し」という統廃合の対象病院にもしています。

しかし、通院者の診察で直ちに入院が必要とされた患者や救急搬送のための病床も必要です。通常でも入院待ちの状態がつづくことは患者のいのちと健康を脅かすことになります。そのことは今回のコロナ感染症災害期で明らかになりました。また病床稼働率が高くなるほど、医療従事者のゆとりがなくなり過重労働状態となります。

したがって、稼働率は85%程度に抑えるべきです。それが**90%以上～100%の稼働率など強制してはいけません**のです。このような稼働率では感染症がひろがる「有事」どころか、「平時」である通常の医療機能も連日「病床ひっ迫」です。つまり、絶えず満床状態とは「空きベッドがなく入院の受入れ拒否状態」になってしまうからです。

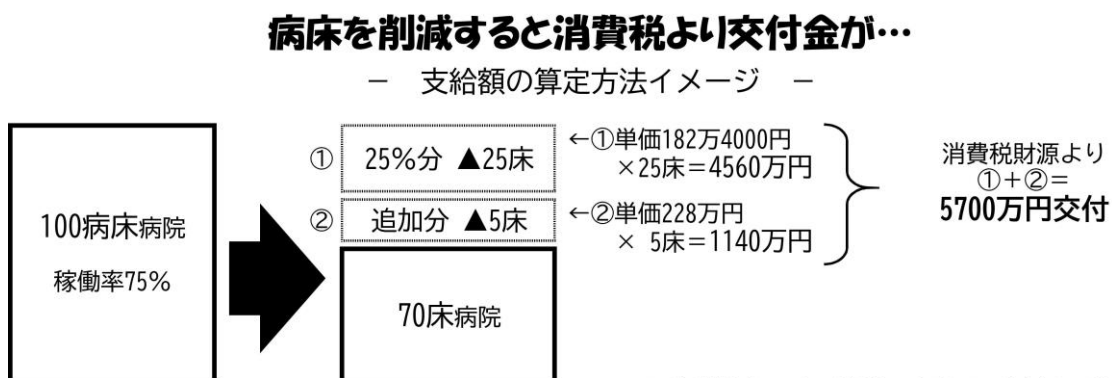
しかし、法案の具体的説明では稼働率100%を求めているのです。

## 法案における厚生労働省の具体例で検討していきましょう

**図表①**のように**病床削減の場合**、例えば100床の病院で稼働率が75%なら25床を削減すると1床あたり「単価182万4000円」を支給します。25床削減する単純計算でも100%の病床稼働率となり、この病院では日々「病床ひっ迫」となるしかありません。

さらにここから5床削減すると1床あたりの単価は高くなり「単価228万円」を支給するという制度です。これでは連日「入院の受け入れ拒否」の状態が続くこととなってしまいます。

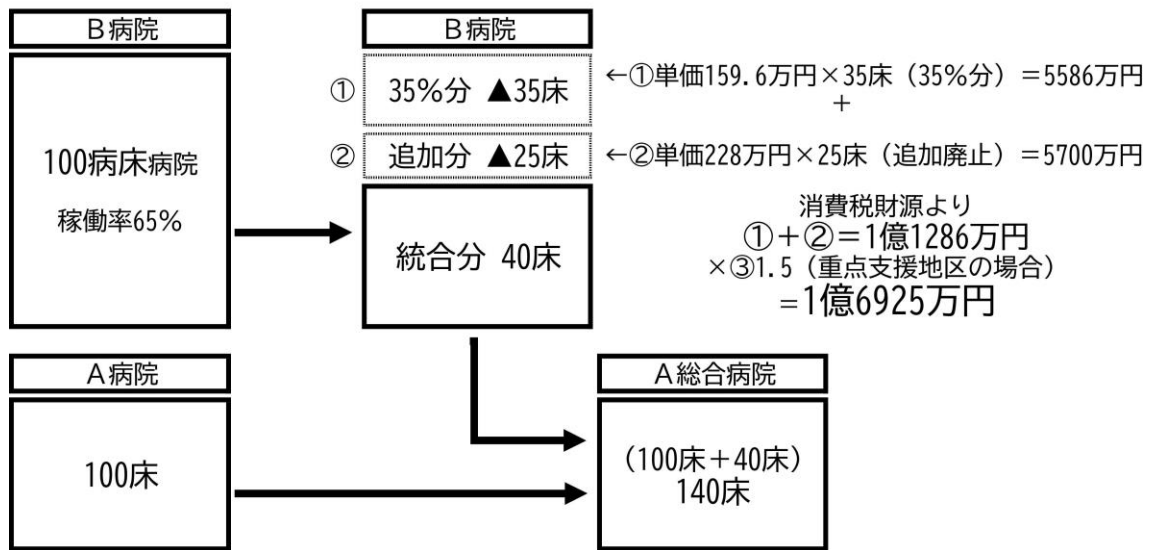
図表①



**図表②**のように、**病院統廃合の場合**、例えば、病床稼働率65%で100床のB病院を廃院し、A病院に統合する場合です。稼働率65%ですから35%分の35床削減×単価159.6万円=5586万円が交付されます。さらに25床追加し、25床削減×単価228万円=5700万円が交付されます。合計1億1286万円となります。さらに「重点支援地区」の場合は、合計額に1.5倍の1億6925万円の交付となります。

図表②

### 病院統廃合で病床を削減すると消費税から交付金が…

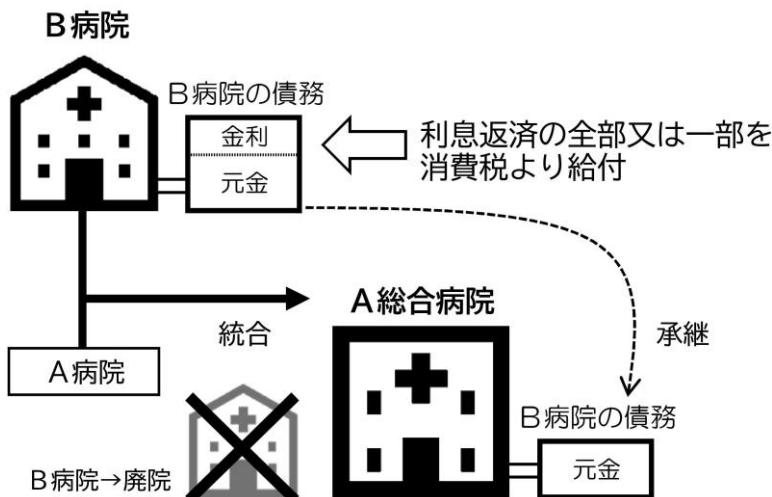


厚生労働省医政局地域医療計画課資料より作成

**図表③ 廃院にともなう責務の利子負担の場合、例えばB病院を廃院しA病院に統合すると、B病院の病院事業債の元金とこれからの利息の返済が残ります。元金の編成はA総合病院に承継されますが、利息分の返済は、消費税財源から全部または、一部が補給交付されることになります。**

図表③

### 廃院病院債務の利子補給を消費税で行う



医療計画では「医療提供体制の構築」としてはいますが言葉だけで、実際は提供体制の大後退になります。この間の保健所、感染症病床、一般病床の削減などに対する国の反省がまったくない状態で、さらに病床削減と病院統廃合を進めようとしています。

2019年に大問題となった「統廃合を求める436病院リスト」の撤回すらしていません。コロナ患者を受け入れ大きな役割を果たしている公立・公的病院をさらに統廃合しようとしているのです。

## 消費税財源を医療削減に使うことなど許されない

この病院の統廃合もこの消費税財源を使い、合わせて2021年度は195億円を予算額としています。消費税は所得の低いものからも課税する逆進性の高い大衆増税です。それだけに政府は、これまで口実として「消費税は社会保障にあてる」としてきました。しかしこのコロナ感染症災害期に、肝心の医療をつぶすための財源にしているのです。

医療機関の診療報酬では患者に消費税分を転嫁できません。医薬品・医療機器・診療材料など多額な消費税額を国に納付しています。しかし国から医療機関への「還元金」はありません。つまり多額な「損税」となり医療機関経営を圧迫しているのです。

例えば402床の市立甲府病院では、国に納付するだけの消費税額は毎年3億円にもなる「損税」なのです。しかも、その「還元金」は病床削減と病院統廃合に使われるのです。

## 2 緊急事態宣言下でも病床を減らし続けている

自民党政権は、長期にわたって、病床を削減し続け、結核も含めて感染症病床を「コスト優先のみ」で削減し続けてきました。

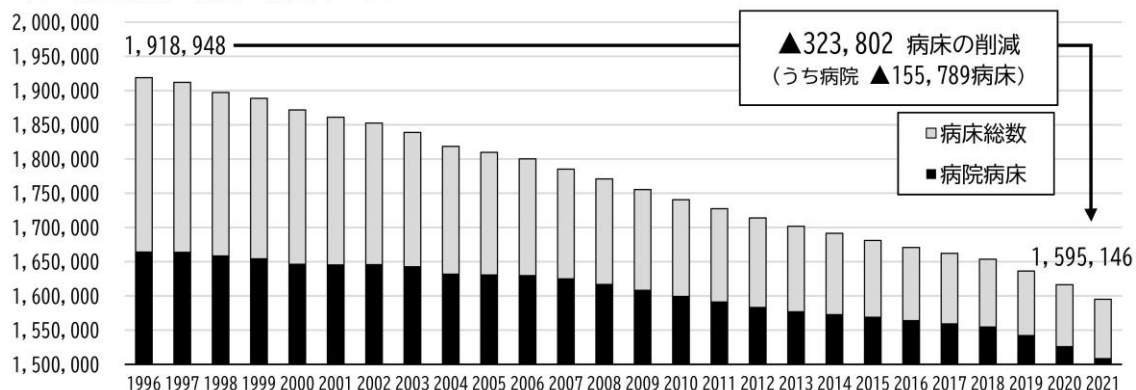
**その結果** 25年間で、 **一般病床32万3802床削減**

21年間で、 感染症病床は1433床 結核2万521床削減

＝合計**2万1954床削減** してきました。

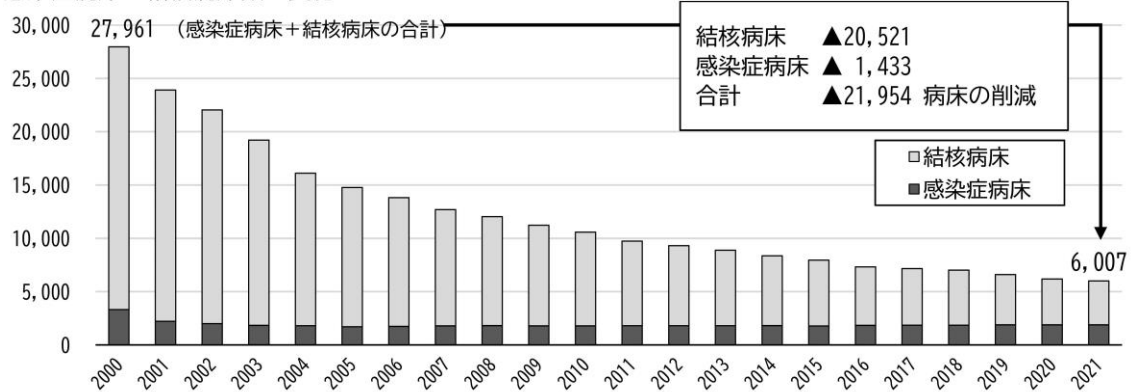
これだけの病床が今あれば、どれだけ今の感染症に立ちむかえることができたのかです！

### 全国で病床削減と病院の統廃合がすすんだ



厚生労働省「医療施設動態調査」より作成

### 感染症病床と結核病床数の変化



厚生労働省「医療施設動態調査」より作成

しかも、このコロナ災害期においても、緊急事態宣言下の期間においても、政府は、病床削減を進めています。図表④のように2020年2月末からの一年間で、すでに約2万888床も削減しています。

### コロナ災害期においても病床を削減しつづけました

	2020年2月末	2021年2月末	増減数
病床総数	1,614,533	1,593,645	△ 20,888
病院の病床数	1,525,088	1,507,934	△ 17,154
感染症病床	1,884	1,886	2
結核病床	4,248	4,121	△ 127
療養病床	304,531	290,042	△ 14,489
一般病床	888,440	887,636	△ 804
一般診療所	89,389	85,649	△ 3,740

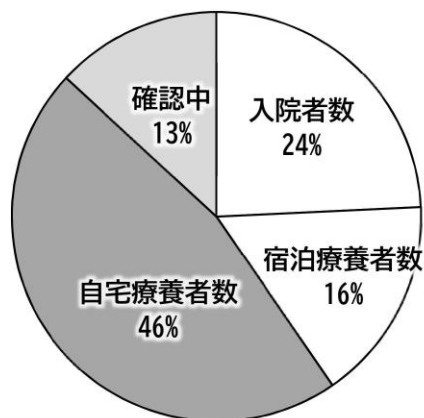
厚生労働省「医療施設動態調査」より作成

このコロナ災害時でも消費税税源を使って病床削減を行っています。すでに2020年度では法案の内容を先取りして消費税財源で病床削減の交付金を下ろしています。厚生労働省資料の5月5日によると感染患者数の24%しか入院できていない。事実上の患者放置であり、感染の野放しと言えます。

大阪府の入院患者わずか10%です。大阪府では無医療状態のまま自宅でなくなった患者が18人にのぼると5月10日に発表しています。実際の死亡者ははるかに多いはずで

都道府県	PCR陽性者数	入院者数	宿泊療養者数	自宅療養者数	確認中の人数
東京都	6,911	2,203 (32%)	1,465 (21%)	2,092 (30%)	1,092 (16%)
埼玉県	2,391	683 (29%)	353 (15%)	1,170 (49%)	185 (8%)
神奈川県	1,966	504 (26%)	368 (19%)	1,087 (55%)	0 (0%)
愛知県	3,540	674 (19%)	300 (8%)	2,347 (66%)	219 (6%)
大阪府	20,528	2,051 (10%)	1,790 (9%)	13,423 (65%)	3,264 (16%)
福岡県	3,454	585 (17%)	774 (22%)	2,004 (58%)	0 (0%)
沖縄県	1,002	372 (37%)	137 (14%)	354 (35%)	139 (14%)
全国合計	62,399	14,927 (24%)	10,170 (16%)	28,823 (46%)	8,137 (13%)

厚生労働省資料(5月5日時点)より



入院中 24%  
 宿泊療養中 16%  
 自宅療養中 46%  
 確認中 13%

2021年5月5日現在

厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査結果」(5月5日時点)より作成

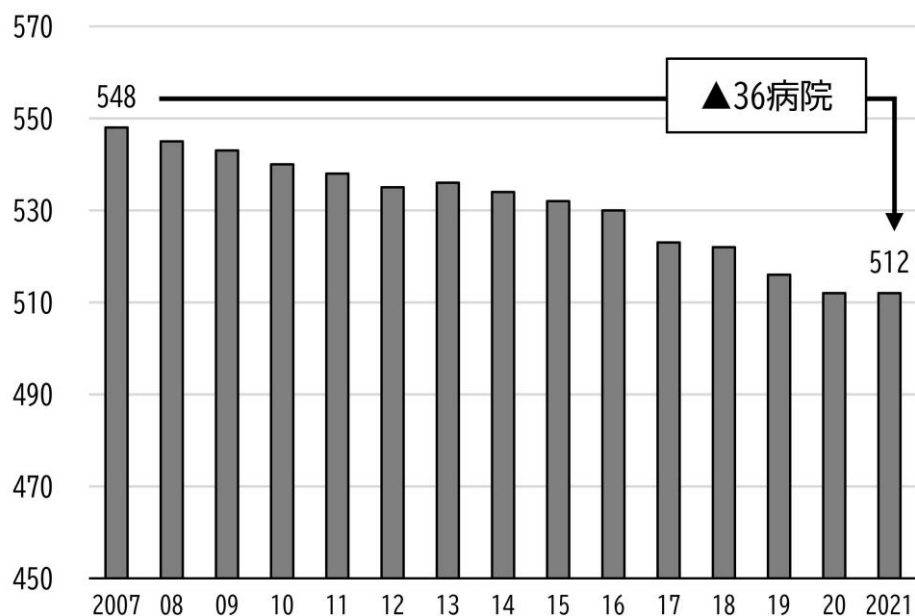
大阪では、2021年4月1日から5月19日までに感染で亡くなった方は852人です。

事態は「変異株」の問題だけではありません。ましてや国民の「自己責任」ではありません。大阪府も国も、いのちを守るという公的責任を放棄し医療を破壊してきた結果

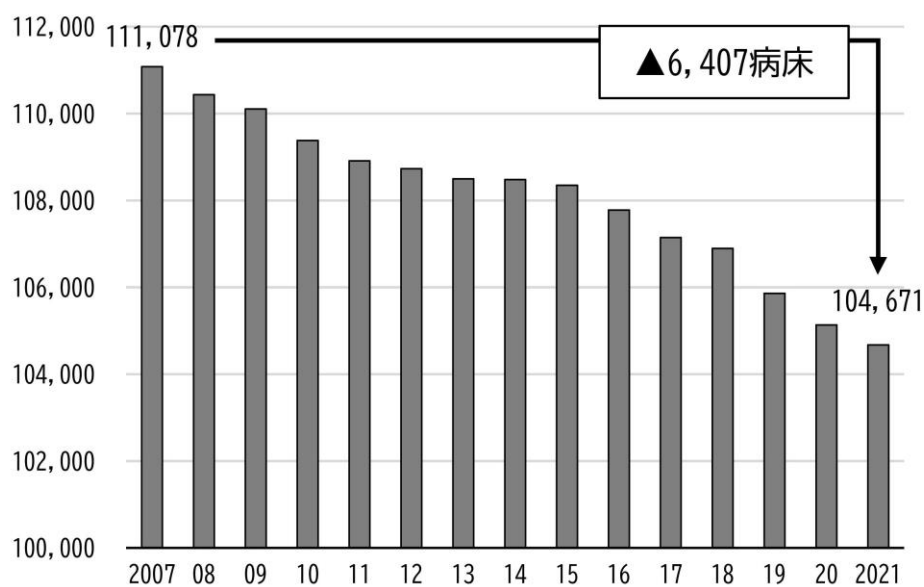
です。

大阪府では次の図表のように維新の10年間で病院が統廃合され、病床が削減が急速に進みました。

### 大阪の施設（病院）削減状況



### 大阪の病床（病院）削減状況



厚生労働省「医療施設調査」より作成

しかも、国と大阪維新の医療政策は、緊急事態宣言下であっても、大阪の病床削減は2020年1月～21年2月で病床を554床も削減しているのです



## 2020年～2021年のコロナ期で554病床の削減

	病院	病床
2020年1月	511	105,225
2021年2月	512	104,671
	1	▲ 554

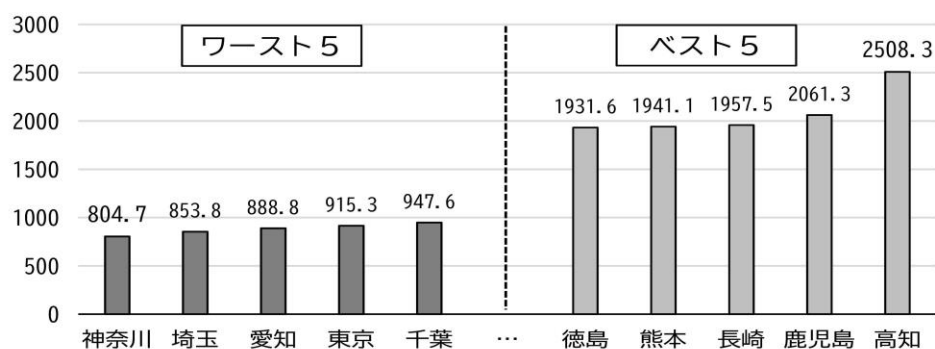
大阪の2021年4月1日～5月19日までで852人も感染者がなくなっています。これはコロナ変異種の問題ではなく、明らかに悪政による人災です。

### 3 緊急事態対象都府県とは医療資源ワースト県だった

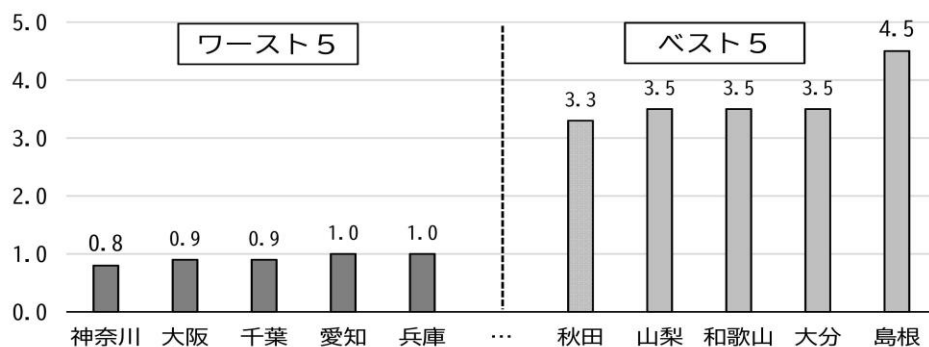
大阪府だけではありません。医療。病床がひっ迫している都府県は、もともと医療資源を削減し続け得てきて、公衆衛生・感染症に脆弱なワースト都府県です。今の実態はその結果の現れでもあるのです。

#### 緊急事態宣言対象の都府県こそがこれまでも病床が不足していた

人口10万人対病院病床数（全病床）



人口10万人対病院病床数（感染症病床）



厚生労働省「医療施設調査」(令和元年10月1日現在)

## 緊急事態宣言以前より、「医療費・資源の削減」＝「受診抑制の傾向」が！

※()内は各項目別、47都道府県ワースト順位

	人口1人当たり 衛生費 (都道府県・市町村財政合計) 【円】	一般病院の 1日平均 外来患者数 (人口10万人当たり) 【人】	一般病院の 1日平均 在院患者数 (人口10万人当たり) 【人】	一般病院数 (人口10万人当たり) 【施設】
全国平均	54,300	1,008.8	816.1	5.8
東京都	50,300 (10)	995.5 (17)	663.5 (8)	4.3 (7)
埼玉県	38,200 (1)	826.5 (3)	560.1 (3)	4.1 (6)
神奈川県	40,000 (2)	800.7 (2)	542.6 (2)	3.2 (1)
千葉県	48,700 (5)	932.9 (9)	623.4 (6)	4.0 (4)
大阪府	41,400 (3)	1,014.2 (20)	866.3 (23)	5.4 (16)

	一般病院病床数 (人口10万人当たり) 【床】	介護療養型 医療施設数 (65歳以上人口10万人当たり) 【所】	医療施設に 従事する医師数 (人口10万人当たり) 【人】	医療施設に 従事する 看護師・准看護師数 (人口10万人当たり) 【人】
全国平均	1,028.3	2.9	246.7	975.9
東京都	840.5 (5)	1.6 (12)	307.5 (43)	748.8 (4)
埼玉県	706.0 (2)	0.7 (1)	169.8 (1)	693.2 (1)
神奈川県	685.4 (1)	0.9 (4)	212.4 (9)	697.6 (2)
千葉県	806.0 (4)	0.9 (3)	194.1 (3)	731.9 (3)
大阪府	1,046.0 (17)	1.1 (5)	277.0 (33)	962.1 (16)

	保健師数 (人口10万人当たり) 【人】	救急自動車数 (人口10万人当たり) 【台】	この環境で 受診抑制が…！	国民医療費 (人口1人当たり) 【円】
全国平均	41.9	5.0	➔	343,200
東京都	28.4 (3)	2.5 (1)		314,000 (7)
埼玉県	30.3 (4)	3.7 (5)		302,700 (2)
神奈川県	23.5 (1)	3.3 (2)		306,000 (3)
千葉県	33.3 (6)	4.2 (7)		300,800 (1)
大阪府	25.9 (2)	3.5 (3)		374,600 (32)

総務省統計局「会生活計指標—都道府県の指標—2021」(2018年度調査)より

## 緊急事態宣言対象の都県は、もともと病床数・医療関係者数が不足していた

47都道府県のうちのワースト順位

(人口10万対数)

	病床数	ワースト 順位	医師数	ワースト 順位	保健師数	ワースト 順位	看護師数	ワースト 順位
東京	927.4	4	307.5	43 <sup>※</sup>	28.4	3	792.3	5
埼玉	856.8	2	169.8	1	30.3	4	693.6	1
神奈川	811.4	1	212.4	9	23.5	1	738.4	3
千葉	954.4	5	194.1	3	33.3	6	722.7	2
全国平均	1223.1		246.7		41.9		963.8	
ベスト1	2551.6	(高知)	329.5	(徳島)	79.3	(島根)	1511.0	(高知)

厚生労働省「2019年度衛生行政報告」より作成

※東京の医師は、免許はあっても直接の患者医療にたずさわっていないことは明らかです。

## 4 日本はそんなに病床過剰か？ それは事実と違う！

ところで政府は一貫して「日本の病床は諸外国と比べて過剰であり、経営効率が悪い」としてしています。病床が多すぎるからと削減するとしています。マスコミや専門家もこのことを繰り返しています。しかし、日本の病院の平均病床稼働率が75%にもなり、さらに多くの病院では80%を超えてきているのに・・・どうしてか？ おかしい！と思います。それに、日本の政府は情報やデータの「改ざん隠ぺい」を繰り返しています。安易に信じることなどできません。

日本医師会の『日医ニュース』には大変興味深い見解がありました。これは、参考にすべきです。

.....

### 日本の病床数は本当に多いのか？ 『日医ニュース』2021年4月5日(月)

「日本の病床数は世界の中で多いのに、医療崩壊にあるとはどういうことだ」という意見がマスコミや評論家など多方面から聞かれました。病床についてマスコミなどが取り上げる際の日本の病床数はOECDが発表している人口1000人当たり13.0床という数字が使われることが多いようです。

OECDデータによると、日本13.0床、米国2.9床、ドイツ8.0床となり、これだけを見ると確かに日本の人口当たり病床数は多いように見えます。しかし、日本人の疾病構造が他国と比較して大きな違いがあるとは思えませんし、日本人だけが長く入院しているとも思えません。そこで、この数字はどのような根拠に基づき、また現実を表す数字としての信ぴょう性はどの程度なのかについて検討したいと思います。

OECD データにおいて、日本の病床の特徴として以下のものが挙げられます。

- ① 精神科病床 (Psychiatric care beds) が多い
- ② 長期ケア病床が多い
- ③ 有床診療所の形態があること
- ④ 急性期病床とリハビリテーション病床の区分がない—ことです。

**精神科病床**を見てみますと、大半の諸外国は人口 1000 人当たり 1 床以下ですが、日本は 2・6 床となっています。長期ケア病床 (long term care beds) も他国は 65 歳以上 1000 人当たり 1~2 床程度ですが、日本は 9・5 床となっています。これらの共通の理由は、諸外国は精神科施設や長期ケア施設を「施設」に分類しており、「医療機関」とはしていないためです。

また、諸外国では**急性期病床とリハビリテーション病床**を別に推計していることが多いですが、日本はこれら二つを同一として報告しており、各国の病院の急性期病床とリハビリ病床を合計した数字を見ると、日本 7・1 床、ドイツ 8・0 床と数字は逆転します。

一方、**長期居住施設** (Beds in residential long term care facilities)を見ると、日本は 65 歳以上 1000 人当たり 24・1 人分となっていますが、諸外国は 30~55 人分と人口当たり日本の 2 倍前後の長期居住施設があります。すなわち、日本の病床は世界的にやや多いものの、高齢者が長期に生活する施設が少なく、病床が施設の代わりをしているということが分かります。

病床は各国の歴史的な経緯でつくられ、それらを司っている法律もさまざまです。OECD データでは、各国が違う経緯、違う法律でつくられた医療機関や施設を英語に置き換えて記載するため、ある単語が同一の機能を表現しているかもはっきりしません。日本の病床が多いかどうかについてはより深い議論が必要だと思います。

.....

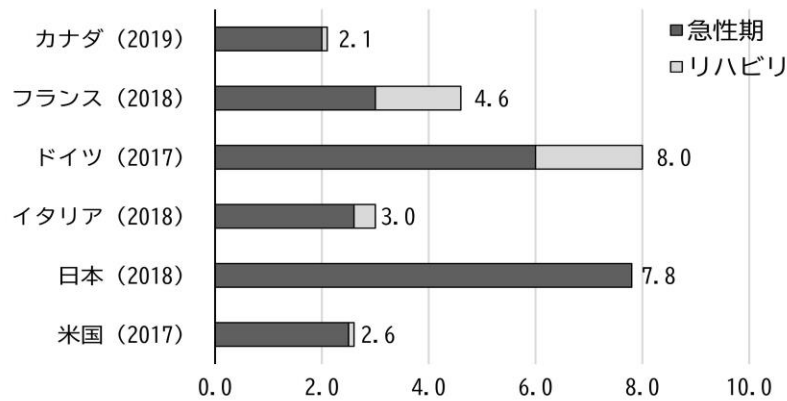
この見解の根拠には、日本医師会の研究機構である『日医総研リサーチエッセイ No.102』(2021 年 3 月 19 日)の調査論説があります。この調査論説の「冒頭」や「おわりに」は、「各国の病床数等は、可能な限り OECD の基準に従って推計されているが、そもそも医療提供体制の仕組みが異なるので、用語ですらも単純には比較できない。たとえば日本では精神病床が多く、それが総病床数を押し上げている。また、日本では急性期病床にリハビリ病床が含まれる。病床数の国際比較を行う際には、総病床数だけ見て終わるのではなく、医療機能別の病床数も確認しておくことが望ましい」と繰り返し強調しています。

以下の図表はこの調査論説に掲載されたものです。

この内容は、私たち経験からも**信頼できる調査**に基づく事実です。「空きベッドはすぐ埋まる・・どうしてそんなに病床が多いとされるのか?」「入院待ちの日が前より長くなっている」「入院していたら、とにかく早めの退院が求められる」などの状況からも政府の言い分など信じることなどできません。

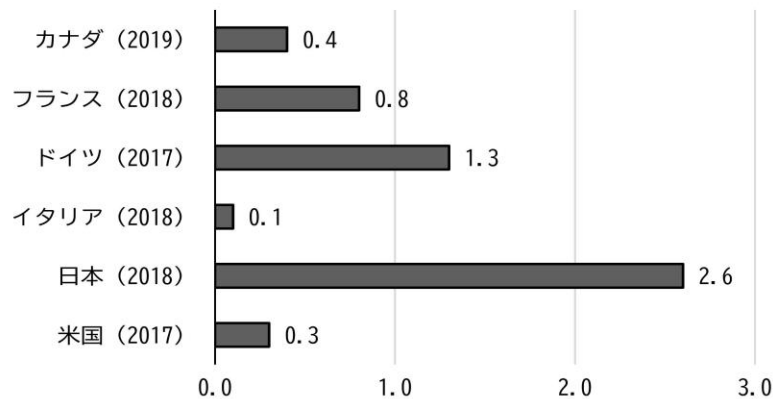
しかもコロナ災害期の実態は、病床が多いのではなく、まさに足りないことを明らかにしています。そして自民党政府は、この病床が足りなくて入院ができず、亡くなっている人々がいるにもかかわらず、この災害期でも病床削減を続け、さらに病床削減の法内容を十分な審議もしないで強行しているのです。

人口1,000人当たり  
「急性期病床数」 + 「リハビリ病床数」



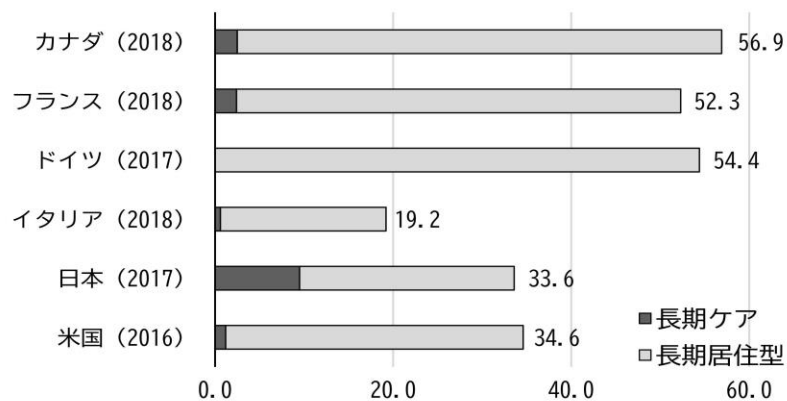
OECD Health Statistics 2020から作成

人口1,000人当たり「精神病床数」



OECD Health Statistics 2020から作成

65歳以上人口1,000人当たり  
「長期ケア病床数」 + 「長期居住型施設定員数」



OECD Health Statistics 2020から作成

日医総研リサーチエッセイより引用

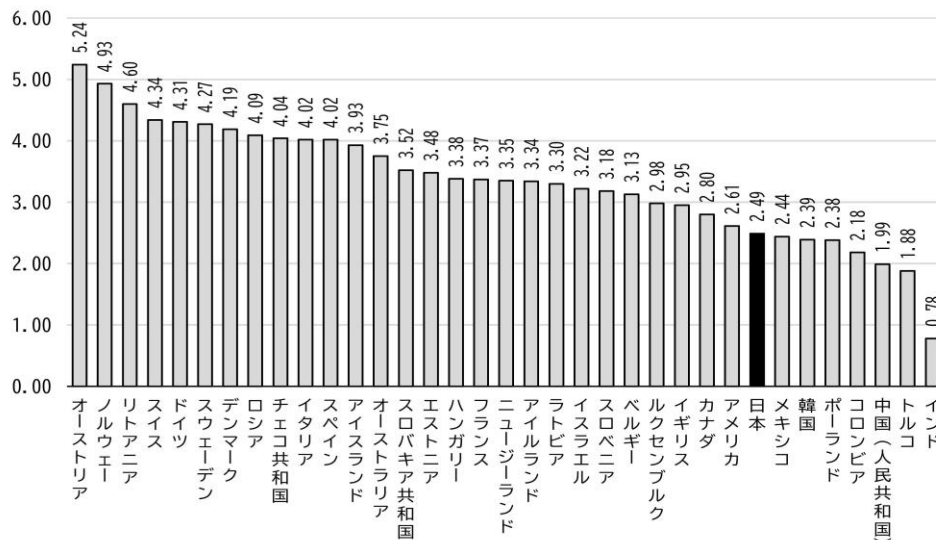
## 5 医療従事者に対する扱ひもひどいことになる

### 医師不足なのに、さらに医師養成数を減らす

日本はOECD諸国では**最低の医師養成数**です。2021年3月の衆議院厚生労働委員会本田宏参考人は「OECD平均と比べて医師が13万人不足している」とのべるなど、医師不足の実態は明らかです。

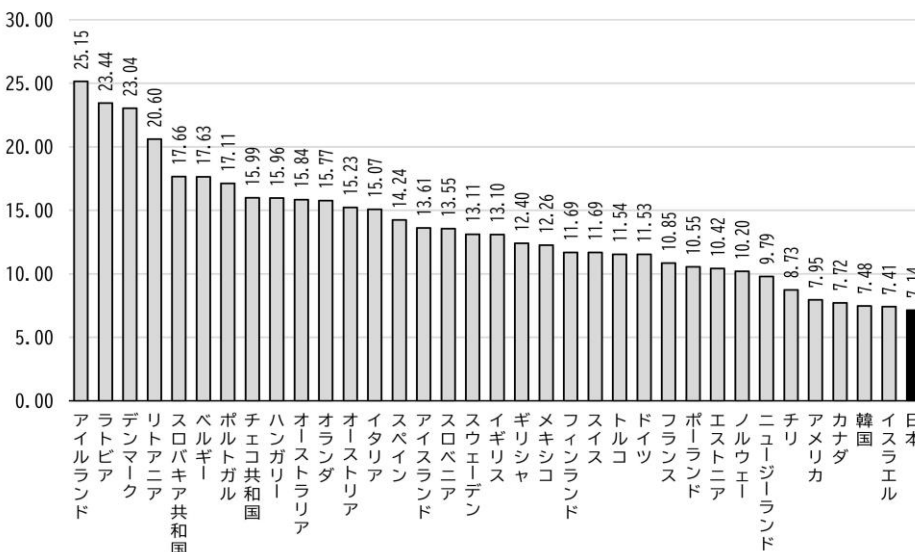
しかし、国はこの医師不足を是正するどころか、さらに2023年度から医学部定員数を削減する方針を前提にしています。そのため法案では、次の危ないやり方をはじめようとしています。

人口1,000人対医師数



OECD Health Statistics 2019より

人口100,000人当たり医学部卒業生



OECD Health Statistics 2019より

## 医師不足だからと、過労死ラインを超える長時間労働を野放しにする

**医師の働き方改革**を強調しても、法案の内容は過労死ラインの時間外月80時間・年960時間を認めているのです。さらには時間外年1860時間の超長時間を迫認するといふのです。時間外労働ですから当然医師の場合にも36協定（時間外の労使協定）が締結されます。しかし医師の36協定は年960時間をこえる36協定内容が激増しています。しかも医師の36協定はほとんど守れていません。その違反は常態化しているのです。厚生労働省通達の過労死ラインの超過時間をはるかに超えているのですから、これではさらに医師を疲弊させ、医師のいのちを危うくする内容です。医療事故を多発させることとなります。

<p><b>過労死ラインの超過時間とは（厚生労働省通達）</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1か月間ないし6か月間におおむね45時間を超えて長くなるほど関連性が徐々に強まる</li> <li>・1か月間におおむね100時間 または</li> <li>・2か月間ないし6か月間に1か月当たりおおむね80時間を超えると関連性が強い</li> </ul>
---

さらに、次の図表のように、「A水準」「連携B水準」「B水準」「C水準」などと、医師をバラバラに分断して上限時間を設定するなど、極めて悪質なやり方です。

		一般則	診療従事勤務医に 2024年度以降 適用される水準 <small>連続勤務時間制限・勤務間 インターバル等（努力義務）</small>	地域医療確保 暫定特例水準 <small>連続勤務時間制限・勤務間 インターバル等（義務）</small>	集中的 技能向上水準 <small>連続勤務時間制限・勤務間 インターバル等（義務）</small>
		A水準		連携B水準、B水準	C-1水準、C-2水準
36協定で締結できる時間数の上限	①通常の時間外労働（休日労働を含まない）	月45時間以下・年360時間以下			
	②「臨時的な必要がある場合」の上限	月100時間未満	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり)		
	・月の時間外労働時間数（休日労働を含む）	※①の月45時間を超えることができる月数は年間6か月以内			
	・年の時間外労働時間数（休日労働を含む）	年720時間以下	年960時間以下	年1,860時間以下	年1,860時間以下
③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間（休日労働を含む）	月100時間未満 複数月平均80時間以下	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり) 年960時間以下	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり) 年1,860時間以下	月100時間未満 (ただし一定の健康確保措置を行った場合には例外あり) 年1,860時間以下	

左記の時間数は、その時間までの労働を強制するものではなく、労使間で合意し、36協定を結べば働くことが可能となる時間であることに留意

- 時間外労働及び休日労働は必要最小限にとどめるべきであることに、労使は十分留意。
- 36協定の労使協議の場を活用して、労働時間短縮策の話し合いを労使間で行う。
- ✓ 36協定上は、日・月・年単位での上限を定める必要あり
- ✓ 対象労働者の範囲や時間外労働を行う業務の種類等も、36協定上に規定する必要あり
- ✓ 「臨時的な必要がある場合」について規定する場合には、健康福祉を確保する措置を36協定に規定し、実施する必要あり
- ✓ 「地域医療確保暫定特例水準の適用」や、「月100時間以上の時間外労働」について規定する場合には、追加的健康確保措置について36協定に規定し、実施する必要あり

厚生労働省資料より引用

## 医師不足だからと、医師の医療業務を関係職種に担わせる

また「**法令改正を行いタスク・シフト／シェアを推進**」などとして医師の不足を補おうとしています。医療関係職種の診療放射線検査技師・臨床検査技師・救急救命士などへ医師本来の医療業務を「法令改正」で担わせるとしています。これは

### 医療関係職種の業務範囲の見直し関係

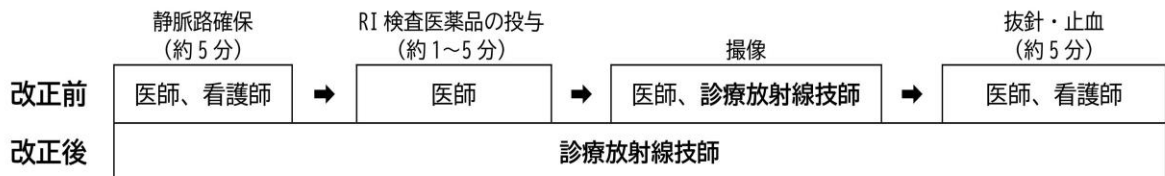
#### (1) 医療関係職種の業務範囲の見直し

- ◆関係団体（全 30 団体）から「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリング」を実施
- ◆ヒアリングで提案された業務のうち、「実施するためには法令改正が必要な業務」について、「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会」において、安全性の担保等の観点から、タスク・シフト／シェアの推進について検討
- ◆下記について、法律改正により、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士へのタスク・シフト／シェアを推進することで合意

※いずれの行為についても、医師以外が行う場合は、医師の指示の下に行うことが前提

#### 診療放射線技師

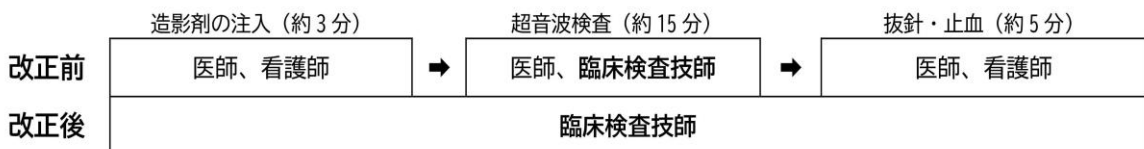
✓RI 検査のために、静脈路を確保し、RI 検査医薬品を投与する行為、投与終了後に抜針及び止血する行為



✓医師又は歯科医師が診察した患者について、その医師又は歯科医師の指示を受け、病院又は診療所以外の場所に出張して行う超音波検査

#### 臨床検査技師

✓超音波検査において、静脈路を確保して、造影剤を接続し、注入する行為、当該造影剤の投与が終了した後に抜針及び止血する行為



✓採血に伴い静脈路を確保し、電解質輸液（ヘパリン化生理食塩水を含む。）に接続する行為  
✓静脈路を確保し、成分採血装置を接続・操作する行為、終了後に抜針及び止血する行為

#### 臨床工学技士

✓手術室等で生命維持管理装置や輸液ポンプ・シリンジポンプに接続するために静脈路を確保し、それらに接続する行為。輸液ポンプやシリンジポンプを用いて薬剤（手術室等で使用する薬剤に限る。）を投与する行為、投与終了後に抜針及び止血する行為

✓心・血管カテーテル治療において、身体に電氣的負荷を与えるために、当該負荷装置を操作する行為

✓手術室で行う鏡視下手術において、体内に挿入されている内視鏡用ビデオカメラを保持し、術野視野を確保するために操作する行為

#### 救命救急士

現行法上、医療機関に搬送されるまでの間（病院前）に重度傷病者に対して実施可能な救命救急処置について、救急外来※においても実施可能とする

※救急外来とは、救急診療を要する傷病者が来院してから入院（病棟）に移行するまで（入院しない場合は、帰宅するまで）に必要な診察・検査・処置等を提供される場のことを指す。

厚生労働省資料より引用



これではさらに、**医療の質**も落ち、多忙化も強まりヒューマンエラーなどの**医療事故**の可能性も強まります。そして医師をはじめ全体の医療従事者の過重労働を強め、心身を摩滅させいのちを脅かすものです。当然、患者のいのちをも脅かすことになります。

## 6、どうして、マスコミは危険な法内容を報道しないのか！

### 悪法の具体化を 職場・地域から止めていこう！

明らかにゆとりある医療提供体制の確保、充実・強化が日常の「平時」でも求められています。しかし政府は「有事」の感染症の最中に、真逆な 医療法改正案は、法律を強行しようとしているのです。このままでは、国民と医療従事者のいのちを確実に脅かすことになります。しかも、おかしなことに、日本のマスコミは、このひどい悪政の内容を、これまでまったく報道していません。国民にこの極めて悪質な法案内容が知らされていないのです。

苦闘している医療従事者をはじめ国民全体に、さらに悪化する事態認識をひろげ、いのちを守る緊急の取り組みが問われています。そして例え、この悪法が成立しても、いのちの問題ですからあきらめることはできません。

悪法は成立しましたが、職場と地域の闘いはこれからです。病床削減は、建前として地域医療と病院から「自主的に削減を望み、そこに国は財政支援する」としています。また36協定は、もちろん労使間の協定で成立します。本来、労働側が「こんな長時間残業はダメです」とすれば「ダメ」なのです

つまり、これからが。この悪法の具体化を地域・職場で止め、いのちを守る取り組みなのです！

### **資料** 医療法改正案の衆議院本会議での採択に抗議する(声明)

全国保険医団体連合会 2021.4.12

「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案」（以下、医療法改正案）が4月8日、衆議院本会議にて可決された。

医療法改正案は、医師の働き方改革、タスクシフトや医師養成課程の見直し、新興感染症と医療計画、地域医療構想、外来医療のあり方など広範囲に及ぶテーマで構成されており、個々の改正内容について十分に時間をとった審議が求められている。しかし、厚生労働省職員による送別会問題により審議時間が削られた上、委員会での実質的な審議は参考

人質疑含めわずか3日間である。更に、新型コロナウイルス感染症に関わるワクチンや第4波に対応した医療提供体制の確保に委員会審議が大きく割かれるなど、法案内容の審議自体が不徹底なことは明らかである。

医療法改正案は、コロナ危機を通じて、平時より余力を伴った医療提供体制の確保、充実・強化が求められているにもかかわらず、医学部定員数を削減する政府方針を前提に、医師以外への職種への負担シフト、受診行動の変容・抑制や病床・病院の整理・削減を進めるなど、逆に医療提供体制を縮小・弱体化を進める内容となっている。

また、法案提出にあたり、医師の長時間労働に鑑みて負担軽減を図るとしつつも、過労死ラインの長時間労働などを容認した医師の需給推計が前提に置かれているなど、法案提出の前提自体に対して強い疑問を抱かざるを得ない。

特に、コロナ危機により、病床、医療従事者や医療機器等の不足が明らかになっているにもかかわらず、消費税財源（全額国庫負担）を使い病床削減を進めていくことを法制化することは本末転倒と言わざるを得ない。

医療計画に新興感染症等の感染拡大時での医療確保を位置付けるとしているが、この間の保健所、感染症病床の大幅な削減などに対する国の反省は見られない上、コロナ患者受け入れに大きな役割を果たしてきた公立・公的病院に対して再編統合を求める436病院リストは撤回すらされていない。感染症の蔓延時には多大なマンパワーや資材などを要するが、対応の要となる医療従事者の育成・確保はじめ、施設の整備・改修、医療資材・機器等の供給・備蓄や医療機関の経営補償などにおける国の責任・支援は不明瞭であり、都道府県や医療現場に医療確保に係る対応・責任が押し付けられかねない。

政府が強調する医師の働き方改革についても、2024年度の本格開始に向けて、地域での医師の確保に向けた施策、研修医等の労働時間短縮や大学院生等の「無給医」問題の解消に向けた具体的施策など議論は殆ど深められていない。かえって、過労死ライン（年960時間）以上を認める労使協定が大幅に増えている実態が指摘されるなど、年1860時間の時間外労働を追認する転倒した事態になることさえ危惧される。

政府、厚労省は、医師養成数の削減を進める方針は撤回し、医療従事者の抜本的増員・確保などに政策転換すべきである。医療法改正案については、参議院では徹底的に審議した上、抜本的な修正を図るよう強く求めるものである。

## おかしな、おかしな、感染症施設?? 使われなくて

### ムダとされた48億円・・・

病床が足りなければ、中国の武漢の臨時病院で病床を増やせばいい。それをまったくしないままの1年半です。日本の建設技術なら10日間で武漢並みの臨時病院はできるとのことです。しかも使われていないオリンピック施設はいっぱい・・・。それなのに「自宅療養」とするのですから悪質です。次のニュースは、その後、どうなったのでしょうか？

.....

#### **資料** 「警察宿舎→感染者用改修→利用せず元に戻す 計48億円」

朝日新聞 2021.4.7

東京五輪・パラリンピックで警備にあたる警察官用の東京都内の宿舎を、新型コロナウイルスに感染した人を受け入れる施設として改修したものの、利用されないまま元の状態に戻すことになった。警察庁などへの取材でわかった。改修と再改修に要した費用は計約48億円にのぼるといふ。

施設の管理や運営を担っていた都は「ホテルの方が宿泊療養に適していた」などと説明している。警察庁によると、宿舎は東京都江戸川区と江東区、大田区の臨海地区の4カ所に建設されたプレハブの施設。五輪の警備のため全国から派遣される部隊の隊員が寝泊まりするために警察庁の予算で用意された。

コロナ感染者の増加を受けた政府の対策の一環として、軽症・無症状の人たちが療養する施設に使う方針が決まり、完成間近だった昨年4月から改修を始めた。大部屋に仕切りを設けて個室に変え、トイレや浴室を増やしたほか、駐在する看護師のためのスペースをつくるなどした。昨年度の補正予算で改修費約40億円が計上され、実際に約37億円が使われたという。

4カ所で計800人ほどの受け入れが可能だったというが、一度も使われなかった。その後、五輪を控えて警察官の宿舎に戻すことになり、今月初めから再改修の工事が始まった。再改修には今年度の関係予算のうち約11億円が充てられる。警察庁によると、仮に療養施設に利用されていても、五輪の警備に間に合うように元の状態に戻す予定だったという。警察庁の担当者は「使うかどうかの判断や運営方針については話す立場にない」としている。関係者によると、警察庁と厚生労働省などとの間で、施設の管理、運営は都が担うことを確認しており、改修も都が主導して行った。厚労省から3月ごろ、警察庁に「都が使う状況にない」と連絡があったという。

厚労省の担当者は「改修が決まった昨春は風評被害の懸念があり、軽症者用のホテルが確保できるか分からない状態だった。都によるホテル確保が進み、結果的に使われなかった」と説明。都の担当者は「民間のホテルの方がアメニティーなどもそろっていて、宿泊療養に適していたため、ホテルを優先的に使用していた」と話した。