

新公立病院改革ガイドライン

政策転換期にむけた衛生医療評議会の運動

完全解説

前編では、この「新公立病院改革ガイドライン」「地域医療構想」の概要を伝えた。後編では、現在の医療を取り巻く政策の動きの中で、衛生医療としてどのような取り組みを展開するのか運動目標について解説する。

「地域医療構想」「新たな公立病院改革」は自治労の組織的課題

自治労は、2015年7月と11月に「公立病院改革対策担当者会議」を開催し、新公立病院改革ガイドラインの影響を「病院の問題」を越えた自治労の加盟組合の消滅、統合の可能性を含む「組織的重要課題」として取り組むことを提起しました。

各都道府県段階では、検討の程度に差はあるものの、着実に地域医療構想にむけて議論が進んでおり、20府県が

今年度、21都道府県が2016度半ばまでに策定するとしています。この議論の方向性によっては、急激な病床削減による医療資源不足が懸念され、地域医療の崩壊のきっかけとならないよう医療再編の議論を注視し、組織内議員等を通して意見反映を行う必要があります。

しかし、このような「地方創生」の基礎を支える地域医療のあり方に関わる重大で政策的な動向に対し、各県本部での情報収集および県本部・衛生医療評議会との連携が追いついていない状況もあります。

改めて、厚労省から「地域医療構想ガイドライン」、総務省から「新たな公立病院改革ガイドライン」による地域医

療や公立病院の今後のあり方に関わる重要な政策が示され、地域医療再編が早ければ数ヶ月以内に策定されることを自治労総体で共有し、取り組みを進める必要があります（『自治労通信2015年11・12月号』新公立病院改革ガイドライン完全解説前編参照）。

また、診療報酬改定や政策的転換期において、現場からの声を反映した政策を実現するために、関係省庁と意見交換を重ね、他団体と共闘し、意見反映に全力で取り組まなければなりません。

各都道府県における地域構想の進捗状況

含む医療提供体制の見直しが行われる「地域医療構想」をもとに策定されます。

このような状況のもと、病床削減や機能の変更を公立病院が多く負担し、その他の病院の改革は形骸化するのはないかという懸念があります。

そのため、地域医療構想の動向を常に注視し、自分たちの病院がどうなっていくのか状況等をしっかりと把握しなければなりません。

各県本部からの報告をもとに、各都道府県における地域医療構想の進捗状況と議論の傾向をまとめると、①地域医療構想の検討を、これまで継続的に行われてきた既存の会議を利用（医療審議会など）して、病床数・医療提供体制を議論する、②県が主体的に、次の段

「新公立病院改革」は、公民すべてを

階である「地域医療構想策定後の取り組み」として、病院の統合を研究する、③二次医療圏毎の調整会議が進展せず、近隣県、または人口・地域事情の近い県の動向を見ている段階、④厚労省からのビッグデータをもとに、現状追認(機械的・形式的)として、病床削減を中心にして、病床削減を議論を展開している、等の傾向が見られます。

とくに、④のような例の中では、本来の目的である「地域医療の充実」よりも「病床削減」の議論が先行しかねません。このような状況に対し、厚労省は、「公表した『必要病床数』は、患者の流入、県境を越えての受診、高齢化のピーク、慢性期病床必要数など地域の特徴があり、それを根拠とした必要数である。また、早急に病床削減を行うものではなく、10年かけて地域の実情や回復期の必要数を考慮して進めていくものである。地域医療再編の『10年後にむけて病床削減した完成の姿』へ向けて早急な削減ありきで議論を進めるものではない」と回答しています。

2018年にむけて 衛生医療評議会の運動目標

差し迫った2025年の高齢化のピークに対応するため、医療・介護等の社会保障のあり方について、2018年度

の「診療報酬・介護報酬同時改定」をきっかけとした大転換が行われます。現在は、その2018年の節目にむかい、消費税10%への引き上げと、医療分野においては、地域医療構想・公立病院改革、病床機能報告制度、2016年度診療報酬改定等さまざまな制度が動き出しています。

それにより医療再編、医療・介護の連携等が制度的に行われることで、現場で働く私たちの働き方にも大きく影響があります。高齢化・人口減少社会を見据えた社会保障制度のあり方を変える制度とともに、住民や労働者にとつての医療の質の確保、人員確保に関わる制度を自治労から提案する必要があります。

また、政策転換をチャンスととらえ、自治労の考える政策実現に近づけるよう、そして、いつ、いかなる契機も政策実現ができるよう具体的で、明確な方針を衛生医療評で作り上げていかなければなりません。

自治労として、国の推進する看護職員の確保政策へ全力で尽力するとともに、この転換期を機に、これまで衛生医療評議会の中心的課題として取り組んできた政策実現にむけ、行動しなければなりません。具体的には、総務省に対しては、病床の機能分化と役割の明確化を根拠に、公立病院の役割、専門性

を高く評価した財源確保(稼働病床数への交付金の増額等)、厚労省に対しては高齢化・労働力減少の中での医療の質の向上、医療労働者の人員確保のため、夜勤の1人月64時間の法整備、医療技術者の配置基準の明確化や診療報酬加点、多様なライフステージの女性が働くことのできる政策(M字カーブの底上げ、安定した雇用体制やキャリアアップの仕組み、ワークシェアリング等)に関わる制度整備)への取り組みが運動目標です。

一方、現場では、医療再編への転換期において、労働環境の変化等に対応する現場の労働組合の組織力が最も重要になります。現場の医療労働者にとつては、地域医療再編や在宅医療への転換による影響が大きく、第一に、地域医療崩壊を招く動きには断固反対をするとともに、働き方の変化を社会・住民のニーズとしてとらえ、公民に関わらず医療労働者全員の賃金・労働条件を都道府県基準以上へと押し上げるたたかいを展開することで、地域全体の医療労働者を活気づかせ、組織拡大のチャンスとすることが目標となります。

現状の政治的局面や、業務に追われる現場状況では、労働組合の運動目標と開きがあり、現状維持や悪化阻止が労働運動の中心となっている状況であると言えます。しかし、2012年「就

労看護職員200万人体制実現」署名を実施し、163万筆を超える署名によって政策を動かしたように、医療労働者の強い思いと行動によって社会全体を動かす大きな可能性があります。そこには、民主党政権の土壌があり、組合活動だけではなく有権者としての行動が自分たち労働環境改善に関わる政策実現の後押しをしていることを意識しなければなりません。

また、2016診療報酬改定においては、「夜勤月平均72時間要件堅持の署名」を1カ月の短い期間で県本部、単組、病院の協力のもと、2790団体の署名(12月9日現在)を集めることができました。これは、医療労働者の組織力、団結力の結果であり、衛生医療13万人とそれを応援する自治労の仲間の声です。

さまざまな困難な社会状況であっても、地域医療を充実させ、医療労働者全員が生き生きと仕事に誇りとやりがいを持つて働くことができるよう、本部・県本部・衛生医療評議会全国幹事一体となって、新たな公立病院改革のピンチをチャンスに変え、衛生医療評議会の13万人の組合員にとって再度組合の存在意義を示し、組織強化・拡大と衛生医療評議会の活性化につなげることを最大の目標として全力で取り組みます。

えさき参議院議員

×

衛生医療評白井事務局長

Special Talk

社会保障の充実こそ 地域再生の道だ

前号に続き、衛生医療評議会発として公立病院ガイドラインの完全解説をしてきたが、これに付随して今回は江崎参議院議員と白井衛生医療評事務局長の対談を掲載する。制度化された地域医療構想に自治体はこれからどう対応するべきか、これからの公立病院はどのような役割を担うべきかなどについて話した。

地域医療構想とは…

白井 今、国は高齢化・人口減少社会にむけて、経済成長率、労働力不足などの重大な課題に全力で取り組んでいます。社会保障においては、高齢化に伴う社会保障費の伸びの抑制と効率化が進められています。その一環として、医療においては、将来にむけて地域医療提供体制を再編する「地域医療構想」が制度化されました。これは、例えば、東北は冬季の移動に困難が多く、また人口の多い都会は高齢者の急激な増加が地域の問題になるなど、それぞれの

人的資源を最大限に生かして、
多様なニーズに応える
仕組みを作ることが重要



自治労本部 衛生医療評 事務局長

白井 桂子

地域性にあわせ将来の医療のあり方を考えるものです。しかし、そのような地域の特徴は理解していても現実問題として、どのように対応していくのが難しい。医療再編がうまくいかず、地域医療が衰退していくと、人口流出が起こり、自治体の崩壊だつてありえる。地域創生というけど、本当に地域について考えるのであれば、生活の基盤である社会保障の「充実」を一番に考える必要があると思う。社会状況を考えると、効率化はもちろん必要であるけど、「削減」は「効率化」ではない。人的資源を最大限に生かして、多様なニーズに応える仕組みを作ることが重要だと思う。

江崎 日本は、人口が都市部に集中している、このような都市部では、20年後には人口に占める高齢者の割合が40%を超えることが課題です。一方、山間部や離島などに住んでいる人は、過疎化や人口減少に伴い、交通アクセスやインフラ整備など個人の生活をどうしていくかが課題となる。このように、都会、地方で将来の地域における課題が大きく異なり、さらに同じような境遇の地域であっても課題が細分化しているにも関わらず、都市部の考え方で物事を進めていくと、日本という国づくりを間違えてしまうことになる。とりわけ、命・生活を支える医療や福祉についてはとくにそうだと思う。

先日視察した地方の病院では、ドクターヘリが配備されていました。そのヘリは、日本で一番出勤回数が多く、毎日、たくさんの方の命を救っているそうです。医師不足や地理的關係で救急医療を提供できる施設を各地に作るのが難しく、ドクターヘリを導入して、効率的に地域医療を支える医療提供体制を導入している例を間近で見せていただくことができました。

白井 そうですね。心筋梗塞や脳梗塞などは、早く処置できれば何の障害も残らず助かるけれど、そういう時、都市部だったから病院もあって助かった、地方で病院がない地域だったら助からなかった、となつては「どこに住んでも、

誰でも公平に医療が受けられる」という医療の理念に反してしまふ。そのような地域格差が生まれないように、地域医療構想は、人口動態に合わせた病床を確保することとしているけれど、10年後には、平均で10%、最大30%程の病床が削減されるべきという衝撃的な数字に、行政が「病床削減ありき」を誘導していることが強調されてしまつていふ。地方自治体も、とにかく病床を減らさなければ、という姿勢になつていて、実際に地域住民や働き方が急転換するのではないかと考える医療機関で働く人たちの間では不安が広がっている。

しかし、この地域医療構想の目的は、各地域の人口減少や高齢化のピーク等の実情に合わせて必要病床数を調整していく過程で、治療の場を病院から地域へ移行する方法や、医療機関の役割分担のあり方について計画を立て、10年という時間をかけて、実行していくということだ。これに伴う医療提供体制の変化を社会や住民のニーズとして医療現場で働く私たちが受け入れ、その中で労働組合が役割を發揮し、労働条件を確保していかなければなりません。

江崎 戦後の人口のピークの後は、人口減少と高齢化社会が訪れることは必然的であつたにも関わらず、国の政策が後手に回つたと言わざるを得ない。経済、労働、社会保障など、どの課題

にしても、人口減少社会をマイナスだけにとらえるのではなく、これからの公共サービスのあり方を考えるきっかけにする必要があると思う。公共サービス・対人サービスは経済状況に関係なく、社会状況に柔軟に対応し、住民に寄り添つて、その時代に必要とされるあり方であるべきですよ。

問われ始めたQOD

白井 今は人口減少社会に伴つて、公共サービスに携わるものすべて縮小していこうという傾向になつていふ。

医療の視点から見ると、「高齢化社会」は、「多死社会」ということも意味しています。そのような中で病院や看護師を減らしていいのか。人の命をきめ細やかに見ていくためには、それに対応した仕組みづくりが必要だと思ひます。

このような社会状況に対応するためには、国は「地域包括ケアシステム」の構築を推進しています。これは、医療・介護・住民・地域の連携を推進し、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしの中で、最期を迎えるのがコンセプトであり、QOL(生活の質)の向上と、QOD(いかに死ぬのかということ)にも関わるも

公共・対人サービスはその時代に必要とされるあり方であるべき



参議院議員

えさき たかし

のです。

この概念は、聞こえがいいかもしれませんが、実は制度・政策が人の死にまで関わってきているということを意味しています。多死社会の時代に病院の絶対数や労働人口が減って、人の最期に社会が対応できないことは許されたい。そういう意味では、社会保障サービスは、人口比に応じて単純に縮小していくとはならないし、「充実」を追求すれば経費は今以上にかかることになるかもしれない。

また、高齢者の課題と同時に、医療の縮小は少子化をもっと進めることになると思いませんか。少子化を解消するのなら、病気になる子どもたちやすべての世代の人を1人でも多く救うことが大事です。

江崎 最期をどう迎えるかは本当に大切なことです。

「幸せ」と「死のあり方」という極めて個人的な価値観に対して寄り添う医療・介護・公共サービスのあり方が、今後求められる本場に難しい時代になっていると感じます。

白井 地域医療構想や地域包括ケアシステムを考えることは、スケールが大きすぎて、労働組合の役割を越えているようにさえ感じます。

しかし、たとえ間違っているとしても、一度決まって、走り出した政策を止めることや方向転換することはとても難しい。

だからこそ、医療の担い手として、地域住民として、地域医療再編を考える過程からよく見て、本当にその方向で良いのか考えて、組合として議員を通して意見反映を行うことや、時には住民とともに行動を起こす必要があるかもしれません。

さらに、医療再編は病院の民営化や統合、ネットワーク化で給与形態が変わる、人材の流動化で職場が変わる、施設を出て在宅で医療を提供するなど、働き方の変化にも大きく影響します。

労働組合が機能するかどうかで、厳しい労働条件を突きつけられることもあるかもしれません。

しかし、その一方で、目の前の課題として、現場は人材不足や長時間労働などにより過酷な状況です。医療の現場で働く人は、常に命とむき合い、心身共に強くななくてはならず、辞めていく仲間がたくさんいました。今、介護職離職ゼロと言われているが、看護師離職ゼロだって重要です。

江崎 確かに、人の生活を中心に展開する社会保障サービスの充実と、自分たちがその地域で定年まで働き続けられる労働環境を同時に考えることは間違いなく大変だと思います。しかし、地域医療と労働者の幸せを両方実現する底力を、自治労は持っていると思う。

そもそも、消費税増税分の予算を充てて、社会保障の「充実」を行うとして

いるものの、すべてを社会保障の財源には充てられず、残念ながら社会保障費は削減の対象とされている。そのため、現場が必要としている夜勤1人月64時間制限の法整備や、コ・メディカル職員の診療報酬上の配置点数化等が後回しにされている。

でも、実はそのような医療職場の声に応じて人員の確保につながる施策を制度化していくことが重要で、それによって社会保障が充実し、結果的に医療を受ける国民へ還元されていくと思う。

白井 私は看護師として働いていたが、夜勤64時間で月8回くらいならこなせるんです。でも実際は、制限が守られないこともあり、子育て中の仲間と支え合って、改善の必要があると感じながらも仕方ないと思って働き続けている。しかし、正義感や諦めからそんなことを続けていては、患者に安全な医療を提供することはできない。ましてや自分自身の生活や体力や心までもがもたなくなってくる。それが自分自身が労働運動に深く関わるきっかけとなったものであり、看護師の夜勤制限への取り組みはとても重要な課題です。

また違う側面からみると、看護師の男女比率は13対1なんです（女性が13、男性が1）。それで、女性は出産などを機に一度退職すると、正規職員として復職できない。それをカバーするような例え、妊娠・出産・子育てなどの多様

なライフステージ、生活スタイルに対応し、キャリアを積み定年まで働き続けられる仕組みができていないんです。これらを解決するためにも、働き続ける仕組みを確立していく必要があります。私は、看護師から、女性が働き続けられる仕組みを作っていきたいです。

江崎 全く同感です。もつと言うと、女性が多い看護師の職場でできなければ、ほかの女性の働き方をフォローする仕組みも作れません。

看護師は、自治労が現場運動の中心となつて、月夜勤制限を勝ち取った「二ツパチ闘争」など、大衆運動を起こして労働環境改善に取り組んできた。労働組合の力で医療労働者が巻き起こしたこのような大きなうねりを社会全体に波及させ、すべての女性の働き方をもつと働きやすく変えていく必要がある。とくに、労働人口減少の中で、女性の労働力が希望とされる社会では、女性のワーク・ライフ・バランス実現のためにも、男女ともに働きやすい仕組みがしっかりと作られていく必要があります。そして、そこには、政治がコミットして、現場の現状を国会に届け、制度化や予算化などにつなげなくてはならないと思う。

公立病院の役割

白井 地域医療構想と同時に行われる



公的病院改革では、公立病院の財政の課題がとて重要になっています。簡潔に言えば、公立病院は儲ける医療をするなど言われている。公民役割分担の中で、儲かる都会の医療は民間で、儲からない過疎地域や離島などの医療を担うのは公的医療機関であると。でも、税金で運営しているんだから、儲からない医療の中で、安定的な医療を提供して、かつ収支を合わせて運営しなければならぬ。

しかし、公立医療機関の経営が厳し

い中で、地方財政の一般財源の中に占める病院分の交付税が、全額病院に入れているのか不透明です。民主党時代では、「公営企業年鑑」上で病院にいくら公布されて、実際にいくら病院運営に使われたかわかりました。そのため、地方財政と公立病院財政の関連や経営改善の方法が検証できましたが、今は掲載をしていません。

「情報公開」や「見える化」が進む中で、住民にとっても、病院に携わる者にとっても、自治体が自分たちの病院をどのように運営しているか、また、たとえ不採算であっても必要とされる医療は自治体で守っているということを見えるようにするべきです。

江崎 公共性という関

連からは「利潤を追求してはいけない」ということであるのはわかるけど、でも現実的にそれでは持続的な公的機関の運営はできない。というのは、病院も安定的経営を行って、そこで働く人に賃金をしっかりと払わないと、離職が増え、安全な医療提供体制が維持できない。まして、離島や地方では無医村が多く、そこに人を配置するためには、どうしたって志だけでは難しく、人がどこにしようと平等に良質な公共サービスを提供するための仕組みや工夫が必要です。今の市場原理主義は、過疎地など不便な所にはそもそも住む必要がない、都心に来れば、当たり前のように公共サービスを享受できる、と効率を追求した論理を展開しているけど、住民第一であるべき政治の考え方として間違っている。地域住民のニーズがある限り、それに最大限寄り添うのが政治や公共サービスのあり方ではないでしょうか。

今、「地方再生」で地方自治体は、

自らの自治体をどのように魅力ある地域にするか考えなければならぬ。それと同時に、地域医療構想や公立病院改革など社会保障にメスを入れる役を担わなければならないという何重もの大きな責任を背負っています。

しかし、自治労は行政の立場から、このようなすぐに成果は出ないかもしれない地域の将来や住民の生活や人生をどのようにサポートするかを自治研などを通して、今までずっと積み重ねて考えてきたと思う。

さらに、地域の公共サービス労働者が働きやすい地域、職場を考えることも地方再生のひとつであるところを、今こそ自治労が力を発揮して運動す

る必要がある。

白井 地域医療構想で地方の病院の統

合・縮小が進む懸念がありますが、一度病院施設がなくなってしまうと、もし将来必要とされても、なかなか再建はできなくなる。つまり、これから始まる医療再編に失敗は許されません。人口減にあわせて病床数をただ減らすことは容易ですが、医療再編は自治体が政策的にしっかりと考えて実行していかないといけない。そして、私たちも医療を担う者として、地方自治を考えてきた自治労の組合員として誇りを持って、地方自治体と一緒にあって、地域のために考えていかなければならない。

江崎 プライマリーバランスだけを見て、不採算な事業の見直しが進められることもあるが、人口減少社会の中で

何が必要なのか、不採算でも必要とされる事業に対して何をすべきなのか、よく考えていかなければならない。また僕は医療に携わる人たちをはじめ、公共サービスに携わる人を守っていけるように、今後、国会の場や党内の会議など、あらゆる機会を通じて力強く訴えかけていきたいと思えます。

白井 今回はありがとうございました。自治労の組織内議員として頑張ってください。

江崎 こちらこそありがとうございました。みなさんのご期待に添えるように頑張ります！