

2021年6月11日

厚生労働大臣 田村 憲久 殿

要 請 書

全国厚生連労働組合連合会

中央執行委員長 岩本 一宏

日頃の厚生労働行政におけるご尽力に心より敬意を表します。

私たちは、農村地域の医療の維持・発展のために、日々奮闘しています。

2020年初頭から全世界で拡大を続ける新型コロナウイルスを巡って、グローバル化した世界と都市集中型社会の脆弱性が明確になりました。感染症病床の削減とともに、それらを担ってきた国公立・公的病院の再編統合、また公衆衛生を担う保健所の統廃合など、「効率」を重視されてきた医療・社会保障政策が、今日の事態を引き起こした一つの要因です。

各地の病院では、感染を恐れた受診抑制やコロナ以外の診療・手術の制限・延期等もあり、外来・入院患者が減少する一方で、コロナ感染防護対策や患者対応などでこれまでにない緊張やストレスを抱えた労働を余儀なくされました。差別や偏見とも闘いながら、患者に向き合ってきたにも関わらず、生活のために必要な一時金（賞与）が減額されたことで、離職した職員も出ています。

世間では、「Go To キャンペーン」で移動や観光・飲食等への政策的消費喚起も行われましたが、医療従事者については、「病院と自宅以外の移動自粛」や「コロナ対応職員のホテル・寮生活」など、依然として不自由な生活を強いられています。

状況が厳しいのは医療・介護業界だけではありませんが、国民の重要な生活インフラの一つである医療・介護提供体制を維持するには、医療・介護従事者の処遇改善が必要です。

この1年以上続くコロナ禍で、医療現場は想像以上に逼迫・疲弊しています。当然、「自助」「共助」だけでは乗り切ることにはできず、「公助」が必要です。政府の役割は、「公助」であり、「国民のために働く政治」を強く押し進めていただきたく願っています。ついては、コロナ禍から地域医療を守り、住民が安心して暮らせる地域社会をつくるために、私たちは以下のことを求めます。

記

1. 地域医療確保のため、医療従事者や医療機関に対する財政支援など国の予算を抜本的に増額すること。

- 1) コロナ対応に対する財政支援はもちろん、減収補填など今後の医療機能維持を見据えた財政支援を行うこと。緊急包括支援金のスムーズな執行及び拡大を行うこと。

この間のコロナ関連補助金により、コロナ対応病院では一定の収支改善が見られますが、一方で通常診療部門を見れば大幅な減収で、機能維持が危うい状況に陥っています。新規のコロナ病床に対する財政支援だけでなく、継続した財政支援とともに、コロナ非対応の医療機関での大幅な減収を補填しなければ、コロナ後の医療

機能の大幅な衰退は避けられません。

また支援金の給付が遅れているために、この夏の一時金でも昨年と同様に大幅な減額が予想されている医療機関もあります。速やかに給付されなければ、この夏の離職増に繋がる可能性もあります。

- 2) 一定のコロナ収束が見られるまでの間、医療・介護従事者に対する「慰労金」を継続して支給すること。病院・施設に関与する職員が不公平なく受給できるようにすること。

医療・介護施設に対する「慰労金」支給は、業務を続ける上で一定のモチベーションを保つ動機付けとなりましたが、一方で支給額の格差や対象者の違い等で職場や施設間にも分断をもたらすものになりました。コロナ対応・非対応に関わらず、緊張や日常生活等で不便を強いられている全ての職員に対して、「慰労金」が継続して支払われれば、少なくとも医療・介護分野からの離職を防ぐ対策になると考えます。

不公平な事例として、将来の看護師育成に携わっている看護学校の教務が不支給で、疑問と不公平感を感じています。学生の実習で病院へ行き来することが多く、また看護師の人員不足を補うため病院の手伝いも行っている現状でありながらです。

- 3) コロナ対応職員に対する「特別手当」について、国として最低基準を定め、その費用を国費で負担すること。またコロナ受け入れ病院の全職員に対する手当を国費でまかなうこと。

全職員に対する「慰労金」とは別に実際にコロナ対応している職員には、その業務に見合った特別の手当が必要です。現在は、それぞれの医療機関で金額や支給要件が定められていますが、病院によっては国立相当以上を出せるところもあれば、1000円程度に留まっているところもあります。新興感染症で全国同様の対応が求められている中で、国として最低限補償する対応を国費支援で行うべきだと考えます。

- 4) 消費税収を財源とする「地域医療介護総合確保基金」による病床減らしを止めること。今後の新興感染症発生も考慮し、非常時に対応できるよう余裕ある病床確保と、余裕を持った人員体制を維持するためにこそ「総合確保基金」を活用すること。

現在、上記を進める医療法改正案が衆議院を通過し、参議院で審議中ですが、ベッド減らしのために、「社会保障充実のため」とされた消費税収を病床削減した場合の補填として使われることになっているのは、本末転倒です。緊急時即応可能な余裕を持った病床と人員確保こそ「総合確保」と言えるのではないのでしょうか。

2. 医療安全のために、医療従事者の労働条件基準を満たすよう、診療報酬制度の設計や下支えのための改善を行うこと。必要に応じて国の財政支援を行うこと。

- 1) 新型コロナ後の新興感染症対応を見据えた感染症病床の確保とともに、十分な収支が見込める診療報酬体系を構築すること。

2) 看護職の人員配置基準を抜本的に改め、底上げを行うこと。

患者の高齢化等に伴う認知症患者の増加など、従来より介護や見守り、注意が必要な患者が増加しています。また認知症患者による暴言、暴力、危険行為などもあり、現在の人員体制では、対処できなくなっています。現場は7対1看護でも体制不十分と感じており、人員配置基準の底上げこそ必要です。

3) 重症度、医療・看護必要度の基準を改め、抜本的に簡略化及び重点化を行うこと。

看護師の事務作業として医療・看護必要度の入力には、相当の時間が取られています。基準が分かりにくいことや項目が多いことなどで、逆にベッドサイドケアの時間が奪われています。その事により患者の治癒・早期退院に影響が起ることは本末転倒です。

4) 医療安全・褥瘡などの委員会以外でも、その他の研修・委員会が、必要な勤務時間として算定されるようにすること。特に重症度、医療・看護必要度についての研修会は早急に加えること。

上記項目と関連しますが、「入院医療の適切な評価の推進」として作業を求められながら、診療報酬上、必要な勤務時間として算定されていないため、病院での対応がまちまちです。

5) 人員体制への評価加算制度を充実させ、使いやすくすること。特に認知症患者に対する身体拘束しない場合の加算を手厚くすること。

医療従事者の負担軽減・処遇改善に向けた様々な報酬加算制度が設けられていますが、制度も多く、要件が複雑で細かいため、加算を取るために新たな業務や負担が増えることも多く、逆効果との意見も出ています。またそもそも人員不足地域である地方の厚生連病院では、要件を満たすこと自体が困難です。制度を整理し、シンプルで新たな業務負担とならないような方向へ見直しすることが効果的だと考えます。

6) 医療安全と看護職の労働条件確保を両立させるため、以下の基準を診療報酬の要件に加えること。

- ①夜勤1回の勤務は原則8時間までとすること
- ②交替制シフトにおける時間外労働の限度時間を定めること
- ③夜勤交替制勤務者の法定週労働時間を32時間に規制することを目指し、さしあたり常日勤労働者より短縮させる規制を導入すること
- ④夜勤日数の上限は個人で「月8日以内(3交替の場合、2交替の場合は月4回)」とすること。夜勤時間は平均でなく一人につき64時間以内とすること
- ⑤勤務と勤務の間隔(インターバル)を12時間以上とすること
- ⑥夜勤交替制労働者における最低年休取得率の規制を設けること。少なくとも政府目標である最低70%を下回らないこと

医師・看護師等の「過労死・過労自死」が相次いでいます。「働き方改革」法では、時間外・休日労働の上限時間が原則定められましたが、「特別条項」を結べば、「過労死水準」まで働かせることが可能です。2008年に高裁判決が確定した「村上優子さん過労死・公務災害認定裁判」では、夜勤交替制勤務の過重性から、月60時間でも過労死水準であると認定されました。厚労省自体が月45時間以上の時間外労働が過労死リスクが高まる節目だと説明しています。さらに「過労死弁護団」の川人博弁護士は「交代制勤務者は時間外労働月40時間でも過労死の危険がある。もっと言えば、交代制勤務者の時間外労働そのものがリスクである」と指摘しています。特に夜勤交替制勤務者は、「特別条項」対象外であるべきです。夜勤の過重性や「発がんリスク」などを考慮して、夜勤交代制労働者の労働時間は抜本的に縮減すべきです。罰則のない規制はなかなか達成できませんが、診療報酬の要件になれば、否応なく実施しなければ収入自体が得られないため、経営者も必死にならざるを得ません。「働き方改革」を進めるためには、診療報酬による誘導が必要です。看護職場はこれまでも数多くの離職者と「潜在看護師」を生み出してきましたが、これを食い止めるためにも、一つでも可能な条件を要件とすべきと考えます。

7) 診療報酬制度を抜本的に簡素化し、請求等受付期限を柔軟に対応すること。

診療報酬制度をシンプルにすることは、医事職員の負担軽減とともに、医療費全体の中での事務経費負担軽減にもつながる施策と考えます。現在、人（医師・看護師等）・モノ（医療機関等）両方の医療資源が限られている中で、政府も地域における医療機関の機能分化・連携を推進しようとしています。結果としてより多くの収益を上げようとして医療機関同士が競う形になってしまう制度は改めることが必要だと考えます。

医療機関の維持コストと診療への評価をシンプルに位置づけつつ、必要な費用はしっかりと保障することが、国民医療費をより合理的にしていくのではないかと考えます。

以上