

2022年11月2日

厚生労働大臣 加藤 勝信 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、JA 厚生連病院で日々奮闘している医療・介護労働者です。

新型コロナ発生から3年近くが経とうとしています。第7波は落ち着きを見せてきていますが、第6波を大きく超える感染者数とともに、死者数も大きく膨らみ、入院制限はもとより、自宅療養・待機中の死亡例が大きく増加しました。

現場はコロナ対応で疲弊しきっています。一般社会では、徐々に移動の自由を獲得し、観光などへ向かう人々も増えてきましたが、医療機関の場合には、ウイルス感染に繋がる可能性を排除し、いつ何時でも人員体制を確保するために、未だに自由な行動が出来ない状況が続いています。

現場での緊張もさることながら、この3年間に入ってきた新人は、学校でも実地研修がままならず、就職してからもしっかりとした研修・教育も受ける機会が限られ、早々に離職してしまうケースや、全体としても離職傾向が上昇し、現場の人員不足は、かつて以上に深刻になっています。

もちろん、人員不足による状況が厳しいのは医療・介護業界だけではなく、医療・介護は、国民の重要な生活インフラの一つであり、処遇改善なしに、確保は困難です。

岸田政権は、21年度補正予算において、看護職は、月4,000円の給与引き上げを目指した「看護処遇改善事業補助金」を創設し、10月からは診療報酬による看護職員処遇改善評価料になりましたが、ご存じのように対象病院や対象看護職を限定する中で、現場での矛盾や分断は、さらに拡がろうとしています。また、介護職にいたっても、月9,000円を目指し「介護処遇改善手当」が創設されましたが、医療機関に従事する介護職が対象外となるなど制度と実態が異なっています。

看護、介護職の給料引き上げは、22年コロナ以後を見据えるならば、本来、全てのケアワーカーが賃金底上げとなるような制度こそが必要です。

3年目に入ったコロナ対応で、医療・介護現場は、さらに逼迫・疲弊しています。住民が安心して暮らせる地域社会をつくるために、地域医療を維持、医療・介護産業の人員確保を進めるため、私たちは以下のことを求めます。

## 記

1. 22年10月から始まる「看護職員処遇改善評価料」は、補助金制度と同じく特定病院の看護職員数しか算定されないと同時に、それを原資に他のコメディカルへも支給可能としているため、チームである医療現場において、矛盾や職員間の分断を拡げています。薬剤師や事務等を含めて、全ての医療機関に働く労働者を対象にした評価制度に変更すべきです。

少なくとも対象病院を救急受け入れ台数 200 件／年（直近半年 100 件）とする制限は除くよう求めます。救急受け入れ台数が少なくとも地域になくってはならない救急病院として機能、維持させています。

また介護処遇改善事業補助対象にあたっては、医療機関で働く介護職や介護施設に働く看護職も医療機関と同様に賃上げが可能となる制度に改めるよう求めます。

全国の厚生連病院は、大部分が救急医療管理加算を取得し、R2 年度での救急搬送件数 200 件以上を満たしている中で、医療機関全体の中では、処遇改善補助金対象病院の割合が多くなっています。しかし、法人としては各道県厚生連であり、本来、労働条件として同じであるはずの賃金が、対象病院・対象職種であるか否かによって、違いが生じています。全厚連は「事務等も含めて全ての医療機関労働者の公平な賃上げを政府に求めている。少なくとも全ての看護職員に対して自己資金を含め処遇改善に対応したい」との姿勢をもっていますが、現実には、①金額を減らしてコメディカル含めた職員への支給、②対象・非対象病院を問わず全看護職員への一律支給、③国の制度通り、対象病院・対象看護職のみへの支給、④その他などと、各法人も相当悩みながら制度設計をしています。

問題なのは、配属病院や部署が、自らで選択できないにも関わらず、非対象病院に勤務している看護職や、対象病院であっても訪問看護や外来勤務のため、支給対象でないなどのため、支給されるされない職員が混在し、医療現場の分断をもたらすようなものになっていることです。

このまま、月 4,000 円の水準が 12,000 円水準へと変更になれば、この分断や矛盾をさらに大きくすることになります。私たち労働者からすれば、医療機関や介護施設で働く職員全てが、同様に賃金底上げとなるような制度改革を希望しますが、少なくとも全ての看護職に対して、岸田政権が目指す 3%水準の賃上げとなるような仕組みとならなければ、人員確保の面からも、取り返しのつかないような失策になりかねないと考えます。

またこれまで厚生労働省は、「診療報酬はあくまで診療の対価であって、賃金水準を定める性質のものではない。賃金・その他の労働条件は一義的に労使協議によって決定されるべきもの」と説明を繰り返してきました。しかし、今回創設された評価料は、月 1 万 2 千円の賃金原資を保障するために、対象看護職員数と 3 ヶ月の延べ患者数によって、165 段階の点数を付けるという算定方法となっています。患者が受けた診療行為ではなく、入院した医療機関の看護体制によって、点数が定められ一定の患者負担を強いるものになっています。もちろん患者対比の看護体制によって、より手厚い看護を受けているとの理屈もあると思いますが、看護賃金の一部分とはいえ、明確に賃金原資としての診療報酬を算定するということが可能であれば、しっかりと看護職にふさわしい賃金水準を確保するための診療報酬や、介護職に対する介護報酬を設定してもらいたいと思います。

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、十分な収入と支出への対応が見込める診療報酬体系を構築すること

現在、休床しているからと言って、病床削減することは、感染症急増時の即応を困難にするだけです。災害時の場合には、全国からの一時的な応援態勢などでの対応も可能でしょうが、今回のようなパンデミック対応では、どの地域でも、一定の余裕病床と人員を確保しておかなければ対応は困難です。人員も現在のようにギリギリで回しているような患者対比基準ではなく、「働き方」改革を担保するような平時の人員体制を考慮して、診療報酬制度を構築してもらいたいと考えます。

2) 看護職の人員配置基準を抜本的に改め、底上げを行うとともに入院基本料の引き上げを行うこと。認知症患者等の増加に伴い、一般病床の最低基準を7対1とすること。政府・厚労省として実態把握を行うため、医療労働団体との共同調査・研究を含めて、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。看護師の実際の手間や業務量は、2倍3倍かかっています。現場は急性期の7対1看護でも体制不十分と感じており、7対1は急性期というより、一般病床での最低基準の配置と考えます。人員配置基準の底上げこそ必要です。通常夜勤体制は、3～4人程度です。認知症患者には昼も夜もありません。厚労省は現在の夜勤をどのように捉えているのか、現場への実地調査を含めて、実態を把握するべきだと考えます。厚労省の手が足りないのであれば、積極的に医療労働組合で調査されている、様々な職場実態調査を積極的に活用し、政策に活かすべきです。経営者サイドよりも、現場に近い労働組合の方が、現場の問題を熟知していますし、継続的に課題を追い続けていて、情報の蓄積もあります。

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。

制度はシンプルにし、まずは入院基本料によって、必要な人件費を確保できるようにすべきです。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。また認知症患者の対応は業務の2倍3倍化を招いています。どの病床でも最低限7対1水準の人員配置が必要な実態であることを認識して、診療報酬上も対応すべきです。

3) 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

労働基準法は、労働者の「最低基準」の労働条件を規定しています。1 日 8 時間労働は、労基法 32 条に定められた労働時間の原則です。この制限が定められたのは、人間は機械ではなく、栄養補充や休息・睡眠が必要な生身の生物だからこそ、将来に渡って労働力として成り立つように人類の長い運動の歴史で確立されたものです。休日・時間外労働が命じられるのは、緊急の災害時を除いては、例外的に労使間で、労基法 36 条に定める 36 協定を結ぶことで可能となります。残業や休日労働が恒常的に発生している状況では、働き続けることは困難ですし、資格職である医療労働者が医療労働市場から離れてしまうことは社会的な損失です。

現行、診療報酬での労働条件規制としては、夜間労働の平均 72 時間規制がありますが、本来、安全な医療提供体制を担保するための制限であるはずですが、夜勤日数にしる、長時間労働にしる、医療における安全性確保には適切な労働条件確保が欠かせません。平均規制だけではなく、合わせて個人の上限を示した規制基準を要件として盛り込むことが必要ではないでしょうか。

1992 年、看護師確保法・基本指針が定められ、看護師の賃金・労働条件、人材確保・育成方策などの考え方が示されました。夜勤については「複数月 8 日以内」が掲げられたものの、それから約 30 年、看護師の処遇改善は進んでいません。1965 年の人事院「2-8（ニッパチ）」判定からは、57 年もの月日が経っています。

また厚労省は、2011 年 6 月に「看護師等の『雇用の質』の向上に向けた取り組み」として、医政局、労働基準局、職業安定局、雇用均等・児童家庭局及び保険局「5 局長通知」を発出しました。そこでは医療・介護・健康関連産業が「日本の成長牽引産業」として位置づけられるとともに、厳しい看護職等の勤務環境改善に向けた施策が掲げられました。その後、2013 年 2 月に医薬食品局を加えた 6 局長通知も発出されました。

民主党政権下での施策ではありますが、6 局長通知は、安倍政権誕生後に発出されたもので、行政は継続しており、過去の厚労省交渉でも「5 局長通知、6 局長通知は生きている」と回答されています。

現在においても、医療・介護・健康関連産業は、特に地方経済における基盤産業であり、これからの成長分野で変わってはいません。総務省の「産業連関表」での試算でも、これらの分野は経済波及効果が大きく、積極的な投資を行うことで、地域経済を回し、発展させていくことが期待されます。また少子化の中で、看護・介護等の資格職が離職しないように、制度的保障を行わなければ、医療や社会保障に関わるインフラが崩壊しかねません。

人員不足の解消が進まない中で、一人あたりの夜勤日数の増加や休暇取得が困難になり、在院日数短縮や医療の高度化、認知症患者の増加等による過重労働がいつ

そう進み、医師・看護師等の「過労死・過労自死」も相次いでいます。

看護師確保法・基本指針では、月 8 回（日）までの夜勤制限が基準として示されていますが、健康で働き続けられる交代制シフトのためには、「正循環」が求められており、そのためには月 6 日への改善・規制が必要です。「健康で業務に意欲を持って取り組む」める環境づくりに、政府はしっかりと取り組むべきです。

「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は過労死リスクが高まる節目だと説明している中で、サーカディアンリズムに逆らって働く夜勤（交代制）労働者には、さらに厳しい上限規制が必要ですし、そもそも「交代制」のシフト勤務者は、次のシフト労働者に業務を引き継ぐことが前提であって、現在のような時間外労働ありきのシフトは、「ありえない」ことだと認識すべきです。

この点でも、多くの過労死裁判に携わってきた「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。

厚労省は、「夜勤と発がん性についての国内での知見は定まっていない」として、国際的ながん研究機関である、IARC の研究結果や、国内の研究者による研究も認めていません。長年夜勤に従事していた看護師が 50 代にさしかかったところで、乳がんなどを発症するケースは、私たちが常に経験している事実です。一人ひとりの夜勤制限につながる規制を具体的に一つひとつ積み上げていくことが求められています。

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。

#### 4) 診療報酬制度を抜本的に簡素化し、医療事業に必要な費用をしっかりと保障すること。

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ものと考えます。現在、人（医師・看護師等）・モノ（医療機関・医薬品材料等）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、民間病院では、高収益が見込める医療に集中していく一方で、公立公的医療機関が、いわゆる「不採算」部門を担うという構造を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適正化していくのではないかと考えます。

3. コロナ禍で疲弊した医療現場を回復させるとともに、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) 新型コロナ対応に対する緊急包括支援交付金制度を継続すること。また必要に応じて、コロナ非対応病院での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。

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。

2) 地域医療構想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。

改正医療法で、「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。災害時や感染症対策を含めて緊急時即応可能な余裕を持った病床を確保することが重要なことはもちろん、人員体制においても平常時から一定の余裕がなければ、災害・緊急時の即応は出来ません。

現在の入院基本料は、過去平均して患者対比を保つことが要件ですから、将来の緊急的な医療需要を満たすものにはなっていません。想定される緊急時を100%として、70~80%稼働でも一定の余裕ある人員体制の維持ができる制度とすることが求められます。そのことによって、医療従事者の平常の「働き方」も確保され、魅力ある職場へと変えることができると考えます。

4. 医師の「働き方改革」について、2024年4月の施行まで、1年半とせまっていますが、厚生労働省として、どういう見通しを持っているか明確にすること。医師不足を看護職やコメディカルへのタスクシフトで対応するのではなく、医師養成数を増やし、OECD並みの水準に引き上げるとともに、へき地や農村中山間地における医療提供体制を確保するための対策や財政支援を行うこと。

以上