

2024年11月5日

厚生労働大臣 福岡 資麿 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

(公印省略)

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・中山間地域、へき地の医療の維持・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。

新型コロナウイルス感染症は、昨年5月8日以降5類感染症に移行しましたが、医療・介護現場においては、従前と同じように感染症対策を講じており、この間も、新型コロナやインフルエンザなどの感染症の波は継続しており、現場の多忙や緊張は収まりをみてはいません。今後も起きうる新興感染症の発生やまん延に備えるためには、平時から、余裕のある人員体制を確保することが必須となります。

今、現場の人手不足は過去にないほどに深刻な状況です。これは、厚生労働省の22年の雇用動向調査で「医療、福祉」の入職者数113万8,100人に対し、離職者数が約121万人で、入職超過率は0.9ポイントマイナスになったことや、日本看護協会の22年病院看護実態調査で看護職の離職率は、正規職員で11.6%、新卒採用者10.3%、既卒採用者16.8%となり、いずれも前年より離職率が増加しているなど、数字でも如実に表れています。

人手不足はさらなる労働環境の悪化や、医療・看護の質の低下につながりかねません。全国の医療従事者35,933人から回答を得た日本医労連「2022年看護職員の労働実態調査」では休憩時間が「きちんと取れている」のは、「日勤」24.1%、「準夜勤務」21.8%、「深夜勤務」28.0%、「2交替夜勤」26.8%。7割以上が、法で定められた休憩時間の取得ができていません。また、この3年間にミスやニアミスを起こしたことが「ある」のは86.0%と非常に高率であり、「医療・看護事故が続く大きな原因」では、「慢性的な人手不足による医療現場の忙しさ」が86.3%と突出して高い結果となっています。看護についても十分な看護が「できていると思う」は僅か2.2%、「大体できていると思う」は30.5%であり、合わせると32.7%と3割に留まっているのが現状です。そしてその十分な看護ができない理由として「人員が少なく業務が過密」との回答が8割強です。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であり、コロナで疲弊し、離職が入職を上回る状況を抜本的に転換させるにためは、社会的役割に見合った賃金・処遇へ大幅な改善が必要不可欠です。22年からの「看護職員処遇改善評価料」はほとんどが「手当」での引き上げとなり、基本給のベースアップについてはごく一部にとどまっています。また、24年の診療報酬改定でのベースアップ評価料は、物価上昇や他産業の賃上げには追い付いていないことや、対象外の職種があること、同一法人内での一律の賃上げが困難な設計になっていることなど、不十分であり早急に改善することが求められます。

看護職を始めとした医療職や介護職の給料引き上げと、職場環境の改善に資する大幅な増員こそが、いま日本の喫緊の課題です。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、発展させるため、私たちは以下のことを求めます。

記

1. 医師・看護師をはじめとして、医療・介護従事者不足によって、地域の医療・介護崩壊が、現実のものとなっています。人員確保のためには、他産業と遜色ない賃金が必要です。医療・介護業界からの人材流出が進む中で、医療・介護提供体制を維持するには、国の直接的な賃上げ支援が必要であり、国費による大幅賃上げ策を求めます。
また特に厚生連が担っている農村中山間地・へき地医療の確保のため、人件費のみならず、水光熱費や建築資材・機材・材料費高騰と、それらに伴う消費税負担増に対する財政支援を強化することを求めます。
2. 2024 年度診療報酬改定で創設された「ベースアップ評価料」について、以下の点について明らかにするとともに、具体的な対応を行うことを求めます。
 - 1) 医療機関におけるベースアップ評価料の申請状況と、賃上げ額及び率のデータについて開示すること。ならびに現時点での厚労省としての賃上げ目標への到達状況、今後の課題についての認識を示すこと。
 - 2) 厚労省が目指すベースアップ評価料では、2024 年度にプラス 2.5%、2025 年度にプラス 2.0%の賃金引上げ目標を掲げていますが、評価点数は2年間変えないとしています。また厚労省の25 年度概算要求でも、医療従事者の賃上げ対策の項目は見当たらず、これでは、少なくとも 2.0%の具体的な賃金原資が確保できるはずはありません。24 年度に赤字病院が拡大しているとの報道もある中で、政府・厚労省として、このままで政府目標が達成できると考えているのか、お聞かせ下さい。また 8 月の人事院勧告では、医療職（三）表で高卒 3 年課程で、3 万円を超える改訂など、初任給と若年層中心とした賃上げも勧告されている中で、その整合性をどのように確保するつもりなのか、認識をお示し下さい。このままでは、他産業との賃金格差を埋めるところか拡大するばかりです。早急に大幅引き上げの臨時改定を行うこと。
なお「ベースアップ評価料」の引き上げが、さらなる患者負担とならないよう、自己負担の算定から「除外」すること。
 - 3) 25 年度の賃上げ目標値を、諸物価高騰への対応、他産業賃金格差是正などのため、8.0%へ引き上げ、それを支える診療報酬の抜本的な引き上げ、及び、交付金の活用などの財政支援を行うこと。

23 年平均の消費者物価指数が 3%以上上昇（生鮮食品を除く総合指数前年比 3.1%上昇）していることに加え、他産業での 24 春闘での賃上げが 5%を超えることを考えれば、（連合発表：令和 6 年春闘 1 次集計賃上げ率平均 5.28%）8%のベースアップが最低限の目標です。

財務省の「特集 令和 5 年度補正予算及び令和 6 年度予算について」では「物価に負けない賃上げ」の実現として 24 報酬改定で「令和 6 年度にベア 2.5%（医療従事者の場合定昇分を入れれば 4.0%）、令和 7 年度にベア 2.0%（同 3.5%）を実現するために必要な水準を措置する」としていますが、いずれの水準も 8%には程遠い数字です。

- 4) 対象職種を医療機関で働く全ての職員を対象とすること。また、同一医療法人で病院や診療所を運営する医療機関では、ベア評価料の財源を柔軟に活用できるよう改定を行うこと。

診療報酬の制度上、保険医療機関ごとの請求になるので、その財源を同一法人だからと言って使い回すことはできません。病院と診療所の双方を運営している医療法人では、法人職員は病院も診療所も同じ賃金体系なのに、ベア評価料の%には格差があるため、不平等支給はできないとして算定を見送る見解を伝えてきている法人もあり、現場で働く幅広い職員への処遇改善の障壁となっています。

5) 賃金表のある医療機関でのベースアップは基本給の引き上げ（賃金表改定）で行うことを要件とすること。既に「手当」での申請を行っている医療機関についても、次期届け出までに、基本給の引き上げを行うよう指導すること。

厚生労働省発出「令和6年度診療報酬改定と賃上げについて～今考えていただきたいこと（病院・医科診療所の場合）」に記載があるように、本来ベースアップとは、賃金表がある医療機関については、賃金表の改定等により賃金水準を引き上げることをいいます。しかし、今回の評価料算定には賃金表のある医療機関でも決まって毎月支払われる給与や手当など、「基本給等」での引き上げが可能となっています。これは支払い側から見ればベースアップ評価料が恒久的でないものともみとめて取れ、経営者は賃金表書き換えに躊躇する要因となっています。

6) 介護報酬改定について、「介護職員等の処遇改善」のプラス改定は全く不十分であり、介護職員の賃金水準を全産業平均水準まで引き上げるための、再改定を行うこと。また、深刻な人手不足、物価高騰などで倒産が過去最多となるなかで、訪問介護の基本報酬の引き下げは直ちに撤回すること。

3. 「看護職員処遇改善評価料」（22年10月～）は、特定病院の看護職員数しか算定されないと同時に、それを原資に他のメディカルスタッフ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おり、以下の改善を求めます。

1) 「看護職員処遇改善評価料」は、「ベースアップ評価料」と一本化して、職員一人当たり12,000円の引き上げ分となるよう、制度改善と予算確保を行うこと。
また、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）とする制限は除くこと。

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。

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、支給対象でなく、対象者とその他職員が混在し、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。

2) 当該保険医療機関は変動する診療報酬を懸念し、その多くが「手当」で賃金改善を行い、診療報酬が引き下げられればその手当で調整を考えているため、安定的な賃金改善とはなっていません。賃金改善は基本給の引き上げ（賃金表改定）で行うよう指導をすることに加え、2/3以上を基本給の引き上げ（賃金表改定）とするよう制度を改めること。

厚生連は、各道県連一法人のため、対象病院が限定されることで、賃金表の底上げ（ベースアップ）導入には慎重にならざるを得ません。せっかく厚労省が「評価料の3分の2をベースアップに」と条件を付けても、対象病院・対象職種のみの手当として処遇し、将来不安の残る給与制度にならざるを得ません。

当該保険医療機関には厚労省から、賃金改善は基本給の引き上げ（賃金表改定）で行うよう指導をすることに加え、2/3以上を基本給の引き上げ（賃金表改定）による改善となるよう制度を改めることと、「看護職員処遇改善評価料」については当面診療報酬改定で引き下げられないような仕組みの構築や、中医協に提案・働きかけを行い、当該保険医療機関が安心して基本給を引き上げることができる制度への改定を求めます。

4. 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) 医療現場での「働き方改革」や労働諸法規遵守を進めるため、「労務管理評価料（仮称）」として、時間外労働の基準や年休等の休暇取得基準に対して、加算が取れるようにすること。

診療報酬は「診療に対する評価」との考え方に基づいて決定している、とこれまで厚労省は説明をしてきましたが、一方で「看護職員処遇改善評価料」や「ベースアップ評価料」は、具体的に看護職員の賃上げ原資（メディカルスタッフにも活用可能）として、直接的な診療とリンクした形でない、報酬体系を創設しました。現行の診療報酬では医療従事者の時間外労働は、直接的には評価されていません。また診療や業務を行っていない医療労働者の年休取得も、もちろんながら評価されていません。しかし、現実の医療労働者は、診療業務を行うため、恒常的な時間外労働も発生しており、そのための賃金原資は診療報酬から捻出をされています。全厚労や医労連が5年事に調査してきた「看護現場実態調査」では、時間外労働や「不払い残業」も少なく、年休消化も進んでいる職場では、「患者に対する十分な看護が出来ている」と答える看護職が多いという結果も出ています。もちろん、看護師一人ひとりの主観的な評価ですが、明らかに「余裕のある働き方、リフレッシュできる職場環境」が、「労働の質、看護の質」を高めていることは、容易に想定できます。看護・医療現場からの離職傾向を食い止め、人員確保をするためには、賃金とともに「働き方」の抜本的な改善を行う必要があるとともに、そのような労務管理（マネジメント）を行っていることを、しっかりと点数として評価すべきと考えます。

- 2) 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、医師、看護師等の医療労働者を大幅に増員できるだけ、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

- 3) 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。

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、新型コロナの様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。

患者の高齢化等に伴う認知症患者の増加など、従来よりも介護や見守り、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。通常之夜勤体制は、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つけていて、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。

4) 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、夜勤日数にしろ、長時間労働にしろ、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、59 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。

5) 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。

6) 看護師が十分なベッドサイドケアを行えるよう、入院書類等の事務作業、カンファレンスなどの抜本的な簡素化を促す診療報酬体系を設計すること。看護クランクなどの配置へ国が財政支援を行うこと。

7) 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。

5. 病院での薬剤師確保に向けた抜本的な対策を行うこと

1) 病院薬剤師・薬剤部門に関わる専門の担当部局を設置すること。病院薬剤師の実態を踏まえた人材確保に向けた方策を検討・実施すること。

2) 病院薬剤師の配置基準を引き上げること。そのための診療報酬を大幅に引き上げること。

3) 薬剤師の多くが奨学金の返済を理由にして病院勤務よりも調剤薬局を選ぶ傾向が継続しています。公的病院において病院薬剤師を確保するため、厚労省として奨学金の返済に充てられる助成を行うこと。また病院勤務を条件とした奨学金返済の減免制度や給付型奨学金の制度を創設すること。

6. リハビリテーション専門職の処遇改善についての対策を行うこと

1) 医療関係職種の中でも給与水準の低い理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の診療点数を大幅に引き上げること。

2) 診療点数引き上げによる増収が理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の給与に反映される仕組みを構築すること。

リハビリテーション（リハ）専門職の所定内給与額は20年余り変化がなく、他職種と比較して伸び率において大きな差が生じています。処遇の低下は優秀な人材の流出を招き、国民が受けるリハの質の低下を招き、国民が受けるリハの質の低下につながりかねません。医療の高度化や新型コロナウイルス感染症などのパンデミックへの対応等、医療・介護・障害福祉における専門職種を取り巻く環境は常に変化していますが、リハ専門職には不断の研修・自己研鑽が求められている上に、低い処遇の環境下では研鑽に必要な費用の捻出さえも現場で働くリハ専門職の負担になっています。

報酬改定の点数（単位数）が直接的にリハ専門職の給料に反映されにくいことも課題となっているため、公定価格の設定による増収がリハ専門職の給与に反映される仕組みを設置する必要があります。

以上