

いのちを守る仕事にふさわしい診療報酬・介護報酬を求める要求

- 安全でゆきとどいた医療・介護を実現するために -

2005年 2月 24日

日本医労連中央執行委員会

はじめに

来春には、診療報酬と介護報酬の同時改定が予定されています。今通常国会における介護保険制度と障害者福祉、さらに来年予定される医療保険制度・医療提供体制などの「見直し」と相まって、診療報酬と介護報酬の体系そのものが、大きく変えられようとしています。

いま、医療・介護労働者は超過密労働にあえぎ、患者・利用者のいのちと安全も脅かされています。来春の報酬改定において、いのちと安全を守る医療・介護労働への正当な評価を実現し、大幅な人員増といのちを守る仕事にふさわしい賃金を保障することが、国民の求める安全でゆきとどいた医療・介護を実現するためにも重要な課題となっています。

医療・介護の現場に働く者として、私たちは、その実現を強く求めるものです。

1、医療・介護労働者と患者・利用者の実態

(1) 貧困な人員体制の下でかつてない過密労働に

入院日数の短縮や医療の高度化、安全対策の拡充等によって、医療・介護の現場はかつてない超過密労働となっています。「2005年春闘・働くみんなの要求アンケート集計結果」(46,013名分)では、「とても疲れる」が50.4%を占め、「やや疲れる」と合わせた「疲れる」が93.6%にも達するという異常な事態です。「退勤時間調査」でも、その多くが夜勤・交代制勤務者でありながら、少なくとも平均75分を超える時間外労働を強いられていることが明らかになっています。

特に看護職の過密労働が深刻であり、「とても疲れる」は6割近く(59.0%)を占めています。仕事に追いまくられ、満足な医療・看護ができない中で、健康破壊やバーンアウトが後を絶たない状況です。「看護現場実態調査」(看護職28,741名分)では、慢性疲労が8割(79.0%)、健康不安が7割(70.5%)を占め、3分の2(67.6%)が仕事を辞めたいと思っている状況です。

他職種の実態も深刻です。勤務医は違法当直など長時間労働・拘束を強いられており、各地で医師不足が深刻化し、診療科の閉鎖などの事態が発生しています。介護の現場でも、深刻な腰痛問題の発生や、医療職の配置が少ない下で無資格者の医療行為が常態化するなどしています。

こうした背景には、医療・介護労働者の配置基準が長年、低いままで据え置かれ続け、さらに近年のマイナス改定等によって、人員増にいつそうの抑制がかかっていることがあります。現場はもはや限界であり、人員増は緊急課題です。

百床当	日本	フランス	ドイツ	イギリス	アメリカ
医師	15.6	35.2	39.6	43.9	77.8
看護職員	42.8	69.7	102.2	129.2	230.0

(単位:人。出典:OECD資料等より厚生労働省作成の資料)

(2) いのちと安全を守る仕事につりあわない低賃金

患者・利用者のいのちと安全に直接携わる専門職でありながら、医療・介護労働者の賃金は非常に低く抑えられています。「賃金構造基本統計調査」(厚生労働省)によると、医療業(医師除く)の所定内賃金の平均は、月額約31万1千円であり、他産業労働者より約3万4千円も低くなっています。年収ではさらに格差が大きく、約54万7千円も低い実態です。

介護労働者に至っては、まともに働き続けられない低賃金です。「介護労働実態調査」(介護労働安定センター、1,463事業所・28,062人分)によれば、施設系の介護労働者の所定内賃金は平均194,630円(月給制)と、20万円にも届いていません。注目すべきは、時間給制の平均が1,107円となっており、時間単価が月給制とあまり変わらないことです。介護労働者の賃金は、パートなどの不安定労働者を基準とした超低賃金構造となっているのです。

(3) 相次ぐ負担増ですすむ受診・利用抑制と在宅など貧困な基盤整備

老人医療の定率負担化(1~2割)や健保本人3割負担や特定療養費制度の拡大など、相次ぐ医療改悪の増大によって、患者・国民負担が大幅に増やされてきました。受診抑制・中断が広がり、各地で深刻な事態を招いています。不況も相まって、特に国保では滞納が461万世帯に達するなど、国民皆保険制度の空洞化が進行していると言わざるを得ない状況です。

今国会には、介護保険の食費や居住費の自己負担化や障害者福祉の応益負担化をねらった改悪法案が提出されています。医療分野においても来年に向けて、いわゆるホテルコスト(室料や食費)の保険外しや新たな高齢者医療制度の創設による老人からの高額な保険料徴収、さらには混合診療の解禁など、いっそうの負担増と医療の営利化を狙った動きが強まっており、国民の受療権、生存権は重大な脅威に直面しています。

入院日数の短縮化が急速に進行しており、一般病床では全国平均が20日にまでなっています。貧困な在宅支援体制の下で、行き場のない患者があふれています。特養の待機者はいっそう増え、全国で33万8千人を超えています。また、公的医療機関の再編・縮小が急速に進められています。介護・障害者福祉の新たな体系化や医療提供体制の再編がすすめられていますが、地域の医療・介護を支える基盤整備がいっそう求められています。

平均在院日数	98年	99年	00年	01年	02年	03年
病床全体	40.8	39.8	39.1	38.7	37.5	36.4
一般病床	29.3	27.2	24.8	23.5	22.2	20.7

(単位:日。出典:厚生労働省「病院報告」)

2、診療報酬・介護報酬に対する私たちの基本的考え方

(1) 国民皆保険制度を堅持し、国民のいのちと安全、医療・介護を受ける権利を保障するものであること

憲法25条は、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と規定しています。国民への良質な医療・介護・社会保障の保障は、国の責任であり義務です。

しかし、現状は、相次ぐ制度改悪によって患者・国民負担が大幅に増えています。国民の受療権は侵害され、受診・利用の中断・抑制などが広がっています。そして、保険料の引き上げに止まらず、食費やベッド代・居住費などいわゆるホテルコストの保険外しや、特定療養費制度の拡大・再

編、混合診療の解禁など、公的保険制度の縮小攻撃が強まっています。

国民が安心して必要な医療・介護を受ける権利を保障するのが国の責務であり、それを実効あるものにするのが診療報酬・介護報酬です。報酬改定に当たっては、すべての国民に等しく、安全でゆきとどいた医療・介護を保障することを大前提とすることこそ必要です。

(2) 医療機関・介護施設の安定した経営を確保し、国民に安全でゆきとどいた医療・介護を提供するものであること

診療報酬・介護報酬は、国民が医療・介護を受診・利用した際に、医療機関や福祉施設に支払われる公的保険制度による給付（財政保障）です。医療機関や福祉施設にとっては文字どおり、その収入の大半を占めるものです。しかし、現状は、財政優先の抑制改定が続くとともに、改定を通して提供体制の再編が押し付けられるなど、大きなゆがみが生じており、医療機関・福祉施設の経営を圧迫しています。それは、提供される医療・介護内容の低下や保険外負担の拡大など、患者・利用者への負担ともなっています。

必要な経費や人員体制を保障する診療報酬・介護報酬とし、医療機関や福祉施設の存立を経済的に保障することが必要です。それが、安全でゆきとどいた医療・介護を安定して提供する最大の担保となるものです。

(3) いのちと安全を守る医療・介護労働への正当な評価を実現し、ゆとりある人員体制と社会的役割にふさわしい賃金を保障するものであること

医療・介護労働者は、かつてない超過密労働にさらされています。健康破壊とバーンアウトが進行するとともに、患者・利用者のいのちと安全も脅かされています。いのちを守る仕事でありながら、医療・介護労働者の賃金は非常に低くなっています。

その原因は、社会保障抑制策とともに、診療報酬・介護報酬で労働に対する評価が低く抑えられているからです。医療・介護は、人に大きく依存するものであり、人員体制の充実によってこそ、いのちと安全を守ることもできます。

診療報酬の見直し論議の中で、医療技術料（ドクターフィー）と施設管理料（ホスピタルフィー）に加え、もの代（薬剤・材料代等）という考え方が浮上しています。市場実勢価格に基づいて材料費等を支払うというのですが、現在の包括的な点数設定を改め、わかりやすい体系をめざすのであれば、「もの代」と同時に、人件費・技術料を点数設定の基本に据えるべきです。実際の支出でも、医療では約5割、介護では6~7割程度を人件費が占めており、その保障こそ、国民にわかりやすいと同時に、安全でゆきとどいた医療・介護を実現することにもつながります。登録型ヘルパーをはじめ、介護分野での不安定雇用と働き続けられない低賃金構造を改善することが、介護の質を向上させる不可欠の課題となっています。

診療報酬・介護報酬の改定に当たっては、いのちと安全を守る医療・介護労働に対する正当な評価を実現し、各職種の人員配置基準を抜本的に改善して現在の超過密労働の実態を解消するとともに、その社会的役割にふさわしい賃金を保障することが必要です。

3、医療・介護労働者への評価を中心とした改定要求

(1) 医療・介護労働者の人員配置基準の抜本的引き上げを

現在の異常な過密労働をあらため、安全でゆきとどいた医療・看護・介護を保障するために、人

員配置基準を抜本的に改善し、医療・介護労働者を大幅に増やすことが必要です。

そのため、人への評価を実際の点数設定でも明確化するとともに、職種ごとにすべての医療・介護労働者の配置基準を定め、引き上げるべきです。

人員配置基準の設定に当たっては、労働基準法等を遵守するとともに、看護職員の3人以上・月6日（当面8日）以内夜勤や完全週休2日制、年休の取得、母性保護等の労働条件が保障できる人員配置を見込むことが必要です。夜勤・交代制労働者が多くを占めながら、数時間の時間外労働が常態化していることや連続勤務などの劣悪な状況を直ちに改善すべきです。医療・介護に責任を負う見地から、正規職員を基本とし、直営原則を貫くとともに、夜間・救急等の医療を保障するため、当直制や待機制の交代制勤務への改善を保障すべきです。

以上の理由から、特に下記の点の実現を求めるものです。

安全でゆきとどいた医療・看護・介護を保障するため、人への評価を点数設定上も明確化し、医師・看護職員をはじめ医療・介護労働者の職種ごとの人員配置基準を定め、引き上げること

違法な宿日直体制や連続勤務など、勤務医の長時間労働を改善するため、医師の配置基準を抜本的に引き上げること

入院の看護職員配置基準は、患者2人に1人以上を基本とし、「1対1」「1.5対1」看護を新設すること。日勤時は患者4人に1人以上、夜勤時は患者10人に1人以上の看護職員の確保を保障すること

療養病棟・老人病棟の看護職員配置基準は、患者3人に1人以上とするとともに、看護要員全体で患者2人に1人以上とすること

外来の看護職員配置基準は、患者15人に1人以上とするとともに、夜間・休日等の宿日直勤務の交代制勤務への改善を保障すること

手術室の看護職員配置基準は、少なくとも手術台1台に3人以上とし、長時間勤務や夜間・休日の待機体制等を解消すること。透析についても、看護職員等の配置基準を定め、人員増をはかること

ICU・CCU・NICU等の看護職員配置基準は、患者1人に対して常時1人以上とすること

薬剤師の配置基準は、入院は患者30人に1人以上、外来は処方箋40枚に1人以上とすること

放射線技師や検査技師、栄養士、調理師等についても、件数・患者あたりの人員配置基準を明確化し、人員増をはかること

リスクマネージャーや院内感染防止ナース、臨床工学技師などの専任配置基準を定め、医療事故防止や安全な医療を保障する体制を整備すること

精神病床・結核病床等の特例を解消し、人員配置基準や基本点数を一般病床と同一にすること。精神科リハビリ・訪問看護等についても同様に扱うこと

介護三施設等については、介護職員の配置基準を抜本的に引き上げるとともに、看護職員の夜間複数配置を保障すること

訪問看護・介護については、患者・利用者の必要な医療・看護・介護を提供するため、大幅な人員増をはかること

ケアマネージャーについては、担当件数を少なくとも1人30件以下とすること。また、予定される質の向上に向けては、研修等の公的保障等を見込むこと

介護福祉士・ヘルパーの配置基準を改善するとともに、登録型など不安定労働を解消し、労基法等の守れる労働条件を保障すること。ヘルパーの研修制度の公的保障等を見込むこと

(2) いのちと安全を守る社会的役割にふさわしい報酬設定を

他産業労働者に比べても低い、医療・介護労働者の賃金を大幅に引き上げ、いのちと安全を守る社会的役割にふさわしい賃金水準を早急に実現することが必要です。それは、少子高齢社会の下でも必要な人材を確保し、安全でゆきとどいた医療・看護・介護を保障する重要な課題です。

診療報酬・介護報酬で、人件費の保障という観点を明確化し、医療・介護労働者の社会的役割にふさわしい賃金水準を保障するため、特に下記の点の実現を求めるものです。

いのちと安全を守る医療・介護労働の専門性や仕事内容等を勘案して、人件費に対応する報酬設定を明確化するとともに、その社会的役割にふさわしい適切な賃金水準が保障できる点数設定とすること

2006年診療報酬改定に当たっては、医療労働者の賃金を当面、他産業労働者と同一水準に到達させるため、少なくとも10%程度の賃上げを保障する改定を行うこと

2006年介護報酬改定に当たっては、全産業平均より4割程度も低い介護労働者の賃金を当面、常勤を基本としたまともな賃金水準へと改善するため、介護労働者の大幅賃上げを保障する改定を行うこと

人件費に対応する点数については、毎年改定を原則とすること

医療・介護労働の公的な性格を考慮し、人への評価にかかる報酬がきちんと人件費に充当される仕組みを構築すること

(3) 国民のいのちと安全を保障する改定要求

国民のいのちと安全を保障する見地から、現在の論議状況も勘案し、診療報酬・介護報酬改定の全体的課題について、特に下記の点の実現を求めるものです。

混合診療の解禁や特定療養費制度の再編・拡大、公的保険の範囲縮小など、患者・利用者負担を拡大せず、必要十分な医療・介護を公的保険で保障すること。食費や室料・居住費等の保険外し・自己負担化の検討・具体化を即刻中止すること

医療・介護保険への国庫負担割合を引き上げ、保険料と患者・利用者負担の軽減を図ること。低所得者や障害者などへの減免制度を抜本的に拡充すること

入院日数の強引な短縮策をやめ、患者が医療機関等から追い出され、行き場のない実態を解消すること。特養待機者の解消をはじめ、公的責任で在宅と介護・福祉の基盤整備を抜本的に強化すること

粗診粗療の懸念あるDPCなどの包括・定額払い制の拡大をやめること。包括・定額払い制においても、必要な医療が阻害されないように点数評価すること

リスクマネジメントや安全のための会議・研修、医療機器の更新など、安全のコストについては減算措置をあらため、必要な費用を保障すること

報酬制度による強引な機能分化や再編の一律的な押し付け・誘導策をやめ、住民要求に基づいて、必要な医療・介護体制を地域実状にあわせて確保できるようにすること

勤務医の長時間労働の実態や新医師臨床研修制度の必修化等の状況に鑑み、医師養成の拡充策などとあわせ、医師不足解消の特別措置を講じること

介護保険制度や障害者福祉の新たな施設体系等の構築に当たっては、公費による施設基盤と人

材育成・現任教育を保障するとともに、軽度者の介護給付の制限など、必要な介護・福祉の提供が疎外されないようにすること

「中央社会保険医療協議会」「社会保障審議会」などの委員に、日本医労連をはじめ医療・福祉労働者と病院・福祉施設などの現場代表を加えること。ヒアリングなどを定期的に広く実施し、現場や国民の声に基づく改定作業をおこなうこと

4、財源問題に関する基本的な考え方

(1) 社会保障の財源を巡っては、「伸び率をGDPの伸びの範囲内に抑えること」など、その大幅な抑制を求める声が続いて出されています。しかし、高齢社会の進行の下で、それを実施すれば、公的保険の範囲の大幅な縮小や患者・国民負担のいっそうの増大など、重大な結果を招くことは明らかです。診療報酬・介護報酬の改定に当たっても、何より大切なことは、安全でゆきとどいた医療・介護を保障することを前提条件として基礎に据えることです。

(2) 医療・介護労働に対する正当な評価を実現する財源として、患者・利用者・国民の負担を引き上げるべきではありませんし、その必要もありません。患者・利用者負担はもはや限界であり、すべての国民にお金の心配なく、必要な医療・介護を等しく保障するには、むしろ保険料・利用料の軽減こそ必要です。消費税は不況を深刻化させるとともに、高齢者や低所得者など経済的弱者により重い負担を強いるものであり、消費税率を引き上げるべきではありません。

(3) 医療・介護労働に対する正当な評価を実現するために、財政措置として下記の実現を求めるものです。

現行の診療報酬・介護報酬の仕組みを見直し、人員配置を重視した体系へ改める必要があります。日本の医薬品や医療・介護機器の価格は異常に高くなっています。市場実勢価格に基づくもの代という考え方をとるにしても、医薬品や医療・介護機器などの価格を欧米並みに是正することが必要です。それによって、少なくとも2兆円を超える財源が生まれます。

減り続けてきた国庫負担割合の引き上げることです。国民医療費に対する国庫負担をピーク時(1981年度)の30.8%に戻すことなどだけでも、少なくとも2兆円を超える財源が生まれます。「公共事業に50兆円、社会保障に20兆円」と言われるとおり、日本の財政支出の構造は大企業重視に偏重しています。世界第2位の経済力を活かし、高齢社会にふさわしく、国の予算を社会保障重視に組み替えれば、保険財政への国庫負担割合を引き上げることができます。

経済政策や労働者政策を改め、保険料収入を増大させることです。不況の下で、失業者・低所得労働者が増大し、国保滞納等を含め、保険料収入が落ち込んでいます。国民への増税路線を転換するとともに、労働者保護を前進させることによって、景気を本格的に回復させ、労働者の収入増を実現すれば、保険料収入を増やすことができます。その点でも、消費税率の引き上げや定率減税の廃止などの庶民増税は行うべきではありません。また、空前の利潤を上げる大企業や高額所得者に対しては、応分の税負担や保険料の引き上げを求める必要があります。

保健・予防対策を拡充し、中長期的な医療費・介護費用の増大を抑えることです。皆保険制度を堅持して、予防給付などの介護分野だけでなく、保健・予防活動を抜本的に強化することが必要です。

以 上