

医療労働



特集

余力のある地域医療体制をめざして

学習講演

医師不足にもほどがある 一偏在対策・地域医療構想は地域の実情に沿えるのか
公益財団法人 日本医療総合研究所 寺尾 正之

タスクシフト・シェアで医療・看護レベルが保たれるのか
佛教大学准教授 長友 薫輝

記念講演

介護労働の社会的評価とジェンダー ―ケアの市場化に抗する運動の可能性
実践女子大学教授 山根 純佳

1 医療提供体制の縮小・削減をくい止め、 地域医療を守り充実させよう！

鎌倉 幸孝（公益財団法人日本医療総合研究所 専務理事・事務局長）

2 学習講演

社会保障・地域医療対策委員会学習会（2025年2月5日）

医師不足にもほどがある

偏在対策・地域医療構想は地域の実情に沿えるのか

寺尾 正之（公益財団法人日本医療総合研究所 研究・研修委員）

9 学習講演

第52回医療研究全国集会 看護分科会プレ企画 新春看護学習会（2025年1月18日）

タスクシフト・シェアで医療・看護レベルが保たれるのか

長友 薫輝（佛教大学准教授）

16 記念講演

2025年介護要求実現！全国学習交流集会（2025年2月25日）

介護労働の社会的評価とジェンダー

ケアの市場化に抗する運動の可能性

山根 純佳（実践女子大学教授）

24 調査報告

2024年秋退勤時間調査結果

連載コラム

31 心すなおに風のごとくに……………松浦健伸（石川勤労者医療協会城北病院精神科医）

32 よろしく（あたらしくなかまになりました）……………愛加那労働組合（神奈川）

医療提供体制の縮小・削減をくい止め、 地域医療を守り充実させよう！



2025年春3・5国会議員要請・意思統一集会

2024年4月から開始された「第8次医療計画」の厚労省通知には、「コロナウイルス感染症の感染拡大により、我が国の医療提供体制に多大な影響が生じ、救急医療をはじめ、地域医療の様々な課題が浮き彫りとなり、地域における入院・外来・在宅にわたる医療機能の分化・強化、連携等を行う重要性や、地域医療全体を視野に入れて適切な役割分担の下で必要な医療提供を行う重要性などが改めて認識された」とあります。

つまり、コロナ禍を経験して様々な課題が浮き彫りになったのにもかかわらず、第8次医療計画は従来と変わらない機能分化や分担・連携を推進する内容です。

さらに「骨太方針2024」では「2040年頃を見据えて、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少等に対応できるよう、地域医療構想の対象範囲について、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体に拡大するとともに、病床機能の分化・連携に加えて、医療機関機能の明確化、都道府県の責務・権限や市町村の役割、財政支援の在り方等について、法制上の措置を含めて検討を行い、2024年末までに結論を得る」としています。コロナ禍でより疲弊した保健・医療・介護・福祉の現場の実態を無視し、コロナ禍以前に策定した計画をそのまま推進したうえ、入院病床の効率的再編をメインとしてきたこれまでの地域医療構想に、外来医療、在宅医療、医療・介護連携、人材確保などを加え、地域の医療提供体制全般を網羅して全面的に改変する「新たな地域医療構想」の検討が進められています。

そもそも、感染が拡大し「医療崩壊」を招いたのは、これまでの医療の提供体制の再編・縮小や、医師・看護師をはじめとする医療従事者の抑制、そして感染症対策の要となる保健所や感染症病床を減らしてきた医療・社会保障の政策にあります。

いま必要なのは、防衛費の大幅増額などではなく、パンデミックに備えた「余力のある」医療提供体制を再構築することです。住民のいのち・健康を守る地域医療の整備・確保に向け、地域から大きく声を上げていくことが重要になっています。

(公益財団法人日本医療総合研究所専務理事・事務局長 鎌倉幸孝)

医師不足にも ほどがある

偏在対策・地域医療構想は地域の実情に沿えるのか

てらお まさゆき
寺尾 正之

公益財団法人日本医療総合研究所
研究・研修委員



本日は、「偏在対策・地域医療構想は地域の実情に沿えるのか」というテーマで話を進めていきたいと思います。

今通常国会での議論に

厚生労働省は2024年12月、「2040年頃に向けた医療提供体制の総合的な改革に関する意見」を取りまとめました。取りまとめたのは社会保障審議会の医療部会ですが、厚労省が提案したものです。あわせて「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」を出し、この2つの文章の内容に沿う形で、今通常国会に医療法や健康保険法等の改正法案を提出します。予算関連法案ですので2月上旬、国会に提案されます。

法案の内容はまだ確認できていませんが、ほぼこの2つの文章の内容を踏まえた法案になるでしょう。

医師偏在の是正に向けて

本日の話の第1の柱は「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」です。

パッケージの基本的な考え方、具体的な取り組み、特徴は以下の通りです。

①厚労省は、現状のままでは介護保険と同様、医療保険も「保険あってサービスなし」という事態に陥る可能性があるという認識を示しています。ところが、医師確保対策については適切な配置にシフトし

ていくとして、医師養成数を増やすことには背を向けています。

②同時に、「医師偏在の是正の具体的な取り組み」については診療報酬をリンクさせる方向を示しています。次回の2026年度報酬改定を経て本格的に実施する計画です。

医師確保計画

「総合的な対策パッケージ」の主な内容について、大きく2つ取り上げます。1つが医師確保計画です。現在も取り組まれていますが、医師確保計画の実効性を担保するとしています。

①具体的には、「重点医師偏在対策支援区域」(重点区域)を設定。その上で新たに「医師偏在是正プラン」を策定します。

②厚労省は「重点区域」の候補区域を提示し、都道府県がこの候補区域を参考にして「重点区域」を選定します。実際には厚労省が示した候補区域をそのまま容認するという形になるでしょう。

厚労省が提示する候補区域の案については、概ね全国で100程度の2次医療圏を選定します。「重点区域」の面積は全国の約43%、人口では約15%、医師数では全国で10%が対象になります。すでに厚労省の中では、どこの2次医療圏を「重点区域」に選定するのかは認識しているのでしょうか。「重点区域」の公表は2026年度になるのではないかと思います。

③この「重点区域」を対象とした「プラン」で、支援対象の医療機関や必要な医師数など、具体的な取り組みを定めるとしています。2025年度は緊急的な

取り組みを定めて、2026年度に「プラン」全体を策定するというスケジュールを考えているようです。

「外来医師過多区域」での新規開業希望者への規制
「プラン」の第2の柱が「外来医師過多区域」での新規開業希望者への規制です。

①都道府県は、大都市部など「外来医師偏在指標」を大幅に超える地域を「外来医師過多区域」に定めるとしています。

②「過多区域」では、この区域内で不足している医療機能（例えば夜間・休日の初期医療が不足している等）を明らかにします。

③「過多区域」で新たに開業したいという医師に対して、都道府県は地域で不足している医療機能の提供を要請します。例えば、「過多区域」での新規開業希望者が内科の届け出をした場合、「内科は充足しているので、不足している眼科の医療機能を提供してほしい」という要請を都道府県が新規開業希望者に行います。あわせて「地域の外来医療の協議の場」を設定します。現在開業している医師・医療機関や行政の担当者に参加してもらい、そこに新規開業希望者を呼び、協議をします。

④都道府県の要請に応じて「内科を要望しましたが、眼科を開業します」となれば問題はありませんが、開業希望者があくまで内科を希望して開業した場合、都道府県の医療審議会で理由の説明が求められます。その理由が認められない場合は、都道府県が当該医療機関に勧告を行い、勧告に従わない場合は、その医療機関名等を公表することになります。

⑤要請に従わない「外来医師過多区域」での新規開業希望者（診療所が念頭に置かれている）に対しては、保険医療機関の指定期間（6年）を半分の3年に短縮する。さらに、保険医療機関の更新時期を迎えた際、指定期間を3年より短い期間とすることができるとしています。財務省などは「保健医療機関の指定の取り消しをしろ」と主張していましたが、そこは日本医師会などが反対しました。

⑥さらに、都道府県医療審議会や外来医療の協議の場へ毎年1回の参加を求めることや、ホームページ上での医療機関名や理由の公表、さらに診療報酬上の対応をするとしています。補助金を交付しないなどのかなり厳しい内容になることが想定されます。

偏在対策の経済的インセンティブ

「パッケージ」の第3の柱は、偏在対策における経済的インセンティブです。

①「重点区域」における診療所を承継した、あるいは「重点区域」における診療所を開業したなど、定着支援については緊急的に先行して実施するとしています。医師が不足している区域に関しては、診療所を承継・開業するといった場合、経済的な支援を緊急的に先行して実施するということです。

②さらに、「重点区域」の一定の医療機関に従事もしくは派遣される医師について、手当の増額、あるいは土日など休日の代替医師の確保、医師を派遣する医療機関への経済的な支援を行うとしています。

③ただし、②の手当の増額などは、2026年度の診療報酬改定を経て実行されることになっています。医師の手当増額は、「すべての被保険者に広く協力いただくよう保険者からの負担を求める」とされています。つまり、手当増額などにかかる費用は各保険者（協会けんぽ、組合健保、国民健康保険、後期高齢者医療制度など）に按分して、支払い基金が各保険者から徴収する。徴収した金額を都道府県に配分し、都道府県は「重点区域」で開業している医師に手当増額という形で補助金を支給する、という流れになります。配分額については、人口や可住地面積、医師の高齢化率、医師偏在指標などに基づいて検討するという方向が示されただけで、詳細についてはまだ明らかになっていません。

その他の具体的な取り組み

パッケージ対策の全体は、**図表**をご覧ください。例えば、医師確保計画は第8次医師確保計画として、2025年度から緊急的に取り組みます。「重点医師偏在対策支援区域」「医師偏在是正プラン」は、26年度に「プラン」全体を検討策定して取り組みを進める流れであることが分かります。

注目したいのは全国的なマッチング機能の支援です。これは若手医師ではなくて、中堅・シニア世代の医師を対象に、医師不足地域の医療機関で勤務・開業へのマッチングを行い、その後の定着支援を行うつもりであるようです。

財務・厚生労働の「大臣折衝事項」

2024年12月25日に財務・厚生労働大臣の「大臣折

図表 厚労省による「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」

対策等	2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	
医師確保計画	「第8次医師確保計画(前期)」の取組			「第8次医師確保計画(後期)」の取組	
重点医師偏在対策支援区域、医師偏在是正プラン	医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージの策定	「第8次医師確保計画(後期)ガイドライン」の検討・策定	「第8次医師確保計画(後期)」の検討・策定		
経済的インセンティブ		緊急的な取組のガイドラインの先行策定	医師偏在是正プラン全体のガイドラインの検討・策定	医師偏在是正プラン全体の検討・策定、順次取組	
全国的なマッチング機能の支援		緊急的な取組(診療所の承継・開業支援)の先行実施		本格的な経済的インセンティブ実施の検討	
リカレント教育の支援		全国的なマッチング機能の支援			
都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定		協定も含めて医師偏在是正プラン全体のガイドラインの検討・策定		医師偏在是正プラン全体の検討の中で協定の協議・締結	協定による取組
地域の医療機関の支え合い (医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件、外来医師過多区域での新規開業希望者への要請等、保険医療機関の管理者要件)		法令改正ガイドラインの検討・策定		改正法令施行	
医学部定員・地域枠		医学部臨時定員・地域枠の対応、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討			
臨床研修		各医療機関でプログラム作成、研修医の募集・採用		プログラム開始	
診療科偏在是正対策		必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援、外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な検討			

※ 医師偏在対策の効果を施行後5年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討

衝事項」が確認されました。財務大臣は元厚労大臣の加藤勝信氏です。

①総合的なパッケージについては、医療法に基づいて規制的な手法を導入し、部分的に開始されています。医療法改定後、5年をメドに検証を行うとしています。5年後の検証に向けて、それまでの経過を注視し、私たちの運動をどうするのかについても考えていかなくはなりません。

②「大臣折衝事項」において財源のあり方について確認されました。「給付費（編集部注：医療保険給付費のこと）や保険料の増とならないようにする形で、診療報酬改定において一体的に確保する」とされています。

さらに、「2026年度診療報酬改定において、外来医師過多区域における要請等を受けた診療所に、必要な対応を促すための負の動機づけとなる診療報酬上の対応を行う」。つまり、医師の過多区域で不足している医療機能、例えば内科ではなく眼科を開業してほしいという都道府県の要請を断って、あくまで内科を開業するような診療所に対しては、要請に応えるような必要な対応を促すために診療報酬を誘導（負の動機づけ）するということです。

③基本的に各医療保険の被保険者には新たな負担や保険料の引き上げは求めないという前提であることから、結局、医療給付費（診療報酬）の抑制を行うという方向になると思われます。具体的には2026年度の報酬改定はマイナス改定、あるいは、診療報酬の単価は1点10円ですが、ここに地域格差を設定する方向が懸念されます。これは、かねてから財務省が執拗に要求しています。

公的医療保険制度において医療の平等性を確保するには、全国一律の窓口負担であることが必要であり、診療報酬を地域ごとに変えるべきではありません。しかし、それが危うくなる可能性が出てきています。

地域の医療を安定的かつ長期的に確保するには、規制的な手法ではなく、医師不足の医療機関に国が医療保険制度の枠外で補助金を出すなどのインセンティブを設けることが必要ではないかと思います。

医師不足地域のニーズに応えるには

私たちがこの運動に取り組む上で参考になるのは全国知事会の提言です。「2040年を見据えた医療・

介護供給体制の構築に向けた提言」が2024年に出されています。そのうち、偏在対策・医師不足対策については、地域に必要な医師が十分に確保されるまで、医学部の臨時定員増を延長する、あるいは、医師不足が顕著な区域や医学部が少ない地域では医学部を新設することを求めています。恒久的な定員増も要求しています。

地域で不足する診療科については「地域枠」として医学部の入学定員を増やす、あるいは学部を新設することを含めて医師の養成数を増やす。医師の絶対数を増やすために大学医学部の入学定員増、国はこれらをしっかりやるべきだというのが全国知事会の総意です。

加えて、厚労省が錦の御旗のように掲げている「医師偏在指標」については、これはあくまで医師の多寡を相対的に示したものに過ぎず、国がやるべきは、地域や診療科ごとに真の医師数を算定した上で、医学部の入学定員を設定すべきではないかと、あいまいな指標をもとに医学部定員の削減に向かうべきではないと主張しています。

岩手県や新潟県などの医師少数県では、医学部定員の地域枠と修学資金援助をセットした施策を県独自の施策として行っており、県に多大な財政負担が生じています。これは国が修学資金援助を全額負担するなどの財政支援を行うべきですし、実際に岩手県や新潟県など13県の知事は国に要望しています。全国知事会や13県知事の要望事項は、私たちの運動にも大いに生かしていくべきだと思います。

厚労省は全国の医師約10万人を対象に実態調査を行っています。2016年の数字ですが、50代以下の勤務医のうち約半数が「今後、地方で勤務してもいい」と回答しています。勤務する期間についても10年以上を希望する割合は意外と高い。ただし、20代は最長でも4年間、30代以上になると10年間以上を希望する割合が高くなっています。

一方、地方で勤務する意思がない理由としては、「労働環境への不安」「希望する内容の仕事がない」「専門医の取得、スキルアップに不安がある」「家族の理解」などが挙げられています。「子どもの教育環境が整っていない」との声もあります。

地方の医師不足地域で働く医師を増やす方策としては、労働環境、待遇面、研修機会の確保、子育て環境の充実などが課題となります。これらを国がきちんと実行すれば、厚労省が言うような医師の偏在

はある程度、解消できます。そして、根本的には、全国知事会が求めているように、医学部定員を増やして医師の養成数を増やすことが求められています。また、医学生や若手医師のマインドを把握するためにも、全国の医師を対象とした定期的かつ大規模な調査を実施することも検討すべきでしょう。

医師を増やそうとしない日本

国は公的医療費を抑制・削減するために医師養成数を抑制し、病床数を減らし続けてきました。OECD（経済協力開発機構）38カ国の中で日本の医師数は33位です。OECD 平均とするためにも医学部定員増が必要です。ところが厚労省は2025年度、医学部定員数を減らす方針です。

厚労省の方針の基になっているのは、同省が公表している医師の需給推計です。しかし、これは例えば、過労死ラインである月80時間の時間外労働を前提としています。そして、2029年頃に医師の需要と供給が均衡すると見込んでいます。また、大学付属病院の医師の配置についても除外しています。つまり、医師の需要が過少となるような推計を行っているのです。「供給に対して医師が過剰になる」という結論が先にありきの推計を盾に、医師が過剰になるから医学部の定員を削減しても当然だという主張を続けています。

財務省は、「全面的な規制を行え」と主張しています。「保健医療機関の自由開業制・自由標榜制が医師の偏在の拡大につながっている」として、自由開業制への公的な規制、保健医療機関の定数制、診療所への地域別単価の導入などを提言しています。

今回は、財務省が主張するような全面的な規制的手法は一応、押しとどめた形になっていますが、次回2026年度の診療報酬改定や、医療法改定5年後の再検証がどうなるか、引き続き予断を許さない情勢です。

新たな地域医療構想の問題点

次に本日の第2の柱、2040年頃を見据えた新たな地域医療構想について見ていきましょう。厚労省は2040年頃の医療需要について、この年に高齢者人口（3,928万人）がピークになると見込んでいます。2020年と比較して、85歳以上の高齢者の救急搬送は

75%増加し、85歳以上の在宅需要は62%増加、在宅医療は大半の地域で需要が増加すると予測しています。医療の需要や提供体制の地域格差がさらに拡大していくと見ており、このため、地域の実情に応じて「必要な医療機能を維持することが特に課題となる」と述べています。

「地域完結型」の体制を構築

地域の実情に応じて「必要な医療機能を維持すること」に取り組まなければならないとして、「地域完結型」の医療・介護の提供体制を構築するとしています。これまでも言われてきたことですが、2040年を目指す新たな地域医療構想でも、「地域完結型」の医療、そして介護の提供体制を構築することが提起されています。

高齢者救急・在宅医療の需要が増加する中、治す医療を担う医療機関と、治して支える医療を担う医療機関の役割を大きく2つに分けて、その役割分担を明確にするとしています。そして公的医療機関・公立病院、そして民間の医療機関も対象にして、医療機関の連携、再編、集約化を推進するとしています。「集約化」とは削減のことを指しています。

これまでの入院医療のみならず、外来・在宅、介護との連携を新たな地域医療構想の対象としています。地域での24時間の提供体制、オンライン診療の積極的な活用、さらには時間外診療への対応など「かかりつけ医機能」を発揮するとしています。

ちなみに、オンライン診療については医療法で法定化するとされ、今通常国会の医療法等改定法案にオンライン診療の法定化も盛り込まれています。

さらに、医療DX（デジタルトランスフォーメーション）、タスクシフト・タスクシェアによる「生産性の向上」を求めています。一人ひとりの医療従事者がもっと生産性を上げることで、地域に必要な医療機能を維持するということです。しかし、医師の養成数は増やさない。看護職など医療従事者の養成についても国は積極的ではありません。数は足りており、問題なのは偏在だと。あるいは一人ひとりの生産性が低いからだ。生産性を高めれば地域の実情に沿った医療機能は維持できる、というのが地域医療構想の基本的な考え方です。

新たな地域医療構想は、医療・介護連携も含んだ総合的な「将来の地域における医療提供体制ビジョン」との位置づけです。現状は医療計画の下に地域

医療構想がありますが、新たな地域医療構想は医療計画の上位に位置づけられることになります。

医療機関機能の報告制度を創設

先ほど出てきた「医療を担う医療機関」と「治し支える医療を担う医療機関」については、新たに医療機関機能を報告する仕組みを創設します。

病床機能報告は現在も行われていますが、今回は病床機能報告の対象となる医療機関から都道府県に対して、医療機関機能を報告する制度をつくるとしています。都道府県に対しては次の4つの医療機関機能のうち、どの機能に該当するのかを報告することになります。

①急性期拠点機能

第1が「急性期拠点機能」です。これは治す医療を担う医療機関です。手術や救急医療等の医療資源、つまり医療従事者やベッド、医療機器など医療資源を多く必要とする症例を集約化して医療提供を行う。「川上・川下」で言えば、医療の川上のトップに急性期拠点機能を置き、治す医療を担います。

ただし、この急性期拠点機能を担う病院は、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか、設定します。例えば、この構想区域には3カ所、こちらの構想区域では2カ所と、あらかじめ急性期機能拠点病院の数を決めます。当然、ベッドの数も確定し、そこで従事する医師や看護職、医療従事者の数も定まってきます。このように、国が主導する形で病院の数に枠をはめていくという方向が、新たな地域医療構想の中ではねられています。

②高齢者救急・地域急性期機能

次に「高齢者・地域急性期機能」病院です。ここは、「治し支える医療」を担う医療機関と位置づけられるでしょう。

先ほど紹介した2040年頃の医療需要では、高齢者の救急搬送や在宅医療がぐっと増えます。この医療機関では、高齢者の救急搬送の受け入れを第一義的な機能として位置づけられています。

高齢者の救急搬送を受け入れるけれど、入院早期から退院調整を行い、早期の退院につなげる。退院後のリハビリを確保する。救急搬送は受け入れるけれど、早期に退院しろということです。

③在宅医療等連携機能

早期に退院させられた患者は、在宅医療を実施する病院が対応します。他の医療機関や訪問看護・訪

問介護と連携して24時間対応します。

急性期拠点機能病院は病院数やベッド数、従事者数を限定して対応する。増加する高齢者については、高齢者に事実上特化するような高齢者救急機能を持つ病院が対応する。しかし、早期退院が求められる。退院させられた高齢者を中心とした患者は、在宅医療を担う医療機関で24時間対応を行う——このような医療機関機能を定めて、それを担うような医療機関を確保することが考えられています。

④専門等機能

以上の機能に当てはまらない医療機関については、専門等機能で報告を行うとしています。

⑤病床機能区分

病床機能区分の4区分は変更しませんが、これまでの「回復期機能」を「包括期機能」として位置づけるという一部変更もあります。

都道府県の権限を強化

全体としては都道府県の権限を強化することになります。医療機関機能の報告内容が実態に合わない、例えばレセプトでチェックしたら、レセプト上は急性期機能をやっておらず高齢者の救急受け入れを主にやっているような医療機関に対して、都道府県は医療機関機能の報告の見直しを求めることができます。つまり、都道府県が特定の病院に対して「医療機関機能の報告を見直せ」と言うか、「都道府県が要請する医療機関機能を担え」と言えるということです。報告の見直しは実際には、医療機関機能の変更を求めることになるでしょう。

こうしたことについては地域医療構想調整会議で協議を行うとされており、調整会議の役割が一層、重要になると思います。

新たな地域医療構想策定のスケジュール

新たな地域医療構想の策定のスケジュールについて厚労省は、「地域医療構想の策定・推進に関するガイドライン」を2025年度中に作成するとしています。都道府県は、ガイドラインに沿う形で医療機関からの報告データを踏まえながら、2026年度に医療提供体制全体の方向性を決め、必要病床数の推計を行い、計画を検討・策定して2027年度から取り組みを開始します。そして、2027年度から2028年度にか

けて、医療機関機能について地域の医療機関の連携や再編・集約化の協議を行うことになります。

要するに、国が定めたガイドラインに沿って、2026年度に都道府県は新たな地域医療構想の全体の内容について策定する。それに基づいて、2027年度から医療機関機能の再編・集約化（つまり削減）について協議を行うとされています。

実際には2027年度から医療機関の再編・削減の協議が始まります。都道府県が策定する新たな地域医療構想、そして国が作成するガイドラインへの対抗が大きな運動課題になってくると思います。

現行の地域医療構想の取り組みは26年度も継続

現在の地域医療構想は2025年度が目標年度でしたが、目標達成が難しいということで2026年度も継続します。

厚労省は現行の地域医療構想について、推進区域とモデル推進区域を設定します。これは事実上、地域を名指しにしてやるということです。「アウトリーチの伴走支援」を実施しながら、何としても現行の地域医療構想の目標を達成しようとしています。例えば、東京都は13ある2次医療圏の全てが推進区域だとされています。

推進区域の中でも特に厚労省から重要と名指しされたモデル推進区域には、手厚い支援が実施されます。例えば、関係者の協議の場を設定する、あるいは協議の場で議論を行う際の資料作成の支援、また、講演会・住民説明会などの議論の場には厚労省の職員が出席して説明を行う。つまり、全て厚労省(国)主導でやる。これが「技術的支援」だそうです。

基金の優先配分や、個別の医療機関の再編・統合も挙げられています。つまり、医療機関を集約化・削減したら上乗せの財政支援を行うということです。いずれも財源は消費税です。消費税を使って医療機関の集約化、再編・統合をしたら上乗せの財政支援を行うことになっています。

「推進区域」「モデル推進区域」を設定し、さらに厚労省主導で技術的支援、財政的支援を行うという形で、厚労省は何としても現行の地域医療構想の目標を達成しようと必死になっています。

地域社会の持続性を確保する

「医療へのアクセスは人権」だと言えます。その

ためにも地域社会の持続性を確保することが課題になるでしょう。

現行の地域医療構想の大もととなる2025年の医療需要の算出は、公的医療費抑制を目標として恣意的な数字でつくり上げたことは、ご存知だと思います。国の基本姿勢は「人口は減少している」「見かけ上の医療需要も縮小する」「医療需要が縮小する限り病院・病床を削減しても問題ない」ということです。

しかし、国の推計は、地域の医療ニーズを反映したものにはなっていません。この間違っている地域医療構想、間違っている設計図をベースにして、2040年頃を目指す新たな地域医療構想をつくらうとしたところで、地域の医療ニーズを反映した医療需要が推計されなければ意味はありません。そうすると、必要病床数はとても確保できないでしょう。

厚労省は「地域の実情に応じた必要な医療機能」と言い、「医療大都市部、地方都市部、過疎地域等をもとに医療需要に対応する医療体制のモデルを示す」としています。厚労省は地域の実情に沿った医療機能の維持という点でも全てモデルを示して、それについて都道府県に報告を行わせることになっています。

都道府県は「効率的な医療提供体制」をつくる責務が押しつけられ、それを他自治体と競うことになります。

厚労省が策定する地域モデルは、現状の地域医療格差の現状を固定化させます。新たに行う医療機関機能の報告と、現在行われている医療機関機能と病床機能という2つの医療機能を通じて公立・公的病院、民間病院が地域で担う役割を特定し、さらに診療報酬とリンクさせてコントロールしていくという方向でしょう。

さらに厚労省は、「保険あってサービスなし」という事態に陥る可能性があるという認識の中で、「医師の高齢化や人材確保等が課題」だと指摘しています。それに対する具体的方策としては、医療機関の集約化による再編・統合を進める。医学部定員を減らし、医師養成数を削減するということです。そしてタスクシフト・タスクシェア、ICT（情報通信技術）化による医師従事者の効率的な配置をする、としています。しかし、医療従事者の効率的な配置で対応することは、もう限界です。

ちなみにタスクシフト・タスクシェアの対象となる看護職の確保に関してデータを示すと、看護学校の入学定員は2018年が6万7,000人余りでピークです。2023年には6万人ですから、2018年から2023年までの5年間で看護学校の入学者が7,000人も減少しています。こうした事態に何ら手を打つことなく、一人ひとりの医療従事者の「生産性の向上」、医療従事者の効率的な配置で対応するとしています、それによって人材確保の課題を乗り切れとは、あまりにも乱暴な主張です。

2040年には高齢者人口がピークになります。認知症をはじめ複数の疾患を併発して、要介護度が高くなり、独居・孤立、低所得など、社会的困難を抱える高齢者が増加することは避けられません。

国が掲げる「住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続ける」ということを本当に実現するならば、増加する在宅医療や急性期医療のニーズに対応して、医療と介護の両方を必要とする高齢者に対して、在宅という名の放置ではなく、必要なサービスを途切れなく提供できる仕組みを構築することが不可欠です。

ところが新たな地域医療構想は、急性期医療の病床・病院を中心に一層の医療機関の集約化、絞り込みを図っていく計画です。スローガンの実現にはほど遠いどころか、それに反するような政策です。

持続可能な地域社会とは

公的医療費の抑制政策を転換して、受療権、健康権が保障され、それを実感できる地域社会、これが持続可能な地域社会ではないかと思います。

医療機関がその地域に存在すると、雇用が生まれる効果があります。しかし、このままでは、人の住めない「無住地域」が増加する可能性があります。

「医療へのアクセスは人権」を基本に、「安心して子どもを産み育てる」「住み慣れた地域で豊かに老いる」など、住民の健康と命を守り、そして生活を支える公立・公的・民間の医療機関は、基本インフラですから、これを整備して地域社会の持続性を確保すべきだと考えます。

ご清聴ありがとうございました。(拍手)

タスクシフト・タスクシェアで 医療・看護レベルが保たれるのか

ながとも まさてる
長友 薫輝

佛教大学准教授



本日は、タスクシフト・タスクシェアに依存している政策動向、それに連動する地域医療構想やデジタル化について解説し、患者と労働者の人権保障水準を引き上げることの重要性和、そのために求められている医療労働運動の役割について、皆さんと一緒に考えてみたいと思います。

医師の仕事了他職種が担う

はじめに、タスクシフトとタスクシェアをめぐる動向について見ていきましょう。直近では2024年4月からの「医師の働き方改革」に連動して注目されています。国は法改正も行い、さまざまな専門職団体にタスクシフト・タスクシェアの研修・講習会を展開させています。

「医師の働き方改革」で医師の労働時間に規制をかけましたが、国は医師を増やす気は全くありません。そのため、看護師や専門職に業務を移転する政策をとっています。これがタスクシフトです。ただし、現時点では医師以外の専門職も基本的に増やすつもりがなく、ここが大きな問題です。

ところが、タスクシフトされた先は、「これまでできなかった業務ができるようになる」と期待する人や、いいチャンスだと捉えている専門職団体もあります。そうした声をうまく活用しながら、医師を増やさずに業務を移すことがねらわれています。

タスクシフトの先である看護師にしても他の専門職にしても、量的確保が大前提です。それがないまま業務を移転するのでは、業務負担が増えるだけで

す。看護師はすでに数が足りないわけですから、今後一層、人手の確保が困難になるでしょう。

つまり、タスクシフト・タスクシェアとは、医師を増やさないために他の専門職を活用して、そこに業務を移していこうという政策です。

医師から看護師に業務が移転されると、今度は看護師の業務を看護補助者や看護職員などに移転させることになります。これはやがて専門職ではない人にまで移転させるという話につながります。ねらいは人件費削減、大きく言えば医療費削減政策の一環ということです。

常態化している看護師不足

医師のタスクシフト・タスクシェアは看護師数の量的確保が大前提ですが、看護師不足は常態化しています。1963（昭和38）年に老人福祉法ができて、特別養護老人ホーム（特養）が全国各地につくられますが、特養は当初、看護師の勤務を想定していませんでした。当時も看護師は不足していたため、新たに「介護職員」をつくり出し、無資格の人を老人ホームで働けるようにしたわけです。

タスクシフト・タスクシェアは、職場に大幅な余裕があって初めて検討することができる話です。実際には、看護師不足で閉鎖している病棟が全国各地に存在しています。タスクシフトをされる側の看護師も不足が常態化している。結局、看護師の人員不足は解消せず、業務過多の状態が今後も継続するでしょう。

医師不足の主因

病院当局や自治体病院を運営している自治体などは医師不足の主因として、最近はいよいよ人口減少を理由にします。「人口が減るから、今後は医師も減っていい」「医学部の定員も抑えていい」。看護師や他の専門職養成についても、「人口減少で、これからはもう専門職は必要なくなる」と言っています。

しかし、人口と医師数に相関関係はほぼありません。人口が減るから医師が減っていいという話にはならない。実際にこれまでも医療需要に応じて増やしてきました。日本の人口は約40年間で1.12倍となりましたが、医師は約2倍に増えました。近年、医療や健康に関する産業が増えている中で、むしろ医師数は増やしていく必要があるでしょう。

なぜ、日本の医師数は諸外国と比べ少ないのかというと、「医師が増えると医療費が増える」という前提で政策を展開してきたからです。ただし、「医師が増えると医療費が増える」という研究結果はどこにもありません。とはいえ、医師会などは、自分たちの競争相手が増えるため、医師を増やすことは嫌がります。今後も医師を増やす政策は想定されておらず、ではどうするかということでタスクシェア・タスクシフトが出てくるわけです。

実際には、「医師が増えて、適切に医師が各地域に配置された方が医療費はコントロールできる」というのが研究の到達点です。医師が各地域に適切に配置されていて、十分な看護師や病院があると、実は医療費はコントロールすることができます。医療アクセスが悪くなると重症化し、より医療費がかかります。軽い段階で気軽に医療にアクセスできるようにすることが、医療費をコントロールする大事な考え方です。ところが日本では、「医師が増えると医療費が増える」という非科学的な考え方が続いています。

OECD最低の医師養成数

2024年2月22日の全国医師ユニオンの声明でも、日本の医師養成数はOECD（経済協力開発機構）の中で最低だと指摘されています。医師数の比較でも、日本よりOECD平均の伸び率のほうがはるかに高い。1960～1970年の頃はそれほど差がなかったの

ですが、その後どんどん差がついて、2017年のデータでは、人口10万人当たりの医師数は日本240人に対しOECD平均は350人です。「医師が増えると医療費が増える」という政策がいかに影響していて、そして間違っていたかが分かるのではないのでしょうか。OECD並みにするだけでも、かなり医師を増やす必要があります。

公的医療費抑制政策の展開

日本では1980年代からずっと、「医師が増えると医療費が増える」という前提で政策が展開されてきました。

「医療費亡国論」は、簡単に言うと3つの展開です。①これから高齢者が増える。②高齢者が増えると医療費が増える。③医療費が増えるとやがて国家財政が圧迫される。この考え方に従って医療費を抑制し続けてきたのですが、高齢者が増えれば医療費が増えるのは当たり前です。そこにどうやって財源をつけるかの話であって、国家財政が圧迫されるほど医療費が伸びないことははっきりしています。

1980～90年代にかけて、「2025年には医療費は140兆を超える」と推計していました。現在の医療費は45兆円ですから約100兆円も違う。このような過大な推計を行って医療費を抑えてきたわけです。だから、医師も増やさず、看護師などの人件費も底上げを図ってこなかった。

医療費を抑えるために、近年では「予防」を重点的に行っています。予防をすれば医療費が抑えられるという発想ですが、これも非科学的な話です。「予防」は、健康寿命を延ばすという意味でやるべき政策でしょう。最近ではデジタル化を進展させて、マイナ保険証もそうですが、儲かる部分を医療や介護でつくり出そうとしています。これが医療費抑制と歩調をあわせ展開されてきました。

特に日本の場合、経済財政諮問会議という財界の意見が出される会議で、社会保障の中身がほぼ決まるのが特徴です。そして、ここでの内容は、内閣が決める「骨太の方針」に記載されています。私たちのいのちや生活に大きな影響を与える医療保障が、財界の意見によって決まっていることを見ておく必要があると思います。タスクシフトなども経済財政諮問会議が以前から言っていたことです。

公的医療費抑制の主な手法

医療費抑制の主な手法としては以下のようなものがあります。これらの政策が1980年代から現在まで続いています。

①**受診抑制**：患者の自己負担割合を増やすことです。窓口の1割負担が2割負担になり、現在、大半の人は3割負担です。その負担割合をさらに引き上げれば、病院に行かなくなるだろうという政策です。しかし、負担を引き上げても病院に行く人は必要だから行くのであって、これで医療費は減りません。効果はなく、学的根拠も乏しい政策です。

②**供給抑制**：私たちの身近に病院や診療所がなければ、あるいは入院ベッド数を削減すれば、医療費は減るというものです。そして病院にいる時間を短くすることによって医療費を減らそうというのが在院日数の短縮化です。タスクシェアの背景にある医師養成数の抑制もここに該当します。

「医療から介護へ」も医療にいる時間を短くするためです。介護の方に移ってくれば医療費が減るという話です。「入院から在宅へ」もそうですね。「早く退院して在宅へ」というのは、医療に滞在する時間を短くして医療費を抑えるためのものです。

③**診療報酬の操作**：診療報酬は2年に1回、直近では2024年度に医療・介護・障害福祉の3つの報酬が同時に改定されました。この3つがそろう時は大きな改革が行われやすく、次は2030年度に大改革が予想されます。

④**他分野への移行**：医療にいる時間を短くするために他分野へ移行する。実際に、長期にケアが必要な人を介護保険に移行させてきました。介護保険の費用も膨らんできたので、今度は軽度者を介護保険から外して、自治体の総合事業に移しています。これも「医療から介護へ」「介護から地域・自治体へ」というタスクシフトなわけです。医師の仕事を看護師に移し、看護師の仕事を介護職員に移す。それでも費用がかさむので、介護職員の仕事は地域住民で、というのが現在の方向性です。後期高齢者医療制度も医療費抑制の観点からつくられました。

⑤**生活習慣病対策**：特定健診や特定保健指導も医療費抑制策に基づいています。中長期的に見ると、実際には医療費は減るどころか増えます。健康づくりや予防によって、皆が長生きするからです。予防や

健康づくりは医療費抑制としてやるのではなく、私たちの健康のことを考えて行うべきでしょう。

⑥**医療費適正化計画の推進**：医療費適正化として、医療費を抑える政策を都道府県がつくっています。2024年4月から、6カ年計画の第4期が始まっています。これは47都道府県を競わせるだけでなく、各県の中でも医療費適正化を競争させています。都道府県の中で一番医療費が安い自治体を目指しなさい、という政策です。

⑦**国保の都道府県単位化**：2018年度から国保が都道府県単位化されています。都道府県が医療費抑制の管制塔の役割を担うということです。地域医療構想のベッド数や、今後は外来も含まれますが、医療にかかるお金の責任を都道府県に負わせる仕組みがつけられています。

2024年度診療報酬改定の動向

以下は、2024年度改定の診療報酬についての厚生労働省の説明です。

①**人材確保、賃上げ、働き方改革**：「医師の働き方改革」を実現するために、タスクシェア・タスクシフトの推進を進めるということです。

②**地域包括ケアシステムの深化・推進**：「医療から介護へ」「介護から地域・自治体へ」と移行していくための仕組みが地域包括ケアシステムなので、①のタスクシェア・タスクシフトと連動しています。入院から在宅へ。そのために在宅で受け止める体制が地域包括ケアシステムで、リハビリ職や栄養士などとの連携を言っています。この「連携」というのはタスクシフトのことです。つまり、できることは地域・在宅でやってくださいということです。

外来では、かかりつけ医を整備していくとしています。かかりつけ医としては、訪問診療をしてくれる医師をより優先的に認めていくとしています。この「かかりつけ医」もタスクシフトの一環です。また、入院だけではなく外来医療も費用を削減していくことを示しています。

③**医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進**：これは全部タスクシフトの話です。医療機能を細分化して、より厳選する。医療人材の専門職、看護師をはじめとする専門職が集行的に行える状況をつくり、それ以外はどんどん外に出していく。受け止める体制づくりとしては、質の高い在宅医療、

訪問看護の確保が課題になっているとして、量的な確保も問題視していますが、入院する時間を短くして在宅で、という方針は変わっていません。

④**安心・安全で質の高い医療の推進**：口腔疾患の重症化予防について歯科、薬局・薬剤師を評価していく。口腔ケアについて歯科、薬局・薬剤師とも連携をしていくとしています。私も実際に三重県松阪市で地域包括ケアシステムの構築に長く関わっていますが、歯科衛生士による口腔ケアは、確かに重症化が予防できる側面があります。歯科、薬局にも業務をシフトしていくということです。

2024年度介護報酬改定の動向

介護報酬の動向について、厚労省は以下のようにまとめています。

①**地域包括ケアシステムの深化・推進**：まず出てくるのは医療と介護の連携・強化です。診療報酬でやっていたサービスをどんどん介護報酬に移してきましたが、その連携強化をということですね。

②**自立支援・重度化防止に向けた対応**：デジタルを活用した自立支援・重度化防止として「LIFE（科学的介護情報システム）」がありますが、このせいで介護現場はとんでもなく忙しくなっています。入力などに時間がかかるのです。デジタル化によって仕事が増えることは厚労省も認めています、それでも2番目の課題に位置付けられています。普及していないため、LIFEの普及が課題とされていますが、現場が楽になるデジタル化の導入でないと意味がないでしょう。

③**良質な介護サービスの効率的な提供に向けた働きやすい職場づくり**：介護サービスを効率的に提供できるように「機器導入の評価」をなささいとしています。一方で、ケアマネジャー（ケアマネ）1人当たりの受け持ち件数は増やすとしています。これは、各地域でケアマネの確保が困難になっていて、ケアプランがつかれず介護保険のサービスが利用できない状況が生まれているため、受け持ち件数を増やすということです。

④**制度の安定性・持続可能性の確保**：給付の「適正化」とは抑制のことです。医療費抑制のために介護保険をつくりましたが、介護保険の費用も抑制を図り、地域・自治体にタスクシフトしていくということです。

医療から介護、介護から地域・自治体へ

これらをまとめると、「医療から介護へ」「介護から地域・自治体へ」という政策のもと、医師も看護師などの専門職も増やさないという政策のもと、医療に滞在する時間を短くしながら、「医療から介護へ」「介護から地域・自治体へ」とシフトしているということになります。

特別養護老人ホーム（特養）も要介護3以上という条件をつけているし、今後は要介護1、2を介護保険から外していくことがねらわれています。将来的には、介護保険を使えるのは要介護3以上の人だけになっていくことが予想されます。要支援1、2と要介護1、2は地域・自治体に担わせるために総合事業をつくり、その受け皿が「地域包括ケアシステム」ということです。

私は先日、被災した奥能登地域に行ってきました。看護師も医師も足りず、検査技師も足りません。定年退職した人に再雇用で来てもらい、その期間が終わってもまだ来てもらっています。介護職員も足りないことから、国は地域住民の無償の労働力で代替してくださいと言っています。

これは労働市場の構造としては非常に問題です。専門職の仕事をタダでやる人が出てくると、そこに引きずられてどんどん底が下がっていきます。タスクシフト・タスクシェアは、自分たちの労働条件悪化につながるわけです。そうなると専門性も失われていきます。安価な労働力の方にシフトしていくのは問題だと見ておくべきでしょう。

無償の労働力というのは基本的に地域住民のことです。今、国は「全世代型社会保障改革」を進めています。2022年4月からは基礎年金の支給が75歳開始も選択できるようになりました。今後、日中家にいるのは75歳以上の人で、それ以外の人は働いているという状態になるでしょう。

「地域包括ケア」は家にいる人、特に高齢者の労働力をあてにしてきた政策です。地域住民、つまり民生委員や自治会の人研修を受ければ、たんの吸引などをできるようにしようとしています。恐ろしい話ですが、これも家にいる人がいるからできる話です。地域包括ケアは、一方では労働力を必要としているため、高齢であってもずっと働けられる政策を展開しています。働き続ける人が増えれば増えるほど、地域でケアを担える能力は低下していくことになります。民生委員もなり手が全然いないし、各

地で充足していない状況です。

在宅医療、在宅介護、地域・自治体で受け止める体制づくりということで政策的にもタスクシフトが進められてきました。しかし、例えば訪問看護はどの地域でも全く足りていません。そういう中で受け止める体制づくりといっても難しいと思います。

地域医療構想の問題点

地域医療構想自体がタスクシフトを進めていく計画にもなっているため、ここを改めて見てみましょう(図表)。

1985年に「地域医療圏」が登場します。ここから、地域ごとに入院できるベッド数をコントロールするという計画が出てきます。この後、すぐに出されたのが「国立病院・療養所の再編成計画」です。直近で言うと、2016年に「地域医療構想」が策定されています。これは2025年の医療供給体制を描く計画としてつくられたものです。現在は、2025年以降の次の計画を策定する検討が進められています。

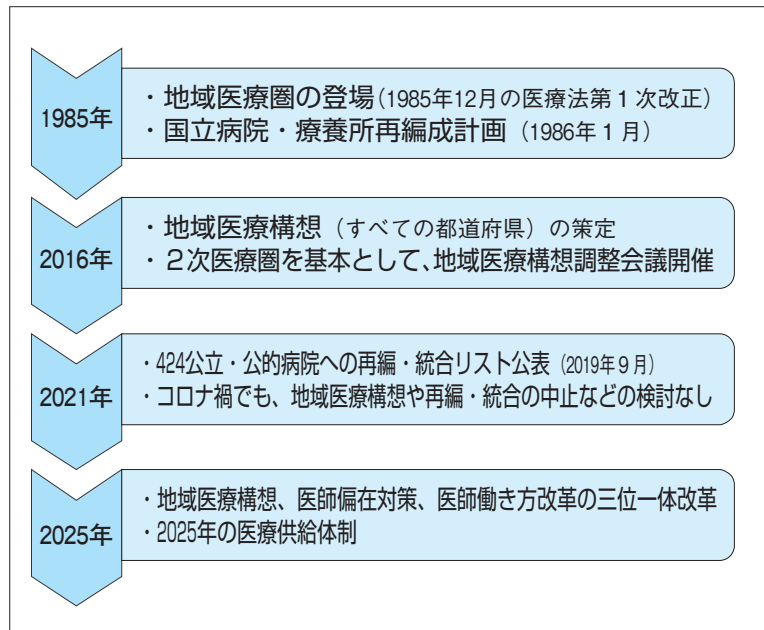
ここまで、地域医療構想と医師偏在対策、医師の働き方改革の3つを「三位一体」として改革を進めてきました。これらがタスクシフト・タスクシェアの大もとです。「医師の働き方改革」をするからタスクシフトし、「医師偏在対策」も医師が都市部に集まっているから地方に移ってくださいという話で、医師を増やすつもりはありません。

そもそも地域医療構想とは、2025年に向けた体制づくりをすべての都道府県で定めるものでした。これは「ガイドライン行政」の際たるもので、法的に決めた中身ではなくて、厚労省が一方的にガイドラインで示した中身に基づき都道府県が策定していくため、推計方法や数値の公表など、恣意的な政策展開が行われやすいという問題があります。

この構想に従って医療需要や必要病床数の推計が出され、各地域でどれくらい医療ニーズがあるのか、そしてどれくらいベッド数が必要かという数字を算出したわけです。

2025年の医療需要の算出方法は、「2013年の性年齢階級別構想区域別の入院受療率」×「当該構想区

図表 地域医療構想(1985年から2025年)



域の2025年の性年齢階級別人口」というものです。

要は、その地域の入院需要率と、2025年になったときの人口がどれくらいか、というデータで算出しているのですが、この算出があまりに単純過ぎるし、次のような問題があります。①医療需要を入院需要だけで把握はできないはず。外来等も含めたニーズがあるはずである、②2013年のデータをもとに、そのデータが2025年後まで続くという固定的な需要率を計算して、それで算出している、③2013年のデータと2025年の推計を併用している、④「医療は供給が需要を決定する」ことを無視している。

病院があって初めてニーズが生まれる

医療の場合、病院や診療所があって初めて地域住民の医療ニーズが生まれるのであって、需要が少ないからといって供給を減らすのは本末転倒です。「需要がないから」と各地域で病院の統廃合などを進めると、より医療需要が潜在化します。

このように、地域医療構想はこれまで、入院ベッド数の話として計画を策定してきました。これに従って各地で病院の統廃合が行われ、ベッド数が減らされ、病床機能が転換されました。そして、必要なベッド数をもとに医師や看護師の需給推計が計算されています。単にベッド数の話ではなく、人材確保の点でも、大もとになる需給推計に連動してきたという問題があります。

新たな地域医療構想とは

現在、次の2040年に向けた新たな地域医療構想が検討されています。

入院医療にとどまってきたこれまでの地域医療構想に加えて、今度は外来、在宅、医療・介護連携、そして人材確保という医療体制全体を見据えた計画にするとしています。「医療から介護へ、介護から地域・自治体へ」というタスクシフトの方向性や、それぞれの専門職の人材確保の数字もこの地域医療構想に包含していくという形になります。

医療計画は2024年度からの6カ年計画で先行して始まっています。新たな地域医療構想では、地域医療構想が上位の計画となり、その中に医療計画が置かれることになります。

タスクシフトやタスクシェア、あるいは人材確保を考えていく上で、専門職も地域医療構想をよく見ておく必要がありますし、各都道府県でどのような地域医療構想を策定していくかについて注視していただきたいと思います。

また、各都道府県が新たな計画を策定する際のガイドライン等がつくられると思います。ガイドラインの中身も注意して見ておく必要があるでしょう。自治体がつくる計画に各地域の医療需要等を反映させるよう、各地域から声を出していくことが重要だと思います。

第8次医療計画のポイント

第8次医療計画の概要を見ると、医療計画の中で地域医療構想が扱われています。また、これまで「入院から在宅へ」と言ってきましたが、今度は在宅、つまり外来医療も医療費抑制を進めていく内容になっています。

基本指針としては、都道府県が策定する地域医療構想は、入院医療、外来・在宅医療、介護との連携、また、人材確保も含めた医療提供体制全体の計画になります。その中に医療計画が位置づけられる。上位と下位が逆転したわけです。

地域医療構想の中で人材確保を見ていくことになり、タスクシフトもそのまま。「入院から在宅へ」「介護との連携」も打ち出されています。

これまでは病床数の話がメインでしたが、新たな

地域医療構想では、医療提供体制全体の将来のビジョンという中に入院、外来、在宅、介護との連携、そして人材確保等を含む将来の構想を書くことになります。その上で医療機関の機能の確保や病床の話になる。各都道府県の地域医療構想の中身が非常に重要になると思います。

病床機能について

医療機関が行っている病床報告について、今後は名称も変えます。「回復期」については、急性期の機能の一部も担うこととして位置づけるため、名称を変えるという話が出されています。検討会で出された案としては、「包括期」です。高度急性期、急性期、包括期、慢性期というシフトをしていく。

機能の内容を見ると、包括期機能だけ3項目もあります。①高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能、②急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能、③特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。

急性期の一部も担うことで、「高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い」と書かれています。

在宅医療需要の増加

在宅医療の需要は増加しています。今後、2040年にかけて訪問診療の需要は43%、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増えると予想されています。これを一体、誰が担うのか。人を増やさずにタスクシェアとタスクシフトを進めようというのはおかしい話です。

もちろん、国もその点はちゃんと分かっていて、2024年9月の地域医療構想の会議で出された資料によると、「2025年以降、人材確保がますます課題となる」と他人事のように述べています。増やしてこなかったツケが回っているということです。労働条件ももっと、国として底上げを図らないといけないはずで、それをしないから人材を他分野に取られてしまうわけです。

とりわけ訪問看護が足りないわけですが、それは

効率的に提供すればいいという説明がされていて、例えば、「ICTの活用やタスクシフト・タスクシェアの実施で1人当たりの訪問回数を増やすことができる。時間外勤務時間を削減することができる」とされています。

実例としては、ICTを活用してコミュニケーションを取れば訪問回数を減らすことができるという話と、電話対応の専属スタッフを入れれば看護師1人当たりの電話対応時間が短くなり、もっと訪問などの業務に時間を充てることができるというタスクシェア・タスクシフトの事例を紹介しています。

デジタル化や派遣を活用した外部委託化。結局、お金が儲かる分野をつくり出すためのデジタル化と、外注できる分野をつくり出すためのタスクシフト・タスクシェアということです。業務の改善のためというよりも、むしろIT企業や派遣業者が入り込むチャンスをつくるためのタスクシフト・タスクシェアと見るべきではないかと思います。

公的医療費抑制政策の転換へ

私たちとしては当然、医療費抑制策の転換を求めているわけではありません。ベッド数削減を急ぐのではなく、医療・介護現場の改善が喫緊の課題です。

介護や福祉分野は、今後の日本にとって数少ない重要な成長産業として国も位置付けています。それなのに人員をカットして、医療分野で企業が儲かるチャンスをつくり出すことにお金を使っています。そうではなくて、人員を増やす、給与等の改善につながる、労働条件の底上げにつながることにお金を使うことを求めていくことが必要です。

量的な確保をせずにタスクシフト・タスクシェアをしても、根本的な解決にはならないどころか、安全性の面などで多くの問題が出てくるでしょう。

積極的にタスクシフトを受け止めているところもありますが、そういうことを行えば行うほど、医療費抑制を牽引してしまう側面もあります。専門職の自分たちにお金が入らないような政策をわざわざ引っ張っていく必要はないと思います。

タスクシフト・タスクシェアは外注する産業やデジタル化のチャンスと位置付けられています。それは医療を産業化して儲かる分野にしていくという市場化の手段でもあるわけです。

社会保障は人権保障の尺度でもあります。医療現場や介護現場における「対人ケア労働」の水準の底上げを図ることが非常に重要だと思います。「対人ケア労働」の仕事は人権保障の仕事ですから、人権保障の担い手として「対人ケア労働」の人たちの底上げを図ることが大事です。そのことによって人権保障の水準を改善していく。何より賃金水準を高めていく必要があります。

「看護師の垂直分化」の問題点

看護の縦の専門性追求というか、研修を積んでより専門性の高い看護を目指すというのは、私自身は「看護師の垂直分化」だと捉えています。これは、看護師の仕事を分化することになります。

正看、准看、看護助手という形のピラミッド構造を、より鋭角にして鋭くするような追求だとも言えます。これは看護現場で共同する機会を失うことにつながります。だからこそ連携の課題が出てくるわけです。縦の専門性追求ばかりするのではなくて、いかに横につないでいくかということが、看護に限らずどの現場でも必要だと思います。

看護はとりわけ命に直結しているわけですから、そういう現場で縦の専門性の追求ばかりしていくと、タスクシフトという話に簡単に持っていかれる危険性もあります。むしろ、水平的な関係を同時にどれだけつくり出せるかが重要な課題なのではないでしょうか。

よりよい看護の実現に向けて

よりよい看護の実現に向けては、以下が課題になるでしょう。

①権利保障の水準の引き上げ…労働者の権利保障をもっと強く要求する。財界が社会保障の中身を決めるのではなく、労働者自身の権利保障の水準を引き上げていく。これは地域住民や患者の生活保障・人権保障に連動しています。

②人権保障の水準の引き上げ…①によって患者・地域住民の医療・介護の水準が引き上がっていきます。

③②によって、労働者と患者・地域住民、地域の全体的な底上げにつながると思います。

ご清聴ありがとうございました。(拍手)

介護労働の社会的評価と ジェンダー

ケアの市場化に抗する運動の可能性

やま ね すみ か
山根 純佳

実践女子大学教授



本日は、介護労働の社会的評価とジェンダーについてお話しし、ケアの市場化に対抗する運動の可能性を皆さんと共に探っていきたいと思います。

ケア労働とは何か

長らく女性の労働とされてきた介護や育児などが、今、「ケア」と呼ばれています。皆さんは「ケア」という言葉、好きですか？私は好きではありません。

「ケア」には「相手のために」という強い規範的な意味合いがあります。そもそも女性が社会的に求められてきた役割です。

ケアは献身や自己犠牲と結びつけられてきた労働です。家庭の中で行われた場合、女性がやればそれは「愛情」「優しさ」「思いやり」の一部であり、誰にでもできる労働と理解されてきたわけです。でも家庭のなかでも負担の大きな労働ですし、皆さんが日々やっている労働がそのように理解されるのは間違いですね。

依存的な他者のニーズを満たす労働

「ケア労働」とは、ここでは「依存的な他者の精神的・身体的ニーズを満たす労働」と考えればいいでしょう。ただ、もう少し正確に言うと、「感覚や認知能力を使う労働」と言えます。他者のニーズ、健康、幸福、振る舞い、好み、雰囲気、個性、性格、関係性に耳を傾け、気づき、話をして理解しようと

し、調整・観察する、こうした感覚を使った活動がケアには必要不可欠です。それは、思いやりや気遣いから一段進んだ認知的な活動であり、かつニーズを実現するための身体的な労働です。他者のニーズを感じ考えながら、同時に身体的な労働をしているわけです。

ケアワーカーのスキル

よく、「What」「How」と言われます。ケア労働者はケアを受ける本人、あるいは家族がどうしたいか＝Whatを会話や観察から感じ取り、そこから望ましい状態や、その実現方法＝Howについて、科学的知識やこれまでの実践知を使って考えます。

相手のニーズを理解したり考えたりすることがケア労働者の1つの仕事ですが、それに加え、どうすればそれがうまく実現できるか＝Howも考えなければいけません。それを私は「調整」と呼んでいます。それがうまくいくかどうかは、ケア労働者がどんな状況にあるのか、例えば人員配置、1人のスタッフが何人の利用者を担当しているのか、休息は何時間あるのか、などに影響されます。そうした文脈次第では、やりたいケアをやってあげられないことも起きるわけです。

「ケアは家庭の中でもやっているでしょう？」と言われればそうですが、ケア労働者はあらゆる利用者に対応していくことが求められます。そのために科学的・実践的・個別的知識のストックを使っています。例えば認知症のケアの場合は何を重視すべきか、教科書どおりにうまくいかないときにはどうす

べきか、この利用者さんのライフヒストリーからは今、何をしてあげるのが一番いいか、など多様な知識のストックが必要になります。その意味で経験＝熟練は重要です。ケア労働者の熟練をきちんと評価すべきでしょう。

しかしケアに「熟練」していても、資源が不足している状況ではよいケアはできません。スタッフがいないので協働したくてもできない、利用者と話す時間が取れない、休憩にも行けない、やりたいと思ったケアもできない…ケア労働者のやりがい失うような状況が横行しています。ケア論ではケアする側と利用者との関係性ばかりに焦点が当たりますが、もっとケア労働者が置かれている環境や制度との関係で「ケアの質」を考えていくべきだと考えています。

ケア労働者の脆弱性と交渉力

冒頭にお話したようになぜ、私が「ケア」という言葉を嫌だと思うかという、ケア労働者には相手のことを考えるべきだという強い規範が求められていて、そのために脆弱な立場に置かれるからです。アメリカの研究では、ケア労働者（訪問介護職や住み込みの家事労働者も含む）の交渉力の弱さには3つの要因があります。1つには、他の労働者とのつながりを持ちにくいこと、訪問介護の場合、直行直帰で同僚と会うことがない点です。

2つめには、交渉の対象のあいまいさがあげられます。日本の場合、低い介護報酬が皆さんを苦しめているわけですが、誰が交渉相手なのか非常に分かりにくい構図があります。利用者が雇用主であれば分かりやすいのですが、そうではない。ケア労働者が交渉すべき相手は、自治体なのか、労働者を供給している事業者なのか、日本の場合は介護報酬、つまり政府の予算に問題があるということになりますが、政府と直接交渉することにはなにくく、交渉相手があいまいです。

ケア労働者の交渉力を弱める3つめは職業倫理です。ケア労働者の仕事は基本的に相手の生命を守り、生活を改善させることなので、ストライキは利用者家族から理解が得られないかもしれません。ケア労働者たちはこのように、交渉力を持ち得ない状況に置かれています。これは、他の労働者と大きく違うところです。

ケアワークの献身性と長時間労働

私は介護施設で調査をして「長時間労働と献身性」に関する論文も書いています。介護保険制度以後、集団ケアから個別ケアの動きが強くなりましたが、ユニットケアの方が基本的には労働強化になります。利用者の状態や訴えに応じて労働内容を変えることになり、これは「ながら遂行労働」とよばれています。

また、例えば50人の利用者を3人のケア労働者で見ると違い、10人の利用者を1人か2人で見て、それを交替制でやっていくと、その日の勤務に代役を立てることができない労働編成になり、1人休んだらアウトという状況になっています。

ある施設では、シフトを組む際、職場に人がいなくなるような、朝7時に入った人がタイムカードを押して、その後、夜10時まで事業所にいるようなことが常態化していました。相手の個別ニーズや状況に臨機応変に応えることがケア労働者たちには求められていて、それは女性が従来、家庭の中で求められてきたことです。ユニットでは利用者は全員一緒に同じ時間にご飯を食べてはくれません。時間がまちまちでも、それを一人ひとり見ていなければなりません。つまり、家庭のケアと同様、職場のケアニーズにあわせて自分の私生活を犠牲にしなければいけない。しかし、職場ではジェンダーが逆転します。職場では男性が長時間労働によって献身性を発揮するのです。

そして高い専門性を持っている女性労働者が、子どもがいてはこの働き方はできないと、パートに切りかえます。一方でリーダーや主任には、長時間労働が要求されます。結果としてケアの専門性よりも、長時間労働ができる人が望ましい労働者として出世しています。

新自由主義的改革としての介護保険

ケア労働者は献身性が求められ、利他的に振る舞わなければいけない。そうした思いから交渉もストもできず、また、交渉やストをしたくても対象者があいまい。この問題を現在の介護保険制度の中に置いた時、一体何が起きていて、今後どうなっていくのか。それが本日の主題です。

ポイントは、介護保険制度が競争市場の形成と銘打ってつくられたことです。「措置から契約へ」、権利としてのサービスと介護保険制度が、それまでの措置制度の悪いところを乗り越えて利用者主体の制度になることが期待されました。

この改革のポイントは、利用者による事業者の選択と競争です。利用者は権利・消費の主体であり、サービスを選択します（ここで、選択される側は労働者なのか事業者なのかは理論上あいまいです）。事業者・供給側はより高い質のサービスを提供しようとして競争することで、質が維持されるという点で準市場は効率的だとされます。この理論に基づき「措置から契約へ」「選択と競争」の原理が介護保険制度に導入されました。諸悪の根源はこの「選択と競争」という発想だったと思います。

限られた資源の中で、「それを取り合って競争しなさい」というのが、「選択と競争」です。選択されたサービスに支払うという発想の下、人件費はサービス単価の支払いになりました。介護保険制度以前、自治体の措置制度の中で働いていたホームヘルパーたちは、年間300～400万円、高いところでは600万円が人件費として払われていたとされています。それが介護保険制度への移行によって、身体介護は○単位、生活援助は○単位と、サービス単価の支払いに移行しました。これに対し、現場からは「これでは常勤が置けない」と悲鳴が上がりました。常勤が置けなければ困難ケースに対応する人もいないし、何かトラブルが起きたときに相談・協働する時間もなくなります。結果としてケアの質が下がるとの批判もありました。

しかし、全面的にサービス単価の支払いに切り替わり、1998年に「人件費補助方式」から、訪問介護の場合は完全に「事業費補助方式」となりました。家事援助は何分でいくら、身体介護は1時間いくら、と計算され、記録の記入時間やケース会議などは補助の対象とされませんでした。このため、常勤職が置けないという状況になっていきます。

そしてこの時間単価はパート女性の賃金を前提にしたものになりました。公務員ヘルパーもいなくなり、社協も撤退しています。私に関わってきたホームヘルパー国賠訴訟における国・厚労省の答弁は、「介護報酬は、労働者の労働条件をことさら考慮して組み立てられているものではない」というものでした。

「出来高払い」も経営を困難にします。利用者から突然キャンセルされたりすると、介護報酬は入ってきません。これは介護施設でも同じです。

一方で保育園の場合は委託費のため、コロナ禍であっても、例えば2020年4月の緊急事態宣言で休園になっても、突然お金が入って来なくなるとことはありませんでした。ところが、介護保険は出来高払いの仕組みなので、コロナ禍では突然、収入が減りました。

介護保険制度と専門性

介護保険は利用者の視点から見れば、サービス供給の仕組みとしていいところがたくさんあるでしょう。高齢者の権利・尊厳が理念として組み込まれ、さまざまな資格や研修システムが発展し、高い専門性をケア労働者に要求します。

一方で、労働者保護の仕組みは最悪です。介護報酬によって労働条件がコントロールされ、労働者を保護する規制がありません。人件費率は事業所の裁量になっていて、営利企業と社会福祉法人とではかなりの差があります。訪問介護でも人件費率が50～60%と儲けている会社もあります。所長の給料は700万円と書いてあるアンケートもありました。

労働時間でいえば、訪問介護は「細切れ労働」、施設介護には「献身性による長時間労働」が要求されます。つまり、報酬が労働時間に対して支払われていないのです。例えば、訪問介護で認知症の利用者が散歩に行っていなかった。探して見つけたものの、サービスの時間が終わってしまった。この場合、報酬は全く入ってこないわけです。出来高払いの仕組みが労働条件の悪化をもたらしています。

「現場に行って、利用者さんと一緒にいるのが幸せです」と言うケア労働者も多くいます。賃金は安いけれど、それを訴えて改善していこうとはならない人たちも大勢います。そうした人たちは労働運動につなげていくことができません。

このように選択や競争、市場のメカニズムがなくとも頑張っているケア労働者の、動機と労働力を使い尽くす仕組みだということが、この25年間の介護保険制度の中で明らかになりました。

準市場における行為者

準市場論の前提にある行為者像について考えてみ

ましょう。イギリスで、医療改革を念頭に置いて準市場の定義が導入された際、ルグランという経済学者が「なぜ準市場が優れているのか」を議論しています。

供給サイド(事業者)は民間事業者が参入して競争が行われており、非営利事業所も参入している。需要サイド(利用者)から見た場合、購買力にかかわらずサービスを購入できる。日本の介護保険制度は、本人に直接給付ではありませんが、「あなたは要介護1だから、これだけ使えますよ」という形で利用者がバウチャー(利用券)を持っていると考えるといえます。

ルグランの著書では、供給を民間事業者に開放することと、利用者が消費者としてサービスを購入できることが望ましいと強調されています。これはイギリスのコミュニティ・ケア改革の理論的支柱となり、公共サービス一辺倒はダメで、準市場になれば効率的で応答性があり、選択が保障され、公平性が担保されるとされました。

準市場を評価する基準としては以下の4点があります。

- ①効率性：最小のコストで一定の質量のサービスを提供できること。自治体が予算を組んでケアをするとお金がかかり過ぎて効率的ではない。それに対して、民間のサービスは効率的——そのロジックが医療や学校現場に導入されたのが、イギリスの「コミュニティ・ケア改革」です。日本の介護保険もこの論理に則っているわけです。
- ②応答性：利用者のニーズと欲求に応答的なサービスを供給する。
- ③選択：利用者によるサービスと提供者の「選択」。利用者がサービスを選択する。事業者は利用者から選ばれようと、より良いサービスを提供しようと頑張るということです。
- ④公平性：支払い能力などに関係なくニーズに対応したサービスの利用を可能にする。

いずれも、行政直営方式、公共サービスとの比較から、準市場化にはメリットがあるという主張です。補足しますが、準市場は「社会保険方式か税方式か」とは別の独立した問題で、税方式で準市場を形成するというパターンもあり得ます。

ここでのポイントは、事業者の動機をめぐる想定です。事業者は、利用者に選択されないと給付を手に行かない仕組みになっているため、供給者は応答

的な仕方(上記の②)でサービスを提供しようとする。ルグランは医師や教師を念頭にしており、患者さんのニーズを聞かない医者などが登場します。「そういう人たちでも、良いサービスを提供しないと患者さんに選択されないとなったら、良い医者になる」というのがルグランの主張です。

しかし、この理論は正しいのでしょうか？ 例えばケア労働者の多くが女性で、措置の時代から高い質のケアを実践してきました。彼女たちは、選択と競争がなくても、高い質のケアを提供してきたのではないのでしょうか。

上述したようにルグランの議論では供給は「供給者」という概念で、雇用主と労働者は区別されていません。準市場の理論は供給・利用者・政府だけで、基本的に労働者が出てきません。現実には雇用主が悪党でケア労働者がナイトになるかもしれないわけですが、そうしたことは全く議論されていません。

選択と競争は必要だったのか

この「選択と競争」について2000年の『厚生白書』は、「何よりも新たに登場した介護サービス市場において、利用者が、自ら好ましい、より良いサービスを選択することを通じて、事業者間の競争が生じ、その結果として、提供されるサービスの質の向上や事業の効率化が進むことが期待される」と述べています。競争がなければ質が上がらない——これを私は「新自由主義的幻想」と呼んでいます。この論理に基づいて介護保険は設計されています。

選択されることでニーズに応えるという利己的行為者を前提に、悪党は自分たちの利益だけしか考えないけれど、「選択」は悪党に対しニーズに応えるというやり方でサービスを提供しようとする誘因を与える。ナイトはもともと市場にいて、この人たちは自分たちの利益より顧客のニーズを優先するから、この仕組みによって市場化すると、ナイトに悪影響を与えることなく悪党に対応できる、と。

しかし実際にはナイトが市場から撤退していかなくてはならない仕組みになっています。訪問介護で現在、7割を営利事業所が占め、身体介護は大手が持っていき、社協は撤退しています。

北欧やイギリスの「市場化」

イギリスや北欧でも、市場化や細切れのサービス

は1990年代から増えています。「時間とタスクベースのケア」は、結局ケアの質を低下させたと言われている。

ケン・ローチの『家族を想うとき』という映画はギグワーカーの話で、4人家族です。夫は宅急便のギグワーカー、妻がホームヘルパーで、妻は自分たちより明らかに階層の高い利用者からの電話で、1人暮らしのお年寄りの家に呼び出される。しかし、給料が発生するわけではありません。イギリスでも「細切れのゼロ時間契約」は問題になっています。なぜ準市場が効率的かというと、低賃金でも質の良いケアを提供する女性労働者がいるからです。

女性のパートを前提にした低賃金構造でも、ケアの現場には、合理的な個人や自分の利益だけを考えて働いている人はまずいなくて、常に相手にとって何が望ましいかという関係的实践をしています。利用者から選択されるかどうかにかかわらず、良いケアを実践しているわけです。ジェンダー（日本以外では人種の）不平等が根底にあって、効率的な市場になっています。

市場の効率性と低賃金

ルグランのモデルでは、経済的自立を要求されていない人たち、つまり女性は悪党ではありません。ルグランも、「女性介護ボランティアなどは、市場型の支払い方法を導入したことで、その人の動機がかえって強化された」と述べています。より利他的になり、より頑張ろうとするので、競争を入れても悪影響はないだろうと。これは、競争を導入しても悪影響はないという主張でもあるし、競争がなくても、もともと女性は応答的なケアを提供している、という二重の意味に取れます。いずれにせよ市場には「応答的で利他的なナイト」がいることが前提です。「利他的なナイト」とは、介護保険制度で言えば営利を追求しないNPOなどの事業者であり、現場で働くケア労働者だということでしょう。ジェンダー不平等を背景に、「市場の効率化」と「質の良いケア」の矛盾はケア労働者に負わせることができる仕組みになっているのです。資源(お金)が限定されているのに、応答的であろうと頑張ってしまう。これはとても効率的な仕組みです。畏みたくないものです。皆さんの動機を使い尽くすことで、市場化は成功しているわけです。

介護サービス市場は、ジェンダー非関与な建前を取りつつも、女性たちの「ケアの実践」を利用することによって、質の良いサービスを効率的に供給し得るシステムです。介護施設では、長時間働く献身的な男性を活用することで、この仕組みをうまく生かしています。

介護保険制度が始まる際、経営学者や経済学者は、準市場はうまくいくと理論的にも支持しました。現在の介護保険制度を見て、今何を思うか聞いて回りたい気分ですが(笑)、「介護保険制度は素晴らしい」と言ってきた彼らの社会的責任を追及したいところです。

介護保険制度以前、公共サービスが非効率で民間委託は効率的な理由として「自治体のヘルパーは1時間当たり5,000円もかかる」と言われました。ただし、これは時給ではなく福利厚生も含めた金額です。「シルバービジネスのヘルパーに頼めば半額でできるじゃないか」と経営学者がまじめに主張しています。それまで、女性のパートタイムや家庭奉仕員たちは、労働条件改善のため必死に自治体と交渉して賃金を上げてきました。それを全てないがしろにして、シルバービジネスにゆだねればこれだけ効率がいい、と論文で書かれたわけです。

なぜシルバービジネスが介護に参入するかというと、低賃金で働く女性たちを使って、儲けることができるからです。この不平等な賃金格差、ジェンダー構造がなければ、介護保険制度に参入する事業者などなかったでしょう。低賃金で働いてくれる労働者がいて、自分たちが儲けられなければ、営利企業は参入しません。だから介護報酬には人件費率の規定もありません。保育園も同様で、子ども子育て支援新制度では、人件費率の基準がなくなり、労働分配率を下げるのが可能になりました。初めからジェンダー不平等があつての準市場化だということです。

資本の要請に応じた福祉国家の再編

1986年の「民間活力に関する研究会」では、報告書の中で「購買力があり選択できる高齢者像」がくり返し登場します。「在宅サービスを含め、民間の参入を拒む理由はなく、むしろ有効性、効率性の観点からすれば、民間ベースの供給が可能な場合は公的供給を縮小してもよい」と述べています。ただし

この段階では「大多数の分野では民間による供給を基本とし」「地域的に民間によることが期待できない場合にのみ公的サービス」として、ある種の公的サービスは残すべきだという議論もされています。

こうした研究会に誰が出席しているかというところ、ルグランの翻訳を手がけた研究者や三井銀行、住友銀行、三菱商事、三井物産などの次長レベルなど。財務省の審議会などで介護事業所の大規模化といった話が出るのは、こうした経営・経済学者と民間企業のトップが決めているからです。まさに資本のニーズに応じた福祉国家の再編です。

ホームヘルパー国賠訴訟

ホームヘルパーの不安定な労働環境と人手不足は国の責任だとして現役ヘルパーたちが国に損害賠償を求めた裁判が「ホームヘルパー国賠訴訟」です（2025年3月に最高裁で上告棄却）。

この裁判の中で国側は、「介護報酬は人件費だけをことさら考慮するものではない」「介護保険制度は労働者保護を目的としてない」と述べています。ヘルパーたちは怒っていますが、私は、こうまであからさまに言うのかと、ある意味、この答弁には意義があると思っています。もともと介護保険制度の仕組みを見ても労働者保護の視点はない。それを明言したわけです。

ホームヘルパーの拘束時間とサービス提供時間についてアンケートをとりました。回答を得た約600ケースの平均を出したところ、移動・待機時間が拘束時間の約4割にのぼることが明らかになりました。これが不払い労働になっています。移動・待機に対して、厚労省は事業所に「払いなさい」とくり返し通達を出しています。しかし、この費用は介護報酬には含まれていないのです。

国賠訴訟の答弁書は、ホームヘルパー国賠訴訟のホームページに掲載されています。「ホームヘルパー国家賠償訴訟」で検索してみてください（令和5年3月15日の国の答弁書P.23以下参照）。

市場における「反転した選択」

次に、市場における「反転した選択」について。これは利用者による事業者の選択ではなくて、事業者による利用者の選択のことです。準市場論では「お

図表1 登録ヘルパーの支払われていない労働（2022調査労働者票）

自分の着替えやトイレの時間	54.7%
事業所との連絡	54.7%
上司や同僚との意見交換	48.2%
待機時間	47.3%
移動	40.3%
介護記録の記入時間	14.1%

N=311

いしいとこ取り（Cream skimming＝クリーム・スキミング）」と言います。経済学の用語です。ミルクコーヒーのミルク、ウイナコーヒーのおいしい部分だけ先に飲んでしまう。介護保険制度が開始から25年経って、まさにそれが起きている。利益の出るサービスだけを営利企業が持っていく。例えば、訪問介護の場合には身体介護。移動コストがかからないからです。もう1つは自費サービスです。都市部はかなり偏っていると思いますが、営利企業の自費サービスがだいぶ高めの値段になっていると思います。しかし、「おいしいとこ取り」した後の残りの部分を誰が引き受けているのか、という問題が残ります。

サービス付き高齢者住宅と有料老人ホームが増えています。併設事業所から有料老人ホームに訪問介護に回れば、移動せずに済むわけです。これらが首都圏・京阪神・愛知で5割を占めています。厚労省の同一建物減算の対象を見ると、2017年の数字で訪問介護事業所のうち20%を占めています。

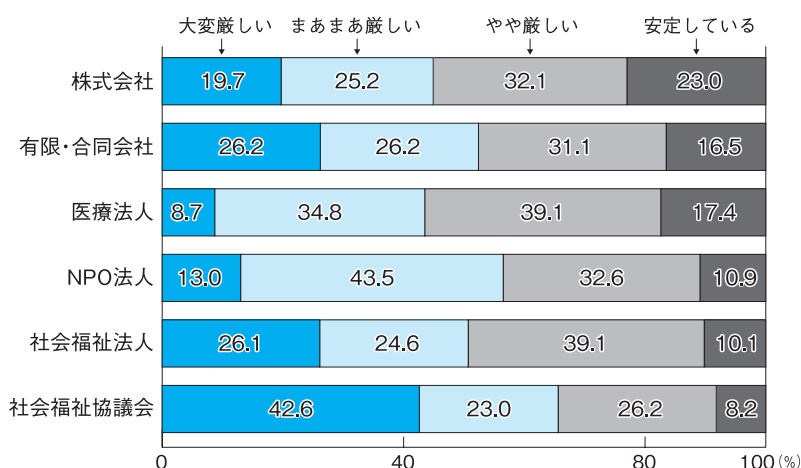
「大規模化」は、2018年あたりから財政制度審議会と言われるようになりました。この頃から「生産性向上」「経営主体の統合」「大規模化」が露骨に出てきます。

ホームヘルパーの労働実態

ホームヘルパー労働実態調査アンケート報告書によると、ガソリン代の支払いが「すべて自分」が18%を占め、町村部では31.4%にのぼりました。労働者が介護報酬などに転嫁できないコストを引き受けていると言えます。

2022年の私の調査では、自分の着替えやトイレの時間も「支払われていない労働」です（図表1）。

図表2 経営状況と事業所法人格



先日、フランスから来た研究者たちに、日本のホームヘルパーは「利用者の家でトイレに行ってはいけない」と言ったら驚いていました。

経営状況を事業所法人格別に見てみると、大変厳しいのは社協です（図表2）。医療法人や株式会社も安定しているところが多いです。NPOは利益を追求しないので、「厳しくない」と言い張っているのかもしれません。

法人格と利用者の要介護度の関係を見てみると、社協は「要支援1、2」と「要介護1」が非常に多い。株式会社は身体介護。「要介護3、4、5」の割合が医療法人、有限会社、株式会社で高くなっています。

「他の事業所から報酬単価の低いサービスを依頼される頻度」は、ケアマネジャーのいない有限会社や小規模の施設が「よくある」と答えています。

一番遠い利用者の家までの距離を事業法人格ごとに比べてみると、露骨に近いのが株式会社と医療法人です。社協は相対的に距離のある（遠い）利用者を受け持っている傾向にあります。

有料老人ホームとサービス付き高齢者住宅を併設している事業所のうち7割が株式会社でした。有料老人ホームがある事業法人で経営が厳しいところは非常に少なくなっています。

加算の取得については、特定処遇改善加算を「取得していない」は株式会社でも35%にのびります。理由としては、「各種要件を満たしていない」「事務手続きや報告が煩雑」「利用者の利用料が上がる」など。合理的な経営は加算を最大化することですが、そうすると利用者の利用料にも加算される。これは仕組まれた対立だろうと思います。

地方の事業所のコスト配分——A事業所の事例

訪問介護事業所での聞き取り調査（予備的調査）の事例から紹介します。

東北地方にあるA事業所は、ヘルパー15人、利用者35人。移動はほぼ車で、ガソリン代は1km20円、移動は1km30円出しています。年間のガソリン代支払いは143万円、移動への手当てを合わせると300万円にのびります。

収入は障害が8割、介護保険が2割。

介護保険の夜勤は株式会社が全部持って行ってしまうようで、夜勤は障害のみとのことでした。B市とC市に2つ事業所がありますが、利用者aさんの自宅まではC事業所から車で30分、bさんの家までは2つの自治体を越えなければなりません。

サービス提供責任者のSさん（69歳）は1日に車で129km走っています。拘束時間は14時間以上になりますが、介護報酬になるのは6.5時間。なぜ、わざわざbさんの家まで行くのかというと、bさんの暮らす自治体の社協からA事業所に依頼があったそうです。bさんは若い時の事故でケガをして以来、自宅に引きこもり、家族からも疎まれています。常に不機嫌なためヘルパーが入りたがらない。Sさんに対してもわがままですが、「私が行かなければbさんの生活が成り立たない」という思いで頑張っています。つまり、Sさんはbさんに選ばれているわけです。コストのかかる利用者には選ばれるリスクをSさんは自発的に引き受けています。

aさんの家までは30分ですが、途中で工業地帯があり、雪が降った日や朝は道路が渋滞します。朝8時に訪問するために事業所を6時45分に出るそうです。雪の日は2時間前に出る。担当者Zさんは勤続年数4年の64歳で、月の走行距離は1,300kmとのことでした。

利用者を選択する「悪党」がいる一方で、Sさんのように、コストのかかる利用者には選ばれ、それを嫌だと言わずにやる人もいます。A事業所は、依頼を受けた仕事は断らない、ガソリン代や移動に対しては手当を支払うという方針でやっています。経営は圧迫されますが、頑張っている。

事業者が利用者のサービスを選択する仕組みが、

この25年間でつくられました。身体介護の値段の高さから、自分の事業所にケアマネを置き、儲かるサービスを“クリーム・スキミング”することが可能になりました。割に合わない労働を減らすことは別に悪党でもありません。経営という観点からは当然ですが、割に合わない労働を誰が担うのかといえば、先ほどのSさんのような人です。

介護保険制度の矛盾

普遍的サービスをうたいながら、事業者がサービスを選択したくなる報酬体系にしていることが介護保険制度の大きな矛盾でしょう。そのため、報酬単価ではなくて人件費で、bさんの家までのガソリン代と賃金を払うとしています。しかし、Sさんが1日働いた時間に対してお金を払うという仕組みにしていかなければダメだろうと思います。

政府からすると介護保険制度は効率的で、市場化の成功です。市場原理がサービスの質や効率性を改善しているわけではありませんが、利他的な事業者が割に合わない労働をして社協が撤退しても、それは利用者に選択されなかった結果、競争に敗れた結果だと言えます。

参加・協働型ケアの構想

理論的に今後どう考えていくかというところでは、専門職モデルでも市場選択モデルでもない「参加・協働モデル」を提案したいと思います。

「専門職モデル」ではケア労働者個人の専門性をケアの資源と捉えますが、ケア関係のための時間や専門職が協働する仕組みをケアの資源とするのが「参加・協働」モデルです。また「利用者が選択するから質が良くなる」とする「市場モデル」ではなく、利用者に「昨日のヘルパーさんはこうだったけれど、本当はこうしてほしかったんだよね」と言える「参加」（とそのための機会や時間）が重要です。現場では「参加と協働」を通して「では、こういうケアにしてみましょう」とケアの質を追求しているわけで、「選択と競争」で質が上がっているのではありません。ケアワーカーとケアをする人、ケアワーカー同士の発言と対話の時間、それこそが大事だと思います。

ケア労働者と利用者の連携

またサービス利用者とケア労働者が連携していく例として、フランスとカリフォルニアの例があります。フランスのFEPEM(家庭雇用主団体)は、家事労働者にきちんとした労働条件を与えるため戦後までもない時期から活動が続けていて、現在は政労使の交渉の場に政労使の使用者団体として位置づけられています。フランスには労働協約のために制度化された対話の設定があって、その中でFEPEMは強い発言力を持っています。

また、アメリカでは、子どもをケアしてくれるシッターの権利を保障する運動があります。日本の場合、利用者組織も強くないので、地域単位で障害者運動の人、家族会の人、ヘルパー、介護施設の人などが地域で集まり、自分たちの地域のケアの状況がどうあるべきかを話し合い、自治体に上げていく仕組みが今後求められると思っています。

従来はケアサービスが市場の「財」で、その財をめぐる利用者が選択し、競争すると、労働者は無尽蔵にどこから湧いてくる、といったイメージが準市場のモデルでした。近代国民国家は労働力の再生産を女性に担わせて成り立ってきましたが、今後は外国人労働者に担わせることになるでしょう。

しかし「ケア」は誰かがやらなければいけない労働なのですから、ケア労働そのものが公共財であるべきです。また、ケア労働者には生活できる賃金、休息などの労働力の再生産の時間が必要です。また、若い子たちが自分たちもケア労働者になりたいと思うこともケア労働力の再生産であり、「労働力の再生産」にはその2つの意味を込めています。

ケア労働者を公共財とみなすような考え方に転換していかなければいけません。現実はずっと逆の方向を向いています。ここを突破するために、私は利用者と地域レベルで連携していく可能性にかけたいと考えています。

ご清聴ありがとうございました。(拍手)

2025年夏『ケアする私の「しんどい」はどこからくるのか』（山根純佳・平山亮編、勁草書房）が出版されます。家庭のケアに焦点をあてた内容ですが、今回お話ししたケア労働の難しさや協働の重要性についても論じています。お手にとっていただけると幸いです。

全国一斉「不払い労働一掃・退勤時間調査」結果報告

日本医療労働組合連合会 2025年4月

日本医労連は、2024年10月を集中月間とし、長時間労働の是正と不払い労働の根絶を目的に、全国一斉の「不払い労働一掃・退勤時間調査」を実施しました。

この調査は、総対話型の組織拡大行動としても位置づけられ、組合加入につなげる取り組みとして行ってきました。そのため、調査の実施時間は日勤終了後の2～3時間程度とし、主に日勤者を対象に聞き取りを行いました。

現在も医療・介護現場では、長時間労働や不払い労働が蔓延しており、安心して働き続けられる労働環境づくりのためには、こうした状況の是正が急務です。私たちは今後も、労働環境の改善に向けた取り組みを進めていきます。

調査概要

※（ ）は昨年の数値

- 実施期間 2024年9月から2025年2月末までの6カ月間(10月を取り組み集中月間に設定)
- 対象者 加盟組合の組合員、職場の労働者
- 集約数 84単組支部14,348人(2023年:90単組支部17,360人)
有効回答数 14,348人(17,251人)

調査結果の概要

(1) 年間の未払い賃金は1人当たり約81万1,000円、ひと月当たりは6万7,000円超え

調査結果から始業時間前・終業時間後の時間外労働・休憩時間未取得による未払賃金を試算すると、年間1人当たり811,008円(806,404円)も発生していた。

ひと月1人当たりは67,584円(67,200円)。内訳

は、始業時間前および終業時間後の時間外労働より発生した分が51,988円(51,693円)、休憩未取得により発生した時間外労働分が15,596円(15,508円)だった。

一部しか請求をしていない回答者は含まれていないため、実際の対象者や未払賃金はさらに多くなる。

(2) 所定労働時間を超えて時間外労働をした人が回答者の7割強。昨年から5.2ポイント減少したものの全体の4割が始業時間前も終業時間後も時間外労働を強いられていた

調査日に時間外労働を行った人は10,722人・74.7%(13,057人・75.7%)。始業時間前のみ2,940人・20.5%(3,166人・18.3%)、終業時間後のみ1,880人・13.1%(1,892人・10.9%)と昨年からいずれも2.2ポイント増加した。始業時間前と終業時間後の両方5,902人・41.1%(7,999人・46.3%)では5.2ポイント減少した。

(3) 始業時間前の時間外労働の発生は約6割。看護師で約7割、医師・リハで約6割

始業時間前に時間外労働が発生した人は、8,842人・61.6%(11,584人・67.1%)と昨年から5.5ポイント減少した。

職業別では、「看護師」5,332人・72.0%(6,887人・78.7%)の割合が最も高く、次いで「リハビリ技師」913人・62.4%(1,156人・67.8%)、「医師」117人・59.4%(83人・60.6%)だった。

(4) 新人にあたる「24歳以下」で始業時間前の時間外労働の発生は7割強。「60歳以上」では約5割

始業時間前に時間外労働が発生した人を年齢別にみると、「24歳以下」は、1,087人・73.3%(1,501人・79.1%)と5.8ポイントの減少、「25～29歳」1,273人・66.8%(1,693人・71.6%)と4.8ポイント減少、

「60歳以上」は、476人・48.8%（523人・52.3%）と3.5ポイント減少した。

（5）終業時間後の時間外労働の発生は5割強。医師は約7割、リハビリ技師は6割強

終業時間後に時間外労働が発生した人は、7,782人・54.2%（9,995人・57.9%）と3.7ポイント減少した。

職種別では、昨年2.1ポイント増加した「医師」は、138人・70.1%（91人・66.4%）と今年は3.7ポイント増加、次いで「リハビリ技師」は955人・65.3%（1,193人・70.0%）と4.7ポイント減少した。

時間数で見ると「1時間以上」3,049人・21.3%（3,855人・22.3%）、「2時間以上」848人・5.9%（1,121人・6.5%）、「3時間以上」244人・1.7%（299人・1.7%）だった。

調査結果の詳細

1）職種

調査職種における労働者数は14,348人（17,251人）。職種は、「看護職員」が7,407人・51.6%（8,752人・50.7%）と最も多く、次いで「医療技術職（リハ以外）」が1,495人・10.4%（2,061人・11.9%）、「リハ（OT・PT・ST等）」1,463人・10.2%（1,704人・9.9%）、「事務」1,305人・9.1%（1,793人・10.4%）、「介護職」1,266人・8.8%（1,403人・8.1%）、「医師」197人・1.4%（137人・0.8%）の順だった。

（注：2021年より職種に「事務」を追加）

2）年齢

年齢分布は、「40代」が3,816人・26.6%（4,540人・26.3%）と最も多く、次いで「30代」が3,242人・22.6%（4,113人・23.8%）、「50代」2,783人・19.4%（3,310人・19.2%）、「25～29歳」1,907人・13.3%（2,366人・13.7%）、「24歳以下」1,483人・10.3%（1,898人・11.0%）、「60歳以上」975人・6.8%（1,000人・5.8%）の順だった。

（注：2021年より「50代」と「60歳以上」に分けた）

3）今日の勤務はなんでしたか？

調査日の勤務について、「日勤」が79.6%（79.5%）

で最も多く、「その他」11.4%（11.7%）、「早出日勤」4.2%（4.8%）、「遅出日勤」3.6%（3.7%）だった。

職種別に見ると、日勤は「医師」の93.4%（95.6%）、「看護職員」の79.4%（77.7%）だった。

4）今日の始業前時間外労働はどれくらいでしたか？

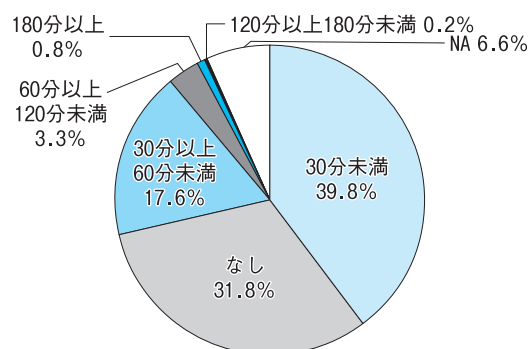
始業時間前「なし」4,562人（5,362人）

調査日の時間外労働について、始業時間前「なし」は31.8%（31.1%）だった（図表1）。

始業時間前「あり」8,842人（11,584人）

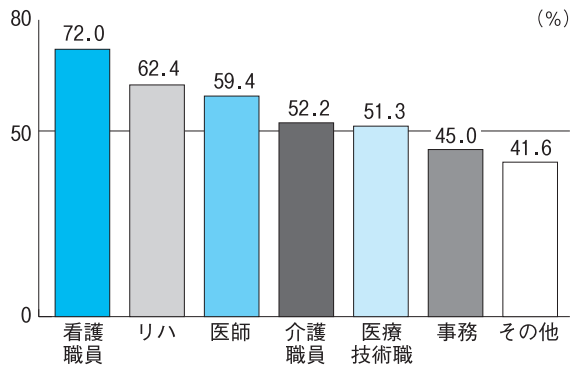
始業時間前「30分未満」39.8%（39.7%）、「30分以上60分未満」17.6%（23.1%）、「60分以上120分未満」3.3%（4.1%）、「120分以上180分未満」0.2%（0.2%）、「180分以上」0.8%（0.1%）だった。始業時間前1時間以上は4.2%（4.4%）と0.2ポイントの減少となり、3時間以上は0.7ポイント増加した。

図表1 今日の始業前時間外労働はどれくらいでしたか？



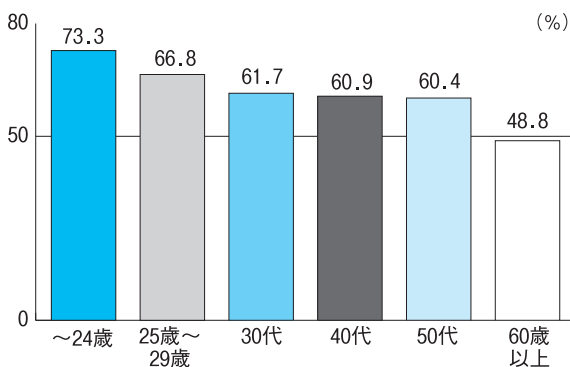
職種別に見ると、始業時間前「あり」は、「看護職員」72.0%（78.7%）と6.7ポイント減少、「リハ」62.4%（67.8%）と5.4ポイント減少、「医師」は59.4%（60.6%）と1.2ポイント減少、「介護職員」52.2%（57.9%）と5.7ポイント減少、「医療技術職」51.3%（55.3%）と4.0ポイント減少、「事務」45.0%（48.0%）と3ポイント減少した（図表2）。また、1時間以上は「医師」が最も多く12.7%（14.6%）、次いで「看護職員」4.8%（6.1%）、「リハ」4.6%（2.8%）、「医療技術職」3.3%（2.7%）、「事務」3.8%（3.0%）「介護職員」2.2%（2.8%）だった。

図表2 始業時間前時間外労働（職種別）



年齢別にみると、始業時間前「あり」は、「24歳以下」73.3% (79.1%)、「25～29歳」66.8% (71.6%)、「30代」61.7% (66.0%)、「40代」60.9% (67.3%)、「50代」60.4% (63.0%)、「60歳以上」48.8% (52.3%)だった（図表3）。

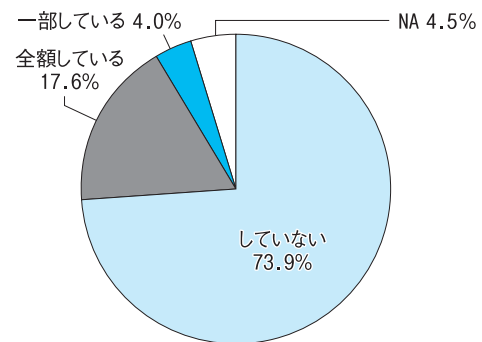
図表3 始業時間前時間外労働（年齢別）



5) 始業前時間外労働は請求していますか？

始業前時間外労働の請求について、「していない」は73.9% (79.7%)と5.8ポイント減少、「全額請求している」は17.6% (12.9%)と4.7ポイント増加、「一部している」は4.0% (4.4%)だった（図表4）。昨年と比較し改善はみられるものの、回答者の7割超が未払賃金を請求していなかった。

図表4 始業前時間外労働の請求



6) 今日の終業時間後、どれくらい残業しましたか？

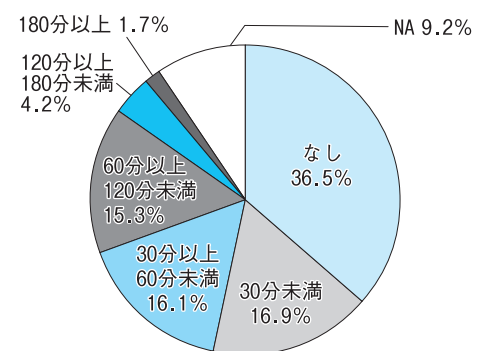
終業時間後「なし」5,244人 (6,504人)

調査日の時間外労働について、終業時間後「なし」は36.5% (37.7%)だった。

終業時間後「あり」7,782人 (9,995人)

終業時間後「30分未満」16.9% (17.7%)、「30分以上60分未満」16.1% (17.9%)、「60分以上120分未満」15.3% (15.8%)、「120分以上180分未満」4.2% (4.8%)、「180分以上」1.7% (1.7%)だった（図表5）。終業時間後1時間以上は21.3% (22.3%)と1.0ポイントの減少となり、2時間以上は5.9% (6.5%)と0.6ポイントの減少だった。

図表5 終業時間後の時間外労働



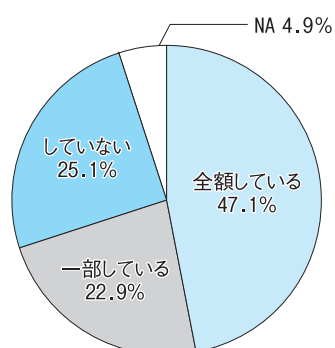
職種別に見ると、終業時間後「あり」は「医師」70.1% (66.4%)と3.7ポイント増加、「リハ」65.3% (70.0%)と4.7ポイント減少、「看護職員」61.2% (65.9%)、「事務」48.2% (51.7%)、「医療技術職」40.8% (43.4%)だった。2時間以上は「医師」14.2% (9.5%)と4.7ポイント増加、「事務」は7.3% (8.8%)、「看護職員」は6.7% (8.1%)だった。

7) 終業時間後の残業は請求していますか？

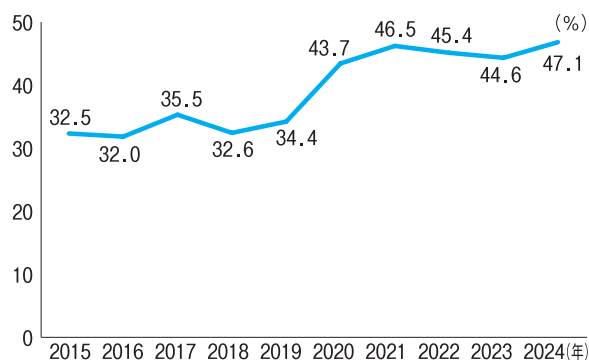
終業後時間外労働の請求について、「全額請求している」は47.1%（44.6%）と0.5ポイント増加し、「していない」は25.1%（27.2%）と2.1ポイント減少、「一部している」は22.9%（24.8%）と1.9ポイント減少した（図表6）。昨年に比べわずかに改善がみられるものの、回答者の半数以上が未払い賃金を請求していなかった。

年齢別に見ると、「全額請求している」は「30代」51.0%（46.7%）、「25～29歳」50.9%（48.1%）、「24歳以下」49.4%（43.7%）の順だった。

図表6 終業時間後の残業の請求



図表7 終業時間後の残業代を全額請求している割合

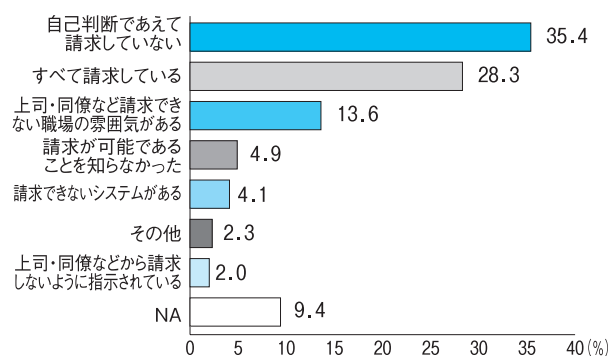


8) 残業代未請求の理由は何ですか？

始業時間前・終業時間後の未払い賃金が請求できなかった理由については、「自己判断であえて請求していない」35.4%、「上司・同僚など請求できない職場の雰囲気がある」13.6%、「請求が可能であることを知らなかった」4.9%、「請求できないシステムがある」4.1%、「上司・同僚などから請求しないように指示されている」2.0%だった（図表8）。

（注：2024年より選択肢を変更）

図表8 残業代を請求しない理由

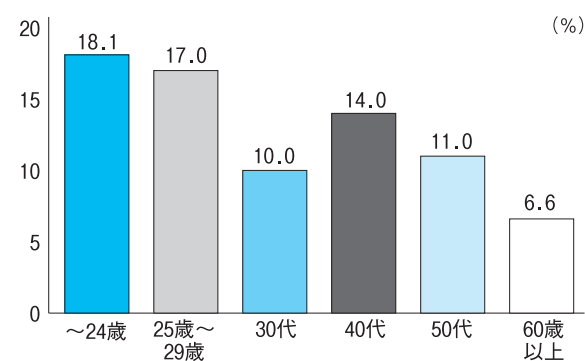


職種別に見ると、「上司・同僚など請求できない職場の雰囲気がある」は、「看護職員」17.9%で最も多く、次いで「リハ」12.0%、「介護職員」9.8%の順だった。

年齢分布では、「上司・同僚など請求できない職場の雰囲気がある」は、「24歳以下」18.1%で最も多く、次いで「25～29歳」17.0%、「40代」14.0%の順だった（図表9）。

（注：2024年より選択肢を変更）

図表9 請求できない雰囲気がある（年齢別）

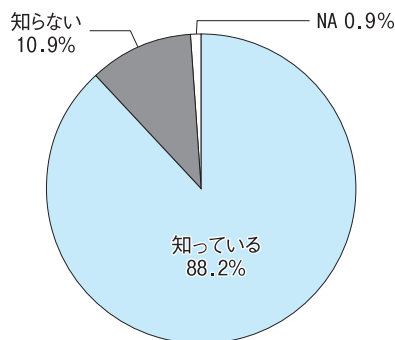


9) 請求した超勤手当は支払われていますか？ 残業代の不払いが法律違反であることを知っていますか？

超過勤務手当の支払いについて、「きちんと支払われている」は89.2%（89.0%）、「一部だけ支払われている」4.6%（5.3%）、「請求しても払われない」0.7%（0.7%）だった。

未払い賃金について、法律違反を「知っている」88.2%、「知らない」10.9%（11.6%）だった（図表10）。

図表10 残業代の不払いは法律違反と
知っていますか？



10) 今日の休憩時間はどの程度取れましたか？

調査日の休憩時間について、取得率「76～100%」は66.1%（69.4%）だった。

職種別に見ると、取得率「76～100%」は「医療技術職」80.7%（83.8%）、「介護職員」76.2%（77.2%）、事務76.2%（78.4%）、「看護職員」63.4%（65.7%）、「リハ」56.4%（56.5%）、「医師」が38.6%（43.8%）だった。

取得率「0.0%」の回答は、「医師」12.5%（5.1%）、「看護職員」0.6%（0.9%）だった。

未払賃金の試算

調査結果から、始業時間前・終業時間後の時間外労働・休憩時間未取得による未払賃金を試算した。

（1）始業時間前の時間外労働の未払賃金

図表11 始業時間前の時間外労働を
請求していない時間

請求していない時間	人数（人）	総時間数(分)
30分未満	5,048	63,293
30分以上60分未満	2,208	74,463
60分以上120分未満	347	22,886
120分以上180分未満	12	1,370
180分以上	80	5,295
合計	7,695	167,307

始業時間前の時間外労働の請求について、「していない」と回答した10,603人（13,753人）のうち、時間外の労働時間を回答した7,695人（10,309

人）の時間外労働時間の合計は167,307分（246,474分）（図表11）。厚生労働省「令和5年賃金構造基本統計調査」を用いて未払賃金を算出すると、1人当たり20,795円（20,677円）だった。

請求を一部しかしていない回答者581人（752人）は含まれていないため、実際の対象者や未払賃金はさらに多くなる。

①回答者10,603人（10,309人）の時間外労働時間167,307分（246,474分）から1人当たりの時間外労働時間を算出すると21.74分（23.91分）。

（注：小数点以下第3位で切り捨て）

②月平均所定労働日数を20日とし、月平均の時間外労働時間を算出すると、435分：7時間15分（478分：7時間58分）。

（注1：月平均所定労働日数は、365日から年間休日（土曜52日、日曜52日、祝日16日、年末年始休5日、夏季休暇3日）を除いた年間所定労働日数237日を12カ月で割って算出。少数点以下四捨五入）

（注2：小数点以下切り捨て）

③厚生労働省「令和5年賃金構造基本統計調査」による「医療業」の「所定内給与月額」334,800円（332,900円）、「所定内実労働時間」161時間（161時間）から1時間当たりの基礎賃金を算出すると2,080円（2,068円）。時間外労働の割増賃金率を25%とし、1時間当たりの時間外割増賃金を算出すると2,599円（2,585円）。未払賃金は、1人当たり20,795円（20,677円）。

（注1：厚生労働省「提供分類1：令和4年賃金構造基本統計調査、提供分類2：一般労働者、提供分類3：産業中分類（P.83医療業）『第1表 年齢階級別きまって支給する現金給与額、所定内給与額及び年間賞与その他特別給与額』」企業規模計（10人以上）より）

（注2：50銭未満を切り捨て、50銭以上を切り上げ）

（注3：月の時間外労働の合計30分未満を切り捨て、30分以上を切り上げて計算）

図表12 終業時間後の時間外労働を請求していない時間

請求していない時間	人数（人）	総時間数(分)
30分未満	1,136	14,150
30分以上60分未満	605	20,632
60分以上120分未満	360	25,459
120分以上180分未満	92	11,646
180分以上	23	4,322
合計	2,216	76,209

（2）終業時間後の時間外労働の未払賃金

終業後時間外労働の請求について、「していない」と回答した3,599人（4,694人）のうち、時間外の労働時間を回答した2,216人（2,977人）の時間外労働時間の合計は76,209分（104,483分）（図表12）。厚生労働省「令和5年賃金構造基本統計調査」を用いて未払賃金を算出すると、1人当たり31,193円（31,016円）だった。

請求を一部しかしていない回答者3,284人（4,282人）は含まれていないため、実際の対象者や未払賃金はさらに多くなる。

① 回答者2,216人（2,977人）の時間外労働時間76,209分（104,483分）から1人当たりの時間外労働時間を算出すると34.39分（35.10分）。

（注：小数点以下第3位で切り捨て）

② 始業前の未払賃金の試算と同様に、月平均所定労働日数を20日とし、月平均の時間外労働時間を算出すると、688分：11時間42分（702分：11時間42分）。

（注：小数点以下切り捨て）

③ 始業前の未払賃金の試算と同様に、厚生労働省「令和5年賃金構造基本統計調査」から1時間当たりの時間外割増賃金を算出し2,599円（2,585円）とした。未払賃金は、1人当たり31,193円（31,016円）。

（注1：50銭未満を切り捨て、50銭以上を切り上げ）

（注2：月の時間外労働の合計を30分未満切り捨て、30分以上を切り上げて計算）

休憩時間未取得による未払い賃金

図表13 休憩時間未取得の不払い賃金試算

休憩取得	人数（人）	総時間数(分)
1分～15分	77	701
16分～30分	377	10,335
31分～45分	542	22,440
46分～60分	564	29,267
61分以上	72	6,810
合計	1,632	69,553

調査日の休憩時間について、取得率「100%未満」と回答した5,912人（7,721人）のうち、始業前・終業後の時間外労働の請求を共に「していない」と回答した1,632人（2,160人）を対象に未払賃金を算出すると、1人当たり15,596円（15,508円）だった。

① 休憩時間「100%未満」かつ始業前・終業後の時間外労働の請求を「していない」1,632人（2,160人）の休憩時間の合計は15,508分（15,324分）。そのうち取得時間の合計は69,553分（89,921分）だった（図表13）。休憩未取得により発生した時間外労働時間の合計32,577分（40,481分）から1人当たりの時間外労働時間を算出すると19.94分（18.75分）だった。

（注：小数点以下第3位で切り捨て）

② 月平均所定労働日数を20日とし、月平均の時間外労働時間を算出すると、399分：6時間39分（375分：6時間15分）。

（注：小数点以下切り捨て）

③ 始業前の未払賃金の試算と同様に、厚生労働省「令和5年賃金構造基本統計調査」から1時間当たりの時間外割増賃金を算出し2,599円（2,585円）とした。未払賃金は、1人当たり15,596円（15,508円）。

（注1：50銭未満を切り捨て、50銭以上を切り上げ）

（注2：月の時間外労働の合計を30分未満切り捨て、30分以上を切り上げて計算）

1カ月の未払賃金

1カ月の未払賃金は、始業前時間外労働20,795

円（20,677円）と終業後時間外労働31,193円（31,016円）を合わせ、1人当たり51,988円（51,693円）だった。

休憩未取得により発生した時間外労働15,596円（15,508円）を加味すると、1人当たり67,584円（67,200円）だった。

調査結果に基づいて

2019年4月施行の改定労働基準法により、時間外労働の上限規制として「月45時間・年360時間」が明記されたが、始業時間前は昨年同様の結果、終業時間後は1.1ポイント増加し、時間外労働の常態化は依然として改善されていない。当然ながら、違反には罰則が課せられる。

職種別の状況を見ると、始業時間前「看護師」6.7ポイント減少、「医師」1.2ポイント減少したが、昨年3.1ポイント増加した「リハビリ技師」は今年は5.4ポイント減少した。終業時間後では、「リハビリ技師」4.7ポイント減少、「看護師」4.7ポイント減少、昨年2.0ポイント増加した「医師」は3.7ポイント増加した。

上限越えにつながる2時間以上の時間外労働が約1割あり、働き続けられる労働環境づくりのためにも、引き続き是正が必要である。

時間外労働の請求を始業時間前「全くしていない」は約7割だった。終業時間後「全くしていない」は2割強で、全世代で約2.0ポイントずつ減少していた。「請求できない雰囲気がある」は1割超で1,949人だった。

時間外労働の請求ができない実態に加え、「請求しても払われない」が102人いた。明らかな違法行為が存在し、不払い労働根絶に向けた手だてが必要である。未払賃金について、前年度に続き1割の労働者が未払賃金は「法律違反」との認識を持っておらず、使用者の労働時間管理責任が問われる一方で、労働者自身の学習・教育の推進、時間外労働の請求・支払いは当たり前の職場づくり、請求方法の明確化、透明性など労働組合として時間外労働の短縮、適切な取り扱いへ向けた取り組み強化が求められる。

一方で、今後の調査課題として、時間外労働の請求状況を尋ねた際、請求を「していない」と答えた中には、非正規職員や育児短時間勤務者など、時間外労働自体が発生していないケースも含まれている可能性があるため、基礎項目に正規・非正規職員の区分設問の設定が必要である。また、月単位と思われる回答も見受けられた。

さらに、時間外労働の請求について、「その他」に「自己研鑽^{さん}」や「委員会の業務」との回答が寄せられ、それらは「自己判断」に振り分けている。また、複数回答もあり、その場合も「その他」に振り分けているなど設問の見直しが必要である。

医療・介護現場では、慢性的な人手不足に加え、長時間夜勤と夜勤回数の制限に対する法的規制がないことも原因となり、時間外労働の常態化、長時間過重労働の蔓延が推察できる。日本医労連は、使用者の労働時間管理の徹底と適正な運用、行政による監督監査の強化、長時間労働や夜勤回数、短すぎる勤務間隔を規制する法整備の改善を求めている。

退勤時間調査【調査票】		記入日時： 月 日、時刻 時 分
記入上のお願い：あてはまる番号を右の回答欄□や（ ）内にご記入ください		
基礎項目	問1. あなたの職種を教えてください	回答欄
	① 医師 ② 看護職員 ③ 介護職員 ④ リハ（OT・PT・ST等） ⑤ 医療技術職（放射線・検査・薬・CE）※CE=ME臨床工学技士 ⑥ 事務 ⑦ その他（ ）	
調査項目	問2. あなたの年齢を教えてください	回答欄
	① ~24歳 ② 25歳~29歳 ③ 30代 ④ 40代 ⑤ 50代 ⑥ 60歳以上	
	問3. あなたの本日の勤務を教えてください	回答欄
	① 日勤 ② 早出日勤 ③ 遅出日勤 ④ その他（ ）	
	問4. 本日の始業時間前の時間外労働はどれくらいでしたか？	回答欄 分
	問5. 始業時間前の時間外労働分（時間外手当）を請求していますか？	回答欄
	① すべて請求している ② 一部請求している（ 分／ 分中） ③ 請求していない	
	問6. 本日の終業時間後の時間外労働はどれくらいでしたか？	回答欄 分
	問7. 終業時間後の時間外労働分（時間外手当）を請求していますか？	回答欄
	① すべて請求している ② 一部請求している（ 分／ 分中） ③ 請求していない	
問8. 法律により「時間外労働の請求は1分単位から」ですが、時間外労働分をすべて請求をしていないときの理由を教えてください。※「すべて請求している」場合は「①」を選択してください	回答欄	
① すべて請求している ② 自己判断（短時間・面倒など）であって請求していない ③ 上司・同僚など請求できない職場の雰囲気がある ④ 請求できないシステムがある ⑤ 請求が可能であることを知らなかった（請求方法を知らない・説明を受けていない） ⑥ 上司・同僚などから請求しないように指示されている ⑦ その他（ ）		
問9. 請求した残業代（時間外手当）は支払われていますか？	回答欄	
① きちんと支払われている ② 一部だけ支払われている ③ 請求しても支払われない		
問10. 残業代（時間外手当）の不払いが法律違反であることを知っていますか？	回答欄	
① 知っている ② 知らない		
問11. 本日の休憩時間はどれくらいでしたか？	回答欄 分／ 分中	
記入例） 40分／60分中		
自由記入欄 ※職場の状況など何でもご記入下さい。記入欄は裏面もご活用ください （ ）		
ご協力ありがとうございました		

心すなおに風のごとくに

第48回

人と世界の可能性、大切なことが生き残ること

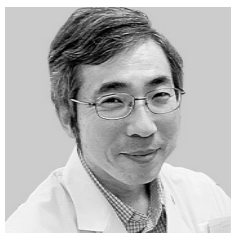
昨今、発達障害を疑い、検査を希望して来院する人が少なくない。その参考に知能検査を実施することがある。世界標準の検査を実施するのであるが、実は人の知能の半分程度しか評価できず、知能指数（IQ）の数値にとらわれすぎてはいけないことはあまり知られていないかもしれない。人には、現時点では測定できない多くの能力がある。パーソナリティ検査の結果も含め、その人がどの程度自分自身を理解しているのか、その可能性はどうかと一定の示唆はされるが、それでも人の様々な気づきや成長の可能性に期待したいと日々思う。

そう思う一方、人はどうして戦争をし、無垢の人々を殺害できるのだろうか、どうして日本国憲法にもあるように「人類の多年にわたる自由獲得の努力」（97条）による「幾多の試練に堪へ」てきた基本的人権や国際法の尊重といった歴史の財産を無視できるのだろうか。現在も続くウクライナやガザの悲劇、人権よりも金銭が何より優先と見える某大統領に思う。

自分の考え方、信念、こだわりなどを変えない、あるいは変えたくない背景は様々であるが、多くはなんらかの強い不安が背景にあって、こだわらざるを得ないと考えられる場合が多い。もちろん、どの

程度感情的にならずに、客観的に自分や他者が見えるかどうかという能力の問題がかかわることもある。第二次大戦後、国際的な協調が進んだとはいえ結局、世界では貧困や格差は拡大している。ネット社会やAIの出現は、人のコミュニケーションや関係のあり方を変えつつある。情報操作と判断の誘導によって、個人の自由な思考と選択は幻想ではないかとさえ思われる。そうすると、不安のために仲間内だけ集まって、他者を排除することで安心しようという構えが、時には宗教的な装いをもって、あるいは「～を再び偉大にする」というスローガンによってまとまるという動きに通じているのだろう。

臨床では、関係作りから始まって、不安を軽減し、心の視野を広げ、自分を見つめ、人を見直すことを根気強く続けて、良い方向への変化を期待する。安心すると共感力が育ってきて、やがて援助する側とされる側の区別は薄くなり、結局は相互的に尊重でき、喜び合う。臨床では人を殺す武器はないが、世界はどうすればいいのか。変わることが難しい人々もいるだろう。しかし気づき、成長し、連帯する人たちもたくさんいるだろう。生き残り、伝えることが重要だ。被爆者の方々のように。



まつうら けんしん ●1984年金沢大学卒。青森で研修し、現在は石川勤労者医療協会城北病院。主な関心分野は産業精神医学、精神療法、総合病院精神医学、ハンセン病・神谷美恵子、無差別平等の医療。

よろしく

Vol.51

あたらしくなきました

愛加那労働組合（神奈川）

長く働き続けられる職場めざし 「明るく楽しい」組合を



第7回定期大会後の元気いっぱい交流会（2024年12月13日）

個人加盟労組を出発点に

横須賀市津久井にある「社会福祉法人結いの会愛加那」は2000年4月、介護保険制度の開始と同時にスタートしました。高齢者福祉総合施設としてショートステイ、デイサービス、居宅介護支援と3つの介護保険サービス事業所として在宅介護の支援を行っています。

私たちの職場は以前、前理事長によるパワハラや不当労働行為、支配介入、私的流用が横行していました。もう我慢の限界、皆が当たり前にも働ける職場にしていこうと神奈川県医労連の個人加盟労組に数人が加入し、2018年12月に「愛加那労働組合」を8人で結成しました。

その後、パワハラ問題の解消とともに法人理事全員が交代。5年にわたる市からの特別指導監査等を乗り越え、現在は正常な法人運営となっています。

その経過の中で、労組発起人である前執行委員長と書記長が法人の理事に着任したことで、労使関係は風通しの良い状況となっています。

加入を呼びかけ過半数達成

この間、コロナ禍の影響で活動や交流ができない期間が続き、職員の退職も伴い組織減少が続いていました。しかし、新入職員への加入呼びかけの時期を考え直し、「横須賀三浦地区労連主催のみかん狩り」や「定期大会＆忘年会」等、イベントのお誘いとあわせた加入呼びかけを意識的に始めた結果、新規加入者を8人増やすことができました。現在の組合員数は25人で、過半数組合となっています。

厳しい介護現場ではありますが、仲間づくりを大切に、長く働き続けられる職場をめざし、「明るくて楽しい」組合をつくっていきたいと思います。

（愛加那労働組合執行委員長 永峯暁美）

定期購読・バックナンバーのご案内



5月号 (2025年5月10日)
No.685

人権の尊重が平和への道
ハンセン病の歴史から人権を考える／看護師が安全に健康に働き続けるための交替制勤務スケジュール／再起しつつあるアメリカ労働組合から学ぶ



4月号 (2025年4月10日)
No.686

会計年度任用職員制度とのたたかい
／新たな地域医療構想の視点・論点／子育て世帯の生活と労働／すべての人がありのままの自分で暮らせる社会に



3月号 (2025年3月10日)
No.687

2024年 介護施設夜勤実態調査結果
「実態調査」の課題と今後の展望



2月号 (2025年2月10日)
No.688

すべてのケア労働者の大幅賃上げを！
職場の団結と産別の力で賃上げの展望をつくりだす25春闘／この春闘にどう取り組むか



1月号 (2025年1月10日)
No.689

私たちは今、どこにいるのか？／世界の運動から学び、たたかう労働組合のバージョンアップを！／ベルギーの精神医療改革から学ぶ／日本の精神科医療の現状



12月号 (2024年12月10日)
No.684

2024年度 夜勤実態調査
安全に健康にシフトワークを行うためのレシピ



11月号 (2024年11月10日)
No.683

「て・あ・て」の実践／災害復興政策の根本問題／2023年度院内保育所実態調査



10月号 (2024年10月10日)
No.682

最賃全国一律1500円を早期に
最低賃金生活体験調査／看護職員の入退職に関する実態調査／ジェンダー平等プロジェクト・連続オンラインセミナーまなばNight!



8・9月号 (2024年9月10日)
No.681

第51回 医療研究全国集会in和歌山
第5波までの全員入院を実現した「和歌山モデル」／日本の社会保障はどのような状態に置かれているか



7月号 (2024年7月10日)
No.680

世界と連帯し、医療を守ろう
レイバーノーツ大会2024に見たアメリカの労働運動／職場で活かせる働くルール／全国一律最賃1500円が社会を変える



6月号 (2024年6月10日)
No.679

職場から声をあげ、大幅増員・大幅賃上げを！
患者・家族の人権を意識した「より良い看護」／取材現場から見た看護師の働き方／報酬改定の動向と介護従事者の処遇



5月号 (2024年5月10日)
No.678

憲法・平和を守り、戦争への道を止めよう
憲法・平和オンラインセミナーまなばNight！／変わりゆく世界のなかで、平和と民主主義を考える／ジェンダー平等を実現するために

定期購読・バックナンバー購読

日本医労連 FAX03-3875-6270
(月刊誌「医療労働」FAX連絡票)

このページをコピーしてご記入のうえ、FAXしてください。

- 購読料は年額1部6,000円(送料含む)です。
- 年間購読は毎年6月から翌年5月を基本とします。
- 年度途中からの購読については、月割り購読料をします。
- 購読料の振込先につきましては、別途請求書にてご案内いたします。

☐ バックナンバー購読	年	月号 No.	購読します。	☐ 定期購読	年	月号	冊、購読を開始します。
名前				所属			
住所							
電話	()	FAX	()	E-mail			