

構造改革特区に関する有識者会議によるヒアリング
議事概要

医療関係業務の労働者派遣の容認（厚生労働省）

1. 日時 平成 17 年 7 月 29 日（火）10:00～10:45
2. 場所 内閣官房構造改革特区推進室 7 階会議室
3. 出席者
（委員）八代座長、市川委員、樫谷委員、白石委員、薬師寺委員、山田委員
（所管省庁）厚生労働省医政局 岩尾局長
厚生労働省医政局総務課 原 課長
厚生労働省医政局看護課 野口対策官 ほか
（事務局）檜木参事官、宮地参事官、藤澤参事官、梶島参事官、ほか
4. 議事経過
規制所管省庁から特例の提案に対する考え方の説明がなされた。
< 要点 >
 - ・ 医師の不足感は確かにあるが、それは診療科間のアンバランスと地域の偏在が問題である。全体の数が足りているかどうかは 12 月までにきちんとしたデータを基に結論を出す。
 - ・ 診療科間のアンバランスには女性医師の増加ということがある。現在、医学部の定員の約 4 割が女性である。眼科では 3 割が女性、産婦人科、小児科、麻酔科では 2 割を超えている。女性医師の問題、増加は今後考えていかななくてはいけない。私どもとしては女性が働きやすい環境をどのように整えるかという意味で早急な対策が必要との提言を頂いている。
 - ・ 国立大学が法人化して、労働基準法が適用されるようになった。従来は、サービス残業的に夜遅くまで自分の研究をしていた。今までの医療の慣行では、当直などは当たり前だったが、やはりきちんとした労働慣行でやるとなれば、それに見合う人を雇わなくてはいけない。財政の問題もあり、雇う方、養成側の問題等も含めて一度きちんと議論しなければいけない。それから、文部科学省、総務省と医師の地域別、診療科別の偏在に早急に対応できるものを、省庁をあげて行う動きになっている。
 - ・ 実は派遣の問題は全く話に出ていない。雇用形態までは考えていなかった。
 - ・ この話に戻せば、医療はどうしてもチーム医療である。へき地や離島にチーム医療をするほどのスタッフがいるのかという話になってくるので、それも 3 省庁で考えるテーマではないかという認識はしている。医療安全ということで総論的に派遣労働

働者に対する懸念は以前言ったが、僻地や離島はそんなことも言ってられないような医療需要であるということになると、医師の不足感と派遣の話はベストフィットではないが微妙に絡んでくる問題ではないかと考えている。

- ・ 看護の問題としてもチーム医療ということで、結論的にはスタンスは変わらない。

その後、以下のような質疑応答が行われた。

(八代座長)最大の懸念は派遣を使うと、チーム医療を損ない、リスクが大きいという主旨のようだが、少なくとも他の業界では常用労働者と同じように使われている。ニーズに応じて、産休の代替要員とか一時的に不足した場合の対応措置としてやっている。それほど派遣労働者が常用に比べて、質が劣っているという認識は一般にはないと思う。特に医療関係は厳しい国家資格で保証されており、一般の派遣労働者と比べてより派遣になじみやすい。常用であっても初めて来る人もいれば、他の病院から応援で来る人もいるわけで、なぜそこまで派遣を目の敵にするのかまず分からない。局長もおっしゃったように、そもそも医師が絶対的に不足して困っているときに、派遣と常用の違いがそんなに重要な点かという点は、大分ご認識いただいていると思う。よって、派遣を危険視するのではなく、常用労働者とうまく補完的な役割になるように、地域やチーム医療に比較的問題の少ない、たとえば薬剤師やレントゲン技師等の医師看護師以外の専門職を全部含めて、ひたすら医療の分野は派遣を認めないということをいつまで言い続けられるのか。労働者の方でも女性医師・看護師の話をされたが、子育てと両立するために常用労働の厳しい環境では働けないが派遣ならできるというニーズは非常にある。派遣を認めていただくことは、潜在的に働きたい医師看護師を増やすという非常に有力なミスマッチの解消という面がある。ぜひ緊急に検討願いたい。

(薬師寺委員)私も女性医師として働きながら子育てをするという経験をしたが、いろんな勤務形態は用意されていなかった。女性医師が今後もっと増えると考えられるのならば、地域限定で様々なテストをしてほしい。勤務形態まで考えていないとおっしゃっていたが、やはり女性にとっては考えていただかなければならない重要課題である。

(岩尾局長)勤務形態を考えてないというのは、たまたまそういうことがいままで全く無かった。確かに医者が足りないからくれというのは、大学の医局に訪ねてきて教授が指示を出す慣行があった。臨床研修制度を取り入れることによって、新人自らが研修場所を選ぶことになった。大学の先生からは私は目の敵にされているが、3年目になって医局に戻る人が出てくるだろう。今は臨床研修病院と50:50くらいの割合だが、やはり彼らも早く技術獲得をしたいということ

になってくると、従来の医局制度がどうなるのか、来年4月以降注目すべきポイントになってくる。その暁には、そういう形の雇用形態ではなく、私立病院が自分で人を雇ってそこで修練研修していくようになってくると制度自体が変わってくる。こういう状況を見ながら、今足りない僻地や離島などに何かベストフィットするものを考えていこうとしているところに、こういう話がきている。望んでいる方向は同じかもしれないが、雇われているか雇われていないか、派遣か派遣でないかということ以前に、まずそこに行かせられるようなものがないだろうか。30 近くの都道府県医師会がドクターバンクを持っている。これは一義的には跡継ぎがない医師会員のためにやっているが、それを足りないということにも協力してほしいとお願いして、わかったという話になっている。そうやって不足感を埋めていこうとやっている中で、派遣というやり方もあるとして医師の数が限られているところでその人たちが派遣市場に入ってしまうと、善意でやってもらっているところに本来なら、そこでベストマッチさせようと思っているのと、何か齟齬が出てくるというのが私の懸念である。

(市川委員)善意でやっているという話だったが、派遣会社が悪意というわけではない。トップダウンで国が考え、かつ厚生労働省、文部科学省、総務省が集まって対策を立てるのは立派なことなので阻害しようとするつもりはないが、最適配分ということ考えたとき、トップダウン型の最適配分システムが機能するのか。それとも民間の知恵を使って隙間を埋めていくシステムを使うのか、それとも両者のバランスをとるかという議論が必ずあってしかるべしである。当然、派遣会社も適正な市場に適正な医療関係者を派遣するシステムを平行に走らせる中で、全体のバランスを時間をかけてとっていくという議論にはならないのか。

(八代座長)平行というより、私はむしろ競争といたい。医局、医師会、派遣会社がお互いに競争することで医師から見れば一番良いやり方を使える。それが普通の日本の労働市場のやり方であって、局長がおっしゃるのもよく分かるが、そういうやり方はものすごく時間がかかる。派遣会社が新規参入することによって医局の改革もスピードアップし、善意の医師会も派遣会社には負けられないと、もっとやっていただく。他の業界ではそういう競争が行われている。ぜひ局長の考えている方向の改革をスピードアップさせるためにこの派遣を認めていただきたい。

(岩尾局長)病院が医者をくださいと言ったときに、今やっているような民間会社が医師を紹介するという話と今度の話は違うのか。

(八代座長)違う。「派遣」と「紹介」は非常に似ているが、どこが違うかというところ紹介は紹介しっぱなしである。派遣はマネージャーとして最後まで面倒を見る。例えば派遣先で派遣された医師が約束と違うということになれば、派遣会社が間に入って調整してくれたり、別のところを探したりというような、マネージ

ャー役になる。それから、医師看護師のような専門職であれば常用労働者と変わらないような賃金も払われる。労働者から見れば選択肢の一つとして極めて有効であり、それだけ潜在的な労働者を掘り起こせるメリットもある。

(原課長) 医療界、医師会などと話をしていると、一つはチーム医療ということで派遣が反対と言っているのではなく、派遣は事前面接が禁止されているのでチーム医療への懸念があることを申し上げておきたい。派遣そのものに反対している訳ではない。事前面接については、規制改革会議の3ヵ年計画で検討することになっている。医療分野は派遣の例外となっているが、紹介予定派遣制度をやってみようと試行的に昨年からは始まっている。この検証が十分に出来ていない中で、なぜ事前面接禁止の派遣制度を一挙に持ち込もうとされるのかという懸念がある。それから斡旋業は非常にお金がかかり、費用が倍くらいになるという実感を持っておられることはよく聞いている。

(八代座長) 斡旋会社のコストが高ければ使わなければいいだけの話である。それから事前面接の禁止は確かに大きな問題だが、18年度の労働法改正に向けて労働審議会でも議論しており時間がかかる。医療の場合は緊急性があり、かつ、もともと医療分野だけ派遣の例外というのは医療界の強い要請でなっており、これ自体が非常に不自然である。一般に建設や、港湾など非常に劣悪な労働環境にある業務がもともと派遣の適用除外になっていたわけで、それと医療を一緒にするのはどうなのか。それから、事前面接ができないからチーム医療が保証できないということは、私が医師から聞いた話では医局からきている人こそ面接はできない。一方的に派遣されて、引き上げられているので、現状を無視した議論ではないか。

(原課長) 医局制にはいいところと悪いところがある。安心感はあるのではないか。

(市川委員) 派遣である場合、こういうスペックを持っている人を欲しいと要望すればよい。スペックの特定ができれば、あとは人柄などという問題になってくる。それは本質的に事前面接で解消できる訳でもないような気がする。医局の場合大丈夫というのはスペックが保証されているということだろう。医局ということを見ると、事前面接がなくてもスペックの特定をすることによって、事実上の代替処置ということを取れるのではないか。

(原課長) 医療関係者の話を聞くと、派遣というのは、スペックなどの特約などができないという誤解がある。事前の人物特定につながってはまずいので、境界はあるがある程度のことは事前に契約で希望できるということは実はあまり知られていない。そういう意味では確かに活用することは大事だと思う。

(八代座長) ニーズの多い産休の代替要員についてはどうか。以前は確か認められていたという話を聞いたが、それはなぜ禁止になったのか。

(山田委員) 今M字型社会になっている。厚生労働省の少子化対策に含めて、看護師の

派遣は有効ではないか。

(原課長)平成8年に育休・介休の代替補充という形で、そういう場合に限って一般的な派遣が認められた。その趣旨は少子化対策であり、現状ではそういうニーズはますます高まっていると思う。なぜなくなったかの理由はよく分からないが、おそらく11年に派遣の関係がネガティブになったときに、医療全体に引っ張られて廃止されたと聞いている。

(八代座長)そうすると、さしたる弊害もないからそこは少なくとも認めても良いのではないか。

(白石委員)特区は明らかに弊害を実証的に示していただかなくてはならない案件だと思うが、チーム医療の定義そのものが不明確ではないか。手術でも事前の協議などがあると思うので、何をもちょうチーム医療と定義するのか。それから、今までの医療事故の中でチーム医療に限定されたような事故率が、全く新しい医師が入ってきた時と比べてどれだけ高いのかというような実証的なデータを示していただかないと、単にチーム医療に危険があるということでは、委員側の納得できる根拠とはならない。

(岩尾局長)昨年の10月から医療事故の報告を義務づけている。その第1回の報告が4月に速報として出されており、詳しいデータも出ている。起きる現場として、治療とか処置の部分、あるいは手術や運ぶときに滑ったというのもあった。これ自体は誰が起こしたかという話は別にしても、看護、患者に直接携わっている現場で事故が起きている。誰がという特定をしているわけではないが、その場面場面を見たときに私たちが従来から申し上げているのは、コミュニケーションギャップである。看護であれば通常3交代であってちゃんと記録は残すべきであり、医師は当然当直と主治医と上司の先生がいればカルテを1冊にして、看護の方も見られるようにし、医師もどのようなオーダーを出したのかを1冊にしろということ、前から言っている。看護記録は看護記録で別で綴じてあり、診療録は診療録で綴じていると、医師がどういうオーダーを出してどういう治療をしなくてはいけないということが看護サイドに伝わっていないことがある。それを1つにするよう努力しているが、残念ながら医療事故を見ていると、そういうことによって1週間に1回投与すべきものを1日1回投与してしまったとか、静脈に注射すべきところを間違えたというような事例がある。きちんと引き継ぎや情報共有するシステムを作っていただかなくてはいけないということを申し上げている。これが常用労働者が派遣かということは別だが、少なくとも一人の患者を治すために大勢の人が同じ問題意識を共有していただきたいということを、同じ職員であれば強要できるのではないか。

(白石委員)現場のコミュニケーションギャップというものは現場の忙しさによるものであって、常用が派遣ではなく、どう運用するかというところに帰結するので

はないか。人の問題ではなく、あくまでも現場でコミュニケーションギャップを埋めるためにどういう努力がなされているかということではないか。

(岩尾局長) そういう場合、派遣で「時間だから帰る」ということもあり得るのではないかと懸念している。

(八代座長) 常用なら残業できるということか。派遣でも契約次第で残業はできる。

(岩尾局長) 状況がクリティカルな場合もある。例えば尼崎で事故があって緊急というときは、みんな時間外であればみんな行くわけで、派遣の人たちはそこまでは想定していないのではないか。

(八代座長) それは契約次第である。そういう契約を結べばよい。

(野口対策官) もちろん36協定を派遣会社と派遣労働者の組合で結べば制度的にはできる。

(八代座長) そもそも派遣であろうが何だろうが、医師であれば応召義務がある。

(野口対策官) ただ、ある経営者から聞いた話だが、看護師で派遣労働者として登録する方は、労働条件の制約がある場合が多いから登録する、つまり制約がなければ常勤で働きたいということ。制約があるから派遣で登録する。システムとしては残業ができるようになっていたとしても、個別の具体的な場面において派遣された労働者が本当に対応できるのかどうか常用よりも不安が大きいというのが、現場の意見である。そういう意味で人の忙しさもあるが、常用労働者と派遣がいて、派遣が残業になかなか対応できないとすれば、常用労働者に余計に負担がかかってしまうという意味で、忙しさの面でも懸念があるのではないか。

(市川委員) そうであるならば常用労働者だけで看護師市場が完全に満たされているケースにおいて、派遣というものをに入れて競争すればおっしゃるようなケースになると思う。

(野口対策官) 常用だけでいいというわけではない。実態として看護労働市場では90%が常用で、パート・アルバイトは数パーセントである。その現実で、派遣が入っていくことについて懸念がある。実証的には今は派遣が行われていないので、派遣による労働被害、医療被害はない。ただ、コミュニケーションミスの問題で一定程度出すことができるがこういう比率があるという意味での懸念を申し上げている。

(市川委員) 逆に言うと、コミュニケーションミスに起因する医療事故は、一つはデータの的に常用なのかそれ以外なのかというデータは多分取れないと思う。懸念は懸念として残っていくことになると思うが、例えば派遣者と派遣を受け入れる病院が、派遣を受け入れたとしてもコミュニケーションギャップが起こらない、クライシス的なものが起こった場合にも対応できるという何らかの代替措置がとられているということを前提にすれば、派遣でも構わないということか。

(野口対策官) そこで事前面接の話が出てくる。スペックと人柄という話があったが、

例えば看護職員でいえばどういうスペックであれば、あるいは能力を客観的に測るものさしが現実でない。何を専門に勉強してきたか、どういう経験を積んだかということはわかるが、しかしその人が本当にどういう能力があるのかは、結局面接して色々聞いてみないと分からないということをよく聞く。その辺が面接が必要という意味である。機械の性能表示のようにきちんとしたものさしがなかなかないのが現状である。

(八代座長)それは国家資格を持った医師や看護師であれば、そんなに個人の性格や能力に全面的に依存する病院というのは恐ろしいものがある。そこはどんな医師でもちゃんとやれるということになっているのではないか。お伺いしたいのは、産休の代替要員として以前は認められていて、課長もおっしゃったがよく分からない理由で禁止になった点については、当然認められてよいのではないか。それから局長がおっしゃった医師、看護師が非常に不足している地域というような限定、それから医師看護師以外の検査技師のようなスタッフ。少なくとも医師看護師よりはチームの度合いは少ないのではないか。その三点について検討してほしい。

(岩尾局長)ご指示なので、その点については持ち帰りたい。私の偏見かもしれないが、派遣された人がおいしいところを取って行って、3K 職場に常用が残ってしまうようなイメージが医療現場にある。

(八代座長)それは全く逆だろう。

(市川委員)弊社の我々の部署のアシスタントというのは原則として常用雇用であるが、私のアシスタントが辞めて、このところ面接を続けている。来られる方は他社でアシスタントを派遣でやっていた方である。なぜいま仕事があるのになぜアプライしたかを聞くと、それは常用雇用になりたいからだという。それはつまり、環境や条件が整っている人はやはり常用雇用を望んでいる。ただその中で時間の制約などもあり、そうすると自分の能力は生かしたい、でも常用で働くのは難しいというケースが派遣という形をとるのが日本の今の労働市場の状況ではないか。

(岩尾局長)免許職は少々違うのではないかというイメージをもっているが、いずれにしても検討させていただきたい。

(山田委員)この前、興部町の町長に来ていただいて話を聞いたが、へき地に来る医師は色々と問題がある場合もあるという。町村で選別できないほど医師不足になっている。北海道の医療対策協議会の幹部と話したが、もう絶対量が足りない。北海道には3つの大学があってみんな地場に残ってくれればと思うが、ほとんど本州に行ってしまう。絶対量がないところにどんな制度を考えても医師はいない。そういう深刻な状況の中で、北海道で対策協議会を作って2年になるが、興部町長は協議会はもう限界といていた。これは特区でも道州制特区で医師

の配置基準の変更が言われているが、一律的に考えられても困る大変深刻な問題である。

(岩尾局長)昨日頂いた医療審議会の中間まとめでもう少し医療計画の権限と裁量を都道府県に任せようという提言をもらっているので、そういう方向で来年の医療法改正を目指したい。

(八代座長)チーム医療に反するから派遣は危険であるということだが、チーム医療に反しないような分野において派遣を認めるという点も併せてご検討を強くお願いしたい。

以上