



安心な医療体制を築くために——医師の労働環境とその sustainability

中島 恒夫

(一般社団法人全国医師連盟代表理事)

I 労働法規を知らない医師たち

1 医師もいろいろ

科学や技術工学の進歩によって、医師も様々なタイプに細分化されてきた。内科であっても神経内科、内分泌内科、血液内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、腎臓内科……。進歩すればするほど、学問としての医学は先鋭化し、どの分野も「深く、狭く」なってきた。

そして、何を専らとするかによって、医師の働き方も多様化してきた。勤務医、研究医、大学教授、大学院生、開業医……。しかし、就労形態だけを見れば、サラリーマンとも、自営業者とも、起業家とも何ら変わりの無い業界である。

2 労働法規を知らない医師たち

医療業界が他業界と異なる点は2つある。1つは、医療費（社会保障費）が公定価格だということ。景気の波から浮き世離れた価格を、国が決めている。そして、もう1つは、労働法規に無頓着な労働者が非常に多いということ。医師が労働法規を習うことは稀だ。かく言う私が「医師に労働諸法が適用される」ことを知ったのは、全国医師連盟が設立されてからだ。

全国医師連盟は、医師と医療の「真の社会貢献」をめざす第3の機軸として、2008年6月に設立された。中小医療機関の管理者によって執行されている日本医師会とは異なり、学問の先鋭化を必須命題としている教授を中心とした各医学会とも異なり、最前線で診療している現場の医師が、安全で良質な医療を提供するために、「診療環境の改善」「医療情報の啓発」「法的倫理的課題の解決」の3つの課題を通じて、医療の再生に向けた活動を続けている¹⁾。

3 過重労働が常態化している勤務医を誰が守る？

私が労働諸法に触れた契機は、過重労働から過労死寸前に至ったことだった。平均労働時間が320時間/月という生活を十数年間過ごし、3日に1回の夜勤（という名の36時間連続勤務：後述）を勤め、外来診療中に狭心症を発症した。医者の不養生を自ら体験した。過労死基準（80時間以上の時間外労働時間）を

突破しているにもかかわらず、そのような就労を長年続けていた。自分が無知だったことを後悔した。

産業医という職種がある。労働者の健康管理を業務とする医師である。常時50人以上の労働者がいる事業所は、産業医を選任すると定められている²⁾。500人以上の労働者が従事している病院では、「専属の産業医」を選任するよう定めている。私も複数の病院に勤務したが、産業医の面談を受けたことは一度もない。過労死基準を突破していたにもかかわらずだ。

表1 労働安全衛生規則

(産業医の選任)

第十三条 法第十三条第一項の規定による産業医の選任は、次に定めるところにより行なわなければならない。

一 (略)

二 常時千人以上の労働者を使用する事業場又は次に掲げる業務に常時五百人以上の労働者を従事させる事業場にあつては、その事業場に専属の者を選任すること。

イ、ロ (略)

ハ ラジウム放射線、エックス線その他の有害放射線にさらされる業務

ニ～ヲ (略)

ワ 病原体によつて汚染のおそれが著しい業務

カ (略)

三 常時三千人をこえる労働者を使用する事業場にあつては、二人以上の産業医を選任すること。

私がこれまでに勤務した病院を調べたところ、すべての病院で、病院管理者が産業医に就いていた。これは違法だ。このような違法産業医を選任している医療機関は、まだまだ多い。

4 医師に労働基準法はない？

私が医師になったばかりの今から約20年前に、「医師に労基法はない！」と私たちは洗脳され、徒弟制度のような修練を受けた。尤も、学生上がりで浅学な私たちは、「患者さんのためになりたい」という一心で、さらなる「勉強」を強いられ、自らにも強いてきた。多くの若手医師は、自分の業務を労働と思わず、「勉強」と思っている。受験地獄・受験戦争をくぐり抜けた真面目で世間知らずな人たちは、勉強を労働とは思っていない。このため、熱意のある真面目な医師ほど、過重労働に陥っている。私の指導医たちも、同じ

ように洗脳されていた。それゆえ、何世代にもわたって、医師が労働条件に異論を唱えることはありえなかった。

研修医の過労死訴訟³⁾が報道されるようになってから、そして、ソーシャルメディアの普及もあり、「自分たちは労働者だ」と気づいた医師が増え始めた。医師自身が労働者だと今までは思っておらず、提訴する医師がいなかったから問題にならなかっただけだった。現在の臨床研修制度は、若手医師の過重労働を避けるシステムになったが、指導医たちの過重労働は、まだまだ改善していない。

II 医療業界もデフレスパイラル

1 「早い」「安い」「旨い」は並立しない

バブル崩壊後、世間一般では「早い」「安い」「旨い」の三拍子が持て囃されるようになった。この志向(嗜好)がデフレスパイラルに陥った一因と、私は考えている。「早さ」を達成するためには、「仕込み(準備)」の時間が必要になり、長時間労働に繋がった。「安さ」を達成するためには、薄利多売をせざるを得なくなり、長時間労働に繋がった。「旨い」を達成するためには経験が必要となり、場数を踏める長時間労働に繋がった。場数を踏めなければ、淘汰されるしかなくなった。旨い物(上手い者)には行列ができ、マズい物(上手くない者)には仕事が回らない。そして、労働内容の二極化が顕在化した。消費者の権利を声高に叫んだ結果、製造者でもある消費者は、自分の首を自分で締め上げてきた。

医療業界も、全く同じ構図だ。医療崩壊と言われ久しいが、当初の実態は「勤務医崩壊」による「病院崩壊」だった。医療の進歩は1人の医師が精通できる範囲を狭め、臓器移植に代表されるような高度な医療は多くの人手を要するようになった。

受診患者の高齢化や「専門医嗜好」は、需要と供給のアンバランスに拍車をかけている。高齢患者は複数の疾病で、複数の診療科に通院している。押し寄せる患者全員を診察するために、医師は1人あたりの診療時間を短縮せざるを得なくなった。また、小泉内閣が構造改革の名の下に強引に医療費を削減した結果、経営状態が不安定になった医療機関は少なくなかった。結果として、勤務医は板挟みに遭った。患者からは「3時間待ち、3分間診療」と揶揄され、病院経営者からは「薄利多売」での増収を要求された。このような状況下の勤務医が労働法規を全く知らなければ、勤務医が心身共に燃え尽き、疲弊することは当然だ。昨年の流行語大賞にノミネートされた「ブラック企業」を

笑えない勤務医は、少なくないだろう。

2 Pick any two !

「早い」「安い」「旨い(上手い)」を、医療界では「access」「cost」「quality」に置き換えて表現している。日本の医療では、これらの3つは等しく重要とされている。しかし、3つすべてを同時に達成している医療制度は世界中にない。“Pick any two !”が世界の常識だ。逆を言うと、どれかは諦めろ、どれかを犠牲にしろ、ということである。

3 日本の医療の近未来予想は？

表2 Pick any two ! ——どれか1つは犠牲に？

<Access>

- ・受診を制限すれば、1人当たりの診療時間は延ばせる。医療機関を集約化すれば、1つの医療機関に資金、設備を潤沢に投入でき、高度な医療を維持できる。
- ・いつでもどこでも受診できるようにすれば、待つことになる。
- ・診療時間外でも時間内と同じように診てもらって当然という現状は、医療従事者の時間外労働時間を増やし、医療従事者は疲弊し、ミスも増え、結果的に医療の質は低下する。

<Cost>

- ・社会保障費を削れば、病院を建てられない。医療従事者を雇用できない。そして、医療の質は低下し、安かれ悪かれとなる。
- ・社会保障費が高ければ、病院は増やせる。医療従事者も増やせる。様々な医療機器を購入でき、高度な医療を維持できる。

<Quality>

- ・質の高い医療を追求すると、費用はかさむ。
- ・質の低い医療で良ければ……。

日本の医療の費用対効果が高いことは、世界保健機構をはじめ、諸外国から評価されている。しかし、日本の医療は、単に、医療従事者の「善意」だけで支えられている。私たち医療従事者は、質の低い医療を提供するつもりはない。国が社会保障費を削減するのであれば、医療の質を維持するためには、受診を制限するしかない。団塊の世代の高齢化によって、1人あたりの受診機会が今後も増える。そのような状況下で受診制限されても良いと、皆さんはお考えだろうか？ 受診を制限された場合、誰でも受診できる国民皆保険制度は崩壊する。受診制限により経営が不安定になる医療機関は、高額収入を手取り早く得るために「金持ち専用医療機関」になるかもしれない。先進諸国よりも安価な日本の医療費を「高い！」と言う官僚や財界は、低所得者に受診制限をさせ、自分たちだけは受診できる医療をめざしているのだろう。

繰り返すが、私たち医療従事者は質の低い医療を提供したくない。国民が、「コスト(社会保障費の増

額)」と「アクセス（受診制限）」のどちらを選択をするのか、どちらを断念するのか決断しなければならない。

Ⅲ 医師の転職市場は、もはや金銭闘争ではない

多くの業界で非正規労働者が激増した理由は、正規労働者より安い賃金で雇えるからであろう。しかし、非正規労働者の賃金が安いということは、本来の経済原則に反する。仕事が増え、アルバイトやパート労働者などを雇用する必要が急に生じたのであれば、需要曲線は上方にシフトし、価格が上がるはずだ。正社員よりも高給を提示して、むしろ人を集めなければならないはずだ。

医師の業界は、この原則が割と通用している。医師不足の昨今、医師がいてこそ成り立つ地域は少なくない。医療崩壊が進んでいる地域の医療機関から、破格の報酬が提示されることもある。非常勤医師の所得総額が、常勤医師のそれより高いことは珍しくない。医師という医療資源を、いかに維持していくのか。

しかし、報酬の高額化が医療崩壊の解決策と考えている地域住民や為政者が未だに多いことは、非常に残念だ。多くの医師は「善意の塊」である。そんな医師たちは、病める人たちのために頑張ってしまう。それが「燃え尽き症候群」に繋がり、医師たちの心身を蝕む。今現在、過重労働に置かれている医師たちが望んでいることは、過重労働からの解放であり、高額報酬ではない。医師の転職市場では、金銭よりも、就労環境が転職の決定条件に移りつつある。今あるその地域の医療資源を絶やささないためには、当たり前の労働環境の整備こそが最優先事項である。

Ⅳ 不正確に報道される医師の報酬

多くの勤務医は、適法な報酬を受けていない。宿直という名の夜勤を、法外に安価な手当で強いられている。名ばかり管理職に就かされ、時間外勤務手当を削られ、「ただ働き」を強いられている。勤務医が労働法規に詳しくないことを利用して、不払いを決め込む医療機関は未だに多い。世間一般と比較すれば「そこそこ」の給与かもしれないが、きちんと支払われていない時間外手当もあるため、驚愕の換算時給であることは珍しくない。私事で恐縮だが、時給が1400円台だったこともあった。

2年ごとの診療報酬改訂前になると、勤務医と開業医の給与所得を恣意的に単純比較しただけのニュースが報道される。これらの報道には、医療費削減だけを

目的とした悪意を感じる。サラリーマンである勤務医と、自営業の開業医では、減価償却費や必要経費の扱いなど、収支の内訳に大きな違いがあることは当然である。これらを前提としない単純比較は、議論の俎上にも上げるべきではない数字である。専門とする診療科目の違いや、都市部と過疎部などの地域性の違いなど、考慮すべき数多の項目を加味した議論でないかぎり、悪意のある比較でしかない。

V 医師の労働環境

1 プロにはそれなりの対価を！

これまでの医師は、自身を取り巻く労働法規や労働環境に、あまりにも無頓着だった。いかなる商業であっても、労働者は自分の技能を提供する「プロ」である。プロには、「それなりの対価」を支払うことは当然である。希少な技能を持っているプロであれば、その対価が上昇することは経済学上の基本である。

2 36時間連続勤務という過重労働

それに対して、プロである医師自身は、その技能を最大限発揮できる労働環境を整えることにこだわるべきである。就業中だけでなく、就業時間外の過ごし方にも、こだわりを持つべきである。

決して稀ではない勤務医の過重労働を一例挙げる。36時間にも及ぶ「日勤→夜勤→日勤」という違法労働である。日勤後に、宿直と称する夜間時間外勤務を法外な安価（または無料）で強制し、夜勤明けにも通常通りの日勤業務を連続して行わせている医療機関が多すぎる。長時間労働による判断力の低下は、多くの研究で証明されている。このような長時間勤務中、あるいは長時間勤務後の外科医に手術をしてほしいと思う患者はいるだろうか？

ちなみに、労基法に「当直」という言葉はない。「監視・断続労働」と記載されている。第41条で「監視・断続労働」（監視又は断続的労働に従事する者で、使用者が行政官庁の許可を受けたもの）については、労働時間に関する規定を適用しない、としている。（時間外労働の割増賃金などを定める）労働時間規制を適用しないことができるのは、監視・断続的労働であることが条件である。医師の宿直の場合、厚生労働省局長通達で例示されているのは、病室の定時巡回、少数の要注意患者の検脈、検温などで、睡眠が十分取り得るものとしている。

3 オンコールも労働時間

別の形態の長時間労働もある。一人医長制を含めた少人数の医師で運営している診療科での「オンコール」という拘束体制である。日本での労働時間の定

義は、「作業しているかしていないかは関係なく、いつでも作業できるようにスタンバイしていることが労働時間である」と、最高裁で判断されている。すなわち、「オンコール制」も長時間労働に該当する。この点を争った事例が、奈良県立奈良病院からの時間外手当等請求訴訟である。

4 安全な医療を提供するために

これまでの医師は、自分に許される最大限の時間を割いて努力してきた。勤務時間と無関係に診療することで、聖職者と言われてきた。しかし、それで良いのだろうか。「医師だから」「高給取りだから」「根性で乗り切れ！」という時代錯誤の業務命令を強いることは、その医療機関が患者の安全を全く考えていない証左になる。医師は、自分の心身を健康に保たせることが、その地域に「持続可能な医療」を提供できる最初の職務だと認識すべきだ。

勤務医に過重労働を強いないためには、勤務医の勤務環境を労基法に準拠させることが第一である。休職中の医師や女性医師、あるいは生活形態の変化に伴って離職した医師が新たに勤務できるような交替制勤務を導入するなど、非常勤医師を積極的に受け入れる多様な勤務体制も一法だろう。

医師数が絶対的に不足している現状では、急性期病院の集約化も必要である。病床あたりの医師数（病院あたりの医師数という計算方法ではなく）を増員することで、過重労働を回避できる。そのためには、勤務時間を正確に把握するなど、初歩的な労務管理が不可欠である。杜撰な労務管理では、交替制勤務やフレックスタイム制は不可能である。タイムカードすら無い医療機関は、安全な医療を提供できない。労働環境の正常化に関する勤務医の正当な要求に対して、病院経営者は真摯に対処しなければならない。

VI 勤務医向けの 36 協定がない

多くの病院には、勤務医の労働組合がない。それな

のに、矛盾だらけの 36 協定が、なぜ許可されているのだろうか？ それは、36 協定が職能ごとに締結されていないからである。欧州では、職務ごとに労働条件が異なるため、企業横断的な職務ごとの団体交渉が一般的だ。日本では、36 協定を結んでおきながら、組合に医師を加盟させない、あるいは、医師を除外する協定内容であることも多い。そのような 36 協定を黙認している労働局の姿勢も大問題である。使用者、労働組合、行政、すべてに責任がある。

VII 最後に——国民へのお願い

医療崩壊が起きてしまった現在、「安心の医療」とはどういうものだろうか？ 私は、「sustainability」がキーワードになると考える。「持続可能な医療体制」こそが、何よりも「安心」だと考える。現在の医療を、今後も持続できるかどうか。持続できなければ不安がつきまとう。安心できる医療を求めるのであれば、「access」「cost」「quality」のいずれを重視するのか。国民がもう決めなくてはいけない時期である。私たち医療従事者の矜持は、「quality」の維持である。さて、皆さん、「access」と「cost」のどちらを犠牲にしますか？

- 1) 全医連ホームページ (<http://zennirenn.com/about/#004>)
- 2) <http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/anzen/dl/080123-1a.pdf>
- 3) http://www.courts.go.jp/hanrei/pdf/js_20100319120727373191.pdf

なかじま・つねお 一般社団法人全国医師連盟代表理事。
最近の主な著作に「医療羅針盤・私の提言——医療崩壊からの再生を目指し、医師と医療の真の社会貢献を果たす方策を提言する」『月刊新医療』No.455, pp.18-22, 2012年。消化器内科（消化管内視鏡検査および消化管内視鏡治療）専門。