

医師の働き方の現状と政府が狙う 今後の「働かせ方」

森田 進

1 厚労省「医師の働き方改革に関する検討会」最終報告の問題点

(1) 医師の過労死容認の報告書

政府は、「医師の働き方改革に関する検討会」がとりまとめた報告書（以下、報告書）を2019年3月13日に公表した。安倍政権が推し進めてきた「働き方改革」の医師版であり、今年4月から残業時間上限の明確化が図られたが、医師はその上限規制から5年間外され、その5年後の2024年から適用される働き方である。私たちもその内容に注目したが、結論から言えば、医師不足の現状から目を背け、「今よりはマシ」として、一般労働者の倍以上の残業時間上限を医師に押し付ける、過労死容認の報告内容である。

(2) 残業上限「年1860時間」は過労死認定基準の倍の月平均155時間

報告書では、「我が国の医療は、医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられており、危機的な状況にあるという現状認識」「医師は、医師である前に一人の人間であり、健康への影響や過労死さえ懸念される現状を変えて、健康で充実して働き続けることのできる社会を目指していくべき」などと、医師の働き方改革を進める「基本認識」を示しながら、「年1860時

間」もの残業時間を認める結論を出している。

まったくもって支離滅裂な話だと思うが、これがまともな判断というのであれば、医師という職業に就く人間は、一般労働者の上限時間の倍の残業時間を働いても「健康への影響もなく、過労死も心配なく、健康で充実して働き続けることのできる」人間であると言っていることに等しい。

(3) 「健康確保措置」が連続勤務28時間や勤務インターバル9時間という異常さ

そして、年1,860時間の残業を認める場合には、「連続勤務28時間まで」や「勤務間インターバル9時間」などの「追加的健康確保措置」をとるとしているが、まったくもって健康確保には役立たない措置であると指摘せざるを得ない。

1日の労働時間上限は8時間であり、その3倍以上の時間を連続で働かせることがなぜ健康確保措置なのか。インターバル（休息）「9時間」については、その理由が、「最低限必要な睡眠6時間」に加えて前後の生活時間を確保するためとしているが、往復の通勤時間と入眠前後の食事、入浴など必要な生活時間が3時間で足りると考えること自体に無理がある。さらに、その短い「休息」時間すら確保できないときは、「代償休息」と称して翌月末までに付与しているが、健康管理に資する休息がひ

と月先で良いと考えることも、異常な発想としか思えない。

(4) あくまでも一般労働者を上回る例外規定を設ける

2024年から適用する時間外労働の上限時間については、一般労働者と同等の働き方をめざすとしている「診療従事勤務医」についても、休日労働込みで年960時間の残業時間を認めている。これは月平均80時間にもなり、いわゆる過労死ラインを大幅に超える水準の時間外労働である。それだけにとどまらず、一般労働者には規制されている、月45時間を超える時間外労働の6カ月制限や、80時間超え複数月制

限の規制は設けないなど、最初から例外規定をあれこれ盛り込んでいる始末である。

(5) 患者のいのちと健康を守るために必要な研修が「労働に該当しない研鑽」なのか

「労働時間管理の適正化」の中では、研修医などの知識の習得や技能の向上を図る研鑽を行う時間について、「医師の研鑽の労働時間の取扱についての考え方と『労働に該当しない研鑽』を適切に取扱うための手続きを示す」などとしているが、報告書の中でも「日々の医療提供の中に、医師としての能力の向上に資する業務とそれ以外の日常診療業務があるものの、実態においてこれらは連続的であり、切り分けて

図1

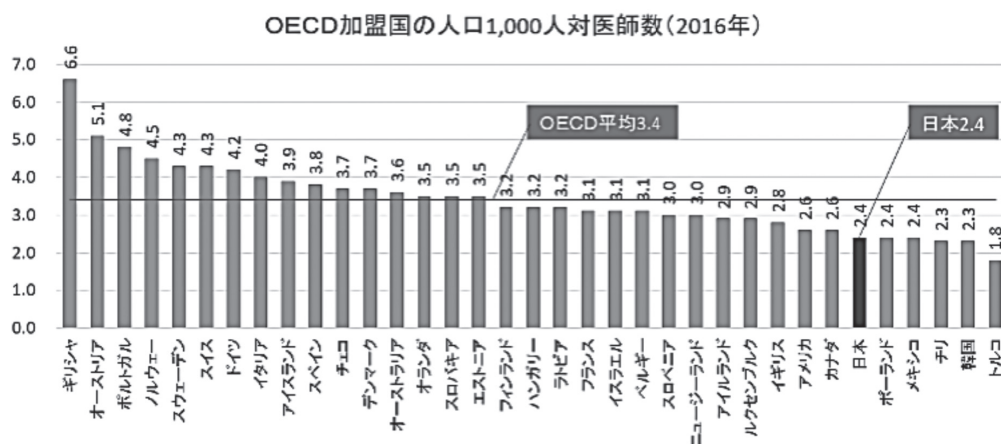
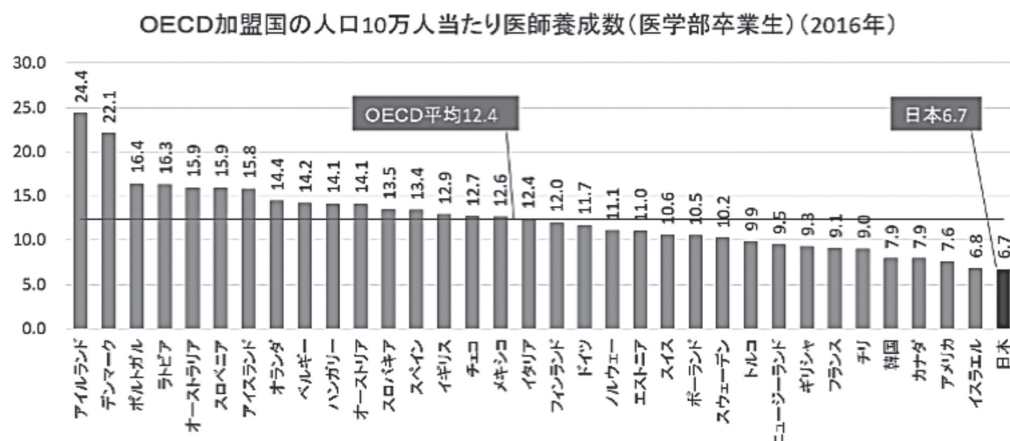


図2



出所：図1・図2とも日医総研ワーキングペーパー No.415（原典は OECD Health Statistics 2018）

考えることは困難である」としており、それをどのように整理できるというのであろうか。医師自らの知識の習得や技術の向上は、すなわち医療の進歩や技術革新に対応するための必要不可欠な研鑽であり、「労働に該当しない研鑽」などほとんどないを考える。

(6) 医師不足の認識に立とうとしない姿勢では何も解決しない

そして報告書の最大の問題は、全文どこを見ても、現在の医師の過重労働の根本原因が「人手不足」にあることに言及がない点である。「医師の需給や偏在、養成の在り方、国民の医療のかかり方等」を長時間労働の背景に挙げているが、経済協力開発機構（OECD）加盟国の人口当たりの医師数（図1）の平均値と比較すると、10万人以上下回っているような絶対的な医師不足が、現在の過酷な医師の働き方の根本原因である。県別で人口当たりの医師数が多い、徳島県、京都府、高知県などよりも、OECD加盟国平均の方が多くであり、偏在の問題ではないということである。

「医師不足」は社会問題にもなり、政府はこの10年の間に医師養成増に転じさせたものの、それまで約20年にわたり医師養成数削減を続け（図2）、結果として少ない医師数で世界的にも高水準な医療を守るために、労基法の枠外に置いた働かせ方を医師に強いてきた現状については、政府に責任があることは逃れようのない事実である。その責任を認め、現在も医師不足が続いているとの認識に立たないと、これからも日本の医師の働き方はまともな働き方にはならないであろう。

医師の過労死が社会問題になっているにもかかわらず、一般労働者の倍の労働時間を認める

ような異常な働かせ方を、2035年まで、つまりこの先15年以上押し付けるとしているとりまめは絶対に認めるわけにはいかず、現場に持ち込ませてはならない。

2 医療機関におけるタスクシフティング、シェアリングの問題点

(1) 政府が推進する「特定行為」の目的は

政府は、2014年6月に「医療介護総合確保推進法」を強行成立させ、その中で「保健師助産師看護師法」（保助看法）の一部を改正し、特定行為を診療の補助に含めた。

法改正に伴い、2015年10月から「特定行為に係る看護師の研修制度」が施行となり、指定研修機関を増やししながら、団塊世代が75歳以上となる2025年までに、研修修了者約10万人以上をめざすとしている。厚労省は、「必ずしも医師を増加させずとも高齢化を踏まえた患者の多様なニーズに応えられる」などと、医師を増やす必要がない環境整備の重要性に言及し、特定行為が医師不足の穴埋め制度としての役割であることを強調している。

(2) 特定行為の危険性と看護師の責任

報告書でも、タスクシフティングを最大限推進するとしているが、特定行為を押し付けられる看護師も慢性的な人手不足であり、その看護現場に医行為を持ち込むことの危険性をどこまで認識しているのかが甚だ疑問である。

高度な医行為を「診療の補助」に含め、本来、医師が行うべき医行為を看護師へ委譲するのはあまりにも強引であり危険である。そして医師が行うべき医行為を看護師が代行し医療事故が起こった際にはどうなるか。厚労省は「特

定行為に係る看護師の研修制度に関するQ & A」の中で、特定行為の実施により医療事故が発生した場合の責任は個別の事例に応じて司法判断により決められるものと答えているが、医療事故のこれまでの判例では最終実施者がより重い責任を負っており、看護師の実施責任が問われることは間違いない。なによりも最大の問題は、やはり患者の安全性が脅かされる点である。診療の補助と医療行為は全く別の業務であり、医師不足を補うために医師の仕事を看護師に委譲することには絶対に反対である。

(3) 本来、看護師のやりがい

保助看法に規定されてきたように、日本における看護師の本来の役割は「療養上の世話と診療の補助」であり、患者・利用者に関わり「看護」ができることに喜びとやりがいを感じている。しかし、慢性的な人手不足による過密労働のなかで、その時間さえ奪われてしまっている現実がある中で、政府が思い描く、「医師不足解消のために医師業務の一部を看護師の業務に置き換える」ことは、同時に、看護師から「看護」をさらに奪う行為でもあり、絶対に許すわ

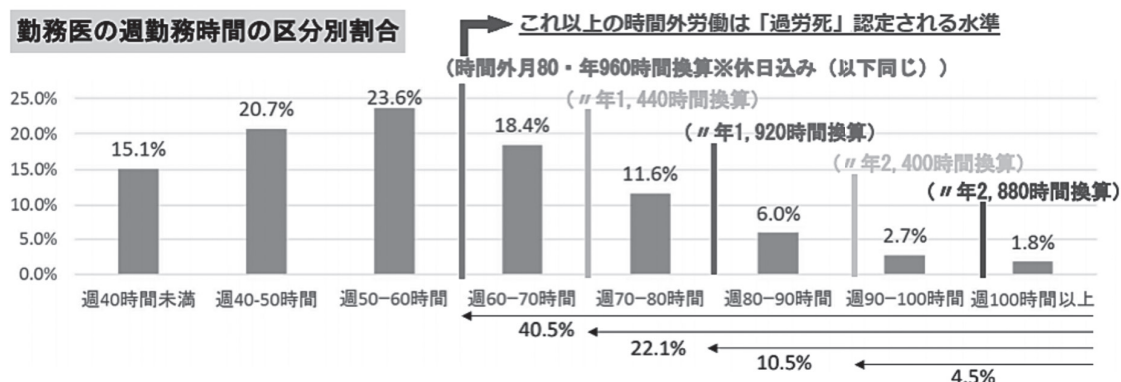
けにはいかない。

3 そもそも日本の医師の働き方の現状は……

(1) 世界的に見て異常な日本の医師の働き方

「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(図3)(2016年厚労省)では、過労死認定基準を超える働き方となっている医師が40.5%にのぼり、さらに10.5%は年1,920時間以上の残業時間数となっている。始業時間前から仕事を開始し、日勤から宿日直業務に移行し、当直明けの日も夕方まで診療を行う32時間を超える勤務が当たり前のようになり、宿日直時間帯も救急患者の受け入れや、入院患者の急変対応などが重なればほとんど仮眠もできない状況が恒常的である。医師不足の地域では、暦日でまるまる休みとなる日がほとんど取れないような働き方の医師もいる。欧米諸国では、医師であろうと看護師であろうと、交替勤務で労働時間管理はされ、長時間労働を防ぎ、休日も確保されている実態からみて、やはり日本の医師の働き方は異常極まりないのである。

図3



出所: 第13回医師の働き方改革に関する検討会資料(厚生労働省)

(2) 真の医師の働き方改革のためには国による財政的な保証も不可欠

医療は、その収入のほとんどが国が決める公定価格である診療報酬で賄われ、医療法や医師法などで、人員配置や施設基準、医師業務に係ることなどが定められる、公的産業である。だからこそ、医師の働き方や処遇も国の政策が大きく影響している。

報告書の「今後目指していく医療提供の姿」の中では、「現代の医療現場の実態と宿日直許可の趣旨を踏まえて現代化する」としているが、すなわち現在は、医師の宿日直時間中の実労働に賃金が支払われず、手当のみで済まされているケースも多くみられる。この実態は、ここ数年労基署が指導に入り賃金支払いを命じる事例が増えていることからみると、珍しいことではなく、どこでもあり得る実態である。そして、宿日直中の労働時間を正しく算定して時間外労働手当を支払うことは当然のことであるが、いまの診療報酬の内容でその賃金を支払えば、大規模病院は軒並み経営が立ち行かなることも明白である。医師の労働時間管理を明確に行って賃金を支払うためには、国の責任

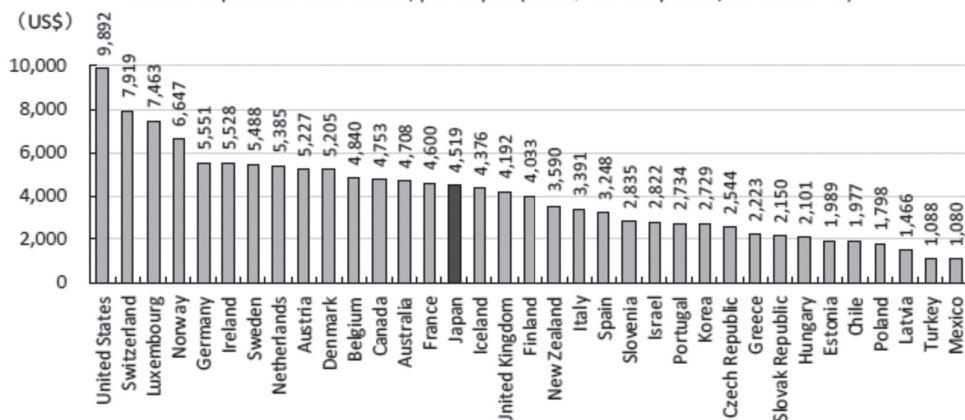
において支払いを保証するための財政措置を行わなくてはならない。

4 政府の考え方もおかしいが、国民の意識も現状認識にとどまっている問題

私たちの宣伝不足もあるが、医師の働き方における政府の対応の異常さは、実は国民全体の意識の問題でもあると感じている。「医師の人数は少ないものだから、その少ない人数では一人ひとりの負担が大きくなるのは仕方ないことだ」という考え方は多くの国民の共通するところではないだろうか。しかし、国際比較でみれば明らかに日本の医師数は少ないわけであり、他の国では必要医師数が確保されているのだから、日本だけが少ない医師数を前提に考える必要はないのではないだろうか。

日本は医療費が膨大にかかっているので医師を増やせないかと言えばそれも違い、日本の1人当たり保健医療支出は4,519ドルでOECD加盟35カ国中15位であり、ほぼ中央値である(図4)。これらの事実もしっかり伝える中

図4 1人当たり保健医療支出
Current expenditure on health, per capita (2017, current prices, current PPPs)



出所：日医総研ワーキングペーパー No.415 (原典は OECD Health Statistics 2018)

で、国民の中に「日本の医師不足は世界の非常識であり、さらに安全安心で高度な医療を担う医師をもっともっと増やすべき」との意識を広げて、政府に改善を迫る必要があると考える。

5 「医師の敵は医師」——医師自身の自覚の問題

もう一つの問題は、医師自身の中にある問題と考える。報告書は、あくまでも36協定の特別条項上限の問題などであり、労使協定であるのだから、労働組合や労働者である医師自らが、このような過労死を生み出す協定は締結しない姿勢をしっかりと持てば防げる問題でもある。しかし、残念ながら多くの医師自身は、いまの働き方が当たり前で、「残業時間を縮減させるような協定ができると、仕事が回らなくなる」あるいは、労働時間が管理されていない状

態に置かれる研修医などは、「他病院での宿日直バイトなど副業がなくなると生活できなくなる」という現実しか受け入れられないことも事実である。この問題も、やはり日本の医師の異常な「働かされ方」が築いてきてしまった現状であり、真の働き方改革を進める中で克服していかなければならない課題である。

6 さいごに

日本の医師労働の現状と、今の政府の異常な対応は、やはり、個々の労使関係で解決できる問題ではなく、国民のいのちと健康にかかわる問題として捉え、国の政策を変えさせる運動を、国民運動として発展させるような動きを作らなければいけないと感じている。

(もりた すすむ・日本医療労働組合連合会書記長)