

# 医師の長時間労働の実態とあるべき方向

植山 直人

## はじめに

今年（2024年）4月から医師の働き方改革が本格的に実施されるが、医師の働き方改革は進んでおらず医師の過重労働は続いている。一方、地域の医師不足は深刻で、医師の働き方改革により必要な医療を受けられなくなることが危惧されている。過重労働と受診抑制という矛盾した状況は絶対的な医師不足により引き起こされているが、マスコミはこの点に言及することはほとんどないため国民は抜本的な解決策を知らされずにいる。

今すぐに医療費抑制政策を目的とした医師数抑制政策をやめて、医師を大幅増員しなければ医師の健康も患者の健康も守ることはできない。本論では、医師の労働実態と医師不足の現状、さらに医師の働き方改革が進まない原因と求められる対策を述べることにする。

## 1 勤務医労働実態調査 2022 から見えるもの

### (1) 主な属性

この調査<sup>1</sup>の有効回答数は7,558名。勤務先の開設率は、大学病院19.0%、国公立組合立病院21.5%、公的病院（日赤・厚生連・済生会・JCHOなど）13.5%、民間病院35.6%、診療所9.9%、その他0.5%である。雇用形態や身分は、常勤78.5%、非常勤9.7%、初期研修医4.8%、専攻医

4.5%、大学院生2.2%、その他0.3%となっている。

### (2) 宿直（いわゆる当直）について

#### ①宿直回数

宿直回数については2022年の4月に関して質問したが、（勤務先に宿直業務はない）が25.4%、0回が16.6%、1回が9.3%、2回が13.4%、3回が9.4%、4回が12.1%、5回が4.4%、6回以上が9.3%となっている。1回の宿直での時間外労働が15時間とすれば6回の当直は90時間となる。

#### ②宿直の内容

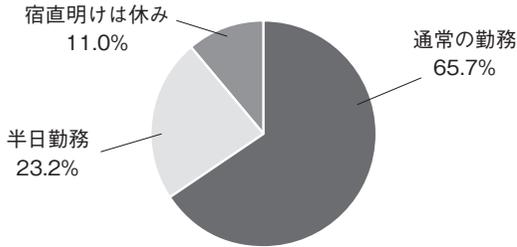
宿直の内容に関しては、「業務量は日勤帯と変わらない」が25.6%、「業務量は日勤帯より少ない」が54.6%、「ほとんど通常業務は行わない（いわゆる寝当直）」が19.9%となっている。宿直に関しては、ほとんど通常業務を行わない場合に労基署から宿日直許可をもらえば宿日直時間は労働時間に入れなくてもよいことになっている。このために宿日直許可を取っている病院が少なくないが、実態として宿日直許可を与える条件に該当する病院は2割程度にすぎない。

#### ③宿直明けの勤務

宿直明けの勤務に関しては、通常勤務が65.7%、半日勤務が23.2%、宿直明けは休みが11.0%となっている（図1）。通常勤務の場合は、少なくとも32時間を超える連続労働となるため、多くの医師は長時間の連続労働を行っている。なお、前回調査（2017年）では通常勤務が78.7%

であり、これに比べれば減少しているが、半日勤務や休日となっている医師も実際には帰宅できない場合が少なくなく、実質的に改善が進んでいるとは言えない。

図1 宿直が明けた日の勤務形態 (N: 5,635)



資料：全国医師ユニオンなど「勤務医労働実態調査 2022」

#### ④交代制勤務

交代制勤務については、交代制勤務はあるが自身は日勤のみが10.1%、2交代制勤務が4.7%、3交代制勤務が0.9%であり、前回調査とほとんど変わりはない。欧米では、医師も看護師と同様に交代制勤務が常識であるが、日本では交代制勤務の導入はほとんど進んでいない。

### (3) 休日について

1カ月の休みに関しては、2022年4月に何日休みが取れたかを調査した。結果は、0日が5.1%、1日が4.4%、2日が7.2%、3日が7.0%、4日が18.8%、5～7日が30.9%、8日以上が26.6%であった。いまだに1日も休みが取れない医師が5.1%もいることは深刻である。また、労基法では原則として4週間に4日の休みを与えることが義務付けられているが、これに満たない違法状態におかれている医師が23.7%存在する。なお、1日も休みが取れていない医師は、専攻医では7.7%であり、大学院生では9.0%に達している。

### (4) 医師の健康に関して

#### ①自身の健康について

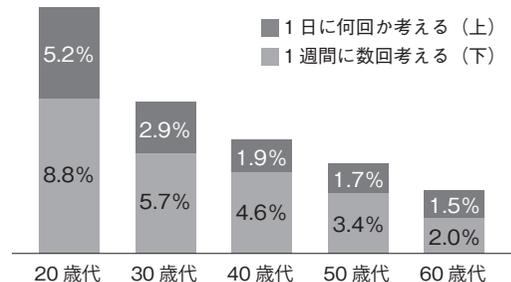
健康状態に関しては、「健康である」が47.1%、「健康に不安がある」が42.5%、「大変不安である」が5.0%、「健康とはいえない」が5.4%となっており、健康であるとの回答が5割に満たない深刻な結果であった。しかも、前回調査では「健康である」との回答は58.2%であったが10ポイント以上も減少している。

#### ②死や自殺について

「あなたは死や自殺について、日頃、考えることがありますか」の問いには、「考えることはない」が68.8%、「時々、考えることがある」が24.2%、「1週間に数回、数分間にわたって考えることがある」が4.5%、「1日に何回か細部にわたって考える、または、実際に死のうとしたりしたことがあった」が2.4%、無回答が0.1%であった。死や自殺を週に数回考えたり、1日に何回か考える医師は6.9%に上っている。しかも、これを世代別にみると、世代が若いほど死や自殺を考える傾向があり、20歳代の医師の14.0%が日常的に死や自殺について考えているという深刻な事態となっている(図2)。長時間労働・月に1日も休みがないこと・パワハラなどがうつ病を誘発している可能性も推察される。

図2 死や自殺について考えること(世代別)

(N: 7,558)

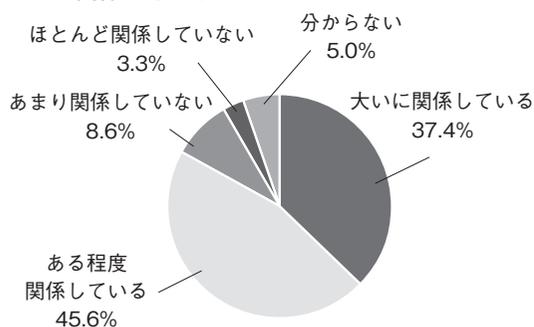


資料：図1と同じ

## (5) 医療安全に関して

「医師の長時間労働は医療過誤の原因に関係していると思いますか」の問いに、「大いに関係している」が37.4%、「ある程度関係している」が45.6%、「あまり関係していない」が8.6%、「ほとんど関係していない」が3.3%、「分からない」が5.0%であり、8割以上の医師が長時間労働は医療過誤の原因に関係していると思っている（図3）。

図3 医師の長時間労働は医療過誤の原因に関係しているか (N:7,558)



資料：図1に同じ。

## 2 厚労省が進める医師の働き方改革

厚労省は今年4月から医師の働き方に関しても時間外労働の上限規制を設けるとしている。しかし、一般病院においては時間外労働の上限は休日労働も含めて960時間とされたが、特例として「地域医療確保暫定特例水準」（B水準）の病院の上限は年1860時間とされた。また一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師向けの水準（C水準）が設けられ、これも例外的に時間外労働の上限が年1860時間とされた。なお、例外の病院や医師に対しては健康確保措置として①連続労働上限28時間、②勤務間インターバル9時間、③代償休息を義務化するとされた。しかし、連続労働上限28時間や勤務間インターバル

9時間は労災認定における負荷要因にあたる過酷な働き方であり、健康確保措置などと言えるものではない。

過労死ラインの約2倍（月平均155時間）の年1860時間の時間外労働を認めることは憲法違反の可能性はある。日本国憲法の第14条では「すべて国民は、法の下に平等である」と定めている。また、労働基準法第3条には「社会的身分を理由として、賃金、労働時間その他の労働条件について、差別的取扱をしてはならない」と定められている。憲法第18条では「何人も、いかなる奴隷的拘束も受けない」と定めている。今回の例外は年間1860時間もの時間外労働の拘束を業務命令として強制することができるものである。また、憲法第25条では「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」と定められているが、健康で文化的な生活など望めない過重労働を課すことになる。

さらに、働き方改革ではワーク・ライフ・バランスの実現を目指しているが、医師の働き方改革では医師の健康を守る議論はあるが、育児・介護との両立や働き方のニーズの多様化などのワーク・ライフ・バランスの実現については全く触れられていない。

そもそも医師のみに差別的な過重労働を押し付ける理由が全く説明されていない。地域医療が守れないことが理由として語られているが、それは根本的な原因ではなく表面的な現象に過ぎない。なぜ日本の医師が過重労働をしないと地域医療が守れないのか、それは絶対的医師不足があるからであり、これをなくさない限り問題は解決しない。この点が全く議論されていないため医師の過重労働と国民の受診抑制の解決の道は示されていない。

### 3 宿日直問題

#### (1) 宿日直許可の悪用

昨年（2023年）2月に、全国医師ユニオンに宿日直許可に関する相談が寄せられた。それによれば、労基署から「1時間に5人程度の患者を診察していても宿日直許可を申請してもよい」という指導が行われているというもので、複数の医療機関に行われていることが明らかになったために、全国医師ユニオンとして「医師の働き方改革に逆行する厚労省の宿日直許可に関する指導に抗議する～夜間に診療を行うことを前提とした宿直を労働時間として認めないとする指導は許されない～」とする緊急声明を出し記者会見を開催した。

医師の夜間勤務である宿直（いわゆる当直）に関しては、医師としての通常業務を行っていれば時間外労働になる。一方で、「夜間に十分な睡眠がとり得るものである場合」かつ「特殊の措置を必要としない軽度の又は短時間の業務に限る」場合<sup>2</sup>には労基署長から断続的労働として宿日直許可をもらえば、宿日直時間は労働時間に含めなくてよく、賃金も通常賃金の3分の1以上でよいとされている。しかし、重症の入院患者の診療や救急対応を行っている医療機関はこれに該当しないにもかかわらず、宿日直許可を取っているケースがあり、大きな問題となっている。厚労省の指導用資料「医療機関における宿日直許可～申請の前に～」では安易に宿日直許可を与える事例が示されており、これ自体が問題である。医師の労働は人の生死にかかわるものであり、特に体制が薄い夜間の重傷者の対応や救急患者の対応は、大きなストレスを医師に負わせている。深夜であれば仮に短時間の処置を行っても、十分な睡眠を取ることが困難である。

#### (2) 休めない勤務間インターバル

しかも、厚労省はこの宿日直許可を取った時間は、労働時間とみなさなくてよいと指導もしている。休憩時間に関して厚労省は「休憩時間は労働者が権利として労働から離れることが保障されていなければなりません」と明言しており、休息であるインターバルもこれに準ずるものである。したがって、管理者の指揮命令下で患者の診療を行うことが義務付けられている宿日直時間は、休息が保障されたものではないため勤務間インターバルに当てることを認めることなど許されるべきではない。

### 4 自己研鑽の乱用

2022年5月に甲南医療センター（神戸市東灘区）に勤務する26歳の専攻医（医師3年目で後期研修医）が過労自死した。自死直前1カ月に約207時間の時間外労働があったとして2023年6月に労災認定されたが、労災認定後も病院長は「正確な労働時間は本人にしかわからない」などと発言し、死亡前月の時間外労働は自己申告された30.5時間であると主張している。これは医師の働き方改革で議論され示されてきた労働と自己研鑽に関する厚労省通達等を平然と無視するものである。

専攻医の研鑽に関しては、「研鑽」という言葉が安易に使用され、実際には専攻医が十分な研鑽時間を与えられていないケースが少なくない。甲南医療センターは「労基署が認める時間外労働の大半は自己研鑽時間であった」と主張しているが、本人は、「仕事で、雑用ばっかり多すぎる」「朝早く行ったり、土日も行かないと、通常業務が回らない」「2月から休みなし、5時半に起きて、23時に帰る」「同期がおらず、面倒な雑用は自分に

降りかかる」「面倒なことは頼みやすい人間に押し付けるのか」と家族に話している。つまり、研鑽が大変であったというよりは、通常診療に時間を取られ、研鑽や研究活動の時間が適切に与えられなかったことが大きなストレスを生んでいた。

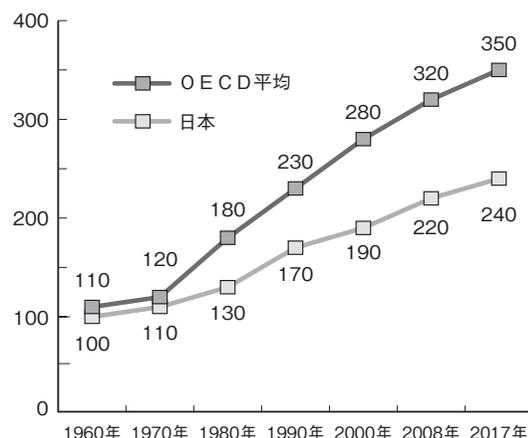
労災認定の時間外労働約 207 時間と病院側が主張する 30.5 時間には若干の時期のずれはあるが、研修医の労働を安易に自己研鑽という言葉で誤魔化しているとしか言いようがない。見方を変えれば、若い医師から労働を搾取する方法として自己研鑽という言葉が悪用されていると言える。

全国医学部長病院長会議の調査<sup>3</sup>では、大学研究者が多忙で研究時間をとれないことが問題となっている。大学病院に勤務する助教の 15% は 1 週間の研究時間が 0 時間となっており、専攻医に至っては 72.3% が 0 時間となっている。このことから、多くの若手医師は自己研鑽や自主的な研究で過重労働となっているのではなく、過重労働下で自己研鑽や自主的な研究をする時間を奪われ、やり甲斐さえも奪われて、バーンアウトやうつ病になっているケースが少なくないと言えるであろう。

## 5 医師不足の問題

日本の医師の過重労働の根本的な原因は絶対的な医師不足にある。日本の人口当たりの医師数は先進国最低であり、OECD 平均と比較してその差は年々大きくなっている（図 4）。これは、国が医療費抑制を目的とした医師数抑制政策をとっているからである。厚労省は医師の偏在の問題であるとしているが、すべての都道府県で医師は不足しており、大学病院や大都市の高度医療病院において医師の過重労働は極めて深刻となっている。この間に起こっている医師の過労死の大半も都市部で起こっている。EU においては医師の労

図 4 OECD と日本の医師数の比較  
(人口 10 万人当たりの医師数)



資料：OECD データおよび厚労省データより作成

働時間は週 48 時間以内とされているが、これが可能であるのは交代制勤務を実施できるだけの十分な数の医師が存在するからである。さらに EU の多くの国では、医師もバカンスをとるのが一般的である。医師であることを理由に長時間労働を強いるようなことはない。

政府は医師の数は毎年増えていると言っているが、医療は産業であり IT 産業やバイオ産業が大きく発展する中で医療産業や健康産業も大きく発展しており、そこで必要とされる医師の数も大きく増えているために、世界各国は医師の増員を進めている。日本は医師数抑制政策により医師の増員にブレーキをかけているために世界各国との人口当たりの医師数の差は年々大きくなっている。

また絶対的な医師不足は患者国民の医療を受ける権利を奪いかねない深刻な事態を引き起こしている。このため、私たちは医師の人権を守り地域医療を守るために医師の増員を求める実行委員会を作り 12 月から署名運動に取り組んでいる。これは医師・医学生を対象とした署名で、5 月までに 5 万筆を集めることを目標にしている。

いずれにしても医師の大幅な増員がなければ、医師の過重労働はなくなることはなく、患者の医

療を受ける権利が奪われることになる。このために、さまざまな運動を行い医師の増員を実現する必要がある。

## 6 働き方改革を進めるための必要条件と対応

医師の働き方改革は進んでおらず医師の過重労働は続いている。すでに述べたように根本的な原因は医師不足にあるが、24年4月からの医師の働き方改革の本格実施にあたって必要な対応は二点あげられる。

医師の働き方改革が進まない理由の一つとして、この間、医療界は地域医療を守るために医療機関に罰則を与えないことを求めてきた。このため、労基署の医療機関に対する指導は極めて甘くなっていた。さらに、不適切な宿日直許可を労基署が乱発するなど働き方改革に逆行する動きさえ見られたために、多くの病院では「働き方改革に取り組みなくても大丈夫」というモラルハザードが起きた。

改革が進まないもう一つの理由としては、経営的な問題がある。これまで日本では医師聖職論が根強く、時間管理や残業代の支払いは適切に行われてこなかった。時間管理をしっかりやり残業代等を全て払えば、当然人件費の増額が必要となる。またタスクシフトを進めるために医療クラーク等

を雇用するにも人件費が必要である。一般的に、労働条件改善にはコストが必要である。労働条件の改善は安全性の向上や医療の質の向上に寄与するため、一般企業であれば質の向上に必要な経費は価格に転嫁する。しかし、医療においては公定価格によって診療報酬が定められているため、病院は労働条件改善に関するコストを価格に転嫁することができないため赤字となってしまう。このことから、改革に積極的な経営者も医師の働き方改革をなかなか進められずにいる。一方、改革を進めない医療機関は経営的に有利となり、この点でもモラルハザードが起きている。

悪質な医療機関に対する罰則の強化と、積極的に関与する医療機関への経営的なサポートがなければ医師の働き方改革は進まないため、この点を改める必要がある。なお、働き方改革を進めるための診療報酬は医師の労働条件改善にリンクした診療報酬であることが必要である。一般的な診療報酬の増額は、高度医療機器の購入や病院の建て替え費用など人件費以外に使われる可能性が高い。適切な時間管理や健康確保措置の徹底、女性支援のサポートなど適切に働き方改革が進められている医療機関に入院管理費等を高く設定することが必要である。これらは医療の質の向上につながり、患者の利益にもなるものである。

(うえやま なおと・全国医師ユニオン代表)

- 1 勤務医労働実態調査2022:全国医師ユニオンが日経メディカルなどと共同で行った調査(全国医師ユニオンホームページに掲載)
- 2 「医師、看護師等の宿日直許可基準について」(厚生労働省、令和元年7月1日、基発0701第8号)
- 3 「大学病院における医師の働き方に関する調査研究報告書」(一般社団法人全国医学部長病院長会議、令和5年2月)