

第1章 病院勤務医の長時間・過重労働の実態を理解するために

従来、医療法第 10 条¹⁹では、病院又は診療所の開設者は、その病院又は診療所が医業をなすものである場合は臨床研修等修了医師に、これを管理させなければならないと規定されているように、医師は病院等の管理者として位置付けられている。医師以外の医療従事者の場合には、その身分法によって医師からの指示・指導・監督を受けなければその業を行えないというように規定されている。医師法のみならずこれらの身分法規定の影響を受けて、医師は労働法制上において労働時間管理の対象外であると理解されており、労働者と見做されていなかった。そのような法的な規定を受けていたために、今日に至るまで病院の労務管理の実態として、一般の医師は勿論のこと研修医に至るまで、医師は経営者であるとか管理者であるとして教育されており、病院組織のなかで特別扱いを受けていた。したがって、病院内において、勤務医は、労働時間管理の対象外とされ、勤務時間も正確に把握されるシステムもなく、就業規則や 36 協定等の労働基準法等の諸規定においてもほとんど対象として扱われることなく、勤務医に対する労働時間管理は放置されてきたといっても決して過言ではない。

本章では、主に以下の 3 点を検討することで、病院勤務医の長時間・過重労働の労働実態に迫ってみることとする。第 1 に、長時間・過重労働を原因とする過労死・過労自殺等をめぐる労働判例等に注目することで、近年の労働裁判を通じて個別正確な勤務医の労働実態がいかに過酷なものであるかを検証しておきたい。第 2 に、労働裁判の判例内容を詳しく検討することで、病院における労務管理の重要性のみならず、研修医、大学院生、医師の労働者性についても確認しておきたい。そして、第 3 に、医師の長時間・過重労働が一つの要因であると解釈しえる医療事故等の状況及び、長時間・過重労働と疲労の関係について確認することで、長時間・過重労働がいかに過酷であるのかについても検証しておきたい。

第1節 過労死・過労自殺等の実態

今日では医師の過重労働が深刻な社会問題となっている。特に小児科、産婦人科、外科などでは、長時間労働、当直回数の多さ、医療事故訴訟の多さなどが原因となり、それに加えて人員不足が続き、それらの複合的な要因が作用し、結果として、過労死・過労自殺にまで至る事例が発生している。医師の過酷な勤務条件は、医療の質の低下、医療安全にも結びつくものであり、概していえば、医師の健康なくしては健全な医療は成立しないといえる。

¹⁹ 医療法、<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23H0205.html>, (2015/12/08 アクセス)、参照。

1. 過労死、過労自殺を招来させる過重労働の意味

最初に、「過労死」問題が社会的に問われるようになった経緯について明らかにしておきたい。「過労死」が現代日本社会における深刻な社会問題であると広く知られるようになったのは、1988年に「過労死110番」の電話相談が開設され、それがマスコミによって大きく報道されてからである。それ以前の段階で、労災・職業病問題に取り組んできたのは、細川汀、上畑鉄之丞、田尻俊一郎という3人の医師であり、彼等が著わしたのは、『過労死—脳・心臓系疾病の業務上認定と予防—』²⁰であった。これが出版されたのは1982年のことであった。「急性死」や「在職死亡」と言われていた労働者の長時間・過重労働による死亡について、産業医が「過労死」と呼びはじめたのは1970年代半ばからであると言われている²¹。

一般に「過重労働」が問題となったのは、そもそも長時間労働等の過重な業務による脳・心疾患に関わる労災認定をめぐる問題で社会的な問題となったからであった。つまり、いわゆる過労死や過労自殺が重大な社会問題となり、このような社会問題に対する行政側の対応として、2001年12月に発表された「脳血管疾患及び虚血性心疾患の認定基準について」において、過労死、過労自殺の問題が過重負荷の問題として示された時である。その場合、労働者に課された業務の過重負荷として示されたのは、①異常な出来事、②短期間の過重業務、③長期間の過重業務であり、当時の行政機関はこれらの3つの点を労災認定の要件とした²²。

これら認定要件のなかで「過重な業務」と呼ばれたものは、日常業務に比較して特に過重な身体的、精神的負荷を生じさせたというように、客観的、総合的に判断されるものである。「脳血管疾患及び虚血性心疾患の認定基準について」では具体的に、①労働時間、②不規則な勤務、③拘束時間の長い勤務、④出張の多い業務、⑤交代制勤務、深夜勤務、⑥作業環境、⑦精神的緊張を伴う業務があげられている。また、特に時間外労働との関係で問題となるのは、週40時間の法定労働時間を超えて1か月間当たり100時間、または2～6月間に平均して80時間を超える場合にそこに過重性があるというように認められる、と指摘している²³。

「脳血管疾患及び虚血性心疾患の認定基準について」の改正に際して、行政側は予防対

²⁰ 細川汀、上畑鉄之丞、田尻俊一郎(1982)『過労死—脳・心臓系疾病の業務上認定と予防—』労働経済社、参照。

²¹ 森岡孝二(2013)「「過労死」は「だれ」が「いつ」最初に命名したのでしょうか」NPO法人働き方ASU-NET 第226回、<http://hatarakikata.net/modules/morioka/details.php?Bid=241&cid=1&date=2013>, (2015/10/19アクセス)、参照。

²² 2001年12月12日基発第1063号 厚生労働省労働基準局長通達「脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く。)の認定基準について」、参照。

²³ 2001年12月12日基発第1063号 厚生労働省労働基準局長通達、同上参照。

策を推進する必要性から、2002年2月12日基発第0212001号「過重労働による健康障害防止のための総合対策について」²⁴を示している。この改訂版においても過重労働の記載が見いだされる。このように行政側は、長時間労働のみならずそれ以外の要因をも加味することによって、過労死、過労自殺を招来させるものとしての過重性を総合的で多面的な概念として理解するように変化している²⁵。

2. 過労死等の労災認定、民事訴訟等の状況

医師の過労死・過労自殺に関しては取り纏めたものはなく、その実態は不明なところが多いというのが実情である。表(1-1)の通り、1990年代に入って過労死や過労自殺に関する労災申請や民事訴訟が目立って増えてきたが、これでも氷山の一角であると考えられる。

表 1-1 医師の過労死等の労災認定、民事訴訟の状況

発生年	地域	診療科等	性別	死亡時の年齢	種別	疾患	法的手続の状況
1963	京都府	国立京都病院整形外科	男性	—	過労死	急性心臓病	1970.10 行政訴訟勝訴、労働判例 No. 113 46 頁参照
1987	—	院長代行	—	60代	過労死	急性心不全	1992.08 公務上認定
1990	—	外科	男性	20代	過労死	急性心不全	1997.06 公務上認定
1992	茨城県	土浦協同病院外科	男性	29	過労自殺	うつ病 薬物死	2005.02 行政訴訟勝訴、労働判例 No. 891 41 頁参照
1995	山梨県	産婦人科	—	35	過労死	—	労災認定
1996	—	産婦人科	男性	30代	過労死	急性心筋梗塞	1999.04 労災認定

²⁴ 2002年2月12日基発第0212001号 厚生労働省労働基準局長通達「過重労働による健康障害防止のための総合対策について」、参照。

²⁵ 2002年2月12日基発第0212001号 厚生労働省労働基準局長通達、同上参照。

1996	—	神経内科	男性	40代	過労死	乖離性 大動脈 瘤	2005.07 公務上認定
1996	大阪府	大阪府立医 大麻醉科	男性	33	過労死	急性心 不全	2005.03 損害賠償請求 勝訴 公務災害審査請求 中
1997	千葉県	小児科	女性	44	過労死	くも膜 下出血	1998.01 労災認定
1998	神奈川県	整形外科	男性	40代	過労死	急性虚 血性心 不全	2003.03 労災認定
1998	大阪府	関西医大研 修医	男性	26	過労死	急性心 筋梗塞	2002.09 労災認定 2004.07 損害賠償請求 勝訴(賃金補償) 労働判 例 No. 879 22 頁参照
1998	—	内科	男性	40代	過労自 殺	—	労災認定
1999	東京都	内科部長	男性	53	過労自 殺	—	2004.12 公務上認定
1999	東京都	立正佼成病 院小児科	男性	44	過労自 殺	—	2007.03 労災認定、最高 裁和解
2000	神奈川県	横浜市大研 修医	男性	30	過労自 殺	—	2004.07 労災認定、損害 賠償請求係属中
2000	—	内科	男性	40代	過労死	くも膜 下出血	2006.02 公務上認定
2001	沖縄県	嘱託医	男性	30	過労死	—	2003.05 公務上認定
2001	福岡県	内科	—	43	過労死	—	2006 公務災害認定
2002	栃木県	外科	男性	38	過労自 殺	うつ病	2008.03 労災認定
2003	鳥取県	鳥取大大学 院生	—	33	事故死	交通事 故	2009 判決

2003	北海道	小児科	男性	31	過労死	突然死 心疾患	2007. 01 労災認定
2004	京都府	外科	男性	44	過労死	急性心 筋梗塞	2006. 08 労災認定
2004	奈良県	県立三室病 院研修医	男性	20代	過労死	心室細 動	2007. 02 公務上認定、損 害賠償請求係属中
2004	愛媛県	十全総合病 院麻酔科研 修医	女性	28	過労自 殺	—	2007. 05 損害賠償請1審 求勝訴、2008 和解
2006	—	産婦人科	男性	40代	生存	脳出血	2007. 08 労災認定
2006	東京都	日大研修医	女性	26	過労自 殺	—	2007. 02 労災認定
2007	兵庫県	公立八鹿病 院整形外科	—	34	過労自 殺	—	2010. 8 公務災害認定
2010	青森県	弘前市立病 院研修医	男性	28	過労死	急性循 環不全	2012. 12 労災認定

出展：松丸正(2008)「医師の過労死防止がもたらす医療の質向上 労働基準法に基づく検討」『新医療』2008年1月号²⁶、野村和博、小田修司、吉良伸一郎(2007)「顕在化する医師の過労死」『日経メディカル』2007年8月号²⁷、川人法律事務(HP)、<http://www.cpi-media.co.jp/kawahito/index.htm>, (2015/11/13アクセス)²⁸、橋本佳子(2014)「『過労自殺、上司のパワハラ認定』の訳ー岩城穰・弁護士に聞く」『m3.com 医療維新』2014年6月19日、<https://www.m3.com/news/iryoishin/225950>, (2015/11/13アクセス)、を参照し著者作成²⁹。

長時間・過重労働の認定要件をめぐる行政側の変化に対する認識を踏まえて、次に、身分不安定であるといわれてきた研修医と大学院生が過労死した事件を取り上げて、その詳細を確認してみたい。研修医や大学院生の過労死事件をめぐる裁判事例を通して、本稿は彼等の過酷な労働実態と病院における労務管理の実態を確認しておきたい。このことは実は、勤務医全体の労働実態と病院の医師に対する労務管理、更には、医師の労働者認識に

²⁶ 松丸正(2008)「医師の過労死防止がもたらす医療の質向上ー労働基準法に基づく検討ー」『新医療』2008年1月号、参照。

²⁷ 野村和博、小田修司、吉良伸一郎(2007)、前掲書参照。

²⁸ 川人法律事務(HP)、<http://www.cpi-media.co.jp/kawahito/index.htm>, (2015/11/13アクセス)、参照。

²⁹ 橋本佳子(2014)「『過労自殺、上司のパワハラ認定』の訳ー岩城穰・弁護士に聞く」『m3.com 医療維新』2014年6月19日、<https://www.m3.com/news/iryoishin/225950>, (2015/11/13アクセス)、参照。

についても確認することにつながっており、勤務医の長時間・過重労働問題を考えるうえで一定の示唆を得るものといえる。

3. 関西医科大学研修医事件が示すもの

医師の過労死をめぐるこれらの事件のなかで注目されるのは、1998年の関西医科大学研修医事件である。この関西医科大学事件は、研修医の身分をめぐる初司法判断がしめされた事件であった。大阪地裁堺支部、大阪高裁での判決に続いて、最高裁の判決によって研修医が労働者であること、いわば研修医の労働者性が明確に判示されたものであると考えられる。本稿では、まず、この訴訟事件を担当した堺総合法律事務所所属の岡崎弁護士が示している事件ファイルを基にして、この事件の概要と論点を確認しておきたい。

この過労死事件は、1998年6月1日より関西医科大学に研修医（以下医師Aとする）として勤務をはじめた医師Aが、同年8月16日過労を原因とする急性心筋梗塞で亡くなったことがそもそもの発端である。最初にこの事件は研修医の過労死訴訟として1999年に提起され、第1審の大阪地裁では2002年2月原告の主張をほぼ認める判決³⁰がなされている。第2審の大阪高裁では、2004年7月過失相殺の一部が取り入れられ賠償額が若干減額された。しかし、基本的には、関西医科大学側の安全配慮義務違反を認める判決³¹が下された。この判決をめぐっては原告及び被告の双方が上告せず、判決はここで確定している。

この事件とは別にまったく同じ事案について、最低賃金法に触れる問題として、地域最低額と実際に支払われた賃金額との差額分についての支払いを求める未払賃金請求訴訟が、2000年に並行して提起されている。第1審の大阪地裁は2001年8月に原告側の主張を認めている³²、第2審の大阪高裁でも、同様に2002年の5月に原告の主張通り、大学側に対して最低賃金との差額を支払うよう判決されたが³³、この判決に不服であった大学側は最高裁に上告した。最高裁は、研修医の労働者性という争点が医療現場にも相当な影響を及ぼすことの社会性に着目し、被告側の上告を受理したうえで2005年6月に裁判官全員一致でこの上告を

³⁰ 大阪地方裁判所(2002)「関西医科大学研修医損害賠償請求事件」平成11年(ワ)第4723号 2002年2月25日、<http://www.sakai.zaq.ne.jp/karoshiren/16-B29.htm>, (2015/11/17アクセス)、判決文参照。

³¹ 大阪高等裁判所(2004)「関西医科大学研修医・急性心筋梗塞死事件控訴審」平成14(ネ)第955号 2004年7月15日、<http://www.sakai.zaq.ne.jp/karoshiren/16-B50.htm>, (2015/11/21アクセス)、判決文参照。

³² 大阪地方裁判所(2001)「関西医科大学未払賃金請求事件」平成12年(ワ)第326号 2001年8月29日、<http://xn--eckucmux0ukc1497a84e.com/chihou/2001/08/29/48969>, (2015/11/21アクセス)、判決文参照。

³³ 大阪高等裁判所(2002)「関西医科大学未払賃金請求事件」平成13(ネ)第3214号、2002年5月9日、<http://xn--eckucmux0ukc1497a84e.com/koutou/2002/05/09/50753>, (2015/11/21アクセス)、判決文参照。

棄却し、最低賃金法違反をめぐる事案は既に確定している³⁴。

つまり、この過労死事件は、過労死訴訟事件であると同時に、賃金請求訴訟でもあった。前者の問題は大阪高裁の控訴審にて確定したのであるが、後者の問題は被告が最高裁に上告したために、最高裁に審議が委ねられたが、上告は棄却されている。

これまで、他のいずれの大学においても、研修医は学生に準じる立場として、わずかな奨学金が支給されるほかは、ほとんど無給の労働者としていわば「ただ働き」同然の状態でも勤務させられていた。医科大学に籍を置くこの学生は、研修医として教育を受けるのももちろんであるが、大学病院において実際の医療行為を行うことによって、病院の医療業務の一部を分担していた。その身分は不安定であり、健康保険や公的年金に加入させる手続きも採られておらず、学校法人である大学は研修医を完全な無権利状態で勤務させていた³⁵。

(1) 過労死訴訟、大阪高等裁判所控訴審判決より

最初に、過労死訴訟について、1 審の大阪地裁の判決を不服として大学側が上告した大阪高裁の控訴審判決平成 14（ネ）第 955 を基にして詳細を確認しておきたい。この過労死をめぐる裁判の争点は、①研修実態、②研修業務と死亡との因果関係、③安全配慮義務違反の有無、④過失相殺等を含む損害額である³⁶。

以下、本稿は、大阪高裁の判決論点をめぐって要約する³⁷。

【争点①研修実態】

● 大学側（大学及び代表理事）の主張

研修医の研修内容において、平日午後 7 時以降の居残りは研修医各自の任意に基づくものであり、居残り時間を含め研修業務の過重性を判断したのは誤りである。従事していた研修は初期研修であり、ほとんど見学のみであって、患者に対する直接的な診療行為は朝夕の採血や点滴だけで、その他に責任を持たされることはなかった。副直も、耳鼻咽喉科の場合、夜間に患者が来院することはほとんどなく、十分に仮眠をとることが可能であった。したがって、研修時間内であっても体調が悪ければ休むのは自由で、他科の診療も自由に受けることができた。

³⁴ 最高裁判所(2005)「未払賃金請求事件」平成 14 年(受)第 1250 号 第二小法廷判決、2005 年 6 月 3 日、http://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/353/052353_hanrei.pdf, (2015/11/21 アクセス)、判決文参照。; 堺総合法律事務所事件ファイル(HP)「研修医を労働者と認めた判決(最二判 2005 年 6 月 3 日)」、<http://sakaisogolaw.net/jiken/280.html>, (2015/11/14 アクセス)、参照。

³⁵ 大阪地方裁判所(2001)、前掲書判決文参照。

³⁶ 大阪高等裁判所(2004)、前掲書判決文参照。

³⁷ 大阪高等裁判所(2004)、同上書判決文参照。

- 遺族側の主張

研修医は研修開始時点から病院の運営を支えるべき重要な構成員（労働力）として位置付けられ、研修開始 4 ヶ月後には主治医となることが予定され、研修 2 年目には一般の医師とほとんど同様の業務を担当することが予定されていた。そのため、研修医は早期に一人前の医師として知識と能力を備えることが強く要請されており、一般的な医療知識の獲得を目的とした医療機関における教育とは本質的に異なっている。更に、指導医が帰るまで研修医も帰宅できないなど、大学病院特有の上下的人間関係という大きなストレスによる負担があり、そのことがより研修をより過重なものにしていった。研修医は日常的に 15 時間以上という極めて異常な長時間研修を行っており、手術日には深夜の帰宅、時には翌朝となることもあった。研修医は、昼食の時間や自由時間も全く保証されておらず、このような研修実態は他の研修医とも共通するものである。このよう長時間研修は、肉体的、精神的疲労と極度の緊張をもたらしたといえるが、更に医師 A は、点滴やシュライバー業務でミスを重ねており、しかも、真面目な性格であったことも相俟ってストレスを増幅させ、しばしば同僚に胸痛を訴えている。指導医の 1 人もその様子を目撃しており、これらの負担が、突然死の決定的要因である。

【争点②研修業務と死亡との因果関係】

- 大学側（大学及び代表理事）の主張

研修による負担は質的にも量的にも過重ではなく睡眠時間は確保されており、死亡直前にも疲労した様子は窺えず、むしろ友人と会食等、元気一杯であって、研修と死亡との間に相当因果関係はない。そもそも基礎疾患もなく、健康であれば僅か 2 ヶ月半程度の研修によって急性心筋梗塞で死亡するはずもなく、この研修医の死因はブルガダ症候群の発症（特発性心室細動）であって、研修と突然死とのあいだには何等の関連性はない。

- 遺族側の主張

研修実態は著しく過重であり、これによる過労とストレスが急性心筋梗塞を引き起こしたもので、研修労働と死亡との間には因果関係がある。また、研修の実態を最もよく認識している北大阪労働基準監督署も、研修と死亡との間に因果関係の存在を認めている。突然死の原因は虚血性心疾患が圧倒的に第 1 位であり、研修に伴う過労やストレスが原因で心臓や血管に病変の伴わない、冠れん縮性の急性心筋梗塞の発症によって突然死した可能性は十分に考えられる。仮に死因がブルガダ症候群の発症であったとしても、過労とブルガダ症候群の発症とのあいだには有意な関連性が認められ、研修とその死亡との間に因果関係がある。

【争点③安全配慮義務違反の有無】

- 大学側（大学及び代表理事）の主張

研修医の労働者性の存否についてはともかく病院監督下での研修において、何らかの安全配慮義務があったことは否定することはできないが、安全配慮義務違反があったとされ

するためには、突然死についての予見可能性の有無が検討されるべきである。すなわち心疾患の発症とこれによる致命的な結果の招来の可能性を認識したか、あるいは少なくとも認識し得たことが必要であり、研修時間が長時間であった等だけでは、認識ないしは認識可能性があったことにはならず、また突然死がブルガダ症候群によるものであった場合は、健康診断で健康異常を把握することは困難であった。したがって、突然死に関する安全配慮義務違反はない。

- 遺族側の主張

安全配慮義務違反（債務不履行）の前提となる予見可能性は、結果それ自体を対象とする必要はなく、因果関係を基礎付ける原因事実につき認められれば足りる。研修が、著しく長時間に及ぶ過重なものであることを熟知していたうえ、疲労・ストレスを蓄積し、胸痛を訴えるまでに至っていることも認識しており、安全配慮義務違反の前提となる予見可能性は十分に備わっており、研修実態からみて、安全配慮義務違反があったことは明白である。予見可能性に関しては、2000年3月24日電通事件最高裁判決他にも多くの裁判例があり、控訴人の主張は独自の見解に過ぎない。

【争点④過失相殺等を含む損害額】

- 大学側（大学及び代表理事）の主張

医師Aの突然死について何等かの責任があるとしても、医師であるAにおいても可能な限り健康保持に努めるべき義務を負っており、自身の心疾患の可能性を疑うことは容易であり病院に申告して受診することが可能であった。受診可能性については、研修医の他科の受診者数が毎年30名程度という受診状況から明らかである。これらは安全配慮義務違反の有無とも関連しているが、少なくとも損害の公平な分担という観点から過失相殺がなされるべきである。また、ブルガダ型心電図波形は不安定期と呼ぶべき所見を示しており、「発症の予兆」としての胸痛を訴えていたのであって、ブルガダ症候群の素因を有していたことは明らかである。過失相殺のほかに素因減額も行うべきである。損害額の算定については、労働者災害補償保険法による保険給付として葬祭料50万540円、遺族補償一時金・遺族特別支給金計951万8千円の合計1001万8540円を受領しており、この金額を損益相殺により損害額から控除すべきである。

- 遺族側の主張

電通事件最高裁判決からみても過失相殺は明確に否定される。新入局研修医の受診状況を前提に、受診可能を主張するが、被害者の性格及びこれに基づく業務遂行の態様等を心因的要素として斟酌することはできないと判示する、電通事件判決と正面から抵触する。

医師Aは、控訴人の指揮命令下で著しく過重な業務に従事していたのであり、健康保持に第1次的な責任を負うのは控訴人である。たとえ胸痛を感じていたとしてもその症状から急性心筋梗塞を疑うのは無理であり、指導医すら疑いを持たなかったのであって、受診することは基本的に困難であった。大学側の安全配慮義務違反の程度は甚だ重く、これと

の比較からも過失相殺を行うのは不当である。死因は、急性心筋梗塞であってブルガダ症候群ではない。素因減額は問題とならない。誘導心電図にブルガダ型波形が認められたことを強調するが、そのような波形を有することとブルガダ症候群の発症とは明確に区別されるべきであり、心臓発作の危険性があることを意味するものではない。医師Aの訴えていた胸痛は、急性心筋梗塞の一步手前である狭心症のそれに近いものであり、ブルガダ症候群の前駆症状などではない。労働者災害補償保険法による保険給付として受領したうちの遺族特別支給金は損益相殺の対象とはならない性格のものである。

以上が、大阪高裁判決から確認できた原告及び被告双方の主張である。大阪高裁の判断は安全配慮義務違反を認めており、大学側に対して各々4217万3179円の支払いを命じている。大学側は最高裁への上告をすることなく2審判決はここで確定することになった。そこで、次に前述の争点について大阪高裁の判断³⁸をあらためて確認しておきたい。

【争点①研修実態】に関しては、研修業務は、研修目的に由来する自発的な研鑽行為としての側面があったものの、病院の指揮命令下のもとに各種医療業務に従事していたのであり、研修医と病院との間に、労働契約関係と同様の指揮命令関係があったことは明らかである。因みに、別件訴訟において、最低賃金法という労働者に該当するとされ、また、労働者災害補償保険請求により、一時金等の保険金が給付されている。その事実からは、医療業務に従事していたのであって、研修時間は法的には労働時間ともいうべきところであり、少なめに見ても労働基準法の規定を大幅に超えた1ヶ月300時間を越える勤務をしていたことになる。

もっともその医療業務は初期研修の段階であり、採血・点滴・シュライバー業務が中心で、多くの時間は研修目的に由来する自発的な研鑽行為としての指導医の医療行為（診察・手術等）の見学及び補助であって、それ自体としては大きな負荷のかかるものではない。しかし、任意の研修とされていても、医師国家試験に合格したばかりの研修医にとっては、実質は強制的としかいいようのない研修業務であって、臨床経験がないうえにいささか器用さに欠け生真面目で傷つき易い性格であった医師Aは、採血・点滴程度の医療行為であっても相当の緊張を強いられていたうえ、採血や点滴をミスして患者や医師から嚴重注意を受け、叱責されたことは精神的に大きな打撃を受けたと推認される。

死亡前2ヶ月あまりの研修業務は、担当業務の内容からは直ちに過重な業務と認められないものの、そのおかれた状況、拘束時間の長さ等に加え、自身の性格・気質・特性等から、本人にとっては過重なものであったといわざるを得ない。したがって、心身ともに相当の負荷がかかった状態で研修業務に従事し、死亡直前には疲労困憊とまではいえないものかなりの過労状態にあったと認められる。

³⁸ 大阪高等裁判所(2004)、同上書判決文参照。

【争点②研修業務と死亡との因果関係】に関しては、冠れん縮性の急性心筋梗塞が死因であると認めるには重大な疑問があり、死因はブルガダ症候群（特発性の心室細動）であると考えられるが、しかし、その死因がブルガダ症候群であったとしても、過酷な研修業務と突然死の間には因果関係があるとすべきである。

【争点③安全配慮義務違反の有無】に関しては、研修業務は指導医等による直接的な指揮命令下で行われていたのであって、従属労働としての側面もあり、研修医の性格なり特性等によっては、長時間に及ぶ研修の継続が過度に疲労を蓄積させ、研修医の心身の健康を損なうおそれがある程度のことは、十分に予見し得たところである。他の研修医が問題なく研修を継続していたとしても、その判断は左右されない。研修医が研修業務を遂行するに際して、健康保持を研修医自身の自己管理の問題とせず、健康診断などが適切に実施されていれば、素因としてブルガダ症候群の疑いがあることを事前に発見し治療を施すことは可能であって、健康面も含め安全に研修業務が遂行できるように一定の配慮をすべき義務（安全配慮義務）を負っていたことは明らかである。

【争点④過失相殺等を含む損害額】に関しては、医師国家試験に合格した研修医が 2000 年に研修を終了すれば、その時以降就労可能期間（27 歳から 67 歳までの 40 年間）を通じて、2001 年版賃金センサスによる男性医師の平均年間給与額である 1213 万 1300 円の収入（但し、生活費控除率 50%）を得られる蓋然性がある。しかし、ブルガダ症候群という疾患を素因として有する意味は少なくなく、1 割 5 分の減額はやむを得ない。したがって、死亡逸失利益 8425 万 6124 円と認めて、慰謝料 2000 万、葬儀費用 120 万円の合計 1 億 545 万 6124 円の損害額を認定する。しかし、医師として自身の健康管理をする能力は十分に備わっていたものであって、可能な限り健康保持に努める義務を負っていたといわざるを得ず、双方の事情を総合勘案すると本人 2 割、病院 8 割の過失割合とするのが相当である。

したがって、賠償額は、既に受領している労働者災害補償保険法による保険給付、葬祭料 50 万 540 円、遺族補償一時金・遺族特別支給金合計 951 万 8 千円の合計 1001 万 8540 円から、遺族特別支給金 300 万円を除いた 701 万 8540 円を相殺し、7734 万 6359 円とする。これに各弁護士費用 350 万円を加え、総額 8434 万 6359 円とする。

(2) 賃金請求訴訟、大阪地方裁判所判決より

次に、賃金請求訴訟について大阪地方裁判所判決平成 12 年(ワ)第 326 号から、その詳細を確認しておきたい。この事件は、過労死損害賠償事件に引き続き提起されたもので、関西医科大学病院の耳鼻咽喉科の研修医が、労務の対価として支払われた賃金額が、最低賃金法が規定する所定の最低賃金額を下回る給与額でしかなかったとして、最低賃金法違反であることを指摘しつつ、地域最低賃金額との差額を請求した事案である。この事案の争点は、①労働者性についての認定、②支払われるべき給与額についてであり、それは 2 つ

の問題を含むものであった。つまり、1つは労働時間についてであり、2つは研修医が受け取ることのできる給与額についてである³⁹。

以下、大阪地方裁判所判決の内容を要約する⁴⁰。

【争点①研修医の労働者性について】

● 遺族側の主張

労働者の基本的概念は労働基準法によって定められるところ、その中心的要素は使用従属関係に求められるが、被告との関係で医師Aは使用従属関係にあり、労働者に該当する。なお、北大阪労働基準監督署は、1999年10月5日付けで、被告に対し研修医の労働条件につき是正勧告をしており、その前提として、研修医が労働者に該当することについての行政的な有権判断をしている。研修医は、新任早々から、採血や点滴等の医療行為を単独で行い、その後順次、主治医として個々の患者を担当するのであって司法修習生等とは異なる。

● 大学側の主張

1968年5月までのインターン制度下では、6年の学部教育を経た学生が、医師国家試験受験資格を得るために1年以上の実地修練が必要であったが、この制度下における実地修練と現行の臨床研修制度の研修とは、その実態において何ら変わりはない。被告病院で研修する者は、一定期間の見学を経て、自発的意思に基づき病院長の許可を得て研修医となる。その際、教育研修スケジュールや奨学金等（同給付金月額6万円のみが支払われる、社会保険には加入しないこと、当直勤務には手当が出ること）について通知される。また、研修医は患者の診察・治療という未体験の領域に入って、これを見聞し、医師としての将来のための知識・経験として蓄えることを専らの目的として作成された教育研修スケジュールを実践している者であって、病院や指導医の指揮・命令により医療業務に従事しているとはいえない。なお、2年目の研修医のそのほとんどが、患者の診察・治療に当たれる技量を有するに至り、関係研修機関に出向して一定の給与を得るが、1年目の研修医は、自分のための研修以外のことは何もせず、時間に余裕があるからといって病院の雑用や、研修の名を借りた別の用務に従事させることもない。研修医は、医師免許を取得している点で、商船大学等の実習生や看護婦ないし看護人養成所の生徒の実習に関しての、労働基準法9条の労働者として取り扱わないとの行政実例とは異なるが、従属労働者性は、その労働実態について、上記行政実例の考え方は研修医についても十分あてはまる。

研修医は自発的意思によって研修先を選定し、研修スケジュールを消化するのであって、指導医はあくまで研修医の研修の指導・助言をするにすぎず、従属労働を課す側の指揮命令権者ではない。午後7時以降の在院は、研修医の自発的意思に基づくものであり、同期

³⁹ 大阪地方裁判所(2001)、前掲書判決文参照。

⁴⁰ 大阪地方裁判所(2001)、同上書判決文参照。

医師との意見交換や実技練習、指導医の指導を受けるため等が専らであって、従属労働に従事するために残業を命じられていたものではない。また、週 2 回の手術日の手術が夜間遅くまで続き、研修医が見学することはあったが、自らの勉強のために自発的に在院したのであり、強制もなく病院のためにする従属労働でもない。以上のように、医師Aは、従属労働に従事している者とはいえないため、最低賃金法 2 条 1 号の要件（労働基準法 9 条）に該当せず、同法 5 条 2 項の支払義務は存しない。

【争点②支払われるべき給与について－研修医の勤務時間について】

● 遺族側の主張

勤務時間について、1998 年 6 月 1 日からの 11 週間の総労働時間は 997 時間 16 分である。

● 大学側の主張

争う。

【争点③支払われるべき給与について－支払われるべき給与について】

● 遺族側の主張

1 週間の法定労働時間は週 40 時間であるから、その範囲内においては、1 時間当たり金 671 円で計算される。法定労働時間週 40 時間を超えるもののうち、午後 10 時までが計 454 時間 24 分、午前 5 時以降午前 7 時 30 分までが計 20 時間であり、これらは時間外勤務として 25%が加算されなければならない。また、午後 10 時から午前 5 時までの労働時間は計 83 時間 52 分であり、これらは深夜勤務として 50%が加算されなければならない。上記時間外勤務のうち計 82 時間は日曜・休日出勤が含まれており、これには更に 10%が加算されなければならない。

● 大学側の主張

争う。

以上が、大阪地裁判決より確認した双方の主張であるが、各々の争点に対する大阪地裁の判断は、以下の通りである。

大阪地裁の判決によれば、研修医の教育内容については、臨床プログラムを以下の通り認定している。耳鼻咽喉科の研修医に対する教育内容は、2 年間の研修期間を 2 期に分けている。第 1 期（1 年間）は、外来及び病棟において耳鼻咽喉科診療の基本的な知識と技術を学ぶとともに、医師としての必要な態度を修得する。1 年間の後半期には経験した各症例についての深い考察に努め、興味ある症例に関して学会で報告し論文を作成する。第 2 期（1 年間）は、関連病院において更に高いレベルの研修を行う⁴¹。このように臨床研修プログラムを認定した上で、概ね表（1-2）の通り業務内容について事実認定している。

⁴¹ 大阪地方裁判所(2001)、同上書判決文参照。

表 (1-2) 当該研修医の 1998 年 6 月 1 日から 8 月 15 日までの臨床研修の内容

平日の業務	7:30~9:00	朝食前の入院患者の採血、朝食後の点滴
	9:00~14:00	一般外来診察において、指導医の指示に基づく検査の予約、採血の指示など診察の補助 また、初診患者の問診、点滴、請薬だけの患者の処方箋の発行、エコー検査等の見学
	14:00~16:00	専門外来において、診察の見学及び一般外来と同様、指導医の診察の補助 火曜日・水曜日の手術日には手術の見学 また、午後の空き時間、指導医が病棟にて患者の処置をする際は、見学し、診察を補助
	16:30~18:00	患者のカルテ、文献等による自己研鑽
	18:30~19:00	夕食後の点滴
	19:00~22:00	病棟において、指導医が入院患者を処置する際の補助、指導医が不在又は許可のある場合は、一人で処置 そのほか、病棟のカルテ閲覧、治療方針の検討
土日の業務	7:30~9:00	平日と同様、朝食前の入院患者の採血、朝食後の点滴
	9:00~14:00	第 1、3、5 土曜日は、診察日で、平日と同様指導医の指示に基づく検査の予約、採血の指示など診察の補助 そのほか、指導医が出勤している際は、出勤し入院患者の診察の補助
	副直	指導医が当直をする際は、翌朝まで待機し副直

出典：大阪地方裁判所(2001)「関西医科大学未払賃金請求事件」平成 12 年(ワ)第 326 号 2001 年 8 月 29 日、<http://xn--eckucmux0ukc1497a84e.com/chihou/2001/08/29/48969>, (2015/11/21 アクセス) を基に筆者作成。

次に、同じように労働法規でありながら、労働者の定義が微妙に異なっている場合がある⁴²ことを考慮し、最低賃金法における「労働者」概念と労働基準法における「労働者」概念について考察を加えておきたい。

⁴² 労働基準法における労働者は、第 9 条に「この法律で「労働者」とは、職業の種類を問わず、事業または事務所(以下「事業」という。)に使用される者で、賃金を支払われる者をいう。」と規定されているが、労働組合法第 3 条では、「この法律で「労働者」とは、職業の種類を問わず、賃金、給料その他これに準ずる収入によって生活する者をいう。」とあり、労働基準法では、使用されていなければ労働者ではないが、労働組合法では、委託契約であっても賃金に類するものが支払われていれば、労働者となる。

最低賃金法における「労働者」とは、労働基準法第9条⁴³にいう「労働者」と同義であり（最低賃金法第2条1号）、「労働者」とは、職業の種類を問わず、事業又は事務所（以下「事業」という。）に使用される者で、賃金を支払われる者であると規定されている⁴⁴。

因みに、労働基準法の「労働者」の判断については、1985年の労働基準法研究会報告によって示されている。ここでは、「労働者」であるか否か、すなわち「労働者性」の有無は、「使用される＝指揮監督下の労働」という労務提供の形態、及び「賃金支払」という報酬の労務に対する対償性、すなわち報酬が提供された労務に対するものであるかどうかということによって判断されることとなり、この2つの基準を総称して、「使用従属性」と呼ぶこととされている。更に、使用従属性に関する判断基準として、（イ）仕事の依頼、業務従事への指示等に対する諾否の自由の有無、（ロ）業務遂行上の指揮監督の有無、（ハ）拘束性の有無、（ニ）代替性の有無、さらに、労働者性の判断を補強する要素として、（ホ）機械・器具の負担関係、（ヘ）報酬の額、（ト）専属性の程度、（チ）その他、報酬につき給与所得として源泉徴収を行っているか等が示されている⁴⁵。

この判決においても、上記の判断基準が適用されており、表（1-3）の通り具体的に検証されている。

⁴³ 労働基準法、<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S22/S22H0049.html>, (2015/01/05 アクセス)、参照。

⁴⁴ 最低賃金法、<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S34/S34H0137.html>, (2015/01/05 アクセス)、参照。

⁴⁵ 労働基準法研究会報告(1985)「労働基準法の「労働者」の判断基準について」1985年12月19日、参照。

表 1-3 「使用される者」に関する具体的な該当

<p>(イ) 仕事の依頼、業務 従事への指示等に関する 諾否の自由の有無</p>	<p>平日（月曜日から金曜日）の午前 7 時 30 分から午後 7 時までの 研修時間中においては、指導医からの指示に対する諾否の自由が 与えられていなかった</p>
<p>(ロ) 業務遂行上の指揮 監督の有無</p>	<p>研修医は、本来的には臨床研修において、医学的知識と技術、医 師のあるべき姿勢・態度等を学ぶことを目的としており、いかに 研鑽を深めるか等につき自らの自発性に委ねられるところがあ ることは否定できないが、指導医が診察する際に、その診察を補 助するとともに、指導医からの指示に基づいて検査の予約等をし ており、指導医と研修医との間に業務遂行上の指揮監督関係が認 められる</p>
<p>(ハ) 場所的・時間的拘 束性の有無</p>	<p>月曜日から金曜日は午前 7 時 30 分までに被告病院に赴き、入院 患者の採血を開始し、午後 7 時ころに入院患者への点滴が終了す るまでは被告病院におり、土曜日及び日曜日についても、午前 7 時 30 分までには被告病院に赴き、入院患者の採血や点滴をして おり、場所的・時間的拘束性が認められる</p>
<p>(ホ) 業務用器具の負担 関係</p>	<p>業務用器具については、いずれの作業も被告病院の器具を用いて いる</p>
<p>(ヘ) 報酬が労働自体の 対償的性格を有するか否 か</p>	<p>奨学金という金員の名目及び支給金額（6 万円及び副直手当相当 額）のみにより労働に対する対償的性格を有するか否かを判断す べきでなく、業務内容等も加味しつつ実質的に労働に対する対価 として金員が支払われていたかどうかから検討すべきであり、金 員は実質的には、研修医の業務に対する対価として支払われてい たと認めるのが相当である</p>
<p>(ト) 専属性の程度-他の 業務への従事が制度上若 しくは事実上制約されて いるか</p>	<p>病院における研修内容及び拘束時間に照らせば、研修医は、事実 上、他の業務への従事が制約されている</p>
<p>(チ) 報酬につき給与所 得として源泉徴収を行っ ているか</p>	<p>支給を受けた金員は、給与所得として源泉徴収がなされている</p>

出典：大阪地方裁判所(2001)「関西医科大学未払賃金請求事件」平成 12 年(ワ)第 326 号 2001 年 8 月 29 日、<http://xn--eckucmux0ukc1497a84e.com/chihou/2001/08/29/48969>, (2015/11/21 アクセス)、を基に筆者作成。

以上、争点①労働者性についての認定では、研修医は、研修目的からくる自発的な発意の許容される部分を有し、その意味において特殊な地位を有することは否定できないが、全体としてみた場合、他人の指揮命令下において医療に関する各種業務に従事しているということができ「労働者」（労働基準法 9 条, 最低賃金法 2 条 1 号）に該当すると認められる。なお、司法修習生、商船大学等の実習生、看護婦ないし看護人養成所の生徒との対比においては、詳細に検討するまでもなく、研修医が労働者に該当することは明らかであると、大阪地裁判決では、原告の主張に沿って研修医の労働者性について認定している⁴⁶。

争点②支払われるべき給与額については、上記業務内容の事実認定に基づき、若干の修正を加えたうえで、原告の主張をおおむね認め、その勤務時間から受け取るべき最低賃金額（法定賃金）の総計、法定時間外労働賃金分、深夜勤務手当相当分、日曜・休日勤務に関わる賃金と出勤手当相当分は以下のようにになると判じている。

- 法定時間内賃金分：8 時間×50 日×671 円=26 万 8400 円
- 時間外賃金分：208.5 時間×671 円×1.25=17 万 4879 円
- 深夜勤務分：54 時間×671 円×1.5 =5 万 4351 円
- 日曜・休日出勤分：126 時間×671 円×1.35=11 万 4137 円

したがって、原告に支払われなければならない合計額は 61 万 1767 円となるのであって、現実に支払われた 18 万 7500 円を控除した 42 万 4267 円の支払いが必要であると判決している⁴⁷。

この事件の判決によって研修医の労働者性は明らかにされた。しかし、これは単に研修医だけの問題にとどまらない。この事件が示唆しているものは 2 つある。第一に、研修医と同じように、勤務医自体であっても長時間労働はもとより、過酷な労働条件の下で過重な勤務を強いられていることである。第 2 に、研修医が労働者であるならば、なおさらのこと、勤務医は労働者であることを明確に示すものである。特に、第 2 の点は、勤務医の労働者性意識の欠如に対して、労働者であることを強く示唆したこととなると理解される。

次に、研修医と同じように、その身分が不安定な大学院生の事件をとりあげることによって、病院がいかに労務管理をおろそかにしているかを確認しておきたい。

4. 鳥取大学大学院生事件が示すもの

この事件は、鳥取大学医学研究科外科系専攻の博士課程に在籍し、第二外科において、大学院生（以下医師 B とする）の身分で診療行為等に従事していた医師 B が、2003 年 3 月 8 日、アルバイト先の病院に向かう途中交通事故を起こし死亡した事件である。その際、その原因が過労状態で自動車運転を余儀なくされたことにあるとして、安全配慮義務及び不

⁴⁶ 大阪地方裁判所(2001)、前掲書判決文参照。

⁴⁷ 大阪地方裁判所(2001)、同上書判決文参照。

法行為に基づく損害賠償責任を問われた国立大学法人及び学長に対し、それぞれ 5803 万 8 千円の損害賠償を求めたものである⁴⁸。ここでは、大学院生の身分に関しては、明確にされていないが、大学側の安全配慮義務違反の責任を認めている。以下、鳥取地裁判決平成 18 年(ワ)第 124 号を基にその内容を確認する。争点は、①被告の安全配慮義務違反または不法行為責任の有無、②損害額等である⁴⁹。

以下、鳥取地方裁判所の判決を要約する⁵⁰。

【争点①被告の安全配慮義務違反または不法行為責任の有無】

① -1. 従事状況及び時間、疲労状況

1-A. 業務内容等

● 遺族側の主張

鳥大病院第二外科において、演習の名目で、勤務医と同様診療行為に従事し、勤務していた。病棟業務の割当表に完全に組み込まれ、勤務医と同様、患者を割り当てられ、診察、管理にあたっており、検査、外来補助等の平日業務、当直業務、執刀医又は助手として手術のほか、術前術後の応援・補助、抄読会の司会などを務めていた。また、アルバイトで他院の当直業務に従事していたが、大学病院の提携病院であり、医局長が割当をし、勤務医や大学院生を派遣していたものであり、提携病院の職務も医局長が把握していた。また、医師Bには収入がなく、アルバイトに従事しなければ生活していく上での選択肢はなかった。

● 大学側の主張

医師Bは、まさに授業科目である演習として指導医のもとで診療行為をしていたものであり、演習名目で勤務していたわけではない。診療演習という科目の選択であり、命による業務ではない。臨床研修は、診療演習、手術は手術演習、当直は当直演習であって、いずれも勤務ではない。また、外部でのアルバイト当直に関しては、医局長が勤務医や大学院生の希望を聴いた上で調整していたものであり、本人が望まなければアルバイトに行く必要はなかった。本人が自ら他の大学院生に比べて多くのアルバイトを希望していたものであり、鳥大病院の指揮監督が及ぶものではなく、大学病院の業務に当たらない。

1-B. 従事時間

● 遺族側の主張

医師Bが、週 40 時間を超えて従事した時間外勤務時間は、直前 1 ヶ月が 199 時間 34 分、前 2 ヶ月が 236 時間 58 分、前 3 ヶ月が 256 時間 52 分に及んでいる。また、事故直前の 1

⁴⁸ 鳥取地方裁判所(2009)「鳥取大学附属病院事件」平成 18 年(ワ)第 124 号 2009 年 10 月 16 日、判決文参照。

⁴⁹ 鳥取地方裁判所(2009)、同上書判決文参照。

⁵⁰ 鳥取地方裁判所(2009)、同上書判決文参照。

週間には、当直 2 日を含む徹夜勤務が 4 日、長時間の手術に関与が 2 日、しかも、徹夜に引き続いて通常勤務をしており、最低限の睡眠時間の確保すら困難な長時間労働であった。

- 大学側の主張

演習参加時間は、手術、抄読会、心臓カテーテル検査等に参加したこと、おおむね 7 時 40 分から 10 時までの間、回診・外来補助を行っていたこと、電子カルテにアクセスした際の 1 時間程度の演習については争わないが、それ以外の時間は、自由であり、仮眠も帰宅も可能であったから、演習に従事していたとは認められない。

1-C. 手術

- 遺族側の主張

助手又は執刀医として手術に立ち会った際、拘束されたのは、手術時間だけでなく、麻酔時間も含まれる。

- 大学側の主張

手術に従事していた時間に麻酔時間を算入すべきではない。

1-D. 当直業務

- 遺族側の主張

当直業務は、多くの急患の診療に当たる上、診察のない時間も急患等が生じた際は、直ちに対応が求められることから、短時間の仮眠が可能であったとしても、その睡眠は、質の悪いものであり、その性質上、開始から終了まですべて業務時間に当たる。

- 大学側の主張

当直は、入院患者の病状に変化なく、外来患者の受診もない場合は、特別な診療はなく、定期的に回診を行うこともないため、仮眠室での十分な睡眠が可能である。したがって、当直時間帯の午後 5 時から翌午前 8 時 30 分までの間の実際に演習に従事していた時間は、電子カルテにアクセスした時間の前後に限られる。

1-E. 疲労状況

- 遺族側の主張

医師 B は、事故前 3 ヶ月以上にわたり長時間労働に従事し続けた上、事故直前の 1 週間には、徹夜勤務、徹夜明け勤務が重なり、極度の睡眠不足により疲弊していた。更に事故前日は、診療等に忙殺された上、午後 3 時から 4 時 20 分にはペースメーカーの電池交換手術、午後 7 時 30 分から翌朝 5 時までは、緊急入院した急性心筋梗塞の患者の徹夜に及ぶ手術をこなし、その後睡眠をとることなく関連病院へ向かったものであり、極度の心身の疲労と睡眠不足の状態にあった。

- 大学側の主張

事故直前に極度の心身の疲労と睡眠不足の状態にあったとは認められない。演習時間が苛酷に長かったとは到底言えず、事故前日から当日にかけて参加した手術も、第 3 助手としての関与であり、実質は見学にとどまるものであって、過重な負担とはいえない。

① -2. 事故の原因

● 遺族側の主張

過重な勤務に伴う疲労、心理的負担等が蓄積した状態で、当直業務を行うために病院に向かったものであり、このような状態は、労働者の心身の健康を損ねると同時に、注意力の低下をもたらし、重大な事故等を発生する危険を招来することは周知の事実であり、睡眠不足や疲労で生じた注意力の低下、居眠り等により事故を惹起したものである。

● 大学側の主張

原告らが主張する事故原因は、認められない。大学病院では、アルバイト先への移動は、公共機関を利用するように指導していたにもかかわらず、自家用車で移動したものであり、それだけの体力・気力があるものと自ら判断したものと推測される。

3. 安全配慮義務違反又は不法行為責任の有無

● 遺族側の主張

被告は、鳥大病院に勤務する医師Bに対し、労働契約における信義則に基づく付随的義務として、大学院生の生命及び健康等を危険から保護するように配慮する義務（安全配慮義務）を負っている。仮に、被告の主張のように指導を受ける大学院生に過ぎないのであれば、なおさら労働者に対するよりも高度な安全配慮義務を負っている。そして、①医局長の下で業務に従事させるにあたっては、大学及び派遣先の勤務を把握した上で、徹夜等による長時間かつ精神的緊張の高い業務によって過度に疲労や心理的負担を蓄積させ、またアルバイト先への移動に際し、睡眠不足や過労による注意力の低下、居眠り等を生じることのないように、勤務時間、勤務内容を適正な範囲にとどめるよう注意する義務、②過重な徹夜勤務を行わせた後、アルバイト当直が予定されている場合は、他の医師を派遣するなど、過労や睡眠不足で運転をすることによる事故が起こらないよう配慮する義務を負っていた。また、医局長は、上記①、②の義務を不法行為上の注意義務として負っていたにもかかわらず、過度な勤務を余儀なくされる環境を改善することなく放置し、事故を惹起させ、死亡させたものである。したがって、安全配慮義務違反及び不法行為に基づき、損害賠償責任を負う。更に、公共機関を利用するように指導していたとの被告の主張は、事故発生後のことであり、公共機関が発達していない鳥取県下においては、呼び出しがあれば直ちに鳥大病院に戻らなければならないことを考慮すれば、自家用車を利用することは必要不可欠であり、被告の主張は理由がない。

● 大学側の主張

医師Bは、自由意志によって医療研修に参加したものであり、いつでも自由に辞められるのであって、指揮監督下にはなく、したがって、安全配慮義務違反が生じるものではない。また、診療行為等の内容や従事時間も疲弊させるようなものではない。また、鳥大病院の業務と関係のないアルバイト先へ向かう途中の事故であり、責任を負う理由はない。しかも、自ら他の大学院生より多くのアルバイトを希望し、割り当てを受け、アルバイト

先へ向かう際は、公共機関を利用すること等を指導してきたにも関わらず、自家用車を運転し事故を惹起したものであり、被告に安全配慮義務違反及び不法行為責任はなく、大学院生自らの過失によって発生したものである。

【争点②損害額等】

● 遺族側の主張

医師Bは、死亡当時33歳であり、67歳までの34年間を通じ就労が可能であった。そこで、2003年度の賃金センサスの男性医師平均1267万6900円を基礎として、生活控除率を50%、ライブニッツ方式による中間利息を控除した額1億263万円から、遺族死亡一時金3146万3千円を控除した、逸失利益は7116万7千円となる。長期間過重な業務に従事させられ、事故前日から当日にかけて何らの配慮もなく、事故を惹起し死亡するに至った、安全配慮義務違反及び不法行為は、交通事故に比し著しく大きく死亡慰謝料は3000万円をくだらない。その他葬祭料等を含め、1億1607万7000円の1/2を請求する。

● 大学側の主張

医師B自らの過失によるものであり、賠償しなければならない損害はない。

以上が、判決より確認した双方の主張であるが、各々の争点に対する鳥取地裁の判断は、以下の通りであった⁵¹。

医師Bは、鳥大病院第二外科において、主治医又は担当医として入院患者を受け持ち、手術の執刀又は助手、術前術後管理の補助、平日の午前中の定期回診及び適宜の回診、外来補助、心臓カテーテル等の検査、抄読会への参加、検査結果の見直し、カンファレンスのための資料収集等を行っていたほか、大学病院での当直、外部病院でのアルバイト当直を行っていた。その業務内容は、勤務医と大きく変わるものではなく、業務に従事していた時間も非常に長時間におよび、業務の性質も緊張が伴う精神的負荷の高いものであったと認められる。このことは、被告として容易に認識しうる事実であり、実際、医局長も大学院生が従事する業務内容及び時間について、概ね把握していたと考えられる。

そして、このような分量、性質の業務を継続して行った場合、本件事故を発生しうることは十分予測可能であって、大学院生が極度の疲労状態、睡眠不足に陥ることを回避すべき安全配慮義務を負っていたというべきである。しかるに、適切な措置を講ずることなく漫然と放置し、相当長期間にわたる過重な業務に従事させ、とりわけ直前1週間の極度の睡眠不足を招来する態様での業務に従事させている。更に、緊急手術、学会等の人手不足という事情があったにせよ、前日の徹夜の手術に従事させたものであり、安全配慮義務に対する違反があったと認められる。また、本件事故との因果関係も認められる。しかし

⁵¹ 鳥取地方裁判所(2009)、同上書判決文参照。

ながら、安全配慮義務が肯定される場合であっても、その履行補助者に、当然に同様の不法行為法上の注意義務が発生するものではない。したがって、医局長においては、アルバイトの割り当てにおいて、一応の配慮がされていたと認められることを考慮し、不法行為上の責任は認められない。

以上が、争点①被告の安全配慮義務違反または不法行為責任の有無に対する裁判所の判断である。

次に、争点②損害額等に関して、裁判所は、逸失利益 1 億 263 万円、死亡慰謝料 2000 万円、葬祭料 150 万円、合計 1 億 2413 万円を認めた上で、大学院生の過失も原因となったことを踏まえ、過失割合を大学院生 6 割、被告 4 割としている。したがって過失相殺分 7447 万 8 千円を減額して、4965 万 2 千円とし、更に遺族一時金 3146 万 3 千円（倉吉労働基準監督署長による 2008 年 4 月 21 日付け、一時金支給決定通知に基づく通勤災害の遺族一時金）を過失相殺後の損害額から控除し、残額 1818 万 9 千円に、弁護士費用 182 万円を加え、2000 万 9 千円の支払いを命じている。

以上が、鳥取地裁における判決の概要である。

原告側弁護士の松丸は、エムスリー・コムインタビューに対して、この裁判は、3つの点で画期的といえると答えている。第 1 は、問題となったのが過労や睡眠不足による交通事故であること、第 2 は、大学と雇用関係にない大学院生にも安全配慮義務が及んだこと、第 3 は、関連病院へのアルバイトにおいても大学側に安全配慮義務が及ぶとした点である。そして、何よりも過重労働は、医療安全のリスクとしてもとらえられ、いわばこのような交通事故の原因となった過重労働に関して、これが医療事故であった場合、その責任はだれにあるかという問題に発展する可能性もあり、医師の健康状態の悪化リスクのみならず、医療安全を阻害するリスクでもあると述べている⁵²。

大学院生は、ほとんどの場合医師免許を持ち初期研修を修了している医師であり、実際は研究や研修の名目で大学病院の診療を担っている。この事件において、労働者性の観点については特に言及されていないが、大学院生の医療研修が、実体として勤務医と同様の業務とされている。医師の資格を持ちながら、博士課程に在籍し、研究活動と同時に診療行為に従事することは、当然のことながら実際にありうることであり、大学院生の身分保障の問題としても、その重要性が認識されたといえる。実際、大学院生は、新研修医制度の枠外であり、2006年3月の文部科学省調査でも大学院生の約3割しか雇用契約を結んでい

⁵² 橋本佳子(2009)「医師の過労・交通事故死 “裁判、その三つの特徴とは?”」『m3.com 医療維新』2009年11月18日、<https://www.m3.com/news/iryioishin/111245>, (2015/11/21 アクセス) 参照。

ないことが明らかになっている⁵³。

その後、2008年6月には、高等教育庁通知⁵⁴が出され、2012年現在では、表(1-4)、表(1-5)の通り大学病院において診療に従事している医科大学院生の雇用契約ありが73.0%まで増加しているが⁵⁵、雇用契約の有無は、給与や関連病院でのアルバイト、更には労災保険の適用などにも関連する問題であり、今日契約の完全な締結が望まれる。

表(1-4) 大学病院における大学院生の雇用割合の推移

	H18.3	H19.3	H19.10	H20.10	H21.10	H22.10	H24.1
全 79 大学	29.7%	35.2%	39.8%	55.1%	58.9%	67.0%	73.0%
国立 42 大学	33.1%	38.2%	43.5%	59.2%	61.3%	66.7%	70.8%

出典：村田善則(2012)「医学教育の当面の課題」医学系出身国立大学総長懇談会資料、61頁から転載。

表(1-5) 大学病院において診療に従事する医科大学院生の雇用状況について

H24.1 現在	医科大学院 生総数	診療従事者		雇用契約あり	
		人数	割合	人数	割合
国立 42 大学	12,925	5,682	44.0%	4,024	70.8%
公立 8 大学	1,380	799	57.9%	799	100.0%
私立 29 大学	3,885	2,266	58.3%	1,565	69.1%
合計 79 大学	18,190	8,747	48.1%	6,388	73.0%

出典：村田善則(2012)「医学教育の当面の課題」医学系出身国立大学総長懇談会資料、61頁から転載した。表の作成上、筆者が補正した箇所があることをお断りしておく。

これらの事件と同様、他の事件においても、勤務医の労働は、過労死認定基準⁵⁶といわれる月平均80時間の残業を遥かに超える相当な長時間労働となっており、また、宿日直後の連続勤務など、過酷な労働条件のもとに勤務している実態が浮かび上がる。

このように、過労死・過労自殺の判例等は、研修医、大学院生などを含めた勤務医の労働環境が、医療に専念できないほど過酷な状態に追い込まれていることを訴えている。今回、大きく取り上げたのは、その身分が不安定といわれていた研修医、大学院生である。

⁵³ 村田善則(2012)「医学教育の当面の課題」医学系出身国立大学総長懇談会資料、60頁参照。

⁵⁴ 2008年6月30日文科高第266号文部科学省高等教育局長通達「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進及び診療に従事する大学院生等の処遇改善について」、参照。

⁵⁵ 村田善則(2012)、前掲書60頁参照。

⁵⁶ 2010年5月7日改正基発0507第3号厚生労働省労働基準局長通達「脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く。)の認定基準について」、参照。

大学側の主張を見ると、彼らが、研修・研究の名を借りた、無給の労働者であった実態がよくわかる。この事件が一つの契機となって、現在では、研修医にも給与が支給されるようになり、大学院生においても、全てではないが、雇用契約が結ばれるようになってきた。しかし、医師の世界におけるこの徒弟的な考え方は、現在にいたっても尾を引いており、過去、自分たちが労働者として扱われていなかったことと、その後においては、逆に管理者として特別扱いされてきたことに、医師自身の労働者意識の欠如の根源があると考えられる。勤務医の労働は複雑で、多くの勤務医が複数力所での労働を行っている。特に宿日直のアルバイトは、多数に見られ、その際の従たる勤務先での労働者身分は、不安定である。このことは現在ではあまり問題視されていないが、重要な問題であると考えられる。

鳥取大学大学院生事件を取り上げた理由はもう一つある。日本では、勤務医の長時間、過重労働が、医療事故の原因としてほとんど示されてはいないが、もし、この大学院生の事故が交通事故ではなく、医療事故、医療ミスにつながっていたとしたらどうであったのか。実は、今までの、医療事故、医療ミスにおいて、この長時間、過重労働が関与していたケースが隠されているかも知れないのである。このように医師が疲弊した状況で、はたして安心して医療を受けられるのか、これは、単なる労働問題だけではなく、医療の品質問題、安全性の問題でもある。そこで、次節では、医療事故等の実態を探るとともに、疲労と事故との関係に焦点をあててみたい。

第2節 医療事故等の実態と疲労と事故との関係性

医療危機、医療崩壊などの言葉が紙面を賑わし、巷間に溢れるようになったのは、大きく医療事故及び医療ミスとそれらに伴う医事紛争、医療職の過労死・過労自殺、そして医療機関や診療科の閉鎖である。ここでは、医療事故と医療ミスの実態と過重労働による疲労との関係を確認する。

1. 医療事故の実態と医事紛争

1990年代、医事紛争が訴訟事件として裁判所に持ち込まれるなか、1999年1月には、横浜市立大学附属病院において、患者を取り違えて手術した事故が、1999年2月には、東京都立広尾病院において、消毒液を血液凝固阻止剤と取り違えて点滴した事故が起こっている。また、2000年2月には、京都大学医学部附属病院において、人工呼吸器の加湿器にエタノールを誤って注入した事故が、更に、2000年6月には、東海大学附属病院において静脈内に内服薬を誤って注入した事故が起こっている。このように、社会の耳目を集める医