

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

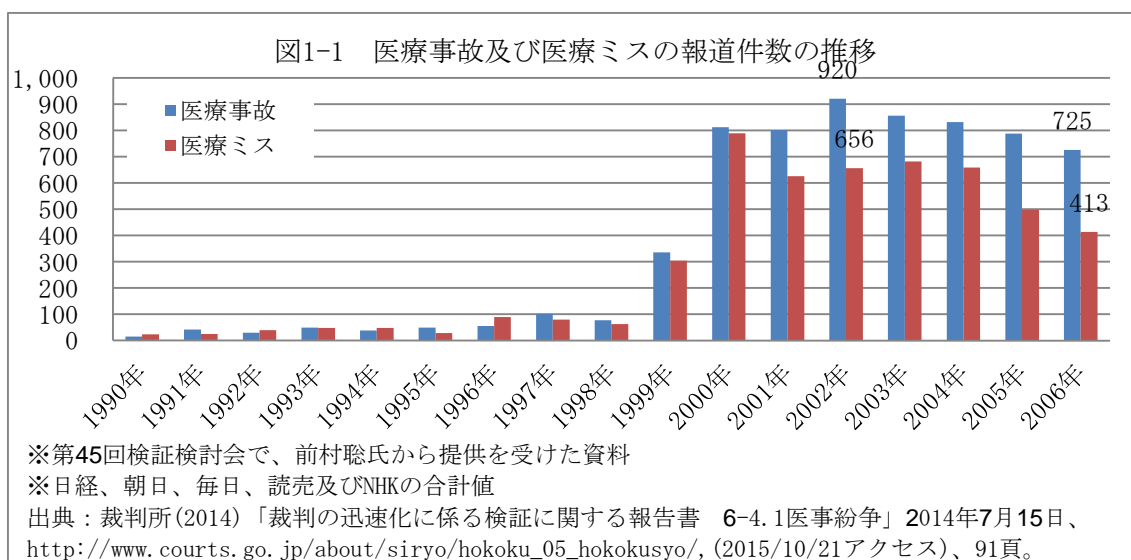
医療危機、医療崩壊などの言葉が紙面を賑わし、巷間に溢れるようになったのは、大きく医療事故及び医療ミスとそれらに伴う医事紛争、医療職の過労死・過労自殺、そして医療機関や診療科の閉鎖である。ここでは、医療事故と医療ミスの実態と過重労働による疲労との関係を確認する。

### 1. 医療事故の実態と医事紛争

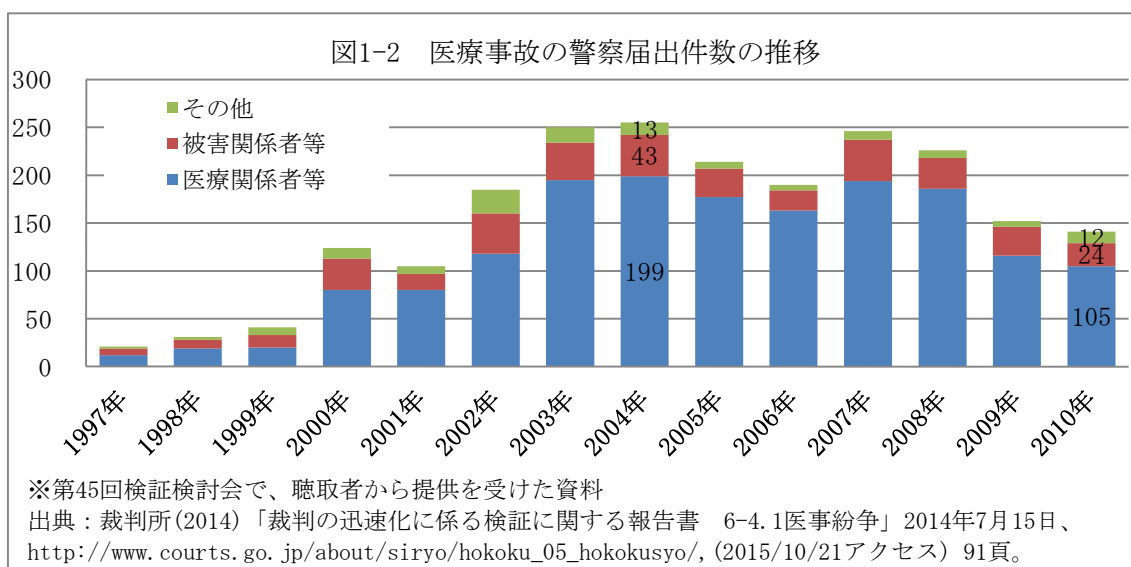
1990年代、医事紛争が訴訟事件として裁判所に持ち込まれるなか、1999年1月には、横浜市立大学附属病院において、患者を取り違えて手術した事故が、1999年2月には、東京都立広尾病院において、消毒液を血液凝固阻止剤と取り違えて点滴した事故が起こっている。また、2000年2月には、京都大学医学部附属病院において、人工呼吸器の加湿器にエタノールを誤って注入した事故が、更に、2000年6月には、東海大学附属病院において静脈内に内服薬を誤って注入した事故が起こっている。このように、社会の耳目を集める医

療事故が相次いで発生したことにより、医療安全に対する社会的関心が高まった<sup>57</sup>。

この間、医療事故や医療ミスに関する報道は、図（1-1）の通り、1999年を境に急増し、ピーク時には、医療事故に関するものが約900件、医療ミスに関するものが約600件に上った。



また、医療事故についての医療機関による警察への届出等の件数は、図（1-2）の通り、2000年を境に急増し、ピーク時には250件を超えるところとなっている<sup>58</sup>。



<sup>57</sup> 裁判所(2014)、前掲書参照。

<sup>58</sup> 裁判所(2014)、同上書91頁参照。

更に、決定的ともいえるのは、2004年12月に、福島県立大野病院において、帝王切開中の出血事故により妊婦が死亡する事故が発生し、業務上過失致死罪、医師法21条違反に問われた医師が逮捕される事件が大々的に報道された。その後、担当医師は、2008年8月に無罪となっているが、この事件は、医療界に大きな衝撃を与えることとなった。また、その後の産科医療保障制度創設のきっかけの1つとなったともいわれている<sup>59</sup>。これらの事件を契機として、行政（厚生労働省）が中心となって、2001年10月には、医療安全対策ネットワーク整備事業（ヒヤリ・ハット事例収集等事業）が、2002年10月には、病院、有床診療所での医療安全管理体制の整備が、2003年4月には、医療安全支援センターの設置が、2004年10月には、医療事故情報収集等事業が開始されるなど、医療事故の予防を主な目的とした医療安全体制の整備のための取組が進められた<sup>60</sup>。更に、2009年1月には、医薬品副作用被害救済制度と同様、無過失補償制度として、産科医療保障制度の運用が開始されている<sup>61</sup>。

医療事故情報収集等事業とは、医療機関から事故情報及びヒヤリ・ハット情報を収集し、更に学会等からも幅広く事故防止に有用な情報を収集し、分析を加えた上で改善方策等を広く社会に提供するものである。医療機関からの相談に応じて必要な助言・支援を行うことによって、医療事故の発生予防・再発防止を促進することを目的とするものであり、再発防止を志向するものとされている<sup>62</sup>。因みに、医療法施工規則第9条の23第1項第2号には、医療機関内における事故その他の報告を求める事案が発生した場合には、当該事案が発生した日から二週間以内に、事故等報告書を作成することと規定されている<sup>63</sup>。医療事故情報に関しては、図（1-3）の通り、2014年の1年間に、報告義務医療機関（275施設）から2911件、参加登録申請医療機関、つまり任意に参加している医療機関（718施設）から283件、合計3194件の報告があった。2005年から比べれば、約3倍の報告件数となっている<sup>64</sup>。報告件数からは、2004年10月の報告受付開始後10年を経て、着実に定着してきたともいえるが、任意参加医療機関のからの報告件数が少ないことは、報告に対する意識の差もあると考え

<sup>59</sup> 裁判所(2014)、同上書 91 頁参照。

<sup>60</sup> 裁判所(2014)、同上書 91 頁参照。

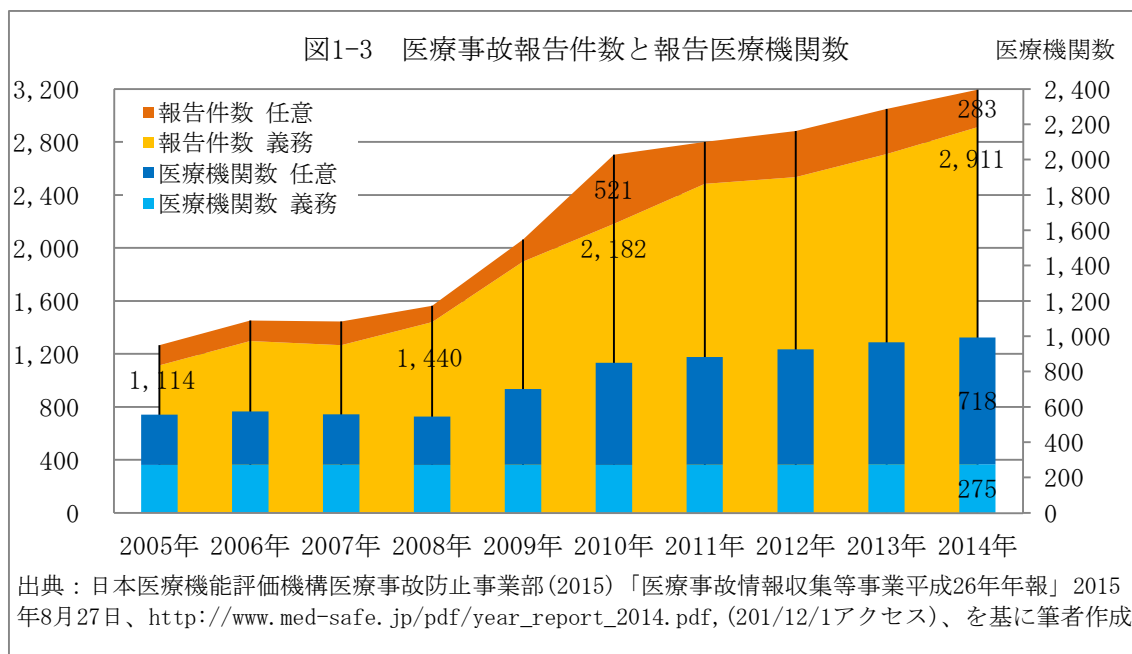
<sup>61</sup> 日本医療機能評価機構産科医療保障制度(HP)、<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>、(2015/10/21 アクセス)、参照。

<sup>62</sup> 厚生労働省医政局総務課医療安全推進室(2013)「医療事故情報収集等事業について」参考資料 4、2013年9月4日、<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-11121000-Iyakushokuhinkyoku-Soumuka/0000022411.pdf>、(2015/11/22 アクセス)、参照。

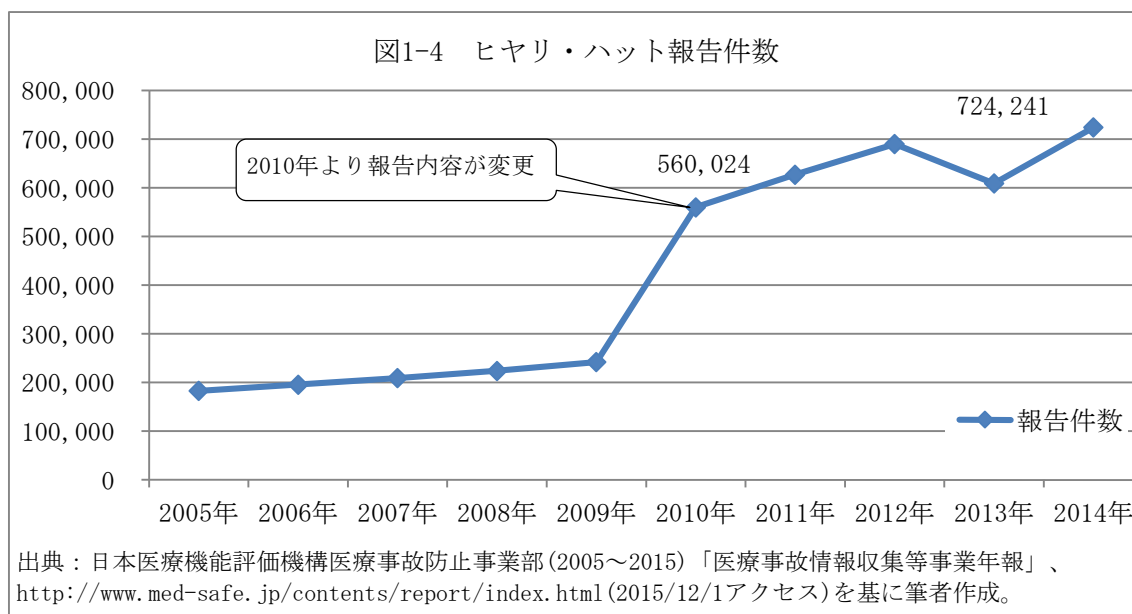
<sup>63</sup> 医療法施工規則、<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23F03601000050.html>、(2016/1/1 アクセス)、参照。

<sup>64</sup> 日本医療機能評価機構医療事故防止事業部(2015)「医療事故情報収集等事業平成26年年報」2015年8月27日、8頁、[http://www.med-safe.jp/pdf/year\\_report\\_2014.pdf](http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2014.pdf)、(2016/12/1 アクセス)、参照。

られる。勿論これは、日常の医療安全への取り組み実態を反映しているとは考え難いが、いずれにしても、医療安全に対する透明性の確保は重要な課題である。

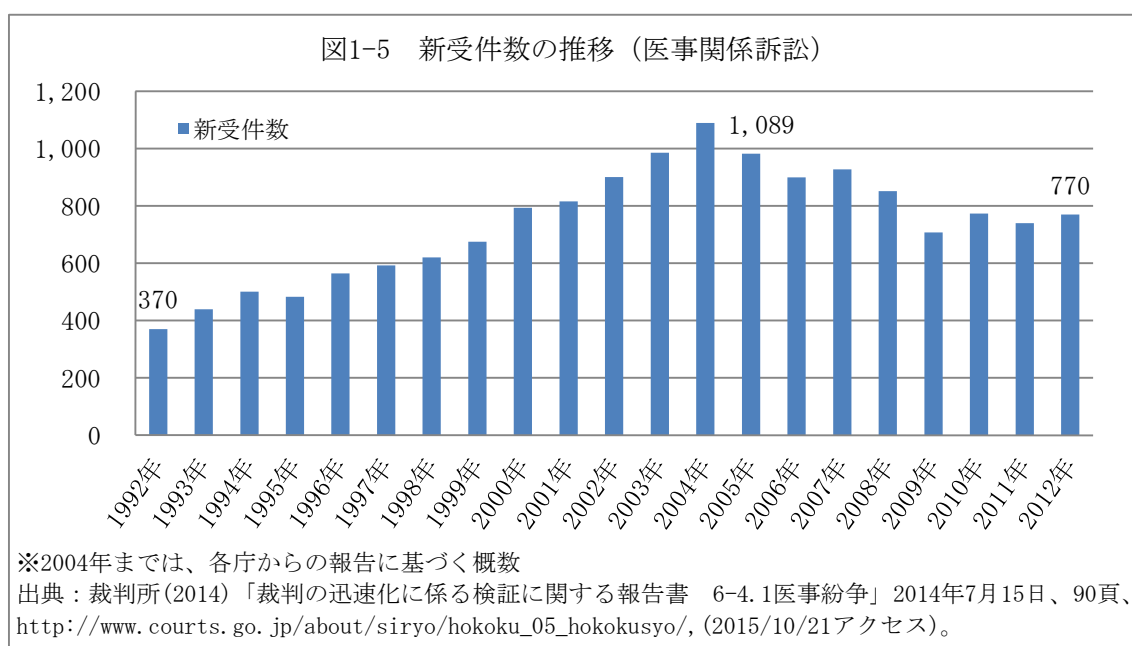


ヒヤリ・ハット報告件数についても、図(1-4)の通り、2010年より報告内容が変わったこともあって、今や70万件を超える事例報告があがっている<sup>65</sup>。



<sup>65</sup> 厚生労働省医政局総務課医療安全推進室(2013)、前掲書参照。

このように、医療事故が増加するなか、同様に医事紛争も増加をしている。医事紛争の動向を見てみると、図（1-5）の通り、医事関係訴訟の新受件数は増え続け、2004年のピーク時には1000件を超えるところとなった。その後減少傾向がみられるものの、2009年以降は約700件台で推移している。因みに、医事紛争には、医療事故に伴うものばかりではなく、医療事故が発生していなくても、患者あるいは患者の家族との間での認識の食い違いや、感情のもつれなどから争いを伴うものも含むとされている<sup>66</sup>。



医療事故報告が3000件を超え、ヒヤリ・ハット報告が70万件を超える事態となり、医事関係の訴訟についても700件をくだらないなど、大きな社会的問題と認識されるようになってきている。勿論、それ以前にも表面化されないだけで、医療事故は起こっており、1990年代以降急激に増加したわけではないかもしれない。しかしながら、第1節において、過労死・過労自殺の実態を確認した通り、勤務医の疲弊した状態を考えあわせれば、上記の、医療事故や、ヒヤリ・ハットのなかには、その原因が長時間・過重労働であるものが相当数含まれている可能性がある。この可能性が想定できるものであるならば、医療事故等の原因の調査においても、長時間・過重労働の視点を加える必要がある。

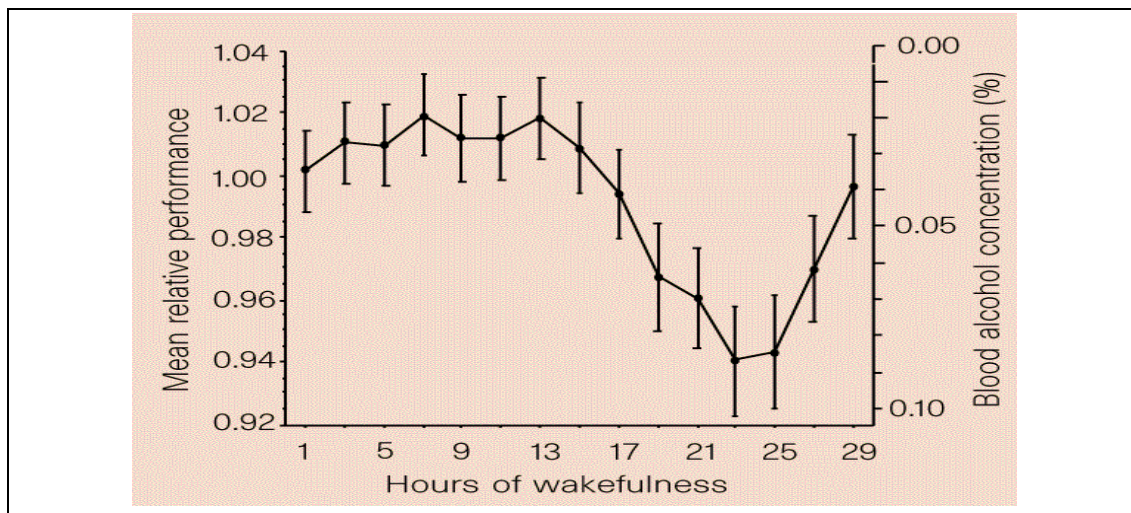
したがって、次に、長時間・過重労働に伴う疲労と事故との関係を探ることで、勤務医の疲弊した状態がいかなるものであるかを確認してみる。

<sup>66</sup> 手嶋豊(2008)『医事法入門』有斐閣、157頁参照。

## 2. 疲労と事故との関連

実は、医療の世界における長時間・過重労働と医療事故との関連に関する議論は、諸外国に比べ、日本においてはほとんどされてこなかった。医師の疲労と安全に関する研究や取り組みは極めて遅れており、日本では皆無とさえいい。むしろ、看護師の夜勤に関する研究は、国際産業保健学会の夜勤交代勤務科学委員会のシンポジウムで1960年代ごろから議論され、2005年には、労働時間学会となり、すべての労働と健康、安全、生活の質に関する研究が行われてきている。疲労を科学的に研究するうえで、数値化することは非常に困難であったが、1997年、オーストラリアの研究者 Drew Dawson と Kathryn Reid によりアルコール中毒法という方法が開発されている。この方法は、アルコール飲酒時の覚醒度の低下と夜勤時のパフォーマンスの低下を比較したもので、それによれば、図(1-6)の通り、夜勤時刻帯では、パフォーマンスの低下が、血中アルコール濃度 0.05%以上(酒気帯び運転で免許停止となる濃度)に匹敵し、24時間睡眠をとらなければ、更に2倍のアルコール血中濃度に匹敵するとされている<sup>67</sup>。日本の医師の宿日直勤務に見られる32時間を超える連続勤務が、いかに医療の安全性を脅かすかを考えなければならない<sup>68</sup>。

図 1-6 疲労によるパフォーマンスの低下と血中アルコール濃度



出典：Drew Dawson and Kathryn Reid, (1997) "Reduced opportunity for sleep and reduced sleep quality are frequently related to accidents involving shift-workers." *Nature*, 388, 235, July 17, 1997, より転載。

<sup>67</sup> Drew Dawson and Kathryn Reid, (1997) "Reduced opportunity for sleep and reduced sleep quality are frequently related to accidents involving shift-workers." *Nature*, 388, 235, July 17, 1997, 参照。

<sup>68</sup> 植山直人(2011)『起ちあがれ！日本の勤務医よ』あけび書房、100頁参照。

現在、全国医師ユニオン<sup>69</sup>などがこの問題を積極的に取り上げ、ALPAJapan(日本乗員組合連絡会議)<sup>70</sup>との「命と安全を守り労働のルールを考えるシンポジウム「いのちⅡ」の共催などを通じて問題提起を行っている。このように長時間・連続労働と疲労との関連からも、医療の質を低下し、医療安全を損なうことのないよう、労働環境の改善に向かわなければならない。

以上、本章は、第 1 に、過労死・過労自殺等の判例を確認することによって、勤務医の長時間・過重労働が、いかに過酷な労働であるかを個別明確に確認した。第 2 に、研修医や大学院生の事件を取り上げることによって、病院における労務管理の重要性を確認することができた。更に、研修医の労働者性を確認することによって、医師の労働者性認識の問題にも触れてみた。第 3 に、医療事故等の実態を確認するとともに、長時間連続労働と疲労との関係に対する医師個人の認識のなさを確認することで、医療安全に対する労働環境の改善の重要性と必要性を示した。本章で取り上げた過労死・過労自殺等や、医療事故を契機として、2000 年代には、医療危機、医療崩壊が叫ばれるなか、勤務医の働き方や過酷な労働環境がクローズアップされ深刻な社会問題として認識されてきた。

そこで、次章では、勤務医の過酷な労働実態と労務管理の実態を探るべく、厚生労働省、医師会、病院会、医療関連学会等がこれまでに行った労働実態調査について、その詳細を確認するとともにその問題点についても批判的に検討しておきたい。

---

<sup>69</sup> 全国医師ユニオン(HP)、<http://union.or.jp/>, (2015/12/16 アクセス)、参照。

<sup>70</sup> ALPAJapan(日本乗員組合連絡会議)(HP)、「命と安全を守り労働のルールを考えるシンポジウム「いのちⅡ」」、<http://www.alpajapan.org/>, (2015/12/16 アクセス)、参照。