

### 第3章 医師の労働過程から長時間・過重労働の要因を探る

第1章、第2章を通じて、病院勤務医の長時間・過重労働の実態について、過労死・過労自殺をめぐる近年の労働判例及び医療事故の実態から、あるいは、労働実態のいくつかの調査を検証してきた。そうすることによって勤務医の長時間・過重労働の問題点を探ってきた。本章では、病院勤務医の長時間・過重労働を引き起こすさまざまな諸要因について、医療労働の労働過程の考え方に照らして整理するとともに、近年とられてきている長時間・過重労働に対する対策についても検討し、その問題点を合わせて確認することにした。他のサービス労働と同じように、医療労働は製品市場において販売する製品を作り出す労働から分化した特殊な労働である。改めて指摘するまでもなく、サービス労働それ自体は、物質的財貨を生産するものではなく、生産的労働の本源的規定から解釈するならば、「非生産的」労働と見做しうるといえない。しかし、第2次産業の縮小化と金融・サービス産業の肥大化という産業構造の変化を考慮して捉えなおすならば、消費者に対して各種の人的サービスを提供し、その対価をえる医療労働というのは、生産労働そのものとはいえないが、広い意味での生産労働の一部を構成する労働として、生産的労働の1つの形態であると考えることができる。医療労働を含む各種サービスを提供する労働は、一般に物件としてではなく、活動として有用であるか、義理での労働の特殊な使用価値の表現」であると考えることが可能である。医療サービスは、一般的には、全ての人間の「生きる権利」、より具体的には「健康権」の延長として、それを保障するために行われる、保健、公衆衛生、治療などのためのサービスといえる<sup>133</sup>。

医療労働は本質的に倫理的性格を持つサービス労働であり、直接的に価値を生むことのない他のサービス業と比べて、人間にとってより基本的な意義を持つサービスである。しかもこのような医療労働は、医療に関わる全ての科学の最新水準を消化し、研究しつつ行わなければならない点において、高度の研究労働ないし科学労働であるという性格を持っており、更に、それらについての専門教育・高等教育を前提としており、医師・看護師等の養成、患者に対する指導等、教育労働の側面を持つものであると考えられる<sup>134</sup>。

一般に労働過程は、労働主体である人間が、生産手段を使って、労働対象に対して働きかける主体的・能動的過程であり、このような労働過程の技術的側面を取り出して、労働の技術医的過程と呼ばれることがある。また、労働過程は、労働主体である人間が、集団的・組織的に労働対象に働きかける過程でもあり、このような労働過程の組織的側面を取り出して、労働の組織的過程と呼ばれることがある。先ほど規定した医療労働の考え方を前提とすれば、医療労働においても同じように、労働主体である医療者が、労働手段である医療技術を使って労働対象である疾病を持った人間（患者）に対して主体的・能動的に働きかける技術的過程と、労働主体である医療従事者が、医師、看護師、薬剤師、検査技

<sup>133</sup> 芝田進午編(1976)『医療労働の理論』青木書店、17頁参照。

<sup>134</sup> 芝田進午編(1976)、同上書18～19頁参照。

師等多数のメディカルスタッフからなる組織をなして、労働対象である患者に働きかける組織的過程であると考えることができる。

以上を前提として、医療労働の労働過程をもう少し具体的にみていく。

医療労働の労働過程を構成する要素は、労働主体、労働対象、労働手段である。医療労働の労働主体は、診断・検査・治療・看護・リハビリテーション等に関わる医療者であり、医療者には、医師、看護師、薬剤師、検査技師、臨床工学士、理学療法士、作業療法士、栄養士などのメディカルスタッフが含まれるが、その中核を担うのは医師である。医療者が行う活動は、本質的に研究的・探求的であり、また物理学的・化学的・生理学的・医学的・薬学的・社会科学的な側面にわたって、高度の分析と総合の能力が要求される複雑な精神的労働である<sup>135</sup>。

医療労働の労働対象は、いわゆる患者であって、生理学的・病理学的・心理学的・社会的にみて、無数の個性と複雑な多様性をもつ未知なる生きた人間、あるいはその集団である。また、その生命及び健康の価値は計りがたい大きさであるという特性を持っている<sup>136</sup>。

医療労働の労働手段は、医療労働の労働そのものと労働対象の複雑性に規定されており、きわめて多種多様な労働手段であり、その中核となっているのは医療技術である。因みに医療技術とは、検査・診断・治療等に係る医療者が行う技術を指す場合と、医薬品、医療材料を含めた検査・診断・治療等に係る医療者が行う技術とする場合がある。ここでは、医薬品等を含めた広義の医療技術として扱っておきたい<sup>137</sup>。医療の世界における労働手段は、単純なもの（例えば、聴診器、血圧計、注射器など）からはじまり、レントゲン、内視鏡、心電計、人工臓器、ICU、CCU 等に至るまで、また、簡単な薬品から高度の複雑な薬品に至るまで、更には、リハビリテーション器具、コンピューターシステム等、驚くほど多様である<sup>138</sup>。

以上のような、医療労働の労働過程を前提として、その技術的過程の側面から勤務医の長時間・過重労働の要因を整理、検討してみる。

---

<sup>135</sup> 芝田進午編(1976)、同上書 20 頁参照。

<sup>136</sup> 芝田進午編(1976)、同上書 50 頁参照。

<sup>137</sup> 中央社会保険医療協議会費用対効果評価専門部会第 3 回(2012)「用語の定義について」中医協 費-1 2012 年 7 月 18 日、参照。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002f163-att/2r9852000002f19p.pdf>, (2016/1/2 アクセス)

<sup>138</sup> 芝田進午編(1976)、前掲書 21 頁参照。

## 第1節 医療労働の技術的過程の側面から

### 1. 医師の労働そのもの

#### (1) 医師の労働そのもの—診断・治療等の活動そのものの変化

医師の労働は、明治維新後、当時の実際の医療の中心であった漢方医学を排除し、西洋医学の導入を図ることによってその近代化がはじまった。当時は、医師の五感による診療と薬の処方が中心であったが、開業医が漢方医から洋医に交代していくなか、時代の変化とともに、労働そのものは高度で複雑に変化してきた。診断・治療はもとより、それ以外の予防・啓蒙・研究・学習から事務・管理まで多種多様な業務が増加し、分化したメディカルスタッフの協力を得つつ、その中核部分に限定されるようになり、高度な精神労働へとすすんできた<sup>139</sup>。因みに、ここでは、今後しばしば登場するメディカルスタッフについて、記しておく。一般的に医師以外のメディカルスタッフを指す総称として用いられる「コ・メディカル」の用語に関して、日本癌治療学会<sup>140</sup>は2012年1月25日の会告・通知等において、この用語には、「意味する職種の範囲が不明確」、「医師とそれ以外といった上下関係を暗示させすべての医療人が対等に参画することが原則のチーム医療の精神に反する」<sup>141</sup>等の問題点があることを指摘したうえで、本用語の使用を原則として自粛することを求める意思を表明しており、したがって、本稿においても、チーム医療推進協議会<sup>142</sup>や、厚生労働省<sup>143</sup>の表現にならって、メディカルスタッフというように呼称することにする。

具体的に現在の医師の労働そのものについて、長時間・過重労働の観点から、その勤務内容に関して実態調査を通して確認してみたい。

厚生労働省の「医師の需給に関する検討会（第12回）」にて、国立保健医療科学院の長谷川が提出したタイムスタディの資料からみるならば、図（3-1）に示されているように、院内における外来診療及び入院診療で39.6時間、教育及び会議等の診療関連労働を入れると48.6時間で院内での勤務の76.8%にのぼる。そのほかに、自己研鑽、研究などが加わる。更に、院外での労働7.3時間がこれに加わる<sup>144</sup>。ここにカウントされていない業務として、宿日直とオンコールによる呼び出しがあり、患者を持っている医師としては軽視できない

<sup>139</sup> 芝田進午編(1976)、同上書42頁参照。

<sup>140</sup> 日本癌治療学会(HP)、「2012年 新着情報 の掲載内容一覧」、<http://www.jSCO.or.jp/jpn/index/list/cid/0/date/2012>, (2015/12/18 アクセス)、参照。

<sup>141</sup> 日本放射全技術学会(HP)、「[会告]「コ・メディカル」という用語の使用自粛について」、<http://www.jsrt.or.jp/data/news/3997/>, (2015/12/18 アクセス)、参照。

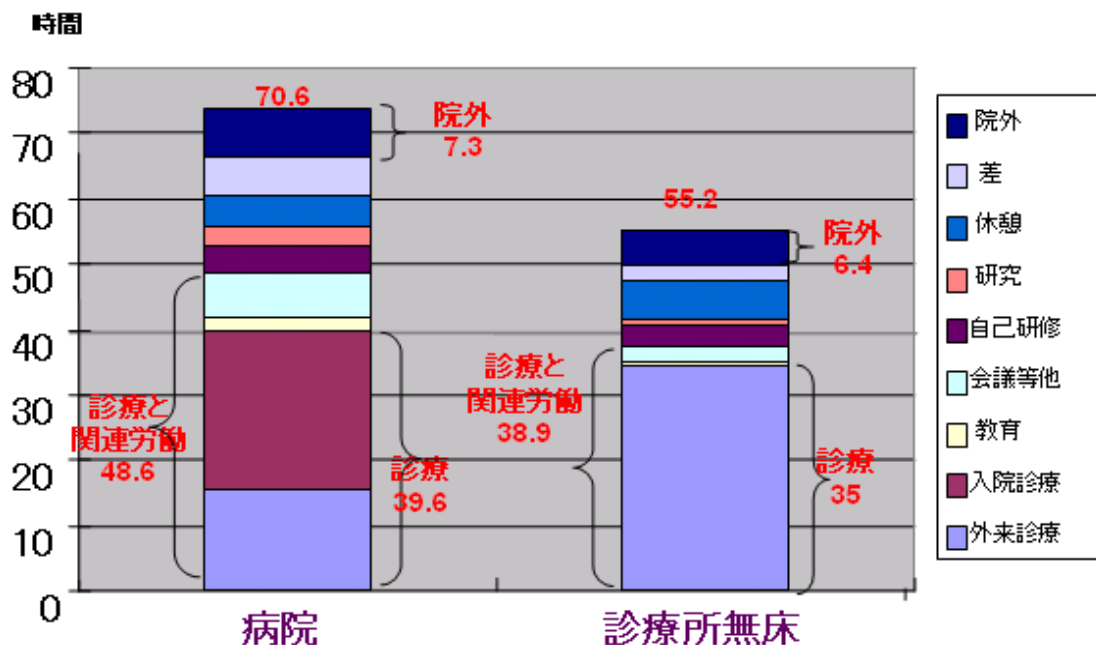
<sup>142</sup> チーム医療推進協議会(HP)、「チーム医療とは」、<http://www.team-med.jp/specialists>, (2015/12/18 アクセス)、参照。

<sup>143</sup> 厚生労働省(2010b)「チーム医療の推進に関する検討会報告書、「チーム医療の推進について」」2010年3月19日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2> 参照。010/03/d1/s0319-9a.pdf, (2015/12/05 アクセス)

<sup>144</sup> 長谷川俊彦(2006b)、前掲書参照。

時間である。

図 3-1 医師の勤務内容（宿日直を除く）



原出典：国立保健医療科学院 タイムスタディ

出典：長谷川敏彦（2006b）「医師の需給に関する検討会第12回資料4「医師労働環境の現状と課題」、  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/s0327-2d.html>, (2015/12/16 アクセス)、より転載。

最終的な「医師の需給による検討会報告書」によれば、病院における状況として、病院に従事する医師数は、2002年から2004年の2年間に2002年15万9131人、2004年16万3683人と約4600人が増加しているにもかかわらず、病院における勤務の繁忙感が経年的に強まっていることが医療現場から強く指摘されている。具体的には、医師の勤務状況調査の結果によれば、3年以上同一の施設に常勤している医師に、3年前と比較した勤務負担を尋ねたところ、2219人（67.7%）が「勤務負担が増えている」と回答しており、減っているとしたのは、わずか164人（5.0%）であった。その理由（複数回答）としては、①病院内の診療外業務（院内委員会活動・会議など）（62.3%）、②教育・指導（49.4%）などが、1位、2位を占めており、いわゆる診療以外の業務の負担が増加していることがわかる<sup>145</sup>。

また、その他の理由として挙げられているのは、以下の6つである。

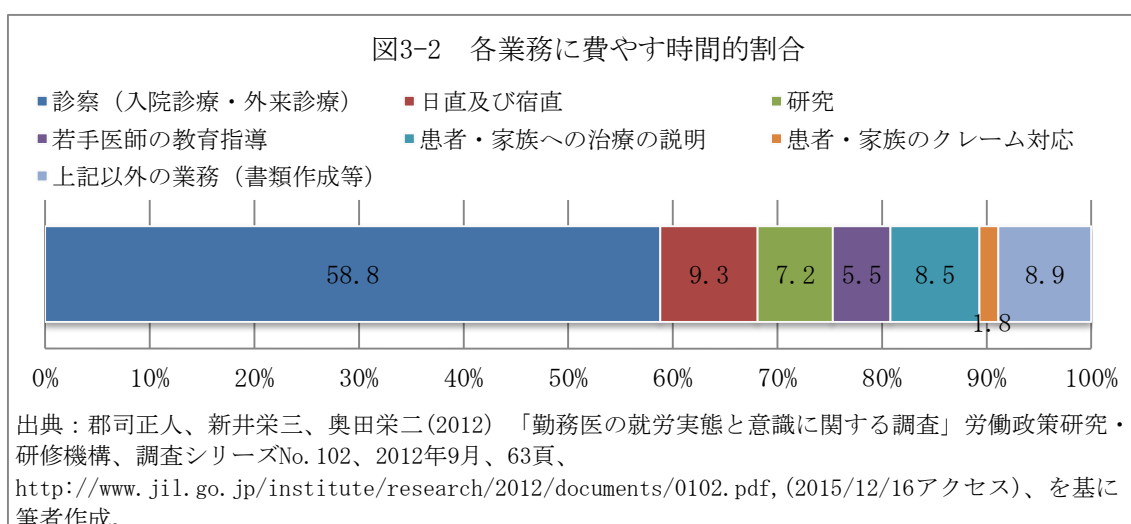
- ① 患者の入院期間の短縮及び患者の高齢化による診療密度の上昇
- ② インフォームド・コンセント、医療安全に対する配慮の強化
- ③ 医療技術の向上と複雑化、多様化

<sup>145</sup> 厚生労働省（2006）「医師の需給に関する検討会報告書」2006年8月、5頁参照。  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/d1/s0728-9c.pdf>, (2015/10/15 アクセス)

- ④ 1年 365日 24時間どんな時間でも専門医に診てもらいたい等、患者側の要望の拡大
- ⑤ 医師が作成する文書量の増大
- ⑥ 医師の専門性の細分化による医師相互での診療依頼(コンサルテーション)の増加等<sup>146</sup>。

①から⑥までを一瞥するならば、医師の労働そのものが徐々に変化しており、同時に、医師に対する社会的要請も増大してきていることが分かる。

2012年の郡司らの調査では、各業務に費やす時間的割合と負担感を聞いているが、図(3-2)の通り、業務に費やす時間を100とした場合の業務全体に占める各仕事の時間的な割合は、「診察(外来・入院診療)」が58.8%で、以下「日直及び宿直」9.3%、「その他の業務(書類作成等)」8.9%、「患者・家族に対する治療の説明」8.5%、「研究」7.2%、「若手医師に対する教育指導」5.5%、「患者・家族からのクレーム対応」1.8%となっている<sup>147</sup>。これは、各業務に費やす時間的割合であり、この図からは、個々の業務の増減は見えないが、全体の業務のなかで、医師の中核業務である診察の割合が6割を切っており、いかに、診察以外の業務が多いのかが伺える。

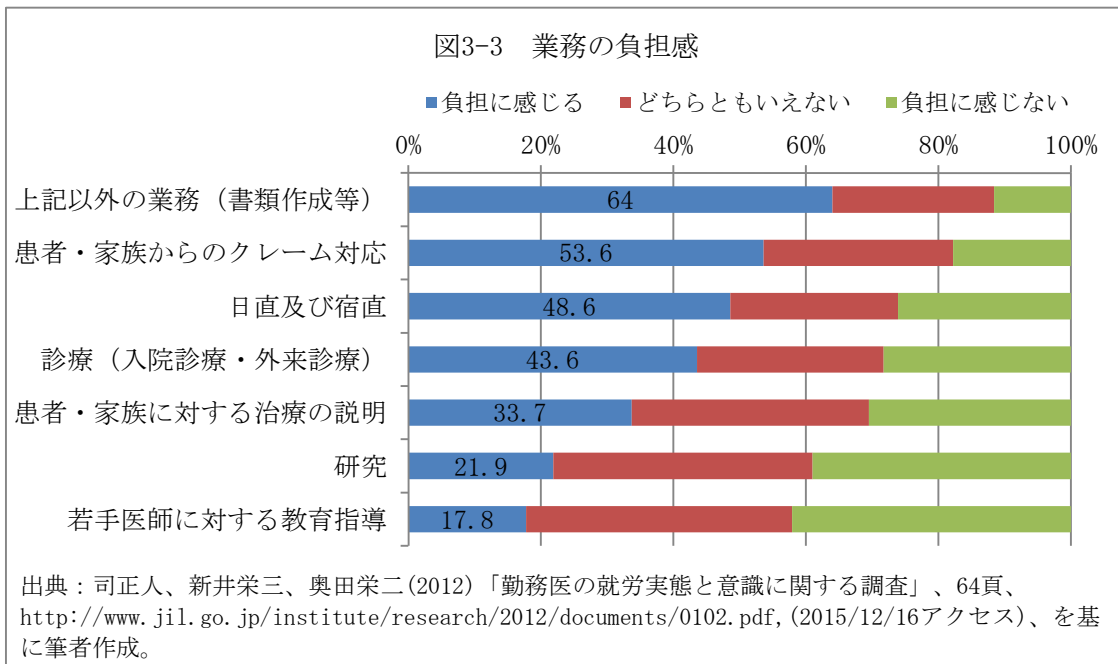


これらの業務に対する医師の負担感については、「非常に負担を感じる」から「ほとんど負担を感じない」の5段階で尋ねているが、図(3-3)に示されている通り、「負担を感じる」(非常に負担を感じる、やや負担を感じるの合計)割合は、「上記以外の業務(書類作成等)」が64.0%ともっとも高くなっており、次いで、「患者・家族からのクレーム対応」(53.6%)、「日直及び宿直」(48.6%)、「診察」(43.5%)などとなっている。なお、「非常に負担を感じる」の割合に注目すると、「患者・家族からのクレーム対応」が26.5%と他に比べて高い<sup>148</sup>。

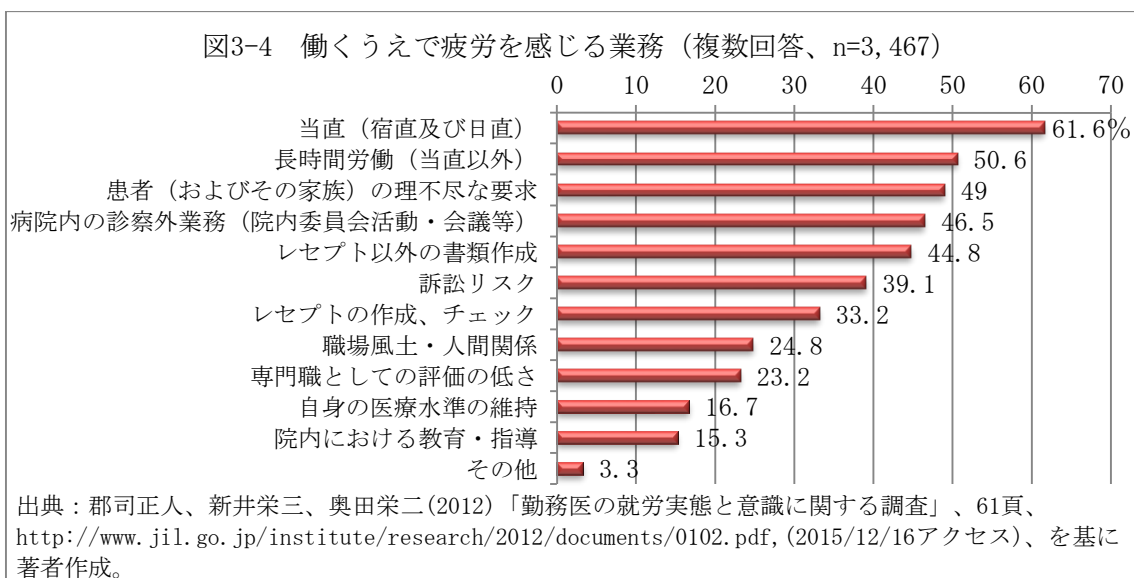
<sup>146</sup> 厚生労働省(2006)、同上書5頁参照。

<sup>147</sup> 郡司正人、新井栄三、奥田栄二(2012)、前掲書63頁参照。

<sup>148</sup> 郡司正人、新井栄三、奥田栄二(2012)、同上書64頁参照。

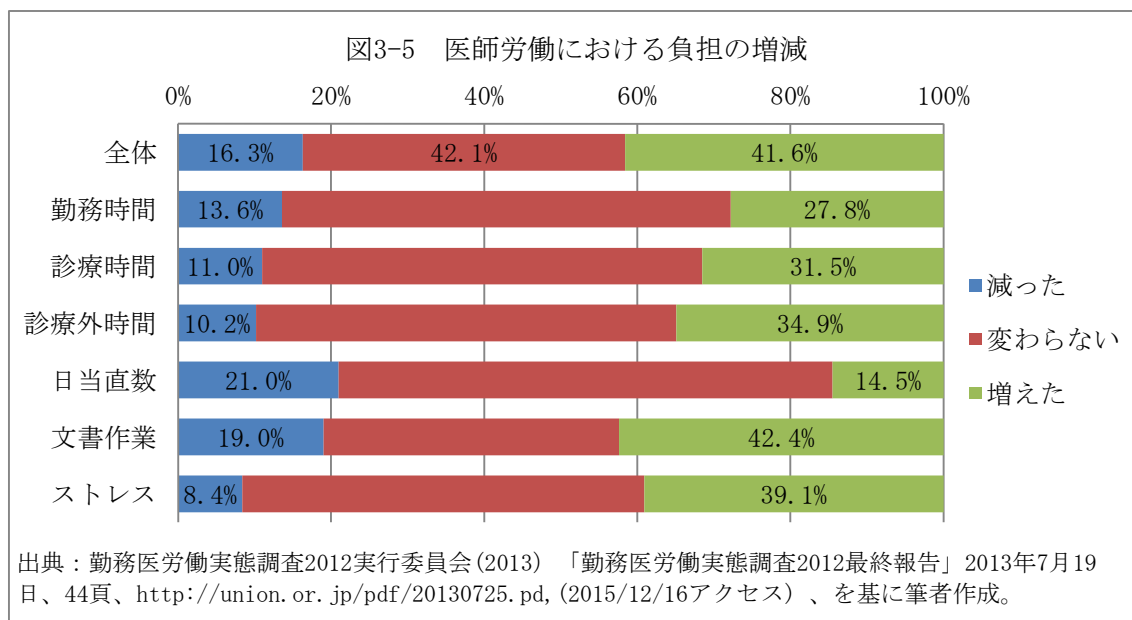


更に、これらの業務のなかで働くうえで疲労を感じるものについては、図(3-4)の通りである。これによれば、「当直(宿直及び日直)」が61.6%で、以下「長時間労働(当直以外)」50.6%、「患者(及びその家族)の理不尽な要求」49.0%、「病院内の診察外業務(院内委員会活動・会議等)」46.5%、「レセプト以外の書類作成」44.8%等となっている。業務の負担感についても確認しているが、負担に感じるものとして、順に「レセプト以外の書類作成」が64.0%、「患者(及びその家族)の理不尽な要求」が53.6%などとなっている<sup>149</sup>。



<sup>149</sup> 郡司正人、新井栄三、奥田栄二(2012)、同上書 61～63 頁参照。

2013年の勤務医労働実態調査2012実行委員会の調査では、医師労働における過去2年間の負担の増減を聞いているが、図(3-5)の通り、負担が増したが41.6%に対し、負担が減少した16.3%と、負担増が負担減の2倍を超えている<sup>150</sup>。日当直を除けば決して負担が軽減されてきているとは言えない状況にある。



実際、本田は、医師が行わなければならない事務作業は年々増加している、と指摘している。例えば本田は、手術承諾書をあげて、事務作業量の増大傾向を指摘するならば、以前は簡単な記入で済んだのであるが、現在では採血、輸血、麻酔、不穏時の抑制など数え切れないほどの承諾書に記入することが義務付けられていると指摘している。その他入院後の治療関連の指示書、術後の指示書、手術所見の記載のほか、退院時には紹介開業医の治療経過報告書、更には退院時の説明書等全て医師が作成することになっている<sup>151</sup>。

このように実施主体は異なるとはいえ、2006年のデータから、2012年、2013年のデータを見てみても、医師の実感としての業務量は増加しているといえる。医師業務内容からみれば、その中核である診察自体においては、疾病構造の変化による慢性疾患や高齢者疾患等の多臓器疾患の増加と、医師自身の専門の細分化に伴って、一診療科、あるいは、医師1人だけでは解決できない問題が増えており、他の診療科、あるいは、複数の医師と係わることなしには、もはや診察ができなくなっていることがあげられる。また、インフォームド・コンセントの普及に伴って、患者やその家族に対する治療や手術についての説明や同意書の取り付けなど非常に時間のかかる業務が増加している。

<sup>150</sup> 勤務医労働実態調査2012実行委員会(2013)、前掲書61頁参照。

<sup>151</sup> 本田宏(2007)『誰が日本の医療を殺すのかー医療界の知られざる真実ー』洋泉社、76頁参照。

診察以外の業務においては、倫理委員会、質向上委員会、感染管理委員会、オペ室運営委員会、ICU 運営委員会、輸血療法委員会、褥瘡対策委員会、臨床研修委員会、栄養管理委員会、臨床検査適正化委員会、労働安全衛生委員会、広報委員会などの各種委員会や診療会議、運営会議などの各種会議が、年を追うごとに増加している<sup>152</sup>。また、書類の作成に関しては、診察に関連する各種指示書や報告書は勿論のこと、上記、インフォームド・コンセントに伴うものや、出産証明書等の公的に必要な診断書・証明書、民間の医療保険等の加入や請求に伴うものなど、量の増加はもとより、詳細な記述内容を求めてくるものが非常に多くなっている。また、救急医療の発達にともなって、病院は完全な 24 時間体制となっており、当直は以前のような仮眠のできる当直ではなくなっている。そのほか、患者等からの理不尽なクレームの増加など、単に労働時間を押し上げる要因のみならず、精神的なストレス負荷の増大なども、従来にもまして医師に対して多忙さと精神的な負担を余儀なくさせている。

## (2) 医師労働そのものの過重負荷に対する施策と課題

前述のような勤務医の過重労働実態を受けて、病院勤務者の負担軽減のための方策として、2008 年診療報酬の改定が実施された。因みに診療報酬が意味するものとは、保険医療機関等がその行った保険医療サービスに対する対価として、社会保険等から受け取る報酬のことを指しており、①保険診療の範囲・内容を定める品目表としての性格、②個々の診療行為の価格を定める価格表としての性格という 2 つの性格をあわせ持ち、端的に言えば、医療機関の収入源となっている<sup>153</sup>。2008 年の診療報酬改定では、病院勤務医対策として、地域の中核病院に対し、具体的な勤務医負担軽減策が計画されている場合（①外来縮小計画、②外部の医療機関との診療分担の推進、③院内の職種間の業務分担の推進、④当直明けの勤務の軽減等）を評価するとして、入院時医学管理加算が設けられている。また、病院勤務医の事務負担の軽減に対しては、医師の事務作業を補助する職員を配置している等の体制を評価するとして、新設の医師事務作業補助体制加算が追加的に設けられている。そのほか、医師負担が大きい技術の再評価や、病院の軽症の時間外救急患者を、診療所で受けとめる体制を推進するため、診療所での夜間・早朝等の診療を新たに評価するなどが盛り込まれた<sup>154</sup>。

次に、医師にとって直接的に関係する医師事務作業補助体制加算について確認しておきたい。診療報酬改定に先駆けて、2007 年 12 月 28 日医政発第 1228001 号「医師及び医療関

<sup>152</sup> 飯田修平、田村誠、丸木一成(2005)『医療の質向上への革新』日科技連出版社、109 頁参照。

<sup>153</sup> 小野太一(2008)「公立病院に関する財政措置のあり方等検討会第 2 回配布資料 4-診療報酬について」厚生労働省保険局医療課保健医療企画庁調査室長、参照。  
[http://www.soumu.go.jp/main\\_sosiki/kenkyu/hospital/pdf/080728\\_1\\_si4.pdf](http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/kenkyu/hospital/pdf/080728_1_si4.pdf), (2015/12/18 アクセス)

<sup>154</sup> 小野太一(2008)、同上書参照。



係者と事務職員等との間での役割分担の推進について」が発せられ、医師等でなくても対応可能な業務に関して、医師法等の医療関係法令により各職種に認められている業務範囲のなかで役割分担を図ることが指摘されている。具体的には、①診断書、診療録及び処方箋の作成、②主治医意見書の作成、③診察や検査の予約などについて、医師に代わって事務職員が記載等を代行することが可能であるという<sup>155</sup>。中医協は、診療報酬改定の結果を検証する目的をもって、改定がなされるごとに調査を実施している。ここでは、2014年度の診療報酬改定の結果検証についてのみ確認しておきたい。今回の調査は病院勤務医等の負担の軽減及び処遇の改善等を要件とする診療報酬項目、またはチーム医療に関する診療報酬項目を算定している病院のなかから、無作為抽出した病院 1000 施設を対象としており、有効回答は 417 施設であった<sup>156</sup>。

医師事務作業補助体制加算の施設基準の届出状況は、100 対 1 が 1.7%、75 対 1 が 9.6%、50 対 1 が 11.0%、40 対 1 が 12.0%、30 対 1 が 7.2%、25 対 1 が 20.4%、20 対 1 が 6.5%、15 対 1 が 10.3%と、全体で 78.7%がいずれかの基準で届け出ている。届出の結果、外来担当医師の事務負担を軽減できたのが 66.9%、病棟業務における事務負担を軽減できたのが 53.5%、外来での患者の待ち時間が減少したのが 31.6%といった効果が出ている。また、医師事務作業補助体制加算の施設基準の届出をしていない医療機関が 20.9%あるが、届け出をしない理由としては、適切な医師事務作業補助者<sup>157</sup>を確保できないからが 40.2%、医師事務作業補助者を配置すると採算が悪くなるからが 19.5%、その必要性を感じないからが 8.1%などとなっている<sup>158</sup>。

この調査では、病院勤務医が自らの労働環境に関して何らかの危惧を持っているところがあると想定されるため、これらの数値に関しては若干割り引いてみる必要がある。しかし、2008年度の診療報酬改定結果検証（医師事務作業補助体制加算の届出状況 65.7%、この調査では、調査対象は、①入院時医学管理加算、②医師事務作業補助体制加算、③ハイリスク分娩管理加算のいずれかの施設基準の届出をしている全ての施設 1151 施設となっている）<sup>159</sup>と比べてみても、医師事務作業補助体制加算の届出状況は増加しており、徐々にではあるが浸透してきているとみることができる。しかしながら、前述の 2013年の勤務医労働実態調査 2012 実行委員会の調査では、メディカル・クラークの利用が 60%（積極的に利用 20.5%、ある程度利用 42.1%）を超えるにも関わらず、「文書作業の負担」が大幅に増

<sup>155</sup> 2007年12月28日医政発第1228001号厚生労働省医政局長通達「医師及び医療関係者と事務職員等との間での役割分担の推進について」、参照。

<sup>156</sup> 中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会第22回(2009)、前掲書参照。

<sup>157</sup> 医師事務補助者とは、医師の指示のもとで事務作業の補助を行う専従のものであって、診断書、診療録及び処方箋の作成、主治医意見書の作成、診察や検査の予約など、これまで医師が行っていた事務作業を代行する者をいう。その呼称は病院によって様々で、メディカル・クラーク、メディカルアシスタントなどと呼ばれている。

<sup>158</sup> 中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会第45回(2015)、前掲書81～86頁参照。

<sup>159</sup> 中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会第22回(2009)、前掲書5頁参照。

加していること、一方で、メディカル・クラークを利用できる環境にない医師が、いまだ約 26.5%もいる現状もある<sup>160</sup>。

これらのことを考え併せても、医師の平均給与と、事務補助者の給与を比較すれば、直ぐにでも事務補助者の設置を検討するのが一般的と考える。そのうえ更に、診療報酬においても加算されるとなれば、なおさら診療報酬の点数の多寡に限らず、即座にでも事務補助者を配置するというのが、経営者の考えるところではないだろうか。

## 2. 労働対象としての患者

医療労働における労働対象は、いわゆる患者であって、生理学的・病理学的・心理学的・社会的にみて、無数の個性、複雑な多様性をもつ生きた人間存在、あるいはその集団である。本章第 1 節の医師の労働そのものの項で確認した通り、患者及びその家族への治療の説明や、患者及びその家族からの理不尽な要求、あるいはクレームは、勤務医にとって時間的にも精神的にも非常な負担となっており、最近では患者のみならず、家族をも含めて医師患者関係としてとらえることが重要である。

### (1) 医師患者関係の変遷

酒井は、「変遷する医師の役割とインフォームド・コンセント—歴史的観点からの考察—」において、医師の役割の変遷を以下のようにまとめている<sup>161</sup>その変遷を要約するならば、

「病気の経過と予後を決定する主体」は、歴史的に自然の原理から医師へと移り変わってきた。いわゆるヒポクラテスの時代においては、医療は自然原理の尊重を軸として、あくまでも自然の力を高めるための補助手段に過ぎず、患者の予後を決めるのは自然のもつ力であった。したがって、自然の持つ力に依存する医療行為は医学と技術の無力さを現わすものであった。その後、自然の原理を尊重することと自然の原理への従属から、次第に自然原理の克服の方向、すなわち病気の予後を医師の営為によって積極的に変えていくという、医師の意図の実現の方向へと変化していくことになった。このような医療の人間化とも呼べる変化は、医学（解剖学）を中心とした医学的な知識と経験的な技能の集積をもたらし、これら医学的な知識と経験的な技能を臨床に応用することによって推進されていくことになる。医師の診断や治療行為の基盤は、各医師がもっている固有の医学的な知識と経験的な技能に置かざるを得なくなり、こうした医学的な知識と経験的な技能の集積とそれらに基づく臨床での智恵は、医師の固有の独占物として蓄積されることとなり、いわゆるパターンリズムの時代を到来させることになった。そして、学問としての医学、

<sup>160</sup> 勤務医労働実態調査委 2012 実行委員会(2013)、前掲書 50 頁参照。

<sup>161</sup> 酒井明夫(1995)「変遷する医師の役割とインフォームド・コンセント—歴史的観点からの考察—」『医学哲学医学倫理』(13), 123-131, 1995-10-01、123~126 頁参照。

産業技術の発展に基礎を置く、医療技術、医療技術に対応して開発される医師の技能等の発展に伴って、自然の原理を克服するという顕著な傾向は、医師と患者の双方をつないでいた社会関係についても、自然の原理から遠ざけることとなった。

ヨーロッパにおける近代以降、医師患者関係には、インフォームド・コンセントという考え方が出現する以前においてさえも少しずつ変化が生じることとなり、18世紀には、次のような考え方が生まれていた。つまり、①患者は、自身に施されている治療や検査の内容をもっと知る（知らされる）べきではないか。②その治療や検査を拒否したり選択したりする権利があるのではないかとといった傾向が鮮明になっていた。しかし、この段階に至っても、医師と患者双方の合意によって医療方針を決定すべきであるという考えは成立してはいなかった。そのような状況下においても、患者の権利意識はますます増大することとなり、医療訴訟の増加傾向という事実も相俟って、医療行為に伴う突発的な事故に対する迅速な対処と具体的な方策として、あらかじめ同意の要件が求められることになり、このような双方による同意形成の必要性が、次第に認められることになった。

医師の役割の変化という観点では、医科学の進歩は、その方法論と結果の両面で、医師のパターナリズムを崩壊させていく契機となった。医学的知識と人体実験の必要性は比例の関係にあり、歴史的にいくつかの逸脱行為を生んでいる。このことは医科学それ自体に倫理的なカテゴリーがないことを明らかにし、そして、患者や被験者の権利の尊重や説明義務と同意の要件に裏打ちされた医師患者関係の再構築といった医学倫理的観点の必要性を認識させることになった。もう一つは、結果がもたらした状況として、J・カツが言うところであるが、パターナリズムの時代の医師患者間の「沈黙」と医師に対する盲目的信頼は、「医学上の不確かさ」から否応なくもたらされたものであった。しかし、医科学上の発展は、相対的にではあるが不確実性から確実性への移行をもたらし、患者の側でも不可避的なものと可否的なものの区別がイメージづけられたことによって、それを言説で補完してほしいという願望が生じてきたのである。医師側の問題は選択肢の増加による判断の困難さと価値観の多様化であり、パターナリズムとはいわばその判断を医師の価値観と責任に基づいて行うことであり、医師と患者の価値観の相違により、その責任を負えなくなっていた。

以上、酒井が述べているように、医師の役割は時代とともに変化する。このような変化のなかで患者の価値観は医師に対する盲目的な信頼から、治療や検査の内容についての言説での補完の欲求や、治療や検査自体に対する自己の選択権の行使など多様化していった。

## (2) インフォームド・コンセントの影響

インフォームド・コンセントが誕生したのは、1957年10月22日といわれている。インフォームド・コンセントを医師の側から見れば、医師の裁量権の吟味のために導入されて、最終的な治療法の選択を患者にゆだねるという機能を持つことになった。医師の役割を決

定的に変えるものであった。インフォームド・コンセントという考え方が、治療方針の決定に患者が参画することを保障したことによって、つまり患者が「病気の経過と予後を決定する主体」としての地位を獲得したことによって、医師対患者の社会的関係は「沈黙」から「説明と対話」へと移り変わることになり、医療における意思決定と治療法の選択の理念としては、「恩恵」モデルから「自己決定」モデルへと移行したともいえる。それとともに医師は、もはや自然原理の代理人や癒しの主体という地位を失っていった<sup>162</sup>。

このように医師対患者の社会関係が劇的に変化してくるなかで、インフォームド・コンセントという概念が欧米の医療のなかで定着するに至るまでには、いくつかの段階があったのではないかと思われる。

最初はナチスの人体実験を裁いた1947年の「ニュールンベルグ綱領」であり、その後においては、世界医師会が1948年「ジュネーブ宣言」を決議し、1949年に「医学倫理の国際綱領」を採択し、そして1964年には、「ヘルシンキ宣言」を公にしたことである。「ヘルシンキ宣言」は医師の倫理を規定したバイブルであるとされており、このなかではインフォームド・コンセントの詳細な指針が示されている。インフォームド・コンセントの原点となるものである。その後、この「ヘルシンキ宣言」は、1975年世界医師会東京総会で大改訂されることになるが、「ヘルシンキ宣言」の改訂に対して、日本はほとんど反応を示さなかった。日本において反応らしきことがみられなかったことは、インフォームド・コンセントという重要問題に対して、医師をはじめとする医療関係者の無関心を証明するというだけでなく、日本国がいかにも人権意識の乏しい国であるかということを示しているともいえる<sup>163</sup>。

インフォームド・コンセントという概念は、日本では1965年に法学の学術論文の形ではじめて詳細に紹介された。それから約20年後に当たる1984年には、知る権利と自己決定権を含む患者の権利宣言が起草された。しかし、患者の権利宣言に対する医師たちの組織的対応が明確に示されたと思えるのは、1990年に提出された日本医師会による『「説明と同意」についての報告』によってである。インフォームド・コンセントは、「説明と同意」というように翻訳されている。日本医師会によるこの報告において特徴的なことは、「医師と患者の信頼関係の基礎を築く上で必要な原則」であることが、繰り返し強調されていることである<sup>164</sup>。しかし、日本においては、診療の一部を担う、診療行為に含まれる医療手続きとしての認識はなかなか進まず、インフォームド・コンセント概念は必ずしも定着してはこなかった。インフォームド・コンセントは多くの場合、患者の人権擁護、医師の倫理、医療訴訟対処、医師患者の信頼関係の面から論じられてきたものであるが、最も望ましい医療効果を得ることを可能にする医療手続であって、医療技術の一部を構成するものであ

<sup>162</sup> 酒井明夫(1995)、同上論文126～127頁参照。

<sup>163</sup> 水野肇(1990)『インフォームド・コンセント』中公新書、17頁参照。

<sup>164</sup> 樽井正義(1990)「インフォームド・コンセントの倫理」『哲学』91、225-242、1990-12、229頁参照。

ると考えることができる<sup>165</sup>。

医師患者関係を良好に保ち医療訴訟等を未然に防ぐためにも、そして後で述べるチーム医療の観点からも、インフォームド・コンセントは医師にとって、診療の重要不可欠なものであり、診療行為としてとらえる必要があることは言うまでもない。しかし、上述したように、多くの医師にとっての現実には、患者や家族に詳しい説明をすること自体が大きな負担となっている。本来、インフォームド・コンセントは医師が説明するものであるといえるが、補助者に指示して説明することも可能である。医療法第1条の4には、「医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療の担い手は、医療を提供するにあたり、適切な説明を行い。医療を受ける者の理解を得られるように努めなければならない」<sup>166</sup>となっており、看護師や、薬剤師は、患者に対し、医師から説明を受けた後の不明な点や不安な点について、説明を補足する責務があることになる<sup>167</sup>。近年、チーム医療が叫ばれるなか、インフォームド・コンセントにおいても医療補助者と協働することは可能であり、医師以外の他のメディカルスタッフが果たす役割も大きいと考えることができる。

### (3) 医師の義務と患者の権利

本稿は、ここまで、医師患者関係の変遷とそれに大きな影響を与えたインフォームド・コンセントの考え方の経緯を見てきた。患者やその家族からの要求がエスカレートするなかで、医師にとっては訴訟リスクに対する負担が増してきており<sup>168</sup>、医師対患者の社会関係は医療上の契約の関係にあることでもあるから、両者間における法的義務とそれぞれの権利について確認してみる必要があるのではないかと思われる。医師の法的義務は診療を行う義務であり、治癒させることは必ずしも契約上の債務ではない。しかし、診療には2つの条件があり、その第1にはそれぞれの時代の医学的技術水準に従うことであり、第2には、善意と良心に基づいてよりベストを尽くすことである。そのほか、医療法7条が規定しているように、本来は営利を目的としないこと、医師法19条の診療に応ずることも義務のなかに含まれる。一般には、医師の自由裁量の幅は大きく認められているが、特に診療の過程で2つの点が問題となる。第1は、説明の義務である。これは医師法23条の指導義務という訓示規定があるにすぎないが、民法による診療債務に付随する報告義務と考えられ説明の有無・その内容の適否が問題となる。第2は、同意の原則である。診療の内容・方法が技術的に正当でも患者の同意がない場合は、その医療行為は違法であるという考え方である。また、医師の権利については、診療契約は、本質的に有償の双務契約であり、医師患者双方が対価的關係に立っている。したがって、診療報酬を受領するのが唯一の権

---

<sup>165</sup> 門司和彦、永田耕司、青柳潔(2001)「インフォームド・コンセント普及阻害要因に関する社会医学的考察」『長崎医療技術短大紀』14(1):105-110, 2001、105頁参照。

<sup>166</sup> 医療法、前掲参照。

<sup>167</sup> 松井英俊(1990)「インフォームド・コンセントの歴史的展開から得られた患者—医療従事者関係の検討」、71頁参照。

<sup>168</sup> 郡司正人、新井栄三、奥田栄二(2012)、前掲書11頁参照。

利ともいえる。しかし、この権利は社会保険等の関係からみれば複雑なものであり、医師が患者に対して紛争を起こすことはほとんどないというのが実情である<sup>169</sup>。

患者の権利は正当な医療を受ける権利のみであり、これは手段債券であって治療といった結果債券であるとはいえない性格のものである。患者は自分の病気に関して、病名・現症・予後など一切の情報を知る権利がある。更に、検査・手術など重要な医療内容については、医師はその都度患者に説明してその承諾を必要とする。なぜならば、医師と患者とのあいだには情報の非対称性があり、検査、手術などに関して患者の自己決定権が認められている以上、自らが受ける検査や手術についての情報開示は患者の主な権利であるからに他ならない<sup>170</sup>。

医師の説明に対して患者が医師に不信感を持つとか、医師の診療方針に従えないような場合は、随時解約すべきであるが、このようなケースは実際には少ないというのが現実である。一方の医師にあっても、患者が方針に反対する場合は契約を解消することができるが、人道的立場もあって医療行為を放棄することはできない。また、患者の義務については、法的には医療費の支払い義務があるが、国民皆保険制度をはじめとした社会保障下ではあまり問題とはならないということも現実である<sup>171</sup>。このようにインフォームド・コンセントの下に問題となる法的な医師の義務と患者の権利を見てきたが、昨今、過剰な患者の権利意識が問題となっている。

#### (4) 患者意識の変化

従来、長い間にわたって医師と患者とのあいだには、医療行為には不確実性と限界があるという暗黙の了解があった。しかし、近年においては即座に『これは医療事故ではないか?』と言うように、患者の親族関係者が過敏に反応するような時代になっており、したがって患者に対する医療機関の対応方法も非常に難しくなっている<sup>172</sup>。特に都市圏では患者の権利意識が非常に高くなっており、医師に対する要求や態度がエスカレートし、モンスターペイシエントと呼ばれる問題患者（ここでは、医療者に対し傷つけることを意図した暴言、理不尽な要求、暴力行為や器物破損等の問題行動を起こす患者のこととしている）からの激しい暴言や暴力に、医師が身の危険さえ感じるというケースも決して少なくない<sup>173</sup>。

実際、日本医師会総合政策研究機構の江口らの調査では、過去1年間に問題患者に遭遇したことがある医師は約6割（病院医師では約7割）にのぼり、そのうちの約2/3が複数回経験していた。また、そのなかで身体的暴力を受けた医師は、7%を超えていた。更に、

---

<sup>169</sup> 植村肇(1981)「国民医療の課題 第4報 医療紛争の周辺」『駒沢短期大学研究紀要』9、1981.3、3～5頁参照。

<sup>170</sup> 植村肇(1981)、同上論文7頁参照。

<sup>171</sup> 植村肇(1981)、同上論文7～8頁参照。

<sup>172</sup> 本田宏(2007)、前掲書80頁参照。

<sup>173</sup> 杉田雄二(2014)『医師崩壊』幻冬舎、78頁参照。

その件を警察へ届け出た医師は 12.2%にのぼっており、このような問題患者への対応は、医師に大きな精神的負担を強いていると想像できる<sup>174</sup>。

このようななか、医師の間では、訴訟に関する懸念が一層高まっており、先の江口の調査でも、患者から訴訟を起こされるのではという懸念が強くなったと感じるのは 60.6%、防衛的な医療を行う傾向が高まったとの回答は 56.1%にもなっている<sup>175</sup>。

郡司らの調査においても、過去 3 年間の患者・家族からのクレーム件数の増減を聞いているが、増加している (25.9%) が、減少している (7.2%) を上回っており、また、訴訟のリスクについても、感じる (38.8%) が、感じない (26.0%) を上回っている。特に、クレームの件数が増加していると答えた医師で、訴訟リスクを感じる医師は、65.6%にのぼっており、患者や家族からのクレームは心理的にも大きなストレス要因となっていると考えられる<sup>176</sup>。このような雰囲気の中での治療は、医師法 19 条の応召義務との兼ね合いの中、医師にとっては大変なプレッシャーとなり、夜間も休日もない過剰適応の状態となっている。因みに、医師法 19 条とは、「診療に従事する医師は、診療治療の求めがあった場合には、正当な理由がなければ、これを拒んではならない。」とあり、医師が空床がないことを理由に収容を拒んだ際に、治療が手遅れとなった例などが問題とされたことがある<sup>177</sup>。

#### (5) 医師患者関係の調整者－医療メディエーター

今まで述べたように、医師患者関係は、多くの問題を抱えている。しかし、何も対策が講じられてこなかったわけではない。その 1 つが、医療メディエーターの存在である。院内医療メディエーターとは、メディエーションのモデルを利用して、患者側と医療側の対話の橋渡しをし、患者さんに寄り添い、医療機関の真摯な対応を促進するために、一定の訓練を受けた院内スタッフである。これは、苦情や事故発生時の院内初期対応にメディエーション・モデルを導入するもので、世界各国において同様の試みがなされつつある。これらは、資格ではないため、現在、院内医療メディエーター養成プログラムが、医師会等いくつかの組織・機関で実施されており、これらを認証する機関として、2007 年に日本医療メディエーター協会が設立されている<sup>178</sup>。

これらの動きを受けて、中医協は 2012 年度改定において、「患者サポート体制充実加算」を新設しており、その影響に関して調査を行っている。その施設基準である「患者相談窓

<sup>174</sup> 江口成美(2008)「第 3 回日本の医療に関する意識調査」日本医師会総合政策研究機構、日医総研ワーキングペーパーN0. 180、47 頁参照。

<sup>175</sup> 江口成美(2008)、同上書 41 頁参照。

<sup>176</sup> 郡司正人、新井栄三、奥田栄二(2012)、前掲書 11 頁参照。

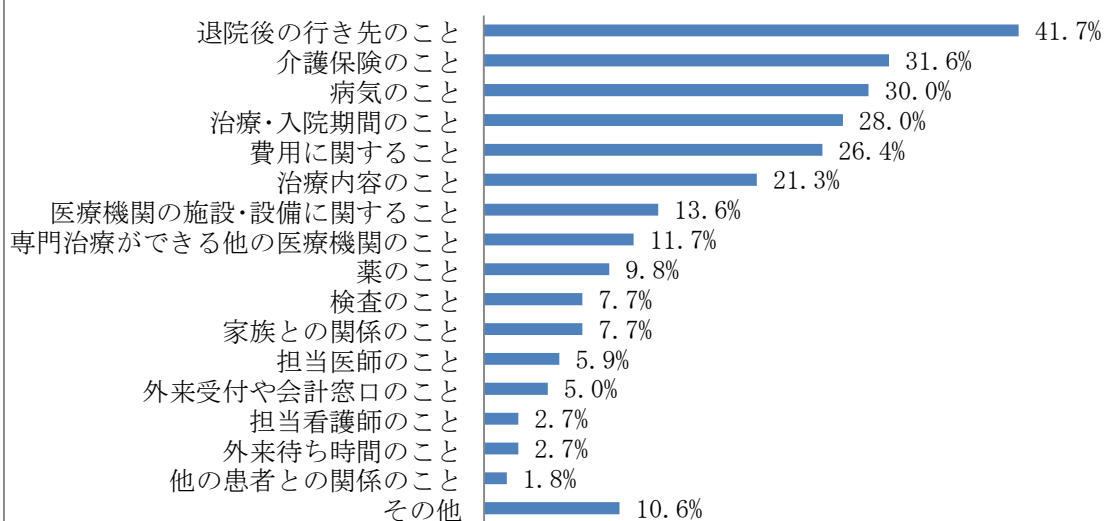
<sup>177</sup> 厚生労働省(2007a)「第 2 回医療機関の未収金問題に関する検討会資料 3、『いわゆる医師の応召義務に関する規定等』」2007 年 8 月 3 日、参照。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/08/d1/s0803-6e.pdf>, (2015/10/15 アクセス)

<sup>178</sup> 日本医療メディエーター協会 (HP)、<http://jahm.org/index.html>, (2015/12/02 アクセス)、参照。

口」の利用者への調査では、その相談内容は、図（3-6）の通り、①退院後の行き先、②介護保険、③病気、④治療・入院期間、⑤費用など、多義にわたっており、問題や疑問・不安は解決したかとの問いに関しては、解決したとの回答は、全体では約9割（解決した48.2%とある程度解決した42.5%の合計）にのぼり、職員の対応への満足度も同様に約9割（とても満足していると満足しているの合計）と高く、概ね良好な効果が得られている<sup>179</sup>。

図3-6 患者相談窓口の利用内容（複数回答）



出典：中央社会保険医療協議会総会第242回「医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査結果概要（速報）（案）」中医協 総会-5-2 2013年5月29日、93頁、[http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000032e8y-att/2r985200000333qx\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000032e8y-att/2r985200000333qx_1.pdf)、(2015/12/13アクセス)、を基に筆者作成。

医療の世界ではその特殊性が語られ、他の一般企業との違いが協調されるが、今日の段階では、中小企業においてさえ、いわゆるお客様相談センターなどの窓口の設置が検討されていない企業はほとんどないといってもいい。病院には近年に至るまで、お客様用の窓口が設置されないのか不思議であった。しかし、今日では顧客相談窓口はもとより広報室の設置など、病院の特殊性のみを強調するだけでなく、それよりも前の段階で一般企業との間の共通性について、しっかりと検討しておく必要があるのではないかと考える。

以上のように、労働対象である患者との関係においては、時代の変化のなか、従来よしとされてきた医師側の価値観だけでは測れない時代となっている。本来、インフォームド・コンセントをはじめとする患者及び家族に対する対応を負担に感じるようでは致し方ない

<sup>179</sup> 中央社会保険医療協議会総会第242回（2013）、「医療安全対策や患者サポート体制等に係る評価についての影響調査結果概要（速報）（案）」中医協 総会-5-2、2013年5月29日、91～98頁参照。

[http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000032e8y-att/2r985200000333qx\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000032e8y-att/2r985200000333qx_1.pdf)、(2015/12/13アクセス)



が、治療、検査、入院、退院などどの段階においても、説明と同意を求める書類は山をなし、大きく時間を割かれるものとなっている。また、患者の価値観や権利意識の変化による患者の要求やクレーム、訴訟リスクが増加するなかで、勤務医にとっても時間的にも、精神的にも大きな負担となっていることは確かなのである。

### 3. 労働手段としての医療技術の発展

最後に、医療労働の労働手段の中核である医療技術の発展が、医師の労働に対してどのような影響を及ぼしているかを確認するが、ここでは、まず、医療技術の発展を概観しておきたい。

#### (1) 医療技術革新の変遷

第二次世界大戦後から 1950 年代にかけて、工業化の進展のもと、医療技術は急速に発展を遂げた。抗生物質、抗結核剤が利用され、麻酔、輸血、臨床検査などの外科技術が急速に進歩し、放射線医療が利用されるなど、感染症を中心とする疾病群は大きく克服され疾病構造が成人病へと大きく変化した（第 1 次医療技術革新）。1960 年代に入ると血液生化学自動分析器、胃カメラ、CT スキャン、人工透析器など量子力学的な技術の医療への応用がなされ、臨床診断における技術が進歩する。その中心にはコンピューターがあり、医事会計システム（いわゆるレセコン）も普及しはじめ、1970 年代には、医療の情報システム化が進展する（第 2 次医療技術革新）。1980 年代には、分子生物学の医学への導入に伴い、臓器移植、体外受精、遺伝子操作などがはじまり、医療技術自体のなかに社会の倫理観・価値観が入ってくる（第 3 次医療技術革命）<sup>180</sup>。

その後、1990 年前後から医師のオーダーリングシステムが実用化されることになるが、これは普及するまでには至らなかった。2000 年代に医療情報システム（電子カルテ）の導入が推進され、オーダーリングシステムと合わせて、医師の記録作業のほぼ全てが電子化されることとなった<sup>181</sup>。厚生労働省でも、保健医療情報システム検討会が開催され、情報化が我が国医療の将来に大きな影響を与えるものであることを踏まえ、これを国として戦略的に進めていくことが極めて重要であるとして、保健医療分野における情報化グランドデザインが示されている<sup>182</sup>。このように科学の医療分野への浸透と、医療労働手段の情報システム化は、医療労働をより精密化し、多面的総合的にすると期待されている。

医師の業務負担との関連において、医療情報システムについて確認してみたい。従来、

---

<sup>180</sup> 川上武、藤井博之、梅谷薫、山内常男(2006)『日本の医療の質を問い直す』医学書院、5 頁参照。

<sup>181</sup> 川上武、藤井博之、梅谷薫、山内常男(2006)、同上書 160 頁参照。

<sup>182</sup> 厚生労働省(2001)「保健医療情報システム検討会－保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザインの策定について」2001 年 12 月 26 日、参照。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/0112/s1226-1.html>, (2015/12/03 アクセス)

医師が患者を診察すると、検査や薬の処方など診療行為が行われ、指示（オーダー）が発生する。いろいろなオーダーのなかには、医師自ら行う場合もあれば、病院ではその多くを医師以外のメディカルスタッフがやっている。指示内容は伝票化されるが、医師の多くは多忙などを理由にして、その記録や指示の記載に最低限の労力しか割かないという傾向が顕著であり、独特の用語、読みにくい文字など、それを読み取る職員の名人芸と言わざるを得ない場合も決して珍しいものではない。いくつもの転記作業が介在するなかで、医療ミスが発生するのは避けられないともいえる。しかし、保険請求では、指示、実施、請求の内容が一致している必要があり、その制度は収支にも直結しており、保険者等の監査でのチェック対象ともなる<sup>183</sup>。

そこで登場したのがオーダーリングシステムであった。しかし、その普及率は、図（3-7）の通りであり、2002年においてはわずか10.1%の導入でしかない。このような低度の普及が示していることは、医師が指示を出す際のコンピューター端末への入力が業務負担となっており、現場で受け入れられなかったことが1つの要因である。実際オーダーリングシステム自体は、病院側にとって増収に直結するわけでもなく、経営的なメリットが不透明であったということもあげられる<sup>184</sup>。医師がオーダーを出すのは問診、診察の後であり、紙のカルテで言えば、左半分に患者の訴え、現病歴・既往歴、所見を記載し、一定の評価と治療方針を書くのであるが、その後、右側に検査や、処方の指示が記載される。このオーダーリングシステムは、右側の記載を電子化したものであって、電子カルテはそれのみならず、左側の記載も含み医師の記録作業のほぼ全てが電子化されたものという<sup>185</sup>。

オーダーリングシステムの設計概要にもよるが、医師以外のメディカルスタッフも含めて、医療従事者相互の間において情報を共有する機能が可能となる。このようにチーム医療を見据えた場合に、電子カルテは大きな力となる可能性があるように思われる。しかしながら、現時点でもオーダーリングシステムの導入率は、漸く20%を超えたところであり、実際の現場では、解決すべき課題も多いように思われる。元来、病院における業務手順の標準化は遅れているといわれており、医療機関ごとの異なる具体的な手順を、導入されたシステムに合わせなければならなくなる。病院のなかでもそもそも医療従事者全員がコンピューターの扱いに長けているという訳でもないという現実がある。特に導入時には、臨床情報の発生源である医師の業務負担は増大し、業務の流れにとっての制約条件は医師にあることも明らかにされている。患者からも診察時に、医師が画面ばかり見ているとの声も聴かれるなど、これまでの医師にはみられなかった問題も発生している。このようにマイナスの面もあり、またその導入費用の問題もあって、オーダーリングシステムは経営のメリットもいまだ不透明であるといわざるを得ない<sup>186</sup>。

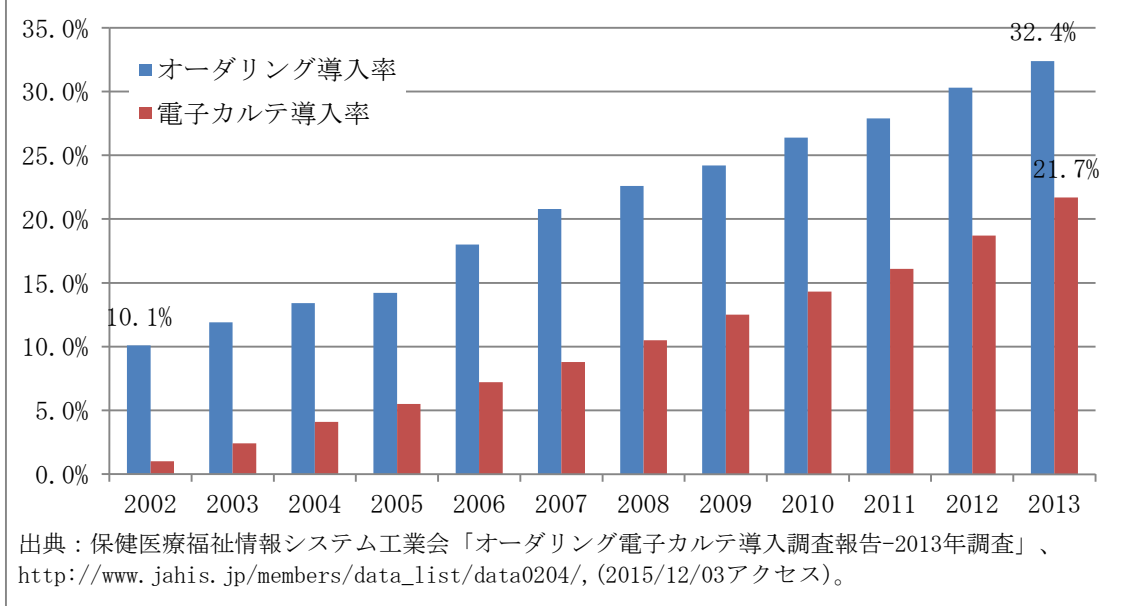
<sup>183</sup> 川上武、藤井博之、梅谷薫、山内常男(2006)、前掲書 158 頁参照。

<sup>184</sup> 川上武、藤井博之、梅谷薫、山内常男(2006)、同上書 160 頁参照。

<sup>185</sup> 川上武、藤井博之、梅谷薫、山内常男(2006)、同上書 160 頁参照。

<sup>186</sup> 川上武、藤井博之、梅谷薫、山内常男(2006)、同上書 157～175 頁参照。

図3-7 導入率推移



## (2) 医師の労働手段の特徴

このように、医療技術に関しても、一般の労働手段と同様、道具、機械、機械体系、自動機械体系という発展段階が区分されるが、医療労働手段が自動的機械体系の段階に到達していることが今日の医療労働手段の特徴の1つである。しかし、医療労働にあつては、道具、機械の段階が全く不要となることはなく、労働手段の操作においても、その技能熟練の意義が失われることはないであろう。つまり、医療労働にあつては、各段階がシステムをなして総合的・有機的に利用されるのであり、一般産業の技術や機器の進歩が生産性の向上につながると認識されているのに対し、労働手段の発展にもかかわらず、この労働の中心である医師の労働の多くは、いぜんとして労働集約的な労働であり、一人ひとりの患者に対する問診・検査・投薬・注射など、かえってその診療内容は濃密化し、患者一人当たりの労働量とりわけ精神労働量は著増し負担は確実に大きくなっている<sup>187</sup>。

本田も、「以前であれば簡単なレントゲンと血液検査程度で診断治療ができたのが、最近ではCT、MRI、内視鏡やカテーテルによる検査と何段階もの詳細な検査を行ってようやく診断に至る。たとえ同じ診療科であっても、昔は1人の患者に対して2、3の専門領域の知識と技術ですんだが、今はその倍以上の知識と技術が求められる」<sup>188</sup>と述べている。

医療技術の発展または、医療従事者の専門分化を生じることになるが、それは同時に医療従事者相互間の協業を必要不可欠とする。それは、前述した通り、医療労働の対象が有機的統一体である人間そのものであり、統一的な働きかけが必要であるからであると同時にまた、救急医療体制に見られるように時間外、休日労働など患者側の必要に合わせた 24

<sup>187</sup> 芝田進午編(1976)、前掲書 21 頁参照。

<sup>188</sup> 本田宏(2007)、前掲書 73 頁。

時間体制を構築しておかねばならず、必然的に医師相互間、医師と他のメディカルスタッフとの高いレベルの協業が必要とされるからである<sup>189</sup>。しかし、医療の協業体制の構築の必要性は、既に50年近く前から繰り返し指摘されていることである。そのような過去の経緯があるにも関わらず、近年チーム医療の必要性は高まっており、厚生労働省をはじめとして、対応策が検討され始めている。この件については、改めて後述する。

医療技術の進歩と患者との関係について、もう一点指摘しておかなければならないことがある。どの時代においても医療技術は医師と患者の双方にとって重要なことであるが、第1次医療技術革新前においては、医療技術は癒し等というような人間的対応と比べて、決して優位なものではなかった。しかし、抗生剤や抗結核剤が有効な時代となると、医療技術が信頼を勝ち得ることとなり、更には、全身麻酔などの外科系技術の導入によって医療技術の発展が患者の満足につながっていった。その後、第2次医療技術革新を経て、慢性疾患が中心となる時代となり、医師と患者の協同作業が必要とされる時代となってきている。しかし、いわゆる情報の非対称性により、医師対患者関係は強者と弱者との関係として存続し続けており、両者の間では医師が圧倒的に優位な地位を占めることとなり、医師は医療技術上の問題に没頭することとなりがちとなる。成人病や老人病の前では、診断技術の向上に比べて治療技術の向上は遅々としており、この点では、医療技術が進歩し診断は確定しても症状が改善しないといった現象が生じている。つまり、医師は医療技術行為に満足しても患者からの満足が得られないという時代となっている。つまり、技術のみで解決できない患者の悩みに対して、医師はどのように対処すべきであるか、木を見て森を見ずという戒めの言葉があるように、技術の進歩とは裏腹に患者からの満足が得られない状況となってきているように思われる。このように医師対患者の社会関係は、医療技術で病気を克服できる時よりもできない時のほうが問題となるのであって、インフォームド・コンセントの項で述べた通り、医師対患者とのより良い社会関係を構築することが、医師にとっても精神的負荷の少ない労働につながるものであると考えられる<sup>190</sup>。

以上、医療労働の労度過程に即してその中核的な役割を担う医師の労働過程を確認してきたが、医師の労働は、今や診察部分は、6割程度となり、それ以外の業務の増加が著しい。また、労働対象である患者との関係は、価値観の変化のなかでますます難しくなってきた。労働手段のなかで、医療技術の発展は、医師の業務負担を軽減するものではなかった。このように、そのどれもが、医師の労働負担を強化するものとなっていたといえる。

ここまで見てきたように、医療労働手段の発展は、その組織的過程も発展させることとなる。医師の労働等から分化・専門化してきたメディカルスタッフ（医療専門職）は、かつては、医師の手足として、その労働を補完する立場で、組織化されていた<sup>191</sup>。しかし、近

<sup>189</sup> 芝田進午編(1976)、前掲書 50 頁参照。

<sup>190</sup> 川上武、藤井博之、梅谷薫、山内常男(2006)、前掲書 47～49 頁参照。

<sup>191</sup> 豊田妙子(2007)「病院における組織文化とネットワーク経営」『三重大学学術機関リポジトリ』、2 頁参照。

年の高学歴化傾向にもみられる通り、各々の専門職は、医療労働手段の発展に伴い、ますますその専門性を高め、今や、医師の理解しえない高度な技術・知識を身に付けるところとなっている。また、医師自身も専門の細分化によって、自分 1 人では治療を成しえない場面が増え、他の医師の協力なしには、治療が困難な状況もみられてきた。このように、労働対象である患者に働きかける組織的過程も、多職種協働の場面が生じている。つまり、組織過程のなかでの医師の役割の変化が生じているといえる。したがって、次節では、医療労働の組織的過程の側面から医師の労働を検討してみる。

## 第2節 医療労働の組織的過程の側面から

医療労働手段の発展に伴い、医療労働は分化・専門化し、医師、看護師、薬剤師、医療技術者、事務職員等のメディカルスタッフが分化した。そして医師も内科医、外科医、歯科医等に分化し、更に内科医は、呼吸器科、消化器科、小児科、神経科等の医師に、更に診療医と診療技術部門医がわかれ、麻酔科医、病理医等に細分化されてきた。また、医療技術者も診療放射線技師、臨床検査技師、衛生検査技師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、歯科衛生士等に専門分化してきた。このように、医療労働手段の発展過程は、同時に、医療労働の職種の多様化、分業と協業の発展過程を規定し、後者は更に前者の発展を促した。これとともに小規模な分散的労働過程の大規模で社会的な結合労働過程への転化という労働の組織化・社会化の法則は、医療労働の分野においても、多様なメディカルスタッフからなる医療労働者のチームによって行われることとなり、必然的にチーム医療へと発展する<sup>192</sup>。つまり、医療労働の分化・専門化は、それらを統合するための組織と管理を必要とするのであり、実際の医療現場においては、主に医療の標準化とチーム医療の促進、地域における機能分化と連携の促進を必要とする。ここでは、医師の負担軽減につながると考えられる医療の標準化とチーム医療の状況を確認するにあたって、まず、他職種への専門分化と協業の必要性を確認しておきたい。

### 1. 多職種への専門分化と協業の必要性

前節で示した通り、医療労働は、医師とその助手の手によって行われ、医療の主要な経営形態は自営業であった。しかしその後、医療労働そのものにおける労働の分割、つまり分業が進むことになり、身分法が規定されているものだけでも、医師、歯科医師、薬剤師、保健師・助産師・看護師（准看護師）、臨床検査技師、栄養士・管理栄養士、診療放射線技師、理学療法士（PT）、作業療法士（OT）、視能訓練士、臨床工学技士、義肢装具士、言語聴覚士、歯科衛生士、歯科技工士、救命救急士、精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉

---

<sup>192</sup> 芝田進午編(1976)、前掲書 22 頁参照。