

序章

2014 年厚生労働省から各都道府県の労働局を通じて、全国の社会保険労務士会に医療労務管理相談窓口の設置が依頼され、医療労務管理アドバイザーが配置された。さらに、医療分野アドバイザー事業として、各都道府県に医療勤務環境改善支援センターの設置が指示され、全都道府県にまで至ってはいないが、病院勤務医の雇用環境の改善が動き始めている¹。

このような行政の動きを加速させたのは、2013 年の奈良県立奈良病院の時間外手当等請求事件といわれている²。この事件では、医師の宿日直が労働基準法で定められた「断続的勤務」に当たらないと判断され、宿日直勤務は、実際に診療に従事した時間だけでなく、待機時間を含めてすべてが勤務時間であると判示されたものである³。医療界では、宿日直許可を受けていれば、安い手当のみで、勤務医を夜間や休日の勤務に就かせることは、長い間常識としてまかり通ってきたのである。しかし、この常識が判決によって覆ることとなった。

医療業界、特に、本稿で問題とする病院には、上記のように一般にはみられない独特の慣習が幾つかある。長い間、特殊な業界として放置されてきた所以である。しかしながら、既にそのような安逸の時代は過ぎ去っていることを、病院関係者、特に、医師は認識しなければならない。その転換のきっかけとなったのが、2004 年に実施された新医師臨床研修制度といえる。以前からあったインターン制度の廃止を受けて 1968 年に創設された臨床研修制度が、30 数年ぶりに改正されることとなったのである。改正のもっとも重要な点は、それまで、努力義務とされていた医師国家試験取得後の臨床研修が、義務化されたことである⁴。これによって、従来の医師のキャリア形成の流れがいきなり変わることとなった。それまで医師の就労を支配してきた大学医局⁵のコントロール機能が失われはじめたのである⁶。この件に関しての詳細は、本論に譲るが、この新臨床研修医制度を契機として、勤務

¹ 石川健司(2014)「医療勤務環境改善をめぐる現状と今後の取り組みについて」、東京都社会保険労務士会 医療労務コンサルタント研修資料、2～3 頁参照。

² 西脇和彦(2014)「第 7 回全国医師連盟集会講演資料、勤務医の労働環境は改善可能か」、参照。

³ 橋本佳子(2013a)「『宿直扱い』違法、最高等裁判所不受理で確定」『m3.com 医療維新』2013 年 2 月 13 日、<https://www.m3.com/news/iryoishin/166230>, (2015/12/16 アクセス)、参照。

⁴ 厚生労働省(HP)、「医師臨床研修制度の変遷」、<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/hensen/>, (2015/10/19 アクセス)、参照。

⁵ 医局とは、大学医学部のなかの講座であり、1 人または数名の教授と准教授、講師、助手、医員、大学院生、研修医、関連病院医師から構成される教授を頂点とした組織のことをいう。

⁶ 遠藤久夫(2012)「医師の労働市場における需給調整メカニズムー卒後研修(臨床研修制度と専門医制度)に注目してー」『日本労働研究雑誌』2012 JanuaryNO. 618、75 頁参照。

医の過酷な労働環境がいきなり表面化することとなった。

1990年代には、医師、看護師等医療職の過労死・過労自殺と見られる事件⁷や医療事故⁸があいだぎ、2000年代前半には、医療崩壊・医療危機が叫ばれ、マスコミの報道⁹も手伝って、病院勤務医の働き方やその過酷な労働環境が徐々にクローズアップされてきた。この時期と期を同じくして、新臨床研修医制度はスタートし、それまで大学病院から派遣されていた医師の一部が、大学病院に戻ることで、医師不足と相まって医師の過酷な雇用環境が表面化することとなったのである。

このような動きを受けて、2005年には、厚生労働省において第1回の医師の需給に関する検討会が開かれるなど¹⁰、行政を中心に、各医師会、各学会、各病院団体などの医師団体、労働組合などが勤務医の労働実態の調査に乗り出している。さらには、日本学術会議¹¹や全国保険医団体連合会¹²など業界団体等からの雇用環境改善に関する提言がなされてきたこともあって、厚生労働省からは、具体策として、2008年の「安心と希望の医療確保ビジョン」¹³、2013年の「医療分野の『雇用の質』向上プロジェクトチーム報告」¹⁴等、勤務医の過重労働に光が当てられてきた。徐々にではあるが、行政側、医療側を含めて病院勤務医の過酷な労働に対する問題認識がなされ、診療報酬改定等を含め病院勤務医の負担軽減対策等、不十分とはいえ少なからず対策が取られてきている。

⁷ 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、参照。

⁸ 裁判所(2014)『裁判の迅速化に係る検証に関する報告書 6-4.1 医事紛争』2014年7月15日、90頁参照。

http://www.courts.go.jp/about/siryo/hokoku_05_hokokusyo/, (2015/10/21 アクセス)

⁹ 裁判所(2014)、同上書参照。

¹⁰ 厚生労働省(HP)、「医師の需給に関する検討会」、

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei.html?tid=127303>, (2015/01/09 アクセス)、参照。

¹¹ 日本学術会議(2011)「病院勤務医師の長時間過重労働の改善に向けて」2011年9月7日、参照。

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t133-6.pdf>, (2015/10/15 アクセス)

¹² 全国保険医団体連合会(2007)「女性医師の働く環境改善のための提言」、参照。

<http://hodanren.doc-net.or.jp/jyosei/teigen-pdf.pdf>, (2015/10/15 アクセス)

¹³ 厚生労働省(2008)「安心と希望の医療確保ビジョン」、参照。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/d1/s0618-8a.pdf>, (2015/10/15 アクセス)

¹⁴ 厚生労働省(2013)「医療分野の『雇用の質』向上プロジェクトチーム報告」、参照。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002uzu7-att/2r9852000002v08a.pdf>, (2015/10/15 アクセス)

しかしながら、近年の労働実態調査¹⁵においても、いまだ労働環境改善が進んできているとはいえない状況にある。医学部の定員増加等の対策¹⁶などがなされているが、ただ単なる医師の増加で問題が解決するのであろうか、もしそうであったとしても、結果が現れるまでには10年はかかるのである。また、2008年以降の診療報酬改定においても、医療従事者の負担軽減措置として、医師事務作業補助体制加算などが新設されている¹⁷。しかしながら、これら医療従事者の負担軽減措置を講ずるような短期的な取り組みも完全であるとはいえない¹⁸。早急に対応が可能な問題に関して、なぜ対策がなされないのであろうか。この点に関して、病院という組織に問題があるのか、過酷な労働を強いられている医師自身に問題があるのか。本稿では、勤務医の雇用環境の改善が遅々として進まないのはなぜか、その要因について考察する。

本稿の構成は以下の通りである。

第1章では、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々に明確にされた勤務医の労働実態がいかに過酷なものであるかを検証する。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する。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する。

第2章では、病院勤務医の長時間・過重労働に関して、その全体像を確認するため、2006年以降に行われた大規模な調査を検証することで、その労働実態及び労務管理の実態に迫ってみる。また、ここでは、労働実態の調査を紐解くとともに、調査自体の問題点を指摘することで、医療業界、特に病院における労務管理全般に対する認識についても確認する。

第3章では、第1章、第2章を通じて確認した病院勤務医の長時間・過重労働の実態及

¹⁵ 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)、「平成26年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成26年度調査)の速報案について」中医協 検-1-2 2015年4月22日、参照。

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000083344.pdf>, (2015/12/10 アクセス)

¹⁶ 文部科学省(2011)「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会—論点整理に関する参考資料集—」、参照。

http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/23/12/_icsFiles/afiedfile/2011/12/19/1314224_02.pdf, (2015/12/20 アクセス)

¹⁷ 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)、「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成20年度調査)病院勤務医の負担軽減の実態調査 結果概要(速報)」中医協 検-1 2009年4月15日、参照。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/04/dl/s0415-10a.pdf>, (2015/12/13 アクセス)

¹⁸ 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)、前掲書参照。

び労務管理の実態に関して、それらを引き起こす様々な要因について、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対策についても、その問題点を合わせて確認する。

第4章では、病院勤務医を取り巻く環境に関して、日本の医療システムの面から、長時間・過重労働の要因として取り上げられてきた、過去の医師の絶対数及び偏在等の議論について批判するとともに、ここでは、従来の医療システムのなかから、日本に特徴的な問題を取り上げる。第1に、今までほとんど触れられてこなかった病院における標準医師数の問題を取り上げ、医療法で規定されている人員配置標準と労務管理上の配置数を検討する。第2に、行政主導の医療システムとは言えないが、医師の供給面から医局講座制を取り上げその問題点を探るとともに、それと密接な関係にある研修制度を確認する。第3に、医療施設供給の面からその機能分化を取り上げるとともに、その問題と関連して患者の受療動向とかかりつけ医制度を確認する。

第5章では、筆者が最も問題視をしている、病院の特殊、複雑な組織と、医師の意識など、旧態依然とした職場慣習に迫ることで、第1に、病院経営者のマネジメントの脆弱性と、それに関連する病院の組織、及び病院経営にとって最も重要な医師の確保に関連して、医局講座制の問題について確認する。第2に、医師とその他のメディカルスタッフとの関係性を探り、特に多職種協業における医師側の問題点を確認する。第3に、医師の労働者性認識の欠如について、プロフェッショナリズムとの関係をみるとともに、労働者性認識の必要性と、そのための組織変革、意識改革の重要性を確認する。

病院勤務医の雇用環境改善がなかなか進まないのは、行政がどのような対策を打とうが、各医師会、各学会がどのような支援をしようが、実は病院個別の問題なのではないか。つまり、医師の絶対数を増やそうが、偏在を解消する施策が打たれようが、個々の病院が古い慣習のままに病院を経営しては、何も改善されることはないのではないか。そして、そのカギを握るのは、長い間一般社会から切り離された、特殊な業界にあって、その中核となる役割を担う医師自身の意識改革にあるのではないか。本稿では、このような問題認識のもと、病院勤務医の過酷な労働実態に迫るとともに、その労務管理の問題について検討を加え、これからの病院経営のあり方、ひいては、医師のあるべき姿について考察する。