

終章

本稿では、病院勤務医の長時間・過重労働に関して、なぜ病院の雇用環境の改善が遅々として進まないのかについて、病院勤務医の労働実態を確認するとともに、その労務管理の実態を確認することで、その要因を探り、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検証してきた。

第 1 章では、病院勤務医の長時間・過重労働の労働実態に関して、第 1 に、過労死、過労自殺等の判例のなかから、関西医科大学研修医事件及び鳥取大学大学院生事件の 2 つの労働判例を取り上げることで、勤務医の労働実態がいかにか過酷なものであるかを個々、明確に確認した。第 2 に、同判例の内容を詳しく検討することで、病院の医師に対する労務管理の実態と、その重要性のみならず、研修医の労働者性、ひいては、医師全体の労働者性についても確認した。第 3 に、現在、医療事故においては、医師の過酷な労働との関係性は、あまり取沙汰されてはいないが、長時間・過重労働と疲労の関係について確認することで、医師の長時間・過重労働が医療事故等の大きな要因となりうることを確認した。

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した。その実施主体は、厚生労働省等の行政、各医師会、各学会、各病院団体などの医師団体、労働組合などであったが、調査対象も異なり、労働時間等の把握もまちまちで定義事態も明確ではなかった。したがって、調査する側も、調査される側も、正確な回答をしているとはいいがたいものであることを確認した。しかしながら、そうしたことを割り引いても、病院勤務医については、過酷な労働実態と、杜撰な労務管理体制であることが確認できた。労働時間の把握自体にも問題があり、特に、宿日直許可においては、現在の 24 時間 365 日の診療体制を鑑みると、その許可は、ほとんど有名無実の状態であり、一刻も早い改善が望まれることを指摘した。また、それに伴う 36 協定の締結状況、その内容についても労務管理といえるようなものではなく、医療業界においては、労務管理自体がほとんどなされていないといっても過言ではないことを確認した。あわせて、欧米の医師の労働時間に関する状況に比較しても、いかに日本の労働時間が世界からかけ離れた状況であるかを確認した。

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過酷な労働実態と杜撰な労務管理の実態に関して、医師の労働を医療労働の労働過程の考え方に照らして整理することで、それらを引き起こす様々な要因について検討した。医療労働の技術的過程の側面からは、第 1 に、医師の労働そのものに関しては、医師の診断、治療などの中核の診察行為はもちろんのこと、宿日直や、患者・家族への治療の説明、診断書その他の書類作成など、労働そのものは増加の一途をたどっており、非常な労働負荷がかかっていることを確認した。また、その労働負荷の一部を軽減する措置である医師事務作業補助体制加算に関して、その取得状況から、病院経営者の判断の甘さを指摘した。第 2 に、労働対象としての医師

患者関係については、医師と患者との間の関係性が時代とともに変化してきていることを確認するとともに、インフォームド・コンセントが医師の労働に与えた大きな影響を検討した。また、それは、重要な診療手段であることの認識が必要であることを指摘した。患者の権利意識がエスカレートするなかであって、クレーム等への対応は、医師に多大なる精神的な負担をかけるものであることを確認し、一般企業との共通性のなかで、お客様センターなどを設置することの重要性を指摘した。第 3 に、労働手段については、その中核となる医療技術に着目し、その発展過程を追うとともに、医療における技術の発展は、医師の業務負担を軽減するものではなく、返って労働負担を強化するものであることを確認した。

次に、医療労働の組織的過程の側面からは、医療労働手段の発展に伴い医療労働が分化・専門化するなかで、それらを統合するための組織と管理が必要であることを指摘した。特に、医師の労働負担を軽減するためには、多職種の協業が必要であり、そのためには、チーム医療の推進とその前提としての医療の標準化とが重要であることを指摘した。第 1 に、医療の標準化においては、日本版包括払い制度である DPC と、それと切っても切り離せないクリティカルパスの取り組み状況を確認したが、現在の状況は、本来の標準化とはほど遠いものであって、医師の労働負担の軽減には繋がっていないことを指摘した。第 2 に、標準化の本格的な取り組みが進んでいないことと関連して、チーム医療に関してもまた、その取り組みが遅れていることを指摘した。また、その根底には、医師の抵抗が根強いことを確認した。以上、本来ならば、医師の労働の効率化につながる医療の標準化と、チーム医療の取り組みは、労働負担の軽減にほとんど寄与していないことを確認した。

第 4 章では、病院勤務医の長時間・過重労働の要因として取り上げられてきた、医師の絶対数及び偏在等の問題について批判するとともに、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て確認した。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医療法上の標準医師数の問題を取り上げ、その陳腐性を指摘するとともに、実際の診療場面での人員配置における労務管理上の問題を確認し、あわせて、労務管理担当部門の診療部門への人員配置上の介入の必要性を指摘した。第 2 に、新臨床研修制度がもたらした医師のキャリア形成の変化を指摘し、行政主導の医療システムとは言えないが、長い間医師の就労を支配してきた日本の医療界に根強く残っている医局講座制の労務管理面における弊害を確認した。第 3 に、医療施設の機能分化の遅れとその原因が、勤務医の労働に大きく影響を与えていることを指摘した。以上、これら旧態依然とした医療システムをみると、今までの慣習や古い考え方から抜けることができない医師の意識の問題が潜んでいることを確認した。

第 5 章では、病院勤務医の雇用環境の改善が進まない要因として、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ついて、特に 3 つの点に焦点を当てて確認した。第 1 に、多職種専門集団の集合体である病院

の組織を紐解くことによって、病院経営者のマネジメントの脆弱性を指摘した。また、病院経営にとって最も重要な医師の確保に関連して、医局講座制の弊害を指摘するとともに、勤務医の雇用管理に対して経営トップの意識が高いと思われる病院を抽出し、その病院の医局依存について検証することで、医局派遣構造からの脱却傾向があることを確認した。第2に、医師とその他のメディカルスタッフとの関係性では、そもそもその職種の分化・専門化の過程において、医師の支配関係からスタートしているが、今や、それは、依頼・協力関係となっていることを指摘し、他のメディカルスタッフの協力なしには医療は成り立たなくなっていることを確認した。また、そのためには、チーム医療の推進が欠かせないが、その推進を押し留めているのは、正しく医師であり、今までの病院組織にあることを指摘するとともに、医師以外の部門からの経営層への登用の重要性を指摘した。第3に、勤務医の雇用環境が改善しない最も大きな要因として、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などから指摘した。そのうえで、労働者性認識の醸成の必要性を示し、経営トップ自らの率先した組織変革への取り組み、さらには、中間管理職である各診療科のトップを含めたすべての医師に至るまでの意識改革の重要性を確認した。

最後に、本稿においては、病院の収支からくる医師を含めた人員配置上の問題については、触れることができなかった。病院における収入は、診療報酬という全国一律の公定価格によって決まっており、価格競争がない代わりに、高利潤を得られにくい面を持つ。また、費用においては、人件費比率が高いのが特徴である。病院における人件費は、以前では、50%前後と相場が決まっており、60%を超えてくると赤字傾向との見方であった。しかし、現在では、薬剤を処方箋としているかどうか、包括払いを選択しているかどうか、また、診療科の構成などで、病院の費用構造は大きく変わり、それによって人件費率もかなり変動することとなる。したがって、もはや人件費比率をみるだけでは、病院の経営の状態を把握できなくなっている³²⁴。したがって、収支上からの人員の配置等の検討は非常に困難となっている。また、医師の特徴として、給与の良し悪しとは別の作用が働き、たとえば、給与が下がっても、自分のキャリア形成のためなどであれば、移動することも多い。さらには、常勤より、非常勤の医師の方が給与が高いこともありうる³²⁵。そのため、病院の収支面、医師の給与面からの、長時間・過重労働との関係性については指摘することができなかった。この点に関しては、今後の課題とさせていただきたい。

以上、病院の雇用環境の改善に関する問題は、病院個々の問題であり、行政等の支援に依存すべき問題ではないことを指摘した。医療業界は、長い間行政主導の業界として成り

³²⁴ 木村憲洋編著(2011)『医療現場のための病院経営のしくみ 2—経営課題の構造理解と改善活動の実践—』日本医療企画、30～40頁参照。

³²⁵ 全国病院経営管理学会編(2015)『2015年版病院給与勤務条件実態調査』全国病院経営管理学会、27～95頁参照

立っており、病院の経営者の感覚は、自ら考えることに慣れていない。今までは、行政の指し示す方向にかじ取りをしていれば、それなりになんとか経営をすることができた。しかし、この雇用問題の根本原因は、医療側と患者側の自由と自由のぶつかり合いから生まれているのであり、市場経済社会にあつて、その自由を奪うような行政介入はできるものではないのである。また、2004年の新医師臨床研修制度以降、自らキャリア形成を行ってきた若手医師たちのトップランナーは、既に30代半ばとなっており、あと数年もすれば、病院の中心的な存在となるのである。今こそ病院経営者は、旧態依然とした病院の組織と、医療業界の古い慣習からの脱却を図り、ある意味一般企業と同等の経営のあり方に、脱皮を図らなければならない。また、病院の中核的な役割を果たすべき医師こそが、今まで歴史的に形成されてきた権力と支配構造からの変革を図り、自ら意識改革をすることで、医師のあるべき姿を形造らなければならないことを主張して、本稿の終章とする。