

# 病院勤務医の長時間・過重労働

重本 桂

目次	頁
序章	1
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	5
第1節 過労死・過労自殺等の実態	5
1. 過労死、過労自殺を招来させる過重労働の意味	6
2. 過労死等の労災認定、民事訴訟等の状況	7
3. 関西医科大学研修医事件が示すもの	10
(1) 過労死訴訟、大阪高等裁判所控訴審判決より	11
(2) 賃金請求訴訟、大阪地方裁判所判決より	15
4. 鳥取大学大学院生事件が示すもの	21
第2節 医療事故等の実態と疲労と事故との関係性	28
1. 医療事故の実態と医事紛争	28
2. 疲労と事故との関連	33
第2章 長時間・過重労働の労働実態調査とその問題点	35
第1節 労働時間等の実態	37
1. 労働時間の特徴と、調査自体の問題点	37
2. 宿日直及びオンコールの状況	45
(1) 宿直の状況	45
(2) 日直の状況	46
(3) オンコールの状況	48
(4) 宿直明けの勤務の実態	50
第2節 労働時間に影響を及ぼす宿日直体制等の問題	52
1. 宿日直許可とその問題点	52
2. 労働基準監督署の監督指導に見る宿日直の実態	54
3. 日本病院会の調査に見る最近の事情	56
4. 奈良県立奈良病院訴訟が判示したもの	57
第3節 勤務医の労務管理の状況	59
1. 勤務医の労働時間の把握について	59
2. 36協定の状況とその問題点	61
3. 是正勧告等に見る労働基準法違反の実態	63

第4節 欧米に見る医師の労働時間規制	65
1. 欧米における労働時間と時間規制の推移	65
2. 労働時間規制等に関する日米欧の比較	69
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	71
第1節 医療労働の技術的過程の側面から	73
1. 医師の労働そのもの	73
(1) 医師の労働そのものー診断・治療等の活動そのものの変化	73
(2) 医師労働そのものの過重負荷に対する施策と課題	78
2. 労働対象としての患者	80
(1) 医師患者関係の変遷	80
(2) インフォームド・コンセントの影響	82
(3) 医師の義務と患者の権利	83
(4) 患者意識の変化	84
(5) 医師患者関係の調整者ー医療メディエーター	85
3. 労働手段としての医療技術の発展	87
(1) 医療技術革新の変遷	87
(2) 医師の労働手段の特徴	89
第2節 医療労働の組織的過程の側面から	91
1. 多職種への専門分化と協業の必要性	92
2. 医療の標準化と DPC 制度	94
3. チーム医療への取り組み	98
第4章 医療システムの面から長時間・過重労働の要因を探る	102
第1節 医師の人員配置数から見た問題点	103
1. 医師数からみた労働負荷の諸外国との比較	103
2. 医師の人員配置基準と労務管理からみた配置数	105
第2節 医師の確保面での問題を探る	112
1. 医師の研修制度と労働市場の形成	112
2. 医局講座制の弊害	114
第3節 医療施設供給の側面から機能分化を探る	116
1. 医療提供体制の変遷	116
2. 患者の受療動向から機能分化を見る	118
3. 「かかりつけ医」をめぐる問題	121
第5章 病院勤務医の長時間・過重労働の軽減を図るために	124
第1節 病院経営者のマネジメントの脆弱性とその克服	124
1. 病院の組織の特徴	124

2. 病院組織における管理システムの脆弱性	126
3. 医局依存からの脱却	128
4. 職場改善・雇用改善に取り組んでいる病院の医局依存を探る	130
第2節 医師及び他のメディカルスタッフの協業関係	135
1. 医師と他のメディカルスタッフとの関係	135
2. チーム医療の視点からの組織変革と意識改革	137
第3節 勤務医の労働者認識の醸成	142
1. プロフェッショナリズムと労働者性	142
2. 医師の労働者認識	143
3. 医師の組織と労働組合	145
4. 労働者性認識の醸成	146
終章	149
参考文献	153

## 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<sup>1</sup>。

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<sup>2</sup>。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<sup>3</sup>。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<sup>4</sup>。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<sup>5</sup>のコントロール機能が失われはじめたのである<sup>6</sup>。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

---

<sup>1</sup> 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。

<sup>2</sup> 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。

<sup>3</sup> 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。

<sup>4</sup> 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。

<sup>5</sup> 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。

<sup>6</sup> 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<sup>7</sup>や医療事故<sup>8</sup>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<sup>9</sup>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<sup>10</sup>、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<sup>11</sup>や全国保険医団体連合会<sup>12</sup>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」<sup>13</sup>、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」<sup>14</sup>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。

---

<sup>7</sup> 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。

<sup>8</sup> 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/](http://www.courts.go.jp/about/siryo/hokoku_05_hokokusyo/), (2015/10/21 アクセス)

<sup>9</sup> 裁判所(2014)、同上書参照。

<sup>10</sup> 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。

<sup>11</sup> 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)

<sup>12</sup> 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)

<sup>13</sup> 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)

<sup>14</sup> 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<sup>15</sup>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<sup>16</sup>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<sup>17</sup>。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<sup>18</sup>。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

---

<sup>15</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)、「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)

<sup>16</sup> 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/afieldfile/2011/12/19/1314224\\_02.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/23/12/_icsFiles/afieldfile/2011/12/19/1314224_02.pdf), (2015/12/20 アクセス)

<sup>17</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)、「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)

<sup>18</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。

## 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<sup>19</sup>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。

---

<sup>19</sup> 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—』<sup>20</sup>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<sup>21</sup>。

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<sup>22</sup>。

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<sup>23</sup>。

「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

---

<sup>20</sup> 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。

<sup>21</sup> 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。

<sup>22</sup> 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。

<sup>23</sup> 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」<sup>24</sup>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<sup>25</sup>。

## 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

<sup>24</sup> 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。

<sup>25</sup> 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<sup>26</sup>、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<sup>27</sup>、川人法律事務(HP)、<http://www.cpi-media.co.jp/kawahito/index.htm>, (2015/11/13アクセス)<sup>28</sup>、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<sup>29</sup>。

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

<sup>26</sup> 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。

<sup>27</sup> 野村和博、小田修司、吉良伸一郎(2007)、前掲書参照。

<sup>28</sup> 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。

<sup>29</sup> 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<sup>30</sup>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<sup>31</sup>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<sup>32</sup>、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<sup>33</sup>、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

---

<sup>30</sup> 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。

<sup>31</sup> 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。

<sup>32</sup> 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。

<sup>33</sup> 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<sup>34</sup>。

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はもちろんであるが、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<sup>35</sup>。

#### (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<sup>36</sup>。

以下、本稿は、大阪高裁の判決論点をめぐって要約する<sup>37</sup>。

#### 【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。

---

<sup>34</sup> 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](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。

<sup>35</sup> 大阪地方裁判所(2001)、前掲書判決文参照。

<sup>36</sup> 大阪高等裁判所(2004)、前掲書判決文参照。

<sup>37</sup> 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、急性心筋梗塞の一手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<sup>38</sup>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。

---

<sup>38</sup> 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と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<sup>39</sup>。

以下、大阪地方裁判所判決の内容を要約する<sup>40</sup>。

#### 【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

<sup>39</sup> 大阪地方裁判所(2001)、前掲書判決文参照。

<sup>40</sup> 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<sup>41</sup>。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。

---

<sup>41</sup> 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<sup>42</sup>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。

<sup>42</sup> 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<sup>43</sup>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<sup>44</sup>。

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<sup>45</sup>。

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。

---

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

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

<sup>45</sup> 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

(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	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
(ロ) 業務遂行上の指揮 監督の有無	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
(ハ) 場所的・時間的拘 束性の有無	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
(ホ) 業務用器具の負担 関係	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
(ヘ) 報酬が労働自体の 対償的性格を有するか否 か	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
(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	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
(チ) 報酬につき給与所 得として源泉徴収を行っ ているか	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

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<sup>46</sup>。

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<sup>47</sup>。

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

<sup>46</sup> 大阪地方裁判所(2001)、前掲書判決文参照。

<sup>47</sup> 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<sup>48</sup>。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<sup>49</sup>。

以下、鳥取地方裁判所の判決を要約する<sup>50</sup>。

### 【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

<sup>48</sup> 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。

<sup>49</sup> 鳥取地方裁判所(2009)、同上書判決文参照。

<sup>50</sup> 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<sup>51</sup>。

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

---

<sup>51</sup> 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<sup>52</sup>。

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

---

<sup>52</sup> 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/iryuishin/111245>, (2015/11/21 アクセス) 参照。

ないことが明らかになっている<sup>53</sup>。

その後、2008年6月には、高等教育庁通知<sup>54</sup>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<sup>55</sup>、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<sup>56</sup>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。

<sup>53</sup> 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。

<sup>54</sup> 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。

<sup>55</sup> 村田善則(2012)、前掲書60頁参照。

<sup>56</sup> 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

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。

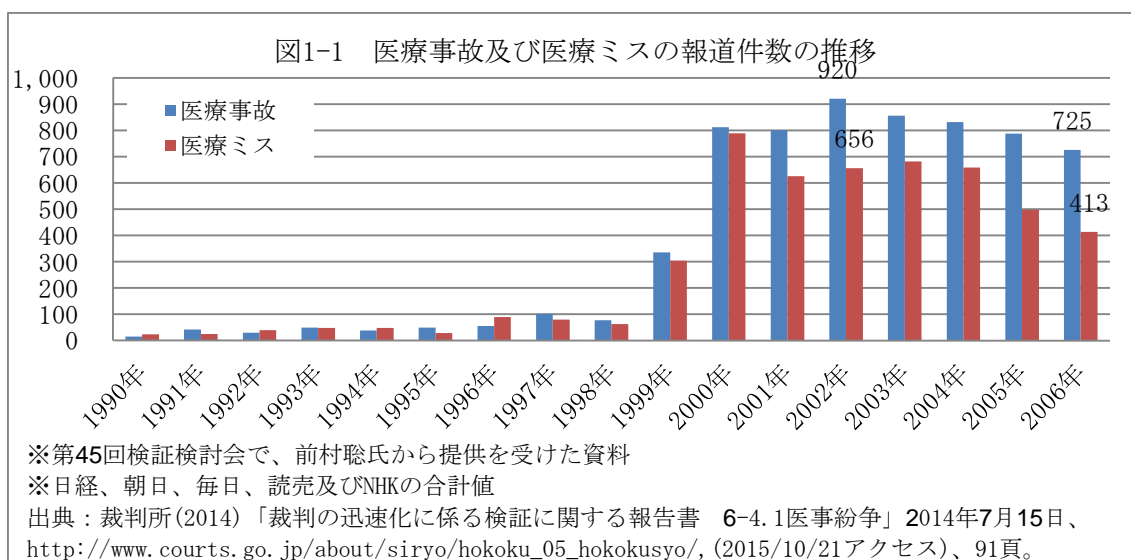
### 1. 医療事故の実態と医事紛争

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

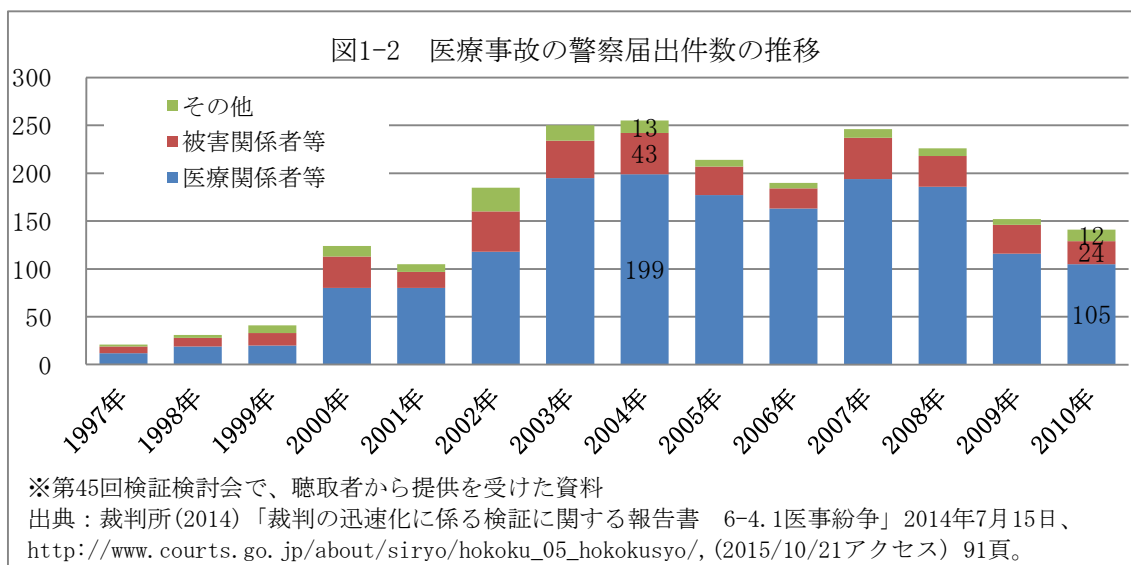


療事故が相次いで発生したことにより、医療安全に対する社会的関心が高まった<sup>57</sup>。

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。

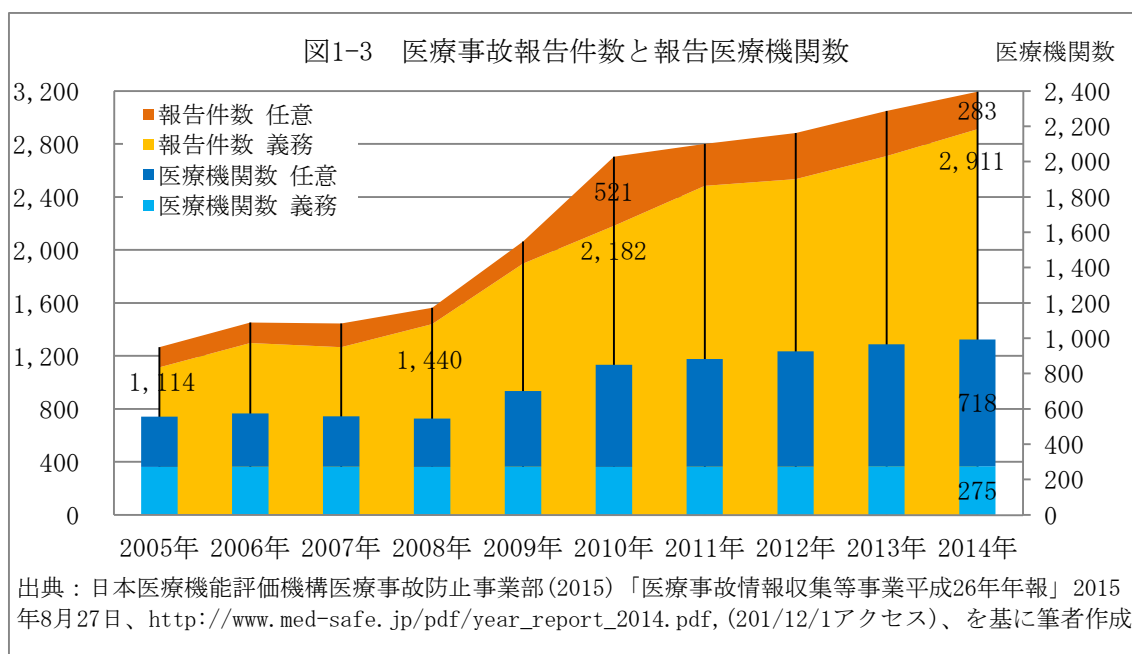
<sup>61</sup> 日本医療機能評価機構産科医療保障制度(HP)、<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/>、(2015/10/21 アクセス)、参照。

<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。

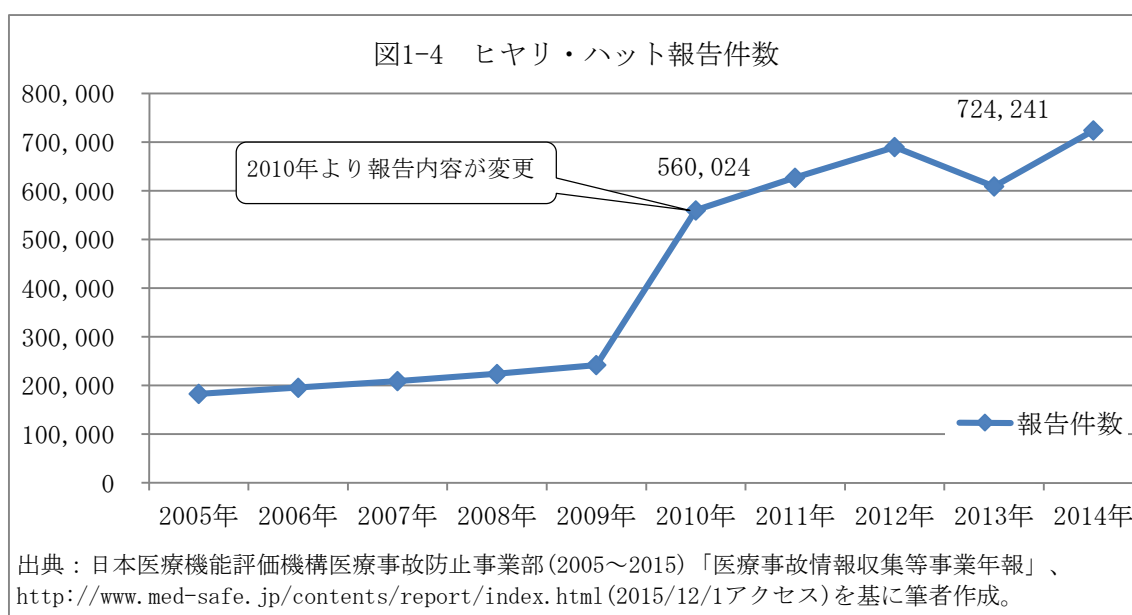
<sup>63</sup> 医療法施工規則、<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23F03601000050.html>、(2016/1/1 アクセス)、参照。

<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。

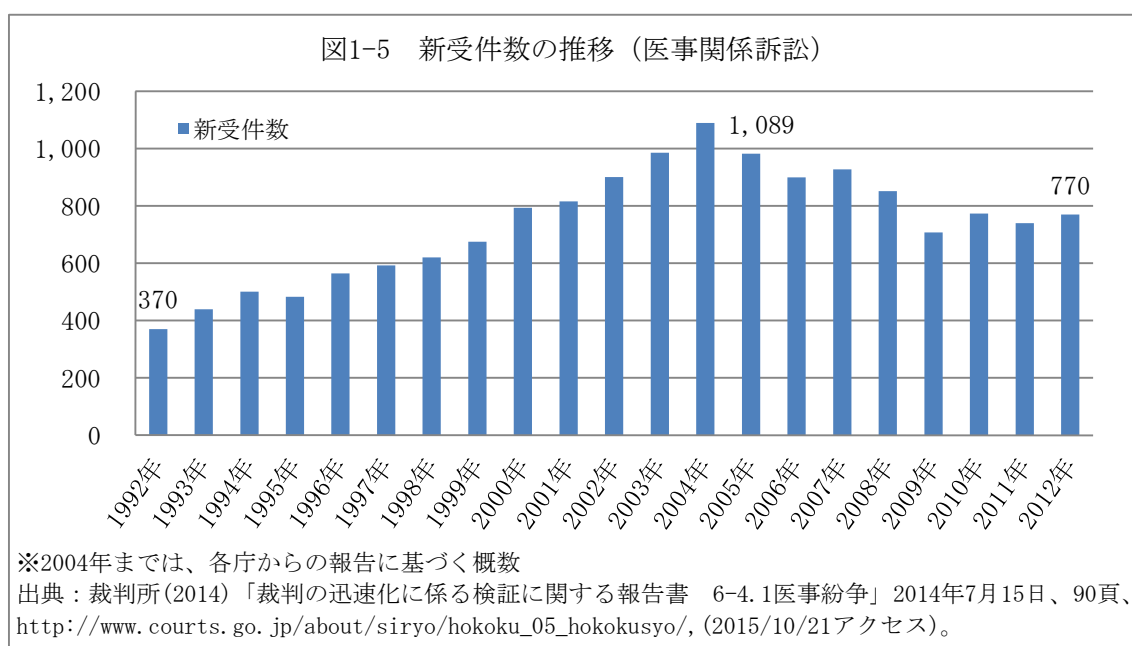


ヒヤリ・ハット報告件数についても、図(1-4)の通り、2010年より報告内容が変わったこともあって、今や70万件を超える事例報告があがっている<sup>65</sup>。



<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。

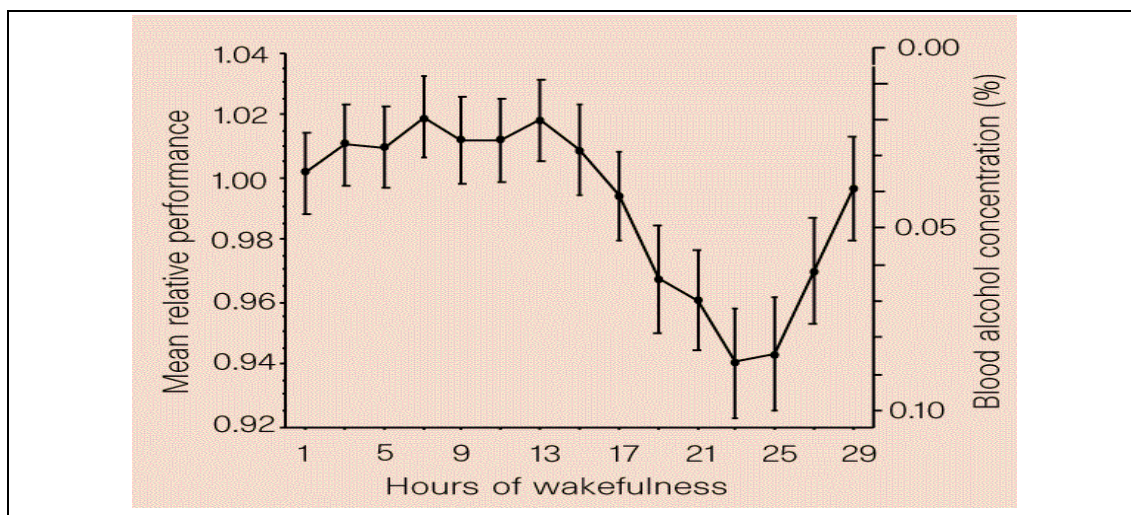
したがって、次に、長時間・過重労働に伴う疲労と事故との関係を探ることで、勤務医の疲弊した状態がいかなるものであるかを確認してみる。

<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。

## 第2章 長時間・過重労働の労働実態調査とその問題点

第1章において、過労死・過重労働等の判例を探ることによって、勤務医の過酷な労働実態と病院の労務管理の実態について、病院組織の経営トップの健康管理義務違反との関係性において指摘した。特に幾つかの判例において勤務医の労働実態等は確証あるものとして認識されたとはいえるのであるが、勤務医全般についての労働実態が把握されたわけではない。したがって、本章では、勤務医の長時間・過重労働問題に関して、その全体像を確認するという目的から、2006年以降に実施された大規模調査を検証することによって、勤務医の労働実態及び労務管理の実態に迫ってみたい。本章で取り上げる調査は、大きく分類するならば、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、労働組合などによって、つまり、調査の実施主体によってそれぞれ対象が異なっており、全診療科にまたがるものと、診療科だけに限ったものなどがある。

これらの調査では勤務医の労働時間等の把握もまちまちであり、労働時間の定義それ自身も明確なものではない。そのために勤務医の労働実態をどの程度にまで正確に反映しているか疑問視せざるを得ない。調査される病院組織体においても、労働法や人事労務関係の専門家が少なく、実施された年代によっては重要視すべき判決が出ていない時代のものもある。調査する側もあるいは調査される側も、正確に回答しているとはいい難いものもある。そこで、ここでは勤務医の労働実態の調査を紐解くとともに、調査それ自体に潜む問題点を指摘することによって、医療業界における労務管理全般に対する認識についても検討し確認しておくこととしたい。

最初に、2006年以降の大規模な調査のなかから、その代表的なものを表(2-1)に示しておきたい。これら代表的な調査の中から、主に労働時間、宿日直、オンコールなどを取り上げて確認する。このことを通じて勤務医の労働実態及び労務管理の実態を明らかにし、同時に、それらの問題点についても検討しておきたい。

表 2-1 主な医師の労働実態調査

実施主体	タイトル	報告日
①国立保健医療科学院	医師労働環境の現状と課題	2006年3月
②日本医療労働組合連合会	「医師の労働実態調査」「医療施設の医師不足実態調査」	2007年4月
③日本医師会	女性医師の勤務環境の現況に関する調査	2009年2月
④労働政策研究・研修機構	勤務医の就労実態と意識に関する調査	2012年9月
⑤勤務医労働実態調査 2012 実行委員会	勤務医労働実態調査 2012	2013年7月
⑥日本病院会地域医療委員会	地域医療を妨げる「制度の壁」に関するアンケート調査報告書	2013年8月
⑦日本産婦人科学会	我が国の病院産婦人科勤務医の在院時間実態調査	2009年5月
⑧日本小児科学会	病院小児科・医師現状調査	2013年1月
⑨日本外科学会	平成24年度日本外科学会会員の労働環境に関するアンケート調査	2013年4月
⑩中央社会保険医療協議会 (以下中医協と略記)	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	2015年4月

出典:①長谷川俊彦(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)、  
 ②日本医療労働組合連合会(2007)「医師不足問題、労働実態調査まとめー医師の労働実態、施設調査関連資料」2007年4月24日、  
[http://www.irouren.or.jp/jp/html/menu6/pdf/070424ishi\\_jittai\\_tyosa\\_shiryo.pdf](http://www.irouren.or.jp/jp/html/menu6/pdf/070424ishi_jittai_tyosa_shiryo.pdf), (2015/12/16 アクセス)、③日本医師会(2009)「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」日本医師会男女共同参画委員会、医師再就業支援事業、[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408\\_2.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408_2.pdf),  
 (2015/12/16 アクセス)、④郡司正人、新井栄三、奥田栄二(2012)「勤務医の就労実態と意識に関する調査」労働政策研究・研修機構、調査シリーズNo.102、2012年9月、  
<http://www.jil.go.jp/institute/research/2012/documents/0102.pdf>, (2015/12/16 アクセス)、⑤勤務医労働実態調査2012 実行委員会(2013)「勤務医労働実態調査2012 最終報告」2013年7月19日、  
<http://union.or.jp/pdf/20130725.pdf>, (2015/12/16 アクセス)、⑥日本病院会地域医療委員会(2013)「地域医療再生を妨げる「制度の壁」に関するアンケート調査報告書」2013年8月、  
[https://www.hospital.or.jp/pdf/06\\_20131029\\_01.pdf](https://www.hospital.or.jp/pdf/06_20131029_01.pdf), (2015/12/16 アクセス)、⑦日本産婦人科学会産婦人科医療提供体制検討委員会(2009)「わが国の病院産婦人科勤務医の在院時間実態調査総括報告書」2009年5月24日、[http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20090524\\_iryotaisei.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20090524_iryotaisei.pdf), (2015/12/16 アクセス)、



---

⑧日本小児科学会小児医療提供体制検討委員会(2013a)「病院小児科・医師現状調査報告書Ⅰ」2013年1月7日、[https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/saisin\\_130219\\_1\\_1\(1\).pdf](https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/saisin_130219_1_1(1).pdf), (2015/12/16 アクセス)、

⑨日本外科学会他12学会(2013)「平成24年度日本外科学会会員の労働環境に関するアンケート調査報告書」2013年4月、[https://www.jssoc.or.jp/other/info/info20130702\\_02.pdf](https://www.jssoc.or.jp/other/info/info20130702_02.pdf), (2015/12/16 アクセス)、

⑩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「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、  
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000083344.pdf>, (2015/12/10 アクセス)、を基に筆者作成。

## 第1節 労働時間等の実態

### 1. 労働時間の特徴と、調査自体の問題点

2006年、厚生労働省の「医師の需給に関する検討会第12回」において、国立保健医療科学院の長谷川が提出した「医師労働環境の現状と課題」<sup>71</sup>から、タイムスタディの調査結果を見ておきたい。タイムスタディはアンケート調査と異なり、労働時間が厳密に測定されており、信頼度の高い調査とされており、多くの論文に引用されているものである。この調査では、図(2-1)の通り病院の常勤医師の1週間当たり総勤務時間(院外を含む)は平均で70.6時間、非常勤医師でも60.9時間であった<sup>72</sup>。

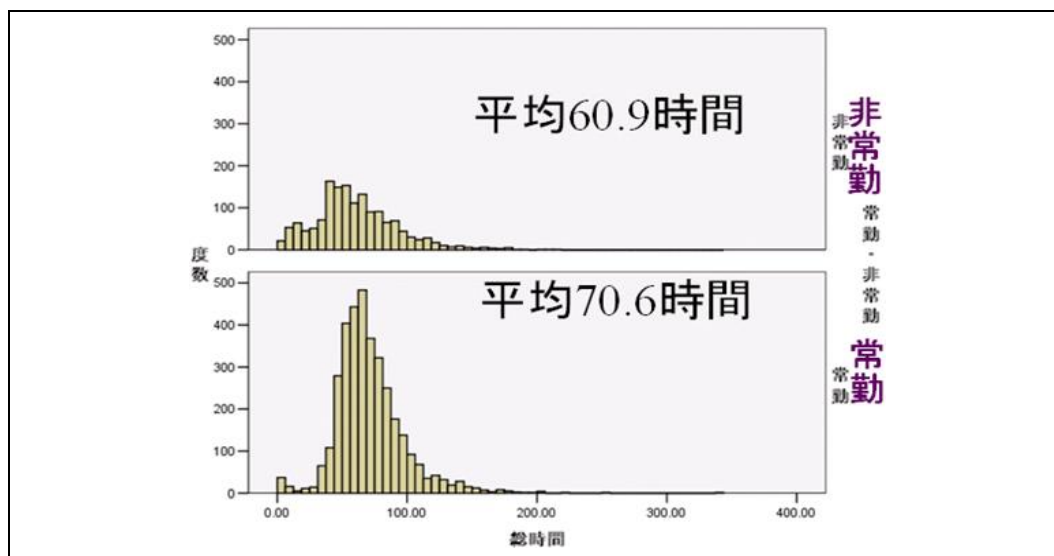
---

<sup>71</sup> 長谷川俊彦(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」」、参照。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/s0327-2d.html>, (2015/12/16 アクセス)

<sup>72</sup> 長谷川俊彦(2006b)、同上書参照。

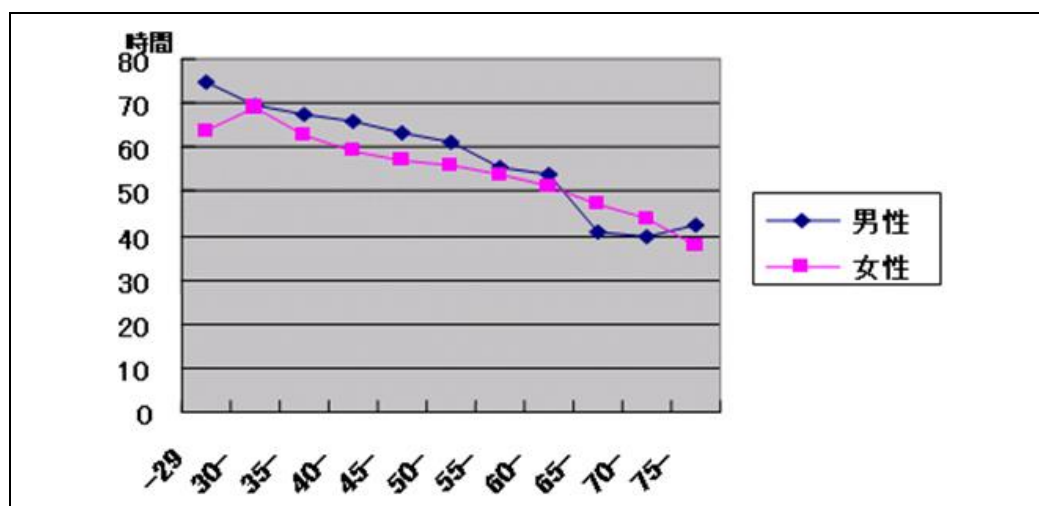
図 2-1 病院医師の 1 週間当たりの総勤務時間（院内外）



出典：長谷川俊彦(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)、転載。

これを、年齢別、性別で見ると、図（2-2）の通り、若年者ほど勤務時間は長く、男性では 50 代に至るまで、女性では 40 代に至るまで、過労死ラインといわれる月 80 時間以上の残業時間を越す、週 60 時間以上の勤務時間となっている。女性医師の勤務時間は、男性とあまり変わらず、常勤、非常勤ともに 95%程度であった<sup>73</sup>。

図 2-2 病院医師勤務時間（1 週間、年齢別、性別）



出典：長谷川俊彦(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)、転載。

<sup>73</sup> 長谷川俊彦(2006b)、同上書参照。

その他、診療時間の平均は約 40 時間で法定労働時間とほぼ同じであるが、会議、教育、自己研修、研究等診療以外の種々の形態を含んでいることも考慮されなければならない。非常勤医の場合、院外での勤務時間のほうが長く、常勤医の 85%であった。このように、医師労働は複雑であり「拘束時間」「総時間」「出勤帰宅時間」「診療時間」などの範囲が勤務時間であるか、その定義は困難なものであり、常勤、非常勤共に労働が院内外複数施設に及んでいることが多いと指摘されている<sup>74</sup>。

勤務時間の中には週 4 時間程度の休憩時間も含んでおり、実際の勤務時間は若干短くなると思われる。しかし、この時点での調査においては、後程触れる宿日直勤務時間等については、全く触れられておらず、実際の勤務時間には宿日直勤務における勤務時間が加わることとなると思われる。労働時間について、他の調査をまとめてみると、表 (2-2) のようになると思われる。

---

<sup>74</sup> 長谷川俊彦(2006b)、同上書参照。

表 2-2 実態調査別労働時間の状況

実施主体	報告日	1週間の労働時間	過労死ラインの割合	宿日直の取り扱い
①国立保健医療科学院	2006年3月	70.6時間		宿日直は含まず、但し休憩時間を含む
②日本医療労働組合連合会	2007年4月	58.9時間	65時間以上は33.9%	調査票に、宿日直に関する時間は除くと明記
③日本医師会	2009年2月		61時間以上は24.1%	調査票から見て、宿日直に関する時間が含まれているかどうかは回答者次第
④労働政策研究・研修機構	2012年9月	53.2時間	60時間以上は40.0%	調査票から見て、宿日直に関する時間が含まれているかどうかは回答者次第
⑤勤務医労働実態調査2012実行委員会	2013年7月	54.5時間		コメントから、宿日直に関する時間が含まれているかどうかは回答者次第
⑥日本病院会地域医療委員会	2013年8月		61時間以上は3.3% <sup>※2</sup>	調査票に、宿日直時間を除くと明記
⑦日本産婦人科学会	2009年5月	68時間 <sup>※1</sup>		在院時間として調査
⑧日本小児科学会	2013年1月	60時間 <sup>※1</sup>		超過時間+日当直で定義
⑨日本外科学会	2013年4月	78.5時間	60時間以上は75.0%	日勤+換算当直時間で計算
⑩中央社会保険医療協議会	2015年4月	56時間 <sup>※1</sup>		調査票から見て、宿日直は含まず

※1は、月の労働時間を1週間に換算、※2は、病院全体の平均労働時間。

出典：①長谷川俊彦(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)、

②日本医療労働組合連合会(2007)「医師不足問題、労働実態調査まとめ—医師の労働実態、施設調査関連資料」2007年4月24日、

[http://www.irouren.or.jp/jp/html/menu6/pdf/070424ishi\\_jittai\\_tyosa\\_shiryō.pdf](http://www.irouren.or.jp/jp/html/menu6/pdf/070424ishi_jittai_tyosa_shiryō.pdf),  
 (2015/12/16アクセス)、

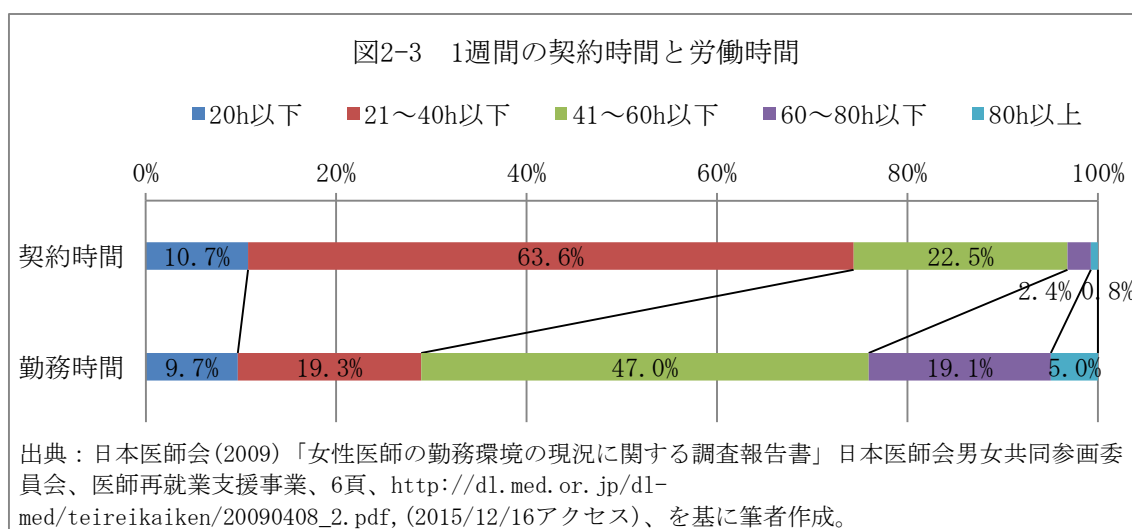
③日本医師会(2009)「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」日本医師会男女共同参画委員会、医師再就業支援事業、6頁、[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408\\_2.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408_2.pdf), (2015/12/16 アクセス)、④郡司正人、新井栄三、奥田栄二(2012)「勤務医の就労実態と意識に関する調査」労働政策研究・研修機構、調査シリーズNo.102、2012年9月、52頁、<http://www.jil.go.jp/institute/research/2012/documents/0102.pdf>, (2015/12/16 アクセス)、⑤勤務医労働実態調査2012実行委員会(2013)「勤務医労働実態調査2012最終報告」2013年7月19日、18頁、<http://union.or.jp/pdf/20130725.pdf>, (2015/12/16 アクセス)、⑥日本病院会地域医療委員会(2013)「地域医療再生を妨げる「制度の壁」に関するアンケート調査報告書」2013年8月、29頁、[https://www.hospital.or.jp/pdf/06\\_20131029\\_01.pdf](https://www.hospital.or.jp/pdf/06_20131029_01.pdf), (2015/12/16 アクセス)、⑦日本産婦人科学会産婦人科医療提供体制検討委員会(2009)「わが国の病院産婦人科勤務医の在院時間実態調査総括報告書」2009年5月24日、4頁、[http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20090524\\_iryotaisei.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20090524_iryotaisei.pdf), (2015/12/16 アクセス)、⑧日本小児科学会小児医療提供体制検討委員会(2013a)「病院小児科・医師現状調査報告書I」81頁、2013年1月7日、[https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/saisin\\_130219\\_1\\_1\(1\).pdf](https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/saisin_130219_1_1(1).pdf), (2015/12/16 アクセス)、⑨日本外科学会他12学会(2013)「平成24年度日本外科学会会員の労働環境に関するアンケート調査報告書」2013年4月、21頁、[https://www.jssoc.or.jp/other/info/info20130702\\_02.pdf](https://www.jssoc.or.jp/other/info/info20130702_02.pdf), (2015/12/16 アクセス)、⑩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「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、120頁、<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000083344.pdf>, (2015/12/10 アクセス)、を基に筆者作成。

これらの調査から伺われることは、(1)労働時間は若干の短縮傾向があること。(2)宿日直を除くと概ね1週間の労働時間は50～55時間程度であること。(3)4人に1人程度が1週60時間を超える長時間労働となっていること、(4)診療科によっては、かなりの長時間労働となっていることなどである。これに当直が加わり、さらに拘束時間としてのオンコールが加わることになる。また、①国立保健医療科学院の長谷川のコメントでも示されているように、勤務形態・内容が複雑<sup>75</sup>であり、調査をするほうもされるほうも、何が勤務時間で何が勤務時間でないかさえもが不明なままアンケート調査が行われ、そしてこのようなアンケート調査に対しての回答が求められ、それが整理されている。その後、時を経るに連れて過労死等の裁判や労災認定が行われるなか少しずつ理解が進んできていると思えるが、しかし、労働時間についての厳密な定義もなされずに行われる調査では、決して正確な調査結果であるとは言い難いといわざるを得ない。

---

<sup>75</sup> 長谷川俊彦(2006b)、同上書参照。

そのような1例を示すならば、③日本医師会の調査がある。これは2009年に提出された調査結果である。男女共同参画委員会と医師再就業支援事業との合同調査であり、日本医師会が全国8800病院の女性医師に対して行った「女性医師の勤務環境の現況に関する調査」である。女性医師の勤務環境の現状を把握し、勤務支援を行うことによって医師全体の勤務環境の改善を図ろうとしたものである<sup>76</sup>。この調査によれば、女性医師の約8割が常勤であるが、日勤のみならず時間外勤務をこなしている医師は約7割にのぼっている。この調査では他に見られない1週間の契約勤務時間を調査している。図(2-3)の通り、労働基準法上、当然ながら契約勤務時間は週40時間以下のはずである。しかし、1/4以上の1712人にのぼる女性医師が40時間を超えた勤務時間で契約をしており、週60時間以上の契約をしていた医師は49名にのぼっていた<sup>77</sup>。この調査を踏まえた報告書においては、労働契約時間に関する違法性の認識がなく、そのために労働契約時間についてのコメントは全くなされていない。このことから、医師が労働基準法などの労働法に対して全く無知であり、雇う側と雇われる側とのあいだにある労働関係、つまり労働契約関係について無関心なことが伺える。



これらの諸事実を考え合わせてみるならば、アンケート調査において勤務医に対して実際の残業時間を尋ねたとしても、もし契約時間が1週60時間であれば、実際の労働時間が65時間であっても残業時間は5時間との回答が返ってくることになり、他の調査においてもただ単に「残業時間はどのくらいあるか」との間について、勤務医は正確な残業時間を

<sup>76</sup> 日本医師会(2009)「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」日本医師会男女共同参画委員会、医師再就業支援事業、2頁参照。

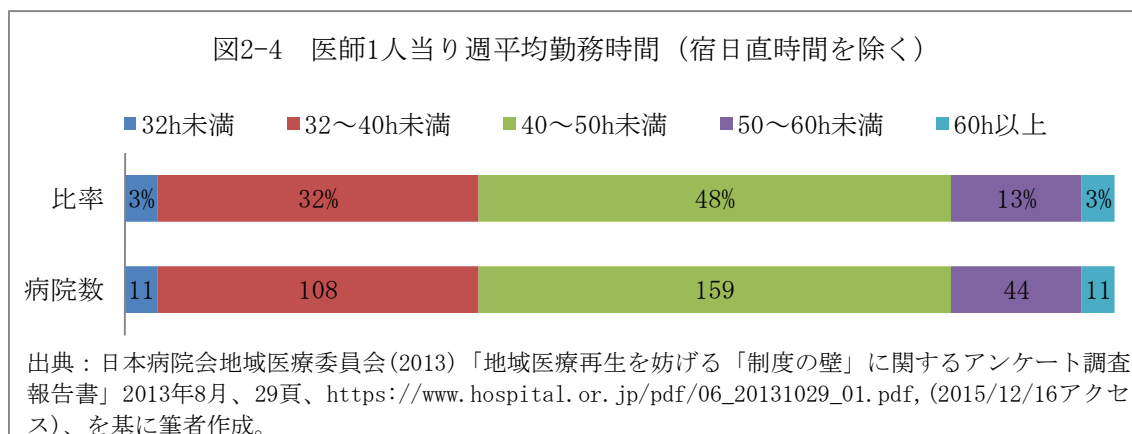
[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408\\_2.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408_2.pdf), (2015/12/16アクセス)

<sup>77</sup> 日本医師会(2009)、同上書6頁参照。

把握しているとは言えないことになる。

既に労働契約締結の時点において法違反であるといえるが、更に勤務の実態はひどいものであり、週当たり 60 時間以上の勤務をしている医師は 1695 人 24.1%にのぼっていた。これは、労働基準法上の週 40 時間から見ると 1 ヶ月に 80 時間以上の残業、つまり法定外労働時間が 1 ヶ月で 80 時間になるということである<sup>78</sup>。

⑥日本病院会地域医療委員会の 2013 年の調査では、同じ労働時間でも医師の個人の勤務時間ではなく、病院毎の医師の平均勤務時間を確認している。図 (2-4) の通り、1 週間の勤務時間平均は、32 時間未満が 11 病院 (3%)、32 時～40 時間未満が 108 病院 (32%)、40～50 時間未満が 159 病院 (48%)、50～60 時間未満が 77 病院 (13%)、60 時間以上が 11 病院 (3%) となっており、11 病院は、病院丸ごと過労死基準以上となっている。しかも、ここでは明確に宿日直時間を除くとしている<sup>79</sup>。これに、宿日直の時間の回数データから筆者が単純に試算した宿日直時間 44.5 時間 (宿直回数から試算した 1 週間平均宿直回数 2.78 回×16 時間より算出) を加えて考えると、平均 50 時間以上の病院 55 病院 (16.5%) は、病院全体では過労死基準を超える長時間労働が存在しているのではないかと推測されるところである<sup>80</sup>。



このように労働時間一つをとっても、調査自体にも多くの問題点があり、かなり複雑といえるが、その他、勤務医の労働時間についての全体的傾向として、表 (2-3) のような特徴が伺えるように思われる。

<sup>78</sup> 日本医師会(2009)、同上書 6 頁参照。

<sup>79</sup> 日本病院会地域医療委員会(2013)「地域医療再生を妨げる「制度の壁」に関するアンケート調査報告書」2013年8月、29頁参照。  
[https://www.hospital.or.jp/pdf/06\\_20131029\\_01.pdf](https://www.hospital.or.jp/pdf/06_20131029_01.pdf), (2015/12/16 アクセス)

<sup>80</sup> 日本病院会地域医療委員会(2013)、同上書 29 頁参照。

表 2-3 労働実態調査から見える労働時間の特徴

①年代別	20代が最も労働時間が長く、年代が進むにつれて労働時間は短くなる
②女別	女性医師の労働時間は、男性医師の概ね 90～95%程度である
③病床規模別	病床規模が大きくなるほど、労働時間が長い
④救急度	救急度が高い病院ほど労働時間が長い
⑤地域別	どちらかといえば都市部のほうが労働時間が長い
⑥経営形態別	大学、官公立病院などの公的な病院ほど労働時間が長い
⑦診療科別	救急科、外科、小児科、産科、脳神経外科などの労働時間が長い

出典：①長谷川俊彦(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)、②日本医療労働組合連合会(2007)「医師不足問題、労働実態調査まとめ—医師の労働実態、施設調査関連資料」2007年4月24日、[http://www.irouren.or.jp/jp/html/menu6/pdf/070424ishi\\_jittai\\_tyosa\\_shiryo.pdf](http://www.irouren.or.jp/jp/html/menu6/pdf/070424ishi_jittai_tyosa_shiryo.pdf), (2015/12/16 アクセス)、③日本医師会(2009)「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」日本医師会男女共同参画委員会、医師再就業支援事業、[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408\\_2.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408_2.pdf), (2015/12/16 アクセス)、④郡司正人、新井栄三、奥田栄二(2012)「勤務医の就労実態と意識に関する調査」労働政策研究・研修機構、調査シリーズNo.102、2012年9月、<http://www.jil.go.jp/institute/research/2012/documents/0102.pdf>, (2015/12/16 アクセス)、⑤勤務医労働実態調査2012実行委員会(2013)「勤務医労働実態調査2012最終報告」2013年7月19日、<http://union.or.jp/pdf/20130725.pdf>, (2015/12/16 アクセス)、⑥日本病院会地域医療委員会(2013)「地域医療再生を妨げる「制度の壁」に関するアンケート調査報告書」2013年8月、[https://www.hospital.or.jp/pdf/06\\_20131029\\_01.pdf](https://www.hospital.or.jp/pdf/06_20131029_01.pdf), (2015/12/16 アクセス)、⑦日本産婦人科学会産婦人科医療提供体制検討委員会(2009)「わが国の病院産婦人科勤務医の在院時間実態調査総括報告書」2009年5月24日、[http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20090524\\_iryotaisei.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20090524_iryotaisei.pdf), (2015/12/16 アクセス)、⑧日本小児科学会小児医療提供体制検討委員会(2013a)「病院小児科・医師現状調査報告書I」2013年1月7日、[https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/saisin\\_130219\\_1\\_1\(1\).pdf](https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/saisin_130219_1_1(1).pdf), (2015/12/16 アクセス)、⑨日本外科学会他12学会(2013)「平成24年度日本外科学会会員の労働環境に関するアンケート調査報告書」2013年4月、[https://www.jssoc.or.jp/other/info/info20130702\\_02.pdf](https://www.jssoc.or.jp/other/info/info20130702_02.pdf), (2015/12/16 アクセス)、⑩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「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、<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000083344.pdf>, (2015/12/16 アクセス)、を基に筆者作成。

次に、同様に宿日直及びオンコールの状況を確認する。



## 2. 宿日直及びオンコールの状況

宿日直は、一般的には当直と呼ばれるものであり、これもまた複雑である。ここでは⑧日本小児科学会が実態調査を行った時の定義を見てみる。まず、勤務時間帯を日勤、準夜、深夜と各8時間ずつ分け、(a)当直は、平日・休日の区別なく準夜+深夜(16時間)、(b)日直は休日の日勤(8時間)としている。日勤以外の勤務方式として、(a)院内当直は、準夜・深夜における院内待機(救急応需の有無を問わない)、(b)院内日直は、休日の日勤における院内待機(救急応需の有無を問わない)、(c)宅直オンコールは、平日の準夜・深夜及び休日において、院内待機の義務はないが、救急外来等の即応を求められる状態としている<sup>81</sup>。概ね勤務医は、宿日直についてこのように考えていると推察されるところであるが、その他の調査では、宿直と日直を正確に分離し、両者間の区別を明確に確認していないものも多数あるように思われる。

### (1) 宿直の状況

宿直の状況について、各調査の宿直回数をまとめるならば表(2-4)の通りとなる。各々取りまとめの方法が異なっているため、一概には断定できないが、週に5回以上、すなわち、1週間に1回以上の宿直(当直)は、10~15%程度であると考えられる。⑦日本産婦人科学会の調査では、月平均3.9回<sup>82</sup>、⑧日本小児科学会の調査では、月平均の当直回数は2.7回<sup>83</sup>、⑨日本外科学会の調査では、月平均2.4回<sup>84</sup>などとなっており、勤務環境が厳しいといわれている診療科は、若干宿直の回数も多いという傾向が伺われる。1ヶ月平均2回の宿直があったとして労働時間にカウントしてみるならば、宿直だけで1ヶ月に32時間(16時間×2回)の時間外労働が発生していることとなる。

---

<sup>81</sup> 日本小児科学会小児医療提供体制検討委員会(2013a)「病院小児科・医師現状調査報告書I」2013年1月7日、8頁、参照。

[https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/saisin\\_130219\\_1\\_1\(1\).pdf](https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/saisin_130219_1_1(1).pdf), (2015/12/16 アクセス)

<sup>82</sup> 日本産婦人科学会産婦人科医療提供体制検討委員会(2009)「わが国の病院産婦人科勤務医の在院時間実態調査総括報告書」2009年5月24日、4頁参照。

[http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20090524\\_iryotaisei.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20090524_iryotaisei.pdf), (2015/12/16 アクセス)

<sup>83</sup> 日本小児科学会(2013a)、前掲書81頁参照。

<sup>84</sup> 日本外科学会他12学会(2013)「平成24年度日本外科学会会員の労働環境に関するアンケート調査報告書」2013年4月、8頁参照。

[https://www.jssoc.or.jp/other/info/info20130702\\_02.pdf](https://www.jssoc.or.jp/other/info/info20130702_02.pdf), (2015/12/16 アクセス)

表 2-4 宿直回数の状況

宿直 (当直)	②日本本医療 労働組合連合 会 <sup>※1</sup>	③日本医師会	④労働政策研 究・研修機構	⑤勤務医労働 実態調査 2012 実行委員会	⑥日本病院会 地域医療委員 会 <sup>※1※2</sup>
0 回	23.8%	41.3%	32.6%	33.8%	2.7%
1 回		21.4%	34.8%	25.9%	39.8%
2 回	44.4%	21.9%	21.8%	27.4%	49.9%
3 回					
4 回	20.4%	15.3%	10.8%	12.9%	7.7%
5 回					
6 回～	11.4%				
平均				2.2 回	

※1 は、宿日直としてカウント

※2 は、病院全体の平均回数、つまり 0 回とは病院自体、当直を置いていないということ

出典：②日本医療労働組合連合会(2007)「医師不足問題、労働実態調査まとめ－医師の労働実態、施設調査関連資料」2007年4月24日、

[http://www.irouren.or.jp/jp/html/menu6/pdf/070424ishi\\_jittai\\_tyosa\\_shiryo.pdf](http://www.irouren.or.jp/jp/html/menu6/pdf/070424ishi_jittai_tyosa_shiryo.pdf), (2015/12/16 アクセス)、③日本医師会(2009)「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」日本医師会男女共同参画委員会、医師再就業支援事業、7頁、[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408\\_2.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408_2.pdf),

(2015/12/16 アクセス)、④郡司正人、新井栄三、奥田栄二(2012)「勤務医の就労実態と意識に関する調査」労働政策研究・研修機構、調査シリーズ No. 102、2012年9月、34頁、

<http://www.jil.go.jp/institute/research/2012/documents/0102.pdf>, (2015/12/16 アクセス)、⑤勤務医労働実態調査 2012 実行委員会(2013)「勤務医労働実態調査 2012 最終報告」2013年7月19日、17頁、<http://union.or.jp/pdf/20130725.pdf>, (2015/12/16 アクセス)、⑥日本病院会地域医療委員会(2013)「地域医療再生を妨げる「制度の壁」に関するアンケート調査報告書」2013年8月、31頁、

[https://www.hospital.or.jp/pdf/06\\_20131029\\_01.pdf](https://www.hospital.or.jp/pdf/06_20131029_01.pdf), (2015/12/16 アクセス)、を基に筆者作成。

## (2) 日直の状況

日直の状況を見てみる。前述のように、宿直と日直を分けてカウントしていない調査も多いのが実態であるが、両者を分けて調査をしているものだけを取り出してまとめてみると表(2-5)の通りとなる。ここで示された数値を額面通り休日日勤ととらえるならば、半

数以上の者が月に1～2回の休日出勤を行っていることとなる。そのほか、⑤勤務医労働実態調査2012実行委員会の調査では、月平均の日直回数は0.8回となっている<sup>85</sup>。

表 2-5 日直回数の状況

日直	③日本医師会	④労働政策研究・研修機構
0回	41.3%	38.2%
1回	48.5%	51.0%
2回		
3回	7.3%	6.3%
4回		
5回～	3.0%	4.5%

出典：③日本医師会(2009)「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」日本医師会男女共同参画委員会、医師再就業支援事業、7頁、

[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408\\_2.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408_2.pdf), (2015/12/16 アクセス)、④郡司正人、新井栄三、奥田栄二(2012)「勤務医の就労実態と意識に関する調査」労働政策研究・研修機構、調査シリーズNo.102、2012年9月、34頁、

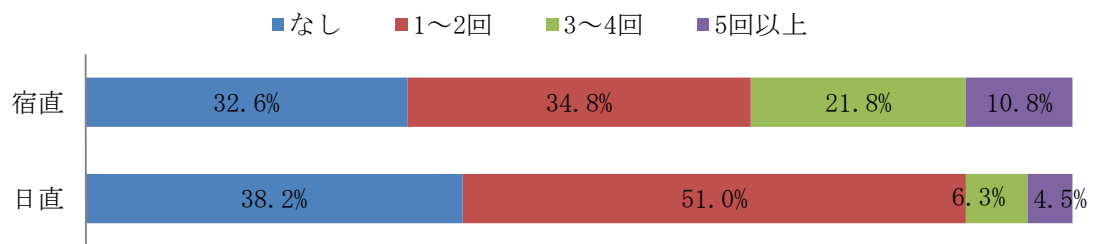
<http://www.jil.go.jp/institute/research/2012/documents/0102.pdf>, (2015/12/16 アクセス)、を基に筆者作成。

以下、参考までに2012年の労働政策研究・研修機構(2012)の調査から、図(2-5)の通り、宿直と日直の状況を示しておく<sup>86</sup>。

<sup>85</sup> 勤務医労働実態調査2012実行委員会(2013)「勤務医労働実態調査2012最終報告」2013年7月19日、<http://union.or.jp/pdf/20130725.pdf>, (2015/12/16 アクセス)、17頁参照。

<sup>86</sup> 郡司正人、新井栄三、奥田栄二(2012)「勤務医の就労実態と意識に関する調査」労働政策研究・研修機構、調査シリーズNo.102、2012年9月、35頁参照。  
<http://www.jil.go.jp/institute/research/2012/documents/0102.pdf>, (2015/12/16 アクセス)

図2-5 主たる勤務先の宿日直状況



出典：郡司正人、新井栄三、奥田栄二(2012)「勤務医の就労実態と意識に関する調査」労働政策研究・研修機構、調査シリーズNo.102、2012年9月、35頁、  
<http://www.jil.go.jp/institute/research/2012/documents/0102.pdf>、(2015/12/16アクセス)、を基に筆者作成。

### (3) オンコールの状況

宿日直と並んで、拘束を前提とした呼び出し待機、いわゆるオンコールの問題がある。オンコールとは、①30分以内に病院に到着できる場所、②病院から半径5キロ圏内に在住することなど医療機関や診療科によってルールが異なるが、患者の急変に迅速に対応できることを条件として、常に待機した状態を指す。当番制で医師が交代でオンコール当番を行うことが基本だが、いわゆる一人医長と呼ばれるその科に常勤医師1名のみ在籍の場合、常にオンコール待機状態で勤務をしている医師もいる。オンコールがかかった際には、患者の状態によって、①口頭で指示をする場合と、②医療現場に出向く場合とがある。いずれにしても、遠方に出かけることはかなわず、もちろん飲酒などは控えねばならない。

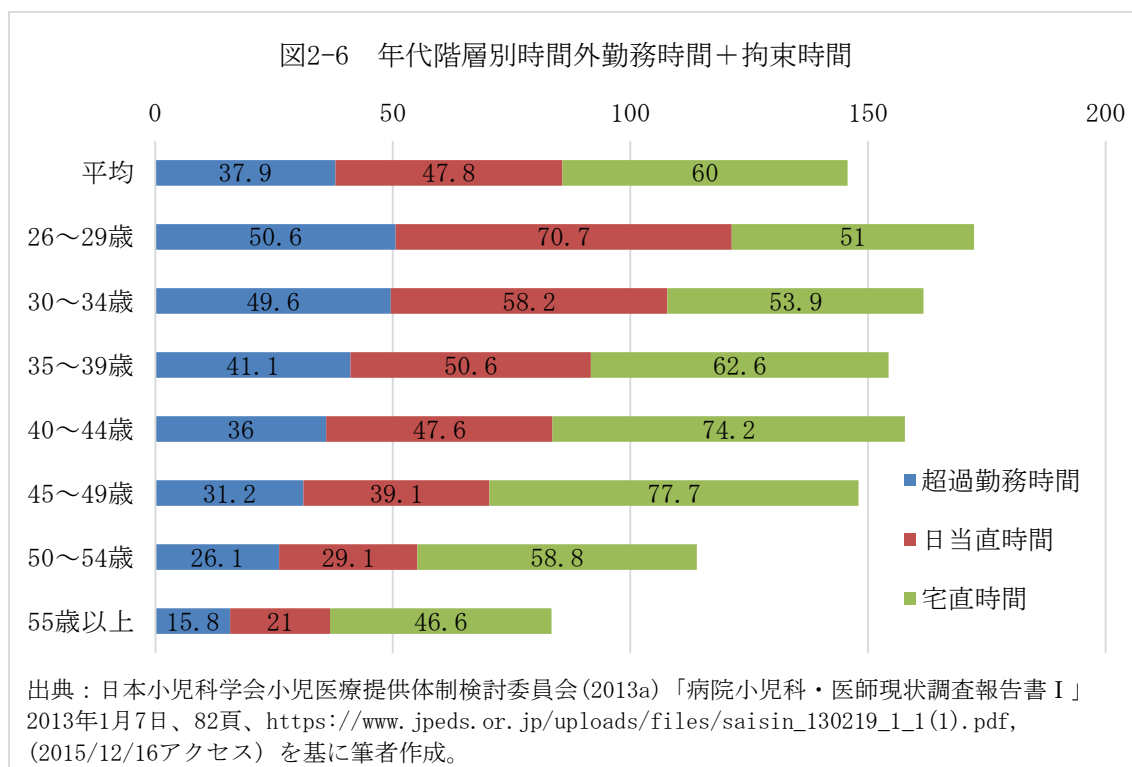
2012年の労働政策研究・研修機構(2012)の調査<sup>87</sup>では、出勤回数程度を見ているが、オンコールのある働き方をしていた医師88.2%うち、出勤した回数は、0回が29.5%、1~3回が49.4%、4回以上が21.1%とオンコールで拘束されている医師の約2割が毎週1回以上出勤している。また、2013年の勤務医労働実態調査2012実行委員会の調査では、待機拘束される回数を見ているが、月平均の待機回数は5.3回と、週に1回は待機拘束される日があることとなる<sup>88</sup>。そのほか、2009年の日本産婦人科学会(2009)の調査では、当直体制のあるなしでの、拘束時間の違いを見ているが、当直体制のある病院での平均拘束時間は88時間、3.7日、当直体制のない病院での平均拘束時間は166時間、6.9日となっている<sup>89</sup>。日本小児科学会の調査では、時間外勤務と日当直、オンコールによる拘束時間との関係がよくわかるため、参考までに図(2-6)に示しておく。その際の平均待機回数は3.9

<sup>87</sup> 郡司正人、新井栄三、奥田栄二(2012)、同上書44頁参照。

<sup>88</sup> 勤務医労働実態調査2012実行委員会(2013)、前掲書17頁参照。

<sup>89</sup> 日本産婦人科学会産婦人科医療提供体制検討委員会(2009)、前掲書4~6頁参照。

回（平日 2.3 回、休日 0.8 回、休日準深夜 0.8 回）と、いずれにしてもかなりの拘束時間となっていることがわかる<sup>90</sup>。



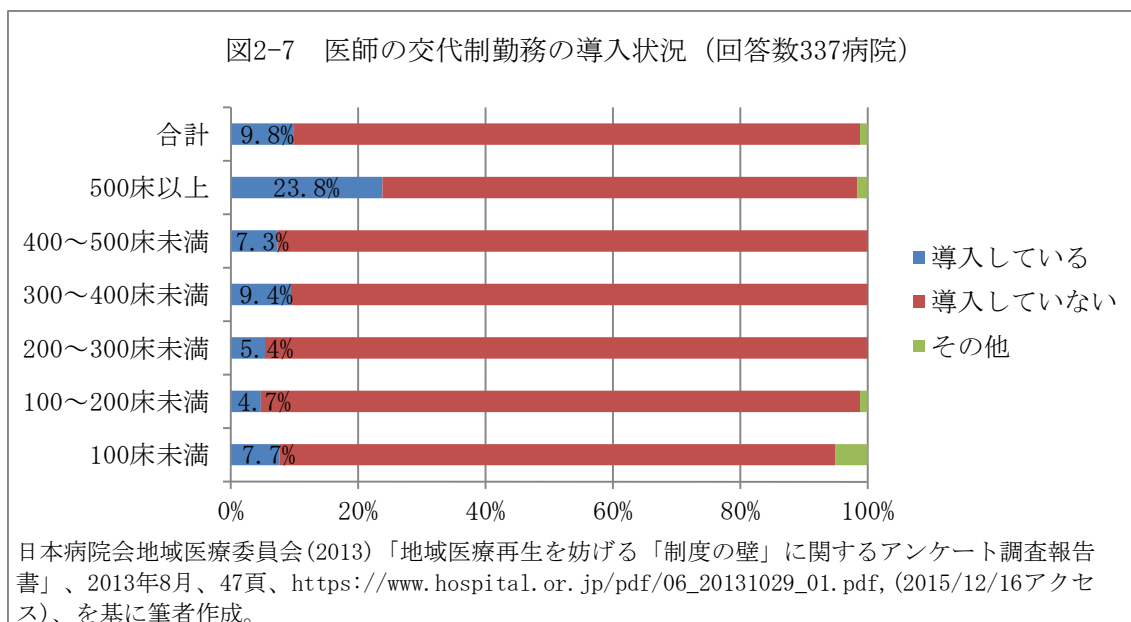
これらの結果を見ると、オンコールにおいても、勤務医に対しては、かなりの時間の待機拘束時間を強いており、大きな負担となっていることがわかる。上記小児科の例をみれば、宿日直時間より多い時間となっている。しかしながら、このオンコールについては、一切労働時間として認められていない（なお、この件に関しては、本章第2節において確認する）。オンコールの問題点は、大きく2つある。第1に、このオンコールのシフトに関しては、診療科ごとの医師たちに任されている場合がほとんどで、病院の管理部門はほとんど関与していない。つまり、病院において、書面による規定なるものは、ほとんど存在していなく、病院の労務管理体制下にはないことになる。第2に、病院の24時間、365日化が進むなかで、誰が計算してもわかる通り、1人、2人体制の診療科においては、オンコール体制を構築することは非常に困難となる。これは手当とかの問題ではなく、物理的に困難なのである（なお、この件に関し、第4章第1節において、確認する）。このように、労働時間であるかどうかの問題ではなく、時間的にも精神的にも大きな負担となっている。

<sup>90</sup> 日本小児科学会小児医療提供体制検討委員会(2013a)、前掲書 81 頁参照。

本稿は、ここまで宿日直及びオンコールの労働実態を探ってきたのであるが、労働時間の問題は単にこれだけにとどまるものではない。次に、宿直明けの勤務の実態を確認してみたい。

#### (4) 宿直明けの勤務の実態

病院の24時間365日化が進むなかで、看護師の世界では古くから、看護闘争を中心とした労働運動を行ってきた。看護師は労働者ではなく聖職であるとの意識を乗り越え、賃金闘争を含め労働条件改善闘争を繰り広げてきた。1963年の夜勤制限を求める運動にはじまり、1965年の2.8（ニッパチ）闘争（看護婦の夜勤は、看護婦2人以上で、月8日以内）の展開と、その後も労働運動は続けられ、不十分とはいえ、曲がりなりにも夜間勤務における2交代制、3交代制を勝ち取ってきた歴史がある<sup>91</sup>。そのため、看護師の世界では、夜勤明けにそのまま連続勤務になることはほとんどないが、医師の世界では、交代制の導入はほとんどなく、日本病院会の調査では、図（2-7）の通り、一部導入を含めて導入しているとした場合でも全体の1割に過ぎなかった。ここでは、開設主体別にも見ているが、有意な差は出ていない。また、導入している33病院に詳細を聞いているが、2交代制が大半であった。導入している診療科に関しては、順に救急科14病院、内科13病院、小児科、外科がそれぞれ8病院となっていた。これらを見ても、いかに交代制の導入が進んでいないかがわかる<sup>92</sup>。



<sup>91</sup> 杉林ちひろ(2010)「日本医療政策の変遷と医療労働運動- ナースウェーブを中心に-」『北海学園大学大学院経済学研究科年報』第10号、2010年3月、27頁参照。

<sup>92</sup> 日本病院会地域医療委員会(2013)、前掲書47、48頁参照。

このように、交代制勤務の導入が進んでいないということは、当然翌日も連続して勤務をすることとなるが、では、翌日の勤務状況はどうなっているのでしょうか、通常通り、まる一日勤務する場合と、午前中勤務する場合などが考えられる。

翌日の勤務状況を労働実態調査のなかから確認してみると、表（2-6）の通り、日本病院会地域医療委員会のデータを除けば、約8割の医師が、翌日も通常の勤務に入り、休みとなるのは、1割にも満たない状況である。因みに、日本病院会地域医療委員会のデータは、上記、交代勤務制の導入状況と合わせて考えると、半日休日については、交代制ではないと捉えての回答なのか、理解できない点がある<sup>93</sup>。

表 2-6 宿直明けの勤務状況

宿直の翌日	③日本医師会	④労働政策研究・研修機構	⑤勤務医労働実態調査 2012 実行委員会	⑥日本病院会地域医療委員会 <sup>※1</sup>
通常勤務	84.9%	86.2%	79.4%	56.6%
半日休日	8.7%	9.8%	14.9%	22.4%
1日休日	2.0%	2.5%	5.7%	7.9%
その他	4.4%	1.5%	—	13.1%

※1 は、病院全体の状況

出典：③日本医師会（2009）「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」日本医師会男女共同参画委員会、医師再就業支援事業、7頁、

[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408\\_2.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408_2.pdf), (2015/12/16 アクセス)、④郡司正人、新井栄三、奥田栄二(2012)「勤務医の就労実態と意識に関する調査」労働政策研究・研修機構、調査シリーズNo.102、2012年9月、42頁、

<http://www.jil.go.jp/institute/research/2012/documents/0102.pdf>, (2015/12/16 アクセス)、⑤勤務医労働実態調査 2012 実行委員会(2013)「勤務医労働実態調査 2012 最終報告」2013年7月19日、22頁、

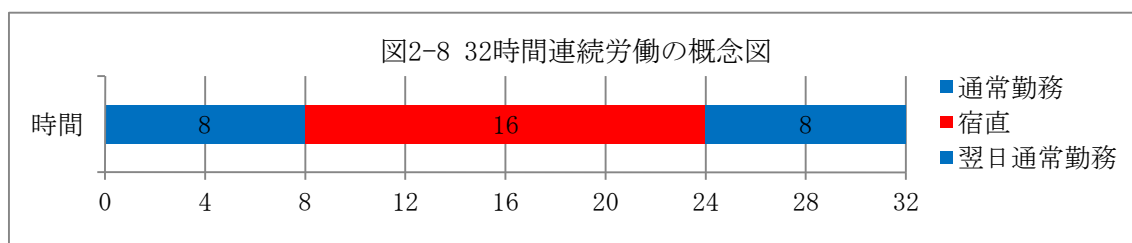
<http://union.or.jp/pdf/20130725.pdf>, (2015/12/16 アクセス)、⑥日本病院会地域医療委員会(2013)「地域医療再生を妨げる「制度の壁」に関するアンケート調査報告書」2013年8月、36頁、

[https://www.hospital.or.jp/pdf/06\\_20131029\\_01.pdf](https://www.hospital.or.jp/pdf/06_20131029_01.pdf), (2015/12/16 アクセス)、を基に筆者作成。

このように、ほとんどの医師が、当直明けは、そのまま通常勤務に入っているのであり、図（2-8）に示す通り、俗に32時間連続勤務、36時間連続勤務とも言われるもので、通常勤務の後そのまま宿直勤務に就き、さらに翌日そのまま通常勤務に就くというもので、単純加算で32時間、翌日の通常勤務にさらに残業が加わって36時間連続勤務となる。勿論、

<sup>93</sup> 日本病院会地域医療委員会(2013)、同上書36、47頁参照。

宿直の翌日が手術日であれば、そのまま一睡もしないで手術を行うこととなる。第1章第2節の疲労との関係で示した通り、このような長時間労働は、飲酒運転に匹敵する状態になるといえる。



上記のように、医師の労働は労働時間自体が長時間であることもさることながら、宿日直・オンコールとさらにストレスのかかった状態が加わり、翌日勤務とのインターバルもなく一昼夜を超えた連続勤務が長時間・過重労働に拍車をかけている。しかも、宿日直及びオンコールに関しては、従来はほとんど労働時間として見られてこなかった。賃金手当との問題も絡んで、大きな問題を引き起こしているのである。看護師が、交代制勤務を採っている現状において、なぜ医師については、交代制勤務が導入されてこなかったのか、次節においては、長時間・過重労働の温床ともなっている宿日直体制等の経緯及び現在の状況とその問題点を確認する。

## 第2節 労働時間に影響を及ぼす宿日直体制等の問題

### 1. 宿日直許可とその問題点

長時間労働の温床となる宿日直制度とそのまま影響に関しては、その労働実態が問題視されている。医療界においては、夜間や休日などの時間外に診療業務に当番制で着くことを当直とよんでいる。この当直は、過去、法的に時間外勤務なのか断続的労働である宿直なのか不明瞭なまま運用されてきた。実は、この当直には、通常の業務とほとんど変わらないものと、基本的にほとんど業務が行われないものが混在しているのである<sup>94</sup>。

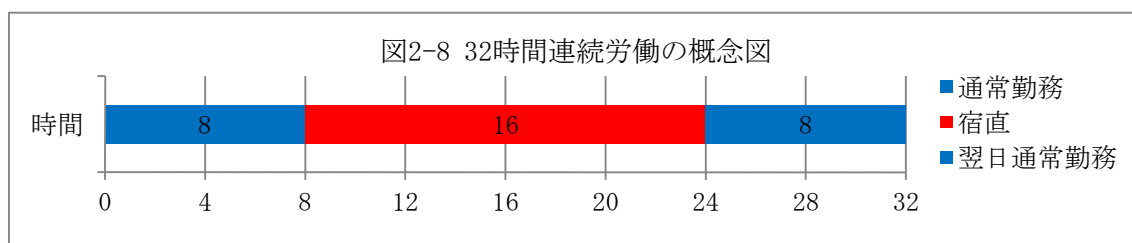
医療法第16条には、医業を行う病院の管理者は、病院に医師を宿直させなければならないと規定されており<sup>95</sup>、病院という特性上、24時間体制で患者の病態を管理することが求められ、時間を問わず患者の急変や病状の変化に対応しなければならない。医療的な診断や医療行為そのものは、医師または医師の指示に基づき看護師が行うなど、医師の存在が不可欠である。いわゆる当直といわれるものは、本来、この医療法第16条に基づくもので、

<sup>94</sup> 植山直人(2011)、前掲書 85 頁参照。

<sup>95</sup> 医療法、前掲参照。



宿直の翌日が手術日であれば、そのまま一睡もしないで手術を行うこととなる。第1章第2節の疲労との関係で示した通り、このような長時間労働は、飲酒運転に匹敵する状態になるといえる。



上記のように、医師の労働は労働時間自体が長時間であることもさることながら、宿日直・オンコールとさらにストレスのかかった状態が加わり、翌日勤務とのインターバルもなく一昼夜を超えた連続勤務が長時間・過重労働に拍車をかけている。しかも、宿日直及びオンコールに関しては、従来はほとんど労働時間として見られてこなかった。賃金手当との問題も絡んで、大きな問題を引き起こしているのである。看護師が、交代制勤務を採っている現状において、なぜ医師については、交代制勤務が導入されてこなかったのか、次節においては、長時間・過重労働の温床ともなっている宿日直体制等の経緯及び現在の状況とその問題点を確認する。

## 第2節 労働時間に影響を及ぼす宿日直体制等の問題

### 1. 宿日直許可とその問題点

長時間労働の温床となる宿日直制度とそのまま影響に関しては、その労働実態が問題視されている。医療界においては、夜間や休日などの時間外に診療業務に当番制で着くことを当直とよんでいる。この当直は、過去、法的に時間外勤務なのか断続的労働である宿直なのか不明瞭なまま運用されてきた。実は、この当直には、通常の業務とほとんど変わらないものと、基本的にほとんど業務が行われないものが混在しているのである<sup>94</sup>。

医療法第16条には、医業を行う病院の管理者は、病院に医師を宿直させなければならないと規定されており<sup>95</sup>、病院という特性上、24時間体制で患者の病態を管理することが求められ、時間を問わず患者の急変や病状の変化に対応しなければならない。医療的な診断や医療行為そのものは、医師または医師の指示に基づき看護師が行うなど、医師の存在が不可欠である。いわゆる当直といわれるものは、本来、この医療法第16条に基づくもので、

<sup>94</sup> 植山直人(2011)、前掲書 85 頁参照。

<sup>95</sup> 医療法、前掲参照。

病院内で発生した急な患者の容態変化や緊急性を要する病態などに対応するための宿直であり、医師は、緊急時の要員として待機することとなる。

救急医療が発達する以前の当直は、ほとんどがこの緊急時の要員としての待機であり、仮眠とはいえ、ある程度の睡眠の確保ができていたのである。したがって、本章第 1 節で述べた、医師の交代制勤務に関しては、その導入の必要性はほとんどないと認識されてきたといえる。しかし、近年、救急指定病院が増加するなかで、本来断続的であった当直の様相が変わってきており、次第に問題視されるようになってきたのである。

このいわゆる当直問題に関して、2002 年 3 月 19 日に厚生労働省労働基準局長通達が出されており、その基本的考え方を以下で確認しておきたい<sup>96</sup>。

「①断続的労働である宿直について、労働基準法第 41 条及び労働基準法施行規則第 23 条に基づき労働基準監督署の許可を受けた場合は、労働者を労働基準法第 32 条の規定にかかわらず使用することができる」とされている。したがって、これらの労働者については、突発的に通常の労働を行った場合を除き、労働基準法第 36 条に基づく労使協定の締結・届出等を行うことなく、また、労働基準法第 37 条に基づく割増賃金を支払うことなく、法定労働時間を超えて労働させることができることとなっている。②宿直とは、一般に、所定労働時間外又は休日における勤務の一態様であり、労働者は、本来の業務は行わず、構内巡視、電話等の収受又は非常事態に備えて待機するもの等であって、常態としてほとんど労働する必要がない勤務のことである。同様に、医療機関において、原則として診療行為を行わない休日及び夜間勤務については、病室の定時巡回、少数の要注意患者の定時検脈など、軽度又は短時間の業務のみが行われている場合には、宿直として取り扱われてきた。③しかしながら、そもそも労働基準監督署の許可を得ていないもの、許可は得ているが、突発的に行われる通常の労働に対して割増賃金を支払っていないもの、宿日直回数が許可時の回数を上回っているもの、さらには、許可の有無にかかわらず、救急指定を受け、断続的労働とは言えない状況にあるにもかかわらず、断続的労働として取り扱っているものなどが、少なからず認められること、また、労働基準監督機関に対して、その宿日直業務に係る問題についての申告が散見されることなど社会的な問題として顕在化しつつある状況が見られる。」(①、②、③は筆者が付けている。)

厚生労働省労働基準局長の通達の基本的な考え方を見るならば、法定労働時間を超えた断続的な労働である宿日直に対して、近年では監督官庁から救急指定を受けており、通常の労働が必要とされる夜間勤務と、本来の業務を行わず、常態として労働を必要としない宿日直とが混在一体となって運用されている実態があること、明らかに法定外労働時間であるにも拘らず、法定割増相当分の給与が支払われていないことなどが指摘されてい

<sup>96</sup> 2002 年 3 月 19 日基発第 0319007 号厚生労働省労働基準局長通達「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」、参照。

る。勤務医に関わるこれらの諸点が改善されない限り、宿日直問題は社会問題として顕在化することになることを指摘していると言えよう。

## 2. 労働基準監督署の監督指導に見る宿日直の実態

このような宿日直業務の実態に関して、厚生労働省は、労働実態を調査するとともに、その適正化を図ることを目的として、行政指導を強化してきた。

厚生労働省の行政指導の経過を追ってみるならば、2001年度には、過去に宿日直許可を受けた医療機関約8400を洗い出している。翌2002年3月19日には、基発第0319007号「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」を発出することによって、そのなかの閉鎖等以外の医療機関約6600に対して、自主点検を要請している<sup>97</sup>。その後、2002年11月28日には、基発第1128001号「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化の当面の対応について」を発出し、許可基準を満たしていない医療機関等約2700に対して、数回にわたって説明指導会を実施している<sup>98</sup>。更に、説明指導会等の際に改善が確認された医療機関約700を除いた2000の医療機関を対象に、改善報告書を求めている。2003年12月26日には、基発第1226002号「医療機関の休日及び夜間勤務の適正化に係る当面の監督指導の進め方について」を発出し、改善報告書提出のうち、附款の範囲を著しく超え改善が不能等及び改善報告書未提出の医療機関約600について、労働基準監督署による監督を実施してきた<sup>99</sup>。その結果は、表(2-7)の通りで、596件の監督指導のうち何らかの法違反のあった医療機関は430機関72.1%にのぼった。また、宿日直許可のある医療機関348機関58.4%のうち、約7割249機関に専用指導文章が交付されているが、そのうち195機関が昼間と同態様の労働に従事していることが稀でないとの内容であった<sup>100</sup>。

---

<sup>97</sup> 2002年3月19日基発第0319007号 厚生労働省労働基準局長通達、前掲参照。

<sup>98</sup> 2002年11月28日基発第1128001号厚生労働省労働基準局長通達「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化の当面の対応について」、参照。

<sup>99</sup> 2003年12月26日基発第1226002号厚生労働省労働基準局長通達「医療機関の休日及び夜間勤務の適正化に係る当面の監督指導の進め方について」、参照。

<sup>100</sup> 厚生労働省(2005c)「第4回医師の需給に関する検討会資料1『医師の宿日直勤務と労働基準法』」、参照。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/s0425-6.html#siryo>, (2015/11/21 アクセス)

表 2-7 医療機関の宿日直に関する監督結果

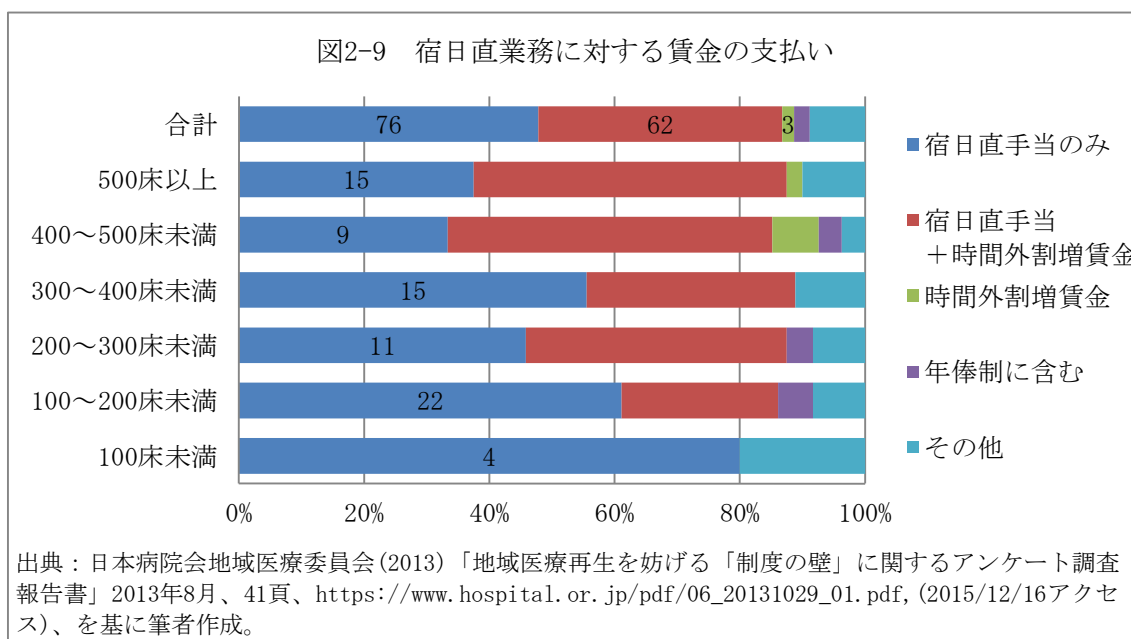
		対監督実施		(対許可 のある医 師の宿日 直有)	(対専用 指導文書 交付医療 機関)
		件数	比率		
1	監督実施件数	596	100%		
2	何らかの法違反	430	72.1%		
3	32条違反(宿日直時)	17	2.9%		
4	37条違反(宿日直時)	101	16.9%		
5	37条違反(許可のある医 師の宿日直時)	50	8.4%	14.4%	
6	許可のある医師の宿日直	348	58.4%	100%	
7	専用指導文書交付	249	41.8%	71.6%	100%
8	宿日直勤務が通常の勤務 時間の拘束から完全に解 放された後のものとなっ ていないこと	53	8.9%	15.2%	21.3%
9	夜間・休日に従事する業 務について、昼間と同態 様の労働に従事すること がまれでないこと	195	32.7%	56.0%	78.3%
10	宿直の回数が週一回の原 則を超えていること	105	17.6%	30.2%	42.2%
11	日直の回数が月一回の原 則を超えていること	81	13.6%	23.3%	32.5%
<p>*1 実施時期は、2003年度第4四半期～2004年度第1四半期。実施地域は、全国。</p> <p>*2 596機関のうち、何らかの労働基準法等関係法令違反が認められたもの。</p> <p>*3 労働基準法第32条〔法定労働時間〕違反件数(態様：36協定の未締結、通常勤務時の法定時間外労働が限度時間超、宿日直勤務時の「通常の労働」等の法定時間外労働が限度時間超)のうち、宿日直勤務時の「通常の労働」等による法定時間外労働が限度時間超などにより法違反となっているもの。</p> <p>*4 労働基準法第37条〔割増賃金〕違反(態様：通常勤務時の法定時間外労働等に対する法定割増賃金の未払(全部又は一部、以下同じ。)、宿日直勤務時の「通常の労働」等による法定時間外労働等に対する法定割増賃金の未払)のうち、宿日直勤務時の「通常の労働」による法定時間外労働等に対する法定割増賃金の未払が法違反となっているもの。</p>					

- \*5 4のうち、許可のある医師の宿日直勤務時に関するもので、その「通常の労働」による法定時間外労働等に対する法定割増賃金の未払が法違反となっているもの。
- \*7 許可のある医師の宿日直勤務を行っている医療機関に対する専用指導文書の交付件数
- \*8～11 7の専用指導文書の交付理由（交付理由が複数にわたる医療機関あり。）

出典：厚生労働省(2005c)「第4回医師の需給に関する検討会資料1「医師の宿日直勤務と労働基準法」」、  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/s0425-6.html#siryo>, (2015/11/21 アクセス)より引用し、筆者修正。

### 3. 日本病院会の調査に見る最近の事情

以上の通り、2002年から2004年にかけて、厚生労働省の調査、監督指導が行われているが、その後、2013年1月の日本病院会の調査では、この労働基準法第41条の存在及び労働基準法施行規則第23条の内容に関して、「知らない」と回答した病院は、各々56病院(17%)にのぼっている。また、第23条に定める宿日直許可を受けている病院は163病院(49%)であり、受けていないと回答した病院は85病院(25%)であった。「許可を受けている」と回答した病院で救急医療を実践している159病院に対し、賃金の支払いを聞いているが、図(2-9)の通り、宿日直手当のみが76病院(48%)、宿日直手当+時間外割増賃金の併給方式が62病院(39%)、時間外割増賃金のみが3病院(2%)となっており、時間外割増賃金を支払っている病院はわずかであった<sup>101</sup>。



<sup>101</sup> 日本病院会地域医療委員会(2013)、前掲書 38～42 頁参照。

松丸は、「医師の過労死防止がもたらす医療の質向上」のなかで、最高裁第1小法廷2002年2月28日判決の大星ビル管理事件（警備員の仮眠時間について労働基準法上の労働時間に該当するかどうか争われた事案）において、「仮眠時間中、仮眠室における待機と警報や電話等に対して直ちに相当の対応をすることを義務付けられ、実作業への従事が必要が生じた場合に限られるとしても、その必要の発生が皆無に等しいなど実質的に義務付けられていないと認められる事情もないから、労働からの解放が保障されているといえず、したがって、本件仮眠時間は、労基法上の労働時間に当る」<sup>102</sup>とされた判決に照らせば、宿日直時の医師の勤務は、仮眠時間も含めて労基法上の労働時間に該当することは明らかであり、厚生労働省の宿日直についての前記許可基準そのものの見直しを迫る判決であると指摘している<sup>103</sup>。松丸が指摘するように、宿日直の許可基準自体にも問題があるが、厚生労働省労働基準局長通達が出されてから10年以上が経過しているにも関わらず、労働基準法第41条及び労働基準法施行規則第23条の内容に関して、その存在自体を知らないと回答する病院が2割近くもあるなど<sup>104</sup>、これ一つをとっても、病院における労務管理の杜撰さが露見される。

今まで本稿で確認してきたように、いわゆる当直に関しては、その実態が問題視されるなか、労働基準監督機関に対しての申告など、医師の側においても疑問視する声が上がってきた<sup>105</sup>。いわゆる当直を含め、長時間で、過重な労働に対して、どこか限界を感じてきたのかもしれない。このような一連の動きのなか、司法の場において、医療界に大きなインパクト与える事件が起きた。次項では、この事件について確認する。

#### 4. 奈良県立奈良病院訴訟が判示したもの

2005年の年末、奈良県立奈良病院の2人の産婦人科医が弁護士の藤本氏のところに相談に来たのが、奈良県立奈良病院訴訟の始まりである。当初は、奈良県に対して、話し合いの機会が持たれたが、平行線をたどるばかりで、2006年12月、「時間外・休日労働に対する割増賃金の支払い」を求め提訴されている<sup>106</sup>。その後、2009年4月の奈良地裁、2010年10月の大阪高裁の判決を経て、2013年2月、最高裁第3小法廷は、奈良県の上告を受理しないと判決し、宿日直扱いとされていた時間外動労について、産婦人科医2人に計約1500

<sup>102</sup> 松丸正(2008)、前掲書59頁。

<sup>103</sup> 松丸正(2008)、同上書59頁参照。

<sup>104</sup> 日本病院会地域医療委員会(2013)、前掲書参照。

<sup>105</sup> 2002年3月19日基発第0319007号厚生労働省労働基準局長通達、前掲書参照。

<sup>106</sup> 橋本佳子(2008)「時間外手当支払いを求めて提訴したわけ-Vol.7 医師の勤務実態」『m3.com 医療維新』2008年1月21日、<https://www.m3.com/news/iryoshin/87181>、(2015/12/18 アクセス)、参照。

万円の支払いを求めた大阪高裁判決が確定し、原告側が勝訴している<sup>107</sup>。このなかで、大阪高裁は、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し、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しており、その間に奈良県が2007年6月から対策を講じてきた、休日・夜間の宿日直勤務中に分娩や診察などの通常業務を行った場合、従来の宿日直手当に加えて新たに超過勤務手当を支給するという併給方式に関しても否定している<sup>108</sup>。

2人の労働実態は、2004年と2005年の2年間において、宿日直が各々155日、158日、オンコールが120日、126日といった非常に過酷なもので、それらが時間外労働に当たるとして9200万円の支払いを求めるものであった。もちろん、これら以外に正常分娩141件、異常分娩159件のほか産科関係救急377件、婦人科関係救急657件に対応していた<sup>109</sup>。

判決では、宿日直については、実際に診療に従事していた時間だけでなく、待機時間も含めてすべて労働時間と判断され、時間外手当の対象とすべきと判事された。また、オンコールに関しては、産婦人科のみの自主的な取り決めであり、病院の指揮命令下になくして、労働時間とは認められなかった。しかし、大阪高裁では、このオンコールをプロフェッションとしての医師の職業意識に支えられた自主的な取り組みであり、きわめて繁忙な業務実態からすると、医師の職業意識から期待される限度を超える過重なものではないか、との疑いが生じることも事実であるとして、複数日直体制とするか、オンコールを業務として認め、適正な手当を支払うことを考慮すべきと言及している<sup>110</sup>。

訴訟が進むなか、奈良県側は、2009年4月全都道府県に対して、「医師の休日及び夜間の勤務体制」に関する手当について照会している。その結果は、都道府県立病院を有する43団体（残る4府県は独立行政法人化）のうち、(1)宿日直手当のみ支給：5団体、(2)宿日直手当は支給せず、通常業務従事分だけ超過勤務手当支給：1団体、(3)宿日直手当+通常業務従事分については超過勤務手当支給：25団体（現在の奈良県を含む）であった。

2010年5月には、奈良労働基準監督署が当直勤務は違法な時間外労働に当たるうえ、割増賃金を支払っていないとする労働基準法違反で県を書類送検する事態も起こっている（同年12月に、奈良地検が不起訴処分）<sup>111</sup>。この判例が示す通り、宿日直が時間外労働の取り扱いになると、宿日直許可は取り消されなければならなくなり、勤務医の現在の労働

<sup>107</sup> 橋本佳子(2013a)、前掲参照。

<sup>108</sup> 橋本佳子(2010)「「医師の宿日直は通常勤務」、高等裁判所判決の全国への影響大」『m3.com 医療維新』2010年11月17日、<https://www.m3.com/news/iryoshin/128415>, (2015/12/16 アクセス)、参照。

<sup>109</sup> 橋本佳子(2008)、前掲参照。

<sup>110</sup> 橋本佳子(2010)、前掲参照。

<sup>111</sup> 田中美穂(2013)「いわゆる”雇用の質向上”論について：労働環境の改善と人材確保の一体的整備を」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No. 292、4頁参照。

実態からいっても 36 協定の締結は必須となるどころか、特別条項をもってしてもその時間内に収まるとは到底考えられない。しかし、救急指定病院と、それ以外の病院に区分すれば、この問題は一目瞭然であり、少なくとも整理は可能なはずであるが、現在のところ、それを整理する動きは、行政側にも、病院側にも見られないのは、この医療業界の労務管理に対する認識の甘さにあると指摘しておきたい。

本論は勤務医の苛酷な労働実態とその苛酷な労働実態に対して大きな影響を与える宿日直勤務の実態を見てきた。しかし、そもそも医師の勤務時間が適正に把握され、病院施設内における労務管理が適切になされているのかどうか、次節においては、勤務時間管理の中心となる 36 協定の状況とその問題点等を中心にして、病院の労務管理の実態を併せて検討しておきたい。

### 第3節 勤務医の労務管理の状況

#### 1. 勤務医の労働時間の把握について

2001 年 4 月 6 日基発第 339 号「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関する基準について」によれば、「労働基準法においては、労働時間、休日、深夜業等について規定を設けていることから、使用者は、労働時間を適正に把握するなど労働時間を適切に管理する責務を有していることは明らかである」<sup>112</sup>。また、「本基準の適用から除外する労働者についても、健康確保を図る必要があることから、使用者において適正な労働時間管理を行う責務がある」<sup>113</sup>とし、労働時間の把握のために使用者が講ずべき措置として、労働者の労働日ごとの始業・終業時刻を確認し、これを記録すること。また、その方法は、原則として使用者自らの現認やタイムカード・IC カード等の客観的な記録に基づいて、確実な労働時間を特定化することを求めている<sup>114</sup>。

医療機関の勤務医についての労働時間の把握方法が、この通達に基づき適正になされることは、長時間労働をなくすための前提であるが、日本病院協会の調査では、図(2-10)の通り、タイムカードを利用しているのは 19.0%と、2割にも満たない状況である<sup>115</sup>。

---

<sup>112</sup> 2001 年 4 月 6 日基発第 339 号厚生労働省労働基準局長通達「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関する基準について」、185 頁。

<sup>113</sup> 2001 年 4 月 6 日基発第 339 号厚生労働省労働基準局長通達、同上 186 頁。

<sup>114</sup> 2001 年 4 月 6 日基発第 339 号厚生労働省労働基準局長通達、同上 186 頁参照。

<sup>115</sup> 日本病院会地域医療委員会(2013)、前掲書 53 頁参照。



実態からいっても 36 協定の締結は必須となるどころか、特別条項をもってしてもその時間内に収まるとは到底考えられない。しかし、救急指定病院と、それ以外の病院に区分すれば、この問題は一目瞭然であり、少なくとも整理は可能なはずであるが、現在のところ、それを整理する動きは、行政側にも、病院側にも見られないのは、この医療業界の労務管理に対する認識の甘さにあると指摘しておきたい。

本論は勤務医の苛酷な労働実態とその苛酷な労働実態に対して大きな影響を与える宿日直勤務の実態を見てきた。しかし、そもそも医師の勤務時間が適正に把握され、病院施設内における労務管理が適切になされているのかどうか、次節においては、勤務時間管理の中心となる 36 協定の状況とその問題点等を中心にして、病院の労務管理の実態を併せて検討しておきたい。

### 第3節 勤務医の労務管理の状況

#### 1. 勤務医の労働時間の把握について

2001 年 4 月 6 日基発第 339 号「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関する基準について」によれば、「労働基準法においては、労働時間、休日、深夜業等について規定を設けていることから、使用者は、労働時間を適正に把握するなど労働時間を適切に管理する責務を有していることは明らかである」<sup>112</sup>。また、「本基準の適用から除外する労働者についても、健康確保を図る必要があることから、使用者において適正な労働時間管理を行う責務がある」<sup>113</sup>とし、労働時間の把握のために使用者が講ずべき措置として、労働者の労働日ごとの始業・終業時刻を確認し、これを記録すること。また、その方法は、原則として使用者自らの現認やタイムカード・IC カード等の客観的な記録に基づいて、確実な労働時間を特定化することを求めている<sup>114</sup>。

医療機関の勤務医についての労働時間の把握方法が、この通達に基づき適正になされることは、長時間労働をなくすための前提であるが、日本病院協会の調査では、図(2-10)の通り、タイムカードを利用しているのは 19.0%と、2割にも満たない状況である<sup>115</sup>。

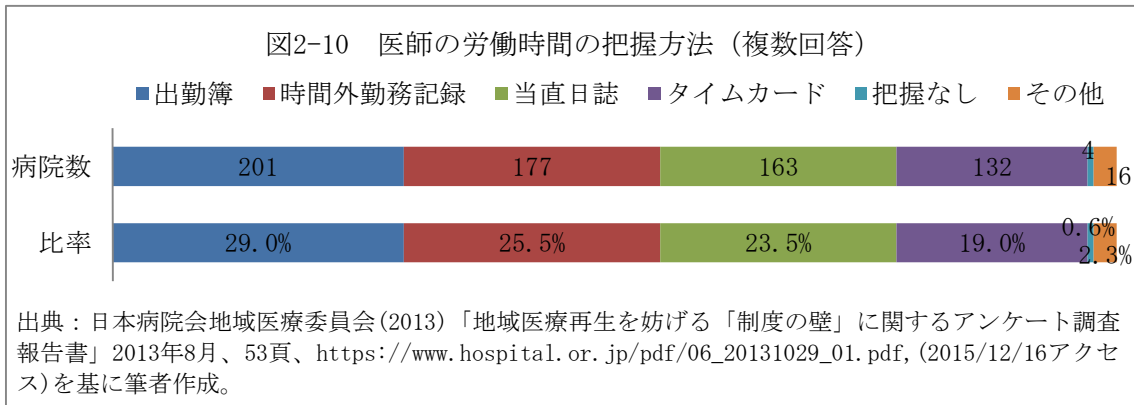
---

<sup>112</sup> 2001 年 4 月 6 日基発第 339 号厚生労働省労働基準局長通達「労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置に関する基準について」、185 頁。

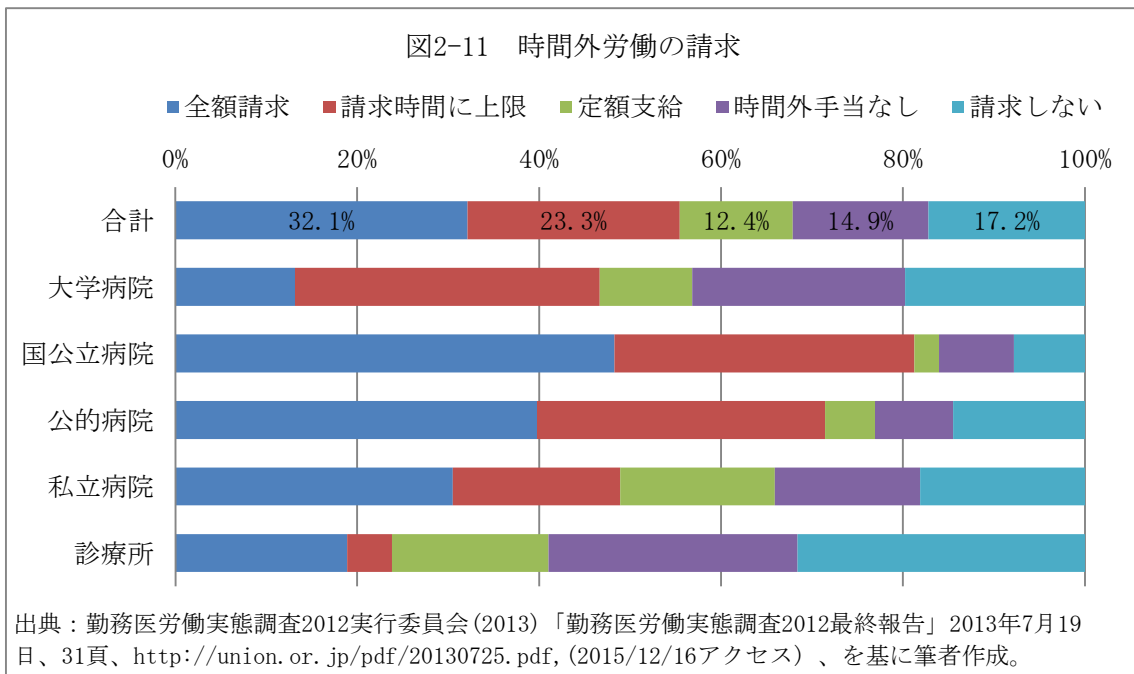
<sup>113</sup> 2001 年 4 月 6 日基発第 339 号厚生労働省労働基準局長通達、同上 186 頁。

<sup>114</sup> 2001 年 4 月 6 日基発第 339 号厚生労働省労働基準局長通達、同上 186 頁参照。

<sup>115</sup> 日本病院会地域医療委員会(2013)、前掲書 53 頁参照。



このように勤務時間管理が正確になされているかどうか不明確な状況において、果たして、時間外労働の請求等はどのようになっているのであろうか。勤務医労働実態調査2012実行委員会の調査では、図(2-11)の通り、実際の時間外労働についての請求について確認している。全額請求していると答えているのは、約1/3に過ぎず、請求時間に上限があったり、時間外手当がもともとなかったりと、その請求実態からみても、労働時間が客観的に把握され、正しく時間外労働が管理され、賃金に反映されているとはいえない状況を確認することができる<sup>116</sup>。



<sup>116</sup> 勤務医労働実態調査2012実行委員会(2012)、前掲書31頁参照。

実際、勤務医の過労死・過労自殺の労災（公災）認定事件において、「遺族側の長時間勤務の立証が大きな壁となることが少なくない」<sup>117</sup>と松丸も指摘している通り、これらを考え合わせると、殆どの医療機関においては、原則的な労働時間の把握はもとより、自己申告による労働時間の把握においても客観性に乏しい実態が見えてくる。

## 2. 36 協定の状況とその問題点

労働時間管理に直結する「時間外労働・休日労働に関する協定」いわゆる 36 協定の状況と問題点を探ってみる。さて、周知のとおり、法定労働時間を超えて、あるいは休日に労働させるには、36 協定を締結し労働基準監督署に届出の必要がある。

しかし、従来、医師の労務管理を疎かにしてきた病院においては、現在に至っても甚だ心もとない状況となっている。松丸がいうように、病院の 36 協定に関する状況では、①36 協定を締結しない、②延長時間の限度基準の範囲内で締結する、③限度基準を上回る特別条項を規定して締結する場合があるなどがみられる<sup>118</sup>。しかしながら、①において、時間外・休日労働をさせた場合、②において、限度時間を超えて労働をさせた場合は、労働基準法第 119 条 1 項の規定により罰則の対象となる。また、③においても、規定時間を超えれば同様である。

1998 年 12 月 28 日付け労働省告示第 154 号<sup>119</sup>には、時間外労働の限度等について指示があるが、そもそも、勤務医を対象としていないものや、特別の事情とはいえないもの、さらには、過労死ラインを大きく上回る常軌を逸した特別条項を設けた 36 協定も散見される<sup>120</sup>。参考のため、延長時間の限度基準を表（2-8）に示しておく。

---

<sup>117</sup> 松丸(2008)、前掲書 58 頁参照。

<sup>118</sup> 松丸(2008)、同上書 58 頁参照。

<sup>119</sup> 1998 年 12 月 28 日労働省告示第 154 号「労働基準法第三十六条第一項の協定に定める時間外労働の限度等に関する基準について」、参照。

<sup>120</sup> 全国医師連盟・全国医師ユニオン(2009)「医療機関における 36 協定全国調査結果」、<http://homepage3.nifty.com/zeniren-news01/uni19.html>, (2015/12/16 アクセス)、参照。

表 2-8 一定期間における延長時間の限度

期間	限度時間	1年単位変形労働時間制の場合の限度時間
1週間	15時間	14時間
2週間	27時間	25時間
4週間	43時間	40時間
1箇月	45時間	42時間
2箇月	81時間	75時間
3箇月	120時間	110時間
1年間	360時間	320時間

出典：厚生労働省(2015a)「時間外労働の限度に関する基準」、

<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/kantoku/dl/040324-4.pdf>, (2015/12/16  
アクセス)、を基に筆者作成。

実際に、全国医師連盟と全国医師ユニオンが、全国の主要病院 1549 カ所を対象として、全国の労働基準監督署に 36 協定の開示請求を行っている。その内容を確認すると、①調査対象の病院には、2 次・3 次の救急医療を担う病院が多く、週 40 時間を超える労働を行っていることが明らかにもかかわらず、36 協定を結ばずに働かせていること、②1 ヶ月の時間外の延長時間が 45 時間以内のものが 594 病院 (54.4%) あったが、24 時間体制の病院において、当直業務が 32 時間連続勤務を前提としているのであれば、1 ヶ月の延長時間が 45 時間以内とは考えられず、協定は全く守られていないこと、③1 日の最大延長時間 20 時間、1 ヶ月の最大延長時間 200 時間、1 年の最大延長時間 1470 時間と考えられない内容の協定があること、④過労死ラインと呼ばれる 1 ヶ月 80 時間を超える時間外労働を定めた協定が 41 都道府県 168 病院 (15.4%) もあったことなどの問題点を指摘している<sup>121</sup>。このように 36 協定の本来の趣旨を全く理解していない実態が顕になっている。

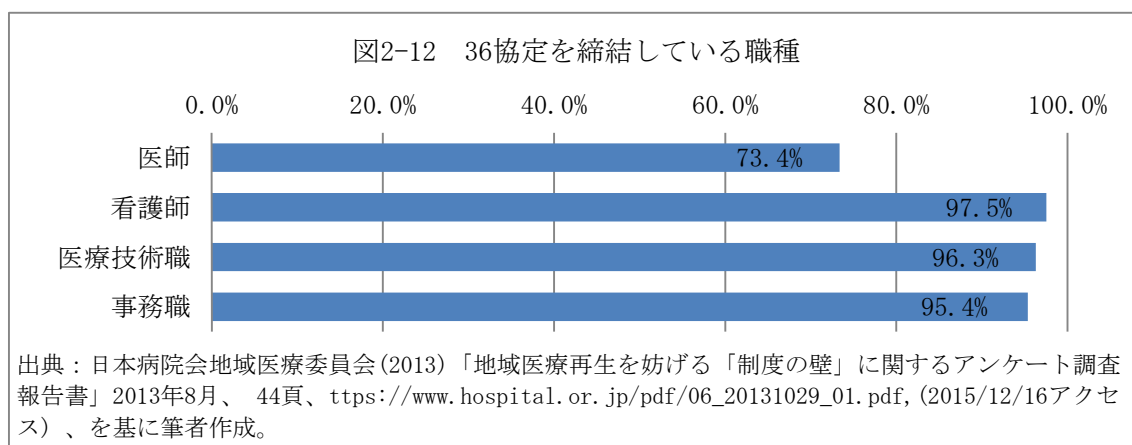
36 協定を届け出る際は、上記労働省告示第 154 号の第 1 条にも示されている通り、業務区分を細分化して業務の範囲を明確にしなければならない<sup>122</sup>。それにしたがえば、職種別、雇用形態別に、かなり細かく申請をしなければならない。しかしながら、36 協定を締結している病院においても、関係するすべての職種を対象としていないものもある。ここでは、病院が締結している 36 協定について、そもそも医師が対象となっているかどうかを確認してみる。

全国医師連盟と全国医師ユニオンの調査においても確認がなされていることであるが、その結果は、調査対象 1549 病院のうち協定が締結・開示された病院は 1091 病院 (70.0%)

<sup>121</sup> 全国医師連盟、全国医師ユニオン(2009)、同上書参照。

<sup>122</sup> 1998 年 12 月 28 日労働省告示第 154 号、前掲参照。

であって、それらのうち、医師又は医師を含むと明記された協定は 622 病院（57.0%）であった<sup>123</sup>。また、日本病院協会地域医療委員会の調査では、医師を含めてその他の職種の調査もなされている。それぞれの職種ごとの締結状況を見てみるならば、図（2-12）の通り、36 協定の対象とされているのは、看護師 315 病院（97.5%）、医療技術職 311 病院（96.3%）、事務職 308 病院（95.4%）、そして医師は 237 病院（73.4%）という数値となっている。医師以外の職種も 100%になっていないのも首をかしげざるを得ないが、約 3 割の病院は、医師を対象とさえしていないという状況である。



このように、病院においては、労務管理のなかで基本ともいえる 36 協定の締結に関して、その杜撰さが露見されており、また、労働者側である医師においては、そもそも 36 協定などの存在についての無関心さがうかがえるところである。

### 3. 是正勧告等に見る労働基準法違反の実態

上記のように、労働時間の把握もあいまいで、36 協定の締結にも問題が多い状況では、当然ながら、労働時間、休憩・休日や有休休暇の取り扱い、それに伴う賃金の支払い等にも問題を生じることは必定である。元を正せば、労働条件の明示や、就業規則の作成及び届出自体にも問題があることが想定される。したがって、ここでは、現在までに、いくつかの労働基準法違反の解析を行っている調査のなかから、3つの調査を取り上げて、表（2-9）の通り、労働基準法全般に対する病院違反の実態を確認する。

<sup>123</sup> 全国医師連盟・全国医師ユニオン(2009)、前掲書参照。

表 2-9 是正勧告に見る労働基準法違反

労働基準法の項目		*1		*2		*3	
		市町村立 病院		都道府県・政令 指定都市立病院		都道府県の 自治体病院	
		違反 回数	比率	違反 回数	比率	違反 回数	比率
第 15 条	労働条件の明示	21	11.1%	15	11.5%	7	6.6%
第 20 条	解雇の予告	0	0.0%	1	0.8%	1	0.9%
第 24 条	賃金の支払	4	2.1%	7	5.4%	5	4.7%
第 32 条	労働時間	150	79.4%	88	67.7%	64	60.4%
第 34 条	休憩	12	6.3%	6	4.6%	3	2.8%
第 35 条	休日	15	7.9%	16	12.3%	16	15.1%
第 36 条	時間外及び休日の労働	1	0.5%	2	1.5%	2	1.9%
第 37 条	時間外、休日及び深夜の割増賃金	74	39.2%	52	40.0%	35	33.0%
第 39 条	年次有給休暇	6	3.2%	2	1.5%	2	1.9%
第 89 条	就業規則の作成及び届出義務	38	20.1%	21	16.2%	11	10.4%
第 106 条	法令等の周知義務	9	4.8%	4	3.1%	3	2.8%
第 107 条	労働者名簿	1	0.5%	2	1.5%	2	1.9%
第 108 条	賃金台帳	26	13.8%	16	12.3%	11	10.4%
第 109 条	記録の保存	0	0.0%	1	0.8%	1	0.9%
	是正勧告回数	189		130		106	
	是正勧告施設数	128	57.1%	80	55.6%	60	30.5%
	対象施設数	224		144		197	

\*1 江原朗 (2011a) <sup>124</sup>、\*2 江原朗 (2011c) <sup>125</sup> \*3 本田宏、江原朗、福島道子、早川佐知子 (2012) <sup>126</sup>

出典：江原朗(2011a)「200床以上の市町村立病院に対する労働基準監督署の是正勧告について」『医事新報』4569:29-33, 2011、江原朗(2011c)「都道府県および政令指定都市が設置する200床以上の病院に対する労働基準監督署の是正勧告について：全国調査」『日医雑誌』140巻7号、2011年10月、1504頁、本田宏、江原朗、福島道子、早川佐知子(2012)「医療現場の労務管理に関する研究-勤務医の過重労働を中心に-」社会保険労務士総合研究所を基に筆者作成。

<sup>124</sup> 江原朗(2011a)「200床以上の市町村立病院に対する労働基準監督署の是正勧告について」『医事新報』4569:29-33, 2011、参照。

<sup>125</sup> 江原朗(2011c)「都道府県および政令指定都市が設置する200床以上の病院に対する労働基準監督署の是正勧告について：全国調査」『日医雑誌』140巻7号、2011年10月、参照。

<sup>126</sup> 本田宏、江原朗、福島道子、早川佐知子(2012)「医療現場の労務管理に関する研究-勤務医の過重労働を中心に-」社会保険労務士総合研究所、参照。

この調査は、200床以上でしかも自治他病院を対象としている。是正勧告を受けたなかで、最も基本的な項目を見てみると、第15条の労働条件の明示がされていない病院が約1割、第89条の就業規則の作成や届け出がされていない病院が2割程度あることがみてとれる。調査対象は一定規模の病院であり、それ相応の従業員を抱えている。詳細は不明であるが、労働条件の明示や就業規則の作成及び届出は、その内容はさておき、医師のみならず病院職員全体の問題であり、労働時間の把握以前の問題である。また、今まで述べてきた通り、病院における労働時間の把握と管理は、非常に杜撰であった。ここでも、第32条の労働時間、第37条の時間外、休日及び深夜の割増賃金の違反が多くあげられており、労働時間の管理全般について問題があることは明らかである。

#### 第4節 欧米に見る医師の労働時間規制

勤務医の労働の実態と労務管理の実態をいろいろな角度から検討してきたのであるが、欧米においても果たして同様の状況なのであろうか。ここでは、欧米の医師の労働時間の実態と労務管理に関して確認することで、日本の労働実態の問題点を確認してみる。

##### 1. 欧米における労働時間と時間規制の推移

先の厚生労働省の「医師の需給に関する検討会」での長谷川の報告では、ヨーロッパ諸国の1週間の勤務時間が提示されており、図(2-13)の通り、概ね40時間前後、勤務時間の長い国でも、50時間を超えてないことがわかる<sup>127</sup>。

---

<sup>127</sup> 長谷川敏彦(2006b)、前掲書参照。

この調査は、200床以上でしかも自治他病院を対象としている。是正勧告を受けたなかで、最も基本的な項目を見てみると、第15条の労働条件の明示がされていない病院が約1割、第89条の就業規則の作成や届け出がされていない病院が2割程度あることがみてとれる。調査対象は一定規模の病院であり、それ相応の従業員を抱えている。詳細は不明であるが、労働条件の明示や就業規則の作成及び届出は、その内容はさておき、医師のみならず病院職員全体の問題であり、労働時間の把握以前の問題である。また、今まで述べてきた通り、病院における労働時間の把握と管理は、非常に杜撰であった。ここでも、第32条の労働時間、第37条の時間外、休日及び深夜の割増賃金の違反が多くあげられており、労働時間の管理全般について問題があることは明らかである。

#### 第4節 欧米に見る医師の労働時間規制

勤務医の労働の実態と労務管理の実態をいろいろな角度から検討してきたのであるが、欧米においても果たして同様の状況なのであろうか。ここでは、欧米の医師の労働時間の実態と労務管理に関して確認することで、日本の労働実態の問題点を確認してみる。

##### 1. 欧米における労働時間と時間規制の推移

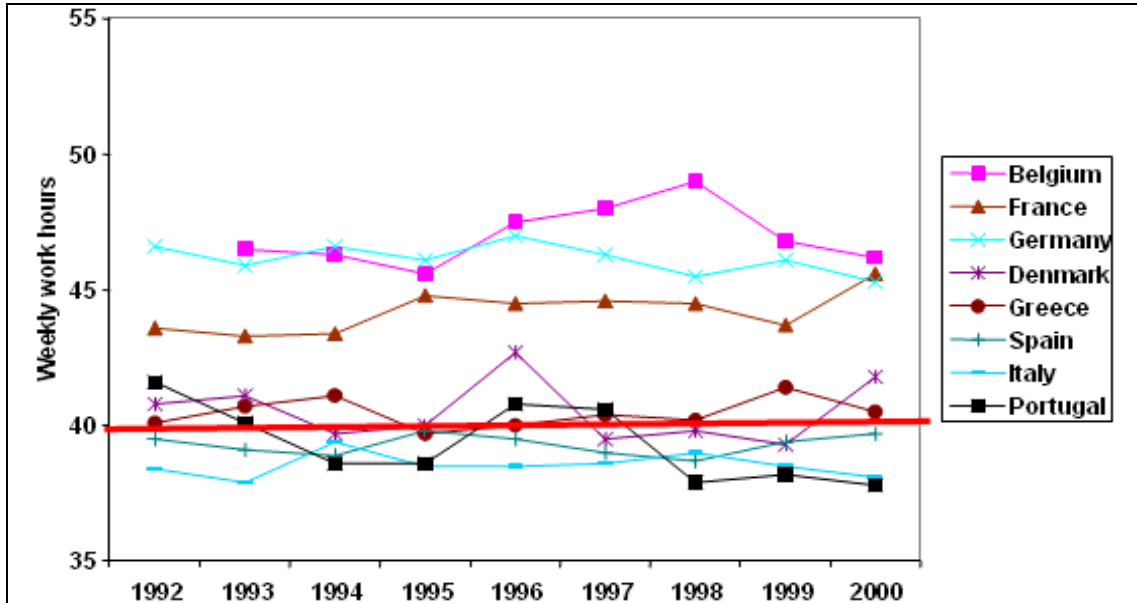
先の厚生労働省の「医師の需給に関する検討会」での長谷川の報告では、ヨーロッパ諸国の1週間の勤務時間が提示されており、図(2-13)の通り、概ね40時間前後、勤務時間の長い国でも、50時間を超えてないことがわかる<sup>127</sup>。

---

<sup>127</sup> 長谷川敏彦(2006b)、前掲書参照。



図 2-13 ヨーロッパの勤務時間 時系列、1 週間



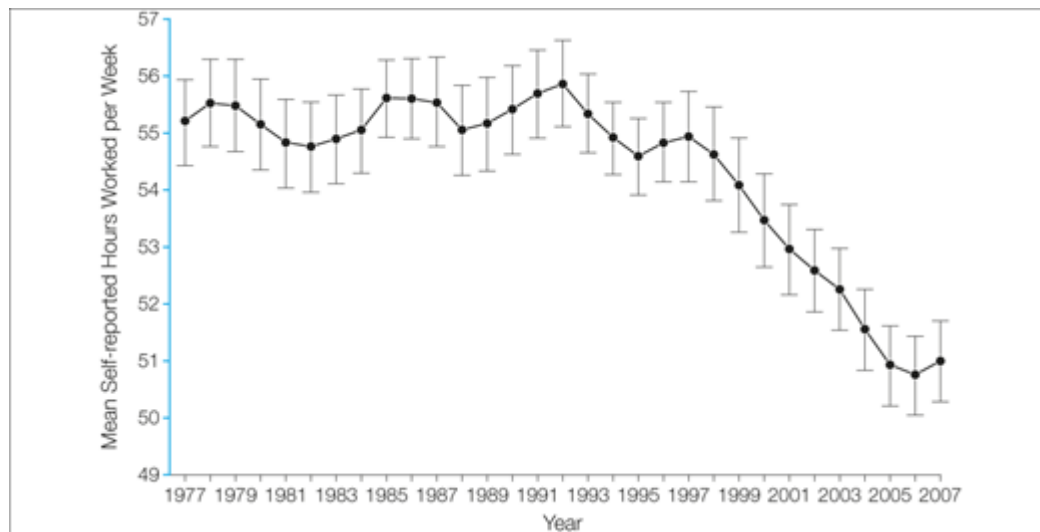
原出典：OECD 報告書

出典：長谷川俊彦(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。

また、全米の医師の労働時間に関して、1 週間の労働時間の推移をみているデータについて確認してみる。図(2-14)の通り、全米の医師の労働時間も1980年代の55時間前後から、1990年代には、低下傾向を示し、2000年代半ばには平均51時間となっており、先のヨーロッパ諸国の労働時間に近づいてきていることがわかる<sup>128</sup>。

<sup>128</sup> Douglas O, Staiger, David I, Auerbach, Peter I, Buerhaus “Trends in the Work Hours of Physicians in the United States”, *JAMA*, Vol303, No. 8:747-753, 2010、参照。

図 2-14 Mean Self-reported Hours Worked per Week by Physicians Between 1977 and 2007



Current Population Survey data based on hours worked in the previous week. Data represent 3-year moving averages for each year plotted (eg, 1977 represents 1976-1978 and 2007 represents 2006-2008) and are weighted using sampling weights. Error bars indicate 95% confidence intervals.

出典: Douglas O, Staiger, David I, Auerbach, Peter I, Buerhaus “Trends in the Work Hours of Physicians in the United States”, *JAMA*, Vol303, No. 8:747-753, 2010、より転載。

ここでは、米国の勤務時間規制の経緯を確認するため、ゴードン・ノエル、大滝純司、松村真司の2011年9月の対談から、以下にその内容をまとめてみる<sup>129</sup>。

①米国の臨床研修制度は、19世紀末の英国の習慣に倣って決められており、研修中の医師は病院に住み、病院で食事をし、非番のときも病院で過ごしていた。しかも、給与はごく僅か、もしくは無給であった。「レジデント（住み込みの者）」という呼び名はそこからきている。研修が修了するまで結婚は控えるものとされ、週1日の休日と年に一度の休暇を除いては、常に病院にいて患者を診療していた。

②1990年代に勤務時間制限が施行されるまで、勤務時間の上限は存在せず、平日には30～36時間連続勤務は当たり前で、週末には60時間を超えて勤務することもしばしばと、昼夜を問わず患者を診ることが普通であった。

<sup>129</sup> ゴードン・ノエル、大滝純司、松村真司(2011)「【第17回】ワークライフバランス(3)」『週刊医学会新聞』2011年9月12日第2944号、[https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02944\\_11](https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02944_11), (2015/10/9アクセス)、参照。

③週 80 時間の勤務制限は、ニューヨーク州の研修病院で、若い女性患者が向精神薬と違法薬物を同時に服用していることを、疲れ果てた担当研修医が見落とししたことで、患者が死亡したことが発端となり、救急病棟、手術室、入院病棟を担当する医師が、週に 120～130 時間も働いて過労になっているという実態が明らかになったことから、医師自らが、ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) を通じて、医療品質とプロフェッショナリズムの観点から勤務時間制限の自主規制を敷いた<sup>130</sup>。なお、睡眠なしで働き続けることが安全を脅かす可能性のある他の職種（航空機のパイロットや長距離トラックの運転手など）では、連邦政府から週 40～50 時間に労働時間を制限する規制を受けている。

④ヨーロッパでは、既に多くの国で週間労働時間がかなり短縮されており、労働時間の短縮が最も進んでいるフランスでは、現在の法定労働時間は、医療業界も含めて週 35 時間で年 6 週間の休暇が平均的となっており、他の多くの国で研修医を含む医師の労働時間は、週 40 時間と規定されている。患者の診療が終わらないのに職場を離れなければならない、症例数もすくなくなるということで、研修医団体が、もっと長時間の労働を認めるよう政府に陳情した例もあるくらいである。

⑤2011 年 7 月には、さらに厳しく改定され、レジデントの連続勤務時間は、特別な場合を除いて 24 時間以内となり、インターンは 1 回のシフトで連続 16 時間を超えて勤務することは禁止となった。この改定を受け、研修教育プログラムは当直スケジュールを見直すこととなった。その結果、20 世紀の長時間勤務は当たり前という労働規範が大きく変化した。1 つは、研修医の労働時間の短縮が他の多くの医師にも波及し、例えば 1 回 12 時間のシフトを月に約 13 回担当（160 時間／月）するホスピタリストや救急医と同様なシフト勤務となった。そして、子供を持つ多くの男性・女性医師が、勤務時間を短縮し家事を分担することとなった。2 つ目は、研修病院に研修医という安い労働力への依存を放棄させた。

⑥いままで米国の研修病院は、健康保険の適用制限患者や無保険者に対する“割に合わない”ケアを担ってきており、賃金の高いスタッフドクターやフィジシャンアシスタントの代わりとして、週 80 時間労働の研修医を使ってきた。病院は、その後一旦は、研修医に労働強化を強いたが、研修医が担当できなくなった患者のケアを担うべく、熟練医師や、ナースプラクティショナー、フィジシャンアシスタントを雇うことを余儀なくされた。

このように、米国においては、医療事故などを契機としていち早く労働時間の規制に着手してきている。ヨーロッパにおいても 1993 年に EU 指令が発行され、2008 年 12 月 17 日には、3 年の猶予をおいて、それまで例外のあった研修医の労働時間に関しても 1 週平均 48 時間の労働時間の上限を設けることが決定されるなど、改正を重ねてきている。しかも、

---

<sup>130</sup> ACGME(2011)「Common Program Requirements」、  
[http://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PDFs/Common\\_Program\\_Requirements\\_07012011\[2\].pdf](http://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PDFs/Common_Program_Requirements_07012011[2].pdf), (2015/12/2 アクセス)、参照。

単なる労働時間のみならず、連続勤務においても歯止めをかける努力がなされており、このことは勤務間隔をあけることを規定していると思われる<sup>131</sup>。

## 2. 労働時間規制等に関する日米欧の比較

日本における勤務医の最大の問題であるいわゆる宿日直に関しても、江原によれば、表(2-10)に示す通り、米国では、当直は労働時間として算定され、当直時間を含めて週80時間の上限を設定している。そればかりではなく、外部へ出張して当直する時間に関しても、勤務先の労働時間に合算される。日本においても常勤医師や非常勤医師の他の医療機関での勤務も本来合算されるべきであるが、ほど遠い話である。また、連続勤務もレジデント1年目では16時間、2年目でも24時間に制限されており、当直明けは帰宅することができる。また、当直後24時間は次の仕事を与えないようにとの指導もある。また、宅直においても、病院での滞在時間に関しては、労働時間として算定するよう求めている。同様にEUでも当直を労働時間として算定する体制が整備されており、院内当直に相当するactive on-callと宅直に相当するinactive on-callともに労働時間とみなされている。つまり、電話相談をするだけで登院する必要のないinactive on-callについても労働時間に含まれるのである<sup>132</sup>。

---

<sup>131</sup> Working Time Directive: No exceptions to the 48-hours maximum working week and opt-out scrapped after three years say MEPs,  
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?language=en&type=IM-PRESS&reference=20081215IPR44549> (2015. 12. 16 アクセス)、参照。

<sup>132</sup> 江原朗(2011b)「主要国の医師労働状況と日本の現状」、  
[http://plaza.umin.ac.jp/~ehara/my\\_paper/Shipo\\_4565\\_64.htm](http://plaza.umin.ac.jp/~ehara/my_paper/Shipo_4565_64.htm), (2015. 11. 10 アクセス)、参照。

表 2-10 医師（米国は研修医）の労働時間の上限規制（2011年9月現在）

	EU	アメリカ	日本
規制の様式	EU 議会の決議	卒後研修施設認定組織の規定	労働基準法
施行	2011. 12. 17	2003. 7. 1	1947. 4. 7
労働時間の上限（時間/週）	平均 48 時間	平均 80 時間	40 時間
連続最大労働時間		1 年目 16 時間 2 年目 24 時間	
上記の平均に用いる期間	12 か月	4 週	
例外規定	例外なし	一部週 88 時間の例外あり	36 協定締結で時間外・休日労働が可能
当直・宅直	労働時間	労働時間（宅直は診療応需と院内滞在時）	宿日直扱いの不適切な運用

出典：江原朗(2011b)「主要国の医師労働状況と日本の現状」、

[http://plaza.umin.ac.jp/~ehara/my\\_paper/Shipo\\_4565\\_64.htm](http://plaza.umin.ac.jp/~ehara/my_paper/Shipo_4565_64.htm), (2015. 11. 10 アクセス)

以上みてきたように、諸外国においては労働時間のみならず、その取扱い方法に関しても、従来の考え方を変化させてきている。その根底には、長時間の労働と疲労の蓄積との関係と、それらを一因とする医療事故、そして何より、医師本人の健康の問題に関して、医師たち自らが規制に取り組み、その働き方を変化させてきている。

しかしながら、日本においては、ごく一部を除いて、医師たち自らが旧来の意識を変革することなく、旧態依然とした職場環境のなかで無関心を装っているのが、なお現状のように思えてならない。

さて本章においては、過去に相当数行われてきた労働実態調査から、長時間労働と苛酷な過重労働の実態、そして調査自体に潜む問題点を指摘し、病院の労務管理の状況を確認した。

次いで第 3 章においては、勤務医の過重労働を招いた要因を医療労働の労働過程に照らして整理するとともに、それらに対して実施されてきた対策及びその問題点を確認する。

### 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る。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、直接的に価値を産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。

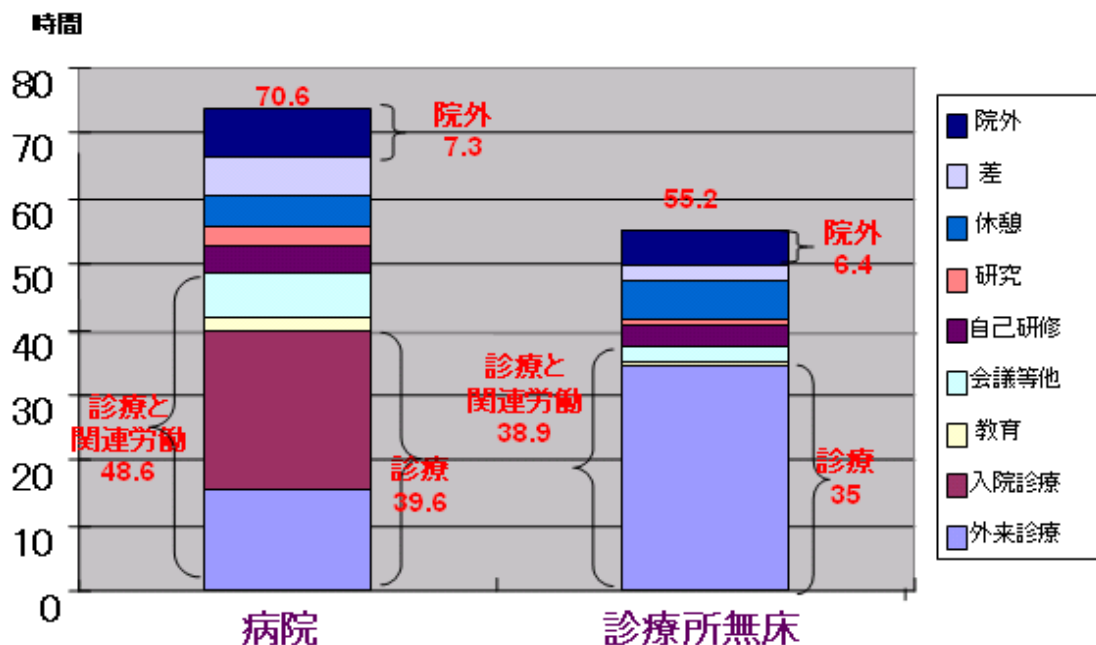
<sup>143</sup> 厚生労働省(2010b)「チーム医療の推進に関する検討会報告書、「チーム医療の推進について」」2010年3月19日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf>, (2015/12/05 アクセス)

<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。

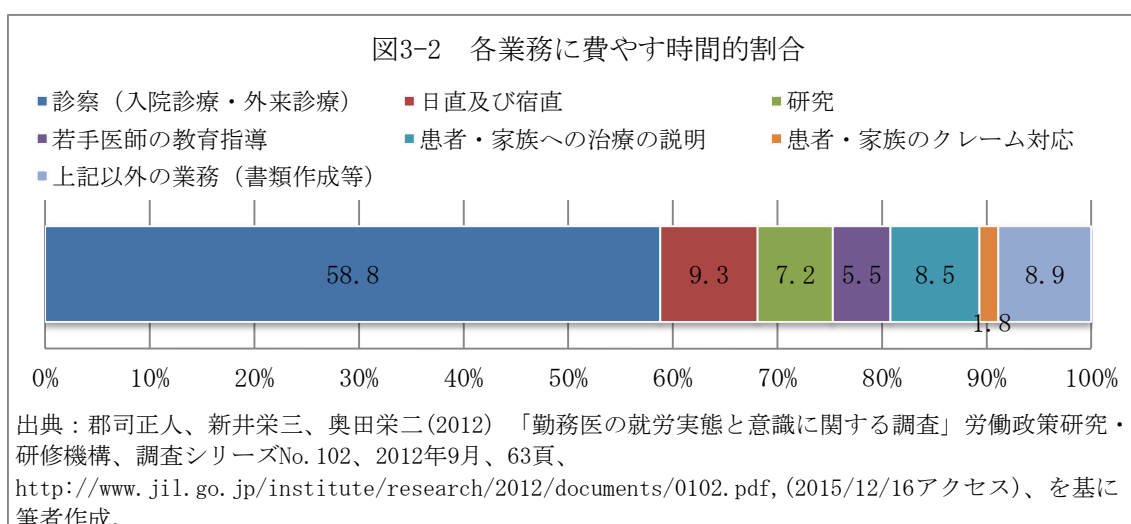
- ① 患者の入院期間の短縮及び患者の高齢化による診療密度の上昇
- ② インフォームド・コンセント、医療安全に対する配慮の強化
- ③ 医療技術の向上と複雑化、多様化

<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。

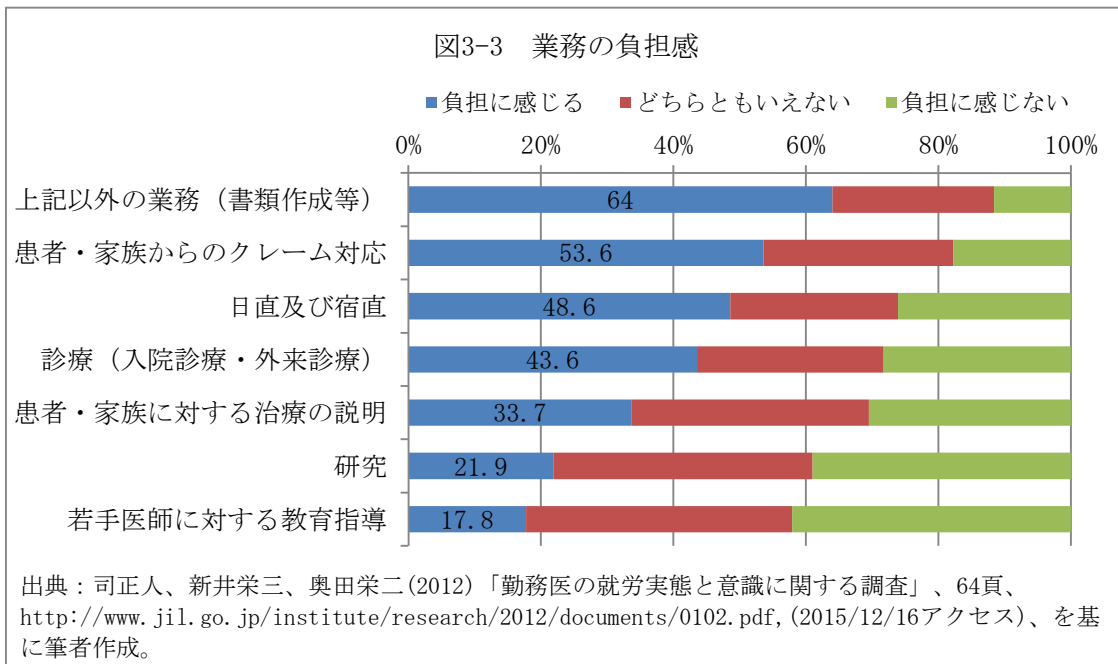


これらの業務に対する医師の負担感については、「非常に負担を感じる」から「ほとんど負担を感じない」の5段階で尋ねているが、図(3-3)に示されている通り、「負担を感じる」(非常に負担を感じる、やや負担を感じるの合計)割合は、「上記以外の業務(書類作成等)」が64.0%ともっとも高くなっており、次いで、「患者・家族からのクレーム対応」(53.6%)、「日直及び宿直」(48.6%)、「診察」(43.5%)などとなっている。なお、「非常に負担を感じる」の割合に注目すると、「患者・家族からのクレーム対応」が26.5%と他に比べて高い<sup>148</sup>。

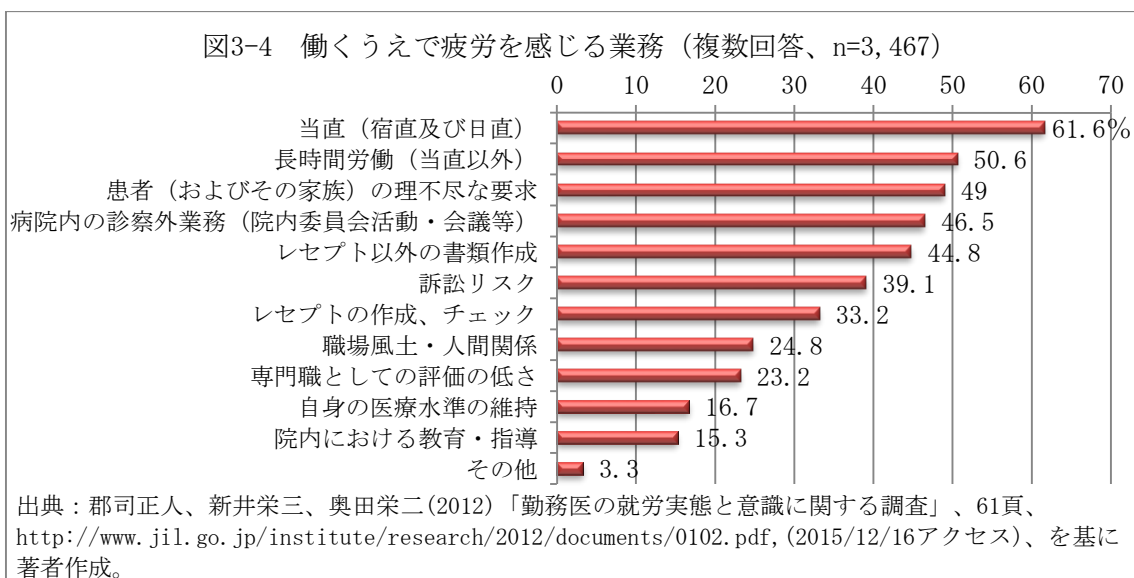
<sup>146</sup> 厚生労働省(2006)、同上書5頁参照。

<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。

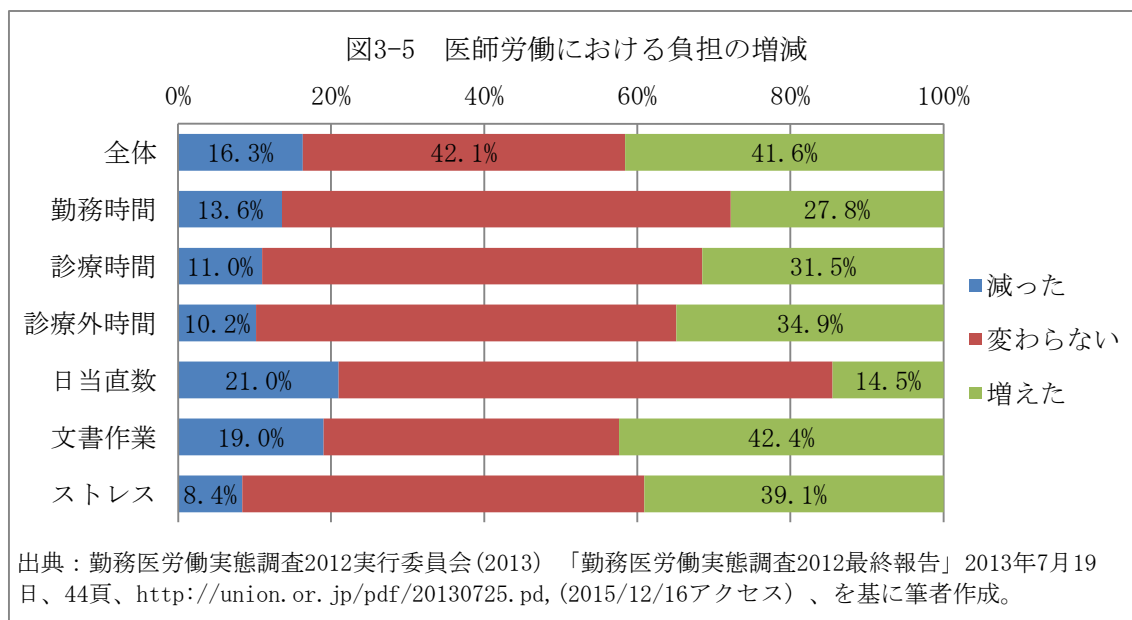


更に、これらの業務のなかで働くうえで疲労を感じるものについては、図(3-4)の通りである。これによれば、「当直(宿直及び日直)」が61.6%で、以下「長時間労働(当直以外)」50.6%、「患者(及びその家族)の理不尽な要求」49.0%、「病院内の診察外業務(院内委員会活動・会議等)」46.5%、「レセプト以外の書類作成」44.8%等となっている。業務の負担感についても確認しているが、負担を感じるものとして、順に「レセプト以外の書類作成」が64.0%、「患者(及びその家族)の理不尽な要求」が53.6%などとなっている<sup>149</sup>。



<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、患者の予後を決定す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ばれる変化は、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。

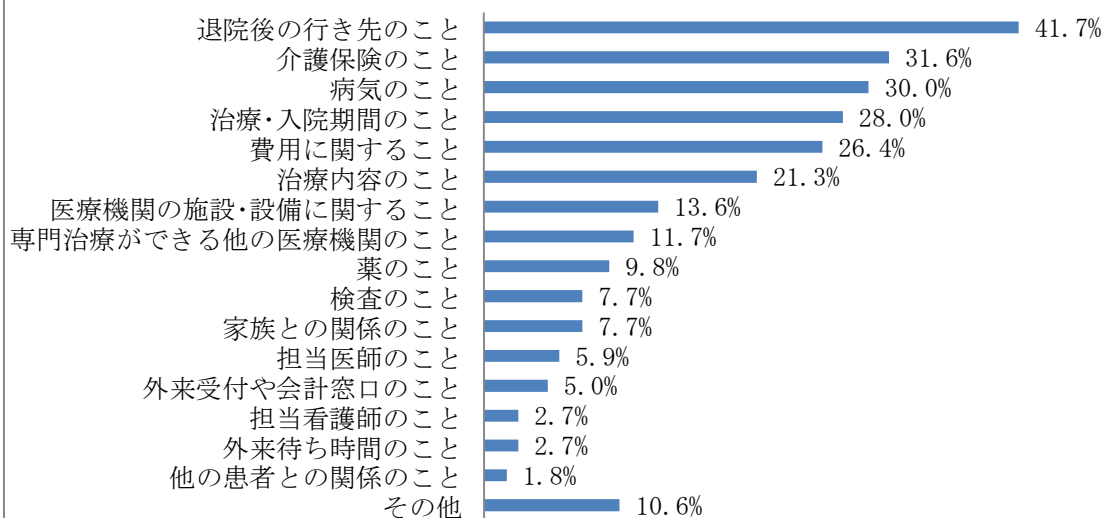
<sup>177</sup> 厚生労働省(2007a)「第 2 回医療機関の未収金問題に関する検討会資料 3、『いわゆる医師の応召義務に関する規定等』」2007 年 8 月 3 日、参照。

<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的设计概要にもよるが、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>。

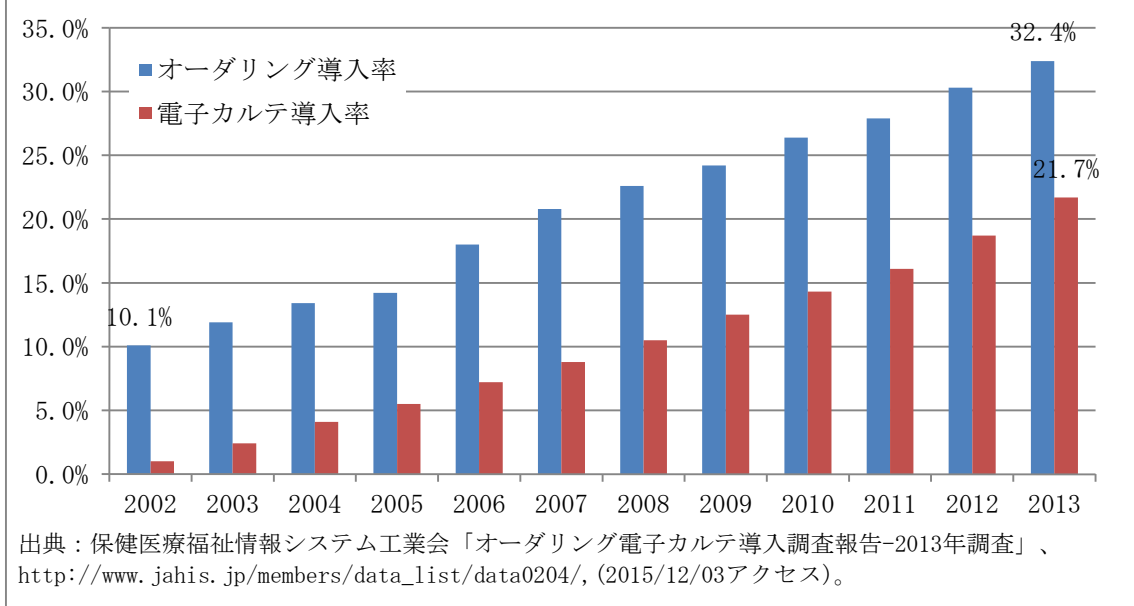
<sup>183</sup> 川上武、藤井博之、梅谷薫、山内常男(2006)、前掲書 158 頁参照。

<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>といている。

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。

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。

士などがある<sup>193</sup>。このうち、第二次世界大戦前にあったものは、医師、歯科医師、看護婦（看護師）、薬剤師だけであったが、戦後改めてそれらの身分法が制定された後、次々と新しい資格が誕生することとなった。

その数は、医療労働手段の進歩とともに細分化・専門化し、その総数は、表（3-1）の通り、1970年に比べて3.2倍以上となっている。その間、医師は2.5倍、理学療法士24.4倍、作業療法士60.4倍、視能訓練士10.4倍、診療放射線技師8.6倍、臨床工学士9.6倍、管理栄養士9.0倍などになっており、技術の進歩に伴い医師以外のメディカルスタッフの増大がみられる<sup>194</sup>。

表 3-1 病院の常勤換算医療従事者数の推移

	1970	1980	1990	2000	2010	2014	倍率
総数	636,074	985,768	1,326,970	1,641,419	1,868,256	2,043,369	3.2
医師	84,205	136,097	147,539	167,366	195,368	210,112	2.5
歯科医師	3,997	7,102	8,113	8,951	10,203	10,006	2.5
薬剤師	13,287	22,622	34,937	41,071	43,295	46,663	3.5
保健師			1,401	2,012	4,677	5,272	3.8
助産師	7,561	11,946	14,692	17,584	19,224	22,224	2.9
看護師	106,022	211,540	353,382	524,578	682,604	767,701	7.2
准看護師	115,123	161,186	232,715	223,633	161,126	135,799	1.2
看護業務補助者	59,204	88,045	122,368	210,857	196,073	196,696	3.3
理学療法士（PT）	2,712	2,585	8,601	19,025	47,541	66,151	24.4
作業療法士（OT）	659	764	3,490	9,305	30,795	39,786	60.4
視能訓練士		383	948	2,081	3,340	3,968	10.4
言語聴覚士				2,485	9,663	13,493	5.4
義肢装具士			55	54	59	63	1.1
歯科衛生士	741	1,804	2,864	3,652	4,519	5,363	7.2
歯科技工士	756	1,040	1,060	906	759	712	0.9
診療放射線技師	4,932	12,962	23,407	33,247	38,907	42,258	8.6
診療 エックス線技師	3,743	2,066	1,474	656	248	180	0.0
臨床検査技師		27,167	40,110	44,826	48,986	52,962	1.9
衛生検査技師	14,085	1,577	763	370	158	113	0.0
臨床工学技士			1,857	6,372	13,767	17,919	9.6

<sup>193</sup> 福原麻希(2013)『チーム医療を成功させる10か条』中山書店、参照。

<sup>194</sup> 厚生労働省(1995～2014)「医療施設調査・病院報告」、参照。

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html>, (2015/12/03 アクセス)

あん摩マッサージ指圧師		6,015	7,040	5,072	2,272	1,642	0.3
柔道整復師					582	523	0.9
管理栄養士		2,346	7,452	14,801	18,285	21,207	9.0
栄養士	11,587	14,885	14,835	8,283	5,682	4,851	0.4
精神保健福祉士				1,912	7,455	8,870	4.6
社会福祉士					5,971	9,259	1.6
介護福祉士					33,144	42,988	1.3
その他の技術員	13,814	16,307	19,527	19,594	16,365	16,412	1.2
医療社会事業従事者	1,838	2,624	4,630	8,499	9,062	9,527	5.2
事務職員	82,077	112,684	142,809	150,933	176,280	209,955	2.6
その他の職員	104,614	127,348	126,910	111,402	81,849	80,695	0.8

\*倍率は、データがある年度からの倍率

出典：厚生労働省(1995～2014)「医療施設調査・病院報告」、

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html>, (2015/12/03 アクセス)、を基に筆者作成。

医師对患者との社会関係とは別に、医師対医療従事者との社会関係が重要視されてくるようになっている。つまり、医師の業務範囲は医療技術の進歩と共に多義にわたり、いまやメディカルスタッフとの協業関係なしには、診断治療は困難となってきた。なぜならば、患者との関わりのなかで、医師のみならず医師以外のメディカルスタッフを含めた関わりが重視されるようになってきているからであり、医師の業務範囲の拡大とともにある意味では医師の支配力の低下が招来してきていることを意味しているからでもある。医師の労働は多職種との関わりのなかでチーム医療へと向かっているのであり、そのための前提条件として、医療の標準化が志向されることとなっている。したがって、ここでは医療の標準化が、医師の労働にどのような影響を及ぼしているのかを確認する。

## 2. 医療の標準化と DPC 制度

医療が分化・発展するなかで、医療の標準化は、効率的で安全な医療を進める上で必要不可欠な条件となる。1950 年頃から、米国工業界では、製造工程の管理技法として、クリティカルパスメソッド (CPM) が広く実用されていた。1983 年米国で DRG/PPS (Diagnosis related groups/Prospective payment systems:医療費の診断群類別定額支払い制度) が導入され、その 2 年後、ボストンのニューイングランド・メディカルセンターのカレン・ザンダー女史によってクリティカルパス (クリニカルパスともいわれる) の手法が入院患者

のケアに導入されたのが始まりである<sup>195</sup>。

日本では、1992年頃から徐々に広まり、インフォームド・コンセントの充実、チーム医療の展開、患者中心の医療への変革、医療資源の節約、安全性の向上など医療の質を高めるツールとして認識されはじめるが、現実には、1998年のDRG/PPSの試行後、2000年に急性期診療加算の条件にクリティカルパス類似の「入院診療計画書」が導入されたこと、そして、2003年4月の閣議決定に基づき、全国82の特定機能病院を対象に日本版DRG/PPSであるDPC (Diagnosis Procedure Combination) 制度 (DPC/PDPS : 「DPC : Diagnosis Procedure Combination 診断群分類」、「PDPS : Per-Diem Payment System 1日当たり包括支払い制度」) (急性期入院医療を対象とする診断群分類に基づく1日あたり包括払い制度である<sup>196</sup>) が開始されたことなどが、クリティカルパス普及の契機ともなった<sup>197</sup>。

クリティカルパスは、Spathによって医療チームが共同で作成した、患者の最良のマネジメントと信ずる仮説と定義され、入院中の全ての治療・処置・検査が含まれているのであり、医師のみならず、看護師、薬剤師等多数の職種の医療関係者が協議しながら作成するものである。しかしながら、日本でのクリティカルパスの普及は十分とは言えなかった。これは、治療内容の画一化、バリエーションの際の患者不安、訴訟への発展、医師の裁量権の侵害といった医師のクリティカルパスに対する誤解が一因であり、クリティカルパスの導入には、医師を頂点としたピラミッド構造から、職種による上下のないフラットな関係でチーム医療を進めるといった意識改革が必要だったからである<sup>198</sup>。

本来的に見れば、医療の標準化としてのクリティカルパスと包括支払い制度とはきつても切り離せないものと認識することができる。日本においては、上記のようにクリティカルパスに対する医師の嫌悪や、組織変革に対する医師の抵抗などが相まって、クリティカルパスの導入が遅れたこと、診療科ごとの医師のセクショナリズム、専門職ごとのセクショナリズムなどが存在しているため医療職相互間における言語の統一さえもままならない状況など、医療の標準化に対する根強い抵抗もあった。このことは、日本において電子カルテなどの導入が進んでいないことの要因にも通じており、病院間はもちろんのこと、診療科間においても、医療の標準化という概念そのものが遅れていたように思われる。そのことは、日本型の包括払いにも表れており、あえて医療の標準化をすすめなくても、あるいは、クリティカルパスを導入しなくても、診療報酬の確保は難しくない制度であったからである (その点は、この後指摘をする)。このように、日本型の包括払い制度には、クリ

---

<sup>195</sup> 小西敏郎(2008)「クリニカルパスの導入で何が変わったか?」『外科治療』、Vol. 99, No. 5, 2008年11月、495頁参照。

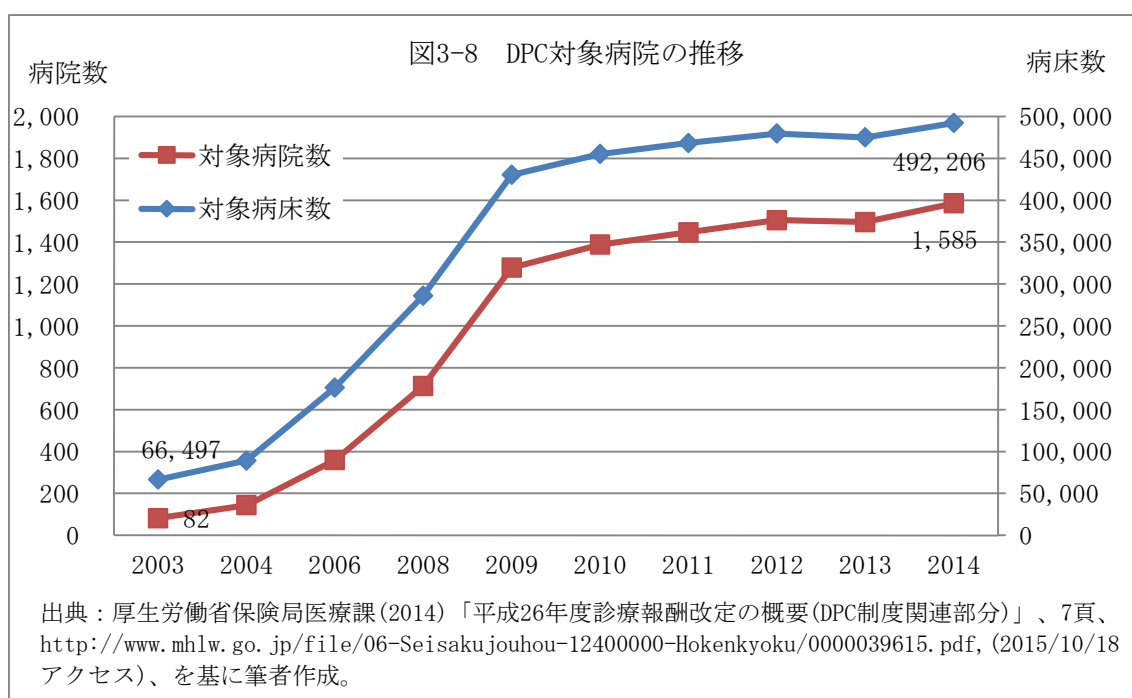
<sup>196</sup> 厚生労働省保険局医療課(2014)「平成26年度診療報酬改定の概要(DPC制度関連部分)」2014年3月5日、5頁参照。  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039615.pdf>, (2015/10/18アクセス)

<sup>197</sup> 小西敏郎(2008)、前掲論文 495頁参照。

<sup>198</sup> 小西敏郎(2008)、同上論文 495～498頁参照。

ティカルパスを強力に推し進めなければならないほどの働きかけはなかったといえる。

DPCという呼称は、「患者分類としての診断群分類」の意味で作られた略称であり、「診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度」を意味する場合とが混在し、両者の使い分けを明確にする必要があったことから、支払制度としてのDPC制度の略称についてはDPC/PDPS (Diagnosis Procedure Combination / Per-Diem Payment System)とすることで2010年12月16日のDPC評価分科会において整理されている<sup>199</sup>。2003年以来、図(3-8)の通り、DPC/PDPSの対象病院は段階的に拡大され、2014年4月1日見込みで1585病院、約49万床となり、2012年度の医療施設調査による一般病院数7493に対して21.1%、全一般病床数89万8116床に対して53.4%を占めるに至っている<sup>200</sup>。



包括評価の基本的な考え方として、適切な包括評価とするため、評価の対象は、バラつきが比較的少なく、臨床的にも同質性(類似性・代替性)のある診療行為又は患者群としている。診療報酬の包括評価は、平均的な医療資源投入量に見合う報酬を支払うものであることから、包括評価の対象に症例・包括項目(包括範囲)全体として見たときに適切な診療報酬が確保されるような設計とされている<sup>201</sup>。包括評価(定額点数)の水準は出来高報酬制度における点数算定データに基づいて算出されている。これは、既存の出来高診療報酬体系で評価されていた医療機関の報酬体系の移行としてDPC/PDPSを発足させたことと、

<sup>199</sup> 厚生労働省保健局医療課(2014)、前掲書6頁参照。

<sup>200</sup> 厚生労働省保健局医療課(2014)、同上書7頁参照。

<sup>201</sup> 厚生労働省保健局医療課(2014)、同上書12頁参照。

既存の診療報酬体系と独立したコスト調査等の結果に基づく包括点数設定は現実的に困難（データや評価体制が不十分）なことから、制度設計としては、出来高見合いの報酬設定が基本となっている<sup>202</sup>。

更にいえば、急性期病院のすべての収入が包括払いとなっているわけではなく、包括評価部分は、入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、1000点未満の処置等のホスピタルフィー的報酬部分であり、医学管理、手術、麻酔、放射線治療、1000点以上の処置等のドクターフィー的報酬分等は、出来高評価となっている。このように、手術を積極的に行う入院診療単価の高い病院は、包括収入の割合が低くなり、ドクターフィー的要素である出来高部分の割合が高くなる。病院の機能にもよるが、包括収入の割合は、一般に内科系病院では60～70%、外科系病院では50%を下回ることもある<sup>203</sup>。

DPC環境下では、クリティカルパス等により医療の標準化を進めながら入院日数短縮を図ることが重要であるが、ことはそれほど単純ではなく、上記のような激変緩和措置により、医療機関別係数と呼ばれる係数が存在し、医療機関の機能等により収入が異なる仕組みとなっている。DPCへの参加は任意となっており、急性期の病院がすべてDPC対象病院、DPC準備病院となっているわけではないが、最近では、200床未満の病院が比較的多く、なかには20床台のケアミックス型病院なども含まれている。この背景には、上記で示した制度設計があり、DPCに参加しても損失を伴わず、むしろ収入が増える仕組みとなっていることが考えられ、裏を返せば導入し易い仕組みといえる<sup>204</sup>。

DPCを利用して、クリティカルパスの仕組みを作り、標準化を押しすすめて効率化につなげていくことによって作業の標準化がなされ、単純なエラーの低減と、それに伴う医療安全、医療品質の確保、更には、標準原価の設定による、原価計算・予算管理等の効率化と、さらなる利益の確保などが実現できる。しかし、日本の医療の現実をみるならば、ある意味において、診療報酬が保証されている仕組みであるためにあえて標準化を推し進めなくても、従来通りの診療報酬は確保できるシステムとして機能している。これが現実である。

医療の標準化を推進することが遅れていることの背景には、先にも若干触れたことであるが、第1に、従来の管理部門の業務は収入面においては、単なる月ごとの請求の積み上げであり、請求内容のチェックや請求漏れをいかに少なくするかなどに重点が置かれていたことがある。また、支出面においても同様に積み上げ方式であって、在庫管理は部署任せとなっていたなど、管理部門が各部署の業務への介入に徹し切れていなかったこともあげられよう。第2に、医療の現場においては、診療科ごと、部門ごとに異なる言語が飛び交い、また、業務手順も異なることから、それらを統一することにはかなりの抵抗があった。特に医師においては、出身医局ごとに異なる業務手順をその病院の手順に合わせなければなら

---

<sup>202</sup> 厚生労働省保健局医療課(2014)、同上書 13 頁参照。

<sup>203</sup> 木村洋編著(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、50 頁参照。

<sup>204</sup> 木村洋編著(2011)、同上書 53～65 頁参照。



らないこと、また、派遣先の病院が異なれば、その標準化も異なる場合があることであった。更には、医師の手から事務方に回っていた業務が、再び医師の手に返ることとなり、医師の側に当面の業務負担が増加することなどがあげられる。第3に、医療の標準化を見据えた電子カルテなどの導入において、医療器械メーカーごとに異なるシステムとなっているという現状では、どれが日本の標準化であるかどうかの判断は、困難を極めているということもある。また、病院ごとにオーダーメイドするにしても、基幹の部分の考え方は、電子カルテを開発する際に協力した病院の業務手順となっているというのが現実である。つまり、逆にあるメーカーの電子カルテを採用するということは、病院の手順を電子カルテの手順に合わせなければならないことになってしまう。しかも、その導入費用は決して安価な金額ではない<sup>205</sup>。

このように、医療の標準化と、クリティカルパス、電子カルテ、包括払い方式等の導入は、全てがお互いに絡み合っており、医療施設内においてこれらの全てを全面的に推進するためには、全てのメディカルスタッフが垣根を越えて協力するという体制の構築が必要不可欠なものとなる。現在、DPCへの参加病院は、図(3-8)の通り、順調に増加しているのであるが、真の意味における医療の標準化といった意味においては、まだまだ取り組みのスタート段階に留まっており、本格的な導入は大幅に遅れていて、医師の労働の負担軽減に寄与しているとは言い難いといっても過言ではない。しかも、データ提出評価係数の確保などのためにかえって労働負担が増しているといった話もある。また、外来診療は包括払いの対象ではないため、術前検査や内服薬は、できる限り外来時に実施されることとなる。したがって、その面でも外来における労働負担は増すこととなる<sup>206</sup>。このように、労働負担の軽減という面では、若干の問題も抱えている。医療の標準化及びクリティカルパスの普及が遅々としている状況のなか、チーム医療もまだまだ進展途上と考えられる。次にチーム医療の問題について検討しておきたい。

### 3. チーム医療への取り組み

医療の標準化とも深く関連し、チーム医療は、医療労働の分化・発展を統合する重要な手段である。米国の病院では複数の医師がチームを組んで個々の患者の診療にあたるチーム医療がスタンダードである。チーム医療が徹底している米国では医師をサポートするスタッフも多く、マンパワーの充実は医療の安全性を確保する上でとても重要である<sup>207</sup>。

M.D. アンダーソンがんセンターの上野は、米国でチーム医療に該当する言葉は、「multidisciplinary care」であるが、これには二面性があり、①外科、内科、放射線治療、病理というようにいろいろな専門医がコミュニケーションよく治療方針を固めていく

<sup>205</sup> 川上武、藤井博之、梅谷薫、山内常男(2006)、前掲書 60 頁参照。

<sup>206</sup> 木村洋編著(2011)、前掲書 54、63 頁参照。

<sup>207</sup> 本田宏(2007)、前掲書 198 頁参照。

という意味と、②看護師や薬剤師といった多職種で連携するという意味があるという。つまり、自分の守備範囲、責任のとれる範囲を明確にし、それ以外はコミュニケーションをとるということになる。したがって、医師は、患者のケアについてリーダー的役割を果たすが、細部は他の専門家に任せ、全体のかじ取りをすることが重要であるとしている<sup>208</sup>。

さて、医療の労働対象について、本章第 1 節で述べたが、実際、医療労働に関しては、医師のみが患者と係わりあっているわけではなく、患者が来院して退出するまでの間には、外来のみであろうが入院であろうが、医師及び医師以外のあらゆる医療職が患者に係わることとなる。しかし、1 人の患者に対し、医師の指示の下で他職種の医療従事者が連続的に自らの職能をもって、与えられた任務を遂行することがチーム医療であるとすれば、現在に至るまでも現在においてもチーム医療が行われているということになる。つまりチーム医療という言葉は、既に長い間使用されており、人によってその解釈するところは異なると言わざるを得ない。このように考えるならば、実際、チーム医療は決して新しいテーマではないといえよう。細田はその著述のなかで、チーム医療の起源を見ることができると指摘して、医療法制定当時の医療関係者の文書、「病院は、優れた医師がいさえすれば良いのではなく、看護や検査や事務などの各部門の人々が一定の水準を保ち「調和協調」することができる」ところ」に病院という医療提供の形がチーム医療を必要としていたと指摘している<sup>209</sup>。福原は、その著書で紹介しているように、医学中央雑誌検索で一番古い論文は、1982 年で 26 論文があったと指摘している<sup>210</sup>。因みに 1976 年の芝田氏の著述のなかにも「チーム医療」という用語の使用が見られる<sup>211</sup>。少なくとも 80 年代には、医師だけで一連の医療行為を行うことに限界を感じている人がいたといえる。

従来日本の病院組織の多くは、医師のみが診療科別、他の職種は、専門分化された部門別の組織形態となっており、医師の治療方針によって専門職ごとの分業により実践されていた。そのため、日本の医療の原型である医師対患者の 1 対 1 の主治医性を根拠に、チームリーダーは医師とされてきた。その後、時代が進み、慢性疾患の増加、高齢者疾患の増加、医療技術の進展、それに伴う倫理問題など、主治医のみではカバーできない状況が醸し出され、更に医療の現場でも 1 病院のみでは完結できない地域への拡大も見られてきた。疾病構造の変化に伴い治療からケアへと医療の意味も変遷するなかで、チーム医療も変化を求められてきた<sup>212</sup>。

---

<sup>208</sup> 週刊医学会新聞(2006)「チーム医療特論」2006年6月12日第2686号、医学書院、参照。  
[http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/n2006dir/n2686dir/n2686\\_01.htm](http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/n2006dir/n2686dir/n2686_01.htm), (2015/10/18 アクセス)

<sup>209</sup> 鷹野和美編著(2002)『チーム医療論』医歯薬出版、2頁参照。

<sup>210</sup> 福原麻希(2013)、前掲書 3頁参照。

<sup>211</sup> 芝田進午編(1976)、前掲書 22頁参照。

<sup>212</sup> 加藤和美(2014)「病院組織のチームが有効に働くために－チーム医療での医師－看護師関係を焦点に－」『ビジネスクリエーター研究』Vol.5 pp3-26, 2014、3頁参照。

日本の医療は、何から何まで医師が決定し責任を持つ体制であるといわれる。医師でなくとも対応可能な業務までも医師が行っている現状がある。看護師等についても、その専門性を発揮できていないとの指摘がなされるなかで、2009年には、チーム医療推進協議会<sup>213</sup>が発足し、厚生労働省内でも、日本の実情に即した医師と看護師等との協同・連携の在り方等について検討するとして、「チーム医療の推進に関する検討会」が発足している<sup>214</sup>。

その後、2010年には、「チーム医療の推進について」が報告されているが、その報告のなかには、チーム医療とは、「医療に従事する多種多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」<sup>215</sup>というように記されている。このような一般的な指摘に見られるように、明確な定義づけはなされないままであったとはいうものの、チーム医療がもたらす具体的効果を指摘するものもある。①疾病の早期発見・回復促進・重症化予防など医療・生活の質の向上、②医療の効率性の向上による医療従事者の負担の軽減、③医療の標準化・組織化を通じた医療安全の向上、等が期待されること。チーム医療を推進するには、①各医療スタッフの専門性の向上、②各医療スタッフの役割の拡大、③医療スタッフ間の連携・補完の推進といった方向を基本として、それぞれの立場で様々な取組を進め普及させていく必要があること。そして、医療現場における推進のほか、医療機関間の役割分担・連携の推進、必要な医療スタッフの確保、いわゆる総合医を含む専門医制度の確立、更には医療と介護の連携等といった方向で努力し医療の在り方を変えていくことなどが指摘されている。つまり、徐々にではあるが、チーム医療が医療の品質向上、医療の効率化にとって重要であるとの認識が示されている<sup>216</sup>。

これらチーム医療の推進と前後して、2007年には、上述の通り、厚生労働省医政発第1228001号「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について」が発せられ、2008年には、診療報酬への反映もなされてきている。

しかしながら、2012年度に厚生労働省が全国で開催したワークショップの内容を取りまとめた「チーム医療普及推進事業報告書について」のなかのチーム医療に関する課題とその解決策からの指摘からみてもわかる通り、①医師の協力が得られないこと、②他職種の仕事の内容の理解が不十分であること、③どの職種もマンパワー不足でオーバーワークであること、④チーム医療に対する教育の不足などが課題として挙げられている。また、そもそもこの種のワークショップに医師が参加すること自体が極めて希少であることから、

---

<sup>213</sup> チーム医療推進協議会(HP)、「協議会とは」、

[http://www.team-med.jp/team\\_introduction](http://www.team-med.jp/team_introduction), (2015/12/19 アクセス) 参照。

<sup>214</sup> 厚生労働省(2009)「チーム医療の推進に関する検討会開催要綱資料1」、参照。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/08/dl/s0828-1a.pdf>, (2015/12/05 アクセス)参照。

<sup>215</sup> 厚生労働省(2010b)、前掲書参照。

<sup>216</sup> 厚生労働省(2010b)、同上書参照。

チーム医療に対する医師自身の取り組みの現状が端的に示されているように思われる<sup>217</sup>。

梶の紹介する聖隷三方原病院では、モデル事業への参加を契機として、医師と看護師、助産師との互いの専門性を尊重して役割分担が行われ、院内助産院の開設となった。これには、全員の意識の共有と十分な医師の理解が重要であったと伝えている<sup>218</sup>。医師の多くは、欧米特に米国への留学を多く経験しており、医療の標準化やチーム医療の実態を目の当たりにしてきているはずである。しかし、日本においては思ったほど普及していないのは、旧態依然とした組織と医師の意識に問題があるのではないかと考える。この点については、第5章で改めて取り上げる。

医療の労働過程から、医師の長時間・過重労働の要因を探ってきた。技術的過程の側面においては、医師の労働そのものが、診察や手術等の診療の複雑化はもとより、それ以外の勤務の内容の変化とともに、長時間労働に加え精神的なストレスが増大していることを確認した。医師の労働対象としての患者との関係では、患者及びその家族をも含めたなかでインフォームド・コンセントの重要性が問われ、その対応のため多大なる時間が必要とされること、昨今のますますエスカレートした患者要求のなかで、その対応に非常にストレスがかかっていることを確認した。労働手段における医療技術の発展においては、医療労働は、いぜんとして労働集約的な労働であり、医療技術の進展が、医師労働の効率化に寄与していないどころか、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1人当たりの労働量とりわけ精神的な労働量は著増し負担は確実に大きくなっていることを確認した。このように、医療の労働過程においては、医師の労働そのもの、医師の労働対象としての患者との関係、労働手段としての医療技術の発展のいずれにおいても、勤務医の長時間・過重労働を助長する傾向があることを確認した。

また、その組織的過程の側面では、医療労働手段の発展に伴って、医療労働の分化・専門化が推進され、それらを統合するための組織と管理を必要とする。具体的には、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が要となる。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したが、実際の医療現場において、本来、医療の効率化に作用するはずの医療の標準化は、思ったほど進んでおらず、さらに、チーム医療についてもその進展は遅々としたものとなっている。このように、医療の組織的過程においては、医療の標準化、チーム医療の促進のいずれにおいても、医師の長時間・過重労働を改善し軽減する方向に働いていないことを確認した。

---

<sup>217</sup> 厚生労働省(2012b)「平成24年度チーム医療普及推進事業報告書について」厚生労働省医政局医事課、参照。

[https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/iryuu/iryoyjyujisya/iryuu\\_d/fil/001.pdf](https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/iryuu/iryoyjyujisya/iryuu_d/fil/001.pdf), (2015/12/05 アクセス)

<sup>218</sup> 梶葉子(2009)「多職種連携と業務分担の取組み」『月間保険診療』2009年7月号、3頁参照。

次章では、これらの医療労働を支える制度面のなかから、医師の供給面と、医療施設の供給面の問題点を探ることとする。このような問題を探ることを通じて長時間・過重労働の要因について検討してみたい。

#### 第4章 医師システムの面から長時間・過重労働の要因を探る

第1章から第3章までの分析を通じて確認してきたように、勤務医の場合の労働実態に見られる顕著な傾向として、医師の長時間・過重労働は明らかである。しかし、その要因の検討に際しては、2006年の厚生労働省の「医師の需給に関する検討会報告書」<sup>219</sup>をはじめとして、医師の絶対数の不足や、地域の偏在、診療科の偏在などマクロの視点からの議論が多数を占めている。しかし、市場経済を旨としている経済社会において、地域の偏在や、診療科の偏在は、医師に任せられる当然の権利であって、その選択は自由であるといえる。少なくとも、医師の需給の問題において、過去に医師不足といわれた時代も、医師過剰といわれた時代においてさえも、地域の偏在は解消されていない<sup>220</sup>。また、診療科の偏在においても、ここにきて急にはじまったわけではなく、既に1990年代からはじまっていたと指摘されている<sup>221</sup>。

医師不足と偏在の問題を議論する際に、女性医師の問題を取り上げる者もいるが、女性が医師を目指すことも、好きな診療科を選択することもまた同様に、当然の権利といえる。

また、上記、2006年の厚生労働省の報告では、1週間の労働時間を48時間までに短縮するとして必要医師数を計算するなど<sup>222</sup>、第三者的見地に立てば甚だ滑稽ともいえる議論も産出されている。実際、その報告で需給予測を担当した長谷川は、その後の2011年1月28日に開催された、文部科学省の「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会」の第2回会議において、医師の重要予測をすべきではなかったと反省の弁を述べているぐらいである<sup>223</sup>。

このように、医師数の過不足や、偏在に関しては、長期的な観点で把握するならば、回避することが出来ない現実であるといえるかもしれない。なぜならば、日本の経済の仕組みは市場経済 (market economy) であって、中央政府による統制経済 (center-controlled economy) ではないからである。過疎地域に医師が不足しているからと言って、国家権力をもって医師を派遣することはできないし、小児科に医師が不足しているからと言って、国家権力をもって医師に対して小児科医に転換することを強制することができないからであ

---

<sup>219</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、参照。  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/d1/s0728-9c.pdf>, (2015/10/15 アクセス)

<sup>220</sup> 川上武、藤井博之、梅谷薫、山内常男(2006)、前掲書31頁参照。; 堀真奈美、印南一路(2011)「社会環境の変化と医療提供体制歴史的変遷」『H22年度厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業』H22-政策-一般-016、41頁参照。

<sup>221</sup> 小坂橋律子(2014)「臨床研修制度で医療は前進したかー産婦人科・小児科・外科の医師は増えたのか」『日経メディカル』2014年4月14日、  
<http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/report/t218/201404/535897.html>, (2015/12/20 アクセス) 参照。

<sup>222</sup> 厚生労働省(2006)、前掲書15頁参照。

<sup>223</sup> 橋本佳子(2011)『『医師の需要予測をすべきでなかった』、長谷川・日医大教授 Vol. 2』『m3.com 医療維新』2011年1月29日、<https://www.m3.com/news/iryoshin/131744>, (2015/12/15 アクセス)、参照。

る。市場経済において医師の偏在を解消するケインズ政策的な対応としては、例えば、過疎地域に赴任し医療労働に従事する開業医に対しては、高価な医療設備や医療機器を取り揃える必要性を十部に考慮し、厚生労働政策の一環として開業資金の支援体制を整えるとか、所得税率面での負担感を軽減するための措置をとるとかというような、経済的なメリットを付与するという方法が想定できる。いわば、政策誘導という措置をとることである。しかし、「市場の原理」に委ねることが最善の国家政策であるとみなす、歴代政府の医療政策が継続されるかぎり、およそ期待することそれ自身がとうてい無理であるといわざるをえない。「過疎地に住んでいる住民が悪い」「子供を産みたいという妊産婦が悪い」と言われかねない現実には、自己責任と自助努力だけを強調する歴代政府の産物である。

今日では国家による医療政策に頼らず、いわば自助努力で医師の偏在という現実には挑戦する医療機関も登場するようになった。千葉県鴨川市の亀田総合病院<sup>224</sup>や長野県茅野市の諏訪中央病院<sup>225</sup>などのように、へき地であっても全国から医師が集まる病院はいくつも存在する。これらの病院は、医師から選ばれるような努力をしている病院であって、医師の長時間・過重労働の改善を図るにあたっては、病院自体が雇用環境の改善に取り組みなければ、ただいたずらに医師を増やしたからといって、改善できる問題ではない。このような観点から、医療システム面を検討するにあたって、単なる医師数の増大や、医師の偏在等に関しては、本稿では取り上げないこととする。

本章では、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、医師の供給面から日本の医療の大きな特徴である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。いずれも日本の大きな特徴であるとともに、勤務医に長時間・過重労働をもたらす大きな要因であることを確認する。

## 第1節 医師の人員配置数から見た問題点

### 1. 医師数からみた労働負荷の諸外国との比較

実は、日本には、医療法に規定された人員配置標準がある。これは、病院にのみ規定されているものであるが、病床及び外来患者数あたりの標準となる医師数が規定されている。その詳細は後述べるが、ここでは、その標準数が果たして適正とどういうのかどうかを考えるために、まずは、医師 1 人に対する労働負荷として見た場合の、1 日の受診担当回数

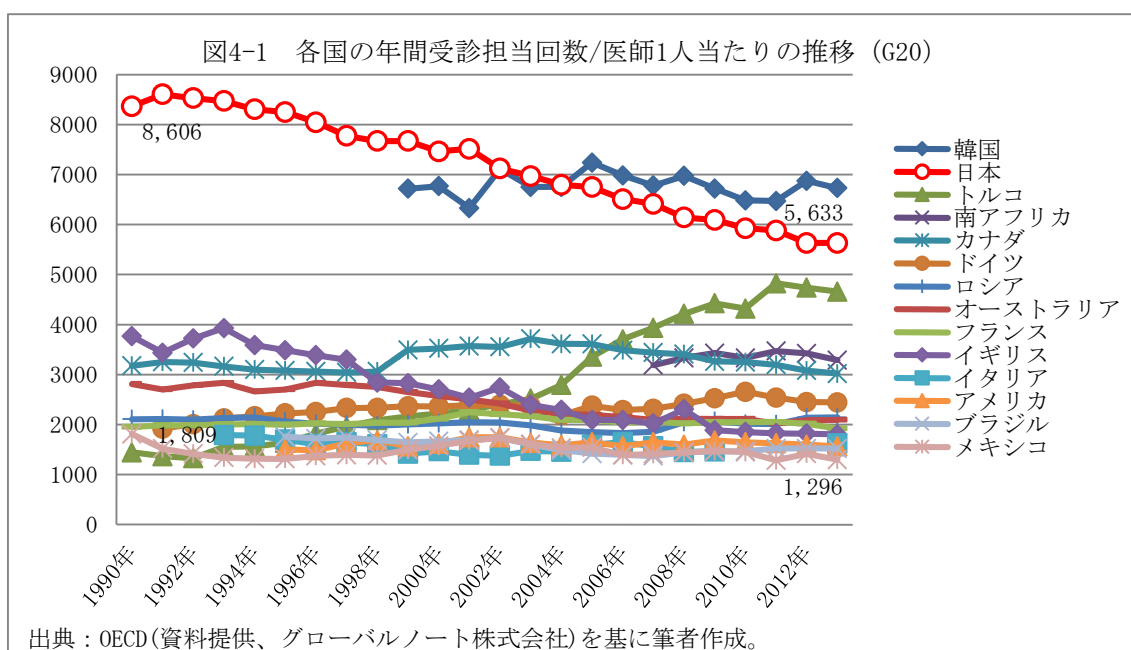
<sup>224</sup> 亀田総合病院 (HP)、<http://www.kameda.com/ja/general/> (2015/01/05 アクセス)、参照。

<sup>225</sup> 諏訪中央病院 (HP)、<http://www.suwachuo.jp/> (2015/01/05 アクセス)、参照。

と、担当病床数を諸外国との比較の上で確認しておく。

日本は、病院・診療所の区別なく、基本的に自由に医療機関を選択できるフリーアクセスであり、国民皆保険の達成によって、いわば、いつでもどこでも誰でも医療機関を受診することが可能である。そして、このことが、諸外国に比べて突出して高い外来受診回数を引き起こしていると考えられている。そこで、医師 1 人当たりが、どの程度の患者を担当しているかを確認するために、OECD の医師数のデータと患者 1 人当りの年間外来受診回数、及び病床数のデータから、医師 1 人当たりの担当受診回数と、担当病床数を割り出して、諸外国と比較してみた。

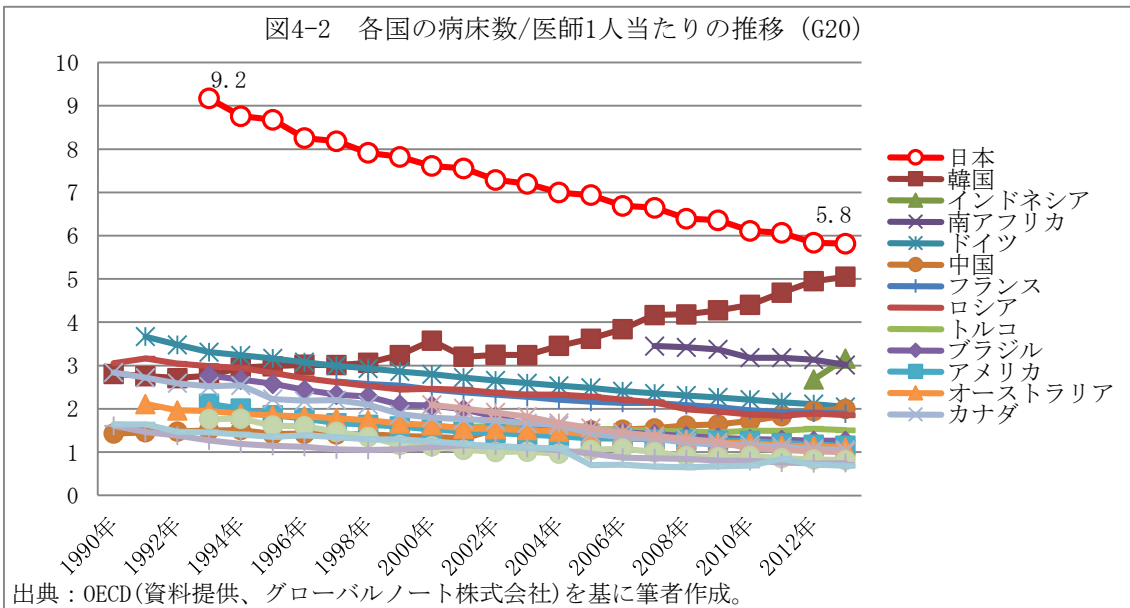
医師 1 人当たりの担当受診回数では、図（4-1）の通り、日本の医師は、年間に 5633 回、1 日にあたり 15.6 回の外来受診を担当していることとなる。1991 年の 8606 回から比べれば約 2/3 に低下しているとはいえ、10 万人当たり医師数が比較的近い、カナダ（3020 回、1 日当たり 7.7 回）の約 2 倍、アメリカ（1563 回、1 日当たり 4 回）の約 3.9 倍、メキシコの（1296 回、1 日当たり 3.6 回）約 4.3 倍となっており、1 人の医師が診る患者数が、異常に多いことがわかる。3 時間待って 3 分診療と言われる所以である。



外来受診数と並んで、日本に特徴的なのは、病床数が非常に多いことでもある。各国の医療制度が大きく異なっており、長期療養施設の病床数が含まれていない国もあるなど、一概には言えないが、これを、医師 1 人当たりの病床数でみると、図（4-2）の通り、日本の医師一人当たりの担当病床数は 5.8 床となっている。医師数が増加し、病床数が減ってきたとはいえ、カナダ（1.1床）の約 5.3 倍、アメリカ（1.1床）も同様に約 5.3 倍となっている。つまり、単純に考えた場合、1 人の医師が 5 倍もの病床を抱えて労働している



ことになる。



このようにマクロのデータであるとはいえ、日本の医師は諸外国に比べて1人当たりの受診担当数と、入院病床担当数が突出して高いことが分かる。厚生労働省は、長い間医師不足の問題は偏在にありとして、2006年に医学部の定員数の増大に踏みきるまでは、医師は充足しているとの見解を示してきた。それはともかく、医師1人にかかる労働負荷は、諸外国に比べてかなり高いといえる。

ここでは、医師が担当する患者数や、病床数について、諸外国との比較を取り上げたが、先ほど冒頭で述べたように、日本の医療制度においては、医療法第21条<sup>226</sup>及び医療法施工規則第19条<sup>227</sup>に、医師の人員配置標準が定められている。この人員配置標準は、適正な医療を実施するためには一定水準以上の人員を確保する必要があることから、医療法において、病院及び療養病床を有する診療所において有すべき人員の「標準」として示されている<sup>228</sup>。そこで、次に、人員配置標準について確認することとする。

## 2. 医師の人員配置基準と労務管理からみた配置数

1948年、医療法制定時に人員配置標準は規定されている。その後、1958年には、特殊病院（精神病院、結核病院）における配置標準の制定がなされ、1983年には、特例許可老人

<sup>226</sup> 医療法、前掲参照。

<sup>227</sup> 医療法施工規則、前掲参照。

<sup>228</sup> 厚生労働省(2007b)「第5回医療施設体系のあり方に関する検討会資料2、『医療法に基づく人員配置標準について』」、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/d1/s0323-9b.pdf>, (2015/01/05 アクセス)、参照。

病院における配置標準の制定が規定されている。1992年の第2次医療法改正においては、特定機能病院制度及び療養型病床群の導入に伴って配置標準の制定が行われ、2000年の第4次医療法改正では、一般病床、療養病床の創設に伴う配置標準の制定がなされている<sup>229</sup>。

このように医療法の改正に伴い、若干の見直しがなされてきたが、基本的な人員配置標準は、1948年に制定されたままとなっている。また、その際にどのような基準で制定されたかについては不明であるが、医師1人が適正な診療を行える1日の患者数を入院患者のみでは16人、外来患者のみでは40人と算定し、GHQの下で決定されたとされている<sup>230</sup>。

また、ここでいう標準については、以下のように規定されている。①人員配置標準を満たさない場合でも、患者の傷病の程度、医療従事者間の連携等により、望ましい一定の医療水準を確保することが十分可能な場合もあり、最低基準ではなく、「標準」とされている。しかし、②「標準」であっても、標準数を満たさない(標欠)医療機関は医療法違反となる。更に、③診療報酬では、医療法における人員配置標準を踏まえ、手厚い配置であれば加算、標準を下回る配置であれば減算されるなどの経済的評価が行われている<sup>231</sup>。具体的には、医療法施工規則第19条に基づく必要な医師数の算定式は、表(4-1)の通りとなっている。これを入院患者のみで考えると、52人までは、3人の医師が必要であり、病院を開設した場合は、最低3人の医師が必要となる。また、52人を超えると16人の患者に対して医師1人が必要となる。

表 4-1 一般病院において必要な医師数に係る算定式

精神病床及び 療養病床の患者数	+	精神病床及び療養病床 以外の患者数	+	外来患者数	=	A
3				2.5		

(1) Aが、52までは、3人

(2) Aが、52を超える場合は、(A-52)/16+3人

出典：厚生労働省(2005b)「第2回医師の需給に関する検討会資料1、『医師の配置標準について』」、2005年3月11日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/03/s0311-5a5.html>、(2015/01/05アクセス)、を基に筆者作成。

また、病床ごとの標準は、表(4-2)の通りとなっており、療養病床では、48人の患者に医師1人が必要となる。

<sup>229</sup> 厚生労働省(2007b)、同上書参照。

<sup>230</sup> 厚生労働省(2010a)「医療法上の病院医師の配置標準について(日本医師会・四病院団体協議会案)」横倉委員提出資料①、社会保障審議会医療部会、7~8頁参照。  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000xp9o-att/2r9852000000xpd9.pdf>、(2015/01/05アクセス)

<sup>231</sup> 厚生労働省(2007b)、前掲書参照。

表 4-2 病院における医師の配置標準

		一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床
定義		精神病床、結核病床、感染症病床、療養病床以外の病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床		感染症法に規定する一類感染症、二類感染症、及び新感染症の患者を入院させるための病床	結核の患者を入院させるための病床
				内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する 100 床以上の病院並びに大学附属病院	左記以外の病院		
人員配置標準		医師					
患者数対	入院	16 : 1	48 : 1	16 : 1	48 : 1	16 : 1	16 : 1
	外来	40 : 1 (耳鼻咽喉科、眼科は 80 : 1)					

※1：患者数は歯科関係の患者は除く。※2：Aに小数点以下の端数が生じる場合には、端数処理は行わない。※3：療養病床が全病床数の50%を超える病院については、別途算定式を規定。

※4：結核病症については、旧医療法第21条第1項ただし書の規定により、都道府県知事の許可を受けていた結核病床に置くべき医師数については経過措置が規定されており、2006年2月28日までの間は「40：1」とされている。

出典：厚生労働省(2005b)「第2回医師の需給に関する検討会資料1、『医師の配置標準について』」、2005年3月11日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/03/s0311-5a5.html>, (2015/01/05 アクセス)

このように、病院に関しては、標準医師数が定められていたが、以前は、標準医師数をクリアできる病院が少なく、問題視されていた。特に2002年の北海道での名義貸し事件に端を発し、2003年9月には、文部科学省が調査を行っており、全国の大学に波及する大きな問題となった<sup>232</sup>。実は、名義貸し事件の前からも、標欠病院<sup>233</sup>に関しては問題となっており、現在では、都道府県知事等が、厚生労働省医政局の「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」に基づき、毎年度、立ち入り検査を実施している。その検査の目的は、病院が医療法及び関連法令により規定された人員及び構造設備を有し、かつ適正な管理を行っているか否かについて確認することにある<sup>234</sup>。

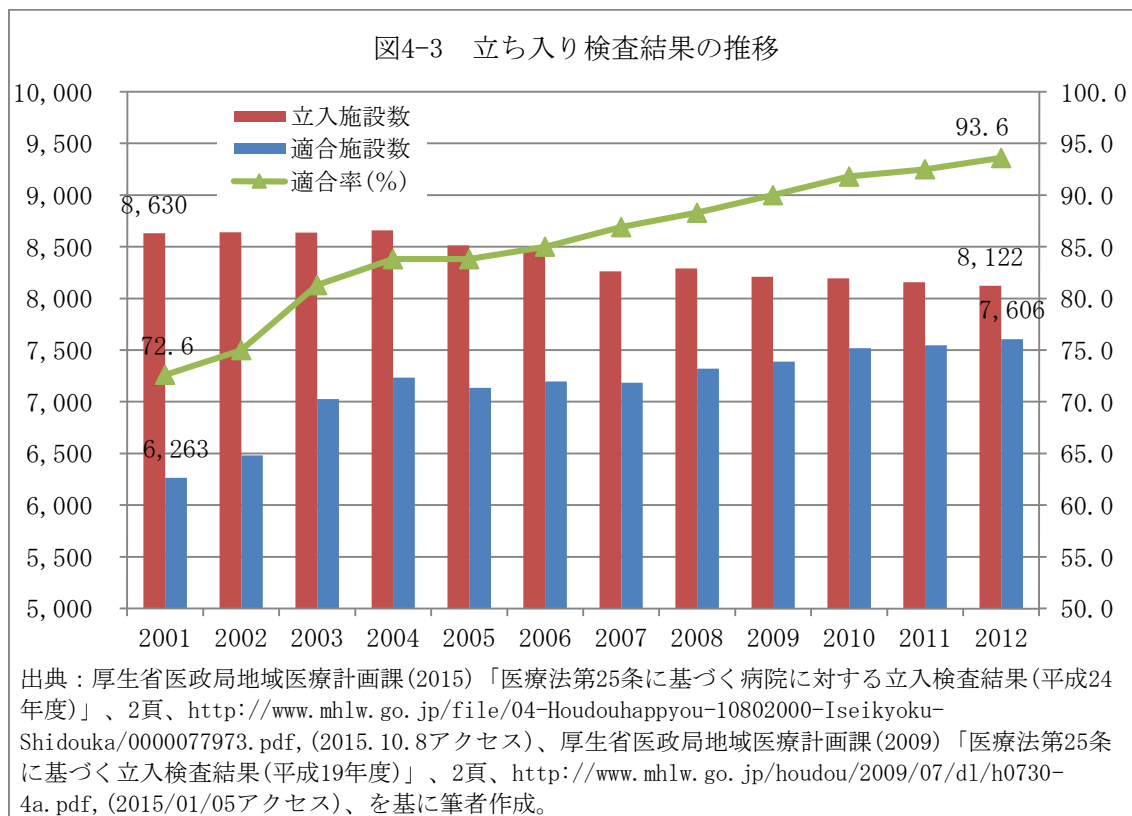
図(4-3)の通り、2012年度の立ち入り病院数は、8122施設(病院総数は、8567)で、その実施率は94.8%、そのなかで、標準医師数を満たしている病院の適合率は7606施設で、

<sup>232</sup> 厚生労働省(2005a)「第1回医師の需給に関する検討会資料3、『医師の需給に関する資料18、国公立大学における医師の名義貸し等の実態調査結果について』」、2005年2月25日、参照。<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/02/d1/s0225-4c18.pdf>, (2015/01/05 アクセス)

<sup>233</sup> 標欠病院とは、標準数を満たさない病院をいう。

<sup>234</sup> 厚生労働省医政局(2014)「医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査要綱」、参照。[http://www.pref.mie.lg.jp/NHOKEN/HP/sinsei/26tenpu/H26\\_youkou.pdf](http://www.pref.mie.lg.jp/NHOKEN/HP/sinsei/26tenpu/H26_youkou.pdf), (2015/10/08 アクセス)

93.6%の病院が配置標準に適合しており、2001年より一貫して年々改善していることがわかる。



標準数に対する配置状況を見ると、表(4-3)の通り、標準を50%も上回っている施設が、36.0%あることがわかる。この検査では、非常勤等の医師に対するカウント方法も示されており、都道府県等が立ち入り検査をしていることから考えて、配置状況に関する数字は正確と思われる。もし、この人員配置標準が適正だとすればほとんどすべての病院が適合しているのであって、長時間労働はないものと断定することも可能である。しかし、先ほど諸外国との比較をしたように、日本は、1人当りの担当患者数も病床数も突出して高いこと考えあわせるならば、更には、第2章で確認したような医師の労働実態からみれば、この標準数自体に問題があることは明らかであるように思われる。かりに標準を超えていたとしても、労働環境が整っているとはとてもいえる状況にはないことがわかる。逆に、標準医師数を50%以上上回っているところを基準と考えるならば、7割もの病院は、労働環境が整っていないということになる。

表 4-3 医師標準数に対する配置状況

2012 年度	立入 検査 施設数	100%	100%	110%	120%	130%	140%	150%
		未満	～110%	～120%	～130%	～140%	～150%	以上
			未満	未満	未満	未満	未満	
施設数	8,122	516	1,000	1,004	1,055	940	681	2,926
比率		6.4%	12.3%	12.4%	13.0%	11.6%	8.4%	36.0%

出典：厚生省医政局地域医療計画課(2015)「医療法第 25 条に基づく病院に対する立入検査結果(平成 24 年度)」、5 頁。

<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000077973.pdf>,  
(2015.10.8 アクセス)

これまで確認してきたように、医療法で規定されている人員配置標準に対して、医師数は、充足してきているように見えるが、この規定が制定されてから 60 年以上もたっているのである。標準を満たしているからといって、医師数は十分充足しており、長時間労働等は、起きないと言い切れるものではないであろう。医師の長時間・過重労働の議論にあつて、医師不足、医師の偏在を唱えているもののなかに、人員配置標準について言及しているものは、筆者がみるかぎりほとんどない。それとは別にしても、人員配置標準に関しては、今までほとんど本格的に議論されてこなかったといえる。わずかに、厚生労働省の「第 5 回医療施設体系のあり方に関する検討会」<sup>235</sup>での議論や、日本医師会・四病院団体協議会が提示した「医療法上の病院医師の配置標準について(日本医師会・四病院団体協議会案)」<sup>236</sup>の議論などがあるが、とても具体的な議論とはいえず、各委員等の意見を聞いている程度となっていると考えられる。

第 2 章の宿日直許可の項でも問題視してきたように、今や半数の病院が救急指定を受けている<sup>237</sup>。救急医療において、宿日直は当然必要な業務となっているが、1948 年当時から、想像がつかない状況であることは、確かであろう。これ 1 つをとっても、人員配置標準は、陳腐化しているということがいえる。長時間・過重労働の軽減の観点からいえば、標準人員を設定する必要があるかどうかはともかく、少なくとも 24 時間救急医療を行う医療機関については、その診療科ごとの人員数に関して、物理的な意味でも規定する必要があるのではないだろうか。

そこで、現在のように規定がないのであれば、救急医療を行うための人員数について、労務管理の観点から、中央社会保健医療協議会総会 188 回で病院医療従事者の負担軽減に取り組んでいる病院として取り上げられた藤沢市民病院を題材に検討してみる。藤沢市民

<sup>235</sup> 厚生労働省(2007b)、前掲書参照。

<sup>236</sup> 厚生労働省(2010a)、前掲書参照。

<sup>237</sup> 厚生労働省(2011)「資料 2、『救命救急センター及び二次救急医療機関の現状』」、参照。  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002xuhe-att/2r9852000002xuo0.pdf>, (2015/01/05 アクセス)

病院では、2000年より、小児救急医療を行っているが、早くも2002年には、交替勤務制を導入している。2009年当時は、小児科医師13名（一般小児科7名、NICU4名、交替制勤務2名）で体制を組んでいるが、表（4-4）の通り2名が1ヶ月間夜間外来に専念しており、その医師たちは、昼間の一般外来や病棟の受け持ちは免除となっている。基本的にA、B、2人の医師で準夜間である16時30分から開始し、翌朝の9時までの16時間30分を担当する。2人では全てを担当しえないため、3人の医師が、残りを分担している<sup>238</sup>。

表 4-4 宿日直のイメージ図

救急外来	日曜	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜
昼	C						D
準夜間	A	B	A	B	A	B	E
夜間	A	B	A	B	A	B	E

※医師A、Bは、週3回の準夜・夜間勤務（16：30～翌朝9：00）

※土曜・日曜の昼、土曜の準夜間・夜間は、医師（C、D、E）が担当

出典：中央社会保険医療協議会総会第188回「病院医療従事者の負担軽減について（参考資料）」中医協 総-5-2、2011年3月2日、

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000136yg-att/2r98520000013io6.pdf>, (2015/01/05 アクセス)、を参照し筆者修正。

更に、この資料と、現在の藤沢市民病院の外来担当表から、総労働時間を算定することによって、必要な医師数を検討してみたい。藤沢市民病院の小児科外来担当表から確認するならば、月曜日から金曜日までで述べ32名の医師が、外来を担当している。つまり、平均すると1日5名の医師が外来を担当し配置されていることとなる<sup>239</sup>。2009年と現在の時間的相違はあるが、ここでは、現在でも準夜、夜間の体制を1名でこなしていると想定し、話を進めたい。昼の時間帯の労働時間を8時間とし、準夜・夜間は、表（4-4）の通り、16：30～9：00として、計算をすると総労働時間は、表（4-5）の通り317.5時間となる。これを法定労働時間の8時間で割ると、約8.3名となる。休憩時間等を考慮しない単純な計算であるが、物理的には、最低でも8名の医師がいなければ、このシフトは組めないことになる。

<sup>238</sup> 中央社会保険医療協議会総会第188回(2011)、「病院医療従事者の負担軽減について（参考資料）」中医協 総-5-2、2011年3月2日、参照。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000136yg-att/2r98520000013io6.pdf>, (2015/01/05 アクセス)

<sup>239</sup> 藤沢市民病院（HP）、こども診療センター「外来予定表」、

<http://www.city.fujisawa.kanagawa.jp/hospital/section/depts/pediatrics/introduction.html>, (2015/01/05 アクセス)、参照。

表 4-5 コマ数から見た労働時間

救急外来	日曜	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	コマ数	労働時間
昼	1	5	5	5	5	5	1	27	216
準夜・夜	1	1	1	1	1	1	1	7	115.5
								34	331.5

出典：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」を参考に、藤沢市民病院に当てはめて筆者が作成。

これと同様に、平日の昼間のコマ数を最低数（外来担当1名、病棟担当1名）にして計算をすると、表（4-6）の通り、総労働時間は、211.5時間となり、これを、同様に法定時間で割ると、約5.3名となる。

表 4-6 コマ数から見た労働時間

救急外来	日曜	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	コマ数	労働時間
昼	1	2	2	2	2	2	1	12	96
準夜・夜	1	1	1	1	1	1	1	7	115.5
								19	211.5

出典：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」を参考に、筆者が作成。

このように、単純な計算ではあるが、現在の24時間365日体制を考えると、1人、2人の体制の診療科では、当然ながら、救急医療体制を組むことは不可能であり、最低5名の医師がいなければ、医師に過酷な負担を与えることは必定となる。したがって、現在、非常に労働環境が過酷といわれる、救急科、外科、産婦人科、小児科などにあっては、人員をそろえるためには、集約化をして医師を集めるか、外来を縮小して負担を減らすかなどの措置が必要と考えられる。

このように考えた場合、医師の労働環境を守る意味でも、救急指定の許可に際しては、先ほどの人員配置標準とは別に、診療科ごとに最低医師数などの基準を決めるなどの対応が必要となる。しかし、行政側が、基準となる人数を決めていない現状では、病院内の労務管理上の対応が必要であろう。第2章第2節で示した奈良県立奈良病院の例でもわかる通り、ほとんどの病院において勤務シフトは、診療科内で決めている。つまり、人事労務を担当する部署は、労務管理上、介入できていないことになるが、どの施設基準を選択するかの際に、上記のような人員数の検討を行い診療部門に対して労務管理上の介入をすることが重要であると考えられる。

さて、次に医師の人員確保を考える上から、行政主導のシステムではないが、日本の医

師供給システムとしての大きな特徴である医局講座制について確認してみる。

## 第2節 医師の確保面での問題を探る

ここでは、日本の医師の労働市場がどのように形成されてくるかに関して、まずは、医局講座制と密接に関連する研修医制度から確認する。

### 1. 医師の研修制度と労働市場の形成

医師は、医学部を卒業後、医師国家試験に合格し、医師免許取得した後、指導医の下、知識や技能の習得のため大学病院や、臨床研修病院で臨床研修を受ける。

医師の研修システムは、1946年の実地修練制度（いわゆるインターン制度）に始まる。当時は、大学医学部卒業後、医師国家試験受験資格を得るための義務として、卒業後1年以上の診療及びに公衆に関する実地修練を行うこととされた<sup>240</sup>。しかし、ここでの問題は、インターン生の本来の目的である医学修練ではなく、病院の人手不足をカバーするものとしての無給の貴重な労働力として、医療の現場で活用されてきたことにあった<sup>241</sup>。このインターン制度は、大学は卒業しているものの、医師としての身分が確立していないなかで、経済的な負担を課すものであり、医学生や研修医の反発を呼び学園闘争へと拡大して1968年に廃止となる<sup>242</sup>。

同年、医師法の改正により、臨床研修制度が創設され、大学の医学部卒業直後に医師国家試験を受験し、医師免許取得した後も2年以上の研修を行うように研修が努力義務化される。その後、1980年には、ローテート方式（内科系、外科系、救急診療部門のうち2つ以上の診療科を研修する）が、1985年には、総合診療方式（内科系、外科系、小児科、救急診療部門を研修する）が導入されている。このように、従来、医師免許取得後の医師は、知識や技能の習得のためベテランの医師の指導の下、臨床経験を積む仕組みとなっていた。

2004年度までは努力義務であったが大半の医師は臨床研修を受けていた。その際、研修医の多くは大学病院に所属して大学病院が提供する研修プログラムを受けるが、大学の医学部には、専門分野ごとに教授を頂点とした医局とよばれる組織があり、研修を希望する医師はその医局に入局することになる<sup>243</sup>。

従来から研修医の多くは、大学病院で臨床研修を受けていたが、いくつかの問題点が指摘されている。第1に、医局は細分化されているため研修初期の段階から専門診療科に偏った教育がなされること、第2に、大学は基本的に研究機関であり、臨床よりも研究を重

<sup>240</sup> 厚生労働省 (HP)、「医師臨床研修制度の変遷」、前掲参照。

<sup>241</sup> 川上武(1961)『日本の医者』勁草書房、295頁参照。

<sup>242</sup> 堀籠崇(2010)「実地修練(インターン)制度に関する研究—新臨床研修制度に与える示唆—」『医療と社会』Vol. 20No. 3、246頁参照。

<sup>243</sup> 厚生労働省 (HP)、「医師臨床研修制度の変遷」、前掲参照。



師供給システムとしての大きな特徴である医局講座制について確認してみる。

## 第2節 医師の確保面での問題を探る

ここでは、日本の医師の労働市場がどのように形成されてくるかに関して、まずは、医局講座制と密接に関連する研修医制度から確認する。

### 1. 医師の研修制度と労働市場の形成

医師は、医学部を卒業後、医師国家試験に合格し、医師免許取得した後、指導医の下、知識や技能の習得のため大学病院や、臨床研修病院で臨床研修を受ける。

医師の研修システムは、1946年の実地修練制度（いわゆるインターン制度）に始まる。当時は、大学医学部卒業後、医師国家試験受験資格を得るための義務として、卒業後1年以上の診療及びに公衆に関する実地修練を行うこととされた<sup>240</sup>。しかし、ここでの問題は、インターン生の本来の目的である医学修練ではなく、病院の人手不足をカバーするものとしての無給の貴重な労働力として、医療の現場で活用されてきたことにあった<sup>241</sup>。このインターン制度は、大学は卒業しているものの、医師としての身分が確立していないなかで、経済的な負担を課すものであり、医学生や研修医の反発を呼び学園闘争へと拡大して1968年に廃止となる<sup>242</sup>。

同年、医師法の改正により、臨床研修制度が創設され、大学の医学部卒業直後に医師国家試験を受験し、医師免許取得した後も2年以上の研修を行うように研修が努力義務化される。その後、1980年には、ローテート方式（内科系、外科系、救急診療部門のうち2つ以上の診療科を研修する）が、1985年には、総合診療方式（内科系、外科系、小児科、救急診療部門を研修する）が導入されている。このように、従来、医師免許取得後の医師は、知識や技能の習得のためベテランの医師の指導の下、臨床経験を積む仕組みとなっていた。

2004年度までは努力義務であったが大半の医師は臨床研修を受けていた。その際、研修医の多くは大学病院に所属して大学病院が提供する研修プログラムを受けるが、大学の医学部には、専門分野ごとに教授を頂点とした医局とよばれる組織があり、研修を希望する医師はその医局に入局することになる<sup>243</sup>。

従来から研修医の多くは、大学病院で臨床研修を受けていたが、いくつかの問題点が指摘されている。第1に、医局は細分化されているため研修初期の段階から専門診療科に偏った教育がなされること、第2に、大学は基本的に研究機関であり、臨床よりも研究を重

<sup>240</sup> 厚生労働省 (HP)、「医師臨床研修制度の変遷」、前掲参照。

<sup>241</sup> 川上武(1961)『日本の医者』勁草書房、295頁参照。

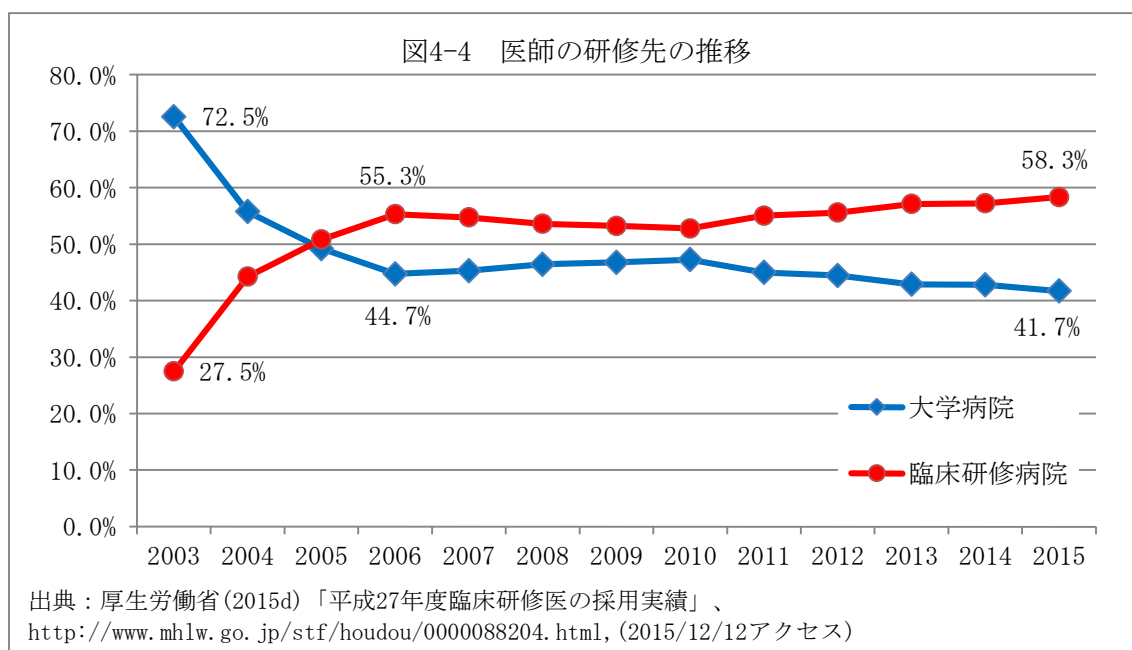
<sup>242</sup> 堀籠崇(2010)「実地修練(インターン)制度に関する研究—新臨床研修制度に与える示唆—」『医療と社会』Vol. 20No. 3、246頁参照。

<sup>243</sup> 厚生労働省 (HP)、「医師臨床研修制度の変遷」、前掲参照。

視する文化がり、総合的な診断・治療ができる医師の養成には向かないこと、第3に、大学は予算制度や財政上の制約から研修医に対して極めて少額の報酬しか支払えないことから、研修医は生活のため市中病院での当直アルバイト等を余儀なくされ、研修に専念できない環境にあることであった。そして何よりその封建的な体質が問題とされ、研修医の処遇は劣悪で、研修に専念できる状況にあるとはいえないことなどが問題となっていた<sup>244</sup>。

そこで、2004年には、医師としての人格を涵養し、プライマリケア（初期治療）の診療能力を修得するとともに、アルバイトをせずに研修に専念できる環境を整備することを基本として、新医師臨床研修制度が創設され、2年以上の臨床研修が義務化されている。

それによって、臨床研修指定病院も増加し、図（4-4）の通り、導入前2003年の大学の研修の割合は72.5%であったが、2015年には41.7%へと低下することとなった<sup>245</sup>。



このように2006年以降臨床研修における大学病院離れが起こり、更に研修終了後の大学での勤務希望も2015年のアンケートでは、全体の半数強となって、従来の医局に依存したキャリア形成とは異なった道を歩む医師が増加している<sup>246</sup>。

このように研修制度が義務化されたことで、研修医は、医師国家資格をもつたれっきとした医師として、以前のような無給労働者ではなくなった。研修中のアルバイトは禁止さ

<sup>244</sup> 遠藤久夫(2012)、前掲論文 74頁参照。

<sup>245</sup> 厚生労働省(2015d)「平成27年度臨床研修医の採用実績」、  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000088204.html>, (2015/12/12アクセス)、参照。

<sup>246</sup> 厚生労働省(2015c)「平成26年度臨床研修修了者アンケート調査結果(概要)」、参照。  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/rinsyo/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/rinsyo/), (2015/12/12アクセス)

れ、研修病院には、補助金<sup>247</sup>がだされることとなり、研修医の待遇は改善することとなる。

この新医師臨床研修制度は、旧習を打ち破るものとしての2つの効果があった。1つは、研修医に大学の医局依存とは異なったキャリア形成の道を示したこと、そしてもう1つは、病院側に、大学の医局に依存しない、公募による医師の確保を踏み切らせたことである。これらは、この後述べる大学医局の派遣機能の低下の裏返しでもあるが、大学に戻る意思のない医師の市場形成がなされてきたことが背景にある<sup>248</sup>。つまり医師のなかにも、一般的な労働市場がようやく形成され始めてきたといえ、現に、2004年以降、急激に医師の有料職業紹介業が拡大している。これら政策転換の結果、医師は、自らが病院を選択する時代にシフトしつつあり、医師確保に関しては、大学も市中病院も含めて、全国区の競争状態に入ったとみることもできる。これらの変化にいち早く対応してきている病院は、臨床研修病院であれば、魅力ある研修プログラムに加えて、労働環境の整備などにも力を注ぎ始めているのではないかと推察される。

## 2. 医局講座制の弊害

今まで示したように臨床研修制度の変革に伴い、医師の初期段階でのキャリア形成にも変化が表れはじめている。しかし、ここでは、医師の労働市場形成に絶大な力を発揮してきた医局講座制の概要について確認しておきたい。

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で、従来、医師のキャリア形成は、大学医局と関連病院の人事ネットワークを中心に行われ、医局が民間病院への医師の供給に独占力を行使してきた<sup>249</sup>。

2000年代までの勤務医の労働市場は、一般の労働形態に含まれない誠に奇妙な慣行の下、医師が、研究・臨床・教育機能を持つ1000以上の医局に所属し、その関連病院に派遣されることで形成されていた。全国約7万病院の診療科に、閉鎖的に伝統的なつながりによって医師を派遣する形で労働市場が成立されてきたのである。そのため、以下のような問題点も浮き彫りにされていた。第1に、若手医師が医局の都合で勝手に勤務先を決められること、第2に、医局による標準的研修過程が確立されていなかったこと、第3に、研修よりも研究に重点が置かれていたこと、第4に、専門医資格より博士号取得が目標とされていたことなどがあげられる。このように前近代的な形であったため、1960年代には、若年

---

<sup>247</sup> 2011年3月30日医政発第0330第1号厚生労働省医政局長通知「医師臨床研修費補助事業実施要綱」、参照。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/hojyojigyoushinsei/dl/01.pdf>, (2015/01/05 アクセス)

<sup>248</sup> 遠藤久夫(2012)、前掲論文77頁参照。

<sup>249</sup> 吉田あつし(2010)「医師のキャリア形成と医師不足」『日本労働研究雑誌』No. 594/January 2010、28頁参照。

医師の不満が高まった結果、闘争が繰り広げられたこともある。しかし、各医局が市場を独占しており、徒弟的教育においてそれなりに医師の質が担保されていたことと、雇用側から見れば代替のない医師の供給源であり、特定の大学から派遣してもらうことで公募をせず長期的に安定的に医師を確保することができたことから、医局による勤務医の労働市場管理の構造は崩れなかった<sup>250</sup>。また、医師個人にとっても、医局ネットワークはそれなりに有用で、さまざまな関連病院と大学病院を回ることで、雇用の不安なく医療技術を習得しキャリアを形成することができたことが、現在までもこの制度が続いている要因でもある<sup>251</sup>。

この医局について厚生労働省は、2002年10月4日付け職発第1004004号「いわゆる医局による医師の派遣と職業安定法との関係について」<sup>252</sup>において、医局とは、法令上規定がない専門家集団の任意団体であって、関連病院の医師の派遣は、本人の自由意思ではなく医局の指示命令によってなされた場合には、職業安定法の禁止する労働力供給事業に相当すると指摘しており、従来大学医局が有していた関連病院における人事権が事実上否定されている<sup>253</sup>。しかし、その実態が指揮命令に近いものとなっているのは、第1章で示した鳥取大学大学院生の判例からもわかる通りである。

この医局ネットワークには、病院側から見た場合、どのような問題点があるであろう。1つは、病院組織運営の効率性の問題で、特定の大学出身者が関連病院の人事を支配してしまうと、大学の卒業年次におけるヒエラルキーが医療現場に持ち込まれることになり、能力や治療実績とは無関係に昇進等が決まってしまうことなどの弊害が生じ、人事労務部門が介入できないことがあげられる。また、お互いの相互けん制が効きにくいいため医療過誤に繋がりやすく、医療過誤が生じたときにそれを隠ぺいするような意識を生み出す可能性などもある。もう1つは、医療技術開発・導入の点で、特定の大学に偏った医療技術しか導入されなくなり、他の大学の優れた技術の導入が遅れてしまうことなどである<sup>254</sup>。

実際、医療現場では、この医局講座制は、新医師臨床研修制度をきっかけとして、揺らぎはじめてきている。しかし、簡単に今までの支配構造が崩れてしまうわけではない。なぜなら、人材の中核である医師の確保に関して、現時点で最も労苦の少ない手段であることに変わりはないからである。しかしながら、医師の確保を旧来の手段に頼っているようでは、医師の労務管理も従来のままに据え置かれ、人事労務部門の管掌外におかれてしまうこととなる。したがって、一般企業と同様に、病院自らが医師を直接雇用し、人事労務管理体制のなかに取り込むことができなければ、医師の労働環境の改善の観点からも、問

---

<sup>250</sup> 長谷川敏彦(2014)「医師と労働—その歴史と展望」『日本労働研究雑誌』No. 645/April2014、10、11頁参照。

<sup>251</sup> 吉田あつし(2012)、前掲書36頁参照。

<sup>252</sup> 2002年10月4日職発第1004004厚生労働省職業安定局長通知「いわゆる医局による医師の派遣と職業安定法との関係について」、参照。

<sup>253</sup> 江原朗(2009)『医師の過重労働』勁草書房、121頁参照。

<sup>254</sup> 遠藤久夫(2012)、前掲書77頁参照。

題が多いといえる。この点に関しては、第5章であらためて検討する。

さて、次に、医師の長時間労働がなくなる医療システム上の1つの要因である医療施設の機能分化の不全と、それに大きく関連する患者の受療動向などを確認する。

### 第3節 医療施設供給の側面から

日本においては、フリーアクセスという自由のもと、患者は自己の選択により、どこにでも受診することが可能であって、伝統的に大病院志向と捉えられてきた。現に、日本では、診療所にも有床診療所が設置されており、病院も中小病院が数多く存在しており、診療所から大病院までいわば連続した医療提供体制がとられているといえよう。これら医療提供体制に対する行政のかじ取りを施設供給の側面から2007年の厚生労働白書<sup>255</sup>を参照し確認しておきたい。

#### 1. 医療提供体制の変遷

日本の医療提供体制の歴史は、大きく3つの時代に区分できる。第1に、概ね戦後1945年から1985年までの医療基盤の整備と量的拡充の時代、第2に、1985年から1994年までの病床規制を中心とする医療提供体制の見直しの時代、第3に、1992年以降の医療施設の機能分化と患者の視点に立った医療提供体制の整備の時代である<sup>256</sup>。

まず、医療基盤の整備と量的拡充の時代では、1948年に医療水準の確保を図るため病院の施設基準を定めた医療法が制定され、公立病院の設置に関する国庫補助が規定され、1951年には、日本赤十字社、厚生連（厚生農業協同組合連合会）、済生会といった他の公的医療機関にも拡大されている。しかし、独自の施設整備により病院が濫立されたため、1962年には、公的病院の病床規制の制度が導入されることとなる。一方、民間病院では、病床規制は行われなかったが、終戦後の窮迫した経済情勢下においては、医師単独による民間病院の開設は困難であった。そのため、1950年には、医療法人制度が設けられ、その後、急速に民間病院の開業が進んだ<sup>257</sup>。

1973年の老人医療費の無料化に伴う病床の急激な増加も手伝って、1985年ごろまでには、病床数の量的確保はほぼ達成されていたが、地域的な偏在や、医療施設の機能分担の不明確などの問題が残された。そのため、次の病床規制を中心とする医療提供体制の見直しの時代では、第1次医療法改正（1985年）において、都道府県ごとに医療計画を策定し、地域における体系立った医療体制の実現を目指すこととされた。これにより、二次医療圏

<sup>255</sup> 厚生労働省(2007c)「平成19年度版厚生労働白書」、参照。

<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/>, (2015/12/25 アクセス)

<sup>256</sup> 厚生労働省(2007c)、同上書4頁参照。

<sup>257</sup> 厚生労働省(2007c)、同上書4～5頁参照。

題が多いといえる。この点に関しては、第5章であらためて検討する。

さて、次に、医師の長時間労働がなくなる医療システム上の1つの要因である医療施設の機能分化の不全と、それに大きく関連する患者の受療動向などを確認する。

### 第3節 医療施設供給の側面から

日本においては、フリーアクセスという自由のもと、患者は自己の選択により、どこにでも受診することが可能であって、伝統的に大病院志向と捉えられてきた。現に、日本では、診療所にも有床診療所が設置されており、病院も中小病院が数多く存在しており、診療所から大病院までいわば連続した医療提供体制がとられているといえよう。これら医療提供体制に対する行政のかじ取りを施設供給の側面から2007年の厚生労働白書<sup>255</sup>を参照し確認しておきたい。

#### 1. 医療提供体制の変遷

日本の医療提供体制の歴史は、大きく3つの時代に区分できる。第1に、概ね戦後1945年から1985年までの医療基盤の整備と量的拡充の時代、第2に、1985年から1994年までの病床規制を中心とする医療提供体制の見直しの時代、第3に、1992年以降の医療施設の機能分化と患者の視点に立った医療提供体制の整備の時代である<sup>256</sup>。

まず、医療基盤の整備と量的拡充の時代では、1948年に医療水準の確保を図るため病院の施設基準を定めた医療法が制定され、公立病院の設置に関する国庫補助が規定され、1951年には、日本赤十字社、厚生連（厚生農業協同組合連合会）、済生会といった他の公的医療機関にも拡大されている。しかし、独自の施設整備により病院が濫立されたため、1962年には、公的病院の病床規制の制度が導入されることとなる。一方、民間病院では、病床規制は行われなかったが、終戦後の窮迫した経済情勢下においては、医師単独による民間病院の開設は困難であった。そのため、1950年には、医療法人制度が設けられ、その後、急速に民間病院の開業が進んだ<sup>257</sup>。

1973年の老人医療費の無料化に伴う病床の急激な増加も手伝って、1985年ごろまでには、病床数の量的確保はほぼ達成されていったが、地域的な偏在や、医療施設の機能分担の不明確などの問題が残された。そのため、次の病床規制を中心とする医療提供体制の見直しの時代では、第1次医療法改正（1985年）において、都道府県ごとに医療計画を策定し、地域における体系立った医療体制の実現を目指すこととされた。これにより、二次医療圏

<sup>255</sup> 厚生労働省(2007c)「平成19年度版厚生労働白書」、参照。

<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/>, (2015/12/25 アクセス)

<sup>256</sup> 厚生労働省(2007c)、同上書4頁参照。

<sup>257</sup> 厚生労働省(2007c)、同上書4～5頁参照。

単位で必要病床数を設定し許可制とすることで、自由開業制に一定の制約を課した。制度施行前のいわゆる「駆け込み増床」が見られたが、病院病床数の伸びに歯止めがかかることとなった<sup>258</sup>。この医療計画制度とは、第1次医療法改正により導入された新しい概念で、高齢化社会が進展するなかで、国民に対し適正な医療を確保していくために、医療資源の効率的活用に配慮しつつ、医療供給体制のシステム化を図ることを目的に制度化されたものである<sup>259</sup>。

その後の医療施設の機能分化と患者の視点に立った医療提供体制の整備の時代では、第2次医療法改正（1992年）において、それまで不明確であった医療施設の機能分化を図る観点から、新たに「特定機能病院」及び「療養型病床群」が制度化され、症状に応じた良質かつ最適な医療を効率的に提供する医療提供体制の確保が法的に義務付けられた。また、医療法に医療提供の理念が明記され、医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて良質かつ適切なものでなければならぬと定められた。その後、患者に対する情報提供を促進するための改正が相次ぐこととなる。第3次医療法改正（1997年）では、地域の必要な医療を確保し、地域の医療機関の連携などを図る観点から、かかりつけ医等を支援する医療機関として、地域医療支援病院制度が創設された。この医療政策では、各医療機関に明確な役割と機能を持たせることによって大病院志向に歯止めをかけ、病状に合った医療機関で、適切な医療を受けられる仕組みを作ろうとした。また、医療を提供するに当たり、インフォームド・コンセント（患者に対する十分な説明と同意）の努力義務規定が整備される。次の第4次医療法改正（2000年）では、医療提供体制の見直しを行い、患者にふさわしい医療を提供できる体制を確保するため、従来の「その他の病床」を「一般病床」と「療養病床」に区分し、第1次医療法改正以来の必要病床数（許可制）から基準病床数（届出制）へと変更した。また、このときの改正では、患者の医療に関する情報を求めるニーズの高まりと、患者による医療機関の選択に資するため、広告規制の緩和が行われるとともに、1999年以降の相次ぐ医療事故の表面化により、医療の質向上と医療安全を確保し、医療サービスを維持向上するために、一定の医療安全管理体制の確保が法的に義務付けられている<sup>260</sup>。

そして、過去最大の改正といわれる第5次医療法改正（2006年）では、医療機能の分化・連携推進により、患者に切れ目のない医療を提供しQOL（Quality Of Life）の向上を図ることとされ、患者の視点に立った体制の構築がなされた<sup>261</sup>。この流れを受け、第6次医療法改正（2014年）では、2025年の超高齢化時代を睨んだ医療提供体制の再構築が最大の課題と位置付けられ、病床の機能分化・連携の推進をすすめるために、「病床機能報告制度」と「地

<sup>258</sup> 厚生労働省(2007c)、同上書8頁参照。

<sup>259</sup> 1986年8月30日健政発第563号 厚生省健康政策局長通知「医療計画について」

<sup>260</sup> 厚生労働省(2007c)、前掲書10～11頁参照。

<sup>261</sup> 佐藤勝浩(2007)「第五次医療法改正と医業経営における最近のトレンド」医療関連サービス振興会、[https://ikss.net/about\\_ikss/pdf/148.pdf](https://ikss.net/about_ikss/pdf/148.pdf), (2015/12/25アクセス)、参照。

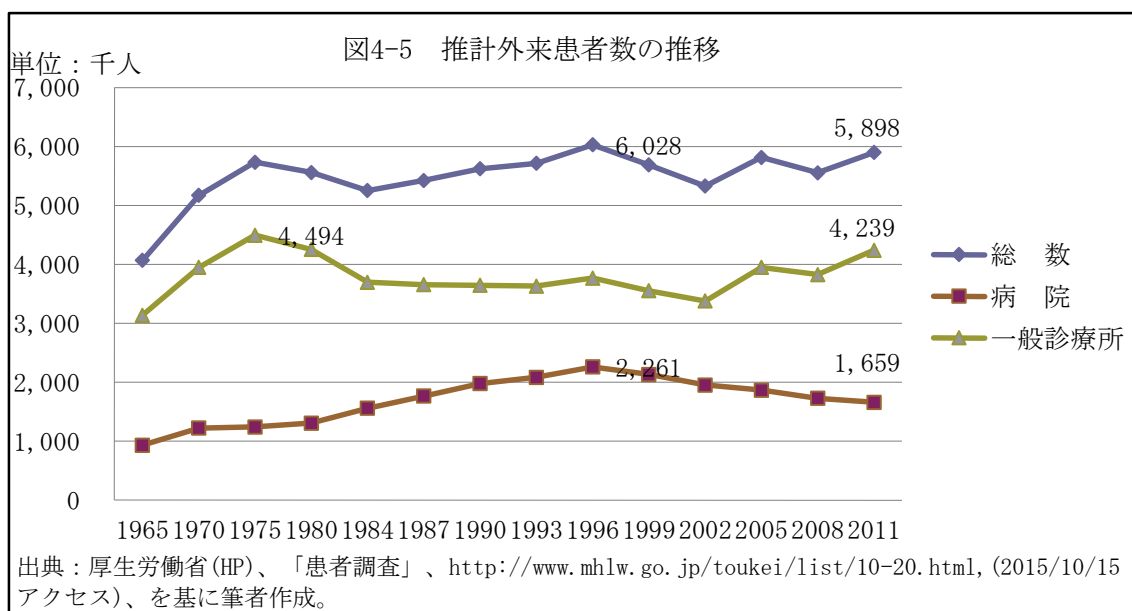
域医療構想の策定」が柱となっている<sup>262</sup>。

このように、これまでの医療法改正を見ると、病院の機能分化や連携に重点を置いていることがわかる。しかし、見方によればこの30年間、病院の機能分化は、遅々としてすすまず、患者の大病院志向に歯止めがかけられなかったことも意味する。では、次に、勤務医の労働負担、特に外来診療における負担に大きく関係する患者の大病院志向に関して確認する。

## 2. 患者の受療動向から機能分化を見る

日本の医療における外来診療については、診療所から、中小病院、大病院に至るまで機能分化が十分でなく、大病院に患者が集中し、患者側では長い待ち時間、医師側では、長時間労働の温床となっている。また、入院についても病床の機能分化が十分でなく、急性期の患者と長期療養が必要な患者が混在している。

ここでは、まず、外来の患者数を、厚生労働省の患者調査<sup>263</sup>から確認する。図(4-5)に示す通り、病院の外来患者数は、1990年代の半ばまで継続的に増加していた。その後、患者全体の外来数が減少したため分かりづらいが、2002年ごろから、診療所の外来は増加しているが、病院の外来は少しずつ減少していることがわかる。外来に関しては、若干なりとも、機能分化の政策が功を奏してきているのかもしれない。



<sup>262</sup> 厚生労働省(2013b)「医療法等改正法案参考資料」、参照。

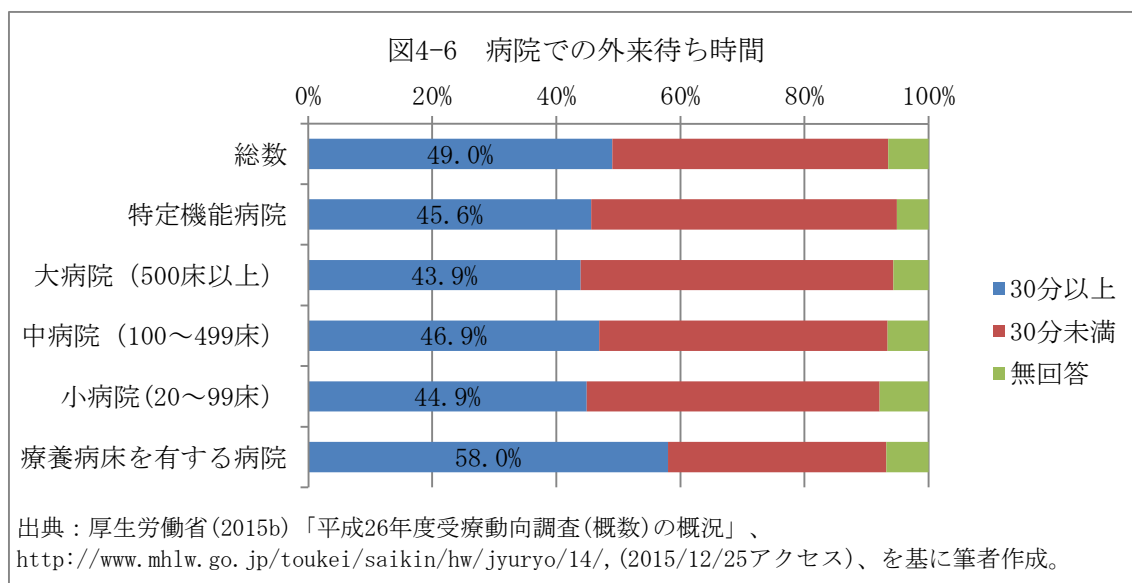
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000350oy-att/2r985200000350tu.pdf>, (2015/12/21 アクセス)

<sup>263</sup> 厚生労働省(HP)、「患者調査」、

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>, (2015/10/15 アクセス)、参照。



図(4-5)で示した通り、全体の患者数は減少傾向にあるが、外来での待ち時間は改善されているのであろうか。ここでは、厚生労働省受療動向調査から、その待ち時間を確認する。図(4-6)の通り、最近においても、病院における外来患者の待ち時間は、30分以上の待ち時間が、約半数と、外来の改善には、まだまだ時間がかかりそうである<sup>264</sup>。このことから、勤務医の外来での労働負担は、いまだ軽減されていないことが確認できる。



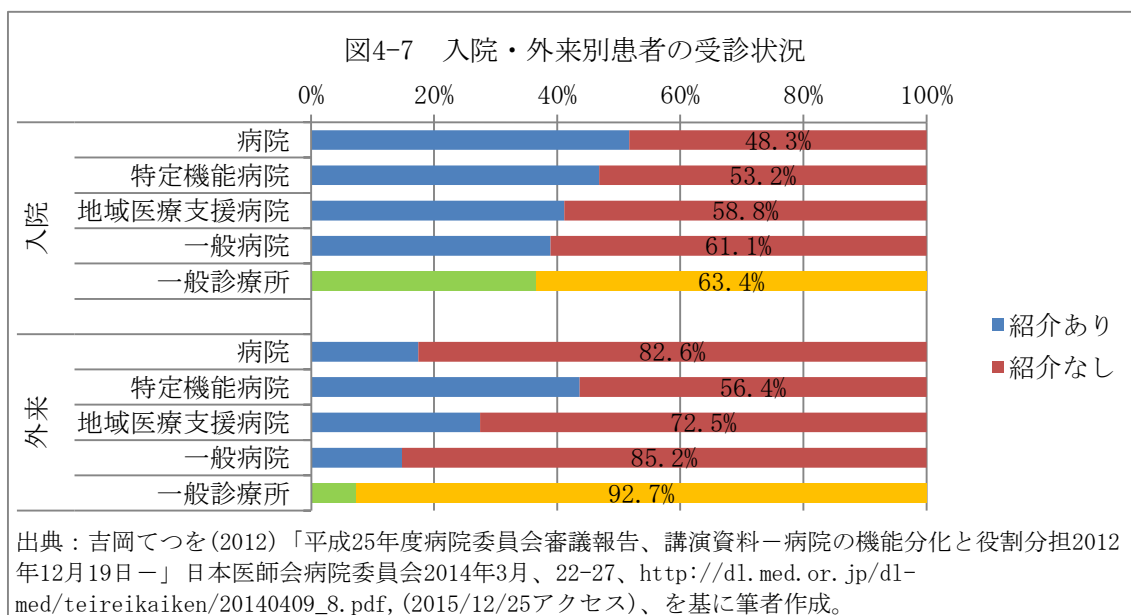
このように、本来、紹介があってはじめて病院の診察が受けられるように機能分化を進めているのであるが、病院での待ち時間が改善されていないことは、いまだ、患者の大病院志向には変化がなく、依然として機能分化が理解されていないことが考えられる。そこで、病院・診療所等からの病院への紹介の有無について、入院・外来別受診状況を確認してみる。入院・外来別患者の受診状況では、図(4-7)の通り、病院で受診した患者のうち、「紹介なし」は入院で48.3%、外来で82.6%と、いまだに紹介のない患者が直接病院に殺到している状況である<sup>265</sup>。特定機能病院という最も高機能な病院においてさえ、過半数が紹介なしという状況である。このように、患者の大病院志向には根強いものがあり、病院勤務医の外来業務の負担感は、非常に大きいと思われる。

<sup>264</sup> 厚生労働省(2015b)「平成26年度受療動向調査(概数)の概況」、参照。

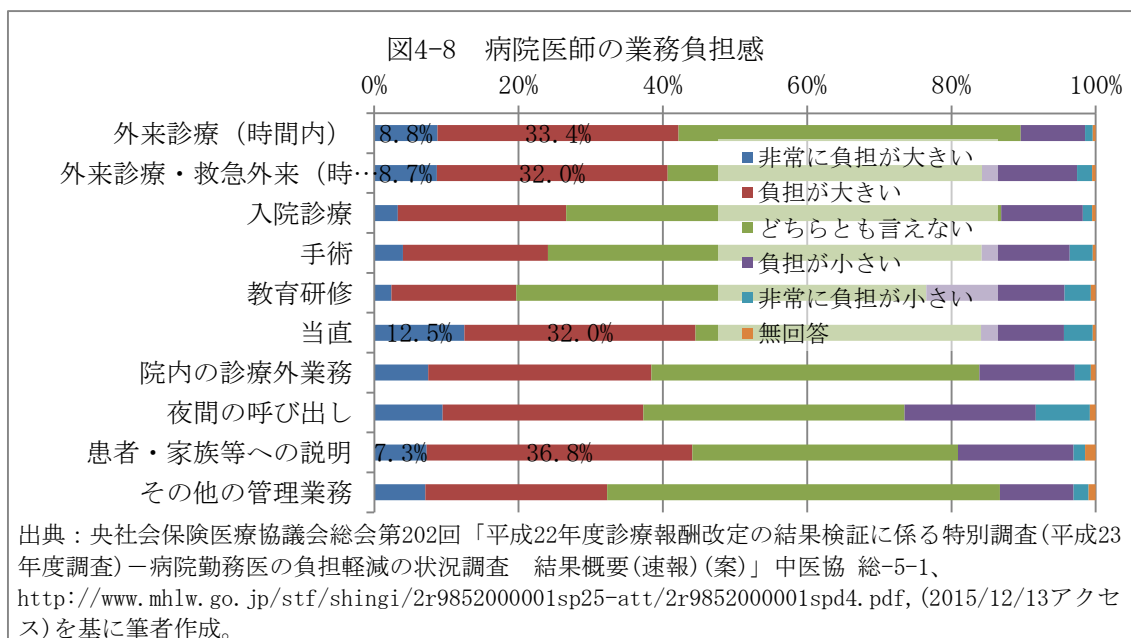
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/14/>, (2015/12/25アクセス)

<sup>265</sup> 吉岡てつを(2012)「平成25年度病院委員会審議報告、講演資料－病院の機能分化と役割分担2012年12月19日－」日本医師会病院委員会2014年3月、22-27、24頁参照。

[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20140409\\_8.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20140409_8.pdf), (2015/12/25アクセス)



また、この調査では、医師の業務負担感について聞いているが、図(4-8)の通り、外来業務に対する負担感は、当直や、患者・家族等への説明と並んで、かなりの負担となっていると考えられる<sup>266</sup>。



<sup>266</sup> 中央社会保険医療協議会総会第202回(2011)、「平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査)－病院勤務医の負担軽減の状況調査 結果概要(速報)(案)」中医協 総-5-1、29、54頁参照。  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001sp25-att/2r9852000001spd4.pdf>, (2015/12/13アクセス)

行政側は、長い年月をかけて、患者の受療行動を変えるため、機能分化を試みているが、いまだ功を奏しているとはいいがたい。現在の診療報酬上、外来の評価は、大病院でも一般診療所でも基本的に同点数となっており、特に大病院が高く設定されているわけではない。したがって、患者からすれば同じ料金であれば、大きな病院で診てもらった方が安心との心理が働いている。また、病院側から見れば、1人でも多くの患者を確保したいという心理が働くのは、一見無理からぬと思われる。

しかしながら、開業医と比べ資本投下の大きな病院では、実は、入院の可能性のない外来患者を抱えるのは、大きな損失となる。資本投下の軽重を比べれば、開業医と同じ料金設定では、大病院において利益が生まれる余地はないのである。つまり、外来診療は入院につながらなければ、意味がないのである。

しかし、従来、日本の病院経営者には大きな盲点がある。日本における病院の発達は、個人の開業医が、徐々に拡大し、病床数を増やして中小病院、大病院へと発展したと考えられている。二木は、それを検証し、必ずしもそうではないと知っているが、それでも前進が診療所である私的大病院は、4割弱存在している<sup>267</sup>。日本の医師のなかには、現在でも大病院志向があり、全ての診療科をそろえたいと考えている向きがある。いわゆる総合病院志向である<sup>268</sup>。病院経営者は、医師の労働のことなどは念頭になく、1人でも多くの外来患者を確保すること、そのため1つでも多くの診療科をそろえることを主眼に病院経営を行ってきたといえるように思われる。日本の病院では、診療科をそろえる目的での、医師の1人診療科、2人診療科が、いまだに数多く存在している。そのような取り組みが入院につながるかどうかを判断する考えもなく外来患者の確保に走っている。したがって、専門性の高い勤務医が、実は専門性を必要としない患者を、昼夜を分かたずたくさん診察しなければならぬという状況を作り出している。実は、これが勤務医の疲弊のもとともなっていると考えられる。

このように、医療施設の機能分化を誘導しようとしても、それを遮っているのは、患者の大病院志向と、経営者側の大病院志向でもあるのである。したがって、当然ながら患者教育なども必要とされる場所であるが、経営者の病院経営に対する考え方の意識改革も必要不可欠となるはずである。次に、病院機能の分化が軌道に乗らない要因として、「かかりつけ医」をめぐる問題について確認しておく。

### 3. 「かかりつけ医」をめぐる問題

「かかりつけ医」に関しては、日本医師会・四病院団体協議会の定義にもあるように、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を

---

<sup>267</sup> 二木立(1998)「わが国の大病院の構造とは圧点の実証的研究－(その2)」『医療と社会』Vol. 7, No. 4, 1998, 1頁参照。

<sup>268</sup> 野口哲英(1997)『逆転の発想 21』日本医療企画、112頁参照。

紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」<sup>269</sup>とされている。しかしながら、2012年8月31日の厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会中間まとめ」でも指摘されているように、総合的な診療能力を有する医師の名称について、その定義は明確にはされていない。「総合医」、「総合診療医」、「一般医」、「プライマリー・ケア医」、「家庭医」などの名称に関しては、統一して整理する必要があるとの見解にとどまっている<sup>270</sup>。このことは以前から何度も再燃されてきた議論であり、その名称が決まっていないことでもわかるように、行政や医師会などのあいだには見解の相違が見出される<sup>271</sup>。

因みに、専門医制度における基本領域の19番目の専門医として、「総合診療専門医」が加わっており、2017年から開催される予定である<sup>272</sup>。その名称はさておき、2013年の社会保障制度改革国民会議では、フリーアクセスについての問題を論議している。いつでも、好きなところでと極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスについて、社会保障制度改革国民会議は今日疲弊おびただしい医療現場を守るためにも、必要な時に必要な医療にアクセスできるという意味にその内容を理解する必要があると指摘している。このような理解に立脚して、いわば緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及が、今後は必須であると報告している<sup>273</sup>。行政側は、病院機能の分化、特に外来機能の縮小と専門外来への特化を念頭において、診療所を中心とした「かかりつけ医」の機能の強化を進めようとしている。

しかし、この「かかりつけ医」の担う医療に関しては、2014年OECDからも「医療の質レビュー—日本スタンダードの引き上げ—」と題して次のように指摘されている。つまり、プライマリーレベルの医療（すなわち、ただちに生命の危険がない新たな健康上の訴えを管理でき、長期的な病態を管理でき、病院ベースの医療への紹介が必要な場合に患者の判断をサポートできるサービス）を提供する日本の医療は独特であると指摘し、診療所（有床を含む）及び中小病院の医師たちは、半分一般医で半分専門医（つまり、不特定期間の病院勤務を終えた医師が、いくつかの専門医の認定を持って、一般医として、地域社会に

<sup>269</sup> 日本医師会・四病院団体協議会(2013)「医療提供体制のあり方—日本医師会・四病院団体協議会合同提言」2013年8月8日、4頁参照。

[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-SeisakutoukatsukanSanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000015541.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-SeisakutoukatsukanSanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000015541.pdf), (2015/12/13 アクセス)

<sup>270</sup> 厚生労働省(2012a)「専門医の在り方に関する検討会中間まとめ」2012年8月31日、<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002iixs-att/2r9852000002iiz9.pdf>, (2015/12/13 アクセス)、参照。

<sup>271</sup> 福岡市医師会医療情報室(2013)「総合医について考える」医療情報室レポートNo.187、<http://www.city.fukuoka.med.or.jp/jouhousitsu/report187.html>, (2015/12/21 アクセス)、参照。

<sup>272</sup> 日本専門医機構(2015)「「総合診療専門医に関する委員会」からの報告」、19頁参照。

<sup>273</sup> 社会保障制度改革国民会議(2013)「社会保障制度改革国民会議報告書」2013年8月6日、24頁参照。<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>, (2015/12/26 アクセス)

て開業している)であり、また、有床診療所や、中小病院においては、病院の一部門としてプライマリー・ケアを提供し、そのまま患者を入院させることが可能であるというのである。このように日本の医療は、特にプライマリー・ケア、そして、急性治療と長期療養の分化されないまま、現在に至っている<sup>274</sup>。地域社会の一般医として勤務している診療所や中小病院の医師が、そのままプライマリー・ケアの専門医とはいかないのであって、もしその点が不明確であれば、患者の受療行動は今まで通りとなり、病院の外来は、プライマリーの患者が混合したままに推移してしまうことにならざるを得ない。これは、病院勤務医の労働にも大きく影響する部分であり、2017年の総合専門診療医の確立が果たす役割は大きいものがあると思われる。

以上、本章では、病院勤務医の長時間・過重労働に関して影響している医療システムのなかから、第1に、医療法における人員配置基準と、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た。第2に、医師の確保に関わる問題として、法的なシステムではないが、日本の医療界のなかに根強く残っている医局講座制の弊害を確認した。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点を確認した。また、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が考えられる。

次章においては、この長時間・過重労働の問題の解決の糸口を見つけるにあたって、第3者の視点により、医師が気づかない、気づきづらい、気づきたくない点に焦点をあてて検討してみたい。

---

<sup>274</sup> OECD (2014) 「OECD 医療の質レビューー日本スタンダードの引き上げー」 2014年11月5日、  
[http://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityJAPAN\\_ExecutiveSummary.pdf](http://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityJAPAN_ExecutiveSummary.pdf), (2015/11/14 アクセス)、41頁参照。

## 第5章 病院勤務医の長時間・過重労働の軽減を図るために

第1章から第4章を通じて、病院勤務医の長時間・過重労働の実態を確認するとともに、その労務管理の現状と問題点についても確認してきた。これらの問題に対して、2000年代後半以降、2011年の日本学術会議の「病院勤務医師の長時間過重労働の改善に向けて」<sup>275</sup>の提言や、厚生労働省の「医療機関の勤務環境改善について」<sup>276</sup>に見られる対策など、種々の取り組みがなされてきているが、それでもいまだ改善されてきているとはいえない状況にある。この原因を考えるにあたって、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問題があるのではないかと、裏を返せば、その点に気づき変革を推進している病院が、いち早く雇用環境面でも対応を図っているのではないかと考え、大きく3つの点に焦点を当てて検討を加える。まず、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性をみるとともに、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。これらが、雇用環境の改善を最も阻害している要因と考えられる。

最初に、1つ目の問題について、病院経営に関するマネジメントの脆弱性を示し、それを克服するための、病院の組織構造の変革と、病院における中核的存在である勤務医の雇用管理問題を軸に検討する。

### 第1節 病院経営者のマネジメントの脆弱性とその克服

#### 1. 病院の組織の特徴

病院は、プロフェッショナルな組織であり、そこに働くメディカルスタッフは多種多様である。また、医師・看護師など、人員配置基準が定められている職種があること、さらにはその職種によって、法律に基づいた業務範囲が定められているということが、一般企業とは著しく異なっている点である<sup>277</sup>。このような点から、病院の組織は、職員の指揮命令

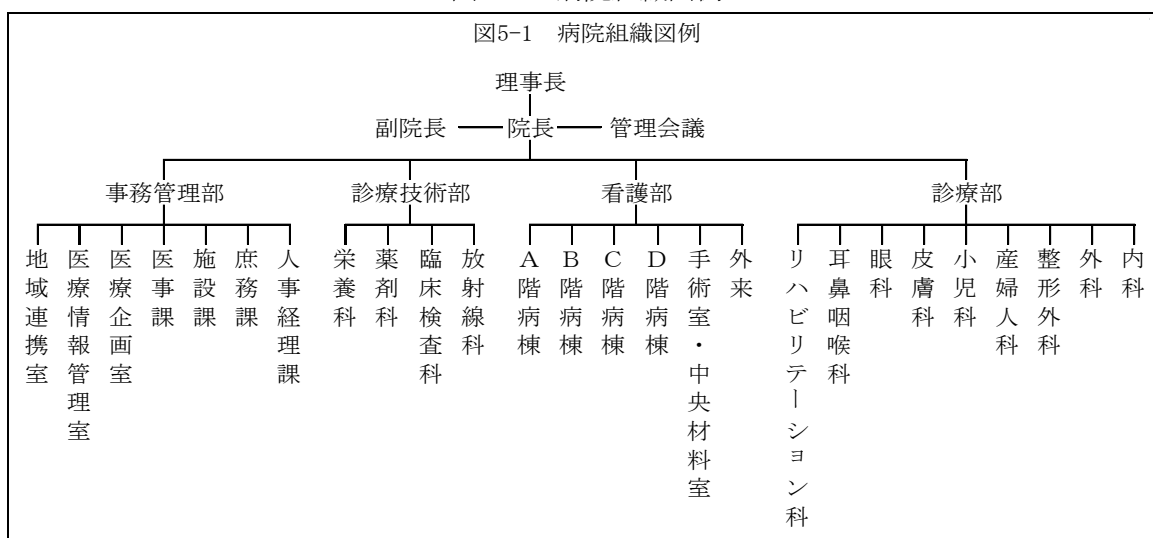
<sup>275</sup> 日本学術会議(2011)、「病院勤務医師の長時間過重労働の改善に向けて」2011年9月7日、<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t133-6.pdf>, (2015/10/15 アクセス)、参照

<sup>276</sup> 厚生労働省(2013c)「第33回社会保障審議会医療部会資料3、『医療機関の勤務環境改善について』」2013年10月4日、参照。  
[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshit-su\\_Shakaihoshoutantou/0000025364.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshit-su_Shakaihoshoutantou/0000025364.pdf), (2015/10/15 アクセス)

<sup>277</sup> 久米龍子、久米和興、村川由加理(2010)「病院看護部の組織構造の特徴と業務特性に関する一考察」『豊橋創造大学紀要』第14号, 79-93、前掲書80頁参照。

系統や職員の責任の範囲により、基本的には、職種ごとの機能別組織が中心となる。一般的な病院の組織図は、図(5-1)の通りで、理事長や、院長をトップとして、院長の補佐に副院长、トップマネジメントを行う管理会議(呼称は様々)、その下には、機能別に診療部門、看護部門、診療技術(診療補助)部門、事務・管理部門などが置かれ、診療部には、内科、外科、整形外科などのように、各診療科が置かれる。院長は、医師である。これは、医療法で病院の管理者は医師であることを規定しているためである。この点で欧米とは大きく異なる。欧米では、院長は、理事会の任命により多くは医師以外の人を選任され、そのほとんどは、大学院で病院管理学等を学んだスペシャリストである<sup>278</sup>。因みに、理事長に関しては、現在では、医師とはされていなため、非医師の場合もありうる。

図 5-1 病院組織図例



出典：飯田修平、田村誠、丸木一成(2005)『医療の質向上への革新』、106頁を参照し筆者が簡略化した。

診療部では、診療部長を筆頭に、各診療科長、医長、医師といった順で、上から下への指揮命令系統となり、また、専門診療科ごとに縦割り組織となる。医師は、一般に、病院内に医局といういわゆる医師の執務室があり、大きな病院では、診療科ごとに医局も分かれている。そして、基本的には、そこに他の医療職が集うことはない。看護部は、病棟ごとに分かれ、そのほか医師の診療科に対応した外来担当と手術担当などが構成される。この病棟も以前は、内科病棟、外科病棟などと診療科ごとに分かれているところがほとんどであった。そのほか、薬剤科には薬剤師が、栄養科には管理栄養士・栄養士が、臨床検査科には、臨床検査技師が、リハビリテーション科には、理学療法士や作業療法士が所属している。従来、医師以外は、多くの場合自身の治療の場において業務を行っている。ここでいう治療の場とは、病院において、患者への疾病予防、疾病治療、リハビリテーション

<sup>278</sup> 印南一路(1998)「組織としての病院」『組織科学』Vol.31 No.3、20頁参照。

等の医療を提供するという目的を達成するための活動を中心的に行っている場のことをいう<sup>279</sup>。

事務管理部門には、病院収入のかなめである医事課や経理課、最近では、第3章第2節で示した日本型包括払いシステムであるDPCとの兼ね合いもあって、診療情報等を管理する情報管理室、地域における医療連携を推進する地域連携室など、経営管理、経営企画部門が置かれる。病院は、これらさまざまな専門集団から構成されており、一般企業に見られるような部門間の移動はなく、強固な分業関係が前提となる。以上のように、病院は、院長をトップとして、機能別のメディカルスタッフごとの部門と、事務管理部門の大きく2つの系統を持ち、いわゆるピラミッド型の階層性組織構造が敷かれている。

## 2. 病院組織における管理システムの脆弱性

このように病院の組織を見てくると、一見病院の組織は統制のとれた官僚組織として見る向きもある<sup>280</sup>。しかしながら、病院組織においては、組織トップの決定がヒエラルキーを通して下部組織に展開し実行に移されるという管理システムが、十分に機能していないことが多い。経営トップは、各々の部署の運営をその部門の専門職に任せている部分が強く、各部門のコントロール機能は弱いといわざるを得ない。これには、経営トップの権威に対する各部門メンバーの受容が弱いことがあげられる<sup>281</sup>。この点に関して、森は、『権力と組織—組織のなかからの組織論』のなかで、病院における権威の受容についてのインタビュー調査を行っている。まず、同業の医師間においては、診療科目の異なる部門出身の院長の指示に対する勤務医の受容を、表(5-1)のようにまとめている。それぞれ理由があるとはいえ、院長を自分たちのトップとは考えておらず、院長の指示をすべて受け入れていないことを指摘している<sup>282</sup>。さらに、「医師は医師を統括せず」という言葉がある通り、同じ診療科に属していても専攻が異なれば、お互い専門家同士という意識が働き、多くの医師は、上司・部下といった関係を想定することができないとも言われている<sup>283</sup>。

<sup>279</sup> 久米龍子、久米和興、村川由加理(2010)、前掲論文 80 頁参照。

<sup>280</sup> 久米龍子、久米和興、村川由加理(2010)、同上論文 85 頁参照。

<sup>281</sup> 明石純(2005)「医療組織における理念主導型経営」『組織科学』Vol. 38 No. 4, 22-31、23 頁参照。

<sup>282</sup> 森雄繁(1998)『権力と組織—組織のなかからの組織論』白桃書房、155 頁参照。

<sup>283</sup> 山城章編著(1980)『ノン・ビジネス経営の構築』ビジネス教育出版社、312 頁参照。



表 5-1 院長と勤務医との関係（院長の指示と、それに対する勤務医の反応）

院長の指示	医師の反応
薬品の種類を減らすよう	医師には各々効能のわかった、使い慣れた薬があり、皆が同じ薬にする必要はない
カルテの書き漏れをなくすよう	医師にとってカルテの書き漏れよりも診療が優先する
診療報酬を増やして費用を減らすよう	医療は、基本的に収益事業ではなく、医師の使命は、診療にある
診療科の赤字を減らすよう	採算にのらなくても医療提供の使命があり、その点を各方面に説明し協力を得るのが院長の務めである
他の診療科に比べて看護師が多すぎる	看護師の数は診療科によって異なるのは当然、他の同規模病院との比較をすべき

出典：森雄繁（1998）『権力と組織—組織のなかからの組織論』白桃書房、156 頁を基に筆者作成。

森は、医師と他のメディカルスタッフとの間における権威の受容についても、他のメディカルスタッフは、医師に対して批判的であり、医師の意識とのギャップがある。しかしながら、医師の指示は基本的にすべて守られ、その権威は認められているが、逆に他のメディカルスタッフの権威は、ほとんど認められないことを指摘している<sup>284</sup>。

第 3 章で述べた通り、病院は、多様な専門職から構成されている組織であり、その専門職種や部門がそれぞれの独自の価値観をもって彼ら独自の組織文化を形成している。一方で病院としての理念・ビジョンから病院全体の組織文化があり、専門職の文化とぶつかることもしばしば見られる。さらに、医師においては、同じ医師という資格職であっても、診療科や専門によってもその価値観は異なっている。また、各専門職には、雇用以前からそれぞれが依拠する大学や各種専門養成機関及び職能団体があり、医師のみならず、これら外部の集団から人材の供給を受けていることもあって、各専門職の権威者が外部に存在することもある<sup>285</sup>。

このように医師を含めたメディカルスタッフは、組織内外に存在する多様な価値観に依拠して、それぞれが異なる価値観を持って行動する。このことが、権限の受容や職種間の協働に影響を及ぼし、組織全体としての管理システムの脆弱性を引き起こしていると考えられる。そのため、医師のみが経営陣に名を連ねているところでは、病院経営者のマネジメントは機能しづらいといえる。したがって、少なくとも最も人員の多い看護部門や、事務部門のトップを副院長などの経営者として処遇すること、つまり、医師以外のメディカルスタッフ側からすれば、自分たちの代表が経営陣に名を連ねることが必要となるであろう。しかし、それだけでは、医師間の問題はまだ解決できない。次に医師間の問題について

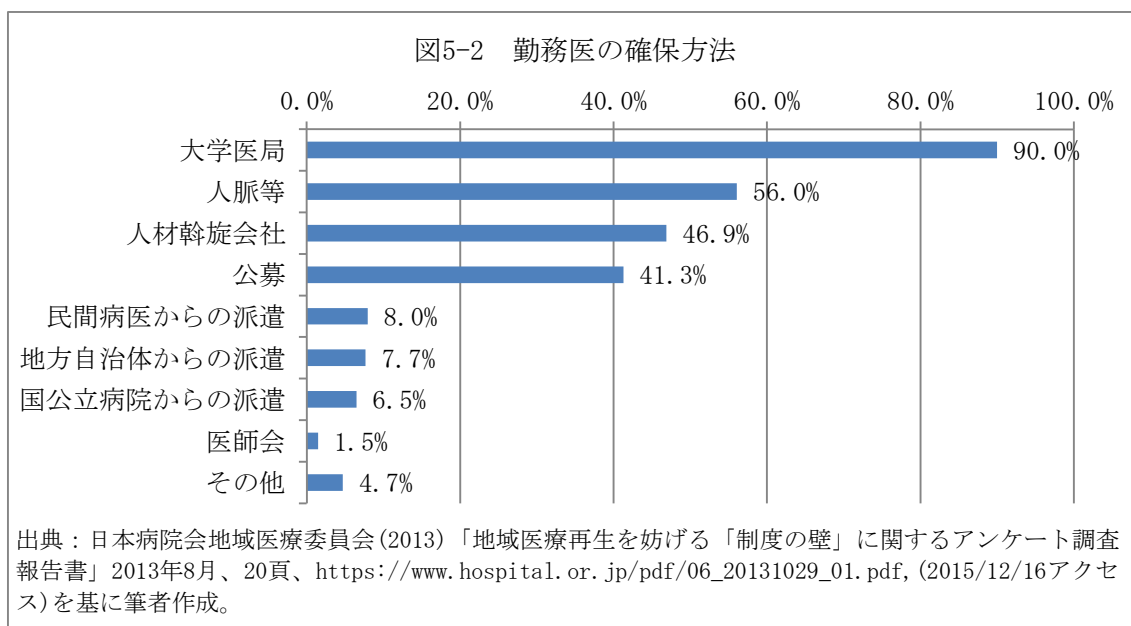
<sup>284</sup> 森雄繁(1998)、前掲書 154 頁参照。

<sup>285</sup> 明石純(2005)、前掲書 25 頁参照。

て、病院勤務医の雇用システムの観点から、医局講座制との関係を確認する。

### 3. 医局依存からの脱却

日本では、長きにわたり病院における医師の採用は、大学医局からの派遣という形態によってきた。医局講座制、あるいは、新医師臨床研修制度の項で示した通り、2004年以降、医局の派遣機能は低下したといわれているが、依然その影響は強い。2013年の日本病院会の調査では、図(5-2)の通り、勤務医の確保方法について聞いているが、回答病院339病院中、90%に当たる305病院が大学医局からの派遣をあげている<sup>286</sup>。この結果を、同じ日本病院会の2007年の調査と比較すると、大学医局からの派遣は、97.8%から90.0%へ、人脈等は、41.9%から56.0%へ、人材斡旋会社は19.0%から46.9%へ、公募は、24.0%から41.3%へと変化してきているが、依然として大学医局からの派遣が他を圧倒している<sup>287</sup>。



このように、医局機能の低下などもあって、民間の職業紹介事業者の拡大により、病院自らが医師の雇用を決する場面が見られてきたが、多くの病院は、中核的人材である勤務医の雇用に関して、従来の医局の派遣機能に頼っているのが現状である。したがって、ある診療科において、医師の大半が一定の大学医局からの派遣で占められている場合、一般的な会社と異なった状況が見られる。それは、その診療科が、専門的一部門として独立しており、診療科という単位が大学からの出先機関として、あたかも請負として機能してい

<sup>286</sup> 日本病院会地域医療委員会(2013)、前掲書 20 頁参照。

<sup>287</sup> 日本病院会(2007)「医師確保に係る調査報告書」、12 頁参照。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/d1/s0410-4b.pdf>, (2015/12/27 アクセス)

るものと考えられる。

大学医局に所属している医師が大学から派遣されている場合、ローテート中の医師は、大学医局に目が向いており、その病院への帰属意識よりも医局への帰属意識が強い。何故なら、自身の将来のキャリアは、医局人事に左右されるからである。指揮命令系統は、病院内に事実上存在しなく、例えば、人事においても欠員が生じた場合の補充は、病院内の人事機能を持っている部署に依頼するのではなく、大学医局に依頼することとなる。このような状況の病院であれば、各診療科を一般の企業の営業部門としてみると、ライン機能に対するスタッフ機能は不全を起こしており、人事労務管理機能はないに等しい。

医局から離脱をして就職をした医師、または、最初から医局に所属せず、自らの意思で就職活動を行い就職した医師の場合は、専門資格業として他の職種と同様労働移動性は高く、現在の勤務医の需給バランスからみればなお更のこと労働移動は容易である。したがって、勤務先の病院にしがみつかなければならない理由は存在しない。さらに、自己のキャリア形成、研鑽の場として病院を考えた場合、今後、他の病院での経験を積むことのほうに魅力を感じる場合も考えられる。このように、医師の間でも医局に所属する医師、学問的、臨床的な成功を目指す医師など様々であり、それぞれが異なるインセンティブや目的をもって行動している。そのために、医師の場合は、経営トップの権力への受容も、場合によっては、診療科トップの権力の受容も、甚だ低いといわざるを得ない。この点から考えると、たとえ、現在の病院の労働環境等に問題があったとしても、自分が直接関わる診療科以外の問題に関していえば、積極的に労働環境改善に取り組むとは考えづらい。医局からの派遣であれば、数年我慢すればローテーションとなり、派遣以外の医師も自分の意にそぐわなければ、他の病院への異動を考慮することが可能だからである。

このような環境のなかで、経営トップは、理念やビジョンを浸透し実現するため、また提供する価値を向上するために、様々な方法を用いて組織を構造化させ、効率的・効果的に運営・管理しなくてはならないが、特に医師は、基本的に自由であって、他からの拘束に関して嫌悪感を持ち、そのため管理といった働きに関しては、根本的に違和感を抱いている。したがって、自分が管理職となった場合も、熱心にその責務を果たそうとする意識はなく、管理的知識に興味もわかない医師が多く存在する<sup>288</sup>。部長、科長といった役職は、他への権威を明示する役割と、単なる給与の多寡を示すものといえる。

少なくとも一般的な企業のような組織に近づけようとするならば、大学医局との関係は断ち切り、病院自らが直接医師を雇用し、育成する管理システムを構築しなければならない。医師の確保は、病院経営にとって基盤なのである。職場環境・雇用環境を改善するにあたって、経営トップが変革を示すとき、旧態依然とした大学医局からの脱却が一つのキーポイントとなると考える。そこで、次に、雇用改善、職場改善に取り組んでいるといわれる病院に所属する医師の出身大学及び診療科における医局依存を検証することで、病院の変革への取り組みとの関連性を確認してみる。

<sup>288</sup> 山城章編著（1980）『ノンビジネス経営の構築』、前掲書 312 頁参照。

#### 4. 職場改善・雇用改善に取り組んでいる病院の医局依存を探る

ここでは、①僻地といわれる地域においても非常に高いレベルの治療を行っている病院、チーム医療を推進している病院、標準化を推進している病院、女性医師の活用を推進している病院、②厚生労働省が運営する「いきいき働く医療機関サポート web (いきサポ)」において、勤務環境の改善に関して取り組み事例として取りあげられている病院<sup>289</sup>、③NPO 法人イーজেイネット<sup>290</sup>が運営推進する HOSPIRATE「働きやすい病院評価」認証を受けている病院<sup>291</sup>について、病院の勤務医の雇用管理における医局依存に焦点を当てて検証してみた。これらの病院は、何らかの形で、勤務環境の改善に取り組んでおり、勤務医の労務管理に対して、経営トップの意識が高い可能性があるかと判断したからである。

医局依存の有無に関して、1 つは、その病院の診療科ごとの医師の出身大学の調査により、同じ大学の出身者が過半数を占めた場合に、また、診療科トップと同じ出身の大学が半数を占めた場合は、医局依存があると規定して数値化してみた。その理由は、診療科トップが、その診療科での権限を有しているため、人員が欠員した場合、あるいは増員をしたい場合は、医局依存があれば、人事部等ではなく、診療科トップがその採用活動に動くからである。そのため、以前は、診療科ごとに、ほとんどが同じ大学で占められていた。したがって、半数を超えていても、医局依存があるかどうかは、断定できない面もあるが、診療業務に対して医師の意見が反映されやすいかどうかという点から見て、半数と規定した。また、そのため、1 人医師の診療科は除き、2 人体制の診療科は、出身大学が異なれば医局依存はないものとしてある。また、ここでは、医師を対象としているため、歯科・口腔外科は除外してある。

もう 1 つは、出身大学のバラエティ度である。診療科において、医局依存が低いということは、多くの大学から採用されており、必然的に採用する出身大学がバラエティに富むこととなる。日本では、現在 80 の医学部、医科大学が存在しているが、出身大学数が 80 に近ければ近いほど、全国から採用しており、多くの異なった文化が混入することとなって、特定の大学色は一掃され、病院独自の分化が根ざす可能性が高い。さらに、院長のポストは、以前では、大学医局の権力を示す重要なポストであり、院長の出身大学と同じ大学が多いということは、医局依存との関連性が高いと見ることができる。なお、病院名称、大学名称は、簡略化してある。

表 (5-2) から確認できるように、全国的に著名な聖路加国際病院、亀田総合病院に至っては、採用大学数が、全 80 大学のうち、77 大学、76 大学と、ほとんど全国の大学からの採用となっている。また、1 位大学の占有率においても数%と非常に低い占有率となっている

<sup>289</sup> いきいき働く医療機関サポート web(いきサポ) (HP)、

<http://iryuu-kinmukankyou.mhlw.go.jp/outline/>, (2015/10/15 アクセス)、参照。

<sup>290</sup> イーজেイネット(HP)、参照、<http://www.ejnet.jp/>, (2015/12/27 アクセス)、参照。

<sup>291</sup> HOSPIRATE (HP)、参照、<http://www.hospirate.jp/>, (2015/12/27 アクセス)、参照。

る。諏訪中央病院においては、信州大学が、静岡県立がんセンター、聖隷浜松病院においては、地元の大学が1位ではあるが、いずれもそれほど高い占有率ではなく、また、採用大学数も非常に多くなっている。このように特定の大学色に彩られない構成となっており、医師のマネジメントにおいても独自色が発揮できるものと考えられる。

表 5-2 出身大学数と医局依存率①

病院名	都道府県	総医師数	採用大学数	院長出身大学	1位大学	1位大学医師数	1位大学占有率	総診療科	対象診療科	医局依存診療科数	診療科医局依存率
聖路加国際病院	東京都	443	77	京大	日大	22	5.0%	42	34	2	6%
亀田総合病院	千葉県	374	76	岩手医大	東京医歯大	23	6.1%	42	39	0	0.0%
諏訪中央病院	長野県	101	50	信州大	信州大	12	11.9%	27	19	4	21.1%
静岡県立がんセンター	静岡県	219	71	京大	浜松医大	21	9.6%	34	28	0	0%
聖霊浜松病院	静岡県	249	66	新潟大	浜松医大	59	23.7%	45	39	6	15.4%

出典：日本アルトマーク社のデータを基に筆者作成。

次に、表（5-3）においては、済生会吹田病院、済生会栗橋病院、東葛クリニック病院を除き、地元の大学が1位を占め、医局依存もかなり高い病院もある。従来、自治体病院や、済生会などの公的病院は、派遣先として各大学が最も欲していた病院である。過去との比較データがないため、医局依存が変化してきているかどうかは、このデータからは立証は困難である。しかしながら、第4章で、小児科の交代制勤務を採用している病院としてとりあげた藤沢市民病院のような自治体病院が、55大学から採用しており、医局依存もほとんど見られなくなっていることは、筆者が製薬会社の営業部門に所属し、神奈川県を統括していた20年前の姿からは、かけ離れた内容となっている。

表 5-3 医局依存②

病院名	都道府県	総 医師 数	採 用 大 学 数	院 長 出 身 大 学	1 位 大 学	1 位 大 学 医 師 数	1 位 大 学 占 有 率	総 診 療 科	対 象 診 療 科	医 局 依 存 診 療 科 数	診 療 科 医 局 依 存 率
藤沢市民病院	神奈川県	227	55	横浜市大	横浜市大	49	21.6%	27	24	1	4%
済生会熊本病院	熊本県	178	34	熊本大	熊本大	84	47.2%	17	15	7	47%
相澤病院	長野県	138	38	慈恵医大	信州大	38	27.5%	44	27	0	0%
竹田総合病院	福島県	124	32	金沢医大	福島県立大	36	29.0%	24	18	8	44%
済生会吹田病院	大阪府	117	22	京都府立医大	京都府立医大	25	21.4%	22	18	12	67%
近森病院	高知県	109	32	大阪医大	高知医大	42	38.5%	23	20	6	30%
済生会栗橋病院	埼玉県	90	38	山形大	東京女子医大	15	16.7%	19	16	0	0%
潤和会記念病院	宮崎県	54	16	熊本大	宮崎大	21	38.9%	15	11	3	27%
へつぎ病院	大分県	43	12	大分大	大分大	22	51.2%	19	11	4	36%
岡山旭東病院	岡山県	41	14	鳥取大	岡山大	21	51.2%	8	6	4	67%
三友堂病院	山形県	40	16	日医大	山形大	18	45.0%	16	7	3	43%
東葛クリニック病院	千葉県	21	11	東京医科大	東京医科大	9	42.9%	8	5	1	20%

※診療科数が非常に少ない病院は、取り上げていない。

出典：いきいき働く医療機関サポート web(いきサポ)(HP)、

<http://iryou-kinmukankyou.mhlw.go.jp/outline/>, (2015/10/15 アクセス)の紹介病院に関する日本アルトマーク社のデータを基に筆者作成。

最後に、表(5-4)においては、表(5-3)と同様、自治体病院等の公的病院において、岐阜市民病院や、長崎医療センターのように、従来通り明らかに現在においても医局依存がみられる病院もある。しかしながら、大原孫三郎が創立し、京都大学との関係が深い倉敷中央病院が今や60の大学から医師を採用しているなど、他にもかなり多数の大学から採用している病院があり、個々の診療科の医局依存とともに、採用大学数からも、従来の医局派遣からの脱却が進んでいるものと推測される。

表 5-4 医局依存③

病院名	都道府県	総 医師 数	採 用 大 学 数	院長 出身 大学	1位 大学	1位 大学 医師 数	1位 大学 占有 率	総診 療科	対象 診療 科	医局 依存 診療 科数	診療 科医 局依 存率
倉敷中央病院	岡山県	409	60	京大	京大	81	19.8%	33	28	3	11%
北野病院	大阪府	294	46	京大		83	28.2%	29	26	6	23%
大阪赤十字病院	大阪府	263	43	京大	京大	86	32.7%	32	29	7	24%
湘南鎌倉総合病院	神奈川県	232	69	東京医歯大	横浜市大	12	5.2%	38	27	2	7%
大阪病院	大阪府	185	40	大阪大	大阪大	53	28.6%	23	22	7	32%
聖隷三方原病院	静岡県	168	50	神戸大	浜松医大	50	29.8%	35	30	11	37%
岐阜市民病院	岐阜県	156	27	京大	岐阜大	96	61.5%	27	24	16	67%

長崎医療センター	長崎県	155	26	長崎大	長崎大	93	60.0%	26	25	16	64%
済生会福井病院	福井県	134	28	順天堂大	金沢大	53	39.6%	18	17	9	53%
高松赤十字病院	香川県	115	36	京都大	徳島大	34	29.6%	24	19	8	42%
武蔵村山病院	東京都	84	34	北海道大	北海道大 杏林大	11	13.1%	13	11	2	18%
長崎労災病院	長崎県	61	20	川崎医大	長崎大	24	39.3%	15	11	3	27%
京都武田病院	京都府	31	13	近畿大	京都府立医大	11	35.5%	13	4	2	50%
しげい病院	岡山県	27	14	北里大	岡山大	7	25.9%	8	3	1	33%
黒沢病院	群馬県	25	16	群馬大	群馬大	6	24.0%	5	4	0	0%
宮地病院	兵庫県	15	9	徳島大	兵庫医大	4	26.7%	5	2	0	0%

出典：HOSPIRETE (HP)、<http://www.hospirate.jp/>, (2015/12/27 アクセス)の認証病院に関する日本ア  
ルトマーク社のデータを基に筆者作成。

以上、地域で見た場合、過去の歴史的な関係や地元大学との関係で、ある程度の大学との依存関係はみられるが、これらの病院は総じて幅広い大学から採用してきている。過去との比較ができないために、必ずしも立証できるデータとは言えないが、従来の大学医局からの派遣構造から徐々に脱却している傾向が見て取れる。

このように、医局依存度が低く、採用大学数が多い病院は、医師の直接雇用を組み込んでおり、そのことは、少なからず診療科に対する組織管理や医師に対する雇用管理がなされていると考えられる。筆者が医薬情報担当者をしていた約20年前には、人事部なる組織があった記憶はほとんどないが、今や人事部が設置されている病院も増加している。人事部が、医師を直接雇用するということは、医師に対する条件提示から始まり、一連の雇用



管理がなされる可能性が高く、また、労働条件の良し悪しが、その病院での定着率を高めることにもつながることは、経営者であれば、十分理解できるであろう。

さて、今まで病院の組織構造をみてきたが、組織図からは各専門職の縦割り構造となっていることがわかる。ところが、患者の治療の一連の流れからいっても、各部門は、全て関係しており、全てのメディカルスタッフの協業が必要となる。したがって、次節では、医師及び他のメディカルスタッフの協業推進に関して、その関係構築とチーム医療の推進の観点から、その組織構造と医師の意識を検討してみる。

## 第2節 医師及び他のメディカルスタッフの協業関係

### 1. 医師と他のメディカルスタッフとの関係

前節において、病院経営におけるマネジメントの脆弱性に関して、組織構造と医師の雇用管理に関して確認したが、実は、病院内部の指揮命令系統は複雑で、組織図通りとはなっていない。これには、第1章の冒頭で述べたように、ほとんどの部門において医師が管理者として位置づけられ、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きたことが関係している。この問題は、医師以外のメディカルスタッフ等の分化の過程にも関係しており、医療の原型である医師対患者の1対1主治医制を基に、医師とその助手によって行われていたものが、法的資格を整え、業種としての独立性を高め、分化発展をしてきたためである。

そのメディカルスタッフの分化発展には、まず、本来医師が行っていた業務が機能化して成立したものに、薬剤師、X線技師、臨床検査技師、理学作業療法士などの技術があり、その関係部門が医師の診療科から分化独立している。また、本来事務部門での一般的サービスであったものが専門化してきたものに、栄養士、MSW（メディカル・ソーシャルワーカー・ワーカー）などがある。そのほか、医学以外の領域から、工学、心理学などの発展に基づき部門化したものなどがある<sup>292</sup>。このような発展過程のなかで、一般の組織図では表せない点がある。

日本の病院組織は、はじめ医師1人から始まり、医師の働きを手伝うものとして、看護師、薬剤師、検査技師、事務員などが順次導入され、医師においても他の診療科の必要性に応じ複数の診療科が設置され、診療科ごとの縦の組織が形成されていった。やがて昭和30年代にかけて、医師を頂点とする縦の組織は、図(5-3)で示す横の組織に転換していく。

これは、「中央化」といって、各部署に分散している同種業務をできる限り一つにまとめて処理をする部署を新設したことによる。このようにして、分業の原理により業務の種類ごとに新しい部門が次つぎに誕生することとなった。ここで注目されるのは、医師が命令

<sup>292</sup> 車田松三郎(1969)「パラメディカルの研究—論文内容要旨—」、122頁参照。

管理がなされる可能性が高く、また、労働条件の良し悪しが、その病院での定着率を高めることにもつながることは、経営者であれば、十分理解できるであろう。

さて、今まで病院の組織構造をみてきたが、組織図からは各専門職の縦割り構造となっていることがわかる。ところが、患者の治療の一連の流れからいっても、各部門は、全て関係しており、全てのメディカルスタッフの協業が必要となる。したがって、次節では、医師及び他のメディカルスタッフの協業推進に関して、その関係構築とチーム医療の推進の観点から、その組織構造と医師の意識を検討してみる。

## 第2節 医師及び他のメディカルスタッフの協業関係

### 1. 医師と他のメディカルスタッフとの関係

前節において、病院経営におけるマネジメントの脆弱性に関して、組織構造と医師の雇用管理に関して確認したが、実は、病院内部の指揮命令系統は複雑で、組織図通りとはなっていない。これには、第1章の冒頭で述べたように、ほとんどの部門において医師が管理者として位置づけられ、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きたことが関係している。この問題は、医師以外のメディカルスタッフ等の分化の過程にも関係しており、医療の原型である医師対患者の1対1主治医制を基に、医師とその助手によって行われていたものが、法的資格を整え、業種としての独立性を高め、分化発展をしてきたためである。

そのメディカルスタッフの分化発展には、まず、本来医師が行っていた業務が機能化して成立したものに、薬剤師、X線技師、臨床検査技師、理学作業療法士などの技術があり、その関係部門が医師の診療科から分化独立している。また、本来事務部門での一般的サービスであったものが専門化してきたものに、栄養士、MSW（メディカル・ソーシャルワーカー・ワーカー）などがある。そのほか、医学以外の領域から、工学、心理学などの発展に基づき部門化したものなどがある<sup>292</sup>。このような発展過程のなかで、一般の組織図では表せない点がある。

日本の病院組織は、はじめ医師1人から始まり、医師の働きを手伝うものとして、看護師、薬剤師、検査技師、事務員などが順次導入され、医師においても他の診療科の必要性に応じ複数の診療科が設置され、診療科ごとの縦の組織が形成されていった。やがて昭和30年代にかけて、医師を頂点とする縦の組織は、図(5-3)で示す横の組織に転換していく。

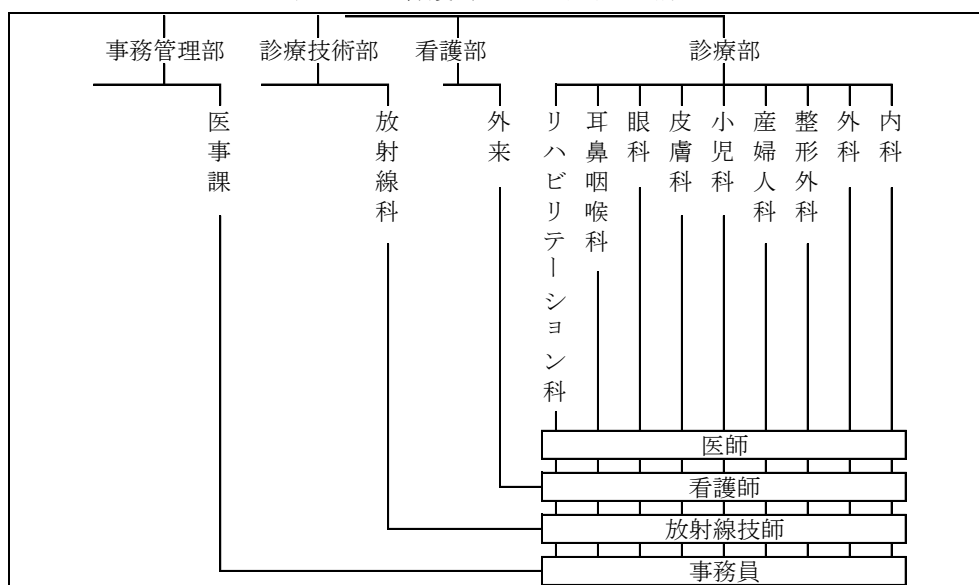
これは、「中央化」といって、各部署に分散している同種業務をできる限り一つにまとめて処理をする部署を新設したことによる。このようにして、分業の原理により業務の種類ごとに新しい部門が次つぎに誕生することとなった。ここで注目されるのは、医師が命令

<sup>292</sup> 車田松三郎(1969)「パラメディカルの研究—論文内容要旨—」、122頁参照。

者の立場から、依頼者の立場に変わっていることである。しかし、これには医師の強い抵抗があり基本的に現代までその抵抗は続いている。そのため、現在も複雑な構造となっている<sup>293</sup>。

看護師を一例としてあげれば、外来担当の看護師は、実際の外来において、いわゆる縦の組織としてその診療担当の医師の指揮命令を受けるが、それと同時に、いわゆる横の組織として看護部の外来担当部門に配置され、外来担当看護師長の指揮命令を受けるといった二重構造となっている。このようにほとんどの部門が、その部門の長と、管理者である医師との二重の支配を受けることとなる。

図 5-3 看護師の二重支配の構造



出典：山城章(1980)『ノンビジネス経営の構築』ビジネス教育出版社、304頁を参照し筆者作成。

医師と他のメディカルスタッフとの関係の背景には、協力的相互関係ではなく、身分的關係に彩られた現実があり、あくまでも対等ではないという階層意識が作用しており、医師と他のメディカルスタッフとの関係を支配関係と捉えた階層性の存在が見いだされる<sup>294</sup>。しかしながら、現在の高度化・専門化が進んだ医療において、多職種の協力なくしては、医療は成り立たなくなっている。したがって、医師を含めたメディカルスタッフがお互いの能力をチームとして最大限に引き出す多職種間の連携が必要となる。ここには、最も重要なこととして医師の意識改革がある。他の専門職が医師の業務から分化してきた過程において、医師の権力は、一枚ずつ剥ぎとられ、次第に弱められて、分散化してきたことを何よりも医師が自覚する必要がある。それまで医師に従属し統制されていた他のメディ

<sup>293</sup> 山城章(1980)、前掲書 303 頁参照。

<sup>294</sup> 加藤和美(2014)、前掲論文 10 頁参照。

カルスタッフは、医師の指示の依頼を受け、協力する関係にあることを確認しなければならない<sup>295</sup>。

このように、医師自らが他のメディカルスタッフの能力を認め、チームとして積極的にかかわっていくことで、全てを医師1人が抱えるのではなく、法制的範囲の内ではあるが、業務分担を円滑に推進し、協力関係を構築していく必要がある。その1つがチーム医療であり、医師自らが対等の立場に身を置くことが重要である。医師の間でもこの点に関しては、認識されはじめている。2011年の国立病院総合医学会のシンポジウムにおいて、医師部門からは、医師が医療現場をリードした時代から脱却し、協調的な姿勢を示すことが必要であることや、多職種混成チーム、組織横断的チームにおいて多職種を尊重する意識を持つことが重要であるとの意見も述べられている<sup>296</sup>。

しかしながら、これまで、チーム医療を論じ推進しようとしているのは、多くは看護師であり、医師が中心となって推進しているものは限られている。そこで、チーム医療の推進について、もう少し検討を加える。

## 2. チーム医療の視点からの組織変革と意識改革

2010年、厚生労働省は、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」を発している。そこでは、医療の高度化や複雑化に伴う業務の増大により医療現場の疲弊が指摘されるなど、医療の在り方が根本的に問われており、こうした現在の医療の在り方を大きく変え得る取組みの一つとして「チーム医療」の推進を示している。また、基本的な考え方として、「各医療スタッフがチームとして目的と情報を共有した上で、医師等による包括的指示を活用し、各医療スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、医療スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要である」<sup>297</sup>として、専門性に積極的に委ねることが強調されている<sup>298</sup>。

医療現場の疲弊改善に、どのような点で、チーム医療が重要なのであろうか。また、どのような点を考慮することで医療の在り方を変えることができるのであろうか。ここでは、諏訪中央病院の鎌田が語るチーム医療の事例から、チーム医療導入による意識改革と、組織変革の点について探ってみる。

チーム医療を推進していくうえで重要な点が3つある。1つは、病院の内部体制の工夫に関する問題である。まず、内科や外科などの分散した医局を作らずに、医局を1つにすることで、医師の間のセクショナリズムを予防したことがあげられる。これは、1つの大学の

---

<sup>295</sup> 加藤和美(2014)、前掲論文10頁参照。

<sup>296</sup> 田中信一郎(2011)「チーム医療を効果的に実践するための職種連携—権限と責務—」『医療』Vol. 66 No. 8、373頁参照。

<sup>297</sup> 2010年4月30日医政発0430第1号厚生労働省医政局長通達「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」、参照。

<sup>298</sup> 2010年4月30日医政発0430第1号厚生労働省医政局長通達、同上参照。

医局からの派遣で固まった場合、他の出身大学の医師の違和感は大きく、なかなか溶け込むことができないことが要因である。次に、看護師から副院長を出したことがあげられる。病院の質、医療の質を左右するのは、優れた技術を持った医師が必要であることは、言うまでもない。しかし、看護の質が問われる時代にあつて、最も大所帯である看護師が経営に参加していないことは、チーム医療を行っていくうえでむしろおかしいことであり、経営も含めていろいろな職種の人が等分の権利と責任をお互いに背負いあうことが重要であるとの認識である。つまり、チーム医療というのは、違う職種の人他者のまなざし、同じ職種でも出身大学が異なる人のまなざしがあることが大切である<sup>299</sup>。

2つ目は、医療過誤をある程度防ぐことができる点である。今述べたように、多職種あるいは、他の医師のまなざしがあるということは、病院のなかで相互に評価されていることとなる。これはミス隠さず、ミスと認識し、次は失敗しないという進歩につながる<sup>300</sup>。

3つ目は、第3章で述べたインフォームド・コンセントに関することである。患者や家族に対して、医師だけではなかなか伝えきれないことがある。医師のみが、インフォームド・コンセントを抱えるのではなく、チームで、インフォームド・コンセントをしっかりと行うことが重要であり、疾患によってさまざまなスタッフが加わることで、患者の理解をさらに高めることが必要であり、それは医師の負担軽減にもつながることとなる<sup>301</sup>。

以上からわかる通り、チーム医療では、病院トップ自らが率先して、他のメディカルスタッフの専門性を認め、助言を求め、そして他の医療スタッフは、これに応えられるように勉強するという姿を作り上げることが重要である。また、医師は、同業の医師や、他のメディカルスタッフとの協働のなかで、他の専門性に積極的に業務を委ねることが必要である。このように、病院トップを含めた医師自身の意識改革が重要であることを示している。

意識改革をするにあたって、組織から変革することも重要なことである。つまり、組織が従来通りであつては、変革もままならないといえる。医師を他のメディカルスタッフと対等の立場に置くためには、従来の組織のままではなかなか難しい。この点に関しては、2点考えられる。1つは、従来の組織を置いたまま、チーム医療のための組織編成をすることであり、それは、一般企業でいう、いわゆるプロジェクトチームに類すると考えられる。もう1つは、指揮命令系統にあつた、組織に変革することである。

1つ目の点については、富田が指摘する静岡県立静岡がんセンターの組織が参考となる。一般的な医療機関における、診療トップとチーム及びチーム内の関係を示すと図(5-4)のようになる。すべてのチームをマネジメントするのは、診療部のトップであり、チーム内においても医師がトップとなり、医師からの一方通行的な指示の流れとなる<sup>302</sup>。

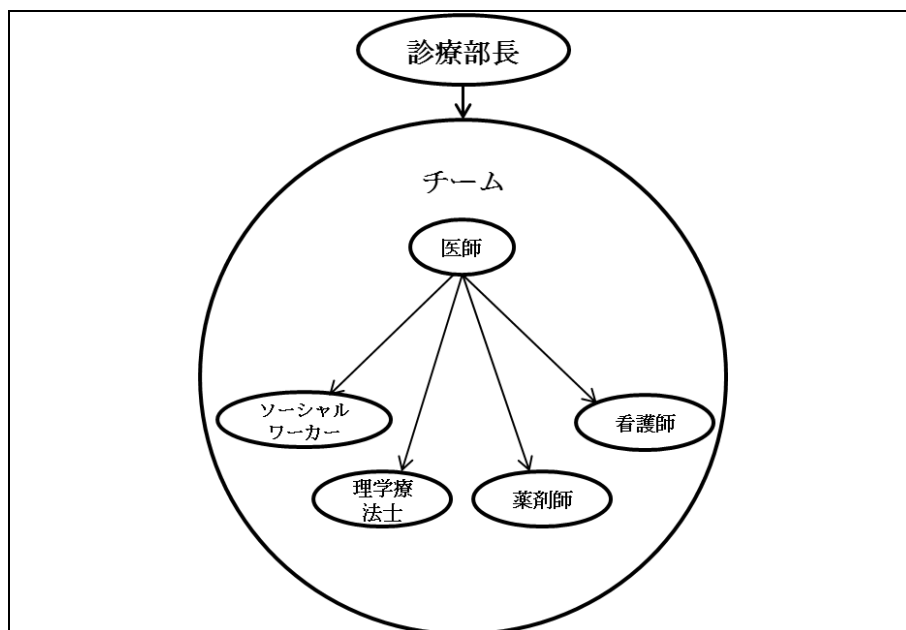
<sup>299</sup> 鷹野和美編著(2002)、前掲書 76、77 頁参照。

<sup>300</sup> 鷹野和美編著(2002) 同上書 84 頁参照。

<sup>301</sup> 鷹野和美編著(2002) 同上書 85 頁参照。

<sup>302</sup> 富田健司(2008)「チーム医療のマネジメントー静岡県立静岡がんセンターの多職種チーム医療を事例としてー」『医療と社会』Vol. 18 No. 3、336 頁参照。

図 5-4 一般的な医療機関におけるチーム内の関係



出典：富田健司(2008)「チーム医療のマネジメントー静岡県立静岡がんセンターの多職種チーム医療を事例として」『医療と社会』Vol.18 No. 3、336 頁。

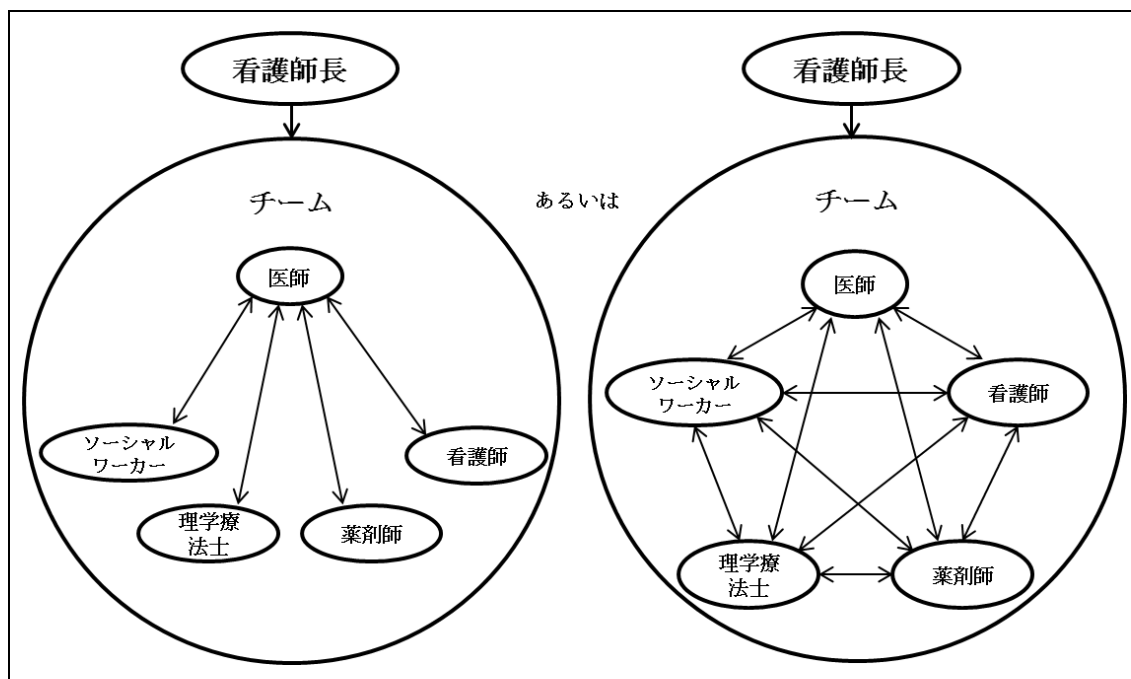
一方、静岡がんセンターの関係は、図(5-5)の通りで、全てのチームをマネジメントするのは、看護師長となり、医師がチームリーダーとなる場合と、全員がリーダーとなりうる場合とがある。しかも、この場合の多職種チームのメンバーは固定されず、患者の病態により変化する治療に応じてメンバーが入れ替わるというものである<sup>303</sup>。本稿で検討しているのは、特に右側の組織形態で、鷹野がいう機能的チームにあたる。これは、基本的に重層構造のないフラットな地位関係であって、各メンバーは濃厚なコミュニケーションによって、相互理解を深め、目標の共有化を行う。刻々と変化するニーズに対応する医療サービスの提供に相応しいメディカルスタッフがリーダーシップを取りながら、医療サービスを提供することとなり、リーダーも可変的となる<sup>304</sup>。

つまり、従来のように、医療行為のどの場面においても、医師がリーダーとなるのではなく、各々のメディカルスタッフにリーダーを任せることが重要となる。このように、医師自身が、チームの対等の1メンバーとなること、もう1つは、看護師長の指揮下にはいることであり、組織自体を変えることで、医師はもちろんのことその他のメディカルスタッフの意識改革を呼び込むことが可能となる。

<sup>303</sup> 富田健司(2008)、同上論文 336～337 頁参照。

<sup>304</sup> 鷹野和美(2003)「患者の主体化に視座を置く真の「チーム医療論」の展開」『人間と科学』3(1)1-7 2003、3 頁参照。

図 5-5 静岡がんセンターにおけるチーム内の関係



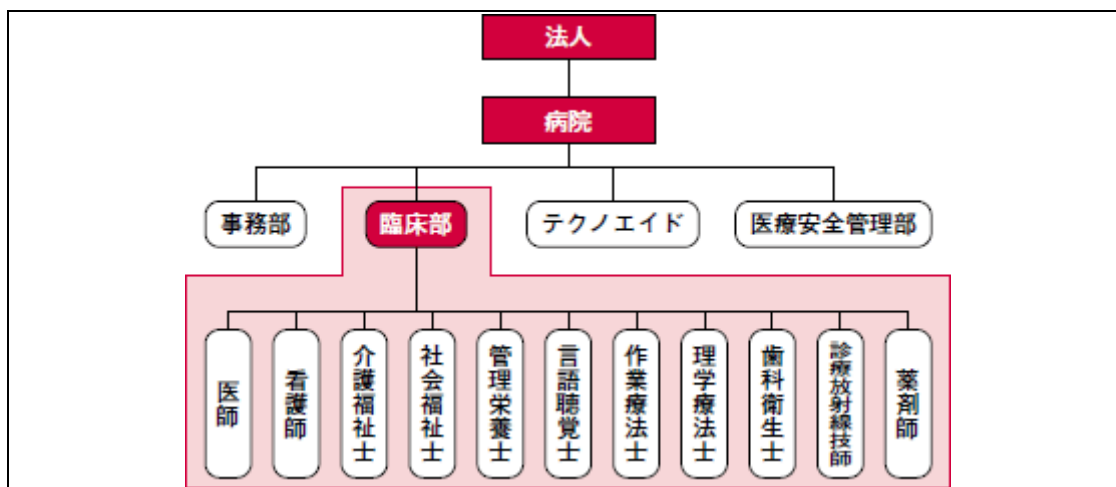
出典：富田健司(2008)「チーム医療のマネジメントー静岡県立静岡がんセンターの多職種チーム医療を事例としてー」『医療と社会』Vol. 18 No. 3、337 頁。

2つ目の点については、もう一歩進んだ組織形態であり、長崎リハビリテーション病院の組織図が参考となる。図(5-6)の通り従来の縦割り組織を廃し、専門職が臨床部に所属した組織となっている。院長の栗原氏は、週刊医学会新聞のインタビューに対して、「いくら病棟を中心に活動しようとルールを決めても、職種ごとに部課長などの役職がある限りは限界がある。したがって、組織図ごと抜本的に見直し、現場の専門職はすべて臨床部の所属とし、病棟専従にした」<sup>305</sup>と答えている。リハビリテーション病院であるとはいえ、組織図自体を書き換えている病院も現れているのである。

これらが示すように、医師が、機能的チームの一員となることで、医療スタッフ間の情報共有が促進され、各々の専門性にゆだねることで、医師一人がすべてを抱えるといった構造から脱却することが必要であり、機能的チーム医療の推進と、そのための組織構造の変革は、勤務医の意識を改革し、それを契機として業務の効率性を高め、疲弊改善に効果を発揮する可能性がある。

<sup>305</sup> 『週刊医学会新聞』「チーム医療構築のための「システム+意識付け」」2015年6月22日第3130号、[https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03130\\_04](https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03130_04), (2015/12/27 アクセス)、参照。

図 5-6 長崎リハビリテーション病院の組織図



出典：『週刊医学会新聞』「チーム医療構築のための「システム+意識付け」」2015年6月22日第3130号、[https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03130\\_04](https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03130_04), (2015/12/27 アクセス)、より転載。

以上の動きを見ても、病院の組織編成はさらなるステージに進む可能性がある。ここでは、大きく急性期の診断治療と、回復期とを分けて考えてみる。急性期の診断治療は、現在の縦割り組織である診療科を単位とすれば、そのトップは医師が務めることとなり、看護師、事務職員等は、その配下に位置するのが自然である。なぜなら緊急性が高く、医師の判断が重要な要素となるからである。一般企業であれば、1つの診療科は、部あるいは課となり、医師が部長職、課長職となる。したがって、看護師、事務職員等は、医師の配下となる。その際、看護部や、事務部等には、看護師、事務職を支援するスタッフ部門が置かれる必要がある。

回復期は、病棟が中心となるため、そのトップは看護師が務めることとなる。したがって、同様に看護師が上長であり、医師はその組織に組み込まれることとなる。理学療法士や、ソーシャルワーカーなどもその部署に所属することとなる。その際、同様に、個別専門職部門には、各々のメディカルスタッフを支援するスタッフ部門が置かれることが必要となる。

このように、今や病棟単位で、急性期病棟、回復期病棟などを届け出ることともなっており、患者の治療の段階及び患者との接点から考えて、全ての診療場面において医師がトップとなる組織形態からの脱却が望まれる。従来医師が1人で行ってた業務が、いまや高度に専門分化することで、医師の業務は、ますます医療の中核部分に絞られてしまっている。しかしながら、医師にはその意識が乏しく、全てを自身の支配下に置き、コントロールしたがる傾向がある。もっと、他のメディカルスタッフを信頼し、尊重して任せることの重要性を認識することが、長時間・過重労働からの脱却にもつながるものと考えられる。このように、医師の意識改革を進めるうえにおいて、組織変革は1つの重要な要素



と考える。

ここまで、組織的な観点を中心に、組織の変革及び意識改革として、旧習からの脱却を図ることの重要性を述べてきたが、最後に、長時間・過重労働の改善を阻害する勤務医の労働者認識の欠如について、プロフェッショナリズムとの観点から検討を加える。

### 第3節 勤務医の労働者認識の醸成

#### 1. プロフェッショナリズムと労働者性

医師という職業を考える上で、プロフェッショナリズムの問題を避けて通ることはできない。プロフェッション（職業）、西洋では、弁護士、医師、牧師が三大プロフェッションとして知られている。中坊は、『日本人の法と正義』のなかで、この3つの職業は、ビジネスオンリーであってはいけない、つまりプロフェッション（特別な職業）でなければいけない、それは、弁護士は人のトラブルを、医師は人の病気を、牧師は人の死を扱う職業だからである。人の最大の不幸に関係している職業だからこそ、金もうけのために仕事をしてはならないと述べている<sup>306</sup>。

医師という職業には高い専門性と、倫理性、奉仕の精神が必要となる。医師患者関係を見るに、そこには、いわゆる情報の非対称性といわれるものが存在する。弱者としての患者は、医学的知識に乏しいゆえに、医師に身を委ねざるを得ず、医師に信頼を寄せざるを得ないのである。それゆえ医師には、患者の利益を最優先するという義務が発生する。このような信頼関係が成り立っているからこそ、医師には特別な義務と責任、それに見合う社会的地位が与えられているともいえる<sup>307</sup>。

英国では、このようなプロフェッションを有するものとしてプロフェッショナルという言葉が用いられる。また、ドイツでは、プロフェッションに相当するものとして、自由業（*der freie Beruf*）という言葉が用いられる。いずれも、通常の職業と区別された高度に専門的な職業として社会的に認知されている。医師は医師法によって、法的にその資格要件を厳密に定め、職業上の独占権を与え、無資格者を排除する代わりに、法令を遵守し公正に職務を遂行すべき義務や公益に奉仕すべき義務を課している<sup>308</sup>。いわゆる一般士業においても、同様な法令が存在し、社会的な身分が示されているといえる。

このプロフェッショナルの働き方について、契約形態から労働者性を探ってみる。民法では、役務提供を目的とする契約形態として、雇用、請負、委任の3つの類型を規定している。では、医師の役務提供は、この3つのどれに当たるのであろうか、この区分に関す

<sup>306</sup> 中坊公平(2001)、『日本人の法と正義』日本放送出版協会、30頁参照。

<sup>307</sup> 奥田栄二(2014)「職業としての医師－医療現場の一側面」、労働政策研究・研修機構(HP)、<http://www.jil.go.jp/column/bn/colum0249.html>, (2015/12/28アクセス)、参照。

<sup>308</sup> 鎌田耕一(2014)「プロフェッショナルな働き方と契約、労働者性」『日本労働研究雑誌』No. 645, April 2014, 54～55頁参照。

管理がなされる可能性が高く、また、労働条件の良し悪しが、その病院での定着率を高めることにもつながることは、経営者であれば、十分理解できるであろう。

さて、今まで病院の組織構造をみてきたが、組織図からは各専門職の縦割り構造となっていることがわかる。ところが、患者の治療の一連の流れからいっても、各部門は、全て関係しており、全てのメディカルスタッフの協業が必要となる。したがって、次節では、医師及び他のメディカルスタッフの協業推進に関して、その関係構築とチーム医療の推進の観点から、その組織構造と医師の意識を検討してみる。

## 第2節 医師及び他のメディカルスタッフの協業関係

### 1. 医師と他のメディカルスタッフとの関係

前節において、病院経営におけるマネジメントの脆弱性に関して、組織構造と医師の雇用管理に関して確認したが、実は、病院内部の指揮命令系統は複雑で、組織図通りとはなっていない。これには、第1章の冒頭で述べたように、ほとんどの部門において医師が管理者として位置づけられ、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きたことが関係している。この問題は、医師以外のメディカルスタッフ等の分化の過程にも関係しており、医療の原型である医師対患者の1対1主治医制を基に、医師とその助手によって行われていたものが、法的資格を整え、業種としての独立性を高め、分化発展をしてきたためである。

そのメディカルスタッフの分化発展には、まず、本来医師が行っていた業務が機能化して成立したものに、薬剤師、X線技師、臨床検査技師、理学作業療法士などの技術があり、その関係部門が医師の診療科から分化独立している。また、本来事務部門での一般的サービスであったものが専門化してきたものに、栄養士、MSW（メディカル・ソーシャルワーカー・ワーカー）などがある。そのほか、医学以外の領域から、工学、心理学などの発展に基づき部門化したものなどがある<sup>292</sup>。このような発展過程のなかで、一般の組織図では表せない点がある。

日本の病院組織は、はじめ医師1人から始まり、医師の働きを手伝うものとして、看護師、薬剤師、検査技師、事務員などが順次導入され、医師においても他の診療科の必要性に応じ複数の診療科が設置され、診療科ごとの縦の組織が形成されていった。やがて昭和30年代にかけて、医師を頂点とする縦の組織は、図(5-3)で示す横の組織に転換していく。

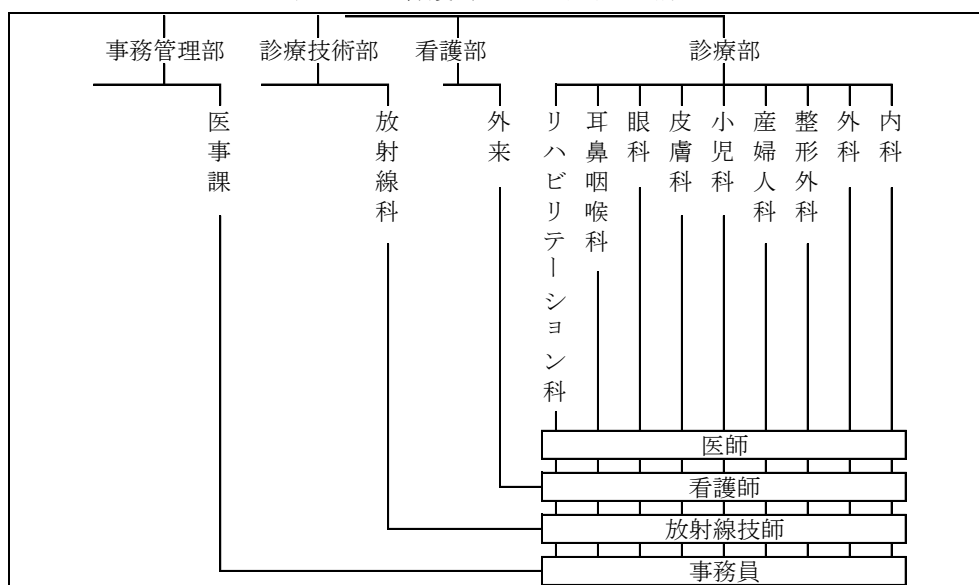
これは、「中央化」といって、各部署に分散している同種業務をできる限り一つにまとめて処理をする部署を新設したことによる。このようにして、分業の原理により業務の種類ごとに新しい部門が次つぎに誕生することとなった。ここで注目されるのは、医師が命令

<sup>292</sup> 車田松三郎(1969)「パラメディカルの研究—論文内容要旨—」、122頁参照。

者の立場から、依頼者の立場に変わっていることである。しかし、これには医師の強い抵抗があり基本的に現代までその抵抗は続いている。そのため、現在も複雑な構造となっている<sup>293</sup>。

看護師を一例としてあげれば、外来担当の看護師は、実際の外来において、いわゆる縦の組織としてその診療担当の医師の指揮命令を受けるが、それと同時に、いわゆる横の組織として看護部の外来担当部門に配置され、外来担当看護師長の指揮命令を受けるといった二重構造となっている。このようにほとんどの部門が、その部門の長と、管理者である医師との二重の支配を受けることとなる。

図 5-3 看護師の二重支配の構造



出典：山城章(1980)『ノンビジネス経営の構築』ビジネス教育出版社、304頁を参照し筆者作成。

医師と他のメディカルスタッフとの関係の背景には、協力的相互関係ではなく、身分的關係に彩られた現実があり、あくまでも対等ではないという階層意識が作用しており、医師と他のメディカルスタッフとの関係を支配関係と捉えた階層性の存在が見いだされる<sup>294</sup>。しかしながら、現在の高度化・専門化が進んだ医療において、多職種の協力なくしては、医療は成り立たなくなっている。したがって、医師を含めたメディカルスタッフが、お互いの能力をチームとして最大限に引き出す多職種間の連携が必要となる。ここには、最も重要なこととして医師の意識改革がある。他の専門職が医師の業務から分化してきた過程において、医師の権力は、一枚ずつ剥ぎとられ、次第に弱められて、分散化してきたことを何よりも医師が自覚する必要がある。それまで医師に従属し統制されていた他のメディ

<sup>293</sup> 山城章(1980)、前掲書 303 頁参照。

<sup>294</sup> 加藤和美(2014)、前掲論文 10 頁参照。

カルスタッフは、医師の指示の依頼を受け、協力する関係にあることを確認しなければならない<sup>295</sup>。

このように、医師自らが他のメディカルスタッフの能力を認め、チームとして積極的にかかわっていくことで、全てを医師1人が抱えるのではなく、法制的範囲の内ではあるが、業務分担を円滑に推進し、協力関係を構築していく必要がある。その1つがチーム医療であり、医師自らが対等の立場に身を置くことが重要である。医師の間でもこの点に関しては、認識されはじめている。2011年の国立病院総合医学会のシンポジウムにおいて、医師部門からは、医師が医療現場をリードした時代から脱却し、協調的な姿勢を示すことが必要であることや、多職種混成チーム、組織横断的チームにおいて多職種を尊重する意識を持つことが重要であるとの意見も述べられている<sup>296</sup>。

しかしながら、これまで、チーム医療を論じ推進しようとしているのは、多くは看護師であり、医師が中心となって推進しているものは限られている。そこで、チーム医療の推進について、もう少し検討を加える。

## 2. チーム医療の視点からの組織変革と意識改革

2010年、厚生労働省は、「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」を発している。そこでは、医療の高度化や複雑化に伴う業務の増大により医療現場の疲弊が指摘されるなど、医療の在り方が根本的に問われており、こうした現在の医療の在り方を大きく変え得る取組みの一つとして「チーム医療」の推進を示している。また、基本的な考え方として、「各医療スタッフがチームとして目的と情報を共有した上で、医師等による包括的指示を活用し、各医療スタッフの専門性に積極的に委ねるとともに、医療スタッフ間の連携・補完を一層進めることが重要である」<sup>297</sup>として、専門性に積極的に委ねることが強調されている<sup>298</sup>。

医療現場の疲弊改善に、どのような点で、チーム医療が重要なのであろうか。また、どのような点を考慮することで医療の在り方を変えることができるのであろうか。ここでは、諏訪中央病院の鎌田が語るチーム医療の事例から、チーム医療導入による意識改革と、組織変革の点について探ってみる。

チーム医療を推進していくうえで重要な点が3つある。1つは、病院の内部体制の工夫に関する問題である。まず、内科や外科などの分散した医局を作らずに、医局を1つにすることで、医師の間のセクショナリズムを予防したことがあげられる。これは、1つの大学の

<sup>295</sup> 加藤和美(2014)、前掲論文10頁参照。

<sup>296</sup> 田中信一郎(2011)「チーム医療を効果的に実践するための職種連携—権限と責務—」『医療』Vol. 66 No. 8、373頁参照。

<sup>297</sup> 2010年4月30日医政発0430第1号厚生労働省医政局長通達「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」、参照。

<sup>298</sup> 2010年4月30日医政発0430第1号厚生労働省医政局長通達、同上参照。

医局からの派遣で固まった場合、他の出身大学の医師の違和感は大きく、なかなか溶け込むことができないことが要因である。次に、看護師から副院長を出したことがあげられる。病院の質、医療の質を左右するのは、優れた技術を持った医師が必要であることは、言うまでもない。しかし、看護の質が問われる時代にあつて、最も大所帯である看護師が経営に参加していないことは、チーム医療を行っていくうえでむしろおかしいことであり、経営も含めていろいろな職種の人が等分の権利と責任をお互いに背負いあうことが重要であるとの認識である。つまり、チーム医療というのは、違う職種の人他者のまなざし、同じ職種でも出身大学が異なる人のまなざしがあることが大切である<sup>299</sup>。

2つ目は、医療過誤をある程度防ぐことができる点である。今述べたように、多職種あるいは、他の医師のまなざしがあるということは、病院のなかで相互に評価されていることとなる。これはミス隠さず、ミスと認識し、次は失敗しないという進歩につながる<sup>300</sup>。

3つ目は、第3章で述べたインフォームド・コンセントに関することである。患者や家族に対して、医師だけではなかなか伝えきれないことがある。医師のみが、インフォームド・コンセントを抱えるのではなく、チームで、インフォームド・コンセントをしっかりと行うことが重要であり、疾患によってさまざまなスタッフが加わることで、患者の理解をさらに高めることが必要であり、それは医師の負担軽減にもつながることとなる<sup>301</sup>。

以上からわかる通り、チーム医療では、病院トップ自らが率先して、他のメディカルスタッフの専門性を認め、助言を求め、そして他の医療スタッフは、これに応えられるように勉強するという姿を作り上げることが重要である。また、医師は、同業の医師や、他のメディカルスタッフとの協働のなかで、他の専門性に積極的に業務を委ねることが必要である。このように、病院トップを含めた医師自身の意識改革が重要であることを示している。

意識改革をするにあたって、組織から変革することも重要なことである。つまり、組織が従来通りであつては、変革もままならないといえる。医師を他のメディカルスタッフと対等の立場に置くためには、従来の組織のままではなかなか難しい。この点に関しては、2点考えられる。1つは、従来の組織を置いたまま、チーム医療のための組織編成をすることであり、それは、一般企業でいう、いわゆるプロジェクトチームに類すると考えられる。もう1つは、指揮命令系統にあつた、組織に変革することである。

1つ目の点については、富田が指摘する静岡県立静岡がんセンターの組織が参考となる。一般的な医療機関における、診療トップとチーム及びチーム内の関係を示すと図(5-4)のようになる。すべてのチームをマネジメントするのは、診療部のトップであり、チーム内においても医師がトップとなり、医師からの一方通行的な指示の流れとなる<sup>302</sup>。

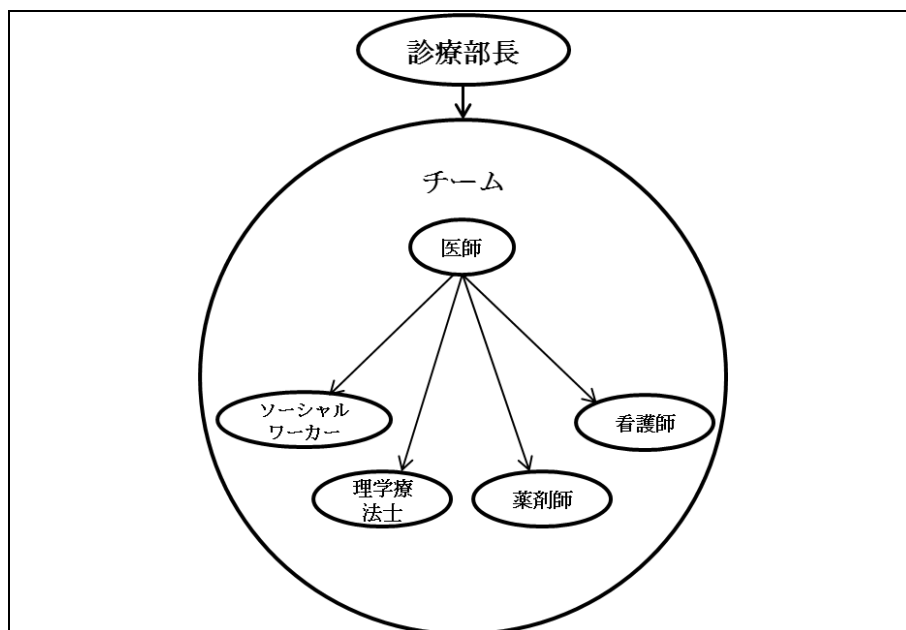
<sup>299</sup> 鷹野和美編著(2002)、前掲書 76、77 頁参照。

<sup>300</sup> 鷹野和美編著(2002) 同上書 84 頁参照。

<sup>301</sup> 鷹野和美編著(2002) 同上書 85 頁参照。

<sup>302</sup> 富田健司(2008)「チーム医療のマネジメントー静岡県立静岡がんセンターの多職種チーム医療を事例としてー」『医療と社会』Vol. 18 No. 3、336 頁参照。

図 5-4 一般的な医療機関におけるチーム内の関係



出典：富田健司(2008)「チーム医療のマネジメントー静岡県立静岡がんセンターの多職種チーム医療を事例として」『医療と社会』Vol.18 No. 3、336 頁。

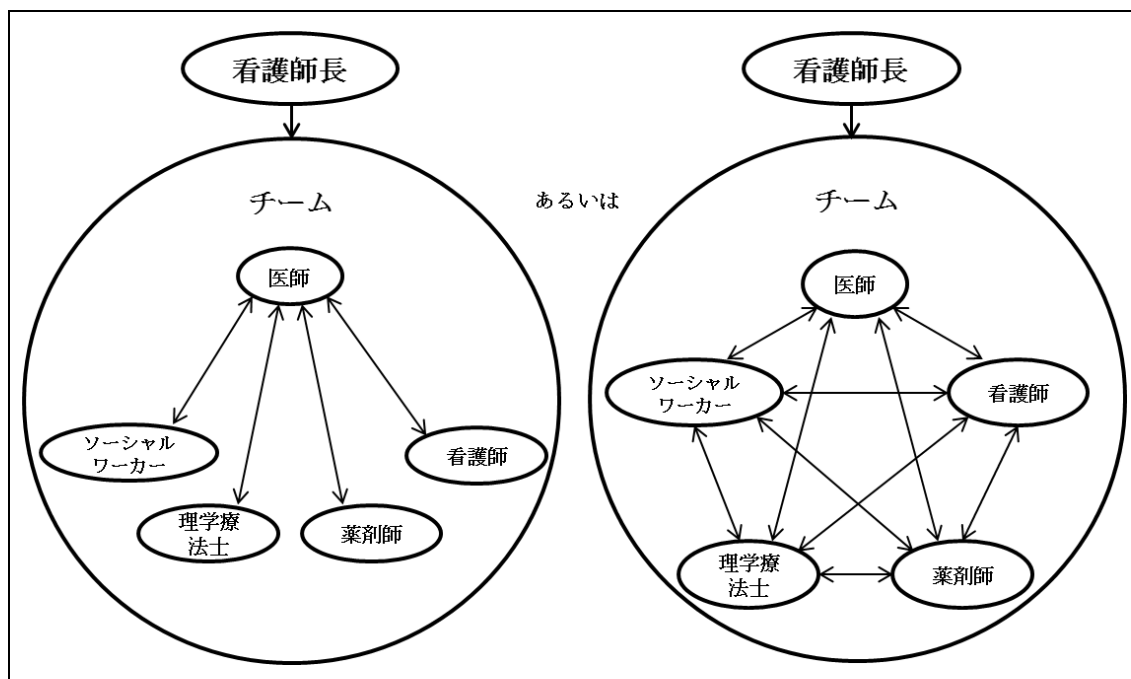
一方、静岡がんセンターの関係は、図(5-5)の通りで、全てのチームをマネジメントするのは、看護師長となり、医師がチームリーダーとなる場合と、全員がリーダーとなりうる場合とがある。しかも、この場合の多職種チームのメンバーは固定されず、患者の病態により変化する治療に応じてメンバーが入れ替わるというものである<sup>303</sup>。本稿で検討しているのは、特に右側の組織形態で、鷹野がいう機能的チームにあたる。これは、基本的に重層構造のないフラットな地位関係であって、各メンバーは濃厚なコミュニケーションによって、相互理解を深め、目標の共有化を行う。刻々と変化するニーズに対応する医療サービスの提供に相応しいメディカルスタッフがリーダーシップを取りながら、医療サービスを提供することとなり、リーダーも可変的となる<sup>304</sup>。

つまり、従来のように、医療行為のどの場面においても、医師がリーダーとなるのではなく、各々のメディカルスタッフにリーダーを任せることが重要となる。このように、医師自身が、チームの対等の1メンバーとなること、もう1つは、看護師長の指揮下にはいることであり、組織自体を変えることで、医師はもちろんのことその他のメディカルスタッフの意識改革を呼び込むことが可能となる。

<sup>303</sup> 富田健司(2008)、同上論文 336～337 頁参照。

<sup>304</sup> 鷹野和美(2003)「患者の主体化に視座を置く真の「チーム医療論」の展開」『人間と科学』3(1)1-7 2003、3 頁参照。

図 5-5 静岡がんセンターにおけるチーム内の関係



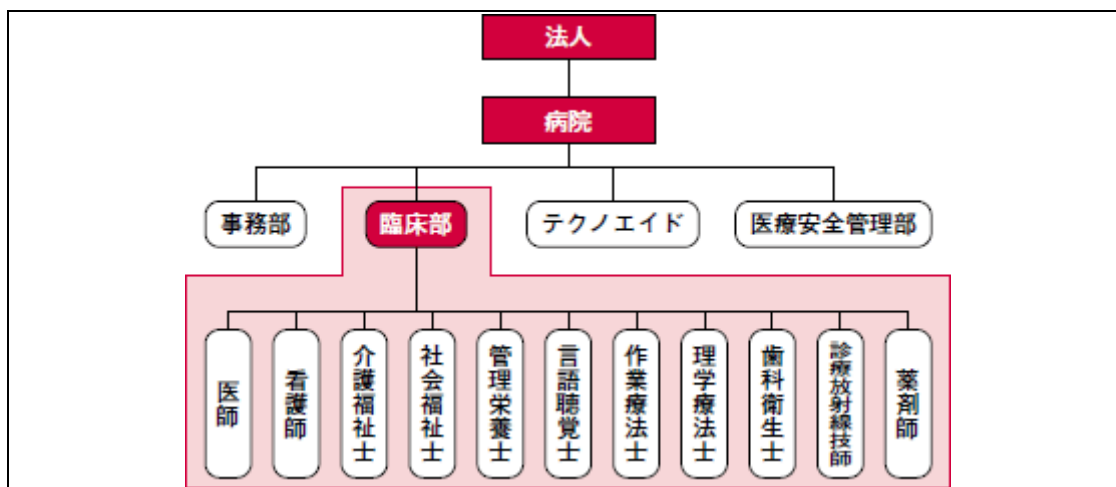
出典：富田健司(2008)「チーム医療のマネジメントー静岡県立静岡がんセンターの多職種チーム医療を事例としてー」『医療と社会』Vol. 18 No. 3、337頁。

2つ目の点については、もう一歩進んだ組織形態であり、長崎リハビリテーション病院の組織図が参考となる。図(5-6)の通り従来の縦割り組織を廃し、専門職が臨床部に所属した組織となっている。院長の栗原氏は、週刊医学会新聞のインタビューに対して、「いくら病棟を中心に活動しようとルールを決めても、職種ごとに部課長などの役職がある限りは限界がある。したがって、組織図ごと抜本的に見直し、現場の専門職はすべて臨床部の所属とし、病棟専従にした」<sup>305</sup>と答えている。リハビリテーション病院であるとはいえ、組織図自体を書き換えている病院も現れているのである。

これらが示すように、医師が、機能的チームの一員となることで、医療スタッフ間の情報共有が促進され、各々の専門性にゆだねることで、医師一人がすべてを抱えるといった構造から脱却することが必要であり、機能的チーム医療の推進と、そのための組織構造の変革は、勤務医の意識を改革し、それを契機として業務の効率性を高め、疲弊改善に効果を発揮する可能性がある。

<sup>305</sup> 『週刊医学会新聞』「チーム医療構築のための「システム+意識付け」」2015年6月22日第3130号、[https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03130\\_04](https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03130_04), (2015/12/27アクセス)、参照。

図 5-6 長崎リハビリテーション病院の組織図



出典：『週刊医学会新聞』「チーム医療構築のための「システム+意識付け」」2015年6月22日第3130号、[https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03130\\_04](https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03130_04), (2015/12/27 アクセス)、より転載。

以上の動きを見ても、病院の組織編成はさらなるステージに進む可能性がある。ここでは、大きく急性期の診断治療と、回復期とを分けて考えてみる。急性期の診断治療は、現在の縦割り組織である診療科を単位とすれば、そのトップは医師が務めることとなり、看護師、事務職員等は、その配下に位置するのが自然である。なぜなら緊急性が高く、医師の判断が重要な要素となるからである。一般企業であれば、1つの診療科は、部あるいは課となり、医師が部長職、課長職となる。したがって、看護師、事務職員等は、医師の配下となる。その際、看護部や、事務部等には、看護師、事務職を支援するスタッフ部門が置かれる必要がある。

回復期は、病棟が中心となるため、そのトップは看護師が務めることとなる。したがって、同様に看護師が上長であり、医師はその組織に組み込まれることとなる。理学療法士や、ソーシャルワーカーなどもその部署に所属することとなる。その際、同様に、個別専門職部門には、各々のメディカルスタッフを支援するスタッフ部門が置かれることが必要となる。

このように、今や病棟単位で、急性期病棟、回復期病棟などを届け出ることともなっており、患者の治療の段階及び患者との接点から考えて、全ての診療場面において医師がトップとなる組織形態からの脱却が望まれる。従来医師が1人で行っていた業務が、いまや高度に専門分化することで、医師の業務は、ますます医療の中核部分に絞られてしまっている。しかしながら、医師にはその意識が乏しく、全てを自身の支配下に置き、コントロールしたがる傾向がある。もっと、他のメディカルスタッフを信頼し、尊重して任せることの重要性を認識することが、長時間・過重労働からの脱却にもつながるものと考えられる。このように、医師の意識改革を進めるうえにおいて、組織変革は1つの重要な要素



と考える。

ここまで、組織的な観点を中心に、組織の変革及び意識改革として、旧習からの脱却を図ることの重要性を述べてきたが、最後に、長時間・過重労働の改善を阻害する勤務医の労働者認識の欠如について、プロフェッショナリズムとの観点から検討を加える。

### 第3節 勤務医の労働者認識の醸成

#### 1. プロフェッショナリズムと労働者性

医師という職業を考える上で、プロフェッショナリズムの問題を避けて通ることはできない。プロフェッション（職業）、西洋では、弁護士、医師、牧師が三大プロフェッションとして知られている。中坊は、『日本人の法と正義』のなかで、この3つの職業は、ビジネスオンリーであってはいけない、つまりプロフェッション（特別な職業）でなければいけない、それは、弁護士は人のトラブルを、医師は人の病気を、牧師は人の死を扱う職業だからである。人の最大の不幸に関係している職業だからこそ、金もうけのために仕事をしてはならないと述べている<sup>306</sup>。

医師という職業には高い専門性と、倫理性、奉仕の精神が必要となる。医師患者関係を見るに、そこには、いわゆる情報の非対称性といわれるものが存在する。弱者としての患者は、医学的知識に乏しいゆえに、医師に身を委ねざるを得ず、医師に信頼を寄せざるを得ないのである。それゆえ医師には、患者の利益を最優先するという義務が発生する。このような信頼関係が成り立っているからこそ、医師には特別な義務と責任、それに見合う社会的地位が与えられているともいえる<sup>307</sup>。

英国では、このようなプロフェッションを有するものとしてプロフェッショナルという言葉が用いられる。また、ドイツでは、プロフェッションに相当するものとして、自由業（*der freie Beruf*）という言葉が用いられる。いずれも、通常の職業と区別された高度に専門的な職業として社会的に認知されている。医師は医師法によって、法的にその資格要件を厳密に定め、職業上の独占権を与え、無資格者を排除する代わりに、法令を遵守し公正に職務を遂行すべき義務や公益に奉仕すべき義務を課している<sup>308</sup>。いわゆる一般士業においても、同様な法令が存在し、社会的な身分が示されているといえる。

このプロフェッショナルの働き方について、契約形態から労働者性を探ってみる。民法では、役務提供を目的とする契約形態として、雇用、請負、委任の3つの類型を規定している。では、医師の役務提供は、この3つのどれに当たるのであろうか、この区分に関す

<sup>306</sup> 中坊公平(2001)、『日本人の法と正義』日本放送出版協会、30頁参照。

<sup>307</sup> 奥田栄二(2014)「職業としての医師－医療現場の一側面」、労働政策研究・研修機構(HP)、<http://www.jil.go.jp/column/bn/colum0249.html>, (2015/12/28アクセス)、参照。

<sup>308</sup> 鎌田耕一(2014)「プロフェッショナルな働き方と契約、労働者性」『日本労働研究雑誌』No. 645, April 2014, 54～55頁参照。

## 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<sup>324</sup>。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<sup>325</sup>。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

---

<sup>324</sup> 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。

<sup>325</sup> 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。

## 参考文献

- 1 明石純(2005)「医療組織における理念主導型経営」『組織科学』Vol. 38 No. 4, 22-31
- 2 イーজেイネット(HP)、<http://www.ejnet.jp/>, (2015/12/27 アクセス)
- 3 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
- 4 いきいき働く医療機関サポート web(いきサポ)(HP)、  
<http://iryoku-kinmukankyou.mhlw.go.jp/outline/>, (2015/10/15 アクセス)
- 5 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
- 6 医療法、<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23H0205.html>, (2015/12/08 アクセス)
- 7 医療法施工規則、  
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23F03601000050.html>, (2016/1/1 アクセス)
- 8 印南一路(1998)「組織としての病院」『組織科学』Vol. 31 No. 3
- 9 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
- 10 植山直人(2011)『起ちあがれ！日本の勤務医よ』あけび書房
- 11 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NO.180
- 12 江原朗(2009)『医師の過重労働』勁草書房
- 13 江原朗(2011a)「200床以上の市町村立病院に対する労働基準監督署の是正勧告について」『医事新報』4569:29-33, 2011
- 14 江原朗(2011b)「主要国の医師労働状況と日本の現状」、  
[http://plaza.umin.ac.jp/~ehara/my\\_paper/Shipo\\_4565\\_64.htm](http://plaza.umin.ac.jp/~ehara/my_paper/Shipo_4565_64.htm), (2015.11.10 アクセス)
- 15 江原朗(2011c)「都道府県および政令指定都市が設置する200床以上の病院に対する労働基準監督署の是正勧告について：全国調査」『日医雑誌』140巻7号、2011年10月
- 16 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－卒後研修(臨床研修制度と専門医制度)に注目して－」『日本労働研究雑誌』2012 JanuaryNO.618

- 17 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)
- 18 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)
- 19 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)
- 20 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)
- 21 奥田栄二(2014)「職業としての医師－医療現場の一側面」、労働政策研究・研修  
機構(HP)、<http://www.jil.go.jp/column/bn/colum0249.html>, (2015/12/28 アク  
セス)
- 22 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、  
[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)
- 23 梶葉子(2009)「多職種連携と業務分担の取組み」『月間保険診療』2009年7月号
- 24 加藤和美(2014)「病院組織のチームが有効に働くために－チーム医療での医師－  
看護師関係を焦点に－」『ビジネスクリエーター研究』Vol.5 pp3-26, 2014
- 25 鎌田耕一(2014)「プロフェッショナルな働き方と契約、労働者性」『日本労働研  
究雑誌』No. 645, April2014
- 26 亀田総合病院(HP)、<http://www.kameda.com/ja/general/> (2015/01/05 アクセス)
- 27 川上武(1961)『日本の医者』勁草書房
- 28 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
- 29 川上武編著(1991)『医療・福祉のマンパワー』勁草書房
- 30 川人法律事務(HP)、  
<http://www.cpi-media.co.jp/kawahito/index.htm>, (2015/11/13 アクセス)

- 31 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
- 32 勤務医労働実態調査 2012 実行委員会(2013)「勤務医労働実態調査 2012 最終報告」2013年7月19日、<http://union.or.jp/pdf/20130725.pdf>, (2015/12/16 アクセス)
- 33 久米龍子、久米和興、村川由加理(2010)「病院看護部の組織構造の特徴と業務特性に関する一考察」『豊橋創造大学紀要』第14号, 79-93
- 34 車田松三郎(1969)「パラメディカルの研究－論文内容要旨－」
- 35 郡司正人、新井栄三、奥田栄二(2012)「勤務医の就労実態と意識に関する調査」労働政策研究・研修機構、調査シリーズ No. 102、2012年9月、<http://www.jil.go.jp/institute/research/2012/documents/0102.pdf>, (2015/12/16 アクセス)
- 36 小坂橋律子(2014)「臨床研修制度で医療は前進したかー産婦人科・小児科・外科の医師は増えたのか」『日経メディカル』2014年4月14日、<http://medical.nikkeibp.co.jp/leaf/mem/pub/report/t218/201404/535897.html>, (2015/12/20 アクセス)
- 37 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)
- 38 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)
- 39 厚生労働省(HP)、「患者調査」、<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>, (2015/10/15 アクセス)
- 40 厚生労働省(1995～2014)「医療施設調査・病院報告」、<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html>, (2015/12/03 アクセス)
- 41 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、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/0112/s1226-1.html>, (2015/12/03 アクセス)
- 42 厚生労働省(2005a)「第1回医師の需給に関する検討会資料3、『医師の需給に関する資料18、国公立大学における医師の名義貸し等の実態調査結果について』」、2005年2月25日、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/02/dl/s0225-4c18.pdf>, (2015/01/05 アクセス)



- 43 厚生労働省(2005b)「第2回医師の需給に関する検討会資料1、『医師の配置標準について』」、2005年3月11日、  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/03/s0311-5a5.html>, (2015/01/05 アクセス)
- 44 厚生労働省(2005c)「第4回医師の需給に関する検討会資料1『医師の宿日直勤務と労働基準法』」、  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/s0425-6.html#siryo>, (2015/11/21 アクセス)
- 45 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、  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/dl/s0728-9c.pdf>, (2015/10/15 アクセス)
- 46 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、  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/08/dl/s0803-6e.pdf>, (2015/10/15 アクセス)
- 47 厚生労働省(2007b)「第5回医療施設体系のあり方に関する検討会資料2、『医療法に基づく人員配置標準について』」、  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0323-9b.pdf>, (2015/01/05 アクセス)
- 48 厚生労働省(2007c)「平成19年度版厚生労働白書」、  
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/>, (2015/12/25 アクセス)
- 49 厚生労働省(2008)「安心と希望の医療確保ビジョン」  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0618-8a.pdf>, (2015/10/15 アクセス)
- 50 厚生労働省(2009)「チーム医療の推進に関する検討会開催要綱資料1」、  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/08/dl/s0828-1a.pdf>, (2015/12/05 アクセス)
- 51 厚生労働省(2010a)「医療法上の病院医師の配置標準について(日本医師会・四病院団体協議会案)」横倉委員提出資料①、社会保障審議会医療部会、  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000xp9o-att/2r9852000000xpd9.pdf>, (2015/01/05 アクセス)
- 52 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/2010/03/dl/s0319-9a.pdf>, (2015/12/05 アクセス)

- 53 厚生労働省(2011)「資料2、『救命救急センター及び二次救急医療機関の現状』」、  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002xuhe-att/2r9852000002xuo0.pdf>, (2015/01/05 アクセス)
- 54 厚生労働省(2012a)「専門医の在り方に関する検討会中間まとめ」2012年8月31日、  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002iixs-att/2r9852000002iiz9.pdf>, (2015/12/13 アクセス)
- 55 厚生労働省(2012b)「平成24年度チーム医療普及推進事業報告書について」厚生労働省医政局医事課、  
[https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/iryoyu/iryoyujyuisya/iryoyu\\_d/fil/001.pdf](https://www.pref.fukui.lg.jp/doc/iryoyu/iryoyujyuisya/iryoyu_d/fil/001.pdf), (2015/12/05 アクセス)
- 56 厚生労働省(2013a)「医療分野の『雇用の質』向上プロジェクトチーム報告」、  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002uzu7-att/2r9852000002v08a.pdf>, (2015/10/15 アクセス)
- 57 厚生労働省(2013b)「医療法等改正法案参考資料」、  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000350oy-att/2r985200000350tu.pdf>, (2015/12/21 アクセス)
- 58 厚生労働省(2013c)「第33回社会保障審議会医療部会資料3、『医療機関の勤務環境改善について』」2013年10月4日、  
[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000025364.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000025364.pdf), (2015/10/15 アクセス)
- 59 厚生労働省(2014)「平成25年度病院経営管理指標」、  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000084160.pdf>, (2015/12/26 アクセス)
- 60 厚生労働省(2015a)「時間外労働の限度に関する基準」、  
<http://www.mhlw.go.jp/new-info/kobetu/roudou/gyousei/kantoku/dl/040324-4.pdf>, (2015/12/16 アクセス)
- 61 厚生労働省(2015b)「平成26年度受療動向調査(概数)の概況」、  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/14/>, (2015/12/25 アクセス)
- 62 厚生労働省(2015c)「平成26年度臨床研修修了者アンケート調査結果(概要)」、  
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryoyu/iryoyu/rinsyo/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoyu/iryoyu/rinsyo/), (2015/12/12 アクセス)
- 63 厚生労働省(2015d)「平成27年度臨床研修医の採用実績」、  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000088204.html>, (2015/12/12 アクセス)

- 64 厚生労働省医政局(2014)「医療法第 25 条第 1 項の規定に基づく立入検査要綱」、  
[http://www.pref.mie.lg.jp/NHOKEN/HP/sinsei/26tenpu/H26\\_youkou.pdf](http://www.pref.mie.lg.jp/NHOKEN/HP/sinsei/26tenpu/H26_youkou.pdf), (2015/10/08 アクセス)
- 65 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)
- 66 厚生労働省医政局地域医療計画課(2009)「医療法第 25 条に基づく立入検査結果(平成 19 年度)」、  
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/07/d1/h0730-4a.pdf>, (2015/01/05 アクセス)
- 67 厚生労働省医政局地域医療計画課(2015)「医療法第 25 条に基づく病院に対する立入検査結果(平成 24 年度)」、  
<http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000077973.pdf>, (2015/10/08 アクセス)
- 68 厚生労働省保険局医療課(2014)「平成 26 年度診療報酬改定の概要(DPC 制度関連部分)」2014 年 3 月 5 日、  
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039615.pdf>, (2015/10/18 アクセス)
- 69 ゴードン・ノエル、大滝純司、松村真司(2011)「【第 17 回】ワークライフバランス(3)」『週刊医学会新聞』2011 年 9 月 12 日第 2944 号、  
[https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02944\\_11](https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02944_11), (2015/10/9 アクセス)
- 70 小西敏郎(2008)「クリニカルパスの導入で何が変わったか?」『外科治療』Vol. 99, No. 5, 2008 年 11 月
- 71 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](http://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/353/052353_hanrei.pdf), (2015/11/21 アクセス)
- 72 最低賃金法、<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S34/S34H0137.html> (2015/01/05 アクセス)

- 73 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、  
[http://www.courts.go.jp/about/siryu/hokoku\\_05\\_hokokusyo/](http://www.courts.go.jp/about/siryu/hokoku_05_hokokusyo/), (2015/10/21 アクセス)
- 74 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
- 75 堺綜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)
- 76 佐藤勝浩(2007)「第五次医療法改正と医業経営における最近のトレンド」医療関連サービス振興会、[https://ikss.net/about\\_ikss/pdf/148.pdf](https://ikss.net/about_ikss/pdf/148.pdf), (2015/12/25 アクセス)
- 77 芝田進午編(1976)『医療労働の理論』青木書店
- 78 島内武文(1957)『病院管理学』医学書院
- 79 島津英昌(2005)「医師の労働環境改善は、医師の意識転換と行動から」『月刊保団連』2005. 12, No. 880
- 80 社会保障制度改革国民会議(2013)「社会保障制度改革国民会議報告書」2013年8月6日、  
<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>, (2015/12/26 アクセス)
- 81 『週刊医学会新聞』(2006)「チーム医療特論」2006年6月12日第2686号、医学書院、  
[http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsppr/n2006dir/n2686dir/n2686\\_01.htm](http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsppr/n2006dir/n2686dir/n2686_01.htm), (2015/10/18 アクセス)
- 82 『週刊医学会新聞』「チーム医療構築のための「システム+意識付け」」2015年6月22日第3130号、  
[https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03130\\_04](https://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03130_04), (2015/12/27 アクセス)
- 83 杉田雄二(2014)『医師崩壊』幻冬舎
- 84 杉林ちひろ(2010)「日本医療政策の変遷と医療労働運動— ナースウェーブを中心に—」『北海学園大学大学院経済学研究科年報』第10号、2010年3月
- 85 諏訪中央病院(HP)、<http://www.suwachuo.jp/> (2015/01/05 アクセス)
- 86 全国医師連盟(HP)、<http://zennirenn.com/> (2015/12/28 アクセス)

- 87 全国医師連盟・全国医師ユニオン(2009)「医療機関における 36 協定全国調査結果」、<http://homepage3.nifty.com/zeniren-news01/uni19.html>, (2015/12/16 アクセス)
- 88 全国医師ユニオン(HP)、<http://union.or.jp/>, (2015/12/16 アクセス)
- 89 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
- 90 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」、<http://hodanren.doc-net.or.jp/jyosei/teigen-pdf.pdf>, (2015/10/15 アクセス)
- 91 鷹野和美(2003)「患者の主体化に視座を置く真の「チーム医療論」の展開」『人間と科学』3(1)1-7 2003
- 92 鷹野和美編著(2002)『チーム医療論』医歯薬出版
- 93 田中信一郎(2011)「チーム医療を効果的に実践するための職種連携—権限と責務—」『医療』Vol. 66 No. 8
- 94 田中美穂(2013)「いわゆる”雇用の質向上“論について：労働環境の改善と人材確保の一体的整備を」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No. 292
- 95 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
- 96 チーム医療推進協議会(HP)、「協議会とは」、[http://www.team-med.jp/team\\_introduction](http://www.team-med.jp/team_introduction), (2015/12/19 アクセス)
- 97 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)
- 98 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、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/04/dl/s0415-10a.pdf>, (2015/12/13 アクセス)
- 99 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、<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000083344.pdf>, (2015/12/10 アクセス)

- 100 中央社会保険医療協議会総会第 144 回(2009)、「診療報酬改定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報告書」中医協 総-1-2 2009 年 5 月 20 日、  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/05/dl/s0520-4b.pdf>, (2015/12/11 アクセス)
- 101 中央社会保険医療協議会総会第 188 回(2011)、「病院医療従事者の負担軽減について(参考資料)」中医協 総-5-2、2011 年 3 月 2 日、  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000136yg-att/2r98520000013io6.pdf>, (2015/01/05 アクセス)
- 102 中央社会保険医療協議会総会第 202 回(2011)、「平成 22 年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成 23 年度調査)－病院勤務医の負担軽減の状況調査 結果概要(速報)(案)」中医協 総-5-1 2011 年 10 月 26 日、  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001sp25-att/2r9852000001spd4.pdf>, (2015/12/13 アクセス)
- 103 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、  
[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)
- 104 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、  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002f163-att/2r9852000002f19p.pdf>, (2016/1/2 アクセス)
- 105 手嶋豊(2008)『医事法入門』有斐閣
- 106 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
- 107 富田健司(2008)「チーム医療のマネジメントー静岡県立静岡がんセンターの多職種チーム医療を事例としてー」『医療と社会』Vol. 18 No. 3
- 108 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』
- 109 中坊公平(2001)、『日本人の法と正義』日本放送出版協会

- 110 奈良地方裁判所(2009)「奈良県立奈良病院時間外手当等請求事件」平成18(行ウ)16  
平成21年4月22日、  
[http://www.courts.go.jp/app/files/hanrei\\_jp/702/037702\\_hanrei.pdf](http://www.courts.go.jp/app/files/hanrei_jp/702/037702_hanrei.pdf), (2015/12/16 アクセス)
- 111 二木立(1998)「わが国の大病院の構造とは圧点の実証的研究ー(その2)」『医療と社会』Vol.7, No.4, 1998、1頁参照
- 112 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」
- 113 日本医師会(HP)、<http://www.med.or.jp/jma/> (2015/12/28 アクセス)
- 114 日本医師会(2009)「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」日本医師会男女共同参画委員会、医師再就業支援事業、  
[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408\\_2.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090408_2.pdf), (2015/12/16 アクセス)
- 115 日本医師会・四病院団体協議会(2013)「医療提供体制のあり方ー日本医師会・四病院団体協議会合同提言」2013年8月8日、  
[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-SeisakutoukatsukanSanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000015541.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-SeisakutoukatsukanSanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000015541.pdf), (2015/12/13 アクセス)
- 116 日本医療機能評価機構医療事故防止事業部(2005～2015)「医療事故情報収集等事業年報」、<http://www.med-safe.jp/contents/report/index.html> (2015/12/1 アクセス)
- 117 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、  
[http://www.med-safe.jp/pdf/year\\_report\\_2014.pdf](http://www.med-safe.jp/pdf/year_report_2014.pdf), (2015/12/1 アクセス)
- 118 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)
- 119 日本医療労働組合連合会(HP)、<http://www.irouren.or.jp/>, (2015/12/8 アクセス)
- 120 日本医療労働組合連合会(2007)「医師不足問題、労働実態調査まとめー医師の労働実態、施設調査関連資料」2007年4月24日、  
[http://www.irouren.or.jp/jp/html/menu6/pdf/070424ishi\\_jittai\\_tyosa\\_shiryoo.pdf](http://www.irouren.or.jp/jp/html/menu6/pdf/070424ishi_jittai_tyosa_shiryoo.pdf), (2015/12/16 アクセス)
- 121 日本医療ディエーター協会(HP)、<http://jahm.org/index.html>, (2015/12/02 アクセス)

- 122 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、  
<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t133-6.pdf>, (2015/10/15 アクセス)
- 123 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)
- 124 日本外科学会他 12 学会(2013)「平成 24 年度日本外科学会会員の労働環境に関するアンケート調査報告書」2013年4月、  
[https://www.jssoc.or.jp/other/info/info20130702\\_02.pdf](https://www.jssoc.or.jp/other/info/info20130702_02.pdf), (2015/12/16 アクセス)
- 125 日本産婦人科学会産婦人科医療提供体制検討委員会(2009)「わが国の病院産婦人科勤務医の在院時間実態調査総括報告書」2009年5月24日、  
[http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20090524\\_iryotaisei.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20090524_iryotaisei.pdf), (2015/12/16 アクセス)
- 126 日本小児科学会小児医療提供体制検討委員会(2013a)「病院小児科・医師現状調査報告書 I」2013年1月7日、  
[https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/saisin\\_130219\\_1\\_1\(1\).pdf](https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/saisin_130219_1_1(1).pdf), (2015/12/16 アクセス)
- 127 日本専門医機構(2015)「「総合診療専門医に関する委員会」からの報告」2015年4月20日
- 128 日本病院会(2007)「医師確保に係る調査報告書」  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0410-4b.pdf>, (2015/12/27 アクセス)
- 129 日本病院会地域医療委員会(2013)「地域医療再生を妨げる「制度の壁」に関するアンケート調査報告書」2013年8月、  
[https://www.hospital.or.jp/pdf/06\\_20131029\\_01.pdf](https://www.hospital.or.jp/pdf/06_20131029_01.pdf), (2015/12/16 アクセス)
- 130 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)
- 131 野口哲英(1997)『逆転の発想 21』日本医療企画
- 132 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



- 133 橋本佳子(2008)「時間外手当支払いを求めて提訴したわけ-Vol.7 医師の勤務実態」  
『m3.com 医療維新』2008年1月21日、  
<https://www.m3.com/news/iryoishin/87181>, (2015/12/18 アクセス)
- 134 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/iryoishin/111245>, (2015/11/21 アクセス)
- 135 橋本佳子(2010)「「医師の宿日直は通常勤務」、高等裁判所判決の全国への影響  
大」『m3.com 医療維新』2010年11月17日、  
<https://www.m3.com/news/iryoishin/128415>, (2015/12/16 アクセス)
- 136 橋本佳子(2011)「『医師の需要予測をすべきでなかった』、長谷川・日医大教授  
Vol.2」『m3.com 医療維新』2011年1月29日、  
<https://www.m3.com/news/iryoishin/131744>, (2015/12/15 アクセス)
- 137 橋本佳子(2013)「『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)
- 138 橋本佳子(2014)「『過労自殺、上司のパワハラ認定』の訳—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)
- 139 長谷川俊彦(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)
- 140 長谷川敏彦(2014)「医師と労働—その歴史と展望」『日本労働研究雑誌』  
No. 645/April2014
- 141 濱井和子、荒井耕、川村尚也(2004)「日本における病院マネジメントの研究の展  
開と展望」大阪市立大学経営学会『経営研究』第54巻第4号
- 142 福岡市医師会医療情報室(2013)「総合医について考える」医療情報室レポート  
No. 187、  
<http://www.city.fukuoka.med.or.jp/jouhousitsu/report187.html>, (2015/12/21  
アクセス)
- 143 福原麻希(2013)『チーム医療を成功させる10か条』中山書店
- 144 藤沢市民病院(HP)、こども診療センター「外来予定表」、  
[http://www.city.fujisawa.kanagawa.jp/hospital/section/depts/pediatrics/i  
ntroduction.html](http://www.city.fujisawa.kanagawa.jp/hospital/section/depts/pediatrics/introduction.html), (2015/01/05 アクセス)

- 145 保健医療福祉情報システム工業会「オーダリング電子カルテ導入調査報告-2013年調査」、[http://www.jahis.jp/members/data\\_list/data0204/](http://www.jahis.jp/members/data_list/data0204/), (2015/12/25 アクセス)
- 146 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
- 147 堀籠崇(2010)「実地修練(インターン)制度に関する研究－新臨床研修制度に与える示唆－」『医療と社会』Vol. 20No. 3
- 148 堀真奈美、印南一路(2011)「社会環境の変化と医療提供体制歴史的変遷」『H22年度厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業』H22-政策-一般-016
- 149 本田宏(2007)『誰が日本の医療を殺すのか－医療界の知られざる真実－』洋泉社
- 150 本田宏、江原朗、福島道子、早川佐知子(2012)「医療現場の労務管理に関する研究-勤務医の過重労働を中心に-」社会保険労務士総合研究所
- 151 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」『看護学統合研究』5(2), 66-73, 2004-03-27
- 152 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
- 153 水島郁子(2010)「勤務医に関する労働法上の諸問題」『日本労働研究雑誌』No. 594
- 154 水野肇(1990)『インフォームド・コンセント』中公新書
- 155 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
- 156 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
- 157 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、  
<http://hatarakikata.net/modules/morioka/details.php?bid=241&cid=1&date=2013>, (2015/10/19 アクセス)
- 158 森雄繁(1998)『権力と組織－組織のなかからの組織論』白桃書房
- 159 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－」、  
[http://www.mext.go.jp/b\\_menu/houdou/23/12/\\_icsFiles/afieldfile/2011/12/19/1314224\\_02.pdf](http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/23/12/_icsFiles/afieldfile/2011/12/19/1314224_02.pdf), (2015/12/20 アクセス)
- 160 山城章(1980)『ノンビジネス経営の構築』ビジネス教育出版社

- 161 吉岡てつを(2012)「平成 25 年度病院委員会審議報告、講演資料－病院の機能分化と役割分担 2012 年 12 月 19 日－」日本医師会病院委員会 2014 年 3 月、22-27、  
[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20140409\\_8.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20140409_8.pdf), (2015/12/25 アクセス)
- 162 吉田あつし(2010)「医師のキャリア形成と医師不足」『日本労働研究雑誌』  
No. 594/January 2010
- 163 労働基準法、<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S22/S22H0049.html>, (2015/01/05  
アクセス)
- 164 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  
ACGME(2011)「Common Program Requirements」、  
165 [http://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PDFs/Common\\_Program\\_Requirements\\_07012011\[2\].pdf](http://www.acgme.org/acgmeweb/Portals/0/PDFs/Common_Program_Requirements_07012011[2].pdf), (2015/12/2 アクセス)
- 166 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)
- 167 Douglas O, Staiger, David I, Auerbach, Peter I, Buerhaus “Trends in the Work  
Hours of Physicians in the United States”, *JAMA*, Vol303, No. 8:747-753, 2010
- 168 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
- 169 HOSPIRATE(HP)、<http://www.hospirate.jp/>, (2015/12/27 アクセス)
- 170 OECD(2014)「OECD 医療の質レビューー日本スタンダードの引き上げー」2014 年  
11 月 5 日、  
[http://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityJAPAN\\_ExecutiveSummary.pdf](http://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityJAPAN_ExecutiveSummary.pdf), (2015/11/14 アクセス)
- 171 Working Time Directive: No exceptions to the 48-hours maximum working week  
and opt-out scrapped after three years say MEPs、  
<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?language=en&type=IM-PRESS&reference=20081215IPR44549> (2015. 12. 16 アクセス)
- 172 1986 年 8 月 30 日健政発第 563 号 厚生省健康政策局長通知「医療計画について」
- 173 1998 年 12 月 28 日労働省告示第 154 号「労働基準法第三十六条第一項の協定に定  
める時間外労働の限度等に関する基準について」
- 174 2001 年 4 月 6 日基発第 339 号厚生労働省労働基準局長通達「労働時間の適正な把  
握のために使用者が講ずべき措置に関する基準について」

- 175 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」
- 176 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」
- 177 2002年3月19日基発第0319007号 厚生労働省労働基準局長通達「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」
- 178 2002年10月4日職発第1004004号 厚生労働省職業安定局長通知「いわゆる医局による医師の派遣と職業安定法との関係について」
- 179 2002年11月28日基発第1128001号 厚生労働省労働基準局長通達「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化の当面の対応について」
- 180 2003年12月26日基発第1226002号 厚生労働省労働基準局長通達「医療機関の休日及び夜間勤務の適正化に係る当面の監督指導の進め方について」
- 181 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」
- 182 2008年6月30日20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」
- 183 2010年4月30日医政発0430第1号 厚生労働省医政局長通達「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」
- 184 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」
- 185 2011年3月30日医政発第0330第1号 厚生労働省医政局長通知「医師臨床研修費補助事業実施要綱」、  
[http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/hojyojigyou\\_shinsei/dl/01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/hojyojigyou_shinsei/dl/01.pdf), (2015/01/05 アクセス)