

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³⁰⁶。

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³⁰⁷。

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³⁰⁸。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

³⁰⁶ 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。

³⁰⁷ 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。

³⁰⁸ 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。

る議論を確認してみる。1890年制定の旧民法では、医師や弁護士などのいわゆる高級労務を、雇用契約の対象外とする規定が置かれていたが、その後、1969年公布の現行民法では、その規定を削除し、医師、弁護士、学校教師を被雇用者と規定している。しかしながら、私立学校の校長の解任事案において、最高裁が第二審の雇用契約とするのを覆して、準委任契約とするなど、高度な職業人に対する契約については、明確ではない部分があった。医師や弁護士等の高級労務を目的とした契約の法的性質について、初めて明確な指針を与えたのは、戦後の民法の大家であった我妻栄で、使用者の指揮命令に服する者のみが雇用契約の当事者（労働者）であり、相当な裁量をもって独立して事務を処理する者には（準）委任契約法が適用されるとしたのである。これ以降、従属的な労務提供は雇用・労働契約が、独立的なサービス提供は委任契約が取り扱う領域とされている³⁰⁹。

医師が、企業と産業医契約を結んでいる場合などは（準）委任契約に当たる。しかし、病院が医師を雇用して専門的業務委ねている場合、つまり勤務医である場合は、労働者性については明確であり、労働者の判断基準を持ち出すまでもなく、労働基準法9条の労働者に該当することは明らかである。このように、医師のプロフェッショナルな側面は、医師という職業が特別であり、労働法上の諸問題とは無縁であるとの評価につながりやすいが、医師も病院等に勤務する以上労働者なのである³¹⁰。医師も人である以上、医師に自己犠牲を強いることはできなく、病院勤務医の過重労働を問題とするとき、その労働者性を考慮しなければならないこととなる。

2. 医師の労働者認識

しかし、医師自身は、この労働者であることに関してどのような認識を持っているのであろうか。医師は、たとえ、病院に勤務していたとしても、自分たちは自己裁量のなかで医業を行い、他に拘束されない自由な立場にあると思っているのではないか。誰からも拘束されない、誰からも介入されない立場にあるのが医師であると考えているのではないか。それこそが、プロフェッショナルであり、自分たちを労働者と認めることは、労働者階級への転落だと考えているのではないか。これには、長年の歴史と、現在の病院経営のトップである医師たちの意識が大きく関与している。第1章の冒頭で述べたように、医師は病院等の管理者として位置づけられ、他のメディカルスタッフに対しては、その身分法によって、指示・指導・監督するというように規定されてきた。実際の診療場面でも、医師の自由裁量権のもと、他の医療職は、医師の手足となって働く傾向が強かった。病院におい

³⁰⁹ 鎌田耕一(2014)、前掲書 55～56 頁参照。

³¹⁰ 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、42 頁参照。

ては、経営的にも、技術の面でも、医師が頂点に立ち、他の医療職は、長い間使用人的位置におかれてきた³¹¹。

医師は、研修医の時代から、管理監督職としてみなされ、病院のなかで特別扱いされてきた。長い間このように教育されてきた医師が、病院内の経営トップあるいは、それに近いポジションに付き、また、他の医師たちの教育者となっているのである。医師は労働者ではないという教育が長年にわたって積み重ねられてきたといえることができる。因みに、ここでいう、管理監督職、労働者は、労働基準法上の管理監督職、労働者を指すのではないことは断っておく。

このように医師は、自らを経営者、管理者として位置づけ、自分たちは労働者ではないという大前提がある。このことを端的に表すものとして、医師の賃金形態がある。それはいわゆる年俸制である。筆者が実施した数人の医療関係コンサルタントからのヒアリングによれば、近年、病院における医師に対する賃金形態として年俸制の比率が増している。これは、1つには、医業関連のコンサルタントの勧めによるところも大きいですが、残業問題の1つの解決方法として提示されていると考えられる。因みに、実際は、年俸制にしたからといって、残業問題が解決されるわけではないが、年俸制とすることで、支払われる賃金は年俸額のみで、時間外割増賃金は不要といったイメージがあるようである。また、最近では、年俸額の中には、残業時間を含むという固定残業制をあえて謳っているものもある。このように、昨今の判例等から考えられる割増賃金の支払いリスクを低減するために、あえて年俸制のなかに残業を含むとして伏線を張っておき、医師には裁量権のある業務であると説明して、年俸制を導入しているというものである³¹²。

これは、賃金の額を1年あたりで決定するものであって、月単位であれば月給制、日単位であれば日給制となるように、賃金を決定するための給与形態のただ単なる1つである。その支払い方も、労働基準法によって定められており、毎月1回以上支払わなければならない、1年分まとめて支払われるわけではない。つまり、従来の月給制と何ら変わるものではない。しかしながら、医師は、年俸制と聞くだけで、快く条件をのんでいるのが現状である。これは、年俸制が示す一種のイメージとして、プロ野球選手などのプロフェッショナルスポーツ選手の年俸契約（プロフェッショナルスポーツ選手の年俸制と労働者性の有無は別の問題である。）があり、いかにも労働者ではない、働き方に管理を受けない自由な身分として、自己を位置づけていることが伺える。

このように、自らを労働者ではない。自らを労働者と位置付けることは、社会的地位の低下につながると考えている節がある。これらのことは、医師の組織を見てもよくわかる。次に、労働者認識のなさを、医師の組織と労働組合から確認してみる。

³¹¹ 川上武編著(1991)『医療・福祉のマンパワー』勁草書房、122頁参照。

³¹² 医業経営コンサルタント、伊藤哲彦氏、真鍋真一氏への筆者インタビュー（2015年5月7日実施）による。

3. 医師の組織と労働組合

医師の組織と云って、まず思い浮かべるのは、日本医師会³¹³であるので、ここでは、簡単に触れておく。

現在の日本医師会は、敗戦後官制医師会がGHQによって解散させられ、1947年再発足したものである。1948年には日本医学会を包含し、形式的には日本医師会がすべての医師を組織する可能性を持っていることになる。しかしながら、日本医師会の代議員のほとんどを開業医が占めており、勤務医の加入比率は低く、開業医と勤務医の立場の相違もあって、医師一般の組織というよりは、開業医の同業組合的性格が強く、勤務医は医師会の運動に無関心となりやすい。つまり、日本医師会には、医師の労働組合的性格はない³¹⁴。

勤務医の職場である病院においては、第二次世界大戦後、労働組合運動の高まりのなかで、医師を中心として医療労働組合が結成されていくが、それはやがて看護婦闘争が中心となっていく。医療に関する産別組合としては、日本医療労働組合連合会がある。これは1957年の設立に始まり、1987年に連合体化された医療労働組合の連合体であり、約17万人が組織されているが、医師の参加は極めて少ない³¹⁵。

これまで、勤務医の全国組織をどうするかは、医師の組織として重要な課題であったが、2008年には、診療環境の改善等を取り組み課題として全国医師連盟³¹⁶が設立され、さらには、2009年には、そのメンバーが中心となって勤務医の全国的な労働組合である個人加盟制の全国医師ユニオン³¹⁷が設立されたが、いまだ参加人数は数百名に満たない状況である。筆者は、全国医師ユニオンの代表である植山氏にインタビューを行ったが、「実際、勤務医の労働環境の改善に対する取り組みに賛同する医師がいないわけではないが、自ら参加して取り組もうとする医師はほんの少数であるのが実態である」³¹⁸と語っている。勤務医のみならず、日本の労働者一般における、労働組合に対する意識の低下、労働組合離れは、年々進行しているが、それとは比較にならないのが勤務医の現状であり、労働者認識のない医師にとっては、医師ユニオンなどの活動は、全くの無関心な出来事のようなものである。

以上のように、医師には、労働者であるという認識は、ほとんどないに等しいことがわかる。

今まで確認してきたことから考えて、医療には特殊性がある、医師の職業には特殊性があると、特殊性ばかりをあげているが、一般企業との共通性、一般労働者との共通性もま

³¹³ 日本医師会(HP)、<http://www.med.or.jp/jma/>, (2015/12/28 アクセス)、参照。

³¹⁴ 川上武(1961)『日本の医者』勁草書房、203頁参照。

³¹⁵ 日本医療労働組合連合会(HP)、<http://www.irouren.or.jp/>, (2015/12/08 アクセス)、参照。

³¹⁶ 全国医師連盟(HP)、<http://zennirenn.com/> (2015/12/28 アクセス)、参照。

³¹⁷ 全国医師ユニオン(HP)、<http://union.or.jp/> (2015/12/28 アクセス)、参照。

³¹⁸ 全国医師ユニオン代表植山直人氏への筆者インタビュー(2015年9月14日実施)による。

たたくさんあるのである。つまり、特殊性の強調は、私たちは今まで通りで、変わることはない、変わらないと、医師自身が線引きをしていることの表れなのだろう。長時間労働で大変だ、ストレスがかかって過重な労働となっているとはいっていても、診療科の異なる医師たちからは他人事であり、他の医療職からも、医師は別格とみられている。しかしながら、そのような時代には終わりを告げなければならない。自身を労働者として認識することは、プロフェッショナルリズムを捨てることではないのである。労働者認識について、医師自身の意識を改革するとともに、他のメディカルスタッフの医師に対する認識も変えていかなければならない。病院全体として、医療に携わる職業人全体としての意識改革が、雇用改善にとって要となる。

4. 労働者性認識の醸成

病院を含めた医療の分野での人事・労務管理は、一般企業に比べれば、遅れていることは確かである³¹⁹。すべての労務管理に対して、医師を対象とすることから始めなければならない。そもそも採用時に雇用契約書は締結されているのだろうか。労働条件の明示はなされているのだろうか。就業規則の対象者に、医師は含まれているのであろうか。36協定の協定書に医師は含まれているのであろうか。36協定締結時の労働者代表選出時に、医師は参加しているのだろうか。

これは医師のみの話ではないが、第2章、第3節で示した自治体病院の労働基準監督署の是正勧告等から見ても、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」、第89条の「就業規則の作成および届出義務」、第15条の「労働条件の明示」などの違反が散見されるなど、医療機関における違反例は多い。しかし、これらの是正勧告等に対する医療機関の反応は、元労働基準監督署長への筆者のインタビューからは、法律自体が悪い、法律を守ってはい、診療はできない、法律を守って診療を拒否した場合に、患者の容体が悪くなったら誰が責任を取るのかなどといった、開き直りの実態がうかがえる。自らが、法律を知り、法律を守ろうとする意識に非常に欠けている対応である。

ジャミックジャーナルの島津は、この点に関して、医師自身が法や法的なものの考え方を学ぶ必要があることを指摘している。今、医療界で起きている労働問題は、①法律と現実が乖離している。②法律は知っているが守れない、守らない。③なぜ法律を守らなければならないかという根本的思想がない、④そもそも法律自体を知らないといった点に根本的な原因がある³²⁰。

このことから考えても、医師に対して、その労働者性認識を醸成することは、非常に重要なこととなる。現に、今までは労働者性の認識が欠如していたため、そもそも労働法な

³¹⁹ 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、29頁参照。

³²⁰ 島津英昌(2005)、同上論文30頁参照。

どを知ろうという発想もなかったのである。また医師自らが法律を学ぶ機会がなければ、医学部の教育において教えられる機会もなかったといえる。しかし、このまま労働者性を認識することなく、労務管理が放置されたままでよいのであろうか。

近年の過労死に関する判決を見ても、会社のみでなく、社長や取締役など経営トップの個人責任が問われている。2007年東証一部上場企業である大庄が経営する日本海庄や過労死事件について、担当弁護士の松丸は、社長らを被告に加えた理由について、「過労死を生み出す社内体制を構築したトップの責任を明らかにし、それにより過労死を防止する社内体制を構築させることであった」³²¹と述べている。これは、会社法29条1項(旧商法266条の3)には、取締役がその業務の執行を行うにつき、悪意又は重大な過失により第三者(労働者も含まれる)に損害を与えたときは、取締役は個人としてもその責任を負うことを定めていることが、その根拠となっている。2007年12月に京都地方裁判所にはじまったこの事件は、2013年9月に最高裁判所において上告を棄却する判決が出され、役員個人の1億円にのぼる損害賠償金等の負担が決定している³²²。このように、一般企業においては、もはや、経営トップの責任が明確にされる時代となっているのである。

振り返って医療の世界をみるに、周知の通り医療法第10条において、医療機関の管理者は、医師と定められている。2014年に改正された医療法においても、第30条の19において、病院の管理者は、病院に勤務する医療従事者の勤務環境の改善その他の医療従事者の確保に資する措置を講ずるよう努めなければならないと新たに規定されている³²³。

現在は、努力規定ではあるが、これを考えるに、病院長は、率先して、労働者の生命・健康を損なうことがないような体制を構築し、長時間勤務による過重労働を抑制する措置を採る義務があることは明らかである。したがって、経営トップである病院長自らが、医師の労働者性について認識するとともに、病院全体として、意識改革を図っていく必要があると考える。

経営トップである病院長はもちろんのこと、組織上の問題点で取り上げたように、診療科のトップといった中間管理職、さらには一般の医師に対して、勤務医も労働者であり、労働法制の対象であって、法律によって守られていること、また、医師自らがこの法律を学び、率先して労働法を守る必要があることを知らしめる必要がある。このことが、病院経営者にとっても、勤務医にとっても、雇用環境を考え直す第一歩であり、病院経営者トップを含む医師自らが認識を改める必要があるのであり、最も大きな原因は、医師自身にあるということを確認しなければならない。

³²¹ 弁護士松丸正の過労死・過労自殺ノート(HP)、「社長らトップの個人責任と、就活情報からみた大庄日本海庄や過労死事件」2014年1月9日、<http://matumaru-blog.cocolog-nifty.com/blog/2014/01/post-5ae1.html>, (201//01/09 アクセス)

³²² 弁護士松丸正の過労死・過労自殺ノート(HP)、同上参照。

³²³ 医療法、前掲参照。

以上、勤務医の長時間・過重労働の改善がなかなか進まない現状において、そ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考え、大きく3つの点に焦点を当てて検討を加えてきた。まず、第1に、病院経営者のマネジメントは、医師に対してはもちろんのこと、他の医療従事者に対しても、その専門性ゆえに、コントロールが効きにくく、階層構造が敷かれているにも関わらず、実態は、管理システムが有効に機能していないことを確認した。さらに、医師に関して、従来の雇用システムである医局依存との関連が密な場合においては、労務管理がないに等しく、病院経営上、医局依存からの脱却をする必要があることを確認した。第2に、医師と他のメディカルスタッフとの関係において、その分化・専門化の発展と、組織構造の変化において、医師の支配意識が邪魔をしており、医師を含むメディカルスタッフの業務分担と協業を推進するためには、1つの方法としてチーム医療の推進を利用した組織変革が有効であることを確認した。第3に、医師の労働者認識の欠如が、雇用環境の改善が進まない最大の要因であり、自身を労働者として位置づけることは、プロフェッショナリズムを否定することではなく、医師も人であり、労働者であるということを医師自身が認識する必要があることを確認した。

本章では、以上の3つの点を取り上げて確認してみたが、いずれも、医師が今まで当然として受け入れてきた慣習に対して、そこから脱却をしなければならない、意識を改革しなければならないことに通じている。どのような議論を進めても、どのような対策を提言しても、その主体者である、医師自らが意識改革をし、労働環境を変えようとしなければ、改善は一向に進まないといえる。

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えな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ことを確認した。

第 3 章では、第 1 章、第 2 章を通じて確認した病院勤務医の過酷な労働実態と杜撰な労務管理の実態に関して、医師の労働を医療労働の労働過程の考え方に照らして整理することで、それらを引き起こす様々な要因について検討した。医療労働の技術的過程の側面からは、第 1 に、医師の労働そのものに関しては、医師の診断、治療などの中核の診察行為はもちろんのこと、宿日直や、患者・家族への治療の説明、診断書その他の書類作成など、労働そのものは増加の一途をたどっており、非常な労働負荷がかかっていることを確認した。また、その労働負荷の一部を軽減する措置である医師事務作業補助体制加算に関して、その取得状況から、病院経営者の判断の甘さを指摘した。第 2 に、労働対象としての医師

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

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

第 4 章では、病院勤務医の長時間・過重労働の要因として取り上げられてきた、医師の絶対数及び偏在等の問題について批判するとともに、従来の医療システムのなかから、日本に特徴的な問題を取り上げて確認した。第 1 に、今までほとんど触れられてこなかった病院における医療法上の標準医師数の問題を取り上げ、その陳腐性を指摘するとともに、実際の診療場面での人員配置における労務管理上の問題を確認し、あわせて、労務管理担当部門の診療部門への人員配置上の介入の必要性を指摘した。第 2 に、新臨床研修制度がもたらした医師のキャリア形成の変化を指摘し、行政主導の医療システムとは言えないが、長い間医師の就労を支配してきた日本の医療界に根強く残っている医局講座制の労務管理面における弊害を確認した。第 3 に、医療施設の機能分化の遅れとその原因が、勤務医の労働に大きく影響を与えていることを指摘した。以上、これら旧態依然とした医療システムをみると、今までの慣習や古い考え方から抜けることができない医師の意識の問題が潜んでいることを確認した。

第 5 章では、病院勤務医の雇用環境の改善が進まない要因として、筆者が最も問題視をしている、病院の特殊、複雑な組織と、医師の意識など、旧態依然とした職場慣習について、特に 3 つの点に焦点を当てて確認した。第 1 に、多職種専門集団の集合体である病院

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

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

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

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

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

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