

医師ユニオンと働き方改革

～勤務医の労働実態と日本の医療の方向性～



阪大医療経済・経営学寄付講座

2018.12.8

全国医師ユニオン代表

植山直人

—Japan Doctors Union—

1、はじめに

現在の役職

- ・ 行田協立診療所所長
- ・ 全国医師ユニオン代表
- ・ ドクターズデモンストレーション共同代表
- ・ 日本医師会勤務医委員会委員
- ・ 日本医師会働き方検討会委員
- ・ 行田市医師会理事

主な経歴

- ・ 長崎大学工学部中退
- ・ 鹿児島大学医学部卒業

医学生時代に全日本医学生自治会連合 初代委員長

- ・ 東北大学大学院応用経済科学修士

修士論文は「スウェーデン福祉国家の危機と展望」

恩師は日野秀逸先生

来年で「8時間労働制」100周年

- **国連機関であるILO（国際労働機関）** は1919年創設

その第1号条約は「工業労働者の1日8時間労働制」であった。

- **8時間労働制の考え**

1日の24時間を3つに分ける

- ・ 8時間は労働
- ・ 8時間は睡眠
- ・ 8時間は自由な時間

＊すでにワークライフバランスが考えられていた。

第2次産業革命期のイギリスにおける 労働者の平均寿命

階級別（家族も含む）寿命　：　死亡時の平均年齢

	ジェントリーと専門 職	農民と商人	労働者と職人
ラトランド （農村部）	52才	41才	38才
バース （農村部）	55才	37才	25才
マンチェスター （工業地帯の都市 部）	38才	20才	17才
リバプール （工業地帯の都市 部）	35才	22才	15才

医学誌

ランセットの1843年掲載された表

（日野秀逸「保健活動の歩み」より一部抜粋）

医師の過労死 何故繰り返される？



木元文さん＝遺族提供

新潟市民病院「過労が原因」 女性研修医自殺、労災認定へ

毎日新聞 2017年6月1日 07時00分

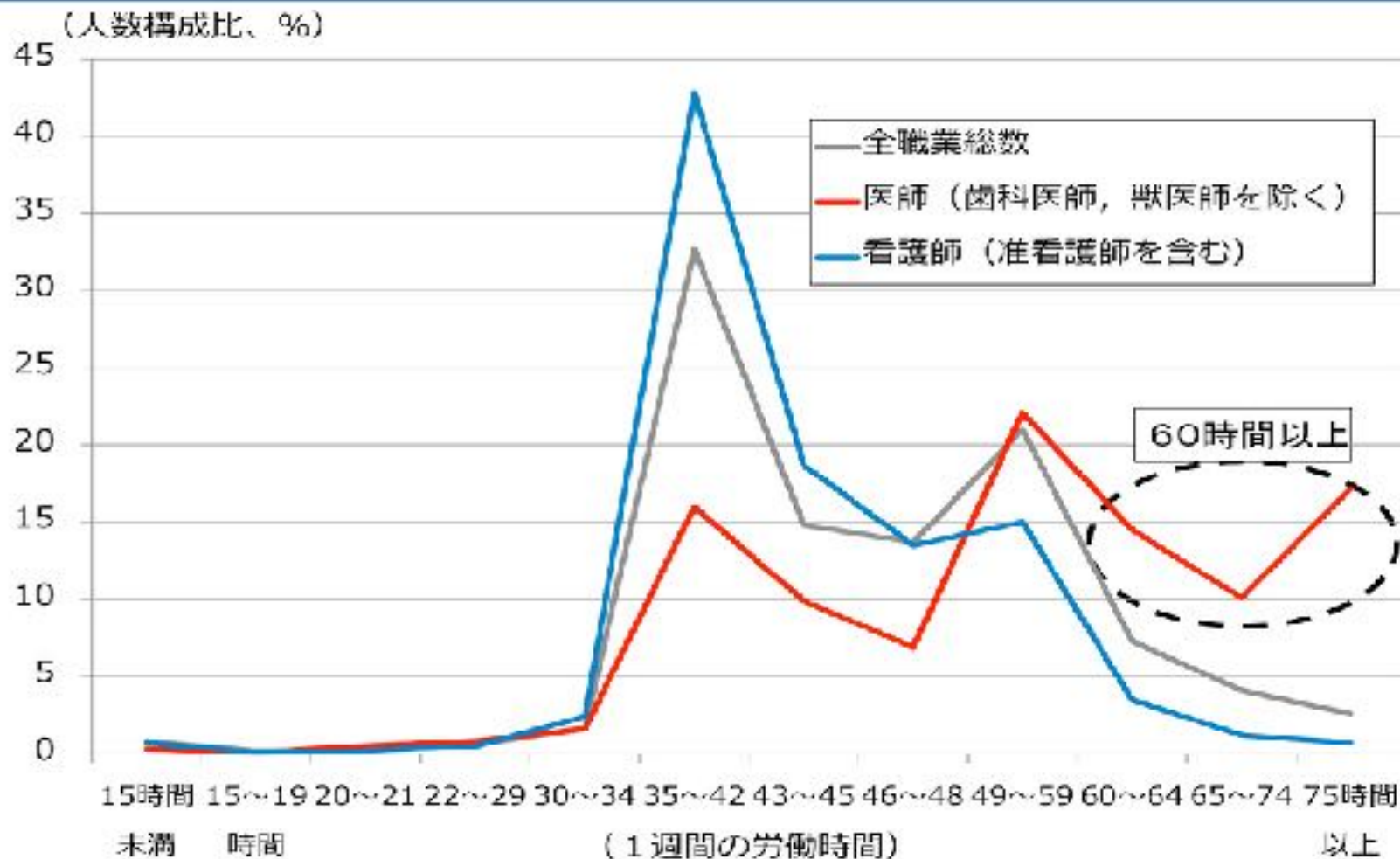
(最終更新 6月1日 12時40分)

新潟労基署が方針 遺族「残業最多で月251時間」

2016年1月、新潟市民病院（新潟市中央区）の女性研修医（当時37歳）が自殺したのは過労が原因だったとして、新潟労働基準監督署は31日、労災認定する方針を決めた。遺族に対しても、方針を通知している。【柳沢亮】

医師の長時間労働

正規職員の職種別の1週間の労働時間の分布

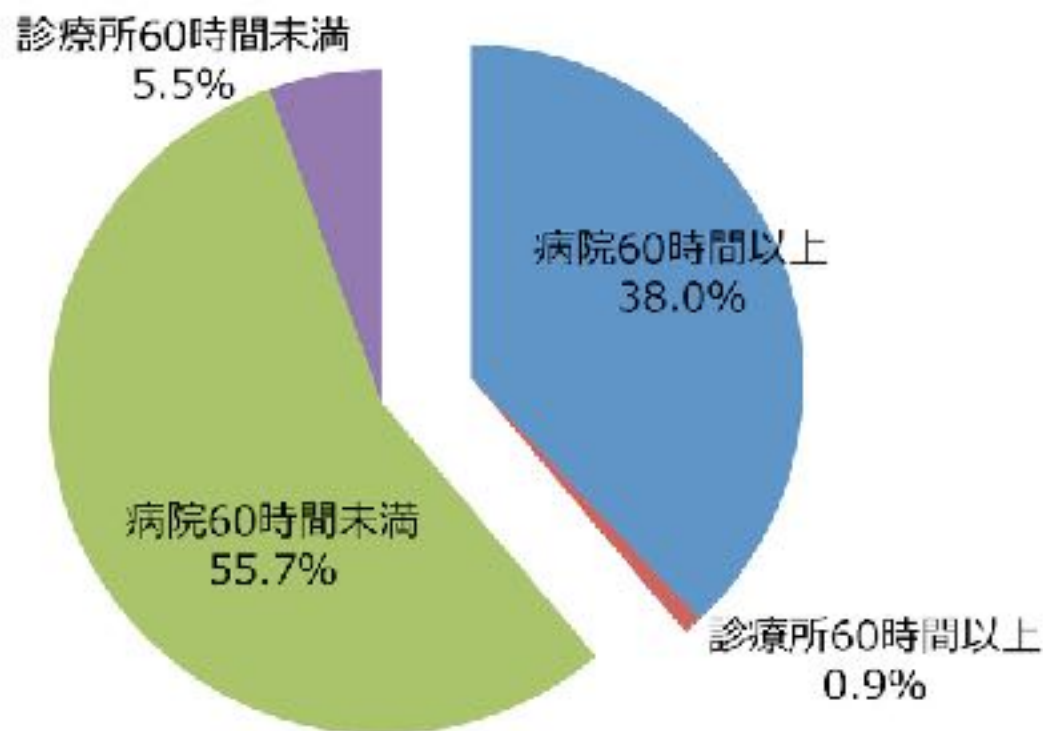


(出典) 総務省・平成24年就業構造基本調査
(年間就業日数200日以上、正規職員)

病院勤務医の約4割が過労死ラインを超える

病院と診療所の常勤医師の週当たり勤務時間別の割合

○週当たり勤務時間が60時間以上の常勤医師は39%であり、そのほとんどが病院の常勤医師である。



※ 診療時間：外来診療、入院診療、在宅診療に費した時間。 診療外時間：診察、研究、自己研修、会議・管理業務等に費した時間。 待機時間：出勤の時間（医師の勤務時間とは別）。前夜に待機して応急処置として診療等の対応を行う時間。実際に患者に対して診療等の対応を行った時間は診療時間にある。①のうち診療時間と診療外時間以外の時間。 勤務時間：診療時間、診療外時間、待機時間の合計（オンコールの待機時間は診療外時間から除外した。オンコールは、通常の勤務時間とは別に、完全に待機して応急処置に対して診療等の対応を行うこと）。

※ 「医師の勤務実態及び働き方の改善策に関する調査」（平成28年度厚生労働科学研究「医師の勤務実態及び働き方の改善策に関する調査研究（研究班）」結果を基に医師会調査にて作成）

全国医師ユニオン結成宣言より

- ・私たちは、政府の医療費抑制政策が、日本の医療を崩壊に導いたことに抗議します。そして、多くの国民に犠牲を強いてきたことに抗議します。
- ・私たちは、医師の過酷な労働環境が仲間である医師を過労死に追いやったこと、多くの医師の健康を奪ってきたこと、その家庭を破壊してきたことを告発するとともに、怒りをもって抗議します。
- ・私たちは人間を不幸にする医療政策に断固として反対します。医療従事者を不幸にする政策にも断固として反対します。
- ・私たちは、医師の権利と労働条件の改善のために、自ら立ち上がり、法律に基づく正当な手段によって改革を進めるものです。
- ・医師が、肉体的にも精神的にも健康で、やりがいを持って働くことは、今日の医療にとって欠かすことのできない必要条件です。
- ・私たちの運動は、日本の医療破壊を終わらせ、医療再生へ向かう潮流に大きく貢献するものであると確信します。

2、医師不足と医崩壊

産科減止まらない

産科を減らす病院の減少が止まらない。厚生労働省や関係学会は、産科の急激な減少で母子健康を脅かす恐れがあるとの、医療従事者団体の意見を踏まえて、産科の削減に「歯止め」をかける。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。

健診に片道2時間

「健診に片道2時間」産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。



産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。

産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。

産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。



分娩取りやめ105病院

昨年以降 8%減に 自治体、対策急ぐ

本社全国調査

産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。

産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。

産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。

産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。

産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。

産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。

産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。

産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。産科の減少は、妊婦の健康・安全を脅かす。

医療崩壊 (主な原因は医師不足)

- ＊病院の閉鎖
- ＊診療科の閉鎖
- ＊救急の受け入れ困難
- ＊医療難民の出現

80年代以降の日本の医療政策

①低医療費政策

②そのための医師数削減政策

(医師数は医療崩壊当時、世界64位)

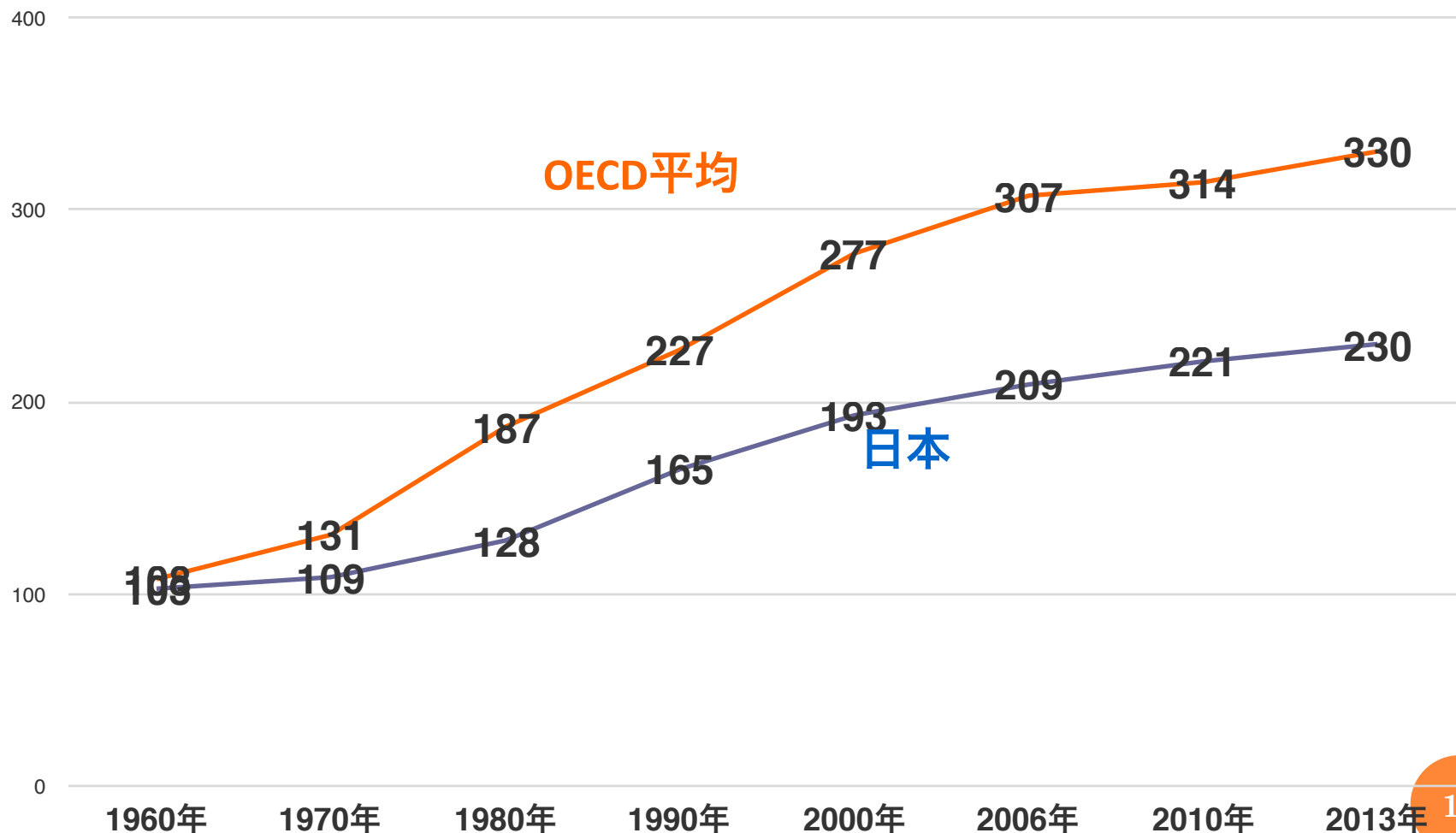
医療崩壊の主な原因

- ＊医師の労組がないために、医師数削減が安易に進められ、医師の過重労働が医療崩壊を引き起こした。

3、医師数問題

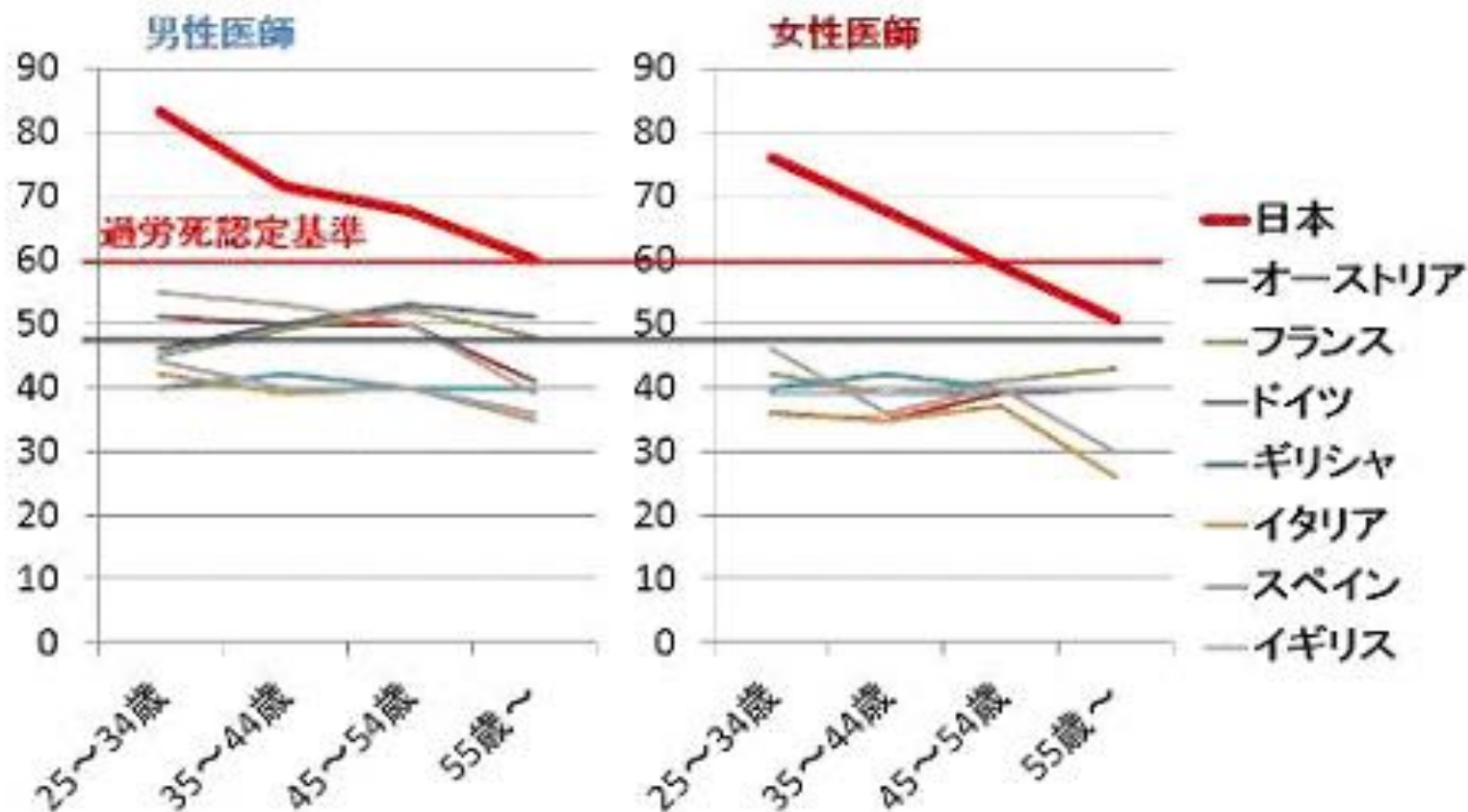
図 1

OECDと日本の医師数比較 (人口10万人当たりの医師数)



(※2013年に関しては人口1000人当たりの医師数より作成)

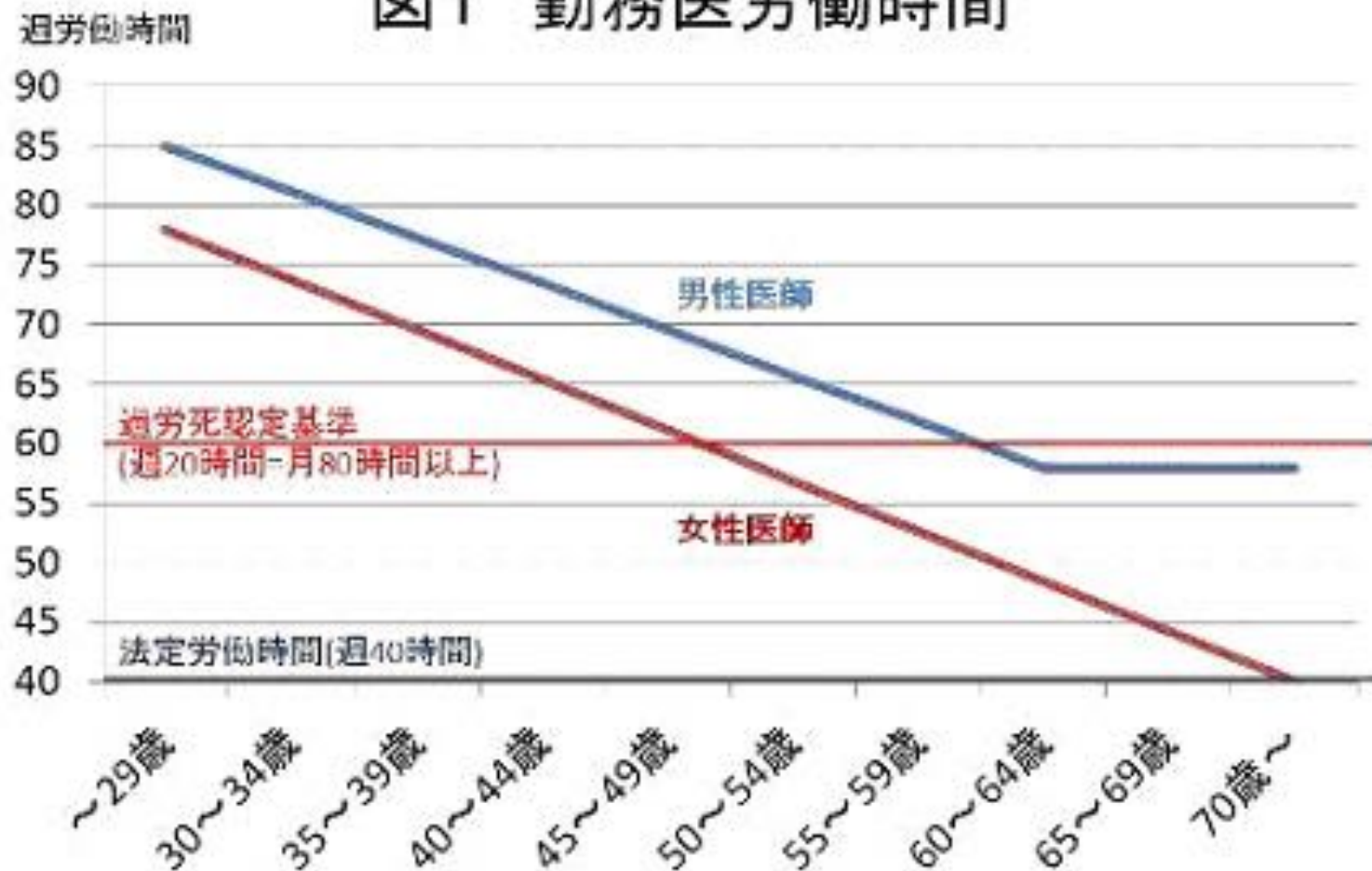
図2 医師労働時間国際比較



週労働時間の医師男女年代別国際比較、OECD data 2006

＊EUとの医師数の差が、労働時間の差にリンクしている。

図1 勤務医労働時間



病院医師勤務時間、国立保健医療科学院タイムスタディ(2006年)

医師数抑制政策-1

- 1982年「医師養成数を抑制する」閣議決定

第2臨時行政調査会の答申をうけて

＊朝日新聞、毎日新聞も医師数抑制に賛成

- 1997年「医学部定員の削減に取り組む」閣議決定

橋本内閣の社会保障構造改革の一環

- 2006年「医師需給に関する検討会」

6万1千人不足との資料が提出されたが、厚労省は9千人の不足で、病院の外来機能を診療所に移せば、不足はもっと小さくなると主張。

医療費抑制政策-2

○ 「医療費亡国論」 (1983年)

- ・ 「医療費が増え続ければ国家がつぶれる」

＊スウェーデンなどの福祉国家の国際競争力は高い

○ 厚労省のデタラメ医療費推計

- ・ 2025年には医療費141兆円 (1995年の推計)
- ・ 同上 101兆円 (1997年の推計)
- ・ 同上 81兆円 (2000年の推計)
- ・ 同上 65兆円 (2005年の推計)

必要医師数は増大する

主因は産業構造の変化

- ・ 第1次産業・第2次産業から第3次産業へ
- ・ ITやバイオの進歩など、健康や医療に関する産業はさらに発展し、医療従事者の必要数は増える。
- ・ 当然、医学医療の専門家である医師の必要数も増える。
- ・ 長期的な医師数の将来推計は不可能（未来の需要の増加を知ることはできない）

例-1 救急車の搬送数

1963年 215804人 2015年 5481252人

約50年間で25倍の増加

＊この間の医師数の増加：1955年人口10万人あたり105.9人、2016年が251.7人で、約60年間で2.4倍

例-2 手術件数の増加

群馬大学事故報告には「手術件数が2012年までの20年間で2倍に増加」と

医療需要の増加の内容

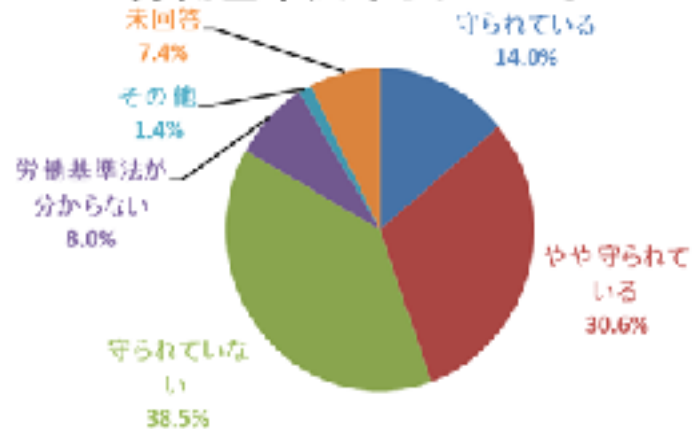
- ①医学の進歩により、ワンパワーを必要とする**高度な医療**が一般的な医療水準として求められるようになった。
 - ②**高齢者の増加**などにより患者が増えた。
 - ③**患者の医療**に対する**要求と権利は高まり**、インフォームドコンセントに代表される医師の**説明責任**は増大し、**医療裁判**も増加した。
 - ④現場の医師に、**経営の視点**が要求されるようになった。
 - ⑤高齢者福祉の貧困が放置されたまま、**在院日数の短縮**が強制され、医師のストレスは高まり続けた。
- これらの過剰な負担は、医療費削減とマンパワー不足のなかで、すべて現場の**医師に丸投げ**された。

4、日本の医師の労働実態

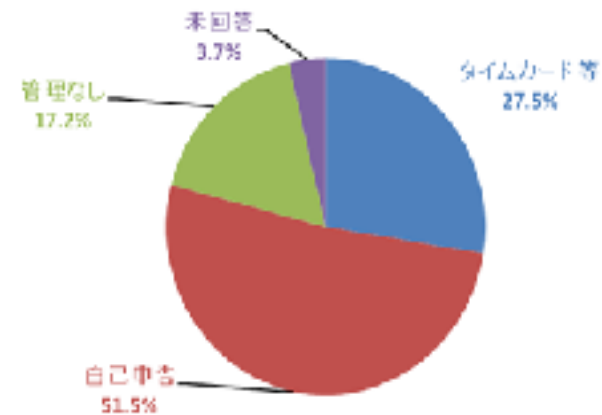
—勤務労働実態調査2017より—

1、労働管理の問題

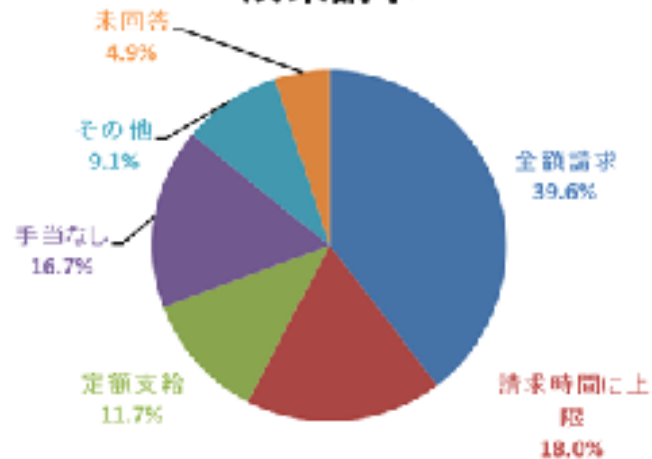
労働基準法守られているか



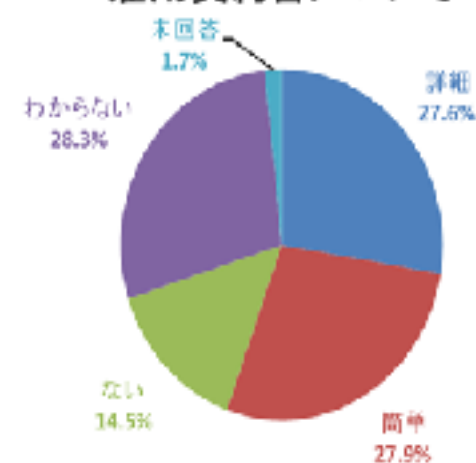
労働時間管理方法



残業請求

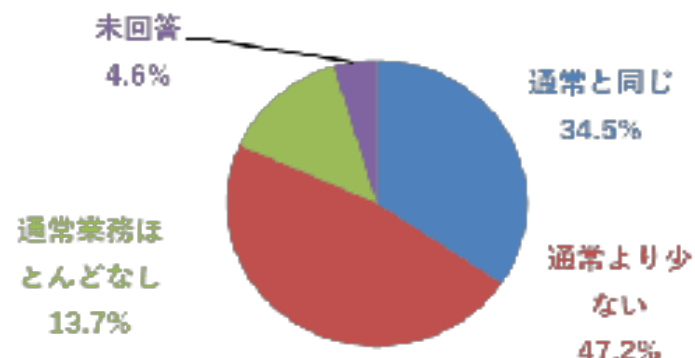


雇用契約書について

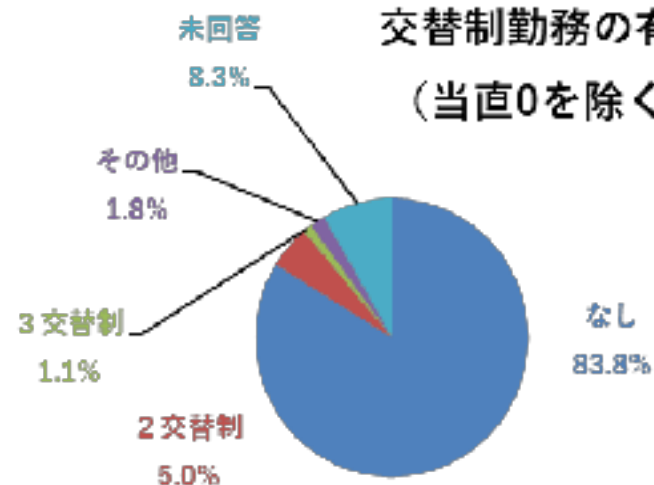


2、当直問題

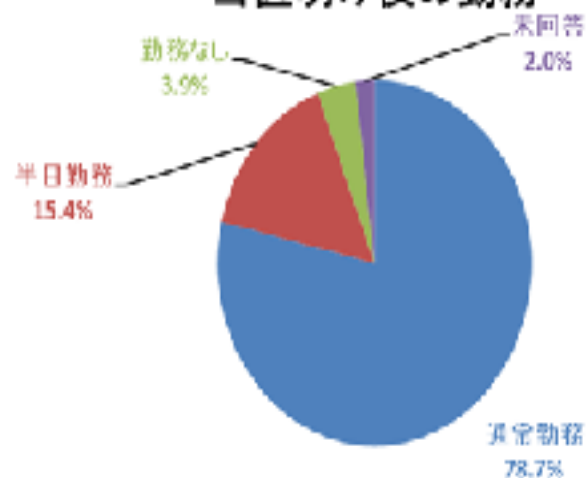
当直/日直内容
(当直0を除く)



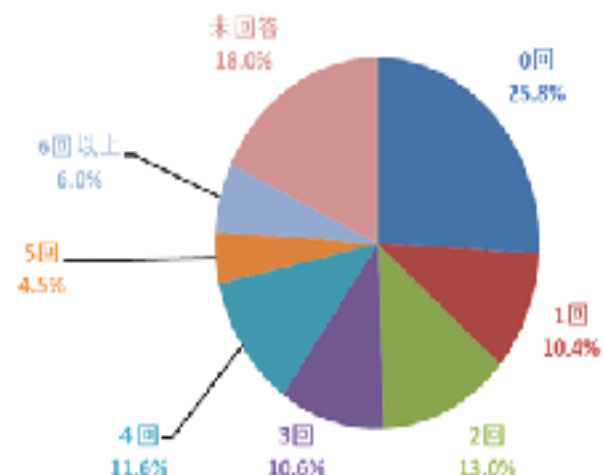
交替制勤務の有無
(当直0を除く)



当直明け後の勤務

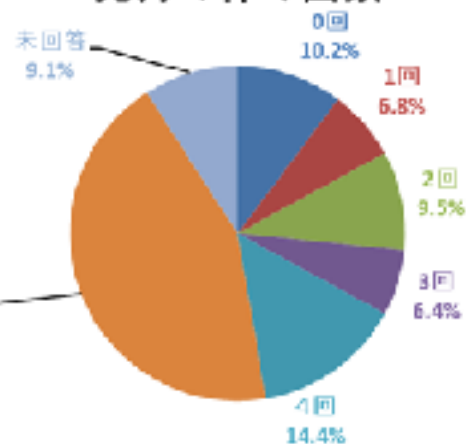


当直回数

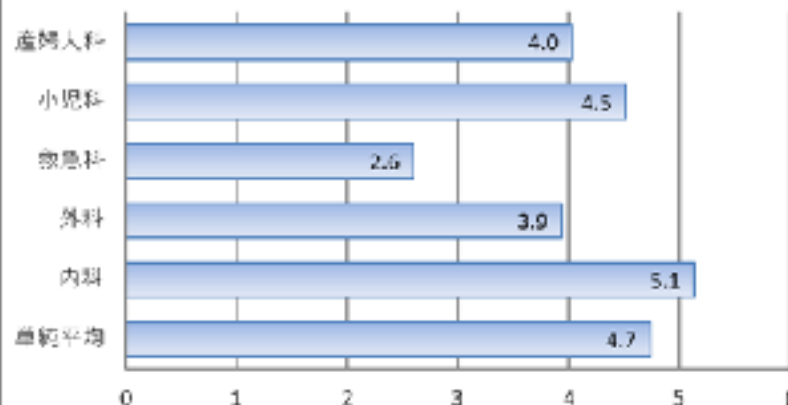


3、休日問題

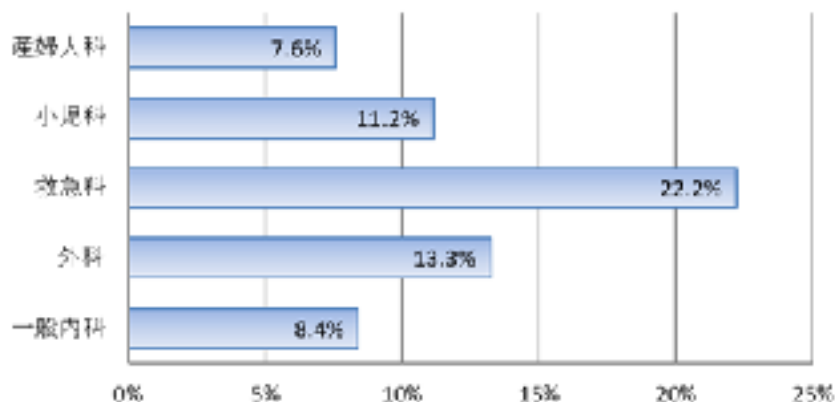
先月の休み回数



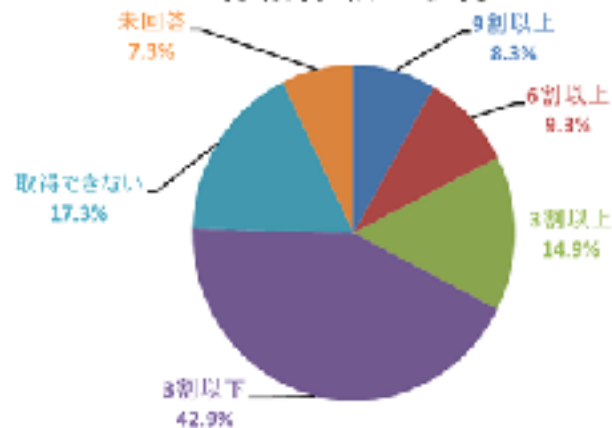
先月の休み日数



休み回数0(主要診療科別)

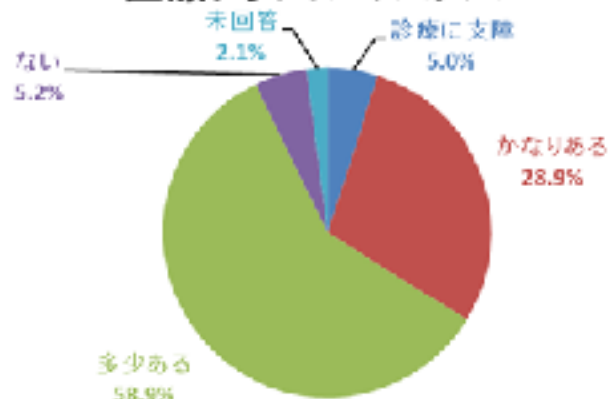


有給休暇の取得

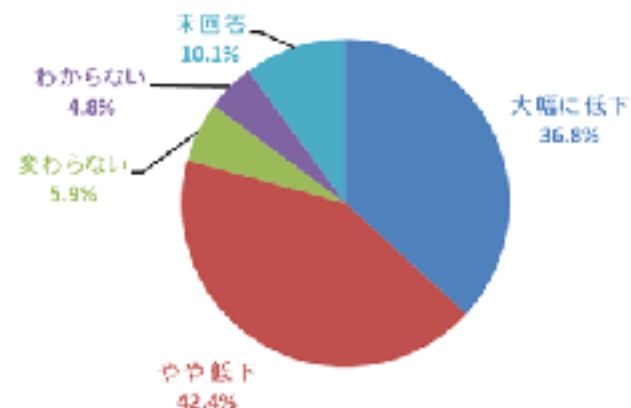


4、医療安全の問題

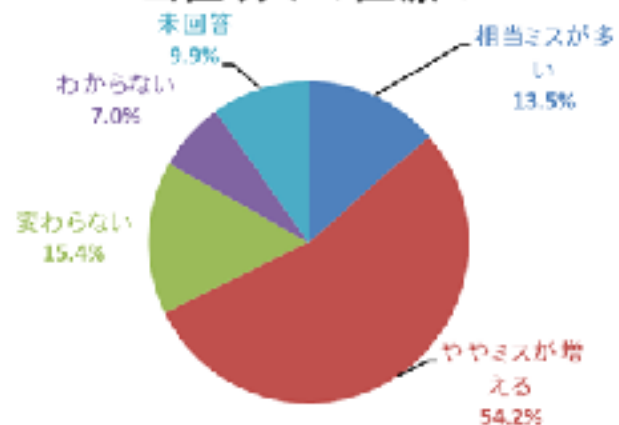
医療トラブルのストレス



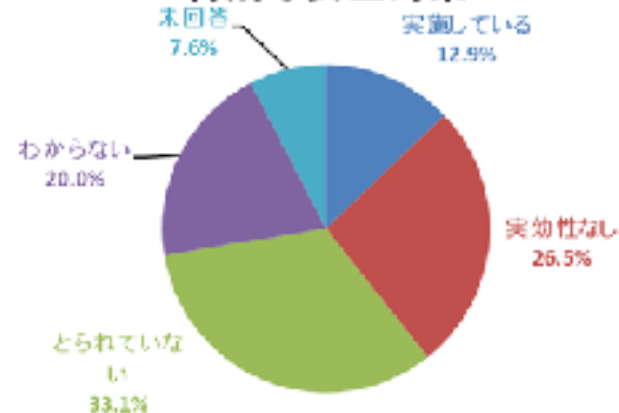
当直明けの集中力・判断力



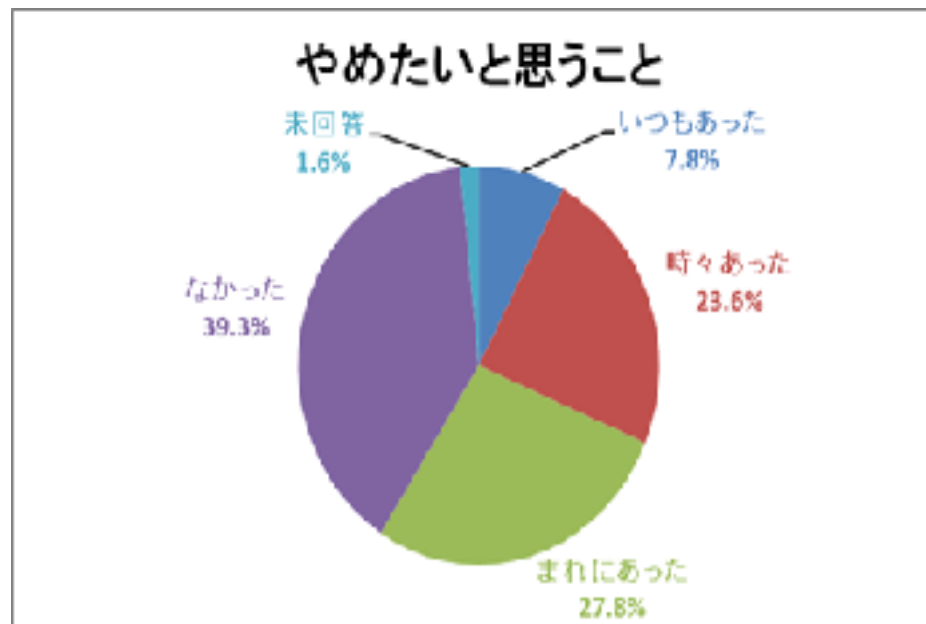
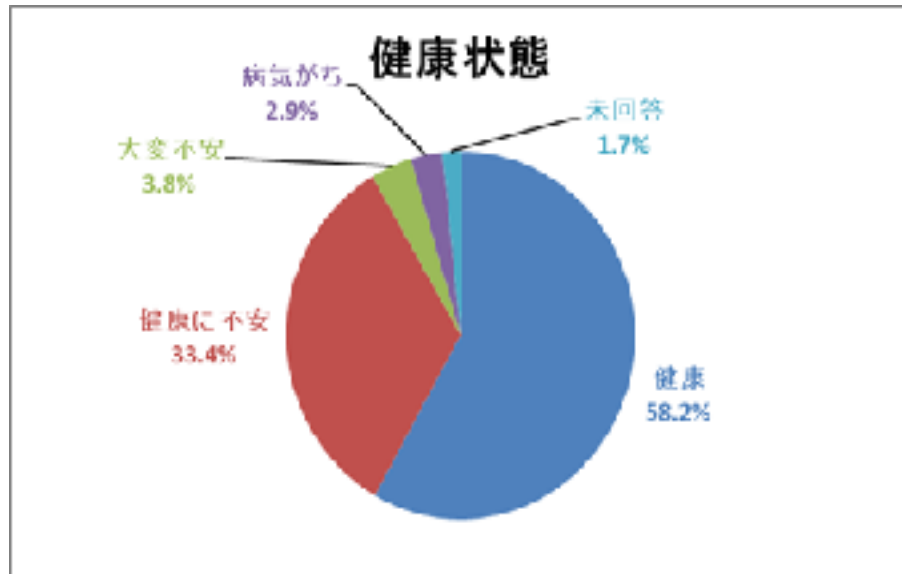
当直明けの医療ミス



特別な安全対策

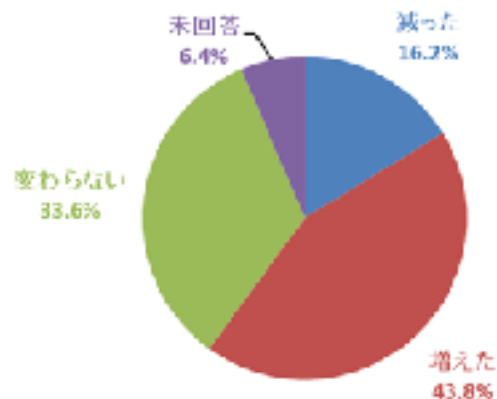


5、医師の健康問題

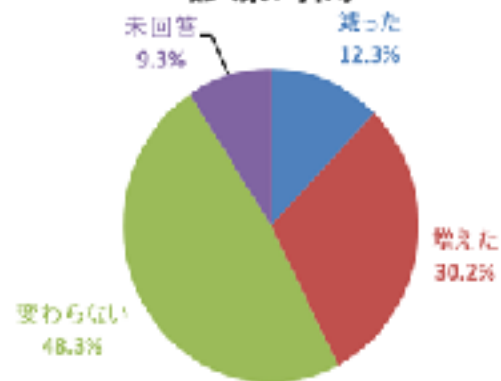


6、この2年間の業務量の変化-1

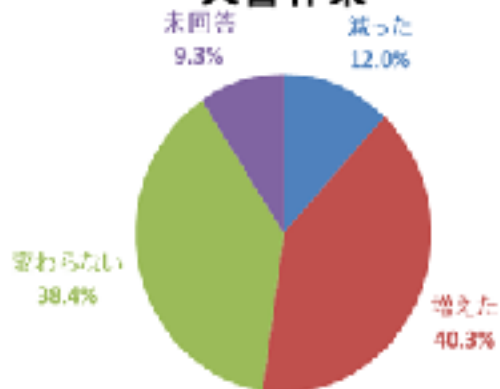
業務負担はこの二年で変わったか



診療時間



文書作業

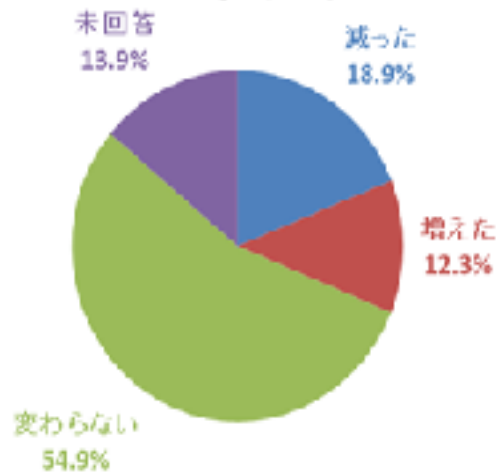


会議や委員会

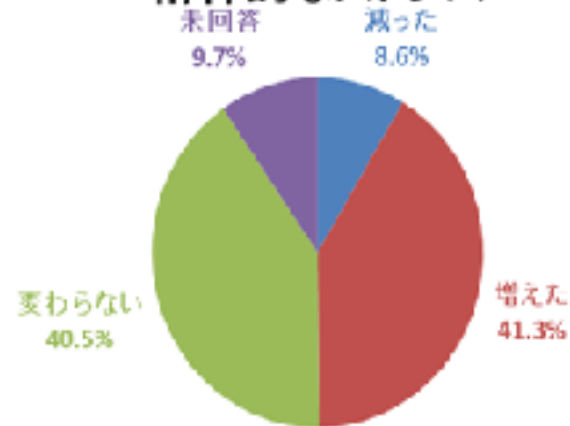


7、この2年間の業務量の変化-2

日当直回数

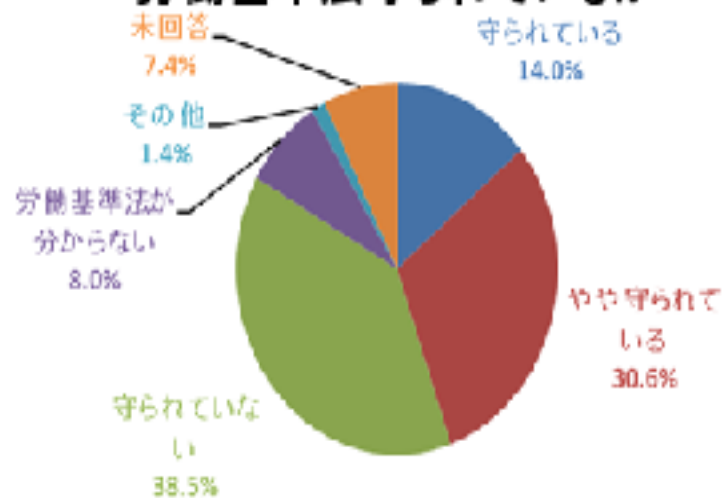


精神的なストレス

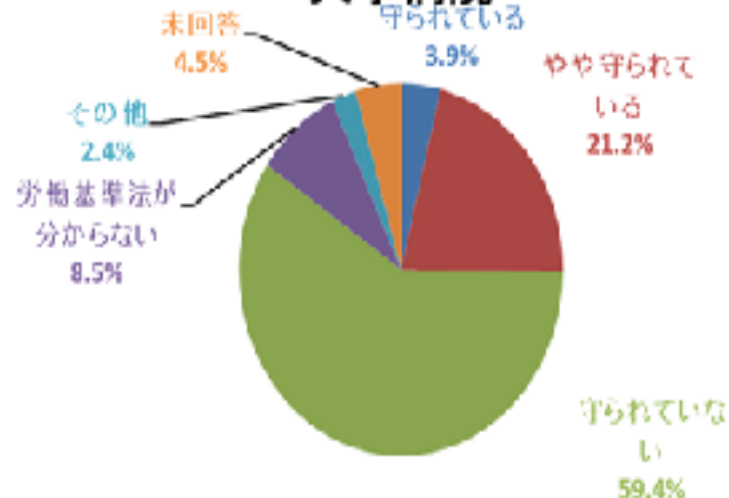


8、労基法遵守について（設立主体別）

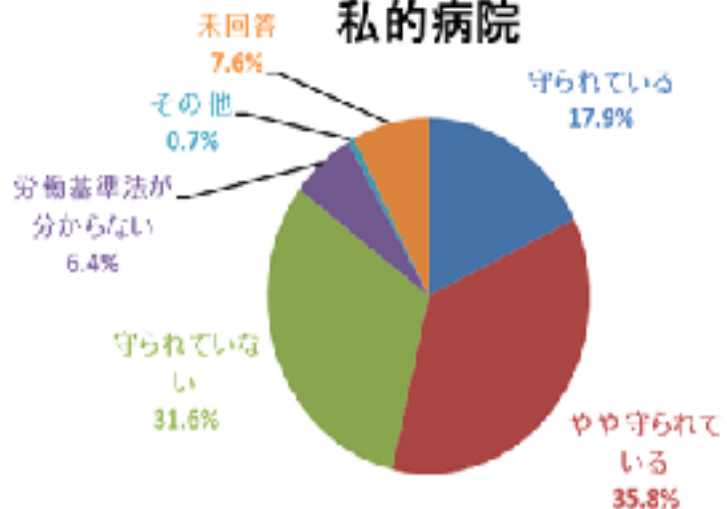
労働基準法守られているか



大学病院

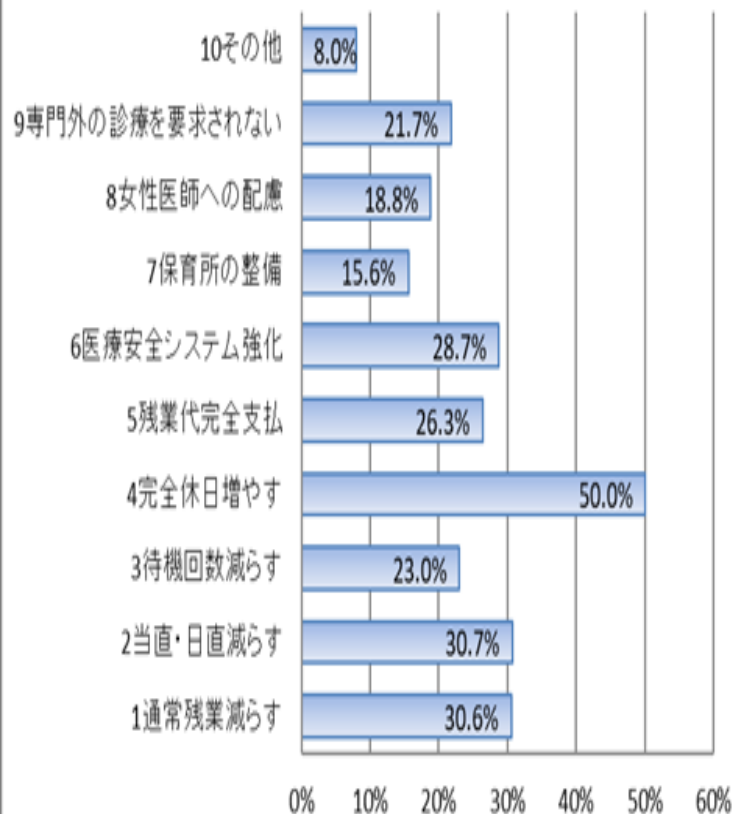


私的病院

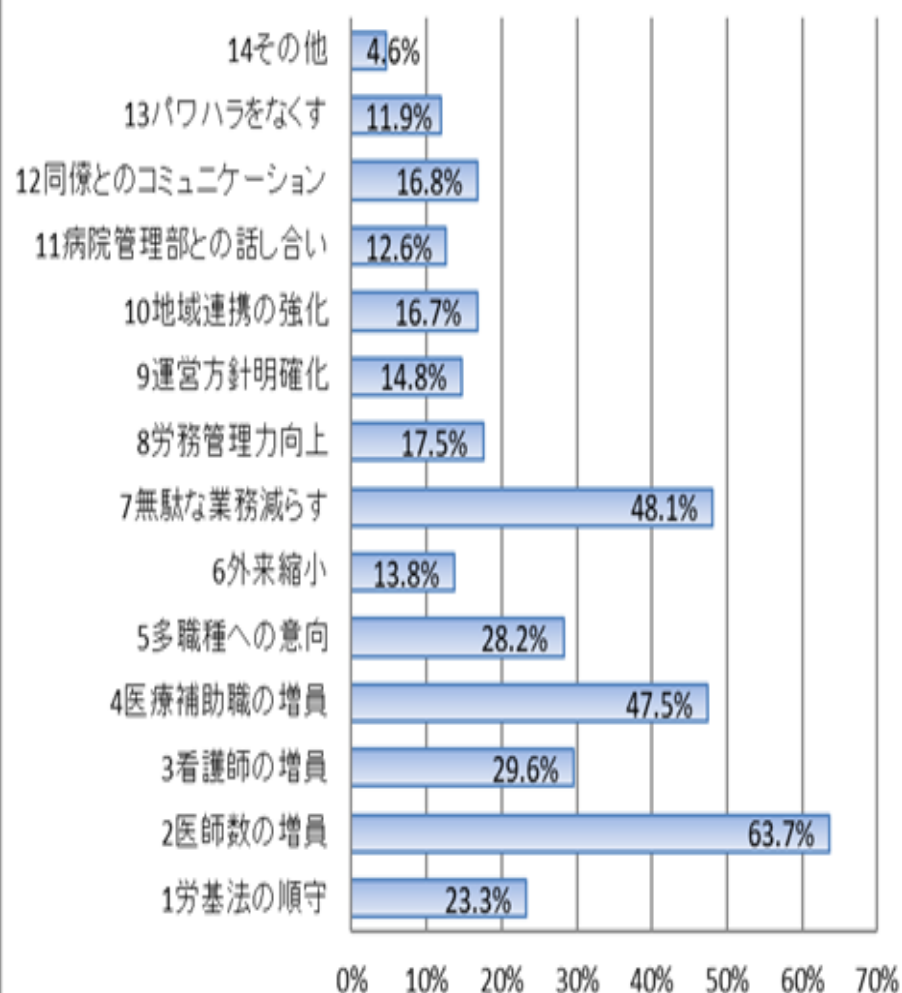


9、医師の労働条件改善策に重要なこと

改善してほしいこと

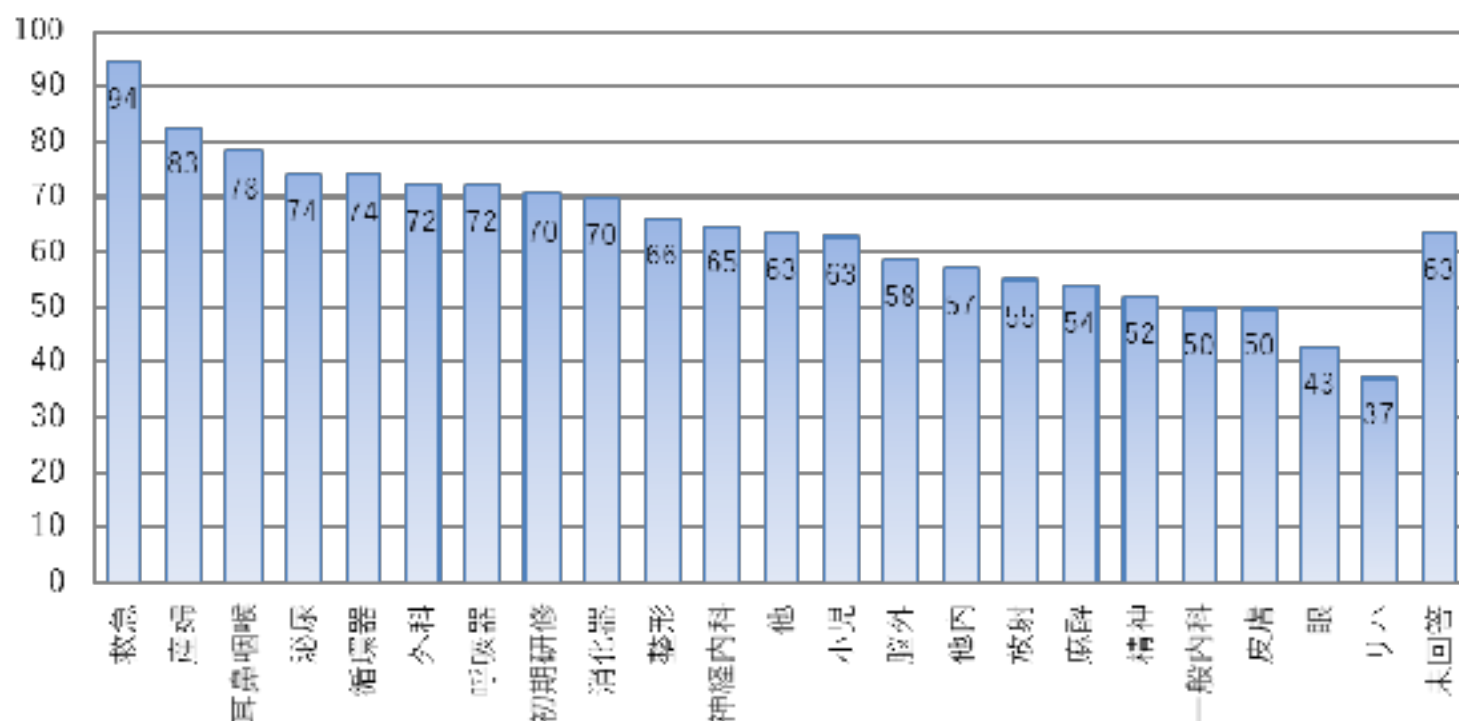


改善に有効な方法



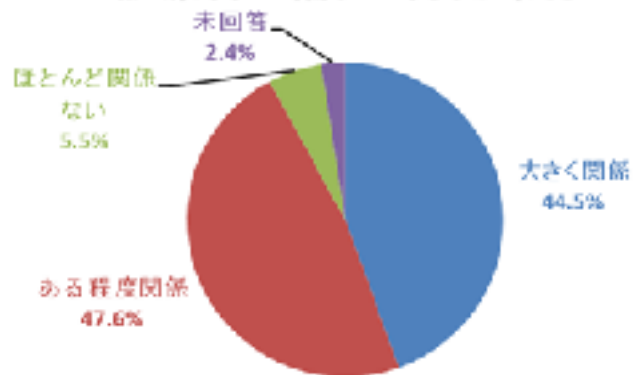
10、診療科別の時間外労働時間

一カ月の平均時間外労働時間

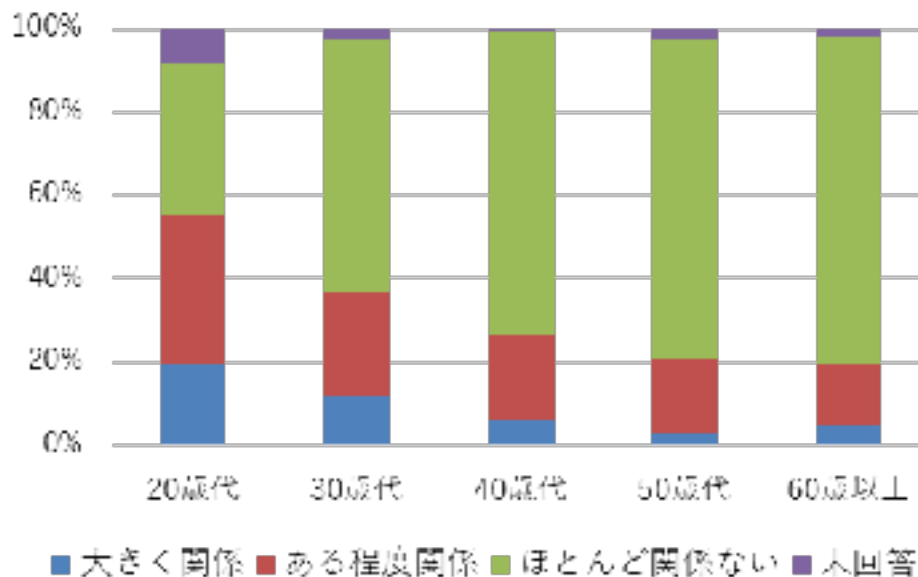


11、診療科の偏在と労働条件について

診療科の偏在と労働環境



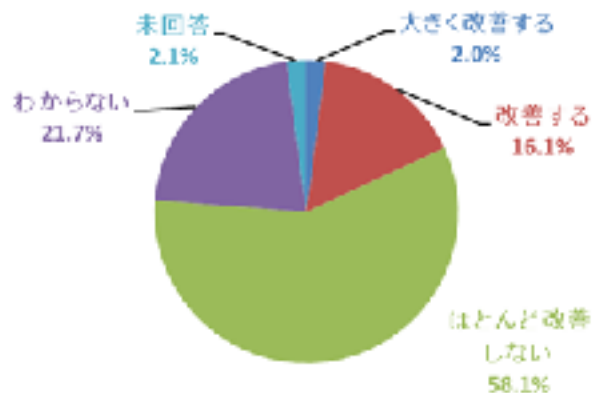
診療科の選択と労働環境



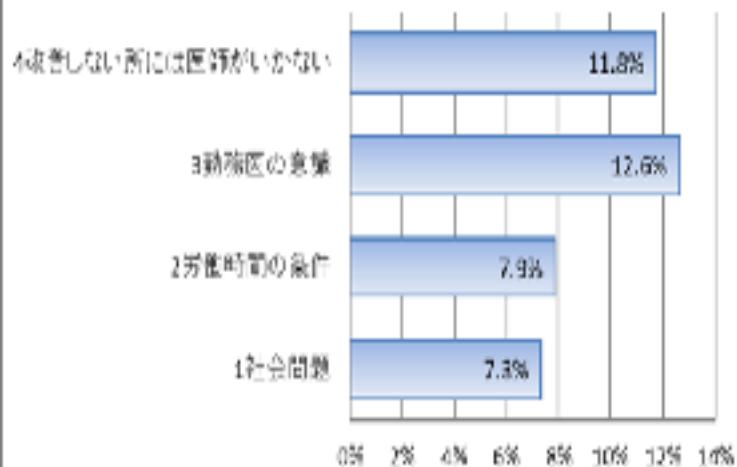
＊設問：「あなたが診療科を選択するにあたって、労働環境が良いことが関係しましたか」への世代別の回答

12、「働き方改革」について

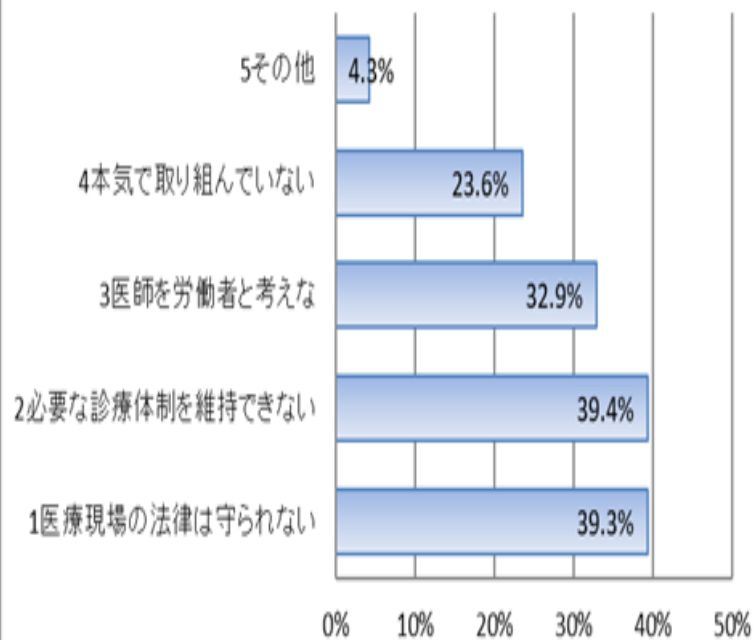
医師労働は改善すると思いますか



改善すると思う理由

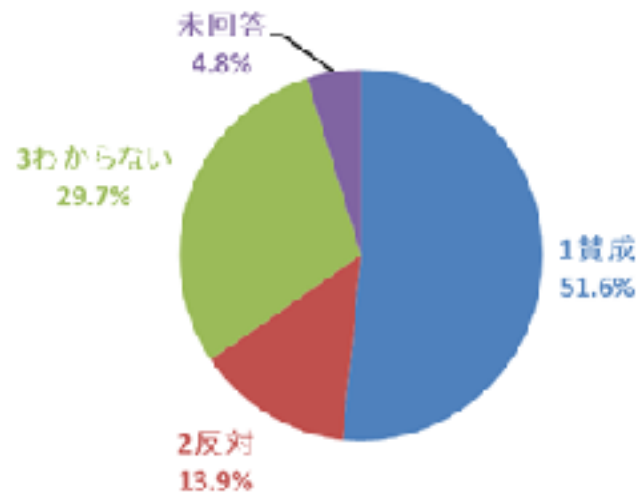


改善しないと思う理由

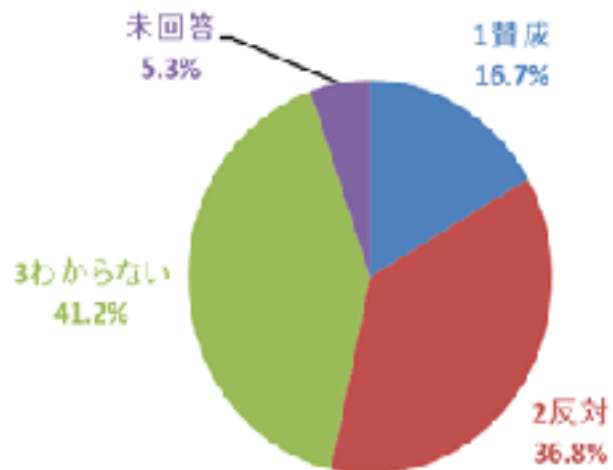


13、医師の労働時間規制について

労働時間規制について



5年間猶予



5、医療の安全について

医師労働と医療安全-1

24時間の覚醒は、1mg/mlの血中アルコールに匹敵

(酒気帯び運転は0.5mg/ml以上で運転免許停止)

- 旅客自動車運送業運輸規定
- 貨物自動車運送事業安全規則

過労運転（1日16時間以上の拘束）

免許取り消し・3年以下の懲役または50万円以下の罰金

- 航空法施行規則 搭乗制限あり

＊勤務条件の例 4-6-11 （1日のフライトは4回まで、フライト時間は6時間まで、勤務時間は11時間まで）

医師のみ長時間労働が無制限

(安全に関する配慮が全くない)

医師労働と医療安全-2

過労と医療過誤に関する報告 (米国Landrigan他)

- ・ **研修医**の連続労働を**従来勤務**と**16時間に制限**した場合の**重大な医療過誤の発生率**

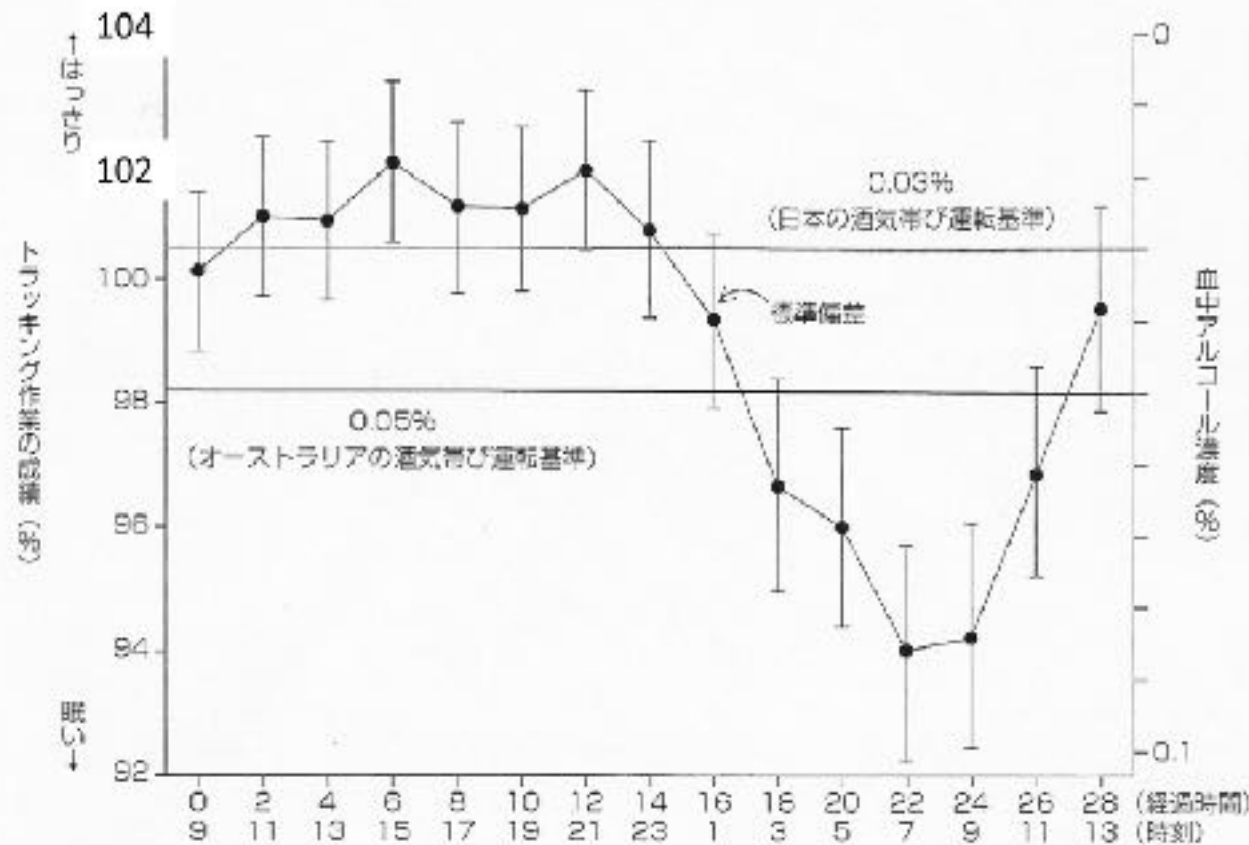
従来型は**35.9%**発生率が多かった。

- ・ **指導医**も含めた医師全体でも、**22%**の違いがあった。

不眠とアルコールによるパフォーマンス低下の比較



The Institute for Science of Labour

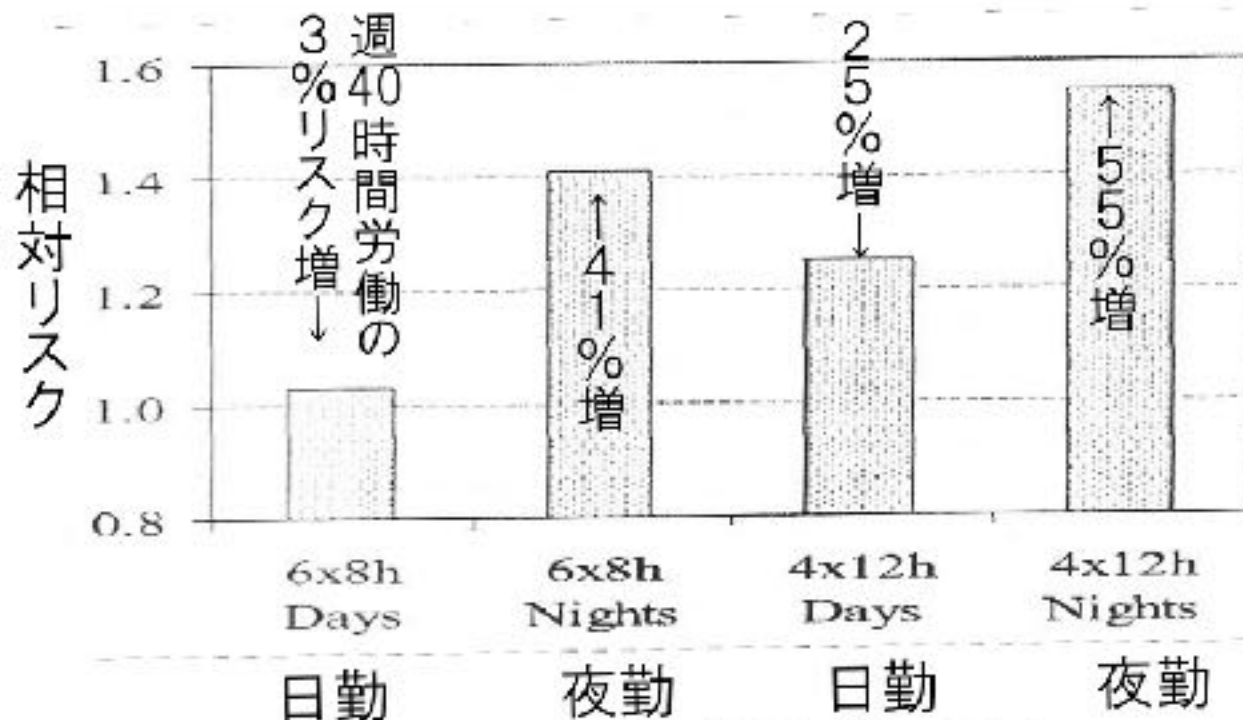


トラック作業と血中アルコール濃度
(Dawson Dら, 1997)

48時間労働の事故リスク（40時間との比較）



The Institute for Science of Labour



1週労働時間48時間モデル
(欧州連合労働時間指令の上限)

長時間労働の事故リスク(Folkardら,2006)

大原記念労働科学研究所 佐々木司氏提供

長時間労働と自動車事故



The Institute for Science of Labour

研修医の労働時間と自動車事故
(Bargerら, 2005を改編)

	24時間以上 の勤務	24時間未満 の勤務
衝突事故回数	58	73
通勤回数	54,121	180,289
オッズ比	2.3	1
ニアミス回数	1971	1156
通勤回数	54,121	180,289
オッズ比	5.9	1

医師の労働時間規制

世界的には医療の安全性の面から労働時間の規制が進んでいる。

- アメリカでは研修医の労働時間の上限が週80時間（2003年～） 連続労働は24時間まで、11時間の勤務間インターバルをおくこと、1週間に24時間の休息を与えることを義務化している。
- アメリカの医師の平均労働時間は週51時間

* EUの最新 労働基準

オンコールを含めて週48時間労働

* 日本では何の規制もなく、30時間を超える連続労働（当直時）が野放しになっている。

6、ドイツの医師労組のストライキ



<http://www.fems.net>

**FEMS calls to join
The demonstration of European doctors**

Before the vote on the revision of the ED Working Time

**Monday December 15, 2008 as from 10 am
In front of the European Parliament - Strasbourg**



European Federation of Salaried Doctors

ドイツの医師組合

マールブルグ同盟の闘い2005・2006年

- 22000人の大学病院勤務医は労働条件の改善と給与の30%引き上げを要求。
- 当時のドイツでは、ストライキをした医師は、5年間の医師免許停止であった。

次々と起こるストライキ-1

- 2005年8月、ドイツ全土のストライキに**25000人**の医師が参加。
- 2006年3月、ベルリンで**3万人**の医師がデモ行進を行なった。
- 2006年ストライキは、**3ヶ月間**断続的に続いた。

次々と起こるストライキ-2

2006年当時のドイツの新聞から

- 「大学病院や州立病院の医師達は明日から**無期限スト**に入る。」
- 「バーデン・ヴュルテンブルク州の大学病院の医師たちによるストライキは変わらずに明日も続く。医師たちの労働条件改善と給料の引き上げを求めた戦いはすでに**6週目に入っている。**」
- 「マールブルク同盟は月曜日から1週間のストに入る予定の病院のリストを公表した。**39の大学病院と37都市の州立病院**があがっている。」
- 大学病院と州立病院の医師たちは来週一時的にストライキを止めるとしている。**手術を要する症例が滞っているのを解消するためだ・・・**」

ストライキの成果

- 州立大学病院勤務医の特別協定では、初級医師は15-17%、上級医師は**20%**の給与引き上げとなる。
- 法廷休日の当直勤務には25%の特別手当が定められている。

7、医師の働き方改革について

働き方改革と医療崩壊の危険性

医師不足のまま長時間労働を是正すると
深刻な地域医療の崩壊が懸念される

- 1、救急医療からの撤退
- 2、外来診療の縮小
- 3、産科・小児科の撤退
- 4、医療機関の経営破綻
- 5、医療の質の低下
- 6、アクセスや利便性の低下

必要なのは医師数の増員による

医師不足の解消

1、**現行労基法**の遵守の徹底

これにより、勤務医の労働環境は大幅に改善するが、24時間体制を維持するための**当直問題**は解決できない。

2、働き方改革（**交代制勤務の導入**）を全面的に行った場合の 必要医師数の推計

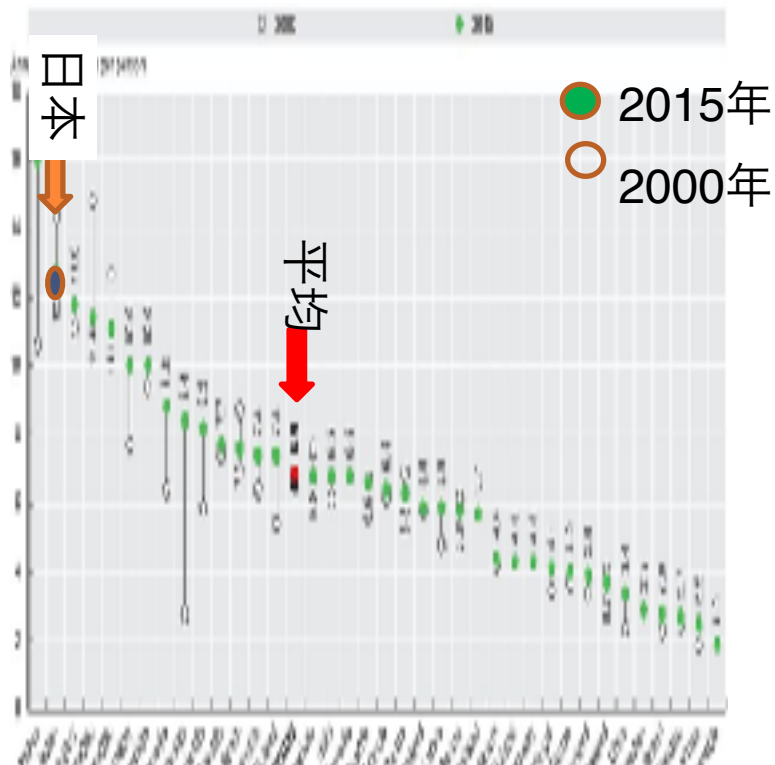
- 1) 地域別及び診療科別の**必要医師数の推計**を早急に行う。
- 2) 地域別・診療科別の**偏在対策の議論**をすぐに始める。

3、**計画的な医師の増員**と定期的な実態調査

完全な解決には時間がかかるが、**明確な工程表**を作り、地域医療を守りながら着実に実行する必要がある。

1-② 国民一人当たり受診数

OECD HEALTH AT A GLANCE 2017 : [HTTPS://WWW.OECD-ILIBRARY.ORG/SOCIAL-ISSUES-MIGRATION-HEALTH/HEALTH-AT-A-GLANCE_199913](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_199913)



韓国	16.0
日本	12.7
ドイツ	10.0
カナダ	7.7
平均	6.9
イタリア	6.8
フランス	6.3
フィンランド	4.3
USA	4.0
スウェーデン	2.9

病院へは
フリーアクセス

低料金で受診

償還支払いではなく
医療費の実感なし

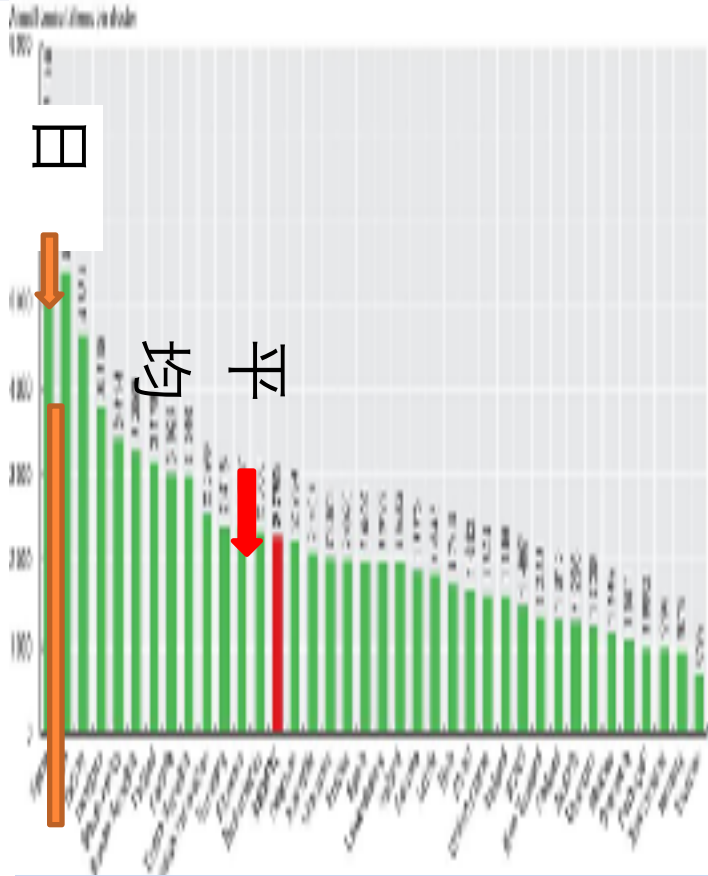


稀な制度

1-③ 医師一人当たりの（外来）診療数

OECD HEALTH AT A GLANCE 2017 : [HTTPS://WWW.OECD-ILIBRARY.ORG/SOCIAL-ISSUES-MIGRATION-HEALTH/HEALTH-AT-A-GLANCE_199913](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_199913)

※ 田



韓国	7,140
日本	5,385
カナダ	3,024
ドイツ	2,416
平均	2,295
フランス	2,020
イタリア	1,744
スウェーデン	692

平均の2.3倍、フランスの2.7倍、イタリアの3.1倍、スウェーデンの7.8倍

1-⑤ 高額医療機器保有数

OECD Health at a glance 2017 : https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_199913

高額機器検査への
アクセスがよい

病院の約80%が民営

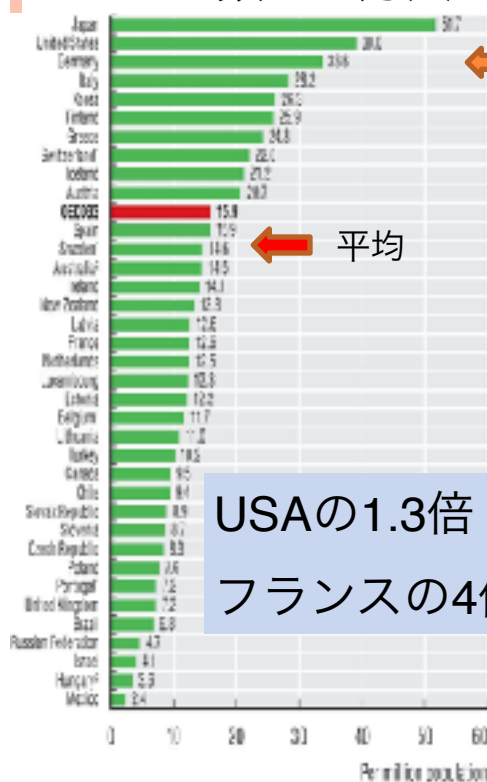
機器稼働率の低さ
過剰診療

医療費の増大

診療業務の増大

MRI数/100万人

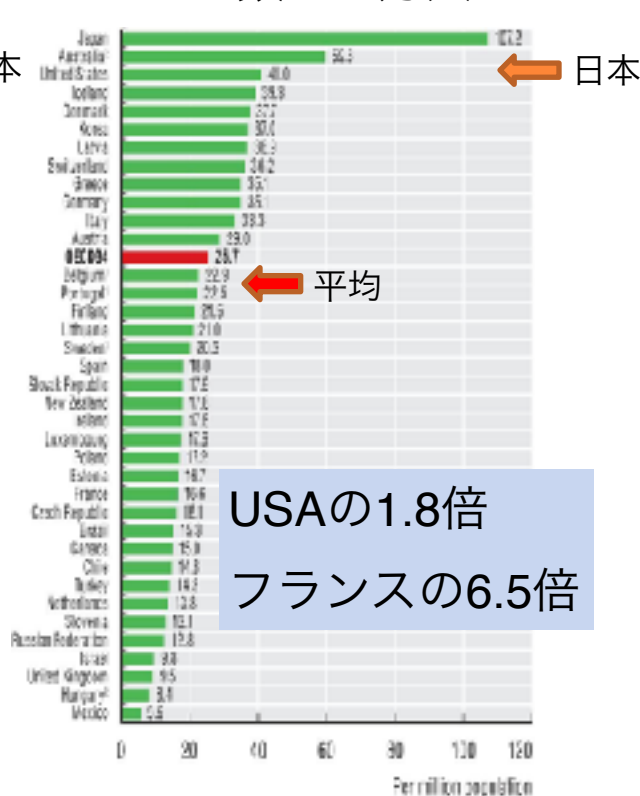
CT数/100万人



日本

平均

USAの1.3倍
フランスの4倍



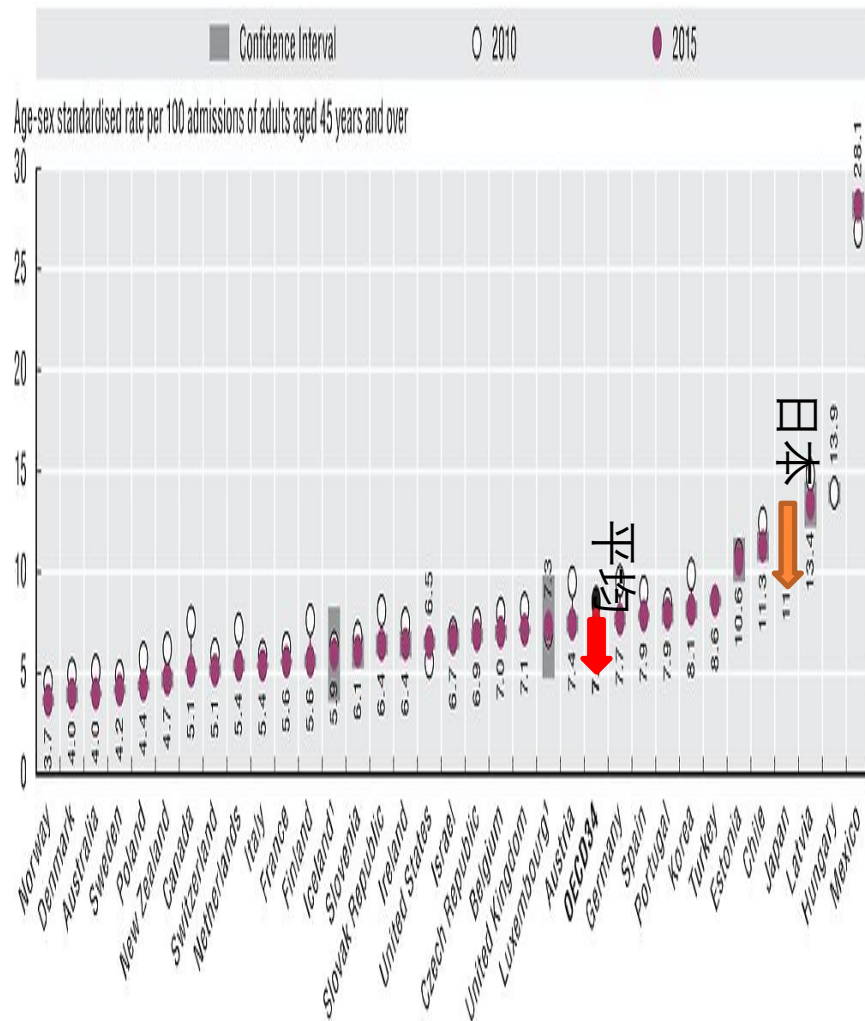
日本

平均

USAの1.8倍
フランスの6.5倍

急性心筋梗塞で入院後30日以内の死亡率

2010 AND 2015 (OR NEAREST YEARS)



ノルウエー 3.7

高齢者

スエーデン 4.2

糖尿病

カナダ 5.1

救急搬送体制

イタリア 5.4

救急医療体制

フランス 5.6

USA 6.5

平均 7.5

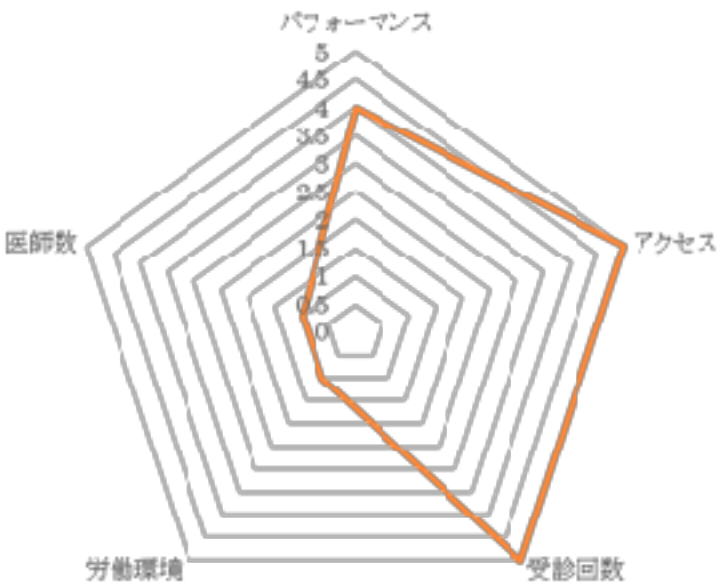
ドイツ 7.0

韓国 8.1

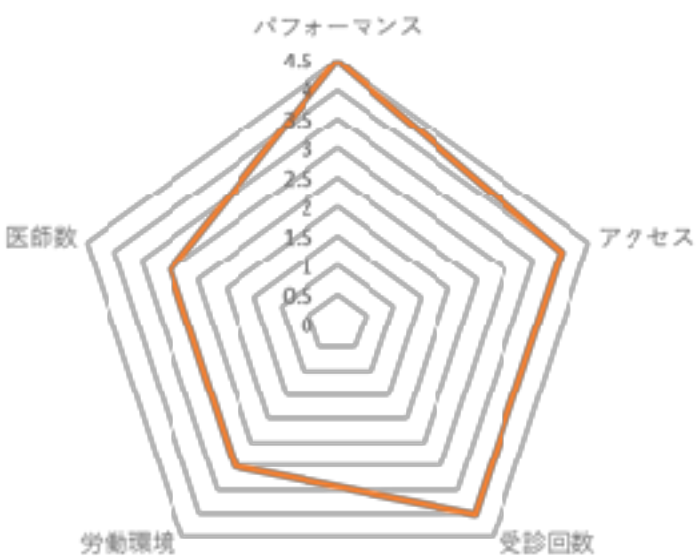
日本 11.7

医師の労働環境・アクセス・パフォーマンス等の 国際比較のイメージ-1

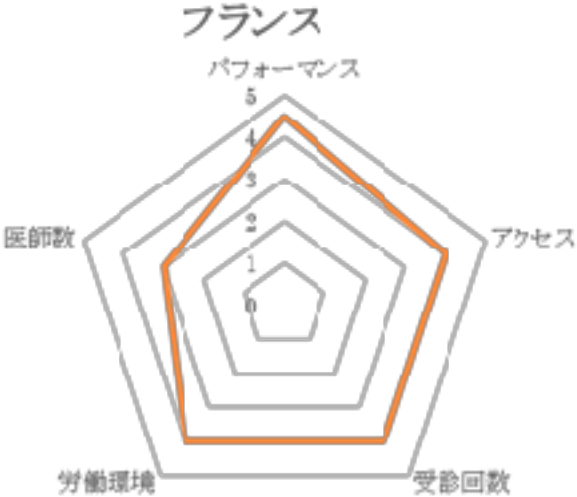
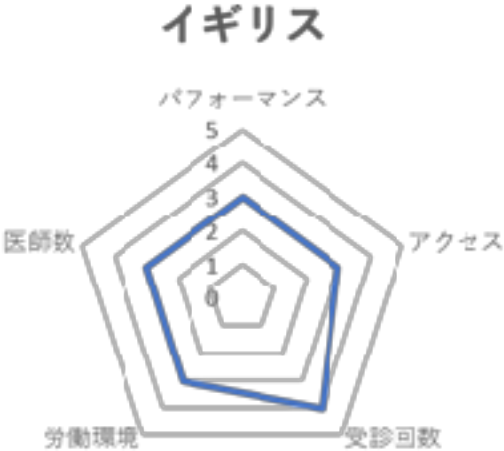
現在の日本



日本が目指すべき方向



医師の労働環境・アクセス・パフォーマンス等の 国際比較のイメージ-2



今後重要となる議論と対策-1

- 1) **働き方改革**を前提とした必要**医師数の増員**
- 2) **地域偏在対策**：**自由開業医制**の在り方の検討
 - ・ 地域や診療科の**偏在を生まないルール**作り
 - ・ ルールの下での自由の擁護
- 3) **診療科偏在対策**：**大学**における**進路指導**の視点と体制
 - ・ **地域医療**を守るための教育
 - ・ 医学生の**適性の把握**と適切な**診療科選択**の進路指導
- 4) **応召義務**の廃止と医療を受ける権利を明確にする法律の制定
 - ・ **国**や行政の責任の明確化
 - ・ **医療機関**の責任の明確化
 - ・ **医師個人**の責任の明確化

今後重要となる議論と対策-2

5) フリーアクセスのありかた

- ・ 大学等の高度医療機関への患者集中の改善
- ・ 医療機関の機能分担の促進

6) 診療報酬の改革 ～物から人へ適切な人件費の確保～

- ・ 初診料・再診料の増額
- ・ 入院管理費の増額
- ・ 手術等の手技料の増額
- ・ 薬剤費の削減
- ・ 検査費の削減

7) 国民皆保険制度の維持

8、全国医師ユニオンの活動と展望

61



—Japan Doctors Union—

医師を守る運動の始まり

- 1998年の「**研修医過労死裁判**」を契機に、**勤務医は労働者**であるとの法的な解釈が**医療界にインパクト**を与えた。
- 厚労省は、2002年以降医師の労働条件に関する**通達**を出すようになった。
- 厚労省は、医療崩壊により医師過剰から医師不足へと認識を転換
- しかし、勤務医が労働者であるという意識は、国民にも医師にも**浸透していない**。

医師自らの運動の始まりー 1

中原過労死裁判

- 「小児科医師中原利郎先生の過労死認定を支援する会」
 - ・ ネットでの情報発信
 - ・ 署名活動
 - ・ 応援メッセージ
- 個人の闘いから社会的な運動へ
 - ・ 医師の意識を変えると共に社会に勤務医の過重労働を認識させた。

医師自らの運動の始まりー 2

- 2000年「**沖縄県公務員医師労働組合**」の結成。
- 2006年産婦人科医2人が、未払いだった**時間外手当の支給を求めて裁判**を起こす。
- 医師による医療労働研究および労働基準監督署への**是正勧告の開示請求活動**。
- 医師増や署名の運動
- 滋賀県成人病センター2008年4月18日に労基署が是正勧告。労働基準法違反で、**幹部らを書類送検**。
- その後、労働基準監督署による病院への**是正勧告が増加**。
- 2008年6月：**全国医師連盟結成**
- **2009年5月16日 全国医師ユニオン結成**

全国医師ユニオンの主な活動

- 「医師の働く権利 基礎知識」の出版
- **勤務医110番**の実施（勤務医の労働相談）
- 36協定全国調査の実施
- 厚労省への要請行動
- 医師労働に関する講演会・シンポジウムの開催
- **航空関係者**と安全に関するシンポジウムを開催
- 「起ちあがれ!日本の勤務医よ」の出版
- ドクターズデモンストレーション2011の呼びかけ
(50年ぶりの**医師のデモ行進**を実現)
- 勤務医労働実態調査2012・2017の実施
- 医師の労働裁判・**過労死裁判**への支援
- その他、声明などの発表など

ドクターズ・デモンストレーション2012



今後求められる活動

- 医師の働き方改革への取り組み
- 勤務医労働実態調査2017の活用
- 過労死等防止推進法の活用
- 長時間労働と医療安全に関する啓発
- EUの医師労組調査と国際的な勤務医の連携
- ILOやWHOへのコンタクト
(医師労働のグローバルスタンダードの導入)
- 全国医師ユニオンの組織的な強化
- 医療を守る国民運動の創造