

勤務医の労働実態と働き方改革の方向性

～ワークライフバランスと地域医療を守るために～

(東京保険医協会 診療研究 2018 年 11 月号掲載)

全国医師ユニオン代表 植山直人

1、労働環境改善の歴史的な意義

医師の働き方改革を行うにあたっては、日本の医師労働の現状を正確に知ることのみならず、世界の医師の働き方や労働に関する歴史の流れを理解する必要がある。この点は、これまで日本の医療界ではほとんど取り上げられることはなかった。

まずは、国連機関である ILO（国際労働機関）に関して言及しておく。ILO は 1919 年に創設されたが、この ILO がはじめに採択した第 1 号条約は「工業労働者の 8 時間労働制」であり、約 100 年前から ILO は 8 時間労働制を主張している。この 8 時間労働制とはシンプルな考えで、1 日の 24 時間を 3 つに分け 8 時間は労働、8 時間は睡眠、8 時間は自由な時間とするワークライフバランスを実現する考えである。このような考えがすでに 100 年前のヨーロッパでは常識となっていたため、第 1 号条約として採択されている。ここに至るまでには、産業革命後の労働者の悲惨な労働があったが、その 1 例を紹介しておく。それはイギリスの医学雑誌ランセットに 1843 年に発表された論文である。この論文には当時の平均寿命が地域別・職業別に示されているが、最も低いのは工業地帯リバプールの労働者・職人で 15 才、一方で農村部のバースのジェントリー（地主）と専門職は 50 才を超えていた。この労働と健康の問題をイギリスの医学雑誌は医学界の問題として認識していたということである。

残念ながら、今日の日本の過重労働が生んだカロウシ（国際語）に関して、日本の医学界はその解決に取り組んでいるであろうか。仲間である医師の過労死が多発しているにもかかわらず、その実態や統計資料さえも見当たらない。これらの点を考慮したうえで、医師労働の実態、医師数問題、求められる解決の方向性について考える必要がある。

2、医師数問題

日本の医師数は OECD 諸国と比較して人口当たり約 3 割少ない（図-1）。このため日本の医師の長時間労働は突出しており、その原因が医師数抑制政策による医師不足であることは一目瞭然であろう（図-2）。

日本の医師数は近い将来 OECD に並ぶとの主張する者がいるが、OECD 各国でもさらに医師数は増えている。第 2 次産業から第 3 次産業へ、そして IT やバイオの発展、また国民の健康や医療に関する要求の高まりから、必要な医療従事者は増えていく。これは産業構造の変化であり、当面は健康産業・医療産業ともに発展が続くことは明らかである。当然、医療の専門家である医師の需要は増えていく。

最近、東京医科大学での不正入試から医学部入試における女性差別が表面化したが、国家が医師数を抑制し、そのツケで現場の医師が過重労働を強制され、大学は出産や育児を担う女性を差別する構造が作られている。国家と大学の人権感覚の低さに驚きを禁じ得ない。女性差別を行う大学に公的な補助金を受け取る資格はない。

日本の医師不足は医療費抑制のために行われた医師数抑制政策によって引き起こされたものである。具体的には、1982年と1997年の2回、医師数を抑制する閣議決定が行われている。1回目は医療費亡国論による世論操作が行われ、2回目には1995年に出された日本の医療費が2025年に141兆円になるという世論操作が行われて医師数が抑制されている。最近では将来、日本の人口が減るため医師を減らすべきとの世論操作が行われているが、これは少子化対策が失敗することを前提とし、人口減少により将来日本がなくなるとを傍観する亡国の理論である。必要なことは少子化対策において医療が果たすべき役割を明確にして実行することである。

図1 OECDと日本の医師数比較

(人口10万人当たりの医師数)

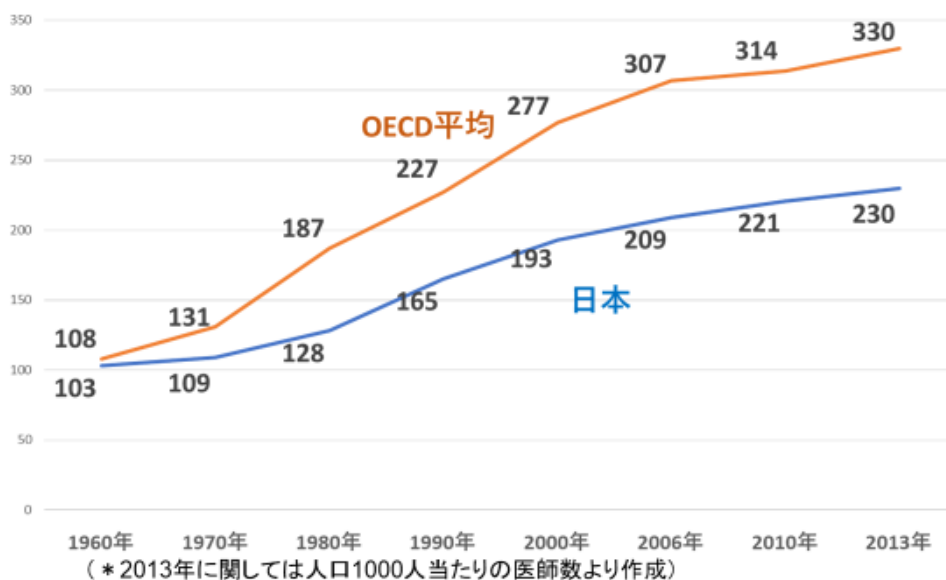
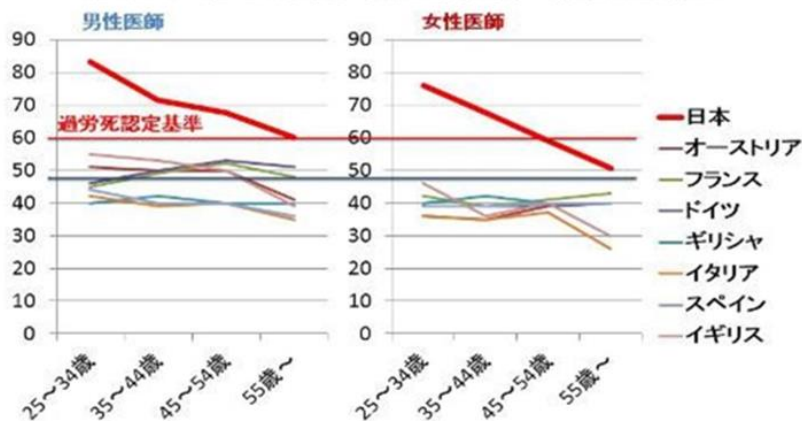


図2 医師労働時間国際比較



週労働時間の医師男女年代別国際比較、OECD data 2006

3、勤務医労働実態調査 2017 から見えてくる主な問題点

1) 働き方

①当直問題

交代制勤務に関しては「なし」が83.8%であり、その導入はほとんど進んでいない。しかも、当直を担う医師の約8割は翌日も通常勤務となっており、今も多くの医師が30時間を超える連続労働を担われている。

②休日問題

労基法では少なくとも4週間で4日以上のお休みを与えることが定められているが、3割を超える医師が違法状態におかれていた。また、1カ月の休みが0回の医師が約1割存在するという深刻な実態がある。

③時間管理の問題

多くの医療機関では客観的な時間管理が行われていない。客観的な時間管理がなければ労働時間の短縮も進まず、産業医面談等の健康管理も行うことができない。また、労働時間の上限が設定されたとしても無意味である。

2) 医療安全と医師の健康問題

当直明けの診療上のミスに関しては、「通常時より、相当にミスが多い」が13.5%、「通常時より、ややミスが増える」が54.2%と、約7割の医師がミスが増えると答えている。

健康状態に関する質問では、「健康に不安」が33.4%、「大変不安」が3.8%、「病気がち」が2.9%であった。

3) 業務負担と診療科の偏在

「あなたの業務負担(回答者個人)は、この2年間で変わりましたか」の問いに対して、「減った」が16.2%、「増えた」が43.8%、「変わらない」が33.6%と、「増えた」との答えが「減った」との答えの2.5倍近く見られた。改善のための有効な方法は「医師数の増員」がトップであった。

また、診療科の偏在に関しては、実際に診療科を選ぶうえで「労働環境が良いこと」を考慮する若い医師が増えており、世代間格差が急激に広がっている。各診療科の労働条件をある程度平準化しなければ、診療科の偏在はさらに広がることになる。

4) 労働時間規制について

医師の労働時間規制に賛成は 51.6%であり、反対はわずか 13.9%と少数であった。この点は、厚労省の検討会における医療界の代表者の意見とは大きく乖離している。

4、求められる対策の方向性

1) 絶対的な医師不足の解消と偏在対策

日本の多くの医療機関は医師不足のために交代制勤務を実施することができず、これが長時間労働の元凶となっている。まずは交代制勤務を前提とした各地域における診療科別の必要医師数を明らかにする必要がある。地域医療を守るためには、①医師の増員、②地域偏在の対策、③診療科の偏在対策、この3つの改革を一体として行う必要がある。

2) 医療安全の面からの時間規制

トラック運転手は労働基準局告示により、1日に13時間（例外でも16時間）を超える拘束は認められていない。長時間労働が医療安全を脅かしていることは明らかであり、医師の長時間労働においても安全面から一定の規制を行う必要がある。

3) 応召義務の廃止

応召義務の目的は、患者の医療を受ける権利を保障することである。今日これを実現するには、1人の医師個人の力では不可能であり、労基法とも矛盾する。現在の応召義務は廃止し、患者の医療を受ける権利を保障するための国と行政・医療機関・医師個人のそれぞれの役割を明確にすべきである。

4) 自由開業医制度の見直し

医療は社会の重要な資源である。公的な医療と市場原理に基づく無制限の自由開業医制度は両立しない。偏在が起きない一定のルールを確立し、ルールの下での自由な選択を擁護すべきである。高額な保険料を取られながら、医師の偏在を理由に診療を受けられない国民が増えれば国民皆保険制度は崩壊することになる。

5) 診療科選択のルール作り

日本では診療科の偏在対策は全く行われていないが、自由と寛容に国フランスにおいても地域や診療科の選択は成績順で決められる。診療科の選択は学生時代に、遅くとも初期研修医時代に行われるため、大学教育の改革と診療科の偏在が起こらないルール作りが必要である。また、専門医制度も偏在対策と整合性を持つ必要がある。

6) バランスの取れた医療供給体制と診療報酬の適正化

日本の医療のパフォーマンスは国際的に極めて高い。また、CTやMRIの普及率がOECD平均の4倍と高く、薬剤費の比率も高い。人口当たりのベッド数も多く、一人当たりの受診回数も多い。検査・薬剤・ベッド数・受診回数は極めて多いにもかかわらず、医師数は最低にとどまっており、医療従事者に過大な負担がかかる構造的な問題がある。これらは診療報酬の在り方とも大きく関係しており、人件費を考慮した適切は診療報酬に変える必要がある。