

安全な医療のための 「働き方改革」

植山 直人、佐々木 司

はじめに	2
第1章 日本医療は安全か ——日本の医師労働の実態と医療事故の危険性	8
第2章 睡眠のメカニズムと過重労働の危険性	39
第3章 医師の過労死はなぜ起きる ——過重労働と歪んだ医療政策	62
第4章 豊かな社会を目指して	76
おわりに——バカンスの取れる国、日本へ	82
参考文献	

はじめに

日本の医療は安全か？

2016年、筆者(植山)は、共同通信社の記者から医師の労働問題に関する取材を受けました。その記者は、千葉県のがんセンターの医療事故の取材を行っていたそうですが、取材した医師たちの多くは過重労働の問題を口にするという話でした。そのため、医療事故の記事を書くためには医師の過重労働の問題を知っておく必要があると思って筆者のもとに来たのでした。

医師の労働問題は、医師個人の権利の問題や、ワークライフバランスの問題にとどまりません。医療の安全性に大きくかわる問題ですが、日本ではこの視点から議論されることはほとんどありません。医療界はむしろ、この問題を避けてきたといえます。

医療の安全に関して、最近、社会的に大きな問題となったものに、群馬大学病院医療事故事件があります。

群馬大学病院医療事故事件とは、2009～14年に群馬大学医学部附属病院で行った腹腔鏡手術などによる医療事故事件です。肝臓手術後の死亡事例が多いことの報道をきっかけに、第三者による調査委員会の報告書が出されています。ここでは、個人の問題に矮小化できない大学病院の労務管理も含めた管理体制に大きな問題があることが指摘されています(30ページ)。医師の働き方を改善しなければ、同様の事件が繰り返される危険性があります。

医師の仕事は聖職であるとして、それを理由に医師の長時間労働は当然である、と主張する医師たちがいます。しかし、その医師たちは聖職者でありながら、長時間労働が医療安全を脅かしていることを語ろうとしません。何よりも聖職者には真実を語ることが求められるはずです。日本の医師に求められる聖職者としての在り方は、嘘をつかず事実を丁寧に説明することでしょう。この点が十分に守られていないことは、医療不信を生んでいると思います。

医師の過労死が止まらない

2018年に公表された厚生労働省(厚労省)の資料では、病院勤務医の約4割が、1カ月の時間外労働が80時間以上と、過労死ラインを超えて働いていました。07年の過労死弁護士全国連絡会議の調査では、それまで労災(労働災害)認定を受けた医師や裁判中のものなどを含め、医師の過労死事件は22件となっています。17年は4件の医師の過労死が報道されています。過労死裁判が多発するようになったのは1990年代の後半からですが、医師の過労死がなくなる兆しはありません。しかも、遺族が長時間労働を証明することは困難で、労災が認められるケースは氷山の一角にすぎません。

病院管理者の非常識

2017年から厚労省の検討会で医師の働き方について議論されています。当初、医療界を代表する委員が「医師は労働者ではない」と主張するなど、この問題の深刻さが露呈しました。こ

のことは、日本の病院管理者の社会的な常識の欠落、管理者としての自覚と適性のなさが、勤務医の過重労働を生んでいることを証明したといえるでしょう。

90年代後半から医師の過労死裁判が報道されていますが、2004年、研修医も労働者であるとの判断が裁判で確定したことは、医師の間でも大きな話題になりました。多くの医師が過重労働で命を落とし、過労死裁判で労災と認められていることは社会的にも広く知られているといえるでしょう。にもかかわらず、今も病院管理者が「医師は労働者ではない」と主張することは、勤務医に対して労働基準法(労基法)を守っていないことを、自ら告白していることとなります。

女性差別さへ生む医師の過重労働

この原稿を書いている2018年8月に、東京医科大学の入学試験において、女性の合格者数を減らすことを目的に、試験結果を操作していたことが明らかになりました。医学部において女性合格者を減らす受験調整が行われているとの噂は以前からありましたが、まさか組織的、計画的に点数操作を行っていたとは驚きです。日本女性医療者連合は、女性の医学部合格者が不自然に少ないことを、大学受験の合格者に関するデータより分析し、その結果をホームページ上で公表しています。ここでは、十数年前から医学部の女性医学生比率が伸びなくなっていることなどから、多くの大学で女性受験生への差別が行われている可能性を示しています。

女性医師を減らす動機としては、「女性は結婚や出産を機に職場を離れるケースが多いため」病院の診療体制に支障をきたすことが挙げられています。これは日本の医師の過重労働が根本

的な原因です。日本の医師は、配偶者に専業主婦をもつ男性医師をモデルとしています。このモデルの男性医師は、家事も育児も行わずに仕事だけに専念することが前提となっています。医師が余裕をもって働ける環境がないために、歪んだ女性差別が引き起こされているのです。実際、EU（欧州連合）諸国では医師の約半数は女性ですし、OECD（経済協力開発機構）加盟36カ国の中で、女性医師の比率が最も低いのは日本です。

18年、ニュージーランドでは女性の首相が妊娠し、出産休暇を取りました。重責を担う首相が休みに入ることにについて、政府はしっかりとした体制があるので何ら問題ないとし、国民も首相の妊娠を祝福しました。これが、世界の潮流です。

一方で、看護労働にも厳しいものがありますが、看護の24時間体制を守っているのはほとんどが女性です。看護は交代制勤務が明確に確立されているため、24時間体制を守ることができるのです。この点からも、日本での医師の労働上の性差別がいかに異常であるのかがわかるといえます。

政策が生んだ医師不足が長時間労働を生む

日本の人口当たりの医師数は、先進国の中では最低レベルです。実は1960年頃は、日本の医師数もヨーロッパの医師数とほとんど変わりありませんでした。しかし、日本では82年と97年の2回にわたり、医師数を抑制する閣議決定が行われたため、医師数はOECD平均より3割ほど少なくなっています。この医師数で世界トップの高齢化社会の医療を担っているため、日本

の医師の労働時間は突出して長くなっています。しかも、30時間を超える連続労働を当然のように行っているのです。

医師の仕事は特別であり、長時間労働は仕方がないと主張する人たちは、日本の医師の働き方が特殊で、グローバルスタンダードから大きく外れていることを知らないだけです。ヨーロッパでは、医師の労働時間は短く、保養地などで過ごす長期の休暇取得を義務付けるバカンスの制度がある国ならば、医師も他の国民と同様に1カ月程度のバカンスを取ります。それが可能なのは、休暇取得を前提とした診療体制のシステムと国民の理解があるからです。

医療安全に背を向ける厚労省

実は多くの医師は、過重労働が安全性を脅かしていることを危惧しています。2012年、外科医に対して行った日本外科学会の調査の報告書によれば、「医療事故・インシデント（ヒヤリ・ハット）」について、何が原因と考えるかを聞いたところ、「過労・多忙」が81.3パーセントと、断然トップでした。

筆者（植山）の所属する全国医師ユニオン（勤務医の全国的な個人加盟性の労働組合。2009年結成）は、厚労省に対して医療安全の視点から労働時間の規制を行うことを求めてきました。しかし国は、この問題に関して何ら責任ある行動を取っていません。この問題が長期にわたり放置されていることは、医療行政・労働行政の不作為と言わざるを得ません。

過重労働と医療ミスの関係に科学の光を当てる

本書は4本の柱によって構成します。第1章では、医師の過重労働と安全性の問題を述べます。医師の過重労働や背景にある医師不足の問題と、医療の安全性が守られていない医療現場の実態を解説し、過重労働の当面の対策と根本的な解決策を示します。第2章では、睡眠の役割や、睡眠不足や過労が事故を引き起こすメカニズムについて述べます。睡眠が妨げられたときに身体で何が起きるのか、夜勤や長時間労働がなぜ危険なのかについて説明します。また、睡眠と突然死の関係や精神疾患の関係についても触れます。第3章では、医師の過労死の実態と過労死の原因について述べ、医師を過労死へと追い込む医療界特有の背景を解説します。さらに、日本の医療の歪みについても言及します。最後の第4章では、医学の進歩と医療政策および科学の発展と幸福について述べ、豊かな社会について考えます。

本書で取り上げられている過労による安全性のリスク、健康リスク、生活リスクは、医師のみならずすべての働く人にとって極めて重要な問題です。人の健康や命を預かる医師にとってはことさら重要な問題であり、医療界として真剣に考える必要があります。

第1章 日本の医療は安全か——日本の医師労働の実態と医療事故の危険性

1 医師労働の実態

医師の過労死の多発

厚生省の過労死認定基準では、発症前1カ月間に100時間、または発症前2～6カ月間に1カ月当たり80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務との関連性が強いと評価できるとされています。

2018年に公表された厚生省の調査では、病院勤務医の約4割が、週の労働時間が60時間を超えており、かつ1カ月当たりの時間外労働が80時間以上の過労死ラインを超えていました。医師の過労死裁判が多発するようになったのは1990年代の後半からです。それは、医師不足と大きな関係があります。

医師不足の実態に関しては後ほど詳しく述べますが、医師が不足しているからといって必要な医療を行わないというわけにはいきません。医師が不足すれば、一人ひとりの医師は多く働かなければならなくなり、過重労働が引き起こされることとなります。90年代から深刻になった医師不足により、過重労働を担わされた医師たちが次々に倒れていくことになりました。燃え尽き症

候群という言葉がありますが、過労死だけでなく、うつ病などの精神疾患の発症も深刻な問題となっています。

30時間を超える連続労働

医師の長時間労働は、いわゆる「当直」と大きな関係があります。「当直」とは、病院で使われている夜間の連続勤務の俗称です。

「当直」時の医師の一般的な勤務は、8時から17時までの通常勤務に続けて、17時から翌朝の8時までの当直勤務、さらに8時から17時までの通常勤務という、30時間を超える連続労働です。救急医療や重症者の診断・治療を24時間体制で行う医療機関においては、夜間の「当直」は診断治療を行う通常業務です。

拘束された時間のすべてが「時間外労働時間」となります。このため1回の「当直」で15時間程度の時間外労働が生じることになります。30時間を超える連続労働は極めて過酷なものです。日本の医療界ではこれが当然とされています。このような働き方は日本だけの特殊なもので、実際には医師も看護師と同じように、日中働いた医師は夜になれば夜勤の医師と交代するので、連続30時間を超える労働はありません。

この夜間をまたぐ長時間の連続勤務が日本の医療界に定着した理由の一つに「宿直」と呼ばれる制度があります。「宿直」とは、労基法に定められた制度で、ほとんど労働しないことを理由に労働時間にカウントする必要のない夜間の労働です。医師の場合であれば、病院内にいる必要

はありますが、仕事としては病棟の見回り程度で、医師の本来業務である診断や治療を行わないことが前提となります。

医療法では、病院には夜間や休日にも必ず医師を置くことが定められています。そして、夜間には医師の仕事をほとんど必要としない病院も一部には存在します。ただし、多くの病院では救急患者の対応や重症の入院患者の治療の継続、さらには急変した患者への対応が必要なため、医師として診断や治療の業務を行う必要があります。

しかし、多くの病院が実態を無視し、通常の夜間勤務を「宿直」勤務としており、夜間の時間外労働をまったく労働時間に入れていません。夜間の労働時間が0時間であるため、翌日は通常勤務で問題ない、ということになります。これは明らかな違法ですが、医師不足が深刻なために、今も多くの医療機関はこのような状態を放置しています。

休日がない医師たち——手つかずのオンコール問題

筆者たちが行った「勤務医労働実態調査2017」〔全国医師ユニオンが医労連などの医療団体と共に同で行った、勤務医を対象としたアンケート調査。有効回答1803名〕によれば、前月の休みに関して0回が10・2パーセント、1回が6・8パーセント、2回が9・5パーセント、3回が6・4パーセント、4回が14・4パーセント、5回以上が43・6パーセントでした。労基法第35条には「使用者は、労働者に対して、毎週少くとも1回の休日を与えなければならない。2 前項の規定は、4週間を通じて4日以上の日を与える使用者については適用しない」と定められています。