



特集2

医師の長時間労働問題と
労働運動

はじめに

日本の医師の過重労働は、一九九〇年代に起きた多くの過労死裁判によって明らかにされてきた。しかし、その後も医師労働の研究はほとんど行われてこなかった。結局、日本の医師の突出した長時間労働は、働き方改革によって注目されることになり、監督官庁である厚生労働省（以下、厚労省）が調査を行うことになる。

日本の医師の長時間労働の原因は、以下の三点であると考えられる。①医療界の医師を労働者とみなさず聖職者と考える意識の問題、②厚労省が適切な医師養成を行わなかったこと、また労基署が病院に臨検で入っても医師の労働時間を正確に把握せず適切な勧告や指導を行ってこなかったこと、③勤務医が労働組合を組織するなどして自ら闘ってこなかったこと、これらがあいまって異常な長時間労働が放置されてきたと考えられる。また、医療界では正当な権利を主張しても聖職論によって否定されることが常であるが、これにはパワーハラスメントが大きく関係している。

本特集は、医師労働の実態と問題点を明らかにすると同時に医師の労働運動の歴史を概観し、今後の課題を考察する。医師労働に関する研究はきわめて少ないため今後の医師労働の研究の一助となることを心から望むものである。

一 日本の勤務医の労働実態

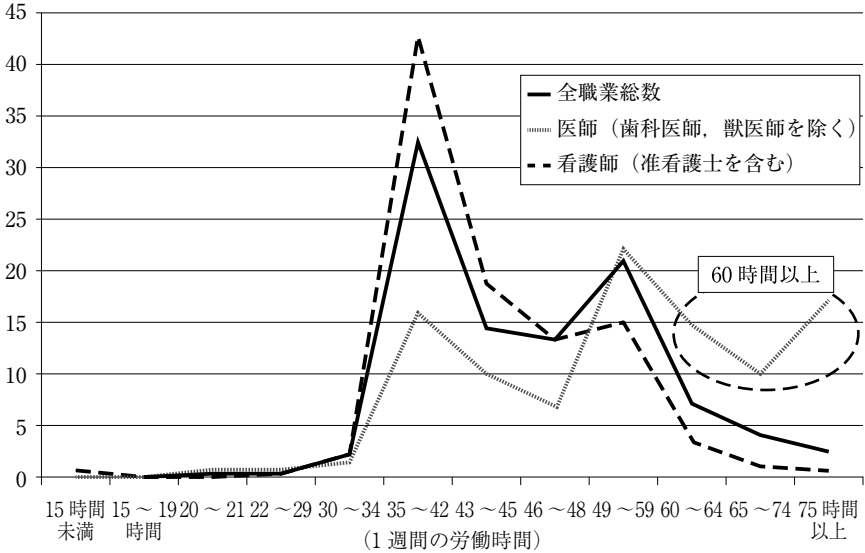
1 勤務医の長時間労働

日本の医師の労働時間は異常ともいえるほど長い。しかし、医師の正確な労働時間は最近まで知られることはなかった。医療団体なども医師の労働時間のアンケート調査を行っているが、そのほとんどは実態を反映していない。その理由は、多くの医師が病院滞在時間のどこからどこまでが労働時間であるかを知らないためである。医師によっては、いわゆる当直時間を労働時間としてカウントしていなかったり、会議時間やカンファレンスの時間を労働時間と考慮していないため、アンケート調査での労働時間は低くなってしまふ。また、研修医は労働者であると最高裁が認めているが、最高裁の判決が出た後も研修医の診療を労働時間と考えていない医療機関が少なくない。二〇一八年に大病院の無給医問題がNHKの報道をきっかけに社会問題化したのが、その後も大学院生の診療は労働ではないとして賃金を支払わない大病院が存在していた。このような事情から医師の正確な労働時間が知られることはなかったと考えられる。

厚労省は医師の働き方改革を行うにあたって、勤務医の労働実態を知ることが必要となり、「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」を二〇一六年二月八日～一四日の一週間、タイムス

第7図 勤務医の1週間の労働時間の比較
正規職員の職種別の1週間の労働時間の分布

(人数構成比、%)



〔出所〕 第1回医師の働き方改革に関する検討会 資料。

タデイという方法で行った。集計は「診療」と「診療外」、「当直・オンコール」の三つに分けて行われた。この調査結果は一七年四月六日に発表されたが、この時点では「診療+診療外」と「当直・オンコール」の時間が示されただけで、これらが労働時間に当たるかどうかに関してはふれられていなかった。

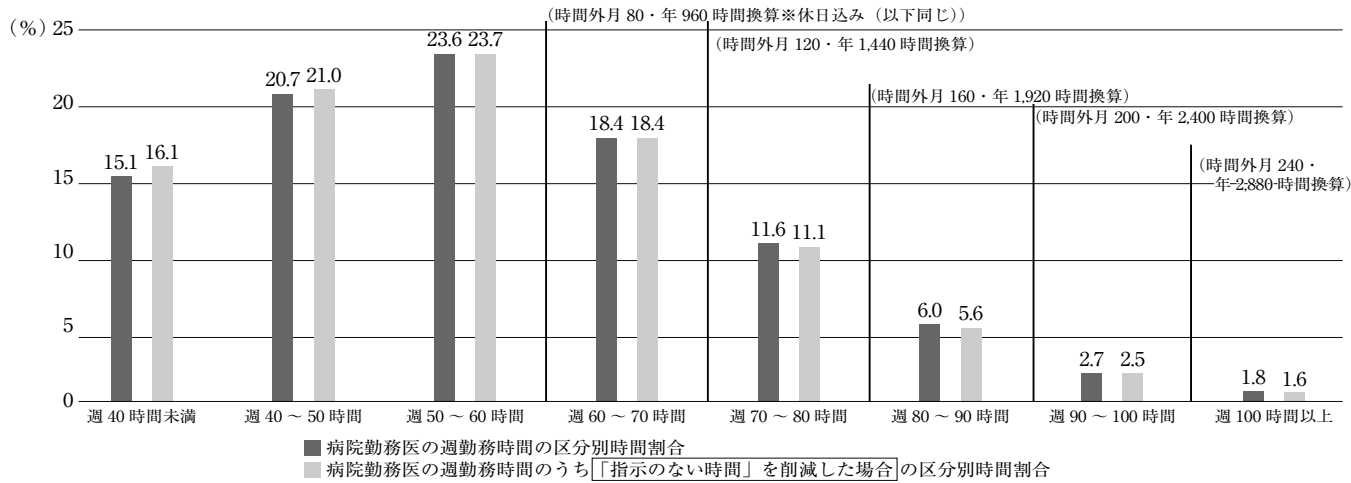
一方、医師の働き方改革に関する検討会の第一回の会議が一七年八月二日に開催されたが、この会議資料として第7図が総務省の「平成二四年就業構造基本調査」を出典として提出された。この資料では医師の労働時間をどのように算出したかは不明であるが、医師の労働時間が異常に長いことが明らかとなっている。このグラフでは全職業や看護師の労働時間は週四〇時間あたりにピークがあるが、医師は上がり下がりはあるものの全体として労働時間が右肩上がりに増えており、さらに週六五時間あたりから増加傾向がみられるというきわめて特異な労働時間を示している。

その後、一九年二月二〇日の第一九回検討会の資料として、「病院勤務医の週勤務時間の区分別割合」が提出された(第8図参照)。このときに示された勤務時間は、「診療時間」と「診療外時間」および「待機時間(宿直時の待機時間)の合計であり、オンコール時間は除かれたものである。これには、いわゆる自己研鑽の時間が含まれるため、第8図には上司からの指示がない時間(四・四%であった)を差し引いた時間のグラフも追加されている。この結果を見ると約四割が過労死ラインを超えており、約一割が過労死ラインの二倍を超え、一・六%が過労死ラインの三倍を超えている。

本来であれば、厚労省はこのデータを出したくはなかったと考え

第8図 病院勤務医の週の労働時間

病院勤務医の週勤務時間の区分別割合



〈集計・推計の前提〉

病院勤務医の週勤務時間	「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」(平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究班)結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ。勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計。
病院勤務医の週勤務時間のうち「指示のない時間」を削減した場合	「病院勤務医の勤務実態に関する調査」(平成29年度厚生労働行政推進調査事業費「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」研究班)の集計結果から、「診療外時間」(教育、研究、学習、研修等)における上司等からの指示(黙示的な指示を含む。)がない時間(調査票に「指示無」を記入)が4.4%であることを踏まえ、上記「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」における個票の診療外時間より削減した。
(1/11時点の事務局案) 青いグラフにおける「上位10%」=1,944時間→「1,900～2,000時間程度」として提案 (今回精査後の案) 赤いグラフにおける「上位10%」=1,904時間→「1,860時間程度」	

〔出所〕 第19回医師の働き方改革に関する検討会 資料。

られる。それは、後で述べるように多くの勤務医が違法状態で働かされている証拠となるからである。しかし、例外として医師のみに長時間労働を認める省令を作るためにはこの実態を示す必要があった。結局、厚労省は調査結果から上位一〇%以上が年一八六〇時間（月当たり一五五時間で過労死ラインの約二倍）を超えて時間外労働を行っていることを理由に、年一八六〇時間を例外的な上限時間とすることを検討会に提案している。また、その後公表された厚労省の資料によれば時間外労働が年一八六〇時間を超えて働いている医師は、全国の病院の二七%に存在する。

ところで、過労死ラインを超える三六協定を結んでいる病院はわずかしかなく、過労死ラインの二倍の三六協定は大学病院等の八六の特定機能病院でも二つの病院しかない。勤務医の約四割が過労死ラインを超え、約一割が過労死ラインの二倍を超えて働かせられているとなれば多くの病院で労基法違反が横行していることになる。

ちなみにEUにおける医師の労働時間の上限は待機時間も含めて週四八時間と定められており、長時間勤務する日本の医師とは大きく異なる。

2 当直の問題

(1) 宿日直許可

医師労働においては、いわゆる「当直」が長時間労働を引き起こす最も大きな要因と言える。日本のほとんどの医療機関では医師の交代制勤務がとられることなく、連続三〇時間を超える労働が当然

の勤務とされている。医療機関では医師の泊りを要する夜間業務を「当直」と呼称することが一般的であるが、厚労省の呼称では「宿直」または「夜間勤務」である。医療法においては、病院には二四時間医師を配置しなければならぬ。当然、医師は夜間にも勤務することになるが、この勤務は、ほとんど労働を必要としないものもあれば、救急対応や入院中の重傷患者の対応で激務であるものもある。日本では夜間の医師の本来業務がほとんどない病院は、労基署長の宿日直許可をとれば宿直や日直時間を労働時間に入れる必要はなく、賃金も通常の三分の一以上でよいとされている。

日本の医師の長時間の連続労働は、この宿直との関係が大きい。宿日直許可をとっている場合の宿直は労働時間に入らないため、宿直明けに通常勤務を命じても問題はないことになる。実際は三〇数時間連続で働いていても、宿直中の一五時間程度は労働時間とならないために長時間労働とはみなされない。多くの病院が宿日直許可をとっていたため、日本では医師の交代制勤務を導入する病院はほとんどなかった。宿日直許可に関する法律が作られた昭和二〇年代はそれであり問題がなかったと推測されるが、医療が高度化し重症患者の治療や救急車の搬送件数が飛躍的に伸びたことから、深夜においても通常の診断・治療が行われる病院が増えることになった。これらの通常業務は当然、時間外労働であるが、多くの病院は宿日直許可を返上することなく労働時間としなくてよい宿直として扱ってきた。

一方、医師の過労死が社会的な問題となるなかで、二〇〇二年に厚労省から宿日直に関する通達が出された。これは、医師が本来業務である診断・治療等の医療行為を行うことを前提として働けばす

べての時間が時間外労働であるとするものである。しかし、多くの病院はこの通達を無視した。このため、〇六年には奈良県立病院の産婦人科医師が、自分たちが行っている宿直は実態としては時間外労働であるとの裁判を起こし、常態として医師の本来業務をとまなう宿直は時間外労働であるとの判決がでている。

(2) 宿直の現状

全国医師ユニオンなどが実施した「勤務医労働実態調査二〇一七」¹⁾によれば、日当直（宿日直との言葉は医師が理解できないため日当直との設問を使用している）の内容は、「通常勤務と変わらない」が三四・五%、「通常勤務よりも労働量は少ない」が四七・二%、「ほとんど通常業務は行わない」が一三・七%となっている（未回答は四・六%）。これを見ると、「ほとんど通常業務は行わない」宿直にあたるのは一三・七%にすぎない。

また、当直明けの勤務に関しては、「通常勤務」が七八・七%、「半日勤務」が一五・四%、「診療なし」が三・九%であった（未回答は二・〇%）。交代制勤務に関しては、「なし」が八三・八%、「二交代制」が五・〇%、「三交代制」が一・一%であった（その他、「未回答」がそれぞれ一・八%、八・三%）。

厚生省の調査では、宿直一回当たりの拘束時間は平均一五・二時間である。宿直一回当たりの実労働時間は平均で五・三時間となっている。宿直回数は一カ月に平均三・二回であるが、五〜八回が一・一%、九回以上が二・三%となっている。仮に通常勤務をとまなう一回一五時間の宿直が月に五回あれば、それだけで時間外労働は月七五時間となり過労死ラインに近づくことになる。当直回数が

多く、当直明けが通常勤務となっている医師は当然長時間労働になり、過酷な過重労働を担うことになる。

3 休日と待機

「平成二七年度厚生労働省医療分野の勤務環境改善マネジメントシステムに基づく医療機関の取組に対する支援の充実を図るための調査・研究事業報告書」によると、二〇一五年六月一カ月の休日日数は、〇日が一一・四%、一〜三日が一四・六%、四〜七日が四七・〇%、八日が一六・三%、九日以上が一〇・七%で、平均が五・三日となっている。労基法は原則として少なくとも四週で四日以上を休むことを定めており、これに満たない違法状態におかれている医師が二六・〇%となっている。とくに先月の休みが〇日の医師が一割を超えることは、医療安全の面からも健康管理の面からも深刻な事態と言える。

「勤務医労働実態調査二〇一七」においても、一カ月の休日日数は〇日が一〇・二%と、厚生省調査とほぼ同様の結果を示している。「勤務医労働実態調査」では、主要診療科別の休みの日数も調べている。最も少ないのは「救急科」の二・六日、次いで「外科」が三・九日、「産婦人科」が四・〇日、「小児科」が四・五日、「一般内科」が五・一日と診療科によって大きな開きが認められる。また、月の休みが〇日であった医師は、「救急科」で二二・二%と最も多く、次いで「外科」が一三・三%、「小児科」が一・二%、「一般内科」が八・四%、「産婦人科」が七・六%であった。オンコール待機に関しては、「月三回未満」が三三・八%、「三〜

五回未満」が八・二%、「五〜一〇回未満」が三・九%、「一〇〜二〇回未満」が一・三%、「二〇回以上」が六・二%、「未回答」が二六・七%であった。

オンコールに関しては、病院に呼ばれて診療を行った時間以外は労働時間として認められていない。しかし、呼ばればすぐに病院に駆けつけなければならぬため地域的な拘束があり（医療機関によつては三〇分以内に病院に来ることや、市外に出るはならないなどの規定がある）、深夜も含めていつ呼ばれるかわからないストレスにさらされることになる。また、待機手当が支給されていないケースも少なくない。オンコールに関しては、医師の健康確保やワーク・ライフ・バランスの観点から、回数や待機手当に関して明確な規則を作ることが求められている。

4 大学と無給医問題

(1) 無給医の実態

二〇一八年秋のNHKの報道をきっかけとして、無給医問題が大きな社会問題として認識されるようになり、当初、無給医の存在を否定していた文部科学省（以下、文科省）も無給医に関する調査を行った。二〇二〇年二月七日に出された最終報告「大学病院で診療に従事する教員等以外の医師・歯科医師に対する処遇に関する調査結果」によれば、五九の大学病院で二八一九人の無給医が存在し、その他に「合理的な理由があるため」給与が支払われていないという無給医であることが疑われる医師が四二四九人となっている。これ

は、日本の大学病院に違法労働が蔓延していることを示している。この文科省の調査は、無給医がいるかどうか各大学に回答を求めたもので、大学病院に勤務する医師に直接実状を聞く調査ではなかった。このため無給医から、自分が勤務する大学病院には無給医はいないとされているが実態を反映していない、との不満の声などが出された。

「無給医」という言葉は慣用的に使用されてきた言葉である。簡潔に説明すれば、病院が医師免許を持ち初期研修を終えた医師に保険診療を行わせ、病院が患者からの自己負担金と保険者から診療報酬を徴収しそれを病院の収入としながら、労働を担ったにもかかわらず賃金が払われない医師が無給医であると言える。ただし、完全な無給ではないにしろ、常識外の違法な低賃金も含めるべきであると考えられる。無給医によつては、病院の職員名簿にも名前はなく、健康保険や年金保険も自費で加入しなければならぬ者もいる。当然、時間管理をはじめとする労務管理や健康管理もなされず、病院は安全配慮義務をまったく果たしていない。しかも、放射線被ばくをともなう診療行為を行っているながら、放射線被ばく量を測定するガラスバッジをもちょうことさえできない無給医もいる。

文科省の調査では無給医の実態が不明のため全国医師ユニオンは医師労働研究センターと協力してネットによる調査を行い、二〇二〇年二月六日に「無給医実態調査報告書」を発表した。この調査では、無給の内容として「契約書がなく給与もない」が一・五%、「契約書に給与なしと記載」が七・三%、「数万円の援助金のみ」が一・五%、「フルタイム勤務でも月一〇時間の賃金など」が一・二%、「最低賃金以下」が四・九%、「同一労働同一賃金の逸

脱」が二六・八%、「その他」が九・八%であった。

大学での立場は、「大学院生」が四八・八%と最も多く、続いて「一般医師（医局員）」が一九・五%、「専攻医」（後期研修医）が九・八%、「研究生」が七・三%、非常勤助教が二・四%であった（未回答は二・二%）。

一般的には、無給で働いている医師は経験の短い若手医師と考えられがちであるが、無給医の多くは三〇代の既婚者であった。年齢構成でみると二〇代は二・二%に過ぎず、三〇代が七五・六%、四〇代が七・三%、五〇代が四・九%となっている。この調査では、既婚率は八〇・五%であった。三〇代で家庭があれば、当然安定した給与がなければ生活は成り立たない。このため無給医の大半は、地域の医療機関等で夜間の当直や休日の日直等のアルバイトを行っており、これが大病院での勤務に加わるため過酷な長時間労働を担わざるを得ない。

また、大学院生の多くは大病院での診療とアルバイトに追われているため、研究時間が取れない状況におかれている。調査では、研究時間が「十分取れている」はわずか五・〇%、「十分とは言えないが取れている」が二〇・〇%、「あまり取れていない」が二五・〇%、「わずかしこ取れていない」が五〇・〇%となっている。

(2) 大学の役割としての研究・教育・診療

無給医問題から見える教育・研究機関としての大学・大病院は危機的な状況である。アルバイトに依存する大学院生やポストのない医局員は研究を行う時間もなく、過重労働を担っている。厚労省

の「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」によれば、時間外労働が年一八六〇時間を超えて働いている医師がいる大病院の割合は八八%である。

一般の大学の各学部の役割は研究と教育であるが、医学部の役割には診療が加わることになる。この研究・教育・診療は切り離すことができない密接な関連があるが、この三つを一人の教授が担うことは困難であり有害でもある。しかし、日本ではこの三つを一人の教授が担っている。この教授の選任にあたっては医学研究での実績が最も重視されるが、研究者としての能力と教育者としての能力、また診療における能力は別のものである。さらに大病院においては、診療以外に病院の管理や経営に対する能力も要求され、地域医療への貢献も求められるため、地域の実状や医療政策に関する知識も必要となる。したがって、三つの仕事を完璧にこなすことは不可能である。なお、欧米では教育に責任を持つ教授と、研究や診療に責任を持つ教授が別々に配置されている。

また、日本の多くの大病院は文科省の管轄で、教育者のポストしかない。教授、准教授、講師、助教と呼ばれる教育者の肩書きを持たない医師の大半は非常勤医師となっている。大病院はあくまで病院であり、常態として診療にあたる医師は当然常勤の職員として処遇されるべきである。しかし、すでにみたように大学院生をはじめとして無給や不適切な処遇で働かされている医師も少なくない。

日本では教授が准教授や講師、助教の人事権を持つだけでなく、博士論文の可否や専門医資格の取得などに決定的な影響力を持つために、研究を志す医師にとっては絶対的な存在となる。さらに大学

の関連病院の診療ポストにも大きな影響力を持つている。このため、教授や医局長による独裁的な運営がなされることもしばしばみられる。無給医問題はその象徴的な弊害であると言える。

このような体制そのものが問題であり、研究に専念できる環境づくり、教育の専門家の育成とポストの確保、診療を担う医師への適切な処遇を行うことが求められてきた。このことは以前から指摘されているが、抜本的に改革されることはなかった。

日本の医学の研究論文数の国際順位は低下しているが、それは大学の研究者が研究に専念できる環境がないことが一因であることは明らかであろう。科学立国の視点からも、日本の医学発展を守るためにはスタッフの増員と役割や権限の分担が不可欠であり、さらに医学部や大病院の運営に関するスペシャリストの養成やガラス張りの運営を行うための情報公開も不可欠と言える。

研究・教育・診療の役割を果たせる十分なポストとスタッフを揃えて、名実ともに魅力ある大学を作ること、日本の医学・医療を守るためには避けて通れない喫緊の課題である。これを実行するために大学の文教予算の大幅な増額が求められていると言えよう。

二 長時間労働が引き起こす問題

1 過労死と健康被害

日本の医師の多くは過重労働を担っているが、過労死の労災認定

を受けている医師は氷山の一角と考えられる。過労死の労災認定においては労働時間が重要となるが、医師の多くはまともな時間管理をされていない。すでに述べたが、多くの病院では宿直が実態として労働時間であっても、宿直許可がとられているため時間外労働に含めていない。家族は亡くなった医師が仕事で大変であったことは認識していても、具体的な労働実態や労働時間を知っているわけではなく、病院にも正確な労働時間の記録などはない。

日本における医師の過労死数を客観的に知ることができないかとの声があるが、現時点では必要なデータもない。そのため厚生省が発表した勤務医の約四〇％が過労死ラインを超えて働いているとのデータから、医師の自殺者数の仮定をもとに年間の医師の過労自殺および過労死数を考察してみた。警察庁は二〇〇六年まで、自殺統計資料として医師の自殺者数を公表していた。この統計資料は二〇〇七年より医師の項目が医療・保健従事者に変更されているため、その後の医師の自殺者数を知ることができないが、医師の自殺者は二〇〇四年が七九人、二〇〇五年が九〇人、二〇〇六年が九〇人となっており、この三年間の平均は八六人である。日本の全自殺者数は二〇〇〇年代に年三万人を超え、二〇一〇年代初めに以降二万人台で推移している。医療・保健従事者の自殺も一時増加した後に減少傾向にあるが、あまり減少していない。統計開始の二〇〇七年が二九八人で、直近の二〇一九年が二八九人でほぼ変わりがないと言える(第7表を参照)。

ここで仮定として年間の医師の自殺者数を八〇人とし、この七割が勤務医であるとすれば、自死している勤務医は五六人いると推計される。過労死ラインを超えている勤務医が四割いるとのデータか

第7表 医師・医療従事者および国民全体の自殺者数の推移

年	医 師	医療・保健従事者	国民全体
2004年	79	—	32,155
2005年	90	—	32,552
2006年	90	—	32,155
2007年	—	298	33,093
2008年	—	319	32,249
2009年	—	338	32,854
2010年	—	374	31,690
2011年	—	366	30,651
2012年	—	387	27,858
2013年	—	308	27,283
2014年	—	354	25,427
2015年	—	333	24,025
2016年	—	309	21,897
2017年	—	323	21,321
2018年	—	360	20,840
2019年	—	289	20,169

〔出所〕 警察庁生活安全局地域課の各年度の自殺の概要資料より作成。

ら、二・三・四人が過労死ラインを超えて自死していることが推測される。また、二〇〇六年に医労連などが調査した医師の過労死一件のケースを見ると、医師の過労死のうち病死が二〇件（五九％）、過労死が六件（三五％）、交通事故死が一件（六％）となっている。この比率から、過労死のなかの過労死が三五％とすれば、これが二・三・四人に当たるため、過労死全体は年間約六四人ということになる。過労死ラインを超えて死亡する医師がすべて過労死とは言えないが、少なくとも労災認定の数よりはるかに多くの過労死が起きていると考えるべきであろう。

先に述べた厚労省のデータから勤務医数を二〇万人と仮定すれば、四割の八万人が過労死ラインを超えている。しかも一割の二万人は過労死ラインの二倍を超えており、一・六％の三二〇〇人は過労死ラインの三倍を超えて働いている。これでは多くの勤務医が過労死している可能性は否定できず、労災申請や労災認定が実態を反映して適切に行われるよう認定制度の見直しが求められていると言える。

2 女性差別

東京医科大学が医学部の入学試験において、女性受験者の合格数を減らすことを目的に試験結果を操作していたとの報道をきっかけに、文科省もこの問題の調査を行った。一八年九月四日に公表された「医学部医学科の入試選抜における公正確保等に係る緊急調査の結果速報について」によれば、医学部の入学試験の合格率で男性が女性より高かった大学は八一大学中五七大学（七〇・四％）となっ

ている。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ったが、文科省の調査はこれが事実であることを裏づけるものであった。

これまでも二〇年ほど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、日本全体の医学部受験において女性受験生の合格率が他学部と比較して低いことが指摘されており、国立大学を含め多くの大学で女性受験生への差別が行われていることが危惧されていた。ちなみにOECD諸国のなかで医師の女性比率は日本が最低で、不自然と言えるほど低くなっている(第9図)。

医学部入試における女性差別は、個人の利益のために行われたものではなく大学病院を守るために行われたと指摘したり、必要悪であると語る医学部関係者は少なくない。東京医科大学の不正は計画的な点数操作で客観的に証明可能なものであったが、面接や小論文などは試験官の主観に左右されるため女性差別が起きやすい。日本の医療界は男性医師が中心となつて作られているため大学の教授や管理的なポストに就く医師の大半は男性であり、多くの場合男性が試験官となつているため今後も面接や小論文試験において女性差別が続くことが懸念される。試験官に女性を積極的に登用すると共に、面接や小論文等の成績に関しても、男女別に公表されるべきであらう。

医師の世界の女性差別問題には二つの背景があると考えられる。

一つは、日本全体の女性に対する差別意識である。世界経済フォーラム(WEF)の「世界ジェンダー・ギャップ報告書(Global Gender Gap Report) 2020」では、日本は一五三カ国のなかで一二一位と低く、もう一点は医師不足であり、これを補うための長時

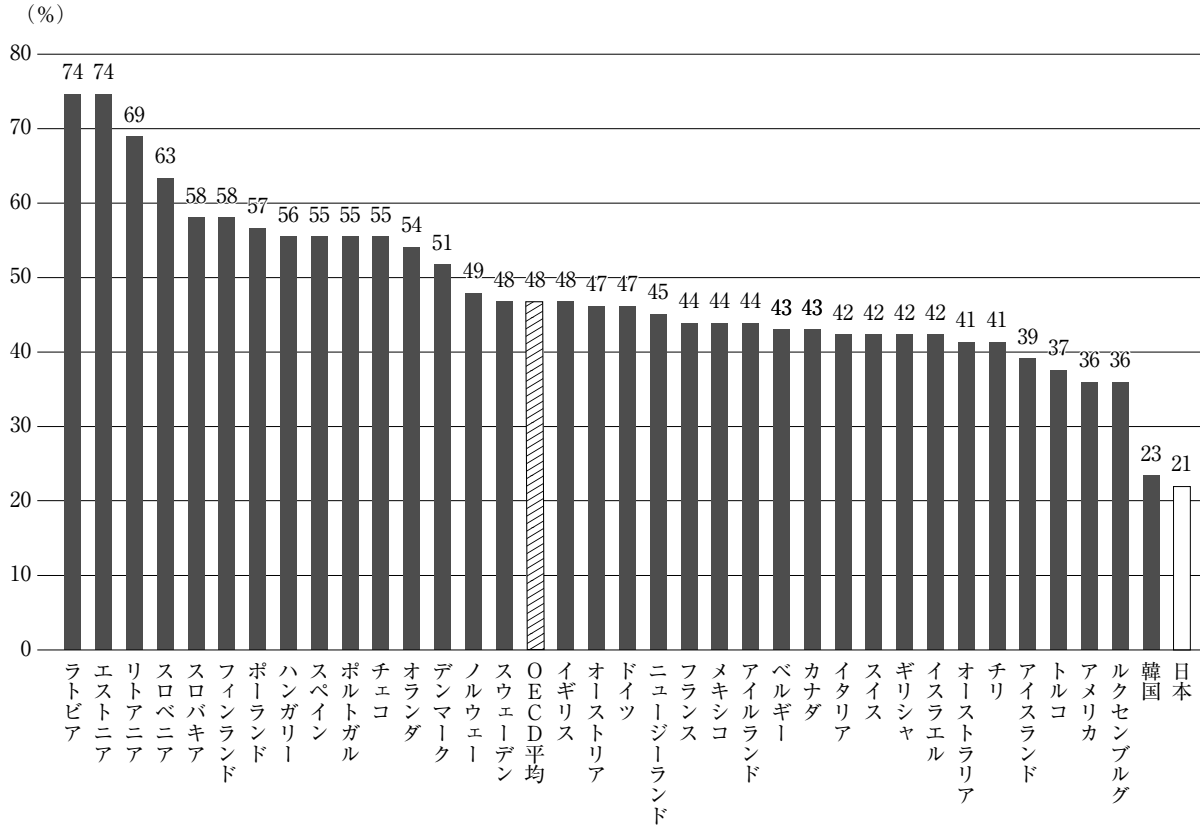
間労働である。大学病院においても医師不足が深刻で、大学病院の医師が最も長時間労働を担っていると見える。そのために相対的に人員減とみなされる女性医師が増えることを安易に阻害してきたと考えられる。専業主婦を妻に持ち家事や育児を行わない男性医師モデルが日本の医師像となつており、これから外れる女性医師は排除されてきた。女性医師比率が上昇するなかで、医学部の管理者たちの多くは、大学病院での診療体制を守るためには女性医師の増加が望ましくないととらえていた。結婚や出産を機に職場を離れるケースが多い女性は医師という職業に適さない、戦力にならないと公然と発言する医師も少なからずおり、最近でも妊娠した女性医師が上司に謝罪させられたとの話を聞く。このようなセクハラ・マタハラがまだまだ根強く残っている。女性差別は入試のみではなく、医師となつてからの診療科の選択やポストの確保、昇進などについても歴然と存在している。

一方、欧米の医師の労働時間は短く、医師は聖職であるからと言って長時間働くという考えはない。そのため女性医師を減らすという動機自体がなく、多くの国で医師の約半数は女性となつている。女性差別をなくすには、ワーク・ライフ・バランスがとれるような医師の労働条件の改善が不可欠である。

3 医療安全の欠落

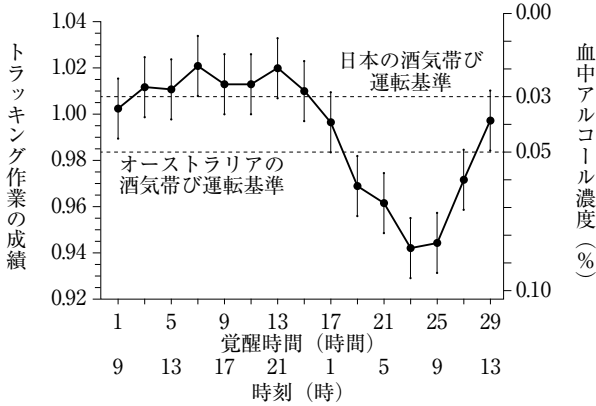
睡眠や疲労に関する研究では、人間は起きて一三時間くらいからパフォーマンスが低下し、一六時間を過ぎると急速に低下して飲酒状態と同様になることがわかつている。また、深夜から明け方に最

第9図 女性医師の割合の国際比較



〔出所〕 OECD Health Statistics 2019.

第10図 覚醒時間によるトラック作業の成績の変化



【出所】 Dawson & Reid, 1997より、佐々木司が作成。

第8表 外科医における医療事故、インシデントについての原因

過労・多忙	81.3%
技術の不熟	53.4%
知識・勉強不足	59.4%
メディカルスタッフとのコミュニケーション不足	67.1%
その他	4.4%

【出所】 「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および平成24年度診療報酬改定結果に対する外科医の労働環境改善反映方法実態調査報告書」(要約版)より作成。

もパフォーマンスが低下する。ここで、覚醒時間とアルコールの血中濃度の関係を比較したグラフを示しておく(第10図)。日本外科学会の調査では、医療事故、インシデントについて何が原因かとの質問に、「過労・多忙」との回答が八一・三%でトップであった(第8表参照)。その理由として、当直明けに手術を行う外科医が六割以上存在する。このような実態が明らかになっている

が、有効な改善策は示されていない。この間、医療安全の議論が数多く見られたが、過重労働と安全性の問題に関してはほとんどふれられず、国も医療界もこの問題を避けていると言わざるを得ない。一方、日本でも運輸関係には安全を守るために厳しい時間規制がある。トラックドライバーに関しては、原則として一日の拘束時間は一三時間まで、例外でも一六時間を超えてはならないとされている。これを超えて事故を起こすと道路交通法の過労運転となり、三年以下の懲役または五〇万円以下の罰金となる可能性がある。これは使用者にも罰則が適用される。さらに、パイロットにはもっと厳しい時間規制が設けられている。運輸関係では安全確保からこのような厳しい規制があるが、医師の労働に関しては法的な安全対策はなく放置されている。

アメリカでは七〇年代に起きた長時間の連続労働を行っている研修医の医療ミスによる死亡事故を契機に、安全性の面から長時間労働の規制が行われるようになった。そして、九〇年代には医師の労働時間と医療ミスに関する研究がみられる。信頼性の高いものとして有名な研究では、研修医の勤務体制を従来型の長時間労働のものと時間を短縮したものとに分けて、集中治療室での重大な医療過誤の発生率を比較したものがあ。従来型の長時間労働は三日に一回、二四時間以上の連続勤務があり、その連続勤務の平均は三四時間というものであり、これは日本の医師の当直時の勤務体制に近いといえる。時間

を短くしたものは、連続勤務を二六時間に制限したものである。その結果は、従来型は時間を短くしたものに比べて重大な医療過誤が三五・九%高くなっていた。また、研修医以外の指導医も含めた結果では二二%の違いがあった。このようなことから、アメリカでは研修医の連続労働の上限は原則として二四時間とされている。

三 長時間労働を生む要因

1 医療界の意識と慣例

日本の医療界には医師は聖職であるとの考えが根強く、勤務医も労働者ではないと考える病院管理者や勤務医も少なくはなかった。このことが医師の過重労働を招く一因となってきた。一七年八月から開始された医師の働き方改革に関する検討会の討議においても、当初は勤務医の労働者性に対する疑問が出され「画一的な労働時間の制限は、医師においては設けるべきではないのではないか」と「勤務医の諸君は、病院の開設者のための労務の遂行というようない意識は全くない」といった発言が病院団体の委員から出された。このような医師たちは患者を守るためとの大義を掲げ、そのためには労働基準法などを守っては医師の仕事はできないと語る。異常な過重労働を担って勝ち残った医師たちが、自らの成功体験を肯定し、他人に押しつける構図と言えよう。

また、医師法一九条には応召義務というものが定められている。

これは「診療に従事する医師は、診察治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」というものである。結局、検討会のワーキング・グループの議論・検討により「医師が患者に対して直接民事上負担する義務ではない」ことが確認された。つまり倫理的な努力義務と言える。この応召義務も医師は時間外であっても労働から逃れられないとの誤解を生んできた。医師の過労死をはじめとする過重労働や無給医問題はほとんどの場合、パワハラと関係している。被害者医師が改善を求めてもパワハラで抑え込まれてしまうため、声を上げることもできずに改善も進まない。無給医問題では文科省調査でも数千人の無給医が存在するが、誰一人として名前を公表して抗議を行った者がいないのは、深刻なパワハラが存在するためである。日本の医師聖職論はパワハラを合理化するための大義名分として利用されている面が強いといえる。

世界的な医師の倫理綱領とされるジュネーブ宣言では、医師はその仕事において「年齢、疾病もしくは障害、信条、民族的起源、ジェンダー、国籍、所属政治団体、人種、性的志向、社会的地位あるいはその他いかなる要因」においても差別してはならないと書かれている。また、最近では医師の健康や安寧が必要であることも追加されている。日本の医療界には、ジュネーブ宣言に書かれているすべての差別をなくす自浄作用と医師の健康と安寧の重要性を改めて真摯に受け止めることが求められている。

2 若い医師の意識

二〇〇〇年代に入ってからからの医師の過労死のニュースやワーク・ライフ・バランスという言葉が一般的に知られるようになったことが若い世代の意識に影響しているために、医師のあいだでも意識の世代間格差が急激に広がっている。「勤務医労働実態調査二〇一七」によれば、「医師の診療科の偏在について、労働環境の違いが関係していると思いますか？」の問いに、「大きく関係している」が四四・五%、「ある程度関係している」が四七・六%と、九割以上の医師が診療科の偏在と労働環境は関係があると考えていた。さらに、「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？」の問いに「大きく関係している」または「ある程度関係している」と答えた医師にその理由を聞いたところ（複数回答）、一位は「自分の体力や健康状態に適した職場で働くため」が七四・〇%、二位は「医師の過重労働を当然と考える診療科に適応できると思えないから」が四四・四%、三位は「出産・育児や介護にかかわらず、ワーク・ライフ・バランスが重要であると考えたから」が四一・八%、四位は「将来の産出・育児や介護等に対応するため」が二四・〇%、五位は「欧米のように医師も一般労働者と労働時間は同じであるべきだと思うから」が一五・〇%であった。

さらに、「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？」の問いに、「大きく関係した」が七・二%、「ある程度関係した」が二〇・五%、「ほとんど関係なかつ

た」が六九・六%、「未回答」が二・七%であった。一方、この設問に関して世代別に見てみると、「ほとんど関係なかった」と答えたのは、「六〇歳以上」で七八・七%、「五〇歳代」では七七・〇%、「四〇歳代」では七二・六%、「三〇歳代」では六〇・六%と徐々に低下し、「二〇歳代」では三六・四%と急激に低下している。二〇代の医師の約六割は診療科を選択するにあたって、労働条件を考慮するようになってきている（第11図）。

厚生省のデータによれば、一九九四年から二〇一六年までの二二年間で、医師数は平均で一・三八倍増となっている。とくに増加が多い診療科は麻酔科で一・九六倍増、放射線科で一・七一倍増となっている。一方で外科が一・〇倍、産婦人科が〇・九九倍と増加がみられず、医師全体に占める割合は大幅に低下している（第12図）。診療時間と診療科偏在のデータも出されているが、それによれば医師が増えない産婦人科や外科は労働時間が長く、若手医師に人気のある麻酔科や放射線科は労働時間が短くなっている。

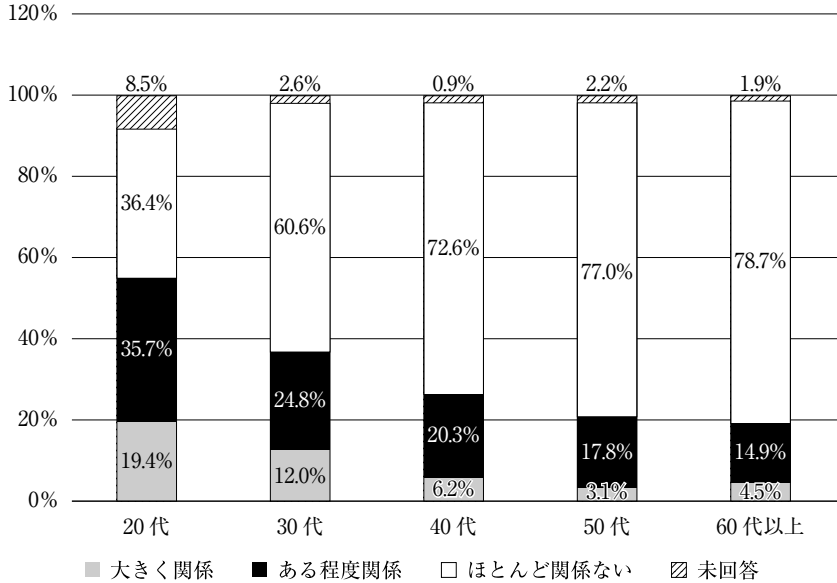
したがって、長時間労働となっている診療科の労働条件を改善し労働時間の均一化を図らなければ、診療科の偏在は広がっていく一方である。医師の長時間労働の問題は、適切な医療体制の確保に關しても深刻な問題を引き起こしている。

3 医師数抑制政策

(1) 必要医師数の増加

医療従事者の増加は、産業構造の変化によって規定されていると

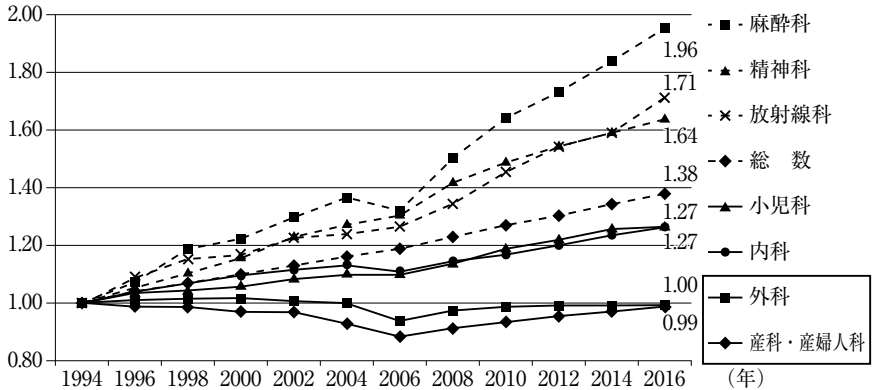
第11図 各世代による診療科の選択と労働環境



【出所】 勤務医労働実態調査2017。

第12図 診療科別の医師数の推移

診療科別医師数の推移（平成6年を1.0とした場合）



※内科…（1996～2006年）内科、呼吸器科、循環器科、消化器科（胃腸科）、神経内科、アレルギー科、リウマチ科、心療内科

（2008～2016年）内科、呼吸器、循環器、消化器、腎臓、糖尿病、血液、感染症、アレルギー、リウマチ、心療内科、神経内科

※外科…（1994～2006年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、こう門科、小児外科
（2008～2016年）外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道科、消化器外科、肛門外科、小児外科

※2006年調査から「研修医」という項目が新設された

【出所】 2016年 医師・歯科医師・薬剤師調査。

いえる。第三次産業中心の時代はサービス産業に従事する労働者が増加するが、医療や介護の従事者も大幅に増加することになる。国民の意識は衣食住から健康への関心が大きくなり、自分の健康や家族の健康の優先順位が高くなっている。一方で、医学・医療は発展して様々な診断・治療が可能になったことで医療産業は大きな発展を遂げることになり、医療従事者は増加することになる。近年ではITやバイオの進歩などにより、医療の高度化がさらに進んでいる。医療の専門分野の細分化は進み、これを担う医療従事者は増加し、当然、医学・医療の専門家である医師の需要は増加することになる。日本の高齢化は世界トップであるが、高齢者の増加も大きな要因である。

具体的には日本の癌の罹患者は一九七五年には二〇万六七〇二件であったが、二〇一五年には九〇万三九一四件と、四〇年間で四・四倍に増えている。また、東京都の救急出場件数は救急業務が法制化された一九六三年の一〇万二六六〇件から、二〇一八年の八二万八〇六二件と五五年間で八倍に増えている。外科の手術件数も増えているが、群馬大学の医療事故報告には「手術件数が二〇一二年までの二〇年間で二倍に増加」したと記されている。

(2) 医療費抑制のための医師数抑制政策

日本の人口当たりの医師数はOECD諸国のなかでは最低レベルであり、二〇一七年のデータでは人口一〇〇〇人に対する医師数はOECD平均の三・五人に対して、日本は二・四人となっている。現在の日本の医師数は約三二万人であることから、約一四万人の医師を増員しなければOECD平均にはとどかない。この医師不足が

医師の過重労働の一因であることは明らかである。

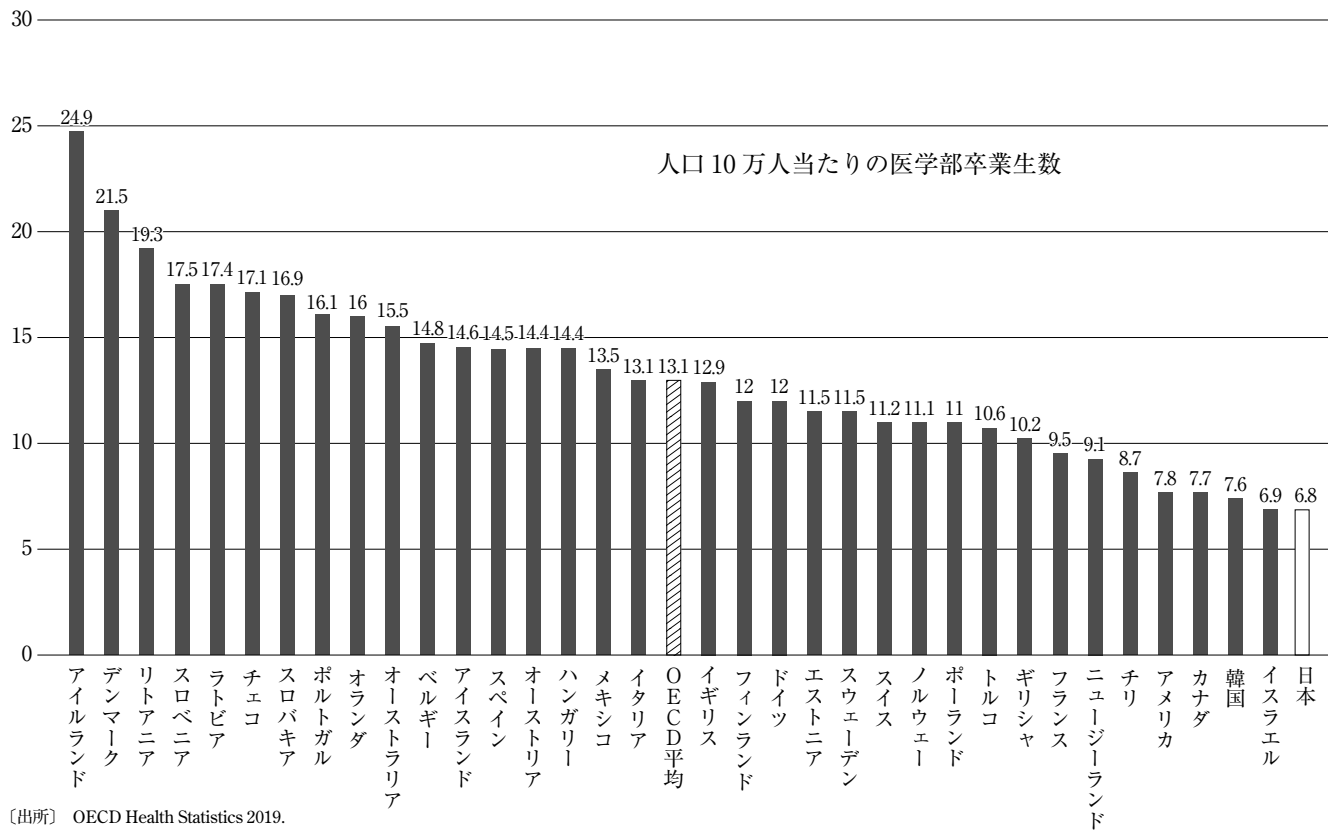
しかし、この医師不足は自然に起きたことではない。総務省の統計では人口一〇万人に対する医師数は終戦直後の一九四六年には八三人であり、その後、医師数は徐々に増加し、一九六〇年には一人となつている。この数は当時のOECD平均とほぼ変わらないと考えられる。さらに高度経済成長のもとで、政府はすべての都道府県に医学部を設置する「一県一医大構想」を推進し、医師増員を図った。しかし、一九八〇年代に入り、政府は医療費を抑制することを目的として医師数の抑制政策をとるようになり、一九八二年と一九九七年の二回にわたり医師養成数を抑制する閣議決定を行っている。医療費抑制に関しては、世界各国でも医療費の増加をコントロールする必要性が議論されたが、医師数の抑制は医師の労働強化や患者の受診抑制につながるため、日本のように強力に進められることはなかった。

日本では医師数抑制政策が強力に進められたが、二〇〇六年に救急の受け入れ困難や産科・小児科の閉鎖などによる医療崩壊が社会問題化したため、厚労省も医師不足を認め、〇八年より医師養成数の増員を行うことになった。しかし、国際比較を見ると日本の医師養成数は今もOECDで最低である(第13図)。

(3) 医師数抑制のための世論づくり

医師数抑制政策をとるにあたって、国は世論づくりを行ってきたと考えられる。一九七〇年代には「医療費亡国論」を唱え、医療費が増えると国が亡ぶとの宣伝を行っている。一九九四年には医療費の将来推計で日本の医療費は二〇二五年には一四一兆円となるとの

第13図 OECD 諸国の医学部卒業生数



第9表 過去の医療費の将来見通しの比較

	社会保障に係る給付と負担の将来見通し（試算）（21世紀福祉ビジョン）	社会保障の給付と負担の見通し	今回試算（改革実施前）
1. 公表時期	1994年3月	2000年10月	2006年1月
2. 2025年度の国民医療費の見通し	141兆円	81兆円	65兆円
対国民所得比	10.1/2～13.1/2～14%	12.1/2%	12.0～13.2%
3. 見通しの前提とした1人当たり医療費の伸び率			
伸び率（高齢化分及び制度改正の影響を除く）	全体…4.5%	全体…3.1%	全体…2.6%
伸び率の算定期間	平成2～4年度の平均	平成2～11年度の平均	平成7～11年度の平均
4. 推計時点における経済成長率の見通し	2000年度まで5～4% 2001年度以降4～3%	2010年度まで2.5% 2011年度以降2.0%	年平均2.0%、1.5% (2011年度まで年平均3.0%、2.1%、2012年度以降1.6%、1.3%)

〔出所〕 厚労省ウェブサイト <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/12/dl/s1227-20c.pdf>

推計を出し、国民の不安を煽っている。二〇二五年の医療費は四十兆兆円程度であると考えられることから、この推計は三倍程度多くなっており、世論操作のための医療費推計であると言われても仕方がないであろう（第9表）。

現在では、医師数抑制を進める世論づくりとして人口減少が利用されている。二〇六〇年には日本の人口は八〇〇〇万人台にまで減少するとの推計が語られ、人口減少を一つの理由に医師・看護師の削減を進めようとしていると考えられる。一方、内閣府の「選択する未来」委員会報告では「現状のまま何もしない場合、人口急減・超高齢化が招来」するとしているが、「人口急減超高齢化を克服し、人口が五〇年後においても一億人程度の規模を有し、将来的に安定した人口構造を保持することを目指すべきである」としている。厚労省の医師数抑制政策は、「現状のまま何もしない場合」の人口減少を前提とした政策で、政府の方針から逸脱していると言える。

また、国は医師不足を認めることなく医師の偏在が問題であるとしている。一般的に地方で医師が不足し、大都市で医師が余っていると考えられているが、東京や大阪などにおいても人口当たりの医師数はOECD平均以下である。新型コロナウイルス感染症が拡大して真っ先に医療がひっ迫したのは、東京をはじめとする大都市であった。また、OECDのデータを見ると、日本は医師の偏在がきわめて少ない国である。日本においては絶対的な医師不足のなかで一定の偏在であり、医師が余っている地域や診療科はない。

(4) 行政の対応

厚労省「病院勤務医の勤務実態に関する調査研究」によれば、年の時間外労働が一八六〇時間を超えて働いている医師はすべての病院（全体）の二七％に存在する。労基署は定期的に大学病院や大病院にも入っているが、過労死ラインの二倍を超える労働はほとんど把握されておらず、無給医問題もまったく把握されず、これらが違法な労働として適切に是正・指導されることはなかった。具体例を示せば、全国医師ユニオンに寄せられた相談においては、無給医問題で労基署に申告を行ったが、常勤医師に対する調査が行われたのみで、自分たち無給医に関してはまったく調べられることがなく調査が終了したとされる例がある。また、大学院生が無給医として労基署に申告を行ったが、大学院生の労働者性が明確でないため調査中との回答があり、二年以上が経過している例がある。なお、このケースは当事者と全国医師ユニオンや日本労働弁護団の弁護士が厚労省に無給医問題解決の要請を行った後の二〇二一年一月二〇日になって、ようやく大学院生の労働者性を認める是正勧告が出されるに至った。文科省もNHKの取材に対して当初は無給医は存在しないと回答するなど、大学病院の実態をまったく把握できずにいた。

このような深刻な問題が把握されずに放置されてきたことは、監督官庁の管理に大きな欠陥があると言わざるを得ない。

一方、厚労省が進める医師の働き方改革においては、厚労省は医師の長時間労働が日本の医療を支えていることを認め、地域医療確保にどうしても必要な病院をB水準病院として例外的に年一八六〇時間の時間外労働を認める省令を作るとされている。医師の働き方

改革を契機として、医師の長時間労働の実態が明らかになったことは良いことであるが、なぜこのような違法が続いてきたのかについてはまったく言及されていない。この点が改善されなければ、今後違法状態が続く可能性が高いと言える。

さらに、二〇二〇年一月に厚労省が医師数を削減する方針を決定したとの報道があるが、過労死ラインの二倍の例外を作らなければならぬほど医師不足が深刻であるのに、医師の長時間労働が改善する目途もないまま、働き方改革の猶予期間中に医師数削減を進めるなどまったく政策の整合性がみられない。医療費抑制政策と地域医療を守ることの矛盾を現場で働く医師に丸投げする姿勢は、これまでの医師数抑制の閣議決定とまったく変わっていないと言わざるを得ないであろう。

四 厚労省が進める医師の働き方改革

1 医師の働き方改革の概要

厚労省が進める医師の働き方改革においては、地域医療を守るためには一定期間の例外が必要であるとし、特例が必要な病院をB水準病院として、年一八六〇時間の時間外労働を認めるとしている。

また、高度な技術を身につけることを理由としてC1・C2水準（C1は研修医、C2は高度医療を身に付けるもの）という例外を設け、これも年一八六〇時間まで時間外労働を認めるとしている。

実施に関しては五年間の猶予を持たせ、二〇二四年開始となっている。なお、B水準の時間外労働時間は徐々に減らし、二〇三五年には一般労働者と同様の労働時間とすることをめざすとされているが、C1・C2水準に関しては、時間外労働時間の縮減を進めるとしているものの、一般労働者と同様とするとはなっていない。

一方、例外の長時間労働を認める条件として、健康確保措置の実施が義務づけられることになる。厚生省が示している健康確保措置は、①連続勤務時間の上限を二八時間とすること、②勤務間インターバルを九時間確保すること、③代償休息をとることの三点である。

2 改革の主な問題点

日本国憲法は第一四条で「すべて国民は、法の下に平等である」と定めており、職業による差別を認めていない。また、労働基準法には「第三条 使用者は、労働者の国籍、信条又は社会的身分を理由として、賃金、労働時間その他の労働条件について、差別的取扱をしてはならない」と定められている。さらに、労働基準法第四〇条は、「(一部省略) 公衆の不便を避けるために必要なものその他特殊の必要あるものについては、その必要避くべからざる限度で(一部省略)、厚生労働省令で別段の定めをすることができる」としているが、「労働者の健康及び福祉を害しないものでなければならぬ」と定めている。しかし、今回の省令案は、過労死による生命の危険を無視するものであり、他の労働者の基準とかけ離れたものがある。

さらに、憲法第一八条では「何人も、いかなる奴隷的拘束も受けない」と定めている。医師の働き方改革にもなう省令は、年間一八六〇時間もの時間外労働を業務命令として強制することができるものであり、現場の医師は意に反する拘束と苦役を強いられる可能性が高い。また、憲法第二五条では「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と定められているが、過重労働を強いられる医師は、健康で文化的な最低限度の生活を営むことはできない。このように憲法違反が疑われるきわめて異常な働き方を合法化するものと言える。そもそも働き方改革ではワーク・ライフ・バランスの実現をめざしているが、医師の働き方改革では、医師の健康を守る視点はあるものの、ワーク・ライフ・バランスの実現についてはまったくふれられていない。

3 当面の求められる改革

(1) 改革の前提としての労基法遵守

高度医療機関や大病院の労働実態からみれば、かなり多くの病院がB水準やC1・C2水準の特例病院となることをめざすことになると考えられる。ただし、B水準やC1・C2水準は過重労働を認める前提として健康確保措置が義務化されるが、これには労働時間の正確な把握が不可欠である。客観的な時間管理を行わずに、労基法を守っていない医療機関は特例病院に指定すべきではない。まずはすべての医療機関で労基法の遵守を徹底する必要がある。

(2) 副業・兼業時間の合算とその制限

日本の大学病院の医師の多くは地域の医療機関で副業・兼業（アルバイト）を行っているが、医師不足の日本ではこれが地域医療を支えている実態がある。したがって、大学病院等の医師の労働時間は副業・兼業の合算を適切に行わなければ実態を反映したものとはならない。働き方改革では副業・兼業に関しては自己申告となっているが、少なくとも長時間労働を例外的に認めるB・C水準に関しては、客観的な管理を行う必要がある。

一般的に医師のアルバイトに関しては、①所属する病院で一定の収入を得ているがさらに収入を増やすために行う場合、②所属する病院での収入が著しく低額であることから生活を守るために行う場合、③所属する病院や地域の病院などからの依頼で地域医療への貢献を主たる目的とするもの、の三つのケースが考えられる。

B水準の例外は地域医療を守ることが目的であるから、その目的から外れるアルバイトは禁止すべきである。③のケースに関してはアルバイト先の病院は医師に個人的に診療を依頼するのではなく、その医師が所属する病院に依頼して、その病院が責任を持って時間管理を行うべきである。②の理由に関してはそもそも無給医問題と同様で論外であり、このような病院はB水準やC1・C2水準として認めるべきではない。副業・兼業の制限は、個人の自由を奪うと主張する医師もいるが、安全性に関わる仕事を担う労働者にとって、労働時間制限は当然のことである。

初期研修医は、研修に専念することが義務づけられており、病院が適切な給与を支払うことで、アルバイトは禁止されている。C

1・C2水準に関しては年の時間外労働が九六〇時間を超えるような場合は、個人的なアルバイトは例外的目的から逸脱するため禁止すべきである。

(3) 労働法教育と労務管理体制の構築

すでに述べたが、日本の医療機関の多くの管理者は労働法を理解していない。多くの場合、病院長は医師としての業績によりそのポストを得ることになるため、公的病院の院長は大学教授経験者や学会の実力者が多い。これは医学的な能力を持っているという点では重要な指標であるが、経営者としての能力が評価されて管理者となるわけではないため、労働法や労務管理の実務に関してまったく理解していないことも少なくない。

このため働き方改革を進めるにあたっては、病院管理者に労働法や労務管理に関する研修等の教育を行うことが重要な課題であると言える。また、多くの医師が労働法を理解していない現状もみられる。このため、中間管理職にあたる指導医の指導医研修に労働法の講義等を含めることが求められる。さらに、医学教育のなかに労働法の教育を位置づけ、将来的にはすべての医師が労働法に対して理解している状況をつくることが求められていると言える。

(4) 具体的な目標設定と対応策

二〇二四年までに各医療機関で、最低でも年間の時間外労働が一八六〇時間を超える医師をなくす必要がある。また、過労死ラインを超える医師を一人でも多く減らすために、具体的な目標を設定し取り組みを進める必要がある。以下に時短を進めるうえでの具体

的な対応策を示しておく。

①ムダな業務をなくす

多くの医師は会議や書類作成などムダな業務があると考えていることから、本当に医師が行うべき業務の明確化を進める。

②当直体制の見直し

当直は長時間労働を生む最も大きな要因となっている。ほとんど労働を必要としないものは適切に宿直許可をとり、時間外労働にあたる場合は交代制勤務を含む救急医療体制の見直しや当直の準夜帯を他の医師に代わってもらうなど、特定の医師に業務が集中しない工夫や見直しを進める。

③外来単位の削減

病院は入院患者や救急対応に専念できるよう、地域の診療所などの協力関係を強化し、外来単位は可能な限り削減する。

④複数主治医制やチーム制の徹底

医師が特定の患者に対して二四時間三六五日にわたり責任を持つ主治医制という慣習が、長時間労働を生んでいる。複数主治医制やチーム制への変更を徹底する。

⑤タスクシフトの促進

この間、看護師へのタスクシフトを進める議論が行われてきたが、大きな成果を生むには至っていない。これは、看護師自身が過重労働を行っているためである。看護師の増員や看護師以外の職種である医療補助職や臨床工学士などへの権限の拡大と増員を行い、タスクシフトを積極的に進める。

上記の取り組みをさらに進めるなかで、診療科によっては医療機関の壁を越えた体制が必要となる。たとえば産婦人科で交代制勤務を組む場合には、最低でも八人の産婦人科医師が必要である。都道府県単位での輪番制の確立や地域によっては、特定の診療科の集約化等の取り組みも必要となる。

4 根本的な改革

日本の医療は国民皆保険制度によって、世界トップの医療成績を維持してきた。しかし、国民皆保険制度は掘り崩されようとしている。医療過疎地には医療機関がないために、住民が保険料を払っているにもかかわらず医療を受けられない事態が起きている。この問題は医療保険制度の根幹にかかわる問題であり、国民皆保険制度を持続可能とするための抜本的な改革が求められている。

(1) 医師不足と偏在の解消

日本の医療の最も大きな問題は「絶対的な医師不足の中の相対的な医師偏在」であり、これを解決する必要がある。そして長時間労働をなくすには、交代制勤務の導入が不可欠である。厚労省は女性医師の増加や二〇三五年のB水準の例外終了のための交代制勤務の導入を前提とした地域別および診療科別の必要医師数を明らかにし、医師養成数の増員を早急に行う必要がある。

(2) 自由開業医制度の見直し

医師の地域偏在の解消には自由開業医制度の見直しも必要である。医療はライフラインに準ずる公的なものであるが、自由開業医制度は市場原理にもとづく制度であり、一定のルールがなければ公共性を守ることができない。実態として、都市部での開業医の過剰な競争と医療過疎地での新規開業の大幅な減少が深刻となっている。医師と国民の双方が納得できるルールづくりが求められている。

る。

(3) フリーアクセスの制限

フリーアクセス制度は、患者が自由に医療機関を選べる制度である。これは患者にとっては望ましい制度であるが、大病院に患者が集中するなどの弊害がある。また、多くの地方では受診可能な病院は限られており、この制度の恩恵を受けられる人は都市部に限られる。しかも、この制度にはコストがかかるため、保険診療でフリーアクセスを認めている国はない。国民皆保険制度を維持していくうえでは、すべての国民が医療を受けられる制度とすることが最優先であり、フリーアクセスの優先順位は低く、見直しの議論が求められている。

(4) 診療科の選択のルールづくり

診療科の選択に関しても、偏在を解消するためのルールづくりが必要である。たとえばフランスでは、毎年必要な診療科の医師数が公開され、学生は成績順で診療科を選択する。日本でも大学は地域に必要な診療科医師の数を把握し、学会なども協力して診療環境の改善策やキャリアアップの道筋を提示し、医学生に求められている進路を語る必要がある。これを進めるには診療科の労働条件の均一化が不可欠である。

5 医療政策の見直し

日本の医療は国際的にみれば、きわめて特殊なものとなってい

る。一年間の医療機関への国民一人当たりの受診回数は、二〇一七年度のOECD諸国平均が六・八回に対して日本が一二・六回と約二倍である。また、CTやMRIといった検査機器の人口当たりの普及率は世界で断然トップで、OECD平均の三倍から四倍となっている。さらに薬剤費なども、保健医療支出に占める割合はG7でトップとなっている。

日本の医療は箱もの・検査・薬剤にお金をかけ、人にお金をかけない構造となっている。この点が医師不足・看護師不足を生み劣悪な労働条件を作り出している。患者の受診回数や適切な医療機関の配置、さらには検査や薬剤費のあり方についても、医療従事者の労働条件とのバランスを図り大幅に見直すことが求められている。何よりも医療制度に関する国民的な議論が望まれる。

五 医師の労働運動

1 戦後の医療従事者の労働運動

戦後の医療従事者の労働運動に関しては、医師が大きな役割を果たした終戦直後の労働組合結成と、一九六〇年に起きた日本最大の病院統一ストライキについてふれることにする。

(1) 戦後の労働組合の結成

戦後の医療労働運動は医師たちを中心に進められた。それは、戦

前に社会主義的な思想にもとづく無産者医療運動に参加した医師や、関東大震災に端を発するセツルメント運動に当時医学生として参加した医師たちであった。一九四五年一月には国立筑紫病院（臨時福岡第二陸軍病院）、一二月には日赤中央病院と日本医療団中野療養所に従業員組合が結成されている。その後、一九四六年四月には全国医療従業員組合協議会（全医協）が組合員一万三五〇〇人を擁して結成された。

ここで戦後の医療機関の構成についてふれておく。戦前の医療機関は、①陸軍・海軍病院、②傷痍軍人療養所、③日本医療団（戦時体制下で公的病院や民間病院等を集めた団体）、④日本赤十字社、⑤農業会病院、⑥民間病院、⑦国立大学付属病院、⑧診療所、などである。戦後は一九四五年一二月に陸軍・海軍病院と傷痍軍人療養所が国立病院と国立療養所になった。日本医療団は一九四七年に解散となり、厚生省等に移管されている。また、農業会病院は一九四八年に農業会の解散にともない、自治体や厚生農業協同組合連合会（厚生連）へ移管されている。

国立療養所では一九四六年八月に全日本国立療養所職員組合（全療）が結成され、国立病院では同一二月に全国立病院労働組合（国病）が結成されている。その後、一九四八年一月に全療と国病が統一されて全日本国立医療労働組合（全医労）が結成されるが、少なくともこの時の副委員長二名は医師である。その一人である須田朱八郎は戦後の医療系組合結成の中心人物であるが、戦前の治安維持法下で二回の検挙歴がある筋金入りの活動家であった。一回目は学生自治会のリーダーとして、二回目は労働組合の役員として検挙され、その後に医師となっている。優秀な結核医であったという

が、レッドパージにより公的な医療機関を追われてからは、戦前の無産者診療所の流れをくむ全日本民主医療機関連合（民医連）の会長を白血病で亡くなるまで一六年間務めている。

医療従事者の労働運動は終戦直後に大きな発展をみたが、一九四九年から五〇年に起きたGHQのレッドパージにより大きな打撃を受けたことになる。多くの組合員が解雇され、解散する組合支部もあった。とくに貴重な活動経験を持つ中心的な人材が追放されたことで、大きな後退を余儀なくされた。このときに、組合活動の中心を担った多くの医師たちは労働運動から去り、別の道を歩むことになる。

日本は自由開業医制度をとっているために、たとえ公職を追放になっても開業は自由に行えた。また医療過疎地も多く、医師の需要は極めて高かった。しかも優秀な活動家でもあるため、労働団体や地域住民に請われて開業する者も少なくなかったと考えられる。先に述べた全医労のもう一人の副委員長であった肥田俊太郎は、広島での被爆経験があるため診療所を開設し、被ばく者医療と核兵器廃絶の運動に一生を捧げている。

(2) 病院統一ストライキ

病院統一ストライキとは、一九六〇年秋から翌年春までの約半年間に行われた病院での波状的なストライキのことである。賃上げ要求を中心に全国一二五の労組（約三〇〇病院、三万五〇〇〇人）が参加したとされる。日本の医療機関のストライキとしては最大の闘争である。

レッドパージで後退した労働運動も、朝鮮戦争の終結後に再び高

揚期を迎えることになる。一九五五年には春闘が始まり、組合がストライキで賃上げを勝ち取ることが一般化することになる。この時期の看護師の労働環境は劣悪であった。戦後GHQは病院看護師の米国化（完全看護）を進め、看護業務を従来の医師の診療介助から、「生活行動援助」という患者の身の回りの世話に変更した。日本では家族や付き添い婦が入院患者の身の回りの世話をしていたが、これが看護師の仕事となれば労働強化となってしまう。また、高度経済成長のもとで国民の医療要求は高まり、病院や病床数は増加したが、これに見合う看護師の増員は行われなかった。このため看護師の慢性的な人手不足と夜勤等による過重労働が深刻となっていた。さらに当時の病院は封建的で、医師や上司への絶対服従が一般的であり、これに対する不満も大きかった。このような背景のもとで、多くの看護師が労働組合に結集し、ストライキという方法で闘い勝利することになった。

この病院統一ストライキが成功した要因としては、地域をはじめとする各労働組合が支援を行ったこと、またマスコミも「看護婦も労働者である」として好意的であったことが指摘されている。さらに当時、全国の病院で働く医師の約三二%が労働組合員であり、少なくとも医師がストライキに協力的であり、妨害する側に回らなかったことも一因であるとの指摘がある。なお、全国労災病院労働組合（全労災）や健保労連（現全JCHO病院組合連合会）では委員長と副委員長は医師であり、執行部の半数程度が医師であった。このことは、レッドバジーの対象となった活動家医師は組合を去ったが、多くの医師が組合に残り活動していたことを示すものである。

2 医師の労働運動

戦後、医師は労働運動で大きな役割を果たしたが、医師労働に関する要求や運動は確認することができない。ここでは医師が抱える労働問題とこれに対する運動についてふれることにする。

戦後の医師養成にはインターン制度と呼ばれるものがあつた。これはGHQにより持ち込まれた制度で、医学部卒業後にインターンとして一年以上の診療および公衆衛生に関する実地訓練を行い、その後医師国家試験を受験するというものである。インターンは医師免許を持っていないため、一般医師のような医療行為を行うことができず、病院で雑用に従事させられることが多かった。また、経済的な困窮も深刻であり、大きな不満が広がっていた。このため、一九六七年にインターン制度の廃止を求める医師国家試験のボイコット運動が起こり、約九割のインターンが国家試験を受けなかったため大きな社会問題となり、インターン制度は廃止となった。

また、大学病院の無給医が一九六四年当時に全国四六大学（当時すべての医学部・医科大学）で一人いると言われていた。これらの医師たちが立ち上がって無給医全国対策委員会を結成し、一九六五年と翌六六年に「研究専念日」と銘打って診療を放棄するという事実上のストライキが行われている。このため政府は「医卒後の教育研修に関する懇談会」を設置し、無給医と懇談を持つなどして対応に迫られ、最終的には一九七〇年に非常勤医員制度として月額四万二五〇〇円が支払われることになった。しかし、この制度は一部の無給医にしか適用されなかった。

インターン制度が廃止されてからは、医学部卒業と同時に医師国家試験を受けることになる。ただし、多くの大学の初期研修医（卒業後二年間）はわずかな奨学金や診療協力謝礼金などを支給されるのみで、無給医状態でアルバイトを余儀なくされた。

このように医師の労働運動としては、インターン闘争と無給医問題での実力行使という二つの大きな運動が起きているが、ここには労働組合の闘いが見えてこない。インターンは医師ではないが、病院の雑用を強要される面では労働者性があるため、労働組合としてはこの問題を無視することはできなかつたはずである。また、この闘いから医師の労働組合が作られることもなかつた。どちらの闘いもその後の組織的な運動に引き継がれることもなく、一過性の闘いとして忘れられている。このため研修医の問題や無給医問題は、その後も抜本的に解決されることなく続くことになる。

3 医師の過労死裁判

すでに見てきたように、医師の労働問題が組合の活動として正面から取り上げられることはなかつたと考えられる。戦後初期には医師の労働問題よりも看護師の労働問題のほうが深刻であつたことが要因と考えられるが、労働組合の幹部医師の多くは戦前にすべての国民に平等な医療を提供する運動に関わつており、医師自らの労働問題にはあまり関心がなかつたのではないかと推測される。また、労働組合を担う医師にも、医師聖職論的な意識があつた可能性も否定できない。しかし、インターン制度の問題や無給医問題だけでなく、医師の過重労働の問題はかなり以前からあつたものと考えられ

る。医師の過労死に関しては、すでに一九六三年に起きた医師の急性心臓死事件で、蓄積疲労が原因であるという判決が一九七〇年に出ている¹²⁾。まだ過労死という言葉が一般的でなかつたこの時代としては画期的な判決と言える。その後しばらくは、医師の過労死が認定される裁判はみられないが、一九九〇年代に入り過労死裁判がみられるようになり、九〇年代後半には多発するようになった。国民の医療要求が高まり医療の需要が増大するなかで、医師数抑制政策がとられたため現場の医師の労働強化は強まる一方で、過労死が増大したものと考えられる。しかし、この時期に労働組合が医師の過重労働に対して具体的な闘いを組織した例はない。

ここで、社会的に大きな影響を与えた二つの過労死裁判についてふれておく。一つは、一九九八年に起きた関西医科大学の研修医の過労死である。この時代の多くの医師は、自分が労働者であるとは考えていなかった。まして研修医が労働者であるとは考えられていなかったため、過労死が起きていても、それを過労死と考えると労災申請をすることはなかつたと思われる。この裁判においては研修医の父親が社会保険労務士であつたことが、大きな突破口となつている。最愛の息子を亡くした父親はその労働実態を知り、愕然としたという。そして社労士としてのあらゆる知識と経験をもとに、亡き息子の同僚や同級生に面談やアンケート調査を行つて四つの裁判を起こし、二〇〇五年に最高裁で研修医は労働者であるとの判決を得ている¹³⁾。そして研修医が労働者であると最高裁が認めたことは大きなインパクトを与えた。

もう一つのケースは、一九九九年に起きた小児科医師の過労自死である。これまでの多くの過労死裁判は遺族と弁護士が闘うもの

で、医療界が動くことはなかった。しかし遺族である妻の中原の子氏は、亡き夫の友人である医師などの協力を得ながら、小児科学会に協力を求めたり、裁判に関する医師の署名を集めるなど様々な活動を行った。そのため、この裁判では多くの医師たちが過労死問題に関心をもち裁判闘争の当事者となることとなり、社会的な運動に発展したと言える。

4 全国医師ユニオンの結成と活動

(1) 全国医師ユニオンの結成

二〇〇〇年代に入ると深刻な医師不足により、地域によってはいわゆる「救急のタライ回し」が大きな問題となっていた。実態としては医師不足による救急の受け入れ困難であり、過重労働を強いられる医師の大量辞職が相次いだ。当時の読売新聞によれば二〇〇一年三月末から二〇〇六年三月末までに救急告示医療施設の八・五％に当たる四三二施設が救急指定を返上しており、その理由として多くの自治体が医師不足を挙げている。また、分娩を取りやめる病院も後を絶たなかった。このような状況のなかで、二〇〇六年には医療崩壊という言葉がマスコミでも使われるようになった。当時の医師たちは過重労働を強いられても闘うすべがなく、彼らの最大の抵抗は病院を辞めることであった。

また、二〇〇四年には大野病院事件（福島県立大野病院産科医逮捕事件）と呼ばれる医療事故に関する事件が起きた。これは大野病院で帝王切開手術を行った産婦人科医師が、患者が死亡したことか

ら業務上過失致死傷罪の容疑で二〇〇六年二月一日に逮捕された事件である。結果として医師は無罪となったが、この問題は大きな波紋を呼んだ。医療過疎地で過重労働を担い働く産婦人科医師が逮捕されたことは、多くの医師にとって衝撃であった。日本産科婦人科学会などからは「本件は、癒着胎盤という、術前診断がきわめて難しく、治療の難度が最も高く、対応がきわめて困難な事例であり」「外科的治療が施行された後に、結果の重大性のみに基づいて刑事責任が問われることになるのであれば、今後、外科系医療の場において必要な外科的治療を回避する動きを招来しかねない」とのコメントが出されている¹⁰⁾。また、多くの医師が抗議を行い、被告が有罪となるようなことがあれば産婦人科を辞めると公言する産婦人科医師も少なからずおり、分娩施設では勤務を辞める産科医師が多数出ている。

このような状況のなかで、インターネットのSNSを中心として医療改革を求める医師の声が多く聞かれるようになり、一つの集団を形成するようになった。彼らは、診療労働環境の悪化や訴訟不安の増大などの事態に至っても医師会や医学部教授会、医学会重鎮といった旧来の「ギルド」や「アカデミア」では、この医療崩壊に対峙できないと主張した。そして、これまで十分に組織されていなかった勤務医が中心の組織として二〇〇八年六月八日、「全国医師連盟」を結成した。当時のSNSへの医師の結集は八〇〇人を超えるものであった。この全国医師連盟は勤務医を中心とした組織であったが、開業医や病院管理者も入会できるものであった。当時の執行部は欧米の勤務医が労働組合を組織して闘っていることから、日本でも医師の労働組合を設立して、労働問題に関しては組合が持つ法

的権利にもつぎ改善を図っていくべきであると考え、医師の労働組合の結成に力を注いだ。ただし、過去に医師が労働運動を行った歴史を知る者はなく、高度技能職であるパイロットの組合（日本乗員組合連絡会議）や日本プロ野球選手会、企業での管理職で組織する東京管理職ユニオンを参考に医師の職能別組合づくりを進めた。

そして、二〇〇九年五月一六日に全国医師ユニオンが結成されることになる。この結成大会は全国医師連盟の執行委員八人の参加によって開催された。全国医師ユニオン結成の動機や目的に関しては結成宣言に表されているので、以下に結成宣言の一部を引用しておく。

全国医師ユニオン結成宣言（二〇〇九年五月一六日）

- ・ 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、医師数抑制策が、医師に過酷な労働を強いてきたこと、そして、私たちの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。
- ・ 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。

全国医師ユニオンの結成に最も大きな影響を与えたものは、過重労働と過労死であったため、結成宣言では医師が健康に働ける環境を求めており、経済的な問題は含まれていない。結成に関わったメ

ンバーに大病院勤務の医師はおらず、この時点では無給医問題は認識されていなかった。

(2) 全国医師ユニオンの活動

結成後の全国医師ユニオンは、九月二〇日に医師労働に関する啓発書として「医師の働く権利 基礎知識」を出版した。これは、勤務医は労働者であるということを知ってもらうこと、また医師に労働法を知ってもらうことを目的としたもので、過労死裁判の判決文の抜粋なども含まれたものである。また九月二七日、「勤務医110 勤務医の労働相談ホットライン」を実施し、一月二二日には全国医師ユニオンと全国医師連盟が合同で行った三六協定全国調査結果を発表した。

その他、結成後の全国医師ユニオンは、医師労働に関する講演会やシンポジウムを精力的に行っていくことになるが、講師は過労死弁護団の弁護士、管理職ユニオン・パイロットの組合・日本プロ野球選手会の各執行部メンバー、医師免許を持つ医療経済学の教授などであった。また、二〇一一年九月五日、代表の植山直人が「起ちあがれ！日本の勤務医よ」（あけび書房）を出版し、多くの勤務医に労働組合への結集を呼びかけている。二〇一二年には勤務医労働実態調査二〇一二を実施し、一三年の七月一九日に最終報告を記者会見にて発表した。

さらに二〇一一年には、日本医療労働組合連合会、全国保険医団体連合会、全日本民主医療機関連合会などの団体や個人で活躍する医師などに呼びかけることで医師・歯科医師が起ち上がり、医療再生を求める「ドクターズ・デモンストレーション」実行委員会を結

成し、医師・歯科医師が走って医療再生を訴えるドクターズ・ランニングを北海道・東京・大阪・福岡の四カ所で開催した。さらに、一月二〇日に日比谷野外音楽堂で集会とデモ行進を開催した。これには医師・歯科医師八〇〇人、医療従事者・市民も含めて二五〇〇人が参加した。このドクターズ・デモンストレーションは、当初は一時的な共同企画であったが、その後も毎年企画を行っている。

また、勤務医の労働相談を受けると同時に医師の過労死裁判等の支援も行っている。厚労省に対しては、医師の過重労働の改善のための労基法の遵守や医師の増員などを求める要請を毎年行っている。

働き方改革に関しては、二〇一七年三月二八日の働き方改革実現会議において、医師については「改正法の施行期日の五年後を目途に規制を適用することとし、具体的には、医療界の参加のもとで検討の場を設け、二年後を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得る」とされたため、全国医師ユニオンも医師の働き方改革の議論に全面的に関わることになる。

厚労省の「医師の働き方改革に関する検討会」には医療団体から医師が選出され、労働者代表として組合役員が選出されたが、医師の労働組合員が選ばれることはなかった。そのため、全国医師ユニオンは、厚労省への要請や声明の発表、シンポジウムの開催による情報発信、国会議員へのロビー活動などを行っている。なお、二〇一八年五月一五日の参議院の厚生労働委員会には代表の植山が参考人として出席、勤務医の立場から医師の働き方改革に関する意見陳述を行っている。

また、二〇一八年に無給医問題がNHKの報道により社会に知ら

れるようになると、全国医師ユニオンも無給医問題に全面的に取り組むことになる。この問題では日本労働弁護団と共同で「医師の長時間労働・無給医ホットライン」を開催したり、共同記者会見を開くなど、日本労働弁護団との関係強化が図られることになった。

さらに、二〇二〇年には新型コロナウイルスの世界的な感染流行が起こるが、これは現場で働く勤務医にとっても大きな問題となった。このため全国医師ユニオンは新型コロナウイルス問題に対応し、現場で働く医師の実態調査や厚労省への要請、シンポジウム等による情報発信を行っている。

なお、二〇二〇年一月二二日の総会で採択された第二三期の主な活動は、以下のとおりである。

- (1) COVID-19感染に関する問題への取り組み
- (2) 医師の働き方改革に関する取り組み（医師の健康確保とワークライフバランスの促進）
- (3) 無給医問題への取り組み
- (4) 女性医師問題への取り組み
- (5) 組合員の労働問題等への支援・サポート
- (6) 労災・過労死裁判等の支援
- (7) 医療安全に関する取り組み
- (8) 医療機関におけるパワーハラスメントを無くす取り組み
- (9) 全国医師ユニオンの組織強化
- (10) 他団体との協力関係の強化
- (11) 医療再生の国民運動の取り組み

結成後、全国医師ユニオンの存在は多くの医療関係者やマスコミにも知られるようになり、医師の労働問題に関しては一定の影響を持つようになるが、組織拡大に関しては困難な状況が続いている。

る。二〇〇九年の結成時は会員数が八人であったが、二〇二一年一月現在も一三〇人程度にとどまっている。終戦直後に医師が労働組合の中心を担った過去とは時代が大きく変わり、医師が労働組合に入ることのハードルはきわめて高くなっている。入会している会員も、全国医師ユニオンの会員であることを病院には知られたくないと考える医師が約半数を占めている。これは、組合に入っていることで不利益を受ける心配があるためである。この点を克服し、勤務医の組織率を上げることが医師の労働組合の存続を左右する最大の課題となっている。

六 新型コロナウイルスと医師労働

1 新型コロナウイルスの感染拡大と

脆弱な日本の医療体制

二〇二〇年の新型コロナウイルス感染の世界的な流行は、スペイン風邪以来の深刻なパンデミックとして、人類の脅威となっている。ヨーロッパ諸国の報道では新型コロナウイルスと闘う医療従事者の多くが感染し、少なくとも医師が亡くなっている。欧米などに比較すれば感染者が少ない日本でも、医療従事者の健康と生活が脅かされる事態が続いている。二〇二一年二月現在はこれまでの感染を超える第三波の最中であるが、医療はひっ迫し、地域によっては医療崩壊が起きている。感染が明らかになっても入院先が見つから

ないケースも多く、待機中に亡くなる感染者も少なくない。ちなみに、二一年一月二〇日時点の自宅療養者数は三万五三九四人となっている。

今回の新型コロナウイルスの感染拡大によって、日本の医療体制が脆弱であることが明らかになった。医師不足の日本では平時でも病院勤務医の四割が過労死ラインを越えて働いているが、集中治療ベッドの数は人口一〇万人に対して五床程度しかなく、多数の死者が出たイタリアでは一二床程度、医療体制の充実したドイツでは三〇床近くある。また、日本には感染症の専門家は少なく、第二種感染症指定医療機関三五一施設のうち、感染症専門医が勤務するのは一〇〇施設にすぎない⁽¹⁶⁾。

四月七日に「緊急事態宣言」が出され、医療現場からは悲鳴ともとれる声が出されたため、全国医師ユニオンは医療現場を守るために厚労省に緊急要請を行い、記者会見で広くマスコミに医療現場の実状を訴えた。その後、現場医師に対するアンケート調査を実施し緊急シンポジウムを開催し、現場医師の声を発信した。また、医療従事者や介護従事者に新型コロナウイルス感染に関する労災補償が適切に行われるように、日本労働弁護団と共同で新型コロナウイルスに関する労災Q&Aを作成し公表した。

2 新型コロナウイルス診療に関わる医師の労働実態

全国医師ユニオンは、「COVID-19の検査・治療に従事する医師への緊急調査」を実施し、五月一四日に発表した⁽¹⁷⁾。その主な内容は以下のとおりである。

(1) 医師の雇用形態と COVID-19診療参加の意思

雇用形態に関しては、「常勤医」が七・七％と大半を占めるが、非常勤医師が四・九％、「初期研修医」が六・一％、「後期研修医」が四・五％、「大学院生」が二・二％、経営者が四・九％、その他が五・七％であった。初期研修医と後期研修医の合計は一〇・六％と一割を超えていた。

COVID-19の検査・治療の参加の意志に関しては、「志願」が三・八％、その他は業務命令となっている。業務命令であっても「不満はない」が五二・九％である。一方、強制であり「可能であれば参加したくない」が二三・三％であった。

(2) 雇用契約について

「契約書がある」は六五・一％と低く、「契約書がない」が一九・八％もみられた。また、「わからない」が一五・一％であった。契約書のない医師が、業務命令下で感染の危険がある診療を行っていることは異常というべきである。

(3) 残業代や危険手当について

残業代が「全額払われている」は二九・一％にすぎず、「支払い時間に上限がある」が一八・六％、「時間に関係なく定額支給」が一九・二％、「時間外手当はない」が二四・四％、その他が八・七％であった。また、危険手当等の特別な手当については「ある」との回答はわずか一八・六％に過ぎなかった。

(4) 院内感染と自身の感染について

院内感染の「不安はない」はわずか八・七％、「少し不安な部分がある」が七〇・九％となっており、「かなり問題がある」が一六・三％、さらに「すでに院内感染が起きている」が四・一％であった。また、自身の感染リスクに「不安はない」はわずか一一・〇％にすぎない。「少し不安がある」が六〇・五％、「かなり不安がある」が二七・三％、「体調不良を起こすほど不安」が一・二％であった。

(5) 感染防護について

N95マスク（感染防止マスク）に関しては「十分に確保されている」はわ

ずか一四・五％しかなく、「十分ではない」が五四・一％、「使い回しをしている」が三〇・八％にものぼっている（無回答は〇・六％）。自由記載には使い回しに関して「ポロポロになるまで」「無期限」「一ヵ月ほど」など感染防護の常識からかけ離れた悲痛な実状が書かれていた。

(6) 医師の健康状態について

感染症治療を行っている医師にもかかわらず「健康である」との回答は六一・一％にとどまった。「健康に少し不安がある」が三六・六％、「健康に大きな不安がある」が一・七％、なかには「病気がちで健康とはいえない」という医師が〇・六％おり、健康管理に大きな問題があると言える。

(7) COVID-19の検査・治療を行うにあたって求めること（複数回答）

トップは「感染防護具の十分な供給」九三・六％、二番目が「院内のゾーニング等、感染防護体制の強化」六六・三％、三番目が「危険手当の支給」六一・六％、さらに「家族への感染を避けるためホテル等の確保」四五・九％と続いている（第10表）。

このように同調査は、感染リスクが高い疾患に対して、不安を持ちながら不十分な防護体制で臨まなければならない医師の現状を示している。新型コロナウイルスの感染拡大が経験のない事象である点を考慮すればこのような対応の不備は一定の理解はできるが、医師の一部は労働者としての権利が守られることなく、危険な最前線で働かされている。このようなことが公的な病院で行われていることについてはまったく理解できない。

3 経営問題が引き起こす医療崩壊

日本の多くの医療機関は通常でも経営が困難で、病院の約四割が赤字となっている。日本は国民皆保険制度をとっているが、公立病院よりも民間病院が多い。民間病院は経営基盤も弱く市場経済にも

第10表 新型コロナの検査・治療を行うにあたって求めること（複数回答）

感染防護具の十分な供給	93.6%
院内のゾーニング等、感染防護体制の強化	66.3%
危険手当の支給	61.6%
家族への感染を避けるためホテル等の確保	45.9%
通常の診療を減らす	33.1%
残業代の完全支払い	32.6%
完全な休日の確保	29.7%

〔出所〕 「COVID-19の検査・治療に従事する医師への緊急調査」 結果報告書。

とづく経営を行っているため、不採算部門を維持することは困難である。一般患者が減少すればすぐに収入が減り、これが長期化すれば経営は破綻する。

一般社団法人日本病院会、公益社団法人全日本病院協会、一般社団法人日本医療法人協会の合同でのアンケート調査では、二〇二〇年五月の病院の収益は前年度比の平均で一五・三%減っている。その内訳は、コロナ患者の治療を行っていない病院が一・四%の減少で、コロナ治療を行っている病院は一七・四%も減少となっている。

国は新型コロナウイルスに対応するために病院経営を守るとしているが、これまでの財政保障は不十分である。医療機関によっては、感染対策の議論よりも病院がつぶれないための経営対策を優先せざるを得ない事態となっている。また、医療機関によっては職員の賃金やボーナスのカットが行われ、看護師の離職も起きている。新型コロナウイルスとの闘いにおいて重要なことは、医療がしっかりと機能し、医療崩壊が起きないことである。現場の医療従事者が不安なくやりがいを持って働ける労働環境を国が責任を持ってつくるのが求められている。

おわりに

医師は戦後の労働組合結成の中心を担い、一九六〇年には約三分の勤務医が組合に加入していたことをみれば、医師が異常な長時間労働を行っていることや、働き方改革において医師の労働者性が議論されるなど奇異に感じる。しかし、このことは医師の労働問題の

解決を組合が掲げて闘い、成果を勝ち取ってこなかったことが大きく関係していると考えられる。医師の労働問題は常に存在し、インターン闘争も六〇年代の無給医の実力行使も歴史的な大きな闘いであり、国を動かし成果を上げている。しかし、そこに労働組合としての活動は見えてこない。このため、医師の労働問題に関する闘いは次の世代に引き継がれることなく忘れ去られている。その後、医師の労働問題が表面化したのは九〇年代の過労死という最悪の労働問題であったが、これも当初は遺族と弁護士士の孤立した闘いでしかなかった。

二〇〇九年に全国医師ユニオンが結成されるまでは、労働組合として正面から医師の労働問題に取り組み全国的な組合はなかった。日本の医師の異常な過重労働には様々な要因がある。封建的な医療界の体質、医療費問題に対する政治の姿勢、行政の不作為などほすでに指摘した。しかし、医師が労働組合という組織を使い自らの労働条件を改善する闘いを行ってこなかったことが、最も大きな問題ではないであろうか。

日本では医師労働に関する研究はきわめて少なく、解明が求められている分野である。今後、本稿が医師労働問題の研究を進める一助となることを期待する。

(植山 直人)

(1) 「勤務医労働実態調査二〇一七」(最終報告は二〇一八年二月二〇日に発表)は、全国医師ユニオンが日本医療労働組合連合会などの医療団体や各学会、都道府県の医師関係部署等に協力を依頼して実施した。ネットおよび手書きアンケートを使用し、回答期間は七月一日より九月三〇日まで、

有効回答は一八〇三人であった。

- (2) 文部科学省「大学病院で診療に従事する教員等以外の医師・歯科医師に対する処遇に関する調査結果」(文部科学省高等教育局医学教育課大学病院支援室) 二〇一九年六月二十八日(二〇二〇年二月七日一部更新)。
- (3) 「無給医実態報告書」は二〇二〇年二月六日に発表された。医師労働研究センターが実施し、全国医師ユニオンが協力した。一九九年九月一日から一月三〇日の期間、インターネットのウェブ回答のみで実施し、有効回答は四人であった。
- (4) 江原朋(二〇〇九年)『医師の過重労働』勁草書房、九七頁。
- (5) 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」(全国がん罹患モニタリング集計(MCIJ))。
- (6) 「救急活動の現況」平成三〇年(二〇一八) 東京消防庁、二〇一九年刊行。
- (7) 「群馬大学医学部附属病院 医療事故調査委員会報告書」二〇一五年七月二七日。
- (8) 厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会報告書」(二〇一九年三月二八日) 医師の働き方改革に関する検討会。
- (9) 岡野孝信「日本における医療労働組合の歴史的特質——戦前・戦後の生成過程より——」(二〇一七年度 千葉大学大学院人文社会科学研究所博士後期課程) 四六、五〇、五一頁。
http://opac.lichiba-u.jp/da/curator/105237/1AA_0030.pdf
- (10) 同八九頁。
- (11) 同八九頁。
- (12) 国立京都病院事件(行政訴訟。東京地裁、一九七〇年判決(二九六三年に起きた整形外科医の急性心臓死事件))。
- (13) 最高裁第二小法廷判決(平成一四年(受)第一二五〇号(未払賃金請求事件))。
- (14) 「県立大野病院事件に対する考え」(二〇〇六年五月一七日) 社団法人日本産科婦人科学会 理事長武谷雄一、社団法人日本産婦人科医会 会長

坂元正一。

- (15) 「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に関する理事長声明」(二〇二〇年四月一日) 一般社団法人 日本集中治療医学会 理事長 西田修。
- (16) 「感染症診療体制充実および人材育成に関する要望書」(二〇二〇年七月二五日) 一般社団法人日本感染症学会 理事長 舘田一博。
- (17) アンケート期間は二〇二〇年四月二四日から五月六日の一三日間、調査方法はウェブでの回答のみで、有効回答は一七二人であった。

