

# 参議院厚生労働委員会における発言要旨・資料

H30年5月15日

全国医師ユニオン代表 植山直人

## 1、はじめに

厚労省の「医師の働き方改革に関する検討会」には、医師の労働側代表が1人も入っていないため委員会の正当性に疑問がある。人選に関する再検討をお願いしたい。

## 2、基本的認識

1) 医療法・医師法改正においては「医師の働き方改革」及び「少子化対策」に対応すべきである。

\*働き方改革に関しては、ILO条約やEUの医師の働き方などグローバルスタンダードが重要。来年は、ILOが8時間労働制の条約を採択してから100周年である。

\*将来、日本の人口が減るため医師を減らすべきとの主張があるが、これは少子化対策が失敗することを前提とし、将来日本がなくなることを傍観する亡国の理論である。医療は少子化対策として何ができるかを考えるべき。

2) 必要医師数は文明が発展すれば増えていく。

第2次産業から第3次産業へ、そしてITやバイオ、医療関連の従事者は増えていく。当面は人々の医療要求も高まり、世界的にも必要医師数は増えていく。

## 3、日本の医療が抱える問題

1) 絶対的な医師不足

日本の人口当たりの医師数は、EUより3割程度少なく、その医師数で世界一の高齢化社会を支えている。このため国際比較では、日本の医師の労働時間は異常に長い。(図1・図2参照)

2) 勤務医労働実態調査2017からみえる問題点

①当直問題：交代制勤務なしが83.8%、当直明けも通常勤務ありが78.7%。30時間を超える連続勤務が続いている。(図3・図4)

②休日問題：先月の休み0回が10.2%、4週4休が守られていない医師が3割を超える。

③医療安全の問題：当直明けの勤務では、8割の医師が「集中力・判断力」が低下すると回答。約7割の医師が「医療ミス」が増えると回答。(図5)

④健康問題：健康に不安を持つ医師は約4割。病気がちと答えた医師が2.9%。(図6)

⑤医師の労働条件改善に関して：改善して欲しいことの1位「完全な休日が欲しい」、改善に有効な方法の1位「医師数の増員」。(図7・図8)

⑥診療科の偏在と労働条件：9割の医師が診療科の偏在と労働環境は関係していると回答。診療科を選択するにあたって、労働環境を考慮する若い医師が急速に増えている。(図9・図10)

⑦診療科と時間外労働時間：診療科間に大きな格差がある。(図11)これを放置すれば、診療科の偏在はさらに進行する。

⑧現場の医師は、労働時間規制を望んでいる。(図12)

### 3) 働き方改革と地域医療

日本の医療は医師の過重労働によって支えられているため、医師数を増やさずに働き方改革が進められれば医療崩壊が起こる。

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

## 4、法案の問題点

### 1) 医師数問題

・法案の「提案理由説明」にある「医師数については、戦後一貫して増加している一方、地域間や診療科間の医師の偏在については今日なおその解消に至っておりません」の記載があるが、この認識は不適切。日本は 1980 年代以降、政策として医師数抑制を行い先進国最低の医師数となっている。このため、医師の過重労働や地域医療の後退が起きている。この絶対的医師不足の解消が必要。

### 2) 偏在対策

・「都道府県における医師確保対策の実施体制の整備や医師養成課程を通じた医師確保対策の充実等」と述べられている。都道府県の体制を強化することは必要であるが、絶対的な医師不足の中では、都道府県間の医師の取り合いが起きる可能性がある。

・都市部や大学の医師不足をどう改善するのか。厚労省調査でも、地方の医師の労働時間より都市部の医師の労働時間が長いことが明らかになっている。また、大学病院の労働条件は最も悪いとのデータもある。これらの対策がない。

・診療科の偏在を問題視しているが、これまで診療科偏在の対策は全く取られておらず、今回も具体的な対策がない。

## 5、求められる改革

### 1) 働き方改革が実現可能な必要医師数の調査と対策

長時間の連続労働をなくすには EU のような交代制勤務が必要であるが、現状では多くの医療機関は医師不足のためこれを行うことができない。また診療科の偏在に関しては全く実態が明らかになっていない。何よりも働き方改革を可能にする、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。これがなければ、診療科の偏在を解消する医師対策は作成できない。地域の偏在対策と診療科の偏在対策をセットにした上で適切な医師増員が必要である。

### 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。過労運転で事故を起こせば3年以内の懲役となる可能性がある。長時間労働が医療安全を脅かしていることは明らか、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) 大学の再生

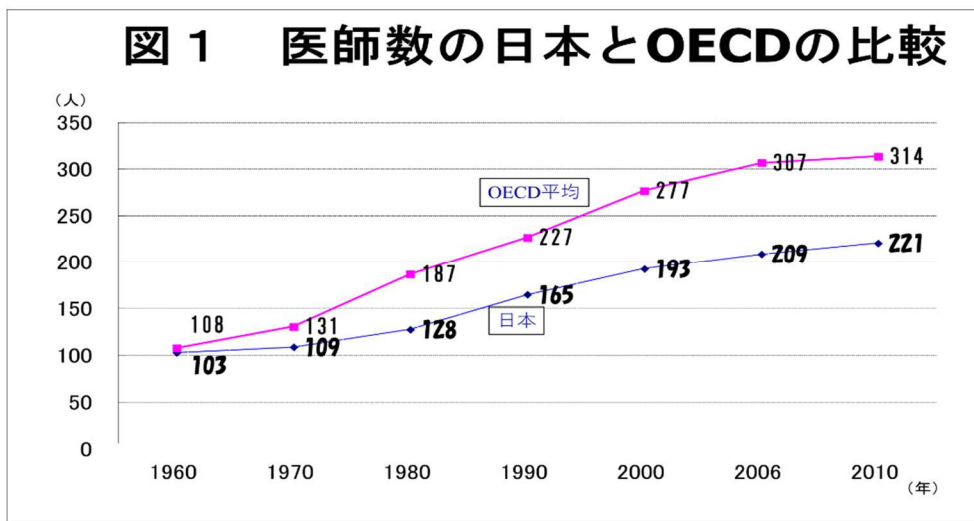
大学は医師養成の要である。これまで大学の教員は研究・教育・臨床を三位一体として担うことが当然とされてきたが、現実には1人の教員がこれを担うことは不可能であり、大学の労働条件は最悪となっている。研究や教育を担える医師の充実と役割の分担が必要であり、これまで減額されてきた国立大学の運営交付金や私立大学の補助金を健全化する必要がある。

#### 4) 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。

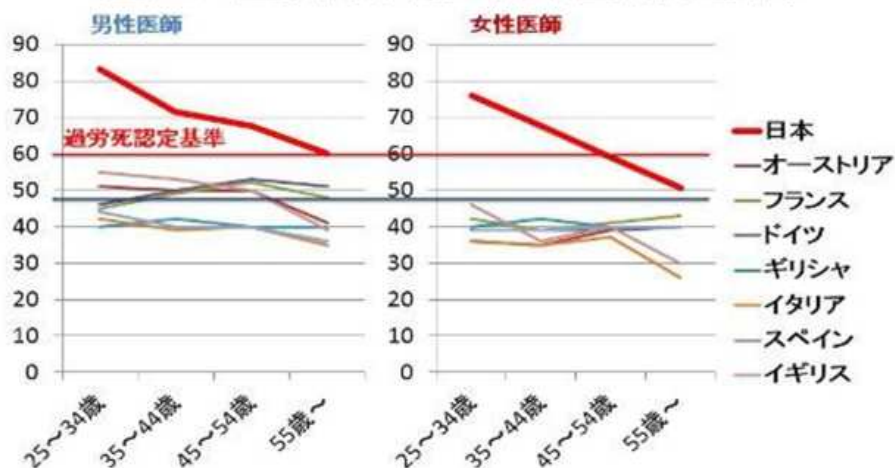
#### 5) 自由開業医制度の見直し

医療は社会の重要な資源であり、ライフラインに準ずるものである。地域や診療科の偏在対策が急がれる中で、これらに関する一定のルール作りが求められている。一方、自由開業医制度が何に対する何処までの自由を示すのかは不明である。医師や国民が納得できる制度として再定義する必要がある。



「OECD ヘルスデータ」を加工して作成 NPO 法人医療制度研究会

### 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

以下、全国医師ユニオン：勤務医労働実態調査 2017 より

図3

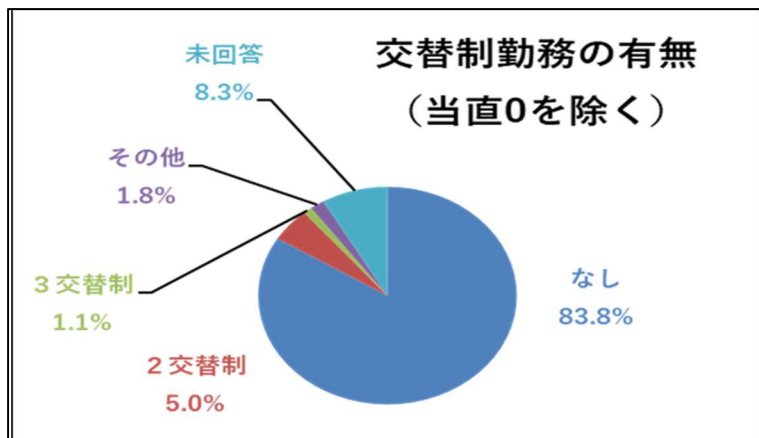


図4

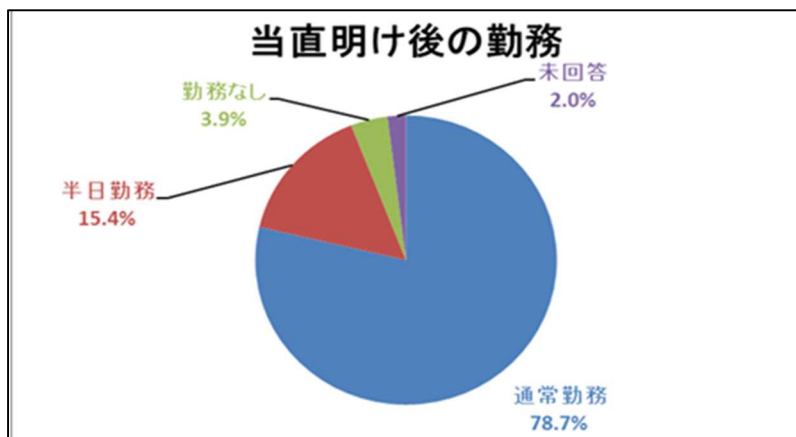


図5

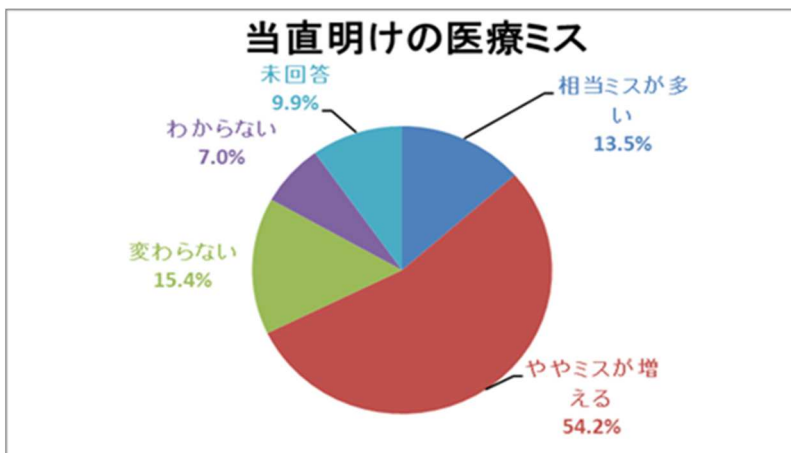


図6

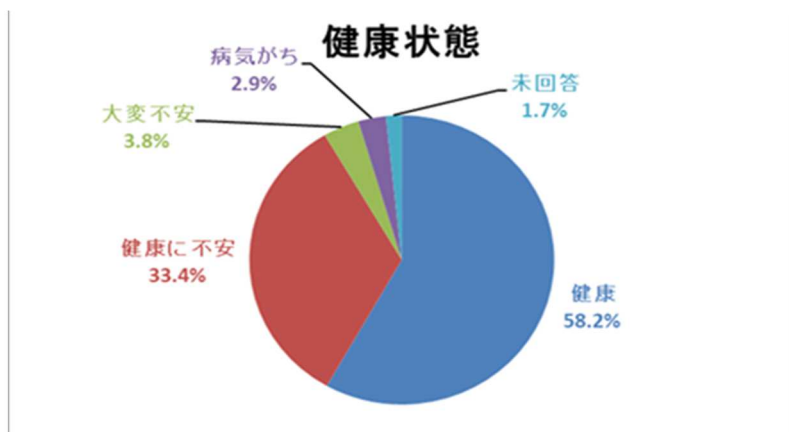


図7

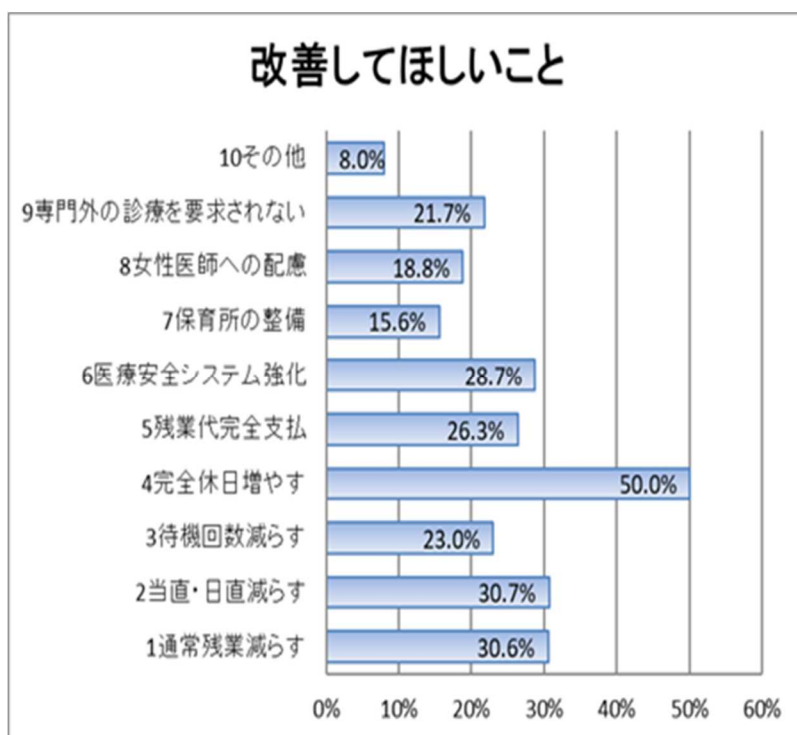


図8

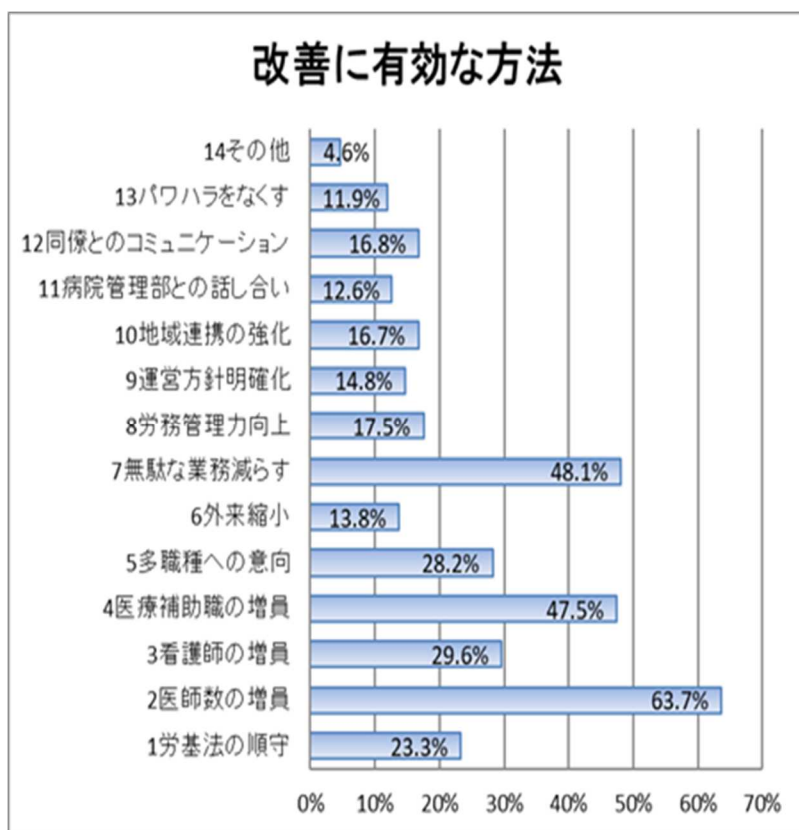


図9

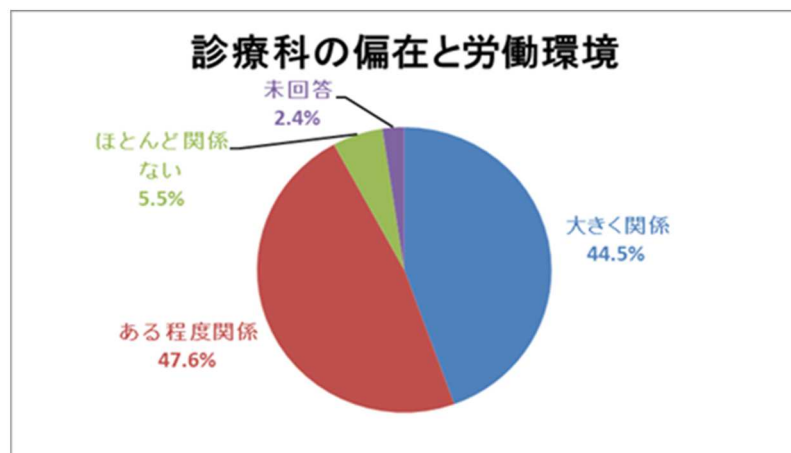


図 10

### 診療科の選択と労働環境

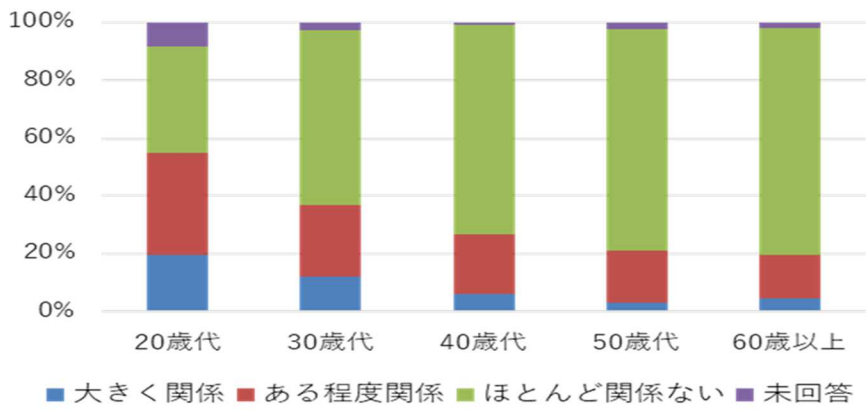


図 11

### 一カ月の平均時間外労働時間

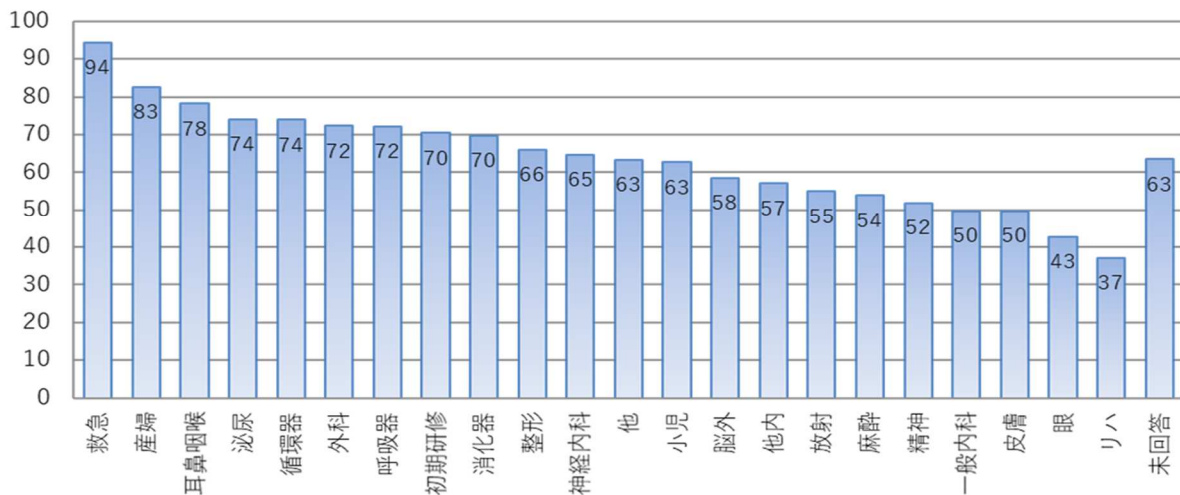


図 12

