

JAPAN DOCTORS Union News

2018年12月24日 第26号

発行所 全国医師ユニオン
〒東京都千代田区神田佐久間町2丁目
七番地第6東ビル605
TEL03-5825-6138 FAX03-5825-6139
URL <http://union.or.jp>
mail dr-union@nifty.com
発行人 植山直人

第8回医療労働研究会 医師の働き方シンポジウム ～先行事例の紹介と、これからの展望～

全国医師ユニオンは11月18日に中央大学駿河台記念館において第11回総会を開催し、その後医師の働き方シンポジウム ～先行事例の紹介と、これからの展望～を開催しました。

【全国医師ユニオン総会】

総会においては、11期の運動方針が採択されました。主な内容として、医師の働き方改革において勤務医の立場からの主張を強めていくこと、最近、報道され知られるようになった無給医問題に関しても取り組むことが盛り込まれています。また、全国医師ユニオンの主張はマスコミ等でも数多く取り上げられ、医師ユニオンは存在感は増していますが会員数が増えていないため、今期は会員を増やすことに力を入れることが強調されています。

【医師の働き方シンポジウム】

全国医師ユニオンは、これまで医師労働に関する様々なシンポジウムやワークショップを行い、日本の医師の働き方の実態や問題点を指摘してきましたが、今回は今後の展望を示すために先行事例を中心にしたシンポジウムを開催しました。

シンポジストは植山直人全国医師ユニオン代表、園田正樹先生（日本産婦人科学会の未来委員会の若手委員）、立石実先生（聖隷浜松病院 心臓血管外科）、遠藤希之先生（仙台厚生病院 医学教育支援室長）の4名で、本田宏先生（医療制度研究会副理事長）が司会を行いました。

本田先生の発言

シンポジウムでは、まず本田宏先生から問題提起としての医療費や医師数等の日本の医療の在り方に大きな問題があること、また外科医の過重労働対策の一つとしてPA（フィジシャン・アシスタント）の活用が有効であることが指摘されました。

植山代表の発言（2ページにて詳報）

次に植山代表からは、勤務医労働実態調査2017より30時間を超える当直問題がほとんど改善されていない点、休日が1日もない医師が10%を超えていること。このため、労働条件改善で最も望まれているのは完全な休日の取得であること、また改善の方策として最も望まれていることは①医師数の増員、次いで②無駄な業務をなくすこと、③タスクシフトを進めることであったことが指摘されました。また、勤務医の過半数は労働時間規制に賛成であり、反対する医師は13.9%に過ぎないことが強調されま

した。最後に、日本の医療は受診数や病床数は世界トップであるのに対し、医師等のスタッフは少なくバランスが崩れているため、これを国際標準に近づけていく必要があることが指摘されました。

園田先生の発言（次号にて詳報予定）

産婦人科医の園田正樹先生からは、日本産婦人科学会の「未来委員会の若手委員」としての活動などの話がありました。産婦人科と外科は共に医師数が減っており、医師に選ばれない診療科となっていました。産婦人科学会は様々な取り組みを行いこれを克服しつつあるとのこと。現在では、若手の産婦人科医師が医学生等に組織的なリクルート活動を行うなどの先進的な活動が紹介されました。また、産婦人科医の長時間労働を減らすための交代制勤務を取り入れた病院での事例についても、詳細な報告がありました。

立石実先生の発言（4ページにて詳報）

心臓血管外科の立石先生からは、手術室におけるME（臨床工学技士）の役割の拡大と、PA（フィジシャン・アシスタント）の必要性が語られました。聖隷浜松病院の手術室には30人ちかいMEがおり、手術には欠かせない存在となっています。MEは同じ仕事を続けるため経験が豊富で熟練度も高くなっているため、外科医からみれば非常に頼れる存在となっています。しかし、現状ではMEが行ってよい仕事は法的に限られており、持てる能力を發揮できる状態になっていません。これを変えてPAのように様々な仕事ができることになれば、外科医療のレベルは上がり、外科医の負担も軽減するとの指摘がなされました。

遠藤先生の発言（次号にて詳報予定）

仙台厚生病院は心臓カテーテル検査をはじめ様々な領



域で日本の医療機関の上位ランクの成績を出す医療機関です。通常であればそのような高い治療成績は医師の長時間労働が支えています。しかし、仙台厚生病院の医師の時間外労働は月8時間程度で収まっているとのこと。また、自己研鑽に関しては高額の自己研鑽手当が定額で支給される制度ができています。このような労働環境が作れる理由としては、医療機関として対応する診療を絞り、専門性を高め人的にも余裕を持てる体制を作っているから可能になるとのことでした。また、地域の開業医との連携に力を入れ、効率的な運営が行えている点も重要であるとのことでした。

今回の先進例は、医療全体からみれば一部の領域にとどまるものですが、その取り組みのヴィジョンや姿勢からは様々なヒントが得られるでしょう。

シンポジストの発言概要を2回に分けてご紹介します。

【勤務医の労働実態と働き方改革の方向性】

-医師のワークライフバランスと地域医療を守るために-
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ります。国連機関であるILO（国際労働機関）は1919年に創設されましたが、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ます。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す。このような考えがすでに100年前のヨーロッパではコンセンサスを得ていたため、第1号条約として採択されているのです。

ここに至るまでには、産業革命期の労働者の悲惨な労働がありました。その1例として1843年イギリスの医学雑誌ランセットに発表された論文が挙げられます。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ますが、最も低いのは工業地帯リバプールの労働者・職人でわずか15才、一方で農村部バースのジェントリー（地主）と専門職は50才を超えています。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ました。

残念ながら、今日の日本の過重労働が生んだカロシ（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ません。これらの点を考慮したうえで、医師労働の問題について考える必要があります。

2. 医師数問題

1) 医師が長時間働くことの非常識

現在、医師数問題に関しては、医師の偏在の解消が議論の中心となっていますが、日本の医師数は絶対的に不足しています。医師の働き方改革を進めるには、交代制

勤務の導入が必要となりますが、交代制勤務が導入可能な医療機関はごく僅かです。これは過疎地や中小病院だけではなく大都市や大病院においても同様です。日本の医師数は、OECD平均より3割程度少ないのが実態です。このため、EU諸国と日本の医師の労働時間を比較すると、日本の医師の労働時間の長さは異常です。EU諸国には医師は聖職であり患者のために長時間働くのは当たり前という考え方は存在しません。EU諸国では、その国にバカンス休暇の制度があれば医師も当然バカンス休暇を取るのが常識で、それが可能なシステムが作られています。医師の聖職性などは、長時間労働とは関係ありません。医師の聖職性は、患者の利益のために正直であること、嘘をつかないこと、差別なくどんな患者にも平等に力を尽くすことです。医療安全の点からは、医師こそ最も長時間労働を避けるべき職業の一つと言えるでしょう。

2) 医療需要の増加

人類の歴史は生存の歴史です。健康を求め病気と闘うことは自然の摂理であり、科学の進歩を利用し医療を発展させることは、人類にとって必然と言えます。科学が進めば第2次産業から第3次産業へと産業構造が変化します。医学やバイオ技術が進めば健康産業や医療産業はさらに発展し、当然人々の関心も衣・食・住から健康や医療に変化するため医療の需要が拡大します。従って健康や医療関連産業の従事者は増え、医学知識を持つ医師の需要も増えていきます。例えば、救急車の搬送件数はこの50年間に25倍に増えています。ある国立大学では、この20年ほどの間に手術件数が2倍に増えています。歴史の流れから、当面は医療産業の需要が減ることはないでしょうし、世界的にも必要医師数は増えていくことになるでしょう。このことは人類の進歩にともなう必然なのです。

3. 勤務医労働実態調査2017の最終報告

昨年の10月に勤務医労働実態調査2017の概要を発表し、今年1月にデータを詳細に分析した最終報告を発表しました。以下に、特徴的な結果を指摘しておきます。

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ません。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されています。

②休日問題

労基法第35条には「使用者は、労働者に対して、毎週少なくとも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。調査では3割を超える医師がこれを満たしておらず、さらには、1カ月の休みが0回の医師が1割以上存在するという深刻な実態があります。

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ません。客観的な時間管理がなければ労働時間の短縮も進

まず、産業医面接等の健康管理も行うことができません。また、労働時間の上限が設定されたとしても無意味です。

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ます。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%と、医師の健康が守られていない実態があります。

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倍近く見られました。改善のための有効な方法は「医師数の増員」がトップでした。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ます。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ります。

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%と少数でした。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ます。

4. 医療の安全性について

すでに述べたように医療安全に関しては、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。しかし、国はこの問題に関して何ら責任ある行動を取ろうとしていません。厚労省はもとより日本医療安全調査機構などは当然この問題に取り組むべきであり、日本医療評価機構なども、医療機関の労務管理や安全性に関する評価を行うべきです。

厚労省はトラック運転手の拘束時間に関して改善基準告示を策定し、一日の拘束の上限は原則13時間（例外16時間）としています。この拘束時間には休憩時間や手待ち時間が含まれています。もし16時間の拘束時間を超えて事故を起こせば、3年以下の懲役または50万円以下の罰金という極めて重い罰則が定められているのです。この罰則は、運転手のみならず使用者にも適用されます。パイロットに関してはもっと厳しい時間規制があります。

国際的には研修医の労働時間と自動車事故の研究があり、24時間以上の勤務を行った研修医の自動車事故は明らかに高くなっています。しかし、医療の安全性に関しては、日本では全くの無法状態となっており、安全性の確保に関する法体系に大きな問題があると言えるでしょう。

5. 医師の働き方改革について

1) 働き方改革と医療崩壊の危険性

現在、主に危惧されている問題は、以下のものが挙げられます。

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。

2) 必要なこと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しますが、24時間体制を維持するための当直問題は解決できません。

②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。地域別及び診療科別の必要医師数の推計を早急に行うこと、同時に地域別・診療科別の偏在対策の議論をすぐに始めることが必要です。

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りますが、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ります。

3) 歪んだ医療体制のバランスの回復

日本の医療には大きな歪みがあります。韓国を除いた場合、国民一人当たりの受診数はOECDトップです。また人口あたりの病床数もトップです。CTはOECD平均の4倍、MRIも3倍近くあります。また薬剤費も高くなっています。医師や医療スタッフは少なく病床や高額医療機器は沢山あるという歪な医療体制が敷かれています。これは診療報酬が人件費に回るようになっていないため検査や薬の処方を行わなければ、報酬が得られないシステムとなっている点が大きな原因と言えます。このような、人を軽視した歪な医療体制のバランスを回復する必要があります。

4) 今後重要となる議論と対策

①働き方改革を前提とした地域別・診療科別の必要医師数の推計と増員。

②地域偏在対策としての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診療科偏在対策としての大学における進路指導の視点と体制作り。

- ・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

⑤フリーアクセスのあり方の検討

- ・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が確保できる改定。

- ・初診料と再診料の増額
- ・入院管理費の増額
- ・手術等の手技料の増額
- ・薬剤費の減額
- ・検査費の減額

⑦国民皆保険制度の維持のための対策

【臨床工学技士の力で医師業務の改善】

聖隷浜松病院 心臓血管外科 立石 実

産婦人科も心臓血管外科医も労働条件に関してはブラックな診療科で、私も週の労働時間が100時間を超えている状況です。最近の産婦人科では若い医師の7割は女性医師が占めるとのことで、産婦人科学会は危機感をもって産婦人科に医師を募り育てV字回復に取り組んでいるようですが、心臓血管外科では私のような女性医師は1割にも満たない状況です。本日のシンポジウムでは、私が勤務する病院の臨床工学技士（ME：メディカルエンジニアまたはCE：クリニカルエンジニア）の頑張りが外科手術に貢献していることで、外科医の仕事が減っている改善例を紹介したいと思います。

ここで紹介する外科医の労働実態は、2010年の西田医師の発表したもので、これが外科医の労働実態をすべて物語っています。月の時間外労働は平均で100時間、ここが大問題で、多くの外科医が過労死ラインを超えて働いているのが現状です。一方で手術以外の仕事が半分を占めています。産婦人科医の減少はV字回復しているとのことで羨ましいかぎりです。外科医の数は右肩下がりで、専門制度による医局の復権でもあり、地方の病院の外科医は減ってきています。平成6年を1とすると、外科と産婦人科の医師が減り深刻な状況です。専門医数も減り、合格者も右肩下がりで、医師全体が増えている中で外科医はどんな地域でも減ってきています。

このような現状の中で私が考える解決策は二つあります。一つはタスクシフティング、そしてもう一つは施設の集約化です。外科医にとってはこの二つがとても重要だと思っています。

具体的な例として、私が勤務する病院の手術室で活躍する臨床工学技士の例を紹介します。当院は浜松市（政令指定都市）、静岡県南部の中核的な病院として、750床、JCI取得は日本で5番目というところ。手術数は鬼のように多く、2017年で1万件を超えています。ここで重要なことは、病院全体で臨床工学技士が75人、手術室だけで約30人いるということです。女子医大など1000床以上の病院でも臨床工学技士は30人位でしょう。当院では750床に、75人と通常の2-3倍位いるということです。当院の臨床工学技士が何をしているかという、実際に手洗いして機器の組み立てなどをおこないますが、機器の扱いは臨床工学技士の方がうまいため、医師に指導することもあります。機器の取扱の勉強会やカンファレンスにも参加し、教育のための動画を作ったり、学会の発表のスライド作りも手伝ってくれます。臨床工学技士の専門性が高まることで、医師との意思疎通も高まり、医師からも信頼が高まり、任される仕事も広がっています。手術によっては手術時間も短縮し、安全向上も進んでいます。看護師はいろんな分野を幅広く学び色々なことに対応できる職種ですが、臨床工学技士は特化したところで専門性を高めることができ、外科医との固定したチームを

組むことができます。当院では、それぞれの臨床工学技士がどこまで専門性や技術を持っているかを示す個人表まで作られており、みんながやりがいを持って専門性を高めています。



10年位まえからNP（ナースプラクティショナー）が進まない理由として、看護師も看護協会も医師の業務を押し付けられるという感覚になって反発があるのではないかと思います。当院での臨床工学技士の活躍を見ると、自分たちが専門性を高めることで裁量権が増え、主体性が高まり、やらされるというより、自分たちにまかされていると捉えているようです。、医師だけでなく他の職種の業務も効率化していくことが大切であると思います。

もう一つの重要なことは施設の集約化だと考えています。よくオレゴンルールということが言われます。①いつでもすぐ診られる、②質の高い医療、③安い医療費の3つともかなえたいのは当然ですが、3つをかなえるのは不可能というのがオレゴンルールと言われるものです。もう一つ外科で最近言われていることがあります。それは2003年のイングランドジャーナルで紹介された、外科手術の数が多いたところは質が上がるということです。

以上のこともあり、外科に関しては集約化が重要であると思います。例えば、地域に大病院が3つあったら、開業医もどこに患者を送ったらいいか迷ったりしますし、もし断られたら次と時間もかかってしまいます。また、少ない人数でそれぞれの病院の当直をやれば医師に負担がかかります。研修するうえでも、集約して多くの症例に触れる方が質も上がっていくと思います。

私はPA（フィジシャン・アシスタント）の資格化が必要かどうかは次の段階で考えてもいいのではないかと思います。まずは、臨床工学技士の業務範囲の拡大と大量育成をはかり、少ない外科医でもやっつけられる状況をつくるのが大切であると思います。

【サポーター会員募集】

全国医師ユニオンでは、ニュースの定期発行（当面は年4回）にともない、賛助購読をしていただける勤務医のサポーター会員を募集しています。また、個人や団体・医療機関等による一般購読も募集しています。年会費は1口5000円となっています。

（詳細はホームページでご確認ください。）

<http://union.or.jp/>