

勤務医労働実態調査 2012 最終報告及び厚労省要請に関する記者発表

2013年7月19日

勤務医労働実態調査 2012 実行委員会

全国医師ユニオンは昨年、オピニオンリーダーの医師や医労連等に呼びかけ勤務医労働実態調査 2012 実行委員会を立ちあげ、勤務医労働に関するアンケート調査を実施しました。小児科学会をはじめとする4学会や各医療団体の協力を得て、2108の有効回答を得て、その概要は2012年11月に速報として発表しましたが、今回はその最終結果を発表いたします。また、本日は実態調査に基づき、厚生労働省に対して勤務医の労働改善に関する要請を行いました。

1、アンケート結果の主な特徴

1) 深刻な勤務医の負担増 ～この2年間で「4割以上の勤務医は負担が増えた」(負担減の2.5倍)

すべての地域と診療科で負担増が負担減を上回っています。また、「日当直数」を除く、「勤務時間」「診療時間」「文書作業」「診療外勤務時間」「ストレス」で、「増えた」が「減った」を大幅に上回っています。

2) 当直を担う勤務医の8割は32時間以上の連続勤務

長時間労働は、いわゆる「当直」と大きな関係があります。今回の調査では、約9割は交代制勤務がなく、「当直」明けの勤務も「1日勤務」が約8割を占めます。また、「当直」の85.3%は時間外労働であると考えられます。また、拘束を前提とした「呼び出し待機」に関して、月平均が5.3回となっていますが、これを何らかの形で労働時間に反映させる必要があります。

3) 労働基準法違反が野放し ～9割の勤務医が「労働問題を話し合う場がない」～

医師の雇用にあたり「詳細な契約書がある」は僅か25.1%しかありませんでした。また、「客観的な管理がある」は32.4%に過ぎませんでした。労働問題を話し合う場があるのは約1割のみです。

特に「客観的管理あり」では、私的病院の47.0%に対して、大学病院13.5%、国公立病院14.4%など公的大病院の管理が最もずさんになっています。

4) 医療過誤の4大原因は労働問題に関係

現場の医師からみた医療過誤の4大原因は、「医師の負担増」(57.5%)、「時間の不足」(57.5%)、「スタッフの不足」(55.7%)、「過剰業務による疲労」(55.0%)となっています。

5) 約半数の勤務医が健康不安、6割以上が「やめたい」

「健康に不安」や「病気がち」と答えた医師は半数近い46.6%にも上りました。また、「最近やめたいと思うこと」の間では61.7%があったと答えています。

6) 約8割が医師不足を実感、～約6割が医師数増を求める～

82.3%の医師が自分の病院で医師不足を感じており、医師養成数を増やすべきは60.6%となっています。医師不足の解決策として、医師の地域的な偏在と診療科の偏在の解消が取り上げられていますが、すべての地域と診療科で負担増が負担減を上回っており、偏在の解消で得られる効果は限定的です。

また、診療科の偏在と労働条件の関係については、96.2%の医師が関係あるとしています。

7) 医師業務の見直し ～3割の医師はメディカル・クラークを利用できていない～

文書作業が増加していると答えている医師が多い一方で、メディカル・クラークを利用できる環境にない医師が約3割もいました。特定看護師に関しては、制度に関する危惧も多くコンセンサスを得られる状況ではありませんでした。一方で、PA（フィジシャン・アシスタント）に関しては、反対は少なく、コンセンサスの得られる業務に関しては積極的に進めるべきであると考えられます。

8) 女性医師の抱える問題 ～女性医師が常勤で働ける環境を～

今回調査では、非常勤医師に占める女性医師は36.2%で、常勤医師に占める女性医師の割合18.4%の約2倍となっています。女性医師がフルタイムで働く上での労働環境に問題があります。生理休暇が取れているのは僅か2.0%、妊娠時の支援措置では「特になし」が26.5%、切迫流産が22.4%となっています。妊娠・出産はもちろん、医師としてのスキルアップやキャリアパスにも配慮が求められています。

2、厚労省への主な要請

(1) 労働基準法遵守の重点的課題

- ①医師の労働時間も一般労働者と同様に正確に把握し適正に管理すること。
- ②通常業務をとまなう「当直」は時間外労働であることを周知徹底。
- ③拘束を前提とした「呼び出し待機」を何らかの形で労働時間として認めること。
- ④女性医師の権利の尊重。スキルアップやキャリアパスにも配慮した労働環境作りを早急に進めること。
- ⑤月80時間を超える時間外労働は、過労死の危険性があることを周知徹底すること。また、過労死防止基本法の制定に積極的に取り組むこと。
- ⑥交代制勤務の導入を進めるための数値目標をもって積極的な政策を実施すること。
- ⑦年俸制や裁量労働制に関する正しい理解を徹底すること。
- ⑨不払い労働は診療科の偏在を進め、ことを認識し指導を強めること。

(2) 医療安全における労働的視点の確立

厚生労働省は過重労働が医療事故の危険性を高めることを重視して、安全性の観点からも長時間連続労働の解消を周知徹底させること。

(3) 医師養成数のさらなる増員

医師の過重労働の原因は、医師数抑制政策による絶対的医師不足であり、15%増員されている医学部定員を、日本と同様に医師不足が問題になっていた英国のように50%増を目標に増員すること。

(4) 医療補助者の利用を促す措置

メディカル・クラークの大幅増員とPA（フィジシャン・アシスタント）の導入促進策を進めること。

(5) 勤務医負担軽減予算の流用問題の解明と確実に負担軽減に結びつく政策の策定

2010年の診療報酬改定では、重点課題として「勤務医の負担軽減」等が掲げられ、約4000億円の医療費の増額が行われましたが、この予算が何に使われたのか、厚生労働省は実態を明確にすること。また、勤務医の負担軽減に関する予算措置は、実効性のある条件を付け、効果を公表すること。

(6) 医療事故調査に関して

医療事故調査が「再発防止」を目的として機能するようにWHOガイドラインを遵守することを求めます。また、今後は、医療事故の調査には必ず過重労働による疲労や判断ミス等の視点を含めるよう指導すること。

勤務医の労働の改善等に関する厚生労働省への要請

厚生労働大臣 田村憲久 殿

2013年7月19日

勤務医労働実態調査2012 実行委員会

植山直人 (全国医師ユニオン代表)

北澤彰浩 (日本医労連勤務医対策委員会委員)

住江憲勇 (全国保険医団体連合会会長)

中原のり子 (小児科医中原過労死裁判原告)

本田 宏 (済生会栗橋病院院長補佐)

増田 剛 (埼玉協同病院院長)

80年代から始まった医師数抑制政策の下で90年代より勤務医の過重労働は深刻化し、90年代後半より勤務医の過労死裁判が次々と起こるようになりました。その後、医師不足を背景とした医療崩壊が進み、政府・厚労省も2006年になって医師不足を認め、医師の養成増や勤務医の負担軽減を掲げるようになりました。しかし、その後も過労死が起きており、とても勤務医の過重労働は改善されているとは言えません。私たちは、2012年4月に勤務医労働実態調査2012実行委員会を立ちあげて、労働実態と意識調査を同時におこなう質問項目を作成し、小児科学会をはじめとする4学会や各医療団体の協力を得てアンケート調査を行いました。

今回の調査から、勤務医はいまだに労働基準法が無視されている実態が明らかになりました。さらに勤務医の負担軽減とは名ばかりで、逆に負担が増加しているという結果が明らかとなりました。私たちはこの実態調査に基づき、勤務医の労働環境改善のために厚生労働省に以下の点を要請します。

1、求められる基本的な姿勢

90年代の後半までは医師は労働者ではないと多くの医療機関や勤務医自身が考えていました。また医師の特殊な勤務形態から、「夜間の時間外労働を労働時間とみなさない」など、多くの医療機関が誤った判断や取り決めを行っていました。しかし、勤務医の過労死裁判等が起きる中でこれまで放置されてきた問題に対して、司法が明確な判断を下していますが、勤務医の負担軽減は進まずに、労働基準法違反は放置されたままです。

厚生労働省は今年2月の6局長通知において、労働時間管理者（病院長や事務長等）の育成を掲げていますが、勤務医の労働環境を改善するためには、公的な医療の中心を担う医師への労働法遵守が何より必要で、医師労働に関する管理者の教育を徹底する必要があります。

2、厚生労働省への具体的要請

(1) 労働基準法遵守の重点的課題

勤務医労働の現状改善のために、特に以下の点に重点的に取り組むことを求めます。

- ①医療機関の管理者は、医師の労働時間も一般労働者と同様に正確に把握し適正に管理することを、労働基準局として徹底させること。
- ②労働基準監督署は、通常業務をともなう「当直」は時間外労働であることを周知徹底し、すみやかに実情に合わない「宿直」許可の取り消しを行うこと。
- ③24時間体制を維持するために、勤務医の多くは拘束を前提とした「呼び出し待機」を義務づけられています。この待機を何らかの形で労働時間として認めること。また、業務命令でなくとも医療の安全性確保のために行っている場合は、実態に即して同様の措置をとること。
- ④女性に認められている権利が労働現場で無視されているケースが多くみられます。妊娠・出産はもちろん、人間としてのライフワーク・バランス、さらに医師としてのスキルアップやキャリアパスにも配慮した労働環境作りを早急に進めること。
- ⑤月80時間を超える時間外労働は、過労死の危険性があることを全ての医療機関に周知徹底すること。また、過労死防止基本法の制定に積極的に取り組むこと。
- ⑥24時間体制の医療を担う医師の過重労働を正常化し労働基準法を遵守するには、交代制勤務の導入が不可欠です。交代制勤務の導入を進めるための数値目標をもって積極的な政策を実施すること。
- ⑦年俸制においては、契約書にあらかじめ年間の時間外労働を記載し、これを超える時間外労働が発生した場合には、その分の手当てを払う必要があることを周知徹底すること。
- ⑧医師労働で裁量労働制が認められるのは、大学等における教授・准教授・講師に限られていることを周知徹底すること。
- ⑨診療科の偏在に関しては9割を超える勤務医が、労働条件と関係していると答えています。長時間労働を担っている医師への不払い労働は診療科の偏在を進め、24時間体制の医療を崩壊させる原因であることを認識し、その解消を早急に行う指導を行うこと。

(2) 医療安全における労働的視点の確立

16時間を超える医師の連続労働は医療安全を脅かし、24時間を超える連続労働は医療事故の危険性が高いとされています。他の先進国では安全性の観点から、医師には一般の労働者よりも厳しい労働時間の規制がかけられていますが、日本では勤務医の違法な過重労働が放置されています。厚生労働省は過重労働が医療事故の危険性を高めることを重視して、安全性の観点からも長時間連続労働の解消を周知徹底させることを求めます。

(3) 医師養成数のさらなる増員

6局長通知においては医療スタッフの確保困難の理由として医師の偏在のみが挙げられていますが、根本原因は医師数抑制政策による絶対的医師不足ですから、医師数を増員することが第一の解決策です。文部科学省の必要医師数の議論でも、医師の労働基準法遵守

や医療安全上の視点からの過重労働の解消という視点がほとんどなかったのは残念でした。

この間、医学部の入学定員が15%増やされましたが、これは年間約2000名の増員で約30万人いる日本の医師の0.7%にすぎません。深刻な現状を変えるには、15%増員されている医学部定員を、日本と同様に医師不足が問題になっていた英国のように50%増を目標に、文部科学省と連携をとり実施することを求めます。

(4) 医療補助者の利用を促す措置

勤務医の負担軽減策としてメディカル・クラークをはじめとする医療補助者の導入の必要性は、これまでも指摘され進められてきました。しかし、今回の調査では電子カルテを含めた文書作業負担が増えているにもかかわらず、約3割の医師はその恩恵を被っていないとの結果が出ています。PA（フィジシャン・アシスタント）の導入も含めて、具体的な導入促進策を進めることを求めます。

(5) 勤務医負担軽減予算の流用問題の解明と確実に負担軽減に結びつく政策の策定

2010年の診療報酬改定では、重点課題として「救急、産科、小児科、外科等の医療の再建」と「勤務医の負担軽減」の二つが掲げられ、地域の中核的な病院（急性期入院医療）に約4000億円の医療費の増額が行われました。

しかし、勤務医の負担軽減は進むどころか、負担増がさらに進行し、しかも残業代の不払いも横行しています。勤務医の負担軽減を重点課題とし投入された4000億円もの予算が何に使われたのか、厚生労働省は予算の立案・執行の省庁としてその責任と実態を明確にすることを求めます。

また、勤務医の負担軽減に関する予算措置は、労働基準法遵守や長時間労働をなくすなど勤務医の負担軽減に実効性のある条件を付け、効果を明確にして公表することを求めます。

(6) 医療事故調査に関して

現在、医療事故調査に関する第三者機関が検討されていますが、個人の責任を問うべきではないとするWHOガイドラインから逸脱したものとなっており、現場の医師の不安を煽っています。医療事故調査が「再発防止」を目的として機能するようにWHOガイドラインを遵守することを求めます。

また、今回の調査では現場の医師からみた医療過誤の4大原因は、「医師の負担増」、「時間の不足」、「スタッフの不足」、「過剰業務による疲労」となっています。日本ではこれまで、医療事故の原因として過重労働による疲労等は一切考慮されてきませんでした。今後は、医療事故の調査には必ず過重労働による疲労や判断ミス等の視点を含めるよう指導することを求めます。