

医療現場の労務管理に関する研究

－勤務医等の過重労働を中心に－

埼玉県済生会栗橋病院 本田 宏

全国社会保険労務士会連合会
社会保険労務士総合研究機構

目次

| | |
|---------------------------------------|----|
| 報告要旨 | 1 |
| 序 章 医療崩壊の実態とマンパワー不足について | 2 |
| 第1章 勤務医の労働時間の実態 | 4 |
| 第2章 長時間労働の実態分析－勤務実態調査と是正勧告調査から－ | 14 |
| 第3章 勤務医の負担軽減策として－医療補助職の可能性－ | 22 |
| 第4章 医療補助職の導入のために | 34 |
| 終 章 | 43 |

執筆担当者

| 氏名 | 所属 | 執筆担当 |
|--------|----------------------|------------|
| 主任研究員 | | |
| 本田 宏 | 埼玉県済生会栗橋病院 院長補佐（外科医） | 序章 終章 |
| 研究員 | | |
| 江原 朗 | 広島国際大学医療経営学部教授（小児科医） | 第1章 |
| 福島 通子 | 埼玉県社会保険労務士会 社会保険労務士 | 第2章 第4章 |
| 早川 佐知子 | 明治大学大学院経営学研究科博士後期課程 | 第3章 第4章 |

医療現場の労務管理について

The Personnel Management in Medical Workplace

埼玉県済生会栗橋病院院長補佐，医師 本田宏

広島国際大学医療経営学部教授，医師 江原朗

埼玉県社会保険労務士会 特定社会保険労務士 福島通子

明治大学大学院経営学研究科博士後期課程 早川佐知子

[報告要旨]

低医療費政策，高齢者人口の増加により，現在の我が国の医療提供体制は，国際的に見ても充実したものとは言えない状況にある。とりわけ，人手不足に伴って生ずる勤務医の過重労働は深刻なものとなっており，過酷な急性期医療の現場から離れる勤務医が増加することで，さらなる勤務医の不足を招くという悪循環が進みつつある。

そこで本研究チームは勤務医の過重労働の実態を把握し，その原因を明らかにするために，①全国の都道府県立病院に対してなされた労働基準監督署の是正勧告の内容調査，②診療科，役職の有無，年齢，性別を異にする勤務医 5 名に関するスケジュール調査，以上二つの調査を実施した。

これらの調査から判明したことは，次の二点である。

第一に，病院に対する是正勧告は労基法 32 条，37 条の違反に関するものが圧倒的に多く，病院が行う勤務医の労働時間管理には，現在のところ大きな問題があるということである。具体的には，医師の当直業務が実態に反して労働時間としては扱われておらず，割増賃金が支払われていないこと，そして，そのまま日直に入り，32 時間を超える連続した長時間勤務が恒常化している実態などが浮かび上がり，憂慮すべき問題であると指摘できる。そのために，当直時間の扱いの見直し等を含めた労働基準法を遵守する姿勢を病院側に強く促す必要があると考える。

第二に，スケジュール調査からは勤務医の携わる具体的な職務と時間が明らかとなったが，これらの中には医師以外の職種が担当することが可能な職務も多く含まれていた。それゆえ，今一度他の医療専門職種，事務職種を含めた職務の再考が必要であり，その上で，それぞれの職務が専門性を発揮することが可能となるチーム医療体制を築くことが，医師の過重労働を解消するひとつの手段になるであろう。現在の日本の医療現場において行われているチーム医療体制に関しては，それを円滑に機能させるための連携，調整を担う職種の重要性が看過されている。アメリカの事例を鑑みるに，Physician Assistant（医師補助職と訳）や Nurse Practitioner（特定看護師と訳）といった専門性の高い医療専門職種がその役割を果たしていた。それらの職種は医師の職務の代替を務めることも可能であり，医師の過重労働解消にも貢献できるであろうことから，我が国でも導入を検討する余地があると考えられる。

序章 医療崩壊の実態とマンパワー不足について

埼玉県済生会栗橋病院 院長補佐 本田 宏

「ボロボロに疲れきった医師達，残念だが医師の犠牲と我慢の上に成り立っている制度は長くは維持できない。やがて崩壊する危険をはらんでいるだろう」。この言葉は 1992 年 10 月にクリントン大統領夫人の肝いりで、米国の医療問題解決のため国立がんセンターを 1 週間視察したサリバン厚生長官が、日本の医師の過酷な労働環境に驚いて帰国後周囲に洩らした感想である。（「日本人が知らない日本医療の真実」（幻冬舎）アキよしかわ著より）

すでに約 20 年前、日本の医療現場を垣間みた長官の予言が正しかったことは、その後日本の医療現場で医療事故や救急患者のたらいまわし、医師不足による地域病院や診療科閉鎖等で「医療崩壊」が国内で社会的問題になったことで、皮肉にも証明された。

サリバン長官が驚いたのは、経済大国の日本の医師のあまりにも過酷な勤務実態だったが、その労働環境はその後改善されることなく悪化の一途をたどってきた。しかし WHO から高い評価をえている日本の医療が、医療費や医師数ともに先進国でも大きく見劣りしていることは国内ではあまり知られていない。

現在の医療崩壊のきっかけは 1980 年初頭の「米、国鉄、健康保険」が日本経済の足かせになるという土光臨調の答申だが、それ以降日本政府は医療費公的負担削減を目的に、医療費抑制と医学部定員削減を断行し長年継続してきた。高齢化が世界一となった現在、日本の GDP 当たり医療費は先進国最低で、日本の人口当たり医師数は WHO 加盟国で 63 位、OECD 加盟国でも下位に甘んじている（人口 1000 人当り OECD 平均医師数 3.2 人、日本 2.2 人：2010 年）。現在日本の登録医師総数（高齢医師まで含まれる）約 28 万人を OECD 平均医師数と比較すると、日本はおよそ 12 万人以上不足している。

医師の絶対数不足は現場の医師に長時間労働を余儀なくさせることになった。厚生労働省の毎月勤労統計調査平成 23 年 6 月分結果確報の「就業形態別月間労働時間及び出勤日数」によれば、月間総実労働時間は製造業 174.9 時間、卸売業小売業 175.7 時間、医療福祉が 165.8 時間であるが、平成 18 年の「第 12 回医師の需給に関する検討会資料」によると、病院常勤医の 1 週間平均労働時間は 70.6 時間で（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/s0327-2d.html>），月間労働時間(30 日)に換算すると 302.6 時間となっている。

絶対数不足に加え医師の労働環境をさらに悪化させた要因として見逃せないのは、この間の長足の医療の進歩による業務の複雑化と、国民の高齢化による患者数増加である。加えて「たらい回しや医療事故」報道等に代表されるメディア等のバッシング、医師の過労死、そして医療事故に関与した医師の逮捕等が医師に与えた心的ストレスは看過できない問題であった。これらが複合的に作用して、勤務医が過酷な労働現場から去る「立ち去り型サボタージュ」という現象が発生したのである。

この度、社会保険労務士総合研究機構から「医師の過重労働に関する研究」について打診をいただいた。お引き受けした以上は本研究を通して、医師の過重改善に資する提言を打ち出したいところだが、過去 30 年以上続いた国策である低医療費と医師抑制が招いた結果である医療崩壊を阻止し、医師の過重労働を改善することは容易ではない。

しかし医療はすべての国民にとって、平時の命の安全保障と言える重要な社会インフラで、私たち日本人の目前には確実に未曾有の高齢化社会が迫っている。現場の一医療者として医療崩壊を諦めて座視するのではなく、厚生労働省や労務専門家の協力を得て、医療現場、特に医師の労働環境の実態と問題点を明らかにし、実効ある解決策を提言したいと考えた。

以上の観点から、第 1 章「勤務医の労働時間の実態」では、広島国際大学医療経営学部教授であり、小児科医でもある江原朗が、小児科勤務医の労働時間を類推、さらに当直と呼ばれる長時間連続勤務の問題点を都道府県立病院に対する労働基準監督署の是正勧告調査も含めて報告する。第 2 章では特定社会保険労務士の福島通子が現役の社会保険労務士の視点で、勤務医 5 名の労働実態調査の分析から過重労働の実態をあぶり出し、長時間労働が医師の心身を損なうだけでなく医療安全に悪影響をおよぼす危険性を報告、さらには是正勧告調査の具体例から長時間労働と割増賃金未払いの問題等についても明らかにする。さらに医師の長時間労働を改善するために、医師増員に加えて医療クラークや他の医療補助職導入によるチーム医療導入によって医師の業務分担の必要性を提示する。第 3 章では明治大学大学院経営学研究科博士後期課程の早川佐知子が研究者の立場から、勤務医の過重労働の具体的軽減策としてアメリカの Non-Physician Clinician（非医師診療従事者）と呼ばれる医師と看護師の中間的なポジションを担う 2 職種（Physician Assistant : PA と Nurse Practitioner : NP）について紹介し、PA/NP が医療現場に導入された歴史的背景、チーム医療体制普及への貢献について報告し、日本の医療現場への導入について提言する。第 1 章から第 3 章の考察を踏まえて、最後の第 4 章では福島通子と早川佐知子が、医療補助職導入の参考例を交えて日米のチーム医療体制の歴史と現状を考察し、チーム医療がどのような意味で検討され展開されているかについて述べ、今後のあるべき姿を提言する。

第1章 勤務医の労働時間の実態

Work hours of physicians reported by Prefectural medical associations and Ministry of Health, Labour and Welfare

広島国際大学医療経営学部教授 江原 朗

1. はじめに

医師の勤務実態に関して、詳細な調査結果は乏しいのが実情である。また、調査者が労務管理の専門家ではないために、数値自体の信頼性も低い。しかし、少ないながらも公表された資料を横断的に俯瞰し、その傾向を知ることは有意義なことである。そこで、医師の勤務に関する報道記事と医師自らが調査した勤務実態から、現場で働く医師が持つ勤務に関する意識を明らかにした。さらに、早川、福島の両研究員とともに県立病院の労務管理の現状を、労働基準監督署による是正勧告書から垣間見ることにした。

2. 実態がつかめない勤務医の労働実態

病院勤務医の疲弊が深刻化している。2009（平成 21）年 4 月には、奈良県（職場：県立奈良病院）に対し、「夜間の当直に関しては全て宿直手当ではなく、時間外の割増賃金を支払う」ように奈良地裁が判決を下している。さらに、2009（平成 21）年 3 月 28 日の四国新聞によれば、滋賀県立成人病センターの残業代未払いに関して、大津労働基準監督署は書類送検を行ったという。もはや、勤務医の労務管理の問題は、刑事・民事の両面から事件性を秘めているといえる。

3. 各地の医師会および厚生労働省の検討会の調査では、夜間休日の「当直」と称する救急応需が十分に捉えられていない

表 1 に、栃木県医師会（2008）¹、山口県医師会（2007）²、島根県医師会（2009）³および「医師の需給に関する検討会」（厚生労働省医政局、2006）⁴が発表した勤務医の週当たりの平均労働時間を示す。島根県医師会の調査結果は 48－59 時間未満の勤務医が最多であったが、他の医師会や厚生労働省の調査では週に約 70 時間の勤務を行っている勤務医が最も多かった。

¹ 栃木県医師会（2008）「勤務医の労働環境実態と意識に関するアンケート調査報告書」
<http://www.tochigi-med.or.jp/assets/files/medic/employee/report/report-080626-kinmui.pdf>

² 山口県医師会（2007）「医師確保対策について」
http://www.y-doctor.med.yamaguchi-u.ac.jp/publication/topics/pdf/20081110_01.pdf

³ 島根県医師会（2009）「島根県医師会勤務医アンケート調査報告」、『2009 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会報告書』
<http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/kb21.pdf>

⁴ 厚生労働省医政局（2006）「第 12 回医師の需給に関する検討会資料。医師労働環境の現状と課題」、2006（平成 18）年 3 月 27 日。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/s0327-2d.html>

表1 各県医師会および「医師の需給に関する検討会」（厚生労働省医政局）が公表した勤務医の週当たりの労働時間

| 週平均実労働時間 | 栃木県 医師会 | 山口県 医師会 | 島根県 医師会 | 医師の需給に 関する検討会 (厚労省) |
|-----------|--------------|--------------|--------------|---------------------------|
| 公表年 | 2008年 | 2007年 | 2009年 | 2006年 |
| 32時間未満 | 6.5% | 4.2% | 1.6% | |
| 32-40時間未満 | 6.4% | 7.8% | 4.6% | |
| 40-44時間未満 | 9.5% | 13.3% | 8.6% | |
| 44-48時間未満 | 6.2% | 11.0% | 7.5% | |
| 48-59時間未満 | 20.9% | | <u>34.4%</u> | |
| 59-64時間未満 | 17.1% | | 12.4% | |
| 64-79時間未満 | <u>22.9%</u> | <u>60.0%</u> | 18.3% | 平均 70.6 時間 |
| 79-99時間未満 | 9.1% | | 8.6% | |
| 99時間以上 | 1.4% | | 2.7% | |

- ・ 島根は 40-45 時間, 45-48 時間, 48-60 時間, 60-64 時間, 64-80 時間, 80-100 時間で分けている。
- ・ 栃木県医師会. 勤務医の労働環境実態と意識に関するアンケート調査報告書, 2008年
<http://www.tochigi-med.or.jp/assets/files/medic/employee/report/report-080626-kinmui.pdf>
- ・ 山口県医師会. 医師確保対策について, 2007年.
http://www.y-doctor.med.yamaguchi-u.ac.jp/publication/topics/pdf/20081110_01.pdf
- ・ 島根県医師会. 島根県医師会勤務医アンケート調査報告, 2009年
(平成21年度全国医師会勤務医部会連絡協議会報告書)
<http://dl.med.or.jp/dl-med/kinmu/kb21.pdf>
- ・ 厚生労働省医政局. 第12回医師の需給に関する検討会資料. 医師労働環境の現状と課題, 2006年.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/s0327-2d.html>

週の勤務日を5.5日と考えれば, 1日の勤務時間は12.7時間 (=週70時間÷5.5日) と計算される。午前8時に出勤し, 昼1時間の休みを取り, 夜22時ころに帰宅すると仮定すれば, 週71.5時間 (=1日13時間×5.5日) となる。しかし, この値には「当直」と称する夜間休日の勤務を含めるか否かの定義がはっきりしない。勤務医の多くは, 「当直」勤務を通常の診療であると認識していないため, こうした調査では, 「当直」時間を労働時間として算定していないことが多い。「当直」がなければ, 朝8時から夜22時まで休憩をはさんで13時間程度の勤務があっても, これほどまでに医師の疲弊が社会問題化することはなか

ったと思われる。

4. 医師の疲弊の原因は「当直」と呼ばれる非番のない長時間勤務である

では、なぜ勤務医が疲弊するのであろうか。その原因は、非番のない夜間休日の勤務にある。全国の病院数は8,739施設（厚生労働省,2009（平成21）年医療施設調査・病院報告）であり、病院勤務の医師数は、174,266人（厚生労働省,2008（平成20）年医師歯科医師薬剤師調査）である。病院1施設当たり、平均19.9人（ $=174,266 \text{ 人} \div 8,739 \text{ 施設}$ ）の医師がいることになる。しかし、8時間ごとの3交代勤務を行うと、病院1施設あたりの勤務医の数は、各勤務時間帯とも6.6人（ $=19.9 \div 3$ ）となってしまう。2交代としても、10人（ $=19.9 \div 2$ ）まで減少する。

一方、病院における入院患者数は、全国で1日あたり1,308,219人（厚生労働省,2009（平成21）年医療施設調査・病院報告）である。病院勤務の医師数（174,266人）で割ると、医師あたりの入院患者数は、7.5人（ $=1,601,476 \text{ 床} \div 174,266 \text{ 人}$ ）となる。しかし、2交代勤務にすると、各医師の受け持ちとなる入院患者数は15人、3交代にすると21.5人にまで増えてしまう。したがって、現実には交代勤務は現実的ではない。このため、多くの医師は、32時間（日中の勤務8時間+夜間の「当直」勤務16時間+翌日の日中の勤務8時間）を超える連続勤務を余儀なくされる。

5. 夜間休日の「当直」勤務は、宿日直勤務に相当するのか

厚生労働省労働基準局長通達「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」（基発第0319007号,2002（平成14）年3月19日）によれば、宿日直勤務を「病室の定時巡回、少数の要注意患者の定時検脈など、軽度又は短時間の業務のみ」としている。

したがって、休日・夜間における救急外来診療を実施している病院では、「当直」勤務は、宿日直の定義に合致しない。

では、救急応需の病院における勤務医の勤務状況の詳細は不明である。しかし、救急患者の搬送時間帯とその搬送間隔から勤務医が診療をしている時間帯を類推することはできる。筆者は、夜間休日の救急外来受診の約半数を占める小児（田中哲郎ほか,2001）⁵、とくに6歳未満の小児について、先行研究を行い、時間帯別の受診傾向から小児科医の仮眠の時間を推定した（江原朗,2006a）⁶。

2002（平成14）年社会医療診療行為報告および1999（平成11）年の東京消防庁による救急搬送数に関する時間帯別の統計を用いて、6歳未満の夜間における診療時間帯別の受診数を推定した。年間1013万人の6歳未満の乳幼児が小児救急医療を受けており、それを時間

⁵田中哲郎ほか（2001）「二次医療圏毎の小児救急医療体制の現状評価に関する総合的研究」『2001（平成13）年度厚生科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）分担報告書』

⁶江原朗(2006a)「小児救急担当者の夜間における診療と睡眠について」『小児科臨床』第59巻 p2071.

帯別に分けて、一般病院小児科の数で割れば、夜間の1時間ごとの6歳未満の1医療機関あたりの6歳未満の受診数が推計できる。

この結果、一般病院小児科1施設1日あたり8.26人が時間外の受診をしていることが判明した(表2)。

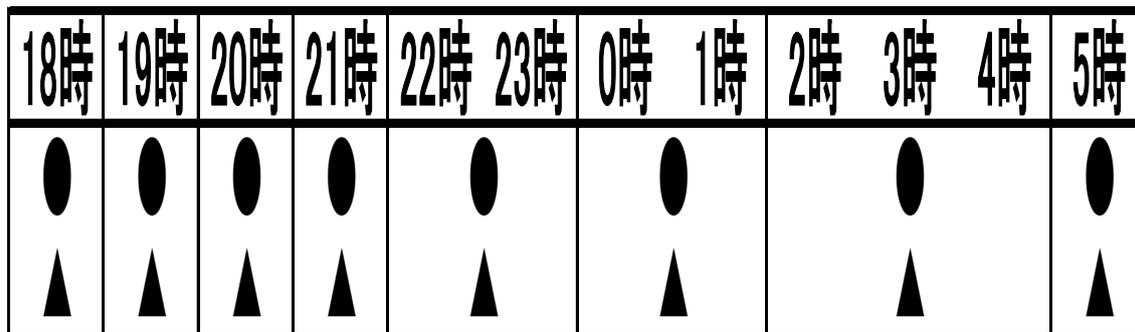
表2 1から6歳児の時間帯別救急搬送件数から推計された小児の平日夜間受診数の推移

| 0から6歳 | 時間外受診比率 (1999年) | 年間の時間別受診 (2002年) | 一般病院小児科1 施設・1日あたりの 患者数 |
|-------|--------------------|---------------------|------------------------------|
| 18時 | 13.90% | 1,405,587 | 1.15 |
| 19時 | 13.80% | 1,395,149 | 1.14 |
| 20時 | 13.80% | 1,401,238 | 1.14 |
| 21時 | 12.40% | 1,256,852 | 1.03 |
| 22時 | 10.20% | 1,030,706 | 0.84 |
| 23時 | 8.20% | 830,653 | 0.68 |
| 0時 | 6.30% | 637,559 | 0.52 |
| 1時 | 6.00% | 604,507 | 0.49 |
| 2時 | 4.60% | 470,558 | 0.38 |
| 3時 | 4.10% | 416,631 | 0.34 |
| 4時 | 3.50% | 356,615 | 0.29 |
| 5時 | 3.20% | 327,042 | 0.27 |
| 合計 | 100.00% | 10,133,098 | 8.26 |

江原朗(2006a)⁶

時間外の受診数は0時以前に多いものの、0時を過ぎた深夜帯においても6歳未満の受診者数はゼロにはならなかった。各時間帯の受診数を足して1人を超えたときに受診者が来たと考えれば、22-23時台、0-1時台、2-4時台、5時台に1人の6歳未満の受診者があったことになる(図1)。受診間隔は最長でも、午前0-1時台と午前2-4時台の間の2-3時間程度にすぎない。

図1 表2から推計される6歳未満の平日夜間の時間帯別受診者数



●

▲ は外来臨床の患者数を表す。受診患者が途切れる時間で最も長いのは、0-1時台と2-4時台の間である。(江原朗, 2006a) ⁶

交代要員がいなければ、診療を行う医師は、外来患者が途切れたときにしか仮眠をとれない。さらに、小児の救急外来には6歳以上の患者も受診する。したがって、当直時の小児科医は、実際には眠れないのが現状である。

こうしたことから、小児科の「当直」勤務は、少なくとも、宿日直の定義には合致していないといえる。

6. 「当直」勤務が宿日直の定義に当てはまらないにもかかわらず、時間外割増賃金を支払う都道府県立病院は少ない

「当直」時に救急外来を実施している医療機関は多いものの、その労務管理の実態は不明である。しかし、都道府県立病院に関しては、情報公開制度を利用することで内容を知ることができる。

2009(平成21)年4月に、奈良県は「宿日直勤務中の超過勤務手当の支給状況について(照会)」との題名で、各都道府県に都道府県立病院の当直勤務時と自宅待機時における手当の支給の調査を行った⁷。そこで、奈良県に情報公開制度を利用した開示請求を行い、調査の結果を入手した。

調査結果を図示したものが図2と図3である(県別描画ソフト mapmap ver6 を使用)。

宿日直時に通常勤務、つまり、救急外来応需を行ったときにどのような手当をするかを示したものが図2である。2009(平成21)年4月現在、夜間の「当直」勤務の際に医師が通常の診療行為(救急診療)を行っても、栃木、群馬、東京、石川、福井、島根の6都県では、宿日直手当のみで時間外の割増賃金を支払わないと回答していた。一方、「当直」時間中全てに時間外割増賃金を支払うと回答していた県は、沖縄1県だけであった。他の道府県は、宿日直手当に加えて診療した時間に時間外割増賃金を支払っていた。なお、診療行為を行っていた時間に対して、宿日直手当を減額する県としない県が混在していた。

⁷ 奈良県(2009)「宿日直勤務中の超過勤務手当の支給状況について(照会)」

図3 自宅待機に対する手当がない都県
(2009(平成21)年4月15日奈良県調べ)



- ・ 他府県は、860-3700 円/回の待機手当を支給している。
- ・ 秋田県，静岡県，大阪府，岡山県の資料はない。

7. 都道府県立病院に対する労働基準監督署の是正勧告

筆者(2009)⁸は、先行研究として、労働基準監督署によって是正勧告を受け、さらに新聞報道がなされた国公立病院に関して、労働基準法違反の解析を行った。新聞データベース

⁸ 江原朗(2009).「国立大学病院・公立病院は労働基準監督署からどのような是正勧告を受けたのか」『日本小児科学会雑誌』第 113 巻 p1268.

を用いて、労働基準監督署から労働基準法違反の指摘を受けた病院を同定し、その病院の開設者に是正勧告書の開示請求を行った。入手した是正勧告書を解析した結果、その違反の多くは、32条違反（労働時間）と37条違反（時間外、休日及び深夜の割増賃金）であることが判明した。

今回は、さらに是正勧告書入手する範囲を広げて、各都道府県が開設する自治体病院に対して労働基準監督署が交付した是正勧告書入手することにした。開示請求は、早川、福島の両研究員が担当した。巻末には、入手した是正勧告書の一部を添付する。

2010（平成22）年7月に各都道府県の情報公開担当部局に開示請求書を提出し、都道府県立病院に対する是正勧告書入手することにした。請求の対象とする是正勧告書は、2000（平成12）年以降のものとした。

開示請求を行った各都道府県立病院197施設のうち60施設分の是正勧告書が公開された。是正勧告件数は106件に及ぶ（表3）。労働基準法違反の比率が最も高率であったものは労働基準法32条違反（労働時間）、ついで、37条違反（時間外、休日及び深夜の割増賃金）であった（表4）。結果は、筆者(2009)⁸の先行研究と同様の傾向であった。

表3 各都道府県が設置する病院に対する是正勧告書
（2010年7月に各都道府県に開示請求）

| 項目 | 数値 |
|--------------------------------------|-----|
| (A) 開示請求を行った医療機関数 | 197 |
| (B) 是正勧告を受けた医療機関数 | 60 |
| (B) ÷ (A) 比率 | 30% |
| (C) 是正勧告件数 | 106 |
| (C) ÷ (B) 是正勧告を受けた医療機関における 平均勧告件数 | 1.7 |

表4 是正勧告書における労働基準法違反の内容
(2010年7月に各都道府県に開示請求)

| 条文 | 違反件数 (延べ) | 比率 (延べ) |
|---------------------|-----------|--------------|
| 15条 労働条件の明示 | 7 | 6.6% |
| 20条 解雇の予告 | 1 | 0.9% |
| 24条 賃金の支払 | 5 | 4.7% |
| 32条 労働時間 | <u>64</u> | <u>60.4%</u> |
| 34条 休憩 | 3 | 2.8% |
| 35条 休日 | 16 | 15.1% |
| 36条 時間外及び休日の労働 | 2 | 1.9% |
| 37条 時間外、休日及び深夜の割増賃金 | <u>35</u> | <u>33.0%</u> |
| 39条 年次有給休暇 | 2 | 1.9% |
| 89条 作成及び届出の義務 | 11 | 10.4% |
| 106条 法令等の周知義務 | 3 | 2.8% |
| 107条 労働者名簿 | 2 | 1.9% |
| 108条 賃金台帳 | 11 | 10.4% |
| 109条 記録の保存 | 1 | 0.9% |
| 是正勧告件数 | 106 | 100.0% |

今回の検討では、都道府県立病院の30% (=60÷197) が労働基準法違反を指摘され、是正勧告を受けた病院では、平均 1.7 回 (=106÷60) の是正勧告を受けていたことが明らかになった。現行の低医療費政策のもと、違反を犯している病院は1回の勧告では十分な改善が見られていないようである。

もちろん、是正勧告書の保管義務は3年であるので、3年以上経過したために破棄された文書もあると思われる。したがって、実際には、今回の解析値を上回る違反が労働行政当局から指摘された可能性が高い。

むすびにかえて

勤務医の疲弊の原因は、朝から夜までの通常の勤務時間が長いことではなく、「当直」と呼ばれる翌日の非番のない夜間の通常勤務をはさんだ32時間を超える連続勤務であると考えられる。しかし、「当直」勤務に対しては、宿日直勤務の定義を満たさないにもかかわらず、多くの都道府県立病院は労働法規に準じた時間外割増賃金の支給がなされていなかった。

医師不足により、法定労働時間の週40時間では、医療の需要を満たせないとしても、36協定の締結を行い、また、超過勤務に対しては法に基づいた割増賃金を支給することが不

可欠である。

さらに、医師の疲労は医療事故の増加につながる危険性（江原朗, 2006b）⁹もあり、病院における適切な労務管理の徹底は不可欠である。

⁹江原朗(2006b)「医師の長時間労働は医療安全に有害ではないのか」『日本医事新報』第4263巻 p73.

第2章 長時間労働の実態分析—勤務実態調査と是正勧告調査から—

The realities of long work hours of physicians

—Based on factual investigations of working environment and Corrections from the Labour Standards Inspection Office—

特定社会保険労務士 福島通子

1. はじめに

近年、高齢化社会の進展に伴い、患者数の増加、医師不足及び地域的偏在などが問題視されている。このような状況の中、日本の医療をいかに持続可能なものにするか、制度の立て直しを含めて検討が重ねられているが、机上の議論では即効性のある政策を打ち出すのは難しい。まずは現場の状況を正しく知る必要があると考え、多方向からの分析を試みることにした。第1章において、医師の労働時間の実態を数字で表すことにより過重労働が示唆された。人員不足や過重労働の深刻さを主張するこの数字からみれば、多くの病院で、法に則った労務管理がなされているとは限らない状況にあることが窺えるが、こうした報告の多くは医師会等からのものであり、社会保険労務士等の労務管理の専門家による分析は見受けられない。そこで、第2章では、第1章の報告の裏付けとなるような、より具体的な実態を把握し、社会保険労務士としての視点で現状分析を行った結果を報告する。

なお、前提として、病院に勤務し、使用者の指揮命令に服して労務の提供を行い賃金を支払われている限りにおいて、当該医師は労働法第9条¹⁰に規定する労働者であり、労働基準法の適用を受けるものとする。

2. 勤務医の勤務実態調査

調査の方法としては、第一に、診療科、役職の有無、年齢、性別を異にする勤務医5名に協力を要請し、医師の勤務実態調査を行った。平成22年8月または9月の任意の1週間にわたり、各日の業務内容と要した時間、休憩等の業務以外の内容と要した時間、プライベートの時間等について、時間軸をあらかじめ記載してある調査用紙への記入を依頼した。5名の医師からこの調査票の提出を受けている。さらに、1ヶ月にわたって、業務かそれ以外かが区別できる程度の内容の記入を依頼したが、この調査票に関しては、多忙な日常の

¹⁰ 労働基準法第9条 「この法律で「労働者」とは、職業の種類を問わず、事業所又は事務所（以下「事業」という。）に使用される者で、賃金を支払われる者をいう。」

労働者性の判断基準としては、事業に「使用され」、その対償として「賃金」を支払われるか否かであるが、その判断が困難な場合には、労務提供の形態や報酬の労務対償性などから総合的に判断される。特に「使用従属性」に関して、仕事の依頼、指示等に対して諾否の自由があるか否か、内容について指揮命令があるか否か、勤務場所及び勤務時間の拘束があるか否か、等が判断材料となる。

ためか2名の提出にとどまった。各医師より提出された調査票の内容を精査し、労働時間の長さ、休憩、当直における実労働及び仮眠時間、私生活とのバランスの状況などを分析した。 ＊一覧表（資料1）参照

なお、多忙を極めた中で調査にご協力いただいた医師の皆様に、心より感謝の意を表したい。

（1）A医師の場合（資料2）

A医師は、産婦人科の中間管理職の女性医師である。1日平均12時間超の勤務時間であり、8時間を超える労働時間であっても法定の60分の休憩時間は取れない。特に、緊張を強いる手術と手術の合間でも休憩時間がとれていないことは、医療の質・安全の点からも問題視すべき点である。なお、このA医師に関しては育児中ということが配慮されていてこの状態である。それでも、土曜日には自己研さんのため学会¹¹に出席している。

（2）B医師の場合（資料3）

B医師は、男性の大学病院の救急医である。臨床、研究、教育を並行して行っており、その中には動物実験等も含まれていた。救急患者に対応するため、患者待ちの時間が多く見受けられた。一見手待ち時間で労働密度が低い時間に思われるが、当然運ばれてくるのは救急患者であり、かかりつけの患者であることはほとんどなく、診療情報を持たずに運ばれてくるため、常に緊張を維持して待機しなければならない。また、仮眠時間にも絶えず連絡が入り、そのたびに救急患者の対応に追われ、本来の意味での仮眠は取れていない状況であるため、その患者待ちの時間¹²すべてが労働時間としてカウントされるべき時間であると判断する。

（3）C医師の場合（資料4）

C医師は、大学関連病院の消化器外科の若手女性医師である。1日平均17時間を超える勤務時間であり、休憩も十分に取れない状況であることがわかる。休憩時間という表示はあるものの、診療の合間に小刻みにとっている状況で、まとまった時間がとれるわけではない。当直時間中も、入院患者、急患の対応で、未明まで仮眠の取れない状況が続いている。一見して仮眠がとれているように見える日もあるが、仮眠と病棟業務の繰り返しであり、実際は眠れていないという。それどころか、1週間を通して睡眠時間の確保が難しい状況にある。特に夜間は人手が足りないため、医師以外のスタッフが担当すべき部分も医師

¹¹ 学会に出席するからといって業務が軽減されるわけではない。しかし、学会に出席し、発表することにより、患者から学んだことを次世代に残す、あるいはその情報を共有することには意味がある、と考える医師が多い。

¹² 患者待ちの時間は、現実に作業に従事してはいないが、いつでも就労できる状態で待機している時間である。この時間は一定の拘束下に置かれて待機していることから、仕事から完全に離れることを保障されている時間（休憩時間）ではないと考える。

がフォローしている。休日も担当する患者が心配で、ボランティア的な出勤をしている。

また、若手医師の場合、大学病院の給料では生活できない場合が多く、外の人手不足の病院のニーズと合えばアルバイトに行く医師が多い。アルバイトは禁止されていないケースが多い。労働基準法上の労働時間は、複数の事業場に勤務する場合通算してとらえる。しかし使用者側には医師の労働時間を通算してとらえる意識はほとんどなく、所属する主たる病院では過重でなかったとしても、医師本人は総合するとかなりの過重労働に従事しているケースもある¹³。

(4) D医師の場合(資料5)

D医師は、小児科の女性研修医である。研修医であることと産休明けであることに配慮がされているが、それでも夜勤がある。休憩時間は十分にとれていない。

(5) E医師の場合(資料6)

E医師は、民間病院の副院長(当時)の男性外科医である。1日平均14時間超の勤務時間で、4連続当直をこなし、当直以外は日勤で、なんと休日はない。いわゆる管理監督者としての管理職の立場¹⁴でありながら自らが執刀医として緊張を伴う手術を断続的に行い、同時に研修医に指導を行っている。手術と手術の合間に部下に指揮命令を下し、事務作業も行っている。また、当然、管理職として経営に対する配慮も求められている。研修医の教育プログラム作成にも従事し、プライベートはほとんどない状況で、多様な立場の業務を行っている。書類作成業務も目立ち、帰宅後も書類作成を行っている。

E医師については、早川、福島の両研究員がE医師を訪問し、ヒヤリング調査を行っている。(資料7)詳細は資料を参照されたい。

¹³ 労働基準法第38条 「労働時間は、事業場を異にする場合においても、労働時間に関する規定の適用については通算する。」

たとえば、1日においてA事業場で労働した後にB事業場で労働する場合、1週間において月曜日から金曜日までA事業場で労働し、土曜日と日曜日にB事業場で労働する場合など、一人の労働者が別個の事業場で働く場合は、事業主が別の事業場であっても労働時間を通算して、労働時間に関する規定が適用される。よって、A、Bの労働時間の通算の結果、時間外労働に該当する場合は、割増賃金の支払いを要する。よって、労働契約締結に当たっては、その労働者が他の事業場で労働していることを確認したうえで契約を締結すべきである。

¹⁴ 労働基準法第41条 「(略)労働時間、休憩及び休日に関する規定は、次の各号の一に該当する労働者については適用しない。一 (略) 二 事業の種類にかかわらず監督若しくは管理の地位にある者又は機密の事務を取り扱う者 三 監視又は断続的労働に従事する者で、使用者が行政官庁の許可を受けたもの」

二 の者とは、事業経営の管理的立場にある者又は事業主と一体をなす者であって、労働時間、休憩及び休日の規制を超えて活動を余儀なくされるといった経営上の必要から認められる、重要な職務と責任を有している者を指す。なおその地位にふさわしい処遇がなされているか否かに留意する必要がある。

以上、勤務医の勤務実態調査を行った結果、過重と言わざるを得ない労働実態が把握できた。また、過重労働だと承知しているがやらざるを得ないと感じている医師もいれば、過重であることさえ思い至らないほど、診なければならぬ患者に集中し、結果的に危険な状態になっている場合もあることがわかった。多くの患者が医療を必要としても、人員も時間も限られている。結果として、一人に係る密度を薄くせざるを得ない。物理的に診られない状況もある。こうした事情を知らずに、「3時間待ち3分診療」「タライ回し」（実際は受け入れ不能）など、医師たちにとって心の痛む言葉が飛び交っているのが現状であることを、我々は認識しなければならない。

さらに、問題視すべきは当直業務である。入院や救急を行っている病院では、夜間・深夜の患者対応が必要である。勤務医には当直が科せられる。労働基準法では、監視又は断続的労働に従事する者で、使用者が行政官庁の許可を受けたものは労働時間、休憩及び休日の適用除外となる旨が第41条に規定されている。監視又は断続的労働に従事するとは、本来の業務がこれに該当する場合（たとえば駐車場の監視業務、守衛など）と宿日直勤務でこれに該当する場合などがある。適用除外の許可を受けていれば、当直の時間について時間外労働とは判断されず、割増賃金の支払いも要しない。しかし、それは勤務の様態が、ほとんど労働する必要のない勤務であることを意味し、通常の労働と比して労働密度が低く、仮眠が十分取れることが要件の一部である。つまり、労働時間、休憩、休日の規定を適用しなくても、労働者保護に欠けることがないことが前提である。実態は、上記の通り、通常勤務の延長に他ならず、仮眠もとれない状況が日常化しているということがわかる。一般的には、当直勤務が労働時間として捉えられていないため、当直明けにそのまま次の勤務に入るケースが多い。こうした医師の長時間労働は心身を損ない、疲労が蓄積した医師の治療を受ける患者の医療安全にかかわる問題を内包していることに對し、至急なんらかの方策を講じなければならない。

当直業務等に関して、注目すべき訴訟がある。奈良県立奈良病院の産科医2名が当直勤務は時間外・休日勤務であるのに割増賃金が支払われていないとして、時間外割増賃金などの支払いを奈良県に求めた訴訟である。宿日直の間は、場所的拘束を受け、呼び出しにも速やかに応じることが義務付けられており、病院の指揮命令下にあることから、この時間は割増賃金を支払う対象となる労働時間であるとし、2009年(平成21年)4月22日の奈良地方裁判所で、未払割増賃金、遅延損害金の支払いを求める判決が出た。

また、2010年(平成22年)11月16日、奈良県立奈良病院の産科医2名が当直勤務の時間外割増賃金などの支払いを奈良県に求めた訴訟の控訴審判決で、大阪高裁（紙浦健二裁判長）は、当直を労働時間であると認め、奈良県に合計約1,540万円の支払いを命じた奈良地裁判決を支持し、原告、被告双方の控訴を棄却した。

紙浦裁判長は、産婦人科医不足で県立奈良病院には県内外から救急患者が集中的に運ばれ、分娩件数の6割以上が当直時間帯だったと指摘し、当直勤務について「通常業務そのもので、待機時間も病院側の指揮命令下にあった」と判断した。緊急時に備えて自宅待機

する「宅直勤務」は時間外手当の支給対象と認めなかったが、「繁忙な業務実態からすると過重な負担で、適正な手当の支給などが考慮されるべきだ」と述べた¹⁵。

県は、同月 30 日、一審判決を支持した大阪高裁判決を不服として最高裁に上告した。確定すれば指導対象は病院全体に広がり、その影響は甚大となることが予想されるため、結果が注目される。

3. 是正勧告調査

ここでは、第 1 章 6. の江原研究員が概要を報告した是正勧告調査に関して、具体的な内容を報告する。

調査方法は、前述のとおり、平成 22 年 7 月に、47 都道府県の 197 施設に対して労働基準監督署が交付した 2000 年から 2011 年 7 月までの是正勧告書（指導票を含む）の開示請求を行い、約半年をかけて、該当する 60 施設分の資料を入手した。（抜粋資料 8）

入手した情報を一覧にまとめ、是正勧告・指導票の指導事項を、労働基準法等の条文ごとに区分した。

（1）是正勧告とは

労働基準監督官による臨検は、定期的に行なわれるもの、労働者の申告によるもの、労働災害の原因究明及び再発防止のために行なわれるもの等がある。

臨検の方法としては、監督官が直接立ち入り調査をして指導する方法、帳票類を監督署に持参させ確認する方法、調査紙を送り、調査紙の回答をもとに法違反が疑われる事業所を訪問するなどの方法がある。まず、調査協力の通知が届き、調査日までに準備する書類等が通知される。調査日決定後、当日に監督官が来訪し臨検の実施となる。目的によっては、突然来訪する場合もある。

事前に準備する書類は、①業務概要がわかる書類、②組織図、③就業規則、④時間外労働・休日労働に関する協定届（いわゆる 36 協定）、⑤（変形労働時間制を採用している場合はその協定書）、⑥年次有給休暇管理簿、⑦賃金台帳、⑧労働者名簿、⑨タイムカード・出勤簿等、⑩残業申請書などの時間外労働を記録している書類、⑪雇い入れ時の労働条件通知書、⑫一般健康診断の個人票、⑬衛生管理者・産業医・安全管理者等の選任報告書の写（労働者数 50 人以上）、⑭衛生委員会の議事録（労働者 50 人以上）、⑮定期健康診断の結果報告書の写（労働者 50 人以上）、などである。ただ単に書類を準備するだけでなく、調査対象となっている項目について説明を要することは無論のことである。調査官がどのような目的をもって行政指導をするのかを考慮しなければならない。

臨検の際に法令違反等が見受けられた場合は是正勧告書が交付される。状況によっては、指導票という別書式が添付される場合もある。指導票は、法違反ではないが改善の必要がある事項について交付される。

¹⁵ 2011 年 11 月 16 日朝日新聞

(2) 是正内容分析

病院等の医療機関を対象とした臨検は、労働時間管理に着目した内容が多く、割増賃金の未払いを指摘し、遡及支払いを伴うケースが多い。しかし、賃金の遡及支払いが最終目的ではなく、対象となる病院の法令違反を改善し、過重労働による健康障害を防止する目的が窺える。

対象病院の197件のうち、労働基準法第32条¹⁶違反が最も多く、64件あった。第32条は、労働時間の限度時間を規定しており、現状では病院において最も法令遵守しにくい労働条件と言わざるを得ない。長時間労働に関する是正勧告に対して、改善報告をしなければならないが、勤務体制の見直しを検討するとしても、増員が難しい状況では速やかな解決には至らない例が多い。恒常的な時間外労働の改善、深夜勤務、終夜勤務を断続的に繰り返すことにより、睡眠リズムは乱れる。心理的負荷も大きくなることからメンタルヘルズに注目した是正勧告も見られた。

ついで多いのが、第37条¹⁷違反である。時間外、休日及び深夜の割増賃金支払いについての違反である。また、限度時間を超えて働かせることに対してのいわゆる36協定の有無についての是正も多い。1日8時間、1週40時間を超えて働かせるには、36協定の締結・届出、割増賃金の支払いが必要であるが、協定が締結されていない場合もあれば、協定の締結が形骸化していて実態とそぐわない場合もある。時間外・休日労働に関する協定の届出がないのは論外であるが、届出の時間を超えて労働させなければならないという実情があることも事実である。

部長職以上のいわゆる管理職の立場にある医師に対して、深夜の時間外労働に対する割増賃金の支払いを求める是正勧告もあった。管理監督者であって、時間外労働に対する割増賃金の対象とならない場合であっても、深夜は除外される。よって、宿直時に実労働があれば、その時間帯に対する深夜割増は必要となる。それが支払われていないという指摘である。

また、資料として添付した是正報告書にある通り、「宿日直勤務中における通常業務に係る労働時間について、適正な把握に努められたい」「医師等が、本来の宿日直を逸脱する勤務体制が散見される」等の指導事項も複数件あった。宿日直勤務に係る許可基準と労働実態がかい離していることから、宿日直の回数、勤務内容、時間等に関して改善するよう指導がなされているが、速やかな改善策がない様子が見える。改善報告書の中には、36協

¹⁶ 労働基準法第32条 「使用者は、労働者に、休憩時間を除き1週間について40時間を超えて、労働させてはならない。使用者は、1週間の各日については、労働者に、休憩時間を除き1日について8時間を超えて、労働させてはならない。」

¹⁷ 労働基準法第37条 「使用者が、第33条又は前条第1項の規定により労働時間を延長し、又は休日に労働させた場合においては、その時間又はその日の労働については、通常の労働時間又は労働日の賃金の計算額の二割五分以上五割以下の範囲内でそれぞれ政令で定める率以上の率で計算した割増賃金を支払わなければならない。一略一」

定の限度時間に収めるために、「医療事務作業補助者等を雇用し医師等の業務軽減を行って」いる旨の報告もあった。また、「業務分担の見直しや職種間の連携や協力」を図ることを宣言するものもあった。

このように是正勧告のほとんどが労働時間に関連する指摘である。労働時間とは、使用者の指揮監督（黙示の指揮命令下にあることを含む）のもとにあることをいい、必ずしも、精神あるいは肉体を活動させていることを要件としていない。たとえば、救急医療の現場で、患者待ちの状態でも肉体的には体を休めている状態であっても、それは、「労働」であり、待ちの状態であっても労働時間であるということが出来る。この意味において、許可を受けて適用を除外されている「宿・日直」中でも、救急患者への対応がほぼ連日となっている事実からして、この時間帯は労働時間であると判断できる場合が多い。是正勧告においても、この事実について改善命令が出ている。「宿・日直」が間欠的な作業に終始するものではなく、実態は実労働が頻繁に行われているという指摘である。しかし、これに対し、その多くは、鋭意努力しているものの短期的な改善は難しいと報告している。

以上、是正勧告調査を行った結果、長時間労働を強いられ、休息が得られない、未払い賃金が発生している、といった状況における、医師、その他の医療従事者の労働環境の悪化を知ることができた。また、医療従事者の絶対数不足がさまざまな問題として顕在化してきていることが確認できた。

（3）改善に向けての提議

昭和23年の医師法制定当時よりの「応召義務」という、診察治療の請求があった場合には正当な事由がなければこれを拒めない規定が、目の前に患者がいればたとえ睡眠時間を削ってでも治療するという医師の使命感を強固なものにしているとも考えられる。結果として、「医は仁術」の精神と、「応召義務」に従う勤務医は、過労死の危険因子と隣り合わせで医療を担っているともいえる。このような労働環境下での医療の提供は、医療従事者の健康被害はもとより、質の低下を招く危険性をはらんでいる。

日本で起こされた医療訴訟の中には、医療行為そのものが間違っていたことに対してだけでなく、医師が細部にまで注意を払い、手を尽くしたという証拠がカルテなどに記載されていなかったために敗訴に至った例もある。医療の不確実性について患者等に伝えることが不十分であったことが一つの理由ではあるが、それと同時に過重労働のためカルテ記載が薄く、訴訟になったら証拠がないという現状も問題視しなければならない。

医師が不足する理由として、絶対数不足のほかにもいくつかの理由があげられる。たとえば、研修義務化による偏在も理由の一つとして挙げられている。卒後研修病院を自由に選択できることとなったため、症例数の多い病院や都市部・中央部の有名な病院に偏る傾向を生んだ。地域偏在として表面化した医師不足は、残された医師の過重労働を引き起こし、その過重労働を原因として勤務医がやめるケースが増加し、過重労働の大きい診療科の医師不足が大きな問題となった。特に勤務医に顕著に現れ、急性期病院の当直に携わる

勤務医は、ほとんど一晩中睡眠がとれない状況のままで、当直明けの翌日には通常勤務に戻り診療や手術を行うことになっているのは調査でも明らかになった。これに耐えきれない勤務医が辞める、あるいは開業医となるなどのケースが増加している。また、診断法や治療法が進歩し、これまで発見されなかった疾病に治療法が開発されたこと、高齢者の増加なども原因の一つとされるが、それらは表面的な理由に過ぎず、根底にはやはり絶対的な医師不足と医療費抑制の問題があると思料する。

指摘された是正事項を改善するには、まずは医師の増員が必要であろうと考える。労働時間の短縮には交代勤務要員が必要であり、潜在医師（特に女性医師）の掘り起こしとともにまずは医師の数を増やさなければ解決に至らない。医師の増員は、医学部の定員を増員してから10年程度かかる。医学部の定員を増員すると医師の質が低下するという意見も一部あるが、現在の過重労働を強いられている疲労困憊の状態の医師の診療と比して、質が低下するとはたして断言できるのかどうか疑問である。まずは医師をはじめとする医療従事者を増員し、質の確保については研修制度の充実等、別途策を講じるのが望ましいと考える。しかし、すぐには増員できない現状では、各職種間の溝を埋め、チームで対応することに尽力しなければならないと痛感した。

平成22年5月12日に開催された「チーム医療推進会議」において、チーム医療を推進するための看護師及び看護師以外の医療スタッフ等の役割拡大について検討が行われた。看護師の役割拡大については、看護師業務実態調査を実施し、「診療の補助」として実施することができる行為の範囲を拡大する方針であるとしている。看護師以外の医療スタッフ等に関してもそれぞれの役割拡大を検討している。医師等の負担軽減を図る観点からは、事務職員の積極的な活用に関する具体例を参考として、医療クラーク等の導入の推進に向けた取り組みを実施する。診断書や主治医意見等の作成等の医療関係事務を医療クラークが担当することにより、医師が本来の業務に従事する時間を捻出できる。また、看護業務補助者、検体・書類等の運搬業務を行うポーターやメッセージャー等の活用が望ましいとしている。

このように、医療従事者の労働条件改善のために、今できることから着手し、医療崩壊を食い止める方策を、医師、看護師、コメディカル等の医療従事者はもとより、行政、学者を巻き込んで考えることが必要であり、患者側となる我々も、医療現場の現実を知り、不要・不急の医療を回避しなければならない。医師数の絶対的な不足を補ってきたのが医師の使命感と労働基準法に違反するような加重労働であるとするならば限界がある。医療助手、医療秘書などの登用を促進させ、書類作成に係る負担の軽減をはかり、その一方で早急に医学部定員を増員し、質を高める研修制度を用意し、医師予備軍を育成する必要がある。潜在女性医師の復帰を促すための方策も必要である。医療機関の再編、連携のシステムづくりも求められるものと思料する。

第3章 勤務医の負担軽減策として—医療補助職の可能性

Some strategies for helping doctors that work in hospital: the possibility of Non-Physician Clinicians

明治大学大学院経営学研究科博士後期課程
早川佐知子

1 はじめに一過重労働軽減策としての非医師診療従事者 (Non-Physician Clinician)

第1章、第2章では、現在の日本の勤務医が行っている過重労働の実態を示し、その要因を分析した。これにより、勤務医が過重労働に陥る背景には、厚生労働省通達により定められた「宿日直」の定義からは大きく逸脱した当直勤務の実態があり、また、この時間のほとんどに対し、労働基準法に反して賃金が支払われていないことが明らかとなった。是正勧告の分析では、労働時間の上限を大きく上回る労働が恒常化しており、時間外・休日・深夜の割増賃金の不払いも多く見られることがわかった。このような劣悪な労働環境が浮き彫りになる中、勤務医の離職が進み、勤務医不足は深刻化し始めている。

筆者らは、負担の大きい診療科（産婦人科、外科、救急救命科）に勤務する医師のタイムスタディ調査を行い、この結果を第2章で提示した。その結果を分析したところによると、彼らは非常に幅広い職務に従事しており、そのうちには医師が従事する必然性が薄いものも含まれていた。これらの職務に携わらざるを得ないことが医師の長時間労働の原因のひとつであれば、医療専門職種間の役割分担を今一度見直すことで勤務医負担の一定部分を解決し勤務医が自身の仕事に専念できる環境を整備することができると考える。

本章ではアメリカの事例から2つの職種を挙げ、それらがもつ医師の負担軽減の可能性について論ずる。ひとつは Physician Assistant (医師補助職)、二つ目は Nurse Practitioner (特定看護師) であり、彼らは主に手術や病棟管理において、医師の負担を軽減できる可能性をもつ。Physician Assistant・Nurse Practitioner の働く場所はさまざまであるが、日本において医師不足や看護師不足とのかかわりで新たな医療専門職種の導入が求められているのは病院である。それゆえに、本報告書では、アメリカの病院組織をフィールドとする医師、看護師、そして Physician Assistant・Nurse Practitioner に限定して考察対象とした。なお、本章および第4章では便宜上、Physician Assistant を「医師補助職」、Nurse Practitioner を「特定看護師¹⁸」と称することにする。

2 医師補助職および特定看護師の概略

各医療専門職種の具体的な働き方や病院組織との関係およびチーム医療体制を論ずる前

¹⁸ 日本の「特定看護師」資格とは同一のものでない。

に、アメリカの医師補助職および特定看護師の制度について概観したい。これらは非医師診療従事者（Non-Physician Clinician）と呼ばれる、医師と看護師の中間的なポジションを担う専門職である。

（1）歴史的な要請

医師補助職・特定看護師が求められた要因は、その誕生から現在に至るまで、時代ごとに異なっている。しかし、根底に存在するのは「家庭医（プライマリケア医）の不足」および「連邦政府の医療費抑制政策」という問題であった。以下、この2点を軸として医師補助職・特定看護師がたどってきた歴史とその背景を振り返りたい。

①1945－1964年

第二次世界大戦後、連邦政府の行った医学研究推進政策は、医師たちの専門化を促し、専門的な医療を実践できる都市部の大規模な病院への医師の集中をもたらした。それゆえ、僻地や郊外で家庭医療を担う医師が不足するという現象が起きたのである。

このため、非医師である者を訓練し、新しい医療専門職を養成することで、家庭医不足を補う手段が試みられた。それが医師補助職・特定看護師養成の端緒である。奇しくも同じ1965年に、医師補助職はデューク大学においてベトナム戦争からの帰還兵4名を訓練することから、特定看護師はコロラド大学に特定看護師養成講座が設けられたことからスタートしている。

②1965－1982年

その後、連邦政府の医療政策は国民に医療への公平なアクセスをもたらす方向へと進んだ。1965年には初の公的医療保険であるメディケア（65歳以上の高齢者対象）およびメディケイド（障害者、低所得者対象）が創設された。これにより医療需要が拡大し、国民医療費が急増したことが問題視され始めた。1971年に出された「新国民医療戦略」で医療費抑制への方向転換が打ち出され、1976年の医療専門職教育援助法では医師養成の拡大路線の見直しははかられた。

一方で、医師補助職・特定看護師はこの間に着々とその地歩を固めている。医師補助職は1973年に初の全国での統一された資格認定試験が実施され、1974年には職業団体であるアメリカ医師補助職協会が創設された。医療技術が徐々に高度化しつつあったこの時代には、医師の助手としての役割も医師補助職に期待されるようになった。特定看護師に関しても1971年にアメリカ特定看護師協会が創設された。医師と比べると養成期間が短い医師補助職・特定看護師は、養成・教育にかかる政府からの助成金も医師より少ないという意味で、医療費の抑制政策に沿うものであった。また、後に多くの州で医師補助職・特定看護師の医療行為が保険償還することも可能になるが、医師の医療行為よりも少ない償還

額であることが多かったのも、彼らが歓迎される要因のひとつであった。

1980年、医師卒業後教育に関する国家諮問委員会（GMENAC）は、医師が過剰状態にあることを内容とする報告書を政府に提出した。この報告書においてGMENACは「医師補助職・特定看護師に独立性を与えて活用すること」を提案している¹⁹。

③1983—2002年

国民医療費の増大の原因を医療保険の出来高払い方式による過剰供給に求めたレーガン政権は、1983年にメディケア（高齢者向け公的医療保険制度）の一部に定額払い方式を導入した。以後、民間医療保険会社が受診する医療機関の指定をし、医療費も定額払いとする、いわゆる「マネジドケア」が普及していく。

定額払い方式の広がり、医師補助職・特定看護師にふたつの面で影響を与え、その拡大を促した。

ひとつは、定額払い方式の普及により家庭医の需要が再び増加したことである。主に特定看護師は独立して診療所を開設することで、医師補助職は家庭医の助手としての役割を担うことで、それぞれ家庭医不足の改善に貢献した。

ふたつめは、定額払い方式の採用により、病院が人件費を中心としたコストの削減に取り組まざるを得なくなったことである。アメリカでは多くの場合、医師は独立した存在であり、病院と雇用契約を結ぶわけではない。支払いも病院に支払われる分（Hospital Fee）とは別に、直接医師へ払われる（Doctor's Fee）。それゆえに、病院と医師が雇用関係にならない場合、医師を医師補助職・特定看護師に置き換えることでもたらされる直接的な病院の人件費の削減効果は薄い。しかし、スタッフモデルと呼ばれる病院と雇用関係を結ぶ医師がこの時期に増えたこと、そして実際、スタッフモデルを採用することが多かったHMO（健康維持組織）²⁰の病院などでは、かなり早い段階から医師補助職・特定看護師を活用し、一定程度医師との置き換えをはかっている。カイザー・パーマネンテ医療グループは、外傷ケアを担当する家庭医が不足していたことから、1970年の段階でいち早く医師補助職を採用した²¹。

1986年には合衆国連邦技術評価局から「特定看護師・医師補助職・助産専門看護師：政策分析」という報告書が連邦政府に提出された。この報告書では、特定看護師・医師補助職・助産専門看護師のケアの質は医師に劣るものではなく、僻地での医師不足の解消に役立ち、養成費用の面でも国民医療費の抑制に役立つ旨が述べられている。この報告書は、公的医療保険における医師補助職・特定看護師に対する償還要件の緩和に大きな影響を与

¹⁹ 広井良典（1992）、『アメリカの医療政策と日本』、pp.169-170。

²⁰ 医療保険会社、病院、長期療養型施設などを含めた会員制のヘルスケアグループのこと。一般的に費用は一括した定額前払い方式をとるため、予防医療の指導や検診などにも力を入れている。1980年代以降、このような組織が増加した。

²¹ Hooker, Roderick S., Freeborn, Donald K. (1991) Use of Physician Assistants in a Managed Health Care System, *Public Health Report*, Vol.106, No.1

え、医師補助職・特定看護師を雇用することに対する病院側のインセンティブを増大させたという意味で、果たした役割は大きい²²。

④2003年—現在

病院に勤務する医師補助職・特定看護師の職務は、研修医のそれと重なる部分が多い。その研修医の労働条件に対して規制が設けられたことは、医師補助職・特定看護師の働き方にも影響をもたらした。一般的に長時間労働を強いられることの多かった研修医の健康問題を憂慮した医学生卒業試験評議会は2003年、研修医の労働時間を週80時間以内、1シフトの最長時間を24時間とする等の制限を定めた。この規制により、研修医の労働力に頼る側面が特に大きかった大学病院、教育病院では人手不足が生じ、それを補う人員として医師補助職・特定看護師が採用されるようになった。このことはそれまで家庭医療に従事することが中心だった医師補助職・特定看護師が、以後急性期医療においても存在感を高めてゆく大きな転機となる。

(2) 現在の医師補助職・特定看護師とその働き方

i) 医師補助職

2010年にアメリカ医師補助職協会が行った調査によれば、全米で83,466人が医師補助職の資格を有している。これら資格保持者のうち、おおよそ85-90%程度の医師補助職が実際に就業している²³。

医師補助職の就業先は病院が38%と最も多い割合を占め、医師グループが35%、個人の医師が9%、地域健康センターが8%となっている。また、もともと医師補助職はベトナム戦争から帰還した衛生兵にルーツをもっていることもあり、現在も4.1%が軍関係の施設で雇用されている。従事している診療科をみると、家庭医療が最も多く(24.8%)、救急医療(10.3%)、外科・整形外科(9.7%)などが上位を占めている。

医師補助職資格を取得するには、約2年間の認定された医師補助職プログラムを修了した後に、全米統一試験に合格する必要がある。資格取得後は研修医制度のような研修期間

²² (5直後の1989年に制定された総合予算調整法は、高齢者向け公的医療保険制度において、特定看護師に医師の85%の償還額を条件付きながら認めた。高齢者向け公的医療保険制度以外でも、1999年には全州で償還が認められるようになっている。菅原真優美(2001)「合衆国連邦議会技術評価局によるナース・プラクティショナーの評価」『新潟青陵大学紀要』第1号、p.209参照。

²³ American Academy of PHYSICIAN ASSISTANTS (2010) *National Physician Assistant Census Report*, p.4 参照。

を経ずに、臨床現場で働くことが可能である²⁴。医師補助職プログラム入学者のうち79%がもともと何らかの形で医療の仕事に携わった経験を有していた²⁵。

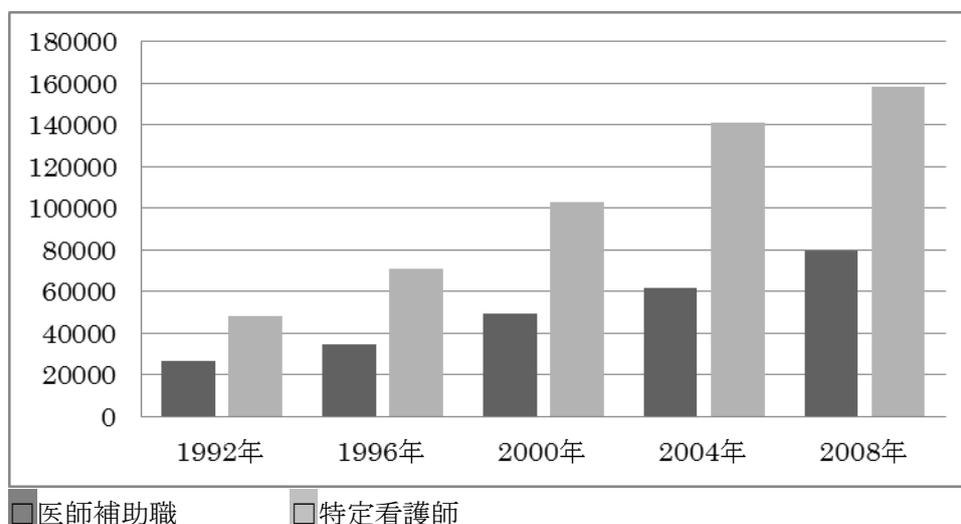
ii) 特定看護師

特定看護師資格を取得するには看護師としての一定の実務経験の後、大学院の修士課程を修了し、全米認定機構による認定を受けることで、それぞれの資格を取得することができる。*The Registered Nurse Population 2008*によれば、特定看護師資格は158,348人が取得していると推定されている。

特定看護師には開業権があることが医師補助職との大きな相違点であり、3.6%が自営である。雇用されている場合には個人の医師が経営するクリニックが最も多く26.3%、病院の入院部門が9.5%、病院の外来部門が9.4%などとなっている²⁶。

アメリカ医師補助職協会による医師補助職の統計調査が始まった1991年の調査では医師補助職の資格保持者は25,191人にすぎず、18年間で3倍以上と急速な成長があったことがわかる。特定看護師に関しても1992年の時点では48,237人であり、4倍弱の増加が見られる(図表1参照)。

図表1 医師補助職資格保持者の推移



American Academy of PHYSICIAN ASSISTANTS *National Physician Assistant Census Report*, U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and

²⁴ 遠藤玲奈, 高木安雄, 池上直己 (2009) 「米国における Physician Assistant の役割と日本における外科医療の分業化」『病院』第68巻第9号, 医学書院, p.723

²⁵ Hooker, R.S., Berlin, L.E. (2002) Trends in the Supply of Physician Assistants and Nurse Practitioners in the United States, *Health Affairs*, No.5, Vol.21, p.175

²⁶ 2009-10 AANP National NP Sample Survey: Income & Benefits, p.1

Services Administration , *Registered Nurse Population* 各年版より筆者作成.

賃金に関しては, 2009 年の年収平均は医師補助職が 84,830 ドル, 時給の中央値は 40.58 ドルであり, 特定看護師全体の収入は時給換算すると平均で 45.06 ドル, 中央値が 44.00 ドルである²⁷.

看護師その他の医療専門職種と比べると高賃金であり, その専門性の高さがうかがえる (図表 2 参照)。

図表 2 主な医療専門職種の時給中央値

| | | | |
|-------|------------------|-------------|------------------|
| 家庭医 | \$77.18 (¥8,566) | 看護師 | \$30.65 (¥3,402) |
| 薬剤師 | \$52.49 (¥5,826) | 臨床検査技師 | \$26.51 (¥2,943) |
| 特定看護師 | \$44.00 (¥4,884) | 放射線技師 | \$25.59 (¥2,840) |
| 医師補助職 | \$40.65 (¥4,512) | 実務看護師 (LPN) | \$19.64 (¥2,180) |
| 理学療法士 | \$35.81 (¥3,975) | 看護助手 | \$11.59 (¥1,286) |

U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics 2010. *Occupational Handbook 2010-2011 Edition* より筆者作成

※日本円換算は 2010 年の *OECD Health Date* による購買力平価 (為替レートに物価水準で補正した各国での値段の比較指数) に基づき, \$1=¥111 のレートで計算

医師補助職・特定看護師の病院における活用に関しては, その医療行為に保険償還がなされるか, 処方権が認められるか否か等の州法による規制が左右する部分が多い。

Sekscenski et.al (1994) はこれらの州法による規制と, 人口当たりの医師補助職・特定看護師の数の相関を調査した。州法による規制には各州で大きな開きがあるが, 保険償還や処方権の有無などをスコア化した数値と, 人口当たりの医師補助職・特定看護師の数には相関関係があったことが示されている。

3 病院組織における医療専門職

(1) 医療専門職種間の役割分担

それでは病院における急性期医療の現場で, 実際に医師補助職・特定看護師はどのような職務を担っているのだろうか。いくつかのケーススタディを中心に, 医師や看護師との役割分担がどのようになされているのかを確認したい。

病院で雇用されている医師補助職は 38%, 特定看護師は 30.1%であり²⁸, 診療科別の内訳

²⁷ 特定看護師に関しては 2009-10 AANP National NP Sample Survey の勤務場所調査から, 病院で急性期ケアに携わっていると考えられる項目をカウントした数値である。

²⁸ American Hospital Association 1980-88 各年版を参照。

はそれぞれの図表 3, 4 のとおりである。各診療科で医師補助職・特定看護師および、医師・看護師はどのように役割分担がなされているのだろうか。

図表 3 特定看護師の就業場所

| | |
|-----------|-------|
| 病院内外来部門 | 12.1% |
| 病棟部門 | 5.9% |
| 病棟部門(急性期) | 3.9% |
| 退役軍人病院 | 3.6% |
| 救急救命室 | 2.4% |
| 病棟部門チーム所属 | 2.2% |
| 医師診療所 | 27.9% |
| 地域健康センター | 5.8% |
| 自営 | 3.9% |
| 僻地医療センター | 3.2% |
| 長期型入院施設 | 3.0% |
| 学校診療所 | 2.9% |
| 家庭医クリニック | 4.2% |
| その他 | 4.5% |

2009-10 AANP National NP Sample Survey より筆者作成

図表 4 医師補助職の就業場所

| | | | |
|---------------|-----|-------|-------|
| 病院 | 38% | | |
| 医師グループ診療所 | 35% | | |
| 医師診療所 | 9% | | |
| 僻地医療／地域健康センター | 8% | | |
| その他 | 10% | | |
| | | 病棟部門 | 33.7% |
| | | 救急救命室 | 29.5% |
| | | 集中治療室 | 22.2% |
| | | 手術室 | 21.4% |
| | | 外来部門 | 21.0% |
| | | その他 | 7.3% |

American Academy of PHYSICIAN ASSISTANTS 2009 *National Physician AssistanCensus Report* より筆者作成

(1) 家庭医療の場合

外来クリニックにおける家庭医療の場合、医師補助職と特定看護師の職務を比較すると一般的には医師補助職は外傷のケアなどに、特定看護師はルーティンの検査や予防医学の

ための患者教育やコンサルティングなどに当たることが多い²⁹。また、Hooker et.al (2001)では家庭医療の段階では医師補助職・特定看護師は医師とほぼ同じ職務に当たることができると述べられている。そしてMcGaig et.al (1998)の調査によれば、外来クリニックに訪れる患者のうち、新患は医師補助職・特定看護師が、紹介状のある患者は医師が担当することになっている。この役割分担により、医師がより難しい職務に専念することを可能にしている。

(2) 急性期ケアの場合

急性期ケアに関しては、外来施設である外傷治療センターのケースと、手術室での役割分担を中心とした入院を伴うケースとに分けて論ずることとする。

①外傷治療センターの場合

外傷治療センターは2003年の研修医の労働規制による影響を最も大きく受け、これによって医師補助職・特定看護師の増員が進んだユニットのひとつである³⁰。2003年以降、外傷治療センターで働く医師補助職の数は倍増した³¹。Nybergらの調査によれば、外傷治療センターに勤務する医師補助職・特定看護師が携わっている職務は外科における一般的な治療や蘇生が最も多く、そのほか胸腔チューブや中心静脈カテーテルや動脈ラインの挿入といった侵襲的手技、および頭蓋内圧のモニターなどが多い。同論文でも、外傷治療センターにおける医師補助職・特定看護師の職務は、研修医の職務とほぼ同じであると結論づけている。また、Sherwoodらの調査によれば、外傷治療センターにおける医師補助職・特定看護師は蘇生法の指揮をとることのほかに、入院手続きを行う部門や病棟、集中治療室といった部門において、外科医と連動して治療に当たっていた³²。

②入院を伴う場合

病棟における医師補助職・特定看護師の携わる職務は非常に幅広い。Kleinpell et.al (2008)が例示した職務は下記のとおりである。

²⁹ Lin et.al (2002), Hooker et.al (1996)。

³⁰ Nyberg, S.M., Keuter, K.R., Berg, G.M., Helton, A.M., Johnston, A.D. (2010) Acceptance of physician assistants and nurse practitioners in trauma centers, *JAAPA*, No.23, Vol.1,p.35

³¹ Nyberg, S.M. et.al (2010) p.37

³² Sherwood, K.L., White, T.W., Boerum, D.H. (2009) A role in trauma care for advanced practice clinicians, *JAAPA*, No.22, Vol.6, p.34

図表 5 病棟において医師補助職・特定看護師の担う職務

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> 回診，検査の実施，診断，処置，オーダーリング，処方，評価，患者や他職種への助言 |
| <input type="checkbox"/> 手術助手 |
| <input type="checkbox"/> スタッフ，患者，家族への教育 |
| <input type="checkbox"/> ガイドライン実施の促進活動 |
| <input type="checkbox"/> 研究活動 |
| <input type="checkbox"/> 医療の質を保証する活動のリーダー |
| <input type="checkbox"/> 退院計画の作成 |

Kleinpell et.al (2008) より筆者作成

手術室に関しては特定看護師が関わるのが少ないため，医師補助職のケースを中心に述べる。

遠藤ら 2009 は，スタンフォード大学移植外科部門における，外科医，研修医，医師補助職の分業体制について詳述している。それぞれの役割分担についてまとめたものが図表 6 である。研修医と医師補助職がほぼ同じ役割を担っている³³。

図表 6 スタンフォード大学移植外科部門における分業体制

| | 外科医 | 研修医/医師補助職 | その他 |
|----|--|--|---|
| 術前 | 術前サマリの確認 手術方針の決定 | 術前検査のオーダー 術前サマリの作成 手術説明、同意書作成・署名 | |
| 術中 | 執刀 手術サマリ作成 | 執刀までの準備 第一助手・第二助手 | 器械出し(Surgical Technician) 外回り業務(看護師) |
| 術後 | 患者・家族への説明 報告の確認 回診 病状経過報告 退院サマリの確認 | 術後集中治療室管理 病棟での管理、オーダー 外科医以外への相談 カルテ記入 退院サマリの作成 | |

遠藤ら (2009), p.726 より筆者作成

また，外来部門において日帰り手術の際に術前の諸検査を行う施設であるハーバード大学医学部教育病院の術前評価センターにおいて，役割分担とチーム医療体制を考察したのが細田 (2009) である。これによれば，リーダーを麻酔科医が務めながらも，麻酔専門看護師，特定看護師，研修医，看護師がひとつのチームを作って業務に当たっている。この

³³ 遠藤ら (2009), pp.25-26

医療チームでは、医師資格を有するのは麻酔科医と研修医であるが、必ずしもそれを基準にヒエラルキーが構成されるわけではない。キャリアのある麻酔専門看護師や特定看護師も大きな責任を担っており、医療チームはフラットな組織となっている³⁴。

いずれのケースを見ても、医師補助職・特定看護師は医師に近いレベルでの専門技術を発揮していることがわかるが、実際に医師補助職・特定看護師は病院において医師が不足している部門に用いられることが多い。集中治療室や救急救命室などの重症度の極めて高い部門ではその厳しい労働環境ゆえに、また無保険者の増加などで救急救命室の利用が増えたことなどから、医師が不足しがちである³⁵。逆に重症度の低い家庭医学も、医師の専門志向により、人手不足である³⁶。このような部門には医師不足を補うべく医師補助職・特定看護師が多く配置されている。ゼネラリスト的傾向の高い医師補助職に関してはその専門分野を変更することが比較的容易であるため配置転換がしやすく、人手不足のポジションを埋めることができるため、病院側から見て非常に使い勝手が良い職種であると考えられている³⁷。

4 医師補助職・特定看護師のケアの質

医師補助職・特定看護師が医療提供の現場で、相当に高度な専門技術を発揮していることを示してきたが、ケアの質は保証できるのであろうか。これに関してはいくつかの理由で質を担保できると考えられる。

第一に、標準診断マニュアルが普及していることである。Kleinpell et.al (2008) によれば、医師補助職・特定看護師は、医師と比べて標準診断マニュアルを遵守する割合が高い。第二に、病院内で技能の認定制度がもうけられていることが多いからである。この認定制度を利用して医師補助職・特定看護師は実施可能な職務を徐々に拡大してゆくことができる³⁸。第三に、医師補助職・特定看護師ともその資格に更新制度が設けられているためである。きちんと臨床に携わっていたかどうかをかなり厳しい基準でチェックされるため、常

³⁴ 細田満和子 (2009) 「社会学から見たチーム医療：日米の病院フィールドワークからの一考察」『日本外科学会雑誌』第 110 巻第 4 号, pp.225-226。

³⁵ Kleinpell, Ruth M., Ely, E. Wesley, Grabenkort, Robert (2008) Nurse Practitioners and Physician assistants in the intensive care unit: An evidence-based review, *Critical Care Medicine*, Vol.36, No.10, Hooker, Roderick S. (2006) Physician assistants and nurse practitioners: the United States experience, *MJA*, Vol.185, No.1, Hooker, Roderick S., Cipher, Daisha J., Cawley, James F., Herrmann, Debra, Melson, Jasen (2008) Emergency medicine services: Interprofessional care trends, *Journal of Interprofessional Care*, Vol.22, No.2

³⁶ Freeborn et.al (1995)。

³⁷ Mikhail (2009)

³⁸ Hooker (2006)

に最新の医療に対応できる技能を維持していると考えられる。それゆえに、医師補助職・特定看護師は家庭医、あるいは研修医とほぼ同じ職務を任されているのである。

5 諸外国における医師補助職・特定看護師

医師補助職・特定看護師はアメリカに限った職種ではなく、欧州、アジア各国にも設けている国が多い。カナダ、イギリス、オランダ、オーストラリア、台湾における医師補助職をアメリカのケースと比較した調査によれば、これらの国に共通するのは人口 1000 人当たり医師数が WHO の基準(人口 1000 人あたり医師 3 人)を下回る医師不足の国であり(オランダを除く)、また医師が都市部に集中しすぎているため僻地医療で人手が足りないことであると述べられている。

OECD による 2009 年の調査におけるデータを中心に作成したのが下記の図表 7 であるが、同調査で日本は人口 1000 人当たり医師数が 2.15 人であり、かなり医師不足の深刻な国であると言える。アメリカの場合も 2.44 人と決して多くはないが、その分医師補助職が 83,466 人、さらに特定看護師が 158,348 人おり、前述したように医師の一部の職務を代替している。そのため、実質的には医師の不足感は日本よりも薄く、医師の労働強度も低いであろうと考えられる。

図表 7 医師補助職と医師数および人口 1,000 人あたり医師数の比較

| | 医師補助職数 (a) | 特定 看護師数 (b) | 医師数 (c) | 人口 1000 人 当たり 医師数 (c/1000) | 人口 1000 人当たりの 医師+ 非医師診療 従事者数 (a+b+c /1000) |
|------|---------------|-------------------|------------|-------------------------------------|--|
| アメリカ | 83,466 | 158,348 | 740,867 | 2.44 | 3.08 |
| 日本 | 0 | 0 | 274,992 | 2.15 | 2.15 |

OECD Health Report 2008, American Academy of PHYSICIAN ASSISTANTS
National Physician Assistant Census Report 2010, U.S. Department of Health and
 Human Services Health Resources and Services Administration, *Registered Nurse
 Population2008* より筆者作成.

その他、国によって医師補助職導入の背景はさまざまである。アメリカについて歴史の古いカナダでは 1984 年に軍隊において養成が開始された。オーストラリアは国土が広い
 ため、医師が分散してしまうことが最も大きな理由であり、1999 年から医師補助職導入のた

めの検討が始まった。イギリスでは2002年よりアメリカの医師補助職制度の適用可能性をテストするためのプログラムが開始された。台湾の場合、1997年代に国民皆保険制度が成し遂げられたことから医療需要が爆発的に伸びたことが背景にある。アメリカで訓練を受けた医師たちが、それぞれの病院ベースで準公式の教育訓練プログラムを作って、看護師がもともと医師の職務だったもののいくつかを引き受けることが可能となるようにしたことが始まりである。2003年から3年制の公式訓練プログラムが整備され、2007年には台湾政府が医師補助職資格を認定した³⁹。

特定看護師に関してもアメリカのみならず、カナダ、イギリスにも存在し、フランスには専門看護師制度が発達している⁴⁰。このように、諸外国においては近年、非医師診療従事者を養成することによる役割分担の見直しによって、医師不足による過重労働の解消を行う動きが活発になっている。

6 さいごに

以上、アメリカを中心に医師補助職・特定看護師の歴史や職務を考察することで、勤務医の職務を一部代替できる可能性を検討した。本章では医師補助職・特定看護師の技術的な面を中心に明らかにしたが、筆者は医師補助職・特定看護師の持つ真価を「チーム医療におけるコミュニケーションの要」としてのポジションであると考えている。医師補助職・特定看護師は、医師と看護師の隙間にできる職務を担うことで、現代の急性期医療の現場になくってはならないチーム医療を円滑に運営するキーマンとしての役割を果たしているのである。

次章では、医師補助職・特定看護師がアメリカの病院におけるチーム医療において果たす役割を検討しながら、我が国で事務職を含めた他の医療補助職とともに構築しうる、あるべき「チーム医療体制」の姿について論ずる。未だ日本には導入されていない医師補助職・特定看護師を含め、多様な医療専門職種、医療補助職を配したチーム医療体制の構築は、現在の勤務医の過重労働の解消に対して、どのような可能性をもつのであろうか。

³⁹ Hooker et.al (2007) “The Globalization of the Physician Assistant Profession”, *The Journal of Physician Assistant Education*, Vol.18, No.3

⁴⁰ 泉田信行 (2011) 「カナダの現状：看護師の教育・登録・業務範囲を中心に」、篠田道子 (2011) 「フランスにおける医師と看護師の役割分担」、白瀬由美香 (2011) 「イギリスにおける医師・看護師の養成と役割分担」ともに『海外社会保障研究』, 第174号。

第4章 医療補助職とチーム医療

Non-Physician Clinicians and Interdisciplinary team

明治大学大学院経営学研究科 博士後期課程 早川佐知子
特定社会保険労務士 福島通子

1. はじめに

前章においては、アメリカの事例を中心に、勤務医の職務の一部を担う存在としての Physician Assistant（医師補助職）および Nurse Practitioner（特定看護師）の職務を考察した。Non-Physician-Clinician（非医師診療従事者）と呼ばれる医師補助職と特定看護師の存在とその働き方は、チーム医療体制について検討する際にもポイントになるものと考えられる。それゆえ本章の前半では、再びアメリカの事例をもとに医師補助職・特定看護師とチーム医療との関係について論ずる。端的に言えば、医師補助職・特定看護師を活用することによって、チームにコーディネーション機能が生まれ、システムの動きがスムーズになるということである。高度な医療技術が求められる急性期病院においては患者の容体の変化も著しく、情報伝達のスピードと正確さが強く求められるが、この点においても医師補助職・特定看護師は重要な役割を果たしているという意味で注目に値する。

そして後半では、日本におけるチーム医療体制の現状について論ずる。中でも、今後チーム医療に貢献し、医師の過重労働を緩和する可能性をもつ職種として、メディカルクラークの例を挙げて、その重要性について指摘する。最後に、日本のチーム医療に今後求められる視点について論じたい。

2. チーム医療体制の構築

初めに、アメリカの病院においてチーム医療とは何か、そしてそれが構築されるに至った背景について述べる。

(1) アメリカの病院におけるチーム医療体制

Wieland et.al (1996) ではチーム医療体制について、専門性の高低を問わずメンバーは平等であり、各自が独立しながらもチームの目標と優先順位に対する合意形成をする組織であると定義づけられ、フラットな組織であることが強調されている。

アメリカにおいては1940年代よりチーム医療への取り組みが少しずつ始まっているが、本格的に検討され始めたのは1980年代後半以降、マネジドケア（医療費の定額払い制度）の普及によって、病院経営にコストに注意を払った新たな戦略を求められるようになってからである。またこの時期、医療の高度化も著しく進んだことから、医師を中心にした伝統的な医療提供体制では応えることができず、多様な医療専門職種がそれぞれの専門性を発揮して協働する体制に切り替わらざるを得ない時期でもあった。このように経済的および

び医療の質の確保という二つの要因から導かれて、現在普及している形のチーム医療体制が構築されていった。

これらの取り組みは政策からというよりも、現場の主導によるところが大きかった⁴¹。マネジドケア（医療費の定額払い制度）が普及する引き金を引いたのは連邦政府による1983年のメディケア（高齢者に対する公的医療）改革ではあるが、それをきっかけにそれぞれの病院が生き残りをかけて懸命に経営戦略を練ることになる。レーガン政権の「小さな政府」政策とも相まって、1980年代以降の病院はよい意味でも悪い意味でも営利的な色彩を強めた。チーム医療に関して言えば、1970年代まで連邦政府の政策によって普及することのできなかつたものが、各病院の生き残りをかけた経営戦略のもとで軌道に乗ることができたという点が興味深い。

（2）チーム医療体制の構築を可能としたもの

今一度、なぜアメリカの病院においてチーム医療体制が構築し得たのかということにはさまざまな要因があるが、そのうちのいくつかをここで提示したい。

第一に、治療内容が標準化されたことによる各職務のモジュラー（部品）化である。

第二に、さまざまな原因によって医師の地位が低下したことで相対的に他の医療専門職種の地位が向上し、ピラミッド型の組織構造が崩れたことである。

第三に、多様な医療専門職種が用いられることによる全体の量的なマンパワーの充実が挙げられる。Cooper et.al (2003) は、チーム医療体制を採用した場合、情報交換の回数を増やさざるを得ないので、時間的な余裕がなければ難しいと述べている。つまり、単に多様な医療専門職種を揃えただけではチーム医療は機能せず、情報交換を充実したものにするだけの余裕のある人員が確保できて初めてチーム医療が機能するものであるという点が非常に重要なのである。アメリカの病院経営においては治療内容の標準化等の合理化によってコスト削減を図る一方、医療の質を向上させるための人員の確保に関してはコストを惜しまない戦略をとったとすることができるであろう。実際、急性期の公的病院が雇用している職員数を常勤換算した場合、その数は、合理化が行われた1980年代以降も増加し続けているのである⁴²。標準化したプロセスとモジュラー化された職務を前提とした上で、必要とされる専門技術を持った人材を確保し、活用する方法を1980年代以降、模索し続けたのである。

3. チーム医療と非医師診療従事者

それでは、なぜチーム医療体制にとって医師補助職・特定看護師（非医師診療従事者）が重要であると言えることができるのであろうか。組織的要因から考えたい。

⁴¹ Wieland et.al (1996)

⁴² American Hospital Statistics 各年版より。

(1) 医療組織の細分化

アメリカで一般的に病院といった場合、急性期の公的病院のことを指す。病院は1970年代以降、徐々に外来部門の役割を拡大させているが、入院の場合は急性期の患者を主な対象とする。病院の入院患者が急性期の期間に限られるということは、入院日数が短いことを意味している。2007年の平均在院日数は5.5日である⁴³。また、手術も日帰りで行われることが珍しくない。このため、病院で求められるのは高度に専門的な医療であることがほとんどである。それゆえ、従来の看護師のみならず専門性の高い特定看護師が求められるようになり、医師や研修医のみならず高度な技術をもつ技術者として医師や研修医をサポートする医師補助職が求められるなど、多様な医療専門職を配した層の厚い医療供給体制を構築する必要があった。また、提供する医療が複雑化するにつれ、診療科を跨いだ治療が必要になるなど、広い領域にわたる調整役としての役割を担う職種が存在が重要になる。この役割を期待されたのは、古くは研修医であった。しかし、2003年に研修医の労働時間の上限が週80時間に規制され、研修医が不足したこと、そして数カ月単位で各診療科の研修を修了し、他の診療科に移ってしまう研修医よりも、勤続年数の長い医師補助職・特定看護師の方が現場や医療チームの各職種を熟知しており、頼りになる存在になった⁴⁴。

よって、アメリカの医療組織が細分化され、病院が急性期の患者のみを対象とした高度な医療の提供に特化した組織であるがゆえに、その複雑で変化のスピードが速い治療を、各職種間のヨコの連携機能を生み出すことで支える医師補助職・特定看護師が求められたとすることができよう。

(2) 医師の働き方とオープンシステム

アメリカの病院は多くの場合、医師と雇用関係を結ばない⁴⁵。外部の医師が病院施設を必要とするときにだけ使用する、オープンシステム（日本でも一部の病院では、開業医が患者を入院させた病院に往診するオープンシステムを採用しているが、ほとんどの病院は、病院の勤務医が主治医となるクローズドシステムである）と呼ばれる方式を採用している⁴⁶。

⁴³ American Hospital Statistics 2008年版, p.3.

⁴⁴ Wunderlich, G.S., Sloan, F. A., Davis, C.K. Editors (1996) *Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes: Is It Adequate?*, p.99 および Freeborn, Donald K., Hooker, Roderick S. (1995) Satisfaction of Physician Assistant and Pther Nonphysician Providers in a Managed Care Setting, *Public Health Report*, Vol.110

⁴⁵ 救急診療科など、診療科によっては雇用された医師が常駐することが多い場合もある。また、マネジドケアが普及して以後、病院に雇用される医師も増える傾向にある。HMOなど、大規模なHealthcare Systemは医師を雇用して「囲い込む」ことも多い。

⁴⁶ 菅原(2001)は、このオープンシステムが医師の大都市集中を促進した原因のひとつであると述べている。患者を送り込むことができ、優秀なレジデントもそろっている病院は

それゆえ、アメリカの病院では、担当医師は病院に常駐せず、医師が不在の時間も長い
ため、他の医療専門職は医師の指示によらずに自立して判断する必要があった。クリティ
カルパス（治療計画書）を用いた標準化された診療指示が発達した側面は大きいであ
らう⁴⁷。

しかしながら、標準化された診療指示が存在するとはいえ、医師不在時に数々の医療
専門職を現場でまとめ、患者に術後のケア等を行う存在は欠かすことができない。従来、
その役割を担っていたのはレジデントであったが、前述のように2003年に研修医の労働
時間規制がもうけられたことから人手不足が生じ、研修医と同等の専門知識・技術を
有していると判断されたPA/NP（医師補助職/特定看護師）が研修医の立場にとって
かわった。当初こそ医師補助職・特定看護師の知識・技術を疑問視する声もあったが、
数年で病院を離れることが多い研修医よりも、長期にわたって雇用されることの多
い医師補助職・特定看護師に知識・技術を伝えてゆく方が安全性も高く、効率も良
いと捉えられるようになった⁴⁸。このように信頼度を増した医師補助職・特定
看護師は多くの場合常勤であり、医師不在時にも術前・術後を問わず常に患者の
そばにいて治療の継続性を保ち、またその病院における治療の質を長きにわた
って守ってゆく存在として、病院に定着していったのである。つまり、チームに
タテの連携を生み出したのである。それゆえに、病院が医師の常駐しない
オープンシステムであったからこそ、医師補助職・特定看護師がチーム医療体制に
必要な存在になったと言えよう。

4. 日本の病院運営におけるチーム医療とクリニカルパス

(1) チーム医療の要請

第1章、第2章の報告でもわかる通り、日本の医療供給体制は決して十分なもの
とはいえない。医療従事者への過重な負担は、低密度医療を招いている。そのよう
な状況の中で、2010年度の診療報酬改定において、いわゆるチーム医療に対す
る加算が評価されたことから、これまでの縦割りの役割分担から、チーム化へと
変化していることがわかる。

チーム医療の定義付けに関しては、立場によって異なるようであるが、「医師、
薬剤師、看護師等の各医療職が専門性を最大限に発揮し、かつ、連携・協働して
提供する医療」⁴⁹とする見方がある。また、厚生労働省の「チーム医療の推進に
関する基本的な考え方について」のワーキングチームにおいては、「医療に従事す
る多種多様なスタッフが、各々の高い

もっぱら大都市に集中しているため、医師のクリニックやドクターズオフィスもその
近辺に構えた方が利便性が高いからである。

⁴⁷ 岩田恵里子（2009）「米国麻酔看護師（Certified Registered Nurse Anesthetist: CRNA）
の歴史と社会的貢献にみる日本の看護業務拡大とチーム医療実現に関する可能性の考察」
『日本外科学会雑誌』第110巻第5号、p.299。

⁴⁸ エ克蘭ド源稚子（2010）「急性期ナースプラクティショナーの歴史的背景」『日本外
科学会雑誌』第111巻第3号、p.196。

⁴⁹ 飯田修平、飯塚悦功、棟近雅彦監修『医療の質用語辞典』日本企画協会、2005年

専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」としている⁵⁰。日本看護協会では、「チーム医療を推進するため、医師との連携・協働の元に自律して一定の医療行為が行える看護師（日本版ナースプラクティショナー）の創設・法制化を提言している。

様々な定義、考え方はあるが、共通して言えることは、専門性を持つ各職種が、同じ目的を持ってコミュニケーションを取り、明確な役割分担を持って、協働することによってアウトカムを生み出す組織を意味しているということであろう。

病院の業務は、大きくは診療部門と事務部門に分けられる。そのうちの事務部門のルーティン業務が主に効率化の対象となっているが、医療業務の中にも、簡素化、標準化、IT化、機械化、集約化など、効率化を検討すべき業務が無いわけではない。また、業務を移管することで、対応できる部分もある。患者に対応する医療従事者の絶対数が不足している現状においては、効率化が求められるのは必然ともいえよう。

医療が生命を扱う特別な産業であることを前提にしても、より効率的な運営は求められる。しかし、医療における効率性は一般的に使われている言葉とニュアンスを少し異にする。診療内容を「標準化」することは、すなわち、経済的側面だけを取り上げて論ずることではなく、質の向上を伴った評価でなければ無意味であろう。

医療サービス研究において、3つの基準でバランスよく評価すべきことは常識となっている⁵¹。3つの基準とは、効果（Effectiveness）、効率（Efficiency）、公正（Equity）である。医療サービスは、この効果（Effectiveness）、効率（Efficiency）、公正（Equity）がバランスよく評価されるべきである。効果は、治療効果のほかに医療の質、安全性を含む。効率は、効果を得るための費用、費用対効果の比率を問題としている。公正は、医療を必要とする患者が、貧富の差によることなく、フリーアクセスが保障されていることを意味する⁵²。効率にばかり注目すると、ほかの2つの基準にしわ寄せが生じる。効率を論じるときには、ほかの2つの基準のバランスを考えながらの両立を図らなければならない。効率を求めるあまりに治療効果、医療の質、安全性を失う危険性があることには十分配慮する必要がある。

国民が求める医療水準が高まり、ニーズの多様化にも対応せざるを得ない現状において、医師、看護師等の1つの職種だけで患者のニーズに答えることは不可能に近い。多くの医療関連職種が連携し、治療に当たり、患者の声に耳を傾ける仕組み、いわゆる「チーム医療」が求められているのである。

「チーム医療」では、多職種のスタッフでチームを組み、それぞれの専門分野の知識を

⁵⁰ <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/02/dl/s0218-9b.pdf#search='「チーム医療の推進に関する基本的な考え方について」>

⁵¹ 近藤克則『医療費抑制の時代』を超えて—イギリスの医療・福祉改革—』医学書院、2004年3月、29～35頁参照。

⁵² 同上、29～35頁参照。

持ち寄って患者の治療という目的のために議論，検討を重ね，最良の医療サービスを提供することを目指している⁵³。

病院は，医師，看護師，PT(理学療法士)，OT（作業療法士），薬剤師，管理栄養士など，さまざまな専門資格を持った者の集合体である。その資格ごとの細分化された役割を果たしさえすればよいというものではなく，専門性を発揮しつつチームとして集結させ，個々の専門職同士の隙間を埋める工夫をすることが，病院全体としての質の高い医療につながっていく。たとえば一箇所に集約していた事務部門を見直し，各病棟に事務担当の職員を置く，あるいは後に詳述する医療事務補助職（メディカルクラーク）⁵⁴が医師の事務作業を担当するなど，専門職の事務処理をサポートすることにより本来の業務に専念できる環境を作ることが可能となる。人的資源に限りがあるならば，限定的な医療従事者で効率よく医療サービスを提供する方法を考案する必要があり，新しい感覚を持って業務工程を見直すことも必要ではないか。

また，全員が病院の理念に則り，同じ方向を向いて経営に参画する必要がある。これまでの医師をトップとしたヒエラルキーには限界があり，現場をよく知る者の経営参画が欠かせない状況となっている。現場を知る看護師を副院長に据え，現場の意見を集約して具現化させ，他の部門との連携を視野に実情をフィードバックするなどの方法により職員の合意形成を図る動きも出始めた。

（２）チーム医療とクリニカルパス

チーム医療のメリットとしては，それぞれの専門分野のスタッフが治療の決定に関与し業務を遂行するため，間違いが少なく効率的であり，負担が分散されることが挙げられる。但し，チームを構成するスタッフ間で，最終的な目標と情報を共有することが必要となる。そのため的手段として，多くの病院で，各スタッフの関わりと診療内容を明記したクリニカルパスが使われている。

患者用には，標準的な診療と治療の工程についての理解が可能となるように，平易な言葉を用い，分かりやすく，具体性を帯びた丁寧な説明が施されたクリニカルパスを用意することが望ましい。また，クリニカルパスを使って短縮できる診断と治療の時間を，患者に対する懇切丁寧な説明の時間として割り当てることも必要になるであろう。それらの措置を取ることによって患者は治療に対する精神的・肉体的な準備をすることができるようになる。その結果，患者自らが積極的に治療に参加する意志が生まれると考えられる。

クリニカルパスが有効に機能するためには，関係職種が参画し，標準的な診療過程の原案を共同作業によって作成することが必要となる。その作成過程においては，過去の事例

⁵³ 森川富昭(2010)「チーム医療」『医療経営士テキスト』中級専門講座 8

⁵⁴ メディカルクラーク：財)医療教育財団が実施する[医療事務技能審査](#)試験の合格者に与えられる称号のこと。試験内容は，実技 I（患者待遇），実技 II（診療報酬請求明細書作成・点検），学科（医療事務知識）で，1級・2級（医科・歯科）のレベルに分かれている。

とのつき合わせがなされるが、その作業によって、現実の診療過程に適合した標準的な治療や入院中の指示が当てはめられることになる。過去の事例とつきあわせることによって、標準的な診療過程と現実の診断結果とのかい離が発見されることになり、無用な診療が排除されることになる。あるいは逆に、現実に合わせて、クリニカルパスの改定作業が必要となることも想定される。このような試行と改変を繰り返し、互いにフィードバックを繰り返していくことが、クリニカルパスの作成過程において重要な役割を果たしている。クリニカルパスの作成作業とその改定作業には、多様な職種に従事する医療従事者が参加することが重要となる。多種多様な医療従事者が参加することを通じて、今日求められているチーム医療体制を構築する土壌が次第に作られていくことが期待されている⁵⁵。また、各職種の専門性を深めるほど相互に依存する傾向が深まり、やがては専門性を超越する機会が増加することも期待できる。

5. 医療事務補助職（メディカルクラーク）が事務作業において果たす役割

チーム医療体制の構築に関する比較的新しい取り組みの一つを挙げたい。近年、医師の職務における事務作業、とりわけ書類作成業務の占める割合が増加している。治療における各段階で書類による説明や確認が求められるようになったこと、医療の複雑化により院内カンファレンスや職種横断的な委員会等が増加したことがその背景にある⁵⁶。そのことを受けて、2008年より、診療報酬に医師事務作業補助者配置加算が設けられるようになった。

首都圏にあるA病院ではそれに先駆けて2006年よりメディカルクラークを導入し、導入から1年後に、常勤医師の労働がどのように変化したか調査している。これによれば、87%の医師が「これまで時間外や休日に書類作成業務を行っていたので、メディカルクラークの導入で時間外労働が減った」と回答しており、実際に医師の時間外労働時間も大幅に減少している⁵⁷。

メディカルクラークは業務独占的な資格ではなく、その育成に関してはほとんどが個々の病院に任されている。しかし、これによって医師、あるいは同様に人手不足が懸念される看護師の職務における負担を軽減する効果は、メディカルクラークの育成にかかる負担を補って余りあるものである。事務作業を離れることができるということは、医師の時間外労働が減るのみならず、手術や診察といった本来医師が集中すべき職務の質を向上させることにもつながる。

⁵⁵ 今中雄一「医療におけるクリティカル・パスの基本と展開」長谷川俊彦企画・監修『クリティカル・パスと病院マネジメント—その理論と実際—』所収、薬事時報社、22～23頁参照。

⁵⁶ 関谷公栄子（2008）「メディカルクラークとメディカルセクレタリーの役割」『医事業務』第326号

⁵⁷ 遠藤康弘（2008）「勤務医の診療外業務軽減への取り組み—医療秘書を導入して」『日本病院会雑誌』2008年1月号

医療提供者中心の医療から患者中心の医療へのシフトが国際的にも求められている現在、日本の医療組織における役割分担は再考の余地が大きい。それに合った組織の構築をも視野に入れて、医療を提供する側も患者側も、ともにメリットを受け取ることのできるシステムを大きな視野で考える必要があるであろう

むすびにかえて

本論ではチーム医療体制に関して、前半ではアメリカにおけるチーム医療体制構築の歴史とともに、非医師診療従事者との関係性を論じ、後半では日本でのチーム医療がどのような意味で検討され、展開されているかについて述べた。最後に、今後のチーム医療体制の構築に関して指摘できることを述べたい。

第一に、医療の高度化・複雑化に伴い、ますます医師一人の知識や技能に依存することは困難になるであろうことである。権限を委譲できる他の専門職種を養成し、チーム全体で高度かつ複雑な医療に対応することが必要となる。今や診療内容における分業化（タスクシフティング）はアメリカのみならず、世界的な潮流である。

第二に、チーム医療体制の構築には全体的に十分な人員が欠かせないということである。きめ細やかな医療を患者に提供するためには新しい職種を作り、多くの専門職種を揃えればよいというものではない。多様な専門職種が参加することでより複雑になったチームにおいて情報共有をはかるには、それを可能にする時間的ゆとりが必要となる。ゆとりのある医療現場を作るためには、十分な人員が欠かせないのである。医療は労働集約的な産業であり、いかに一人ひとりが専門性を高め、高度な知識や技術を身につけようとも提供できる量には限界がある。その限界を認識して安全な医療を提供できるだけの人員を確保することなしに、チーム医療体制を構築することは無意味である。全体的な人員削減を合理化の手段に使うことは、チーム医療体制を成功させることからはかけ離れた行為であることを認識するべきであると考ええる。

第三に、さまざまな連携・調整の役割の重要性を認識すべきであるということである。アメリカの場合、細分化された職務を担うメンバーから構成されるチームが円滑に機能するために、チーム内、および患者やその家族との情報共有が要になると早い段階から認識されていた。クリニカルパスの使用によって、このヨコの連携、つまりチームと患者の関係と、タテの連携、つまり治療の継続性、はある程度担保されるが、それだけでは不十分である。この点に関して主に 1990 年代以降、現場で大きな役割を果たしたのが医師補助職・特定看護師であると考えられる。医師を突出した存在として扱い、その技能や指示に依存した組織から、連携・調整を重視した組織へと大きく変化したのである。ここに、今後のあるべき日本のチーム医療の姿のヒントがあるのではないかと。

厚生労働省の「チーム医療の推進に関する検討会報告書」においても、「医療スタッフ内の連携の推進」が指摘されている。しかし、「院内横断的な取組」としてテーマごとの枠と

加わることが予想される職種のみが例示されているにすぎず⁵⁸、実際にそのチームが機能するためにはどのような連携・調整が必要であり、誰がその中心的役割を担うべきなのかという点には触れられていない。現状では多くの場合、医師がその役割を担っているものと考えられるが、第1章、第2章で示した通り、現在の勤務医は過重労働の状態にあり、このような新たなチーム医療体制を指揮する役割を担う余裕は少ないであろう。それゆえに、本研究チームは、①今後我が国でも重要性が高まるであろうチーム医療体制を円滑に機能させるための職種に関する検討が必要であり、②アメリカの事例からも医師補助職および特定看護師は大いにその役割を担いうる可能性のある職種であると指摘したい。

⁵⁸ 栄養サポートチーム、感染抑制チーム、緩和ケアチーム、口腔ケアチーム、呼吸サポートチーム、摂食嚥下チーム、褥瘡対策チーム、周術期管理チームの8つが挙げられている。

終章

第 1 章では、江原研究員の先行研究及び公表された資料を横断的に俯瞰し、勤務医の長時間連続勤務の実態についての調査、労働基準監督署の是正勧告調査と併せて、数字にも表われる劣悪な労働環境を明らかにした。

第 2 章では、勤務医 5 名の勤務実態調査表の分析及び是正勧告調査の分析から、長時間労働の要因を探知した。また、労働環境改善が医師の心身を守るだけでなく、医療安全のためにも必要であることも明らかにされた。その対応策の一つとして、医師増員に加えて医療クラークや他の医療補助職導入による医師の業務分担の必要性を提議した。

第 3 章では勤務医の過重労働の具体的軽減策としてアメリカの PA /NP の詳細について紹介、日本の医療現場への導入の可能性について提言した。

第 4 章では、医療補助職導入のために、チーム医療がどのような意味で検討され展開されているかについて述べ、チーム医療体制の構築に必要な要素とは、他職種間のコーディネイトの重要性及びマンパワーの充実であるという提言を行った。

序章でも触れたが、勤務医の過酷な労働環境の根本原因は 1980 年代初頭から続いた政府の医療費抑制策とそれを達成するための医師養成抑制にある。その結果すでに世界一の高齢化社会となった日本の医療費と人口当り医師数は先進国最低となってしまう。以下に日本の医療を再生させる鍵を握るステークホルダーへの提言を行い本研究の責を果たしたい。

1, 政府と経済界への提言

日本の医療崩壊の原因は現場の極端なマンパワー不足だが、長年の低医療費政策が全国の病院経営を逼迫し、医師や看護師の業務軽減のために必要な医療秘書等を雇用することまで困難としてきた。その結果日本の医師や看護師は事務作業負担まで余儀なくされ、さらに多忙となるという悪循環に陥っている。

震災後、電力不足については毎日メディアが報道し、政府や経済界の電力不足対策への関心は高い。さらに以前より問題になっていた日本の財政赤字、さらに未曾有の震災後は復旧・復興が最優先課題となって医療再生のための予算付けが困難なことは理解できる。

しかし電力と同様に医療体制整備は国民の命と健康を守る優先課題。医療難民発生を阻止するという危機管理の観点だけでなく、健全な資本主義社会を発展させる共通基盤としての認識が不可欠で、最低限先進国並みの医療費増を目的とすべきである。

2, 医療界への提言

現在医師増員や医学部新設、さらに看護師の業務拡大等が検討されている。しかし肝心の医療界から、医師の増員や看護師業務拡大について、「むやみに増員すれば質が落ちる」等の理由で反対の声が上がっている。

しかし日本の医療現場のマンパワー不足の責任のいったんは、医療の進歩に見合った医師や看護師の増員の必要性について十分に声を挙げてこなかった医療界にもある。「質が落ちる」という一見正論な理屈も、今後十分な医療を受けることができない人々にとっては全く現場を直視しない、無責任な議論ではないのか。

先進国では医療の進歩に見合って医師を増員、さらに多くの医療補助職を導入して「チーム医療」で医療へのアクセスと質の向上、さらに医療人の労働環境を守る努力をしてきた。

日本の医療界も予想困難な自然災害と異なり、私たち日本人の目前には未曾有の高齢化が津波のように押し寄せてきていること、医療再生のためには、医療費増と医療関係者のマンパワー増が必要であることを社会に訴え、「患者が医療を受ける権利」を担保するためにもチーム医療推進に向けて一丸となって行動すべきである。

3, 患者・国民への提言

日本国民は明治維新以降、政府が国民の命より経済発展を優先し、憲法 25 条「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。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」を遵守してこなかった歴史を再度確認しなければならない。まさに医療崩壊はその氷山の一角なのだ。

アメリカの人権運動家、キング牧師は「世界最大の悲劇、善意の人の沈黙と無関心」と述べた。戦後日本は経済最優先で、フリーター・ニート、格差拡大社会、世界の自殺大国となった。未曾有の超高齢化社会を目前に「医療難民」や「無縁死」という事態さえ危惧されている。大震災後の今こそ、日本が憲法 25 条を守る国家になれるか否か、国民は選択し行動する責任がある。

おわりに

世界は日本がいかに未曾有の高齢化社会を乗り越えるか、固唾をのんで見守っている。本研究が広く各界で認識され、医療そして日本再生のきっかけとなることを研究員一同心から希望する。

謝辞

勤務医の長時間労働を改善し、医療再生を希望する私たち研究員に貴重な研究の機会を与えていただいた、社会保険労務士総合研究機構前所長の平沼高先生に心から感謝いたします。またこの場をお借りして、調査票の記入及び現地ヒヤリング調査等にご協力を頂きました勤務医の皆様、アドバイスをいただいた西脇和彦氏、事務局の方々に深く感謝申し上げます。

社労士総研研究報告書
医療現場の労務管理に関する研究
－勤務医等の過重労働を中心に－

発行年月日 2012年2月2日
編集・発行 社会保険労務士総合研究機構
〒103-8346
東京都中央区日本橋本石町 3-2-12
社会保険労務士会館
TEL 03-6225-5013 FAX 03-6225-4865