

医師の働き方改革の問題点と求められる方向性に関する意見書

～医療安全による規制と実態を反映した労働時間管理の確立が不可欠～

2026年9月24日

全国医師ユニオン代表 植山直人

目次

- 1, はじめに
- 2, 医師の働き方改革の問題点
- 3, 安全確保のための労働時間規制
- 4, 実態が反映されない労働時間管理と信頼できない調査結果
- 5, 宿日直許可と勤務間インターバル及びオンコールと休日の問題
- 6, 自己研鑽と労働の問題
- 7, 科学的根拠のない医師の健康確保措置
- 8, B・C水準の特例問題
- 9, 自治医科大学及び地域枠制度等の問題について
- 10, 医師数抑制政策による医師不足と過重労働
- 11, 最後に ～求められる対応～

1, はじめに

働き方改革が始まりすでに7年を過ぎ、医師の働き方改革が本格的に実施され2年がたった。令和8年度医師の働き方改革の推進等に関する検討会（以下、検討会と記す）の第1回では、この間に一定の改善が進んでいるとの調査報告がなされたが、一部の医師の労働時間管理に関しては極めて不適切であり、実態が正確に認識されていないと考えられる。また、医師の働き方改革においては今も医療安全の面からの上限規制は全く考慮されていないなど、大きな欠陥が放置されている。このため今も過労死ラインの3倍を超える労働を担わされている医師が放置されるなど異常な働き方が蔓延しているため、全国医師ユニオンはILO（国際労働機関）に提訴することを検討している。

全国医師ユニオンは、医師の過労死問題を契機に2009年に結成され、医師の過重労働の解消を中心に様々な問題に取り組み、毎年、厚労省に医師労働の改善に関する要請を行っている。一方、日本には多くの労働組合があるが、医師労働の問題を詳細に把握し積極的に活動を行っている組合は全国医師ユニオン以外には存在しない。

しかし、以前より全国医師ユニオンから医師の働き方に関する検討会のメンバーが選ばれない状況が続いている。このため、医師労働に関して勤務医の立場に立った専門家と呼べるメンバーが不在のまま、重要な論点が抜け落ち、現状認識においても大きな問題があるにもかかわらず、これを抜本的に改善する議論が行われていない。

全国医師ユニオンは、現状の時間管理の問題点等を明らかにし、求められる医師の働き方改革が進められるために検討会での議論が実りあるものとなることを期待し意見書を提出するものである。

2, 医師の働き方改革の問題点

2019年から始まった医師の働き方改革に関する検討会では、勤務医が労働者であるかどうかという低次元の議論から始まったために、重要な議論が欠落したまま不適切な結論が出されることになった。この2年間の経過も含めて、現在、私たちが医師の働き方改革の主な問題点と考えるのは以下の点である。

- ①医療安全の点からの上限規制がないこと
- ②労働時間管理が適切に行われていないこと（宿日直許可や自己研鑽の問題）
- ③今も時間規制の上限を超える危険な長時間労働が放置されていること
- ④勤務間インターバル時間が労働を前提とした管理監督下に置かれていること
- ⑤オンコール問題が全く取り上げられていないこと
- ⑥医師の健康確保措置に科学的な根拠がないこと
- ⑦B・C水準で長時間労働の例外が容認されている問題
- ⑧自治医科大学や地域枠等の問題
- ⑨過重労働の原因である医師不足の問題

これらは、医師の働き方改革を進めるうえで避けて通ることは許されないものである。

3, 安全確保のための労働時間規制

1) 医師聖職論と医療安全

医師聖職論の有害な点は医師の人権侵害にとどまらず、患者の安全に医療を受ける権利を軽視していることである。それは医療の質や内容を問わず患者に医療者が医療を施すことを善とする点にあると考

えられる。これは古い倫理観や使命感に基づく考えであると思われるが、現代の医療は高度な医学知識と技術の上に成り立ったものであり、国民の求める医療水準に対して、安全性や結果責任が厳しく問われるものとなっている。このため医療においては納得の得られる結果や安全性が守られない場合は、医師は訴訟や業務上過失致死などの刑罰の対象にもなる。当然、良い結果や安全性を守るためには適切な診療環境や労働条件が確保される必要がある。また、国民皆保険制度においては医療体制の整備の責任は国や自治体にあり医師個人にはない。

2) 長時間労働は医療過誤を引き起こす

全国医師ユニオンが日経メディカル等と行った勤務医労働実態調査 2022 (1) では、医療安全の問題に関して「医師の長時間労働は医療過誤の原因に関係していると思いますか」の問いに、大いに関係しているが 37.4%、ある程度関係しているが 45.9%と 8 割以上の医師が長時間労働は医療過誤の原因に関係していると回答している。また、日本外科学会の 2011 年調査 (2) によれば、「医療事故・インシデント（ヒヤリ・ハット）」について、何が原因と考えるかを問うたところ、「過労・多忙」が 81.3%と断然トップであった。しかし、厚労省はこの問題を正面から受け止めずに働き方改革で取り上げることが避けてきた。

3) 長時間労働によるパフォーマンスの低下

睡眠や疲労に関する研究では、人間は起きて 13 時間くらいからパフォーマンスが低下し、16 時間を過ぎるとさらに急速に低下することがわかっている。アルコールの血中濃度と睡眠との関係を比較した研究では夜間の連続労働は飲酒によるパフォーマンスの低下をはるかに超えるリスクがあることが知られている。そしてこのことが安全性にかかわる労働における時間規制の根拠となっている。

4) 運輸業における安全性の点からの労働時間規制

日本でも安全確保の点からバスやトラック運転手などの 1 日の拘束は休憩や手待ち時間も含めて 13 時間以内(上限 15 時間、14 時間超は週 2 回までが目安)と労働基準局が定めている。もしこれを超えて事故を起こした場合は過労運転（「過労運転等の禁止」道路交通法第 66 条）として、ドライバーには 3 年以下の懲役または 50 万円以下の罰金が課せられる可能性がある。さらに「高速乗合バスの交代運転者の配置基準」においてはワンマン運行の上限として昼間において 9 時間または 500 km までとされており、これを超える運転には交代勤務が義務付けられている。(図-1)

また、パイロットに関しても国土交通省により乗務時間の上限規制が定められている。(図-2) 国土交通省はその背景として以下の説明を行っている。「国際民間航空機関では、操縦士の疲労による事故防止のため、平成 28 年 11 月にガイダンスを発行し、航空当局の定める乗務時間の上限や必要な休養時間に係る基準について考慮すべき事項を明らかにしました。

これを受け、我が国では平成 29 年 4 月から航空会社に対し操縦士の疲労情報の収集・分析を図る体制を義務付けるとともに、その状況を踏まえつつ、平成 30 年 7 月に有識者検討会を設置し、欧米の基準や国内航空会社における実態調査を参考に、我が国の疲労管理基準の考え方について検討を重ね、平成 31 年 3 月 29 日に報告書『操縦士の疲労管理について』をとりまとめました。」

しかし、医師に関しては 28 時間の連続労働を認めており、国は医療安全に関する法的対策を怠っており患者の安全は守られていないと言わざるを得ない。安全性の点からの連続労働時間規制は、本検討会の最も重要な議題とすべきである。そして、運輸業での規制と医療での規制が科学的にも法律的にも整合性のあるものとする必要があり、夜間の救急患者や重傷者の治療に対応する医療機関では交代制勤務の導入が不可欠である。

高速乗合バスの交替運転者の配置基準（平成25年8月1日より適用）

		1日		
		昼間 ^{2. (1)}	夜間 ^{2. (1)}	
ワンマン運行のし	運転時間 ^{4.}	^{4. (2)} 原則一運行9時間まで 貸切委託運行を除き、週3回まで9時間超が可 （注意：1日の運転時間は、2日平均で9時間が限度）	^{4. (2)} 原則一運行9時間まで 貸切委託運行を除き、週3回まで9時間超が可 （注意：1日の運転時間は、2日平均で9時間が限度）	^{4. (2)} 原則1日9時間まで 貸切委託運行を除き、週3回まで9時間超が可 （注意：1日の運転時間は、2日平均で9時間が限度）
	実車距離 ^{3.}	^{3. (2)} 原則一運行500kmまで 〔以下の条件を満たした場合〕 昼間は600kmまで ○条件 ・運行前に11時間以上の休息又は運行途中に1時間以上の休憩（1回20分以上で分割可）^{3. (2)②} ・乗務中の体調報告^{7. (1)}	^{3. (3)} 原則一運行400kmまで 〔以下の条件を満たした場合〕 夜間は500kmまで ○条件 ・運行前11時間の休息を確保又は実車距離100kmから400kmまでの間に仮眠施設において連続1時間以上の仮眠休息を確保^{3. (3)②又は3. (3)③} ・運行計画書、実車4時間ごと*に40分以上の休憩を確保^{5. (4)①} ・乗務中の体調報告^{7. (1)} ・デジタコによる運行管理^{7. (2)}	^{3. (4)} 1日に2つ以上の運行に乗務する場合の合計は600kmまで （注意：この時、運行と運行の間に連続1時間以上の休憩を入れなければ、別運行とは見なさない。一方、1日の乗務の中で2つの夜間ワンマン運行に乗務する場合には、連続1時間以上の休憩を挟んでも1つの夜間ワンマン運行とみなす。） 〔以下の条件を満たした場合〕 貸切委託運行を除き、週3回まで600km超が可 ○条件 ・複数の運行のそれぞれの実車距離は、「一運行の実車距離」の範囲内。 ・乗務中の体調報告^{7. (1)} ・デジタコによる運行管理^{7. (2)}

図-1

操縦士特有の運航環境を踏まえた乗務時間上限基準の制定

～十分な睡眠が安全運航の基本です～

2. 新基準の主な内容

(1) 乗務時間の上限時間の見直し・細分化

	現行	新基準		
2人乗務	国内線：8時間 国際線：12時間	勤務開始時刻	飛行回数	
			2回以下	3回以上
		5:00～16:59	10h	9h
		17:00～4:59	9h	8h
3人乗務	12時間超	15時間 ※機内に適切な仮眠設備が必要		

(2) 飛行勤務時間(乗務前ブリーフィングや地上待機時間も考慮)の上限基準の新設

	現行	新基準
2人乗務	無し	9～13時間の範囲内で勤務時間帯(5区分)、飛行回数(9区分)に応じた上限時間を設定
3人乗務	無し	14～17時間の範囲内で仮眠設備のレベル(3区分)、飛行回数(2区分)に応じた上限時間を設定

(3) 乗務間・定期的な休養時間の明確化

	現行	新基準
乗務間	無し	10時間の休養(うち睡眠が取れる8時間を確保)
		深夜早朝業務後の追加休養(2～4時間の追加)
		時差のある運航後、時差の大きさに応じた、到着地及び帰還後の本拠地における追加の休養(到着地：時差の半分、本拠地：2夜～5夜)
定期	7日間で1日	・168時間毎に2夜を含む連続36時間以上の休養が必要 ・深夜早朝勤務が7日間で4回以上ある場合は、2回目の定期休養では60時間以上が必要。

(4) 対象

最大離陸重量5.7t以上の飛行機を用いた本邦航空運送事業者

図-2

5) EU の医師労働

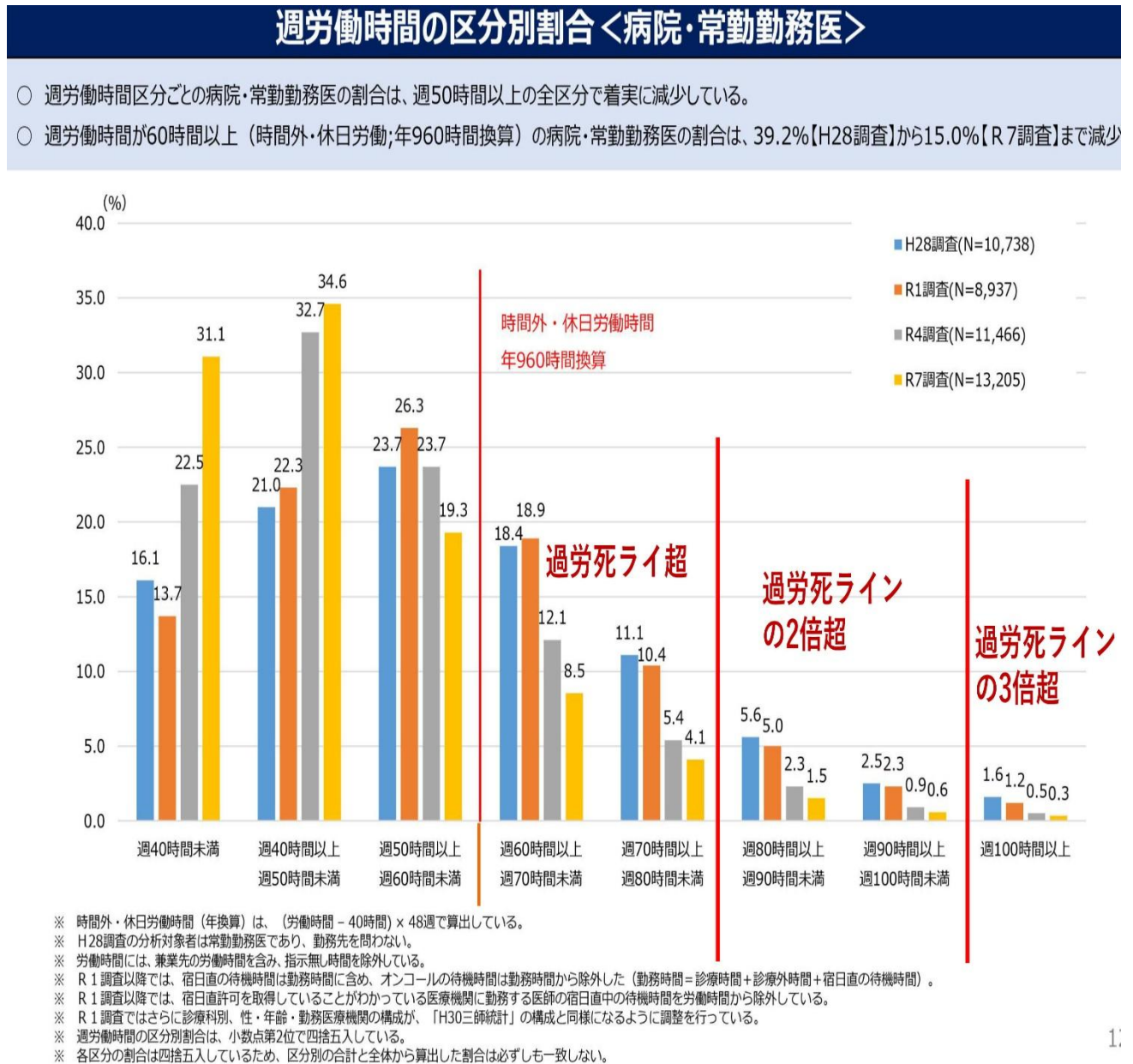
EU では医師の労働時間の上限は一般労働者と同様の週 48 時間労働となっている。これを日本の労働に換算すると時間外労働の上限は毎週上限まで働いたとしても年 400 時間程度となる。医師の労働時間の上限を一般労働者と同様にするときの議論では医療の安全性が考慮されたと言われている。また、これが可能となるのは夜勤に関して交代制勤務が確立しているためである。24 時間体制の職場においては交代制勤務が常識となっているが、特に人命に関する業務で高度な知識や技術が求められる職業においては安全性の点から交代制勤務を実施することは不可欠である。このような医師の業務に長時間労働の例外を作るなど医の倫理に反し、患者に対する責任を国・自治体・医療機関が放棄していると言わざるを得ない。

4、実態が反映されない労働時間管理と信頼できない調査結果

検討会で示された病院勤務医の労働時間の資料によれば、労働時間は着実に減少していることが示されているが、この資料には大きな問題があり実態を反映しているとは言えない。

1) 集計方法の変更

最大の問題は、宿日直許可に関するものである。厚労省が示した図-3には平成28年、令和1年、令和4年、令和7年のグラフがあるが、平成28年と令和1年以降では労働時間の集計方法が異なっている。平成28年にはなかった集計法として「R1年調査以降では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。」という文章が令和1年以降に追加されている。(図-3)



(図-3)

2) 宿日直許可の乱発

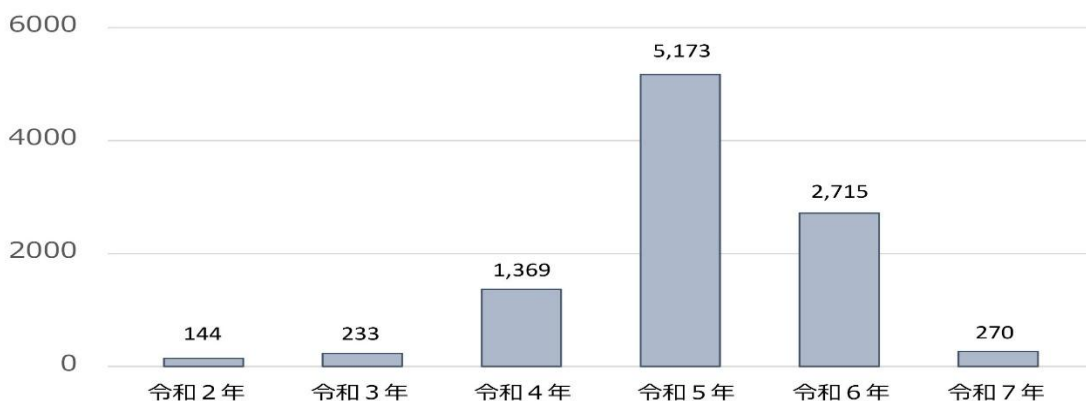
そしてここで問題になる宿日直許可は令和 4 年～6 年に劇的に増加し、今ではほとんどの病院が取得していると考えられる。(図-4)つまり宿日直許可は、多くの救急対応病院でも取得されていることから、かなりの許可は不適切なものであると考えられる。

具体例を示せば、40 代の医師がクモ膜下出血で倒れた事案において、宿日直許可を取得していることを理由に宿日直時間は労働時間ではないとして全て労働時間から除外されたため、労災認定が認められな事案がある。このため家族は東京地裁に訴えを起こしたが、宿日直時間はすべて労働時間であるとする判決が出され確定している。このケースでは、1 回あたりの宿日直時間約 15 時間を月に 3～4 回行っていたため、月に 45～60 時間労働時間が短くされていた。多くの宿日直許可が不適切であるとすれば、労働時間減少のかなりの部分が宿日直許可の乱発が原因であると考えられる。

労働基準監督署における医師の宿日直許可の許可件数の推移（全国）

<医師の宿日直許可の許可件数（年別）（全国）>

	令和 2 年	令和 3 年	令和 4 年	令和 5 年	令和 6 年	令和 7 年
許可件数	144件	233件	1,369件	5,173件	2,715件	270件



※ 本件は、各労働基準監督署における宿日直の許可件数のうち医師に関するもののみを集計したものである。

(図-4)

3) あいまいな自己研鑽と労働時間

また、現状では多くの医療機関において研修医や専攻医の労働を自己研鑽とすることによって労働時間をごまかす不適切な時間管理が行われている。2022 年 5 月に甲南医療センターに勤務する 26 歳の専攻医が過労自死した事件では、自死直前 1 カ月に約 207 時間の時間外労働があったとして労災認定されたが、当初、病院長は死亡前月の時間外労働は自己申告された 30.5 時間であると述べている。このように時間外労働時間に関して多少の時期のずれはあるが労働者側と病院側で約 7 倍の開きが生じており、

現状の労務管理方法は管理と呼ぶに値しない。

厚労省は「医師の研鑽と労働時間に関する考え方について」において「個々の医師が行う研鑽が労働であるか否かについては、当該医師の経験、業務、当該医療機関が当該医師に求める医療提供の水準等を踏まえて、現場における判断としては、当該医師の上司がどの範囲を現在の業務上必須と考え指示を行うかによらざるを得ない。」として、労働時間であるかどうかは上司の判断で決まるとしている。

このような立場は労働者を守るための労働基準局が労務管理を完全に放棄していると言わざるを得ない。そもそも研修医や専攻医が行う学習は標準的な診断・治療を学ぶものであり、学問などをみがき深める研鑽とは全く異なる。前提として病院は患者に対する責任を果たすために、患者の担当医に標準的な診断・治療に必要な医学知識を身に着けることを命じる義務がある。当然「診療ガイドラインについての勉強」等は労働である。

4) 過労死ラインの2倍・3倍の過重労働の放置

この労働時間調査結果の問題点を挙げておく。仮に今回示された労働時間のデータが正しいとしても、過労死ラインの約2倍を超えるものが2.4パーセント、3倍を超えるものが0.3パーセント存在する。病院勤務数を22万人と仮定すれば、それぞれ過労死ラインの約2倍以上が5280人、3倍以上が660人も存在することになる。当然、医療安全は無視されているが医師の健康問題も深刻である。この間、全国医師ユニオンに勤務医の家族から時間外労働が月250時間を超え、メンタル障害となっているとの悲痛な相談が寄せられているが、これらは明らかに医師が違法状態で放置されていることを意味している。過労死ラインの約3倍を超える医師も統計にすればわずか0.3パーセントに過ぎないが、実際には660人もの医師がいつ倒れてもおかしくない違法な労働を強いられており、少なくない医師が健康を害していると考えられる。このような実態は決して許されるべきものではなく、悪質な違法としてすぐに厳重に対応すべき問題である。

5. 宿日直許可と勤務間インターバル及びオンコールと休日の問題

1) 宿直に関する司法判断と不適切な宿日直許可

医師の長時間労働の最も大きな要因は夜間の時間外労働（いわゆる当直）である。しかし、入院中の重症患者や救急患者の対応を行っているにも関わらず、労基署が不適切な宿日直許可を乱発しているために、夜間の時間外労働時間を労働時間に入れていない病院が少なくない。宿日直許可に関しては厚労省の「医師、看護師等の宿日直許可基準について」(3)の通達が発出されているが、これ自体が宿直に対する最高裁判決を無視した内容となっている。「大星ビル管理事件」(4)においては泊り勤務の間に設定されている連続7時間ないし9時間の仮眠時間が労働基準法上の労働時間に当たるとの判断を最高裁は行っている。また、東京地裁は2026年3月16日に宿日直許可を取っている病院における労災認定の裁判において宿日直時間は全て労働時間であるとの判決を出した。しかも、国はこの判決を受け入れ控訴しなかったために判決は確定している。国はこの宿日直許可が不適切であることを認めていると言わざるを得ない。

2) 宿日直許可に関する不適切な厚労省の指導と許可の乱発

厚労省の指導用資料「医療機関における宿日直許可～申請の前に～」(5)においては「医療機関における宿日直の事例」として2次救急や3次救急病院でも宿日直許可を与えた事例をホーム・ページで公開しており、厚労省が自ら不適切な宿日直許可の取得を推進している。

ここでは医師の宿日直許可が認められたとする 19 のケースが紹介されているが、その必要性として全てが「緊急事態」または「非常事態」に備えての対応とされている。しかし、病院は夜間に人がいなく警備等が必要な職場とはことなり、深夜でも数十人から数百人の職員が働いている。従って、宿直時に医師に求められるのは救急対応や重症患者等への医師の通常業務以外ではなく、決して「緊急事態」または「非常事態」に備えての対応ではない。救急病院に救急患者が搬送され、これに対応することはまさに通常業務である。

ここで示された 19 例の特徴としては、「許可を取得した業務」のうち 18 病院が「緊急事態」、1 病院が「非常事態」なっていることである。次に、「労基署の調査概要」に書かれている救急車の受け入れ件数が病院の規模からみて異常に少ないことが挙げられる。また、救急患者に対する対応時間が短くなっている。中には救急患者の対応時間が 1 件あたり 30 分未満とされているものもみられる。現実では、重症患者を入院させた場合は宿直医師は実質的に朝になり申し送りをするまでは、事実上の主治医であり患者に対して全責任を負うことになる。常に入院となった患者の状態を把握し、状態が悪化した場合にはすぐに対応する必要がある。また、検査結果等から軽症と判断して帰宅させた場合も症状が悪化して再度、救急搬送されることも珍しくない。このような場合は家族への説明なども極めて大きなストレスとなる。救急対応では常に自身の判断が命にかかわるため、特に経験の少ない若手医師にとっては大きな負担となるが、そのような現実を無視して「救急患者の対応時間が 1 件あたり 30 分未満」などと平然と書かれている。

以下に悪質ともいえる宿日直が認められたとして紹介されている 2 つのケースを示す。

A:二次救急病院（380 床）。

許可を取得した業務「緊急事態に備えての待機、定期回診、検食」。労基署の調査概要「病棟を回診し、45 人程度の要注意患者を目視確認」「宿直日の夕食（約 10 分）、朝食（約 5 分）検食」などとなっている。入院が必要な患者の急変などは日常的なものであり、緊急事態ではない。また、要注意患者が 45 人もいれば、十分な睡眠はとれない。夕食時間が 10 分、朝食時間が 5 分となっているが、まさに業務の多忙を示している。

B：三次救急病院（300 床）。

許可を取得した業務「非常事態に備えての待機」。労基署の調査概要「救急外来患者のうち軽症者に対する診察等」。そもそも三次救急は二次救急で対応できない高度医療を行うためにある医療機関であり軽症者を受け付けておらず、救急隊も重症と思われる患者しか搬送しない。また、「軽症者に対する診察等」は非常事態ではない。

このような明らかな虚偽の宿日直許可を、厚労省がわざわざホーム・ページで公表し宿日直許可はデタラメな申請でも取得できるとの印象を与えた結果、多くの医療機関が実態を反映していない宿日直許可申請を行い労基署も不適切な宿日直許可を与えたと考えられる。図-4 を見ると R4 年から医師の働き方改革が始まる R6 年にかけて異常な数の宿日直許可が乱発されている。結局は実際の労働実態をほとんど変えることなく、制度上の「労働時間」だけを削減できる悪質なごまかしを厚労省が進めていると言わざるを得ない。

3) 宿日直に関する判例

①「大星ビル管理事件」における最高裁の判断

ここでは先に示した司法判断について少しくわしくみておくことにする。「大星ビル管理事件」と呼ば

れる裁判においては、ビル管理会社の従業員が従事する泊り勤務の間に設定されている連続7時間ないし9時間の仮眠時間が労働基準法上の労働時間に当たるとされた事例である。最高裁は「上告人らの職務は、もともと仮眠時間中も、必要に応じて、突発作業、継続作業、予定作業に従事することが想定され、警報を聞き漏らすことは許されず、警報があったときには何らかの対応をしなければならないものであるから、何事もなければ眠っていることができる時間帯といっても、労働からの解放が保障された休憩時間であるということは到底できず、本件仮眠時間は実作業のない時間も含め、全体として被上告人の指揮命令下にある労働時間というべきである。」との判断を下している。

救急病院や重症患者の治療に当たる病院においては、通常24時間救急患者を受け入れることを表明しており、また重度の患者の診療を行うことを前提としている。また、入院中の患者が急変した場合は当然重症にあたる。そして宿日直を担う医師は救急患者の来院時や入院患者の急変時にはたとえ睡眠中であっても速やかに対応することが義務付けられている。このことから、医師の宿直における仮眠時間や休憩時間は明らかに労働時間であると言えるため、救急病院や重症患者の治療等にあたる病院の医師に宿日直許可を認めることは最高裁判決に反していると言える。

②宿日直許可を取得しても宿直時間全体が労働時間とされた東京地裁の判例

大学病院に勤務する医師の労災認定に関する裁判において、東京地裁は2026年3月16日に労災であると認める判決を出した。事件の概要は、大学病院に勤務する緩和医療科のA医師が2018年11月8日(当時48歳)クモ膜下出血で倒れたもので、A医師は今も重い意識障害で寝たきり状態となっている。家族は労災申請していたが、却下されていた。

裁判の最大の焦点は、宿直時間が労働時間であるかどうかというものである。A医師は月に3～4回の宿直を行っていたが、労災認定において当初、審査官は宿直時間のすべての時間が常態としてほとんど労働する必要のない勤務として1回あたり15時間15分の宿直時間を全て労働から除外していた。再審請求の審査会においてもカルテ上患者対応に従事していた時間のみを労働時間として加算したのみであったため、長時間労働が認められずに労災とならず遺族は東京地裁に訴えを起こした。

東京地裁は判決において、「宿直業務時間中の原告は、使用者である本件病院の指揮命令下に置かれており、労働からの解放が保障されていたとはいえないから、宿直業務の時間全体を業務の過重性を評価する労働時間に認めるのが相当である。」とし、「原告は、宿直業務の時間中、看護師からいつでも呼び出される可能性があり、入院患者が死亡した場合にはほとんど睡眠をとることができない可能性もあることを認識したうえで宿直業務に当たっていたといえ、一定の緊張状態にあったことが認められる(甲26[3頁])から、待機時間が長かったことをもって業務の過重性を否定することも相当ではない」、「本件病院における宿直業務時間中の診療業務は、時に人命を左右しかねない重大な判断や処置が求められる点において、少なくとも通常業務と変わらない精神的な負担をとるものであったとみるのが相当である」と指摘している。

今回の判決は宿日直許可に関して極めて重大な意味を持つものである。少なくとも救急医療や高度医療を担う病院では重傷者の診断・治療が前提となっているため、これらの医療機関に対する宿日直許可は無効であることを示す司法判断が下ったと言える。また、国が控訴しなかったことは、国自体が実態を無視した宿日直許可の乱発に問題があったことを自覚していることを示していると言えよう。

4) 実態を反映しない宿日直許可の実例

全国医師ユニオンに寄せられた勤務医からの悲痛な相談を紹介する。その病院は宿日直許可を取って

いるが、400 床規模の地域の中核病院で年間 4000 台以上（1 日平均 10 台以上）の救急車を受け入れていて、近年の本邦では珍しい、人口が増加傾向の地方都市に所在している。この地域は輪番制度をとっており、月の半分弱をその病院が輪番を担っている。そして輪番日も宿日直許可として扱われている。主たる宿直を担う医師は内科系、外科系で別れ、宿日直の業務は月 1、もしくは 2 日で、業務としては①救急患者の対応、②入院が必要な患者への対応・入院指示院内調整等、③入院させた患者の朝までの疾患の管理、④他科を含めた入院患者の急変への対応、⑤輪番日の宿日宿直には研修医がつくため、救急に従事する研修医の指導、⑥予期された入院患者の看取りの対応等、これらを宿日直中の業務として行っている。外科系医師である該当医師が 2026 年 4 月から 6 月までに担当した宿直業務の実態は、以下のとおりである。

ア：A 日の宿直（17 時 15 分から翌 8 時 30 分）：救急車 2 台及びウォークイン 1 名に対応し、うち 1 名を入院とし、深夜に病棟から入院させた患者に関するコールを受けて指示を行う。午前 5 時 47 分から 7 時 15 分までは心肺停止状態の患者 1 名を救急車で受け入れ、心肺蘇生を実施のうえ死亡確認を実施。

イ：B 日の宿直（17 時 15 分から翌 8 時 30 分）：救急車 4 台及びウォークイン 3 名に対応し、うち 2 名を入院とし、うち 1 名については緊急手術の適応と判断し手術を実施。

ウ：C 日の宿直（17 時 15 分から翌 8 時 30 分）：救急車 5 台に対応し、うち 1 名を入院とし、深夜 3 時 22 分及び 4 時 6 分には他科病棟からの照会に対して指示を行う。

上記の 3 日間は全て、地域の輪番日に指定されていた日である。これらは、まさに通常業務であり宿日直許可と認められる業務ではありえないが、病院は労基署が許可を与えられていることを理由に適切な時間管理を行わず、翌日は通常勤務となっている。

ここでは、労基署がずさんな対応をしたのか病院側が実態を偽って許可を申請したのか不明であるが、いずれにしても宿日直許可を取り消すと同時にこのような事態が起きないように再発を予防する対策が必要である。加えてこの病院は、宿日直許可の申請及び許可証交付日の以降に、上記当直医の業務④の院内急変患者への即応義務に関して院内で制度化を行っている。これは「許可した業務の態様と異なる業務に従事させないこと」という宿日直許可の文言に明確に違反し得るが、2026 年時点で労基署の断続的な宿日直の許可証には期限がなく、一度許可が下りればその後に宿日直の許可の基準以上に業務が過密になろうとも実質的に許可が継続されてしまう点にも問題がある。

ちなみに、この病院には現在労基署の調査が入っているが、今後も宿日直許可が認められるようなことがあれば、厚労省の指導及び労基署の在り方を厳しく問う必要があると言わざるを得ない。

5) 宿日直許可の無期限性

また、宿日直許可制度自体の問題点として、1 度許可を取得すればこれが永続的に有効となることが挙げられる。病院の救急搬送件数などは周囲の医療体制の状況により常に変化する。地域の事情から病院が急性期医療に力を入れることになれば救急車の搬入件数は増加し、宿日直許可を申請した時期とは現場の医師の労働条件は大きく変化する。宿日直許可制度に関しては、常に実態を反映しているかどうかを検証する機能を持たせる必要がある。宿日直許可は医師の長時間労働に直結し医療安全や医師の健康問題にかかわる重要な問題であるため、36 協定と同様に毎年見直しを行い許可することが適切であるか判断されるべきものである。

6) 不適切な勤務間インターバルの問題

さらに問題であるのは宿日直許可が認められた場合、この時間を勤務間インターバルの時間とするこ

とが認められている点である。病院内に拘束され救急対応や病院内の患者の急変に対応することが前提とされ常に緊張を強いられている医師の宿日直時間を休息のための勤務間インターバルとすることは制度の趣旨を変質させるものである。すでに示したように宿日直許可が認められた救急対応病院では夜間に多くの救急患者対応に追われ医師にとって最も過酷な勤務時間となっているが、この時間を勤務間インターバルとされることになる。これこそ長時間連続労働を合法化し医師の健康確保を放棄すると同時に医療安全をないがしろにするものである。そもそも、勤務間インターバルは労働から完全に開放された時間でなければならず、睡眠時間のみでなく家事・育児・介護等の社会的な活動が保障された全く自由な時間でなければならない。宿日直許可を理由に病院の指揮命令下にある時間を勤務間インターバルとすることを今すぐやめる必要がある。

7) オンコール問題の放置

医療は専門性が高いため、24時間365日各科の専門の医師の診療を必要とするが、常時これらの医師を病院内に待機させることは出来ない。このため診療科によってはオンコール（呼び出し待機）体制をとっている。一般的にオンコール対応時には30分程度で病院に着き診療を行うことが求められている。このため、待機時には地域的な拘束があり、深夜も含めていつ呼ばれるか分からないストレスにさらされることになる。しかし、オンコールに関しては、多くの場合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おらず、また、月の回数や連続回数等に関しても上限等が示されておらず、待機手当に関しても基準がないため、オンコールが多い診療科の医師によっては極めて大きな負担となっている。

このオンコールは診療科によっては年の半数以上を担っている医師もみられ極めて深刻な問題となっている。勤務医労働実態調査2022(前出)によれば、オンコール待機に関しては、「月3回未満」が33.8%、「3-5回未満」が8.2%、「5-10回未満」が13.9%、「10-20回未満」が11.3%、「20回以上」が6.2%、「未回答」26.7%であった。

オンコールに関しては、医師の健康確保やワーク・ライフ・バランスの視点から、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。

8) 休日の無い連続勤務の放置

前出の勤務医労働実態調査2022では、月の「休日」回数を問うているが0日が5.1%、1日が4.4%、2日が7.2%、3日が7.0%、4日が18.8%、5～7日が30.9%、8日以上が26.6%であった。4週4休が確保されていない医師が23.7%にも及んでいる。特に休日0日は専攻医では7.7%、大学院生では9.0%と深刻であった。

これにはオンコールの問題も大きく関係していると考えられるが、過労死ラインの2倍・3倍働いている医師が存在していることを考えると、一部の医師への業務の集中が違法状態となっているにもかかわらず、これが漫然と放置されていると言える。この実態と原因を速やかに明らかにして、該当医師らを救済する必要がある。

6. 自己研鑽と労働の問題

現状では多くの医療機関において労働を自己研鑽とすることによって労働時間をごまかす不適切な時間管理が行われている。厚労省は「医師の研鑽と労働時間に関する考え方について」(6)において研鑽の労働時間該当性について、以下のように説明している。「労働時間とは使用者の指揮命令下に置かれてい

る時間のことをいい、使用者の明示又は黙示の指示により労働者が業務に従事する時間は労働時間に当たるとする。

このため、①労働から離れることが保証されている状態で行われている。②就業規則上の制裁等の不利益取扱いによる実施の強制がないなど、自由な意思に基づき実施されているなど、使用者から明示又は黙示の指示がないと認められる研鑽については、当該研鑽を行う時間は、労働時間に該当しない」。一見正論が述べられているように見えるが、ここには病院の患者に対する責任や義務に関して全く示されていない。そもそも病院は患者の診療に関して全責任を負っている。一方、患者は担当医を選ぶ権利を持っていない。病院は研修医や専攻医などの知識が不十分な医師が担当医となることで患者が不利益を被ることがないように、医師が担当する患者の診断・治療に関する標準的な知識を学ぶことを命ずる義務がある。つまり病院が医師に患者の担当医となることを命ずることは、患者のために標準的な診断治療等を学ぶことを包括的に命ずることを意味する。従って、担当医が患者に責任を持つためには診療ガイドラインなどの標準的な知識の学習等は当然業務である。

そもそも、厚労省が「研鑽」という不適切な用語を安易に使用している点が大きな問題である。「研鑽」という言葉は「学問などを深く究めること。」であり、「自己研鑽」とは自分が担当する患者の診断・治療に関係なく任意に「学問などを深く究めること」である。一方、患者の診断治療に関して標準的な診療が行えるように準備することは患者に対する義務であり「研鑽」ではなく「基礎学習」などと呼称すべきである。

しかし厚労省は「医師の研鑽については、

- ・ 医学は高度に専門的であることに加え、日進月歩の技術革新がなされており、
- ・ そのような中、個々の医師が行う研鑽が労働であるか否かについては、当該医師の経験、業務、当該医療機関が当該医師に求める医療提供の水準等を踏まえて、現場における判断としては、当該医師の上司がどの範囲を現在の業務上必須と考え指示を行うかによらざるを得ない。」として、「研鑽」と「基礎学習」をあえて同一に扱い客観的な労務管理の基準を示さずに上司に主観的に労働時間であるかどうかの判定を行うことが可能な権限を与えている。弱い立場にある研修医や専攻医が上司の指示に従わざるを得ないことは自明の理であり、このような厚労省の指導は客観的な時間管理を放棄する時代に逆行する労務管理であり、実態を反映しないものである。すでに甲南医療センターの専攻医の過労死の労災認定において労働時間に関して労基署の判断と病院側の主張が大きな隔たりがあることを述べたが、このような事態が繰り返されないためにも客観的な時間管理が必要である。

この点に関しては、今回の厚労省の調査結果にある専攻医等への意識調査で「あなたの勤務先での『労働』と『自己研鑽』の区分に基づく働き方についてどう感じていますか。」の問いに「満足」と回答したものが19%しかいなかったことにも示されていることから、今も適切な時間管理が行われていない病院が多くを占めていることを表している。

7. 科学的根拠のない医師の健康確保措置

1) 新しい労災認定基準と医師労働

過労死等の労災認定に関しては2021年に新しい基準が示された（「血管病変等を著しく増悪させる業務による脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準について」基発0914第1号令和3年9月14日）。これまでの過労死認定の基準は「発症前1か月におおむね100時間または発症前2か月間ないし6か月間

にわたって、1 か月あたり 80 時間を超える時間外労働が認められる場合について業務と発症との関係が強いと評価できる」となっていたが、改正後はこれまでの時間外労働時間に至らなかった場合も、これに近い時間外労働を行った場合には、「労働時間以外の負荷要因」の状況も十分に考慮するとされている。

負荷要因としては勤務時間の不規則性として①拘束時間が長い勤務、②休日のない連続勤務、③勤務間インターバルの短い勤務（勤務間インターバルがおおむね 11 時間未満の勤務の有無）、④不規則な勤務・交代制勤務・深夜勤務が挙げられている。また、心理的な負荷を伴う業務としては、「人命や人の一生を左右しかねない重大な判断や処置が求められる業務」などとされている。

この改正に従えば、医師の長時間労働や深夜勤務及びわずか 9 時間の勤務間インターバルは労災認定の負荷要因である。これに加えて、医師の救急対応等の業務自体が患者の命に係わる仕事であり心理的な負荷が極めて大きいと言える。以上のことから、夜間の救急対応等は極めて負荷が大きな業務と言え、宿日直許可の対象とならないことは明白である。

2) 根拠のない医師の健康確保措置

一方、厚労省は医師に例外の長時間労働を認める条件として以下の追加的健康確保措置を義務化している。勤務間インターバルの確保①24 時間以内に 9 時間、または②46 時間以内に 18 時間のいずれか、及び代償休息のセットである。これは勤務間インターバルは 9 時間でよく、28 時間連続労働を認めるものである。また、代償休息に関して厚労省は以下のように説明している「予定された 9 時間又は 18 時間の継続した休息時間中にやむを得ない理由により発生した労働に従事した場合、医療機関の管理者は、その労働時間に相当する時間分を代償休息として付与する必要があります。」「急患の対応により 1 時間の労働に従事し、9 時間の勤務間インターバルを確保できなかった場合、発生する 1 時間の代償休息について、翌月末までに付与する必要があります」としている。そもそも休息時間は自由であり自宅や外出先にいるため病院との往復に時間を要するがこれが全く考慮されていない。インターバル中の医師を呼ばざるを得ない場合、患者は重傷者である。たとえ 1 時間の業務であれインターバルの途中で突然病院に呼ばれ重症患者の対応を行い帰宅すれば、まともな睡眠や休息など取れないことは明らかである。しかも、わずか 1 時間の代償休息を与えるだけでこれを健康確保というなど医師は人間として扱われていない。そもそも、勤務間インターバルは完全に労働から解放された時間であり、仮に特別な事情によりより呼び出さざるを得ない場合は代償休息ではなく代休を与えるべきである。

また、追加的健康確保措置は医学的根拠が全く示されておらず誰がどのような調査・研究に基づいてこの措置を決めたのかも明らかにされていない。日本において健康確保に関する労働時間の公的な基準は先に示した厚労省の脳・心臓疾患の労災認定の基準に関する専門検討会で作成された労災認定基準のみである。過労死ラインの 2 倍近く働かせて、この追加的健康確保措置を取ったからと言ってどうして過労死が防げるのであろうか。医師の健康確保措置自体が過労死等の認定基準と全く矛盾するダブル・スタンダードとなっており、このような事態が生じていることに対する説明責任を果たすと同時に、医師の健康確保措置と過労死等の労災認定基準が矛盾しないよう整合性を取る必要がある。

3) 医師の健康実態

ちなみに、医師の健康状態について述べておくことにする。先に述べた勤務医労働実態調査 2022 によれば、自身が「健康である」と答えた医師は 47.1%にすぎなかった。「健康に不安がある」が 42.5%、「大変不安である」が 5.0%、「健康とはいえない」が 5.4%であった。

また、医師の自殺企図について、「あなたは死や自殺について、日頃、考えることがありますか」の間

いに「死や自殺について、1週間に数回、数分間にわたって考えることがある」が4.5%、「死や自殺について、1日に何回か細部にわたって考える、または、実際に死のうとしたりしたことがあった」が2.4%と、週や1日に数回死や自殺について考える医師は6.9%に上っている。なお、20歳代の医師に至っては14.0%が日常的に死や自殺について考えている。また、2015年に筑波大学グループが行った調査(7)によれば初期研修医の約3割がうつ状態になっている。先に示したように、1カ月の休日0日は専攻医では7.7%、大学院生では9.0%と深刻な違法状態であった。

これらの結果からは、研修医・専攻医や大学院生などの若手医師に対する肉体的及び精神的な負担を大幅に軽減する必要があると言える。

8. B・C水準の特例問題

1) 憲法違反が疑われる長時間労働の容認

全国医師ユニオンはB・C水準において過労死ラインの約2倍の時間外労働の特例が検討されている時点で「憲法違反が危惧される医師の働き方改革は許されない」とする声明を2019年1月17日に発表し、これに全面的に反対した。その声明文の一部は以下である。

日本国憲法は「第14条 すべて国民は、法の下に平等であつて、人種、信条、性別、社会的身分又は門地により、政治的、経済的又は社会的関係において、差別されない」と定めている。つまり職業による差別を認めていない。また、憲法にもとづき労働基準法には「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、「第四十条 別表第一第一号から第三号まで、第六号及び第七号に掲げる事業以外の事業で、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、第三十二条から第三十二条の五までの労働時間及び第三十四条の休憩に関する規定について、厚生労働省令で別段の定めをすることができる。 2 前項の規定による別段の定めは、この法律で定める基準に近いものであつて、労働者の健康及び福祉を害しないものでなければならない」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機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である。

さらに、「第18条 何人も、いかなる奴隷的拘束も受けない。又、犯罪に因る処罰の場合を除いては、その意に反する苦役に服させられない」と定めている。今回の省令は月に160時間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苦役を強いられる可能性が高い。また、「第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」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。

私たちはこれらの主張を行ったが、特定地域医療提供機関としてB水準等で年1860時間の時間外労働の例外が認められることになった。この時の議論ではこれはあくまで暫定的なものであり、2036年にはA水準と同様の年960時間とすることが前提となっていた。仮に暫定的であっても受け入れがたいものであるが、これが漫然と続けられるようなことがおればまさに憲法違反である。むしろ交代制勤務を導入し、前倒しにして例外をなくすべきである。

2) C水準について

C水準とは一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師向けの「集中的技能向上水準」である。これも年 1860 時間の時間外労働が認められているが、B水準とは異なり 2036 年までに A水準と同様にするなどの削減目標はない。

・C-1 水準

医師の働き方改革に関する検討会 報告書によれば C-1 水準は「初期研修医及び原則として日本専門医機構の定める専門研修プログラム／カリキュラムに参加する後期研修医であって、予め作成された研修計画に沿って、一定期間集中的に数多くの診療を行い、様々な症例を経験することが医師（又は専門医）としての基礎的な技能や能力の修得に必要な不可欠である場合」とされている。

・C-2 水準

また同報告書では C-2 水準とは「医籍登録後の臨床に従事した期間が 6 年目以降の者であって、先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要とされる分野（※）において、指定された医療機関で、一定期間集中的に当該高度特定技能の育成に関連する診療業務を行う場合」とされている。

①C-1 水準と研修医や専攻医の目的

厚労省は臨床研修の基本理念として「臨床研修は、医師が、医師としての人格をかん養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、プライマリ・ケアの基本的な診療能力（態度・技能・知識）を身に付けることのできるものでなければならない。」としている。つまり臨床研修は一般的な診療における診療能力（態度・技能・知識）を身に付けることを目的とするものであり、過労死ラインを超える長時間労働を必要とする必然性は全くない。

また、日本専門医機構は専門医について以下のような説明を行っている。「専門医と聞くとスーパードクターのような『神の手』をもつ医師のことを想像されるかもしれませんが。しかし実際は内科や外科、小児科、産婦人科などよく知られた診療科において標準的で適切な診断・治療を提供できる医師のことです。」つまり専攻医は専門医としての標準的な診療を行えるようになるために専門研修を行う医師である。

このように、専攻医は標準的な診断・治療ができることを目的としており、高度な技能を目指すものではない。もちろん医療は不確定であり担当する患者の容体等で長時間労働となる場合もあるが、それは毎日・毎週・毎月の話ではなく、適切な休息や休暇が与えられれば年間 960 時間の時間外労働を超える必然性は全くない。

②C-2 水準の必要性について

ここで問題となることは、高度な技能を修得するために長時間労働が必要であるかどうかという点である。果たして年間を通じて過重労働下で高度な技能を修得する必要があるのだろうか。むしろ医療安全の点から十分な睡眠や休息が取れていない医師が高度な技能を必要とする診療に携わることは避けなければならないと考えるのが当然である。現実的には、通常診療に加えて高度な技能を修得する診療業務に従事するために長時間労働が生じているケースが多いと考えられる。

厚労省は「－ 改めて考える“働き方改革”、仕組みと取組のポイント－」において「技能の修得にやむを得ず長時間労働が必要となる業務」として以下の点を挙げている。

ア) 診療の時間帯を選択できない現場でなければ修得できない

イ) 同一の患者を同一の医師が継続して対応しなければ修得できない

ウ) その技能に関する手術・処置等が長時間に及ぶ

これらに対して年 1860 時間の時間外労働を認めるとしているが、これは週や月の上限ではない。このことを考えるとア) に関しては年間を通して「時間帯を選択できない現場」で常時勤務する必要があるなどとは考えられない。イ) に関しては世界的にチーム医療が当然となっている現代の医療では「同一の患者を同一の医師が継続して対応」する必要は無いし、仮に必要性が生じるとしても週や月ごとにシフトを組めば年 1860 時間という時間外労働など不要である。ウ) に関しても、仮に 20 時間に及ぶ手術があったとしても、それは毎日や週に何度もあるようなものではなく、終了後は十分な休息をとるべきであり、一時的に週の時間外労働が長くなるとしても年間の時間外労働を延ばす必要は無い。

日本医においては外科医の過重労働が深刻であるが、日本の外科医の年間の手術件数は少ないと言われている。つまり手術に費やしている時間が長いのではなく、外来診療や術前検査や術前の患者や家族への説明、術後の管理、救急当番など様々な業務を担っているながら交代制勤務もなく、孤軍奮闘しているのが現状ではないだろうか。図-5 に米国の外科医の業務内容の表を示す。日本の外科医は表にあるほぼ全ての業務を担っているが、米国では多くの業務を研修医や医師補助職が分業して担っている。

つまり高度医療の修得に集中できない日本の診療体制が長時間労働を生んでいる可能性が高い。C-2 水準は日本の古く非効率な体質を温存するものとなっている可能性がある。

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	

(備考) 遠藤ら (2009)、p.726 より筆者作成

図-5

3) 1860 時間を超える時間外労働の可能性

すでに述べたように、現状の労働時間管理は実態を反映していないケースが多いと考えられる。多くの医療機関に宿日直許可が乱発されていることから B 水準病院等にも宿日直許可が認められている可能

性がある。B 水準等の医療機関は救急医療や重症患者の診療を担っているため、宿日直許可が認められていても実態としては労働を行っているものと考えられる。そうすると 1860 時間をはるかに超える労働が発生している可能性を否定できない。また、自己研鑽の問題に関しても適切な労働時間管理が行われていない医療機関が多く存在すると考えられる。

年 1860 時間の時間外労働に加え、不適切な宿日直許可及び自己研鑽が重なると安全性の欠落と深刻な健康障害が生じる可能性が極めて高くなる。

9. 自治医科大学及び地域枠制度等の問題について

この問題は、医師の働き方改革と直接関係する問題ではないが、過重労働が常態化している病院での勤務が強制される点や、自身の健康や深刻な家庭の事情が生じて職場を変更することができない問題があるため、ここで触れておく。

1) 自治医科大学や地域枠制度と自治医科大学等に関する裁判

自治医科大学や地域枠制度は、僻地や医療過疎地域をはじめとする相対的に医師が不足し医療の継続が困難な地域の医師不足を解消することを目的として作られた制度である。このような地域で働く医師を医学生から特別な枠組みで養成するために、奨学金や修学金制度（以下、修学金等と記載）や入学試験における特別枠を設けるなどの措置がとられている。本来であれば地域の実情に合った能力を持ち、やりがいを持って働く医師を養成することが求められるが、現状では高額の修学金等と引き換えに長期間指定された地域の病院で働くことを強制する制度となっている。このような地域枠制度は自治医科大学の制度を模倣して作られたものと考えられるため、自治医科大学の制度について説明する。

自治医科大学の修学金の額は 6 年間で 2300 万円であり、その損害金は年 10%と非常識で、自治体の融資や奨学金制度の利息と比較しても類を見ないほど高率である（日本学生支援機構の奨学金の金利は上限が 3%と定められており、令和 7 年 4 月の金利は 1.62%となっている）。しかも期間内に指定公立病院等に勤務することを辞めると、直ちに全額一括返済を求められる。まさに、高利息の借金を強制し、離職に経済的な圧力をかける制度となっている。しかし、自治医科大学で長年にわたり公然と続けられてきた制度であるため、この制度は合法的であるとの誤解の上で、各自治体が地域枠制度に模倣したと考えられる。

この制度の法的な問題は①受験前に卒後の制度や待遇（労働条件等）について適切な説明が行われていないこと、また入学後に本人の同意なく当事者に不利となる制度が一方的に加えられること、②高額の修学金を受け取ることを強制されること、③離脱する場合には修学金の全額を即時に一括して返済することが義務付けられているが、この修学金の金利が年 10%、遅延損害金の金利が年 15%と異常に高いこと、④医師の労働契約の上限は 5 年であるが、卒後 9 年間（修学金貸付期間の 1.5 倍）を指定の病院で勤務することが義務とされていることが挙げられる。

自治医科大学の問題に関しては、現在、自治医科大学の卒業生で全国医師ユニオンの会員が東京地裁に訴訟を起こしている。原告医師は、家庭の深刻な事情が生じたため研修等に関して勤務する愛知県に何度も相談を行ったが全く受け入れられず自死を考えた末、常勤の臨床医・臨床の専門医となることをあきらめて自治医科大学と愛知県に訴えを起こしたものである。現在、原告医師は違法状態の医療界を正すために弁護士を目指し裁判を闘いながら法律を学んでいる。

2) 地域枠制度に関する裁判

地域枠制度に関する裁判では本年 1 月 20 日の甲府地方裁判所の判決が確定している。甲府地方裁判所は山梨県の地域枠における違約金条項について、消費者契約法 9 条 1 項 1 号および 10 条に違反して無効であると判断し、その使用の差止めを命じた。

同判決は、県が控訴を取り下げたことにより、本年 7 月に確定している。地域枠制度に対して司法判断が示された初めての事例であり、同種の制度を運用する他の自治体にとっても無関係ではない。

3) 自治体の奨学金制度が引き起こす問題

入学とは関係なく自治体の奨学金をもらった医師のケースでは、専門研修に関しては 5 つの病院から希望する病院を選択するように言われたため研修や収入などで条件が良い病院を希望したが、まともな面接もなく不採用となり、結局、指導医がいなかったため専門研修ができなく賃金も低い医療機関に就職せざるを得なくなった事例もある。一見、一定の自由な選択が可能であるかのような説明がなされていたが、実態は人気のない病院で強制的に働かせる制度となっていた。

また、別のケースでは県の奨学金をもらったために 9 年間の勤務地の拘束が生じている例では、宿直や年 100 日を超えるオンコール（待機）があり強いストレスが生じメンタルの不調を感じているため、勤務が比較的楽な病院に移動したいと思っているが、現在の病院を辞めるには奨学金を全額一括返済しなければならないため退職できないとの相談が寄せられている。

ここでは 4 つの例を紹介したが、自治医科大学や地域枠制度等の問題では多くの該当医師が退職の自由を奪われ過重労働を強要されるなど深刻な人権侵害を被っている。一般的に考えて長時間労働の例外が認められている病院や労働時間管理がずさんな病院は若手医師に敬遠されるが、自治医科大学や地域枠制度は、該当医師から職場選択や退職の自由を奪う制度となっており、過重労働が行われている病院に強制的に若手医師を配置することが可能な制度となっている。

自治医科大学の裁判においては来春以降に判決が下されると思われるが、多くの論点で原告医師が勝訴する可能性も一定あると考えられる。そうなった場合、現状の自治医科大学や地域枠制度に依存する自治体は人権侵害となるような方法を取ることなく、医療過疎地を守る政策を策定する必要性が生じるが、これには医師の働き方改革が関係する点が少なくない。

10. 医師数抑制政策による医師不足と過重労働

日本は世界トップの高齢社会であり、医療の需要が最も高い国の一つである。にもかかわらず日本の人口当たりの医師数は OECD 諸国で最低レベルであり、このことが医師に過重労働を強いている。日本は医療費を抑制するために医師数抑制政策により医師の増加を強力に抑制してきた。しかし、医療産業や健康産業は急激な発展を示しており、世界各国は医療需要の増大に対応するために医師養成数を大幅に増やしている。（図-6）

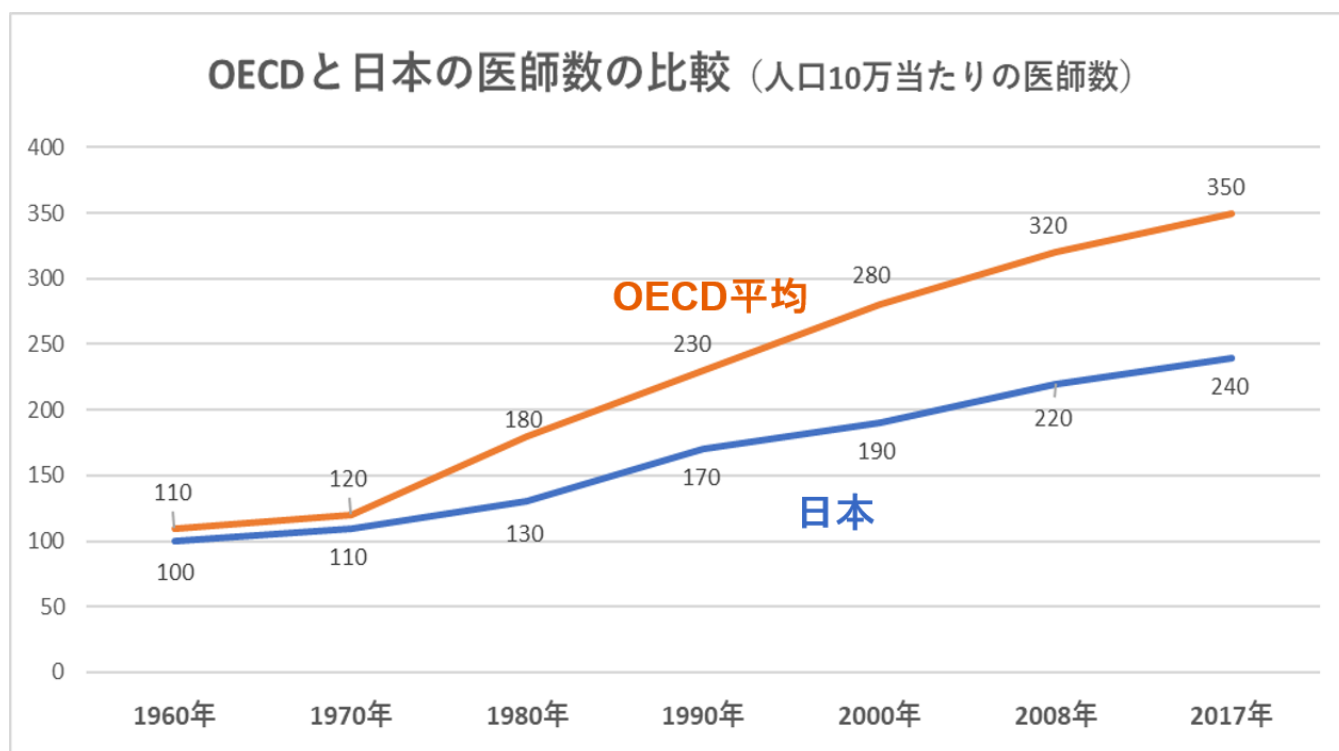


図-6

厚労省は絶対的な医師不足を医師の偏在に過ぎないと主張しているが、東京をはじめとする都市部や高度医療機関・研究機関での医師不足による過重労働は深刻である。400 以上認定されている B 水準病院等（1860 時間の時間外労働が認められている病院）の多くは東京などの大都市や都道府県の県庁所在地にあり医療過疎地等の偏在問題とは無関係である。

また、現在、厚労省は世論操作として人口減少を理由に医師を減らす必要があるとしている。しかし、1980 年から 2020 年までの 40 年間に人口は 1.06 倍しか増えていないが、医師は 2.17 倍増えているにもかかわらず医師不足は深刻である。必要医師数は、医学・医療の発展に伴う医療需要の増加によって決まるものであり、人口と必要医師数の関連性はほとんどない。

財務省は医療費抑制の手段として医師数抑制政策を続けているが、この考え自体が実態に合っていない。米国は先進国の中で日本に次ぎ人口当たりの医師が少ない国であるが、GDP に対する医療費は飛びぬけて世界 1 位であり 17～18%を占めている。ちなみに日本は 8～9%と約半分であり、医師数と医療費との関係はほとんどないと言える。米国の人口当たりの医師が少ない理由は、国民皆保険制度がないこと、このため健康格差が大きく平均寿命が先進国の中では異常に低く 78 歳（世界 50 位）であり、後期高齢者が少ないためであると推測される。

財務省はこのような実態を無視して医師は絶対に余るとし、すでに全国の医学部で入学定員が減らされているが、これは医師の過重労働を前提としているからである。少なくとも医師の労働時間の適正な管理、過労死ラインを超える例外の廃止、そして安全性の点からの適切な労働時間管理が実施されて医療が適切に提供されるまでは、医師数削減などは論外である。

国民の受診権を守りながら医師の過重労働をなくし医療安全を守るためには、絶対的な医師不足を解消し、交代制勤務が徹底できるように速やかに医師養成数を増やすことが不可欠である。

11, 最後に ～求められる対応～

現状の医師の働き方改革は、日本の異常な医師の働き方を維持しよとする古い考えと客観的な時間管理や医療の安全性の確保という視点を欠いたもので、労働法の国際的な基準や労働における人権擁護からかけ離れたものになっている。このため、全国医師ユニオンは日本の医師労働における異常な過重労働の問題に関して ILO に提訴することを検討している。

本検討会での議論が ILO 基準に照らして国際的な評価に耐えうるものであることが不可欠であるとする。各委員はこのことを念頭に後に自らの意見や判断を恥じることがないように国際的な労働基準を把握したうえで非人道的な例外を安易に認めるようなことがないことを希望する。また、本意見書で指摘した点に関して議論し求められる改革を進めるために、検討会を短期間で終わらせることなく問題が解決するまで継続的に開催し求められる改革を推進すべきである。

本検討会において、本来の医療安全と医師の人権（健康やワーク・ライフ・バランス）が守られる働き方改革に資する議論が行われることを切に望むものである。

補足

(1)「勤務医労働実態調査 2022」

勤務医労働実態調査 2022：全国医師ユニオン等が日経メディカルなどで行った調査。

有効回答数は 7558。(全国医師ユニオンホームページに掲載)

<http://union.or.jp/wordpress/wp/wp-content/uploads/2022/10/%E5%8B%A4%E5%8B%99%E5%8C%BB%E5%8A%B4%E5%83%8D%E5%AE%9F%E6%85%8B%E8%AA%BF%E6%9F%BB2022%E6%A6%82%E8%A6%81-%E3%80%80%E6%9C%80%E7%B5%82%E7%89%88%E3%80%802022.10.21.pdf>

(2) 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）。

(3)「医師、看護師等の宿日直許可基準について」

(令和元年 7 月 1 日)(基発 0701 第 8 号)(都道府県労働局長あて厚生労働省労働基準局長通知)

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc6286&dataType=1&pageNo=1

(4)「大星ビル管理事件」

平成 9(オ)608 割増賃金請求事件

平成 14 年 2 月 28 日 最高裁判所第一小法廷

(5) 医療機関の皆様へ（宿日直許可制度の御紹介）医療機関における宿日直許可～申請の前に～
医療機関における宿日直の事例 <2022 年 6 月現在>

<file:///C:/Users/nueya/Desktop/%E6%9C%80%E6%96%B0%E3%83%AF%E3%83%BC%E3%82%AF/%E6%97%A5%E5%BC%81%E9%80%A3%E9%96%A2%E4%BF%82/%E5%8C%BB%E7%99%82%E6%A9%9F%E9%96%A2%E3%81%AB%E3%81%8A%E3%81%91%E3%82%8B%E5%AE%BF%E6%97%A5%E7%9B%B4%E8%A8%B1%E5%8F%AF%E7%94%B3%E8%AB%8B%E3%81%AE%E5%89%8D%E3%81%AB.pdf>

(6) 「医師の研鑽と労働時間に関する考え方について」

第 12 回 医師の働き方改革に関する検討会 資料 3 平成 30 年 11 月 19 日

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000404613.pdf>

(7) 筑波大学の前野哲博氏らによって JAMA 誌 2015 年 12 月 8 日号に報告されている。