

# 勤務医から

前号に引き続き、その後寄せられた原稿を掲載いたします。

◇ 医療関連事業部 ◇

## 勤務医と過労死

札幌南一条病院 院長 工藤靖夫

過労死の労災認定基準については、業務による過重負荷が認められる場合として3つの要件が示されています（平成13年12月12日基発第1063号による通達）。異常な出来事・短期間および長期間の過重業務となっていますが、労働時間・不規則勤務・拘束時間・出張・深夜勤務・作業環境・精神緊張などの細目があります。この中で、客観的な因子としては、やはり労働時間が重要な項目となります。

日本の労働基準法第32条では、労働時間の上限は週40時間とされています。時間外労働については、週に15時間以内、月に45時間以内、年に360時間と、厚生労働省から通知されています（ヨーロッパ大陸の国では、週48時間を労働時間の上限としています。イギリスでは人手不足から、週56時間が基準となっています）。

過労死の認定基準として、労働時間については、①発症前1～6カ月間に、概ね45時間以内の時間外労働では関連性が弱い ②発症前2～6カ月に、概ね80時間を超える時間外労働がある場合や ③発症前1カ月に、概ね100時間を超える時間外労働がある場合は、関連性が強いとされています。労災認定には、単純にこの時間外労働時間で判定される場合が多いようです。この時間の根拠については、疲労蓄積に及ぼす睡眠不足の観点から、睡眠時間を削る長時間労働時間として逆算されています。

勤務医の労働時間の具体的なデータは出ていませんが、東京大学医学部附属病院における調査によれば、研修医の平均病院滞在時間は週102時間、実質的な勤務時間は88時間でした。また国立大学附属病院長会議によれば、大学研修医は週92時間働いていることが分かりました。国立保健医療科学院タイムスタディによれば、60歳以下の病院医師（常勤・非常勤を含む）の労働時間は平均で60時間を超えており、年齢が下がるほど延びる傾向があり20歳代の勤務医では80時間となっています。大阪府医師会勤務医部会のアンケート調査によれば、49歳以下の勤務医369人のうち、労災認定基準以上の過重労働になってい

たのは、およそ3分の2おり、4分の3は精神的にも負担と感じていることが報告されています。他方、日本医療労働組合連合会が行ったアンケートでは、1カ月休みなしに働いた勤務医は全国に3割もいて、1カ月の残業時間が月80時間を超えた医師も3割以上にのぼったとされています。つまり、勤務医が死ねば全員、過労死の可能性があるので。

勤務医の過労死については、“関西医科大学附属病院の研修医過労死事件”より、最近になってようやく注目され始めました。しかし、その後も2006年4月、日大板橋病院の女性研修医の過労自死なども相次いでいます。しかしこのような労働基準法違反が、堂々と許されているのは、なぜなのか？ その答えは、最近の裁判で明らかになりました。1999年8月16日、小児科医の中原利郎先生が自殺した時、遺族は労災認定請求裁判を起し、2007年3月、行政裁判判決で労災認定の判断がなされました。この裁判の中で、新宿労働基準監督署は、医師が病院で当直している時間は、労働基準法では、勤務時間としない判断をし、労災保険法による遺族補償の給付をしない決定を下していたことが判明しました。ただ、医師がすべて労働基準法通りの就業時間になれば、日本の医療界は存続しえませんが、このような医師の過重労働の上に成り立っている、現在の医療が今後も成り立つとも思えません。

2005年、ようやく政府も“医師の需給に関する検討会”を設置し、医師不足に対して議論を開始しました。そして2006年8月、厚生労働省・文部科学省・総務省の3省が医師不足の特に深刻な10県と自治医科大学について最大10人ずつ、最長10年にわたり定員増を認めました（新医師確保総合対策案）。しかしこの数自体は、あまりにも過少で医師が一人前になるのに10年はかかることを考えれば、暗澹とした気持ちにさせられます。少なくとも、医療安全を唱えるなら、医師の業務環境の整備が、最初に考えられるべきなのではないでしょうか。

## 憲法25条と公立病院改革ガイドライン

公立芽室病院 宮本光明

先日の自民党総裁選は麻生太郎氏が選出された。次の日本国の首相が決まったということでもある。安倍、福田の二世議員首相が連続責任放棄したが、麻生氏も二世というか四世議員である。現在政治の世界では議員の世襲制が流行している。地元に住んだことのない人が、東京育ちの人が形の上で地方選出の議員となり地域を語っても現実味がない、具体性がない。仲間内の茶のみ話ならば実害はないがこれもまた地方の現実を良く知りもしない、それでいて文章をつくることに十分才能を発揮する中央官庁官僚の書類に盲目印を押し、それが国の決まりとなり地方に住むわれわれを規制するのだから、ふざけるなど怒るのは私だけでないことは確かであろう。さて、前置きが長くなったが、このような官僚作成文章の典型が昨年12月の末に出された公立病院改革ガイドラインであろう。この中には三つのポイントがあるという。

1. 経営の効率化 2. 再編ネットワーク化 3. 経営形態の見直し。しかしこれは三つが三つとも財政の視点、金勘定の視点のみから書かれている。言ってみれば三つのことは金、金、金であり、要するに金勘定のみである。この会の座長が医療のことに暗い公認会計士というのはできすぎのたちの悪い落とし話である。この公認会計士殿と先日シンポジウムで一緒にさせていただいた。私はこのガイドラインについて本音を話していただきたいと期待したが、お話の内容は〇市の市立病院に対して必ずしも納得しかねること、YU市のM先生への感情一杯のお話が全てで、私には残念な時間であった。その前日、総務省の方に何故に部外者で医療無関係者の方を責任者にされたのか聞いてみたが、自分たちが最終的な責任をとるのだから問題ないというようなお話で、私にはまたまた納得いたしかねることであった。このガイドラインがいつていることで、根本的な間違いが二つある。一つは医療を財政的なことのみで考えていることであり、二つ目はさらに根本的なことだが現憲法の25条違反である。一つ目はこのガイドラインの文章を読めば読むほど腹がたつほど良くわかる。無論、この文章の中には魔女の微笑みのような恐ろしくも美しいようなおためごかしは幾つかある。例えば財政支援の話である。しかし、この話、ネットワーク化あるいはいわゆる赤字病院の縮小化に金を出すという話で、要するに総務省の考えるやめてほしい病院、科に対しての敗戦処理費は出すという信じられないようなありがたい話である。そこには地域の医療をなんとしても守ろう

としている多くの自治体病院の開設者や、そこに住む住民の保健、医療、福祉に思いを馳せるといふ官僚としての確固たる意志がまったくみられない。

さらにいえばわれわれの国には素晴らしい憲法がある。この憲法では9条の精神がそのコアをなすものであるが、25条もまた熟読玩味すべきものである。曰く①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。②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。本来日本国民はとりわけ公務員は、特に官僚といわれる部分や議員は憲法を守り育てなければいけないのは自明の理である。しかるに地域の現状はそうっていない。いつも思うことだが私の住む十勝では、安心して赤ちゃんを生み育てられるのは帯広とわが町のみである。十勝の住民のかなりの部分は明白に憲法違反の下で生活しているのである。少子高齢化というのがその状況をつくってきたのは誰か。このガイドラインは繰り返すが財政的な視点でのみ書かれているから、もしこれが実施されれば、赤ちゃんを生む、生まないというより実際地域医療はその崩壊の速度を早め、その後地域さえも崩壊していくであろう。こういう現状に目をふさぎ、机上の空論を唱えるなど言いたい。霞ヶ関のみで事を考えるなど言いたい。官僚なら恥を知れと言いたい。官僚が国を憂えずしてだれが憂えるのか。そういう気持ちでわれわれ地方に住む者に対し、地方自治を守りそのことをもってして良い国をつくらんとしたのが、うそでも旧自治省であったように思う。総務省になってから戦後の自治省の良い点が失われ、戦前の内務省的発想になってきているように見える。今話題となっている「蟹工船」の作者小林多喜二を死に至らしめた特高は内務省の下にあったが、(このことは全然話の筋とは関係ないが) いずれにしろ私の感覚では自治省は、われわれ地方の病院をそれなりに守ってくれていたように思っていたが、総務省になってから何か冷たくなり、われわれの病院をつぶす側にまわっているような気がしてならない。今まで味方だと考えていたものから背後から闇討ちにあったような気を抱かせるのが今度のガイドラインである。このことは多くの先輩の院長から同様の感想を聞いた。また、解せないのは公的病院組織のトップにいた人達が必ずしもこのガイドラインに明確に反対しないことにも残念な気がする。

われわれ公的な病院に席をおくものは、憲法を守り育て肉付けするのが尊い責務であると思うのだが。誰が読んでもこのガイドラインは憲法25条を瞳のように大切に、断固守るといふ立場とは反対にあると考えるのが、賢明なる読者諸氏はこの駄文にいかなる感想をもたれるのであろうか。

しかし、国にしろ地方にしろ保健・医療・福祉に予算を使う以上に素晴らしい予算の使い方があると

は思えないのだが、この国の今は本当にどうなっているのだろう。

## 勤務医の過重労働：南檜山から思う “この国の(医療の)かたち”

北海道立江差病院 中田 智 明  
院 長

数十年前から地方では医師不足がすでに存在したが、昨今の状況は医師個人やそれぞれの病院の努力では如何ともし難いほど深刻化し、顕在化してしまっただけが実情である。80年代からの医師需要予測の完全な間違い、新医師臨床研修制度の導入を契機にした医師偏在化の助長と大学病院の医師の地域派遣システムの破壊、地方病院とくに自治体病院の人的・経済的困窮（医療への市場原理の導入、不合理な診療報酬体系）、産科小児医療・救急医療の危機など、いずれも国（厚生労働省）の医療に対する根本的な哲学の欠如、医療行政のシステムとしての破綻と現状認識の欠如からくる無策（経済性・効率化の名の下、市場経済優先主義に対するアンチテーゼにすらされた）が起因し、医師と病院両者を疲弊させている。

当院は南檜山二次医療圏唯一の急性期センター病院で、事実上一次医療（午後5時以降の時間外および休日診療と救急医療を含む）から二次医療のすべてを担っている。そもそも管内全体で医師不足（人口10万人当たり121人、全国平均の58%、札幌の半分以下、OECD30カ国最低のメキシコ以下）であり、当番医制も半ば機能不全である。ここ4年間で5名の医師が退職した（麻酔科不在、呼吸器内科不在、産婦人科不在、消化器内科・外科各1名減）。理由は様々であるが、基本的には上記の要因が直接的・間接的に、この地域に縮図となって現れたものである。それでも常勤医12名＋研修医2名で急性期二次医療を担っており、実際の当直以外に24時間、365日外科、整形外科、循環器内科、消化器内科、精神科では、2名が交替で絶えずオンコール態勢を敷いている。また年間分娩数は平成13年241例をピークに減少し、福島大野事件と医師不足を契機に、現在北海道に21ある二次医療圏で唯一常勤の産科医が不在の地区（分娩停止）となった。隣の医療圏である函館市も分娩制限をし、当地区から周産期センターまで救急搬送するのに1時間はかかる。くしくも、先の東京都墨東病院の受け入れ拒否後に無駄にした時間が、当地区では日常見られる救急搬送時間なのである。

このような状況で、機能を維持するため残った医師の精神的肉体的負担増を想像することは容易で、これがまた地方からの医師離れの悪性サイクルを生

み出している。このような地区への医師のリクルートも自ずと困難を極め、大学自体の医師不足と、(善悪は別に)若い医師のQOMLに代表されるマインド(使命感?)の変化は寂しさすら覚える。当院を取り巻く環境も、総務省の公立病院改革プラン、北海道医療計画と病院事業計画、北海道30医療圏集約化プラン、そして厚労省(影に財務省)のポリシー無き医療政策と2年ごとの非合理的医療費の改定など、経営改善・効率化・合理化を錦の御旗に、国・行政の実効性の乏しい施策に右往左往している。先の都内の産科救急問題によって、地方のみならず首都圏を含めた全国的な医師不足と医師の過酷な労働、医療体制の不備の深刻さが改めて露見し、さすがのマスコミも事態ここに至ってはじめて問題の大きさに気づき始めたようである。では、より問題の深刻な地方の不採算地区で、不採算医療と2次医療を、定員に満たない医師数でやって、その上経営改善を求められる現場の困難さを国や住民に理解してもらい、解決の糸口を見つけるためには何ができるのか? このような現状を嘆くばかりでなく、少しでも変えるべく日々腐心し苦戦している。ここ1年で、極く少数ではあるが、心ある国会議員、道議会議員、町議会議員さん方が来院し、懇談する機会があった。国内外の医療状況、医師の勤務環境、この地域の自治体病院の状況などを説明させていただき、熱心に聴いていただいた。一様に、現実をはじめて知った驚きと問題の根深さを実感した表情が印象的であった。また、住民への問題提起も折に触れて行い、住民自らがボランティアでこの地区の医療問題を勉強する講演会も開催され、マスコミにも取り上げていただいた(北海道新聞5月、北海道医報10月号)。われわれ現場の医師が、現状を正しく認識(診断)し、それを国(政治家・官僚)、国民に知らせること(迅速な情報公開と正確な発信・丁寧な説明)がまず重要であろう。しかしこれが大きな世論となって(住民を味方に)、国を動かし大きな医療システムの改善(治療)に進むのか? その見通し(予後?)はいまだ不明であるが、こうした地味な努力は必要であろう。

人間が生きていく上で不可欠なものは、空気、水、食料とならんで健康。決して、高速道路でもアリバイ的財政赤字でもないはずである。生命インフラとしての医療・福祉をどうするのか、国の存在理由を問う根源的な問題ではなからうか。この国の指導者は“国民やまいで倒れて、財政再建なる”、あるいは“国(民)敗れて山河(国庫)あり”を目指しているのだろうか?