

# 展望

# 監督厳格化を見据え労務管理の改善を 迫られる現状維持か縮小・撤退の決断

奈良県立奈良病院の医師が宿直に対する時間外割増賃金などの支払いを求めた上告審で、最高裁は今年2月に不受理を決定し、休日・夜間に勤務する医師への賃金は時間外労働と見なして支払うべきとする判決が確定した。病院経営者には厳しい判決だが、医療機関の労務管理を厳格に監督する制度の「器」はできつつある。広島国際大学医療経営学科の江原朗教授に、適切な労務管理の実践や医療現場での取るべき方針を聞いた。



江原 朗氏

### 11年前に出ていた同様の判決

判決の基となった裁判では、奈良病院の産婦人科医2人が奈良県に対し、宿日直勤務は通常と変わらない業務負担が発生する事実上の時間外勤務であるため、賃金請求権の時効期限いっぱいとなる2年間の割増分を支払うよう求めていた。2009年の奈良地裁判決では、宿日直勤務を時間外労働と認めて病院側に割増分の約1,500万円を支払うよう命じた。産科医と県の双方が控訴したが大阪高裁はいずれも棄却し、最高裁も上告審として受理しなかったことから1審判決が確定した。

医療界にとって画期的な判決として大きく報じられたが、実は宿日直勤務の労働対価をめぐる判決は10年以上も昔に出ている。いわゆる「大星ビル管理事件」で、従業員が24時間勤務の中で与えられた仮眠用の連続8時間は、休憩時間ではなく指揮命令下の労働時間に該当するとして、2002年に最高裁で判決が確定した。江原教授は「医療界はこの判決が出た時点で個人の努力や我慢に依存した労務管理を見直すべきだったが、残念ながら適切に検討されてこなかった」と振り返る。

同教授が厚生労働省の2007年賃金構造基本統計調査と労働基準法を基準とした試算した医師の割増賃金は、16時間の当直(午後10時~午前5時までの深夜含む)を平日に行えば10万1,137円、休日ならば10万8,577円になる。一方、従来の宿日直手当(日給の3分の1)では1万2,400円にとどまり、医師に支払う金額は割増賃金の2割以下で済む。大星ビル管理事件後も医療界で宿日直手当の取り扱いが是正されてこなかった理由の1つが、この財政上の問題である。

また、日本の法定労働時間は週40時間だが、労使間で労基法第36条に基づく協定(36協定)を結んでいれば、40時間を超える勤務が可能となる。36協定では時間外労働の上限を年360時間としているが、超過しても即座に協定無効とはならないため、医療現場での勤務時間は事実上、青天井となっているケースが少なくない。

同教授が2002~11年に200床以上の公立病院を対象に行った調査で、時間外などの割増賃金に関する違反

が医療現場では珍しくないことが浮き彫りになった。同調査では都道府県や政令指定都市、それ以外の市町村が運営する400病院に対し、情報公開制度を利用して労基法違反を指摘する是正勧告書の有無を確認した。

すると、時間外などの割増賃金に関する是正勧告書の存在が認められたのは、369病院中98病院と約27%に上った(Ehara A. *Pediatr Int* 2013; 55: 90-95)。同教授は「地域を支える公立の基幹病院でも3割近くが適正賃金を支払っていないにもかかわらず、医療経営の場ではいまだに異常事態という認識がほとんどない」と警鐘を鳴らす。

### 長時間労働は医療安全を脅かす

公共性の高い病院は、住民の声や政治公約など周囲の要望で赤字覚悟の経営を強いられている面もある。しかし、江原教授は「医師を含む現場のスタッフが疲弊してしまえば、最終的には国民が不利益を被る」と訴える。医師の長時間労働と患者の医療安全に関する論文を検索したところ、直接的な影響を指摘する論文は7本あった。このうち4本は、医師の労働時間を短縮させることで患者の不利益につながる有害事象を減らせると結論付けている(表)。同教授は「病院が過度な期待に応えようと無理をして医療事故を誘発しては本末転倒であることを、国民に理解させる必要がある」との見解を示す。

割増賃金の不払いを労働基準監督署に指摘された場合、経営側である使用者は労基法第37条の違反で6カ月の懲役または30万円以下の罰金となる。軽微な罰金で済む印象を受けるが、同教授は「今後は労基署以外の機関による監督が厳しくなる」との見方を強めている。その機関が、保険診療の取り扱いや診療報酬の請求などを監督する厚生労働省所管の厚生局なのだという。

近年の診療報酬改定では、勤務医の労働環境改善に関連する加算が増えている。例えば医師事務作業補助者の設置や交替勤務制の導入(一部)、前回の2012年度は予定手術前の当直に対する配慮などが盛り込まれた。いずれも条件に該当する病院には必須項目で、実施する勤務医負

担軽減策については第三者による評価の有無を報告しなければならない。

### 労務環境の改善を 診療報酬加算にする意味

勤務医負担軽減策が実行できていなければ、厚生局から請求手続きについて指導・監査があり、最悪の場合は診療報酬の返還を迫られることになる。そうなれば、労基法違反の罰金とは比べものにならないほどの金額になる可能性が高い。江原教授は「国による医師の負担軽減策は、実は労基法だけでなく診療報酬の点からも進められてきている。今後は関係機関による監督がさらに厳格化するだろう」と分析する。医療現場に無理を強いる労務管理を徹底して排除する流れが、制度によって形成されつつある。

では、病院経営者にはどのような対策を講じればよいのか。医師の負担軽減へ新たな医師を雇い、適切な労働対価としての賃金を支払えば問題は無いが、医師不足や財源の問題から実現は容易ではない。同教授は「人員確保や賃金の支払いが十分にできないならば、病院機能の縮小や撤退、地域単位での集約を図るしかない」と言い切る。

不要不急の救急搬送やコンビニ受診の抑制、電話相談事業で医師の負担を軽減させることはできるが、過疎化が著しい地方では病院の収入源となる患者すら減少していく。同教授は「少子高齢化で地方自治体の人口や財源が先細る中、全科を備え24時間365日対応できる総合病院を維持することは困難」との見解を示す。さらに「地方では医療領域にとどまる問題ではなく、自治体やコミュニティそのものの存続に関わるため、早急に行政や2次医療圏の枠内を、早急に行政や2次医療圏の枠内を医療の機能分担を話し合うべき」と持論を展開する。

適切な労務管理を目指すのであれば、院長をはじめ部門長が必要な知識を習得してマネジメントスキルを

向上させなければならない。または、病院の経営管理を専門とする診療情報管理士や医療情報技師などを活用して対応することもできる。医療現場での労務対策がおどなりになりがちな日本では、労務管理の専門職員はまだ足りないが養成機関は増えてきている。

### 国民は「医師を支える」意識を

「米国などの論文を見ると『住民が地域医療に従事する医師をサポートする』という考えが根付いていることが分かる」と話す江原教授は、「日本でも住民1人1人が、地域医療を支える医師をサポートする意識を持たなければならない」と提案する。誰もがいつでも利用できる「よろず屋」のような病院があるに越したことはないが、限られた財源の中では医療従事者のコストを下げて対応せざるを得ないのが実状である。

医療従事者の行き過ぎた長時間労働で支えられている病院では医療事故が起きるリスクが高まり、そのしわ寄せが巡り巡って住民に跳ね返ってくる。国が膨大な借金を背負っている現状では、地方の病院経営も住民の税負担や医療費で賄えなければ継続不可能になってくる。

病院経営者も決して手をこまねいてはいない。同教授によると、近年は医療経営者から病院の労務管理について講演を求められる機会が増えたという。昨年の中央社会保険医療協議会(中医協)では、2度ほど医師の労務管理に関する同教授の論文が引用された。「医師の疲弊は国民の不利益に直結する。地域で支えられないのであれば、病院機能の縮小や撤退、集約も避けられないだろう。奈良病院の時間外賃金訴訟をめぐる判決は、決して金額の多寡に矮小化される問題ではない。医師の労働環境を通じ、地域に安全で継続性のある医療を担保するための施策を早急に考え直す時期に来ていることを暗示している。」

(表) 医師の労働時間の短縮が医療安全に与える影響

著者	対照	介入	結果
効果ありとした報告			
Landrigan	1勤務当たり34時間	1勤務当たり16時間以内	重大な医療ミス 136/1,000患者・日: 100.1/1,000患者・日
Ballit	1勤務当たり36時間	1勤務当たり24時間以内	出産後の出血 2.0%:1.2% 新生児の蘇生 50.1%:26.3%
Baldwin	週80時間以上	週80時間未満	週80時間以上勤務する医師はそれ未満の医師よりも、1.58倍重大な医療事故に遭遇する
Mann	1勤務当たり33時間 (1勤務当たり2.75時間睡眠) 夜勤補助者なし	1勤務当たり33時間 (1勤務当たり5.75時間睡眠) 夜勤補助者あり	誤診 1.69件/勤務:1.0件/勤務
効果なしとの報告			
Rogers	卒後1年:週90.82±16.29時間 卒後2年:週85.95±23.33時間 卒後4年:週91.75±13.92時間	卒後1年:週76.85±5.24時間 卒後2年:週80.66±8.73時間 卒後4年:週81.80±12.98時間	有意差なし (合併症、診察の遅れ、誤診)
Davydov	処方ミスと勤務開始後経過時間との相関		相関なし
Lee	28.2±1.6時間/勤務	12.0±0.0時間/勤務	医療事故、誤診の発生に有意差なし(9件/月:6件/月)

(Ehara A. *Pediatr Int* 2008; 50: 175-178)