

## ワークショップ

### 『当直』依存症からの脱出 — <sup>非</sup>合法的救急医療体制の解消に向けて —

◇日時：2012年11月10日(土)14時から19時まで

◇会場：東大病院入院棟15階 大会議室

#### ◇【プログラム】

- 14:00～ 趣旨説明
- 14:10～ 江原 朗さん（広島国際大学医療経営学部教授・小児科医）  
自治体病院の労基法違反の実態
- 14:40～ 質疑
- 14:50～ 武末文男さん（前奈良県医療政策部長・文部科学省原子力安全課放射線安全企画官）  
未払い残業費請求訴訟を県側から振り返る
- 15:10～ 加部一彦さん（医師・愛育病院新生児科部長）  
労基署による是正勧告後の医療者の変革を振り返る
- 15:30～ 質疑
- 15:40～ 中島 勸さん（東京大学医学部附属病院・救命救急センター・医療安全対策センター）  
提言『医療安全を脅かす医療機関における医師の過重労働を改善するために』
- 16:00～ 質疑・休憩
- 16:10～ 円卓討論 円卓出席者以外の出席者からの発言も受け付けます。  
・江原 朗さん／武末文男さん／民主党国会議員／自由民主国会議員／医師会関係者  
日本看護協会関係者／厚生労働省関係者（出席予定者（順不同））  
・矢作直樹（医師・東京大学医学部教授・救急／ICU）  
竹下啓（医師・北里研究所病院・内科）  
西田 博（医師・東京女子医科大学・心臓血管外科）  
長谷川幸子（看護師・日本医科大学病院）  
神谷恵子（弁護士・神谷法律事務所）他本会研究員から
- 18:45～ 終わりの挨拶 矢作直樹（同上・生存科学研究所医療政策研究会顧問）

7-2

・労働環境  
の改善

・労働環境  
の改善

・労働環境  
の改善

・労働環境  
の改善

主催：公益財団法人生存科学研究所 医療政策研究会  
事務局：104-0061 東京都中央区銀座4-5-1 聖書館ビル  
電話 03-3563-3518 FAX 03-3567-3608  
e-mail: seizon@mx1.alpha-web.ne.jp

約20名  
の参加  
が  
見込ま  
れる

## 自治体病院における 労働法規違反について

広島国際大学医療経営学部教授  
江原 朗

## 略歴

- 1987年 北海道大学医学部卒業
- 1991年 北海道大学大学院医学研究科博士課程(生化学)修了
- 以後、小児科医として、北大病院、市立札幌病院、市立小樽病院、函館中央病院、王子総合病院、小樽市保健所勤務
- 2011年 広島国際大学医療経営学部

## 1. 応召義務と労働基準法

## 応召義務(医師法19条)

- 診療に従事する医師は、診察治療の求があつた場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない。

## 労働基準法の基礎

- 法定労働時間: 週40時間
- 労使協定(36協定)の締結: 週40時間を超えた時間外・休日労働可能
- 時間外・休日・深夜: 割増賃金の支払義務
- しかし、国が時間外労働の限度に関する基準を設けている
- 限度を超えた36協定も無効ではない矛盾

## 時間外労働の限度に関する 基準

期 間	限度時間
1週間	15時間
2週間	27時間
4週間	43時間
1カ月	45時間
2カ月	81時間
3カ月	120時間
1年間	360時間

## 時間外等の割増賃金 労基法(第37条)

	時間外 (深夜を除く)	深夜 (午後10時～ 午前5時)
平日	2割5分以上	5割以上
休日	3割5分以上	6割以上

## 医師の職業意識と 労働基準法は矛盾しない

- 応召義務による診療応需



- 当然、時間外、休日、深夜の割増賃金は支払義務

## 時間外割増賃金と 宿日直手当(平日16時間)

平成23年	項目	医師
	①時給	¥4,648
	②割増率	1.25
時間外 (22時～翌5時を除く)	③時間数	9h
	①x②x③:割増賃金	¥52,290
	④割増率	1.5
深夜(22時～5時)	⑤時間数	7h
	①x④x⑤:割増賃金	¥48,804
<b>割増賃金合計(円)</b>	<b>17時～翌9時</b>	<b>¥101,094</b>
宿直料	①x8/3	¥12,394

## 2. 労働基準監督署による 自治体病院への是正勧告

### 開示請求対象の自治体病院 (200床以上)

	都道府県・政 令指定都市	その他の 市町村
病院数 (200床以上)	144	256
臨床研修病院	102 (70.8%)	197 (77.0%)
救急告示病院	119 (82.6%)	251 (98.0%)

### 開示結果(200床以上)

	都道府県・政 令指定都市	その他の 市町村
病院数 (200床以上)	144	256
開示制度あり	144 (100%)	225 (87.9%)

### 是正勧告を受けた病院 (H14～H23)

200床以上	開設者	
	都道府県・ 政令指定都市	市町村
病院数	144	225
是正勧告(+)	80	128
比率	56%	57%

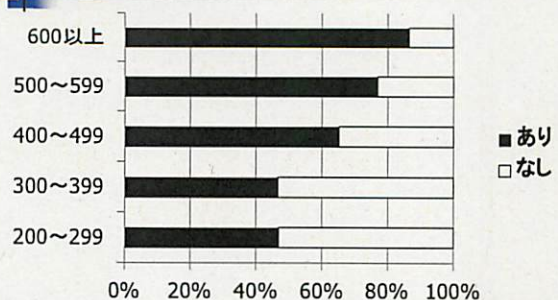
### おもな労基法の条項違反を 指摘された病院数

労基法の条項	開設者	
	都道府県・ 政令指定都市	市町村
情報公開制度を有する病院	144(100%)	225(100%)
第15条 労働条件の明示	14(9.7%)	21(9.3%)
第32条 労働時間	67(46.5%)	110(48.9%)
第35条 休日	16(11.1%)	13(5.8%)
第37条 時間外、休日及び 深夜の割増賃金 (就業規則)	38(26.4%)	60(26.7%)
第89条 作成及び届出 の職務	19(13.2%)	35(15.6%)
第108条 賃金台帳	15(10.4%)	21(9.3%)

### 是正勧告を受けた病院の 病床規模(ベッド数)

病床規模	是正勧告		P値
	あり (n=208)	なし (n=161)	
10パーセンタイル	253	215	
中央値	414	321	0.000
90パーセンタイル	660	508	

### 市町村立病院の病床規模と 是正勧告の割合(政令指定都市を除く)



## 是正勧告を受けた病院の 外来患者数

病床規模	是 正 勧 告		P値
	あり (n=208)	なし (n=161)	
10パーセンタイル	372	284	
中央値	787	572	0.000
90パーセンタイル	1302	1070	

## 是正勧告を受けた病院の 在院患者数/日

病床規模	是 正 勧 告		P値
	あり (n=208)	なし (n=161)	
10パーセンタイル	167	139	
中央値	325	227	0.000
90パーセンタイル	552	417	

## 是正勧告を受けた病院の 100床あたりの労働者数

病床規模	是 正 勧 告		P値
	あり (n=208)	なし (n=161)	
10パーセンタイル	83.2	70.6	
中央値	112.3	101.3	0.000
90パーセンタイル	141.9	133.7	

## 是正勧告を受けた病院の 所在する市町村の人口

病床規模	是 正 勧 告		P値
	あり (n=208)	なし (n=161)	
10パーセンタイル	38,594	32,002	
中央値	141,221	93,015	0.000
90パーセンタイル	716,197	1,045,986	

### 3. 宿日直における労務管理

- ・ 管理監督者の定義
- ・ 宿日直の定義

この2点の運用が不適切

### 医師に関する時間外手当不払いの特徴(労基法41条の違反)

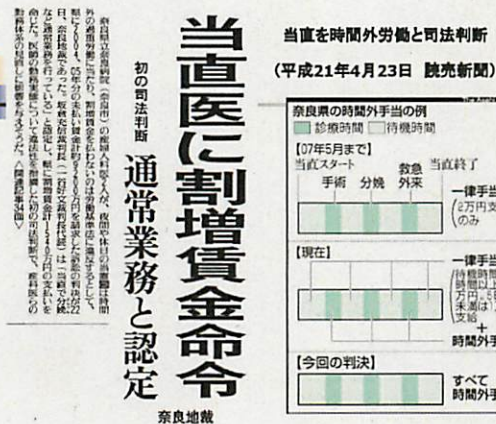
- 「名ばかり管理職」扱いによる時間外手当の不払い
- 「寝当直」であるべき宿日直で救急外来を開設:宿日直手当(日給の1/3しか払わない)

### 管理監督者の定義

- 是正計画書  
(滋賀県立成人病センター、H20.5.30)

病院長を除く部長職以上の医師について  
時間外・休日及び深夜の割増賃金を平成  
18年4月1日に遡及して支払う。

院長以外は、ほぼ管理監督者ではない



## 宿日直の定義

- 医療機関における原則として診療行為を行わない休日及び夜間勤務については、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が行われている場合には、宿日直勤務として取り扱われてきたところである。

### 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、平成14年3月19日、厚生労働省労働基準局長通知)

## 宅直(オンコール)の解釈

仙台労基署からの東北大学病院への指導票

- オンコール待機時間について(H20.3.28)

宿直の許可条件を遵守できないという理由で、オンコール体制としていた医局があるが、

なお、制限の内容の程度・呼び出しの頻度等から拘束性が強い場合には、労働時間と判断される場合があるので実態を把握し、必要な対応と図ること

## 労働時間の解釈

- ビル管理の泊り込み勤務の警備員の仮眠が労働時間(手待時間)として認められた  
(大星ビル管理事件、最高裁判所第一小法廷、平成14年2月28日)
- 「休憩時間とは単に作業に従事しない手待時間を含まず労働者が権利として労働から離れることを保障されている時間の意であって、その他の拘束時間は労働時間として取扱うこと」  
(発基17号、昭和22年9月13日)

## 医師の労働時間の報告

(80時間時間外/月=58.6時間/週)

週実労働時間	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(厚生省)
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	8.5%	13.3%	8.6%	
44-48時間未満	6.2%	11.0%	7.5%	
48-59時間未満	20.9%		34.4%	
59-64時間未満	17.1%		12.4%	
64-79時間未満	22.9%	60.0%	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%	

## 長時間労働と医療安全(総説)

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

著者	時期	介入	結果
Landrean	1勤務日あたり34時間	1勤務日あたり16時間以内	重大な医療ミス 136/1000患者・日:1001/1000 患者・日
Dalt	1勤務日あたり36時間	1勤務日あたり24時間以内	出産後の出血 2.0%:1.2% 新生児の死亡率 20.1%:26.3%
Bladwin	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、1.59倍重大な医療事故に遭遇する。
Mann	1勤務日あたり33時間 (1勤務日あたり2.75時間補綴) 夜勤補綴者なし	1勤務日あたり33時間 (1勤務日あたり0.75時間補綴) 夜勤補綴者あり	試験 159件/勤務:1.0件/勤務
Rogers	平後1年:週90.82=16.29時間 平後2年:週85.95=23.3時間 平後4年:週91.75=13.92時間	平後1年:週76.85=5.24時間 平後2年:週80.65=8.73時間 平後4年:週81.80=12.98時間	有意差なし (合併症、試験の遅れ、試験)
Davydov	処方ミスと勤務開始後経過観察との相関		相関なし。
Lee	28.2=1.6時間/勤務	12.0=0時間/勤務	医療事故、試験の発生に有意差なし (9件/月:6件/月)

## 4. 長時間労働と医療安全、国際比較

## 医師の長時間労働と医療安全

- 4例:時短で医療事故減少
- 3例:時短の影響なし
- 0例:時短で医療事故増加(申し送りの増加により医療事故の増加しない)

医師の時短:申し送り回数は増加するが、IT等の利用で患者情報の共有可能

## 時短が医療安全に寄与という報告

## Landriganら

- 従来群:時短群よりも35.9%医療ミス

1000人・日の患者あたり

- 従来群では136.0件
- 時短群では100.1件

## Baldwinら

- アンケート調査(卒後1年目と2年目)
- 週に80時間以上勤務している研修医は、それ以下の勤務時間の医師よりも1.58倍重大な医療事故に遭遇する。

## Bailitら

- 時短と分娩内容
  - 時縮前:4日に1回のオンコール当番(睡眠時間は1から2時間)
  - 時短後:1勤務あたり24時間、週80時間勤務時間
  - 結果:出産後の出血や新生児の蘇生の頻度は勤務時間の短縮後に有意に減少。

## Mannら

- オンコール時に夜勤補助の有無
  - 研修医の睡眠時間
    - 補助者なし:2.75時間と
    - 補助者あり:5.75時間
- 連続勤務時間:両者とも33時間

(結果)夜勤補助者の導入で、放射線診断のミスは減少。

## 医師の過重労働は医療安全を脅かす

- 24時間の断眠:  
集中力:アルコール濃度に換算すると免停を超えるレベル

しかし、国内では医療事故の解析において医療者の過重労働は解析がほとんどされていない

## 労働時間上限規制の国際比較

	EU	アメリカ	日本
規制の様式	EU議会の決議	卒後研修施設認定組織の規定	労働基準法
施行	2011.12.17	2003.7.1	1947.4.7
労働時間の上限(時間/週)	平均48時間	平均80時間	40時間
連続最大労働時間		1年目16時間 2年目24時間	
例外規定	例外なし	一部週88時間の例外あり	36協定締結で時間外・休日労働が可能
当直・宅直	労働時間	労働時間 (宅直は診療応需と院内滞在時)	宿日直扱いの不適切な運用

## 現状に関するまとめ

- 医師に関する労働基準法違反は、「当直」に関する時間外手当の不払いが多い
- 聖職意識に縛られ、他職種では当然行われている労務管理が未実施
- 長時間労働は医療事故の発生につながる
- 適切な労務管理が必要

## ワークショップ

### 『当直』依存症からの脱出 — 非合法的な救急医療体制の解消に向けて —

前奈良県医療政策部長・文部科学省 放射線対策課 放射線安全企画官 武末 文男

## 未払い残業費請求訴訟を県側から振り返る

### ■ 背景の考察

- 病院は就業管理を行わない
- 医師の労働観・強い使命感と医療倫理
- 常態的なアルバイト当直

+ 地方の病院における医師不足

+ 都市部における病院の

プラスの競合 医療の過剰な機能的な競合

マイナスの競合 特定の地域、診療科、時間、休日などによる偏在

### ■ 誰がための安全か

労働基準法 事業主（院長）が、被雇用者に「適正な就業環境」を提供する責務

医師の過労死・長時間労働による医療ミス

医師・医療法 医師（含む院長）が、国民に「適正な医療」を提供する責務

地域の救急医療機能の不全

※ いずれにしても、住民に対する影響はあるが、わかりにくい医師の就業問題

### ■ 自治医病院の環境変化

1. 三位一体改革における地方交付金の減少（公立病院の財政基盤の脆弱化）
2. 公立病院に対する効率的な医療経営（医療施設・設備の潤沢な投資が打ち切り）
3. 国立大学医学部の独立行政法人化により、附属病院の収益性の向上  
（附属病院への、収益の上げられる指導的立場の医師引き上げ＝公立病院の切り捨て）
4. 「医療法人改革」にともなう、駆け込み開業
5. 医院継承のピークによる中堅医師の開業 ← *医師の増加*
6. 新医師研修制度による医局の医師派遣機能低下

### ■ 現在の労働基準法は、本当に適正な医療提供体制を確保できるか？

労働基準法を遵守しては、適正な医療はできないというジレンマ

### ■ 他の業界の同じ問題

- 航空機パイロット
- × タクシー、高速バス、トラック運転手

### ■ 医師を1.5倍にしても解決しない、医師の“過剰な”専門化は非効率で危険

### ■ 激変は、さらなる地域医療の崩壊を招くことは確実。特に東北などの被災地。

それは、医師の志で防ぐのではなかったのか？！

奈良病院産科超勤裁判の本訴及び追加訴訟の状況

6月31日 29  
 和府 21  
 長平 17, 7c

	本 訴	追加訴訟
提起日	平成18年12月4日	平成20年12月29日 (到達日 平成21年2月20日)
原告	現県立奈良病院産婦人科医長 同 上	
請求額	92,328,755円	122,697,808円
内容	宿日直及び宅直を、時間外労働とみなし、割増賃金を支払え	
	H16、H17の未払賃金	H18、H19の未払賃金 H19の未払賃金と同額の付加金(H18分は時効)
	労働債権	労働債権(H19未払賃金) 不法行為に対する損害賠償(H18未払賃金) 労基法違反に基づく付加金(H19付加金)
判決の内容	被告は、原告2名に対し15,396,735円を支払 <ul style="list-style-type: none"> <li>原告らの宿日直勤務について、これを断続的な勤務とすることは労働基準法に違反する。</li> <li>宿日直勤務の開始から終了までの間、奈良病院の指揮命令下にあるといえる。</li> <li>宅直勤務時間において、奈良病院の指揮命令下にあったとは認められず、宅直勤務の時間は割増賃金を請求できる労働時間とはいえない。</li> <li>割増賃金算定の基礎となる賃金について、調整手当、初任給調整手当、月額特殊勤務手当を算定の基礎に加えるのが相当である。</li> </ul>	
備考	平成21年4月22日 第1審判決 平成21年5月 1日 県控訴 平成21年7月31日 第1回口頭弁論(高裁) 平成21年10月7日 第2回口頭弁論(高裁) 平成21年10月27日 第1回和解期日(高裁) 平成21年12月9日 第2回和解期日(高裁) 平成22年1月28日 第3回和解期日(高裁) 平成22年4月9日 第4回和解期日(高裁) 平成22年6月4日 第3回口頭弁論(高裁) 平成22年7月22日 第4回口頭弁論(高裁) 次回 平成22年8月31日 第5回口頭弁論(高裁)	平成21年3月23日 第1回口頭弁論(奈良地裁) 平成21年5月14日 第2回口頭弁論(奈良地裁) 平成21年6月30日 第3回口頭弁論(奈良地裁) 平成21年8月 4日 第4回口頭弁論(奈良地裁) 平成21年10月20日 第5回口頭弁論(奈良地裁) 平成21年12月15日 第6回口頭弁論(奈良地裁) 平成22年2月16日 第7回口頭弁論(奈良地裁) 平成22年3月23日 第8回口頭弁論(奈良地裁) 平成22年5月11日 第9回口頭弁論(奈良地裁) 次回 平成22年8月19日 第10回口頭弁論(奈良地裁)

※ 労働債権は2年で時効となるため、追加提訴では時効分について不法行為に対する損害賠償請求  
 さらに、未払賃金に対し、労基法違反に基づく付加金を請求



# 愛育病院に「なに」が起こったのか 労基法違反指摘とその顛末

愛育病院医療安全管理室/新生児科  
加部一彦

## 事の発端

- 三田労基署の「是正勧告」(2009年1月20日)
  - 36協定が結ばれていない
  - 職員(医師)の時間外労働と休日労働が法定基準を超えている
  - 時間外勤務の割増賃金の未払い

## 「総合周産期母子医療センター」

- 産科
  - 専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること
  - 帝王切開術が必要な場合、30分以内に児の娩出が可能となるよう保険医療機関内に、医師、その他の各職員が配置されていること。
- 新生児科
  - 専任の医師が常時、新生児特定集中治療室内に勤務していること
  - 常時3対1以上の看護配置(当該治療室内における助産師又は看護師の数が、常時、当該治療室の入院患者の数が3又はその端数を増すごとに1以上である)こと
  - 当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、治療室又は治療室、中間室及び回復室からなる病棟(正常新生児室及び一般小児病棟は含まれない。)以外での当直勤務を併せて行わないものとし、当該治療室勤務の看護師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での夜勤を併せて行わないものとする

## 当院の事情

- 産科
  - ベッド数56床(MFICU 6床)
  - 年間分娩数:約1600件(うちハイリスク100件程度)
  - 12人の医師が2人/「当直」体制
- 新生児科
  - NICUベッド数9床、GCUベッド数26床
  - 年間入院症例:約300例
  - 5人(2009年当時)の医師が1人/「当直」体制

## その後の経緯

- 「**是正勧告**」に従う...事が可能かどうか...
  - 産科も新生児科も「**医師の時間外労働と休日労働**」を法定基準内に納めることは当面不可能..であることは明らか
  - それでも「**是正勧告**」に従え...との「**指導**」
- 医師増員が当面難しい一方で、「**指導**」に従わなければならないのであれば...
  - 「**総合周産期母子医療センター**」の業務を遂行することは不可能

## その後の経緯

- 2009年3月24日、東京都に対して総合周産期母子医療センターの「**指定返上**」を打診
  - 「**大騒ぎ**」になって東京都、厚労省との「**協議**」はじまる...
- 「**ワル智恵**」? 「**大人の解決**」??
  - 職員代表との合意の上で時間外労働に関する「**特別な定め**」について労基署と相談してはどうか

## そして「解決」へ

- 「36協定」の締結
  - 母子愛育会労組と協定締結
  - 医師の時間外労働「100時間」
- 「当直」を廃し、すべて「時間外手当」として算定し、割増賃金を支払う
- タイムカードを導入し、医師の出退勤管理を行う

↓  
かえりこむ。

産科 5-10名程度  
以上をカバー

## あれから3年..現状は

↑  
かえりこむ

- 幸い「過労死」は生じていない
  - 産婦人科は非常勤医の増員で約80時間程度の時間外労働で収まっているが、新生児科は医師増員(5名→9名)にも関わらず、120時間程度の時間外勤務が常態化している
- 「時間外手当」算定により、若手医局員の給与が下がった(産科)
  - これにより、院外の産科へ当直に出る医局員が出現

## いくつかの疑問

- 医師の組合員がいない労組と「36協定」を締結する意味
  - あまりに「形式主義」ではないか
  - これはその様な体制にある病院側の責任なのか？
- 当院における医師一人当たりの勤務時間は確かに減った(産科)
  - そのために「空いた時間」で外勤に出た医師の「健康」は守られているのか？
  - それはあくまでも「自己責任」なのか？

**医療安全を脅かす  
医療機関における医師の過重労働を  
改善するために**

財団法人生存科学研究所 医療政策研究会

研究主任 中島 勸

東京大学医学部附属病院救命救急センター

**提言1**

宿日直制度を違法に流用した連続勤務が常態化している医療現場の現状を憂慮し、当直に依存する救急対応が重大な労働基準法にかかわる違法状態であることを指摘します。

その上で、医療の質とりわけ医療安全のために、ただちに違法状態を解消することを提言します。

**提言2**

当直医による救急対応と夜勤の翌日の連続勤務を解消するための実現可能な施策として、以下を提言します。

- ・地域における二次救急病院の役割分担制度を全国規模で大胆に進める
- ・救急医療を担う医師の医療水準を明確にする
- ・トリアージ看護師の配置
- ・権限と責任の委譲を伴う多職種協業

**二次救急医療体制の再構築とは？**

1)二次救急医療機関の機能分化

- ・時間外診療体制を充実させた外来中心型(現在の施設基準に準拠)と、現状程度の診療体制で外来中心型からの転入院受け入れ体制が充実した入院機能重視型の2種に分け、機能分化により効率化
  - ・地域救急ネットワークによる外来診療科の集束と役割分担を図る。外来中心型と入院機能重視型の医療機関を、従来の競争的な関係から連携の関係に。
- 2)外来中心型二次救急診療の医療水準
- ・頻度の高い傷病の初期診療と、専門医への適切なコンサルテーション(転送)ができる(初期研修終了程度)レベルとする。
  - ・初期研修の理念を活かすため、研修指定病院の要件を厳格化。
- 3)看護師による院内トリアージ体制の充実
- ・機能に応じたトリアージ体制(外来、病床管理)の整備を行う。

**解説**

**医療現場における「当直」の法的曖昧さ**

医療界では、夜間や休日などの時間外に診療業務に当番制でつくことを「当直」と呼んできた(と思われる)。

**「当直」に期待される業務**

- ・救急外来診療
- ・病棟の急変対応

⇒時間外勤務？宿直？

**当直配置の根拠＝医療法第16条**

「医業を行う病院の管理者は、病院に医師を宿直させなければならない」

**労働基準局による解釈**

「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」(1)  
「通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後の」「夜間に十分睡眠が」とれるもの(2)

(1)基発第0319007号(2002.3.19)労働基準局長通知「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」、(2)労働基準局監督課長通知(2002.11.28)

法律上の「宿直」は、夜間や休日の救急外来における診療業務を想定したのではない。

しかし医師は、時間外診療・病棟の急変対応は、24時間365日誰かが担わなければならないため、それを順番で担当することを「当直」業務と考えている。

法律上の宿直:ほとんど労働する必要のない勤務  
医師が考える当直:時間外の全ての診療活動

医師の考える「当直」が、書類上は「宿直」と呼ばれることで、法的に医師の労働実態が軽視され、医師不足や人件費節減に利用されてきた

24時間365日の対応が必要な職場は交代勤務が基本  
・警察、消防、ホテル、鉄道、航空管制、看護師、など

しかし必要医師数の算定に交代勤務体制が考慮されて来なかったため、救急体制よりも優先度の低いはずの「臓器別診療体制」が先に発達し、その結果専門医志向が強くなり、医師過剰などと言われるに至った。

今になっても、多くの救急病院では、交代勤務が可能な程に医師が在籍しておらず、大多数の救急病院で「当直」制度によって夜間や休日の診療、とりわけ救急医療が行われている。

**24時間体制を維持する手法  
交代制勤務(合法的)**

⇒1名配置するために

1週間=168時間=40時間/人×4. 2人⇒5人

つまり4名の医師数増が必要

⇒しかも夜間や休日のシフトにあたる場合には、割り増し賃金を支払う必要あり

**当直体制(現行=違法性あり)**

⇒労働基準監督署長の許可により、労基法の労働時間、休憩、休日の規定は適用除外(労基法41条3号)

⇒労働する場合は労基法36条にもとづく協定を結び、適切な条件下で残業として扱われなければならない。  
(現実的には、時間外手当の支給がない場合が多い)

実際には、「宿直」として配置されている医師、すなわち、本来、働いていないはずの人員で、休日や夜間の救急医療が担われている。

これは「透明ランナー」と同じ状態

**透明ランナー**

少人数で野球をする際の仮想走者。人数が足らず次の打者がいない場合、走者の1人が打席に入るが、走者は存在するものとする。人数が少なくても野球がしたい場合の工夫である。

透明ランナーは次走者が出塁すれば自動的に進塁するが自らプレーをしない。しかし当直医は自ら診療を行う点が根本的に異なる。

医師の過重労働の最大の原因は、時間外診療が勤務時間以外に行われていることである。  
そこで全国の自治体病院を中心に、時間外診療に関する実態調査を行い、解決策を提言しようと考えた。

**実施した調査**

- (1)自治体病院(1道8県143病院)勤務医師の36協定・宿直届出実態調査
- (2)「当直」実態調査:(社)全国社会保険協会連合会社会保険病院の協力
- (3)医師の「当直明け」後の連続勤務と医療安全についての意識調査

**時間外診療体制の現状調査1**

自治体病院への情報公開請求による実態調査

対象:1道7県の市町村立病院149施設

(うち133病院は救急告示または二次・三次救急病院)

方法:情報公開請求により、以下を確認

- ・断続的宿日直許可の有無
- ・三六協定の有無、有の場合の内容

## 結果1

36協定なし……26%  
宿日直許可なし……80%  
両者あり……12%

	調査対象	調査対象病院	36協定なし	宿日直許可なし	両者あり	不明
北海道	北海道 (12)	28	9 (32.1%)	27	1	3
東北地方	秋田県	10	5 (50.0%)	4 (40.0%)	2	1
関東地方	埼玉県	11	6	10	1	0
中部地方	愛知県	28	9 (32.1%)	22	2	3
北陸道	石川県	16	0	10	4	0
関西地方	兵庫県	26	0 (0.0%)	22	3	14
中国地方	広島県	14	1	10	2	0
四国地方	徳島県	2	0	0	2	0
九州地方	熊本県	11	2	11	1	0
	計	129	29 (22.5%)	119 (91.5%)	18 (13.9%)	

## 結果2

## 36協定の内容

延長できる1日当たりの時間を確認……51施設  
4時間以下……14施設  
4～8時間……32施設  
8時間を超える……5施設  
1カ月での時間外勤務時間を確認……69施設  
60時間/月以下……67施設  
80時間/月……1施設  
120時間/月……1施設  
特別条項での時間外勤務時間を確認……22施設  
100時間/月以上の時間外勤務が可能……5施設  
具体的には  
160h/2M、120h/1M、240h/3M、など

## 考察1

## 36協定がない場合

⇒宿日直許可の有無によらず時間外勤務不可能  
⇒時間外の業務はすべて交代勤務で遂行することに  
⇒調査対象病院はほぼ全てが救急病院であり、病棟管理と救急診療に各1名の交代勤務の医師の配置が必要(つまり8名の増員が必要)

## 宿日直許可がない場合

⇒一旦許可が下りれば、半永久的に病院の規模や体制が変化しても再申請不要という制度  
⇒保存期間経過後は、許可の有無は労基署で確認できず  
⇒労働者は宿日直制度の不備を確認できない  
⇒制度自体が労働者保護に役立たない

## 考察2

## 36協定がある場合

87施設中22か所で特別条項による時間延長あり  
しかし……

・1週間40時間を年26回まで  
・1カ月100時間を年10回まで、年間960時間まで  
このような設定は労基署の監査後に多くみられる

脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準(厚労省)  
「発症前1か月間におおむね100時間又は発症前2か月間ないし6か月間にわたって、1か月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合は業務と発症との関連性が強い」  
⇒特別条項は医師の健康を害し、医療の質の低下から、患者に対して被害を及ぼす可能性あり

## まとめ

・救急病院における時間外診療が、当直医によって行われているのみならず、宿日直許可や36協定さえも締結されていない施設が多かった

・36協定の中には、労働災害の認定基準に匹敵するような労働時間を許容するものがあり、医師の過剰労働を防止する役割を果たせていない

## 時間外診療体制の現状調査2

(社)全社連社会保険病院での「当直」の実態調査

・対象病院51施設、うち41施設(80.4%)から回答(平均病床数262)

・各施設の夜間診療体制や、当直の業務、労働時間管理等についての質問



## 調査2 結果概要

- 1) 夜間診療医は平均1.9名(病床数に相関あり)
- 2) 医師一人当たり平均当直回数は2~3回/月
- 4) 深夜(22時~6時)の救急搬送は、中央値1件/日
- 5) 当直医の勤務形態は、宿直90.2%(うち過半数で救急搬送1件/日以上)
- 6) 時間外の急変対応は、73.2%で当直医(主治医に連絡して場合により主治医が来院90.2%)
- 7) 時間外の患者死亡への対応は、61.0%が当直医(主治医に連絡して場合により主治医が来院75.6%)

## 調査2 結果概要(続き)

- 8) 当直翌日の勤務は、73.2%が連続勤務、24.4%が短時間の連続勤務、2.4%が勤務なし
- 9) 当直翌日が連続勤務の施設で、46.3%で医師からの改善の求め特になし、36.6%で体調不良の訴え
- 11) 医師の労働時間把握は、自己申告22、出勤簿19、タイムカード5であり、自己申告に委ねられている
- 14) 医師の過重労働の負荷軽減目的で、救急告示または二次救急を返上することは、90.2%で地域事情から不可能、29.3%で経営的観点と地元医師会との関係から不可能

## 調査2のまとめ

多くの病院において、日勤・夜勤・日勤の連続勤務が行われており、通常時間外の勤務である当直に対して、「宿直」という誤った認識がされていた。

過半数の病院で、入院患者の主治医が夜間や休日でもオンコール体制におかれていた。しかし、医師の労働時間の管理が適切に行われていない可能性がある。

## 調査3 医師の意識調査

医師は「当直明け」後の連続勤務と医療安全についてどう感じているのか  
～Facebookを用いた調査～

調査対象: Facebookを利用している医師  
調査期間: 2011年7月18日~8月28日  
医師資格の確認: FBの公開情報を利用

## 調査3 医師の意識調査

調査日: 2011年7月18日  
Facebookの掲示板に「クエスチョン」を用いて、以下のアンケートを投稿

(質問)  
医師の方で、当直をした翌日(当直明け)にそのまま通常勤務をしている、あるいは、していた方にお尋ねします。当直明けの通常勤務で、当直の疲労が原因と思われるインシデントやアクシデントを経験されたことがありますか。

(選択肢)  
・インシデント・アクシデントの経験はないし、懸念を持ったことがない  
・インシデント・アクシデントの経験はないが、懸念はしている  
・実際にインシデント・アクシデントの経験をしたことがある  
・自分は経験していないが、そのような事例を知っている

## 調査3 医師の意識調査

### 結果

回答数 214  
有効回答数 197

懸念なし: 0(0%)  
経験無だが懸念あり: 144(73%)  
経験無だが事例を知っている: 6(3%)  
経験有: 47(24%)

### 調査3 医師の意識調査

#### 考察

- ・当直明け勤務は医師にとって不安材料になっている可能性が高い
- ・調査2の以下の結果は事務部門の回答であり実態を反映していない可能性がある

当直翌日が連続勤務の施設で、46.3%で医師からの改善の求め特になし、36.6%で体調不良の訴え

問題点: 対象にバイアスが生じる可能性あり

### 考察1

時間外診療は違法な体制で成り立っている

- ・断続的宿日直許可が80%で確認できない
- ・時間外労働の協約(36協定)が26%で締結されていない

二次救急・三次救急の施設基準では、病棟担当の宿直医以外に勤務する医師が必要だが、遵守されている可能性は低い

#### 参考

江原(日医雑誌,2011,140(7),1502-1506.)

200床以上の自治体病院144施設に、9年間で、法定労働時間超過88件、時間外休日労働2件、時間外割増賃金等52件の是正勧告がなされていた。救急告示を受けている自治体病院の60.0%が何らかの是正勧告を受けていた。

### 考察2

時間外労働の現状の危険性

- ①法的には宿直医である「当直」医が救急対応をしている場合  
⇒当直医は当直手当ではなく、時間外労働手当等との支払いを求められることができる
- ②労働者(医師)代表と36協定を結んでいない場合、  
⇒当直を含めて時間外勤務のすべてが残業支払いの扱い
- ③断続的宿日直の許可申請がなされていない場合  
⇒現在の当直を「残業」とみなし、残業支払いの扱い

過去2年間の1病院の平均未払い残業費は、推定1億8千万円と推定され、付加金を加えると上限は約3億6千万円

### 考察3

医師の過重労働がもたらす医療の質の低下

救急病院は病院総数の約半数で(4,166施設)、入院患者を受け入れる二次救急医療施設は3,677施設

救急医療施設ごとの救急車受け入れ台数の中央値は1日1台未満、つまり過半数の救急病院で救急車が1晩に1台来ない。しかし本来の救急応需体制を持たず、当直で救急対応を維持

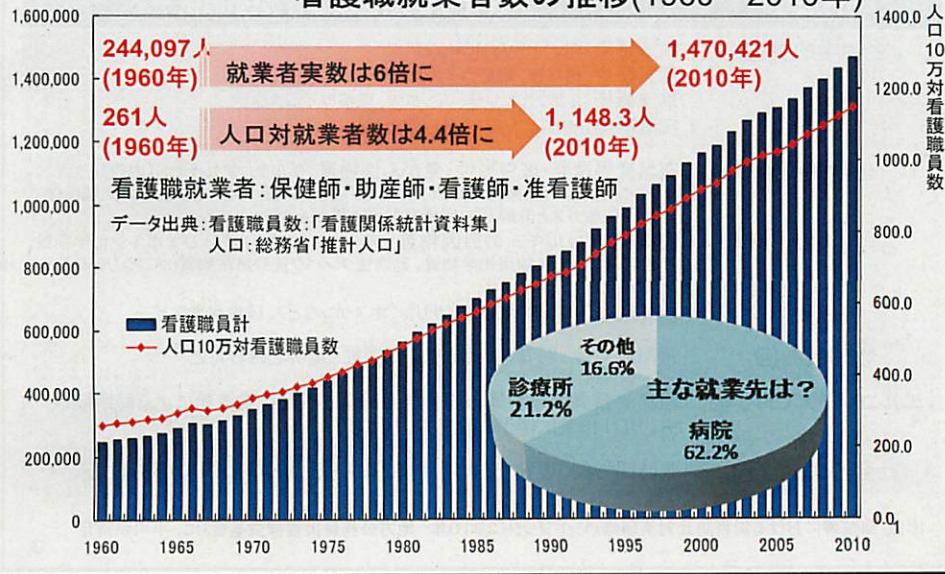
調査2でも41病院のうち22病院が救急搬送1日1回以下で、そのほとんどが1人の夜間当直(宿直)によって担われている。

⇒アクセスだけを重視する医療政策が漫然と続けられたため、救急医療の質が下がり、非効率化している

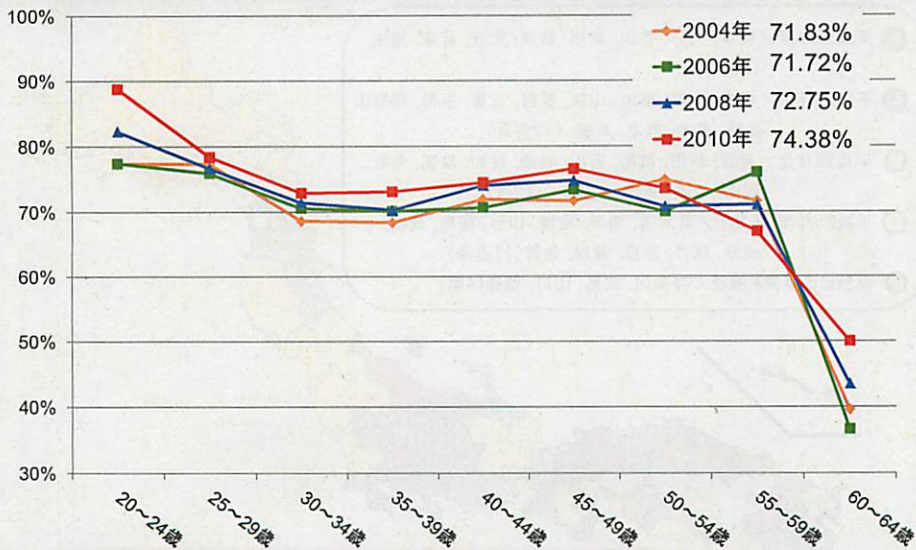
↑  
アコ2  
E.P. 44 ?

## 看護職は増えている。でも、常に「不足」している

### 看護職就業者数の推移(1960~2010年)



## 看護師25歳以降20%超が未就業。60歳以上も50%



出典:宮崎悟「看護人材の就業率の推移 一再検討した潜在者数推計方法による結果から」  
 同志社大学 技術・企業・国際競争力研究センター ワーキングペーパー12-04

## 医療従事者の健康障害を生じる危険有害要因 (リスク要因)

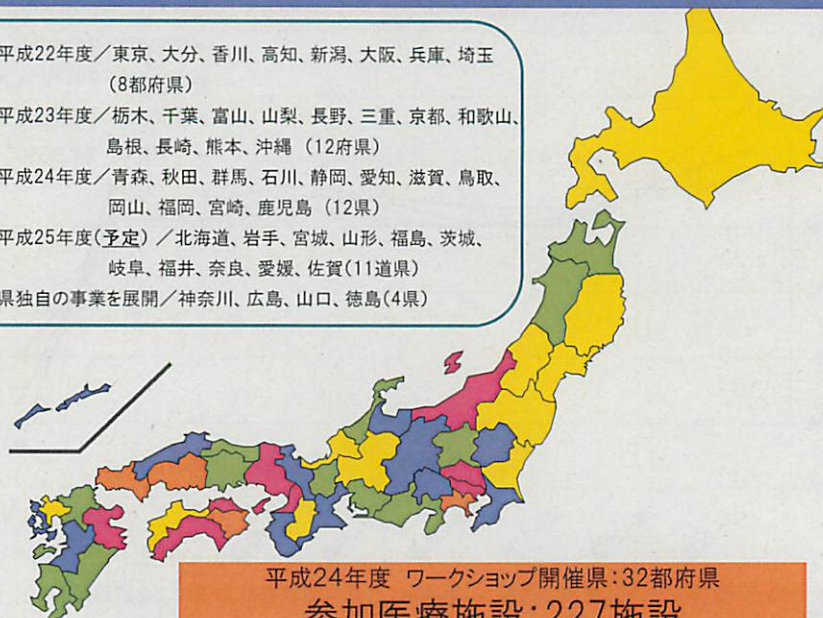
カテゴリ	危険有害要因(健康障害要因)の例
生物学的要因	血液感染: HIV、HBV、HCVなど 空気感染: 結核菌、麻疹ウイルスなど 飛沫感染: インフルエンザ、ムンプス、風疹ウイルスなど 接触感染: MRSA、VRE、ヒゼンダニなど
化学的要因	突然変異誘発・催奇形性・発がん性物質: グルタルアルデヒド(内視鏡洗浄)、エチレンオキシド(滅菌)、ホルムアルデヒド(病理解剖、解剖)、キシレン(病理検体処理)、医療ガスと麻酔ガス(手術室など)、抗がん剤 皮膚炎・アレルギーの原因物質: ラテックス、アクリルおよびエポキシ化学物質、有機溶剤などの実験用化学物質、動物性タンパク質や抗生物質(ペニシリングループ)など 致死性のガス: 化学兵器物質(サリン、ホスゲンなど)、硫化水素など
物理的要因	電離放射線、騒音、高温と低温、振動、電界と磁界など
エルゴノミクスの要因	腰痛や頸肩腕障害等の筋骨格系障害、不良作業姿勢による局所筋疲労、VDT作業に伴う眼精疲労、肩こり
社会心理的要因	長時間労働、夜勤・交代制勤務、暴言・暴力、ストレス、ハラスメント

出典: 病院等における災害防止対策研修ハンドブック(2010年 地方公務員災害補償基金)に、小川が補足

3

## 全国に広がる看護職のWLB推進活動

- 平成22年度/東京、大分、香川、高知、新潟、大阪、兵庫、埼玉 (8都府県)
- 平成23年度/栃木、千葉、富山、山梨、長野、三重、京都、和歌山、島根、長崎、熊本、沖縄 (12府県)
- 平成24年度/青森、秋田、群馬、石川、静岡、愛知、滋賀、鳥取、岡山、福岡、宮崎、鹿児島 (12県)
- 平成25年度(予定)/北海道、岩手、宮城、山形、福島、茨城、岐阜、福井、奈良、愛媛、佐賀(11道県)
- 県独自の事業を展開/神奈川、広島、山口、徳島(4県)



平成24年度 ワークショップ開催県: 32都府県

参加医療施設: 227施設

4

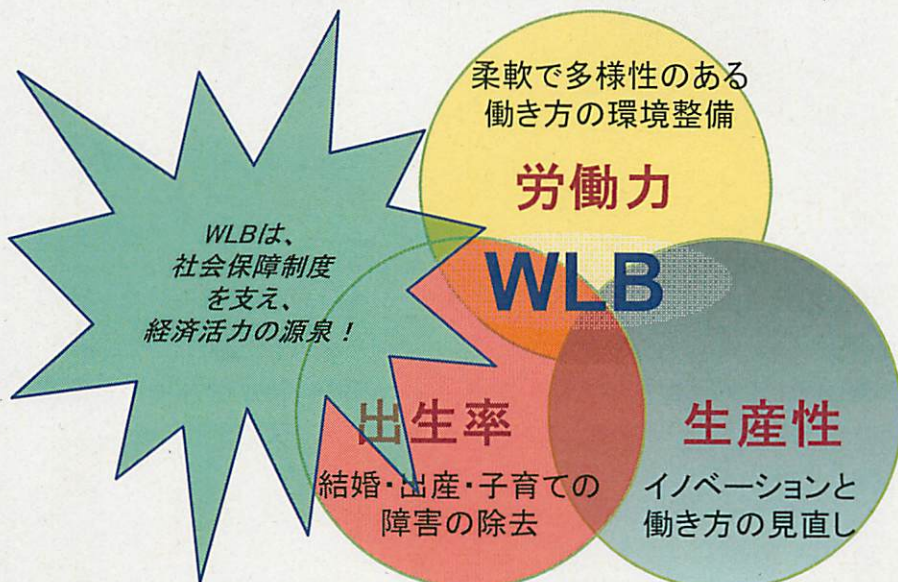
## 看護職のWLB推進に向けた取り組みの成果

- (1) 離職率の低下
- (2) 求職者数の増加、人員確保
- (3) 業務改善による超過勤務時間の削減
- (4) 役割分担の見直し
  - 例) 薬剤部門との業務分担
  - 看護職員が看護業務に専念できる時間の創出
- (5) 職場の風土改善
  - 例) 業務が終わると速やかに帰る雰囲気が出た
  - 他職種とのグループワーク等により、院内全体で働きやすい
  - 職場づくりを考える風土の醸成
  - 風通りがよくなり、業務もスムーズに
- (6) 休暇日数の増加
  - 例) 有給休暇取得促進
  - リフレッシュ休暇の創設
- (7) 就業規則、WLB支援制度等の周知による  
WLB支援利用者の増加



5

## 少子高齢化・人口減少社会のWLBの意義



6