

## 医療制度研究会通信（2007年6月） <http://www.iryoseido.com/>

医師不足も研修医が現場に復帰し一息つくと思いましたが、病院医師が退職した後の補充が無いという深刻な事態が生じていると思います。政府・与党が事態の收拾に乗り出すと表明しましたが、絶対数不足の是正ができないので、有効な案は出るわけは無いと思います。厚労省は毎年4千人の増加があるから大丈夫だとの見解ですが、ほんとかと思ひ、過去と将来の高齢者人口と医師数の関係を調べてみました。過去14年間の日本の人口の伸びは2.8%でしたが、50歳以上の伸びは驚いたことに40%でした。医師数の伸びは28%だったので年間4千人くらいの伸びでは間に合わなかったということです。

将来はどうかというと65歳超の人口は今後10年で3割増加し、これに合わせようすると医師は10年後までに8万4千人が必要になる勘定です。厚労省がいう医師の自然増は10年後には4万人になる計算ですが、去年の閣議決定で決まった10年間千百人の増加を入れてもまだ4万3千人不足です。過去の医師不足は解消されずに持ち越され、需給の開きは年々拡大し10年後には4万人3千人の不足になると考えられます。

10年先にこれを回復しようすると最初の一年は4万人規模の増員をしなければならず、あきらめて先延ばしするにしても、いまから3千人医学部定員を増やしてやっと20年後に今の水準に戻ることで、前倒しの解決には医学部定員を4~5千人増やす必要があります。詳しい内容はHPに掲載中の「医師不足の背景」をご覧ください。それにしてもどうやってこの10年間をしのぐのか、4月の講演会のテーマだった「医師の過労死」が無縁ではない世界になりそうです。今回の松本先生のご講演は今後のリスク管理に重要な示唆を与えてくれます。

### ■ 医療制度研究会通信の郵送廃止のお知らせ

医療制度研究会の赤字解消のために、郵送による通信をメールによる配信に変更します。関東・東北地区の200床以上の病院には無料でお送りしておりましたが、今後は郵送では行いません。病院のメールアドレスを登録していただければ内容はメールでお届けできると思います。事務局坂詰までご登録をお願いいたします。

なお会員のかたにはご登録いただいておりますアドレスに「医療制度研究会通信」を配信させていただきます。またご希望があれば郵送も引き続き行います。年一回の会費は、郵送にて振込用紙とともに請求させていただきます。今後も会員を募り通信の範囲を拡大するつもりです。なにとぞご協力をお願い申し上げます。

### ■ 会費納入のお願い

会費をお願いするシーズンになりました。決算報告は次回ご報告いたします。会員は増加していますが、4月閉めの段階で採算ラインに乗るところまで行きません。なにとぞよろしくお願い申し上げます。

### ■ 代表理事本田宏からのメッセージ 済生会栗橋病院副院長 本田宏

今年になって大手新聞やテレビ(一部を除いて)の医療報道が確実に変化してきました。今までの医療事故を凶弾するという姿勢から、なぜ医療事故が、そして医療崩壊がおきるのか、という視点に立っていただけるようになったと感じています。

私は以前より問題が起きた時には“Ask why”の姿勢が大事だと思ってきました。事件や事故をおこした当事者を責めていても何も変わりません。それは構造的問題の結果、そのような事件が起きる事がほとんどだからです。なぜそのようになったのか、それを解明していかなければ、同じことが繰り返される、それは目の前の種々の出来事そして歴史が証明しています。

これからも現場から情報発信を続けて、日本の医療崩壊を阻止するために微力ながら活動を続けたいと思います。皆様の応援をよろしくお願い申し上げます。

さて、今後日本の医療崩壊を防ぐためには、国民や政治家はもちろんですが、経済界の方に日本の医療の窮状を正確に認識していただく必要があると思っています。そのために下記のサイトで主に経済界の方を対象に、医療制度の問題点を訴えてみました。皆様もぜひご覧いただき、周囲の方(特に経済界のお知り合いの方)にご紹介いただければ幸いです。

「社長TV」 [http://shachotv.jp/is2/?category\\_id=28&entry\\_id=181](http://shachotv.jp/is2/?category_id=28&entry_id=181)

□ 第 42 回医療制度研究会講演会 「医師の過労死の現状と労働法規」抄録

追加発言： 中原のり子氏 「あなたの子供のいのち、疲れきった小児科医にまかせますか？」

中原のり子さんは、8 年前に自死された立正佼成会の小児科部長の中原利郎氏の奥さんで、当会にもご参加いただいています。この 3 月労災認定の訴訟を戦い、労災認定を勝ち取られています。

中原氏が亡くなってから 8 年が過ぎた。夫の小さい頃からの夢は将来学校の先生か小児科医というほど子供好きで、近くの子供を集めてはサッカーを教える快活な礼儀正しい人だった。千葉大学を出てから、1987 年に立正佼成会病院の小児科に赴任。当時小児科は内科医とともに当直業務を行っていたが、しばらくしてから小児単独当直の要望が高まり、小児医療を 24 時間小児科医が担当する体制になった。そのころより当直回数は月 3 回～4 回、宅直 4～5 回だったものが、小児科単独になってから月 4～5 回になった。

40 を過ぎて体に影響がでていた。そのころ上司の小児科部長が退職し部長代行となり、同時に医師が二人やめた。そのうちの一人は女医さんで、育児休暇を申請したが、月 4 回以上当直しなければ勤務を認めないといわれ、病院の経営上の理由による退職だった。6 人いた小児科医が半減、当直は月に 8 回で週 2 回のペースでももちろん代休はない状態だった。

1999 年 8 月 16 日、中原氏は真新しい白衣を身に包み、佼成病院と書かれた病院の煙突から飛び降り自殺を遂げた。病院の机に「少子化と経営効率のはざままで」と題した文章が残されていた。その内容は医療費抑制策により病院経営が逼迫し、経営効率を無視できなくなった周辺病院小児科の閉鎖により、戦力ダウンの病院に病児が集中した結果、頻回の当直による疲労蓄積、医療ミスの懸念、さらに女性医師の退職が重なり、状況はさらに悪化したことなどが書かれていた。

中原のり子さんはこのとき彼の苦悩の原因を知り、多くの人に知ってもらう必要を感じ、自分がメッセージとなることを決意した。活動の一步は労災認定申請だったが、当時残された子供たちは幼く、育児や自分の気持ちの整理などで余裕がなく、申請までに 2 年を要した。申請から一年半後、新宿労働基準監督署は業務上災害認定を否認し、労災保険法による遺族補償の給付をしない決定を通知してきた。すぐに労働局に審査請求を行うが同じ結果だった。

2004 年 12 月、労働基準監督署の判断を不服とした行政訴訟を起し係争中だったが、今年 3 月 14 日に行政裁判で労災認定が認められ、国も控訴を断念する決定をした。しかし、2002 年 12 月に起こした民事訴訟はこの 3 月に敗訴の判決を下した。理由は全国小児科医の 25%は 5 回以上の当直を行っているから 2～3 回多しだけ、当直といっても眠れるのではないかというのが理由だった。労働災害ではなく個人的家庭的な理由と判断されたようだ。子供の進学、成績が落ちた、金銭的な問題など事実と異なる納得のいかない理由が書かれており、特に子供を理由とした判決文には怒りを感じた。控訴を行いこれからも闘い通すつもりである。

当時労災認定が否認された理由は、当直は労働時間ではないというもので、労働を伴わない法規上の当直と、急患も病棟の重症者も見る実際の夜間業務を言葉上で摩り替えていることがわかった。夫が疲労困憊して帰ってくる場所を見ているので、改めて憤りを感じた。当直という言葉も見直してほしい、実情は夜間勤務となら異なることはない。

いろいろな機会を通じて医師の過労死に関して知ることができた。私が知っているだけで医師の過労死は 20 人弱になる。中でも中原氏の同僚で、くも膜下出血で死亡した女性小児科医の事件は、中原氏存命中の出来事で大きなショックを受けていた。医局の同僚医師からいただいた手紙が感銘深い。彼女は当直室で血を吐いて倒れ意識不明で発見された。「病室で挿管されやせ細った意識不明の先輩を見たとき、これが小児医療に全精力ささげた挙句に過重労働にさいなまれた、医師の成れの果ての姿なのかと虚しく怒りさえ覚えた」というくだりがあった。亡夫の最後の姿と重なるのでいつも辛い想いで代読させていただいている。

小児科学会では「一週あたりの総労働時間を 60 時間以内、完全休日を月 3 日、十分な睡眠をとれるようにする」という緊急提言を出した。多くの方々の支えで支援の会とホームページを作ることが出来、署名活動も行っている。シンポジウムではたらいまわしや小児科医師の怠慢などでお子さんを亡くしたお母さん他、いろいろな分野で活躍されている方々の協力を得ることができた。医師になることを反対していた父親の遺志に反して、長女が小児科医の道を歩んでいる。若い医師たちのためにも、多くの人々に事実を知っていただき、少しでもよい環境が整備されるよう今後も活動を続けたいと思っている。

- 第 42 回医療制度研究会講演会 「医師の過労死の現状と労働法規」  
過労死弁護士全国連絡会議代表幹事 弁護士、松丸正先生

先生は過重労働に関する訴訟問題に早くから取り組まれ、弁護士による被害者救済システムを築きあげられました。先生のお名前は新聞テレビなどでたびたび拝見しますように、過労死による被害者救済の分野では名実ともに第一人者としてご活躍中です。先生は、「過労死に関する事件は、それぞれ個別性があるが、よく見ると普遍性があり、背後に大きな社会的問題がある。」と述べられています。ご講演では医師の過重労働と過労死の実態、労働法規と医師労働との関係など詳しくご説明いただき、身近な問題にもかかわらずこの領域に無知な自分は大きなショックを受けました。以下はその要約です。(中澤記)

■ 過労死裁判は個別の問題ではなく労働過重という社会問題が背景にある。

それぞれに与えられたはずの人生の回数券が、過労死によっていつのまにか亡くなっている。始まりは急性死と呼んでいたが、やはり過労が人を殺すのだというある医師の提言から過労死という言葉ができた。個別的な問題だと考えられていたが実は社会的に大きな問題が背景にある。私の思いは亡くなった彼らの流せなかった涙のためにというものであるが、弁護士だから同情しているだけではすまされず裁判に勝たなければならない。

1981 年大阪で急性死等労災認定連絡会を始めた。当時は急性死という言葉しかなく、1988 年に過労死 110 番を始めたところ、朝から晩まで電話が鳴りっぱなし、あらゆる職種、あらゆる年代からの相談だった。過労死問題が日本では普遍性を持つ問題であることを確信した。その年から全国に呼びかけて今年 20 年目になる。労災から始まり、企業の賠償責任に及ぶが、今は過労死、長時間労働、サービス残業を無くすためには何をなすべきかという問題に視点が移っている。大阪にはその後労働基準オンブズマンも出来た。始めは過労死といっても脳と心臓疾患だけがその主なものと考えられていたが、今までに過労による自殺や喘息、外国出張中の社員が 7 日間にわたる過重労働の後香港上空で十二指腸潰瘍穿孔になった例がある。過労死には十二指腸潰瘍穿孔なども含まれる。その他てんかん、免疫が関係する白血病なども弁護士の間では過労との関連が議論されている。

■ 過労死裁判の最初の判決は医師の例だった。

過労死裁判の原点は、1970 年国立京都病院の整形外科医師 (20 歳台) の例で、医療関係者の過労死だった。当時、過労死認定の根拠になった労働は日当直が月に 2-3 回、月の時間外労働はせいぜい 40 時間~50 時間であり、現代と比較すれば軽い労働条件であるが、医師の過労を認めた。その後今まで医師の過労死は省みられなかったが、医師の労働が原点であったことをしっかり見据えなければならない。過労死は炭鉱のカナリアに例えられる。一匹のカナリアの生死で炭鉱の中の酸素欠乏の存在が判るように、労働現場における一人の過労死は、その労働現場は壊れていることを証明している。そういう目で医師の労働現場はどうなっているのかを考えてみたい。

■ 医師の労働は平均週 66 時間、最大は週 152 時間、若手医師は過重労働状態にある。

2006 年に行われた厚労省「勤務状況調査の中間集計」に医師の労働現場の現状を見ることができる。医師の労働時間に関する調査では、当直時間の扱いが重要で、質問の仕方によりあいまいな答えが生じてしまう。この調査では当直時間は労働時間に入っているということを前提に行われている。

この調査によると、医師の労働は平均で週に 66.4 時間、最大は週 152 時間だった。最大の時間は一日 22 時間の計算になりほとんど連続勤務という状態である。なかでも 30 歳未満の平均は週 77 時間と多い。一年次の研修医についての調査があり、その 4 分の一は初期研修直後に抑うつ状態になっているという結果が出ている。若年医師の長時間労働から生まれてくる心身の不健康は見過ごせない。

■ 労働基準法による過労死認定基準

労働基準法の過労死認定基準によれば、発症前 30 日間で週 40 時間を越える時間外勤務が 100 時間以上あれば過労死と認められる。100 時間なかったとしても直前二ヶ月間の平均が月 80 時間を越えれば認定となる。それでだめなら発症前 6 ヶ月までどんどんさかのぼることが可能で、いずれかの期間の平均がどこかで一月当たり 80 時間を越えればよいことになっている。原則と

して質は無視しており時間だけが問題である。寮の管理人は労働の質は軽くても門を開けてから閉じるまでの時間がカウントされるので簡単に認定になってしまう。法的にどうやってそれを実証するかは別の問題だが、平均週 66 時間ということは医師全員が過労死ラインで働いていることを意味している。

#### ■ 過労自殺に関する厚労省の判断基準

過労自殺に関して厚労省の判断基準は、精神的に負荷がかかる出来事があったかどうかを重視する出来事主義であり、時間に関しては明確な基準を持っていない。それでも労働時間は一番重視している。自治体の医師は地方公務員であるが、地方公務員の場合、地方公務員災害補償基金という機関があり、ここで自殺による過労死の認定が行われる。厚労省とは基準が少し異なり、週数十時間の時間外勤務があれば精神障害と公務との関連が強いとされる。数十時間という具体的な中身は述べられていないが、どの決定を見ても過労自殺の認定基準は週に 20-30 時間の時間外勤務であると考えられる。つまり地方公務員の医師の場合、月 80 時間から 100 時間の時間外勤務は公務災害認定のラインに入ることになる。この程度の労働は医師の場合日常的であるからどの医師でも死ねば公災になる。中原さんのような過労自殺の例は炭鉱のカナリア、一つでも起こればその現場には問題があることである。いまこの事実をしっかり見据えないと医師の労働現場は壊れていってしまう。

#### ■ 過労死の労災認定の実例：くも膜下出血、把握が難しい医師の労働状況

北九州医療センター43歳内科医は、肝がんの治療でエタノール注入治療法を行った直後くも膜下出血を発症し死亡した。前後の労働状況を把握するのは難しかったが、死亡3日前に彼は学会で部下の発表に付き合い、次の日は病院勤務で重症者の治療に当たった。翌日は休みだったがパソコンを使って仕事の整理をしていた。死亡当日の朝は通常通り外来勤務を終えた後、午後に予定していた肝がんのエタノール注入を行った。難しい例だったがやり終えた直後に発症している。くも膜下出血には前駆症状があることがある。彼は学会の帰りに頭痛を覚えたが、重くなかったため次の日の業務は通常通り行った。前駆症状があれば治療の機会を業務で失ったと解釈されるので公務災害となる。

医師の場合、タイムカード押していない人が多く、100から80時間の超過勤務でも法的に証明することは難しい。公立の病院では病院側が資料を提出することになっているが、医師の場合は勤務時間の資料がないことが多い。公務員の過労死認定は、全部が地方公務員災害補償基金本部との協議で決められるので、基金支部が公務員の認定基準を満たしていると判断していても、本部は公務外とすべしとして覆すことが多い。これをひっくり返すのが弁護士の仕事であり異議申し立てをすれば多くは認められるという状況である。また三六協定（労基法第36条による協定）を結んでいない施設では長時間労働は野放しになる。

#### ■ 過労死の実例：交通事故死、電子カルテの記述は医師の労働状況の証明に有力

ある国立病院の大学院生の過労死は交通事故によるものだった。電子カルテが導入されている病院なので、この記録は大いに意味を持つ。この日は8:47から記録が始まっている。診療終了後15時から16時の間はペースメーカーの装着に介助者としてかかわる。その後心筋梗塞の急患が入り、緊急手術が行われ17時から次の日の朝5時21分まで手術が続いた。8時にアルバイトの病院に向かう途中対向車と正面衝突して死亡している。内部の情報を得ることが大切なのであらゆる手を使って状況を把握し、証拠保全ということになるが、多くの病院や企業は事実の公開には慎重なので、電子カルテは有効な証拠となり、ポケベルの記録、出入り、カルテの記述なども参考にする。この人の死亡直前2ヶ月の月当りの時間外労働時間は二百時間を越えていた。3ヶ月前は百時間を越えていた。過剰な労働で事故がおきれば病院の責任になる。損害賠償の訴訟中だが、このようなケースでも証拠保全が重要である。

アメリカの研究で、研修医が救急外来で24時間以上の超過勤務を行ったときにオッズ比を取ると、交通事故を起こす確立は2.3、事故のニアミスは5.6になるという。24時間以上の勤務は注意力を失わせる、これは過労死だけではなく医療事故の発生も同様である。

県立病院の研修医が心房細動になった例では、月3百から4百時間病院にいた記録が残っており、一晩の間に10名前後の救急患者を診療していた。それでも地方公務員災害補償基金本部は公災を認めなかったが、本部の審査会の裁決で最近因果関係が認められた。

関西医大の研修医の過労死事件では、研修医の労働は労働であり研修ではないと認められたが

彼の場合基礎疾患を持っていたとされている。慢性的な基礎疾患があったとして病院に対する賠償額が3割減らされている。

■ 過労死の実例：過労自殺、兆候があれば病院は労働を行わせてはならない

28歳の日大で研修中の女性内科医が麻酔薬を自分で打って自殺した件は業務上と認められている。また愛媛県の私立病院の麻酔科医は、ペインクリニックで外来を担当し続いて上級医とともに手術に立ち会ったりしている。彼は平成15年年末には心身とも困憊状態となりうつ病を発症している。病院もこの事実を確認しているが、過重な勤務を続け翌年の正月自殺により死亡している。この件は本年5月大阪地裁で病院の責任を認めた判決が下されている。

大阪地裁で判決を受けた他の麻酔科医は一億円の損害賠償が認められているが、時間外勤務は月88時間だった。加えて月3から7回の宿直を行っている。これもこの判決では勤務時間に入れられていない。

■ 三六協定と医師の時間外労働

労働時間については、労基法で一日8時間、週40時間の原則があり、超過勤務は三六協定を結んではじめてできる仕組みになっている。三六協定の限度時間の基準は、厚生労働省が告示により定めており最大限で月45時間、週18時間、年間360時間の時間外勤務が限度としている。しかしこの法律は特別の事情があればこの制限を越えて協定を結んでよいという特別条項である。

三六協定の情報公開をしたところ、日経が選んだ日本の大企業500社のうち大阪に本社がある62社の回答で31社が過労死ラインを超える特別条項を決めている。ある電力会社では年間1800時間の三六協定を結んでいることが示されている。こんな勤務が許されるのは医師だけであり、おそらく系列に病院を持っているためと思われるが詳細はわからない。

医師の三六協定については、多くの医療機関は、一日8時間月45時間、年間360時間という厚労省の基準どおり協定しているが、こんな制限内で医師が業務をすることはできない。はじめから守れないことがわかっていながら開き直っている。

某赤十字病院の三六協定は厚生労働省の規定どおり月45時間、年間360時間の時間外労働の限度を決めている。しかし、特別条項によって救急患者や重症者の処置など緊急の場合は、労使の協議を得て一ヶ月180時間、一年1800時間まで時間外労働を延長できるとしている。医師の実際の労働に即した正直な協定であるが常軌を逸しているといわざるを得ない。

別の病院の例では、厚労省の告示通りの協定を結んでいるが、医師は含まないとしている。医者場合はどんな三六協定を作っても無理だから医者はずしたということである。本来ならば三六協定が過労死を防ぐ防波堤になるはずであるが、医師については三六協定が機能していない。三六協定がなければだめ、基準を作っても規定通りに行くことはありえない八方塞がりの状態であり、医師の労働環境は壊れているといつてよい。

■ 医師の労働条件改善のために賃金不払い残業の改善が必要

医師の長時間労働を見直すために考えなくてはならないものは賃金不払い残業である。通常勤務では25%増、深夜では50%増、休日35%増、休日深夜60%増の割増賃金を払わなければならないがこれが行われない。厚労省の賃金構造基本統計によると、医師の超過勤務はなんと10時間の過小評価、勤務弁護士はもっとひどく1時間である。これは事業所の調査であるが、2006年の厚労省の医師需給についての調査は医師に直接聞いている。これによれば週66時間の時間外勤務がある。支払いの根拠となる超過勤務は10時間、実地に調査すれば66時間である。このギャップがサービス残業の実態である。

大方の事業所では管理職に超過勤務賃金を払わなくてもよいと考えられているが、法律的な裏づけはない。労基法では「管理監督者」については労働時間の定め適用はないことになっているが、管理監督者とは普通の管理職ではなく、企業経営に関して使用者と一体性を有する立場にあるものとされている。さらに自由出退勤、つまりいつ出てきても、好きな時間に帰ってもよい地位にある人とか、賃金処遇に特別待遇がされていることが条件であり、普通の会社の部長などではとても当てはまらない。

ある県立病院の産婦人科医師2人が2006年12月に裁判を起こした。内容は未払い賃金に対するもので、一人の医師は年に当直155日、宅直120日の残業手当の支払いを求めている。二年間で一人4千5百万、二人で9千万円の残業代請求になるが、私はその倍を請求できると思

っている。未払いの賃金に関しては付加金の請求ができる。病院が裁判に負けた場合は、裁判所は請求額と同額の付加金の支払いを命ずることになると思う。この裁判の行方は注目に値する。

#### ■ 宿直業務と過重労働との関係

宿直の労働法規問題も医師の場合は重要である。これには大星ビル管理という会社の管理人の残業代請求訴訟に関連して最高裁の判決がある。管理人の仕事は夜の見回りをする程度でそのほかの時間は仮眠ができる。当直は夜間の活動を意味しないが労働時間として認めるかどうかが争点になった。何か起きたときにはすぐに対応するのだからそれは労働時間として認められている。

法律的に宿直が許可される要件は、その時間は労働時間でないこと、監視断続労働で普通の労働と違うことを列記し、監督署の許可をとらなければならない。この基準は非常に厳しく、ほとんど労働する必要のない勤務を指している。急患が来たら対応するいわゆる宿直は、法的には労働時間であり本来ならば宿直として認められない。頻度に関する基準は宿直であれば週一回が限度、日直については月一回が限度で、しかも相当な睡眠設備の設置が必要である。医師の場合の宿日直は監視断続労働に該当しないし、許可されない勤務である。ただし、厚労省などでは、簡単な診療業務のような労働があったとしても、それがまれであれば許可しないわけではないが、その時間は時間外勤務時間としてカウントするという都合のよい解釈が行われている。

関西医大の研修医の訴訟はお父さんが起こした。えらいところは、過労死の損害賠償請求だけでなく、共済年金に入っていなかったこと、未払い賃金に宿日直を入れ上級医と一緒に泊まる副直も労働時間として仮眠時間も含めて認めさせた。判決はそれを認めている。

ドイツは伝統的に仮眠と待機時間は労働時間に含まれないという解釈の元に法律が制定されていた。訴訟は EU 全体の裁判に持ち込まれ、労働時間として認めるという判決になった。ドイツは自国の法律を廃棄し、新しい法律に従うために新たに一万五千人の医師が必要となったといういきさつがある。

小児科医中原さんの損害賠償請求事件の判決では宿直時間、日直時間は労働時間として認めるが、宿直のうち空き時間がある一番長い時間は実働時間からは除外するとしている。労働時間は本来実働時間であり、これが異なるという解釈は妥当とは思わない。休憩時間は労働時間には入らないが、待機時間や業務の空き時間は労働時間であり実働時間である。労働基準法から見た医師の労働は壊れているとしか言いようがない。

#### ■ 日本の企業における過重労働の実態

日本企業の状況はどうかというと、建物の入り口に労働基準法は入るなという立て札があるように感じる。私はある有名メーカーの研究部長の労災訴訟を担当し、10年目によく労災が認められた。彼の場合、部下も含めて超過勤務は月17時間だった。年間200時間以上は労働協議が必要ということになるので、めんどくさいから一律17時間にしてしまっただけで、それを越える時間は、実態は強制でも自発的に働いているということになっていた。労働基準法は本来労働者の保護のための規範であるが、日本では法律よりは企業の規範が優先されていることは残念である。

#### ■ ホワイトカラーエグゼンプションは医師の労働環境に大きな問題を投げかける

ホワイトカラーエグゼンプションという法律ができそうになっているが、一定の労働に関しては管理監督者と同じように、ホワイトカラーを取り扱い、労働時間の規制を撤廃して時間規定も残業手当も三六協定が適用されないようにしてしまおうという法改正である。もうすでに日本の企業の中で先取りされている違反の現状を追認し合法化する法案である。今の状態では職場のサービス残業に一人が声を上げると職場全体のサービス残業が摘発されるようになるから、違法を合理化するため一気に変えてしまおうとしている。医師は現状で十分な給料を支給されているから、医師の労働もこの中に入れられると思う。今後の医師の労働問題の矢面に出てくる問題だと考えている。(完)

<質疑応答の回答より>

1: 厚労省の見解は、待機時間、研究にあてる時間は実働時間ではないというが、法的には待機時間、研究にかける時間、学会発表、看護研究も勤務時間として評価されるべきである。

2: 医師の現場は人の健康にかかわるから緊張感も業務の質も違う。ほかの業界と異なり、質的精神的な緊張度が高い。当直などいつ呼ばれるかわからない不規則性、拘束時間が長いなど、医師の労働は30年前の判決でも特殊な労働と認めている。