

# 無給医問題に関する考察 ～歴史と背景および求められる対応～

2019年08月20日

医師労働研究センター理事長

全国医師ユニオン代表

植山直人

## 1、無給医について

病院が、医師免許を持ち初期研修を終えた医師に保険診療を行わせ、病院が患者からの自己負担金と保険者から診療報酬を徴収し、それを病院の収入としながら労働を担った者に対する賃金を組織的に払わない、悪質な労基法違反の被害者が無給医である。無給医は残業代の不払いなどとは異なり、基本給が支払われないまたは違法に低額に抑えられた医師を指す。しかも、無給医によっては、病院の職員名簿にも名前はなく、雇用契約がないため労災保険の適応が受けられず、健康保険や年金保険にも加入していない。当然、時間管理をはじめとする労務管理や健康管理もなされず病院は安全配慮義務を全く果たしていない。

無給となっている医師には、完全な無給から一部の無給、また違法に低い賃金しか支払われていない医師までいくつかのパターンがある。ここでは、診療を行っている医師に限って分析を行うこととする。診療行為を行わずに純粋に研究に携わっている医師に関しては、研究者の待遇を守る問題として別に考察する必要があると思われる。また、大学病院以外の無給医の存在に関しては確認されていないが、研究に関わる医師が不当な扱いをされている可能性を否定できない。この点に関しては今後の課題と言える。

以下に現時点で推測される無給医のパターンを示しておく。

### 1) 主な働き場は大学病院であり、日常的に診療に従事している医師

- ①雇用契約もなく全く給与が支払われていないケース
- ②雇用契約書に給与なしと明記されているケース
- ③月20万円の給与となっているが、給与カット20万円などとされ、実質給与0円のケース
- ④月数万円など低額の賃金または学修援助金しか支払われていないケース
- ⑤毎日フルタイムで働いていても月に10時間しか働いていないなどの契約書を結ばされているケース
- ⑥最低賃金以下の賃金しか支払われていないケース

### 2) 外部の病院等に雇用され、大学でも診療を行っているが大学から賃金をもらっていないケース

- ①外部の医療機関に雇用され、週に数日決まった日に大学で診療を行っているケース
- ②外部の医療機関や企業に雇用され、専門医修得などの目的で一定期間大学に出向しているケース

これらのケースに共通するのは、雇用契約に問題があるという点である。そもそも雇用契約がないものに働かせることはできない。また、賃金なしや実際の労働時間と異なる短い労働時間を設定している契約書は明らかに違法である。

また、大学によってはこれらの診療は研修目的であり労働ではないと主張しているが、最高裁が研修医を労働者と認めた判例では、たとえ研修であっても医療行為に従事する場合は労働であるとしており、診療を行っている医師に賃金を払わない理由とはならない。

人の命を預かる医師の教育の場において、このような非人道的な違法行為が組織的に続けられていることは異常である。大学の人権意識と遵法精神の欠落は極めて深刻であり、大学病院の抜本的な改革が必要である。

## 2、無給医問題の歴史

戦前の医師の処遇に関しては筆者にとっては不明である。また仮に無給医がいたとしても、1947年の日本国憲法施行及び労働基準法が制定されるまでは、違法とならなかったと考えられる。このため戦後のインターン制度や初期研修制度を中心に概略を述べることにする。

### 1) インターン制度廃止の運動とその後の研修制度

戦後GHQの占領下で、インターン制度と医師国家試験が義務づけられ、1947年から実施された。この制度は大学医学部・医科大学卒業後にインターンとして一年以上の診療及び公衆衛生に関する実地修練を行うことを医師国家試験受験の条件としたものである。このインターンは大学をすでに卒業しているが医師免許を持っていないため、学生でもなく医師でもないという何の身分保障もなく無給でもあった。医療機関での実地修練と言っても医師免許を持っていないために、無資格で医療行為を行うことになり、十分な教育や研修は受けられずに医師の雑用に従事させられることになる。このような状況の中で、1967年にインターン制度の廃止を求める運動が激化し、国家試験のボイコット運動がおこった。結局、約9割のインターンが国家試験をボイコットして受けなかったため大きな混乱が生じ、1968年にインターン制度は廃止となった。

その後は、大学卒業後すぐに医師国家試験を受けることとなった。また、臨床研修は医師免許取得後に2年以上必要とされたが、これは単なる努力規定とされた。結果として医師免許を修得したものが研修医となり、医師としての身分は保障されたが、大学によっては無給のままであったり、低額の謝礼金のみが支払われることとなっていた。さらに大学院生は学生として授業料を払わされ、多くの場合、保険診療も実習や演習とされ労働とは認められていない無給医であった。一方で研修医や大学院生は医師免許を持っているため、これらの無給医が生活のために一般病院で日当直等のアルバイトを行うことが常態化したと考えられる。

### 2) 無給医をなくす運動

先にインターンの問題を取り上げたが、医師免許を取得し病院で勤務しても無給のままの医師が1964年当時全国46大学（当時全ての医学部・医科大学）で1万人と言われていた。これらの医師たちが立ち上がり無給医全国対策委員会を発足させた。翌65年には第一回無給医全国統一行動が行われ、「研究専念日」と銘打って診療放棄の実行使が行われている。その後も運動は続いたため、政府は「医卒後の教育研修に関する懇談会」を設置し、67年に日額400円の診療協力謝礼金を出すとしたが、逆に無給医の怒りを買った。翌年に政府は日額600円を提示したが、これも無給医に拒否された。その後、1970年になり非常勤医員制度として月額42500円が支払われることになり一応の解決を見たが、定員枠が少なく設定されているために6割程度の無給医にしか適応されず、完全な解決には至っていない。

### 3) 研修医の過労死裁判

日本では医師は聖職者であるとの考えが強く、労働者としての自覚を持つ医師は少数であった。しかし、大半の医師は雇用契約を結んでおり労災保険の対象となっていた。また、一定数の医師は医療機関の

労働組合に加入しており、極めてまれであるが医療機関によっては管理職を除く医師は労働組合に入ることが義務付けられているクローズド・ショップ制をとっている病院もある。しかし、多くの医師は自分を労働者と考えておらず、特に研修医に関してはなおさらその傾向は強かった。

このような状況の中で、1998年に関西医科大学で研修医が過労死する事件が起こった。この研修医の父親は社会保険労務士であったため、息子が過重労働を負わされていた実態を調査し労災認定を申請し認められている。その後、遺族は大阪地方裁判所に慰謝料等の賠償を求めて大学を提訴したが、大学側は研修医を労働者とは認めなかった。この裁判は原告勝利となっている。また、父親は大学を卒業し医師になってもまともな賃金がもらえず、親が仕送りを続けなければならない実態をただすために、最低賃金法違反の裁判も起こしている。しかし、大学側は一貫して研修医を労働者とは認めなかったため、判断は最高裁にゆだねられた。そして、2005年に最高裁は研修医は労働者に当たるとの判断を下した。

#### 4) 新臨床研修制度

インターン制度が廃止されてからは、医学部を卒業と同時に医師国家試験を受け合格すれば、医師として2年間の初期研修を行うことになった。しかし、これは努力規定にとどめられ、研修医の経済的な身分は保証されないままであった。このため、多くの大学の初期研修医はわずかな奨学金や診療協力謝礼金などを支給されるのみで、仕送りやアルバイトで生計を立てざるを得なかった。従って大学病院の研修医は一般病院でアルバイトを行うことになるが、初期研修中であり医師としての経験も技能もないことから、医療事故や患者とのトラブルが問題となっていた。また、大学での研修は実態として雑用が多く教育が不十分であるとの不満があった。さらに、大学は高度な診療を要する患者が来院する場所であり、初期研修に必要な一般的な疾患を幅広く学ぶ場として適切ではないとの声が医学教育に携わる医師・医学者などから指摘されていた。

このような状況の中で、臨床研修の在り方が問われ続け、2004年に新臨床研修制度が開始されることになった。新しい制度では研修医は研修に専念すべきとし、アルバイト診療を禁止し給与を支給することを義務付けている。このため、初期研修医の無給医は存在しなくなった。

この背景には、研修医の過労死に対する司法判断も大きな影響を与えていると考えられる。最高裁が研修医は労働者であるとの判決を出したのは2005年であるが、それ以前に労基署は労災と認定しており、民事裁判においても裁判所は研修医を労働者と認めていたため、国としても研修医の身分保障を明確にする必要があったと考えられる。

#### 5) 大学院生の雇用契約の促進

2008年(平成20年)に文科省は文部科学省高等教育局長名で「20文科高第266号」を附属病院を置く各国公私立大学長あてに発出している。この中で「大学院生等が診療業務の一環として従事している場合については、労働災害保険の適用が可能となる雇用契約を締結するなど適切な対応が必要であります。各大学附属病院におかれましては、これらの趣旨を十分に踏まえ、迅速かつ適切な対応をお願い申し上げます」と大学院生が診療業務を行う際には雇用契約を結ぶことを求めている。つまり、雇用契約を結ぶとは診療を行う大学院生は学生であっても労働者としての側面があることを認めているということであり、労基法によって守られる存在であることを示している。

この通達により、診療を行う大学院生に無給医は存在しなくなると思われた。文科省の調査では2013年には大学院生の雇用契約が100%となっている。しかし、実際には雇用契約を結んでいない大学院生は

多数いることから、大学は文科省に対して虚偽の報告を行っていたことになる。現実には多くの大学でこの通達は無視され続けてきたと言わざるを得ない。

### 6) 取り残された後期研修医

無給医問題において、相対的に深刻であった医師は初期研修医であり、次に大学院生であった。このため、初期研修医と大学院生に対する処遇改善が大きな課題となり、80年代以降は後期研修医等の医師の無給医問題は表面化しなかったように感じる。それは、医師として一定の技能を取得しているため医師としてのアルバイトで生計を立てられることが要因ではないだろうか。もちろん、無給で働かせることは違法であり許されることではないが、それに加えて現在では医師の過重労働と医療安全に厳しい目が注がれる中で、放置できない問題となっている。しかし最も悲惨であった初期研修医の無給医問題が解決した後は、14年間にも渡り表面化することはなかったと言える。

## 3、無給医のかかえる問題

### 1) 過重労働と健康管理の問題

これまで見てきたように無給医とされている医師の労働は大学側から研修や研鑽とされており労働と見なされていない。従って多くの場合、労働時間管理や健康管理の対象とされずに放置されている。しかも生活のために夜間や休日に他の医療機関でアルバイトをすることを強いられており長時間労働を行わざるを得ない立場に立たされている。当然、大学はアルバイト先での労働時間の把握を行っていないため、長時間労働が放置されることになる。すでに述べたように厚労省の調査では、過労死ラインの2倍を超えて働いている医師が大学病院の88%に存在する。しかしこれを認める36協定はなく、労基署による是正勧告も報道されていない。つまり、過労死ラインの2倍を超えるような労働を行っても労務管理がまともに行われていないため、そのような労働は存在しないことになっている。また、複数の医療機関で働く医師の合算した労働時間管理が行われていない問題が関係しているケースがあると考えられる。

過労死の労災認定においては、労働時間が重要となるが、複数の医療機関での労働時間から過労死が認定された例は聞かない。何よりも全ての医師の客観的労働時間管理を徹底し、主たる勤務先に複数の病院での全ての労働時間を把握する責任があることを明確にする必要がある。

また、一部の無給医が放射線に被爆する業務に従事しているにも関わらず、被爆量を管理するフィルムバッチを渡されずに業務に従事させられているとの話を聞く。全く信じられない話であるが、職員名簿に名前がない医師がいるとすれば管理対象とされていない可能性は否定できない。事実の究明と健康管理の徹底は急務である。

### 2) 医学研究の質の低下の問題

無給医問題は単に被害者となる無給医の人権侵害にとどまらない。日本の医学・医療の発展を阻害する問題でもある。

この間、直接または間接的に大学院生の声を聞くが、ほとんどの大学院生はまともな研究ができないと訴えている。大学によって研究に割ける時間は異なるとしても、日中に大学で診療を担うがその大半が研究とは関係がない。しかも無給のため、夜間や休日にアルバイトの日当直を行うため実質的な研究時間はわずかしかたることができないのである。大学院に行く医師は、将来の日本の医学研究を担う貴重な存在であるが、研究とは言えない大学病院の診療やアルバイトでその能力と体力を使いつぶされて

いる。日本の医学論文の数は国際比較でも低下しており問題視されているが、このままでは、日本の医学や医療水準は大きく低下していくであろう。有能な大学院生たちが研究に専念できない環境におかれていることは国家的な損失である。

無給医問題は日本の医学研究の発展にとっても、速やかに解決しなければならない問題である。

#### 4、文科省調査結果について

2018 年秋、NHK の報道により大学病院における無給医問題が明らかになり、当初は無給医は存在しないとしていた文科省が調査を行い、2019 年 6 月 28 日に調査結果が公表された。

まず、調査方法についてコメントしておく。今回の調査は大学管理者への調査であり、個別の医師に対する調査は行われていない。労基法違反の当事者に回答を求めるものであり、調査の方法や無給医であるかどうかの判断も各大学に任されている。従って、今回示された無給医の数などは、氷山の一角にすぎないと言えるであろう。

次に、調査結果について見ておく。対象は大学病院で働く教員と初期研修医を除く医師・歯科医師とされ 31801 人である。それによると調査が終了していない段階で、対象 108 大学病院のうち 50 の大学病院で 2191 人を超える無給医が存在する。なお、引き続き精査が必要な医師が 7 大学 1304 人となっている。ここで、合理的な理由があるために給与を支払っていないとされる医師が 3594 人とされているが、その理由は「謝金を支給する取扱い」、「あくまで研修の一環で診療に従事していること」や「大学病院とは別に本務先のある医師で、本務先の業務命令により研修として診療に従事しているため、大学病院での診療従事分も含めて、本務先から給与が支給されている」との記載がみられる。そのような医師は大学とどのような雇用契約を結んでいるのか、大学病院の管理監督下にあるのかは不明である。そのため時間管理や健康管理等の労務管理や安全配慮義務が誰にあるのかも不明であり、労基法に基づいた適切な給与が払われていない可能性や違法な低賃金で働かされている可能性もある。すでに、今回の調査結果発表後に、無給医はいないとされた大学で働く医師から、自分は無給医であるとの声が上がっている。無給医がいるとされた大学においても、その大学の無給医から、こんなに数が少ないわけではないとの声が上がっている。

また、引き続き精査が必要な医師が 7 大学 1304 人とされているが、本論執筆時には文科省の調査結果発表からすでに 1 カ月半以上たつが、これらの大学の調査結果はいまだに発表されていない。これらの大学の中には東京大学や慶応大学といった日本の医学のリーダー的存在が含まれており、無給医問題に対して責任ある調査結果を報告するべきである。現状では、まじめに調査した大学が馬鹿を見ることになりかねない。文科省は毅然とした対応を取り、最終結果を公表すべきである。

不十分な調査であるにも関わらず、これだけ多くの医師が無給で働かされている現状をみれば、大学病院の労務管理に構造的な問題があると言わざるを得ない。根本的な解決のためには、これまで違法な労務管理が放置されてきた原因を明らかにする必要がある。

現在、政府は働き方改革により、非正規雇用者に対する差別をなくすため、同一労働同一賃金を含めた処遇改善を進めている。政府は、無給医問題に対する明確な立場を示し、早急に被害者の救済(雇用契約を結ぶと同時に過去 2 年間の不払賃金を支払うこと)を進めると同時に再発防止策を作成し徹底すべきである。

## 5、大学の責任と問題点

### 1) 大学の不祥事と基本的な課題

今回の無給医問題に直接責任を持つ当事者は大学である。すでに述べたように、大学院生の医師が針刺し事故等で感染症にかかるなどの労災に備えて、大学院生とも雇用契約を結び労災保険が受けられるようにすることを指導する通達が2008年に文科省より出されていたが、一部の大学はこれを無視し虚偽報告を行っている。

一方2018年は、36協定を結んでいない大学病院があるとの報道があり、驚きの声が上がった。また、厚生省の調査では過労死ラインの2倍の年間の時間外労働時間が1860時間を超えて働く医師が1割を超えており、大学病院の88%にそれらの医師が存在している。年1860時間を超える時間外労働を認める36協定は存在しないはずであり、多くの大学病院は今だに労基法を無視し続けている。今回の無給医問題も、多くの大学病院で明らかな違法行為が組織的に行われていることを示している。意図的に法令を守らない管理者はその役職を辞すべきであるが、大学に法令を遵守するシステムがないことが深刻な問題である。

これまで多くの被害者が声を上げられずにいるのは、大学ではパワーハラスメンがいつ降りかかるかわからない恐怖感があるためである。無給医問題は大学病院におけるパワーハラスメンの一つの形態であり、これを根絶するシステムを作る必要がある。

無給の問題は医師以外には聞かないが、この点は極めて重要である。無給医たちは専門医になるためには仕方がない、博士号を取るためには仕方がない、大学の関連病院に籍を置くためには仕方がないと語っている。このことは、専門医の資格認定や博士号の認定、関連病院のポスト人事権を持つ人間と大学病院で業務を命じる人間が同一であるために起こっていることを示している。つまり、一人の教授への権力の集中による弊害である。このことは、半世紀前から言われてきたが、この点における改革は一切行われていない。

### 2) 大学の主張の問題点

この無給医問題に関して、大学側の事情説明や主張がみられるが、以下の3点に関して、考察を行っておく。

#### (1) 研修や研鑽と賃金

一部に研修や研鑽は労働ではないとの主張がみられる。しかし、最高裁は研修医は労働者であると判断している。それは臨床研修における医療行為が労働であるからに他ならない。判決文には「研修医がこのようにして医療行為等に従事する場合には、これらの行為等は病院の開設者のための労務の遂行という側面を不可避免的に有することとなるのであり、病院の開設者の指揮監督下にこれを行ったと評価することができる限り、上記研修医は労働基準法9条所定の労働者に当たるものというべきである」と明確に述べられている。

研修や研鑽であっても病院で診療などの医療行為等に従事する場合は、該当する病院の開設者の指揮監督下で行うことになるため、当然、労働であり正当な賃金が支払わなければならない。もし仮に、労働とは無縁の完全な研修や研鑽であるとするならば、患者に対してこれは病院の管理監督下の診療ではなく医師個人の研修や研鑽であることを説明し同意を得ることが絶対条件となる。当然、病院の管理監督

下の診療ではないため診療報酬は発生しないことになる。

## (2) 研究・教育・臨床の整理

大学は研究・教育・臨床の3つを担っており、これらは切り離すことが困難なために総合的に行われてきた。一方で、大学への補助金や研究費は削減され経営的には厳しい状況が続いており、予算の増額しなければ、無給医問題を解決することは困難であるとの見解がみられる。

この点に関して、まず、大学の予算は減らされていることは事実であり、日本の高等教育に使われる国の予算は国際的にも低い、最近での日本の医学論文の数も減少し国際競争力も低下している。日本が教育立国を目指すのであれば当然、大学への予算を増額し大学病院の体制を強化すべきである。

しかし無給医に関する根本的な問題は、大学は教育機関であり教員ポストがなければ、職員ではないという発想に起因していると考えられる。しかし医学部や医科大学であっても、大学病院は医療機関であり、患者は診断・治療を目的に来院するのでこれに対応するスタッフの処遇は通常の医療機関より劣ってよいはずがない。大学病院に来る患者の目的は研究や教育に協力することではない。当然、診療にかかる費用も国が決めた診療報酬に基づいて支払うことになる。診療報酬は診療にかかる薬や材料費、施設の利用費、全てのスタッフの人件費を考慮して決められたものであり、当然これを含むものである。従って、診療にあたった医師の人件費も診療報酬に含まれている。大学病院で診療を行うのは全て医師免許を持った医師であり（ここでは初期研修医は除いて話を進める）、その労働は高度な医学知識に基づくものであり、医師免許を有する者として患者に対して大きな責任を有する者である。診療を行うものが大学院生や研鑽を行う医師であろうと支払われる診療報酬は同額である。大学病院としては診療に従事した全ての医師に対して医師としての適切な賃金を払う義務がある。

つまり無給医問題は大学病院の経営問題であり、ポストの有無さらに大学予算や研究予算が少ない問題とは全く別の話である。診療報酬は大学にのみに特別な報酬与えているものではないため教育や研究に対する費用は含まれていない。このため診療報酬から大学の教育費や研究費を捻出するとの考えは誤りである。少なくとも、診療を担った医師に適切な賃金を支払うことが絶対的に優先されなければならない。

なお、研究・教育・臨床の3つを一人の人間が担うことは前近代的で不可能であり、どれも中途半端とならざるを得ない。欧米では、教育・研究・臨床は一体ではなく、それぞれにポストと専門スタッフが配置されている。単なる予算の増額だけでなく、教育予算・研究予算と病院経営の必要経費を整理しガラス張りとする医学部の抜本的な改革を行うことが求められていると言える。現状では、無給医が本来もらうべきお金が何に使われているのかは全く不明であり、賃金支払いの正常化に必要な財政的な金額も不明であり、誰もが納得できる再発防止策も作ることはできない。

無給医制度などという違法が平然と行われている大学では、労務管理も含めた経営に関する知識のない医師が大学の経営や管理を行っていることにも大きな問題があるのではないだろうか。医学研究者として有能であることと、経営者に求められる資質や知識は全く別である。病院の運営や経営に関しても、見直しをはかっていく必要があると言えよう。

何よりも、教育・研究・診療の整理と組織的な見直しが求められている。

## (3) 他の医療機関や企業に雇用されている医師に関する問題

他の医療機関や企業に雇用されているために給与を支払う必要がないとの主張を聞くが、この問題は

主に2つのパターンがあると考えられるため、それぞれに関して考察しておくことにする。

#### ①該当医師が大学病院医に保険医登録している場合

この場合は、その診療行為に対する報酬は診療を行った保険医の名義で、大学病院に支払われることになる。当然大学病院は該当医師と雇用契約を結び、診療行為に対する適切な賃金を支払う義務がある。雇用契約を結ばなければ、大学病院の指揮監督下でない医師が勝手に患者の診療を行うことになり、そのようなことは患者への責任の所在の問題からも許されない。主たる雇用先が他の医療機関や企業であっても、大学病院で診療を行う場合は、大学病院は該当医師と非常勤の雇用契約を結び、大学病院の指揮監督下で診療を行わせる必要がある。当然診療は労働であるから適切な賃金を支払わなければならない。

#### ②該当医師が大学病院に保険医登録していない場合

当然、保険医登録を行っていない医師は大学と雇用契約を結んでいないと考えられるが、いずれにしても保険診療を行ってはならない。もし仮に該当医師が診療を行い、他の医師の名義で病院が保険診療の報酬を請求すれば、不正請求となる。

この他に、派遣業法に抵触するとの指摘もある。筆者にはこれに関する知識がないためここでは触れないが、大学として適切に対応する必要がある。

## 6、文科省の責任

すでに述べたように文部科学省は、2008年より全ての大学病院は大学院生と雇用契約を結び、労災保険が適用できる労働環境を整えるよう通達を出している。そして、昨年秋に無給医問題が表面化した際、当初のNHKの取材に対して日本には無給医は存在しないと回答している。大学病院の監督官庁として実態を把握できていないことは極めて遺憾である。また大学医学部や医科大学は、無給医問題のみならず、数々の労基法違反をはじめ、受験における女性差別などを起こしている。特に医師養成や医師労働に関する管理監督においては極めて杜撰な管理が長年にわたって放置されてきたと言わざるを得ない。文科省には大学病院を管理する手段や能力がないのではないだろうか。各大学が虚偽の報告を行ってもそれを見抜けずに、虚偽報告に対する罰則を課すこともできない。文科省の在り方を問い直す必要がある。

先に、研修医に関する最高裁の判断を示したが、大学院生に関しても診療に従事する限り同様に労働者である。大学院生は、授業料を支払う学生であるが、医師免許を持ち初期研修も終えた医師であり、専門医の資格を持つものもいる。患者からみれば、診療を受けるうえで教官であろうと大学院生であろうと医師には変わりはなく、その診療に対して支払う負担も同一である。大学院生の一般診療を演習としている大学もあるが、患者に対しては演習であるとの説明はなく通常診療として行われている。学生に対しては演習とし、患者に対しては診療とすることは詭弁である。すでに述べたように診療は研修であっても労働であり労基法に基づいた適切な雇用契約と労務管理や賃金支給が必要である。

彼らが大学院に行く主な目的は研究に従事するためや博士号を修得するためである。博士号は将来、教授や準教授になるためには必要であり、研究を志す医師には不可欠な資格である。このために多くの大学院生は無権利状態に耐えているのである。この資格取得には教授が絶対的な権限を持っており、これが無給医という名のパワーハラスメントを生む環境を作っていると言える。

一方、初期研修医に対してはその経済的な身分や権限等を国が定めているため、無給医という問題は起きない。文部科学省は大学院生や後期研修医（専攻医）に対しても経済的な身分及び研究や診療に対する



権利や義務を明確に定めるべきである。

## 7、厚労省の責任と労基署の問題

無給医問題には、医師の労働問題と保険診療の2つの問題がある。労働問題に関しては、もちろん大学の違法が問題となるが、一方でこのような違法が何故長期に及び放置されてきたのかという疑問が残る。労基署は定期的に大学病院にも検査に入り、違法があれば改善の指導を行うはずである。この問題はインターン闘争の頃から続いている問題であり、政府が問題解決に動いた時期もある。しかし、労基署が無給医問題に対して大学を指導したという話は聞かない。すでに述べたように大学では労基法違反がまかり通り、これが放置されている。また、これまでに無給医が労基署に相談している例があるが、労基署が全く動かないケースや、労基署が大学に調査に入っても、ポストのある常勤医師のみを調査し無給医への調査は全く行われなかったとの報告が寄せられている。労基署は大学病院の医師労働に関してあえて違法を見逃しているのではないかはなはだ疑問である。

現在、働き方改革が進められているが、医師労働に関しては、健康確保を条件に過労死ラインの2倍の長時間労働が例外的に認められる方向で議論が進められている。しかし、無給医の存在が放置されるような労務管理下では、医師の働き方改革が進むことは絶望的である。厚労省は速やかに全ての大学病院を調査するよう労基署に命じ、無給医問題の全容を解明すべきである。労働者を守るために労働基準監督官には司法警察権限が与えられている。公権力の行使に関しては謙抑的であるべきであるが、厚労省は労基署に悪質な病院管理者に対してはこの権限を行使し、検察へ書類送検するよう指導すべきである。

保険診療に関しては、雇用していない医師に対して病院は業務命令を行うことはできず、そのような医師の診療による診療報酬を病院には受け取る権利はないであろう。仮に、保険医登録をしている他の医師の名義で診療報酬を請求するようなことが組織的に行われていれば重大な不正請求となる。

また、職員でない医師が起こした医療事故に対して、病院はどのような責任を取れるのであろうか。患者の権利を損なう危険性があり、保険診療制度を逸脱した行為と言える。厚労省として、適切な保険診療に対する指導を徹底する必要がある。

## 8、医療界の課題

医師を聖職者とし労働者ではないと主張する医師が中心となっている医療界の体質が、この無給医問題を放置してきたと言える。過労死問題や女性差別問題さらに無給医問題に対してその解決にイニシアティブを発揮できない医療界にプロフェッショナルオートノミーを語る資格はないであろう。

無給医の問題は主に大学の問題であり、その解決にはいわゆる医療界の中でも全国医学部長病院長会議の役割が大きいと考えられる。これまで長きにわたり大学自らの自浄作用により解決できなかったこと、とりわけこの問題が昨年まで取り上げられてこなかったことは誠に残念と言える。

全国医学部長病院長会議は2019年5月31日に「大学医学部・大学病院に勤務する臨床系教員の働き方改革に関する提言」を発表し、その中で、大学院生の労働管理に言及している。そこでは「診療に従事する大学院生の労働時間管理においては、臨床系教員に準じた健康確保措置が行われる必要がある」とされている。これは大学院生に関しても健康管理のために労働時間管理をしっかりと行うという点で評価

できるが、賃金問題に関しては触れられておらず、この提言では無給医の経済的な問題の解決は進まないであろう。

既存の医療界から無給医問題の解決を求める声が出てこない状況は極めて深刻である。現在の医療界は経営者の立場を代表する集団となっているために医師全体の声を反映しておらず、一般的に考えられている医療人全体の声を反映する医療界の意見などというものは存在しない。この問題を克服するには少なくとも医師に関しては若い医師や立場の弱い医師の意見が反映されるよう、その風土を変えることが求められている。また、労働組合を尊重しその声にしっかりと耳を傾けることが必要である。

## 9、働き方改革と無給医問題

働き方改革においては、医師には例外が設けられたが、現在のところ病院をA・B・Cの3つに分けそれぞれに時間外労働時間の上限を設けるとしている。そして一般病院をAとし時間外労働時間の上限を年960時間、Bを地域医療確保暫定特例水準として時間外労働時間の上限を年1860時間とし、その他に集中的技能向上水準としてC-1及びC-2を設け、これも時間外労働時間の上限を年1860時間としている。C-1は臨床研修・専門研修に係る業務であり、C-2は高度技能育成に係る業務とされている。BやCの例外が認められる病院は、都道府県が特定することになっているが、大学病院のほとんどがBやC病院と認定されると考えられている。

これまで見てきたように、大学院生をはじめとしてC-1に該当する専門研修を行う後期研修医（専攻医）の多くは、立場が弱く不当な扱いを受けている。当然C-2の高度技能育成に係る業務に該当する医師も不当な扱いを受ける可能性が高い。

まずは、違法な現状を変える必要がある。まず診療はたとえ研修や研鑽であっても労働であることの徹底をはかることが重要である。次に診療以外の業務においては、使用者の指揮命令下に置かれたものであれば労働に当たることを徹底する必要がある。この点は、2019年7月1日に厚労省より出された「基監発0701第1号」においても労働時間は「労働者の行為が使用者の指揮命令下に置かれたものと評価することができるか否かにより客観的に定まるものである」と述べられている。これらの点を守らない大学病院には、厳しい指導を行うべきである。また適切な改善がなされない場合はBやCの特例を認めるべきではない。

働き方改革では、医師のみに特別の健康確保措置を実施することを条件に過労死ラインの2倍の時間外労働を認めることが検討されている。この健康確保措置には9時間の勤務間インターバルを設けること、連続勤務を28時間以内とすること、長時間労働者に対して産業医面接を行うことが挙げられているが、どれも客観的で厳格な時間管理を要するものである。現状の大学のずさんな労務管理では、厚労省が進める医師の働き方改革は全く機能しない。

次に、大学病院の安全配慮義務について触れておく。大学病院は全ての職員や大学院生に対して安全配慮義務を負っている。安全配慮義務とは労働契約法の第五条に「使用者は、労働契約に伴い、労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働することができるよう、必要な配慮をするものとする」と定められたものである。大学院生に関する判例としては、鳥取大学病院の大学院生が過労死した事件があるが、裁判所は、大学院生と大学病院との間に「安全配慮義務発生の基礎となる法律関係及び特別の社会的接触の関係があったことは明らか」としている。大学病院は労働や労働に当たらない研修（演習）や

研鑽に関しても、大学院生の安全や健康に関して、これを保護するよう配慮すべき義務を負っている。従って、健康を害するような研修や研鑽を行わせることは許されない。

## 10、今後の運動と課題

### 1) 全容の解明に必要な労基署による全大学病院調査

すでに述べたように、無給医問題に関する文科省の調査結果は不十分であり、被害者を救済するためにも働き方改革を進めるためにも、無給医問題の全容を解明する必要がある。そのためには各大学病院に対して調査権限を持つ労基署が調査を行う必要がある。正確な実態がわからなければ改善策の策定や再発防止は行えない。特に、大学が意図的に違法を犯している場合や労基法を無視して大学に都合の良い勝手な取り決めを行っている場合は司法警察権限に基づく指導、罰則の適応が不可欠である。

#### (1) 速やかに完全な解決が必要な項目

- ①無給医を完全になくす（少なくとも保険診療を行う全ての医師）
- ②雇用契約を結び労災保険及び健康保険、年金保険で守られるようにする
- ③時間管理及び健康管理をしっかりと行わせる
- ④国が定める最低賃金を超える賃金や初期研修医の賃金を上回る賃金は当然として、均等待遇として同一労働・同一賃金の原則に従ってポストを持っている医師の賃金に準ずるものとする。

#### (2) 医師の働き方改革を進めるために必要な項目

- ①残業代の不払いを完全になくす（不当な自己研鑽時間をなくす）
- ②過労死ラインを超える労働をなくす（他病院での労働時間も合算する）
- ③長時間連続労働をなくし交代制勤務を導入する

厚労省は医師のみに過労死ラインの2倍の時間外労働を認めさせようとしているため、これらの課題は無給医だけでなくポストを持ったすべての大学病院医師、さらには公的な医療機関や民間病院で勤務する全ての勤務医と協力して改善をはかる必要がある。

### 2) 医師の労働組合の発展

この間、医師労働に関しては様々な違法が報じられている。一方で、自ら声を上げる医師は極少数にとどまっている。特に大学病院や高度医療機関においては、一人ひとりの医師は極めて弱い立場に置かれており、大きな組織に対抗することはできない。人類は人々の権利を守るために、議会制民主主義や立憲主義をはじめとして、人権や労働者を守る法律などのシステムを作ってきた。そして、労働組合もそのシステムの一つと言える。労働組合とは一人では立場の弱い労働者が力を合わせることにより、使用者と対等の立場に立ち交渉を可能にする制度である。各大学病院で立場の弱い医師が管理者と対等に労働条件を話し合うには法律で守られた労働組合が必要である。日本では労働組合に入っている医師は極めて少ないが、多くの医師が医師の労働者性を自覚し労働組合に入り、自らの権利を主張することが求められている。労働運動の歴史やヨーロッパの医師の運動を見ても、医師の労働組合が大きくなり医師が自ら声を上げない限り、医師の人権や労働者としての権利を守ることはできないであろう。勤務医の問題を解決するためには医師の労働組合が日本に根付くことが求められていると言える。イギリスでも2年ほど前にジュニア・ドクターが大規模なストライキを行ったと聞くが、継続的に闘わなければ、労働条件

や権利は守れないということである。

先に、インターン闘争や無給医の運動を紹介したが、日本ではこれらの身分や賃金に関する闘いを行いながら、何故か医師の労働組合の結成という手段を取っていない。この点は欧米の医師の運動とは大きく異なっている。一時的に運動が盛り上がったとしても、恒常的に大学と対等に交渉権を持つシステムを作らなければ、立場の強い国や大学に巻き返されることになりかねない。つまり組織率の高い労働組合の存在が必要と言える。現在は各マスコミの報道により無給医の問題がクローズアップされているが、この半世紀この問題に光があたることはなかった。無給医も声を上げることはできなかった。これは、日本における医師の労働組合の不在が大きく影響しているのではないだろうか。

勤務医一人ひとりの意識が変わり、医師の労働組合が日本に根付くことが何よりも求められている。

### 3) 医師の働き方のグローバルスタンダード

最後に、日本の医師の働き方を世界のグローバルスタンダードにいかにつづけるかについて私見を述べておく。日本の医師の働き方は異常である。過労死問題と無給医問題はその象徴と言えるであろう。このような現状を変えるために労基署による実態の解明と適切な指導という法律による改善と、医師自らが立ちあがり強い勤務医の労働組合を作ることを提言した。これらは問題解決には不可欠である。一方で労基法を守らない病院と適切な調査・指導を行ってこなかった文科省や厚労省と労基署の問題は深刻である。人権を蹂躪されながらも声を上げられない医師たちが置かれている状況も深刻である。これらは長い歴史の中で作られ、その環境や意識は繰り返し再生産されている。しかし、医師の過労死問題と無給医問題がクローズアップされている今こそ、改革の突破口を探さなければならない。

日本の医師や病院管理者の意識を変えるためには先進国の医師の働き方を参考にすることが有効であると考えられる。国際的に労働問題の解決で力を発揮している ILO に日本の医師の労働実態を知らせ、何らかのアクションを得ることは極めて有効な方策ではないだろうか。日本の医師の働き方改革には医療安全を守る視点は全く入っていない。この点では WHO の見解を引き出すことが極めて重要であると考えられる。日本の医師の働き方を改革するために ILO や WHO とコンタクトを取れる法律家や医学者などの人材を結集し、効果的なロビー活動を行うことが求められている時代と言えよう。