

勤務医に関する労働法上の諸問題

水島 郁子

(大阪大学准教授)

医師という職業は、一定年限医学を学修し医師国家試験に合格した者だけが就くことが許されるきわめて専門性の高い職業である。医師は病院や診療所を自ら開設することも可能であるし、病院その他の医療関連施設に勤務することもある。医師が病院等に勤務し、その指揮監督に服して労務を遂行するのであれば、当該医師は労働法上の労働者であり、労働法規の適用を受ける。しかし、実際にこのことはほとんど意識されておらず、法的紛争もこれまであまり多くはなかった。近年、産科や小児科における医師不足が問題となっているが、勤務医の労働実態が過酷であることはその一因である。勤務医に関する労働法上の問題を整理・検討すべき時期にある。本稿では勤務医が当事者となった裁判例を通して、勤務医の労働者性、労働時間、労働災害、解雇の各テーマについて労働法の観点から検討する。勤務医が医師であることの特異性は、労働法規の適用場面でほとんど考慮されない。それに対して、労災事例における業務の過重性判断や解雇の社会的相当性判断といった具体的な場面においては、医師としての労務に着目して判断がなされることがある。

目次

- I はじめに
- II 医師の養成と勤務医としての働き方
- III 勤務医の労働者性
- IV 当直医の労働時間
- V 医師の過重労働と病院の安全配慮義務
- VI 勤務医の解雇

I はじめに

どのような職業であれ、その職業に就くためには何らかの「能力」が必要である。プロフェッショナルと呼ばれる職業にはきわめて高い能力が求められるが、医師にあってはその能力が特別な養成課程で培われ、その養成課程を経て国家試験に合格しなければ、医師という職業に従事できないという特徴がある。

医師は、医療や保健指導を行うが、それらは患者の生命・健康に直接関わる。医師によるサービ

ス提供（労務）は、自身や病院の利益のために行われるというだけでなく、公的使命とも言える。国民が健康的な生活を送り、傷病を負った際には適時に適切な医療を受けることができることは、生存権が保障されているわが国では当然の要請であるが、こうしたことが医師がいつ何時も患者のために働くべきであるとの価値観を生みだし、医師を聖職視することにもつながっている¹⁾。

このような医師の特性は、医師という職業が特別であり、労働法上の諸問題とは無縁であるとの評価につながりやすい。しかし、医師も病院等に勤務する以上労働者であり（以下、病院等に勤務する医師を「勤務医」とする）、その労働関係において法的問題が生じることは当然ありうる。ところが、勤務医は一般の労働者と比べると高い収入を得ており、また近年の医師不足の状況下では、転職も比較的容易のようである。勤務している病院等で勤務医は、医療スタッフや職員と比べて、制度上も心理的にも高いポジションにいる者と位

置づけられているであろう。つまり、勤務医は概して「強い労働者」であり、そのため法的問題が裁判所に持ち込まれる前に、当事者間で解決されていた可能性がある。実際にこれまで勤務医が訴訟を提起した労働事件は、公表されている事例を見るかぎり、多いとはいえない。

もっとも勤務医に関する紛争が当事者間で解決されているのではなく、法的問題として認識されることなく現在にまで至っている可能性も否定できない。厚生労働省の『医師需給に係る医師の勤務状況調査』(2006年3月時点)によれば、勤務医の1週間あたりの勤務時間は平均で63.3時間である。この数値を用いて単純に計算すると、勤務医は平均で1カ月あたり約100時間の時間外労働時間に従事していることになる²⁾。勤務医の労働時間の特徴は長時間であることにとどまらない。当直の場合には連続した超長時間労働に従事することもあるし、緊急の呼び出しに対応しなくてはならないこともしばしばある³⁾。労働時間、労働態様を見るかぎり、他の労働者と比べて勤務医は過酷な状況にある。

さて、2009年には、勤務医の労働に関係するいくつかの出来事が続いた。3月には日本医師会の「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」が中間報告書を提出した(後述V参照)。同報告書では、勤務医の健康を守るために短期的に有効な対策が示されている。4月には勤務医をめぐる労働事件につき2つの地裁判決が出された。勤務医の宿日直・宅直勤務の労働時間性が争われた事案(後述IV参照)と、医長の解雇が問題となった事案(後述VI参照)である。5月には、全国医師ユニオンが設立された。同ユニオンは、医師の権利を守り労働条件を改善することを目的とする労働組合であり、医師が個人で加盟する形式がとられている。

これらの出来事はそれぞれ直接的に関連するものではないが、勤務医が労働法規の適用を受ける労働者であることが再認識され、勤務医の労働条件や労働環境についての問題を整理・検討すべき必要性が高まってきたことを示唆するものである。本稿では、勤務医の養成過程や入職状況を概観したうえで、勤務医が当事者となった裁判例を通し

て、勤務医に関わる労働法上の諸問題を検討する。

II 医師の養成と勤務医としての働き方

1 医師養成システム

医師法は、医師の免許や業務について規定する。医師になろうとする者は、医師国家試験に合格して厚生労働大臣の免許を受けなければならない(医師2条)。医師国家試験を受験できるのは、学校教育法に基づく大学において医学の正規の課程を修めて卒業した者、もしくは外国の医学校を卒業したか外国で医師免許を得た者に限られる(医師11条参照)。一般的なケースでは大学の医学部で6年間学び、その後、医師国家試験を受けることになる。医師国家試験の合格率は例年90%前後であり(2009年は91.0%)、高い合格率となっている。

医師国家試験合格後は2年以上の臨床研修を受けなければならない(医師16条の2)。この臨床研修を必修とする現行の臨床研修制度は、2004年に創設された⁴⁾。この合格後すぐに受ける臨床研修は、初期臨床研修、卒後臨床研修などと呼ばれ、後期臨床研修と区別される。初期臨床研修を実施できるのは医学部を設置する大学附属病院もしくは厚生労働大臣の指定する病院に限られる。初期臨床研修は、通常、2年間に内科、救急、地域医療、選択必修科目(外科、麻酔科、小児科など)をローテーションで異動し、研修に従事する内容となっている。臨床研修中の者の身分は各病院によりさまざまであるが、2年の有期契約職員としている例が多く見られる。臨床研修中は賃金が支払われるが、賃金額は月額20万円前半から40万円台程度まで、病院によってかなりの差がある。初期臨床研修中は臨床研修に専念しなければならず(医師16条の3)、アルバイトは認められていない。

初期臨床研修終了後は、3年の後期臨床研修に移行する。後期臨床研修では各科で専門的な研修を受けることになる。日本内科学会や日本外科学会をはじめ多数の学会が、学会認定専門医制度を導入しているが、後期臨床研修ではこの専門医の

認定を取得できるだけの技能を身につけることが期待されている。後期臨床研修中に大学院に在籍して学位取得の準備をしたり研究を行ったりするケースもある。後期臨床研修中のアルバイトは、医師法上禁止されていない。後期臨床研修中のアルバイトを許可するか禁止するかは、各病院に委ねられる。

2 入職状況

医師は開業医となることも勤務医として勤務することも可能であるが、勤務医の勤務先選択にあたり、以前は医局が重要な役割を果たしていた。医局とは、大学医学部の教授を中心とする講座ないしそれに対応する大学附属病院の診療科に所属する医師の集団である。医局は、附属病院に医師を配置するほか、関連病院に医局に所属する医師（医局員）を派遣する。これにより、医局のコントロールのもと、関連病院は安定的に医師の人員を確保することができた。もっとも「医局による派遣」は事実上のものにすぎない。榛原町立榛原総合病院事件（奈良地判平9・12・24 労判737号59頁）において裁判所は、医局と医局員との間に雇用契約類似の関係はないとし、医局は医局員に対して病院を推薦し、または学位取得に関する指導をすることなどを内容とする私法上の関係があるにすぎないと述べた。実態として医局員が医局の指示にしたがわないことは考えにくいところであったが、法形式的にみれば、医局員はあくまで医局の推薦にしたがって病院との間で自ら労働契約を締結していると判断された。榛原町立榛原総合病院事件は、医局を辞めようとする医局員に対して、医局が推薦し現在勤務している病院を辞職するよう医局が医局員に申し入れたが医局員は辞職を拒否、それにもかかわらず医局が病院に当該医局員の辞職を含む「人事異動」を知らせたことから、病院（被告町長）が当該医局員の辞職承認処分を行ったという事案である。裁判所は、当該医局員の辞職の申出を欠くとして被告町長による辞職承認処分を無効と判断した。

榛原町立榛原総合病院事件で裁判所は、医局の人事に強制力を認めず推薦と理解したが、医局が医局員を関連病院に派遣する行為は職業安定法に

抵触する可能性がある。厚生労働省は2002年の通達（「いわゆる『医局による医師の派遣』と職業安定法との関係について」平14・10・4 職発第1004004号）で、大学病院の勤務医（勤務していた者を含む）や研修医、学生などに関連病院を紹介することは本人の自由意思による場合には法に抵触しないが、それが自由意思ではなく医局長等からの指示・命令により勤務医等が関連病院に就職することは、支配従属関係の下で就職先のあっせんを行ったとみなされる疑いが強いとして、労働者供給に該当する恐れがあることを指摘している。

現行の臨床研修制度が導入されて以降は、臨床研修の段階から医師本人が臨床研修先・勤務先を選択する。臨床研修については、医師臨床研修マッチング協議会が臨床研修を受けようとする者と臨床研修を行う病院とのマッチングを行っている。このマッチングは一定の規則にしたがってコンピュータにより組み合わせが決定される。医師臨床研修マッチングに参加せずに自分で臨床研修先を探すこともできるが、実際にはほとんどの者がマッチングに参加していると思われる⁵⁾。

マッチングの導入により臨床研修先の選択が医師本人にまかされ、いわゆる「医局による医師の派遣」が機能しなくなっている最近では、各病院が医師を獲得する努力が必要になっている。各病院は勤務医の獲得のために、広告を出したり職業紹介事業者に医師の紹介を依頼したりする。求人情報は、求人誌のほか⁶⁾、インターネット上にも多数掲載されている。医師はこれらから情報を得て入職・転職することもあるが、もちろん指導医や指導教員、先輩のツテで勤務先を紹介されることも多いという。

3 勤務医としての働き方

医師の働き方はフルタイムの仕事に限定されるわけではない。アルバイトの仕事も多数、紹介されている。アルバイトは一定の期間を定めて契約するもの（たとえば週1回の勤務で6カ月契約）と1日程度のスポット契約（当直勤務や代診）とに大別される。後者は一般用語で用いられるアルバイトに近く、大学院生など若手の医師が就いているようである。前者は研究に重点を置きたい、育

兒と仕事を両立させたいなど仕事をセーブしたい医師が選択しているようである。アルバイトとはいえ週に2回か3回働けば生計は維持できることから、いわゆる「フリーター医師」も増加しているという⁷⁾。

フリーター医師は、常勤医師のポストがなくやむなくフリーター医師になっているわけではなく、自分の意思で選択しているようである。この点、一般の労働市場と状況は大きく異なる。医師は自分の判断で雇用形態や勤務態様を選択しており、これは医師に高い労働能力と判断能力、交渉力があってこそその話ではあるのだが、自由で自律的な働き方を自ら可能にしているという側面には参考にするべき点もあろう。医師は学会や研究会への出席といった医学知識・技術向上の機会が保障されることを重視しているとの分析結果があるが⁸⁾、アルバイトやフリーターの場合には、経済的に学会や研究会への出席が困難であるとか、勤務先におけるスキルアップの機会が制約される可能性があることには留意しておく必要がある。

Ⅲ 勤務医の労働者性

1 労働基準法上の労働者該当性

労働基準法上の労働者は、事業または事務所に使用され、賃金を支払われる者であり、職業の種類は問われない(労基9条)。したがって、病院や診療所等に勤務する勤務医が労働者に該当し、労働基準法をはじめとする労働法規の適用を受けることは、当然である。

かつての研修医制度のもとで、研修医は必ずしも労働者として処遇されてこなかった⁹⁾。研修医はあくまで教育としての研修を受けているのであり、その活動は労働ではないとの考えからである。この問題につき最高裁判所は、関西医科大学研修医(未払賃金)事件(最二小判平17・6・3労判893号14頁)で、研修医が医籍に登録されて厚生大臣(現・厚生労働大臣)の免許を受けた医師であること、旧臨床研修は教育的な側面を有しているが指導医の指導の下に研修医が医療行為等に従事することを予定していること、この医療行為等へ

の従事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として、病院の開設者の指揮監督の下に医療行為等に従事したと評価できるかぎり、研修医は労働基準法上の労働者にあたるとの判断を示した。最高裁の判断は、医療行為等を行っていることを理由として研修医を一律に労働基準法の労働者として認めるというのではなく、研修医が病院の開設者の指揮監督の下に労務遂行を行ったと評価できる場合に限定している。その意味で、労働基準法9条を慎重に解釈したものといえ、また先例を踏まえたものであった¹⁰⁾。

現行の臨床研修制度のもとでは、その実態・内容から、臨床研修中の医師は労働者として処遇されている。すなわち臨床研修中の者を含めて勤務医は一般に労働基準法上の労働者と解され、労働基準法上の労働時間規制や最低賃金法の適用を受けることになる。また、勤務医の労働契約法上、労働組合法上の労働者性も、一般論としては肯定できる。

2 実態における問題

このように勤務医が労働基準法等の適用を受ける労働者であることは法的に明らかであるが、実態は必ずしもそうではないようである。勤務医の中には勤務医が労働者と認められていないと考えている者もいるという¹¹⁾。勤務医の法的知識の欠如を責めるべきではなく、労働基準法に抵触する状態で長年勤務をしていくうちに労働者であるという感覚を持てなくなっているのであろう¹²⁾。労働科学研究所の酒井所長が産業安全保健の視点から提案した「医師の働き方改革に関する6原則」において¹³⁾、第1の原則に「医師(勤務医)も労働基準法の適用をうけることを明示する」を挙げていることは、勤務医が労働者であるとの意識が浸透していないことを示すものである。

病院等では、研修医のほか無給医師(医局員や大学院生)の存在が指摘されている。このうち大学院生(大学院に在籍している学生であるが、医師国家試験に合格し、初期臨床研修を修了した者である)については、文部科学省の各大学宛の通知(平20・6・30文科高第266号)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」として、各大学に対応を求めている。医療の場面にきざらず学生に仕事（アルバイト）を頼む場合には雇用契約が締結されるのは当然であるが、すべての大学・病院できちんとした対応がとられている保障はない。

また、かつて大学病院の多くは無給医局員の労働力に頼っていた。無給医局員によって提供される医療行為等は、無償ボランティアのレベルではなく明らかに労務遂行と評価されるものであったが、賃金は支払われないか、わずかな手当が支給されるのみであった¹⁴⁾。無給医局員は労働基準法ならびに最低賃金法に抵触することから、現在ではこの運用はとられていないと聞かすが、無給の者がいる可能性はあるとも言われる¹⁵⁾。無給医局員であれ大学院生であれ、これらの者に労務遂行を求めるのであれば、適正な労働契約を締結し、少なくとも労働基準法等の最低労働条件をクリアしなければならないのは当然である。

IV 当直医の労働時間

1 当直（宿日直）勤務における問題

入院患者の受け入れや救急を行っている病院では、夜間・深夜も患者対応を行うことになるが、そのような病院に勤務する勤務医は、当直勤務に従事することが求められる。病院が勤務医に当直を命じることができるか否かは、労働契約の内容による。当直勤務が労働時間にあたるか否かは、労働契約によって決定されるのではなく、病院の指揮命令下に置かれたものと評価できるか否かにより客観的に定まる（三菱重工長崎造船所事件（最一小判平12・3・9民集54巻3号801頁）参照）。

さて、労働基準法では監視・断続労働に従事する者で、使用者が行政官庁の許可を受けた者について、労働時間、休憩および休日に関する規定の適用を除外する（労基41条3号）。適用除外を受ければ労働時間規制は及ばないので、当直の時間については時間外労働（労基36条）の問題は発生しないし労働基準法所定の割増賃金（労基37条）

を支払う必要もない。実際に多くの病院が行政官庁の許可を受けているようであるが、当直の実態が以前とは変化しているにもかかわらず、その許可が継続されているとの批判がある¹⁶⁾。労働時間規制の適用除外が認められる監視・断続労働のうち宿日直については、1988年の通達（昭22・9・13発基17号、昭63・3・14基発150号）で、労働者保護の観点から許可は厳格な判断のもとに行われるべきであるとして、勤務の態様は常態としてほとんど労働をする必要のない勤務のみを認めるものであること、宿直勤務については相当の睡眠設備の設置を条件とするものであることなどが、示されている。救急対応が少なく医師に多くを求めなかった時代には当直医が睡眠を取れる状態にあったが、現在では当直医の当直中の睡眠は短時間で断続的なものとなっている¹⁷⁾。

このような問題に対応すべく、厚生労働省は2002年に通達（「医療機関における休日及び夜間勤務の適正化について」平14・3・19基発第0319007号）を発して、当直勤務を適正化しようとした。これにより、宿日直勤務が原則として労働者に通常の労働を行わせるものではないことが確認され、医療機関にかかる許可基準としては、勤務の態様が「常態としてほとんど労働する必要がない勤務のみを認めるものであり、病室の定時巡回、少数の要注意患者の検脈、検温等の特殊な措置を要しない軽度の、又は短時間の業務を行うことを目的とするものに限ること。したがって、原則として、通常の労働の継続は認められないが、救急医療等を行うことが稀にあっても、一般的にみて睡眠が充分とりうるものであれば差し支えないこと」が示された。この基準に抵触しない当直であれば、労働時間規制の適用が除外される監視・断続労働と考えられる。適法に適用除外されているとしても、突発的な患者対応が必要となり、当直医が通常の労働を行った場合には、その労働に対して労働基準法上の割増賃金が支払われる。

2 当直勤務の労働時間性

県立病院における事例であるが、産婦人科の医師が宿日直勤務は通常勤務の延長にほかならず、時間外・休日勤務にあたるとして県に割増賃金を

請求する内容の訴訟が提起された。裁判所は、宿日直勤務が断続的労働にあたらな^いとして割増賃金の支払いを認めた(奈良県(医師・割増賃金)事件(奈良地判平21・4・22労判986号38頁))。このケースでは宿日直中に分娩に立ち会うことも少なくなく、異常分娩に対する処置や診療、手術を行うこともあった。産婦人科の当直医師は1名だけであり、睡眠施設は備えられていたが宿直中に睡眠時間を十分に取ることが難しい状況にあった。原告ら同病院の産婦人科医師は、宿日直中24%の時間、通常業務に従事していたことが認定されている。裁判所は厚生労働省の通達をふまえて原告らの当直勤務が常態としてほとんど労働する必要がない勤務であったということはできないとして、宿日直勤務が断続的労働にあたらな^いとした。

これにより宿日直勤務に対して割増賃金が支払われるべきことになるが、宿日直勤務のどの時間が割増賃金の対象になるかが問題になる。この点につき裁判所は、労働基準法上の労働時間とは労働者が使用者の指揮命令下に置かれている時間をいい、仮眠時間であっても労働者が実作業に従事していないというだけでは使用者の指揮命令から離脱しているということではできない、と述べる。これは最高裁判所の先例(大星ビル管理事件(最一小判平14・2・28民集56巻2号361頁))を踏襲したものである。原告らは宿日直中、宿日直の開始から終了までの間、場所的拘束を受け、呼出しに速やかに応じて業務を遂行することが義務づけられていたことから、実際に診療を行っている時間だけでなく待機時間を含めて病院の指揮命令下にあることが認められ、宿日直時間全体が割増賃金の対象になるとされた。

奈良県(医師・割増賃金)事件における裁判所の判断は、厚生労働省の通達やビル管理業務における宿日直の労働時間性が問題になった先例に照らせば、妥当な結論である。なお、安全配慮義務違反をめぐる損害賠償事例ではあるが、大阪府立病院(医師・急性心不全死)事件(大阪高判平20・3・27労判972号63頁)で裁判所は、労働実態から宿日直業務が断続的業務とは言い難いとして労働時間性を肯定したが、宿直時の仮眠時間や食事等の休憩時間は算定から除外した。

労働時間性の問題は宅直勤務に関しても生じうる。奈良県(医師・割増賃金)事件では、宅直勤務の割増賃金も請求されたが、宅直勤務は原告ら産婦人科医師の自主的な取り決めに過ぎないこと、宅直当番は産婦人科医師の間で決められており病院が命じていたわけではないこと、宅直当番の者の待機場所は定められていなかったことなどから、宅直中に原告らが病院の指揮命令下にあったとはいえないとして、労働時間性が否定されている。この点につき、本件の宅直勤務には宿日直勤務のような即時応答性(とそれにとま^らな^う精神的緊張)がないことも理由になるとの指摘がある¹⁸⁾。本件で裁判所は病院の黙示の指揮命令も認めていないためこの点にはふれな^かつたもの^と考えるが、宿日直勤務と宅直勤務を区別するものであり、労働時間性の判断において重要な視点である。

3 今後の課題

奈良県(医師・割増賃金)事件判決は、少なからずの病院労働関係に影響を与えていることが推察される。勤務医と病院の労働関係に焦点を絞れば、通常の労働を一定量行っている当直勤務を割増賃金の対象となる労働時間と評価し、勤務医に割増賃金を支払うことによって問題は解決されるかもしれない。しかし、実際にはそれで問題が解決されるわけではない。

当直勤務は実態として労働時間として意識されていなかったため、当直明けにそのまま次の勤務に就くケースも多いという。その場合、数時間の仮眠は取れるとしても、超長時間労働になることは避けられない。このことは勤務医の心身を損なうのと同時に、疲労が蓄積した睡眠不足の医師による治療を患者が受けることにつながる。このような治療は医療事故を引き起こしかねない¹⁹⁾。

そうなると真の問題解決のためには、交替制勤務を導入するとかアルバイト医師を活用するなどして、当直をなくすか当直回数を減らすことが必要である。あるいは神戸市が行っているように当直の翌日を休日とすることも1つの方法である。いずれにせよそのためには医師の増員が不可欠である。これは、病院にとって人件費負担が増すという大きな課題となるが、そもそも医師不足の状

況下で適切な人材をすぐに確保できるのかどうかという根本的な問題もある²⁰⁾。この問題は一病院とそこで働く勤務医の労働関係において解決できる問題ではなく、医療提供体制の課題として国・行政レベルでの対応が必要であると考ええる。

V 医師の過重労働と病院の安全配慮義務

1 業務による過重負荷

当直を含む長時間労働は、医師に過重な労働負荷を与える。勤務医がいわゆる過労死や過労自殺に至った場合、その遺族が病院等に安全配慮義務違反等を理由に損害賠償請求訴訟を提起したり、あるいは労災給付の不支給決定の取消を請求したりする例がみられる。

これらの訴訟の判断枠組みは、基本的に一般労働者の場合と変わるところはない。勤務医についての特別な事情があらわれるのは、業務の過重性判断と過失相殺においてである。

関西医科大学研修医（過労死損害賠償）事件（大阪高判平16・7・15 労判879号22頁）では、研修業務の業務内容は直ちに過重な業務と認められないとしつつも、研修医のおかれた状況や拘束時間の長さなどから、過重性を認めている。なかでも、被災医師が医師国家試験に合格したばかりの研修医で医療現場における臨床経験がなかったので、採血、点滴程度の医療行為であっても相当の緊張を強いられたとの認定がなされている。積善会（十全総合病院）事件（大阪地判平19・5・28 労判942号25頁）も研修医が被災した事例であるが、同様に、拘束時間が長時間に及ぶことのほか、「処置の当否如何によっては患者の生命、身体に重大な結果をもたらすおそれがあるため、精神的緊張を強いられるものであること、被災医師はいまだ経験が浅く、経験を積んだ麻酔科医には軽易と思われる業務であっても負担を感じるがあったと考えられること」などを、過重要素として指摘している。この2つの事例から、経験が浅い研修医については特段の負荷がかかることが導き出されるが、これは一般の労働関係における事例に

おいてもこのような指摘がなされていることと一致する²¹⁾。土浦労基署長（総合病院土浦協同病院）事件（水戸地判平17・2・22 労判891号41頁）は、勤務医としての経験はあるが外科医としては新人であった医師が被災したケースであるが、被災医師の業務の内容、性質について、「高度の専門技術と集中力が要求され、人の生命にかかわる外科手術を行うことは、熟練した外科医にとっては日常業務といえるとしても、順次、初めての症例にあたり、初めての手技を自らの手で行う新人外科医にとっては、次第に難度を増すそれぞれの外科手術の施術を担当すること自体が、相当の心理的負荷となる」と述べている。

経験の浅い勤務医以外の場合でも、業務にともなう心理的負荷を積極的に認めているケースがある。大阪府立病院（医師・急性心不全死）事件では、「麻酔科医として手術に立ち会い、麻酔を施行することについては、相当程度の精神的緊張を伴う」こと、「術前の患者への説明、術後の管理、問題のある患者の場合はICUにおける管理等、一定程度の緊張を伴う業務が多く存在」することを、業務の過重性要因として評価している。このことからすると、勤務医の業務は（診療科によって多少の違いはあろうが）内在的にいくらかの過重負荷をともなうものであると言えそうである。いずれの事例も長時間労働など他に過重負荷が存在しており、業務の特性のみで過重性が肯定されているわけではないが、勤務医の業務は、少なくとも一般の労働者とくらべると、患者の健康・生命に直接かかわるものであるだけに、一定の心理的負荷がかかるものであると評価できよう。

大阪府立病院（医師・急性心不全死）事件ではさらに、宿日直等の負担が相当過重であることを認めている。土浦労基署長（総合病院土浦協同病院）事件では、オンコール制による心理的負担、深夜勤務、終夜勤務等を断続的に繰り返すことによる睡眠リズムの乱れも発症要因となる性質のものと評価している。また、立正佼成会事件（東京高判平20・10・22 労経速2023号7頁）では、常勤医や日当直担当医の減少という問題解決に腐心せざるを得なかったことを被災労働者の心理的負荷の1つとして指摘している。これらの心理的負荷

は一般労働者においても問題になりうるが、いずれも心理的負荷となりうるものとして評価すべきものである。

2 被災医師の過失

医師は病気や健康について十分な知識を持っているはずである。健康管理や病気の早期発見は、医師であれば当然可能であると思われる。しかし実際には、必ずしもそうではないようである。「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」の中間報告書においてもこのことが指摘され、日本医師会が取り組むべき短期的方策の1つとして「医師が自分自身の健康を維持するように啓発を行うこと」をあげ、医師に対しても、自分の健康を守るために良い生活習慣を保ち大きなストレスにさらされた際の対処法を学ぶこと、自ら積極的に健康を維持すること、医師自身が体調を崩した場合には自分だけで判断せず専門の医師に相談することなどを求めている。

このことからすると、被災医師が健康管理を怠ったということをあまり評価すべきでないようにも思われるが、裁判所は一般労働者と比べると被災医師にやや厳しい判断を下している傾向がある。すなわち、関西医科大学研修医（過労死損害賠償）事件では、被災医師が自らの健康に異変が生じていることを認識していたにもかかわらず受診しなかったこと、研修医の年間30名程度は他科で受診しており被災医師の受診は不可能でなかったこと、受診していれば発症を回避することができた可能性があったことを指摘し、被災医師にも「自らの健康管理の面に配慮を欠いた面があったといわざるを得ない」として、被災医師の過失割合を20%とした。大阪府立病院（医師・急性心不全死）事件では、業務に対する姿勢等を職務熱心と評価すべきとする一方で、「健康管理を怠ったまま、自らの選択により、自らを長時間労働に従事せしめた」と評価しうるもの」とも述べている。被災医師の発症は職場での過重な長時間労働の従事による負担が基本であるとされたが、それに加えて自宅における研究活動の従事（なお研究活動は病院の業務であるとはいえないが、病院の業務遂行に資するものであるとして、業務と発症・死亡との間の

相当因果関係の判断にあたって、積極的に考慮されている）による負担や被災医師自身の業務等に対する姿勢や行動も総合考慮されて、被災医師に35%の割合の過失を認めている。また、積善会（十全総合病院）事件では、被災医師の既往症と、被災医師が同僚医師から再三薦められたにもかかわらず診察を受けなかったとの事情を考慮して、直ちに被災医師に過失があると評価できないとしつつも、損害額の30%を減額するのが相当であるとの判断を示した。

医師は自ら健康管理を行うことが求められ、かつ受診しやすい環境にあることが、裁判所の以上のような判断を導いたと考えられる。

VI 勤務医の解雇

勤務医と病院等との労働関係においても解雇ということは当然考えられるが、病院等が勤務医を解雇できるのは、客観的に合理的な理由があり、それが社会通念上相当であると認められる場合に限られる（労契16条）。この判断にあたり、医師であることは影響するのであろうか。

東京医科大学事件（東京地判昭53・3・15判タ369号340頁）は、解雇の理由として勤務医の医療行為そのものが問題とされたケースである。原告勤務医は産科の医師であったが入院患者に陣痛誘発のためのアトニン点滴を行うよう、指示した。点滴中に患者の管理を怠れば子宮破裂を招来する危険性があったが、原告勤務医は点滴中における患者の管理を自ら担当すべき旨の申出をしたにもかかわらず十分な管理をせず、当直医に対する引き継ぎもしないまま不用意に外出し、子宮破裂による子宮切斷を要する事故を発生させた。このことが、被告病院就業規則に懲戒解雇または諭旨解雇事由として記載された「患者に対し不当な行為があり又は失態を招いたとき」に該当するとして、被告病院が原告勤務医を解雇したものである。この事件では、解雇権濫用法理（現・労契16条）は用いられず、本件事故が就業規則に該当するかの一点だけで判断され、解雇有効との結論が導き出されている。現在、同様のケースが生じた場合には、就業規則の解雇事由該当性判断に加えて、労

働契約法 16 条に基づき解雇権の行使が解雇権の濫用にあたるかが判断されることになる。現行法と異なる判断枠組みとはいえ、勤務医が重大な医療事故を起こした場合の解雇事例として参考になる。

A 病院（医師・解雇）事件（福井地判平 21・4・22 労判 985 号 23 頁）は、内科医長に対する解雇が有効とされた例であるが、この事件では、診療開始時刻の不遵守、患者もしくは患者家族とのトラブル（3 件）、保険適応外検査の無許可実施、不必要な検査の実施、看護師や事務員への不必要な業務の強要など、多くの解雇理由が指摘されている。これらが被告病院就業規則に解雇事由として記載された「職員の就業状況が著しく不良で、職員としてふさわしくないと認められたとき」や「その他前各号に準ずるやむを得ない理由があるとき」に該当すると主張された。

解雇理由として挙げられた患者もしくは患者家族とのトラブルの内容とは、原告勤務医が患者やその家族に対して無理をすると突然死もありうると説明したこと（当該患者はその後無断退院し強い拒否的態度を示した）、延命を望む家族に対して心肺蘇生を行うことに否定的な見解を示したことなどである。この点につき裁判所は、「……トラブルは、いずれも医師が患者ないしその家族の心情を慮らないことによって生じたものである。一般に、患者の治療にあたる臨床医には、医学に関する知識等を習得しそれに基づいて適切な判断をすることのみならず、患者やその家族に対して、病状や治療方法等を適切に説明したり、可能な限り患者の置かれた状況に配慮した対応をとることが求められるところ……原告の行動・態度はこの要請に応えるものではなく、被告病院の臨床医として不適切な行動・態度であった」と述べ、被告病院就業規則の解雇事由を構成するとしている。一般の労働関係においても顧客や取引先に対して適切な説明が求められるが、裁判所は、医師についてより適切な説明と配慮が必要であることを述べたようにも読める。

また、保険適応外検査の実施は、被告病院では原則として行わないことが事前に確認されており、保険適応外の治療を行う場合には院長と相談する

ことを要するとされていた。それにもかかわらず、原告は院長に連絡・相談することなく保険適応外検査を実施しており、原告が適切でない行為をしたことは明らかであった。裁判所も、本件保険適応外検査の無許可実施が解雇事由の 1 つとなることを認めている。不必要な検査の実施は、原告が肺炎患者のほぼ全員に対して一般的に必要な性が疑問視される CT スキャンによる検査を行ったというものであるが、この点について被告病院は原告に何らの注意をしていなかったようである。裁判所は比較的簡単に解雇事由にあたることを認めているが、被告病院が事前にどのような対応をしたかも考慮に入れるべきであったように思われる²²⁾。この点に関係して、裁判所は本件解雇が社会通念上相当であるかを判断する部分で、「一般に、医療について高度な知識と技能を有し、患者の診療につき決定を下し責任を負う医師は、病院において他の職員とは異なる特殊な地位を有し、その立場や意見が尊重されている。実際、原告は、本件解雇時までの被告での勤続年数も 14 年と長く、内科医長として相当高額な報酬の支払いを受け、被告において原告に指揮命令できる立場にあったのは理事長と院長くらいであったと推認されるなど、被告従業員の中では院長に次ぐ高い地位にあったと認められるのであるから、原告は、医師として、また、勤続年数の長い内科医長として、他の医師や職員らを指導しその模範となるべき立場にあり、その立場を踏まえて自己研さんに努め、自分自身で行動を規律することを求められていたといえることができる。……患者と接する臨床医として、組織で医療行為を行う被告病院に所属する医師として、適切な行動や診療行為を行うことは当然の前提であって、改めて注意されるべき事柄ではないことからすれば、被告から原告に対する具体的かつ明示的な注意や指導があまり行われてこなかったことを重視するのは相当ではない」と述べる。この裁判所の見解によれば、勤務医の中でも高い地位にある医師は、具体的・明示的に注意や指導がなくても当然にふさわしい行動をとることが求められることになる。このことは一般の労働関係においても、たとえば管理職について同様のことが言えようが、裁判所は医療労働関係にお

ける特殊性を意識しているようにも思われる。本件において原告勤務医の解雇理由として挙げられた出来事は一つひとつをみると必ずしも大きな問題とまではいえないものであるが、総合的な判断の結果、原告については就業状況が著しく不良で、被告病院の医師としてふさわしくないことが認められ、解雇が有効とされている。

健康保険組合連合会事件（大阪地判平15・11・7 労経速1858号21頁）は、放射線科部長に対する解雇の効力が否定された例である。病院側が指摘する解雇理由はいずれも不十分なものであり、裁判所の判断として注目すべき点とはくに見あたらない。

勤務医の解雇をめぐる裁判例が少ないことに留意する必要があるが、A病院（医師・解雇）事件からは、医師が適切な行動や診療行為を行うことは勤務医の労働契約に当然含まれることが引き出される。仮に勤務医が適切な行動や診療行為を行えないならば、勤務に適さないと判断されることになる。労働能力不足や適格性の欠如を理由とする解雇は、一般の労働関係では解雇の社会的相当性判断を比較的厳格に行う傾向にあるが、勤務医についてはその労働の性質上、本質的に高い労働能力と十分な適格性が求められ、このことは解雇の社会的相当性を判断する際にも影響すると考えられる。

- 1) 治療を必要とする者が適時に適切な医療を受けられることが当然の要請であるとしても、そのことから、個々の医師が時間外であれ深夜であれ、いつ何時も患者に対応すべきという要請が引き出されるわけではない。このような要請に対処すべく適切な医療提供体制を確保することは国や行政が取り組むべき問題である。しかし医師側の高い使命感もあって、所定労働時間後も深夜や休日も、医師は治療や診察に従事せざるをえない状況にある。もっとも、医師の意識も少しずつ変化しているようである。車谷典男他「医師の労働時間と睡眠」労働の科学61巻9号（2006年）14頁、塚田真紀子「医者をも殺すな！」（日本評論社、2009年）178頁以下など参照。
- 2) このことを指摘するものとして、松丸正「医師・看護師過労死の現状と労働法規」労働の科学64巻6号（2009年）13頁。
- 3) たとえば産婦人科では平均で1カ月あたり6.3回の当直に従事し、若手医師にあってはおおよそ月10回以上従事しているとの指摘がある。また、当直の前後に通常の労働が連続する場合には、36～37時間連続勤務となる。岡井崇「産婦人科医師不足の現状とその原因」岡井他『壊れゆく医師たち』（岩波書店、2008年）9頁以下。小児科医、外科医からも連

- 続勤務について同様の指摘がある。千葉康之「医師は、どのような状態で働いているのか」岡井他・前掲書21頁以下、本田宏『誰が日本の医療を殺すのか』（洋泉社、2007年）68頁以下。本田医師は休日の3分の1から2分の1は緊急の呼び出し（セカンドコール）で病院に向向いておられるという。
- 4) 現行の臨床研修制度ができる以前、臨床研修は努力義務であった（医師法16条の2）。そのため、十分な研修環境が整っていない、身分や生活保障の面で不安定であるといった問題があった。
 - 5) 医師臨床研修マッチングについては、医師臨床研修マッチング協議会HPを参照。http://www.jrmp.jp/毎年約8500名がマッチングに参加しているが、これは医師国家試験の受験者数とほぼ等しい。
 - 6) ジャミックジャーナル（リクルートドクターズキャリア）など。同誌には多数の求人情報が掲載され、アイコンで特徴が示されている。「経験不問」「自動車通勤可」は一般の求人誌と共通するものであるが、「高収入（1800万円可能）」「当直なし可」「救急指定有」「学会補助有」は医師という職業に即したアイコンである。
 - 7) 永田宏『貧乏人は医者にかかるな！』（集英社、2007年）15頁以下。
 - 8) 佐野洋史他「医師の就業場所の選択要因に関する研究」季刊社会保障研究45巻2号（2009年）178頁以下。
 - 9) 本田・前掲注3）書86頁によれば、研修医は月給わずか数万円というただ働き同然の待遇で出身大学の医局で働かされていた。多くの研修医は日常の勤務を終えた夜間や休日に当直などのアルバイトをして生活費を稼いでいた。
 - 10) 同旨、皆川宏之「大学病院の研修医の労働者性」ジュリスト1313号（2006年）228頁。
 - 11) 塚田・前掲注1）書140頁以下。
 - 12) 松丸弁護士はとくに労働時間に関し、勤務医に労働基準法がない状態であることを指摘される。松丸正「勤務医の『壊れた』労働現場と過労死/過労自殺」岡井他・前掲注3）書55頁以下。松丸・前掲注2）論文14頁以下も参照。
 - 13) 酒井一博「医師の働き方をかえる」労働の科学64巻6号（2009年）8頁。
 - 14) 無給医局員の多くは、大学病院では無給で働き、他の病院でアルバイトをすることによって生活を成り立たせていた。無給医局員が医局費を支払わなければならないケースもあった。千葉・前掲注3）論文27頁参照。
 - 15) 可能性を指摘したのもとして、千葉・前掲注3）論文27頁。
 - 16) 松丸・前掲注12）論文60頁。
 - 17) 1つの大きな変化は、夜間・深夜受診者の増加である。塚田・前掲注1）書176頁以下、本田・前掲注3）書92頁以下。また産婦人科の岡井医師は、以前は正常の出産であれば助産師が行っていたこと（仮眠中の当直医を起さなかった）、お産のケアの質が違ってきていると述べられる。岡井・前掲注3）論文10頁以下。
 - 18) 峰隆之「自宅での待機時間に対する使用者の管理支配」労働経済判例速報2040号（2009年）2頁。
 - 19) 宿直明けの勤務では頭がボーッとしていたり、ミスが多かったりするという。また、仮眠があまりとれない状況で手術を行うこともあるという。塚田・前掲注1）書218頁以下、千葉・前掲注3）論文24頁以下などを参照。
 - 20) 本田・前掲注3）書、永田・前掲注7）書は、医師不足とそれによる医療崩壊の可能性を指摘し、警鐘を鳴らす。現在の状況が医師不足であるか否かは、統計をどのように読むかによって評価がわかるかもしれない。しかし、一般労働者の

失業可能性や、近い将来起こるかもしれない司法試験合格者の失業問題と比較しても、「医師の失業」はこれまでも、また将来的にも考えにくい。少なくとも現在、医師が過剰な状況にはない。

- 21) たとえば、国・福岡中央労基署長（九州テン）事件（福岡地判平 19・6・27 労判 944 号 27 頁）では、被災労働者が初めての出張で緊張感を保ち続けたことや、経験が浅く裁量の乏しい被災労働者が納期をめぐり心理的に追い詰められたことも、心理的負荷として評価されている。水島郁子「入社半年の労働者の精神障害発症による自殺と業務起因性の存否」

月刊ろうさい 2008 年 3 月号 4 頁以下参照。

- 22) 判決文からは明らかでないが、保険医療機関及び保険医療費担当規則に抵触する可能性も指摘できたのではないかとと思われる。

みずしま・いくこ 大阪大学大学院法学研究科准教授。最近の主な著作に西村健一郎＝村中孝史編『働く人の法律入門〔第 2 版〕』（有斐閣，2009 年）。労働法，社会保障法専攻。