

自見はなこ 参議院議員の 国政レポート

小児科医としての臨床経験も豊富な医系議員として活躍する自見はなこ参議院議員。現場目線に基づいた活動に対して、医療界内外から厚い信頼が寄せられている。そんな自見議員の国政レポート。今回は、「医師の働き方改革」についての取り組みと考えを聞いた。



第5回

「医師の働き方改革」を踏まえ 深掘りすべき論点を考える

「医師」も例外扱いに加え 5年間の猶予を得る

—現在、3月末のとりまとめに向けて、「医師の働き方改革」に関する検討会の議論が大詰めを迎えているところです。

私自身は、小児科医として臨床をしている時は、自分のことを“労働者”だと思ったことはありませんでした。目の前の患者に集中し、自己研さんをして医師として精進をすることが第一義的に大切なこととして、そこを疑うことなく日々を過ごしてきました。

ところが、私が国会に送っていただいて翌年の春、電通事件もあり、わが国で「働き方改革を断行する」という総理の強い意思のもと、2017年の3月28日、当時の塩崎恭久・厚生労働大臣と、加藤勝信・働き方改革担当大臣が、総理直轄の共同議長代理として、「働き方改革実行計画」をとりまとめたことから、今回の議論は始まっています。

かねてより労働基準法には、残業規制の罰則に当てはまらない職業として、▽建設業、▽自動車運転業務、▽研究開発——の3つが定められております。政府としては、例外なき改革を訴えていたと

ころ、これら3業種以外は別枠で期間を設けて議論することになり、それは、すべて2019年4月から働き方改革関連法施行の対象となる運びで議論を進めていました。

時間外労働の上限規制が導入されることになり、違反した場合は管理者に対して罰則が科せられることとなります。もちろん、医師も例外ではないという整理になっていました。

このまま議論が進めば、想像を絶する即時の医療崩壊が今年の4月から起こる、大変なことだと思いました。その後、政治的に各方面に働きかけて、2年前の3月末に滑り込みで4業種として「医師」も加えていただきました。他のさまざまな業界も例外扱いを求めて陳情に回っていたなかで、医師だけが例外扱いに加えられたことについて、改めて各方面のご理解・ご協力に謝意を表したいと思います。

「医師は労働者か」という議論は別次元で存在していますが、現行法上では、「医師も労働者である」という枠組みのもと、医師の「労働時間」も管理したうえで働いてもらうべきであるとの認識に基づいて、厚生労働省で約2年間をかけて議論を進めていただいています。そのとりまとめが、今年の3月末に行われる予定です。

3月のとりまとめを受けて 地域医療等の議論も深める

—議論の内容についてはどのように見ますか。

この2年間、検討会でかなり議論を重ねていただきましたが、十分尽くせたかという点、私は必ずしもそうではないと思っています。

「応召義務」や「宿日直」、「自己研さん」など、そもそもどこまでを「労働」とするのか。こうした根本的、かつ現場の先生方にとって切実な課題について、厚労省内では議論はされたかもしれませんが、とても医療界全体でコンセンサスを得られているかというと、残念ながらそこまではいっていないのではないのでしょうか。

「国が決めたから」と、杓子定規の対応が不可能なことは、現場を知っている方々なら誰でもご理解していただけるはず。もっと丁寧な議論が、まさにこれから必要と、率直に感じています。

議論が深まっていないと感じる大きな理由は、「とにかく労働時間ありき」の議論になっていることがあると思っています。患者様の医療安全の議論もどこかに“置いてきぼり”です。

もちろん、働き方改革法案が成立し、今年4月から施行されるなかで、医師の労働時間に関しても何らかの具体的な目安を示さざるを得ない状況にあることは、理解はしています。私自身も過労死をされた故・中原利郎先生と同じ小児科医ですから、過労死をさせないための仕組みづくりについては、他の先生以上に強い思いがあると自負しています。

今回の議論で欠如していると感じているのは、本来は労働時間と同時に働き方改革の「本題」であるはずのテーマ、たとえば勤務医同士のワークシェアリングや、医師と他の医療職者間でのワークシェアリング、人口減少の地域社会のなかでどう医療提

供体制を構築していくのか、医療・介護・福祉職の本来のあり方はどうすべきか——といったテーマを取り扱えていないことがあります。こうしたテーマは「働き方改革」のなかで議論の中心に据えるべきですが、現状はそうなっていません。これには、大きな違和感を覚えています。数字だけ先行した議論は誰も幸せにしません。

医師についての働き方改革関連法施行は2024年4月からと、5年間の猶予期間があるわけです。私としては、今年3月末のとりまとめを受けて、4月以降、地域医療とワークシェアリングと職種のあり方などを議論を徹底的に深めていくことが大きな役割だと考えています。

「労基法は刑法」 インパクトは大きい

—病院経営者は、どのようなことに留意すべきでしょうか。

今回の働き方改革は労働基準法を中心に行われていますが、1つ強調しておきたいのは、「労働基準法は「刑法」である」ということです。たとえば「労働者の請求する時期に所定の年次有給休暇を与えなかった場合は「6カ月以下の懲役または30万円以下の罰金」というように、刑事罰が科せられることになります。管理監督者である理事長・院長クラスは当然責任を問われますが、いわゆる監督者である診療科の上司も、部下に上限を超えて残業させた場合、刑事罰の対象になる可能性があります。このことだけでも、医療提供にあたってかなり「萎縮」につながりかねない、強いメッセージ性を含んでいると認識しています。深刻です。

長時間にわたる心臓血管外科の手術をしていて、手を下ろせない状況のなかで部下を残業させてしまうと、その診療部長は処罰される可能性があるわ

けです。これは、強烈なネガティブインパクトを、医療現場はもちろん、社会全体にもたらしかねないと懸念しています。強烈な影響があることを役所はもっと自覚すべきです。地域医療を支えていただいている医師の方々に、追い打ちをかけることになるのではないのでしょうか。地域医療に心血を注いでいるにもかかわらず、刑事罰の対象になりかねないのですから……。

応召義務の定義については、検討会の議論のなかで整理されているという確認はされましたが、それは、現場で受け入れられる内容のものなのかという、詰めの議論はされていないと思います。

「医療安全」という視点も欠けています。実際、大学病院規模の医療機関でも、労働基準監督署の査察が入る可能性があるという理由で、各科当直をやめているところが見えてきます。少なくとも、今まで保ってきた医療の質の観点からは、明らかに患者様に不利益が生じることを認識すべきですし、患者様との対話をもっと深いレベルで始めるべきです。

こういった宿題を、一巡して、今は政治に再度ボールが戻り、これらを突きつけられていると感じています。

地域医療確保のための 医療機関はどう指定するのか

——制度が適切に運営されるための仕組みも求められそうです。

医師の時間外労働規制の実際の運用には、注意しなければなりません。現在の議論では「A：診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準」「B：地域医療確保暫定特例水準(医療機関を特定)」「C：一定の期間集中的に技能向上のための診療を必要とする医師向け的水準(医療機関を特定)」——の3パターンに分けて残業時間上限を設定しています。

「A」は理想形が達成された状態の医師の勤務時間、「C」は研修医をイメージすることができますが、問題は「B」で、地域医療に資する医療機関の医師ということになりますが、私が疑問に思うのは、その「地域医療に資する医療機関」であることを、「どのような基準で」、「誰が指定」するのかということです。何らかの基準を国が示したうえで、都道府県などの自治体が決めると想定できますが、この時、民間病院はどう扱われるのか。これについて、私は自民党の厚生労働部会でもかなり強く発言しています。どこかの病院に偏って県知事が指定したり、どこかの病院はあえて指定しないということになれば、その時点でそれらの病院の運営は立ち行かなくなる可能性が高くなります。これは大変な問題です。

自治体病院も民間病院も、同じ公益性の高い医療を提供しています。これからの日本に合った地域医療提供体制をどう構築していくのか、しかも、患者様に適切な医療を届けるという点も踏まえなければなりません。

総務省の自治体戦略なども 踏まえた総合的な議論が必要

——地域の実情も踏まえる必要がありそうです。

一方で、厚労省医政局が「医師偏在指標」を作成し、それに基づいて医師少数地域、医師多数地域



を特定するデータを示しています。さらに、現在の状況と2035年時点の医師の偏在を二次医療圏単位でグラフにしています。これはあくまで二次医療圏ですが、一定の可視化をしたものと言えます。具体的な対応策としては、地域枠の活用などが検討されるでしょうけれど、実はもう1つ、大事な視点があります。

総務省のもとで、地方行政は人口減少社会のなかでどう地域づくりを進めていくかという議論もあるのです。「自治体戦略2040構想研究会」が立ち上がり、17年秋から約9カ月で16回の議論を重ね、2度の報告をまとめ、総務大臣に提出しています。現在は、総理大臣の諮問機関の地方制度調査会に格上げされて議論が続いています。

「第一次・第二次報告について～人口減少下において満足度の高い人生と人間を尊重する社会をどう構築するか～」という報告概要には、15年～40年まで各市区町村の人口がどう変動するかが一覽表で示されています。縦軸を人口段階として「100万人以上」「50～100万人」から「1～3万人」「1万人未満」までの7つに、横軸を人口増減率として「増加」「±0～▲10%」から「▲70%～」までの9つに分けて、市区町村がどこに該当するかを示しているのです。

現在われわれに求められているのは、医師の偏在指数と、この市区町村の人口段階別変動についての推計をリンクさせて対策を講じることだと思っています。実際、厚労省の医師偏在指数と人口段階別市区町村の変動はかなり似た傾向にあることがわかります。医師少数地域と人口減少が著しい地

域はほぼ一致するのです。「医師を配置しなければいけない」とされる地域があったとしても、人口との兼ね合いも踏まえ、「配置」だけが解決策なのかといった議論も行われなければならないのです。

キーパーソンの 人材が地域に必要なになる

——人口減が著しく進む地域の対策は必須になりそうです。

私が着目しているのは、1978年まであった国保保健婦(国民健康保険保健婦)の仕組みです。国保保健婦について勉強してみると、地域に駐在し、各家庭を訪問して、高齢者だけでなく子どもたちの様子にも目配り、気配りをしていたことがわかります。病院が全国隅々にできる前の地域保健は、この方々が支えていたのです。現在は「介護保険」「母子保健」で分担されていますが、地域住民の健康を「丸抱え」できるキーパーソンが必要です。これは、データヘルスに基づいた企業によるサービスだけで完結する話ではありません。汗をかいていただける「人」が必要なのです。

多職種連携で、いろいろな人が登場しても、受けては一人の人であります。受け手側に立ったサービス内容と人員配置です。現在、医師の働き方改革では、タスクシフティング、タスクシェアリングを院内だけで完結するという議論が目立ちますが、これは無理です。地域でタスクシフティング、タスクシェアリングを進め、「地域で患者さんを支える」にはどうするかという発想が求められているのです。

——ありがとうございました。

じみ・はなこ ● 1976年2月15日、長崎県佐世保市生まれ。98年、筑波大学第三学群国際関係学類卒業。2004年、東海大学医学部医学科卒業。同年、東海大学医学部付属病院初期研修。06年、池上総合病院内科後期研修。07年、東京大学医学部小児科入局・同附属病院小児科。08年、東京都青梅市立総合病院小児科。09年、虎の門病院小児科。10年、国会議員秘書。13年、NPO法人日本子育てアドバイザー協会理事。15年、自民党参議院比例区(全国区)支部長。16年、参議院議員選挙比例区(全国区)当選。ほか、日本医師会男女共同参画委員会委員、日本医師連盟参与、日本小児科医連盟参与、東海大学医学部医学科客員准教授などを務める。