

告発する（医療評議会を飛び越えて）決定を下す場合もある。

医療従事者懲戒法廷は、ニュージーランド医療評議会ないし医療と障害検査官から持ち込まれた告発について裁定を行なう。法廷は独立しており、法律家の裁判長と、厚生大臣により維持される小委員会からなる。審問は通常公開で行なわれ、証拠にはよりハードルの高い刑事レベルの水準ではなく民事レベルの水準が適用される。法廷は、ニュージーランド医療評議会にある医療者の登録に対し様々な処置を取ることができるが、これには登録取消し、停止、ないし（診療上の）制約命令の発動がある。また、医療者への戒告、罰金ないし必要な費用の負担を命ずることもできる。決定に不満な場合は、高裁ないし人権審査法廷へ抗告することができる。

25. ニュージーランドにおける医療規制のモデルは、オーストラリアで運用されているものと極めて類似したものとなっている。指名制の医療評議会は登録の責を担っており、独立した法廷が裁定機能を分担している。診療行為評定のシステムは良く発達しており、医療評議会の手続きを補助する役割を果たしている。独立した裁定機関の存在により、医療評議会は敵対的な役割よりも改善措置を講ずる役割を担うことが可能となっている。
26. ニュージーランドでは苦情対応は徹底的に行われ、苦情の全ての側面が、個人によるものであれより広いシステムに関するものであれ調査され、合わせて取扱われる。このことが、学習と持続的改善の意義深い機会を提供している。

アメリカ合衆国

27. アメリカ合衆国における医療サービスでは、公的医療保険と民間医療保険による支払いが混在しているが、2004年には4,500万人が無保険であった。保険の枠組みによって支払われる内容や受けられる医療は異なり、自己負担の仕組みも異なる。メディケアは高齢者と一部の慢性疾患を持つ若年者をカバーする保険制度であり、連邦政府が管掌し、所得税と連邦政府の一般財源および保険料の組み合わせにより賄われている。この保険の枠組みでは、最近外来処方薬にも保険の適用範囲が拡大された。メディケイドは、連邦の指針に沿って州により管掌される保険プログラムであり、社会的弱者の一部をカバーし、虚弱高齢者および障害者にとってしばしば死活的な医療費の支払い財源である。民間保険は凡そ1,200の独立した機関によって提供されている。数多くのマネージドケア（総合的健康管理）プランが、高騰する医療費を抑制するための試みとして開発されている。
28. 医療従事者の規制は州のレベルで行なわれるが、州医療審議会連盟 Federation of State Medical Board はある程度の調和を図るような指針を公表している。米国領域別診療医審議会 American Board of Medical Specialities は、領域別診療医の認定（および認定更新）に重要な役割を果たしている。領域別診療認定はそれ自体は強制ではないが、保険者および医療機関側は認定の維持をし

ばしば求めている。

ニューヨーク州、アメリカ合衆国

アメリカ合衆国の医師は、複数の州で診療免許を持つ場合がある。連邦および全米レベルの関連機関は、全国レベルの基準と規範の設定に関与している。全米医療試験者審議会 National Board of Medical Examiners は医学部の規制を行い、米国の学校の卒業生が初めて州の免許を受ける時点でのスタンダードという意味で公平な条件を提供している。州医療審議会連盟 Federation of State Medical Board はいくつかの機能を有し、次の事項を運用している。

- (免許停止の後の再登録、ないし、州の懲罰手続きにより必要な場合の) 評価システム
- (懲罰情報を共有するための) データセンター
- 生涯医学教育の認定サービス
- 連邦全体をカバーする資格認定照合サービス

連盟は州審議会に対して免許と懲戒に関する指針を示している。この中で連盟は、免許更新に生涯医学教育および生涯専門職開発の定期的評価を義務化することを推奨している。

全米医療従事者データバンクは、複数の情報源からの全ての医師に関する情報（肯定的なものも否定的なものも）を保持している。データバンクには州審議会にはアクセスが可能であり、また病院の雇用者が医師に対して患者を入院させる権利（privileges）の付与を行なう際にも、データバンクの記録を確認することが求められている。また、診療従事者が関与した医療事故に関する情報を記録する医療保全保護データバンク Healthcare Integrity and Protection Data Bank も設置されている。しかし、報告が不十分であることによる全国レベルのデータの質が懸念されている。個々の医師に関するデータを記録・収集し、患者その他に対して有料で公開している商業ベースの民間企業もある。

米国領域別診療審議会 American Board of Medical Specialties は、24 の異なる診療領域に渡る領域別診療認定の重要な役割を全国的に担っている。認定更新は名目上は任意であるが、認定は今では時限性であり、また認定の維持は患者を入院させる権利を維持し割増支払いを得る上で不可欠である。すなわち、医療保険者および医療機関は医療規制に間接的に大きく貢献していることになる。種々の診療領域では、それぞれに「認定維持プログラム maintenance of certification program」を運用している。このようなプログラムは、コンピュータを用いた、指定資料読解と複数選択肢問題を含む試

験が典型的である（失敗した際には再度受験できる）。異なる診療領域が異なる方法とプログラムを採用しており、その成熟度はまちまちである。

ニューヨーク州自身では、ニューヨーク州医療審議会が医師の登録簿を管理している。審議会は 24 名の指名されたメンバーから成っており、うち 2 名は非専門職である。医療規制の責を担っている機関は 2 つあり、州の教育局の一部である専門職室 Office of the Professions が免許と登録を任されている。州医療審議会を任命するのはこの部署である。一方、懲戒機能は州厚生局に属する専門職医療行為室 Office of Professional Medical Conduct が担っている。

最初の登録と免許には、必要な学位、適法な住民権、および適切な教育・試験・経験の完了の証明が必要である。特に、州医療審議会は小児保護および感染管理に特化したトレーニングの終了を課している。スタンダードを維持するために、最初の登録の後は 2 年ごとの免許更新を義務としている。医師が生涯医学教育に参加することが期待されているが、認定更新との明確な関連付けは行なわれていない。2000 年以降、州医療審議会は生涯医学教育を義務化する方法や、同業者評価プログラムを含む診療適性の維持確保の他の仕組みを検討している。現段階までには、決定には到っていない。

州専門職医療行為審議会 State Board for Professional Medical Conduct（州医療審議会とは別組織）は、苦情の調査と裁定を行なう。審議会は 168 名の任命されたメンバーからなり、うち 107 名は指名された医師である。医療監督官 Commissioner of Health が、州知事に代わって審議会メンバーを任命する。免許への権限を持つのはこの審議会である。46 の違法行為のカテゴリーが定義されており、うち一つに同僚に関する懸念の報告を怠る行為が含まれている。苦情はまず選別審査を受け、さらに調査に続いて調査委員会 Investigation Committee（2 名の専門職と 1 名の非専門職メンバー）にかけられる。調査委員会は苦情を却下する場合もあるし、もう一つの組織（ニューヨーク州医療協会 Medical Society of the State of New York の医師健康委員会のような）あるいは懲戒委員会へ送致する場合もある。懲戒委員会（同じ構成）は、ニューヨーク州医療審議会に医師の登録に対して措置を講じるよう指示することがある。免許について種々の処置を行なう他、委員会は戒告、罰金、ないし 500 時間までの地域ボランティアを義務づけることすら可能となっている。ニューヨーク州は、診療免許に対して取られた全ての措置について、2 つの全国データベースに情報提供を行う義務を負っている。

29. アメリカ合衆国における医療規制は、他の国や州とは対照的である。個々の州による大きな多様性に加えて、医療提供機関や保険者のような組織の役割が重要であるが、認定を維持する真の圧力は、このルートを介してかかっている。州の境界を跨いで医療規制を行なうことには、明らかに困難が伴っている。これは、拡大したヨーロッパ連合を跨ぐ医療規制との間に興味深い類似性が認められる。

30. より詳細な分析のために選ばれたニューヨーク州では、調査と裁定の、登録の責務を負っている機関との分離は顕著である。

共通の課題と傾向

31. 過去においてはより伝統的な自己規制のモデルを運用していた国においてさえ、近年では規制者側の中核となる目的を患者安全の確保に置く方向への決定的な方向転換が起こっている。自己規制の概念は、専門職がリードした規制の一つへと移りつつあり、共同規制ないし協調規制の形がより一般的になっている。
32. 医療が個人ではなくチームで提供されることが多くなったこの時代においては、多くの国や州が異なる医療専門職グループに共通の規制の枠組みを作っている。これは機関レベルで行なわれることもあり、登録簿を管理するそれぞれの組織が類似の構造と司法権を有することになる。全ての医療専門職を対象として規制者が適用できるよう特異的な規範 standards を設定したり、独立した裁定組織を確立する場合もある。全般的に、規範 standards の設定、登録簿の維持、調査、起訴、および裁定の全てを一つの組織の権限とすることは避ける傾向が認められる。
33. 規制組織が政府から独立している程度は国によって異なるが、通常政府に対する説明責任の極めて明確な筋道が設定されている。多くの規制機関は、政府に対して決められた内容を含む年報を提出する義務を有する。医療規制の資金源は世界中でほぼ共通しており、年間手数料を支払うことで登録者が費用のほとんどを賄っている。注目すべき例外は、州が規制の中心的役割を果たしているフィンランドである。オランダでは、「視察」プログラムを通じた診療能力評価のコストは、現在の開発段階では政府の補助により賄われている。
34. 調査した全ての規制機関は、医師らが診療に必要な能力を維持していることを国民に保証するために活動していた。これを立証するために、生涯医学教育への参加、コンピュータに基づく知識試験、360度フィードバックおよび同業者評価など、幅広く異なった方策が採用されている。これらの方策は多くの国や州で開発の初期段階にあり、このような活動が認定更新と結びつけられていることは稀であり、ましてや免許更新と結びつけられていることはさらに稀である。
35. 診療能力の維持における領域別診療医協会 society および臨床医会 college の役割は広く認識されている。このような仕組みが規制機関により認定されているケースもある。協会や臨床医会の会員資格継続が臨床医個人にとって義務ではない場合、これは特に総合診療医にあてはまるが、問題が生じる。国によっては、雇用者と保険者が患者を入院させる権利 privilege や支払いの条件とすることで、診療領域別の認定（および、認定更新が必要な場合には関係する協会や臨床医会の会員資格）を事実上義務づけている。

36. 審議会全体で規範 standards を改善することを目的としたシステムから、不適切な診療行為の同定を主たる関心事とするシステムまで、あるいは、より懲罰的な精神を持つ規制者から、学習と更正の促進を目指す規制者まで、医療専門職規制の数々の異なるモデルが存在する。学習を奨励し、審議会全体で改善を促すモデルがより一般的になりつつあるが、多くの国では、登録制限の発動は極めて敵対的で立法主義的な過程として維持される傾向にある。
37. 少数の国や州では、刑法水準の証拠基準よりも民法水準基準を現在採用し、これらを合わせると、世界中で相当な範囲の懲罰が行なわれている。
38. 医療規制におけるもう一つの共通の課題は、診療能力を客観的に評定する方法の開発である。多くの国で現在そのようなシステムが運用されているが、それらの主たる目的は多様である。一部の国では、大多数の臨床医がこれらの測定を受ける（オランダにおける「視察」プログラムなど）。他の国では、臨床医の診療のいくつかの面で懸念があったり、あるいはリスク群に属すると見なされたりした場合に測定を受ける場合（カナダのオンタリオ州における高齢医師など）もある。
39. 調査したほとんど全ての国で、診療適性審査は主として苦情申立てにより開始されていたが、多くの国では苦情の取り扱いにおける注意深く系統的な対応と、そこからきちんと学ぶべきを学んで広く伝える努力を怠らない姿勢を貫いている。
40. この研究で遭遇した「優れた実践 good practice」には、領域別診療医の認定更新に用いられる同業者評価の「視察」プログラム（オランダ）、ニュージーランドやオーストラリアで見られる苦情の積極的な取扱い、およびカナダのオンタリオ州における健康に問題のある医師に対する規制者と専門職組織のきめ細かい合同管理、などが挙げられる。

結 論

41. 調査を行なった国々では、医療規制の主たる目的は現在では患者の保護と安全に明示的に焦点が当てられている。
42. 他の明らかな傾向として挙げられるのは、全ての医療専門職の規制に共通の枠組みを用いること、および、いわゆるアングロアメリカンモデルの「純粋な」自己規制からの離脱である。後者は、州ないし保健サービス側と、専門職規制組織によるパートナーシップないし共同規制のモデルに置き換えられつつある。表 1 および 2 に、国や州ごとの種々の特徴をまとめた。
43. 一部の国では、政府への説明責任が強化されてきており、定期的な報告が義務づけられ、政府は専門職規制組織の監査権限を保持している。

44. 懲戒機能を登録ないし免許組織から切り離す傾向も認められている。
45. 調査した全ての国で、診療適性の維持を目的とした取組みがなされており、主要な役割を果たして来たのは一般に領域別診療臨床医会（medical specialty colleges）ないし同審議会（medical specialty boards）である。
46. 医療規制のシステムは、次の二つの考え方のいずれかに重点を置く傾向がある。
- 診療の水準向上を目的とした、信頼、協力、および同業者評価に基づく「学習主体型」アプローチ
 - 医師らが診療上の異なる側面を通して能力を有することを保証するための評価機能に焦点を当てた「診療能力評定型」アプローチ
47. これまでに開発された、現在用いられている医師の評定方法の中で、完全に満足できるものはない。医師らは時代と共にますます領域別に細分化する傾向があり、医師の仕事の主要部分は非常に狭い範囲に焦点が絞られている。このため、評定方法のデザインにおいて大きく進歩をもたらしたのは、一般に領域別診療医協会（societies）と臨床医会（colleges）である。このことにより、全ての国や州では、このようなグループのメンバーではない医師らをどのように取扱うのが最善かという課題を投げかけられている。
48. 英国での提案に対して比較対照として用いる、評価されてコスト計算も行なわれた認定更新（診療妥当性再確認）のモデルが存在する訳ではない。そのようなシステムの要素として含まれる必要があるのは、
- 診療のどの側面が評定される必要があるのかを明らかにすること
 - 特定の診療領域における規範 standards の設定、および、それをどのように、そしてどの方法で評価するのかを明らかにすること
 - 許容される診療能力の下限を決定すること
 - 評定者の募集とトレーニング
 - 規範 standards を下回る医師の扱い（再トレーニングおよび矯正を含む）
 - 必要とされる総資源とその確保
49. 必要とされる医療規制のパターンは、当該国の成り立ちや伝統、また、その国の保健医療システム

の仕組み、財源、および説明責任を反映している。とは言うものの、医療規制の傾向にはいくつか注目すべき類似点がある。特に目立つのは、国民への説明責任の増大、純粋な専門職の自己規制モデルの衰退、および、苦情および臨床不適格事例の取扱い方法（調査と懲罰の分離）である。最も違いが大きいのは、認定更新のモデルであり、これを全ての医師に適用すべきなのか（あるいはより選択的に行なうか）、法的強制力を持たせるべきなのか、さらに当てはめる規範 standards、および用いられる方法である。

表 1: 医療規制制度の国際比較

| 場所 | 免許交付機関 (と規制単位) | 登録機関が裁決も 行なうか? | 領域別診療医の認 定機関 | 実施中の免許更新 制度 | 評価の方法 (免許 更新) | 診療適性審査の手 続き | コメント |
|------------------------------|--|-------------------|---------------------------------------|---|---|--|--|
| ニューサウスウェ ールズ州、オース トラリア | ニューサウスウェ ールズ医療審議会 (Medical Board) (州) | No (独立した医療 法廷) | 全国レベルの臨床 医会 (Colleges) (義務ではない) | 毎年の診療適性に 関する自己申告、 ただし登録ないし 領域別診療医認定 への明確な反映な し | 生涯医学教育への 参加ないし全国レ ベル臨床医会の専 門職規範プログラ ムへの参加 | 苦情の申立てによ り手続き開始、医 療苦情委員会と共 同で取扱われる。 医療法廷が裁決。 | 手数料年 275 オ ーストラリアドル |
| オンタリオ州、カ ナダ | オンタリオ州内科 外科臨床医会 College of Physicians and Surgeons of Ontario (州) | Yes | 全国レベルの臨床 医会 (Colleges) (義務ではない) | 計画されたがオン タリオ州医師会か ら強い反対に直面 | 3 段階モデル、高 い段階へ進む必要 があるのは一部の み | 苦情申立てにより 手続き開始。 College の理事会 メンバーが裁決に 参加 | College の年会費 895 カナダドル (初回登録以降は 随意)。同業者評定 を使用。 |
| フィンランド | 国立医療法規監督 署 National Authority for Medico-legal Affairs (国) | Yes | 大学 | No | n/a | 苦情申立てにより 開始。州が任命し た監督委員会によ り取り扱い。 | 多職種間で高レベ ルの調和。専門職 規範の維持は大部 分は雇用者の責 務。 |

表 1: 医療規制制度の国際比較 (続き)

| 場所 | 免許交付機関 (と行政単位) | 登録機関が裁決も 行なうか? | 領域別診療医の認 定機関 | 実施中の免許更新 制度 | 評価の方法 (免許 更新) | 診療適性審査の手 続き | コメント |
|---------------------|--|---|--|--|--|--|---|
| オランダ | 専門職医療従事者 中央情報センター Central Information Centre for Professional Practitioners in Healthcare (国) | No (懲戒臨床医会 Medical Disciplinary Colleges の 制度あり) | オランダ王立医師 会の各分科会 | 領域別診療医の認 定更新が必須 | 生涯医学教育およ び同業者評価によ る「視察」プログ ラムへの参加 | 領域別診療医認定 更新により領域別 診療の質を担保。 苦情申立てにより 政府任命の懲戒審 議会が活動開始。 | 手数料年 50 ユー ロ。領域別診療医 認定更新は現段階 では政府が補助。 領域別診療医認定 と医師・政府間協 力の強力なモデル。 |
| ニュージーランド | ニュージーランド 医療評議会 (Medical Council of New Zealand) (国) | No (別個の独立した 医療法廷) | 全国レベルの臨床 医会 Colleges (総 合診療医は任意) | 全医師に毎年の申 告義務 | 生涯専門職開発 continuing professional development の自 己申告 (申告書の 抽出チェック) | 独立組織による裁 定。2 種の組織が 訴追権を有する。 | 手数料年 485NZ\$。健康と 障害検査官の役 割。独立した裁定。 |
| ニューヨーク州、 アメリカ合衆国 | ニューヨーク州医 療審議会 (州) | No (2 つの異なる州 政府の部局が関 与) | 米国領域別診療審 議会 American Board of Medical Specialties | 州が免許更新、た だし生涯医学教育 ないし専門職開発 の明確な反映な し。領域別診療医 の認定更新は多く の雇用者および保 険者が要求 | 州の再免許は現在 は手数料で運営。 診療適性の維持担 保の他の方法につ いて議論あり。領 域別診療医認定更 新にコンピュータ を用いた教育・試 験が用いられる場 合あり。 | ニューヨーク州で は苦情申立てによ り調査開始。懲戒 関係は別組織が裁 定。懲罰として罰 金や地域ボランテ ィアを含む。 | 手数料年 735US\$。登録に は全国一律の水 準が定められて いるが、その水 準を維持し、懲 戒活動をどのよ うに実施する かは州により多 様。 |

| 場所 | 審議会ないし評議会は選挙制か指名制か | 全ての医療従事者の規制に共通の枠組みが用いられているか? | 規制担当組織の基本的な目的 |
|----------------------|--------------------|-------------------------------------|------------------------|
| ニューサウスウェールズ州、オーストラリア | 指名 | Yes | 住民の健康と安全の保護 |
| オンタリオ州、カナダ | 選挙 | Yes | オンタリオ州住民のために最善の質の医療を達成 |
| フィンランド | 政府が運営 | Yes | 患者の安全を看視し促進する |
| オランダ | 政府が運営 | Yes | 医療分野における質の推進と看視 |
| ニュージーランド | 指名 | Yes | 住民の健康と安全の保護 |
| ニューヨーク州、アメリカ合衆国 | 指名 | Yes (医師および医師助手 physician assistant) | 住民の保護 |

参考文献

1. Allsop J and Jones K. Quality assurance in medical regulation in an international context. University of Lincoln, 2006.
(<http://www.lincoln.ac.uk/policystudies/Research/default.htm>)

訳語注:

| | |
|----------------------|----------|
| College | 臨床医会 |
| Medical Association | 医師会 |
| Board | 審議会 |
| Council | 評議会 |
| State, Province | 州 |
| Professional | 専門職 |
| General Practitioner | 総合診療医 |
| Specialist | 領域別診療医 |
| Panel | 小委員会 |
| Assessment | 評定 |
| Professional | 専門職 |
| Jurisdiction | 国や州、国(州) |
| Fitness to practice | 診療適性 |
| Competence | 診療適性 |
| Poor performance | 不適切な診療行為 |
| Performance | 診療行為 |
| Register | 登録簿 |
| Peer assessment | 同業者評定 |
| Revalidation | 診療妥当性再確認 |

労働環境と医療安全「医師の労働環境」

酒井一博 財団法人労働科学研究所

1. 患者安全と職員安全（労働安全衛生）の関連

病院を代表とする医療機関における労働安全衛生、つまり医師や看護師をはじめとする医療提供者たちの安全衛生、特に業務の遂行に当たっての危険有害要因は多様である（図1）。しかし、医療部門で働くスタッフは一般に「医療サービス提供者」とみなされ、保護が必要な労働者とみなされることが少ない。病院に対する安全衛生の規制は一般に患者を守るためのもので、医療提供者を守るものではない。その結果、医療スタッフが直面する労働安全衛生の問題には、ほとんど注意が払われない（Asian-Pacific Newsletter on Occupational Health Safety, 2000.）といわれる（図2）。

病院において患者に安全で、質の高い医療を提供するには、まず、医療の提供を担う医師や看護師をはじめとする医療スタッフの心身の状態が健全で、日々元気はつらつでなければならない。したがって、安全で安心な医療を提供するには、医療スタッフの労働安全衛生、とくに表1で示されているストレス関連リスク、具体的には「過重な作業量、曖昧な職責、長時間労働、大きな責任、夜勤・当直」などのアセスメントと、必要な改善措置が特に重要である。職員（医師）の心身が健全で、日々、活力があつてこそ、患者安全はまっとうされる。

2. 医師の労働時間や睡眠時間と、医療の安全性

医師の過重労働が指摘されて久しい。厚生労働省が2006年3月に発表した「医師の勤務状況調査」中間報告（図3）は、230病院の医師11,600人を対象にした6,650人からの回答結果である。この調査によると病院の常勤医師の平均労働時間は63.3時間/週であったが、これは約100時間/月に相当する結果である。100時間/月の残業は、過労死の発症リスクが高いレベルであることはすでに周知の通りである。これは、あくまで平均の残業時間レベルであつて、分布をみればとんでもない長時間のケースが数多く含まれているに違いない。

なお、63.3時間の内訳をみると、診療時間は外来15.3時間、入院24.4時間で、合計すれば約40時間となる。現在の労働基準法を単純に当てはめると、診療時間だけで所定内時間を消費することになる。したがって、医師にとって不可欠な自己研修や研究、教育、さらに会議の時間などが63.3時間から40時間を引いた残りの時間に行なわれている計算となる。また、診療科別には、産婦人科の週69.3時間（126時間/月の残業に相当）が最高で、ついで小児科の68.4時間、外科の66.1時間とつづいていた。

医師のこうした長時間労働は、当然、睡眠時間を圧迫することによって、慢性過労への道を一気に駆け上がることになる。ただし、文献的には医師の睡眠時間と医療の安全性の関連を示すエビデンスは、現状ではそう多くの報告があるわけではないが、いくつかを紹介すると、「睡眠不足により、心電図読影での不整脈の指摘率が減少する（Kathryn, 1997）」「睡眠不足により、縫合手技や挿管手技に時間がかかるようになる（Sankoff, 1991）」「研修医では睡眠時間の減少に伴って医療スタッフ間での軋轢や患者対応での間違いが増加する（Baldwin et al, 2004）」「睡眠時間が5時間未満の場合、5時間以上の睡眠がとれている研修医に比べて医療過誤の発生が1.7倍に達する（Baldwin et al, 2004）」ことなどが示されている（図4）。

3. 医師の過重労働の規制

日本では、医師に特化した労働時間の規制はない。当然、研修医や勤務医には労働基準法が適用される

が、そのこと自体でさえ、病院経営者や医師本人が認識してなかったり、薄かったりしている。さらにあとで具体的な検討を行うが、夜間の勤務に対する措置方法は不十分である。病棟看護師の場合は、交代勤務制を採用しているので深夜の業務も、当然、勤務である。しかし、医師の場合の措置は、当直であるから勤務扱いとはならないことが一般的である。当直中に具体的な業務があれば、残業扱いになるはずであるが、その辺りの措置も「当直手当」との関連で灰色である（医療機関における夜間勤務、とりわけ医師の宿日直勤務に関する厚生労働省の見解と適正化に向けた要請事項は、添付資料を参照のこと）。

しかし、最近の国会論戦を厚生労働委員会議事録によってみても（図5）、「労働基準監督署において、平成15年度から16年度にかけて個別に監督を行なった596の医療機関のうち、430の機関において何らかの労働基準関係法令違反が認められているところございます。医療機関すべてにおいて労働基準関係法令が遵守されているとはいえない状況でございます」とある。430/596=72%の医療機関が法令違反。異常な状態としかいいようがない。医療機関の運用がおかしいのか、法令の基準がおかしいのか。いずれにしても改善が必要である。

諸外国の場合、研修医に関しては労働時間規制を定めている国が多い。米国の場合には、2003年に新規制を設定し、80時間/週（ただし、4週間平均）と定めた（図6）。ただし、80時間/週は、171時間/月の残業に相当する。なお、米国の時間規制では、もう少しきめ細かな配慮がなされている。勤務と勤務の間に10時間以上の休息を設ける、連続勤務は24時間以内とするが、患者引継等の新患や治療を伴わない業務ではさらに6時間延長でき、これを合算すれば連続30時間まで勤務可能、1週間に1日以上完全休暇日（ただし、4週間平均）を設ける、当直頻度は3日に1回まで（ただし、4週間平均）、などである。つぎにEUにおける研修医の労働時間規制の変遷（図7）をみると、統合前の英国の1991年規制は72時間/週（137時間/月の残業に相当）であったが、2004年8月の規制では58時間/週（77時間/月の残業に相当）、2007年8月に56時間/週、さらに2009年には48時間/週にまで短縮することが見込まれている。

4. 医師の働き方と過労

日本麻酔科学会と共同で麻酔科医のマンパワー調査と取り組んだことがある。その際、個人調査に応じた268人（有効回収率34%）に、多項目の質問への回答と合わせて、連続48時間の勤務・生活時間を記録するように要請した。その結果、連続勤務の合間に当直勤務が挿入されたケースが22例あった（図8）。こうしたケースでは、日勤-当直-日勤が継続されるために、病院内での連続拘束時間の最頻値は38時間であった。麻酔科医の業務は、手術チームの一員として、術中の患者の状態を管理するという重要な役割を担う。患者安全の監視役として、もう一つの「医師の目」と「医師の技量」を発揮する。術中は、当然、緊張状態の持続を要求されるが、そのためには常に医師の心身状態は良好で、充実したものでなければならない。こうした視点立って、医師の勤務の特徴である「日勤-当直-日勤」をみると、2つの主要な問題がある。第1は、当直中の業務と仮眠状況についてである（図9）。調査票の記述をみると、22例中、当直中に医師としての業務があったケースは9例（41%）に達し、深夜の勤務が常態化していることをみてとれる。また、当直中の仮眠時間をみると、300分（5時間）程度の睡眠がとれたケースが15例あり、うち13例は当直中の特記事項（医師としての業務）がなかったケースである。一方、当直中に仮眠をまったくとることができなかったケースが2例含まれた。調査票の記載内容をみると、一例は、当直中に発生した緊急手術で麻酔業務に570分従事したケース、もう一例は、当直中、ICUに継続従事して徹夜業務となったケースである。また、多少の仮眠はとれたが、仮眠時間が210分（3時間半）以下のケースが5例みられた。うち、4例は急患などの緊急対応あるいはICUに従事したケースで、残りの1例は、当直中の麻酔従事例であった。このケースでは、当初、仮眠をとっていたが、深夜に仮眠から起きだし手術の麻酔を行なってい

た。このように、当直中に医師としての業務に従事することが常態化しており、かつ断眠や短時間の仮眠しかとれないケースも多い。にもかかわらず、病院では当直はあくまで当直であって、勤務扱いとしてないために、当直明けは通常の勤務に従事することが一般的である。したがって、第2の問題は、当直前後の勤務における業務、とりわけ麻酔科医の主要業務である麻酔従事時間の経過である(図10)。当直前の勤務では手術麻酔の従事者は22名中17名(77%)で、平均の麻酔従事時間は464分(7時間44分)であったのに対して、当直後の勤務では、手術麻酔の従事者は22名中17名(当直前の17名とは一部異なっている)で、平均の麻酔従事時間は427分(7時間7分)であった。

こうした麻酔科医の調査にも端的に示されるように、医師の過長な勤務時間に加えて、慢性的な睡眠不足や眠ることのできない当直が重なることによって、慢性的な過労状態に落ち込むことになる(図11)。その一方、医師の業務は手術場面などのように、長時間にわたって緊張状態の持続を要求されることが多い。この一点を考慮しても、医療の安全と、医師をはじめとする医療スタッフの心身の状態、とりわけ過労状態とは相互に影響しあう重要な要因であることをみておかなければならない。

5. 医師の Well-being

医療安全を推進していく上で、医療スタッフ、とりわけ医師の役割の大きいことは言を待たない。医師としての専門知識と、熟達した医療技術を身につけなければならないことは当然である。同時にこうした医師の持っている技量が、どんな場面でも発揮できるようなメンタリティと体調をキープすることも、医師の「職業技術」として重要である。そうした視点から麻酔科医への調査では、医師自身の健康状態、仕事の満足度、疲労状態、睡眠の充足度、仕事と家庭の両立の5項目を取り上げ、それぞれの項目について、

「5. 非常によい-1. 非常に悪い」の5段階で評定するように要請した。集計に当たっては、5段階評定の結果をそのまま得点化し、それを Well-being の指標とした。評価に当たっては、暫定的に 5-12 点を「Well-being が悪い状態」、13-17 点を「Well-being が普通の状態」、18-25 点を「Well-being が良い状態」とした。図12は、月間残業時間及び月間の全身麻酔症例数と、Well-being の関係を示したものである。これによると、麻酔症例が25例未満では Well-being のスコアが15.4、25-37症例では15.6、さらに38症例では14.0 というように、全身麻酔症例数と Well-being のスコアの間には関連を認めることはできない。これに対して、残業時間と Well-being の関係をみると、40時間以下では16.0、41-80時間では14.4、81時間以上では11.8 というように、明らかに残業時間が長くなるほど、Well-being が悪くなる関係を認めることができた。

図13に、この Well-being の5項目を取り上げ、項目ごとの平均スコア(標準化してある)を示した。平均的には健康状態や仕事の満足度の2項目は、「良い」状態にあるが、疲労状態や睡眠の充足度、仕事と家庭の両立の3項目は「悪い」状態にあることがわかる。この様子を残業時間別に比較したところ、月間81時間以上は、健康状態の平均スコアは+0.1、仕事の満足度は-0.1 とほぼ「普通」となっていたが、疲労状態は-0.9、睡眠の充足度は-1.0、仕事と家庭の両立は-1.2 というように、Well-being はかなり「悪い」状態にあることが示唆されている。

6. 過労と安全

過労状態での業務遂行は、医療安全の確保にとってハイリスクであることがわかっていながら、なぜ頑張るのか。病院という組織における安全文化が未成熟であるといってしまうと、そのことに尽きるかもしれないが、一方、医師業務の特性をみた場合、病院だけを、また医師だけを攻めても何の解決にもならないことは自明である。政府も含めて医師不足解消に向けた議論がすすんでいるが、もっとマネジメントの

機能が発揮されなければならないと考える。

医師はなぜ頑張るのか（図14）。過労状態に追い込まれ、かつ医療事故のリスクを認識しながらも頑張るのはなぜか。第1は、病は時間や場所を選ばないことである。医療についてのニーズは24時間切れ目が無い。先ほどの麻酔科医の調査でも、深夜の患者搬送は後を絶たないことをみてとれる。深夜だからといって急患を断ることはできない。ということは、当直対応によっては、帳尻は合わない。深夜の医療に、持続可能な勤務を前提とした勤務システムを開発すべきである。第2は、医師の業務はいうまでもなく専門性が高く、余人をもってかえがたい業務である。「私がやらずして、誰が」といったところであろう。第3は、業務の持つ社会性からみても、また医師業務の倫理性からいっても、昼であれ、夜であれ、診療を求める患者に対して、断る理由が何もないことである。まさに、働いて当たり前である。しかし、である。医師も人なり。疲れもするし、ミスもする。この当たりのことを医師自身も、病院組織も、そして患者、社会全体がよく認識することが重要である。麻酔科医の調査で明らかになったように過労してまで働く医師の頑張りを支えるシステムがない、ということが調査活動を通じての一番の印象である。無理な働きにチェックがかかっていないのである。

7. 複合視点からの改善対策

医師に限らず病院勤務はなぜ多忙なのか。図15のようにさまざまな原因が指摘されている。こうした性質の異なる多忙の原因を解決することは簡単なことではない。いま必要なことは、患者、医師、病院、社会のニーズを踏まえた全体戦略の構築であろう。その際、医療の安全・質確保を基盤においた戦略がのぞまれる。

医療安全の確保にとって医師の働き方に関する複合視点からの改善が不可欠である（図16）。第1は、患者（国民医療）の視点で、「いつでも、どこでも」「良質で安全な医療」が受けられることである。深夜の医療提供も前提に、継続可能な医師の勤務を追求すべきである。第2は、産業保健の視点で、医療従事者に対する安全配慮義務の遂行ならびに病院組織への安全衛生マネジメントシステム導入・実践によって、安全・健康風土を構築することが必要である。第3は、経営の視点からの対策である。病院は専門集団なのだからといって突き放さずに、安全・安心に働けるシステムづくりによって、患者の安全・安心を得ることが社会的責任を果たす経営の姿勢である。

図1 医療部門の労働安全衛生

業務上の危険有害要因(ILO)

| | |
|-----------|--------------------------------|
| 生物学的危険要因 | 結核、肝炎、HIV・エイズ |
| 化学的危険要因 | 麻酔用物質、消毒用物質、薬剤 |
| 物理的危険要因 | 電離放射線、騒音と振動 |
| エルゴノミクス要因 | 筋骨格系障害(患者の扱いほか) |
| ストレス | 過重な作業量、曖昧な職責、長時間労働、大きな責任、夜勤・当直 |
| 暴力 | 救急部門、精神部門、セクハラ、パワハラ |

図2 医師の労働者性

(Asian-Pacific Newsletter on Occupational Health Safety, 2000.)

医療部門で働く人は一般に「医療サービス提供者」とみなされ、保護が必要な労働者とみなされることが少ない。病院に対する規制は一般に患者を守るためのもので、医療提供者を守るものではない。その結果、医療労働者が直面する労働安全衛生の問題には、ほとんど注意が払われない。

図3 病院の常勤医師の労働時間

(厚生労働省「医師の勤務状況調査」、2006年3月)

病院の常勤医師の平均労働時間

63.3時間/週=残業100時間/月に相当

230病院の医師11,600人を対象、6,650人からの回答

診療時間は外来15.3時間、入院24.4時間で計約40時間
自己研修や研究、教育などがその他の時間

診療科別には、産婦人科の週69.3時間が最高、次いで小児科68.4時間、外科が66.1時間であった。

図4 睡眠時間と医療の安全性

- 睡眠不足により、心電図読影での不整脈の指摘率が減少することや、縫合手技や挿管手技に時間がかかるようになる(Kathryn 1997, Samkoff 1991)
- 研修医では睡眠時間の減少に伴って医療スタッフ間での軋轢や患者対応での間違いが増加(Baldwin et al, 2004)
- 睡眠時間が5時間未満の場合、5時間以上の睡眠がとれている研修医に比べて医療過誤の発生が1.7倍(Baldwin et al, 2004)

図5 国会論戦

厚生労働委員会議事録(平成18年5月10日)

Q: 小児医療、産科医療をはじめとする夜間当直体制が中心となっている救急医療の現場の現状認識として、労働基準法を遵守していると認識しておられますか
A: 労働基準監督署において、平成15年度から16年度にかけて個別に監督を行なった596の医療機関のうち、430の機関において何らかの労働基準関係法令違反が認められているところでございます。医療機関すべてにおいて労働基準関係法令が遵守されているとはいえない状況でございます。

図6 米国の新規制

ACGME

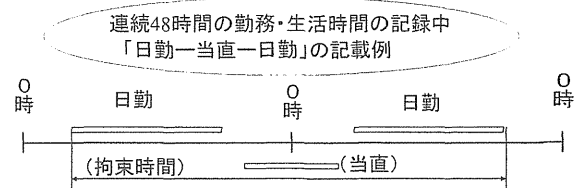
(The Accreditation Council for Graduate Medical Education)

- 1週間の労働・研修時間は80時間以内(ただし、4週間平均で計算)
- 勤務と勤務の間に10時間以上の休息を設ける
- 連続勤務は24時間以内(患者引継等の新患や治療を伴わない業務ではさらに6時間延長でき、これを合算すれば連続30時間まで勤務可能)
- 1週間に1日以上完全休暇日(ただし、4週間平均)
- 当直頻度は3日に1回まで(ただし、4週間平均)

図7 EUにおける研修医の労働時間規制の変遷

| | |
|--------|-----------|
| 1991 | 週72時間(英国) |
| 2004/8 | 週58時間 |
| 2007/8 | 週56時間 |
| 2009 | 週48時間 |

図8 当直22例の業務と仮眠状況



当直22例の連続拘束時間
29.5~41時間超
(最頻値:38時間)

図9 当直中の業務と仮眠状況

| 仮眠時間 | 該当数 | 当直中の業務 |
|------------|-----|---------------------------------|
| 0分 (断眠) | 2 | C1 当直中に麻酔570分 C2 ICUに従事 |
| ~210分 | 5 | 救急対応およびICU従事が4例 仮眠から起き麻酔従事1例 |
| 300分~ | 15 | ICU従事1例、救急対応1例 特記事項なし13例 |

図10 当直前後における麻酔時間

| | |
|-------------|--------------------|
| 日勤第1日目の麻酔業務 | |
| ○従事者数 | 17/22 |
| ○平均麻酔時間 | 464分 (60~900分) |
| 日勤第2日目の麻酔時間 | |
| ○従事者数 | 17/22 |
| ○平均麻酔時間 | 427分 (180~780分) |

図11 麻酔科医の勤務と過労の関係

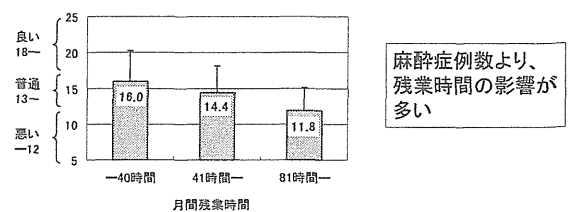
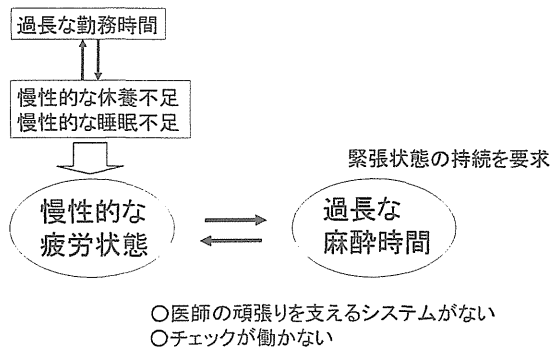
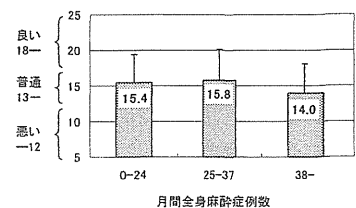


図12 月間残業時間及び全身麻酔症例数とwell-beingとの関係 (個人調査)



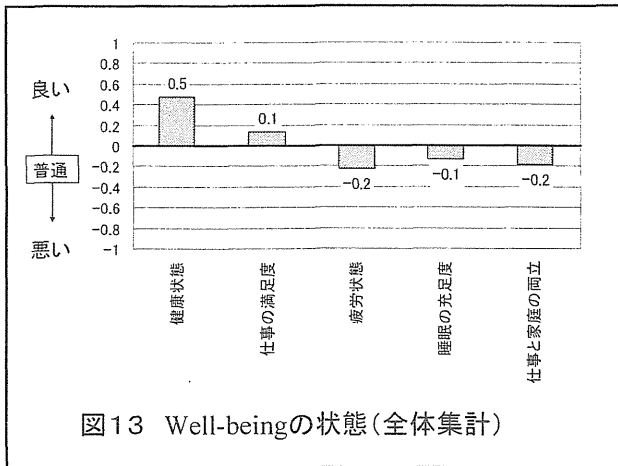


図13 Well-beingの状態(全体集計)

図14 医師業務の特性

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ○病は時間や場所を選ばない ○余人をもつてかえがたい ○働いて当たり前:断る理由がない | <ul style="list-style-type: none"> ○医療についてのニーズは24時間切れ目がない ○高度な専門性 ○労働規制がない ○ワークルールが未確立 ○マネジメントが機能していない |
|---|---|

医師も人なり: 疲れもするし、ミスもする

図15 病院勤務における多忙の原因

- 患者の入院期間の短縮による診療密度の上昇
- インフォームドコンセント、医療安全に対する配慮の強化
- 医療技術の向上
- 1年365日24時間どんな時間でも専門医に診てもらいたいという患者側の要望
- 医師が作成する文書量の増大
- 医師の専門性の細分化による医師相互での診療依頼(コンサルテーション)の増加

図16 医師の業務と勤務の改善に関する複合視点

1. 国民医療(患者)の視点
 - いつでも、どこでも
 - 質がよく安全な医療の提供
2. 産業保健の視点
 - 安全配慮義務
 - 労働安全衛生マネジメントシステム
 - 安全・健康風土と生涯教育の構築
3. 経営の視点
 - 経営と安全の調和
 - 社会的責任の遂行

図1 医療部門の労働安全衛生

業務上の危険有害要因(ILO)

| | |
|-----------|--------------------------------|
| 生物学的危険要因 | 結核、肝炎、HIV・エイズ |
| 化学的危険要因 | 麻酔用物質、消毒用物質、薬剤 |
| 物理的危険要因 | 電離放射線、騒音と振動 |
| エルゴノミクス要因 | 筋骨格系障害(患者の扱いほか) |
| ストレス | 過重な作業量、曖昧な職責、長時間労働、大きな責任、夜勤・当直 |
| 暴力 | 救急部門、精神部門、セクハラ、パワハラ |

図2 医師の労働者性

(Asian-Pacific Newsletter on Occupational Health Safety, 2000.)

医療部門で働く人は一般に「医療サービス提供者」とみなされ、保護が必要な労働者とみなされることが少ない。病院に対する規制は一般に患者を守るためのもので、医療提供者を守るものではない。その結果、医療労働者が直面する労働安全衛生の問題には、ほとんど注意が払われない。

図3 病院の常勤医師の労働時間

(厚生労働省「医師の勤務状況調査」、2006年3月)

病院の常勤医師の平均労働時間

63.3時間/週 = 残業100時間/月に相当

230病院の医師11,600人を対象、6,650人からの回答

診療時間は外来15.3時間、入院24.4時間で計約40時間
自己研修や研究、教育などがその他の時間

診療科別には、産婦人科の週69.3時間が最高、次いで小児科68.4時間、外科が66.1時間であった。

図4 睡眠時間と医療の安全性

- 睡眠不足により、心電図読影での不整脈の指摘率が減少することや、縫合手技や挿管手技に時間がかかるようになる(Kathryn 1997, Samkoff 1991)
- 研修医では睡眠時間の減少に伴って医療スタッフ間での軋轢や患者対応での間違いが増加(Baldwin et al, 2004)
- 睡眠時間が5時間未満の場合、5時間以上の睡眠がとれている研修医に比べて医療過誤の発生が1.7倍(Baldwin et al, 2004)

図5 国会論戦

厚生労働委員会議事録(平成18年5月10日)

Q:小児医療、産科医療をはじめとする夜間当直体制が中心となっている救急医療の現場の現状認識として、労働基準法を遵守していると認識しておられますか

A:労働基準監督署において、平成15年度から16年度にかけて個別に監督を行なった596の医療機関のうち、430の機関において何らかの労働基準関係法令違反が認められているところがございます。医療機関すべてにおいて労働基準関係法令が遵守されているとはいえない状況でございます。

図6 米国の新規制

ACGME

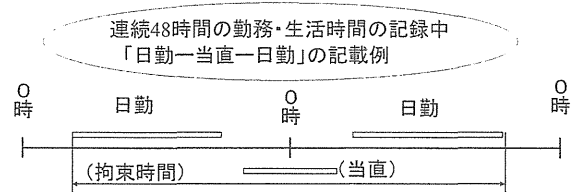
(The Accreditation Council for Graduate Medical Education)

- 1週間の労働・研修時間は80時間以内
(ただし、4週間平均で計算)
- 勤務と勤務の間に10時間以上の休息を設ける
- 連続勤務は24時間以内(患者引継等の新患や治療を伴わない業務ではさらに6時間延長でき、これを合算すれば連続30時間まで勤務可能)
- 1週間に1日以上完全休曜日
(ただし、4週間平均)
- 当直頻度は3日に1回まで(ただし、4週間平均)

図7 EUにおける研修医の労働時間規制の変遷

| | |
|--------|-----------|
| 1991 | 週72時間(英国) |
| 2004/8 | 週58時間 |
| 2007/8 | 週56時間 |
| 2009 | 週48時間 |

図8 当直22例の業務と仮眠状況



当直22例の連続拘束時間
29.5~41時間超
(最頻値:38時間)

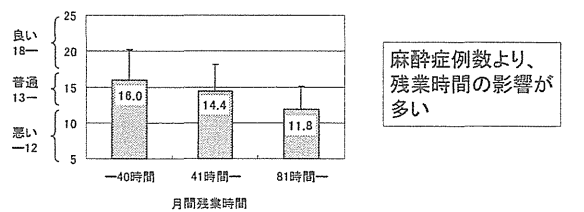
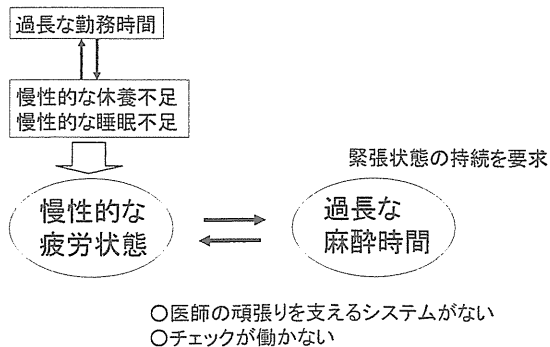
図9 当直中の業務と仮眠状況

| 仮眠時間 | 該当数 | 当直中の業務 |
|------------|-----|---------------------------------|
| 0分 (断眠) | 2 | C1 当直中に麻酔570分 C2 ICUに従事 |
| ~210分 | 5 | 救急対応およびICU従事が4例 仮眠から起き麻酔従事1例 |
| 300分~ | 15 | ICU従事1例、救急対応1例 特記事項なし13例 |

図10 当直前後における麻酔時間

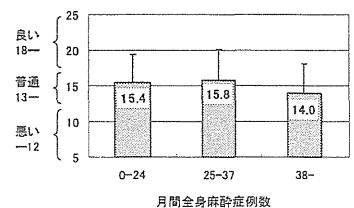
| | |
|-------------|--------------------|
| 日勤第1日目の麻酔業務 | |
| ○従事者数 | 17/22 |
| ○平均麻酔時間 | 464分 (60~900分) |
| 日勤第2日目の麻酔時間 | |
| ○従事者数 | 17/22 |
| ○平均麻酔時間 | 427分 (180~780分) |

図11 麻酔科医の勤務と過労の関係



麻酔症例数より、残業時間の影響が多い

図12 月間残業時間及び全身麻酔症例数とwell-beingとの関係 (個人調査)



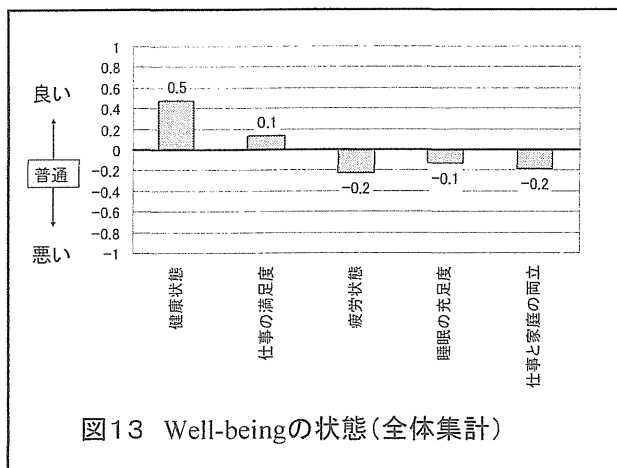


図13 Well-beingの状態(全体集計)

図14 医師業務の特性

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ○病は時間や場所を選ばない ○余人をもつてかえがたい ○働いて当たり前:断る理由がない | <ul style="list-style-type: none"> ○医療についてのニーズは24時間切れ目がない ○高度な専門性 ○労働規制がない ○ワークルールが未確立 ○マネジメントが機能していない |
|---|---|

医師も人なり:疲れもするし、ミスもする

図15 病院勤務における多忙の原因

- 患者の入院期間の短縮による診療密度の上昇
- インフォームドコンセント、医療安全に対する配慮の強化
- 医療技術の向上
- 1年365日24時間どんな時間でも専門医に診てもらいたいという患者側の要望
- 医師が作成する文書量の増大
- 医師の専門性の細分化による医師相互での診療依頼(コンサルテーション)の増加

図16 医師の業務と勤務の改善に関する複合視点

1. 国民医療(患者)の視点
 - いつでも、どこでも
 - 質がよく安全な医療の提供
2. 産業保健の視点
 - 安全配慮義務
 - 労働安全衛生マネジメントシステム
 - 安全・健康風土と生涯教育の構築
3. 経営の視点
 - 経営と安全の調和
 - 社会的責任の遂行