

〈論 文〉

「医師の働き方改革」と日本の医療政策

西 村 健*

I はじめに

少子化に起因する労働力不足への懸念や高齢化の進展，またワーク・ライフ・バランスへの配慮などを背景として，医療現場のマンパワー不足をいかに解消するかが喫緊の課題となっている。特に，時間外労働の上限規制をはじめとした労働時間制度の法改正（2019年4月1日から施行，医師については2024年3月31日まで猶予）への対応として，長時間労働が常態化している「医師の働き方」の改善が急務である。2019年3月には「医師の働き方改革に関する検討会」による報告書（厚生労働省〔2019〕）がまとめられ，医師の労働時間管理の適正化や，コメディカル職種へのタスク・シフティングなどが働き方改革への具体的施策として盛り込まれた。

しかし，「医師の働き方」は従来のマクロな医療政策上の問題としての側面を持つだけでなく，本質的にはよりミクロな医療機関における仕事の在り方の問題としての側面が強い。この点で，「医師の働き方改革」は，従来，診療報酬制度を通じた政策誘導に終始してきた日本の医療政策にとって，実は不得手な領域に位置していると考えられる。上記の報告書で提言されたタスク・シフティングなども，慎重に実行されなければ，医療従事者の間に軋轢を生むだけに終わる可能性も孕んでいると考えられる。

本稿では，医療従事者による医療サービス供給を経済取引の問題として捉える立場から，医師の労働問題と，現在打ち出されている「医師の働き方改革」の実効性について検討する。

II 医療サービスの取引類型と歴史的变化

1 医療サービスの取引類型

原則的に取引当事者が自由に価格を決めうる一般的な財の場合とは異なり，医療サービスでは診療報酬制度によって価格が公定されている。また，医師による医療サービスの供給も大きく開業医によるものと勤務医によるものに分けることができ，その供給形態ごとに医師の行動原理・原則は異なった機能を持つと考えられる。医療機関に雇用される医師や医療従事者らの労働問題を相対化して捉えるため，本節では日本を念頭に，医師による患者への医療サービスの供給を「取引」として捉えてその在り方を概念的に整理し，またその歴史的变化について検討したい。

制度経済学の始祖の1人として名高いJ. R. コモンズは，通常，経済学において単なる「交換」の概念として捉えられてきた市場における財のやり取りを，「取引」の概念によって捉え直し新た

* 松山大学経済学部准教授

な見方を提示した。コモンズによれば、経済取引は①割当取引、②管理取引、③交渉取引という3つに類型化できるという。このコモンズの取引類型論を手がかりに、以下ではまず医療サービスの取引類型を概念的に整理する¹⁾。

①割当取引

医療の国民皆保険が実現している日本において、患者が公的医療保険を通して医療サービスの給付を受ける際の各診療行為の価格は「診療報酬制度」によって公定されている。各診療行為に対する報酬の具体的水準は、中央社会保険医療協議会（中医協）において診療側、支払側、そして公益代表を加えた利害関係者らによる調整を経て厚生労働大臣へ諮問され最終決定される。診療行為の価格を公定するこうしたプロセスは、医療サービスの供給グループ、需要グループそれぞれの利害を代弁する代表者らが、取引される医療サービスの給付内容とその対価の水準を集団間で調整するという、ある種の政治的プロセスである。また、診療報酬制度は医療サービスの供給量を直接制限することはないが、供給価格をコントロールすることで医療費のマクロ管理機能も持っている（島崎 [2020]）。

このように診療報酬制度は診療行為への価格の割当（price rationing）を通じて、医療サービス市場の関係者へ利益と負担を振り分ける機能を持っている。コモンズは法的権力を有する企業、労働組合、行政府などの組織の政策立案者が、組織の構成員に対して利益と負担の振り分けを行うことを「割当取引」（rationing transactions）と呼んでいる。割当取引とは、政策立案（policy-shaping）や正義（justice）と名の付くものが経済的な量の問題に還元され、法的優位者による劣位者への富の割当（rationing of wealth）が行われることを指す。コモンズはその例として、企業の取締役会による予算編成、立法府による課税や保護関税の設定、使用者団体と労働組合、あるいは売り手組織と買い手組織の間で交わされる団体交渉や労働協約などを挙げる（Commons [1934] pp.67-68；Commons [1950] p.43）。

診療報酬制度も、中医協における診療側と支払側の各代表者の利害調整を経て医療サービスの価格割当を行っているため、利益と負担の振り分けを行う割当取引の事例として捉えることができる。また、生活保護法による医療扶助や、社会福祉法による無料低額診療事業を介した医療サービスの供給なども、立法措置として実施されていることから明らかなように、同様に割当取引として考えることができる。また、医療政策のなかで主要な位置を占めてきた診療報酬政策だけでなく、医療従事者の業務を規定する公的資格制度や医療機関の整備といった一連の政策群、医療機関労使が行う集团的交渉なども医療サービス供給に関連する割当取引として捉えられる。

②管理取引

診療報酬制度によって診療行為の内容と価格が決定されるとしても、ミクロレベルで医療サービスが患者へ供給されるためには、医療機関における診療体制の整備が必要不可欠である。診療体制の整備には、診療行為に関わる設備面の整備とともに、最低水準以上のスキルを備えた医療従事者の配置や、診療業務の効率的遂行を目的とした医療従事者間の分業体制の確立が含まれる。また、診療体制を整備するためには、誰がどのような業務を担当すべきかが上司と部下の関係を介して職

1) 以下、コモンズの著作とともに高橋 [2006] を参照した。

場レベルで決定される必要がある。

雇用関係下の当事者間で職場の分業体制の在り方が決められていくことを、コモンズは管理取引 (managerial transactions) と呼んでいる。管理取引とは職場の管理者と従業員、工場長と労働者の関係など、命令を出す法的権利を有した法的優位者と、取引の関係が続く限り服従の法的義務によって拘束される法的劣位者との間で、富の生産を目的として行われる取引のことである。管理取引においては「効率性」(efficiency) が普遍原理として機能し、効率性は「1人1時間当たりの仕事量」(man-hour) によって測定される「投入と産出」の関係を表している (Commons [1934] pp.64-66)。

医療従事者については、割当取引に該当する公的資格制度のなかで遂行可能な業務の範囲がひとまず規定されている。しかし、労働時間や職務内容など医療従事者の働き方の中身は、実際には雇用関係のなかで決定されていく。これらは医療サービス供給に関わる管理取引の問題群として捉えることができる。

③交渉取引

医療機関では診療報酬が公定される保険診療だけでなく、自由診療も行われている。自由診療では医療機関が診療価格を自由に設定することが可能であり、患者は原則的に全額自己負担によって医療サービスを需要することになる。その意味で自由診療による医療サービスの取引は、需給変動によって財の価格・量変動する、市場原理に基づいた一般的な財の取引と同様に捉えることができる。

法的に対等な立場であることを保障された売り手と買い手が、自発的な合意に基づいて富の所有権の移転を行う取引のことを、コモンズは交渉取引 (bargaining transactions) と呼んでいる。交渉取引では取引の当事者らの交渉によって取引される財の価格・量が決定され、普遍原理として機能するのは稀少性 (scarcity) である。希少性とは貨幣によって測定される収入 (= 所有権の獲得) に対する支出 (= 所有権の譲渡) の比率を表す (Commons [1934] pp.64-68; Commons [1950] p.48)。

交渉取引とは、経済学でなじみ深い自由市場における財の所有権の移転に関する取引として捉えられる。医療サービスの取引価格・量が医療機関と患者の間で自発的に合意され決定される自由診療は、交渉取引による医療サービスの供給形態だと言える。また、医療従事者と医療機関が雇用にあたって行う労働条件への合意は、医療サービス供給に関連する交渉取引として捉えられる。

以上、取引類型と医療サービスの供給形態の関係性をまとめると表1のようになる。ここで重要なのは、取引類型によって取引の主体が異なるということだけでなく、それぞれの取引において機能する原理も異なるということである。例えば現行の診療報酬制度は、国民医療費の管理機能を通してマクロレベルで医療サービスの取引を規定する機能を果たすのに対し、管理取引である雇用関係は医療機関内で行われる診療行為の細部を決定し、ミクロレベルでの医療サービス供給の在り方を規定する機能を持つ。また、診療報酬による政策誘導が政策意図に反する医療機関の行動を誘発することがしばしばあるように、割当取引は管理・交渉取引に影響を与えはするものの、どのような影響が波及していくのかに関しては不確実性が伴う (島崎 [2020])。そうした不確実性は、取引類型によって機能する原理が違うことによってもたらされていると解釈できる。

表1 医療従事者から患者への医療サービス供給に関わる取引類型

取引類型	割当取引	管理取引	交渉取引
原理	正義	効率性	希少性
医療サービスの供給形態	公的医療保険・診療報酬制度を介したものの無料・低額診療	雇用関係を介したもの	自由診療によるもの
取引主体	医療機関と患者（保険診療）	医療機関と医療従事者（個人）	医療機関と患者（自由診療）
関連する取引	立法（公的資格制度、医療機関整備など）、集团的労使交渉		雇い入れ時の医療機関・医療従事者の労働条件に関する合意

出所：Commons [1934] [1950] を参考に筆者作成。

2 取引類型の歴史的変化

1874年の医制発布によって近代的な医療制度への転換が図られた明治期以降を振り返ってみると、これらの取引類型はどの時代においても現実には併存してきたと考えられる。しかし、その時代のなかで重要性を持ち、社会問題として焦点化される医療サービスの取引類型には変化があったと言えるのではないだろうか。その変化は大きく分けて2つあったと考えられる。

1つ目は明治初頭から昭和中期の国民皆保険達成までの時期に起こった変化であり、この時期には公的医療保険制度の波及によって診療報酬制度を介した診療行為の公定価格化が徐々に浸透していった。従来は、地方医師会が定める慣行料金、各種の実費診療所による軽費診療、施療など、診療行為に対して様々な価格付けが行われる自由診療の体制が採られる「交渉取引の時代」であったのが²⁾、1927年の健康保険法の施行（制定は1922年）を嚆矢として、1938年の国民健康保険法の施行など公的医療保険制度へ国民を包摂する政策が徐々に展開されていった（川上 [1965]；菅谷 [1976]；青柳 [1996]）。公的医療保険制度では、患者への医療サービスの供給価格は診療報酬制度によって公定されたため、医療サービス供給の割当取引化がこの時期に始まったと言える。さらに戦時体制の展開によって1939年には船員保険法と職員健康保険法（1942年に健康保険法と統合）が制度化され、また改正健康保険法によって扶養家族への保険給付拡大が図られたほか、1942年には保険医の強制指定制、人頭請負方式の廃止と診療単価の全国的公定化を盛り込んだ健康保険法・国民健康保険法の改正が行われた（島崎 [2020]；宗前 [2020]）。戦時体制下にとられたこれらの保険診療拡張に関わる諸改革は、戦後に医療サービス供給の割当取引化が前進していくうえで大きな足掛かりとなる。終戦後のインフレ期には、医師や医療機関が保険診療を忌避し、一時自由診療が広がるなどの紆余曲折はあったが（土田 [2011]）、1961年には皆保険体制が整備され、以後は医療サービスの大部分が保険診療として供給される「割当取引の時代」へと入ったと捉えられる³⁾。医療サービスの取引類型の中心が、交渉取引（自由診療による医療サービス供給）から割当

2) なお、これ以前、江戸期も「交渉取引の時代」であったと捉えられる。当時、医師の診察を受け処方した薬をもらった患者が医師に払う報酬は薬札（やくれい）や薬代（くすりだい）と呼ばれた。患者が薬札を診療の都度支払うことはごく希で、大抵は益暮りに金銭や物品を医師の所へ届けるのが習慣となっていた。薬札はあくまで患者の謝意の表れであったため、公定されたものではなかった（青柳 [1996]）。

3) 現実には皆保険体制に包摂されない無保険者の問題もあるがここでは立ち入らない。

取引（保険診療による医療サービス供給）へと移行したのである。

2つ目は、昭和中期の国民皆保険達成の前後から現在に至るまでの時期に起こっている変化である。この時期には、保険診療の拡大による医療需要の増大と医療の高度化を背景とした医療機関の大規模化が起り、医療従事者の分業体制の確立が重要性を増した。マクロレベルでは、公的医療保険制度や診療報酬制度による割当取引を介して医療サービスが供給されることについて一定の社会的合意が形成されたもの⁴⁾、実際に患者に医療サービスが届けられるミクロレベルでは、個別の医療機関とそこに雇用される医療従事者の間で紛争が生じ始め、社会問題化するようになった。従来、曖昧なルールしかなかった、あるいは等閑視されてきた病院の雇用管理が変革を迫られる時代が来たのである。医療サービス供給が「割当取引の時代」へと移行したことを意味する国民皆保険体制の確立は、同時に管理取引の領域拡大（＝医療サービス供給における効率性上昇の要請）の起点でもあった。

管理取引の重要性が増したことを象徴する1つの出来事は、1957年に産業別労働組合として日本医労協（日本医療労働組合協議会）が結成されたことだろう。日本医労協を中心として1960～1961年にかけて全国的に展開された「病院スト」や、1960年代後半の「ニッパチ闘争」といった医療労働運動の高揚は、医療機関の分業体制に矛盾が生じていることを象徴的に示す出来事であった（富岡 [1972]；岡野 [2018]；西村 [2021]）。

また医師については、1960年代初頭において学位取得者ほど開業しない傾向がすでに確認されていたが（島内ほか [1962]）、1970年代以降に専門医資格の整備が進むにつれて、医師の専門医化と勤務医化に拍車が掛かっていった（猪飼 [2010]）。医師の訓練過程（＝ジョブラダー）の長期化は、医師労働市場が職業別労働市場として深化したことを意味するが（西村 [2018]）、それは医師の雇用労働者化を促した一方で、医師の労働者性の認知にはつながらなかった。

この相矛盾する2つの側面が孕む問題は、勤務医における日本医師会および労働組合への組織率の低さという現象によって端的に象徴されている。戦前から戦中にかけての医師会への加入体制は、一貫して強制加入制が採られ、かつ、加入の対象範囲も徐々に拡大が図られたのに対し、戦後の日本医師会への加入は任意加入制によるものとなった（神里（所） [2004]）。図1が示す通り、日本医師会組織率は1970年代以降低下に向かい、2018年には52.3%となっている。こうした組織率低下の主たる要因は、先に見た勤務医の増加（逆に言えば開業医の減少）にある。組織率低下に危機感を募らせる日本医師会では、勤務医の組織化も試みられてきたが、実態として組織化は進んでいない。医療サービス供給が管理取引の領域に包摂されるにしたがって、勤務医から開業医への移動は実質的に乏しくなったが、それによって勤務医と開業医の利害対立は進み、日本医師会の代表性には疑問符が付いているのが現状となっている。

また、医師の労働組合組織率を示す資料はあまりないが、例えば自治労が行ったアンケート調査によると、公立病院の労働組合組織率は正規職員全体で60.0%であるのに対し、医師ではわずか2.7%にすぎない（『労働調査』2012年10月、53ページ）。組合組織率が低い要因の1つには、労働市場における医師の希少性が極めて高いため、仮に勤務先への不満が募れば、労働組合に加入して声を上げるよりも、他の医療機関へ転職するほうが現状では相対的に取引コストが低いと医師が

4) 歴史的には日本医師会による保険医総辞退などもあったが、それは診療報酬の水準をめぐっての駆け引きであって、現時点で公的医療保険制度の維持を支持する考え方が主流であることに変わりはない。

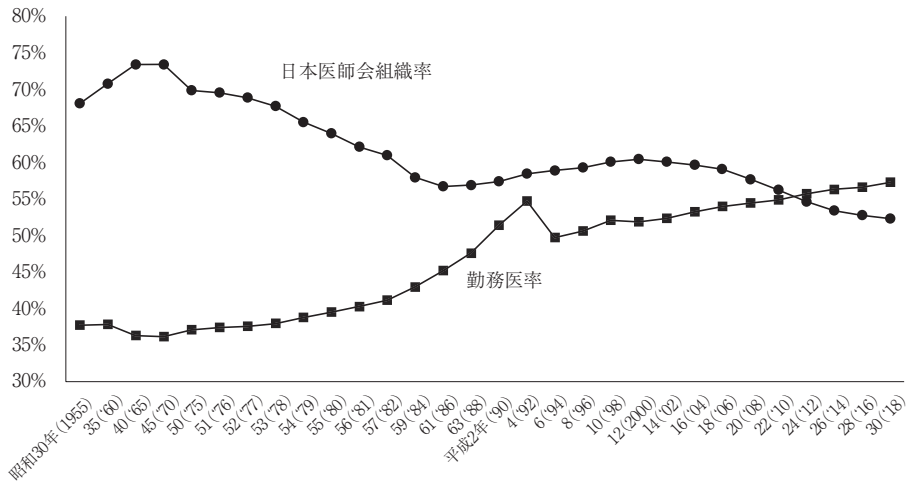


図 1 勤務医率と日本医師会組織率の推移

〈勤務医率について〉

注：昭和 45 年以前の医師数には外国人が含まれていないが、46 年以降には含まれている。沖縄県が含まれたのは、昭和 47 年以降である。「法人の代表者」は、平成 4 年までは「勤務者」に含めており、平成 6 年から「開設者」に含めている。勤務医率とは病院と診療所の「勤務者」を「医療施設の従事者」で除した値を百分率で示したもの。

出所：『医師・歯科医師・薬剤師調査』および『医師・歯科医師・薬剤師統計』各年版より筆者作成。

〈日本医師会組織率について〉

注：日本医師会組織率は日本医師会会員数を医師の総数で除した値を百分率で示したもの。

出所：医師の総数については、『医師・歯科医師・薬剤師調査』各年版、『医師・歯科医師・薬剤師統計』各年版より、日本医師会の会員数については、1998 年までは「会務報告」（『日本医師会雑誌』掲載）、2000 年から 2010 年までは『日医ニュース』、2012 年以降は日本医師会『事業報告』より筆者作成。なお、日本医師会の会員数については各年 12 月 1 日現在、医師の総数については各年 12 月 31 日現在。

認識していることがあると考えられる。ハーシュマンの言う「発言」機能が働かず、「離脱」戦略がとられるのである（Hirschman [1970]）。しかし、実態としては、勤務医から開業医への移動が減少するなかで、実質的に雇用労働者化している勤務医の声を政策に反映させるチャンネルの 1 つが失われていると見るべきだろう。

Ⅲ タスク・シフティングと労使の取り組み

1 「医師の働き方改革」の概要

以上のように医療従事者の労働問題を相対化したうえで、ここからは昨今焦眉の急を要する課題として挙げられている「医師の働き方改革」の内容の検討に入ろう⁵⁾。

2018 年 6 月 29 日に成立した「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」に基

5) 以下、「医師の働き方改革」の概要については厚生労働省 [2019] とともに安里 [2019]、鳥田 [2019] を参照した。

づき、労働時間制度について時間外労働の上限規制をはじめとして大きな法改正がなされ、2019年4月1日から施行された。このなかで、医師については、建設業・運輸業とならび5年間その適用が猶予された（2024年3月31日まで猶予）。そして、適用猶予期間終了後も労働基準法36条が定める上限時間が適用になるのではなく、当分の間「限度時間並びに労働者の健康及び福祉を勘案して厚生労働省令で定める時間」とされることになった。これを踏まえ、医師の特例水準を厚生労働省令で定める前提として、2017年8月には厚生労働省に「医師の働き方改革に関する検討会」が組織された。同検討会は、その発足から2019年3月28日までに22回にわたる議論を重ね、医師の労働時間短縮・健康確保と必要な医療の確保の両立という観点から、医師の時間外労働時間規制の具体的あり方について検討し報告書（厚生労働省〔2019〕）をまとめた。

この報告書では、診療従事勤務医の時間外労働の特例的な上限水準について、3つの水準が示された。以下、報告書で示された勤務医の特例時間制度の概要を述べておく。

(A) 水準：勤務医一般の上限時間数

2024年4月の時間外労働の上限規制の適用開始時に勤務医に適用される上限規制について、勤務医一般については、休日労働込みでの年960時間以内・月100時間未満（ただし、月の上限時間数については面接指導等を行う場合に例外を認める）を36協定で締結可能な上限かつ36協定によっても超えられない上限とするとしており、この上限水準が（A）水準と称されている。

(B) 水準：地域医療を確保するための暫定特例水準

医師の需給バランスはマクロでは2028年頃に均衡すると推計されるが、医師には偏在の問題もあるため、医師の偏在問題が解消されるまでの間は、地域医療提供体制を確保するためには（A）水準より高い上限時間の設定が必要である。このため、厚生労働省の医師の偏在解消目標年である2035年までの間の暫定的な特例水準として、地域医療確保暫定特例水準が必要とされ、これが（B）水準と称されている。（B）水準の上限時間数として、休日労働込みの時間外労働時間数として、年1860時間・月100時間未満（月上限について（A）水準と同様の要件で例外を認める）が示されている。

(C) 水準：集中的技能向上水準

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の水準が設けられ、これが（C）水準と称されている。この（C）水準はさらに、臨床研修医・専門研修中の医師が一定の知識・手技を身につけるために必要な診療経験を得る期間を対象にした（C）-1水準と、医療水準の維持発展に向けて高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要な分野において、高度に専門的な知識・手技の修練に一定の期間集中的に取り組む医師を対象とした（C）-2水準に分けられる。そのうえで、（C）-1,2の上限時間については、ともに2024年4月の適用開始時点においては（B）水準と同様のものと定めることとし、適正な上限時間数について、不断に検証を行っていくこととされている。

こうした医師の労働時間の短縮を実現するための方策として、報告書では医療機関内のマネジメント改革（管理者・医師の意識改革、医療従事者の合意形成のもとでの業務の移管や共同化（タス

ク・シフティング、タスク・シェアリング)、ICT等の技術を活用した効率化や勤務環境改善)、地域医療提供体制における機能分化・連携、プライマリ・ケアの充実、集約化・重点化の推進(これを促進するための医療情報の整理・共有化を含む)、医師偏在対策の推進、上手な医療のかかり方の周知、が挙げられ、これらに全体として徹底して取り組んでいく必要があるとする。特に、地域医療提供体制における機能分化・連携、集約化・重点化の推進に関しては、個々の医療機関レベルでの努力には限界があり、地域医療構想と連動した取組などが重要であるとしている。

以上が厚生労働省を中心にまとめられた「医師の働き方改革」の中身であるが、その実効性についていくつかの疑問点がある。以下、本稿の問題関心から2点言及しておきたい。

1点目はタスク・シフティングについてである⁶⁾。実は、厚生労働省[2019]で言及されるタスク・シフティングとは、公的資格制度の改変を通じた業務範囲の見直しという割当取引に該当する政策と、個別の医療機関内における医療従事者間の分業体制の変更という管理取引に該当する政策とが混在した概念となっていることに注意する必要がある。

まず、前者の割当取引に関わる政策として、特定行為研修を修了した看護師への医師業務のタスク・シフティングが謳われている。特定行為とは、診療の補助であり、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能が特に必要とされる38行為を指す⁷⁾。

厚生労働省[2019](44ページ)は「特定行為に係る業務については、タイムスタディ調査等によると、全体の約3%程度、外科系医師に限れば約7%程度の業務時間に相当する。(中略)2024年までに特定行為研修パッケージの研修修了者を1万人程度養成することにより、こうしたタスクシフトを担うことが可能である。」と言う。しかし、2019年9月現在で特定行為研修を修了した看護師は1,954人と特定行為研修制度が十分に普及しているとは言い難く⁸⁾、割当取引として職能範囲を見直すことで、タスク・シフティングを促す試みが首尾よく成功するかどうかは、現在のところ不透明な状況であると言えよう。

一方、後者の管理取引の側面として、厚生労働省[2019](43ページ)は「医師でなくとも行える業務を他職種に移管していくことが重要であり、これまでの調査においては、他の医療従事者一般が実施可能な業務について、平均1日約40分程度が他職種へ移管できるとされ(中略)こうした業務は、医師の勤務時間のうちおよそ7%に相当することから、すべて医療クラーク、看護師等の職種へのタスクシフトを行うと、週100時間勤務の場合、週7時間程度の時間がこれに相当する。」とする。

医療機関における仕事の在り方については第IV節で詳述するが、結論を先取りすれば、どのような業務が「仕事」に該当するのかは医療機関によって様々であり、極端に言えば、全く同じ業務でも、医療機関によっては「仕事」ではないと判断される可能性があるという問題がある。つまり、個々の職種や医療従事者が実際に担う業務の内容は、あくまでそれぞれの職場において個別に行わ

6) タスク・シェアリングの検討も重要だが別稿に譲る。

7) 厚生労働省 HP (<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000050325.html>, 2020年9月18日アクセス)。

8) 厚生労働省 HP 「【特定行為に係る看護師の研修制度】研修を修了した看護師について」(<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194945.html>, 2020年9月16日アクセス)。

れる管理取引のなかで決定されているのであり、個々人の負担も様々なのである。そのなかで、医師の業務の一部を他職種へ移管するとなると、職種間ではもちろんのこと、個人レベルでも負担の公平性・納得感を本来考慮する必要がある、その調整にかかるコストの大きさが憂慮される。

2 働き方改革を推進する「労使」とは何か

2点目は「医師の働き方改革」を推進する「労使」の実態である。厚生労働省〔2019〕では、「医師の働き方改革」を進める取り組みの手段として「医療機関内のマネジメント改革」,「労使間の取組」,「労使で十分に話し合い」といった表現が用いられている。しかし、医療機関の労使の現状を検討してみれば、報告書が謳う「労使の取り組み」の実効性には疑問があると言わざるを得ない。

公務・農林漁業を除く常用雇用者2人以上規模の事業所を対象として実施された調査（労働政策研究・研修機構編〔2018〕）によれば⁹⁾、産業別の集計で「医療、福祉」に該当する事業所のうち「労働組合がある」の割合は3.7%と、産業別で見ても最も低い（15ページ、図表2-2-8）。事業所形態別の集計でも「病院、医療・介護施設」に該当する事業所で「労働組合がある」割合は2.6%と、やはり最も低い（22ページ、図表2-2-19）。

また過半数代表者の選出状況について、「病院、医療・介護施設」に該当する595の事業所の結果について見ると、まず、過去3年以内の従業員の過半数代表者の選出の有無について、選出が「ある」は38.8%、「ない」は46.4%、「わからない」は11.5%である（116ページ）。次に、過半数代表者の選出が「ある」と回答した231の事業所について、その選出方法について尋ねると、「使用者（事業主や会社）が指名している」の割合が最も高く27.0%、次いで「信任（あらかじめ特定の候補者を定め、その者について従業員が賛否を表明するもの）」が22.6%、「投票や挙手により選出」が21.1%、「話し合いにより選出」が19.5%、「親睦会の代表者等、特定の者が自動的にになる」が9.4%と続く（128ページ）。

過半数代表者の選出が「信任」によると回答した52の事業所について、その候補者の決定方法について尋ねると、「使用者（事業主や会社）が候補者を決める」の割合が最も高く62.7%、「睦会の代表者等、特定の者が自動的に候補者となる」が25.0%などである（131ページ）。また「信任」の方法については「特段の異義の申出がない限り信任とする」の割合が最も高く57.3%、次いで「挙手」が30.8%などである（134ページ）。

このように医療関係の事業所に労働組合はほとんどなく、また使用者が過半数代表者の候補者を決めるなど、事業所の過半数代表者の選出も形骸化しているのが実態である。事業所の過半数代表者には労働者を代表して発言する機能などはほほないと見てよいだろう。このように「労」の声を集約するルートが十分に確保されない現状において、「労使の取り組み」や「労使の十分な話し合い」はいかにして実現されるのであろうか。

9) 調査票の配付数は20,000件、有効回収数は7,299件（有効回収率36.5%）である。以下の検討は産業別・規模別に母集団の比率と一致するよう復元が行われたデータによる。

Ⅳ 管理取引の問題としての「医師の働き方改革」

1 医療機関における医療従事者の職務

医療従事者の卒前教育では、それぞれの職種の身分法が定める診療行為を医療業界のなかで企業横断的に行うことを念頭に指導が行われている。つまり、卒前の段階では、医療サービスの供給に必要なスキルの形成、あるいは仕事の在り方について、職業別労働市場型の教育が行われていると言える（西村 [2018]）。これに対して、医療従事者が卒後に直面する雇用の世界では、各医療従事者が遂行すべき職務の内容は、医療機関ごと、職場ごとに異なっており、それらは個々の医療機関という内部労働市場において決定されていると見ることができる。卒前に教育される診療行為は、個々の医療従事者が卒後の雇用関係において、すなわち管理取引のなかで担う様々な職務の最小公倍数に過ぎず、現実には個々人の職務内容は同じ職種であっても職場によって様々であると考えられる。

こうした医療機関の仕事の実態について、以下では全国の病院とそこに勤務する医師・看護職員を対象に行われたアンケート調査（厚生労働省 [2018a]）の結果から検討を加えたい¹⁰⁾。

まず、病院調査の結果から、労働時間として認められる業務内容に関する就業規則等での定めの有無から見ていこう。医師について見た図2によれば、全体では「定めている」は27.4%にとどまり、「定めていない」が69.2%に及ぶ。研修施設等の指定状況別に見ると、「定めている」割合が最も高いのは「臨床研修病院（連携施設）」で28.1%、次いで「専門医の研修施設」で27.9%である。「医育機関」では18.0%にとどまっている。また図は示さないが、看護職員の場合、全体では「定めている」は31.5%と医師に比べて若干高い。とは言え「定めていない」は65.3%に及ぶ。研修施設等の指定状況別に見ると、「定めている」の割合は「いずれでもない」が36.5%で最も高

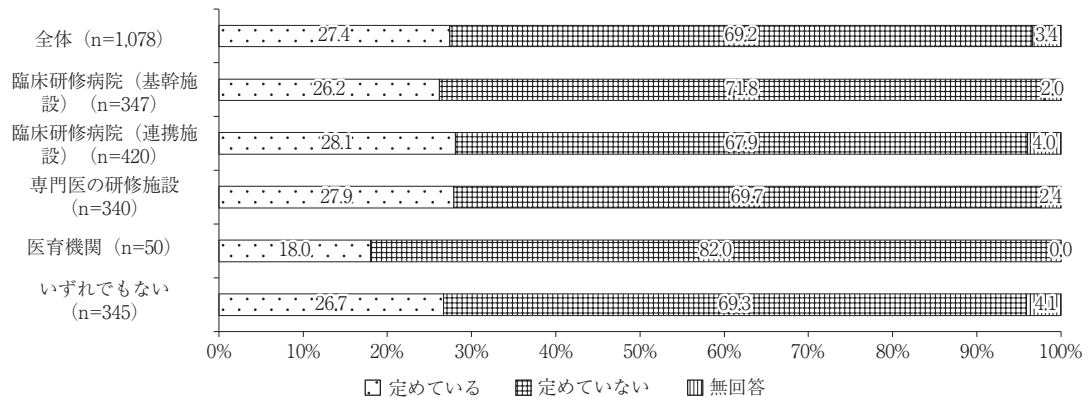


図2 医師の労働時間として認められる業務内容に関する就業規則等での定めの有無（病院調査、研修施設等の指定状況別）

※全体の調査数には研修施設等の指定状況が無回答のものを含むため、また、研修施設等の指定状況は複数回答であるため、全体の調査数は各研修施設等の指定状況の調査数の合計と一致しない。

出所：厚生労働省 [2018a] 58 ページを一部改変。

10) 有効回収件数は、病院調査では1,078件（有効回収率27.0%）、医師調査では3,697件、看護職員調査では5,692件であった（厚生労働省 [2018a] 12 ページ）。

表2 医師の労働時間として考えている業務（病院調査、複数回答、研修施設等の指定状況別）

	割合 (%)													
	合計	研修・勉強会 病院や所属長から指示のある	研修・勉強会 病院や所属長から指示のない	院内横断的な委員会	部下、後輩等への教育・指導	地域ケア会議・サービスクラス 者会議等	学会活動・研究 病院や所属長から指示のある	学会活動・研究 病院や所属長から指示のない	手技・手術のトレーニング	自己研鑽のための勉強	勤務終了後に行う翌日の準備 (診察のための必要な準備等)	勤務開始時間前に行う準備	その他	無回答
全体 (n=1,078)	100.0	68.5	3.7	59.8	43.6	45.6	57.5	4.7	17.0	4.7	29.7	26.2	3.4	26.8
臨床研修病院（基幹施設）(n=347)	100.0	76.1	1.2	68.3	54.2	51.3	60.5	1.7	20.2	2.0	43.5	40.3	5.5	19.6
臨床研修病院（連携施設）(n=420)	100.0	72.9	3.3	63.8	46.2	51.4	62.1	3.8	16.2	3.8	36.9	30.7	5.2	21.7
専門医の研修施設 (n=340)	100.0	71.5	3.5	65.6	50.0	49.4	58.5	4.1	22.6	3.2	37.4	34.7	5.9	23.5
医育機関 (n=50)	100.0	76.0	4.0	74.0	64.0	46.0	56.0	2.0	28.0	2.0	34.0	40.0	6.0	20.0
いずれでもない (n=345)	100.0	57.4	4.6	49.6	32.8	37.4	48.7	6.4	13.0	6.7	15.9	15.1	1.2	36.8

※全体の調査数には研修施設等の指定状況が無回答のものを含むため、また、研修施設等の指定状況は複数回答であるため、全体の調査数は各研修施設等の指定状況の調査数の合計と一致しない。

出所：厚生労働省 [2018a] 60 ページを一部改変。

く、次いで「専門医の研修施設」が29.4%である。「医育機関」では18.0%にとどまっている（厚生労働省 [2018a] 59 ページ）。「医育機関」で最も業務内容の定めがないことは、医師と看護職員で共通している。

次に医療機関がどのような業務を労働時間として考えているのか見ていこう。医師について見た表2によれば、全体では「病院や所属長から指示のある研修・勉強会」が68.5%と最も高く、「院内横断的な委員会」が59.8%、「病院や所属長から指示のある学会活動・研究」が57.5%と続く。研修施設等の指定状況別に見ると、「医育機関」では「部下、後輩等への教育・指導」の割合が64.0%と全体に比べて20ポイント以上高いことが1つの特徴となっている。一方、看護職員では表3の通り「病院や所属長から指示のある研修・勉強会」の割合が74.7%と最も高く、「院内横断的な委員会」の65.1%、「病院や所属長から指示のある学会活動・研究」の62.0%と続く。研修施設等の指定状況別に見ると、「医育機関」では「部下、後輩等への教育・指導」の割合が72.0%と全体に比べて20ポイント以上高い。医師と共通した傾向であると言えよう。医師・看護職員に共通した傾向としては、「病院や所属長から指示のない」業務や「自己研鑽のため」に行う業務について、労働時間として考えない病院が9割以上に達していることも挙げられる。

しかし、本稿の関心から何より重要なのは、同じような業務でも、医療機関によって労働時間として見なすかどうかについて見解の相違があることである。特に以下の2点が指摘できる。第1に、医療機関の機能によって労働時間として見なす業務かどうかの違いがある。例えば、「部下、後輩等への教育・指導」や「院内横断的な委員会」を業務と見なす傾向は「医育機関」で強いが

表3 看護職員の労働時間として考えている業務（病院調査、複数回答、研修施設等の指定状況別）

	割合 (%)														
	合計	研修・勉強会 病院や所属長から指示のある	研修・勉強会 病院や所属長から指示のない	院内横断的な委員会	部下、後輩等への教育・指導	地域ケア会議・サービスクラス 者会議等	学会活動・研究	病院や所属長から指示のある 学会活動・研究	病院や所属長から指示のない 学会活動・研究	手技・手術のトレーニング	自己研鑽のための勉強	勤務終了後に行う翌日の準備 (診察のための必要な準備等)	勤務開始時間前に行う準備	その他	無回答
全体 (n=1,078)	100.0	74.7	2.7	65.1	51.4	53.1	62.0	2.2	23.4	3.9	34.2	27.7	2.9	21.5	
臨床研修病院（基幹施設）(n=347)	100.0	79.3	1.2	71.2	60.5	57.1	64.6	0.6	23.9	1.4	46.4	39.5	3.7	17.6	
臨床研修病院（連携施設）(n=420)	100.0	77.4	1.7	68.1	53.6	57.9	67.1	1.4	21.7	2.9	41.7	31.9	4.3	18.1	
専門医の研修施設(n=340)	100.0	75.9	2.6	70.0	58.2	55.9	63.5	1.8	27.6	2.6	42.1	36.5	4.7	20.6	
医育機関 (n=50)	100.0	80.0	6.0	76.0	72.0	54.0	62.0	0.0	38.0	2.0	42.0	38.0	4.0	20.0	
いずれでもない (n=345)	100.0	69.3	4.1	58.6	43.2	46.7	55.1	3.5	22.6	6.4	21.7	17.4	1.4	26.4	

※全体の調査数には研修施設等の指定状況が無回答のものを含むため、また、研修施設等の指定状況は複数回答であるため、全体の調査数は各研修施設等の指定状況の調査数の合計と一致しない。

出所：厚生労働省 [2018a] 61 ページを一部改変。

「いずれでもない」で弱い。第2に、同じ機能を持つ医療機関の間でも労働時間として見なす業務に違いがある。例えば「部下、後輩等への教育・指導」を業務と見なさない「医育機関」は医師では約36%、看護職員では約28%ある。

次に個人調査の検討に移ろう。まず、労働時間として認められる業務内容に関する就業規則等での定めの有無について尋ねたのが図3である。医師では「明示されている」の割合が42.7%である一方、「明示されていない」の割合は12.3%となっている。しかし、最も特徴的なのは「わからない」が40.4%に達していることだろう。看護職員では、「明示されている」が58.8%であるのに対し、「明示されていない」は10.8%にとどまっている。「わからない」は28.1%である。医師・看護職員ともに業務内容の定めの有無が「わからない」の割合が少なくないが、医師では看護職員と比べてもその傾向が強い。医師では勤務先での「業務」と「業務」外の研究・自己研鑽活動を線引きすることが難しいこと、それと同時に、どの仕事職場における「業務」に該当しているのかが日常的にあまり意識されていないことが示唆される。

以上をまとめると、まず労働時間として認められる業務内容について就業規則等で定めている医療機関は限定されていた。医療機関では必ずしも職種ごとに職務範囲の限定が行われているわけではないことが示唆される。また、同種の業務であっても医療機関によって労働時間として認められるもの、逆に認められないものが見られた。さらに同じ機能を持つ医療機関の間でも労働時間として見なす業務に違いがあることもわかった。労働時間として認められない場合は当然その仕事に対する賃金の支払いも発生しないだろう。一方、個人調査の結果からは医師・看護職員ともに業務内

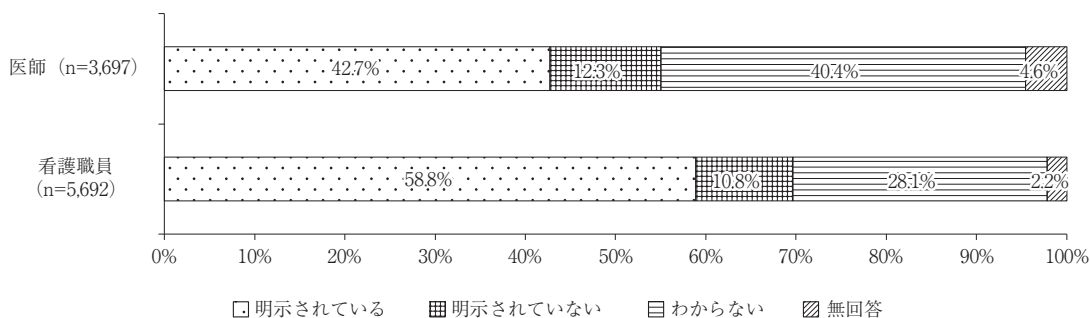


図3 労働時間として認められる業務内容に関する就業規則等での定めの有無（個人調査）

出所：厚生労働省 [2018a] 96 ページおよび 183 ページから筆者作成。

容の定めの有無が「わからない」の割合が少なくないが、医師では特にその傾向が強いこともわかった。

総じて言えば、医療従事者の仕事は管理取引として職場ごとに編成される分業体制のなかで決定されており、職種の職務範囲が明確に規定されているわけではない。つまり、職場で各人が受け持つ職務は一定の範囲で流動的な状況にあると考えられる。こうした状況では、タスク・シフティングによって一時的に職務負担が軽減されたとしても、長期的には別の職務が新たに「仕事」に加えられ、再度、職務負担の増加に向かう可能性も否定できないのではないだろうか。

2 「本来の担当業務」と「周辺的な雑務」についての意識

医療従事者の仕事それぞれの職場で個別決定されるとすれば、タスク・シフティングの円滑な実施にあたっては、医療従事者一人ひとりの仕事の負担感についての公平性が重要になる。特に、自分の仕事についてのどの程度が本来の業務であると感じているのが重要になるだろう。

医師の勤務実態や働き方の意向などを調べた厚生労働省医政局 [2017] は、勤務医へのアンケート調査の間5において「次の各業務のうち、(1) 12月14日(水)の1日に各業務に費やした時間と、(2) 現在自分で行っている業務量を100%としたときに他職種(看護師や事務職員等のコメディカル職種)に分担可能と考える割合についてお答えください。」と尋ねている。「次の各業務」とは「患者への説明・合意形成」「血圧などの基本的なバイタル測定・データ取得」「医療記録(電子カルテの記載)」「医療事務(診断書等の文書作成、予約業務)」「院内の物品の運搬・補充、患者の検査室等への移送」の5つの業務である。厚生労働省 [2019] (43-44 ページ)はこの調査結果から、医療従事者一般が実施可能なタスク・シフティングとして、勤務医の業務のうち平均1日約40分程度(医師の勤務時間のおよそ7%に相当)を挙げている。また、特定行為に関わるタスク・シフティングについても、厚生労働省 [2018b] のタイムスタディ調査等を根拠に、全体の約3%程度、外科系医師に限れば約7%程度の業務時間が他職種へ移管可能であるとしている。

ただし、こうした推計の妥当性・適切性についてはいくつかの点で疑問も残る。例えば、上記の通り厚生労働省医政局 [2017] が勤務医に尋ねた移管可能な業務の内容は5つに限定されており、さらに調査の時点も12月14日という特定の時点に限定されている。そのため、業務の種類や調査時点を緩やかに設定すれば、上記の回答結果は変化する可能性が考えられる。また、厚生労働省医政局 [2017] や厚生労働省 [2018b] はもっぱら医師に対する調査であるが、本来、タスク・シフ

表 4 記述統計量

	平均	標準偏差
「本来の担当業務」の割合 (%)	79.177	19.797
「周辺の雑務」の割合 (%)	15.217	15.099
職種 医師	0.061	0.239
薬剤師	0.071	0.257
看護職	0.437	0.496
医療技術者	0.357	0.479
その他医療専門職	0.074	0.263
年齢	37.305	10.348
発言タミー	0.158	0.365
男性タミー	0.389	0.488
主な仕事からの年収 (万円)	475.411	325.438
Ln (主な仕事からの年収 (万円))	6.013	0.573
1 週間の労働時間	41.968	9.584
Ln (1 週間の労働時間)	3.690	0.406
企業規模 4 人以下	0.023	0.151
5～9 人	0.058	0.235
10～19 人	0.057	0.233
20～29 人	0.034	0.181
30～49 人	0.040	0.197
50～99 人	0.075	0.264
100～299 人	0.201	0.401
300～499 人	0.150	0.357
500～999 人	0.150	0.357
1000～1999 人	0.116	0.320
2000～4999 人	0.040	0.197
5000 人以上	0.045	0.207
公務 (官公庁)	0.010	0.097
勤続年数	7.724	8.172
サンプルサイズ	941	

ティングの受け手であるコメディカル職種に対しても同様の調査を実施する必要があるのではないだろうか。

そこで、リクルートワークス研究所が実施した『全国就業実態パネル調査, 2018』の個票データを使った計量分析から、医療従事者の仕事意識について検討してみよう¹¹⁾。この調査の Q45 は、仕事時間の全体を 100% としたときに「本来の担当業務で成果と直結している仕事 (以下、本来の担当業務)」や「周辺の雑務」などがそれぞれ何% に相当するかを尋ねており¹²⁾、上記の厚生労働省の調査とほぼ同様の観点から、職場の様々な業務のうち、どの程度が本来の担当業務であると

11) 二次分析に当たり、東京大学社会科学研究所附属社会調査・データアーカイブ研究センター SSI データアーカイブから『全国就業実態パネル調査, 2018』(リクルートワークス研究所)の個票データの提供を受けた。この調査は全国 15 歳以上の男女を対象として行われ、有効回収数は 50,677 人であった。調査期間は 2018 年 1 月 12 日～1 月 31 日である。

12) アンケートでは「待機や客待ち等の手持ち時間」の割合も尋ねられている。

医療従事者らが感じているのかを検討することができる。

この調査では2017年の「12月時点」の状態を尋ねており、先に見た厚生労働省医政局〔2017〕の設問と比べて、調査時点の設定が緩やかであるという特徴がある。また、医師だけでなく、多様なコメディカル職種にも調査が行われており、医療機関で働く様々な職種のなかで、医師の仕事に関する意識を相対的に浮かび上がらせることができるのも、このデータを使うメリットである。以下ではサンプルを「医療業（病院、歯科診療所など）」の「正規の職員・従業員」である医療専門職¹³⁾に限定して分析を進める。

次に計量分析のモデルについて説明する。被説明変数は「本来の担当業務」および「周辺の雑務」の割合とし、トービット・モデルによって推定する。一方、説明変数について、ここでは年齢の違いと職場の労働者の発言力が、医療従事者の仕事意識にどう影響しているのか検討することにしたい。厚生労働省医政局〔2017〕（13ページ）によれば、勤務時間は年齢の若い医師ほど長い傾向がある。また、第3節第2項で見たとおり、「医師の働き方改革」では職場において医療従事者の声をどう反映させるかが課題であると考えられる。そこで前者については年齢を、後者についてはQ67（4）職場において「労働者の利益を代表して交渉してくれる組織がある、あるいは、そのような手段が確保されていた」との質問に、「あてはまる」「どちらかというにあてはまる」と回答した人を「発言ダミー」とし、それぞれ変数としてあてる。そのうえで、職種ダミーと年齢および発言ダミーの交差項を作り説明変数とする。コントロール変数は男性ダミー、自然対数値化した年収および1週間の労働時間、企業規模ダミー、勤続年数とする。

各変数の記述統計量は表4の通りである。全サンプル平均で「本来の担当業務」の割合は79%、「周辺の雑務」の割合は15%となっている。なお、表では示していないが職種別に見てもこの割合にほとんど違いは見られない。医療専門職は仕事時間全体のうち2割弱ほどが「周辺の雑務」に費やされていると感じているようである。

表5モデル1～2は「本来の担当業務」の割合を被説明変数としたトービット分析の結果である。まず、モデル1で職種ダミーと年齢の交差項の効果を見てみると、全ての交差項が有意な影響を与えていることがわかる。「本来の担当業務」の決定要因としてどの職種でも年齢が重要な意味を持っていることが示唆される。さらに、どの職種でも年齢が高い人ほど「本来の担当業務」を行っていると感じる傾向があること、また他の職種と比較して、特に医師では年齢が高まるほど「本来の担当業務」を行っていると感じる傾向が強いということもわかる。一方、モデル2で職種ダミーと発言ダミーの交差項の効果を見ると、有意な影響が全くないことがわかる。職場レベルでの労働者の発言は、少なくとも労働者自身の主観のレベルでは、仕事の在り方に影響を与えていないことが示唆される。

次に、モデル3～4は「周辺の雑務」の割合をそれぞれ被説明変数としたトービット分析の結果である。モデル3で職種ダミーと年齢の交差項の効果を見てみると、全ての交差項が有意な影響を与えている。「周辺の雑務」の決定要因として、どの職種でも年齢が重要な意味を持っていることが示唆される。係数値は全てマイナスの値をとっており、どの職種でも若手ほど「周辺の雑

13) 分析データに含む職種は医師（歯科医師、獣医師を含む）、薬剤師、看護職（保健師・助産師・看護師（准看護師を含む））、医療技術者（診療放射線技師、臨床検査技師、歯科技工士、理学療法士など）、その他医療専門職（栄養士、マッサージ師、カウンセラーなど）である。職種の構成割合については表4を参照。

表5 トービット分析の結果

従属変数 説明変数	「本来の担当業務」の割合 (%)				「周辺の雑務」の割合 (%)			
	モデル1		モデル2		モデル3		モデル4	
	係数	標準誤差	係数	標準誤差	係数	標準誤差	係数	標準誤差
年齢×医師	1.301	0.438***			-1.147	0.318***		
年齢×薬剤師	1.085	0.454**			-0.870	0.287***		
年齢×看護職	0.968	0.371***			-0.788	0.243***		
年齢×医療技術者	0.915	0.388**			-0.671	0.259***		
発言ダミー×医師			-18.478	12.556			-1.486	7.121
発言ダミー×薬剤師			4.958	11.303			-7.307	9.305
発言ダミー×看護職			0.259	7.919			-4.807	6.210
発言ダミー×医療技術者			1.197	7.919			-3.686	6.262
サンプルサイズ	941		941		941		941	
Log-likelihood	-3456.479		-3460.678		-3256.123		-3262.191	

注：***は1%水準，**は5%水準で統計的に有意。標準誤差は頑健標準誤差。いずれのモデルも推定式には職種ダミー（ベースはその他医療専門職）、年齢、発言ダミー、男性ダミー、自然対数値化した主な仕事からの年収（万円）および1週間の労働時間、企業規模ダミー、勤続年数が含まれる。

務」をしていると感じていること、また係数の絶対値が医師で最大となっていることから読み取れるように、他の職種と比較して、医師では特に若手ほど「周辺の雑務」をしていると感じていることがわかる。一方、モデル4で職種ダミーと発言ダミーの交差項の効果を見ると、やはり有意な影響は全くない。

以上の結果をまとめると、第1に医療従事者らは、職場レベルでの労働者の発言が医療機関における仕事の在り方に影響を与えているとは考えていないことがうかがわれる。第Ⅲ節第2項で検討したとおり、医療機関は産業全体と比較しても労使のコミュニケーションが希薄であると考えられるが、労働者の発言機能が確保されている場合でも、仕事の在り方の問題が労使間で十分に話し合われてこなかった可能性をこの結果は示唆している。第2に、仕事意識には年齢が有意な影響を与えていることがわかった。特に医師では、若手ほど「本来の担当業務」が行えておらず、逆に「周辺の雑務」が多いと感じる傾向が見られた。このことは、従来から指摘されてきたように若手医師に雑務が集中する現在の勤務環境を改善する必要性が高いことを示唆している。しかし、その一方で、程度は医師ほどではないにしても、薬剤師、看護職、医療技術者といったコメディカル職種においても、若手ほど「周辺の雑務」が多いと感じていることが読み取れた。こうした結果は、「医師の働き方改革」で想定されるタスク・シフティングの受け手側でも、仕事の負担に関して世代間での公平性・納得感が強く求められていることを示唆していると言えるだろう。

V 終わりに

医療機関で労働問題が絶えない背景には、管理取引の領域が拡大し、医療サービスの供給形態の変化が歴史的に進んできたにもかかわらず、そうした状況の変化に医療政策が十分対応してこなかったことが挙げられる。日本の医療政策では診療報酬制度を通じた医療機関へのインセンティブの付与が重視されてきたが（島崎 [2020]）、診療報酬政策とは、本来開業医が供給する医療サービ

スの価格決定に関わる割当取引であり、勤務医による医療サービス供給の在り方を決める管理取引を直接に律するものではない。言うまでもなく、1950年代以降のコメディカル職種の増加やその労働力取引にも本質的には対応していない。こうした歴史的経緯から見ても、個別医療機関の労務管理への介入は、日本の医療政策が最も不得手とする領域に位置していると言わざるを得ないだろう。

割当・管理取引では、個々の利害関係者が逐一交渉に関わることはなく、ただ法的優位者が法的劣位者に一方的に「命令」という形態がとられる (Commons [1950])。それゆえ、政策・制度が持続的に機能していくためには、この「命令」を受けて医療サービスを生産する個々の医療従事者らの納得と協力が重要となろう。しかし、現状では現場の医療従事者の声を反映させるチャンネルは限定されており、また、看護職などへのタスク・シフティングは医師の仕事の負担軽減にはつながらないなどと、働き手の側から「医師の働き方改革」へ反対する声も上がっている¹⁴⁾。

島崎 [2020] が指摘するように、今後は政策ミックスが必要であると言えるが、厚生労働省 [2019] が描く道筋で「医師の働き方改革」を実行するのであれば、まずは病院内の労使コミュニケーションをいかに図るかが真剣に検討されるべきだろう¹⁵⁾。また既存の医療労組にしても、職場の仕事の在り方の問題を積極的に労使交渉のテーブルにのせ、これを運動活性化の1つの好機として捉えるくらいの心意気が必要かもしれない。

さらに、本稿の分析では医師だけでなく、コメディカル職種でも若手に雑務が偏る傾向が見られ、世代間での仕事の負担感・公平感に配慮が必要であることが示唆された。「医師の働き方改革」は文字通り医師の仕事に関する議論として進められているが、その内容はコメディカル職種の働き方に大きく影響するものとなっている。改革の推進にあたっては、医師だけでなくコメディカル職種においても離職防止や、男女ともに就業継続を実現できる環境の整備を図る視点が欠かせないだろう。本稿で検討する余裕はなかったが、仕事の見直しだけでなく、仕事に対する報酬の見直しも、医療従事者全体の公平性という観点から今後検討すべき課題かもしれない。

※本稿は2019年度に交付を受けた松山大学特別研究助成による研究成果の一部である。

参考文献

- 青柳精一 [1996] 『診療報酬の歴史』 思文閣出版。
安里賀奈子 [2019] 「医師の働き方改革」『季刊労働法』 266, 42-53 ページ。
猪飼周平 [2010] 『病院の世紀の理論』 有斐閣。
岡野孝信 [2018] 『日本における医療労働組合の歴史的特質』 博士論文 (千葉大学)。
神里 (所) 彩子 [2004] 「GHQ 占領期における医師会の設立・加入体制の構築経緯」『日本医史学雑誌』 50 (2), 243-274 ページ。

14) 日本医労連の談話 (<http://irouren.or.jp/lines/20180205.pdf>, および <http://irouren.or.jp/lines/3f79050690b6a9485846348a24cf350f64e1211b.pdf>, 2020年9月8日アクセス)。

15) 例えば、タスク・シフティングの実施とあわせて労使協議機関を設け、定期的に業務に関する苦情や改善点などを話し合い、協議結果をまとめ報告した医療機関に診療報酬を上乗せするといった施策が考えられるのではないかと。

川上 武 [1965] 『現代日本医療史』 勁草書房。

厚生労働省 [2018a] 『過労死等に関する実態把握のための労働・社会面の調査研究事業報告書（医療に関する調査）』 <https://www.mhlw.go.jp/content/11200000/000511979.pdf>, 2020年7月2日アクセス。なお、この調査はみずほ情報総研株式会社への委託事業として実施されている。

厚生労働省 [2018b] 『病院勤務医の勤務実態調査』 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000331107.pdf>, 2020年9月18日アクセス。

厚生労働省 [2019] 『医師の働き方改革に関する検討会 報告書』 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000496522.pdf>, 2019年8月2日アクセス。

厚生労働省医政局 [2017] 『医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査』 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000161146.pdf#search='%E5%8C%BB%E5%B8%AB%E3%81%AE%E5%8B%A4%E5%8B%99%E5%AE%9F%E6%85%8B%E5%8F%8A%E3%81%B3%E5%83%8D%E3%81%8D%E6%96%B9%E3%81%AE%E6%84%8F%E5%90%91%E7%AD%89%E3%81%AB%E9%96%A2%E3%81%99%E3%82%8B%E8%AA%BF%E6%9F%BB'>, 2020年6月26日アクセス。

島内武文・一條勝夫・前田信雄 [1962] 『病院の人事と給与』 医学書院。

島崎謙治 [2020] 『日本の医療 [増補改訂版]』 東京大学出版会。

島田陽一 [2019] 「医師の働き方改革と今後の労働時間規制」『季刊労働法』 266, 2-18 ページ。

菅谷 章 [1976] 『日本医療制度史』 原書房。

高橋真悟 [2006] 「J. R. コモンズの『取引』 経済学」『経済学史研究』 48 (1), 16-31 ページ。

土田武史 [2011] 「国民皆保険 50 年の軌跡」『季刊社会保障研究』 7 (3), 244-256 ページ。

富岡次郎 [1972] 『日本医療労働運動史』 勁草書房。

西村 健 [2018] 『プロフェッショナル労働市場』 ミネルヴァ書房。

西村 健 [2021] 「『病院スト』と医療従事者の賃金」『大原社会問題研究所雑誌』 4月号掲載予定。

宗前清貞 [2020] 『日本医療の近代史』 ミネルヴァ書房。

労働政策研究・研修機構編 [2018] 『過半数労働組合および過半数代表者に関する調査』 調査シリーズ No.186。

Commons, J. R. [1934] *Institutional Economics*, New York, Macmillan.

Commons, J. R. [1950] *Economics of Collective Action*, New York, Macmillan.

Hirschman, A. O. [1970] *Exit, Voice, and Loyalty*, Cambridge, Harvard University Press.