
特集：医療専門職の業務の変化と現代的課題

医療専門職の労働条件、職場環境、そして働き方と医療サービス： 日米比較の視点を交えて

中田 喜文*

抄 録

医師、看護師、そしてその他医療職について、労働時間の実態と過去10年の変遷をアメリカとの比較も交え、分析した。3つの医療職では、医師が突出して長い、従業上の地位や雇用形態間で差があった。雇用者で特に長時間労働の傾向が見られた。医師については、年間就業日数が多いほど、長時間労働となり、年300日以上就業者では、男女ともに6割以上が、週60時間以上就労していた。過去10年の労働時間の変遷では、それぞれの職種において労働時間の短縮化傾向が確認できた。これらの短縮が起こった時期は、医療職全般において人手不足が加速した時期と重なる。有効求人倍率の推移を見ると最も倍率の高い医師においては、給与の上昇と労働時間の短縮が同時に進み、大幅な労働条件の改善が実現された。また、労働条件の改善を各病院が実現するには生産性の改善が必要となる。そこでチーム医療の持つ生産性向上効果についてのケース分析を示し、その効果を検討した。

キーワード：医療職、長時間労働、超過需要、労働条件改善、チーム医療

社会保障研究 2019, vol.3, no.4, pp.505-520.

I はじめに

本小稿の目的は、日本の医療職の労働時間の現状を政府公表統計を用いて分析し、医療職の長時間労働の実態を確認することにある。日本の医療職の労働時間は、日本の中で他職種と比べ長いのだろうか？ 日本の就業者の長時間労働の実態については以前より国内外から指摘されており¹⁾、今に始まるものではない。その意味で、医療職の長時間労働は、日本人の働き方の問題としてとらえるべきか、それとも医療の問題としてとらえる

べきであろうか。

また、性別、年齢、組織規模、あるいは雇用形態で労働条件が大きく異なることも、労働経済学者が長らく主張するところである²⁾。医療現場における長時間労働も、このようなコンテキストの中で検討すべきであろうか。

社会的には、医療現場における長時間労働は、比較的最近の問題ととらえられているようだ。しかし、医師の視点から見れば、明治期の刑法を源流とする「応召義務」や戦中期の医師不足を振り返ると、むしろ戦前期から続く日本の医療提供体制における構造的な問題ととらえることも出来る。

* 同志社大学大学院総合政策科学研究科 教授

¹⁾ Sparks et al (1997) 等参照。

²⁾ 橋本(1992)やTachibanaki(1998)参照。

この意識のギャップを埋める必要もあるだろう。

社会的には、医療現場における長時間労働は、比較的最近の問題ととらえられているようだ。しかし、医療の現場では、戦後、あるいは戦中、戦前から続く構造的問題との意識が強い。この意識のギャップを埋める必要もあるだろう。その意味で、10年という限られた期間ではあるが、本小稿では労働時間の変遷にも注目する。近年、医療現場の労働環境は益々悪化し、長時間労働はさらに広がっているのか、その疑問にも答えたい。加えて、以上の日本の医療職における労働時間の特徴は日本固有のものか、それとも医療という特殊な対人サービスに伴う、普遍性の有る労働問題であるのか？限定された対象ではあるが、アメリカとの比較を通して、この疑問にも答えたい。

Ⅱ 日本の医療職の労働時間の実態：就業構造基本調査とCPS（Current Population Survey）データを用いて

1 現状

（1）医療職の従業上の地位や雇用形態の特徴

医療職の労働時間を考える上で、彼らの従業上の地位や雇用形態の特徴を確認しておく必要がある。従業上の地位や雇用形態とは、自営業主として働くのか、それとも会社や法人等の組織の役員なのか、あるいは役員ら経営者に雇用される雇用者（さらには正規か非正規か）の別である。なぜなら、雇用関係の違いによって労働時間の長さを含め、働き方に関する裁量度が大きく異なるからである。自営業主は、いつ、どこで、どのように

働くか、つまり仕事に関する裁量の程度は高い。また組織に雇用される者の中では、役員はほかの雇用者と比べ相対的に仕事裁量度は大きく、その雇用関係上の立場から、自営業主と同様に労働基準法の規制対象外である。つまり、労働時間の法規制の対象外である。

表1に日本の就業者の全体と3つの医療職について、彼らが、どのような従業上の地位や雇用形態で就業しているのかを、分布割合で示した。医師およびその他医療職の男性については、自営業主・役員率が高く、ほかの職種と比べ、仕事や労働時間の裁量度が高いと推察できる。男女別に見れば、女性がより裁量度の低い雇用者である割合が高いことがわかる。

日本の労働統計においては、その多くが調査票の中に労働時間について設問を設けている。それらの中で、就業構造基本調査（以下就調）の労働時間データは、自営業主、役員、正規・非正規等の就業上の地位・雇用形態によって分類されており、かつ就業者全体標本に関する推計値が掲載されていることから、この小稿では就調を用いて以下の労働時間分析を行うことにする。

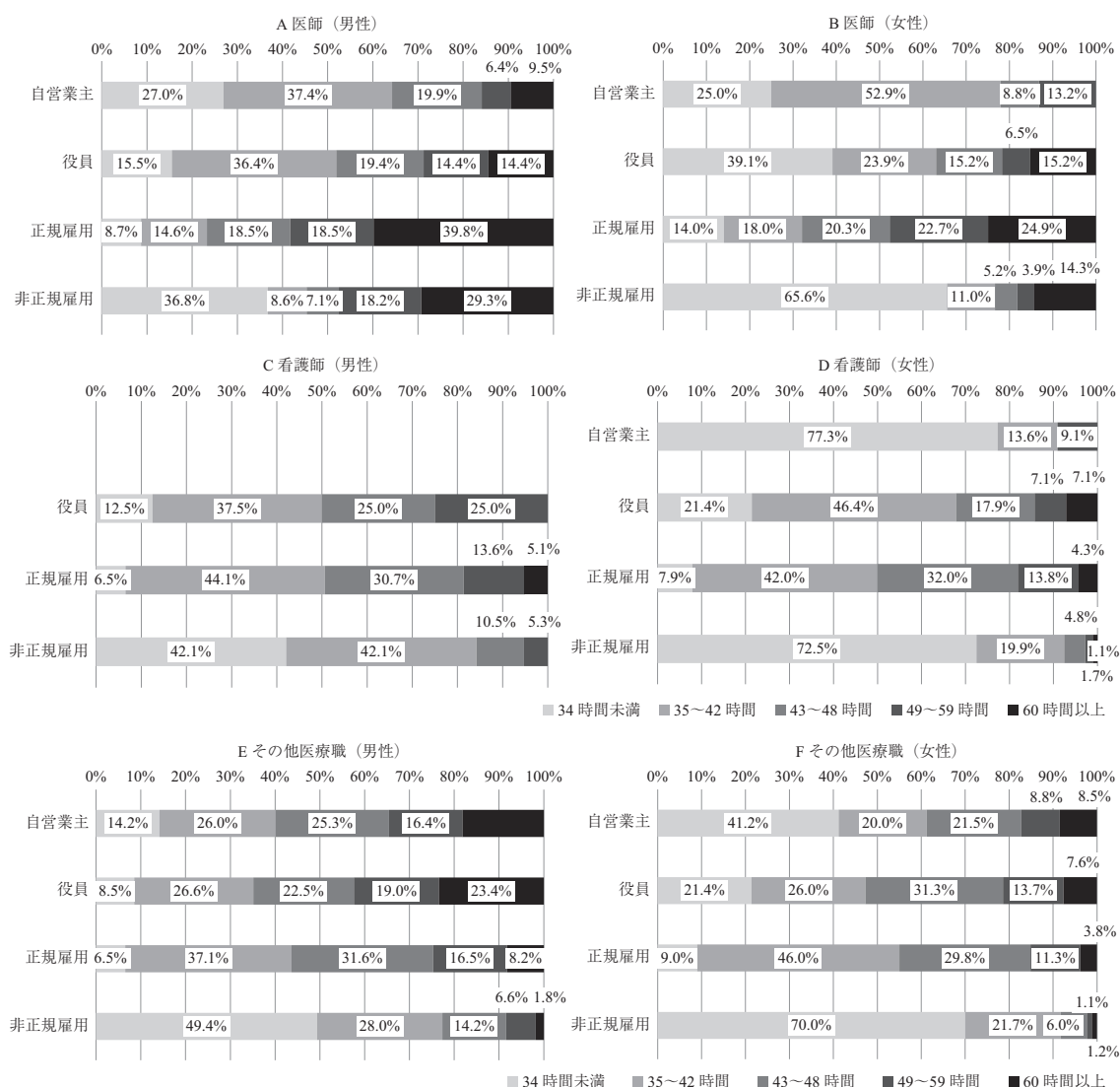
（2）労働時間分布

まず、4つの雇用形態間での労働時間分布の違いを見ることにする。自営業主、役員、正規の職員・従業員、非正規の職員・従業員の別である。自営業主、役員は、本来的には仕事裁量度が高く、労働基準法の規制対象外である。では彼らの労働時間の実態はどうであろうか。彼らは正規、非正規の職員・従業員と比べ、より長く働いているの

表1 従業上の地位・雇用形態分布（2017年）

		自営業主	会社などの役員（雇用者）	正規の職員・従業員	非正規の職員・従業員
全職種	男女計	11%	5%	52%	32%
医師	男	17%	14%	59%	11%
	女	9%	6%	61%	24%
看護師	男	0%	1%	93%	6%
	女	0%	0%	72%	27%
その他医療職	男	28%	5%	60%	7%
	女	5%	2%	62%	31%

出所：総務省統計局『平成29年就業構造基本調査結果』より著者作成。



出所：同上より著者作成。

図1 雇用形態別に見た週労働時間の分布

であろうか。それとも、高い裁量度を反映して、彼らの労働時間のばらつきは大きいのだろうか。また、男女間では、ライフスタイルの違いは、労働時間の差異に反映されているのだろうか。

図1に医療3職種（医師、看護師、その他医療職）の雇用形態別に見た週あたりの労働時間の分布状況を示した。先ず医師であるが、男女ともに、自営業主で週60時間以上の長時間労働が最も少な

く、続いて役員が少ない。つまり、雇用形態、そして仕事裁量度の差異が労働時間の長さに強く影響を与えていることがうかがえる。ただし、自営医師の中でも、60時間以上層が男性では10%弱存在するに対し、女性では皆無である。逆に週42時間以下のほぼ残業ゼロに対応する割合では、女性は男性より約14%多く、女性の短時間傾向が確認できる。

表2 医療職の職種構成と雇用者比率（2017年）

		総数	総合計に占める割合 (%)	雇用者比率 (%)	雇用者比率（役員除く）	200日以上就業する雇 用者比率（役員除く）
医師	男	254,700	7.7%	83%	70%	56.2%
	女	74,000	2.2%	91%	85%	73.2%
看護師	男	108,500	3.3%	100%	99%	93.1%
	女	1,360,100	41.3%	99.8%	100%	78.1%
その他医療職	男	622,200	18.9%	72%	67%	66.2%
	女	870,900	26.5%	95%	93%	74.3%
合計	男	985,400	29.9%	78%	71%	66.6%
	女	2,305,000	70.1%	98%	97%	76.5%
総合計		計 3,290,400	100.0%	92%	89%	73.5%

出所：同上より著者作成。

また、非正規雇用者では、短時間雇用と長時間雇用に2極分化している。男性では、34時間以下グループが約37%と大きなシェアを占めるが、同時に60時間以上層も3割と、この両極のグループで、男性非正規医師の3分の2を占めている。しかし、非正規においても男女の差が確認できる。非正規雇用の女性医師の3分の2は、週34時間以下に対し、男性ではその割合はほぼ3分の1と、短時間労働の傾向が女性に強い。

以上のように、どの雇用形態においても、同じ雇用形態の中では、女性の方が長時間労働者の割合が小さい。その意味で、医師と言う職種は、女性が希望するライフスタイルを働き方に反映できる職種のようなのである。

では看護師はどうであろう。看護師は、医師と較べると、どの雇用形態においても長時間労働者は少ない。4つの雇用形態と性別を組み合わせた8パターンの中で、最も長時間労働者が多いのは女性の役員であるが、60時間以上層は約7%である。

その他医療職においては、男性の自営業主、役員に長時間労働者比率が高いことが特徴である。しかし、正規、非正規の雇用者については、看護師と似通ったパターンが観察できる。特に非正規雇用者においては、34時間未満の短時間就業者か、週42時間未満のほとんど残業をしない者の割合が、女性で92%、男性でも77%と、常時残業を行っている者の割合は低い。

以上をまとめると、3職種共通の労働時間分布の特徴は以下ようになる。

：労働時間の長さにおいては、職種以上に雇用形態による差が大きい。

：非正規雇用者においては、3職種共通に週34時間未満の短時間労働者が多い。

：役員と正規雇用者の状況は、職種により状況が異なる。

：役員の中で労働時間が長いのは、その他医療職の男性。

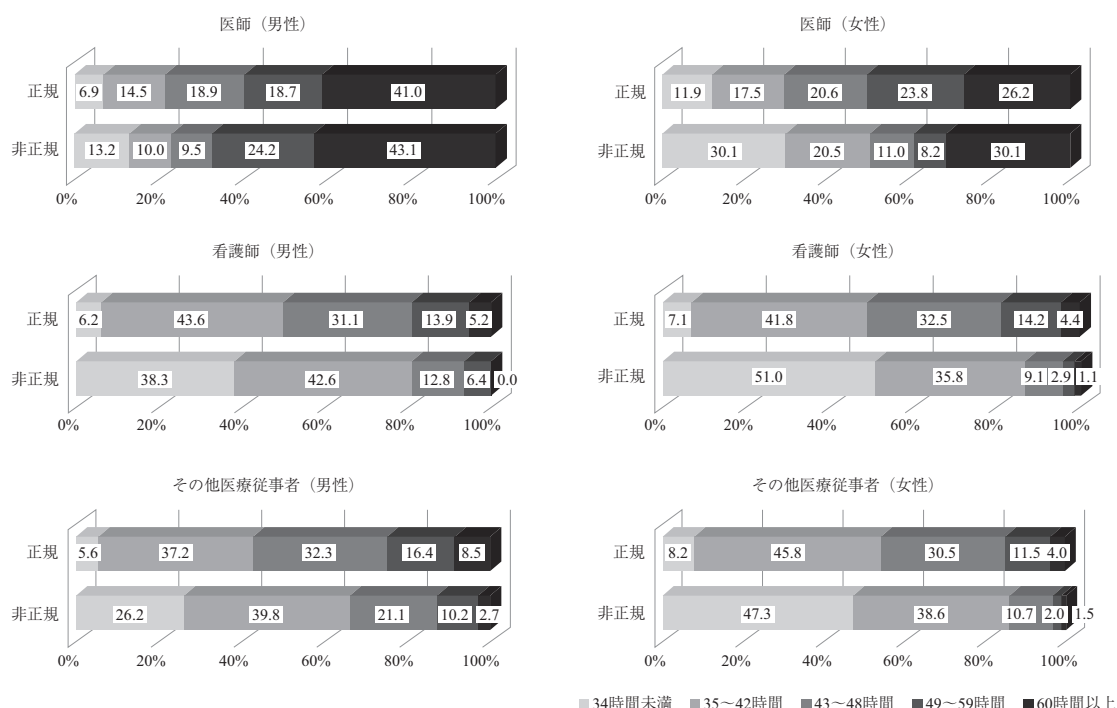
：正規雇用者の中で労働時間が長いのは医師。

：3職種のほぼすべての雇用形態において男女差が存在。

：基本的に同一職、同一雇用形態では、男性が女性より長時間労働。

：3職種の中では、雇用者（役員、正規雇用、非正規雇用）に限定すると、医師が最も労働時間が長い。特に、正規雇用の医師では、週労働時間が49時間を超えるものが5割、60時間以上が約4割。

以下では、医療職における長時間労働問題の原因とそれへの対策を念頭に、裁量が限定される雇用者である役員以外の雇用者で、かつ年間労働日数が200日以上のものに限定して議論する。表2の右下に掲載されている%数値が、この基準で対象を限定した場合の、総医療職種就業者に対する割合である。対象は限定的にはなるものの、全体の75%が、以下の分析対象である。



出所：同上より著者作成。

図2 医療職の労働時間：正規・非正規比較（2017年）

① 正規・非正規比較

上述したように、医療職においては、職種によって正規・非正規雇用間で労働時間の分布に大きな違いがある点への配慮が必要である。以下では、図2を参照しながら、検討を進めよう。

まず、3職種の中で最も長時間労働者比率が高い医師では、週60時間以上者の割合は、男女ともに正規雇用者より非正規雇用者で、この割合が高く、男性で4割、女性でも3割を超える。前掲の図1では、非正規雇用者の中に占める就業日数年間200日未満者の割合が大きいと、総非正規雇用者の中では長時間労働者割合が、総正規雇用者における割合より低かったものの、年間200日以上働くいわゆる「常用労働者」に限定すると、医師の非正規雇用における長時間労働の問題が明らかになる。

他方、看護師およびその他の医療職では、対象を「常用労働者」に限定しても、週60時間を超える長時間就業比率は、図1の場合と較べても

大きくは変わらず、長時間労働者の割合は低い。また、女性については、看護師、その他医療職ともに、非正規雇用のほぼ半数は、週労働時間が34時間未満の短時間就業者である。他方、男性は非正規雇用であっても、週の労働時間が35時間から48時間の間に収まる労働者が、55%から60%を占め、非正規雇用と言え、ほぼフルタイムで就業している者が大半であることがわかる。

② 長時間労働の負のスパイラル：より多く、より長く

医師の労働時間については、もう一つ課題が存在する。長時間労働の負のスパイラルである。年間就労日数が多い人ほど、週あたりの労働時間が長いという、問題である。この傾向は男女の医師に共通に見られる傾向ではあるが、特に男性の場合強くみられる。この傾向は、図3から明確に読み取れる。

まず男性医師についてみてみよう。年間就業日数が200～249日の雇用者の内、週労働時間が60時

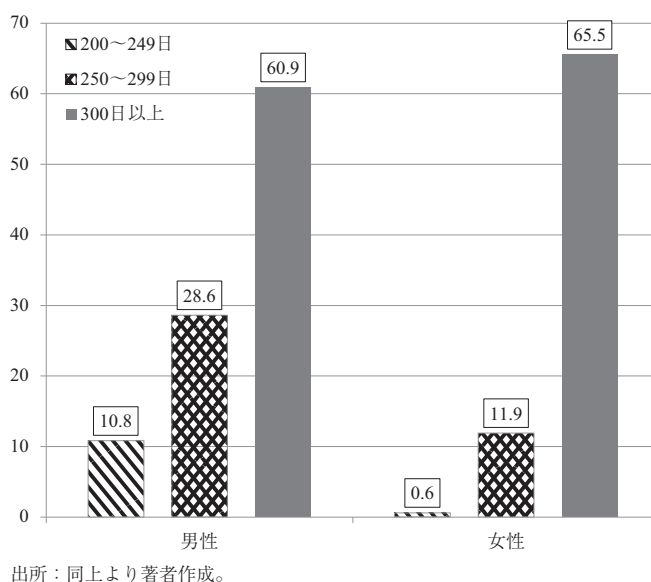


図3 医師の長時間労働の負のスパイラル

間を超える者の割合は10.8%である。しかし、この比率は250～299日就労する雇用者では28.6%と、ほぼ3倍に増える。さらに300日を超える雇用者では、60.9%と、割合はさらに倍増する。女性医師は、この増え方がさらに男性を上回る。週労働時間が60時間以上層の女性医師の割合は、就労日数が200日～249日では、0.6%に過ぎなかったのが、250～299日では、11.9%、そして300日を超えると65.5%と男性の割合をも上回る。働く日が増えれば増えるほど、1日当たりの労働時間も増えていくこの働き方は、過労死に向けての負のスパイラルと言えよう。

③ 日米比較による日本の医療職の労働時間評価
では、このような日本の医師の長時間労働の実態ではあるが、この状況は長時間労働国日本の特殊性の反映だろうか、それとも医師と言う人間の命と向き合う職種に特有な労働特性であろうか。この点を明らかにするために、平均的に見れば日本と同程度に長時間労働国であるアメリカの医師との比較を行うことにする。

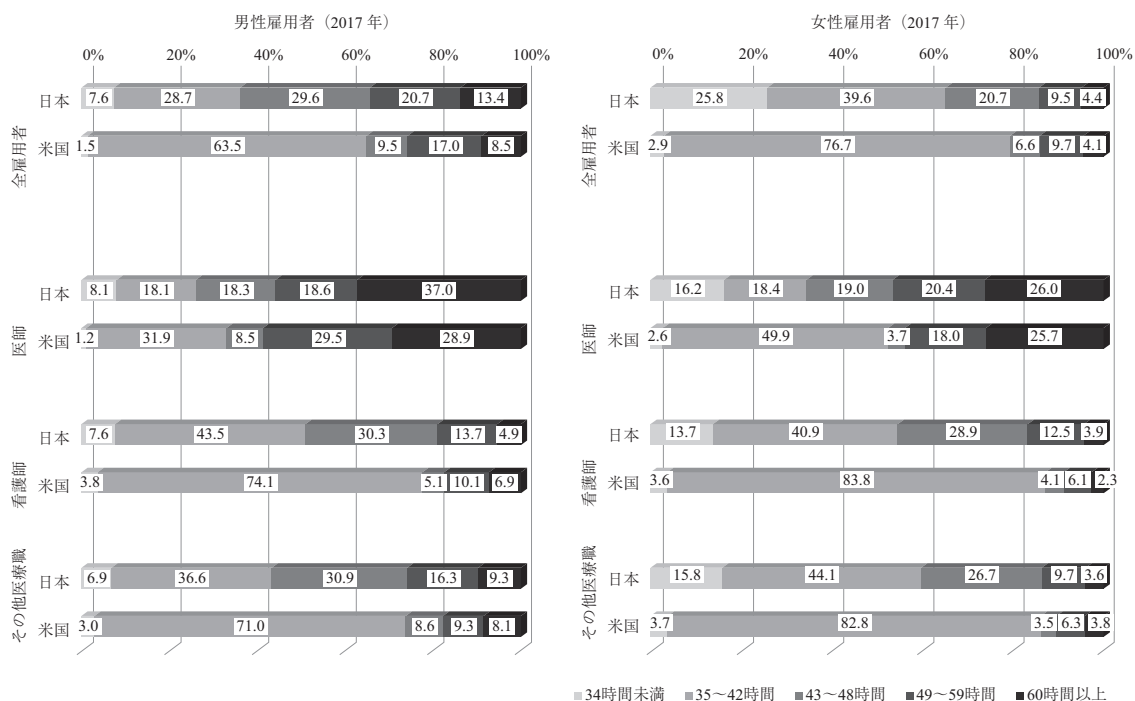
ここまでの日本の医療職種の労働時間分析は、就業構造基本調査という、世帯を対象として、全人口の就業状態を明らかにするための統計調査で

収集されたデータに基づき行ってきた。アメリカにおいても同種の全国の世帯を対象とする、通称CPSと呼ばれるアメリカ人の就業状態に関する無作為標本調査が存在する。以下で示すアメリカの数値は、このCPS（正式にはCurrent Population Survey）の約15万人サンプルから、調査時点で医師として就業する対象者を選択し、分析した結果である。

図4に、日本における分析対象である、年間労働日数が200日以上雇用者（正規・非正規の合計）について、週あたりの労働時間分布における日米比較の結果を、全雇用者、および3つの医療職について示した。

雇用者全体では、アメリカの雇用者の大半、男性では65%、女性では約80%の雇用者は、週労働時間が42時間以下と、ほぼ残業をしていない。他方日本の雇用者で、残業がほぼ無いと言える42時間以下の割合は、男性では約36%、女性では65%である。男女ともに、日本の残業雇用者率が、アメリカの割合を大きく上回り、特に男性での差が大きいことが確認できる。

医療職ではどうだろう。まず医師については、多くの者が長時間労働する実態は、日米共通な現



出所：総務省統計局『平成29年就業構造基本調査結果』および、Bureau of Census for the Bureau of Labor Statistics, Current Population Surveyの個票データを分析した結果より著者作成。

図4 日米労働時間比較

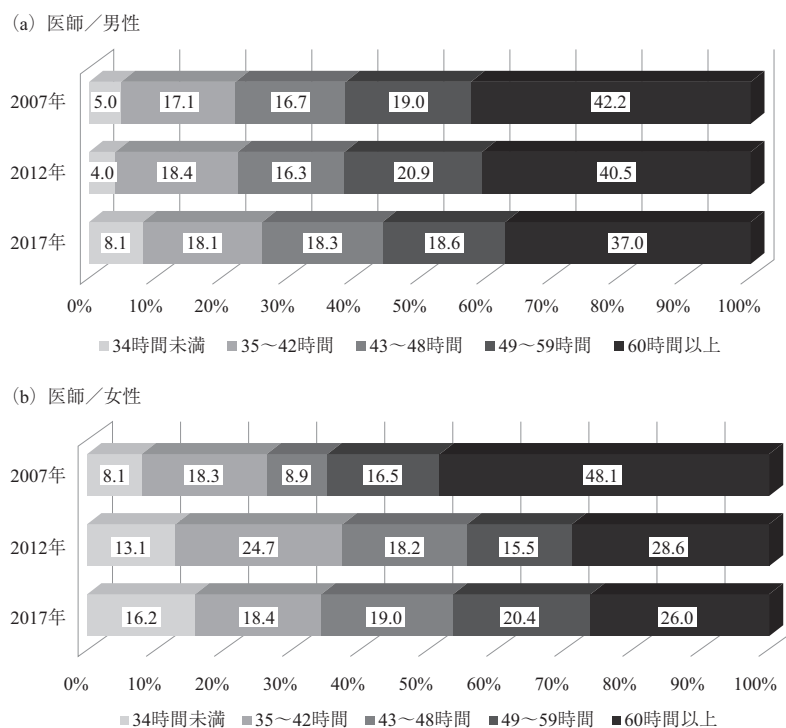
象であることがわかる。平均的にみればほぼ毎日2時間以上の残業をこなすことになる週49時間以上働く層の割合では、男性は日米ほぼ同水準の7割弱、女性でもともに45%前後の高水準である。平均残業時間が1日あたり4時間を超え、週労働時間が60時間を超える割合では、男性では、日本の37%に対し、アメリカは29%と日本が上回る。しかし、女性については日米ともに26%と同水準である。長時間労働者に注目すると、日米差は小さい。しかし、残業をしない層に着目すると日米で様相は異なる。ほぼ残業が無いと思われる週労働時間が42時間以下層の割合を比較すると、日本の男性医師が26%に対し、アメリカの医師では33%とアメリカが高い。女性では日米差はさらに開き、日本女性の35%に対し、アメリカ女性では53%弱と半数を超える。この医師に見られる長時間残業割合の類似性と残業皆無層における日米格差のパターンは、看護師、およびその他の医療

職においても確認できる。週労働時間が49時間以上で、日々の残業時間が2時間以上層は、日米ともに25%を超えることもなく、週残業が20時間を超える週労働が60時間以上層においても、日米ともに10%未満である。しかし、週労働時間が42時間未満の残業を行わない層では、アメリカはどちらの職種でも、男女ともに8割前後の高さであるが、日本では女性でも6割以下、男性では看護職が51%、その他医療職では43.5%と、日米で大きな差が存在する。

このように、現れ方は職種により異なるが、3医療職共通に、日本の医療職がアメリカの医療職より長く働いている現実が確認できた。

2 変化

では、以上で見た日本の医療職の労働時間の特徴、特に医師の極めて長い労働時間の実態は、長期に及ぶ慢性的な現象の2017年という一時点での



出所：総務省、『平成29年就業構造基本調査結果』、『平成24年就業構造基本調査結果』、『平成19年就業構造基本調査結果』より著者作成。

図5 労働時間分布の変化：2007年～2017年

断片なのか、それともここ数年の現在的な現象なのであろうか。この間に答えるには、中長期の労働時間データを用いた、経年的分析が必要になる。幸い前節までの分析に用いてきた就調は、5年間隔でほぼ同一の調査票を用いて就業者の労働時間に関するデータを収集している。この経年的データを用いると、過去からの変化を明らかにできる。そこで、図5に2007、2012、そして2017年の医師についての労働時間分布を掲示した。

(a) は、男性医師、(b) は、女性医師に関する週当たり労働時間の3カ年の分布である。男性については、週60時間以上層が、2007年の42%から2017年の37%へと5%減少している。同様に、49時間以上層についても、2007年の61.2%から2017年の55.6%へ6%近い低下である。この間の変化

は、女性においてはさらに大きい。週60時間を超えて勤務していた割合は、2007年の48%から2017年には26%へと、ほぼ半減である。看護師、その他医療職においても、その程度は異なるものの、ほぼ同様な減少傾向が確認できた³⁾。10年前は、今以上に医療の現場に過酷な長時間労働が存在していたのである。

そこで、次にこのような長時間労働者割合の急激な低下は、他方でどの労働時間層の増大をもたらしているのかをみてみよう。男女共通に見られた過去10年の長時間労働層の減少は、短時間労働層の増加、具体的には短時間パートの増大によるものか、あるいは残業をしないフルタイム層の増大によるものであろうか。図6にその答えを示した。

³⁾ ただし、男性看護職については、この減少傾向が確認できなかった。

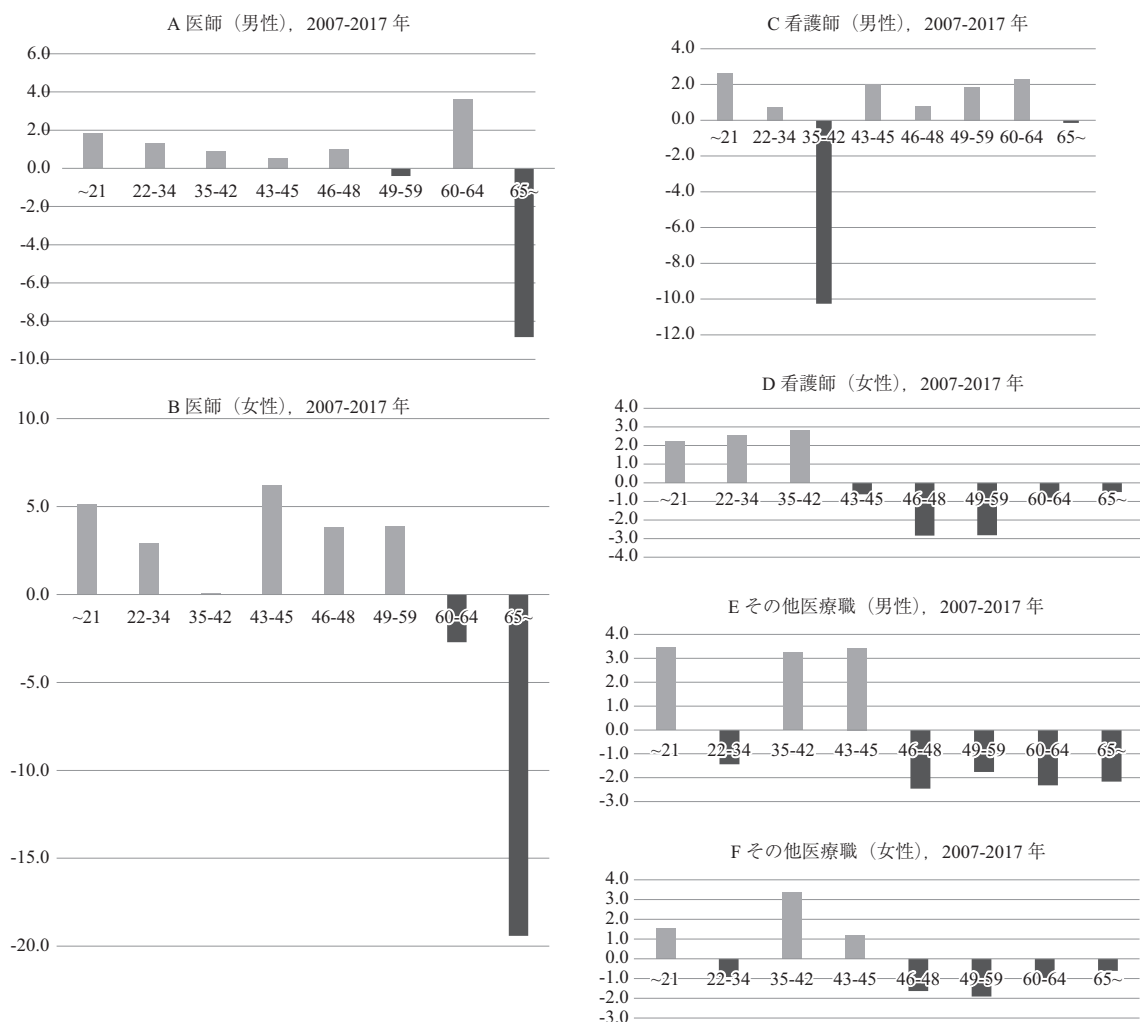


図6 日本の医療職の労働時間分布（％）の変化

この図は、それぞれの職種の週労働時間層について、2007年の割合から2017年の割合を引いた値である。左端の縦軸の0.0の線より上側が、2007年から2017年の間にその層の分布割合が増大した場合である。下側のヒストグラムは、逆にこの間に割合が減少したことを示す。まずAの男性医師の変化を見てみよう。65時間以上層で大きな減少が発生するとともに60～64時間層で、増加が起こっている。さらには、48時間以下のすべての層で、その割合は小さいものの、増大が発生している。以上から男性医師の場合、もっぱら1つ下の

労働時間層である60～64時間層に移動するとともに、より短時間層にも幅広く移動が発生したことがわかる。長時間労働層の減少は、Bの女性医師の場合、より大きなスケールで発生している。65時間以上層が20%近くも減少し、加えて60～64時間層も減少する。これら長時間労働層の大きな減少は、それらの下位層の43～59時間層の大きな増大とともに、34時間以下層の増大をももたらしている。つまり、長時間層の大きな減少は、残業時間の少ないフルタイム層の増大とともに、34時間以下のパートタイマー層の増大も引き起こしてい

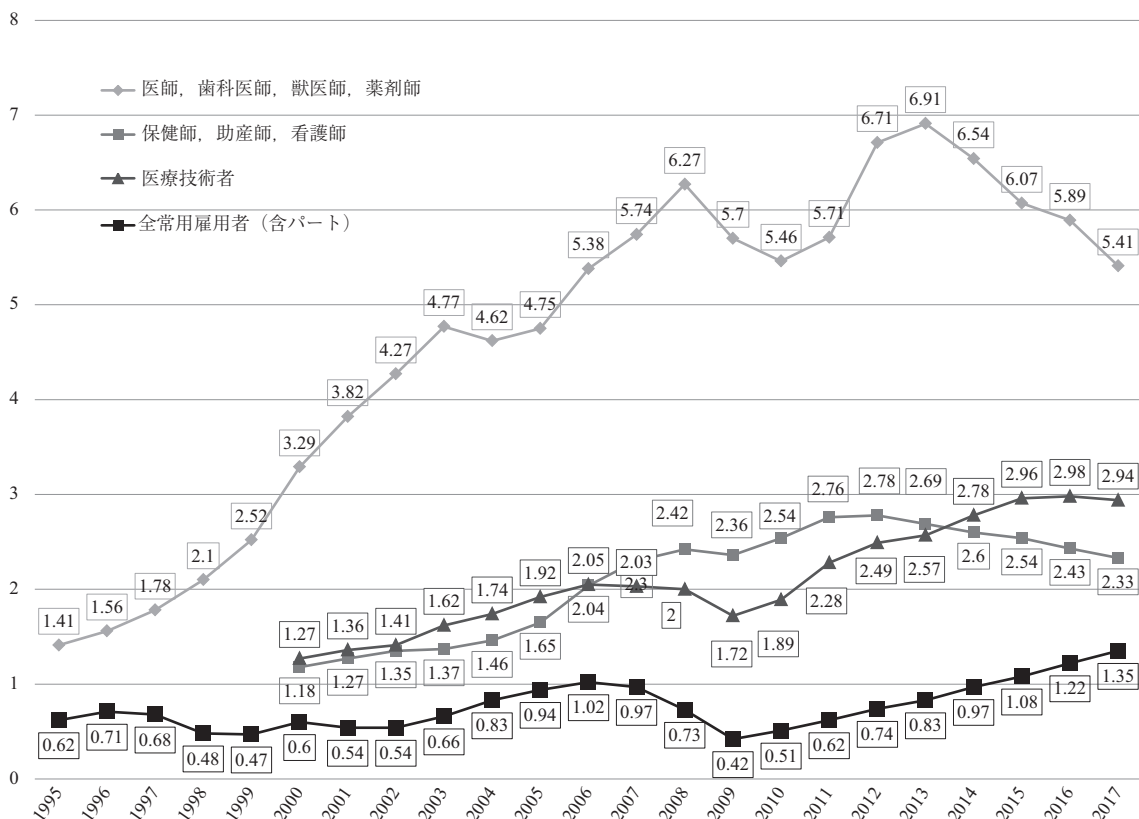
ることがわかる。

看護師、その他医療職においても、程度は異なるものの、長時間労働層からより短時間労働層への移行が見て取れる。唯一の例外は男性看護師である。男性看護師の場合、この間、43時間以上すべての層で割合が増加している。同時に34時間以下の短時間層への移行も確認できる。労働時間の長短時間層への二極分化が進行していることがわかる。

近年のマスコミ等での報道から、社会的には、医師の超時間労働はあたかも近年その程度が悪化しているかの印象をうける。しかし、ここまで行ってきたデータでの検証は、事実は大きく異なることを示す。

そこで、次に、この10年の変化がどのようなメ

カニズムで発生したのか、その検討を行おう。ここで検討するのは、労働市場の需給調整メカニズムの効果である。通常市場に超過需要状況が続くと、その状況を改善するため市場価格の上昇が起これと考えられる。医療職について言えば、医療職の労働市場における需給バランスの回復作用である。この機能が日本において働いたのだろうか。この機能の働きを見るには、労働市場の需給バランス指標である有効求人倍率の動向をみるとともに、医師給与の変動を分析しなければならない。現実には、労働市場で超過需要状況が発生すると、給与の上昇のみならず労働条件がさまざまな形で改善し、超過需要を解消する力が働く。次節で行うのは、日本の医師労働市場の需給調整力の検討である。



出所：厚生労働省『一般職業紹介状況』より筆者作成。

図7 有効求人倍率（常用（含パート））年度計

Ⅲ 労働需給の状況と労働条件の変化

ここまでの医療職労働時間に関わった変化を踏まえ、同時期の医療職労働市場における労働需給の状況を検討する。

(1) 超過需要状況

① 医師と他の医療職の有効求人倍率の10年の変遷

医療職の労働市場の状況は、前節でみた労働時間の変遷と整合的である。3医療職の中で、最も労働時間の短縮が進んだのは医師で、続いてその他医療職、看護師は女性では進むが、男性では2極化が進行していた。労働市場のひっ迫度を表す指標である有効求人倍率の動きが、この労働時間推移と対応している。図7に、医療に関連する3つの有効求人倍率の近年の変化を示した。倍率が最も高いのは医師等（医師、歯科医師、獣医師、薬剤師）で、その他医療職に対応する医療技術者の求人倍率は、2014年以降、保健師、助産師、看護師を上回る。その限りで、労働市場のひっ迫度の高い職種程、労働条件の改善度が高いという労働市場の需給調整メカニズムから予想される関係と、過去10年間に起こった3つの医療職の労働時間変化は整合的である。

では、労働市場のひっ迫が、労働条件の改善を引き起こすなら、もう一つの労働条件である給与水準のこの間の変化も、労働市場状況と整合的に推移したのだろうか？

② 医療職の給与の変化

労働市場の需給バランスが崩れているとき、多様な労働条件の内、最初に反応するのは賃金である。理由の一つは、ほかの労働条件より交渉する頻度が高く、労働市場状況により感応的に反応できるからである。また、一般的には、給与が労働者にとって最も大切な労働条件であり、経営にとっては、最大の労務費用項目であるからである。

では、2007年～2017年の10年間で医療職の給与はどの程度、変化したのだろうか。具体的には、

次の2つの増加率を推計してみた。

A 時系列でみた水準の変化

(2009年－2017年)

B コーホートで見た水準の変化

(2009年－2017年)

これらの変化から、超過労働市場仮説を検討してみよう。

先ず表3のA、年収の時系列変化を見よう。この

表3 医療職年収増加率

A：同年齢層の時系列でみた増減率

(2017年30～34歳－2007年30～34歳)／2007年30～34歳

(2017年40～44歳－2007年40～44歳)／2007年40～44歳

	年齢／規模	1,000人以上	100～999人	10～99人
医師（男）	30～34	46.2	5.5	1.8
	40～44	14.8	13.6	-41.7
薬剤師（男）	30～34	7.5	10.4	3.5
	40～44	-2.5	-7.8	17.3
看護師（男）	30～34	13.9	14.6	13.6
	40～44	3.9	-2.4	-12.9
理学療法士、 作業療法士（男）	30～34	8.5	2.9	-12.5
	40～44	-26.9	-20.7	-14.7

	年齢／規模	1,000人以上	100～999人	10～99人
医師（女）	30～34	30.6	24.3	-30.9
	40～44	22.3	4.8	
薬剤師（女）	30～34	0.6	1.5	-0.2
	40～44	6.7	11.6	1.2
看護師（女）	30～34	-2.5	2.3	-2.0
	40～44	-4.6	3.9	1.5
理学療法士、 作業療法士（女）	30～34	-2.9	2.1	-13.8
	40～44		-6.7	-4.1

表3 B：コーホートで見た増減率

(2017年40～44歳－2007年30～34歳)／2007年30～34歳

男性	1,000人以上	100～999人	10～99人
医師（男）	89.0	47.2	-11.1
薬剤師（男）	44.1	30.4	19.7
看護師（男）	31.7	20.1	16.2
理学療法士、 作業療法士（男）	30.4	14.9	6.5

女性	1,000人以上	100～999人	10～99人
医師（女）	83.0	34.7	N.A.
薬剤師（女）	8.9	27.2	7.7
看護師（女）	11.6	11.0	11.0
理学療法士、 作業療法士（女）	15.9	13.8	9.8

出所：厚生労働省『賃金構造基本統計調査』各年より著者作成。

表に記載された30～34歳の増加率は、同じ年齢層である30～34歳層の2017年の年収が2007年の30～34歳の水準と比べ、どの程度増減したかを%表示したものである。40～44歳も同様に計算した。他方、Bのコホートで見た増減率は、2007年に30～34歳層の医療職が10年後40～44歳になったとき、この10年間に彼らの年収が実際どれだけ増減したかを見た数字である。30～34歳は、医師にとっては初職に就く年齢であり、其の意味でAの増減率は、労働市場への初めて入職する時点の給与の上がり方を示す。通常、このような入職時給与は労働市場の需給環境に強く影響を受けると言われている。また、薬剤師やその他の医療職にとって30歳代前半は、初職年齢よりは高いものの、キャリアの初期フェイズに当たり、比較的労働移動の多い年齢層である。そのため、この年齢層の給与は、医師の場合と同様に労働市場の影響を受けると推察できる。他方、コホートで見た年収増減率は、入職後の勤務先での年収の増加率にほぼ対応する。つまり、内部労働市場における医療職の年収増加率である。この増加率には、経験、知識の増大に伴う収入の増加分が含まれるので、外部労働市場の影響をそのままは反映しない。しかし、経験や知識の増大をどれだけ評価するのか、とりわけ外部労働市場がひっ迫する場合、転職を抑制するためのインセンティブを反映する側面を持つ。それゆえに、外部労働市場の需給バランスが、間接的に内部労働市場に与えた影響と見ることが出来る。

では表3の数字は何を語っているのだろうか。先ず時系列の数値を見よう。そこには明確なパターンが観察される。1つは労働市場の超過需要状況が最も強い医師においては、男女ともに、30～34歳層、40～44歳層のどちらにおいても、大・中規模の組織において、大きな給与の上昇が確認できる。2つ目は、男性については、医師以外の3職種では、より労働市場の需給状況を反映する30～34歳層においては、この間に大きな給与の上昇が確認できる。唯一の例外は小規模組織で働く理学・作業療法士である。3点めとしては、女性の医師以外の3職種においては、薬剤師では給与の上昇

が確認できるが、理学・作業療法士においては、むしろ低下するケースが多く、職種により状況が異なる。これらの点は、労働市場の超過需要状況と整合的と言える。医師については、長年、規模の大きな組織より、規模の小さい組織の給与水準が高い傾向が続いてきた。そのため、医師の労働市場のひっ迫度が上昇し、医師不足が顕在化すると先ず採用の困難度が高まるのは大・中規模の医療機関である。大・中規模組織における医師の給与が大きく上昇しているのは、この採用難に対する市場合理的な対応である。同様にほかの男性医療職においては、40～44歳層より30～34歳層の年収増加率が高いのも、すでに述べた通り、この層の給与が上位の年齢層の給与より強く外部労働市場の影響を受けた結果と推察できる。

では、コホートで見た場合はどうだろう。B表の数値も外部労働市場のひっ迫を推察させるものである。先ず、時系列の場合と同様、すべての医療職において、しかしとりわけ医師の年収については、年収引き上げ圧力の強い大・中規模組織における年収増加率が小規模組織をうまわまっている。また、これら大・中規模組織の4職種を比べると、超過需要状況が強い医師の年収上昇率が、ほかの3職種の上昇率を上回る。

以上の通り、医療職の給与水準の過去10年の変動を見る限り、医療職の労働市場、とりわけ医師の労働市場においては、需給環境が需要過多の状況が継続的に続き、そのことが需要側の対応として前節でみた労働時間やこの節で見た給与の改善を推し進めた可能性が強く示唆されるものである。

以上の医療職の給与水準の過去10年の変動を見る限り、医療職の労働市場、とりわけ医師の労働市場においては、需給環境が需要過多の状況が継続的に続き、そのことが需要側の対応として前節でみた労働時間やこの節で見た給与の改善を推し進めた可能性が強く示唆されるものである。

Ⅳ 医療サービスの供給量と質の改善のための試論

ここまでは、医療職、特に医師の長時間労働に注目し、其の実態と過去10年の変遷を明らかにした。医療職のなかでも、長時間労働の実態が職種や就業形態によって異なること、さらには、勤務日数と日々の残業時間の間に強い相関があること、等の現状が明らかとなった。さらには、このような過酷ともいえる長時間労働の現状は、実は過去10年間の改善を経た結果であることもわかった。また、この間の改善が、相当程度に医療労働市場における需給バランス改善のための市場メカニズムが機能した結果である可能性も示唆された。では、今後もこの労働市場のメカニズムによって、医療職の長時間労働は解消するのだろうか。近年の政策的介入は不要なもので、むしろ労働市場にとっては、機能の十全な発揮を阻害する要因なのだろうか。

ここまでの議論で欠落していた論点は、医療供給における効率性の向上が持つ労働時間短縮効果である。今後少なくとも短期・中期的には、医療人材、とりわけ医師の供給量が大幅には増加しないことを想定すれば、長時間労働を削減するには、医師の生産性向上、しいては医療サービス提供メカニズムの効率化が必須である。そのような効率化を実現するには、医療サービス提供メカニズムと患者の医療サービス評価の関係の分析とそれに基づく医療サービス提供の効率化施策の策定が必要となる。本節では、筆者が行った4つの中規模病院（病床数150-200）の医師、看護師、そしてコメディカルを含む医療職と入院患者に対するアンケート調査の結果、さらには入院患者のカルテ情報を用いて、チーム医療の有り様と入院中に提供された医療サービス量が、患者の医療サービス満足度に対し、どのような効果を持つのかを分析した。その結果を紹介しよう。

表4に今回の対象病院に勤務する医療職とこれら4病院に入院し、2018年1月～10月までに退院した患者に対する入院患者アンケート対象者の簡単

表4 A：医療職アンケート対象

		年齢	勤続年数	配布数
		平均値（歳）	平均値（年）	（回答数）
A病院	看護師	47.0	7.0	58(32)
	その他職	30.9	4.1	
	医師	60.0	.	
B病院	看護師	45.0	1.6	57(22)
	その他職	38.5	4.7	
	医師	53.5	.	
C病院	看護師	36.5	1.7	186(126)
	その他職	31.0	3.6	
	医師	48.0	.	
D病院	看護師	36.1	3.4	188(51)
	その他職	29.4	4.1	
	医師	49.9	.	

出所：著者が実施した4病院アンケート調査より著者作成。

表4 B：入院患者アンケート対象

	入院患者		年齢	女性比率
	人	欠損サンプル	平均値	%
A病院	75	9	76.2	47%
B病院	77	10	68.1	62%
C病院	265	18	76.4	63%
D病院	95	13	71.7	65%

出所：上記4病院が実施した入院患者アンケート調査より著者作成。

な属性をしめした。医師については、比較的年齢が高く、逆に看護師やほかの医療職については、比較的若く、かつ勤続年数が短い点の特徴である。また、入院患者については、4病院共通に平均年齢が高く、入院患者が高齢者中心であることがわかる。医療職については、各種個人属性以外に、仕事と職場についての意識と評価、特に能力開発、処遇制度、そしてチーム医療について尋ねた。また、入院患者については、各病院が退院時に患者に対して記入を依頼している入院患者アンケートの情報を利用した。さらには診療報酬点数と入院理由である疾患名を各入院患者アンケート情報に加えた。今回の分析のポイントは、診療報酬点数であらわされる医療サービスの量的データと医療職に対して実施したチーム医療に関する実践と意識に関するデータを用いて、医療サービスのアウトカムとの関係性をみることにある。ここでチーム医療に着目する理由は、チーム医療の推

表5 患者満足度①と患者満足度②を従属変数とする重回帰分析の結果

説明変数	モデル1患者満足度①			モデル2患者満足度②		
	β	t	有意確率	β	t	有意確率
(定数)		-1.369	0.172		-1.149	0.252
年齢カテゴリ (40歳以下)	0.072	0.970	0.333	0.056	0.747	0.456
年齢カテゴリ (41～50歳)	-0.022	-0.279	0.781	-0.046	-0.578	0.564
年齢カテゴリ (51～60歳)	0.028	0.330	0.742	0.010	0.111	0.912
年齢カテゴリ (61～70歳)	0.091	1.030	0.304	0.074	0.829	0.408
年齢カテゴリ (71～80歳)	0.176	1.838	0.067	0.165	1.700	0.091
年齢カテゴリ (81～90歳)	0.181	1.691	0.092	0.169	1.551	0.122
性別ダミー	-0.042	-0.643	0.521	-0.045	-0.679	0.498
医療サービス	0.111	1.663	0.098	0.125	1.850	0.066
チーム医療水準④	0.290	4.582	0.000	0.232	3.614	0.000
F		3.468 ***			2.649 ***	
R2乗		0.124			0.098	
調整済みR2乗		0.088			0.061	

注：年齢カテゴリダミーでは91歳以上グループをベース。

出所：上記分析結果より。

進が、医療マネジメントにおける1つの重要な効率性向上のツールと考えられるからである⁴⁾。今回の調査では、チーム医療の指標として、CICS29 (The Chiba Interprofessional Competency Scale)⁵⁾を用いた。また、医療サービスのアウトカムとしては、医師や看護師を含めたさまざまなアクターから受けたサービスに対する患者アンケートの10個の設問回答を主成分分析して得た、各人の主成分得点を患者満足度として用いた。また、医療サービスの量的データとしては、各患者の入院期間中の総診療報酬点数を入院期間（日数）で割った、一日当たりの平均診療報酬点数である。

分析には重回帰分析を用い、説明変数の内、年齢については、カテゴリカル変数として処理した。対象者も病院数も極めて限られていることから、ここで紹介する結果は一般性を持つ結果とは言えないことに留意しながら紹介しよう。

最も興味のあるチーム医療水準は、入院患者の医療サービスに対する満足度に有意な正の効果を示した。同様に医療サービスも、統計的有意確率は上がるものの、正の効果が示唆される結果であった。しかし、如何せん今回の調査対象病院は4病院で、かつ中小規模であることから、対象患者

数も約400人と限定されたため、チーム医療水準の変数としての観察単位が個別病院の診療科ではなく、病院全体でとせざるを得なかった。そのため、医療職アンケートで収集したチーム医療情報が効率的に推定に利用できず、患者満足度モデルの説明力は極めて低かった。しかし、今後の医療サービス効率化に向けて、チーム医療のさらなる検討の必要性は示唆された。

V まとめ

本小稿では、日本の医療職の長時間労働の実態を、「就業構造基本調査」の結果から分析した。日本の医療職、とりわけ医師の大半は長時間労働が常態化している。この長時間労働とは、雇用者として働く医師の約3分の1が年間300日を超える就労をし、彼らの6割以上が月間80時間を超える残業を行う労働である。この非人間的ともいえる労働条件が今日の日本の医療現場に存在し、かつそのような医師によって日本の医療が提供されている現実、社会全体として重く受け止めねばならない。

他方、この長時間労働の現状は、この10年で大

⁴⁾ Maynard (2012) 等参照。

⁵⁾ Sakai et al (2017) 参照。

きな改善があった結果でもある。改善の結果が、それでもこれだけの長時間労働である。ここ数年の政策的努力とは別の力が、この間の改善に働いていたことに留意せねばならない。市場の需給調整メカニズムの効果である。人手不足になれば、それを解消する方向に市場の調整力が働く。日本の多くの労働者は転職を望まず、労働市場の流動化は進みにくい、との一般的認識とは異なり、医療人材、特に医師においては、外部労働市場の需給調整メカニズムが働き、労働条件の改善が進んでいたことは、驚きである。超過需要の状況が今後も中期に続くことが予想される今、継続的に労働時間、および給与の改善が進む可能性が示唆される。

とはいえ、市場の調整力にのみ依存することなく、現状の改善に効果が期待できる施策は今後も模索されなければならない。その有力な候補が、チーム医療の推進である。この小稿で示した限定的なケーススタディーの結果も、チーム医療の推進が医療サービスのアウトカムに効果を持つ可能性を示唆するものであった。さらなる研究が待たれる。

謝辞

本研究はJSPS科研費基盤研究（B）16H03634の

助成、および医療法人全心会からの奨学寄附金の助成により実施した研究成果です。

参考文献

- 橘木俊詔編『査定・昇進・賃金決定』有斐閣、1992年。
Ikuko Sakai, T. Yamamoto, Y. Takahashi, T. Maeda, Y. Kunii and K. Kurokuchi, "Development of a new measurement scale for interprofessional collaborative competency: The Chiba Interprofessional Competency Scale (CICS29)," *Journal of Interprofessional Care*, 2017, Vol.31, No1, pp.59-65.
Kate Sparks, Cary Cooper, Yitzhak Fried and Arie Shirom, "The effects of hours of work on health: A meta-analytic review", *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol.70, Issue4, December 1997, Pages 391-408.
Toshiaki Tachibanaki ed., *Wage Differentials: An International Comparison*, Macmillan, 1998.
M. Travis Maynard,, David Marshall,, Matthew D. Dean, (2012), "Crew Resource Management and Teamwork Training in Health Care: A Review of the Literature and Recommendations for how to Leverage such Interventions to Enhance Patient Safety", in Leonard H. Friedman, Grant T. Savage, Jim Goes (ed.) *Annual Review of Health Care Management: Strategy and Policy Perspectives on Reforming Health Systems (Advances in Health Care Management*, Volume 13, Emerald Group Publishing Limited, pp.59-91.

(なかた・よしふみ)

Health Professionals: Their Working Conditions, Working Environment and the Health Service They Provide

Yoshifumi NAKATA*

Abstract

We analyzed the working hours of health professionals. Among them physicians, particularly those who are employed, work the longest. We have also found that physicians who work more days work lonest week. Actually, more than 60% of those physicians, who work more than 300 days per year, work more than 60 hours per week. We have also found that those health professionals' working hours have been shortened in the last 10 years. In those 10 years the labor market for those professionals have been very tight as the excess-demand conditions have persisted. It seems that those labor market situations have caused the improvement of their working conditions, including working hours and salaries. Among the health professionals, the working conditions of physicians have improved most as their labor market has been most tight.

We have also presented the result of a small case study of health professionals working in 4 mid-size hospitals in Kansai Area in Japan. We analyzed the evaluation of the health service by patients who stayed in those hospitals. It seems that those patients who were most satisfied are those who stayed in the hospital which have good interprofessional collaboration. We found that the interprofessional collaborative competency scale variable showed significant statistical significance parameters in the regression models with patient evaluation scale of the health service they received during their hospital stay in 2018.

Keywords : Health Professional, Long Working Hours, Excess Demand, Improvement of Working Conditions, Teamwork

* Professor, Graduate School of Policy and Management, Doshisha University