

現在すすめられている「労働基準関係法制研究会」（以下、研究会）での議論について、現場における労働者の労働条件の実態や、労使関係の実情、労働者の置かれている立場などに理解が希薄であると思われるため、論点となっている、①労働時間制度、②労基法上の「事業」「労働者」概念、③労使コミュニケーション（労使自治）に関して医療・介護現場労働者を代表して意見を述べる。

【労働時間制度について】

まずはじめに述べたいことは、日本の医療・介護現場においては、諸外国ではありえないような、世界的視点で見れば異常極まりない労働時間管理が行われている事実を把握しているのであろうか？

医師の労働時間管理においては、年間最大で1860時間もの時間外・休日労働が合法化され、認められてしまっている。このような過労死認定水準をはるかに上回る36協定の特別条項を放置しておきながら、更なる規制緩和などありえない。

看護師の夜勤実態では、夜勤帯で17時間連続勤務が許され、その勤務シフトが年々増えている。17時間連続勤務は、2労働日扱い（8時間労働+8時間労働であり、時間外扱いではない変形労働時間制）であるが、すなわち勤務間インターバル無しの連続勤務であり、それも生理的に睡眠をとるべき時間帯に、いのちを預かる緊張状態が続く医療・介護現場で行われている異常な勤務実態であり、インターバルの罰則付き規制こそが求められている。さらに、全勤務帯通じて、医療現場では、日勤から深夜あるいは、準夜から日勤という極端に短い、勤務間隔8時間未満のシフトが3交代職場の4割で行われている実態（日本医労連が毎年実施している夜勤実態調査結果から）もある。8時間未満の勤務間隔では、通勤時間や食事、入浴など最低限の生活時間を除くと、長くても4時間程度の睡眠時間しか確保できず、体力を回復できる休息にはならない実態である。

介護現場では、グループホームや小規模多機能施設などで、10人未満の入所者を、夜間16～17時間、たった1人の労働者で管理することが常態化している。すなわち職場から離脱しての休憩もできない労基法違反状態が放置され、容認されている実態がある。

さらに医療・介護施設は、労働組合組織のない事業所が圧倒的多数であり、医労連が受ける労働相談事例では、都内中規模病院において、17時間夜勤を週4回（すなわち週8日間労働の強制）させていた事実もあった。つまり、労働組合があっても労使対等の立場での交渉が行われていない現実もある中で、労働組合がない施設で働く労働者にとっては、まさに労働基準法は労働者の生命線であり、労働時間管理に必要なことは、労働基準法の順守を徹底させることである。

研究会では、「働き方は多様化し、一律規制になじまなくなった」という意見があるが、そもそも保健衛生業は、在宅部門などを除けば、働く場所も時間も病院や施設などの日常運営

スタイルに組み込まれたシフト勤務の働き方であり、個人の裁量はほとんど無い。それなのに毎年労働基準局が発表する労働基準法違反事業者で保健衛生業が上位に入ることは、一律規制ですら機能していない事業所が多いことの証明であり、柔軟化などを持ち込めばさらに労基法違反が蔓延することは間違いなく、逆に一律規制の徹底を図ることこそ肝要である。

時間外・休日労働命令に対する個人の拒否権については、研究会で議論されている問題意識や前提がそもそもおかしいのではないか。「36 協定には労側に拒否権がある。実際に協定が結べないということになると、事業は大変なことになる。就業規則における意見徴収的な在り方に変えるべき」との意見がその代表的なものであるが、1 日 8 時間・週 40 時間以内というのが労働時間の原則であり、36 協定を結べば例外的にその時間を超えて働かせても罰則を受けないというだけであり、時間外・休日勤務がそもそも例外なのだから、例外を通常の扱いにしてしまおうという目論見にしか見えない。さらに「残業は絶対に必要」という前提で議論していること自体が、他の先進諸国からみれば極めて異常な発想である。欧米諸国も豪州でも、時間外労働や休日労働は例外であり、働かせた場合には「割増」ではなく「罰則」という概念で追加賃金が支払われる。時間外・休日労働なしで業務が円滑にすすむ人員体制を標準にすることこそ必要である

研究会では労働時間規制に関して、「最低基準だから『健康管理』に限定すべき」というような意見もあるが、医師の働き方では、その最低基準の健康管理すら全くできない条件下を合法としている異常さがあり、すべての労働時間管理の徹底を強化すべきである。2024 年 4 月から医師の労働時間管理も開始されたが、その内容はというと、年 1860 時間もの時間外労働を認めている。その際には「追加的健康確保措置」を行うと言うが、「連続勤務 28 時間まで」なら可としていることや「勤務間インターバル 9 時間」などは、健康確保にまったくもって役立たない措置である。インターバル（休息）「9 時間」については、その理由が、「最低限必要な睡眠 6 時間」に加えて前後の生活時間を確保するためとしているが、往復の通勤時間と食事や入浴などに必要な生活時間が 3 時間で足りると考えること自体に無理がある。さらにその「休息」時間すら確保できないときは、「代償休息」と称して翌月末までに付与しているが、健康管理に資する休息がひと月先でも良いと考えること自体が異常であり、健康管理確保になりうるわけがない条件をもってして「健康管理」と強弁している実態を解消することが先である。

繰り返しの指摘になるが、医療・介護現場における夜勤回数やインターバル時間などの法的規制や、長時間労働の規制強化こそが今早急に必要であり、この規制は労使自治などに委ねるべきではなく、法的規制が必要である。

【労基法上の「事業」「労働者」概念について】

医療・福祉事業においては、例えば一つの医療法人が病院、診療所、訪問看護事業所、介護施設、在宅介護事業所など複数の事業所を運営しているケースも多々あり、事業所ごとの機能も、そこでの働き方も全く異なっている。よって、勤務シフトも違えば労働時間管理も全く異なるため、規制単位を事業場単位から企業単位にすることなど不可能である。

【労使コミュニケーション（労使自治）について】

日本と欧米諸国の労働者の意識は全く異なる。日本では教えられたことを忠実に実施すれば褒められる教育であり、個々の意見や考え方を尊重して伸ばそうとする教育ではないため、社会に出て労働者として働き始めても、上の意思によって仕事を実施することが優秀な労働者だと評価されるため、はたらき方やスキルアップなどを個々の労働者に任せること自体が、良くも悪くも今の日本の労働者にはそぐわない。

とりわけ医療・介護労働者は、仕事上の「やりがい」を意識づけられることによって、「患者のためなら」、「利用者のためなら」と、サービス残業が当たり前のように蔓延してしまう特性があり、さらに前述したとおり、労働組合に組織されていない労働者が圧倒的に多いため、労使自治と称して労働者代表にはたらき方の変更を委ねてしまえば、賃金不払い労働が際限なく広がることは火を見るより明らかであろう。

以上のことから、日本医労連では、現行の労働基準法を労使で遵守させることを前提に、3大異常実態である、医師の年間 1860 時間残業、看護師の 17 時間連続夜勤、介護施設の 17 時間夜勤 1 人体制など、すでに規制緩和や例外措置を入れた労働時間管理については早急に見直し、規制強化を求めるものである。

以上