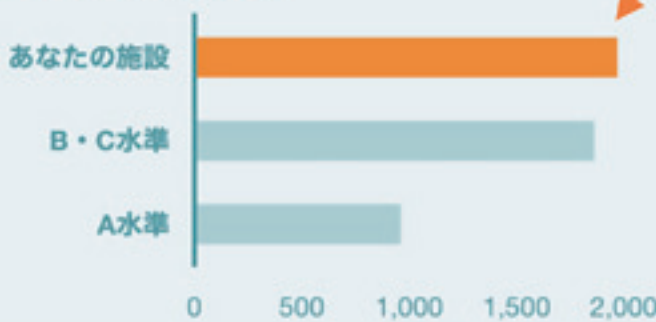




SELF CHECK

自己診断

時間外労働時間



その働き方、超えています



※QRコードからお試ください



医会HPに自己診断ツール新設

産婦人科勤務医の働き方改革支援サイト 日本産婦人科医会 HP 内の「産婦人科医の働き方改革」 バナーをクリック！

2019年4月1日から、労働基準法や関連法が改正され、労働時間の把握が義務化されました。日々の勤務時間を申請して、超過アラートが出る経験を持つ方はまだまだ少なくないのが産婦人科医療の現場です。さて、この労働時間ですが、よく聞かれる年間の時間外労働時間 960 時間・1,860 時間はどのように算出するのか、果たして自分の労働時間が基準に収まるのかどうか、把握されていますか？

本サイトでは、平均的な1週間の労働時間を入力することで、1年間の勤務時間と時間外労働の算出ができるツールを提供いたします。

働き方改革の第一歩として、自分の今の働き方について、勤務時間を概算してみましょう。

使い方のご紹介

まずは ①主たる施設（あなたが主に勤務している施設）の勤務 について入力します。宿日直許可（※1）のある施設では、一番上の宿日直許可ありのボックスをクリックします。



宿日直許可あり

次に、平均的な1週間の、実際のあなたの勤務時間を入力します。例にあるように、休憩1時間を挟む8時半～17時半の勤務は8時間と入力してください。時間外勤務が通例となる場合には通算時間を入力します。例えば、[朝8時から病棟処置を開始して手術の延長や術後管理で夜8時まで働いた。間で休憩が1.5時間あった] という場合は10.5時間と

目次

- 産婦人科勤務医の働き方改革支援サイト…………… 1～6
- 「産科医療と2036年問題-厚労省はどうするつもり？」…………… 7～9
- 2021年度『産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査報告』の概要…………… 10～12
- 編集後記…………… 12

入力します。小数点まで入力可能です。

月曜日	10	時間
火曜日	10	時間
水曜日	8	時間
木曜日	8	時間
金曜日	8	時間
土曜日	0	時間

次に点線の下、休日夜間の勤務時間の入力です。宿日直許可のない病院の夜間・休日勤務は、あなたの勤務時間の総計に組み込まれます。宿日直許可ありの施設では、これが0に変換されます。

休日勤務	0	時間 × 月	0	回
夜間勤務	0	時間 × 月	0	回

休日勤務に8時間勤務が月1回、夜間勤務が月5回の場合は下記の通りです。

休日勤務	8	時間 × 月	1	回
夜間勤務	16	時間 × 月	5	回

外勤先がない方はこれで入力完了です。[計算する]をクリックしてください。

計算する

外勤先がある方は右側へ進み、②外部病院の勤務 を入力します。

外部病院1 宿日直許可あり

日勤 時間 × 月 回

夜間・休日勤務 時間 × 月 回

ここでは外部病院2施設まで入力可能です。2施設以上ある方は、平均的な1カ月について、宿日直許可のある病院とない病院に分けて入力してください。先ほどと同様に、宿日直許可の有無をクリックしてください。宿日直許可のない病院の夜間・休日勤務は、あなたの勤務時間の総計に組み込まれます。宿日直許可のある病院の夜間・休日勤務は、0に変換されます。週1回、午後に2時間の外勤がある方は下記のように入力ください。

外部病院1 宿日直許可あり

日勤 時間 × 月 回

夜間・休日勤務 時間 × 月 回

外勤の時間帯が平日日中の場合には、①主たる施設の勤務時間と重複しないようご注意ください。最後に、[計算する]をクリックしてください。

計算する

画面を下にスクロールすると計算結果が提示されます。1年間の総勤務時間、時間外労働時間が計算され、A・B・C水準（※2）との比較をグラフ・数値で確認することができます。



※1 宿日直許可：当直時間を時間外労働時間（残業時間）からはずすためには、労基署から宿日直許可を受ける必要があります。しかし、従来の宿日直許可基準は、2019年7月に厚労省が通知「医師、看護師等の宿日直許可基準について」

を示し、「医師・看護師等の宿日直は『通常の勤務時間の拘束から完全に解放された後のもの』で、『特殊の措置を必要としない軽度または短時間の業務』実施のみを行う場合に限り認められる。例えば、夜間の救急搬送患者が常に多く、それに少ない宿直医等で対応しなければならないなど『通常の業務と同態様の業務が稀でない』ような場合には、宿日直は認められない」との考えを整理しています。宿日直許可が認められなければ、夜間に行う業務などは「夜勤」、つまり「労働時間」（時間外労働）と扱われ、960時間・1,860時間の制限をクリアすることが難しくなってきます。このため、厚生労働省に対して日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会・日本精神科病院協会の4団体で構成される四病院団体協議会と、日本医師会、全国有床診療所連絡協議会は、医師（勤務医）の宿日直は一般労働者と大きく異なる点を踏まえて緩和してほしい。さもなければ、2024年度からの新たな時間外労働規制が適用される中で、地域の医療提供体制を縮小せざるを得なくなってしまう、という要望書を2022年3月に提出しました。

※2 A・B・C水準：2024年4月～A水準は時間外労働960時間までの診療従事勤務医に適用される水準です。B・C水準は時間外労働1,860時間までの暫定特例水準（医療機関を特定）であり、2035年度末までにはA水準を満たすように労働時間が規制される見通しです。

本ツールで計算される時間外労働時間は、所属施設の医師全員が上限の水準を下回ることが求められ、一人でも超過した場合は法令違反として管理者・現場監督者に罰則（6カ月以下の懲役または30万円以下の罰金）が課されるおそれがあります。医師全員で当事者意識を持ち時間外労働の削減に取り組みましょう。

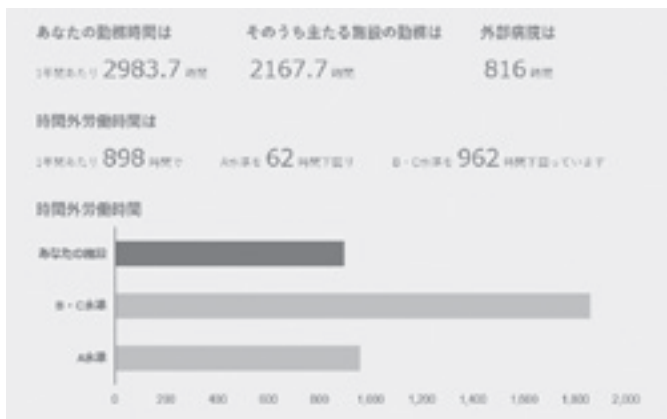
（文責：勤務医委員会委員 富樫 嘉津恵）

産婦人科勤務医の働き方改革支援サイトを使ってみた。

勤務医委員会委員長 関口 敦子

大学病院で部長職の58歳です。管理職と言われますが、自分の勤務を自由に管理できる立場ではありません。大学では当直はなく待機業務が中心です。本ツールで計算したところ、なんと既にA水準をきっちりクリアしていました(図A)。

図 A. 大学病院産婦人科部長



有難い結果ですが、正直複雑な心境でした。まるで、大して働いていないね、と言われていたみたいです。でも、ここには365日昼夜問わずの電話連絡・相談や、夜間・土日に行う様々な業務、例えば待機業務、大量のメール処理、教育

関連や学会・委員会の仕事、学会視聴、講演等々は含まれません。かつて膨大な当直ですり減らした健康状態や年齢による勾配もない、単純計算と評価です。この評価は個人の経年努力評価ではなく、現時点で施設拘束のある労働時間の評価なのだ、少々自身に言い聞かせる必要がありました。

この計算を、育児中のため勤務配慮を受けている女性医師にも試してもらいました。図Bは、当直なし、週末日勤を月1回、外勤日勤を月2回とした結果になります。彼女の感想は、『正直、時間外労働を全くしていないのに、日々心身の限界と感じるほど忙しいのはなぜ…』でした。本当にそうでしょうか。私だけでなく、彼女にとっても、働き方の変革の尺度としては腑に落ちないものであったようです。

労働時間の計算と評価は私たち医師には大変新鮮で、必ずしもまだ納得のいくものでないかもしれません。計算に含む仕事は一部であり、経年蓄積の評価はなく、健康状態や家庭状況を勘案した業務量の評価にもなっていません。しかし、不完全な評価だからと労働時間を無視し続けることは、未来の医師の健康被害や過労死をさらに産み出す危険につながります。仕事を、まずは今の拘束時間で単純評価してみること、これがスタートラインです。そして、24時間減私の赤髭という理想の医師像から離れ、多様な医師が持続可能な働き方の出来る医療提供体制の構築へ。この変化は長い目で見れば医療の安全性向上にもつながり、医師の疾病観・健康観にも影響していくのではないかと考えています。

図 B. 時短勤務医師、育児中



産婦人科勤務医の働き方サイトを使ってみて。

勤務医委員会副委員長 卜部 諭

私は現在64歳、院長特別補佐となって管理職ではありませんが、実質は現在も臨床を中心に働いております。私どもの病院は産科が中心の基幹病院とは異なり、産科救急も受けてはいますが、婦人科手術が主な仕事です。それゆえ、働き方改革は産科医療を中心に考えられている点を少し考えさせられることがあります。産科が少ないとは言え、心臓外科、脳外科、呼吸器外科などの特殊外科も備えた430床の急性期病床で、この地域では中枢病院です。それゆえ、今回のCovidでも多くの感染妊婦を受けており、分娩も多く行っています。救急搬送もかなり重症例が多いのが現状です。分娩数自体は年間200例程度ですが、筋腫核出後、あるいは筋腫合併妊娠の妊婦も多く、その他合併症、高齢初産などリスクの高い分娩が中心となっております。手術自体は腹腔鏡手術が中心で、悪性腫瘍手術もかなり行っており、年間の手術件数は約800例程度です。

このような病院ですので、今回の「働き方改革支援サイト」を使ってみて、どうだろうかと考えておりました。以前より手術が中心なので、時間の調整は比較的楽で、早い段階よりこの度の働き方改革に向け、時間外の調整を始めていました。実際に、労働時間は制限内なのですが、毎日当直1人とオンコール1人の体制を整えており、日勤中の疲労感が労働時間のわりにはきついと常々皆で話しておりました。

私たちの病院は働き方改革を早い時期から行っており、私のような管理職は、午後5時30分には率先して病院を離れなければなりません。病院の方針としてもA水準を取る予定です。ただし、外勤の先生の当直もなるので、宿日直許可は申請中です。

まずは図Aに私自身の勤務時間を計算してみました。十分にA水準を満たす結果ですが、手術、外来、会議、メールの処理など、時間内に多くの仕事があり、昼食はほとんど取らずに仕事をしており、事務仕事は帰宅後に行っているのが現状です。

図 A. 院長特別補佐



次に、一番忙しく働いている、8年目の男性医師の勤務医を図Bに示します。彼には、外勤がないので、どうにかA水準になっております。私の施設では、外勤を行っている医師は外部に指導に行っている私以外はいません。当直の手当も外部と内部が同額なので、あえて外勤に行く必要のないようにしています。

図 B. 8年目の男性勤務医師



これらの結果を見ると一見、理想的な施設に思われますが、実際は、時間内に仕事を終わらせるために、昼食も取らない日がほとんどです。年間約800例の悪性腫瘍を含む手術を行っているので、外来患者数もかなり多く、時間外の呼び出し、臨時手術もかなり多くなります。

そこで、2つ目の「必要医師数計算ツール」を使ってみました。結果は図Cに示したとおりです。

図 C



結果は、2024年度以降の時間外労働の上限を下回るためには、最低でも図Dの様になりました。

図 D



常勤医は現在、7人（2人の女医は週4日の常勤）、当直を中心とした非常勤医が5名が現状で明らかに人手不足なのが証明されました。これ以外に検診センターの検診業務、母体搬送の対応などがあり、手術は毎日あり月、木、金は1日3例から4例、火、水はやや軽めの手術で、2例から3例ずつです。これらの症例を時間内にこなすためには、並列で行う必要があり、外来を中断しながら行う事もあります。現在の状態で、A水準になっているのは、7人のうち4人が日本産科婦人科学会の専門医で、同時に日本産婦人科内視鏡学会の専門医であり、研修医との執刀が可能で、手術時間も早く、残りの3人もかなり優秀で要領のよいできる医師が集まっているためだと考えます。しかし、このような良好な状態がいつまでも続くとは考えられず、たとえA水準の11人を確保できたとしても、管理者の立場としては、収入面から採算が取れない事は明白です。手術は3人の人員が必要で、また、腹腔鏡では材料費も高価になります。本当の働き方改革を行うには、労働時間のみでなく、産婦人科の保険点数の改善も同時に進めて頂きたいと思います。

今回、「産婦人科勤務医の働き方改革支援サイト」を使っていていつまでも医師の献身的な奉仕に頼っている現在の日本の医療ではいつか破綻が来るのではないかと思います。

産婦人科勤務医の働き方改革支援サイトを使ってみた

勤務医委員会委員 石井 桂介

総合周産期母子医療センターの主任部長と産婦人科7年目の周産期フェローの2名で、計算ツールを使ってみました。当院では多くのハイリスク症例を扱っており、分娩は約1,800件/年、母体搬送受入は約200件/年です。一方、婦人科領域の診療はほとんど行っておりません。

主任部長（52歳、男性）

今回は平均的な労働時間を想定しての概算値を入力しました。診療のボリュームには波がありますから、その差は正確に評価しにくいなと思いました。図1が平均的な労働時間を想定して入力した結果です。管理職業務以外に外来や手術などの診療と当直（月に5～6コマ）を担当しています。管理職であっても急性期診療にある程度以上関わるとA水準のクリアは難しいと思います。また、学会活動等の院外の業務は反映しておらず、それを考慮した労働時間を空想すると実状はB水準もきついのかなと思います。

図1. 年間時間外労働時間計算ツールを用いた計算結果
主任部長（52歳、男性）の場合



b. あえて自己研鑽の時間を加えて計算した場合

産婦人科勤務医の働き方改革支援サイトを使ってみた。

勤務医委員会委員 杉田 洋佑

私は週1回外部病院での勤務を行う大学勤務医として本ツールで概算しました。なお現在社会人大学院生として週1回基礎研究に専念する時間を設けているため、その時間は自己研鑽として勤務時間からは除外しております。

< 私の時間外労働時間概算 >



周産期フェロー（32歳、男性）

計算結果は図2.aの通りで、A水準を552時間上回り、B・C水準を348時間下回っていました。そもそも日々の診療の合間に時間の余裕はありませんでした。今回このツールを使ってみて、A、B、C水準と比較して自分の労働時間がどの程度なのか？ということ客観的に実感することができたため、働き方を見つめ直すきっかけになりました。自身のレベルアップには自己研鑽は欠かせないと思い、抄読会や学会の準備、論文作成等に関して多くの時間を使ってきましたが、自己研鑽の時間は時間外労働時間には含まれません。あえて自己研鑽の時間も含めてツールで計算すると、B・C水準も400時間上回っていました（図2.b）。自身の頑張りや賞賛しつつも（実は先日第1子が無事生まれたのですが）、プライベートの充実はまだ難しいと思いました。

図2. 年間時間外労働時間計算ツールを用いた計算結果
周産期フェロー（32歳、男性）の場合



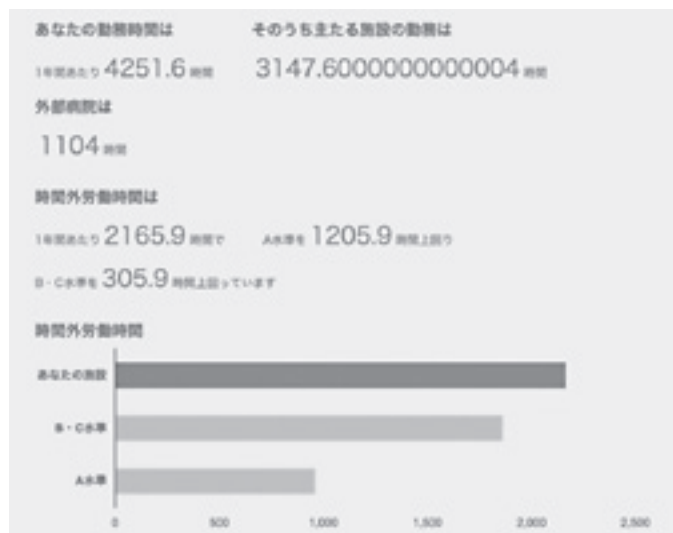
a. 自己研鑽の時間を含まない本来の労働時間

ひと月あたり大学での当直を6回、外部病院で4回行っています。すると、平日の時間外労働をほとんど行っていない条件、平日の一日を自己研鑽として休み扱いにしているにもかかわらずB・C水準に迫る時間外労働時間となっています。これに加えて時間外にかかる緊急手術なども対応するため、実際には1,860時間を超過しています。

さらに自施設の大学院生でない若手勤務医の勤務時間で計算すると次のようになります。やはり平日時間外労働はかなり少なく入力しているのですが、外部病院と合わせて10回の当直だけで1,860時間に容易に到達してしまうことがよくわかり「スタッフ全員の当直回数を見直す」「日当直でない日の時間外労働をできるだけ削減する」といった課題を再認識する良い機会となりました。

本ツールは、施設内における負担の勾配などを認識する上でも有用です。ご自身や同僚を守るためにも、ぜひ一度施設での勤務状況についてどの程度時間外労働を行っているかを概算してみてください。

< 大学院生でない同僚の勤務時間 >



産婦人科勤務医の働き方改革支援サイトを使ってみた。

勤務医委員会委員 匿名希望女医

当院は常勤医師8人（男性医師4人、子育て中女性医師4人）、非常勤医師11人、2021年の分娩件数は1,057件、手術件数599件という一次病院です。今回、常勤医師全員にSELF CHECKをしてもらいました。その平均値が以下になります。ここに自己研鑽の時間は入れておりません。あれっ？病院に居るあいだはみんな医局を出払って必死で働いていますが、勤務時間としてはとっても理想的でした！確かに、病院の英断で当直は基本的に外勤の先生にお願いしており、セカンドコールと遅番・早番を自分達で分担しています。

甘えているのか？いやいや当直の先生に負担をかけないように1年の28%に当たる日勤帯中心に75%の分娩は常勤医師の立ち合いで無痛分娩も駆使し、お産にしています。婦人科手術に入れば時間は消費され、居残りでも手術を記録し追加指示も出します。家に帰っても症例について調べたり病院からの宿題や学会発表に家事・育児、いかに自分の時間を作り出すかに必死です。とはいえ、当直がなく身体的・精神的拘束時間がなく自分のペースで生活配分を組めるのは大変ありがたい環境だと思います。しかしそれもすべては非常勤医師が来てくださるからこそ！ちょっと不安になり非常勤医師の立場になって年間労働時間ツールを使ってみました。週に1回の日当直勤務は宿直許可ありだと384時間/年の時間外労働で済むのですが、宿直許可なしだと1,104時間/年の時間外労働になってしまいます。先生方の時間を買わせていただき大変心苦しいのですが、非常勤医師にとっても働きやすい職場にすべく益々の努力と、病院に早く宿直許可を取ってもらおうと思った次第です。



産婦人科勤務医の働き方改革支援サイトを使ってみた。

勤務医委員会委員 富樫 嘉津恵

外勤先を持たない常勤勤務医として、今回のサイトで勤務時間を概算してみました。宿直許可があると、私の今の働き方は全く問題ない水準です。これにオンコールの呼び出し実働勤務が加算されてもA水準範囲内と思われる。



しかし、宿直許可がないと既にA水準を302時間も上回っています。オンコールの呼び出し実働勤務が加算されることとなりますので、実情はB水準ギリギリということになります。



はじめ、個人にとっては宿直許可が出ようが出まいが、実働時間は変わらないのではないかと、思いました。しかし、もし勤務先が宿直許可を取得できなければ、時間外勤務分には給与が発生します。代わりに当直手当は無くなります。外勤先との合算により勤務時間が超過してしまう可能性もあります。また、B・C水準であってもインターバル制度が導入されると、当直明けの業務調整が必要です。手術に入れなくなったり、外来枠を固定しにくくなったり、人員配置が難しくそうです。

そして、勤務医委員会に所属しておりながらお恥ずかしい話ですが、所属施設が宿直許可を申請する予定かどうか、知りませんでした。更に、オンコールはボランティアだ、という主張を耳にしたこともあります。宅直オンコールはどのような判断をされるのか、も曖昧です。救急外来に必需することを前提としている場合には、宅直オンコールは労働時間として認定される可能性が高いという考えもあるようです。宿直中は全時間が労働時間だと判断された判例もありました。

このサイトをきっかけに自分の働き方を振り返っていただけたと思います。

「産科医療と2036年問題－厚労省はどうするつもり？」

日本産婦人科医会副会長、日本医科大学多摩永山病院 中井 章人

はじめに

2021年5月、改正医療法が成立した。これにより2024年4月からは医師についても罰則付き時間外労働上限規制が適応される。今回の改正では、労働時間の規制に加え、医師への面接指導や連続勤務制限などを義務付け、長時間労働となる医療機関には医師労働時間短縮計画の策定が求められる。

厚労省では、「医師の働き方改革」と「地域医療構想」と「医師偏在対策」の3事業を同時に進めることで、すべての国民が安心できる質の高い医療提供体制の構築を行うとし、表現のよし悪しはともかく「三位一体の取り組み」と位置付けている。

しかし、地域医療構想と医師偏在対策は進捗することなく、医師の働き方改革だけが粛々と進行している。また、医師の働き方改革自体にも構造異常がある。この状態を看過すれば、地域医療提供体制は崩壊することになり、何ら有効な対策を取らない厚労省に、私は怒りを覚えている。

1. 医師の働き方改革の進捗状況

本会調査で時間外在院時間を検討すると、長時間在院になっているのはいずれも分娩取扱施設で、婦人科施設に問題はない。分娩取扱病院の全国平均在院時間は減少傾向で、直近2年間でようやくA水準を下回ってきたが、外部施設の勤務時間を加算すると、依然B、C水準前後にある(図1)。

施設機能ごとの検討では、総合、地域の周産期母子医療センターではそれぞれ11.1%、13.7%が医師不足により時間外在院時間がB・C水準を超え、一般病院では常勤医師はさらに少なく、非常勤医師に依存していることがわかる(表1)。また、一般病院で長時間在院となっている施設は、医師数に加え、業務量も少ない傾向で、多くは厚労省により集約・重点化の検討が指摘された公立・公的病院となっている。いずれにしろ、全ての病院施設にB・C水準が認定されるわけではなく、このままでは2024年の時点で破綻する施設が出ることになる。

2. 医師の働き方改革の構造異常「2036年問題」

医師の働き方改革は2024年の導入以降、第8、9次医療計画の見直しと中間見直しに合わせ、連携B・B水準の時間外労働時間を3年ごとに短縮し、2036年にはA水準に落とし込もうとしている。

この時間短縮計画により、2036年には外部施設での現状の勤務は不可能になる(図2)。仮に外部施設で週1回24時間の勤務を行った場合、年50週(夏休みと年末年始を考慮)で年間1,200時間となるが、外勤を含めた年間時間外労働がA水準(960時間)に制限されれば破綻する。施設によっては、非常勤医師確保は死活問題で、運営困難に陥る可能性がある。

各施設の非常勤医師への依存度は高く、周産期母子医療センターにおいても総合で67%、地域で60%の施設で非常勤医師が雇用されている(表2)。また、特に分娩取扱数の多い一般病院と診療所では、それぞれ72%、53%の施設が非常勤医師を雇用しており、それら施設の分娩数は全国の年間分娩数の52%にのぼる。非常勤医師確保が困難になれば、全国で半数以上の妊婦は出産場所を失う可能性も出てくるのである。

非常勤医師を排除する方向に向かっているこの改革は、国の進める兼業・副業の促進とも相反する。果たしてこの二律背反の事態、どちらの施策に無理があるのか、慎重に議論する必要があるにもかかわらず、もはや誰も語ろうとはしていない。

3. 地域医療構想と医師偏在対策の課題

厚労省が三位一体の改革であるというのであれば、地域医療構想と医師偏在対策は医師の働き方改革により生じる歪みを補完しなければならない。最大の歪みは非常勤医師確保が困難になることである。地域医療構想では施設の統廃合を進め、医師偏在対策では地域に常勤医師を確実に確保することが求められる。

図1 分娩取扱病院の自施設在院時間と外部施設の勤務時間(年)

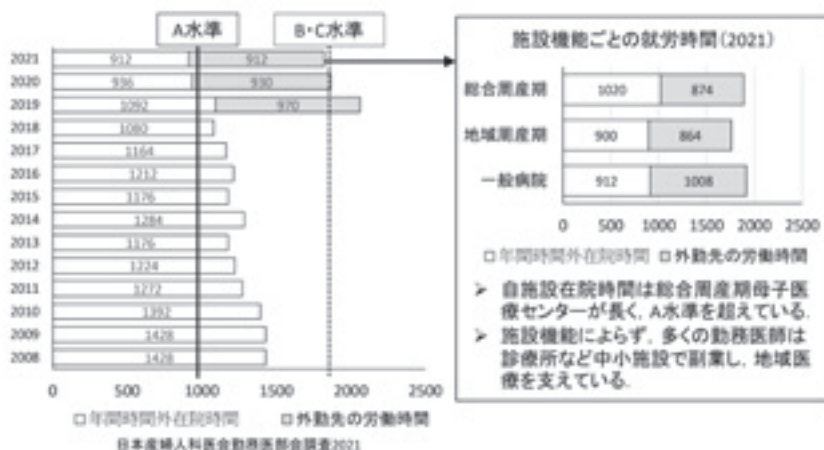
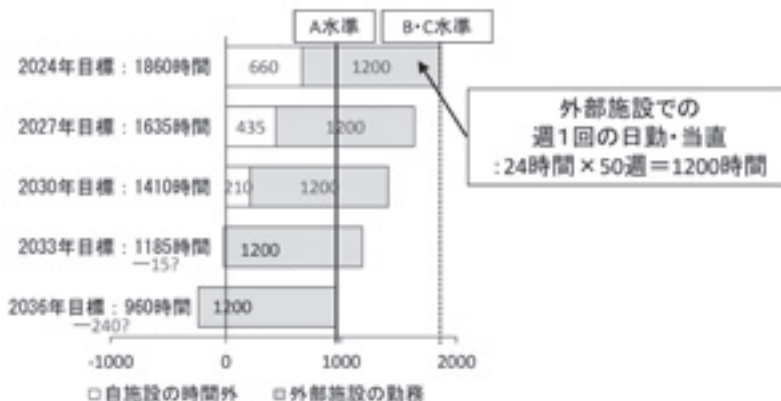


表1 施設機能ごとの年間時間外在院時間と職員数、業務量の比較

	施設情報調査2021						
	施設数	平均常勤 医師数	平均非常勤 医師数	平均 助産師数	年間分娩数 帝王切開率	婦人科 手術数	
総合周産期母子医療センター	112	16.2	3.6	39.5	708.9	38.6%	376.9
960時間未満	42 (38.9%)	17.2	5.1	39.0	722.9	38.9%	393.0
960時間～1860時間未満	54 (50.0%)	16.1	2.7	39.4	706.8	40.2%	370.6
1860時間以上	12 (11.1%)	11.5	1.4	36.9	658.7	34.6%	300.3
勤務時間未回答	4	23.3	6.8	52.0	741.5	46.3%	521.3
地域周産期母子医療センター	294	7.9	2.1	23.0	475.4	32.1%	281.1
960時間未満	110 (39.6%)	7.9	2.3	24.0	499.3	31.2%	274.6
960時間～1860時間未満	130 (46.8%)	8.4	2.1	24.2	493.5	32.2%	315.2
1860時間以上	38 (13.7%)	6.7	1.6	19.5	431.6	33.4%	238.6
勤務時間未回答	16	6.0	2.1	14.9	267.3	36.9%	149.7
一般病院	588	4.2	2.8	13.9	382.4	20.6%	145.1
960時間未満	317 (58.3%)	4.3	3.2	14.1	422.4	20.4%	141.9
960時間～1860時間未満	157 (28.9%)	4.8	2.2	15.4	370.5	21.5%	159.3
1860時間以上	69 (12.7%)	2.7	2.4	10.3	273.4	19.6%	102.5
勤務時間未回答	44	3.9	2.1	12.5	306.4	20.5%	186.6
分娩取扱診療所	1173	1.6	1.7	5.5	341.4	14.7%	13.2
960時間未満	265 (26.6%)	2.1	2.8	7.4	422.4	15.6%	23.6
960時間～1860時間未満	139 (13.9%)	2.1	2.4	7.0	458.7	13.8%	15.5
1860時間以上	594 (59.5%)	1.4	1.2	4.8	305.3	14.2%	9.1
勤務時間未回答	175	1.3	0.8	4.1	247.4	15.8%	8.9

図2 連携B施設で週1回の外勤を行った場合の試算



地域医療構想では、2025年の全国の必要病床を119.1万床とし、2015年を基準に5%の病床減数と急性期病床から回復期病床への機能転換を目指している(図3)。2019年には再編・統合を検討すべき公立・公的病院424施設を公表し、病床削減、統廃合に対しダウンサイジング支援事業として84億円を計上している。これらが達成されればある程度の医師不足は解消する。しかし、予算執行率は67%に止まり、手上げた医療機関は137施設(全国の病院の1.7%)で、目標を大きく下回る。また、その医療機関は必ずしも統廃合に向けた減数を計画しているわけではなく、規模を縮小した施設が従前通り存続する可能性もあり、果たして医師の集約に寄与するか不明である。いずれにしろ地域医療構想は、当初計画より大幅に遅れ機能していない。

医師偏在対策も絶望的である。本丸にあたる厚労省の医師需給分科会でも、公表されている地域偏在指標において改善がないことが報告されている。実際、医師の働き方改革が提案された2018年から3年間で、産婦人科医師の偏在も拡大している(図4)。全体の産婦人科医師数は421名増加したが、都道府県ごとに検討すると、増加しているのは東京、大阪、千葉、愛知など大都市圏で、3分の1近くの自治体で医師数は減少し、偏在は拡大している。

これでは非常勤医師に依存しない地域医療提供体制を構築

するのは不可能で、地域医療は崩壊することになるのである。

おわりに

働き方を改革し、ライフワークバランスを向上させることは、現在頑張っている勤務医師と将来産婦人科を目指す若者にとって、極めて重要なことである。しかし、肝心の設計図が適切に描かれていないのである。本会では中小施設における宿日直許可を得よう図っているが、決して抜本的な解決ではなく、あくまで選択肢を増やすにすぎない。

はたして現状の非常勤医師に依存する地域医療提供体制を、国は見直すことができるのであろうか。医師の働き方改革だけが進行し、地域医療構想や医師偏在対策が実効性を持たなければ、地域医療は破綻する。少なくとも地域医療構想と医師偏在対策の進行に合わせ、医師の働き方改革の導入時期や時間短縮計画を見直すべきで、これらの課題に関しては、日本医師会とも連携し、行政のみならず、与党・政府にも、強く対応を求めているところである。

「医療改革なくして、働き方改革なし」。

なぜこんなシンプルなお話かわからないのか。「厚労省はどうするつもりだ」と、私はすごく怒っている。

表2 施設機能ごとの非常勤医師の雇用状況

施設機能	施設数	平均常勤医師数 (最少-最大)	平均非常勤医師数 (最少-最大)	平均分娩数
総合周産期センター				
Total	110	15.7 (4-46)	3.5 (1-44)	752.9
非常勤あり	74 (67%)	16.7 (4-46)	5.2 (1-44)	772.0
非常勤なし	36 (33%)	13.5 (5-31)	0	713.7
地域周産期センター				
Total	296	7.8 (1-56)	2.0 (1-18)	502.1
非常勤あり	177 (60%)	8.6 (1-56)	3.3 (1-18)	530.9
非常勤なし	119 (40%)	6.5 (1-19)	0	459.3
一般病院				
Total	596	4.1 (1-34)	2.7 (1-22)	396.9
非常勤あり	432 (72%)	4.1 (1-34)	3.7 (1-22)	436.9
非常勤なし	164 (28%)	4.0 (1-14)	0	288.1
分娩取扱診療所				
Total	1,211	1.6 (1-8)	1.4 (1-21)	342.5
非常勤あり	636 (53%)	1.8 (1-8)	2.8 (1-21)	414.1
非常勤なし	575 (47%)	1.4 (1-7)	0	261.8

公益社団法人日本産婦人科医会施設情報調査2021

図3 地域医療構想における病床機能ごとの必要病床数

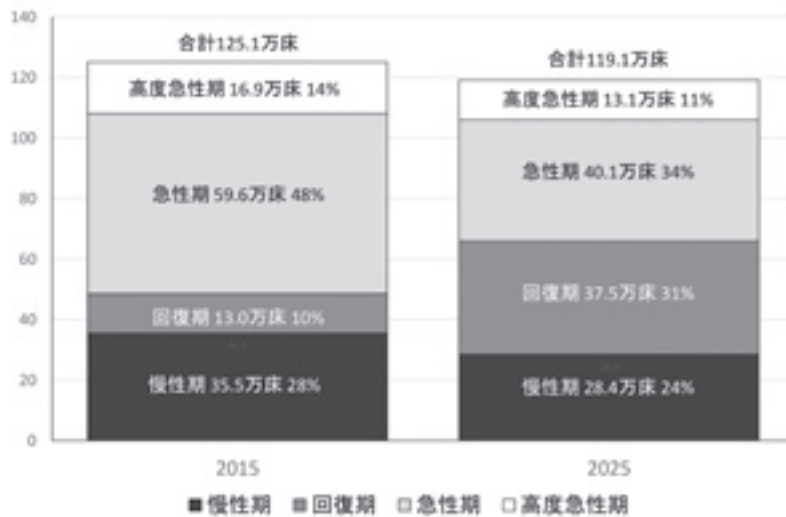
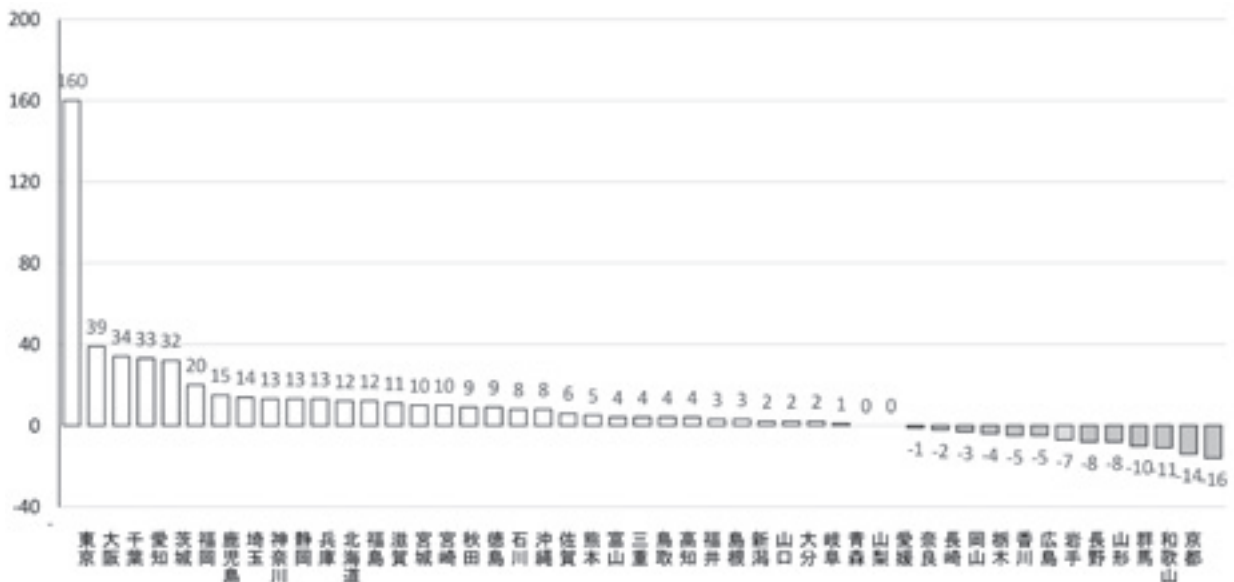


図4 2018年と比較した2021年の産婦人科常勤医師数の増減 (全国+421名)



日本産婦人科医会施設情報調査2018, 2021

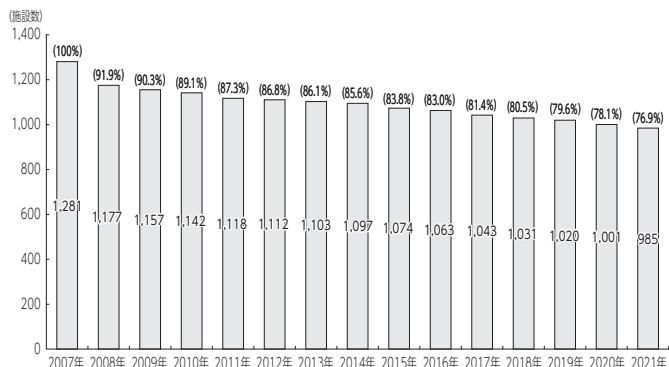
2021年度『産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査報告』の概要

勤務医委員会委員長 関口 敦子

当委員会では、分娩取扱い病院の勤務環境の年次調査を2007年から行っている。ここでは2021年度調査の主要結果を概説する。2021年度のアンケート回収率は73%で例年と遜色なく、ご多忙中にもかかわらず本調査にご協力下さった先生方には改めて御礼申し上げたい。なお、2007年からの冊子の内容は日本産婦人科医会ホームページからもご確認いただける(トップメニュー『産婦人科医会のこと』→『部会別資料』→『勤務医部会』をクリック)。また、項目によっては途中から調査を追加したため、調査開始時からのデータが揃っていないものもある。

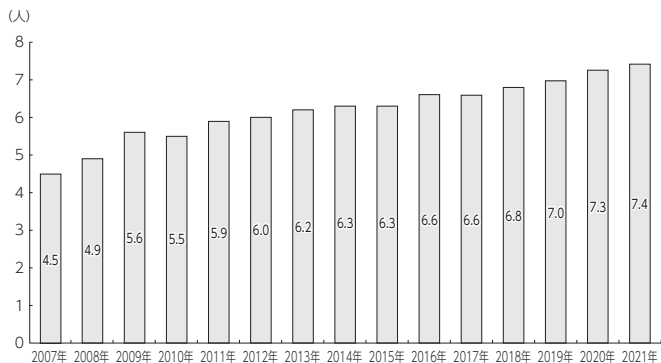
●政府統計によれば、全国の分娩数(出生数と総死産数の合計)は2007年から2020年までに約23%減少した。それに符合するように、2007年から2021年にかけて分娩取扱い病院数も約23.1%減少している(図1)。施設数減少もあって、施設当たりの産婦人科医師数は増加している(図2)。

図1 分娩取扱い病院数の年次推移



全国の分娩取扱い病院数は漸減し、14年前の76.9%である。

図2 分娩取扱い病院当たり常勤医師数の年次推移

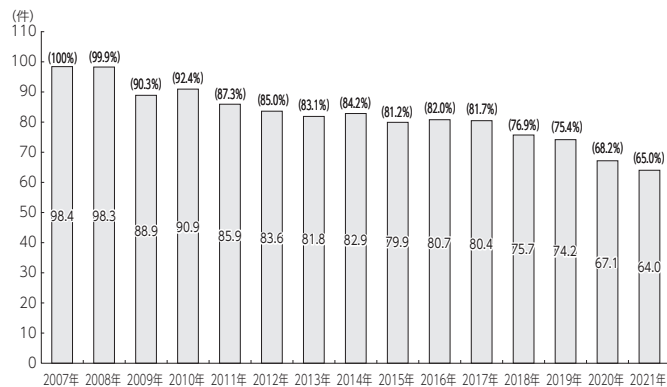


施設当たり常勤医師数は4.5人から2.9人増加して7.4人になった。

●施設当たり医師数が増加した結果、分娩業務の負担は減っているか。答えはイエスでもあり、ノーでもある。回答施設の分娩数を常勤医師数で割った医師一人あたり分娩数は65%と減少著明である(図3)。一方で施設当たり分娩数は14年前より依然多く、1施設で夜間当直医が扱う分娩数は

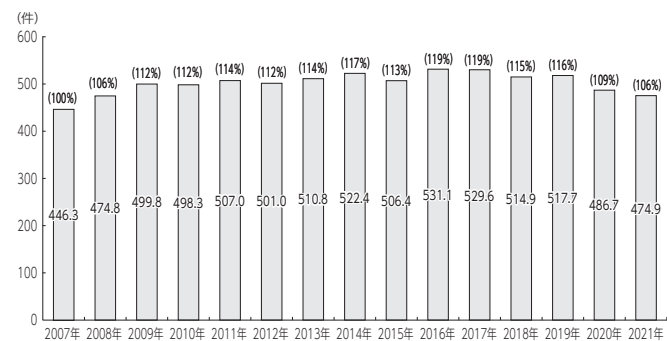
増加したままと推察される(図4)。

図3 常勤医師当たり年間分娩数の推移



常勤医師当たりの年間分娩数は64件で、14年前より34件も減った。

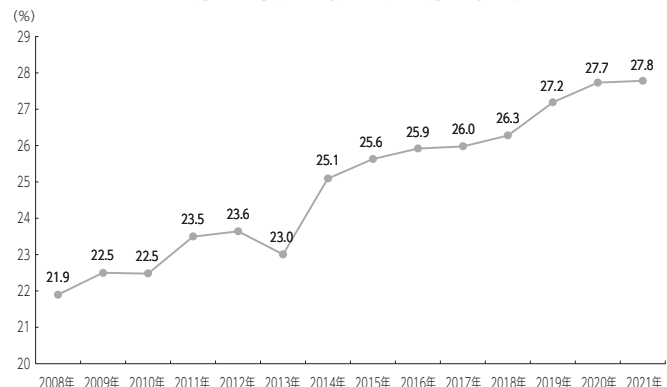
図4 分娩取扱い病院の施設当たり分娩数の推移



施設当たりの年間分娩数は2016～7年の119%をピークに減少しているが、なお106%と当時より多い。

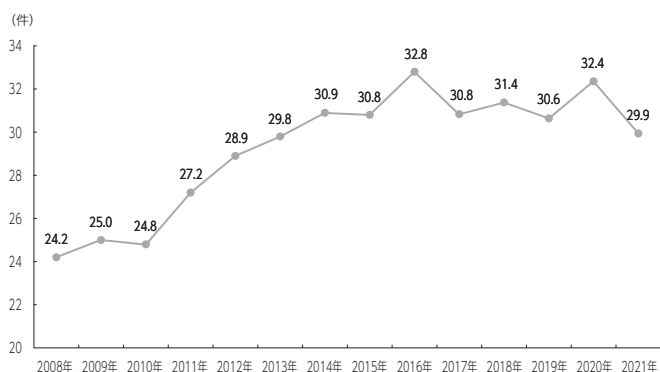
●分娩の内容はどうか。帝王切開率の持続的上昇は母体のハイリスク化とみられることも出来る(図5)。また、施設当たりの母体搬送受入れ数は最近横ばいであるが、2008年に比較すると多い(図6)。

図5 分娩取扱い病院の帝王切開率の推移



帝王切開率は2008年の21.9%より漸増し、27.8%となった。

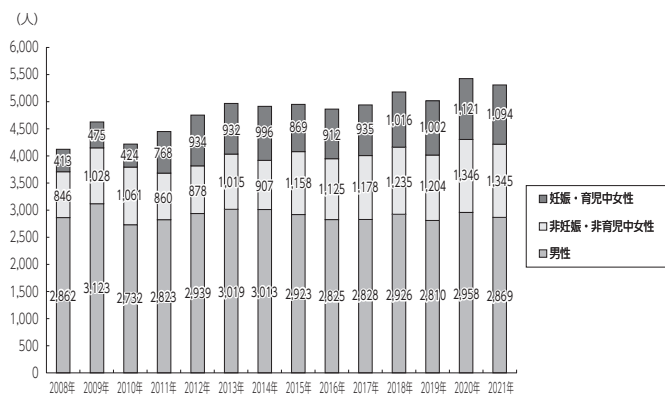
図6 分娩取扱い病院の年間母体搬送受け入れ数の推移



施設当たりの年間母体搬送受け入れ数は2008年の24件から増加し、2014年から30件前後を推移している。

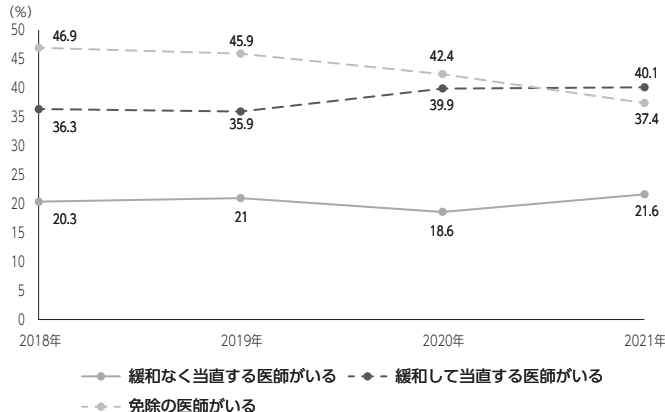
●産婦人科医師数の内訳はどうか。全体として医師数は約30%増加しているが、常勤医師数の中で一番増加が目立つのは、「妊娠中や小学生以下の子を養育する女性医師」である(図7)。しかし、それらの医師は夜間当直免除者も多い(図8)。このことは、産婦人科常勤医師増加にも関わらず当直回数が減少しない大きな要因となっている。

図7 男性・女性医師数の年次推移



男性医師数は14年間不変で、「妊娠中や小学生以下の子を育児中でない女性医師」が1.6倍、「妊娠中や小学生以下の子を養育する女性医師」が2.6倍に増加した。

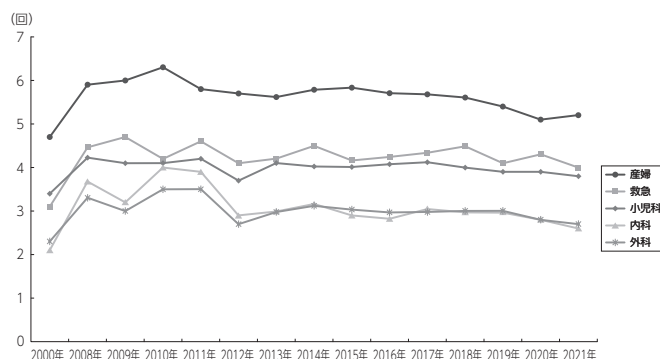
図8 育児中女性医師の勤務内容



小学生以下の育児中の女性医師の勤務内容を施設ごとに複数回答可で尋ねた。多くの施設が当直免除の医師を抱える一方で、緩和なく当直する医師のいる施設もある。しかし、最近では当直免除の医師のいる施設割合はやや減少し、代わりに回数緩和しながら当直する女性医師のいる施設割合が増加してきた。

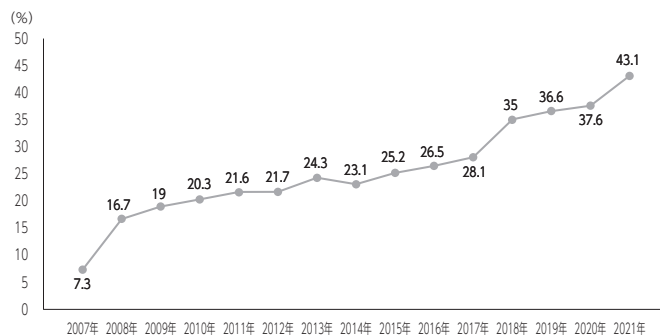
●当直する医師の当直回数はどうか。当直回数は減っているが緩慢であり(図9)、当直翌日の勤務緩和の体制は浸透してきたが、実施には困難も多い(図10)。自施設の在院時間は、非常に緩徐に減少している(図11)。

図9 1カ月当たりの平均当直回数の推移



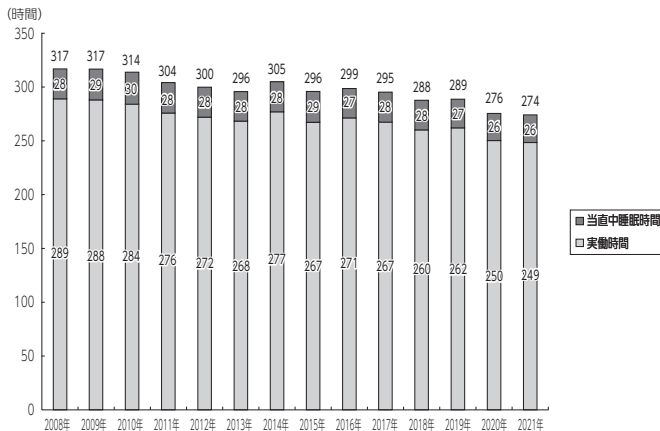
他科との比較でも、産婦人科の当直回数は院内で最も多く1カ月平均5.2回であり、13年間で0.7回減少した。

図10 当直翌日の勤務緩和体制導入の推移



当直翌日の勤務緩和体制の導入は2007年の7.3%から2021年には43.1%の施設に拡大し、増加はめざましい。体制を導入しても必ずしも実施ができていないわけではないが、実施率50%以上の施設は2014年に約半数であったのが、2021年には約7割となった。

図11 1週間の自施設の月間在院時間の推移



月80時間の残業から計算した278時間の在院時間(いわゆる過労死認定基準)を、2020年から平均でようやく下回った。

●「医師の働き方改革」に向けて現状をどうとらえるか。今回も、当直を除く週間勤務時間、月間当直回数、外勤の日勤・当直回数を調査した。そこから年間在院時間を算出し、働き方改革のA水準、B水準と比較した(表1)。

推定在院時間が平均でB水準を超える施設は多くなく、

ちょうどB水準前後にある施設種類が多い。しかし、平均でB水準ぎりぎりということは、勤務時間が正規分布なら半数はB水準を超過することになる。また、A水準は大幅に超過する施設種類が多い。超過する時間は、平均で900時間超であり、これは丁度外勤に相当する時間数である。

しかし、医師の外勤は簡単には辞めることはできない。歴史的に、常勤医師の少ない分娩取扱施設は、常勤医師の多い病院からの『外勤』によるヘルプで当直医師を確保してきた。これは同時に大学等比較的低賃金の勤務医師の場合は収入補填にも役立って、日本の産科医療は長年支えられてきた。

表1 自他施設の年間勤務時間と働き方改革の水準との比較

	自施設	外部施設	合計(自施設・外部施設)	A水準(3,300時間) を上回る時間	B水準(4,200時間) を上回る時間
施設運営母体による分類					
大学	3,149	1,065	4,214	914	14
国立	3,245	496	3,741	441	-459
都道府県立	3,464	1,216	4,679	1,379	479
市町村立	3,378	803	4,181	881	-19
厚生連	3,234	1,098	4,332	1,032	132
済生会	3,313	772	4,085	785	-115
社保	3,249	0	3,249	-51	-951
日赤	3,358	559	3,917	617	-283
私立	3,297	1,019	4,315	1,015	115
その他	3,275	820	4,095	795	-105
周産期母子医療センターによる分類					
総合	3,400	911	4,312	1,012	112
地域	3,273	903	4,176	876	-24
一般	3,289	1,008	4,297	997	97
2021年全施設	3,293	953	4,246	946	46

また、当直を減らすために施設集約化が役立つことは間違いないが、大都市圏以外では施設数に対してカバーすべき地域も広範囲であることから、集約化が地域住民の分娩の安全性低下に直結しかねない。

【まとめ】

あと1年半に「医師の働き方改革」が迫る中、現状はまだ混乱の中にある。そもそも、乳幼児を養育する女性医師に無理に当直しろと言わなくていいほど十分に医師数が確保され、全施設で全医師の当直回数が軽減されれば問題はない。人がいれば、地域医療にもマンパワーが割ける。自施設で外勤に釣り合うほどの給与が出れば外勤も不要。でも、医師は増えないし、大学の給与は低い。

産婦人科医師の中にも、管理者もいれば労働者もいる。労働者の立場で言えば、患者を支える自身の健康確保のために、「働き方改革」は下手な妥協や抜け道なく実施されるべきと主張したい。他方、管理者の立場からすれば、出来る限りの宿日直許可取得など、労働者を殺さぬ程度に働かせて施設を維持する知恵を絞りたい。それには日本の地域医療を守るためという錦の御旗もある。

医師は自分の家庭や健康を守るのか、地域の医療を守るのか。こんなジレンマから、「医師の働き方改革」が産婦人科の内部から、骨抜き改革にされないように願っている。このジレンマを発生させているのはこの国の行政である。

編集後記

2024年4月から医師に罰則付き時間外労働上限規制が適用されます。これに対して勤務医委員会を中心に、産科医療の質を落とさずに、どのように時間外労働上限規制をクリアできるかを真剣に検討しています。

時間外労働時間短縮のための鍵となる要素には「宿直許可」と「自己研鑽」があり、夜間勤務を宿直として扱うと、時間外労働時間のカウントが激減する施設があります。また、教育を担う施設では、カンファレンスの準備や学会発表、研究を自己研鑽扱いとし、数字上の勤務時間を減らして何とか基準範囲内に収める施設もあるのではないかと思います。

雇用者側の立場では、数字上の勤務時間を減らし時間外労働時間条件をクリアすればひと安心かも知れません。一方で被雇用者からみればどうでしょうか。入局を決める前の医師に於いては、どこまでを自己研鑽とカウントする医局であるかが進路決定に影響する要素となるかも知れませんし、医局員に於いては、上司に対する信頼感に関わるかも知れません。産科は他科よりも労働条件が悪いと評価されれば、ブラック企業ならぬ「ブラック科」と評される可能性があります。

産科の場合、夜間の分娩などに対応する人員を每晚確保しなければならず、当直可能な医師の人数によっては時間外労働上限規制のクリアでさえ困難な施設も多く存在します。まずは時間外労働時間条件をクリアすることは大切です。しかし、産科がブラックだと言われるのは心外です。産科で被雇用者として働く魅力をアップするためには、産科の良さを広めることが何より大切ですし、さらに、できるだけ「ホワイ

ト科」に近づける努力も大切だと思います。

約20年前に自分が入局した頃は、朝から深夜まで働き、月に何度も当直をしました。当時はそれが当たり前で勤務時間短縮は難しいと思い込んでいました。しかしその後(もちろん分娩数減少の影響も少なからずあるとは思いますが)、注射処方や検査指示の電子化、タスクシフトなどで仕事量が少しずつ減り、在院時間も減りました。今後も無理とあきらめずに、電子化をはじめとした業務の簡略化、タスクシフト、可能であれば集約化、その他何か勤務時間を短縮する要素の模索などで勤務時間を短縮する努力をしたいと思います。そして「ホワイト科」に近づくことを目標としながらも、産科医療の質を落とさず魅力を維持できればと思います。

(幹事・林 昌子)

(令和4年度)

勤務医委員会		勤務医部会	
委員長	関口 敦子	副会長	中井 章人
副委員長	卜部 諭	常務理事	鈴木 俊治
委員	石井 桂介	〃	倉澤健太郎
〃	杉田 洋佑	理事	松田 壯正
〃	田中 智子	〃	矢本 希夫
〃	富樫嘉津恵	副幹事長	戸澤 晃子
〃	長谷川ゆり	幹事	百村 麻衣
〃	最上 多恵	〃	林 昌子