

# 正常分娩の保険適用化がもたらす影響を考える ～周産期母子医療センターの立場から～

亀井 良政

埼玉医科大学病院 産婦人科 運営責任者・教授  
日本産科婦人科学会 常務理事（医療制度問題 担当）  
日本産婦人科医会 理事  
日本周産期・新生児学会 副理事長  
日本産科麻酔学会 副理事長

# 我々周産期母子医療センターが危惧すること・・・

正常分娩の保険適用化

一次施設が経営に困窮し分娩取扱の終了

分娩取扱施設の急激な減少

行き場の無い妊産婦が押し寄せる

病床確保の困難・医師の過重労働・離職

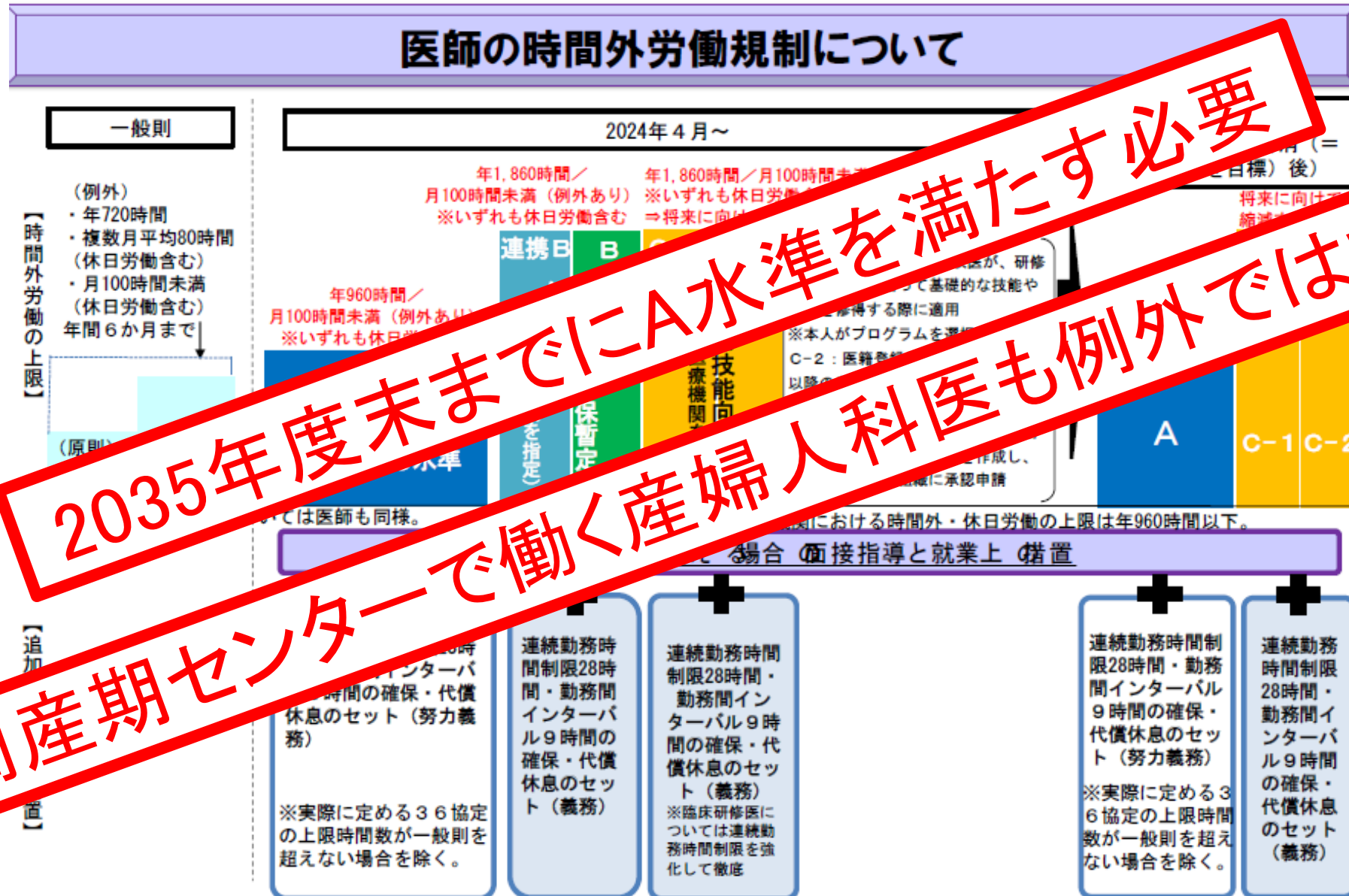


# 周産期母子医療センターにおける

1. 働き方改革の影響について

2. 医療安全の確保について

# 2024年度からの『第8次医療計画、地域医療構想』



2035年度末までにA水準を満たす必要

周産期センターで働く産婦人科医も例外ではない

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

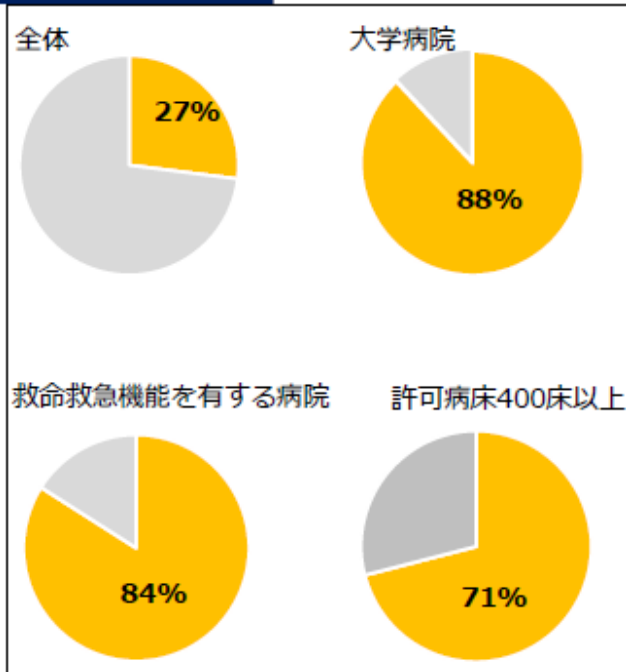
# 2024年度からの『第8次医療計画、地域医療構想』

## マンパワー② 働き方改革への対応が求められる

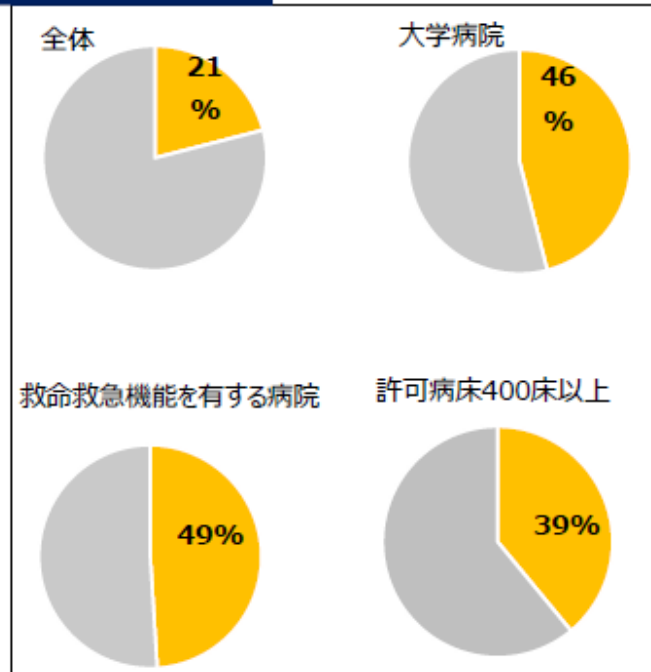
- 2024年度から、医師の時間外・休日労働時間の上限規制が開始される。
- 過去の調査において時間外労働が年1860時間を超えると推定される、週当たり労働時間が80時間以上の医師がいる病院の割合は、平成28年調査と比べれば減少しているものの、大学病院・救命救急機能を有する病院・許可病床400床以上の病院においては、いまだ4割程度を占めており、施行に向けて、労働時間の短縮を進めていく必要がある。

時間外労働が年1860時間を超えると推定される医師がいる病院の割合

### 平成28年調査



### 令和元年調査

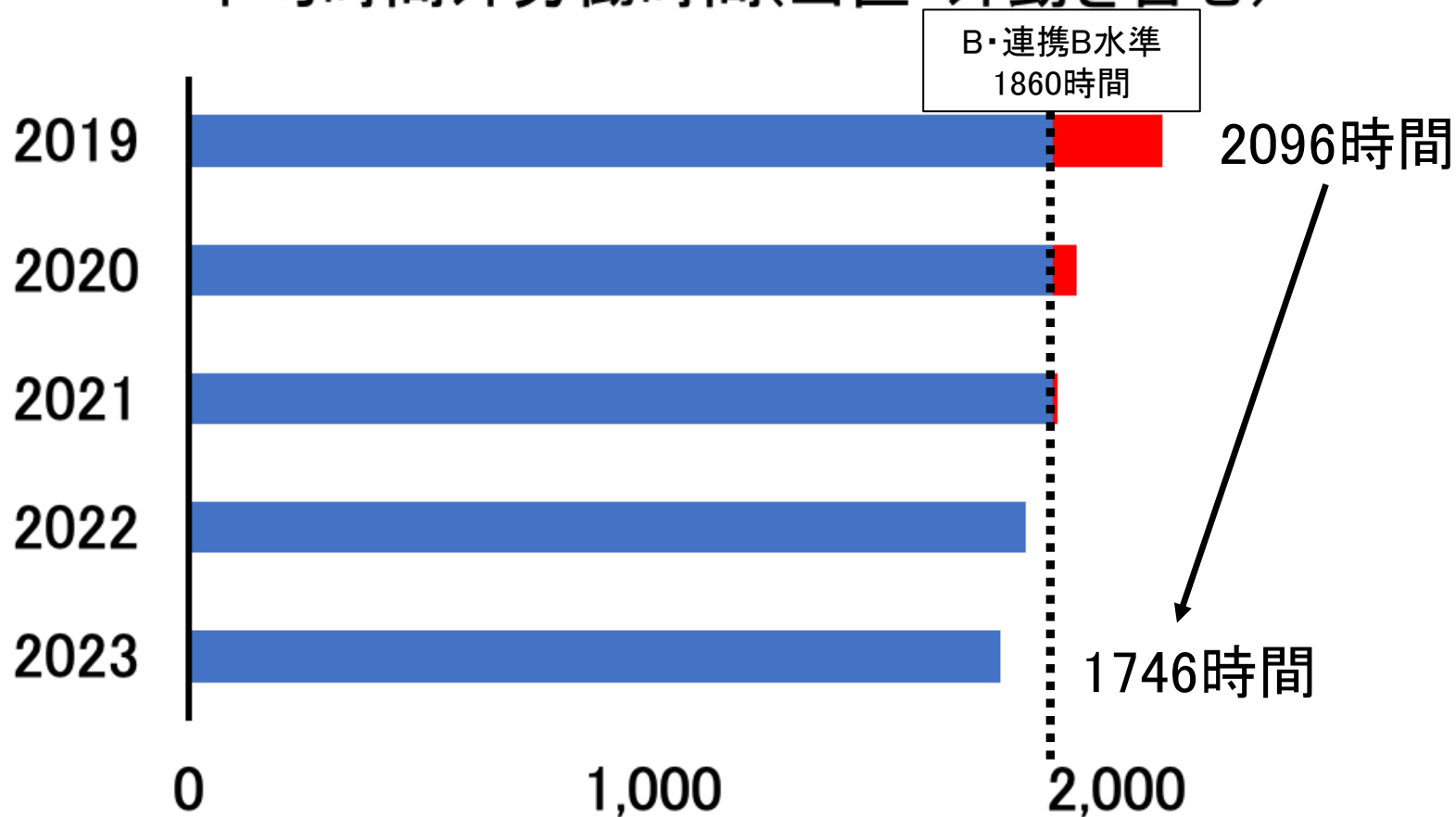


※ H28調査：「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」（平成28年度厚生労働科学特別研究「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査研究」研究種）結果をもとに医政局医療経営支援課で作成。病院勤務の常勤医師のみ、勤務時間は「診療時間」「診療外時間」「待機時間」の合計でありオンコール（通常の勤務時間とは別に、院外に待機して応急患者に対して診療等の対応を行うこと）の待機時間は除外。医師が回答した勤務時間数であり、回答時間数すべてが労働時間であるとは限らない。救急機能とは、救急告示・二次救急・救命救急のいずれかに該当すること。

※ R元年調査：診療外時間から指示の無い診療外時間を除外し、曜日区分許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の曜日区分中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

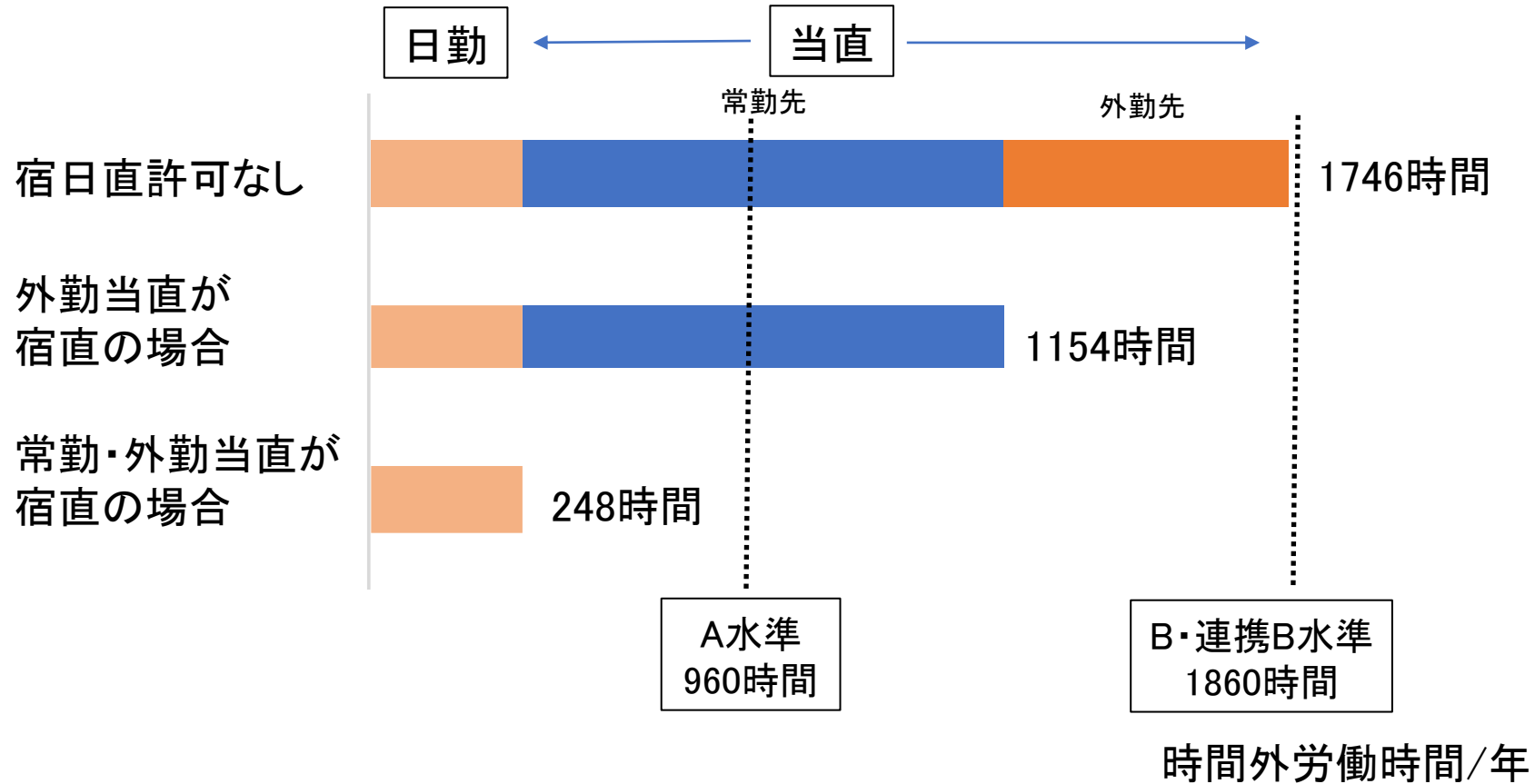
※※ 平成30年病床機能報告救急機能とは、救急告示病院、二次救急病院、救命救急（三次救急）病院のいずれかに該当するもので、救命救急機能は、三次救急病院に該当するもの。なお、救急車受入件数は、平成30年病床機能報告で報告された件数から抽出した。

# 平均時間外労働時間(当直・外勤を含む)



現場の努力により直近5年間で削減は進んでいる

# 宿日直許可取得による時間外労働の変化



2024年時間外労働上限適用の水準を満たすための**苦肉の策**

# 医師の宿日直許可

常態としてほとんど労働することがなく、

労働時間規制を適用しなくとも必ずしも労働者保護に欠けることのない宿直  
又は日直の勤務で断続的な業務については

許可を受けた場合に労働時間規制を適用除外可能

以下の条件を満たす必要がある

1. 通常の勤務時間から完全に解放された後のもの
2. 特殊な措置を必要としない軽度または短時間の業務に限ること
3. 一般的な宿日直の基準を満たす
4. 宿直の場合は十分な睡眠がとりうる



# 産科当直を宿日直として扱うことは適切か？

表11

当直中の合計睡眠時間の評価

	施設数 (%)	回答施設の時間
十分	278 (56.5)	6.1
不十分	214 (43.5)	4.3
計	492 (100.0)	5.3

**当直中の睡眠時間は4-5時間  
管理者目線でも半数近くが不十分と回答**

**睡眠時間6時間未満では翌日に行った処置の合併症発症リスクが1.72倍上昇  
(Rothschildら JAMA 2009)**

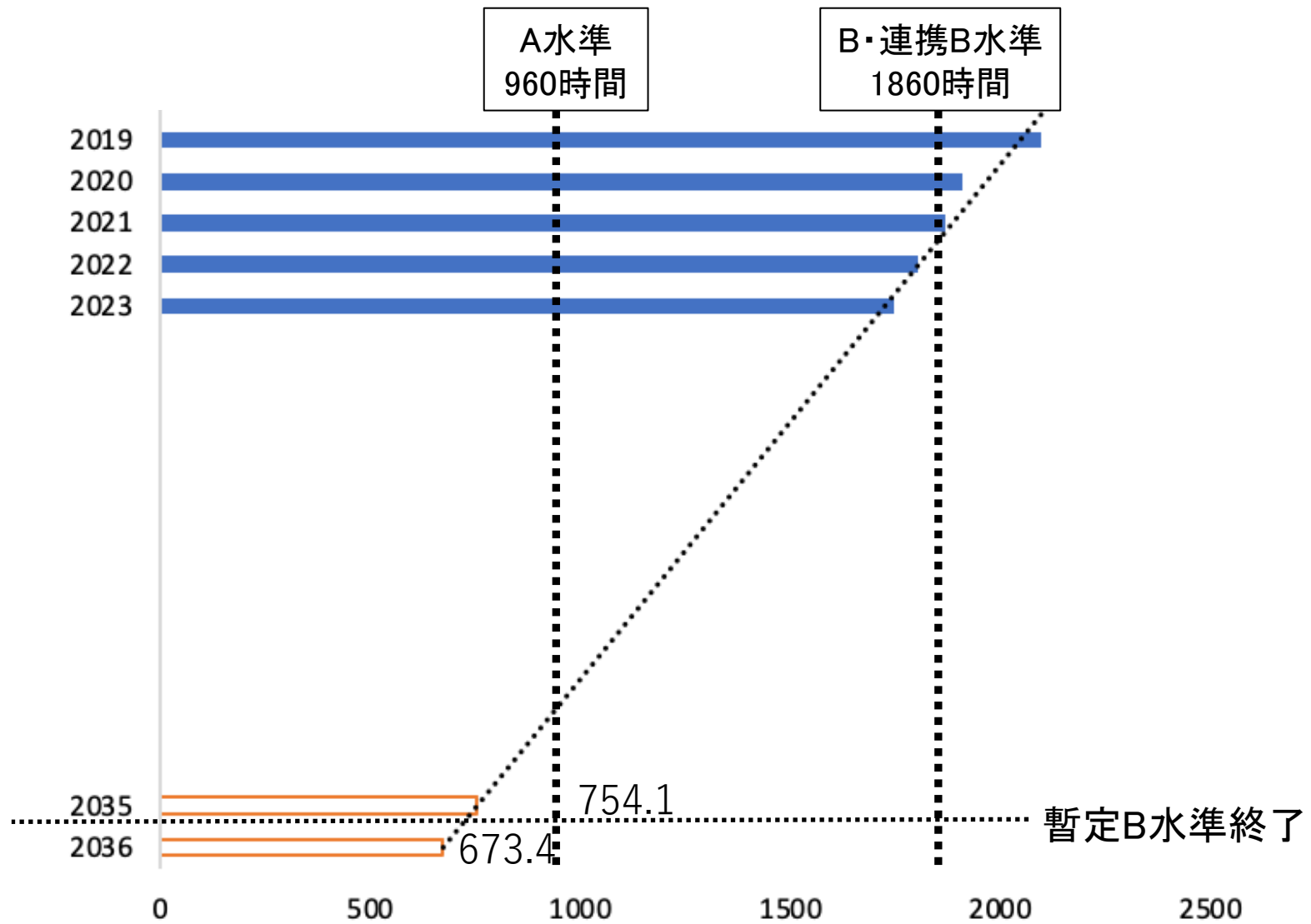
# MFICU管理料の見直し 20240214中医協答申

- ア (略)
- イ 以下のいずれかを満たすこと。
  - ① 専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。**当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。**

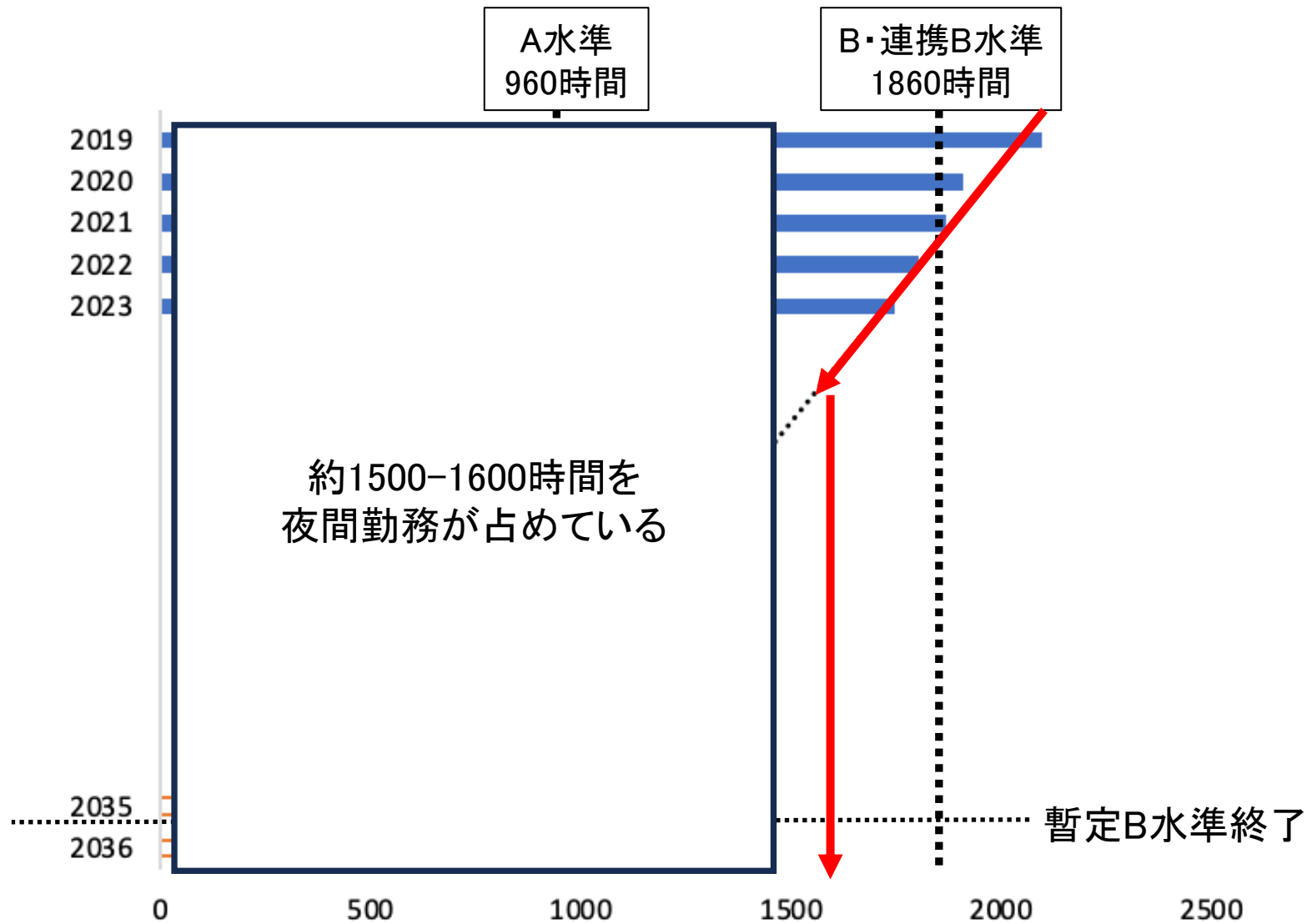
ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。

なお、当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとする。
  - ② **専ら産婦人科又は産科に従事する医師(宿日直を行う医師を含む。)が常時2名以上当該保険医療機関内に勤務していること。そのうち1名は専任の医師とし、当該治療室で診療が必要な際に速やかに対応できる体制をとること。なお、当該医師は当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとする。**

**この答申により、MFICU加算の算定が不可能となる施設が急増**

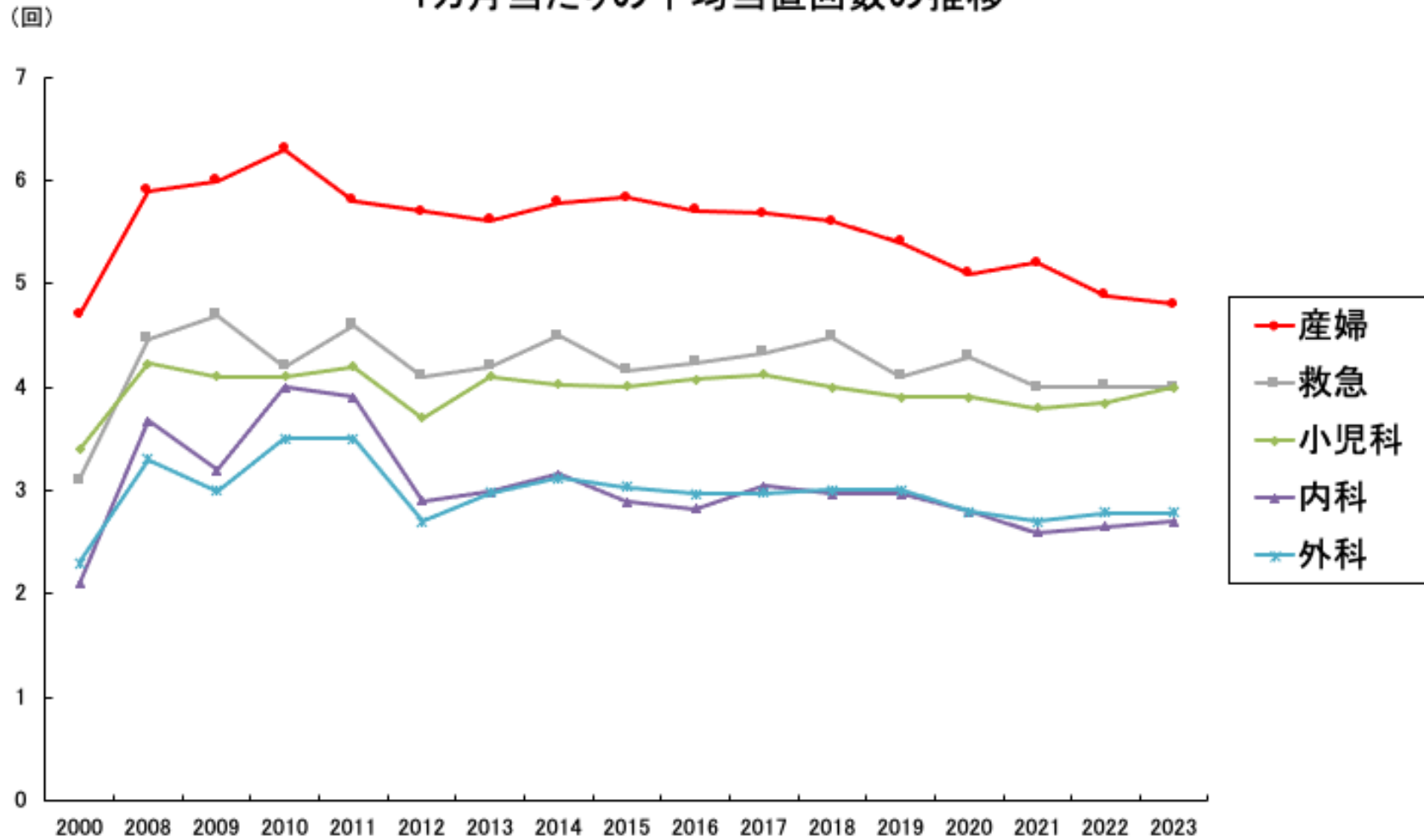


「現状のペースで減少が進めば」2035年度末の暫定水準終了時点までに960時間を下回るが、



当直(夜間体制の維持)がハードルとなり  
現場の努力だけでは直ぐに限界がくる

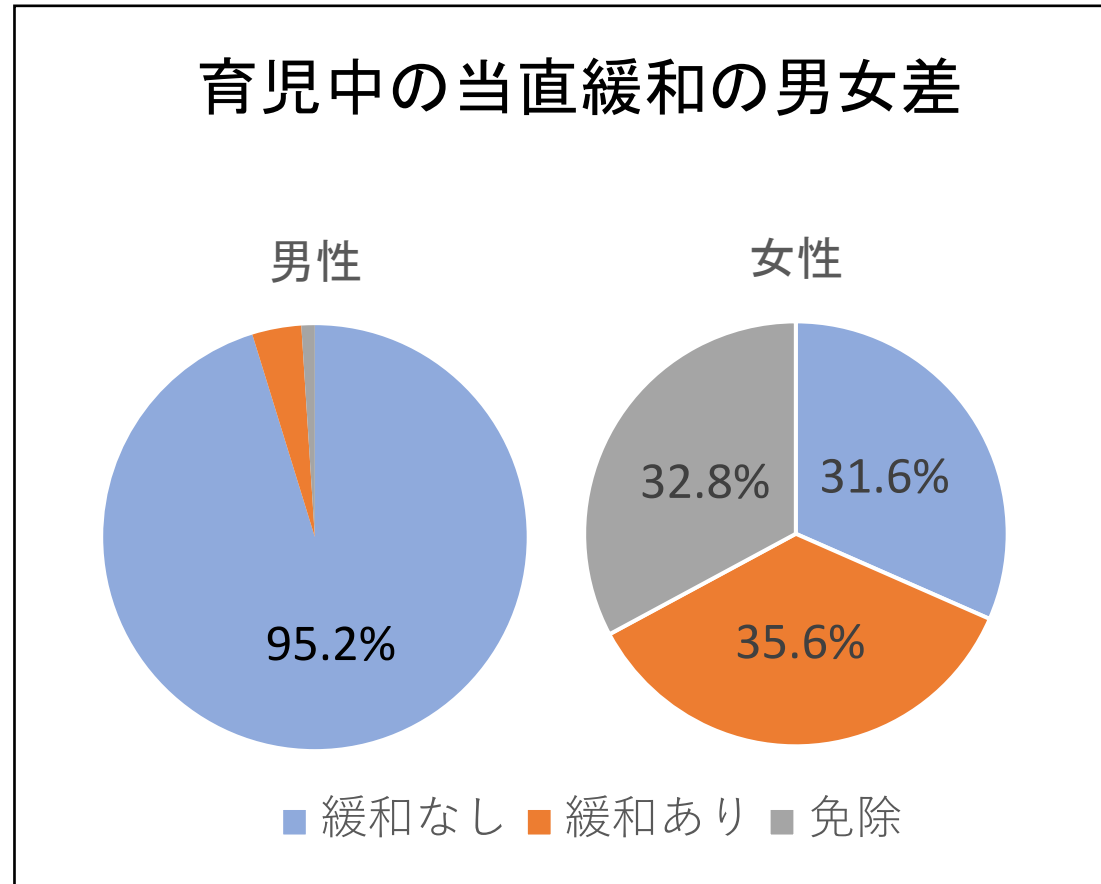
# 1か月当たりの平均当直回数の推移



常勤先での当直回数は微減にとどまり4.8回/月  
3.3回/月の外勤先当直と合わせて平均で8.1回/月の当直

# 当直回数が減らない理由

施設あたり医師数		
	2008年	2023年
男性	3.4	→ 4.1人
女性	1.5	→ 3.9人



施設あたり常勤医師数は増加しているが  
育児中医師が多く当直できる人員が不足している

# 外部病院勤務(外勤)の必要性

2019年から当直と外勤の回数はほぼ横ばい

外勤医師がこないと、地域の分娩体制が維持できない

当直・外勤の労働時間を減らすために、地域周産期医療の構造変化が必要

# 労働時間に含まれない業務の存在

- 自己研鑽とみなされた  
研究時間、学会準備や参加、論文作成
- 宅直やセカンドコールの待機時間
- 院外で参加する会議やweb会議
- 自宅で可能な診療外の業務

医師には多くの「労働外」の業務が存在する。



# 2024年1月 自己研鑽の取り扱いに関する厚労省通達

## 大学の附属病院等に勤務する医師の研鑽について

医師が本来業務及び本来業務に不可欠な準備・後処理として教育・研究を行う場合

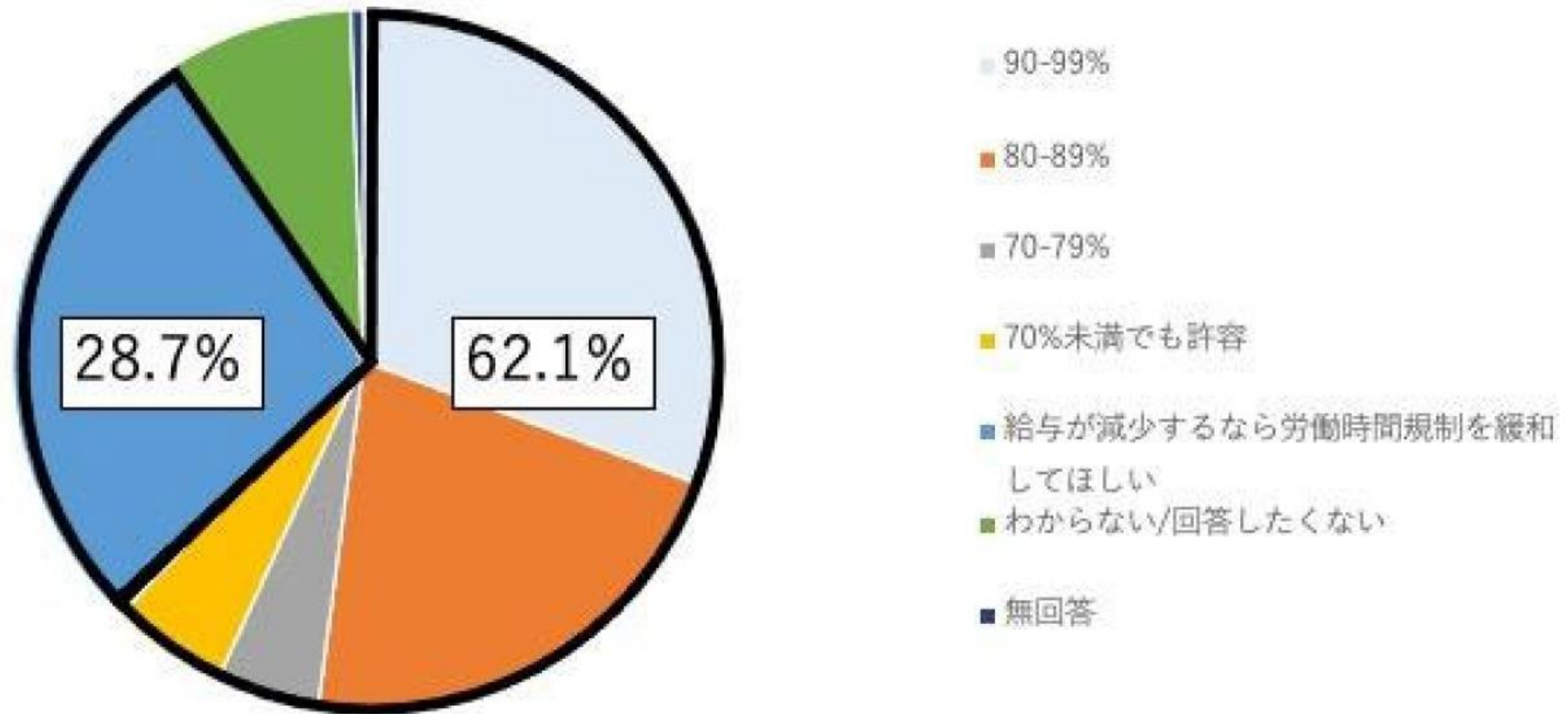
(講義、試験問題の作成・採点、論文の作成・発表指導など)

所定労働時間内であるか所定労働時間外であるかにかかわらず、**当然に労働時間となる**こと。

## 労働時間の算出についてすら未だ混乱の中にある

カウントされる労働時間の基準達成だけでなく、全体の業務を把握し改善に向けた議論が必要。

A水準の条件下で、現在の給与が減少すると  
して何%まで許容できますか？



# 出生数・合計特殊出生率の推移

1974年以降、出生数は減少

2023年速報値77万人

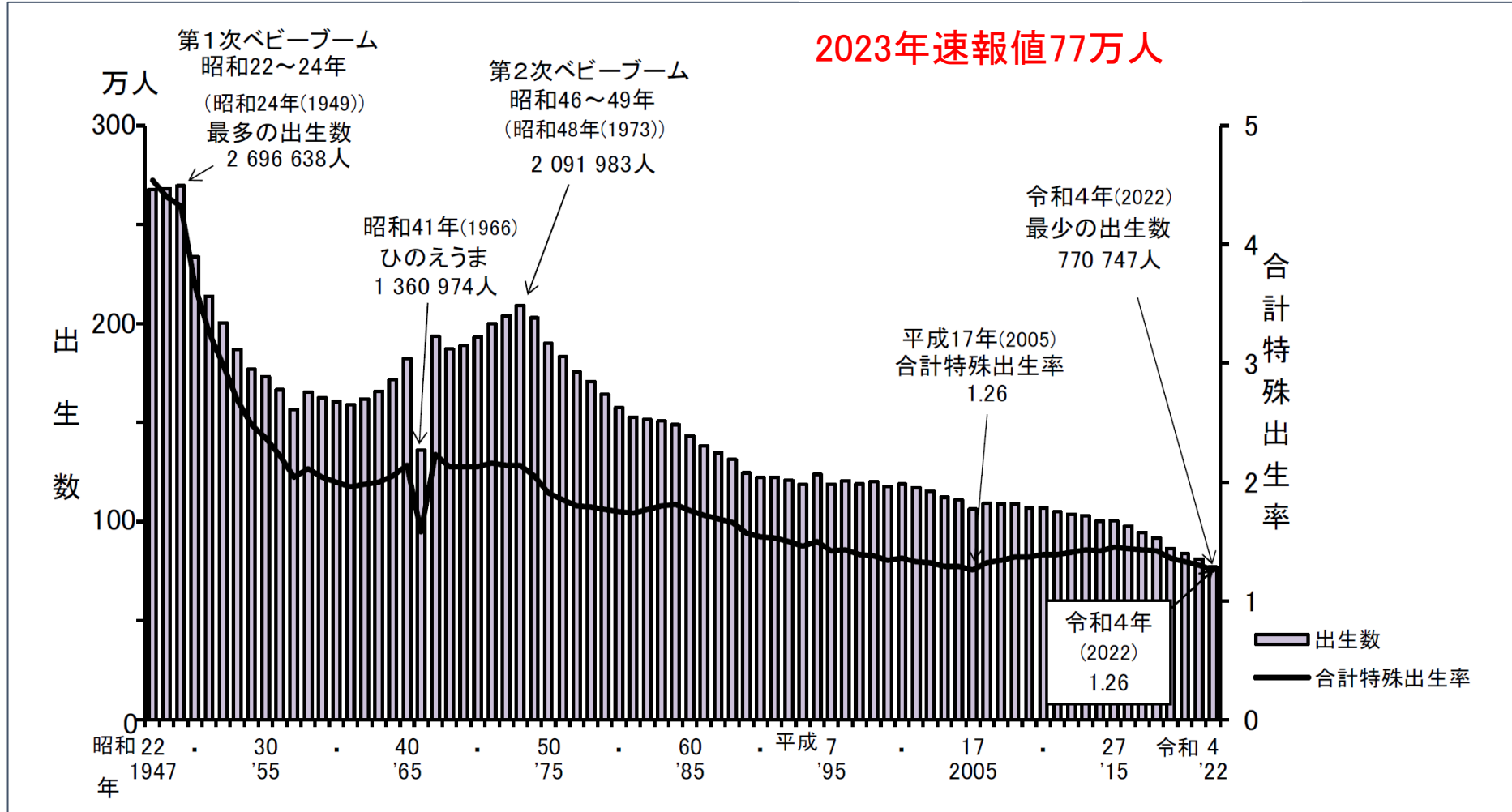
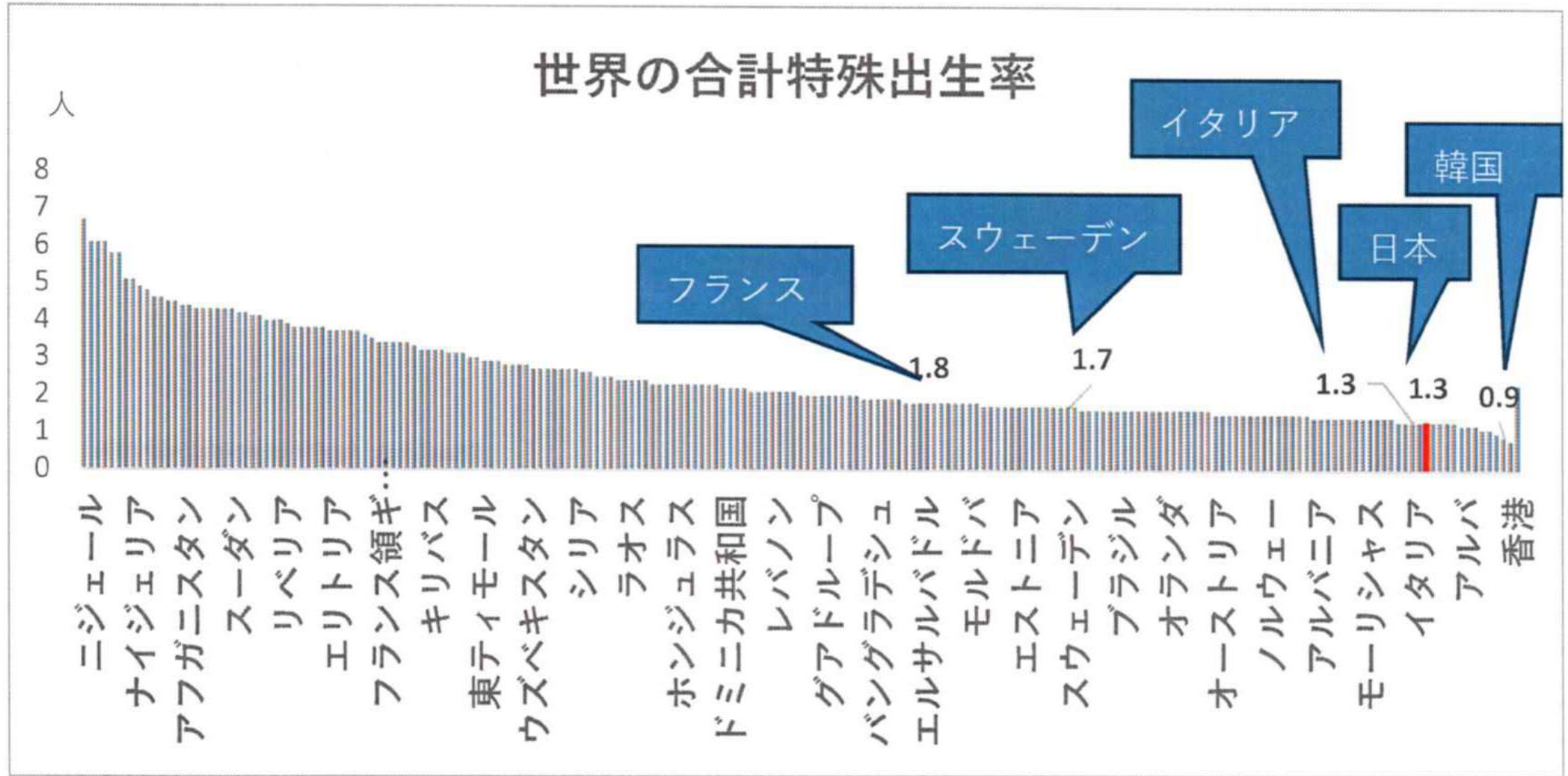


図 1 各国の合計特殊出生率（2023 年）



# 母子周産期医療センターにおける

1. 働き方改革の影響について

2. 医療安全の確保について

# 世界トップクラスの安全な分娩を提供できる環境

## 1. 新生児蘇生法普及事業

日本周産期・新生児医学会

## 2. 産科医療補償制度

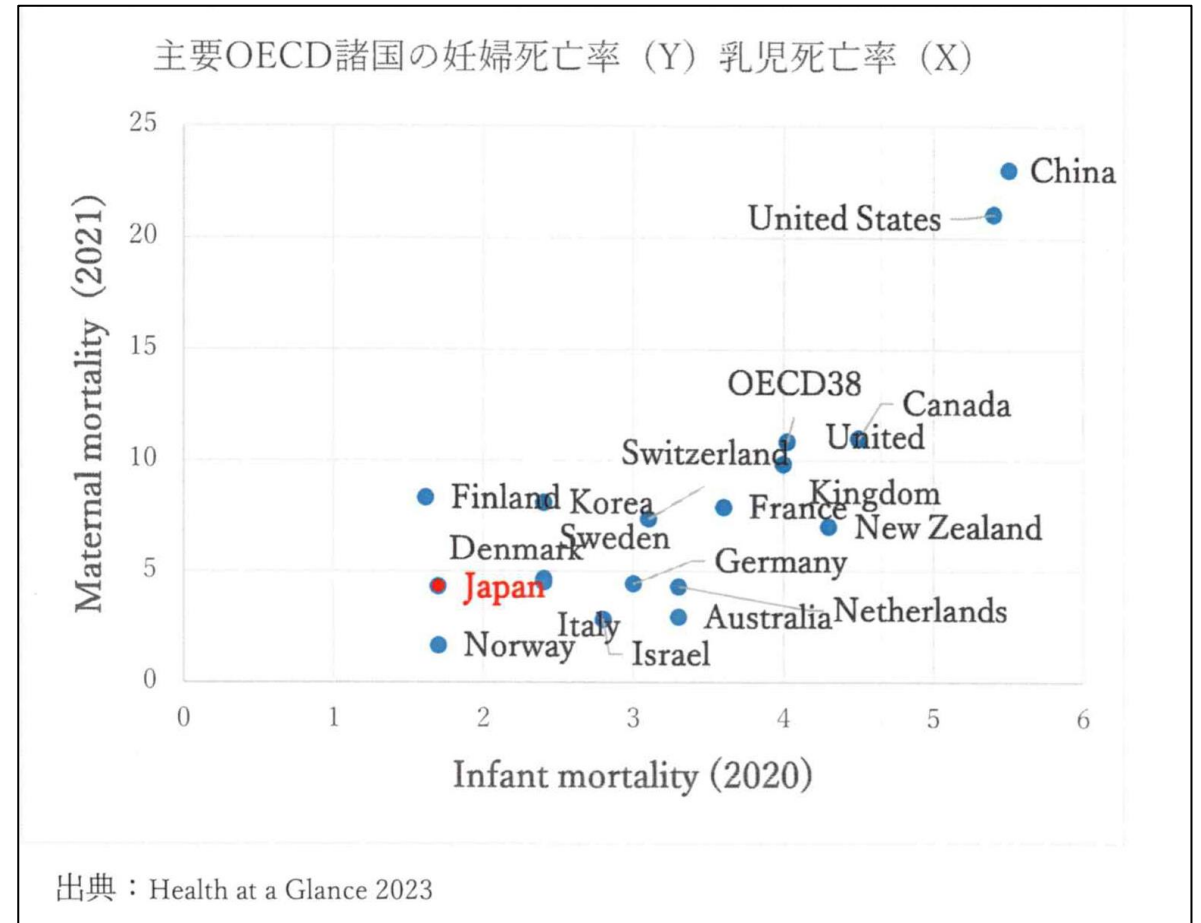
日本医療機能評価機構

## 3. 妊産婦死亡症例検討評価委員会

日本産婦人科医会

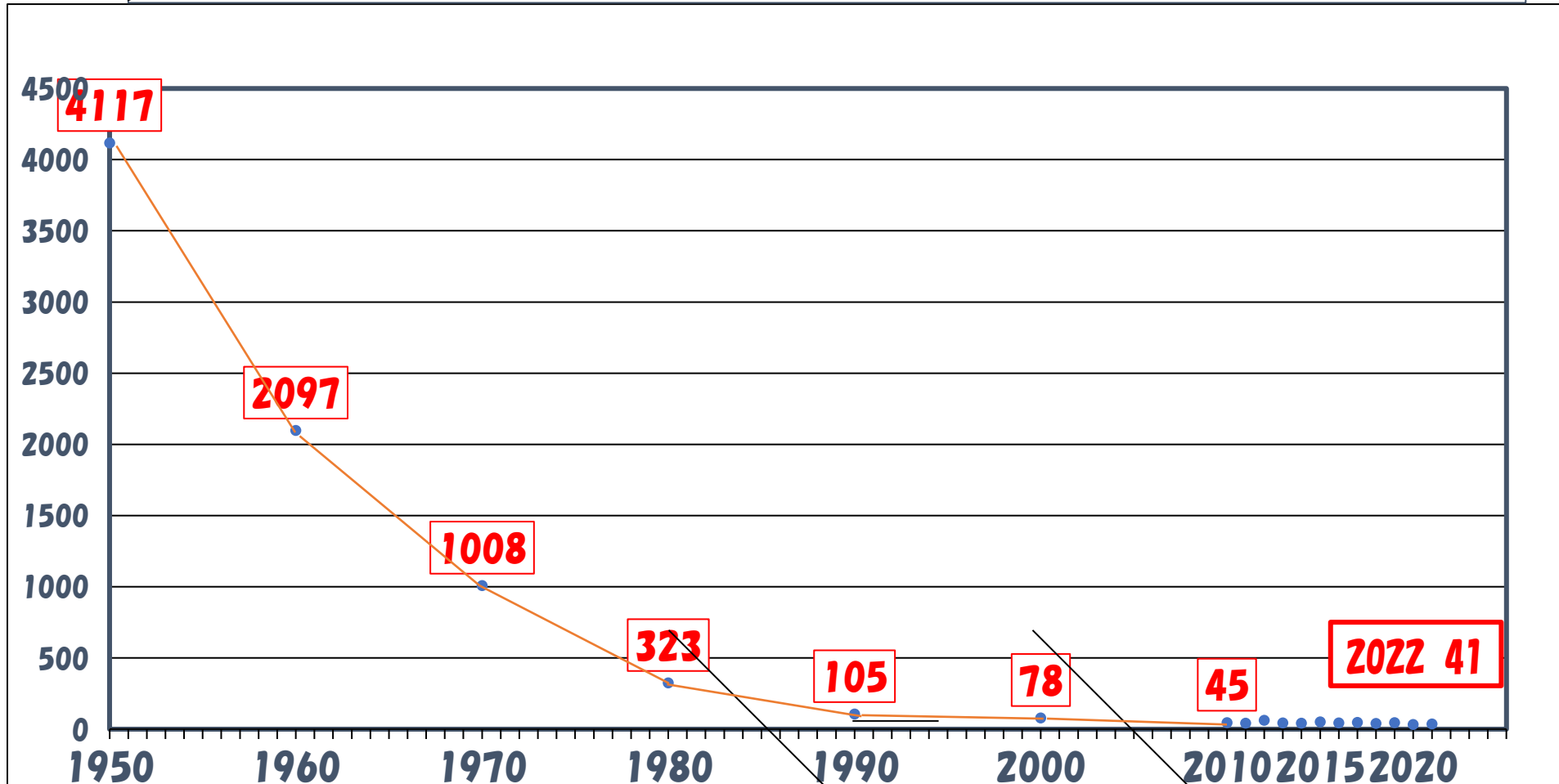
## 4. 母と子のメンタルヘルスフォーラム

日本産婦人科医会

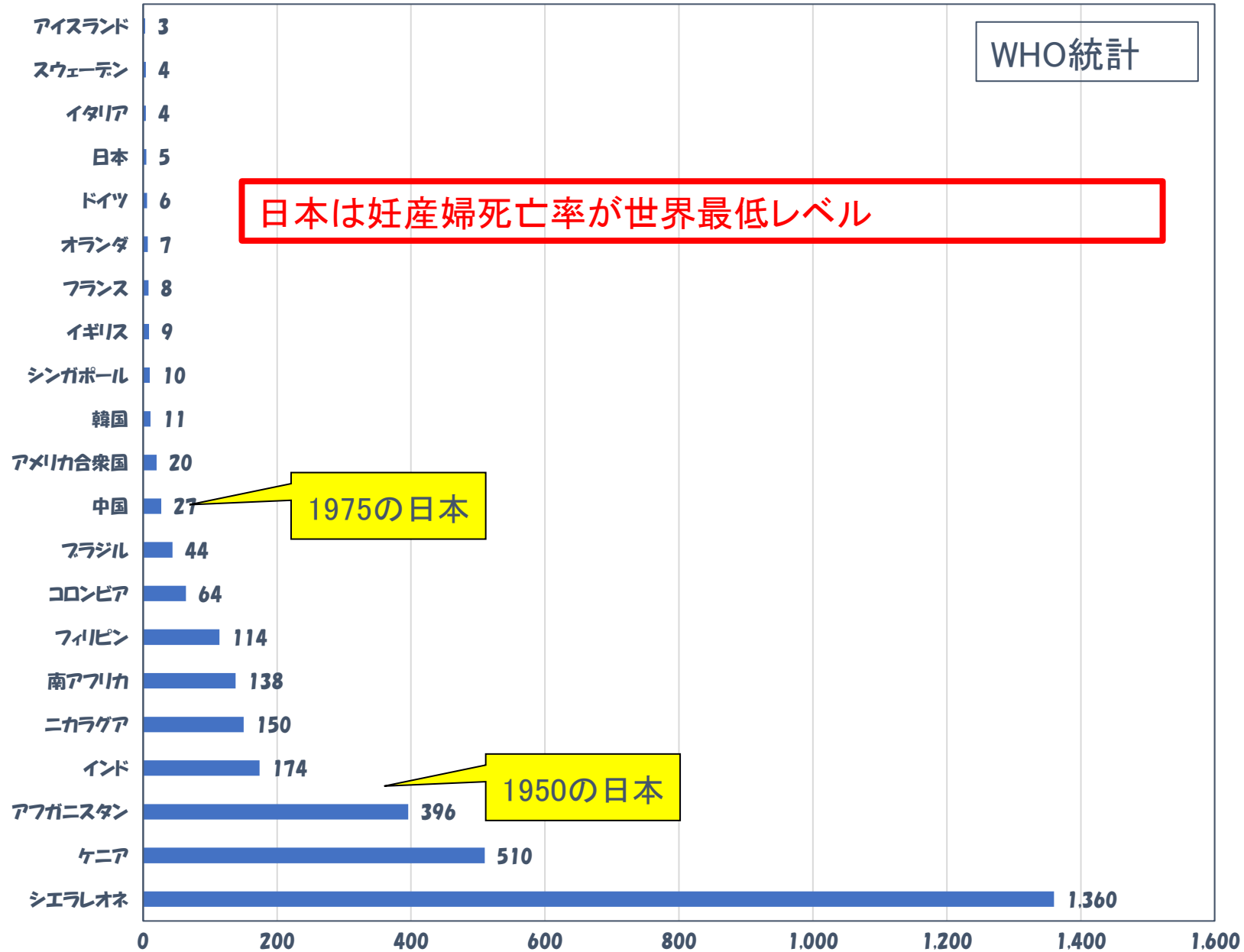


# 我が国の妊産婦死亡の年次推移

施設分娩(病院・診療所・助産所)



# 2015年の妊産婦死亡率(人口10万人あたり)





2035年末までに周産期センターで働く産科医全員が、

1. A水準(時間外労働時間上限・年間960時間)を遵守

2. 高レベルの妊産婦死亡率、周産期死亡率の維持

を目標とした場合、どの程度の**人員の増員**が必要か？

## 出生数の動向（推計と実績）

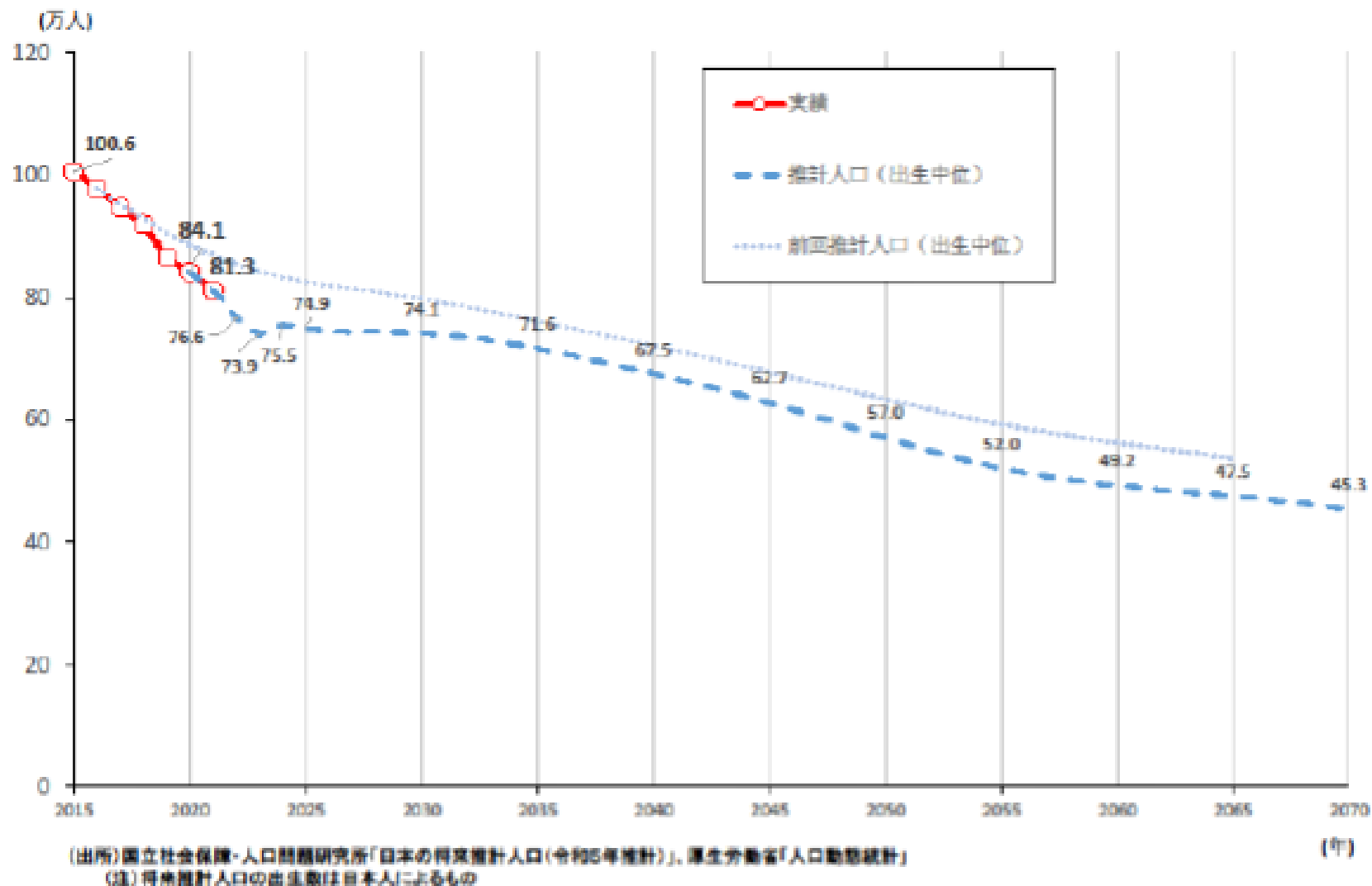
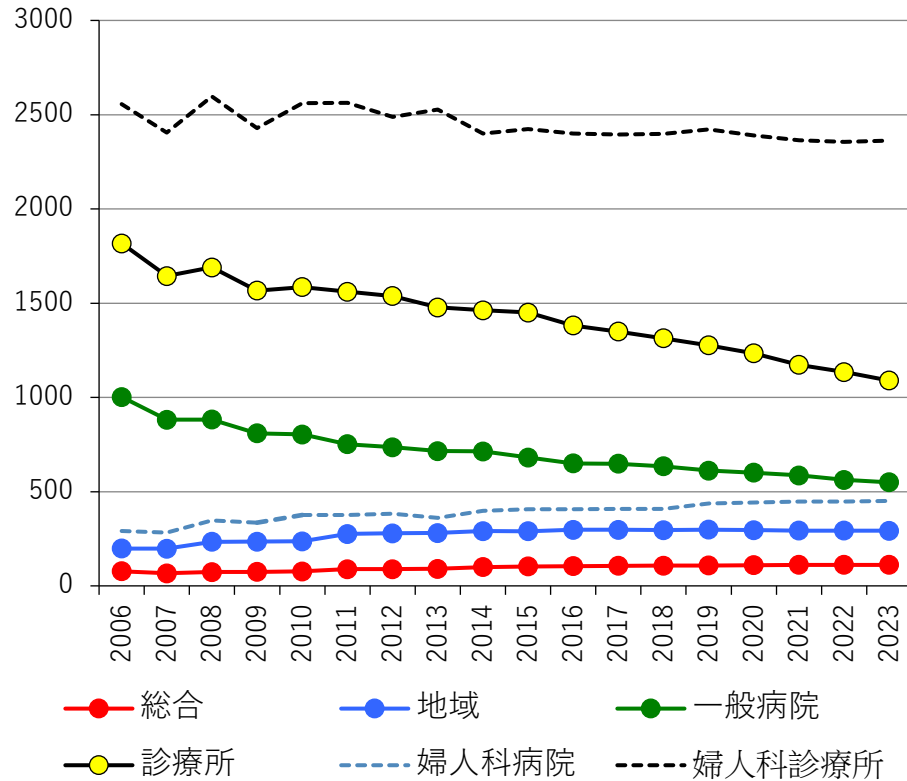


図2 わが国の出生数の動向（推計と実績）

# 日本産婦人科医会施設情報調査2023

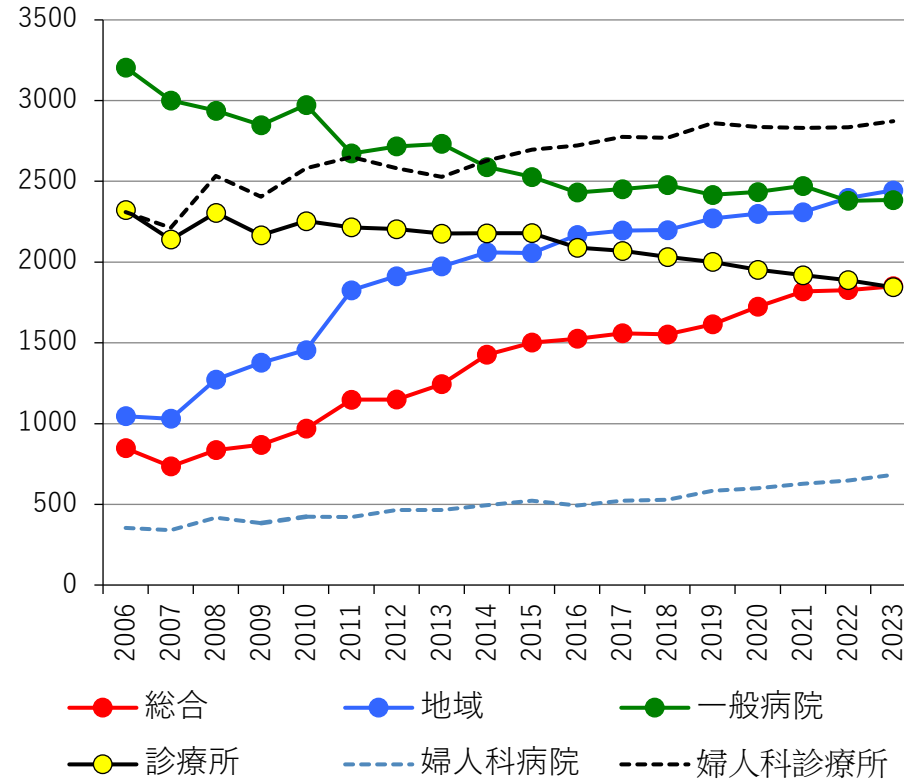
## 産婦人科施設数の推移



2006年→2023年比較

全施設：5,946→4,859施設 (18%減)。  
 分娩取扱診療所：1818→1090施設 (40%減)。  
 一般病院：1003→550施設 (45%減)。  
 総合：78→112施設 (44%増)。  
 地域：199→293施設 (47%増)。

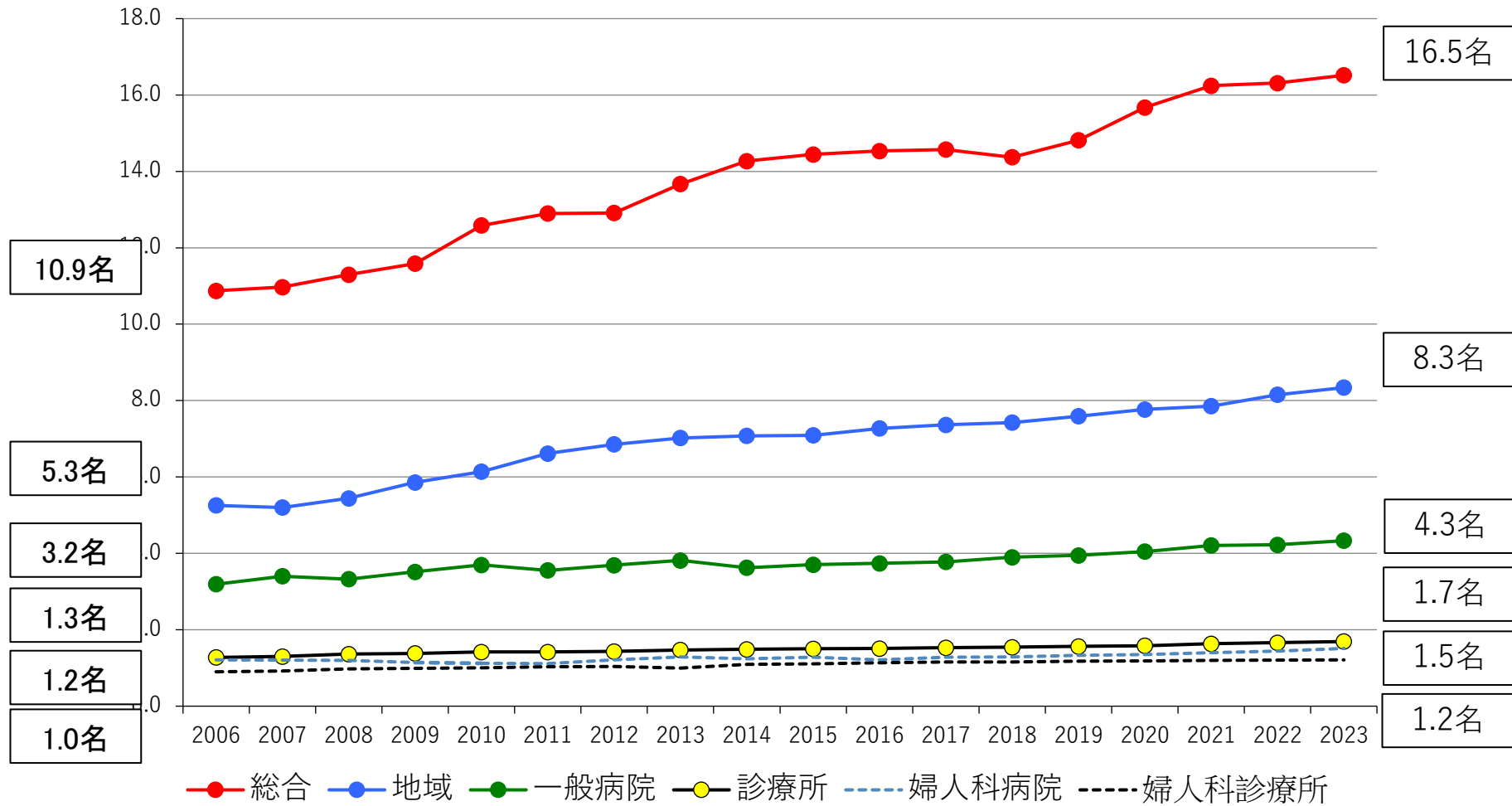
## 医師数の推移



2006年→2023年比較

全医師：10,083→12,079名 (20%増)。  
 分娩取扱診療所：2322→1845名 (21%減)。  
 一般病院：3204→2384名 (26%減)。  
 総合：848→1850名 (118%増)。  
 地域：1046→2444名 (133%増)。

## 施設当たりの医師数



有床診療所や一般病院でも施設の減少が、医師数の減少を上回り、全ての施設で、施設当たりの医師数は増加している。  
 医師の増加が著明であった総合と地域周産期母子医療センターでも、常勤医師のみで働き方改革のタスクを満たすまでにはなっていない。

# MFICU管理料の見直し 20240214中医協答申

- ア (略)
- イ 以下のいずれかを満たすこと。
  - ① 専任の医師が常時、母体・胎児集中治療室内に勤務していること。**当該専任の医師は、宿日直を行う医師ではないこと。**

ただし、患者の当該治療室への入退室などに際して、看護師と連携をとって当該治療室内の患者の治療に支障がない体制を確保している場合は、一時的に当該治療室から離れても差し支えない。

なお、当該治療室勤務の医師は、当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとする。
  - ② **専ら産婦人科又は産科に従事する医師(宿日直を行う医師を含む。)が常時2名以上当該保険医療機関内に勤務していること。そのうち1名は専任の医師とし、当該治療室で診療が必要な際に速やかに対応できる体制をとること。なお、当該医師は当該治療室に勤務している時間帯は、当該治療室以外での勤務及び宿日直を併せて行わないものとする。**

**この答申により、MFICU加算の算定が不可能となる施設が急増**

# MFICU加算取得可能病床数の予測(2035年)

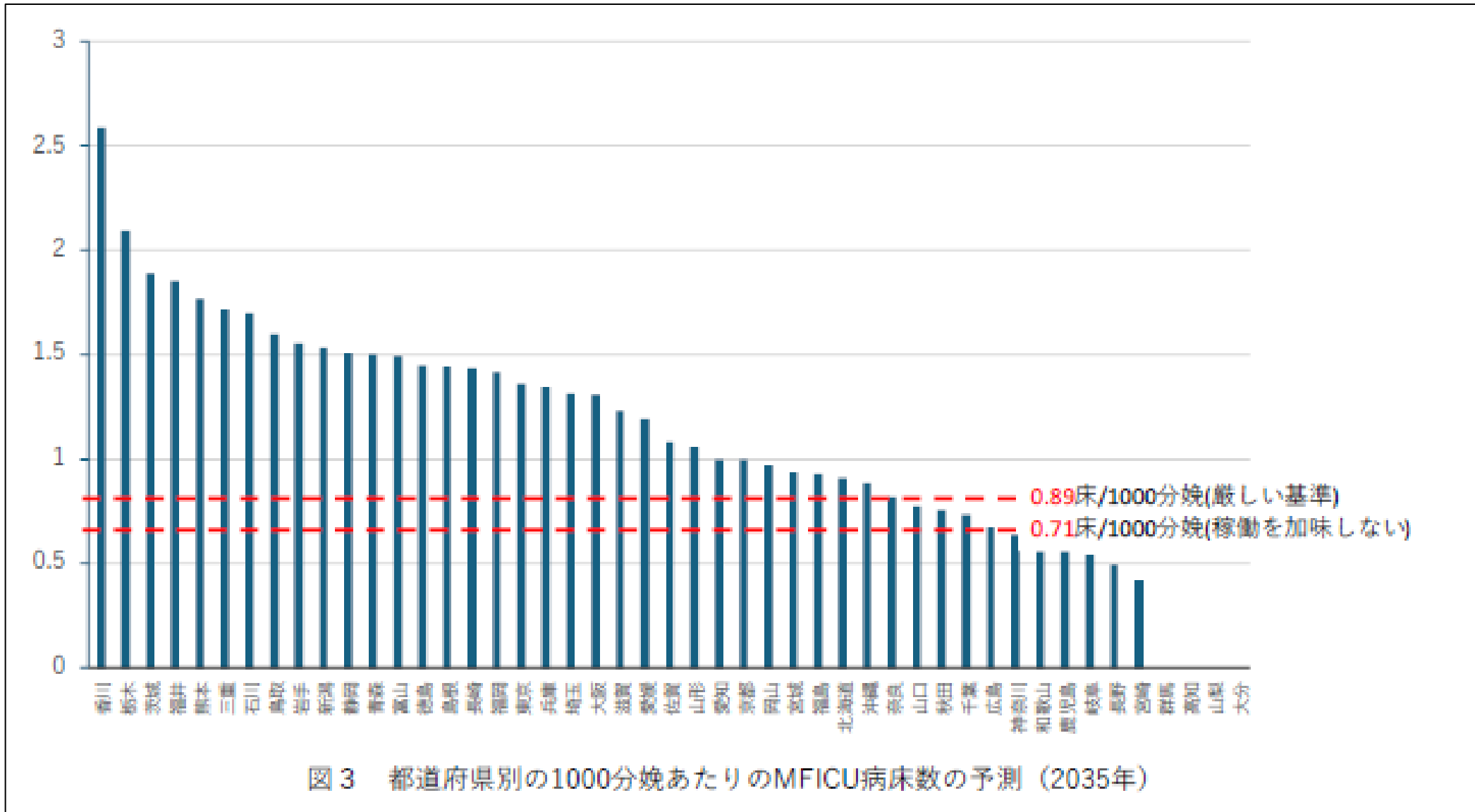


図3 都道府県別の1000分娩あたりのMFICU病床数の予測 (2035年)

MFICU加算を取れない周産期医療センターの地域が今後も増加

# 集約化・地域一次施設閉院に伴い、 周産期センターの業務増加となれば・・・

表3 全員がA水準を満たすために必要な産婦人科医師数

現在の水準	全員がA水準になるために必要な医師数	
	現在の分娩・母体搬送数	分娩数・母体搬送数 1.5 倍
A水準	-	3.6 ± 3.5
A水準以外	5.0 ± 5.6	7.3 ± 6.2

1. これだけの増員が果たして可能か？・・・
2. 病床の確保が可能か？・・・

# 一次施設の経営破綻に伴う閉院が重なれば、 我々周産期母子医療センターでは、

1. 妊産婦が集中
2. 医師は勤務時間が増加
3. 病床数と必要医師の確保に奔走
4. 周産期医療安全の崩壊

緩徐な集約化は受容できるが、急速な分娩取扱施設の減少につながる様な分娩費用の保険適用化の形になるなら、到底受け入れられない





資料提供いただきました日本産科婦人科学会ならびに日本産婦人科医会の皆様、懇談の機会を与えて頂いた石渡勇会長、平田善康常務理事、に深謝いたします。