

医師の働き方改革後の現状

～産婦人科勤務医の待遇改善アンケート結果より～

2025年3月12日 勤務医部会 記者懇談会資料

勤務医委員会委員 日本医科大学 杉田洋佑

改革の概要と懸念

2024年4月より医師の働き方改革が施行
時間外労働時間に上限が設定された

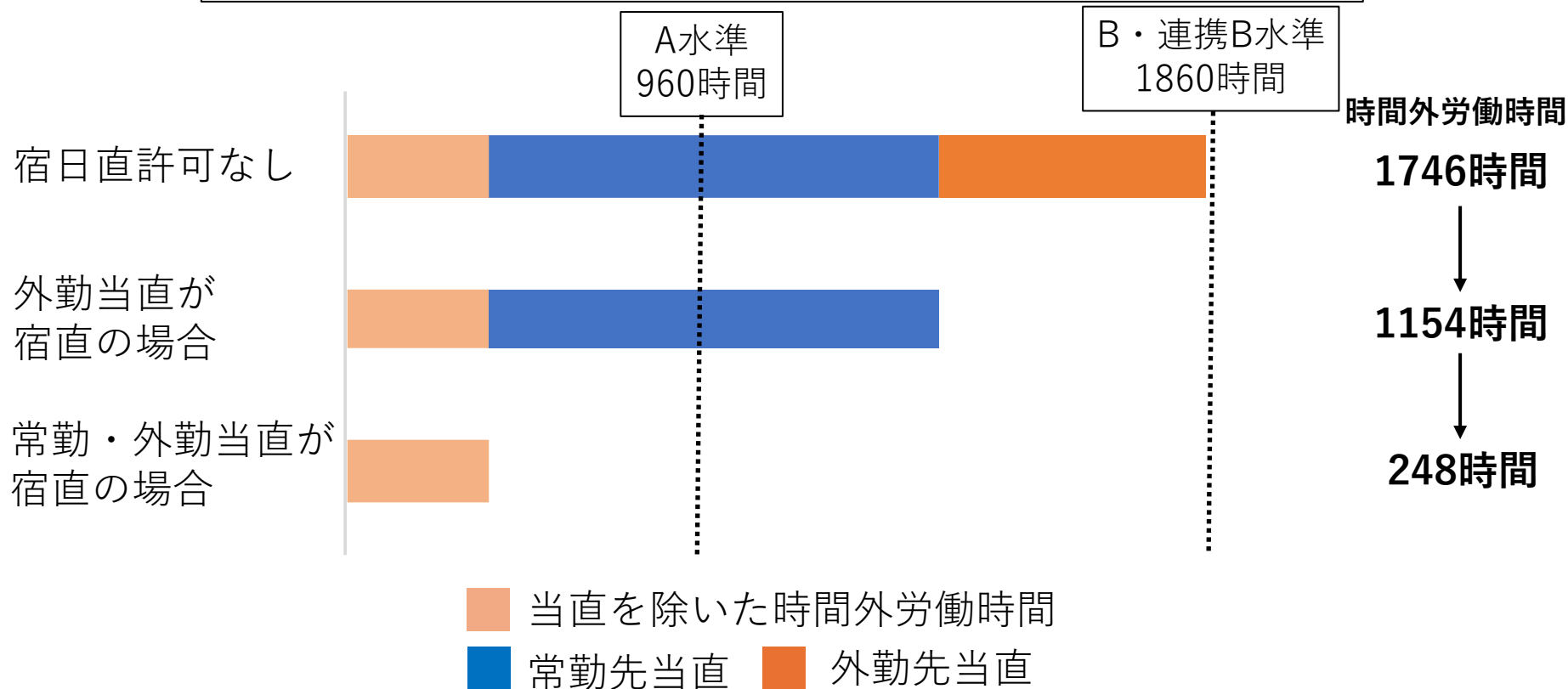
A水準(原則全ての医師) : 960時間

B・連携B・C水準(特定の医療機関) : 1860時間

開始前の懸念事項：

「宿日直許可」の取得により労働時間が見かけ上減少
→ 実態を反映しない形式的な改革となる恐れ

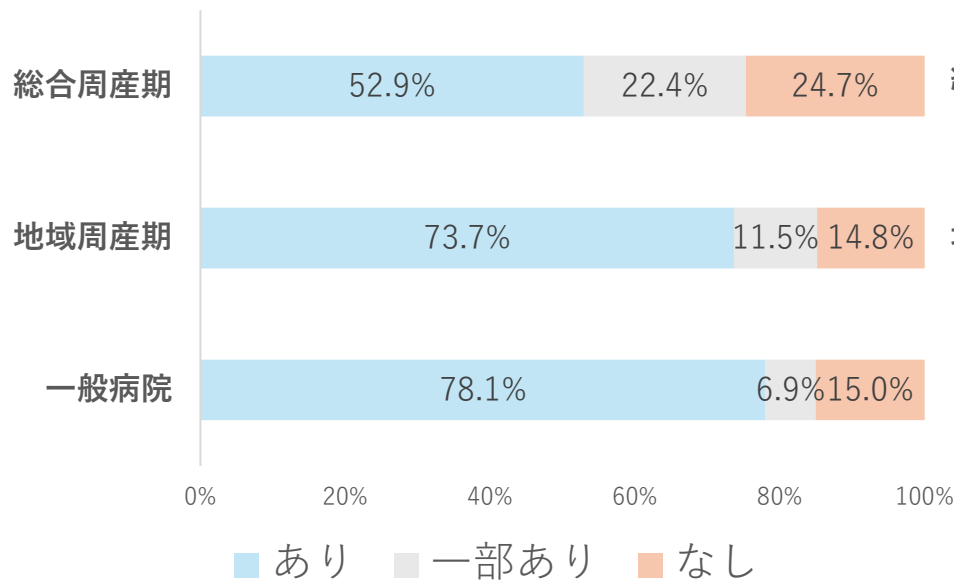
宿日直許可取得による時間外労働時間の変化



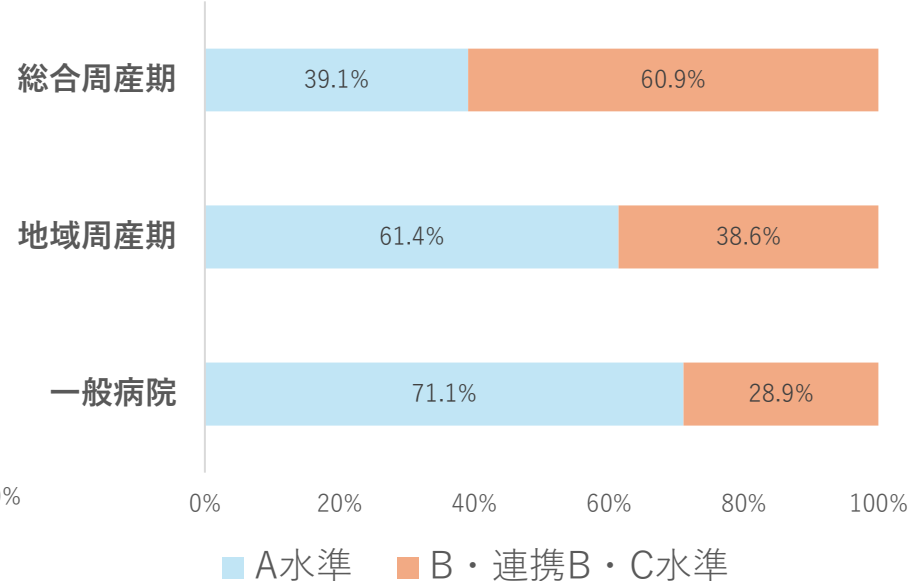
宿日直許可による労働時間の減少は
2024年労働時間規制をクリアするための「数字上の操作」

実際の取得状況

宿日直許可の有無



取得している水準



■ 宿日直許可取得状況

- ・全体の83.6%が宿日直許可を取得済み
- ・高度医療を担う総合周産期母子医療センターですら75.3%が取得

■ B・C水準適用の回避

- ・全体の63.3%の施設がB・C水準を取得せず
- 「宿日直」にすることで時間外労働をカウントしない実態

【労働時間と実態：数字の乖離】

■ 労働時間（制度上のカウント）

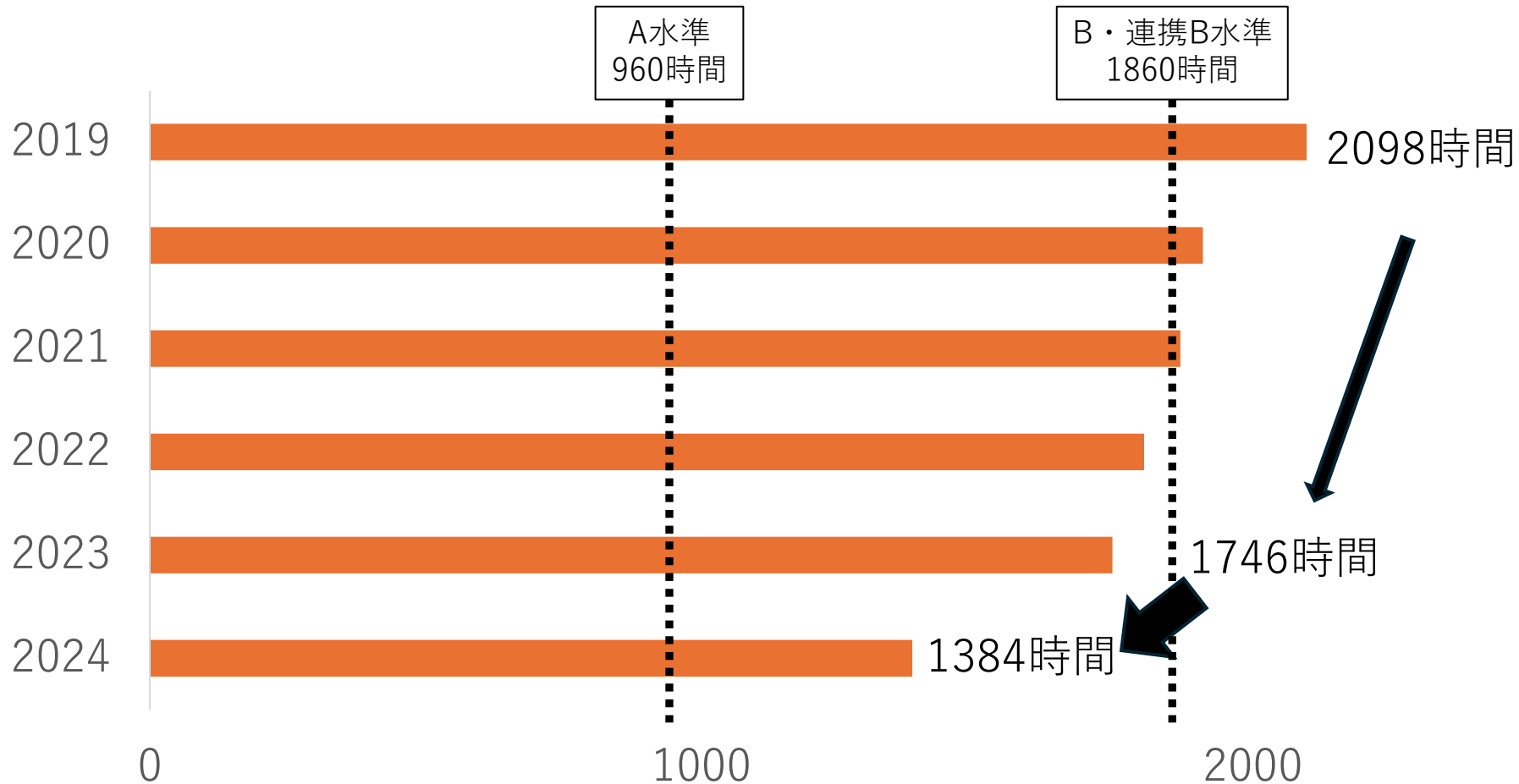
- 宿日直の時間は労働時間として算入されない
- 法的に「上限内」とされる根拠

■ 在院時間（実態を反映）

- 宿日直であっても病院にいる実際の時間
- 医師の肉体的・精神的負担を正確に示す指標としてアンケート回答から算出

→ 以下のグラフでは、勤務医の実態をより反映する「在院時間」の推移を示す

平均年間時間外在院時間



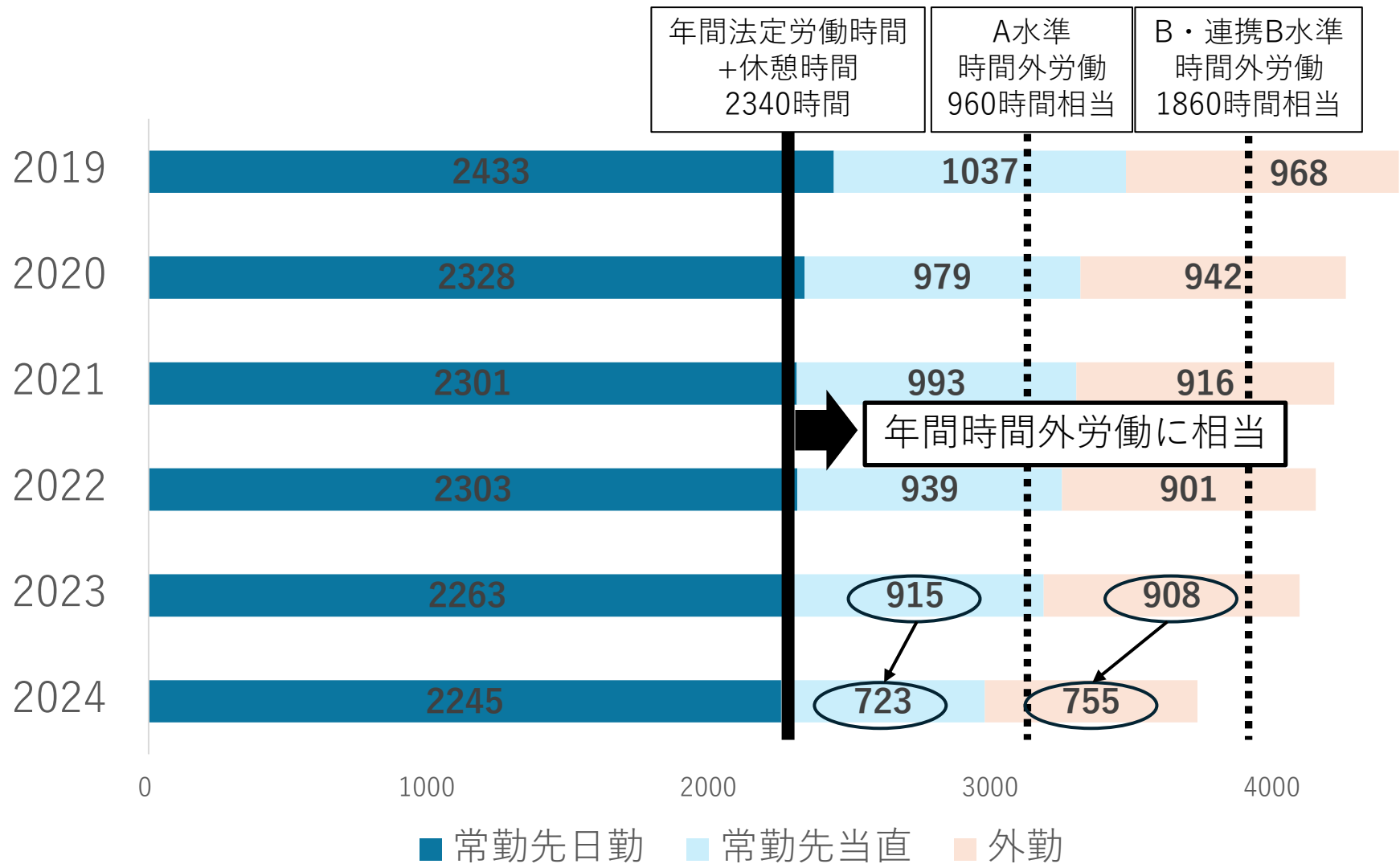
2024年の在院時間は大幅減少（1384時間）したが依然としてA水準（960時間）＝過労死基準を超過
数年かけて徐々に改善してきた流れが急激に加速

勤務時間短縮は不可能とされてきた想定を大幅に上
回ったため働き方改革は成功？

その要因は？

地域周産期医療体制は改善に向かうのか？

平均年間在院時間の推移と内訳



■ 年間在院時間

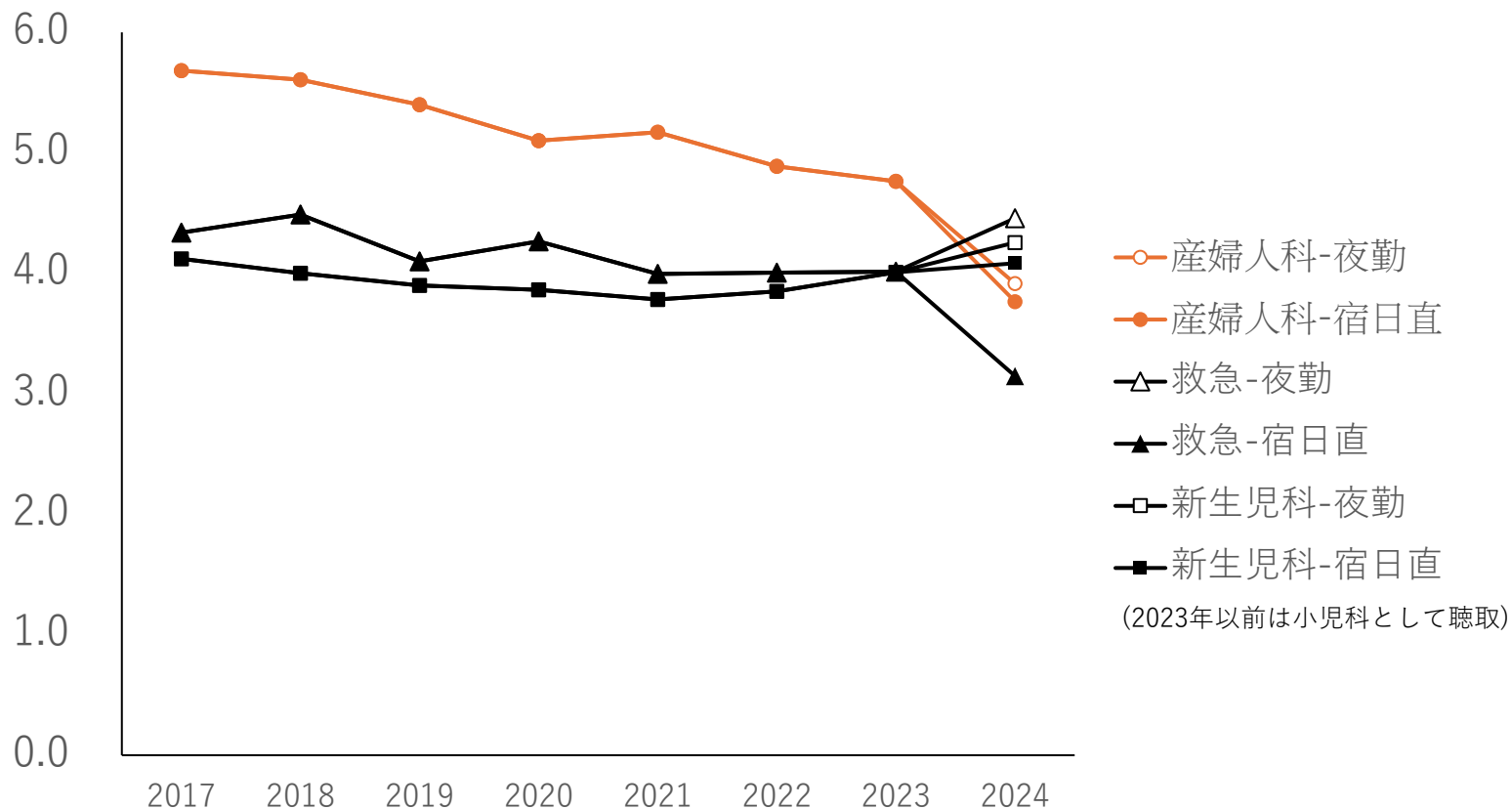
- 2023年：合計4086時間
(法定+休憩2340時間 + 時間外1746時間)
- 2024年：合計3723時間
(法定+休憩2340時間 + 時間外1383時間)

■ 2023→2024年の主な短縮要因

- 常勤先当直：915時間→723時間 (▲192時間)
- 外勤時間：908時間→755時間 (▲153時間)
- 日勤時間：変化なし

→ 当直・外勤の減少が主因

平均当直回数の推移：2024年に明確な減少



2024年当直回数

産婦人科：宿日直3.8回、夜勤4.5回

救急科：宿日直3.1回、夜勤4.4回

新生児科：宿日直4.0回、夜勤4.2回

アンケート開始後初めて他科と同水準まで減少

人員体制と当直負担：医師は増えていない

■ 施設あたりの平均勤務医師数

- 2023年：常勤8.0人、非常勤3.4人
- 2024年：常勤8.0人、非常勤3.0人（変化なし）

■ 夜間勤務体制の人数

- 2023年：1.3人/施設
- 2024年：夜勤扱い1.3人、宿日直扱い1.3人（変化なし）

■ 矛盾する状況

- ➡ 医師数・夜間体制に変化なし
- ➡ にもかかわらず、医師一人当たりの当直回数は減少

当直回数減少の背景：負担の転嫁？

■ 当直回数減少の推測される理由

- 宿日直回数制限の遵守（月4回宿直・1回日直上限）
- 元々当直免除・緩和されていた医師への負担転嫁
 - 高齢医師
 - 育児中の医師
 - 介護中の医師
 - 他分野専門の医師

■ 深刻な懸念

- 中堅以上医師への負担集中
- 特定医師への過重負担リスク

【中堅医師の目安】

- 医師10-15年目以降、年齢35-40歳以上
- 産婦人科専門医取得後数年：産婦人科全般において比較的な稀なトラブルを含めた対応が可能
- 高次医療施設においては周産期・腫瘍・生殖・女性ヘルスケアなどそれぞれ個人の専門診療にあたることも多い

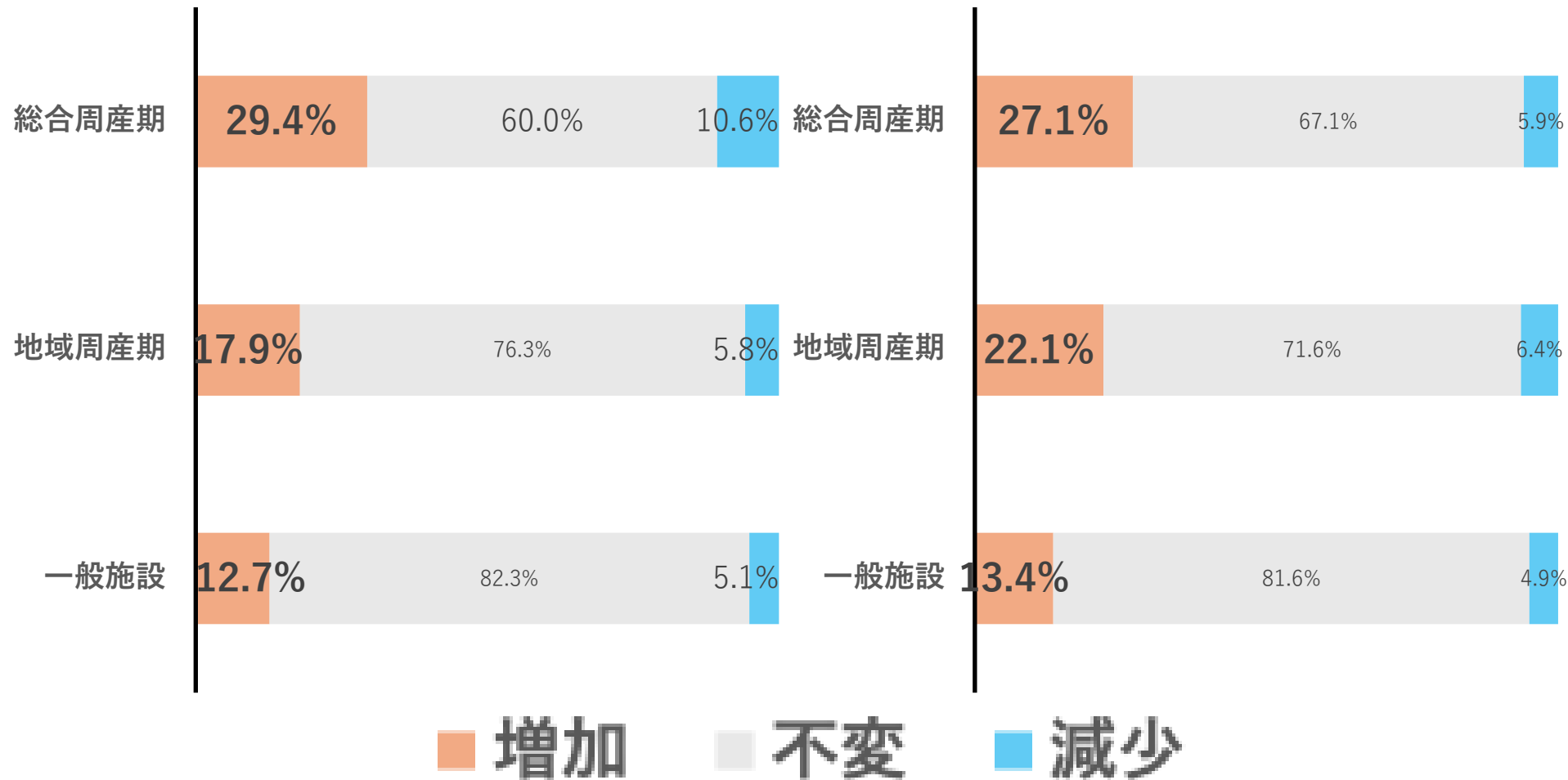
【中堅医師の特性】

- 不在時に代わりが効きにくい
- 診療の責任と若手の教育やフォローが同時に課される
- 勤務時間の最も長い医師は5.0-20.2年目、全施設平均では15.0年目となっていた(冊子P25 表8参照)

働き方改革による中堅医師の負担の変化

臨床業務

事務手続き



働き方改革後の実態：中堅医師の負担増加

■ 総合周産期母子医療センターの深刻な状況

- 臨床業務負担：29.4%が「増加」、60.0%が「不変」
- 事務手続き：27.1%が「増加」、67.1%が「不変」
- 負担「減少」と回答したのはわずか5-10%

■ 施設種別による差異

- 総合周産期施設：最も負担増加が顕著（約3割）
- 地域周産期施設：約2割が負担増加
- 一般施設：約1割が負担増加

➡ 高度医療を担う施設ほど、改革後の負担増加が深刻

負担増加の構造的要因

■ 制度設計に起因する問題

- 宿日直許可取得による見かけ上の改善と実態の乖離
- 若手医師の時間制限厳格化に伴う中堅医師へのしわ寄せ

■ 医療体制の脆弱化

- 医師の産科離脱 再び深刻化の懸念
- 分娩取扱施設の減少による残存施設への患者集中
- 特定医師への負担集中によるバーンアウトリスク

➡ 表面的な「時間削減」が現場の疲弊を加速させる悪循環

宿日直許可がもたらす改革の形骸化

■ 実態と記録の乖離

- 病院に宿泊している実時間が労働時間にカウントされない
- 当直中の診療や分娩対応も「労働」としてカウントされない場合も

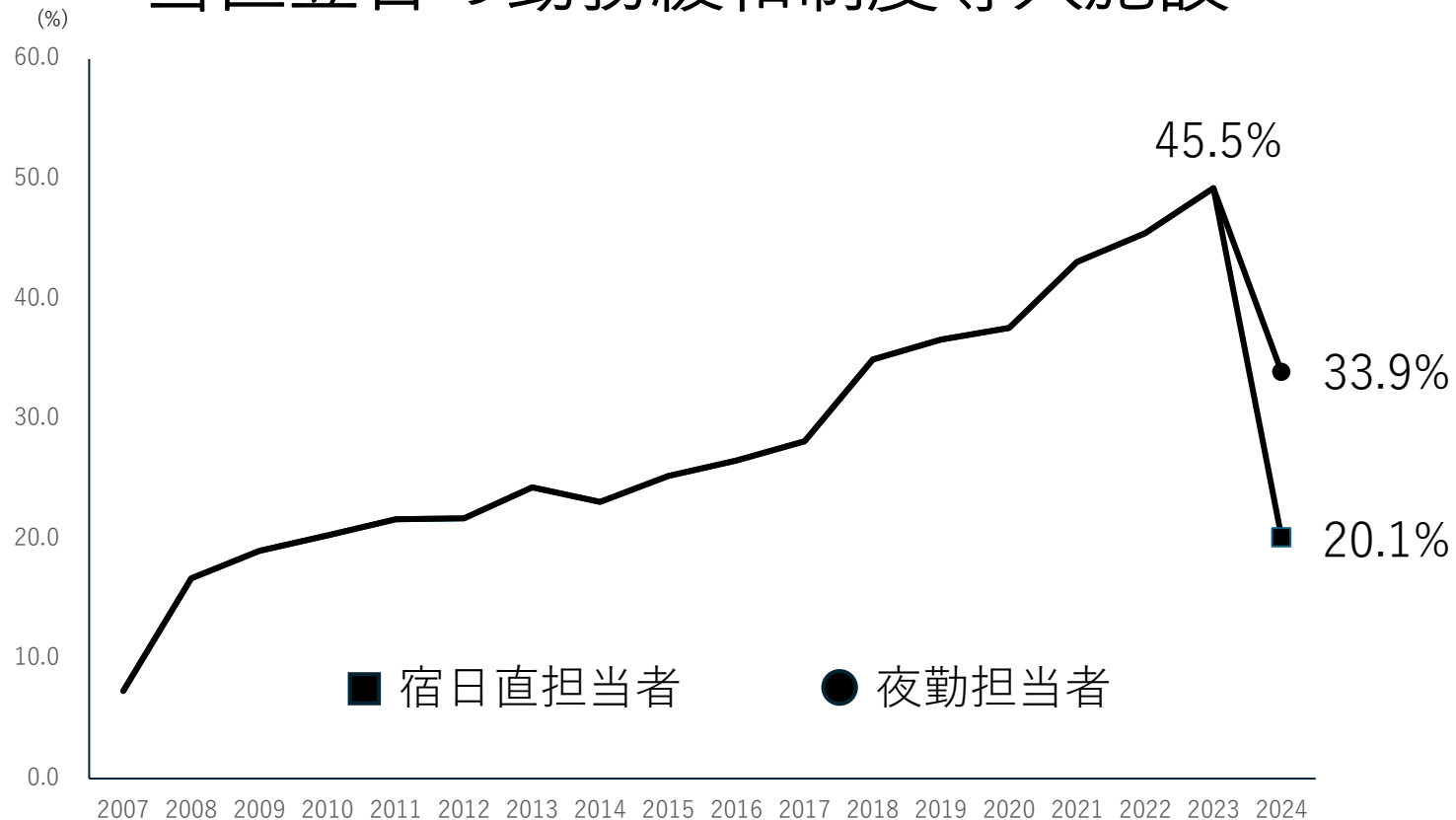
■ 健康確保措置の形骸化

- 宿直扱いにより連続勤務時間制限（28時間）が適用されない
- 翌日も通常勤務となり、実質36時間以上の連続勤務が発生

■ 労働実態の不可視化

- 計算上はA水準（960時間）内に収まる見かけの改善
- 長時間労働や過重負担の実態が公的記録から消失
- 体調不良や医療安全上のリスクが残存したまま

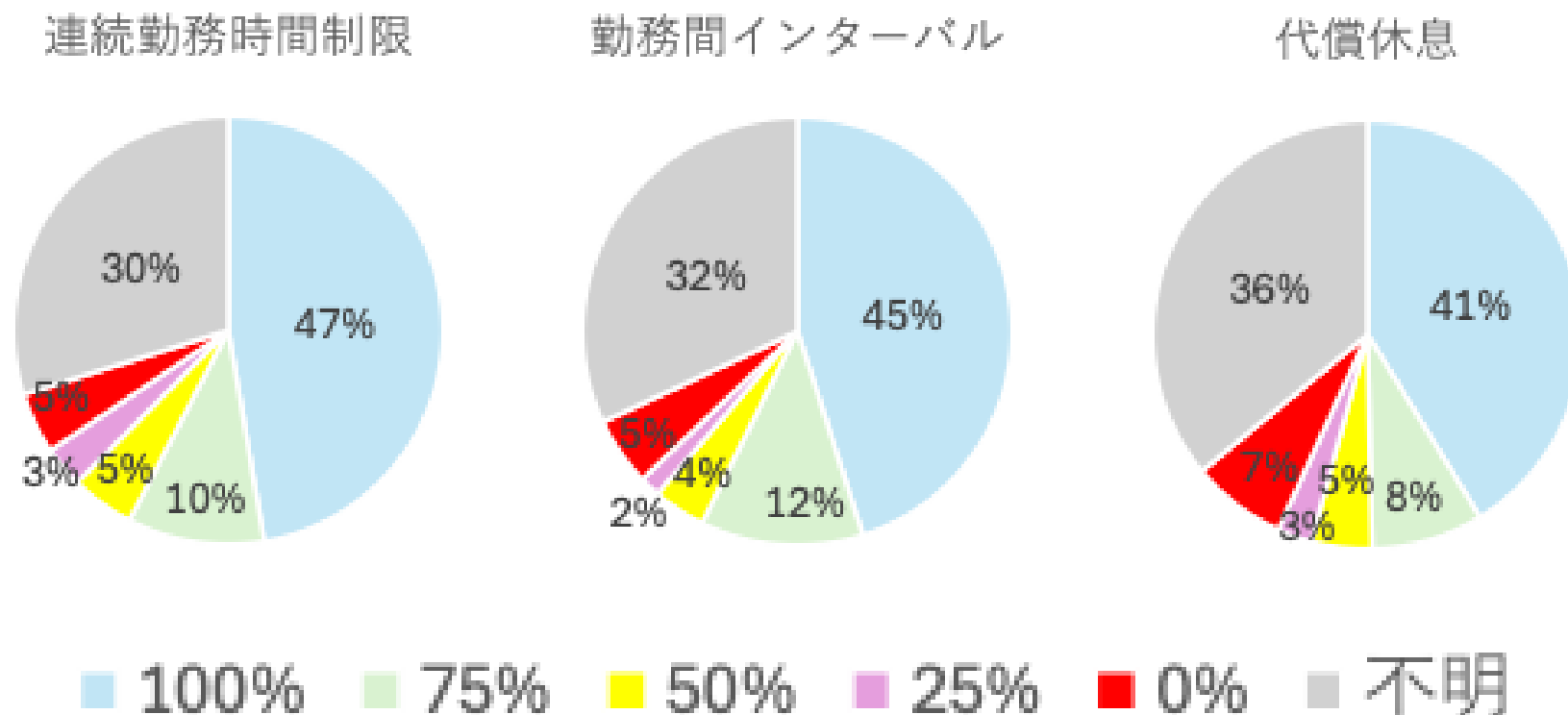
当直翌日の勤務緩和制度導入施設



- 15年かけて徐々に定着してきた医師の健康確保策
- 改革初年度で一気に半減
- 形式上の「宿日直」扱いにより、翌日休養の必要性が否定される

➡ 働き方「改革」が医師の健康確保を後退させる皮肉な結果

追加的健康確保措置の実施状況



時間外労働100時間/月を上回り面接指導対象となった医師
169名（常勤医師4981名に対し3.4%）

参考：時間外労働時間上限と水準

	対象	申請	36協定	年間時間外 労働の上限	追加的健康確保措置	
					面接指導	※休息时间確保
一般	全ての労働者	不要	必須	(原則)360時間 (例外)720時間	不要	不要
A水準	原則、すべての施設	不要		960時間	義務 (月100時間以上の 時間外労働 が見込まれる 医師が対象)	努力義務
B水準	高次救急医療施設やがん拠点施設など	医療機関		1860時間*		義務
連携B水準	地域医療確保のため医師派遣を行う施設					
C-1水準	臨床研修医、専門研修医の雇用施設	医療機関		1860時間		
C-2水準	特定高度技能研修者の雇用施設	医療機関 +医師個人				

※休息时间確保

連続勤務時間上限28時間

+勤務間インターバル9時間確保

当直中の睡眠時間の評価

夜勤担当者

	施設数 (%)	回答施設の時間
十分	99(52.7)	6.1
不十分	89(47.3)	4.1
計	188(100.0)	5.1

宿日直担当者

	施設数 (%)	回答施設の時間
十分	256(64.2)	6.2
不十分	143(35.8)	5.1
計	399(100.0)	5.8

【宿日直と夜勤：実態の乖離】

- ・睡眠時間に大差ないにもかかわらず、労働時間算入に差
- ・宿日直は「労働」としてカウントされない
- ・夜勤は「労働時間」としてカウント

➡ 実態が大きく変わらないのに、制度上の取扱いが異なる不合理

現在の働き方改革の問題点

■ 現場の努力成果を制度が打ち消した

- これまで：現場の自主的努力で勤務時間削減・翌日緩和体制
- 改革前：多くの施設が「宿日直許可」を一斉取得（83.6%）
- 現在：宿日直扱いで労働時間にカウントされず、翌日通常勤務

■ あるべき制度運用と現実の乖離

- 本来：常態的な夜間業務などは時間外労働としてカウント
→勤務間インターバル確保→翌日の勤務軽減
- 現実：宿日直中の実労働時間は正確に把握・計上されず
→労働実態を反映しない記録→過労リスク増大

産婦人科医療の特殊性：独自の配慮が必要

■ 産婦人科医療の特性

- 中堅医師の判断が母児の生命を左右
- 予測困難な緊急事態が突発的に発生
- 24時間365日、即応性が求められる診療科

■ 通常の労働制限にそぐわない要素

- 分娩は時間指定できない
- 緊急時の高度な判断力には経験が必要
- 若手医師だけでは対応困難な状況が多発

➡ 労働時間制限と医療提供体制維持の両立が極めて困難

【今後懸念される事態】

■ 医師の離職リスク

- 中堅・ベテラン医師への負担集中が加速
- 若手医師の時間制限→中堅医師への負担転嫁
- 過重労働による離職の連鎖リスク

■ 医療提供体制の危機

- 診療体制の維持困難
- 若手医師教育の質低下
- 産婦人科全般の医療サービス低下

■ 周産期医療体制の危機

- すでに減少傾向にある分娩取扱施設のさらなる減少
- 地域による医療格差の拡大
- 安全な出産環境の喪失

まとめ

■ データと実態の乖離

- 2024年4月以降：在院時間が大幅削減（▼362時間/年）
- 主因：当直回数及び外勤回数の減少
- 実態：9割の施設が「負担は不変または増加」と回答

■ 推測・懸念される状況

- 形式上の「時間削減」は中堅・ベテラン医師への負担集中で達成
- 厚労省基準は満たすが、現場の疲弊は解消されず
- 「働き方改革」が地域医療体制崩壊を加速させる危険性

➡ 中堅医師の離職が始まれば、周産期医療体制は崩壊の危機

- 働き方改革は、勤務医の労働環境を改善し、持続可能な医療提供体制を支えるために実施されるべきである。
- 働き方改革初年度の今回、現場の主観としては環境改善にはつながっておらず、在院時間に反映されない負担の評価と改善策が必要である。
- 現場での努力では限界があり、周産期医療体制を支えるため国や自治体から積極的な支援を求めている。