

産婦人科勤務医の待遇改善と就労環境に関するアンケート調査報告速報

医師構成の変化と管理職・中堅医師の負担増加

勤務医委員会委員 杉田 洋佑

当委員会では、分娩取り扱い病院の勤務環境の年次調査を2007年から行っている。2025年度のアンケート回収率は64%で、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、アンケート結果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。

全国の分娩取り扱い病院911施設のうち583施設から有効回答を得た。回答施設における年間分娩総数は25.4万件で、1施設当たりの年間分娩数は436件で年々減少傾向にある。1施設当たりの年間母体搬送受入数は31.9件で、2022年以降ほぼ同水準で推移している。分娩取り扱い病院全体の帝王切開率は31.3%で、2008年の24.2%から漸増を続けている。施設機能別では、一般医療施設・地域周産期母子医療センター・総合周産期母子医療センターの帝王切開率はそれぞれ22.1%、36.0%、41.9%であり、年間母体搬送受入数は3.2件、44.0件、104.6件であった。

本調査で特筆すべき点として、常勤女性医師は2,598人となり、全常勤医師の52.2%を占め、初めて男性医師を上回った。これは17年前の30.6%から大幅に増加し産婦人科勤務医師の構成が大きく変化している。妊娠中または未就学児・小学生を育児中の常勤女性医師は995人で、常勤女性医師の38.3%に相当した。一方、育児に該当する常勤男

性医師は160人で、常勤男性医師の6.7%であった。男女で育児期にある医師の割合には大きな差がみられている。

働き方改革開始によって在院時間の漸減が順調に進んでいたが、今年度は常勤先で249時間と昨年から横ばいであった。働き方改革による臨床業務の負担の変化を医師の年次層別に聞いた質問において、負担増と答えた施設の割合は管理職医師、中堅医師、若手医師についてそれぞれ33.1%、23.1%、13.1%であった。特に総合周産期母子医療センターにおいては、管理職医師の40.5%、中堅医師の37.6%が負担増と答えており、若手医師では42.9%が負担減と回答していた。

持続可能な周産期医療体制のため働き方改革は間違いなく必要だが、一部の医師が恩恵を受ける一方で高次施設における管理職や中堅医師の負担が明らかに増加している。産婦人科医療の担い手が変化してきている今、現場が疲弊しきる前に国や自治体の積極的な支援により高次施設から人が離れないための対策が求められる。

目次

- 産婦人科勤務医の待遇改善と就労環境に関するアンケート調査報告速報…………… 1
- 勤務医懇話会…………… 2～12
- 編集後記…………… 12

勤務医懇話会－関東ブロック－

第51回日本産婦人科医会学術集会に先立ち、令和7年10月25日に横浜ベイホテル東急で勤務医懇話会が開催されました。医師の働き方改革への対策として、関東ブロックの医師が各都県から推薦され、「管理者・指導者に聞く医師の働き方改革への取り組み」をテーマにシンポジウム形式で熱心な議論が交わされました。



茨城県

働き方改革とDX

筑波記念病院
小關 剛

はじめに、当院は茨城県つくば市に位置し、487床を有する急性期医療中心のケアミックス病院です。地域の医療需要に応じた体制整備に取り組む中、医師をはじめとした医療従事者の働き方改革は喫緊の課題として位置づけられています。本稿では、当院が推進してきた改革の実践内容とその成果をご紹介します。

従来はICカードによる勤怠管理を導入していましたが、医師の打刻率は約7割にとどまり、勤務実態の適正把握に課題がありました。そこで2024年度よりビーコン方式へ切り替えたところ、検知率は9割を超え、勤務時間に対する意識が大きく改善しました。結果として、医局全体の超過勤務時間が着実に減少するなど、働き方改革の重要な第一歩となりました。

病棟では、これまで一般的であった主治医制からチーム制へ移行しました。複数の医師が患者情報を共有することで、主治医不在時でも診療相談が可能となり、医師の負担軽減とメディカルスタッフとの連携強化につながっています。また日当直業務においては、当直帯に入院した患者の主治医を翌朝ディレクターが速やかに振り分ける仕組みを導入し、当直明け医師が迅速に業務から離脱できる環境を整備しました。この取り組みは、

疲労軽減だけでなく診療の質向上にも寄与しています（図1）。

医師の負担軽減には、メディカルスタッフへの適切なタスクシフトが不可欠です。当院では段階的に体制整備を進めています。看護部門では、ナースプラクティショナーを心臓血管外科チームに配置し、周術期管理や手術立ち会いなど専門性の高い業務を担っています。また「コーディネーター」を新設し、事務的業務から術前・術後フォローまで幅広く担当。特定行為看護師や認定看護師の育成にも法人全体で取り組んでいます（図2）。

各専門部門での業務分担においては、ER部門では病院救急救命士の積極採用により看護師業務の一部を代替、放射線部門では造影検査時のライン確保を診療放射線技師が担当、外来部門では採血業務を臨床検査技師が一括して実施など看護師の業務負担軽減に努めています（図3）。

当院では医療DXについても積極的に取り組み、トライアンドエラーを繰り返し現場に適したシステム導入を進めています。診療の隙間時間に確認業務が行えるようになり業務効率が向上したほか、メディカルスタッフが医師へ逐一確認する必要が減り、現場全体の心理的安全性向上にもつながっています。現場からのフィードバックを反映しながら運用改善を継続しており、DXと働き方改革を一体的に推進しています（図4）。

働き方改革は単一の施策で完結するものではなく、勤怠管理の精度向上、業務分担の最適化、DX推進など複数施策を並行して進めることで初めて実を結びます。当院では今後も現場の声に根ざした改革を継続してまいります。

図1

図3

図2

図4



**栃木県
済生会宇都宮病院における医師の
働き方改革への取り組み
ー改革以前から良好であった勤務
体制に生じた制度起因の歪みー**

済生会宇都宮病院
吉政 佑之

済生会宇都宮病院は、栃木県救急救命センターを併設する644床の地域基幹病院であり、産婦人科は栃木県央65万人超の医療圏を担っている。地域周産期母子医療センター、バースセンター、生殖医療センターを有し、周産期、婦人科腫瘍、生殖医療、女性医学、鏡視下手術、ロボット手術まで幅広い診療を行い、各領域の研修施設としての役割も果たしている。

当院のコンセプトは、「なんでもできる野戦病院」として領域横断的かつ豊富な症例を提供しながら、多様な働き方を尊重する点にある（スライド1）。タスクシフト・シェアを活用し、領域横断的かつ豊富な症例数によって医師確保を図る一方、時短勤務や育児休業、当直免除など、各医師の事情に応じた柔軟な勤務設計を行い、多様な働き方を尊重する文化を醸成することで、医師の持続可能性を見据えた運営を実践していた。これらを支えるためには、常勤・外勤を含めた十分な人員確保が不可欠であり、当院では働き方改革以前から、医師の健康を基盤として「働きやすさ」と「やりがい」を両立する体制が構築されていた。

しかし2024年度の制度施行により、状況は変化した。働き方改革の理念自体は当院の方針と相反するものではなかったが、既に一定水準に達していた勤務環境をさらに改善する余地は乏しく、結果として新たな負担や歪みが顕在化した。最大の変化は、労務管理の厳格化が目的化した点である。タイムカード打刻の徹底、時間外労働申請の義務化、勤務予定表の作成と承認手続きが強化され、出退勤や残業申請を怠った場合には、人事考課D評価、すなわち賞与減額という明確な不利益が生じる体制となった。

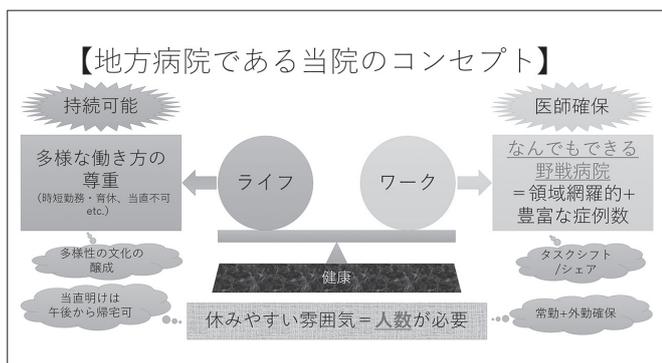
さらに時間外労働の上限管理が徹底されたことで、上限を超える勤務は自己研鑽扱いとなり、完全休養日であっても実労働が生じた場合に打刻できない運用が求められた。週40時間ルールの導入により、従来確保されていた研究日を維持するために別日に残業を行う必要が生じ、平日の学会参加も休日出勤と振替対応を余儀なくされている。労働時間管理に

違反すれば病院がB水準を失い、診療報酬返還という経営上のリスクを負う以上、制度順守は不可避である。しかしその結果、医師の勤務実態に制度を合わせるのではなく、制度に医師を適合させる構造が生じた。これにより、働いた分を正確に申請するほど評価や収入が低下し得るという逆説が生まれている。

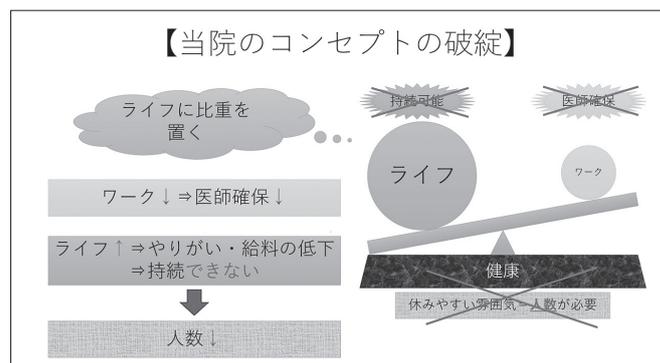
本来、働き方改革の目的は医師の健康を守り、医療の質と安全を維持することにある。当科では改革以前から、診療体制や役割分担の工夫により、医師が継続的に働ける勤務環境が既に成立していた。そのため制度導入後も診療需要や業務量そのものは大きく変化していない。一方で、労務管理の厳格化により労働時間の上限遵守が最優先事項となった結果、実際の運用としては業務効率化によって労働時間を削減することは叶わず、診療内容を中途半端に切り上げる、あるいは教育・指導に充てていた時間を削減することで時間を合わせる対応が求められるようになった。これにより、症例への十分な関与や若手医師への教育機会が減少し、仕事量や症例経験の質的・量的低下を招いている。さらに、時間管理を優先した結果として給与水準の低下も生じ、これらが相まって医師のやりがいや職業的満足度の低下へと直結している（スライド2）。結果として、従来維持されていた医師確保・維持の好循環は崩れつつあり、現在当院は医師減少のリスクに直面している。こうした影響は、既に一定水準の勤務環境を構築していた地方病院ほど顕在化しやすく、地域医療の持続性そのものを損なう可能性を内包している。

全国的にも、働き方改革開始後、制度順守は達成された一方で、中堅医師の負担軽減にはつながらず、また教育機会は減少したとの報告がみられる（JAOG Info No.87）。当院の実感とも一致しており、数字上の改善が優先される中で、医療の継続性や教育機能、地域医療の安全確保といった本質的役割が制度によって圧迫されつつある。とりわけ地域中核病院では、症例数の減少が医師定着と教育の双方に影響し、長期的には医療提供体制の弱体化を招きかねない。

今後求められるのは、形式的な労働時間管理ではなく、医師のキャリア形成や教育環境を支援し、地域医療を担う病院を実効性ある形で支える制度設計ではなかるうか。当院としては、引き続き個々の医師の働き方を尊重しつつ、制度の負の影響を最小化し、持続可能な医療提供体制の維持を目指していきたい。



スライド1



スライド2



群馬県 管理者・指導者に聞く医師の働き方改革への取り組み

JCHO 群馬中央病院
伊藤 理廣

当院は病床数 333 床、職員数 617 人の独立行政法人地域医療機能推進機能に属する病院で、地域医療の役割を担っている病院である。今回は管理者の立場から働き方改革への取り組みについて説明する。当院では 2022 年 7 月働き方改革委員会を立ち上げ、委員としては委員長として副院長、委員として医師 5 名、その他薬剤部、放射線部、臨床検査部、リハビリテーション部、臨床工学部、看護部、地域医療連携センター、事務の 19 人でスタートした。働き方改革委員会のテーマとして①特例水準の検討②タスクシフトの検討③勤怠システムの導入④B 水準の場合の医療機関勤務環境整備について⑤運用開始後の確認改良の実行とした。

特例水準の検討のため医師の働き方の実態調査アンケートを実施し、医師の院内超過勤務時間過去 3 年分の調査を行った。医師の超過勤務について実態調査を行ったところ、**図 1** のグラフに示す通り年間 1,000 時間を超える医師はなく 1,000 時間以内に全て収まっていることがわかった。ま

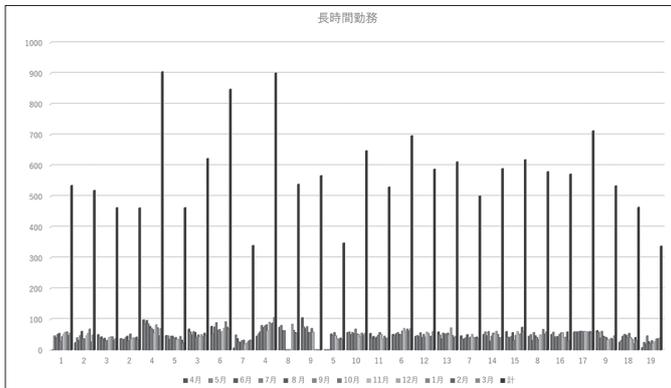


図 1 医師別の超過勤務時間

項目	目標	令和5年度の計画および対応(※)
薬剤部門	・病棟薬剤業務の推進 ・持参薬調製業務の質の向上 ・チーム医療への積極的な関わり	①全病棟に専任薬剤師を配置し、従来の薬剤管理指導業務とともに、病棟薬剤業務を推進し、医師の処方支援、PBM(プロトコルに基づく薬物療法)の整備、実施、適切な情報提供等を通して薬物療法の支援を継続する。 ②院内職種横断的なチーム(感染、NST、外来がん化学療法、緩和ケア等)を通じて、薬剤師の専門性を他職種と共有しながら薬剤師目線に積極的に参画し、医薬品の適正使用に努める。周術期専任薬剤師を配置し連携する。
診療放射線部門	・業務のスピードアップ ・業務内容の拡大 ・タスクシフトシニア推進への取り組み	①病院内遠隔検査大腸検査の実施 ②CT等オンライン検査やポータル撮影(OPE重撮影を含む)の早急な対応 ③撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力 ④タスクシフトシニアの推進に向け、部内の意識改革と研修会等への参加
臨床検査部門	・業務内容の拡大	①特殊な超音波検査を除き、超音波検査の実施に努める。 ②医師の指示のもと、緊急検査および輸血後感染症検査、コロナPCR検査の医師代行オーダー入力、音聴察聴、吸引細胞診など検体採取の標準化作業をサポートする。 ③チーム医療(CT、MRM、NST、糖尿病指導、認知症等)に積極的に参加し、他職種と連携する。 ④細胞診や超音波検査等の検査所見を報告書に記載し、担当医師に交付。 ⑤病理診断書のダブルチェック(誤字脱字、左右や臓器記載間違い等) ⑥負荷心電図検査等の生理学的検査実施前の装着されている生体情報モニター管理する。 ⑦病理診断書、超音波検査報告書等の未読リスト管理。 ⑧感染症管理関連資料の作成、医局へ情報提供。

図 2 病院勤務医の負担軽減計画書(決定後の院長副院長確認訂正依頼版)

た月平均では 100 時間を超える医師はほとんどいなかった。この結果から当院では A 水準を採用することとした。医師の労働時間の短縮を計画的に進めていく上では、医療機関として、まずは医師労働時間短縮計画を作成し、計画に沿って、医療機関の管理者のリーダーシップの下、医療機関全体として医師の働き方改革を進めていくことが重要である。管理者で、最終的に A 水準にすること、面接指導実施医師の決定を行った。タスクシフトの検討については多職種(特に医師)が参加して検討を行う等の手順が想定されている。各部署にタスクシフトについて検討を指示し、また医師にタスクシフトの要望に関するアンケートを行った。結果を**図 2**から**図 5**に示す。

計画について、PDCA サイクルが実効的に回る仕組みを医療機関内で構築していくこともあわせて求められている。勤怠管理については、Dr.JOY を導入した。B 水準は採用しなかった。運用開始後の確認改良は現在進行中である。

リハビリテーション部門	リハビリテーションの開始時の医師業務削減	厚生労働省よりR3.9月に示されたタスクシフト/シニアの推進についての文書で、医師が行うとされていた各種書類の記載・送付・審判交付が、最終確認を医師が行うことを条件に療法士が実施できることになったため、書類作成等の業務の移行を進めていく
看護部門	・特定行為に係る看護師養成 ・看護補助員の質の向上及び業務の拡充 ・タスクシニアの内容を明確化	①看護職特定行為研修を完了させ、特定看護師を計画的に養成していく。 ②看護補助員育成者として、医師の指導に基づき患者の受け持ちを把握する。 ③看護補助員を定数確保し、看護補助員の院内教育及び研修を充実させ、看護補助員業務の分担を行うことにより、医師業務の分担割合を拡大する。 ④タスクシニアについて、推進策と効果を検証する。
診療補助	・地域医療連携センターの積極的な活用	①入退院センターに多職種を配置し、医師が事前の入院調整等、管理業務とは異なる水分管理・退院後の食事管理指導等、看護師・事務員は入院の説明、検診の案内など、入院前、退院後のリハビリテーションの業務を各職種で分担して行う。 ②緊急対応、紹介状の送り受け取り業務の中心として、医師の増員を依頼し、診療が円滑に行えるよう、MDT/カルテと連携し、診療協力につなげる。
臨床工学室	・臨床業務への介入 ・タスクシフト/シニアの推進	①ICU操作の臨床支援を行う。 ②心カテ業務の支援をする。 ③手術室等における機器管理や症例数に合わせた鏡視下手術の支援の検討を行い負担軽減を図る。
栄養サポートチーム	・栄養管理の充実 ・栄養療法によるQOLの向上 ・栄養指導の強化 ・入院診療計画における特別な栄養管理計画の作成 業務	①栄養管理により合併症軽減・在院日数短縮・過剰な抗がん剤の減少を目標とする。 ②栄養療法によるQOLの向上 ③在宅医療に向けた栄養指導を強化し、再入院を抑制する。 ④医師の指示による栄養管理業務に積極的に係る。 ⑤非常勤栄養士のNST資料回診により常勤医の負担軽減を図る。

図 3

■医師事務作業補助体制	・外来診療補助の拡充 ・業務内容の拡大 ・文書作成の拡充	①診療情報提供書、返書の追跡・代行作成の強化 ②各診療科の代行入力力を拡大、診療補助強化 ③病などの追跡調査 ④NCD登録、症例データベース作成 ⑤業務内容の拡大 ⑥産婦人科学会周産期登録代行入力 ⑦多くの文書作成に関わり、作成補助のさらなる強化 ⑧返書管理の徹底(途中経過、最終報告の確認、紹介先からの返書の確認)
■短時間勤務医師の雇用	・医師の増員・確保 ・交代制勤務の導入 ・当直の負担軽減	①常勤、非常勤医師の増員・確保を行い、平均月2回の当直回数を維持する。交代制勤務導入への体制を整える。 ②医師不足となっている診療科については、関連医局との連携や積極的な採用等を検討する。 ③連続当直を行わない勤務体制を維持する。 ④当直翌日は休暇がとれるように業務の配慮を行う。
■外来機能の適正化	・地域医療支援病院としての役割強化 ・地域連携バスの確立 ・予約(入院検査)調整の強化	①地域医療支援病院の要件をもとに、医療機関との連携強化を図り、役割を推進する。 ②地域連携バス(がん、糖尿病)を運用し、安定期の患者については、できる限り地域の医療機関へ紹介するなど効率的な医療を行い、外来機能の適正化を推進する。 ③医師数を勘案し、可能な診療科については、外来機能分化を進められるよう地域診療所へ適切な紹介の推進を行う。 ④初診時測定医療費の適正に徴収するため、他部門との共通認識を深め、外来適正化を推進する。

図 4

■勤務時間の管理	・診療業務以外の医師負担軽減	勤務時間管理を行い、診療以外の業務を把握し代行することにより、業務の効率化・負担軽減を図る。 ①院内保育所を積極的に紹介し、職員が安心して勤務できる環境を維持する。 ②病児保育について環境整備や保育士の配置について検討する。 ③育児時間、育児短時間勤務の積極的な活用を促す。
■妊娠・子育て中の職員に対する配慮	・院内保育所の維持 ・病児保育の検討 ・短時間勤務の啓蒙	

図 5



埼玉県 当院における働き方改革の現状と課題、埼玉県周産期センターの現状

さいたま赤十字病院
中村 学

さいたま赤十字病院は、さいたま市の中心地近くにある総合病院で、総合周産期母子医療センターとして、年間120～140件の母体搬送を県内全域から受け入れている。また後期専攻基幹施設、種々のサブスペシャリティーの修練施設でもあり、婦人科救急・腹腔鏡手術・ロボット支援下手術・悪性腫瘍手術など生殖医療以外は全ての産婦人科診療を行っている。年間約1,000件の分娩と約900件の手術を行っている。

2025年9月現在で、常勤医師16名（男性8名、女性8名、うち育休中2名）と数名の非常勤医師で診療を行っている。当院での勤務体制は図1に示した。常勤医師の中には例年産休育休で休職している医師や、復帰後も当直ができない医師が数名いる現状がある。そのため、働き方改革に向けては当直医師の確保が喫緊の課題であった。

当院での働き方改革への取り組みを図2に示した。当院の

場合、後期専攻医の数が年によってまちまちであり、人数によって業務負担や当直回数が大きく変化する。後期専攻医の確保が重要である。

現状と課題

非常勤医師の当直を取り入れたことにより、勤務インターバルは確保できている。

ただし、働き方改革前後での勤務環境変化についての医局員のアンケート調査では、業務負担は不変が多く、真の働き方改革は達成されていない（図3）。収入が減った医師もあり、モチベーションを維持するには給与面の改善が必要と思われた。

埼玉県内には総合周産期センターが2施設、地域周産期センターが10施設あるが（図4）、センター長に各センターでの取り組み（図5）と現状（図6）についてアンケート調査を依頼し、7施設から回答をいただいた。現状をみると、業務負担は不変の施設が多いが、中には専門医の負担が増加した施設もあった。さらには業務負担が増えたが、収入は減ったと回答した施設も存在した。

以上のように、現状では当院だけでなく県内周産期センター全体でも真の働き方改革には至っていないようである。今後は男性の育児休暇、介護休暇などの課題もあり、まだまだ改善が必要である。

産婦人科勤務体制	
・平日通常勤務	8時30分～17時00分
・平日時間外	MFCU当直医1名 一般産婦人科当直1名 17時00分から22時00分までは時間外勤務 22時00分から7時00分までは宿直（宿日直許可取得） 7時00分から8時30分までは時間外勤務
・休日勤務	8時30分～翌日8時30分
・休日体制	MFCU当直医1名 一般産婦人科当直1名 8時30分から22時00分までは時間外勤務 22時00分から7時00分までは宿直（宿日直許可取得） 7時00分から8時30分までは時間外勤務
* 当直明けは午後勤務免除	

図1



図4

働き方改革に向けて取り組んだこと	
病院への要請	非常勤当直医師の雇用 産休・育休の医師が生しても支障のない常勤医師の増員（不完全） 産休・育休中の医師が多い期間のローリスク分娩予約数制限
科内での取り組み	手術日前日の当直を非常勤当直医師に当て、専攻医が手術日に早退せず手術に参加できるようにした 診療体制をグループ制として、毎日患者情報を共有し、主治医不在時でも診療方針が確認できるように努めた 当直をする医師の外来を午前にし、当直をしない医師の外来を午後にし、直明け勤務を午前終了できるように努めた（不完全） 毎朝の科内カンファレンスの開始を8:00から8:15にした 各外来診療予約時間を16:00までとし、時間内終了に努めた 週1回の他科合同の周産期カンファレンスの開始を17:00から16:30にし時間内終了とした 後期専攻医の確保

図2

働き方改革に向けて取り組んだこと	
病院へ要請したこと	非常勤当直医師の雇用 宿日直許可取得 時間外手当の充実（ベースアップや補助金使用） 医師数の増員・十分な確保
科内で取り組んだこと	当直明け医師の業務フリーや午前退勤（半日勤務） 1回の当直医師数の削減 当直回数の減少 カンファレンス時間の変更 通常診療を早めに終わらせる体制 男性医師の育児休暇取得推奨 長期休暇（1週間）の有給休暇の取得

図5

働き方改革前後での 医師の勤務環境の変化（人数）		
臨床業務の負担感について	専門医（医師6～10年目）	増0、不変2、減0
	専門医（医師11年目以上）	増0、不変4、減0
当直回数について	専門医（医師6～10年目）	増0、不変1、減1
	専門医（医師11年目以上）	増0、不変4、減0
院内滞在時間について	専門医（医師6～10年目）	増0、不変1、減1
	専門医（医師11年目以上）	増0、不変3、減1
医師の収入の変化	専門医（医師6～10年目）	増0、不変1、減1
	専門医（医師11年目以上）	増2、不変2、減0

図3

働き方改革前後での 医師の勤務環境の変化（施設数）		
臨床業務の負担感について	専攻医	増0、不変3、減2
	専門医（医師6～10年目）	増1、不変4、減1
	専門医（医師11年目以上）	増2、不変4、減1
当直回数について	専攻医	増0、不変5、減0
	専門医（医師6～10年目）	増1、不変5、減0
	専門医（医師11年目以上）	増0、不変7、減0
院内滞在時間について	専攻医	増0、不変2、減3
	専門医（医師6～10年目）	増1、不変4、減1
	専門医（医師11年目以上）	増1、不変5、減1
医師の収入の変化	専攻医	増1、不変3、減1
	専門医（医師6～10年目）	増2、不変3、減1
	専門医（医師11年目以上）	増1、不変4、減2

図6



**千葉県
総合周産期母子医療センターでの
取り組み**

東京女子医科大学八千代医療センター

小川 正樹

千葉県の総合周産期母子医療センター

での医師の働き方改革への取り組みについてご紹介致します。

初めに、当院の取り巻く状況についてご説明いたします。千葉県には年間5万件ほどの分娩がありますが、そのほとんどは、千葉市、松戸・船橋などの県北部に集中しております。この中に3施設の総合周産期センターを抱えております。また大学病院は、本学附属病院をかかえるのが千葉大学と国際医療福祉大学となります。その他、分院として複数の大学病院がありますが、そのいずれもが県北部に位置している状況です。総合周産期母子医療センターは、千葉大学と県南部に位置する亀田医療センターおよび当院の3施設となります。そのほか各市に1施設程度の地域周産期母子医療センターを抱えている状況となります。

当院は、現在開院して20年弱を迎える状態で、病床数は約500床となります。基本12診療科、全部で30弱の診療科を抱える総合病院となっております。年間500件程度の分娩を扱っております。

産婦人科の診療体制は、教授1名、准教授1名、助教授1名、専攻医5名の8名程度で、助教授および専攻医のうち6名は女性医師となります。2階建ての専門医とし、周産期専門医(母体胎児)資格を有している2名が役付きとなり、他のサブスペシャリティ専門医はおりません。したがって、主に産科診療を担っている現状です。しかし、研修指導施設でもありませんので、基本の婦人科診療も併せて実施している状況です。

産婦人科の病床数は産科一般病床が40床、MFICU病床が6床となります。婦人科病床の定床はなく、混合病棟を使用している状況です。NICUは24床、GCUは10床となります。

私は、ここに2021年2月から勤務しており、4年が経過している状況です。当直は2列で実施しておりますので、その2列ともにシフト勤務(夜間を当直ではなく勤務時間とみなす)として運用されておりますので、現在の働き方改革制度では、オーバーワークとなることは避けられない状況といえます。

当大学は、ご承知のように元理事長体制の下、数年来、医師・看護師の大量退職が相次ぎました。これに伴い八千代医療センターも同様で、2022～2024年までに診療科の閉鎖もともなう医師・看護師の大量退職がございました。産婦人科にも影響はございまして2024年度には、助産師の大量退職にともない、7対1看護基準を維持することができなくなり、実稼働病床数を半減させて運用しました。その結果、産科一般病床20床、MFICU3床での実稼働となっております。これは産科診療を縮小せざるを得ない状況でありました。

以上のような環境下で医師の働き方改革に関して以下のような取り組みを進めてまいりましたので、ご紹介いたします(図)。

総合周産期母子医療センターでの取り組み

東京女子医科大学附属八千代医療センター
副院長・母体胎児科・婦人科教授小川正樹

- 1) 柔軟な変形シフト勤務の採用
- 2) 時間外の婦人科疾患患者の受け入れ抑制
- 3) 産科外来の効率化
外来診療曜日の圧縮
事務補助員のサポート
- 4) 診療科業務のタスクシフト
事務補助員による各種書類作成

図

上記でご説明いたしましたようにシフト勤務の継続は不可能であるとの見込みでありましたので、宿日直体制をとるべく労働基準監督署へ1列の宿直体制の許可を得ることができました。現在では、1列のシフト勤務と1列の宿直体制で勤務している状況となります。このためB水準および連携B水準で実施することが可能となりました。さらに、変形シフト勤務も取り入れました。通常であれば9時から17時までの勤務のところを、17時から翌日9時までの勤務体制を柔軟に取り入れ、勤務間インターバルの確保に努めました。

次に、夜間の産科診療体制でMFICU加算を算定するために、常時MFICU内に医師が常駐することが求められておりました。このような状況を確保するために、夜間の産婦人科救急のうち、婦人科疾患の新患の受け入れを制限しました。すなわち、卵巣腫瘍捻転、卵巣出血、異所性妊娠などの疾患では、緊急手術が必要となる場合が多く、MFICU内に常駐する産科医を確保することが困難となることが予想されたためです。

さらに、産科病棟診療体制を確保するために、平日日勤帯の外来診療体制を圧縮することを行いました。具体的には、産科外来の効率化を目的として、産科外来診療日を8コマ/週で4日間/週で開いていた産科外来を6コマ/週で3日間/週とし、産科外来開催日を圧縮しました。その分、病棟体制に人員を充てることができました。しかし、それだけでは圧縮された曜日の患者数が増加してしまうため、外来の医師の負担を軽減させるために、事務補助員を確保しました。これは、メディカルクラークとして、電子カルテへの入力などの面でサポートしてもらうことが可能となり、外来診療を行う医師の業務軽減に繋がり、時間当たりの患者数を増やすことが可能となりました。

最後に、医師の業務量軽減を目的として、メディカルクラークを用いてのタスクシフトを実施しました。具体的には、①レセプト入力の補助、②医療書類(診断書・証明書)の記載補助、③退院サマリーの入力補助、などの項目でタスクシフトを図りました。

まとめとなりますが、医師の働き方改革の当院での対応について、これまでの取り組みを紹介いたしました。いずれの取り組みも根本的な解決にはなっておりません。現場で行う対策には限界があります。産科医の確保、適正配置、産科医の給与見直し、など個別の病院のみで対応が不可能な部分について、国や都道府県・市町村含めた行政からの積極的な対応が求められるものと思います。



東京都 管理者・指導者に聞く医師の働き 方改革への取り組み－東京産婦人 科医会－

東京女子医科大学
水主川 純

はじめに

医師の働き方改革の新制度は、令和6年4月から施行された。医師が健康に働き続けることのできる職場整備は、医師本人、患者・国民に対して提供される医療の質・安全の確保、持続可能な医療提供体制を維持していく上で重要である。本稿では、東京産婦人科医会による東京都産婦人科勤務医の職場環境に関する調査と医師の働き方改革への取り組みに関する現状について概説する。

東京産婦人科医会による東京都産婦人科勤務医の職場環境に関する調査について

東京産婦人科医会では、日本産婦人科医会勤務医部会が全国で分娩を取り扱う施設（有床診療所を除く）に対して実施した「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」（以下、アンケート）をもとに東京都のデータを分析し、検討・意見交換をおこなっている。

東京都に設置されている医学科は13大学（国立大学：2大学、私立大学：11大学）である。東京都の周産期医療対策事業¹⁾では、8つの医療ブロックにより構成されており、令和7年4月1日現在、東京都の周産期母子医療センターは、28施設（総合：14施設、地域：14施設）である。また、東京都が周産期母子医療センターとの連携の下、ミドルリスクの妊産婦に対応する周産期連携病院と指定している施設は14施設である。

日本産婦人科医会が令和6年8月2日から9月20日に実施したアンケートでは、東京都のアンケート対象施設は97施設であり、67施設から回答があった。67施設中、3施設は分娩数が記載されていなかったため、これら3施設を除外した64施設についてデータ分析を行った。

1施設あたりの平均医師数は、常勤医師数12.4人、非常勤医師数3.7人であった。1施設あたりの平均分娩数は405.4件、平均帝王切開件数は131.7件、平均母体搬送受入数は49.8件であり、いずれも前年を下回った。

施設機能については、総合周産期母子医療センター（以下、総合群：12施設）、地域周産期母子医療センター（以下、地域群：10施設）、周産期母子センターの指定がない医療機関（以下、指定なし群：42施設）の3群に分類して検討した。1施設あたりの平均常勤医師数は総合群では26.9人、地域群では21.7

人、指定なし群では7.7人であり、平均非常勤医師数は総合群では8.7人、地域群では5.4人、指定なし群では5.2人であり、前年と同等であった（図1）。1施設あたりの平均分娩数は総合群では947.0件、地域群では845.7件、指定なし群が429.2件であり、1施設あたりの平均帝王切開件数に関しては、総合群では356.2件、地域群では389.6件、指定なし群が94.4件であり、地域群が最多であった。また、平均母体搬送受入件数に関しては、総合群、地域群、指定なし群の順に件数が多かった（図2）。

労働基準法に基づく原則的な年間時間外労働時間の上限が360時間であるのに対して、診療従事勤務医については時間外労働時間労働基準の上限に応じて水準が設定されている。この水準の取得状況については、A水準が37施設（総合群：6施設、地域群：4施設、指定なし群：27施設）であり、C-2水準を取得している施設はなかった。今回のアンケートでは追加的健康確保措置に関する設問が追加された。追加的健康確保措置とは、一般の労働者に適用される時間外労働の上限を超えて医師が働かざるを得ない場合、一般的な労働者に対する健康福祉確保措置に加えた措置である。連続勤務時間制限、勤務間インターバル、代償休息の項目に関する遵守率が100%であった施設の割合は、それぞれ46.3%、46.3%、28.4%であった。追加的健康確保措置の遵守については、今後、取り組むべき課題の一つであろう。

医師の働き方改革への取り組みでは、意識改革と理念の共有が重要である。労働時間の管理の観点では、勤務時間管理システムによる意識改革の推進が必要である。しかし、厳格化した勤務時間制限により若手医師の診療経験や指導を受ける機会、自己評価への影響も懸念されており、研修・教育体制の再構築が考慮される。

おわりに

医師の働き方改革は労働環境や医療安全の観点では望ましい変化である。この改革は、個々のライフステージに応じたワーク・ライフ・バランスの実現するために推進されることが望まれている。ワーク・ライフ・バランスが働き方改革により向上することは、現役の産婦人科医師だけでなく、将来産婦人科医師を目指す者にとっても重要なことである。東京産婦人科医会では、引き続き、働き方改革に関する調査や情報提供に取り組んでいく。

文献

1) 東京都医療保健局. 周産期医療とは [インターネット]. 東京: 東京都医療保健局; 2025 [参照 2025年10月30日]. Available from: <https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/kyuukyuu/syusankiiryo/syusankiiryotoha>

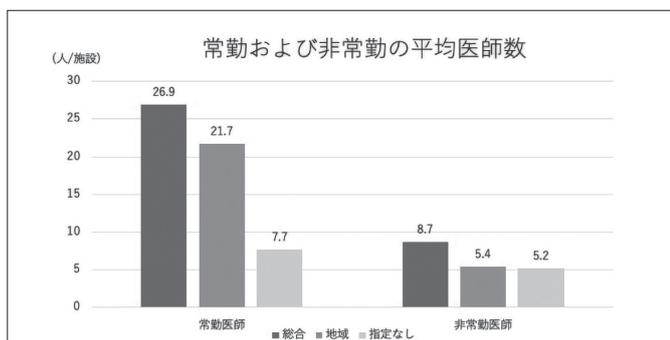


図1

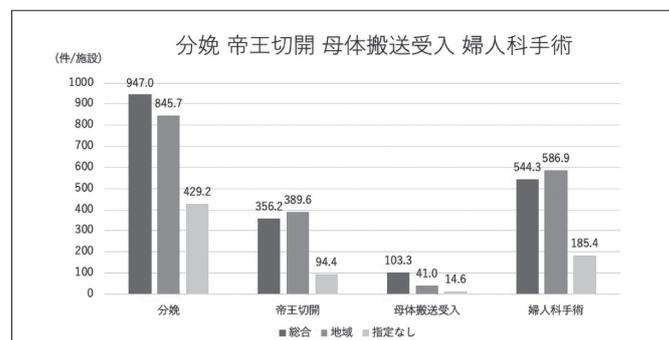


図2



神奈川県

医師の働き方改革：神奈川県における新制度施行後9か月での勤務医向けアンケート結果より

横浜市立大学附属市民総合医療センター 生殖医療センター

村瀬 真理子

神奈川県産科婦人科医会勤務医部では2024年12月から2025年1月に、県内の管理職を除く勤務医を対象に、働き方改革新制度施行後の問題点抽出を目的にアンケート調査を行った。本調査はGoogleフォームを用いて実施し、働き方改革関連13項目について回答を依頼し、103名から回答を得た。結果につき、いくつかを抜粋して紹介する。

収入の変化については、図1に示すように減少、増加とも16%で今回の調査では心配された大きな減収はないようだった。労働時間についても同様の傾向が見られた(図2)。〈働き方改革が始まって以降若手医師の技術獲得速度が遅くなった、あるいは症例を経験する機会が少なくなったと感じますか〉の質問に対しては約40%の医師が、若手医師の経験値について少なくなったと回答した。年齢による意識の違いが明らかであり、20代から50代にかけて年齢が上がるにつれて、若手の経験不足を感じる割合が上がっていた(図3)。当事者である20～30歳代の若手年齢層では経験不足を感じる割合は40歳代以上に比べ少ない。以前に比べシミュレータや動画など、実際の経験を経なくても手技を獲得する方法は増えてきていることもあり、今後注視していく必要がある。〈ご自身が勤務している病院では医師の労働効率

を上げ、働き方改革をうまく推進させるような病院あるいは部署での取り組み(クレークの増員・医師事務補助職など導入し積極的にタスクシフトを行う、カンファレンスの時間を調整するなど)をしていると思いますか(2024年4月働き方改革以降、総合的に考えて働きやすくなっていますか)の問いに対しては20%程度の新制度に肯定的な回答がえられた一方で、自施設での働き方改革の取り組みが全くない20%、働き方改革で働きにくくなった30%(図4、5)と施設により対応が異なる可能性がうかがわれた。〈実際は時間外労働であるが、時間外の上限を守るため自己研鑽として申請したことがある。上司からの指示での学術活動などを自己研鑽とした、など〉の問いに対しては半数以上の54%は、と答えた。また〈困っていること〉の自由記載欄では上司との時間外労働、自己研鑽の認識の違いが挙げられており、自己研鑽か労働かの区別は立場によっても異なり、非常に難しい面があると考えられた。

なお、本アンケート結果の詳細は神奈川県産科婦人科学会誌62巻2号掲載を予定している。

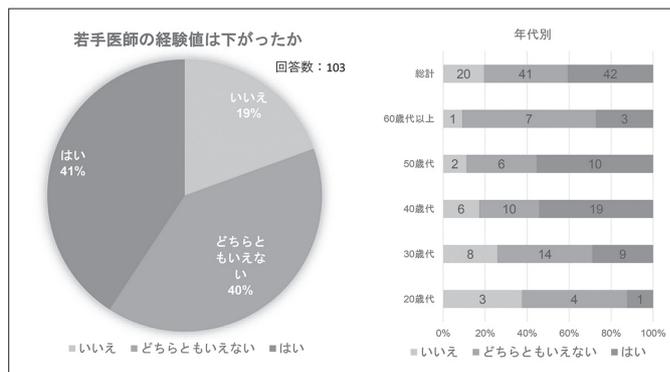


図3

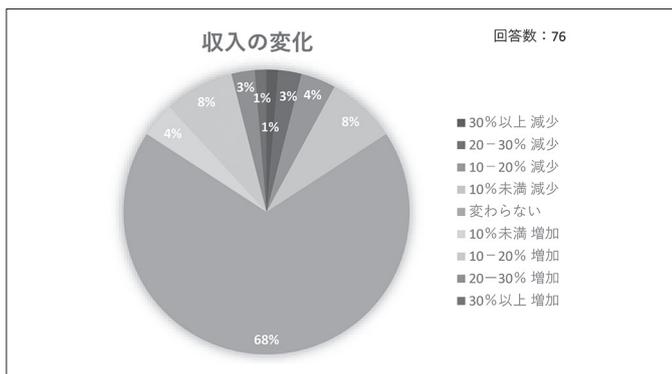


図1

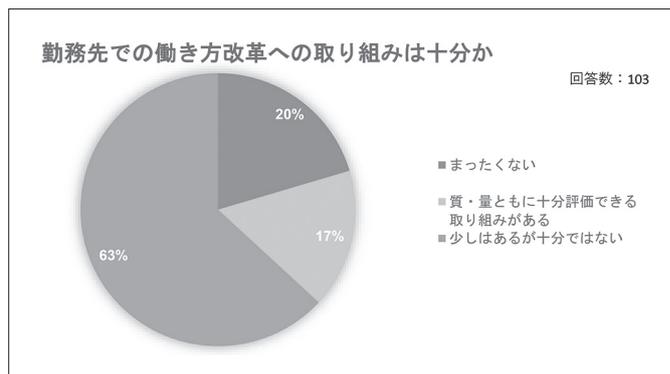


図4

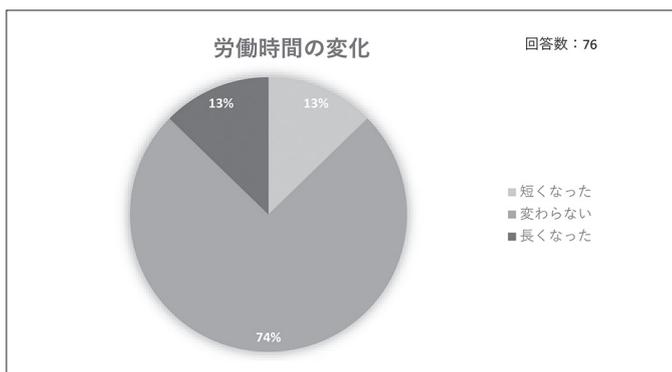


図2

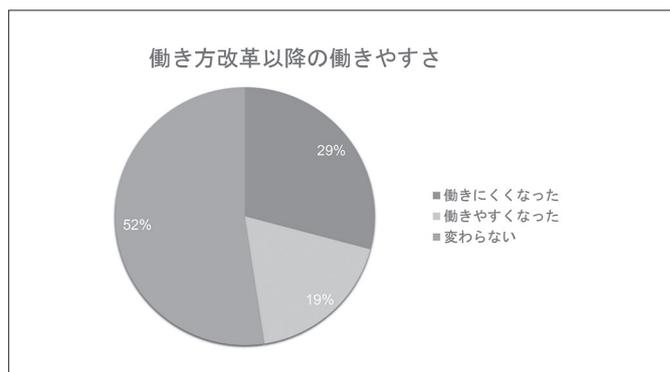


図5



山梨県 山梨大学産婦人科医局の働き方改革への取り組み

山梨大学医学部生殖医療学周産期医療学講座

奥田 靖彦

山梨大学産婦人科医局では、2024年4月より本格的に始まった働き方改革に対していくつかの取り組みを行ってきた。

これまでは全医局員は裁量労働制であり、2人以上の当直体制をとっていた。その当直を行った医師は翌日も通常業務で、連続32時間以上の勤務となっていた。そこで、教授を含む2人以外の16人は変形労働制とし、2人の当直ではあるものの、1人を夜勤、1人は宿日直として夜勤者は翌日の午前みの勤務とすることで対応することとした(図1)。この段階で上級医も夜勤を行うこととし対応可能となるために、1年前から上級医も2人当直のファーストコールとして勤務するようなシステムを導入している。

続いて、周産期病棟では主に担当医制を用いていて、基本的には担当医が緊急帝王切開等の事態にも24時間365日対応することが暗黙の了解として求められていた。これは担当患者の妊娠期間から分娩および産褥までを経験することにより、医師としての経験や技量の取得、担当患者からの信頼感といった面からは優れているかもしれないが、時間外労働は長時間となり、いつ病院から呼び出されるかわからないといったストレス等が問題となる。働き方改革からは推奨されないシステムと考え、基本的には担当医グループにより対応することとし、担当医の主な業務は治療方針の決定とし、時間外の対応はグループ医師の誰でも可能とし、場合によっては夜勤医に任せることを明文化した。

また、山梨大学では男性職員に対する育児休暇である「パパ育休制度」があり、医局では積極的に推奨している。具体的には2023年10月以降、3名の男性医師がお子さんを授かっているが、3名全員がパパ育休制度を活用し、生後1か月は育休を取得している(図2)。

さらには、大学病院の性格上、学生や研修医の教育、リクルートの観点から時間外のセミナーやシミュレーション教育が必須となっている(図3)。このイベントは多数の医局員を動員せざるを得ないが、このイベントを勤務としてしまうと、翌日の業務に就けない可能性があること、時間外同労時間が長時間になってしまうこととなる。そこで、苦肉の策としてこの時間外労働は「自己研鑽」として認定し、ボランティアとならないように産科医確保の目的に山梨県から支弁される予算から参加した医師への出張費に充てることとしている。

しかし、上記のごとくシステム変更で対応しているものの、いわゆる「雰囲気」を察して、夜勤明けに帰宅しづらい、担当患者の分娩に対応せざるを得ない、男性医師の育児休暇を取得しづらい、といった状況になりかねない。そこで、当医局の理念を3本柱として医局のドアに看板を作成した(図4)。その中の1番目の柱は「心理的安全性の保障!」を掲げている。何事も言いたいことが言える医局にすることを第一目標とし、上記の「雰囲気」に流されないようにすることを目標とした。それでも、自分の意見が言えないような状況に対応すべく、医局内に「ハラスメント委員会」を立ち上げ、直接苦情を言えない場合に備えてGoogleフォームによる「目安箱」を設置した。

まだまだ道半ばではあるが、各医局員の意見を広く汲みつつ「働きやすい医局」を目指していきたい。

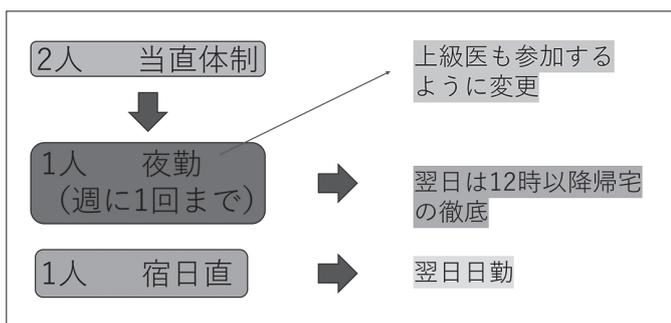


図1 夜勤、当直体制の変更



図3 シミュレーション教育の風景

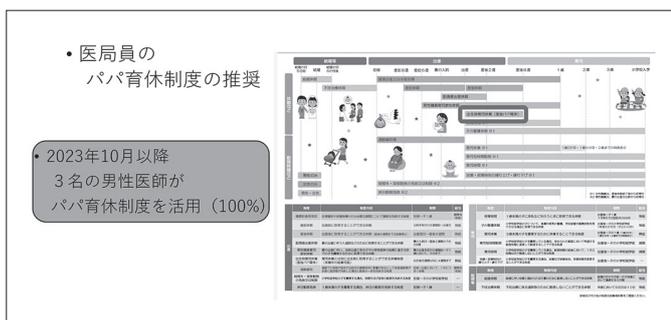


図2 ライフイベント別支援制度

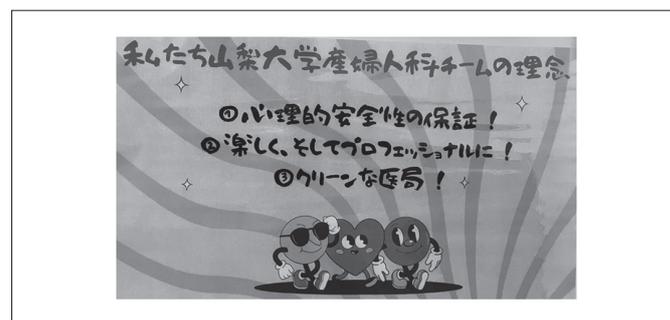


図4 山梨大学産婦人科チーム理念



**長野県
当院での医師の働き方改革への取り組み**

伊那中央病院 産婦人科
黒澤 和子

働き方改革という言葉に耳にするようになってから、何をしたらよいか分からず、不安が募っていたのですが、いざ蓋をあけてみると、改革前と勤務体制はかわらず、問題なく診療を行うことができています。

これについては、以前から様々な動きがあったことが要因と考えています。

まず、長野県では2007年頃より信州大学産婦人科医局から、関連病院への働きかけが積極的に行われました。その一つとして産婦人科医師の集約化が行われました(図1)。この頃、当院のある上伊那地区では、3つの総合病院で分娩を取り扱っていましたが、2008年より2つの病院で分娩取り扱いを停止し、これにより当科は常勤医師が2人から徐々に増え、5人となりました。

このような変化に引き続き、当院産婦人科内では助産師による積極的な動きがありました。助産師外来の開設や、検査技師、放射線技師による妊婦健診の超音波検査が開始されました。信州大学を中心とした院内助産開設への動きもありました(図2)。

そして、病院全体としても、産婦人科に限らず医師事務を増員し、いくつかの業務を医師事務へタスクシフトしていききました(図3)。

病院内の各委員会などの会議、患者家族への病状説明を勤

務時間内に、という動きもあり、徐々に時間外勤務を減らす工夫がなされました。

当院の分娩数、手術件数、医師数の推移を見てみます。分娩数は減少傾向にあり、手術件数に大きな変化はありません。医師数は少しずつ変化があります。産休、育休の医師数の変化により宅直可能医師数が変化しています。分娩を取り扱う新規診療所開業後、分娩数が減ったことがみてとれます(図4)。

産婦人科医師の集約化、助産師の業務拡大、医師事務へのタスクシフト、病院全体の改革に加え、分娩取り扱いを行う医療機関の開業などが、十数年の間に行われ、働き方改革への適応につながったと考えられます。

2007年頃から、医師の負担軽減への働きかけが様々な形で行われ、働き方改革に向けて、慌てて準備することなく移行できたと考えます。

今後は時間短縮勤務が必要な医師と、フルタイムで勤務できる医師との間に不公平感が生じにくくなるような工夫も検討していくことが必要と考えています(図5)。



図1

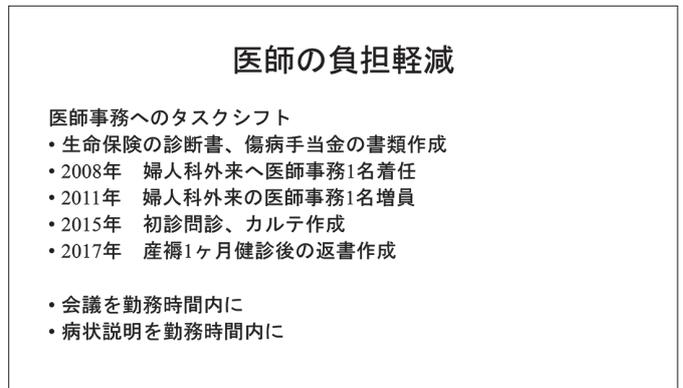


図3

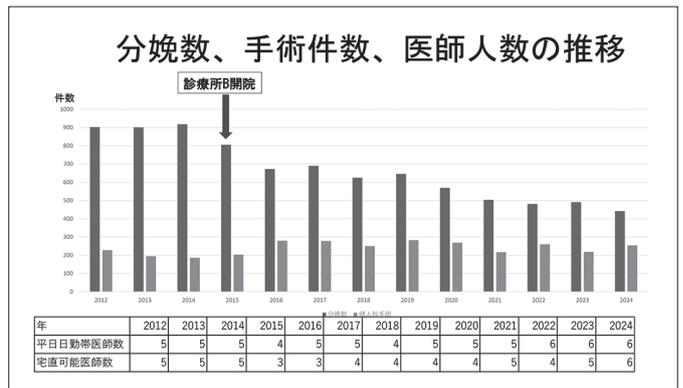


図4

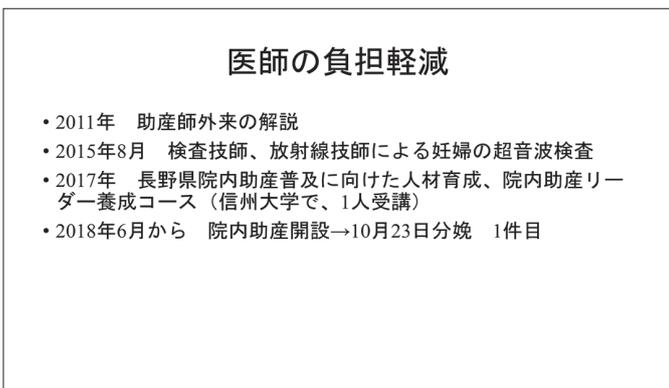


図2

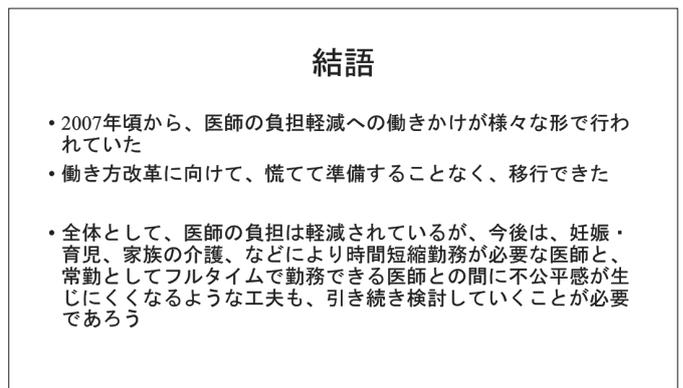


図5



静岡県
地方の基幹病院における現状

静岡県立総合病院
小阪 謙三

地方の中核病院は生き残れるのか、地方の中核病院は、ホワイトな働き方改革ができるのか、地方の住民は適切な医療が受けられるのか、などを考えながら作成しました。内容はスライドをご覧ください。

当院の現状（症例数、医師数、時間外勤務時間の推移）をお示ししましたが、課題は山積しており将来の見通しは明るいとは言えません。

あるひと月の悪性（長時間）手術

- 202X/9/16(火) 14h14m 子宮体癌IIC1 PeLN+PAN 直腸低位前方切除（外科）
- 202X/9/17(水) 7h20m 子宮体癌/卵巣癌 再発腫瘍・尿管合併切除、膀胱尿管新吻合（泌尿器科）
- 202X/9/22(水) 8h30m 子宮体癌 PeLN+PAN
- 202X/10/1(水) 7h46m 低異型度漿液性卵巣癌判明 PeLN+PAN
- 202X/10/7(火) 7h10m 子宮体癌 PeLN+PAN
- 202X/10/8(水) 10h12m 卵巣癌 PDS PeLN+PAN 直腸低位前方切除（外科）
- 202X/10/15(水) 13h58m 卵巣癌PDS PeLN+PaLN 回腸部分切除、直腸高位前方切除、尿管合併切除、膀胱尿管新吻合（外科・泌尿器科）

図4

地方の基幹病院における現状
静岡県立総合病院
小阪謙三

- 地方の中核病院は生き残れるのか
- 地方の中核病院は、ホワイトな働き方改革ができるのか
- 地方の住民は適切な医療が受けられるのか

などを考えながら

病院紹介
静岡市（県庁所在地、政令指定都市）の県立病院
病床数 715床、医師数 290余名
三次救急施設、かつ地域のがんセンターの役割

図1

産婦人科人員
医師 13名
ただし、
修練医3名
修練修了後1年目4名

修練修了後1年目 4名
修練医 3名

1	34	小阪 謙三	指導医・副院長	
2	23	● ● ● ●	指導医	
3	19	● ● ● ● ● ●	指導医	
4	11	● ● ● ● ● ● ● ●	指導医	
★	5	9	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	育・時短
★	6	6	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	
★	7	4	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	
★	8	4	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	
★	9	4	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	
★	10	4	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	育・時短
★	11	3	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	修練医
★	12	2	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	修練医
★	13	1	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	修練医・妊婦中

当科プログラム在籍
他院（関連病院）勤務中 3名

★	他	3	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	修練医・関連病院・産休中
★	他	2	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	修練医・関連病院
★	他	2	● ● ● ● ● ● ● ● ● ●	修練医・関連病院

図5

地域のがんセンター的役割

厚労省：がん診療連携拠点病院 2021年症例（全国453施設） 全国 44位

がん診療特化病院		大学病院		その他の病院（内科・救急・分娩）	
施設名	件数	施設名	件数	施設名	件数
1 国立がん研究センター-中央病院	7,905	1 徳島大学医学部附属病院	4,908	1 東京都立駒込病院	3,852
2 がん研有明院	7,902	2 順天大学医学部附属横浜大塚医療院	4,532	2 大塚記念会救急中央医療機構	3,642
3 国立がん研究センター-東病院	6,730	3 東京医科大学病院	4,000	3 赤門病院	3,446
4 静岡県立静岡がんセンター	6,271	4 慶応義塾大学病院	3,999	4 静岡県立総合病院	3,154
5 大塚記念がんセンター	5,210	5 東京大学医学部附属病院	3,884	5 広島市立総合医療機構	3,124
6 神奈川県立がんセンター	4,801	6 慶応義塾大学病院	3,846	6 国保旭中央病院	2,867
7 千葉県立がんセンター	3,796	7 東京大学医学部附属病院	3,714	7 医療法人社協会 亀田総合病院	2,865
8 徳島県立がんセンター	3,764	8 東京大学医学部附属病院	3,605	8 神戸市立医療センター-中央市民病院	2,843
9 愛知県がんセンター	3,723	9 東京大学医学部附属病院	3,590	9 大塚市民病院	2,776
10 新潟県立がんセンター-新潟病院	3,487	10 順天堂大学附属病院	3,570	10 大阪市立総合医療センター	2,762
11 兵庫県立がんセンター	3,243	11 千葉大学医学部附属病院	3,568		
12 国立病院機構九州がんセンター	2,738	12 国立大学病院	3,547		
13 国立病院機構北海道がんセンター	2,430	13 順天堂大学附属病院	3,481		
		14 国立大学病院	3,466		
		15 順天堂大学附属病院	3,390		
		16 順天堂大学附属病院	3,389		
		17 順天堂大学附属病院	3,347		
		18 順天堂大学附属病院	3,345		
		19 順天堂大学附属病院	3,310		
		20 センター-東病棟	3,300		
		21 順天堂大学附属病院	3,241		
		22 順天堂大学附属病院	3,214		
		23 順天堂大学附属病院	3,184		
		24 順天堂大学附属病院	3,184		
		25 順天堂大学附属病院	3,184		

全国の病院を仮に
・がん専門施設
・大学病院
・それ以外の市中病院
に分けると
2021年は市中病院として
全国4位の新規症例数

図2

	02/2	02/8	02/17	02/26	02/25	02/4	02/13	02/22	02/1	02/12	02/11	02/10
1	88	84	96	89	99	92	99	92	99	92	99	92
2	33	23	48	31	54	66	67	86	61	80	85	99
3	58	58	64	70	66	87	72	84	73	80	76	80
4	99	75	77	63	80	97	106	82	94	106	82	113
5	育/時短	13	15	14	16	29	14	10	5	0	31	27
6	87	69	108	72	127	142	95	107	149	109	134	104
7	///	///	///	///	///	///	///	122	119	119	102	110
8	145	125	94	95	130	106	149	143	149	140	///	///
9	90	90	99	95	///	///	///	///	///	///	///	///
10	73	92	83	76	108	57	///	///	///	///	///	///
11	育/時短	50	52	52	65	68	62	///	///	///	///	///
12	81	99	68	100	106	106	///	///	///	///	///	///
13	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///	///
14	83	97	94	100	94	103	87	95	102	93	98	105
15	///	///	///	///	///	///	///	95	107	104	99	104
16	///	///	///	///	///	///	///	95	111	90	81	111
17	102	74	72	85	59	93	///	///	///	///	///	///

(時間外) 科全体 1002 953 969 965 1021 1067 997 1031 1134 1129 1051 1139

医師数	13	13	13	13	12	12	11	11	11	12	12	11
100h 超	2/13	1/13	1/13	2/13	4/12	4/12	3/11	5/11	5/12	5/12	6/11	8/11
80-100h	6/13	5/13	5/13	5/13	3/12	4/12	5/11	5/11	4/12	6/12	3/11	2/11
80h 超	8/13	6/13	6/13	7/13	7/12	8/12	8/11	10/11	9/12	11/12	9/11	10/11

図6

産婦人科の診療実績

婦人科浸潤癌（新規） 146件/年
分娩 496件（産科・内科合併症）+産後搬送 IVR症例

産婦人科手術数 603件
帝王切開 96件
全身麻酔 342件（うち、悪性腫瘍 93件）
脊髄麻酔・静脈麻酔 165件

生殖（IVF）
遺伝性乳癌卵巣癌総合診療基幹施設（全国31施設）
産婦人科専門プログラム：静岡県内3施設の一つ（他は、浜松医大、聖隷浜松病院）

図3

まとめ（考察）

- 地域での役割から業務量は減らしにくい
- 専門修練プログラムを持つことで人材を確保・育成
→個々の負担・時間外勤務を減らす
- （ところが昨今の）経営難、人件費削減、医師定数化の方向性あり
→もう医師を増やせない可能性がある
- 子宮頸癌ワクチンの普及によって将来的な子宮頸癌減少が期待される
- 若年世代にピルがさらに普及すれば子宮体癌、卵巣癌の減少も期待できる
- RRSOによって卵巣癌の減少が期待できる
- 宿日直許可なし
産婦人科の申告ではなく、病院労務管理課が勤務実態を調査して許可なしと決定
→宿日直の待機（寝てる）時間もすべて時間外勤務としてカウントされる
→規則と現実の乖離を感じ、より実態に沿った規則整備が期待される

図7

令和7年度勤務医懇話会『管理者・指導者に聞く 医師の働き方改革への取り組み』（関東ブロック） をふりかえって

勤務医委員会委員長
関口 敦子

『医師の働き方改革』始動から約1年を経て、関東ブロック10都県の管理者・指導者の先生方から、『改革』への意識、具体的な取り組みとその効果、勤務の実態と今後への課題を伺うことができた。

懇話会では、『改革』によって産婦人科医師の勤務環境を改善しながら人材を確保し、これからの産婦人科医療体制を育て、さらに医療レベルの維持向上を計る、という理念は共有されていた。しかし、『改革』後1年の実情としては、実際に労務環境改善が進んだとする施設もある一方で、『改革』はあくまで数値上のものにとどまり真の働き方改革は未だなされていない、あるいは勤務環境が却って悪化した、とする意見もあり、今後の継続的な取り組み、PDCA（Plan-Do-Check-Action）サイクル維持の必要性が挙げられた。

『改革』に伴う取り組みは施設によってさまざまであるが、まず勤怠の精密な管理、主治医チーム制導入、事務員の増員、タスクシフト促進、患者やその家族への教育に始まり、その

ほかの工夫として、複数の勤務時間体制の組み合わせ、変形シフト勤務の導入、非常勤医師の雇用、外来曜日の圧縮、分娩・手術予約あるいは時間外診療の制限、医療DXの促進、動画・シミュレータや講演聴講等による教育補填などもあげられた。

『改革』の効果としては若手医師の勤務時間の軽減傾向はあるものの、課題として若手の肩代わりをする中堅以上の医師の負担増加がまず挙げられ、さらに中堅以上の医師や管理者には労務管理の負担も加わっていた。そもそも論として、実態と乖離した宿日直許可への疑問も解消されていないが、診療・研究・教育の時間の削減、若手医師の実地教育時間の顕著な減少なども話題に上げられた。また、みかけの勤怠時間管理の厳格化によって、実態と合わない時間の申告があることや、勤務時間上限超過の際に人事考課低下や収入減少があることなども報告された。

産婦人科医師は特に病院在院時間が長い診療科であり、激務の『改革』の必要性は長く叫ばれてきた。みかけの勤務時間を削減するという制度遵守が優先され、現場にいる医師の実態・実感との乖離が進んで職業的満足感の低下につながり、医療の継続性・安全性、教育、研究がさらに脅かされていくことのないよう、今後も現場から声を上げて現実に即した『改革』の在り方を模索していく必要がある。

編集後記

日本産婦人科医会勤務医部会では、2007年より全国の分娩取扱い病院を対象とした産婦人科勤務医師の勤務環境の実態調査を、そして2008年からは女性医師の就労環境に関する全国調査を合わせて行っています。本号の巻頭では今年度速報が報告されており特に注目すべき点は、全常勤医師に占める女性医師の割合が52.2%となり、調査開始以降初めて女性医師が男性医師を上回ったことです。産婦人科医療における女性医師の存在感が着実に高まっていることを示す大きな転換点といえます。

一方でこの調査では、働き方改革が始まって数年が経過する中で、大学病院では若手医師の約4割が業務負担の軽減を実感しているのに対し、中堅医師や管理職医師の約半数が負担増と感じているという結果となりました。若手医師の負担軽減が進む一方で、そのしわ寄せが中堅層以上に及んでいる現状が浮き彫りとなっており、働き方改革の難しさを改めて考えさせられます。また、就学児をもつ女性医師は未就学児をもつ女性医師の6割に満たない状況が続いており、子どもの就学を契機に分娩取扱い病院を離れる女性医師が少なくない可能性が示唆されます。このことが中堅層以上の医師の負担増にもつながっていると考えられ、産婦人科医療の持続性を確保するためには、女性医師がキャリアを継続できる環境整備が一層重要です。さらに、「宿日直」と「夜勤（当直）」

の実労働時間や睡眠時間を比較した結果、勤務実態にほとんど差がないことが明らかとなり、宿日直許可制度の運用の在り方についても課題が浮かび上がりました。本号では、この難局に対して各施設がどのように向き合い、工夫して取り組んでいるかをご紹介します。全国の産婦人科勤務医アンケートの詳細については、次号の勤務医ニュースで取り上げる予定です。ぜひご一読いただき、現場の実態や課題について共に考えていただければ幸いです。

（幹事・百村 麻衣）

（令和6・7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	富樫嘉津恵	常務理事	鈴木 俊治
委員	小寺 宏平	〃	倉澤健太郎
〃	杉田 洋佑	理事	北村 文明
〃	田中 智子	〃	松波 和寿
〃	藤田 浩平	副幹事長	戸澤 晃子
〃	最上 多恵	幹事	百村 麻衣
〃	早田 憲司	〃	林 昌子