



## 産婦人科勤務医の働き方改革支援サイト

2022年4月開設予定

## 産婦人科勤務医の働き方改革支援サイト開設にあたり

勤務医委員会委員 杉田 洋佑

2021年5月に「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」が成立し、2024年4月1日の医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始に向け段階的に具体的な措置が示されている。時短計画の策定やB水準、連携B水準、C-1/2水準の申請及び審査・指定、宿直許可申請、など現時点から進めていく必要があるが、現場においては多忙かつイレギュラーなコロナ禍の中で具体的に進められている施設は少ないと推測される。現場の医師は、厚労省の医師の働き方改革の推進に関する検討会HPなどにアクセスし、資料を読み込むことで情報を得ることはできるが、産婦人科医向けにまとめられたものはなく多忙な産婦人科医が適切な情報にアクセスすることは難しい状況にある。日本産婦人科医会の勤務医部会・勤務医委員会では本誌をはじめとして働き方改革に向けた情報発信をしてきたが、2024年以降に向けた働き方改革

の一助となるよう「産婦人科勤務医の働き方改革支援サイト」の開設を2022年4月に予定している。

### 目的と対象

医師の働き方改革は、医師の健康を確保することが患者のメリットにつながるという考えに基づく。全米医師アカデミーによる2019年の提言では、患者のWell-beingのためには良好な医師患者関係が必須であり、それには医師の

### 目次

- 産婦人科勤務医の働き方改革支援サイト開設にあたり 1～2
- 勤務医懇話会…………… 3～10
- 編集後記…………… 10

Well-being が不可欠であること、そのためには外的・内的な要因に配慮し支える必要があることを示している (図1)。つまり、医師個人のサポートだけでなく、社会や行政、組織としての病院が連動して医師の Well-being を保証することで、患者の不利益を防ぐことが医師の働き方改革の目的となる。働き方改革は医療計画に沿って策定され、使用者や管理者の責任で進められるべきものではあるが、勤務医を中心に現場にいるすべての医療従事者が当事者として改善の必要性を共有することが望ましい。本 HP は「働き方改革の存在は認識しているものの、忙しくて情報にアクセスできない勤務医」を対象とし、働き方改革の中心にいる勤務医への情報提供を通じて医療現場における働き方改革への意識向上を目的としている。

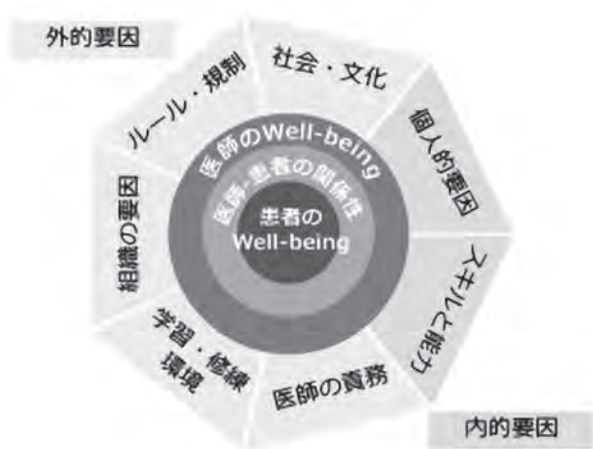


図1. 医師の Well-being とレジリエンスに影響を与える因子  
National Academy of Medicine HP 掲載資料より作成

勤務医全般へ情報提供をするにあたり、働き方改革へのハードルとなっている課題の一つとして「働き方」についての認識不足が挙げられる。例えば、自らの雇用契約内容、例えば所定労働時間や休日、時間外労働の取り決めを把握していなかったり、最近では改善している施設も多くなってきているが勤務管理が適切に行われていなかったりと、働き方改革の基盤ができていない現場も多い。本 HP では、働き方の基本情報を基に、自施設の働き方を見直し、目標に向けて必要な改善策を検討できるようなコンテンツの提供を目指している。

## コンテンツ

### 1. 働き方基本情報

労働基準法第15条により使用者は必ず労働条件通知書を労働者に交付することが義務付けられている。しかし、勤務医においては自分の労働条件を把握していないものは多い。本項目では、働き方基本情報として、法定労働時間や所定労働時間、時間外労働の取り決め（いわゆる36協定）や、宿日直の定義、2024年以降に向けてどれだけの改善が必要なのかといった労働の基本情報を整理して掲載する。

### 2. 働き方事例紹介

当面の目標として2024年4月の上限時間の適応に向けて、時間外労働の削減を推し進める必要がある。業務内容の効率化や削減、分担を行うこととなるが、働き方改革には様々なハードルが存在する。本コンテンツでは、働き方改革をうまく進めた好事例や、一方で地方において多方面のハードルに苦慮した例など様々な事例を共有する。

### 3. 働き方自己診断

働き方改革を進める上での一つの目標として、自施設の指定される水準に合わせて時間外労働の削減を進める必要がある。勤務する病院が宿日直許可を得ていない場合、自施設と外部病院の勤務を合計した勤務時間が対象となるため、本項では週当たり、月当たりの勤務状況から時間外労働の概算を計算し、時間外労働の上限水準との比較ができるツールを掲載する予定である。例えば平日夜間1回の当直17時～翌朝9時の16時間の時間外労働として計算すると、週1回で800時間超、週2回で1,600時間超の時間外労働となる。つまり、2024年4月以降は、A水準では週1回の夜間勤務で、B・C水準では週2回の夜間勤務のみで上限に迫ることになる。外部病院も含めて月に10回程度の当直は経験した産婦人科医は珍しくないと思われるが、2024年以降はまず自分の施設水準に合わせて休日・夜間勤務の回数や自施設における時間外労働時間に上限ができるため、夜間勤務や休日勤務の回数をコントロールした上で、当直以外での時間外労働をできる限り削減することになる。本ツールによって勤務状況を把握し、どれだけの削減が必要なのかを認識する助けとする。

### 4. リンク集とその他のコンテンツ

厚生労働省や医師会などから発信される働き方改革関連の最新情報や、所属する地域に即した情報にアクセスできるようにリンク集を作成した。また、過去に本会で作成した女性医師支援情報サイト ([https://www.jaog.or.jp/sep2012/ogwd\\_supporting/index.html](https://www.jaog.or.jp/sep2012/ogwd_supporting/index.html)) では育児と仕事の両立や休日の過ごし方など、女性に限らず働き方改革を進める上で重要な項目についてのQ&Aコーナーもあるためこちらも参考にされたい。

## 今後の展望

働き方改革は勤務医の話ではなく開業医も含む産婦人科医師全体の話であり、産婦人科医以外の医療従事者や患者の理解も必要である。本 HP は産婦人科勤務医を対象とした働き方改革の情報であるが、勤務医の働き方改革が進むことで新規専攻医の増加と離脱の防止につながり、結果的に勤務医を守ることに留まらず産婦人科医全体の働き方改善、そして産婦人科医療全体の質向上につながることを期待している。医師一人一人の担当する医療の質の担保や医師の収入面などまだまだ懸念材料は多く、ただ医師の勤務時間が減れば終わりではないことは認識していく必要があるが、働き方改革がただの枷にならず、産婦人科医療がより良い方向へと向かうきっかけになることを切に願う。

# 勤務医懇話会－北海道・東北ブロック

第47回日本産婦人科医学会学術集會に先立ち、令和3年10月2日札幌プリンスホテル国際館パミールで勤務医懇話会が開かれました。2024年から適用される医師の働き方改革への対策として、今回から「管理者・指導者に聞く医師の働き方改革への取り組み」をテーマとし、北海道・東北ブロックの医師を各道県よりご推薦いただき、初めてWEB併用でシンポジウム形式での議論となりました。



**北海道**  
**医師の働き方改革**  
**産婦人科の現状 小児科との比較・**  
**分析 A水準は可能か**  
 釧路赤十字病院  
**山口 辰美**

医師の働き方改革推進のため2024年より労働時間の上限が段階的に決定されそれに先立ち2022年度には各医療機関は現状報告、改善策を打ち出さなくてはならなくなりました。今回産婦人科医であり院長という管理者でもある筆者が問題点、改善できる点を考えてみました。

当院は総合周産期母子医療センターでMFICU 6床、NICU 9床を運営し地域の産婦人科、小児科医療の中核を担っています。おのおの9名の医師が当直1名で24時間の受け入れを行っており産婦人科は手術数680件、分娩数1,020件であり小児科も地域での患者シェアは70%を超えており忙しい病院といえます。

ただ医師からの時間外申請は産婦人科が平均約30時間で年々減少しているのに対し小児科は2倍の約60時間と差が顕著で医師数が同数、ICUで当直体制も同様なのに大きな差が生じていることがわかりました。その原因は主にどちらも主治医制ではありますが勤務内容に大きな差異があり小児科は上級医の指導により完全主治医制で平日でも午後7、8時まで在院している。休日・祝日でも回診が義務となってい

ることに起因していると考えられます。時間外勤務が常態化している傾向は外科でも見られることで手術後退室時間の分析で明らかとなります。

他の診療科でもすべてではありませんが病院全体として長時間在院している実態がわかりました。医師の時間外勤務には報酬が当然伴いますので宿直、日直をどう捉えるかが問題になります。一般には経験に基づいて病院ごとに当直時、呼び出し時の時間外時間数を決定しているかと思われそうですが当院のデータでは産婦人科の分娩では平日時間外、休日が500件を超えており当直で分娩がない日はない、つまり寝当直がないことがわかります。そして産婦人科医が出来るだけ時間内に連絡していることとNICUスタッフが訓練されているため小児科は新生児関連で時間外、休日にコールされることは20件のみ、1カ月に1、2件にとどまっていることがわかりNICU関連ではほぼ寝当直であることもわかります。

しかし一方一般小児患者の受診は時間外、休日ほとんど毎回で勤務実態があり当院の小児科宿日直に関しては15時間を時間外扱いにすべきと思われる。

結論として私は（その地域の救急医療体制の整備、適正な医師の確保が前提ですが）下級医が無理なく働ける体制を作るには「ダラダラ残業」を減らすこと、コメディカル、手術室の意見を取り入れそれにより特に指導側の上級医の意識改革を促すことが働き方改革を進める上で最も重要と思っています。

### 産婦人科・小児科入院診療の違い

(産婦人科)	(小児科)
<ul style="list-style-type: none"> <li>主治医制</li> <li>外来担当と入院担当は同一医師</li> <li>時間外、休日はすべて当番医が担当(再診、看取りも含め)</li> <li>分娩、緊急手術も当番医が行ない主治医は関係しない</li> <li>主治医が関わるのは基本的に勤務時間内のみ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>主治医制(完全)</li> <li>上級医(4名)は基本的に外来だけ担当、入院時に担当医(下級医)が決まるそのため入院までタイムラグが生じる入院後再度問診から始めている</li> <li>時間外、休祝日外来患者は当番医が担当</li> <li>入院患者は一般、NICUともに当番ではなく主治医が担当している</li> <li>休・祝日でも患者が1人でもいれば回診するため1年中休みはない</li> </ul>

スライド1

### 産婦人科医師数8名として 平日3回宿直、休・祝日1回日・宿直のモデル

日	月	火	水	木	金	土	日	宿直
1週目	日勤 8	休み	日勤 8	日勤 8	日勤 8	日勤 8	休み	40時間
2週目	休み	日勤 8	日勤 8	日勤 8	日勤 8	日勤 8	休み	40時間
3週目	休み	日勤 8	日勤 8	日勤 8	日勤 8	日勤 8	休み	40時間
4週目	休み	日勤 8	日勤 8	日勤 8	日勤 8	日勤 8	休み	40時間

(4)は当直明け勤務を午前中のみとした場合  
 日当直をすべて時間外とすると1年で60時間×12ヶ月＝720時間となる  
 A水準にはあと240時間しかない(2ヶ月20時間)

スライド3

### 手術室よりの退室 外科との比較

午後4時台で94.9%終了、午後5時台までには95.2%が退室している

午後4時台で74.1%終了、午後5時台までは82.3%のみが退室  
 産婦人科と比較すると退室時間が遅れた  
 分娩傾向であることがわかる  
 午後5時台入室手術が11例あり入室が早まれば5時以降が軽減すると思われる

スライド2

### 結語

- 各診療科ごとの現状分析が必要
- 地域の救急医療体制が整備されているかどうか大きな問題
- 日・宿直の適正化には適正な最低限の医師数が必要
- 完全主治医制からチーム制、少なくとも緩やかな主治医制を取り入れる
- 時間外、休祝日は当番医に任せ出来るだけ少ない医師で
- 休祝日の日直は上級医にも当てることで負担を軽減する
- 医師の業務には空き時間が多く「ダラダラ残業」が発生しやすい
- コメディカルの要望に応える体制を構築する(手術室退室時間は4時30分を目標に、外来→入院診療に無駄を生まない)
- 働き方改革＝医師(上の人間)の意識改革が最も重要

スライド4



### 青森県 医師の働き方改革に向けて、 青森県の産科医療の現状

青森県臨床産婦人科医会勤務医部会委員長  
独立行政法人国立病院機構弘前病院産婦人科  
丹藤 伴江

青森県は本州の最北端に位置しています。複雑な地勢、中央を分断するように横たわる八甲田山系、冬の気象が産婦人科医師の配置を考える上で大きなポイントとなります（スライド1）。

医療圏域としては、津軽地域（弘前大学の所在地である弘前市が中心）、東青地域（県庁所在地の青森市が中心。県総合周産期センターに指定される県立中央病院を有する）、西北五地域（五所川原市を中心とし、広い地域を少ない産婦人科医がカバー）、三八上北地域（八戸市が中心。東北大学と岩手医科大学から派遣される医師が多く勤務）、下北地域（むつ市が中心。人員は少ない。地理的に高次施設への搬送も時

に困難）に分けられます。くわえて弘前大学は秋田県北地域（大館市立病院。周辺地域には開業クリニックも常勤医のいる公立医療機関もなし。秋田大学から1名派遣）にも医師派遣をしております（スライド2）。

すでに集約化はかなり進んでいます。県周産期システムが構築されており少ない産婦人科医と小児科医で産科医療の質を保つ方策がとられています。

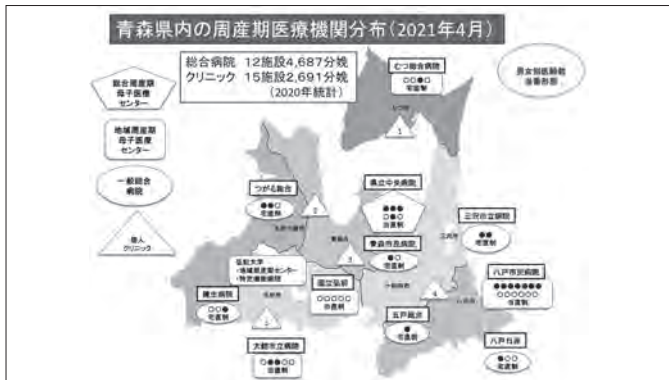
時間外勤務とみなされる年間の総時間を一人当たりの時間外勤務可能時間で除し、かつ、MFICUを有する施設は2名の当直体制で計算してみます。A水準が適応されますと、病院の機能を優先して選択した場合、県内には5つ（くわえて大館市立病院）の医療機関にしか人員は配置できません（スライド3）。必要な人数を数合わせしているだけです。実際には経営母体が異なる医療機関の統合は簡単ではありませんし、産科医療の撤退は自治体の反対も当然予想され、2024年にこの形になることは現実的ではありません。B水準が適応されますと現状に近い状態で人員配置は可能と計算できます（スライド4）。しかしこれも、すべての医師が健康で平均的に当直を行うという仮定の下で成り立っております。弘前大学産婦人科教室で女性医師が占める割合は6割、40歳以下の年代では8割で（スライド5）、産休・育休を確保するとするとB水準であっても厳しいことがわかります。

日々の診療に加え、サブスペシャリティ認定のための研鑽や学会発表、講演会、医学部学生や看護学生の講義、検診…と多岐にわたる業務をしつつ、各人の健康やQOLを維持するための働き方改革をいかに両立させるか、非常に難しいことと感じております。

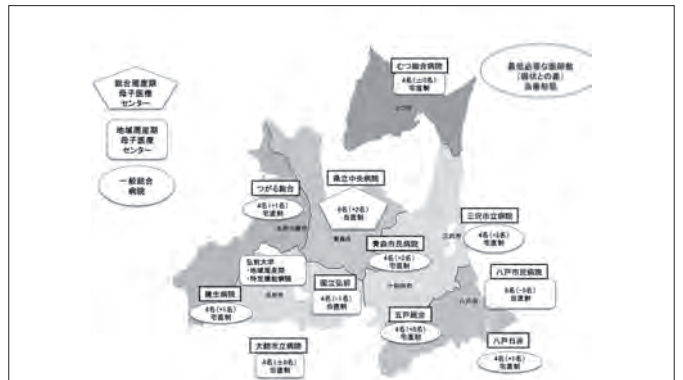
（提示したスライドは弘前大学医学部産科婦人科学教室横山良仁教授の資料を一部改変して使用しました）



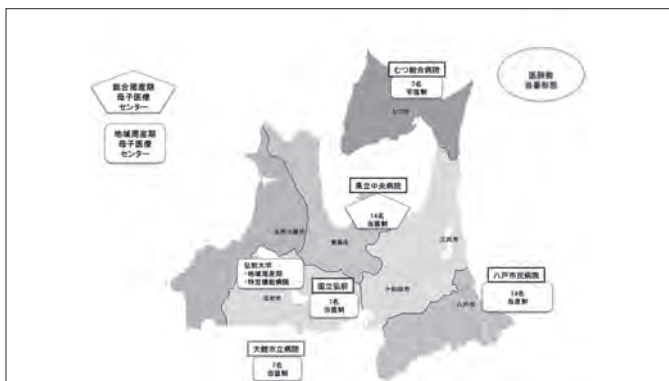
スライド1



スライド2



スライド4



スライド3



スライド5



**岩手県  
岩手県での医師の働き方改革に  
向けた活動と実態調査**

岩手県立二戸病院  
小笠原 敏浩

岩手県は産婦人科医師数が少ないうえに面積が広く、働き方改革が困難の地域と認識しています。岩手県全体で即戦力医師の招聘及び招聘医師の定着支援・育児短時間勤務女性医師（ママドクター）の募集・シニア年代の医師等の多様な働き方の支援・地域枠修学資金での産婦人科・小児科専攻医師の特例など進めています。顕著な成果は見られていません。その結果、（産婦人科医師が少ないため）集約化が加速している事実もあります。

一方で、岩手県は県立病院が多く、データ連携が行われているために、分析がしやすいというメリットがあります。岩手県の分娩取り扱い産婦人科医師の平均年齢は、勤務医43歳、開業医62歳です。分娩取り扱い勤務医40人のうち50歳以上の割合が15人（37.5%）で開業医は半数が65歳以上と高齢化しています（図1）。

医師1人の取り扱い分娩数も多く勤務医で1人あたり最多193/年、開業医で556/年でした。開業医での分娩取り扱いにより勤務医の負担が軽減されているようにも見えますが、前述したように開業医の半数が65歳以上であることから勤務医へシフトしてこることも危惧されます。

その他に岩手県では医師向けの研修会の実施や地域住民向けの「医師の働き方改革の推進と地域医療を守るネットワークいわて」を設置して住民の理解が得られるように活動し、検討会を通じて対応策に取り組んでいます（表1）。

県立病院勤務医師はできる限りA水準の適応となるよう

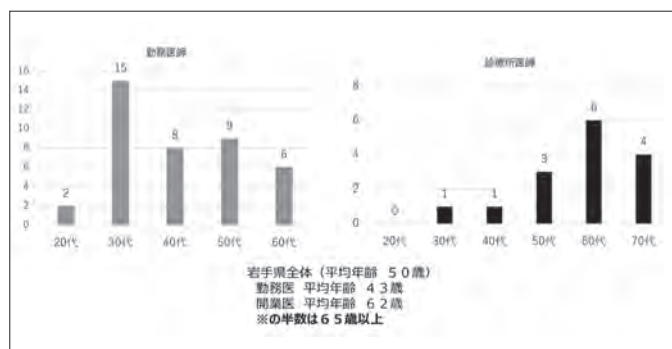


図1 分娩施設医師の年齢

- ・「医師の働き方改革の推進と地域医療を守るネットワークいわて」を設置
- ・医師の働き方改革に向けた意識醸成のための研修会の実施
- ・医師に関する諸問題検討委員会での意見交換

表1 県立病院での対応

に令和6年4月までに計画的に医師の労働時間の短縮に取り組んでおり、月・年単位の総時間数の把握をしております。その結果、時間外労働平均527時間/年（N=28）780時間/年を超え6人（21%）1,000時間を超え4人（14%）2,000時間を超え1人（4%）でした（表2）。まずは、1,000時間/年を超え3名の労働時間短縮に努めていくこととなります。また、詳細な時間外労働の分析で手術・分娩・検査での時間外労働も多いですが、救急患者の診療が最多で次いで書類作成診療記録作成であることが判明しました（表3）。これらの時間外労働調査の結果から、画期的な改善策とは言えませんが、シフト変更やタスクシフトをさらに進めていく必要があると思われる。

岩手県では産婦人科医師が少ないため産直制が取れずオンコール体制となっていますが、待機時間は労働に含まれず手当もありません。また、大学からの診療応援で県立病院医師の負担軽減はなっていますが、大学医師の労働管理が課題となります。広い面積の岩手県での診療応援はできるだけタクシーの利用を進めています。今後、大学・赤十字病院・済生会病院も含めた改革を考えていかなければならないと思っています（表4）。

・平均	527時間/年	
・780時間超え	6人	21%
・1,000時間超え	4人	14%
・2,000時間超え	1人	4%

表2 県立病院産婦人科勤務医師の時間外労働 N = 28

区分	職種	勤務時間	超過時間	超過率	超過率	超過率	超過率
産婦人科	A.1	113.28	64.55	152.24	355.26	109.05	181.21
	A.2	157.40	88.52	151.12	17.39	113.05	187.48
	A.3	158.40	87.17	88.55	8.28	113.24	88.32
	A.4	265.00	252.26	262.74	248.19	224.23	174.19
	A.5	38.41	286.00	19.28	128.18	47.04	112.34
	A.6	12.00	8.57	10.48	2.89	8.28	1.44
	A.7	27.81	18.20	28.37	5.48	27.85	33.82
	A.8	113.05	89.53	85.52	281.47	217.45	16.56
	A.9	189.92	287.18	8.88	117.28	189.92	189.74
	A.10	1182.48	1087.35	1100.19	1289.17	1186.10	1184.20
合計	1.15	18.28	8.42	8.28	54.03	8.33	18.28
産科	2.28	6.83	8.21	1.53	8.02	6.38	8.33
産科	1.41	8.89	12.57	0.08	15.94	0.20	8.33
産科	0.82	1.31	0.66	0.00	5.34	0.18	1.11
産科	0.03	0.43	4.03	0.27	21.87	18.28	17.22
合計	13.24	83.44	25.49	7.44	134.24	58.52	21.82
合計	1289.65	1186.35	1124.04	1381.63	1380.26	1081.13	1182.41

表3 超過勤務を行った医師一人あたりの年間超過時間数

- ・岩手県は県立病院が多い
- ・産直制はなく分娩待機は自宅（労働時間の対象外）
- ・県立基幹病院で宿日直許可不可なのは6病院（分娩施設は3病院）
- ・岩手医科大学医師の診療応援により県立病院勤務医師の休日・時間外労働を多少削減できているが大学勤務医師の労働管理が問題
- ・面積が広く交通アクセスが悪いため、岩手医科大学医師の診療応援医師は自家用車ではなくタクシーで移動している

表4 岩手県の課題と対応



**宮城県  
管理者・指導者に聞く  
医師の働き方改革への取り組み**

仙台赤十字病院  
佐藤 多代

本県では、2005年仙台市セミオープンシステム導入と2011年東日本大震災により、産科医療機関の集約化と医療圏毎のセミオープンシステム化が進み、二次三次周産期医療機関に勤務する医師数が増加しています。東北大入局者数が安定していることもあり、各施設に若手医師が複数名在籍し、活気にあふれています。

当院は総合周産期母子医療センター（本県では2施設指定）として、2020年度は分娩数743件（うち帝王切309、28週未満早産16）、母体搬送124件、多胎70組を管理しました。医師数は12名（うち育休1、時短2、専攻医2）、男女比は男性3名、女性9名（うちママドクター7）、主戦力であるママドクターが限られた時間で最大限に力を発揮できるように勤務体制をとっています（スライド1）。


しかし、午後から夕方にかけて人数が減り、当直可能な医

師数は男性3名、女性5名（うちママドクター3）、居残り／呼び出し可能者はさらに減ります。以前は最大週3回の当直応援を依頼していましたが、昨今の若手医師の男女比から予想される通り、応援医師派遣元の東北大医局でもママドクター増（＝当直可能者減）、関連病院への当直応援が困難となり、自院医師での当直体制構築が急務となりました。そこで、当科では2017年10月より変則交代制勤務を導入しました。ただし、大都市圏のセンター病院で導入されている完全変則交代制とは異なり、夜勤専従者を設けることで、より少人数で当直体制を組めるようにしています（スライド2）。

これにより、医師側にも経営面でも様々なメリットがもたらされました（スライド3）が、夜勤専従者や指導医（オンコール待機）には必ずしもメリットとは言えず、自身の年齢も相まって心身の負担感が増してきました（スライド4）。


周産期医療機関の集約化と女性医師（特にママドクター）の増加により、当科でも日中のマンパワーは充足されたものの、夜間の診療体制をどう維持するかは今後もつきまとう課題です。変則交代制勤務（特に夜勤専従者の配置）は人員の少ない地方病院でも有効な手段ではありますが、将来にわたる最適解にはなりません。「誰かの犠牲のもとに成り立つ体制」では男女間格差・女性間格差はなくなりませんし、指導医世代（特に平成一桁卒の地方勤務医、いわゆるオーベンナーベン制度での激務を経験した最後の世代）の働き方への意識（つい自分が頑張る）も変えていかなければならない時でしょう（スライド5）。

医師の働き方改革は、マンパワーがあっこそ。医学生のリクルートのみならず、現職者が個々のライフステージに合わせて働き続けられる（離職しない・させない・就職したくなる）職場環境づくりに、これからも努めていきたいと思えます。

**当科の勤務体制** 


- ・グループ主治医制（2グループ）  
→子の看病や学校行事、学会参加、体調不良時、互いにカバー
- ・外来（AM・PM）、病棟（回診・分娩・手術）を日替わり制  
→時短者のキャリア維持（外来専従や病棟留守番にさせない）
- ・予定手術や病棟通常業務は日中（昼過ぎまで）に終える努力  
→分娩と母体搬送が重なっても対応できるマンパワーの確保

スライド1

**当科のさまざまな当直形態** 


- ・一般当直：当直日は22:00まで通常勤務（以降時間外勤務）  
翌日はAM勤務（手術免除）、PM半休
- ・ママ夜勤：当直日（金）は日勤なし、16:30～翌9:00勤務  
翌週に1日代休
- ・夜勤専従：16:30～翌9:00勤務＝平日2回分に相当  
夜勤2回（火木）＋日勤1回（月）＝週40時間勤務

スライド2

**変則交代制勤務導入により…** 


- ・夜勤専従者：主治医として日常診療に関わる機会減  
周産期センター夜勤という心身の負担増  
各種手当（当直料・時間外手当）減  
→労働に見合う対価？モチベーション維持？
- ・指導医：2nd回数不変（月10回）＝呼び出し回数不変  
呼び出し有無に関わらず、翌日は通常勤務  
平成1桁卒 →心身の負担増、正直「お金より休み」がほしい…

スライド4

**変則交代制勤務導入により…** 

- ・一般当直者：当直回数減（週1回当直＋月1回日当直）  
翌日PM半休でリフレッシュ
- ・ママ夜勤者：育児時間増（夜勤日の日中＋翌週代休日）  
当直経験でスキルアップ
- ・病院経営面：応援医師手当削減（週3回→週1回）  
当直料・時間外手当削減

スライド3

**今後の課題** 

- ・日中と夜間での診療体制不均衡の是正  
→変則交代制勤務の導入は有効（だが、運用方法は要検討）
- ・男女間格差・女性間格差の解消  
→「誰かの犠牲のもとに成り立つ体制」からの脱却  
「特定の立場の者が優遇される職場」から「みな等しく大切にされる職場」へ
- ・超具体的には…ママドクター指導医（特に手術前立ちを担える人材）育成  
→安定した産婦人科診療体制の維持には今後不可欠な存在

スライド5



秋田県

『秋田県における医師の働き方改革への課題』

秋田県産婦人科医会勤務医部会担当  
秋田大学医学部附属病院  
清水 大

秋田県においては、「医師の働き方改革」に対して、まだ何の取り組みも始まっていないのが実情です。そこで今回は、秋田県の周産期医療の現状とそこから見てくる「医師の働き方改革」への課題について述べてさせていただきます。

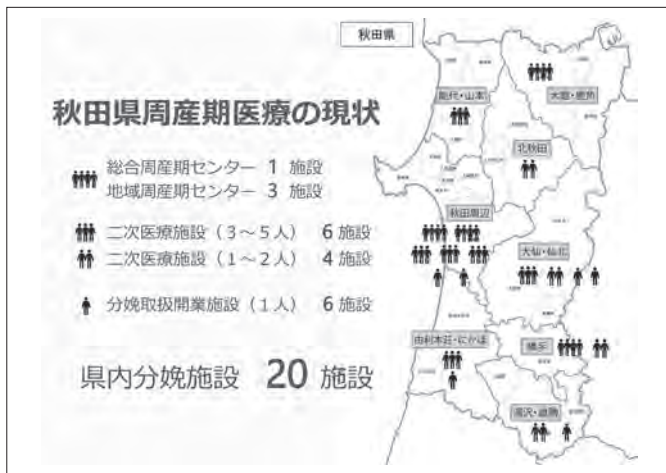
秋田県における出生数は年々減少しており、2020年度の出生数は4,499人（里帰り分娩を含めた総分娩数は5,256件）でした。出生率は4.7で26年連続全国最下位という不名誉な記録を更新中であります。秋田県内には現在20の分娩施設がありますが、その勤務者は1施設を除いて、全て秋田大学の医局員となっております。医局員数は2016年頃までは順調に増加しておりましたが、定年退職者の増加などにより近年減少に転じております。

秋田県はスライド1のように8つの二次医療圏が設定されています。総合周産期センターが県央部の秋田市にあり、地域周産期センターが秋田市に1つ、県北部に1つ、県南部に1つ設置されています。その他、医療圏ごとに二次医療施設が1～3施設ずつ設置されています。その他に個人開業施設

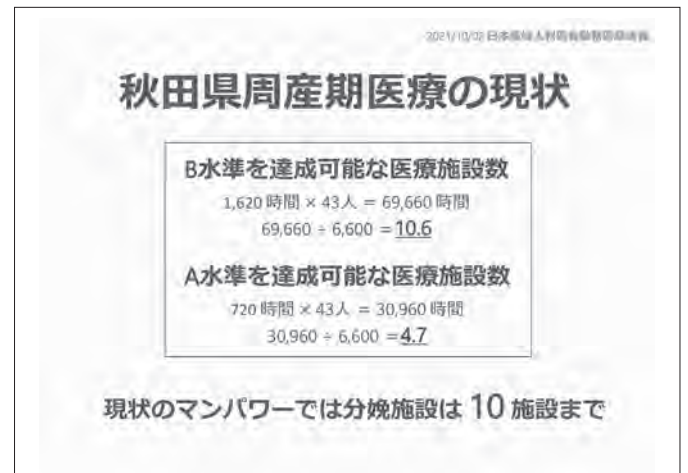
が6施設あります。地域性や冬期間の交通の不便さ、病院設立母体の相違などのため医療圏の統合・集約化が進んでおらず、各地に点在する二次医療施設を少ない人員で何とかカバーしているというのが現状です。

スライド2は医療施設当たりに必要な常勤医師数の試算です。B水準（時間外労働は年1,860時間まで）を満たすために、各医療施設当たりに必要な常勤医師数は4.1人となり、5人以上の人員が必要との計算になります。2035年から適応される予定のA水準（時間外労働は年960時間まで）を満たすとすると9.2人、つまり10人が必要となります。秋田県内には常勤医師数が4人以下の施設が11施設もあり、2024年までに何らかの対策を講じる必要があります。大学病院と個人開業施設を除いた13施設における常勤医師の総数は43人ですが、スライド3のように現状のマンパワーでB水準を達成可能な医療施設数は単純計算で10.6施設と試算され、つまり現在の13施設を10施設にまで減らす必要があります。

以上より、見てくる秋田県における「医師の働き方改革」への課題としては、まず第一に、集約化を含めた医療体制の再検討・再構築が必要と考えられます。これまで何度か集約化の動きはありましたが、様々な事情により残念ながらまだ達成に至っていません。もう一つの課題は、圧倒的なマンパワー不足です。これを解消するため新規入局者の確保が最重要と考えています。



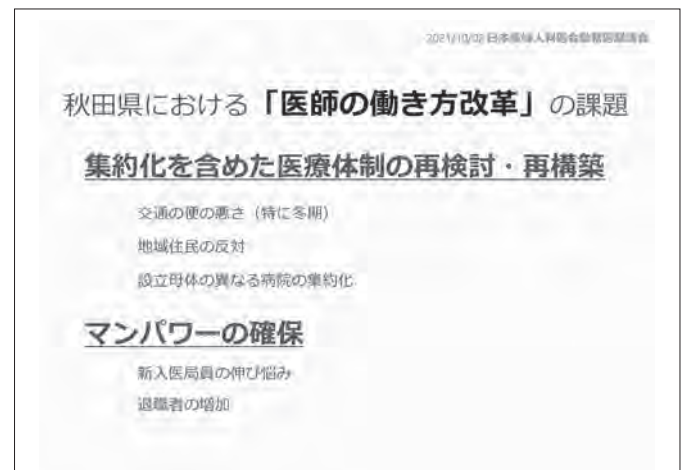
スライド1



スライド3



スライド2



スライド4



### 山形県 山形県立中央病院における 医師の働き方改革への取り組み

山形県立中央病院  
総合周産期母子医療センター / 産婦人科  
堤 誠司

2024年度の実施に向けて、われわれ地方の産婦人科施設が取り組まなければならない働き方改革について、山形県の立場から述べさせていただきたいと思います。わたくしが勤務する山形県立中央病院は、総合周産期母子医療センターとしては2010年に認定されました。病院自体の病床数は609床、MFICUが6床、NICUが9床となり、山形県唯一の総合周産期母子医療センターとなります。山形県は大きく4つの医療圏に分けられ、各医療圏よりおおそ1時間から1時間半で母体搬送を受けることができる、山形県のほぼ中央に位置しています。山形県の出生数はこの10年間で8,643件から6,191件と28%も減少しました。一方、当院への母体搬送受け入れ症例数の推移をみると、おおそ70～80件と横ばいであり、隣県の宮城県からの搬送も受け入れています。

当院の産婦人科スタッフは32年目の私を筆頭に5名おり(昨年度より1名減)、その他に1～2名の初期研修医がローテーションしております。勤務体制を見ても、産婦人科病棟・MFICU・婦人科新患外来・再来・産科外来をそれぞれが担当し、宿直・土日祝日の宿日直はMFICU(専従)が1名、オンコール医師が1名で、分娩や救急患者はオンコール医師が対応することになっています。つまり5名がフル稼働する必要があるわけです。そのため、宿日直の回数+オンコールの回数は11～12回/月で、この他に院外応援医師に平日の宿直を4回、土曜日の宿日直を2回担当していただき、勤務を廻している状態です。宿直明けの措置は、可能であれば初期研修医同様に引継ぎ後の勤務緩和や代替休の取得は容易にしていますが、実際午後の手術担当となるとなかなか

か休めないことも多いのが事実です。つまり現在は、5人なら各配置をぎりぎり回すことが可能だが、1人でも休むと業務に余裕がなくなってしまい、また院外からの応援医師が来れなくなると1人当たりの宿日直回数が増えてしまうという問題点があります。労働基準法第41条に定める宿日直勤務を遵守することが求められますが、根本的に私たちの宿日直は夜勤・休日勤務であることが現実の姿です。勤務間インターバル制度が導入された場合、見直す必要が出てくるわけです。この制度で15時間の連続勤務時間制限が生じるため、24時間以内に9時間の連続した休息時間をとる必要があり、当院の現状を踏まえると5名フル稼働でも実現は不可であり、現在同等の医療業務を実現させるにはプラス1名、休暇も十分にとれるようにするならさらにプラス1名が必要となります。これにMFICUが常時2名宿日直とすることが求められると、稼働できないこととなります。どのようにして不足分の医師を補うのか、就労時間の上限を超えた場合に被る医療や学術活動への影響はどうしたらいいのでしょうか、当面の課題をクリアする必要に迫られています。さて、これらの課題に対し、解決策はあるのでしょうか?あくまでも私見ですが、①大学医局より増員を請う(簡単に増員できるのであれば、当の昔に実現しているわけですが)、②近隣自治体病院との連携・合併を検討する、などしか考えられないのが現実です。また、研修医や修練医は上級医やメンターがあってこそ成長するわけですが、上長の命令に基づく学術活動の維持を求められるとなると、なかなか良案が思いつきません。どなたかご教示をお願いします。

これまで「なおざり」にされていた医師の労働時間を見直さざるを得ない期限が生じ、限られた時間の中で、これまでと同等以上の質を維持しなければならず、単位時間当たりの個人負担は増大します。特に一施設当たりの医師数が少ない地方の医療施設ほど、被る影響は大きいことが予想されます。現状同等以上の医療を提供するためには、病院経営母体の枠を超えた統合等の抜本的改革を真剣に検討するべきであり、学術活動も萎縮しないように教育・修練の工夫が求められていると思います。

#### 日当直の割り当て回数は?

(2021年11月の例)

部長 32年目 指導医	副部長 17年目 専門医	医長 11年目 専門医	医員 7年目 専門医	医員 5年目 専攻医
宿日直 3回	宿日直 5回	宿日直 5回	宿日直 6回	宿日直 6回
オンコール 9回	オンコール 6回	オンコール 6回	オンコール 5回	オンコール 5回

この他に院外応援医師に平日の宿直4回・休日の宿日直を2回依頼しています

スライド1

#### 勤務間インターバル制度

(働き方改革関連法)

- 義務対象はB・連携B・C水準の適用対象となる医師
- A水準の適用となる医師は努力義務

- 通常の日勤及び許可のある宿日直の場合: 始業から24時間以内に9時間の連続した休息時間(15時間の連続勤務時間制限)
- 許可のない宿日直の場合: 始業から46時間以内に18時間の連続した休息時間(28時間の連続勤務時間制限)

↓

当院の現状では、5名フル稼働でも実現不可  
現在同等の医療業務を実現させるには、プラス1名  
休暇も十分にとれるようにするならさらにプラス1名必要

スライド3

#### 現在の問題点

(MFICU施設認定後移行するに当たって)

- 5人なら各配置をぎりぎり回すことができけれど、1人休むと業務に余裕がなくなってしまふ
  - 予定の休暇取得であれば、事前の準備(手術予定や外来患者予約の調整、宿日直の割り振り)ができるが、急な場合は即応できるスタッフがカバーする
  - 例1) 家族がCOVID-19濃厚接触者疑いとなり、PCR結果判明まで登院自粛となる(当院: 感染症指定医療機関)
  - 例2) 子どもの通う保育園が休園となり、他に預けられる場所がないため登院できない
- 院外からの応援医師が来れなくなると、一人当たりの宿日直回数が増えてしまふ
  - 大学医局の采配に依存してしまふ

スライド2

#### 2024年までに解決策はあるか?

(宮城県立中央病院より)

- 大学医局より増員を請う
  - 簡単に増員できるのであれば、当の昔に実現している...
- 近隣自治体病院等との連携・合併
  - 市立+県立+(民間)など自治体の枠を超えて統合し、医師数を確保
  - 大学医局、自治体、行政等への働きかけが必要だが、実現には財政問題や解決まで多大な時間がかかることは容易に予想される
  - 立地条件により、患者の医療機関へのアクセスについては配慮が必要
- 上長の命令に基づく学術活動の維持について
  - 研修医や修練医は上級医・メンターがあってこそ成長する
  - この点に関してはなかなか良案が思いつきません。ご教示ください!

スライド4





**福島県  
管理者・指導者に聞く  
医師の働き方改革への取り組み**

福島県産婦人科医会常任理事  
寿泉堂総合病院産婦人科主任部長  
鈴木 博志

福島県の現状について地域性と特性を踏まえ報告します。福島県は会津・中通り・浜通りと気候も文化も異なる3つの地方に分かれ、広い地域性のもと、2006年2月の県立大野病院事件、2011年3月には東日本大震災・原発事故が起こり、30施設あった分娩取扱施設（診療所を除く）は医師の離散も加わり、加速度的に13施設へ激減しました。急激な集約化は新たに分娩施設過疎地域を生じる結果となりました（図1）。震災時は、義援金並びに医師の派遣など、ご支援いただき、あらためて感謝申し上げます。

周産期システムは福島県立医大附属病院を中心に、3つの地域周産期母子医療センターとGCUを備えた5つの周産期医療協力施設からなります。MFICUは総合周産期母子医療センターである福島県立医大附属病院、県中地区の地域周産期母子医療センターである太田西ノ内病院に設置されています。2019年の各地区における分娩数と診療所比率を示します（図2）。全国平均診療所比率47%に比較し、県北、県中、いわきの都市部ではその比率が高い反面、県南、会津地方では低く、病院主体であることがわかります。特に、南会津地方には診療所も含め、分娩施設がなく、会津若松市への移動を余儀なくされています。

分娩取り扱い医療施設13施設、診療所18施設の内訳（機能分化）と全国（医会勤務医部会アンケート）との比較を表

に示します（図3）。病院勤務医の勤務状況においては、平均常勤医師数は福島県立医大附属病院（総合周産期）以外ではいずれも全国平均より少ない中、年間分娩数は全国平均よりも多いことがわかります。これら13施設病院は専門医研修施設としての役割もありますので、産婦人科研修の充実といえ、聞こえはいいですが、常勤医不足は大きな基本的課題です。

慢性的医師不足からMFICUのある2施設、周産期医療協力施設1施設以外の10施設では自宅待機での宅直制をとっています。宿当直の基準でもある1.5回、年間分娩数100件で4つのエリアに分けてみると、週2回以上の施設は8施設、100件以上では6施設が該当します（図4）。2021年10月現在、丸で困んだ2施設の内、一施設は分娩を取りやめ、もう一施設は常勤医師の補充で軽減されています。ただ、帝王切開に備えて、無償のセカンド待機を含めると、時間的拘束は週3から5日となります。現時点では、連携B水準1,860時間からすると13施設中7施設が該当し、C1水準での健康確保措置を専攻医へ実践した場合、中堅医師不足より高齢化したシニア世代の指導医の負担がますます増える構図となります。

少し、未来のお話をしてみます。2014年からは福島県立医科大学の産婦人科入局者数も増えて来ています。2016年子ども女性医療センターの設立、周産期奨学金制度、僻地義務年限の振替などの行政の後押しも大きな要因です。『ALLふくしま』としての結束力と更なる連携強化のもと、院内助産などのタスクシェアリングも活用し、働きやすい環境となっていることをお約束します。



図1

全国との比較(日本産婦人科医会 勤務医部会アンケート2020より)

	施設数	平均常勤医師数 (全国平均)	年間分娩数 (全国平均)	帝王切開率 (全国平均)
総合周産期 母子医療センター	1	18.0 (16.2)	447.0 (708.9)	46.3% (38.6)
地域周産期 母子医療センター	4	6.5 (7.9)	620.8 (475.4)	31.8% (32.1)
周産期医療 協力施設	5	3.8 (4.2)	501.2 (382.4)	26.9% (20.6)
その他の 一般病院	3	2.7 (4.2)	235.0 (382.4)	22.4% (20.6)
分娩取り扱い 診療所	18	1.6 (1.6)	327.6 (341.4)	14.8% (14.7)

図3

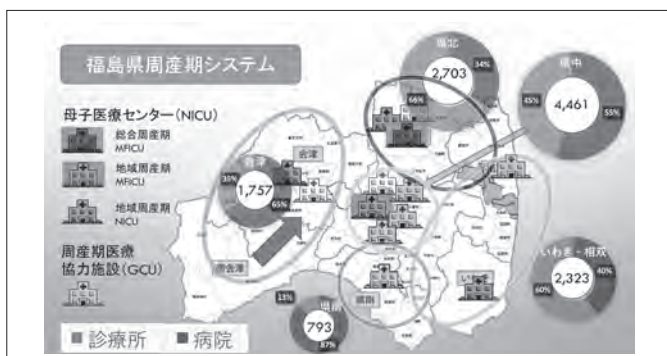


図2

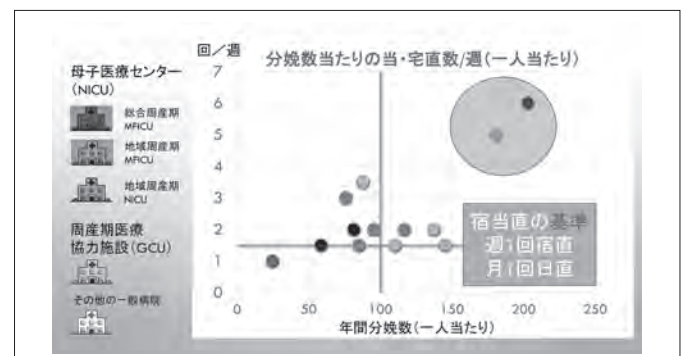


図4

＜懇話会参加者＞

(北海道・東北ブロックより)

北海道	山口 辰美	釧路赤十字病院
青森県	丹藤 伴江	国立病院機構弘前病院
岩手県	小笠原敏浩	岩手県立二戸病院
宮城県	佐藤 多代	仙台赤十字病院
秋田県	清水 大	秋田大学医学部附属病院
山形県	堤 誠司	山形県立中央病院
福島県	鈴木 博志	寿泉堂総合病院

(医会勤務医部会より)

副会長	平原 史樹	横浜市病院経営本部
常務理事	中井 章人	日本医科大学多摩永山病院
幹事	百村 麻衣	杏林大学医学部附属病院
	//	林 昌子
		日本医科大学多摩永山病院
委員長	関口 敦子	日本医科大学多摩永山病院
副委員長	卜部 諭	淡海医療センター
委員	奥田 美加	国立病院機構横浜医療センター
	//	杉田 洋佑
		日本医科大学附属病院
	//	田中 智子
		荒木記念東京リバーサイド病院
	//	富樫嘉津恵
		秋田大学医学部附属病院
	//	長谷川ゆり
		長崎大学病院
アドバイザー	木戸 道子	日本赤十字社医療センター

編集後記

第47回日本産婦人科医会学術集会に合わせて3年ぶりに勤務医懇話会が開催されました。前回までは「若手医師が勤務環境に望むこと」をメインテーマとして全国ブロックを1周し、今回からは、2024年から適用される医師の働き方改革への対策として、「管理者・指導者に聞く医師の働き方改革への取り組み」をメインテーマとしました。今年は北海道・東北ブロックの医師を各道県よりご推薦いただき、初めてWEB併用でシンポジウム形式での議論となりました。全体討論では、医師の働き方改革の労働基準について議論されました。首都圏と地方では、医師数や気候、交通網など地域特性の事情が違うことから、これ以上の集約化が困難な地域もあり、働き方改革の労働基準を満たすのは現実的に難しいこと、北海道・東北ブロックにおいては、少子高齢化の進んだ地域性に見合った働き方改革を考えなければならないことも課題として挙げられました。勤務医懇話会としては初めてのテーマとなり、解決策にまでは至らなかったものの、働き方改革の問題点や課題が徐々に具体的になり、大変有意義な懇話会となりました。

日本産婦人科医会勤務医委員会では、全国の分娩取扱い病院を対象としたアンケート調査を14年前から行っています。昨年のアンケートの対象となった全国の分娩取扱い病院は985施設で、この調査を開始した14年前より296施設(23.1%)減少していました。それに伴い1施設当たりの常勤医師数は7.4人(男性4.0人、女性3.4人)と14年前の4.5人より2.9人増加し、集約化が進んでいます。全施設の1カ月の推定在院時間は274時間で、この13年間で43時間も短縮されたこととなります。しかし2024年から適用される医師の働き方改革では時間外労働上限があり、その基準を全施設で満たすためには、今よりもさらに在院時間

を減少させる必要があります。全国には常勤医師1～2名の施設がまだ96施設(13.4%)あり13年前の3分の1に減少したものの、これらの施設で労働基準法の時間外労働上限を順守しながら分娩を継続させるためには何らかの対策が必要となります。

今回の北海道・東北ブロックの勤務医懇話会を通じて、今もなお過酷な勤務環境で地域の産婦人科医療を担っている先生方が多くいらっしゃることも、医師の働き方改革に向けてはまだ多くの課題が残されていることを改めて実感し、北海道出身で今は東京で勤務している私自身も身が引き締まる思いでした。勤務医委員会ではこれらの調査結果を、日本産婦人科医会主催の記者懇談会や勤務医ニュース、その他のメディアを通じて発信していくとともに、現在、産婦人科勤務医の働き方改革支援サイトを作成中です。是非日本産婦人科医会のホームページよりご覧いただき、参考にいただければと思います。

(幹事・百村 麻衣)

(令和3年度)

勤務医委員会		勤務医部会	
委員長	関口 敦子	副会長	平原 史樹
副委員長	卜部 諭	常務理事	中井 章人
委員	石井 桂介	//	鈴木 俊治
//	奥田 美加	理事	中野眞佐男
//	杉田 洋佑	//	矢本 希夫
//	田中 智子	副幹事長	戸澤 晃子
//	富樫嘉津恵	幹事	百村 麻衣
//	長谷川ゆり	//	林 昌子