

# 「次世代に選ばれる 持続可能な産科の職場」 — 「自己犠牲からの脱却」 —

はぐくみ母子クリニック 輿石太郎



☆私には使命があります

「産科医をハイリスク/ローリターンの職業にしない」



医療の質を維持するために

産科医という職業をこんな状態にしたい

厚労省で2017年に「医師の働き方改革に関する検討会」が開かれるまでの時代  
多くの産科医は身も心もボロボロでした。

私が医師になった2002年には、パワハラ、働き方改革なんて言葉はもちろん存在しておらず、身も心も非常に厳しい  
研修を積むことが出来る「実力を伸ばす、スペシャリティを獲得するという観点からはありがたい時代」でした。

また、臨床研修医制度導入の影響で2年間後輩が入らず、2006年に新入局員が入ってもそれらの世代のみ労働基準法  
が少しは適用されるなど、中堅である我々の負担は増加の一途をたどりました。

卒後10年ほどはまさに「自己犠牲」の産科医人生を歩んできました

仕事にやりがいはあるし、尊敬する先輩など素晴らしいチームがあったのでなんとか持ちこたえていたましたが、

日中は外来、お産、オペと休みなく動き続けるだけでなく、時間外に教授回診や学会発表、論文執筆も強く求められる  
環境。昼夜を問わず生死をわける判断が求められる緊張の毎日。月10回をこえる当直あけも仕事は休めず36時間労働  
は当たり前。休みは月2日あれば多いほう。

今思えば、大学勤務最後の数年はメンタル的に疲弊しギリギリの状態、もしくは心が壊れた状態で踏ん張っていまし  
た。休む、辞めるなどの選択肢は私には与えられていないと思っていました。

このままでは、自分だけではなく家族など周囲の人も不幸にしてしまうような状態でした。

私が歩んできた道そのものが、まさにこの演題

**「次世代に選ばれる持続可能な産科の職場」  
— 「自己犠牲からの脱却」 —**

でした。

医師紹介



輿石太郎

taro koshiishi

2002年 順天堂大学 医学部 卒業

2002年 順天堂大学 産婦人科入局

2003年 埼玉医大総合医療センター

直接入局  
(臨床研修医制度なし)

2004年 順天堂大学附属静岡病院

2011年 順天堂大学 大学院卒業

2012年 沖縄県立八重山病院 部長

2014年 日本医大武蔵小杉病院

開業までずっと  
周産期センター勤務

2015年 はぐくみ母子クリニック 開業

2018年 慶應義塾大学 大学院 経営管理研究科

Executive MBA course

学生

↓  
↓  
↓  
↓  
↓  
↓

石垣

↓  
↓

はぐ

産婦人科専門医 超音波専門医 周産期専門医 医学博士 経営学修士 (MBA)

# 大学/総合病院

- ・勤務環境が厳しかった（休みがない）
- ・合理的な仕組みでないと感じていた （本題でないので触れず）



クリニック  
開業

患者さんにもスタッフにとっても、  
より良い仕組みを作れる自信があった

仕事は好きだったが  
楽しく働きたかった

- ・ 日本産婦人科医会            幹事（医業推進）
- ・ 神奈川県産婦人科医会      委員（医療安全）
- ・ 日本産科麻酔科学会          社員（広報）

**「産科医をハイリスク/ローリターンの職業にしない」**

ちなみに医師家系ではありません。自分で借金して開業しています

# はぐくみ母子クリニック



はぐくみ母子  
クリニック



大学同級生である小児科医と一緒に運営

- ・ 神奈川県川崎市（武蔵小杉駅から約2km）
- ・ 2015年7月open 産科・小児科

# 東横線(武蔵小杉-新横浜)を主戦場とする

## 産科小児科

東急東横線



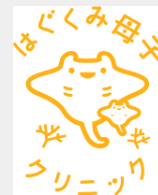
2018元住吉  
(小児科)



2021新横浜  
(産科/小児科)

半径10-15km 人口100万人以上

集客/人材採用など様々な面で  
恵まれたエリア (都心型)



# 2025年 はぐくみ母子クリニック

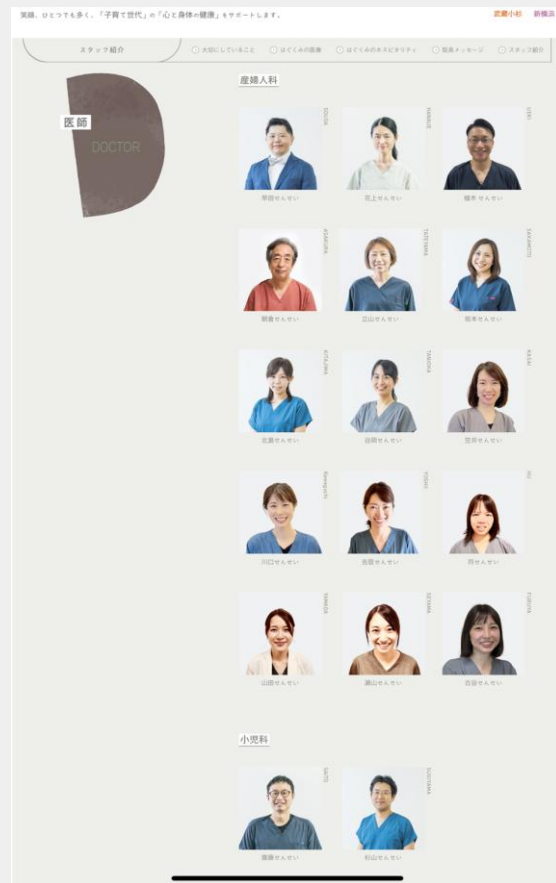
	分娩数	無痛	帝王切開	経膈分娩トライの 緊急帝王切開率
武蔵小杉	859	711 (82.8%)	89 (10.4%)	4.9%
新横浜	921	773 (83.9%)	109 (11.8%)	6.2%
合計	1780	1484 (83.3%)	198 (11.1%)	

- ・ 横浜市、川崎市の3.4万分娩のうちの約5%
- ・ 約83%が無痛分娩
- ・ 小児科の患者数は1日250-300人前後(3院合計)

# スタッフ数

- 常勤Dr15人(産科8人小児科7人)
- 助産師40人 看護師8人
- ほか約80人弱

常勤スタッフ 約140人



## はぐくみ母子クリニック特徴

# 「安全と満足度(患者/スタッフ)の最大化」

- ・ 評価制度を運用し年功序列の排除
- ・ OKR運用（挑戦を促す目標管理制度）
- ・ スタッフサーベイによるエンゲージメント測定

→ **人材育成目的の人事制度運用に注力**

（スタッフの質向上で圧倒的勝利を目指しています）

Resona Group B.LEAGUE 2025-26  
B1 LEAGUE GAME SEC.1

@ TOKYU DRESSER TODOROKI ARENA

Mitutoyo PRESENTS

**10.4**

SAT TIPOFF 18:05

Mitutoyo PRESENTS

**10.5**

SUN TIPOFF 16:05



VS 広島ドラゴンフライズ



川崎ブレイブサンダースさんとともに  
日本一を目指しています

戦術・練習

仕組み作りと人材教育  
(品質管理)

チーム理念

法人理念の策定

選手契約

方針に合った人材を選  
(採用)

集客

デザイン、HP、SNS、  
広告を活用 (集患)



グッズ/イベント

グッズ、接遇、おいしい食事  
(アメニティ)

試合

イレギュラー/トラブル対応の徹底  
(危機管理)



毎年、冠試合（ブース運営、記念写真など）を行い  
スタッフ同士の絆とエンゲージメント向上にも活用させて頂いています

# 目次

① 日本の母体死亡、新生児死亡は世界でも最高の成績

主に事実ベース

② 「分娩施設の分散」と「自己犠牲」で成り立ってきた

③ 「分娩減少」「働き方改革」「情報のリテラシー向上」により崩壊しそう。  
「分娩の保険適用」もやり方によっては。。

④ 持続可能な産科の職場をつくるためには（負荷軽減と報酬適性化）

私見/提案

⑤ まとめ&記者のみなさまへ

「このままだと日本の産科医療崩壊しますよ」  
「あんまり、いじめないでくださいね」

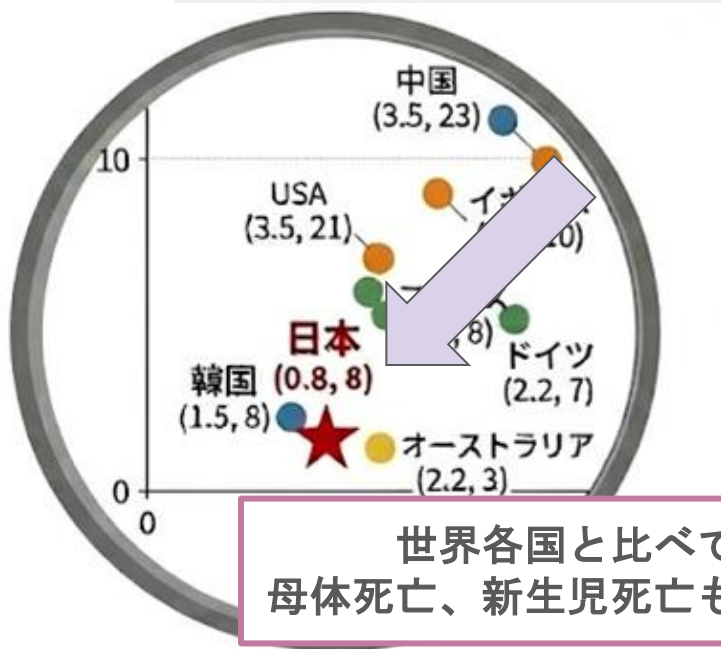
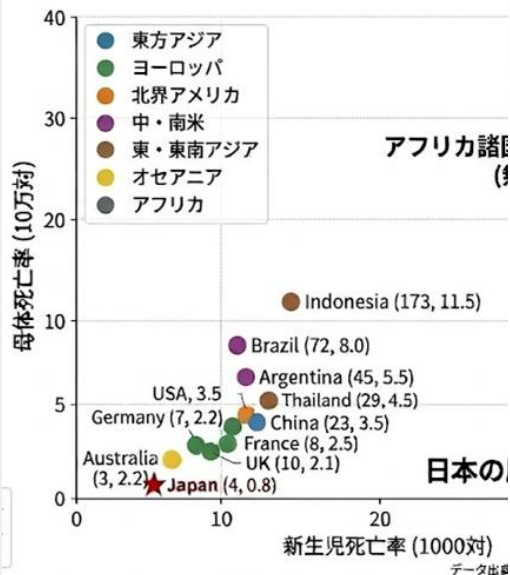
てお話しです

- 分娩減少なのに産科医/分娩場所を保護する必要ある？
- 集約化すればいいんでしょ？
- たくさん稼いでるでしょ？

このような疑問にお答えするような内容としたつもり

数値化が難しい事案など根拠が弱く感じられる部分、  
医会を代表する見解ではなく、単なる個人の見解もありますがご容赦ください

# ①日本の母体死亡率、新生児死亡率は世界でも最高の成績



集約化されているアメリカなど諸外国より、分散型の日本韓国が成績◎

イギリス、アメリカ、フランス、中国、北欧、ドイツ=集約型；1施設あたりの年間分娩数が1,000~3,000件以上（日本400件）

## ・集約型

(イギリス、アメリカ、フランス、中国)

◎**経営効率** 人材含む経営資源の

◎**個々の質** どの施設も重症に対応できる

× **アクセス** 悪くなる地域は出てくる

フランスでの研究によると医療機関と自宅が距離で30km以上時間で45分以上だと新生児死亡や重症合併症増える※2

## ・分散型

(**日本**、韓国など)

◎**分業** 1次が低リスクを捌き、高次医療施設の資源を重症に集中させることが可能

◎**アクセス** ほとんどの地域で

× **経営効率** 特に人材

厚労省は近くから分娩施設まで60分以内を推奨。  
施設外分娩は新生児死亡リスクが増大※1

それぞれのカタチにメリット、デメリットがあります  
どっちが明らかに優れている訳ではありません

1. ESM (European Society of Medicine) および Inserm の調査 (2013-2022年)

2. *Perinatal health inequalities and accessibility of maternity services in a rural French region* Combier et al., 2013

## ② 「分娩施設の分散」と「自己犠牲」で成り立ってきた

とても成績が良い日本の周産期医療ですが、

長らく医療従事者（特に産科医と新生児科医）の自己犠牲のもと成り立ってきました

「周産期医療の土台＝分散＋自己犠牲」

# 産科医師：2011年3月 月間カレンダー図

	月	火	水	木	金	土	日
2/	28	4/1 👩	2 👩	3 🏥	4 👩 🏥	5 👩	6 🏥
	7 👩 🏥	8 👩	9 👩	10 🏥	11 👩	12 👩	13 👩
	14 👩	15 👩	16 👩	17 🏥	18 👩	19 👩	20 🏥
	21 (祝)	22 👩	23 👩	24 🏥	24 👩	25 👩	27 🏥
	28 👩 🏥	29 👩	30 👩	31 🏥	4/1	4/2	4/3

👩 大学（日勤）：水色

🏥 大学（当直）：紺色

🏥 バイト当直：紫色

☐ 自由時間/睡眠：白色

- ・ 白が休み
- ・ 濃色は当直

- ・ 休み1~2日/月
- ・ 当直；月10回(大学5、バイト5)→翌日もフル勤務
- ・ 有給休暇とること許される雰囲気ではない(病欠以外取得したことなし)

大学400-500万円  
バイト1200~1400万円

# 院内滞在時間

**約400時間**(月720時間)

(大学病院270-280時間、バイト120-130時間)

**「過労死ライン」 = 月270時間**

(時間外労働 月80時間or100時間) 厚生労働省の指針より

このような自己犠牲によって  
日本の産科医療は成り立ってきました  
(新生児科、救急病院の外科/脳外科なども同様)

拘束時間が長いだけでなく...

☆夜間の稼働も少なくない

☆一つ一つの判断/行動が生死を分ける責任が重い仕事  
(ストレスが大きい/ハイリスク)

☆いつ発生するか予想できない重症例/緊急オペに夜間も対応する必要がある

☆母子の生死をわけるような判断を常に迫られる

ほかの救急性の高い科でも同様です

## なぜ自己犠牲ダメか??

いくら「やりがい」があるとはいえ、

- ツラすぎる  
(持続可能ではない)
- 成り手がいない

(他科と比較して仕事の負荷/リスクvs報酬のバランスが悪い職業)

言うまでもありませんが、、、

日本産婦人科医会の調査によると、

## 30歳以下の産婦人科医の約70%が女性

日本産科婦人科学会員の勤務実態調査2014

## 卒後11年目には、女性産婦人科医の45.6%が分娩に携わっていない

日本産科婦人科学会「卒後2～16年の女性医師の就労調査2007」

**産婦人科医の中でも  
長年にわたり産科医療に従事するDrは少ない**

私の医局同期10人中  
現在も産科（分娩）に携わっているのは3人のみ

③「分娩減少」「働き方改革」「情報のリテラシー向上」により崩壊しそう。  
「分娩の保険適用」もやり方によっては。。

- ・ **分娩減少** → 多くの医療機関が赤字転落 (分娩数は2015年100万件から30%減少)
- ・ **働き方改革** → 理論上、Drたくさん必要に  
(夜間も帝王切開など緊急事態に対応するには1施設16人必要?)
- ・ **情報化社会** → 労働環境など産科医になるデメリットが世間にバレた  
産科医になる若手が減少 (産婦人科医の中でも婦人科専門が増加)

## 「分娩の保険適用」もやり方によっては。。

→エリアにより土地代、人件費が全く違う

→価格決定権がある前提で投資(設備、人材採用)が行われてきた

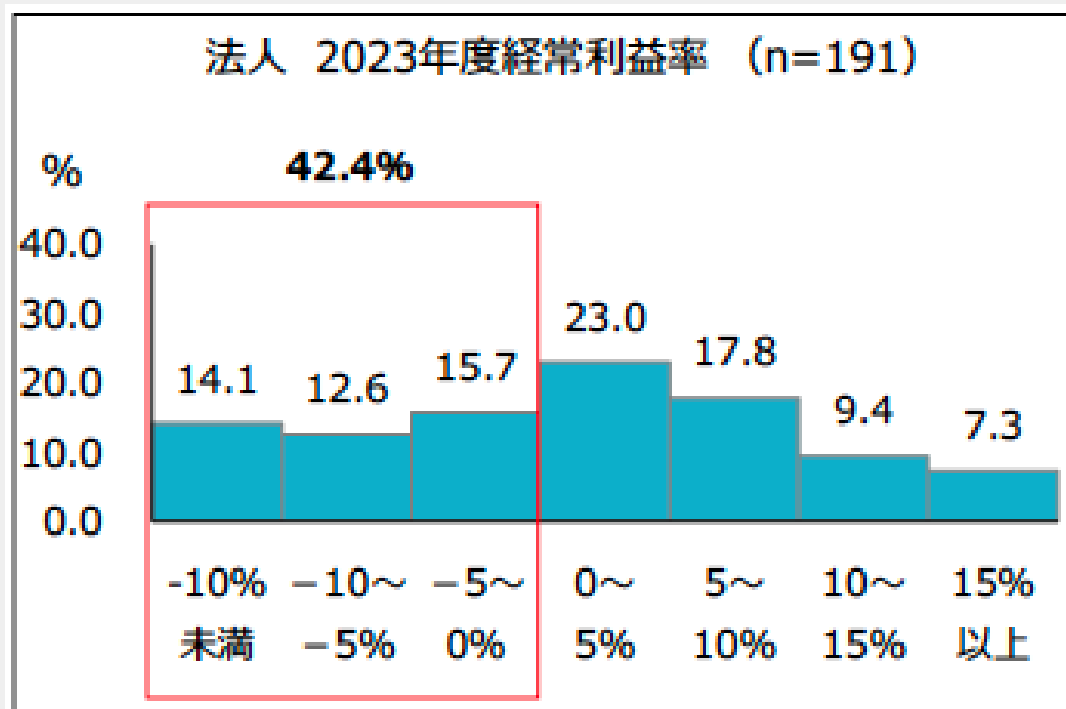
これに見合わない価格で分娩費用が固定されてしまった場合は

単価減少からの収支悪化による分娩施設の閉院が多発することが予想される

私も困ります

閉院する以外の選択肢がありません

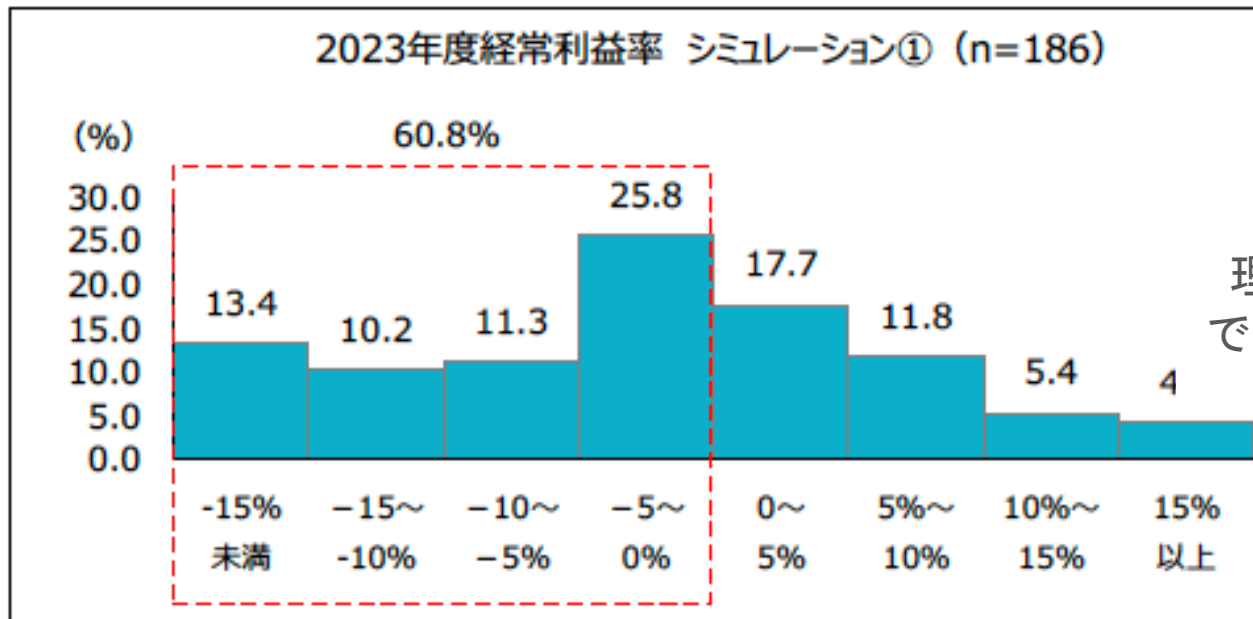
## 一次医療施設の経営実態は赤信号



すでに42%を超える一次医療施設が赤字の状態

# 収益の悪化による経営の更なる悪化

図表 3-1 分娩料の増減と赤字割合のシミュレーション① 50,000円減少 (法人 n=186)<sup>13</sup>



理事報酬額次第  
ではあるのですが

仮に分娩単価 5 万円減収→赤字施設の割合は約61%へ

## 保険適用→分娩施設が減りそう

おそらく分娩費用単価 $\downarrow$ が  
前提となっています  
(実際は詳細きまっていない)

もともと産科診療所(病院は含まない)がない84医療圏と、回答した産科診療所(病院は含まない)全てが分娩を中止する可能性がある医療圏(86医療圏)を合わせると170医療圏となる。

全回答施設が中止の可能性	n=86
7割以上の回答施設が中止の可能性	n=24
7割未満の回答施設が中止の可能性	n=99
産科診療所はあるが、調査への回答なし	n=42
産科診療所が無い (R5.医療施設調査)	n=84

正常分娩が保険適用化された場合、一次医療施設の

(n=590)

590施設中401施設(68%)が「分娩取り扱い停止または検討」と回答

# 目次

- ① 日本の母体死亡、新生児死亡は世界でも最高の成績
- ② 「分娩施設の分散」と「自己犠牲」で成り立ってきた
- ③ 「分娩減少」「働き方改革」「情報のリテラシー向上」により崩壊しそう。  
「分娩の保険適用」もやり方によっては。。
- ④ 持続可能な産科の職場をつくるためには（負荷軽減と報酬適性化）
- ⑤ まとめ&記者のみなさまへ

## ④ 持続可能な産科の職場をつくるためには

※注；ここからは  
私見/課題提起



3つのバランスが取れた職業  
こんな感じを目指したいです

## 現状と対策

## 負荷軽減と報酬適性化

▲重すぎる負担  
→軽減を



リスク軽減→医会などでサポート（産科無過失補償制度など）

## 負荷軽減と報酬適正化

産科では、、、

夜間も2人Drを配置する必要あり(帝王切開など緊急事態に備え)

常勤4人いたとしても単純計算で月の半分は拘束されることになる

(大学関連病院以外で常勤4人は多いほうです)

拘束時間を減らすの難しい→負荷少なく

(この4人の議論は時間ないので今回は避けます)

## 当院常勤DrAの実際（1施設あたり常勤4人）

**トータル拘束時間 約320時間**

・ 院内拘束 約200時間 （日勤16、当直6）

・ 院外拘束 約120時間 （オンコール7）

→ 夜間拘束13日、休み10日 （すべて単位は/月）

根拠は乏しいですが、20年以上産科に従事してきた私の肌感としては人間らしさを十分に保てるライン

# 産科Drの負荷を減らす

①実務を減らす→タスクシフト??

②院内拘束を減らす（1施設あたりのDr人数を増やす→集約化??）

「拘束されるが家に帰れる」「呼ばれる頻度も高くない」オンコールの時間を増やす  
（帝王切開など緊急事態に備えた夜間も2人配置のうち1人としての役割も給与に大きめに反映させる）

# タスクシフトでは不十分

医師がすべてを管理する体制から、多職種が責任を分かち合う「チーム医療」への移行するために

## タスクシフト

医師の「作業量」を物理的に減らす

「手伝っている」という補助的な意識

不測の事態では医師の指示がないと動けない

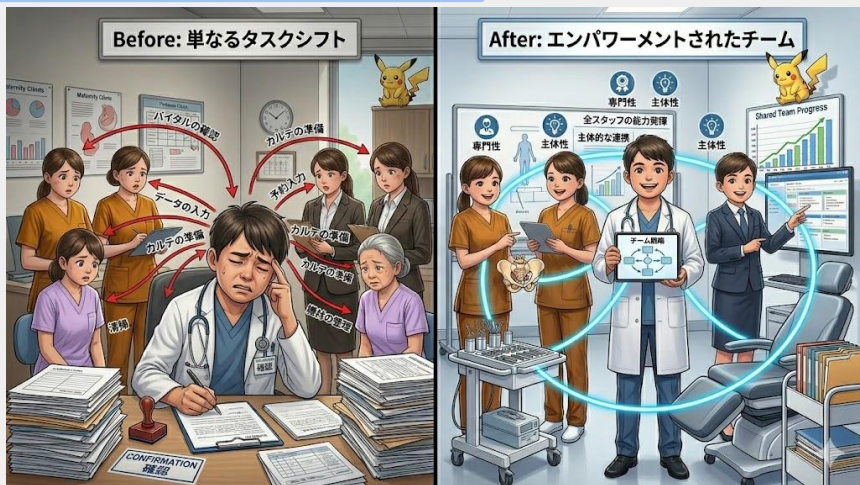
## エンパワメント

役割/責任を委譲し（権限移譲）  
能力発揮を支援する（環境整備）

↓  
現場で自ら判断し動く（自律行動）

↓  
「自分の役割を全うする」という責任感と誇り  
（自己効力感向上）

↓  
多職種が「指示待ち」が「主体的パートナー」へ



# エンパワーメントによって達成可能なこと



「医師」にしかできない重要業務に集中

「スタッフ」自己効力感とスキルの向上

「離職率の低下」と「現場の課題解決能力」の向上

医師の負荷が軽減されるだけでなく  
全職種スタッフの課題解決能力が高まり、

**「医療安全」と「患者満足度」の最大化**

## ある美容外科 求人情報

募集科目	美容外科・美容皮膚科 美容皮膚科専任医 ※経験者優遇
募集地域	全国
勤務日数	週5日・週4日・週3日
勤務時間	10:00～19:00(休憩1時間) ※シフトによる
固定休	なし・平日・土or日・土日・土日祝 ※なしの場合でも希望休を取得いただけます。 (研修期間:2日 研修終了後:5日)
勤務範囲	【宿泊出張可】/【宿泊出張不可】 通勤時間90分圏内・通勤時間60分圏内・ 1院固定 ※ご希望の勤務範囲でローテーション勤務 となる場合がございます。
顔出し	選択可
給与等	年収3,000万円～ 研修期間中の年収2,500万円～ ※勤務条件により異なる(上記はフル条件の場合) ※インセンティブあり 【美容皮膚科専任医】 年収2,300万円～ ※試用期間中の給与変動なし ※勤務条件により異なる(上記はフル条件の場合)
休日・休暇	週休2日～、年末年始、年次有給休暇、 慶弔休暇、特別休暇、産前産後休業、 育児休業、介護休業
定年	65歳まで ※継続雇用制度有り
夜間・当直	無
オンコール	無

### 当直もなくて年収3000万円以上

- ・命にかかわる重大な判断ほぼなし
- ・週休2日

### 経験者優遇→未経験でも良い

### 一線で活躍してきた外科Drなども就職

### 大きな社会的損失

## この社会的損失を防ぐためにも

産科や外科も、美容と同等にはとは言いませんが

それなりの給与にしないと  
仕事の負荷/リスクと報酬のバランスが、、

## 負荷軽減と報酬適正化①

大学病院時代の私

平均時給3750円  
(400時間全て院内)

大学病院1543円  
(夜間も含め)  
バイト8333円

さきほどの美容CL

時給12500円  
(月200時間と仮定  
夜間なし)

3倍以上の時給格差

# 適性報酬どのくらい??

・常勤医の平均時給；約5,000円～6,000円

(2023年 賃金構造基本統計調査)

拘束時間の320時間※ × 全国平均の常勤医師時給をかけると約年収2000万  
夜間割り増しも考慮して+αの条件は必要

※1施設あたり常勤4人としても320時間くらいは拘束される

# 負荷軽減/報酬適性化を達成するための条件

- ① 十分な人件費が確保可能
- ② Dr/MWも集めやすい

「高い分娩単価 & 多い分娩数」

恵まれた環境(都心)でしか達成しえないものですが...  
自治体などのサポートで地方でも達成可能かも

#### ④持続可能な産科の職場をつくるためには（負荷軽減と報酬適性化）



エンパワーメント  
仕事の負荷↓

ゆるやかな集約化  
→1施設当たりDr増加  
院内拘束時間↓

産科業界内で調整

②仕事の負荷/リスク

①成長/やりがい

③報酬

相場程度には向上  
(分娩単価→or↑)

分娩費用の価格自由度は保つ政策

都心は放置で良いのでは

分娩減少による収支悪化によって自然にゆるやかに集約されると予想  
(神奈川県に約100施設ある分娩施設の半分以上が年間分娩数400件以下)

## 過疎化エリア（赤字事業となり民間では運営が難しいエリア）

### 産科医療へのアクセス維持のため

- ・ 公的病院でカバー
- ・ 診療所への公的補助金
- ・ 巨大産科医療法人へ委託
- ・ 自治体と大学病院の連携  
など

## 最後に①

産科医の多くは「使命感」も「やりがい」も持って仕事しています

今後も日本の周産期医療をレベル高く保つことをお約束いたします

## 最後に②

- ・ 救急対応を24時間している産科医(外科や小児科なども)を、  
これ以上ハイリスク・ローリターンの職業とすると救急医療は崩壊します。
- ・ これを防ぐためには、、、  
みなさまの報道のチカラによる世論の形成は大きな意味を持つと考えています。

私が順天堂大学産婦人科へ入局した時の教授であり  
最初の恩師として多大なるご指導を賜りました  
故木下勝之先生（元日本産婦人科医会会長）に  
深く感謝の意を表し、謹んでご冥福をお祈り申し上げます