

表1 国立成育医療研究センター

	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
通常勤務	日勤	休み																		日勤							
医師ファースト	日勤	当直						夜勤						休み													
医師セカンド	日勤	夜勤						当直						休み													
医師サード	日勤	当直																		日勤							

夜間休日の3名体制において、2名は当直、もう1名は夜勤としている。24時で夜勤と当直を交代することで、日勤帯の勤務が可能となる。夜勤を行った2名は翌朝より休みとなる。

表2 昭和大学

	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
通常勤務	日勤	休み																		日勤							
医師A	日勤	当直																		日勤	休み						
医師B	日勤	当直																		日勤	休み						
医師C	日勤	遅番	休み																	日勤							
医師D	日勤	休み												早番	日勤												
医師E	日勤	オンコール																		日勤							
医師F	日勤	オンコール																		日勤							

当直2名とオンコール2名に加えて、夕方（17時～19時）の遅番、朝（7時～9時）の早番を設けて、多忙な場合の診療のカバーを行っている。当直医は翌日の午後から休みとなる。

表3 日本赤十字社医療センター

	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
通常勤務	日勤	休み																		日勤							
医師A	休み			夜勤												休み											
医師B	休み			夜勤												休み											
医師C	休み			夜勤												休み											
医師D	日勤	延長勤務	休み												日勤												
医師E	日勤	延長勤務	休み												日勤												
医師F	日勤	延長勤務	休み												日勤												
医師G	日勤	オンコール																		日勤							
医師H	日勤	オンコール																		日勤							

変則二交替勤務制を導入している。夜勤3名は20時から翌朝9時までの勤務となり、その前後は休みである。日勤のうち3名は延長勤務を20時まで行い、さらにオンコール医2名が診療をカバーする。

「働き方改革」が動きだした

労働基準法に準拠した働き方が求められている。都内屈指の周産期施設の夜間勤務体制を紹介する。医師が20名以上確保されているこれらの施設でも、「働き方改革」のハードルは高い。今後、全国で施設の状況に応じた体制整備が求められることは必至で、少しでも会員各位の参考になればと企画した。

勤務医委員会委員 石井 桂介

国立成育医療研究センター

1. 施設概要

総合周産期母子医療センター、産科のみ

医師数（産科のみ）：常勤16名、非常勤11名、外部の応援医師無し

病床数：産科病床数80床（うちMFICU6床）、NICU21床
分娩数：2,239件／2016年

2. 勤務・当直体制

医師3名、すべて内部の医師（外部の医師では業務が難しい）
ファースト：非常勤（レジデント：後期研修医、またはフェロー）

目次

- 「働き方改革」が動きだした……………1～2
- 「中間的な論点整理」と「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」の課題……………3～4
- 滋賀県女性医師ネットワーク会議、滋賀県女性医師交流会での働き方改革の取り組み…5～6
- 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報告……………7～9
- 第117回記者懇談会報告……………10～12
- 編集後記……………12

セカンド：非常勤（フェロー）または常勤（若手の医師）

サード：常勤（医長または医員）

以前は当直3名で行っていたが、当直帯の業務が忙しいため労務管理上問題ありと指導を受け（当直とはあまり呼ばれない業務で、診療を行った場合は時間外業務となる）、1名を夜勤として、夜勤1名：当直2名体制で対応している。当直帯を同一医師で夜勤を行うと勤務時間が長くなり昼間の勤務ができないため、24時を境に前後で夜勤をファースト、セカンドで交代している（表1：1頁参照）。

・メリット：

24時を境にして夜勤を2名でわけることにより、当直入りの日勤ができ、当直明けが休めるようになった。

・デメリット：

当直明けの日勤が2名欠員となる。

当直といっても実態は夜勤に近いことも少なくない。

当直が忙しくてもサード医師は当直明け休めない。

3. 施設の回答者の感想

当直はほとんどコールされない業務とされており、翌日は勤務可能であるが報酬が安い。当センターでは、当直帯は忙しく実態に即していない。もし、3名を夜勤とすると日勤業務できる人が少なくなり、また当直料が支給されず、かつ時間外勤務が増える。上記が現状での妥協案である。公的病院で労務に見合った報酬と適切な労務量の体制を確保することは難しい。

昭和大学

1. 施設概要

総合周産期母子医療センター、母体救命対応周産期センター
医師数（産婦人科）：常勤34名、非常勤0名、外部の応援医師無し

病床数：産科病床数47床（うちMFICU9床）、NICU15床
分娩数：1,245件／2016年度

2. 勤務・当直体制

当直2名+遅番1名（日勤業務がずれ込んだ時のための要員）
+早番1名（外勤などのために早朝から不在となる医師の代理要員）、および2名の拘束医

働き方改革を受けて、平成29年度より150h/月、37.5h/週の勤務体制を取るように院内でのルールが決まった。ただし当直1回分は日勤と同様にシフトの一コマとして扱い、週休2日（日曜日および他1日）とした。研究日という概念は廃止した。超過勤務は前月までに予定シフトを提出したうえで、終了後に実際のとのズレを確認する。時間外勤務は40時間が上限で年6回までとされている。また、従来の当直体制では当直3名+拘束2名であったが、今回の体制では当直回数は従来の3分の2となる（表2：1頁参照）。

・メリット：

効率の良い勤務。

主治医制の廃止。

・デメリット：

医療の質の担保と維持が難しい。

手術の予定が組みにくい。

当直明け外来担当の変更が必要（外来での担当廃止ができていない）。

3. 施設の回答者の感想

昔のことを言うのはダメである。日本における医師像は時代とともに変化してきており、働き方改革に準じた勤務体制へ変わっていかざるを得ない。一方、医療は24時間365日体制であり、発生したものを拒むことはできない。これらを解決するには集約化が必須であることは周知の事実である。しかし、さらなる国民の理解（病院≠コンビニ）、医療の質の均てん化（ガイドライン）が必要であろう。また、足りないことを埋めるためのIT化は医療業界に最も不足している分野と思われる。

日本赤十字社医療センター

1. 施設概要

総合周産期母子医療センター、母体救命対応周産期センター
医師数（産婦人科）：常勤25名、非常勤5名、外部の応援医師有り

病床数：産科病床数96床（うちMFICU6床）、NICU15床
分娩数：2,911件／2017年

2. 勤務・当直体制

平成21（2009）年6月より変則二交替勤務制（表3：1頁参照）を運用しており、各勤務帯に医師3名を配置、他にオンコール2名を置いている。

・メリット：

夜勤前後の休みがあることで長時間勤務を防止できる。

精神的・身体的負担が軽減し、担当業務に集中できる。

育児、介護など家庭責任を担いつつ仕事と両立しやすい。

業務効率化、チーム医療、病診連携が運用に不可欠であり、

それらの推進に向けた取組みにつながる。

・デメリット：

勤務が不規則で睡眠リズムが乱れやすい。

週末の休日が少ない。

外来診療の曜日固定が難しく専門外来を設置しにくい。

引き継ぎが不十分だと診療の継続性が低下する。

勤務表や外来担当表の作成が煩雑。

当直料がないことによる収入の減少や、担当時間外での研修機会が減る可能性があり別途対策を講じる必要がある。

3. 施設の回答者の感想

長時間連続勤務の防止には大変有効である。シフトを組むための人員が充足しているわけではなく、時間外勤務の解消には至っていない。運用には一定の人員と業務量が必要だけでなく、診療や研修の質を落とさないための工夫が求められる。オンオフがはっきりすることで、家庭生活との両立だけでなく、サブスペシャリティの勉強や社会活動等、さまざまな目標をもち自己研鑽に取り組むことができる。

「中間的な論点整理」と「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」の課題

日本産婦人科医会常務理事 日本医科大学 中井 章人

平成29年3月、内閣府は「働き方改革実現会議」を通じ、医師が時間外労働規制の対象であり、応召義務などその特殊性を踏まえ、2年を目途に検討し、その5年後から規制を適応することを閣議決定した。これを受け、厚労省医政局では7月に医師の働き方改革推進本部を立ち上げ、平成30年2月に「中間的な論点整理」と「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」をまとめた。

1. 「中間的な論点整理」(表1)

働き方改革の必要性について、「中間的な論点整理」では「これまで一人ひとりの医師の崇高な理念(長時間労働)により支えられてきた医療現場だが、魅力的な働き方を提示できなければ、優秀な若者が集まらなくなり、医療供給体制を損なうことになる」と解説している(表1)。この指摘は一理ある。また、医師の働き方は、国民の医療ニーズに応ずるもので、「住民・患者の健康や医療に関する意識の向上」などと一体化して検討しなければならないとしている。この指摘も重要で、医師の勤務負担の軽減には国民の理解が不可欠である。患者側の意識改革なく働き方改革が断行されれば、現場は果てしなく混乱する。

報告書では、若い世代のワークライフバランスへの関心が高まる中、地域・診療科偏在は進み、医師が不足する地域や診療科においては負担が増す一方になっていることが認識され、産婦人科は最も長時間労働におよぶ診療科のひとつとされている。また、長時間労働の要因として、急変時の緊急対応や手術・外来業務の延長といった診療に加え、自己研鑽に

関するもの等があげられている。自己研鑽の関してはまだまだ議論の余地があり、どこまでが労働であるのか結論は出ていない。

同様に宿直許可基準に関しても検討されている。現行の宿直に対する労働基準法の解釈を表2に示す。病院の巡回など軽度で短時間の労働は認められるものの、出産等が常態化するような場合は許可されず、夜勤として取扱わなくてはならない。医療機関や診療科により宿直の実態は様々だが、新たな取扱いを検討する必要性が指摘されている。また、宿直回数は1カ月4.3回と規定されるが、本部会の調査では、全国の産婦人科勤務医師の平均当直回数は1カ月5.7回で、すでにこの基準回数を上回り、1カ月の在院時間は平均295時間に及んでいる(図1)。

関係者の役割についても議論されている。学術団体(医師会・医会)、病院団体、関係学会の医療機関、医師への周知をはじめ、労働組合、都道府県の医療勤務環境改善支援センター、地域医療支援センター、産業保健総合支援センターなどがより機能的な支援を提供し、役割をはたして行くことが期待されている。

2. 「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」(表3)

働き方改革推進本部では「中間的な論点整理」を踏まえ「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」を取りまとめ、できることから速かに実行することを求めている(表3)。

表1 医師の働き方改革推進本部の中間取りまとめ

【中間的な論点整理の項目】

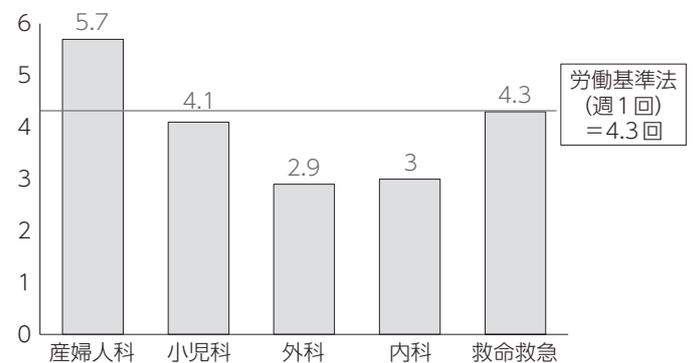
- 1 なぜ今医師の働き方改革が必要なのか
- 2 医師の勤務実態の分析状況と今後の検討に関する論点
- 3 勤務環境改善に関する取組の現状と今後の方向性に関する論点
- 4 経営管理の観点に関する論点
- 5 時間外労働規制の在り方についての今後の検討に関する論点
- 6 関係者の役割に関する論点

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000195362.pdf>

表2 医師の宿日直と労働基準法

- 1 宿日直回数：宿直は週1回、日直は月1回を限度
- 2 宿直の許可基準
 - 1) 病院の定時巡回など、特殊な措置を必要としない軽度の、または短時間業務に限る。
 - 2) 応急患者の診療、入院、患者の死亡、出産等、昼間と同態様の労働に従事することが常態であるものは許可しない。

(厚生労働省労働基準局監督課 平成17年)



日本産婦人科医会勤務医部会アンケート 2017

図1 診療科ごとの1カ月の平均当直回数

表3 医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組

【緊急的な取組の項目】

- 1 医師の労働時間管理の適正化に向けた取組
- 2 36協定の自己点検
- 3 既存の産業保健の仕組みの活用
- 4 タスク・シフティング(業務の移管)の推進
- 5 女性医師等に対する支援
- 6 医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000195363.pdf>

雇用する施設側の取組みとして、労働時間（在院時間）の把握、36協定等の締結、長時間勤務になっている医師、診療科ごとに対応策を個別に議論することなどが示されている。また、タスク・シフティングを積極的に行うことが盛り込まれ、具体的な対策が示されている（表4）。必ずしも目新しい内容ではないが、こうした提言が国から出されることで、各施設での取組みが進むことが期待される。女性医師に対する支援については、産婦人科領域ですでに多くの施設で、取組まれているか認識され、本部会でも重点的に取上げている。

一方、勤務医自身には「医療機関の状況に応じた医師の労働時間短縮に向けた取組」として、勤務時間外に緊急でない患者の病状説明は行わない、当直明けの勤務緩和、勤務間インターバルや完全休日の設定、複数主治医性の導入など具体的に示し、取組むことを勧めている。はたして時間外に病状説明を行わないことが可能であろうか。産婦人科の場合、夕刻を過ぎた仕事帰りにICを受ける夫の姿は、日常の風景である。また、複数主治医制や当直明けの勤務緩和は以前から本部会でも提唱しているが、マンパワーの問題などから遅々として進まない。

表4 タスク・シフティングの推進

医師の業務負担軽減のため、他職種への業務の移管を推進する
1 初療時の予診
2 検査手順の説明や入院の説明
3 薬の説明や服薬の指導
4 静脈採血
5 静脈注射
6 静脈ラインの確保
7 尿道カテーテルの留置（患者の性別を問わない）
8 診断書等の代行入力
9 患者の移動

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000195363.pdf>

3. 働き方改革実現への課題

労働基準法に基づき、医師の必要数を算出すると1名の宿直では最低8名、2名の宿直では16名になる。また、宿直制に変わる1日8時間の交代制勤務では、およそ16名の常勤医師が必要になる。

分娩や応急患者への対応が常態化する可能性が高い周産期母子医療センターについて、交代制勤務が可能な施設と不足医師数を算定した（図2）。現状で医師数が16名未満の施設は総合で66施設（62%）、地域で277施設（93%）にのぼり、全国の85%の周産期センターが運営不能に陥り、不足医師数は3,147

名になる。総合では2名の夜間勤務が義務付けられており、16名体制が不可欠になるが、地域周産期では分娩数に応じ8名体制（宿直業務）を可として算定しても、1,545名医師が不足し、約70%の施設は運営困難になる（図2）。周産期母子医療センターの指定を受けていない一般病院を加えれば、不足医師数は5,000名以上に及ぶ。

議論するまでもなく、これだけの医師を増員することは不可能である。仮に医師が増員したとしても、病院収入が増加しなければ、勤務医師の給与は半減する。はたして魅力的な業態と言えるであろうか。

タスク・シェアリングやシフティングは可能な限り、実施すべきであろう。院内助産、助産師外来、アドバンス助産師の活用、セミオープンシステム、医師事務作業補助者の配置、薬剤師・看護師の業務内容の拡大など、やれることは皆やるとしても、全てが解決するわけではない。

それならば、「働き方改革」反対を訴え、医療界、あるいは特定診療科をオプトアウト（適応除外）してもらおうか。実際、閣議決定した高度プロフェSSIONAL制度はこうしたオプトアウトに含みを持たせている。しかし、これにも賛同できない。オプトアウト、イコール、公認ブラックということになり、優秀な若者の医師離れが進む可能性を否定できない。

では、医療水準を低下させることなく働き方改革を実現するには、どうすれば良いか。たどり着くのは施設の集約化（重点化）である。施設数が減少すれば、現状の医師数で労働基準法に準拠した働き方を実現できる。しかし、運営母体の異なる施設の集約化（重点化）は極めてハードルが高く、無作為な集約化は患者のアクセス時間を延長する。

課題は山積みである。少子化が進む中、産婦人科医療の需要がどのように変化するか、国民の医療に対する意識がいかに変化していくか、不確定要素も多い。国と国民と医療従事者のコンセンサスの元、一体改革がなされていかなければ真の「医師の働き方改革」は実現しないように感じている。

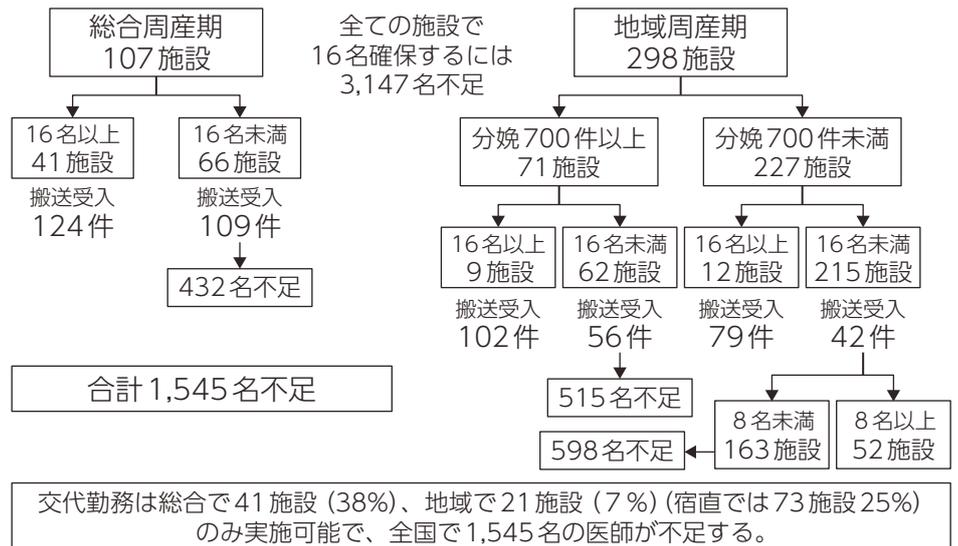


図2 周産期母子医療センターの現状

滋賀県女性医師ネットワーク会議、滋賀県女性医師交流会での働き方改革の取り組み

勤務医委員会委員 卜部 諭

昨今、政府の指導もあり、働き方改革についての議論が全国的に行われています。滋賀県ではそれ以前より、県内の病院、医院で働いている女性医師の集まりがあり、女性も男性も働きやすい職場づくりを目指して活動しています。ここでは、滋賀県における女性医師の活動の内容を紹介したいと思います。

滋賀県内では、病院常勤医師 2,147 人のうち、女性医師 457 人、また産婦人科 159 人のうち女性医師はわずかに 53 人です。女性医師数は、産婦人科だけでは少ないため、科を超えた女性医師の会であるのが特徴です。

滋賀県は近畿のなかで、一番東に位置し、琵琶湖を中央にはさみ、南北に長い地形が特徴です。京都、大阪の大都市に近いが、人口は分散し人口密度が低く、常に医師不足に悩む典型的な地域です。この医師不足を改善するには、女性医師の活用が重要となります。そこで、女性医師支援を目的とし、平成 23 年に滋賀県医師会、滋賀医科大学、滋賀県病院協会の 3 団体の女性医師からなる滋賀県女性医師ネットワーク会議を組織し、活動を開始しております。活動としては、外科、内科、小児科、などの科を超え、また、大学病院、公的病院、開業など職場を超えた色々な立場の女性医師が集まり、年に数回の会議を行っています。女性医師だけの会議なので、私自身は参加したことがないのですが、妻が産婦人科医として参加しています。話を聞くと、日常の就業継続の問題点など、色々な科の立場からの話を、気さくにお茶会のように行っているようです。

また、年に 1 回、働く女性の講師や行政の方々を招き、「滋賀県女性医師交流会」を行っております。平成 28 (2016) 年の第 5 回女性医師交流会では、滋賀県副知事の池永肇恵（としえ）先生を招き、座談会を開催し、その後、「医師の勤務環境改善に関する提言」を行い、三日月大造滋賀県知事、滋賀県内病院病院長・病院管理者各位に提出しています（図 1）。

第 6 回滋賀県女性医師交流会は平成 29 (2017) 年 11 月に開催しました。4 人の子を育てながら京都府立医科大学眼科



図 1

学教室教授としてご活躍の外園千恵先生に基調講演をお願いし、女性教授として女性も男性も働きやすい職場づくりについての貴重な講演をいただきました。

これらの「滋賀県女性医師ネットワーク会議」の活動内容は、ホームページに掲載し（図 2）、現在までの活動結果、アンケート結果を滋賀県の医師すべてに閲覧できるようになっております。

このホームページにまとめられているアンケート調査が 2 つあります。一つは、女性医師が就業を継続していくための



図 2

提言として、「女性医師の就業とキャリアのためのアンケート」(奥川郁ら、滋賀医大誌 28(1)、9-12、2015)、もう一つは「滋賀県におけるドクターズクラブの現状」(西島節子ら、滋賀医大誌 30(1)、60-65、2017)です。

「女性医師の就業とキャリアのためのアンケート」の報告ですが、滋賀医科大学卒業の女性に対してだけのアンケート調査なので、バイアスがかかっている可能性もあるが、医師として勤務していない者にもアンケートの回答を得ているのが特徴です。アンケート調査の中で、常勤勤務を中断後に復帰できた要因と常勤勤務を断念した時に不足していた要因があります(図3、4)。

常勤勤務を断念した時に不足していた要因

- 家人の協力
- 当直・救急対応・オンコールの免除
- 院内保育園
- 病児保育(小学生も)
- 短時間勤務
- ワークシェアリング
- 勤務先の受け入れ態勢
- 職場の理解、雰囲気
- 勤務評価(給料など)
- 外来専任などの勤務条件

図3 常勤勤務中断経験のある非常勤医師のアンケート調査結果

常勤勤務を中断後に復帰できた要因

- 家人の協力
- 子供の成長
- 当直・救急対応・オンコールの免除
- 保育園の確保、院内保育園(院内保育園があると入所が確約)
- 勤務先の受け入れ態勢
- 上司の理解
- 医局の先輩の紹介
- 産業界への転向
- 人気のない職場への勤務(条件優先)
- 開業
- 非常勤医として継続「非常勤医として続けていたから(5年間)」
- 専門性の獲得「専門がはっきりしていたから(耳鼻科医師)」

図4 常勤勤務中断経験のある常勤医師のアンケート調査結果

この調査のまとめとして、

女性医師の雇用の継続のために

- ① 妊娠、出産、育児期の医師には当直免除、時間外呼び出しの免除を積極的に行う
- ② 短時間雇用制度を積極的に活用する
- ③ 常勤勤務医師の過重労働を減らす
- ④ 院内保育所、病児保育所を充実する

とし、平成26年11月に滋賀県(知事、副知事、健康福祉部、商工観光労働部、総合政策部)、近畿厚生局、滋賀県内58病院の病院長、県内47有床診療所長などに提言しています。

もう一つの報告の「滋賀県におけるドクターズクラブの現状」では、医師の過重労働改善のためのドクターズクラブ(DC)の導入、活動内容のアンケート調査で、この調査

を行ったことにより、県内でのDC導入、育成が促進される結果となりました。

最後に、平成28年度に行った滋賀県病院協会に属する57病院に対し行った「当直、待機に係る勤務環境調査アンケート」の結果では、各病院とも厳しい状態で、特に産婦人科は、待機は他科と同程度だが、当直に関しては、他科の2倍程度でした(図5、6)。

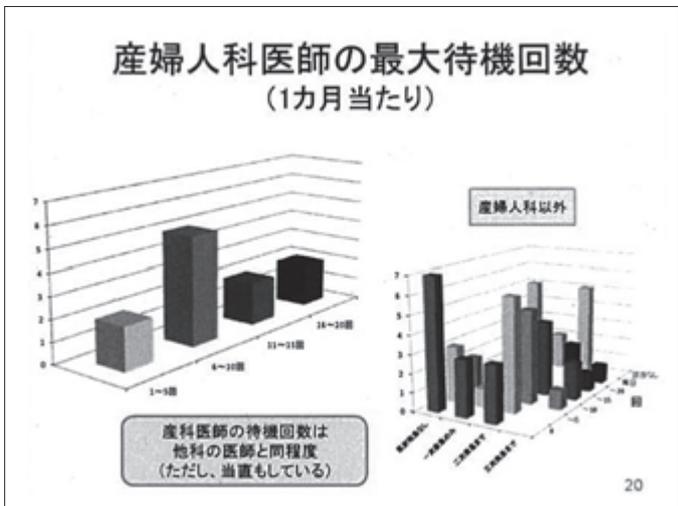


図5

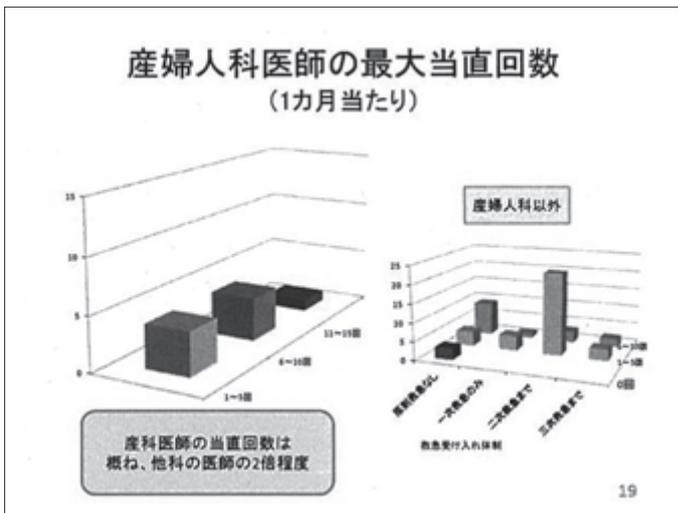


図6

まとめ

女性医師の増加、医師の大都市への集中化に伴い、地方では慢性的な医師不足と医師の過重労働が問題となっています。しかし、女性医師の就労に関する問題点の解決は、地方医師の労働条件の改善につながります。女性医師の就労に関する問題は産婦人科医師に関しては多く取扱われておりますが、他の多くの科にも同様の問題が存在し、他科と情報を共有することにより、相互理解と協力を得ることができ、労働環境の改善につながると考えます。また、滋賀県の「滋賀県女性医師ネットワーク会議」の活動のように、地方行政へのアピールの結果、院内託児所設置病院の増加、病児保育所の充実、ドクターズクラブの活用の充実などが実現しており、延いては女性医師の就労促進により、地方における医師の過重労働の改善につながるとを期待します。

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報告

勤務医委員会委員 関口 敦子

勤務医委員会では、昨年度も全国の分娩取扱い病院を対象に「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」を行った。結果の概要は 12 月に冊子として発行した。その概要を述べる。

I. 分娩取扱い病院数と機能

全国の分娩取扱い病院数は、2007 年の 1,281 施設から 18.6%減少し、1,043 施設であった（表 1、図 1）。そのうち 750 施設より回答があり、回答率は 72.0%、回答施設数の分娩は年間 39.7 万件、常勤医師数は 4,941 人で、例年と比べて遜色のない回収であった（表 1）。病院数減少に伴い、アンケート開始時よりも、施設当たりの分娩数は 2 割増加（図 2）、医師数も 2 人増加し（図 3）、分娩と医師の集約化が進んだ。医師当たり分娩数は 2 割減少した（図 4）。帝王切開率上昇は 4.1%増えて 26.0%となり（図 5）、増加の一途をたどっている。加えて、施設当たり母体搬送受入数も 3 割増加し（図 6）、一人当たりの分娩数減少のみを持って、医師負担が軽減しているとはいえない。施設当たりの分娩数が増加しているため、当直医師が一晩に担当する分娩数はむしろ増加傾向と推察される。

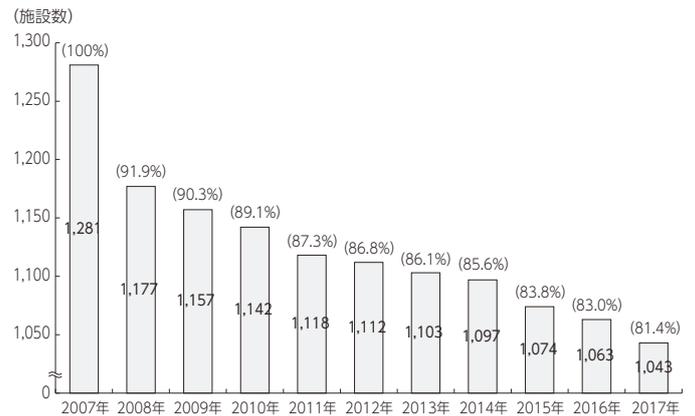


図 1 全国の分娩取扱い病院数の年次推移

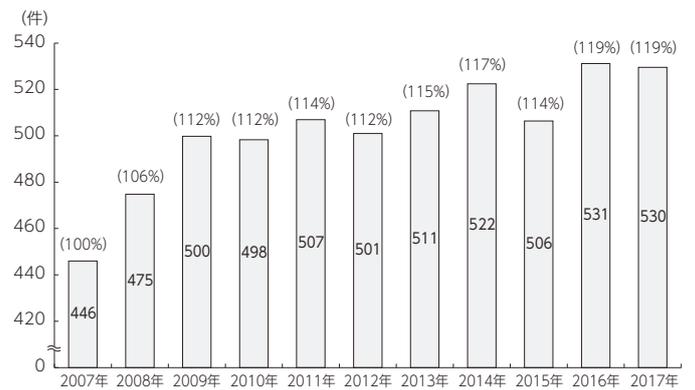


図 2 施設当たり年間分娩数の年次推移

表 1 施設機能・医師数と就労環境

	2017年	2015年	2013年	2011年	2009年	2007年
対象施設	1,043	1,074	1,103	1,118	1,157	1,281
有効回答 (%)	750 (72.0)	781 (72.7)	795 (72.2)	754 (67.4)	823 (71.1)	794 (62.0)
回答施設の分娩数 (万件/年)	39.7	39.5	40.6	38.2	41.1	35.4
回答施設の常勤医師数	4,941	4,950	4,966	4,451	4,626	3,161
常勤男性医師数 (%) **	2,828 (57.2)	2,923 (59.1)	3,019 (60.8)	2,823 (63.4)	3,123 (67.5)	NA
常勤女性医師数 (%) **	2,113 (42.8)	2,027 (40.9)	1,947 (39.2)	1,628 (36.6)	1,503 (32.5)	NA
うち妊娠・育児中医師数 (%) ***	935 (44.2)	869 (42.9)	932 (47.9)	768 (47.2) *	475 (31.6)	NA
分娩数						
1 施設当たり	529.6	506.4	510.8	507.0	499.8	446.3
常勤医 1 名当たり	80.4	79.9	81.8	85.9	88.9	98.4
帝切率 (%)	26.0	25.6	23.0	23.5	22.5	NA
母体搬送受入数 (ノ施設)	30.8	30.8	29.8	27.2	25.0	NA
1 施設当たりの医師数						
常勤医	6.6	6.3	6.2	5.9	5.6	4.5
非常勤医師	2.7	2.6	2.5	2.0	1.9	1.5
推定平均在院時間 (1 カ月)	295	296	296	304	317	NA
当直						
回数 (ノ月)	5.7	5.8	5.6	5.8	6.0	6.3*
翌日勤務緩和 (%)	211 (28.1)	197 (25.2)	193 (24.3)	163 (21.6)	156 (19.0)	58 (7.3)
// 実施率 75%以上 (%) #	50 (29.2)	34 (22.2)	NA	NA	NA	NA
分娩手当 (%)	NA	NA	463 (58.2)	427 (56.6)	339 (41.2)	61 (7.7)
ハイリスク加算の医師への還元 (%)	69 (11.6) ##	NA	59 (10.2) ##	47 (10.3) ##	39 (8.2) ##	5 (0.6)

* 妊娠中：123 人 (7.6%)、育児中 (就学前)：477 人 (29.3%)、育児中 (小学生)：168 人 (10.3%) を別に集計 (重複有り)

** 全医師数に対する頻度 *** 全女性医師数に対する頻度

回答施設における実施率 ## ハイリスク加算の算定がある施設における頻度 NA : not applicable.

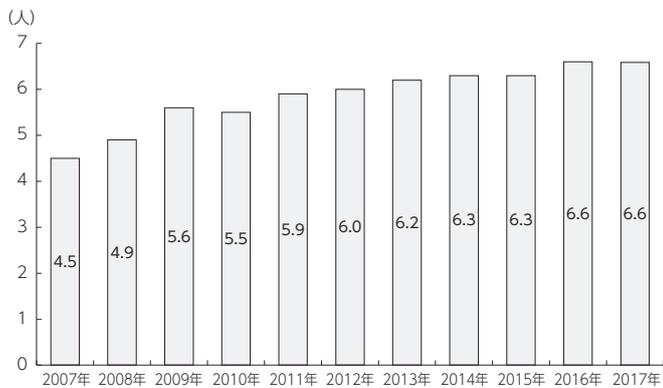


図 3 施設当たり常勤医師数の年次推移

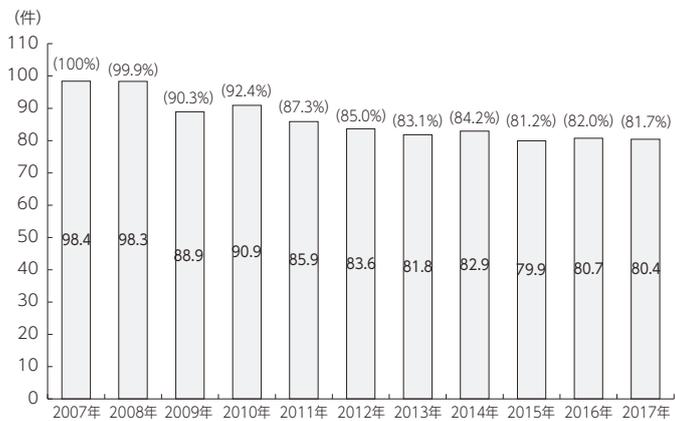


図 4 医師当たり年間分娩数の年次推移

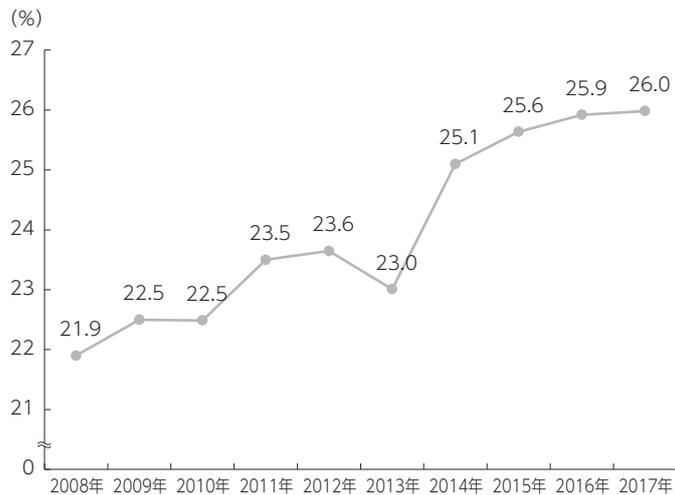


図 5 分娩取扱い病院の帝王切開率の年次推移

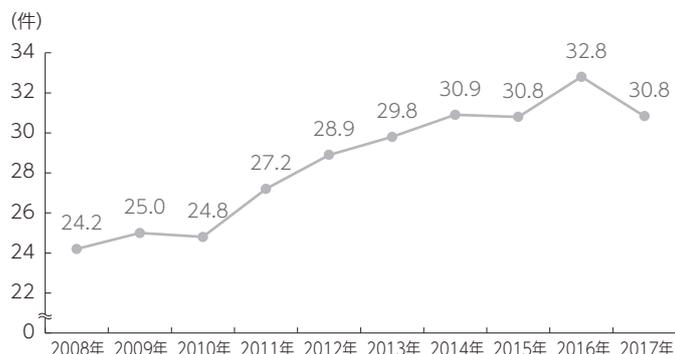


図 6 施設当たり年間母体搬送受入数の年次推移

II. 分娩取扱い病院の就労環境

1カ月の当直回数は5.7回と横ばいで、他科との比較では例年最多であり、当直回数から推定すれば各病院の中で最も激務の診療科といえる(図7)。推定在院時間は295時間(当直を除く1週間の勤務時間および1カ月の当直回数より計算)で微減しているが、過労死認定基準(1日入院時間9時間×1カ月22日勤務に、1カ月の残業上限80時間を加えた278時間)を超過している(図8)。

過酷な当直体制では、翌日かに休める体制を作るかが問題となるが、当直翌日の勤務緩和体制のある施設は28.1%であった。しかし、勤務緩和の実施率が100%と回答したのは、その中のわずか9.9%である(図9)。緩和体制があっても、現実には緩和を実施できない施設も多いことが見て取れる。

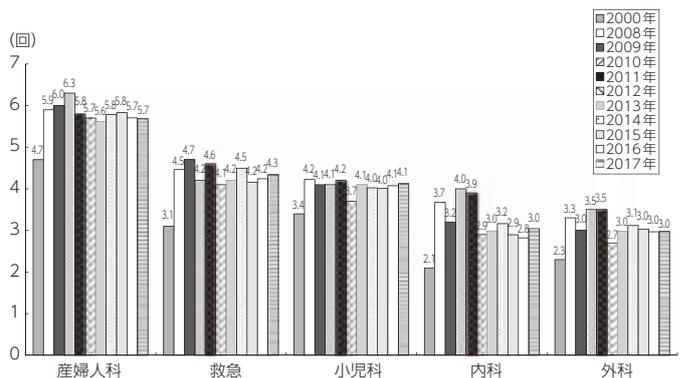


図 7 1カ月当たりの平均当直回数の推移

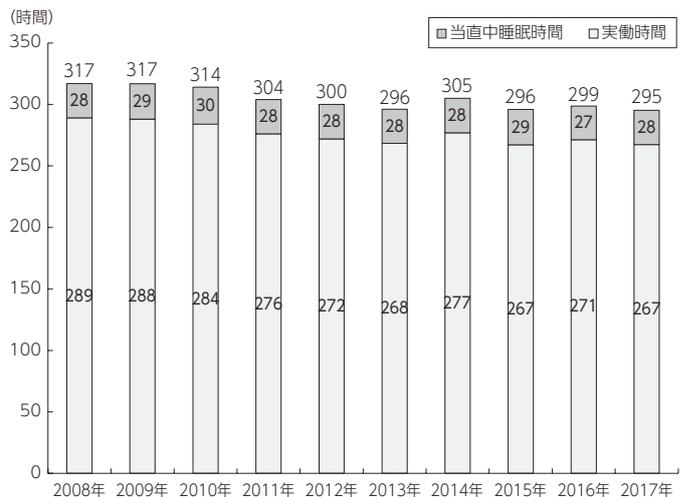


図 8 1カ月の推定在院時間の推移

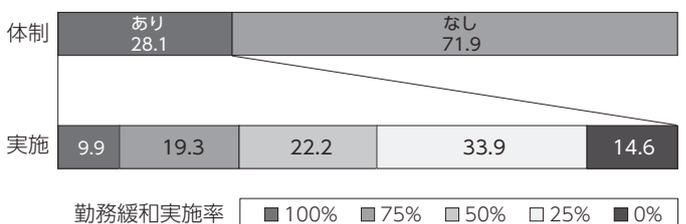


図 9 当直医師の翌日勤務緩和体制

Ⅲ. 女性医師の勤務状況

アンケート回答施設の男女常勤医師数の比は、女性が増加して4割を超えた(表1、図10)。その中でも、妊娠中・育児中の女性の割合増加が大きい(図11)。

分娩取扱い病院に勤務する非常勤医師の多くは他に常勤勤務先を持っている。しかし、中には常勤先を持たないフリーランスの非常勤医師もいる。回答施設に勤務するフリー医師は578人(男性242人、女性336人)で、男性9.0%に対し女性は約2倍の15.1%存在した(図12)。フリー医師は、分娩取扱い病院の業務を支える大きな力になっている。しかし、フリー医師が、より継続的で安定した短時間正規雇用で業務に当たることができれば、現在のフリー医師にも、分娩業務にもプラスになる部分があると考えられる。



図10 男性・女性常勤医師数の年次推移

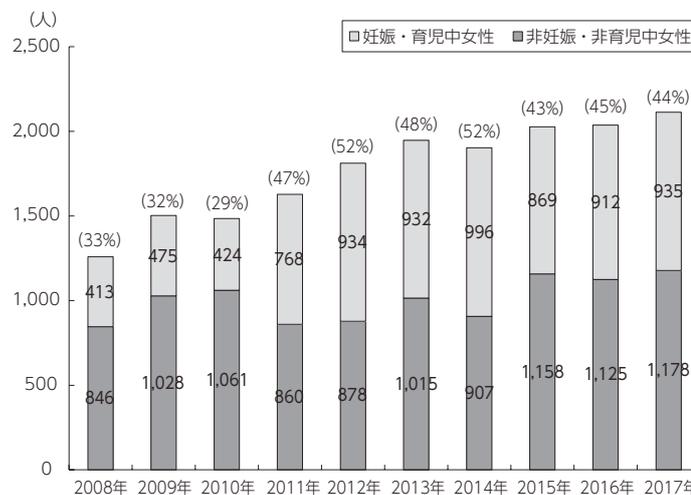


図11 妊娠中・育児中の女性常勤医師数の年次推移

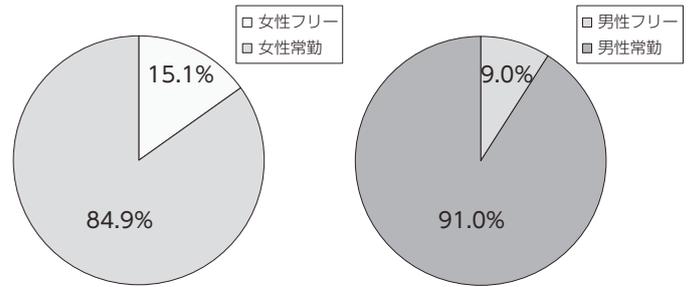


図12 分娩取扱い病院勤務医師におけるフリー医師の割合

まとめ

分娩取扱い病院の勤務環境はまだまだ厳しい(図13)。施設当たり医師数は微増しているが、施設当たりの分娩数、帝王切開数、母体搬送受け入れ数はいずれも増加している。妊娠・育児中の女性常勤医師の割合が増加し、保育所設置率は改善があるものの、保育所の機能などの勤務支援体制も未だ十分ではない。分娩取扱い病院の産婦人科の常勤医師の平均的な勤務は、依然として過労死認定基準を超える状況にある。

卒後の臨床研修において産婦人科が非必修になって久しく、産婦人科を専攻する医師は思うほど増えず、その一方で過酷な労働環境から現場を離脱していく医師は、今も後を絶たない。しかし、産婦人科常勤医師の確保は、安全な産科医療を維持する上で必須である。当直できない短時間勤務の医師であっても常勤採用が当然になれば、分娩業務に関与する医師総数は増え、当直医師の翌日の勤務緩和も可能となる。勤務環境が改善すれば、若い医師の産婦人科専攻も増加し、離脱する中堅医師も減少する。当直翌日の勤務緩和と、短時間正規雇用は、産科医療の勤務環境改善を進める車輪の両輪といえるのではないかと。

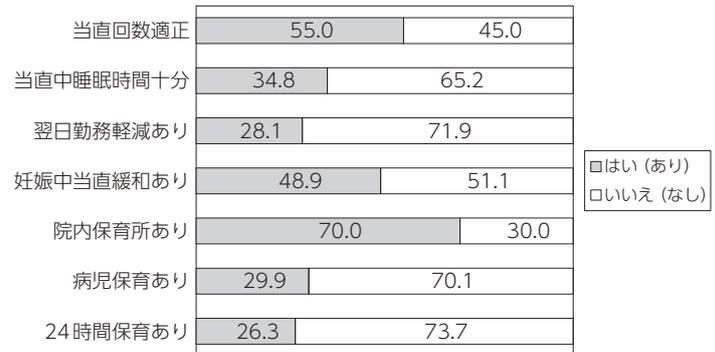


図13 勤務環境の評価のまとめ

第 117 回記者懇談会報告

女性の活躍が支える周産期医療 医師の働き方改革のヒントがここにある
～本会のアンケート調査および諸外国の女性医師の就労環境比較研究調査から～

勤務医委員会委員長 木戸 道子

平成 30 年 2 月 14 日に日本記者クラブにて第 117 回記者懇談会が開催された。今回は勤務医部会が毎年行っている「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」のデータと、「日本と諸外国の女性医師の就労環境と条件に関する比較研究プロジェクト」の研究結果に基づいて説明を行い、その後に質疑応答があった。平成 30 年 3 月発行の日本産婦人科医会報に本懇談会の概要について記事が掲載されているが、本紙においてはより詳細に当日の様子をお伝えする。

<女性医師メジャーの施設と男性医師メジャーの施設の比較検討>

「分娩取扱い病院調査から～女性医師メジャーの施設と男性医師メジャーの施設 どこが違う？」というタイトルで関口敦子委員から説明を行った。勤務医委員会で分娩取扱い病院を対象に毎年行っている「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」によると、常勤医師における女性の割合は 4 割を超えている。それに伴い、女性医師の比率が各施設で高まっており、なかには女性医師のみの施設も少なからずある。今回、女性医師が男性と同数かそれ以上の施設（以下『女性医師メジャー施設』とする）と、男性医師のほうが多い施設（以下『男性医師メジャー施設』とする）とを平成 29 年度のアンケート調査データをもとに比較検討した。対象となったのは分娩取扱い病院のうち勤務時間について回答が得られた 566 施設である。

<女性医師メジャー施設は都市部に多い>

まず、女性医師メジャー施設と男性医師メジャー施設の数や地域分布等について調べた。566 施設中、『男性医師メジャー施設』は 332 施設で全体の 59%、『女性医師メジャー施設』は 234 施設で 41%であった。また、女性医師メジャー施設は東京、神奈川、愛知、大阪、兵庫、京都など都市部に多く、これら都府県においては回答施設の半数以上が女性医師メジャー施設であった。産婦人科常勤医師数は両者とも約 8 名と同程度で差はない。しかし、女性医師メジャー施設では妊娠中・育児中の女性医師が 1 施設あたり平均 2 名おり、これは男性医師メジャー施設の 2 倍にのぼる。

<分娩数と帝王切開率はほぼ同じ>

両者の取扱い業務の平均値を表 1 に示す。女性医師メ

ジャー施設では妊娠・育児中の医師が多く、診療パフォーマンスが低いのではと懸念されたが、分娩数、帝王切開率などほぼ同等である。婦人科手術件数は女性医師メジャー施設のほうがやや多く、母体搬送年間受入数は男性医師メジャー施設が多い傾向である。

表 1 取扱い業務の平均値

	女性医師 メジャー施設	男性医師 メジャー施設
年間分娩数	595.2	594.0
帝王切開数	162.1	155.1
帝王切開率 (%)	28	26
婦人科手術件数	295.7	240.0
母体搬送年間受入数	55.3	67.7

<女性医師メジャー施設では当直免除は少ない>

両者における妊娠・育児中の勤務緩和状況を表 2 に示す。女性医師メジャー施設では妊娠中の勤務緩和実績が 7 割であるのに対し、男性医師メジャー施設では半数弱であった。ただ、当直においては女性医師メジャー施設のほうが免除を受けている人数は少ない。女性医師が多ければカバーするだけの人員的ゆとりがなく免除は難しいことが予想される。個別の状況に応じて当直免除の人もいれば、さまざまな形で当直業務も担う人もいるという多様な働き方の選択肢があり、むしろ働きやすさにつながるのではないだろうか。

表 2 妊娠中・育児中の勤務緩和状況

() 内は全体を 1 とした割合

	女性医師 メジャー施設	男性医師 メジャー施設
妊娠中勤務緩和実績あり施設	163 (0.70)	153 (0.46)
当直緩和時期 (週)	22.1	22.7
育児中当直あり(緩和なし)人数	118 (0.28)	69 (0.20)
当直あり(緩和あり)人数	156 (0.37)	104 (0.31)
当直免除 人数	153 (0.36)	165 (0.49)

<女性医師メジャー施設では男性も働きやすい>

勤務環境における両者の比較を表 3 に示す。時間外保育、病児保育、24 時間保育など、医師の働き方の実態により対応できる院内保育所機能は、予想通り女性医師メジャー施設

で進んでいる。また表にはないが女性医師メジャー施設のほうが医療クラークや助産師の配置数がより多い。こうした取り組みは医師が業務に専念しやすい環境につながる。一方、当直回数や在院時間をみると両者にほとんど差はない。しかし、女性医師メジャー施設では当直翌日の勤務緩和ありとの回答がより高率である。また、女性のみならずシニア医師など時間や体力に制約があっても働きやすい「短時間正規雇用制度」も女性医師メジャー施設においてより導入が進んでいる。ただ、交代制勤務の導入は両者ともまだごく低率であり、今後の課題と思われる。女性医師メジャー施設におけるさまざまな取り組みは、男女ともにより働きやすい勤務環境を推進していくために参考にすべき点が多く、今回の懇談会のタイトルである「医師の働き方改革のヒントがここにある」といえよう。

表3 施設における勤務環境
()内は全体を1とした割合

	女性医師 メジャー施設	男性医師 メジャー施設
保育所あり施設	175 (0.75)	224 (0.67)
時間外保育あり	142 (0.61)	151 (0.45)
病児保育あり	84 (0.36)	97 (0.29)
24時間保育あり	88 (0.38)	77 (0.23)
月あたり当直回数	5.4	5.8
当直翌日勤務緩和あり	95 (0.41)	98 (0.30)
翌日半休以上の緩和あり	81 (0.35)	78 (0.23)
月あたり在院時間	291	294
短時間正規雇用制度あり	115 (0.49)	127 (0.38)
交代制勤務導入あり	14 (0.06)	25 (0.08)

問題点と今後の支援のあり方について説明を行った。その内容を表4上段に示す。分娩取扱い病院数の減少に伴い、施設あたりの分娩数や帝王切開数など業務は増加している。産婦人科常勤医の増加分のほとんどは妊娠・育児中の女性医師である。育児をしながら働くための環境がまだ不十分であるため当直や時間外の業務を担うのが現実的に困難な場合が少なくない。保育施設はあっても入所できずに待機になっている産婦人科女性医師も実際にいる。また、入所できても病児や時間外に対応していない施設も多く、勤務実態に即した柔軟な運用が求められる。一方、医師の長時間労働が問題となっており、性別を問わず家庭生活との調和を考えた働き方こそが人員確保、医師のキャリア形成につながる。過重労働により離職を余儀なくされるのではなく、ライフステージに合わせて一時的に短時間勤務を選択し、また時期をおいて通常勤務に戻るなど働き方の選択肢がもっと増えてもよいのではないだろうか。

<海外女性医師の働き方の調査から>

医会では木下会長の指示のもと、「日本と諸外国の女性医師の就労環境と条件に関する比較研究プロジェクト（プロジェクトリーダー：中井章人常務理事）」が立ち上がり、平成29（2017）年3月に1回目の会合が開かれた。以後、EU加盟国をはじめとした海外での労働時間についての情報収集・分析、ワークライフバランス政策や無償労働分担の国際比較等について検討し答申をまとめた。海外においても女性医師のキャリアの障壁があり、キャリアアップのためさまざまな施策が提案されているが（表4）、上述したような安全で信頼できる保育制度の整備や短時間勤務など多様な働き方は海外でも重要項目に挙げられている。

<アンケート調査を踏まえて今後求められる支援策>

後半では、まず「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」の結果に基づいて現在の

<女性医師活躍のための環境整備への課題>

しかし、病児保育や時間外保育の整備はのぞましいことではあるが、設置・運営するためには相当の設備投資と人件費

表4 今後の支援策に向けて

本会アンケート調査からわが国での現状の問題点と今後求められること

- ・ 分娩取扱い病院数の減少による施設あたり業務の増加
 - ・ 妊娠・育児中の女性医師の増加
 - ・ 時間外や病児に対応可能な保育施設はまだ少ない
 - ・ 短時間勤務、交代勤務等の柔軟な勤務体制の導入率が低い
- 育児をしながら働くための環境はまだ不十分
勤務実態に合う支援、家庭生活との調和を考えた働き方が必要

海外において女性医師キャリアアップのために提案されている施策

- ・ 安全で信頼できる保育制度の整備
 - ・ 短時間勤務など多様な働き方
 - ・ キャリア教育、柔軟なキャリアパスやプログラム
 - ・ メンター・ロールモデルの充実
 - ・ 家庭や組織風土の変革
- 施策推進のために適切な財政的支援が必要

を要し、保育士確保も容易ではない。医療機関ごとで病児保育や時間外保育に対応することは現実的には難しい。ただ、平日時間内の保育のみで対応可能な働き方は医師でなくとも難しく、サービス業をはじめ多くの職種において夜間休日に働かざるを得ない人は多い。預け先がなく困っている人、不十分な保育状況で心細い思いをしている親子は少なくない。ここまで少子化が深刻になっているにも関わらず、子育て支援が乏しいままで、子どもを産みにくい状況は早急に改善すべきではないだろうか。

必要とする人が安心して保育を受けられる仕組み作り、例えば地域の複数の医療機関で病児・時間外保育施設を共同運営し補助金による助成が受けられるなど、行政による後押しが期待される。

<質疑応答など>

記者からは、病児保育について質問があった。自治体からの助成を受けて医療機関に病児保育室を設置し、住民が利用できるようにしている例も実際にあると回答した。また、アンケート調査の対象には有床診療所は含まれるか確認の質問もあった。分娩を取扱わない産婦人科医師も少なくないため、データはあくまでも分娩取扱い病院のみが対象であることを説明した。記者からは、報道の仕事においても同様に、夜間休日に対応する業務が男性に偏っていて不公平感が出ているという発言もあった。中井章人常務理事より、「女性医師が増えているなか、今後の産婦人科診療は女性の活躍なしでは立ち行かない。どのように工夫をすればやっていけるかはこうした調査がヒントになる」と発言があった。なお、本懇談会については医療従事者向けのサイト等にて報道された。

編集後記

今回は、「働き方改革」を取り上げました。編集後記の場を借りて、ちょっと本文記事には書きにくいホンネを漏らしてみようと思います。この話はフィクションですので、本文とは関係ありません。ゆるっと読み飛ばして忘れてください。

医師も労働者であり長時間労働の対策が必要であると認識されたことは大きな進歩です。そこで大病院に労働基準監督署が入って、改善すると命令が下ります。言われたとおりにするには人員の確保が必要です。他の病院から人が持って行かれます。結果として持って行かれた病院が労働基準法遵守どころではなくなってしまいます。一方、業務が改善され収入が減り生活が苦しくなった大病院の若者は、増えた自分の時間で他院へ当直バイトに行き、夜中に5件分娩に当たっちゃったよと眠い目をこすりながら翌朝から通常勤務をします。では夜間休日にバイトに行くと言われても、余力がある者は、自由時間をどう使ったっていいじゃないか、給料減って生活できないよ、とこぼします。

医師の仕事って、時間で区切るの難しいと思うのです。分娩が重なって眠れない夜を本来の定義の宿直とみなされてはへとへとになりますが、日によっては朝までぐっすりな夜もあります。ちょっと難産でまだまだ時間がかかりそうな分娩進行者がいて若者が対応しているけど置いて帰るのは心配だからと、生まれるまで横目で見ながらスマホでゲームをしている待機時間は果たして労働なのか、そりゃ在院しているのだから家族の元へは帰れませんしお酒も飲めませんので時間外労働として認めていただかなければやっていられません。

月の労働時間をオーバーしないように勤務表を組み合わせ、と数字合わせのパズルをさせられ、面倒くさいから時間外を申告しないと開き直れば、電子カルテのログインやロッカー室のIDカードで在院しているかどうか分かるから真実を申告しなさい、と脅されます。時間外労働はダメと言われ

ても、では5時になったら時間ですと術者は手を下ろし開腹されたままの患者の麻酔を覚ませと言うのでしょうか。

患者さんの診療にかかる時間はやりがいがあり長くても苦になりません。さて診療を終えて医局に戻ってきたら机の上やメールに複数の診療統計に関するアンケートが積まれていて、集計単位が年だったり年度だったり…そういうアンケートへの回答は労働とみなさないとわれ…。

学会・研究活動は、年休を消化して対応します。活動を敬遠する人は、年休をレジャーに使います。

保育園の送り迎えがあって時間通りに帰宅する者に対して、早く帰ってずらい、という目を向ける者がいます。しかし後ろが無いだけに勤務時間内に能率よく仕事をしなければなりませんし、家に帰ればワンオペ育児、夫は洗い物すらしてくれません。彼女らは、当直の日の方が楽、時間を気にせず患者の診療ができるのはうらやましい、と溜め息。

真に平等な働き方はあり得ません。能力も環境も家庭事情も性格も興味ある分野もさまざまだからです。個人個人の不公平にいちいち目くらを立てず、グローバルに見ていただきたいです。でもちょっと疲れた…と思うことも(笑)本当に課題は山積みです。

(幹事・奥田 美加)

(平成30年度)

勤務医委員会		勤務医部会	
委員長	木戸 道子	副会長	白須 和裕
副委員長	川鱒 市郎	常務理事	中井 章人
委員	石井 桂介	//	安達 知子
//	卜部 諭	理 事	中野眞佐男
//	水主川 純	//	和田 裕一
//	関口 敦子	幹 事	百村 麻衣
//	長谷川ゆり	//	奥田 美加