

第73回日本産科婦人科学会学術講演会
サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会企画(指導医講習会)講演
「産婦人科における働き方改革」
報告書
2021年4月25日(日)
新潟市朱鷺メッセ

目 次

新潟宣言	2
ご 挨拶	
サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会新潟宣言に寄せて 大阪大学大学院医学系研究科 産科学婦人科学教室 木村 正	3
サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会 2019-2020 の活動報告	
新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科学講座 榎本 隆之	5
第 73 回日本産科婦人科学会学術講演会	
サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会企画（指導医講習会）	
「産婦人科における働き方改革」	
座長前文 滋賀医科大学産科学婦人科学講座 村上 節	7
働き方改革や新型コロナ流行を踏まえた周産期医療体制改革・医療再編の今後の方向性 新潟県福祉保健部長 松本 晴樹	8
産婦人科医の働き方は本当に変わるのか～制度設計と私たちの現状～ 横浜市立大学医学部 産婦人科 鈴木 幸雄	25
タイムスタディから浮き上がる医師の働き方2024年問題 大阪大学大学院医学系研究科 産科学婦人科学教室 中川 慧	39
座長まとめ 旭川医科大学 産婦人科学講座 加藤 育民	55
あとがき 新潟大学 総合周産期母子医療センター 西島 浩二	60

新潟宣言

1. 働き方改革関連に関して

われわれは、医師の働き方に関する法令を遵守して最善の医療を提供します

2. 意識改革に関して

われわれは、“自身の働き方”と向き合います

3. 組織構築に関して

われわれは、施設集約や地域医療計画などに積極的に関与していきます

4. 地域医療に関して

われわれは、地域に即した対応を考えて地域医療を守ります

5. 準備に関して

われわれは、2024年4月に向けて住民、行政とともに準備を進めます

第73回日本産科婦人科学会学術講演会
サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会企画（指導医講習会）
2021年4月25日
新潟市朱鷺メッセ

サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会 新潟宣言に寄せて

日本産科婦人科学会理事長

木村 正

改正労働基準法が施行されて早2年が経ちました。奉仕的姿勢が美德とされ続けてきたがゆえに、あまりに労働基準法からその実態がかけ離れてしまっている医師に対しては5年の施行猶予期間がおかれましたがそれも2024年3月いっぱい終了します。産婦人科はその特性である24時間365日均一な安全を提供する集中治療室（ICU）としての分娩室を運用しながら、医師個人の名前がついた外来を担当し、予定手術を行う、という医療を展開してまいりました。昼間には適切な医療を提供し、助けることができた母児を、「夜中だから」「人手がいなかったから」助けることはできない、とはとても言えない状況に置かれた中で我々が今後どのように働き方改革と医療安全を両立するかの知恵が試されています。さらに、残業時間の多さはその施設の婦人科手術数とも関連することが分かってきております。1年を超えての新型コロナウイルス(SARS-CoV2)感染症流行の中で診療報酬が伸び悩み、医療機関としてはその採算のなかで人件費増をしのぐことができるかどうかの不安も広がっています。これらの大きな矛盾の中で2024年4月が、もうすぐやってきます。日本産科婦人科学会ではこれまで10年余にわたり医療改革委員会が様々な医療体制への評価と提言を行ってまいりましたが、2019年6月よりこの委員会をさらに発展させ、榎本隆之委員長、海野信也副委員長の下で、サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会として活動をしていただきました。この中で、総労働時間・連続勤務時間の制約のもと24時間体制で医療を行うための必要人数や、現在の医師数から見た、適正な分娩室の在り方、地域の分娩をどのように守ってゆくかなど具体的な対策が議論され、各地に提案いたしました。行政にも、外来と予定手術のある集中治療室、という他のどの診療科にもない産婦人科の特殊性を理解していただくよう努めてまいりました。

2年間のまとめとして第73回日本産科婦人科学会での委員会企画で発表された講演内容やこれまでの活動をまとめた「新潟宣言」にまつわる冊子を上程いたします。働き方改革はあくまで医療を受ける皆さんの安全の向上のためにあり、安全性を下げるような体制の変更はその趣旨に反します。様々な問題点を解決しながら私たちは安定した形で2024年4月を迎えなければなりません。この委員会は増山寿委員長に引き継がれ、さらに活発な活動が継続されることを期待してご挨拶とさせていただきます。

サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会 2019-2020 の活動報告

日本産科婦人科学会
2019-2020 サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会委員長
新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科学教授

榎本 隆之

産婦人科の特徴は昼夜を問わず発生する分娩の対応にある。これまで、夜間や休日の分娩は宿日直対応で行ってきた。2024年4月から始まる「医師の働き方改革」が実行されると、夜間・休日の分娩対応はほとんどが時間外労働となる。医師の働き方改革の実現は、医師のQOLの改善につながり、産婦人科勤務医にとって待ち望んでいた改革である。これまで、特に地方の周産期医療は、限られた医師数の下で、個々の産婦人科医の「私が地域の周産期医療を守るのだ」という崇高な思いから、過労死レベルを超えるほどの日当直・オンコールを甘んじて引き受けてきたことで維持されてきた。「医師の働き方改革」が実行されると、分娩を取り扱う施設はこれまでより多くの医師数を必要とし、分娩取り扱い施設の集約化が求められるのは必然である。しかしながら、多くの地方ではこのような施設の集約化は一通り終わっているのが現状で、現在も分娩を取り扱っているのは様々な事情から集約化が困難であると判断されてきた病院である。「医師の働き方改革」の実施に伴い、さらなる集約化を強行すると、間違いなく地方の周産期医療は多大な影響を被る。

2019年6月に木村正先生が日本産科婦人科学会の理事長に就任された。それまであった「医療改革委員会」と「男女共同参画・ワークライフバランス委員会」を統合し「サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会」という新しい委員会を立ち上げられ、私が初代委員長に任命された。「サステイナブル」には「持続可能な」という意味があるが、この委員会の名前には、国が押し進める「医師の働き方改革」に対して持続可能な産婦人科医療体制、特に周産期医療体制を確立するためにはどのようにすればいいかを考え提言しなさいという木村理事長の思いが込められている。

2019年7月19日に第1回委員会を東京コンベンションホールにて開催し、理事長にこの委員会新設の趣旨について説明いただき、厚生労働省の「医師の働き方改革の推進に関する検討会」の委員でもある鈴木幸雄委員に厚生労働省内での議論を紹介していただくとともに今後の活動方針について協議した。同年9月15日には新潟大学医学部有壬会館にて「第2回委員会」を開催後、「拡大サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会」を開催し、各県を代表する委員を交えて、当時は全国の教授の間でも詳細を知る者が少なかった医師の働き方改革の概要を紹介し、それぞれの地方の周産期医療の現状と医師の働き方改革が

実施された時の課題について議論した。拡大委員会で議論された内容については、「令和元年度拡大サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会報告書」として冊子にまとめ、各大学の産婦人科教授、病院長、都道府県庁の健康福祉対策部長宛に発送した。最終的に2019年度は4回の通常委員会と1回の拡大委員会を開催した。

2020年度は5回の委員会を開催したが、新型コロナウイルス感染症の蔓延のために委員会はすべてWEB開催となり、拡大委員会の開催も断念した。また、もともとこの委員会は厚生労働省の「医師の働き方改革の推進に関する検討会」で議論されている内容を下に我々の対応を練ることを想定していたが、「医師の働き方改革の推進に関する検討会」自体が、半年以上も開催が延期される事態に陥った。ちょうどこのような時期（2020年7月）に厚生労働省が2019年9月に実施した「医師14万人調査」の結果が公表された。本調査によると大学所属産婦人科医で時間外労働が年1860時間換算以上の割合は11.8%という結果であったが、「実際にはもっと多くの大学所属産婦人科医が1860時間以上の時間外労働を行っているのではないか」という実感を委員の多くが持った。そこで、厚生労働省の調査と同様の方法で、主にサステイナブル産婦人科医療体制確立委員会のメンバーが所属する10大学を対象としたタイムスタディを行った。さらに、新潟県をフィールドとして、新潟大学および県下の分娩取り扱い病院に勤務する産婦人科医を対象にタイムスタディを行った。

これらのタイムスタディを含めてサステイナブル産婦人科医療体制確立委員会の2年間の活動の中で得られた成果をまとめ、2021年4月22日から25日まで新潟市朱鷺メッセでhybrid開催した第73回日本産科婦人科学会総会・学術講演会の指導医講習会で発表し、この度報告書としてまとめることとなった。「新潟宣言」には、産婦人科医のQOLを担保し、かつ持続可能な周産期医療体制を確立するためにどうすればいいのか、委員会が2年間議論してきた内容が込められている。待ったなしで訪れる2024年問題をどう乗り越えるか、その施策は地域の事情によって異なる。それぞれの地方で関係各所が議論を尽くして、その地域にあった解決法を考えていただきたい。

2021年8月吉日

第73回日本産科婦人科学会学術講演会
サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会企画（指導医講習会）
産婦人科における働き方改革

座長前文

村上 節

滋賀医科大学産科学婦人科学講座

2019年末に端を発した新型コロナウイルスの襲来により、われわれの生活は否応なく大きく様変わりしました。中身は全く異なりますが、2024年に迫った医師の働き方改革も同様に、われわれの日常に大きな変革を要求する超弩級の事件です。

今回の鈴木幸雄先生、中川慧先生、松本晴樹先生のご講演内容を吟味していただければお分かりいただけると思いますが、この時間外労働の上限規制は国が定めた法律です。できない理由を並べ立てても覆ることはなく、どのように対応するかという議論を急ぎ、実現するための行動を開始する時期に、もはや突入しています。

後段には加藤育民先生に、この指導医講習会を総括していただいております。ぜひ全てにお目通しいただき、各々の地域で取り組む参考にさせていただきたいと強く願います。働き方改革とは謂わば「誰一人取り残さず、世界をもっとよくするために皆で取り組むべき目標；Sustainable Development Goals（SDG s）」のひとつなのです。

働き方改革や新型コロナ流行を踏まえた 周産期医療体制改革・医療再編の今後の方向性

松本 晴樹

新潟県福祉保健部長

福祉保健部長の松本と申します。現在、榎本先生のご指導の下、新潟県全体で医療の再編時代を乗り切るために地域医療構想推進というものを行っております。今日は先生方と、医療再編時代にどのような政策の動きになっていくのか、働き方改革を踏まえて医療構想という大きな医療再編の動きが起きているので、それについてお話ししたいと思います。

<スライド①>

松本のキャリア

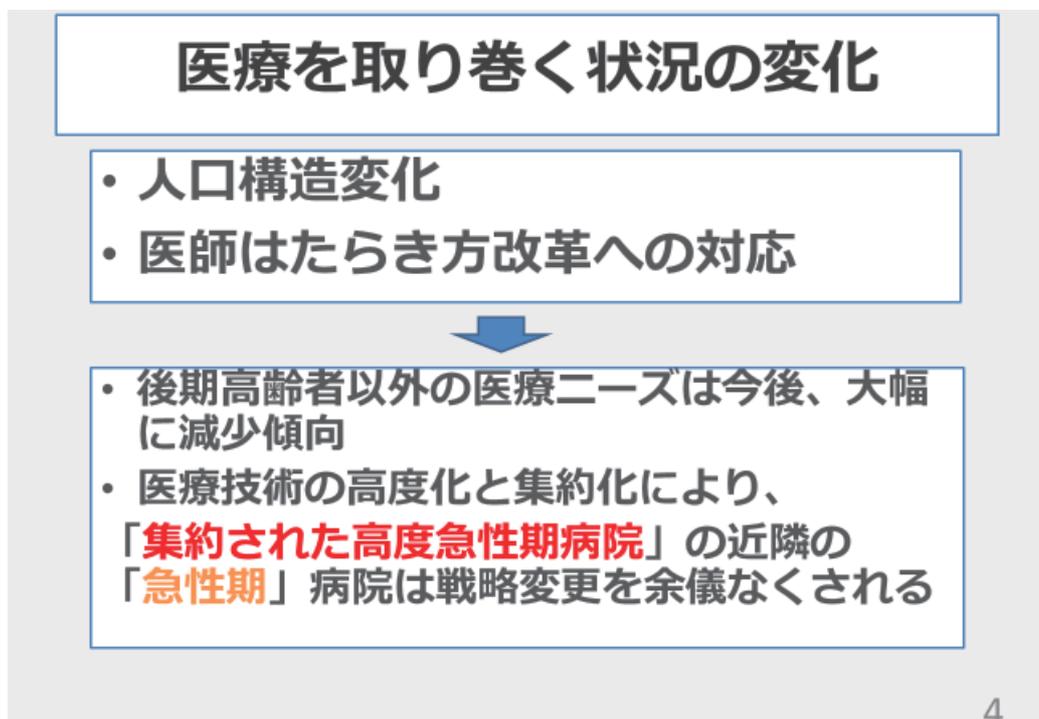
- ・ 千葉大医学部卒業後、石巻赤十字初期研修
- ・ 湘南鎌倉総合病院ER（1年）
- ・ 厚生労働省へ入省
 - 母子保健課 = 子どもの事故予防、不妊治療
 - 広報 = 科学広報・リスコミ
 - 厚労科研費 = 競争的資金
 - 診療報酬 = 深夜手術加算、胃ろう、
医薬品等の費用対効果
- （留学：ハーバード公衆衛生大学院：医療政策専攻）
 - 医療政策 = 地域医療構想
- ・ 2020年4月ー 新潟県福祉保健部長へ

2

私の自己紹介をさせていただきます。医系技官という職になっておりまして、初期研修と後期研修を1年行った後、厚生労働省に入省して10年ほどのキャリアとなります。間にハーバード公衆衛生大学院に留学して医療政策についても学んでおります。その間、留学を挟んで5年程度、医療政策ということで地域医療構想、医療再編などに関わってきました。2020年4月から新潟県の福祉保健部長として新潟に着任し、医療全般を所管している状況であります。

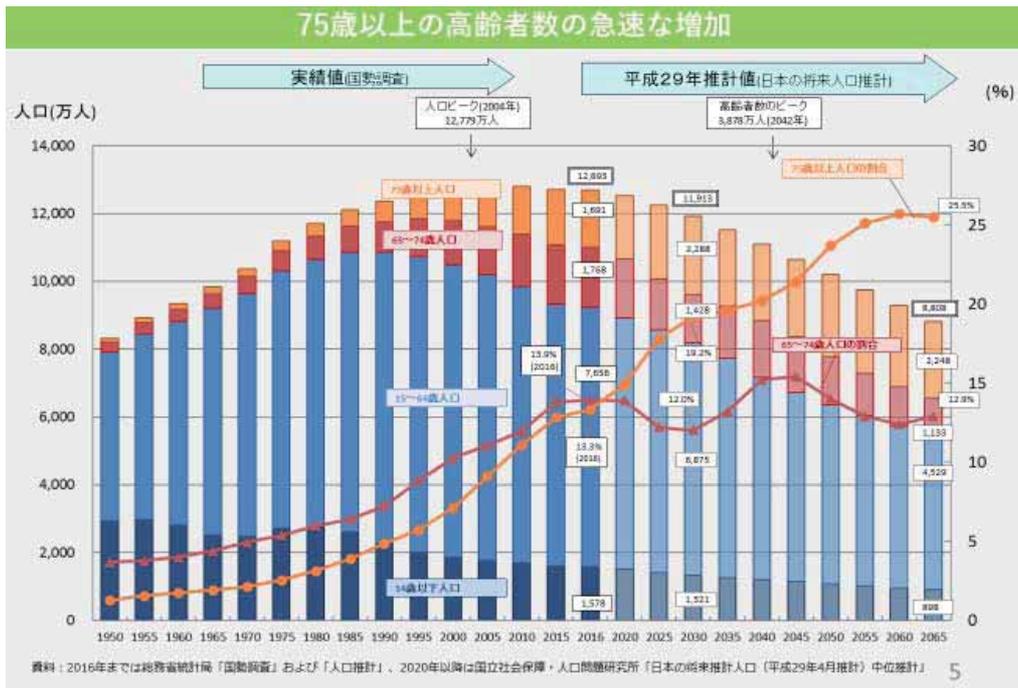
今日のお話は、①地域医療の政策動向、②何がボトルネックなのか、③医療再編を意識した時にどのようなアクションが必要か、の3点あります。まず、地域医療の政策動向についておさらいしたいと思います。

<スライド②>



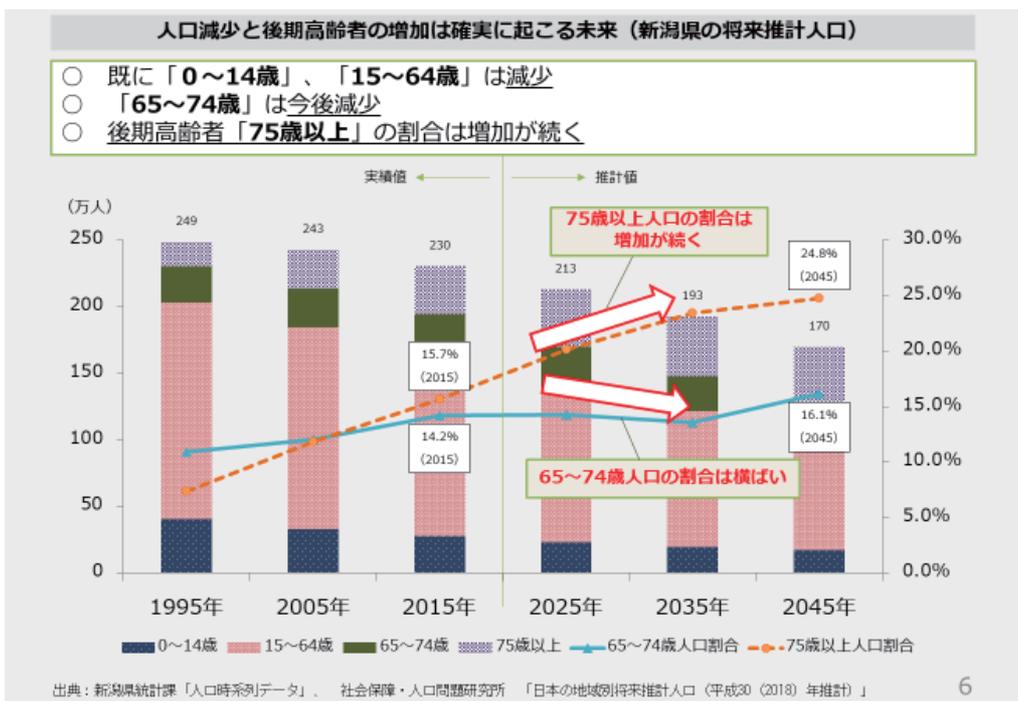
まず、医療を取り巻く状況の変化として二つ大きく意識していただきたいと思います。まず1点目は人口構造の変化。2点目は、まさに先生方に今日ご議論いただいている働き方改革への対応です。これらを踏まえると、後期高齢者以外の医療ニーズはこれから全国的に大幅に減少していきます。少しくだけた言い方をすると高度な医療が必要な患者さんがどんどん減っていった、治療だけではなくケアも必要な患者さんがどんどん増加していきます。そうなりますとこれから医療技術の高度化と相まって集約化が非常に進む可能性があるのです。

<スライド③>



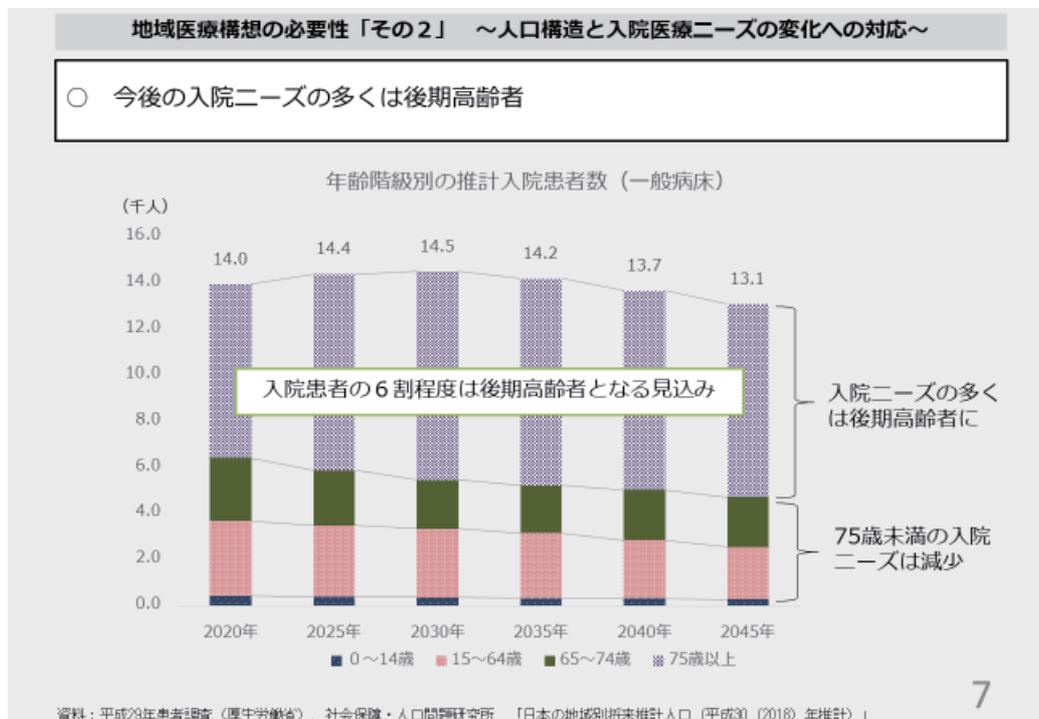
このグラフはこれからの日本の人口の動向ですが、この薄いオレンジの線が後期高齢者の割合です。2016年を境にさらに団塊の世代が後期高齢者になっていきますので、激増していきます。前期高齢者については、これまで一緒に増加してきましたが、2016年でいったん頭打ちとなります。2025年にはいったん減少傾向になるということで、婦人科腫瘍の患者さんもいったんは減少の傾向というか、少なくともプラトーということになると思います、今までとは違う動向になってくるということです。

<スライド④>



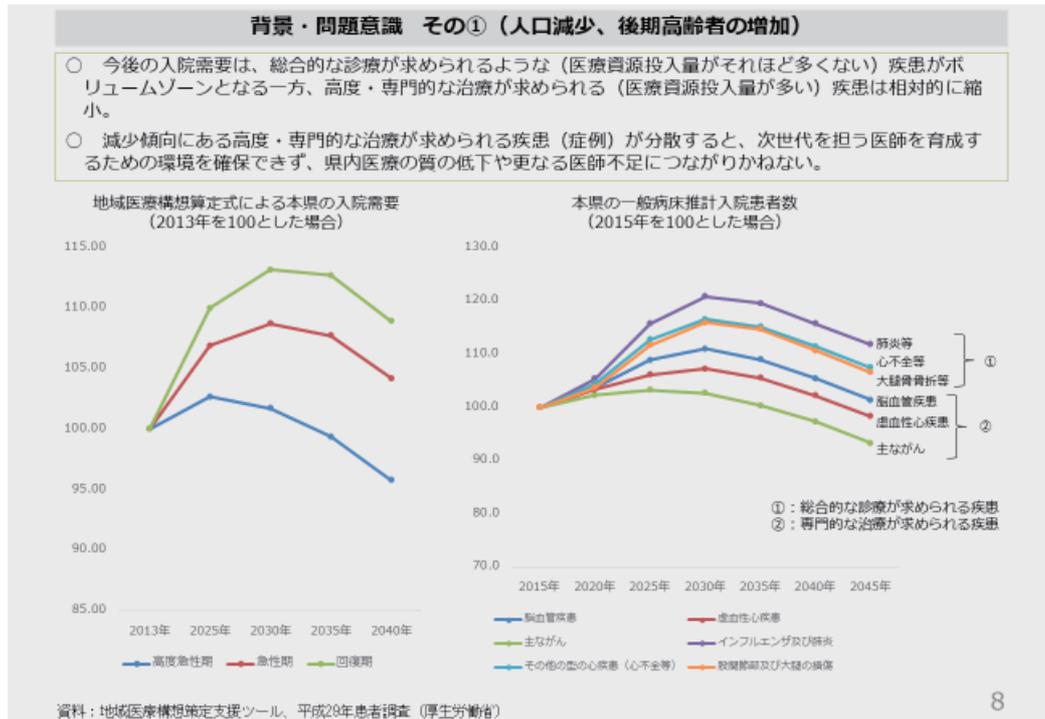
これは新潟の状況になりますが、少しデフォルメしますと、75歳人口が増えていく一方、65歳人口は横ばいまたは減少ということになります。

<スライド⑤>



したがって2025年以降の入院者は6割が後期高齢者となります。これは全科の状況ですが、今後は後期高齢者が入院患者のメインになるということになります。それでは臓器別で見るとどうなるかを考えてみたいと思います。

<スライド⑥>

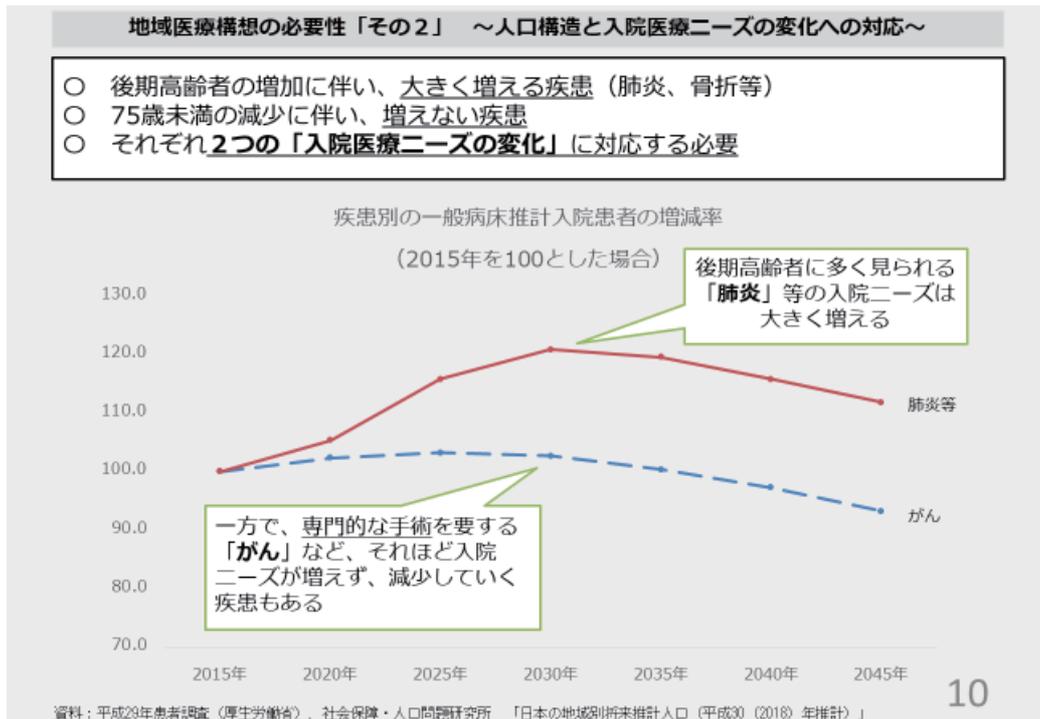


今後増加していく疾患はあるかということですが、左のグラフをご覧ください。これは新潟県の状況ですが、2013年を100としますと、この青い線は高度急性期医療、即ちICUや術前術後の高度な管理が必要な方、救急で搬送されてきた方の最初の数日間などの医療のニーズは今後激減していくと考えられます。一方今後増加するのは、マイルドな急性期の需要です。こちらは後期高齢者の入院が増加してくることに伴い、回復期も増加する傾向になります。

右のグラフをご覧ください。疾患別にみると、今後肺炎や心不全、大腿骨折などが大きく増えていく。脳血管疾患や虚血性心疾患、こちらは回復期も含めた需要になりますが、特に脳が多いのですが、やはりそちらもマイルドに増える。実はがんの需要は最初少し増えますが、大きなトレンドでは大きく減少していくということになります。

言うまでもないのですけれども、高度な医療が増えてきていまして、恐らく婦人科領域でも塞栓術などの症例は、デバイスなども進化してきて、どんどん治療の技術が上がってくると、より集約という方向に向いてくる。それで、循環器、脳神経、脳外科の領域もより集約という方向に向いてくる。それで、循環器や脳神経、脳外科の領域も非常に高度化し集約化という方向に数が増えているという方向になっています。

<スライド⑦>



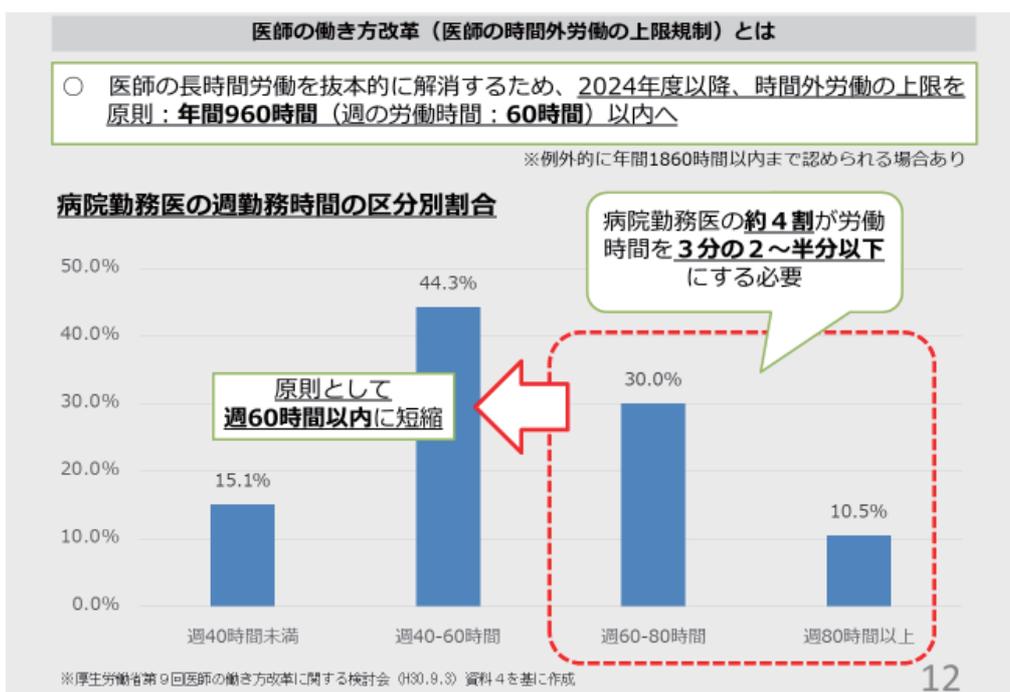
もう少しデフォルメすると、後期高齢者に多く見られる肺炎等の入院ニーズは今後激増するけれども、専門的な手術を要する「がん」などの入院ニーズは増えずに減少していくというトレンドになります。

<スライド⑧>



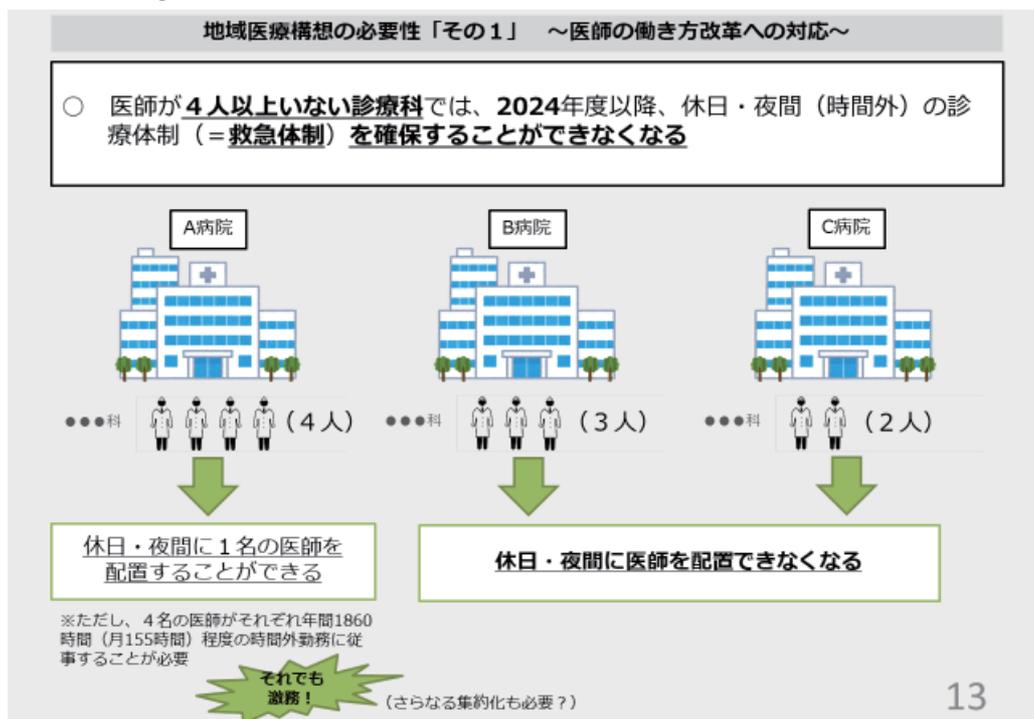
それでは、例えば分娩の需要がどうなのかというのは先生方も痛いほど感じていらっしゃると思いますが、こちらも2015年を100とした推計になります。新潟医療圏というのは、新潟市という政令市を擁する人口80万超えの医療圏になりますが、今後20年で分娩需要の4分の1以上が消失します。これは他の臓器とは大きく方向性が異なります。さらに安全や質への需要が高まってきますので、これも今後の大きな集約化の圧力となっていくと考えております。

<スライド⑨>



本日、他の先生方にもご議論いただきますが、ここに医師の働き方改革、即ち医師の時間外労働の上限規制が集約化の動きに拍車を掛けています。現在は、病院勤務医の4割が週60時間以上の時間外労働時間となっております。これを2024年には原則として週60時間以内に短縮していく必要がありますので、労働力の在り方を変えていく、有り体に言えば集約化していかなければなりません。

<スライド⑩>

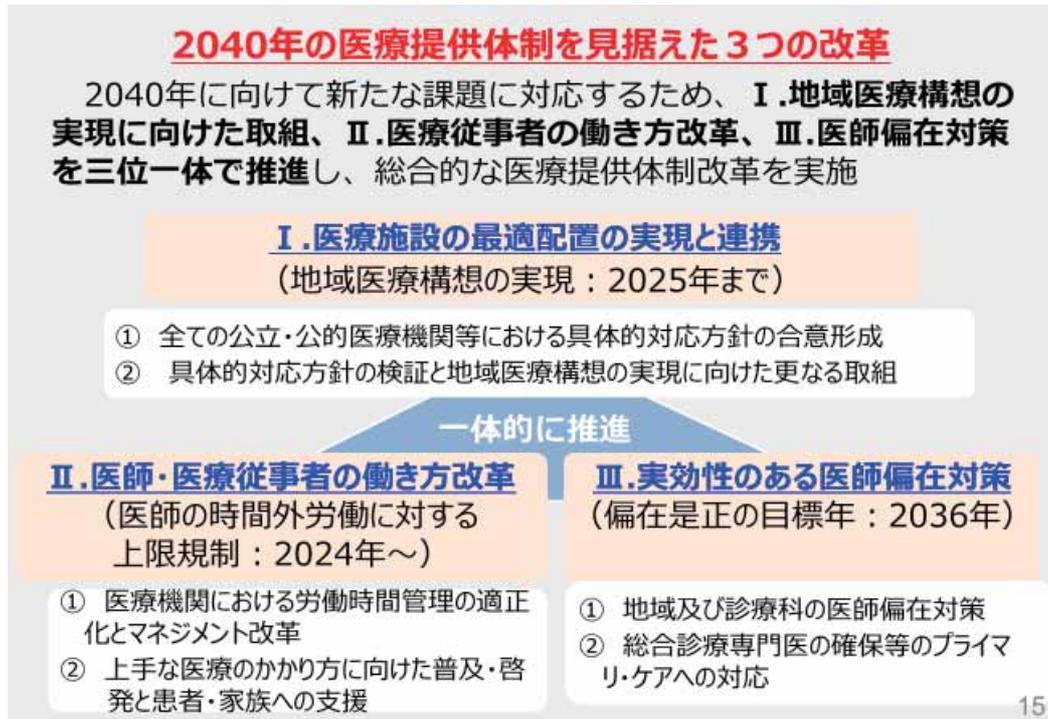


これは分娩を取り扱う産婦人科だけではなく夜間の対応が必要な科全般の話になりますが、やはり一つの科に最低でも4人、これは4名の医師がそれぞれB・C水準程度すなわち年間1860時間程度の時間外勤務に従事しないと休日・夜間の診療体制を確保することができなくなります。分娩に対応しようとする5～6人以上の常勤医が必要になります。24時間の診療対応をする場合には一定数の医師の数がないと難しくなるということで、3人で何とかやってきた病院の診療科については2024年以降は休日・夜間の対応はできなくなり、これは非常に大きな影響があると考えております。

もう一度要約しますと、スライド②で述べましたように、これからの人口構造の変化に伴い、分娩の需要も25%以上消失しますし、他の臓器も高度医療のニーズは減少傾向にありますし、高度化と相まって集約化圧力は非常に強くなる、そこに医師の働き方改革への対応が重なってくる中で、後期高齢者以外の医療ニーズは今後大幅に減少していくということと、医療技術の高度化と相まって集約化が必要になる。すると、総合周産期母子医療センターや地域周産期母子医療センターというのはだいたい高度急性期病院とイコールであるパターンというのも多いと思うのですが、そこに集約化の動きが混じってくると、周

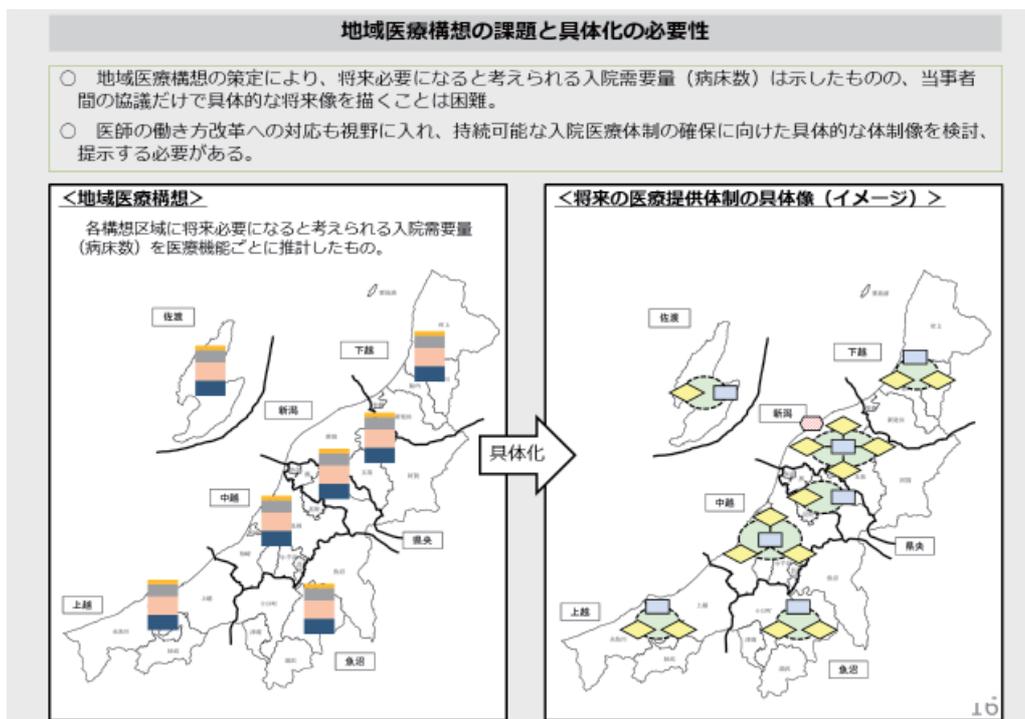
辺の急性期病院も戦略変更を余儀なくされていくということになります。例えば今、中規模の病院で首都圏もしくは近畿だと、総合入院体制加算などを取っているときに分娩100件という要件がありますので、そこで一定程度の分娩をやっているような公立病院があると思うのですが、今後そういった病院の役割も大きく変わっていく可能性があるわけです。

<スライド⑪>



国としては、2040年の医療提供体制を見据えて、医療施設の配置・連携をどういうふうにしていくかという「地域医療構想」という動きと、この「医師の働き方改革」の動き、そして「医師偏在是正」という大きな方向性が三つあります。シーリング制度が導入されている科もありますけれども、少ない人的資源でより効率的に医師偏在を是正し、全国民に効率的に質の高いケアを提供していくことが今のチャレンジになります。

<スライド⑫>



これは新潟県の地図ですが、今まで地域医療構想という政策がありまして、2019年以降、各県で取り組まれている施策なのですが、2025年は団塊の世代が後期高齢者に突入するという年で、後期高齢者が非常に急速に増えていきます。先生方も高齢化していく婦人科腫瘍の患者さんで手術可能な方だけでなく、PSが悪くて手術ができず、さまざまなケアが必要になる患者さんもたくさん診ていらっしゃると思うのですが、それに対応する医療体制を医療圏ごとに構築していくという医療構想区域があります。

以前は構想区域ごとに必要な病床数が示されて、「区域内で病床数をどう配分するかを話し合ってください」ということをやっていたのですが、地域医療構想の議論をもっと加速しよう、具体化しようとしています。例えば新潟県では病院ごとに機能や将来の役割を議論し始めています。ちょうど今は年度の変り目ですので、県全体の大きな方針を取りまとめようとしていまして、今年度2021年度というのはさらに地域ごとの議論も詳細に始めていこうというフェーズにあります。

<スライド⑬>

地域医療構想の必要性を踏まえた整理

○ 人口構造の変化に伴う入院需要の変化（①高度・専門的な医療需要の減、②総合的な診療が求められる医療需要の増）と医師の働き方改革の両者に対応し、かつ、医療の質の維持・向上を実現するためには、資源の効果的・効率的な活用という視点がこれまでよりも一層重要となる。

○ そのため、まず、構想区域ごとに規模の大きい病院の体制強化が必要になるのではないか。この際、必然的に症例の集約が必要になるのではないか。

○ 一方で、規模が相対的に小さい病院においては、救急・急性期対応は縮小していくこととなるが、今後、最も多くの割合を占めることとなる後期高齢者の入院需要（地域包括ケア病棟に代表される総合的な診療、在宅患者の急変時対応、在宅復帰に向けた医療等）を担うなど、機能や役割の見直しが必要になるのではないか。

これまでの体制

将来の体制

■ 高度急性期 ■ 急性期 ■ 回復期 ■ 慢性期
 ■ 高度急性期 ■ 急性期 ■ 回復期 ■ 慢性期

※ 今回の新型コロナウイルス感染症の対応を踏まえると、医療資源が充実し対応力の大きい病院を地域の中に残していくことが重要。

※ 新型コロナウイルス感染症を踏まえた地域医療構想の取組等について、国のスケジュールはまだ示されていないが、人口構造の変化や医師確保、働き方改革に対応するため、医療体制の整備、見直しの検討は引き続き進めていく必要がある。

※ 各病院ごとの医師の確保や経営改善のみならず、地域全体として必要な入院需要に対応できる体制となっていることが重要。（病院を残すことのみを目的とすることや、提供したい医療だけを指すのではなく、求められる医療を念頭に置いた体制にシフトしていく。）

17

この新潟県で議論されているのは、医療圏一つが大体人口20万人ぐらいで、新潟県は医療圏の再編できておりますので、そうすると高度急性期的な医療、急性期の中でもインテンシブなものは大体20万人に一つぐらいの病院に集約されていくこととなりますので、2番手のB病院はかなり役割を変えていく必要があるのではないか。あと、3～5番手ぐらいの病院についても役割の見直しというのをかなりやっていく、回復期寄りに病院を役割を作り変えていくという議論を始めているところです。

先ほど申し上げたように、分娩に関してはかなり減少しています。公的病院に300～400件行かないような分娩件数を抱えている公立・公的病院が新潟県内にもありまして、今後のトレンドを見たときに、医師の働き方改革を踏まえれば集約化せざるを得ないという議論を始めている状況になります。

<スライド⑭>

医療を取り巻く状況の変化

- 人口構造変化
- 医師はたらき方改革への対応



- 後期高齢者以外の医療ニーズは今後、大幅に減少傾向
 - 医療技術の高度化と集約化
- ⇒ 「病院における分娩」の集約は不可避
(診療所についても、早晚、検討が必要に…)

「集約された高度急性期病院」の近隣の「急性期」病院は
戦略変更を余儀なくされる

19

先ほど申し上げた集約化の流れの中で、病院における分娩の集約も恐らく不可避になっているというのは新潟県だけではなく、これは全国的なものです。では、診療所はどうなるか。まず病院での議論のところほとんどだと思いますが、おそらく働き方改革もありますし、質・安全の議論がされてくると診療所について、検討が必要になるタイミングもそう遠くないのかなという印象を個人的には持っています。

<スライド⑮>

地域医療構想の実現に向けた今後の進め方（新潟事例）

<基本的な考え方>

- ▶ 「医療圏毎の目指すべき姿を示した地域医療構想」の実現に向けて、各種取組を進めて行く。
- ▶ どの地域の住民も、必要な時に質の高い専門的医療から在宅医療までの医療サービスを受けられる体制を整備する。
- ▶ 「医師の働き方改革」にも対応でき、医療従事者にとって魅力のある働きやすい環境を整備する。

<コンセプト>

- ▶ 各構想区域内に持続可能な「救急」と「手術」が確保され、一定程度の入院医療を完結できる体制を構築する。
- ▶ 専門的医療から、回復期・慢性期医療および在宅医療まで、関係機関相互の連携により、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される体制を構築する。

<今後の方向性（案）>

2025年を目途に、専門的医療の確保の観点から、各構想区域に以下の病院を整備することとしてはどうか。

① 中核的な病院（仮称）

以下のような役割を全て担い、各構想区域の最後の砦となる入院機能を備えた病院として位置づける。

- ▶ がんの一般的な治療（例：胃や大腸の手術）を提供できる
- ▶ 脳卒中及び心筋梗塞の高度・専門的な治療を提供できる
- ▶ 救急車を断らない

② 地域包括ケアを支える病院（仮称）

以下のような需要の増加が見込まれる疾患に対応できる役割（救急応需を含む）を担い、中核病院が本来の機能を果たせるようなサポート機能を備えた病院として位置づける。（複数の病院の連携により対応することも想定）

- ▶ 心不全、肺炎、尿路感染症、大腿骨骨折患者の受入れ

※各類型の病院の規模や機能の範囲は画一的に定めるものではなく、地域特性等を踏まえて整備を進めるものとする。

※将来の入院医療需要を勘案し、既存病院のダウンサイジングや資源集約も視野に入れながら整備を進めるものとする。

※資源集約に限らず、魅力ある環境の整備を通じて、医療体制の維持に必要な医師等を確保する。

※上記以外の病院（慢性期などの地域に密着する病院などを含む）の整備方針については、別途検討する。

20

新潟の事例としましては、先ほど述べたように、一つの地域の中で中核的な病院にさまざまな集学的な、高度急性期的なケアを集約する一方、それ以外の病院の中には地域包括ケアを支えるような病院にするという議論になります。集学的な高度医療が必要な周産期医療を中核的な病院以外に持たせることは可能かという議論ですけれども、周産期医療は今後総合周産期母子センター、地域周産期母子センターのような機能を持つ病院に集約していく流れができるということでもあります。診療所の分娩についてはもちろん別途の話にはなるのですけれども、まずは安全な地域の砦的な病院をどういうふうに作っていくかという議論を始めているところでございます。

この議論を始めていく上でやはりボトルネック、障壁がたくさんあります。言うは易しで、病院を再編していくというのは、本当に先生方もお感じだと思いますが生易しいことではない。一つの病院の一つの診療科を多少再編するだけでものすごいリソースを食われてご苦労されている先生方も非常に多いのではないかと考えます。

<スライド⑩>

なぜ、議論の活性化（医療再編含む）が進まないのか？	
小規模公立病院の立場	<ul style="list-style-type: none"> ・ 少ない医療需要でも経営が可能（交付金、繰入） ・ 「分娩ができる市町村」の政治的意義（良い面も多いが） ・ 「職員の継続雇用」に関する課題解決力不足
施設・団体を超えたリーダーシップが必要	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地域のステークホルダーが多い：（1つ以上の）大学医学部&県庁&県・郡市医師会 + 個々の病院・地方政府 ・ 病院設置母体が異なる間での議論が必要
さらなる危機感共有の必要性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 働き方改革だけでなく、人口構造変化のプレッシャー、地方経済の変化のプレッシャーが過小評価されていないか（コメディカルだけでなく、事務・清掃などの人員確保困難が、地方縮小に伴って今後、急速に拡大する可能性）

22

国および新潟県の医療再編に向けてのボトルネックがいくつかありますが、それを幾つか例示しております。まず1点目は緑に示す「小規模公立病院の立場」についてですが、小規模公立病院で年間100～200件ぐらいの分娩を扱っている施設はかなりありまして、実は近隣の他の公立・公的病院も、また100～200件ぐらいの分娩を持っているという地域は日本に60～70地域ほどあります。

私が厚生労働省に勤務している時に調べていたのですが、小規模公立病院の立場からすれば、まず、少ない医療需要でも経営が可能な交付金や繰入がある状況なので、存続とい

うレベルでは経営にそこまで困っていない状況があります。市民の税金がかなり多額につき込まれていることが多いのですが、これがまだあまり変化していない。

2番目に、分娩ができる市町村であることを売りにしている首長さんがたくさんいらっしゃって、地域で安全に分娩ができる、もしくはきちんとした産婦人科医がいてお産ができるということを政治的にも住民からも評価されているという良い面ももちろんあると思うのですが、小さな市町村に一つ以上分娩施設があるというのはやはりオーバースペックになる可能性がある。人口や地域の状況から見ると、分娩施設を維持していくのは医師の働き方改革や医療再編とも合致しないということもありますので、ここが対立軸の一つになってしまうということでもあります。

3番目は「職員の継続雇用」と書いてありますが、例えば公立病院などでは雇用継続への圧力が非常に強いので、「職員の継続雇用」の問題と医療再編とはバッティングしていくこともあるといわれています。これもかなり大きい課題になりまして、これを乗り越えていくにはかなり粘り強い折衝が必要です。これを乗り越えて医療再編を行った事例というのが全国的にはありまして、実現には院長先生などかなり上の方の強いリーダーシップが粘り強く必要になってきます。

青で示す2点目は、「施設・団体を越えたリーダーシップが必要」という点です。医療再編を進めるためには、多くのステークホルダーと話をまとめていく必要があります。新潟県は1県1医大なのですが、大学医学部と県庁、県医師会、郡市医師会がかなり密な関係で、新潟大の卒業生がたくさんいらっしゃって、ある意味顔が見える関係が非常に強固にある中でも、話し合うのはやはり大変だということになります。

さらに、個々の病院や地方自治体がある中での議論になりますのでこれがまた大変ですし、さらに病院設置母体が異なる病院、例えば県立病院と厚生連や済生会などの間での再編の議論をする必要があり、医療系の先生方が臨床をしながら再編の議論をするには実際にはなかなか困難であるので、ここはまた違う担当者を巻き込む必要もあるかなと考えています。

さらにオレンジに示す3点目「さらなる危機感共有の必要性」なのですが、医療の将来についての危機感の共有がまだ十分にできていないと思います。働き方改革ももちろんなのですが、地方で医療に携わっていると、人口減少が思った以上に速いということ、地方経済も今はコロナで状況は激変していますけれども、コロナが落ち着いた後のアフターコロナに関してはさらに悲観的な見方をする方もたくさんいらっしゃいます。今でも直面していますが、過小評価されている問題として、メディカルスタッフの確保は今すでに難渋していますが、事務や清掃などの一般職の確保が逼迫してくると、病院の運営は非常に困難を極めますので、病院の再編圧力というのはさらに増加する可能性があると考えられています。

<スライド⑰>

どのように地域の議論を引き起こすか？	
①意思決定機関 を探す	<ul style="list-style-type: none"> ・ 県の医療審議会 (下部組織等の「周産期医療協議会」) ・ 地域医療構想調整会議 (県単位の場合も) ・ 大学病院内にWGがある場合も ・ 県医師会内にWGがある場合も
②キーパーソンを 探す	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大学や医師会の動向に詳しい者に聞くと意思決定機関周辺のキーパーソンが浮かび上がる。 ・ 地域医療構想アドバイザー、会議の構成員、県の医療職等も
③危機感の共 有・意見交換・ 政策提言等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 働き方改革の状況、医療状況等を踏まえ、危機感共有、意見交換、政策提言等を ・ グループで実施するとより効果的 (医局全体、マルチステークホルダー (病院+地域医師会や関連病院全体等)) <p>2019年9月26日 地域医療構想WG 資料に分娩件数が公表 (公立公的等)</p> <p>https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_06944.html 25</p>

これらを乗り越えて医療再編を意識したときに先生方はどのようなアクションが必要かということ为例示させていただきました。

まずは、これは完全に私見なのですが、3段階あると考えています。まずは緑で示す「意思決定機関を探す」ことです。各県の「医療審議会」という組織を聞いたことがおありだと思いますし、恐らく医療審議会に関わられている先生もたくさんいらっしゃると思います。医療審議会はある意味意思決定機関なのですが、この会には医師会の長とか、歯科医師会の長とか、偉い先生がたくさんいらっしゃいます。この下部組織にあたる「周産期医療協議会」に参画されている先生方が今日はたくさん参加されていると思いますけれども、産婦人科の医師確保計画が一昨年できたときに、この周産期医療協議会に参画していただきたいということで国からも呼び掛けをしています。参加されている教室、そうでもない教室がいらっしゃるかもしれませんが、この「周産期医療協議会」あたりが一つ重要な意思決定機関になります。これだけではなくて地域医療構想調整会議が県単位である場合もございます。新潟県にはありますが、こういうところが重要な議論をやっていたりします。大学病院の中にワーキンググループがあり、これは周産期のワーキンググループだけではなくて地域医療全体、医療再編、地域医療構想ワーキンググループが実は新潟大学はあるのですが、また県医師会の中にワーキンググループがある県もありまして、こういったワーキンググループで医療再編の議論を行っている場合があります。したがって各県のどこでアクティブな議論が行われているのかということをもっと押さえる必要があります。

次に、青で示す「キーパーソンを探していただく」ということで、大学や医師会等の中にこういう政策を動かしているキーパーソン、県庁の中にもいたりしますけれども、こういう意思決定者ですね、県庁、大学、主要な公立・公的病院の院長先生や部長先生の場合もありますし、地域医療構想アドバイザーや、会議の構成員、県の医療職とか、厚労省からの出向している部長がいる県もたくさんありますので、誰がキーパーソンとなって動かしているかというのを見極めていただいて、そのキーパーソンに産婦人科の働き方が非常に問題であるという情報をいれていただくことが重要と思います。キーパーソンの先生は大体医療再編の必要性があるだろうということをよくご存じですので、あと一歩情報提供するとなると、産婦人科医の実際の勤務状況、各病院の医師数と分娩の実態について、実際に現状はこうなっていますよということをデータを持って行ってぶつけていただくしかないというふうに思います。

こういうキーパーソンにルートがある産婦人科の先生方というのは必ず県に数人いらっしゃると思いますので、そういう方にご相談していただくと、キーパーソンがここにいるから話をしに行こうというふうに具体的になっていくと思います。グループで相談に行くよりも効果的ということで、教授の先生に動いていただいて医局全体でまとまって相談するとか、病院と地域医師会とか、関連病院全体で交渉することが重要かと思います。2019年9月26日の地域医療構想ワーキングの資料に、全国の医療機関の分娩件数、公立・公的に限れば月20件以上に限りますが、ちょっと古いデータですが全て載っていますので、やはり公立病院で年間100～200件ぐらいの分娩を取り扱っている施設がどういうところにあるかという分布なども分かりますので、こういった資料をご覧になってぜひ議論を進めていただきたいと考えております。

<スライド⑱>

抱える課題と今後必要なスキルの例 ①

- ・ 多様な患者で構成される**病棟のマネジメン**
トが求められる
- ・ 地域社会との**医介連携**、**包括ケアマネジメ**
ント、**公衆衛生的介入**が求められる



- ・ **病棟マネジメント** ⇒より総合的な患者管理
⇒**看護師等の教育**
⇒**仕組みづくり**
- ・ **地域社会** ⇒ **連携づくり=仕組みづくり**
⇒ **公衆衛生=MPH的スキル**

こうした抱える課題を解決していくためにはさまざまなスキルが要ります。医療再編していく上では仕組みづくりや公衆衛生的なスキル、Master of Public Health (MPH) といわれる学位があるのですが、こういう MPH 的なスキルが必要になっていきます。

<スライド⑱>

抱える課題と今後必要なスキルの例 ②

- ・ 内科系の勤務医が2名しかいないため、**総合診療医を確保し、拡大する必要。**
さらに、**チームビルディング**する必要



- ・ 医師のリクルート ⇒ **組織行動学**
- ・ チームビルディング ⇒ //、**リーダーシップ**
- ・ 院長、事務長との待遇交渉 ⇒ //、**交渉学**
- ・ 地域の政治家、首長との交渉 ⇒ //、**政治学**

またチームビルディングするためには、Master of Business Association (MBA) 的というか、経営管理学寄りのスキル、もしかするとご興味があって個人的にも学ばれている先生方もたくさんいらっしゃるかと思いますが、こういうものが必要になってくるかなというふうに思います。以上で私のご説明を終わらせていただきます。ご清聴、誠にありがとうございました。

第73回日本産科婦人科学会学術講演会
サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会企画（指導医講習会）
産婦人科における働き方改革

産婦人科医の働き方は本当に変わるのか ～制度設計と私たちの現状～

鈴木 幸雄

横浜市立大学医学部 産婦人科

医師の働き方改革をめぐるこれまでの歩み

- 
- 2016年9月 政府が「働き方改革」議論開始
 - 2017年8月 厚労省「医師の働き方改革に関する検討会」開始
 - 2018年6月29日 働き方改革関連法案成立
 - 長時間労働の是正や多様で柔軟な働き方の実現
 - 医師（他一部の業種）に関しては適用猶予5年
 - 2019年3月 「医師の働き方改革に関する検討会」で上限1860時間が決定
 - 2019年7月 厚労省「医師の働き方改革の推進に関する検討会」開始
制度の細部や推進に向けたより具体的な議論
 - 2021年3月～ 通常国会で医療法改正案が審議中

要点:既に、4年前から議論が開始されている。検討会で細かい制度設計の議論を行い、2021年3月からの通常国会で審議開始。5月に医療法改正案、医師法改正案などが可決された。

医師のWell-beingとレジリエンスに影響を与える因子

NAM (全米医学アカデミー: 旧IOM) の模式図2019



要点: 医師の働き方改革の**目的の根幹**を理解したい。全米医学アカデミーで提唱されているシェーマが分かりやすい。私たちの仕事の目的は**当然患者がよりよくいること**、そのためには医師患者関係が不可欠であることであり、その関係を良好に成立させるためには**医師の Well-being が前提条件**であることを示している。また、我々が Well-being であるためには、これらの外的内的要因に気を配る必要がある。

医師のWell-beingとは？

Health is a state of complete physical, mental and social **well-being** and not merely the absence of disease or infirmity.

健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあること。

(WHO憲章)

<https://japan-who.or.jp/about/whowhat/charter/>

本当にいきいきした状態で患者さんに医療を提供できていますか？

全員でこれを目指す仕組み、心構えができていますか？

2019年から既に変わっていること

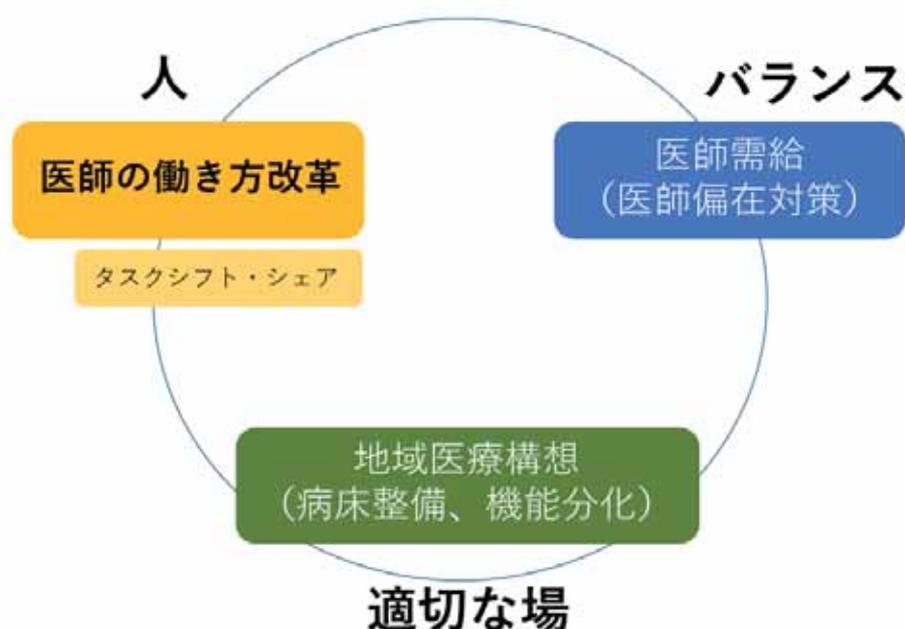
1. 労働時間の状況の把握義務
2. 年次有給休暇として年5日
3. 宿日直許可基準について通知が改められた
4. 医師の研鑽の考え方について通知が出された

2024年4月から医師に対して法規制が始まるのは、
時間外労働の新たな枠組み(主に上限規制の開始)です。

病院管理者：罰則（懲役6か月以下または30万円以下の罰金）
勤務医：就業規定などに違反すれば相応の罰則

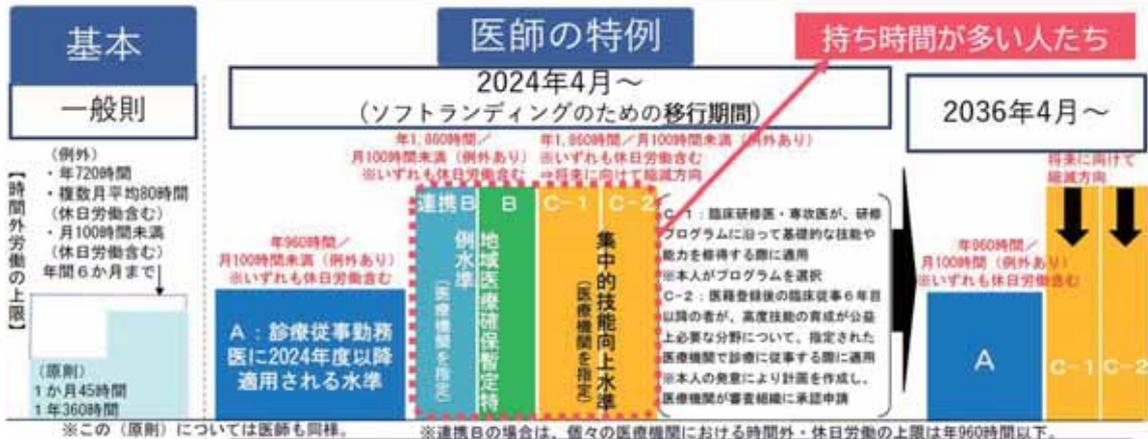
要点：2024年4月から変更になるのは時間外労働時間の上限規制と健康確保措置。当直や研鑽については既に法令が通知され有効となっており、現場は対応が必要だ。

三位一体改革：3つのアプローチが動いています



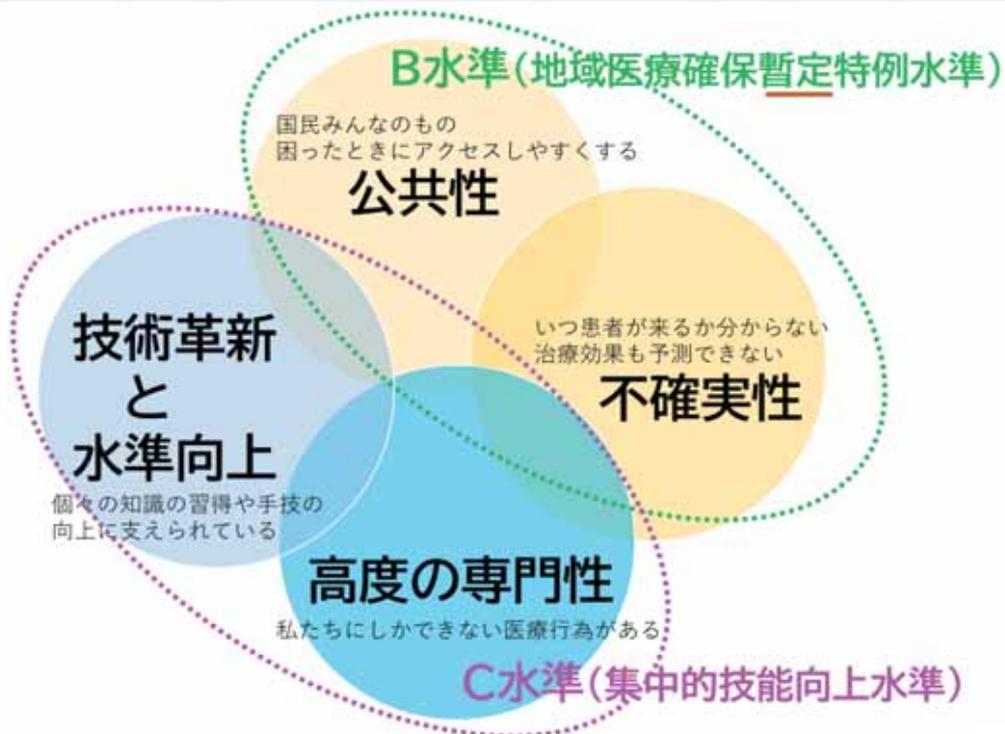
要点：医師の働き方改革は他のアプローチと関連した医療提供体制の改革である。

▶ 時間外労働規制のスキーム



要点: まずは基本の一般則がほとんどの医師に当てはまる。その上で例外として、A水準、B水準、C水準が設定される。「連携B」は自院では960時間の時間外労働で取まっているが、兼業によって上限緩和が必要なケース。C-1は初期・後期研修医。C-2は医師6年目以降のための枠。2036年3月までに段階的に上限を引き下げ、B水準は終了する。

▶ 医師の特殊性に応じたB・C水準 持ち時間が多くなる理由



▶ B・C水準の場合、多くの健康確保措置が義務化

		(A) 水準	(B) 水準	(C) 水準
の 上 限 の 時 間 数 で き	①通常の時間外労働（休日労働を含まない）	月45時間以下・年360時間以下		
	②「臨時的な必要がある場合」（休日労働を含む）	月100時間未満（ただし下表の面接指導等を行った場合には例外あり）	年1,860時間以下	年1,860時間以下
③36協定によっても超えられない時間外労働の上限時間（休日労働を含む）		月100時間未満（例外につき同上）		
		年960時間以下	年1,860時間以下	年1,860時間以下
適正な労務管理（労働時間管理等）		一般労働者と同様の義務（労働基準法、労働安全衛生法）		
医師労働時間短縮計画の作成によるPDCAの実施		義務		
追 加 的 健 康 保 障 措 置	連続勤務時間制限28時間※1（宿日直許可なしの場合）	義務		
	勤務間インターバル9時間	義務		
	面接指導（睡眠・疲労の状況の確認を含む）・必要に応じ就業上の措置（就業制限、配産、禁止）	時間外労働が月100時間以上となる場合は義務（月100時間以上となる前に実施※3）		

※さらに、時間外労働月155時間超の場合には労働時間短縮の措置を講ずる。

要点：例外的な長時間労働を行う（A, B, C水準）では追加的健康確保措置というルールを遵守する必要がある。

▶ 週勤務時間がB水準を超える医師の割合 2019年9月調査



要点：産婦人科医の1割強が現時点で上限1860時間の時間外労働を超えるという実態調査結果。しかし、本学会が行った10大学に限った調査では3割が超えているという結果であった。

時間外労働の超過は医師と患者に悪影響をもたらす

Table 1. Continued

	A水準 <60 Hours (n = 2,876)	B/C水準 60–80 Hours (n = 3,587)	1860時間超 >80 Hours (n = 1,336)	p Value
SF-12 mental scale, median	53.3	51.1	49.8	<0.0001
High mental QOL (SF-12 55+), n (%)				<0.0001
Missing	161	143	54	
Yes	1,136 (42.9)	1,133 (42.8)	376 (14.2)	
No	1,579 (32.9)	2,311 (48.2)	906 (18.9)	
SF-12 physical scale, median	55.3	55.9	55.5	<0.0001
Depressed, n (%)				<0.0001
Missing	25	19	9	
Yes	717 (25.1)	1,097 (30.7)	518 (39)	
No	2,134 (74.9)	2,471 (69.3)	809 (61)	
Made major medical error in last 3 mos, n (%)				<0.0001
Missing	1	0	0	
Yes	199 (6.9)	352 (9.8)	143 (10.7)	
No	2,676 (93.1)	3,235 (90.2)	1,193 (89.3)	
Greatest contributing factor in medical error,* n (%)				0.0048
Missing	2,684	3,240	1,197	
A system issue	25 (13)	51 (14.7)	25 (18)	
Your degree of fatigue	8 (4.2)	27 (7.8)	12 (8.6)	
Lapse in concentration	27 (14.1)	51 (14.7)	11 (7.9)	
Lapse in judgment	78 (40.6)	106 (30.5)	31 (22.3)	
Lack of knowledge	12 (6.3)	12 (3.5)	7 (5)	
Degree of stress or burnout	17 (8.9)	44 (12.7)	28 (20.1)	
Other	25 (13)	56 (16.1)	25 (18)	

Balch CM, et al. Journal of the American College of Surgeons 2010

要点：時間外労働が超過すればするほど、医師の健康状態は悪化し、患者アウトカムも不良となる。

1週間に複数回の当直は医師と患者に悪影響をもたらす

Table 2. Continued

	≤1 Night (n = 2,764)	2 Nights (n = 1,921)	3 Nights (n = 1,086)	>3 Nights (n = 1,977)	p Value
SF-12 physical scale (norm mean 50, SD 10)	55.5	55.9	55.5	55.5	<0.0001
High physical QOL (55+), n (%)					<0.0001
Missing	133	82	49	90	
Yes	1,394 (55)	1,106 (60.1)	565 (54.5)	1,019 (54)	
No	1,237 (47)	733 (39.9)	472 (45.5)	868 (46)	
Depressed, n (%)					<0.0001
Missing	17	11	9	14	
Yes	611 (22.2)	649 (34)	371 (34.4)	689 (35.1)	
No	2,136 (77.8)	1,261 (66)	706 (65.6)	1,274 (64.9)	
Made major medical error in last 3 mos, n (%)					0.0023
Yes	202 (7.3)	194 (10.1)	108 (9.9)	189 (9.6)	
No	2,562 (92.7)	1,727 (89.9)	978 (90.1)	1,788 (90.4)	
Ever gone through a divorce, n (%)					0.0039
Missing	26	18	7	6	
Yes	553 (20.2)	371 (19.5)	265 (24.6)	437 (22.2)	
No	2,185 (79.8)	1,532 (80.5)	814 (75.4)	1,534 (77.8)	
Conflict between work and personal in last 3 wks, n (%)					<0.0001
Missing	14	16	5	18	
Yes	1,159 (42.1)	1,120 (58.8)	618 (57.2)	1,012 (51.7)	
No	1,591 (57.9)	785 (41.2)	463 (42.8)	947 (48.3)	
How resolved last work and personal conflict, n (%)					<0.0001
Missing	126	47	33	65	
Resolved in favor of work	776 (29.4)	766 (40.9)	424 (40.3)	755 (39.5)	
Resolved in favor of personal	358 (13.6)	201 (10.7)	147 (14)	190 (9.9)	
Resolved to meet both responsibilities	1,504 (57)	907 (48.4)	482 (45.8)	967 (50.6)	

QOL, quality of life; SF-12, Medical Outcomes Study Short Form.

Balch CM, et al. Journal of the American College of Surgeons 2010

要点：複数回当直することも現状まればないが、改善しなければならない大きな問題である。

SMFM会員(=周産期医療従事)は燃え尽きが多い

Hughes F, et al. Am J Perinatol 2020

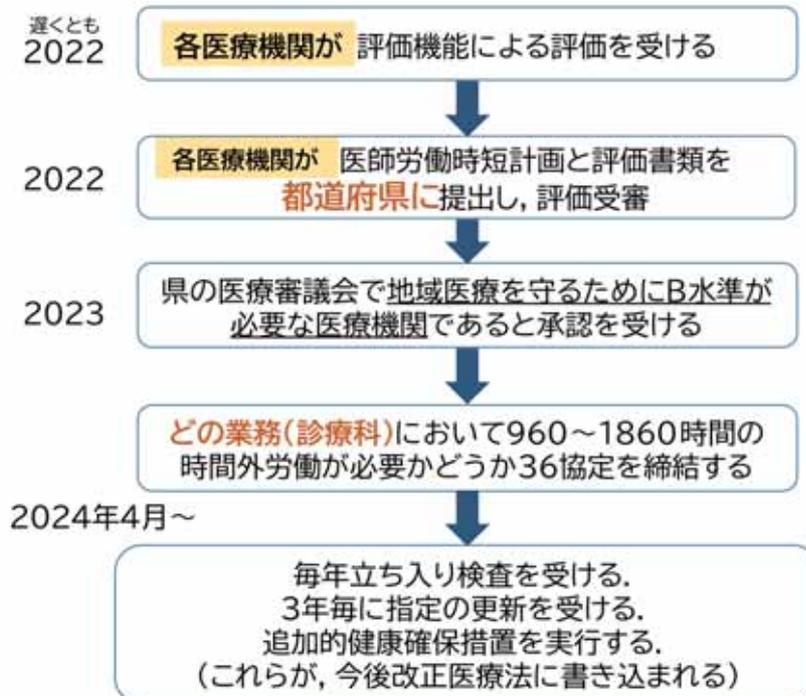
Physician Burnout among Members of the Society for Maternal-Fetal Medicine

Francine Hughes, MD¹ Antonia P. Francis, MD² Anthony C. Sciscione, DO³

リスク因子	オッズ比
責任者	0.48 (0.25-0.9)
男性	0.51 (0.33-0.79)
運動	0.60 (0.38-0.95)
実務5-10年目	2.2 (1.09-4.40)
実務11-20年目	2.5 (1.16-5.37)
業務時間外の記録 (週6時間以上)	4.98 (1.88-13.21)
キャリアへの不満	7.01 (2.95-16.64)
バーンアウトと自己評価	12.6 (7.3-21.5)

これらの結果は、個人・組織いずれにとっても
サステイナブルな状態とは言えない

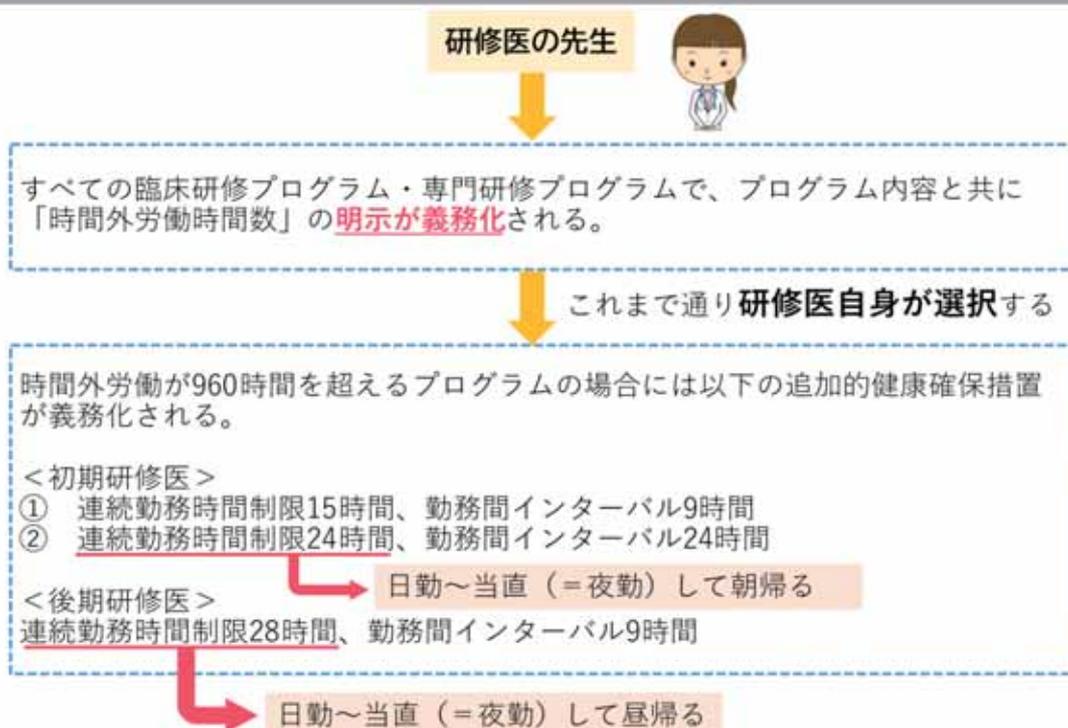
▶ B・連携B水準の指定と開始のスキーム



▶ C-1水準の指定と開始のスキーム



▶ C-1水準（初期・後期研修医）について



▶ C-2水準（高度技能向上のための枠：一部サブスペ含）

高度技能向上を希望する先生



- ① C-2対象医療機関を選択
- ② **希望医師が**「高度特定技能研修計画」を作成し、医療機関に提出
※医療機関がC水準の認定を受けていない場合は、
個人と病院が一緒に申請を提出する
- ③ 医療機関が**審査組織（第三者機関）**に申請

- ✓ 特定の審査組織が審査を担う。
- ✓ 一部のサブスペや大学医師もC-2として対象となり得るが、
どこまでC-2として対象となるか現在審査組織を中心に検討中。

宿日直と夜勤について



「医師、看護師等の宿日直許可基準について」
(令和元年7月1日 労働基準局長通達)

- ・ 通常の勤務時間の拘束から**完全に解放された後**のもの
- 17時をすぎても通常勤務の続きを行っている場合はダメ。
- ・ 特殊の措置を必要としない**軽度または短時間の業務に限る**
- 問診や軽度の処置を伴う。看護師等への指示確認。
- 非輪番日（例）に少数の患者に対応する。
- かかりつけ患者から恒常的に相談や外来受診が来る状態ではない。
- ・ **通常の勤務時間と同態様の業務は含まれない**こと
- 応急患者の診療や入院、患者の死亡、**出産等に対応することが稀**にある範囲は宿日直として認められる

要点：取り扱い分娩数がどの程度であれば「稀」なのかという議論もあるが、**分娩を取り扱う医療機関では原則宿日直扱いとなることは難しい。分娩がまれということは考えづらい。**

当直について（分娩がある当直は**分娩が稀でない限り**、多くは夜勤扱い）

【宿日直→ほとんど夜勤】



- * 夜勤扱いの場合は、**待機時間も含めて**時間外労働。
- * **日常業務の積み残しを当直中に行っている状態では認められない。**

▶ 医師の研鑽とは？

今の宿日直通知に照らし合わせ、

稀でない頻度で時間外や夜間対応を行う限り

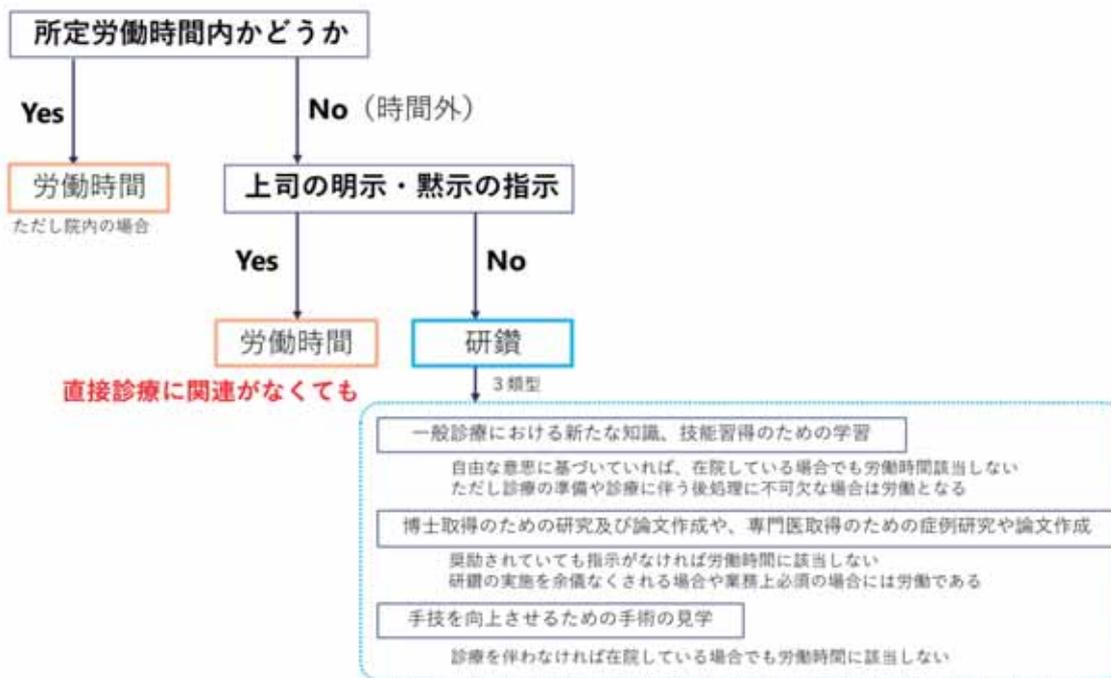
時間外労働時間 (=自分の持ち時間) は、ほとんど当直業務で消費します

つまり、我々医師が専門家としての医療の質を維持し、さらに発展させていくためには**研鑽**が**とても重要な役割**を果たします

※しかしこの「研鑽」は労働基準局から出された通知に書かれた定義をよく理解して行う必要があります。

医師の研鑽について

研鑽の考え方は当初よりも大分フレキシブルにまとまったと思われます。



要点: 研鑽についてどう扱うかは、労働者側が判断できるものである。各施設でこの研鑽の通知に矛盾の無い範囲であれば取り決めがあっても良いが、上司の黙示まで含むことを考慮しなければならない。

研鑽が仕事かどうか(=労働時間該当性)については

- ・上司の明示や黙示に縛られすぎず
- ・**医師個人**が主体性と計画性を持って
- ・学会参加などについては、病院や診療科毎にルールを作り
- ・上司と部下がきちんとコミュニケーションを図り
- ・医師個人が持ち時間の中で労働時間かどうかを判断する

Tips

時間外勤務や研鑽を上司部下でうまく共有するために…
一般的に企業や官公庁でやられているように、定時業務が終わる段階でその日の残務具合や研鑽の希望などについて報告する時間を設けましょう。



兼業・副業を行う勤務医の働き方 基本の考え方

(病院や上司の指示の有無にかかわらず **兼業は自己申告によって通算**する)

時間外労働時間上限に則した管理義務



副業・兼業と勤務時間について

大学病院勤務医の9割以上、それ以外の勤務医の4割強が兼業・副業を行っている

◆ 病院常勤医師の兼業医療機関数 (令和元年8月)



ACOG 疲労が診療の質に与える影響を考慮

ACOG 2018



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH-CARE PARTNERS

ACOG COMMITTEE OPINION

Number 730 • February 2018

Replaces Committee Opinion No. 676 March 2012

Committee on Patient Safety and Quality Improvement

This Committee Opinion was developed by the American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Patient Safety and Quality Improvement in collaboration with committee member Laura C. Grigg, MD.

Fatigue and Patient Safety

推奨

- ・キャリアにおけるどのステージの臨床医でも自らを**過度の疲労や働きすぎの状態にならないよう**意識づけるべきである
- ・産婦人科部門の責任者は**診療と休息とのバランスをよく考えたシフト**を考慮した方がよい
- ・疲労が患者の安全に及ぼす潜在的な影響について考慮し、**疲労を回避するために業務負荷、労働時間などを調整**するよう心掛ける必要がある。

ACGME 産婦人科研修のガイドライン

ACGME July 1, 2020

臨床と教育に関する業務の上限

- ・4週間毎の評価で、勤務時間が**80時間/週を超えないように**する
 - 自施設におけるすべての臨床・教育的業務、自宅で従事する業務、兼業を含む
- ・この基準に対する遵守は、ACGMEによる厳しい監視下におかれ研修認定の見直しなどの措置がとられる。
- ・研修プログラムは、教育的な機会と共に休息や**個人のWell-being**が考慮されて構成されるべきである。
- ・**連続勤務時間は4時間まで**とする。

→診療密度が違うため、経験症例数などについては日本との違いを考えなければならない

本日の講演のまとめ

- 医師の働き方改革の本質は「患者さんのWell-being」でありそのために「医師のWell-being」を確保するサステナブルな仕組みと心構え（意識改革）が必要になる
- 一般, A, B, 連携B, C-1, C-2水準の6つに分類され、兼業については自己申告管理が必要。
- B, C水準の場合には追加的健康確保措置が義務化
 - －連続勤務時間 28時間（初期研修は24時間）
 - －勤務間インターバル 9時間
 - －代償休息
 - －面接指導（100時間/月を超える時間外労働の場合）
- 分娩取り扱いを伴う当直は基本的に宿日直にはなりません。（労働密度が極端に低い、つまり稀に分娩を取り扱う場合にはきちんと宿日直許可を得た当直として行うことが重要。）
- エビデンスに基づいた改革を進めて次世代にサステナブルな医療提供体制を残せるかどうかは一人一人の手にかかっていると思っています。

2024に向けて

<明日から我々が取り組むべきこと>

1. ルールに対応した勤務体制を今から始める

28時間以上の連続勤務をやめましょう。（アルバイトも自院も関係ありません。）
連続当直もやめましょう。あと3年は勤務体制の変化によって起こる問題を、
機能集約・分散・業務整理・タスクシフトなどで解決する時間に使ってください。

2. 一人一人が“働き方”と向き合うこと

労務管理の強化を図るために毎日時間外勤務について上司部下で確認を

3. 地域医療を守りながら改革していくこと

充足地域から不足地域への定期派遣事業や偏在の
一因となっている専門医制度の変更に向けた具体的計画



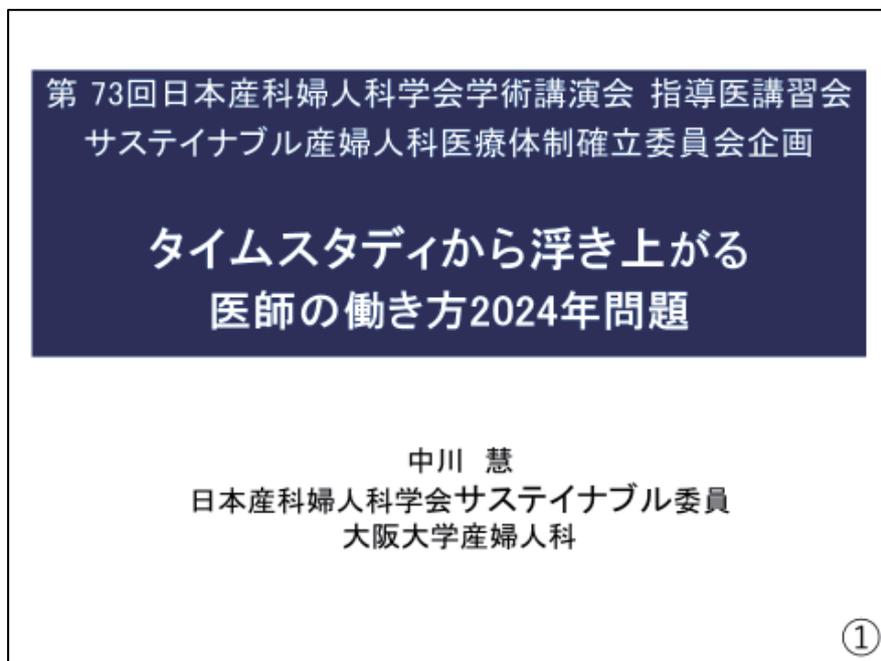
要点：今日から新たな制度にフィットさせ、その上で浮き彫りになった課題を解決する時間に当てていきたい。分娩は高度な専門的手技であり、頻度が稀な施設は限られている。きちんとした夜間勤務体制を構築することが産婦人科診療の未来を握っている。

第73回日本産科婦人科学会学術講演会
サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会企画（指導医講習会）
産婦人科における働き方改革

タイムスタディから浮き上がる医師の働き方2024年問題

中川 慧
大阪大学

第73回日本産科婦人科学会学術講演会に於いてサステイナブル産婦人科医療体制確立委員会企画として「タイムスタディから浮き上がる医師の働き方2024年問題」について問題提起を行った（スライド①）。



1. 医師の働き方改革の概要

医師の働き方は前提として、一般労働者と同等であるべきで、労働基準法第36条4項の限度時間と同じ時間数（月45時間・年360時間）であるとの原則のもとで議論が進められた。しかし、医師はその公益性などから、直ちに同水準までの規制は困難との判断で、まず2024年度に臨時的な必要がある場合としてのA水準：年間960時間を上限とし、月の時間外労働の上限が100時間となるような基準、B水準：年間1860時間を上限とする地域医療確保暫定特例水準として、5疾病・5事業に関する医療体制を確保するための特例の水準。2035年度末を終了年限とする、C水準：年間1860時間を上限とし、初期研修医、後期研修医等の研修に必要不可欠である場合や、高度特定技能の育成に関連する診療業務を行う場合等、の3つの水準が設けられた（スライド②）。

知っていますか？2024年度からの医師の働き方改革

通常予見される時間外労働は、一般労働者と同等

労働基準法第36条第4項の限度時間と同じ時間数(月45時間・年360時間)

A水準

960時間

臨時的な必要がある場合 脳・心臓疾患の労災認定基準における単月の時間外労働の水準(単月100時間未満)を考慮し、原則100時間未満。脳・心臓疾患の労災認定基準における時間外労働の水準(複数月平均80時間以下、休日労働込み)を考慮し、12か月分として年960時間、複数月平均の規制なし(1週間に60時間の労働を想定)

B水準

1860時間

地域医療確保暫定特例水準

「5疾病・5事業」：がん、脳卒中、心筋梗塞等の心血管疾患、糖尿病及び精神疾患の「5疾病」、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、**周産期医療**及び小児医療の「5事業」

2035年度末終了年限

C水準

1860時間

初期研修医及び後期研修医、様々な症例を経験することが医師(又は専門医)としての基礎的な技能や能力の修得に必要不可欠である場合…(C)-1
・先進的な手術方法など高度な技能を有する医師を育成することが公益上必要とされる分野において、指定された医療機関で、一定期間集中的に当該高度特定技能の育成に関連する診療業務を行う場合

厚生労働省HP：https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_04278.htmlより

2024年度からは少なくとも**B水準＝1860時間以内**に時間外労働を抑制する必要がある。最終的には960時間以内が目標。

②

つまり、2024年度4月から原則的に年間960時間を超える時間外労働は禁止となり、特例水準においても1860時間を超えての時間外労働は禁止となる(スライド③)。これを受けて、日本産科婦人科学会では、次のような調査を行った。

知っていますか？2024年度からの医師の働き方改革

・2024年度 4月から

原則960時間以上の時間外労働は禁止

・B水準(地域医療確保暫定特例水準)でも

上限1860時間

守れない場合は**法律違反**となる

【時間外労働の定義とは】

原則的に、他施設での労働も勤務時間に通算

宿日直許可がない場合は当直業務も時間外勤務時間に通算

1施設に何人必要?????

③

2.10 大学における働き方タイムスタディの結果

方法：一般的な任意の1週間の勤務状況について、実際に働いた時間内、時間外の院内の労働、院外の労働、自己研鑽、教育、研究等に分けて、それぞれについて上司等の指示「あり」、「なし」に分けてエクセルシートに記入してもらい、これを分析して年間換算した。

協力施設：北海道大学、新潟大学、横浜市立大学、滋賀医科大学、大阪大学、三重大学、鳥取大学、広島大学、長崎大学、宮崎大学（スライド④）

10大学タイムスタディ

方法：一般的な任意の1週間の勤務について、**実際に働いた**時間内の労働、時間外の労働、外勤、自己研鑽、教育などを、それぞれ上司等の指示「あり」「なし」に分けてエクセルシートに記入してもらい、これを年間換算した。

対象：下記の10大学に勤務する常勤、非常勤医の先生方

ご協力いただいた施設

北海道大学	三重大学
新潟大学	鳥取大学
横浜市立大学	広島大学
滋賀医科大学	長崎大学
大阪大学	宮崎大学

④

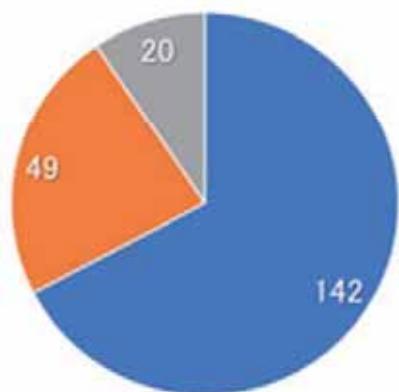
結果（A-Jと前述の大学の順番は不同：スライド⑤、⑥）

回答総数は211名で、回答者の平均年齢は36.9歳であった。勤務属性は下図の通りで、常勤が約2/3、専攻医が1/4で非常勤が約1割であった。

10大学タイムスタディ

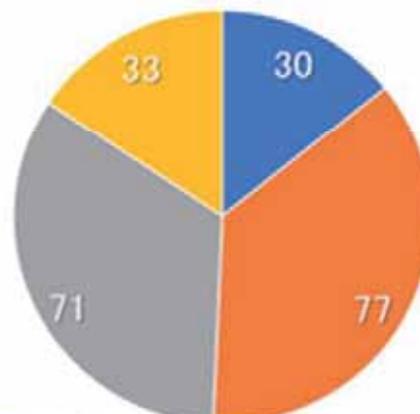
回答総数:211名 平均年齢:36.9歳

勤務属性



■ 常勤 ■ 専攻医 ■ 非常勤

クラス属性



■ 准教授・講師クラス ■ 助教クラス
■ 医員クラス ■ 大学院生 ⑤

10大学タイムスタディ

10大学の年間時間外労働(最大値/最小値/中央値)

オンコール・宅直を労働時間に含まないで算出した場合

大学名	時間外労働時間 OC・宅直含む			時間外労働時間 OC・宅直含まない		
	最大値	最小値	中央値	最大値	最小値	中央値
10大学	5527.1	0.0	1720.7	4745.0	0.0	1303.6
A大学	3910.7	52.1	1447.0	3910.7	52.1	1329.6
B大学	5527.1	0.0	2555.0	4745.0	0.0	2424.6
C大学	3076.4	651.8	1746.8	3076.4	651.8	1694.6
D大学	3597.9	0.0	990.7	3597.9	0.0	443.2
E大学	3650.0	26.1	1486.1	3650.0	26.1	1355.7
F大学	4458.2	756.1	1981.4	2424.6	0.0	1329.6
G大学	3806.4	0.0	1694.6	3623.9	0.0	1277.5
H大学	2893.9	391.1	1564.3	2893.9	391.1	1486.1
I大学	3832.5	26.1	1720.7	2346.4	26.1	1238.4
J大学	4327.9	182.5	2072.7	2685.4	130.4	925.5

赤字はB水準を超えている部分

⑥

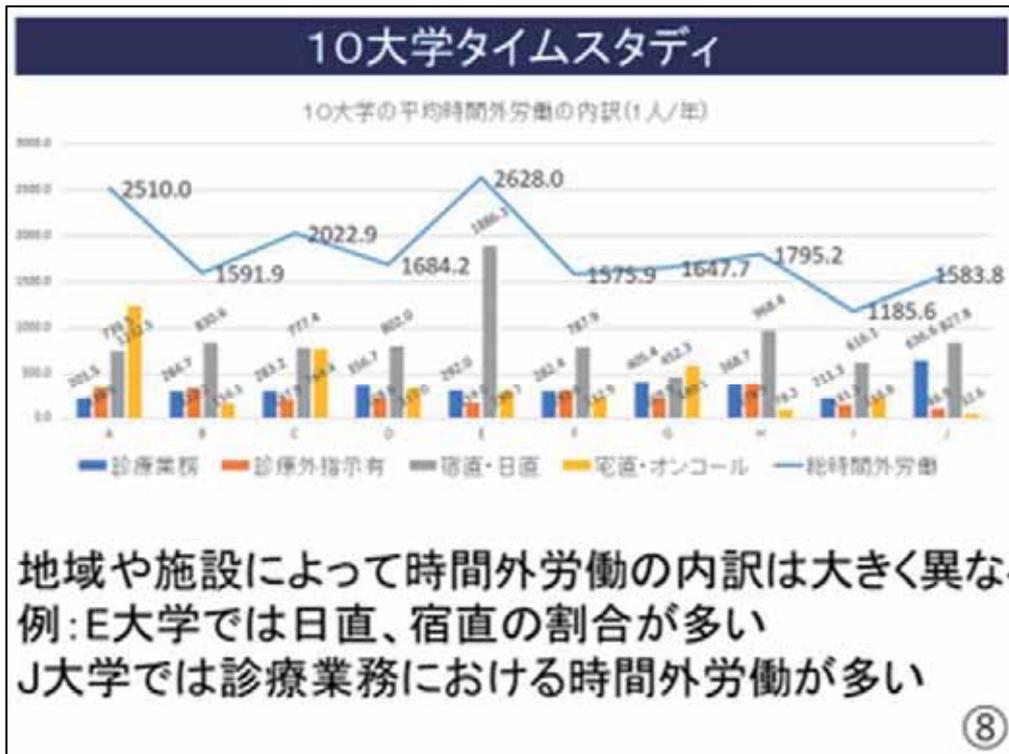
10大学における時間外労働はオンコール、宅直を含むと最大値5527時間、含まない場合でも最大値4745時間であり、中央値は1303時間であった。オンコール、宅直を全て労

働時間を含むと考えた場合、B、C水準に当たる時間外労働1860時間を超える医師の割合は45%にも上り、オンコール、宅直を労働時間を含めない場合でも全体の30%の医師が1860時間以上の時間外労働を行っている実態が明らかになった。少ない施設でも15%、多い施設においては60%が1860時間を超えており、これは、これまで行政における検討会で考えられていた数値よりもかなり高い水準であった（スライド⑦）。

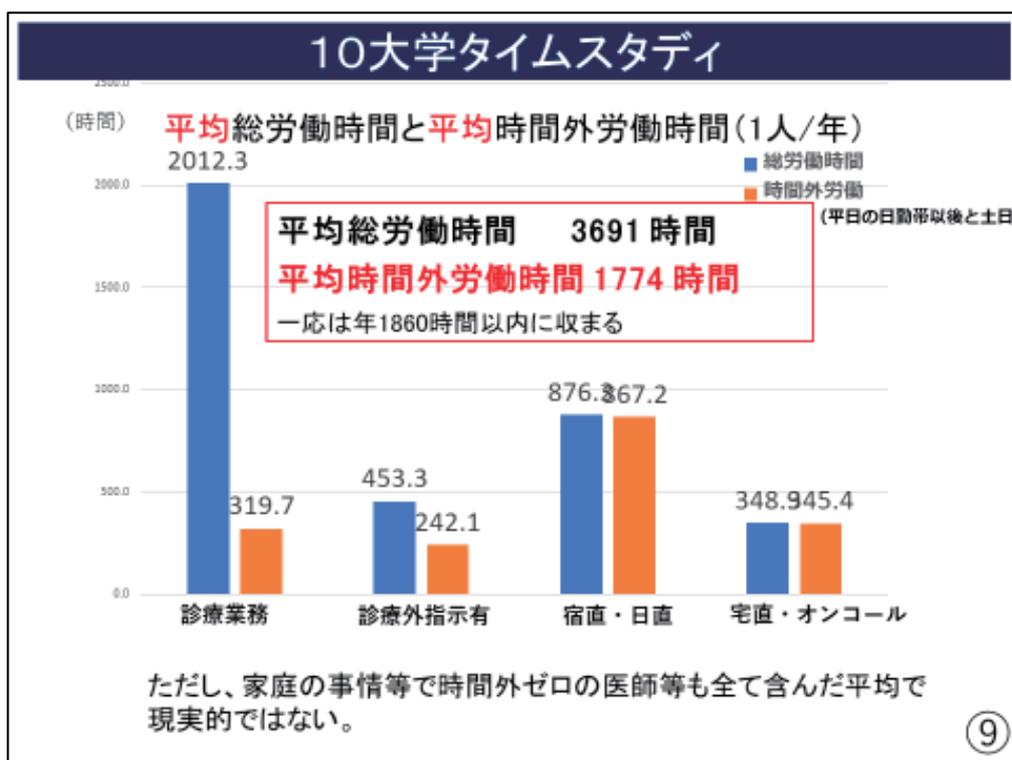
10大学タイムスタディ		
10大学の年間時間外労働		
オンコール・宅直を労働時間に含まないで算出した場合		
大学名	B水準以上の割合	
	OC・宅直含む	OC・宅直除外
10大学	45%	30%
A大学	36%	30%
B大学	75%	60%
C大学	50%	50%
D大学	26%	21%
E大学	33%	22%
F大学	64%	18%
G大学	48%	24%
H大学	33%	33%
I大学	40%	15%
J大学	36%	32%

OC・宅直を含まなくても**約30%の産婦人科医がB水準を上回る時間外労働を行なっている。** ⑦

どのような業務で時間外労働が発生しているのかを示したのがスライド⑧になる。産婦人科の業務の特性上、宿直、日直が大きな割合を閉めるのは全ての施設において共通しているが、その程度については施設によって大きく異なることが明らかになった。また、それ以外の診療業務や診療ではない業務、宅直・オンコールについては施設毎にその割合が大きく異なり、一例として、E大学では日直・宿直の占める割合が非常に高く、これだけで平均1860時間/年を超えているが、J大学においては、診療業務の割合が宿直・日直に近い636時間発生している。このように、施設や地域によって同じ時間外労働といっても性格が異なるため、一律の対応は難しいことが予想され、それぞれの施設、地域に応じた対策が必要になる。

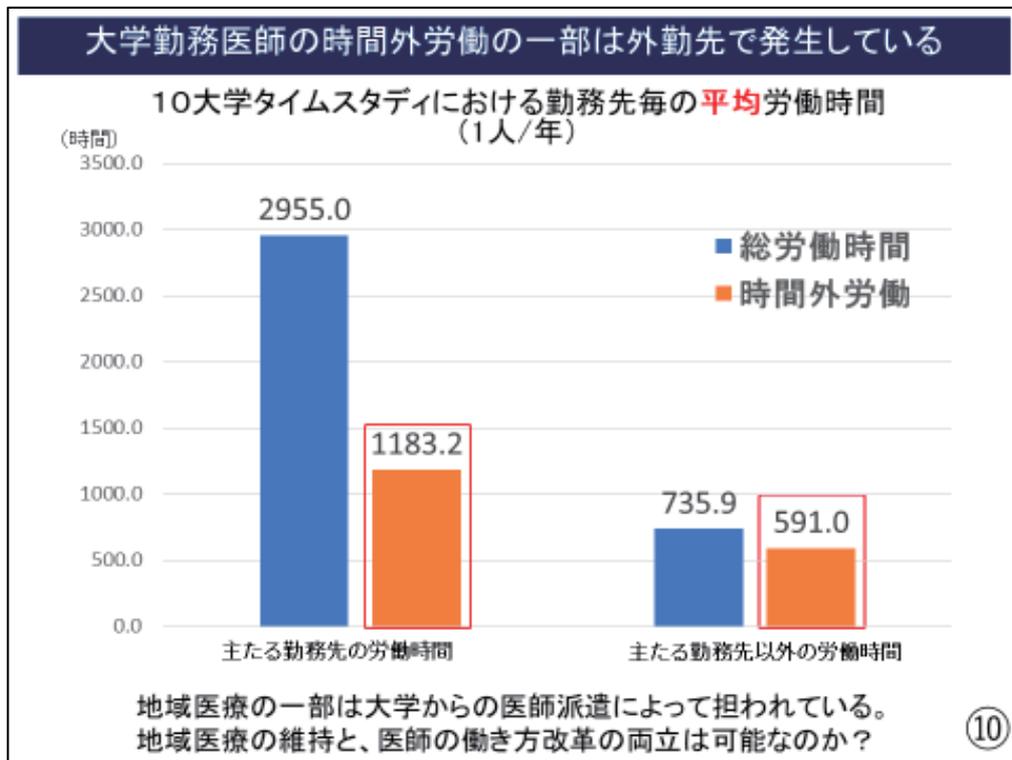


スライド⑧においては平均の総労働時間と時間外労働の内訳を示した。



全員の時間外労働を平均した場合には見かけ上1人あたり1774時間となり、1860時間以内に収まるように見える。一見、2024年度までに労働を平均化することで対応すること

が可能なようにも見えるが、この中には家庭の都合や子育てなどで、元々時間外労働がゼロの医師も含まれている。また、**スライド⑩**に示すように大学病院の業務として地域医療に対するマンパワーの派遣、応援、いわゆる外勤も含まれており、大学内以外の場所で発生している時間外労働が1人当たり600時間程度発生していることから、実際のところ一律に分担するのは非現実的と考えられる。



また**スライド⑨**において、診療外の指示ありの業務が年間450時間程度発生しているが、この内訳を**スライド⑩**に示した。この中には研究や教育など、大学病院特有とも言える業務が含まれていることがわかる。また、診療外業務においては、「指示なし」の研究や研鑽など、つまり労働時間には含まれないものの、時間的拘束を伴う状態が年間350時間程度生じていることも明らかになった。

労働時間に含まれない「指示なし」の業務も存在する

診療外業務の内容(211名の平均)

診療外業務 「指示あり」	一人あたりの業務 時間(1日)	一人あたりの業務 時間(1か月/30日)	一人あたりの業務 時間(1年/365日)	指示あり =労働時間
研究	0.6	17.2	209.6	
教育	0.2	5.2	63.6	
研鑽	0.2	6.9	83.8	
その他	0.4	11.5	139.9	
合計	1.4	40.8	496.8	
診療外業務 「指示なし」	一人あたりの業務 時間(1日)	一人あたりの業務 時間(1か月/30日)	一人あたりの業務 時間(1年/365日)	指示なし =非労働時間
研究	0.4	10.6	128.8	
教育	0.0	0.9	10.6	
研鑽	0.5	14.1	171.3	
その他	0.1	3.8	46.2	
合計	1.0	29.3	356.8	

11

また、今回の報告では詳細なデータは公開していないが、スライド⑫にまとめたように、本来研究に時間を費やすべき大学院生が診療業務に多くの時間を費やさなければならない実態も明らかになった。

10大学タイムスタディのまとめ

- ・約**30%**の大学勤務医師が、B水準(年間1860時間)を超過。
- ・教育、研究などの**労働に含まれない業務**も多く存在している。
- ・大学や地方により、時間外労働の内容には差があり、一律の対応は困難が予想される。
- ・本来研究業務が中心であるべき大学院生が多くの時間を診療に費やさなければならない状況にある(データ非提示)
- ・全ての医師の時間外労働をならせばB水準にギリギリ収まるが、実際には家庭の事情で時間外労働ができない医師や都市部と地方部の医師偏在の問題があり平均化することは困難が予想される。

⇒教育・研究など大学病院に限られた問題なのか？

12

これらの結果を受けて、こうした問題は大学病院に限られたものなのかどうかを検討するために、新潟大学とその関連病院の協力を得て、市中病院のタイムスタディを行った。

3. 新潟県における市中病院のタイムスタディの結果

方法：一般的な任意の1週間の勤務について実際に働いた時間内、時間外の院内の労働、院外の労働、自己研鑽、教育、研究等に分けて、それぞれについて上司等の指示「あり」、「なし」に分けてエクセルシートに記入してもらい、これを分析して年間換算した。

協力施設：新潟大学（基幹施設）

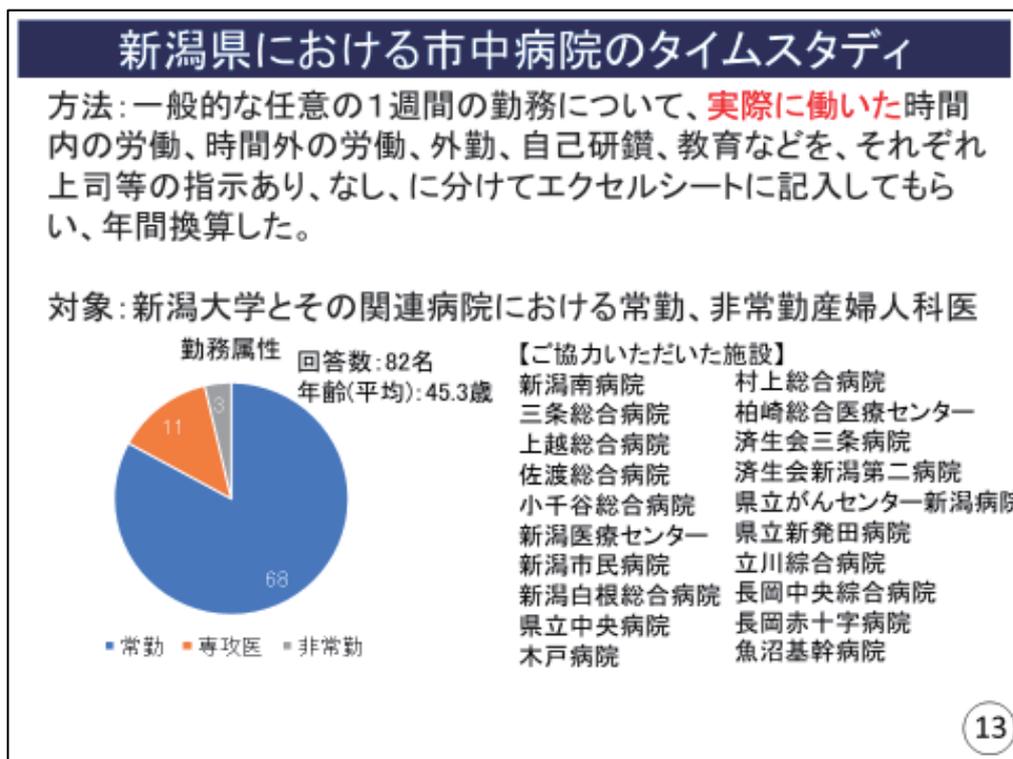
新潟南病院、三条総合病院、上越総合病院、佐渡総合病院、小千谷総合病院、

新潟医療センター、新潟市民病院、新潟白根総合病院、新潟県立中央病院

木戸病院、村上総合病院、柏崎総合医療センター、済生会三条病院、済生会新潟第二病院

県立がんセンター新潟病院、県立新発田病院、立川総合病院、長岡中央総合病院

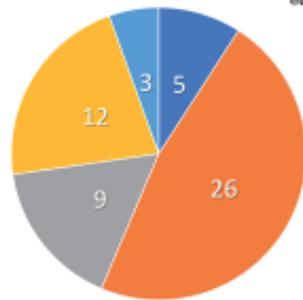
長岡赤十字病院、魚沼基幹病院（スライド⑬、⑭）



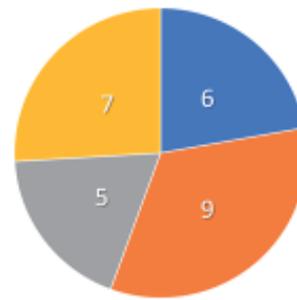
新潟県における市中病院のタイムスタディ

新潟大学医局員 33名(回答者27名)
 新潟大学関連病院 84名(回答受諾者72名/回答者55名)
 回収率 **78%**(新潟大学81.8%, 関連病院76.4%)

関連病院クラス属性



大学病院クラス属性



14

結果：新潟大学所属の医師27名(81.8%)、関連病院所属の医師55名(76.4%)から回答を得た。A水準である年間960時間以上、B水準である1860時間以上の時間外労働を行っている医師はそれぞれ新潟大学で20人(74%)、13人(48%)であり、関連病院で27人(49%)、16人(29%)であった(スライド⑮)。

新潟県における市中病院のタイムスタディ

年間時間外労働960時間以上/1860時間以上の割合

施設名	960時間以上	1860時間以上	960時間以上	1860時間以上
新潟大学 (27人)	20人	13人	74%	48%
関連病院 (55人)	27人	16人	49%	29%

15

大学勤務医師の方が、時間外労働が多い傾向が伺われた。

大学病院、市中病院それぞれの時間外の内訳については、大学勤務の医師がおおよそ院内と院外で半分ずつなのに対して、市中病院ではほぼ全ての時間外労働が勤務する院内で発生しており、その性格が大きく違っていることが明らかになった。これは、大学病院の医師派遣により地域医療が支えられているという側面と共に、一般に言われている大学で働く医師が院外である程度働かないと収入面で市中病院と格差が生じるという背景があることが考えられる。(スライド⑩)

新潟県における市中病院のタイムスタディ			
新潟大学勤務医師の時間外労働			
労働時間 (時間外)	大学の時間外	院外の時間外	合計の時間外
診療業務	293.5	27.0	320.6
診療外指示有	148.7	2.9	151.6
宿直・日直	423.9	481.8	905.7
宅直	0.0	350.5	350.5
合計時間	866.2	862.3	1728.4
市中病院勤務医師の時間外労働			
労働時間 (時間外)	院内の時間外	院外の時間外	合計の時間外
診療業務	306.2	0.0	306.2
診療外指示有	45.0	0.0	45.0
宿直・日直	325.7	8.5	334.2
宅直	523.8	12.3	536.1
合計時間	1200.7	20.9	1221.6
<p>大学病院の医師は院外と院内の時間外労働がほぼ同程度 市中病院の医師の時間外労働は、ほぼ院内で発生</p>			⑩

分娩施設労働時間試算 (2019年)

2019年の拡大サステイナブル医療体制確立委員会で報告した、分娩施設側から見た、時間外労働を埋めるために1施設あたり何人の医師が必要かを試算した報告(スライド⑪-⑬)では、1施設あたり6600時間の日当直の時間=誰かが埋めなければならない時間外労働が発生している事になる。当時はタイムスタディがなく、実際の医師の労働時間に基づかない仮定での試算であったが、新潟大学の応援を考慮した場合、A水準では9施設、全例B水準の施設の認定を受けたとしても、16施設しか維持できないことになり、現在19施設ある分娩取扱施設を、2024年度には16施設に、2035年までには9施設に減らさなければいけないという試算となった。今回、タイムスタディを実際に行ったことで、より実情に近い、試算が可能になったため、再度試算を行った。

分娩施設労働時間試算

雇用する医療機関側の視点より試算

平日で発生する当直 240日×15時間＝のべ3600時間

休日で発生する日当直 125日×24時間＝のべ3000時間

計**6600**時間/年の時間外労働

$$\text{A水準 } 6600 \div (960 - 240) = 9.16 = \mathbf{10} \text{人}$$

医師一人当たり日当直に回せる時間数

交代制勤務を導入し、土日の日直を通常の平日の代わりに行うケース

$$(6600 - 8 \times 125) \div (960 - 240) = 7.77 = \mathbf{8} \text{人}$$

土日の日直を時間外労働から差し引く

医師一人当たり日当直に回せる時間数

$$\text{B水準 } 6600 \div (1860 - 240) = 4.1 = \mathbf{5} \text{人}$$

当直の翌日は28時間連続勤務までしかできないので、午前中で帰宅
オンコールで深夜に呼ばれた場合は、9時間インターバルにより翌日の勤務がで
きない。

宿日直許可がない施設において、B水準であれば少なくとも2024年からはフル
タイムで働ける**医師5人**相当、2035年からは10人前後の産婦人科医師が
必要になる。

◇現状産婦人科医師における時間外労働はどのような状況にあるのか？ 17

分娩施設労働時間試算(2019試算時)

新潟県における分娩取り扱い病院

新潟大学 基幹施設 当直可能医師 22名
当直不可能医師 7名

分娩取り扱い病院(開業医除く) 19施設
当直可能医師 65名
当直不可能医師 11名

大学からの応援可能 平日日直28回/月
平日宿直38回/月 (12時間在院で計算)
休日日宿直22回/月 (24時間在院で計算)

$$6600 \times \blacksquare \text{ (施設数)} = \frac{65 \times 720}{\text{A水準}} + \frac{38 \times 12 \times 12}{\text{平日当直応援}} + \frac{24 \times 22 \times 12}{\text{休日当直応援}}$$

$$\blacksquare = \mathbf{9.7}$$

$$6600 \times \blacksquare \text{ (施設数)} = \frac{65 \times 1620}{\text{B水準}} + \frac{38 \times 12 \times 12}{\text{平日当直応援}} + \frac{24 \times 22 \times 12}{\text{休日当直応援}}$$

$$\blacksquare = \mathbf{16.8}$$

18

分娩施設労働時間試算(2019試算時)

新潟県における分娩取り扱い病院

新潟大学 基幹施設

分娩取り扱い病院(開業医除く) **19施設→16施設へ**
(2025年までに)
9施設へ
(2035年までに)



あくまで、現状の何も対策が行われなかったと仮定した場合の数字であり、今後議論が必要

<https://www.google.com/maps/place/新潟県>

19

タイムスタディに基づく分娩施設労働時間試算

タイムスタディに基づく、現在B水準を超えている医師の、1860時間を超えている部分のべ時間は、大学勤務医師で10417時間、市中病院の医師で11146時間となった。これを回答人数で割り戻すと、新潟大学で発生している時間外労働は10417時間×(33/27)でのべ12732時間、市中病院で発生している時間外労働は11146×(84/55)でのべ17023時間となる。働き方改革の目的に照らして、現在B水準を超えていない医師は現在以上には働かない

と仮定すると、この新潟大学と市中病院で発生している時間外労働のべ29755時間を市中病院で吸収する必要があるため、(スライド⑳、㉑)

医師の増員で対応しようとした場合には、フルで時間外労働が可能なA水準の施設の医師11人、もしくはB水準の施設の医師8名を直ちに増やす必要がある事になる。つまり数字の上では10名前後の医師の純増が必要になる。しかし実際は、各施設で均等に時間外労働が発生している訳ではなく、日によっても大きく状況は異なるため、その倍の20名程度は必要になるのではないかと予想される。20名の医師を追加で雇用するための費用も莫大なものとなることが想像され、医師の増員のみで対応することは不可能に近い。一方、スライド⑰の試算のように1施設あたり時間外労働が6600時間生じていると考えると、29755時間/6600となり、4-5施設を削減する必要が生じる。いずれにしても地域の医療体制や妊産婦、患者の生活に与える影響が大変大きいことが予測される。

タイムスタディに基づく分娩施設労働時間試算

①B水準を超える医師の労働時間数(1860時間を超える医師の合計)

大学勤務の医師:合計10417時間

市中病院の医師:合計11146時間

(前提:1860時間を超えていない医師は現状以上には働かない

:大学勤務医師の時間外労働超過分を市中病院で働いたものと仮定)

②回答率に対して、労働医師数の割り戻し

大学:回答総数27名に対して、大学勤務医師33名のため、同様の働き方をしている前提として、 $10417 * (33/27) = 12732$ 時間

市中病院:同様に $11146 * (84/55) = 17023$ 時間

合計:29755時間の市中病院の時間外勤務を削減する必要がある。

20

タイムスタディに基づく分娩施設労働時間試算

③医師1名あたりの労働:平日240日 * 8時間 = 1920時間

+時間外労働が可能

医師1名あたり最大で A水準:2880時間

B水準:3780時間 をカバーできる。

$29755 \div 2880 = 10.3$ ⇨ A水準の施設の医師 11人分

$29755 \div 3780 = 7.87$ ⇨ B水準の施設の医師 8人分

現状の労働が全て必要不可欠ならば2年後までに新潟県内でフルタイム勤務が可能な産婦人科医師を現在より**10名**前後増やす必要がある

1施設あたり時間外労働を埋める必要性が、1施設6600時間発生していると考えると、2年後までに施設数を県内で**5施設**前後減らす必要がある。

21

まとめと今後の課題（スライド⑳、㉓）

医師の働き方改革の本格的な運用が2024年度から始まる。医師はその公益性から働き方改革によって患者、地域医療体制に与える影響が大きいと考えられ、特に産婦人科、周産期医療については行政の問題とも直結する。一方で、医師の働き方改革は医療安全=patient safetyの問題でもあり、患者により安全な医療を提供するためにも進めていかなければならないと考えられる。これは、医師や一診療科などの小さなユニットだけで解決できるような問題ではなく、個人レベル、診療科レベル、病院レベル、自治体レベル、国レベルでのそれぞれの対応が必要になる。個人や診療科単位では、2年後に向けた業務の見直し、主治医制の撤廃など業務の効率化や交代制勤務のしやすい環境づくりが必要になる。病院レベルでは、タスクシフトや、事務補佐の導入、時間休やフレックスタイムなどの働きやすい、休みやすい労働環境の設定などが課題として考えられる。自治体、国単位では施設集約化の議論や国民への意識啓発が重要であると考えられる。「家の近くでお産ができること=安全」ではないということをはか国民に理解してもらえるかは大きな課題であろう。働き方改革において、宿日直許可をとれば宿直が時間外労働にカウントされないため、見かけ上の労働時間を減らすことは可能になるかもしれない。2024年度に事前の準備が不十分であった施設において緊急避難的にそういった対応が必要になることは十分予測できる。しかし、産婦人科全体として、見かけ上の労働時間を減らすだけで、今後新たに医師、産婦人科を志す若い先生方に胸を張って働き方改革を推進していると言えるだろうか。見かけ上の労働時間を減らすだけでは、若い次世代の医師に魅力的に映らず、結果として進路選択の際に選択する人が減り、余計に産婦人科の環境を悪くするのではないだろうか。この問題には勤務医師の収入や、地域医療体制の維持の問題など大変多くの要素が絡む事になり、複雑な問題である。しかし、見かけの労働時間を減らす姑息的な方法に終わることなく、産婦人科版S D Gs(Sustainable development goals)を達成するために個人、施設、国レベルで引き続き議論を続けていくことが重要と考える。

今後の課題

医師の働き方改革の問題＝医療安全上の問題であり、国民の利益のためにも前向きに進めていく必要がある。

【個人や診療科レベルで検討すべき課題】

- ・まずは2年後どのような体制が必要かの検討
- ・時間外業務の削減に向けた業務の見直し
- ・主治医制の撤廃などの業務の効率化、交代制勤務のしやすい環境作り

【病院レベルで取り組むべき課題】

- ・タスクシフトの促進
- ・時間休やフレックスタイムなどの働きやすい労働環境の設定

【都道府県・国単位での対策】

- ・施設集約化の議論
- ・国民への意識啓発（家の近くでお産ができる＝安全ではない）

22

まとめ

・2024年度から医師の働き方改革の本格的運用が始まる
時間外労働の規制におけるA水準（年間960時間）もしくはB水準（年間1860時間）を見据えた**施設ごとの準備**が重要である。

・時間外労働の問題は単純に平均化が可能ではなく、現在時間外勤務が数の上でゼロのようなケースではそもそも子育て等で時間外勤務が難しいなどの背景があり施設を超えて**地域全体の問題**として捉えていく必要がある。

・大学毎や地方により、時間外労働の内容には差があり、一律の対応は困難が予想されるため、それぞれの個人、施設、地域に応じた対策が必要である。

・施設集約や地域医療計画など、産婦人科医の自助努力では動かし難い部分も多く存在し、**行政と連携**しながら解決策を探すことも重要である。

23

おわりに

本発表を行うにあたりまして調査にご協力いただきました

10大学および新潟県の病院で勤務される産婦人科の先生方に御礼申し上げます。

座長まとめ

加藤 育民

旭川医科大学 産婦人科学講座

今回の働き方改革関連法案における医師の働き方に関して、頻繁に意見交換をしているような方々を除き、多くの医療機関で働いている方々においては、「何をすればよいのか」、「なぜ変えなくてはならないのか」といったような理解できていない方も多いのではないのでしょうか。働き方改革関連法案は、2016年から検討が始まりました。（表1）

表1. 医師の働き方改革に関する経過

2016年9月	政府 「働き方改革」 議論開始
2017年8月	厚労省「医師の働き方改革に関する検討会」 開始
2018年6月	「働き方改革関連法案」 成立
2019年3月	「医師の働き方改革に関する検討会」；上限1860時間
2019年7月	厚労省「医師の働き方改革の推進に関する検討会」 開始
2021年3月～	通常国会医療法改正案審議
現時点	
2024年4月	医師の働き方改革に関する関連法案内容が動き出す

医師の働き方に関しては、医師の健康や医師の生活の安寧を通して、患者の安全の向上と地域医療を守るために、現体制を見直すことが必要になっています。（スライド1）

スライド1. 働き方改革関連法案順守に向けて

現状のままでは、産婦人科医療は、
大学も市中病院も本法律順守が
難しい状況が明らかです。



働き方改革関連法案の医師の働き方に対する実施にむけて、
法を守り、
医師の健康や医師の生活の安寧のため
患者の安全の向上
地域医療を守るために体制をリフォームする

日本産科婦人科学会ならびに日本産婦人科医会では、過去に様々な声明、宣言、提言、要望などを発出してきました。(スライド2)そして遂に、2024年の働き方関連法案を順守するための時間が、3年を切ってしまいました。本当に、全国の産婦人科の先生一人一人が、自分事として考えていただかなければならない状況になってしまいました。

スライド2. 日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会の活動

2017年8月13日 声明

日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会は分娩取り扱い病院における
産婦人科勤務医の一層の勤務環境改善を求めます。

2018年9月1日「産婦人科医の働き方改革」宣言と提言

・医師という職業は、他者のために尽くす、という意味で「聖職」であると考えます。私たち産婦人科医は、急速に進行する少子高齢化社会にあって、女性と、生まれてくる子どもたちの健康を守り、次世代を育成するという自らの果たすべき役割を決して放棄しないという決意を共有しています。
・職業としての医師には様々な働き方があります。その中で病院に勤務する医師には労働者としての側面があります。個々の医師は、患者さんが必要とすれば法令の制限を超えて働くことをためらうことはありません。しかし、病院経営者・管理者は、雇用している医師に対してそのような勤務の常態化を強いるべきではないと考えられます。
・多くの医師は長時間勤務を余儀なくされていますが、その中でも時間外勤務が最も多い診療科が産婦人科であることが多くの調査で明確になっています。産婦人科医の働き方改革の実現なくして医師の働き方改革がなしとげられないことは明らかです。
・産婦人科医は、現行の医療体制の中で患者さんの必要に応えるために、長時間勤務を行ってきました。医師の長時間勤務の是正をめざす「医師の働き方改革」を産婦人科領域で実現し、勤務時間を削減するためには、医療体制自体の変革すなわち「医療改革」が必要不可欠であると考えられます。

【提言】

- ・私たち産婦人科医は、自らの働き方改革を、医療改革を通じて実現していくことを宣言し、そのための具体的提言を行います。
- ・地域の公的な分娩取り扱い病院の大規模化・重点化の推進と産科診療所等との連携の強化
- ・年間500名以上の新規産婦人科専攻医の実現
- ・産科診療における高水準のチーム医療の推進
- ・産婦人科女性医師の継続的就労支援
- ・上記諸施策を妊産婦の負担増なく実現するための出産育児一時金の引き上げ

2019年1月18日 厚生労働大臣宛て 意見と要望

「医師の働き方改革に関する検討会」への意見と要望

「時間外労働の上限設定においては、いわゆる過労死ラインを大きく超えないことを要望します」

これらを踏まえ、第73回日本産科婦人科学会学術集会（新潟）において、サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会企画・指導医講習会を開催し、演者の先生方のご講演、そして、多くの先生方のご参加により「新潟宣言」を発出することができました。

「新潟宣言」

1. 働き方改革関連に関して
われわれは、医師の働き方に関する法令を遵守して最善の医療を提供します
2. 意識改革に関して
われわれは、“自身の働き方”と向き合います
3. 組織構築に関して
われわれは、施設集約や地域医療計画などに積極的に関与していきます
4. 地域医療に関して
われわれは、地域に即した対応を考えて地域医療を守ります
5. 準備に関して
われわれは、2024年4月に向けて住民、行政とともに準備を進めます

「新潟宣言」は確実に実行しなければなりません。委員会では、その方策として「対応例」を提示しました。(スライド3) 国民の理解を得ながら出来るだけ早期に、地域、施設、医師毎のロードマップを作成していかなければならないと考えます。

スライド3. 新潟宣言を実行に移すための「対策例」

医師個人毎における検討

- ▼現時点における個々人の働きを確認する

大学の業務量軽減として

- ▼AI・Webを利用した会議等の短縮・効率化
- ▼大学教育負担軽減（教育担当者の確保）
- ▼大学の試験監督等を他の事務職に委譲

市中病院で検討が必要なこと

- ▼医療機関のマネジメント改革（管理者・医師の意識改革、タスク・シフティング、タスク・シェアリングなど）
- ▼ICT等を活用した業務効率化
- ▼上手な医療のかかり方の周知

医師個人毎における検討

- ▼現時点における個々人の働きを確認する

大学の業務量軽減として

- ▼AI・Webを利用した会議等の短縮・効率化
- ▼大学教育負担軽減（教育担当者の確保）
- ▼大学の試験監督等を他の事務職に委譲

市中病院で検討が必要なこと

- ▼医療機関のマネジメント改革（管理者・医師の意識改革、タスク・シフティング、タスク・シェアリングなど）
- ▼ICT等を活用した業務効率化
- ▼上手な医療のかかり方の周知
- ▼医師数の増加（産婦人科医師の増加）など

私は、今回の働き方改革への対応を、「ロードマップ」との言葉から、道路交通法を想像しました。60 km/h以下の法定速度のもと、医師は現行では規制外(別の規制有)ですが、2024年以降は80 km/h以下、そして、2036年以降は60 km/h以下で運転しなければなりません。今回の先生方のご講演を伺い、現状において、約三割前後の産婦人科医師が80 km/h以上で運転していることが判明しました。100 km/h以上(中には、スポーツカー)で運転している方もいるようです。2024年4月からは、全ての医師が、80 km/h以下(60 km/h以下が望まれる)運転を行い、歩行者(患者)の安全と運転手(医師)の安全を担保しなければならないのです。そのためにも、運転手が自身のアクセルコントロール(意識改革)を見直すだけでなく、歩行者の意識、車、道、標識、雪道や坂道など道路状況、地域性などを総合して見直し、積極的に対策を打たなければ法律を遵守できない状況と思うのですが如何でしょうか。

今までは、「どうなるのか」を主体に議論してきたように思われます。今後は、「どうすべきか」です。立場、世代、性別、職種によっても、働き方の意見は違うかもしれませんが、知恵を出しあい、これまで常識と思っていた状況を別の角度から眺めてみるのも必要と考えます。そして、提示した「対応例」の中より一つずつ実行に移していただくことを希望します。

働き方に関しては、今後も継続して学会・医会と共に検討して参ります。本委員会では、随時、働き方に関する共有活動を募集しております。是非とも、情報提供をいただければ幸いです。

あとがき

新潟大学医歯学総合病院 総合周産期母子医療センター

西島 浩二

本報告書は2021年4月25日に開催された第73回日本産科婦人科学会総会学術講演会のサステイナブル産婦人科医療体制確立委員会企画（指導医講習会）の講演をまとめたものです。2019年6月に発足したサステイナブル委員会の2年間の活動内容を盛り込みながら、間近に迫った「医師の働き方改革」への各地域の対応を促すものとなっています。働き方改革は、私たちの目の前に現れた黒船です。コロナ禍という災害級の惨事に見舞われている私たちに、なお容赦なく改革を迫ってきます。対応を見誤れば、ギリギリの所で耐えている地方の周産期医療は大打撃を受けるでしょう。とは言え、中途半端な改革は、未来に禍根を残すに違いありません。

私たちが守るべきは、未来の周産期医療です。そのために持続可能な産婦人科医療体制、周産期医療体制の確立が求められています。「医師の働き方改革」が「医師のための改革」であることは当然ですが、この改革により医療の安全性を向上させ、医療を受ける患者側にも還元するという基本理念を今一度確認したいと思います。矢面に立っている責任者たちは、様々な所で生み出された対立構造に頭を悩ませていることと思います。全てを乗り越え、2024年4月を迎えるための解決策は地域によって異なります。現在の周産期医療を守らずして未来はないのです。本書の刊行が、各地域での準備を推し進める契機になることを願ってやみません。

謝辞

サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会の活動にご尽力いただきました、本委員会発足時の委員の先生方に改めて感謝いたします。

「サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会（2019.6-2021.6）構成委員（敬称略）」

委員 長：榎本 隆之

副委員 長：海野 信也

主務幹事・委員：関根 正幸

委員：石川 雅俊，木戸 道子，澤 倫太郎，鈴木 幸雄，中井 章人，
中川 慧，中村 紀友喜，西島 浩二，松本 陽子，吉野 修

北海道ブロック：馬詰 武，加藤 育民

東北ブロック：藤森 敬也，横山 良仁

関東ブロック：岩瀬 明

北陸ブロック：吉田 好雄

近畿ブロック：村上 節

東海ブロック：池田 智明，森重 健一郎

中国ブロック：京 哲，工藤 美樹

四国ブロック：杉山 隆，前田 長正

九州・沖縄ブロック：鮫島 浩，楢原 久司，三浦 清徳

**第73回日本産科婦人科学会学術講演会
サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会企画(指導医講習会)講演
「産婦人科における働き方改革」
報告書**

発行所 公益社団法人 日本産科婦人科学会
サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会
〒104-0031

東京都中央区京橋 3丁目6番18号 東京建物京橋ビル4階
TEL : 03-5524-6900

印刷所 学術社