

## 2024 年度医師の働き方改革に向けた Q&A 集

### 目次

序文① 日本産科婦人科学会 理事長 木村正

序文② サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会委員長 増山 寿

序文③ 産婦人科未来委員会委員長 吉田 好雄

序文④ 2024 年度医師の働き方改革に向けた Q&A の作成に当たって

(日本産科婦人科学会未来・サステイナブル合同ワーキンググループ同)

### 第 1 部 2024 年度医師の働き方改革に関する Q&A

Q1 2024 年度より開始される医師の働き方改革の対象と具体的内容は？

Q2 長時間労働による医師の健康への被害、患者安全への影響は？

Q3 A 水準,B 水準,連携 B 水準,C-1, C-2 水準とは？

Q4 追加的健康確保措置とは？

Q5 サブスペシャルティの取得は従来通り可能か？ C2 水準に含まれる技能の種類は？

Q6 外勤は時間外労働に通算されるのか？ 宿日直と夜勤の違いは？

Q7 自己研鑽と時間外労働の線引きは？

Q8 産婦人科の男女共同参画の現状、利用できる制度、展望は？

Q9 研究生・大学院生の働き方は？

### 第 2 部 働き方改革に関する Web アンケート報告書

## 序文

日本産科婦人科学会 理事長 木村 正

医師の働き方改革に関して産婦人科は大変特殊な立ち位置にあると思います。私が現場で分娩を扱っていた昭和の時代の夜の「お産」は、ほとんどを助産師が管理して、子宮口全開大ぐらいで分娩室から呼ばれようものなら「何かあったのか？」と、ひやひやし、普通は排臨ぐらいで呼ばれて寝ぼけ眼で処置をしてまた寝る、というようなものでした。出産する妊婦のほとんどが20代、35歳を超えると高はんこを押すような時代はそれで十分でした。しかし、今の「分娩」においては、日夜同じレベルでCTGを意識して胎児の状態を管理し、無痛分娩の管理、あるいは合併症の管理などを厳重に行うことが求められます。まさに夜勤の状況で分娩を見守ることが施設によっては常態化しています。それなら分娩室はICU（集中治療室）と割り切って交代制勤務を敷けばよいのですが、病院執行部や地方自治体には昭和の「お産」のイメージが強く残り、「助産院でもできることをなぜ医師がやるのだ」と公言する人もいて、理解が進みません。夜勤体制を取っているICUや救命センターには、「医師個人の名前のついた外来」と、「術者として入る予定手術」はありません。婦人科癌のような長時間手術もありません。

働き方改革法の医師への適応が取りざたされたときに、直感的に産婦人科だけが問題になる、と考え、これまでの医療体制改革委員会を発展強化する意味でサステイナブル産婦人科医療体制確立委員会を組織させていただきました。この委員会では医療改革委員会で議論されたさまざまな改革案を具体化させるべく取り組みを進めていただいております。今回は、産婦人科未来委員会と合同で、行政からの働き方改革の通達をわかりやすく解説する小冊子を作成する運びとなりました。行政文章は一目見ただけではわかりにくく、ぜひご一読いただき理解の一助としていただけましたらと存じます。

働き方改革を行う根幹の理由は安全な医療体制づくり、と思っています。集中治療室（ICU）たる分娩室の運営を「個人名の冠がついた外来」と、「術者として行う予定手術」を担当する医師が安全な体制・十分な気力、集中力の下で行う、ということは1分娩室当たり相当数の人員が必要で、サステイナブルな医療体制のためには相応な体制の変化を行わねば働き方改革は成立しないものと思います。今回の、診療所だけではなく病院組織においても宿日直許可を取るような方策は、ソフトランディングのためには必要であったかもしれませんが、これで時間を稼いで未来に向けてより合理的に安全を目指す方向に向かわなければならないと思います。

これからのサステイナブル産婦人科医療体制確立委員会には、産婦人科未来委員会と共同して若い世代の声を取り入れ、ソフトランディングを図りながらも未来を見据えた体制を考え、提案してくださることを期待いたします。

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委員長  
増山 寿

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の委員長を拝命しております増山です。本委員会は、2019年に木村正理事長の下、わが国の産婦人科医療提供体制および産婦人科医師育成体制が安定し持続的に発展するために必要な提言を行ってきた医療改革委員会や男女共同参画・ワークライフバランス改善委員会の活動を引き継ぎつつ、国が急速に取り組み始めた「医師の働き方改革、地域医療構想、診療科・地域の医師偏在対策」に対して産婦人科としてどのように対応し、産婦人科医療体制の持続性を確立していくかを検討するために開設された委員会です。

目前に迫った2024年の医師の時間外労働上限規制などのいわゆる医師の働き方改革に対応すべく、この2年間、厚生労働省での検討会の情報収集、各地域での好事例の収集と情報共有、宿日直許可・C-2水準などの厚生労働省との協議などを中心に活動してきました。そして地域医療構想の協議や診療科・地域の医師偏在対策が遅々として進まない中で、まずは2024年を乗り切るために幅広く宿日直許可を出す方向性が打ち出され、運用で逃れようとする動きが明確になりました。本質的な改革なしで乗り切ろうとする動きは、若い世代にどのように映っているのでしょうか？

本企画では、まず相手を知ることが大切と考え、「2024年度医師の働き方改革に関するQ&A」を作成し、私たちが直面する様々な新たな制度について分かり易く解説しています。次に、働き方改革に関するWebアンケート報告書では、2022年6-7月に行われた働き方改革に向けた指導医と若手医師の意識調査のとりまとめが報告されており、非常に興味深い結果が示されています。

現在、医師の働き方改革や現在の医療体制、状況を考慮したグランドデザインに変わる新たな指針を作成すべく検討を行っています。そこには、若手、中堅から指導層まで広く参加いただいております。この先10年の我々の歩むべき方向性、道標を描きたいと考えています。我々産婦人科医が、「女性の健康を生涯にわたりサポートしていく」というミッションを決して忘れることなく、若手が納得するような未来図を作って働き方改革をすすめていくことが、国民から尊敬され信頼を得ることができる次世代の産婦人科医療の構築につながると確信しております。

最後になりましたが、本冊子作成に際してご尽力いただきました木村正理事長、吉田好雄産婦人科未来委員会委員長を始めサステイナブルおよび未来・若手委員会の先生方、アンケートにお答えいただきました会員の先生方に感謝し、結びの言葉とさせていただきます。

## 「働き方改革のモヤモヤもやもや感」

産婦人科未来委員会委員長 福井大学 吉田 好雄

日本産科婦人科学会未来委員会委員長、福井大学の吉田好雄です。未来委員会は基本的には卒後10年目までの若手委員会とシニアクラスの未来委員に分類されています。未来委員の従来の役割は、若手委員会の「見守り隊」です。一つだけ、私の委員長時代に「未来委員会」の「未来委員（今回のメンバーの大部分が若手委員経験者）」での活動を、取り入れたいと思っておりました。それは、増山寿（岡山大学）先生が委員長の「サステイナブル委員会」と一部共同作業です。「働き方改革」は、以前から、海野信也先生が中心になり、産婦人科の医療改革委員会が様々な産婦人科の労働に関して取り組んでこられ、それを榎本隆之教授が引き継がれ「新潟宣言」を出されたわけです。

今までの大きな議論は、如何に時間外労働を減らし、制限時間内に労働を終了するための体制的な議論でした。しかし、実際、「働き方改革」の中で、一番影響を受けるのは、現在の若手委員であり、専攻医であり、また、若手委員が今後リクルートしようとする学生です。医師の労働に対する「自由さ」が制限され、医療分野に精通した優秀なコンサルタントが多く在籍するような、大規模コンサルティングファームや監査法人下で、企業人のように働く「医師」が、楽しいのかな？とか そんな考えの人が本当に「産婦人科医」になるのかなと思っておりました。

ある、中堅の先生は、残業があると上司から早く帰れと注意される。「仕事有大量にあるから帰れないのに、帰らないと怒られる。職場にはやりづらさしか残らない」と愚痴を言います。「仕事が好きで、今は、精一杯働きたい。でも将来を考えれば、労働時間の制限や休日の確約など、必要である。数字合わせのような改革の強要ではなく、女性も長く続けられるライフスタイルに応じた働き方に変えていくことこそ本当に必要な改革だと思う。」、「独身のうちはガッツリ働いて、スキルとお金を得ておきたい。一律に求められる改革は、それぞれの人生プランに合っているのか微妙だ」「全体的な価値観が変わらないままルールありきの改革を強いる現在の体制は、無理と無駄が積み重なる」といった声が聞こえてきます。

仕事にかかる時間を減らし、子育てやプライベートを充実させる改革には誰も否定できません。女性の産休育休はもちろん、男性が育休を取ることに對する異論をはさむのもおかしな話です。しかし、一人一人への配慮が、周囲にしわ寄せを生じている不満を漏らす声も多く聞こえますが、あまり表には出にくいです。恩恵を受ける人がいる一方で、そのぶん仕事が増える人も増えている。これは、当然かと思えます。

未来委委員の方は、多くは若手委員を経験した人で、いわゆる「中堅クラス」の先生方です。いわゆる、そのような現実が待っている人たちに、「中堅クラス」の先生方が、「どのようにして産婦人科の魅力をアピールするのが良いのかな」というのも考えなくては、いけないかなと思うわけです。このアンケートで、是非皆様の、それぞれの立場での「理想の働き方」を知って、リクルートに生かせたらと思います。また、このようなアンケートすることを許可していただいた、木村理事長、増山先生には感謝申し上げます。

## 2024 年度医師の働き方改革に向けた Q&A の作成に当たって

### 日本産科婦人科学会未来・サステイナブル合同ワーキンググループ

2024 年度より、医師の働き方改革が始まります。しかしながら、若手・中堅の勤務医で働き方改革によって自分自身の働き方がどうなるのか、また指導医・管理者の方で改革に向け何をすればよいのかわかっていない人も多くおられることと思います。

本資料は主にそうした皆様に向けて、2024 年度に始まる医師の働き方改革とはどのようなものか、実際の働き方改革が行われることでどんな変化があるのか、何が問題となるのかなどについて特に産婦人科の立場からわかりやすく解説することを目指しました。

本資料は二部構成となっており、

第 1 部の Q&A では、働き方改革およびそれに関連する 9 つの設問を取り扱い、ご覧いただく方が自身や職場に関係する設問を参照し、働き方改革への疑問を解消する一助となるよう編纂しました。

第 2 部では、日本産科婦人科学会員を対象とし、勤務実態や働き方改革に伴う労働時間規制について産婦人科医がどのように感じているのかを尋ねた全国規模のアンケート結果をまとめました。実際に今後働き方改革の影響を主に受けることになる若手～中堅医師がどんなことを考えているかを知る資料として利用いただきたいと存じます。

厚生労働省の報告書において、「働き方改革では、医師特有の長時間労働とそれによる健康への影響を改善し、健康で充実して働き続けることのできる社会をめざしていくべき」とされています。医師が健康で働くことは、医療の質や安全性を保つために重要です。一方現在の医療は、日々進歩する医療技術や、患者のニーズへのきめ細かな対応等により、まだまだ医師の自己犠牲的な長時間労働により支えられています。一見矛盾したこの 2 つの視点に折り合いをつけ、持続可能な医療提供体制を目指すためには医師一人一人の理解と協力、またそれを支える職場の仲間・医療の受け手である患者・医師の家族の理解と協力が必要です。また、労働時間の制限という枠にとらわれるがあまりに、個々人の労働に対する意志や達成感が損なわれる事態は避けなければなりません。そのためには、まず自分自身がどんな働き方を求められ、そのためにどんな制度が用意されているのかを知ることが重要ではないでしょうか。

ただ働く時間が制限されるだけの改革にしないために。働きたい人が働き、一休みしたい人が休める、それぞれの人が希望する働き方ができるようになるために。そして、こうした働き手におけるメリットが地域へのサステイナブルな医療提供や医療の質の向上に、ひいては患者や地域のためになる未来を目指して。本資料が、そんな理想を実現するための一助になればこれ以上の喜びはありません。

## 第1部 2024年度医師の働き方改革に関するQ&A

### Q1. 2024年度より開始される医師の働き方改革の対象・目的と具体的内容は？

#### A1.

1. 対象者は全ての診療従事勤務医である。
2. 医師特有の長時間労働を改善し、健康で充実して働き続けること、働き方に制約がある人も活躍できる環境を整え、持続可能な医療提供体制を構築することを目的とする。
3. 具体的な労働時間の上限規制（A水準、B水準、C水準）が導入されるため、自身の働き方がどの水準に該当するかを確認する必要がある。

（解説）

1, 2. 厚生労働省の医師の働き方改革に関する検討会 報告書（平成31年3月28日）において、「働き方改革では、医師特有の長時間労働とそれによる健康への影響を改善し、健康で充実して働き続けることのできる社会をめざしていくべき」とされている。令和元年の厚労省の調査では平成28年と比較し、20代~40代医師についての時間外労働（年1860時間換算以上）割合は減少しており、診療科別でも産婦人科において20.5%から8.7ポイント減少し11.8%となった(1)。これは全診療科で最も低下しているものの、依然として時間外労働の現状には改善の余地があり「全医師」でこのような状況が改善されるべきである。

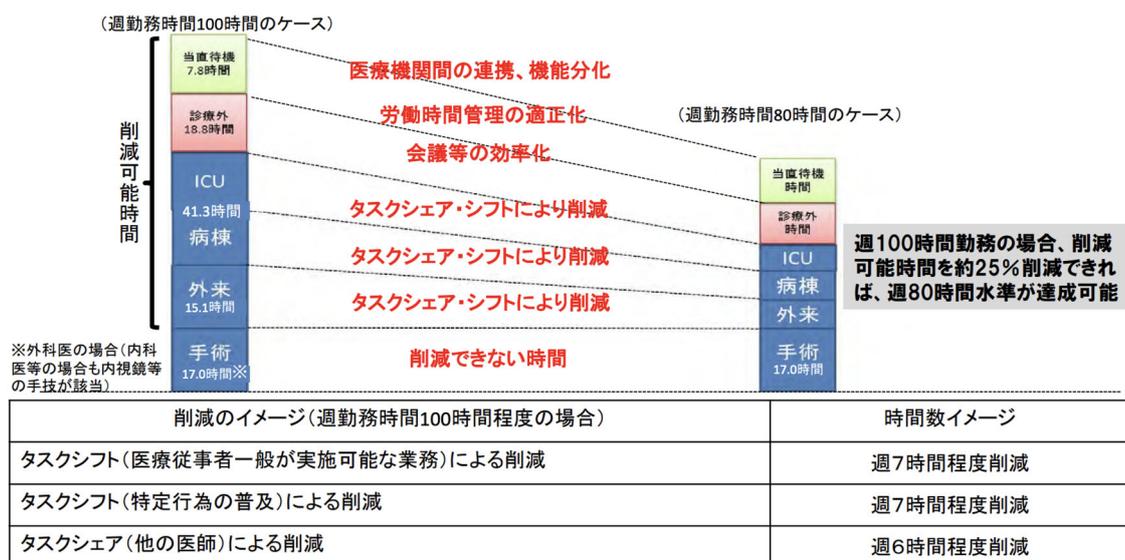
また、医療提供体制の確保と医師の健康確保、持続的な働き方を実現するためには、フルタイムで働くことのできる医師だけでなく、家庭の事情や出産・育児・介護・病気などのために勤務時間に制約がある医師が能力を発揮できることが不可欠である。育児等を行いながらの就業継続、復職ができる環境を整え、多様で柔軟な働き方を実現していくことが望ましい。

3. 2019年度から、一般の職種では働き方改革関連法が順次施行され、時間外労働の上限規制が導入された。診療に従事する医師については、その特殊性を踏まえ、2024年度から以下の上限規制が設けられる予定である。

A水準：月80時間（年960時間）、B・C水準：年1,860時間以下／月100時間未満

A水準は全ての勤務医に、B水準は地域医療提供体制を確保する目的で、C水準は集中的な研修が必要な場合に一定の条件を満たした医療機関で働く医師に適用される。各内容は既に法制化されており、年1860時間を超える・健康確保措置の不履行等に違反した場合には使用者（病院長や管理監督者）は罰則の適用を受ける(2)。

産婦人科は24時間対応が必要な診療科であるため、①労働時間上限制限の見込みをつけ、②労働時間の適正化を検討する必要がある。時間外労働削減のため、ICT、IoT等を活用した効率化、医師から他職種へのタスク・シフティングなど複数の取り組みを行うことが有効である(2)。以下の図にその一例を示す。週の勤務時間100時間（時間外労働約60時間）の事例においても、タスクシェア・シフト、IoTの活用や、診療外業務（会議や研鑽等）の適正化・効率化で、勤務時間おおよそ25%減の80時間（時間外労働約40時間、年間約1860時間）を目指すことが可能である。



<参考文献>

- 1) 厚生労働省 医師の働き方改革の推進に関する検討会 中間とりまとめの公表について 参考資料 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000720676.pdf> (2/16/2022)
- 2) 厚生労働省 第16回医師の働き方改革に関する検討会 報告書 <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000838823.pdf> (2/16/2022)

## Q2. 長時間労働による医師の健康への被害、患者安全への影響は？

### A2.

1. 長時間労働は、医師の心身の健康に悪影響を及ぼす
2. 長時間労働は、医療事故の発生を増加させ、患者安全へのリスクを増加させる

(解説)

1. 長時間労働に伴い、脳血管疾患、虚血性心疾患、心電図異常、血圧上昇など心血管系疾患が増加するという疫学的な報告が数多くされている。(1,2)「1 か月におおむね 100 時間又は 2 か月ないし 6 か月間にわたって 1 か月当たりおおむね 80 時間を超える時間外・休日労働」は脳血管疾患・心臓疾患の発症の関連性が強いとされており、いわゆる「過労死ライン」とされている。(3)

長時間労働がメンタルヘルスに与える影響について、日本の勤務医 1 万人を対象とした調査では回答を得た 3166 人のうち、平均睡眠時間が 6 時間以上の場合中等度以上のうつ症状を呈するものの割合が約 5.0%であったのに対し、5-6 時間未満の場合 7.3%、4-5 時間未満の場合 11.0%、4 時間未満の場合 15.4%と明らかな頻度の増加を認めた。また、当直回数が多いほどうつ症状尺度が正常の割合が低下していた。(4) また、英国の公務員を対象とした研究では、週の労働時間が 55 時間以上の群では、35~40 時間の群と比較してうつや不安症状を発症するリスクがそれぞれ 1.66 倍 (95%信頼区間 1.06-2.61)、1.74 倍 (95%信頼区間 1.15-2.61) 高いとの報告がある。(5) 外科系医師を対象とした研究でも、労働時間が長い場合や夜間オンコールの回数が多い場合、燃え尽き症候群やうつ病スクリーニング陽性の割合が高く、仕事に対する満足度が低かった。(6)

厚生労働省「脳・心臓疾患の労災認定の基準に関する専門検討会」報告書によると、一日に 4 時間程度 (1 か月でおおむね 80 時間) の時間外労働を実施した場合、1 日 6 時間の睡眠時間を確保できないと想定される。(7) 長時間労働に伴う睡眠不足や業務における強い心理的負担が、メンタルヘル스에悪影響を及ぼすと考えられる。

2. 長時間労働やそれに伴う睡眠不足は、労働生産性を低下させる。医療分野においても労働時間が長い場合や夜間オンコールが多い場合、医療事故の発生頻度が高いとする報告がある。(6)

夜間に勤務し睡眠可能な時間が 6 時間未満であった場合、6 時間以上の場合と比較し翌日に行った処置の合併症の発症リスクが 1.72 倍高かった (95%信頼区間 1.02-2.89)。(8)

長時間労働や睡眠不足は医療事故の要因となり、患者安全に対するリスクを増加させる。

<参考文献>

1. Kivimäki M, et al. Long working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603,838 individuals. *Lancet*. 2015 Oct 31;386(10005):1739-46. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60295-1. PMID: 26298822.
2. 岩崎健二 長時間労働と健康問題 日本労働研究雑誌 2008
3. 厚生労働省 過労死等防止に関する特設サイト  
[https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou\\_roudou/roudoukijun/karoushizero/index.html](https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudoukijun/karoushizero/index.html) (2/16/2022)
4. 勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査（日本医師会）平成28年6月
5. Virtanen M, et al. Long working hours and symptoms of anxiety and depression: a 5-year follow-up of the Whitehall II study. *Psychol Med*. 2011 Dec;41(12):2485-94. doi: 10.1017/S0033291711000171. PMID: 21329557
6. Balch CM, et al. Surgeon distress as calibrated by hours worked and nights on call. *J Am Coll Surg*. 2010 Nov;211(5):609-19. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2010.06.393. PMID: 20851643.
7. 厚生労働省 「脳・心臓疾患の労災認定の基準に関する専門検討会」報告書  
<https://www.mhlw.go.jp/content/11201000/000807245.pdf> (2/16/2022)
8. Rothschild JM, et al. Risks of complications by attending physicians after performing nighttime procedures. *JAMA*. 2009 Oct 14;302(14):1565-72. doi: 10.1001/jama.2009.1423. PMID: 19826026.

### Q3. A 水準、B 水準、連携 B 水準、C-1, C-2 水準とは？

#### A3.

1. 勤務医に適用される時間外労働の上限規制で、同じ施設でもそれぞれの医師や診療科により適用内容が異なる。
2. A 水準は、全ての勤務医が満たすべき水準で、年 960 時間以下／月 100 時間未満を原則とする。
3. B 水準、連携 B 水準は地域医療や、救急医療などを提供するためやむを得ず A 水準を超える勤務医を対象とした水準で、年 1,860 時間以下／月 100 時間未満 を原則とする。
4. C-1 水準は初期臨床研修医や専攻医で、C-2 水準は高度技能獲得を目指すなど短期間で集中的に症例経験を積む必要がある医師を対象とした水準で、年 1,860 時間以下／月 100 時間未満を原則とする。（ただし C-1 水準は適用を受けるプログラムに応募した医師、C-2 水準は自ら申し出て計画書を作成・応募した医師のみを対象とする）
5. 医師は専門業務型裁量労働制の適応とならない

#### (解説)

1. A,B,C 水準は勤務医に適用される時間外労働の上限規制である。  
全ての労働者に適用される時間外労働・休日労働に関する協定（通称 36 協定）では、1 ヶ月 45 時間、年 360 時間までの時間外労働が上限として設定されている。ただし、繁忙期などで集中的に業務が必要な場合、例外規定としてさらなる限度時間が年 720 時間、45 時間を超えてよいのが 6 か月、平均で 80 時間未満、最大でも 1 か月で 100 時間未満と定められている。

診療従事勤務医における上限規制のあり方を定めたものが A,B,C 水準であり、それぞれの医療機関がこの上限内で 36 協定を締結すること、全国の勤務医はいずれかの水準が適用されることが医療法の一部を改正する形で 2021 年 5 月、法制化された。後述のように、各水準の中には医師自身が申請する必要がある場合や、医療機関が複数提案する研修プログラムから選択することのできる場合があり、医師一人一人が自分にはどの水準が適用されるのかを把握することが重要である。

(表1) 各水準のまとめ

	A水準	B水準		C水準	
		B水準	連携B水準	C-1水準	C-2水準
対象	全医師	救急医療・緊急性の高い医療に従事する医師	医師の派遣を通じて地域医療提供を行う医師	臨床研修医専攻医*1	臨床従事6年目以降で、高度技能育成が必要な医師
上限規制	年960時間以下／月100時間未満 (例外あり*2) (休日労働含む)	年1,860時間以下／月100時間未満 (例外あり*2) (休日労働含む)			
申請者	医療機関				医師(研修計画策定) 医療機関(登録申請)
追加的健康確保措置①*3	義務				
追加的健康確保措置②*4	努力義務	義務			

\*1 公表されたプログラムから選択する

\*2 追加的健康確保措置①の結果として就業場所の変更や就業上の制限などの措置が行われる可能性がある

\*3 月の時間外労働が100時間以上となる場合に行う面接や必要に応じた就業上の措置

\*4 連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット

2. A水準は全ての勤務医が満たすべき水準である。ただし、地域医療確保や研修・技能向上の観点の観点から必要とされる場合、医療機関はB・連携B・C水準の指定を都道府県へ申請できる。申請が認められた場合は対象となる医師のみにその水準が適用される。将来的には全ての勤務医がA水準の範囲内となるよう全医療機関に働き方改革の推進が求められる。

3. B水準は三次医療機関や二次医療機関の中でも特に地域医療の観点から必須の機能を果たす施設で許可される水準であり、周産期医療もこの機能に該当する。一方連携B水準は医師の派遣を通じて地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関（大学病院や地域医療支援病院等）で許可される水準であり、副業・兼業先での労働時間を通算すると、時間外・休日労働が年960時間を超えることがやむを得ない医師が該当する。B、連携B水準は医療機関が各都道府県知事に申請を行い、第三者評価を受けた上で各水準に指定された場合に適用が可能となる。またB、連携B水準の登録施設に所属する医師全てが対象となるわけではなく、あくまで指定を受けた業務に従事する医師にのみ適用される。なお、B、連携B水準は2035年度末に向けて段階的に上限が引き下げられ、最終的には廃止される予定である。

4. C水準は短期間で集中的に症例経験を積む必要がある者を対象とした水準である。医療機関は、C-1水準のうち臨床研修プログラムについては都道府県に、専門研修プログラムではまずは基幹学

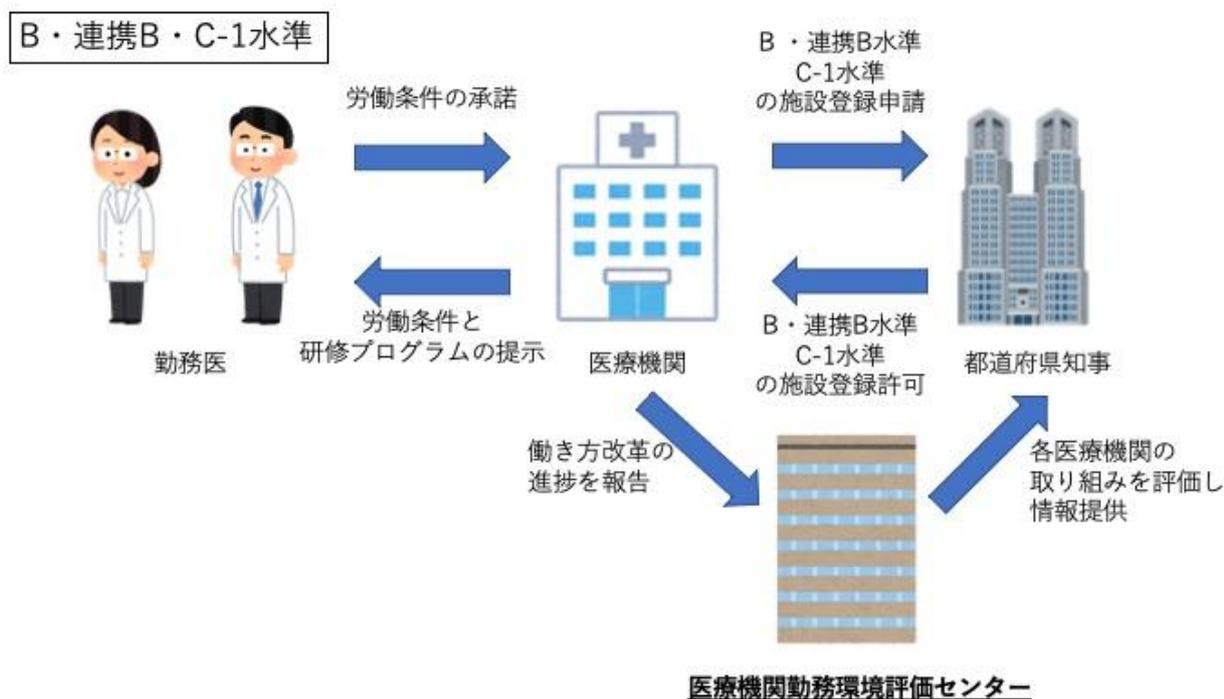
会に、その後都道府県に、C-2 水準では独立した審査組織および都道府県に登録を申請が必要である。最終的に指定を受けた場合に、該当する医師に適用が可能となる。また、C-1 水準では各医療機関が提示する研修プログラムに必ず時間外労働の上限の記載が必要となり、臨床研修医、専攻医本人がプログラムを選択すること、C-2 水準では施設が C 2 水準に該当する技能を申請して承認を得る必要があるとともに医師本人も高度特定技能育成計画を策定・提出する必要がある。

C 2 水準申請については以下の URL より可能(<https://c2-shinsasoshiki.mhlw.go.jp>)

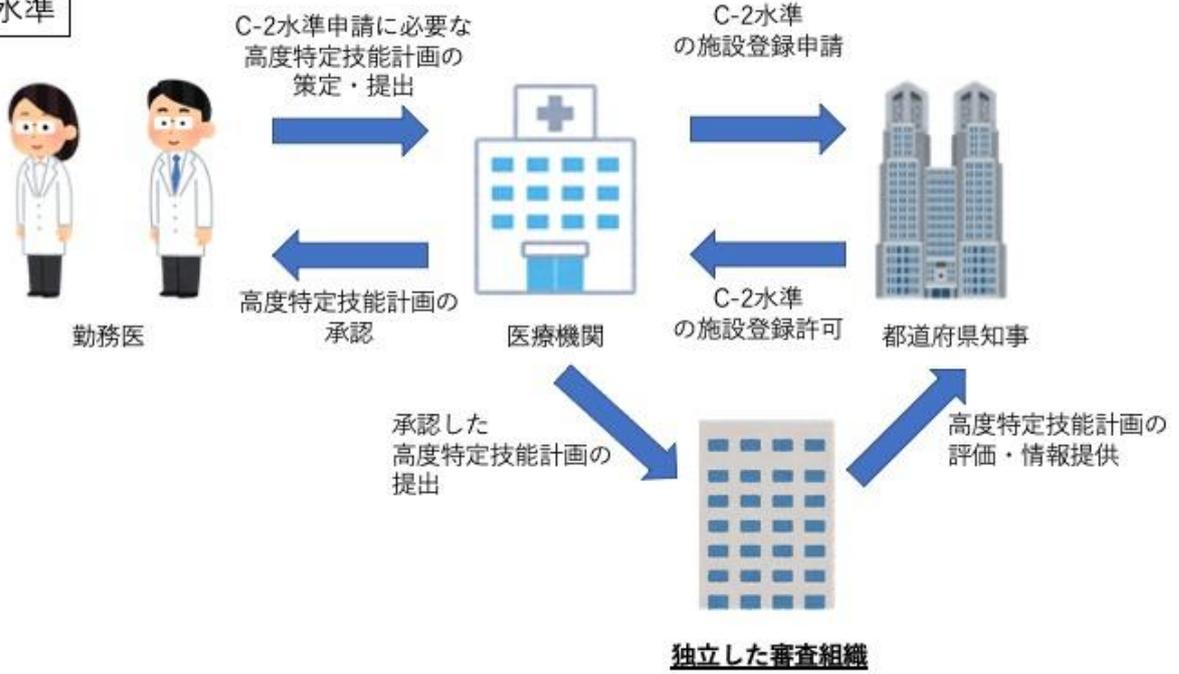
5. 専門業務型裁量労働制とは業務の性質上、業務遂行の手段や方法、時間配分等を大幅に労働者の裁量にゆだねる必要がある業務として厚生労働省令及び厚生労働大臣告示によって定められた業務の中から、対象となる業務を労使で定め、労働者を実際にその業務に就かせた場合、労使であらかじめ定めた時間働いたものとみなす制度である。本制度は一般の医師に適用されない旨が厚生労働省により明言されている。\*

\*ただし、教授や准教授には職務内容によっては適用となる可能性がある。詳しくは以下の URL を参照のこと。( <https://www.mhlw.go.jp/general/seido/roudou/senmon/> )

図1 医師・医療機関・勤務環境評価センター・都道府県の関係



C-2水準



#### Q4. A,B,C 水準で求められる追加的健康確保措置とは？

A4. 医師においては一般則を大きく上回る時間外労働上限が認められる中で、勤務医の生命と健康を最低限守るために義務付けられる措置であり、以下の内容が含まれる。

1. 月の時間外労働が 100 時間以上となる場合に行う面接や必要に応じた就業上の措置
2. 勤務間インターバル 9 時間の確保
3. 連続勤務時間制限 28 時間（始業から 46 時間以内にインターバル 18 時間の確保）
4. 代償休息の確保

1 は全ての水準で義務、2-4 は A 水準で努力義務、B,C 水準では義務として医療機関が行うことが求められる。

(解説)

1. 月の時間外労働が 100 時間を超過している場合、個別の医師について産業医による面接や、労働時間短縮などの措置が必要となる。

2. 通常の日勤および宿日直許可のある宿日直に従事する場合、勤務間インターバル 9 時間の確保が必要となる。このインターバルは、始業から 24 時間以内に取り必要があり、即ち 1 日の業務は最長 15 時間までに制限される。(図 1)

3. 宿日直許可のない宿日直 (Q6 参照)に従事する場合、28 時間の連続勤務時間制限が必要となる。即ち、8 時始業であれば勤務時間は最長で翌日の 12 時までに制限され、その後 18 時間、翌々日の 6 時までのインターバルが必要となる。(図 2)

これら 2,3 の措置については、原則事前にシフトとして組み込んでおく必要がある、もしインターバル中に急患などで業務が発生した場合、働いた時間分だけ追加で代償休息を確保する必要がある。また、主たる勤務先と、兼業・副業先の医療機関でそれぞれ勤務する場合、宿日直許可の有無などにより、2 または 3 の規則に従うこととなる。

4. ①事前に決められたシフトのインターバル中に急な業務が発生した場合 ②個人が連続して 15 時間を超える対応が必要な業務（長時間の手術など）が予定されている場合に代償休息を確保する必要がある。ただし、①の場合でもインターバル時間が 9 時間確保されている限りは追加の代償休息は必要としない。原則として代償休息の付与を前提としたシフトを組むことはできないが、②の場合に限り許可される。

図1 通常の日勤または宿日直許可のある宿日直に従事する場合

通常の日勤に従事する場合



宿日直許可のある宿日直に従事する場合

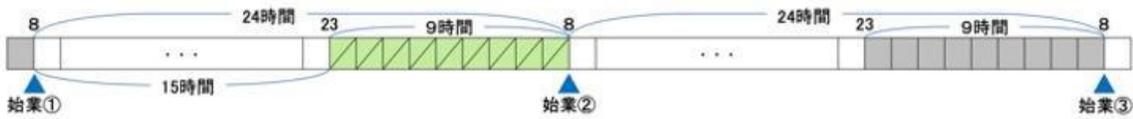
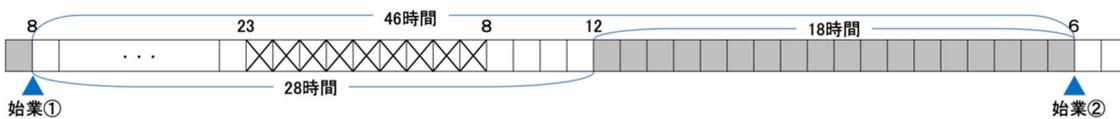


図2 宿日直許可のない宿日直に従事する場合



(凡例) □ : 労働時間    ■ : 休息時間    ▨ : 宿日直許可のある宿日直の時間    ▩ : 宿日直許可のない宿日直の時間

厚生労働省「第13回医師の働き方改革の推進に関する検討会」追加的健康確保措置（連続勤務制限・勤務間インターバル規制等）の運用についてより引用

<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000806367.pdf>

**Q5. 医師の働き方改革後もサブスペシャリティの取得は可能か？ C-2 水準に含まれる技能の種類は？**

A5.

1. サブスペシャリティの取得は可能である。
2. C-2 水準に含まれる技能は各分野のサブスペシャリティ取得に必要な技能が設定される見込みであるが、現在議論中である

(解説)

1. 産婦人科専門医取得後には、更なる専門性(サブスペシャリティ)を追求した修練を行うことで、各領域の専門医を取得することが可能である(表1)。産婦人科の4つの主なサブスペシャリティとして①周産期(母体・胎児)、②婦人科腫瘍、③生殖医療、④女性ヘルスケアが挙げられる(1-4)。その他、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医(腹腔鏡・子宮鏡)、細胞診専門医、臨床遺伝専門医、超音波専門医なども取得可能である(5-8)。これら専門医取得のためには特定の症例の診療経験や高度な手技・手術の経験が一定数必要であり、長時間の手術や待機時間を要する場合があるため、所属施設によっては時間外労働が発生する可能性もある。医師の働き方改革により、法的に医師の時間外労働の上限が設定されるが、高度技能の育成が公益上必要な分野について、指定された医療機関で診療に従事する場合、労働時間を追加で確保することが制度としては可能となっている(C-2 水準)。

2. C-2 水準の対象技能となりうる具体的な技能とは、その「技能の習得に止むを得ず長時間労働が必要となる業務」が存在するもの、と定義され、2022年6月現在では審査・議論が行われている最中である。なお、C-2 水準の指定を受けるためには、希望する医師本人が「高度特定技能育成計画」を作成し、所属機関に提出する必要がある(図)。

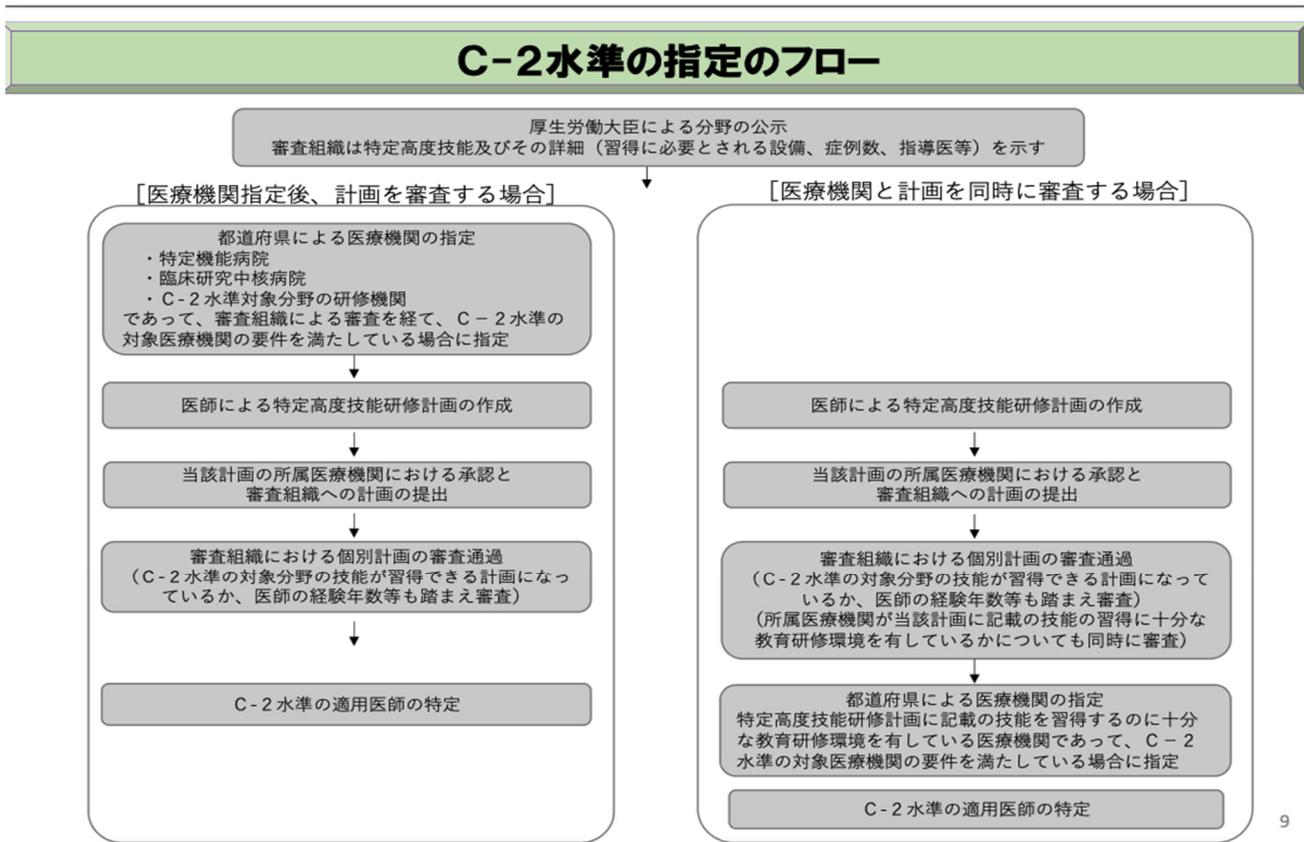
高度技能獲得のためには長時間労働が必要となる場合がありうるが、必ずしも時間外労働が増加するというわけではない。集中的に技能獲得を目指す修練医の負担を軽減するために、各々の施設で効率的に修練できる環境づくりが重要である。

表1 産婦人科領域の代表的なサブスペシャリティ (例)

サブスペシャリティ	学会
周産期(母体・胎児)専門医	日本周産期・新生児医学会

婦人科腫瘍専門医	日本婦人科腫瘍学会
生殖医療専門医	日本生殖医学会
女性ヘルスケア専門医	日本女性医学学会
日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医	日本産科婦人科内視鏡学会
細胞診専門医	日本臨床細胞学会
臨床遺伝専門医	日本人類遺伝学会・ 日本遺伝カウンセリング学会
超音波専門医	日本超音波医学会

図1 C-2水準の指定のフロー



厚生労働省「第11回医師の働き方改革の推進に関する検討会」参考資料より引用  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000720677.pdf>

<参考文献>

1. 日本周産期・新生児医学会 専門医制度 [https://www.jspnm.com/Senmoni/DL\\_B.aspx](https://www.jspnm.com/Senmoni/DL_B.aspx)

2. 日本婦人科腫瘍学会 専門医制度 <https://jsgo.or.jp/specialist/rule.html>
3. 日本生殖医学会 専門医制度 [http://www.jsrm.or.jp/qualification/specialist\\_index.html](http://www.jsrm.or.jp/qualification/specialist_index.html)
4. 日本女性医学学会 専門医制度 <https://www.jmwh.jp/n-ninteiseido.html>
5. 日本産科婦人科内視鏡学会 技術認定制度 <http://www.jsgoe.jp/member/index.html>
6. 日本臨床細胞学会 専門医制度 <http://jscc.or.jp/senmon-i/operationbyelaw/index.html>
7. 臨床遺伝専門医制度委員会 専門医制度 <http://www.jbmg.jp/jbmg/index.html>
8. 日本超音波医学会 専門医制度 <https://www.jsum.or.jp/capacity/fjsum/index.html>

## Q6. 外勤は時間外労働に通算されるのか？宿日直と夜勤の違いは？

A6.

1. 基本的には外勤での労働時間も通算される。
2. 夜勤とは日勤と同じく通常業務を行う勤務であり、宿日直はほぼ労働する必要のない勤務とされる。
3. 宿日直であるか、通常の勤務時間と同態様の業務であるかで分類して勤務時間を検討する。

(解説)

1. 雇用者は外勤（副業・兼業）の勤務状況を含めて実態を正確に把握する必要があり、「自院での労働時間」と医師からの自己申告等により把握した「外勤先（副業・兼業先）での労働時間」も通算した上で、時間外・休日労働の上限を超えないようにする義務がある(1,2)。
2. 宿日直において、勤務中ほとんど労働することがない場合、労働基準監督署長の許可を得て当該労働者について労働時間・休憩時間・休日の規定適用が除外されることが労働基準法で定められている（宿日直許可）(3,4)。宿日直許可を得た状態であれば、原則として、「宿日直中の時間」は労働時間から除外することができる。（宿日直中に認められる業務の具体的内容については表1を参照）
3. 勤務時間を検討するためには、自院と外勤先の宿日直許可の取得状況を確認する必要がある。自院、外勤先に関わらず、宿日直許可を得た状態であり、宿直の範囲内の業務であれば、原則として、「宿直中の時間」は労働時間から除外することができる。一方で許可を得ていない、許可した回数を超えている\*場合、宿日直全体が労働時間として取り扱われる。また、偶発的に通常の勤務と同じ様な業務に従事した場合は、その業務に従事した時間が時間外労働として扱われる。なお、オンコール（待機）については、現在のところ明確な基準はないが、待機中に実際の診療が発生した場合、診療に従事する時間は労働時間に該当するほか、待機時間全体が労働時間に該当するかどうかについては医療機関ごと、診療科ごとに様々な判断がありうる、とされている。（5）「自己研鑽」については Q7 を参照して頂きたい。

表1 外勤と時間外労働

	業務内容	労働時間に通算
日勤・夜勤	通常業務 (宿日直許可のある宿日直で認められている業務以外を行う場合) †	される
宿日直許可のない宿日直		
宿日直許可のある宿日直	院内の見回り 電話対応・緊急時の文書受け渡し 軽度の処置含む診察 † † 看護師への指示・確認	されない

† 労働基準法では宿日直許可のある宿日直で許可される業務について以下のように記載されている。

「医師が、少数の要注意患者の状態の変動に対応するため、問診などによる診察等（軽度の措置を含む）や、看護師に対する指示、確認を行うこと。医師が、外来患者の来院が通常想定されない休日・夜間（非輪番日であるなど）において、少数の軽症の外来患者や、かかりつけ患者の状態の変動に対応するため、問診等による診察等や、看護師に対する指示、確認を行うこと」

† † 定期検脈、検温など特殊な措置を必要としないもの

具体的な医療機関における宿日直許可についての参考事例については参考文献6を参照のこと。(6)

#### \*宿日直回数の上限について

宿日直の回数について、許可の対象となる宿直又は日直の勤務回数は、宿直勤務については週1回、日直勤務については月1回を限度とする。

ただし、当該事業場に勤務するすべての医師に宿直又は日直をさせてもなお不足であり、かつ勤務の労働密度が薄い場合には、週1回を超える宿直、月1回を超える日直についても労働基準監督局より許可される場合がある。限度を超えた分の宿日直については、宿日直時間全体を労働時間として取り扱う必要がある(1, 3, 4)。なお、上記は原則であり実際の運用については議論が継続され

ている。

<参考文献>

1. 厚生労働省 「医師の働き方改革の推進に関する検討会」 医師の勤務実態把握マニュアル 2021  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000806377.pdf> (2/16/2022)
2. 厚生労働省 副業・兼業の促進に関するガイドライン <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11200000-Roudoukijunkyouku/0000192844.pdf> (2/16/2022)
3. 厚生労働省 医療機関の宿日直許可に係る資料（参考事例） [https://iryou-kinmukankyous.mhlw.go.jp/pdf/outline/pdf/20210720\\_02.pdf](https://iryou-kinmukankyous.mhlw.go.jp/pdf/outline/pdf/20210720_02.pdf) (2/16/2022)
4. 厚生労働省労働基準局 「第67回社会保障審議会医療部会」 医師、看護師等の宿日直許可基準について <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000530052.pdf> (2/16/2022)
5. 厚生労働省 「医師の働き方改革の推進に関する検討会」 中間とりまとめ 参考資料  
<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000720676.pdf> (5/25/2022)
6. 厚生労働省 宿日直許可申請に関する解説資料（参考事例）  
[https://iryou-kinmukankyous.mhlw.go.jp/pdf/outline/pdf/20210720\\_02.pdf](https://iryou-kinmukankyous.mhlw.go.jp/pdf/outline/pdf/20210720_02.pdf) (5/25/2022)

## Q7. 自己研鑽と時間外労働の線引きは？

### A7.

1. 所定労働時間外に行った研鑽について、上司の命令に基づくものは時間外労働に含まれる可能性がある。

(解説)

1. 医師の自己研鑽は「本来の診療とは関係ないが、自分の知識や技術を高めるために行う学習や研究」と定義される。勤務時間内に行う研鑽は労働に含まれるが、勤務時間外に行う研鑽については、労働に該当しない場合（自己研鑽）と労働に該当する場合(時間外労働)がある。自己研鑽と時間外労働の最も本質的な違いは以下の点である。<sup>1</sup>

自己研鑽	自由意思で行われている。
時間外労働	上司の明示・黙示の指示で行われている。

日本産科婦人科学会の調査では、医師経験年数の違いにより、自己研鑽の捉え方や時間外労働の増加が医療へ与える影響についての考え方が異なることが報告されている。<sup>2</sup> また立場や状況によって同じ業務を研鑽と捉えるか、労働と捉えるかについても、必ずしも明確な基準はない。自己研鑽と時間外労働の境界を明確化するため、各医療機関で基準を作成し、その適用について事前に上司と話し合いをしておくことが望ましい。

図1 労働時間に該当するもの、しないものの例

## 【取組事例（2）】労働時間該当性の取扱いの明確化

○ 自己研鑽など労働時間に該当するものとし、しないものを明確化し、院内で周知

労働時間に該当するもの		労働時間に該当しないもの	
A 診療に関するもの		A 休憩・休息	
1	病棟回診	1	食事
2	予定手術の延長、緊急手術	2	睡眠
3	チャーターング	3	外出
4	サマリー作成	4	インターネットの閲覧
5	外来の準備	B 自己研鑽	
6	オーダーチェック	1	自己学習
7	診療上必要不可欠な情報収集	2	症例見学
B 会議・打合せ		3	参加任意の勉強会・カンファレンス
1	必須出席者である会議・委員会	C 研究・講演その他	
2	参加必須の勉強会・カンファレンス	1	上長の命令に基づかない学会発表の準備
C 研究・講演その他		2	上長の命令に基づかない外部講演等の準備
1	上長の命令に基づく学会発表の準備	3	上長の命令に基づかない研究活動・論文執筆
2	上長の命令に基づく外部講演等の準備		
3	上長の命令に基づく研究活動・論文執筆		

(※) 聖路加国際病院の事例を元に、厚生労働省医政局において作成

第7回 医師の働き方改革の推進に関する検討会 資料4 より引用 (2021年3月11日)

<参考文献>

- 厚生労働省 「第1回医師の働き方改革の推進に関する検討会」 医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方について <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000526011.pdf> (2/16/2022)
- Mayama M, et al. Attitudes toward overtime work and self-training: A survey on obstetricians and gynecologists in Japan. J Obstet Gynaecol Res. 2021 May;47(5):1666-1674. doi: 10.1111/jog.14735. PMID: 33691346.

## Q8. 産婦人科の男女共同参画の現状と展望や、共同参画に向け利用できる制度は？

A8.

1. 産婦人科では年々、特に若手で女性医師の割合が増えているが、男女共同参画が十分とは言えないのが現状である。
2. 男女共同参画は、全ての産婦人科医師の働き方を含めた考え方に多様性をもたらし、組織全体のレベル向上につながるため、女性医師だけではなく、全ての人に利点がある。そのため、意思決定を含めた様々な場面で男女共同参画を早急にすすめることが望まれる。
3. 日本医師会・厚生労働省による制度、日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会・都道府県や大学単位で行われている支援が数多く存在している。それらの情報を周知し、必要な人が利用できるような取り組みが必要である。

(解説)

1. 2006年から2021年にかけて産婦人科において女性医師の割合は2006年24.1% (3472人/15539人) から2021年40.2% (6962人/17302人) と倍増しており、特に、20代から40代では6割以上が女性医師である。(図1) 医学部入学者の中で女性の割合が年々増加傾向であることや、女性を診察するという診療科の特性から、新しく産婦人科を専攻する若い世代では女性医師の数が半数を超える年が続いている。2020年度の産婦人科専門医試験の合格者は、80.5% (311人/386人) が女性医師であり、今後も若い世代では継続して女性医師の割合が上がり続けることが予想される。

一方 OECD Health Statistics 2021 によると、日本の女性医師の割合は22%であり、これは加盟国各国の中で最も低く、産婦人科医においてもその割合は41%と半数に満たない。また、内閣府男女共同参画局では、男女共同参画社会の実現に向け、「社会のあらゆる分野において、2020年までに、指導的地位に女性が占める割合が、少なくとも30%程度になるよう期待する」という目標(平成15年6月男女共同参画推進本部決定、『2020年30%』の目標)を掲げているが、2019年時点で女性の登用は14.8%であり、目標の年限繰り延べが調整されている。なお、参考までに2022年2月現在の産婦人科関連学会の役員における女性の割合を表1に示す。

日本外科学会による三学会所属女性医師対象の調査によると、日本産科婦人科学会の女性会員において、専門医取得率は高いが、その後は大学を離れ、学位取得率が低い。学会の役員に女性を増や

すためには、引き続き大学・医育機関にて研究・教育・診療に携わる女性医師を増やしていくこと求められ、そのための施策を講じる必要がある。

2. 男女共同参画は、男女が固定的な役割分担意識にとらわれず、一人ひとりの個性と能力を十分に発揮できることを目的としたものである。組織の意思決定層に女性が就く割合が増えることで、働き方の多様性や、判断の公正さ、組織の実績に好影響があると報告されている。男女共同参画により解消が見込まれる重要な問題として伝統的なジェンダーの役割に基づき、性別により相手をカテゴライズし、家庭や職場における役割を決めつける、アンコンシャス・バイアスがあげられる。男性は長時間労働のために、家事・育児に費やす時間が諸外国に比べ圧倒的に少なく、女性は働いていても、家事・育児に費やす時間が長い。また、女性が客観的な評価を得られていても、自分自身を過小評価しがちで、責任の重さや家庭との両立が可能かを検討した結果、組織の意思決定層などのポジションを希望しない傾向があるともいわれる。

全診療科を通してのデータではあるが、厚生労働省が公表する資料によると、医籍登録後、女性医師の就業率の推移は、登録後12年（推定年齢38歳）で就業率は一旦最低値となり、その後再び上昇するM字カーブの曲線となる。また、病院常勤勤務医の週当たり勤務時間では、30代40代の女性医師は勤務時間が減少する。つまり、出産・育児を行う年代で、男性医師と比べて、女性医師では明らかに就業率が下がり、例え就業していても勤務時間は減少する。しかし、実際には男女、出産・育児の有無によらず、専門研修や技術獲得のためより働きたいと思う医師も、介護や病气などで働くペースを落としたいと考える医師もいるだろう。働き方改革に臨む上では、こうした多様性のある働き方をする医師とフルタイムで働く医師が協働することが望ましい。男女ともに、無意識にバイアスに縛られていることを自覚し、自分の能力が発揮できる生き方を選択することが重要である。

今後男女共同参画について日本産科婦人科学会として行うべき取り組みとして、指導的立場の女性医師を増やすことが挙げられる。そのためには出産・育児を行いながらも意欲的に業務に取り組みたい女性医師に対して、本人の意欲と能力に見合う業務や課題を与えキャリアアップに繋げてもらうことが必要である。日本産科婦人科学会はこれまでイクボス（部下・スタッフのワークライフバランスを考え、組織の業績も結果を出しつつ、自らも仕事と私生活を楽しむことができる経営者・管理職）に関する講演会の開催や、学術団体として日本初のイクボス宣言を行ってきた。この取り組みを後退させることのないよう、学会全体として活動していくことが重要である。

3. 行政や日本医師会等による男女共同参画に関する制度や取り組みについて紹介する。妊娠出産を機に働き方を再考する女性医師が圧倒的に多い現状から、多くの機関は女性医師支援を前面に出し

ていることが多いが、その活動内容の対象は女性医師に限らず、様々な理由から働き方に制約がある医師を支援するものである。

日本医師会女性医師支援センターは、女性医師だけでなく、病気や怪我の療養、介護のために休業しているなどブランクのある医師を対象として、休業中のサポートや労働者を守る制度などを紹介している。このセンター内にある女性医師バンクでは、女性医師だけでなくシニア医師などを対象とした求人が公開されており、様々な希望の就労条件にあった医療機関を紹介し、就業までの間の支援を行う。それぞれ各都道府県の医師会とも連携する。この他にも、各都道府県や大学などの施設単位で行われる支援が多く存在するため、ぜひ身の回りの都道府県や施設の制度を検索し、相談・活用することを勧める。

日本産科婦人科学会では、以前より男女共同参画・ワークライフバランス改善委員会が女性医師支援などのため設立されていたが、2019年6月からはサステイナブル産婦人科医療体制確立委員会がその業務を引き継ぎ、女性医師支援のみならず広く産婦人科医全体の働き方改革の実現に向けて活動している。支援が必要なのは女性医師だけと決めつけず、男女に関わりなく産婦人科全体で持続可能な働き方を模索することが必要である。

図1 日本産科婦人科学会 年齢別会員医師数の推移

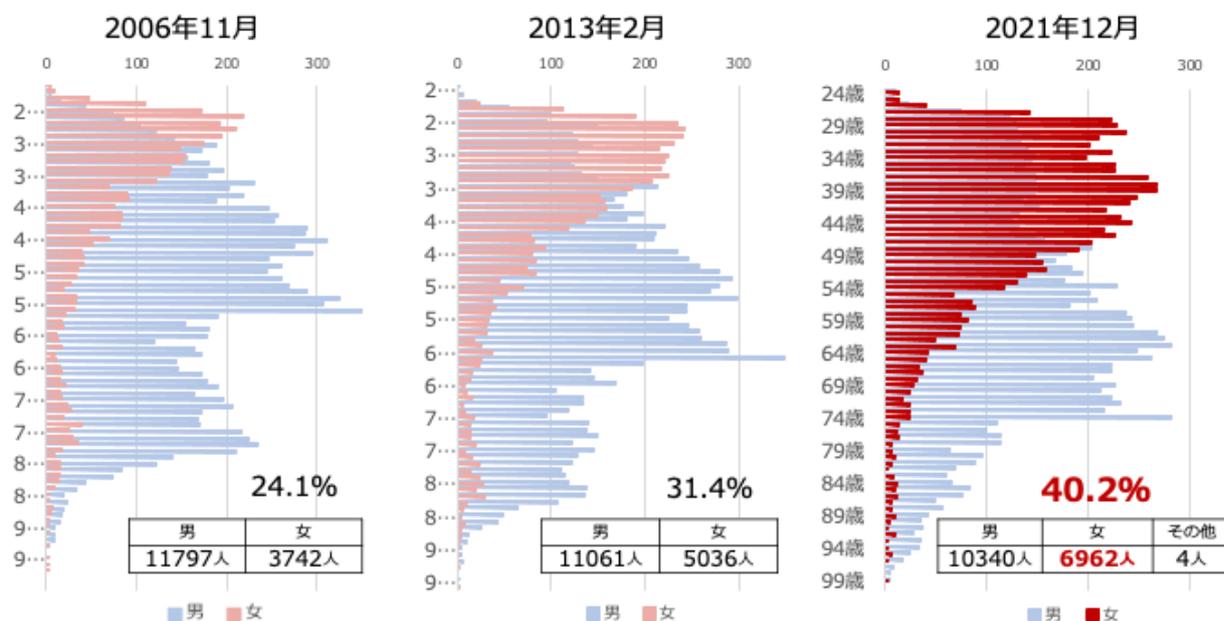


表1 産婦人科関連学会における役員に占める女性医師の人数（2022年2月現在）

学会名	女性の人数 / 役員
日本産科婦人科学会 (理事・監事)	2人 / 28人
日本産科婦人科内視鏡学会 (理事・監事)	2人 / 43人
日本婦人科腫瘍学会 (理事・監事)	3人 / 53人
日本周産期新生児医学会 (理事・監事)	1人 / 16人
日本生殖内分泌学会 (理事・監事)	1人 / 25人
日本女性医学会 (理事・監事・幹事)	3人 / 28人

<男女共同参画に向け役立つウェブサイト>

1. 日本医師会 女性医師支援センター <https://www.med.or.jp/joseiishi/> (2/16/2022)
2. 日本医師会 女性医師バンク <https://jmadbk.med.or.jp/> (2/16/2022)
3. 内閣府男女共同参画局 内閣府男女共同参画局 HP <https://www.gender.go.jp/> (2/16/2022)
4. 厚生労働省 職場における子育て支援  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kodomo/shokuba\\_kosodate/index.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kodomo/shokuba_kosodate/index.html)  
(2/16/2022)
5. 厚生労働省 イクメンプロジェクト <https://ikumen-project.mhlw.go.jp/> (2/16/2022)

## Q9. 大学院生の働き方は？

A9.

1. 診療を行う大学院生は診療行為の部分において労働者に該当し得る。
2. 大学院生の研究に相当する時間は労働時間には含まれないが、研究時間と労働時間の合計が長時間にならないようにすることが健康確保と医療安全の観点からも必要である。

(解説)

1. 大学院生の多くは、研究をしながら、大学病院等の医療現場で診療にも従事している。大学院生が労働者に当たるか否かについては、仕事の依頼や、業務指示等に対する諾否の自由はあるか、業務を遂行する上で指揮監督を受けているか等の実態を総合的に勘案して個別具体的に判断される(1)。

臨床検体や臨床データを用いた研究を行っている場合、研究と労働の境界がはっきりしないこともありえるが、医療機関における患者を対象とした診療行為については、基本的には労働に該当すると判断されることが多いと考えられる。この場合、その行為を行っている大学院生は労働者に該当し、然るべき賃金の支払いを受け、労災の対象となるなど適切な扱いがなされるべきである。

また大学病院と他の病院（いわゆる外勤）の勤務は労働時間として合算される。（Q6）

2. 大学院生の場合、研究時間は労働時間には含まれないが、研究時間と労働時間の合計時間が、長時間にならないように、大学院生も指導教官も留意する必要がある。なお、大学等で研究のみに従事するいわゆる「ポスドク」については診療従事勤務医とは異なるため、労働法においては一般則が適用されるため時間外労働時間数は年間720時間以下に制限されている。大学・研究機関は、全ての大学教官・教員・ポスドク・大学院生を対象として、深夜労働時間、労働時間の状況などの把握、適切な労務管理・健康管理を行うべきである。(2)

<参考文献>

1. 文部科学省 大学附属病院の医師等の適正な雇用・労務管理について（通知）  
[https://www.mext.go.jp/a\\_menu/koutou/iryuu/1418476.htm](https://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/iryuu/1418476.htm) (2/16/2022)
2. 文部科学省 ポスドクター等の雇用・育成に関するガイドライン  
[https://www.mext.go.jp/content/20201203-mxt\\_kiban03-000011852\\_1.pdf](https://www.mext.go.jp/content/20201203-mxt_kiban03-000011852_1.pdf) (2/16/2022)

# 働き方改革に向けた 指導医と若手医師の意識調査報告

2022年12月  
(令和4年度)

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・  
産婦人科未来委員会 合同ワーキンググループ  
前田裕斗

中川慧, 井上恵莉, 井上大輔, 大塚聡代, 桂木真司, 草開妙,  
小松宏彰, 末光徳匡, 中村紀友喜, 林昌子, 細川義彦, 山本健太,  
吉田好雄, 増山寿

## <概要>

### 1) 対象者・有効回答数

日本産科婦人科学会員全体に学会のオンラインアンケートシステムを利用して配布した。2022年6月29日～7月14日を有効回答期間とし、693人から回答を得た。

### 2) 背景情報

30-50歳代(81.8%(567/693))を中心に様々な年代の医師より回答を得た。男女比はほぼ1:1であり、勤務形態としては常勤が82.7%(573/693)と最も多かった。所属施設の地域は関東(40.9%(269/657))、東京含)・中部(12.9%(85/657))・近畿(20.6%(135/657))・九州沖縄(9.9%(65/657))となっており、全都道府県より回答を得た。所属施設種別は大学病院が37.3%(248/665)と最多であったが、公立病院(22.0%(145/665))、それ以外の病院(25.7%(172/665))、診療所(13.2%(88/665))からも回答を得た。

### 3) 働き方の現状

現在の労働時間について、A水準以上となる週60時間以上勤務しているものは全体の29.0%(201/693)を、B水準を超える週80時間以上勤務をしている者は全体の7.5%(52/693)を占めた。主たる施設での夜勤・宿直回数は、5回以上であると回答したものが全体の18.2%(626/693)を占めた。またオンコール回数についても5回以上と回答したものが全体の30.1%(209/693)を占めた。

### 4) 近い将来に希望する働き方

今から現在と同じ施設で5年間継続して働くことを考えたときに、どのような働き方を希望するかを尋ねた。近い将来(5年後)も働き続けられる労働時間(研究時間含む)について、A水準以内を希望するものが84.7%(587/693)を占め、A水準を超えてB水準以内を希望するものは12.4%(86/693)にとどまった。男性と比較し女性では将来的にA水準以内の働き方を希望する割合が高かった。(男性:78.9%(276/350)、女性:90.1%(300/330))

年代で層別化した解析では、20歳代の約75%、30-50代の約85%がA水準以内の働き方を希望していた。主たる勤務先で層別化した解析では大学病院の81.5%(202/248)、大学以外の病院の87.0%(275/316)、診療所・その他の89.1%(90/101)がA水準以内の勤務を希望していた。

近い将来(5年後)も働き続けられる夜勤・宿日直回数については、主たる施設では5回以下とする回答が全体の93.8%(650/693)を占め、この割合は現在夜勤・宿日直を行なっている医師に限定して解析してもほぼ変わらなかった(92.3%(409/443))。また、現在外勤先で夜勤・宿日直を行なっている医師に限定して、5年後も働き続けられる外勤先の夜勤・宿日直回数を尋ねたところ48.0%(140/271)の医師が2回以下を希望していた。年代で近い将来に希望する夜勤・宿日直回数を層別化した解析では、全年代で75%以上が4回以内を希望しており、20-30歳代で4回以内を希望する割合が85.6%(154/180)と高かった。外勤先の夜勤・宿日直についてはどの年代でも約80%程度が4回以内を希望していた。

## 5) 給与と労働時間のトレードオフ

A 水準（年 960 時間、月 100 時間以内）の労働時間上限規制の下で、現在の給与が減少するとして何%まで許容できるかを尋ねた。全体の結果では、90%までなら許容と回答した者は 30.6%(212/693)、80-89%まで許容と回答した者は 21.5%(149/693)であり、90%までなら許容と回答した者と合わせて全体の半数を占めた。6 割の医師が適切な労働時間規制の下での給与減少を許容と回答したのに対し、28.7%(199/693)の医師は給与が減少するなら労働時間規制を緩和してほしいと回答した。

性別で層別化した解析では女性(54.5%, 236/330)に比べ男性(71.5%, 191/348)で給与減少を許容できる割合が低かった。また、年代で層別化した解析では 40-50 代で給与減少を許容できる割合が約 60%と低かった。主たる勤務先の年収で層別化した解析では一定の傾向は認めなかったが、外勤先の年収で層別化した解析では、1000 万円までは年収が増加するにつれて給与減少するくらいなら労働時間規制を望まないという回答する割合が増加した。施設種別で層別化した解析では、大学以外の病院(70.9%(212/316))と比較して大学病院(58.4%(144/248))、診療所・その他(58.4%(59/101))で給与減少を許容する割合が低かった。

## 6) 働き方改革・労働時間規制で行われる取り組みの必要性と実現可能性

患者安全・医師の健康確保による持続的な勤務体制確立のため、医師の働き方改革において行われる可能性のある取り組みについて、行われるべきか、実現可能かどうかについて考えを尋ねた。

働き方改革に伴う労働時間規制で必須となる実労働時間の把握・削減について、主勤務先の業務について 79.6%(552/693)、実現可能と回答した割合は 47.6%(390/693)、外勤先の実労働時間把握についてはそれぞれ 54.5%(378/693)が行われるべき、32.9%(228/693)が実現可能と答えた。連続勤務制限については 82.7%(573/693)が行われるべき、42.4%(294/693)が実現可能と答えた。交代制勤務の導入については 66.7%(462/693)が行われるべき、30.6%(212/693)が実現可能と答えた。

また、他職種へのタスク・シフティングについて、医療業務については 90.2%(621/693)が行われるべき、60.7%(410/693)が実現可能と、非医療業務については 82.3%(601/693)が行われるべき、52.7%(357/693)が実現可能と答えた。医師同士のタスク・シェアリングについては 85.9%(589/693)が行われるべき、54.9%(370/693)が実現可能と答えた。カンファレンスの引き継ぎ業務の勤務時間内実施については 85.3%(591/693)が行われるべき、61.2%(424/693)が実現可能と答えた。

## 7) 専門研修・高度技能習得と労働時間規制（C 水準について）

専門研修や高度技能研修のために設けられる時間外労働の上限規制である C 水準(年間 1860 時間まで)についてどのように考えるかを尋ねた。

専門研修や高度技能研修のために設けられる時間外労働の上限規制（C 水準）について、わからない/回答したくない/無回答を除いた全体の 78.4%(385/491)が 1860 時間でちょうどよい、または多すぎると答えた。

年代で層別化した解析では、40-50 代で 1860 時間では研修時間が多い・ちょうどよいと考

える割合が少なくなる傾向が見られた。性別で層別化した解析では、男性(201/279(72.0%))と比べ女性(182/210(86.7%))で C 水準では多いまたはちょうどよいとする割合が高かった。

#### **8) 分娩病院の集約化**

分娩を取り扱う病院集約化について、集約化を行う上で理想的な一施設あたりの分娩取扱件数、及び選択した件数の分娩を扱う上でどのくらいの医師数が必要か、常勤医数、当直医数について考えを尋ねた。

分娩病院集約化を行う上で適切と感じる分娩取扱件数としては、全体の 26.4%(183/693)が 1000 件以上、66.8%(470/693)が 500 件以上と答えた。選択した分娩件数を扱う上で適切な常勤医数としては、全体の 47.2%(183/693)が 10 人以上と答え、夜勤・宿直を担当する医師数としては、全体の 48.3%(335/693)が 5 人以上と答えた。

## <目的・方法>

### <目的>

2024 年度より患者安全、医師の健康確保による持続的な勤務体制の確立を目的として医師の働き方改革が開始となる。本アンケートは全国の産婦人科の勤務体制とその実情、また、現場の医師が現状をどのように感じており、変えていきたいかを明らかにすることを目的とした。本アンケートが、この働き方改革を単なる労働時間の規制で終わらせるのではなく、個々人が普段の業務により意欲的に取り組むことができ、地域、日本全体として持続可能な働き方を目指すための改革となるような各施設での取り組みを考える契機となれば幸いである。

### <調査期間>

2022 年 6 月 29 日～7 月 14 日

### <対象者>

日本産科婦人科学会の会員

### <方法>

オンラインアンケート（解析時には個人情報を抹消した形でデータを受取）

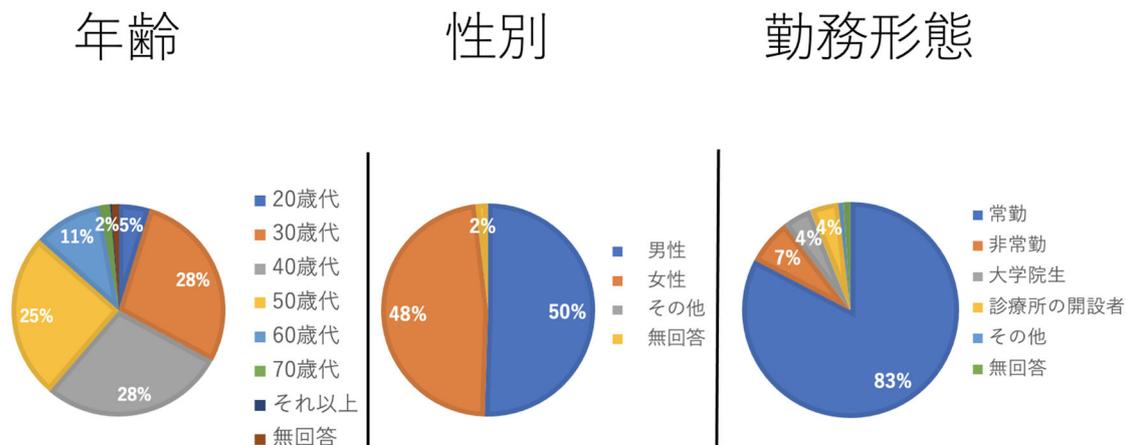
### <有効回答数>

693 名

## <結果>

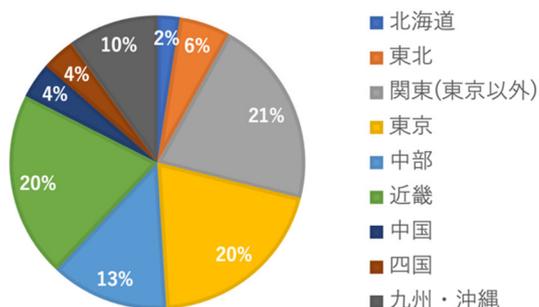
### 1. 回答者背景情報

#### a) 年代・性別・勤務形態



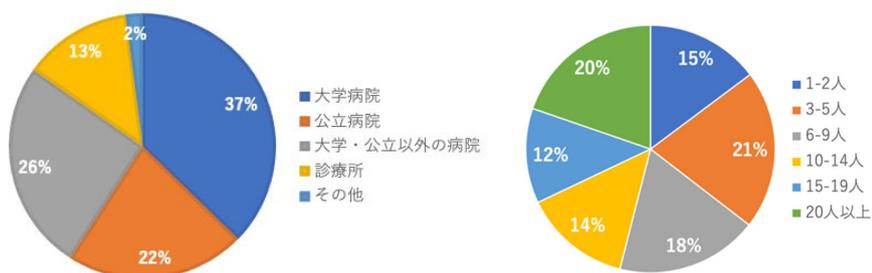
回答者の年代は、30-50歳代を中心に様々な世代よりご回答いただいた。男女比はほぼ1:1であった。勤務形態としては常勤が82.7% (573/693) と最も多かった。

#### b) 所属施設の地域



全国より幅広く回答をいただいた。

#### c) 施設種別・常勤医数



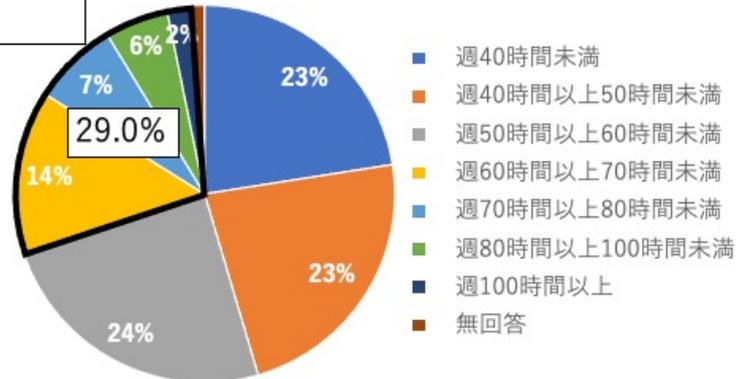
回答者の所属施設は大学病院が37.3%(248/665)と最多であったが、公立病院(22.0%(145/665))、それ以外の病院(25.7%(171/665))、診療所(13.2%(88/665))からも回答を得た。常勤医数も様々であり、多様な規模の施設に所属する医師からの回答を得られたことが示唆された。

## 2. 労働時間の現状

### a) 労働時間

#### **A水準とは?**

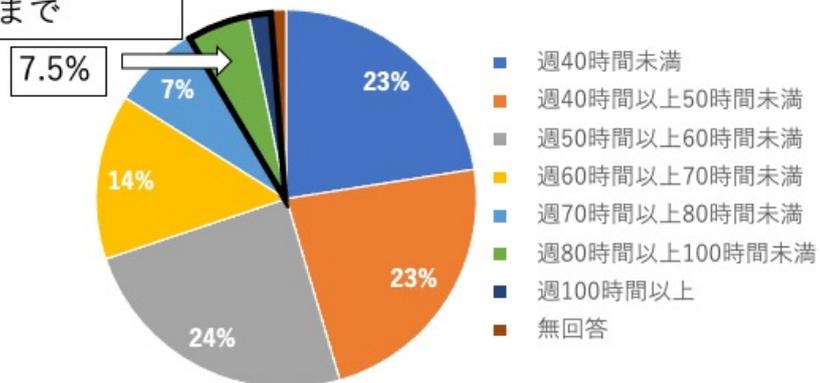
年間960時間 = 週20時間  
法定労働時間40時間まで  
合計週60時間まで



現在の労働時間について、A水準を超える週60時間以上勤務をしているものは全体の29.0%(201/693)を占めた。

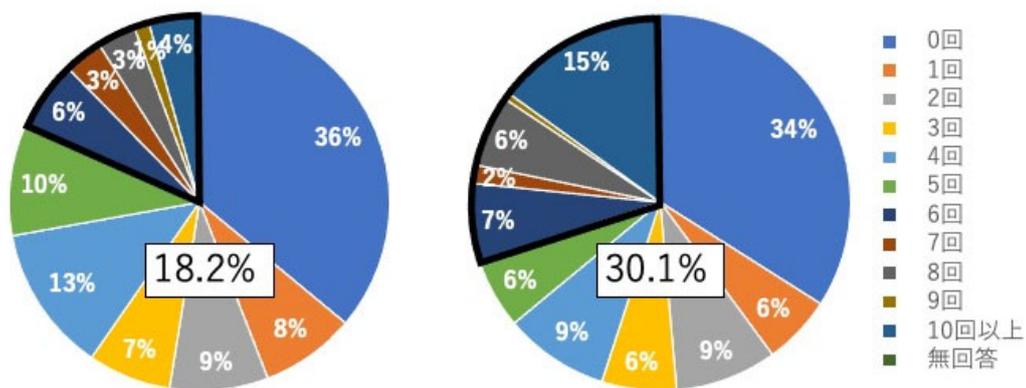
#### **B水準とは?**

年間1860時間 = 週38.8時間  
法定労働時間週40時間まで  
合計週78.8時間まで



また、B水準を超える週80時間以上勤務をしている者は全体の7.5%(52/693)を占めた。

b) 夜勤・宿直、オンコール回数



主たる施設での夜勤・宿直回数は、5回以上であると回答したものが全体の18.2%(126/693)を占めた。

オンコール回数については5回以上と回答したものが全体の30.1%(209/693)を占めた。

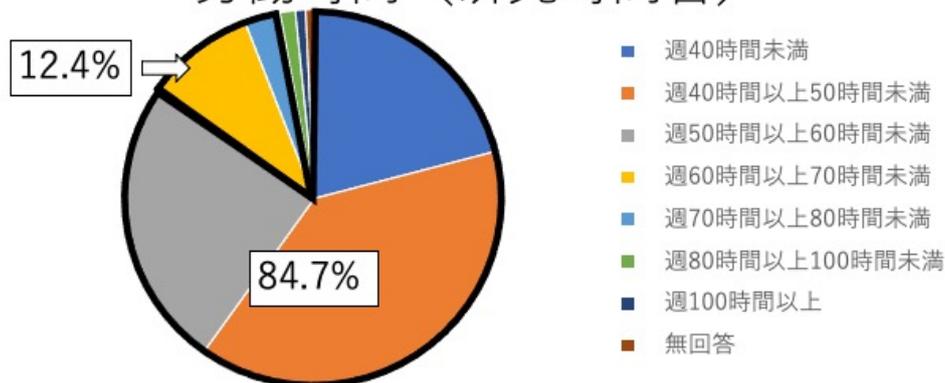
### 3. 近い将来に希望する働き方

#### 質問内容

「あなたは今から現在と同じ施設で 5 年間継続して働くことを考えたときに、どのような働き方を希望しますか。以下の項目についてそれぞれ希望をお答えください」

#### a) 労働時間について（研究時間含）

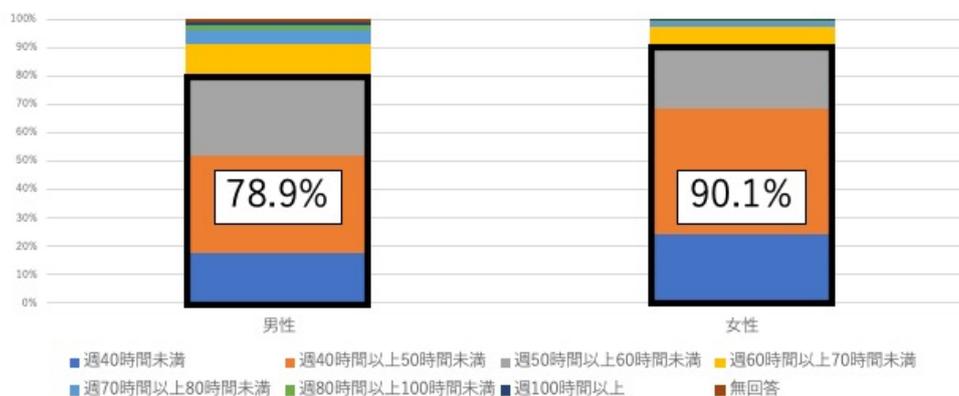
#### 5年後も働き続けられる1ヶ月あたりの労働時間（研究時間含）



全体の結果では、近い将来（5年後）も働き続けられる労働時間（研究時間含む）について、A 水準以内を希望するものが 84.7%(587/693)、A 水準を超えて B 水準以内を希望するものは 12.4%(86/693)にとどまった。

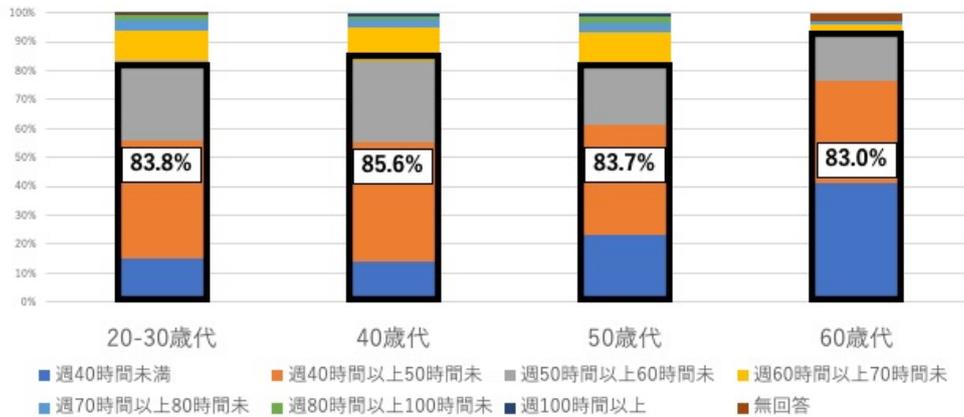
#### b) 労働時間についての層別解析

#### 性別で層別化した5年後も働き続けられる1ヶ月あたりの労働+研究時間



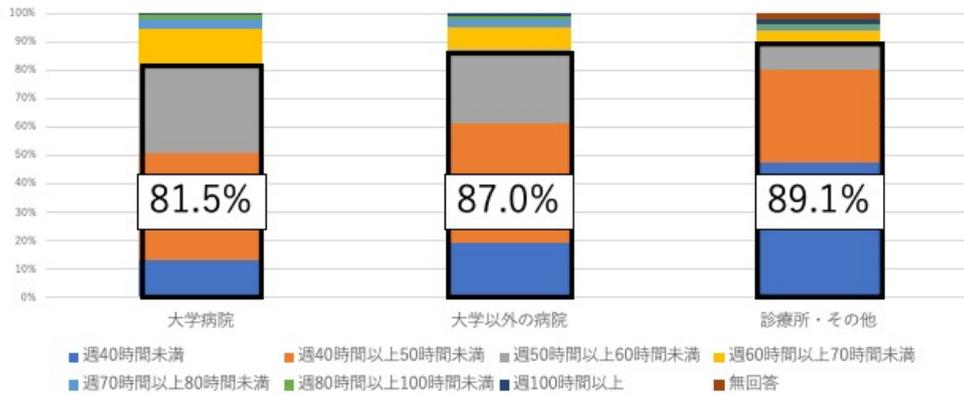
男性の 78.9%(276/350)、女性の 90.1%(300/330)が将来的に A 水準以内の働き方を希望していた。

## 年代で層別化した5年後も働き続けられる 1ヶ月あたりの労働+研究時間



年代で層別化した解析では、20代の約75%、30-50代の約85%がA水準以内の働き方を希望していた。

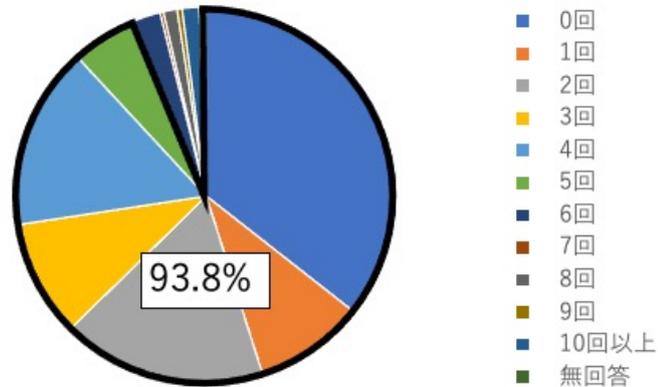
## 主たる勤務先で層別化した5年後も 働き続けられる1ヶ月あたりの労働+研究時間



主たる勤務先で層別化した解析では大学病院の81.5%(202/248)、大学以外の病院の87.0%(275/316)、診療所・その他の89.1%(90/101)がA水準以内の勤務を希望していた。

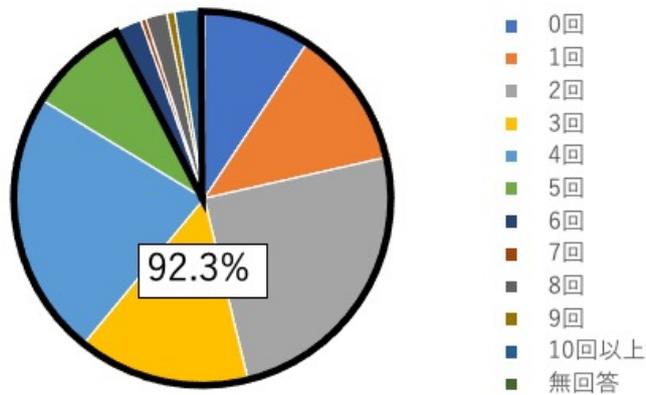
c) 夜勤・宿日直回数について

### 5年後も働き続けられる1ヶ月あたりの 夜勤・宿日直回数



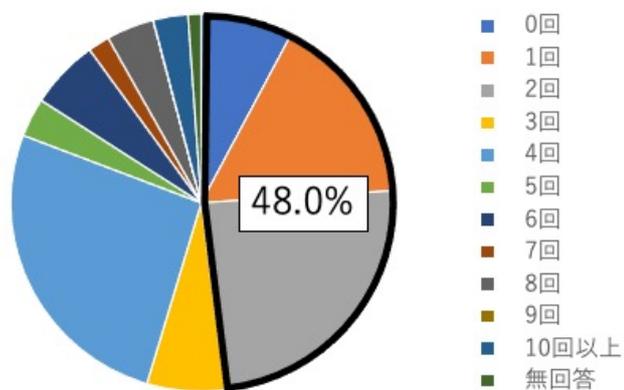
近い将来（5年後）も働き続けられる主たる施設での夜勤・宿日直回数については5回以下とする回答が全体の93.8%(650/693)を占めた。

### 現在夜勤・宿日直を行なっている医師に 限定した、5年後も働き続けられる 1ヶ月あたりの夜勤・宿日直回数



現在実際に夜勤・宿日直を1回以上行っている医師に限定した解析(n=443)でも、全体を対象とした解析と同様の割合である92.3%(409/443)が5回以下の夜勤・宿日直を希望していた。

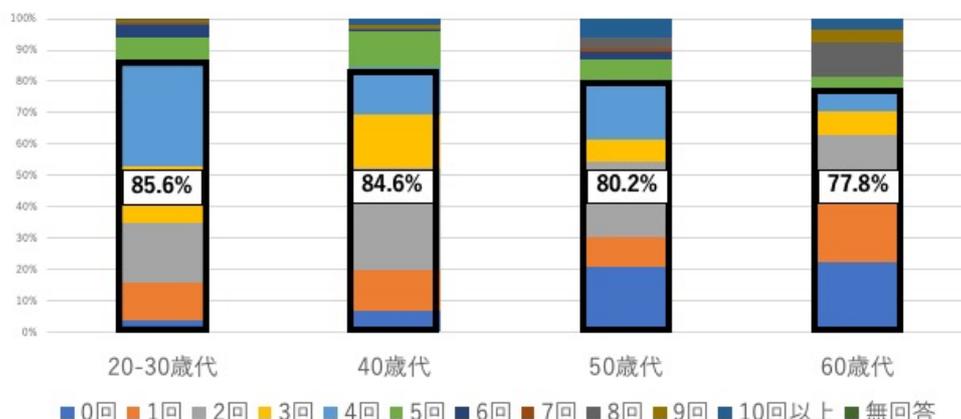
現在外勤先で夜勤・宿日直を行なっている  
医師に限定した、5年後も働き続けられる  
外勤先の1ヶ月あたりの夜勤・宿日直回数



現在外勤先で夜勤・宿日直を行なっている医師に限定した解析(n=271)では、48.0% (130/271)の医師が2回以下を希望していた。

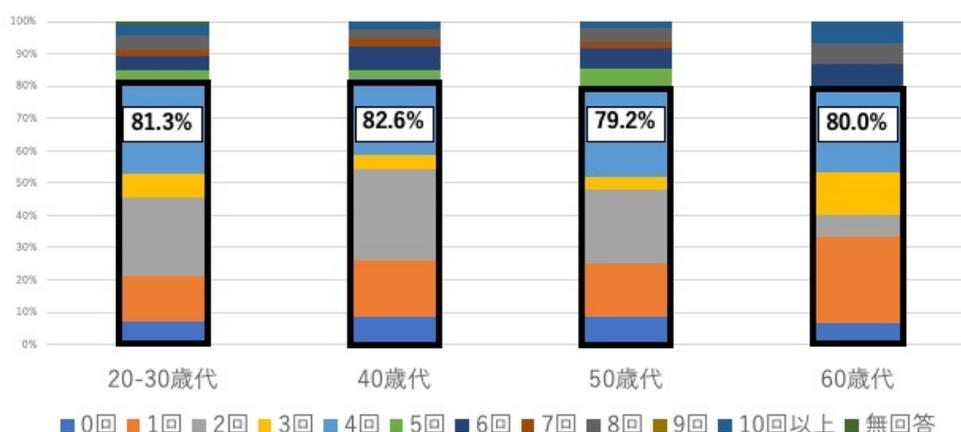
d) 夜勤・宿日直回数についての層別解析

現在夜勤・宿日直を行なっている医師に  
限定し、年代で層別化した5年後も働き続け  
られる1ヶ月あたりの夜勤・宿日直回数



現在夜勤・宿日直を行なっている医師に限定し、近い将来も働き続けられる主たる施設での夜勤・宿日直回数を年代で層別化した解析では、全年代で75%以上が4回以内を希望していた。また、20-30歳代でむしろ4回以内を希望する割合が85.6%(154/180)と高かった。

現在外勤先で夜勤・宿日直を行なっている医師に  
限定し、年代で層別化した5年後も働き続けられる  
1ヶ月あたりの夜勤・宿日直回数



現在夜勤・宿日直を行なっている医師に限定し、近い将来も働き続けられる外勤先の夜勤・宿日直回数を年代で層別化した解析では、全年代で約80%程度が4回以内を希望していた。

#### 4. 給与と時間のトレードオフ

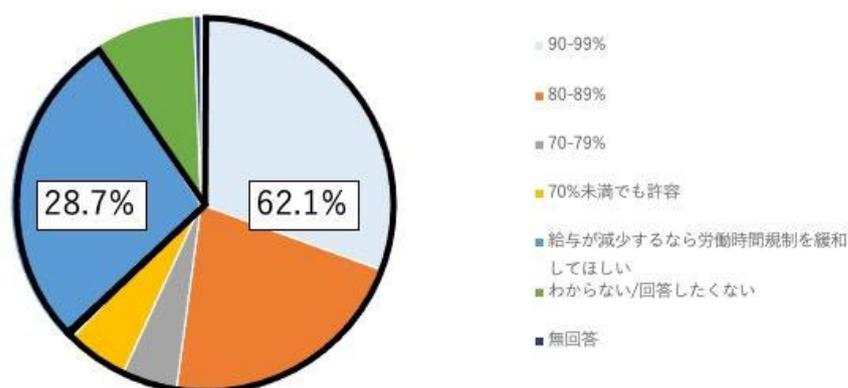
##### 質問内容

「働き方改革の結果、現在よりも労働時間が減る医師は、給与所得が減少する可能性があります。2024年度の開始を経て、2035年度末には全ての時間外労働の基準はA水準へ移行する予定です。A水準の条件下で、現在の給与が減少するとして何%まで許容できますか？

以下の中から最も当てはまるものをお選びください。”90-99%, 80-89%, 70-79%, 70%未満, 給与が減少するなら労働時間規制を緩和してほしい, わからない/回答したくない”]

##### a) 全体の結果

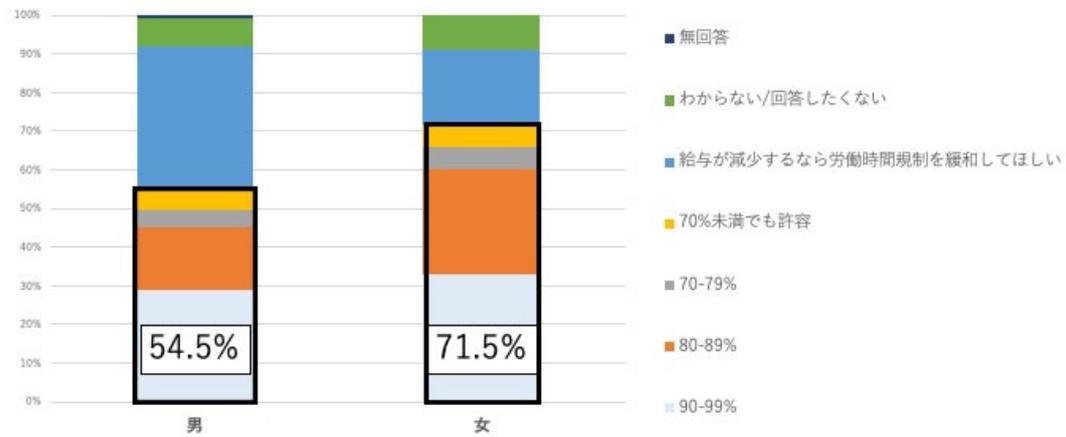
A水準の条件下で、現在の給与が減少するとして何%まで許容できますか？



全体の結果では、90%までなら許容と回答した者は 30.6%(212/693)、80-89%まで許容と回答した者は 21.5%(149/693)であり、90%までなら許容と回答した者と合わせて全体の半数を占めた。6割の医師が適切な労働時間規制の下での給与減少を許容と回答したのに対し、28.7%(199/693)の医師は給与が減少するなら労働時間規制を緩和してほしいと回答した。

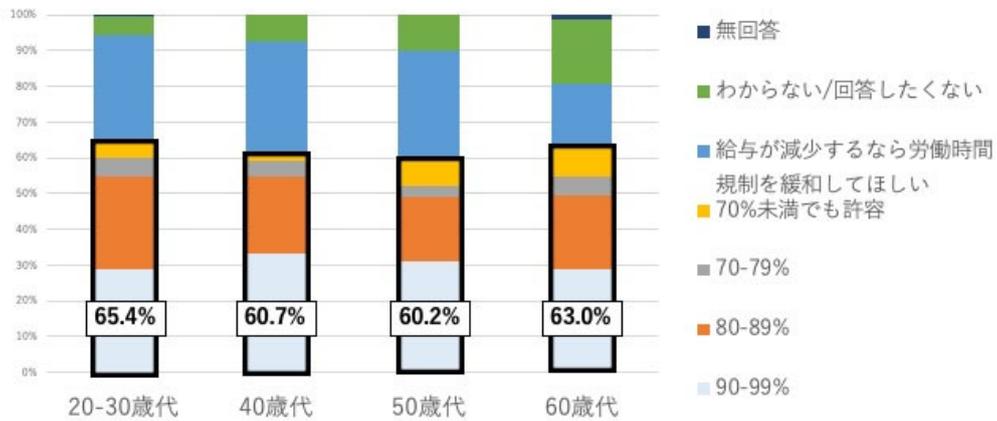
## b) 層別解析

### 性別で層別化した解析結果



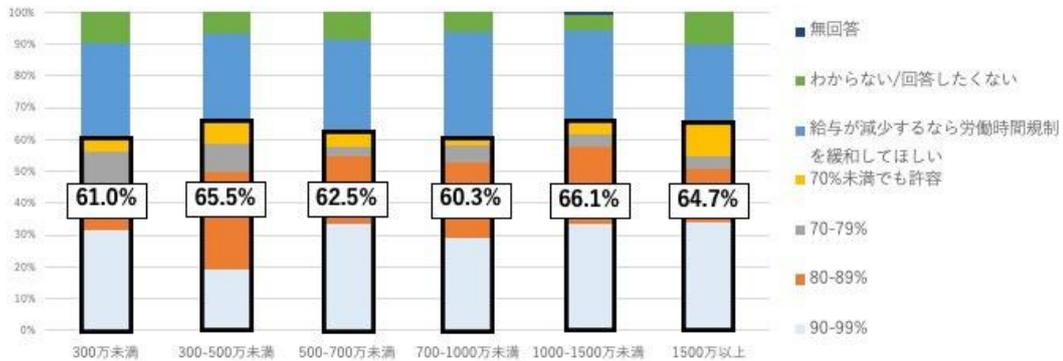
性別で層別化した解析では女性(54.5%, 236/330)に比べ男性(71.5%, 191/348)で給与減少を許容できる割合が低かった。

### 年代で層別化した解析結果



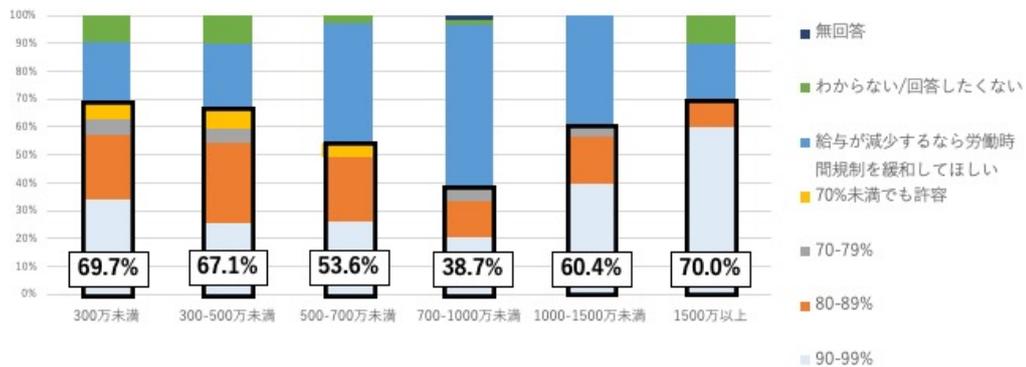
年代で層別化した解析では40代、50代で給与減少を許容できる割合が低かった。

## 主たる勤務先の年収で層別化した解析



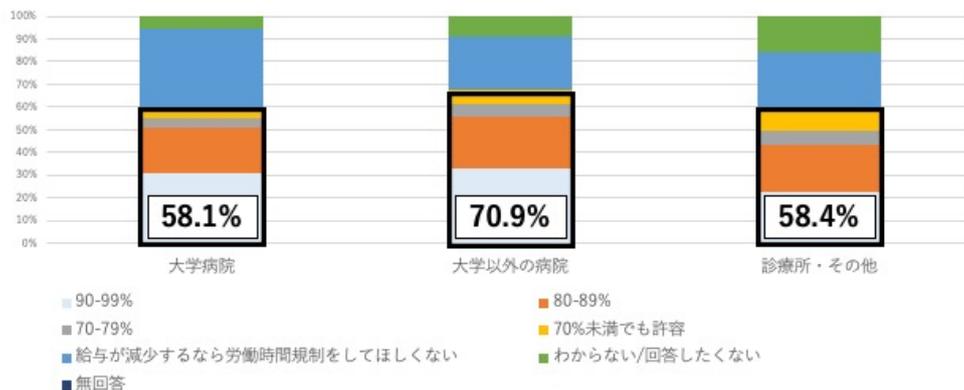
主たる勤務先の年収で層別化した解析では、一定の傾向は認めず、全体の約 6 割の医師が適切な労働時間規制の下での給与減少を許容と回答した。

## 外勤先の年収で層別化した解析



外勤先の年収で層別化した解析では、1000 万円までは年収が増加するにつれて給与減少を許容できると回答する割合が低下した。

## 施設種別で層別化した解析結果



施設種別で層別化した解析では、大学以外の病院(70.9%(212/316))と比較して大学病院(58.4%(144/248))、診療所・その他(58.4%(59/101))で給与減少を許容できると回答する割合が低かった。

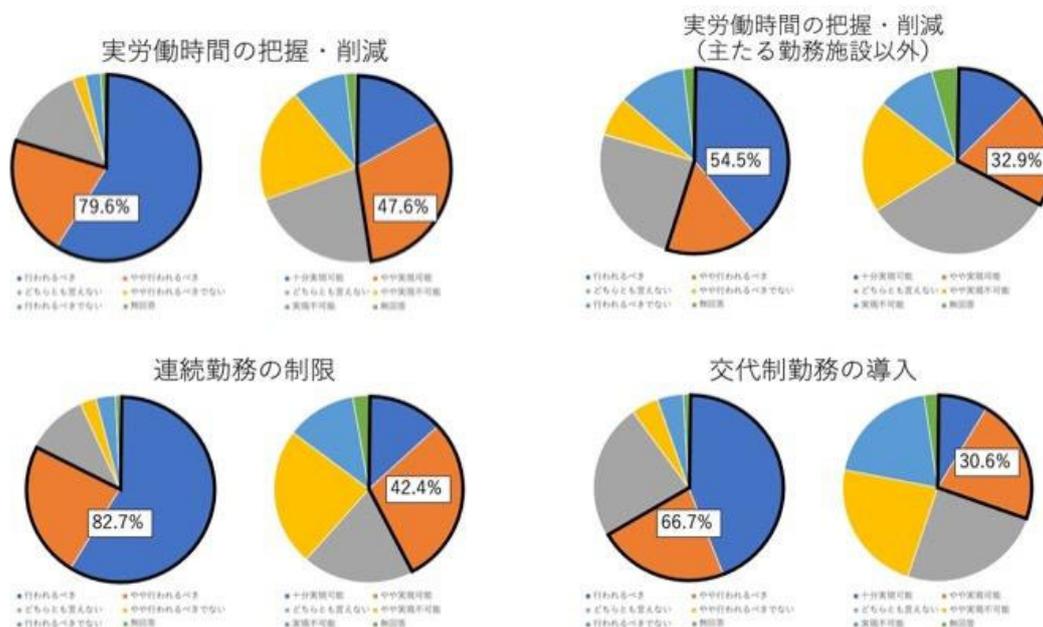
## 5. 働き方改革・労働時間規制で行われる取り組みの必要性と実現可能性について

### 質問内容

「2024年度より開始になる医師の働き方改革は患者安全・医師の健康確保による持続的な勤務体制確立のため、以下のような取り組みが行われる可能性があります。

以下に挙げる項目はどの程度行われるべき/実現可能とお考えですか？ 1：行われるべき/十分実現可能、5：行うべきでない/実現不可能として、それぞれの項目について最も当てはまる数字をお選びください。」

#### a) 実労働時間の把握・連続勤務制限・交代制勤務



それぞれの取り組みについて行われるべきかどうか（左）、実現可能と思うかどうか（右）について尋ねた結果を示した。

行われるべき（行われるべき、やや行われるべき）と回答した集団、実現可能（実現可能・やや実現可能）と回答した集団の割合をそれぞれ黒の枠線で囲って示した。

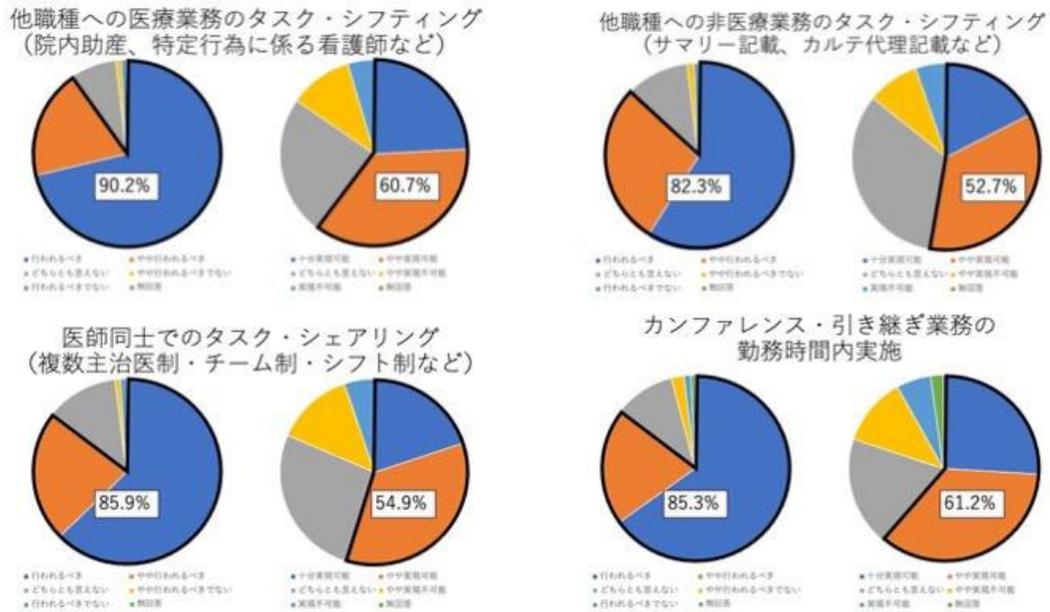
働き方改革で必要になる実労働時間の把握・削減について、行われるべきと回答した割合は 79.6%(552/693)、実現可能と回答した割合は 47.6%(390/693)にとどまった。

また、外勤先の実労働時間把握についてはそれぞれ 54.5%(378/693)が行われるべき、32.9%(228/693)が実現可能と答えた。

連続勤務制限については 82.7%(573/693)が行われるべき、42.4%(294/693)が実現可能と答えた。

交代制勤務の導入については 66.7%(462/693)が行われるべき、30.6%(212/693)が実現可能と答えた。

b) タスク・シェアリング、タスク・シフティングなど



また他職種へのタスク・シフティングについて、医療業務については 90.2%(621/693)が行われるべき、60.7%(410/693)が実現可能と、非医療業務については 82.3%(601/693)が行われるべき、52.7%(357/693)が実現可能と答えた。医師同士のタスク・シェアリングについては 85.9%(589/693)が行われるべき、54.9%(370/693)が実現可能と答えた。カンファレンスの引き継ぎ業務の勤務時間内実施については 85.3%(591/693)が行われるべき、61.2%(424/693)が実現可能と答えた。

## 6. 専門研修・高度技能研修のための労働時間規制（C水準）について

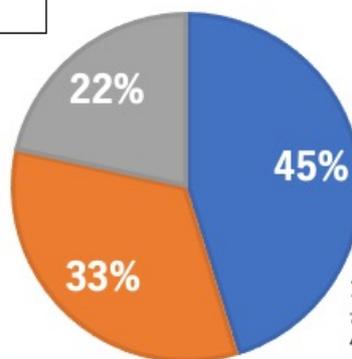
### 質問内容

「専門研修や高度技能研修のために設けられる時間外労働の上限規制として C 水準(年間1860 時間まで)を採用したプログラムを作成することが許可されています。この水準は、2035 年が過ぎても維持される予定です。この上限規制についてどのように考えますか。1：1860 時間では多すぎる、3：1860 時間でちょうどよい、5：1860 時間では少なすぎるとして最も当てはまる数字をお答えください。わからない、回答したくない場合は9を選んでください。」

### a) 全体の結果

#### C水準とは?

年間1860時間 = 週38.8時間  
法定労働時間週40時間まで  
合計週78.8時間まで



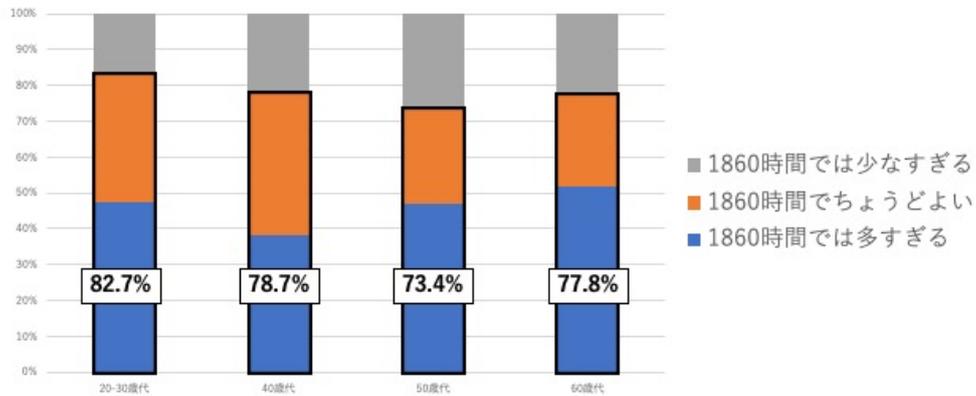
1～5を選んだ者 (N=491) を母数とし、1,2を「1860時間では多い」4,5を「1860時間では少ない」として表記

■ 1860時間では多い ■ 1860時間でちょうどよい ■ 1860時間では少ない

専門研修や高度技能研修のために設けられる時間外労働の上限規制（C水準）について、わからない/回答したくない/無回答を除いた全体の 78.4%(385/491)が 1860 時間でちょうどよい、または多すぎると答えた。

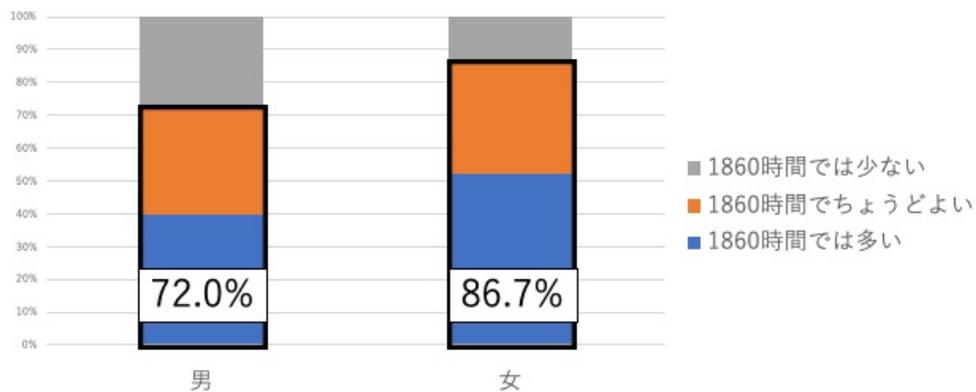
## b) 層別解析

### 年代で層別化した専門研修・高度技能研修のための労働時間規制について



年代で層別化した解析では、40-50代で1860時間では研修時間が多い・ちょうどよいと考える割合が少なくなる傾向が見られた。

### 性別で層別化した専門研修・高度技能研修のための労働時間規制について



性別で層別化した解析では、男性（201/279(72.0%)）と比べ女性(182/210(86.7%))で C 水準では多いまたはちょうどよいとする割合が高かった。

## 7. 分娩病院の集約化について

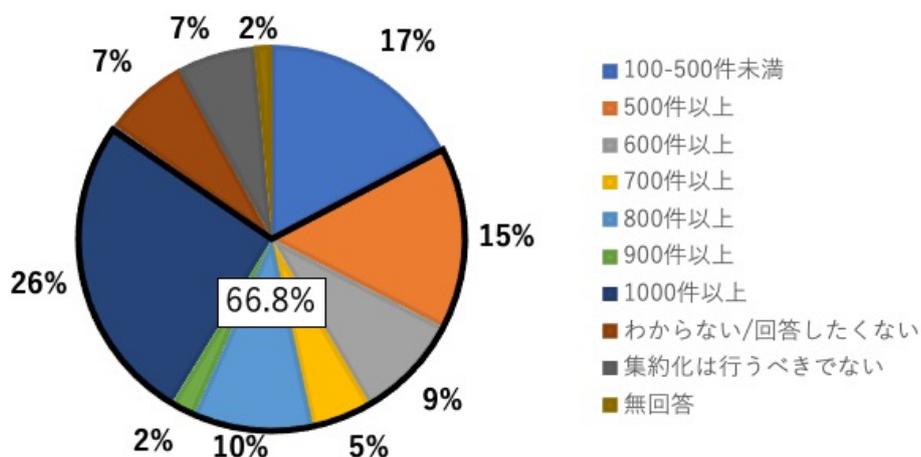
### 質問内容

「分娩を取り扱う病院集約化についてお伺いします。今後医師の働き方改革に伴い、分娩を取り扱う病院の集約化が行われる可能性があります。集約化を行う上で、理想的な一施設あたりの分娩取扱件数についてのお考えをお聞かせください。

また、お選びいただいた件数の分娩を扱う上でどのくらいの医師数が必要か、常勤医数、当直医数についてもそれぞれお答えください。」

#### a) 分娩取扱件数

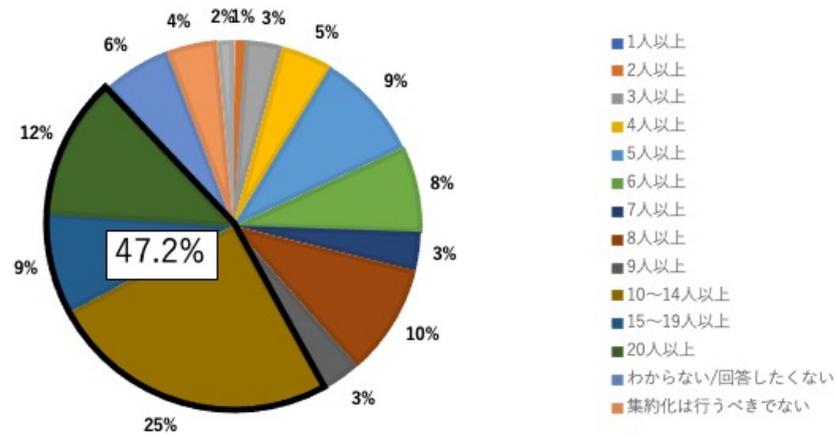
### 分娩病院集約化を行う上で適切と感じる条件 ① 分娩取扱件数



分娩病院集約化を行う上で適切と感じる分娩取扱件数としては、全体の 26.4%(183/693) が 1000 件以上、66.8%(470/693) が 500 件以上と答えた。

b) 常勤医数

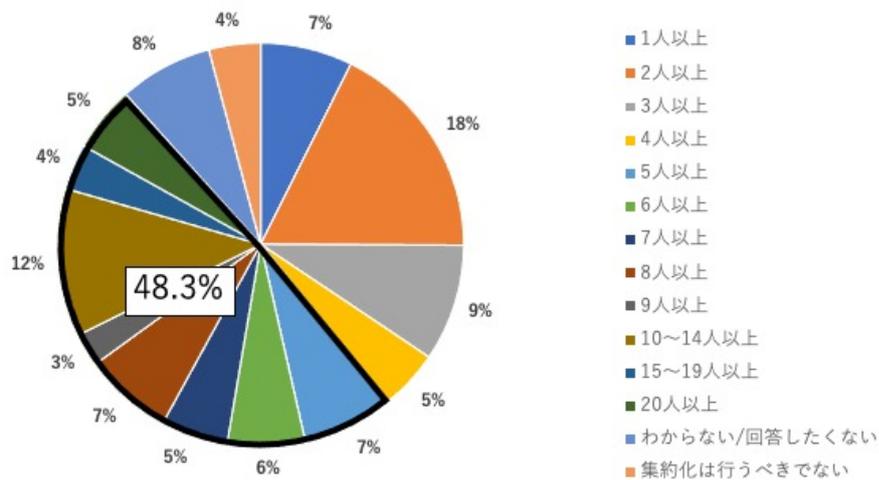
分娩病院集約化を行う上で適切と感じる条件  
②常勤医数



分娩病院集約化を行う上で適切と感じる常勤医数としては、全体の 47.2%(183/693)が 10人以上と答えた。

c) 夜勤・宿直を担当する医師数

分娩病院集約化を行う上で適切と感じる条件  
③夜勤・宿直を担当する医師数



分娩病院集約化を行う上で適切と感じる夜勤・宿直を担当する医師数としては、全体の 48.3%(335/693)が 5人以上と答えた。

## 8. 今回の働き方改革・労働時間規制に向けた声

以下に、皆様よりお寄せいただいたコメントについて記載いたします。

### 働き方改革への期待

・この働き方改革は、特に地方において大きな不安の声が聞こえてきていますが、学会としてできることを行い、医師個々人の幸せだけでなく、その理想的な体制の構築を行うことが、日本国の医学研究・臨床の発展につながると確信します。

・大学病院の医師たちが外勤で心身をすり減らすことなく研究にうちこめる環境作りが最も重要であり、イノベーションにつながる研究力の向上のためにも学会としてぜひ大学病院の医師の待遇改善に向けて全力で取り組んでいただくことを強く要望する。

・診療所の経営を支えるためにも宿日直許可を得ることで現状を是認して、問題を先送りしようとする動きがあるが、そうした手段は問題の解決につながらない。当直明けにも働くことが認められれば全く働き方改革にはならない。

### 働き方改革への不安感

・働き方改革を見据えて医師の勤務実態把握などの動きはありますが、実際の勤務体制は全く変わっておらず先々混乱することが目に見えており不安な現状が否めません。

・常勤医は私 1 名のみです。分娩や手術などパート医が来なければこなせません。この状況でパート医が制限されると何のための働き方改革なのかわからなくなります。むしろ今よりもっとしんどくなるのではないかと心配です。

・労働規制を強制されたら地域医療は崩壊するかと思います。

・業務量が多すぎて時間外労働が必須な状況なのに規制されてしまったら、時間外を申請せずに時間外労働をすることになりそう。

・勤務時間についての議論があるのは良い事と思いますが、勤務時間把握のためにむしろ書類仕事が増えるのは避けたいです。

### 働き方改革で行われる具体的な取り組み・工夫について

・社会全体でみんなで仕事をシェアして負担を分散させる風潮が大切だと思います。また、上司が定時に帰ったり休みをきちんと取ってくれないと下の学年の医師はいつまでも残っていなければいけない空気を感じたり休みを取りづらく感じてしまうので、上司が積極的に定時上がりや休暇取得をするのが大切だと思います。また、産婦人科医でも不妊治療したい先生はいると思いますが、急に休んだり早退するのが風潮的に言いにくい環境の病院も多いと思います。その辺も積極的に改善していただけると幸いです。

・各種学会の web 参加のおかげで育児中でも発表、参加することができ大変助かっております。また、地方から中央の学会に参加する際の交通時間や学会参加のための休業を省くことができ、間接的にみんなの働き方改革につながっているかと思えます。

・他職種への医療業務のタスクシフティング（院内助産、特定行為に係る看護師など）を実現するための技能上・法律上の準備が必要と考えます。

・子育て中の医師視点として、時短勤務制度や当直免除を利用できる環境が必要だが、その分、他の医師に過剰な負担がかかってほしくはない。交代制で夜中心に働く医師やチーム制で全体のバランスが取れるように人員確保が必要だと思う。

・当直回数の削減よりも、当直明けの勤務禁止、当直明けの業務を他の医師に引き継ぐことができる制度を希望します。また、退院サマリーや診療情報提供書、保険に関する書類への医師以外の職種による記載を希望します。看護師の資格として、採血やケモルート、輸血ルートの確保ができるかどうかは病院によって様々です。これらを、産婦人科学会や日本全体で決めていただきたい。

#### **時短で勤務する医師の働き方について**

・子育て中の医師で平日の当直オンコール 居残り早出ができない医師が一定数いる。産婦人科全体で男性医師の働き方をかえていかないと、（男性も育児を担うのが当然というふうに）それぞれがサポートしあっていくという体制は作りにくいと考える。

・私は子育てのため少し仕事を減らして勤務していましたが、しかし子供が大学に行くのにお金が必要、仕事を増やしたいと思っています、そんな中堅の女性も多いのでは、そういう人材をうまく活用できる流動的な雇用がもっとあるといいなと思います。

・負荷が大きくても給与面などでのアドバンテージが少なく、時短勤務や当直免除の勤務が「楽しんでずるい」という空気が生まれやすい。時給換算ではなく仕事量（業務内容）に応じた給与体系にすることも重要ではないか。勤務の負荷に応じて給与が支払われれば、時短勤務などもしやすくなり、結果ワークシェアリングも推進できるのではないかと思う。子育て、介護などで勤務時間が限られる医師でも、勤務に組み込んでいくことで、一人一人の負担を減らし、時間外労働規制などもクリアしていけるのではないかと思う。

#### **労働と給与のトレードオフ**

・労働時間を上限値で規制するのではなく、一定時間以上の勤務は自発的な意思で就労することとし、それに対する正当な対価の支払いがあることが徹底される制度を求めたい。軽減勤務を希望する者（時期）もあれば、知識や技術向上のため、より高給を目指すために多く働きたい者（時期）もある。様々な働き方を認め、長時間労働が強制されないシステム、勤務に対する十分な対価が支払われる制度が理想と思う。

・働き方改革は大いに結構ですが、それに伴う収入減が当然のように語られることに違和感があります。そもそも大学病院勤務医に十分な収入を保証していれば、現状のような無

理な働き方をしなくて済むのではないのでしょうか？

・働き方改革と言って、働く時間を申請させてお給料が減って、実際に勤務時間は短くならないみたいなことにならないようにしてほしい。

### 専門研修・高度技能習得と労働時間規制

・医師としての研鑽は、経験も不可欠であり、時間で縛られることは心配です。医師免許のいない雑務から解放されることが重要と思います。

### 分娩病院・その他施設の集約化

・分娩、手術の集約をもっと進めるべき。

・分娩は夜中にある可能性もあり、進行中は出産がなくてもモニターをみて管理しているのだから、分娩取り扱い施設は、宿日直ではなく、すべて夜勤とするべき。大学病院で働いた分の給与がでて、外勤にいかなくても良いように、もっと労働時間規制をかけて集約化することで効率をよくすることで、ベースの給与をあげてほしい。

・自施設で医師が確保できない施設があるならば、それは集約化していく対象なのだと考えていけばいいのではないかと思っている。

・分娩を集約化することは必要かもしれないが、開業医が半数を担っている現状で病院だけ集約化することは医師全体の過重労働改善の点からは無意味と考えます。病院の経営母体が様々であり集約化した場合に転職も余儀なくされるため、働き甲斐がなくなる可能性もあります。全体的には診療報酬のアップが不可欠だと思います。

・分娩の集約化は一施設あたりの医療圏拡大につながり、必然的に妊婦の移動距離が増えるだけで、トラブルの原因になりかねない。

・施設の集約化については、日本のように公立病院・私立病院が乱立している中での実現は難しいのではないのでしょうか。ただし過疎地域では行政や医師会主導の集約化が必要と思います。