

産婦人科医療改革グランドデザイン 2023

サステイナブル産婦人科医療体制確立委員会

目次

1. はじめに	P 1
2. グランドデザイン 2023 の基本的な考え方	P 2
3. 現状分析	
3-1. 働き方改革についての考え方	P 3
3-2. 産婦人科医療提供体制の現状	P 5
1) 産婦人科医療の特殊性	P 5
2) 分娩取扱施設(主に病院)の現状	P 5
① 東京都の現状と目標	P 7
② 北海道の現状と目標	P 7
③ 長崎県の現状と目標	P 8
● 都市部と地方の現状のまとめと対策	P 11
3-3. 産婦人科医師の現状	P 12
1) 産婦人科医師数について	P 12
2) 男女共同参画について	P 15
3) 働き方への意識・ワークライフバランスについて	P 17
4. グランドデザイン 2023 の提言	P 19
5. 参考資料	P 21

1 はじめに

少子化と女性活躍は我が国において極めて重要な政策課題であり、妊娠分娩および女性の健康を担う産婦人科医師の役割は大きい。ただ、勤務環境が厳しい等により、特に地方において産婦人科医師の不足はかねてから社会問題となっていた中で、2024 年から医師の働き方改革が施行される。日本産科婦人科学会は、すべての地域で安全な産婦人科医療が将来にわたって確保されることを目指し、ここに現状を分析したうえで課題解決に向けて必要な目標を提示する。

これまで日本産科婦人科学会(以下、学会)では、医療改革委員会において「産婦人科医療改革グランドデザイン 2010・2015」を策定し¹⁻³⁾、全ての地域において安全で高度な産婦人科医療が安定的に確保されることを目標に様々な活動を展開してきた。2018 年 9 月には日本産婦人科医会と共同で、「産婦人科医の働き方改革」宣言と提言⁴⁾を発出した。

提言: 医療改革を通じて働き方改革を実現させよう

- ・地域の公的な分娩取扱病院の大規模化・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

新規専攻医数の増加や勤務状況の改善など一定の成果を挙げたが、地方における様々な課題の解決には至らなかった。本委員会は、2019 年に木村正理事長の下、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・地域の医師偏在の医師確保対策」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。2021 年には、榎本隆之前委員長の下で我々医療従事者も含めたサステナブルな産婦人科医療体制構築に向けて努力していくことを、「新潟宣言」として発出した⁵⁾。しかしながら新型コロナウイルス感染症の影響で地域医療に関する検討が停滞し、予期せぬ新興感染症に対する医療のあり方についての課題も浮かび上がる中、2024 年を迎えようとしている。

我々は新規産婦人科医の獲得、働き方の多様性を踏まえた上での男女共同参画、タスクシフト等の推進に向けて努力しているところであるが、現状を分析するに学会や地方の大学が責任を持って、あらゆる地域の産婦人科医療をこれまでと同じように維持することは到底困難と考えられる。さらに医療の発展のためには、医学研究、人材育成を推進する必要がある、これら研究や教育が一連の医療改革によって抑制されることがあってはならない。

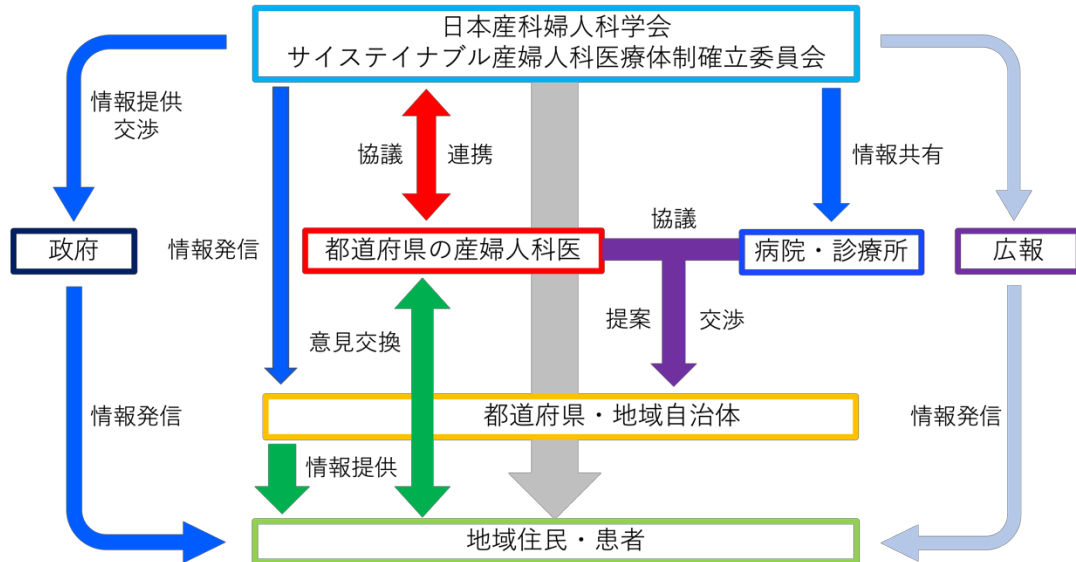
少子高齢化社会での我々産婦人科医のミッションは、女性の健康を生涯にわたりサポートし、さらに健やかな次世代を育んでいくことであり、安全でサステナブルな産婦人科医療提供体制が構築できなければ国の繁栄はなく、社会の基盤は大きく揺らぐ。これは社会及び医療状況の変化を踏まえた上で真に必要であり、さらに産婦人科医が誇りを持ち、様々な価値観を持ちながら活躍することができる産婦人科医療体制の構築を目指す。

本グランドデザインではその実現に向けた現状分析に始まり、今後の課題に対する目標設定や問題提起を行った。学会の取組みだけでは決して解決されることのない課題が多く、抜本的な対策が必要であることがお分かりいただけると思う。旧態的な体制のままでは明るい未来図を描くことは叶わない。今一度、産婦人科医一人一人が認識を共有し、社会に提示するためのグランドデザインとするものである。

2 グランドデザイン 2023 の基本的な考え方

- 安全で持続可能な産婦人科医療提供体制の確立を目指した全国民(患者・行政・医療者)に向けての行動指針である
- 現状分析に基づき、将来に向けた目標を設定し、具体的施策を提案・実行する
- 目標達成のための進行状況は定期的に評価し、社会と当事者に対し明示していく

グランドデザイン 2023 の概要 ～ 全国民(患者・行政・医療者)と共に学会が目指す取組み～



グランドデザイン2023	～2024年4月 働き方改革開始	～2029年	～2035年
働き方改革法令遵守	労働時間短縮への取組み 法制度の熟知 在院時間把握・36協定自己点検	好事例収集と横展開 B水準 → A水準へ移行	
地域医療提供体制の抜本的見直し	各地域の現状把握 自治体・住民との検討開始 意見交換・説明会の開催	● 地域基幹病院への集約化と重点化・大規模化 ● 施設機能分担の継続的審議 ● 地域医療協議会への産婦人科医の参加	
分娩取扱い病院の勤務環境改善	勤務医数確保(特に周産期母子医療センター) 在院時間削減 複数主治医制、夜勤・宿直明け勤務緩和 交代制勤務導入 業務見直し・タスクシフト	総合: 常勤医20人以上 夜勤・宿直医: 15人以上 地域: 常勤医10人以上 夜勤・宿直医: 8人以上 目標: 240時間/月未満 完了	
産婦人科医師数増加	新規産婦人科専攻医確保・維持 地域毎の目標設定 リクルート活動 常時開催・地域への積極的支援	目標: 年間500人以上	
男女共同参画の推進	就業継続率向上 ・ 妊娠・出産による離職経験率 ・ 短時間正規雇用制度の設置 女性医師の学位取得率向上 全国大学における産婦人科主任教授職の女性数	15% 60% 40%	10% 70% 50% 10名増加
働き方意識改革	● 考えを表出できる環境作り	● ワークライフバランス満足率向上	

3-1 働き方改革についての考え方

- 医師の働き方改革の目的は、医師の健康確保によってもたらされる患者安全の確保である
- 法令遵守のために、在院時間の把握および 36 協定の自己点検を行う
- 宿日直許可を取得することで見かけの労働時間を減らす取組みは、あくまで医療崩壊を防ぐための緊急避難的措置であると捉え、それが実態に見合ったものか調査を行いつつ勤務環境を改善する実効ある取組を推進する

「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律（働き方改革関連法）」は、医師においては 2024 年 4 月 1 日から施行される。この医師の働き方改革の実施に向けて、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」が 2021 年 5 月に公布された。特に、2024 年からは時間外労働の上限が制定され、A 水準（診療従事勤務医）で年間 960 時間、B 水準（特定地域医療提供機関）および C 水準（技能向上集中研修機関、特定高度技能研修機関）で年間 1,860 時間が上限となる。また、B 水準は 2035 年度末に廃止されるが、その間、医療計画の 3 年毎の見直しに合わせ、規制水準の段階的な見直し（引き下げ）がなされる予定である。また、特定地域医療提供機関の指定も 3 年毎に更新が必要であり、労働時間短縮計画の提出が義務付けられる。このように、法令遵守のためには、2024 年以降も時間外労働時間短縮に向けた間断なき取組みが求められる。

2022 年 5 月～7 月にかけて実施された大学病院を対象とした厚生労働省の医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査によると（回答率 100%）、時間外・休日労働時間が年通算 1,860 時間相当超の医師数が多い診療科は上から順に外科（248 名）、内科（220 名）、産婦人科（150 名）で、その割合が多い診療科は上から順に産婦人科（7.0%）、脳神経外科（5.8%）、外科（5.1%）であった⁶⁾。このように、産婦人科は、他診療科と比べて長時間労働の医師の割合が多く、喫緊の対応が必要であり、2035 年に向けてより危機感をもって対応を進めていくことが肝要である。また、2022 年 3 月～4 月にかけて施行された都道府県を対象とした同調査によると、47 都道府県中 39 都道府県において周産期医療提供体制への医師の働き方改革の影響が把握できていなかった⁷⁾。

地域産婦人科医療提供体制を維持しながら、働き方改革の法令を順守するためには、まず、現状把握を行うことが必須である。特に、医師の長時間労働が常態化する原因に関して、医師の勤務実態の現状を分析し、目標達成のための具体的な施策を検討することが必要である。医療機関と医療関係者は、この改正法が、地域医療を守っていくために取り組むべき基本的事項を規定したものだという点を再認識し、今から少しずつ改善していく必要がある。

速やかに取り組むべきこと

・ 在院時間の把握:

医師の在院時間について、出退勤時間の記録を上司が確認する等、的確に把握すべきである。管理職医師には、勤怠管理の重要性を認識してもらい、労働時間とそれ以外の時間の区別についての知識を持ってもらう必要もある。勤務医にも適切な労働時間の管理が自身の健康や病院の継続のために重要だという認識をしてもらい、自身の勤務時間及び在院時間の把握に努める必要がある。

・ 36 協定⁸⁾の自己点検:

管理職医師は、自施設の勤務条件を確認し、36 協定の定めなく、また、36 協定に定める時間数を超えて時間外労働をさせていないかを確認する。医師を含む他の医療従事者とともに、業務の必要性を踏まえて、36 協定で定める時間外労働時間数について自己点検を行い、長時間労働とならないよう必要に応じて見直しを行うことが必要である。

* 宿日直許可について

夜間休日に医療機関内で待機する宿日直においては労働基準監督署の宿日直許可を得ている場合とない場合とが施設ごとに異なる。勤務医は自身の労働時間管理のためにも当該医療機関での許可の有無を知っておくべきである。なお、許可の可否については令和元年7月に出生した労働基準局長通達に基づき判断される⁹⁾。

医師(産婦人科医に限らず)の宿日直許可件数は令和4年になって増加してきている(図1)¹⁰⁾。この機会に宿日直許可についてあらためて見直しをなされ、基本的に休養がとれるような勤務実態・環境作りにつながることを期待したい。例えば、何でも医師を呼び出すのではなく、看護職等が業務によっては院長など常勤医が対応するなど、宿日直の医師の負担を減らす工夫や、ゆっくり休めるよう当直室の環境整備をするなどの取り組みが進み、勤務環境が少しずつでも改善に向かうことが望ましい。制度

上は、もし宿日直中に9時間以上連続する宿日直許可の時間帯があれば、そこを勤務間インターバルとみなすことができるため、理論的にはその前後に通常と同様の勤務が可能とされる。このため、許可が得られることで医療機関においては大学等から医師の派遣を受けやすくなるというメリットがある。施設規模に関わらず非常勤医師の雇用により医療提供体制が保たれていることを考慮すれば、現状は人員確保のために宿日直許可を取得せざるを得ない施設が多いと考えられる。

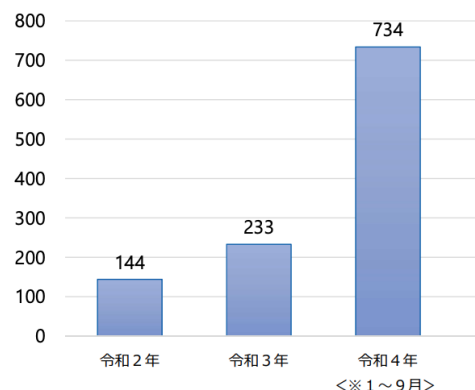
ただし、許可の有無に関わらず宿日直では勤務医にとっては自宅を離れて医療機関に滞在することには変わりはない。男女に関わらず育児や介護で家庭責任があり長い時間家を空けられない場合や、自身が疾病を抱えている場合、年齢が高く体力に限界がある場合などでは、いわゆる「寝当直」であったとしても負担が重くなりがちであることには留意すべきである。宿直翌日の勤務緩和を行っている分娩取り扱い病院は年々増えてきており2021年は43%に達している¹⁰⁾。今後、宿日直許可を得たことで翌日も通常勤務とする方向に逆戻りしないよう、注視していく必要がある。また、院内に宿直医を置かず在宅直として院外待機させる例もある。さらに、宿日直の医師だけで業務に対応できない場合はオンコールの医師が呼び出されるが、単に待機のみでは労働時間にはカウントされないものの心身の負担は少なくない。このように夜間休日の医療現場を守るために勤務医に過大な負担がかかっているか、貢献に見合う待遇となっているかを考え直す必要がある。

これは勤務医の待遇の問題だけではなく、医療安全の観点からも重要であり、適切な人員配置であるかを確実に検証する必要がある。母子の急変に迅速に対応することが求められる周産期医療提供体制を確保していくためには、それなりのゆとりある人員配置とそれを維持していくための経費が必要である。そうしたことについて国民に向けて理解を求めていくべきである。

分娩取扱施設が宿日直許可を取得することで見かけの労働時間を減らす取り組みはあくまでも地域医療を守るための一時的な緊急避難措置として認識する必要がある。勤務医の健康を守ることを通じて安全な医療を提供するためにも、宿日直許可が実態に適合しているかをモニタリングする仕組みがあるべきである。

働き方改革を単なる時間外労働上限規制の問題にとどめるのは本来の趣旨ではない。産婦人科医が健康で健全な家庭生活を送りつつキャリアを継続し、医学・医療に貢献するために、業務を適切に分担し連携して支え合う方法を考えていく必要がある。今後、少子化が加速し分娩件数は減ったとしても、妊産婦の年齢上昇によりリスクが増大しており、帝王切開術や器械分娩など医師が関わる業務はむしろ増えている。安全で快適な分娩への期待・社会的要請が高まるなかで周産期・産婦人科医療の現場を守るスタッフの心身の負担が減ることはなく、単純に分娩の数だけを見るのではなく業務量や内容を適切に評価したうえで施策が進められることが極めて重要である。こうした状況下で、一人一人の産婦人科医の能力を高めていくこそが目指すべき「産婦人科勤務医の働き方改革」ではないだろうか。

図1. <医師の宿日直許可の許可件数(年別)>



3-2 産婦人科医療提供体制の現状

- 産婦人科医療が担うのは周産期医療のみでなく、腫瘍、生殖、女性ヘルスケアを柱とした、女性の生涯の健康である
- 少子化時代だからこそ、産婦人科医療の発展と維持が求められる
- 分娩取扱施設の全国的な集約化が進む一方で、都市部と地方との医師偏在は拡大してきている
- 適切な人員確保ができなければ勤務環境が悪化し、医師の定着が進まず、分娩施設のさらなる減少につながるため必要なところには集約化・重点化を進めていく医療提供体制の抜本的な見直しが必要である
- 地域の医療提供体制維持のためには、地域の特殊性を踏まえた現状把握、目標設定、対応策の策定が必要である
- 具体的な施策として、分娩と健診・産後ケアの分離を行うことが挙げられるが、医療機関の連携強化のみならず自治体の支援と住民の意識改革が必要である

1) 産婦人科医療の特殊性

産婦人科は「分娩」という母体と胎児の命を救うための高度な周産期医療(いわば集中治療)を 24 時間 365 日実践することを軸に、婦人科腫瘍、生殖内分泌、女性ヘルスケアに関する医療を、女性の生涯にわたる健康を守るために幅広く扱っている。すなわち、多くの施設では常に集中治療を要する分娩室に気を配りながら、術者として予定された手術や生殖補助医療の処置を行い、予定された個人名を冠する外来業務を行っているのが現状である。

2022 年の出生数は 79.9 万人で過去最少となり少子化に歯止めはかからず、更なる減少が見込まれる。一方で、35 歳以上で分娩する高年妊娠の割合増加(2010 年 23.8% → 2020 年 30.0%)、生殖補助医療(ART)で妊娠する女性の割合増加(出生数のうち ART による生産数の割合:2010 年 2.58% → 2020 年 6.99%)により、慎重な周産期管理が求められるハイリスク妊娠が増加している。ART の発展普及は少子化対策として重要である一方、周産期の疾患構造に変化が生じつつあり、産婦人科医療提供体制の維持に大きな影響を与えていることを認識する必要がある。

産婦人科医が担う役割は周産期医療の現場を守ることだけではない。日本は世界で最も高齢化が進んでおり、更年期女性(45～54 歳:2010 年 868.9 万人 → 2020 年 1008.6 万人)や老年期女性(65 歳以上:2010 年 1,691 万人 → 2020 年 2,038 万人)の人口増加に伴い、生活習慣病、更年期障害や骨盤臓器脱を含む排泄に関わる問題に対する治療ニーズが増加している。さらにリプロダクティブヘルス・ライツの普及といった観点からも、女性ヘルスケアを専門とする産婦人科医の存在意義も高まってきている。そして婦人科腫瘍領域では婦人科がんの罹患患者数は増加(子宮頸癌、子宮体癌、卵巣がん罹患患者数:2009 年 3.00 万人 → 2019 年 4.21 万人)しており、治療内容としては腹腔鏡やロボット支援下手術といった高度な医療技能を要する低侵襲手術の開発や、新たな分子標的薬を含むゲノム医療、オーダーメイド治療の発展などがある。

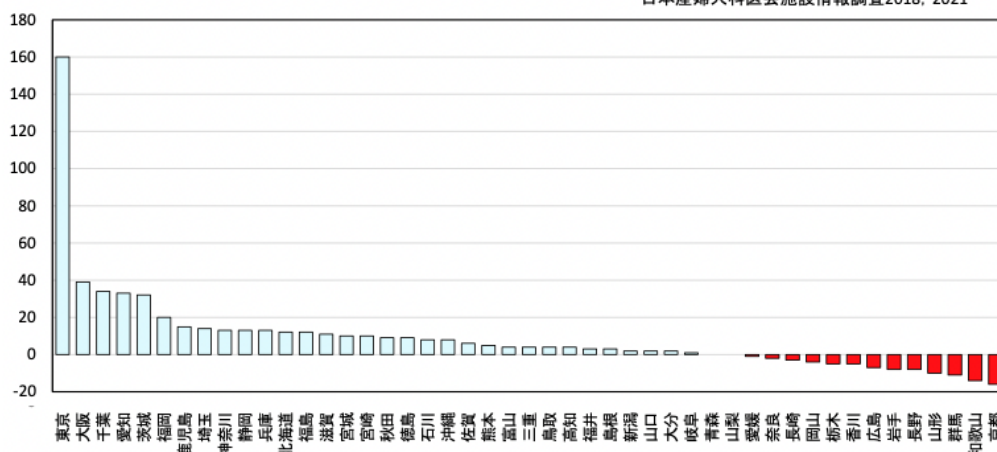
以上の特殊性を考慮すると、今後分娩数が減っていくのだから産婦人科医を増やす必要がないという結論は短絡的である。むしろ労働時間を削減しながら、より安全で高度な医療提供体制を構築していくためには臨床医、研究医を確保するとともに、機能分担を図ることも検討していく必要がある。

2) 分娩取扱施設(主に病院)の現状

2021 年度の全国分娩取扱い病院数は 985 施設である。15 年前より集約化は進み、病院数は 23.1%減少、施設当たりの年間分娩数は 2016 年をピークに漸減し少子化の一途を辿っている。一方で帝王切開率は 26.9%増加、年間母体搬送数は 23.6%増加しており、高度な周産期管理を要するハイリスク妊婦が増加している。常勤医師数は 15 年前より約 20%増加しており、集約化が進んでいる。また、週の平均勤務時間、1 カ月の当直回数、翌日の勤務緩和実施率はそれぞれ平均 44.7 時間、5.2 回、43.1%であった¹¹⁾。集約化が進み、常勤医師は増加し、勤務状況も徐々に改善に向かっているように見えるが、これらのデータはあくまで全国一括りにしたものであり地域ごとに状況は異なる。実際に東京、大阪、千葉、愛知など大都市圏では産婦人科医師数は増加しているが、約 1/3 の府県では減少しており、地域の医師偏在は拡大している(図 2)。

図 2. 2018年と比較した2021年の産婦人科常勤医師数の増減(全国 +421名)

日本産婦人科医会施設情報調査2018, 2021



さらに、分娩取扱病院(診療所を除く)における分娩数当たりの施設数と常勤医師数をみると、施設数は都道府県間で最大約 4 倍の較差があり、施設数の多い自治体においては施設当たりの医師数が少ない傾向にある(図 3,4)。分娩数 1,000 に対する施設数の全国平均は 2.3 であり、1 施設当たりの分娩数は 500 件を下回っている状況である。今後出生数減少が続く限り、施設を運営するための宿日直の医師を確保しつつ収益を上げて施設を維持するためには、集約化・重点化が欠かせなくなってくる。

図 3. 病院分娩数千当たりの施設数(総合、地域、一般合算)

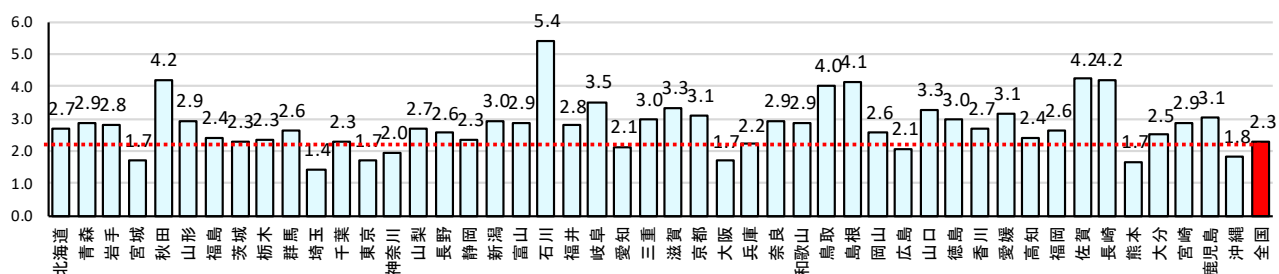
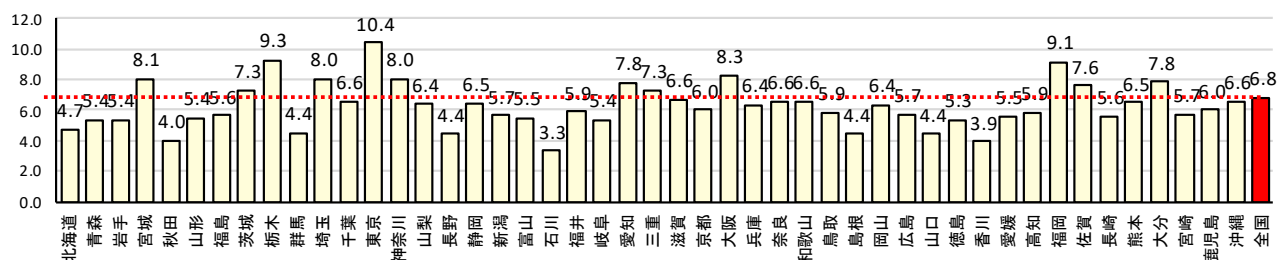


図 4. 施設当たりの常勤医師数(総合、地域、一般合算)



日本産婦人科医会施設情報調査 2021, 2022

少子高齢化が一層進む中で、人口構造の変化や地域の実情に応じた産婦人科医療提供体制を構築するためには、地域医療構想、働き方改革との整合性を図りつつ、医療従事者の確保策、地域偏在対策等について総合的、一体的に検討していく必要がある。都市部と地方で抱える問題は異なり、地方には積雪などで交通が不便、離島が多いなどの、地域の特性により立てるべき方針が異なる。地域医療の特殊性を踏まえた施設集約などの具体的な目標設定を策定するために、積極的に都道府県・市町村との関わりを持ち、現場の意見を地域医療計画へ反映することが必要である。

本グランドデザインでは地域を代表して、東京、北海道、長崎の現状分析と、それに基づく目標設定について具体的に提示する。各都道府県においては、これらの検討を参考にし、それぞれの地域の現状に即した分析と目標設定を行い、それを踏まえて独自の施策を進めるべきである。

① 東京都の現状と目標

2024 年度に働き方改革法が施行されることに対して、現状では、都市部病院としては基準に適合するのであれば宿日直許可を取得し、できるだけ主治医制からチーム制へ移行し、派遣元の大学がある場合には必要な人員配置について調整しながらマンパワーを確保することが基本となる。具体的には分娩取扱病院当たりの夜勤あるいは宿日直医師数を少なくとも8人(周産期母子医療センター:8~15人)確保することが当面の数値目標となる。

直近のデータによると東京都の分娩取扱病院数は 74(周産期母子医療センター:22, それ以外:52)であり、平均分娩取扱件数は 627(周産期母子医療センター:991、それ以外:473)であった。周産期母子医療センターおよびそれ以外の病院において分娩取扱を行っている常勤医師数はそれぞれ 19.3 および 5.7 人で、非常勤の当直医師数はそれぞれ 4.8 および 2.4 人であった。そして、週の平均勤務時間は平均 42.6 時間、1 カ月の当直回数は 4.3 回、翌日の勤務緩和実施率は 54.9%である。

上述したように、宿日直許可に基づく業務実態において宿日直を担当する人員を配置するには、常勤・非常勤医師を合わせて合計 8 人以上の医師が必要であるが、もし B 水準の指定を受けたとすれば、現行 7.9 人である東京においては多くの施設で法令を遵守することは可能と考えられ、また、宿直明け勤務緩和実施についても合わせて実施可能と考える。

東京都の総合および地域周産期母子医療センターでは、現行の周産期医療体制を維持するためには、常勤・非常勤医師を合わせて合計 15 人以上の医師数が必要となる。現在、東京都の周産期母子医療センターで分娩取扱を行っている常勤医師数は前述のように平均 19.3 人であり、常勤医がすでに 15 人以上在籍している施設が 12(54.5%)あることから、もし B 水準の指定を受けたとすれば多くの施設で施設基準を満たしながら法令を遵守することは可能であると思われる。一方、院内保育所の設置率は全国平均が 72.6%であるのに対して、東京は 50.7%と低く、都道府県における保育所数との関連もあるが育児支援は貧弱で、育児や介護など家庭責任がある場合は勤務、とくに宿日直勤務は難しく、計算上の人員が十分足りているとはいえない。また、分娩取扱を行っている常勤医師数が 1~3 人の一般病院での分娩取扱施設については規模としては診療所に準じるが、それぞれに宿日直を担当する医師を配置するのは効率が良いといえず、こうしたところには集約化・大規模化を進めていく必要があるだろう。ただし、こうした条件に該当する東京都内の常勤医師数が 1~3 人である分娩取扱病院数は 10 に満たない状況であった。

② 北海道の現状と目標

i. 地域医療状況把握

北海道において産婦人科医療施設は、周産期医療を中心に集約化が極限にまできている。1 次医療施設、2 次医療施設、3 次医療施設における施設毎並びに相互の医療関係を把握することは、医師の働き方を考えるにあたり重要な要素と考えられる。また、各医師個人が、再度、長期的な目線で自身の働き方に関して確認する時期になっているものと考えられる。北海道においては、医療圏の面積が広大であり、気象条件、地理的な条件(離島なども)、救急搬送の現状について、リアルタイムな把握が必要となる。気象条件としては、夏季における豪雨、冬季における豪雪が挙げられ、救急搬送の運用状況に関してもリアルタイムな状況把握が必要になることが多い。また、医療圏を結ぶ交通網が脆弱であり、地方から高次医療施設への搬送だけではなく、3 次医療圏から 1、2 次医療圏への医師の移動にも影響がある。道と各自自治体の連携も含めて、年単位で変わる医療状況を正確に把握し、更に、保健所などを含めた産業保健の取組みを活用しながら各住民へ周知していくことも必要と考えられる。

ii. 目標設定

令和 4 年における北海道の居住人口は、522 万人であり、そのうち、197 万人が札幌に居住している。2045 年には、居住人口は 400 万人(札幌市:180.5 万人)に減少するとの報告がされている¹²⁾。令和 3 年の概算出生数は道内で 2.9 万人が出生し、そのうち、札幌が 1.2 万人である。道内の出生数のうち札幌での里帰り出産をする方も多いことから、約半数が札幌での分娩になっているものと推測される。

道内での分娩施設は、現在 76 施設(2005 年:120 施設前後)があり、年々数を減らしている。札幌には、北海道大学、札幌医科

大学を含めて 30 施設があり、中都市として、旭川市には旭川医科大学を含めて 6 施設、函館市 6 施設、帯広市 3 施設、釧路市・苫小牧市・室蘭市・北見市・千歳市・岩見沢市などが各 2 施設と続いている。医師が 10 名以上常勤する施設は、三大学並びに一部の周産期母子医療センターのみであり、多くの施設で常勤医師が数名の状況であり、そのほとんどが大学等からの応援を得て運営されている。

北海道に所属されている産婦人科専門医および専攻医数は 569 名で、そのうち 65 歳以下の医師が 447 名である。三大学には、およそ 70 名程度が所属していることから、大学以外での勤務(65 歳定年施設)可能な医師は 380 名前後となる。留学、産休・育休、個々人の働き方や健康状況等で、実質フルでの勤務可能者数は、330 名程度になるものと推定される。

分娩を取り扱わない施設に勤務する医師も多いのが現状であり、分娩対応している産婦人科医師は、最近の調査が無く確定したものを述べることは難しいが、大学以外では、200 名程度になるものと推測される。大学や高度周産期医療の提供が可能な施設を除くと、その他の分娩取り扱い施設において、単純計算ではあるが 1 施設に 3 名以下の常勤医師数になり現状と一致する。数名での産婦人科医療機関においては、産婦人科 4 分野の対応を全て行うことが非常に難しいのが現状である。

産婦人科医療改革グランドデザイン 2015 での目標勤務医数は、年間分娩 500 件あたり 6～8 名であった。働き方改革の法令を遵守するためにも、この数値目標を、北海道内に適応するためには、札幌を含めた人口 10 万人以上の中都市以上の場合、更なる集約や新規産婦人科医師の増加を見込まなければならない。また、人口 10 万人以下の都市における分娩施設を維持するためにも、断続的に新規産婦人科医師の確保が必要である。現時点では、三大学において年間 11 名(概算)と直接道内での医療機関に所属する数名の新規産婦人科専攻医がいるが、法令遵守ならびに退職者等を考慮すると更なる増員を図ることが必要である。併せて、周産期医療施設に関しては、分娩数や地域状況を鑑みながら削減することも継続して検討していくことが必要と考えている。

また、北海道においても新型コロナウイルス感染症は収束せず、更に、距離的(搬送)問題、気象状況など産婦人科医療に悪影響をもたらす要因が多い。随時、各施設における産婦人科医療状況、新生児対応状況(小児科)、麻酔科の医療状況の把握に努めながら、施設間での連携を深めて、常勤医師数の上乘せが難しい場合は、業務のタスクシフト(疾患別に対応難しい患者を、対応できる施設に早期より紹介するなど)を行い、効率化を進めていく必要があると考えられている。

北海道の目標として、退職者数、働き方の多様性も考慮すると、毎年 18 名前後(北大 8 名程度、札幌医大 6 名程度、旭川医大 4 名程度)の新規産婦人科医師の確保が必要と考えており、新規専攻医を増やす活動を常時開催していく。

③ 長崎県の現状と目標

i. 産婦人科医師確保の現状

長崎県内で直近 5 年間に産婦人科を専攻した医師数は合計 22 名で、年度ごとにそれぞれ 2019 年 5 名、2020 年 3 名、2021 年 4 名、2022 年 4 名、2023 年 6 名であった。

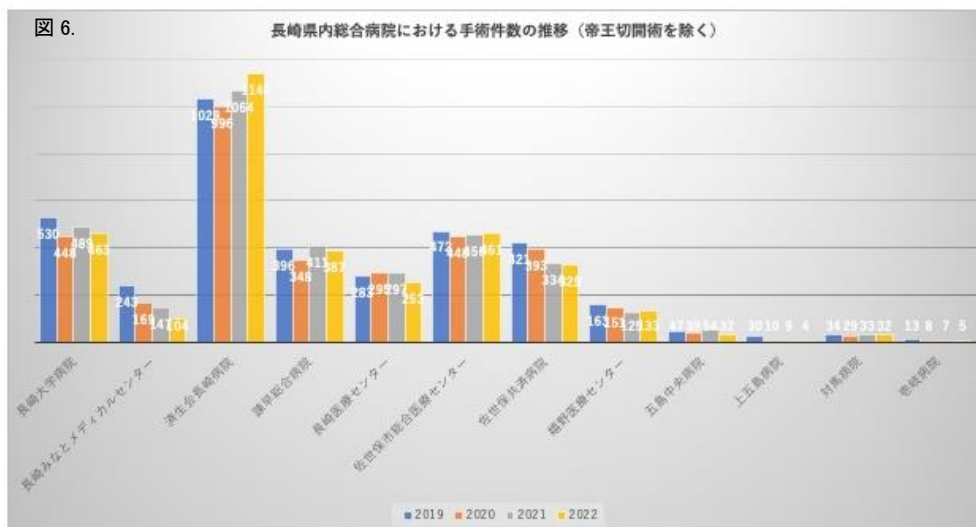
ii. 周産期医療および産婦人科医師数の現状

長崎県内の医療圏は、長崎医療圏(長崎大学病院、みなとメディカルセンター、済生会長崎病院、長崎原爆病院)、佐世保・県北医療圏(佐世保市総合医療センター、佐世保共済病院)、県央医療圏(国立長崎医療センター、諫早総合病院)、県南医療圏(産婦人科の総合病院なし)、および離島医療圏(五島中央病院、上五島病院、対馬病院、壱岐病院)に分けられる。総合周産期母子医療センターは長崎大学病院と国立長崎医療センターの 2 施設、地域周産期母子医療センターは佐世保市総合医療センターとみなとメディカルセンターの 2 施設である。長崎県内の分娩数は 2019 年 10,639 件と 2022 年 9,549 件であり、そのうち総合病院における分娩数は 2019 年 2,478 件(23.2%)と 2022 年 2,157 件(22.5%)であった。一方、長崎県内の診療所(開業医)における分娩数は、2019 年 8,161 件と 2022 年 7,392 件であった(図 5)。また、地域の周産期医療を支えている病院はいずれも婦人科手術を含む婦人科医療も担っていた(図 6)。

図 5. 長崎県内の総合病院における分娩数の推移



図 6. 長崎県内総合病院における手術件数の推移（帝王切開術を除く）



2022年：勤務医70名
完全full time(当直含め): 49名
男性：29名、女性：41名
休職中：4名

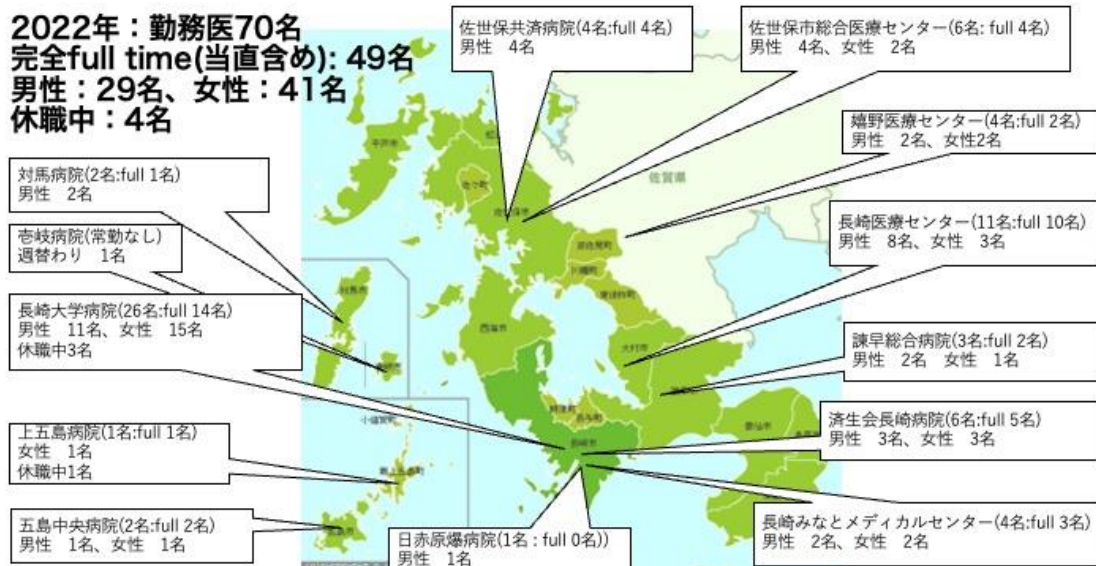


図 7. 長崎県における勤務医数(2022年)(嬉野医療センター含む)

iii. 勤務医の現状

長崎県内で総合病院に勤務している医師（以下、勤務医）は2019年が81名、2022年が71名で、4年間で10名減少していた。日常業務から宿日直まで担当する医師（フルタイム医師）と時短勤務や宿日直免除などで勤務する医師（非フルタイム医師）とに

分けると、それぞれ 2019 年は 56 名(69.2%)と 25 名(30.8%)、2022 年は 49 名(70.0%)と 21 名(30.0%)であった。2019 年から 2022 年にかけての勤務医の変化として、若い医師が減っている中で 40-50 代の医師が増加しており、子育て世代に加えて、介護を担う医師が増えている傾向が伺われた。また、長崎県では、65 歳の定年後も勤務医として働いてくださる先生により地域医療が支えられている。

iv. 働き方改革からみた長崎県で必要とされる産婦人科医師数

・離島医療圏以外の地域で必要とされる産婦人科医師数

連携 B 水準を達成するには、総合周産期母子医療センターでは 1 日当たりの夜勤あるいは宿日直医 2 名が必要であるため、夜勤あるいは宿日直を担当する医師は 15 名必要である。2023 年 1 月時点での長崎大学病院の勤務医 26 名のうちフルタイム医師は 14 名、国立長崎医療センターの勤務医 11 名のうちフルタイム医師は 10 名であり、いずれも B 水準を達成するためには少なくとも夜勤あるいは宿日直を担当できる医師 6 名の人材確保が必要である。地域周産期母子医療センターでは 1 日当たりの夜勤あるいは宿日直医 1 名が必要であるため、夜勤あるいは宿日直を担当する医師は 8 名必要である。佐世保市総合医療センターの勤務医 6 名のうちフルタイム医師は 4 名、みなとメディカルセンターの勤務医 4 名のうちフルタイム医師は 3 名であり、いずれも B 水準を達成するためには夜勤あるいは宿日直を担当できる医師 9 名の確保が必要である。

また、県央医療圏の諫早総合病院と佐世保県北医療圏の佐世保共済病院はそれぞれの医療圏における母体搬送を受け入れており、周産期母子医療センターに準じる役割を果たしている。諫早病院の勤務医 4 名のうちフルタイム医師は 2 名、佐世保共済病院の勤務医 4 名はすべてフルタイム医師であった。諫早総合病院の夜間と休日の時間帯はオンコール体制で、長崎大学病院から週 3 日の外来診療と週 2 回の宿日直の診療応援を行っている。

・離島医療圏で必要とされる産婦人科医師数

離島医療圏の総合病院は、夜間と休日の時間帯にはオンコール体制で対応している。体制維持には、常勤医は少なくとも上五島病院 2 名、五島中央病院 3 名、対馬病院 3 名が必要とされている。しかし、現時点では、離島を担う産婦人科医不足から、それぞれの病院では 2 名体制で診療している。現在、離島医療を担う産婦人科の長崎県養成医(地域枠、自治医大)は 3 名であり、そのうち 2 名は産婦人科専門医で、残る 1 名は産婦人科専攻医である。3 年間の離島勤務だけでは産婦人科専門医試験の受験資格を得るための症例数を経験できないため、離島勤務の産婦人科専門医 2 名は 4-5 年かけて産婦人科専門医を取得した。このような実情で 7.5 年間、長崎県養成医から産婦人科を専攻する医師はいなかった。そこで、2021 年より長崎県養成医の産婦人科専攻医は長崎大学病院と国立長崎医療センターでの 2 年間の研修が義務年限として行われるようになった。よって、長崎県養成医を受け入れている期間に長崎大学病院と国立長崎医療センターから離島医療圏への診療応援が必須であり、長崎大学病院からは常勤医と月 2 回の外来診療や宿日直を担当する非常勤医を派遣している。産婦人科専門医を有する長崎県養成医 2 名は、今後 1-3 年で離島勤務 9 年の義務年限を終える。これから長崎県養成医(地域枠、自治医大)から産婦人科医を確保できなければ、さらなる長崎大学病院と国立長崎医療センターからの診療応援が必要になるが、現実的には両施設とも自院の働き方改革で人材不足が明らかであり、さらなる診療応援は不可能と思われる。そこで、今後少なくとも長崎県養成医(地域枠、自治医大)から 8 名(上五島病院 2 名、五島中央病院 3 名、対馬病院 3 名)の産婦人科医確保が必要であり、長崎大学病院および国立長崎医療センターは産婦人科の長崎県養成医の研修を受け入れる期間に常勤医と非常勤医師を派遣する体制の構築が望ましい。そのためには、長崎県の医療政策として、長崎県養成医から毎年 1 名ずつ産婦人科医を確保することが必要である。

v. 長崎県における産婦人科医師確保の数値目標

長崎県では 3-5 名の産婦人科専攻医を確保している。2019 年から 2022 年にかけては、16 名の産婦人科専攻医を確保しているが勤務医は 10 名減少していた。現状では、働き方改革の B 水準をクリアするためには、少なくとも周産期母子医療センターで 15 名不足している。4 年間で産婦人科専攻医 16 名(平均 4 名)を確保しても、離島を除く長崎県内の産婦人科専攻医は 15 名以上不足しているため、4 年間で 31 名以上の産婦人科専攻医を確保する必要がある。よって、B 水準をクリアするためには、離島を

除く長崎県内では、少なくとも産婦人科専攻医 8 名(31/4=7.75)の人材確保が必要である。また、離島医療を担う産婦人科医は 8 名必要であり、今後 7 名の産婦人科専攻医の確保が必要である。もし確保できない場合、離島における病診連携や本土への母体搬送体制の見直しが必要とされ、分娩数の少ない離島では妊婦健診のみを行い分娩取り扱いを停止し、分娩周辺期の妊婦を本土へ移動させるなど医療支援体制の再構築が必要になる。離島医療を担う産婦人科医の人材確保には、長崎県で毎年 1 名ずつの産婦人科専攻医を確保していく医療政策の策定が望まれる。

以上より、長崎県内(離島を含む)の産婦人科専攻医は毎年 9 名以上の確保が必要である。ただし、医師の働き方も社会背景に合わせて時短勤務やパート勤務など多様になり、地域医療に必要とされるマンパワーを医師数のみで計算することが難しくなっている。したがって、上記は必要最小限の数値目標である。

●都市部と地方の現状のまとめと対策

東京都においては 医師数は確保されてはいるが、保育所(特に病児・夜間保育など)の数が不十分であり、産婦人科医が育児や介護など家庭生活と両立を可能とするためのインフラ整備は大きな課題である。

北海道や長崎県など地方においては積雪や離島など気象・地理的アクセス条件をふまえた人員配置を考える必要がある。地方では新規専攻医の確保が難しく、現時点で地域医療を支えているシニア世代の勤務医のリタイアが見込まれるなかで、地方における産婦人科医不足はきわめて深刻である。目標とする人員確保の達成見込みがなければ、アクセスにある程度不便が生じるとしても施設の集約化・重点化は不可欠であり、そのためには学会だけではなく行政、住民含め関係者が真剣に、地域で安心して周産期医療、婦人科診療が受けられる体制作りのための取組みを開始していかなければならない。

地域の産婦人科医療提供体制の抜本的見直し(集約化と重点化)のために

■ まずは各都道府県や市町村との連携を開始

グランドデザイン 2015 で掲げた「地域基幹分娩取扱病院重点化プロジェクト」²⁾は、地域の現状を把握したうえで基幹となる周産期母子医療センターを中心とした施設の大規模化・重点化を図り診療所や小規模施設との連携強化を推進することで地域の分娩環境の確保を目指してきた。これの実現のためには自治体との連携が必須だが、残念ながら実際に議論を行い取組んでいるのはまだごく限られた地域に過ぎず、ほとんどの地域でこの問題の深刻さについての理解が乏しいのが現状である。

働き方改革を契機とした今こそ、自治体と密な連携を進める絶好のチャンスである。実際に各地域の基幹大学の教授が自治体や関連病院の院長らとの意見交換会や地域医療協議会へ参加するなど、将来を見据えた取組みが行われつつある。これは全ての都道府県において早急に行われるべきあり、好事例を共有しながら全国一丸となって進めていく必要がある。

■ 地域住民との準備、意識改革

集約化と重点化を図るための具体的な施策の一例として、地域の実情に応じて健診、分娩、産後ケアを機能分担して提供することが挙げられる。医療圏ごとに大規模施設へマンパワーを集約することで、夜間休日でも安全で質の高い周産期医療を提供することが可能となる。健診や産後ケアは連携施設で行うことで、より利便性が高くなる。大規模施設までのアクセスが不便になるケースにおいて、交通・宿泊費に関しては自治体が支援するような体制を構築することが望まれる。

これまでの本邦における妊娠・分娩管理はほとんどの場合、同一施設で行われてきた。このことは妊産婦・住民にとって当然のこととされ、同じ施設、同じ先生にずっと診てもらうのが安心と考えられてきたが、法令遵守のみならず医療安全、医療の質の向上の観点からも、これからの医療提供の形としてチーム診療を推進していくべきである。体制の急激な変化はできるだけ避けたほうがよいが、残された時間はもう長くない。このためには当事者である妊産婦、地域住民に丁寧に説明し意見を聴取するための意見交換会を各都道府県が主導して設置・開催していく必要がある。自治体、医療機関間の連携強化はもちろんのこと、少子高齢化社会における周産期医療体制のあり方についてすべての国民が議論に参加し、よりよい体制作りを進めていかなければならない。

3-3 産婦人科医師の現状

- 新規産婦人科専攻医数は増加傾向にあるが、新たに産婦人科を選択する専攻医の約 1/4 が東京都での専門研修を選択しているのが現状である
- 60 歳以上産婦人科専門医数の全国平均は 38%であり、将来多くの都道府県でその引退に伴う人員補充は困難と予想される
- 産婦人科常勤医全体の男女比はほぼ 1:1 となり、女性医師の活躍がより一層期待されるが、わが国では女性に家庭責任が大きく偏る現状において保育や介護などのインフラ整備は十分ではない
- 男女共同参画推進のための施策として以下の取組みが進むことを望む
 - ①勤務形態・働き方の工夫
 - ②長期的なキャリア計画
 - ③社会における家庭機能支援の整備と意識改革
 - ④研究を続けるための環境作りとアカデミックポストへの女性の登用
- 産婦人科医の働き方に対する意識や価値観は多様であり、貢献に応じた適切な待遇・報酬とする仕組みとともに、互いに価値観を尊重し、協力し合う勤務環境を目指す必要がある
- 産婦人科医の業務、特に夜間休日の勤務やオンコール、訴訟や感染リスクなど過酷な勤務実態に見合った適切な報酬や、長時間労働の是正を求める

1) 産婦人科医師数について

グランドデザイン 2010・2015 では、分娩取扱病院で夜間休日も対応を行う医師数増加のために、年間 500 名の新規産婦人科専攻医を確保することを目標とした。学会・日本産婦人科医会が協力してより良い医療体制構築のための取組みや、産婦人科未来委員会を中心としたリクルート活動を継続して行い、2016 年には 358 名であった新専攻医数は徐々に増加し、2022 年には 518 名と初めて 500 名を超えた。しかしながら、新規専攻医の頭数を増やすことはようやく実現しつつあるが、若手医師に限らず産婦人科医の地域偏在の問題は深刻で未だ解決の目処は立っていない。特に地方ではほとんど増加しておらず、新専攻医 518 名のうち 287 名(55.4%)が都市部での専門研修を選択しているのが現状である。

図 8. 新規専攻医数の推移

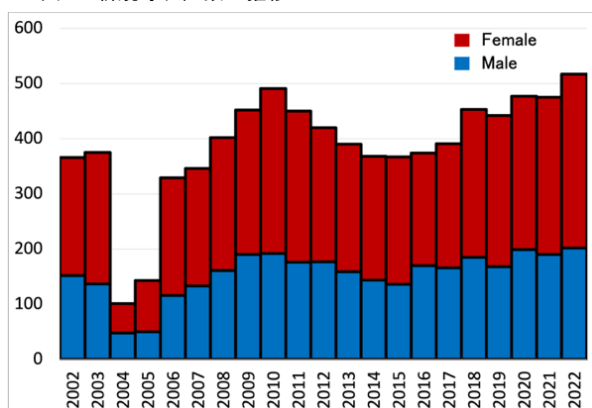
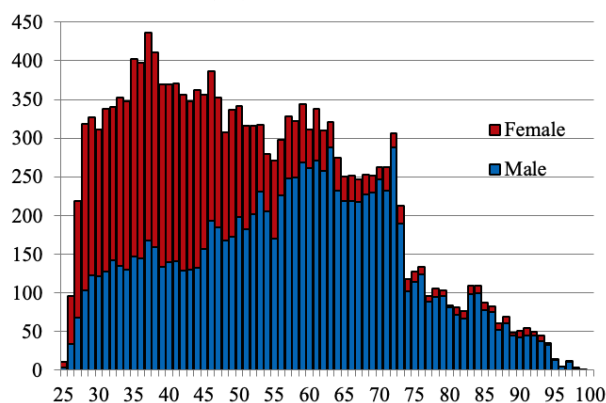


図 9. 年代別学会会員数(2021 年)



さらに、今後シニア世代のリタイアに伴う勤務医(夜勤・宿日直が可能な医師)減少の問題にも向き合わなければならない。次に、日本産科婦人科学会のデータベースを用いて、本邦の分娩施設をめぐる現状と将来予想を都道府県毎に試算した結果を示す。

①産婦人科専門医の年齢分布

60 歳以上の会員が占める割合は全国平均で 38%であり、都道府県別にみた場合、多くの地域、特に地方では高齢の産婦人科医がその地域の医療を支えていることがうかがえる(図 10-a)。

②都道府県別にみた将来の産婦人科専門医数予測と働き方改革による労働時間削減を見据えた試算

次の前提条件のもとに、将来の産婦人科専門医数は以下のような予測式で試算できる。

- 1) 5年後、80歳以上は全員リタイアする
- 2) 5年後、75～79歳の半数が勤務(フルタイム)を継続する
- 3) 5年毎に2018～22年と同数の専攻医が増加する*(この5年間は過去最大に産婦人科専攻医が増加した黄金期である)
- 4) 新たに入ってきた専攻医は全員誰も産休・育休を取得せず、病気にならず、辞めず、県外に移動しない

- ・ 2028年専門医数＝2023年全専門医数－2023年75歳以上専門医数－2023年70～74歳専門医数/2＋新専攻医数*
- ・ 2033年専門医数＝2028年全専門医数－2023年70～74歳専門医数/2－2023年65～69歳専門医数/2＋新専攻医数*
- ・ 2038年専門医数＝2033年全専門医数－2023年65～69歳専門医数/2－2023年65～69歳専門医数/2＋新専攻医数*

さらに、時間内労働時間は1日8時間、1年50週とすると年間2,000時間であり、最大労働時間は **B 水準 3,860 時間 (2,000+1,860) から A 水準 2,960 時間(2,000+960)の約3/4に減少するため、1.33 倍の労働力が必要になる**。対2022年度比で5、10、15年後の専門医数をみたものが図10-bである。**5年後には高齢医師のリタイアにより約半数の県で医師数は減少し、専門医が1.33倍増加する都道府県は1つもない**。非常に楽観視された前提条件をもってしても、15年後に単純計算上A水準を達成する人員確保が可能なのは5都府県しかない。

③20年後(2040年)の専門医1人当たりの出生数

2020年の人口動態統計による出生数を2023年の産婦人科専門医数で除して、現在の専門医1人あたり出生数を算出した。全国平均は61.7人であった。2040年の出生数推計を推計し、その後将来専門医数推計の値(2038年の予測専門医数)で除して20年後(2040年)の専門医1人あたり出生数を推計した。2040年の将来出生数推計は、2020年の人口動態統計による出生数に、国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口と患者調査における都道府県別受療率とを用いて計算した将来患者数のうち、「妊娠、分娩及び産褥」の2020年推計入院患者数に対する2040年推計入院患者数の比を乗じて算出した¹²⁻¹⁵⁾。2040年における専門医1人当たりの出生数を図10-cに示す。これは産婦人科医の経験値とも解釈できるが、専門医1人当たりの年間分娩数が現在の半分以上になると診療スキルを維持することが困難となり、医師・助産師の教育・研修に深刻な影響が生じると想像される。同じ施設でチーム医療を行うことで共有できる症例数を増加し医師・助産師に十分な経験を積ませる、などの工夫により安全で質の高い周産期・産婦人科医療を提供していく取り組みが必要となるであろう。

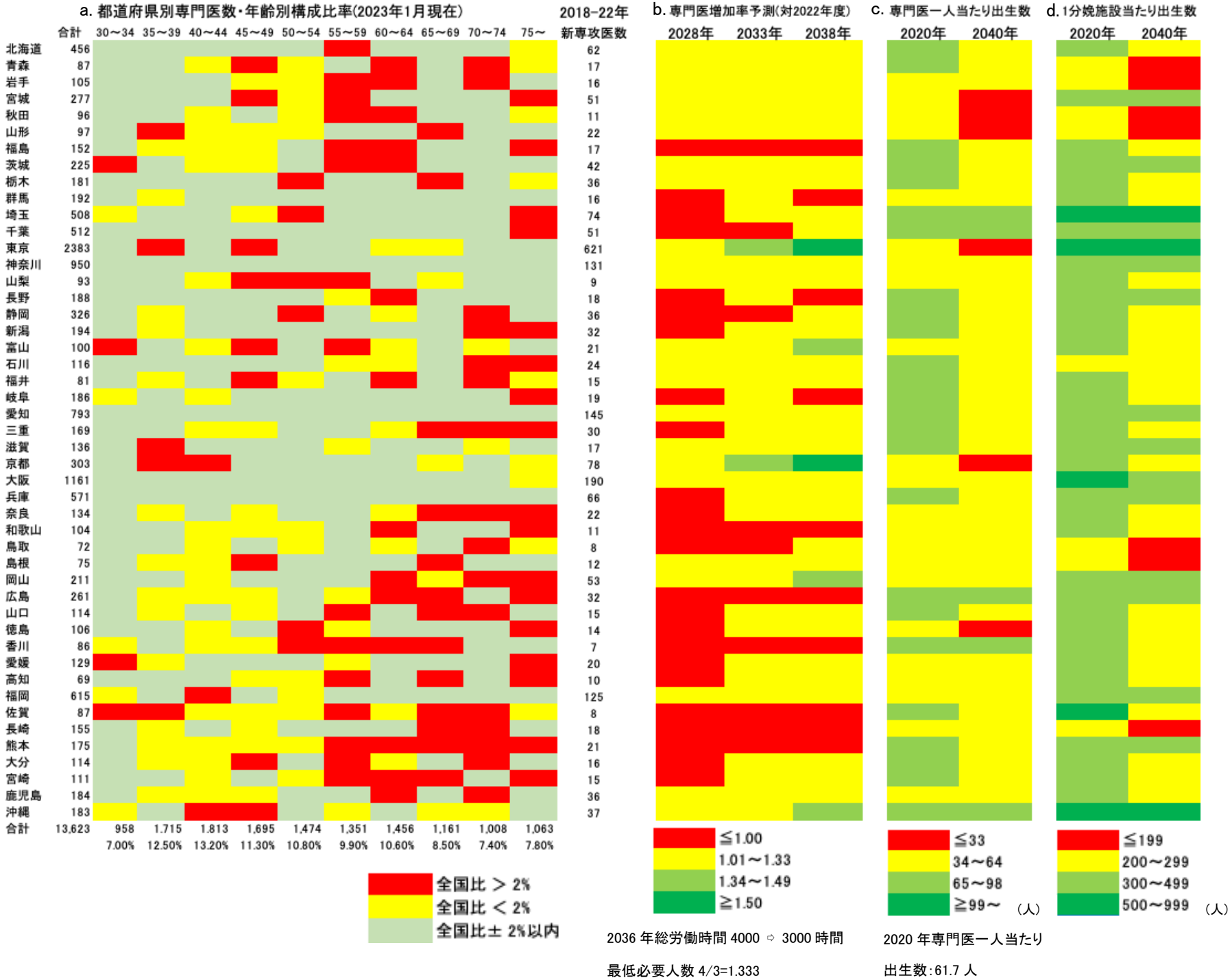
④分娩施設あたりの出生数

前述の将来出生数推計を、令和2年度病床機能報告制度における分娩取り扱い件数が1件以上の医療機関を当道府県別に集計した値で除して1施設あたり分娩件数を算出した¹⁶⁾。20年後の2040年も施設数が変わらないと仮定した場合の試算を示す(図10-d)。20年後には多数の県で1施設当たり300件を下回ることとなり、200件を下回る地域においては安全で質の高い医療提供のための技能維持・研修のみならず、経営的にも採算が取れず施設の維持がきわめて困難になる。

◇ 人口推計を利用した試算の協力・監修：産業医科大学 公衆衛生学教室 村松圭司 准教

これらの試算はあくまでも極めて楽観的な仮定に基づいた概算ではあるが、異次元の少子化が進行している現状をみても、今後、現在の医療提供体制を維持していくことは到底不可能である。今後地域において十分な人数の産婦人科医を増やすことができないければ、医療水準確保、安全性確保、労働環境確保の点から、分娩取扱施設の削減を検討せざるを得ず、集約化・重点化が不可欠となるのである。施設削減後に問題となる医療圏へのアクセスについては住民の理解と自治体の取り組みが必要である。多くの地域において、こうした議論や説明会の開催など早急に取り組を進め、学会としては可能な限り協力をしていく予定である。

図 10. 働き方改革のもとでの日本の分娩施設をめぐる将来予想



2) 男女共同参画について

総務省の2021年「社会生活基本調査」によると、我が国の夫の家事・育児時間は妻の4分の1ほどに過ぎず、共働きでも専業主婦家庭でもあまり変わらないとしている¹⁷⁾。こうした家事・育児分担の極端な偏りは少子化の要因の一つであり、女性の社会進出を阻んでいるとされている。能力や意欲のある女性が十分に力を発揮できないことは社会全体の損失につながる。これは医師においても同様で、日本医師会が2017年にまとめた「女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書」によると夫が同居している方が、子どもの有無に関わらず常勤から離職しやすいというデータがある¹⁸⁾。

産婦人科女性医師の就労環境については、常勤医師に占める女性の割合は47.7%で、そのうち42.9%は妊娠中または未就学児・小学生を育児中であるとしている。さらに、育児中の働き方として夜間勤務の緩和なく働く医師がいる施設は39.6%である一方、夜勤あるいは宿直免除としているケースがある施設は42.5%であった。こうした就労緩和や保育所設置、時間外・病児保育、24時間保育などの育児支援は年々着実に整備が進んできているが、子供の就学を境として半数近い女性医師が分娩取扱い病院の常勤を離脱していることもデータからは推定されており、また、常勤先を持たない非常勤医師のうち43.6%が妊娠・育児を常勤離脱の理由としている¹¹⁾。

また、女性医師の妊娠出産に関するデータとして、日本内科学会、日本産科婦人科学会、日本外科学会の3つの学会における女性医師を対象に2019年に施行された調査によると、他科と比較して産婦人科女性医師においては以下の特徴があることが示された¹⁹⁾。

- ・ キャリアで専門医取得が重要視されており、実際に取得率が高いが、学位取得率は低い
- ・ 年齢とともに医育機関での勤務者が激減している
- ・ 30代後半から一定の割合で短時間勤務となっている
- ・ 就労緩和と産前産後休業はだいたい取得しているが、妊娠出産を契機とした離職は約20%に認められる

図 11. 専門医・学位取得率

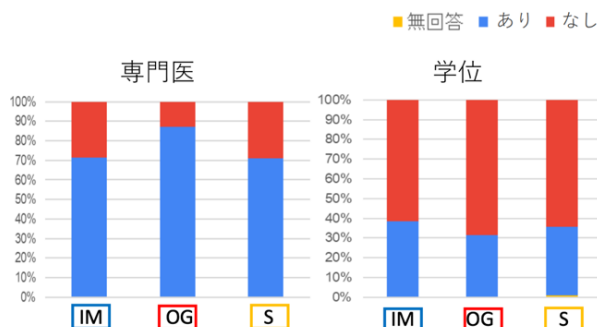


図 12. 年代別 主たる所属施設

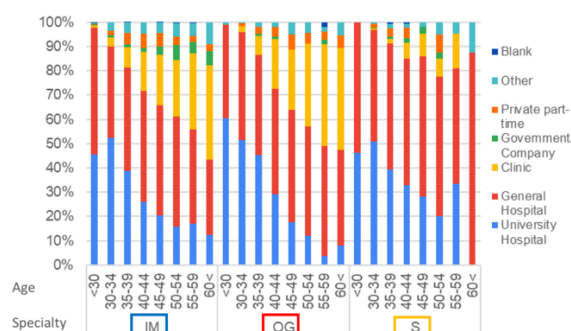


図 13. 学会・年代別就業状態

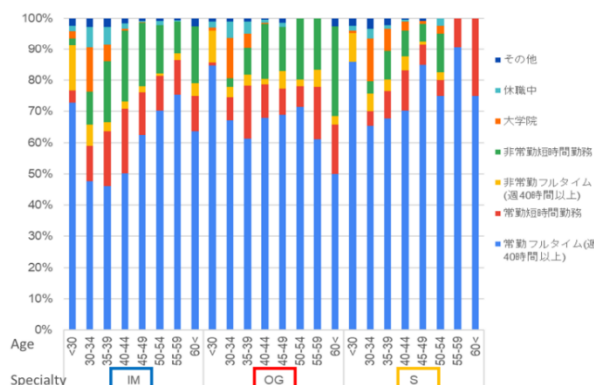
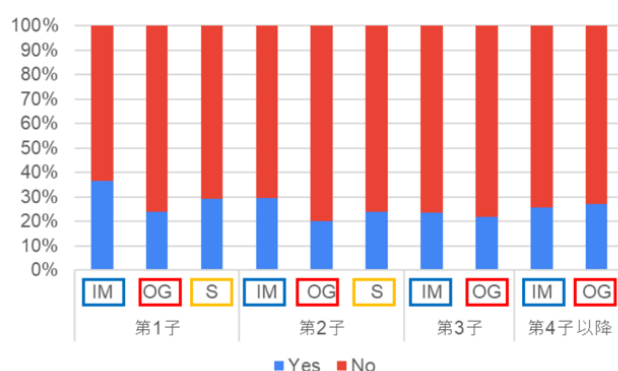


図 14. 妊娠・出産を契機とした離職の経験率



IM: 日本内科学会 OG: 日本産科婦人科学会 S: 日本外科学会

このように、産婦人科ではとくに若い世代では女性の割合が高く、専門医取得率も高く、今後の産婦人科医療を支える重要なマ
ンパワーとなっている。しかし、出産育児で一定割合が離職しており、また、学位取得率は低く、医療機関での勤務を続ける女性
医師が少ないことは今後に向けての課題である。

近年、全国各地で女性教授が就任しつつあり、学会の幹部として活躍する准教授、教授職の女性医師が出てきている。産婦人科における研究活動、イノベーションを進めていくためにはダイバーシティのさらなる推進が求められ、アカデミックな分野でもさらに女性が活躍していける体制を構築する必要がある。以下、男女共同参画推進のための施策を記す。

i. 長時間労働の是正と働き方の工夫

夜間の勤務をはさんで前後も通常勤務を行い、32 時間以上にわたって家を離れて働くというスタイルは、いわゆる「宿日直許可」の有無に関わらず心身の負担が大きい。とくに育児や介護など家庭責任がある場合、性別に関わらずこうした働き方は無理が大きい。近年は分娩取り扱い病院の医師においても交替勤務を導入する施設が出てきている。交替勤務により、夜勤は夜に出勤し翌朝帰宅する仕組みにすることで、家を離れる時間を減らせば育児や介護との両立もしやすくなる。人員が不足し交替勤務が導入できない場合にも、翌日はできるだけ早く帰れるよう、他の医師に業務を任せることも考慮される。例えばここに短時間勤務の医師やシニア医師を活用し、タスクをうまくシェアすることで、夜間の勤務明けの医師の負担軽減とともに、代わりに業務を行う医師の組織における役割や、やりがいも増すことができよう。このように長時間働ける人のみに業務が偏ることなく、業務を分割することで担い手を増やし、かつそれぞれの能力を活かすための工夫が求められる。

ii. 柔軟な働き方の推進と長期的なキャリア計画

仕事と家庭のバランスについては家庭背景や価値観が人によってさまざまで、一律に対応することは難しい。状況に応じて柔軟な働き方の選択肢を提供し、ライフステージに合わせて仕事のペースを調節しつつ、一時的にペースダウンしたとしても離職することなく、また時期がくればアクセルを踏み込めるように長期的にキャリアを考える視点も必要であろう。

産休・育休など休暇から復帰しても長時間労働が困難なため以前の常勤ポストには戻れず、大学など医療機関から離れることを余儀なくされることが多い。本人の意欲があれば元の職位に戻りやすくするために、短時間正規雇用制度や夜間の勤務減免の助教ポストを設置するなど負担を一時軽減しつつ勤務を継続できる仕組みや、支援枠の教員枠などを定員外に追加して設置する取組みを行なっている大学もある。岡山大学ではキャリア支援枠(医員)を設置し、出産・育児・介護などの理由で通常勤務ができない場合に男女問わずに利用できるという先進的な制度を設けており、大きな成果を出している²⁰⁾。さらに診療科ごとに復職プログラムを具体的に提示しており、産婦人科のワーキングコースもある²¹⁾。これらの取組みは他大学でも参考になるだろう。

iii. 社会における家庭機能支援の整備と意識改革

もちろん育児や介護は女性だけの役割ではない。育児休暇、保育所設置、時間外・病児保育、24 時間保育などの育児支援や介護休暇、介護サービスなど家庭の支援機能をさらに拡充するとともに、性別に関わらず必要な人が使いやすい環境を整備することが大切である。その一方、こうした勤務緩和や休業により、同僚など他のメンバーの業務負担が増えることへの懸念があって、なかなか妊娠に踏み切れないことも我が国の少子化につながっている。こうした欠員に対する適切な人員補充、あるいは負担増となるスタッフにその分の適切な報酬が加算される等の対応が制度としてきちんと整備されるべきである。

医師のみならず、働き手自身に学び直し(リスキリング)が求められる時代でもある。勤務緩和や支援を受けて仕事を減らす施策ばかりを拡充するのではなく、医師として学び、活躍できる時間をいかに増やしていくかを合わせて検討すべきである。例えば、日本では諸外国と比べ、家事労働者を家に入れるのが一般的でなく、外部化しにくいとされている。他人に頼ってはいけなと自分だけで抱え込もうとせず上手に外部サービスを利用する意識改革とともに、ドイツやフランスなど家事サービスの利用料について税優遇する仕組みがある国に倣い、我が国でも働きたい人を後押しできる政策が求められる。

iv. 研究を続けるための環境作りとアカデミックポストへの女性の登用

学位取得よりも専門医を取得することを優先する傾向は女性に限ったことではない。研究に関心をもって取組み、学位を取得してアカデミックキャリアにおいて活躍する人材を増やすことは性別に関わらず重要な課題である。ライフイベントに際して研究の優先順位が下がってしまうことがないよう、興味をもつテーマに細く長くでもライフワークとして取り組めるよう、指導教官からの働きかけとともに、研究を補助する人員を配置することや、研究をキャリア形成においてわかりやすく位置付けたプログラムを提示することなども進めていく必要がある。

また、ポストが提示された場合、自分なんかに務まるかが心配であるとか、業務がさらに増えて時間がなくなり家庭との両立がより難しくなるなどの理由で女性は辞退する傾向があることが日本のみならず海外でも指摘されている²²⁾。せっかくの能力を活かすためには、女性の自己肯定感を高め、積極的にチャンスを生かして活躍できる社会風土が重要である。日本では指導的立場にあまりにも女性の割合が低く、国際的にも問題視されていることもあり、女子学生枠を増やす(東京工業大学)、女性教授・准教授の増加の数値目標を設定する(東京大学)などの具体的な取組もようやく始まりつつある。他にも、研究職などの公募において同等の条件であればなるべく女性を採用する、などの条項を採用条件に明示する求人も増えてきている。ただ、こうしたアファーマティブアクションについては賛否両論あり、できるだけ不公平感や劣等感などが生じないように配慮しつつ多様性のある人材を登用し、そこからイノベーションを創出していく環境を作る取組を様々なところで推進していく必要がある。

3) 働き方への意識・ワークライフバランスについて

本邦の医療は勤務医の長時間労働・自己犠牲により支えられてきた。産婦人科医療においては、24 時間 365 日、いついかなる時でも母児の安全のために高い水準の医療の実践が求められるが、それは実際には多大なる労力を要するもので、産婦人科医の心身の健康や家庭生活に少なからぬ負担を強いるものであった。これまでは、産婦人科医一人ひとりの高いモチベーション、使命感によって実現されてきたともいえる。しかしながら、医師個人のやりがいや責任感だけに依存する働き方はもはや許容されるべきではない。長時間労働は医師の心身の健康に悪影響を及ぼすのみでなく、医療事故の増加により患者の安全が危ぶまれる²³⁻³⁰⁾。医師の働き方改革の根底には、医師が心身ともに健康で充実して働くことができる環境を整備し、これにより患者・国民に対し質の高い安全な医療を持続的に提供可能な体制を維持していくという命題がある。働き方改革とは単なる労働時間上限規制の問題ではなく地域医療を守るための取組であることをあらためて認識し、医師個人、ひいては国全体で医療に対する意識変革が必要である。

現場の産婦人科医が抱く、自身の働き方に対する意識は千差万別である。オンとオフを明確にし、自身や家庭の時間を重要視する働き方、高度技能習得のために積極的に診療に携わることで研鑽を積みむ働き方、医学の発展のために研究活動に重点を置いた働き方など、各人の価値観や目標は実に多様である。

全国の産婦人科の勤務体制と実情、また、現場の医師が現状をどのように感じ、変えていきたいかを明らかにすることを目的に、「働き方改革に向けた指導医と若手医師の意識調査(2022)」が実施された³¹⁾。学会員 693 名、男女比 1:1 で、30-50 歳代(82%)を中心に、全国より医育機関、市中病院のみならず診療所勤務の医師からも回答が得られ、その結果を一部抜粋して以下に示す。

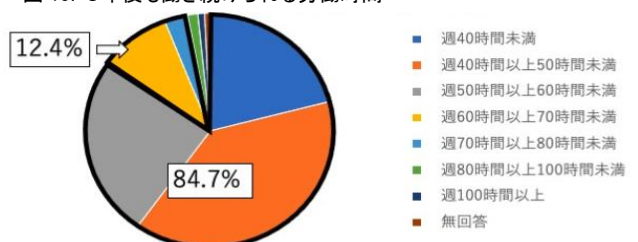
i. 働き方の現状について、回答者の労働時間が A 水準以上(週 60 時

間以上)は 29.0%、B 水準超え(週 80 時間以上)は 7.5%であった。

ii. 近い将来に希望する働き方について、(1)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、①A 水準以内を希望する医師の割合は 85%(男性:79%、女性:90%、20 代:約 75%、30-50 代:約 85%)、②A 水準を超えて B 水準以内を希望する医師は 12%であった。(2)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、①主たる施設では 5 回以下が 94%、②外勤先での夜勤・宿日直については約 80%程度が 4 回以内を希望していた。

図 15. 5年後も働き続けられる労働時間



- iii. **給与と労働時間の関係**について、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現行の給料の何%までなら許容できるか、という設問に対して、①90%までなら許容できると回答したのが 31%、②80-89%までなら許容できるが 22%、③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のが 29%であった。
- iv. **働き方改革・労働時間規制で行われる取組みの必要性和実現可能性**について、(1)連続勤務制限について、83%が行われるべき、42%が実現可能と答えた。(2)交代制勤務の導入について 67%が行われるべき、31%が実現可能と答えた。(3)他職種へのタスク・シフティングについて、①医療業務については 90%が行われるべき、61%が実現可能と答えた。②非医療業務については 82%が行われるべき、53%が実現可能と答えた。(4)医師同士のタスク・シェアリングについて 86%が行われるべき、55%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 85%が行われるべき、61%が実現可能と答えた。

上記の結果は必ずしも産婦人科医師全体の意見ではないが、自身の働き方に向き合う現場の医師たちのリアルな声である。全体としては時間外労働時間の削減を図ろうと考えている医師が多い傾向にあった。時間外労働時間の削減に伴う一定の報酬の減額を許容する意向は約半数にみられたが、給与を重視した働き方を希望する医師も一定数存在する。給与(年収)が減少して喜ぶものはいないであろうが、過酷な勤務状況に置かれる時間が長くなるよりは自身の健康や自由な時間を確保したいという意向が示唆される。実際に働き方改革により個人の年収に具体的にどの程度影響が生じるかの試算を行う必要がある。

また、業務の在り方に関して多くの医師がタスクシフト・シェアリングを実践すべきだと考えている。具体的には、院内助産を含む助産師の積極的活用、妊婦健診の内容の見直し(超音波検査や胎児心拍数陣痛図の施行回数・時期)、患者状態に応じた外来受診間隔の延長などが医師の労働時間の削減に効果的であると考えられる。医療安全を確保し、医療の質が低下しないように配慮しつつ、実現可能な内容から導入していくことが期待される。

産婦人科医には多様な価値観・意識観が存在し、これらが混在する集団で組織が構成されていることを理解し、そのうえで、管理者、指導医、若手医師が風通しのよい環境で勤務できるようにする必要がある。さまざまな価値観をもつ医師たちがお互いを尊重しながら現場を支えていくためにはぎりぎりの人数ではなく、ゆとりある人員配置とすることが必要不可欠であり、各地域において一人でも多くの産婦人科医師数を増やす努力を継続せねばならない。今から身近に取り組めることとしては、自らの働き方を見つめ直し、ビジョンを考えること、そして、医局や部局単位で定期的に意見交換やヒアリングの場を設けて状況に応じて休暇が取得でき、働き方による不公平感が出ないように貢献に応じた待遇・報酬となるよう工夫することも大切である。また、全国の産婦人科医を対象に、定期的な意識動向調査や好事例の収集を進めながら、課題の抽出と解決策について検討することも重要だと考える。そのうえで、産婦人科医療の現状を国、自治体、病院経営母体や国民に広く理解を深め、女性が生涯健康に過ごせ、安心して子どもを産み育てる社会作りに向けて協力していくことが大切である。

産婦人科医が置かれている労働環境は診療科のなかでもより厳しく、少子高齢化、女性の活躍という政策の根幹に直接関わるといって、社会的影響が極めて大きい。労働に見合った適切な報酬が確保されることは新たな人材確保と育成には不可欠であり、これが、ひいては安全な産婦人科医療体制の確保へと繋がる。また、日常臨床のみならず、将来の医学・医療の発展、イノベーションにつながる基礎研究に携わる人材を育てていくことも必要である。そのためにも医育機関を中心に産婦人科医全体として待遇の改善が必要であり、わが国の礎をしっかりと築くためにも十分な財政的支援を含めた政策が行われることを学会として提言する。

4 グランドデザイン 2023 の提言

目標: すべての地域で、国民に対して安全な産婦人科医療が将来にわたって安定的に確保されるとともに

すべての産婦人科医師が誇りとやりがいを持って躍動する“サステイナブル”な医療体制確立を目指す

方策: 各課題に対する施策と目標達成時期を示す

1 : 早急に～2024 年 4 月 **5** : ～2029 年 **10** : ～2035 年

達成状況は随時分析を行い、必要に応じて課題と方策の見直しを行う

1) 医師の働き方改革に関する法令を遵守する

医療機関自身のみならず、都道府県・市町村との検討を重ね、産婦人科医療提供体制の維持との両立を目指す。

- ① すべての産婦人科勤務医に対して法令が遵守されること
- ② 産婦人科における労働時間短縮を目指した取組の好事例収集とその横展開(目標 50 例)

* 宿日直許可による見かけの労働時間を減らす取組はあくまでも地域医療を守るための緊急避難的措置と捉え、それが実態に見合ったものかモニタリングを行いつつ、勤務環境を改善するために引き続き実効ある取組を推進する。

2) 地域医療提供体制の抜本的見直し

少子化と産婦人科医師数の動向を考慮すると、さらなる重点化・集約化は不可避である。医療資源・医療安全確保の観点から、各地域の現状に応じて分娩取り扱い施設とそこに勤務する産婦人科医の適正で効果的な配置について抜本的見直しを行う。

- ① 都道府県・市町村ごとの医療環境状況を把握する
 - ・ 施設条件: 医師数、他科(特に小児科・麻酔科の診療体制)、手術や診療に必要な設備・機材の状況、運営母体など
 - ・ 高次医療機関との距離(救急等の交通状況)、近隣施設との距離
 - ・ 地理・気象条件

- ② 都道府県・市町村との積極的な検討を開始する
 - ・ 現状把握に基づき分娩取扱施設維持の適否を検討する
 - ・ 自治体における意見交換会開催 各自治体において早急に開始
 - ・ 地域医療協議会への産婦人科医の参加 2024 年までに全都道府県で 1 回以上開催と参加

- ③ 地域住民との準備、意識改革
 - ・ 住民や受診者を対象とした説明会の開催
 - ・ 地域の妊産婦からの意見聴取、意見交換会の開催
 - ・ 学会 HP やメディアを介した継続的なメッセージと情報の発信

3) 分娩取扱い病院の勤務環境改善

労働基準法を遵守しながら、産婦人科医が継続的に就労可能な勤務環境整備を目指す。

① 周産期母子医療センターの勤務医数確保

総合：常勤医 20 人以上、夜勤・休日日勤あるいは宿日直医：15 人以上

地域：常勤医 10 人以上、夜勤・休日日勤あるいは宿日直医：8 人以上



② 一般分娩取扱病院の勤務医数確保：夜勤・休日日勤あるいは宿日直医：8 人以上



③ 在院時間の把握と削減：240 時間/月末満



④ 複数主治医制への移行



⑤ 夜勤・宿直明け勤務緩和



⑥ 交代勤務制導入(特に時間外救急対応施設)



⑦ 業務の見直し



・義務的会議、講習会のスリム化 ・積極的な病診連携活用

・引き継ぎ業務、カンファレンスの勤務時間内実施 など

⑧ タスクシフト・シェアリングの推進



・緊急対応 ・特定行為に関わる看護師数増加

・記録、報告書作成や書類の整理 ・会議、勉強会、研修会等への参加 など

⑨ サブスペシャリティ領域の専門医資格取得が可能な教育・指導体制の整備



4) 産婦人科医師数増加

① 年間最低 500 名の新規産婦人科専攻医を確保・維持



② 地域毎に必要な医師数を試算し、その達成を目指す



③ リクルート活動の常時開催、医師不足地域への人員派遣などの支援制度を検討する



5) 男女共同参画の推進

① 女性医師の就業継続について

(現在)



・妊娠・出産による離職の経験率： 20%¹⁹⁾ → 15% → 10%

・短時間正規雇用制度の設置： 48%¹¹⁾ → 60% → 70%

② 女性医師の学位取得率：

30%¹⁹⁾ → 40% → 50%

③ 全国大学における産婦人科主任教授職の女性数： 10 名増加



6) 自身の働き方と向き合う意識改革

① 自身の働き方について考えを表出でき、お互いの価値観を尊重しあえる環境作り



② 目標をもって取り組める環境作り



③ 自身が目指す働き方、家庭生活とのバランスをふまえた満足率の向上



④ 問題が発生しても組織として対応することで個人のモチベーションを保てる仕組みの構築



参考資料

- 1) 日本産科婦人科学会. 産婦人科医療改革グランドデザイン 2010
https://www.jsog.or.jp/news/pdf/granddesigngist_final.pdf
- 2) 日本産科婦人科学会. 産婦人科医療改革グランドデザイン 2015
https://www.jsog.or.jp/news/pdf/gl2015_20150620.pdf
- 3) 日本産科婦人科学会. 産婦人科医療改革グランドデザイン 2015(GD2015)総括 https://www.jsog.or.jp/news/pdf/2022-3-5_GD2015.pdf
- 4) 日本産科婦人科学会, 日本産婦人科医会. 「産婦人科医の働き方改革」宣言と提言
https://www.jsog.or.jp/news/pdf/hatarakikata_iken-youbou2.pdf
- 5) 日本産科婦人科学会. 「産婦人科における働き方改革」報告書. https://www.jsog.or.jp/news/pdf/73_sustainable_kikaku.pdf
- 6) 厚生労働省. 医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査 調査結果. 令和4年8月17日 第89回社会保障審議会医療部会 資料3 <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000976104.pdf>
- 7) 厚生労働省. 医師の働き方改革の施行に向けた準備状況調査 調査結果. 令和4年6月3日 第88回社会保障審議会医療部会 資料1 <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000945937.pdf>
- 8) 厚生労働省. 36 協定で定める時間外労働及び休日労働について留意すべき事項に関する指針
<https://www.mhlw.go.jp/content/000350731.pdf>
- 9) 厚生労働省. 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(基発 0701 第8号)
<https://www.mhlw.go.jp/hourei/doc/tsuchi/T211112K0030.pdf>
- 10) 厚生労働省. 働き方改革の実態調査について(第2,3回). 第93回社会保障審議会医療部会 資料4
<https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/001016977.pdf>
- 11) 日本産婦人科医会. 「産婦人科勤務医の待遇改善と女性医師の就労環境に関するアンケート調査」(2021年)
https://www.jaog.or.jp/wp/wp-content/uploads/2022/02/20220112_1.pdf
- 12) 国立社会保障・人口問題研究所. 日本の地域別将来推計人口 -平成27(2015)~57(2045)年-. 人口問題研究資料第340号 平成30年12月25日 <https://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson18/6houkoku/houkoku.pdf>
- 13) 人口動態調査(2020年). In: 政府統計の総合窓口 [Internet]. [cited 27 Feb 2023]. Available: <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450011&tstat=000001028897>
- 14) 患者調査(2018年). In: 政府統計の総合窓口 [Internet]. [cited 27 Feb 2023]. Available: <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450022&tstat=000001031167>
- 15) 村松圭司, 酒井誉, 久保達彦, 藤野善久, 松田晋哉. 地域別将来人口・患者数分析ツールの開発および医療計画策定への応用. 厚生 の 指 標. 2015;62: 1-5.
- 16) 厚生労働省. 令和2年度病床機能報告の報告結果について. [cited 27 Feb 2023]. Available: https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/open_data_00007.html
- 17) 総務省統計局. 令和3年社会生活基本調査結果 <https://www.stat.go.jp/data/shakai/2021/kekka.html>
- 18) 日本医師会男女共同参画委員会, 日本医師会女性医師支援センター. 女性医師の勤務環境の現況に関する調査報告書 2017年 https://www.med.or.jp/joseiishi/wp-content/uploads/2018/10/h29wd_survey.pdf
- 19) 川瀬和美. ダイバーシティ,男女共同参画について 女性医師の妊娠出産に関する調査結果-専門分野での違いなどあるのか? 拡大サステナブル産婦人科医療体制確立委員会 2022 https://www.jsog.or.jp/activity/sustainable/2022/shiryo_2-1.pdf

- 20) 岡山大学病院 ダイバーシティ推進センター. MUSCAT プロジェクト <https://www.okayama-muscat.jp/career/short-work/>
- 21) 岡山大学病院ワーキングコース 各診療科ごとの復職プログラム例 <https://www.okayama-muscat.jp/muscat/wp-content/uploads/2019/02/program.pdf>
- 22) Sheryl Sandberg. Lean in: Women, Work, and the Will to Lead. Knopf; 第1版 (2013/3/11)
- 23) 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.
- 24) 岩崎健二. 長時間労働と健康問題 日本労働研究雑誌 2008
- 25) 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 (2/16/2022)
- 26) 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
- 27) 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.
- 28) 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.
- 29) 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)
- 30) Rothschild JM, et al. Risks of complications by attending physicians after performing nighttime procedures. JAMA. 2009 Oct 14;302(14):1565-72.
- 31) 日本産科婦人科学会サステ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. 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
https://www.jsog.or.jp/news/pdf/sasute_miraiQ&A.pdf