

平成20年10月31日

厚生労働大臣  
舛添 要一 殿

周産期救急医療体制特に母体救命救急体制の整備に関する緊急提言

社団法人 日本産科婦人科学会  
理事長 吉村泰典



周産期救急医療体制特に母体救命救急体制の現状が大きな社会問題となっていることに鑑み、この問題に関する専門家団体として、以下の点について緊急にご検討をお願いいたします。

1. 周産期医療と救急医療の連携強化を、国、都道府県、医療機関の各レベルで推進すること
2. 国民の生命を守るために、そしてわが国の将来を担う新しい生命を守るために、救急医療提供体制、周産期医療提供体制の整備を強力に推進すること。周産期医療については、周産期医療対策整備事業の見直しを行い、総合的周産期・成育医療提供体制確保事業へと拡大すること
3. 周産期医療、救急医療等、過酷な勤務条件の医療現場を適正に評価し、改善の方向に導くための諸施策を緊急に実施すること
  - ▶ 喫緊の対策として、病院における時間外の分娩、帝王切開、母体搬送、救急対応に対して、担当した医師（産婦人科医、小児科医、麻酔科医、救急医、脳外科医等）個人に、症例ごとに手当を支給すること
4. 医療体制の整備のために以下の事項について長期的視野に立った検討を行うこと
  - ▶ 医師の絶対数不足の問題、産婦人科、小児科、麻酔科、救急等の診療科間偏在の問題の抜本的解決
  - ▶ 国民の生命を守る救急医療を担う医療機関の規模と適正配置
  - ▶ 医師の過酷な勤務実態を解決するための方策—勤務医の当直翌日の勤務緩和促進策

添付文書

- ▶ 平成19年9月7日付日本産科婦人科学会舛添要一厚生労働大臣宛陳情書
- ▶ 平成20年10月30日付産婦人科勤務医・在院時間調査 第2回中間集計結果報告と解説

 社団法人 日本産科婦人科学会

〒113-0033 東京都文京区本郷2丁目3番9号 ツインビュー御茶の水3階  
TEL : 03-5842-5452 FAX : 03-5842-5470 E-mail : nissanfu@jsog.or.jp

① 周産期医療と救急医療の連携強化：

- (ア) 母体の救命救急医療は、周産期医療と救命救急医療の中間的な位置にあります。適切な体制整備には周産期医療と救命救急医療の両者の連携体制が必要不可欠です。現行の都道府県の周産期医療システムや総合・地域周産期母子医療センターは、厚生労働省の周産期医療整備対策事業に基づいて整備が進んできており、大きな成果をあげていますが、母体救急に関する取り組みは十分行われているとは言いがたい状態です。
- (イ) 周産期医療体制、救急医療体制にはそれぞれ各地域の特殊性があります。いずれの分野も現場の献身的な努力でかろうじて体制を維持している状況にあります。両者の連携を強化し情報交換を迅速に行うことが必要であることは言うまでもありませんが、それが現場の負担をさらに増加させるものであれば、せっかくの新施策も、良い結果をもたらさない可能性があります。母児の救命救急に対応する体制を短期的に充実させるためには、地域ごとに現場の実情を十分に理解した上で、最適の施策を立案実施する必要があります。私ども日本産科婦人科学会では本年度の事業として、日本救急医学会のご賛同を得て、両学会で、「地域母体救命救急体制整備のための基本的枠組みの構築」に関する合同作業部会を設置し、各地域での検討が円滑に行われ、母児の安全のさらなる確保が迅速に進むように、この問題について短期間で必要な調査を実施しつつ、集中的に検討を行うこととしております。
- (ウ) 現場を担当する医療者は今後、積極的にこの問題の解決に取り組んでまいります。政府、都道府県には、是非、私どもの活動をご支援、ご協力いただきますよう、要望いたします。

② 救急医療提供体制、周産期医療提供体制の整備の推進：

- (ア) 国民の生命を守る救急医療、周産期医療は政策的な整備が必要不可欠な分野です。現在病院経営は極端に厳しい状況にあり、救急患者受入のために病床を安定的に確保することの困難さに現場は非常に苦しんでいます。救急患者の受入を促進するために、救急医療への積極的関与が病院経営に益するよう診療報酬等による誘導が必要と考えられます。
- (イ) 周産期医療における入口と出口の問題：NICU 病床は著しく不足しており、多くの大学病院や周産期センターで常時満床の状態が続いています。それが早産児・病児の出生が予測される母体救急症例の受入先決定困難に直結している実情があります。また NICU で治療を受けたお子さんの中で後遺障害のために自宅退院ができない方がおられます。このようなお子さんは重症心身障害児施設

等で治療やケアをうけることが望ましいわけですが、その施設が絶対的に足りないために入所できず、NICU での超長期間の入院を余儀なくされています。その結果、NICU の病床不足はさらに悪化することになります。母体救急への受入体制整備においては、これらの問題も同時に改善していく必要があります。

(ウ) 周産期医療対策整備事業の見直し：周産期医療対策整備事業には、母体救急の問題、NICU 不足の問題以外にも、都道府県の境界をこえた広域搬送の問題、MFICU の算定条件および期間の問題等の懸案があります。また、この事業が開始された平成 8 年には想定されていなかった、産婦人科医の減少と一般の分娩施設の減少による、産科一次医療の確保のための総合的施策が必要な状況となっています。重症心身障害児施設整備の問題も含め、周産期・成育医療提供体制を総合的に整備していく必要があると考えられます。

- ③ 過酷な勤務条件の医療現場の改善：日本産科婦人科学会では平成 19 年 9 月 7 日に厚生労働大臣に提出した陳情書の中で、産婦人科医師不足問題への対策として、1) (産婦人科勤務医の) 勤務内容を適正に評価し、過重な労働に対して相応の処遇を行うこと 2) 医師の勤務条件の改善を各病院が積極的に行うことを促進する施策をとることを要望しております。添付文書にもありますように、極めて長時間病院に在院し医療に従事している現場の医師の働きを正當に評価し、処遇していただくことが、現場の活力を維持するために必要不可欠と考えております。言うまでもないことですが、それは現場で救急医療に携わる全ての診療科の医師においても同様であると考えられます。

## 陳 情 書

平成 19 年 9 月 7 日

厚生労働大臣  
舛添 要一 殿

社団法人 日本産科婦人科学会  
理事長 吉村 泰典

社団法人 日本産婦人科医会  
会 長 寺尾 俊彦

わが国の産科・周産期医療体制が危機的状況にあることは既にご存知の通りですが、この状況を一刻も早く改善に向かわせるため、日本産科婦人科学会は、平成 19 年 7 月 9 日付で前厚生労働大臣に「産科医療提供体制の危機的状況を打開するための緊急対策に関する陳情書」を提出し、早急な対応を要望したところであります。一方、政府からは同年 8 月 30 日付で厚生労働省・総務省・文部科学省より「地域医療に関する関係省庁連絡会議」の資料が公表され、「緊急医師確保対策」の具体的な取組みが示されました。その内容を踏まえ、本会は、わが国の産科医療を担う専門家団体として、以下の更なる追加提言を行うと共に、政府の今後の施策に反映して頂くことを強く要望する次第であります。

- 産科救急医療体制の整備について：
  - 産科救急医療体制における一次医療機関の重要性を見直し、その役割を明確にした上で、すべての産婦人科医療機関がその機能を発揮できる体制の整備を行うこと
- 産婦人科医師不足問題への対策について：
  - ◇ 新規の産婦人科医師の確保と育成を促進するのみでなく、現在産婦人科医師である者が意欲を持って現勤務を継続できる環境を整備すること
  - 勤務内容を適正に評価し、過重な労働に対して相応の処遇を行うこと
  - 医師の勤務条件の改善を各病院が積極的に行うことを促進する施策をとること
  - 産科補償制度を成立させ、産科医師を不必要な心身の負担から解放し、患者との信頼関係を確保しつつ正しい医療が行える環境を醸成すること

## 補 足 説 明

- 産科救急医療体制の整備について：
  - 産科救急医療体制における一次医療機関の重要性を見直し、その役割を明確にした上で、すべての産婦人科医療機関がその機能を発揮できる体制の整備を行うこと
    - ◇ 現行の周産期医療対策事業は、産科一次医療機関が多数存在していた10年以上前に構想されており、一次医療機関が機能していることを前提として、主として高次周産期救急疾患への体制整備を目的として策定されている。このため、各地域における二次三次周産期救急に関する整備については深く検討され、対策が盛られているが、産婦人科一次救急や、未受診妊婦への対応については全く検討されていない。産科一次二次医療機関の急速な減少と診療能力の低下が認められる地域が増加している現時点においては、新たに一次医療機関を含む総合的な対策が必要となっている。
    - ◇ 周産期医療対策事業の見直しについては、既に本学会から要望を提出しているが、それに加えて、一次医療体制の充実のための体制整備が緊急に必要と考えられる。
    - ◇ 新たに策定される必要がある総合的な対策においては、未受診妊婦を含む産婦人科一次救急症例への対応が、各地域において明確に規定される必要がある。
- 産婦人科医師不足問題への対策について：医師の絶対数が不足・減少傾向を示している診療領域において、医療提供体制を確保するためには、医療の中心的な役割を果たす現場の医師がその能力を最大限に発揮すること、そしてその状況が持続可能な体制を整備することが必要不可欠である。わが国の産科医療の現状を考慮すれば、今、分娩の現場にいる医師がその場に積極的にとどまって、その能力を十分に発揮することが、最重要の緊急課題であり、そのための実効性のある諸施策を実行しつつ、同時に、新規専攻者の増加をはかり、中長期的に安定的な医療提供が可能な医療リソースを確保するための施策を行う必要がある。
  - 勤務内容を適正に評価し、過重な労働に対して相応の処遇を行うこと
    - ◇ 産婦人科においては、地域医療を担う病院が担当する必要がある診療の量は、医師の多寡によらず、その地域の住民数や分娩数によって決まる。すなわち、「医師不足が深刻な病院」においては、医師不足自体の解消が短期的に困難であるとすれば、そこで「現に勤務している医師」に過重となっている勤務内容を適正に評価し、それに応じた処遇を行うことこそが、医師の継続的就労を促し、緊急的対策として必要不可欠である。

- ◇ それなしには医師は早晚、現場を離れていく。新人の養成も極めて重要だが、現に勤務している知識と技術と経験を有する医師を失うことのダメージは極めて大きいし、そのダメージを解消するには長い時間がかかる。

➤ 医師の勤務条件の改善を各病院が積極的に行うことを促進する施策をとること

- ◇ 院内保育、病児保育、24時間保育等、24時間体制で勤務する医療従事者を支援する体制を整備することは病院管理者の責任であることを明確にすること。希望する医師の子女に関しては100%受け入れ可能な体制が整備される必要がある。またそのような体制整備が、研修施設等の施設要件とされるべきである。積極的に導入している病院には優遇措置をとる等の対策により、勤務条件の改善を各病院が積極的に推進するよう指導するべきである。
- ◇ 「当直後の継続的勤務等の過酷な勤務体制を維持している病院」や「出産育児休業を取得する女性医師の代替要員の雇用を許可しない病院」に対して、勤務条件の緩和を各病院が積極的に推進するよう、行政上の指導が行われるべきである。また逆に、そのような努力を実際に行っている病院に対しては、診療報酬上の優遇措置を含め、その努力を評価することが重要である。
- ◇ 交代勤務制を実現するためには、医療機関の集約化を積極的に推進する必要がある。
  - 交代勤務制導入支援のための補助事業等の拡充が示されているが、交代制の導入を検討可能な施設は多くの医師のいるごくわずかな病院に過ぎない。今医療崩壊に陥っているのは、そのようないわゆる「勝ち組」病院ではなく、医師の絶対数が少ないため交代制の導入などは検討すらできない施設なのであって、このような施策は医師全体としての勤務条件の改善にはつながるかもしれないが、医療提供体制の確保には全く有効でないと考えられる。「勝ち組」病院へのさらなる医師集中を招く可能性すら存在する。
  - 交代勤務制の実現には、まず先行的、かつ政策的な集約化が行われなければならない。
- ◇ 不足している医師が必要不可欠な業務に専念できる体制を整備すること
  - 医療秘書業務にかかる経費が診療報酬にきちんと反映されること。
  - 医師自身が行う必要のある管理業務を適切に評価し、それを業務として正当に評価すること。

➤ 産科補償制度を成立させ、産科医師を不必要な心身の負担から解放し、患者との信頼関係を確保しつつ正しい医療が行える環境を醸成すること

- ◇ 産科医療において紛争事例、訴訟事例が他の診療分野と比較して多いのは、多くの先進国が共通に抱えている問題であり、産科という診療分野における偶発事象が、頻度こそ高くないものの結果が重篤で、予測困難な状況で不可避的に発生するという特性をもっていることによる。このため産科を専攻す

る医師が減少していることも各国に共通の問題であり、既に無過失補償制度が導入されている国もある。従って、無過失補償制度を産科で先行して整備されることには必然性があると考えられる。今回の導入によってその有効性が確認されることにより、他の診療分野への拡大も視野に入れることが可能になる。

- ◇ 無過失補償制度の考え方は、本来、過失の有無を問うことなく、医療関連有害事象に遭遇した患者を救済し、それとは別に過失の有無や責任の所在を検討し、再発を予防する対策を検討する、というものである。現在検討されているのは、成熟児の原因不明の脳性麻痺を対象としているが、無過失補償制度では、過失の有無に関わらずに対象とされるべきであること、対象疾患が今後拡大されていく可能性があることを考慮して制度設計がなされるべきである。
- ◇ 無過失補償制度は、原因究明機構や裁判外紛争処理機構等の医療関連有害事象対策と連携することによって、その有効性が格段に増すと考えられる。それらの制度整備を同時に迅速に実施することが必要である。

平成 19 年 9 月 7 日

厚生労働大臣

舛添 要一 殿

社団法人 日本産科婦人科学会

理事長 吉村 泰典

産婦人科医療提供体制検討委員会

委員長 海野 信也

### 政府・与党の緊急医師確保対策への意見

緊急医師確保対策の要旨は下記の通りとなっています。ここで挙げられている対策は医療全体の危機への対策となっていると考えられ、この対策が実施される場合には診療科の特殊性により、よりきめ細かい対策が検討される必要があります。産婦人科専門医を養成する立場にある日本産科婦人科学会として、産婦人科の特殊性と現状を考察した上で、各項に対して意見を述べさせていただきます。特に対策案のうち、2, 3, 5 の項目については、産婦人科にとって重要性が高いと考えられますので、実効性のある具体策を強く要望いたします。

### 政府・与党の緊急医師確保対策 要旨

1. 医師不足地域に対する国レベルの緊急臨時的医師派遣システムの構築
  - 医師不足地域に対し、都道府県からの求めに応じ、国レベルで緊急臨時的な医師の派遣を行う体制を整備する。上記の実施に伴い、規制緩和等の所要の措置を講じる。
2. 病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等
  - 病院勤務医の過重な労働を解消するため、交代勤務制など医師の働きやすい勤務環境の整備、医師、看護師等の業務分担の見直し、助産師や医療補助者等の活用を図る。また、特に勤務が過重で、深刻な医師不足の現状にある地域医療を支える病院への支援を充実する。さらに、一次救急を含めて地域医療を担う総合医の在り方について検討する。
3. 女性医師等の働きやすい職場環境の整備
  - 出産や育児による医師等の離職を防止し、復職を促すため、院内保育所の整備など女性の働きやすい職場環境の整備を図るとともに、女性医師の復職のための研修等を実施する病院等への支援や女性医師バンクの体制を充実する。
4. 研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し等
  - 大学病院を含む医師臨床研修病院の臨床研修制度の在り方や定員の見直し等を行うことにより、都市部の病院への研修医の集中の是正に取り組む。また、臨床研修後の専門医に向けた研修の在り方についても、地域医療への従事や医師派遣の仕組みと関連付けて検討する。
5. 医療リスクに対する支援体制の整備
  - 産科補償制度の早期実現や、診療行為に係る死因究明制度(医療事故調査会)の構築など、医療リスクに対する支援体制を整備する。
6. 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進
  - 地域や特定の診療科で医師が不足している現状に対応し、奨学金を活用して都道府県が定める地域や診療科に確実に医師が配置できるための医師養成数の緊急臨時的な増加を行う。さらに、地域の医療に従事する医師数の増加を図るため、医学部における地域枠の拡充を図るとともに、医師養成総数が少ない県においては、医師の養成数を増加させる。また、臨床医を養成する医育機関の在り方についても検討する。

## 本会の意見

### 1、医師不足地域に対する国レベルの緊急臨時的医師派遣システムの構築

- 産婦人科医の緊急臨時的確保が求められる状況と想定すると、地域の産科医療を担ってきた医療機関が、産婦人科専門医が不在となることによって分娩取扱を縮小ないし中止しなければならない場合(そのような事例は既に多発しているが)が考えられる。その場合、派遣される医師は、管理的能力を求められるばかりでなく、実際に24時間体制の分娩の現場で診療にあたる必要がある。
- 検討されるべき課題：
  - 国立病院等の派遣元となる産婦人科がその施設の診療の規模に相当する産婦人科専門医を現に雇用しているかどうかという問題
  - 「定年直後の医師」にそのような過酷な状況での勤務を現実的に要請可能かという問題
    - ◇ どの程度の条件を提示できるかという問題：
      - 即戦力となる「定年直後の医師」は他の医療機関からも引っ張りだこになっている現状を理解する必要がある。
      - 地方病院においては既に、相当な好条件を提示しても全く希望者がいない、という現状で、どのように派遣する医師のプールを作るのか
- この対策は、産婦人科医の不足への対応としては、根本的な解決策とはならないと考えられる。
- むしろ、専門的技能を有する医師が、必要とされる医療現場で最大限にその能力を発揮するためには、公務員である医師の兼業禁止規定を見直すことの方が、即効性があると考えられる。

### 2、病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等

- 産婦人科という診療科は多数の病院に分散して少ない医師で診療を行っているため、交代勤務制を実現するためには、まず相当な集約化を実現しなければならない。現時点では、産婦人科では全く非現実的である。しかし、その方向で病院の体制の整備が今後ねばり強く行われることを強く要望する。
- 医師の業務内容を見直し、激増している医療以外の管理業務や事務的な業務負担を軽減することは、きわめて重要であり即効性がある。しかし、このような業務負担の軽減のために必要なのは看護師・助産師ではなく、医療秘書のような職種の人材である。医療秘書業務にかかる経費が診療報酬にきちんと反映されることを要望する。
- 医療行為があくまでも医師の責任において行われる以上、医師自身が行う必要のある管理業務が存在し、医療安全対策上もその重要性が増大していることも確かである。従って、そのような業務負担を正當に評価するという対応も必要である。
- 医師の分娩業務対応の緩和をはかる目的で院内助産等を導入したとしても、異常分娩対応を24時間体制で行う、ということは全く変わりがない。従って、これも集約化を実現した後でなければ、過重労働解消にはつながらない。また、産科医療において重要な役割を果たす現場の助産師が絶対的に不足している現状を、十分に認識した上で、具体策を検討する必要がある。

- 医師不足が深刻な病院で、最も負担がかかっているのは不足した状態で勤務を続けている医師自身である。そして、医師不足のために診療規模の縮小が不可避的に起こり、病院経営自体が危機に瀕することになっているのが地方の病院の実態である。
- 産婦人科においては、地域医療を担う病院が担当する必要がある診療の量は、医師の多寡によらず、その地域の住民数や分娩数によって決まる。すなわち、「医師不足が深刻な病院」においては、医師不足自体の解消が困難であるとすれば、そこで「現に勤務している医師」に過重となっている勤務内容を適正に評価し、それに応じた処遇を行うことこそが、医師の継続的就労を促し、緊急的対策として必要であり、また効果が期待できると考えられる。
- 多くの病院では、過酷な勤務が続き、しかもそれに対する正当な評価がなされていない。それが第一線の医師が臨床現場から離脱する最大の原因である。そして同僚が一人でも退職すると、現場の状況はさらに過酷なものとなり、退職の連鎖を引き起こすことになる。それが、多発している地域基幹病院からの産婦人科の撤退の実態である。早急に抜本的な改革がなされないと、新規専攻者を育成する現場の指導医不足により、産婦人科臨床医の養成そのものが不可能になってしまう。

### 3、女性医師等の働きやすい職場環境の整備

- 院内保育、病児保育、24時間保育等、24時間体制で勤務する医療従事者を支援する体制を整備することは病院管理者の責任であることが明確にされ、希望する医師の子女に関しては100%受け入れ可能な体制が整備される必要がある。またそのような体制整備が、研修施設等の施設要件とされるべきである。積極的に導入している病院には優遇措置をとる等の対策により、勤務条件の改善を各病院が積極的に推進するよう指導するべきである。
- 「当直後の継続的勤務等の過酷な勤務体制を維持している病院」や「出産育児休業を取得する女性医師の代替要員の雇用を許可しない病院」に対しては強い行政指導を行う等の対策により、勤務条件の緩和を各病院が積極的に推進するよう指導するべきであると考えられる。また逆に、そのような努力を実際に行っている病院に対しては、診療報酬上の優遇措置を含め、その努力を評価することが重要である。

### 4、研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し等

- 初期臨床研修医の大都市部への集中という現象の一因は、この制度が、研修医定員の妥当性についての客観的な検証を欠いた状態で施行されたこと、研修内容について研修医自身が知り得ない時点で、志望病院をきめなければならないマッチングシステムが導入されたことにある。
- 今の地方病院の医師不足は「研修医不足」ではないという点、むしろ各病院で専門医および後期研修医が不足していることが喫緊の問題となっていることを考える必要がある。単純に、大都市病院の研修医定員を絞るだけでは、地方病院の危機は解消しない。むしろ、各地域に存在する専門医研修を実際におこなうことが可能な施設に、研修医が配置される必要がある。地方病院には、そのような地域の基幹教育研修施設で研修した専門医が適切に配置されていくよう指導していく必要がある。
- 従って「定員の見直し」は、各地域および各医療機関における専門領域の教育研修機能の現状を適切に評価した上でなされる必要がある。

## 5、医療リスクに対する支援体制の整備

- 産科医療において紛争事例、訴訟事例が他の診療分野と比較して多いのは、多くの先進国が共通に抱えている問題であり、産科という診療分野における偶発事象が、頻度こそ高くないものの結果が重篤で、予測困難な状況で不可避免的に発生するという特性をもっていることによる。このため産科を専攻する医師が減少していることも各国に共通の問題であり、既に無過失補償制度が導入されている国もある。従って、無過失補償制度を産科で先行して整備されることには必然性があると考えられる。今回の導入によってその有効性が確認されることにより、他の診療分野への拡大も視野に入れることが可能になる。
- 無過失補償制度の考え方は、本来、過失の有無を問うことなく、医療関連有害事象に遭遇した患者を救済し、それとは別に過失の有無や責任の所在を検討し、再発を予防する対策を検討する、というものである。現在検討されているのは、成熟児の原因不明の脳性麻痺を対象としているが、無過失補償制度では、過失の有無に関わらずに対象とされるべきであること、対象疾患が今後拡大されていく可能性があることを考慮して制度設計がなされるべきである。
- 無過失補償制度は、原因究明機構や裁判外紛争処理機構等の医療関連有害事象対策と連携することによって、その有効性が格段に増すと考えられる。それらの制度整備を同時に迅速に実施することが必要である。

## 6、医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進

- 「診療科枠」「地域枠」を設けることによって、中期的にはその診療科・地域に勤務する医師は増加することが期待できる。しかし、その医師が義務年限を超えて仕事を継続するかどうかは、今問題となっている診療科間、地域間の勤務条件の格差や適切な評価がなされないこと等が解決することが前提となる。
- 他の対策についても言えることだが、緊急臨時的な増加策が、その地域・診療科にとって継続的な効果をもつためには、緊急対策をとっている間に抜本的な解決策が同時にすすめられなければならないことは明らかである。今回の対策にはその点での検討が十分に含まれているとは言い難いと考えられる。

平成 20 年 10 月 30 日

産婦人科勤務医・在院時間調査 第 2 回中間集計結果 報告と解説

日本産科婦人科学会  
産婦人科医療提供体制検討委員会  
委員長 海野信也

この調査の目的と概要：

- 1) 産婦人科医の勤務条件が過酷であることは、既に周知の事実となっています。平成 20 年度診療報酬改定では、ハイリスク分娩管理加算の大幅改定などを通じて、勤務医の勤務環境の改善を行うこととしており、それ以外にも多くの施策が実施されつつあります。今後、それらの施策の有効性を評価し検証するためには、勤務医の勤務実態を客観的に示す指標を必要となると考えられます。しかし、現状ではどのような指標が適切か、明確になっていません。このため、診療科間や施設間の比較、なんらかの施策を実施したことによる効果等を客観的に検証することが難しい状態にあります。
- 2) 一般には、このような指標としては労働時間がもっとも重要と考えられます。しかし、医師の場合、管理的な業務、研究、研修に当てられた時間や待機時間等、患者さんの診療時間だけが労働時間ではないと考えられること等のために、労働時間の定義や評価に関して多くの議論があり、コンセンサスが得られていません。このため、労働時間そのものを調査しても、データが同一の基準で収集されていることを確認するのが難しく、結果の信頼性について疑問の余地が生じる可能性があります。そこで今回の調査では、客観的に記録し、評価可能と考えられる「在院時間」および「オンコール時間」の実態を、各医師について 1 ヶ月間調査することにしました。
- 3) 具体的な調査項目は、各病院の規定された勤務開始・終了時刻、医師の年齢、性別、産婦人科医として経験年数、自発的に提供された開示可能な個人情報、1 ヶ月間の病院への出勤時刻と退勤時刻（複数施設で勤務している場合は、非常勤施設での出退勤時刻）、あらかじめ決められているオンコールの開始・終了時刻としました。調査票に記入し、結果を e-mail、FAX または郵送で回収する方法をとりました。日本産科婦人科学会卒後研修指導施設 750 施設の産婦人科責任者に郵送で依頼状を送るとともに、個人参加者を学会ホームページ上で募集しました。
- 4) このような調査を全国的に実施することは、学会にとって初めての試みです。今回の調査は、今後の勤務条件の適正化を評価する上での基本情報を収集するための方法論を確立することが第一の目的です。そして実際に収集された情報自体が今後の検討の基本情報となることを期待して実施いたしました。
- 5) 調査結果の公表に際しては、個別施設、個人が特定できないように厳重に配慮することを前提として、データの提供を求めました。このため個別施設・個人に関するお問い合わせには一切、対応できませんので、ご了承をお願いいたします。

調査の進行状況：

- 1) 調査に協力を申し出てくださった施設・会員は多数に上り、調査結果が続々と送付されてきています。
- 2) データ入力・一次解析を順次進めています。2008年10月29日の時点で、2008年9月9日受領分までの、一般病院勤務医221名、大学病院勤務医76名のデータの入力が終了しています。10月29日までにさらに常勤医187名分のデータを受領しています。諸事情により前回の中間集計より入力ペースが落ちていますが、順次入力、解析を進めてまいります。データの入力と確認、施設への必要事項の問い合わせ等はこれまでのところ、すべて海野が行っております。今後は、適宜、研究協力者の応援を得ることとしています。
- 3) 今回の第2回中間集計では、一般病院の常勤医と大学病院勤務医のデータを別々にまとめました。
- 4) 一般病院については、当直体制をとっている病院と当直はおかずオンコール体制をとっている病院とでは、勤務実態が大きく異なるため、両者をまとめた集計と別々にした集計を行いました。当直体制の病院では、在院時間が長くなるが、その病院のオンコールは緊急手術等の緊急事態にのみ対応するオンコールであるのに対し、当直のいない病院のオンコールは、普通の分娩でも緊急登院の必要があるためです。後者では勤務時間とオンコール時間の和が実際の on duty 時間とも考えられるため、その集計も行いました。
- 5) 大学病院の勤務医については、大多数が他の施設で非常勤医として週1回程度の外勤を行っています。常勤医の少ない一般病院では、大学からの非常勤医によってかろうじて診療体制を維持しているところがしばしば見受けられます。当直を週に数回外勤医に依存しているのはめずらしくありません。大学病院勤務医はそのような形で、きわめて少額の大学の給与を補うとともに、地域の分娩施設を支えているという構造になっているのです。大学病院勤務医の生活を理解するためには、このような外勤の実態を含めて分析する必要があります。そこで、今回の集計では、それぞれの医師の大学病院での在院時間と当直回数と外勤先施設の在院時間と当直回数、そして両者の和を検討することにしました。

中間集計の方法：

- 「在院時間」：出退勤時刻から在院時間を計算し、積算しました。それには、勤務時間、更衣等の準備時間、休憩時間、宿直時間、時間外の診療時間等がすべて含まれます。
- 「オンコール時間」：勤務時間外に必要が生じた際に対応する時間帯を各職場であらかじめ定めている場合に、記載を求めました。病院産婦人科は基本的に24時間体制で運営されています。当直体制をとっていない施設では、入院患者さんの急変、分娩の進行、救急の外来患者さんへの対応等の必要が生じた場合に備えて、必要時に呼び出されるオンコール体制をとっているのが普通です。また、当直体制をとっている病院でも、緊急手術等は一人ではできないので、応援の医師を呼び出す必要が生じます。その場合、あらかじめオンコール体制をとる場合と、とらない場合（そういう場合は誰でも呼び出される可能性がある）があります。オンコールではない晩でも、受け持ち患者さんの急変や緊急事態で呼び出されることはもちろんありますが、それはあらかじめ業務として定められたものではないので、この集計には含まれていません。また、今回の中間集計では、オンコールの時に呼び出されたのか、そうでないときの時間外在院なのかは区別していません。また、オンコール時間帯でどのくらい呼び出されているか等の解析は今回の中間解析では行っていません。
- 「勤務時間」：今回の調査では勤務時間に昼休み等の休憩時間を含めています。
- 「時間外在院時間」：在院時間と勤務時間の差として求めました。
- 「当直回数」：これまでの集計では、夜間交代勤務制をとっている病院は1カ所のみでした。当直回数は、あらかじめ定められて夜間に当直した場合のみをカウントしました。重症患者さんの管理等のために臨時で泊まり込んだ場合は含んでいません。
- 「休日日直回数」：あらかじめ定められて休日の日勤帯に在院した場合をカウントしました。患者さんの状態をチェックする等のために休日に出勤する医師は多いのですが、それは在院時間には含めていますが、日直には含めていません。
- 「勤務時間+オンコール時間」：当直をおかないオンコール体制では、オンコール時に呼び出される可能性が高くなります。このような「On duty の時間」の一つの指標として計算してみました。
- 「全在院時間」：大学病院勤務医の実態を理解するためには、非常勤施設での勤務を考慮しなければなりません。非常勤施設の出退勤時間が明らかになった大学病院勤務医について、大学病院と非常勤施設の在院時間の総和を計算しました。同様に、双方における当直回数、休日日直回数を計算しました。

一般病院全体						当直体制の病院						当直体制をとっていない病院							
	年齢	月間 在院時間	月間オ ンコール 時間	月間勤 務時間 数	月間時 間外在 院時間	年齢	月間 在院時間	月間オ ンコール 時間	月間勤 務時間 数	月間時 間外在 院時間	当直 回数	休日 直回数	年齢	月間 在院時間	月間オ ンコール 時間	月間勤 務時間 数	月間時 間外在 院時間	月間勤 務時間 +オ ンコール 時間	
全体	平均	42	292	140	177	115	41	301	118	175	126	4.2	1.3	46	259	183	182	77	350
	標準偏差	11	57	103	18	52	11	57	80	17	51	2.5	1.0	11	41	130	17	32	140
	N	221	221	138	221	221	172	172	94	172	172	172	172	49	49	45	49	49	49
	最大値		428	515	210	236		428	515	210	236	12	5		373	508	198	183	706
25-29歳	平均	28	327	140	175	151	28	332	116	174	158	5.4	1.4	28	275	230	187	88	359
	標準偏差	1	51	79	18	43	1	50	63	18	39	1.6	0.8	1	26	77	9	19	126
	N	41	41	14	41	41	37	37	11	37	37	37	37	4	4	3	4	4	4
	最大値		428	275	198	236		428	234	198	236	10	3		310	275	195	115	462
30-34歳	平均	32	294	109	179	115	32	303	107	180	124	4.5	1.5	32	249	117	179	70	271
	標準偏差	1	56	67	17	51	1	53	67	15	51	2.3	1.0	1	48	74	28	27	106
	N	37	37	20	37	37	31	31	16	31	31	31	31	6	6	4	6	6	5
	最大値		386	320	209	201		386	320	209	201	9	4		299	184	197	112	371
35-39歳	平均	37	286	127	174	111	37	296	125	173	121	4.1	1.1	38	246	132	178	68	310
	標準偏差	1	56	70	17	47	1	55	70	17	42	2.2	0.8	1	43	75	18	43	66
	N	30	30	20	30	30	24	24	14	24	24	24	24	6	6	6	6	6	6
	最大値		406	243	193	217		406	243	193	217	8	2		313	236	193	120	381
40-44歳	平均	43	310	139	178	132	43	314	103	174	140	4.6	1.4	41	295	232	192	103	423
	標準偏差	2	57	105	18	56	1	64	53	18	61	3.6	1.3	1	3	153	5	4	149
	N	23	23	18	23	23	18	18	13	18	18	18	18	5	5	5	5	5	5
	最大値		402	503	205	233		402	209	205	233	12	4		299	503	197	107	688
45-49歳	平均	47	291	153	178	112	47	291	133	176	114	3.7	1.2	46	291	235	189	102	424
	標準偏差	1	56	118	16	51	1	60	90	16	54	2.6	0.8	2	42	190	8	38	195
	N	24	24	20	24	24	20	20	16	20	20	20	20	4	4	4	4	4	4
	最大値		389	508	201	200		389	295	201	200	9	3		329	508	198	142	706
50-54歳	平均	52	274	221	181	93	51	289	121	178	111	3.9	1.5	52	249	284	185	63	469
	標準偏差	1	44	154	11	43	1	49	89	13	45	2.5	1.5	1	19	157	7	16	156
	N	21	21	13	21	21	13	13	5	13	13	13	13	8	8	8	8	8	8
	最大値		370	504	201	186		370	269	201	186	8	5		283	504	193	94	696
55歳以上	平均	58	262	128	174	88	58	269	121	173	97	2.5	1.0	59	249	138	177	71	298
	標準偏差	3	51	103	22	44	3	53	112	22	46	2.2	1.1	3	48	93	21	35	109
	N	45	45	33	45	45	29	29	19	29	29	29	29	16	16	14	16	16	16
	最大値		373	515	210	183		328	515	210	183	7	4		373	283	195	183	474

大学病院勤務医

	年齢	月間 在院時間	月間オ ンコール 時間	月間勤 務時間 数	月間時 間外在 院時間	大学病 院当直 回数	大学病 院休日 直回数	非常勤 施設で の在院 時間数	非常勤 施設で の当直 回数	非常勤 施設で の日直 回数	全在院 時間	全当直 回数	全休日 直回数		
全体	平均	38	281	32	155	127	4.4	1.3	60	3.1	0.6	341	5.8	1.4	
	標準偏差	8	62	99	21	59	2.1	0.9	51	2.9	1.1	76	4.1	1.3	
	N	76	76	68	73	73	64	59	76	54	53	76	76	76	
	最大値		60	412	557	196	245	9	5	186	9	4	505	15	5
25-29歳	平均	28	352	0	168	189	6.2	1.9	55	2.8	0.6	407	8.2	2.4	
	標準偏差	1	39	0	17	39	1.9	0.8	50	2.1	1.4	39	3.2	1.1	
	N	11	11	11	11	11	11	11	11	8	8	11	11	11	
	最大値		399	0	196	223	9	4	145	5	4	463	14	5	
30-34歳	平均	32	278	5	149	129	5.3	1.2	71	3.5	0.7	349	7.6	1.6	
	標準偏差	1	47	13	18	51	1.8	1.1	49	2.9	1.1	75	3.6	1.3	
	N	20	20	16	18	18	19	18	20	15	15	20	20	20	
	最大値		385	48	187	245	9	5	173	9	4	505	15	5	
35-39歳	平均	36	276	7	161	119	3.9	1.0	73	3.8	0.9	349	6.7	1.7	
	標準偏差	1	39	26	22	48	1.3	0.7	64	3.6	1.4	78	4.6	1.5	
	N	18	18	17	17	17	17	17	18	14	14	18	18	18	
	最大値		359	109	196	212	5	2	186	9	4	463	14	5	
40-44歳	平均	43	266	143	147	119	3.1	1.3	79	3.5	0.1	345	6.3	1.1	
	標準偏差	2	80	213	21	65	1.8	0.8	47	2.6	0.4	50	2.1	0.8	
	N	8	8	6	8	8	7	6	8	8	7	8	8	8	
	最大値		398	557	175	223	5	2	150	7	1	433	10	2	
45-49歳	平均	48	251	60	154	96	1.7	1.3	31	1.7	0.2	282	1.6	0.4	
	標準偏差	2	59	147	21	47	1.0	0.5	36	2.3	0.4	47	2.0	0.6	
	N	14	14	14	14	14	7	4	14	6	6	14	14	14	
	最大値		350	557	196	180	3	2	115	5	1	350	6	2	
50歳以上	平均	55	260	63	144	116	3.3	0.7	32	0.0	0.0	292	2.0	0.4	
	標準偏差	5	106	65	13	94	2.9	1.2	11	0.0	0.0	112	2.7	0.9	
	N	5	5	4	5	5	3	3	5	3	3	5	5	5	
	最大値		60	412	141	167	245	4	5	2	49	0	0	461	5

中間集計の結果：

- 今回の中間集計では、病院産婦人科医の在院時間が一般病院でも大学病院でも非常に長いことが示され、いわゆる「過酷な勤務」の実態の一端が数値として示された。
- 一般病院勤務医全体と大学病院勤務医の本務場所での在院時間に有意の差は認められなかったが、一般病院勤務医全体の在院時間と大学病院勤務医の非常勤施設を含む全在院時間では有意に大学病院勤務医の全在院時間の方が長かった。一般病院の中では在院時間は当直体制の病院の方が、当直のないオンコール体制の病院より有意に在院時間が長かった。当直体制の病院勤務医の在院時間と大学病院勤務医の全在院時間を比較すると、後者の方が有意に長かった。その一方、当直体制のない病院の「月間勤務時間＋オンコール時間」は大学病院勤務医の全在院時間とほぼ同等であった。
- 年齢別の検討では、20代医師の在院時間が長い傾向がどのカテゴリーでも認められた。
- 今回の調査では明らかな男女差は認められなかった（今回の対象が「常勤医」に限定されていることに留意する必要がある）。
- 今後、さらにデータを集積するとともに、勤務実態の施設間差を解析し、産婦人科勤務医の勤務条件改善のための基礎的な検討を行っていく予定である。