

A. 研究目的

都市部において分娩施設ならびに産科医師の集約化が可能か否か、またそれにより、どのような結果が生じるか検討することを目的とした。

B. 研究方法

神奈川県相模原市の社会保険相模野病院（以下相模野）を対象とした。人的整備は産婦人科医師数を常勤 6+非常勤 4 名（計 10 名）から常勤 10+非常勤 5 名（計 15 名）に、助産師は常勤 14+非常勤 5 名（計 19 名）から常勤 17+非常勤 4 名（計 21 名）に増員し、年間 1500 例以上の分娩取り扱い、産科救急、母体搬送に応需可能な体制を整えることとした。施設整備では、産婦人科混合 30 床病床を産科単科 38 床に増床し、分娩待機室、分娩室を新設した。同時に帝王切開、重症患者用のハイケアユニット新設などを行い、セントラルモニターシステムの更新、分娩監視装置、新生児無呼吸監視装置の追加購入、新生児連れ去り防止システムの新規導入などの機器整備を行った。

C. 研究結果

平成 18 年 1 月—6 月までを集約前、7 月—12 月を集約後として業績を比較した。1. 分娩数は 511 から 633 と 24%増加し、帝王切開数は 109 から 133 と 22%増加した。2. NICU 入院管理患児数は月平均 10.8 から 12.8 と 19%増加した。3. 婦人科手術数は 69 から 118 と 71%増加した。4. 医師の当直回数は月平均 4.5 から 2.5 に減少したが、給与面では業績給の導入により 10~15%の増額となった。5. 医師の集約化は順調に

行われたが、助産師の集約化は不十分だった。6. 育児中の女性医師のフレックス勤務が円滑に行われるようになった。7. 経営面では施設改善の初期投資に約 2 億円を要し、人件費増加分で約 6000 万円が必要となったが、純益が 8300 万円から 1 億 2000 万円に増加した。8. 患者に対して集約化事業の必要性と、事業実施による母児の安全性の向上な

ど、頻回に情報提供を行うことにより苦情は聞かれなかった。9. 県衛生部、市など行政は本事業に非協力的で、地域医師会等の関連団体から理解を得ることは困難だった。

D. 考察

分娩施設ならびに産科医師の集約化モデル事業は都市部においては安全かつ合理的に実行可能であり効果も大きい。患者の移行、集中は比較的順調に行われ、最低でも 20%、最大 70%の患者増が確認できた。18 年度の分娩数は 1133 例であったが 19 年度の予約状況は 1300~1500 例ペースである。患者からの苦情等はほとんど聞かれなかったが、これは都市部の分娩患者の特徴で、通院の利便性も考慮するが、より以上に安全性を要求するという点にあるものと考えられる。また、集約化による通院時間の極端な延長が見られなかった点も順調な移行につながったものと思われる。

施設にとっては施設整備、人件費増加など初年度で 2 億 6000 万円程度の負担は生じたものの、職員意識の向上、患者増加による単年度収支の改善などで十分補え、初期投資は 3~5 年で償却可能と思われた。事業の実施により設備の不十分な点が判明し

たため、19年度には外来、病棟部門の更なる拡張整備を行う。医師に関しては業績給を導入して給与の増額が可能だったが、給与以上に勤務条件の改善が顕著であった。当直回数、オンコール等の拘束時間は半減された。また従来行われていた連続36時間もしくは48時間勤務は解消され、当直翌日は朝帰宅可能という勤務が可能となった。これにより勤務医師の健康管理面での改善が十分に図られた。育児等の事由でフルタイム勤務が不可能な女性医師に対しては、フレックス勤務が円滑に施行可能となり現場復帰が促進された。産科医師の激減による医師不足が指摘されているが、本事業は医師確保、潜在する医師の現場復帰促進に関する唯一且つ効果的な対策であることを強調したい。助産師の集約化は不十分だった。当院へ異動しなかった助産師に対するヒヤリングにより得られた理由は「職場を変わりたくない 忙しい病院に行きたくない」ということで今後は助産師に対する本事業の啓蒙活動が必要であろう。19年度では新たに4名の採用が内定しており、常勤助産師30名体制が早急に確立できるよう努力している。副次的には麻酔科医師の確保も同時に進めることが出来た。常勤2名+非常勤3名(計5名)から19年度は常勤4名+非常勤7名(計11名)に増員が可能となった。これは本事業への参加により「産科麻酔を中心に行う施設で勤務希望」という麻酔科医師が確保できたことによる。

極めて順調に推移している本事業であるが、いくつかの問題点を内包している。第1点は県衛生部、市等行政の非協力的な対応である。本事業に対して極めて冷淡且つ無関心であった。原因は国と地方というセ

クシヨナリズムの弊害が指摘される。すなわち地方の役人は「国が勝手に行っている事業には一切協力しない」という考えを平然と主張する。第2点は地域医療計画に沿って行うべき病床整備であるが、行政区による分類と患者の通院範囲による分類に乖離が認められる点である。当院は神奈川県相模原市北部に位置するが、分娩患者は隣接する東京都八王子市、町田市等域外が20%前後を占める。病床数の増床により円滑な受け入れに協力したいと考え申請を行ったが、神奈川県からは許可が下りていない。当地区の過剰な病床は全て療養型で、急性期病床は慢性的な不足、尚且つ周産期病床は極めて不足しているのであるが、神奈川県衛生部は病床の内容を検討する姿勢を見せない。第3点は医師会、病院協会等関連団体の抵抗である。

以上いくつかの問題点は内包するものの、本事業は順調に成果を上げつつある。産科医師の総数が不足して集約できない地域、あるいは面積が広いため通院が不可能な地域を除けば本事業は効果的な運用が可能である。また、当院は電子カルテを導入しているため、これを有効に運用すれば産科医師不在で助産師のみが勤務するような地域との協力体制も構築可能と思われる。実績を重ね地域住民からの支持を得ていくことにより本事業を定着させたい。

平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金子ども家庭総合研究事業
「分娩拠点病院の創設と産科 2 次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業」
(主任研究者：岡村州博 東北大学医学部産婦人科教授)

「産婦人科医療提供体制のグランドデザインの構築とそれに基づく緊急課題への対策の検討」
産科医療改革の方向性
「産婦人科医療提供体制における、労務的側面の課題と対策」

分担研究者：北里大学医学部産婦人科教授 海野信也
研究協力者：渡辺明良 所属：聖路加国際病院

研究要旨

日本の産婦人科医療の現状において、医師不足や過酷な労働条件などは重要な課題のひとつである。そこで、労働基準法をはじめとする各種労働法との関係の観点から論点を整理し、労務面において特に重要となる労働時間や休日、宿日直勤務などに焦点をあて、これらの基本的な法的ルールについて、産婦人科医師の勤務実態とどの程度乖離しているのか、またどのように適用されるべきなのかなどについて検討を加えることで、就業形態の多様化や弾力的運用とその基盤となる制度のあり方について考察を試みた。

その結果、現状においては労働法を完全に遵守した雇用確保は、既存の医療法や労働法の枠内では実現が難しいが、産婦人科医師の勤務実態を踏まえると、法律改正も視野に入れた、抜本的見直しが必要であると考えられた。

A：研究目的

日本の産科医療の現状において、医師不足や過酷な労働条件などは重要な課題のひとつである。しかし、労働基準法をはじめとする既存の各種労働法との関係において、産科医療の労務的実態がどの程度乖離しているのかについては、十分な検証が行われてきたとはいえない。

そこで本研究は、産婦人科医師の勤務実態について、労働法の観点から整理を行い、就業形態の多様化や弾力的運用とその基盤となる制度のあり方について検討することを目的とする。

B：研究方法

労働に関する各種法律に照らして、労務面において特に重要となる労働時間や休日、宿日直勤務などに焦点をあて、これらの基本的な法的ルールについて、産婦人科医師の勤務実態とどの程度乖離しているのか、またどのように適用されるべきなのか、について、先行研究や実態データなどから検討を加えた。

これにより、就業形態の多様化や弾力的運用とその基盤となる制度のあり方について考察を試みた。

C：研究結果

1. 研究の前提

を試みた。

C：研究結果

1. 研究の前提

労働に関する法律は、「労働法」という名の法律が存在するわけではない。労働時間や休日、休暇などの労働条件の最低基準を定めた労働基準法をはじめ、男女差別を禁止する男女雇用機会均等法、職場の安全や衛生の基準などを定める労働安全衛生法など、多くの法律があることから、これらの総称として「労働法」が用いられているのである。

少子高齢化などの社会環境変化に対応して、労働のあり方も多様化していることから、労働法の規定が実際の労働の現場に合わない現象が発生している。このため、労働法の改定や新規法律制定など、その範囲は拡大している。例えば、派遣労働者について定める労働者派遣法、少子高齢化に対応するための高齢者雇用安定法などがあげられる。

このほか、判例や政令・省令・通達なども労働紛争などの際には重視されることから、労働に関する法律は、これらが複雑に関係した体系となっている。

医師であっても、勤務医であれば、労働法上は労働者と判断され、労働法が適用されることになる。ただし、院長や管理職などは、「使用者」と定義され、労働法の適用が除外される部分がある。また、公務員についても、国家公務員法や地方公務員法によって労働法が適用されない部分がある。

このため、院長や診療部長、公的病院の医師などの勤務のあり方を論じる場合は、この点に注意する必要がある。

2. 労務的側面における実際と課題

(1) 労働時間

労働時間の原則は、休憩時間を除き、1週間について40時間を超えて労働させてはならない。(労働基準法(「以下」労基法)32条)ということと、休憩時間を除き、1日について8時間を超えて労働させてはならない(同上)。ということであり、これは「法定労働時間」のルールと呼ばれている。

従業員に対して、法定労働時間を越えて労働させようとする場合は、労基法36条に基づく、労働組合または労働者の過半数の代表との協定(=通称「サブロク協定」)により、労働基準監督署に届出が必要となる。この場合であっても、原則として時間外勤務の上限は月45時間までと定められている。また、時間外勤務の場合は、法定労働時間を超過した分について、25%増しの割増賃金を支払わなければならない。

このため、休日を除いた1ヶ月当たり勤務日数が20日の場合は、原則として20日×8時間+45時間=205時間が1ヶ月の労働時間の上限となる。¹

ただし、監督もしくは管理の地位にある者や、機密の事務を取り扱う者などについては、この労働時間の基本ルールは適用されない。この場合であっても、深夜労働の場合は、実際の深夜労働時間を把握した上で、25%増しの割増賃金の支払いが必要となる。²

これらの労働時間は、就業規則に始業及び終業の時刻を定めなければならない。また、

¹ A病院における2006年4月～8月の平均値では、産婦人科医師の半数以上が205時間以上となっていた。ただし、院内滞在時間での集計であり、全てが労働時間かどうかは、より詳細な調査が必要である。

² 休憩や休日についても労基法の適用が除外されるが、年次有給休暇は除外されない。

労働時間の適正な把握のために使用者が講ずべき措置として、タイムカードやICカードなどの客観的記録による確認（記録は3年間保存が義務）が求められている。

一方、病院内にいる時間すべてが必ずしも労働時間となるわけではなく、労働時間は「労働者が使用者の指揮命令下に置かれている時間」と定義されている。したがって、自分の研究を病院内で行っている場合は労働時間から除外されるが、業務として出席が義務付けられている研修などは勤務時間となる。

また、業務の性質上その遂行の方法を大幅に当該業務に従事する労働者の裁量に委ねる必要がある、その業務遂行の手段及び時間配分の決定等に対して使用者が具体的な指示をすることが困難な業務については、労使協定の締結及び労働基準監督署長への届出により、「専門業務型裁量労働制」とすることが認められている。これは、実際の労働時間に関わらず、8時間労働したものとみなすという制度である。しかし、この制度の対象となるのはシステムエンジニアや公認会計士、弁護士など19職種に限定されており、臨床現場の医師はその対象には含まれていない。³

これらのことから、産婦人科医の勤務実態として、これらの法律どおりに労働時間管理を運用できる可能性はきわめて低いといわざるを得ないのが現状である。したがって、裁量労働制を医師にも適用する法律改正の措置が必要と考えられる。これにより、労働時間に関するフレキシブルな運用が可能となるからである。ただし、対象労働者の労働時間の状況に応じた健康・福祉確保措置をと

ることが法律で定められているほか、勤務実態に合わせた報酬との整合性をとることもその前提として必要であると考えられる。

（2）宿日直勤務

医師の勤務時間に影響を及ぼすもう一つの制度として、宿日直勤務がある。宿日直勤務は、休日・祝祭日の昼間に行われる日直と、夜間に行われる宿直のことであり、当直という表現はこれらを総称したものである。

宿日直勤務は、通常の勤務とは異なる勤務を意味するものであり、通常勤務時間外において、火災や盗難防止のための巡回や緊急連絡、非常事態に備えた待機などがその範囲であり、常態としてほとんど労働する必要のないものである。（労基法第41条第3号・労働基準法施行規則（以下「規則」）第23条）この規定に基づき、宿直業務は勤務時間にならないため、宿直業務終了後はそのまま通常業務が行われることが多い。

また、宿直勤務は、医療法第16条において、「医業を行う病院の管理者は、病院に医師を宿直させなければならない」と規定されているが、この場合であっても、勤務実態が労基法に定める条件をすべて満たしていないと、宿直勤務とは認められないことになり、すべて時間外勤務として処理しなければならない。

具体的には、昼間の通常勤務が継続して延長されている場合は、宿直勤務としては認められない。宿直は通常の勤務時間の拘束から完全に開放されたあとに行うものであり、勤務が継続している場合は時間外労働にしなければならない。また、宿直業務は夜間に十分睡眠が取れること、宿直は週1回以下であること、日直は月1回以下であること、宿日

³ 研究開発については対象となる。

直手当は1日1人当たり平均賃金額の三分の一以上であること、宿直の設備を設けることなどが定められている。

さらに、宿直中の応急患者の診療又は入院、患者の死亡、出産などにより、昼間と同態様の労働に従事する場合には、時間外労働となることや、このような労働が常態的に行われるような場合には、宿直勤務ではなく交代制勤務体制をとらなければならないことが規定されている。⁴

これに対し、産婦人科医師の当直の実態は、当直回数が月10回以上となることが常態化しているという報告や、北大勤務の医師が北大及び関連施設支援のために月平均5.8回の当直と月平均3.2回の日直を行っているといった報告が出されている。この実態から、産婦人科医師の勤務体制は、労基法で定める宿日直勤務の定義からはずれていることが示唆される。

一方、厚生労働省によると、労働相談件数は全体で年間約23万件あり、そのうち、6300件以上が法律に抵触している実態がある。特に、労働時間に関する内容が増加しており、うち医療機関の相談も年間300件を越しており、近年では医師の勤務時間や宿日直回数に関するものが増えているとされている。このような医師の勤務体制の実態を受け、厚生労働省の労働局では、2002年度から実態調査を開始し、その対策を検討している。

具体的には、2002年6月に「医療機関における休日及び夜間勤務（宿日直勤務）について」に関する自主点検提出依頼が各医療機関に出され、その提出を受け、許認可時の内容と現状に乖離がある場合、許認可の取り消

しもありうることや、特に、救急センターにおける業務は宿日直業務と認定し難いため、交代制導入を指導していく。という個別指導が行われた。また、2003年9月にはこの調査結果を受け、東京労働局管轄で、宿日直許可を得ている医療機関を対象に、医療機関における宿日直勤務改善のための説明会が開催され、再度自主点検を提出することや宿日直の現状が法定に反している場合、改善報告書を出すことといった指導が行われた。この中で、常態として救急患者を受け入れている場合（救命救急センターなど）は、宿日直業務とは認められず、交代制勤務とすること。という指導が労働局から出されている。

これらのことから、産婦人科医師の勤務体制は、法的にも、労働実態としても、産婦人科医師の勤務体制は宿日直制ではなく、24時間365日の交代制勤務へ移行することが、総論としては不可欠と思われる。ただし、この体制への移行を阻害する要因として、各論の部分では次のような点が懸念される。

- ① 宿日直業務から交代制勤務へ移行した場合、夜間の通常勤務となるため、夜勤扱いとなり、夜勤明けは勤務からはずれるシフトを組む必要が出てくる。これにより勤務時間のコントロールができるため、医師の労働強化の回避が期待されるが、このシフトを組むためには、増員が不可欠となることから、人員確保がさらに困難になる可能性がある。また、診療の継続性をどのように担保するのか、という運用上の課題がある。
- ② 仮に、医師の増員が可能であったとしても、増員した分の診療報酬ないし自由診療売り上げが増加しないと、経営

⁴ 突発的な対応で宿日直業務となるのは、概ね20分以内程度の軽微な対応との見解がある。

を圧迫する恐れがある。

- ③ 交代制勤務になることで、宿日直手当が支給されなくなる。これにより実質賃金が低下する恐れがある。これを避けるためには、賃金制度や雇用契約のあり方を変える必要がある。

これらのことから、現状の産婦人科医師の勤務実態に対して、現行の労働法を厳密に適用する場合は、医師の勤務実態は緩和されるが、増員や交代制勤務に伴い医師の給与は現行水準を維持できなくなり、一方で、現状の産婦人科医師の勤務実態に応じた処遇を行うためには、現行の労働法の改正が必須となることが分かる。

現実的には、すでに産婦人科医師の確保が難しい状況にあることから、この両方の施策を取り込む必要があると考えられる。

(3) 休日

多くの企業・組織は、現在週休2日制となっているが、これは労基法上で定められているわけではない。労基法では、毎週少なくとも1回の休日を与えることが義務付けられている（労基法第35条）だけである。これは週休制の原則と言われるが、一方で週休2日制をとる企業・組織が多いのは、週40時間以内という法定労働時間をクリアするための方策であると考えられる。

例えば、労基法どおりに週1回の休日とすると、週40時間をクリアするためには、 $40 \div (7-1) \approx 6.7$ 時間となり、1日の労働時間を短くしなければならなくなるため、業務遂行上支障をきたす場合も想定されるからである。

一方、4週間を通じて4日以上の日を与

えれば、週休制の基本に従わなくてもよい（変形週休制）ことや、これらのルールに適用していれば、祝祭日や年末年始を休日にするかしないかは労使で定めればよい。ただし、いずれの場合であっても、従業員の生活や福祉の面を考慮する必要から、就業規則などで休日を特定しておく必要がある。

このように、法律で定められた休日を法定休日と呼び、この上に立って就業規則で定められた休日を所定休日と呼ぶ。したがって、所定休日は法定休日の数を上回って設定されることになる。

実際には週休2日制の場合、年間52週×2日+祝祭日+年末年始休暇+夏期休暇などから、年間の所定休日数は120日～125日程度になる場合が多い。

法定休日に労働した場合は、休日労働となり、3割5分増しの賃金を支払う必要があるが、⁵法定休日を上回る所定休日に労働した場合は、休日労働には該当しないため、割増賃金を支払う必要はない。例えば、週休2日制を就業規則で定めている場合、土曜日に出勤させても、日曜日の休日が確保されていれば、この土曜日は休日出勤にはならないわけである。

一方、業務の都合で休日に勤務が必要となる場合、あらかじめ振り返る休日を特定し、事前に従業員に通知することで、その休日を労働日とし、別の日を休日にすることができると。これを「振替休日」と呼ぶ。休日を振り替えた場合であっても週1回の休日と4週4日の休日は確保されていなければならない。

また、これと似て非なるのが「代休」であ

⁵ この場合、36協定の締結と所轄の労働基準監督署への届出が必要。

る。これは、予め休日を他の日に振り替えることなく休日に労働させた場合、後で休日を与えるものである。休日出勤については、割増賃金を支払えばよいから、後で代休を与えなくても法律上の問題はない。

このような観点から、休日の規定を産婦人科医師の勤務実態に照らしてみると、仮に週休2日制で年間所定休日が125日とすると、医師1人あたりの実労働日は $365日 - 125日 = 240日$ ということになる。

これを24時間の診療体制として、当直制ではなく夜勤体制の3交代制で運用すると、 $365日 \times 3シフト = 1,095日$ が年間の延べ勤務日数となる。したがって、常時医師が1名体制で運用する場合、 $1,095日 \div 240日 = 4.5625$ となり、有給休暇等の取得を踏まえると、最低5名の医師が雇用されていなければ、常時医師1名体制が維持できないことがわかる。

この計算式からも、現在の産婦人科医師の勤務実態は、人数確保の観点から、代休はもとより、振替休日も取得できない状況が推測され、所定休日を取得できないといった構造的な問題が示唆される。

このように、現行の労働法の枠内では対処しえない状況を改善するためには、前述の通り一方では労働法を実態に合わせて改定する必要があり、もう一方では、医師の人員確保や給与面での改善を行う必要がある。

(4) 給与・手当

給与や手当は、労働法において「直接払いの原則」や「全額払いの原則」などそのルールが規定されているが、ここでは、産婦人科医師の勤務に影響を及ぼす事項に絞って検討する。

まず、法定時間を超える時間外労働が日常的に行われている勤務実態を考えると、残業手当の支給に関する規定について考える。

時間外労働は、1日8時間または週40時間を超える労働であり、これについては25%以上の割増賃金を支払う義務が発生する。例えば、1日8時間×週6日勤務であれば、週40時間を超えた時点で支払い義務が発生し、1日9時間×週4日の場合は、毎日8時間を超えた時点で残業手当の支給対象となる。この例外となるのは、前述の通り、管理監督者などの労働者の属性による例外や変形労働時間制などの労働時間制による例外、裁量労働制といった働き方による例外がある。

産婦人科医師の勤務実態を見る限り、これら例外の対象となるのは部長クラスの管理職となる医師のみであることから、時間外手当が支給されているのであれば、労働実態に応じた処遇がなされていることになる。ただし、前述の時間外労働の上限を超えている場合は、手当以前の問題ということになる。

また、労基法上、午後10時から翌日午前5時までの深夜時間帯に労働した場合、それが所定労働時間内の労働であったとしても、深夜割増手当を支払う義務が発生する。これは俗に深夜勤務手当と呼ばれるものである。これについては、所定賃金にこの分を含めるという就業規則などの定めがない限り、管理職も支給対象となる。

これも、産婦人科医師の深夜勤務の実態に合わせて支給されるべき手当である。

一方、その他の手当などを包括して、1年単位で賃金の総額を決める年俸制をとる場合がある。年俸制の場合、労働者の業務内容や業績や人事考課などによって年俸が決定されるため、定期昇給が行われないことや、

年俸を十二分の一にした支払いや、夏1ヶ月・冬2ヶ月として十五分の一にして分割する支払いといった方法などがとられる。このため、賞与や退職金などは支給されない場合が多い。

時間外手当分も一定額を予め月額給与に含めるという考え方もあるが、これは使用者と労働者の双方が合意していたとしても、労基法では認められておらず、年俸制であったとしても、管理職などの対象外をのぞき、法定労働時間を超える時間が手当の支給が必要となるため、注意が必要である。年俸制において時間外手当を月額に含むためには、次の条件を満たしていることが必要となる。

(1) 年俸に時間外労働などの割増賃金が含まれていることが明らかである。

(2) 割増賃金相当部分と通常の労働時間に対応する賃金部分とに区別できる。

(3) 割増賃金相当部分が法定の割増賃金額以上支払われている。

さらに、割増賃金相当部分は年間ではなく、月単位で区別しなければならない。これは、賃金の全額払いの原則により、時間外労働が多い月では、区別された時間外勤務相当分以上については、それに見合った割増賃金を支払う必要があるからである。

一方、そもそも年俸制は成果主義賃金の性格があるため、業務遂行において本人の裁量権が一定以上あることが条件となる。このため、年俸制は、裁量権がないブルーカラーや事務職、一般職には年俸制はなじまず、時間外勤務の適用除外となっている管理職や営業、研究開発のような裁量権がある程度あり、業務を成果で評価することが適切な職種に向けた賃金制度といえる。

また、年俸制のみならず、職能給制度など、

業績や人事考課を給与に反映させる場合、その前提となる評価制度の透明性や納得性が重要となる。特に、年俸制において給与を減額する場合は、修行規則に予めその方法を明示しておく必要がある。

人事考課については、「職位 (Job position) の担い手である従業員個人、主として能力・執務態度・業績等について、上司が定められた手続きにしたがって、評定する行為」(大沢他、2000)と定義されており、このことから、

- ・ 科学的に標準化された手法は用いられないこと。
- ・ 訓練された専門家によらない主観的なアプローチであること。
- ・ 実務の現場で実践的に行われる手法であること。
- ・ 枠組みは最も肌感覚に近い(理論的枠組みではない)こと。
- ・ 個別性が強い。一般化しにくいこと。

というように、「測定」ではなく「評定」することが重点となるため、その組織の評価軸を明確にし、評価プロセスや評価結果を公開して透明性を確保するといった運用によって、人事考課の納得度を担保する必要がある。特に医師の人事考課については、財務データだけでは評価できない点が多々あることから、労働や質などの多面的なデータを示して評価する必要があると考えられる。

さらに、給与・手当の観点では、労働法に基づく給与・手当の支給は大原則となることから、その前提となる労働時間の正確な把握が必須である。このため、医師の出退勤管理をタイムレコーダーやICカードなどにより正確に記録する必要があるが、医師の勤務実態として時間管理に対する抵抗や、病院管理

において出勤簿への押印など簡易な方法で管理していたり、出退勤管理そのものが不備であったりすると、給与や手当支給の面で、支障をきたすことになる。

したがって、給与・手当のみならず、過重労働における労災への対応といった観点からも、医師の勤務時間の正確な把握は重要であることから、医師の労働を守るという意味において、医師として最低限遵守する規律として病院全体での対応が求められる。

これらのことから、産婦人科医師に対する給与・手当のあり方については、その勤務実態として好むと好まざるとに関わらず、裁量性が高いことを踏まえる必要がある。つまり、年俸制を基本におきつつ、勤務実態に合わせた処遇を体系化することが、一つの方向として検討する必要があると考えられる。

(5) 母性保護

産婦人科医師の男女構成において、女性医師の割合が大きくなっていることに対し、女性医師が自らの妊娠分娩を契機に臨床現場から離れるという実態が報告されている。

前述の通り、産婦人科医師の勤務実態が労働法を大きく逸脱した過重労働であることなどがその大きな要因と考えられる。

そもそも、労働法では女性従業員に対する母性保護の諸規定が定められていることから、この観点から現状の問題を整理する必要がある。

まず、女性の深夜勤務については、防犯などの観点から、通勤および業務遂行における安全の確保、子の養育または家族の介護等の事情に関する配慮、仮眠室・休憩室等の整備・健康診断の実施といった指針が、平成10年に厚生労働大臣から出されている。

また、労働法では、労基法において産前産後休業・育児時間・などの制度が定められているが、これ以外に、妊産婦については、重量物を扱う業務や、妊娠・出産・保育などに有害な業務への就業が禁止されている。労働時間についても、妊産婦が請求した場合、変形労働時間制は適用されず、時間外労働や深夜勤務も禁止となり、使用者は簡易な業務への転換を行わなければならないとされている。

育児休業については、原則として子が1歳になるまでの間、期間を指定して休業を申し出ることができ、1歳超過後も保育所に入所を希望しているが入所できない場合など、一定の場合は1歳6ヶ月に達するまで期間延長が可能である。ただし、休業期間中は無給が原則であるが、雇用保険により休業開始前賃金の40%が育児休業給付として支給される。

さらに、小学校就学の始期に達するまでの子を養育する労働者が、その子を養育するために請求した場合、事業主は正常な運営を妨げる場合を除き、1ヶ月について24時間、1年について150時間を超える時間外労働をさせてはならず、また深夜勤務は免除しなければならない。

このほか、1歳未満の子を養育する労働者で育児休業をしない者が希望する場合、事業主は短時間勤務や時差出勤制度などの措置をとらなければならないことや、小学校就学の始期に達するまでの子を養育する労働者に対する看護休暇制度が設定されている。また、これらに対し、解雇や降格、減給などの不利益となる扱いが禁止されている。

これらのことから、女性産婦人科医師に対する母性保護については、通常勤務可能な医

師とは別枠で対策を講じる必要がある。つまり、母性保護と貴重な労働力の確保という両面を成立させるためには、これらの状況にある女性医師が、その範囲内でも活躍できる業務体制の再構築や、病院全体の人事制度の見直しが必須となる。

以上、産婦人科医師の勤務実態について、労働法の観点から整理を行ったが、その実態は、現在の労働法の規定を大幅に逸脱せざるを得ない状況となっていることがわかった。このため、その雇用のあり方を論じる場合は、既存の労働法遵守の観点における病院経営管理上の施策と同時に、実態に即した法整備についても強く求める必要が示唆されることである。

D：考察

以上の問題整理を踏まえ、産婦人科医師の雇用のあり方について、その可能性を検討してみる。

まず、問題整理によって明らかになった現在の産婦人科医師の勤務実態から考えると、労働法を完全に遵守した雇用を確保することは、難しいといわざるを得ない。

この点をいったんはずした上で、雇用のあり方を考えると、労働時間の観点からは裁量労働制が想定される。また、当直の観点からは、当直制はもはや実態に即した勤務体制とは言えないことから、交代制勤務体制をとらざるを得ない。また報酬については年俸制により手当などを包括した形態が想定される。

ただし、これらを実施するためには、その実態に合った労働基準法の改正が必要となる。また、交代制をとる場合などは、診療報酬の面における加算や補助金など、経営的にも、医師へ

の手当支給の観点からも、経済的支援が不可欠である。

次に、産婦人科医師と病院との間での直接雇用関係ではなく、産婦人科医師を個人事業主として、業務委託契約を締結する、という方法が考えられる。この場合、労働法にとらわれる範囲が少ないというメリットと、業務委託料契約により、病院に直接雇用された場合の給与規程から外れるため、医師に対する報酬の自由度が高まるというメリットが想定される。

しかし、医療法との関係においては、医療法21条にもとづく医療従事者数において、病院と雇用関係にない場合は人数に含まれないという問題が発生する。また、医療事故などが発生した場合の責任所在などについて、予め契約段階で明確にしておく必要があるなどの契約締結に際する法務チェックが不可欠となる。

このため、このような雇用形態を可能とするための、医療法上の措置が必要となる。

いずれの場合も、既存の医療法や労働法の枠内では実現が難しいが、産婦人科医師の勤務実態を踏まえると、法律改正も視野に入れた、抜本の見直しが急務であると考えられる。

では、どのように法律改正を行うべきなのか、ということについては、産婦人科医師の勤務実態に関して、現状の法律の枠内とどの程度乖離があるのかを詳細に調査・分析する必要がある。したがって、この点が今後検討を進めるべき課題となる。

文献

1. 第一芙蓉法律事務所編著、よくわかる労働法、日本能率協会マネジメントセンター、2005年
2. 医療経営人材育成テキスト第7巻、9. 人材管理、経済産業省、2006年

3. 労働省労働基準局監督課編著、病院・社会福祉施設の労働条件管理、労働基準調査会、1997年
4. 海野信也、産婦人科医療の安定的提供のために、平成17年度厚生労働科学特別研究「産婦人科医療提供体制の緊急的確保に関する研究」総括研究報告書、2006年
5. 水上尚典、北海道内産婦人科医師の拘束時間についての調査分析、平成17年度厚生労働科学特別研究「産婦人科医療提供体制の緊急的確保に関する研究」分担研究者報告書、2006年
6. 大沢武志・芝祐順・二村英幸編、「人事アセスメントハンドブック」、金子書房、2000年

不妊を訴える女性の診療に必要な医師数の推定

田邊清男（東京電力病院産婦人科・科長）
久具宏司（東京大学大学院医学系研究科・講師）

研究要旨 わが国における不妊を訴える女性の診療に必要な医師数を推定すると、不妊症専門の病院・診療所に対応する場合には約 2,600 人、不妊症以外の領域の診療も行う病院・診療所に対応する場合は約 10,000 人となる。

A. 研究目的

実際に不妊治療を受けた女性だけでなく、不妊ではないかという不安をもったことのある女性まで含めたわが国の「不妊を訴える女性」の数を推定し、それらの女性の診療に必要な医師数を推定することを目的とした。

B. 研究方法

国立社会保障・人口問題研究所が平成 17 年に実施した第 13 回出生動向基本調査の「結婚と出産に関する全国調査夫婦調査の結果」の中の「不妊についての心配と治療経験」の結果を基に、全国における「不妊を訴える女性」の数を推定した。この調査は、妻が 50 歳未満の夫婦 7,976 組に対して行った調査であり、5,932 組から回答が得られている。全国の女性人口は総務省統計局の平成 16 年 10 月 1 日現在推計人口を、既婚率は、平成 11 年度厚生科学研究費助成金分担研究報告書中の「生殖補助医療技術に対する患者の意識に関する研究」の結果を使用した。「不妊を訴える女性」の診療に必要な医師数を推定するための条件として、

受療経験のある女性は週に 1 回の受診とし、不妊を心配したが受療経験はないと答えた女性は 3 週に 1 回程度の受診とした。医師 1 人の 1 日あたり診療可能患者数は、不妊症専門の医療施設の医師は 40 人、不妊症以外の診療も行う医療施設の医師は 10 人とした。

C. 研究結果

平成 17 年における不妊治療受療率は、20 歳代 10.0%、30 歳代 14.1%、40 歳代 13.5% であり、いずれの年代も平成 11 年の調査（それぞれ 4.4%、11.4%、7.3%）に比し上昇していた。20、30、40 歳代の女性人口（各々 8,064 千、9,162 千、7,851 千人）と既婚率（各々 34.8%、80.2%、89.1%）から算出した不妊治療受療者数と不妊を心配したが受療していない女性の数は、20～40 歳代合計でそれぞれ 228,945 人、2,169,078 人であった。これを基に「不妊を訴える女性」の診療に必要な医師数を推定すると、不妊症専門の医療施設の医師なら約 2,600 人、不妊症以外の診療も行う医療施設の医師なら約 10,000 人と算出された。

D. 考察

今後、各医療施設における医師数の調査を行うことが必要と考えられるが、その際にそれぞれの医療施設が不妊症専門の施設であるか否かの分類をすることにより、産婦人科医師全体の仕事量のうちで生殖医療に必要とされる部分の現状での過不足が示されることが期待される。

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
分娩拠点病院の創設と産科2次医療圏の設定による産科医師の集中化モデル事業
（主任研究者：岡村州博 東北大学医学部産婦人科教授）

研究協力報告書

「産婦人科医療提供体制における助産師・看護師の役割に関する研究」

研究協力者：中林 正雄（総合母子保健センター愛育病院院長）
田邊 清男（日本産婦人科医会常務理事，東京電力病院産婦人科科長）
石渡 勇（茨城県産婦人科医会会長，石渡病院院長）
杉本 充弘（日本産科婦人科学会代議員，日赤医療センター産婦人科部長）
久具 宏司（日本産科婦人科学会幹事，東京大学医学部産婦人科講師）
久保 隆彦（国立成育医療センター周産期診療部産科医長）
大草 尚（大草レディースクリニック院長）
三浦 徹（佐野病院産婦人科部長）
遠藤 俊子（日本看護協会職能理事，山梨大学教授）
加藤 尚美（日本助産師会副会長，神奈川県立保健福祉大学教授）
堀内 成子（日本助産学会理事長，聖路加看護大学学部長）
村上 睦子（日本助産学会副理事長，日赤医療センター看護副部長）
恵美 須文枝（全国助産師教育協議会常任理事，首都大学東京教授）

A. 研究目的

産科医および産科医療施設が減少する現状において、産科医と助産師・看護師の協力体制の確立は急務である。本研究においては、産科病院と産科診療所に勤務する産科医と助産師から構成される委員会において、現在のわが国における助産師に関する問題点について検討し、その対応策について検討した。

B. 研究方法

1. これからのわが国における助産師の役割について検討した(表 1.2)
2. 全国の病院と診療所における助産師の充足率と不足数について検討した(表 3.4)

3. わが国の助産師数の今後の予測について検討した(表 5)
4. 助産師の有床診療所での不足を改善するため、産科有床診療所に勤務している正看護師のための定時制助産師養成所の増設について検討した(表 6.7.8.9)
5. 低リスク妊娠・分娩を扱う産科施設のあり方について検討した(表 10)
6. 助産所と産科医療施設の協力体制について検討した(表 11)

C. 研究成果

- 1-a. これからの周産期医療における助産師の役割(表 1)

基幹病院においては、助産師の業務の主

体は分娩介助と産後ケアであり、ハイリスク妊娠を多く扱う周産期センターにおいてはその支援は重要である。また助産師外来、特にハイリスク妊婦の継続的妊娠管理などは必要性が増加している。基幹病院においても、一定の割合で低リスク分娩が存在するので、これらは助産師が主体的に管理することが多くなろう。二次病院・有床診療所においては、低リスクから中等度リスクの妊娠・分娩管理と産後ケアが中心となろう。助産所、とくに一人助産師の場合は、低リスク妊婦の健診、産後ケアなどが主体となり、分娩を扱う場合は産科オープンシステムの登録助産師として、病院で分娩介助することが望ましいと思われる。

いずれにしろ、どの施設においても助産師の役割は今後一層増加するものと考えられる。

1-b. わが国の産婦人科医療提供体制における助産師に関する問題点(表2)

今後、助産師はどの施設でも必要とされるにも関わらず、わが国においては、助産師は病院に偏在し、有床診療所での不足が著明である(中林正雄：平成17年度厚生労働科学特別研究分担研究報告書)。その原因としては、産科医と助産師の価値観の違い、助産師養成所が経営難から減少したり、4年制大学へ変更したこと、看護大学における助産師育成人数が分娩介助実習困難のため限度があること、分娩介助実習施設と指導者不足などが挙げられる。

2. 全国の病院と診療所における助産師の充足率と不足数(表3, 4)

日本産婦人科医学会の緊急調査を平成18年度に施行したところ、分娩取扱施設の病院1,247施設、診療所1,658施設におい

て、助産師充足率は71.1%(病院84.7%、診療所40.6%)であり、助産師充足率が0~30%未満は病院8.0%、診療所63.5%であった。

この調査結果に基づき日医総研が分析した結果、助産師不足数は病院で1,515名、診療所で5,203名、合計6,718名であった。

3. わが国の助産師数の今後の予測(表5)

平成18年度看護関係統計資料による第6次看護職員需給見通し(助産師)では、平成18年から平成22年にかけて、需見通しとして病院では18,900人から19,900人に増加し、診療所では5,200人から6,200人に増加、としている。その他は不変として、小計で27,700人から29,600人に増加するとしている。一方、供給としては、26,000人から28,100人に増加し、需要と供給の差は1,700人から1,000人に減少し、供給/需要は93.9%から97.0%になるとしている。実際には診療所での需要はかなり多くなるため、このままでは供給は十分ではないといえる。

4. 産科診療所で働く正看護師のための定時制助産師養成コース

現在の助産師育成の状況を臨床現場のニーズに合わせるためには、臨床に適した助産師の養成が望まれる。そのためには、分娩介助実習を周産期センターおよび診療所が協力して充実させることが必要である。

ついで、産科診療所で働く正看護師が、働きながら助産師になれるような助産師養成コースが必要となる。医師の領域では専門医のための研修が充実しつつあるが、助産師においても、卒後一定の分娩介助を行った助産師には専門助産師などの制度の確立が望まれる。

全国助産師教育協議会の報告によれば、私立助産師教育機関の収支は、1施設の赤字が年間800～2,000万円となり、そのため助産師養成所が閉鎖される原因となっている(表7)。

産科診療所で働く正看護師のための定時制助産師養成カリキュラムを示す(表8.9.10, 参考)。就業年限は1年間または2年間である。出願資格としては、正看護師で、産婦人科診療所または産院での臨床経験が1年以上で、かつ在職のまま就学できる者としている・彼女らは、産科臨床に対するモチベーションも高く、短期間で産科医の良きパートナーとなるであろうと期待される。

この定時制助産師養成コースの制度を成功させるためには、診療所の医師が分娩介助に積極的に協力すること、助産師会が教員の確保に協力すること、国からの十分な補助金が必須である。

現在、全国で数ヶ所の医師会立または私立助産師養成コースの設立の希望が出ているが、それらが成功し、さらに全国で増加することが期待される。

5. 低リスク妊娠・分娩を扱う産科施設のあり方

わが国においては、病院と診療所で、ほぼ半数ずつの分娩を担当しているが、ハイリスク妊娠と低リスク妊娠が混在しており、今後は産科医療施設の機能別役割分担が必要である。

全分娩のうち、ハイリスクに分類されるものは10～20%であるので、これらは周産期センターが担当し、残りの80%は低リスクを中心に扱う分娩施設の充実が望まれる。このような施設をバースセンター(又はお

産センター)と仮に呼ぶこととする(表10)。

バースセンターでは、複数の産婦人科医と連携小児科医が勤務し、その管理下で10名以上の助産師と10名以上の看護師が勤務すれば、安定で快適な妊娠・出産・育児が可能であろうと思われる。全国的には、助産師外来、院内助産所、助産科など様々な形態が試みられているが、安全面などを考慮すると、複数の産科医のもとに多数の助産師が分娩を担当するバースセンター方式が効率的であろうと思われる。

6. 助産師と産科医療施設の協力体制について

現在でも、1～2%の分娩が助産院で行われている。これらの周産期医療システムにおいて助産師のみの助産所の分娩がどのように変遷するかについては不明であるが、母児の安全が第一とされ、母児に何らかのトラブルがあれば医療訴訟となる社会的状況からみると、今後助産所における分娩が飛躍的に増加するとは考えられない。

しかし、分娩の一部を担当している現状においては、助産所と産科医療施設の協力体制は必要となる。

助産所と産科医療施設が協力する場合は、その基本的概念や価値観が一致しないと困難であるので、両者が十分に話し合い、理解し、その上で確約書を交わし、協力体制を推進することが大切である。確約書のモデル案を参照されたい(表11)。

D. 結論

これからの周産期医療において、助産師は病院でも診療所でも一層必要とされる。その為、今後は臨床に適した助産師の育成が大切である。特に産科診療所、産院で働く正看護師のための助産師育成コースの増

設が望まれる。その為には、診療所の医師、助産師、国の支援が必要である。

産科医と助産師の協力体制による分娩施設として、バースセンター構想、助産師のためのオープンシステムなどが考えられる。

表1. これからの周産期医療における助産師の役割

病院	分娩介助、産後ケア(乳房ケアを含む) ハイリスク妊娠の支援 助産師外来の拡充(継続妊婦制など) 低リスク分娩の主体的管理
パースセンター 診療所	低リスク妊娠の健診、分娩介助、産後ケア (複数産科医+複数助産師)
助産所	低リスク妊娠の健診、産褥ケア 産科オープンシステムの登録助産師として 分娩介助

表2. わが国の産婦人科医療提供体制における
助産師に関する問題点

1. 助産師の偏在
有床診療所での不足が著明
2. 助産師養成所の減少
4大制大学への変更
分娩介助実習施設の確保困難
3. 看護大学における助産師育成人数の限度
分娩介助実習の教員不足
実習期間が短期間
4. 分娩介助実習の困難性
分娩介助実習施設および指導者の不足
医療訴訟の増加
妊婦のインフォームドコンセント
5. 助産師1人による分娩取扱の安全性

表3. 助産師充足状況

分娩取り扱い施設:	病院1,247施設、診療所1,658施設
助産師充足率:	71.1%(病院84.7%、診療所40.6%)
助産師数0~30%未満:	病院8.0%、診療所63.5%

日本産婦人科医会の緊急調査, 平成18年

表4. 助産師の不足数

病院における助産師不足数	1,515名
診療所 //	4,203名
合計	6,718名

日産婦医会のアンケートを日医総研が分析, 平成18年