



2022年4月16日

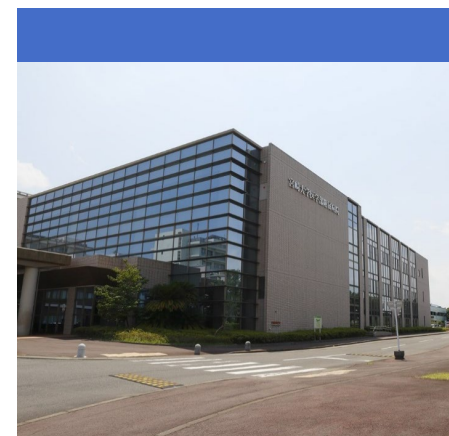
拡大サステイナブル

産婦人医療体制確立委員会

## ■ 宮崎県における働き方 改革の現状と課題

宮崎大学医学部附属病院  
産科婦人科

桂木真司



令和4年度働き方改革サステナブル委員会  
2022年4月16日

利益相反開示

演題発表に関連し、開示すべき利益相反関係  
にある企業などはありません。

演者氏名： 桂木 真司

# 宮崎県の主な病院

産婦人科(医師数)

小児科

宮崎県  
令和3年  
人口105万人  
分娩8000件

西部地域改革  
働き方改革第1段として小林市立病院の分娩（年間90件）を中止し都城医療センターに県西部の分娩を集約化した（2021年）。  
西部に隣接する人吉市民病院へ医師斡旋（2022年）

Point1  
西部地域改革  
病院の集約化  
県の垣根を超えた医療補助

人吉市民病院

小林市立病院

都城医療センター  
(5)

地域がん拠点  
地域周産期セ

NICU6床

県立  
延岡病院（5）  
NICU3床

NICU3床

古賀総合病院（4）

宮崎市郡医師会病院（4）  
NICU6床

県立宮崎病院（12）  
NICU6床

宮崎大学（20）  
NICU9床

県立日南病院（3）  
NICU3床

産婦人科医局員30～35名

特定機能病院、病院の特徴

県がん診療指定病院、地域周産期センター

地域周産期センター（満期産分娩が多い）

地域周産期センター（産科救急多い）

地域がん診療連携拠点病院、地域周産期センター

県がん診療連携拠点病院、総合周産期センター

県がん診療指定病院、地域周産期センター

# 宮崎県の産婦人科医師の勤務の特徴

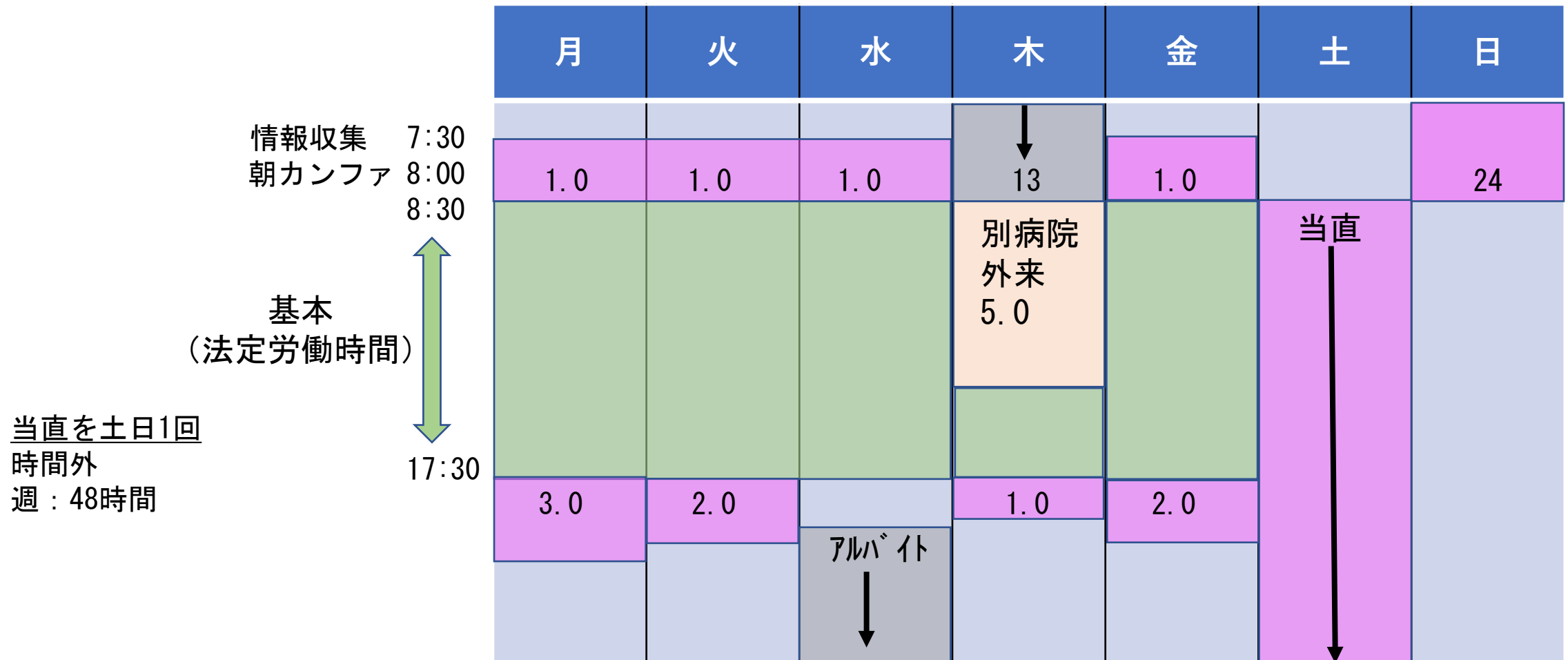
大学病院、地域の中核病院は周産期センターとがん拠点病院を兼ねている。

地域分散型医療圏。

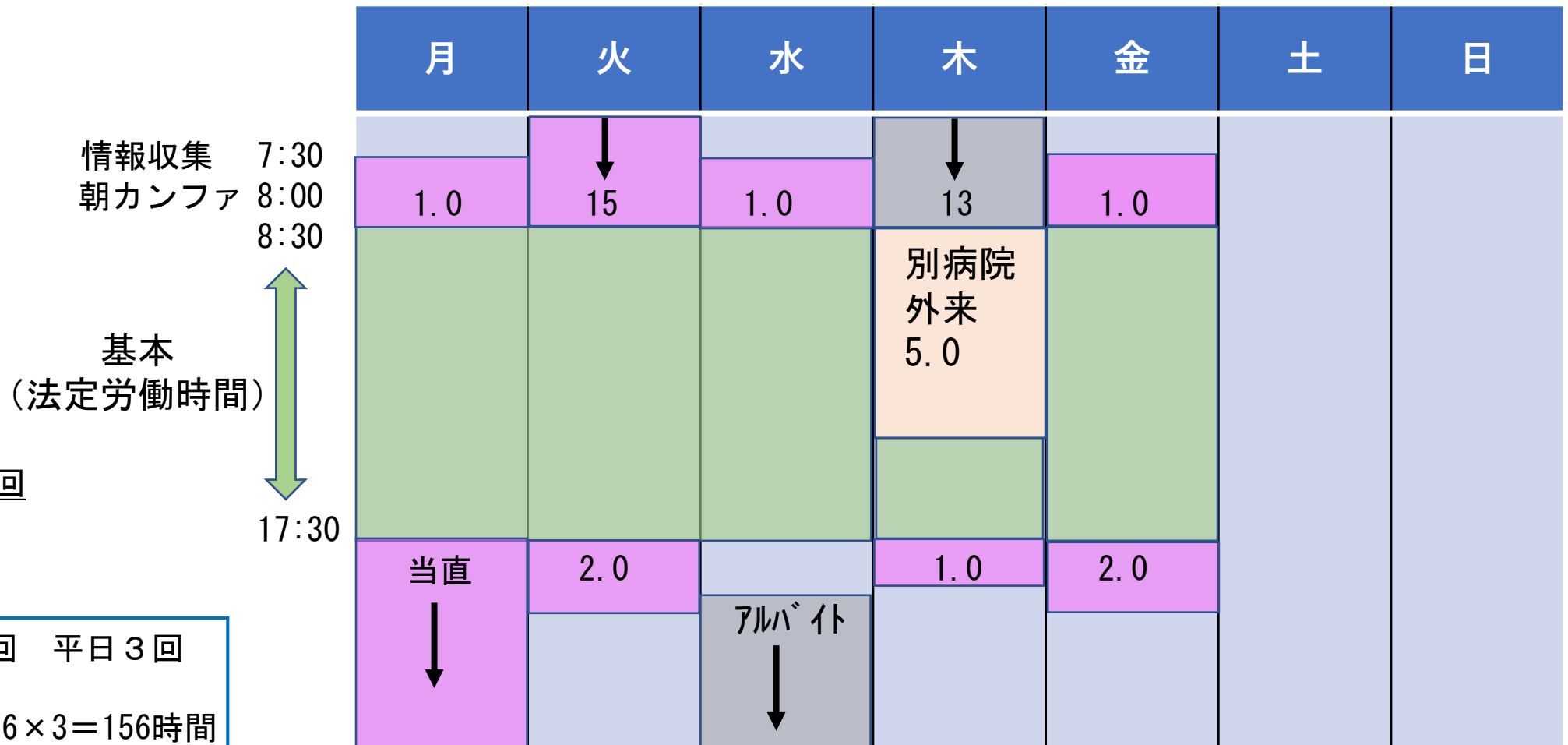
宮崎県のNICUのうち5施設/7施設を産婦人科が7～10割管理している。

大学以外の病院は勤務者4～5名。

# 宮崎県産婦人科医師働き方調査、2019年



# 宮崎県産婦人科医師働き方調査、2019年



当直を平日3回  
時間外  
週 : 36時間

当直を土日1回 平日3回  
時間外  
月 :  $48 \times 1 + 36 \times 3 = 156$ 時間  
年 : 1872時間

B水準越え医師 大学病院勤務医師の 40%

# 宮崎県産婦人科医師働き方改革、第1段階

手術日

手術日

	月	火	水	木	金	土	日
情報収集 8:00				↓			
業務開始 時間の変更 朝カンファ 8:00 → 8:30	0.5	産科症例 検討	0.5	13	婦人科手 術検討会		24
基本 (法定労働時間)				外病院 外来 5.0		当直	
		チームカンファレンス			婦人科検討会		
			産科症例検討	4.0			
当直を土日1回 時間外 週: 48時間→40時間		チームカンファレンス					
	3.0	1.0		外勤後帰宅	1.0		

業務開始  
時間の変更

朝カンファ 8:00 → 8:30

基本  
(法定労働時間)

当直を土日1回  
時間外  
週: 48時間→40時間

Point2 科内ルール見直し  
始業時刻を時間内へ  
検討会は手術日以外の昼間に短時間で  
No残業dayを週1日確保  
昼カンファの推奨

No残業

効果  
病院からも時間内会議を奨励された。検討会に出席できなくて残念であった、申し訳ない→会の参加人数が増え、診療が充実 勉強ができて嬉しい  
朝情報収集する作業の減少→全員が朝来なくてよい、8時出勤を交代制に  
AMに病棟業務を推進、PMに新たな指示を遂行、時刻通りの終業が現実的に

# 宮崎県産婦人科医師働き方改革、第1段階

	月	火	水	木	金	土	日
情報収集 8:00		↓		↓			
朝カンファ 8:00 → 8:30	0.5	15	0.5	13			
基本 (法定労働時間)				別病院 外来 5.0			
	チームカンファレンス				婦人科検討会		
		帰宅	産科症例検討				
当直を平日3回 時間外 週：36時間→30時間	当直			1.0	No残業 day		
	↓		アルバイト	↓			

当直を平日3回 土日1回  
時間外  
月：40×1+30×3=130時間  
年：1560時間 312時間減少！  
勤務時間も大幅減少



# 宮崎県産婦人科医師働き方改革、第2段階

- 古賀総合病院当直を宿日直扱いにできないか？ 現在常勤医師5名。業務内容の振り返り。
  - 1月分娩件数40件（予定帝王切開5件、緊急帝王切開4件）
  - 2月分娩件数38件（予定帝王切開6件、緊急帝王切開6件）
  - 3月分娩件数30件（予定帝王切開7件、緊急帝王切開4件） 108件中帝王切開32件（帝王切開率29.6%）
- 分娩週数に関しては、正期産37週以降であった。緊急帝王切開も胎児心拍異常によるものであった。（早産は含まれていなかった）
- 当直帯なので、分娩時間は全て夜間である20時～翌朝6時代となっていた。
- そのほか、陣痛発来入院対応、及び入院中の患者の対応があった件数が7件であった。
- 7件の中に分娩も含まれるが、分娩の処置と外来処置では診療内容は各々違うため含めずに考えたほうがより診療行為に近いものとなるため12件の何らかの診療行為があったと考えられる。

# 宮崎県産婦人科医師働き方改革、第2段階

## 分娩5件の当直帯業務検証

①分娩誘導にて入院中。41週0日  
当直日の日勤帯より分娩誘導。  
20時に自然破水。  
0:00子宮口開大4cm。  
分娩停止にて緊急帝王切開となる。  
0:50 手術室搬入  
1:27 AGA男児出生。  
2:56 手術終了  
3:20 病室へ帰室  
3:45 疼痛指示あり  
8:00 疼痛指示あり  
当直終了。

②当直帯20:00陣痛発来にて入院。39週5日  
コロナ検査施行(NEAR法)  
23:00 L/D、V/D出現  
0:00 37.6°C  
0:15 内診所見3cm、eff50%、St-3中央  
1:00 37.0°C  
1:10 内診5cm eff70%、St-3後方  
1:29 突然PD(80台9分間)出現。酸素投与  
内診6cm、eff80%、St-3  
板状硬なし。体交にてゆっくり100代に回復。  
2:00 再度内診 6cm、eff80%、St-3  
緊急帝王切開決定  
2:36 手術室搬入  
3:03 AGA男児出産  
3:53 手術終了  
4:10 病室へ帰室  
4:20 疼痛指示あり  
当直終了

③当直日日勤より分娩誘導3回目  
(高血圧合併妊娠にて)  
15時に自然破水。経過観察。  
19:00 子宮口3cm、eff80%、St-2  
分娩進行中  
20:35 Drコール。  
20:46 AGA女児出生  
20:52 血圧上昇にてマグセント指示  
20:55 ニフェジピン内服指示  
21:00 マグセントローディング  
21:20 縫合終了  
その後指示なし

# 宮崎県産婦人科医師働き方改革、第2段階

## 分娩5件の当直帯業務検証

### ④日勤より分娩誘導(GDM)

17:30 子宮口5~6cm、eff80%、St-1

19:30 全開大

20:00 Drコール

20:11 AGA女児分娩

20:30 縫合終了

その後指示なし

### ⑤日勤より分娩誘導。39週GBS陽性。

当直帯。経分娩経過は助産師が確認していた。

19:30 助産師と分娩経過ディスカッション

オキシトシンを下げる指示あり

19:55 助産師より子宮口全開大の報告あり

20:10 分娩進行Drコール

20:41 AGA女児分娩

20:46 縫合開始

21:15 終了

その後指示なし

# 宮崎県産婦人科医師働き方改革、第2段階

## 処置7件の当直帯業務検証

A: 日勤帯17:25分娩終了後当直帯になりDrコール

20:00 分娩後の出血が多い。

メチルエルゴメトリン指示。

診察。経過観察指示

21:00 診察。経過観察指示

22:00 報告。経過観察指示

B: 当直帯6:26 40週陣痛発来

入院時診察・コロナ検査

C: 当直帯21:00 GDM入院患者の前期破水

診察・モニター指示あり、モニター所見診断後自

然陣痛発来なければ日勤帯から陣痛増強の指示

D: 当直帯4:30 羊水過少・FGR入院中患者37週4日

下腹部痛の訴えありDrコール

診察・モニター所見確認後終了

E: 当直帯6:30 前日の日勤帯より陣痛発来入院あり

夜間経過を自然に助産師が観察していた患者の

破水感の診察

モニター所見の確認助産師との分娩経過確認後

陣痛増強の説明を行った

F: 緊急帝王切開の決定までの診察(上記①)

G: 緊急帝王切開の決定までの診察(上記②)

# 助産師・看護師とのタスクシフト

- 厚生労働省より<看護師>

- 特定行為(38 行為 21 区分)の実施
- 予め特定された患者に対し、事前に取り決めたプロトコールに沿って、医師が事前に指示した薬剤の投与、採血・検査の実施
- 救急外来において、医師が予め患者の範囲を示して、事前の指示や事前に取り決めたプロトコールに基づき、血液検査オーダー入力、採血・検査の実施
- 画像下治療(IVR)/血管造影検査等各種検査
- 治療における介助・注射、ワクチン接種、静脈採血(静脈路からの採血を含む)、静脈路確保・抜去及び止血、末梢留置型中心静脈カテーテルの抜去及び止血、動脈ラインからの採血、動脈ラインの抜去及び止血
- 尿道カテーテル留置

# 助産師・看護師とのタスクシフト

## ・厚生労働省より〈助産師〉

### ※助産師外来・院内助産

（低リスク妊婦に対する妊婦健診・分娩管理、妊産婦の保健指導）

・医師の働き方改革において週当たりの勤務時間が60時間以上の病院勤務医師の診療科別割合では、産婦人科が53.3%と最も多くなっており、周産期における産科医師と助産師の連携協働はより一層求められている（日本看護協会、院内助産・助産師外来ガイドライン2018より）

・令和3年9月30日付け医政局長通知「現行制度の下で実施可能な範囲におけるタスク・シフト/シェアの推進について」が出された その中で

特に産科医療機関においては、産科医師の負担軽減を目的とした、**院内助産や助産師外来の開設・運営などによる「助産師の専門性の積極的な活用」**を図ることが必要。

# 助産師の専門性の積極的な活用による タスク・シフト/シェアの推進

## <背景>

- ・妊産婦の妊娠・出産・育児に対する多様なニーズがある
- ・医師不足・分娩施設減少への対応
- ・働き方改革（医師の時間外労働の上限規制）



妊婦の多様なニーズに応え、地域における安全・安心・快適なお産の場を確保するとともに、産科病院・産科診療所において助産師を積極的に活用し、正常産を助産師が担うことで産科医師の負担軽減もする

# 助産師のタスクシフトについて

- 助産師

- ①正常分娩における助産師の活用

- ②妊産婦健診や相談における助産師の活用

- ③病院内で医師・助産師が連携する仕組みの導入

(院内助産・助産師外来)

宮崎県看護協会、宮崎県助産師会とともに協議を重ねている最中である。



# 助産師のタスクシフトの具体案

## ※医師と助産師との共同管理「ハイブリッド型管理」

- ・妊婦健診は20週以降で正常な経過をたどる妊婦を医師とディスカッションして決定し、助産師外来での妊婦健診とする(本人の同意必要)。
- ・28週・36週の妊婦健診は医師の診察を入れる等、医師との共同管理の仕組みを作る(待ち時間対策としても)。
- ・異常が生じる可能性がある場合は助産師より医師の診察を依頼する。
- ・ハイリスクな妊婦にも助産師は必要であり、継続的な管理が必要となる。その場合も医師メインの妊婦健診と助産師外来を組み込み、切れ目無い支援ができるような形作りが必要。

# 助産師のタスクシフトの具体案

## ※医師と助産師との共同管理「ハイブリッド型管理」

- 助産師外来にて担当した妊婦は院内助産での出産となる。
- 助産師外来では一人の妊婦に2～3人の助産師がチーム性で担当する。  
基本的には、分娩介助もそのチームで行う。
- 基本的に分娩時は医師立会いの下、助産師主導にて分娩を行なう。
- 分娩時の相談、連絡、報告は助産師から医師へ行っていく。
- 入院時の診察、入院決定、退院時診察、産後健診等は助産師の業務として位置づけられるように仕組みを作っていく。
- そのための助産師のスキルアップ(アドバンス助産師の育成)は不可欠

# まとめ

- 働き方改革の推進には多面的な取り組みが有効であった。
- 病院の集約化が、1病院の分娩中止、近隣病院への医師斡旋という形で施行できた。
- 大学病院産婦人科内での業務改善の取り組みを優先的に行った。
- 医局内の多数の医師が働き方改善に意見を出し取り組んでくれた。
- 働き方改革のB水準、A水準に向けた取り組みを継続的に続ける。「時短計画書」記載。
- 比較的ローリスク分娩が多い一施設の宿日直許可を目指して、当直帯のコールの回数、分娩件数、処置内容を検証した。
- 宿日直認可が無理であっても医師の働き方改革において週当たりの勤務時間が60時間以上の病院勤務医師の診療科別割合では、産婦人科が53.3%と最も多くなっており、周産期における産科医師と助産師の連携協働を本県では更に推進していく予定である。