

産科における看護師の業務

表 8:分娩取り扱い医療機関の推移2005/8/8 35県医会支部統計

	平成14年度		平成15年度		平成16年度		合計	合計	合計
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	
新規開設	5	22	4	9	6	21	15	52	67
分娩とりやめ	13	46	25	74	33	67	71	187	258
減少数	8	24	21	65	27	46	56	135	191

分娩医療機関数H14	病院862	診療所1251
分娩病院の減少率	6.5%	
産科診療所の減少率	11%	

表 9:先天性代謝異常検査実績推移(茨城県)

	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度
実績(人)	27,926	27,659	26,751	6,267
実施医療機関数	94	88	83	76

*17年度実績は中間データです。

VII 分娩経過と医師・助産師・看護師の役割

分娩経過における母児のより安全をはかるために、医師・助産師・看護師の協力は欠かせない。分娩第Ⅰ期は陣痛・胎児の健康状態、胎児の産道内下降状況を観察する時期で、医師の指導下の看護師が観察することは支障ない。すなわち、分娩介助とは“補助的に行う操作”と考えるが、分娩第Ⅰ期は分娩進行を観察する時期であり、観察は操作に当たらず、看護師も医師の指導の下に実施可能である。卵膜剥離、破膜等の「操作」は、医師または助産師が実施し（看護師は実施しない）、分娩誘発のためのラミナリアやメトロの挿入・抜去等の「操作」は、医師が実施し（看護師と助産師は行えない）する。子宮口開大の程度を測定するための内診は「操作」ではなく「測定」にすぎないので医師の指示の下に看護師も実施可能と考える。但し、正常よりの逸脱を判断する高度の診断能力が要求されるハイリスク分娩は医師又は医師の管理下で助産師が扱う。また、卵膜剥離、破膜等分娩進行を促すための「操作」は医師または助産師が実施する。分娩第Ⅱ期は胎児が娩出する時期であり、娩出介助は医師または助産師が実施し、看護師は行えない。

1) (産科要員が不足している) 現状を見据えた考え (対応)

このように産科コメディカルが不足している状況下で、多くの産科分娩施設では安全で快適な分娩を行うために医師自らが直接診察したり、分娩介助をしているのが現状である。産婦人科医に益々負担がかかり、このまま進めば産科医は過重労働に耐え切れず、櫛が一つ一つ抜けるが如く、産婦人科診療所医師はもちろん産婦人科勤務医もまた辞めて行くであろう。将来の周産期医療を担うべき医学生あるいは臨床研修医は、産婦人科のこのような現状を知るが故に産婦人科を敬遠して入局せず、ますます産婦人科不足の原因となる。その結果どうなるかとい

えば、産婦人科医がいない地域も一層増加して、自分たちの市や町では出産出来なくなり、ますます少子化が進行することは火を見るより明らかである。同時に残った施設では過重労働がさらに進み、医療の安全も脅かされる極めて憂慮すべき事態に陥るであろう。このような事態はすでにマスコミ等でも大きく取り上げられている（例：NHK「クローズアップ現代」平成17年8月23日放送）。

医師・助産師等産科に携わる要員が不足している状況下に、母児の安全のために分娩進行を観察する看護師の役割は大きい。医師の指導のもとに看護師にいわゆる内診も含む観察も必要と思われる。但し医療の各分野で、看護師の専門性を配慮した取り組みが進んでおり（エキスパート・ナース）、産科領域に従事する看護師に専門知識・技能を修得させる公的専門研修や、看護師養成時から教育カリキュラムに産科関連項目を多く組み入れることを考える必要がある。医師・助産師・看護師の3者が協調することにより、より安全性の向上が期待できるものと考えられる。

2) 将来を見据えた考え方

上記1)の如く、より安全で快適な周産期医療を国民に提供するためには、絶対的に不足している産科要員、すなわち医師・助産師・周産期専門看護師の養成と、それぞれの役割分担・連携を図るべきである。例えば

1. 医療機関や地域単位においては看護師等を対象として研修を実施する。
2. 看護師等学校養成所においては、薬理作用、静脈注射に関する知識、技術、分娩に携わる看護師に求められる知識・技能、感染、安全対策などの教育を見直し、必要に応じて強化すること。

なども一例である。

おわりに

大病院の産科病棟でさえ（大部分の大学病院でも）、看護体制は、助産師と看護師で構成されており、医師、助産師だけで陣痛期 labor, 胎児娩出期 delivery, 産褥期 recovery の管理を行っているわけではない。分娩第Ⅰ期の内診を医師、助産師に限ることは、数時間以上（長い場合は20時間以上）続く分娩第Ⅰ期を医師または助産師が常時陣痛室または分娩室にいることが要求され、診療所だけでなく、病院においても陣痛室で「内診なしの経過観察・管理」という医療レベルの低下をもたらすことは避けられない。医師が24時間、常に陣痛室、分娩室にしていることのできる施設はほとんどないのが現状である。また、相当数の助産師が確保できない施設では、助産師による交代制がひけないのが現状である。分娩を取り扱う病院数が激減しつつある現在、厚労省の看護課長通知にこだわれば、助産師を確保できていない診療所や大中小の病院等、産科医療機関では分娩をとりやめるようなことになり、地域医療の崩壊を招くこと必至である。昨今起こっている問題の多くは、分娩という用語を広義に解釈するために起こっており、法律でう

たわれている「分娩」は「胎児と胎盤の娩出とその直前・直後」という狭義の delivery と解釈すべきであり、分娩介助とはこの時期の行為と考える。

これまで、厚労省医政局長通知により禁止されていた看護師による静脈注射が、同じく医政局長通知により平成 14 年、医師の指示の下に看護師も実施できる診療の補助行為の範疇として取り扱うこととなった例もある。内診は静脈注射よりもはるかに侵襲が少ないと考える。従って、分娩進行に伴い異常の発生する可能性を常にはらんでいる産科医療において、少ない人的資源を有効に活用し安全で快適な経過を得るためには医師、助産師、看護師の協調が不可欠であり、この見地からも分娩第 I 期の経過観察に看護師の関与を認め、医師の管理下での内診を診療補助行為とみなすことを希望する。

以上周産期医療が抱える問題の一つである保助看法の解釈につき、我々の考え方を述べた。

今回「医療安全の確保に向けた保健師助産師看護師法等のあり方に関する検討会」に「産科における看護師等の業務について」が検討項目に挙げられた背景には、厚労省看護課長通知の「内診問題」のみでなく、様々な問題があると拝察する。医会は看護課長通知に異論はあるものの、現状のルールとして遵守を会員に通知している。また安全で安心な分娩に導くためには医師、助産師、看護師の更なる関与・協調が求められるが、現法が障壁となっている部分もあると考える。我々産婦人科医は医療安全向上のためには、努力を惜しみません。産科医療の現状と将来像を見据えた立場で、保助看法の再検討がなされることを希望します。