

第3331号 2019年7月22日

【座談会】

全ての母子と他科患者に
産科混合病棟で十分なケアを



木下 勝之氏 (日本産婦人科医会会長／成城木下病院理事長)

齋藤 いずみ氏 (神戸大学大学院保健学研究科母性看護学・助産学分野教授)＝司
会

井本 寛子氏 (日本看護協会常任理事)

松永 智香氏 (JA 高知病院副院長兼看護部長)

少子高齢化は出産環境にも影響を及ぼした。諸外国では産科の集約化が進み、一施設の年間分娩件数が数千規模となった施設は多く、産科単科の病棟として運営される。一方、日本は年間分娩件数が数百に

満たない施設が多く、産科と他科との混合病棟(以下、産科混合病棟)が分娩取り扱い病院のおよそ8割を占める。

近年の調査で、産科混合病棟における課題が浮き彫りになりつつある。例えば新生児のMRSA感染¹⁾や、分娩進行中の産婦の看護と他科患者の死亡時の看護との重複²⁾の実態が明らかになった。このような状況で、母子にも他科患者にも十分なケアが提供できているだろうか。

産科混合病棟の現状に危機感を持った新生児科医や助産師が警鐘を鳴らし始めた。産科混合病棟、ひいては周産期医療提供体制の在り方を再考すべき時期を迎えたのではないだろうか。本紙では、産科混合病棟における課題の可視化に取り組む研究者の齋藤氏を司会に、日本産婦人科医会会長の木下氏、産科混合病棟の運営に関する調査・提言を行う日看協の井本氏、産科混合病棟の管理者としてケアの提供体制を模索する松永氏による座談会を企画。産科混合病棟における課題を整理し、母子・患者へよりよいケアを届けるための戦略を検討する。

常態化する産科混合病棟, 潜む課題

齋藤 まず、近年の産科を取り巻く環境についてまとめます。日本では全出産件数のおよそ半分が病院、残りの半分が診療所で、0.6%が開業助産院で行われます。病院での分娩は産科単科の病棟で行われるイメージですが、実際は異なります。日看協の調査によると分娩取り扱い病院のうち、2012年は80.6%が、2016年は77.4%が産科混合病棟だと報告されました³⁾。産科混合病棟ありきの分娩が常態化しています。

井本 産科混合病棟とは、産科以外の他科も含めて構成される病棟です。したがって、産科と婦人科の混合病棟も産科混合病棟です。産科・婦人科の混合病棟は昔からありましたね。

木下 確かに、私が研修をした大学病院は産科と婦人科の混合病棟でした。とは言え、ナースステーションを挟んで左を産科、右を婦人科と分けて運営をしていました。そのため混合病棟だったとの認識はあまりありません。緊急的に婦人科の患者が産科の病室に入ることにはありましたが、そのときは産科・婦人科両者の了解を得て個室を貸していました。「産科単科が一番理想的」という気持ちはもちろん理解できます。でも少なくとも当時は、混合病棟であるがための不自由さも懸念もなかったのではないのでしょうか。

松永 私が勤める JA 高知病院の産科混合病棟でも、手前味噌ですが大きな問題は起きていません。スタッフがしっかりと運営しており、看護職に尋ねても重大な不満は出ていません。

齋藤 以前はうまく機能していたでしょうし、今も上手に運用している施設は多数あります。ですから全ての産科混合病棟をひとまとめにし、問題があると言っては不適切かもしれません。どのような課題があるか、具体例を出して整理してみましょう。

例えば、私が研究してきた中で一番問題だと思うのは、分娩時の看護と死亡時の看護を同時並行で行う場合が散見することです²⁾。私がこの問題に気付いたのは、研究のために産科混合病棟勤務の助産師とコ
ンタクトを取っていたときでした。助産師が度々、「分娩と、死亡する他科患者のケアが重なって大変だ」と言うのです。

一般に、助産師は死亡時の看護に当たる機会が少ないので、年に数回もない死亡時の看護と分娩介助の重複をオーバーに表現するのだらうと思ったのです。でも実態はそうではなくて、病院によっては月に複数回も重なることがあると、調査をしてわかりました(図 1)。

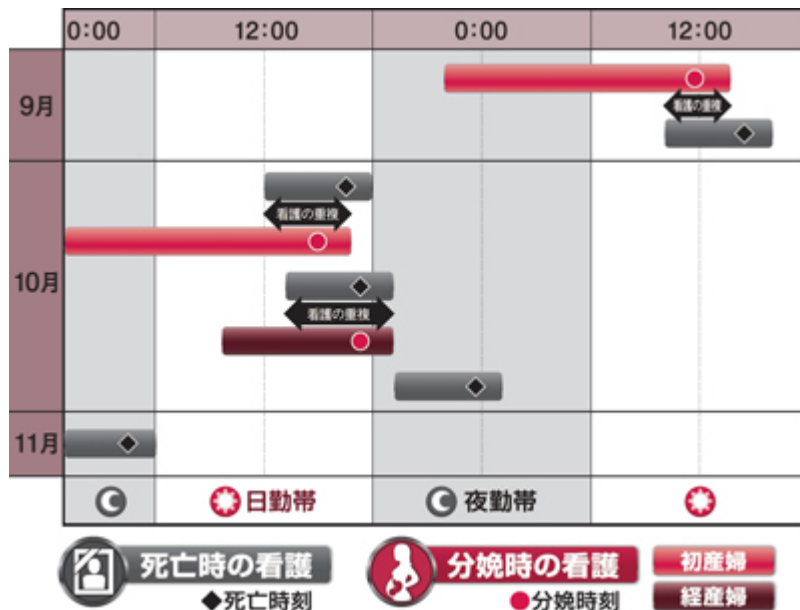


図1 ある産科混合病棟で起きた死亡時の看護と分娩時の看護の重複(齋藤氏提供)(クリックで拡大)

ある病院の産科混合病棟で起きた9～11月に起きた全5件の死亡時の看護のうち、分娩時の看護との重複は3件あった(黒矢印部分)。さらに10月は同日のほぼ同時刻に2件の看護の重複が観察され、うち1件の死亡時刻と分娩時刻の差はわずか2分だった。

井本 分娩が始まっても、助産師は7対1看護の人員に組み込まれていますからね。当協会の調査によると、常に他科患者を受け持つ助産師は2012年度の調査では10.4%でしたが、たった4年で43.7%にまで急増しています³⁾(図2)。他科患者を受け持ちながら分娩介助を行っては、助産師はどちらのケアにも集中できず、良質なケアを提供できません。

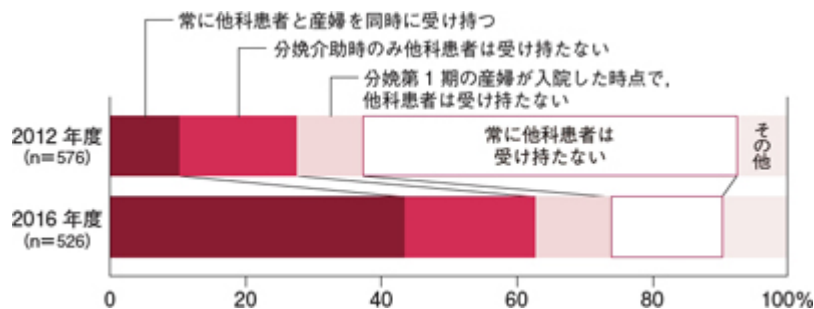


図 2 助産師が受け持つ患者の比較(文献 3 をもとに作成)(クリックで拡大)

齋藤 終末期の患者や妊産婦に対してはなおさら倫理的に配慮すべきです。一生に一度の死んでいくとき、一生に1~2回の出産のとき、どちらも大切に看護されなければなりません。ところが今は産科の母子にも産科以外の患者にも十分なケアを提供しにくい、両者にとって好ましくない状況です。

井本 妊産褥婦に対するきめ細やかで切れ目のない支援が求められる中で、この体制は看過できませんね。

他に、新生児感染症が懸念される中、感染症患者と母子が同室の例もあります。ハイリスク妊娠・出産が増え、母体の変化や胎児心音を丁寧に観察しなければならない中、妊産褥婦さんと大腿骨骨折後の患者さんが隣のベッドになった事例を聞きました。妊産婦の心音に異常が見られたのと同時に骨折中の患者さんがベッドから降りようとしたこともあったようです。

齋藤 これらの問題は一例にすぎず、産科混合病棟は、産科医や助産師、看護師の努力によって何とか成立しているのが現状です。産科混合病棟で起きている問題に向き合い、解決策を考えなくてはなりません。

産科混合病棟の現実的な在り方の議論を

木下 以前の産科混合病棟ではこれほど大きな問題はなかったはずですが。なぜ問題が生じてしまったのでしょうか。

井本 医療の高度化に伴い短期間で入退院のベッドコントロールを行ううちに、産科病棟の特殊性に対する考慮を欠いてしまう施設が出てきたのです。1990年代くらいまでは産科の特殊性を踏まえて、産科病棟に他科患者が入る際には相当な配慮がなされていました。ところが近年、入院患者が増加する一方、出生数低下を背景に産科の入院患者は減りました。つまり産科の空床に、他科患者を入れる必要が出てきたのです。

木下 1床当たりの入院料が非常に高くなりましたから、病院経営の視点からも空床は見過ごせませんね。加えて地域医療構想に伴う病床数削減の議論もあり、空床が増える産科病棟を単科のまま確保することはますます困難になりそうです。

井本 産科の空床に他科患者を受け入れるのは現状では必然となっています。今後も産科混合病棟として運営せざるを得ない施設はあるでしょう。ただ、産科の特殊性への配慮をいま一度検討すべき時期なので

木下 そうは言っても、「産科病棟に男性患者を入院させない」のようなある程度の配慮はされているのではありませんか？

井本 おっしゃるとおり、多くの病院では他科患者を産科病棟へ入院させる際のルールを設けています。とは言え緊急時など、状況によってはルールを守れない病院が約半数に上るのです⁴⁾。

齋藤 ルール上は入院できる他科患者でも、運用する中で問題が明らかになるケースがあります。ADL自立の患者が多いからと産科・眼科の混合病棟をしばしば見ますが、実際の運営には困難があります。手術前にきっかり時間を計って点眼をしなければならない場合があり、分娩と点眼の両方に同時に気を配るのが難しいのです。

松永 混合する相手の科は、現場で働く助産師に聞くのが確実ではないでしょうか。私自身、JA高知病院に看護部長として入職したときにそうしました。というのも、前の施設でも看護部長を務めたものの産科はなく、助産師との協働は初めてだったからです。

当院の規模は全体で178床、産科病棟は24床、分娩件数は月当たり30回を超えるほど。産科単科での運営は難しいのが現状です。そこで、産科病棟に勤務する助産師に相談しました。

齋藤 先の眼科のケースは、管理者はよかれと思って眼科との混合病棟にしたのですね。現場の声を聞くのは重要だと思います。どのような提案があったのですか。

松永 混合する科として、小児科が挙がりました。周産期だけではなく、出産後の育児や子どもの発達のサポートまでが助産師の仕事だと考えてのことです。当院は地域密着型の施設なので、当院で生まれた子が成長して小児科病棟に入ることが多々あります。成長を知ることが助産師のやりがいになるとともに、切れ目のない看護にもつながるのです。

木下 小児科には感染症患者が入院することもありますよね。免疫力が低い新生児への感染を危惧します。感染管理はどのようにしているのですか。

松永 感染症患者がいる場合はチーム分けし、感染症患者をケアする看護職が妊産褥婦とかかわらないようにします。他にも、感染症患者の病室を最後に訪ねるなどの工夫もできるでしょう。

齋藤 産科・小児科患者で満床にできない場合、どうしているのですか。小児科の入院件数はそれほど多くなく、期間も短いのではないのでしょうか。

松永 次点で受け入れるのは耳鼻科のADLが自立した女性患者です。分娩がなく個室が空床の場合には、小児や女性の手術患者を受け入れる場合もあります。

齋藤 産科・耳鼻科の混合病棟が運用上の問題が起きにくいのは初めて知りました。混合病棟として運用せざるを得ない以上、実際の運用で積み重ねた知を共有し、産科混合病棟の現実的な混合相手を示す必要がありそうです。

管理者のリーダーシップで理念を共有する

齋藤 ただ、運用上の問題が起きにくい科と混合すれば万事解決とはいかない現状があります。井本さんが図2で示した、分娩介助時に助産師が他科患者を受け持つ問題です。

木下 分娩介助時は産婦に付きっきりになるのは想定できることです。そのときは助産師が受け持つ患者を他の看護職が見たらいいのではないですか。

齋藤 そうあるべきなのですが、それがうまくできていないのです。原因のひとつに、助産師と看護師が互いの業務を十分に理解できていないことがあります。これにより産科混合病棟では助産師と看護師の間に軋轢が生じ、看護職同士がうまく連携できない現状があります。

松永 当院でも、私が赴任した当初は助産師と看護師の関わりに課題がありました。よいケアを提供するためには、看護職同士が良好な人間関係を築き、助け合いの風土を作らなければならないと思いました。そのためには看護師・助産師の両者が満足に働けることが必要だと考え、互いの業務の理解をまず進めました。

井本 確かに、助産師の分娩介助におけるケアがどのようなものかを看護師へ説明し、理解を得る必要があるかもしれません。互いの業務への理解が進めば、どんなときに助けが必要かを把握できるので互いに助け合えるようになるでしょう。産科混合病棟のスムーズな運用につながるはずです。

松永 業務内容の理解だけでなく、集中的なケアが特に産婦に必要な理由を理解することも大切です。当施設で勤務する看護師に対しては、「あなたが分娩中に、助産師が他の患者さんを気にして分娩介助に集中できなかったらどう思う？」と問い掛けることが効果的でした。当院の看護師は出産経験がある者が多いからです。

齋藤 一方で、助産師が看護師に配慮してもらってばかりではいけませんよね。助産師は産科のケアだけにかかわるのではなく、他科患者の看護を理解して必要時には看護師を助ける。互いに協力し合って産科混合病棟を運営する意識が大切です。

松永 ええ。やはり助け合いの風土が大切です。助産師も譲れるところは譲り、看護師と助産師の協働で見られる患者は積極的にケアする。私がこの意識を感じたのは、睡眠時無呼吸症候群の検査入院は男女とも産科混合病棟で受け入れると提案されたときでした。

齋藤 男女とも。驚きました。

松永 「産科病棟には女性患者中心」の意識とは矛盾すると私も感じ、なぜ男性患者も受け入れるのかを助産師に尋ねました。睡眠時無呼吸症候群の検査入院の場合、多くの方がADL自立で、ある程度看護に融通が利く場合が多いです。そのため、個室を男性患者に割り当てて授乳室や分娩室のエリアには入らないよう伝えるなどの助産師の取り組みで、妊産褥婦へ配慮しながら十分なケアを比較的容易に両者へ提供できるのだそうです。

齋藤 互いに協力して、よい病棟運営を行おうとしているんですね。ただ、産科混合病棟を適切に運営するための努力は、病棟だけでは限界があります。看護部、病院の管理者、病院全体が一丸となって周産期医療提供体制の在り方を検討しなければなりません。

松永 おっしゃるとおりです。産科混合病棟に空床が目立ち始めたときは特にそう実感します。当院では産科病棟で培われた「産科を守る」意識が病院全体へ広がったからこそ、看護部長である私や救急担当の看護師、ベッドコントロールをする師長と協力して、ADL自立の女性患者さんを特に優先的に産科のベッドに入れることで空床を減らす工夫ができます。

それから、事務部門の協力も忘れてはいけません。分娩件数が減ると、助産師数削減が議論になりがちです。これは助産師のモチベーションを下げる一因です。でも、助産師の仕事は分娩介助だけではありません。当院の場合は、小児科医・助産師と保健師との協働で母子保健に関する地域連携を担っています。産後の育児まで切れ目なくケアを提供することが助産師の仕事だとの理解が施設全体で進んだことで、事務部門との間で助産師を減らす議論はしなくなりました。助産師数を適正に保てるだけでなく、助産師のモチベーションアップにもつながっています。

井本 産後ケアの充実や地域の育児サポートにおいて助産師・保健師連携が求められる中、母子に対する切れ目のない看護の視点を施設で持つことは有効な方策だと思います。

松永 もうひとつ大事だと思うのは、健康な新生児を保険診療患者と同等に意識することです。

木下 日本の診療報酬では、健康な新生児は保険外診療となりますよね。

松永 それでも産科混合病棟内にいるケアの対象である命として健康な新生児を意識する必要があると思います。病院経営上の病床稼働率は、24床のうち12床に入院患者がいれば50%となる。しかしそこに5人の新生児がいたら、17人の命が病棟内にあるので、病床は70%活用していると意識するよう呼び掛けました。

木下 本来の趣旨から考えると、実質的には空床を少なくすることにはなりませんね。

齋藤 とは言え病院経営には反映されにくい新生児ケアを管理者が把握して可視化し、病院全体で業務を認めてくれたことは、新生児科医や助産師にとってはとても心強く、うれしいことでしょう。松永さんのリーダーシップでもって、病院全体で「産科を守る」意識が育まれたのだと思います。産科混合病棟の適正な運営は、看護管理者のリーダーシップの見せどころですね。

よりよい周産期ケアをめざして

齋藤 松永さんの取り組みから、産科混合病棟を上手に運営するコツが見えてきそうです。看護職の助け合いと施設一丸となった産科混合病棟の運営をめざすことがまず大切でしょう。

木下 中小病院だと病院経営が難しいことが多いのですが、医療スタッフにとってはベッド全体に目が届いて逆によいものなのですね。

松永 加えて当院は地域病院の特性があり、患者や同僚と家族的な付き合いができて互いに融通しやすい面もあると思います。

木下 そうは言っても、この規模の施設において産科に空床を確保しながらの経営は相当難しいはずです。病院経営を続けるために産科の空床に他科患者を入れたい、妊産褥婦の満足度向上だなんて言っていないと主張する経営者もいるかもしれません。

松永 でも、患者満足度や産科病棟の空床確保と病院の経営は両立できるはずです。先述した小児科医・助産師と保健師の連携に対して当院は、JA 高知病院が所在する南国市から助成金を得ています。その他にも救急患者を断らない文化を作ったり、看護師教育のための補助金を得たり、もちろん支出を絞ったりと経営努力を重ねれば、黒字経営にすることはできます。

齋藤 同じ特性を持つ病院では、JA 高知病院を参考にして施設の運営を見直せそうです。ですが、大学病院などの病床数が多い施設や、周囲に産科が多数あるような地域で同様のマネジメントができるでしょうか。

井本 そのまま活用できなくても、応用はできるはずです。例えば 700 床などの大規模病院でも、産科のユニットをなるべく小さくし、空床が多くなり過ぎないような工夫はできます。

齋藤 好例の工夫をその病院だけの財産にするのではなく、全国で共有して参考にする流れが必要ですね。

井本 実践の知の共有のために、2019 年度から当協会では産科混合病棟を理想的に運用する施設の取り組みを可視化するモデル事業を開始しました。本事業を活用し、産科混合病棟で起きた問題解決のための方策を共有・活用してほしいと思います。

木下 母子のケアに影響が最も少ない診療科と組み合わせる等の工夫をした上で、私は混合病棟であることを前向きにとらえ、他科のことを勉強するチャンスだと思うようになってほしいと思います。合併症妊娠のケースが増えており、周産期医療にかかわる医療職に、より広範な知識が求められます。混合した科の知識

を身につけることで、一層活躍できる医療職が育つと思うのです。例えば糖尿病との合併症のケースならば、内科との混合病棟での経験を生かせるでしょう。

齋藤 その一方、より好ましい産科単科を増やす努力もやはり必要です。産科単科での病棟運営が望める事例においては、産科単科としてより良質なケアの提供をめざす努力・工夫を考える必要があります。

助産師も看護師も生き生きと働けて、母子に満足なケアを提供できる産科病棟であるためにも、私たち助産師や助産の研究者は、産科混合病棟と産科単科の病棟の在り方をデータとして蓄積し、理想的な産科の体制を提示していきたいです。今後も医師・看護師や職能団体、看護管理者、研究者などさまざまな立場の人と共同戦線を敷き、よりよい周産期ケアの提供をめざしていきましょう。

(了)

参考文献

- 1)北島博之. 産科病棟の混合化に関する実態からみた正常新生児病棟における MRSA 感染の危惧. 助産誌. 2005;59(8):736—44.
- 2)齋藤いずみ. データから見た産科混合病棟——他科の患者の死亡時看護および分娩時の看護の重複. 助産誌. 2018;72(4):253—8.
- 3)日看協. 平成 28 年度分娩取扱施設におけるウイメンズヘルスケアと助産ケア提供状況等に関する実態調査 報告書;2017.
- 4)日看協. より充実した母子のケアのために 産科混合病棟ユニットマネジメント導入の手引き;2013.

きのした・かつゆき氏

1966 年慶大卒。東大において医学博士号取得。東大産科婦人科学教室講師，埼玉医大総合医療センター

産婦人科教授，総合母子医療センター副所長などを経て，2001～06年に順大産婦人科学教室主任教授を務める。06年から成城木下病院理事長。12年から現職。前・日医常任理事。産婦人科専門医。

さいとう・いずみ氏

1981年日赤助産師学校卒業後，日赤医療センターなどで勤務。99年筑波大大学院博士後期課程修了。博士（医学）。北海道医療大教授などを経て，2009年より現職。15年ごろより産科混合病棟に関する研究に取り組む。日本母性看護学会理事，看護理工学会理事などを兼任。アドバンス助産師。

いもと・ひろこ氏

1991年に姫路赤十字看護専門学校を，92年に日赤助産師学校を卒業。2004年文京学院大大学院修了。日赤医療センター看護副部長，周産母子・小児センター副センター長などを経て，18年より現職。常任理事としての担当はチーム医療や助産師職能に関する業務。アドバンス助産師，認定看護管理者。

まつなが・ともか氏

高知県立高知女子大大学院看護学研究科修了。修士（看護学）。近森病院第二分院看護部長，JA高知病院看護部長などを経て，2018年より現職。日看協安全・安心な出産環境体制整備推進検討委員会委員，日本精神科看護協会教育認定委員会委員などを務める。