

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



CONTENTS

- 1 産科混合病棟の現況 5
- 2 ユニットマネジメントの提案 10
- 3 事例から学ぶ、
ユニットマネジメントへの道 12
- 4 産科病棟に必要な助産師の人数 15



公益社団法人 日本看護協会
Japanese Nursing Association

● 「産科混合病棟ユニットマネジメント導入の手引き」 の作成にあたって

少子超高齢化は、出産環境にも影響しています。そのひとつに産科混合病棟の問題があります。出産環境提供体制は、産科単科の病棟が望ましいとはいえ、高齢者が増加していく中で、限られた入院ベッド等の医療資源を有効に活用するためには、産科混合病棟は単科であるべき、と声高に叫んでも、実態を踏まえれば、それは難しい状況にあると、いわざるを得ないのかもしれませんが。

産科混合病棟を整備することがままならないまま、他科の患者さんの緊急入院に応じながら、あるいは他科の患者さんと、分娩進行者へ同時にケアを行っている状況があることが、本会の昨年の実態調査からも明らかとなりました。一方、年間分娩件数が少なくても、産科単科を維持し、分娩入院に備えて、空床を確保している分娩施設があることもまた、実態調査からわかりました。産科混合病棟でも、院内助産システム¹⁾を機能させている施設もあります。このような状況から、産科混合病棟のマネジメント方式を整備し、母子にとって望ましい出産環境を提供する必要があると考えました。

産科混合病棟の看護管理者は、「母子のケアに関する不安」や、「業務上生じる問題」を感じています。その不安や問題意識は、婦人科との混合病棟よりも、婦人科以外の診療科との混合病棟の方が高いと報告されています。産科混合病棟ゆえに生じている業務上の問題では、労働環境の悪さ、新卒助産師や現任教育への対応が不十分、院内感染リスクが高い等があり、スキルミクスマネジメントの困難さが推察されます²⁾。

このように、産科混合病棟のマネジメントに苦慮している看護管理者が多数いることから、現状の産科混合病棟を、どのような視点でマネジメントしていくことが可能か、看護職員の人員配置も考慮し、本会の実態調査を踏まえて、この冊子を作成しました。安全・安心な出産環境提供体制整備に活用していただきたいと思います。

産科混合病棟の問題は、病院経営との関連と切り離せない側面もありますが、地域のお産を守ることに貢献している分娩施設として、自らの施設の妊産褥婦と新生児に、どのようなケア環境を提供すべきなのか、そもそもの議論を行うことが、必要です。

本来のあるべき姿を議論し、あるべき姿に近づけるための対策を講じて、限られた医療資源を有効に活用し、妊産褥婦や新生児に必要なケアを確実にけるようにしていきたいものです。

日本看護協会 常任理事
福井トシ子

発行にあたって

助産師の有効活用を期待する

中林 正雄（母子愛育会総合母子保健センター 所長）

“お産はその国の文化である”といわれます。そのため日本の文化、国土にあった出産環境としては、欧米とは異なった日本独自のシステムが望まれます。産科医療の人的資源が十分とはいえない日本において、妊産褥婦が望む安全で安心な出産環境の推進のキーワードは、「分娩施設の集約化」、「助産師を中心としたチーム医療」、「セミオープンシステムを中心とした病診連携」、「妊婦のリスク評価」の4点でありましょう。ハイリスク妊婦でもローリスク妊婦でも助産師の支援が必要であることは当然のことですから、助産師が多く勤務する周産期センターはハイリスク分娩のみならずローリスク分娩にも対応するバースセンター的役割を果たすようになるでしょう。一方、個人病院や診療所は周産期センターとの密接な連携のもとに、ローリスク妊婦を中心とした安全で快適な出産環境を提供するようになるでしょう。いずれにしる、妊婦を支援する助産師が十分にその能力を発揮することが社会的要望となっていますので、その要望に応えられるシステムを構築することが望まれます。こうして考えてみると、産科混合病棟におけるユニットマネジメントは現時点で必要な過程であり、さらに将来的な出産環境の改善を考えれば、産科混合病棟の問題は自然に解消されるであろうと思われます。

日本の文化を大切に、社会のニーズに応える産科医療の確立のため、助産師の益々の活躍を期待すると同時に、助産師の有効活用のために関係各位のご理解とご協力を切に願うものです。

母親が安心し、子どもと十分に愛着を形成しうる環境を

北島 博之（大阪府立母子保健総合医療センター新生児科 主任部長）

たかが母子ケアというべきではない。本当の自然なお産を見たことがない周産期医療者は知らない。こと周産期における母子支援の最も大切なことは、母親の安心感つまりリラックスできる分娩や子育ての支援を持続的に提供することである。英国の小児科医精神分析医であったウィニコットは「赤ん坊と母親」で以下のように述べている³⁾。親子の最初の関係性は、「気持ちよいお産に続く母と子の自然な授受乳であり」、このことが母子関係に基本的に良い形を作り、これがうまくゆくことが子どもの（自我形成も含めて）一生に非常に重要であると。自宅分娩であった1960年以前は母乳育児率は80%以上であったが、施設分娩となった1970年代は30%に、1980年以降でも40%台を低迷している。これは母乳育児の原点である母親の安心感が、早期授乳の時期から達成されていないことである。この母親の安心感を子どもは敏感に感じ取り、その心を育ててゆく。一方、母親が漠然とした不安感で子どもを育てると、子どもはそれを感じ取り母親を気遣い、しっかりした自我を十分に育てることが出来ない。親子の絆をうまく作ってゆく、人生で一番大切な出生後早期の助産師による支援内容を、混合病棟が原因で（例示されているような）母子のための持続的支援を中断せざるを得ない状況を作るなら、その母子に与えられる傷は一生消えないほど大きくなり、一方立ち会った助産師は自分を責め真面目なほど辞職にいたる流れは止められない。

参考：親と子のきずなはどうつくられるか（クラウス・ケネル・クラウス）⁴⁾ から

日本の読者へ 医療従事者への勧告

1. 分娩中の母親には、パートナー以外の人で、お産に精通したケアの出来る女性による持続的な身体的・情動的支援が提供される必要がある。（王立カナダ産科学会勧告）
4. 新生児室は閉鎖すべきである。母親か子どもに病気がなければ、たとえ短期間の入院であっても、新生児は母親のそばにいて、母子同室形式をとるべきである。

ゾーニングしていない環境の方が望ましいでしょうか

白井 千晶 (社会学講師)

管見ですが、混合病棟問題に関する論文は1960年代からあります。公費を投じて地方にも巨大な病院が建設され、一般病床が急増した時代です。このころからもう半世紀も経っているのに、混合病棟でどのように看護するか、業務連携するか、感染予防するか、という課題に対峙し続けています。なぜ対峙してでも維持しなければならないか、ただそれが経営上の理由ならば、医療者と運営者でぜひ着地点を見出していきたいと思います。

原点に立ち戻って考えてみると、混合病棟の方が望ましいと思う妊産褥婦さんや、妊産褥婦さんと混合の方が望ましいと思う他科の患者さんが、果たしているでしょうか。ゾーニングされていない入院環境は、妊産褥婦にも他科の患者にも“理解”を強いることになってしまいます。公開されている病院の退院時アンケートでは、混合病棟であることへの違和感や不満足があがっています。皆様の施設ではいかがでしょうか。

また、ゾーニングされていない環境の方が医療上望ましいと思う医師がいるでしょうか。混合病棟の問題は、排尿管管理、小児への家族の付き添い、小児や新生児の啼き声、ターミナルケア、急変・緊急時や急性期の対応、注射剤点滴剤などを投与する際のリスクマネジメント、心療内科や精神科などメンタルケアが特に必要とされる患者さんなど、どの科でも課題になっています。特に産科の場合、授乳が気兼ねなくできなくなったり、母子異室になったり、母子の環境に大きく影響してしまいます。ぜひ産科からユニットマネジメントを始めてください。

妊婦から見たうれしい出産、つらい出産

河合 蘭 (出産ジャーナリスト)

日本では助産所を出産場所を選ぶ人は全体のわずか1パーセント程度ですが、経験した人の満足度は大変高いことが知られています。その理由は何でしょうか。満足度の高い出産をした人は、よく「助産師さんがずっと一緒にいて、腰をさすったり、励ましの言葉をかけたりしてくれた」と言います。そして陣痛中に誰かからいたわられた母親は、子どもへの愛情があふれるように湧くといわれています。

そんな喜びの裏にはいろいろな要素があるでしょう。しかし、この冊子に書かれている助産師数の充実はどうしても必要なものです。助産所では医療施設に比べ分娩件数あたりの助産師数が多いので、助産師がつきっきりで産婦の世話をすることが可能です。

逆に、出産がつかったという人の多くが「陣痛室でひとりきりで陣痛に耐えた」と言っています。それは長い間、ケアをする人の無理解のようにいわれてきました。しかし、これからは、産婦のベッドサイドにじっくりとつきたくてもそれが不可能な労働環境やマネジメントのあり方にスポットライトが当たるべきだと考えます。

この度の日本看護協会の全国調査は、日本では多くの病棟で分娩に集中できる人が確保されていない状況を明らかにしました。「いつ急変するかわからない」という分娩や新生児の性質を考えても、この不安は深刻だと思います。産婦の産む喜び、それを守る人の働く喜びを取り戻す新しいマネジメントに大変期待します。

産科混合病棟の現況

分娩件数の減少等に伴い、産科混合病棟が増えています。それは同時に、産科混合病棟で働く助産師が増えていることを意味しています。母子に対する助産ケアだけでなく、他科患者への看護ケアも担うことが多い状況では、新生児のMRSA感染リスクの高さも指摘されています。

そこで、第1章では産科混合病棟の現状と課題について「産科の混合病棟化」「病床管理と業務管理」「新生児のMRSA感染」の3つの視点から整理します。

●産科の混合病棟化

日本看護協会の調査結果⁵⁾（2012年、有効回答571病院）から、産科混合病棟は全体の80.6%（460病院）にも及ぶことが明らかとなりました。年々、産科の混合病棟化が進んでおり、特に婦人科以外との混合病棟化が顕著に増えています。

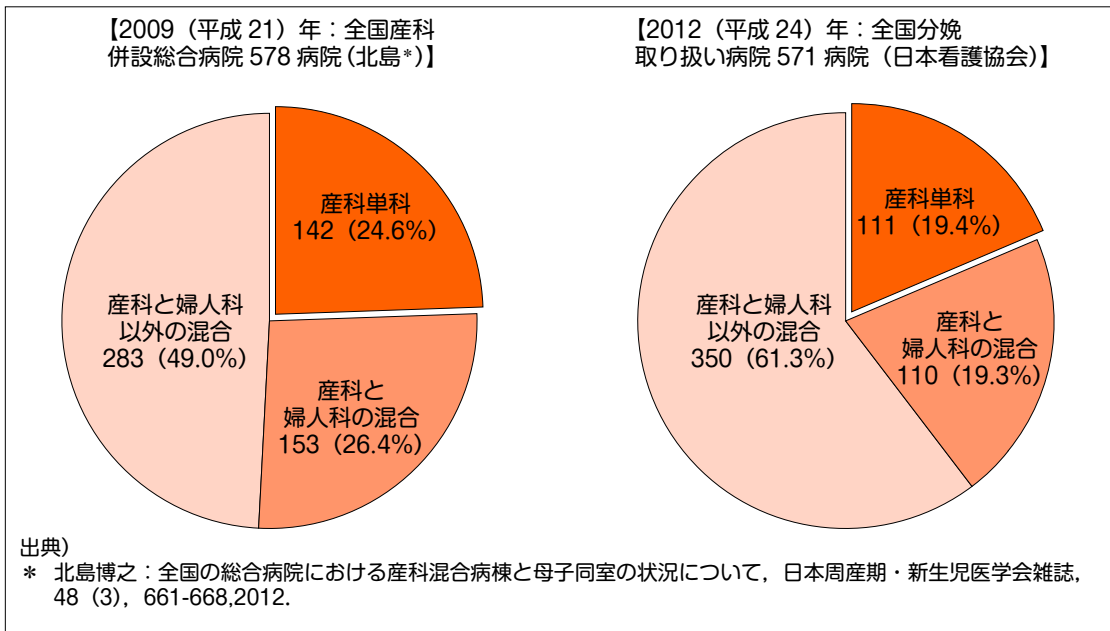


図1 報告別にみた産科混合病棟の状況

産科の混合病棟化の背景には、日本の医療政策や社会の変化があります。2000（平成12）年以降、医療費抑制政策のもと、DPC制度の導入〔2003（平成15）年〕によって病床利用率を上げるため専門病棟から混合病棟化していきました。また、「7対1一般病棟入院基本料」の制定〔2006（平成18）年〕では、助産師は配置基準がないことから看護職員7対1配置に含まれて配置される事態が生じました。さらに、少子化が進むなかで、分娩件数や分娩取扱施設の減少など、今後も産科の混合病棟化は続く傾向にあると考えられます。

だからこそ今、産科混合病棟における病床管理や業務管理、人的資源管理のあり方が問われているのです。

● 病床管理と業務管理

日本看護協会の調査結果⁵⁾（2012年）で産科混合病棟と回答した460病院のうち、有効回答が得られた453病院の状況から、以下が明らかとなりました。

◆59.6%の産科混合病棟で、助産師が産科と他科患者を同時に受け持っている（図2）。これより、「正常」と判断された妊娠・分娩・産褥期や新生児期において、観察やケアの優先順位が低くなることが想定される。

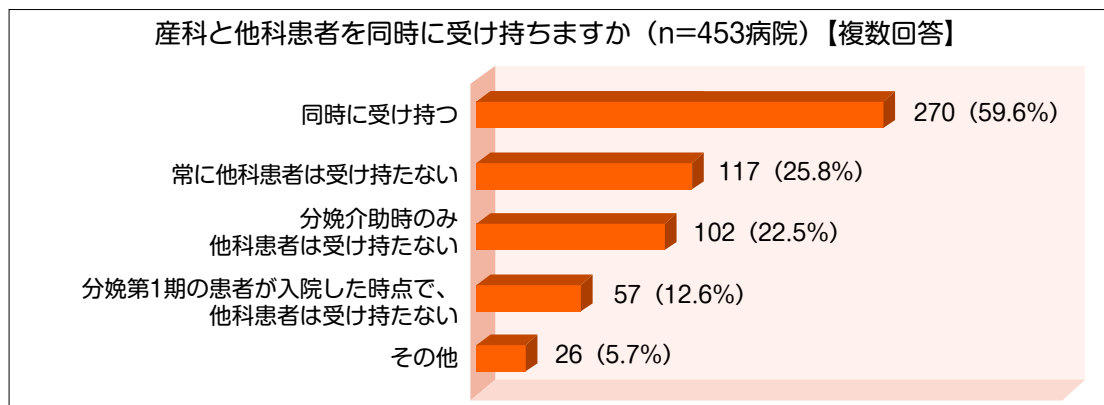


図2 助産師の患者受け持ち状況

◆産科患者用に空床を確保している産科混合病棟は20.3%で、その数は平均6.6床である（図3）。いつ産婦が入院するかわからない中、入院するベッドが確保されていない状況がある。

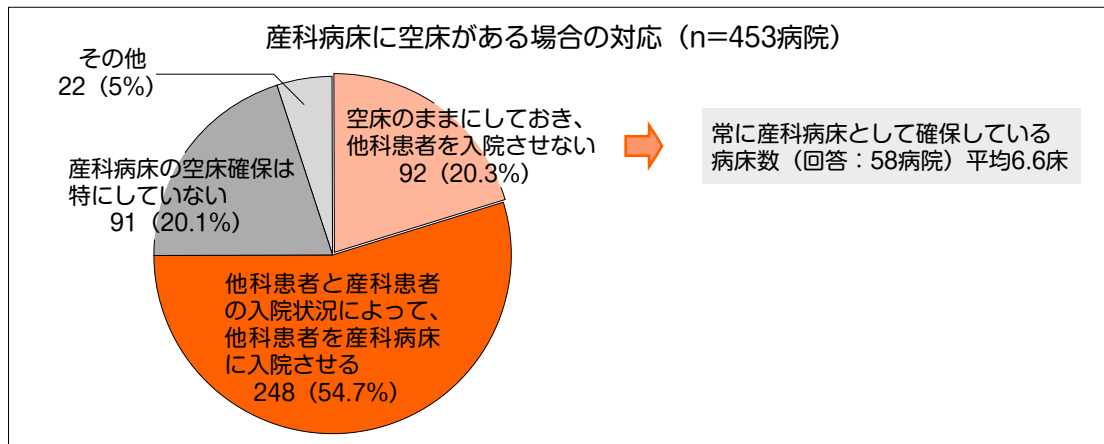


図3 空床確保の状況

◆38.0%の産科混合病棟で、産科と他科患者が同じ病室に入院している（図4）。

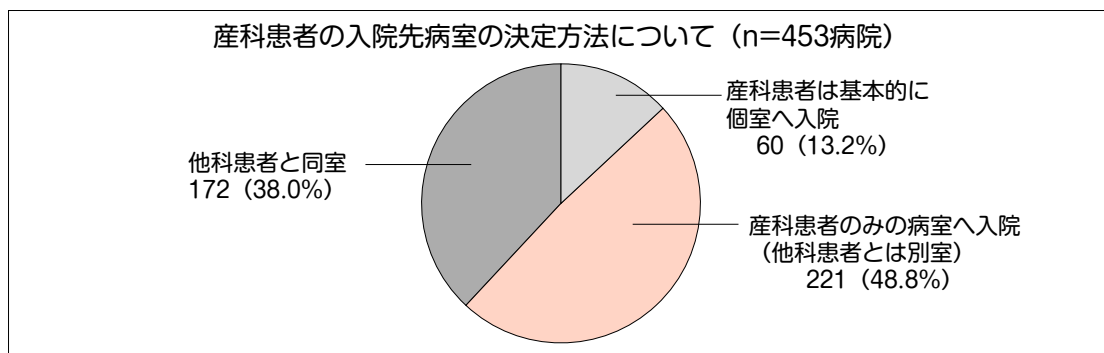


図4 産科患者の入院先病室

◆90.9%の産科混合病棟で、他科患者が産科混合病棟に入院する際のルールや基準を設けていたが、それを完全に守っている施設は54.4%である（図5）。ルールや基準の内容は「男性は除外（86.2%）」「感染疑いや感染患者を除外（85.2%）」「不穏・認知症状のある患者は除外（55.8%）」などである。つまり、ルールや基準化されていない以上、産科患者と異性の患者や不穏患者が同室になる状況があり、実際に起きている。産後の疲労を回復し、児との新しい生活に適応する時期にある女性にとって、快適性が確保された、安全・安心な環境とは言い難い。

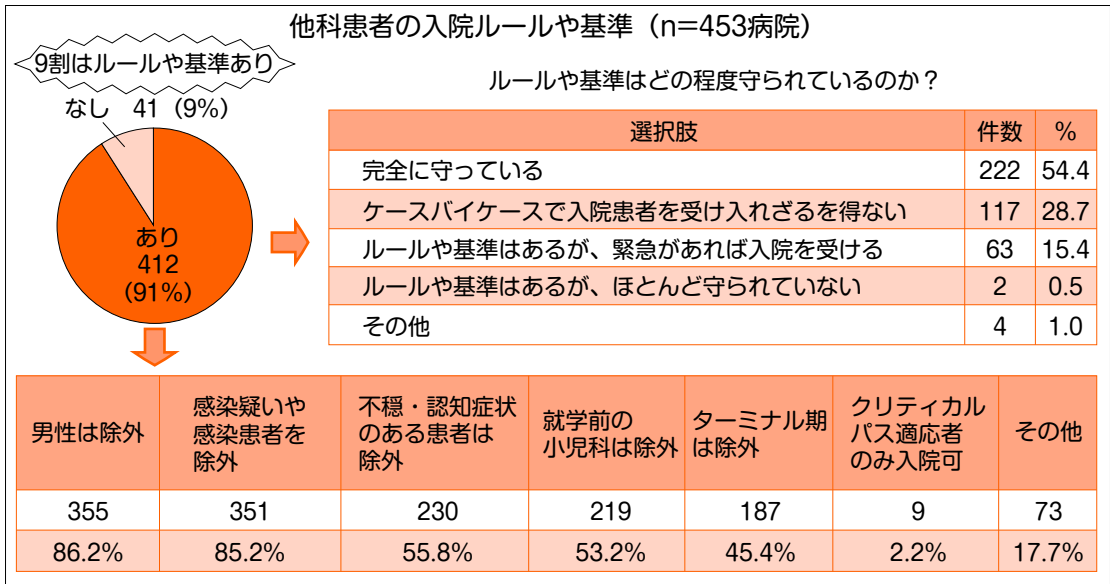


図5 他科患者の入院ルールや基準

◆新生児の感染予防策として、早期母子同室の重要性が指摘されている⁶⁾。しかし、産科混合病棟での完全母子同室（出生直後から24時間以内の母子同室開始）は14.9%、母子異室（同室はしない）は7.9%である（図6）。

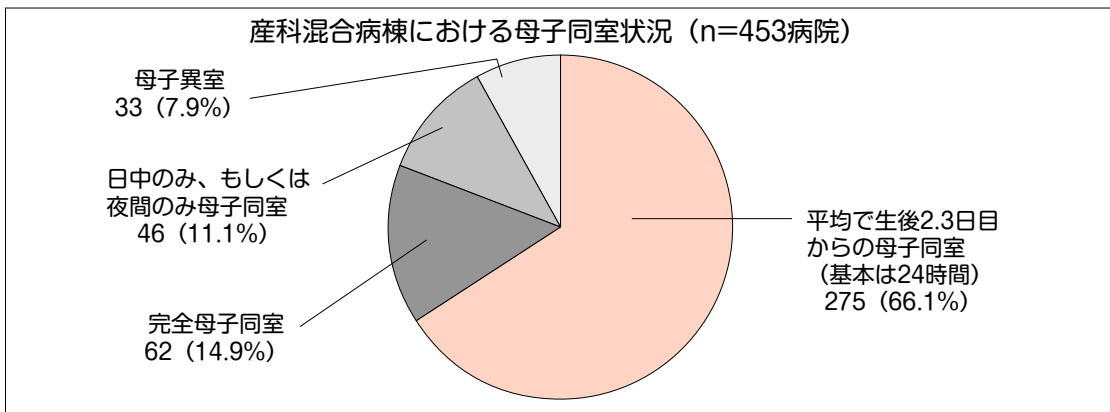


図6 産科混合病棟の母子同室状況

◆産科単独病棟に勤務する看護職員に占める助産師の割合の中央値は93.3%だが、産科と婦人科の混合病棟の場合は73.1%、産婦人科以外の診療科も含む混合病棟の場合は51.9%である（表1）。つまり、他科との混合病棟では助産師の割合が少ない状況がある。

表1 看護職員に占める助産師の割合

	産科単独病棟 (81病院)		産科と婦人科のみの混合病棟 (74病院)		産婦人科以外の診療科も含む 混合病棟 (230病院)	
	助産師割合	看護師割合	助産師割合	看護師割合	助産師割合	看護師割合
中央値	93.3%	6.7%	73.1%	26.9%	51.9%	49.2%
最大値	100.0%	82.2%	100.0%	73.7%	100.0%	92.6%
最小値	17.8%	0.0%	26.3%	0.0%	7.4%	0.0%

●新生児のMRSA感染

27病院を対象にした北島の調査⁷⁾によると、2年間で37例の新生児MRSA皮膚感染症はすべて産科混合病棟で発症していたと報告されています。特に分娩後母子異室の時期がある施設で院内感染が疑われており、産科混合病棟での早期母子同室の必要性を指摘しています。

産科混合病棟における感染予防の基本として、助産師が媒介となった新生児間での感染が起こらないように注意するのは当然であり、医療安全のための明確な病床管理のルール作りと、その遵守が必要であることは言うまでもありません。

<参考データ>産科混合病棟とMRSAによる新生児院内感染との関係

27病院の感染症データから、生後28日以内の新生児期に限ってMRSA感染症データを抽出し、その病棟の背景とその要因を調べた。結果として①2004-05年の2年間で37例（菌血症4例、肺炎1例を含む）の新生児MRSA皮膚感染症は全て混合病棟の8施設に観察されたが、産科単独病棟3施設では発症がなかった。②2年間で2例以上発症した5施設は、年間分娩数が多く（年間500件以上）、分娩数/看護職員数比が20以上であった。分娩後母子異室の時期のある施設では、発症が短期に集中することがあり、院内感染を疑わせた。③産科単独病棟の3施設（各施設の年間分娩数は814〈同室〉・650〈3日異室〉・250〈異室〉）では、母子異室が2施設あったが発症はなかった。

出典) 北島博之：わが国の多くの総合病院における産科混合病棟とMRSAによる新生児院内感染との関係、環境感染誌, 23 (2), 129-134, 2008.

ユニットマネジメントの提案

●ユニットマネジメントとは

第1章で示したように、産科混合病棟が増えており、他科患者が入院する際のルールや基準が十分守られていません。また、母子同室が実施されていない状況があります。助産師は分娩時でも、産科と他科患者を同時に受け持つなど、安全な出産環境を確保するための業務分担が曖昧な状況がわかりました。

そこで、母子にとって安全で安心な出産環境の整備、すなわち①母子が感染リスクから回避される、②母子を継続的に観察し異常の早期発見を行う、③助産師が継続的に母子に寄り添いケアを提供することを実践するために、第2章では“産科混合病棟におけるユニットマネジメント”を提案します。

ユニット化とは：ひとつづきになっている病棟の一部を産科専用の「ユニット」として使用することをいう（図7）。

区域管理（ゾーニング）とは：廊下を含むひと固まりの領域を産科だけのための区域とし、その区域を産科専用の「ユニット」として使用することをいう（図8）。

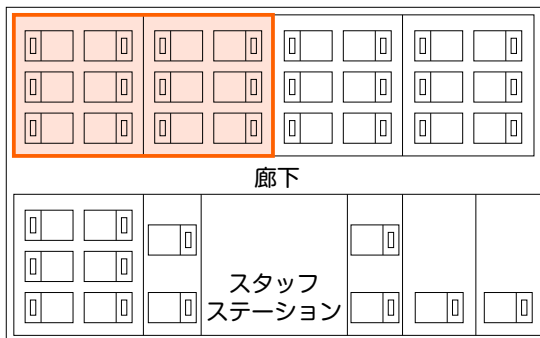


図7 病棟のユニット化の例

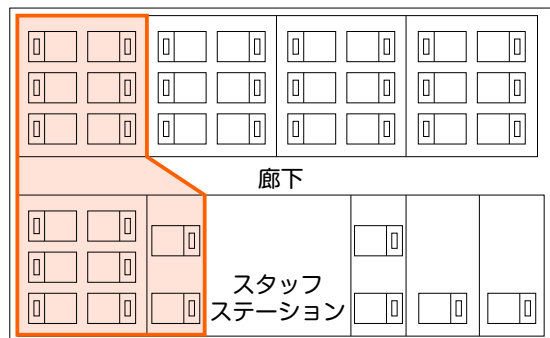


図8 病棟のゾーニングの例

●ユニットマネジメントの導入とそのメリット

分娩は昼夜を問わず流動的なものであるため、病棟には常に助産師の配置が求められる一方で、産科ユニットに妊産褥婦の入院が少ないときもあります。その際には、産科

ユニット所属の助産師は他科患者や他病棟の看護ケアの支援を行うなど、臨機応変に対応できる人的資源管理が重要になります。この臨機応変な対応についても、仕組みをつくっておくことが必要です。

ユニットマネジメントの導入は、助産業務と看護業務を整理することや、看護職員間の連携のあり方を見直すことにもつながります。また、他科患者との同室入院を避けることにより、新生児への感染のリスクを回避できると同時に、母親は、他科患者に対して児の啼き声などを気兼ねせずに、安心して入院生活を送ることができます。

安全で安心な出産環境の整備としてのユニットマネジメントは、助産ケアの受け手である母子にとって、必須の環境です。

●他科患者の入室基準の作成とその活用

ユニットマネジメントでは、産科と他科患者が別室となるようにユニット化や区域管理（ゾーニング）をします。助産師が媒介となった新生児間での感染が起こらないように注意するためにも、他科患者の入室基準を明確化し、確実に守ることが重要になります。ユニットマネジメントには病棟の病床管理に関わりますから、この入室基準は病院長や看護部長が理解したうえで組織の意思決定があることが前提です。他職種も含めた病院全体で共有しておくことが望ましいでしょう。組織の意思決定があることが、基準を守るために重要です。

日本看護協会の調査結果で明らかとなった、産科混合病棟への他科患者の入室基準

- | | |
|---|---|
| 例) ・入院患者の性別・年齢構成を定めること
「女性である」
「就学前の小児ではない」 | ・比較的状态が安定していること
「急変の可能性が少ない」
「ターミナル期でない」 |
| ・感染症の予防に努めること
「感染症および感染症の疑いがない」 | 「抗癌剤を使用していない」 |
| ・治療スケジュールが確定していること
「クリティカルパスが適応されている」 | ・ADLが高い患者であること
「身の回りのことが自分で行える」
「不穏や認知症症状がない」 |

日本看護協会の調査結果⁵⁾（2012年）では、看護職員に占める助産師の割合や、病棟病床数に占める産科病床割合によって、入院ルールや基準の遵守状況に違いがあることが明らかとなりました。入院ルールや基準がない、もしくは、あっても守られていない施設（453病院中159病院）は、病棟の病床数に占める産科病床の割合が低く、看護職員に占める助産師の割合も低い状況でした。

ユニットマネジメントを展開するためには、ユニット化、区域管理（ゾーニング）などの病床管理とともに、助産師の適正配置も重要になります。

事例から学ぶ、 ユニットマネジメントへの道

ここまで、産科混合病棟におけるユニットマネジメントの必要性と方法について述べてきました。次に、ユニットマネジメントをどのように進めればよいか、事例を通してその考え方についてご紹介します。

● A病院の実際

A病院 産婦人科・他科混合病棟 40床（産科病床14床 分娩件数30件／月）
看護職員29名

日勤帯 助産師 妊婦担当1名、分娩担当1名、褥婦担当1名、新生児担当1名、外来担当1名
余裕があればフリー（学生指導、分娩時外回りなど）
合計5～6名

看護師 3～4名

夜勤帯 助産師2名、看護師1名の3人夜勤（勤務調整上、助産師が1名のときもある）

勤務体制 変則2交代制

病棟の構造（図9 病棟見取り図〈1〉参照）

助産師 常勤と非常勤を含めて12～13名が配置されており、主に妊婦、産婦、褥婦および新生児のケア、外来の保健指導を行っている。

- ・ 婦人科にはターミナル期の患者や化学療法中の患者がおり、ADLの高い産科患者の観察やケアが遅くなることが日常的にあり、褥婦からのクレームが多い。
- ・ A病院には、救急外来の後方病床がないため、分娩予約用に空けておいたベッドに緊急入院患者を受け入れざるを得ない状況がある。緊急入院の高齢患者は不穏状態に陥りやすく、看護職員は対応に困窮している。
- ・ 緊急入院した患者の入室を担当していた看護職員が新生児の授乳を行うことがある。後日、入院患者がMRSA保菌者であることが判明するなど、感染管理に不安がある。

このような病棟環境で、長年勤めてきたベテラン助産師が退職希望を出してきました。師長が理由を聞くと、「夜間に、緊急入院と分娩が重なった。緊急入院に気を取られてしまい、分娩時期の診断が遅れ、危うく墜落産になるところだった。産婦から、とても怖かった、つらいお産だったと言われ、助産師として自信がなくなった」と話しました。すると、他の看護師、助産師からも現在の勤務環境では、いつ自分が事故を起こしてし

まうか不安でありストレスになっている、と不満が続出しました。師長はこのままではいけないと思い悩みましたが、病院の方針上、産科混合病棟を廃止することはできない状況です。

●ユニットマネジメントへの道

A病院の産科混合病棟の現状をふまえ、師長はスタッフの不安が軽減され、なおかつ入院患者の安全が守られる病棟にしたいと考え、ユニットマネジメントの導入にむけ動きだしました。

妊産褥婦と新生児にとってどのような病院でありたいか方向性を決めるためにも、理念（ビジョン）を策定することが必要です。これを決めることで、どのような病棟へ整備すべきかが決まります。

・理念（ビジョン）の策定：病院として妊産褥婦および新生児を受け入れる環境をどのようにするか、医療提供体制の理念を明確にする。

病院長、看護部や経営陣と理念（ビジョン）を策定し、さらに病院全体がその理念（ビジョン）を共有する必要があります。

・理念（ビジョン）の共有：理念（ビジョン）を文章化し、病院長の指示により院内全体で共有する。

例）「安全で安心な出産環境を約束する病院」

「地域の出産を守り、子育て支援も行う地域に貢献する病院」 など

自分たちがどのような医療を提供するのか理念（ビジョン）が決まりました。次に、病棟の現状を把握し、どのように整備していくことで理念（ビジョン）を実現できるの

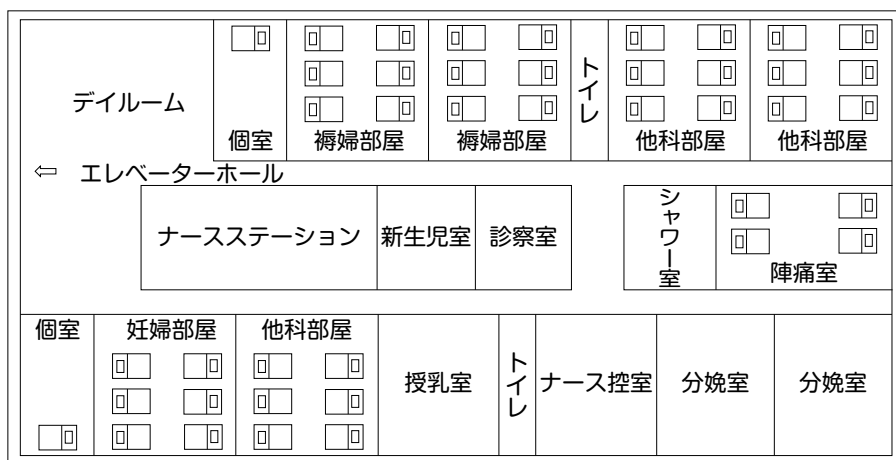


図9 病棟見取り図〈1〉

か検討します。

- ・現状分析：年間分娩件数、病棟の看護職員数、助産師と看護師の割合、助産師と看護師、その他の職種との業務分担、他科患者の入院に関するルールや基準（第2章参照）、離職状況、職員の要望など。

- ・あるべき姿を整理

①病棟構造（ユニット化・ゾーニング）：産科区域を決める（図10 病棟見取り図〈2〉）。

②業務分担：看護師・助産師の業務ルールを決める。

例）分娩時には、助産師が受け持っている患者を看護師が受け持つ。

分娩時には、産婦の観察と助産に集中できるように他の患者は受け持たないようにする（第1章参照）。

③人員管理：看護職員の必要人数を検討。

分娩件数や妊産褥婦のリスクを考慮し、この病棟には何人の助産師が必要かを決め、人員確保と勤務計画を行う（第4章参照）。

新生児を入院患者として計上する（第4章参照）。

④空床管理：産科患者用のベッド数確保を検討し、病院全体で共有（第1章参照）。

他科患者の入室基準を病院全体で共有。

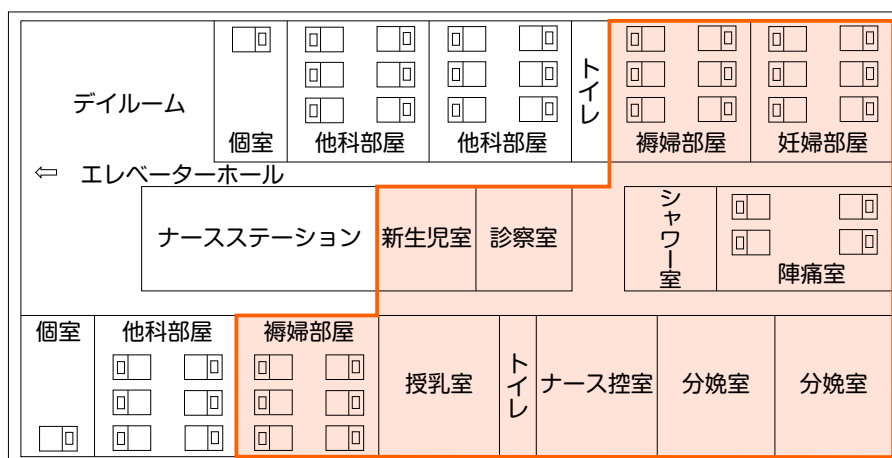


図 10 病棟見取り図 〈2〉

ユニットマネジメントを実現するには、病棟単位ではなく病院全体が同じ方向を向き、協力し合う必要があります。自分たちの病院が、妊産褥婦と新生児にとってどのような病院でありたいのか、それを実現するにはどのような産科混合病棟であればいいのか、考えてみましょう。

産科病棟に必要な助産師の人数

助産師の配置人数については医療法上も、診療報酬上も規定はありません。つまり、助産師と看護師との区分はされず、一般病棟入院基本料において定められた看護職員配置基準に従って“看護職員”として配置されているのが現状です。

そもそも分娩を受け入れる産科病棟には、助産師が何人勤務していれば、妊産褥婦や新生児に安全で安心な出産環境が提供されるのでしょうか。

助産師の必要人数の考え方について紹介します。

●諸外国の助産師配置

諸外国の助産師の配置人数は、下記のように定められています。

◆ニュージーランド ◆ドイツ

分娩には助産師が必ず立ち会うことを法律で明記→産科医であっても1人で分娩を介助することはできない。

◆カナダ

カナダ産婦人科学会（SOGC）2002年⁸⁾ 「分娩時に1：1看護を」

女性の健康・産科・新生児看護師協会（AWHONN）2005年⁹⁾『産科患者のための標準分類』としてリスクごとの助産師配置を明記。

◆イギリス

英国助産師会（RCM）2009年

産婦のリスクごと（category I～V）に助産師の配置を設定

category I、II（低リスク）

助産師 1：女性1

category III（誘発、胎児モニター管理、早産児）

助産師1.2：女性1

category IV（ハイリスク）

助産師1.3：女性1

category V（緊急時を含めた最も高リスク）

助産師1.4：女性1

●新生児数を考慮した看護職員の配置

入院基本料の届出に関する施設基準¹⁰⁾において、「入院患者の数には、正常の妊産婦、生母の入院に伴って入院した健康な新生児又は乳児、人間ドックなどの保険外診療の患者であって、看護要員を保険診療を担当する者と保険外診療を担当する者との明確に区

分できない場合の患者を含む」とされています。

新生児数を入院患者数に含め、産後早期の母子の状態を考慮したケアや看護・助産業務の量に応じた看護職員の配置が行われる必要があります。また、日本未熟児新生児学会は「正常産新生児の望ましい診療・ケア」¹¹⁾で正常産新生児について、「母親の付属物ではなく独立した存在である。従って、母親の診療記録とは別に、新生児用の診療記録を作成し適切な看護師・助産師を配置すべきである」としています。さらに、米小児科学会と米産婦人科医会のガイドライン¹²⁾によると、「健常な新生児6～8名に1名、健常な母子のカップル3～4組に1名の看護職員の配置を」と提言しています。つまり、新生児を入院患者数に含めた看護職員の配置を行うことが必要です。

このような考え方をもとに看護職員を配置することについても、病院全体で共有し、運用することが必要です。

●妊産褥婦のリスクを考慮した看護職員の配置

妊産褥婦のリスクに応じて、総合周産期母子医療センター、地域周産期母子医療センター、一般病院と、周産期医療提供体制は機能分化がされています。しかし、病院機能にかかわらず、どの病院にも低リスクから超高リスクの妊産褥婦が入院していることが日本看護協会の調査結果⁵⁾（2012年）より明らかです（図11）。

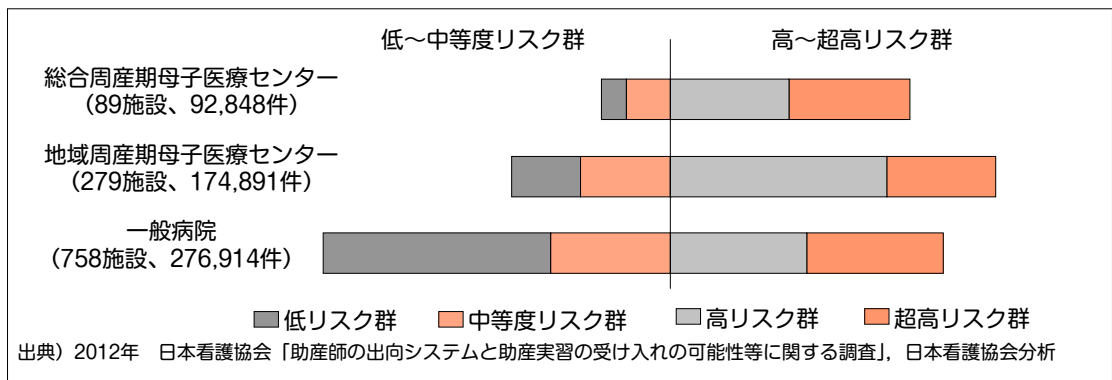


図11 周産期医療体制別妊婦・出産中リスク（2012年）

調査の結果からどの機能の病院においても、低リスクから超高リスクの妊産褥婦が受け入れられています。妊産褥婦の状態に応じて、どのような看護業務が発生するのかを考慮し、妊産褥婦のリスクに応じた看護職員の配置を考える必要があります。

●各勤務帯に1名以上の助産師がいることを考慮した助産師配置

「母親が望む安全で満足な妊娠出産に関する全国調査」¹³⁾によると、助産師が分娩第

1期から産婦にケアを行うと、産婦の満足度が高く、低リスク産婦の医療介入が少ない、と報告されています。

つまり、助産師が分娩第1期から産婦に関わることが「安全で安心な出産環境を提供する」ことになるといえます。分娩は昼夜を問わず流動的であることから、分娩第1期から産婦に関わる場合は分娩件数が1日1件未満であったとしても、各勤務帯に1名以上の助産師が配置されることが望ましいといえるでしょう。また、可能であれば分娩には2名以上の助産師で対応することがあるべき姿であるといえます。

各勤務帯に1名以上の助産師が配置されるためには、助産師は何名必要になるでしょうか。

1日に必要な最少助産師数 = 各勤務帯1名で、計3名
年間に必要な延べ最少必要助産師数 = 3名（各勤務帯1名/日）× 365日 = 1,095名
1名の助産師が勤務できる日数は週休と法定祝日を引いた250日なので、
病棟に必要な助産師の最少人数 = 1,095名 ÷ 250日 = 4.38 ≒ 5名

つまり、病棟に5名の助産師がいると、各勤務帯に最低1名の助産師が配置される、と考えられます。

しかし、ここで注意すべきことは、各勤務帯に助産師が1名であることです。つまり、助産師は1人で分娩に立ち会っている、ということです。妊産褥婦のリスクや、分娩件数をふまえ、安全な環境を配慮すると、あなたの施設では1日に何名の助産師が必要か、検討する必要があります。また、最少人数で分娩時の対応を考えざるを得ないときは、看護職種の勤務の組み合わせや、勤務体制を考慮する必要があります。

あなたの施設の状況をふまえ、何名の助産師が必要になるか検討してみてください。

●労働時間数を考慮した助産師の必要人数の算出の仕方

助産師にもワークライフバランス（WLB）への配慮が必要です。

年間総労働時間を1,800時間（225日）とすると、助産師は何名必要になるでしょうか。

各勤務帯に1名の助産師がいると、ひと月の延べ労働時間 = 24時間 × 31日 = 744時間
1名の助産師が勤務できるひと月の労働時間は150時間なので、
病棟に必要な助産師の最少人数 = 744時間 ÷ 150時間 = 4.96名 ≒ 5名

つまり、病棟に5名の助産師がいると、年間総労働時間1,800時間が守られる、と考えられます。しかし、ここでも注意すべきことは、各勤務帯に助産師は1名であり、かつ助産師1人あたりの総夜勤時間数は考慮されていない、ということです。

●夜勤時間数を考慮した助産師の配置

では、夜勤時間を考えると助産師は何名必要になるでしょうか。入院基本料を算定する一般病棟の看護職員の月平均夜勤時間数は72時間以下であることが要件です。月平均夜勤時間数を72時間とすると、助産師は何名必要になるでしょうか。

ひと月の助産師の延べ夜勤時間 = 1名 × 16時間（*） × 31日 = 496時間

（* 準夜勤8時間、深夜勤8時間で16時間）

1名の助産師が月に夜勤を行うことができる時間数は最大72時間なので、

病棟に必要な助産師の最少人数 = 496時間 ÷ 72時間 = 6.88 ≒ 7名

つまり、病棟に7名の助産師がいると月平均夜勤時間数72時間が守られる、と考えられます。しかし、ここでも注意すべきことは、各勤務帯に助産師が1名しかいないということです。夜勤帯にも助産師は1名であり、あなたの施設では夜勤帯に必要な助産師が何名か検討する必要があります。

●産科混合病棟における看護職員の配置と業務分担

日本看護協会の調査結果⁵⁾（2012年）によると、第1章の表1に示したように、看護職員のうち助産師が占める割合は、産婦人科と他科の混合病棟で低くなっています。このことから助産師配置人数が占める割合が低い場合は、分娩時に助産師が必要な観察やケアを行うことができるように、助産師と看護師の業務の役割分担が必須です。日本看護協会の調査結果⁵⁾（2012年）によると、助産師の9割以上が、助産師が行っているとした業務は、

- ・ 分娩第1期におけるケア
- ・ 分娩監視装置の装着
- ・ 分娩第2期におけるケア
- ・ 乳房マッサージ
- ・ 陣痛促進剤や誘発時の点滴管理
- ・ 分娩監視装置を外す判断
- ・ 褥婦へのケア（乳房マッサージ以外）
- ・ 夜勤帯の陣痛発来時の入院判断
- ・ 夜勤帯の電話での来院指示

でした。

安全で安心な出産環境を整備するために、助産師、看護師、そして医師の業務をそれぞれ整理し、どのように連携していくか検討する必要があります。

●産科混合病棟マネジメントに必要なツールの提案

業務分担表

ユニットマネジメントを実施する際は、1看護単位の中にユニットをおくので、勤務

計画表の中でユニットとそれ以外の病室の業務分担表が必要になります。日勤帯と夜勤帯の業務分担表をそれぞれに作成し、ユニットへの入室者が少ない、あるいは対象者がいないなどの場合の助産師の業務分担を、看護職員間の合意のもとにあらかじめ定めておくといでしょう。

分娩時の業務分担表

分娩進行者がいない場合、分娩担当の助産師はユニット内の病室や、特に夜勤の場合にはそれ以外の病室の患者を受け持つこともあるでしょう。そのような時でも、分娩進行者の入院があった場合は急きょ役割分担を変更する必要があります。どのような業務分担にするか、想定できる範囲内であらかじめ分担表を作成しておくことが有効です。分娩進行者の入院時は、分娩監視装置による胎児心拍数のモニタリングが必須です。その間、看護職員が産婦の傍らで観察できるようにしておく必要があります。

助産師の配置が最少人数の場合の勤務計画

日本看護協会の調査結果⁵⁾ (2012年)によると、年間分娩件数が少なくなるほど産科混合病棟が多くなっていきます (図12)。また、産科混合病棟の平均年間分娩件数は424.5件 (±272.7、範囲8-1,560)、助産師配置人数は平均16.3人 (±9.8人、範囲2-72)、看護師と准看護師配置人数は平均11.2人 (±6.8、範囲0-47) です。年間分娩件数200件以下の場合、分娩待機者や分娩進行者が各勤務帯に必ず在院している状況でもありません。また、産科混合病棟で助産師配置の割合が低くなるのは前述のとおりです。このような場合は、助産師を待機 (オンコール) 体制で活用し、当直

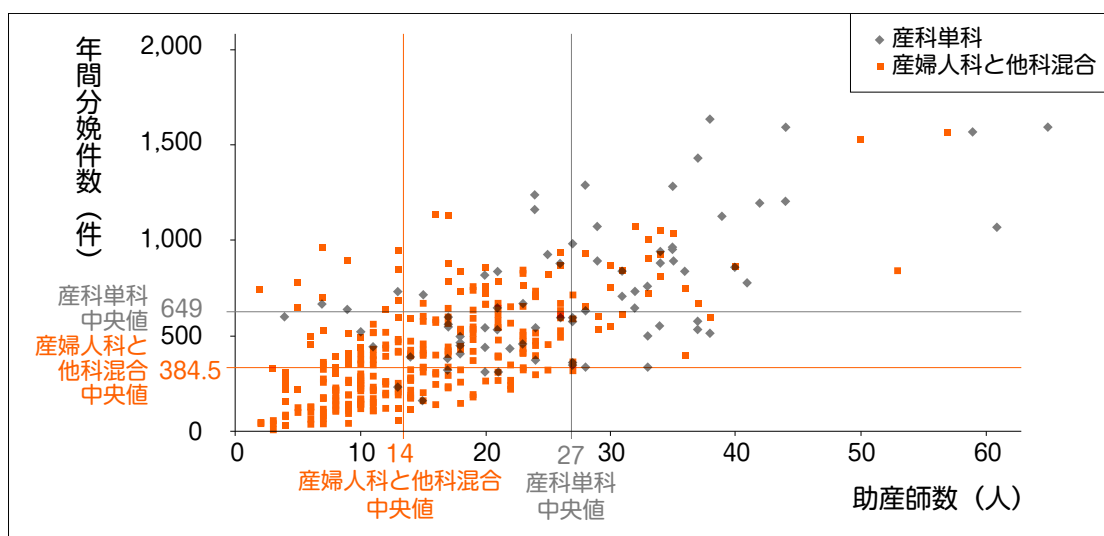


図12 年間分娩件数と助産師数

体制をとることも必要になることがあります。分娩件数や、助産師の配置人数による、勤務計画を行うことが必要になりますが、その際も、助産師の労働環境や、助産師の業務にみあった評価も同時に検討されることが望まれます¹⁴⁾。

当直・待機（オンコール）について

（詳細については「看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン．公益社団法人日本看護協会，第1版，2013．」（<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/shuroanzen/guideline/index.html>）を参照ください）

当直とは：日直や宿直は、監視・断続的労働として労働時間規制の適用対象外になります。当直を行う場合、事業主は一定の許可基準を満たしたうえで所轄の労働基準監督署に届け出を行い、許可を得る必要があります。そのため、許可基準の要件が恒常的に守られない場合は、当直を行うことは認められません。

待機（オンコール）とは：呼び出しに備えて自宅などで待機し、夜間などに緊急で業務が発生した場合に勤務につく働き方であり、所定労働時間には算入されません。しかし、待機している時間はくつろげない、お酒が飲めない、休日に遠出ができない、いつ呼び出されるかわからない緊張感を伴うなど、精神的負担が生じます。職員に過剰な負担が生じないように留意するとともに、自施設の待機（オンコール）の取り扱いについて院内でルール化しましょう。例えば回数の上限や、呼び出しがあった場合は代休を付与するなどがその内容となります。

なお、当直・待機（オンコール）中に実働が発生した場合は、実働時間に対して時間外割増賃金（22時～翌朝5時については深夜割増を付加）の支給が必要です。

基本的に、交代制勤務をしている助産師が、さらに当直や待機（オンコール）をすることは望ましくありません。やむなくこのような体制を取っている場合は、交代制へと移行するように自施設の勤務体制を整備しましょう。

リリーフ体制の仕組みづくりと運用

産科ユニット所属の助産師が、産科に関連している他病棟や産科外来、他科病棟に入院している妊産褥期の女性のケアを支援できるよう、リリーフ体制の仕組みを作る必要があります。当該病棟に入院している妊産褥婦以外の妊婦や褥婦を抽出する仕組みを作っておくことも、今後は必要ではないでしょうか。

母子の退院後の継続ケア提供の仕組みと、母子支援の仕組みづくり

分娩後の入院期間が短くなっていることから、退院後のフォローの仕組みを地域の関係者とともにつくっておくことも、必要になります。

いずれも病院長、看護部長など関係者と合意形成を行い、産科混合病棟をどのように運用していくか、またその際の人的資源管理をどのようにするのか、仕組みづくりやルールづくりが必要です。その際に地域母子保健の体制を視野に入れたありようを検討したいものです。

●おわりに

分娩や助産ケアに集中できる出産環境提供体制を整備すると同時に、分娩進行者がいない場合の助産師の働き方についても考慮しながら、産科混合病棟で行われている出産環境をよりよくしていくための取り組みを行いたいと思います。

産科混合病棟では医療介入が必要な患者と、健康を推進し関係形成初期の重要な時期にある母子が同時に入院しています。どちらに看護職員が注力するかと言えば、どうしても医療介入が必要な患者に看護職員の比重がおかれてしまうというのは、理解できません。しかしながら、分娩早期の母子のケアは、見守り、励まし、尊重し、支援するという側面が重視されるのです。

母親が新生児の世話をするので、看護職員のケアが少なくすむものではありません。分娩早期の母子のケアに関するさまざまな研究成果が、看護職員によるケアの必要性を報告しています。

さまざまな工夫を行って少ない資源を有効に活用し、分娩取扱施設として求められている期待に応えて、より安全で安心な出産環境の整備をしたいものです。

【引用文献】

- 1) 梅原初枝：混合病棟で院内システムをすすめるために、助産雑誌，66 (8)，668-673，2012。
- 2) 北岡朋：混合病棟で院内助産システムを推進する，助産雑誌66 (8)，652-655，2012。
- 3) ウィニコット：第6章 幼児期の環境の健康さ「赤ん坊と母親」ウィニコット著作集1 成田善弘，根本真弓訳，岩崎学術出版社，69-77，1993。
- 4) M.H.クラウス (著)，J.H.ケネル (著)，P.H.クラウス (著)，竹内徹 (翻訳)：親と子のきずなはどうつくられるか，医学書院，2001。
- 5) 日本看護協会 (2012/2013)，助産師の活用による出産環境の整備，日本看護協会ホームページ，<http://www.nurse.or.jp/home/innaijyosan/index.html> (2013.7.10)
- 6) 北島博之：全国の総合病院における産科混合病棟と母子同室の状況について，日本周産期・新生児医学会雑誌，48 (3)，661-668，2012。
- 7) 北島博之：わが国の多くの総合病院における産科混合病棟とMRSAによる新生児院内感染との関係，環境感染誌，23 (2)，129-134，2008。
- 8) Working Group on Fetal Health Surveillance in Labor: Fetal Health Surveillance in Labor, SOGC Clinical Practice Guidelines, No112, 2002.
- 9) Standards for Professional Nursing Practice in the Care of Women and Newborns: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses
- 10) 基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱について (保医発0305第2号・平成24年3月5日)の別添1「初・再診料の施設基準等」
- 11) 日本未熟児新生児学会 医療提供体制検討委員会：正期産新生児の望ましい診療・ケア，日本未熟児新生児学会雑誌，24 (3)，419-441，2012。
- 12) American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care, 6th edition. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians, Elk Grove Village, IL, 2007. (Guideline)

- 13) 厚生労働科学研究 妊娠出産ガイドライン研究班：科学的根拠に基づく快適で安全な妊娠出産のためのガイドライン 2013年版，金原出版，2013。
- 14) 公益社団法人日本看護協会：看護職の夜勤・交代制勤務に関するガイドライン，公益社団法人日本看護協会，第1版，2013。

【参考文献】

- ・公益財団法人 日本医療機能評価機構 産科医療補償制度再発防止委員会：第1回産科医療補償制度再発防止に関する報告書～産科医療の質の向上に向けて～；公益財団法人 医療機能評価機構，2011。
- ・公益財団法人 日本医療機能評価機構 産科医療補償制度再発防止委員会：第2回産科医療補償制度再発防止に関する報告書～産科医療の質の向上に向けて～；公益財団法人 医療機能評価機構，2012。
- ・公益財団法人 日本医療機能評価機構 産科医療補償制度再発防止委員会：第3回産科医療補償制度再発防止に関する報告書～産科医療の質の向上に向けて～；公益財団法人 医療機能評価機構，2013。
- ・中林正雄，佐藤章，池ノ上克己 ほか：産科領域における安全対策に関する研究。平成16年度総括分担研究報告書厚生労働科学研究班。2005。
- ・日本助産師会：産科病棟における混合化の実態調査に関する報告書，平成15年度厚生労働省医療関係者養成確保対策費等補助金「看護職員確保対策特別事業」，2004。
- ・堀内成子，森明子ほか：助産モデルの展開を阻む現実－病棟に勤務する助産師からみたケアシステムの問題点，日本助産学会誌，17 (1)，47-53，2003。
- ・特集 現場からの報告－モチベーションを保つための実践，助産雑誌，66 (8)，656-673，2012。
- ・福井トシ子：日本における混合病棟の実態，助産雑誌，66 (8)，644-651，2012。
- ・北島博之：平成20年度厚生労働科学研究費補助金 (新興・再興感染症研究事業) 分担研究報告 薬剤耐性菌の発生動向のネットワークに関する研究 NICUにおける院内感染サーベイランス方法の改善および院内感染予防対策ガイドラインの作成について (総括報告)，22-23，2008。

● 執筆者一覧

◇ 執筆

福井トシ子	公益社団法人日本看護協会／常任理事
中林 正雄	社会福祉法人恩賜財団母子愛育会総合母子保健センター／所長
北島 博之	大阪府立母子保健総合医療センター 新生児科／主任部長
白井 千晶	早稲田大学他／社会学講師
河合 蘭	出産ジャーナリスト
2013年度 委員長	助産師の就業先偏在の是正に関するワーキンググループ 福島富士子 国立保健医療科学院生涯健康研究部／特命統括研究官
委員	阿部 正子 長野県看護大学／准教授 井本 寛子 日本赤十字社医療センター／看護副部長 片桐麻州美 杏林大学保健学部看護学科母子看護学・助産学／教授 福島 恭子 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会総合母子保健センター愛育病院／師長 松永 佳子 東邦大学看護学部看護学科 家族・生殖看護学研究室／准教授

◇ 編集協力

2013年度 委員長	安全・安心な出産環境提供体制の推進に関する検討委員会 島田 啓子 金沢大学大学院医薬保健研究域保健学系／教授
委員	岡井 崇 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会総合母子保健センター愛育病院／院長 河合 蘭 出産ジャーナリスト 木下 千鶴 杏林大学医学部付属病院／看護師長 熊澤美奈好 学校法人鉄蕉館亀田医療技術専門学校／副校長 高田 昌代 神戸市看護大学助産学専攻科／教授 福島富士子 国立保健医療科学院生涯健康研究部／特命統括研究官 松岡 恵 杏林大学保健学部看護学科／教授 武藤 正樹 国際医療福祉大学大学院医療福祉政策領域／教授 毛利多恵子 毛利助産所／所長 森原 琴恵 日本労働組合総連合会総合政策局生活福祉局／次長
2013年度 副委員長	助産師職能委員 佐山 静江 獨協医科大学病院／副院長・看護部長 大城 洋子 かみや母と子のクリニック／助産師長 菊地 敦子 慶應義塾大学病院／師長 洪川あゆみ マザリー産科婦人科医院／副院長 島田 啓子 金沢大学大学院医薬保健研究域保健学系／教授 玉上カヅ子 総合病院福島赤十字病院／産科病棟師長 野田みや子 岐阜保健短期大学看護学科／教授 原口眞紀子 旭川医科大学病院看護部／副看護部長 日隈ふみ子 学校法人佛協教育学園 佛教大学保健医療技術学部 看護学科／看護学科長 松村 恵子 香川県立保健医療大学／教授 宮川祐三子 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立母子保健総合医療センター／看護副部長 吉留 厚子 鹿児島大学医学部保健学科看護学専攻 母性・小児看護学講座／教授

(以上の所属は2013年4月現在)

◇ 担当部署

担当役員	福井トシ子 公益社団法人日本看護協会／常任理事
事務局	村中 峯子 公益社団法人日本看護協会健康政策部／部長 岩澤 由子 公益社団法人日本看護協会看護開発部看護情報課／課長 奥村 元子 公益社団法人日本看護協会労働政策部看護労働課／専門職 小林 正代 公益社団法人日本看護協会健康政策部助産師課 山西 雅子 公益社団法人日本看護協会健康政策部助産師課 鶴見 薫 公益社団法人日本看護協会健康政策部助産師課

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

平成25年9月17日 第1版第1刷発行

発行：公益社団法人 日本看護協会
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5-8-2
TEL：03-5778-8831 URL：http://www.nurse.or.jp
問い合わせ先：公益社団法人 日本看護協会 健康政策部 助産師課
TEL：03-5778-8843
制作：株式会社メディカ出版

© Japanese Nursing Association 2013

本書の無断複写・転載は禁じます。



Unit Management