

看護師内診問題から

みやこ母子クリニック 砂川 恵栄
(宮古地区医師会)

日本有数の大規模産科医療施設で、看護師が内診をしていたことが保健師助産師看護師法(保助看法、昭和23年法律第203号)違反だとして警察の大捜索を受け、マスコミに大々的に報道されました。同業者であってみれば、我が身に降りかかった火の粉も同じで、情報を渉猟し愚考を重ねざるを得ず、あれこれ尋ねまわり、最近なんとか事態の理解に達し進むべき方向が見えてきたように思えます。専門が同じでも事態把握にかなり難渋しましたので、医師会員諸兄も専門を異とすれば事態がうまく飲み込めず困惑されている方もおられるかと思い、この機会に私見を披露させていただきたいと思えます。

内診とは分娩経過中に腔内にいれた手指で子宮口の開大度、展退度、硬度、位置、児先進部下降度をみる行為で、特に開大度、下降度を経時的に頻りにチェックしていくことで分娩の進行を把握していきます。

時に長時間に渡る分娩経過で随時に頻回に行なうことがあるため、産科病棟内医療従事者が誰でもいつでも実施可能という条件が必要です。ちょうど重症患者の血圧測定のようなもので、医師でなければいけないとかICU看護師だけとかいってられないものです。自動測定装置が望まれる領域であり、血圧については実現してるわけですが、内診については開大度についてのみ試作機をみたことがあります。まだまだ実用にはという段階のようです。その内診を看護師にさせないというのであれば、ことは深刻です。

看護師内診は保助看法違反でも、助産師充足

までの緊急避難として、環境整備までの温情的措置として認めてほしい、警察の捜査・送検はひどいというのが私の最初の認識でしたが、調べていくうちにそうではない、少なくとも以前の看護師による注射のように合法化してもらいたいとなり、そして今は、医師の指示下での看護師内診は決して保助看法違反ではない、厚労省医政局看護課の通達こそ是正されるべきものであり、ゆがんだ意図のもとに出されたものではないかと考えるにいたっています。

保助看法は第3条で、

この法律において「助産師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じょく婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子をいう。

同法第30条で、

助産師でない者は、第三条に規定する業をしてはならない。ただし、医師法(昭和23年法律第203号)の規定に基づいて行う場合は、この限りではない。

とされ、結局、助産は、保助看法下で助産師が行なうものと医師法下で医師が行なうものがあることとなります。

そして、医師法第17条で、**医師でなければ医業をなしてはならない**とあるから、前者は非医業としての助産、後者は医業としての助産ということになります。

そして、助産の歴史をふりかえってみると、この医師法・保助看法が制定された昭和23年頃は非医業としての助産と医業としての助産と二通りの助産が並行して行なわれていたことはまさに歴然としています。研修医の頃に聞いた

話ですが、若かりしK教授が大学で難産症例に奮闘していた頃、自宅では奥様が助産師の介助でお産をされていたそうです。まさに医業としての助産と非医業としての助産の並列です。

このように、整理しますと、助産には、

- ① 保助看法の下で助産婦が行なう非医療（業）行為としての助産
- ② 医師法の下で医師が行なう医療（業）行為としての助産

があることとなります。

そして、保助看法第37条で、（保健師、助産師、看護師は）診療器械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をしその他――衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。ただし、臨時応急の手当をし、又は助産師がへその緒を切り、浣腸を施しその他助産師の業務に当然に付随する行為をする場合は、この限りではない。とあり、

保助看法第38条で、助産師は、妊婦、産婦、じょく婦、胎児又は新生児に異常があると認めるときは、医師の診療を求めさせることを要し、自らこれらの者に対して処置をしてはならない。とされているのであるから、①の保助看法の下で助産婦が行なう非医療行為としての助産はいわゆる正常分娩の助産ということになり、②の医師法の下で医師が行なう医療行為としての助産はいわゆる異常分娩の助産ということになります。

しかし、正常分娩といっても結果的にそういえるのであって、前もって正常分娩を保証される分娩はありえません。このような正常と異常が瞬時にめまぐるしく交替するお産の特徴とあいまって、お産の知見と技術が高度化していること、少子化傾向でお産の1例1例がゆるがすことができないことなどから、近年異常の発生前からお産を医療機関でみるが増え、いまや分娩の95%以上が医療施設で行なわれている現状です。結果的に正常分娩となったときも医師法の下での医師による分娩は医療行為であり、予防医療と解釈されます。医師法の下での

医師による医療行為であれば、医師の指導・監督のもと医療補助者（コメディカル）に医療補助行為をしてもらうことができます。内診は血圧測定・採血・注射のような医療補助行為であり、医師の監督・指導下で看護師が実施することができ、医師に報告のうえ医師の診断に従うこととなります。

ここで例えば、レントゲン撮影と違うのは、レントゲン撮影については診療放射線技師法で第24条 医師、歯科医師又は診療放射線技師でなければ、（同法）第2条第2項に規定する業をしてはならない。と明記されており、医師の指導・監督下でも看護師にレントゲンを撮らせることはできないということで、法律上は別の範疇になります。助産行為については保健師助産師看護師法第30条で、「助産師のみに限る」と規定したのち、但し書きで「医師法の規定に基づいて行う場合は、この限りではない。」と否定し、第38条で助産師は異常があるときは医師の診療を求め助産師が自ら処置をしてはならないと明言しておりますので、法は助産においても医師の裁量を最重視していると解釈されます。100歩譲って看護師の内診が適法か否かは、内診が医療補助行為か助産行為かの判断によるということにしても、助産行為の具体的な内容は法的に規定されていないのですが、助産現場の実際のありようや保健師助産師看護師法制定以後の50年余の実情からも「内診は、分娩介助（助産行為）とはちがひ、助産師のみに限られない医療補助行為である」とするの現場の異存はないと確信します。もちろん、助産師がいる場合は助産師が内診を行ない、正常かどうか判断することができます。助産師は正常と判断すれば分娩介助（助産行為）まですすめることができます。但し、助産師の監督・指導で看護師に内診を行なわせることはできません。分娩介助の際、かなり高頻度で発生する会陰裂傷についても異常となりますので、助産師による縫合などはできないこととなります。もちろん会陰切開はできません。同様に急速遂娩としてかなりの頻度になる吸引分娩

も助産師ではできないこととなります。胎児切迫仮死で児心音低下がおこったときも、体位変換まではできて酸素投与はできないこととなります。その体位変換も厳密に言えば異常分娩への対応ですから医師の指示が要件となるでしょう。私は個人的には助産師は医師の指導・監督下であれば会陰裂傷縫合（浸潤麻酔をふくむ）、会陰切開（浸潤麻酔をふくむ）、胎児ディストレスの酸素投与などは可としたほうがお産の現場のニーズに適合すると考えるのですが、現行法上は違法ということになります。

お産への医療介入の適応は厳密にすべきですが、逆にお産への医療介入を嫌うあまり、正常分娩の枠内にむりやりに押し込んで必要な医療処置をも避けてしまうことは、より以上に慎むべきことで、たいへん危険なことです。

お産が本来正常と異常が瞬時にいれかわること、非医療行為と医療行為がめまぐるしく交差すること、筋書きのないドラマであることを考えると、お産はますます医療化それも高度医療化していくものと思われまふ。産科医が全体かつ最終の解決を計り責任をとり、助産師と看護師が医師をサポートしていく産科医療が今後のめざす方向だと考えます。現代の日本で医師主導のお産が普及して保助看法下の助産師のみによるお産が全分娩数の1%程度となっていることが、表1にみるように、日本のお産が世界最高の安全なレベルを実現できている最大要因だと考えます。それはまた先進国で最も安価な産科医療でもあるのです（表2）。

それではなぜ、厚労省看護課はこのようなま

表1. 新生児死亡率と妊婦死亡率の、60年前との比較

年 度	新生児死亡数	妊婦死亡数
昭和23年 (1948年)	64,142人	4,117人
平成16年 (2004年)	1,622人	49人
1948年/2004年	(1/40)	(1/84)

表2. お産料平均各国比較

アメリカ	100万円
イギリス	80万円
日 本	30万円 (助産所分娩もほぼ同額)

ずまずうまくいっているお産の状況で、助産師と看護師の対立も就職争いもない中で、看護師の内診を違法とする強引な通達を出し、日本の産科医療に混乱を惹き起こしているのでしょうか？

納得できる解釈ができず悶々としてきましたが、情報を得ていくうちに少しずつ筋書きがみえてきたように思います。

まず、厚労省医政局看護課の課長職は看護師資格がなければつくことができないいわゆる技官ポストで、代々助産師がついており、退官後は看護協会・助産師会の幹部に就任することが慣例のようです。看護協会・助産師会は国会議員3人を擁し、そのおひとりである南野知恵子氏は法相時代にその特異なキャラクターと能力で名をはせた方です。その看護協会・助産師会の政治力は医師会をはるかにしのいでいるのだそうで、20万人近い会員がいて、巨額の政治献金をしている大圧力団体のようです。これでは看護協会・助産師会の意向を受けて厚労省が動いたという解釈に説得されてしまいます。また、看護課は上部組織である医政局も手を焼くほどactiveで”ideologisch”だという情報もあります。しかし、看護協会・助産師会の主張である看護局通達の看護師内診違法がまかり通って、お産の現場が混乱し、産科医療機関が閉鎖されていくと、助産師・看護師も職場を失うのではないかと。そのような疑問については次のような眉唾のようなそうでないような解説があります。

「一時的にはそうですが、出産施設の減少が社会問題化することによって世論の後押しを受け、将来的には、助産師の地位を“助産医”的な存在にまで向上させ、いずれ医師抜き（現行の囑託医制を廃止し）、助産師だけで出産施設を運営（助産行為の範囲を拡大）しようという目論見があるとされています」（週刊文春'06年10月5日号）。

ほんとなかな？という感じですが、助産師会のHPをみると、助産施設開業支援に熱心であり、産科医からの独立を望んでいる様子です。看護協会・助産師会は一体に地位向上運動にたいへ

ん熱っぽく、ことあるごとに医師と同等同等と、まるで開放運動のように思えるところがあります。南野法相の時に保健婦・助産婦・看護婦が保健師・助産師・看護師と改称し、看護師などは「看護」と「師」が矛盾かなと思ったり、弁護（士）、保育（士）、博（士）、消防（士）、楽（士）、楽（師）、技（師）、漁（師）、猟（師）、医（師）、40歳未満は医（士）が元気そうでいいかなと思ったり、ずいぶんと頭が振れたものでした。

産婦人科医会のクローズドなメーリングリストに匿名で脅迫的な書き込みがされたので、IPアドレスを調べたところ、何と厚労省看護局内のパソコンから発信されていました。mihokaというのが匿名の偽名でしたが、そこには「阿部みほか」という名前の主査がいたという「みほか事件」というのも最近ありました。どうも看護協会・助産師会と厚労省看護課の一体となった胡散臭い動きがありそうな雰囲気です。（'06年8月24日から25日までの間にヤフーのフリーメールを使用しIPアドレスは厚労省で送信名mihokaのメールが3通、私もそのメーリングリストのメンバーですので事実としてヴィヴィッドに見聞しました）

インターネット等に求めれば、他にもいろいろと情報・解説・主張があり、まだ次々と追加されている状況ですが、これまで知りえたことで私なりに愚考いたしますと、

結論：看護師内診は保助看法違反ではなく、医師法のもとでの適法な医療補助行為です。厚労省看護課通達には不純な政治的意図が見え、現在の産科事情に反し、産科の将来像にも齟齬します。

追記：当院では医師法のもとで産科医の管理指導により助産師・看護師が医療補助をする**医療行為としての分娩**を行いません。保助看（保健師助産師看護師）法のもとでの助産師の管理による**非医療行為としての分娩**ではありません。お産は自然分娩とか正常分娩とか

いっても結果的にそういえるお産があるだけで、前もって安全を保証されるお産はありません。正常な分娩経過をたどっていながら、急に母児が危険な状態に陥ることは、当院でも以下の経験があります。

- ①初めての妊娠で正常な妊娠経過、妊娠41週の妊婦健診を受診時、NST（Non Stress Test）の最中に突然心音悪化し、体位変換や酸素投与でも回復しない。
- ②2回の正常分娩の既往、今回も妊娠経過順調、妊娠38週の陣痛発来で入院、分娩監視装置で心音・陣痛とも異常なかったのに子宮口4cmまで開大した時点で出血増量・児心音悪化、ひきつづき母親が血圧低下・意識消失。

①、②とも緊急帝王切開で母子とも救命しえたこの半年間の当院での例ですが（①は胎盤機能不全、胎児ディストレス、②は常位胎盤早期剥離でした）、万一に備えた準備がなければ大変なことになりかねませんでした。特に②のお産は救急車による搬送どころか、分娩室から手術室への移送すら不可能なケースで、たまたま無痛分娩希望で硬膜外チューブがはいっており、点滴中でもあったことから、直ちに分娩台上で硬膜外麻酔による帝王切開ができたので母子とも救命しえたまさに九死に一生を得た症例でした。

そして、全てのお産が無事終わるまでは、このようなことが絶対にないとはいいきれないものなのです。

このようなきびしい産科医療へ皆様のあたたかい御理解を得ながら、誠実に謙虚に精進し、地域医療機関の連携を深め、どの地域にも負けない安全で安心な良いお産のできる島にしていきたいと思えます。

そして、宮古島ではそれが充分可能だと考えています。

追々記：このように思いを千々に巡らせていると、湧き上がってくる思いがあります。宮古地区医師会のスローガンは「宮古島の医療はひと

つ」ですが、今やまさに文字通り「宮古島のお産はひとつ」を真剣に検討する好機ではないかということです。これまでも 宮古島では県立宮古病院の産科とNICUを核に開業産婦人科との連携で行なわれるお産システムがスムーズに運営されており、他地域の範となっていると思います。

しかし、今回の看護師内診問題は不当としても、産科医不足、小児科医不足、勤務条件のハード化、夜勤のある業務への人材募集難、産科への要求水準の高度化、医療訴訟の増加等を考えると、しかもそれは将来その度を増すであろうと考えると、そしてまた厚労省のみでなく産婦人科医会中央も産科医療の未来像として大規模施設への統合集約化をすでに既定方針としているらしいこと、そしてまたなによりもお産の現場を身をもって長期間体験してきた産科開業医からみても、現在のお産の現場が冷や汗ものの綱渡りであり、個人開業産婦人科が理想の医療形態であるとはとても思えないこと、先に引用したK教授の話のように、日本の三世代はそれぞれ違うお産のあり方の中で生まれてきていることからわかるように、まだ変化のまっただ中に日本の産科医療はあるということ等々を考えると、宮古島の産科医療はこの機会に（折りよく、県立宮古病院の新築移転は具体化に向け動き出し、しかも前倒しに急がれているようです）、新生宮古病院を中核に他地区に先駆けた集約化を図るべきではないかという思いがふつふつと湧いてきます。

宮古病院を核とするオープンシステムの産科医療ということになりますが、具体的なありようはいくらでも考えられるように思えます。例えば、妊婦健診は開業産科医でおこない、妊娠36週(?)で宮古病院産科に紹介する、宮古病院の産科医不足(特に当直問題)は開業産科医が囑託医として参加するetc.です。少数のハイリスク妊婦は宮古病院で妊婦健診も行なうとか、宮古病院への紹介のしかたの詳細とか、検査や記録の統一とか、囑託医の身分待遇問題とか詰めなければならぬ問題も多々あると思いますが、宮古島では他のどの地域よりもそれが

実現可能でその成果も大きいように思えます。如何でしょうか？

例えば、国費医学留学生として米施政権下の沖縄から東京の大学へすすみ、故郷の島へ産婦人科医として戻るときの技量の目標は「ナース相手に緊急帝王切開ができる」でした。そしてそのように島の県立病院の産婦人科開設者として帰郷しました。他科の医師の応援を得ることができ、ナース相手というわけではありませんでしたが、いわゆる一人医長として7年余、理不尽な不当逮捕の犠牲者である福島県大野病院産婦人科の一人医長は「明日は我が身」ならぬ「昨日の我が身」でした。「立ち去り型サボタージュ」ということばも思いつきませんでした。まったく医師増員の動きがなく、どうせ一人ならむしろ開業のほうが思いがかなうことが多いと結論付けて、開業からはや20年、理想の選択ではなく消去法での選択ですから万感込み上げるものもありますが、幸い大過なく過ごしてきました。息子も何の因果かとくにすすめもしないのに同業産婦人科医となりましたが、自らの教訓から息子には早期の帰郷は勧めず、いましばらく別の道を歩んでもらっています。

医学生の次男には、正直なところ、産婦人科は避けよという気持ちです。親子ともども思案の種は尽きないようです。

注：以上の論議や提案は開業産婦人科医の月例勉強会の折などに話題として出させてもらいましたが、まだ“公議”に付されたものではなく、単なる私案かつ試案であることをお断りいたします。

補遺：本稿は、医事新法2006/10/14号掲載の八木謙先生の論考「看護師の内診は違法か」に触発され、同論への賛意を自己の内にも構成しようとして試みたものです。

補遺2：本稿は、「宮古地区医師会だより」'06年11月号に寄稿・掲載されたものですが、当地区医師会長のおすすめもあり、貴誌へも投稿させていただきました。