

厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）
総括研究報告書

母子保健事業の効果的な展開に関する研究
総括研究報告書

主任研究者 加藤尚美 沖縄県立看護大学 教授

研究要旨：妊娠・出産における母体および胎児・新生児の安全を守るために、妊産褥婦のケアの質や、提供者として助産婦（開業助産婦・施設で働く助産婦）の業務やあり方を検討する事を目的に、本研究では、我が国の助産婦の現状そして海外の助産婦の現状を把握し、今後の母子保健事業に資するため以下の課題を取り上げ調査研究を行った。

分担研究者名

岡本喜代子 社団法人:日本助産婦会
事務局長
鈴木美恵子 日本赤十字武蔵野短期大学
助教授

比較的ローリスクに押さえられるような対象者のみを扱っているなど、安全への意識が高いことが明らかになった。今後、開業助産婦が取り扱う分娩や搬送基準について検討し、更に安全性を確保するために助産婦への教育を充実させていきたい。

1) 我が国における開業助産婦活動の安全性に関する研究（岡本喜代子）

研究目的=開業助産婦としての母子への安全に関する意識並びに緊急時の医療体制について明らかにすることを目的とした。

研究方法=平成 11 年 9 月に日本助産婦会会員で地域において分娩を扱っている有床助産所開業助産婦 478 名を対象に郵送による質問紙調査を行った。調査内容は嘱託医及び支援体制、各地の母児緊急搬送システム、年間の全搬送事例、母児搬送基準に関する安全性の実態である。

結果と考察=回収数は 357（回収率 74.7%）で有効回答は 347 通である。開業助産婦と嘱託医は何らかの連絡方法が確立しているが、緊急時の対策として対応可能な病院を各自で確保していた。搬送基準は正常分娩を逸脱しているものは搬送や転院を、異常を予測できるものについては平日の日勤帯に搬送するなどの意識を持っていた。突発的な搬送事例にあっては、複数の病院に依頼し時間を要していることもあり、必ずしもスムーズな搬送ができるとはいえない事も明らかになった。今後、妊産婦・新生児の安全の確保のためにも緊急時対応可能な医療システムづくりが必要である。開業助産婦自身の搬送基準は、妊婦教育において

結論=開業助産婦は安全性確保の努力として嘱託医以外に緊急時の対応可能な病院を確保していた。搬送基準は正常分娩を逸脱しているものは早期にしかも平日の日勤帯に転送・搬送するなどの努力をしていた。妊産婦・新生児の安全の確保のために助産所を含めた緊急対応可能な医療システム作りが必要である。開業助産婦の取り扱う分娩や搬送基準についても検討すること、更に助産婦への教育の充実が必要である。

2) 病院施設等における助産婦の業務に関する研究（鈴木美恵子）

研究目的=病院に勤める助産婦が実施している業務の実態を把握し、今後の病院における助産婦業務のあり方について検討することを目的とした。

研究方法=全国 36 都道府県、88 病院で助産婦業務に従事している助産婦 1,069 名を対象に郵送法により質問調査を実施した。調査内容は勤務している施設の概要及び対象の属性、現在実施している助産業務の頻度、役立つ資格の所持と活用等である。

結果と考察=外来・病棟共に助産婦の業務内容は助産婦独自の業務の実施頻度が高かったが、看護補助者が実施可能な業務も同様な頻度で高いことが明らかになった。病

院に勤務する助産婦の役割は周産期の母子を中心に継続的な保健指導を充実させていくことであり、そのためにも助産婦がその専門性を生かせる業務に専念できるように適正な人員配置が望まれる。

結論=病院に勤務する助産婦の日常業務においては助産婦独自の業務の実施頻度が高いと同時に看護補助者が実施可能な業務も高いことが明らかになった。助産婦が専門性を生かすべく業務に専念できるように看護要員の配置を考慮する事が大切である。

3) 諸外国における助産婦活動・教育に関する研究

研究目的=海外における助産婦活動・教育の実態を調査し、今後の我が国の助産婦活動・教育のあり方を検討する事を目的とした。

研究方法=1999年5月国際助産婦連盟マニラ大会に出席し、インタビューによる調査を行った。

結果と考察=日本の助産婦の諸制度と大きく異なることは、免許の更新制度があること、助産婦は自律しており正常分娩は助産婦に任せられ、医師との連携がスムーズであること。また、ピル等の処方も許可されていること。ニュージーランドでは開業が48%を占めている。助産婦教育は看護教育を受けないダイレクトコースや大学院修士課程に位置づけつつある。

結論=先進諸国における助産婦の資格制度及び教育は、助産婦の職能団体の影響が大きく専門職として自律するよう努力をしている。また、時代の変化と共に対応できるよう助産婦の活動も変革している。日本の助産婦活動及び教育も時代の変化に対応できるようにしていく必要がある。

4) 助産婦の自己効力の特性に関する研究

研究目的=助産婦の継続学習を進めていく上で助産婦の特性を把握し、今後の教育のあり方を検討する。

研究方法=病院に勤務している助産婦 897名を対象に自己効力測定「一般 Self-efficacy 尺度(GSES)」の16項目について2段階での質問調査を行った。

結果と考察=因子分析をした結果助産婦の

特性として、一般の分析とは異なり「心配性の傾向」が見られた。これは人の命と直接的に関わっている事による特性であると思われた。

現在の仕事への満足感からみる自己効力は仕事に不満を感じている助産婦は自己効力得点が高い傾向を示している。このことは、自己効力感が高いから現在の仕事に不満の得点が高いとも考えられる。さらに、年齢や職位が高くなると自己効力感が低い得点であったが、これは自己の目標が達成されることや、実務的なことから離れること等が考えられる。

これらのことから、助産婦の継続教育を考えるとき、管理職の自己効力をどのように高めるか、また逆にスタッフの自己効力をどのように保つのか、さらに不満を感じている助産婦に対してどのような満足感を与えるのか等我が国の助産婦の教育や現状を加味して検討する必要がある。

結論=助産婦の特性として因子分析の結果「心配性の傾向」が明らかになった。これは人の命と対峙している者としての現れであると思われた。「失敗に対する不安」「心配性の傾向」などは年齢や職位が高くなると得点が高くなる傾向にある。仕事に不満を感じている助産婦は得点が高い傾向にある。以上から年齢、職位等を考慮した継続的な学習プランが必要である。

研究発表

学会発表

- 1) 高田昌代・岡本喜代子・加藤尚美他
わが国の地域における助産婦活動に関する研究
一業務内容・業務量を中心に—
日本助産学会誌 p 138-139
第14回日本助産学会 平成12年3月20日(鹿児島)

論文

報告

- 1) 加藤尚美：米・英国における助産婦の活動と助産婦教育
沖縄県立看護大学紀要 第1号
p39-45 2000年2月

母子保健事業の効果的な展開に関する研究

目次

総括研究報告書

1. 母子保健事業の効果的な展開に関する研究
沖縄県立看護大学 加藤 尚美 ----- 227

分担研究報告書

2. わが国における開業助産婦活動の安全性に関する研究
社団法人日本助産婦会 岡本喜代子 ----- 234

3. 病院等施設における助産婦の業務に関する研究
日本赤十字武蔵野短期大学 鈴木美恵子 ----- 242

4. 諸外国における助産婦活動と助産婦の教育
沖縄県立看護大学 加藤 尚美 ----- 254

5. 助産婦の自己効力の特性に関する研究
沖縄県立看護大学 加藤 尚美 ----- 262

わが国における開業助産婦活動の安全性に関する研究

分担研究者 岡本 喜代子（社）日本助産婦会 事務局長

研究要旨 開業助産婦は、多様な女性のニーズに対応するにあたって、知識・技術・環境の提供はもとより、突発的な緊急事態に対して安全性の確保を最優先しなければならない。そこで、我が国の開業助産婦の搬送基準に対する意識、搬送実態、および緊急時医療体制の実態について明らかにすることを目的として、平成 11 年 9 月に、地域において分娩を扱っている有床助産所開業者 478 名を対象に郵送質問紙調査を行なった。有効回答は 347 通で、分析の結果、開業助産婦は、嘱託医以外に緊急時に対応可能な病院を各自で確保するよう努力しており、搬送基準も正常分娩を逸脱している場合は搬送し、また転院させている。また、異常であるとの予測が立てば平日の日勤帯に搬送するなど、搬送に対する意識は、現在我が国の医療水準で考えられているものと差がないことが明らかになった。しかし、突発的異常事態は避けることができず、実際に複数の病院に依頼して対応に時間を要している事例もあり、個人的に万全の体制を取るよう努力していても、上手く搬送できる確証がないことも明らかになった。さらに、周産期搬送システムの確立状況には地域格差があり、これについても母児の安全を確証できるものではなかった。妊産婦・新生児はどこで分娩・出生しようとも安全を確保される権利があり、助産婦にはそれに対応する義務があるため、今後、開業助産婦が搬送する際の潤滑なシステムの構築や嘱託医療機関制度の整備が望まれる。一方、助産婦側としても、ローリスクの妊産婦の分娩ケアに徹し、更に助産技術を向上させ、医療機関とパートナーシップをもちながら安全性を確保していくための教育を充実させていくべきである。

研究協力者

高田昌代 神戸大学医学部保健学科
正木かよ 正木助産院
平岡とみ代 平岡助産院
石塚和子 石塚助産院
長濱博子 (社)日本助産婦会
多尾清子 関西医医科大学非常勤講師
加藤尚美 沖縄県立看護大学

うなニーズの対応にあたって、知識・技術・環境の提供はもとより安全性の確保に努めなければならない。分娩は、妊娠期から予測されるもの以外に突発的な緊急事態が生じることが特徴であるので、迅速な救急体制を整える必要がある。そこで、本研究において、開業助産婦の搬送基準に対する意識、搬送実態および緊急時医療体制の実態について明らかにすることを目的とした。

A. 研究目的

近年、分娩に対するニーズの多様化がみられ、自分らしい満足のいく出産をするための助産所での出産や自宅出産を希望する女性が増加の傾向にある。開業助産婦は、このよ

B. 研究方法

平成 11 年 9 月に、(社)日本助産婦会会員のうち、現在、地域において分娩を扱っている有床助産所開業者（従事者を除く）と無床助

産所開設者を全国各支部の助産所部会長の確認のもとに、該当する 478 名を対象に郵送質問紙調査を実施した。

調査内容は、嘱託医など緊急時の支援体制、各地の母児緊急搬送システムの実態、年間搬送事例、母児の搬送基準に対する意識についてであった。

母児の搬送基準に対する意識については、我が国の医療水準で考えられている妊産褥婦・新生児を医療機関へ転送または搬送する可能性のある状態を、開業助産婦として実働期間が 15 年以上の助産婦 3 人の協議にて決定した 57 項目について、「する」から「しない」までの 5 段階評定尺度で測定した。今回の緊急搬送とは、救命に数分を争うような事例と考えられる常位胎盤早期剥離や胎児切迫仮死、新生児仮死などである。

(倫理面への配慮)

郵送した調査票には、質問内容に協力できる方のみ返送するよう依頼し、助産所名は伏せて分析した。

C. 研究結果

1) 回収率

回収数は 357 (回収率 74.7%) であった。今回は、平成 10 年から 11 年に分娩取扱件数のあったものを有効回答とし、347 を分析対象とした。

2) 対象者の背景 (表 1)

有床助産所開業者は 233 件、無床助産所開業者は 96 件であった。対象者の平均年齢は全体では 61.1 ± 15.6 歳、有床助産所開業者は 63.5 ± 14.1 歳、無床開業助産所開業者は 55.0 ± 17.4 歳であった。年齢分布を見ると、有床助産所開業者は、70 歳をピークに山形をなしており、無床助産所開業者は 30、40 歳代と 70 歳以上をピークとする M 字型を呈し、年齢構成の違いが認められた。

有床助産所助産婦の申請ベッド数の分布は

L 字分布をなし、中央値は 2 床であった。今回の対象者の取り扱い分娩件数は、入院分娩が 204 件の助産所にて 9,389 件、出張分娩が 154 件の助産所にて 909 件の合計 10,298 件であった。

3) 基準意識

転院・搬送を「する」「大抵する」を「搬送する群」とし、「しない」「ほとんどしない」を「搬送しない群」とし、搬送する、搬送しないの状態が一様分布で、その両者の出現に差がないとする帰無仮説を立てて検定した。その結果、表 2 に示すように、搬送しない群が搬送する群を有意に上回ったのは、「18 歳以上 20 歳未満の妊婦」場合であった。また、2 群間に有意な差がなかったのは、「破水後 24 時間」「分娩開始から 48 時間」「17 歳以下の初産婦」「35 歳以上 40 歳未満の初産婦」「分娩第 3 期が 30 分」「身長が 150cm 以下の初産婦」「出血量が 500ml 以上 1000ml 未満」の 7 項目であった。以上の 8 項目以外の 49 項目の妊産婦と新生児の状態時には、開業助産婦は転院・搬送を行なう判断があることに有意な差が認められた。

「する」「大抵する」「時々する」「ほとんどしない」「しない」の順に 1~5 点とし、各項目ごとに集計し平均値を算出した場合、平均値が 2.0 以上(「大抵する」以上)の 26 項目中新生児に関する項目が 11 項目含まれている。これは新生児に関する全 18 項目の 61.1% を占め、妊産婦の項目の割合の 38.5% に比べ占める割合が高く、新生児搬送に対しては慎重であったと考えられる。また、各項目を教育体制が大きく変化した昭和 23 年を境にその前か後に教育を受けた年齢で 69 歳以下と 70 歳以上に分けて分析した。その結果、平均値の差が 69 歳以下の助産婦より 70 歳以上の助産婦が搬送に対する意識が有意に高かった項目は、「複殿位単胎」「単殿位単胎」「足位単胎」「35 週の産婦」「35 週の

前期破水」「羊水過少」であった。

各会員ごとに集計し平均値を算出すると、1.0 から 4.63 と搬送に対する意識の幅は大きかったが、地域別、業務形態別には有意差は認められなかった。

4) 年間の全搬送事例

表3に示すように、1年間の搬送・転院全数（流産・切迫流産を含む）は722件で、妊娠中275件、分娩中（分娩後2時間まで）300件、新生児99件、産褥期4件であった。そのうち緊急搬送例は妊娠中1件、分娩中80件、新生児23件の合計104件で、分娩中、新生児期の搬送のうち26.7%、23.2%が緊急性を要する事例であった。緊急搬送理由が最も多い事例は、表4のように切迫胎児仮死で、次いで弛緩出血であり、早期剥離は16件であり、産科特有の突発的異常が上位を占めた。搬送事例の内容では、母体死亡の報告はなく、妊娠中の死産は6件、分娩中の死産は5件で、いずれも助産院で発見され搬送していた。死産の理由は記載のあった4件においては事前に予測ができない状態である不可抗力的な事例であった。搬送後の転帰として新生児死亡例は7件で、その内訳は重症仮死3件、頭頂骨軟骨発育不全で10日目に死亡1例、24週早産2件、28週の胎児心奇形、早期剥離4件であった。児の予後不良（障害・後遺症が残るまたはその可能性がある）は13件で、12件は不可抗力的事例であったが、新生児仮死の児が1件含まれていた。1997年全国統計では、妊娠22周以降の死産は出生10万対193.6、新生児死亡は出生千対1.9である。これを今回の死亡例と比較したところ、妊娠22周以降の死産は68.0、新生児死亡は1.1となり、開業助産婦の取扱い分娩の方が有意に低かった。

搬送時の時間帯は、表5にみるように、平日の9時から17時と土・日曜日の搬送割合と通常時間割合との間に有意な差があり、搬

送時、異常の予測が立てば平日の日勤帯に搬送・転院するよう努力していた。

搬送時、複数の病院に問い合わせた搬送例は全搬送例の内37件で、その内緊急性のあった事例では16件（母体13件、新生児3件）であった。緊急性がある事例ほど問い合わせ病院数が多くみられた。複数の病院に問い合わせた事例のうち、母体と新生児を比較においては、母体（104件中13件）児（23件中3件）の間に有意な差は認められず、搬送の困難さにおいては同程度であった。搬送依頼をした際に拒否された理由としては、表6のように「NICUに空きベッドがない」「産科の空きベッドがない」が上位を占めており、病院側の緊急体制が不十分である事がうかがえた。

嘱託医との関係では、助産婦が嘱託医に搬送時連絡したが対応してくれなかった事例3件（うち緊急性の事例1件・仮死）、嘱託医に連絡したが連絡が取れなかった事例3件（うち緊急性の事例2件・IUF、弛緩出血）であった。助産婦が緊急時のことを考え、万全を期しているにも関わらずこのような事態が生じているのが現実である。

5) 嘱託医の実態と緊急時の支援体制

法的には嘱託医を定める義務はないが、日本助産婦会では努力的に義務づけている無床助産所開業者の嘱託医設置であるが、その割合は、58.2%（91名中53名）であった。嘱託医の標榜科で、産婦人科医以外の科を標榜している者は272名中61名であり、また、産科を標榜していても分娩を扱っていない嘱託医は211名中30名、入院設備を有していない嘱託医209名中31名であった（表7）。

開業助産婦の緊急搬送時の支援の体制は、嘱託医との間になんらかの連絡方法により常時連絡をとることのできている体制の開業助産婦は90.1%であり、残りの9.9%のものは明確な連絡方法がない状態であった。嘱託医

以外には、個人的に対応可能な受け入れ医療機関をもっている助産婦は、全体で 85.8%であった。開業助産婦の嘱託医の有無については有意差はなく、嘱託医をもっている、いないにかかわらず嘱託医以外の医療機関ともつながりを持っていた（表 8）。その医療機関の種類としては「二次救急的病院」が最も多く全体の 68.1%、次いで「三次救急的病院」が 31.1%、「診療所」は 18.1%の順になっており、複数の病院を確保している者も多くみられた。一方、個人的に対応可能な嘱託医以外の受け入れ医療機関を有もっていない助産婦については、その嘱託医は全員産婦人科を標榜していた。

6) 各地における母児搬送システムの実態

日本各地に周産期搬送システムが構築されているが、本調査によると、周産期搬送システムに助産所が組み込まれ、緊急時助産所助産婦から直接搬送できるシステムになっている地域は、東京都、神奈川県、京都府、大阪府、兵庫県の 5 都府県のみであった。しかし、その実際には機能していないと回答している助産婦もいた。また、無床開業助産婦の場合の取扱いについては明確になっていないところが多くみられた。

D. 考察

開業助産婦の搬送基準に対する意識については、地域や有床・無床に関わらずリスクの高い状態にある妊産婦や新生児は搬送・転院するという、安全性に対する意識は現在の医療水準で考えられるところとかけ離れてはいないことが明確になった。さらに、死亡率からの実態としても安全性が高いことが明らかであった。但し、搬送に対する意識に個人差があることや、豊富な経験と技術を持っているベテランの助産婦は、骨盤位も扱うことがあるなど搬送・転院する状態の許容幅が広いことが認められた。妊娠や分娩は経験に基づ

く勘やアートの域にまで達した技術が必要なことは言うまでもないが、我が国における医療水準を前にした時の「いのちの重み」として開業助産婦が取り扱う分娩の範囲は、おのずと限られてくるものである。その際に、リスクを伴う全ての妊産婦や新生児を医療機関に搬送・転院してしまうのではなく、妊産婦の助産所にて分娩したいといったニーズを考慮して、医師と共観することも含めた開業助産婦の取り扱う分娩や搬送基準について検討し、認識していく必要があると考えてる。

しかし、産科特有の予測不可能な突発的異常はまぬがれず、多くの事例があがってきていた。開業助産婦は、このような緊急事態にも適格な判断と迅速な対応が要求されるため、嘱託医を法的にも定めるよう指導されている。しかし、嘱託医が産科医でない場合や入院設備を持ち合せていない場合においては搬送や転院は困難である。緊急搬送の場合も然りである。これは、開業助産婦が開院当時依頼した嘱託医が開業助産婦と同様に高齢化したために外来診療だけにするなど業務形態を変えたり、開業するにあたり嘱託医を承諾してくれる医師が限られていたり、嘱託医が搬送について制限を加えたりといったことが原因とされるところである。

そのため、開業助産婦は、嘱託医以外に緊急時に対応可能な病院を各自で確保するよう努力し、さらに、異常の予測が立てば搬送時期が早いと判断されたとしても、平日の日勤帯に搬送するなどの安全性の意識を有していることが明らかになった。しかし、実際の搬送事例の中では、突発的異常の対応は避けることができず、複数の病院に依頼して時間を要している事例も挙がってきていた。個人的に万全の体制を取るよう努力していても、個人的つながりでは希薄であり、必ず搬送できる確証がないことがわかった。さらに、周産期搬送システムも確立状況に地域格差があり、

これについても母児の安全を確証できるものではなかった。妊産婦・新生児はどこで分娩・出生しようとも安全を保証される権利があり、助産婦はそれに対応する義務がある。今後、開業助産婦が搬送する際、一人の医師ではなく「必ず」対応可能な状況にある医療機関が必要であり、嘱託医療機関制度等の設定が必要と考える。また、全国どこで産もうとも妊産婦・新生児の安全を保証する搬送システムの早急な構築の実現が望まれる。一方、助産婦側としても、ローリスクの妊産婦の分娩介助に徹し、助産技術を向上し、医療機関とパートナーシップをもちながら安全性を確保していくべきである。また、時代の変化や国の医療体制に伴う安全性を考慮していくことが必要であると考えられる。

E. 結論

1. 開業助産婦は、妊婦教育により回避できるローリスクの妊産婦以外は搬送・転院するべきであるという意識を持って業務を行ない、実際、統計比較からも安全性が保証された。しかし、その意識に個人差もあり、豊富な経験と技術を持ち合わせている開業婦ほどその Risk に対する意識に幅が見られた。そのため、今後、助産婦の取り扱う分娩や搬送基準について検討していく必要がある。
2. 産科特有の予測不可能な緊急事態に開業助産婦も遭遇しており、スムーズな搬送が行なえなかった事例があり、その理由としては医療機関の設備面の問題であった。
3. 開業助産婦は、妊産婦や新生児の安全を保証するために、異常の予測がつけば平日の日勤帯に搬送・転院を行なう努力をし、さらに、嘱託医だけでなく、助産婦が個人的につながりのある医療機関を複数に確保するよう努力していた。しかし、

今後、助産所においては確実な搬送先を保証できる嘱託医療機関制度等の設置が必要と考える。

4. 全県に、公的な周産期搬送システムの早期実現が望まれる。そのシステムに助産所が組込まれる必要があると考える。

参考文献

- 1) 宮崎文子、古田祐子：助産院における母児搬送基準と救急支援体制に関する実態調査, 日本助産学会誌, 13(1), 22-29, 1999.
- 2) 正木かよ：助産婦の責任—開業助産婦の立場から, 助産婦, 53(2), 25, 1999.

表1 対象者の背景

	全体	有床開業助産婦	無床開業助産婦	無記入
対象者数 (人)	347	233	96	18
平均年齢 (歳)	61.1±15.6	63.5±14.1	55.0±17.4	
範 囲	29-92	31-92	29-86	
年齢階級 (歳)				
-39	39 (11.4)	13 (5.5)	24 (24.7)	
40-49	65 (19.0)	36 (15.3)	27 (27.8)	
50-59	49 (14.3)	39 (16.6)	9 (9.3)	
60-69	47 (13.7)	45 (19.1)	2 (2.1)	
70-79	111 (32.4)	78 (33.2)	24 (24.7)	
80+	32 (9.3)	24 (10.2)	10 (10.4)	
計	343 (100.0)	235 (100.0)	96 (100.0)	

表3 時期別搬送・転院件数

時 期	件数	緊急を要した件数	緊急率(%)
稽留流産・切迫流産	44	0	0.0
妊娠期	275	1	0.4
分娩中 (分娩後2時間まで)	300	80	26.7
新生児期	99	23	23.2
産褥期	4	0	0.0
計	722	104	14.4

表4 緊急搬送事例内容

事例内容	件数
胎児切迫仮死	34
弛緩出血	22
早期剥離	16
新生児仮死	9
呼吸障害	7
胎内死亡	4
奇形	2
低出生体重時	2
痙攣	1
肺炎腫	1
その他	6
計	104

表5 搬送・転院時の時間帯

時間帯	搬送・転院件数 (件)	搬送・転院件数割合 (%)	通常時間帯割合 (%)
平日9～17時	410	62.0	23.8*
その他の時間帯 (土・日曜・夜間・早期)	251	38.0	76.2**
計	661	100.0	100.0

* : (8時間×5日)/(24時間×7日) p<0.01

** : ((24-8)時間×5日+48時間)/(24時間×7日)

表2 母児の状況項目別搬送意識

母児の状態	しない群	する群	計	p値	0.01値	ADV	SD
前回CS/適応はCPD	25	220	245	66.11	*	1.6	1.2
足位単胎	25	221	246	66.46	*	1.6	1.33
筋通緊張	20	208	228	70.38	*	1.7	1.11
染色体異常susp.	20	209	229	70.77	*	1.7	1.12
24h顔面黄染	23	210	233	65.83	*	1.7	1.15
24h後ミノルタ16≤	23	204	227	63.63	*	1.7	1.16
頸管裂傷	28	198	226	53.88	*	1.7	1.21
複胎位単胎	29	213	242	57.57	*	1.7	1.26
Hbe ab(+)	32	211	243	52.83	*	1.7	1.29
頭位双胎	35	212	247	49.41	*	1.7	1.3
心拍数180≤	18	207	225	73.81	*	1.8	1.07
5分後Ap.7≥	28	199	227	54.22	*	1.8	1.21
破水後72H経過	30	216	246	57.17	*	1.8	1.27
35週PROM	34	214	248	51.25	*	1.8	1.28
單胎位単胎	35	209	244	48.47	*	1.8	1.35
奇形	22	201	223	64.20	*	1.9	1.19
1分後Ap.5≥	34	190	224	43.65	*	1.9	1.29
前回CS/適応は仮死	35	201	236	45.97	*	1.9	1.33
会陰裂傷3度	40	185	225	35.90	*	1.9	1.34
Rh(-)/経産婦	39	195	234	39.83	*	1.9	1.4
Rh(-)/初産婦	45	193	238	33.69	*	1.9	1.43
呼吸数80≤	24	199	223	60.18	*	2	1.11
鼻翼呼吸	26	201	227	57.82	*	2	1.21
全身発疹	32	192	224	46.65	*	2	1.24
35週の産婦	38	209	247	45.06	*	2	1.32
GBS(+)	48	185	233	29.12	*	2	1.46
心雑音	25	202	227	59.70	*	2.1	1.17
リズム不整	28	197	225	53.53	*	2.1	1.22
高血圧	31	200	231	50.52	*	2.1	1.23
性器ヘルペス	47	191	238	31.49	*	2.1	1.37
43週の産婦	47	196	243	32.83	*	2.1	1.38
分娩開始から96時間経過	48	196	244	32.02	*	2.1	1.39
破水後48H経過	56	194	250	25.77	*	2.2	1.45
前期破水混濁(+)	42	207	249	40.35	*	2.3	1.31
分娩第一期時の羊水混濁(+)	45	201	246	35.89	*	2.4	1.23
1分後Ap.7≥	51	172	223	23.64	*	2.4	1.33
羊水過多susp.	37	190	227	40.38	*	2.4	2.33
羊水過少susp.	48	181	229	28.07	*	2.5	1.23
胎盤60分剥離徴候がない	68	158	226	11.90	*	2.5	1.47
母乳不良	43	185	228	33.18	*	2.6	1.13
24h排便(-)	62	163	225	15.44	*	2.6	1.31
36週PROM	64	183	247	18.72	*	2.6	1.36
年齢40≤ 初産	73	169	242	12.09	*	2.6	1.49
分娩72時間経過	74	170	244	11.91	*	2.6	1.49
出血1000≤	51	178	229	25.16	*	2.6	3.63
肥満妊婦	71	168	239	12.65	*	2.9	1.35
42週産婦	85	160	245	6.98	*	2.9	1.35
36週産婦	85	160	245	6.98	*	2.9	1.37
破水後24H経過	100	151	251	3.02	n.s.	3	1.41
baby 2500g≥	75	153	228	8.62	*	3.1	1.24
分娩開始から48時間経過	116	132	248	0.30	n.s.	3.2	1.36
年齢17≥ 初産	117	130	247	0.20	n.s.	3.2	1.43
年齢35≤ 40>初産	121	128	249	0.06	n.s.	3.4	1.31
胎盤30分剥離徴候がない	131	97	228	1.56	n.s.	3.5	1.32
High<150cm	131	114	245	0.34	n.s.	3.5	1.34
出血500≤	132	92	224	2.24	n.s.	3.6	1.21
年齢18≤ 20>	175	73	248	13.19	*	3.9	1.28

新生児項目 *p<0.01

表6 複数病院問合せ時の拒否理由

拒否理由	(件)	
	母体搬送	新生児搬送
NICUに空きベッドがない	10	5
産科の空きベッドがない	9	0
スタッフがいない	6	1
NICUがない	4	2
時間外だから	2	0
その他	4	1
計	35	9

表7 囑託医の標榜科と入院設備の有無

標榜科	入院設備					
	あり		なし		計	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
産科	178	85.2	31	14.8	209	100.0
婦人科	146	81.1	34	18.9	180	100.0
小児科	33	64.7	18	35.3	51	100.0
内科	27	61.4	17	38.6	44	100.0
その他	15	71.4	6	28.6	21	100.0

表8 囑託医の有無と囑託医以外の医療機関の有無

囑託医	囑託医外の医療機関					
	あり		なし		計	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
あり	222	86.4	35	13.6	257	100.0
なし	25	80.6	6	19.4	31	100.0
計	247	85.8	41	14.2	288	100.0

n.s.

病院等施設における助産婦の業務に関する研究

分担研究者 鈴木美恵子 日本赤十字武蔵野短期大学助教授

研究要旨

病院等施設に勤務する助産婦の日常業務の実態を明らかにし、今後の病院等における助産婦の役割を検討することを目的に、全国の病院に勤務する助産婦 1,069 名を対象に郵送法による質問紙調査を実施した。その結果、外来・病棟共に業務内容は助産婦独自の業務の実施頻度が高かったが、看護補助者が実施可能な業務も同頻度で高いことが明らかになった。病院に勤務する助産婦の役割は第一に周産期の母子を中心に、継続的な保健指導を充実させていくことであり、そのためには看護補助者との役割分担を行い、助産婦がその専門性を生かせる業務に専念できるような病棟・外来の人員配置が望まれる。また勤務体制や看護方式など、助産婦の働き方についても検討する必要がある。

A. 研究目的

我が国では昭和 30 年代までは自宅出産が主流であり、その介助は地域の助産婦が行っていた。しかし昭和 30 年から 40 年にかけて出産の場は急速に家庭から施設へと変化し、現代は 99 % が病院や診療所などの施設分娩となっている。出産の場の変化にともない助産婦も活動の場を地域から施設へと移し、平成 8 年度には 82.6 % の助産婦が病院および診療所に就業している。

助産婦の多くが地域で活動していた時代には、助産婦は主体的に業務を行い、必要に応じて医師と協働していた。しかし病院や診療所で働くようになると助産婦の主体性は徐々に失われ、医師の指導・監督のもとに働かなければならないことが多くなった。また近年の少子化に伴う出産数の減少により産科病棟が産婦人科あるいは混合病棟となり、助産婦本来の業務だけでなくそれ以外の業務をすることが多くなっている。

一方核家族化や地域住民のつながりが薄れ、育児に対する家族や近隣の人々の支援が得られにくい現代においては、医療施設や地域の助産婦によるきめの細かい支援が必要とされているが十分に行われているとは言い難い。

そこで病院に勤務する助産婦が実施している業務の実態を把握し、今後の病院における助産婦の業務のあり方について検討した。

B. 研究方法

1. 調査対象

全国 36 都道府県、88 病院に勤務する、助産婦業務に従事している助産婦 1,069 名を対象とした。対象の選択は病院名鑑より産婦人科を標榜している病院を選択し、看護部長あるいは看護婦長に電話あるいは知人を介して研究協力の依頼をし、了承の得られた病院の助産婦とした。病院選択に際しては設置主体、病院規模に出来るだけ偏りが無いよう考慮した。

2. 調査期間

平成 11 年 12 月 1 日～12 月 25 日

3. 調査方法

質問紙を看護部長あるいは研究協力者に一括郵送し、研究協力者に個々の助産婦への配布・回収を依頼した。回収後は研究協力者により、一括返送してもらう方法をとった。

質問紙は施設用と個人用の 2 種類を作成した。施設用は対象病院の概要を問う内容であり、各施設 1 名に回答を求めた。個人用の調査内容は対象助産婦の属性、助産婦業務に役立つ資格の所持の有無とその活用、現在実施している業務の頻度、仕事に対する満足感、今後充実させたい業務である。

業務に関する質問項目は研究者および助産婦経験年数 8 年以上を有する研究協力者との 3 名で作成した。病院に勤務する助産婦が日頃実施していると思われる業務を「外来業務」と「病棟業務」に分けてすべて上げ、それらを外来業

務 30 項目、病棟業務 41 項目に分類した。各項目について実施頻度を「1：日常的に行っている」から「4：全く行っていない」の 4 段階尺度で質問した。なお質問紙には各項目の業務内容がわかるようアンケート記載資料として業務の具体的内容を記載した別紙を添付した。

なおここでいう「外来業務」とは入院していない人を対象とする業務およびそれに関連する業務をすべて含むものとした。「病棟業務」とは入院している人を対象とした業務およびそれに関連した業務とした。

4. 分析方法

統計処理には統計解析ソフト HALWIN を使用し、 χ^2 検定および一元配置分散分析を行った。

(倫理面への配慮)

質問紙の配布に際しては、予め対象病院の看護部長の許可を得るようにした。個人用質問紙の回収の際は個人のデータが漏れないよう個々に封筒に入れ、封をして研究協力者に渡してもらうようにした。

C. 研究結果

1. 回収数

回収数は 84 施設 940、有効回答数 901、回収率 87.9 %であった。

2. 勤務施設の概況

病院の種類は「総合病院」が最も多く 80.4 %、次いで「大学病院」14.7 %、「産婦人科病院」2.8 %、「その他」2.2 %であった。病院の許可病床数は「300～399 床」が最も多く 23.4 %、「400～499 床」が次いで多かった(表 1)。また最小は 62 床、最大は 1,196 床であった。

分娩を取り扱っている病棟の種類は「産婦人科病棟」が最も多く 36.3 %、次いで「混合病棟」33.3 %、「産科病棟」18.0 %「その他」12.4 %であった。「その他」はすべて産科あるいは産婦人科と未熟児・NICU を 1 看護単位とした周産期母子センターであった(表 2)。病棟のベッド数は 12～76 床の間に分布しており、最も多かったのは「40～49 床」で、35.7 %であった(表 3)。年間分娩数は「200～399 件」が 26.5 %と最も多かった(表 4)。

病棟の看護職員数は「15～19 人」の階級が最も多く 34.5 %であり、最小は 7 人、最大は 52 人であった。そのうち助産婦数は「10～14 人」33.3 %、次いで「15～19 人」、30.4 %となっており、助産婦が 1 人しか勤務していないところが 1 施設あった。

病棟の勤務体制は「三交代制」が 96.0 %と

殆どであり、「二交代制」は 3.4 %とわずかであった。看護方式は「チームナーシング」が最も多く 46.2 %、次いで「モジュラーナーシング」8.5 %、「機能別看護」7.4 %などとなっていた(表 6)。「その他」はそのほとんどが 2 種類の看護方式の組み合わせであった。

3. 対象の属性

年齢は 21～71 歳に分布しており、平均年齢は 33.2 歳 (SD=8.53)、最も多かった年齢階層は 20 歳代であった(表 7)。助産婦としての経験年数は 5 年未満が 40.7 %と最も多く、以下順次経験年数が高くなるにつれて減少の傾向にあった(表 8)。

職場における職位はスタッフが 74.3 %と最も多く、次に臨床指導者 9.3 %、主任 7.2 %、婦長 4.3 %となっていた。勤務形態は「三交代」が 85.8 %と最も多く、次いで「日勤のみ」9.5 %となっていた。

4. 助産婦が持っている資格とその活用

助産婦資格以外に助産業務に役立つ資格を持っているか否か回答を求めた。何らかの資格を持っていると答えた割合は 76.0 %であった。持っている割合が最も高かった資格は受胎調節実地指導員で、651 名 (72.3 %)、次いで保健婦 69 名 (7.7 %)であった。その他はごく少数であり、思春期保健相談員 24 名 (2.6 %)、マタニティビクス認定インストラクター 12 名 (1.3 %)、以下アロマセラピスト、桶谷式乳房管理法認定者、カウンセラーなどとなっていた。

これらの資格が日常の業務に生かされていると思うかとの間には資格を持っている者の 44.5 %が「思う」と回答し、半数以上が「思わない」と回答していた。「思う」と回答した人に、どの資格がどのように活用されているかを自由記述で回答を求めたところ、「受胎調節実地指導員の資格を褥婦の退院時や外来における家族計画指導に生かしている」との回答が最も多かった。保健婦の資格は「保健指導技術を妊産褥婦の保健指導の際に生かしている」あるいは「地域の保健婦との連携に生かしている」との回答があった。また思春期保健相談員の資格を持つ人の内、その資格を生かしていると答えた人は 24 名中 11 名でありその内容は「若年妊婦の指導に生かしている」あるいは「性教育の相談・指導に生かしている」などであった。

5. 助産婦の実施している業務

業務の実施頻度 4 段階を頻度の高い順に 4 点から 1 点まで得点化し、その平均値を業務の実施頻度とともにみた。その際、助産婦を外来業務のみを行う者(以下外来専任者という)、病

表1 許可病床数

	数 (%)
0 ~ 100 未満	28 (3.1)
100 ~ 200	25 (2.8)
200 ~ 300	57 (6.3)
300 ~ 400	211 (23.4)
400 ~ 500	134 (14.9)
500 ~ 600	113 (12.5)
600 ~ 700	127 (14.1)
700 ~ 800	60 (6.7)
800 ~ 900	93 (10.3)
900 ~ 1000	0 (0.0)
1000 ~ 1100	13 (1.4)
1100 ~ 1200	40 (4.4)
合計	901 (100)

表2 病棟種類

	数 (%)
産科病棟	162 (18.0)
産婦人科病棟	327 (36.3)
混合病棟	300 (33.3)
その他(産科+ NICU)	112 (12.4)
合計	901 (100)

表3 病棟ベッド数

	数 (%)
10 ~ 20 未満	29 (3.2)
20 ~ 30	104 (11.5)
30 ~ 40	212 (23.5)
40 ~ 50	322 (35.7)
50 ~ 60	192 (21.3)
60 ~ 70	31 (3.4)
70 ~ 80	11 (1.2)
合計	901 (100)

表4 年間分娩件数

	数 (%)
0 ~ 200 未満	66 (7.3)
200 ~ 400	237 (26.3)
400 ~ 600	189 (21.0)
600 ~ 800	190 (21.1)
800 ~ 1000	131 (14.5)
1000 ~ 1200	65 (7.2)
1200 ~ 1400	5 (0.6)
1400 ~ 1600	0 (0.0)
1600 ~ 1800	10 (1.1)
不明	8 (0.9)
合計	901 (100)

表5 病棟助産婦数

	人数 (%)
0 ~ 5 未満	6 (0.7)
5 ~ 10	77 (8.6)
10 ~ 15	300 (33.3)
15 ~ 20	274 (30.4)
20 ~ 25	118 (13.1)
25 ~ 30	113 (12.5)
30 ~ 35	0 (0.0)
35 ~ 40	13 (1.4)
合計	901 (100)

表6 病棟の看護方式

	数 (%)
チームナーシング	416 (46.2)
モジュラーナーシング	77 (8.5)
機能別看護	67 (7.4)
プライマリーナーシング	57 (6.3)
受持性看護	43 (4.8)
その他	241 (26.7)
合計	901 (100)

表7 年齢

	人数 (%)
20 ~ 25 未満	115 (12.8)
25 ~ 30	285 (31.6)
30 ~ 35	166 (18.4)
35 ~ 40	105 (11.7)
40 ~ 45	111 (12.3)
45 ~ 50	76 (8.4)
50 ~ 55	30 (3.3)
55 ~ 60	10 (1.1)
60 ~ 65	1 (0.1)
65 ~ 70	0 (0.0)
70 ~ 75	1 (0.1)
不明	1 (0.1)
合計	901 (100)

表8 助産婦としての経験年数

	数 (%)
1 ~ 5 未満	303 (33.6)
5 ~ 10	247 (27.4)
10 ~ 15	120 (13.3)
15 ~ 20	104 (11.5)
20 ~ 25	81 (9.0)
25 ~ 30	33 (3.7)
30 ~ 35	10 (1.1)
35 ~ 40	0 (0.0)
40 ~ 45	0 (0.0)
45 ~ 50	1 (0.1)
不明	2 (0.2)
合計	901 (100)

棟勤務ではあるが外来業務も行っている者（以下外来・病棟兼任者という）、病棟業務のみを行っている者（以下病棟専任者という）の3群に分類して、外来業務の分析には外来専任者および外来・病棟兼任者を対象とし、病棟業務の分析には外来・病棟兼任者および病棟専任者を対象とした。なお3群の構成人数は外来・病棟兼任者が最も多く731名（81.1%）、次いで病棟専任者141名（15.6%）、外来専任者はわずかに29名（3.2%）であった。

1) 外来業務（表9-1）

実施頻度が相対的に高かった業務は「乳房の管理・ケア」「褥婦の個別保健指導」「妊婦の個別保健指導」「妊婦の集団保健指導」「妊婦の健康診査の介助」「褥婦の健康診査の介助」などであった。また「書類・伝票の整理」「患者搬送」「機械・器具の準備・片づけ」「環境整備」も頻度が高かった。一方、実施頻度が低かった業務は「乳児健診」「幼児健診」や思春期、更年期、不妊、遺伝などの各種の相談であり、「全く行っていない」が80～90%以上を占めていた。

2) 病棟業務（表9-2）

「日常的に行っている」と回答した割合が80%を越す業務は「褥婦の乳房管理」と「新生児の世話」であった。また70%以上が「日常的に行っている」と回答した業務は14項目あり、その大半は妊産褥婦を対象とした直接的な業務であった。「全く行っていない」と回答した割合が最も多かった業務は「分娩時の切開・裂傷の縫合術」の97.5%であった。次いで70%代が2項目、60%代が1項目であった。

3) 経験年数による業務の違い

対象を経験年数によりA群：5年未満、B群：5年以上10年未満、C群：10年以上の3群に分けて得点の平均値の違いをみた。経験年数による主効果が見られた項目のみ表に示した。

(1) 外来業務（表10-1）

「妊婦の健康診査」「不妊症患者の診療の介助」「妊婦の個別保健指導」「妊婦の集団保健指導」など8項目において、経験年数による主効果が見られた。

さらに対比較にて有意水準を0.05にすると「妊婦健康診査」ではA群とC群、B群とC群にそれぞれ有意差がみられ、経験年数5～10年未満が最も得点が高く、5年未満と10年以上の得点が低かった。「妊婦の個別保健指導」および「妊婦の集団保健指導」ではA群とB群、A群とC群には有意差があったが、B群とC群には有意差はなかった。

「患者搬送」「受付窓口業務」「他部門との連絡・調整」においてはA群とB群、およびA群とC群には有意差があり、経験年数5年未満の群より5年以上の群の得点が高かった。

(2) 病棟業務（表10-2）

病棟業務においては31項目中「医師が行う異常分娩の補助」や「分娩時の膣会陰切開術の実施」「褥婦の個別保健指導」などの助産婦の主体的業務や診療の補助業務、また「書類・伝票の整理」「他部門との連絡・調整」「病棟管理業務」などの間接的業務、合わせて16項目について経験年数による主効果があった。群間の比較では16項目すべて、A群とC群に有意差がありC群の得点が高かったが、「病棟管理業務」を除いてB群とC群には有意差がなかった。

6. 仕事に対する満足感

現在の仕事に対して満足している者は245名（27.2%）、不満足567名（62.9%）であり不満足が2/3以上を占めていた。

満足感と病棟の種類、経験年数、勤務場所との関連を見ると、病棟の種類との間には有意な関連（ $p < 0.05$ ）があり、産科病棟や周産期センターに勤務する者の満足感が高く、産婦人科病棟や混合病棟に勤務する者の満足感が低かった。満足感と経験年数との間には関連は見られなかった。また勤務場所との関連では外来・病棟兼任者と病棟専任者において有意な関連（ $p < 0.05$ ）がみられ、外来・病棟兼任者の満足感が高かった。

不満足の理由について自由記述で回答してもらい、それらをカテゴリー化した。最も多かった理由は「助産婦業務が出来ない」であり、その原因として診療の補助業務や助産婦業務以外の業務が多い、混合病棟のため、人員不足、忙しいなどが上げられていた。また類似の理由として業務が多い、他業務が優先される、混合病棟である、人手不足などにより「妊・産・褥婦へのかかわりが十分出来ない」との回答も多かった。続いて「業務が多く、煩雑で忙しい」、医師主導のため「助産婦として主体性がもてない、自律できていない」「助産婦としての専門能力が生かされていない、専門性が発揮できない」との回答が多かった。「分娩数が少なく分娩介助が出来ない」との回答は比較的少なかった。その他として「現状の看護の質に対する不満」も多かった。

またこれら業務に関する理由とは異なり、「病院や病棟の勤務体制や看護体制に関する不満」も多かった。

7. 今後充実の必要がある業務

今後充実させていく必要性を感じている業務について、3項目簡潔に記述するよう求めたところ 635名(70.5%)から回答が得られた。それらを検討し、カテゴリー化した(表11)。

そのうち最も回答数の多かった業務は「乳房の管理・ケア」であり、4割以上の回答者がこの業務を上げていた。以下多い順に「妊婦の保健指導」「産婦の看護」「褥婦・新生児の退院後の継続看護」「褥婦の保健指導」「マタニティサイクル以外の女性の看護」「妊婦の健康診査」などとなっていた。

「乳房の管理・ケア」では褥婦の入院中だけでなく、退院後のケアの必要性を上げていた者が多く、その内33名は「母乳外来」と具体的に上げていた。

「妊婦の保健指導」では特に個別保健指導を充実させたいという回答が多く、次いで母親学級や両親学級などの集団保健指導が多かった。

「褥婦・新生児の退院後の継続看護」では「褥婦・新生児の家庭訪問」や「電話訪問」と具体的に回答している者が多く、その他「育児の相談・指導・援助」と回答している者も多かった。

「産婦の看護」としては「分娩の介助」が多く、次いで「産婦の生活行動援助」「分娩進行の査定」、「産婦の希望する自由な分娩」となっていた。また「その他」として少数ではあるが「膣・会陰切開と縫合」という回答も見られた。「褥婦の保健指導」では「個別保健指導」が圧倒的多数であった。

「マタニティサイクル以外の女性の看護」では思春期の女性を対象にした教育・相談・指導などが多く、次いで更年期の女性を対象にした教育・相談・指導が多かった。「妊婦の健康診査」ではその多くが「助産婦外来」と回答していた。

「その他の看護」としてわずか数名の回答であるが「育児期の母親同士が連携をとれるような場の提供」や「低用量ピルの服用に関する指導」「幼児虐待に対する相談事業」「性暴力被害者のケア」などがあつた。

D. 考察

1. 助産婦の実施業務の現状と問題点

保健婦助産婦看護婦法によると、助産婦の業務は助産と妊婦、褥婦、新生児の保健指導となっている。今回の調査では外来業務においては乳房の管理やケア、妊婦や褥婦の保健指導、病棟業務においては新生児の世話、褥婦の乳房管理などの実施頻度が相対的に高かった。これらの業務は助産婦が独自の判断で出来る業務であ

り、助産婦はその専門性を生かして仕事をしているように見える。しかしこれらと同程度の頻度で、外来業務においては医師による妊婦や褥婦の健康診査の介助、病棟業務においては妊婦や褥婦の診療の補助など医師の診療の補助業務が実施されていた。

さらに、外来業務、病棟業務ともに書類や伝票の整理、業務終了後の後片づけや環境整備など対象に直接関わらない間接的な看護業務が診療の補助業務以上に実施されていた。また混合病棟に勤務する助産婦はその殆どが産科婦人科以外の患者の看護を日常的に行っていた。これらのことから、病院に勤務する助産婦は助産婦業務以外の業務をかなり行っているといえる。仕事に対する満足感において「不満足」と回答した者が6割以上を占め、その理由として忙しいことや混合病棟であるなどにより「助産業務が出来ない」とか「妊産褥婦に十分に関わることが出来ない」などが多く述べられており、先の結果はこれを裏付けていると言える。

一方、マタニティサイクル以外の女性に対する援助として代表的な思春期相談や更年期相談の実施状況は「日常的に行っている」「時々行っている」を合わせてもわずか数パーセントであり、ほとんどの助産婦が全く実施していなかった。時代の変化にともなって助産婦業務も多様化し、昭和46年には日本看護協会が看護白書の中で「助産婦業務とは(中略)具体的には助産介助、妊産婦並びに新生児の保健指導、および思春期から更年期にいたる婦人に保健指導並びに衛生教育をおこなうものである」との見解を述べている。これにより我が国でも女性のライフサイクル各期における性と生殖に関するケアは助産婦業務であるとの認識が高まり、助産婦教育にも取り入れられてきているが病院ではまだまだ実践されていない現状が伺える。

助産は助産婦業務の中心であり助産婦のアイデンティティの核となる業務であるが、分娩進行の査定や正常分娩の介助の実施頻度は「日常的に行っている」と回答した者は75%前後であり、平均得点は先の間接業務より低かった。日本看護協会が1992年に実施した「病院勤務助産婦の業務と役割に関する調査」では正常分娩の介助を日常的に行っていると答えた者が95.2%であり、今回の調査では「日常的に行っている」と「時々行っている」を合わせても85.1%と先の結果より低かった。この原因として出産数そのものは1993年当時と今日ではほとんど変化がないことを考慮すると、今回の調査では病棟の管理業務中心で助産業務をほとんど行

っていないと思われる婦長や主任などの病棟管理者を対象に含めたためとも考えられる。

また助産に付随する医行為である膣会陰切開については、全く行っていない者が75%以上を占めていた。さらに分娩時の切開や裂傷の縫合を実施している者はほとんどなかった。膣会陰の切開は助産婦であっても臨時応急の手当として実施することが法的に認められており、正常分娩を助産婦が介助する際に緊急に切開が必要となることも往々にしてあると考えられる。また切開の縫合は切開した者が実施するのが当然であり、助産婦が切開した場合は助産婦が縫合まで責任を持って実施する事が望ましいと考える。したがって日頃から正常分娩介助中に切開が必要になったら助産婦が実施出来るように、役割分担について医師と話し合うことも必要であろう。

出産を終了した女性は必然的に育児を開始しなければならず、中でも授乳がその大部分を占めている。授乳が円滑に行われるための適切な乳房の管理やケアは、助産婦が専門家として医師の介入もなく主体的に実施できる重要な業務であり、したがって業務の中で乳房の管理やケアの実施頻度が最も高かったことは当然と考える。しかし、今後充実させる必要性を感じている業務として、多数の回答者が乳房の管理やケアの必要性を上げていた。これらのことから少なくとも入院中は乳房の管理やケアがある程度実施されているが、退院後の継続的援助が不足しているために今後の充実の必要性を感じていると推察できる。多くの調査において、退院後の母親の心配事で最も多かったのは母乳に関することであるという結果からも、乳房の管理・ケアに対する母親のニーズは高く、退院後も継続していく必要があるといえる。

育児期の母親に対する退院後の継続看護の必要性が叫ばれて久しいが、現実には母子保健法に基づく新生児訪問が委託助産婦によって行われている地域がほとんどであると思われる。今回の調査においても褥婦・新生児の家庭訪問の実施頻度は非常に低かった。しかし面識ある助産婦による出産した施設からの家庭訪問は話しやすく安心感がもてるとの対象者の反応からも今後の充実が必要である。

助産婦が日頃実施している業務の実施頻度に経験年数による違いがあるか検討したところ、多くの業務において違いが見られた。しかしその違いは経験年数5年未満の者と5年以上の者との違いであり、5年以上10年未満の者と10年以上の者との間にはほとんど違いがなかつ

た。すなわち助産婦としての経験が5年を越えると仕事の仕方が経験年数によって違うということがなく、中間管理職である婦長や主任を除いて皆が同じような業務の仕方をしていると言える。

助産婦資格以外の資格の所有と活用状況の回答では、その資格を日常業務に生かしていないと答えた者が半数以上であった。また、生かしていると答えた者でもその活用の仕方は一般的な日常業務実施の際に、その資格に伴う知識や技能を生かしているにすぎず、例えば桶谷式乳房管理法認定者であれば母乳外来を固定的に担当するとか思春期相談員の有資格者であれば思春期相談の専任にするなどの積極的活用はなされていなかった。

これらから、ある程度の経験を積んだ助産婦には本人のキャリア開発の希望を考慮し、取得した資格を生かして、より専門的な業務を中心とした仕事ができるよう業務分担を考慮することも助産婦の有効な活用につながるであろう。

2. 病院における助産婦業務のあり方

病院に勤務する助産婦は助産業務以外の業務を高頻度で実施しており、それが仕事に対する不満の理由の多くを占めていた。特に間接的な看護業務がかなりの頻度で行われていた。これらから助産婦を十分活用するためには、助産婦がその専門性を生かせる業務に専念できるように看護補助者や病棟事務を導入し、各々の業務区分を明確にしてそれぞれの特性を生かした活用をする必要があり、そのための病棟・外来の適切な人員配置を検討する必要がある。

また今日の出生率の低下により産科病棟が混合病棟へと移行する傾向にあることはやむを得ないことと考えるが、混合病棟であっても助産婦、看護婦、看護補助者の業務区分を明確にし、助産婦がその専門性を生かした業務を中心に勤務できるように業務の見直しが必要であろう。

このように助産婦が現在実施している業務を整理することによって、助産婦本来の業務であり対象のニーズも高いにもかかわらず十分実施されていない業務の実施が可能になると考える。具体的には妊産褥婦の保健指導の充実であり、特に病院を退院した後の褥婦・新生児に対する援助として母乳外来や家庭訪問などは積極的に導入していくことが望ましいと考える。

また今回の調査の結果では、病棟の看護方式はチームナーシングが半数近くを占めており、ケアの受け手、提供者共に満足度の高いプライマリーナーシングや受持性看護はごく少数であった。しかし助産は妊娠、分娩、産褥と連続し

たプロセスに関わる業務であり、その特性から考えて一貫したケアの提供が望ましい。したがって、プライマリーナーシングや受持性看護など看護方式の工夫や、さらには妊娠期から分娩期、産褥期、退院後まで継続した受持性看護など、助産婦の働き方についても検討する必要がある。

E. 結論

病院に勤務する助産婦の日常業務においては

助産婦独自の業務の実施頻度が高かったが、看護補助者が実施可能な業務も同頻度で高かった。そこで助産婦が周産期の母子に一貫したケアを提供していくために、看護補助者との役割分担を明確にし、助産婦がその専門性を生かした業務に専念できるような病棟・外来の人員配置が望まれる。また妊娠期から産褥期まで継続したケアを提供するために看護体制や看護方式を検討する必要がある。

表9-1 業務実施頻度と平均得点（外来業務）

(N=760)

業務項目	日常的に行 っている (%)	時々行って いる (%)	たまに行っ ている (%)	全く行って いない (%)	平均 得点	標準 偏差
妊婦健康診査	142(18.8)	14(19.0)	158(21.0)	311(41.2)	1.972	1.140
褥婦健康診査	187(24.9)	72(9.6)	104(13.9)	387(51.6)	1.908	1.227
医師が行う褥婦健康診査の介助	300(39.7)	110(14.6)	173(22.9)	173(22.9)	2.441	1.271
医師が行う妊婦健康診査の介助	254(33.6)	149(19.7)	203(26.9)	150(19.8)	2.408	1.207
医師が行う乳幼児健康診査の介助	120(15.9)	90(12.0)	96(12.7)	447(59.4)	1.711	1.101
婦人科患者の診療介助	217(28.7)	99(13.1)	179(23.6)	262(34.6)	2.145	1.227
不妊症患者の診療介助	116(15.4)	93(12.3)	169(22.4)	376(49.9)	1.785	1.074
新生児の健康診査	152(20.2)	84(11.2)	101(13.4)	414(55.1)	1.813	1.167
乳児健康診査	32(4.2)	25(3.3)	52(6.9)	644(85.5)	1.221	0.666
幼児健康診査	22(3.0)	15(2.0)	18(2.4)	688(92.6)	1.129	0.544
乳房管理・ケア	358(47.2)	136(17.9)	149(19.7)	115(15.2)	2.666	1.259
妊婦の個別保健指導	267(35.2)	201(26.5)	183(24.1)	107(14.1)	2.542	1.181
褥婦の個別保健指導	298(39.5)	174(23.1)	164(21.8)	118(15.6)	2.571	1.221
妊婦の集団保健指導	260(34.3)	188(24.8)	155(20.4)	155(20.4)	2.458	1.219
褥婦の集団保健指導	242(32.1)	109(14.5)	76(10.1)	326(43.3)	2.141	1.307
その他の集団保健指導	63(8.4)	46(6.1)	73(9.8)	566(75.7)	1.398	0.877
思春期相談	4(0.5)	11(1.5)	35(4.6)	706(93.4)	1.077	0.350
更年期相談	11(1.5)	21(2.8)	53(7.1)	665(88.7)	1.144	0.494
家族計画指導	210(27.8)	138(18.3)	153(20.2)	255(33.7)	2.181	1.224
不妊相談	9(1.2)	17(2.2)	55(7.3)	677(89.3)	1.129	0.459
遺伝相談	4(0.5)	4(0.5)	17(2.2)	732(96.7)	1.041	0.274
妊婦の家庭訪問指導	2(0.3)	3(0.4)	13(1.7)	741(97.6)	1.028	0.217
褥婦・新生児の家庭訪問指導	11(1.5)	15(2.0)	45(5.9)	686(90.6)	1.120	0.461
電話訪問	121(16.1)	113(15.0)	129(17.2)	388(51.7)	1.808	1.109
書類・伝票の整理	311(41.3)	99(13.1)	122(16.2)	221(29.3)	2.402	1.321
患者移送	233(30.8)	109(14.4)	190(25.1)	225(29.7)	2.223	1.230
受付窓口業務	162(21.4)	92(12.1)	127(16.8)	377(49.7)	1.887	1.177
他部門との連絡・調整	247(32.8)	130(17.3)	150(19.9)	225(29.9)	2.289	1.256
機会・器具の準備・片づけ	404(53.3)	86(11.3)	115(15.2)	153(20.2)	2.667	1.332
環境整備	428(56.5)	81(10.7)	93(12.3)	156(20.6)	2.712	1.348

表9-2 業務実施頻度と平均得点(病棟業務)

(N=872)

業務項目	日常的に行 っている (%)	時々行っ ている (%)	たまに行っ ている (%)	全く行っ ていない (%)	平均 得点	標準 偏差
治療妊婦の生活行動の援助	675(77.4)	102(11.7)	71(8.1)	24(2.8)	3.553	0.870
治療妊婦の診療の補助業務	656(75.2)	121(13.9)	71(8.1)	24(2.8)	3.532	0.872
産婦の生活行動の援助	679(78.0)	94(10.8)	63(7.2)	34(3.9)	3.545	0.899
分娩進行の査定	680(78.2)	90(10.3)	63(7.2)	37(4.3)	3.539	0.911
正常分娩の直接介助	651(74.7)	91(10.4)	57(6.5)	73(8.4)	3.433	1.025
異常分娩の直接介助	272(31.4)	121(14.0)	108(12.5)	366(42.2)	2.301	1.304
医師が行う異常分娩介助の補助	457(52.5)	135(15.5)	186(21.4)	92(10.6)	3.032	1.119
分娩時の膣会陰切開術の実施	59(6.8)	48(5.5)	106(12.2)	656(75.5)	1.422	0.863
分娩時の切開・裂傷の縫合術	5(0.6)	3(0.3)	14(1.6)	850(97.5)	1.039	0.278
分娩の间接介助	610(70.3)	128(14.7)	71(8.2)	59(6.8)	3.405	0.994
分娩時記録類の整理	682(78.3)	91(10.4)	47(8.2)	51(5.9)	3.528	0.942
分娩後の使用物品の後片づけ	674(77.3)	96(11.0)	46(5.3)	56(6.4)	3.508	0.958
褥婦の健康診査	583(68.1)	82(9.6)	65(7.6)	126(14.7)	3.235	1.174
褥婦の生活行動の援助	680(78.4)	88(10.1)	67(7.7)	32(3.7)	3.548	0.898
褥婦の個別保健指導	565(64.9)	147(16.9)	111(12.8)	47(5.4)	3.339	0.986
褥婦の集団保健指導	577(66.3)	123(14.1)	63(7.2)	107(12.3)	3.269	1.116
褥婦の乳房管理	705(80.8)	96(11.0)	48(5.5)	23(2.6)	3.614	0.831
褥婦の診療の補助業務	651(74.8)	113(13.0)	67(7.7)	39(4.5)	3.498	0.924
正常新生児の健康診査	497(57.7)	97(11.3)	77(8.9)	191(22.2)	2.978	1.277
新生児の世話	705(81.1)	74(8.5)	47(5.4)	43(4.9)	3.572	0.911
新生児の診療の補助業務	572(65.7)	121(13.9)	80(9.2)	98(11.3)	3.264	1.104
異常新生児のモニタリング	230(26.7)	154(17.9)	179(20.8)	297(34.5)	2.324	1.212
異常新生児の世話	238(27.5)	160(18.5)	199(23.0)	269(31.1)	2.378	1.197
異常新生児の診療の補助業務	237(27.7)	160(18.7)	191(22.3)	268(31.3)	2.381	1.201
産科手術・処置の介助	376(43.7)	182(21.1)	158(18.4)	145(16.8)	2.854	1.166
不妊検査・治療の介助	100(11.5)	81(9.4)	168(19.4)	517(59.7)	1.704	1.029
不妊症患者の生活行動の援助	93(10.7)	55(6.4)	121(14.0)	597(68.9)	1.570	0.996
不妊症患者の診療の補助業務	118(13.7)	74(8.6)	161(18.7)	508(59.0)	1.745	1.073
婦人科患者の生活行動の援助	364(41.9)	134(15.4)	162(18.6)	209(24.1)	2.695	1.246
婦人科患者の診療の補助業務	375(43.1)	127(14.6)	162(18.6)	206(23.7)	2.714	1.249
婦人科患者の手術介助	118(13.7)	43(5.0)	92(10.7)	610(70.7)	1.596	1.063
書類・伝票整理	612(70.7)	107(12.4)	70(8.1)	77(8.9)	3.369	1.049
患者移送	525(60.6)	126(14.5)	127(14.6)	89(10.3)	3.181	1.105
配膳	683(78.4)	93(10.7)	67(7.7)	28(3.2)	3.558	0.881
リネン・シーツ交換	638(73.2)	150(17.2)	69(7.9)	14(1.6)	3.537	0.830
環境整備	679(78.1)	99(11.4)	76(8.7)	15(1.7)	3.573	0.841
他部門との連絡・調整	530(61.3)	155(17.9)	124(14.3)	56(6.5)	3.264	1.021
産科・婦人科以外の疾患患者 の生活行動援助	293(33.8)	107(12.3)	202(23.3)	266(30.6)	2.444	1.248
産科・婦人科以外の疾患患者 の診療の補助業務	262(30.2)	103(11.9)	206(23.7)	297(34.2)	2.336	1.239
学生・研修生への教育指導	425(48.9)	220(25.3)	139(16.0)	86(9.9)	3.062	1.065
病棟管理業務	135(15.6)	108(12.5)	190(22.0)	431(49.9)	1.908	1.110