

---

## IV. まとめ

---

本研究は、今後の介護職員によるたんの吸引等の法制化を想定した関係職種の連携体制のモデルを作成することを目的として、まず、国の介護職員によるたんの吸引等の試行事業の実施方法および本研究班が2009年度に作成した違法性阻却下における家族以外の者によるたんの吸引の提供のための関係職種連携フローを参考として、調査用連携モデルを作成した。調査Ⅰ「試行事業参加者による法制化を想定した連携モデル案の作成」の試行事業参加者に対する面接調査結果に基づき、調査用連携モデルを検討して修正し、今後の法制化を想定した連携モデル案を作成した。更に、調査Ⅱ「熟練実践者および学識経験者による連携モデルの作成」では、熟練実践者および学識経験者に対する面接調査結果に基づき連携モデル案を検討し修正した「連携モデル」の作成および連携モデルの実施上の課題・理論的な課題を明らかにした。

調査Ⅰの対象者は、国の試行事業において介護職員等の指導を担当した医師1名、看護職員10名、同研修を受講する介護職員17名である。調査方法は、介護職員が安全に実施するために必要な関係職種との連携体制等についての面接調査である。調査Ⅱの対象者は、施設または事業所管理者4名、看護職員3名、介護福祉士4名、医師4名、介護支援専門員3名、計18名および法律専門家2名である。調査方法は、法制化を想定した連携モデル案に対する実施上の課題および連携モデルの妥当性等についての面接調査である。

調査Ⅰ・調査Ⅱの結果、連携モデルの流れは、①組織的決定、②療養環境・連携体制の整備、③当該利用者に対する個別計画の整備、④介護職員による利用者の個別具体的な方法の習得、⑤介護職員等によるたんの吸引等の実施、⑥介護職員の実施経過における安全性確保・評価とした。

具体的には、介護職員がたんの吸引等を実施するにあたっては、最初の段階において、各施設・事業所における実施体制や安全性の確認などについて行政が関与していることや各施設・事業所の法人・事業者による介護職員等のたんの吸引等の実施の方針の決定、更にそれを受けて、各施設・事業所において運営体制を確保して方針を決定していくという段階的・組織的な決定が必要である。更に、次の段階として、各職種の役割や責任の所在を明確にした連携体制の確保や安全委員会の設置が必要である。安全委員会の設置において、施設・事業所内に、安全性を確保するために必要な職種・関係者（医師・看護職員等）が配置されていない場合には、外部機関の者との間において、連携に関する文書の締結に基づく組織化の下、療養環境・連携体制を整備することが必要である。

また、たんの吸引等が必要な利用者については、一般的なたんの吸引等の実施手順等のみに従い実施するのではなく、利用者・家族への説明と同意とともに、「個別計画」を立案する必要がある。そのためには、利用者・家族やサービス担当者が集まる「個別計画会議」が必要であり、「個別計画会議」を設置するにあたっては、当該利用者のケアに参加する関係職種・関係者を構成員とし、構成員が外部機関である場合には連携体制に関して文書による締結をもって体制を確保することが必要である。

利用者個々の安全性を確保するための関係職種の連携体制としては、介護職員による実施過程において、十分な医療職によるバックアップ・フォロー体制を確保するために、①医師・看護職員・介護職員のそれぞれの職種間で情報交換（連絡・相談・報告）をするための標準的

な方法(手段)・内容等に関する事前の取り決めをすること、②必要時に医師の判断が確認できる体制を確保していること、③当該機関の職員として、または病院若しくは診療所若しくは訪問看護事業所との契約により、看護師による24時間連絡対応体制を確保していることなどが必要である。

介護職員の実施経過における安全性確保・評価については、定期的な個別計画会議（カンファレンス等）の実施や定期的な介護職員の手技評価、手順書・個別計画等の定期的な見直しが必要である。また、看護師による事故報告・ヒヤリハットの分析・記載漏れのチェック・定期的なフォローアップ・チェックリストを用いた手技チェックなどの仕組みや介護職員の技術習得後も看護師が相談にのれるような体制が必要である。

以上の点を反映させた「関係職種連携モデル（p45～46；図3）」を作成した。

また、本連携モデルの実施を想定した場合の課題としては、特に、関係職種が同一施設内に所属していない施設および在宅においては、「②療養環境・連携体制整備」における安全性を確保するための安全委員会の組織化および定期的な開催の困難に関する課題が明らかになった。例えば、行政の関与等によって地域的な仕組みづくりの重要性が示唆された。また、安全性確保・評価において、責任の所在や責任体制が不明瞭である、安全委員会や個別計画会議などの調整者が不明瞭であるという課題があった。このように、今後の法制化を想定した場合、在宅では施設に比べて多くの課題があり、今後は、具体的な実施体制に関して施設と在宅を別途、考慮する必要性が考えられる。

**謝辞：**本研究の実施にあたり、調査Ⅰ「試行事業参加者による法制化を想定した連携モデル案の作成」にご協力いただきました「介護職員によるたんの吸引等の試行事業」に参加された事業団体担当者・関係者の皆様、介護職員・医師・看護職員の皆様に深謝申し上げます。更に、調査Ⅱ「熟練実践者および学識経験者による連携モデルの作成」にご協力いただきました施設および事業所管理者・介護職員・医師・看護職員・介護支援専門員・法律専門家の皆様に深謝申し上げます。

厚生労働科学研究費補助金  
(地域医療基盤開発推進研究事業)

チーム医療の推進における看護師等の役割拡大・専門性向上に関する研究  
—療養者に対する介護職員による安全な医療処置提供のための  
チーム医療のあり方—

平成 22 年度 総括・分担研究報告書  
その 2 (2/3)

研究分担者 川村 佐和子  
本田 彰子

平成 22(2010)年 3 月



2010V1069A (3/3)

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

チーム医療の推進における看護師等の  
役割拡大・専門性向上に関する研究

平成 22 年度 総括・分担研究報告書  
その 3 (3 / 3)

研究代表者 井上 智子

平成 23 年 (2011) 年 3 月

## 研究組織

研究代表者	井上 智子	東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科
研究分担者	池ノ上 克	宮崎大学医学部附属病院
研究協力者	平田 修司	山梨大学医学部産婦人科学教室
	津崎 恒明	公立八鹿病院産婦人科
	中井 章人	日本医科大学多摩永山病院産婦人科
	金子 政時	宮崎大学医学部附属病院総合周産期母子医療センター
	照井 克生	埼玉医科大学総合医療センター産科麻酔科
	米山万里枝	東京医療保健大学医療保健学部看護学科
	毛利多恵子	毛利助産所
	村上 明美	神奈川県立保健福祉大学
	田村 一代	さくら産院
	久保 敦子	宮崎大学医学部附属病院看護部
	高橋 弘幸	山口赤十字病院産婦人科

平成 22 年度 厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
チーム医療の推進における看護師等の役割拡大・専門性向上に関する研究  
「会陰裂傷縫合ワーキンググループ」

## 目 次

### 研究分担報告

1. 会陰裂傷縫合ワーキンググループ研究総括  
..... 1
2. 助産師による会陰裂傷縫合に関する研究（山梨大学）  
..... 13
3. 助産師による会陰裂傷縫合に関する研究（日本医科大学多摩永山病院）  
..... 33
4. 助産師による会陰裂傷縫合に関する研究（宮崎大学）  
..... 45
5. 会陰裂傷縫合時の麻酔の安全性と処方に関する研究  
..... 53
6. 日本及び諸外国の助産師教育の現状  
..... 59

7. 助産所助産師による会陰裂傷縫合に関する研究 「助産所助産師による会陰裂傷縫合に関する実態調査」中間報告 .....	71
8. 助産所助産師による会陰裂傷縫合に関する研究 「助産師養成所における会陰縫合に関する教育の実態調査」 .....	81
9. 一次医療機関における会陰裂傷縫合に関する研究（中間報告） .....	89



平成 22 年度 厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
チーム医療の推進における看護師等の役割拡大・専門性向上に関する研究

研究分担報告書（中間報告）

会陰裂傷縫合ワーキンググループ研究総括

研究代表者 池ノ上 克

チーム医療の推進における看護師等の役割拡大・専門性向上に関する研究

研究分担報告書（中間報告）

会陰裂傷縫合ワーキンググループ

研究分担者：池ノ上 克（宮崎大学医学部附属病院）  
研究協力者：平田 修司（山梨大学医学部産婦人科学教室）  
津崎 恒明（公立八鹿病院）  
中井 章人（日本医科大学多摩永山病院産婦人科）  
金子 政時（宮崎大学医学部附属病院総合周産期母子医療センター）  
照井 克生（埼玉医科大学総合医療センター産科麻酔科）  
米山万里枝（東京医療保健大学）  
毛利多恵子（毛利助産所）  
村上 明美（神奈川県立保健福祉大学）  
田村 一代（さくら産院）  
久保 敦子（宮崎大学医学部附属病院看護部）  
高橋 弘幸（山口赤十字病院産婦人科）

（敬称略）

研究要旨

助産師が縫合可能な会陰裂傷の程度や産科医との連携のあり方等について臨床現場での試行的な実施と検証を行うことで、安全に実施できる適用範囲や実施方法を明らかにすることを目的とした。

本年度は、諸外国における助産師教育と助産師業務の現状に関する調査、看護教育および臨床の現場における現在の状況に関する調査、助産師が行う会陰裂傷縫合の実践に関する検証を行った。

諸外国における助産師教育と助産師業務の現状に関する調査では、諸外国では、助産師は、正常分娩およびそれに付随する業務を行える権限を有し、高い職業意識をもっていることが分った。現在の日本における看護教育の現状は、

学部においては時間的な制約から分娩介助実習が中心となり、本質業務の訓練に偏りがあった。助産学専攻科 1 年間の課程でも、同様に時間的制約から、実習が不十分なため妊婦健診や小児保健健診などを実践できる助産師は養成されていなかった。会陰縫合の授業に関しては、会陰縫合の授業に関してアンケート調査したところ、約 70%実施していた。授業形態は、講義のみ 16.4%、講義と演習 78.6%、演習のみ 3.3%であった。

助産師が行う会陰裂傷縫合の実践に関する検証に関して、既に助産師による会陰裂傷縫合術を平成 21 年から 2 年間で 87 件行っている施設で検討したところ、1 例の創離開症例を認めた。新たに助産師による会陰裂傷縫合術に取り組む 3 施設での検討では、施設の倫理委員会による審査を受けた後に、まず、対象となる助産師に対して講義と実技演習を行った。その後に、認定を受けた助産師が、医師の指導のもとに実際の分娩時に縫合を行った。3 施設で、今年度に 29 件の助産師による会陰裂傷縫合が行われたが、現時点では重篤な合併症は認めていない。

- A. 研究目的
- 質が高く、安心・安全な医療を求める患者・家族の声が高まる一方で、医療の高度化・複雑化に伴う業務の増大により医療現場の疲弊が指摘されるなど、医療の在り方が根本的に問われる今日、「チーム医療」は、我が国の医療の在り方を変え得るキーワードとして注目を集めている。チーム医療を推進するためには、①各医療スタッフの専門性の向上、②各医療スタッフの役割の拡大、③医療スタッフ間の連携・補完の推進、といった方向
- を基本として、関係者がそれぞれの立場で様々な取組を進め、これを普及させていく必要がある。
- このような状況下で、看護師については、あらゆる医療現場において、診察・治療に関連する業務から患者の療養生活の支援に至るまで幅広い業務を担い得ることから、いわば「チーム医療のキーパーソン」として患者や医師その他の医療スタッフから寄せられる期待は大きい。
- 産科チーム医療の現場では、助産師は、妊娠中の妊婦の教育・支援、分娩中の妊

婦の管理・支援、分娩介助、褥婦の育児・乳房管理等において重要な役割を担っており、いわば「産科医療におけるキーパーソン」である。このような業務の中で、経膈分娩の介助時に発生する会陰裂傷縫合に関しては、主に産科医が縫合を担っている現状である。しかしながら、会陰裂傷縫合を分娩介助に伴う一連の業務として捉えた場合、助産師が実施可能な行為とも考えることができる。

そこで、助産師が縫合可能な会陰裂傷の程度や産科医との連携のあり方等について臨床現場での試行的な実施と検証を行うことで、安全に実施できる適用範囲や実施方法を明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

以下の項目に対して、研究協力者が分担して調査および研究を行った。

1. 諸外国における助産師教育と助産師業務の現状に関する調査（米山）

2. 日本における現況

看護教育（米山、村上）および臨床の現場（毛利、田村）における現在の状況に関する調査

3. 助産師が行う会陰裂傷縫合の実践に関する検証

既に助産師による会陰裂傷縫合を行っている施設での検討（高橋）

新たに助産師による会陰裂傷縫合を行う施設での検討

（平田、中井、金子、久保）

局所麻酔の安全性（照井）

## C. 研究結果

1. 諸外国における助産師教育と助産師業務の現状に関する調査

諸外国では、助産師は、正常分娩およびそれに付随する業務を行える権限を有し、高い職業意識をもっている。以下に諸外国の現状をまとめた。

ドイツの助産師教育：高校卒業後の3年課程の Direct Entry が主流である。大学教育の中で行われているのは58校中1校のみである。3年課程における卒業資格要件は、分娩取扱数40～50件以上、妊婦の健康診査100例以上、出産直後の新生児の健康診査100例以上、産褥期の母子ケア（家庭訪問）各100例以上、産後4週までの健康診査40例、会陰切開並びに裂傷縫合各5例以上である（EU諸

国統一)。教育時間では、理論 1660 時間、実習 3000 時間であり、実習重視の教育である。分娩誘発、会陰切開と縫合および 13 種類の検査項目が助産師の業務として許されている。

オランダの助産師教育：Direct Entry における 4 年生教育である（2000 年以降）。養成機関は全国 4 校（定員 40 名）である。助産師は、ローリスク・ハイリスク双方の診断に重点を置き、状況に応じて縫合・処方行為を実施している。産後の母子ケアの大部分はマタニティ・エイドナースが実施し、助産師は診断やアセスメント・ケアプランに重点が置かれている。教育体制は、1 年次 学校内における講義や外診・内診、会陰切開・縫合、新生児蘇生に関する技術実習を行う。2 年次 病院の助産師や医師の指導を受けながら実習する。卒業資格要件は、分娩介助 40 件以上、妊婦の初診 60 例以上、妊婦健康診査 640 例以上、会陰切開並びに縫合 5 例以上、出生直後の新生児健康診査 40 例以上、産褥期の母子ケア（家庭訪問）180 例以上、産後 6 週後の健康診査 40 例以上である。助産師は自然裂傷（Ⅰ～Ⅲ度）の縫合を行う。

スウェーデンの助産師教育：養成機関は 4 校（定員 60 名程度）。国で定められた教育水準があるが、カリキュラムは大学に任せられている。看護の基礎教育を修了後 1 年半 Diploma（undergraduate education）で学び免許を取得する。大学院課程（修士課程・博士課程）に進学する助産師が増加傾向にある。教育カリキュラムは、女性の reproductive health と家族の健康、性の健康と受胎調節、妊娠中の管理・ケア・指導、分娩介助、産褥・新生児のケアを中心に学習する。教育目標は、助産師として自立して働くために必要な知識・技術の習得ならびに専門職団体としてより科学的な手段でその業務の質を発展させることである。卒業要件は、EU の基準「ボローニア・プロセス」（2006 年 9 月）を満たすことであり、最低 100 例の妊産褥婦のケア、分娩介助は 50 例、筆記試験が課せられる。

アメリカの助産師教育：助産師と看護助産師の資格がある。看護助産師の資格は全米 50 州で通用する資格であるが、助産師は全ての州では通用しない。看護師免許を取得後、大学院 2 年間の助産師プログラムコース、1 年 3 間の認定校の

コースがある。看護師免許がなければ、大学院で3年間の助産師プログラムコースを取得して、アメリカ助産師協会の助産師資格試験に合格する必要がある。教育内容は、州によって異なる。助産師教育期間は12~48ヶ月（実習8~33ヶ月）である。ミシガン大学を1例にとると、助産に関する病態生理学や必須科目の Certified Nurse Midwifery Program に基づいて教育される。内容は、女性の reproductive health と家族の健康、性の健康と受胎調節、妊娠中の管理・ケア・指導、分娩介助、産褥・新生児のケアを中心に学習する。

高い教育背景を持つ認定助産師は、病院での出産を主に担う。一般的なスタイルとして、病院と契約している医師が、外部から来て分娩を取扱う。認定助産師が加わることもある。助産師は、健康な妊産婦を対象に、妊婦健診、分娩介助、外陰部の局所麻酔、会陰切開、縫合、処方、IUDの挿入、更年期ホルモン療法、産前教育などを行う。ハイリスク妊娠に対しては、産科医と協同して診療にあたり、帝王切開時には first assist として縫合などを手伝う。助産師は、法的に自分の

診療行為全てに責任を負う。医療保険も医師と助産師の区別はなく、診療行為に対して同額の報酬を保険会社から支払われる。

イギリスの助産師教育：2つの助産教育カリキュラムがある。①20ヶ月コース、看護師資格のある学生を対象。②3年間コース、看護師資格のない学生を対象。科目は、助産師トレーニング、看護師トレーニング、理学療法トレーニングからなる。45週間の実技演習の期間に、分娩介助100例と妊婦ケア100例を取扱う。助産師は会陰縫合を行っている。

## 2. 日本における現況

助産師教育および臨床の現場の日本における現状を調査した。

### (1)現在の助産師教育の状況に関する調査

a. 学部における教育は時間的な制約から分娩介助実習が中心となり、本質業務の訓練に偏りがある。助産学専攻科1年間の課程でも、同様に時間的制約から、実習が不十分なため妊婦健診や小児保健健診などを実践できる助産師は養成されていない。また、助産師教育を行っていない。

る大学院は、2009年4月現在、9校である。2008年文部科学省大学評価委託事業「助産分野における就職3年未満の実践力評価—大学院修士課程と大学課程の比較—」報告書によると、学部卒業生に比べて、大学院修了生は、旺盛な探究心、助産という仕事への専心、整理焦点化する力、職業人としての人間関係スキルに関して勝るが、助産技術の習得に関して、差はないようである。

#### b. 助産師教育カリキュラムの改正（平成21年4月から施行）

助産師は、出産だけでなく妊娠、出産、産褥期の女性や新生児のケア、次世代を育む母子や家庭への支援、女性の生涯を通じた性と生殖をめぐる健康への支援等、期待される役割は拡大してきている。これを踏まえて、妊娠・出産・育児について妊産婦自身が主体的に取り組むことができるように支援できる能力を養うこと、思春期の性教育、性感染症、性暴力、更年期障害など女性の性と生殖をめぐる健康に関する課題への支援ができる能力を養うことが強調されている。さらに、助産師には、妊娠期から一貫し、地域に根ざした母子保健サービスを提供すること

が求められ、それを踏まえて、地域における他職種との連携・協働の重要性について学ぶことが新たに盛り込まれた。

#### (2) 助産師養成所における会陰縫合教育に関する実態調査（平成22年11～12月現在）

公益社団法人全国助産師教育協議会の平成22年度の会員校127校へ調査票を送付し、84校（回収率66.1%）から回答を得た。対象校の教育課程の内訳は、大学院6校（7.1%）、大学専攻科・別科9校（10.7%）、大学選択課程38校（45.3%）、短大専攻科4校（4.8%）、専門学校27校（32.1%）であった。回答者は、助産師教育の責任者64名（72.6%）、非責任者20名（23.8%）であった。

会陰縫合の授業に関して、実施している対象校が61校（72.6%）、実施していない対象校が23校（27.4%）であった。授業を実施している対象校における授業形態は、講義のみ10校（16.4%）、講義と演習48校（78.6%）、演習のみ2校（3.3%）、無回答1校（1.6%）であった。

会陰縫合の望ましい教育方法についての記述による回答を得た。付加すべき教育内容として、解剖・生理学のより深い

知識、麻酔に関する知識、薬理学の知識の必要性、教授方法として、講義・学内演習・臨床実習を組み合わせた教育、産科医師による臨床での技術指導の必要性が述べられていた。教育の時期は、ある程度分娩介助技術を修得してからや養成施設を卒業してからとの意見があった。

一方、授業時間をとれない、現在、会陰裂傷は助産師の業務ではない、会陰裂傷を予防する分娩介助法を教育することのほうが大切だからとの理由で、授業の実施に反対する意見もあった。

### (3)助産所助産師による会陰裂傷縫合に関する実態調査

分娩を取扱う 429 施設の助産所所長へアンケート調査を行い 273 施設 (回答率 63.7%) から回答があった。これを元に 2010 年 7 月の 1 カ月間に管理された 689 件の産婦 (初産婦 168 人、24.4%、経産婦 521 人、75.6%) を対象に調査結果をまとめた。a. 会陰裂傷の発生率とその対応

302 件 (43.8%) に会陰裂傷が発生し、その内 33% が 1 度もしくは 2 度裂傷であった。会陰裂傷 1 度に対する対応は、クレンメ 152 施設 (55.7%)、縫合 48 施設

(17.6%)、何もしない 112 施設 (41%)、テープ固定、オイル塗布等に対応する 14 施設 (5.1%) であった。会陰裂傷 2 度に対する対応は、クレンメ 133 施設 (48.7%)、縫合 105 施設 (38.5%)、何もしない 18 施設 (6.6%)、その他 5 施設 (1.8%)、嘱託医師の縫合 3 施設であった。クレンメに対しては、苦痛や感染の機会の増大、縫合不全の可能性を指摘する意見もあった。

### b. 助産師が実施している会陰裂傷縫合の実施率

117 施設 (42.9%) で実施されていた。

### c. 会陰縫合に関する教育や研修の実態

助産所管理者 117 人の内、過去に研修を受けたことがあるのは 71 人 (60.7%) であった。研修を受けたことのない人以内、30 人は医師から直接指導を受けた経験があった。研修の内容は、演習を含んでいたのが 62 人 (87.3%) であった。講習時間は 2~3 時間が 30 人 (42.3%) と最も多かった。

### d. 医師との共同管理の実情

会陰裂傷縫合術を医師に依頼している施設は 134 施設 (49.1%) であった。この内、医師への受診 101 施設 (75.4%)、往



診 24 施設 (17.9%)、両方 7 施設 (5.2%) であった。医師が縫合するまでの時間は、1 時間以内、56 施設 (41.8%)、2 時間以内、29 施設 (21.6%)、3 時間以内、11 施設 (8.2%) 5 時間以内、7 施設 (5.2%) であった。3 施設においては翌日に縫合が行われていた。

#### (4)産科診療所における会陰裂傷縫合に関する調査

正常経過での自然会陰裂傷を助産師が縫合することに対して、83 名の褥婦から得られた回答は、自然な裂傷なら助産師が縫合してもよいが 15.8%、傷の程度により助産師が縫合してもよいが 50%であった。

### 3. 助産師が行う会陰裂傷縫合の実践に関する検証

#### (1)既に助産師による会陰裂傷縫合術を行っている施設での検討

##### a. 病院における検討

山口赤十字病院では、経験 20 年の助産師に対して、講義と牛たんを使った実技演習を行った後に、助産師による会陰切開を、平成 21 年に 9 件、平成 22 年に 49 件、助産師により会陰裂傷縫合術を、

平成 21 年に 23 件、平成 22 年に 64 件行った。1 例の創離開症例があったのみであった。

#### (2)新たに助産師による会陰裂傷縫合術に取り組む施設での検討

山梨大学、日本医科大学、宮崎大学産婦人科で助産師による会陰裂傷縫合術の安全性と問題点を明らかにするための研究を開始した。今年度は、2 年間の研究期間の中間報告である。

研究の倫理面に対しては、いずれの施設も施設の倫理委員会による審査を受けた。

まず、対象となる助産師に対して講義と実技演習を行った。その後に、認定を受けた助産師が、医師の指導のもとに実際の分娩時に縫合を行った。

山梨大学では、3 名の助産師を「縫合技術仮認定助産師」として認定し、3 例の縫合が行われた。

日本医科大学では、4 名の助産師が認定を受け、12 件の切開ないし自然に発生した第 1 度および第 2 度会陰裂傷の縫合を行った。1 例に創部の軽度内出血を認めた。

宮崎大学では、5名の助産師が認定を受け、14件の切開ないし自然に発生した第1度および第2度会陰裂傷の縫合を行った。現在のところ、縫合に伴う合併症は発生していない。

3大学で、今年度に29件の助産師による会陰裂傷縫合が行われたが、現時点では重篤な合併症は認めていない。

### (3) 局所麻酔の安全性について

会陰裂傷縫合の際に必要な局所麻酔の安全性について、文献を検索して調べた。

その結果、アミド型局所麻酔薬によるアナフィラキシーの報告は乏しく、妊婦に関する文献は見当たらなかった。但し、臨床の現場では、麻酔薬の血管内誤注入や過剰投与による局所麻酔薬中毒が発生する可能性はある。標準的使用量の遵守、針先が血管内にないことを間欠的に吸引して確かめる等の対策に加え、局所麻酔薬中毒の早期発見と治療についての対策は必要である。

### D. 考察

諸外国では、高度な助産師教育を受け

厳しい資格要件を満たした助産師は、正常分娩とそれに付随する様々な業務を助産師の責任の元に行える権限を持っていた。一方で、我が国においては、時間的制約から本質業務の実習に偏りがあり、資格要件も諸外国に比べて軽いものであった。会陰裂傷縫合に関しては、厚生労働省から「会陰裂傷縫合は学内で演習できる」と、到達目標として挙げられている。しかしながら、授業を実施していない学校が27%あり、実施している学校でも講義のみしか行っていない学校が16%存在していた。我が国の助産師教育の充実が期待される場所である。

臨床の現場では、会陰裂傷は、どの施設においても発生しており、医師がいない場合は、助産師がクレンメ等を用いて対応するかあるいは助産師が縫合するか、または院外医師へ依頼するかいずれかを選択する必要性が生じていた。院外医師へ依頼する場合は、縫合開始まで数時間を要することもあり、褥婦への負担も懸念された。また、妊婦の意見では、助産師が会陰裂傷縫合を行うことに対し一定の条件下では、肯定的な意見が多かった。これらのことから医療現場において、助

産師が会陰裂傷縫合を行うニーズはあるものと思われた。

助産師が行う会陰裂傷縫合術に関する安全性の検証を、3 大学が中心となり開始したところである。中間報告では、それに伴う重篤な合併症は発生していない。また、既に助産師が会陰裂傷縫合を行っている病院施設においても、過去に重篤な合併症は生じていない。来年度は、症例を積み重ねて、助産師が会陰裂傷縫合を行うことができる要件（教育内容および適応）と安全性を検証していく予定である。

厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

研究分担報告書

助産師による会陰裂傷縫合に関する研究

研究協力者 平田 修司