

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

日本及び諸外国の助産師教育の現状

研究協力者：米山万里枝 東京医療保健大学医療保健学部看護学科／助産学専攻科 教授

研究要旨

平成 21 年度から助産師業務拡大のあり方について検討してきた。今年度は、助産師による会陰切開及び縫合に関する問題について意見交換と検討をする機会をもった。

その中で、諸外国における助産師の業務範囲及び助産師による会陰切開及び縫合の実施状況の調査を実施した。調査 1 諸外国（欧米）における助産師の業務範囲及び会陰切開及び縫合の実施状況を調査した。調査 2 助産学専攻科における学生への会陰切開及び縫合に関する教育への学生へのアンケート調査を行った。

その結果、

調査 1 では、欧州において代表的な助産師教育の方法である direct entry-system の国であるドイツと看護基礎教育を前提とした nurse-midwife system のスウェーデン・ノルウェーにおける助産師の教育や業務の実態を調査した。国別にシステムは異なっても、助産師は、正常分娩及びそれに附属する業務は行なえる権限を有しており、高い職業意識をもっていることは共通している。当然であるが、緊急時や異常及びリスク因子をもつ対象に関しては医師が対応している。

しかし、国による差は多少あるが、調査した国々の助産師は、ピルの処方や IUD の挿入、スミア検査、乳癌検診、特に、妊娠・分娩・産褥の健康診査や思春期など女性のライフサイクルを巡る健康診査に関する業務を実施している。また、スウェーデン・ノルウェーは、妊婦健診は、助産師が運営するクリニックで診察を行なう。9時から 17 時以外の時間外や緊急および分娩時は大学病院など病院が担当することが明確に妊産婦や家族にも周知されており、分娩を取り扱う施設の集約化など明確な役割分担が行なわれていることがわかった。分娩を取り扱う病院の助産師は、会陰縫合は実施している。これらは、日本の現状とは異なる点である。

調査 2 では、会陰切開及び会陰裂傷縫合に関する知識及び技術教育は、助産師の役割業務の拡大を見通した中では必要である。学生の課題として、解剖学的知識、術手技、経験がみられた。その結果を踏まえ、助産実践能力の向上に向けて、教育の必要性が示唆された。今後、助産師教育の根幹をなす内容を含め、助産師として取得すべき能力として会陰切開及び会陰裂傷縫合に関する教育プログラムの構築をすることの重要性がわかった。

調査 1 諸外国における助産師業務と教育

I. 調査研究の背景

ドイツ：ヘッセン州教育文化省の外郭団体学校や健康に関わる担当部署 Hessisches Kultusministerium Schule & Gesundheit、Dr Horst Schmidt Kliniken GmbH、Sexualpaedagogisches Team Pro Familia ハイデルブルグ大学、聖母病院助産師学校・助産院、スウェーデン：カロリンスカ大学、スウェーデン助産師協会、MAMA MIA、青少年クリニック、ノルウェー：HELSESOSTERAKERSHUS UNIVERSITY
上記は事前に協力要請を行い、調査協力が得られた施設である。

II. 研究目的

本調査研究の目的はわが国の助産師の業務拡大に

伴う教育のあり方を構築する基礎資料とするために、アメリカ合衆国、EU 諸国のドイツ・フランス、スウェーデン、ノルウェーにおける助産師の教育、業務の内容等を調査することである。

III. 研究方法

1. 調査期間

調査は、平成 21 年 8 月、平成 22 年 8 月の 2 回の時期に、現地視察と聞き取り調査により行った。

2. 調査対象

ドイツ、フランス、アメリカ、スウェーデン、ノルウェーと日本

IV. 結果

1) 我が国における助産師教育

助産師教育を行っている大学院は、2004 年 4 月天

使大学に助産師の専門職大学院が発足した後、2009年4月までに9校となっている。教育内容等の具体的な改革については、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（日本助産評価機構 2009）が参考になるが、その報告書では、学部卒業生に比べ、大学院修了生に特徴的なことは「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」があり、両者に差がない項目としては「個人差の大きい助産技術の修得：修得した助産技術は変わらない、修得までには時間がかかる」がある。学部生の場合は時間的に圧縮されたカリキュラムである。今後は、大学後の1年以上の教育期間は、助産師教育の学習期間として必要であると考えられる。

今後の助産師教育は、助産師業務の本質に重点を置いた教育を行う必要があるが、学部における教育は時間的に分娩介助実習が中心となり、本質業務の訓練に偏りがあり、実習に課題が残る。助産学専攻科1年間の課程でも、時間的な制約があるため、妊娠期、分娩介助10例程度及び産褥期（乳房管理含む）・新生児期の訓練が非常に弱いため、医師に代わって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現状にある。そのためには、周産期医療の異常にも医師と協働して対応できる助産診断・技術力及び妊娠期・分娩期・産褥期、新生児期の診断能力（事例体験）、社会的リスクに対応できるメンタルヘルスケア能力を強化する必要があるが、それには臨地実習を強化することである。ついては、妊娠期の妊婦健康診査及び保健指導、分娩介助の例数の増加などの充実化、会陰切開・縫合術及び超音波画像診断法の訓練など、助産スキルアップの向上を図るとともに最先端の医療と直結した講義・演習、臨地実習を行うことにより、確実な実践能力を有する助産師の育成を図ることに繋がると考える。

2. 助産師教育カリキュラムの改正

日本の助産師教育カリキュラムが改正され、平成21年4月から施行された。助産師教育の「基本的考え方」の改正急速な少子高齢化が進展している我が国において、助産師は出産を扱うだけでなく、妊娠、出産、産褥期の女性や新生児のケア、次代を育む母子や家族への支援、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。これらを踏まえ、今後の助産師に求められる基本的な資質を明確にする方向で改正が行われた。具体的には、価値観の多様化から、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。また、核家族化や女性の社会進出が進み、子育て支援を地域全体で推進していくことが必要であり、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ており、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ている。

3. 教育内容の改正 資料抜粋

①「基礎助産学」については、妊産婦の主体性を尊重した出産への支援に焦点を当てるとともに、生殖医療の進歩などを踏まえ、生命倫理を強化する内容とした。また、母乳育児や母子愛着形成を支援する力を養うため、乳幼児の成長発達等の学習を強化する内容とした。さらに、チームにおけるコミュニケーションや関係職種・関係機関との情報共有の必要性を学ぶため、チーム医療や関係機関等との調整・連携について学ぶ内容を含むものとした。

②「助産診断・技術学」については、妊産婦の主体性を尊重した出産を支援する能力を養う内容とし、妊婦・褥婦・新生児の健康状態に関するアセスメント及びそれに基づき支援する能力を高めるため、演習等の充実を図り、助産の実践に必要な基本的技術を強化する内容とした。

③「地域母子保健」については、住民の多様なニーズに対応できるよう、地域の他職種と連携・協働しながら地域の母子保健を推進するための能力を高める内容とした。

④「助産管理」については、助産所や産科病棟等の運営・管理を安全に行うための知識や技術、周産期の医療事故とその対策等についての知識を養うため、周産期における医療安全の確保と医療事故への対応について学ぶ内容とした。

⑤「臨地実習助産学実習」については、医師と助産師との連携・協働を認識し、分娩の正常な経過を理解するため、取り扱う10例の分娩は、原則として正期産・経陰分娩・頭位単胎とし、分娩第1期から第4期までとした。また、実習期間中に妊娠中期から産後1ヶ月まで継続して受け持つ実習を1例以上行うこととし、継続した関わりの中で信頼関係を築きあげ、医療者側の視点だけでなく受ける側の視点をも認識し、心理・社会的なアセスメントや支援する力を高める内容とした。さらに、妊娠期や産褥期・新生児期のアセスメントや支援を行う能力を強化する内容とした。なお、分娩第1期のアセスメント及び支援ができ、分娩介助の途中で吸引分娩、鉗子分娩に移行した場合には、1回の分娩として差し支えないことを「看護師等養成所の運営に関する手引き」に追加することとした。

⑥全体として従来の22単位（720時間）以上から

23 単位 (765 時間) 以上とし、助産学実習 9 単位以上を修得するものとした。

さらに、助産師教育の技術項目と卒業時の到達度が提示され、教育機関や学生個々によって習熟度が異なることがないように、看護基礎教育卒業時にすべての助産師学生が修得しておく必要がある技術の種類と到達度を明確にされている。

2. 諸外国における助産師教育

<ドイツの助産師教育>

- (1) ドイツの助産師教育は、高校卒業後の 3 年課程の Direct Entry が主流であり全国に 58 校ある中で大学教育は 1 校のみである。3 年課程における卒業時点で課せられる助産技術 (卒業資格要件) は分娩取扱数 40~50 例以上、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時縫合各 5 例以上の取り扱いが義務付けられている (EU 諸国統一)。
- (2) 教育時間では、理論 1、660 時間、実習 3、000 時間であり、実習重視の教育である。分娩誘発、会陰切開と縫合及び 13 種類の検査項目が助産師の業務として許されている。実践力を重視した教育は、日本の終戦前の助産師教育に似ており、即戦力を重視した専門職を養成する教育に重点が置かれており、助産師不足はなく、卒業後、5~6 年助産師として病院で働いた後、自由業 (独立開業) になる人が多い。
- (3) 2008 年のバイエルン州の助産師の働く場所の統計からは① 自由業 (助産師複数での開業) 1、580 人、② 病院等に雇われる人 435 人、③ ①と②のミックス 570 人、④ 母子健康センター 76 人、⑤ 自宅分娩 158 人 (2 人の助産師で働く) であり、1 位は自由業であるが、ドイツの特徴は、助産学の教育年限が長いことと助産師業務及び自由業 (独立開業) への「自信」があることである。

<オランダの助産師教育>

- (1) オランダの助産師教育は Direct Entry による 4 年制教育である。1995 年~99 年まで 3 年制であったが、2000 年以降は 4 年制である。養成機関は全国 4 校 (グローニゲン、アムステルダム、ロッテルダム、カークラーデ) であり、一学年の定員は 40 名である。
- (2) 教育内容は、ドイツと類似する教育形態であるが、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こと、産後の母子ケアの大部分はマタニティー・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こと、一定薬剤

の処方が認められていることなどが異なる点である。

- (3) 教育指導体制は、1 年次は学校内において小教室での講義や実習室で技術実習を実施し、主な技術実習は外診・内診、会陰切開・縫合、新生児の蘇生法である。オランダの場合、自然裂傷 (1 皿度) への対応は助産師が行う (実習では 20 例経験) ため、縫合の技術テストでは牛の心臓を用い練習 (実習で 10 例) する。ただし、裂傷 IV 度は産科医が実施する。2 年次は主に病院の助産師や医師などの指導を受けながら実習し、学習方法は BL (Problem-Based-Learning) 方式で、学生は課題の確認やレポート提出はネットを活用し、学生の多くは学校に出席しない。卒業要件は、分娩介助件数:40 事例以上、妊婦の初診:60 事例以上、妊婦健康診査 640 事例、会陰切開ならびに裂傷部の縫合を 5 事例以上、出生直後の新生児健康診査:40 事例以上、産褥期の母子ケア (家庭訪問) 180 事例以上、産後 6 週後の健康診査:40 事例以上となっている。

<スウェーデンの助産師教育>

(1) 助産師教育機関

スウェーデンの助産師教育は、1662 年から行われ、養成機関は全国 4 校であり、一学年の定員は 60 名程度である。教育水準は国で決められているが、カリキュラムについては大学に任せられている部分が多い。看護の基礎教育を修了後 1 年半の Diploma (Undergraduate Education) で学び免許を取得できる。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り、専門分化や研究分野も発展している。その点で前述のドイツ・オランダとは異なる教育体制である。

(2) 教育カリキュラム

教科目は主に女性の 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ぶ。

教育目標は助産師として自律して働くために必要な知識・技術の習得ならびに専門職能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てゆくことである。

教育方法は 1999 年から PBL の方法が導入され、教育期間の 1 年半を 3 学期に区分し、学習が進行する。

(3) 教育指導体制

1 例である Kaloranska 大学は助産教育を含め、19 の教育プログラムを持つ医科大学である。助産師教育は 27 Departments の中の Undergraduate education に位置づけられている。23 週間の臨床実習のうち、8 週間は MHC (Mother health center) において、分娩介助実習や家族計画指導では直接

担当助産師から指導を受け、妊婦健診や産褥期の母子の健康診査などは VC(Mama Verksamhetsutvecklare Center)を担当する助産師から直接指導を受ける。技術教育の卒業要件は、EUの基準「ボローニア・プロセス」2006年9月を満たすように卒業までに最低100例の妊産褥婦のケアを実施する。分娩介助は50例、加えて筆記試験を課す内容である。

<アメリカの助産師教育>

アメリカでは助産師と看護助産師の資格があり、看護助産師の資格は全米50州で通用する資格であるが、助産師はすべての州では通用しない。アメリカには、APS(Advanced Practice Nurse; 上級実践看護職)といわれる看護師があり、正看護師+大学院で2~3年学習し、試験を受けて取得する。さらに、より専門性を深めた4つの資格があり、その中に助産師(Certificated Nurse-Midwife)が位置している。

- ☆CNM(certified nurse midwife); 認定助産師
- ☆ CRNA(certified registered nurse anesthesia): 認定麻酔看護師
- ☆NP(nurse practitioner)
- ☆CNS(clinical nurse specialist)

(1) 助産師教育機関

アメリカの助産師(Certificated Nurse-Midwife)は、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年間の認定校のコース、あるいは、看護師免許の資格がなければ、大学院で3年間の助産師プログラムコースを取って、アメリカ助産師協会(ACNM: American College of Nurse-Midwives)の助産師資格試験に合格する必要がある(2006年11月までに、ACNMによる認定校は、大学院34校)。

(2) 教育内容

アメリカでは、州によって教育は異なっているが、大枠として助産師教育期間は12~48ヶ月(実習は8~33ヶ月)とされている。

ミシガン大学のNurse-Midwivesは、助産にまつわる病態生理学や研究と必修科目のCertified Nurse Midwifery Programに基づいて教育されている。教科目は主に女性の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ぶ。教育目標は助産師として自律して働くために必要な知識・技術の習得ならびに専門職能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。

(3) 教育指導体制

1例であるミシガン大学のNurse-Midwivesは医科大学である。単位取得数は51~52単位であるが、

指導体制の詳細は不明である。

(4) 助産師の活動範囲等

①アメリカのCNMは修士という高い教育背景を持つ。これを持っている助産師は病院出産が中心で、自宅出産は少ない。アメリカの病院は研修医や看護師がいて、分娩を扱える技術のある人は勤務しておらず、外部から病院と契約している開業医が来てお産をとることが一般的なスタイルであり、そこに、CNMの助産師が入ることもある。

病院は月に1回、医療の質を維持するため、契約している医師・助産師を集めて症例

検討会を行っている。なお、CNMは、病院使用権を持つ契約者として、病院が契約する他の医師とほぼ対等の権限を有している。

②助産師は、健康な妊産婦を対象として、妊婦健診、分娩介助、外陰部の局所麻酔、会陰切開、縫合、産婦人科検診、子宮癌検診、乳癌検診、性病・膣炎等の婦人科疾患の治療薬の処方、経口避妊薬の処方、IUD(子宮内避妊リング)の挿入、更年期ホルモン療法、産前教育などを行っている。ハイリスク妊娠については、産婦人科医と協働して診療に当たり、帝王切開の時には、First Assistとして手術の縫合なども手伝っており、患者を診察・検査の上、診断名を決定し、その治療計画の立案及び薬の処方を行っている。助産師は、医師と同様の役割を果たすため、全員医療過誤保険に加入し、法的にも自分の医療行為すべてに責任を負っている。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が保険会社から支払われる。分娩費用も同様である。

<イギリスの助産師教育>

(1) 助産師教育機関

イギリスの助産教育カリキュラムは、2コースある。ひとつは20か月で、看護師資格ありの学生を対象とする。2つめは、3年間で、看護師資格なしの広い学生層のダイレクトエントリーとスクールリーパーコースである。科目は、①助産師トレーニング、②看護師トレーニング、③理学療法トレーニング等の「モジュールコース(1テーマが完結できるよう基本化された課程)」が設置されている。1年間は実技を含め45週間で、半分は病院と助産師のみのユニットで、分娩介助100例と妊婦ケア100例の実習を行う。

(2) 教育内容

Oxford Brookes大学の助産学教育

Oxford Brookes大学助産学部における助産教育は、上記で述べているが2つの助産教育カリキュラムコースで学ぶ。また、産婦のリラックスのためにアロマセラピーを学び、正常分娩ケアだけでなく、ハイリスクケアの中でも自然出産促進の演習などを学習する。

(3) 教育指導体制

1 年間は実技を含め 45 週間で、半分は病院と助産師のみのユニットで、分娩介助 100 例と妊婦ケア 100 例の実習を行う。

さらに、「パートナーシップモジュールコース」と呼ばれる OT や PT との合同講義がある。学際的に女性への対応を学ぶことが設定されており、OT や PT の学生（男性も可）であっても助産の「モジュールコース」を履修し単位を積むこと、また、実技試験に合格すると大学の学部長が英国の看護・助産師委員会へ助産師免許交付の申請を行い、認められると助産師活動ができるというシステムがある。

(4) 助産師の活動範囲等

現在、大学病院での出産は帝王切開 25%、正常産 48%、鉗子分娩 27%となっている。イギリスにおいても産科医不足があり、院内助産院がオープンするなどの動きが見られる。

一般に会陰縫合は助産師が行っている。分娩は年間 5500 件で 5%が自宅分娩（同 1%）、助産師 90 人が 3 交代、臥床モニタリングはなく必要時テレメトリーを装着している。

Oxford Brookes 大学関連のバースセンターでは、6 人のマタニティ・アシスタント（助産師によって 6 週間訓練）が、母親の心や母乳ケアも行う。21 時以後は主にマタニティ・アシスタントが産婦に対応し、分娩時に助産師を呼ぶ。助産師は 3 人いるが、一般医の嘱託医を持ち、17 時までは大学病院が、その後は嘱託医が対応する。英国の助産は、自律的に確かな助産技術を備え、産婦自身が自然な身体のサインに気づくことができるように支援している。

V. 考察

結果を一覧にしたものを資料 1 に示す。

1. 業務区分の明確化

欧州において代表的な助産師教育の方法である direct entry-system の国であるドイツと看護基礎教育を前提とした nurse-midwife system のスウェーデン・ノルウェーにおける助産師の教育や業務の実態を調査した。システムは異なっても、助産師は、正常分娩及びそれに附属する業務は行なえる権限を有しており、高い職業意識をもっている。さらに、助産師には、ピルの処方や IUD の挿入、スメア検査、乳癌検診、特に、妊娠・分娩・産褥の健康診査や思春期など女性のライフサイクルを巡る健康診査に関する業務も実施している。当然であるが、緊急時や異常及びリスク因子をもつ対象に関しては医師が対応している。スウェーデン・ノルウェーでは、妊婦健診など 9 時から 17 時までは助産師が運営するクリニックで診察をするが、時間外や緊急時は大学病院など病院が担当することが明確に妊産婦や家

族にも周知されており、分娩を取り扱う施設の集約化など明確な役割分担が行なわれている。分娩時の施設が、住み慣れた地域や希望及び指定された病院となっている。これは妊産婦にとっては安心なシステムである。

2. 助産師としての本来の機能

日本では、助産師が正常分娩やそれに伴って生じる処置や緊急事態への対応ができるような教育を卒前・卒後において積極的に行う必要がある。ドイツは、direct entry-system で看護師免許を必要としないが、教育期間等、日本における助産師教育の制度と同様である。スウェーデン・ノルウェーは、教育期間は 1 年 6 か月以上であり、助産教育に十分に時間をかけている。さらに、卒後教育でも免許更新の規定や研修内容が州によって定められている。欧米などの先進諸国においては、卒前の助産師教育が 6 か月という国は日本以外ではみられない。大学の 4 年間における短期間の教育では、正常分娩に対する責任と自信が得られない状況にあり、臨床における卒後教育に頼らざるを得ない状況ではないだろうか。しかし、現在の卒後教育は、システム化されておらず、諸外国と比較すると日本の助産師教育は卒前・卒後教育ともに検討を要する状況と考える。そのためには、卒前・卒後の助産師教育のあり方を見直し、妊産婦に対するケアの安全性・快適性を担保することができる助産師育成のための教育体制が必須である。

大学における卒前教育の再検討が必要である。具体的には、助産師学生における会陰切開及び会陰裂傷縫合に対する教育・研修などである。また、卒後教育は、諸外国のように、県や国単位で協力して行うような組織化が必要である。また、免許更新制度についてはドイツとオランダで採用されている。日本は、医師だけに卒後研修が義務づけられている。免許更新制度の有無の論議ではなく、専門職は先進の医療を学び、現在の医療水準を担保するための自己研鑽が重要である。また、医師の卒後研修と同様に、自己研鑽に留まらず、外部に分かる形で助産師の臨床能力を示していく必要がある。今後、都道府県の助産師会や日本助産師会および都道府県の看護協会や日本看護協会が協力して検討が必要と考える。

調査 II. 助産師学生における会陰切開及び会陰裂傷縫合に関する意識調査

研究テーマ：高度実践能力向上に向けての助産師教育のあり方 — 助産師学生が考える助産師が行う会陰切開・縫合の意識を通して —

第 51 回日本母性衛生学会（2010）発表

1. 目的

教育機関の年限や教育形態に関わらず、助産師の資格を取得するために必要最小限の教育内容として全国助産師教育協議会では、「ミニマム・リクワイズメンツ項目」を選定している。その中で、会陰切開及び会陰裂傷縫合に関する適切な時期と方法、及び基本的スキルを習得することがあげられている。そこで、助産師学生における会陰切開及び会陰裂傷縫合に関する意識と演習で学ぶことの意義を知ることが目的として本調査を行なった。

2. 方法

助産学専攻科1年課程の助産学生21名を対象として、助産診断技術学の講義の中で、鶏肉を用いて縫合技術を演習した。その後、自記式質問紙を用いてアンケートを実施した。

倫理的配慮：

本研究の意義を十分説明し、同意を得た上で実施に至った。また、解答に関しては無記名であり、個人情報保護及び守秘義務を保持している。

3. 結果

1) 「会陰裂傷縫合」についてあなたのお考えをお聞かせください。

必要時 会陰縫合をしたいか?	したい	したくない	どちらでもない
	11	2	8

(1) 会陰裂傷縫合をしたい理由

- ・時に必要と感じたため
- ・医師不足など助産師の業務として必要に迫られていると授業で感じた。また知識・技術から考えても助産師の業務として可能であると考え
- ・助産師にできる範囲を増やしていけば、助産師の権限が高まるうえ、意欲と向上にもつながる。
- ・必要なら、するべきだと思う。
- ・裂傷しても切開しても縫合できないと困る。
- ・助産師がやらなければならない場面があると思う。
- ・技術が伴えばしたいと思う。Dr. の負担軽減と正常産の一連としてとらえて関わりたい。
- ・できることが増える、知識が増えることはいいことだ。どのように縫合されているか知ること産褥期の観察やケアに役立てたい。
- ・助産師が会陰裂傷縫合を行うことで産科医の負担が軽減できる。産婦にとって Dr. を待つ必要がない。(縫合に来る Dr. が遅く麻酔が切れて縫合のときが痛く苦痛だった話を聞いたことがある。)
- ・正常分娩に起こりうるもので異常と捉えがたいから縫合のために医師を呼んだりするのは大変だから。医師が OPE 中とかは医師の OPE が終わ

るのを待っていないなくてはならないから。

- ・会陰の保護は助産師の役割であり、裂傷した場合、その責任を自らが負うべきだと考える。また、許されるのであれば業務拡大として自らできる技術は多いほうがよい。

(2) したくない理由

- ・縫合は医師の業務というイメージが強いの、実際やるのはこわい

(3) どちらでもない理由

- ・かなり高度な技術であり、医師でも、むずかしいものだからうまくできるかとか考えるので、まず基本的な助産技術を身につけた上で判断したい
- ・現在では、筋組織の再生や見た目を考えると、私自身が行うのは妊産婦さんに申し訳ない。経験を積んでいたら考えは変わる?と思う。したいが出来るか心配。

2. 「会陰切開」についてあなたのお考えをお聞かせください。

必要時 会陰切開をたいか?	したい	したくない	どちらでもない
	6	6	9

(1) したい理由

- ・時に必要と感じたため
- ・直線縫うのは難しく、ギザギザにさけてしまったのを縫うことはリスクがあると実感したため。その後縫合しやすく回復後も傷が治りやすい。それで産婦さんが楽に出産できるなら行きたい。
- ・必要ならばした方が産婦さんにも Baby にもいいと思う。
- ・自然にさけるより切開した方が、損傷が少ないのであれば切開できた方がいいと思う。
- ・正常分娩に必要ななら。
- ・裂傷を縫合するのは難しいと聞いた。裂傷が重度になると考えられる場合は切開も必要だと思う。どうしても必要なとき、裂傷を起こしてしまうことが明らかな場合に切開は必要である。産科医がいなくお産介助ができないのでは、助産師といえないと思う。
- ・会陰切開は異常分娩ではない。

(2) したくない理由

- ・切開して産ませるのは助産師の業じゃない。
- ・こわい、自然な形が良い。
- ・ちょっと怖い気持ちがある。

(3) どちらでもない理由

- ・必要に応じて。時に必要と感じたし、海外では行っているため。必要時は行う方がよいとは思っている。ただなるべく行わないで済むように自分の技術を磨く方が先ではないかと感じる。

- ・しなくてもすむように介助したい。
しなくてすむのであればしな方がよい。しかし、せざるおえない時はした方がよいと思う。
- ・本当に必要なとき以外はしたくない。
- ・正常とは医療介入が必要のないものと考えため。
- ・助産師が扱うお産において必要はないと考えるが、許されるのであれば業務拡大として自らできる技術は多いほうがよい。
- ・さらに切開を行うようになるのであれば、今までの助産教育では解剖などの理解が足りないと感じるため不安。

3. あなたは「会陰切開」について助産師の業務として必要と考えますか？

会陰切開は助産師の業務として必要か？	全く必要ない	あまり必要ない	どちらでもない	時に必要である
	1	4	1	5

- (1) 全く必要ない
切開して産ませるのは助産師の業じゃない
- (2) あまり必要ない
・他の業務はどうなるのかなと思います。医師の仕事は減らせても。医師がいる。
・助産院でない限り医師と一緒にやっていくものとするから。しなくてすむように介助したい。
- (3) どちらでもない
・正常とは医療介入が必要のないものと考えため。
・助産師が扱うお産において必要はないと考えるが、また、許されるのであれば業務拡大として自らできる技術は多いほうがよい。
- (4) 時に必要である
・必要な場面に医師がいなくて、助産師ができるならば産婦にとってもいいことだと思う。
・医師不足など助産師の業務として必要に迫られていると授業で感じた。また知識・技術から考えても助産師の業務として可能であると考え
・直線縫うのは難しく、ギザギザにさけてしまったのを縫うことはリスクがあると実感したため。
・裂傷を防ぐことも必要だと感じるから
・助産師業務の幅が広がると思う。自立したケアを行える。
・医学的に必要な時もあり、そのようなケース全てDr. が対応するほどのことではないと思うから。
・正常なお産でもよく起こりうると思う。
・助産師が技術を身につけておいて損はないと思う。
・お産を円滑に行える。
・助産師がやらなければならない場面もあると思う。
・正常産のすべての業務を行うと考えたら、時には必要。どうしても必要なとき、裂傷を起こしてしまうことが明らかな場合に切開は必要である。
・産科医がいなくてお産介助ができないのでは、助産師といえないと思う。

- ・裂傷を縫合するのは難しいと聞いた。裂傷が重度になると考えられる場合は切開も必要だと思う。
- ・切開だけ医師を呼ぶのは効率よくない。
- ・分娩の介助で必要となる処置である。
- ・全例する必要性はないが、必要時があるため。

4. あなたは「会陰裂傷縫合」について助産師の業務として必要と考えますか？

会陰裂傷縫合は助産師の業務として必要か？	全く必要ない	あまり必要ない	どちらでもない	時に必要である	とても必要である
	0	2	0	17	2

- (1) あまり必要ない
時には必要なときはあるが、ほとんど必要ない。
- (2) 時に必要である
・母体に必要であれば。
・医師がいなくて、時間に余裕がない時にできるとよいと思ったため。
・医師不足など助産師の業務として必要に迫られていると授業で感じた。また知識・技術から考えても助産師の業務として可能であると考え
・ギザギザにさけてしまったのを縫うことはリスクがあると実感したため。助産所などで産婦さんが裂傷を起こしてしまった時、嘱託医に引き継ぐことなく、一貫したケアができると思う
・裂傷などを縫うのは難しいと思うが、必要とする産婦がいるなら必要だと思う。
・お産を円滑に行える。責任だと考える。
・助産院では時に必要になるかも。
・正常産のすべての業務を行うと考えたら時には必要。どうしても必要なとき、裂傷を起こしてしまうことが明らかな場合に切開は必要である。
・産科医がいなくてお産介助ができないのでは、助産師といえないと思う。
・分娩に伴って起こるものであるから、それに対処できる技術を身につけることは必要だ。
・助産師の技術でできる程度なら助産師が行ったほうが良いと思うから。
・助産所では縫合できず困っているだろうと考えるから。
・また縫合のために医師を呼ぶと医師が不機嫌になるところがありそうだから。

5. 「会陰切開」および「会陰裂傷縫合」の講義について

関心	全く関心が持たない	あまり関心が持たない	どちらでもない	少し関心がもてた	とても関心が持てた
	0	0	1	8	12

理解度	まったく理解できなかった	あまり理解できなかった	どちらでもない	少し理解できた	とても理解できた
	0	0	2	13	6

将来性	全く役に立たない	あまり役に立たない	どちらでもない	少し役に立つ	とても役に立つ
	0	1	2	8	10

後輩に教えたか？	全く教えたくない	あまり教えたくない	どちらでもない	少し教えたい	とても教えたい
	0	0	6	3	12

6. 「会陰切開」および「会陰裂傷縫合」をいざ実施するにあたり、自ら必要となる課題は何ですか？

自らの課題	解剖学的知識	術手技	経験	その他
	13	19	16	0

7. 今後において授業で実施することについてどのように考えますか？

授業で実施することについてどのように考えるか？	全く必要ない	あまり必要ない	どちらでもない	時に必要である	とても必要である
	0	3	2	11	5

(1) とても必要である

- ・モチベーションが上がる。
- ・助産師ができるようにするためには、教育現場での実績が必要と思う。
- ・助産師にその権限が認められる可能性があるから。
- ・業務拡大の話が出ているのであれば行うべきと考える。
- ・今後助産師の業務となりうるため経験しておくべきだと思う。
- ・知識や技術を身につけておくことで、今後縫合が助産師の業務として認められたときにスムーズに導入できる。

(2) 時に必要である

- ・実施に助産師のできることにになると学生のうちに一度でも経験できるのはとても良い。
- ・会陰切開・縫合をするという方向性にあるならば、学んでおくべき。
- ・法律が改正され助産師の業務となる可能性があるため。
- ・介助につく際により理解し行うことができる。
- ・学生たちが希望すれば実施すればよいと思う。産科医が不足している現状として助産師の業務拡大が必要。今後必要になりそう
- ・実際に助産師が縫合や切開をするようになるのか、いつになるのか疑問。
- ・経験として役立つと思う。
- ・見ると聞くとでは違う。
- ・自分で自己学習するには限界があるから。

(3) どちらでもよい

- ・産科事情や世の中の動向に合わせていけばよい。
- ・知っておく意味ではいい経験になるけど、見通しがたたない気もする。

8. 実施するとしたらどのように実施したらよりよくなると思いますか？（自由記載）

- ・Dr. や経験豊かな人に教えてもらう。
- ・実際おこなっているところをみる。
- ・トリ肉、あんなに大きくなくてよいと思いました。糸が少なく縫いたくても縫えませんでした。
- ・先生がたくさんいたので、いつでも質問できてやりやすかった。

- ・Dr. が行ったみたいに太いビニールで事前に縛る練習をするとよかった。
- ・きちんとした助産師が行っていい切開・縫合についてのガイドラインを示す。
- ・練習あるのみ。
- ・糸の結び方とか、どのくらい深く縫うとかとか大切だろうと思われる細かいことが何となくわかった程度でおわってしまったので、実施するならばきちんと教えてほしい。
- ・お肉もよいが、リアル模型を使用した方がよい。
- ・会陰部を実際に切開・縫合をしている映像がみたいです。
- ・もっと先生にみっちり教えていただきたいです。1対1の時間を作ってほしい。
- ・今回はとり肉だったが、献体が可能であれば行ったほうが良い。とり肉だと安易に考えてしまう。しかし、人数(学生の)の関係上ムリかもしれない。実習中に見る機会があるとも思うが授業のときに実際の視覚的情報があった方がよい。
- ・術手技の練習を多くする。
- ・少人数のグループごとに実施するなど、指導者1人に対する学生の人数を少なくしてくわしく教えてほしい。

考察：

会陰切開及び会陰裂傷縫合に関する知識及び技術教育は、助産師の役割業務の拡大を見通した中では必要である。学生の課題として、解剖学的知識、術手技、経験がみられた。その結果を踏まえ、助産実践能力の向上に向けて、教育の必要性が示唆された。今後、助産師教育の根幹をなす内容を含め、助産師として取得すべき能力として会陰切開及び会陰裂傷縫合に関する教育展開を構築していくことが検討されていくことは重要と思われる。

まとめ

調査1では、欧州において代表的な助産師教育の方法である directentry-system の国であるドイツと看護基礎教育を前提とした nurse-midwife system のスウェーデン・ノルウェーにおける助産師の教育や業務の実態を調査した。国別にシステムは異なっても、助産師は、正常分娩及びそれに附属する業務は行なえる権限を有している。分娩を取り扱う病院の助産師は、会陰縫合は実施していることはわかった。しかしながら、助産師に課せられた教育および教育プログラムの実際は不明である。今後明らかにしていく必要がある。

調査2では、会陰切開及び会陰裂傷縫合に関する知識及び技術教育は、助産師の役割業務の拡大を見通した中では必要である。学生の課題として、解剖

学的知識、術手技、経験がみられた。その結果を踏まえ、助産実践能力の向上に向けて、教育の必要性が示唆された。今後、助産師教育の根幹をなす内容を含め、助産師として取得すべき能力として会陰切開及び会陰裂傷縫合に関する教育プログラムの構築をすることの重要性がわかった。これらは、他の大学とも協働して例数を増やしての検討が必要である。

引用・参考文献

永山くに子、我部山キヨ子：“EU諸国における卒前の助産師教育-ドイツ・オランダおよびスウェーデンの調査から-”健康科学 4(in press). (2007)

我部山キヨ子 永山くに子：“EU諸国における卒後の助産師教育-ドイツ・オランダおよびスウェーデンの調査から-”健康科学 4(in press). (2007)

日本看護協会：2008年2月1日現在 諸外国の看護基礎教育と規制について 助産師教育版

米山万里枝：2009・2010年 ドイツ、フランス、オランダ、スウェーデン・ノルウェー訪問

堀内成子：安心と希望の医療確保ビジョン 2008年3月19日 厚生労働省報告資料

米山万里枝：高度実践能力向上に向けての助産師教育のあり方 -助産師学生が考える助産師が行う会陰切開・縫合の意識を通して- 第51回日本母性衛生学会 (2010)

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」

研究協力者 毛利多恵子

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）
分担研究報告書

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

研究協力者：毛利多恵子（毛利助産所），藤井ひろみ（神戸市看護大学助産専攻科）
嶋沢恭子（神戸市看護大学助産専攻科），大石時子（天使大学大学院）
市川香織（日本助産師会）

研究要旨

1. 助産所における会陰裂傷発生率は擦過傷および会陰裂傷Ⅰ度が44.9%であり会陰裂傷Ⅱ度以上の発生率は7.7%会陰裂傷Ⅲ度以上の高度裂傷はなかった。会陰切開実施率は0.7%であり、臨時応急の処置として行われていた。
2. 会陰裂傷の対応は、その程度によって「何もしない」「クレンメなど」「縫合」が選択されていた。会陰裂傷があり縫合をしたものは25%であり裂傷度が高いほど縫合を選択していた。裂傷後の産後のケアでは苦痛緩和や感染予防などの工夫がなされていた。縫合群では助産師によるもの85%、医師によるもの15%であった。
3. 助産師が会陰縫合を実施している施設は42.9%あり研修または医師による直接指導を受けていた。
4. 助産所開設者である助産師が中心となり、会陰裂傷縫合に関する教育や研修を受けていることが明らかになった。概して自然にできた会陰裂傷の縫合に関する準備性は高いと考えられた。

A. 研究目的

助産所助産師が自然会陰裂傷にどのように対応しているか、助産師が受けた会陰縫合に関する研修の実態を明らかにすることを目的とする。

- 1 助産所における会陰裂傷の発生率および裂傷時の対応の現状について明らかにする。
- 2 助産師が実施している会陰裂傷縫合の実施率、方法、使用物品を明らかにする。
- 3 会陰裂傷縫合時の医師との協働の実情を明らかにする。
- 4 助産所勤務の助産師が会陰縫合に関する教育や研修をどの程度受講しているか明らかにする。

B. 研究方法

1 対象

質問紙は、日本助産師会に所属する分娩を取り扱う助産所429か所の助産所所長（以下助産所管理者とする）に配布し273か所の助産所より回答を得、分析対象とした。また当該助産所で2010年7月1日～31日までに扱った689件の産婦の分娩結果も分析対象とした。

2 調査・分析方法

分娩を取り扱う助産所429か所の助産所の管理者に調査用紙Ⅰ（助産所での会陰裂傷縫合の概要調査）および調査用紙Ⅱ（2010年7月1日から31日までの分娩結果調査）を送付し、得られた回答をデータとして用いる質問紙調査を実施した。

調査用紙Ⅰでは、助産所管理者に当該助産所における会陰裂傷縫合の実施とその開始時期、縫合実施者の研修経験、医師と

の協働（医師の到着を待つ時間の現状・助産師が取り扱う自然にできた会陰裂傷のレベルと医師が介入するレベルの実態）、会陰裂傷縫合時の使用物品、自然にできた会陰裂傷の処置方法、会陰の観察頻度、会陰裂傷縫合の研修希望について、無記名自己記入式調査用紙を作成し、日本助産師会に所属する助産所に郵送にて送付し、回答を依頼した。

調査用紙Ⅱでは、当該助産所における2010年7月1日から31日までの分娩に関して、分娩の概要と妊産婦・新生児の状況、会陰裂傷とそのケアについて、分娩に関わった助産師の臨床経験・年齢について、無記名自己記入式調査用紙を作成し、日本助産師会に所属する助産所に郵送にて送付し、回答を依頼した。分析は spss ver. 19 を使用し解析した。

3 倫理面への配慮

対象者には調査趣旨を送付し自由参加とし、匿名性を配慮した。助産所の分娩結果データについては、匿名性が確保されるよう配慮した。

C. 調査結果および分析結果

1 調査用紙Ⅰの結果

調査用紙Ⅰでは、助産所開設者を対象とした。

273か所の助産所からの回答を分析した（回収率は63.7%）。

1) 自施設の会陰裂傷への対応

①会陰裂傷後の産褥期のケア内容（施設数）
褥婦自身が水や微温湯で流す 147施設（53.8%）

ビデ、ウォシュレット、シャワー浴など
軟膏などの塗布 54施設（19.8%）
ラベンダー シンコウ タイコウ 馬油 シロウクリームなど
会陰部の冷湿布 27施設（9.9%）
アクリル湿布 リバノール 精製水 アロマ湿布
会陰部の保温 16施設（5.9%）
テルミー 珪藻土蒸し びわ灸 温灸 干葉湯
臀部浴
助産師による洗浄と消毒 97施設（35.5%）

消毒綿消毒 68施設（24.9%）
何もしていない 28施設（10.3%）
その他

会陰を開かない動作 医師による抗生剤処方

②会陰裂傷後の観察時期（施設数 複数回答）

24時間以内 118施設（43.2%）
毎日観察 185施設（67.8%）
退院時 107施設（39.2%）
産後2週以内 47施設（17.2%）
産後1か月 145施設（53.1%）

③高度裂傷の経験

会陰裂傷Ⅲ度を過去に経験したことがあると答えた助産所管理者は26人（9.5%）であった。

2) 会陰裂傷縫合の実施率、方法、使用物品

助産師が会陰裂傷縫合を実施している助産所数は、117施設（42.9%）であった。縫合していない施設は153施設で56%であった。10年前から実施している施設は16.2%、10年未満の施設は、全体の52.1%であった。

会陰裂傷縫合で使用している物品について（複数回答）は、持針器 102施設（87.1%）、煎刀 80施設（68.3%）、摂子 71施設（60.7%）、コッヘル 48施設（41.0%）、ペアン 1施設（0.1%）であった。使用している糸は、合成吸収性縫合糸 66施設（56.4%）、絹糸 8施設（0.7%）
カットグッド 1施設（0.1%）であった。糸つき針 79施設（67.5%）、丸針 25施設（21.4%）、角針 13施設（11.1%）であった。

3) 受けた会陰縫合に関する教育や研修

すでに会陰縫合をしていると答えた助産所管理者117人のうち、研修を受けたことがあるのは71人（60.7%）、研修を受けたことがないのは41人（35.0%）であった。研修は受けていないと答えた者で臨床において医師から直接指導を受けたものは30人であった。以前勤めていた病院等ですでに助産師が縫合するという慣習があり医師から直接指導を受けていた。縫合は実施していないが会陰裂傷縫

合の研修は受けたことがあると答えた助産所管理者は9人であった。

すでに会陰縫合をしている助産所管理者が受けた研修内容については、研修時間が2時間～3時間が30人(42.3%)で、最小時間は1時間、最長は1年間であった。演習を含んでいたのは62人(87.3%)で、演習がなかったのは3人(4.2%)であった。縫合をしている117人のうち、医師から直接指導を受けたのは88人(75.2%)であった。

273か所の助産所の中で研修を受けた助産師数は、縫合の研修や教育を受けた助産師は「いない」とした施設が26施設(9.5%)、すでに「いる」とした施設が90施設(33%)、研修助産師がいるとした施設において、研修助産師数1人が63施設、2人が17施設、3人が5施設、4人が4施設、5人が1施設であった。すでに研修を受けた助産師数は90施設に総数133人いることが明らかとなった。

4) 会陰裂傷縫合時の医師との協働

会陰裂傷縫合を医師に依頼している施設は、134施設(49.1%)、依頼していない110施設(40.3%)であった。医師に依頼する134施設のうち、医師への受診が101施設で(75.4%)、往診が24施設(17.90%)、往診、受診両方の診察方法を取り入れているのが7施設(5.2%)であった。

医師が縫合するまでの時間は1時間以内が56施設(41.8%)、2時間以内が29施設(21.6%)、3時間以内が11施設(8.2%)、5時間以内が7施設(5.2%)であった。2時間以内の縫合が全体の63.4%、5時間以内の縫合は全体の76.8%であった。半日以内が1施設、24時間以内が3施設、翌朝が3施設であった。

医師が縫合する134施設のうち、退院時に医師も縫合部の評価をする(医師の退院時診察を受ける)施設は57施設(42.5%)であった。縫合後、抗菌薬の内服をしている施設は、86施設(31.5%)、内服していない施設は91施設(33.3%)であった。助産師が縫合する117施設のうち、抗菌薬

を内服するのは29施設(24.8%)、縫合を医師に依頼する134施設のうち抗菌薬を内服するのは66施設(49.8%)であった。

5) 助産師が今後縫合すべきかどうかの意見

縫合できた方がよいと答えた助産所管理者は228人(83.5%)、縫合すべきではないと答えたものは27人(9.9%)であった。

自由記載内容には以下のような意見が見られた。

(会陰裂傷縫合は必要ないという意見)

・会陰保護の技術が落ちると思う

・縫合を必要とするような裂傷がほとんどないので必要性はない。

(クレンメに対する意見)

・クレンメ等は苦痛が大きい上、感染の機会が縫合に比べ多いのではないかと考え縫合を勧めたい。

・クレンメでは十分な癒合が得られないこともある。

・クレンメが手に入らなくなった時のことを考えると縫合ができた方がよい

・会陰裂傷Ⅰ度以上の経験がなくクレンメで十分

(会陰裂傷縫合は医師がすべきという意見)

・慣れない人が行くと傷のトラブルにもつながり基本的には行わない方がよい。

・嘱託医と話合で医師が縫合することになっている。

・縫合が必要な場合は内側の診査を十分した方がよいので医師に依頼すべき。

(会陰裂傷縫合を助産師もすべきという意見)

・自然裂傷の縫合は介助した助産師の責任である。

・Ⅰ度やⅡ度裂傷は医師を待ち連れていく時間や移動が産婦の負担となるので実施できた方がよい

・裂傷の程度による。Ⅱ度までなら可能

・緊急対応として必要性がある。

・会陰切開を臨時応急の処置として行う場合もあるので必要

・嘱託医が常に在院とは限らずリスク発生時褥婦の不安感と不快感を助長する。

(どちらとも言えない)

6) 会陰裂傷縫合研修への参加希望

会陰裂傷縫合研修への参加希望については、「希望する」が180人(65.9%)、「いいえ」が66人(24.2%)、記載なしが27人(9.9%)であった。

2. 調査用紙Ⅱの結果

調査用紙Ⅱにおいては、2010年7月1日から31日までの689件の分娩結果が得られた。

1) 分娩の概要と妊産婦・新生児の状況

対象となった産婦の年齢は16歳から46歳で、平均31.2歳(±4.8)であった。初経別にみると、初産婦168人(24.4%)、経産婦521人(75.6%)であった。経産婦の内訳は、1経産婦303人、2経産婦147人、3経産婦45人、4経産婦18人、5経産婦5人、6経産婦1人であった。

分娩週数は平均39週5日(±7.1)であった。妊娠37週未満は3件(0.4%)であり、それぞれ36週1日(1件)、36週5日(2件)であった。37週以降42週未満は684件(99.3%)、42週以降は2件(0.3%)で、42週0日(2件)であった。

分娩所要時間は平均7時間36分(±3時間18分)で、初産婦の平均は12時間59分(±8時間27分)、経産婦の平均は5時間52分(±4時間10分)であった。記載なしは7件であった。

分娩様式は経膈自然分娩が654件(94.9%)、水中分娩24件(3.5%)、その他1件(0.1%)で搬送後の吸引分娩であった。記載なしは10件であった。

分娩時体位は仰臥位261件(37.9%)、仰臥位以外の体位は、全体の414件(60%)であった。側臥位189件(27.4%)、四つん這い121件(17.6%)、座位53件(7.7%)、その他51件(7.4%)であった。その他の体位は、立ち膝、立位、骨盤高位であった。記載なしは14件であった。

出生児体重の平均は3112g(±406)、初産婦では平均2966g(±403.3)、経産婦の平均は3159g(±420.8)であった。児の頭囲の平均は33.5cm(±1.4)で、その内初産では平均33.1cm(±3.9)、経産では平均33.6cm(±3.5)であった。

産瘤の有無をみると、「なし」が621件(90.1%)、「あり」が52件(7.5%)、記載なしが13件(1.9%)であった。アプガース

コア出生後1分値をみると、8点以上が666件(96.7%)、7点以下が8件(1.2%)であった。記載なしは13件(1.9%)であった。

出生児の処置が「なし」が310件(45.0%)、「あり」が377件(54.7%)であった。「あり」の内訳は、保温が358件、羊水吸引が114件、酸素投与が15件、Bag&maskが3件、搬送が5件であった。

分娩時出血量は平均342.7ml(±279.3)、初産婦では平均345.9ml(±305.7)、経産婦の平均は333.1ml(±273.1)であった。記載なしは3件であった。

破水の時期は前期破水が83件(12.0%)、分娩第1期胎胞排臨前が394件(57.2%)、胎胞排臨から胎胞発露が137件(19.9%)、胎胞発露後が52件(7.5%)、児頭娩出後が11件(1.6%)であった。胎胞排臨後の破水は全体で29%であった。記載なしは12件であった。破水の自然・人工別では、自然破水が539件(78.2%)、人工破水が143件(20.8%)、記載なしが7件であった。羊水混濁の有無では「なし」が625件(90.7%)、「あり」が45件(6.5%)、記載なしが19件であった。

出産場所別では助産所が559件(81.1%)、自宅が78件(11.3%)、病院が8件(1.2%)、記載なしが3件であった。

2) この分娩例にかかわった助産師の特性

直接介助した助産師の年齢は24歳から99歳で、平均50.9歳(±13.1)であった。直接介助した助産師の助産師臨床経験年数は1年から75年で、平均24.5年(±13.2)であった。

3) 助産所における会陰切開の実施状況

会陰切開「あり」と回答したものが5件(0.7%)あった。会陰切開理由の内訳は、胎児機能不全が3件、会陰伸展不良が2件であった。計5件のうち2件は、医師が会陰切開を実施し、3件は助産師が実施していた。この5件の会陰切開例全てアプガースコア1分値は9点以上であった。

4) 助産所における自然にできた会陰裂傷の発生状況

会陰切開5件を除く684件を分析した。会陰裂傷の有無をみると、「あり」が307件(44.9%)、「なし」が374件(55.7%)であった。記載なしが3件であった(n=684)。会陰裂傷の程度をみると、擦過傷74件(10.8%)、I度裂傷174件(25.4%)、II度裂傷53件(7.7%)、III度裂傷0件、IV度裂傷0件であった。膣壁裂傷は190件(27.8%)であった。

5) 会陰裂傷と関連する因子

① 膣壁裂傷との関連

会陰裂傷なしだが膣壁裂傷を併発しているものは11件(1.6%)、擦過傷と膣壁裂傷を併発しているものは9件(1.3%)、I度裂傷と膣壁裂傷を併発しているものは6件(0.9%)、II度裂傷と膣壁裂傷を併発しているものは15件(2.2%)であった。頸管裂傷は1件(0.2%)であった。

表1 会陰裂傷の有無と関連因子 t検定

裂傷	N	平均値	標準偏差	有意確率
年齢	なし	379	31.55	.711
	あり	302	31.68	
分娩日数	なし	379	276.99	.112
	あり	302	277.84	
分娩所要時間(分)	なし	374	399.81	**.000
	あり	300	523.87	
出生体重	なし	379	3103.5	.397
	あり	302	3129.9	
頭囲	なし	376	33.45	.221
	あり	299	33.58	
1分AP	なし	370	9.11	.201
	あり	298	9.03	
5分AP	なし	310	9.80	.077
	あり	278	9.86	
10分AP	なし	210	9.95	.867
	あり	156	9.96	
出血量	なし	364	317.40	**.009
	あり	294	375.99	
直介年齢	なし	368	53.26	**.000
	あり	299	47.82	
臨床経験	なし	367	26.91	.711
	あり	299	21.55	

② t検定で有意な関連が認められた因子

自然にできた会陰裂傷の有無と関連すると思われる因子をt検定で見ると、分娩所要時間、出血量、直接介助助産師の年齢で有意な差がみられた。(表1)

裂傷がある群は分娩所要時間が有意に長く、出血量も有意に多く(平均値376g)、助産師の年齢は有意に低かった。

③ χ^2 検定で有意な関連が認められた因子

経産別と膣壁裂傷の有無および助産師の臨床経験年数グループとも有意な関連がみられた。初産婦に会陰裂傷が起こる頻度が有意に高く、会陰裂傷がある群に膣壁裂傷が起こる頻度が高いことが明らかになった。また助産師としての臨床経験の年数が高いグループほど裂傷の起こる頻度は低いことが明らかとなった。(表2)

表2 会陰裂傷の有無と関連因子

	裂傷なし	裂傷あり	χ^2 検定
初産婦	59	105	有意確率
経産婦	320	197	**.000
水平位(仰・側)	259	188	
自由姿勢	120	114	.097
前期破水無	338	264	
前期破水有	41	38	.475
羊水混濁無	345	271	
羊水混濁有	21	24	.303
膣壁裂傷なし	295	261	
膣壁裂傷あり	11	31	**.000
臨床経験			
10年未満	42	57	
20年未満	63	76	
30年未満	102	85	
30年以上	160	81	**.000

6) 助産所における会陰裂傷への対応

① 会陰裂傷の程度別に見た対応

会陰裂傷が生じた302件のうち、縫合をしたものは全体で74件(25%)であった。そのうち助産師が縫合したものは63件(85%)で、医師が縫合したものは11件(15%)であった。

擦過傷の対応

クレンメが9件(12.2%)、縫合が3件(4.0%)、縫合せずが42件(56.8%)、記

載なしが20件(27%)であった。クレンメ使用や擦過傷の縫合実施者はすべて助産師であった。薬剤処方を受けたケースは7件で、内4件は直接に医師による縫合を受けており全て膣壁裂傷を伴っていた。包括的処方は3件であった。

会陰裂傷Ⅰ度に対する対応

最も多いのはクレンメ100件(57.4%)、ミュッヘルが9件(5.2%)、縫合38件(21.8%)、縫合せずは20件(11.5%)であった。記載なしが7件(4.0%)であった。クレンメ、ミュッヘルの実施者は全て助産師であった。縫合の実施者は医師が3件、助産師が35件であった。薬剤処方は3件あり、すべて3包括的処方であった。

会陰裂傷Ⅱ度に対する対応

最も多い対応は、縫合27件(51.0%)であった。クレンメ19件(35.8%)、ミュッヘル1件(1.9%)であり、縫合せずが4件(7.5%)であった。記載なしは2件(3.8%)であった。縫合の実施者は、医師が8件、助産師が19件であった。薬剤処方が8件で、医師による直接処方が6件、包括的処方が2件であった。

会陰裂傷はないが膣壁裂傷がある場合の対応

5事例あり、これに対しては全て助産師が縫合しており、薬剤処方は包括的処方が3件であった。

②縫合までの時間

縫合開始までの時間は、10分以内が38件(55.9%)、30分以内が19件(27.9%)、2時間以内が5件(7.4%)、24時間未満が3件(4.4%)、24時間以上が3件(4.4%)であった(n=68)。91.2%は産後2時間以内の縫合であった。助産師が縫合している場合は、30分以内の縫合が86%であり、2時間以内では94%であった。医師に依頼した場合は、30分以内の縫合は55%であり、2時間以内では73%であり、2時間以上後の縫合は27%であった。縫合開始までに24時間以上かかっているケースについては3件とも分娩後すぐ

に助産師がクレンメで処置をしたのち、2～4日経過して医師による縫合が行われた例であった。

③裂傷の最終評価者

最終評価者は全体では医師が19件、助産師が241件であった。医師の19ケースを会陰裂傷の程度別でみると、擦過傷で1件、会陰Ⅰ度裂傷で7件、会陰Ⅱ度裂傷で6件であった。擦過傷と会陰Ⅱ度裂傷の3件は膣壁裂傷を伴うケースであった。次に、裂傷の対応別で医師が最終評価者となったケースは、縫合なしケースで5件、クレンメ処置のケースで5件、縫合のケースで4件であった。

④最終癒合評価時期

会陰裂傷が生じた場合の最終癒合状態の評価時期平均は産後10日±11日であった。最も早くて産褥1日目、遅くて38日目であった。評価時期を裂傷の程度別でみると擦過傷では、11日±12日、会陰裂傷Ⅰ度では、9日±11日、会陰裂傷Ⅱ度では13日±13日であった。擦過傷、会陰裂傷Ⅰ度では産褥4～5日目が評価時期として最も多く、会陰裂傷Ⅱ度では同じく産褥4日目5日目と30日が多かった。

最終評価者別で評価時期をみてみると、助産師の場合、10日±11日で、医師の場合23日±13日であった。

⑤癒合状態の結果

会陰裂傷が生じたすべてのケースにおいて癒合状態が不良と評価されたものはなかった。

D. 考察

1 助産所における会陰裂傷の発生率および対応

助産所助産師が扱った分娩結果から助産所助産師はリスクの低い対象を扱っていた。

会陰切開実施率は0.7%であり、臨時応急の処置として胎児機能不全や会陰伸展不良に対して行われておりほとんど実施していない。

会陰裂傷は、44.9%の発生率であり、会

陰裂傷Ⅱ度以上の発生率は7.7%であり会陰裂傷Ⅲ度以上の高度裂傷はなかった。裂傷がないかまたは会陰裂傷Ⅰ度までが92.3%でありほとんどの女性は裂傷がないかまたはあっても軽度の裂傷であることが明らかとなった。助産所の助産師が会陰裂傷Ⅰ度以上を縫合する場合 その対象は33.1%となる。

初産婦群に裂傷の頻度が高く(36%)、裂傷がある群に膣壁裂傷を伴う頻度が高かった。会陰裂傷がある場合、膣壁裂傷の有無など会陰の観察を十分に行うことが示唆される。

直接介助の助産師の年齢が高く臨床経験が長い群に裂傷の頻度が低いことは助産師の経験が裂傷の有無に関係することを示していると考えられる。今回の調査に参加した助産所助産師は平均値が50.9才であり臨床経験は平均24.5年であり臨床経験が長い傾向である。

2 会陰裂傷の対応と医師との協働

会陰部の擦過傷の対応結果は、縫合4%、縫合なしが56.8%であったが、会陰裂傷Ⅰ度ではクレンメ57.4%、縫合21.8%、縫合なし11.5%であり、会陰裂傷Ⅱ度では縫合51%、クレンメ35.8%、縫合なし7.5%と助産師は会陰裂傷程度に応じて対応を変えていた。会陰裂傷Ⅱ度に対してもクレンメを使用している傾向があった。第Ⅱ度裂傷の場合は、死腔が生じないためにも縫合のほうが適切であるかもしれない。会陰裂傷の対応で縫合をしたものは4分の1であり、裂傷度が高いほど縫合を選択していた。クレンメ、ミュッヘルは全例において助産師が実施していた。医師が縫合したのは15%であった。会陰裂傷がⅡ度や膣壁裂傷を伴う場合は医師が実施していた。

縫合までの時間では、2時間以上経過してから縫合するケースは、助産師が縫合する場合は6%であったが、医師に依頼する場合は27%あり、医師のもとへの搬送やあるいは往診までの時間などがかかっていると思われる。

病院勤務時代から縫合を実施していた助産師は助産所開業後も医師との話し合いの結果または包括的指示を受けて縫合を実施しているように思われる。縫合までの時間は91.2%が2時間以内に実施されていた。24時間以上の縫合もあり今後助産師が会陰裂傷縫合を実施できればもっと早期に会陰の処置が適切に実施できると思われる。

縫合をしない助産師はクレンメなどを使用するか縫合など何もしないで経過をみるか、あるいは医師に縫合を依頼していた。

創部の評価はほとんど助産師が実施しているが、

最終の癒合状態を評価する時期は助産師が平均10日であるのに対し医師は23日となっていた。助産師による観察の結果必要時医師に診察を依頼している場合や1か月健診を医師に依頼する場合のため医師が最終評価する時期が長いと考えられる。

裂傷後の産熟期のケアについても感染予防や疼痛緩和などの多様な取り組みがあった。

3 会陰縫合に関する教育や研修

助産所助産師は、助産所開設者である助産師が中心となり、会陰縫合に関する教育や研修を受けていることが明らかになった。助産所助産師の60.7%が研修を受けたことがあり、研修を受けていないと答えた者でもその内7割は過去の臨床経験において医師から直接指導を受けていた。助産所で縫合は実施していないが会陰裂傷縫合の研修を受けたことがある助産所管理者もあり(3.3%)、概して自然にできた会陰裂傷の縫合に関する準備性は高いと考えられた。

将来的に助産師が会陰裂傷縫合をすべきと答えた助産所管理者は83.5%おり、会陰縫合研修を受けたいと答えたものは、65.9%であった。局所麻酔を含んだ自然にできた会陰裂傷縫合に関しては研修後 裂傷の範囲を明確にして医師と協働したうえで助産師が実施する方向が示唆されていると思われる。

E. 結論

1 助産所における会陰裂傷発生率は擦過

傷も含めて 44.9%であった。会陰裂傷Ⅱ度以上の発生率は7.7%であり会陰裂傷Ⅲ度以上の高度裂傷はなかった。会陰切開実施率は0.7%であり、臨時応急の処置として胎児機能不全や会陰伸展不良に対して行われていた。

- 2 会陰裂傷の対応は、その程度によって「何もしない」「クレンメなど」「縫合」を選択していた。会陰裂傷があり縫合をしたものは25%であり、裂傷度が高いほど縫合を選択していた。医師が縫合したのは15%であり85%は助産師が実施していた。会陰裂傷Ⅱ度の一部や膣壁裂傷を伴う場合は医師が実施していた。裂傷後の産後のケアでは苦痛緩和や感染予防などの工夫がなされていた。
- 3 助産師が会陰縫合を実施している施設は42.9%であった。研修は60.7%が受けており研修をうけていない助産師の73.1%は病院勤務時代から医師による直接指導を受けていたため、開業後も縫合をしていた。
- 4 助産所助産師は、助産所開設者である助産師が中心となり、会陰縫合に関する教育や研修を受けていることが明らかになった。概して自然にできた会陰裂傷の縫合に関する準備性は高いと考えられた。
- 4 今後は実証研究を通して安全性および医師との協働、実践助産師対象の研修の在り方などさらに検討が必要と思われる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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

助産所助産師による会陰裂傷縫合に関する研究
「助産所養成所における会陰縫合に関する教育の実態調査」

研究協力者 村上 明美

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

助産師の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

研究協力者 村上明美 神奈川県立保健福祉大学教授

研究要旨

助産師養成所の会陰縫合に関する教育の現状を明らかにする目的で調査を実施した。

その結果、70%以上の助産師養成所で会陰縫合の授業を実施していた。しかしながら、学内での授業時間の確保が困難であることや、会陰縫合に関連した解剖・生理学、薬理学、麻酔学等の知識の教授が不足している現状が明らかになった。

看護職等の業務拡大の一環として、助産師による会陰裂傷縫合を推進するには、今後、助産師教育において会陰縫合に関しての卒業時の到達目標の検討や、会陰縫合技術の習得に向けた助産師養成所と臨床との公的な合意の必要性が示唆された。

A. 調査目的

看護職の業務拡大のうち助産師の会陰縫合を検討する上で、助産師養成所の会陰縫合に関する教育の現状を明らかにすることである。

会陰縫合の授業の有無、授業形態、授業時間、授業時間充足度、会陰縫合の望ましい教育方法、卒業後の会陰縫合の開始時期等を問う質問紙を作成した（資料1）。

4) データ収集方法

調査票の配布、回収はともに郵送法を用いた。公益社団法人全国助産師教育協議会会員校の連絡責任者宛に調査票を配布し、記入後に事務局宛に返送を求めた。

B. 調査方法

1) 調査期間

平成22年11月～12月とした。

2) 調査対象校

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校を対象とした。

3) 調査票の作成

対象校の教育課程、回答者の立場、

C. 結果

1) 対象の特性

84校から回答を得た（回収率は