

と表現されていた。

助産師外来や院内助産所の基準が定められていても、基準を元に更なる話し合いを行い、どのように助産師と医師が連携して妊産婦管理を行うかの方向性が決定されていた。

助産師と医師との連携の工夫については、「定例のカンファレンスを活性化する」「コミュニケーションを大切にして報告・連絡・相談を密に行う」「運営上で生じた問題に速やかに対応し、後回しにしない」「事例ごとに振り返りや評価を一緒に行なう」などがあげられており、ここでも情報の共有や良好な人間関係が連携の鍵となることが指摘されていた。

助産師外来や院内助産所を設置する利点として、「助産師の診断力や技術力を医師や妊産婦から認めてもらえる」「妊産婦個々のニーズに応じたケアができるので、妊産婦の満足も得られ、スタッフの職務満足も高い」などがあげられており、助産師らしい活動ができることに充実感を見出していた。

また、約 9 割の施設が、助産外来および院内助産の運営マニュアルや基準を有していたが、それらは基本的には産科診療ガイドラインや助産所業務ガイドラインなどの内容に一致し、施設独自の取扱い基準にまでは至っていなかった。したがって、その取扱い基準がどの程度、施設の現状に即した内容であるかは不明である。今後は、今年度得たデータをさらに分析して、新しい助産外来および院内助産の運営マニュアルや基準を作成していく必要があるかを含め検討していくことの必要性が示唆された。

## 研究 2

助産師主体の分娩が安全に行われるために必要な要件を明らかにするために、助産師主体の分娩が行われている施設で医師との連携の実際について前方視的に事例を集積した。その結果、分娩第 1 期、第 2 期を通して最も頻度が高かった連携の理由は、両群ともに胎児心拍数モニタリング異常であった。この中には、結果として帝王切開、吸引分娩、鉗子分娩を必要とした事例も存在した。胎児心拍数モニタリング異常は、児の予後に関わる重要なリスク因子である。助産師主体の分娩が安全に行われるためには、胎児心拍数モニタリング判読の能力をもった助産師の配置が必要である。また、微弱陣痛、回旋異常、分娩停止等の分娩進行に関わる異常の発生もみられ、これらの異常を中心に医学的介入の時期を適切に判断する能力も助産師に求められるものと思われる。両群間における胎児心拍数モニタリング異常による医師コンサルト頻度の差は、医師が分娩室に配置されている B 群における帝王切開数や母体搬送数が有意に医師が院内又はオンコール配置の A 群より多いことから、施設の環境の差や妊産婦の背景の差が影響しているものかもしれない。

分娩第 3 期では、会陰裂傷に伴う医師の介入を必要とする事例が最も多かった。これは、会陰裂傷の程度により助産師による縫合が取り決めにより制限されていることも一因であると考えられるが、中には会陰裂傷の程度が強い裂傷や頸管裂傷も発生しており、医師が迅速に介入できる連携体制の確立が必要である。さらに、子宮収縮不全等のように異常出血に結びつく可能性のある事例も認められた。医師が分娩室内にいない可能性のある A 群で、子宮収縮不全

による医師介入の頻度が高かったが、総分娩時出血量には両群間に有意差はなく、A群においても適切な対応がなされていたと思われる。今回の検討では、自然経膈分娩の68%は分娩時出血量500ml未満であり、医師の配置によつての分娩時出血量にも有意差はみられなかった。しかしながら、自然経膈分娩の6.1%は分娩時出血量1000ml以上であり、0.3%は分娩時出血量2000ml以上であった。産科危機的出血に対する対策も常日頃から十分に考えておく必要があると思われた。また、新生児蘇生に関連する医師の介入が6例あり、その内3例は新生児搬送になっていた。新生児科医師との連携の在り方も今後検討していく必要があるものと思われた。

助産師による会陰裂傷縫合は、経膈分娩例の約14%にしか行われていなかった。さらに、取り決めにより、小陰唇裂傷は医師に依頼している実情もあった。会陰裂傷縫合が十分に実施できるようになるためには、十分な訓練期間が必要である。しかしながら、助産師による会陰裂傷縫合に伴う重篤な合併症は発生しておらず、必要要件（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22～23年度総合研究報告書 P.37 別紙4）を満たせば安全に行える手技であると考えられた。また、助産師による局所麻酔の実施件数は少なかったが、67例中合併症は発生していなかった。会陰裂傷縫合同様に必要な知識と経験を積む機会を増やすことが今後求められる。

分娩後の症例についての振返りは、全経膈分娩の約17%にしか行われていなかった。医師介入事例発生数を考慮するともっと振

返りの機会が多くてもよいのではないかと思われた。医師の症例の振返りへの参加率は約92%であり、振返りの機会が設けられた際の医師の協力は得られているようであった。振返りの時期に関しては、1ヶ月以内が最も多かった。様々な理由で、振返りが行われなかったり、時期が遅くなったりしていると思われるが、助産師主体の分娩の安全性を高めるためにも、分娩管理を含めた症例ごとの分娩の振返りは不可欠であり、振返りの機会を増やす何らかの工夫が必要であると考えられた。

なお、次年度の研究では助産所における分娩についても臨床現場での試行的な実施等から医師との連携体制を明らかにする必要がある。

#### E. 結論

助産師主体の分娩が安全に行われるために、助産師の胎児心拍数モニタリング判読の能力の向上、微弱陣痛、回旋異常、分娩停止等の分娩進行に関わる異常の発生を捉え、医療介入の時期を適切に判断する能力、危機的産科出血への対応能力が必要である。さらに、産科医だけでなく、新生児科医との連携の在り方も今後の検討課題として考えられた。助産師による会陰裂傷縫合術は、適切な判断のものと的確な手技で行えるよう知識と経験を積むことが必要である。また、今回は各施設の倫理委員会の承認を得て、臨床研究として会陰裂傷縫合および局所麻酔を助産師が行ったが、一般化するためには法的な解釈を示す必要があると考えられる。

【研究1 表】

表1. 総病床数

病床数	件数(%) n=176
1～9	1(0.6)
10～19	1(0.6)
20～49	10(5.7)
50～99	7(4.0)
100～499	100(56.8)
500～999	47(26.7)
1000～	6(3.4)
記入なし	4(2.3)

表2. 施設形態

施設	件数(%) n=176
大学病院	16(9.1)
総合病院	132(75.0)
産科専門病院	12(6.8)
診療所	1(6.0)
その他	12(6.8)
記入なし	3(1.7)

表3. 科の形態

形態	件数(%) n=176
産科単科	35(19.9)
産婦人科	67(38.1)
他科混合	73(41.5)
非該当	1(6.0)

表4. 産科病棟におけるスタッフ種別人数と施設数

スタッフ種別	スタッフ数						
	施設数(%)	1～5	6～9	10～19	20～29	30～39	40～
助産師 常勤	施設数(%)	11(6.4)	18(10.4)	72(41.6)	49(28.3)	14(8.1)	9(5.2)
助産師 非常勤	施設数(%)	78(86.7)	8(8.9)	2(2.2)	2(2.2)	0(0)	0(0)
看護師 常勤	施設数(%)	47(35.9)	37(28.2)	42(32.1)	5(3.8)	0(0)	0(0)
看護師 非常勤	施設数(%)	30(96.8)	1(3.2)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)
准看護師 常勤	施設数(%)	33(80.5)	6(14.6)	1(2.4)	1(2.4)	0(0)	0(0)
准看護師 非常勤	施設数(%)	16(100)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)

表 5. 2011 年院内助産所での分娩数

分娩数	施設数(%)
0	2 (6.1)
1～9	12 (36.4)
10～19	3 (9.1)
20～29	2 (6.1)
30～49	4 (12.1)
100～199	5 (15.2)
200～299	3 (9.1)
記入なし	2 (6.1)

表 6. 院内助産所開設からの分娩数累計

分娩数	施設数(%)
0	1 (2.9)
1～19	8 (22.9)
20～29	5 (14.3)
30～49	3 (8.6)
50～99	4 (12.1)
100～199	1 (2.9)
200～299	5 (14.3)
300～999	4 (11.4)
1000 以上	2 (5.7)
記入なし	4 (11.4)

表 7. 医師管理体制への移行頻度

移行頻度(%)	分娩前	分娩後
	施設数(%)	施設数(%)
0	9 (17.6)	4 (12.1)
1～9	5 (9.8)	3 (9.1)
10～19	6 (11.3)	7 (21.2)
20～29	3 (5.9)	6 (18.2)
30～39	20 (39.2)	4 (12.1)
40～49	0 (0)	0 (0)

## 【研究 2 図表】

表 I. 助産師主体の分娩時の医師配置

施設	第 1 期	第 2 期	第 3 期
1	院内/オンコール	院内/オンコール	院内/オンコール
A 群 2	院内	院内	院内
3	院内	院内	*取り決め立会
4	院内	分娩室	分娩室
B 群 5	院内	分娩室	分娩室
6	**オンコール	分娩室	分娩室

\*; 分娩全般の最終確認のために立ち会う。

\*\*; 子宮口全開大約 1 時間前には院内待機

表Ⅱ. 妊婦および新生児の背景

	全体 n=1323	A 群 n=758	B 群 n=565	統計
年齢;歳(mean±SD)	31.1±4.9	29.9±4.7	32.7±4.7	ns
初産 n (%)	691(52.2)	375 (49.5)	316 (55.9)	<0.05
分娩週数;週(mean±SD)	39.1±1.4	39.3±1.2	38.5±6.2	ns
経膈分娩数 n (%)	1172 (88.6)	715 (94.3)	457 (80.9)	<0.01
帝王切開数 n (%)	115(8.7)	40 (5.3)	75 (13.3)	<0.01
吸引分娩数 n (%)	118(8.9)	87(11.5)	31(5.5)	<0.01
鉗子分娩数 n (%)	7(0.5)	6(0.8)	1(0.2)	ns
母体搬送数 n (%)	36(2.7)	3(0.4)	33 (5.8)	<0.01
出生体重; g(mean±SD)	3036.8±415.7	3073±381	2986±456	ns

表Ⅲ. 分娩第1期コンサルト内容

分娩第1期コンサルト内容	総数(n=1323) n (%)	A 群(n=758) n (%)	B 群(n=565) n (%)	統計
総コンサルト数	469(35.4)	195(25.7)	274(48.5)	<0.01
FHR モニタリング異常	167(12.6)	53(7.0)	114(20.2)	<0.01
微弱陣痛	150(11.3)	63(8.3)	87(15.4)	<0.01
高血圧	28(2.1)	21(2.8)	7(1.2)	ns
前期破水	22(1.7)	11(1.5)	11(1.9)	ns
回旋異常	14(1.1)	7(0.9)	7(1.2)	ns
羊水混濁	11(0.8)	5(0.7)	6(1.0)	ns
予定日超過	9(0.7)	9(1.2)	0(0)	<0.05
早産	7(0.5)	5(0.7)	2(0.4)	ns
異常出血	6(0.4)	4(0.5)	2(0.4)	ns
発熱	4(0.3)	3(0.4)	1(0.2)	ns
分娩停止	2(0.2)	1(0.1)	1(0.2)	ns
羊水過少	1(0.1)	1(0.1)	0	ns
巨大児疑い	1(0.1)	1(0.1)	0	ns
痛み	1(0.1)	1(0.1)	0	ns
和通分娩希望	1(0.1)	1(0.1)	0	ns
その他	45(3.4)	9(1.2)	36(6.4)	-

表Ⅳ. 分娩第2期医師介入理由

分娩第2期 医師介入理由	総数(n=1195)	A群(n=717)	B群(n=478)	統計
	n	n (%)	n (%)	
総医師介入数	339(28.4)	153(21.3)	186(38.9)	<0.01
FHR モニタリング異常	197(16.5)	102(14.2)	95(19.9)	<0.01
微弱陣痛	88(7.4)	28(3.9)	60(12.6)	<0.01
第2期遷延	9(0.8)	9(1.3)	0 (0)	<0.05
回旋異常	8(0.7)	4(0.6)	4(0.8)	ns
血圧上昇	6(0.5)	3(0.4)	3(0.6)	ns
羊水混濁	5(0.4)	2(0.3)	3(0.6)	ns
急速進行	3(0.3)	3(0.4)	0	ns
異常出血	2(0.2)	0	2(0.4)	ns
発熱	1(0.1)	0	1(0.2)	ns
その他	20(1.7)	2(0.3)	18(3.8)	-

(%)は、分娩第2期に経膣分娩を試みた総数に対する割合を示す。

表Ⅴ. 分娩第3期医師介入理由

分娩第3期 医師介入理由	総数(n=1172)	A群(n=715)	B群(n=457)	統計
	n (%)	n (%)	n (%)	
総医師介入数	351(30.0)	193(27.0)	158(34.6)	<0.01
会陰裂傷縫合	162(13.8)	37(5.2)	125(27.4)	<0.01
子宮収縮不全	146(12.5)	122(17.1)	24(5.3)	<0.01
異常出血	10(0.9)	3(0.4)	7(1.5)	ns
胎盤剥離遅延	7(0.6)	5(0.7)	2(0.4)	ns
新生児管理	8(0.7)	8(1.1)	0	<0.05
頸管裂傷	3(0.3)	3(0.4)	0	ns
卵膜遺残	2(0.2)	2(0.3)	0	ns
外陰・膣壁血腫	2(0.2)	2(0.3)	0	ns
子宮下垂	1(0.1)	1(0.1)	0	ns
臍帯断裂	1(0.1)	1(0.1)	0	ns
その他	9(0.8)	9(1.3)	0	-

(%)は、経膣分娩数に対する割合を示す。

表VI. 助産師による会陰縫合

	総数 (n=163)	A 群 (n=102)	B 群 (n=61)
	n (%)	n (%)	n (%)
全て助産師	95 (58.3)	81 (79.4)	14 (23.0)
1度	46	42	4
2度	38	28	10
会陰切開部	11	11	0
一部助産師	43 (26.4)	19 (18.6)	24 (39.3)
1度	11	6	5
2度	30	13	17
小陰唇裂傷	2	0	2
医師へ移行	2 (1.2)	2 (2.0)	0
小陰唇裂傷	1	1	0
腔壁裂傷	1	1	0
1度	0	0	0
2度	0	0	0
合併症	1 (0.6)	1 (1.0)	0 (0)

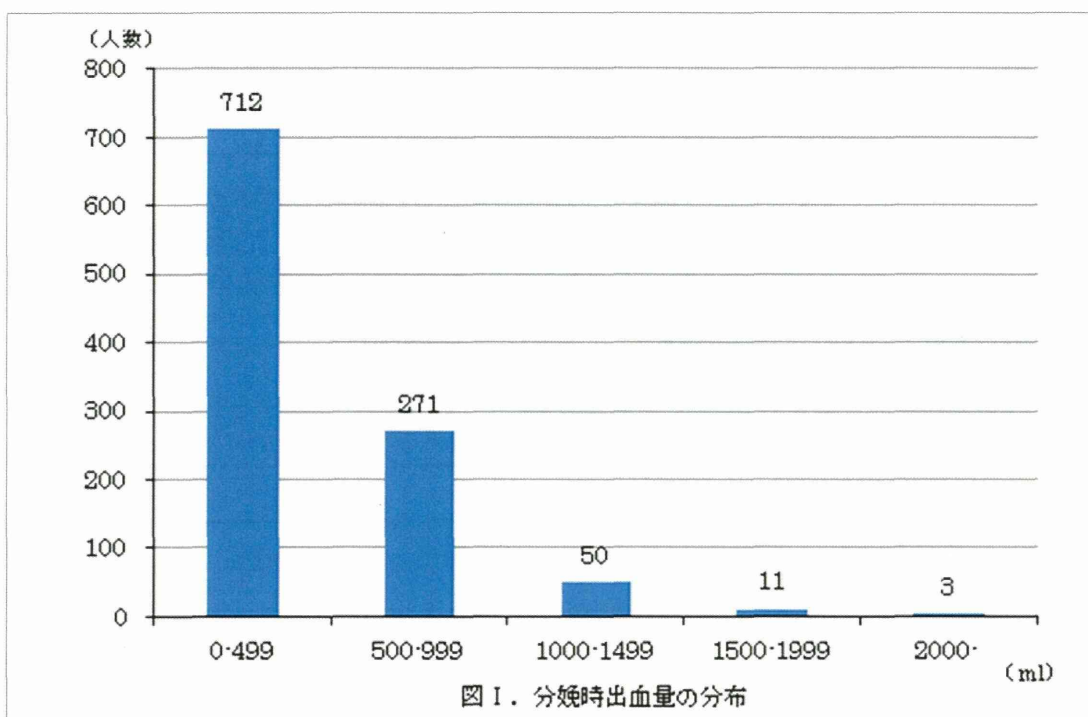
表VII. 助産師による局所麻酔

助産師が関与した会陰縫合数	163
助産師による局所麻酔総数	67(41.1%)
助産師による局所麻酔 全て	61(37.4%)
助産師による局所麻酔 一部	6(3.7%)
局所麻酔 合併症	0

表VIII. 助産師主体の分娩後の振返り

振返り総数		n=194
振返りメンバー		
助産師・看護師・医師		156(80.4)
助産師・医師		22(11.3)
助産師・看護師		1(0.5)
助産師のみ		15(7.7)
振返り内容		
分娩管理		176(90.7)
分娩管理＋会陰縫合		9(4.6)
分娩管理＋システム		6(3.1)
分娩管理＋システム＋会陰縫合		2(1.0)
会陰縫合		1(0.5)
振返り時期		
分娩当日		28(14.4)
分娩翌日		2(1.0)
患者入院中		16(8.2)
1ヶ月以内		146(75.3)
1ヶ月以降		1(0.5)

( )は振返り総数に対する割合を示す。



【研究 1 概要】


平成24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)

**看護師等の高度な臨床実践能力の評価及び向上に関する研究**  
 分担研究者 池ノ上 克(宮崎大学医学部附属病院)

**研究目的**

周産期のチーム医療の中で助産師主体の分娩管理を実践するために、陣痛発来から分娩終了までの中で医師とのよりよい連携体制を明らかにする。研究1では我が国における院内助産所・助産師外来の現状と課題を明らかにする。

研究1



「助産師外来・院内助産所を設置している施設リスト」から助産師外来490施設および院内助産所80施設を対象に、平成24年12月～平成25年1月の期間に、自記式調査票を郵送配布し、郵送回収した。

**院内助産所・助産師外来の運営の実態と課題**

- 担当助産師の課題としては、業務量の増加やモチベーションの維持、手当等があった。
- 妊産婦の管理形態は、助産師が管理している施設が約3割で、医師の立会い・医師のルチンな介入がある施設が約6割あった。
- 担当助産師の基準は、経験年数は5年前後が多く、今後教育や研修が課題となっている。
- 運営基準は約8～9割の施設が有しているが、基本的には産科診療および助産所業務ガイドラインなどを参考に作成されている。
- 円滑な運営のために、助産師と医師の連携が鍵であり、コミュニケーション、情報の共有、良好な人間関係が重要であると指摘された。



## 【研究2 概要】

平成24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)

### 看護師等の高度な臨床実践能力の評価及び向上に関する研究 分担研究者 池ノ上 克(宮崎大学医学部附属病院)

#### 研究目的

周産期のチーム医療の中で助産師主体の分娩管理を実践するために、陣痛発来から分娩終了までの中で医師とのよりよい連携体制を明らかにする。

#### 研究2



**方法:** 6施設(病院、診療所)において、助産師主体の分娩管理を行った妊産婦1,323人を対象として、

- 分娩時医師の配置が院内もしくはオンコール体制の3施設(A群)と分娩室内の3施設(B群)の2群に分け、医師介入の理由、頻度、時期、分娩の転帰、新生児の予後を比較するとともに医師と助産師の連携について検討。
- 助産師による局所麻酔と会陰裂傷縫合に関する検討。



- 助産師主体の分娩が安全に行われるために、助産師の胎児心拍数モニタリング判読の能力の向上、微弱陣痛、回旋異常、分娩停止等の分娩進行に関わる異常の発生を捉え、医療介入の時期を適切に判断する能力、産科危機的出血への対応が求められ、さらには医師が迅速に介入できる連携体制を整えることが必要である。
- 分娩管理、分娩前後の医師との連携において、助産師と医師での振返りは不可欠である。
- 助産師による会陰裂傷縫合に伴う重篤な合併症の発生はなく、局所麻酔の実施に関しても合併症は発生していなかった。助産師による会陰裂傷縫合術は、適切な判断のもと的確な手技で行えるよう知識と経験を積むことが必要であり、また、一般化するためには法的な解釈を示すことが必要である。

【別紙 1】

助産師外来・院内助産所の現状調査

I. 施設について以下の項目にご回答ください。

1. 施設名をご記入ください。

( )

本調査は、厚生労働省医政局看護課が把握している「助産師外来・院内助産所を設置している施設リスト」をもとに発送しております。後日、必要に応じて個別に内容等を確認させていただくことがございますので、可能な限り施設名をご記入ください。なお、集計に際してはすべて匿名化いたします。

2. 回答者の職種と役職をご記入ください。

回答者職種：( ) 産科医師・( ) 助産師・( ) 看護師・( ) その他 ( )

回答者役職：( )

3. 施設全体についてお尋ねします。

①所在地：(都道府県名 )

②総病床数：  床/施設

③施設形態：( ) 大学付属病院・( ) 総合病院・( ) 産科専門病院  
( ) 診療所・( ) その他 ( )

④NICUの併設：( ) あり  床 ・( ) なし

⑤新生児科常勤医師：( ) いる  名 ・( ) いない

⑥小児科常勤医師（新生児科医師を除く）：( ) いる  名 ・( ) いない

4. 産科病棟についてお尋ねします。

①科の形態：( ) 産科単科 ・( ) 産婦人科 ・( ) 他科混合

②病床数：  床/産科

③産科病棟での年間分娩件数：2010年  件 ・2011年  件

④帝王切開率（2011年）： %

⑤産科病棟の産婦人科医師数・助産師数・看護師数および准看護師数

	常勤	非常勤
--	----	-----

産婦人科医師	名	名
助産師	名	名
看護師	名	名
准看護師	名	名
その他（助手など）	名	名

II. 助産師外来について以下の項目にご回答ください。

1. 助産師外来の開設年はいつですか。  年

2. 担当している助産師の人数を教えてください。

1) 常勤  名

2) 非常勤  名

3. これまでの実績についてご記入ください。

①助産師外来の対象となった妊産婦数（2011年）： 名

②開設からの助産師外来利用の妊産婦数（累計）： 名 /  年間

4. 運営体制についてご記入ください。

①運営マニュアル：( ) あり ・ ( ) なし

②助産師外来開催頻度： 日 / 週

③外来担当助産師の所属部所：( ) 病棟 ・ ( ) 外来 ・ ( ) その他 ( )

④助産師外来の妊産婦基準の有無：( ) あり ・ ( ) なし

（「あり」の場合具体的に： )

⑤助産師外来の対象となる週数： 週

⑥診察形態：( ) すべて助産師

( ) 医師と交互に実施

( ) 定期的に医師が実施（時期や回数 )

( ) その他 ( )

5. 助産師外来を担当する助産師についてご記入ください。

①外来担当助産師の基準：( ) あり ・( ) なし

「あり」の場合：助産師経験年数  年以上

分娩介助件数： 件以上

その他の条件： 具体的に

6. 助産師外来を担当する助産師の業務内容をご記入ください（当てはまるものにすべて○）。

①業務内容： ( ) 妊婦健康診査（含保健指導）

( ) 妊婦保健指導のみ

( ) 褥婦1ヵ月健診（含保健指導）

( ) 褥婦保健指導のみ

( ) 新生児1ヵ月健診（含保健指導）

( ) 新生児保健指導のみ

( ) 母乳育児指導

( ) その他 ( )

②診察時の超音波機器の使用：( ) あり ・( ) なし

「あり」の場合の用途：( ) 推定児体重

( ) 羊水量

( ) コミュニケーションツール

( ) その他 ( )

7. 医師との連携についてご記入ください。

①明文化した報告基準：( ) あり ・( ) なし

「あり」の場合： 具体的な項目（可能なら基準をご提出ください）

②薬剤の処方：( ) 使用時、毎回直接医師に指示を受ける

( ) その他 ( )

③助産師外来受診時の医師への報告の頻度：(2011年の実績) %)

④医師外来に移行の頻度：(2011年の実績) %)

⑤医師外来に移行の理由

【主なもの】

⑥医師とのケースカンファレンスの頻度：(2011年の実績) 回/月)

⑦医師とのケースカンファレンスの内容

【具体的に】

8. 助産師外来を担当する助産師の教育についてご記入ください。

①自施設内で実施：【具体的に】

②他施設研修の利用：【具体的に】

9. 助産師外来を担当する助産師への手当についてご記入ください。

①支給：( ) あり ・ ( ) なし

(「あり」の場合支給額：  円/月 )

②支給する条件：(具体的に )

Ⅲ. 院内助産について以下の項目にご回答ください。

1. 院内助産の開設年はいつですか。西暦  年

2. 担当している看護職の人数を教えてください。

①助産師： 名

②看護師： 名

③准看護師： 名

3. これまでの実績についてご記入ください。

①院内助産分娩数（2011年）： 件

②開設からの院内助産での分娩数（累計）： 名 /  年間

4. 運営体制についてご記入ください。

①運営マニュアル： あり ・  なし

②院内助産の対象基準の有無： あり ・  なし

（「あり」の場合具体的に： ）

④院内助産の対象決定時期： 妊娠期（ 週）

分娩期入院時

その他（ ）

⑤管理形態： 正常経過は助産師のみで管理

医師に報告し助産師が管理

医師のルチーンな介入あり

その他（ ）

5. 院内助産担当助産師の業務内容についてご記入ください（当てはまるものにすべて○）。

①業務内容： 妊婦健康診査

分娩介助

会陰切開

産道精査

会陰縫合

入院中の褥婦の健康診査

- ( ) 入院中の母乳育児指導
- ( ) 産後の生活指導・育児指導
- ( ) 新生児先天性代謝異常検査
- ( ) 褥婦の退院診察
- ( ) 新生児の退院診察
- ( ) その他 ( )

②診察時の超音波機器の使用：( ) あり ・( ) なし

「あり」の場合の用途：( ) 子宮の大きさ

(重複回答可) ( ) 胎児の大きさ

( ) 胎位・胎向

( ) 出血・凝血の有無

( ) 胎盤の位置・剥離

( ) その他 ( )

③会陰裂傷時の対応：

( ) 助産師が縫合

( ) 医師に報告し速やかに医師が縫合

( ) 医師に報告し医師の勤務時間内に縫合

( ) クレンメ使用

( ) その他 ( )

④助産師が縫合時の局所麻酔の使用：( ) あり ・( ) なし

「あり」の場合の使用薬剤：( ) 0.5%キシロカイン

( ) 1.0%キシロカイン

( ) その他 (具体的に )

6. 医師との連携についてご記入ください。

①明文化した報告基準：( ) あり ・( ) なし

「あり」の場合： [ 具体的な項目 (可能なら基準をご提出ください) ]

②院内助産管理中の医師への報告の頻度：分娩前（2011年の実績 %）  
：分娩後（2011年の実績 %）

③医師管理に移行の頻度：分娩前（2011年の実績 %）  
：分娩後（2011年の実績 %）

④医師管理に移行の理由

主なもの

⑤医師とのケースカンファレンスの頻度：（2011年の実績 回/月）

⑥医師とのケースカンファレンスの内容

具体的に

7. 担当助産師の基準についてご記入ください。

①担当助産師の基準：（ ）あり ・（ ）なし

「あり」の場合：助産師経験年数  年以上

分娩介助件数：  件以上

その他の条件：  具体的に

8. 担当助産師の教育についてご記入ください。

①自施設内で実施：  具体的に



②他施設研修の利用：（具体的に）

9. 担当助産師への手当についてご記入ください。

①支給：（ ）あり ・（ ）なし

（「あり」の場合支給額：  円/月 ）

②支給する条件：（具体的に）

10. 医師との連携で日頃感じていることを自由にお書きください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

可能な限り助産師外来、院内助産の医師への報告基準の提出にご協力くださいますようお願いいたします。

【別紙 2】

会陰裂傷・局所麻酔

施設名 \_\_\_\_\_

妊婦イニシャル \_\_\_\_\_ 妊婦No \_\_\_\_\_ 経産  初産  経産 年齢 \_\_\_\_\_ 歳

会陰裂傷程度  I  II  III  IV 会陰切開の有無  有  無

縫合施行者  全て助産師  一部助産師\*  全て医師  医師へ移行

医師への移行理由  会陰裂傷縫合  膣壁裂傷縫合  その他  
 頸管裂傷縫合  小陰唇裂傷縫合 ( \_\_\_\_\_ )

助産師会陰縫合経験数 \_\_\_\_\_ 件 認定資格  認定  仮認定  未認定

助産師経験年数 \_\_\_\_\_ 年 医師立ち会い  無  分娩室内  病院内

外回り看護師数 \_\_\_\_\_ 人

縫合者した助産師による傷のフォロー  有  無

縫合者した助産師による傷のフォロー時期

0日  1日  2日  3日  4日  5日  入院中連日  退院日  1ヶ月

会陰縫合合併症  創部離開  創部感染  血腫  その他

合併症の対処  医師が再縫合  観察のみ  抗生剤塗布  その他 ( \_\_\_\_\_ )

局所麻酔の有無  有  無

局所麻酔施行者  全て助産師  一部助産師  全て医師  医師へ移行

麻酔施行者医師の場合その理由

局所麻酔薬種類  0.5%キシロカイン  1%キシロカイン  その他 ( \_\_\_\_\_ )

局所麻酔薬量 \_\_\_\_\_ ml 助産師局所麻酔経験数 \_\_\_\_\_

局所麻酔合併症  有  無 合併症 \_\_\_\_\_

縫合助産師の感想 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\* 一部助産師；院内の取り決めによって医師によつて一部縫合された場合や局所の出血等で一部の縫合を医師に委ねた場合とする。

## 分娩に関する情報

施設名 \_\_\_\_\_

妊婦イニシャル \_\_\_\_\_ 妊婦No \_\_\_\_\_ 妊婦年齢 \_\_\_\_\_ 歳

分娩歴  初産  経産 経産回数 \_\_\_\_\_ 回

医師の配置  分娩室内  院内  オンコール  嘱託  その他 \_\_\_\_\_

既往歴 \_\_\_\_\_

偶発合併症 \_\_\_\_\_

分娩1期医師コンサルト  無  有

分娩1期医師コンサルト内容  高血圧  異常出血  微弱陣痛  
 低血圧  羊水混濁  回旋異常  
 発熱  胎児心拍数モニタリング異常  その他 ( \_\_\_\_\_ )

分娩2期医師立会  有  無  取り決め医師立会

分娩2期医師立会理由  高血圧  異常出血  微弱陣痛  
 低血圧  羊水混濁  回旋異常  
 発熱  胎児心拍数モニタリング異常  その他 ( \_\_\_\_\_ )

分娩3期医師立会  有  無  取り決め医師立会

分娩3期医師立会理由  子宮収縮不全  外陰部血腫  新生児異常  
 異常出血  胎盤剥離遅延  その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 2度以上の会陰裂傷  臍帯断裂

分娩転帰  自然経産  吸引分娩  鉗子分娩  帝王切開  他施設へ搬送  その他 \_\_\_\_\_

急速遂娩および帝切理由  胎児心拍数モニタリング異常  第2期短縮  その他 ( \_\_\_\_\_ )

出血量 \_\_\_\_\_ ml 分娩時間 \_\_\_\_\_ 時間 \_\_\_\_\_ 分

在胎週数 \_\_\_\_\_ 週 出生児体重 \_\_\_\_\_ g

Apgar score 1分 \_\_\_\_\_ Apgar score 5分 \_\_\_\_\_

分娩時合併症  無  有

分娩時合併症内容 \_\_\_\_\_

分娩後の振り返り  無  有

振り返りメンバー  助産師  看護師  医師  看護学生  医学生

振り返り時期  分娩当日  分娩翌日  入院中  1ヶ月以内  1ヶ月以降

振り返り内容  分娩管理  会陰縫合  システム  その他 ( \_\_\_\_\_ )

特記事項 \_\_\_\_\_

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

特定看護師の実践能力向上のための研修プログラムの開発  
ークリティカル領域の修了生を対象にした継続研修に関するニーズ調査ー

研究協力者 石川 倫子（東京医療保健大学東が丘看護学部 准教授）

研究要旨：

特定行為も実施できる看護師（以下、特定看護師）に対する教育は、養成課程での教育を修了した後の継続教育が不可欠であると考えます。

本研究ではクリティカル領域で活躍する特定看護師の継続研修プログラムを開発するために、厚生労働省看護師特定能力養成調査試行事業の指定を受けた課程（2年課程）を修了し、看護師特定行為・業務試行事業に指定された医療施設で働く、クリティカル領域の特定看護師 20 名を対象とし、継続研修に関するニーズを養成課程修了後 6 か月経過時点で調査した。以下の結果を得た。

- 1) 継続研修の開始時期としては修了 1 年目の 10～12 月に希望が多かった。
- 2) 継続研修の頻度は 1 年に 1 回の希望が多かった。
- 3) 養成課程修了後 1 年目の研修内容として最も希望が多かったのは「超音波・放射線等の画像診断に関する知識と技術」で、修了後 2 年目に希望する研修内容で最も希望が多かったのは「頻度の高い症状における診断から治療までの系統的な知識」であった。研修方法では、修了後 1・2 年目ともに「自分の能力を強化できる診療科で研修を行う」が「必ず行ってほしい」と希望した者が多かった。
- 4) 修了後 1 年目では「決められたプログラムでよい」で、2 年目では「選択できる複数の個別プログラムを組んでほしい」という希望が多かった。

A. 研究目的

クリティカル領域における特定看護師の養成課程修了 1 年目の On the job トレーニングによる各施設の研修を補完する研修、および特定看護師としての実践力を維持・向上する研修を位置づけることが必要である。そこで本研究は一定期間、外部機関で行うクリティカル領域における特定看護師の継続研修プログラムを開発するために、クリティカル領域の修了生を対象とした研

修に関するニーズ調査を目的とする。

<用語の定義>

継続研修：特定看護師として必要な能力を継続的に担保、向上するために、養成課程修了後に継続的に実施する研修  
特定看護師：医師の包括的指示に基づき、特定行為も実施できると国が認定する予定の看護師