



静岡県母性衛生学会誌 3巻1号 [全体]

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 静岡県母性衛生学会 公開日: 2023-05-24 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10271/00004366

静母衛誌 第3巻1号 Vol.3 No.1 2013

平成25年8月

静岡県母性衛生学会誌

Shizuoka Journal of Maternal Health

ISSN 2186-3121

静岡県母性衛生学会

Shizuoka Society of Maternal Health

訃 報

第3代会長 寺尾俊彦先生は
平成24年10月21日ご逝去されました。
ここに謹んで哀悼の意を捧げます。

静岡県母性衛生学会

静岡県母性衛生学会誌

第3巻 第1号 2013年8月

[目 次]

巻頭言	静岡県母性衛生学会会長 西口富三…………… 1
総説	
・ 発達障害と子ども虐待	浜松医科大学児童青年期精神医学講座 杉山登志郎…………… 3
・ 授乳期乳腺炎の治療と予防における助産師の役割	神崎外科クリニック 神崎正夫…………… 11
・ アクティブバース ～フリースタイル分娩介助の方法～	めぐみ助産院助産師 岩田塔子…………… 17
原著	
・ 看護師養成課程における倫理教育について –東海4県の助産師学生調査より–	浜松医科大学大学院博士課程 杉浦和子、他…19
・ 静岡県内における助産師実態調査報告	静岡県看護協会助産師職能委員会 鈴木百合子、他…27
・ 助産外来実践能力育成に向けての課題 ～助産外来の現状からの考察～	静岡県立大学看護学部 高木 静、他…33
・ 先天性心疾患；当院における出生前診断の状況	静岡県立こども病院 加茂亜希、他…43
報告	
・ 育児期の母親への夫からの支援に関する文献調査	静岡県立総合病院 寺田有里、他…49
特集	第3回羽衣セミナー……………59
	静岡県立こども病院周産期センター長 西口富三
	静岡県立こども病院整形外科科長 滝川一晴
	静岡県産婦人科医会理事 前田津紀夫
	浜松医科大学産婦人科講師 内田季之
	静岡県立大学看護学研究科准教授 太田尚子
	くさなぎマタニティクリニック院長 大橋涼太
	浜松医療センターメディカルバースセンター副看護長 新田京子
学会だより	
第25回静岡県母性衛生学会学術集会プログラム……………	87
平成24年度事業報告並びに平成25年度事業計画……………	96
静岡県母性衛生学会規約……………	100
静岡県母性衛生学会役員名簿……………	102
論文投稿規程・チェックリスト・著作権……………	103
入退会申込書様式・会員登録変更用紙……………	109
編集後記	

巻 頭 言

静岡県母性衛生学会
会長 西口富三

巻頭にあたり、平成24年10月21日、第三代会長・寺尾俊彦先生がご逝去されましたことをご報告申し上げます。先生には設立当初より本学会の発展に多大なる御尽力を賜わってまいりました。先生の御功績に深謝申し上げますとともに、謹んで哀悼の意を捧げます。

さて、この1年を振り返ってみますと、風疹の流行や非侵襲的出生前遺伝子的検査（NIPT）の実施など、幾つかの話題がありました。また、つい最近では、生殖補助医療に対する補助金の年齢制限が提案されました。時代の流れに応じて、求められる医療も変化するのが常であり、周産期医療も決して例外ではありません。本学会は、周産期医療に携わる医師、助産師・看護師、保健師、栄養士、教員、そして、未来を担う学生等で構成されており、本会の有する意義、そして、その使命は今後益々高まっていくといえます。職種間の垣根を越えて互いに顔の見える交流のなかで、一致団結して周産期医療に対応していければと願います。

今回の学術雑誌第三巻では、総説3編のほか、原著論文4編、報告1編、そして、“第3回羽衣セミナー”を特集として取り上げました。総説については、創刊号では、母体救急救命病態である“肺血栓塞栓症”対策を浜松医療センター院長の小林隆夫先生に、第二巻では“妊産婦の心肺蘇生”を埼玉医科大学総合医療センター麻酔科准教授の照井克生先生にお願いしました。本巻では、0歳児虐待問題対策の一環として、浜松医科大学児童青年期精神医学講座教授の杉山登志郎先生に“発達障害とこども虐待”についての総説をお願いしました。また、授乳期のトラブルの一つである乳腺炎への対応について、この領域を専門とされている神崎外科クリニックの神崎正夫先生に、そして、アクティブバース（フリースタイル）について、その推進に携わっているめぐみ助産院の岩田塔子先生にお願いしました。また、原著論文、報告では、助産師の実態調査のほか、倫理教育や助産外来能力育成などの看護教育システムに関する研究、育児支援の在り方、胎児先天性心疾患症例の管理状況など、多岐にわたり盛りだくさんな内容となっています。日常の臨床に即応用できる内容もたくさん掲載されていますので、会員の皆様にとって有益なものであることを期待いたします。

本学術雑誌は今回で第三巻の発刊に至りました。投稿論文も増えるなど、会員をはじめ、多くの方々のご支援ならびにご協力の賜物といえます。今後さらなる充実を図っていきたいと思います。学術論文の作成に不慣れな方々もいらっしゃるかと思いますが、できうる限りサポートしていきますので、多くの方々からの御投稿をお待ちいたします。

最後に、会員の皆様の益々のご健勝を祈願し、巻頭の辞といたします。

発達障害と子ども虐待

杉山登志郎

Toshiro Sugiyama, M.D.

浜松医科大学児童青年期精神医学講座

1. 子ども虐待のいま

先日、2012年度の全国の児童相談所に通報された子ども虐待の件数が、6万件を超えたことが報道された。様々な努力にもかかわらず、残念ながらわが国の子ども虐待の現状は、改善したとまとめることが困難である。「子ども虐待のいま」を述べておきたい。

第一に特筆すべきは、子ども虐待の件数が疫学的統計の常識を覆す増加を今も続けていることである。2012年の虐待通報件数は66,807件であった。これは統計が取られ始めた1990年の約60倍！である。急増に対し対応が後手に回って追いつかない状況が、実にこの20年間一貫して継続しているのである。現場の専門家によれば、実数はそこまで行かないのではないかという。グレーゾーン症例は存在するが、わが国において、極端な言い方をすれば、子どもを虐待する家庭と、虐待をしない家庭とに二極化しており、虐待する家庭は一つの家族の中に何人もの被虐待児が存在し、一家庭が10件20件という虐待通報件数をはじき出すからである。しかしそれにしても、急激な増加というわが国の実態が変わるものではない。市町村もほぼ同数の子ども虐待に関する通報を受けており、重複があるものの、両者を単純に足せば既に十万件を超えている。さらに後述するように性的虐待の把握が未だに不十分であり、これから子ども虐待の実数はさらに増えるのではないかと予測される。こうして対応が後手に回った時に起きる最も深刻なのは子どもの虐待死である。周知のように、その痛ましい報道は途切れることなく続いており、わが国において、子ども虐待への対応に未だに大きな課題があることを端的に示している。

もう一つの大きな問題は、先に触れたように、わが国において性的虐待が未だに十分に把握され

ていないことだ。公的な通報件数において、性的虐待は一貫して全体の3%程度に過ぎない。これは明らかに実態から乖離している。子ども虐待専門外来を持つ、あいち小児保健医療総合センター（以下、あいち小児センター）における、子ども虐待の症例1,110件の統計では、性的虐待は全体の約17%であった。恐らく、この割合の方が実態に近いのではないかと考える。性的虐待においては、後遺症はより重症であり、また他の虐待とは異なった対応を必要とする。性的虐待とその後遺症への処遇は、わが国においては完全にまだこれからの課題なのである。

もちろん深刻な後遺症は性的虐待にとどまらない。子ども虐待によって引き起こされる様々な後遺症について、いまだに十分に理解されていないと筆者には感じられる。このことこそが、わが国において子ども虐待への処遇システムの構築を誤った最大の要因であると思う。これは中核的な問題である。一例のみをとりあげれば、被虐待児に対し、未だに一般的なカウンセリングが行われていることである。被虐待児の深い病理を理解せずに行われる心理治療は悪化のみをもたらし、行動の改善は得られない。普通のカウンセリングは被虐待児に歯が立たない。世界レベルでは常識であるこの程度の知識すら、これまでどの程度、虐待のケアに当たる人々に受け止められて来たのだろうか。

もう一つ大きな問題は、わが国における社会的養護（家族に代わって子どもを育てる）システムである。端的に言えば、わが国の社会的養護は既に破綻している。しかしそのことが限られた人以外には知られていない。わが国において子ども虐待の実数は急増した。しかしそれに見あった社会的養護の枠は増えなかった。そしてもっと根深い

問題がある。わが国で社会的養護の中核を占めてきた児童養護施設は、被虐待児のケアを目的として作られたものではない。これまでも圧倒的な人手不足の中で運営されてきた。そこに重症の後遺症を抱える被虐待児が大集合し、施設の中で虐待的な行動の再現を繰り返したため、せっかく保護をされた子どもたちの基本的な安全の確保すら危機にさらされる状況が続いている。特に深刻なのは、性的虐待の既往の把握がなされないままに保護をされた児童を中心に、児童相互間（時として職員児童間）の性的加害、被害の連鎖が生じていることである。これはわが国の社会的養護が普遍的に抱える問題になりつつある。そもそも社会的養護を（多人数の子どもが同室に寝起きする）大舎制の児童施設で行った時、子ども達において後年に深刻な後遺症が生じることは20年以上前から示されており、それ故に、わが国以外の先進国では子ども虐待のケアの中核を児童養護施設で行うことは既に廃止されているのだ。被虐待児の社会的養護はなんともいっても里親養育がよい。だが里親養育にしても、被虐待児へのケアは困難な作業であり、十分なバックアップの体制がとられなければ、2010年に東京で起きた痛ましい事件のように、容易に事故が起きる可能性がある。

もう一つ、わが国の社会的養護が行き詰まった背後には、子ども虐待によって社会的にどのようなコストが生じるのかという福祉経済学の立ち遅れがある。子ども虐待は、うつ病や解離性障害など後年の精神科疾患、非行や犯罪などの触法行為、配偶者間暴力、そして子ども虐待の連鎖など、長年にわたって大きなマイナスの遺産をつくる。これまで考慮に入れた長期的なコスト計算を行わないと、今、お金をかけて対応を組む意義が理解されない。一方、信じがたいことに、用いられた社会的予算に関する評価もまた行われていない。児童養護施設には一人の子どもあたり年間百万円から数百万円のお金が提供されている。その費用に見あった効果がもたらされているのかという検証もまた必要とされる。

最後に、子ども虐待と発達障害とが複雑に絡み合うという事実への認識が未だに十分ではない。

2. 子ども虐待と発達障害

表1は、先に触れたあいち小児センターを受診した子ども虐待の症例千百名あまりに対して精神医学的に診断を行った一覧表である。診断はこれまでの国際的な診断基準に準拠している。それぞれについてミニマムな発達障害の解説を行う。

自閉症スペクトラム障害（アスペルガー症候群・自閉症を含む）（ASD）

自閉症は、①社会性の障害、②想像力の障害及びそれに基づくこだわり行動、の二つの基本症状からなる生来の「社会性の発達の遅れ」を持つ発達障害である。これらの問題は、重度なものから極めて正常に近いレベルまでの連続体（スペクトラム）であると考えられている。これまで「広汎性発達障害」と呼ばれてきたが、最新の診断基準で、上記を踏まえ、自閉症スペクトラム障害（ASD）と呼ばれるようになった。知的障害を伴わないグループを「高機能群」と呼んでいる。知的な能力とはある程度独立した、社会性の障害こそ、自閉症スペクトラムの中心の問題である。感情や体験の共有が困難で、他者と関わるスキルを獲得しにくく、他者の感情を理解したり共感したりすることが難しい。知覚過敏を伴う場合も多く、特定の音や接触を著しく嫌う場合もある。ごく当然に理解できると考えられることが理解できていなかったりやれなかったりする。人から孤立するタイプの他に、他者からの指示には受身的に従うタイプ（だが実は状況判断ができていない場合がある）や、自分から積極的に人に関わろうとするものの関わり方が一方的だったり奇妙だったりするタイプもある。特に3つめのタイプは多動を伴

表1 あいち小児センターを受診した子どもの虐待症例
子ども虐待の精神医学的診断(N=1110)

併存症	男性	女性	合計	%	
自閉症スペクトラム障害	233	90	323	29.1	発達障害
注意欠陥多動性障害	146	28	174	15.7	
知的障害	49	46	95	8.6	
反応性愛着障害	256	197	453	40.8	虐待の後遺症群
解離性障害	272	251	523	47.1	
PTSD	153	205	358	32.3	
反抗挑戦性障害	139	79	218	19.6	非行群
行為障害(非行)	168	113	281	25.3	

い、対人関係でのトラブルを起こしやすい。だが、特に知的障害を伴わない高機能群は発達障害ではなく「わがままな子」とみなされやすいため、未診断の場合には子ども虐待を招きやすい。

表1をご覧いただきたい。実に3割近くの被虐待児がASDを基盤にしている。これらの児童の内、9割までが知的な障害を伴わない高機能群であった。これはいかにこの群が虐待の高リスクになるのかを示しているが、実はもう一つの要素がある。それはASDの親の側に、診断基準に満たない、軽度の自閉症スペクトラムがしばしば認められるのである。子どもの側に社会性の発達の遅れがあっても、親の側にASD傾向があっても、ともに子どもの側の社会的な発達、何よりも愛着形成（後述）には遅れが生じ、これが子ども虐待の高リスクになるのである。

注意欠陥多動性障害（ADHD）

落ち着きがなくじっとしてられない（多動）・注意を適切に集中させることが難しい（不注意）・気になったらすぐ体が動いてしまうなど行動の統制が利きにくい（衝動性）のいずれかまたは複数の症状を示す児童である。このような多動性行動障害は、突っ走ってトラブルを起こす、ものを投げて人に当たるなど、周囲から叱責を受ける言動が多くなり、当然ながら叱責やさらに体罰を招きやすい。それがエスカレートすれば虐待につながることになる。また「いつも叱られてばかりのダメな自分」という否定的な自己イメージを持ちやすく、年齢が上がるにつれ、周囲への反抗（反抗挑戦性障害）や非行（行為障害）になりやすい。ADHDを単独で持つケースもあるが、自閉症スペクトラム障害や学習障害などに併存するケースも少なくない。後述するように、虐待を受けた児も多動性行動障害を示すことが多く、虐待による多動なのか、もともとのADHDなのかという鑑別は非常に困難で、両者がかけ算になっていると考えられるケースも多い。

知的障害

知的障害とは、知的認知機能の発達の遅れであり、一般に知能指数70未満をいう。他の発達障害や精神疾患と併存することが多い。併存がない知的障害は、乳幼児期に全体的な発達の遅れとして

現われる。軽度知的障害（IQ50-69）の場合には、就学時になって初めてわかることも少なくない。他の発達障害との併存がない場合には、子どもの能力に見あった教育（特別支援教育）を受けることができれば、大きな問題を生じずに成長することが可能である。子ども虐待が絡む場合とは、親が子どものハンディキャップに気づかない、あるいは気づいていても認めずに子どもに無理をしている場合が多い。また親子ともに知的障害があり、意図せずネグレクトなど、不適切な養育を行っていることもある。

最新の診断基準では、自閉症スペクトラム障害と注意欠陥多動性障害（ADHD）は併存が認められているが、表1ではこれまでの診断基準に従い、前者の診断に合致するものはADHDから除外している。同様に自閉症スペクトラム障害とADHDが認められた場合には知的障害があっても知的障害から除外しているため、それぞれの重複はない。この3者を足してみると、全体の53%に達する。つまり過半数である。われわれがこのような事実を指摘するまで、子ども虐待の中に多くの発達障害診断が可能な児童が含まれていることにはほとんど注目されてこなかった。この過半数という数字は、子ども虐待のケアに当たって、発達障害に関する知識と対応経験が必要であることを如実に示している。

発達障害を巡ってはさらに複雑な事情がある。それは、子ども虐待によってもたらされる後遺症が発達障害に非常に類似した臨床像を呈するからである。その説明のために、表1の残りの診断名の紹介を同じくミニマムに行う。

3. 子ども虐待の後遺症

子ども虐待とは圧縮すれば、愛着障害と慢性のトラウマである。ここで言うトラウマは犯罪被害や震災被害の様な1回だけのトラウマではなく、反復してトラウマに晒されるという複雑性トラウマである。トラウマを心の骨折に喩えることができる。その言い方を用いれば、心の複雑骨折である。表1の発達障害の次の三つ、愛着障害、解離性障害、PTSDは子ども虐待の後遺症に相当する病態であり、同時に、子ども虐待の多彩な症状の中核

をなすものである。

反応性愛着障害

愛着の形成は、乳幼児期の最も大切な発達課題である。乳児期後半になると赤ちゃんは人見知りを示すようになって、知らない人が来たときに怯え、泣いたり親にしがみついたりする行動が見られるようになる。それだけでなく、いつも親の方に視線を向けていて、親といるときに一番リラックスしている。そして不安に駆られたときに、泣いて親に信号を出す、さらに不安な時や親が離れようとした時に、にじり寄ってくっつくようにする。これらの一連の行動が愛着行動である。1歳を過ぎると、外の世界への好奇心で一杯になって遊んでいた赤ちゃんが、はっと親の不在に気づき、親のもとに駆け寄り、ひとしきりくっついていて、しばらくするとまた親から離れて探索に行く。あたかも親にくっつくことでエネルギーを補充しているかのようだ。これが繰り返される過程で、徐々に子どもは、親から離れることが出来るようになる。この接近、接触、再分離を繰り返すうちに、目の前にいなくとも、そこにいる親のイメージを思い浮かべることが出来るようになり、思い浮かべるだけで、エネルギー切れが起きなくなる。つまり子どもの中に親が内在化される。これが愛着の形成である。愛着の形成は対人関係の基本であるだけでなく、情動コントロールの基盤でもある。愛着行動は、子どもが怯えたときに養育者によって不安をなだめてもらう行動である。愛着の未形成は、自らをなだめることが困難になってしまう。また愛着は社会性の核になるものである。子どもが何か禁じられていることを行うとき、親が思い浮かびそれが歯止めになる。愛着はまた、トラウマからの防波堤でもある。われわれが辛い体験をしたときどのようにそれを乗り越えるのか考えてみると良い、親、配偶者、恋人、子ども、そして大切なペットなど愛着を持つものの存在を支えとして乗り越え様とするではないか。つまり愛着はトラウマの防波堤を果たすのである。

子ども虐待において、この愛着はどうなるのだろうか。子どもの側からすると、養育者と一緒にいるときとは、リラックスではなく、いつ暴力が降りかかってくるのか、緊張の中に過ごすことにな

る。その結果、虐待の中に暮らす子ども達は、常に警戒警報が出っぱなしの状態を強いられる。つまり過剰な覚醒状態が続く。これが被虐待児に普遍的に認められる生理的な緊張状態とハイテンションの基盤になる。重要なことは、子どもは養育者との間に何らかの愛着を作らずには生きることが出来ないという事実である。それでもごくごく希に、極めつきに劣悪なネグレクトの中に育ったときに、周りに全く無関心になってしまうことが生じる。つまり重度の自閉症の様な状態になってしまうことがある。一方、それ程ひどい放置ではない時には、この緊張と警戒の状態の中で、誰彼かまわず人にくっつく子どもが生まれる。特に学童期には、落ち着きのなさや集中困難として現れるので、ADHDに非常によく似た状態を呈する。愛着障害を呈する児童は、半数近くに上る。少し煩雑な議論になるが、これまで診断基準では自閉症スペクトラム障害が認められる場合には、反応性愛着障害の診断を除外していた。それはASDがあれば愛着が遅れるからである。だがASDにおいて、愛着は形成されないのではなく、一般的な幼児期から学童へとその形成が遅れるだけである。しかしここに子ども虐待が加算すると、重複愛着障害とでも言うべき問題が起きてくるので、この除外規定は臨床的には明らかに問題がある。ASDと愛着障害を足すと全体の7割になる。つまり何らかの愛着の問題を抱える被虐待児がそれだけ多いということである。

愛着を巡り、もう一つ重要な後遺症が生じる。養育者との間に形成される歪んだ愛着である。被虐待児にとっては、親といるときにリラックスした安心感の代わりに、ドキドキする緊張、父親のアルコールくさい息、殴られる時のしびれ、口に広がる血の味、こういったものが対人関係の基盤を作る記憶になってゆく。この歪んだ愛着を、虐待的絆と呼ぶ。父親のDVなど、暴力が常在化した家庭に育った娘が、その家庭を憎み嫌い、高校を卒業と同時に家出のように家から遠く離れ、仕事につき、そこで結婚をすると、かつての父親のような暴力的な夫となぜか一緒になっている。この反復が起きる理由こそ虐待的絆に他ならない。いくら忌避される記憶であっても、子ども達には

それこそが生きる基盤になっているからなのだ。歪んだ愛着の修復とは、ゼロからの出発ではない。マイナスからの出発である。だからこそ大変なのだ。子ども虐待に育った子ども達は、支配-被支配という虐待的対人関係を反復する。人との関係は、常に緊張の中に展開する。愛着が新たに作られたとき、しきりに挑発が生じ、あたかもわざと殴られようとしているかのような行動が延々と繰り返される。この虐待の再現という現象はフラッシュバックとも呼ばれ、虐待を巡るもう一つの特徴でもある。フラッシュバックは解離性障害の症状として生じることが多い。

解離性障害

解離とは、心身の統一がバラバラになる現象である。非常に苦痛を伴う体験をしたとき、心のサーキットブレーカーが落ちてしまうかのように、意識を体から切り離す安全装置が働くことが元々の基盤になっている。この意識の切り離しは場合によっては、体から離れて、外から見ているという幽体離脱体験に発展することもある。例えば性的虐待で、性交を強いられている自分を、天井から眺めていたり、ベッドの下に潜り込んで見上げていたりという経験をしている被虐待児は少なくない。意識を体から切り離してしまえば、苦痛を感じなくてすむからに他ならない。愛着障害と解離が一緒に起きるのは理由がある。自己意識は自分だけでは作れない。人の自己意識がきちんと芽生えるためには、そこに自分の鏡となる安定した他者が必要なのだ。その他者からの働きかけや言葉掛けによって、子どもたちは自分の名前を知り、自分という存在を知る。この鏡となるべき他者が激しい変化を繰り返していたり、自分に対して暴力的な侵襲を繰り返していたりしたら、それぞれの変化する親に対応した、とても不安定なばらばらの自分が成立をしてしまう。自己の核に相当するものが、不確かな状態がこうして作られる。

解離によってトラウマ記憶はしばしば健忘を残す。その一方で、トラウマ記憶は、フラッシュバックという形で突然の想起を引き起こす。このフラッシュバックは、従来考えられていたよりも広い範囲で生じることになれわれは気付いた。たとえば、言語的フラッシュバックとは、虐待者か

ら言われたことのフラッシュバックで、子どもが些細なことから切れて、急に目つきが鋭くなり低い声で「殺してやる」と言う現象である。認知・思考的フラッシュバックも、虐待者に押しつけられた考えの再生で「自分は生きる価値がない」などの考えが繰り返し浮かぶ。行動的フラッシュバックとは、俗に言う切れる状態で、急に暴れ出す、殴りかかるなど虐待場面の再現である。生理的フラッシュバックとは、子どもが首を絞められた時のことを語っている時に、首の周りに首を絞められた手の跡が浮かぶといった不思議な現象である。解離性幻覚は、辛い体験を切り離れたとき、そこにフラッシュバックが起きると、外から聞こえたり、外に見えたりすることになる。この解離性幻覚（われわれはお化けの声、お化けの姿と呼んでいる）が被虐待児にしばしば認められる現象であり、統合失調症と誤診されることも多い。解離性障害は単純な健忘から、多重人格まで様々であるが、それらを全て含めると、被虐待児の実に半数に達するのである。

PTSD（外傷後ストレス障害）

トラウマにさらされた後に、過覚醒や脈拍の亢進など生理的な不安定が継続し、フラッシュバックが絶えず生じ、さらにそのトラウマとなった出来事を思い起こさせる場所や状況を避けるという回避反応が生じる。このような一連の反応を呈する状態を（心的）外傷後ストレス障害（PTSD）という。表1では約3割の児童にPTSDがみられたのみであるが、この一連の反応は、現在進行形でトラウマに晒されている状況では生じず、安心した環境に移されて初めて生じることが可能になるからこの程度の割合になるのである。

反抗挑戦性障害と行為障害

次の二つ、反抗挑戦性障害と行為障害は非行に関連した問題である。反抗挑戦性障害とは、大人にわざと逆らったり、周囲をわざといらだたせたりする行動を繰り返す行動を言う。行為障害はほぼ非行と同義と考えて良い。大多数の症例は自然治癒してしまうのであるが、ここに子ども虐待が加わると、非常に高率に年齢が上がると非行に変わってゆく。診断基準では行為障害が生じたら、反抗挑戦性障害から除外をするので、この両者の

重複はない。この二つを合わせると46%になる。非行の影に虐待ありとは以前から言われてきたことではあった。だがこうして大人数の臨床データをまとめてみると、その深刻さに驚かすにはられない。

4. 子ども虐待の長期的経過

表1の割合を足すと、幾つかの診断において、除外診断によって併存診断を避けているにもかかわらず100%を遙かに超える。つまり一人の子どもが複数の診断基準を満たすのである。これだけ深刻な状況が、子ども虐待への対応でこれまで認識されていたのだろうか。このことはわが国に留まらない。愛着障害の診断名である反応性愛着障害はこれまでは滅多に起きないと考えられてきた。他者に少しでも関心が起きるレベルの愛着があれば愛着障害という診断を避けていたのである。するとこの子ども達はADHDという診断になる。この様に、虐待の結果生じる愛着障害の諸症状においては、発達障害に非常に類似した臨床像が含まれ、ニワトリタマゴ渾然として分からないものも多い。

しかし、われわれは次第に違った視点から子ども虐待と発達障害の絡み合いを見るようになった。年齢と精神医学的診断との関係を見ると、愛着障害の様に幼児期早期から認められるものと、解離性障害、行為障害（非行）の様に、幼児期には非常に少なく、学童期の後半から青年期において急に増加するものとが認められる。数百名以上の被虐待児の診療を続ける内に、この様な一人の子どもが沢山の診断基準を満たすこと、さらに異なる診断を年齢に沿って移行してゆくことこそ、子ども虐待における大きな特徴であることに気付いた。1人の子どもが異なった診断を年齢が上がるに連れ変えて行くことを、正式には異型連続性と呼ぶ。今世紀になって、脳画像診断の発展と共に、子ども虐待が脳に様々なダメージを生じるという証拠が次々に明らかになった。その最新の知識は、この本にまとめている。最新の脳科学によって提示されている、子ども虐待の脳への影響は、一般的な発達障害に認められるものよりも遙かに甚大で、かつ広範である。前頭葉、脳梁、大脳辺

愛着障害

→多動性行動障害

→解離性障害 →多重人格など

→非行 →触法行為・薬物依存

図1 子ども虐待の臨床的推移

縁系、後頭葉に至るまで、機能的、器質的变化が報告されている。

臨床の上ではどのような変化になるのだろうか。

前著でわれわれは次のような子ども達の臨床像の変化をまとめた（図1）。幼児期には反応性愛着障害、学童期には多動性行動障害に、そして青年期には、一群は解離性障害その一部は多重人格に、また一群は行為障害から触法行為や薬物依存に展開すると。これをわれわれは第四の発達障害と呼び、その背後に子ども虐待によって引き起こされる脳の変化があることを指摘し、被虐待児が示す、よく似た雰囲気や同じパターンの臨床像を強調した。

被虐待児の社会的養護、特に里親養育を実践して来た故庄司順一氏はこのまとめに対し、一人一人の被虐待児は同じ環境にあっても、とても異なった個性を呈することに自分は常に驚いており、それほど似ているとは思えない、とコメントをされた。

この庄司氏の批判は正しいと思う。しかしわれわれのまとめもまた正しいと思う。兄弟姉妹が一人一人は際だった個性を持ちながら、その外から見たときに様々な似通った要素を持ち合わせていること、これこそがヴィトゲンシュタインが指摘した家族的類似性であり、第四の発達障害とはそのような被虐待児における家族的類似性について述べているのである。

その後の臨床経験によって付け加える部分がある。それは発達障害の有無に関わらず、被虐待児の多くが、ある年齢から気分の変動を示すようになることである。双極性障害類似ではあるが、非定型的な難治性の気分変動である。この起源は、子ども虐待の学齢児に認められる激しい気分の上下であり、多動性行動障害を呈するハイテンションの延長上に認められる重度気分調整障害（sever

mood dysregulation; Bortman, 2006) であろう (この疾患単位は、2013年に改定されたアメリカ精神医学会作成の「精神科疾患の診断と統計のためのマニュアル第5版」では重度気分調整障害 (disruptive mood dysregulation disorder) という診断にまとめられたが、このグループの是非に関しては、まだ議論が続いており、臨床的に定着するのにはもう少し時間がかかるのではないかと思う)。ともあれ臨床においては百例以上を経験して、初めてわかるようになることがある。それはこの様な家族的類似性を示す臨床的パターンなのであると思う。

先に、子ども虐待とは愛着障害と慢性のトラウマであると述べた。つまり子ども虐待のケアにはこの両者への対応が必要である。われわれは、ケアという側面において、いくらか前に進んだのだろうか。少しだけ前進をしたのではないかと実感する。トラウマへの治療と、愛着障害へのケアの両者を行って、初めて子ども虐待へのケアが可能となる。

文献

Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, Dickstein DP, Guyer AE, Costello EJ, Egger HL, Angold A, Pine DS, Leibenluft E. (2006):Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biol Psychiatry*. 60(9) : 991-997.

杉山登志郎 (2007) : 子ども虐待という第四の発達障害. 学研, 東京.

杉山登志郎 (2011) : 発達障害のいま. 講談社現代新書, 東京.

授乳期乳腺炎の治療と予防における助産師の役割

神崎正夫

Masao Kanzaki

神崎外科クリニック

はじめに

授乳期乳腺炎は、産褥期の最も多い乳房トラブルの一つとされているが、その頻度は低下していないのが実態であると思われる。また高齢出産と授乳期間の長期化によりこのトラブルの発生が助長されることが予測される。今回外科医として、授乳期乳腺炎の治療に関わり、特に重症化例を多く経験した中で、現状における治療とその予防について考察した。

1) 当院経験授乳期乳腺炎例の実態

2004年1月から2012年6月まで当院で経験した授乳期乳腺炎95例を対象として、その内容を紹介する。当院では、授乳期乳腺炎治療には、近隣の病院または開業産科医院および開業助産師と連携をとって、授乳期の乳房トラブルに対応している。そのため、軽症のうつ滞性乳腺炎例（非膿瘍例）は32例と少なく、重症化した乳腺膿瘍の状態での紹介受診例が63例（膿瘍例）と過半数を占めた（表

表1 授乳期乳腺炎分布

授乳期乳腺炎	95例
非膿瘍形成例	32例(34%)
膿瘍形成例	63例(66%)

1)。

授乳期乳腺炎95例の発生頻度を出産後月別にみると、出産後3ヶ月までに65%、6ヶ月までに86%、1年目までに97%が発生していた。それに伴い乳腺膿瘍例も出産後3ヶ月までに75%が発生していた（図1）。

平均初産年齢は非膿瘍例29.8歳、膿瘍例29.2歳、出産回数は非膿瘍例1.5回、膿瘍例1.2回で両群に差はなかった。今回の出産後の今までの乳腺炎既往の有無は、既往有が非膿瘍例19%、膿瘍例32%と膿瘍例に多い傾向を示した。来院時産褥期間は、非膿瘍例5.6ヶ月、膿瘍例2.6ヶ月と有意に膿瘍例で短く、発症から来院までの平均日数も非膿瘍例6.0日、膿瘍例15.3日と有意に膿瘍例で長くなって

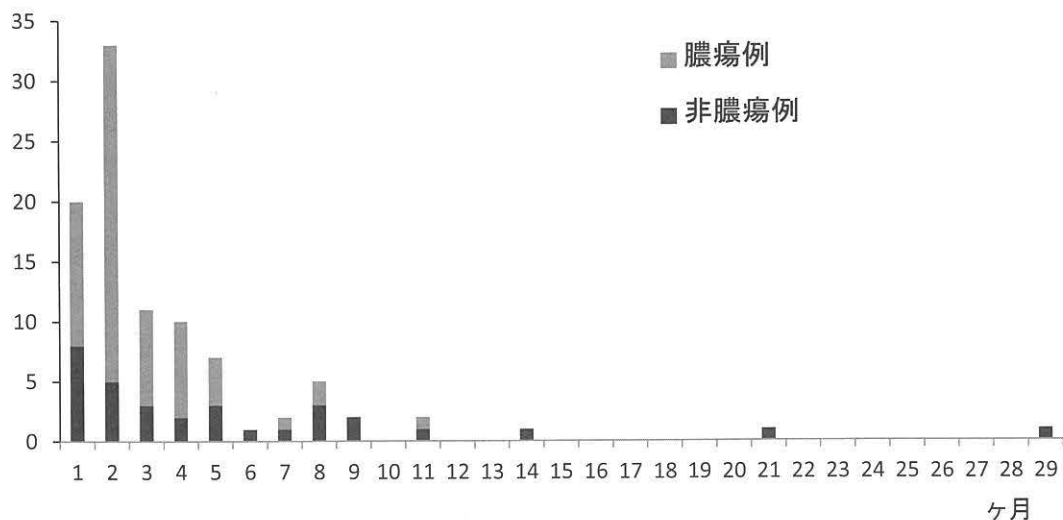


図1 当院経験授乳期乳腺炎95例の出産後月別発生頻度

いた。また、しこりの大きさの平均値の比較でも、非膿瘍例4.2cm、膿瘍例5.7cmと膿瘍例が有意に大きくなっていた（表2）。膿瘍例の起炎菌分布をみると、黄色ブドウ球菌が87%を占め最も多く、次いで連鎖球菌、表皮ブドウ球菌の順であった（表3）。

非膿瘍例は全例助産師の乳房マッサージで治癒している。63例の乳腺膿瘍例を治療法から分けると、初診時に切開排膿した例（切開例）が28例、初診時穿刺排膿を行ったが最終的に切開排膿した例（穿刺後切開例）が12例、穿刺排膿のみで治癒した例（穿刺例）が23例であった。産褥期間は3群とも差はないが、発症から受診までの平均期間は、切開例18.2日、穿刺後切開例13.7日、穿刺例12.4日と切開例が最も長く、穿刺例が最も短かった。またしこりの大きさの平均値も、切開例が

6.9cm、穿刺後切開例5.1cm、穿刺例4.6cmと、切開例が最も大きく、穿刺例が最も小さかった（表4）。

また、膿瘍例においても全例、切開排膿後または穿刺排膿後も授乳と乳房マッサージの併用を継続し、授乳婦および乳児に何ら不都合を生じることなく、早期治癒が確認された。

なお、統計学的解析には、Unpaired Student's t testを用い、p 値0.05以下を有意差ありとした。

2) 授乳期乳腺炎の疫学と診断

授乳期乳腺炎の頻度は、対象の統計の取り方によりその頻度には幅があるが、2-33%で通常10%以下とされ、この内膿瘍化するのは4-10%とされている¹⁾⁻⁴⁾。発症時期は産褥3か月以内が最も多いとされるが、授乳期間中であればいつでも発生する可能性がある¹⁾²⁾。

当院経験例でも、同様の傾向であることが証明された。

その原因については、現在までにははっきりしていることは、うつ乳が最大の原因であり、これ以外にはっきりとした臨床病理学的な因子は解明されていない。そのため、このうつ乳の原因になるものはすべて乳腺炎の誘因とされ、具体的には不適切な授乳方法（乳頭亀裂の原因にもなる）、不規則な授乳、授乳回数の減少、乳管閉塞、片側乳房の飲み残し、乳腺炎の既往、初産婦、母体のストレス・疲労などが危険因子として指摘されている²⁾⁵⁾⁻⁷⁾。

授乳期乳腺炎は、まずうつ乳による乳房の痛み、しこり、発赤の乳房局所症状を示すうつ滞性乳腺炎として発症するが、現実的には

表2 授乳期乳腺炎内訳

	非膿瘍形成例	膿瘍形成例	
平均初産年齢	29.8歳	29.2歳	n.s.
出産回数	1.5回	1.2回	n.s.
乳腺炎既往			
有	6(19%)	20(32%)	n.s.
無	26(81%)	43(68%)	
産褥期	5.6ヵ月 (1-29)	2.6ヵ月 (0.5-12)	p<0.01
発症から来院まで	6.0日 (1-28)	15.3日 (1-56)	p<0.01
しこりの大きさ	4.2cm (2-10)	5.7cm (2.5-10)	p<0.01

表3 膿瘍起炎菌分布

黄色ブドウ球菌(MSSA)	28(58%)
黄色ブドウ球菌(MRSA)	14(29%)
連鎖球菌	4(8%)
表皮ブドウ球菌	2(5%)

表4 膿瘍例の治療法別比較

	切開例 28例	穿刺排膿後切開 12例	穿刺のみ 23例
産褥期	2.8ヵ月	2.5ヵ月	2.5ヵ月
発症から受診まで	18.2日	13.7日	12.4日
しこりの大きさ	6.9cm	5.1cm	4.6cm
穿刺回数	—	1.9回	2.4回

助産師により臨床診断されていることが多い。しかし、最初にしこりのみで痛みがないため発見が遅れる場合や、痛み発赤から発熱を伴って初めて気付く場合など、発症から医療機関または助産師受診までの期間、経過も様々である。医療機関受診例では、抗生剤、鎮痛解熱剤の投与を受けることが多いが、同時に助産師への乳房マッサージを含めた乳房ケア併用の指示がなされない場合や、継続的治療が行われないと、化膿性乳腺炎から膿瘍への経過をたどる危険性が高くなる。しかしうっ滞性乳腺炎と化膿性乳腺炎の、はっきりとした鑑別は困難なことが多く、乳汁中白血球数検査や、乳汁培養が、化膿性乳腺炎の診断と治療抗生剤の決定には重要であるが³⁾、実際には活用されているとは言い難い。また乳房局症状に明らかな全身症状（倦怠感、発熱、関節痛、筋肉痛）が合併した場合、または膿汁様の乳汁が排出されれば臨床的に化膿性乳腺炎と診断できる。そのためこの臨床診断を行う助産師の、医療介入のタイミングを判断する能力が求められることになる。さらに重要なのは、乳腺炎発見時にしこりを触知した場合に、このしこりの膿瘍化の判断も重要で、できれば初診時または治療経過中にしこりが軽快しない場合には、超音波検査による膿瘍の有無の確認が必要である。そのため、授乳期乳腺炎のしこりに対しては、早期にまたは必要ならば繰り返し、外科医または産婦人科医による超音波検査による膿瘍化の有無の診断を受けることが必要である。

3) 授乳期乳腺炎の治療

治療の基本は、刻々と産生される乳汁とうっ滞している乳汁の乳房外への継続的な誘導である^{3) 6) 7)}。これは授乳により効率よく誘導され、この授乳による誘導排乳を援助するのが乳房マッサージである。この乳房マッサージは、炎症部位の安静を妨げるイメージがあるが、これは決して炎症部位への直接的な刺激を与えるのではなく、うっ乳で硬化した乳腺組織を軟化させ、排乳を促進させるために行うものである^{5) 8)}。そして授乳の継続と、授乳後に飲み残しがあれば可能な限り搾乳を併用することで、乳腺炎の治療期間が短縮され、化膿性乳腺炎または膿瘍への移行が有意に減

少することが証明されている^{5) 6) 9) 10)}。そして患側乳汁が乳児に害を与える根拠はないとされており^{11) 12)}、両側乳房の授乳を継続すべきである。患側乳房から明らかな膿汁が排出されれば一時的に授乳を中断して搾乳し、膿汁排出が肉眼的になくなれば患側授乳を再開してよい^{13) 14)}。さらに助産師による乳房マッサージと同時に大切なのが、助産師による正しい授乳方法の確認である。正しい授乳方法の確認を行うことにより、乳腺炎の原因となった可能性のある授乳の仕方を正すことができ、同時に新たなうっ乳の再発を予防することができる。

抗生剤治療に関して、抗生剤投与開始時期、投与期間に関してコンセンサスはないが^{3) 6)}、WHOの勧告では、膿汁または乳汁培養により起炎菌を同定した後、有効抗生剤の10-14日間の投与が推奨されている³⁾。実際の治療では経験的治療として、起炎菌として最も頻度の高い黄色ブドウ球菌を標的としたセフェム系薬剤が投与される^{14) - 16)}。また抗生剤による乳汁を介して乳児への影響は、クロラムフェニコール、テトラサイクリンなどの限られた抗生剤によってのみであり、実際のペニシリン系、セフェム系、マクロライド系の抗生剤は授乳により乳児に移行しても量的に少なく、授乳が中止になることはないとされている^{3) 13) 17)}。

乳腺炎治療の初期に抗生剤が有効で症状が軽快する場合もあるが、抗生剤はあくまで補助的なものと考えべきである。うっ滞性乳腺炎の場合はもちろんのこと、化膿性乳腺炎の治療でも抗生剤使用と同時に、両側乳房の授乳と乳房マッサージを含めた乳房ケアの継続が治療の主体であり、これにより炎症により生じる乳汁うっ滞の悪循環を改善することが重要である。今回の経験例でも、初期に抗生剤使用により症状が軽快したため、助産師による乳房マッサージを授乳婦の自己判断で中止し、炎症の再燃を起こし、膿瘍化した例を多く経験している。そのため最終的に必ず助産師による、うっ乳状態の消失を確認して乳腺炎の治療判定を行うことが重要である。

しかし最終的に膿瘍形成に至った場合は、穿刺排膿を優先させ、改善がなければ切開排膿となる

18)~21)。触診のみで膿瘍の臨床診断は困難であるため、膿瘍の診断は超音波検査により確認する必要がある。当院での膿瘍に対する治療は、授乳婦の全身状態、臨床経過、膿瘍の大きさ、超音波検査所見から穿刺排膿、または切開排膿の何れが適切か判断する。初診時授乳婦が切開排膿よりも穿刺排膿処置を強く希望した場合は、積極的に初回時穿刺排膿処置を行う。しかし発症から臨床経過が長く授乳婦の精神的疲労感が強い場合や、膿瘍径が大きく膿瘍内に壊死物質が多いため穿刺排膿の効果が十分得られないと判断した場合は、初診時に切開排膿を選択する。また穿刺排膿処置のみで治癒が期待できるかの判断は、初回の穿刺排膿後1週間以内の膿瘍腔の大きさの変化を超音波検査で比較し判断している。初回穿刺排膿2-3日後に膿瘍腔が縮小した場合には、その後1-2回の穿刺排膿で、膿瘍の自然消退が期待できる。しかし穿刺排膿2-3日後膿瘍腔が初診時と不変または増大した場合には、その後穿刺排膿を繰り返しても治癒は期待できないため、切開排膿へ変更している。そして膿瘍切開後も、患側を含めた授乳の継続と、膿瘍周囲の炎症の波及によるうつ乳を解除するために乳房マッサージ併用が必要である²²⁾。

4) 授乳期乳腺炎の予防

授乳期乳腺炎の予防としては、①出産後直後から卒乳までに発生する授乳、乳房に関するトラブルは、まず助産師に相談することを、出産前から授乳婦に周知徹底すること、②出産後は、できるだけ早い時期から授乳婦自身が正しい授乳の仕方を助産師から直接教わり、繰り返し正しい授乳ができていないか助産師の確認を得ること、③授乳トラブルの解決には、助産師同士の連携が必要であり、病院・産科医院勤務の助産師よりも、行動力のある開業助産師が、主導的立場で授乳婦の治療・支援に当たることが望ましい。具体的には、出産後は必ず、1ヵ月以内に開業助産師に授乳方法が正しいか繰り返し確認を受けることを提案したい。この実施で、助産師と容易にコミュニケーションが取れることで、早期に授乳婦の乳房トラブルは軽減でき、乳腺炎の重症化を予防できると思われる。今回の乳腺膿瘍治療例でも、出産直後から

何らかの乳房トラブルが生じた時点で助産師に相談し、授乳と乳房マッサージなどの乳房ケアを継続すれば、軽症の乳腺炎とて問題解決できたと思われる例を多く経験した。授乳婦にとって、出産で気力・体力を消耗し、気分的にも抑うつ的になりやすい産褥早期には、乳房トラブルに遭遇した時に助産師の援助は何よりも代えがたいものであろう。

そして、次に注意しなくてはならないことは、早期に助産師なり医療機関受診し乳腺炎を発見しても、治癒まで治療が継続されないで、治療途中で乳房の状態を授乳婦の自己判断で治療を中断し、乳腺炎を再燃・重症化してしまうことである。そこで乳腺炎治療に一旦関わったなら、治療は授乳婦の自己判断で中止しないこと、そして必ず治癒まで助産師の支援を受ける必要性を授乳婦に十分説明することが重要である。

5) 助産師への提言

授乳期乳腺炎について、十分な解明は進んでおらず、治療期間が短期間のものから、長期化するものまで臨床経過が非常に多彩なことが、授乳期乳腺炎の治療や理解を困難にしている原因にもなっている。しかし治療現場での助産師の役割は依然として大きいことには変わりはない。自然な行為としての授乳も、正しい授乳方法から逸脱すると大きな乳房トラブルの原因となり、また授乳の中断もしくは中止の原因にもなる。この自然で正常な授乳方法へ、導き支援するのが助産師の大きな役目であるため、助産師同士または医師との連携を駆使し、一旦治療に関わったならば治癒に至るまで授乳婦への治療・支援を継続していただきたい。さらに授乳期乳腺炎治療・予防に対する意見の混乱が医療現場で多く認められ、それにより困惑するのは授乳婦であり、被害を受けるのが乳児である。そこで授乳期乳腺炎治療において、いかなる場合にも授乳を継続することの利点と重要性について、医療現場スタッフへの説得、情報の提供を、助産師にも是非お願いしたい。

6) 最後に

助産師を中心とする母乳授乳を支援するネット

ワークとして、産婦人科医、小児科医、外科医の参加が必要ではあるが、まず各産院または病院の助産師と開業助産師間の相互の支援体制の交流が必要である。また出産後1 - 2ヶ月間の集中的な授乳の仕方を含めた授乳指導、そして授乳婦の不安への積極的な関わりが助産師の役目として今後強化されなくてはならないと思われる。自然で容易に見える授乳も、実は簡単ではないことを、一人でも多くの授乳婦に優しく指導して下さることを切に願います。

《参考文献》

- 1) Fetherston C. Characteristics of lactation mastitis in a western Australian cohort. Breastfeeding Review, 1997, 5, 5-11.
- 2) Foxman B, D'Arcy H, Gillespie B, et al. Lactation mastitis: occurrence and medical management among 946 breastfeeding women in the United States. Am J Epidemiol. 2002, 155, 103-114.
- 3) WHO : Department of child and adolescent health and development. mastitis: cause and management. Geneva, WHO/FCH/CAH/00, 2000, 1-39.
- 4) Fetherston C. Risk factors for lactation mastitis. J Hum Lact. 1998, 14, 109
- 5) Summers A. Managing mastitis in the emergency department. Emergency Nurse. 2011, 19, 22-25.
- 6) Barbosa-Cesnik C, Schwartz K, Foxman B. Lactation mastitis. JAMA. 2003, 289, 1609-1612.
- 7) Cusack L, Brennan M. Lactational mastitis and breast abscess. Aust Fam Physician. 2011, 40, 976-979.
- 8) 武市洋美. 母乳育児支援のなかでみる乳腺炎ケースへの対応. 助産雑誌, 2009, 63, 558-562.
- 9) Thomsen AC, Espersen T, Maigaard S. Course and treatment of milk stasis, noninfectious inflammation of the breast, and infectious mastitis in nursing women. Am J Obstet Gynecol. 1984, 149, 492-495.
- 10) 山下純一, 山本豊, 小川道雄. 急性・慢性乳腺炎. 外科治療. 2001, 85, 141-146.
- 11) Betzold CM. An update on the recognition and management of lactational breast inflammation. J Midwifery Womens Health. 2007, 52, 595-605.
- 12) Spencer JP. Management of mastitis in breastfeeding women. Am Fam Physician. 2008, 78, 727-731.
- 13) 吉田昭三, 小林浩. 授乳期の乳腺疾患の診断と治療. 産婦人科治療. 2009, 99, 332-336.
- 14) 小西鉄巳. 乳房と感染 ～病態と診断・治療～. 感染防止. 2007, 17, 10-19.
- 15) Marshall BR, Hepper JK, Zirbel CC. Sporadic puerperal mastitis: an infection that need not interrupt lactation. JAMA. 1975, 233, 1377-1379.
- 16) Niebyl JR, Spence MR, Parmley TH. Sporadic (nonepidemic) puerperal mastitis. J Reprod Med. 1978, 20, 97-100.
- 17) Taddio A, Ito S. Drugs and breastfeeding: Maternal-fetal toxicology, 3rd Ed. New York, Marcel Dekker. 2001. 177-232.
- 18) O'Hara RJ, Dexter SP, Fox JN. Conservative management of infective mastitis and breast abscesses after ultrasonographic assessment. Br J Surg. 1996, 83, 1413-1414.
- 19) Christensen AF, Al-Suliman N, Nielsen KR et al. Ultrasound-guided drainage of breast abscesses: results in 151 patients. Br J Radiol. 2005, 78, 186-188.
- 20) Schwarz RJ, Shrestha R. Needle aspiration of breast abscesses. Am J Surg. 2001, 182, 117-119.
- 21) 椎木滋雄, 園尾博司. 急性乳腺炎, 慢性乳腺炎の処置. 外科, 2008, 70, 1328-1331.
- 22) 武市洋美. 事例にみる, 膿瘍を形成した母親へのケア. 助産雑誌, 2009, 63, 603-609.

アクティブバース ～フリースタイル分娩介助の方法～

岩田塔子
Toko IWATA

めぐみ助産院助産師

満足いく出産の為には、アクティブバースで言われるように『本能的な部分と自発的な部分が満たされる事』が重要だと思います。腰が痛くて四つん這いから「どうしても動けない」と言われた時、「上向きは無理」と急に横向きになられた時に。。。その場ですぐに人手があれば、仰臥位に向けて支える事も出来ますが、急に動かれたり、急に分娩が進行した場合はそのままの姿勢の方が分娩台から落ちる心配もなく安全である場合もあります。フリースタイルの分娩介助技術はなくても良いが、あった方が、出産をサポートするための幅が広がります。

その上で、助産師として忘れてはならない事もあります。「フリースタイル分娩＝仰臥位以外の姿勢、仰臥位以外の姿勢の方が良い」と思いがちですが、仰臥位もフリースタイルの姿勢の一つという事です。胎児が大きい時などは、側臥位でいた産婦さんが、両足が床につかないためにいきみにくく、直前に仰臥位になる事もあります。どのような姿勢で産むかではなく、産婦さんはどのような姿勢でも産めるという事が大切です。そして助産師は産婦さんがどのような姿勢であろうとも介助出来る技術を持つ事が大切です。

もう一つ、フリースタイル分娩のメリットとデメリットを理解するという事です。最大のメリットは、産婦さんが仰臥位になる事が少ない為に「心音の低下が起こりにくい事」です。そして同様に自由に動けるために「回旋異常を助長しない事」です。反対にデメリットは「モニターをとりにくく、管理がしにくい事」です。ローリスクにはとてもメリットがありますが、ハイリスクにはデメリットになる事もあります。

最後に、フリースタイルの分娩介助はとても簡単だという事です。「回旋が解れば介助はできる!!」母親の姿勢が変わっても、児の回旋は変わりません。児は「①肛門の方に顔が出ます。②太腿の方を向きます。③肛門の方に出ます。④恥骨の方にでます。⑤お母さんのお腹と赤ちゃんのお腹がくっつくようにでます。」ほとんどの児は、自分で回旋して生まれてきますが、児が大きい時、分娩を急いだ方が良い時は回旋さえわかれば焦る事はありません。

「フリースタイル分娩介助の方法」が、助産師自身の為にも、そして産婦さんの為にも安全で満足いく分娩の為に役立てば。。。と思います。

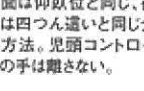
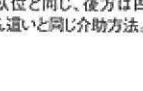
まとめ

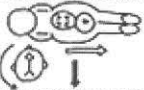
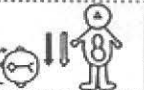
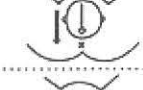
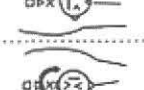
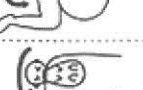
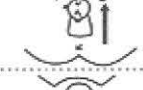
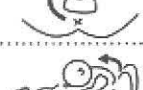
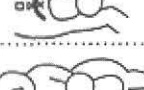
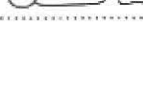
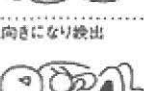
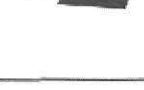
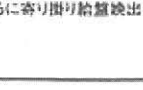
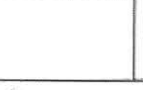
満足いく出産の為に、フリースタイルの分娩介助技術があった方が良い。

産婦さんがどんな姿勢で産むかが重要なのではなく、どんな姿勢でも産める事が重要。

フリースタイルの分娩は回旋さえわかれば介助ができる。

- ①母体肛門の方に児の顔が出る。
- ②母体太腿の方を児の顔が向く。
- ③母体肛門の方に児の前在肩甲が出る。
- ④母体恥骨の方に児の後在肩甲が出る。
- ⑤母体と児のお腹がくっつくように出る。

	仰臥位・半坐位	側臥位	四つん這い	立位	坐位・スクワット	水中分娩
内診所見	●わかる。	▲内診指の方向が違う。 ・前壁が分かりにくい。	×内診指の方向が違う。 ・前壁が分かりにくい。 ・Sが分かりにくい。 ・矢状縫合が分かりにくい。	▲仰臥位とはほとんど同じ。 ・足をひろげてもらう必要がある。	●仰臥位とはほぼ同じ。	ほとんどすることがない。
会陰特徴	●見えやすい。	●見えやすい。 ・会陰部に胎児重力が直接かからないためリスがいきにくい。	●見えやすい。 ・会陰部に胎児重力が直接かからないためリスがいきにくい。	×見えにくい。 ・胎児重力が一番かかるためスピードコントロールが難しい。 ・長くなると会陰部に浮腫がくる。	×見えにくい。 ・会陰部に胎児重力が直接かかるため裂傷をおこしやすい。 ・鼠径部が圧迫されるため浮腫がきやすい。	××見えにくい。
小陰唇	●見えやすい。 ・後頭結節が外れたのを目で確認できる。	●目で見える。	×見えにくい。 ・会陰に力が入り過ぎると小陰唇裂傷をおこしやすい。 ・後頭結節が外れたのを目で確認できない。	×見えにくい。	×見えにくい。	××見えにくい。
メリット	・助産師が介助に慣れている。	・娩出が緩やかなためスピードコントロールがしやすい。 ・投薬の調子が悪い場合にも良い。 ・間歇時に休息しやすい。 ・腰部マッサージがしやすい。	・陣痛が抑制されるため過強陣痛の時は楽。 ・腹部大動脈が圧迫されない。 ・腰痛が楽。 ・回旋異常の矯正ができる。	・胎児重力が有効に利用できるため胎児の下降が促される。	・胎児重力が有効に利用できるため胎児の下降が促される。 ・骨盤計が増大するので下降しやすい。	・腰痛のある人、背の低い人は浮力に身を任せることができるために楽。
デメリット	・腰当てがないと肩を出しにくい。 ・腹部大動脈が圧迫され心音が低下しやすい。 ・仰臥位低血圧症候群をおこす可能性がある。	・重力の効果を有効に利用できない。 ・時に娩出時に足を支える必要がある。 ・いきみにくい。	・児の娩出方向が反対になる。 ・分娩進行が緩やか。 ・肩甲娩出後落下に注意。 ・膝が痛くなる。	・疲れやすい。 ・時には産婦を支える人が必要。 ・児娩出後落下に注意。	・時には産婦を支える人が必要。 ・足が痛くなる。	・組立プールのため準備や入る時間考える必要がある。 ・室温・水温の温度管理が必要。 ・人手が必要。
会陰保護	腰当てがない時は、肩甲娩出の際、手鉗子で行うとよい。 	左側臥位は左手で会陰保護、右手で児頭コントロール。右側臥位は反対で。 	左側からは左手で会陰保護、右手で児頭コントロール。右側からは反対。 	正面・後方のどちらか、介助のしやすい所から介助。正面は仰臥位と同じ、後方は四つん這いと同じ介助方法。児頭コントロールの手は離さない。 	正面・後方、介助のしやすい所から介助。正面は仰臥位と同じ、後方は四つん這いと同じ介助方法。 	プールの外から介助するため会陰部に手を添える程度。 

	仰臥位・半坐位	側臥位	四つん這い	立位	坐位・スクワット	水中分娩
1 第1回転 一重力 一児の 下降方向						
2 第2回転 後頭結節をし っかりはす						
3 第3回転 顔をあげる						
4 第4回転 児頭の回転す る方向に回す						
5 肩甲娩出 前在(右肩)紅 門の方にだす						
6 後在(左肩) 恥骨又は紅 門と反対の 方に娩出						
7 体幹を母親 の膝の方に 娩出						
8 おめでと						
9 胎盤娩出		上向きになり娩出 	後ろに腰を下ろす  後ろに寄り掛り胎盤娩出 	座る 	腰を下ろす 	

看護師養成課程における倫理教育について － 東海 4 県の助産師学生調査より －

Ethics education for midwife students

From a survey for midwife students in four prefectures in the Tokai area, Japan

杉浦和子¹⁾ 中村美詠子²⁾ 尾島俊之²⁾

Kazuko Sugiura¹⁾, Mieko Nakamura²⁾, Toshiyuki Ojima²⁾

¹⁾浜松医科大学大学院博士課程 ²⁾浜松医科大学健康社会医学講座

¹⁾Department of Community Health and Preventive Medicine, ²⁾Hamamatsu University School of Medicine

〔要旨〕

目的 助産師学生の看護師養成課程における倫理教育を明らかにする。

方法 2011年7月～12月に、東海4県の助産師学生を対象に郵送法による自記式質問紙調査を行った。看護師課程教育での倫理教育受講経験の記憶の有無の割合と年齢および看護師経験年数との関連を観察し、 χ^2 検定より検討した。

結果 倫理教育の状況の全ての質問に回答した54人を分析対象とした。倫理教育受講経験の記憶があったのは、54人中44人(81.5%)であった。記憶があった54人のうち12人(27.3%)は印象的な倫理教育内容ありと回答し、残る32人(72.7%)は印象的な教育内容はなかったと回答した。倫理教育受講経験の記憶の有無と年齢階層との間に有意な関連は見られなかった。また看護師経験年数との間においても有意な関連は認めなかった。

結論 助産師学生の倫理教育は、その教育背景を考慮することが必要である。また常に倫理的視点をもったディスカッションが行われるようにすることが必要であると考えられた。

キーワード：助産師学生、助産師教育、倫理教育

〔Abstract〕

Objective: The purpose of this study is to clarify the status of ethics education for midwife students.

Methods: Self-administered questionnaire survey was conducted for midwife students in four prefectures in the Tokai area, Japan in July to December 2011. We compared the presence of memories of ethics education courses by age and years of nursing experience. Analysis was conducted by χ^2 test.

Results: We analyzed 54 students who responded to all questions regarding of ethics education. Among the respondents, 44 (81.5%) of the students had memories of the experience of ethics education. Among them, 12 (27.3%) students recalled the education contents. Memories of the experience of ethics education were not significantly associated with age and years of experience as a nurse.

Conclusion: It is necessary for ethics education for midwife students to consider their education

background and an ethical viewpoint.

Keywords: midwife student, midwifery education, ethics education

I. 緒言

日本における助産師養成は、看護師教育課程の中で看護師教育および助産師教育を行う学部養成課程と、看護師教育後の大学院や大学専攻科、専門学校など様々な形で教育が行われている^{1~4)}。養成期間は一部の大学院を除き、そのほとんどが実習や講義による1年間の過密なカリキュラムである。そのような現状で教員は助産師としてのアイデンティティの形成を図る教育に努めている。

世界保健機構の勧告 (General recommendations) の一つでは、「出産ケアに携わる人の養成は、その社会的、文化的、文化人類学的、倫理的な知識が深まる教育をめざすべき」とある⁵⁾。また、近年、産科施設閉鎖、産婦人科医・小児科医の不足、助産師の偏在などの問題が浮き彫りになっている中で^{6), 7)}、助産師にとっては、限られた時間で妊娠分娩管理における責任の重大さは増し、様々な背景をもつ患者やその家族への倫理的配慮がより難しくなっている。

平成21年度の助産師教育カリキュラム改正に伴い、専門職に求められる能力の一つに、倫理的課題への解決能力が挙げられ^{7~10)}、助産師教育に倫理的な知識や思考を発展させることは大切な要素であるといえる。しかしながら、その倫理的課題に対応する能力が挙げられている現状でその到達度は指導のもとでできるとあるが、指導と捉える範囲が広すぎているために学生の到達度が見えにくいことも考えられる。また、教育課程が複雑化しているため、助産師学生の教育背景が多様化していることや、患者の自律性の尊重に対する問題も複雑化している¹¹⁾。このような現状で、助産師学生を対象とした入学前に習得している具体的な倫理教育内容は明らかにされていない。

そこで本研究は、助産師学生が過去に受講した倫理教育の受講経験の記憶の有無を明らかにすること、年齢階層や看護師経験年数との関連を分析し、今後の倫理教育のあり方について示唆を得ることを目的とし、研究を行った。

II. 方法

1. 対象

調査対象は看護師免許をもつ学生に対して助産師養成教育を行う東海4県の教育機関に在籍する助産師学生を対象とした。助産師教育機関リストは、厚生労働省の所管団体である独立行政法人福祉医療機構のWAMNET (Welfare And Medical Service NETwork System) と全国の助産師養成所 (大学専攻科、別科、1年課程) の名簿をもとに、東海4県の養成機関を抽出した。なお、大学院課程における助産師学生は助産師養成における教育方法の差が大きいため除外した。以上の抽出により、東海4県における対象教育機関は、大学専攻科3校、専門学校7校の計10校であった。このうち7校から協力が得られた。

2. データ収集方法

調査期間は2011年7月~2011年12月であり、協力の得られた施設に自記式質問紙票を郵送し、各助産師学生からの郵送法による返信により調査票の回収を行った。データの入力は、パスワード機能を設定したパソコンを使用した。

3. 調査内容

調査内容は、看護師養成課程において生命倫理あるいは看護倫理教育を受けた経験の記憶の有無、そのなかで印象的に残っているものがあったか、その内容、基本属性として年齢、看護師経験の有無、看護師免許取得機関である。また、この報告では分析を行っていないが、杉浦らの14の倫理的問題場面¹²⁾の経験の有無、14の倫理的問題場面での倫理上の問題についての考え等についても聞いた。

4. 分析方法

分析は、SPSS Statistics Ver. 18.0を用い、倫理教育受講経験の記憶の有無と年齢階層、看護師経験年数との関連は χ^2 検定により検討した。看護師経験年数については、業務やその責任範囲は、新人、3年前後、5年前後、10年前後において異なることが多い。そのため単に5年ごとの区切り

ではなく、先行研究^{10)11),13~18)}を参考とした看護師経験年数より分析した。

5. 倫理的配慮

調査協力については、まず、養成所の責任者へ研究の概要を郵送し協力依頼をした。対象機関の協力の得られた7施設に必要な調査部数を確認し、調査票を郵送した。調査票については、無記名式とし、1人ひとりの返信用封筒を添付し、返信時に個人が特定されないようにした。回答は個人の自由意思によるものとし、個別の返送をもって調査の協力、同意が得られたものとした。回収された調査票は鍵のかかる保管庫および保管場所で保管した。得られた調査票からのデータ管理は、研究者専用のパソコンをパスワード設定し使用した。また、本研究でのデータの取り扱いには研究者のみとした。

なお、本研究は、聖隷クリストファー大学倫理審査委員会による承認を経た後に実施した（認証番号11016）。

Ⅲ. 結果

協力の得られた養成機関（7校）に調査票を187部送付し、59（回収率32.0％）の回答があった。そのうち、本研究は倫理教育に関する全ての項目と属性に回答のあった欠損値のない回答54（有効回答率28.9％）を分析対象とした。表1に回答者の属性を示す。年齢は20～25歳が32人（59.3％）と最も多く、次いで26～30歳が11人（20.4％）であった。看護師職務経験の有無については、経験なし群が25人（46.3％）であった。経験あり群について、経験年数別に人数が最も多かったのが、3年未満の10人（18.5％）、次いで3年～5年が8人（14.8％）であった。残る20.4％は、経験年数10～13年5人、6～9年4人、14年以上2人の順であった。看護師免許取得機関については、最も多かったものは、3年課程の専修学校の37人（68.5％）であり、次いで4年制看護系大学の9人（16.7％）であった。

倫理教育受講経験の記憶（表2）については、記憶あり群が44人で81.5％を占め、記憶なし群は10人（18.5％）であった。それらを年齢階層別に見てみると、20～25歳では、あり群26人（81.3％）、

表1 回答者の属性

年齢階級別	n (%)
20～25歳	32(59.3)
26～30歳	11(20.4)
31～35歳	6(11.1)
36～40歳	3(5.6)
41～45歳	1(1.9)
46歳以上	1(1.9)
看護師経験	
経験なし	25(46.3)
3年未満	10(18.5)
3年～5年	8(14.8)
6年～9年	4(7.4)
10年～13年	5(9.3)
14年以上	2(3.7)
看護師免許取得機関	
専修学校(3年制)	37(68.5)
看護短大(3年制)	2(3.7)
4年制看護系大学	9(16.7)
進学コース (専修学校・看護短大)	1(1.9)
その他	5(9.3)

表2 年齢階層別の倫理教育受講経験の記憶

	あり群	なし群	各階級の合計
	n (%)	n (%)	n (%)
20～25歳	26(81.3)	6(18.7)	32(100)
26～30歳	10(91.0)	1(9.0)	11(100)
31～35歳	4(66.7)	2(33.3)	6(100)
36～40歳	3(100.0)	0(0)	3(100)
41～45歳	0(0)	1(100.0)	1(100)
46歳以上	1(100.0)	0(0)	1(100)
全年齢	44(81.5)	10(18.5)	54(100)

なし群6人（18.7％）、26～30歳では、あり群10人（91.0％）なし群1人（9.0％）、31～35歳では、あり群4人（66.7％）、なし群2人（33.3％）、36歳～40歳では、あり群3人（100.0％）、なし群0人（0％）であった。41歳以上では、あり群なし群ともに1人（50.0％）であった。記憶の有無と年齢階層との間に有意な関連は見られなかった（ $P=0.23$ ）。また、経験年数別では、表3に示すように、全く経験なしでは、あり群21人（84.0％）、なし群4人（16.0％）、3年未満では、あり群7

人(70.0%)、なし群3人(30.0%)、3年～5年では、あり群7人(87.5%)、なし群1人(12.5%)であった。6年～9年では、あり群4人(100.0%)、なし群0人(0%)であった。10年～13年では、あり群4人(80.0%)、なし群1人(20.0%)であった。14年以上ではあり群なし群ともに1人(50.0%)であった。記憶の有無と経験年数との間に有意な関連は見られなかった($P=0.64$)。

倫理教育受講経験の記憶がある44人のうち、印象深い教育内容の記憶がある者(印象あり)は12人(27.3%)、印象深い教育内容の記憶のない者(印象なし)は32人(72.7%)であった(図1)。

表3 経験年数別の倫理教育受講経験の記憶

	あり群	なし群	合計
	n(%)	n(%)	n(%)
全く経験なし	21(84.0)	4(16.0)	25(100)
3年未満	7(70.0)	3(30.0)	10(100)
3年～5年	7(87.5)	1(12.5)	8(100)
6年～9年	4(100.0)	0(0)	4(100)
10年～13年	4(80.0)	1(20.0)	5(100)
14年以上	1(50.0)	1(50.0)	2(100)
全経験	44(81.5)	10(18.5)	54(100)

印象深い教育内容の記憶がある12人が回答した印象深い具体的な教育内容を表4に示した。全件数は17件であり(複数回答)、そのうち中絶に関するものが4件、出生前診断に関するものが2件、それ以外では10件で各項目1件ずつ(順不同)であった。一方、印象深い教育内容の記憶がないと回答した一人からも印象深い教育内容に関する回答が1件あった。

IV. 考察

本研究の結果より、倫理教育を受講したかどうかの記憶については、記憶あり群が44人と全体の

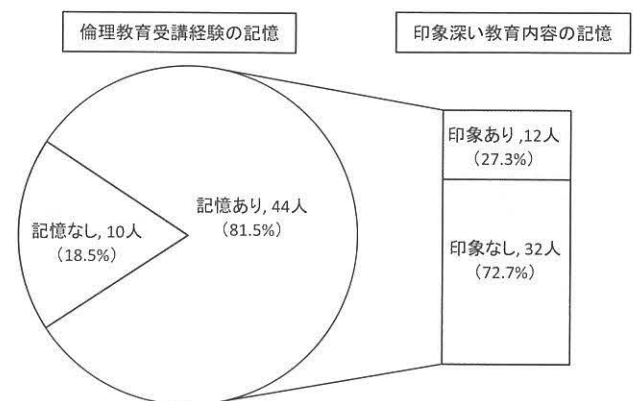


図1 倫理教育受講経験の記憶と印象深い教育内容の記憶

表4 印象深い教育内容

		全件数17件
1	中絶に関するもの(是非論 3件・法律との関連 1件)	4
2	出生前診断について	2
3	ロウ対ウェードについて (女性の堕胎の権利を認める立場と胎児の生命を尊重し中絶に反対する立場の裁判)	1
4	生殖医療について	1
5	輸血に関しての問題(エホバの証人)について	1
6	ターミナルの小児への告知について	1
7	ダウン症の児に対する倫理の講話について	1
8	半陰陽の性器手術について	1
9	ドナーについて	1
10	アメリカと日本での違い(患者に提供されているケアについての国での違い)	1
11	誰にとって何が良いのか(病院にとって、家族にとって)	1
12	事例を用いて問題点や思ったことをレポートにまとめたこと	1
13	生命倫理についてのレポートを何回か書いた	1

注)7は、印象的な教育内容は「記憶なし」と回答したが自由記述されていたもの

8割を占め、助産師学生の看護師養成課程における倫理教育の受講経験の記憶があったことが伺えた。一方で、倫理教育の内容については、課程教育における倫理教育受講経験の記憶がある者の中でも印象深い倫理教育を経験した者が約3割と少数であり、このうちの自由記述からは、人権、尊重、命の捉え方など倫理の視点で回答されていた。これらは近年、看護学生を対象とした課程教育において倫理教育の内容が組み込まれていることや、それに関する教材が用いられるようになったことなどが考えられる。また、医療への患者参加、生殖補助技術の発達、生物学的遺伝子学的研究の成果などが教育内容に組み込まれたことなど、組織的に取り組まれていることが反映されていると考える。印象深い倫理教育を経験していない者が7割であったという結果からは、印象的でない授業が多いことが示された。

倫理教育受講経験の記憶の有無については、年齢階層および、看護師経験年数との間には、どちらも有意な関連は見られず、倫理教育には年齢や経験は特に影響していなかった。これらの結果は、助産師学生の教育背景が異なるため看護師養成課程のみならず看護師経験のある現任教育も踏まえなければならないことを示唆している。倫理的行動をとるためには個人の価値観において臨床現場で遭遇する倫理的問題に気づく能力（倫理的感受性）が必要であり、この倫理的感受性は倫理的な行動に影響を及ぼすとされている。しかし、臨床現場では様々な倫理的問題に遭遇するがなかなか解決には至らないことも多く、半数以上は未解決であるという報告もある¹⁹⁾。また、看護師養成課程での倫理教育や現任教育の受講の有無にかかわらず倫理的問題に関する知識は「全くない」「あまりない」と回答する者が合わせて9割存在することや²⁰⁾、看護教育者の認識と教育との関連性においては8割が悩みながら倫理教育を行っているという報告もされている²¹⁾。これらより、看護師養成課程から専門教育である助産師養成課程、助産師養成課程から現任の倫理教育を充実・発展させるハードルは高い。

助産師に求められる実践能力の一つに助産における倫理的課題に対応する能力が求められている

今日、時間がないために専門職間の情報不足を補うことのみならず、それは患者の尊重や専門職の善行、無害、忠誠など倫理の視点でディスカッションできなければならない。中村らは、Lützenの道徳的感性の構成要素²²⁾は対人関係における内省的態度、道徳性の構築、情、自律の制限、葛藤体験、医師の判断への信頼が含意されているが、患者の擁護や専門職としての役割や対応の柔軟性に欠けることや、看護の質の向上や知識の獲得や研究の継続などが欠けていることの指摘に加え、看護学生や医学生など臨床経験の少ない条件の者が加わることにより構成要素の信頼性や妥当性の検討が複雑になると報告している^{23)~25)}。

以上のことから、倫理は複雑な分野で、かつ倫理的問題の解決は複雑かつ収束が難しいため、常に人との関係性において倫理的視点を忘れないようにすることが重要であるとともに、複雑な教育背景をもつ助産師学生を対象にした倫理的な研究の検討・推進が必要である。また、講義と演習より根柢づけられた多角的視点での倫理の観点を積み重ねられるよう科目間での調整、臨地実習のあり方を今一度検討されるよう組織的取り組みができることが学習成果を発揮できると考える。

今回、助産師学生が過去に受講した倫理教育の状況を把握するために東海4県の助産師学生を対象として調査を行ったが、全国の状況として一般化できない可能性があることや、各学校の学生養成数が少ないため、今後、対象の地域を拡大し、さらなる検討が必要である。また、平成21年度の助産師教育カリキュラム改正前後に分けて分析できる項目（卒業年次）を調査票に組み込んでおらず、より踏み込んだ分析ができていないため今後の課題としたい。

V. 結語

助産師学生が過去に受講した倫理教育の記憶は8割を占めていたが、印象的な倫理教育内容については、そのうちの約3割と少なかった。倫理教育受講経験の記憶と年齢階層との間に有意な関連は見られなかった。また、看護師経験年数との間においても有意な関連は認めなかった。したがって、助産師学生の倫理教育は、その教育背景を考

慮し、常に倫理的視点をもったディスカッションが行われるようにすることが必要であると考えられた。

謝辞

今回、協力して頂いた7校の責任者の方々ならびに助産師学生の方々に心より感謝致します。

本研究は、聖隷クリストファー大学学長奨励研究費の助成を受け遂行できましたこと深謝申し上げます。

参考文献

- 1) 我部山キヨ子, 武谷雄二編. 助産学講座1 基礎助産学 助産学概論. 東京, 医学書院, 2007, 35-37.
- 2) 日本看護協会監修. 新版 助産師業務要覧 補助版. 東京, 日本看護協会出版会, 2005, 19-33.
- 3) 山本あい子責任編集. 助産師基礎教育テキスト, 第1巻 助産学概論. 東京, 日本看護協会出版会, 2009, 19.
- 4) 青木泰子. 助産師の専門職性と業務. 青木泰子, 加藤尚美, 平澤美恵子編, 助産学大系 助産学概論. 東京, 日本看護協会出版会, 2006, 133-134.
- 5) WHO Report ICP/MCH 102/m02 (S) 1301K 10, Joint International Conference on Appropriate Technology for Birth. Fortaleza, Brazil. April, 1985, 22-26. WHO (世界保健機構). 出産科学技術についての勧告. <<http://www.web-reborn.com/humanbirthpark/recommendations/WHO1985.htm>> (検索日2011年4月5日)
- 6) 中林正雄. 産科医・助産師・看護師の連携 これからの周産期医療における産科医・助産師・看護師の役割 助産師の新しい役割を中心として. 周産期医学. 2008, 38(3), 257-259.
- 7) 厚生労働省. 看護教育の内容と方法に関する検討会 第一次報告. 平成22年11月10日. <<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000w9a0.html>> (検索日2011年8月22日)
- 8) 吉武久美子. 医療倫理と合意形成. 治療・ケアの現場での意思決定. 東京, 東信堂, 2007, 3-41.
- 9) 文部科学省. 保健師助産師看護師学校養成所として規則の一部を改正する省令の公布について. <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf>> (検索日2011年8月22日)
- 10) 全国助産師教育協議会. NEWS LETTER. 助産師教育 社会のニーズに応えられる助産師教育を目指して. 2007, 57.
- 11) 稲葉佳江. 看護倫理教育の課題とその内容厚生生の試み. 教授学の探求. 2001, 18, 145-161.
- 12) 杉浦和子, 太田勝正, 鈴木千智. 臨床助産師の経験する倫理的問題の特徴. 日本看護倫理学会誌. 2011, 3 (1), 28-35.
- 13) Benner, P. From novice to expert excellence and power in clinical nursing practice, (2001) (井部俊子, 監訳ベナー看護論—初心者から達人へ—新訳版. 東京, 医学書院, 2005, 11-3.)
- 14) 佐藤紀子, 牛田貴子, 内藤理英, 他. キャリア中期看護師の臨床実践力測定尺度ver.3作成の試み. 日本看護管理学会誌. 2007, 10(2), 32-37.
- 15) 藤内美保, 宮腰由紀子. 看護師の臨床判断に関する文献的研究. 日本職業医学会誌. 2005, 53 (4), 213-219.
- 16) 小山田恭子. わが国の中堅看護師の特性と能力開発手法に関する文献検討. 日本看護管理学会誌. 2009, 13 (2), 73-80.
- 17) 横尾誠一, 吉原麻由美, 松島由美, 他. 訪問看護師のターミナルケア態度に関連する要因の分析—一般病院看護師との比較. 保健学研究. 2010, 22 (2), 37-43.
- 18) 坂東委久代, 秋山智弥, 井沢知子, 他. 看護師が臨床現場で体験する倫理的問題. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要. 2011, 7, 49-55.
- 19) 水澤久恵: 病棟看護師が経験する倫理的問題の特徴と経験や対処の実態及びそれらに関連

- する要因. 生命倫理. 2009, 19 (1), 87-97.
- 20) 水澤久恵. 看護職者に対する倫理教育と倫理的判断や行動に関わる能力評価における課題—倫理教育の現状と道徳的感性に関連する定量的調査研究を踏まえて—. 生命倫理. 2010, 20 (1), 129-139.
- 21) 中尾久子. 看護教育者の倫理問題の認識と倫理教育との関連性. 九州大学医学部保健学科紀要. 2007, 8, 69-76.
- 22) Kim Lützen, G.Brolin. Conceptualization and Instrument of Nurse' Moral Sensitivity in Psychiatric practice, International J methods in Psychiatric Reserch. 1994, 4, 241-248.
- 23) 中村美和子, 石川操也, Moral Sensitivity Test (日本語版) の信頼性・妥当性の検討 (その1). 山梨医科大学紀要. 2000, 17, 52-57.
- 24) 中村美和子, 西田文子, 他. Moral Sensitivity Test (日本語版) の信頼性・妥当性の検討 (その2) —臨床看護婦(士)に焦点を当てて—山梨医科大学紀要. 2001, 18, 41-46.
- 25) 佐々木理恵子. 看護学生の臨地実習における倫理的問題の遭遇と道徳的完成との関連. 日本赤十字秋田短期大学紀要. 2007, 12, 7-19.

静岡県内における助産師実態調査報告

Midwife survey report in the Shizuoka Prefecture

鈴木百合子 稲川由美 大石千里 鴨川美子 原木純子 真野由美
水野博代 山田明美 濱松加寸子

Yuriko Suzuki, Yumi Inagawa, Chisato Oishi, Yoshiko Kamogawa, Junko Haraki,
Yumi Mano, Hiroyo Mizuno, Akemi Yamada, Kazuko Hamamatsu

静岡県看護協会助産師職能委員会

Midwife function committee in Shizuoka nursing association

要旨

静岡県助産師職能委員会では、勤務実態を把握し、その内容をもとに助産師労働環境の改善や就業継続、質の高いサービス提供へ結びつけることを目的に実態調査を行った。調査方法は県内の分娩取り扱い施設へのアンケートおよび各施設1名への聞き取り調査とし、労働実態や就労支援について調査をした。その結果、助産師の労働実態は日本看護協会の「看護職員実態調査」と差異はなく、特に県内助産師の労働過重を確認することは出来なかった。しかし、助産師の就業施設の偏在を含め労働環境には大きな差がみられていることがわかった。得られた結果より、助産師の就労に向けて1)退職者を防止する、2)1次医療機関の整備、3)助産師派遣システムの構築などを将来への展望として導き出した。

キーワード：実態調査、助産師

I. はじめに

静岡県助産師職能委員会では、助産師の専門性を高めるとともに、市民へのサービス提供や助産師活動の周知を目的として委員会活動を行っている。その際、産科医の不足、分娩を取り扱う施設の減少による分娩の集約化など、産科を取り巻く状況の変化に伴い助産師の労働環境も変化していると考えられる。しかし、果たして私たちは県内で働く助産師の勤務実態や助産師たちの思いを知っているのだろうか？と疑問を感じた。そこで、助産師職能委員として勤務実態を把握し、その内容をもとに助産師労働環境の改善や就業継続、質の高いサービス提供へ結びつけることを目的に調査をしたので報告する。

II. 調査方法

1. 調査期間：平成22年11月～12月
2. 調査対象・調査方法：県内で分娩を取り扱う総合病院24施設へのアンケート調査と各施設1名の助産師へのインタビュー調査を行った。インタビューの対象は勤務経験10年目以上の中堅者12名と就学前の子どもの子育て中12名とした。インタビューは口頭と書面で説明し同意を得ておこなった。
3. インタビュー項目
 - 1) 中堅助産師
 - (1) どんな時にやりがいを感じていますか？
 - (2) 勤務の中でストレスを感じるのはどんな時ですか？（夜間の助産師の配置状況も含む）
 - (3) 夜間、分娩が重なった際の協力体制はいかがですか？

- (4) 職場の人間関係はいかがですか？
- 2) 子育て中（未就学児）助産師
- (1) どんな時にやりがいを感じていますか？
- (2) 急に休みたい時（子供の病気など）には休みがとれますか？
- (3) 夜間、分娩が重なった際の協力体制はいかがですか？
- (4) 職場の人間関係はいかがですか？

Ⅲ 結果

1. 労働実態の概要

アンケート回収は23施設、3次医療機関3施設、2次医療機関13施設、1次医療機関7施設。病床編成で見ると、産科の単科は3次医療機関3施設と2次医療機関の2施設のみで、それ以外の18施設は全て婦人科や小児科、他の診療科と混合病棟であった。

施設ごとの医師数、分娩件数、助産師数は表1の通りである。1次医療機関から3次医療機関に

むけて増加しているが、助産師1人あたりの分娩件数は医師数、助産師数の数と比例はしておらず、一人当たりの取り扱い分娩件数が60件を超えていたのは、2施設あり、どちらも2次医療機関であった。

次に、夜勤時の助産師の配置について表2に表す。助産師が常時1名と答えた施設は5施設であった（夜勤助産師配置が1名となっていた。夜勤配置が常時1人と答えた5施設の人員と分娩数、その施設での新人助産師の夜勤1人立ちの時期を表に示す）。施設の助産師数は6名から16名、年間分娩件数は143件から1,188件であった。夜勤時、分娩にかかわる状況判断を任せられ、いわゆる独り立ちする時期は大きな差がみられた。これはそれぞれの施設の状況により異なると思われるが、卒後3か月ですぐ実践を積んでいく場合や、卒後2～3年じっくりと時間をかけて養成していく場合などみられた。

助産師の人員は23施設中20施設で足りないとの回答であったが、助産師が産科以外で勤務している施設は15施設みられた。また、23施設中正規雇用以外の採用をしている施設は16施設、交替性勤務以外の当直や自宅待機を併用している施設が6施設であった。夜勤時、常時2人以上助産師が配置されている施設は11施設、1～2人が12施設、1人の施設が5施設あった。

助産師の経験年数は表3の通りである。経験5年以下が156人/419人（37%）、経験21年以上が51人/419人（12%）となっている。子育て支援対策では短時間勤務制度などを

表1 施設ごとの医師数、分娩数、助産師数

分類	体系分類名称	分娩件数 平均(年)	常勤医師 数平均	助産師数 平均
3次医療機関	総合周産期母子医療センター	827件	8人	34人
2次医療機関	地域周産期母子医療センター	685件	6.5人	24人
	産科救急受入医療機関	716件	5人	16人
1次医療機関	周産期医療機関	294件	2.8人	10人

表2 常時夜勤配置が1名5施設の助産師数と同施設夜勤1人立ち時期

助産師数(人)	年間分娩数(件)	夜勤ひとり立ち時期	夜勤人数(助産師数)
13	496	3ヶ月	4(1)
14	410	11ヶ月	3(1)
16	1188	2～3年	4(1)
10	658	入職後10ヶ月	4(1)
6	143	未記入	3(1)

表3 勤務助産師経験年数

経験年数	合計人数	経験年数	合計人数
1～2年	77(18%)	3～5年	78(19%)
6～10年	98(23%)	11～15年	66(16%)
16～20年	49(12%)	21以上	51(12%)

婦援助と新生児ケアの双方を一人の助産師が行っている施設もあった。複数の分娩が重なった場合にはその安全の確保が十分でないと聞かれていた。2次・3次医療機関では全てが助産師複数の配置で

取り入れ、勤務時間に関しての子育て支援対策を取り入れている施設が14施設あったが、実際に制度活用ができていない施設は4施設にとどまっていた。その他の育児支援として、全ての施設が託児所を保有、条件付も含めて24時間託児可能施設は10施設であった。

2. 助産師の就労に対する思い

インタビュー結果

1. やりがいを感じる時は、産婦や家族から感謝の言葉を受けた時や自分の存在を認めてもらった時、妊娠中から出産まで継続的にかかわれた時、助産外来等助産師の専門性を発揮して自分の責任で行う業務を行う時やりがいを感じていた。また、後輩の成長や助産業務そのものなどについても聞かれていた。「助産師が好きだから」、「助産師になりたいくなったから頑張れる」、「自分で判断して診断した結果が出るので自立できるというか、対等に先生と話しができるとか、そういうことが自分に合っていると思う」、「取り上げてもらってよかったと言われた時にやりがいを感じる」など助産業務を通じて産婦とのかかわりを持つこと、混合病棟では産科以外の業務もおこなっている中で、助産師の力を発揮できる業務を行うことにやりがいを感じていた。

2. 夜間の協力体制としては、1次医療機関で助産師配置が宅直制での病院では、夜間分娩時の助産師呼び出しを看護師が行っており、看護師との協力が重要となっていた。また、2人夜勤では、1人が分娩介助に入るともう1人が入院患者全員の対応をしなければならず、分娩時に外回り業務の確保が難しい場合が発生する。その場合は、医師と2人で分娩介助を行わなければならない、産

あるが、分娩が重なったときや緊急手術の時には看護師との協力体制を取っている、勤務者全てが助産師で協力できているという施設も見られていたが、助産師複数の配置とはいえ2人夜勤の施設では医師との協力が必要とされていた。

3. 職場の人間関係では、医師との関係で「私たちと一緒にやっていくという雰囲気はドクターにはなく、患者様の精神的フォローや継続看護、信頼関係作りに関してはほとんど無理に等しい状況です」という意見の一方で、「フリースタイルとかも受け入れてくれる、お産の時もあり手を出すような形ではないんです。やりやすいですよ」と双方の意見が聞かれた。看護師との関係では「コミュニケーションっていうか、あうんの呼吸ができない」、「一緒にやろうって思ってくれる人が多い。協力体制がある。助産師が行くような研修に行ってくれる看護師もいる」、「看護婦さんたちとはトラブルはありません」とこれも施設により違いがみられた。職場の上司との関係では、「こういう看護をしたいと思っても病院が認めてくれない」、「師長さんとはまだ腹を割って話せないです」のように助産業務を評価してもらっていないと助産師が感じ、職種の違いなどで、業務の必要性や、重要性の認識に違いがあることが聞かれていた。

4. 勤務の中でストレスを感じる時は、特に夜勤で助産師がひとりの場合、相談相手がなく自身の判断を求められる時や、助産業務が重なった時に大きなストレスを感じている。また、無事に生まれるまでは母と子供の命を任されているというストレスを感じている助産師が多く、「無事に生まれて当たり前」、「それが仕事でしょ」と言われればもちろんそうなんですけど」と、周囲に

わかってもらえないことがストレスにあがっていた。中堅助産師からは育児支援が進んでいく反面、そのフォローのために夜勤が増えることや、超過勤務が発生している現状が聞かれ、混合病棟においては「リーダーになれば重症を看たりするので、いつも看ていない人のステルベン（死亡）に当たることもある」との意見もあった。混合病棟においては、「混合病棟なのでやりがいを感じられないと思うことが多い。（分娩）第1期の時期に付いていてあげられない。“ここで産んで良かった”、“自分のお産は良かった”って思える人いないんじゃないかと思って、モチベーションが下がる」等、多種にわたる業務の発生や他病棟への異動もストレスになっていた。さらに自分の時間を使つての委員会や係り活動などの業務が多過ぎるとストレスになっている。

5. 子育て中の急な休み支援体制と育児支援環境についても施設によって違いがみられた。急な申し出にもかかわらず休暇を得られる施設もあれば、「なかなか休めない、代替はない。個人で勤務交代をしている」施設や、「自分が“今日休ませてください”ってちょっといいにくい」と答えた施設もあった。育児支援として期待することとしては、夜勤免除、時間短縮制度、全職員車通勤可能、復帰したころは残業させない等が聞かれた。

IV まとめと若干の提言

今回、助産師の労働実態は日本看護協会の「看護職員実態調査」と差異はなく、特に県内助産師の労働過重を確認することは出来なかった。しかし、助産師の就業施設の偏在を含め労働環境には大きな差がみられた。例えば、夜勤において全員助産師を配置している施設がある一方で、入職して3カ月で助産師として独り立ちし、夜勤でも助産師ひとりで対応せざるを得ない施設もみられていた。施設により労働環境が大きく違うことが明らかになった。病院の助産師活動の概要をとらえた上で、助産師としての臨床経験10年以上の方12名と未就学児童を育てている助産師12名に対してインタビューを行った。その結果、助産師としてやりがいを感じる時は、助産師の専門性を発揮している時という人が多かった。助産師としての志

向性、アイデンティティを強く抱いている人も多く、「なりたかった職業」だから「頑張れる」という声も聞かれていた。煩雑な業務の中でも助産師の専門性を何とか発揮させ、自らやりがいを見出す姿もみられている。一方で、混合病棟に勤務する助産師から、助産業務に集中できないことや、重症患者に目を奪われがちとなり、いわゆる疾病ではない健康体の産後ケアの重要性を、病棟の中で理解されないことが大きなストレスになっている人もいた。

病院では、それぞれの施設における労働環境および条件などの格差が大きく、また、インタビューの中では「やりがいを感じている場面」以外の質問項目である、「分娩が重なった際の協力体制」や「職場の人間関係」をみても否定的にとらえる声もあり、活き活きと働いている人よりも、全体的に仕事に疲れ、ともするとやる気を失いつつある人や元気のない印象を受けた。

1. 施設による労働環境の差が大きい

3次医療機関は産科単科であるが、1次・2次医療機関では、NICU/GCU併設を含めても産科としての運用施設は5/20であった。1次医療機関は全てが混合病棟であった。夜間助産師1人配置施設は5施設であり、助産師ひとりでの夜勤はストレスが大きい。その中で入職して3～11ヶ月でひとり立ちしている状況もあった。

2. 業務の煩雑さが就業意欲に影響する

混合病棟では助産師が助産業務に専念できず、他科の患者ケアを行いながら分娩第1期の進行を把握している。「“ここで産んでよかった”“自分のお産はよかった”って思える人がいない」と思うと「モチベーションが下がる」とインタビューで答える人や、「助産師は不足しているが、今の状況では就職を勧められない」と答える人もいた。

助産師は助産業務に携わることでやりがい感を感じていた。助産師の産科以外への配置や助産業務以外の業務はモチベーション低下につながっていた。

職場の変更はその必要性を本人が理解でき動機付けが十分に行われていないと危険であり、助産

師の就労継続にも関わる。就労している助産師のモチベーションの低下は、妊産婦への質の高いサービス提供にも影響を及ぼすことが考えられた。

今回の調査結果を受けて助産師の就業に向けては、

1) 退職者を防止する

今回のインタビューでも日本看護協会で行った調査の離職理由と同様の意見がきかれた。現在ある保育施設や制度を使えるようにすること、助産師が本来の助産業務でその力を発揮できるよう医師との役割分担を明確化・共有化し、助産師としての信頼を取得していく必要がある。

2) 1次医療機関の整備

1次医療機関では助産師が不足しているとわかっていても、自身が働く施設への就職を勧められないと助産師は答えている。不足しているから業務が煩雑となり、魅力が無いから就職する人がいないという負の連鎖を断ち切るためにも、ローリスクへの支援を中心とする1次医療機関の整備は必要といえる。

3) 助産師派遣システムの構築

日常業務の整備を行うことが優先されるが、助産師が不足しているならば助産師でなければできない業務や、助産師の専門性が発揮できる業務と継続して関わらなくても単発でもケアとして成立するものに整理することで、専任助産師の就労意欲を高めることができると考える。潜在助産師を掘り起こし再就業を目的とした研修は全国的に広まっている。これは正規職員として社会復帰をめざすものであるが、これに加えて、まだ家事・育児あるいは介護のウエイトが大きく正職員にはなれないが、多少余裕が取れた自分の時間を活用し就業希望者を採用すれば、マンパワーはより高まる。例えば、週2～3日、1日3時間などという希望の就労時間や、乳房ケア、保健指導、母親・両親学級などの健康教育、ベビーマッサージ、マタニティヨガ等、得意領域に特化し単発でチーム医療に参画することも可能と考える。

完全に家庭に入り込むことなく、少しでも医療現場と接点をもつことで完全社会復帰する機会が増えていく。

V. おわりに

看護職の多くが女性である限り、その職業人生における多様な働き方を許容することは、もはや時代の要請であり絶対条件でもある。今回、県内の助産師実態調査で病院と診療所で働く助産師の業務実態を明らかにし、その結果から助産師が専門性発揮し、活き活きと就業継続ができるための今後について考えた。アンケート結果及びインタビュー結果を「平成22年度静岡県内における助産師活動の実態調査報告書」として冊子にまとめた。本報告の詳細内容は冊子を参照していただきたい。

参考文献

1. 佐々木紀子, 他:「妊娠・出産・子育てのライフステージにある看護職の就労継続を支えている要因」- I 県・全県立病院の調査 - 第35回 看護管理2004年
2. 助産婦職能委員会:「助産婦の専門性と役割」についての意識調査 平成7年
3. 鈴木敦子他:「看護職の産前産後休暇・育児休業豪語の配置転換の実態とストレス」第35回 看護管理2004年
4. 日本看護協会広報部:「2009年看護職員実態調査」結果速報
5. 文化放送ナースナビ:「長く看護師を続けるためのワーク・ライフ・バランス(1)」2010.3.10読売新聞掲載
6. 堀川尚子:「2009年看護職員実態調査」解説 看護VOL.62 No8 2010.6

助産外来実践能力育成に向けての課題 ～助産外来の現状からの考察～

Problems Involved in Development of Midwifery Clinical Skills: A Consideration from the Standpoint of the Current State of In-Hospital Midwifery Clinical Care

高木 静¹⁾ 鈴木 恵¹⁾ 松岡 恵²⁾

Shizuka Takagi, Megumi Suzuki, Megumi Matsuoka

¹⁾ 静岡県立大学看護学部 ²⁾ 杏林大学保健学部看護学科

¹⁾ Shizuoka University School of Nursing ²⁾ Kyorin University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing

〔要旨〕

助産外来の実態とその担当助産師に必要とされる実践能力を明らかにする目的で文献研究を行った。助産外来の実態については、「助産外来/助産師外来」「妊婦健診/妊婦健康診査」「助産師」をキーワードにして検索し、実践報告18件と実態調査7件を得た。また、担当助産師に必要とされる実践能力については、上記のキーワードに「実践能力/臨床能力」を加えて検索した結果、2件の文献を得た。結論としては、1.助産外来の実践内容はいまだ統一されていない現状であり、妊婦健康診査よりも保健指導が主であった。2.助産外来担当助産師の基準は、助産師経験年数3～5年とする施設が多かった。3.担当助産師の現任教育は施設ごとで様々であった。4.担当助産師に必要とされる実践能力について2つの文献で共通していた能力は、「正確な診断能力」「保健指導能力」「連携能力」であった。

キーワード：助産外来、妊婦健康診査、実践能力

〔Abstract〕

A search of relevant literature was conducted to determine the state of in-hospital midwifery clinical care and the practical skills necessary for midwives doing the work. The current state of in-hospital midwifery clinical care was assessed by literature search using the following keywords; (1) in-hospital midwifery clinical care/in-hospital midwife clinical care, (2) antenatal examination/antenatal checkup, and (3) midwife. This resulted in 18 reports on actual midwifery practices and 7 surveys of actual midwifery states. To find literature on practical skills considered necessary for midwives in in-hospital midwifery clinical care, searches were also conducted for the keywords “practical skill/clinical skill.” Two documents fitted in the search. Our findings were;

1. There has been still no standardized content of in-hospital midwifery clinical practice. Health care guidance rather than antenatal checkups predominates in the practice.
2. Many facilities required three to five years midwifery experience for assignment to in-hospital midwifery clinical care duty.
3. The content of “on the job training” for in-hospital midwifery clinical care varied with each facility.

4. The two documents considered three following skills as standard practical skills necessary for midwives giving in-hospital midwifery clinical care: accurate diagnostic skills, health care guidance skills, cooperative skills.

keywords: in-hospital midwifery clinical care, antenatal health checkup, practical skills

I 緒言

近年、産婦人科不足による分娩取り扱い施設の減少や、助産師の自律にむけての取り組みとして、助産外来が注目され、その実施施設は2010年に405施設まで増加した¹⁾。それに伴い、2009年に医師と助産師の役割分担と連携を目的とした「院内助産ガイドライン」²⁾が作成され、助産外来の質の向上と統一化が図られようとしている。

しかし、ガイドライン上の助産外来の担当助産師の基準に関してのエビデンスや教育方法は明記されていなかった。そのため、現在までの助産外来の実態とガイドラインとの間に、乖離が生じているのではないかと考えた。

そこで、本研究は、文献から各施設の助産外来実施内容や助産師の基準、研修方法、助産外来に必要とされる実践能力を明らかにすることを目的とし、現任教育および大学教育における課題について検討した。

II 用語の定義

本研究において助産外来とは、院内助産ガイドラインが示す、「妊婦・褥婦の健康診査ならびに保健指導が助産師によって行われる外来」²⁾と定義した。

III 研究方法

1) 助産外来の実態について

2004年に助産師職能委員会にて院内助産・助産外来の普及への取り組みが打ち出され、助産外来実施施設が増え始めた³⁾。そこで、発行年を助産外来の普及が一般化されてきた、2002年から2012年までの10年とした。キーワードは、「助産外来/助産師外来」「妊婦健診/妊婦健康診査」「助産師」とした。助産外来において、妊婦健康診査ならびに保健指導を実施している病院と産科クリニックで、助産外来の業務内容、実施時期、担当助産師

の基準、教育内容等が記載されている実践報告を抽出し、文献検討を行った。

次に、同期間、同キーワードにて、助産外来を実施している助産師を対象とした研究論文の文献検討を行った。

2) 助産外来担当助産師に必要とされる実践能力について

1999年に日本助産学会が示した「日本の助産婦が持つべき実践能力と責任範囲」⁴⁾を基準に、実際に助産外来で活動している助産師の実践能力が、評価されるのではないかと考えた。そこで、発行年を1999年～2012年とし、キーワードを「助産師」「助産外来/助産師外来」「妊婦健診/妊婦健康診査」「実践能力/臨床能力」とした。検索で得られた文献のうち、助産外来担当助産師に求められる能力について言及した文献を対象とした。

IV 結果

1) 助産外来の実態

検索の結果、実践報告は428件であった。そのうち助産外来において妊婦の健康診査と保健指導を実施している施設で、業務内容、実施時期、担当助産師の基準、教育内容が記載されている実践報告を18件^{5)～22)}抽出し、表1に示した。

次に、助産外来に関する研究論文は73件であった。その中から、研究表題が本調査対象の文献の種類に該当しない文献を削除し14件を得た。そのうち7件は妊婦（産婦、褥婦）、7件は助産師および他医療従事者を研究対象とした調査であった。これらの文献は、すべてが実態調査であった。

本研究では、助産師を対象とした助産外来に関する研究論文7件^{6)23)～28)}を表2に示し、内容を検討した。

①助産外来の実践内容

実践報告によると、妊婦健康診査で助産師が担当する週数は、各施設で14週～40週までと幅が

表1 助産外来実践報告一覧（助産外来開設年順）

表題	文献 発行年	助産師外来 開設年	健診時期・条件	担当助産師 経験年数・条件	院内教育（研修）
「チーム健診」とは どのようなシステムか ⁵⁾	2008	1975	・チーム健診として20週 まで、30、36、38、40週 以降は医師の診察と助 産師の保健指導 ・それ以外は助産師の 健診	・助産師経験4年以上 ・レポート提出 ・所属長が認めた者	・随時カンファレンスや研修を行い 担当者を育成
助産師外来開設から 10年目の振り返りと今後の課題 －助産師が外来に関する 意識調査より－ ⁶⁾	2002	1991	記載なし	・助産師経験5年以上	記載なし
「助産所モデル」の 助産システムの現在① 済生会宇都宮総合病院 周産期母子医療センター ⁷⁾	2006	1996	・20～40週までの希望者 ・20週まで、34週もしくは 35週に1回 ・40週以降は医師	記載なし	・他院研修 ・超音波診断法の研修会 ・自主的な研修 ・症例検討
院内助産システムを開設して ⁸⁾	2011	1996	記載なし	・助産師経験5年以上 ・分娩助数50以上 ・当院ラダーⅡを習得	・エキスパート助産師認定研修
「助産所モデル」の 助産システムの現在④ 湘南鎌倉総合病院産婦人科 ⁹⁾	2006	1998	・14週以降のリスクのな い妊婦、希望者	・病棟経験3年	・メルボルンのパースセンター、スタ ンフォード大学の見学 ・内科、外科などの経験
助産師外来で取り戻す 病院伝統の自然出産 ¹⁰⁾	2008	2004	・19～36週 (医師と交互)	・助産師経験5年以上 (分娩件数100件以上) ・母親学級、両親学級、母乳相談室 の経験者 ・当院助産師外来担当者研修受講 者 ・師長が適任と判断した者	・経験5年目の助産師外来研修 ・継続妊婦受け持ち
チームで実現させた助産外来 ¹¹⁾	2006	2004	・妊娠全期間	・助産師経験4年以上	・他施設での研修 ・カンファレンス
助産師としてできること② 院内助産所を開設 ¹²⁾	2007	2005	・20週までは医師の診察 ・その後マタニティホー ム利用するか選択 ・28、36週で医師の診察	記載なし	・最新のお産事情を学びなおす ・助産所研修
開業助産師とともに行う 病院での助産外来 ¹³⁾	2008	2006	・ローリスク妊婦 ・妊娠初期から実施 ・妊娠8カ月以降は開業 助産師が担当	・地域の開業助産師とコラボレー ションシステムを取っている ・全病棟助産師が担当	・開業助産師とペアで助産外来を行 うことで実経験からのケアを学ぶ
院内助産院でのケアの実際① システムとその運用 ¹⁴⁾	2008	2007	・24週まで正常に経過 し、日本助産師会の助 産所業務ガイドラインに 則った基準を満たしてい る妊婦 ・28週、35週は医師	・発足当時は助産師経験10年以上 ・1999年より、助産師経験5年以上	・症例検討
NTT東日本関東病院 助産師外来開設の ストラテジー ¹⁵⁾	2007	2007	・29週から39週で医師が 正常と判断した妊婦 ・希望者 ・医師と交互	・病棟経験5年以上	・超音波断層法の練習 ・切迫早産につながる子宮収縮につ いて、臨床知の交換 ・カルテレビュー
low risk妊婦に対する助産師外来 における妊婦健診の安全評価 (第1報) ¹⁶⁾	2011	2007	・妊娠16週から医師の診 察と交互に行う ・ローリスク妊婦	・助産師経験5年以上	記載なし

表題	文献 発行年	助産師外来 開設年	健診時期・条件	担当助産師 経験年数・条件	院内教育(研修)
助産師外来の実践報告 —立ち上げから 1年3カ月を振り返って— ¹⁷⁾	2010	2008	・正常経過の妊婦で、妊娠26週頃に医師が許可し、かつ本人も希望した場合 ・中期2回、後期2回の最大4回まで	・病棟助産師7年目以上	・他施設見学 ・超音波断層法の理論と実際
助産師外来開設を機に スタッフの自立性を支援する チーム運営 ¹⁸⁾	2010	2008	・医師の許可を得た妊婦 ・妊娠前期1回、後期1回	・妊婦健診担当は5年目以上かつ分娩介助件数100件以上	・産婦人科医師による、妊婦健診、ハイリスク妊婦の講習 ・超音波断層法などの技術研修 ・乳房管理、精神的支援に関する勉強会、研修
助産師としてできること① 久美愛厚生病院での 取り組み ¹⁹⁾	2007	2009	・15週から36週まですべて助産外来	・助産師経験5年以上 ・超音波診断装置を扱うことができ、師長が認めたもの	・医師の指導のもと、超音波診断の学習と訓練
2009年 院内助産ガイドラインの作成					
当院で行っている助産師教育 ならびに資格認定と 今後の展望 ²⁰⁾	2011	2009	・ローリスク妊婦	・助産外来についての教育課程修了し、かつ筆記ならびに実技試験を受け「山梨大学医学部付属病院助産外来担当資格」を有する助産師	・策定した助産外来マニュアルの内容の講義・実習 ・4日間の教育課程 ・マニュアルについて ・産婦人科診療ガイドラインについて ・超音波断層法について
「助産所モデル」の 助産システムの現在② 佐野病院助産科 ²¹⁾	2006	記載なし	・24週以降の希望者 ・28週は医師が診察	・病棟経験5年以上	・助産院研修 ・毎日のミーティングで情報共有
「助産所モデル」の 助産システムの現在③ 深谷赤十字病院 産婦人科病棟 ²²⁾	2006	記載なし	・初診から予定日確定までは医師。予定日確定以降のリスクのない妊婦	・病棟経験3年以上 ・病院独自のチェックリストを用いて助産師外来に出るための再確認と勉強を行う	・超音波診断法の講演会、セミナー、研修会を実施 ・自主的な学習会を継続

あった。妊娠全期間と記載していたのは1件のみで、その他の施設では妊娠初期は医師が妊婦健診を担当していた。助産外来の回数は全期間を通して2回という施設や、医師と交互に行うといった施設まで様々であった。院内助産ガイドラインが作成された以降の2011年の研究論文でも、妊娠期の助産外来実施回数は施設の設置主体別で大きく異なる²⁸⁾との報告がされていた。

次に、実施内容だが、実践報告では、すべての施設で助産師が妊婦健康診査、相談業務を実施していた。超音波断層法に関して記載があった施設は14件であり、使用しない施設が4件、使用している施設が10件であった。使用目的は、診察の補助が3件、胎位胎向の確認が3件、妊婦への意識付けが2件、計測2件など(複数回答)だった。また、院内助産ガイドライン以前の研究論文では、各施設で業務内容が異なり、その実際は、乳房外来、保健指導が主で、妊婦健康診査を行う施設が少ない²³⁾²⁴⁾²⁵⁾という報告がされていた。院内助産

ガイドライン作成以降の各施設での業務内容に関する調査はなかった。超音波断層法に関する論文は2件あり、対象施設の7割²⁶⁾、または5割²⁸⁾が実施しているという結果であった。

②助産外来担当助産師の基準

担当助産師の基準に関しては15件の記載があった。そのうち14件は助産師免許取得後の経験年数を基準に含めており、5年以上の施設が9件で、3年以上が2件、4年以上が2件、7年以上が1件であった。このうち、経験年数だけが基準となっている施設は8件、年数以外の条件がある施設が6件であった。

経験年数以外の条件は、分娩介助例数、所属長の判断、超音波断層法ができるなどがあった。経験年数で基準を設けていない1施設に関しては、その施設で定められた研修の受講と試験が設けられていた。

研究論文でも、担当助産師の基準は、助産師経験年数で決定することが多く²³⁾、3～5年以上²⁸⁾

表2 助産外来に関する研究一覧

表題	発表年	研究期間	研究方法	対象者	記述内容
助産師外来開設から10年目の振り返りと今後の課題 —助産師が外来に関する意識調査より— ⁽⁸⁾	2002	2002年3月 ～2002年5月	聞き取り調査 質問紙調査	対象施設で分娩した褥婦50人 対象施設産婦人科に勤務経験のある助産師23人	・対象施設の助産師外来受診者は年々減少しており、その問題は「助産師外来のPR不足」「医師との連携不足」であった。
助産師が自主運営する施設内助産所と助産師外来に関する調査 ⁽³⁾	2005	2003年 ～2004年	質問紙調査	全国の500床以上で、診療科目に産婦人科を表示している498病院の産科病棟もしくは周産期母子センター師長（回収率60.2%）	・助産師外来の業務内容は保健指導（56施設18.9%）、妊婦健康診査（27施設9.1%）、乳房管理のみ（77施設）であった。 ・担当助産師の基準は「経験年数で決定する」が37施設であった。一部「超音波ができること」が条件になっている施設もあった。 ・助産師外来が進行しない46施設では、その理由として、「マンパワー不足」、「助産師の経験不足」を挙げていた。
日本における妊婦健診の実態調査 ⁽²⁴⁾	2005	2003年11月 ～2004年2月	自記式質問紙調査	妊婦健診を行っている全国569施設 (有効回答率37.9%)	・6割の助産所は常時助産外来を開設し、妊婦健康診査を行っているが、病院や診療所では開設していない場合がほとんどであった。 ・各医療機関によって開設されている助産外来は主に施設によって業務内容が異なっていた。病院や診療所では「保健指導」「乳房ケア」が主であった。
助産師外来・院内助産所の開設に関するアンケート結果 ⁽²⁵⁾	2009	2008年8月 ～2009年2月	自記式質問紙調査	「助産師外来・院内助産所を始めるために」研修会に参加した助産師168名	・助産外来で助産師が妊婦健康診査を行う施設が15%、保健指導が25%、乳房ケアが28%であった。 ・助産外来に必要な能力は「妊娠期の助産診断」「正常からの逸脱の判断」が多かった。 ・助産外来・院内助産所開設のために必要な研修は「妊娠期の助産診断とケア」が最も多く、「分娩期の助産診断とケア」「他院や助産所での実習」「助産師の自立と自律」が続いて多かった。
2009年 院内助産ガイドラインの作成					
助産師による超音波検査の現状、認識、必要な教育 ⁽²⁶⁾	2010	2007年11月 ～2008年1月	質問紙調査	助産外来を設けている病院・診療所と、有床の助産所81施設の助産師794名	・助産師が超音波検査を実施している施設は105施設（70.9%）、実施していない施設は43施設（29.1%）だった。 ・助産師が超音波検査を行う利点は「コミュニケーション手段に有効」が最も多く、次に「胎児への関心を引き出せる」「保健指導に有効」であった。 ・超音波実施前の教育の必要性では、実施群・未実施群とも98%が必要としていた。 ・教育方法は院内教育8割弱、助産師教育課程と院外教育が6割前後であった。 ・望む教育内容は「操作方法の実習」「画像診断の実習」「画像診断の講義」「施行時期や時期別診断ポイントの講義」「操作方法の講義」であった。
助産師業務拡大に対する助産師の意識 ⁽²⁷⁾	2010	2008年8月 ～9月	自記式質問紙調査	分娩を取り扱う山口県内の施設に勤務する助産師178名（回収率71.3%）	・超音波検査を実施している助産師は、実施していない助産師よりも分娩数に差はなかったが、年齢は有意に高く、経験年数は有意に長かった。 ・院内助産・助産外来の開設について賛成49.6%、条件付き賛成15.7%、反対8.7%、難しい6.3%であった。条件付き、反対、難しい理由として、助産師不足、知識経験不足、再教育の必要性などの意見があった。
助産師による超音波断層装置の適切な利用に関する研究 —地域における助産外来の取り組みと産科超音波診断技術研修会の効果— ⁽²⁸⁾ 第Ⅰ段階	2011	2010年1月 ～2月	自記式質問紙調査	福岡県内の有床産科施設168施設（周産期センター10、病院24、診療所134）のうちの有効回答が得られた78施設	・助産外来の実施時期は、妊娠期は9割、産褥期は7割の施設が実施していた。実施回数は周産期センター4.0±4.4、病院3.1±1.8、診療所8.7±5.9と大きく異なっていた。 ・実施群では64%が超音波検査は助産師業務の範囲内と答えていた。 ・担当助産師の基準は17施設（63.0%）で設置されていた。 周産期センター・・・助産師経験3～5年以上、分娩介助件数100件以上 2施設。 卒後ラダーに沿っている、中堅以上の助産師。 病院・・・助産師経験3～5年以上7施設。超音波断層装置を使用できるもの。 助産師経験3年2施設 診療所・・・3年 ・経験超音波検査を実施している施設は14施設（54.0%）で、そのうち11施設（78.6%）が周産期センターと病院であった。
超音波診断研修会の介入効果に関する研究 第Ⅱ段階		2010/6/13 (研修も同日実施)	自記式質問紙調査 ディスカッション内容を質的に分析	産科超音波診断技術研修会に参加した助産師33名	・助産師が超音波検査を行う利点は「コミュニケーション手段に有効」が最も多く、次に「胎児への関心を引き出せる」「保健指導に有効」であった。 ・目的は「コミュニケーションを図るため」「愛着形成を促すため」が多く、その他「計測」「正常、異常の判断」としていた。

表3 助産外来担当助産師に必要とされる能力に関する文献

表題	助産外来担当助産師に必要とされる能力						
院内助産ガイドライン ⁽²⁾	確実な問診・聴診・触診技術	母体・胎児の健康状態のアセスメントとスクリーニング能力	妊婦・褥婦とその家族とのコミュニケーション能力	妊娠中・産褥期のトラブルやリスクへの対応能力	妊婦・褥婦のニーズの把握と情報の選択能力	異常発生時の対応能力	関係者・部署との連携能力
助産外来における助産師の実践能力評価基準の開発 —客観的臨床能力試験OSCEを活用して— ⁽²⁹⁾	産科学的診断として正常な妊娠経過であることを診断する経過診断能力（診察技術、正確な知識、コミュニケーション技術）				健康生活診断能力とそれに合わせた保健指導能力（妊娠経過に合わせた保健指導内容を理解している。パースプランや母乳栄養をするための情報提供）	医師との連携ができる人間関係調整能力	妊婦と胎児とのコミュニケーションの時間として利用できるほどの超音波診断装置をつかいこなす

との報告がされていた。その他に分娩介助件数、卒後ラダー中堅以上、超音波断層法が実施できるなどの基準が設けられていた⁽²⁸⁾。

院内助産ガイドラインが作成された2009年前後で比較したが、担当助産師の基準に進展や差異はなかった。

③助産外来に関する研修

担当助産師の研修・勉強会に関する記述があった文献は16件あり、内容は他施設の助産外来の見学が6件、超音波断層法の研修会が6件、症例検討（ケースカンファレンス）および受け持ち事例

展開が5件などであった。研究論文では、助産外来・院内助産を担当するにあたり望む研修内容は、超音波断層法よりも「妊娠期の助産診断とケア」「分娩期の助産診断とケア」「他院や助産所での実習」「助産師の自立と自律」が高かった⁽²⁵⁾との報告があった。一方で、超音波断層法の教育を98%の助産師が必要としていた⁽²⁶⁾との報告があった。

2) 助産外来担当助産師に必要とされる実践能力について

文献検索の結果は2件⁽²⁾⁽²⁹⁾のみであり、その内の1件は助産外来ガイドラインであった。それぞ

れの文献が示す、助産外担当助産師に求められる実践能力を表3に示した。これらの文献に共通していた能力は、1. 正確な診断能力、2. 保健指導能力、3. 連携能力であった。ガイドラインのみ提示していた能力は、「異常発生時の対応能力」²⁾であり、松永ら²⁹⁾のみが提示していた能力は、「超音波断層法装置を扱える能力」であった。

V 考察

今回の文献検討から、助産外来に関して論述されている研究は非常に少なく、そのほとんどが実践報告か実態調査であることがわかった。これらの文献検討から明らかとなった、助産外来実施内容、担当助産師の基準、研修方法の3つの側面から、助産外来で必要とされる実践能力と、それを修得する現任教育および大学教育について図1に示し、考察した。

1) 助産外来担当助産師に必要とされる実践能力について

International Confederation of Midwives（以下ICM）は、妊娠期の基本的助産業務として「妊娠中の正常からの逸脱を見分け、根拠に基づいたガイドライン、該当地域の基準や利用可能な資源に合わせて、適切な第一線の独立または共同で管理を実施」³⁰⁾することを挙げている。このような国際的な助産師活動の提言から乖離することなく、我が国でも院内助産ガイドラインが示され、

助産外来における助産師の役割が明確化されてきた。院内助産ガイドラインが示される以前の助産外来の内容は統一されていず、妊婦健康診査よりも保健指導が主であった^{23)~25)}。院内助産ガイドライン作成以降の実践内容に関する実態調査はなく、進展があったのかどうかは明らかになっていない。また、妊婦健康診査の時期や実施回数については施設によって様々であること²⁸⁾から、全国的に助産外来が増加し、院内助産ガイドラインにより業務の整備がされたとは言え、その実態は、助産師に認められる業務範囲を自立して実施している助産外来は少ないという課題が推察される。

では、本来助産師が担うべき助産外来には、どのような実践能力が必要となるのか。院内助産ガイドラインは、担当助産師の基準について、助産師免許取得後3～5年以上の臨床経験を持ち、100例以上の分娩介助経験があること²⁾を前提としていた。文献検討の結果からも、担当助産師の基準は助産師経験3～5年としている施設が多く、実態調査でも同様の結果²⁸⁾が得られており、経験年数が大きな指標になっていることが明らかとなった。ガイドライン作成以前の助産外来実施施設においても、助産師経験3～5年という基準を設けている施設が多く、院内助産ガイドラインは、これまでの各施設での実績を踏まえたうえでの基準を設置したと考えられる。しかし、ただ単に病棟での経験年数を積みば良いというわけでは

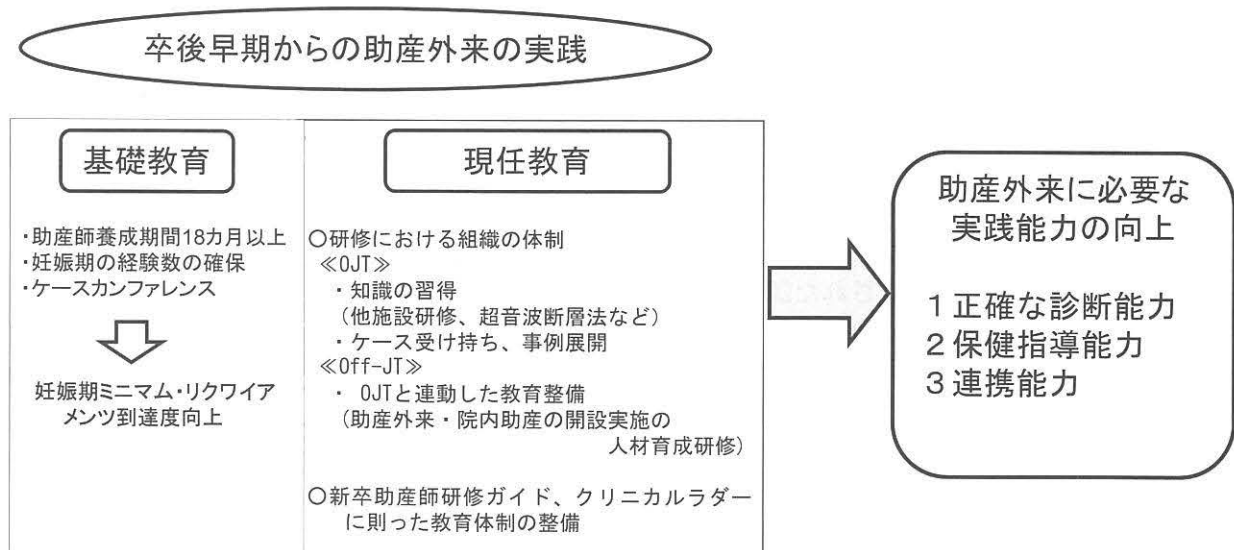


図1 助産外来実践能力向上に向けての取り組み

ない。その時期に助産外来に必要とされる実践能力である、正確な診断能力、保健指導能力、連携能力の修得ができているかどうかという評価が最も重要となる。今回の文献検索では、助産師経験3～5年間でこの能力を修得できているかどうかを評価した文献は見当たらなかった。しかし、卒後5年以下の助産師の妊婦・家族ケアの実践能力の認識は低い³¹⁾との報告からも、助産外来を担当できる実践能力を持つ助産師が育成されていないという課題があると考えられた。

さらに、実際に各施設で行われている現任教育を見たところ、他施設の助産外来の見学、超音波断層法の研修会といった内容が主であり、その実態は様々であった。これらの研修内容だけでは経過のアセスメント・診断能力や、保健指導能力の研鑽は難しい。現在のOn-the-Job Training（以下OJT）の内容では不十分な施設も多く、個人の自助努力にゆだねられている状況であることが推察された。

まずはOJTのあり方を見直し、正常妊婦のアセスメント・診断ができ、適切な保健指導が実施できる能力を養う教育について検討する必要がある。今回の実践報告にあった中で、症例検討および受け持ち事例展開を行っている施設が5件あった。助産外来で妊婦健康診査を担当開始した際と現在の能力を比較すると、明らかに現在の能力水準は有意に向上した³²⁾という報告からも、助産外来に必要とされる能力は、知識の獲得だけでは不十分であり、経験を積むことが重要であると言える。実際にケースを受け持ち、アセスメント・診断、保健指導を行い、それに関するケースカンファレンスを行うことで、より具体的で実践的な学びを得ることが可能と考えられた。

さらに、OJTと連動した、Off-the-Job Training（Off-JT）の整備を行っていくことが求められる。昨今、日本看護協会による助産外来・院内助産の開設・実施の人材育成研修が行われ、プログラムの検討がされている³³⁾。また、同じく日本看護協会から新卒助産師研修ガイド³⁴⁾が出され、将来的に助産外来・院内助産のメンバーに加わることを想定した、新人の時点からの現任教育の方向性が示された。こうした動向の中で、すべての助産師

が、継続的に受講できる職能団体としての現任教育のシステム化が急務であると考えられた。

2) 助産師養成に関する大学教育の課題

妊婦健診を含めた新人の現任教育が、あまり実施されていない背景には、卒業時における妊娠期ミニマム・リクワイアメンツ³⁵⁾の到達度が低いことが影響していると推測される。つまり、基礎教育における妊娠期の診断とケア能力の育成にも課題があるのではないかと考えた。

渡辺ら³⁶⁾は、妊娠期ミニマム・リクワイアメンツの一部である「妊娠の診断」「妊娠時期および経過の診断」「安定した妊娠経過の維持に関する診断とケア」「妊婦や夫・家族に対する出産・親準備教育」の4項目について、学生の到達度を調査した。その結果、「1人でできる」と回答した大学は、全ての項目において2割以下であった。このような実態から、現在の教育課程では妊娠期の診断・ケアを十分に修得できていないことがわかった。

妊娠期のケアを十分に学ぶことができない理由の一つとして、わが国の養成期間が1年間と短いということが挙げられる。そして、分娩介助を優先した実習となった結果、継続して妊婦のケアを実施する経験が少なくなったからだと考えられた。実際に、江幡³⁷⁾が行った調査で、継続事例の受け持ち開始時期が「妊娠末期から」であったと回答した大学が7校あり、全体の3割を占めていた。さらに、継続事例を受け持つことなく実習を終了している大学が32校中7校もあることが報告されていた。このような状況を、諸外国と比較してみると、American College of Nurse-Midwives（ACNM）卒業時コアコンペテンシー³⁸⁾では、妊婦の初診を15件、再診を70件経験させることを提示しており、明らかに、日本の教育は妊娠期の経験数が少なく、妊娠期の診断、ケアが十分修得できないと推察された。

また、ただ経験数を増やすだけでは妊娠期のアセスメント能力、診断能力の向上は困難である。それらを修得するためには、妊娠初期から継続して妊婦を受け持ち、それと同時進行でケースカンファレンスをもつ必要がある。ケースカンファレンスを通して妊婦に向き合い、その妊婦に合わせ

たケア計画を立て、ケアを実施していくことで、妊娠期ミニマム・リクワイアメンツの到達度が向上していくと考えられた。そして、このようなカリキュラムを含めるには、1年間の養成期間では難しく、ICMの助産教育国際基準で提示している18カ月またはそれ以上の養成期間に移行していく必要があると考えられた。

VI 結論

助産外来の実態とその担当助産師に必要とされる実践能力を明らかにする目的で文献研究を行ったところ、次のことが明らかになった。

1. 助産外来の実践内容はいまだ統一されていない現状であり、妊婦健康診査よりも保健指導が主であった。
2. 担当助産師の基準は、助産師経験年数3～5年とする施設が多かった。
3. 担当助産師の現任教育は施設ごとで様々であった。
4. 担当助産師に必要とされる実践能力について2つの文献で共通していた能力は、「正確な診断能力」「保健指導能力」「連携能力」であった。

尚、本研究は、科学研究費基盤研究C「成人教育学に基づく妊婦健診能力教育プログラムの教育評価」（課題番号:22592500、代表研究者:松岡恵）の助成を受けて実施した。

参考文献

- 1) 常田裕子, 遠藤俊子. ここまで進んだ! 我が国の院内助産システム. ペリネイタルケア. 2011, 30 (12), 12-16.
- 2) 中林正雄. 「院内助産ガイドライン 医師と助産師の役割分担と協働」厚生労働科学研究「助産師と産科医の協働の推進に関する研究」. 平成20年度総括・分担研究報告書. 2009, 7-18.
- 3) 遠藤俊子. 「院内助産ガイドライン」作成までの経緯とその概要「助産師と産科医の協働の推進に関する研究」分担研究に携わって. 助産雑誌. 2009, 63 (12), 1098-1103.
- 4) 日本助産師会. 日本の助産婦が持つべき実践能力と責任範囲. 日本助産学会誌. 1999, 12 (2), 2-12.
- 5) 中根直子. 「チーム健診」とはどのようなシステムか. 助産雑誌. 2008, 62 (3), 198-202.
- 6) 秋山順子, 内桶良子, 石川厚子, 他. 助産師外来開設から10年目の振り返りと今後の課題ー助産師が外来に関する意識調査よりー. 茨城県母性衛生学会誌. 2002, 22, 54-57.
- 7) 穂高律子, 三井祐子. 「助産所モデル」の助産システムの現在①済生会宇都宮総合病院周産期母子医療センター. 助産雑誌. 2006, 60 (4), 295-298.
- 8) 鈴記洋子. 院内助産システムを開設して. 助産師. 2011, 62 (2), 16-20.
- 9) 長谷川充子, 飯田由梨. 「助産所モデル」の助産システムの現在④湘南鎌倉総合病院産婦人科. 助産雑誌. 2006, 60 (4), 307-309.
- 10) 河合蘭. 助産師外来で取り戻す病院伝統の自然出産. 助産雑誌. 2007, 62 (11), 1068-1074.
- 11) 田畑博子, 関田真由美, 高崎由香理. チームで実現させた助産外来. 助産雑誌. 2006, 60 (2), 111-117.
- 12) 遠藤文子, 梶川里子, 渡部輝子, 他. 助産師としてできること②院内助産所を開設. 助産雑誌. 2007, 61 (1), 26-32.
- 13) 宗像ちひろ, 目黒美香, 亀田佳重, 他. 開業助産師とともに行う病院での助産外来. 助産雑誌. 2008, 62 (2), 132-138.
- 14) 村田佐登美. 院内助産院でのケアの実際①システムとその運用. 助産雑誌. 2008, 62 (8), 722-727.
- 15) 長坂桂子, 高橋妙子. NTT東日本関東病院助産師外来開設のストラテジー. 助産雑誌. 2007, 61 (12), 1010-1018.
- 16) 町田玉枝, 石田京子, 吉村栄子, 他. low risk妊婦に対する助産師外来における妊婦健診の安全性評価 (第1報). 母性衛生. 2011, 52 (2), 351-356.
- 17) 篠田恵見. 助産師外来の実践報告ー立ち上げから1年3ヶ月を振り返ってー. 名古屋市立

- 病院紀要. 2010, 33, 75-80.
- 18) 山下春江. 助産師外来開設を機にスタッフの自立性を支援するチーム運営. 看護実践の科学. 2010, 35 (1), 16-21.
- 19) 隅田真理子. 助産師としてできること①久美愛厚生病院での取り組み. 助産雑誌. 2007, 61 (1), 22-25.
- 20) 平田修司, 奥田靖彦, 小室真祐子. 当院で行っている助産師教育ならびに資格認定と今後の展望. 母性衛生学会. 2011, 52 (1), 44-60.
- 21) 石村朱美, 茂岡絵里. 「助産所モデル」の助産システムの現在②佐野病院助産科. 助産雑誌. 2006, 60 (4), 300-303.
- 22) 柿沼直美, 岡田典子, 坂本悦子. 「助産所モデル」の助産システムの現在③深谷赤十字病院産婦人科病棟. 助産雑誌. 2006, 60 (4), 304-306.
- 23) 佐藤喜根子, 佐藤洋子. 助産師が自主運営する施設内助産所と助産師外来に関する調査. 助産雑誌. 2005, 59 (3), 221-227.
- 24) 鈴井江三子, 平岡敦子, 蔵本美代子, 他. 日本における妊婦健診の実態調査. 母性衛生. 2005, 46 (1), 154-162.
- 25) 増田美恵子. 助産師外来・院内助産所の開設に関するアンケート結果. 助産師. 2009, 63 (4), 49-53.
- 26) 我部山キヨ子. 助産師による超音波検査の現状, 認識, 必要な教育. 日本助産学会誌. 2010, 24 (2), 366-374.
- 27) 亀崎明子, 田中満由美, 内垣内玲衣奈, 他. 助産師業務拡大に対する助産師の意識. 山口県母性衛生学会会誌. 2010, 26, 18-22.
- 28) 上野恭子. 助産師による超音波断層装置の適切な利用に関する研究-地域における助産外来の取り組みと産科超音波診断技術研修会の効果. 木村看護教育振興財団 看護研究集録. 2011, 18, 11-29.
- 29) 松永佳子. 助産外来における助産師の実践能力評価基準の開発-客観的臨床能力試験OSCEを活用して. 東邦看護学会誌. 2012, 9, 9-16, 2012.
- 30) 国際助産師連盟 基本的助産業務に必須な能力 International Confederation of Midwives Essential Competencies for Basic Midwifery Practice.2010. <http://www.nurse.or.jp/nursing/international/icm/definition/pdf/kihon/kj-02.pdf>
- 31) 村上明美, 平沢美恵子, 滝沢美津子, 他. 「日本の助産婦が持つべき実践能力と責任範囲」に関する助産婦の認識 (上) 「妊娠期のケアとその責任範囲」「分娩期のケアとその責任範囲」に関する認識の実態. 日本助産婦雑誌. 2002, 56 (10), 58-64.
- 32) 主任研究者 岡村州博, 研究分担者 遠藤俊子. 「分娩拠点病院の創設と産科二次医療圏の設定による産科医師集中化モデル事業」助産師活用システム-助産師外来推進のための諸課題に関する研究-. 厚生労働科学研究費補助金 (子ども家庭総合研究事業) 研究分担報告書. 2008, 122-147.
- 33) 日本看護協会. 助産外来・院内助産の開設・実施の人材育成研修 参考資料. <http://www.nurse.or.jp/home/innaijyosan/katudo.html>
- 34) 公益社団法人 日本看護協会. 新卒助産師研修ガイド. 東京, 公益社団法人 日本看護協会, 2012.
- 35) 全国助産師教育協議会. 助産師教育のコア内容におけるミニマム・リクワイアメンツ. 東京, 全国助産師教育協議会, 2009.
- 36) 渡辺典子, 小田切房子, 熊沢美奈好, 他. 大学・短大専攻科・専門学校における助産師教育の実態と分娩介助・継続事例実習指針 到達状況の比較および分娩介助・継続事例実習指針. 助産雑誌. 2007, 61 (4), 344-351.
- 37) 江幡芳枝. 実態調査からみた助産師技術教育の問題点. 助産雑誌. 2004, 58 (3), 204-210.
- 38) American College of Nurse-Midwives. <http://www.midwife.org>

先天性心疾患；当院における出生前診断の状況

Prenatal Diagnosis of Congenital Heart Disease at Shizuoka Children's Hospital Shizuoka Children's Hospital

加茂亜希¹⁾, 石坂瑠衣¹⁾, 堀越義正¹⁾, 杉山 緑¹⁾, 河村隆一¹⁾, 西口富三¹⁾,
田中靖彦²⁾, 満下紀恵³⁾, 新居正基³⁾

Aki KAMO, Rui ISHIZAKA, Yoshimasa HORIKOSHI, Midori SUGIYAMA, Takakazu KAWAMURA,
Tomizo NISHIGUCHI, Yasuhiko TANAKA, Norie MITSUSHITA, Masaki NII

静岡県立こども病院

¹⁾周産期センター産科 ²⁾周産期センター新生児科 ³⁾循環器科

Shizuoka Children's Hospital

¹⁾Department of Maternal care center ²⁾Department of Neonatal care center ³⁾Department of Cardiology

【要旨】

2007年6月に静岡県立こども病院に周産期センター（以下、当センター）が開設され、重篤な先天性心疾患症例に対して、妊娠分娩管理から出生後の治療まで一貫した管理が可能となった。そこで、当院循環器科で入院管理された児を対象に、当センター開設前後における重篤な先天性心疾患の出生前診断状況を後方視的に検討した。その結果、出生前診断率は左心低形成症候群、無脾症候群、Ebstein奇形については、7割と開設前と比較して約2倍に上昇していた。一方、大動脈縮窄症、大血管転位症、両大血管右室起始症に関しては、開設後も約2割程度の診断率にとどまり、大きな変化は見られなかった。また当センター開設後に、妊娠分娩管理を行った重篤な先天性心疾患114例について、その背景を検討した。紹介元施設は3割が県外、7割が県内で、県内から紹介された症例のうち、約3割は心疾患の存在が指摘されておらず、発育不全、羊水過多が紹介契機となっていた。このことから、高度の発育不全や羊水過多は胎児心疾患の存在を示唆する重要なサインと言える。出生前診断の向上という意味合いからは、胎児スクリーニング技術の充実とともに、発育不全や羊水量異常などのサインを見逃さないことが重要と言える。

【Abstract】

The role of prenatal diagnosis of congenital heart disease (CHD) has become important for the management of neonates with CHD. The perinatal care center (PCC) in Shizuoka Children's Hospital opened in June 2007, which made multidisciplinary prenatal assessment and planning of perinatal treatment for neonates with a severe form of CHD possible.

The aim of this study is to clarify the impact of PCC on prenatal detection rate of severe forms of CHD by comparing the records of patient with hypoplastic left heart syndrome (HLHS), asplenia syndrome (ASP), Ebstein's anomaly (EBS), coarctation of aorta (CoA), transposition of the great arteries (TGA) or double outlet right ventricle (DORV) who admitted to Shizuoka Children's Hospital

during neonatal period before and after the opening of PCC.

【キーワード】

先天性心疾患、出生前診断、胎児

【緒言】

先天性心疾患の発生頻度は、出生1000に対して8～10程度とされ、先天異常の中で最も頻度が高い。近年の治療技術の進歩により、従来は救命困難であった症例も救命が可能となっており、出生直後からの治療計画が立てられる意味からも出生前診断の意義は高いと言える。また、両親の精神的なサポートを図る時間的余裕を得る意味からも出生前診断は大きな意義を有する。

当院では、2007年6月に周産期センター（以下、当センター）が開設されたが、開設以前は、妊婦健診等で心形態異常が疑われた場合は、当院循環器科に紹介され、胎児心エコーを施行されていた。先天性心疾患と診断されると、近隣施設で分娩管理を受け、新生児搬送として当院へ入院する経路をたどっていた。一方、開設以降は、心形態異常が疑われた場合には、当センター産科へ紹介を受け、循環器科との連携のもとで出生前診断を行い、出生前から分娩後の児の治療に至るまで、一貫した管理を行ってきた。

そこで、今回、①当センター開設前後における、当院循環器科で取り扱った先天性心疾患症例の出生前診断率の変化、②当センターで分娩まで管理した先天性心疾患症例の背景について、それぞれ後方視的に検討した。

【方法・対象】

1. 当院循環器科に入院し、急性期治療を受けた先天性心疾患症例について、当センター開設前（2001年1月～2007年5月）および開設後（2007年6月～2012年7月）の出生前診断状況について検討した。

対象疾患は、重症心疾患である左心低形成症候群（HLHS）、無脾症候群、Ebstein奇形、大動脈縮窄症、大血管転位症（TGA）、両大血管右室起始症（DoRV）である。

2. 当センター開設後、妊娠分娩管理を行った重

症先天性心疾患症例の背景について検討した。検討項目は、初診時週数、紹介元の施設、紹介契機、先天性心疾患のタイプ、そして、染色体異常や合併疾患である。

【結果】

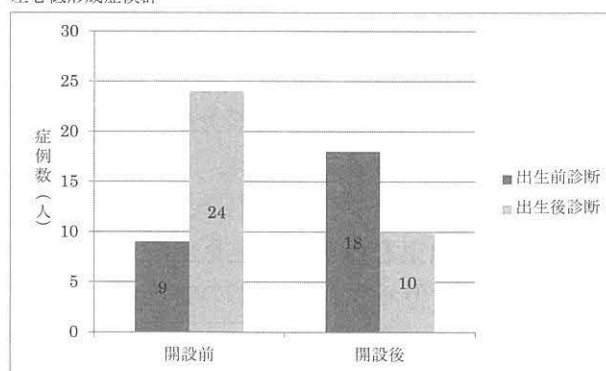
1. 出生前診断状況について（図1）

HLHS症例は、当センター開設前は33例、開設後は28例であった。出生前診断がなされていたのは、開設前で9例（27.3%）、開設後では18例（64.3%）であった。無脾症候群については、開設前14例、開設後27例で、出生前診断は、各々、8例（57.1%）、19例（70.3%）であり、Ebstein奇形は、開設前は3例、開設後11例で、出生前診断は1例（33.3%）、7例（63.6%）と、それぞれ当センター開設後で出生前診断率が増加していることが示された。

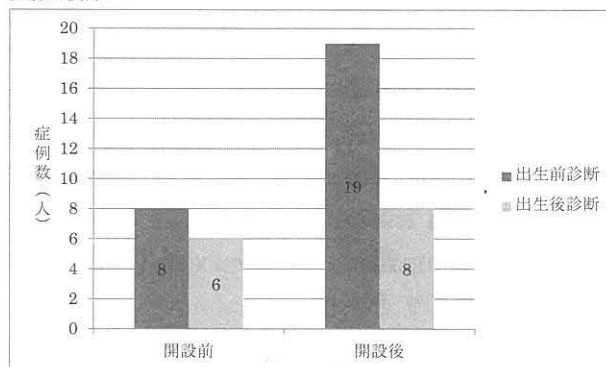
一方、大動脈縮窄症については、開設前6.5%

図1 出生前診断率の変化

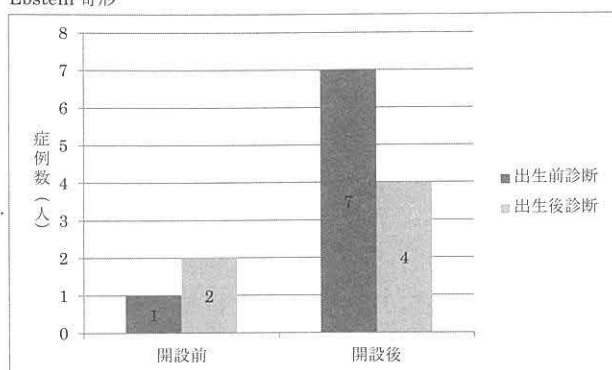
左心低形成症候群



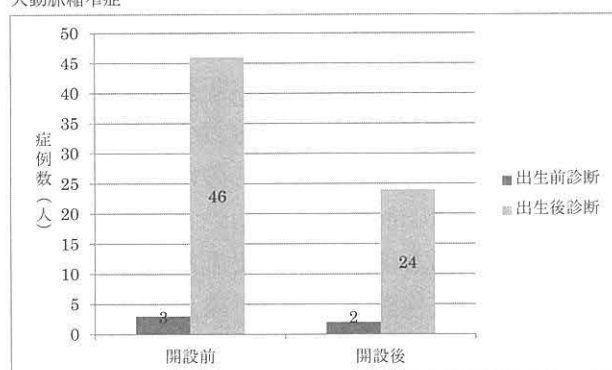
無脾症候群



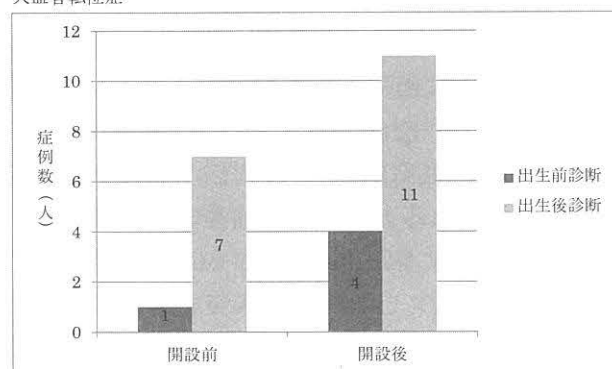
Ebstein 奇形



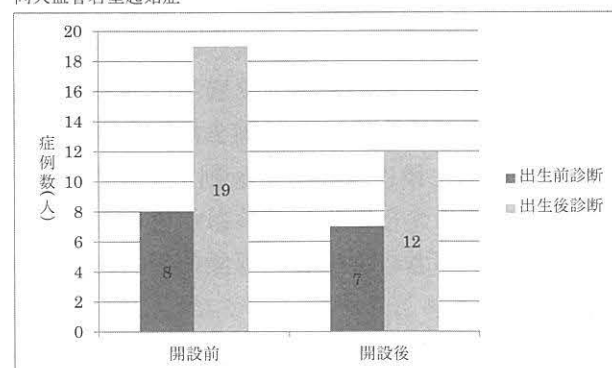
大動脈縮窄症



大血管転位症



両大血管右室起始症



(3/46例)、開設後8.3% (2/24例) と、ほとんど出生前診断に至っていなかった。TGAについては、開設前12.5% (1/8例)、開設後26.7% (4/15例) と開設後に出生前診断率が上昇しているものの未だ低く、DoRVについては開設前が36.8% (8/27例)、開設後が36.8% (7/19例) と変化が見られなかった。なお、DoRVについては、循環器科で入院治療対象となった症例での数値であり、染色体異常例を含むと開設後の出生前診断率は約8割に至っている。

2. 当センターで妊娠分娩管理を行った胎児先天性心疾患114例の背景について

これらはすべて重篤な心疾患症例で、当院での分娩管理が必要と判断した症例である。

1) 初診時週数 (図2)

当センターへの紹介受診時の妊娠週数は、22週未満が1例 (0.9%)、22週から27週が24例 (21.2%)、28週から31週が36例 (31.6%)、32週から36週が44例 (38.9%)、そして37週以降が9例 (8.0%) であり、32週から36週での紹介が最も多かった。

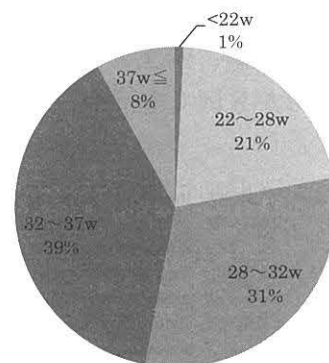


図2 初診時週数

2) 紹介元施設 (図3)

県外から紹介された症例は29例 (25.4%) で、県内からの紹介は85例 (74.6%) であった。後者については、病院からの紹介が23例 (27.1%)、診療所が62例 (72.9%) であった。

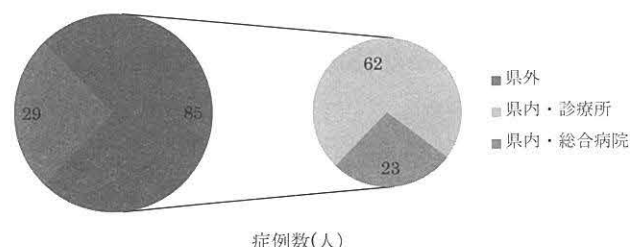


図3 紹介元施設

3) 紹介契機

県外からの症例は、全例が出生前診断をなされた上での紹介であった。一方、県内からの紹介85例のうち、胎児心疾患が疑われて紹介となった症

例は57例（67.0%）であった（図4）。残る28例については、その紹介契機として子宮内胎児発育不全（FGR）が14例と最も多く、次いで羊水過多が6例、脳室拡大が5例であった。なお、FGRと先天性心疾患が共存していた14例のうち12例（85.7%）が染色体異常もしくは多発奇形症候群を伴っていた。

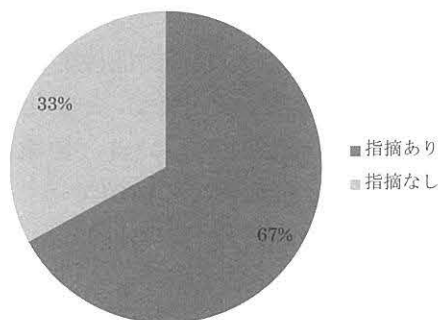


図4 前医における先天性心疾患の指摘の有無（県内施設からの紹介）

4) 先天性心疾患のタイプ（図5）

先天性心疾患のタイプ別には、HLHSが最多で18症例、ついで無脾症候群が14例、心室中隔欠損症が11例、両大血管右室起始症が11例、Ebstein奇形が9例であった。

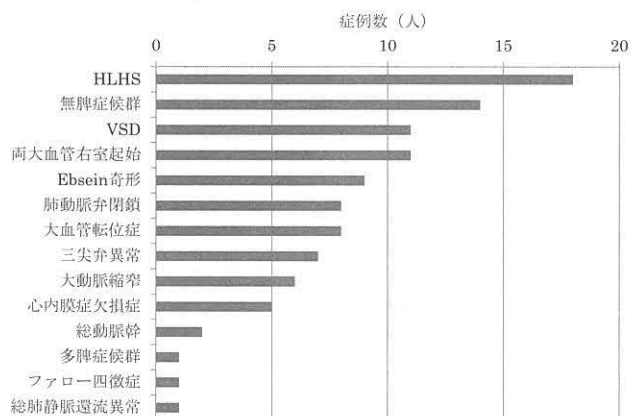


図5 先天性心疾患のタイプ

5) 染色体異常（図6）

染色体異常を伴った症例は29例（21.9%）で、うち18トリソミーが18例、次いで21トリソミーが

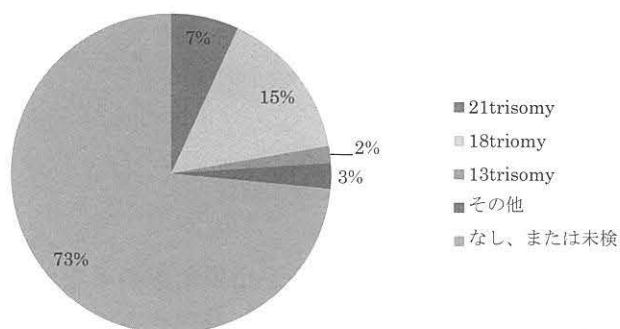


図6 染色体異常（114例）

8例であった。

6) 合併疾患

染色体異常を除き、心疾患以外の先天異常を合併していた症例は15例（17.6%）で、中枢神経系疾患と口唇裂が各々4例を占めた。

【考察】

近年の診断機器の進歩もあり、先天異常に対する出生前診断の意義は高まってきている。先天性心疾患は出生後に判明したのでは遅きに失する症例もあり、出生前診断から生後治療への一貫した治療体制で臨むことが児の予後を高める意味合いから肝要といえる。当センター開設前は、心形態異常が疑われた場合には当院循環器科に紹介され、必要に応じて分娩は近隣施設で対処されてきた。開設後は、重篤度が高いものについては当院での娩出をプランしている。

今回、開設前と開設後での出生前診断状況について後方視的に検討したが、対象となる疾患を合計した出生前診断率は、開設前22.9%（30/131例）に対し、開設後は46.0%（57/124例）と約半数が出生前診断のもと当院での管理となっていることが示された。この中で、四腔断面で異常像が指摘されるHLHSや無脾症候群、Ebstein奇形については、開設前は出生前診断率が36.0%（18/50例）にとどまっていたが、開設後は66.7%（44/66例）と約2倍の出生前診断に至っていた。一方、流出路の異常である大動脈縮窄症やTGA、DoRVについては、開設前が14.8%（12/81例）、開設後が22.4%（13/58例）と若干増加しているものの、いまだ出生前診断率は低いことが示された。諸家の報告でも、HLHSの出生前診断率は60～90%であるが、完全大血管転位症は10%程度と低いことや¹⁾、重篤な先天性心疾患の27%が正常な四腔断面であったとの報告もあるように²⁾、出生前診断率は心疾患の種類によって大きく異なってくる。しかし、大血管転位症や大動脈縮窄症は動脈管依存性疾患で、出生後にductal shockに陥る危険性を有していることから、出生前診断が極めて重要な意義をもつ。まさに流出路の評価技術の向上が肝要と言える。

重篤な心疾患のうち、県外からの紹介症例は、

全例、前医での診断がなされ、当院での治療を希望した症例であった。一方、県内施設からの紹介については、7割以上が診療所からの紹介であった。ローリスク症例に対する胎児スクリーニングが、重要な役割を担っているといえる。しかし、心臓の構造異常が全く指摘されていなかった症例も約3割を占め、その主たる契機はFGR、そして羊水過多であった。当院での成績でも、染色体異常を除外したFGR症例 ($<-2.0sd$) 113例のうち11例 (9.7%) が先天性心疾患を合併していた³⁾。また、羊水過多についても11%に先天性心疾患を認めるという報告もあり⁴⁾、FGRおよび羊水過多は先天性心疾患の存在を示唆する重要なサインの一つであると言える。

今回の検討のうち、最も多かった心疾患は、極めて稀有で、かつ最重症とされるHLHSであった。この背景には本疾患に対する当院での良好な治療成績があり、過去5年間の成績は、術後早期死亡率7%、5年生存率77.4%となっている⁵⁾。

【結語】

当センター開設以降、地域産科医師や助産師らを対象に、心エコーを含めた胎児スクリーニングに関するセミナーを複数回にわたり開催してきた。胎児スクリーニングへの関心の高まりや当院との連携が、出生前診断率の向上に寄与したと思われる。

参考文献

- 1) 川瀧元良. ガイドラインに基づいた先天性心疾患の胎児診断. 産婦人科治療2011, 103, 283-291.
- 2) Bettina F, Letitia F, Nancy D, et al. Trends in Prenatal Diagnosis of Critical Cardiac Defects in an Integrated Obstetric and Pediatric Cardiac Imaging Center. J Perinatol. 2004, 24, 674-678.
- 3) 加茂亜希, 河村隆一, 西口富三. 高度子宮内胎児発育不全症例に関する検討. 日産婦誌. 2013, 65, 611
- 4) Dashe JS, McIntire DD, Ramus RM, et al. Hydramnios; anomaly prevalence and sonographic detection. Obstet Gynecol. 2002, 100(1), 134-139.
- 5) 太田教隆, 坂本喜三郎. 左心低形成症候群. 周産期医学. 2010, 40, 1223-1226.

育児期の母親への夫からの支援に関する文献調査

Literature review about the childcare support during the childcare period

寺田有里¹⁾ 太田尚子²⁾ 松岡 恵³⁾

Yuri TERADA, Naoko OTA, Megumi MATSUOKA

¹⁾静岡県立総合病院 ²⁾静岡県立大学 ³⁾杏林大学

Shizuoka General Hospital, University of Shizuoka, Kyorin University

【要旨】

目的：母親に育児不安をもたらす要因と、それを軽減するような夫からの支援方策を明らかにする。

方法：文献調査研究。キーワードを「育児不安」and「支援」and「配偶者or夫」or「コミュニケーション」とし、医中誌Webで29件を抽出、さらに、書籍や関連ホームページから17件追加した。検索文献の対象期間は1999年から2010年である。

結果：育児不安への影響要因には、育児を一人で担う負担感、社会からの孤立感、疲労、育児で生じた問題に対する対処行動をとることができないなどが抽出された。育児不安を生じた時に支えとなるのは周囲からの支援であり、特に、夫からの支援が重要で、夫の育児参加、夫婦間の会話が育児不安を軽減する。すなわち、夫婦共に情緒的支援が良好であると認識している者は、コミュニケーションが充実し、育児不安が低いことが示された。

結論：母親の育児不安を軽減するためには、夫の育児参加や、夫婦間の言語的コミュニケーションが重要であることが明らかとなったが、育児期の夫婦間の言語的コミュニケーションの具体的な内容について明らかにすることが今後の課題である。

【キーワード】

育児不安、育児支援、コミュニケーション

【緒言】

平成21年度に、全国201か所の児童相談所において児童虐待相談として対応した件数は44,210件である¹⁾。これまでに最多の件数であり、前年度の42,664件から1,546件増加し社会問題となっている。児童虐待の約62%は母親が加害者であり²⁾、この児童虐待の多くは育児不安が原因であると言われている。育児不安は誰にでも起こりうるものであり、育児に伴う不安や疑問は誰にでも付きまとうものである。また、育児不安があることが問題ではなく、不安の蓄積により通常の判断力や情緒のバランスを失うことや過度の育児不安が重なる

ことで子どもの虐待に発展することが問題である³⁾と言われていることから、児童虐待を防ぐためには育児不安を蓄積させない取り組みが重要であるといえる。伊吹らは、近年の核家族化・高い離婚率・少子化などが母親の育児不安の原因であり、夫からの精神的支援があれば母親の育児不安は軽減すると述べている⁴⁾。岡本は、夫が「育児の会話」「育児の相談相手」「母親への気遣い」をいつもしている場合に、母親の育児不安得点が低かったと述べ⁵⁾、育児期の母親にとって夫の存在が重要であることを指摘している。

本研究は、夫からの育児支援に関する基礎資料

とするために、母親に育児不安をもたらす要因について探索した上で、それらの要因を軽減するような夫からの支援の在り方を明らかにすることを目的とした。

【目的】

母親に育児不安をもたらす要因について明らかにした上で、それらの要因を軽減するような夫からの支援を明らかにすることを目的とし、以下の下位目標を設定した。

下位目標

1. 育児不安の要因を明らかにする
2. 育児支援について明らかにする
3. 夫からの言語的コミュニケーションの重要性について明らかにする

【研究方法】

1. 研究デザイン：文献調査研究
2. 調査方法：医中誌Webにおいて、キーワードを「育児不安」and「支援」and「配偶者or夫」、「育児不安」and「配偶者or夫」and「コミュニケーション」とした検索の結果、500件が抽出された。基礎研究を原著論文に絞り、そのうち、タイトルならびに要旨から本研究の内容に当てはまるものを入手し、クリティークしたうえで29件を選択した。さらに、書籍12件と、厚生労働省、総務省などのホームページから5件選択した。これらのデータより基礎的研究の中で明らかにされているものをまとめた。
3. 検索文献の対象期間：1999年から2010年
4. 用語の定義：
育児：育児とは、乳幼児を育てることで、授乳や離乳、食物を与えることなど子どもの生理的欲求を満たす活動とともに病気や危険からの保護や睡眠、排泄、食事、言語などに関する基本的生活習慣のしつけなどの活動が含まれる。また、育児に関する行動や意欲についても含まれる。
育児不安：育児のなかで生じるイライラ感や不安感などの感情で、育児意欲の低下、育児困難感をもたらすもの。母親が育児をする中で生じる不安や心配、自信のなさ、育児意欲の低下。

【結果】

I. 育児不安への影響要因について

文献検討の結果、育児不安への影響要因として、1) 育児を一人で担う負担感、2) 社会からの孤立、3) 疲労、4) 対処行動の不足が抽出された。

1) 育児を一人で担う負担感

伝統的に三世代、四世代家族、拡大家族が中心であった時代には、子育ては親を中心としつつも家族や、親族、あるいは近隣によるインフォーマルな支援・援助関係のもと行われていた。そして、家族に何か問題が顕在化したときには、重層的な支援や援助が存在していた。しかし、戦後の高度経済成長に伴う人口移動は、家族・家庭の小規模化を促進させると同時に親族関係・近隣関係の希薄化ないしは崩壊をもたらし、インフォーマルな支援・援助関係は失われてしまった⁶⁾。核家族が増加したことにより、祖父母や親族など同居する大家族が減少し、現代では子育てにおける母親の負担は大きくなっている。育児は、初めて経験する出来事が多く、社会においても育児を母親がするという風潮が残っており、育児に対して負担感を持つ母親が多い。松原らは、母親の育児不安を軽減し、母親を含めた家族に対する有効な育児支援を行うために、乳児のいる母親の育児不安に家族機能（母親が家族として、なすべきことが達成していると認知している家族機能の充足度）がどのように影響するかを明らかにすることを目的とし調査しているが、その結果は、家族機能が充足されていない母親ほど、育児不安得点が高かったと述べている⁷⁾。また、家族の家事協力は育児負担感を軽減し、子育て満足感を高め、良好な育児環境だと感じさせていた。そして、近隣地域の育児環境により、子育て女性の育児不安や負担感を軽減させることができ、豊かな地域環境を創造することは子育て女性の心の安定につながる事が明らかとなっている⁸⁾。

2) 社会からの孤立感

現代の育児環境は、核家族化の進行により母親と子という1対1の密室的な環境になりやすく、母親は孤立しやすい環境である。核家族化は、親族関係・近隣関係が希薄化し、育児に関する支援も希薄化することで母親は孤立化する。育児は失

敗して繰り返し反復して習得するものであるが、孤立化した母親は、大切な子どもを扱うという、失敗が許されないものと思い込むため、母親たちには間違った育児をしたらどうしようという不安が募るばかりである。このような育児環境を解消するためには、母親を孤立させないことであり、母親が孤立しないように誰かがサポートすることが重要となる⁹⁾。また、原田は、孤立化した育児環境は、母親の育児において「イライラ感」や「負担感」を増大させている。「イライラ感」を訴える母親は、子どもへの体罰を多用し、子どもに対する拒否感も非常に強いことがわかっている。イライラ感の原因は、「子どもの要求がわかりにくい」、「子どもにどう関わっていいか迷うことが多い」、「育児に自信が持てない」、「子どもを産む前にイメージしていた子育てと現実の子育てとのギャップが大きい」、「育児での心配や不安が多い」、「育児での心配が解決されないままや放置されている」、「夫婦関係」などを挙げている¹⁰⁾。つまり、子育てについて話し合わない夫婦、子育てが母親任せになっている夫婦では、母親の「イライラ感」が強くなっていることを示している。

阿部は、1歳6か月、3歳児を第1子とし、第1子のみを持つ母や675名を対象とし、母親のライフスタイルと充実感を知り、育児不安との関連性を検討した結果、趣味に時間を割いている母親は、時間を割いていない母親に比べて育児不安は弱いと述べている¹¹⁾。宮本らは、育児不安の強い母親の特性として、夫の帰宅時間が遅く夫と育児をしているという感情が希薄で、気軽に話せる友人がいない、2人以上の子どもを持つ、専業主婦などを挙げ、一方、地域活動・学習活動参加のために外出する頻度が多いほど育児不安は弱くなる傾向があることが明らかとなったと述べている¹²⁾。また、鶴山らは、産後1か月の母親が必要としているソーシャル・サポートとして、＜日常生活への手助け＞＜人からの情報＞＜人とのつながり＞＜自分への理解＞という4つのカテゴリーを抽出している¹³⁾。

近年、インターネットや携帯電話の進化・普及により、様々な育児情報が容易に収集できるようになっている。平成20年度の総務省による「通信

利用動向調査」では、情報通信機器の世帯保有率は携帯電話が95.6%、パソコンの世帯保有率は85.9%で、インターネット利用率は91.1%に及んでおり¹⁴⁾、パソコンや携帯電話からの情報収集が中心となってきている。中山らの調査によると、子育てが忙しくて母親が情報を収集できないことから、もっとも希望する育児情報の情報公開手段は「広報誌を自宅まで郵送する」であった。次いで「新聞・テレビ・ラジオ」「ホームページ公開」「インターネット」「保健福祉センター窓口や健診時」などであったと述べている¹⁵⁾。育児に関する情報収集についても、人を介さないメディアなどの情報収集を希望する傾向となっている。

3) 疲労

藤井らは育児不安の認識と自己効力感、育児満足感との関連を検証し、子育て支援の方向性を見出すことを目的として、3ヵ月健診を受けた母親333名に調査を行っている。その結果、子育て不安を感じている母親は、不安を感じていない母親に比べて「自己効力感」「育児満足感」「夫の育児への関わり」が有意に低く、「蓄積疲労感」「役割葛藤」が有意に高かったと述べている¹⁶⁾。また、岡本らは、育児グループに参加している母親を対象に、母親の主観的健康観、疲労感と父親（夫）の育児参加の状況について調査を行ったところ、92%の母親が主観的健康観はよいと答えているにも関わらず、疲労感を訴えている母親は88%と高率であったと述べている¹⁷⁾。服部らは、疲労の自覚症状訴え数は、時間を経過するにつれて有意に上昇していたと述べ、産褥期のマタニティブルーの出現率は産後6、13ヵ月の育児不安や疲労度に有意な相関関係を示し、産褥早期の心の状態がその後の母親の疲労度に影響があることを示している¹⁸⁾。

4) 対処行動の不足

少子化・核家族化である現代の子育て環境は、人との関わりが希薄化しており、平成21年国民生活基礎調査によると、核家族世帯数は9361千世帯で、全世帯の76.0%となっている¹⁹⁾。

育児中に生じる問題や不安に対して、母親自身が対処行動を見出していくことが重要であるが、山口らは、産後1ヵ月健診に訪れた母親129名に

産後1ヵ月の母親の育児に対する対処行動の実態を調査し、対処行動と育児不安、ソーシャルサポートとの関係を検討し、効果的対処行動と、悪循環的対処行動の2つの対処行動を明らかにしている。すなわち、気分転換しながらまわりのサポートを求める行動など効果的対処行動を選択したものは68.8%、予期不安が強く、問題を回避したり、自暴自棄になったり、また、代りの物で代償する悪循環的対処行動を選択したものは31.2%であった。対処行動が悪循環的であるほど育児不安は強くなり、育児不安が強いほど対処行動は悪循環になりやすいという相互関係が認められ、相談相手の人数が多いほど、また、実母からの手段的サポート満足度が高いほど効果的対処行動をとりやすいと述べている²⁰⁾。

II. 育児支援に関して

1. ソーシャルサポートとは

ソーシャルサポートとは、「狭義には個人が取り結ぶネットワークの成員間で、個人のウェル・ビーイングを増進させる意図で交換される心理的・物理的資源を言う。また、狭義の概念には、社会的統合や社会的ネットワークも含まれる」と定義されている²¹⁾。すなわち、ソーシャルサポートとは、物質的援助ではなく、ソーシャルネットワークといった人間関係によりもたらされる援助のことである。

対人関係におけるソーシャルサポートは、大きく分けて「情緒的サポート」と「道具的サポート」がある。情緒的サポートは、個人が問題を抱えているときに共感的に話を聞くこと、情緒的援助と受容を提供してくれること、道具的サポートは、一緒に動いたり、家事や子どもの世話を手伝ったり、道具を準備してくれたり、金銭を貸してくれたりといった実際の援助の提供と定義され必要な時に具体的な援助が行われるという特徴をもつ²²⁾。人は様々なソーシャルサポートを受けながら生きている。育児の中で受けている様々な援助もソーシャルサポートである。

育児期における母親へのソーシャルサポートは、家族や近親間で行われるものや、保健医療機関や地域社会で行われるものなどがある。星の調

査でも、育児に対するサポートは、ほとんどの状況において夫、自分の親、義理の親によって担われていたと述べ²³⁾、産後1～3ヵ月の母親たちへの支援としては、家族による支援が中心となる。

2. 夫以外の家族によるサポート

島田らは、産後1ヵ月の母子の心配事、母親が希望する子育て支援サービス、および育児環境を明らかにすることを目的として、全国47都道府県から層化無作為抽出法により、種々の出産施設合計454ヵ所の1ヵ月健診に来所した母親3852名を対象とし、自記式調査票により調査した。その結果、出産後の退院先は60%が実家で、親の役割が増加していると述べている²⁴⁾。上山らは、母親の妊娠末期から産褥1ヵ月の問題体験に対してどのような対処行動をとったのか、そこには誰からソーシャル・サポートが提供されたのかを客観的に評価し、その結果、サポート提供は、夫、実父母、姉妹、祖母、友人、医療者であり、対象者のおかれている状況や体験の内容によって差があった²⁵⁾。星は、育児支援ネットワークの構成が子どもの数と理想、出産・育児における不安や苦労に与える影響を検証し、育児支援を担っている人の構成を類型化したところ、「夫中心」型、「夫+自分の親」型、「夫+義理の親」型、「自分の親中心」型の4パターンが析出されたと述べている²³⁾。柴は、産後1ヵ月における育児協力者は、夫、実母、義母の三者であり、褥婦の身近にいる家族が担っていたと述べている²⁶⁾。谷口は、「祖父母は、母親にとっては子育ての先輩であり、よき理解者・援助者となりうるが、その反面、過干渉や過保護といった養育態度の違いなどから、母親が負担を強めてしまう恐れもある」と述べている²⁷⁾。

これらの先行研究から、母親への支援者には実父母、義父母、兄弟姉妹、医療者等の存在があり、特に、里帰りをしている母親の多くにおいては、親族によるサポートが中心となっていると言える。

3. 夫によるサポート

斧出は、男性の家庭志向/育児志向について調査した結果、仕事よりも家庭を重視した「家庭志向」は44.7%、家庭と仕事の中間の位置を選んだ「バランス型」は38.1%、仕事を重視した「仕事

志向」は17.1%と報告し²⁸⁾、男性は家庭を重視してきている傾向があった。

育児不安が起こる背景には、母親が孤立するという要因があり、育児不安を抱え孤立する母親たちをサポートすることが重要となる。育児不安を抱えた母親をサポートすることにおいて特に重要なことは、母親の一番身近にいる夫のサポートである。

夫の育児参加については、1999年9月に施行された「男女共同参画社会基本法」第6条の「家庭生活における活動と他の活動の両立」においては、「男女共同参画社会の形成は、家族を構成する男女が、相互の協力と社会の支援の下に、子の養育家族の介護その他の家庭生活における活動について家族の一員としての役割を円滑に果たし、かつ、当該活動以外の活動を行うことができるようにすることを旨として、行わなければならない」²⁹⁾と父親(夫)の役割について述べられている。また、育児・介護休業法でも、子育て期間中の働き方や父親(夫)も子育てができる働き方について述べられ、近年父親の育児参加が政策課題の中に組み込まれており父親(夫)の育児参加について考えていく必要がある。

前田らは、育児不安の軽減を目的に現代の育児不安について、対人関係、ソーシャル・サポートに焦点を当て、地域における育児支援の効果的方法について検討しており、夫が育児に協力している、または夫とよく話すと認知している母親群は、そうでない群より育児不安が低かったと述べている³⁰⁾。北村らも、夫の育児参加の状況が母親の育児不安にどのように影響しているかについて検討し、夫の育児参加を促すことが母親の満足度を増し、育児不安を軽減することが確認できたとしている³¹⁾。宮本らは、育児不安の強い母親の特性として、夫の帰宅時間が遅く、夫と共に育児をしているという感情が希薄で、気軽に話せる友達が少ないことを¹²⁾、また、谷口は、夫の子育てに関わろうとする気持ちが母親にとって精神的な支えになるものであると述べている²⁸⁾。小林らは、生後1ヵ月児を育てる母親が感じている育児に対する困難感の実態とそれに与えている要因を明らかにすることを目的に調査したところ、母親の2～3

割が、子育てに対して自信の無さ、精神的な不調、子どもの扱いにくさを感じ、さらに、夫との関係や家族との関係に対して否定的に捉えていたことを報告している³²⁾。

塩沢らは、出産後早期の父親(夫)の育児家事実施意欲に関して、母親の期待、性役割態度、出生前教育との関連を調査し、その結果、出産準備教育に参加した夫は参加していない夫に比べて育児家事実施意欲が有意に高かったこと($p=0.027$)、夫は母親に比べると性役割に関して伝統主義的なものが多かったこと、そして、性役割に対して平等主義的な父親(夫)は育児家事実施意欲が高く、性役割に対して平等主義的な母親は父親の育児家事実施に対する期待が高かったことを見出している³³⁾。また、芳賀らは、子供を持つ父親(夫)と母親の育児に対する意識と育児参加の実態を比較検討し、母親はほとんどの育児・家事を担い、父親に今以上に育児に関わって欲しいと考えていることを明らかにしている³⁴⁾。

4. 夫との会話

岡本は、1056人の母親を対象に、母親の生活習慣や育児の状況、父親の育児行動の現状及びそれらと育児不安との関連について分析することを目的に調査し、父親(夫)が「育児の会話」「育児の相談相手」「母親への気遣い」を常に行っている場合に育児不安得点の低い母親が多かったことを示している⁵⁾。石橋らは、夫婦の育児に対する考え方の違いが、お互いの育児不安にどのように影響するのかを調査した結果、父親(夫)・母親ともにコミュニケーションが充実し、また、生活に満足しているほど不安度が有意に低かった(父親 $p<0.0001$ 、母親 <0.001)という結果を得ている³⁵⁾。渡邊らは、育児に対して夫が「夫婦主体」観をもつ夫婦は、そうでないものよりも夫婦の対話時間が長い傾向にあり、また、夫との対話満足度が高い妻ほど、育児不安が低く、妻の育児役割に対する満足度も高かったと述べている³⁶⁾。これらの先行研究より、夫による精神的なサポートや、夫との会話は、育児期の母親にとって重要なサポートであると言える。

金粕らは、父母の育児不安と夫婦間の情緒的支援の関連性を明らかにし、育児期の父母の育児不

不安を軽減する支援を検討することを目的に調査を行っている。その結果、相手に希望する情緒的支援は、父親（夫）では初産経産ともにスキンシップをとってほしい、母では言葉で愛情を示してほしい（初産）、協力の姿勢を取ってほしい（経産）であった。情緒的支援・育児不安・愛着の関係は、夫婦共に情緒的支援が良好であると認識している者は夫婦間コミュニケーションが充実しており、夫婦間コミュニケーションが充実している者は児への愛着行動が高く、児への愛着行動が高いものは育児不安が低いという結果であった³⁷⁾。

一方、育児中の夫との情緒的支援に関する実態についての調査を脇田らが行っている。本調査は、妊娠32～33週の初産婦69名、経産婦30名ならびに産後1カ月の初産婦65名と経産婦34名、出産後6カ月の初産婦72名と経産婦52名の合計322名を対象に、妊娠出産が母親の心理にどのような影響をもたらすのかを明らかにする目的で、夫の新密度や夫からのサポートに対する満足度についての調査であるが、初産・経産婦ともに夫からの情緒サポート（気持ちの理解と励まし）には不満が認められ、特に経産婦は有意に不満が強かった（ $p < 0.05$ ）という結果であった³⁸⁾。これは、夫の母親への情緒的サポートが母親にとって満足できていないという現状を示すものであった。

Ⅲ. 夫婦の言語的コミュニケーションの重要性

コミュニケーションとは、情報のやりとりであり、何らかの意味ある表象を伝達する過程である。コミュニケーションには言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションの二つがある。他者との関係においてある心理状態を伝達する過程である対人コミュニケーションのうち、言語的コミュニケーションは、言語による意味を手がかりとする概念であり、非言語的コミュニケーションとは、言語以外の手がかりからなる過程である³⁹⁾。板場は、異文化コミュニケーションにおいて、メッセージが容易に伝わるのであれば学習を必要としないが、非言語メッセージの場合、それが言語によらないだけでなく、非常に微妙かつ表現者も気づいていないものが多く、思慮深さを伴った学習が特別必要となるとしている⁴⁰⁾。

先行研究では、夫婦の会話の時間や量が育児不安を軽減する効果を有することが明らかにされている³⁶⁾³⁷⁾。伊藤らは、夫婦間の会話の豊かさが空虚感や圧迫拘束感を低減し、相手から情緒的サポートを受けていると感じさせることの重要性を指摘している⁴¹⁾。そのため、夫婦間のコミュニケーションが、言語的・非言語的両者ともに重要となる。王は、情報化社会と言われる現代社会では、価値ある情報を正確に伝達し処理する手段は、人間にとって最も重要な情報収集の媒体である言語の他にはないと述べている⁴²⁾。望月は、夫婦間のコミュニケーションは、言葉だけではなく眼差しや表情、態度やそぶりなどを通じて行われるが、その中心はやはり言葉による会話であるとしている。また、夫婦間の会話は、お互いに相手の知らない領域で生じた言葉について知らせ合う「知らせ合い」、生活上生じた問題について互いの意見を交換し意思決定する「課題解決」、さまざまな生活の場で生じた悩み、苦しみ、不安で傷ついた心を癒す「情緒的治療の会話」の3つの種類があり、それぞれが適切に行われて、初めて心の交流のある夫婦関係が形成されると述べている⁴³⁾。金粕らの調査では、相手に希望する情緒的支援の内容は、母では言葉で愛情を示してほしい（初産）、協力の姿勢を言葉で示してほしい（経産）であったとしている³⁷⁾。また、ニッセイ基礎研究所の調査によると、都市部に住む20～60代の夫婦間のコミュニケーションの状況は、夫婦間にほとんど会話のない「沈黙型」が36.4%、「妻だけ会話」が8.5%、そして夫婦が話し合う「対話型」が22.7%であったこと、さらに、年代別にみると、若い世代、つまり新婚期には「対話型」の比率が高いが、育児期になると「妻だけ」が急増し、中年期夫婦では「沈黙型」が大多数となる傾向が明らかにされている。また、育児期になると「妻だけ会話型」が急増する理由には、育児との関連が大きく、子育てをめぐる問題処理が母親である妻の担当するところとなり、妻の家族への関わりが深まり、夫への働きかけが活発化する。したがって、「妻だけ会話型」の増大は、妻から夫に対して救いを求める声ゆえであると解析している⁴⁴⁾。石は、母親側の要因である夫に対してのコミュニケーション・

スキル（「記号化」「解説」「統制」の3次元）と、母親が認知した「夫からのサポート」および育児不安三者関係を検討し、意図や感情を相手に正確に伝える「記号化」スキルが高いほど、夫からより多くのサポートを受けていると認知する傾向があり、その結果「育児不安」が低減されるという直接的効果が顕著に認められたと述べている⁴⁵⁾。母親が夫の情緒的サポートや、夫婦の会話に満足すること、育児不安を軽減することに関して夫が母親の希望を理解するためには、言語的コミュニケーションが重要になると言える。

【考察】

1. 育児不安の要因からみた支援のあり方

育児不安の影響要因には、育児を一人で担う負担感、社会からの孤立感、疲労、育児で生じた問題に対する対処行動の不足が挙げられた。これらの要因をもとに以下に育児支援のあり方について考察する。

近年、核家族化、少子化が進んでいる。昭和初期までの日本の家族形態は、三世代、四世代といった大家族が中心であった。このような家族形態において、育児は家族などの親族によって行われていた。しかし、核家族が増加している今日、育児は母親が主に担い、母親に育児がのしかかっている現状にあると考えられる。育児中の母親たちは、日々育児に追われる生活をしていることが多く、育児支援を求めるといった行動を起こすことも困難な状況にあるとも考えられ、周囲が母親の置かれている状況を理解していく必要がある。また、育児負担を軽減するために、地域として母親の支援を行っていく必要がある。育児は母親だけのものではなく、コミュニティーとして支援する、その一策として、公的な育児支援サービスを増やすことも重要であろう。

母親の育児環境は、閉鎖的で母親と子どもという1対1の密室的な環境になりやすい。育児に身を拘束され、社会から取り残され、母親たちは孤立感を抱きやすいと考えられる。また、母親に育児支援者が不在である場合も同様に孤立感を抱きやすくなる。孤立感を軽減するためには、親族はもちろん近隣関係も希薄化しないようにすること

が重要である。また、母親と同じように育児をしている、気軽に話することができる仲間と関わることで孤立感を軽減することができると考えられる。また、育児から離れる時間を持ち趣味などに没頭できる時間をもつことにより、社会からの孤立感を減少させることができる。しかし、育児支援者が存在していても、孤立感を持つ母親も存在すると考えられる。産褥期には涙もろさ、抑うつ、気分易変性で、イライラや不安などの症状を主症状としたマタニティーブルーズを生じやすく、産後うつ病へ移行することもあり、育児期の母親たちの心情は不安定になりやすい状況にあると言える。母親を支援する時には、ゆっくりと話を聞き、母親が訴える問題に対して理解を示し、常に気にかけているといった精神的サポートを継続的に周囲が行っていく必要がある。また、妊娠初期の段階より、妊産婦の仲間作りができる場を母親学級などの場で積極的に提供していく必要がある。

育児は重労働に値し、疲労が蓄積している状態であると考えられる。特に、初産婦の場合は育児経験がほとんどなく、育児に対して不慣れな場合が多いため疲労が蓄積していると予測される。心身の疲労の蓄積は、育児不安を増強させ、子どもにゆとりを持って接することができず虐待へとつながる可能性もあると考えられる。母親の疲労を減少させるためには、母親の育児環境を取り巻く夫を中心とした家族などの育児支援者が、家事や育児をサポートしていくこと、また、地域と連携し、母親の健康状態を個別的・継続的にフォローしていく必要がある。

核家族・少子化が進んだ現在では、人との関わりが希薄化し、母親たちの育児環境は密室化、孤立化している。密室化・孤立化した環境の中にいる母親は、育児の中で何か問題が生じた時に、一人で抱え込み、問題解決方法を見いだせない状況になりやすい。その結果、育児での不安が蓄積し過度の育児不安に陥りやすいことが推測される。密室化・孤立化した環境の中では、インターネットなどのメディアを利用して、育児での問題を解決しようと試みるのも一法である。インターネットなどの情報は、育児で多忙を極めている母親たちにとっては、身近で簡単に情報を得ることがで

きするという利点があるが、情報が氾濫し混乱を招きやすい。また、情報通りに育児ができないことでさらに不安に陥ってしまうことも考えられる。育児の中で起こった問題に対しての対処行動をとることができるためには、さまざまなメディアによる情報も重要であるが、ママ友などの同じように育児をしている仲間を作ること、育児の先輩である先輩ママ友などから情報を得ていくことが対処行動をとるうえで重要であると考えられる。密室かつ孤立化した環境の中で、同じように育児をしている仲間を作ることとは簡単ではないため、母親学級や両親学級を行っている地域や、医療施設で仲間作りの場を提供していくことが重要である。また、地域で行われている、育児サークルなどの情報を周知させる必要がある。その他、地域や医療施設で、妊娠期から育児期まで継続的かつ個別的に支援していく必要があろう。

2. 母親への夫からの支援のあり方

育児期の母親の環境は孤立化・密室化しており、そのような環境では、最も身近にいる夫の存在は重要であると考えられる。それは、夫の育児参加・協力や夫との会話により軽減されるという結果からもわかる。分娩後の母親達は、一過性に生じる軽い抑うつ症状を生じるマタニティーブルーズを発症しやすい。マタニティーブルーズは産褥10日までに発症し、2週間未満で自然に消失すると言われているが、産後うつ病や産褥精神病の引き金になることがあると言われている。このように、産後精神状態が不安定な時期においては、育児への参加・協力も重要であるが、母親の精神面への支援が重要となる。

また、先行研究の結果は、夫に対する情緒的サポートの必要性を認めているが、現実的には初産・経産婦ともに満足していないことを明らかにしている。夫婦間の会話が母親にとって十分ではないと推察され、夫の母親への言語的コミュニケーションの在り方を具体的に明らかにする必要もある。言語的コミュニケーションを指導することで、夫が母親の育児不安を軽減することができるようになる可能性がある。

一方、夫の心情に目を向けてみると、出産後の母親にしばしばみられるマタニティー・ブルーと

同様に、強さや長さは異なるが、父親（夫）の約62%が経験する「こども誕生ブルー」という抑うつ感情があり、それは、誕生後3ヵ月ほどで解消し、落ち着いた平常の状態に戻るとされる⁴⁶⁾。これは、子どもが誕生したあとの夫の心情もアンビバレントであることを周囲も理解し、対応していく必要があることを示唆するものである。

【結論】

母親に育児不安をもたらす要因について探索にした上で、それらの要因を軽減するような夫からの支援を明らかにすることを目的として文献検討を行った結果以下のことがわかった。

- ・育児不安の要因には、育児を一人で担う負担感、社会からの孤立感、疲労、育児で生じた問題に対する対処行動をとることができないがあった。
- ・夫との会話が重要であるが、母親は夫との会話には満足していないことや、自分の意図や感情を相手に正確に伝える「記号化」スキルが高いほど夫からより多くのサポートを受けていると認知し、その結果育児不安が低減される効果がある。
- ・育児期の母親と夫の会話の内容や言葉、言語的コミュニケーションに関する先行研究はほとんど見られなかった。
- ・以上の結果から、育児期にある母親の心情に影響する夫からの言語的コミュニケーションの内容を明らかにすることが今後の課題である。

【参考文献】

1) 厚生労働省

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000g6nl.html> 児童虐待相談対応件数等及び児童虐待など要保護事例の検証結果（第6次報告概要）[2010-12-27]

2) 厚生労働省

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dvl6/index.html>

平成18年度児童相談所における児童虐待相談件数 [2010-12-27]

3) 常盤洋子, 産褥期の適応とアセスメント, 横

- 尾京子, 助産師基礎教育テキスト第6巻, 東京: 日本看護協会出版会, 2009, 25.
- 4) 伊吹麻里, 中村歩美, 中野真希, 他. 核家族における乳幼児期の母親の不安－育児不安に影響する人的環境要因－, 藍野学院紀要, 2004, 18, 105-111.
- 5) 岡本絹子, 親子クラブに属する母親の育児状況と育児不安, 川崎医療福祉学会誌, 2003, 13(2), 325-332.
- 6) 高橋重宏, 母子の心理・社会をめぐる諸問題 子ども虐待, 青木康子, 加藤尚美, 平澤美恵子, 第3版 助産学大系5 母子の心理・社会学, 2008, 東京, 日本看護協会出版会, 2008, 306-307
- 7) 松原まなみ, 糸谷哉子, 小路ますみ, 他. はじめて乳児を育てる母親の育児不安と家族機能に関する研究, 聖マリア学院紀要, 2009, 23, 39-48.
- 8) 原田昌幸, 早川明日美, 子育て女性の豊かな地域環境の創造 ～住宅近隣地域における育児期の女性のコミュニケーション発生と場所特性～, 日本建築学会東海支部研究報告集, 2009, 46, 565-568.
- 9) 山口規容子, 現代の育児支援の基本, 中林正雄, 安達知子監修, 母と子の健康教育－妊産婦の保健相談・子育て支援－, 横浜, ライフ・サイエンス・センター, 2005, 273
- 10) 原田正文, 子育ての変貌と次世代育成支援 兵庫レポートにみる子育て現場と子どもの虐待, 愛知, 名古屋大学出版会, 2006.
- 11) 阿部範子, 母親のライフスタイルおよび充実感と育児不安の関係, 日本赤十字秋田短期大学紀要, 2007, 12, 1-6.
- 12) 宮本政子, 船越和代, 中添和代, 他. 乳幼児を持つ母親の育児不安の現状とその要因, 香川県立医療短期大学紀要, 2000, 2, 115-121.
- 13) 鶴山愛子, 久米美代子, 産後1ヵ月の母親が必要としているソーシャル・サポートの検討, 日本ウーマンヘルス学会誌, 2005, 4, 19-31.
- 14) 総務省 http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/statistics/pdf/HR200900_001.pdf平成21年 通信利用動向調査報告書(世帯編) 調査結果の概要 [2010-9-1]
- 15) 中山和美, 山崎由美子, 石原昌, 他. 母親たちが望む育児支援情報提供のあり方, 母性衛生, 2008, 48(4), 471-487.
- 16) 藤井加那子, 永井利三郎, 育児期にある母親の育児満足感に影響する因子－子育て不安の認識の有無による違い－, 小児保健研究, 2008, 67(1), 10-17.
- 17) 岡本絹子, 中村裕美子, 山口三重子, 他. 乳幼児を持つ母親の疲労感と父親の育児参加に関する研究, 小児保健研究, 2002, 61(5), 692-700.
- 18) 服部律子, 中嶋律子, 産褥早期から産後13ヵ月の母親の疲労に関する研究(第2報) マタニティブルーと産後のうつ症状, 小児保健研究, 2000, 59(6), 669-673.
- 19) 厚生労働省 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa09/1-3.html> 核家族世帯数 [2010-1-22]
- 20) 山口咲奈枝, 遠藤由美子, 小林尚美, 他. 産後1ヵ月の母親の育児に対する対処行動の実態及び対処行動と育児不安, ソーシャル・サポートとの関係, 母性衛生, 2009, 50(1), 141-147.
- 21) 田中宏二, ソーシャルサポート, 日本健康心理学会(編), 健康心理学辞典, 東京, 実務教育出版, 1997, 191.
- 22) Thomas A.Wills and Ori Shinar(2000). 第4章期待されたサポートと受容されたサポートの測定, ソーシャルサポートの測定と介入, 東京, 川島書店, 2000, 115-161
- 23) 星敦士, サポートネットワークが出生行動と意識に与える影響, 人口問題研究, 2007, 63-4, 14-27.
- 24) 島田三恵子, 杉本充弘, 縣俊彦, 他. 産後1ヵ月の母子の心配事と子育て支援のニーズおよび育児環境に関する全国調査－「健やか親子21」5年後の初経産別、職業の有無による

- 比較－, 小児保健研究, 2006, 65(6), 752-456.
- 25) 上山直美, 松尾博哉, 妊娠期から産褥早期における母親の問題体験とその対処行動の分析. 神大院保健紀要. 2008, 24, 41-50.
- 26) 榮玲子, 産後1ヵ月の協力者別にみた褥婦の乳児への愛着と母親としての意識. 母性衛生. 2006, 47(1), 81-87.
- 27) 谷口和加子, 育児不安への支援, 小児科臨床, 第53巻増刊号, 2000, 1095-1100.
- 28) 斧出節子, なぜ父親は育児をするのか? 男の育児女の育児 社会学からのアプローチ, 93-94, 京都, 昭和堂, 2008, 93-94.
- 29) 法務省
<http://law.e-gov.go.jp/cgi-bin/strsearch.cgi>
男女共同参画社会基本法 第6条
- 30) 前田愛, 宮菫夏美, 大野佳子, 他. 母親の育児不安要因の検討－対人関係とソーシャルサポートに焦点をあてて－, 鹿児島大学医学部保健学科紀要. 2009, 19: 11-18.
- 31) 北村愛子, 佐鹿孝子, 他. 父親の育児参加と母親の育児不安との関連－204組の夫婦のアンケート調査より－, 山梨県立看護大学短期大学部紀要. 2009, 5(1), 61-76.
- 32) 小林康江, 遠藤俊子, 比江島欣慎, 1ヵ月の子どもを育てる母親の育児困難感. 山梨大学看護学会誌. 2006, 5(1), 9-16.
- 33) 塩沢真由美, 石田貞代, 萩原結花, 出産後早期における父親の育児家事実施意欲に関する研究. 母性衛生. 2007, 47(4), 582-589.
- 34) 芳賀亜紀子, 坂口けさみ, 湯本敦子, 他. 子供を持つ父親及び母親の育児に対する意識と実態について, 第28回長野県看護研究学会論文集. 2007, 31-33.
- 35) 石橋君子, 大坪智美, 正崎仁恵, 他. 夫婦の意識が相互の育児不安に及ぼす影響. 母性衛生. 2002, 43(4), 514-518.
- 36) 渡邊タミ子, 樋貝繁香, 育児に対する夫婦の役割とその役割満足度に関する研究, 山梨大学紀要. 2004, 2(2), 37-44.
- 37) 金粕仁美, 小林麻衣美, 大谷紗弥子, 他. 父母の育児不安と夫婦間情緒的支援の関連性. 母性衛生. 2007, 48(3), 145.
- 38) 脇田満里子, 小島康生, 入澤みち子, 妊娠・出産が母親の心理に及ぼす影響－夫からのサポートに注目して－, 母性衛生. 2003, 44(2), 244-249.
- 39) 心理学辞典, コミュニケーション, 277-278, 東京, 有斐閣, 1999, 277-278.
- 40) 板場良久, 非言語メッセージが伝えるもの, 池田理知子編著, よくわかる異文化コミュニケーション, 京都, ミネルヴァ書房, 京都, 2010, 68-69.
- 41) 伊藤裕子, 池田政子, 川浦康至, 既婚者の疎外感に及ぼす夫婦関係と社会的活動の影響. 心理学研究. 1999, 70(1), 17-23.
- 42) 王偉, コミュニケーションにおいて言葉の大切さを述べる. 愛知淑徳大学言語コミュニケーション学会第8号, 2008, 21-31.
- 43) 望月嵩, 夫婦の人間関係の形成, 望月嵩, 本村汎 編, 70, 東京, 有斐閣選書. 1980.
- 44) ニッセイ基礎研究所, 日本の家族はどう変わったか, 東京, 日本放送出版協会
- 45) 石曉玲, 桂田恵美子, 夫婦間コミュニケーションの視点からの育児不安の検討－乳幼児を持つ母親を対象とした実証的研究－, 母性衛生. 2006, 47(1), 222-229.
- 46) Ball, J.A. Reaction to Motherhood, Cambridge University Press. 1987

特集 “第3回羽衣セミナー”

日程 平成24年9月1日・2日

会場 もくせい会館

ミニレクチャー (敬称略)

1) 北欧の周産期医療体制はどうなっているの？

～Sweden視察を通して～

静岡県立こども病院周産期センター長

西口 富三

2) 先天性股関節脱臼 ～生涯困らない股関節を目指して～

静岡県立こども病院整形外科科長

滝川 一晴

3) 産科医療補償制度の現状と問題点 よりよい制度にするために

静岡県産婦人科医会理事

前田津紀夫

4) 亜鉛は足りてますか？ 妊娠貧血と微量元素

浜松医科大学産婦人科講師

内田 季之

5) どう接すればいいの？ 悲嘆にくれる両親に ～グリーンフケア～

静岡県立大学 聖路加看護大学ペリネイタル・ロス研究会

太田 尚子

6) ベビーは元気に産まれたけど・・・出血だけではない母体合併症とその対策

くさなぎマタニティクリニック院長

大橋 涼太

7) 浜松医療センターにおけるメディカルバースセンター3年間の歩み

浜松医療センターメディカルバースセンター副看護長

新田 京子

ナイトセミナー

みんなで読もう！CTG

第3回羽衣セミナー(第2報)

第25回静岡県母性衛生学会学術集会

9月1日(土) 開始時刻 午後2時～ 会場 もくせい会館

ミニレクチャー(敬称略)

- 1) 北欧の周産期医療体制はどうなってるの? ～Sweden 視察を通して～
西口富三 (静岡県立こども病院周産期センター長)
- 2) 先天性股関節脱臼～生涯困らない股関節を目指して～
滝川一晴 (静岡県立こども病院整形外科科長)
- 3) スタートして3年!産科医療補償制度の現状と今後の課題
前田津紀夫 (日本産婦人科医会理事)
- 4) 亜鉛は足りていますか? 妊娠貧血と微量元素
内田季之 (浜松医科大学産婦人科講師)
- 5) どう接すればいいの?悲嘆にくれる両親に～グリーンフケア～
太田尚子 (静岡県立大学看護学研究科准教授)
- 6) ベビーは元気に産まれたけど・・・出血だけではない母体合併症とその対策
大橋涼太 (くさなぎマタニティクリニック院長)
- 7) 浜松医療センターにおけるメディカルパスセンター3年間の歩み
新田京子 (浜松医療センターメディカルパスセンター副看護長)

ナイトセミナー 開始時刻 午後7時～

“みんなで読もう!CTG”

9月2日(日) 開始時刻 午前10時～ 会場 もくせい会館 (敬称略)

潜在助産師支援事業特別講演

- 1) 発達障害と愛着障害 杉山登志郎 (浜松医大児童青年期精神医学講座特任教授)
- 2) アクティブバース～フリースタイル分娩介助の方法～ 岩田塔子 (めぐみ助産院)

第25回静岡県母性衛生学会学術集会 集会長 宇津正二 (聖隷三方原病院)

ランチョンセミナー 午後0時10分～(予定)

妊婦の心肺蘇生と急変対応 照井克生
(埼玉医科大学総合医療センター麻酔科准教授)

総会

午後1時30分～(予定)

教育講演

安心して母乳授乳ができる環境を支援する助産師と外科医の連携
～授乳期乳腺炎の治療経験から～ 神崎正夫 (神崎外科クリニック院長)
一般演題・奨励賞授与

参加費 羽衣セミナー、潜在助産師支援特別講演:無料

静岡県母性衛生学会:1000円(学生は無料)

宿泊費(9月1日)もくせい会館 別途(4500円,朝食込)

主催 静岡県産婦人科医会 担当 河合(054-245-0134)

共催 静岡県母性衛生学会

後援 静岡県

静岡県看護協会

皆様のご参加 お待ちいたします
また、是非、県母性衛生学会に
ご入会ください。

入会のお問い合わせは事務局まで

県医師会館内 静岡県母性衛生学会事務局 TEL 054-245-0134 mail: nichibo-shizuoka@po2.across.or.jp
または 静岡県立こども病院 周産期センター mail: obstet-s@sch.pref.shizuoka.jp

北欧の周産期医療体制はどうなっているの？

～Sweden視察を通して～

静岡県立こども病院周産期センター長

西口 富三

Swedenは人口約900万の立憲君主国家で、世界最高水準をいく福祉国家であることはご存知のところだと思います。同国は我が国より広い国土を有し、広大な原野を抱えるという地理的な制約から、我が国の医療体制と異なり、医療の集約化が進んでいること、さらに、全国6地区の地域自治体（ランステイング）と医療施設との間の総額契約制（本邦でも導入されている包括医療制度も含まれます）のもとで医療費の高騰を防ぐ体制が整えられています。

さて、同国の周産期医療ですが、周産期死亡率や乳児死亡率、妊産婦死亡率、等、本邦とほとんど遜色のない高水準レベルにあります。そのなかで、本邦と異なり、出生率は人口維持に必要とされる1.8を上回っています。充実した育児支援体制がその一因であることは否めません。

では、具体的な妊産婦管理についてみてみますと、本邦でも最近取り入れられている助産師外来のように、医師・助産師・検査技師が相互に連携した体制がとられています。妊娠初期（～12週）にリスク評価を行い、ローリスクと判断された場合は助産師主体の管理に、ハイリスクの場合は医師管理となります。全妊婦に対し、妊娠20週までにライフスタイルに関する指導、胎児異常スクリーニングに関する情報提供（妊婦3人に1人が染色体検査を享受）、メンタルケアの必要性の評価、母乳哺育情報等が提供されます。そして、妊娠34週頃に妊娠経過の総合評価を行い、方針の最終決定を行うといったシステムです。分娩後の入院期間ですが、正常分娩の場合は大多数が翌日退院、帝王切開分娩でも平均2.5日となっています。我が国と大きく異なりますが、その分、保健支援活動に重点がおかれ、助産師による電話訪問や家庭訪問、病院に設置された専門外来（乳房、メンタルケア）のほか、地域（コミュニティ）単位での支援体制（骨盤底ケアなど）が確立されています。我が国で取り組みが遅れているpostpartum care system（産褥婦ケア）の手本であることは間違いありません。

一方、NICUにおいてはfamily centered care systemが導入されており、家族が一丸となってケアを行う体制となっています。

Swedenでも核家族化の進行、高齢出産の増加、肥満の増加など、我が国と同様の社会情勢が問題となっており、高度の福祉の提供といった課題に対し、今後の対応に注目したいと思います。

先天性股関節脱臼 ～生涯困らない股関節を目指して～

静岡県立こども病院整形外科科長
滝川 一晴

先天性股関節脱臼（以下、先天股脱）は、本邦では現在約0.2%の発生率であり治療体系も確立された疾患ではあるが、その予防や健診方法について十分に浸透していない側面もある。

近年欧米では先天性という言葉は使用せず、後天性の要素や亜脱臼、臼蓋形成不全も含めた包括的な developmental dysplasia of the hip (DDH)と呼んでいる。しかし、予防活動により出生後の要素が減少した本邦においてはより先天的要素が強く、現在でも狭義の脱臼については先天股脱という用語が使用されている。

整形外科医が積極的に乳児健診に関わっている一部の施設を除き、3～4ヵ月健診時の小児科医の診察でDDHの疑いのある児を精査することが一般的な方法となっている。したがって、実際に3～4ヵ月健診時に診察する機会の多い医師や新生児期・乳児期に相談をうける機会のある医療従事者にとって分かりやすいDDH健診の指針が必要である。例えば、千葉県松戸市では1971年より「松戸方式」と言われるスコア方式を利用して精査が必要な児の選別を行っている。Click Sign、股関節開排制限（以下、開排制限）、家族歴、大腿皮膚溝非対称、性（女性で1点）、分娩時胎位（正常分娩以外で1点）の6項目に点数を割り振り、合計2点以上でX線撮影を行う方式である。この方式では実際にX線撮影が必要になった児の割合は全体の約15%で、その結果健診受診者の約6%がDDHと診断されている。

また、多くは3～4ヵ月健診時に指摘を受け専門機関を受診するが、それ以前に発見できればなおよい。多くの開排制限は、向き癖を伴っている。つまり右の向き癖がある乳児では、左の開排制限を伴っていることが殆どである。これは、非対称性緊張性頸反射の影響である。左開排制限のみの乳児の親御さんに、児の顔を左に向かせるような刺激（光、呼びかけなど）を積極的に行い、下肢を自由に動かせる服装を指導するだけで3～4週間後には開排制限が改善していることが多い。先天股脱の治療は生後6ヵ月未満に開始するリーメンビュージェル装具（以下、Rb）治療の整復率が高い（80～85%）。しかし、Rb開始時の開排制限が強いとRb治療の整復率は低下する。したがって、Rb治療の前処置として開排制限を改善しておくことは非常に重要な事である。石田勝正らは、1972年に京都市伏見区において出生直後からの全新生児・乳児に自然肢位自由運動育児による予防を開始し、これを契機に先天股脱の発生率は全国で激減した。新生児期より下肢の自動運動を妨げない服装や環境作りを行うことが先天股脱予防や治療の第一歩である。

産科医療補償制度の現状と問題点 よりよい制度にするために

産科医療補償制度原因分析委員会委員
静岡県産婦人科医会理事
前田津紀夫

平成21年1月1日をもって開始された産科医療補償制度は、制度発足からまもなく5年目を迎えようとしている。

平成24年6月24日現在、3320の医療機関が制度に加入しており、その加入率は99.8%である。また、平成24年6月1日までに335件の事例が審査対象となり、309件が補償対象と認定された。補償対象となった全ての事例について原因分析がなされる予定であるが、現在までに120件の原因分析報告書要約版が公表されている。再発防止委員会からは2回にわたり「再発防止に関する報告書」を公表し、各テーマに沿って分析結果を出版し配布した。

制度の成果として、過去には決して補償されることがなかった事例などが補償されるようになったこと、原因分析結果が再発防止や医療安全対策に役立てられるため国民の信頼を得やすいこと、などがあげられる。

訴訟に関して述べると、補償対象と認定された252件のうち損害賠償請求等は18件（7.1%）であった。原因分析報告書が送付された事案は87件であるが、このうち損害賠償請求等は8件（9.2%）、しかも6件は原因分析報告書送付前に賠償請求が行われている。数字だけを見ると、賠償請求は減少しており、原因分析報告書が訴訟の火種となるという一部の方の主張も当たっていないことがわかる。

制度は発足後5年を目途に見直しが行われるが、補償対象、補償金額、補償金の支払い方法、保険料（掛け金の額）、原因分析報告書や資料の学術方面への利用、原因分析報告書が紛争の火種となりにくいような工夫、重大な過失があるときの調整の問題など、課題は山積みである。

現在も平成25年中を目途に制度内容の見直しに向けての話し合いが進行中である。よりよい制度となることを期待したい。

亜鉛は足りていますか？ 妊娠貧血と微量元素

浜松医科大学産婦人科講師

内田 季之

微量元素とは生体内に含まれる量が鉄以下の元素のことを指す。1位は鉄、2位は亜鉛である。妊娠中は鉄を非妊時より多く摂取しなければいけないことはよく知られているが、亜鉛についてはほとんど知られていない。亜鉛はDNAポリメラーゼなどの酵素、インスリンの成分など様々な作用があり、生体にはかかせない元素である。1961年にイラン人に低身長、貧血、性腺機能低下が多いことが報告された。イラン人がよく摂取するパンにフィチン酸が多く含まれており亜鉛摂取を障害することが判明し、フィチン酸摂取中止、亜鉛摂取で改善したことで亜鉛欠乏症の存在が知られることになった。

亜鉛は主として十二指腸、小腸で吸収され血中でアルブミンと結合し各臓器へ運送される。90%は便中に排泄される。食物として牡蠣に亜鉛の含有が多いとされる。しかし、牡蠣を毎日摂取することはない。含有量の多い食物リストを見てみても100g当たりの含有量が示されていることが多いので注意が必要である。海苔などの海藻類が多いとしても100g摂取するには1ヶ月かかるかもしれない。お勧めは肉類、乳製品で鉄の含有量とも合わせて毎日一定の量を摂るには最適である。

妊娠中は水血症といった状態となり、血漿量の増加と比較し赤血球量の増加は少ない。鉄だけでなく亜鉛も妊娠経過とともに母体血清値は低下していく。ところが我々の研究では、胎児の血液と考える臍帯血においては非妊婦、妊娠後期と比較して亜鉛値は非常に高値を示した。胎児発育に影響する因子は栄養のみでないが、亜鉛補充によって新生児大腿骨長、出生体重を大きくさせたと報告した論文がある。我々は妊娠中期にHb10.0g/dl未満の貧血となった妊婦に鉄と亜鉛を投与した群と鉄のみを投与した群と分けて比較検討した研究を行った。鉄に亜鉛を添加した群で有意に貧血改善率の上昇を認めた。

亜鉛は妊娠に必要な元素とされ2-3mg付加して摂取するように推奨されている。しかし、厚生労働省の国民健康・栄養調査(平成17年)では90%もの妊婦が推奨量を摂取されていないことが報告され、我々の研究でも非妊時と妊娠時では亜鉛摂取量に変化がないことがわかっている。貧血、胎児発育にも関与すると考えられる亜鉛の重要性を妊婦に意識させ、肉、乳製品、卵、お茶を一定量摂取するように指導していただけたらと考えている。

どう接すればいいの？ 悲嘆にくれる両親に ～グリーフケア～

静岡県立大学 聖路加看護大学ペリネイタル・ロス研究会

太田 尚子

流産、死産、新生児死亡などのお産を取り巻く喪失をペリネイタル・ロスと言う。今回は、筆者のこれまでの研究と実践活動から、ペリネイタル・ロスのグリーフケアについて学んだことを紹介する。

ペリネイタル・ロスのグリーフは、他の死別のグリーフと比べて、異なった特徴がある。第1は、誕生と死が同時に訪れることから、グリーフワークをしながら、同時に、親になる過程をたどっていくことである。そのため医療者は、子どもと別れることを支援する前に、子どもに出会うことを支援していく。医療者は、両親のニーズに沿って、亡くなった子どもに会うこと、抱くこと、着物を着せること、沐浴などの親行動を、ニーズに沿って支援することで、両親が親になることを支えることができる。

第2の特徴は、ご両親の子どもとの思い出は大変少なく、亡くなった後に思い出をつくる時間が必要なことである。火葬までのわずかな時間が、思い出づくりのための時間として大変貴重である。両親の希望に沿って、亡くなった子どもと一緒に写真を撮ったり、手形や足型をとったりする。子どもと、一緒に過ごした時間も大切な思い出になるため、火葬は急ぐ必要はない。火葬の時期は、葬儀屋や火葬場の予定によって決めるのではなく、両親が子どもと一緒にゆっくり時間を過ごした後、両親が、お別れができそうだった時にすることが望ましい。また、時間が少ないために、医療者の支援がないと遺品を残す機会を逸したり、時間の経過と共に遺品への想いが強くなったりする場合が多いことも留意すべき点である。

第3の特徴は、ペリネイタル・ロスのグリーフが、「非公認のグリーフ」であることである。社会のなかで隠され、語られることが少ないために、悲しみが過小評価されがちであり、そのため両親は、子どもを亡くした悲しみだけでなく、子どもへの愛情を表現できない辛さや社会のなかでの孤独という大きな苦悩を抱えている。そのような辛い状況に於かれたご両親にとって、想いを言語化する機会を与える、セルフヘルプグループは、グリーフケアのひとつの場として有効である。

子どもを亡くした両親へのケアを考えると、最も大切なのは、体験者の生の声に耳を傾けることである。医療者が良かれと思って行なってきたケアが、実は間違っていたということが、この領域のケアの歴史には多く存在した。これまで行なってきたケアや固定観念にとらわれることなく、体験者の声に真摯に向き合うことが医療者に求められている。

ベビーは元気に産まれたけど・・・出血だけではない母体合併症とその対策

くさなぎマタニティクリニック院長

大橋 涼太

近年出産年齢の高年化および生活習慣の変化などによって、妊娠・出産のリスクが増加していると考えられます。それはクリニックにおいても言えることで母体の合併症も増加傾向にあると常々考えています。

今回の講演では以下の内容について自分の経験をふまえながらお話させていただこうと思います。

1. 産科出血と産科危機的出血への対応ガイドラインについて

帝王切開率が上昇し、多胎なども増えた現在において500ml＝大量出血という考えは当てはまらないと考えられます。こうした中2010年に産科危機的出血への対応ガイドラインが作成されました。

(スライド1-4)

2. 産道損傷特に膣・外陰部の血腫について (スライド5-7)

3. 癒着胎盤について (スライド8-11)

4. 子宮内反症について (スライド12-14)

5. 深部静脈血栓症および肺塞栓症について (スライド15-16)

6. 産褥期感染症のうちMRSA感染症とA群溶連菌（人食いバクテリア）について (スライド17-20)

産科臨床ではたとえ10年以上の経験を積んでも全く見たことのない症例に急に直面する可能性が常にあります。日々少しでもいろいろな合併症に対して知識を深めること、急変に直面しても慌てないことが肝要だと考えられます。

浜松医療センターにおけるメディカルバースセンター 3 年間の歩み

浜松医療センターメディカルバースセンター副看護長

新田 京子

1. はじめに

メディカルバースセンター（以下バースセンター、通称“めばえ”）は2009年4月1日に開設した助産師主導型の施設である。妊娠経過中に医師がローリスクと判断し、妊婦の希望があればバースセンター助産師外来で健診し分娩を行う。妊婦健診は医師とのチーム健診という形をとり、周産期センター（MFICU・NICU）内に設置されているので医療介入が必要な場合も迅速な対応が出来るのも特色の一つである。開設後から稼働した母乳外来も年々受診者数も増え、産後までの継続ケアも充実しつつある。

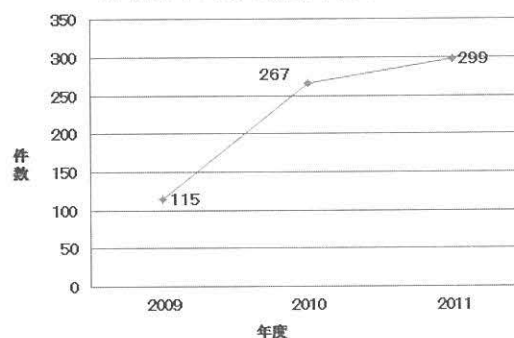
妊婦健診のシステム

週数	10～11週	12～15週	16～19週	20～23週	24～25週	26～27週	28～29週	30～31週
医師	★	★	★	★			★	
助産師	○	○	○	○	●	●	○	●

週数	32～33週	34～36週	36週	37週	38週	39週	40週	41週以降
医師	★			★			★	★
助産師	○	●	●	○	●	●	○	○

★は医師の健診 ●は2号館5階バースセンターでの助産師健診
○は3号館2階産科外来で必要時、助産師により保健指導をします。

母乳外来実施件数



開設から2011年3月31日の3年間にバースセンターで分娩を行った症例に対して安全に妊娠、分娩、産褥が終了できたか、次の3点について検証した。(1)バースセンターで分娩予約をしたがハイリスクと判断され周産期センターでの分娩となった症例の解析 (2)バースセンターで分娩となった症例の周産期事象（分娩方式、会陰裂傷や切開、出血量、児のAPGARスコア）(3)当院周産期センターでの分娩との比較

2. 結果

(1)バースセンターで分娩予約したが、ハイリスクと判断され周産期センターでの分娩となった症例：

当院における3年間の総分娩数は3444例、そのうちバースセンターを予約したのは909例（26.4%）であった。909例中妊娠37週の医師の妊婦健診におけるローリスク判定までに逸脱したのは60例（6.6%）、妊娠40週の医師のローリスク判定で逸脱したのは46例（5.0%）分娩経過中に逸脱したのは41例（4.5%）であった。妊娠37週以前の逸脱60例の理由は、FGR20例（33.3%）、PIH10例（16.6%）、切迫早産7例（11.6%）であった。筋腫合併も2例あった。分娩経過中の逸脱41例の理由は発熱・感染11例（26.8%）、NRFS10例（24.3%）、早期産5例（12.1%）であった。

(2)バースセンターで分娩となった症例の周産期事象

3年間ににおけるバースセンターでの分娩数は755例、当院総分娩数の21.9%であった。分娩様式は正常分娩743例（98.4%）、異常分娩12例（1.59%）であった。会陰裂傷や切開の割合は、無裂傷またはⅠ度が32.3%、Ⅱ度55.2%、切開11.9%であった。分娩時平均出血量は610.9ml、出血1000ml以上が114例（15.1%）であった。アプガールスコア1分値が7点以下は27例（3.6%）、5分値7点以下は6

例（0.8%）であった。

(3)当院周産期センター分娩（23年度）との比較

当院周産期センター分娩と比較した結果、1000ml以上の出血は周産期センター分娩の方が多く、有意差も認められた。周産期センター内での会陰裂傷、切開の割合を平成18年度の成績と比較すると、18年度の裂傷なしは6.4%、Ⅰ度は4.9%であったが平成23年度は裂傷なし10.1%、Ⅰ度は13.4%でありバースセンターが開設したことで変化も見られた。

バースセンターと周産期センターでの分娩様式の比較

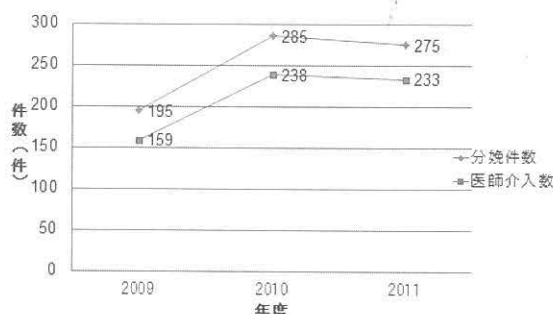
	2009年度	2010年度	2011年度	合計
正常分娩	191	278	274	743
吸引分娩	2	7	1	10
鉗子分娩	1	0	0	1
帝王切開	1	0	0	1
合計	195	285	275	755

異常分娩12例/755例（1.59%）

同期間、周産期センターでの分娩内訳

正常分娩	2099例(78.02%)
吸引鉗子	48例(1.78%)
予定帝切	348例(12.94%)
緊急帝切	195例(7.25%)
合計	2690例

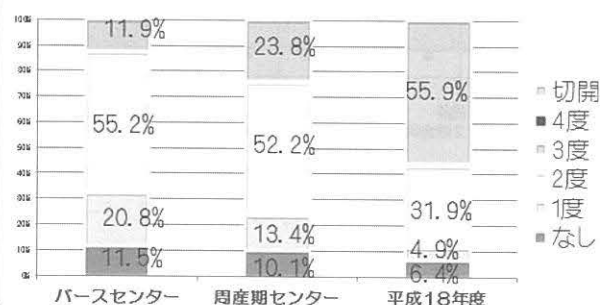
バースセンター分娩件数と医師介入数



バースセンターと周産期センターの分娩結果比較

	バースセンター (経陰分娩 755例)	周産期センター (平成23年度、 経陰分娩：694例)	P 値
平均出血量(ml)	610.9	664.5	P=0.02
出血500ml未満	390(51.6%)	285(41.1%)	P<0.01
500-1000ml	251(33.2%)	304(43.8%)	P<0.01
1000ml以上	114(15.0%)	105(15.1%)	P=0.98
AP7以下 1分	27(3.5%)	57(8.2%)	P<0.01
AP7以下 5分	6(0.7%)	11(1.6%)	P=0.16
促進薬の使用	122(16.1%)	177(25.5%)	P<0.01

【会陰裂傷、切開の割合：比較】



3. 考察

バースセンターでの急速遂娩は少なく、分娩時出血量、児のアプガールスコアからも安全に分娩が行われていることがわかった。また、会陰裂傷の有無の結果からもバースセンターができたことで周産期センター全体が助産技術を高めたいという意識の向上にもつながった。課題としては、①妊娠40週の判定で逸脱し予定日超過となった事例に対する助産指導の在り方を見直す必要がある、②分娩前後医療介入が必要な例が全体の3分の2であるため、助産技術、診断力の研鑽が必要である③逸脱の原因が筋腫合併など不適切な症例もあった。医師、助産師の入れ替わりが多く、周産期センタースタッフ全員にバースセンターのシステムを理解してもらうためには時間とコミュニケーションが必要である、という点が挙げられる。

4. まとめ

経過良好であれば、最大7回が助産外来での妊婦健診となり、医師の外来負担軽減につながる。安全、安心な医療、助産の提供が続けていけるようにスタッフ各々の自己研鑽とともに院内教育を充実させる必要がある。周産期のあらゆる場面に対応できる助産師育成をめざし、院内のキャリアラダーを構築するとともに、今後、開業助産師を受け入れる助産師オープンシステムも検討していきたい。

第25回 学術集会プログラム

学術集会長 宇津 正二（聖隷三方原病院）
日 時 平成24年9月2日（日）
会 場 もくせい会館

教育講演

座長 宇津正二先生（聖隷三方原病院）
安心して母乳授乳ができる環境を支援する助産師と外科医の連携
～授乳期乳腺炎の治療経験から～
神崎外科クリニック 神崎正夫先生

一般演題

第一群

座長 河村隆一先生（静岡県立こども病院）

- 妊婦の性生活に関する文献研究
静岡県立大学大学院看護学研究科助産学分野 大嶋友香、松岡 恵
- 育児期の夫婦間の言語的コミュニケーションに関する基礎的文献調査
静岡県立総合病院 寺田有里
静岡県立大学 太田尚子 松岡 恵
- ペリネイタル・ロスの母親とその家族への継続的な支援に関する文献調査
静岡県立大学看護学部助産専攻 大澄由里子
静岡県立大学 太田尚子

第二群

座長 鈴木康之先生（富士市立中央病院）

- 下肢麻痺により褥瘡がある妊婦への保健指導
～感染に対する指導をし、切迫早産を予防する～
静岡県立赤十字病院 6-1 病棟 青山亜佐美
- 新生児搬送を要した常位胎盤早期剥離の2例
～新東名高速道路開通前後での対応・母体転帰の比較～
富士市立中央病院 伊藤敏谷 小田智昭 矢田大輔
窪田尚弘 鈴木康之
- 妊婦サイトメガロウイルス抗体保有率と母子感染
浜松医療センター産婦人科 山下美和 柏木唯衣 岸本綾子
大川直子 平井久也 芹沢麻里子
岡田善親 小林隆夫
浜松医科大学産婦人科 金山尚裕
- 胎児先天性心疾患：当院における出生前診断の現状
静岡県立こども病院周産期センター 加茂亜希 杉山 緑 河村隆一

同 新生児未熟児科・循環器科

西口富三

田中靖彦 新居正基 満下紀恵

第三群

座長 久保田君枝先生（浜松医科大学看護学部）

8. 助産師学生の倫理教育について

－東海4県の助産師学生調査より－

浜松医科大学大学院博士課程

浜松医科大学健康社会医学講座

杉浦和子

中村美詠子 尾島俊之

9. 妊婦診断能力育成に向けての課題

～助産外来の現状からの考察～

静岡県立大学看護学部

高木 静 鈴木 恵 松岡 恵

10. 静岡県内における助産師実態調査報告

静岡県看護協会助産師職能委員会

鈴木百合子

教 育 講 演 要 旨

安心して母乳授乳ができる環境を支援する助産師と外科医の連携

～授乳期乳腺炎の治療経験から～

神崎外科クリニック

神崎正夫

私は、乳腺疾患診療に携わって26年になります。現在は乳房に関わる疾患の診断・治療と乳癌検診を主とした診療を行っています。中でも授乳期乳腺炎治療は、大きな診療課題の一つです。今回は、当院で経験した授乳期乳腺炎治療例の実態をご紹介します、皆様の今後の乳房ケアのお役に立てれば幸いです。

授乳期乳腺炎治療の主役は助産師であり、そして産科医、小児科医、外科医の協力が必要です。残念ながら、この母乳授乳支援のネットワークが十分機能しなかったり、乳腺炎時の母乳授乳の指導が統一されなかったりで、授乳婦が母乳授乳に迷うこともあるようです。母乳授乳を支援する上での基本は、出産後の授乳婦を心身共にいち早く元気にすること、そして授乳婦に、母乳授乳の最大の支援者である身近なmy助産師を持つ必要性を知ってもらうことだと思います。出産後の授乳トラブルをいち早く助産師に相談することにより多くの乳腺炎の予防が期待できるとされています。

また、授乳期乳腺炎の治療の基本は、1) 早期発見と早期の乳房マッサージを中心とした助産師のケアを受けること、2) 助産師による乳腺炎の治療の確認（炎症所見・硬結の消失、乳汁分泌の回復）の2点に尽きると思います。そのためには、産院、病院勤務の助産師は、産科医、外科医、開業助産師と相互に連携して治療にあたるのが重要ですし、一人の助産師で頑張り過ぎないことも重要です。産科の先生には、積極的に助産師の依頼に応じて診断・治療に参加し（特に乳腺膿瘍の有無の確認）、十分な状況説明・投薬により、授乳婦の精神的緊張を緩和し、同時に助産師の負担を軽減する支援をお願いしたいと思います。また、授乳期乳腺炎の経過は、軽症例から経過の長い例重症例まで実に多彩で、その経過は一人ひとり異なるため、特に出産後3か月以内は症例ごとに治療開始から治癒までを確認してもらいたいと思います。それは、治療途中で授乳婦の判断で治療を中断し、乳腺炎が再燃し膿瘍化する例があるからです。また、出産後の授乳婦の食生活を含めた生活環境、哺乳回数、児の哺乳力の変化により、容易に乳汁分泌は影響され、母乳授乳期間中は常に乳腺炎が発生するチャンスがあります。

外科医は、授乳期乳腺炎の治療に際し、超音波検査による膿瘍形成有無の確認、膿瘍の穿刺排膿、または切開排膿の処置を行いますが、処置後の乳房マッサージを含めたトータルケアの主役は助産師であり、外科医は後方支援者です。

重症の乳腺炎になった授乳婦さんが必ず言われることは、『もう2度と乳腺炎になりたくない』です。これほどまで授乳婦を精神的肉体的に痛みつける乳腺炎は、みんなの支援で予防しなくてはなりません。私も微力ながら、母乳授乳を支援する一員として助産師と協力し、乳腺炎の早期発見、早期治癒を目指し、今後も努力してまいりたいと思います。

一 般 講 演 要 旨

1. 妊婦の性生活に関する文献研究

静岡県立大学大学院看護学研究科助産学分野 大嶋友香、松岡 恵

【目的】助産師は妊婦への性生活指導は欠かせないと考えているが、十分に実施できない現状がある（岡本ら，2003）。そこで本研究は、妊娠期の健康教育の充実を目指すため、妊婦の性生活に関する健康教育の必要性について明確にすることを目的とする。

【方法】1980～2012年の国内外の文献と2000～2012年の書籍を検索・分析した。日本文献は「医中誌Web」を用い、キーワード「妊娠中」「性生活」で検索された37件のうち、タイトル、抄録、本文を吟味して7件を、海外文献は「PubMed」「CINAHL plus」「The Cochrane Library」を用い、キーワード「妊娠中」「性行動」で検索された計481件のうち、題名、抄録、本文を吟味した10件と、文献の引用文献から5件を分析対象とした。書籍は、静岡県立大学・短期大学部附属図書館OPACを用い、キーワード「セックス」「性行動」「生殖」で検索された97件のうち、題名、本文を吟味して4冊を分析対象とした。さらに、著者で文献検索し2件を分析対象とした。

【結果及び考察】人間の性行為の意味は「生殖性」「快楽性」「連帯性」の3つであり、妊婦にとっては「連帯性」の意味で重要である（黒川，2003大井ら，2002他）。しかし妊婦の多くは、早流産など性生活が及ぼす影響や妊娠中の夫婦関係に関して不安を抱えている（小林ら，1997；大井ら，2002他）。正常経過の妊婦では、性交回数やオーガズムと流早産に関連はない（Kurki et.al, 1993；Sayle et.al, 2001他）が、妊婦の大多数は本やインターネットから情報を得ている（遠藤ら，2011；西村ら，2006他）ため、誤った知識を得ている可能性がある。不安を抱える妊婦の多くは助産師からの情報提供・相談を希望している（遠藤ら，2011）ため、助産師が妊婦の性生活に関する健康教育を行うことが必要であると考ええる。

2. 育児期の夫婦間の言語的コミュニケーションに関する基礎的文献調査

静岡県立総合病院
静岡県立大学

寺田有里
太田尚子 松岡 恵

【研究目的】育児期の夫婦間の言語的コミュニケーションに関する研究の基礎資料とするため、育児の変遷、育児不安の定義・影響要因、育児支援、言語的コミュニケーションの重要性について文献検討を行った。

【研究方法】本研究は文献調査研究である。医中誌Webにて、キーワードを「育児不安」and「支援」and「配偶者or夫」or「コミュニケーション」などとし、33件選択、さらに、書籍や関連ホームページから19件追加した。調査期間は2010年4月から翌年4月である。

【結果】昭和初期までの育児は家族や社会が行っていた。しかし、高度経済成長とともに母親が育児を行うことが一般化し、性別役割分業が導入された。女性の社会進出が著しい今日では、性別役割分業は変化し、近隣関係が希薄化し育児不安が社会問題になっている。育児不安とは、「子育てに関する漠然とした不安が蓄積され持続している状態」である。その影響要因には、育児を一人で担う負担感、社会からの孤立感、疲労、育児で生じた問題に対する対処行動をとることができない、などがある。育児不安を生じた時に支えとなるのは周囲からの支援である。特に、夫からの支援が重要であり、夫の育児参

加、夫婦間の会話が育児不安を軽減する。また、夫婦共に情緒的支援が良好であると認識している者はコミュニケーションが充実し、育児不安が低い。しかし、母親は情緒サポートに不満を認め、夫との会話に満足していない現状があった。よって、夫が母親の希望をさらに理解するためには、夫婦間の言語的コミュニケーションの内容を明らかにする必要がある。

【考察】母親の育児不安を軽減するためには、夫の育児参加や、夫婦間の言語的コミュニケーションが重要であることが明らかとなっていたが、言語的コミュニケーションの内容は明らかになっていない。

【結論】今後育児期の夫婦間の言語的コミュニケーションの内容について明らかにしたい。

3. ペリネイタル・ロスの母親とその家族への継続的な支援に関する文献調査

静岡県立大学看護学部助産専攻
静岡県立大学

大澄由里子
太田尚子

【研究目的】ペリネイタル・ロスを経験した母親・家族が地域で生活していく際に必要とされる、母親・家族のニーズに添った継続的な支援のあり方について明らかにする。

【研究方法】本研究は文献調査研究である。文献は、医学中央雑誌、CiNiiのデータベースを用いて2001年から2011年までに発表された原著論文、解説24件を対象に検討した。研究期間は、2011年4月から2011年12月までである。

【結果】日本におけるペリネイタル・ロスの現状として、平成21年の死産と新生児死亡を合わせて28,259例であった。ペリネイタル・ロスを経験した母親・家族の入院時のケアニーズには、親役割獲得への支援や環境を整えること、退院後の生活に向けた情報提供があり、退院後のケアニーズには継続的な心のサポート、医療者の相談窓口があること等であった。しかし、継続的な支援は医療者にとって難しいと捉えられている現状があり、その理由としては、看護者自身の感情への戸惑いや専門職との連携の取りにくさ、ペリネイタル・ロスに対する知識不足があった。この事態を打開するため、①グリーフケアマニュアルの作成と実施、②セルフヘルプグループに関する情報提供、③入院時から退院後の生活まで継続的に助産師、保健師が関わるができるようアセスメントシートの活用等の先駆的な取り組みがあった。

【考察】望ましい継続的な支援に向けて、ペリネイタル・ロスの知識を身につけ、ガイドラインを作成することや、看護者自身の戸惑いや困難感を軽減するために分かち合いの場を設けることが必要である。

【結論】医療者がペリネイタル・ロスの継続的な支援を困難と感じている状況がある。今後、先駆的に行われている施設での支援を参考に、継続的な支援を可能にするケアのシステムを整えていくことが求められている。

4. 下肢麻痺により褥瘡がある妊婦への保健指導

～感染に対する指導をし、切迫早産を予防する～

静岡赤十字病院 6-1病棟

青山亜佐美

本研究の対象者は10代前半より下肢麻痺となり1日の大半を車椅子で生活をしている30代の初産婦である。10代後半より褥瘡を繰り返し、褥瘡の手術を2度施行し、妊娠前にも褥瘡部の感染を起こした経緯があった。道木¹⁾は妊娠中期に脊髄障害者の妊婦に起きやすい合併症として、膣感染症、貧血、尿路感染症等を挙げている。

妊娠初期より右座骨部に褥瘡があるため外陰部が清潔に保てず、低栄養、膀胱炎を繰り返している状況から、合併症を引き起こし切迫早産となるリスクが高い事が考えられた。そのため、下肢麻痺により褥瘡がある妊婦へ感染からの切迫早産を予防する為の効果的な保健指導について考察を行った。

妊婦健診時に皮膚・排泄ケア認定看護師、形成・産科医師の指導をもとに、妊娠中期から分娩まで外陰部の清潔を保つための生活指導、褥瘡部の感染・悪化予防ケア、栄養指導、切迫症状出現時の対応等のセルフケア指導を対象者の理解度を確認した上で行い、実施を促していった。結果的に、感染に対しセルフケア指導を行った事で、分娩は正期産より1日早くなったが、ハイリスク妊娠であった対象者が感染を起こさず妊娠継続出来たため、感染による切迫早産の予防に対してセルフケア指導が有効的であったといえる。

5. 新生児搬送を要した常位胎盤早期剥離の2例

—新東名高速道路開通前後での対応・母体転帰の比較—

富士市立中央病院

伊藤敏谷 小田智昭 矢田大輔 窪田尚弘
鈴木康之

常位胎盤早期剥離では出生児の転帰は帝王切開の決定から出産までの時間に最も関連すると言われている。また母体は発症から5時間でDICとなり母体の予後を悪化させるとも言われ、速やかな児娩出が母児の転機を大きく左右すると考えられている。新東名高速道路開通前後での当院における2例の常位胎盤早期剥離の対応、母体の転機を比較検討した。

症例①(新東名開通前)、27歳、0経妊、妊娠27週2日、近医より常位胎盤早期剥離の疑いにて当院母体搬送となった。当院では新生児管理が不可能であるため、県立こども病院に連絡、当院で緊急帝王切開施行し新生児搬送の指示を受けた。こども病院医師の到着を待ち緊急帝王切開術施行し、帝王切開決定から95分後860g 男児 Apgar score 2/2、臍帯動脈血液ガス分析pH7.26で娩出した。術前の血液検査ではHb7.9、Plt17.7万、Fib166とDICの進行認めため、術中RCC2単位輸血、術後にさらにRCC2単位、FFP4単位輸血し術後1日目にDIC離脱、経過良好にて術後7日目に退院となった。

症例②(新東名開通後)、妊娠30週0日、近医より常位胎盤早期剥離の疑いにて当院母体搬送となった。症例①と同様に県立こども病院医師に連絡し帝王切開決定後から40分後こども病院医師到着、緊急帝王切開施行し、1440g 男児 Apgar score 8/8、臍帯動脈血液ガス分析pH7.42で娩出した。術後の血液検査ではPlt26.5万、Fib422と低下認めないもののATⅢ74.9、D-dimer 14.5とDIC進行所見を認めたが、輸血をすることなく血液検査所見は改善し、経過良好にて術後7日目退院となった。

常位胎盤早期剥離では母体・新生児共に集中的な管理が必要となるが、新東名高速道路の開通により、当院と総合周産期センターとの時間的距離が短縮され、より迅速な対応が可能となった。

6. 妊婦サイトメガロウイルス抗体保有率と母子感染

浜松医療センター産婦人科

山下美和 柏木唯衣 岸本綾子 大川直子
平井久也 芹沢麻里子 岡田善親 小林隆夫
金山尚弘

浜松医科大学産婦人科

【目的】 サイトメガロウイルス（以下CMV）は胎内感染する頻度が最も高い病原体であり、その頻度は全出生児の0.2-2.0%であるとされている。わが国では妊婦の抗体保有率が高いため母子感染は稀とされ

ていたが、近年抗体保有率の低下が報告されるようになった。日本における妊婦の抗体保有状況、母子感染の実態を知ることが目的とした。

【方法】1996年6月から2011年12月までに浜松地区産婦人科施設を受診した20,508例を対象とした。妊娠初期にCMV IgG抗体、IgM抗体を検査し、抗体陰性例は分娩までに再検査を行った。妊娠初期にIgM抗体陽性、または判定保留であった例、および妊娠中にIgGが陽転した例には分娩時検査として臍帯血IgG、IgM、新生児尿CMV DNAを検査し、臍帯血IgM陽性または新生児尿CMV DNA陽性であった場合を児に感染があったと判定した。感染が確認された児には小児科、眼科、耳鼻科によるfollow upを行った。CMV IgG抗体、CMV IgM抗体はEIA法で測定し、新生児尿CMV DNAの検出にはPCR法を用いた。

【成績】1.妊婦抗体保有率：全期間におけるCMV IgG抗体陽性率は72.4%、IgM抗体陽性率は2.4%であった。1986年に96%であるとされた妊婦抗体保有率は下降し続け、2009-2011年では66.7%まで下降していた。2.分娩時検査：対象例のうち約62%が児の感染確認検査を受け、27例の児に感染が確認され、22例がfollow upされた。3例は症候性感染児であり、また2例に後障害（難聴、てんかん）が発症した。17例は無症候性であった。

【考察】抗体保有率が高かった時代はウイルスの再活性化に伴う感染が多く無症候性の感染児がほとんどであったが、抗体保有率の低下に伴い初感染によるより重症の感染児が増加していると考えられた。

7. 胎児先天性心疾患：当院における出生前診断の現状

静岡県立こども病院周産期センター
同、新生児科、循環器科

加茂亜希 杉山 緑 河村隆一 西口富三
田中靖彦 満下紀恵 新居正基

【緒言】先天性心疾患は、出生直後の対応が必要となることが多く、長期的予後の観点からも胎内診断の意義は大きい。そのため、産科、新生児科および循環器科が連携して対応することが望まれるが、当院に周産期センターが開設されたことで、胎内診断から分娩、更には手術に至るまで一貫した対応が可能となった。そこで、今回、出生前診断状況ならびに当院への紹介契機について調査した。

【方法】2001年1月から2007年5月までの当センター開設前と、同年6月から2012年7月までの開設後における出生前診断状況について後方視的に調査した。

【結果】1)出生前診断に至った症例は、左心低形成症候群では、センター開設前27.8% (9/33例)、開設後62.3% (18/28例)であった。同様に、無脾症候群では、開設前57.8% (8/14例)、開設後70.4% (19/27例)、Ebstein奇形では33.3% (1/3例)、63.6% (7/11例)、大血管転位12.5% (1/8例)、26.7% (4/15例)と、それぞれセンター開設後に胎内診断率が大幅に向上した。

2)当センターで出生前診断に至った症例は、総数115件であった。その紹介契機は、心形態異常の疑い78例 (67.8%)、高度FGRが14例 (12.2%)、羊水過多が3例 (2.6%)であった。

3)出生前診断された先天性心疾患症例のうち、染色体異常を伴ったものは27例で、心外奇形の合併は18例であった。

【考察】当センター開設後、地域産科医師等に対し、心形態の評価方法についてのセミナーを開催してきた。心形態評価についての意識の高まりがこの結果に結びついたものと考えられる。しかし、出生後に初めて判明する症例もいまだ存在しているという現状があり、連携体制をさらに進めていく必要があると言える。

8. 助産師学生の倫理教育について

ー東海4県の助産師学生調査よりー

浜松医科大学大学院博士課程
浜松医科大学健康社会医学講座

杉浦和子
中村美詠子 尾島俊之

【目的】近年、患者中心の医療、患者の権利、より安心安全を取り入れた分娩が求められるようになった一方で、産科閉鎖、産婦人科医、小児科医の不足、助産師の偏在などの問題が浮き彫りになっている。また、人々の価値観が多様化している中で、人は尊重され、一人の命は尊重されなければならない、専門職としての高い能力や質の高い看護が求められている。しかしながら、倫理に関する教育課程が複雑化していることや患者の自律性の尊重に対する問題も複雑化しており、統一した倫理教育は構築されていない。

本研究は、助産師学生の倫理教育に注目し、倫理に関する教育の現状を明らかにすることを目的とし、研究を行った。

【方法】2011年7月～12月に、東海4県の助産師学生を対象に郵送法による自記式質問紙調査を行なった。看護師課程教育での倫理教育受講経験の記憶の有無の割合と年齢および看護師経験年数との関連を観察し、 χ^2 検定より検討した。

【結果】倫理教育の状況の全ての質問に回答した54人を分析対象とした。倫理教育受講経験の記憶があったのは、54人中44人(81.5%)、このうちの12人(27.3%)は印象的な倫理教育内容があったと回答した。倫理教育受講経験の記憶の有無は、年齢階層別および、看護師経験年数と有意な関連は認めなかった。

【結論】助産師学生における倫理教育の講義は、より印象づけられるテーマを選定すること、演習や実習においては、学生間で論理的思考を発展し合えるような方法を盛り込むことが重要である。さらに、臨床助産師から倫理的問題がある事例の体験やその学びを直接聞くことで、医療職、また個人の立場から学生自らが考えられる機会を得ることも重要である。

9. 妊婦診断能力育成に向けての課題

～助産外来の現状からの考察～

静岡県立大学看護学部

○高木 静 鈴木 恵 松岡 恵

【緒言】近年、助産外来・院内助産のニーズが高まり、助産師の妊婦診断能力の向上が求められている。本研究は、文献から助産外来の変遷と現在の実施状況について、各病院における助産外来を担当する助産師の能力基準と教育課程を明らかにするとともに、今後の助産師養成課程における妊婦診断能力育成に向けての課題について検討することを目的とした。

【研究方法】2004年～2009年までの論文を対象に、「助産外来」「妊婦健診」「妊婦診断能力」「能力基準」「助産教育」をキーワードにし、医学中央雑誌を中心に検索を行った。検索で得られた文献のうち、原著論文、報告、総説、解説を対象とした。

【結果および考察】検索の結果、26件の文献検討を行った。

助産外来の担当助産師の基準について、2004年から2009年にかけての実践報告では、助産師経験は3年から7年とする施設がほとんどであった。2009年に打ち出した院内助産ガイドラインでは、「概ね3～5年以上の臨床経験を持つ助産師であることが望ましい」としており、これまでの各施設での実績を踏まえたうえでの基準になっていると考えられた。

また、教育プログラムについては、内容が統一されていず、各施設や個人の自助努力にゆだねられている状況であることがわかった。

こうした状況の中、助産師教育のミニマムリクワイアメンツが打ち出されたが、助産師養成施設の教育に関しては様々であり、どの養成施設でも分娩介助を中心とした実習となるため、妊娠期の診断能力が養われにくいことが課題と考えられる。今後も国的に助産外来が広まり、妊娠期の診断能力が問われる時代になる。そのため、助産師養成施設での教育内容や実習内容のさらなる充実が求められると考える。

10. 静岡県内における助産師実態調査報告

静岡県看護協会助産師職能委員会

鈴木百合子

【はじめに】 静岡県看護協会職能委員会では、助産師の専門性を高めるとともに、市民に対する質の高いサービスの提供と助産師活動の周知を目的に活動を展開している。東部、中部、西部の各施設から9名の委員が1～2回／月程度集まり、イベントや研修の準備を行っている。毎月の委員会の中で県内の産科の状況の変化していることが、現実問題として話されることが多くある。そんな中、果たして県内の助産師の就労実態はどのようなだろう？就労意欲がわき活き活きとした助産師活動を展開するにはどうすればいいのだろうか？などの疑問を感じ、県内助産師の要請を吸い上げる役割を持つ職能委員が、助産師就労の実態を把握していないのではないかと気づいた。そこで、活動目的である質の高い市民サービスを提供するための一環として実態調査に取り組んだ。

【調査期間・方法】 平成22年度、分娩を取り扱っている総合病院24施設へのアンケート調査とそれぞれ各施設1名ずつの助産師へのインタビュー調査（臨床経験10年以上12名・未就学児を育てている助産師12名）、診療所48施設へのアンケート調査、助産院11施設へのインタビュー調査を行った。

【倫理的配慮】 調査計画書は看護協会理事会で承認されており、調査主旨を書面で説明のうえ、同意を得られた方より聞き取りを行った。

【結果】 総合病院での助産師の就労内容に関しては特に労働過重を確認することはできなかったが、就業施設の助産師の偏在を含め労働環境には大きな差が見られた。インタビューでは、やりがい感を強く感じるのは助産師としての専門性を発揮できている時と答える人が多かった。煩雑な業務の中で自らのやりがいを見出す姿も見られていた。診療所では3割が20年以上の経験を持つ助産師であったが、アンケートのみでは個々の活動まで踏み込むことができなかった。今回の報告では6割以上の助産師が就業する病院を中心に報告する。

平成24年度事業報告並びに平成25年度事業計画

1. 平成24年度事業報告

1) 第3回羽衣セミナー および 第25回定例総会及び学術集会

開催日 9月1日(土) 第3回羽衣セミナー

2日(日) 潜在助産師支援事業 特別講演

第25回定例総会及び学術集会

集会長 宇津正二先生(聖隷三方原病院)

会場 もくせい会館

特別講演(潜在助産師支援事業)

発達障害と愛着障害 杉山登志郎先生(浜松医大児童青年期精神医学講座特任教授)

アクティブバース～フリースタイル分娩介助の方法～ 岩田塔子先生(めぐみ助産院)

ランチョンセミナー

妊婦の心肺蘇生と急変対応

照井克生先生

(埼玉医科大学総合医療センター麻酔科准教授)

教育講演

安心して母乳授乳ができる環境を支援する助産師と外科医の連携

～授乳期乳腺炎の治療経験から～

神崎正夫先生(神崎外科クリニック院長)

一般演題 10題

学術奨励賞(2題) 敬称略

加茂亜希、他(静岡県立こども病院)

鈴木百合子(県看護協会助産師職能委員会)

参加者数 羽衣セミナー 172名(前年104名)

内訳: 東部12名 中部99名 西部61名

*ナイトセミナー参加者 73名

(医師10, 助産師45, 看護師4, 学生14)

特別講演会 120名(県外2名含む)

内訳: 東部17名(医2 助15) 中部47名(医7 助33 看7)

西部54名(医8 助20 看0 学生他26)

第25回学術集会 139名(県外2名含む)(前年79名)

内訳: 東部18名(医5 助13) 中部61名(医8 助42 看5 他6)

西部58名(医10 助22 看0 他26)

託児所の申し込み状況 0名(前年0名)

2) 役員会の開催

平成24年9月2日(日) もくせい会館 会議室

平成25年2月19日(火) あざれあ“第1会議室”

3) 会員数 平成25年1月1日現在(括弧内は平成24年1月時点)

288名(301名)(入退会者整理後)

(内訳) 医師111(112) 助産師118(135) 看護師16(15) 薬剤師0 保健師3

栄養士5(6) 教員30(26) その他4(対前年13名減少)

退会扱 29名(退会届15, 5年未納者11, 住所不明3)

新規入会 16名

会費未納者 71名（前年98名）

（1年32名 2年11名 3年10名 4年4名 5年14名）

4）平成24年度決算（別紙）

2. 平成25年度事業計画（案）

1）第26回定例総会及び学術集会の開催

日 程 9月8日（日） 集会長 古川雄一先生

会 場 もくせい会館

特別講演 “生殖補助医療の基礎と今後の展望”

西村 満先生（西村ウィメンズクリニック院長）

ランチョンセミナー

“破水を考える－産科ショック予防の観点から”

金山尚裕先生（浜松医科大学産科婦人科教授）

一般演題

2）第4回羽衣セミナー

日 程 平成26年2月16日（日）

会 場 もくせい会館

ミニレクチャー 講師一覧（順不同）

円谷由子先生（静岡県立大学食品栄養科学部栄養生命科学科 講師）

お母さんの栄養、足りていますか？ 妊産婦のための食事バランスガイド活用術～

長田知恵子先生（静岡県立大学看護学部看護学科 講師）

母乳哺育で困っています！そのトラブル、誤解から始まっているかも？！

光本恵子先生（リプロダクティブ・ヘルス研究会 副理事長）

間もなく一年、妊娠SOSサポート相談

西尾公男先生（にしお小児科医院院長）

家族の不安に寄り添って ～出生前診断を希望されたら～

鈴木一直先生（浜松医科大学付属病院 周産母子センター講師）

胎盤の中、どうなってますか？（近赤外線による評価）

河村隆一先生（静岡県立こども病院 周産期センター産科医長）

赤ちゃん、元気ですか！（胎児機能評価について）

他、詳細未定

3）役員会開催

理 事 会 2回（平成25年9月8日、平成26年2月16日）

羽衣セミナー準備委員会 平成25年11月予定

4）平成25年度予算（案）（別紙）

5）その他

静岡県母性衛生学会規約

第1章 総 則

第1条 本会は静岡県母性衛生学会と称す。

第2条 本会の事務所は、静岡市葵区鷹匠3丁目6-3静岡県医師会館内におく。

第2章 目 的

第3条 本会は日本母性衛生学会の趣旨に則り妊婦、産婦、授乳婦の保健並びに女性全般の健康を守り、母性保健に関する研究、知識の普及及び関連事業の発展を図り、以て人類の福祉に寄与することを目的とする。

第4条 本会は会員相互の親睦を図り、前条の目的を達成するために、次の事業を行う。

- (1) 母性衛生に関する調査研究
- (2) 学術講演会の開催
- (3) 母性保健事業に対する学術並びに技術的援助
- (4) 日本母性衛生学会との連携業務
- (5) その他必要と認める事業

第3章 会 員

第5条 本会の会員は本会の趣旨に賛同し、所定の手続きを経て入会した者とする。

第6条 本会に入会しようとする者は、住所、勤務先、職名、氏名を記し、会費を添えて本会事務所に申込む、会員の登録は理事会の承認を得て行われる。

第7条 会費は年会費を納入するものとする。その額は年額2,000円とする。

第4章 役 員 等

第8条 本会に次の役員を置く。

会 長 1名

副会長 3名

議長・副議長 各1名

理 事 若干名

監 事 2名

上に定めるもののほか、名誉会員および顧問若干名をおくことができる。

第8条の2 役員の選任は次のとおりとする。

- (1) 会長および副会長は理事会の推薦により総会の承認を得て選任する。
- (2) 議長および副議長は理事会の推薦により総会の承認を得て選任する。
- (3) 理事及び監事は総会において会員の中から選任する。
- (4) 顧問は理事会の推薦により委嘱する。

第9条 役員の職務は下のとおりとする。

- (1) 会長は会を代表し、会務を総理する。
会長に事故あるときは会長の定める副会長がこれを代行する。
- (2) 議長は総会の議事進行を遂行する。

議長に事故あるときは副議長がこれを代行する。

(3) 理事は重要会務を審議、議決し、会務を分掌する。

(4) 監事は会務を監査する。

(5) 顧問は会長の諮問に応ずる。

第10条 役員の任期は2年とし、再任を妨げない。役員に欠員を生じたときは理事会に於いてこれを補充し、次期総会において承認を求むるものとする。

第11条 本会の会務を処理するため、幹事をおくことができる。幹事は会員の中から会長の委嘱を受け、常任理事を助けて会務を分掌する。

第5章 会 議

第12条 本会の会議は総会および理事会とする。

2. 総会は会長が招集し、毎年1回開催する。

ただし、会長が特に必要と認めたとき、理事又は会員の過半数が希望した場合には臨時総会を召集することができる。

3. 会長は必要に応じて理事会を開催する。

第6章 学 術 集 会

第13条 学術集会は年1回開催するものとする。

2. 会長は別に学術集会長を委嘱することができる。

学術集会長の任期は原則として1年間とする。

第7章 会 計

第14条 本会の会計年度は、4月1日より翌年3月31日までとし、会費は年度内に本会の事務所に納付するものとする。

第15条 本会の経費は会費及び助成金、寄付金ならびにその他の収入をもってこれに充てる。

第8章 規 約 の 変 更

第16条 本会の規約を変更する場合は総会の決議によるものとする。

付 則

(施行期日)

1. 本規約は昭和62年5月16日をもって実施する。

2. 本規約は平成14年4月1日に一部変更しその日より施行し、昭和62年5月16日の規約は廃止する。

3. 平成20年7月5日をもって年会費を2,000円に変更する。

4. 本規約は平成23年9月4日に一部変更しその日より施行し、平成14年4月1日の規約は廃止する。

5. 本規約は平成24年9月2日に一部変更しその日より施行し、平成23年9月4日の規約は廃止する。

平成25年度 静岡県母性衛生学会役員名簿

会 長 西口富三（静岡県立こども病院周産期センター長）
副会長 金山尚裕（浜松医大産婦人科教授）
望月律子（静岡県看護協会会長）
小林隆夫（浜松医療センター院長）

議 長 稲本 裕（JA静岡厚生連遠州病院副院長）
副議長 伊東宏晃（浜松医大周産母子部教授）

（名誉顧問）

顧 問 鈴木勝彦（静岡県医師会会長）
鶴田憲一（静岡県理事）
青木 智（日本母性衛生学会功労会員）
赤堀彰夫（静岡県医師会母子保健担当理事）
鈴木一吉（県厚生部こども家庭課課長） 新顧問
神尾憲治（産婦人科医会第10代県支部長）
池谷洋一（県立東部看護専門学校）

理 事 三橋直樹（順天堂大学静岡病院院長）
鳥居裕一（聖隷浜松病院院長）
望月志津子（静岡市立静岡看護専門学校副校長）
神谷瀧子（静岡医療科学専門学校助産科長・県看護協会助産師職能委員長） 新理事
草野恵子（静岡県助産師会会長）
太田尚子（県立大学看護学部教授） 新理事
久保田君枝（浜松医科大学看護学科教授）
稲垣恵子（聖隷クリストファー大学助産学専攻科准教授） 新理事
坪井 厚（県栄養士会会長）
宇津正二（聖隷三方原病院産科）
前田津紀夫（前田産科婦人科医院院長）

（会計） 鈴木康之（富士市立中央病院副院長）
門 智史（沼津市立病院第二産婦人科部長）
武田 修（武田産婦人科医院院長）
高林香代子（聖隷三方原病院院内助産所課長）
石川睦子（静岡赤十字病院師長）
水野博代（富士市立中央病院副看護長）
庄司 潔（庄司産婦人科医院） 新理事

監 事 有澤克夫（静岡県産婦人科医会前会長）
古川雄一（静岡県産婦人科医会現会長）

論文投稿規程

1. 投稿者の資格：投稿者は、共著者も含め原則として静岡県母性衛生学会会員に限る。
2. 論文の種別：論文の種別は、原著、研究報告、速報、事例報告、依頼稿、特集などで、母性衛生の向上に寄与しうるもので、他誌に発表していないものに限る。
 - a) 原 著：科学論文として論理的で独創的な新知見が示されており、母性衛生としての学術上の価値があると認められた論文。
 - b) 研究報告：原著論文の条件は満たさないが、研究成果をまとめたもので掲載の意義があると認められた論文。
 - c) 速 報：新しい研究方法の開発、将来発展する価値のある新知見を早急に報告する論文。
 - d) 事例報告：稀な事例で今後の実践に有益な論文。
 - e) 総 説：会員に役立つもので、依頼した論文を原則とする。
 - f) 特 集：特定のテーマに関する複数の専門家に依頼した原稿を原則とする。
3. 原稿の作成：原稿は原則としてPCのワード等で作成し、書式はA4版横書き、原稿は一行あけで40×20行（800字）で作成する。

原稿の枚数は、原著14枚（刷り上り7頁）、研究報告14枚（刷り上り7頁）、速報は4枚（刷り上り2頁）、事例報告は8枚（刷り上り4頁）以内とする（図表、文献を含む）。

なお、印刷の刷り上り1頁は、800字原稿用紙2枚に相当する。図表は一枚あたり400字分に換算する。サイズは最大で、縦208mm×横141mmとする。

図表は本文とは別に原稿に添付し、それぞれ通し番号、タイトルをつける。図表の挿入希望箇所は本文の右欄外に明記する。
4. 論文構成と著者数：論文記述の順序は原則として次のようにする。

表題、所属、著者名（原著、研究報告は10名以内、速報は5名以内、事例報告は8名以内とし、英文を付記する）、抄録（和文）、索引用語（key words）、I 緒言（目的）、II 研究（実験）方法、III 成績（結果）、IV 考察、V 結語、文献、英文抄録、図、表（図・表にはそれぞれ番号とタイトルを付け、本文の欄外にその挿入箇所を明記する）の順序とする。
5. 抄録：和文抄録は、速報を除いて500字以内、key wordsは5語以内にまとめる。

英文抄録は、速報を除いて250語以内、key wordsは5語以内とする（英文抄録には表題、著者らの所属名、抄録、キーワードの英訳を含む）。
6. 用字、用語：原則として常用漢字とひらがなを使用する。学術用語は日本産婦人科学会編「産科婦人科用語集、第4版」および日本医学会編「医学用語辞典」に従うものとする。
7. 単位・記号：単位は国際単位系を使用し、m, cm, ml, dl, kg, g, μ g, $^{\circ}$ C, mEQ/L, mg/dl, などとする。数字は算用数字（1, 2, 3）を用いる。
8. 文献の引用：論文に直接関係の関係があるものとどめ、本文中では引用部位の右肩に文献番号¹⁾・²⁾・・・を付け、本文の最後に一括して引用番号順に掲載する。

（雑誌の場合）

著者名（和文はフルネームで、欧文は性のみをフルスペル、その他はイニシャルのみで3名まで記し、それ以上の場合は「、他」「, et al」を用いて略記する）。表題（フルタイトルを記載）、雑誌名、発行年（西暦）、巻数（号数）、頁一頁。

例 1) 佐藤太郎, 青木二郎, 山田三郎, 他. 思春期の月経異常. 母性衛生. 2003, 44(1), 1-10.
2) Johnson H, Smith EC, Wilson P, et al. Premature labor and infant mortality. Am J Obstet

Gynecol. 2002, 159, 65-68

(単行本の場合)

編者名. 書名. 発行地. 発行所. 発行年 (西暦).

例 1) 松本一郎編. 受胎調節の実際. 東京, 第一出版, 1999.

2) William J. Family structure and function. Philadelphia, Saunders, 2002.

(単行本の一部を引用した場合)

著者名. 表題. 編者名. 書名. 発行地. 発行所. 発行年 (西暦), 頁-頁.

例 1) 松本五郎. 受胎告知. 松本一郎編. 受胎調節の実際. 東京, 第一出版, 1999, 1-10.

2) William J. Family structure. Conn ed. Family structure and function. Philadelphia, Saunders, 2002.1-10.

9. 印刷の初校: 著者が行う。ただし、組版面積に影響を与えるような改変や組み換えは認めない。
10. 論文の掲載料: 規定内に要する費用は無料とする。なお、カラー印刷は有料とする。
11. 投稿論文の採否、掲載の順序: 査読者の意見を参考にして編集会議で決定する。掲載の順序は原則として投稿順による。採用した原稿等は原則として返却しない。
12. 論文の別刷: 別刷は30部までは無料とし、それを越える場合は投稿者の負担とする。
13. 原稿の送付方法および送付先: 論文はe-メールで送付とし、オリジナル原稿1部 (写真はオリジナル原稿と同じものを使用) とサイン済みの著作権および利益相反申告書を郵送する。原稿には責任者の連絡先 (メールアドレスも含む) を明記する。原稿の送付先は下記宛とする。
14. 本誌に掲載した論文の著作権はすべて静岡県母性衛生学会に帰属する。

〒420-8660 静岡県静岡市葵区漆山860

静岡県立こども病院周産期センター

address: nishiguchi-t@sch.pref.shizuoka.jp

投稿論文チェックリスト

表題： _____

筆頭著者名： _____

1. 下記の項目について確認のうえ、チェックを入れて下さい。

- ☐ 原稿は、A4判用紙（1ページあたり30字×30行）に、12ポイントで作成したか
- ☐ 表紙・要旨（和文）・テキスト（緒言・方法・成績・考察・結語）文献、抄録（英文）、図表の脚注、図表になっているか。
- ☐ 本文に通しページ（原稿下部の中央）を入れたか。
- ☐ 本文および要旨の字数はあっているか。
- ☐ 図表は白黒あるいはグレースケールで作成したか。
- ☐ 図表の解説文は添付したか。
- ☐ 図表の挿入箇所は、原稿の欄外に記入したか。
- ☐ 文献の記載方法は適切であるか（文献番号は本文に引用した順序で、1）から記載）。
- ☐ キーワードをつけてあるか。（5個以内）
- ☐ 表紙には、表題、著者名、所属機関名、連絡先を記載したか。
連絡先には、筆頭者名、郵便番号、住所、所属、電話番号、ファックス番号、E-Mailアドレスが記載されているか。
表題、著者、所属機関名を英文で併記したか。
- ☐ 研究における倫理的配慮について記載したか。
臨床研究や知見に関する論文は倫理委員会・臨床受託研究審査委員会の承認を得た研究であることを表記したか。
- ☐ 本文、図表に、個人が特定される情報が含まれていないか。
- ☐ 統計処理法は明記されているか。
- ☐ 研究遂行や論文作成に関わる助成や経済的支援等があれば、その旨記載したか。

2. 投稿直前のチェック（下記の項目について確認して下さい。）

- ☐ 投稿論文の「表紙」の内容は投稿規定のとおりになっているか。
- ☐ 本文にはページを入れたか、本文、図表の枚数等を確認したか、欠落はないか、原稿の欄外に挿入希望位置を記入したか。
- ☐ 原稿は、正1部、副2部あるか。
- ☐ 「静岡県母性衛生学会誌の著作権に関する届出書」を添付したか。
- ☐ 「静岡県母性衛生学会誌投稿者の利益相反に関する自己申告書」を添付したか。
- ☐ 電子媒体（CD-R）は最終校正の段階で郵送してください。（返却しません）
使用OS名（Windows XP、Vista、Windows7, Mac）を記載したか。
仕様ソフトウェア名（MS: Windows2002あるいは2007）を記載したか。

静岡県母性衛生学会誌の著作権に関する届出書

静岡県母性衛生学会会長 殿

雑誌名 静岡県母性衛生学会誌

著作物名

(論文名)

著者名

(共同著者も含む)

1. 上記著作物が当該定期刊行物に記載された場合の転載、翻訳、翻案、複製、譲渡及び公衆送信権（自動公衆送信の場合にあつては、送信可能化を含む）の権利を静岡県母性衛生学会に譲渡します。
2. これらの諸権利の第三者への許諾は、学会によって行うことを了承します。

平成 年 月 日

筆頭著者名（自著）

静岡県母性衛生学会誌投稿者の利益相反自己申告書

著作物（論文名） _____

著者名（共著者も含む） _____

平成 年 月 日 投稿者氏名（自署） _____

	金額	該当の状況	該当の有る場合、企業名等
役員・顧問職	100 万円以上	有り・無し	
株	利益 100 万円以上/全 株式 5%以上	有り・無し	
特許使用料	100 万円以上	有り・無し	
講演料など	50 万円以上	有り・無し	
原稿料など	50 万円以上	有り・無し	
研究費	200 万円以上	有り・無し	
その他報酬	5 万円以上	有り・無し	

静岡県母性衛生学会入会手続きのご案内

当会への入会手続きは下記のとおりです。

① 入会申込書

申込書の枠内に必要事項をご記入の上 FAX でご送付ください。

② 年会費

年会費は2000円です。入会金は不要です。

入 会 申 込 書

静岡県母性衛生学会会長殿

____年 ____月 ____日受付

氏 名 (必須)					
職 種 (必須)	医師	助産師	看護師	栄養士	保健師 学校職員
勤務先又は 学校名 (必須)					
勤務先又は 学校の住所	希望される郵送先の住所をご記入ください。			TEL	()
自宅住所				TEL	()

☆FAX 送信先

静岡県立こども病院 周産期センター

FAX 番号 : 054-247-9581

※お問い合わせは下記へお願い致します。

〒420-0839

静岡市葵区鷹匠 3-6-3 静岡県医師会館 静岡県産婦人科医会

静岡県母性衛生学会事務局

TEL : 054-245-0134 FAX : 054-245-0143

変 更 ・ 退 会 届

年 月 日

静岡県母性衛生学会会長殿

今般、下記の通り変更がありましたので、お届け致します。

フリガナ
会員名

印

職 種 医師 助産師 看護師 栄養士 保健師 学校職員

①変更（変更事項を記入して下さい）

	新	旧
氏 名		
勤務先 又は学校名		
勤務先又は 学校の住所	〒 TEL ()	〒 TEL ()
自宅住所	〒 TEL ()	〒 TEL ()
連絡先	勤務先 自宅 (いずれかに○印を付けて下さい)	

②退会

_____年度を以って退会させて頂きます。

退会理由（該当する理由に○印を付けて下さい）

- 1：退職・閉院 2：転科 3：健康上の理由 4：転勤・転居
5：その他（ ）

事務局記入欄

受付日	手続日	会 費	係印	検印
年 月 日	年 月 日	完納／未納（ 年）		

編集後記

第3巻発刊にあたり、ご協力賜りました会員各位の皆様、
ならびに査読者の方々に厚く御礼申し上げます。

査読者一覧（50音順・敬称略）

赤堀彰夫
伊東宏晃
太田尚子
金山尚裕
久保田君枝
小林隆夫
鈴木康之
西口富三

静岡県母性衛生学会学術雑誌 第3巻1号

平成25年8月29日 発行

事務所 〒420-0839 静岡市葵区鷹匠3-6-3

（静岡県医師会館6F 静岡県産婦人科医会事務局内）

TEL 054-245-0134

FAX 054-245-0143

E-mail: nichibo-shizuoka@po2.across.or.jp

発行所 静岡県母性衛生学会

発行人 西口 富三

印刷所 大日紙業株式会社