

尿失禁予防と改善に関する助産婦の認識

－ 5 人の助産婦の聞き書き調査から －

河内美江

目次

1. はじめに
2. 尿失禁と妊娠・出産に関わる研究動向
3. 助産婦の役割と出産の変化
4. 調査目的
5. 調査方法および対象者
6. 調査結果と考察
7. 結論
8. おわりに

1. はじめに

現在、尿失禁に関する関心が高まりつつある。理由として考えられることは、高齢社会を迎え、QOL についての関心が高まってきたことや女性の社会進出により、女性に起こりやすい尿失禁（妊娠・出産や解剖学的な理由から）が問題視され始め、女性側からの訴えが増えてきたこと、また、医療者側からも尿失禁を問題視するようになり、尿失禁のある者に対して医学的なアプローチをするようになってきた等である。

イギリスやスウェーデン、オーストラリア、アメリカ等の国々では、1980 年代頃より尿失禁に関する研究や対応が積極的に始まってきており、コンチネンスアドバイザーや排泄専門看護婦とよばれる失禁専門の看護婦が生まれている^{1) - 2)}。日本においては、1990 年頃より関心が高まり始めた。例えば、民間の団体である「日本コンチネンス協会」(1993) の設立³⁾ や日本看護協会による認定看護師制度 (1996) の中に「創傷・オストミー・失禁看護」が位置づけられたことがあげられる。また、1990 年以降、泌尿器科や産婦人科を中心に尿失禁外来や排尿障害外来が開設されはじめ、急激に増加している。1995 年頃からは、

尿失禁に関する調査や研究が数多くされるようになってきた。それらの結果によると、尿失禁と加齢の関連性の他に妊娠・出産との関連性が報告されている^{4) - 9)}。

こうした状況から、尿失禁への関心が高まりつつあるが、いまだ尿失禁に対しての知識の普及や支援は少ないのが現状である。上述のような先行研究の結果から、尿失禁予防における助産婦の役割は重要であると考えられる。なぜなら、妊娠・出産時期に関わっている助産婦の対応しだいでは、予防策や改善策を投げかけられる役割を担えるからである。

しかし、尿失禁予防と改善に向けた助産婦の役割についての先行研究は、あまりみられない。また、尿失禁予防における助産婦の実態調査をしている研究も現在みあたらない。そのため、今後、助産婦の役割の中に含まれる尿失禁予防の役割を見いだすために現職助産婦への聞き書き調査を行った。

2. 尿失禁と妊娠・出産に関わる研究動向

日本において、尿失禁と妊娠・出産との関連性についての研究が数多くなされるようになったのは、1995 年以降である。当初は、健康女性を対象にしたものがいくつか報告されている。その報告によると、3 ～ 4 割の女性に尿失禁経験がある^{10) - 12)}と述べられている。1997 年頃から、妊婦や褥婦を対象に尿失禁の実態が明らかにされるようになってきた。それぞれの先行研究をもとにすると、妊娠中の尿失禁の経験は 3 ～ 7 割におよび、出産直後は約 4 割であり、出産後 1 ヶ月すると 1 ～ 2 割であるとの報告が多い^{13) - 17)}。また、出産回数や経膣分娩、骨盤底に負担のかかる出産形態（分娩第Ⅱ期遷延、クリステレル胎児圧

出法)による影響があるとの報告もみられる^{18) - 19)}。そして、尿失禁は出産後一旦は改善するものの、中高年になる頃、再度経験する可能性も示唆されている²⁰⁾。

しかし、尿失禁と妊娠・出産との関連性が少しずつ明らかになる中で、尿失禁予防と改善に向けた助産婦の役割についての先行研究は、数が少ない現状であった。これは、日本で尿失禁がクローズアップされてきたのが1990年代に入ってからであるためと思われる。数少ない先行研究である小松ら²¹⁾や近藤²²⁾の論文は、尿失禁のあるものに対する具体的な援助について書かれているものであった。高島ら²³⁾の報告は、尿失禁のある1事例からの展開であるが、助産婦の役割について具体的に書かれている先駆的なものであった。

このように具体的な援助について研究がなされるようになってきたが、助産婦は尿失禁予防と改善に向けて実際どのような援助をしているのだろうか。その実態を調査している研究は、現在見あたらない。

尿失禁と妊娠・出産が関連すると考えると、尿失禁を予防するためには、妊娠・出産時の対応をいかにするのが大きく関わってくると考えられる。対応次第では、尿失禁の予防につながり、また反対に、尿失禁を増悪させることにもなり、その対応は助産婦の役割の一つとして極めて重要である。助産婦個人個人が尿失禁との関連要因を認識できるようになれば、妊娠期間や出産場面において、関連要因を取り除くための援助が実施できると考えられる。たとえば、出産時の体位や会陰保護、呼吸法などの援助が尿失禁予防という観点からも実施していけるのではないかと考えられる。そのためには、尿失禁予防に対する助産婦の考え方や対応状況を調査する必要性がでてくる。谷川²⁴⁾が述べているように、まだ十分な指導とケアがなされていないのが現状であり、助産婦自身の意識改革の必要性があると考えられる。この視点からの調査が必要で

ある。

また、尿失禁予防に対する助産婦の役割について書かれている文献が少なかった理由の一つは、助産婦自身が妊娠・出産時の尿失禁を問題視したとしても、対象者との関わりが一時的であることが多く、その後の経過や影響について継続して対応していくことができない現状があるからと考えられる。しかし、今後さらに高齢化が進む中で、QOLの向上のための対策として助産婦としてできる尿失禁予防を視野に入れることは、非常に重要であると考えられる。このことは、女性自身が自分の健康についての正確な知識と必要な援助が得られ、自己決定し、自尊心を保ちながら自分の人生を過ごすことが大切であることから言える。

3. 助産婦の役割と出産の変化

助産婦は、女性やその家族、地域社会に対し多岐にわたるケアや助言をする職種であり、特に、正常な妊娠、正常な出産については、自己の責任において出産を介助することができる専門職である。

この助産婦についてのWHOの定義は、「助産婦は、国から正式に認可された助産教育課程に正式に入学し、助産学の所定の科目を履修したもので、助産業務を行うために登録されたもの、および／あるいは法律により免許をあたえられるための必要な資格を取得したものである。業務の範囲として、助産婦は、女性の妊娠、陣痛、産後の各期間中に、必要な監督、ケアおよび助言を与え、自分自身の責任において分娩を介助し、新生児および乳児のケアを行うことができないなければならない。このケアには、予防的措置、母と子の異常な状態の発見、医学的援助の調達、医学的援助が得られない場合の緊急措置の実施が含まれる。助産婦は、患者のためだけでなく、家族および地域社会のなかでも、健康についての相談および教育にも重要な役割を持っている。

その活動は、産前教育および親になるための準備も含み、さらに、婦人科の一部の領域、家族計画および育児にまでおよぶ。助産婦は、病院、診療所、保健所、家庭、その他のサービスの場で就業することができる。」(1966)としている²⁵⁾。また、ICM (International Confederation of Midwives: 国際助産婦連盟) における助産婦の定義でもWHOの定義と同一の定義が採択されている(1972 採択、1990 年改定)。

各国の助産婦の定義は、その国の法律や文化により異なっている。日本においては、1874 年(明治 7 年)の医制により、産婆の資格が規制され、1899 年(明治 32 年)に産婆規則、1948 年(昭和 23 年)の保健婦助産婦看護婦法により、助産婦の定義や身分が明示された。保健婦助産婦看護婦法によると、「助産婦とは、厚生大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じょく婦若しくは新生児の保健指導をなすことを業とする女子をいう」(第 3 条)としており、第 30 条には、「助産婦でなければ、第 3 条に規定する業をしてはならない」と女性による助産婦業務の独占が明示されている。全国助産婦教育協議会では、「助産婦とは独自の判断で助産過程を展開し、さらに広く母子および家族の健康と福祉を促進することを目的とし、健康生活上の援助を行う専門職である。」(1986 年)としている²⁶⁾。

このように助産婦は、女性やその家族、地域社会を対象とした専門職であり、自己の責任において出産を介助することができるが、現在の出産状況は、戦前の状況とかなり変化してきている。日本における第二次世界大戦前の出産の状況は、医療介入のほとんどない自然な出産が主流であった。1950 年(昭和 25 年)には、施設外出産が 95.4 %であり、ほとんどが自宅出産であった²⁷⁾。しかし、戦後から出産の状況は変化し、医師立ち会ひの出産が主流となり医療介入が頻繁に行われている状況がみられだした(1947 年:助産婦立ち会

い 92.1 %、医師立ち会ひ 3.5 %。1994 年:助産婦立ち会ひ 2.1 %、医師立ち会ひ 97.9 %²⁸⁾)。戦後、GHQ (連合国軍総司令部) は、不衛生な環境の中で、尚かつ医師の存在しない日本のお産状況を改善しなければならないと、政策にのりだした。アメリカで行われていた出産形態を奨励し、これに厚生省の力がくわわっていった。そして、日本助産婦会が解散を余儀なくされ、助産婦は、日本看護協会に吸収される形となった。さらに安全性や衛生的な環境を求めた産む側の要望もくわわって、出産が急激に変化していった。日本における出産は、1950 年では病院・診療所での出産が 4.0 %、助産所 0.5 %、自宅・その他 95.4 %であったものが、1960 年には、病院・診療所 41.6 %、助産所 8.5 %、自宅・その他 49.9 %となり、さらに 1980 年には、病院・診療所 95.7 %、助産所 3.8 %、自宅・その他 0.5 %となっていた²⁹⁾。出産に産科医が立ち会うようになり、分娩台の上で仰向による出産、会陰切開が慣例的に行われ、陣痛促進剤の使用や吸引分娩や鉗子分娩の率が増える等の医療介入の多い出産へと変化していった。

しかし、1970 年頃から行き過ぎた産科医療に対する批判が欧米諸国を中心に始まり、出産の改革が進んできた。1979 年にWHOのヨーロッパ地域事務局及びアメリカ地域事務局、全アメリカ保健機構は、1970 年代頃から帝王切開率が増えたことや管理分娩が増えたがその割には周産期死亡率が改善されないこと、医療介入が増えたことによる莫大なるコストの上昇などの理由により、産科医療の見直しに乗り出した。これには、助産婦、産科医、小児科医、保健行政に関わる政府関係者、社会学者、心理学者、経済学者、サービスの受け手から成る 60 余名の参加者を迎え、合同会議が行われた。そして、1985 年にWHOの「WHO出産科学技術に関する勧告」³⁰⁾に至り、欧米に向けて発信された。

また、1970 年代からイギリスを中心に「科

学的にみて有効な医療」を追求する動きが盛んになり始め、マタニティーケアに関してもひとつひとつの処置について追求され始めた。その結果、二つの大きな出版物が出来上がった。その一つは、1989年に出版された『Effective Care in Pregnancy and Childbirth』³¹⁾である。これは、統計的調査から得られた結論に基づいて書かれているもので、1950年から世界で発行されている産科医療ジャーナルを調査し、無作為抽出法による対照実験からデータを比較したものである。もう一つは、レビューのために定期的に改訂されるデータベースである。そして、これらの出版物の内容が手軽に利用できるように『A Guide to Effective Care in Pregnancy & Childbirth』³²⁾が1989年に出版され、1995年には、改訂第2版が出された。その改訂本の全訳が、1997年に『妊娠・出産ケアガイド』として日本においても出版されている³³⁾。この中で、会陰切開について、会陰切開を慣例的に行う者は、骨盤底筋の伸展を防ぐために、産後の尿失禁や子宮脱の発生を予防できると主張することが多い。もし、骨盤底の保護に真に役立つならば、通常よりもっと大きい会陰切開が必要だろう。尿失禁が経膈分娩によって起こるのではないかという疑問については、いまだ論争が続いていると指摘している。

さらに、1996年WHOは、『Care in normal birth: a practical guide』を発行した。1997年に日本でも『WHOの59カ条 お産のケア実践ガイド』³⁴⁾として全訳が出版されている。これは、先進国の産科医療の乱用に着目し（出産から人間性を奪い、女性がモノ扱いされていることに対しての警戒として）書かれた1985年のWHO「出産科学技術に関する勧告」に欠けていた要素をカバーしながら信頼のおける良質な研究をもとに入念に検証した結果である。1985年の勧告は、たった三枚の紙に書かれた、まるで挑戦状のように産科医療に向けて発せられた勧告内容だったので、多く

の産科医が戸惑い、逆に不評を買うものとなった。処置のひとつひとつの勧告内容に関しての納得のいく根拠がはっきりしていないうえに、具体的に何をするのがよいのかの説明がない点も批判的となった。今回のものは、このように欠けていたものをカバーしながら、妊娠してから出産が終わるまでの間、正常で健康な妊・産婦のケアがどうあるべきかについて書かれている。この中に、会陰切開を行う正当な理由が3つあげられている。①胎児仮死の徴候がみられていること。②出産の進み方が不十分なこと。③第Ⅲ度裂傷を起こす恐れがあること。また、会陰切開を積極的に実施するためのその他の理由として、以下の4つがあげられている。①裂傷より修復しやすく治りも早い。②会陰切開は重度の会陰裂傷を防ぐ。③会陰切開は児頭の損傷を防ぐ。④会陰切開は骨盤底筋の損傷を防ぎ、したがって尿失禁を予防する。しかし、これらの理由に基づく会陰切開の正当性を裏付けるものは、データからは得られていない（Sleep ら³⁵⁾、Harrison ら³⁶⁾、House ら³⁷⁾）。さらに、「会陰切開を多用すると、会陰部外傷率はさらに増加し、児を会陰切開によって保護する効果については、何の証拠もありません（アプガー指数も新生児入院率にも変わりがなかった）。産後3年間の追跡調査によれば、会陰切開の多用による尿失禁への影響もみられませんでした」³⁸⁾と指摘している。この『Care in normal birth: a practical guide』の中でWHOは、「正常な出産の自然な過程を妨害するには、そのための確固とした理由がなければならない」と出産に関する基本姿勢を説いている。

また、アメリカ母子保健財団会長のドリス・ヘアは、出産から3カ月たった697人の女性を追跡したところ、会陰切開を受けた人よりも、自然に会陰裂傷が起きた人の方が痛みが少ないことが判明した。性機能に関しては、会陰が全く損なわれていない女性や、自然に会陰裂傷が起こった女性が優れていた。骨盤

底の筋肉は、何ら会陰が損なわれていない女性が最も強く、会陰切開によって第Ⅲ第Ⅳ裂傷が広がった女性は、骨盤底筋肉が最も弱いと報告をしている³⁹⁾。

このように、これまでルーティーン化して行われてきた会陰切開等の産科医療が科学的な根拠に基づいて使用されているかどうかの検証が過去 20 年間続けられてきた。しかし、海外におけるこのような調査報告が日本の現状と一致するものではないものもあると考えられ、日本国内における調査研究を進めることが望まれている。もちろん、医療により助けられている人も多いが、その反面、医療による効果が期待できない場合もある。

日本国内では、ルーティーンの処置を見直す考えが 1990 年代頃より頻繁に議題に上るようになって来たが、いまだにルーティーンの処置が行われている施設が多いのが現状である。筆者が立ち会ってきた出産でも、産婦が会陰切開をうける率は非常に高い状況であった。そして、会陰切開をうけた者とうけなかった者では、出産後の行動や精神面に違いがみられていた。会陰切開をうけた者は、切開による痛みをかかえながら授乳をしなければならず、育児への影響が大きい状況がみられていた。この苦痛な状況を少しでも減らすしていくためには、産む側にとって本当に必要な医療であるかどうかを判断していくことが必要であると考えられる。また、医療費の増大による経済の問題もクローズアップされ、適正な医療が求められてきている現在、妊娠・出産の時期に密接に関わっており、正常な出産であれば産婦を主体とした出産を責任もって介助できる助産婦は、尿失禁予防の立場からも、どのような出産の支援が良いのかを知り、対応をしていくことが望まれると考えられる。また、産む側が十分に出産に関する説明を受け、自己決定しながら出産できるようにすることも必要である。

このように出産が変化している状況の中で、

尿失禁予防と改善に向けた助産婦の役割を位置づけた場合、妊娠・出産の時期に関われることには何があるのか、また、妊娠・出産の時期以外に関われることには何があるのかを明らかにする必要がある。その役割を明らかにするためには、過去の出産の状況もふまえ、現在の状況を確認していくことも必然的に必要である。なぜなら、主に出産の場面に携わってきた助産婦たちがどのような認識をもち、対応してきたか、その変化と現在の現役助産婦たちの認識のもとに、この先の出産のあり方や助産婦の役割を打ち出していくためである。

4. 調査目的

助産婦を対象に 1) と 2) についての認識と実態を把握する。

- 1) 尿失禁の現状や尿失禁についての考え方、対応状況等。
- 2) 携わってきた出産の変化。

5. 調査方法および対象者

1) 調査方法

面接法による聞き書き調査。実施時間は、1 名につき、30 分～60 分とした。対象者には、カセットテープに録音することの承諾を得、後に逐語録としておこした。

調査項目は、以下の 9 項目である。

- ①属性
- ②助産婦の役割の中の尿失禁予防のとらえ方
- ③尿失禁予防として助産婦が実際に関わっていること
- ④どんな要因が尿失禁と関連しているか(出産形態)
- ⑤助産婦が関われること(理想)
- ⑥対象者から尿失禁についての相談があるのか
- ⑦成人期、更年期の対象者への関わり
- ⑧尿失禁について話題にするか

⑨助産婦として携わってきた出産の変化

2) 調査対象

対象は、助産婦 5 名である。内訳は、助産院開業助産婦 1 名、看護系短期大学勤務助産婦 1 名、病院勤務助産婦 2 名、個人医院勤務助産婦 1 名である。

3) 調査期間

平成 2000 年 1 月～2 月

6. 調査結果と考察

助産婦の聞き書き調査（表 1～5）

（1）助産婦の役割の中の尿失禁予防のとりえ方は、以下の状況であった。

①助産婦は、排泄に関して大切だと捉えていたり、排泄の問題の中で、尿閉については注意して確認している現状が理解できる。出産前後を通して起こりやすい排泄の問題意識は、高いようである。

②尿失禁予防の捉え方は、助産婦の間で様々であった。妊娠中の尿失禁については、ある程度自然的なもので仕方がないと捉えている助産婦がほとんどであった。出産後の尿失禁については、「回復するもの」と捉えている助産婦と「何とかしてあげたい」と考えている助産婦が存在している。そして、尿失禁について関心がほとんどない助産婦もいた。2 年前から尿失禁を研究テーマにしている病院勤務助産婦は、研究が始まってから尿失禁について意識しだしたと述べている。

これらのことから、出産後に起こる排泄の問題の中で、神経の損傷が原因として考えられる尿閉や尿意欠如は意識してあがるが、少しぐらい漏れてしまう尿失禁については、意識しづらい問題であることが予測できる。しかし、出産後の尿失禁の状況を調査や勉強している助産婦たちは、出産の時の関わりの大切さを考えていた。

（2）尿失禁予防として助産婦が実際に関わっていることは、以下の点があげられた。

①妊娠中から産褥の時期にかけての骨盤底

筋体操の指導があげられた。

②助産院を 50 年以上続けている助産婦は、出産後の母親の安静にも配慮しており、出産直後からの重労働を避け、骨盤底に負担がかからないように対処している。

③尿失禁が実際にある人に対しては、排尿中に途中で排尿を止めることで骨盤底筋力の状況を確認するようにすすめている助産婦や肛門引き締め運動を進めている助産婦も存在している。

（3）尿失禁と関連している要因として考えられることは、以下の内容であった。

①分娩回数・会陰切開・会陰裂傷・吸引／鉗子分娩・急産分娩・遷延分娩・促進剤の使用等があげられており、出産時に助産婦の対応を考慮することの必要性を述べている。

②助産院開業助産婦は、医療介入がありすぎることが尿失禁を起こさせるとし、自然出産であれば尿失禁という問題は起きないのではないかと述べている。

③どんなお産の形態が尿失禁と関連しているかわからないと述べている助産婦もいる。

このような内容の違いは、助産婦の尿失禁予防の捉え方の個人差に影響されていると考えられる。

（4）尿失禁予防として助産婦が関わられると考えられる内容（理想）は、以下の点があげられた。

①産むときのお手伝いをする時に、この先の身体の変化について見越して予防的に関わっていくこと。

②出産後は、子どものことに集中する時期なので、自分自身のことも気をつけることができるようにフォローしていくこと。

③尿失禁経験者からは訴えにくいものであるため、助産婦から話題にすること。

④この先、身体変化が起きたときに、行動できるきっかけをつくっておくこと。

このように助産婦たちは、尿失禁予防としてできる助産婦の役割について考えているこ

とが理解できた。しかし、実際に尿失禁経験者からの相談があるかをたずねた結果、相談を受けたことがない、または、少ない相談状況であった。従って、助産婦側からの投げかけが不足していると考えられ、この点の意識改革の必要性があげられる。

(5) 成人期・更年期の対象者へ関われる内容は、以下の結果であった。

①助産婦たちは、女性を対象としている専門職であるので、女性の生涯をみていく必要性を感じているようである。特に、年をとってから子宮脱を起こす人が多い状況から、失禁予防の必要性を感じている。

②実際の職場の業務の中に更年期の人たちが対象者として含まれない現状から、実際の対応は少ない状況である。

③子どもを産まなかった人たちの対応を考える課題も感じている。

このように、助産婦は、役割の中に更年期の女性に対する尿失禁予防も充分に入ると考えていると思われる。

(6) 尿失禁について話題にするかについてである。

①ほとんどの助産婦が意識して話題にしない状況にある。

②タブー観は、ないと述べている助産婦もいるが、口に出して言うものではないという意識もあるようである。

どちらにしても、尿失禁は、話題に出にくいものであることが理解できた。話題に出にくい理由として以下の点が考えられる。

i) 助産婦個人の尿失禁についてのタブー観。

ii) 尿失禁を問題として捉えているかどうかの意識の違い。

iii) 妊婦や褥婦からの訴えが少ない。

(7) 出産の変化についての点である。

① 5 人の内、2 人の助産婦からは、時代の流れの中で出産に変化があったことが明らかになった。

助産院開業助産婦の場合は、戦後 10 年ほどは自宅出産が主であり、しかも出産件数もかなり多い状況であった。これは、人口動態統計⁴⁰⁾によるものと時代が一致する。そして、この助産婦の出産に対する考え方は、現時点でも会陰切開や剃毛のない自然経過を重視する介助方法であり、現在の医療介入の多い出産状況が尿失禁を引き起こしているのではないかとの考えを持っている。

また、大学病院勤務助産婦の長かった短期大学勤務助産婦からは、大学病院内において 20 年前までの出産状況が現在の状況と違っていたことがわかった。20 年前までは医師はいるだけで良いという姿勢であり、助産婦もそばに居るだけの存在で、出産する人と出てくる胎児がメインであるという環境であった。このことがどの病院においても一般的な状況であったかどうかはわからないが、1970 年代～1980 年代にかけて、この大学病院においても病院や診療所における出産が増加の一途をたどる時期、病院内における出産が、医療介入の多い出産にすぐに移行したのではないようである。病院の中においても現在の出産状況に至るまでに移行期があったことが予測される。

② 3 人の助産婦からは、現在の出産状況について理解することができる。

10 年ほど前での病院や個人医院における出産は、現在の出産状況とほとんど変化がみられておらず、会陰切開をし、誘発分娩も頻繁に行われている状況であり、産科医療の実施率は高い状況を維持していると考えられる。入職時からこのような出産状況の中で助産婦として勤務することにより、産科医療に対する疑問や出産に対する受け止め方には、先のふたりの助産婦と相違がある可能性がある。

尿失禁予防や改善の立場から、現在の出産状況を見直し、今後の出産のあり方について、助産婦をはじめ医師たちや産婦たちと考察していかなければならない必要性がある。

7. 結論

助産婦の聞き書き調査から以下のことが把握できた。

1) 尿失禁の現状や尿失禁についての考え方、対応状況等について。

助産婦ひとりひとりには、尿失禁の予防的役割があると、考えていることがわかった。しかし、実際の対応状況は、助産婦個人の尿失禁の捉え方に左右されており、積極的に対応している者とほとんど対応していない者が存在していた。この対応の違いは、施設の差としても出ると予測できる。特に、調査や勉強をしている施設の助産婦は、積極的に尿失禁予防に乗り出していることもあり、情報提供のあり方しだいでは、助産婦の対応が積極的な対応に変化する可能性があると考えられる。

2) 助産婦たちが携わってきた出産の変化について。

助産院開業助産婦より、戦後10年ほどは自宅出産が主であり、短期大学勤務助産婦より、20年前までは1大学病院内においても、医療介入の少ない出産状況がみられていたことが解った。

そして、時代とともに変化してきた出産の変化を意識している2人の助産婦は、現在の産科医療の介入の多い出産状況に対する疑問を抱いていることが理解できた。

以上の点から、変化してきた出産状況にも目を向け、尿失禁との関連性を検討しながら今後の出産のあり方や助産婦の役割についても考え、助産婦の意識改革を勧めていく必要があることがわかった。

査対象を増やししながら妊娠・出産に対する考え方や尿失禁予防や改善のための役割についての実態調査を進めていきたい。そして、医療介入の多い出産状況に疑問を持ち、助産婦としてできる尿失禁予防と改善のための具体的援助が実施できるようにすることが課題である。

8. おわりに

今回の助産婦の聞き書き調査からは、個人個人の尿失禁に関する考え方や対応の違い、および出産の変化とそれに対する考え方を知ることができた。しかし、数人の助産婦からの聞き書きであり、十分な把握には至らなかった。今後、年代層や勤務場所を考慮し、調

尿失禁予防と改善に関する助産婦の認識

表1 助産院開業助産婦

属性	助産婦の役割 の中の尿失禁 予防の考え方	尿失禁予防とし て助産婦が実際 にかかわっている こと	どんな要因 が尿失禁と 関連してい るか(出産 形態)
75歳。助産 婦歴50年以 上(出張専門 の助産婦。併 行し、最近の 10年は、総 合病院と嘱託 の開業医のと ころで呼ばれ ると介助に 行っている。)	自然な経過 をすれば、排 泄障害はほ とんどない。 自然がいち ばん予防に なる。	出産後は、1週 間毎日通って、 沐浴と悪露交 換、乳房マッ サージをした。 昔は、すぐに働 かされて重いも のをもちたり、 安静にさせても らえないので、 1週間わざわざ 出向いた。出か けていくと母親 は横になれる から、骨盤底に 負担もかから ないし、尿漏れ にも良かったの ではないか。	会陰切開 は、影響 するの ではないか な。

尿失禁予防と して助産婦が 関われること (理想)	対象者から尿 失禁について の相談がある のか	成人期、更年期 の対象者への関 わり(実際と理 想)	尿失禁に ついて、話 題にするか	助産婦として携わってきた出産の変化
会陰切開を すぐに入れた り、促進剤を 使用したり、 押したりしな いことだね。	尿漏れの相 談は、受けた ことがなし。 自然分娩だ と、ないと思 いますよ。今 多いのは、医 療介入があ りすぎるから じゃないか な。昔は、少 なかったと思 いますよ。	妊娠と出産を 主でしているの で、中高年 の人の相談はな いからねえ。	尿失禁が あるかを 自分から 聞いたこ とがない が、タ ブー観は ない。	分娩件数: 数千件、お産の現状: 自然出産のみ、会陰切開率: 初産婦・経産婦ともに切開をしたことはない。誘発分娩: 薬剤を使用したことはない。自然に陣痛がくるのが一番。無理に熟していないのに押されてもいいことないですよ。吸引・鉗子分娩: なし。今は、なかなか自宅で産む人も少ないけど、それに比べられる助産婦はいないんですよ。自分の体力の衰えとか、何かあったとき困るとか、そういう気持ちが先に立ちちゃうから。私は、今も昔のまんまやっているんですよ。自宅出産は、まれですよ。会陰切開したら、助産婦の価値ないですよ。会陰が本当に薄くなって、皮みたいに薄くなりますけど、ここで保護するんです。体位は好きな体位ですよ。頼りになるのは旦那さんですからね。でも、人によっては、そんな所にいられるか、という昔の考えの人もいる。流産は、前の晩に出なかったら、しますね。導尿は、傷がでちゃうと、細菌でもついたりやういだから、お産前には必ずしはしないですね。病院だと、硬いベッドの上で脚を固定されてね。自宅だと、好きなように体位を変えられるからいいね。自然に出てくるんだから、急がなくていいよね。お産は急いじゃだめですよ。急ぐとどうしても切ったりなんかすると、出血も多くなるしねえ。昔、よく言った。栗のいがが熟して、自分であけてポンと落ちるのが一番、病院だとそこまで待てないんですよ。そうすると、赤ちゃんは、産道がせまいから、全部絞られて、羊水を自分で吐いてきますね。胎盤は、あまり急がない方がいいんですよ。牽引するとね、どうしても剥離面から網膜血管からどんどん出血してくるんですよ。だから、なるだけ引っ張らないで、自然な力でだんだん剥がれてくるから、そうすると出血がないんですよ。だって、10カ月もくっついてそこから栄養をとっていたんでしょ。だから、時間かけないと。剥毛は、結局先生たちが中の方をみるためにするんでしょから、あってじゃまになるもんじゃなしね。 昔は、ご本人が自分で産むという感じだったし、助産婦そのものもお医者さんなんか頼んだら、下手だからという感じだった。仮死状態とか、出血が止まらないとか、そういうことがないと、先生を呼ばなかったですね。妊婦健診は、病院と同じですよ。血圧・浮腫・検尿など。血圧と検尿が一番大切ですよ。昔は、子煩悩とかね。体力が無くなっちゃうとか、しょっぱい物を食べ過ぎてとか、今の方が健康管理がいいですね。ただ、あまりにも重視しすぎて、運動不足になっちゃうんですよ。最終後で物のない時代は、おっぱいの出もわるいよね。スキムミルクならいいけど、山羊の乳をもらいにいって、わかって、山羊の乳って強いから、薄めて飲ませました。お産後にお水が出なくて、という人は、いなかったね。精神的なものがうんと大きいんですよ。楽に産まれてしまえば、後はもう回復するの当たり前だし、おっぱいの出も良いですよ。もうね、50年近いんですよ。そうすると年がわかるでしょ。70歳入っている。私が入ったときには、助産婦学校だったんですよ。実技はほとんどないですね。実技は、実際ににお母さんがやっていたんですよ(義母)。嫁に来て、全然知らないで入っちゃったんですよ。そしたら、跡継ぎするんじゃないければ、出て行けというんで。お母さんが、すごいしつかりした人だね。一人っ子でして、うち。だからね、出て行けたって、出ていけないでしょ。助産婦の姿は、閑静じゃなくて、思いもよらなかった。県庁に勤めていたんですよ。タイピストやっててね。県庁で、同じ所でやっている人と結婚したんですよ。だから、こんな田舎に来て、助産婦なんて知らない領域の人だったんですよ。22の時に結婚したんですよ。それから、学校行って、検定うけて、即実地ですよ。すごいピープームで、終戦直後でしょ。大東亜戦争の。それで、もう毎晩3軒も4軒も向かえにくるんですよ。昔は病院に行っても産まないでしょ。終戦直後は、ほとんど自宅ですよ。異常のある人がすぐに病院に連れて行くと、中毒症のある人でしか、病院に行かなかったでしょ。だから、ほとんど毎日。一晩で3人ぐらいでした。子どもを寝かしつけてから出かけたね。そこから10年ぐらいたってから、病院出産になったかしら。出張専門でやってきた。お産で、おもしろいもので連鎖反応で、あつちとこつちで。 お母さんが、おまえもひとりやって見ろと言われ、ひとりで始めていった人のうちには、とても大変だった。すごい大きなお家で、里帰りしてきた方で、お父さんが校長先生だったんで、こんな軍隊さんみたいなおひげして、「たのみますよ」といわれて。お母さんが「こっちは終わったらずいに行くから」と言われたんですけど、なかなか来ないんですよ。それで、う、困っちゃったな、困っちゃったなと待って、そしたら、陣痛が強くなっちゃって、それで無事に産めたんですよ。おぎゃあおぎゃあ、泣いていて下にお母さん駆けつけてきて、産まれたか、良くやったな。からかみの向こうにこう座ってたんですよ。「あー松さん立派な跡継ぎができましたね」とそういつてくれたんですよ。それで点数が上がったんですよ。いつになっても頼ると、責任がね。全部自分でしないといけないから。お産は、自然に経過すると、自然に身体が回復しますよ。相談もないですよ。なるべく母乳で、ミルクをあげないようにして。お母さんの方の回復も早いんですよ。切ったら、縫わなくてはいけないうから、なるべく切れないように。二産婦は、3日もすれば、動き回りたくなるでしょ。そのとき痛いと、動けないでしょ。本人のことを考えてあげれば、できないでしょ。今は、手を加えずですよ。分娩台から降りられないんですよ。痛くてね。お産次第で、排泄の障害も変わりますね。傷があれば、トイレも行きたくないとかあるでしょ。円座もあってあるって人もいますよ。自然なお産に勝つことはないけど、でも、先生の考えもあるしね。昔よく言ったけど、赤ちゃんは全部絞られて出てくるんですよ。外に出て初めて、ハッテ息を吸い込んで、そんなに産道にいても障害がないわけですよ。産道での心配はないと思いますよ。産まれて、胸が張っていても泣かないですよ。全身がひよっと出るとおぎゃあーとなくして、そこで初めて息を吸い込むんですよ。だと思っちゃうね。

表2 看護系短期大学勤務助産婦

属性	助産婦の役割の中の尿失禁予防のとらえ方	尿失禁予防として助産婦が実際にかかわっていること	どんな要因が尿失禁と関連しているか(出産形態)
50歳。助産婦歴:28年(大学病院臨床17年、助産婦学校4年、短期大学7年)。	排泄自体は、大切であるという認識はある。脱肛を元に戻すため、骨盤底筋力回復運動は、促した。結果的に尿失禁を予防することになっていたと思うが、目的は、尿失禁になかった。あと尿失禁を防ぐという考えは、最近考えるようになった。対象者が妊婦・産婦・褥婦であったため、尿閉の事例があった。自分自身、出産後の便失禁の経験から、不安があった。2～3日で治ったのだけれど、怖くてナプキンがはずせなかった。仙骨の神経がどうにかなっちゃった？不安だった。自主的にすごく意識して肛門括約筋を引き締める運動をした。16時間くらいお産でかかったから、分娩時間が長かったからそれだろうと思っていた。後は、お産直後に腹圧がかかりにくくて、尿がちよろよろ出ていて切り上げが悪いのがあった。	妊婦へは、母親学級で腹部の増大に伴う尿漏れがあることは説明していた。実際に、破水かもしれないと来院した人にも、破水ではなく尿漏れということもあった。でも、お産が終わると無くなることだからという対応であった。褥婦へは、脱肛の時の肛門引き締め運動と尿閉に対する観察、言葉がけをした。婦人科の患者とは、接点が少なく、関わりはなかった。膀胱炎の人には、頻尿になるから尿漏れがあるかもしれないが、「いっぱい飲んで、いっぱい出して」という対応をしていた。	分娩経過が長かったから、短かったからという感覚は、なかった。事例で、5日間くらい尿閉になった人が導尿を繰り返して、明日鍼灸の診療所に行くこと決めたら、自然な排尿があった。そんな、回復する時期があるのかもしれない。

尿失禁予防として助産婦が関われること(理想)	対象者から尿失禁についての相談があるのか	成人期、更年期の対象者への関わり(実際と理想)	尿失禁について、話題にするか	助産婦として携わってきた出産の変化
エストロゲンの低下により、これだけのことが起こっているとわかってきているのだから、産むときのお手伝いをするときに、この先の身体の変化について見越して予測的に関わっていくことが必要。退院指導では、退院後1カ月のことではなくて、この先のことをアドバイスする。女性を専門にする職業であれば、産む場のお手伝いをした時に、この先どうアクセスすればよいかを伝える役割があると思う。子宮脱の人もある。子宮脱の人は、本当に骨盤底筋が弱っている結果である。子宮脱の人は、尿失禁もあったかもしれない。ただ、子宮脱に比べれば、「尿失禁なんて」という状況だったかもしれない。実際に病院に行くことなんて考えず、「水をひかえる」ことで終わっていたかもしれない。	入院中に尿失禁について困っているという相談を受けたことはない。	更年期時期の人との接点はあまりなかった。	妊婦に対して、尿漏れの話は出た。分娩後は、尿閉のことが話題になった。	大学病院の分娩件数:30件/月。会陰切開率:初産婦100%。経産婦は、経過をみて決定。誘発分娩:必要時。吸引・鉗子分娩:必要時。松本清一先生がいた頃は、医者はいるだけで良いという姿勢であった。助産婦もそばに居るだけの存在。出産する人と出てくる胎児がメイン。20年前から少しずつそのような考えが変わって、医療介入が増えてきた。

表3 病院助勤務助産婦①

属性	助産婦の役割の中の尿失禁予防の とらえ方	尿失禁予防として助産婦が実 際にかかわっていること	どんな要因が尿失禁と 関連しているか(出産 形態)
33歳。助産婦歴：11年 (総合病院臨床のみ)	尿失禁の研究がテーマになったのは、学会で注目されるようになったからかな。私も意識はしていなかったんですよ。尿失禁が研究テーマになって(2年前から)意識しました。お産1年後も持続している人もいし、お産の回数が増えるごとに高くなっている。お産の時期だけでなく、その後もやっぱり続いていくものなんだなあと思ったら、お産の時の関わりを大切にしようと思っています。妊娠中の尿失禁は、ある程度自然的なもので仕方がないかもしれないけど、お産後の尿失禁は、何とかしてあげたいと思うと、分娩時にかかわるものが大きいのかもしない。よく考えると、お産をめした方で、子宮脱が案外多い。婦人科外来に出ているとわかる。子宮脱の多さを考えると、お産とその後のことが大切。子宮脱の人がペッサリーを入れて、元に戻ると、すごく爽快みたい。「楽になったんだよね」という人が多いから。でも、実際にどんな指導が行っているかという、していないのが現実。	妊娠28週と36週のときに、骨盤底筋体操のパンフレットとトイレの悩みのビデオを見てもらい。尿漏れの有無の確認をする。母親学級でも説明している。分娩時、会陰裂傷ができないように気をつけている。急遽分娩や遷延分娩も尿失禁が起こりやすいと思う。産道を急激に通過するか、じわじわゆっくり通過する場合に。切開より裂傷の方がお産後の尿失禁が多い。裂傷が大きかった時、「尿漏れ大丈夫かなあ」と、気になる。入院中は、産褥1日目に、トイレの悩みのビデオを見てもらい、退院時まで毎日骨盤底筋体操のテープを流して運動を1～2回/日してもらっている。退院日に尿失禁の有無を聞いている。退院後は、3日目の電話訪問時と1カ月健診の時に、尿失禁の有無と体操をしているかを確認する。切開と裂傷のない人は、お産後尿失禁がなかった。子宮脱の人に、肛門を閉める運動はしているが、他はしていない。	分娩回数、児の頭囲、会陰裂傷、吸引分娩、急遽分娩、遷延分娩(骨盤底に負担のかかる経過)、肥満

尿失禁予防として助産婦が関われること(理想)	対象者から尿失禁についての相談があるのか	成人期、更年期の対象者への関わり(実際と理想)	尿失禁について、話題にするか	助産婦として携わってきた出産の変化
育児時期を過ぎると自分自身の身体と向き合えるようになるので、その時期に投げかける。子どもの健診の時に、聞くようにする。	お産直後に訴えてくる人は、少ない。また、退院後、マッサージ外来を通じて自分から訴えてくる人は少ない。お産後の人でさえ言わない。お産後、1年以上尿失禁が持続する人は、失禁のある人たちの中で、17%いる。対象者は、尿失禁があっても問題だとは思っていないみたい。いずれ良くなると思っているのか。尿失禁があるのに興味がないと。	子どもを産まなかった人もいずれは尿漏れが起こっていくかもしれない。その人たちは、どのように情報を得たり、相談したりするのだろうか？地域との結びつきも、「尿失禁があるからお願いします。」とは頼めない状況だと思う。本人が行動できるきっかけを作るのがこの時期だと思う。	妊婦や褥婦は、尿失禁があっても問題だとは思っていないみたい。いずれ良くなると思っているのかもしない。尿失禁があるのに、興味がないと言っている。おしっこになると、受診しないんじゃないか。「おしっこが漏れるようになったやつ」となると、老化現象みたいなイメージが一般的にあるとすると、受診しづらいと思う。病棟スタッフの研究グループは、関心が高い。協力しているスタッフひとりひとりの関心もあると思うが、スタッフ全体としての話題はあまり出ない。	分娩件数：40件/月。お産の現状：できるだけ自然な経過に心がけている。会陰切開率：産婦の経過を見ながら決めている(初産婦・経産婦関係なく5割位)。誘発分娩：必要時。吸引・鉗子分娩：必要時。入職時から出産の状況は変わっていない。産科医療の実施状況の変化はみられていない。

表4 病院勤務助産婦②

属性	助産婦の役割の中の尿失禁予防のとらえ方	尿失禁予防として助産婦が実際にかかわっていること	どんな要因が尿失禁と関連しているか(出産形態)
32歳。助産婦歴:10年(市民病院臨床のみ)。	排泄については、あまり意識していないかもしれない。意識して声かけはしていない。妊娠中の尿漏れはしかたないと考えている。お産後も、「だんだん回復するよ」という意識。お産後、肛門を締める運動だけは説明するけど。	妊娠中は、母親学級で尿漏れもあると説明している。分娩後は、尿漏れを訴える褥婦には、積極的に肛門引き締め運動を説明している。退院指導では、引き締め運動について自分自身は、必ず話している。全対象者に対してスタッフ全員が積極的に対応していない。婦人科領域では、尿閉や残尿、尿意欠如について対応している。漏れるかどうかは、聞いていない。	妊娠中から尿漏れのある人は、分娩後も続くと思う。出にくい人や時間がかかる人は、傷が大きい、傷の痛みで出ないが考えられる。尿失禁については、どんなお産形態が影響するかわからない。

尿失禁予防として助産婦が関われること(理想)	対象者から尿失禁についての相談があるのか	成人期、更年期の対象者への関わり(実際と理想)	尿失禁について、話題にするか	助産婦として携わってきた出産の変化
骨盤底筋群の問題だから、体操を組み入れていくことで、フォローしていくと良いのではない。1カ月過ぎは、助産婦外来があると追っていけるのではない。家に帰ると、赤ちゃんのことや母乳のことが一番心配で、自分自身のことは二の次になっていると思う(前に調査した結果)。自分自身のことをも気をつけてもらうためには、やはりフォローをしていくことが大切。相談そのものに保険適応がないのが問題である。あまり、相談活動が盛んにならない理由かなあ。	退院指導の時、必ず「尿意がわからない」「赤ちゃんを抱っこした時やくしゃみをした時に尿が漏れる人が多い」話をすると、「うんうん」とうなずくので、お産後の尿失禁は多いと思う。それがいつ無くなるかわからないが。退院指導の時、本人から言ってくる。外来の1カ月健診の時、「尿が漏れちゃうんです」と、2～3回聞かれたことがある。対応としては「そろそろ戻るからね」で済ませていた。	やはり、女性の生涯を見てあげないと、と思う。	尿漏れについては、一番意識に入りづらい。尿が出ないことに関しては、問題意識があるが、少しぐらい漏れていることに関しては無意識である。漏れることに関しては口に出して人に言うものでないという意識がスタッフみんなにもあるからだと思う。助産婦個人個人に尿漏れについては任せてある状態なので、人によっては説明していない人もいるかもしれない。	分娩件数:50～70件/月。お産の現状:全症例血管確保して分娩。会陰切開率:初産婦100%。経産婦80%。誘発分娩:約1割。吸引・鉗子分娩:必要時(鉗子分娩はほとんどない)。入職時から出産の変化はみられていない。

表5 個人医院勤務助産婦

属性	助産婦の役割の中の尿失禁予防のとらえ方	尿失禁予防として助産婦が実際にかかわっていること	どんな要因が尿失禁に関連しているか(出産形態)
34歳。助産婦歴: 11年 (総合病院に勤務後個人医院に)。	あまり意識したことがない。尿失禁に関心は、ほとんどない。	妊娠中と産褥の時期に対応をしている。排尿中に途中で尿を止めてみることが伝えている。	分娩回数、吸引分娩、鉗子分娩

尿失禁予防として助産婦が関われること(理想)	対象者から尿失禁についての相談があるのか	成人期、更年期の対象者への関わり(実際と理想)	尿失禁について、話題にするか	助産婦として携わってきた出産の変化
妊娠中と産後の尿失禁予防の指導。尿失禁を経験している人は多いが、なかなか自分だけだと思ったり、恥ずかしがったりして、口にすることができない。助産婦からあえて話題にして、指導していけたら良いと思う。	尿失禁があっても恥ずかしいのか、あまり訴えがなく、相談は少ない。時々は、「尿漏れがある」と、相談されるが、その後どうなったのか確認していない。	更年期時期の人との関わりがあまりない。	タブー観は、特にないが、話題にしたことはない。	分娩件数: 約50件/月。 お産の現状: 自然分娩に心がけている。会陰切開率: 初産婦は、ほぼ全例。経産婦は、その時経過で裂傷と切開が半々位。誘発分娩: 予定日超過。子宮口全開大後時間のかかるとき。本人の希望。吸引・鉗子分娩: 必要時(ほとんどない)個人医院であるので、本人の希望もきいている。医療の実施率は、就職してから変化みられていない。

註

1) Ray Addison: The changing role of the continence adviser, British Journal of Nursing, Vol.5 No.6, 361-363, 1996.

イギリスにおいて、失禁の予防的なアプローチが強調されており、また、失禁で苦しむ人々の要求に対応するための必要性として、CA（コンチネンスアドバイザー）が現れてきた状況が述べられている。そして、よりよい援助の提供を行うために、CAの問題点と今後の課題が書かれている。その問題点と課題は、①タブー視されているコンチネンスアドバイザーという名前が今後の障壁となる可能性、②医療活動の強化、③学問的な教育と資格の確立、④専門的なCAの役割と現場の実践看護婦（副専門家）の位置づけ等である。

2) 横山英二，西村かおる，『尿失禁、あきらめないで』，（株）保健同人社，1993.

3) 西村かおる，『進め！おもらし世直し隊』，弓立社，1995.

4) 石河修，柴田幸子，他：尿失禁・尿閉，産後のトラブル 予防と治療①，ペリネイタルケア，Vol.11 No.3, 191 - 199, 1992.

5) 石河修：妊娠・産褥期の身体変化とマイナートラブルー尿失禁・痔核・静脈瘤の予防ー，ペリネイタルケア，Vol.16. No.11, 1025-1031, 1997.

6) 脇田勝次：産婦人科における尿失禁，高山赤十字病院紀要，第21号，16 - 21, 1997.

7) 渡邊美佐，安富優子，他：妊婦および褥婦の尿失禁に関連する因子に関する研究，母性衛生，第39巻1号，90 - 96, 1998.

8) 小林益江，中嶋カツエ，他：小・中学校女性教諭の尿失禁の実態，母性衛生，第39巻4号，370 - 374, 1998.

9) 坂口けさみ，武井とし子，他：妊娠・分娩に伴う排泄（排便・排尿）状況の変化について，母性衛生，第39巻1号，32 - 37, 1998.

10) 福井準之助：女性尿失禁の疫学的調査，日泌尿会誌，Vol.77 No.5, 707-710, 1986.

11) 加藤久美子，近藤厚生，他：就労女性における尿失禁の実態調査，日泌尿会誌，Vol.77 No.9, 1501-1505, 1986.

12) 高井計弘，宮下厚，他：女性尿失禁の実態調査，臨床泌尿器科，Vol.41 No.5, 393-396, 1987.

13) 前掲 7) に同じ

14) 前掲 9) に同じ

15) 尾田睦美，加藤節子，他：妊娠中および産後における頻尿・尿失禁の実態調査，母性看護，第28回，163 - 165, 1997.

16) 前掲 4) に同じ

17) 吉沢豊予子，上村真由美：褥婦の骨盤底筋力回復の為の骨盤底筋体操（ケーゲル体操）の効果ー初産婦を対象にしてー，母性衛生，第37巻2号，311 - 318, 1996.)

18) 上原茂樹，谷川原真吾，他：妊娠中および産後における尿失禁についての検討，産科と婦人科，60, 1511, 1993.

19) 中田真木：『尿もれ・尿失禁』，株式会社主婦の友社，1997.

20) 岸本廉夫：女性のQOL～尿失禁のプライマリーケア，第47号群馬県母性衛生，26-39, 1998.

21) 小松浩子：尿失禁のある女性患者の性に関する悩みと看護の対応，看護技術，Vol.41 No.16, 42-46, 1995.

22) 近藤厚生：助産婦と尿失禁治療，助産婦雑誌，Vol.51 No.2, 50-55, 1997.

23) 高島美奈子，野原ヒロ子，平尾静江：尿失禁ケアー助産婦のかかわり，助産婦雑誌，Vol.51 No.2, 14-22, 1997.

24) と尿失禁ーQOL改善のために，助産婦雑誌，Vol.51 No.2, 9-13, 1997.

25) シーラ・キッチンガー編著，高見安規子監訳，他：『助産婦の挑戦』，日本看護協会出版会，1990.

26) 青木康子，加藤尚美，他：『助産学概論』，日本看護協会出版会，1996.

27) 厚生省：『国民衛生の動向』，第46巻第9

号, 厚生統計協会, 1999.

28) 矢島床子:『助産婦』, 実業之日本社, 1997.

29) 厚生省大臣官房統計情報部編:『人口動態統計』, 厚生統計協会, 1995.

30) WHO Report ICP/MCH 102/m02(S)1301K
10 June 1985 Joint International Conference on
Appropriate Technology for Birth Fortaleza ,
Brazil, 22-26 , April, 1985.

31) Iain Chalmers, et al:『Effective Care in
Pregnancy and Childbirth』, Oxford University
Press, 1989.

32) Murray Enkin, Marc J.N.C.Keirse, et al:『A
Guide to Effective Care in Pregnancy and
Childbirth』, Oxford University Press, 1989.

33) マレー・エンキン, マーク・J・N・C・キ
アース, 他著, 北井啓勝監訳:『妊娠・出産ケ
アガイド 安全で有効な産科管理』, 医学書院
MYW, 1997.

34) 戸田律子訳:『WHO の 59 カ条 お産のケ
ア 実践ガイド』, 農文協, 1997. 本書は、世
界保健機構の Family and Reproductive Health
(家族と性に関する保健部門) Safe Motherhood
Unit (「安全に母親になる」チーム) の Technical
Working Group (テクニカル専門グループ) に
よる専門公文書として 1996 年に『Cere in
normal birth: a practical guide』として発行さ
れた全訳。

35) Sleep J, Grant AM, et al: West Berkshire
perineal managment trial , Br Med J, 289 :
587-590, 1984.

36) Harrison RF, Brennan M, et al: Is routine
episiotomy necessary ? , Br Med J, 288 : 1971-
1975, 1984.

37) House MJ, Gario G, Jones MH: Episiotomy
and the perineum : a random controlled trial, J
Obstet Gynaecol, 7 : 107-110, 1986.

38) Pel M, Heres MHB, et al: Providerassociated
factors in obstetric interventions , Eur J Obstet
Gynecol Reprod Biol, 61 : 129-134, 1995.

39) ドリス・ヘア著, 新野由子訳: 岐路に立つ

日本のマタニティケア, 助産婦雑誌, Vol.49
No.4, 41-48, 1995.

40) 前掲 29) に同じ