

## 地域開業助産師の助産診断・技術のポイント —長時間立位で努責し、膣壁裂傷と血腫形成がおこった事例—

重西桂子 岡崎愉加 吉永茂美\*

**要旨** 本研究は、後輩助産師へ助産診断と技術の伝承をするために、開業助産師の熟練したわざや技能に含まれる助産行為を言語化することで助産診断・技術のポイントを明らかにすることを目的とした。開業助産師1名にインタビューを行い、印象が深く記憶にとどまっている事例について語ることを求めた。分析はOrlando, I.J.(1972)の「看護過程記録」を参考に「助産師が産婦・家族に関して知覚したこと」「助産師が知覚したことについて考えたこと、感じたこと」「助産師が産婦・家族に対して言ったこと、行ったこと」以上3つの視点で行った。事例は、長時間立位で努責し、膣壁裂傷と血腫形成がおこった20歳代初産婦であり、助産診断・技術のポイントを分析した結果、以下の3つの知見が得られた。1. 産婦が長時間の立位をとる場合には、立位の持続時間、努責の時間と強さ、陣痛の持続時間と強さ、自分の身体感覚に集中する産婦の精神状態に注意して観察する必要がある。2. 分娩第二期に突然多量の出血が生じた場合は、血液の排出状況、色、量を観察し、出血の出現時期、分娩経過をふまえて出血原因を予測する。3. 産婦が分娩後に局所の疼痛を訴えた場合は、訴えの内容、訴えときの表情、声色、声のトーン、繰り返し訴える様子に注意を払い、訴えに関係した局所の観察、分娩経過、分娩時処置の有無を考慮し原因を推測、緊急性の有無を判断する。

**キーワード**：助産師、技術、診断、アセスメント

### 1. はじめに

昭和30～40年を境に、家庭内で行われていた殆どの分娩は施設内分娩へ移行した。開業助産師は漸次減少し、病院勤務助産師が医療に組み込まれた形で助産ケアを行っている（岡本，2008）。そして近年、産科医不足に伴う分娩施設の縮小が社会問題となっている。「お産難民」という言葉も聞かれる現在、助産師のさらなる自律が社会から要請されている。正常分娩に関しては、医療介入のない状況下であっても、助産師自身の力で扱える力量を獲得することが急務である。

助産ケアにおける力量形成のためには、助産診断・技術の早期習得が必要である。助産師の行うアセスメントの特徴は「正常か、正常からの逸脱かを見極めること」と村上（2007）は述べている。助

産師は正常分娩を取り扱う場合であっても、常時「正常からの逸脱の可能性」を考えながらアセスメントする。つまり正常分娩を扱うということは同時に「正常からの逸脱」事例に対しても、臨時応急の手当てを講じることを求められるのである。

助産診断・技術を支える助産師の知識という面においては、伝統的産婆は徒弟制の中で学ばれたという歴史がある。Jordan（1978）はメキシコの土着助産師の助産実践の調査から、徒弟制の特徴を「身体としてある知識の獲得、つまり言葉にならない知識を身体を通して得ていくこと」としている。また、生田（1992,2007）は教育学の立場から技能の類似概念である「わざ」概念に着目し、わざは知識を含んでいるが言語化不可能であり、伝承のためには、その世界に身を置き身体全体で獲得していくものと

している。同じく、Benner (1989,2001) は熟練看護師の知識構造の調査から、熟練看護師が言語的知識を分析的に使用するよりも直感的かつ全体的に把握し判断を行っていることから、熟練看護師の技能は知識を内在しながらも身体に依存するとしている。そして、Jordan (1978) もBenner (1989,2001) も専門家が物語の蓄えを獲得することの重要性を強調している。専門家の意思決定において呼び起こされる数々の事例の物語は、状況依存的な知識のパッケージ、つまり状況の特徴が要請することで呼び起こされるてくる知識である (Jordan, 1978)。つまり、身体を通じて学ばれる知識は言語化不可能だが、徒弟制の学習は会話とストーリーに支えられており、適切な物語の蓄えを獲得することが専門家としての学習の重要な意味である。

このように、伝統的産婆の技能やわざには豊富な知識が内在しているが、その知識は言語としてよりも徒弟制度のなかで身体を通して伝えられ助産師同士の語りのなかで伝承されてきたため、数少ない一部の専門家の中に埋もれる傾向にある。そこで、技能に内在する知識の言語化が可能となれば、熟練助産師の臨床経験の積み重ねで獲得されたわざや技能を知識として広く専門家集団に伝承することができるようになると考えた。本研究は、熟練助産師が対象者に身体を通じて助産行為をするなかで何を重要と考え、どのように思考、対処し、行動していったかケアの流れを言語化し、助産診断・技術のポイントを明らかにすることを目的とする。また、本研究は熟練助産師の記憶にとどまった事例としての物語を聞き取り、助産師のアセスメントと診断が難解であった局面を抽出する。そして、今後多くの事例を蓄積して得られた知見から、若手助産師の助産診断・技術力育成の一助とすることをめざしている。「助産診断」の定義は多様化しており、今回は看護診断の定義に準じた「助産診断とは、アセスメントしたデータを分析して健康状態について判断を下していく一連のプロセス」(成田,2003)を採用する。

## II. 研究方法

### 1. 対象者

地域で独立開業する助産師1人を対象とした。当該助産師の臨床経験年数は40年であり、取り扱った分娩件数は約2000件である。助産師教育、地域

での子育て支援など幅広く助産師活動を行っている。

### 2. データ収集

#### 1) データ収集期間

データ収集期間は2006年10月～12月

#### 2) データ収集方法

データ収集は、助産師に対してインタビューを行い、助産師が40年間の実践経験のなかで特に印象深かった事例について、助産録を参照しながら詳細に語ることを求めた。

インタビュー内容には以下を含めた。

#### (1) 事例の臨床経過

#### (2) 助産師の思考過程

#### (3) 助産師が行った対処行動の過程

インタビューの形式は、助産師が事例の全容を語り、それを受けて研究者が質問し語りを深めていく形をとった。インタビューの回数は全4回で、総時間数は5時間であった。インタビュー内容は、助産師の了解を得てテープレコーダーに録音した。研究者は1回のインタビュー終了後、録音テープを逐語録におこし、それを分析した記録(看護過程記録)を参考に2回目以降のインタビューを実施した。2回目以降のインタビューは研究者が訊ねたい部分に焦点をあてて実施した。

### 3. 倫理的配慮

助産師に研究目的を説明し、同意を得た上でデータ収集を行った。得られた情報は研究目的以外では使用しないことを伝え、分析や結果をまとめていく段階においては匿名性を守るように配慮することを約束した。

### 4. 分析

本研究では、助産師が助産行為をするなかでどの情報を重要と考え、どのように思考し行動したのか、ケアの流れを言語化して助産診断・技術のポイントを明らかにすることを目標とした。そこで、分析はOrlando,I.J. (1972) の「看護過程記録」を参考にした。看護過程記録は、「患者に関して知覚したこと」「知覚したことについて考えたり感じたりしたこと」「患者に対して言ったこと、行ったこと」の3つの要素からなる。「看護過程記録」は、看護師が患者との<ふれあい>のなかで自分自身の患者に

対する反応に気づき、それを患者の〈その時その場〉でニードを満たすために役立て活動できたか、振り返りその過程を客観視するための方法である。今回は以下の視点で分析を行った。

- 1) 助産師が産婦・家族に関して知覚したこと
- 2) 助産師が知覚したことについて考えたこと、感じたこと
- 3) 助産師が産婦・家族に対して言ったこと、行ったこと

分析は、助産師の臨床経験を有する母性看護学および助産学の研究者2名とともにを行い、対象となった助産師本人に分析結果をその都度返して繰り返し内容の確認を行った。

### Ⅲ. 結果および考察

事例は「20歳代の初産婦」で、助産所入院時の診断は、「妊娠41週1日第一頭位初産婦」である。助産師は、分娩第二期に産婦が長時間立位で努責する様子を見て膣壁裂傷がおこる可能性を懸念した。注意深く経過観察していたところ大出血が起こり、ただちに嘱託医の処置が必要と判断し、止血の策を講じ対処した。そして、裂傷の処置の後、褥婦が鬼気迫るような疼痛を訴えて急変する様子を見て血腫形成を疑い、緊急処置が必要と判断し、病院へ救急搬送した。事例の経過および助産師の助産診断の過程と対処行動を表1にまとめる(表1)。

以下に述べることは、著者らの正常分娩過程の経験則によると、助産師の診断が正常・異常の境界を行き来するターニングポイントであったり、急変する経過のなかで即座の判断・対処が求められる局面であると考え導き出した。これを助産師の助産診断・技術のポイントとして考察する。

#### 1. 長時間の立位の意味と努責の回避

助産師は下線①で、事例の産婦が「30分以上同じ体位、立位のまま全く動かさず努責している」ことを「気になる」と違和感をもち、「今までにこんなに動かない産婦は居なかった」と助産師の現在までの経験事例と比較した。そして、下線②で産婦の産道周囲の血液循環の悪化をイメージし、「どこかが切れたら困る」と産道裂傷の潜在的可能性を考えた。助産師は産婦に何度も臥床を促したが、産婦の耳に全く声が届かない様子であり、産婦は助産師の促し

に感じられず、膣壁裂傷そして血腫形成に至った。

分娩第Ⅰ期、第Ⅱ期に立位をとるメリットは、分娩進行を有効にする点である(武谷,1998)。しかしデメリットとして、立位という縦型の体位では児が排臨する頃から努責が制御困難となり、(1)産道裂傷(頸管裂傷、膣壁裂傷、会陰裂傷)をおこしやすくなる(中根,1996)。また、長時間の立位による児頭の産道圧迫は、骨盤内の血液循環障害、鬱血を伴い(2)膣会陰部に血腫形成をきたす誘因となる(武谷,1999)。

よって産婦が長時間の立位をとる場合は、(1)立位の持続時間(2)努責の時間と強さ(3)陣痛の持続時間と強さ(4)自分の身体感覚(産痛、努責感、胎児下降感、膣分泌物の排泄感)に集中し入り込む産婦の精神状態に注意して観察する必要がある。当該助産師は、多くの事例を経験していたからこそ、長時間立位をとることに對して「気になる」という違和感を感じることができた。助産師の熟練性は、この豊かな臨床経験をベースにした比較対照する事例の多さにあると考える。

#### 2. 膣壁裂傷による出血の判別と止血

助産師は、下線③「塊が落ちたように出血」、下線④「吹き出るように出る」、下線⑤「ちよろっと玉のように出る」、下線⑨「ぶわーっと持ち上げられるように出血」と表現した。助産師は下線⑤で、問題のない出血は「玉のようにちよろっと出る」程度の断続的な出血であると捉えている。しかし下線④⑨のように、連続的にとめどもなくあふれるように出る出血は、「吹き出るように」「ぶわーっと持ち上げられるように」と表現し、持続性の多量の異常出血と考えられる。下線③の「血液の塊がポーンと落ちたように」は、まとまった多量出血と思われる。助産師は、下線⑥⑦で今までの経験事例の出血との明らかな違いを峻別した。そして、下線⑧で出血原因をアセスメントし、重度の膣壁裂傷による異常出血と推測した。さらに児を早く娩出させるべきか考えたが、過去の経験を加味し自分の判断を信じて、下線⑩で児頭圧迫による止血を試みた。

分娩第二期におこる出血の原因は、(1)頸管裂傷(2)膣壁裂傷(3)常位胎盤早期剥離がある。常位胎盤早期剥離は、内出血が主で外出血は概して多くならない(北川ら,2004)。頸管裂傷と膣壁裂傷は、持続性の新鮮血の出血が分娩中・直後に出現し、分娩

表1 事例の経過

(1) 妊娠経過：妊娠初期より助産所にて妊婦健診を受けており、妊娠経過は正常。		
(2) 分娩経過：産婦は、23時に5分毎の陣痛主訴にて夫とともに助産所に入院。このとき子宮口は3cm開大。陣痛は弱かったが順調に分娩進行し、翌朝6時に子宮口はほぼ全開となる。助産師は分娩促進のために人工破膜を実施。6時30分に子宮口は全開し、努責感はあるが児娩出に至るほどの陣痛は来ていない。現在産婦は、分娩台上で立位になっている。		
助産師が産婦・家族に関して 知覚したこと、事実	助産師が知覚したことに関して 考えたこと、感じたこと	助産師が産婦・家族に対し て言ったこと、行ったこと
子宮口全開。 産婦は分娩台上で立位となり、夫の肩に手をかけいきんでいる。30～40分間この体勢のまま、全く身体を動かさない。	子宮口全開し分娩第二期に入った。陣痛が弱く進行が緩やかだ。立位になったり、努責がかかるのはしょうがない。しかし、① <u>同一体位のまま動かないで努責しているのが気になる。今までにこんなに動かない産婦は居なかった。ほとんどの産婦が歩いたり、座ったりしていた。下半身の血液循環が悪くなるんじゃないか。動いたほうがいい。</u>	産婦に臥床をすすめる。「今度陣痛が済んだら横になろうね」
産婦は臥床せず、同じ立位のままいきんでいる。	もう② <u>30分以上も同じ姿勢で努責している。産道周辺の血行障害が起こるのではないか。鬱血して、組織が弱くなってどこかが切れたら困る。横になって欲しい。</u>	陣痛が終わるたびに臥床を促す。合計3回言う。「長く立ったままだから、ちょっと寝よう」
陣痛発作時、産婦が努責すると同時に多量に出血。③ <u>まるでボーンと血液の塊が股間から落ちたように出血している。産婦は全く気付いていない。</u>	大変、すごい出血だ。とにかく臥床させよう。さっき自分がイメージしたようにどこかが切れたのだろうか。	産婦を分娩台上に臥床させる。「座って、座って、寝て、寝て。出血してるから横になって」 血液を膿盆に移す。
産婦は仰臥位となる。④ <u>児頭と陰裂の間から血液が吹き出るように出ている。⑤玉のようにちよろつと流れるような出血ではない。児頭は下降し、ほぼ排臨の状態。</u>	⑥ <u>この出血の仕方はおかしい。膿盆に受けた血液だけでも400～500gはある。多すぎる。</u> 嘱託医に電話して対処をあおごう。	嘱託医に電話「先生すごい出血です。すぐ来てください」 ガーゼで圧迫止血。
嘱託医「多分ベビーが出たら止血するだろう。早くベビーを出さない」	医師は軽い裂傷程度の出血だと思っている。⑦ <u>以前、分娩第二期に出血し児娩出後に止血した人が存在した。しかし、この産婦の出血の法は違う。</u> ⑧ <u>子宮口全開し、児頭が多少下がっていたから多分頸管裂傷ではないだろう。また、外出血がこれだけ多いので胎盤早期剥離でもないだろう。産道裂傷・・・膈壁の裂傷ではないか。</u>	医師に言う。「この出血は産道の奥が裂けているのだと思う。量が多くて吹き出るように出ている。とにかく来てください」
嘱託医「すぐ行く」ガーゼで圧迫止血するが、⑨ <u>血液でぶわーっと持ち上げられるように出血している。</u>	医師が言うように急いで児を出したほうがいいのか。このままだと児が血液を吸引するのではないか。しかし、⑩ <u>無理に娩出させずに待つことで児頭が産道を圧迫し、止血が期待できるかもしれない。嘱託医到着までもたせよう。</u>	産婦が努責をのがせるように呼吸法を促す。 圧迫止血を続ける。

<p>嘱託医到着。児頭は発露、児頭の色調は赤紫。</p>	<p>医師が来てくれた。お産にしよう。児頭の色は赤みを帯び、児の低酸素症の症状はなく大丈夫そうだ。</p>	<p>産婦を努責させる。医師が分娩介助を行う。</p>
<p>児娩出（2700g 女児）。アプガースコア 9 点。</p>	<p>産まれた。児は元気だ。すぐ母体の処置をしないとイケない。</p>	<p>嘱託医による診察・処置。</p>
<p>診察の結果、膣壁裂傷による出血であった。会陰裂傷はなし。膣壁裂傷の部位を縫合される。</p>	<p>よかった。これで大丈夫。出血がおこったあとき、陣痛が来て産婦が努責したと同時に膣壁が裂けて、児頭がドンと下降したのだろう。それであんなに出血したのだろう。</p>	<p>経過観察（出血の状態、褥婦の一般状態、子宮収縮等）。</p>
<p>嘱託医帰宅後、褥婦が訴える「<u>⑩先生、痛くないんだけど、おしもの方が腫れた感じがする</u>」膣壁の縫合部が腫脹している。</p>	<p><u>⑫縫合部が少し腫れているが、縫合後の一時的な腫脹だろう。</u>褥婦は説明したら理解してくれるだろう。様子観察しよう。</p>	<p>褥婦に説明「確かに腫れてるわ。多分縫ったところが一時的に腫れているんじゃないかな。ちょっと様子みよう」経過観察。</p>
<p>約 30 分後、「<u>⑬先生、なんか痛いわ。おかしいわ。みて。</u>」褥婦が縫合部の疼痛を訴える。腫脹の程度は 30 分前と変化なし。拍動痛なし。</p>	<p><u>⑭腫脹の程度は変化していない。縫合したときの局所麻酔の効果がきれて疼痛を感じているのではないか。</u><u>⑮拍動痛はないから血腫ではないだろう。</u></p>	<p>褥婦に説明「腫れは変わらないみたい。縫ったときの麻酔がきれたのかもしれないね。もう少し様子みようか。がまんできないようなら言ってね」経過観察。</p>
<p>さらに約 30 分後、「<u>⑯痛い！痛い！ちょっとみて、すごい痛い！</u>」会陰部から肛門部にかけて腫脹し、外見からわかりにくい縫合部が食い込むように、やや増大している。</p>	<p><u>⑰こんなに痛がるなんて変だ。それに腫脹が少し増大している。もしかして血腫だろうか。</u>嘱託医に再び報告しよう。</p>	<p>嘱託医に電話で状態報告。</p>
<p>嘱託医「それは、中で出血しているんだらう。総合病院へ搬送したほうがいい」 <u>⑱褥婦が叫び出す「先生痛い！早くなんとかかして！！とにかくどこでもいいから運んで！！」</u></p>	<p><u>⑲この痛がりかたは尋常じゃない。激痛だ。ただごとではない。</u>早く処置しないと。</p>	<p>褥婦と家族に説明。嘱託医から搬送先病院に対して受け入れの依頼がされる。近くの総合病院へ褥婦を救急搬送する。</p>
<p>（3）その後の経過：病院での診察結果、膣壁裂傷の縫合部に血腫形成あり。血腫除去術が行われた。褥婦と新生児はそのまま病院へ 10 日間入院した。</p>		

直後には増加する(武谷,1999)。頸管裂傷は子宮口全開前、急速分娩で発生することが多く(真柄,1997)、事例は子宮口全開後に産婦が努責しており頸管裂傷の可能性は低い。しかし双方を頭の隅におき、原因追求していく必要がある。また本事例は分娩中(排臨時)に持続性の出血がみられた。これは、発露に至る前で児頭による圧迫止血が有効に作用していなかったためか、下線⑦の判断のように軽度でなく重度の裂傷と考えられる。このケースの場合、長時間の立位による循環障害のため産道が浮腫を形成しやすくなっており、重度裂傷のリスクが高い状況であったと思われる。

よって分娩第二期における突然の出血は、(1)血液の排出状況(2)色(3)量を観察し、(4)出血の出現時期(5)分娩経過(急速分娩、産道圧迫の有無)をふまえ、出血の原因を予測する。出血が正常範囲か考え、異常の可能性がある場合は、医師に報告する。そして、医師が到着するまでは出血量を最小限にするために圧迫止血の策を講じなければならない。当該助産師は、今までに蓄積した事例から「問題のない出血」と「異常出血」を峻別し、医療介入の必要性を判断した。助産師の卓越性は、豊かな経験に裏打ちされた異常を判断する目と、適切な時期に決断する能力であると考え。助産師の守備範囲と医療介入の境界を見極める判断力を事例の積み重ねから学習していると考え。

### 3. 血腫形成時の訴えの鑑別

分娩後における局所の疼痛の訴えに関して助産師は、下線⑪「おしもの腫れた感じ」という微妙な褥婦の訴えを受けとめ、下線⑬「なんか痛いわ、おかしいわ」という縫合部の腫張に伴う疼痛を捉え、下線⑭「ちょっとみて、すごい痛い！」で疼痛の悪化と局所の異変を発見した。そして下線⑯「早くなんとかして！」と激しい痛みのために叫ぶ褥婦の姿を目の当たりにして「尋常ではない」と察知した。助産師は下線⑪⑬⑭⑯の褥婦の度重なる訴えの変化に加え、下線⑮で観察した局所の変化を観てアセスメントし、疼痛原因を追究した。助産師は褥婦の訴えの一つ一つを聞き流さずに対応し、注意して観察し行動した。しかし、下線⑰で拍動痛が伴っていなかったため血腫の可能性をうち消した。助産師は、下線⑱で褥婦の訴えに突き動かされるように観て、下線⑲で正常の逸脱を考え、血腫の可能性を疑った。

そして、下線⑳の、鬼気迫る訴えから下線㉑で一刻の猶予なく緊急に処置が必要と判断し、病院への搬送を決断した。

分娩後の局所の疼痛は(1)胎児通過時の擦過傷や浮腫による局所の疼痛(2)縫合部痛(3)脱肛痛、痔痛(4)膣陰部血腫による疼痛がある。縫合部痛と脱肛痛、痔痛は局所を観察し、疼痛部位を確認することでわかる。擦過傷や浮腫の場合は、急激な悪化や憎悪はまずない。一方、膣陰部血腫は最も緊急性があり、局所の変化も疼痛も急激に悪化する。血腫の出現時期は分娩2～3時間後であり、その特徴は外陰が黒色に隆起して強い持続性の疼痛を伴う。血腫形成の直接原因は、(1)胎児先進部の過大や墜落産などによる分娩外傷(2)会陰切開や縫合などの産科的操作がある(武谷,1999)。よって事例の分娩経過を考慮すると、血腫形成の可能性が最も高い。また、血腫形成には拍動痛を伴うと多くの教科書には述べられているが、本事例は拍動痛は伴わずに疼痛が劇症化した。助産師は拍動痛がないため血腫の判断をうち消したが、本事例の経過から拍動痛を伴わなくとも血腫形成の可能性があるとと言える。よって血腫形成の可能性を念頭において注意する必要がある。

以上のことから、分娩後における局所の疼痛の訴えに対しては、(1)訴えの内容(2)訴えるときの表情(3)声色(4)声のトーン(5)繰り返し訴える様子に注意を払うべきである。それら訴えのあり様とそれに関係する(6)局所の観察(7)分娩経過(墜落産による分娩外傷)(8)縫合など分娩時処置の有無を考慮し、原因を推測する。そして、推測した原因の緊急性の有無を判断する。緊急性がある場合は医師に報告後、病院への母体搬送の手段を講じる。また、医師到着までの間に褥婦の全身状態の把握と疼痛や精神的苦痛を軽減するための対策を実施しなければならない。助産師は、未経験の当該事例の経過から、新たな判断の指針を学び習得したと考える。助産師の卓越性は、疼痛の訴えの正常性の判断と緊急性の判断、医療に託す決断力である。

## IV. 結論

開業助産師1名のインタビューから、「長時間立位で努責し、膣壁裂傷と血腫形成がおこった事例」の助産診断・技術のポイントを明らかにした。

1. 産婦が長時間の立位をとる場合には、立位の持

続時間、努責の時間と強さ、陣痛の持続時間と強さ、自分の身体感覚に集中する産婦の精神状態に注意して観察する必要がある。

2. 分娩第二期に突然多量の出血が生じた場合は、血液の排出状況、色、量を観察し、出血の出現時期、分娩経過をふまえて出血原因を予測する。

3. 褥婦が分娩後に局所の疼痛を訴えた場合は、訴えの内容、訴えるときの表情、声色、声のトーン、繰り返し訴える様子に注意を払い、訴えに関係した局所の観察、分娩経過、分娩時処置の有無を考慮し原因を推測、緊急性の有無を判断する。

## V. 研究の限界と今後の課題

本事例の分析結果は、1事例から抽出できた重要と思われる助産診断のポイントであり一般化は難しい。また助産師の回想によるインタビューによるデータ収集であり、助産師の記憶に頼る部分が多い。

技術を伝承していくためには、今後事例を積み重ね継続調査することが必要である。

## 引用・参考文献

Ida J.Orlando(1961)/稲田八重子訳(1964)：看護の探求ーダイナミックな人間関係をもとにした方法ー, 54-114, メジカルフレンド社.

Ida J.Orlando(1972)/池田明子, 野田道子訳(1977)：看護過程の教育的訓練ー評価的研究の試みー, 21-50, 現代社.

生田久美子(1992)：認知科学選書14, 「わざ」から知る, 107-50, 東京大学出版会.

生田久美子 (2007)：「教える」と「学ぶ」の新たな教育的関係ー「わざ」の伝承事例を通してー, 日本看護研究学会雑誌, 30(2), 141-143.

Karen A.Brykczynski, Ann Marriner Tomey & Martha Raile Alligood (Eds.) (2002)/南裕子訳, 都留伸子監訳(2004)：パトリスア・ベナー 初心者から達人へ:臨床看護実践における卓越性とパワー, 看護理論家とその業績 (第2版), 医学書院.

北川真理子, 内田和美 (編) (2004)：今日の助産, マタニティサイクルの助産診断・実践過程, 南江堂.

真柄正直 (1997)：最新産科学 異常編, 文光堂.

村上明美(2007)：助産師が行う「分娩進行のアセスメント」, 助産雑誌, 61(8), 654-655.

中根直子 (1996)：自由な体位ー寝ないお産の達人になる“フリースタイル助産婦”のすすめ 病院のフリースタイル出産, 助産雑誌, 50 (8), 624-629.

成田伸 (2003)：助産診断とは何か, 武谷雄二, 前原澄子編, 助産学講座5 助産診断・技術学 I (第3版, 2-14), 医学書院.

岡本喜代子 (2008)：わが国における助産の発達過程, 青木康子, 加藤尚美, 平澤美恵子編, 助産学大系 第1巻 助産学概論 (第3版, 21-47), 日本看護協会出版会.

Patrisia Benner(2001)/井部俊子(監訳)(2005)：ベナー看護論 新訳版ー初心者から達人へ, 医学書院.

Patrisia Benner&Judith Wrubel(1989)/難波卓志 (訳) (1999)：現象学的人間論と看護, 医学書院.

佐藤貴根子 (2007)：助産師の本領発揮できるお産とは, 助産雑誌, 61(1), 8-11.

武谷雄二 (編) (1998)：新女性医学大系 25 正常分娩, 中山書店.

武谷雄二 (編) (1999)：新女性医学大系 26 異常分娩, 中山書店.

寺尾俊彦 (編) (1998)：MEDICUS LIBRARY12 分娩介助と周産期管理, メディカ出版.

# The Point of the Midwifery Diagnosis and Skills of the Community Midwife Practitioner: A Case Study

KEIKO OMONISHI, YUKA OKAZAKI, SHIGEMI YOSHINAGA\*

*Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University,  
111 Kuboki, Soja-shi, Okayama 719-1197, Japan*

*\*Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Ehime Prefectural University of Health Sciences,  
543 Takaoda, Tobe-cho, Iyo-gun, Ehime, 791-2101, Japan*

## Abstract

This research was aimed at identifying the point of midwifery diagnosis and skills by verbalizing midwifery practice. We interviewed an experienced community midwife about her most impressive case. We made an analysis of this case based on Orlando's(1972)"Nursing process record".

The case described above was about a primipara in her twenties who had vaginal laceration. She had hematoma by standing for a long time. The analysis showed the following points:

1. If a woman in childbirth is in a standing position, we should observe duration of her standing position, duration and strength labor in the bearing down.
2. When heavy bleeding happen to her in the second term of giving birth, we should observe the condition of bleeding color and volume of the blood. We must judge cause of bleeding in consideration of time when the hemorrhage happened and the birth condition.
3. If the woman after birth suffer pain, we should judge whether we should give urgent medical treatment or not, based on assessment cause of the pain, condition of the suture after birth and expression of her face.

In order to pass down the skills from experienced midwife to young, we should collect more instructive cases.

**Keywords** : midwife, skill, diagnosis, assessment