

院内助産システム開設の始動

—第1次～第3次救急医療を担う施設の場合—

玉城清子　西平朋子　賀数いづみ　井上松代　川平由美

研究ノート

院内助産システム開設の始動 —第1次～第3次救急医療を担う施設の場合—

玉城清子¹⁾ 西平朋子¹⁾ 賀数いづみ¹⁾ 井上松代¹⁾ 川平由美²⁾

キーワード：院内助産、院内助産システム、助産師、助産外来

I. はじめに

妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保は「健やか親子21」の目指すところである。産科医療は出産前後に突然発生する妊産婦や胎児・新生児の死亡の危険性を抱えている。そのため必要時医療の介入が直ちに行えるよう環境を整えること、すなわち医療のバックアップ体制は不可欠である。一方、快適さは、妊産婦やその家族のニーズに添うようなケアの提供によって確保されるであろう。

A病院は第1次から第3次までの救急医療¹⁾を担っており、ベッド満床を理由に治療を断わることはないとの理念が綿々と引き継がれ多忙を極める病院である。そのため、A病院の総合周産期母子医療センターには、ローリスクからハイリスクまでの妊産婦が混在し入院している。

日本の第2次大戦の敗戦によって沖縄は27年間、米軍の支配下にあった。その当時、沖縄ではすべてにおいて米軍の軍事が優先され、沖縄住民のニーズは米軍に関連しない最低限のものしか充足されなかった²⁾。米軍の沖縄の行政を司る琉球列島米国民政府は、不足している医師の養成のために1949年から1952まで、本土の大学に留学生を派遣した。1952年以降それは日本政府に引き継がれた。留学生は、卒業後は沖縄の医療に貢献することが義務づけられていたが、帰還率は低かった。帰らない理由の1つに、沖縄に研修施設がないことがあったため²⁾、琉球米国民政府は1965年（昭和40年）、A病院に卒後研修施設を設置し、医師の帰還を図ることにした。そして研修レベルを米国と同等にするため、米国の医学校との間で契約を結んだ。具体的にはハワイ大学との間で契約が締結され、同大学医学部から指導医がA病院に派遣され、米国式の卒後研修システムが開始された²⁾。沖縄の本土復帰後は、沖縄県とハワイ大学との間で契約が締結

され、A病院の卒後研修システムは現在も存続している²⁾。このような経緯からA病院は研修医の教育に重きを置くと同時に、県内の総合周産期母子医療センターとして妊産婦へ高度医療も提供している。A病院総合周産期母子医療センターにはハイリスク妊産婦が多いが正常妊産婦も少なくない。しかし、前述のような状況下で、ハイリスク妊産婦のケアを優先せざるをえず、本来の助産業務が遂行できないことにジレンマを感じる助産師も少なくない。

対象者のリスクを弁別し、リスクの高い妊産婦は医師が、正常な妊産婦は助産師が受け持つことにより、適切な母子保健医療が提供できると考えられる。つまり、妊産婦のリスクに応じて医師と助産師の業務分担を行うことは、医師の過重な業務負担の軽減に繋がると同時に助産師にとっても責任ある業務の実践につながり、それが助産師の職務満足感を高めると考えられる。よって、助産師が責任を持って正常な妊産婦のケアを行なうためには「院内助産システム」の構築が必要と思われる。

本研究の目的は、第1次から第3次までの救急医療体制を担うA病院総合周産期センターの助産師が院内助産システム構築に向けてどのように認識しているのか、その変化のプロセスを明らかにすることである。

II. 研究方法

1. 研究協力者

研究協力者はA病院に勤務する助産師で、院内助産システムに関心があり研究協力に同意が得られた者8人である。助産師としての経験年数1年未満から22年、平均12.8年であった。

2. データの収集方法

平成21年11月から平成22年5月までの間に、A病院で月1回1時間の程度の会議を開いてもらい、そこでは研究協力者に院内助産システムに関し自由な発言を求め、研究者はファシリテーター役に徹した。会議は合計6回持

1) 沖縄県立看護大学

2) 沖縄県立中部病院

たれ、そのうち3回は外来保健指導に対する患者の満足度の調査に関すること、残りの3回が院内助産システムに関することであった。研究協力者の許可を得て会議での発言をテープに録音し、逐語録におこした。本研究では院内助産システムに関する3回の会議の逐語録を分析した。

3. 倫理的配慮

研究への参加は自由意思であること、研究への協力を承諾した後でも取りやめることができること、研究結果を学会での発表や論文にすること等を説明し、文書及び口頭で同意を得た。研究計画書は研究者の所属する大学の倫理審査委員会の承認を得た。

4. 分析の方法

得られたデータは修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (M-GTA) を用いて分析した^{4,5)}。M-GTAでは、データの分析にあたって「その立場におかれている人間」の視点に立っていることを意識して分析するため「分析焦点者」の設定を行う。本研究ではA病院総合周産期センターで働く助産師を分析焦点者とした。分析テーマは「第1次から第3次救急医療を担い、米国式産科医療の影響を受けた総合周産期センターで勤務する助産師が、自施設の院内助産システム構築に向けてどのように思っているのか、その変化のプロセスを明らかにすること」とした。

M-GTAの分析方法に基づき、以下のごとく分析を行った。①分析テーマと分析焦点者の視点に照らして、データの関連箇所に着目し、その解釈から概念の生成を行った。②データ分析を進め新たな概念を生成し、個々の概念ごとに分析ワークシートを作成した。③概念と概念、つまり2つの概念の関係を検討し、複数の概念からなるカテゴリーを生成し、さらにカテゴリー間の関係性を検討した。院内助産システムに関する会議の逐語録を基に作成した分析ワークシートが妥当であるかを、データと研究者の解釈を対照させ、M-GTA研修会に参加した協同研究者とディスカッションしながら分析を進めた。

5. 用語の定義

院内助産システムの定義は以下に示す内容で、日本看護協会の定義にしたがった⁶⁾。

院内助産システムとは病院や診療所において保健師助産師看護師法で定められている業務範囲に則って、妊婦健康診査、分娩介助並びに保健指導（健康相談・教育）を助産師が主体的に行う看護・助産提供体制としての

「助産外来」や「院内助産」をもち、助産師を活用する仕組みをいう。助産師は、医師との役割分担・連携の下、すべての妊産褥婦やその家族の意向を尊重し、またガイドラインに基づいたチーム医療を行うことで、個々のニーズに応じた助産ケアを提供する。特に、ローリスク妊産褥婦に対しては、妊婦健康診査、分娩介助並びに保健指導（健康相談・教育）を助産師が行う。

助産外来とは、妊婦・褥婦の健康診査並びに保健指導が助産師により行なわれる外来をいう。

院内助産とは、分娩を目的に入院する産婦及び産後の母子に対して、助産師が主体的なケア提供を行う方法・体制をいう。特に、ローリスクの分娩は助産師により行なわれる。

第3次救急医療とは2次救急では対応できない重篤な疾患や多発外傷に対する医療、救命救急センター、高度救命救急センター（第1次：入院や手術を伴わない医療、2次：入院や手術を要する医療）を示す。

総合周産期母子医療センター：MFIICU（母体胎児集中治療室）6床以上、NICU 9床以上有すなど、常時、母体及び新生児搬送受入体制を有し、高度の周産期医療を行える医療施設のことである。

Ⅲ. 結果と考察

M-GTAによる分析で生成した結果図（図1）を説明する。抽出されたカテゴリーは[]、概念は〈 〉、会議中の発言は「 」で示す。また発言の中の（ ）は、文意が理解しやすいよう研究者が言葉を補足したものである。

1. 全体のプロセス

図1に全体のプロセスを示した。研究協力者8名のうち7名が、A病院に勤務する前に、他の病院で〈助産外来の実施〉や〈分娩介助の実施〉をしており[自律した助産業務の体験]をしていた。しかし、A病院に配置転換後〈ハイリスク妊産婦〉が多い、医師の卒後研修施設のため〈医師優先〉で業務が進められている、助産師が活動していなかった頃の〈米国式研修制度〉で産科関連の研修も行われている、研修医に産科医療技術を学ばせる〈研修医の教育への協力〉を行わなければならないことから[院内助産システム開設の困難感]を認識していた。また、〈ハイリスク妊産婦〉の多さ、〈医師優先〉の職場環境、〈研修医の教育への協力〉は、本来助産師が責任を持って正常な妊産婦のケアを行うのを阻害する状況をつくり出し、それが[助産師の能力不足感]に作用していた。しかし、中には〈医師優先〉の職場環境や〈米国式の研修医制度〉に納得できず、産婦を観察・ケアしている者が[助産ケア]も行うという意識を持っている者も

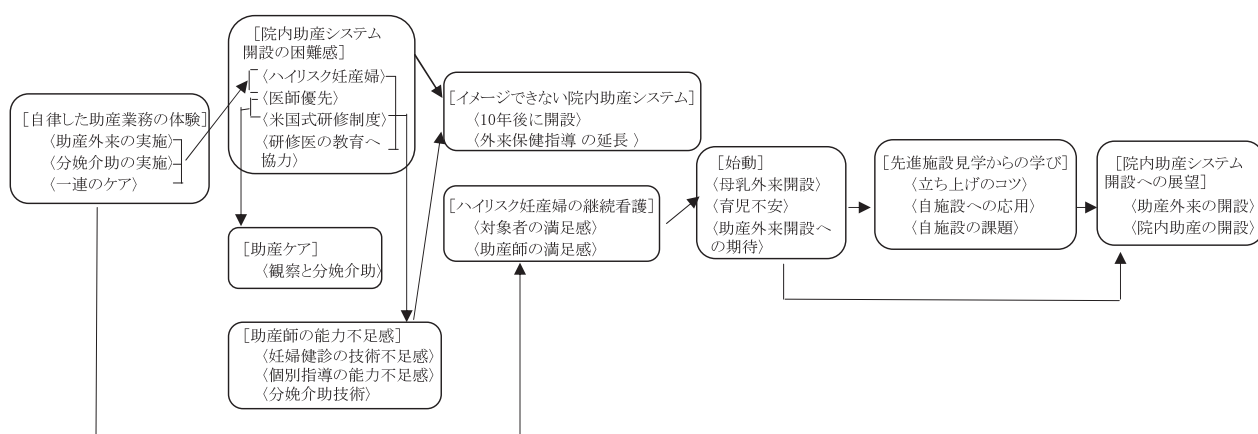


図1 院内助産師システム開設に向けての助産師の考えの変化

[] : カテゴリー
 〈 〉 : 概念

いた。また、[院内助産システム開設の困難感]と[助産師の能力不足感]の両者は[イメージできない院内助産システム]を形成していた。

[自律した助産業務の体験]は、院内助産システム開設への作用はみられなかったが、[ハイリスク妊産婦の継続看護]に影響していた。すなわち助産師は、妊娠中から出産・産後までの継続ケアをした実践してきた過去の経験を活かし、ハイリスク妊産婦へ継続的に受け持ち看護を行うことによって満足感を得ていた。これは助産師が主体的にできる支援について“いまできることから始める”という方針の転換に繋がり[母乳外来開設]のきっかけになっていた。

研究期間中に総合周産期センター機能を有しながら院内助産システムを開設している先進施設の見学を行った。見学したことにより、院内助産システム〈立ち上げのコツ〉を知り、さらに〈自施設への応用〉や〈自施設の課題〉を考えるきっかけとなる[先進施設見学からの学び]があり、[院内助産システム開設への展望]を持つようになっていた。

2. カテゴリーごとの説明

1) [自律した助産業務の体験]

助産師は正常に経過している妊婦や新生児のケア並びに分娩介助が独自の判断でできる⁶⁾。8人中7人の研究協力者は前の勤務先で助産外来もしくは分娩介助を自律して行っていた。例えば、ある助産師は「(B病院では)医師がある程度、助産師に任せてくれるから、自分たちで・・・略・・・外来の枠も作って、自分たちでちゃん

とこの一枠を使ってやっていた。」、また、「(B病院では)分娩介助を自分たちでやっていた」や「(C病院でも)陣痛とか破水(の患者)が来たら自分たちで診察をして入院を決めて、それからお産までの一連の流れをやっていた」と語っていた。さらに「お産をとるとというのが、助産師のひとつのモチベーションにならないとやっぱりやってて仕事楽しくない」と話しており、自律して行う助産業務は助産師のモチベーションに繋がると認識していた。

2) [院内助産システム開設の困難感]

総合周産期センターであるA病院は、地域の産科診療所や病院から重症患者が紹介されるため、〈ハイリスク妊産婦〉が多く、「合併症妊産婦は、正常じゃないですから助産師が(責任を持って)関われない」とか「(患者は)重症度も高いし、常に追われながら仕事している」との発言が示すように、医師の指示の下に〈ハイリスク妊産婦〉のケアを行っていた。また、医師の研修病院のため、分娩介助を研修医に優先的に行わせねばならず、「(A病院では助産師は、産婦の)経過を見ているのにお産はとれない」や「今日は自分が(分娩を)取りたいと言ったけどスタッフ(医師)に退かされた」のように、前の勤務先では普通に行っていた分娩介助を、A病院では医師に委ねなければならず、〈医師優先〉の職場環境であると認識していた。その上、A病院は〈米国式研修制度〉を採用しており、研修医は分娩第1期の産婦マニュアル通り⁷⁾、「1時間おきの内診」を行っていた。長時間、産婦の側でケアを行っている助産師はそのような研修医の診断・治療に対し、「産婦さんの表情とか痛み

状況とかを見ないで（診断することに）、納得がいかない」と感じていた。しかしながら同時に、「・・・A病院は研修病院なので研修医を育てなければいけない」という〈研修医教育への協力〉の意識もあった。それらのことが、助産師が主体となって業務を行う〔院内助産システム開設の困難感〕を形成していると考えられた。

3) [助産ケア]

一部の助産師は〈医師優先〉の職場環境に対し「お産がとれずもどかしい」と感じ、さらに〈米国式研修制度〉による弊害か、産婦の状態よりデータから判断している研修医のあり方に「納得がいかない」と思っていた。それは「・・・助産師が（分娩を）とれる体制を作っていきたい」や「・・・研修病院でも、たまには助産師がメインです」の発言にみられるように助産師が〈観察と分娩介助〉を実施したい願望を持っていた。

4) [助産師の能力不足感]

研修病院であるため助産師の業務範囲である正常分娩の介助も医師に優先的に行わせるような〈研修医教育への協力〉は、助産師業務の経験不足となり、助産師の自律した業務の遂行を阻害し、[助産師の能力不足感]を強めていたと考えられた。また、現代の産科医療では妊婦健診時、医師は超音波診断装置（エコー）を用いて妊婦・胎児の異常の有無、胎児発育状態の診断を行っている。助産師は保健師助産師看護師法で医療行為が禁止されているため⁷⁾、エコーのような医療器械を用いた教育は受けてこなかった。A病院の助産師もエコー使用に関する教育を受けていないため、「(助産師は)妊婦のエコーができるのか？」や「保健指導もある程度エコーを見(せ)ながらするのが大事だが・・・そのようなことができない」と語っており、助産師の行う妊婦健診が現在の産科医療水準に到達できていないとの考えに至っていた。それはつまり〈妊婦健診の技術不足感〉や〈個別指導の能力不足感〉に繋がり、それが[助産師の能力不足感]として認識されていた。

5) [イメージできない院内助産システム]

〔院内助産システム開設の困難感〕と〔助産師の[能力不足感]の2つは[イメージできない院内助産システム]に繋がっていると考えられた。研究協力者は、院内助産システムのイメージができず〈外来保健指導の延長〉のように考えたり、また、ハイリスク患者の多さや多忙な業務の現状では院内助産システムの開設は、遠い先のことで〈10年後に開設〉できればよいと思っていた。

6) [ハイリスク妊産婦の継続看護]

A病院では、以前からハイリスク患者を継続的に受け持ち保健指導などを提供する[ハイリスク妊産婦の継続

看護]を行っていた。「(患者の)話だけ(でも)聞いてそれを解決してやれば、患者も(満足し)またね、みたいに帰っていくし・・・」との語りから継続的な関わりは〈対象者の満足感〉を高めていると考えられた。また、ある助産師は、他の助産師(とそ)の受け持ち患者との関係を「リスクがあって受け持っているのだが、(助産師の)表情がすごくいきいきしている。患者(の表情)も満足そうなので、何だか長いスパンで関わるって・・・略・・・見ていたら羨ましい」と話しており、継続的な看護の提供が〈助産師の満足感〉となっていた。以前勤務していた病院で〈助産外来の実施〉経験や〈一連のケア〉経験などを含む[自律した助産業務の体験]は[ハイリスク妊産婦の継続看護]の実践に影響していると推察された。

7) [始動]

母乳栄養を推進しているにも関わらず、1か月健診までフォロー体制が整ってなかったため、新生児の体重増加不良が把握できていなかったことがあり、それを解決するため〈母乳外来開設〉が行われた。それを開設することによって母乳以外の育児全般に関する不安、すなわち〈育児不安〉があることが把握された。そしてそれは「こんなにニーズがあるとは・・・」「やるんだったら助産師は医師の診療の補助ではなく助産外来、診療の補助とは違う枠で・・・」「助産外来って看板やって、人ひとりおいた方がアピールにもなる」の発言のように〈助産外来開設への期待〉を持つようになり、それは院内助産システム開設を[始動]するという肯定的な方向へ働いていた。

8) [先進施設見学からの学び]

研究期間中に総合周産期母子医療センターの機能を持ちながら院内助産システムを開設している先進施設の見学を行った。そして見学後の報告会で、「(見学先の助産師が)、院内助産(システム)がうまくいった理由として、『(それまで)ず〜っとやっていた助産師外来の流れ(の中)でスムーズにできた。』、『・・・略・・・病院(の管理者)が協力的だった』、『医者がすぐに対応してくれている』、『最初から医師に関わってもら。キーパーソンとなる医師とのコミュニケーションが大切』と説明していた」との発言があり、院内助産システム〈立ち上げのコツ〉を学んで来ていた。

また、見学した施設と自分の病院を比べ「(自分の病院の)空いている所の外来を有効利用する」、「外来で妊婦さんへゆっくり話をする場を持ち、不安の軽減に努め(安心して)妊娠生活を送れるよう援助する」や「外来での保健指導の充実とか医師とかスタッフ、看護部との

調整、あと助産技術の研修(を)、やっぱり充実させないことには・・・略・・・」の発言のように、助産外来開設のための〈自施設の課題〉を明確にしていた。さらに、「助産技術の研修とローリスク産婦に関しては分娩介助ができる(こと)。今後行うことというのは助産師の確保、あと医者、スタッフ、看護部との調整になってくる・・・。」や「今できないとか、無理じゃないかという考えをまず無くそう。できることをまず考えないと。」など自分の施設で何ができるかという〈自施設への応用〉についても考えるようになっており、発想の転換がみられた。

9) [院内助産システム開設への展望]

[先進施設見学からの学び] から、「助産師が主体的に働けたらいきいきとして仕事ができる。A病院でお産の介助ができる。新人教育になる。・・・略・・・今年8月から看大の助産の学生をひとり受け入れるようになっている。そのためには、外来からの保健指導の充実を図ること。」「緊急時の対応ができる病院で助産師が妊産褥婦やその家族の意向を尊重しながら、妊娠から産後1か月まで・・・略・・・これらの業務を医師と役割分担しながら助産師が自立して行うこと(を確立する)。「A病院における助産外来の助産ケアの考え方(について)、助産外来とは、妊産褥婦の健康診査・保健指導が助産師によって行われる外来のことで、助産ケアとは基本的に正常に経過している妊産褥婦を対象にし、分娩介助も含める。」などの発言から、〈助産外来の開設〉や〈院内助産の開設〉の意欲が芽生え [院内助産システム開設への展望]を持つようになっていた。

IV. 総合考察

1. 院内助産システム開設について

本研究から、「ハイリスク妊産婦が多い総合周産期センター」や「米国式卒業研修制度を持つ病院」の条件下で、助産師が主体的役割を取るような院内助産システムは困難と思われる施設でも、その役割がとれるよう意識が変容していくプロセスを明らかにすることができた。前の勤務先で助産師が助産外来や分娩介助を行い[自律した助産業務の体験]を有する助産師は、〈ハイリスク患者〉が多くそのケアに多くの時間を費やし、また研修病院のために〈医師優先〉の業務が行われている現施設では [院内助産システム開設の困難感] と認識していた。さらに〈妊婦健診の技術不足感〉や〈個別指導の能力不足感〉からは、[助産師の能力不足感] に繋がっていた。そのため院内助産システムをイメージすることができなかった。しかし、[ハイリスク妊産婦の継続看護]を通し

て〈対象者の満足感〉や〈助産師の満足感〉を再認識することによって、〈母乳外来開設〉に結びつき、さらにまた母乳外来でのケアを通して、母親達が様々な〈育児不安〉を持っていることが把握され、[院内助産システム開設への展望]が高まっていった。

また、同時に総合周産期センター機能を持ちながら院内助産システムを開設している先進施設の見学も行った。見学により〈立ち上げのコツ〉を学び、それらの自施設への応用や課題についても考える機会となっていた。そのような経緯を通して、[院内助産システム開設への展望]へと繋がった。

これまでの院内助産開設関連の論文は、一部の情熱の強い助産師によるもの⁹⁾、トップダウン方式^{10,11)}の2つに大別されよう。前者の場合は情熱のある助産師が疲弊若しくは退職するとその機能が壊れてしまう危険性があり¹²⁾、また、トップダウン方式では、上層部と現場の意思が一致すれば千船病院のように優れた組織を作り上げ^{10,11)}、よいケアを提供できることが実績で示されている。今回の研究では上述の2つとは異なり、院内助産システムの開設が困難と助産師が認識している組織で、開設に意欲を持つ助産師が集まり検討を重ね、さらに先進施設を見学することによって意識の変容プロセスを明らかにすることができた。

2. 本研究の限界と課題

本研究の目的は、院内助産に関心のある助産師を対象にした会議録から、院内助産システムの開設に関するプロセスを明らかにすることであった。助産師の中には院内助産に関心のない者もいることから、それらも含めたさらに多くの助産師を対象にすることで、様々な問題点が明らかになると思われる。したがって、今後はさらに対象者を増やし検討する必要がある。また、今回は助産外来や院内助産開設の展望までを明らかにしたが、院内助産システム開設の展望から実践までの検討は今後の課題である。

謝 辞

本研究に際し、研究協力者になってくださいましたA病院の助産師のみなさま並びに視察を引き受けて下さった高槻病院並びに千船病院の関係者のみなさまに心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 沖縄県：沖縄県保健医療計画 平成20年度改訂。
- 2) 崎原盛造, 郡司篤晃(1996)：沖縄における保健医療

- の特性, 琉球大学医学部附属地域医療研究センター (編), 沖縄の疾病とその特性, 21-40, 九州大学出版会, 福岡.
- 3) 新垣浄治(1976): 沖縄県立創立30周年記念誌, 沖縄.
- 4) 木下康仁(2006): グラウンデッド・セオリー・アプローチ 質的実証的研究の再生, 弘文堂, 東京.
- 5) 木下康仁(2007): グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い, 弘文堂, 東京.
- 6) 遠藤俊子, 常田裕子(2009): 院内助産システムの推進 日本看護協会の取り組み, 看護, 61(9), 67.
- 7) 厚生問題研究会 (編) (2010): 保健師助産師看護師法 看護六法, 新日本法規, 東京.
- 8) 沖縄県立中部病院OBGYN インターンマニュアル 24th Edition 非売品
- 9) 石村朱美, 高橋八重子(2006): 私たちの夢の実現に向けて, 助産師雑誌, 60(1), 66-684.
- 10) 内藤正子(2008): 特集 産科医療の充実と看護管理 院内助産院の目的とその実現に向けた戦略, 看護管理, 18(9), 738-741.
- 11) 村田佐登美(2008): 特集 産科医療の充実と看護管理 産科病棟看護科長の立場から, 18(9), 742-747.
- 12) 石村朱美(2008): 院内助産所開設後11年の時を経て, 助産師, 62(3), 14-17.

Indication of the birth center — A case of higher level of an emergency medical center —

Tamashiro Kiyoko RN, PHN, RNM, MPH¹⁾ Nishihira Tomoko, RN, PHN, RNW, MNS¹⁾
Kakazu Izumi, RN, PHN, RNM, MNS¹⁾ Inoue Matsuyo RN, PHN, RNM, MPHSc¹⁾
Kawahira Yumi, RN, RNM²⁾

Key words : Birth center, Birth center system, Midwife, Midwifery clinic

1) Okinawa Prefectural College of Nursing

2) Okinawa Prefectural Chubu Hospital