

資 料

院内助産開設に関わる要素 —院内助産モデルケースの聞き取り調査から—

Developing factors for the establishment of in-hospital birth centers —A survey of in-hospital birth center model cases—

渡 邊 めぐみ (Megumi WATANABE)*¹
林 猪都子 (Itoko HAYASHI)*²
乾 つぶら (Tsubura INUI)*²

抄 録

目 的

国内で先駆的に院内助産を行っている5カ所をモデルケースとし、院内助産開設に関わる要素を明らかにする。

対象と方法

院内助産を開設している総合病院5カ所の助産師各1名を対象にした。データは、院内助産の開設準備に焦点化し、半構成的面接調査にて収集した。分析は、面接内容を録音し逐語録化して、KJ法の手法を用いて統合し、各カテゴリーの関連を時系列で検討し図式化した。

結 果

逐語録より抽出されたデータは、グループ編成により、最終的に【院内助産開設の背景】【ハード面のシステムづくり】【助産師のスキルアップ】【人員配置と連携】に統合された。この4つの要素を構造図として表すと、助産師が進んでいく院内助産開設への道のりは、【院内助産開設の背景】で示される上り坂と、その他3要素【ハード面のシステムづくり】【助産師のスキルアップ】【人員配置と連携】で示される平坦な道のりの2段階で構成された。院内助産開設に向けて進むには、意識の高い助産師がいることが必要であった。また、この助産師が前に進む際には、【院内助産の背景】で示される上り坂が重要であった。ゴールに向かって上り坂を進む助産師を後押しする因子として、《開設へのプラス要因》としての〈世間の動向〉、〈助産師の意識統一〉、〈院内助産類似の状況〉、〈助産外来の自立〉と、《キーパーソンの関わり・支援》としての〈師長による意思統一に向けた介入〉、〈医師・病院の受け入れ、要望〉が存在した。また、進行を妨げる因子として、《開設へのマイナス要因》としての〈医師の抵抗〉、〈助産師の責任に対する不安〉が存在した。この坂道は、後押しする因子が妨げる因子に勝った場合に前に進むことができた。次の平坦な道のりは進行がスムーズであった。

結 論

院内助産開設に向けて進むには、助産師が高い意識を持つことに加えて後押しをする環境が必要である。

キーワード：院内助産、開設の背景、助産師の意識、後押しする環境

*¹大分県立看護科学大学大学院博士前期課程 (Graduate School, Oita University of Nursing and Health Sciences)

*²大分県立看護科学大学 (Oita University of Nursing and Health Sciences)

2012年4月19日受付 2012年11月22日採用

Abstract

Purpose

Using five locations in Japan that are taking the lead in establishing in-hospital birth centers as model cases, we are developing factors for the establishment of in-hospital birth centers.

Subjects and Methods

We surveyed midwives at five general hospitals that have established in-hospital birth centers (one midwife at each facility). We collected data using a structured interview survey, focusing on the preparations that were made to establish the in-hospital birth center. To conduct our analysis, we recorded the interviews, transcribed the interviews, and then integrated the transcribed data using the KJ method.

We examined and diagrammed the relationships between the categories chronologically.

Results

The data sampled from the transcriptions was ultimately combined into groups: "Background behind the establishment of an in-hospital birth center," "Infrastructural system creation," "Skills development of midwives," and "Staff placements and cooperation". When these four elements were expressed in a structural drawing, the path toward the establishment of an in-hospital birth center promoted by midwives was shown to be comprised of two phases: (1) an uphill portion reflecting the "Background behind the establishment of an in-hospital birth center," and (2) a flat portion, reflecting the "Infrastructural system creation," "Skills development of midwives," and "Staff placements and cooperation." Moving toward the establishment of an in-hospital birth center required the presence of midwives dedicated to the development of such a facility. When these midwives moved forward in their efforts, the uphill slope expressed in the "Background behind the establishment of an in-hospital birth center" was important. Some of the factors that facilitated the progress made by these midwives as they struggled uphill toward their goal included "positive reasons for establishing the facility" and "the involvement and support of key persons." The factors impeding their progress included "negative reasons for establishing the facility." When the supporting factors won out over the impeding factors, forward progress could be made. Progress along the flat road that followed the uphill slope could then proceed smoothly.

Conclusions

Making progress toward the establishment of in-hospital birth centers requires the strong dedication of midwives to this cause, as well as an environment that is supportive of their efforts.

Key words: In-hospital birth center, background behind the establishment, dedication of midwives, supportive environment

1. 緒 言

正常分娩における助産師の役割が見直されている現在、助産師が施設内で専門性を発揮する場として院内助産がある。

厚生労働省は2008年4月より、院内助産所と助産師外来の開設を支援する「院内助産所・助産師外来設備整備事業」、「助産師確保地域ネットワークづくり推進事業」、「院内助産所・助産師外来開設のための医療機関管理者および助産師研修事業」を創設し、予算措置を行ってきた(厚生労働省医政局看護課, 2008)。また、日本看護協会は資料の中で、2010年4月の時点で、国内に59ヵ所の院内助産所があると述べている(日本看護協会, 2011)。

院内助産の開設に関する文献によると、院内助産開設までの研修会や病院の支援、医師との連携の経過を記載した遠藤らの報告(遠藤・梶川・渡部他, 2007)や、

院内助産システムをしたいとの思いと、そのきっかけになったこと(石村・高橋, 2006a)、院内助産開設の実際として組織への働きかけや院内助産の概要を記したもの(石村・高橋, 2006b)などがある。その他、院内助産の開設にあたり、院内助産システムづくりと環境の整備が必要であり、ケアと責任範囲について報告されている(長谷川, 2006)。これらは、それぞれの施設においての院内助産開設の経過報告や取り組みの実際であった。

また、福井の『助産外来・院内助産所計画・開設・運営マニュアル』においては、システム化が成功してもそのシステムを運用する助産師の士気が低かったり、ネガティブであれば、システム化の成功とは言えないことを指摘している(福井, 2009)。このことから院内助産開設には、助産師の気持ちも重要である。

これらの文献検索から2006年頃より院内助産に関する研究が行われているが、院内助産開設に関わる要

素を明らかにした研究は見当たらなかった。そこで今回、国内の院内助産5カ所をモデルケースとし、院内助産開設に関わる要素を明らかにすることを目的に本研究を行った。

II. 研究方法

1. 調査対象

本調査は、ベッド数400床前後または総合・地域周産期母子医療センターを有する総合病院において、院内助産を開設している5カ所をモデルケースとし、助産師各1名を対象に行った。地域的な偏りがないように、九州1施設、関西2施設、関東2施設を対象施設とし、看護部長に文書にて調査内容を説明し、調査協力を依頼するとともに、調査対象者として院内助産開設に関わった各施設助産師1名の選定を依頼した。調査期間は、2009年5月～8月であった。

2. 調査内容・データ収集方法

データは、院内助産の開設準備に焦点化し、半構成的面接にて収集した。調査内容は、基礎データ(病院ベッド数、年間分娩数、職員数、分娩費、開院の動機)、運用に向けての準備(他院への見学、物品、資料、PR方法)、基準(対象者、担当助産師、助産師の責任範囲、勤務体制)、設備(フリースタイル分娩の設備)、連携(医師、病棟、他部門)、教育(事前学習)とした。

面接は1施設1時間30分を予定し、病院内のカンファレンスルームで行った。データは対象者の同意を得た後ICレコーダに録音した。ICレコーダは、SONYステレオICレコーダICD-UX71を使用した。

3. データの分析方法

データは、KJ法の手法を用いて分析した。まず、録音した内容をなるべく忠実に逐語録に転記した。その後、文章から院内助産開設に関連すると思われる語句や文章に注目し、1単位としてデータ化した。次にデータの意味・内容に類似したものを集め、グループ編成を行いカテゴリー化した。そして、新しいカテゴリー同士の意味・内容に類似したものを更に新しいカテゴリーを作成した。この作業を数回反復し、グループ編成できないところまで行った。カテゴリーに含まれなかった概念は、テーマやその他のデータと照らし合わせて検討した。さらに院内助産開設の行動パターンやルールについて、各カテゴリーの相互関係を

時系列で検討し関連づけを行った。そして、その関連を図式化し解釈した。

4. 信頼性

データ分析にあたって、研究者の偏った視点での分析を防ぎ、客観性を保つために2名の専門家よりスーパーバイズを受けた。

5. 倫理的配慮

倫理的配慮としては、対象者に研究目的、調査方法と内容、プライバシーの配慮、データの保管方法、データの用途、結果の公表、参加は任意で途中で辞退も可能であることを文書と口頭で説明し、調査協力と同意書の提出を依頼した。ICレコーダの使用に関しては、調査前に対象者にプライバシーの配慮、データの保管方法、データの用途、研究終了後のデータの破棄について文書と口頭にて説明し、同意書への署名を依頼した。なお本調査は、大分県立看護科学大学の研究倫理安全委員会の承諾を得た上で実施した(承認番号299)。

6. 用語の定義

本研究における院内助産とは、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。殊に、ローリスクの分娩は助産師により行われる。厚生労働省の使用した「院内助産所」も「院内助産」と同義である。この場合の「院内助産所」は、医療法でいう助産所ではない。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」を持ち、助産師を活用する仕組みをいう(日本看護協会, 2009)。

III. 結果

1. 対象者および対象施設の属性

対象者の経験年数は、9～25年であった。対象者が所属する院内助産の背景として、病院ベッド数は292～1153床で、いずれもNICU、GCUを有する総合または地域周産期母子医療センターであった。年間分娩数は15～1387件で、うち院内助産での年間分娩数は2～105件であった。院内助産での助産師の勤務配置は、

表1 対象施設の属性

ベッド数(床)	年間分娩数(件)	人数(人)
産科/院内助産	産科/院内助産	助産師数/医師数
50/産科内	280/2(9ヶ月)	27/6
50/産科内	978/9	69/10
32/4	1200/84(8ヶ月)	36(6*)/9
47/産科内	15/7	8/1
40/産科内	1387/105	58/9

*：院内助産専任助産師数

5カ所中4カ所が産科病棟と共同配置で、1カ所は独立した院内助産であった(表1)。

2. 抽出された院内助産開設に関わる要素の構造(表2)

対象者5名から得られた逐語録は、23,200字となった。逐語録から290のデータが抽出され、グループ編成により、コアカテゴリー数4、カテゴリー数12、サブカテゴリー数29、コード数149に統合された(表2)。文中では、コアカテゴリーを【】、カテゴリーを《》、サブカテゴリーを〈〉、コードを「」で表した。

院内助産開設に関わる要素の構造として、4つのコ

カテゴリー【院内助産開設の背景】【ハード面でのシステムづくり】【助産師のスキルアップ】【人員配置と連携】が抽出された。

以下、コアカテゴリーとそれぞれに含まれるカテゴリーを説明する。

1) 院内助産開設の背景

この要素は、《院内助産を開設するきっかけ》《キーパーソンの関わり・支援》《開設へのプラス要因》《開設へのマイナス要因》《助産師の意識》の5つのカテゴリーから構成された。

《院内助産を開設するきっかけ》は、〈産科医師不在・不足により考えた助産師の専門性〉〈助産師学生への教育を通して考えた助産師本来の力〉〈助産外来からの自然な流れ〉から構成された。

《キーパーソンの関わり・支援》は、〈医師、病院の受け入れ・要望〉〈師長による意思統一に向けた介入〉から構成された。

《開院へのプラス要因》は、〈世間の動向〉〈院内助産

表2 院内助産開設に関わる要素

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
院内助産開設の背景	院内助産を開設するきっかけ	産科医師不在・不足により考えた助産師の専門性 助産師学生への教育を通して考えた助産師本来の力 助産外来からの自然な流れ
	キーパーソンの関わり・支援	医師、病院の受け入れ・要望 師長による意思統一に向けた介入
	開設へのプラス要因	世間の動向 院内助産類似の状況 助産外来の自立 助産師の意識統一
	開設へのマイナス要因	助産師の責任に対する不安 医師の抵抗
	助産師の意識	助産師の自覚・責任感
ハード面のシステムづくり	資料の作成	資料作成の手順 作成した資料の内容
	基準の作成	業務基準の作成 料金の設定 基準作成時に参考にしたもの
	施設・設備の準備	助産ケアの購入物品 医療との共同物品の購入
	広報	施設の改築 医師の勧め 配布・掲示 メディア
助産師のスキルアップ	研修と学習会	他施設への研修 院内での研修
人員配置と連携	助産師の勤務配置	助産師の共同配置 独立した院内助産
	医療職間の連携	チームの作成 意見交換の場をシステム化

類似の状況〈助産外来の自立〉〈助産師の意識統一〉から構成された。

《開院へのマイナス要因》は、〈助産師の責任に対する不安〉〈医師の抵抗〉から構成された。

《助産師の意識》は、〈助産師の自覚・責任感〉から構成された。

2) ハード面でのシステムづくり

この要素は、《資料の作成》《基準の作成》《施設・設備の準備》《広報》の4つのカテゴリーから構成された。

《資料の作成》は、〈資料作成の手順〉〈作成した資料の内容〉のサブカテゴリーから構成されており、〈資料作成の手順〉としては、「スタッフが集まって話し合った」「7～8人のチームを作って病棟内をマネジメントしている」、その小集団で項目を選んで担当した「目標が決まっていたので、団結して短時間で準備を行えた」などのコードから構成された。《基準の作成》は、〈業務基準の作成〉〈料金の設定〉〈基準作成時に参考にしたもの〉から構成された。

《施設・設備の準備》は、〈助産ケアの購入物品〉〈医療との共同物品の購入〉〈施設の改築〉から構成された。

《広報》は、〈医師の勧め〉〈配布・掲示〉〈メディア〉から構成された。

3) 助産師のスキルアップ

この要素は、《研修と学習会》のカテゴリーから構成されており、〈他施設への研修〉〈院内での研修〉のサブカテゴリーから構成された。

4) 人員配置と連携

この要素は、《助産師の勤務配置》《医療職間の連携》から構成された。

《助産師の勤務配置》は、〈助産師の共同配置〉〈独立した院内助産〉から構成されていた。〈助産師の共同配置〉の場合は、「2交代」または「3交代」に「院内助産にのみオンコール」を行う体制で、「勤務をまたいだ場合は、担当者が代わる」システムであった。〈独立した院内助産〉の場合は、「日勤当直制」で、24時間同じ助産師が関わる勤務体制であった。

《医療職間の連携》は、〈チームの作成〉〈意見交換の場をシステム化〉から構成された。「助産師、NICU看護師、NICU医師、産科医師のカンファレンス」で症例検討を行うとともに、「バースセンターの説明、意見を求める」場をシステム化していた。

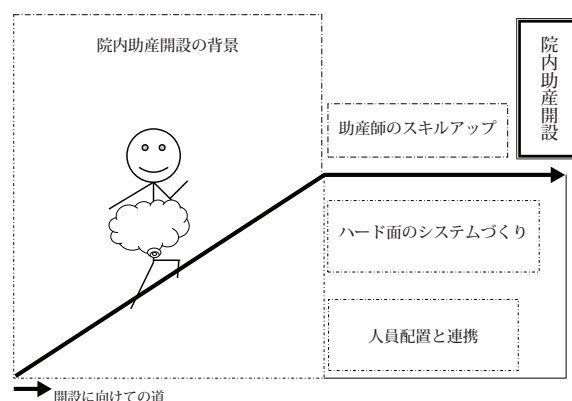


図1 院内助産開設に関わる要素の構造

3. 院内助産開設に関わる要素の統合

図1は、院内助産開設に向けての要素の構造を表したものである。

【院内助産開設の背景】では、助産師が《院内助産を開設するきっかけ》の土台に立ち、《助産師の意識》を持って、ゴールに向かって進んでいた。ここでは、院内助産開設に向けて「意識の高い助産師がいることが必要」で、「一人ひとりが責任者であり、経営者である自覚が必要」であった。

そして、進行を後押しする因子としての《開設へのプラス要因》《キーパーソンの関わり・支援》があり、目標設定を行い、助産師の意識を統一することでスムーズに前に進んでいた。また、進行を妨げる因子としての《開設へのマイナス要因》が存在した。このゴールへの道のりは、後押しする因子が妨げる因子に勝った場合に前に進むことができる坂道になっていた。

この【院内助産開設の背景】を通り過ぎた後は、【ハード面のシステムづくり】【助産師のスキルアップ】【人員配置と連携】の要素が存在した。この3つの要素は、ほぼ同時進行で行われており、ゴールへの道のりも平坦でスムーズに進んでいた。

以上より、助産師が進んでいく院内助産開設への道のりは、【院内助産開設の背景】で示される上り坂の道と【ハード面のシステムづくり】【助産師のスキルアップ】【人員配置と連携】の要素で示される平坦な道の2段階で構成されていた。

4. 院内助産開設の背景に関わる要素の構造

院内助産開設に向けて、助産師にとって上り坂となる【院内助産開設の背景】に焦点をあてて作成した要素の構造を図2に示した。

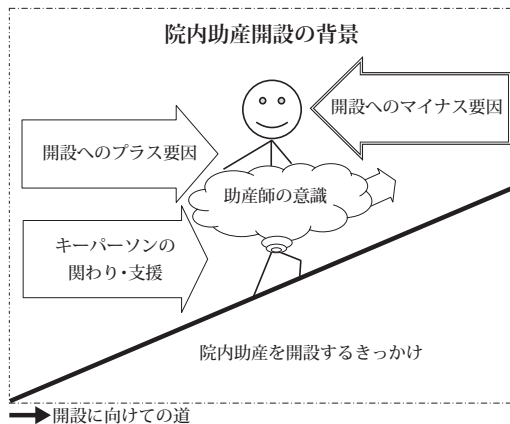


図2 院内助産開設の背景

《院内助産を開設するきっかけ》は、〈助産外来からの自然な流れ〉と〈助産師学生への教育を通して考えた助産師本来の力〉を土台とし、〈産科医師不在・不足により考えた助産師の専門性〉を引き金としていた。

〈助産外来からの自然な流れ〉は、「助産外来をしていると、分娩だけ管理分娩ではなく、助産師の手で分娩をしたくなった」という気持ちが表示されていた。

〈産科医師の不在・不足により考えた助産師の専門性〉では、「助産師の専門性をどこに求めるのか考えた」ことや、「正常は助産師、異常は医師という役割分担をしましょうということ立ち上げられた」ことが関連していた。

《院内助産を開設するきっかけ》を土台とし、院内助産開設に向けて助産師は坂道を進んでいくが、《助産師の意識》として〈助産師の自覚・責任感〉が関連していた。これは、「意識の高い助産師がいることが必要」であり、「一人ひとりが責任者であり、経営者である自覚が必要である」ことを示していた。

助産師が坂道を進んでいく後押しをする因子として病院内の《キーパーソンに関わり・支援》が存在し、内容としては〈医師、病院の受け入れ・要望〉と〈師長による意思統一に向けた介入〉から構成されていた。

院内助産《開設へのプラス要因》となっていたのが、〈世間の動向〉により、「院内助産が加速」していて「院内助産院の話をよく耳にしていた」ことであった。また、「受け持ち継続性を行っていたので、バースセンターへの移行はスムーズだった」ことや「フリースタイル分娩にも以前から対応していた」ことなど、〈院内助産類似の状況〉があった。さらに〈助産外来の自立〉〈助産師の意識統一〉もプラス要因であった。

それに対して、《開設へのマイナス要因》となってい

たのが、〈助産師の責任に対する不安〉であった。この責任という言葉が影響して、院内助産の「スタッフを募集したが、誰も手を上げなかった」現状があった。また、〈医師の抵抗〉として、「バースセンターは医師の抵抗が強く、準備に時間がかかった」状況があった。

IV. 考 察

1. 院内助産開設に向けて助産師が進む上り坂

院内助産開設に関わる要素は、【院内助産開設の背景】【ハード面のシステムづくり】【助産師のスキルアップ】【人員配置と連携】の4つのカテゴリーから構成されていることが明らかになった。中でも【院内助産開設の背景】を構成する5つの要素が重要で、この要素がクリアできた頃には、助産師は向かうべき目標が明確になっており、あとの3つの要素である【ハード面のシステムづくり】【助産師のスキルアップ】【人員配置と連携】に関する内容はスムーズに進むと考えられた。

院内助産開設に向けて、普段から正常産を助産師の手で行いたいと、助産師の専門性や力についての意識を持っているところに、医師の不在・不足、医師の勧めなどが影響して《院内助産を開設するきっかけ》になっていると考えられた。その《院内助産を開設するきっかけ》から院内助産開設をゴールとしたときに、病棟内でスタッフに動機付けを行ったり意思統一を行ったりするキーパーソンが存在や、病院内のキーパーソンが支持・支援が重要であると考えた。またゴールに向かう際に、プラス要因とマイナス要因が強く影響していることも考えられた。

《助産師の意識》としては「助産師の自覚・責任感」が必要であるが、組織の中で、助産師全員が同じ意識を持つことができない状況が考えられる。村上は、院内助産の実態調査で、準備中の困難には、助産師間の意識の違い、助産技術に対する不安、モチベーションの維持、助産師同士で責任の重さが共有できない等、助産師間で生じる問題があった(村上, 2011)と報告している。このような時、どのようなケアを提供する助産師集団でいたいのかと、関係する助産師一同で話し合いの場を持つ(福井, 2009)ことで、助産師本来の力や専門性を考える機会となり、「助産師の自覚・責任感」につながるのではないかと考える。また、院内助産開設に向けて助産師が前に進むには、早い段階で目標設定を行い、助産師全員で進んでいく到達点を明ら

かにしておくことが重要である。

院内助産を開設する際に必要となる病棟内でのキーパーソンとしては、院内助産を本当にやろうと思う師長、主任などの管理職や経験を積んだ助産師が考えられる。管理者は、普段からのコミュニケーションの中で、スタッフ一人ひとりの分娩に対する思いや希望などを把握するとともに、お互いの助産師としての専門性に対する気持ちをディスカッションしておく必要があると考える。また、院内助産についての他部門を含めた共通理解、共通認識も必要である。村上は、院内助産の実態調査の中で、他部門との問題では、院長や事務長の理解不足、全産科医師の理解が得られない等があったと報告している(村上, 2011)。病院や診療所という組織の中で助産師が主体的に活動するには、施設内の職員全員が院内助産について理解し、連携することが必要である。

《開設へのマイナス要因》となっていた〈助産師の責任に対する不安〉に対しては、『責任』という言葉の意味を病院内で十分に検討し理解する必要があると考える。宮崎が考える自律性として、『自分の職務の意思決定過程に責任を持つ』こととされているが(宮崎, 2007, p.85), 助産師の責任もそこにあるのではないかと考える。この責任を持つためには、異常・正常の判断を含めた助産診断や助産技術の向上が必要である。『自律的判断能力の形成・獲得が勤務助産師は年齢に相関し、開業助産師に比べて遅い』ことが指摘されている(宮崎, 2007, p.90)。そのため、病院に勤務する助産師一人ひとりの力量を判断し、状況に応じて学習会や研修を行っていく必要がある。

さらに、例えば事故が起こった場合にどの手順で対処し、誰が責任を持つのか明記しておく必要もある。院内における安全管理指針を院内助産への対応も含めたものに修正し、内容を病院内のスタッフ全員で理解しておく必要があると考える。そして、プラス要因である〈助産師の意識統一〉をすることで、マイナス要因である〈助産師の責任に対する不安〉をカバーしていくことができるのではないだろうか。そこには、病院内・病棟内の《キーパーソンの関わりや支援》も重要になってくる。

また《医師の抵抗》も大きなマイナス要因となる。村上が行った研究「妊産婦支援における産科医師と助産師のCollaboration(協働)」によると、調査対象となった一般病院と開業施設の10施設で、産科医師は安全性重視の医学的な管理体制を、助産師は自然分娩志

向の医療介入の少ない支援体制をそれぞれ重視する傾向にあった(村上・平澤・谷津他, 2005)。院内助産における妊産婦支援の体制は、正常経過を経ている場合には助産師が主体となりケアを行うが、正常を逸脱した場合には産科医師と協働しケアを行う必要がある。このような状況下では、院内助産に対する産科医師の協力と理解が不可欠である。

近年、産科医師不足・不在により助産師の専門性が見直され、その活躍を期待している世間の追い風を受けて、助産師は妊産婦の安全と快適を考え、自らが行うべきケアを見直す必要がある。そして、正常産は自分たちの手でという《助産師の意識》をしっかり持ち、妊産婦のケアについて医師としっかり話し合うべきである。さらに、正常産を扱う力量が必要である。その意識と行動が病院内のキーパーソンの支持・支援を受け、医師の意識を変化させることにもつながると考える。

2. 院内助産開設に向けて助産師が進む平坦な道のり

院内助産開設に向けての上り坂をクリアすると、【ハード面のシステムづくり】【助産師のスキルアップ】【人員配置と連携】の要素で示される平坦な道がある。この平坦な道を進む頃には、助産師は目標をしっかり持ち、団結しているため自ら考え、意見を出し合って行動化することができると思う。

【ハード面のシステムづくり】としての《資料の作成》《基準の作成》《施設・設備の準備》を行いながら、ほぼ同時に【助産師のスキルアップ】としての《他施設への研修》や《院内での研修》をこなしていると思う。

管理的な側面として、【人員配置と連携】の《助産師の勤務配置》では、大きく分けると産科病棟の助産師と共に勤務を行う〈助産師の共同配置〉と〈独立した院内助産〉があった。どの体制をとるかは、施設ごとの設備や人員など考慮して決めていた。

また、《医療職間の連携》において、医師、看護部、事務部など院内のスタッフと定期的に〈意見交換の場をシステム化〉することにより、院内助産所の理解が深まるとともに内容も充実していくと考える。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、院内助産開設に向けての要素を分析したものである。この結果は、今後院内助産を開設する施設において、参考になるものであると考える。しかし、本研究は国内の5ヵ所という限られた施設を対象にし

たため、一般化には限界がある。また、院内助産として稼働している施設においての調査であったため、開設に向けての時期をすでに通過していることから、マイナス面での要素の抽出に限界がある。

今回の研究結果が普遍的な事象となるためには、準備段階の施設も対象とすることや、院内助産開設後に運営を維持していくために必要な要素にも注目するなど、対象施設を増やすとともに広い視点で検討することが必要である。また、院内助産開設に関わった助産師のみを調査対象とするのではなく、院長や事務部門、医師など、他部門の職者も対象とし、院内助産開設に関わる要素を多角的に検討することも重要である。今後も研究を重ね追及していきたい。

V. 結 語

国内の院内助産5カ所をモデルケースとし、院内助産開設に関わる要素を明らかにすることを本研究の目的とした。それぞれの施設の助産師1名を対象に半構成的面接を行った。面接内容を逐語録にし、コード化およびカテゴリー化を行った。

対象5人のコアカテゴリー数は4、カテゴリー数は13、サブカテゴリーは33、コード数は168であった。

4つコアカテゴリーの要素を構造図として表すと、助産師が進んでいく院内助産開設への道のりは、【院内助産開設の背景】で示される上り坂の道と【ハード面のシステムづくり】【助産師のスキルアップ】【人員配置と連携】の要素で示される平坦な道の2段階で構成されていた。

院内助産開設に向けては、〈助産師の自覚・責任感〉が重要であり、「意識の高い助産師がいることが必要」であった。この意識の高い助産師が院内助産開設に向けて進む【院内助産開設の背景】に示される上り坂は、進行を後押しする因子が妨げる因子に勝った場合、前に進むことができた。

進行を後押しする因子としては《開設へのプラス要因》《キーパーソンの関わり・支援》が存在し、進行を妨げる因子としては《開設へのマイナス要因》が存在

した。これらのことから、院内助産開設に向けて進むには、助産師の意識に加えて後押しをする環境が必要であった。

文 献

- 遠藤文子, 梶川里子, 渡部輝子, 鈴木喜代子 (2007). 院内助産所を開設：マタニティホームでは「自分らしいお産」したいひとを応援します. 助産雑誌, 60(1), 26-32.
- 福井トシ子 (2009). 助産外来・院内助産所計画・開設・運営マニュアル. メディカ出版, 12-16.
- 長谷川充子 (2006). 院内助産院を担うには何が必要か. 助産雑誌, 60(4), 318-321.
- 石村朱美, 高橋八重子 (2006a). 院内助産院“助産科”はこうして生まれた：私たちの夢の実現に向けて. 助産雑誌, 60(1), 66-71.
- 石村朱美, 高橋八重子 (2006b). 院内助産院“助産科”はこうして生まれた：院内助産院開設の実際. 助産雑誌, 60(2), 152-157.
- 厚生労働省医政局看護課 (2008). 「院内助産院」「助産師外来」開設の推進について. 助産師教育 NEWS LETTER, 59, 2.
- 宮崎文子 (2007). 今, 求められている助産師の自律：活性化への提言. 日本助産学会誌, 21(1), 83-91.
- 村上明美, 平澤美恵子, 谷津裕子, 新田真弓, 喜多里巳 (2005). 妊産婦支援における産科医師と助産師の Collaboration (協働)：妊娠・出産の安全性と快適さを追及した施設の取り組み. 平成15年度日本助産学会研究助成金研究報告, 15-16.
- 村上明美 (2011). 院内助産所等の実態調査結果とこれからの院内助産所等のあり方. 助産師, 65(2), 10-11.
- 日本看護協会 (2009). 助産システムの推進について：助産師の活動に関する用語の定義. http://www.nurse.or.jp/home/innaijyosan/pdf/shiryō_1.pdf. [2012-2-25]
- 日本看護協会 (2011). 報告事項4. <http://www.nurse.or.jp/home/about/koukai/pdf/keikaku.pdf>. [2012-3-8]
- 日本看護協会助産師職能委員会 (2004). 病院・診療所における助産師の働き方, 6.