

## ＜研究報告＞

## 院内助産における助産師の勤務に関する認識

## Midwives' Perceptions of Work in the Hospital Midwifery Service

水野 祥子<sup>1)</sup>  
Syoko Mizuno坂梨 薫<sup>1)</sup>  
Kaoru Sakanashi勝川 由美<sup>1)</sup>  
Yumi Katsukawa沢田真喜子<sup>1)</sup>  
Makiko Sawada

## 要 旨

本研究の目的は、院内助産における助産師の勤務に対する認識について明らかにし、院内助産を継続していく上での示唆を得ることである。調査方法は、院内助産に従事している助産師を対象に半構造化面接にて、対象の属性、勤務状況、勤務に対する満足、心身の支援体制、勤務に対する改善点や課題への認識について調査した。逐語録の内容を類似性でコード化し、カテゴリーを抽出した。対象者は関東圏内5施設の助産師10名である。院内助産は、病棟内4施設、別フロア1施設であり、オンコール体制は2施設であった。助産師の勤務に対する認識は、【1人勤務を担う責任と不安】、【オンコール体制に伴う心身の負担】、【円滑な協働への意識の高まり】、【専門職としての自律性の高まり】、【確立されない体制への葛藤】の5つのカテゴリーを抽出した。助産師は、オンコール体制に伴う心身の負担や1人勤務を担う責任と不安を抱えながらも、病棟スタッフや医師との円滑な協働への意識を高め、安全な分娩体制の調整を図っていた。また、助産師の専門職としての自律性を自覚し、勤務にやりがいを感じながらも、確立されない体制への葛藤を抱えていることが明らかになった。

キーワード：院内助産、助産師、認識

## I. 緒 言

昨今、周産期医療へのニーズは、分娩件数の減少、高齢出産の増加により変容してきている。女性の晩婚化、晩産化により、第一子出産時の母親の年齢が上昇してきていることから<sup>1)</sup>、家族内での支援にも限界がきており、女性が安心して出産、育児ができるよう継続した支援体制が必要となってきた。このような背景をもとに、妊産婦の多様なニーズに応えるための取り組みとして、院内助産を導入する施設が増加してきている。

院内助産は、医療施設のなかで、助産師主導で正常産を担うシステムであり、周産期医療において社会問題となった産科医師不足による産科病棟の閉鎖を解消するため、助産師の専門性を活かし、出産施設を確保するための対応策でもあった<sup>2)</sup>。2008年に「院内助産所・助産師外来施設整備事業」が始まり、国や自治体、職能団体はシステムの普及

に取り組んでいる<sup>3)</sup>。院内助産においては、正常な妊産婦を対象に、妊娠期から産褥期を通し、助産師による継続した支援が可能である。さらに病院と離れた場所にある助産院とは異なり、病院内または病院に隣接しているため、緊急時に医療介入ができる環境であることから、高齢出産が増加した昨今、ニーズは高まってきている。

院内助産の安全性については、施設による分娩実績報告から既に明らかとなり<sup>4, 5)</sup>、対象がローリスクに限定されていることや最終的に医師の判断で分娩を受け入れていることから評価されてきている。また、院内助産は、助産師による継続したケアと医師の迅速な医療介入の双方が可能であるため、妊産婦の満足度も高い<sup>6, 7)</sup>。加えて、院内助産は助産師の実践能力、専門性を高める意義もあり、社会のニーズとしても今後の普及が期待されている。

しかし、院内助産における課題もいくつか明らかとなっており、とくに産科病棟と院内助産を併設している施設で

受付：2016年9月23日

受理：2017年1月18日

1) 関東学院大学 看護学部

は助産師数の確保と人員配置が挙げられている<sup>8)</sup>。院内助産の導入に向け、助産師は勤務体制に関する不安を抱えており<sup>9)</sup>、既に導入している施設においても、同様の課題が明らかとなってきた<sup>10)</sup>。院内助産は、施設毎にその体制は異なっており、未だ共通のシステムになっていないことから、施設によっては分娩の安全性や助産師の勤務負担についての懸念がある。このような実態では、疲弊する助産師が増え、院内助産の継続性も危ぶまれる。院内助産は、助産師の実践能力を高め、妊産婦のニーズとして有益性が評価されてきている。今後は、出産場所の選択肢として維持していくことが課題と言える。

我が国の院内助産を概観すると、産科病棟内の一室に院内助産を有する施設、産科病棟とは独立したバースセンターを有する施設がある。これまで、院内助産に従事している助産師を対象とした研究は少なく<sup>8)</sup>、更に実施形態の異なる施設から助産師がどのような認識で勤務しているかを明らかにしている研究はない。

本研究の目的は、院内助産における助産師の勤務に対する認識を明らかにすることで、院内助産を継続していく上での示唆を得る。

## II. 用語の定義

院内助産：助産師が主体的に行う看護・助産提供体制として、助産師による妊婦健診、正常産の分娩助助、ならびに保健指導を主体的に行う看護・助産提供体制とする。

## III. 研究方法

### 1. 対象

院内助産の開設から1年以上経過している施設であり、地域特性を考慮し、調査協力を依頼する施設は関東圏内に限定した。対象は、研究協力が得られた5施設で、院内助産を運営している助産師である。

### 2. 調査方法

データ収集期間は、2014年12月～2015年3月である。関東圏内の病院で院内助産を導入している施設を抽出し、本研究に関心をもった施設の看護部長へ事前に文書を郵送して本調査協力への意向を確認した。同意が得られた看護部長に、院内助産を運営している病棟管理者を紹介していただき、研究目的、調査方法、調査内容、倫理的配慮等について文書と口頭にて説明した後、病棟管理者へ勤務助産師のリクルートを依頼した。対象者へは、事前に文書を用い、研究目的、調査方法、調査内容、倫理的配慮等について説明した。インタビュー実施時に、再度文書と口頭にて説明を行い、書面による同意を得た。調査実施においては、業務を妨げない時間帯を配慮し、勤務前または勤務終了後に調整して行った。調査内容は、年齢、臨床経験年数、院内助産の従事年数、院内助産における勤務に対する認識につ

いてである。インタビューガイドは、院内助産における勤務状況、勤務に対する満足、心身の支援体制、勤務に対する改善点や課題への認識、から構成した。

### 3. 分析

研究デザインは質的記述的研究である。研究対象となる現象の性質が十分に明らかにされていない段階にあり、語られた言葉や出来事の表面から離れないため、看護の臨床実践に率直に回答ができる方法として採用した。逐語録を繰り返し読み、助産師の勤務に対する認識について、語られている文脈を抽出した。文脈が変わらないように意味のあるまとまりごとに抽出し、意味内容の類似した複数のコードにサブカテゴリーとして名前を付けた。サブカテゴリーは、共通した意味をもつ内容に基づいて関係性を吟味し、カテゴリー化した。データの整理・分析には、質的データ解析ソフトNvivo10を用いてコード化し、類似するコードを集め、カテゴリーの構成まで使用した。このソフトは、質的研究におけるデータの分析ツールであり、傾向の発見、題材の判別、洞察の収集を目的として用い、結果の可視化により、勤務に対する助産師の認識について探求することができる。看護管理、院内助産について理解のある共同研究者による分析、詳細な結果の記述をすることにより妥当性の向上に努めた。

### 4. 倫理的配慮

本研究は関東学院大学人に関する研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号:人2014-1-2、審査2014年9月18日）。対象者には、研究参加は自由意志であること、同意が得られない場合でも不利益は一切ないこと、中途辞退の保障について文書で伝え、同意を得た。インタビューの際、研究の趣旨、研究方法、プライバシーの保護、研究成果の公表について再度文書と口頭にて説明をし、同意のうえ実施した。インタビューは、プライバシーを確保できるよう、各施設の環境に応じて個室を借用して実施し、対象者の承諾を得てICレコーダに録音した。得られたデータは、すべて匿名化し、個人が特定されないように処理した後、研究責任者の研究室で施錠のある棚に保管した。

## IV. 結果

### 1. 施設、対象者の概要（表1、2）

対象は院内助産に従事している助産師10名で、臨床経験年数8年～40年（平均20.6年）、院内助産勤務年数8ヶ月～6年（平均2年8ヶ月）であった。院内助産の設置は、病棟内4施設、病棟とは独立したバースセンター1施設であった。開設年数は2年～6年、病床数は2施設が病棟病床数に含まれていた。助産師数は非常勤も含め6～9名、2施設がオンコール体制をとっていた。

### 2. 助産師の勤務に対する認識（表3）

データを分析した結果、院内助産における勤務に対する認識として、【一人勤務を担う責任と不安】、【オンコール体

表 1. 施設の概要

施設	A	B	C	D	E
院内助産設置	病棟内	病棟内	病棟内	病棟内	別フロア
開設年数	4年	2年	3年	4年	6年
院内助産の病床数	3床	病棟病床数 に含む	1床	病棟病床数 に含む	4床
院内助産勤務の 助産師数	常勤4名 非常勤2名	常勤7名 非常勤1名	常勤9名	常勤7名	常勤6名
オンコールの有無	有	無	有	無	無

表 2. 対象者概要

施設	A		B		C		D		E	
年齢	40代	60代	30代	30代	40代	40代	30代	40代	40代	50代
結婚の有無	既婚	既婚	未婚	既婚	既婚	既婚	未婚	既婚	既婚	既婚
臨床経験年数	27年	40年	8年	16年	18年	26年	11年	16年	16年	31年
院内助産経験年数	4年	4年	8ヶ月	2年	3年	3年	1年 6ヶ月	1年 10ヶ月	2年	6年

制に伴う心身の負担】、【円滑な協働への意識の高まり】、【専門職としての自律性への高まり】、【確立されない体制への葛藤】、の5つのカテゴリーが抽出された。以下、【】はカテゴリー、□はサブカテゴリー、「」はコードを示す。

### 1) 【一人勤務を担う責任と不安】

このカテゴリーは、〔助産師としての責任〕〔正常産に対する不安〕〔助産師一人で判断することへの不安〕の3つのサブカテゴリーから構成され、院内助産経験3年未満の助産師、病棟とは独立したバースセンターで勤務している助産師による語りから抽出された。

院内助産を担当する助産師は、「一人（妊産褥婦）に対する責任がある」、「自分の考えと姿勢を求められる」というように〔助産師としての責任〕を感じる一方で、「分娩は正常な人が多いが、プレッシャーも多い」、「正常と異常の域を判断しなければいけない」と〔正常産に対する不安〕を抱いていた。勤務体制に伴い、「院内助産スタッフ（助産師）と相談できないのは不安を感じる。」「判断を共有するスタッフが夜勤はいない」というように〔助産師一人で判断することへの不安〕を抱いていた。

### 2) 【オンコール体制に伴う心身の負担】

このカテゴリーは、〔オンコールによる身体への負担〕〔休日にリフレッシュできない〕〔家族への負担〕の3つのサブカテゴリーで構成されている。

オンコール体制の施設で勤務する助産師は、「夜勤が10回、オンコールが10回、拘束の連日となっている」、「通常の勤

務をしながらオンコールをしたので負担だった」、「健康管理が難しく、自分の健康管理で安全なところが提供できない」と〔オンコールによる身体への負担〕を語った。また、自宅待機についても、「私生活とどのようにバランスをとっていくか」、「お産のある週は心が休まらない」など、〔休日にリフレッシュできない〕状況にあった。家族がいる助産師は、パートナーや子どもに対し、「家にいるけど慌ただしく、家族に負担だと言われた」、「家族が配慮してくれている」、「子どもに配慮しながら仕事している」と〔家族への負担〕を感じていた。

### 3) 【円滑な協働への意識の高まり】

このカテゴリーは〔情報や判断を密に共有する〕、〔医師との協働を意識する〕、〔病棟スタッフとの協働を意識する〕、の3つのサブカテゴリーで構成されている。

病棟とは独立したバースセンターの場合、「お互いに状況を連絡している」、「何度も情報を発信する」ことを心掛けていた。病棟内においても「病棟スタッフとできるかぎりコミュニケーションをとる」ようにしており、〔情報や判断を密に共有する〕ことを意識していた。病棟スタッフ（助産師、看護師）とは、「連携するスタッフ（院内助産担当の助産師）も意識を変えないといけない」と認識しており、「病棟の状況を把握するようにしている」、「分娩時は早め早めに連絡をとる」ことを心掛けており、〔病棟スタッフとの協働を意識する〕対応をしていた。

医師とは、「すり合わせが必要である」、「オープンシステ

表 3. 助産師の勤務に対する認識

カテゴリー	サブカテゴリー	主なコード
一人勤務を担う責任と不安	助産師としての責任	<ul style="list-style-type: none"> <li>一人に対しての責任がある</li> <li>自分の考えと姿勢を求められる</li> <li>いままでは医師がやっていたが、助産師が担うので責任がある</li> </ul>
	正常産に対する不安	<ul style="list-style-type: none"> <li>正常と異常の域を判断しなければいけない</li> <li>分娩は正常な人が多いが、プレッシャーも多い</li> </ul>
	助産師一人で判断することへの不安	<ul style="list-style-type: none"> <li>院内助産のスタッフと相談できないのは不安を感じる</li> <li>自分の責任の基に判断してやっていくのはつらい</li> <li>判断を共有するスタッフが夜勤はいない</li> </ul>
オンコール体制に伴う心身の負担	オンコールによる身体への負担	<ul style="list-style-type: none"> <li>夜勤が10回、オンコールが10回、拘束の連日となっている</li> <li>通常の勤務をしながら、オンコールをしたので負担だった</li> <li>健康管理が難しく、自分の健康管理で安全なところが提供できない</li> </ul>
	休日にリフレッシュできない	<ul style="list-style-type: none"> <li>私生活とどのようにバランスをとっていくか</li> <li>お産のある週は心が休まらない</li> <li>オンコールの日はそわそわして、ゆったりする気にならない</li> </ul>
	家族への負担	<ul style="list-style-type: none"> <li>家にいるけど、慌ただしく、家族に負担だと言われた</li> <li>家族が配慮してくれている</li> <li>子どもに配慮しながら仕事をしている</li> </ul>
円滑な協働への意識の高まり	情報や判断を密に共有する	<ul style="list-style-type: none"> <li>お互いに状況を連絡している</li> <li>何度も情報を発信する</li> <li>病棟スタッフとできるかぎりコミュニケーションをとる</li> </ul>
	医師との協働を意識する	<ul style="list-style-type: none"> <li>すり合わせが必要である</li> <li>いつも医師がいるということは安心材料となっている</li> <li>オープンシステムのときは、判断を伝えるようにしている</li> </ul>
	病棟スタッフとの協働を意識する	<ul style="list-style-type: none"> <li>連携するスタッフも意識を変えないといけない</li> <li>病棟の状況を把握するようにしている</li> <li>分娩時は早め早めに連絡をとる</li> </ul>
専門職としての自律性への高まり	技術、判断能力の向上	<ul style="list-style-type: none"> <li>後輩育成や助産師モデルとしての活動を担う</li> <li>コミュニケーション能力が上がる</li> <li>スキルアップはしている</li> </ul>
	助産師が主体となり、能力を発揮できる	<ul style="list-style-type: none"> <li>自分で考えて責任をもたないといけない</li> <li>自分に求められる役割を感じる</li> <li>助産師の専門性を発揮できる</li> </ul>
	継続したケアが行える	<ul style="list-style-type: none"> <li>産婦一人をゆっくりみれる</li> <li>一事例が濃い関係でみれる</li> <li>産婦も前向きに産もうという気持ちになれる</li> </ul>
確立されない体制への葛藤	妊産婦への関わりに対する葛藤	<ul style="list-style-type: none"> <li>産後の受け持ちは、病棟スタッフの業務となっている</li> <li>外来から担当できない環境になり、結果的にお産のみかかわっている</li> </ul>
	助産師業務に集中できない	<ul style="list-style-type: none"> <li>混合病棟のため、他科のケアもあり、そっちが主になっている</li> <li>他科も入ってくるので助産師が落ち着いて仕事ができない</li> <li>助産師の業務が付随している感じ</li> </ul>
	医療介入への葛藤	<ul style="list-style-type: none"> <li>待ってもらえないときにやりづらさを感じる</li> <li>すぐに医師が対応してくれるという環境に甘えている</li> <li>医師のサポートにつく看護職という良い面も悪い面も染みついている</li> </ul>
	医師の交代による影響	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師の交代によりいままでも初産を受けることができなかった</li> <li>医師が代わって、まだ探っているような感じ</li> <li>医師の理解が難しい</li> </ul>

ムの時は、判断を伝えるようにしている」、「(助産院とは異なり) いつも医師がいるということは安心材料となっている」と感じており、〔医師との協働を意識する〕対応をしていた。

#### 4) 【専門職としての自律性への高まり】

このカテゴリーは、〔技術、判断能力の向上〕、〔助産師が主体となり、能力を発揮できる〕、〔継続したケアが行える〕の3つのサブカテゴリーから構成される。

助産師は、「後輩の育成や助産師モデルとしての活動を担う」立場であることを認識し、「コミュニケーション能力が上がる」、「スキルアップはしている」と〔技術、判断能力の向上〕を実感していた。さらに、「自分で考えて、責任をもたないといけない」、「自分に求められる役割を感じる」、「助産師の専門性を発揮できる」と〔助産師が主体となり、能力を発揮できる〕場であると認識していた。助産ケアについては、「一人(妊産褥婦)をゆっくり見れる」、「一事例が濃い関係で見れる」、「産婦も前向きに産もうという気持ちになれる」と〔継続したケアが行える〕と受け止めていた。

#### 5) 【確立されない体制への葛藤】

このカテゴリーは、〔妊産婦への関わりに対する葛藤〕、〔助産師業務に集中できない〕、〔医療介入への葛藤〕、〔医師の交代による影響〕の4つのサブカテゴリーから構成される。

体制については、「産後の受け持ちは、病棟スタッフの業務となっている」、「外来から担当できない環境になり、結果的にお産のみ関わっている」と〔妊産婦への関わりに対する葛藤〕を抱いていた。さらに「混合病棟のため、他科のケアもあり、そっちが主になっている」、「他科も入ってくるので助産師が落ち着いて仕事ができない」、「看護師の業務が主になって、助産師の業務が付随している感じ」と〔助産師業務に集中できない〕と感じていた。院内助産について、「待ってもらえないときにやりづらさを感じる」、「すぐに医師が対応してくれるという環境に甘えている」、「医師がいて、そのサポートに就く看護職という良い面も悪い面も体に染みついている」と〔医療介入への葛藤〕も抱いていた。

医師との関係では、「医師の交代によりいままで初産を受けることができなかった」、「医師が代わって、まだ探っているような感じ」、「医師の理解が難しい」と〔医師の交代による影響〕を受けていた。

## V. 考 察

院内助産における助産師の勤務に対する認識は、【一人勤務を担う責任と不安】、【オンコール体制に伴う心身の負担】、【円滑な協働への意識の高まり】、【専門職としての自律性への高まり】、【確立されない体制への葛藤】といった5つのカテゴリーで構成された。

### 1. 院内助産における助産師の勤務体制

我が国の出産環境は、年間分娩数の減少に伴い、単独の産科病棟は数少なくなり、病棟運営上、産科混合病棟とな

らざるを得ない現状にある。2009年の調査<sup>11)</sup>では、全国の総合病院産科は7割が混合病棟であるという報告がある。

今回の調査では、独立したバースセンターは1施設のみであり、4施設は混合病棟や産科病棟内の一部で院内助産を導入していた。また院内助産担当の助産師は6~9名のため、全ての施設に限られた人員のなかで勤務体制を工夫していた。そのような体制のなか、助産師は【一人勤務を担う責任と不安】を抱き、【オンコール体制に伴う心身の負担】を感じながら勤務していた。

助産師の配置人数については、医療法上も診療報酬上も規定がないため、病棟内で運営している場合、7対1看護体制となり、助産師も看護職員として配置されている。院内助産の病床数は、独立したバースセンターを別フロアで運営しているE施設でも4床であった。B・D施設においては、病棟病床数に含まれており、院内助産を専属で担う助産師が常時2名勤務することは困難となっている。そのため、助産師は〔正常産に対する不安〕と〔助産師一人で判断することへの不安〕を抱え勤務していた。

夜勤時間数を考慮した助産師の配置について、入院基本料を算定する一般病棟の看護師の月平均夜勤時間数は72時間以下であることが要件となっているため、それに基づき病棟に必要な助産師の最小人数が7名とされている<sup>12)</sup>。分娩時は安全性確保のため最低2名の人員配置が必要であり、夜勤帯に必要な助産師はオンコール制とするか、病棟に勤務している助産師または看護師がサポートする体制となっているのが現状であった。助産師は、勤務について「夜勤が10回、オンコールが10回、拘束の連日となっている」と語っており、〔オンコールによる身体への負担〕が大きいことが明らかである。助産師外来を担当する助産師の基準は、3~5年以上の臨床経験をもつ助産師で100例程度の分娩介助経験があることが望ましいとなっており<sup>13)</sup>、院内助産を担当する助産師についても同様である。助産師経験5年目以上となると、子育て時期にある助産師も多く、オンコール体制は〔家族への負担〕も大きく、働きにくい環境となっている。

### 2. 助産師の認識

助産師は、院内助産に従事するなかで、【専門職としての自律性への高まり】や【円滑な協働への意識の高まり】を感じながら勤務していた。一方で、院内助産に対し、【確立されない体制への葛藤】を抱いていた。

院内助産は、〔助産師が主体となり、能力を発揮できる〕環境ではあるが、病院内では〔医師との協働を意識する〕機会が多くなる。実際に、助産師と医師の協働については、院内助産に従事している助産師が従事していない助産師と比較して、協働性が高いことが明らかとなっている<sup>14)</sup>。助産師は、医師との「すり合わせが必要である」、医師に「オープンシステムの際は判断を伝えるようにしている」と認識しているように、〔医師との協働を意識する〕ようになり、助産師の判断、考えを医師へ伝える努力をしていた。

病院内という特徴から、いつでも医師がいて相談できる環境が、助産師としての成長を妨げていると認識している助産師もいた。〔医療介入への葛藤〕は、医師に対する思いだけではなく、助産師である自分自身への葛藤でもあった。院内助産は、助産師主導ではあるが、病院内のため「すぐに医師が対応してくれるという環境に甘えている」、「医師のサポートに就く看護職という良い面も悪い面も体に染みついていく」という一面も助産師は自覚していた。今回の調査では、助産師5名が院内助産の経験年数2年以下であり、今後は経験年数による認識の違いから、段階的に助産師としての自律性を明らかにしていくことも必要である。

また、院内助産は、助産師主導であっても、実際の運営において〔医師の交代による影響〕を受けている。「医師の交代により今まで初産を受けることができなかった」とあるように、院内助産の対象についても医師との相談が必要である。医師の院内助産への認識についても、助産師が「医師の理解が難しい」と感じているように、医師により異なるため、院内助産の運営において影響を受けているのが実際である。院内助産の特徴を活かし、医師の交代による影響を受けずに運営を継続していきける工夫が必要となる。

混合病棟が増加している昨今では、〔助産業務に集中できない〕現状や【オンコール体制に伴う心身の負担】から、助産師外来開設後、院内助産の導入に踏み切れない施設も潜在していることが伺える。産科病棟で勤務する助産師は、一般労働者と比べ疲弊感を感じているが仕事への活力や献身は高い<sup>15)</sup>。院内助産に従事している助産師は、困難な環境のなかでも、分娩の安全性を確保するため【円滑な協働への意識の高まり】、院内助産における【専門職としての自律性への高まり】を認識していることで現状が維持できていると推測される。しかし、助産師が「他科も入ってくるので助産師が落ち着いて仕事ができない」と語るように、いつ分娩になるかわからない状況を抱えながら、他科患者の看護ケアを担うことに負担を感じる助産師もいる。先行研究においても、混合病棟における同様の実態が報告されている<sup>16)</sup>。混合病棟におけるチーム連携は、看護師、助産師間でのケアの価値観が大きく影響する。そのため、助産師は、医師同様に〔病棟スタッフとの協働〕も意識しながら勤務しており、〔情報や判断を密に共有する〕ことを心掛けていた。助産師は、これまでの経験のなかで「連携するスタッフも意識を変えないといけない」ことを認識しており、情報を早めに伝達し、病棟の状況も把握するよう心がけ、病棟勤務の助産師にも相談しながら分娩の安全性を確保していた。以上のことから、混合病棟におけるチーム連携についても、病棟内での運営を模索している施設においては、今後の重要課題となってくることが示唆された。

### 3. 院内助産の継続に向けた課題

2014年の医療施設調査<sup>17)</sup>では、分娩を取扱う施設のうち、「院内助産所あり」は一般病院127施設（分娩取扱あり施設の12.0%）、一般診療所39施設（同3.0%）となっており、

2011年の報告から微増している。しかし、院内助産担当の助産師は、非常勤も含め6名という施設もあり、夜間分娩時は自宅待機の助産師へ連絡、または病棟勤務助産師がサポートする体制が多く【オンコール体制に伴う心身の負担】、【一人勤務を担う責任と不安】が生じている。院内助産を担う助産師が疲弊せず、安全な分娩体制を確保するためにも助産ケアの質を考慮した適正配置を検討していくことが望まれる。助産師の質を高めるための出向システムも導入され始めてはいるが、一部の地域に偏っており、助産師を出向する条件が施設間で一致しないことが普及しない要因となっている<sup>18)</sup>。施設によっては、ローリスクの場合に限って、医師の立会なしに助産師が分娩を介助しており<sup>19)</sup>、限られた環境のなかでも助産師主導で分娩を担うことも可能である。

2015年助産師の個人認証制度（クリニカルラダーⅢ）が始まり、院内助産の更なる推進となることが期待される。この制度は、助産実践能力が一定水準にある助産師をアドバンス助産師として認証し、分娩介助例数や新生児・妊婦の健康診査の実施例数等の助産経験に関する要件と研修受講に関する要件がある<sup>20)</sup>。分娩数が少ない施設の助産師はなかなか基準を達成できない現状があり、これを機に助産師出向システムが更に普及していくことが期待される。これらの体制が整備され、助産師の人材確保と質向上に向け循環していくことで、助産師が【専門職としての自律性への高まり】を認識し、継続して働ける環境となることが望まれる。

産後ケアの重要性が注目され始め、出産年齢の上昇とともに継続ケアの需要も高まっている。助産師は【確立されない体制への葛藤】を抱きながら勤務しており、今後も院内助産が継続していけるよう、各施設における取り組みを共有できる機会を増やすことも必要である。助産師の活躍が期待されている院内助産は、病院内であるという利点を最大限に活かし、母子にとって安全かつ安楽な出産環境が提供できるよう助産ケアの評価についても今後求められる。

## VI. 研究の限界

本研究は、関東圏内にある一部の施設を対象としており、一般化するには限界がある。院内助産の運営体制も様々であり、今後は全国的なデータを収集し、様々なシステムの在り方を参考に、研究を進めていくことが必要である。

## 謝 辞

本研究の趣旨にご理解、ご協力いただきました看護部および助産師の皆様へ深く感謝申し上げます。

本研究は、関東学院大学看護学部研究所の助成を受け実施したものである。また、本論文の要旨は第56回日本母性衛生学会学術集会での発表に加筆及び修正をしたものである。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省. 平成27年(2015)人口動態統計(確定数)の概況:2015, [2016. 11.1]  
[http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei15/dl/00\\_all.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei15/dl/00_all.pdf)
- 2) 白井千晶編著. 産み育てと助産の歴史—近代化の200年をふり返る—. 東京:医学書院;2016;280-284.
- 3) 看護協会.労働環境の整備の推進. [2016. 8.20];  
<https://www.nurse.or.jp/nursing/shuroanzen/>
- 4) 足立明子, 大谷朋子, 斉藤百恵他. 院内助産分娩内容とローリスク分娩内容との比較. 市立豊中病院医学雑誌2012;13, 21-24.
- 5) 高橋佳世, 岡田十三, 市田耕太郎他. 当科の院内助産運用における周産期予後の検討. 産婦の進歩2013;65(1), 11-19.
- 6) 美藤ゆかり, 玉木美雪, 渋川あゆみ他. 妊婦の院内助産に対する認識およびニーズ調査—院内助産における助産師の技術・支援の検討—. 島根母性衛生学会雑誌2011;15, 53-61.
- 7) 高村浩美, 田中啓子, 古川みね他. 院内助産を振り返り助産師の役割を考える. 島根母性衛生学会雑誌2010;14, 51-55.
- 8) 水野祥子, 坂梨薫, 勝川由美. 院内助産システムの現状と課題. 日本母性看護学会誌2016;16(1), 1-7.
- 9) 石岡洋子, 甲斐洋子. 勤務助産師の院内助産開設に対する不安内容の検討. 日本看護学会論文集 母性看護2013;43, 68-71.
- 10) 渡邊めぐみ, 林猪都子, 乾つぶら. 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—. 日本助産学会誌2012;26(2), 256-263.
- 11) 北島博之. 全国の総合病院における産科混合病棟と母子同室の状況について. 日本周産期・新生児医学会雑誌2012;48(3), 661-668.
- 12) 日本看護協会. より充実した母子のケアのために産科混合病棟ユニットマネジメント導入の手引き:公益社団法人日本看護協会2014, [2016.8. 21]  
<https://www.nurse.or.jp/nursing/josan/oyakudachi/kanren/sasshi/.../sankakongo.pdf>
- 13) 遠藤俊子, 加藤尚美, 池ノ上克他編著. 院内助産システムガイドブック—産科医と助産師の連携・協働の実例—. 東京:医歯薬出版;2010;134.
- 14) 石引かずみ, 長岡由紀子, 加納尚美. 助産師の産科医師との協働に関する研究—助産師の専門職的自律性に焦点をあてて—. 日本助産学会誌2013;27(1), 60-71.
- 15) 川内恵美子, 井上冷子, 大橋一友. 産科病棟に勤務する助産師、看護師、産科医師のWork engagementとBurnout. 女性健康科学研究会会誌2012;4(1), 27-31.
- 16) 白石佳子. 産科混合病棟で働く看護者が周産期ケアを提供する上で必要だと思うこと. 山口県立大学学術情報2016;9, 93-99.
- 17) 厚生労働省. 平成26年(2014)医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況:2014,[2016.9. 4]  
[http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/14/\(2017.09.15\)](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/14/(2017.09.15))
- 18) 日本看護協会. 平成24年度「助産師の出向システムと助産実習の受け入れ可能性等に関する調査」「助産師の出向システムと助産師就業継続意思に関する調査」報告書—第6章助産師の出向と受け入れの実態—, 191-202:2012,[2016.9.4]  
[www.nurse.or.jp/nursing/josan/pdf/2012/h24chosahokoku-01.pdf](http://www.nurse.or.jp/nursing/josan/pdf/2012/h24chosahokoku-01.pdf)
- 19) 公益社団法人日本看護協会. 助産実践能力習熟段階(クリニカルラダー)活用ガイド:2013, [2016. 12. 20]  
<http://www.nurse.or.jp/nursing/josan/oyakudachi/kanren/sasshi/pdf/guide.pdf>
- 20) 鈴木俊治, 平泉良枝, 里見操緒. 当院におけるローリスク妊産婦の院内助産利用状況. 周産期医学2011;41(7), 985-988.

## Abstract

### Midwives' Perceptions of Work in the Hospital Midwifery Service

Syoko Mizuno<sup>1)</sup> Kaoru Sakanashi<sup>1)</sup>  
Yumi Katsukawa<sup>1)</sup> Makiko Sawada<sup>1)</sup>  
<sup>1)</sup> *Kanto Gakuin University School of Nursing*

The purpose of this study is to clarify midwives' perceptions of work in hospital midwifery to obtain suggestions for how to continue hospital midwifery. The investigative method was semi-structured interviews with midwives working in hospital midwifery. The interviews asked about subjects' attributes, employment status, satisfaction with work, mental and physical support systems, and perceived improvements and challenges for work. The content of interview transcripts was coded according to similarities to identify categories. The subjects were ten midwives at five facilities in the Kanto region. Hospital midwifery was provided on hospital wards at four facilities, on a separate floor at one facility, and through an on-call system at two facilities. Five categories of midwives' perceptions of work were identified: "Responsibility for and anxiety over working alone," "Mental and physical burden associated with an on-call system," "Growing smooth cooperation consciousness," "Increased autonomy as a profession," and "Conflict over an unestablished system." Midwives felt mental and physical burden associated with an on-call system and responsibility for and anxiety over working alone. At the same time, midwives explored methods of streamlining cooperation with other ward staff and physicians in an attempt to coordinate a safe delivery system. Midwives were also found to be aware of their autonomy as professionals and to feel conflicted over an unestablished system despite feeling motivated to work.

Key Words : in-hospital midwifery service、midwife、perception