
研究報告

妊産褥婦に対する診療所勤務助産師からの
ネガティブサポート
—助産師の認識に焦点をあてて—

千葉邦子

Negative Support for Pregnant and Puerperal Women
from Midwives Working at Clinics:
Focus on Recognition by Midwives

Kuniko Chiba, RN, PHN, CNM, MSN

抄 録

本研究の目的は、診療所勤務助産師が認識する妊産褥婦に対する助産師からのネガティブサポート（以下NS）とはどのようなものか、それらのNSに影響を及ぼした要因は何かを明らかにすることである。

有床産科診療所に勤務する助産師4名に半構成的面接を実施した。研究デザインは質的記述的研究である。

助産師が認識した妊産褥婦に対する助産師からのNSは【対象者の意にそぐわなかった助産師の価値観や経験知に基づいた判断】【褥婦に混乱を招くスタッフ間の授乳方法に対する認識の不一致】【産婦の安全確保を優先するために勧める過度の分娩誘発】【対象者の気持ちを理解しないままの一方的な情報提供】【対象者の様子を確認しないまま続けた医療行為と安易な声かけ】の5つのカテゴリーが見出された。また、それらのNSに影響を及ぼした要因として【人的要因】【環境的要因】の2つのカテゴリーが見出された。

診療所には診療所特有の方針や文化が存在しており、それらの性質がNSに影響を及ぼしていることが明らかとなった。診療所を活用する妊産褥婦がより良いケアを受けられるようバックグラウンドが様々なスタッフが就職しても質の均衡が保たれたケアが提供できるような準備を整えておくことが必要である。また、対象者が一番不利益を被らない方法を考えていくことが重要であることが示唆された。

受理：2010年11月26日

Abstract

The objective of this study was to characterize the negative support (NS) provided by midwives to pregnant and puerperal women as recognized by midwives working at clinics and the factors affecting NS.

Semi-structured interviews were conducted on four midwives working at maternity clinics with delivery and recovery facilities. A qualitative descriptive design was used.

Care to pregnant and puerperal women recognized by midwives as NS was classified into the following five categories, which are [1] decisions made based on the midwife's own values and experiential knowledge that were not suitable for the will of the pregnant or puerperal woman, [2] differences in recognition of lactation methods among staff members leading to confusion among puerperal women, [3] recommending excessive induction of delivery in order to prioritize the safety of the parturient woman, [4] unilateral provision of information without understanding the feelings of the pregnant or puerperal woman, and [5] continuing to provide medical care without confirming the condition of the pregnant or puerperal woman, and talking to the woman thoughtlessly. In addition, factors affecting these types of NS were classified into two categories, human factors and environmental factors.

Each clinic has a unique set of policies and culture, and these characteristics were shown to affect NS. These findings suggest the need to further improve the care provided to pregnant and puerperal women at clinics by making preparations to ensure that the quality of care is maintained regardless of differences in the staff members' backgrounds. In addition, these findings indicate the importance of determining methods that are most beneficial to pregnant and puerperal women.

キーワード：妊産褥婦，助産師，ネガティブサポート，認識，診療所

1. 緒 言

わが国の2008年の出生数は109万人余りで、出生場所別出生数は病院が51.1%、診療所が47.7%および助産所等が0.9% (母子衛生研究会, 2009, p.47) である。一方、助産師の総数は27,352人で、主な就業先は病院に66.0%、診療所に21.3%および助産所に5.7%となっている (日本看護協会出版会, 2009, pp.6-7)。このことから、わが国の出産の半数が診療所で行われているにも関わらず、診療所で就業する助産師は少ないという現状がうかがえる。助産師の就業先が病院に偏在していることによる診療所の助産師不足は、女性へのケアの質・量、女性の心身に影響をもたらす (田所, 2008, p.199) と言われている。したがって、診療所において医師、看護師、准看護師らと就業している助産師は貴重な存在であり、助産師自身のパーソナリティやケアの質、支援方法などが大いに問われてくる立場に置かれているのではないかと考える。

診療所における助産師のケアに関する先行研究 (赤井・岩谷・内山他, 2004) では、常勤助

産師が多くいるほど産後1時間以内の授乳開始や産婦のプライバシーの尊重など対象者を中心とした望ましいケアが実施されていた。また、反対に出産場所のインフォームドチョイスの尊重をしていなかったり、分娩中に仰臥位以外の姿勢を実施していなかったりなど医療者中心で管理のしやすさを第一義に考えた介入方法の傾向がうかがえた。しかし、具体的なケア項目は明らかにしているものの、診療所に勤務する助産師が妊産褥婦にどのような支援をしているのか、対象者の妊産褥婦はどのようにその支援を感じているのかという先行研究は、見当たらなかった。

研究者は、修士論文 (千葉, 2008) において「妊産褥婦に対する助産師からのネガティブサポート」、すなわち助産師が対象者を支援、ケアしようとして行ったものの、結果的には対象者に否定的な結果を与えた助産師の言動や行動、態度はどのようなものなのかを明らかにすることを目的にした研究に取り組んだ。その結果、ネガティブサポートに関連する要因として、【人的環境】【労働環境】【病院・病棟のシステム】などが存在していることが示された。し

かし、修士論文においては、研究参加者を病院勤務助産師と限定したため、病院という組織の方針や文化が結果に影響を及ぼした可能性がある。診療所は小規模の組織であるがゆえに院長である医師の方針によって医師と看護職の関係、助産の専門性を発揮できる職場であるかが決まる(田所, 2008, p.205)点が特徴的と言われている。このように診療所には、診療所特有の方針や文化が存在し、そうした性質がネガティブサポートに影響すると考えられるが、その実態は明らかでない。

以上のことから、本研究では、診療所に勤務する助産師が認識する妊産褥婦に対する助産師からのネガティブサポートはどのようなものかを把握し、それらのネガティブサポートに影響を及ぼした要因は何かを明らかにする。その上で診療所を活用する妊産褥婦へのよりよい支援に向けた一資料にしたいと考えた。

II. 研究目的

診療所に勤務する助産師が認識する妊産褥婦に対する助産師からのネガティブサポートとはどのようなものか、それらのネガティブサポートに影響を及ぼした要因は何かを明らかにすること。

III. 用語の定義

診療所：19床以下の有床産科診療所。

助産師からのネガティブサポート：助産師が対象者を支援、ケアしようとして行ったものの、結果的には対象者に否定的な結果を与えた助産師の言動や行動、態度。なお、本研究では、「支援者の意図が肯定的であってもその支援を受け取る人に否定的な結果を与えるもの」という Antonucci (1985) の見解を基に定義をした。

助産師の認識：ネガティブサポートに関し助産師が感じたこと、思ったこと、考えたこと。

IV. 研究方法

A. 研究デザイン

質的記述的研究

B. データ収集期間

2009年8月～12月

C. 研究参加者

関東圏内の有床産科診療所2箇所に勤務する助産師4名。なお、面接は5名の助産師に行ったが、そのうちの1名は診療所の事例ではなく大学病院で勤務していた際の事例紹介となったため、本研究では分析対象から除外した。

D. データ収集方法

半構成的面接法にてデータを収集した。面接では、インタビューガイドに沿って自由に自分の思いや考えを語って頂いた。また、デモグラフィックシートを用いて、年齢、最終学歴、助産師経験年数、有床産科診療所における経験年数、職歴、看護師経験の有無・年数・病棟種類について確認した。面接場所は、研究参加者の希望する日時にプライバシーの確保できる静かな個室(対象施設または研究者の所属する大学)で行った。面接時間は1名につき60分から73分で、4名全員の面接総時間は259分であった。なお、面接回数は、4名とも1回ずつであった。

E. データ分析方法

語られた内容を詳細に読み分析するため、GT法のオープンコード化 (Strauss & Corbin, 1998/2004) および継続的比較法 (Glaser & Strauss, 1967/1996) を参考に分析を進めた。まず逐語録からネガティブサポートに関連した語りを抽出し意味内容ごとに切片化した。次に切片化したデータを研究参加者の言葉を活かしコーディングした。1面接内容ごとに分析を行いながらデータ収集を続け、後の研究参加者から得られたデータ、コード、ラベル、サブカテゴリー、カテゴリー間の類似点や相違点に着目し、どの分析的作業レベルにおいても比較し継続的に検討していった。その後、徐々に抽象度を上

げサブカテゴリー、カテゴリーを作成した。また、分析内容の妥当性と信頼性を確保するため、分析の過程では母性看護学・助産学および質的研究の専門家から適宜スーパービジョンを受けた。

F. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会(承認番号:2009-49)の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。また、対象施設の院長に研究の趣旨について書面を用いて説明し研究協力の承諾を得た。本研究は、ネガティブな内容を取り扱う研究であるため、情報提供の内容の選択は本人の自由意思に任せ、語りたい内容のみを語って頂くよう説明した。面接中は、研究参加者の反応を注意深く観察しながら、対象者の語りを非難したり評価しないよう十分に配慮して行った。また、研究結果は学会等で公表する旨について了承を得た。

V. 結 果

A. 研究参加者および所属施設の概要

研究参加者は関東圏内の有床産科診療所2施設にて勤務する助産師4名である。平均年齢は32歳(26～37歳)で、最終学歴は大学院2名、大学1名、助産師学校1名であった。助産師経験年数は5～8年、対象施設の勤務年数は2～8年、他病棟での看護師経験者は3名であった。4名とも日勤・夜勤業務を行い妊娠期から産褥期までの業務を担当していた。所属施設の概要は表1に示す。

表1 所属施設の概要

	X施設	Y施設
院 長	1名	1名
師 長	1名:看護師	1名:助産師
病 床 数	19床	19床
分娩件数	900～1,000件/年	730件/年
勤務体制	2交代	2交代
スタッフ構成割合(助産師/看護師/准看護師)	6/4/1	12/8/1
夜勤の構成員	助産師1・看護師2	助産師1・看護師1

B. データ分析結果

研究参加者がネガティブサポートであると語った事例は10事例であった。10事例を分析した結果、診療所に勤務する助産師が認識した妊産褥婦に対する助産師からのネガティブサポートは、【対象者の意にそぐわなかった助産師の価値観や経験知に基づいた判断】【褥婦に混乱を招くスタッフ間の授乳方法に対する認識の不一致】【産婦の安全確保を優先するために勧める過度の分娩誘発】【対象者の気持ちを理解しないままの一方的な情報提供】【対象者の様子を確認しないまま続けた医療行為と安易な声かけ】という5つのカテゴリーが見出された。また、それらのネガティブサポートに影響を及ぼした要因として、【人的要因】【環境的要因】という2つのカテゴリーが見出された。以下、それぞれのカテゴリーの構成要素について順に述べていく。なお、記述中の【 】はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリー、研究参加者の言葉はフォントの種類と大きさを変えて示し、語りの文末のA～Dは研究参加者を指す。また、妊産褥婦は全て対象者と表現し、語りのネガティブサポートという語は全てNSと略記する。

1. 診療所に勤務する助産師が認識したネガティブサポート

診療所に勤務する助産師が認識したネガティブサポートは、【対象者の意にそぐわなかった助産師の価値観や経験知に基づいた判断】【褥婦に混乱を招くスタッフ間の授乳方法に対する認識の不一致】【産婦の安全確保を優先するために勧める過度の分娩誘発】【対象者の気持ちを理解しないままの一方的な情報提供】【対象

者の様子を確認しないまま続けた医療行為と安易な声かけ】という5つのカテゴリーが見出された。以下にカテゴリーの構成要素を示す。

a. 【対象者の意にそぐわなかった助産師の価値観や経験知に基づいた判断】

助産師は、自身の価値観やこれまでに受けてきた教育や経験などを参考にして、こういう現象の時はこれが適していると判断してケアを提供したが、相手の意にはそぐわなかった不適切な関わりをしていたと認識していた。

夜勤で陣痛室にいた39歳の初産の方に70過ぎの高齢の実のお母さんが付き添ってたんですね。産婦さんの腰をさすりながら、うつらうつら眠そうにコクンコクンしてたので、ちょっとお母様も疲れてきちゃってるから看護師で良ければ腰さすってあげますねと言って。その時は、はいつて言ってくれたんですけど、退院間近になって、その時の事をその人(産婦)が振り返って師長に言ってきたんですけども。あの時に母子分離されたって。(C)

b. 【褥婦に混乱を招くスタッフ間の授乳方法に対する認識の不一致】

助産師は、スタッフ一人一人の授乳に関する考えや対処方法が異なることにより、褥婦へ言ったり行ったりすることが千差万別で、その指導を受ける対象者に混乱を招いていた関わりがあったと捉えていた。

夜勤で(褥婦の部屋を)まわったときに、おっぱいだけはやったほうがいいんじゃないと勧めると、昼間の人は休め、むしろ疲れてるから休めと言ったのに(夜間の授乳を)やったほうがいいんですかね?昼間の人は、今日は赤ちゃんを預かるよって言ってくれました。と褥婦さんたちから言われることが時々あります。(B)

c. 【産婦の安全確保を優先するために勤める過度の分娩誘発】

助産師は、医師が居てスタッフが大勢揃っている日勤帯のうちに分娩を済ますために、分娩進行の早い段階で努責をさせたりクリステレル圧出法を用いたり陣痛誘発剤を投与するなど、過度の医療行為で分娩を勧めていく関わりがあることを実感していた。

日勤帯はスタッフの数も居て医師も居て何かあ

ってもすぐ対応できるから日勤帯で医師が居る間に産ませちゃおうって、すごいそう思っているところがあって……(中略)。子宮口が全開してて(児の)頭が高くて分娩室でちょっといきんでみましょうかって。こんな弱い陣痛ではいきめないのも児が下りてこないのも分かってるんだけど、先生が居なくなるタイムリミットがあるばっかりに早めに分娩室に行って、どんどんいきませるわけですよ。で、時間になると先生が様子を見に来て、ちょっと陣痛が弱いからってクリステレルかけたりとか誘発剤を使ったりとかいろいろ医療行為が入る。(D)

d. 【対象者の気持ちを理解しないままの一方的な情報提供】

助産師は、対象者の価値観や感じていることなど相手の話を聞く前に、今後起こりうる可能性のある身体症状やリスク、妊娠経過、生活改善方法など、どうしても今伝えておかなければいけないからと自身の思いを先行させ情報提供をしていたと振り返っていた。

BMI30を超えている妊婦さんの体重が1ヶ月で4kgアップしてたんですね。食事の内容を聞いて改めたほうがいいというお話ししたりとかアドバイスしたりすることがあったんですけども、その時に私の好きなように生活してるんだからいいでしょう、太ろうが太らないがあなたには関係ないと言われて。その1ヶ月後も2kg増えていて、心配だったので妊娠高血圧症や搬送になるかもしれないリスクをお話ししたら、何かすごくもう目が釣りがあがって怒り始めて……。(C)

e. 【対象者の様子を確認しないまま続けた医療行為と安易な声かけ】

助産師は、陣痛や後陣痛などその人自身にしか分からない痛みを伴い、つらく苦しい状況にある対象者に対して、相手の置かれた状況や気持ちを理解していないような怒りをかう不適切な声をかけていたと受け止めていた。

産後1時間値、2時間値に悪露を計測しますよね。そのチェックをする時に、こう子宮底を触って、ちょっと子宮底がゆるかったんで、輪状マッサージを軽く、そんなに力を入れたつもりはないんですけど、して。ある程度、流血

も止まり、いいかなと思った時に私が、はい、じゃオッケーですって言った一言で、その褥婦さんが、何がオッケーよってプスっと言われたことがあって。(D)

2. ネガティブサポートに影響を及ぼした要因

ネガティブサポートに影響を及ぼした要因は、【人的要因】【環境的要因】という2つのカテゴリーが見出された。以下にカテゴリーの構成要素を示す。

a. 【人的要因】

ネガティブサポートを起こした原因の一つとなった、人に関連する要因のことである。このカテゴリーには以下の6つのサブカテゴリーが見出された。

(1) 〈決定権を持つ院長に従う〉

B氏の勤務する診療所では、すべての決定権は開設者である院長が有し、院長の指示には絶対的に従うという文化が存在していた。そうした文化の存在が、ネガティブサポートを誘発する一因となっていると助産師は捉えていた。

やっぱり個人病院は責任がまるまる院長にいつてしまうので、やっぱりドクターが決定権かなと思う。言っても返されたら、じゃ分かりましたって感じですね、そんなにバトルはしないです。先生に二つ返事で従うことのほうが多い。(B)

(2) 〈医師主導型のため助産師の意見が覆される〉

D氏の勤務する診療所では、院長を初めとする医師らが主導権を握り妊娠、分娩、産褥の各期における医療方針を導いていた。そのため、助産師が医療方針に対して意見を提案しても医師はその提案を受け入れず、決定した医療方針どおりに進めていくことがネガティブサポートの発生に影響を及ぼす原因になると助産師が把握していた。

やっぱりどうしても医師主導型なので、なかなか自分がこうしていけばもうちょっとスムーズにお産が進むとか、もうちょっと時間をかければと思っていても、結局それを医師に覆されて薬を使ったり、人工的に破膜をしたり、分娩台に上げていきましたりとか、そういう展開にな

ることがすごく多い。(D)

(3) 〈上司が看護師のため指導的役割の助産師が居ない〉

D氏の勤務する診療所では、指導的役割を担う上司の助産師が存在しない。したがって、助産師業務に関する不安や悩みを抱える助産師は相談に乗ってもらったり進むべき方向性を導き出してもらえない状態であった。そのような状態が、ネガティブサポートの起因になると助産師は感じていた。

助産師のフォロー的なところは、やっぱりなかなか出来ない、助産師で上に立つ人ってというのが今居ない。役付きの助産師が居ないので、相談したり、相談して導いてくれる人が確かに居ないんですよ。(D)

(4) 〈バックグラウンドが様々であるスタッフによるケアの展開〉

C氏の勤務する診療所では、教育背景や職歴、前医の勤務環境などのバックグラウンドが様々であるスタッフで構成されていた。そのようなスタッフによって診療所のケアが展開されていることが、ネガティブサポートを生じさせてしまう素因になると助産師が理解していた。

診療所に移ってみてすごく感じたのは、やっぱりバックグラウンドがみんな違うから、それぞれの考えとか教育を受けてきた背景がすごく違っていて。どうしても説明にしてもいろんな指導にしても自己流でやってきて、院長から言われたとおりにやってきた人も多い。(C)

(5) 〈助産師個人の力量に任されている〉

C氏の勤務する診療所では、対象者への看護ケアの判断や選択、提供方法は個々の助産師の力量に任されることが多かった。このように助産師個人の力量に任されることが多いことがネガティブサポートを起こしてしまうきっかけの一つになると助産師が捉えていた。

いろんなことを自分で何でも判断して計画していかなきゃいけないっていうのがあるんですけども、いろんなことを全て上からの返答とか指示とかを待ってられない。待てない状況で、自分で判断してアクション起こせっていう状況。(C)

(6) 〈勤務交代により人が入れ代わる〉

全ての診療所において、勤務の交代に伴い対象者を担当するスタッフが次々と入れ代わっていった。このような勤務交代によって担当者が変更することが、ネガティブサポートを引き起こす1つの要因だったと助産師は捉えていた。

人が代わってしまうので、お母さんたちへの対応とか何に関してでも伝え方とかが変わる。NSは勤務交代して人が代わったから起こるのかもわからない。(B)

b. 【環境的要因】

ネガティブサポートを起こした原因の一つとなった、環境に関連する要因のことである。このカテゴリーには以下の4つのサブカテゴリーが見出された。

(1) 〈分娩進行者が多く臨床が慌ただしい〉

D氏の勤務する診療所では、日勤夜勤に関わらず分娩進行者が多く居る時は、病棟内に慌ただしい雰囲気が漂っていた。このように分娩進行者が多いことがネガティブサポートの発生に影響を及ぼす原因になると助産師が把握していた。

NSが起こるのは、まさに忙しくてバタバタしているときかな。日勤、夜勤に関わらず分娩進行者がいっぱいいると、やっぱりいろんなことが雑になりやすい。(D)

(2) 〈日勤帯で産ませることが安全という神話がある〉

D氏の勤務する診療所では、日勤帯で児を産ませることが最も安全で、結果的に母児共に無事であることが一番であるという神話が根付いていた。そのような神話が根付いていることが、ネガティブサポートの起因になると助産師は感じていた。

あんまり大きい病院だと多分無いかもしれないけど、日勤帯に(児が)産まれるのが安全神話になっている。どんな経過でも何があるうが結果が良ければいいんだみたいな流れはある。そういう診療所の体制自体がNSの根源なのかなってすごい思うところがあって……。 (D)

(3) 〈夜間の勤務体制が助産師一人のため目が行き届かず負担が大きい〉

D氏の勤務する診療所では、夜勤帯のスタッフ構成は助産師一人として組まれることが多か

った。そのため、分娩進行者に対する細やかな配慮や手厚いケアが行き届かないことや、数人の助産ケアを一人で担う助産師の負担が大きいことがネガティブサポートを生じさせてしまう素因になると助産師が理解していた。

夜だと陣発っぽい人の電話を出たり、破水のチェックをしてまた家に帰したり……。分娩進行者との関わりも助産師が一人っていう環境なので、自分が何とかしなきゃいけない、自分が持っている全ての、今持っているいろんな関わりの手を変え、品を変え、いろいろやったつもりではいたんです、自分の中では。(D)

(4) 〈授乳ケアの指導指針が明文化されていない〉

B氏の勤務する診療所では、授乳ケアに関する指導基準や一定の手順が定められておらず文章化がされていなかった。このように授乳ケアの指導指針が明文化されていないことが、ネガティブサポートを起こしてしまうきっかけの一つになると助産師が捉えていた。

ここでは(授乳に関して)統一がされてない、これでやりましょうというのが明言されていない、明文化されていないので、このスタッフはこういうニュアンスで説明するけど、このスタッフはガンガンおっぱいみたいな……。 (B)

VI. 考 察

本研究の結果、診療所に勤務する助産師が認識した妊産褥婦に対する助産師からのネガティブサポートは5つのカテゴリーが見出された。また、それらのネガティブサポートに影響を及ぼした要因は2つのカテゴリーが見出された。以下に、既存の知見と本研究にて見出された知見の比較および診療所の特性に着目した影響要因の2つの側面から考察する。

A. 診療所勤務助産師が認識したネガティブサポートと病院勤務助産師が認識したネガティブサポートとの比較

本研究を先行研究(千葉, 2008)と比較した結果、【対象者の意にそぐわなかった助産師の価値観や経験知に基づいた判断】と〈個別性が見極めが不十分だったことによる提供する援助の読み違い〉との類似が見出された。〈個別性

の見極めが不十分だったことによる提供する援助の読み違い」とは、助産師が対象者の個々の性格や性質を十分に見極めることが出来なかったため提供する援助を読み違ってしまう関わりのことである。一方、【対象者の意にそぐわなかった助産師の価値観や経験知に基づいた判断】とは、助産師が、自身の価値観やこれまでに受けてきた教育や経験などを参考にして、こういう現象の時はこれが適していると判断してケアを提供したが、相手の意にはそぐわなかった不適切な関わりのことである。2つのカテゴリーは、対象者に即した判断や見極めを誤り提供した援助が対象者の希望と合わなかったという点において類似していた。これらのことから、助産師の経験知を頼りに試行錯誤し個別性を見極めようと努力しながらケアを展開していてもなお、人によっては合わないケアがあることを念頭に置いて関わることの必要性が示唆された。毛利(2008)は、自然という摂理を味わい一人ひとり違うケアを創造することが助産師という仕事の面白さである(p.766)と述べている。人は一人ひとり違うため対象者に即した判断を瞬時に行うことや個性を見極めることに力が及ばない時もあるだろう。しかし、一人ひとり違うからこそ、手を変え品を変え相手の内なる声を引き出し、ケアを創造していくことの面白さは何にも代え難いものであると考える。

次に、【対象者の様子を確認しないまま続けた医療行為と安易な声かけ】と〈無意識的な言動や行動が思いも寄らず傷つけている関わり〉との類似が見出された。〈無意識的な言動や行動が思いも寄らず傷つけている関わり〉とは、助産師が対象者に対して何の意図もなく無意識的に言ったり行ったりすることや態度が、思いも寄らず相手を傷つけていた関わりのことである。一方、【対象者の様子を確認しないまま続けた医療行為と安易な声かけ】とは、助産師が、陣痛や後陣痛などその人自身にしか分からない痛みを伴いつらく苦しい状況にある対象者に対して、相手の置かれた状況や気持ちを理解していないような怒りをかう不適切な声をかけることである。2つのカテゴリーは、助産師の無意識的な言動が相手を傷つけていたという点にお

いて類似していた。これらのことから、医療者が発する言葉は、自分でも気づかぬうちに関わる方を傷つけている可能性があること、相手に与える一言の重みや言葉の持つ力を考慮しながら関わっていくことの重要性が示唆された。知らず知らずのうちに人を傷つけることを繰り返さないためには、自己の行為について常に意識して考えていくこと、すなわちリフレクションすることが必要不可欠であると思われる。リフレクションについて Schon (1983/2007) は次のように主張している。リフレクションとは「行為の中の省察」であり「行為についての省察」である。「行為の中の省察」とは、自分が実際に行為を行っている間に行為について振り返り、行為の中で暗黙に知っていることを振り返ることである。また、「行為についての省察」とは、自分が取り組んだプロジェクトや過ごしてきた状況について思い出し、その事例に対処するために行った理解を探索することである。この Schon の理論を看護に当てはめた田村・津田(2008)は、リフレクションについて、経験を注意深く根気強く熟考し、自己との対話を通して、自分自身や自分の行為に意味づけをするプロセスであると述べている。日々の自己の看護実践を問い直したり省察する機会を設け、自分自身や自分の行為に意味づけをすることで、経験を次の実践に生かしていくことができるのではないかと考える。

一方で、病院勤務助産師の先行研究(千葉, 2008)では見出されなかった認識を抱いていたことが明らかになった。まず、【褥婦に混乱を招くスタッフ間の授乳方法に対する認識の不一致】のカテゴリーにみられるように、診療所によっては授乳方法に関するスタッフ間の認識の違いが生じやすい環境にあることが考えられた。また、【産婦の安全確保を優先するために勧める過度の分娩誘発】のカテゴリーにみられるように、診療所によっては日動帯で児を産ませるために人工的な分娩を勧める方針や文化があることが考えられた。これらのカテゴリーは、ネガティブサポートの視点から診療所勤務助産師に焦点をあてた本研究によって初めて見出されたものとする。

B. 診療所の特性に着目した影響要因

診療所に勤務する助産師が認識したネガティブサポートの5つのカテゴリーのうち【褥婦に混乱を招くスタッフ間の授乳方法に対する認識の不一致】【産婦の安全確保を優先するために勧める過度の分娩誘発】という2つのカテゴリーは、診療所特有のネガティブサポートであると考えられた。まず、【褥婦に混乱を招くスタッフ間の授乳方法に対する認識の不一致】がなぜ起こったのかを紐解いていくと【人的要因】の〈バックグラウンドが様々であるスタッフによるケアの展開〉と【環境的要因】の〈授乳ケアの指導指針が明文化されていない〉が影響要因となっていたことが考えられた。診療所に勤務する助産師は、各学校を卒業してすぐに就職する者もいるが、本研究の研究参加者のように大病院や総合病院などの勤務経験を経てから就職する者が多いのではないかと考えられる。つまり、それまでに勤務してきた病院の理念や方法や基準などが獲得された状態の者が構成員となっている可能性がある。また、病院では、ある程度統一されたケアを提供するために、看護基準や手順、授乳ケアのプロトコルなどが定められているが、診療所では個人の能力に任せられ特に定められていない状況である。褥婦に対し授乳方法の混乱を招かないためにも、スタッフ間の認識を統一していく必要があることが示唆された。スタッフ間の認識を統一していくためには例えば、院長を交えて診療所における授乳ケアの指導指針について検討し、バックグラウンドが様々なスタッフが就職しても同様のケアが提供できるような準備を整えておくことが必要なのではないだろうか。限られた時間内で勤務をしているスタッフ全員が一同に集まり検討会を持つことは困難かもしれないが、個々の意見書をまとめてもらったり、1ヶ月に一度は検討会を持つ時間を作ることは可能ではないかと考える。飯田(2006)は、助産師と医師との意見のすり合わせには、施設としての基本方針の確認とそれに続く個々の細目についてのディスカッションが必要である(pp.120-121)と述べ、助産師と医師が互いの意見を持ち寄りディスカッションすることで共通理念を確認し合いチー

ムとして医療活動が出来ることを示唆している。このようにスタッフ全員の意見を把握し、より良いケアに向けた取り組みが診療所にも求められるのではないだろうか。

次に、【産婦の安全確保を優先するために勧める過度の分娩誘発】が生じた原因を探っていくと【人的要因】の〈決定権を持つ院長に従う〉〈医師主導型のため助産師の意見が覆される〉と【環境的要因】の〈日勤帯で産ませることが安全という神話がある〉が影響要因となっていたことが考えられた。研究参加者は皆、診療所は院長の病院であるとの意識が高く、院長の医療方針や考え方に従いながら勤務をしていることがうかがえた。また、医師主導型であり助産師の意見が覆されてしまう現状からジレンマや葛藤を抱えながらも、割り切って勤務している様子が垣間見られた。この点に関して総合病院では、どちらかという医師や師長など特定の誰かの方針に従うのではなく、スタッフ個々の意見を出し合い皆で話し合いながら医療方針を決定していく傾向が強いため、総合病院とは大きく異なる診療所特有の要因であると考えられた。また、医師が居てスタッフが揃っている日勤帯のうちに、何とか分娩を終了させておこうという文化が根付いていることから、分娩に関する安全性を重視していることがうかがえた。これは、総合病院のように緊急時にすぐに帝王切開術が行えないことや、小児科医が常駐していないことにより、児への蘇生が行えないことや緊急搬送に時間を要することが影響しているのではないかと考えられる。しかしながら、救命や分娩に関する安全性を重要視するがゆえに、過度の医療行為が行われている現状がうかがえた。これも診療所特有の要因であると考えられる。このような場合は、対象者が一番不利益を被らない方法を考えていく必要があると思われ、対象者が置き去りにならないよう彼らの気持ちを確認しながら関わっていく必要があると考える。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究は、2施設で勤務している4名の助産師から得られたデータを分析したものであり、

有床産科診療所勤務の助産師が認識した助産師からのネガティブサポートの一端を明らかにしたものであるが、十分に描き出せたとはいえない。今後は、より多くの施設で勤務している助産師を対象にデータ数を増やし、ネガティブサポートの共通パターンの有無や相違点などを明らかにするために研究を継続していく必要がある。

VIII. 結 論

診療所に勤務する助産師が認識したネガティブサポートは、【対象者の意にそぐわなかった助産師の価値観や経験知に基づいた判断】【褥婦に混乱を招くスタッフ間の授乳方法に対する認識の不一致】【産婦の安全確保を優先するために勧める過度の分娩誘発】【対象者の気持ちを理解しないままの一方的な情報提供】【対象者の様子を確認しないまま続けた医療行為と安易な声かけ】の5つのカテゴリーが見出された。また、ネガティブサポートに影響を及ぼした要因として、【人的要因】では、〈決定権を持つ院長に従う〉〈バックグラウンドが様々であるスタッフによるケアの展開〉の他4つのサブカテゴリーが見出された。【環境的要因】では、〈日勤帯で産ませることが安全という神話がある〉〈授乳ケアの指導指針が明文化されていない〉の他2つのサブカテゴリーが見出された。以上のことから、診療所には診療所特有の方針や文化が存在しており、それらの性質がネガティブサポートに影響を及ぼしていることが明らかとなった。診療所を活用する妊産褥婦がより良いケアを受けられるようにバックグラウンドが様々なスタッフが就職しても質の均衡が保たれたケアが提供できるような準備を整えることや、対象者が一番不利益を被らない方法を考えることが必要であることが示唆された。

謝 辞

本研究を行うにあたりご協力下さいました助産師の皆様、ご助言下さいました平澤美恵子教授、谷津裕子准教授に心より感謝申し上げます。なお、本研究は、平成21年度日本赤十字看護

大学課題研究費の助成を受けて実施いたしました。

文 献

- 赤井由紀子・岩谷澄香・内山和美・鍵谷英明・山川正信(2004). わが国における“care in normal birth: a practical guide”の実態—有床診療所の調査—. *母性衛生*, 45(1), 67-76.
- Antonucci, T.C. (1985). Personal characteristics, social support, and social behavior, In R.H. Binstock & E. Shanas (Eds.). *Handbook of aging and the social sciences (2nd ed.)* (pp.94-128), New York: Van Nostrand Reinhold.
- 母子衛生研究会(2009). *母子保健の主たる統計 平成21年*. 東京: 母子保健事業団.
- 千葉邦子(2008). 妊産褥婦に対する助産師からのネガティブサポート—助産師の認識に焦点をあてて—, *日本赤十字看護大学大学院修士論文*.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967)／後藤隆・大山春江・水野節夫訳(1996). *データ対話型理論の発見 調査からいかに理論をうみだすか*. 東京: 新曜社.
- 飯田俊彦(2006). 助産師と医師とをつなぐチームづくり. *助産雑誌*, 60(2), 118-123.
- 毛利多恵子(2008). 妊娠・出産・産後のケア 自然と一人ひとりの母子からの学び. *ペリネイタルケア*, 27(8), 761-766.
- 日本看護協会出版会 厚生省健康政策局看護課看護問題研究会(2009). *看護関係統計資料集 平成20年*. 東京: 日本看護協会出版会.
- Schon, D. (1983)／佐藤学・秋田喜代美訳(2007). *専門家の知恵 反省的実践家は行為しながら考える*. 東京: ゆみる出版.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998)／操華子・森岡崇訳(2004). *質的研究の基礎 グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順 第2版*. 東京: 医学書院.
- 田所由利子(2008). 産科診療所に勤務する看護職の就業継続意志に影響を与える要因.

日本助産学会誌, 22(2), 198-207.
田村由美・津田紀子(2008). リフレクション
とは何か その基本的概念と看護・看護研

究における意義. 看護研究, 41(3), 171-
181.