

【学術論文】

産婦人科混合病棟に勤務する助産師のキャリアアップに関する課題

A Problem for Career Enhancement for Midwives in Mixed Obstetrics and Gynecology Wards

小柳 弘 恵

要旨

産科医不足やハイリスク妊産婦の増加により分娩施設の集約化が進み、周産期センターの分娩件数は増加する一方、中小規模の一般病院では、分娩件数の減少により他科を含む産婦人科混合病棟が増加している。分娩件数の減少に伴い、助産師としての専門性を発揮しにくい環境で就労している助産師は、キャリアアップの意欲や助産師としてのアイデンティティを維持しにくいのではないかと考えた。本研究の目的は、産婦人科混合病棟に勤務する助産師のキャリアアップに関する課題を明らかにすることである。全国5都市で開催される研修会に参加した助産師に自記式質問紙調査への協力を依頼した。182部を有効回答とした（有効回答率83.1%）。所属施設の年間分娩件数を比較すると、混合病棟313.15±145.42件、産婦人科病棟659.25±277.5件、産科単科634.31±582.5件で、混合病棟は、産婦人科病棟や産科単科の病棟より年間分娩件数が少なかった（ $p<0.05$ ）。また、助産師1人当たりの年間分娩件数を比較すると、混合病棟：25.2±14.1件、産婦人科病棟：38.8±18.7件、産科単科：47.9±34.4件で、混合病棟は産婦人科病棟や産科単科の病棟より助産師1人あたりの年間分娩件数が少ないという結果だった（ $p<0.01$ ）。今後、ユニットマネジメントの推進と、出向制度などのシステムを活用して、助産師のキャリアアップを支援していくことが望ましい。

キーワード：助産師の労働環境、産婦人科混合病棟、ユニットマネジメント、キャリアマネジメント

I はじめに

産科医不足やハイリスク妊産婦の増加により分娩施設の集約化が進み、周産期センターの分娩件数は増加する一方、中小規模の一般病院では、分娩件数の減少により産科ベッド数が減らされ、他科を含む産婦人科混合病棟（以下、混合病棟とする）が増加している。日本看護協会が実施した調査（2012）では、453施設のうち、38.0% 172施設で、産科と他科患者が同じ病室に入院しているという結果だった。また、産科単独病棟に勤務する看護職員に占める助産師の割合の中央値は93.3%だが、産婦人科の場合は73.1%、産婦人科以外の診療科も含む混合病棟の場合は51.9%であった。混合病棟では、分娩がない日や褥婦・新生児もいない日もあることから、助産師が母子に対する助産ケアだけでなく、他科患者に対して看護ケアも担うことが多く、助産師の専門性を発揮しにくい状況になっていることが推測される。さらには、1人の看護者が他科の患者と母子を同時に担当すること

により、混合病棟における新生児のMRSA（methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*）¹⁾ 感染リスクの高さも指摘されている（日本看護協会, 2013）。

看護職の就労意欲について、山内（2004）は、看護職としての成長欲求が強く自分自身の能力に自信を持っている者は、キャリア形成の姿勢として専門性を追求する傾向が強くみられ、また、看護職としての自分自身を公平に、正当に評価されない組織で従事している者は、看護職としての自分自身の専門性をより追求するために異動を選択する傾向にあると述べている。これらのことから、分娩件数の減少に伴い、助産師としての専門性を発揮しにくい環境で勤務している助産師は、キャリアアップの意欲や助産師としてのアイデンティティを維持しにくいのではないかと考えた。

そこで、助産師が勤務する医療機関における、産科関連部署の現状ならびに助産師が担う業務の実態を明らかにし、産婦人科混合病棟に勤務する助産師のキャリアアップに関する課題を検討した。

II 目的

本研究の目的は、産婦人科混合病棟に勤務する助産師のキャリアアップに関する課題を明らかにすることである。

III 研究の方法

1 研究協力者

全国5都市（東京、大阪、福岡、仙台、京都）で下記の期間に開催された日本助産師会主催の助産実践に関する研修会に参加した助産師に調査への協力を依頼した。

2 研究期間

平成25年11月～平成27年11月

3 研究方法

日本助産師会勤務助産師部会の委員が、助産師の働き方や離職理由、各施設の抱える課題をもとに、看護協会による全国調査^{1) 2)}を参考にし、部会内で検討を重ねて助産師の労働環境に関する無記名自記式質問紙を作成した。質問紙は、病院に勤務する助産師数名を対象にしてプレテストを行い、表面妥当性を検討して完成させた。全国5都市（東京、大阪、福岡、仙台、京都）で開催された日本助産師会主催の助産実践に関する研修会の機会を利用し、研修会終了後に、調査の目的および倫理的に配慮する内容を口頭で説明して無記名自記式質問紙を配布した。

分析はSPSSver.23を用い、一元配置分散分析後、多重比較法（Tukey HSDによる）差の検定と、相関係数の算出を行った。

4 調査内容

- ① 研究協力者の属性：年齢、未婚・既婚の別、就労形態
- ② 所属施設の概要：病床数、周産期機能、病棟構成、産科関連病棟の構成
- ③ 産科の概要：年間分娩件数、勤務形態、助産師・看護師数、労働環境についての課題、産科単科でないために問題と感ずること

5 倫理的配慮

倫理的配慮として、協力は自由意思、無記名で回答、協力しないことによる不利益は被らないこと、質問紙への回答を以って調査協力の同意とみなすこと、調査結果は学会等で発表すること、その際、個人が特定される可能性はないことを、質問紙の配布前に口頭で説明した。

説明後、研究者は退席し、研究協力者には任意で記入していただき、退室の際に出口に設置した回収箱へ投函してもらうようにした。

なお、本調査は日本助産師会勤務助産師部会の事業計画として承認を得て実施した。

IV 結果

回収された219部のうち、教育施設に所属している者、退職後の者を除き、182部を有効回答とした。有効回答率は83.1%だった。

1 属性

研究協力者の年齢では、最も多かったのは40歳代で63人（34.6%）、最も少なかったのは20歳代の20人（11.0%）だった（表1）。所属施設の規模では、201～400床の病院に勤務している者が最も多く66人（36.3%）、次いで400以上800床未満の施設に勤務している者が47人（25.8%）だった（表2）。所属施設の周産期機能を比較すると、総合周産期母子センターに勤務する者は13人（7.1%）、地域周産期母子センターは60人（33.0%）で、合わせて4割の協力者が周産期母子センターに勤務していた（表3）。

また、所属部署の病棟構成では、多数の科が混在する混合病棟に勤務する者が65人（35.7%）で最も多く、次いで産科のみで運用している病棟（以下、産科単科とする）55人（30.2%）、産婦人科病棟40人（22.0%）だった（表4）。なお、産科単科または産婦人科病棟に勤務していると回答した中には、診療所に勤務している39人（21.4%）が含まれるが、今回の分析では対比させていない。

表1 協力者の年代別構成 n=182

年齢	人数 (%)
20歳代	20 (11.0%)
30歳代	41 (22.5%)
40歳代	63 (34.6%)
50歳代	54 (29.7%)
60歳代	4 (2.2%)

表2 所属施設の病床数 n=182

病床数	人数 (%)
診療所	39 (21.4%)
小規模病院 (200床以下)	21 (11.5%)
201以上400床未満	66 (36.3%)
400以上800床未満	47 (25.8%)
800以上1000床未満	3 (1.6%)
1000床以上	3 (1.6%)
無回答	3 (1.6%)

表3 所属施設の周産期機能 n=182

周産期機能	人数 (%)
総合周産期センター	13 (7.1%)
地域周産期センター	60 (33.0%)
その他	85 (46.7%)
無回答	24 (13.2%)

表4 所属部署の病棟構成 n=182

病棟構成	人数 (%)
混合病棟 (多数科混在)	65 (35.7%)
混合病 (産婦人科・小児)	7 (3.8%)
産婦人科	40 (22.0%)
産科単科	55 (30.2%)
産科とNICU	12 (6.6%)
その他	2 (1.1%)
無回答	1 (0.5%)

2 年間分娩件数の比較

1) 年間分娩件数

研究協力者が勤務している施設における1年間の分娩件数は、最も多い施設で4500件(1施設)、最も少ない施設では50件(1施設)で、平均は542.2±442.3件であった(表5)。今回の調査で、年間分娩件数が最も多く4500件と回答したのは、1000床以上の病床を有する地域周産期母子センターの産科単科であった。一方、最も少なく年間50件の分娩と回答した施設は、病床数201床以上400床未満の周産期センターではない中規模病院で、多数の科が混在する混合病棟であった。

2) 年間分娩件数の施設間比較

施設の規模を病床数で分類し、1日あたり1件をめやすとして分娩件数300件毎で区切り比較した(表5)。その結果、年間分娩件数が300件以上600件未満で、施設全体の病床数が201床～400床の中規模病院に勤務していると回答したものが28人(15.4%)で最も多かった。

同じく年間分娩件数を病棟構成により比較すると(図

1)、混合病棟では年間の分娩が900件以上ある施設がなく、混合病棟における最多の分娩件数は年間600件であった。年間の分娩が300件(月に25件相当)未満の施設に勤務していると回答したもののうち73.7%(28人)が混合病棟だった。所属施設の年間分娩件数を、混合病棟に勤務している群(以下、混合群)、産婦人科病棟に勤務している群(以下、産婦人科群)、産科単科に勤務している群(以下、産科単科群)の3群に分けて比較すると、混合群の年間分娩件数の平均は313.15±145.42件、産婦人科群659.25±277.5件、産科単科群634.31±582.5件だった。有意確率5%で、混合群は産婦人科群や産科単科群より年間分娩件数が少ないという結果だった。(表6)

一方、産科単科群の年間分娩件数を施設の規模(病床数)で比較すると、産科単科の診療所では508.5±215.9件、200床以下の小規模病院では676.0±308.9件、201床以上400床未満の施設では478.9±106.7件、400床以上800床未満では672.7±278.7件であった。施設規模(病床数)別に年間分娩件数の平均を比較したところ、有意な差は認められなかった。(表8)

3 助産師数

1) 病床数と助産師数

研究協力者が勤務する施設の規模(病床数)と所属部署の助産師数を比較した。所属部署の助産師が最も少なかったのは産科単科の診療所で、平均9.7人、次いで、産婦人科診療所の11.3人だった。混合病棟では施設規模

表5 年間分娩件数 ～施設の病床数による比較～ n=182

施設規模	～施設の病床数による比較～					計
	300件未満	300件以上600件未満	600件以上900件未満	900件以上1500件未満	1500件以上	
診療所	4 (2.2%)	21 (11.5%)	12 (6.6%)	2 (1.1%)	0	39 (21.4%)
小規模病院 (200床以下)	1 (0.5%)	9 (5.0%)	2 (1.1%)	6 (3.3%)	3 (1.6%)	21 (11.5%)
201以上400床未満	26 (14.3%)	28 (15.4%)	11 (6.0%)	1 (0.5%)	0	66 (36.3%)
400以上800床未満	6 (3.3%)	19 (10.4%)	16 (8.8%)	6 (3.3%)	0	47 (25.8%)
800以上1000床未満	0	1 (0.5%)	0	2 (1.1%)	0	3 (1.6%)
1000床以上	0	0	1 (0.5%)	1 (0.5%)	1 (0.5%)	3 (1.6%)
無回答	1 (0.5%)	1 (0.5%)	0	1 (0.5%)	0	3 (1.6%)
計	38 (20.8%)	79 (43.4%)	42 (23.0%)	19 (10.4%)	4 (2.2%)	182 (100%)

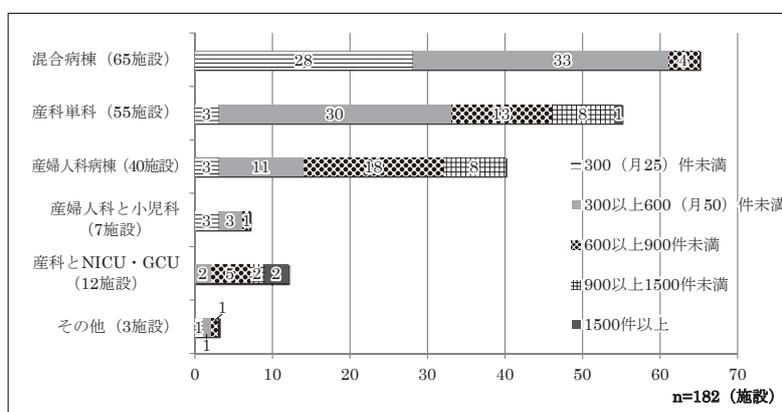


図1 病棟構成別年間分娩件数

(病床数)に関わらず平均助産師数は20人未満であるが、産婦人科病棟や産科単科では、400床でも平均助産師数が20人以上であった(表7)。施設の規模(病床数)と所属部署の助産師数には強い相関がみられた($r = .497$, $p < 0.01$) (表7)。病床数が多いと助産師数も多かった。

2) 助産師1人当たりの年間分娩件数比較

助産師1人当たりの平均分娩件数を比較する(図2)と、年間分娩件数が1500件以上の産科単科に勤務する助産師の107.1件/年が突出して多かった。これは、年間分娩件数が4500件あると回答された1施設のみの数値である。助産師1人当たりの平均分娩件数が次に多かったのは、年間分娩件数600件以上900件未満の産科単科の施設に勤める助産師の72.4件/年であった。産科単科の病棟に勤務する助産師がより多くの分娩介助を経験していた。

これを、混合病棟と産婦人科病棟および産科単科の病棟と比較すると、混合病棟; 25.2 ± 14.1 件、産婦人科病棟; 38.8 ± 18.7 件、産科単科; 47.9 ± 34.4 件であり、混合病棟は、産婦人科病棟や産科単科より助産師1人あたりの年間分娩件数が有意に少ないという結果だった($p < 0.05$)。(表6)

一方で、産科単科の病棟における助産師1人当たりの年間分娩件数を、施設の規模(病床数)で比較すると、診療所では60.0件/年、200床以下の小規模病院では44.7件/年、200床以上400床未満の施設では23.0件/年、400床以上800床未満では28.8件/年であり、産科単科の病棟構成をとっている施設だけを比較すると、診療所では助産師1人あたりの年間分娩件数が有意に高かった($p < 0.05$)。(表8)

4 産科単科でないために感じる問題

産婦単科の病棟に勤務していないものを対象に、産科単科でないために問題と感ずることを選択してもらった。97人から回答が得られた(複数回答)。結果は、回答の多かった順に、「お産に集中できない」73人、「産科の状況が理解されにくい」70人、「他科の患者ケアに要す時間が長い」53人だった。また、「助産の専門性が活かされていない」「分娩介助の経験数が増えない」「助産師としてのモチベーションを維持しにくい」「先輩助産師から技を学ぶ機会が得にくい」等、自身のキャリアアップに関する項目も半数程度が選択していた。(図3)

表6 混合病棟・産婦人科病棟・産科単科における年間分娩件数・助産師数・助産師1人あたりの分娩件数比較

		n	最大値	最小値	平均値 ± SD	P 値
年間分娩件数	混合群	65	600	50	313.15 ± 145.42	**
	産婦人科群	40	1350	135	659.25 ± 277.5	
	産科単科群	55	4500	250	634.31 ± 582.5	
	計	160	4500	50	510.08 ± 411.61	**
助産師数	混合群	65	30	5	13.45 ± 5.78	*
	産婦人科群	40	45	3	19.6 ± 10.11	
	産科単科群	55	42	4	16.16 ± 10.07	
	計	160	45	3	15.92 ± 8.89	
助産師1人あたり年間分娩件数	混合群	65	80	6	25.2 ± 14.11	*
	産婦人科群	40	90	16	38.84 ± 18.67	
	産科単科群	55	213	16	47.85 ± 34.44	
	計	160	213	6	36.4 ± 25.82	

多重比較法 Tukey HSD * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

表7 施設規模と助産師数 n=158

部署の助産師数(単位:人) n=158

部署	助産師数	施設数
混合病棟	診療所	—
	小規模病院(200床以下)	13 (6)
	201以上400床未満	12.4 (44)
	400以上800床未満	16.1 (14)
産婦人科病棟	診療所	11.3 (9)
	小規模病院(200床以下)	18.2 (5)
	201以上400床未満	19.8 (8)
	400以上800床未満	23.7 (14)
	800以上1000床未満	22.0 (2)
1000床以上	28.5 (2)	
産科単科	診療所	9.7 (30)
	小規模病院(200床以下)	18.4 (5)
	201以上400床未満	21.0 (7)
	400以上800床未満	25.0 (11)
	800以上1000床未満	—
1000床以上	42 (1)	

() 内: 施設数

	施設規模	助産師数
施設規模	Pearson の相関係数	.497**
	有意確率(両側)	.000
	度数	158
助産師数	Pearson の相関係数	.497**
	有意確率(両側)	.000
	度数	158

** 相関係数は 1% 水準で有意(両側)

表 8 産科単科施設規模別 年間分娩件数・助産師数・助産師 1 人あたりの分娩件数比較

		n	最大値	最小値	平均値 ± SD	
年間 分娩件数	診療所	30	1000	250	508.5 ± 215.9	
	小規模病院 (200 床以下)	5	900	300	676.0 ± 308.0	
	201 以上 400 床未満	7	700	400	478.9 ± 106.7	
	400 以上 800 床未満	11	1300	400	672.7 ± 278.7	
	計	53	1300	250	554.5 ± 236.5	
助産師数	診療所	30	18	4	9.7 ± 3.6	**
	小規模病院 (200 床以下)	5	40	10	18.4 ± 12.4	
	201 以上 400 床未満	7	30	15	21.0 ± 4.6	
	400 以上 800 床未満	11	40	10	25.0 ± 8.9	
	計	53	40	4	15.2 ± 8.9	
助産師 1 人あたり 年間分娩件数	診療所	30	213	17	60.0 ± 38.5	*
	小規模病院 (200 床以下)	5	75	21	44.7 ± 27.9	
	201 以上 400 床未満	7	27	18	23.0 ± 3.0	
	400 以上 800 床未満	11	46	16	28.9 ± 10.8	
	計	53	213	16	47.1 ± 34.0	

多重比較法 Tukey HSD * p < 0.05 ** p < 0.01

V 考察

1 協力者の属性に関して

本調査では、協力者の年齢区分において40歳代が34.6%に対して20歳代が11.0%と少なかった。これは、研修の参加費や内容が研修参加者の臨床経験年数に反映され、その結果として、協力者の年齢区分に偏りが生じたものと考えられる。

協力者が勤務する部署の病棟構成は、多数の科が混在する混合病棟が最も多く、次いで産科単科、産婦人科病棟の順だった。2012年に全国の分娩取り扱い病院578施設から回答を得た全国調査（北島ら，2012）では、産科単独病棟は全体の24.6%、残りの75.4%のうち、産婦人科以外の科が併設されている混合病棟が半数だった。また、産科単独病棟のうち64.1%が500床以上の施設だった。

本調査の協力者に混合病棟に勤務している者が最も多いのは、北島らの全国調査の結果と同様であるが、本調査では、39名21.4%が診療所に勤務しており、このことが、年齢区分の結果に影響していると考えられる。すなわち、助産実践能力に関する内容と参加費により、本調査の協

力者は、診療所に勤務し、ある程度の臨床経験がある助産が多い傾向があると言える。

2 年間分娩件数と施設の規模・周産期機能

本調査では、1年間の分娩件数が最も多い施設で4500件、最も少ない施設では50件で、その差は90倍にもなった。

近年、産婦人科医の減少やハイリスク妊産婦の増加が顕著になり、分娩取り扱い施設の減少・集約化が進んでいる。高度な周産期医療を担う総合周産期ならびに地域周産期母子医療センターの分娩件数が増える一方で、地域医療を担う中規模病院での分娩件数が減少している（北島ら，2012）。本調査でも、年間4500件の分娩があると回答されたのは、1000床以上の病床を有する地域周産期母子センターの産科単科で、最も少ない施設は、病床数201床以上400床未満の周産期センターではない中規模病院の混合病棟だった。分娩件数が減少することにより、中規模病院では、他科に比べると産婦人科の空床が目立つようになり、2000年以降、医療費抑制政策のもと、DPC制度の導入によって病床利用率を上げるため専門病棟から混合病棟化していった（日本看護協会，2013b）

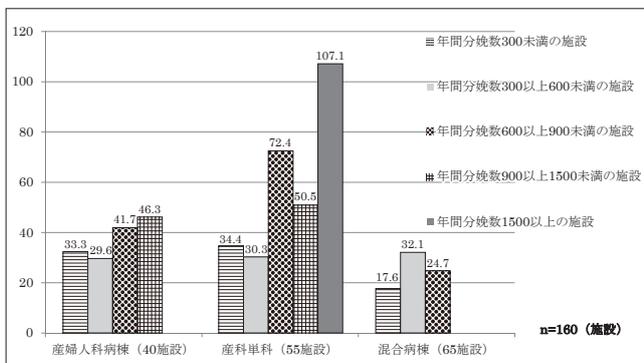


図 2 病棟構成別助産師 1 人あたりの分娩件数

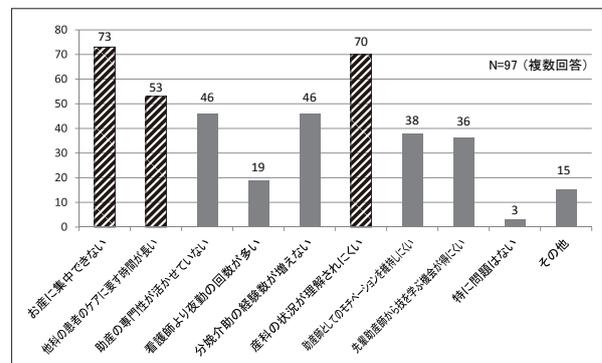


図 3 産科単科でないために感じる問題

背景がある。すなわち、今後も混合病棟が減少するとは考えにくく、分娩施設の集約化はますます進むことが予測され、それに伴い必然的に混合病棟に勤務する助産師の割合も増えていく。本調査でも、年間分娩件数が300件以上600件未満で、施設全体の病床数が201床～400床の中規模病院に勤務していると回答した者が最も多かった。

助産師のキャリアプランを考えるうえで問題となってくるのは、施設の分娩件数である。近年、助産師は分娩期のみならず、広く女性の一生を支え、母子とその家族、すなわち女性のパートナーや子どもの祖父までも、助産師のケアの対象であるとされてきているが、助産師の業務独占である分娩介助の実践力を習熟することが重要なほうまででもない。

本調査では、混合病棟には年間900件以上の分娩がある施設がなく、混合病棟における最多の分娩件数は年間600件であった。年間の分娩が300件（月に25件相当）未満の施設に勤務していると回答したもののうち73.7%（28人）が混合病棟だった。全国の分娩取り扱い病院1103施設を対象にした調査（日本産婦人科学会，2015）では、1施設当たりの年間分娩件数の平均は510.8件である。本調査における混合病棟の年間分娩件数の平均が313.15±145.42件で、明らかに少ない。また、産婦人科病棟や産科単科に比べて有意に少ないという本調査の結果からも明らかなように、混合病棟に勤務する助産師は、産婦人科病棟や産科単科に勤務する助産師に比べると、分娩に携わるチャンスが少ないことは推測に難くない。月に25件相当では、分娩がない日もあり、交代制勤務の中では分娩に「当たる」「当たらない」という個人差も分娩介助技術の習熟に影響を及ぼす要因になり得る。混合病棟に勤務することが助産師の実践力を高めるうえでの障壁にならないようにしていくことが重要である。

一方、産科単科の施設の年間分娩件数を施設規模（病床数）別に比較した結果は、有意な差は認められなかった。これは、病床数の少ない産科診療所が、中小規模病院と変わらない分娩件数であるということであり、産科診療所が全分娩の46%を担っている（日本産婦人科学会，2015b）という実態を反映した結果といえる。

3 助産師数と施設の規模・病棟構成

施設の規模（病床数）と所属部署の助産師数には強い相関がみられたことから、病床数が多いと助産師の人数も多いことが明らかになった。これは、「大きな病院ほど助産師が集まる」傾向であるといえる。卒後教育や自身のキャリアプランを考えて「助産師が大きな病院に集まる」のか、診療所を含めて「小さい施設には集まらない」のか「助産師を雇用しにくい」のか、その要因は明らかではない。今後さらに調査を続けていく必要がある。

4 産科単科でないために感じる問題について

産科単科でないために感じる問題として上位の回答は「お産に集中できない」「産科の状況が理解されにくい」であった。これは、夜勤帯など人手が少ない時間帯に分娩が進行している場合、通常の業務を遂行しながら産婦のケアもする状況で、どちらを優先すべきかを思慮しつつ、他の勤務者に迷惑をかけないように業務を遂行することか、産婦の安全と安楽・満足のために傍にいてケアすることのどちらかを選択しなければならないジレンマを感じている助産師が多い実態を示唆している。限られた人数で切り盛りしている夕方～夜間の時間帯に分娩があれば、空腹のわが子が新生児室で泣いている姿を偲びなそうに窓越しに眺めている母親の姿は、混合病棟でしばしば見掛ける。母子が同室であれば、子どもが泣いたらすぐ母乳を吸わせることができ、母親の母乳分泌促進と愛着形成につながり、さらに、助産師の“ジレンマ”も軽減でき、一挙三得である。これを実現させる方策として、病棟内をゾーンまたはユニットで分けて運用するユニットマネジメントがある。

ユニットマネジメントとは、日本看護協会が導入を提言している産科混合病棟の看護管理の方法で、母子にとって安全安心な出産環境の整備、すなわち①母子が感染リスクから回避される、②母子を継続的に観察し異常の早期発見につなげる、③助産師が継続的に母子に寄り添いケアを提供する（日本看護協会，2012C）という利点がある。母子の感染リスクを回避するだけでなく、母子を継続的に観察するためにも、助産師を適正に配置することが重要であり、そのためには、ユニットマネジメントのさらなる推進が望ましい。

5 助産師の専門性とキャリア形成に関して

混合病棟と産婦人科病棟および産婦人科単科の病棟で比較では、混合病棟は、産婦人科病棟や産科単科の病棟より助産師1人あたりの年間分娩件数が有意に少ないという結果は、産科単科でないために感じる問題として挙がっていた「助産の専門性が活かしていない」「分娩介助の経験数が増えない」「先輩助産師から技を学ぶ機会が得にくい」等の回答を裏付けるものである。現行の助産師養成指定規則では、卒業までに10例の分娩介助を課し、これを卒業要件としているが、平成27年に創設された助産実践能力習熟段階クリニカルラダー（Clinical Ladder of Competencies for Midwifery Practice：CLoCMiP（クロックミップ）助産師ラダー）では、100例の分娩介助が取得の要件である。混合病棟における助産師1人当たりの年間分娩件数の平均25件から単純に計算しても、ラダー取得要件を満たすまでに少なくとも4年以上を要することになる。なかなか経験を積むこ

とができないことは、「助産師としてのモチベーションを維持しにくい」要因になる。

混合病棟や産婦人科病棟に勤務する多くの助産師が、産科単科でないために感じる問題として、「お産に集中できない」「産科の状況が理解されにくい」を回答している。山内（2004b）は、看護職としての自分自身に自信がありながらも、日々従事する看護の仕事内容に不満感を抱いている者は、勤務する職場環境を自分自身の能力や業績が公平あるいは正当に評価されていないと感じていると述べている。また、看護の仕事に有意義感を抱いている者は、さらなる看護職としての成長欲求を持っており、看護職としての成長欲求度の高い者ほど専門領域を極めたいと考えている（山内，2004c）。ユニットマネジメントにより、助産師が分娩に集中し、専門性を発揮することができると、安全な出産環境の確保と質の高いケアを提供することになり、それが母子とその家族の満足につながっていく。

母子とその家族の満足は、助産師の就労意欲を高め、「産科単科でないために問題と感ずること」の解決につながっていくと考える。助産師が専門性を追求できる環境が整い、自分たちの能力が正当に評価されていると認識できれば、たとえ忙しくても自己効力感をもって働き続けていける。また、助産師が専門性を高め、質の高いケアを提供するためには、混合病棟と産科診療所に勤務する助産師が相互に研修や出向に行き双方のデメリットを補い合う等、助産師の出向制度などのシステムを活用し、施設を超えての支援体制が必要である。

VI おわりに

今回の調査から以下のことが明らかになった。

- ① 混合病棟は、産婦人科病棟や産科単科の病棟に比べて年間分娩件数、助産師1人あたりの分娩件数が少ない。
- ② 診療所では、中小規模の病院に比べて有意に助産師が少なく、1人あたりの分娩助産師が多い。このことから、助産師は分娩助産師の経験を多く積むことができる。
- ③ 混合病棟に勤務する助産師は、「産科の状況が理解されにくい」「お産に集中できない」「他科の患者ケアに要す時間が長い」「助産の専門性が活かされていない」「分娩助産師の経験数が増えない」という課題を感じている。
- ④ これらを解決するためには、ユニットマネジメントの推進と、出向制度などのシステムを活用して、助産師のキャリアアップを支援していくことが望ましい。

本研究の内容の一部は、第57回日本母性衛生学会学術集会以て発表した。

注

- ¹⁾ MRSA＝メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*）
変異によりメチシリンなどの抗生物質に対する耐性を獲得した黄色ブドウ球菌。化膿性疾患・肺炎・敗血症などを起こし、院内感染の原因となる。

文献

- 秋葉和敬（2012）. 分娩直後の早期皮膚接触（STS）ケーススタディ特集－回復室，病室で母子同室・母子同床する場合－. ペリネイタルケア, 31 (2), 153-156.
- 一般社団法人日本助産評価機構（2015/2016）. 助産実践能力習熟度段階（クリニカルラダー）レベルⅢ認証制度. <https://jime2007.org/>（閲覧日：2016.11.12）.
- 北島博之（2012）. 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, 48 (3), 661-668.
- 北島博之（2008）. 我が国の多くの総合病院における産科混合病棟とMRSAによる新生児院内感染との関係. 環境感染誌, 23 (2), 129-134.
- 日本看護協会（2013）. 産科混合病棟ユニットマネジメント導入の手引き. P.5-20. 東京.
- 公益社団法人日本看護協会.
- 日本産婦人科学会医療改革委員会（2015）. 「産婦人科医療改革グランドデザイン2015」. www.jsog.or.jp/news/pdf/g12015_20150620.pdf（閲覧日：2017.1.14）
- 島田三恵子（2013）. 「母親が望む快適で安全な妊娠出産に関する全国調査－科学的根拠に基づく快適で安全な妊娠出産のためのガイドラインの改訂－」, RQ 1 妊産婦の要望とリスクを考慮した分娩施設の対応. Minds（マインズ）ガイドラインセンター. <http://minds.jcqh.or.jp/n/med/4/med0056/G0000595/0001>（閲覧日：2016.11.12）
- 山内京子，戸梶亜紀彦（2004）. 看護職のキャリア形成と自己概念に関する研究. 看護学統合研究, 5 (2), 6-17.

A Problem for Career Enhancement for Midwives in Mixed Obstetrics and Gynecology Wards

KOYANAGI Hiroe

Abstract

Due to the shortage of obstetricians and the increase of high-risk pregnancies, there has been an increase in the number of deliveries in the Perinatal Medical Center. On the other hand, because of the decrease in childbirths, the number of mixed obstetrics and gynecology wards that include other departments has been increasing at medium-sized general hospitals.

The purpose of this research was to clarify the situations of working environments of midwives who worked at obstetrics medical wards. We asked midwives who participated in training workshops held in five cities across Japan to cooperate in a self-administered questionnaire survey. As a result, valid responses were received from 182 participants (valid response rate: 83.1%). The obtained data concerning the numbers of annual childbirths at hospitals they worked at were compared as follows: mixed units: 313.15 ± 145.42 ; obstetrics and gynecology units: 659.25 ± 277.5 ; and maternity units: 634.31 ± 582.5 . Meanwhile, the obtained data regarding the numbers of annual childbirths per midwife were compared as follows: mixed units: 25.2 ± 14.1 ; obstetrics and gynecology units: 38.8 ± 18.7 ; and maternity units: 47.9 ± 34.4 . The number of annual childbirths per midwife at mixed units was lower than those of obstetrics and gynecology units and maternity units ($p < 0.01$). In conclusion, it is found that career enhancement for midwives should be supported by promoting unit management and making the most of systems, including temporary transfer.

Key words: midwives' working environment, obstetrics and gynecology unit, unit management, career management