

St. Luke's International University Repository

Effectiveness of Midwife's Private Meeting with Pregnant Women at the Outpatient Clinic.

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2021-03-12 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 小川, さゆり, 操, 華子, Ogawa, Sayuri, Misao, Hanako メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34414/00014940

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



— 報 告 —

外来助産師が行っている 当院分娩予定妊婦への個人面接の効果

小 川 さゆり¹⁾, 操 華 子²⁾

要 旨

聖路加国際病院産婦人科では、出産のための予期的指導は、妊婦健診と母親学級の間で行われてきた。しかし、ハイリスク妊婦・就労妊婦が増加し、来院者数も増加する一方の外来妊婦健診の間では従来のケアはできず、母親学級でも出産予定者全員には対応できない。そこで、2003年6月より、当院出産予定妊婦全員に対して、“妊婦が安全に安心して出産に臨めるように”“外来と病棟との継続ケアができるように”という目的で、外来助産師が外来受診時に個人面接を開始した。今回、2003年12月に、現在行っている個人面接の効果を検討するため質問紙調査を行った。その結果、個人面接は、「出産に関する情報が得られる」と同時に、「さまざまな相談ができ、安心して出産に臨める」と大部分の妊婦に受け入れられていた。今後は、この調査結果をもとに、提供する情報の内容の検討、場所、時間、面接担当者の確保を考えて、よりよいケアにつながるよう、よりいっそうの業務改善をしていきたい。

キーワード

外来助産師、個人面接、妊婦

I. 研究の背景と目的

ここ数年、聖路加国際病院の1カ月当たりの分娩数は70～80名であり、当産婦人科外来には毎日50～70名が妊婦健診に来院している。これまでは助産師が来院する妊婦の診療介助を行い、その場でさまざまな相談にのり出産に向けての予期的指導を行っていた。

2001年5月、生殖医療センターが開設され、外来診療のあり方が一変した。不妊治療後の妊婦、他疾患合併妊婦、高年齢初妊婦がこれまで以上に増加し、助産師は来院した妊婦全員の診療介助を行うことがなくなり、妊婦の訴えを聞く機会が減少した。そのため、助産師が個々の妊婦の情報を把握できず、病棟との連携もとれないまま出産に至るハイリスク妊婦も存在するようになった。

現代は妊娠・出産についてのさまざまな情報が氾濫している一方で、周囲とのコミュニケーションは希薄になっており、妊婦は社会で孤立しやすい状況にある。こういった状況のなかで、健診の機会と同時に、予期的指導・相談の場として大切なのが母親学級である。当院でも産科病棟が主催し出産準備教育の場として以下の3つの形態のクラスがある。

- ① 少人数グループ制母親学級（妊娠中から産後まで全5回）：セルフヘルプグループの形成を目的としており、妊婦らにとって育児期間まで続いていくピアカウンセリングの場になっている。受講者は1カ月最大50名弱。
- ② 予約制個別相談：病棟助産師によるマンツーマンで行われる面談。30分間自由に質問ができる。継続して母親学級を受講できない妊婦や当院に里帰りしてくる妊婦が主に受講しており、1カ月受講者数は平均11名（2003年度受講者数134名）。
- ③ 夫立会いのための両親学級：上記のいずれかのクラスを受講後にカップルで受講。

このように多彩な形態の母親学級を実施しているが、当院受診者は就労者も多く、健診以外の来院が難しい妊婦もあり、母親学級は当院分娩予定者全員が受けられず、妊婦自身の得る情報が限られてしまう場合もあった。この現状をふまえ、①当院で出産する妊婦全員が、安全に安心して出産に臨めるよう、個別に対応する必要がある、②通院から入院後までの継続ケアのため、外来と産科病棟との密な情報交換が必要であると考え、2003年6月より外来助産師による面接を開始した。

高度医療化した外来機能、核家族化が進む現状をふまえたピアグループ形成に主眼をおいた母親学級、受診する妊産婦の通院圏の広がりなど当院の産婦人科外来の特徴を考えると、医療の質を維持するために、対象妊婦に

受付日2005年2月7日 受理日2005年5月14日

1) 聖路加国際病院産婦人科外来

2) 聖ルカ・ライフサイエンス研究所臨床実践研究推進センター

対して必要とされるアプローチ方法が変化してきていることは否めない。また、医療者側が医療・ケアという包括的な網をはりめぐらしても、その網目からこぼれおちてしまう妊婦が増えていることも事実である。つまり、集団指導や診療の場での数分のかかわりだけでは不十分であり、そのような妊婦こそ、ゆっくり時間をとり、面接・傾聴する専門的なアプローチが必要なのである。

そこで、本研究は、妊産婦個々への介入、外来から病棟へのケアの連続性という意図で始めた外来助産師による個人面接が有効に機能しているかということを検討するために、①個人面接を受けた妊婦は出産徴候や異常がみられたときに、確実に病院に連絡することができたか、②個人面接での情報や内容が、妊娠経過中の生活や、入院に際しての病院連絡のときに役立ったか、③外来助産師による個人面接を面接対象者である妊婦はどのように捉えていたか、を明らかにすることを目的とし、面接を受けた妊婦・褥婦を対象に質問紙調査を実施した。本研究で得られた結果から、今後の外来助産師・看護師の業務のあり方について考察する。

II. 外来助産師による個人面接

外来助産師による個人面接は、妊娠初期（8～12週）と妊娠中後期（28～34週）を目安に、当院分娩希望・予定妊婦全例を対象に始めた。妊娠初期は体調の変化があって不安を感じやすい時期であり、今後の受診や出産場所について妊婦自身が考える時期である。面接は、妊婦が感じている問題に対応した後、当院外来・病棟のシステムを紹介し出産場所決定に必要なと思われる情報提供をしている。また、妊娠・出産・育児にリスクとなりそのような問題の有無を確認したうえで、妊婦本人や身近な家族の背景を聞き、生活の工夫などの相談にのっている。妊娠中後期は、出産が間近となり胎児や出産に対して不安や想像がふくらむ時期で、入院や育児の準備を具体的に始める時期である。体調や疑問・不安なことを聞いて対応し、合併症などのリスクを再確認し、出産徴候・病院への連絡方法を個別的に説明する。さらに、入院や育児の準備が順調に進んでいるかを聞き、相談にのっている。また、得られた情報から必要な内容を、病棟へのレポートリストに載せ、ケアの連続性を図った。

2004年3月末現在、外来助産師3名が日替わりで、1日8～10名の妊婦と面接をしている。面接には、1人20分以上かかることが多く、事後の記録は勤務時間内では終わらない。また、面接は診療前の待ち時間に実施したいと考えているが、同時間に複数の面接予定者が存在することもあり、結果として、帰宅までの待ち時間の延長も引き起こしている。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

当該病院産婦人科外来を受診している妊婦ならびに褥婦を対象とした、質問紙法による横断的調査研究。

2. 調査期間

2003年12月の1カ月。

3. 研究対象者

本研究対象者を以下の2群に設定した。

- ① 褥婦群：外来受診時に外来助産師による個人面接を受け、12月に当院で出産した褥婦。なお、上記調査期間中に産科病棟において、すでにデータ収集中のランダム化比較対照研究が行われていたため、その研究の対象者（正常出産をした初産婦に限定）は本研究の対象外とした。
- ② 妊婦群：2003年12月に外来助産師による個人面接を受けたすべての妊婦。

4. データ収集項目

本調査研究に使用する質問紙は、本研究者が作成した。褥婦群には、実際に入院・出産の際、個人面接で得られた情報を有効に利用できたかを中心に、質問項目を作成した。具体的な内容は表1のとおりである。妊婦群には、面接内容の妥当性、面接の機会があることの意義、面接時間の設定の妥当性、場所の妥当性を目的として表2に示す内容を含めた。

5. 具体的なデータ収集方法

調査協力依頼文書、質問紙（褥婦用または妊婦用）を一セットとして、配布のための準備を行った。

- ① 褥婦群：外来助産師が産科病棟を訪れ、本研究の対象となる褥婦をピックアップして、産後3日目を目安に対象となる褥婦の部屋に訪室し、質問紙の記入を口頭と文書で依頼した。質問紙の回収は、病棟に回収箱を設置し、そこへ投函してもらった。
- ② 妊婦群：外来助産師が上記調査期間中に個人面接を実施した妊婦に、面接終了直後に質問紙の記入を口頭と文書で依頼した。質問紙の回収は、外来に回収箱を設置し、そこに投函してもらった。

6. 倫理的配慮

本研究対象者には口頭と文書で研究協力を依頼した。調査協力依頼文書には、本研究の主旨、目的、回収方法について説明し、さらに対象者の任意性、入手した情報の守秘義務、匿名性の保障についても明記した。妊婦群への協力依頼は、産婦人科外来診療を担当し、個人面接を行った助産師が実施したため、研究対象者の任意性を

脅かすものとなる可能性もあったが、本調査はすべて無記名で実施されたこと、また白紙のままの質問紙の投函もあったことから、研究対象者の任意性は保たれたと考える。なお、本研究は、聖路加国際病院倫理委員会の審査を受け、2003年11月に承認を受けている（聖路加国際病院倫理委員会 承認番号 03-0028）。

7. 分析方法

褥婦群の特性（出産回数、母親学級の受講の有無、外来での面接回数など）ならびに妊婦群の特性（出産回数、面接時の週数）を明らかにした。表1、2に示した質問項目の回答で選択肢を設定したものは、選択肢ごとの回答者の割合を算出した。自由記載については内容分析を実施した。内容分析とは、データをもとにそこから（それが組み込まれた）文脈に関して反復可能でかつ妥当な推論を行うためのひとつの調査技術であると定義されている¹⁾。現在多くの領域で応用されているが、記述式の自由回答の分析にも使用されている²⁾。コーディングにはpre-set codingと、emergent codingがあるが、本研究では後者の方法を採用し、抽出されたカテゴリーに分類される回答数を算出した。コーディングを実施していく際には、主任研究者と共同研究者の共同作業とした。作業中に不一致点が出た場合には、協議してコーディングの統一を図った。

IV. 結果

1. 褥婦群の結果

1) 特性

12月当院分娩者は78名（初産婦60名、経産婦18名）であったが、前述のとおり対象病棟における他研究の研究対象を除いたため、当調査の質問紙への回答を依頼した褥婦は60名で、46名から回答があった（回収率：76%）。回答の得られた46名中、初産婦は36名、経産婦は10名であった。本研究対象者の帝王切開率は32.6%であった（2003年12月全体の帝王切開率29.4%）。

母親学級受講者は36名（初産婦32名、経産婦4名）で、その内訳は、小人数グループ制受講者が28名（60.8%；初産婦26名、経産婦2名）、個別相談受講者は5名（10.8%；全員初産婦）だった。初産婦36名のうち88.8%は当院母親学級を受講していたが、経産婦の母親学級受講率は20%だった。外来助産師による個人面接の受講回数は、1回が17名、2回が24名、3回が2名、無回答が2名であった。

2) 病院へ連絡をした理由

病院に連絡をした理由は、分娩徴候発来などがあった者25名（54.3%）、その他の理由4名、電話連絡せず直接来院が1名、外来で入院が決定した妊婦（電話連絡する機会なく入院した妊婦）は15名（32.6%）であっ

表1 褥婦を対象とした質問紙の具体的な内容

1. 出産回数
2. 母親学級受講の有無
3. 外来での面接回数
4. 入院の際に、病院にどんなきっかけで連絡したか？
なぜ、電話をしようと思ったか？
連絡するにあたり、迷いはなかったか？
5. 来院から出産までの所要時間
6. 外来で面接時に渡している“病院に連絡する時期”は役に立ったか？
面接で役立つ情報があったか？
7. 外来で助産師が診察時間外で話すことにどのような意義を感じたか？
（6、7は一部自由記載）

表2 妊婦を対象とした質問紙の具体的な内容

1. 出産回数
2. 面接実施時の妊娠週数
3. 面接に役立つ情報があったか？ わかりやすかったか？
4. 診察時間外に時間をとって、助産師と話すことをどう思ったか？
よかったこと、必要ないと思ったのはどんなことに対してか？
5. 所要時間は何分だったか？ 長いか、短いか？
6. 診療との時間的関係はどうだったか？
7. 面接実施場所はどこだったか？ それをどう感じたか？
8. 家族などの同席者がいたか？ それはどうだったか？
（3～8は、選択肢を選ぶものと自由記載がある）

た（無回答1名）。

病院に連絡するにあたり、自分で状況を判断した者21名（67.7%）、判断し分娩進行を予測した者2名、病院の指示を期待した者4名、不安・心配になったため連絡した者4名であった。さらに、連絡したときに迷わなかった者は20名（初産婦17名、経産婦3名）、迷いがあったと答えた者は11名であった。迷いがあった11名中、初産婦9名は全員母親学級を受講しており、残り2名の経産婦は母親学級を受講していなかった。迷った理由は、陣痛に関するもの（陣痛なのか確信がなかった、陣痛とは思わなかった、想像とは違っていた）7名、破水（週数が早くて「まさか」と思った、尿漏れだと思った）2名、聞いていた状況とは違うことが起こった（帯下の急増、胃痛）2名であった。

3）来院から分娩までの所要時間

分娩徴候発来などで連絡・来院し経膈分娩した初産婦の来院から分娩までの所要時間は、来院から35分で出産した初産婦が1名いたが、他は2～12時間が11名、13～24時間が5名、24時間以上は4名で、最長は48時間かかっていた。経産婦では、分娩徴候発来などで電話した後に来院した妊婦は2名で、来院後2～2.5時間でお産していた。

4）外来助産師から得た情報の活用

外来助産師との個人面接時には、リーフレット“病院に連絡する時期”を各妊婦に渡している。このリーフレットの情報が役立ったと回答した者は39名（84.8%）、役立たなかったと回答した者は4名であった（無回答3名）。面接から得た情報で各妊婦が役立つ情報があったかどうかという質問に対し、役立った情報があったと回答した者は36名（78.2%）、どちらともいえないは6名（13%）であり、役立つ情報がなかったと答えた者はいなかった（無回答4名）。

さらに、自由記載で具体的にどのような情報が役立ったのかという質問への回答結果（32名；69.5%）は、来院時期・出産徴候に関する情報が26名（56.5%）、不安・疑問・心配事を質問することができ、安心できたが11名（23.9%）であった。個人面接には含まれていなかったが褥婦らがほしかったと思った情報として、入院生活について（4名）、帝王切開について（3名）があげられていた。

5）外来助産師との個人面接の意義

診療時間外に外来助産師と個別に話をする機会をもったことについては、とてもよかった29名（63%）、よかった11名（23.9%）、まあまあ2名、必要ない2名、無回答2名であった。よかったと回答した37名（80.4%）の自由記載内容を分析すると、①質問・相談ができる場であった27名（58.7%）、②診察時、医師には話せない（慌しい、時間がない、細かいことは聞けない）ことが話せた19名（41.3%）、③安心した・不安が軽減した10名（21.7%）、④助産師には話しやすい、話せる4名、

⑤大切にされていると感じた、親切に対応された、信頼できる4名であった。

一方、必要ないと答えた2名からは、「母親学級と同じであった」「個人的なことを質問された」「情報は他からも得られるので必要ない」との指摘があった。

2. 妊婦群の結果

1）特性

2003年12月に外来で個人面接をした妊婦数は154名で、そのうち147名に質問紙調査を依頼した。92名より回答があり、そのうち、無記入投函が1名あった（回収率：62.5%）。回答の得られた91名中、初産婦は65名、経産婦は26名であった。面接実施時の妊娠週数は、妊娠初期（8～24週）38名、妊娠中後期（27～36週）53名であった。

2）個人面接で提供している情報の妥当性、

わかりやすさ

現在行われている個人面接で提供されている情報のなかで、役立つ情報があったと回答した者は82名（90.1%）、まあまあだった9名（9.9%）であり、役立つ情報はなかったと回答した者はいなかった（無回答1名）。説明は、83名（91.2%）がわかりやすかったと回答し、わかりにくかったと回答した者はいなかった。さらに、自由記載で具体的にどのような情報が役立ったのかという質問への回答結果は、妊娠初期（31名が記載）では、体調について13名（14.3%）、病院のシステムについて9名（9.9%）、出産に関して6名、母親学級について4名、今後の妊娠経過について4名であった。中後期（47名が記載）では、出産のこと18名（19.8%）、現在の体調14名（15.4%）、産後のこと10名、母乳について7名、入院準備に関すること5名、出産前後の児のこと5名、合併症のこと5名であった。

3）外来助産師との個人面接の意義

診察時間外に助産師と個別に話す機会があることについては、とてもよかったと回答した者が最も多く68名（74.7%）、よかった16名（17.5%）、まあまあ1名、必要ないと答えた者はいなかった（無回答6名）。さらに、よかったと回答した78名（85.7%）の自由記載内容の分析結果は、①質問・相談できる場であった35名（38.4%）、②安心した・不安が軽減した30名（33%）、③診察時、医師には話せない（慌しい、時間がない、細かいことは聞けない）ことが話せた27名（29.7%）、④助産師には話しやすい、話せる19名、⑤大切にされていると感じた、親切に対応された、信頼できる12名であった。母親学級を受講できなかった経産婦6名は助産師と話す機会があったことがうれしかったと回答しており、また母親学級では話せないことがこの面接で話せたと答えた初産婦も1名いた。また、事前に面接があることを知って準備したかったと6名が記載している。

4) 面接所要時間の妥当性

面接の所要時間については、ちょうどよい 75 名 (82.4%)、短い 5 名、長い 4 名、無記入は 5 名という結果であった。実際に所要時間がどのくらいであったかについて、10 名が 5～20 分 (平均 11 分) と答えた。理想的な面接時間については 10 名が回答し、5～30 分であった。その内 9 名が実際の時間も合わせて回答しており、内 5 名は実際より長い時間を希望し、2 名は短い時間を希望していた。「所要時間よりも内容が大切であり、時間で面接を切り上げることに疑問を感じる」という自由記載をした者が 2 名あった。

なお、面接担当助産師が記録した 12 月の平均面接所要時間は、初期 24.5 分、中後期 26.9 分、最短面接所要時間は 10 分、最長面接所要時間は 45 分であった。

5) 診察と面接の時間関係

妊娠初期は、診察後に面接を受けた者が 26 名 (68.4%)、診察前に面接を受けた者は 12 名だった。妊娠中後期は、診察前に面接を受けた者 30 名 (56.6%)、診察後に受けた者 18 名、診察前後にまたがって受けた者 5 名であった。81 名 (89%) は、診察時間との関係が適当であると答えた。一方、診察後がよいと回答した者は 7 名、診察前の待ち時間の利用を望む者は 5 名であった。

6) 面接場所の適切性

現在は面接をするための専用の場所はない。このため、診察室前の中待合で面接を行った者は 76 名 (83.5%)、空いている診察室で行った者は 7 名、受付前の外待合室で行った者は 6 名であった。面接に適当な場所であったかどうかについては、適当な場所であった 62 名 (68.1%)、もっと違う場所がよい 28 名 (30.7%)、無回答 1 名であった。自由記載欄に 31 名が記載しており、27 名 (29.7%) はプライベートな話ができる他者と離れた場所での面接を希望していた。

7) 面接に同席者がいることの意味

実際に同席者がいた者は 14 名 (15.3%) で、夫が同席 9 名 (うち 1 名は上の子どものも同席)、母が同席 5 名であった。自由記載では、①同席者がいることで情報を共有できて安心だった 9 名、②同席してもらいたかった 3 名、③家族も質問できてよかった 2 名であった。

V. 考察

外来助産師面接の第一の目標は、“妊婦が安全に安心して出産を迎えられること”であり、このため、出産徴候や異常がみられたときに確実に病院に連絡できるということが大切である。来院から分娩までの所要時間から推測すると、ほとんどの妊婦が分娩第 1 期に来院していると考えられ、安全に出産を迎えていると思われる。また、本調査結果から、84.7%の妊婦は、面接時に使用しているリーフレットを役立ており、電話連絡をした妊婦 31 名のうち 74.1%の妊婦は自分で状況を判断・予測し

て連絡しており、64.5%の妊婦は迷わずに連絡していた。この点からも、外来助産師面接の第一義的な目的は達成されているといえる。しかしながら、初めての体験に自分で状況判断ができず電話することを迷ったり、一般的な状況から逸脱していたために連絡するか否かを迷った妊婦がいたことも事実である。また当院分娩者の 7 割が初産婦であるという傾向を考えると、妊婦に個人面接を行う際の目標は、“妊婦が自分で状況判断ができるように情報提供をすること”だけでなく、“状況判断に迷うときにはいつでも病院に連絡してよいことが妊婦に理解できる”とすべきであろう。

また、経産婦には母親学級の受講者が少ないことも明らかになった。妊娠・出産を経験しているからこそ、また上に子どもがいるからこそ、不安・心配になる場合があるのだが、子育てが優先され、妊婦健診時以外に母親学級のために来院するチャンスがない者もいる。子育てと妊娠を両立している現状を面接担当者が認め、今までの妊娠・出産・育児がどのような体験だったのかを丁寧に聞き、妊婦自身が妊娠・出産体験を振り返ることで、今回の出産を主体的に考えることができるのである。したがって外来受診の機会を捉えての情報提供・個別相談は、経産婦にとっては機会そのものが大切だと考える。

面接での情報提供は、妊婦群、褥婦群ともに役立ったと認識されていた。役立った情報として、妊娠初期で多かったものは、変化する体調についてであり、次いで病院のシステムも含んだ出産に関する情報であった。妊娠中後期では、入院・産後も含めた出産についての予期的情報が役立っていた。一方、当院では近年、帝王切開率が上昇しており、そのため、“実際に帝王切開をすると、どんな状況になるのか?”という観点での帝王切開についての情報提供も、何らかの形で含めることが必要であると考えられる。

外来助産師による個人面接の機会は、単なる必要な情報・知識獲得の場ではなく、自分のペースでゆっくり話せる、短い診察時間内では聞けない細かなことを質問できる、出産にもかかわることができる専門職である助産師と不安・心配を共有する場、個として大切に丁寧に対応してもらっているという安心感を得る場として捉えられていることが明らかになった。跡上は、以下 4 つの観点が、助産師と妊婦の関係のなかで大切だと述べている。①助産師が妊婦と同一の視座に立つことでやりとりがなされ、これが不安を軽減し、疑問を解決するための糸口となる。②妊婦の個人的体験を重視した視座が有効である。③この人と話すことができる、この人には話せるということが信頼につながる。④本来健康な存在である妊婦だが、時間的経過に沿って助産師にはある程度予測可能な身体的変化が起こりえる。このため、助産師が予期的指導の名のもとに「自分のことは自分でできる」妊婦に対して一方的な保健指導を行うと、「押し付け」になる危険性もある。やりとりにより、「自分でできる」能

力を尊重する態度が大切である³⁾。自立している妊婦が感じている問題や気持ちを丁寧に聞くことが、不安や心配を表出させ、話しやすい信頼関係をつくることにつながる。その関係ができたうえで初めて、妊婦が受け取りやすい形での情報提供が可能となると考える。

現在は妊娠初期・中後期とも、個人面接は外来助産師が担当している。しかし外来助産師は減る一方であり、大部分の妊婦に受け入れられ期待されている外来での妊婦個人面接を今後とも継続していくためには、面接担当者を増やしていく必要がある。妊娠中後期は、外来から病棟への継続ケアという観点から考えれば、出産に直接かわかる病棟勤務の助産師が個人面接を担当するほうがより適切かもしれない。また一方、たとえば当院での不妊治療後の妊婦にとっては、外来助産師のみではなく、普段から顔を合わせ治療に寄り添い信頼関係ができている看護師が面接することも自然であろう。外来助産師、外来看護師、病棟助産師のなかから、その妊婦にとって最良な担当者が面接を実施していけるよう今後検討していく必要がある。

また妊婦のニーズに応じた質の高い個人面接を行うため、考慮すべき時間的ならびに物理的側面がある。診療との関係で面接時間の設定はいつもむずかしい。現在は、面接当日に対象者が来院後、面接の予定があることを話し、医師の診察の流れに応じて面接を実施している。本調査の結果から、妊婦のなかには、事前に面接の機会があることを知って、“準備をしたい”“家族の同席を計画する”と答えた者がいた。その解決のためには、診療とは別に面接のための時間枠を設定し、妊婦にあらかじめ都合のつく日時に予約を入れてもらうという体制を整えることも将来的には必要であると考ええる。予約枠をつくることは、妊婦と面接担当者双方にとり、時間の予定が立つことになる。物理的な側面では、現在は専用の面接場所がないことで、プライバシーの問題を感じている妊婦が存在する。来年度には産婦人科外来の拡張が予定されており、妊婦自身が気持ちよく話することができる場所をつくっていききたい。

VI. 結語

2003年6月より、当院出産希望・予定妊婦全員を対象に、“妊婦が安全に安心して出産に臨めるように”“外来と病棟との継続ケアができるように”という2つの目的をもって、外来助産師は個人面接を始め、実施してきた。2003年12月に質問紙調査を実施し、外来助産師による個人面接が、大部分の妊婦に受け入れられ期待されているという結果を得た。個人面接は、情報・知識獲得の場としての一面とともに、妊婦にとって不安や心配を話せるプライベートな空間であり、これによって、安心や病院への信頼感を得ている。今後は、提供する情報の内容の検討、場所、時間、面接担当者の確保を考えて、よりよいケアにつながるよう、さらに業務改善をしていきたい。

最後に今回、質問紙調査に協力してくださった妊産婦の皆様、また、外来助産師の深山香代子、井上玲子、箱田和香子各氏に心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) Krippendorff, K., Content analysis: An introduction to its methodology, 1980. 三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明訳: メッセージ分析の技法: 内容分析への招待, 頸草書房, 1989.
- 2) Neuendorf, K. A., The content analysis guidebook, Sage Publication, 2002.
- 3) 跡上富美, 妊婦と助産婦の保健指導場面における相互作用の分析, 聖路加看護大学修士論文, 1995.

参考文献

- 1) 伊藤敦子, 栗原智花, 山内淳子, 黒川寿美江他, セルフヘルプグループ形成を目指した母親学級と助産師の役割, ペリネイタルケア, 23(3), 81-85, 2004.
- 2) 水流聡子, 中西睦子, 溝上五十鈴他, 助産婦による外来での自律的な妊婦保健指導の評価, 病院管理, 34(1), 43-49, 1997.

— 英文抄録 —

Effectiveness of Midwife's Private Meeting with Pregnant Women at the Outpatient Clinic

Sayuri Ogawa

(St. Luke's international Hospital Obstetrics & Gynecology Outpatient Clinic)

Hanako Misao

(St. Luke's Life Science Institute Clinical Practice Evaluation and Research Center)

Midwives of at St. Luke's International Hospital educate pregnant women at the outpatient clinic and provide parenting classes for mothers. Recently, the numbers of high-risk pregnant women, working pregnant mothers, and outpatients of the department of obstetrics and gynecology are increasing; however, the midwives at the outpatient clinic cannot care for all the pregnant women equally and give them enough perinatal information. From June of 2003, the midwives at the outpatient clinic started private meetings with all pregnant women who were going to give birth at St. Luke's International Hospital. Their goals were: ① to help all the women prepare for a safe delivery with less fear and ② to continue the care between the outpatient clinic and the inpatient unit.

The purpose of this survey was to examine the effectiveness of the midwife's private meeting with each woman at the outpatient clinic. Most of the subjects considered the private meeting as an important opportunity to get perinatal information and to share fears and personal problems with the midwives. As a result, they could prepare for their delivery with confidence. In order to improve the quality of the meetings, the midwives should standardize the content of the perinatal information and set a time and place for the meetings that will guard the women's privacy. Moreover, the program would benefit from an increase in the number of midwives who consult with the pregnant women.

Key Words

midwives at the outpatient clinic, private meeting, pregnant women