

科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書

平成25年6月7日現在

機関番号：23101

研究種目：基盤研究（C）

研究期間：2010～2012

課題番号：22592497

研究課題名（和文） 助産事故を経験した助産契約当事者間の信頼関係形成過程に関する質的研究

研究課題名（英文） A qualitative study on the trust formation process between parties who entered into a midwifery agreement then experienced a midwifery incident

研究代表者

高島 葉子（TAKASHIMA YOKO）

新潟県立看護大学・看護学科・講師

研究者番号：20553308

研究成果の概要（和文）：

本研究の目的は、助産事故後、紛争・訴訟を回避できた開業助産師と女性（当時妊産婦）及び紛争に至った女性の語りから、助産契約当事者間の信頼関係形成過程を探求することである。結果、過失の有無に限らず助産事故にみまわれた女性は、もう一方の当事者である助産師への信頼感は揺らぐものの、事故発生までに培われた関係性を基盤に【有害事象により衝撃を受け混乱しつつも誠意を尽くされたと感じる】ことを契機として関係性を維持していることが示唆された。看護への課題として、〈助産事故を契機として当事者間の信頼関係が崩壊し紛争へと「分岐」するプロセスの認識〉〈事故当事者として誠実に対象と向き合い対話し、長期的で継続的な視野に立ったケアの提供〉が示唆された。

研究成果の概要（英文）：

The purpose of this study is to investigate the formation process of trust between parties who have entered into a midwifery agreement, through both the narrative accounts of independent midwives and women (expectant and nursing mothers at the time) who, after a midwifery incident, managed to avoid conflict and litigation, and of women whose experiences after a midwifery incident led to a dispute.

The results indicate that, with “the feeling that even while being shocked and confused due to the adverse event, they were dealt with in good faith,” women who suffered a midwifery incident, regardless of whether or not there was negligence, and despite a shaken sense of trust in the midwife who was also party to the incident, maintain a relationship that is based upon the relationship cultivated up until the time of the incident.

This study points to the following considerations as future directions for nursing: “Recognition of the process and ‘turning points’ that lead to the collapse of the relationship of trust between parties upon the occurrence of a midwifery incident”, and “As a party to a midwifery incident, communicating openly and honestly with the affected parties, and provision of long-term continuing care.”

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2010年度	1,100,000	330,000	1,430,000
2011年度	900,000	270,000	1,170,000
2012年度	100,000	30,000	130,000
年度			
年度			
総計	2,100,000	630,000	2,730,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学，生涯発達看護学

キーワード：開業助産師，助産事故，信頼関係，助産契約

1. 研究開始当初の背景

1) 周産期医療訴訟（民事事件）の実態

「すこやか親子 21」では，妊娠出産に「安全性」と「快適性」を求めている。しかし，医療の特性上不可避に医療事故は一定の割合で起こり，助産師は医療紛争や医療訴訟に対する不安から，助産から撤退或は消極的な対応に終始する傾向があると言われている（稲葉，2003；増田，2000）。法化社会において，また日本の医療訴訟が周産期事故を巡って争われた歴史（菅野，1996）を踏まえて，筆者が行なった「周産期医療訴訟（主として民事事件）の実態分析」からは見えてきたのは，被害者・家族の苦悩と大切な対象を傷つけた思いを持ちながら被害者・家族と法廷で闘わざるを得なかった助産師の姿だった。

2) リスクマネジメントの限界

周産期医療訴訟件数の増加（統計資料：最高裁判所事務総局・司法統計年報）に伴い，医師が圧倒的に多いものの，昭和 50 年（1975）頃から助産師が被告となる事案も出現してきた。その内容を分析した結果から，助産にかかわる団体での組織的な努力が行われている。社団法人日本助産師会は「助産院業務ガイドライン」の見直しを 2009 年に行い，助産院における助産師が行うべき標準的な業務の目安となる指針の精度を高めている。また，日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会は「産婦人科診療ガイドライン産科編 2008」を作成し，現在の日本の周産期における標準的な医療のあり方を示した。このことは，医師との協働を模索する上での共通言語化となった。しかし，これらのガイドラインを遵守しても，不可避に医療事故は起こり，過失の有無にかかわらず紛争・訴訟になることはあり，たとえ裁判に勝利したとしても悲しみ・苦しみは原告・被告をとらえ続ける。

3) 当事者から学ぶ

責め合うだけの関係のままでは，そこからは未来に向かって何もうまれない。妊産婦・家族が紛争・訴訟化する理由に事故前の妊産婦や家族と医療職等との十分なコミュニケーション不足や事故後の妊産婦や家族への十分な説明が不足していることが明らかになっている。（陣痛促進剤による被害を考える会，1995；2003）。事故前に信頼関係が構築されていたと感じていても，一度事故が起きてしまえば，簡単に崩れ去るような表面的な信頼関係ではなく，リスクが顕在化しても崩れない信頼関係の形成が重要であり，この信頼関係形成過程は明らかになっていない。

2. 研究の目的

本研究は，助産事故による紛争・訴訟を回避できた開業助産師と妊産婦及び紛争に至った女性の語りから，助産契約当事者間の信頼関係形成過程がどのようになされているのか探求することを目的としている。

3. 研究の方法

1) 研究デザイン：質的記述的研究

2) 研究対象

- (1) 助産事故による紛争・訴訟を回避できた開業助産師 4 名と女性（当時妊産婦）2 名
- (2) 紛争に至った女性 1 名

3) 調査時期

2010 年～2013 年

4) データ収集方法

(1) 開業助産師：社団法人日本助産師会 HP にある全国助産院一覧（2006 年現在）から分娩を行っている助産院に研究依頼の文書を郵送し，妊産婦・新生児に関連した有害事象の経験を持つ助産師の研究参加を募り，応じた参加者に半構造的インタビューを行った。

(2) 助産師と関係性を維持している女性（当時妊産婦）：インタビューに参加協力してくれた助産師から紹介していただき，研究への参加依頼は研究者が行った。承諾が得られ場合，最初に助産院出産を希望した経過とともにどのような有害事象（助産事故）があり，その時の思いや考え，助産師に対する思いなどを過去から現在に進む形で語ってもらい，語りが終わったところで，語られた各々の場面で参加者の心の動きについて半構造的インタビューを行った。

(3) 紛争に至った女性（当時妊産婦）：「お産の安全・安心を患者の視点で考えるシンポジウム」で，呼びかけに応じ研究参加の同意を得られた開業助産師とかかわる中で死産を体験し訴訟に至った女性に助産院出産を希望した経過やどのような有害事象があり，その時の思いや考え，助産師に対する思いなどを自由に語ってもらった。語り終わったところで，半構造的インタビューを行った。

5) データの分析方法

- (1) 開業助産師：逐語録を作成し，コード，サブカテゴリー，カテゴリーを抽出した
- (2) 女性：本研究は信頼関係の形成過程であるため，開業助産師に助産を委ね有害事象という結果をもたらした事態を「被害」として解釈し名付けるネイミング，責任主体を見出し名付けるブレイミング，そうした解釈を表出し主張していくクレイミングに至るかどうかの「分岐」に焦点をあてる。面接内容を

何度も読み返した後、研究参加者が抱く助産院出産や助産師への期待や思い、有害事象がおき、その経緯の中で助産師との関係性が、どのように変化し、分岐していったのか、いかなかったのかなど、一つのまとまりあるエピソードとそのテーマを抽出した。信頼性確保のために、メンバーチェックを行った。また、分析の全過程において質的研究者の助言を受け、妥当性の確保に努めた。

6) 倫理的配慮

研究依頼書により目的、方法、協力することの利益・不利益等について丁寧に説明し、研究への参加は自由意思であり、途中でも辞退が可能なことを伝え、文書にて同意を得た。また、インタビューに際しては助産師、女性双方に心理的負担のかかる可能性を配慮し、臨床心理士等を参加者の同意をもとに同行した。本研究は新潟県立看護大学倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号 10-008）。

7) 用語の定義

(1) 助産事故：妊娠・分娩にまつわり、開業助産師の業務上の行為に関連して発生したすべての有害事象を指し、助産師の過失行為と不可抗力による有害事象結果である。

(2) 紛争：有害事象に対して、女性及び家族が納得できず、自らを被害主体として、助産師を有害主体として認識・主張し訴訟も含み行動し、助産師も受け入れず発生する争い。

(3) 信頼関係の維持：女性が助産師の能力に対する期待と意図に対する期待としての信頼が満たされ、有害事象に対し、納得しており交流が続いている関係。

4. 研究成果

1) 助産事故により死産し紛争に至った女性の体験

A氏 30代女性は、助産院での出産を希望し妊婦健診を受けていたが、妊娠高血圧症候群を発症したため、助産院から助産契約当時A氏と合意していなかった医院を紹介され、そこで分娩経過中（吸引分娩）に胎児心音が聴取できなくなり、夫に抱えられ自家用車で転院した病院において帝王切開で死産した。A氏は死産後3年目、医院医師とその原因をつくったとして助産院助産師に対し、民事訴訟を提起した。訴訟提起から2年後、1審では医師過失と児の死亡の因果関係を認定・確定した。助産師の過失は否定され、控訴し2審にて助産師の過失が認定され確定した。

(1) 死産を「被害」として解釈し、責任主体を見出し、訴訟という行動を決断した背景

【信頼感の高まりが揺らぎ始める】

A氏は学生時代から興味を持っていた助産院での出産に憧れを抱き、妊娠したことを機会にX助産院での出産を思い描くようになった。正常から逸脱した時には、X助産院の連携病院であるW病院に転院させること

を約束の上で助産締結した。妊婦健診を通してX助産師への信頼感は高まっていった。しかし、38週になり高血圧が持続し妊娠経過に不安を抱いたことを契機に、助産師に対する疑念が湧き信頼感が揺らぎはじめていった。

【自責の念を抱きつつ子どもの死の原因を探り、「被害」と認識する】

胎児や早期新生児と死別した母親の情緒的悲嘆反応にはショック、悲しみと涙、怒りと苛立ち、抑うつ、絶望、自責感と罪悪感がみられ（大井，2001a）、また、そうした母親は悲哀過程で、胎児や新生児の死亡原因を求める（大井，2001b）。A氏も自分の存在を消してしまいたいほどの衝撃を受け、自分が生きているのに命より大切な子どもを亡くした悲しみは筆舌に尽くしがたく、絶望し自分を責め続けた。そしてA氏は、1年以上車椅子生活を送るといふ身体的ダメージから、次第に回復するに従って、多くの人々と接触し、死産の原因を模索する行動をとっていった。なぜ「救えるはずの子どもが救えなかったのか」という疑問は、生きることさえ放棄しかねなかったA氏の「死産は自分の責任」というストーリーから死産で子どもを失ったのは「事故」つまり「被害」であるという現実を認識（ネイミング）するストーリーに書き換える最初の「分岐」となった。

【不可抗力で子どもを亡くした母親たちとの相違を自覚し「被害」の現実を再認識する】

近年、母親の悲嘆プロセスの回復過程において、母親たちは亡くした児のことを語ることを求めていることが明らかになった（大井，2001a；太田，2006；蛭田，2009）。A氏も亡くした児のことを語れるのは児を亡くした経験のある親同士であると認知しながら、原因が医療事故なのではないかという疑念を強く感じていたA氏にとっては、前を向き次子妊娠のことを語り、医師らに感謝する他の母親たちと自分の境遇の違いが際立ち、救える命を救えなかった「被害」という現実を再認識する機会となった可能性が示唆された。

【期待の裏切りを感じたとき、信頼は下落し、死産の原因の責任を助産師に帰属させる】

A氏にとって信じていた助産師への意図期待が大きく裏切られ、怒りとなり信頼は下落した。子どもを医療事故でなくした豊田（2010）も子どもの死に何か納得のいかないものを感じ当該病院に説明を求めたが、誠意のない対応に深く傷つき、はじめて許せない気持ちが湧いている。やり場のない苦悩と悲嘆の中で、患者・家族が自らを支え、世界に向き合っていくためには怒りに転嫁せざるを得なく（和田，2006）、A氏は死産に直接的にかかわった産婦人科医院院長とその根源的責任者として助産院助産師を認識した。

【情報化社会・法化社会の後押しによって訴訟行動をおこす】

患者・家族は怒りを感じたり必要な情報が得られなかったりすることで弁護士に連絡をするなどの行動をとる (Wojcieszak, et al., 2010). 「真実が知りたい」という思いが患者・家族をつき動かす。

患者・家族が責任主体を見出した後の「被害」とする解釈を表出し主張していくクレイミングという行動に至るには、医療・法律の専門家を求めて行動化することが不可欠である。インターネット等で社会とつながる情報化社会や法化社会の影響は大きい。A氏にとって、インターネットの掲示板への書き込みで寄せられた多くの情報や被害者の会を通じて医療・法律の専門家と繋がっていったことは大きい意味を持っていたといえる。

(2) 裁判が終結した現在から振り返った死産・訴訟体験の意味

ペリネイタル・ロスを体験した女性や家族の、通常の悲嘆のプロセスの帰結は、夫婦それぞれのコントロール感を取り戻すことであり、亡くした子どもと共に生き、夫婦や家族のきずなを深めることである (岡永ら, 2009)。裁判を闘いぬいた長く苦しい時間は、A氏に十分悲しむ機会を提供し、A氏をあせらせず支え続けた夫や両親がかけがえのない存在であることを気づかせる体験となった。A氏にとって、「真実を知りたい」「Nちゃんに亡くなった本当の理由を説明したい」という語りは、事実をなぞることで、本来起るはずのなかった事故で亡くなった被害者の無念さにそれを追体験することで、被害者を慰撫し、それを通して自らも幾分かは救済されようとする情緒的感情の語りにほかならない (和田, 2007)。

A氏は裁判で勝訴したことで、自らの主張が認められ、生きていくための自己尊重感が幾分か回復したものと考えられる。A氏にとって紛争というプロセスを通ることなしに悲嘆のプロセスは帰結することはできなかった。A氏は死産し紛争を経験したことによって多くの喪失を体験する一方で裁判に至る経過の中で出会った医療や法律の専門家や、同じような境遇にある母親たちから学び、新たな信頼関係も獲得しつつあった。そして、Nちゃんや家族 (大切な愛犬も) とともに、これからのライフストーリーを模索しつつ前を向いて生きていこうとしている。

2) 助産事故後も助産師に対する信頼感を維持している女性の体験

表1 女性の背景

	年齢	初経	事故概要	予後	その後
B氏	30代	P-1	児搬送	良	訪問継続
C氏	30代	P-1	胎内死亡 (入院時)	死産	次子妊娠

(1) 助産事故を「被害」とする解釈を留保しつつ、関係性を維持している背景

【助産事故前に信頼関係が構築されている】

B氏は、第1子のことを気にかけた助産院選びを親身になって受け止めてくれたH助産師への感謝の気持ちを語っており、意図に対する期待を満たされていた。さらに妊娠、分娩が無事に経過したことで能力に対する期待も満たされ信頼感を抱いたものと考えられる。また、C氏はI助産師から第1子の出産・育児において幸福や満足を感じるケアを受け、能力に対する期待と意図に対する期待が十分満たされた経験から、M助産師に信頼感を深く寄せたものと考えられる。

【有害事象により衝撃を受け混乱しつつも誠意を尽くされたと感じる】

過失の有無にかかわらず助産事故が発生し、母子に有害事象が発生した時、有害事象の深刻さが著明であるほど、対象者や家族は大きな衝撃を受け、混乱し、状況的危機におちいる。そして、精神的に不安定な状態に陥り、その状態をすぐに解決するための対処がとれなくなる (小島, 2010)。このような状況下では、安全な助産を提供するという助産契約履行者である助産師への能力期待が大きく裏切られ、それまで培ってきた助産師との信頼関係も危機的な状況を迎えることになる。そして、女性たちは混乱の中で、当該助産師とどのように向き合えば良いのか考えられない状況に至る。

しかし、B氏はH助産師から「全面的に(非)認め、お詫びをされた」と認識することによって、原因を求めてさまようことを必要とせず、冷静に助産師との向き合い方を探り、弁護士に相談するという対処をとることができた。仮に適切な対応がなされなかった場合、気がかりなことを抱えて助産院出産を決めたB氏は、周囲からの助言をもとに、怒りの矛先をH助産師に向けるか、子どもに辛い思いをさせたことへの自責の念にとらわれ続ける可能性があった (高島・中島, 2013)。事故の初期に誠実に対応されたという体験は、B氏に若干の疑念や不安を持たせたものの、殊更防衛的になることなく、有害事象が発生した要因の一つが自らの健康への過信であり、助産師を一方的に責められないと自省させている。H助産師に対して事故発生時から「今まで、一度も許せないという感情になったことがない」と言い切れるということは、H助産師への強い信頼を意味する。

C氏は入院した時点ですでに児の心拍が聴取できなかったことから、「I助産師さんには全然落ち度はないけど」と、助産事故という認識は薄いものとなったと考えられる。May, Stengel (1990) は医療事故被害者が法的手段に至る要因の研究において、医療や法についての知識が高いほど訴訟に踏み切ることが少ないことを明らかにしているように、C氏も「Iさんはやっぱりそう (何かあ

ったのか) 思っているんじゃないかなというのは何となく分かった」と、医療従事者だからこそ助産師への気遣いを示していた。むしろ、胎動が少なくなっていたことを後になって気づき、気づけなかった自分を責めていた。しかし、I助産師から分娩のサポート、児を失った深い悲しみへの傾聴、I助産師の有害事象への思いの打ち明け、手厚いグリーフケア、葬儀の出席、一周忌のご焼香、事故後の妊娠・分娩・育児へのサポートという継続的ケアを受ける中で癒され(蛭田, 2009)、信頼感を深めていった。

医療事故被害者が法的行動をとる理由に、第三者へ相談したこと、第三者からの助言を得たことがあげられている(Hickson, et al., 1992)。2事例においても、第三者の助言は女性に事故という認識や、信頼関係に揺らぎのストーリーをもたらし、紛争へと至る「分岐」の可能性はあった。しかし、ケアの連続性の中に有害事象が存在し、初期対応が適切になされたことにより信頼関係は維持され、紛争への新たなストーリーの書き換えは必要なかったものと考えられる。

(2) 現在から振り返った有害事象体験の意味 【危機に見舞われながら新しい価値観を見出し再構築する】

危機的状況から回復するプロセスは、建設的な方法で、積極的に状況に対処し、新しい自己イメージや価値観を築く適応の段階へと帰結していく過程(小島, 2008)である。

B氏は、子どもに後遺症の不安を持ちながらも、弁護士を仲介者としてたて、子どもや自分へのケアと補償対応を分けて受けていた。後遺症がないこと目安がついた時、被害者と加害者という立場を終わらせ、休業している助産院を再開することを強く願い、はじめとしての和解金を請求した。また、B氏は、助産師との数年にわたる関わりの中で、事故を契機として助産師がB氏だけでなく、他の妊産婦に対しても好ましく変化したと感じていた。また、B氏は後遺症予防の環境づくりとして、子どもを保育園に入所させる決意をし、その実現のために大学で学び直し、専業主婦から職業を持つに至るといった新しい価値観を再構築するに至っていた。

C氏も、喪失感にさいなまれながらも、家族や多くの人とのかわり、新しい趣味の見出しを経て、死産した子どもへの思いは深さを増しながら、新しい命を授かり、家族の再構築をはかっていた。そして、2人の女性は健康であることは、簡単ではなく、過信してはいけないという健康観も再構築していた。

このように、有害事象という危機的状態の契機はあったものの、助産師に信頼感を維持している女性は、大切な人や関係性を失うことに自分なりの納得の仕方を見出しており(やまだ, 2007)、健康観や生き方、助産師

との関係性も含めて人生の再構築を成し遂げていた。死産し紛争に至った女性の体験に比して、当然、個々の危機的状況に違いはあるが、適応段階へのプロセスとスピードに大きな違いが生じていた(高島・中島, 2013)。

3) 助産事故後も女性と信頼関係を維持している助産師の体験

表2 研究参加者(助産師)の背景

	年齢	開業歴	事故概要	予後
G氏	50代	7~8年	児搬送	良
H氏	50代	12~3年	児搬送	良
I氏	40代	13~4年	胎内死亡	死産
J氏	40代	12~3年	早剥	帝切

研究参加者の語りから、以下の5つのカテゴリが抽出された。【 】で表す。

(1) 【事故早期からひたすら誠実に対応する】

4名の助産師は有害事象が発生した時から女性に寄り添い、情報の開示、共感の意としての謝罪をし、継続的なケアを実施していた。これらの対応は、受け入れてくれないと成り立たない関係性ともいえる。

(2) 【内的危機状態を抱え事故対応する】

助産契約のもう一方の当事者である助産師にとっても有害事象の発生は強い衝撃となり、どう対象者にかかわるべきか、冷静な判断ができないという点では危機的状況を抱えることになる。そのことが事故への初期対応を適切に行うという困難さに繋がる。病院などの大きな組織であれば、医療事故の当事者として配慮されることもある(江原, 2008; 福田, 2009)が、助産院においては助産師が管理とケア提供者を兼ねており、助産師自らが混乱の中、事故対応に立ち向かわねばならない。結果、対応が不適切になされ対象者に疑念を抱かせる要因の一つとなる可能性がある。

(3) 【対象者・周囲によって真の内省を促進される】

対象者(女性・家族)・周囲(スタッフ、先輩助産師、搬送先医療関係者、連携医、弁護士、職能団体、保険会社、助産院関係ママたち、友人など)の多くの人達からの優しい肯定的メッセージにエンパワーメントされ、時には厳しく責め続ける否定的メッセージにより絶望的な気持ちになるものの、事の重要性を認識し、内省し、事故あるいはミスであると受け入れられるようになっていった。

(4) 【事故原因を助産診断の甘さと認識する】

G, H氏は助産契約を締結して良い妊婦であったのかという点で、助産師としての判断に対する甘さを、また、I氏は病状悪化の判断と管理上の甘さを痛感していた。

(5) 【事故を戒め意味を問い続ける】

各助産師によって、事故を起こしたことの

受容には若干の差異が見られたが、共通しているのは、事故の原因を探求しつつもきき苦しみ、一生背負い続ける十字架として戒め、事故の意味を問い続けている姿だった。その真摯に向かう姿勢が、対象女性・家族との関係性の維持に繋がっていると考えられる。

4) 看護への示唆

最後に女性3名、助産師4名の語りから見えてきた看護への示唆を述べる。

(1) 助産事故を契機として当事者間の信頼関係が崩壊し紛争へと「分岐」するプロセスの認識

開業助産師は助産診断・ケアを適切に実施することに徹するとともに、助産契約者として妊産婦・家族の利益を優先して考え、責務を果たす意図に対する期待にも応えていく必要がある。ネイミングからプレイミングへ、そしてクレイミングへの「分岐」は「分岐点」のように、単純に一つの強烈な出来事や時点があるわけではなく、さまざまな要因が交錯し長い時間の中で起こっていた。一方、患者・家族の「真相を知りたい」「謝罪や誠意を示してほしい」「金銭の問題ではない」といった語りを、医療者側が共感的に理解できずに、医療者側のストーリーに従って読み取りしてしまうことから大きな齟齬を生んでしまう(和田, 2007)。大切な生命・健康を失うという壮絶な悲しみ、絶望、怒りの感情の湧き方はその向けられる方向と時間の経過は一人ひとりの背景により異なっている。したがって、助産にかかわる専門職はそうした対象に誠実に向き合い、まず共感の意としての謝罪をし、情報公開をいとわずに実施していくことが求められている。当事者同士の間で生じた問題は当事者同士の対話によって解決に近づくのである。

(2) 事故当事者として誠実に対象と向き合い対話し、長期的で継続的な視野に立ったケアの提供

有害事象が起こった対象にとっては、「被害」であるという認識の程度に差はあるとしても、助産師はそうした対象に誠実に向き合い、まず共感の意としての謝罪をし、情報公開をいとわずに実施していくことが求められている(Wojcieszak, et al., 2010)。

医療事故により子どもを亡くした豊田(2010)は、自らの体験の中で、医療者の思いが伝わるからこそ、被害者の頑なな心をとくことができるかと述べている。近年、医療事故における情報開示や謝罪に関する研究が行なわれるようになってきている。濱野・藤澤(2010)はオープン・ディスクロージャーに関する研究において、オーストラリアのOpen Disclosure Standardでは、将来の医療安全対策のために、被害にあった患者やその家族を一連の過程に巻き込むことが患者側の癒しにも繋がる可能性があるとして紹介して

いる。また、謝罪について言葉に重きを置くのではなく、医療者の事故後の対応を重要視し、継続的にケアを提供する一連のプロセスと捉えていることの示唆も紹介している。

5) 結論

看護への基本課題として、助産契約時に締結して良い妊婦であるかを冷静に診断し、妊婦健診等を通して信頼関係を強化することがあげられる。不可避に事故は起きることもあると考え、信頼関係を構築してきたと思われても、有害事象が発生すれば、女性・家族は原因を求め、第三者からの助言もあり、助産事故を契機として当事者間の信頼関係が崩壊し紛争へと「分岐」するプロセスがあることを認識し、事故当事者として誠実に対象と向き合い対話し、長期的で継続的な視野に立ったケア提供の必要性が示唆された。

6) 研究の限界

極めてデリケートな問題に対する研究であり、対象数は少ないが希少なデータとなった。今後は、データを増やし、蓄積することにより、研究課題を探求していきたい。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計1件)

高島葉子, 中島通子 (2013) : 助産事故により死産し紛争に至った女性の体験, 新潟県立看護大学紀要, 査読有, 第2巻, 1-9.

[学会発表] (計1件)

高島葉子, 中島通子 (2012) : 助産事故により死産し紛争に至った女性の助産師に対する信頼関係の変化, 第53回日本母性衛生学会学術集会, 2012年11月17日, 福岡.

[図書] (計0件)

[産業財産権]

○出願状況 (計0件)

○取得状況 (計0件)

[その他]

ホームページ等

6. 研究組織

(1) 研究代表者

高島葉子 (TAKASHIMA YOKO)

新潟県立看護大学・看護学科・講師

研究者番号: 20553308

(2) 研究分担者

① 中島通子 (NAKAAHIMA MICHIKO)

四日市看護医療大学・看護学科・教授

研究者番号: 60347648

② 境原三津夫 (SAKAIHARA MITSUO)

新潟県立看護大学・看護学科・教授

研究者番号: 30332464