

厚生科学研究
(子ども家庭総合研究事業)

妊娠、出産状況がADHDの発症に及ぼす影響
ーバースコホート研究デザインー

平成13年度研究報告書

平成14年 3 月

主任研究者 小林 秀 資

厚生科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）

妊娠、出産状況が ADHD の発症に及ぼす影響—バースコホート研究デザイン—
（母子保健サービスの効果的な提供に関する研究 H13—子ども—001）

主任研究者 小林 秀資

目次

バースコホート研究：実施プロトコール	5
出産の質にかかわる先行研究の検討—11 文献からの考察—	13
ADHD に関する文献レビュー	33
ADHD 評価スケール	53
質問票作成のためのワークショップ報告	55
女性の経験をどのように質問票にあらわすか—概念的枠組み—	60
フィンランド訪問報告— より家族的な出産を学ぶために —	66
マースデンワグナー博士招聘	106
ワグナー博士招聘報告書	107
ワグナー博士レポート日本語訳	123
ワグナー博士 国立公衆衛生院 公開講義録	133
添付書類	139
1. データ収集シート（産科データ）	139
2. エントリー質問票	139

バースコホート研究：実施プロトコール

バースコホート研究：実施プロトコール

— “変革につながるような出産の経験 (*Transforming Birthing Experience-TBE*)” は ADHD の発生をおさえるか？ —

I. 背景

「健やか親子 21」が発表され、21 世紀に向けた母子保健活動が展開されようとしている。安心できる子育て、こども、青少年の健やかな成長は国民全体の望むところである。しかし、現実には「キレル子ども」、青少年犯罪、虐待、ADHD など、子どもに関わる多くの社会的問題と、育児不安を抱えている孤立した母親の存在は、日常を生きるわれわれの多くの憂慮するところとなっている。これらの子どもの状況に関わりがあるのではないかと近年重要視されているのが ADHD(attention-deficit/hyperactivity disorder)であるが、実態、原因については十分に理解されていない。将来の日本社会を担っていく子どもの安らかな成長と、母親の幸いな人生のありようは、国民的課題であり、ADHD に関しても各分野専門家の意見を考慮しながら公衆衛生の視点から包括的に解決策を求めていかねばならない分野であると考えられる。

具体的な証拠できる研究活動の成果がさまざまなライフサイクルのポイントで行われる介入活動に取り入れていく必要があるが、特にいのちの始まりである妊娠の状況とそれを取り巻く環境、出産の状況とそれを取り巻く環境の母子の健康への影響、特に長期的影響については世界的にもまだ研究が十分になされていない分野である。ADHD のみにしても、妊娠中の喫煙、薬物中毒、妊娠合併症の影響などについてはいくつかの研究が見られるが、証拠に基づいた政策 (Evidence Based Policy) の基礎となりうるような、よくデザインされた大規模な調査は存在しない。また、スカンディナビア諸国が 90 年代から整備し始めている詳細な Birth Registry のシステムのような詳細な妊娠、出産に関するデータ収集に関しても努力が始まったばかりである。

また、Birth Registry に記載されるような産科関連のデータのみでなく、女性の妊娠出産の経験についての長期的影響を見るような研究もまだ少ない。お産の状況 (birth events) が産後の抑うつ症状と関係があり、また、産後の抑うつ症状が、母子関係と関係があり、母子関係がその後のすこやかな小児発達状況と関係があることは、それぞれに先行研究で示されている。しかし、「お産の状況」そのものについては、「帝王切開などの医療介入」、「産前検診への不満」など個々のケアについては、抑うつ症状と関連があるとされているが、実際どのようなお産の状況が、産後の抑うつをはじめとする母子の状況にプラスの影響を及ぼすのか、はっきりした定義も、研究も行われていない。また、「健やか親子 21」が提唱され、より効果的な母子保健のありようについて議論が重ねられている。妊

娠、出産については、「安全性と快適さの確保」が主要な課題であり、「妊娠出産に満足する」女性の割合が2010年には100%になることが取り組み目標のひとつとなっている。しかし、「快適な出産」「満足のいくお産」とはどのようなことか、国際的にも、はっきり定義づけはされていないし、その後の母子への長期的影響についての研究もない。

長くお産にかかわっている助産婦、産科医によると、豊かな出産経験をした女性は、子育てもスムーズであり、自分自身、こどもの体のありようにもより自信を持つようになり、自律的な家族関係への働きかけが見られ、また、次の妊娠、出産に対して積極的な態度をとることが多いという。これは、出産は、単に「満足、快適」のみでははかりきれない、大きな心身双方の変革のきっかけになりうることを示していると思われる。「変革につながるような出産体験」とよぶこともできるであろう。

当研究では、前向きコホート研究を行うことにより、妊娠、出産の状況 (Pregnancy and birth events) が ADHD の発生率に与える影響について明らかにすることを目的とする。スカンジナビアの Birth Registry を参考とする詳細な Birth Registry および、女性の経験をふくめた詳細な妊娠、出産状況をベースラインとすることにより、ADHD のみならず、妊娠、出産の状況がその後の短期的な母子の身体、精神健康指標、母子関係、家族関係、子供のやすらかな成長に及ぼす関係、また長期的に、子供の青年期までの発達、社会問題的行動 (薬物中毒、アルコール中毒、犯罪等) に与える影響も調査することができる。このような研究は日本のみならず、国際的にも多くの政策的示唆、特に効果的な母子保健サービスの提供上の示唆を与え得ると考える。

II. 研究の仮説 (Research Hypothesis)

このようなバースコホート研究にはいくつかの仮説が考えられるが、当研究の中心となる仮説は

“変革につながるような出産体験 (*Transforming Birthing Experience -TBE*) は、その後の良好な母子関係、および ADHD などを初めとするこどもの精神身体疾患の発生率の低下と関連がある。”

である。当プロトコールは、上記仮説にもとづいて作成されているが、もちろん、Birth Registry の産科データをベースラインとしたその他の多くの仮説設定も可能であり、データ活用が望まれる。

III. 研究の目的

- (1) 出産施設の女性の出産に関する手記、およびインタビューから、TBE の定義とスケール化をおこなう。
- (2) 目的 (1) で定義された TBE の参加施設における存在率 (prevalence) を調べる。
- (3) TBE の決定要因 (determinants) について、明らかにする。
- (4) TBE がその後の母子の短期的健康指標、母子関係などに及ぼす影響について明らかにする。
- (5) TBE が ADHD の発生に及ぼす影響について明らかにする。
- (6) TBE が母子の長期的健康指標、人間関係などに及ぼす影響について知ることができるようにできるだけ長期にわたって追隨研究を計画する。
- (7) その他の Birth Registry で得られたデータを利用して、Birth Events と母子の短期、中期、長期健康指標、社会指標について分析する。

参考:

出産した女性の手記、経験の多い出産ケア提供者によると、満足のいく妊娠、出産経験をした女性は、子育てへの移行もスムーズであり、自分自身、こどもの体のありようにもより自信を持ち、子どもを心からかわいいという人が多い。また、ぜひ次の子どもを、と考える人も多い。自律的な家族関係や地域の人間関係への積極的な働きかけが見られることも多いという。この考え方が、研究目的 (4) の仮説となっている。当研究において、具体的に、どのような経験が、女性のエンパワーメントにつながる安全で快適な出産経験であるかを定義し、その決定要因と、その後への影響を明らかにすることによって、具体的な母子保健サービス現場への、重要な提言ができることが期待される。また、少子化対策への提言となる可能性もある。

国際的にみても、Safe Motherhood 戦略などは「安全と快適さ」を具体的にあらわすことはできず、発展途上国などの妊産婦死亡率低下を目指す母子保健プログラムも、具体的戦略において、戸惑いが見られる。当研究の成果は、国際的にも大変重要な具体的指針を示すことができる可能性がある。当研究は結果を論文として、国際的な peer review の雑誌に投稿することをめざしており、証拠に根ざした母性保健政策、Safe Motherhood 戦略の新しい方向性にも貢献しうる。

IV. 研究計画・方法

	2001 年度	2002 年度	2003 年度
研究計画作成			
調査方法、内容の検討、決定	→		
参加施設の決定とコンタクト	→		
質問票等、資料作成	→		
TBE の定義	→		
フィールドワーク準備	→		
パイロット調査	→		
フィールドワークの開始			
出産施設におけるケースリクルートメント		→	
データ入力、クリーニング		→	→
TBE の決定因子を分析			→
フォローアップ		→	→
フォローアップデータの入力、クリーニング		→	→
フォローアップデータの分析		→	→
研究のまとめ、論文作成			→
長期的影響を見るための研究計画作成			→

研究デザイン

デザイン： 前向きコホート研究

対象： 2002 年 4 月より 2003 年 3 月の間に、プロジェクト参加出産施設で出産した女性とそのこども

出産後にベースライン情報をとったあと、(女性との面接と施設でのデータ収集)、1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、9ヶ月、12ヶ月その後3ヵ月ごとに3年間(予定)面談によるフォローアップをおこない、データを収集する。質問票の内容、アウトカム指標については、研究者相互、および専門家の意見を聞きながら、準備をすすめる。リクルートメント時質問票の変数については、生育歴、生殖歴、社会経済的変数、妊娠出産時のケアなどをいれるようにする。アウトカム指標については、母子の身体的、精神的健康および、心理学的発達、母子関係などを測定できるようにする。サンプルサイズは、入手可能なデータより推計して、病院から2000の対象、助産所から600の対象で行う予定である。

以下のような研究手順をふむ。

(1) 調査方法、調査内容の決定、調査に必要な資料作成をおこなう。面談者トレーニングマニュアル、ケースリクルートメント時の質問票、フォローアップ用質問票、インフォームドコンセント、面談者の作業マニュアル、などを作成し、データマネジメントに必要な準備をする。

1) 資料収集

まず、妊娠、出産状況の短期的、長期母子保健への影響、ADHD、その他の母子健康指標、子どもの発達指標、母子関係、家族関係などに関する指標について広範な文献検索を行い、資料を作成する。

2) 研究会たちあげ

研究者、研究協力者を中心とした研究会を定期的開催し、資料を検討、問題点を議論し、下記ワークショップの準備をする。

3) プロポーザル・デベロップメント・ワークショップの開催

研究計画決定のためのワークショップを開催し、ケースリクルートメント時の必要な変数、アウトカム指標の検討（母性、子ども双方）、ADHDの診断、フィールドワークの実際、データ分析計画などについて国内外の研究者とともに議論を重ね、研究計画の文書を仕上げる。

4) フィールドワーク地の決定とコンタクト

ワークショップの結果を元にし、実施機関との連絡をとりながらフィールドワーク地を決定し、関係者の協力を求める。

5) 調査に必要な資料作成

- 調査員トレーニングマニュアル
- ケースリクルートメント用質問票（スカンジナビアの Birth Registry Form,などを参考にした病院でとるデータの部分と、TBE を中心とする女性の経験を面談で聞く部分に分かれる）
- フォローアップ用質問票（フォローアップ時によって内容が変わる）
- インフォームドコンセント
- インタビューアーマニュアル
- プライバシーを守るためのができる作業手順マニュアル
など必要資料を作成する。

6) 調査員トレーニング

実際にデータ収集にあたる調査員のトレーニングを一週間かけて行う。

7) パイロットスタディ

8) パイロットスタディの結果に基づく質問票等の資料の改善

9) データマネジメントのために必要な環境の整備

当研究は広範な学際研究となるため、多方面の研究者を巻き込むことのできる細心の注意を払ったデザインが作成される必要がある。

(1) 「TBE」の定義

出産施設の女性の手記などの質的データを分析する。必要に応じて、女性とのインタビュー、国内外の研究者とのコンタクトを行い、女性にとって変革の契機となるようなお産の経験について定義とスケール化を行う。

(2) ケースリクルートメント

質問票を用い、プライバシーの守られる場所においての直接面談により、参加出産施設で出産した女性からおよび施設のカルテからデータを収集する。研究参加にあたっては、女性に十分な説明を行い、フォローアップの件も含めて書面にて参加の承諾を得る。各参加出産施設において、十分なコミュニケーションのもとに、1年間ケースリクルートメントを行う。

(3) フォローアップ

出産後、1年間上記のように5回(予定)の訪問を行い、質問票を用いた直接面談により、フォローアップを行う。面談者は、各参加者の都合を確認しながら、自宅、出産施設、あるいは他のプライバシーを守ることのできる施設において面談を行う。乳幼児検診のデータ使用については、別途検討する。

(4) 「TBE」の決定要因 (determinants) 分析

ケースリクルートメントの終わった時点で、リクルートメント時の質問票を断面的(cross-sectional)に分析し、「TBE」に影響のある要因を分析する。

(5) フォローアップデータの分析

各フォローアップごとにデータを分析する。分析方法については、検討をかさねるが、フォローアップデータであることから、ある出来事(たとえば ADHD)の発生をエンドポイントとする生存分析(survival analysis)の手法、スケールを使った Repeated measurements の方法なども考えられる。

上記の、すべてのインタビューは直接面談によって行う。プライバシーにかかわるデータが多くあるため、面談者の質について十分なトレーニングと監督を行う。倫理的配慮から、出産施設の臨床従事者は、面談者として対象者とかかわることのないようにする。

V. 倫理面への配慮

母子を追跡するコホート研究であり、調査対象者のプライバシーにかかわるデータを取る必要がある。継続した調査を依頼することを含めた十分な調査への説明の上でのインフォームドコンセントを取り、書面にて研究への参加の承諾を得る。これらは、国際的な疫学研究における倫理的な規定のルールに準拠して行う。

研究計画は、国立公衆衛生院倫理委員会に提出され、審査を受ける。インフォームドコンセントは、形だけでととのえるのではなく、より母子のプライバシーが守られ、安心して追跡調査を受け入れられるようなフィールドワーク環境および、データマネジメントの方法についての検討を常に重ねていく。

出産の質にかかわる先行研究の検討

出産の質にかかわる先行研究の検討—11 文献からの考察—

I. はじめに

お産の体験は、個人個人で全く異なるにもかかわらず、このように生れ出た人間すべてにかかわる物語と言われている(越智, 1994)。人が生まれるということは同じであっても、その産み方、つまり出産のあり様は女性により、また同じ女性でもそのたびごとに異なる。そのような個別的な出産をどのように評価して、ヘルス・サービスの質の向上につなげるかは、大きな課題である。

人間を対象とするヘルス・サービスの質を計るには、提供者側からの全体的な評価だけでなく、サービスの消費者ひとりひとりの評価も必要である。なかでもサービスの受け手の満足度は、医療の技術的ケア(technical care)の品質を理解することに優れているとはいえないまでも、親身なケア(interpersonal care)の品質を評価することには優れているので、ヘルス・サービスの評価には今後ますます活用されていくと展望されている(李, 1998)。

このように受け手が満足しているのかを計ることは、欠かせない評価である。加えて、その満足をもたらした要因を探ること、さらにそのサービスのもとで受け手がどのような経験をしているのかという経験世界を明らかにすることは、ヘルス・サービスの質を評価し、改善するために必要なステップといえる。

産科領域でも、女性の出産体験に関する研究が、欧米を中心に数多く実施されてきた。そのなかで出産体験を評価する代表的な測定用具としては、表 1. の4つがあげられる Fawcett & Knauth, 1996 ; Kintz, 1986 ; Hodnett & Simmons-Tropea, 1987 ; Lowe, 1993)。日本でも、これらの尺度を邦訳、改良して用いたり(堀内他, 1995 ; 毛利, 1994・1995)、独自の測定用具を開発することで(常盤・今関, 2000)、現行のヘルス・サービス下のお産にかかわる経験世界を把握しようとしてきた。

しかし現在、改めて出産の在りかたが問い直されている。16世紀のヨーロッパ社会以降主流であった医師の手に託される出産から、本来、女性に備わった産む力を重視する出産へと、価値観が移りつつある。そのため、既存の価値観に基づいた出産評価尺度だけでは表しきれない出産の姿が考えられる。

例えば、21世紀は妊産婦の主体性がより重視される時代といわれるが(竹内・進, 1999)、そのような新しい出産の在りかたがこれまでとはどのように異なるのか、これまでの出産の在りかたでは何が欠けていたのか、どのような影響をもたらしたのかを、先ず科学的に示すことが必要である。これらを明らかにすることによって、新しいヘルス・サービスの構築、改善へと歩みだすことができる。

そのため本研究は、出産体験にかかわる先行研究のレビューから、これまでの出産の質のとらえ方や評価方法を概観する。積み重ねられてきた先行研究成果を総括するとともに、これまで重視されていなかった、もしくは看過されていた出産の在りかたを明らかにし、これらを測定できる新しい評価尺度を開発するための基礎としたい。

II. 研究目的と方法

本研究の目的は、先行研究で出産がどのように評価されてきたかを明らかにすることで、日本における出産状況を把握し、出産にかかわるヘルス・サービスを改善するための資料とすることである。そのため、出産体験そのものは文化によって異なると指摘されることから(Michaelson, 1998)、最近の日本での出産を扱った代表的な研究を、本研究での文献検討の対象とした。

これまで出産の質に言及した研究論文には、文献検討から「出産の満足」や「豊かな出産」について考察したものもある(古賀, 1999; 宮里, 1997)。しかし本研究ではその目的から、1990年以降に発表された、1次データを収集した調査研究を文献検討の対象とした。また研究内容を詳細に把握する必要から、原著論文、もしくは学位論文を検討した。

これらの条件と、本研究の目的に合致した論文13本を抽出したが、このうち3研究では同一質問紙を用いていたため、出産のとらえ方はひとつと判断し、対象数は11文献とした。これらを研究デザインで質的、量的研究に大別し、各研究での出産のとらえ方を概観した。

III. 文献検討の結果

1. 質的研究による出産体験

文献検討の対象とした質的研究は、4本である。このうち2つは、助産所での出産体験を分析したもので、残り2つは後続の量的研究で用いた測定用具の基礎となった研究である。その一方は、大学病院でデータが収集されているが、もう一方の研究協力者の出産場所は明らかではない。生後2ヶ月児の股関節脱臼集団検診のため保健センターに来所した母親を対象である。しかし、助産所出産は全体の1%という全国統計から(厚生労働省, 2001)、この研究では助産所以外で出産したケースが多いことが推察できる。

はじめに、大学病院での出産体験を分析した研究では(恵美須, 1990)、過去の出産体験がどのように影響しているかに注目している。27名の経産婦への面接調査により、喜びや満足、達成や神秘を伴ったものを肯定的体験とし、悲しみ、怒り、不安、嫌悪、失望、痛みを伴う否定的体験を喪失体験として、それぞれの特徴を分析した。その結果、経産婦は、過去の出産体験が今回の出産にも影響して肯定的体験、喪失体験を起こしていた。出産体験の内容は、1)自己制御、2)身体機能制御、3)出産機能、4)陣痛その他の身体的苦痛、5)サポート、6)児に対する期待、7)先入観の7項目である。この分類は、後続研究の尺度構成に用いられている(宮中, 1995; 我部山, 1996a, 1996b, 1998)。

もう一方の出産体験評価尺度に発展した研究では(常盤・杉原, 1999)、産後2ヶ月の68名の女性に対し、理想とする出産のイメージテストと文章完成法による出産体験の自己評価を行った。その結果、イメージする「よい出産」とは、「母子の健康」、「自分が納得する」、「安産」、「医療スタッフとの関係」、「幸福感」、「夫の支援」、「達成感」、「出産の準備」、「実母への感謝」があげられた。このうち「安産」のイメージは、「楽なお産」、「安全なお産」、「自然なお産」であった。また出産したことによる自己評価では、「自己成長」、「母になった」、

「自分のすごさ」、「安堵感」、「いい経験」、「役割の達成感」という成長体験が認められたが、否定的な反応として「生活の変化」、「身体変化」もあった。この研究での出産体験自己評価の規定要因は、「安全性」、「身体的産みややすさ」、「安心」、「実母への同一性」、「満足感」である。また、「出産における成長体験」が「母親役割受容」を形成し、「母親意識の発達」に影響するという筆者の仮説も提示されている。

助産所出産の経験世界を記述した日隈等の研究(2000)では、ある助産所での出産した124名の女性による出産感想記の内容を分析している。抽出されたカテゴリーは、「出産場所の選択」、「自分のことを知っていてほしい」、「出産の場所が生活空間であること」、「助産婦の態度や姿勢」、「確かな助産技術の提供」、「感謝の念」、「自己コントロール」、「母親としての自覚や覚悟」、「ものの見方の広がり」、「女性としての喜び」の10項目である。

これとは別の助産所での出産した175名の女性の手記を内容分析した研究では(野口, 2002), 4つのカテゴリーと23のサブカテゴリーで肯定的な出産体験は構成されていた。出産時に女性は、「自分への信頼感」や「快感情の解放」、「ケア提供者との絆」、「からだへの専心」、「自然への委ね」というサブカテゴリー内容を体感し、さらに子どもを産むという身体現象だけでなく、「自分自身の成長」や「人と支えあう関係」、「産み育む女性」、「食で培う健康」、「現代への批評」、「自然への畏敬」ということを、女性は出産体験を通じて自ずと学んでいた。

質的な出産体験に関する研究では、このように女性の経験世界をありのまま記述したり、出産体験の構成概念やその関係性を探索したものが多い。ここで検討した質的研究4文献からみた出産体験は、表2. にまとめられる。これは各研究で帰納的に抽出された内容や考察した規定要因を文献別に分類し、類似する内容別にカテゴリーが機能的に形成されたものである(以下、カテゴリーは【 】で表す)。カテゴリーは12個で、【産むための準備】、【前回出産体験の影響】、【自分で産む】、【身体で産む】、【産みの苦しみ】、【人の支え】、【自然なプロセス】、【正常・安全な出産】、【みたまされる】、【女性・母であること】、【人としての発達】、【自分をひらく】となった。

2. 量的研究による出産体験

出産体験を量的に検討した研究のなかで、産婦の身体拘束の影響を調査した研究では(毛利, 1994), 主観的身体拘束感が陣痛体験にどのように影響しているのかを、質問紙を用いて明らかにした。主観的身体拘束感、身体知覚、分娩期の動きの対処評価を、独自に開発した測定用具で評価した。既存尺度を翻訳し、一部修正して用いたものは、コントロール感を Labor Agency Scale (Hodnett et al., 1987)で、分娩中に受けたサポートを Nursing Support in Labor Questionnaire(Kintz, 1987)で、妊娠中の主体的な態度は Mother's Prenatal Attitude(Humenick & Bugen, 1981)で測定している。この結果、分娩中に産婦が自由にできないことを感じたり、「固定された感じ」という拘束感が強くなるほど、分娩中の知覚、コントロール感、分娩中に自発的に動けたかどうかという自己評価のいずれも低くなることが明らかにされた。

分娩時に産婦が表出した態度と、産婦自身の出産体験の認識との関連性を分析した研究では(宮中, 1995), 産褥 1 日目に実施した自己記入式の質問紙で出産体験をとらえている。この測定用具は、産痛の強度や自己制御機能に関する 10 項目, 出産制御機能の 11 項目, 重要他者からのサポートに関する 1 項目, 処置や経過に伴う苦痛や不快に関する 10 項目がある。加えて夫婦関係に関する 7 項目, 性別役割分業観の 7 項目, 自己概念の 10 項目が, 先行研究を参考に開発されている (Dreyer et al., 1981 ; 恵美須, 1990 ; Norr et al., 1977 ; 菅, 1984)。出産時に表出した態度は、産痛の客観評価の分類をもとにして (九嶋, 1966), 「軽度不安」, 「中等度不安」, 「強度不安」, 「パニック」に、分娩介助した助産婦によって評価された。その結果、軽度不安群に関連性が認められた項目には「誇らしいと思った」が認められた。そのなかでも経産婦の軽度不安群は、「満足した」, 「感激した」という項目と有意な関連が示された。

産褥早期の出産体験を検討した研究では (伊東他, 1996), 助産所で出産した女性のほうが、「満足感」, 「成功感」が高いことが示されている。この研究では「安堵感」, 「満足感」, 「成功感」を出産体験の肯定感情とし、「混乱」, 「制御困難」, 「痛み・苦痛」を否定感情として、産後の面接調査で評価している。また対児感情を対児感情評定尺度 (花沢, 1992) で測定し、出産体験の肯定感情群が新生児を受容する接近感情が高く、拒否する回避感情は低いことが明らかにされた。

出産体験の女性による評価を、経日変化や初経産別比較でみたり (我部山他, 1996a・1996b), 産後 1 年までの推移を追跡した研究では (我部山他, 1998), 4 つの先行研究 (Evard, 1985 ; 恵美須, 1990 ; 川田他, 1988 ; Mackey, 1990) で得た内容から開発した質問紙を使用している。これは出産体験を構成する 4 因子, 「自己制御機能」, 「出産制御機能」, 「産痛およびその他の身体的苦痛や不快」, 「サポート」に含まれる 46 項目の質問に、「そう」, 「ややそう」, 「ややちがう」, 「ちがう」を選択する 4 段階得点で測定されている。「自己制御機能」には、「母親になれ満足した」, 「すばらしい体験だった」, 「成長したと思う」, 「精神的に強くなった」, 「自分を誇らしいと思う」, 「取り乱し自分を失った」, 「出産は二度としたくない体験だ」等が含まれる。「出産制御機能」には、「呼吸法ができた」, 「うまくいきめた」, 「娩出感がわかった」, 「体力の限界を感じた」等があり、「身体的苦痛や不快」には、分娩監視装置や点滴などの医療処置に対する不快感や、「陣痛はとてつらかった」という項目が含まれている。さらに「サポート」では、「陣痛緩和の援助があった」, 「希望時家族がそばにいた」, 「医療従事者の言動に緊張や脅威を感じた」のような人的サポートと、「温度、照明は適切だった」, 「行動の制約を感じた」等の物的サポートがある。その結果、出産時の不良なサポートや分娩時の処置の苦痛、不快は、産後 24 時間以内、産後 5 日、産褥 1 ヶ月、産後 1 年と時間が経過するごとに増加していた。これは、身体的な苦痛や不快は時間の経過とともに回復しても、医療従事者などから受けた精神的苦痛や恐怖は、より不快な体験として残存する可能性が示唆されている。

妊産褥期のケアそのものの質を評価した堀内等の研究では (1997), 3 つの先行研究

(Hodnett, 1982 ; Kintz, 1987 ; Rooks et al., 1992) をもとに開発し, 妥当性, 信頼性も確認した質問紙を用いている。満足度については, 妊娠期, 分娩期, 産褥期のケア別に Visual Analog Scale で測定している。また施設やケアの推薦度を, 次子出産時に同一施設を選択するか, 自分が出産した施設を他者に紹介するかという質問項目でみている。出産場所別に, つまり個人病院, 大学病院, 総合病院, 助産所でケアの満足度を比較すると, ケアの満足度, 顧客の再来, 他者への紹介という全てにおいて, 助産所が有意に高いことが示されている。

研究者自身が実施した質的研究を基礎に開発した出産体験自己評価尺度では (常盤・今関, 2000), 35 項目に対する満足度を, 「とても不満だった」から「とても満足した」までの 5 段階で評価している。この尺度は, 「自分なりにうまくできた」, 「順調で母子ともに自然なお産」, 「頼りになる医療スタッフの存在」, 「母親としての自覚」の 4 因子から成立し, 信頼性, 併存妥当性, 構成概念妥当性の高さも確かめられている。

妊娠期の出産に対するイメージと, 出産に対する自信や出産体験の満足感との関係を明らかにした研究では (亀田他, 2001), 「出産イメージ尺度」, 「出産に対する自信尺度」という測定用具を, 先行研究を参考に開発している (菅原他, 1990 ; Lowe, 1993 ; 茅野他, 1995)。主因子分析の結果, 妊娠後期の出産イメージは「苦しい」, 「恐い」, 「痛い」, 「大変」という第 1 因子と, 「すばらしい」, 「うれしい」, 「幸せ」, 「楽しい」の第 2 因子があった。出産に対する自信の項目には, 「リラックスできる」, 「取り乱さない」, 「励ましに耳を傾けることができる」, 「がんばれる」等があり, これらは 1 因子と解釈される出産をコントロールする内容であった。また, 産後 5 日以内の「出産体験の満足感」は, 主観的評価で Visual Analogue Scale の 0 から 100 点の範囲で表された。研究の結果, 出産のイメージをポジティブにとらえている, また出産に対する自信が高い女性ほど出産の満足感が高く, 出産のイメージがポジティブな女性ほど出産に対する自信も高いことが示された。

これまであげた研究のなかには, 一部, 質的方法が用いられたものもあるが, 量的研究が中心であるため, 本研究では出産体験にかかわる量的研究の 7 文献の範疇とした。これらの量的研究で扱われていた尺度や内容を, 質的研究 4 文献を総括することから帰納的に形成した 12 のカテゴリー別に表 3. にまとめた。このなかには, 論文の本文中には表されていないが実際の研究ではとらえられている内容や, 属性等の基礎データを収集する際に扱われている場合も考えられるが, この表では, 7 つの量的研究で測定された出産体験にかかわる概念を表している。

IV. 考察

1. 質的研究の文献検討からの考察

質的研究のレビューから抽出した出産体験を構成するカテゴリーのなかで, 本研究で検討した質的研究の全てで言及されていたものは, 【自分で産む】、【人の支え】である。また 3 つの研究では, 【産むための準備】、【身体で産む】、【みたされる】、【女性・母であること】、

【人としての発達】が含まれていたため、これらは出産体験を具体的に表す主要な概念というコンセンサスが得られる。

反面、その研究独自の内容もある。恵美須等の研究（1990）だけに表れていた【前回出産体験の影響】は、経産婦を対象に過去の出産体験の影響を分析した研究というテーマにかかわっているためである。だが他の研究では言及されないが経産婦は、【前回出産体験の影響】は存在するので、このような独自に提示されているカテゴリーであっても、現行の出産の質をみるうえで重要である。

また【自分をひらく】は、女性が書きたいことを自由に書いた産後の感想記を分析するという研究方法が影響し、その研究（日隈他，2000）独自のカテゴリーとなったと考えられる。だが【自分をひらく】の内容は、【人としての発達】に関連する。自分のことを皆に知ってほしい、自分が経験した素晴らしいお産を他の人にも報せたいという思いは、出産を経験することで強く表れてきたと思われる。このような自己開示や社会性の発現は、その女性の発達、つまり【人としての発達】でもあると考えられる。そのため、研究独自のカテゴリーも、出産体験を構成する内容として現に存在するので、見落としはならない。

もうひとつの独自のカテゴリーである【産みの苦しみ】は、大学病院で出産した経産婦対象の研究（恵美須他，1990）から抽出された。この研究では、「出産に伴う身体的な痛みや不快および生理的ニード」としている。この分類のなかで肯定的体験としているものは、前回の出産よりも陣痛、会陰裂傷や縫合が楽だったことや、食欲や清潔などのニーズが、前回よりも充足されたということである。ここでの喪失体験として、陣痛や後陣痛の痛み、会陰切開をして残念だったということなどの内容が含まれている。

このような出産の苦痛を表すカテゴリーは、助産所出産の研究（日隈他，2000；野口，2002）には認められない。面接と手記というデータ収集方法の相違や、過去の出産の影響を分析することと肯定的な体験を分析するという研究の視点の違いにもよるが、病院出産の研究（恵美須他1990）にはないカテゴリー、【自然なプロセス】、【みたまされる】、【女性・母であること】、【人としての発達】が、助産所出産を分析した研究（日隈他，2000；野口，2002）では共通して認められている。

これまでも助産所出産が病院での出産に比べて満足度が高いということは、複数の量的研究でも示されている（堀内他，1997；毛利，1995；渡部・嶋田，2000）。また助産所と病院における出産体験の比較では、助産所のほうが病院に比べて多くのサポートを受け、分娩の達成感が高いことも明らかにされている（毛利，1995）。ここでいう分娩の達成感とは、「自分には産む力が十分にあった」、「すべて納得のいくものだった」、「安心感があった」、「とてもリラックスできた」、「おまかせにしなかった」などである。加えて、本研究で抽出した【人としての発達】、つまり出産が女性の人間的成長の契機となったというような内容は、出産そのものに対する満足度や達成感だけでは表現できない出産の成果である。苦痛だけに留まらない、そして満足感、達成感だけでなく、女性の人生にも通じる深みのある体験が、助産所出産には存在しているといえる。

これは単に出産場所の差だけではなく、ヘルス・サービスの理念が関わると考えられる。例えば、【産みの苦しみ】に対応する代表的なケアは、産痛緩和の援助である。これは母性看護や助産の教育のスタンダードである（東野他，1994）。だが、このような原則的なケア項目には、【自然なプロセス】、【みたされる】、【女性・母であること】、【人としての発達】のような出産体験を支えるものはない。このような女性の在りかたは、理論的、分断的なケアからだけでなく、女性と人間的、全体的にかかわることで芽生えてくると考えられる。

産痛を緩和するために、科学的に有効性が示されているマッサージや温罨法を行っても、そこに共感する態度や痛みの部位だけにとらわれずに女性全体をケアする姿勢がなければ、苦しいだけの経験に留まるかもしれない。痛みの緩和というように特定の効果を期待した部分的なアプローチだけではなく、女性全体をとらえて親身にかかわるというヘルス・サービスの理念が、一歩進んだ質の高い出産をもたらすのではないかと考える。

このような質の高い出産は、出産の安全性と拮抗するものではない。本研究で検討した助産所出産を対象とした研究では、【正常・安全な出産】というカテゴリーは言及されていなかった。しかし、母児の安全が保障されてくると人々の間で「産まされる」お産から「産む」お産への変化が芽生えてきたという経緯のように（藤田，1988），安全性が確保されていると、より質の高い出産につながることは明らかである。

しばしば安全性を優先するという名目で、女性の出産体験の質が損なわれることがある。しかし、質の高い出産は、安全性を支えている。例えば、女性の不安や緊張は血中アドレナリン濃度を上昇させ、これが子宮収縮力を弱まらせ、分娩所要時間を延長する。同時に子宮や胎盤の血流量も減少させるために、胎児仮死の原因になる。そのため女性を精神的に脅かさない質の高い出産が、母児の安全性を下支えするといえる。このような観点から安全性に関わるカテゴリーが、本研究で検討した助産所出産体験には認められなくても、助産所は安全性に乏しいとはいえない、つまり出産の質の高さと安全性は、両立する。

このように4つの質的研究の文献検討から、出産を構成する12のカテゴリーが示された。ここで提示された出産のあり様は、単に「満足した出産」という言葉だけでは語れない内容を具現化したものである。そのため、これらのカテゴリーは、出産の質を検討する際の基礎的な分類項目として活用できると考えられる。

2. 量的研究の文献検討からの考察

質的研究の文献検討から導かれた12のカテゴリーが、先行量的研究で網羅されているかを検討すると、6つの研究で【人の支え】というカテゴリーが認められた。分娩期の女性をサポートする効果は、科学的にも証明されている（Zhang, J, 1998; Zhang, J. et al., 1996）。さらに出産の満足感にも関係するので（Driedger, 1991），誰に、どのようにサポートされたかは、出産体験を構成する重要な要因といえる。

また、本研究で検討したほとんどの量的研究で認められた【自分で産む】という内容は、女性が分娩経過を自覚して対応するという出産の在りかたである。逆に、ほとんどの量的

研究では認められなかった【自然なプロセス】は、出産の自然な経過に身を委ねるような内容である。これらは、女性の相反する状況を表しているともみうけられる。

【自分で産む】というカテゴリーに集約される出産の在りかたとは、女性が陣痛を意識的にコントロールすることである。陣痛の波に対して、女性は妊娠中から練習してきた、定められた形の呼吸法を実施することに意識を集中して対処する姿が、典型的といえる。このようなコントロールするという姿勢は、先にあげた欧米での代表的な4つの出産評価尺度全てに含まれているように(表4. ~7. 参照)、その価値が認められている。

しかしコントロール感は、女性がより満足することとは関係しないという研究もある(Brewin & Bradley, 1982)。加えて本研究で検討した質的研究で、【自然なプロセス】という出産が示されたことから、理性的な出産とは逆に何も考えず、自然にまかせて本能のままに出産するという在りかたが、新たに提示できると考える。自然を征服する、自然を加工する理性的な人間を善しとした西洋的な近代を越えて、自然の中の人間という東洋的な在りかたを改めて検討することを提起したい。

また5つの量的研究で認められた【みたされる】のカテゴリーに含まれている多くは、量化した女性の満足度から表されている。しかし、リカートスコアのような選択式回答は回答の幅が抑えられ、満足度のレベルが高くなるという可能性が指摘される(Oakley, 1983)。また Visual Analogue Scale からとらえる出産全体の満足度は、ひとつひとつの側面の満足とは関係しないこともあるので(Bramadat, I.J. & Driedger, M., 1993; Lumley, 1985)、このような満足度だけで出産の質をとらえる危うさを感じられる。

満足の定義は不十分で、複雑な問題とされているが(Seigun, et al., 1989)、女性が考える満足な出産を明らかにした研究では(志水・李, 1995)、1)産婦のニードにあった周囲の人間の存在とサポートと、それが結果としてもたらす精神的安定、2)産婦自らの主体的な行動とそれに対する自信という2点から「満足な分娩」は成立するとされている。つまり「満足」という言葉ではなく、それが意味する内容が読み取れる。同様に、本研究で導かれた12のカテゴリーは、満足という言葉だけでは語りつくせない出産の質を表している。

特に【人としての発達】というカテゴリーの内容は、今回、検討した量的研究の尺度で測られていなかったのもので、これまでの量的な出産のとらえ方では欠けていた観点といえる。出産は、子どもを産みだすだけの経験ではなく女性が変革することにつながる、つまり Transforming Birth Experience になりうる(三砂, 2002)。これは、【女性・母であること】というカテゴリーの内容もかかわるが、これが認められた量的研究4文献での内容はやや異なる。夫婦関係や性別役割分業、出産した施設を他の女性にも推薦できるかという見方だけでなく、出産を契機に女性として、母として、そして人間として発達するという項目が、いままでの出産のとらえ方では欠けていた。このような出産の在りかたや価値、これが見過ごされている現実やそれによる弊害を、本研究で明らかになった出産のあり様から現状の出産を評価し、より質の高い出産を支えるためのヘルスサービスの第一歩としたい。

V. おわりに

21世紀の母子保健の主要な取り組みを提示した「健やか親子21」は、妊娠、出産の安全性と快適性を課題としている(恩賜母子愛育会, 2001)。これらの保健水準の指標としては、2010年に妊産婦死亡率をベースラインの6.1(出生10万対)の半減、妊娠、出産について満足している者の割合を100%にすることが目標である。しかし、このような妊産婦死亡率や女性の満足度だけでは測定できない妊娠、出産の安全性や快適性も重要であると考えられる。

本研究での出産の質にかかわる質的研究の検討から得られた12のカテゴリーの内容は、質の高い出産を構成すると考えられる具体的な内容を示すものであり、単に満足度という指標だけでは表せない。このような出産の在りかたは、死亡率という最悪の指標だけでは測れない心や身体の安全性に深く関係すると思われる。そのため、妊産婦死亡率や満足度だけでなく、このような出産を構成する概念因子で出産を評価する必要がある。

また本研究では、量的研究にもこれらのカテゴリーをあてはめることで、既存の量的な出産体験評価尺度では測定されていない部分が明らかになった。また、本研究で検討した出産評価尺度は、12のカテゴリーの構成概念をすべて網羅したものはなかった。そのため、出産の現状を詳細かつ正確に把握するためには、先行研究成果に加えて12のカテゴリーの概念因子を量化する測定用具を新たに開発する必要がある。新しい出産評価尺度によって今日の日本での出産の質を正確かつ詳細に把握することができ、より質の高い出産を支えるために必要なヘルス・サービスの構築や改善への道が開かれると期待できる。

(研究協力 野口真貴子)

引用文献

- Bramadat, I.J., & Driedger, M. (1993), Satisfaction with childbirth : Theories and methods of measurement, *Birth*, 20(1), 22–29.
- Brewin, C., & Bradley, C. (1982), Perceived control and the experience of childbirth, *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 263–269.
- Dreyer, E.A., Woods, N.F., & James, S.A. (1981), A scale to measure sex – role orientation, *Sex Roles*, 7(2), 173–182.
- Drieger, M. (1991), Postpartum women’s perception of satisfaction with childbirth, Unpublished master’s degree thesis, University of Manitoba, Winnipeg, Canada.
- Evard, E.W. (1985), 妊娠・出産におけるストレスの問題, *ペリネイタルケア*, 4(1), 77–79.
- 恵美須文枝 (1990), 経産婦の出産体験について—特に過去の出産が影響している体験の内容分析—, *日本助産学会誌*, 4(1), 27–33.
- Fawcett, J., & Knauth, D. (1996), The factor structure of the perception of birth scale,