

- (23)お産の間、プライバシーは守られていましたか
- (24)お産の間に、恥ずかしい思いをしたことがありましたか
- (25)お産の間、飲食物が選べたり、用意されましたか
- (26)自由に身体を動かせる雰囲気でしたか
- (27)動きたいときに自由に身体を動かすことができましたか
- (28)お産の時、胎盤を見ることができましたか

(2) 新生児へのケア

- 質問
- (1)生まれてすぐの赤ちゃんを、おなかの上に乗せてくれましたか
 - (2)臍の緒がついたままで、抱っこできましたか
 - (3)赤ちゃんに肌と肌を合わせて抱っこできましたか
 - (4)十分と思えるまで、赤ちゃんを抱っこしていられましたか
 - (5)生まれて30分以内に、授乳できましたか
 - (6)乳首を無理にふくませずに、赤ちゃんが自分で探すような方法でしたか
 - (7)医療者は赤ちゃんに声をかけてケアをしていましたか
 - (8)赤ちゃんにあわせて、部屋の温度や明るさを調整していましたか
 - (9)赤ちゃんは、生まれて2時間以内に、家族と会うことができましたか
 - (10)赤ちゃんのお部屋は別ですか

2) 医療

分娩様式、分娩開始のリスク、分娩時の医療処置、分娩時の異常、搬送転院の有無

- 質問
- (1)お産の準備として、浣腸をしましたか
 - (2)お産の準備として、下の毛を剃られましたか
 - (3)お産で入院してからお産まで、分娩監視装置はつけましたか
 - (4)お産で入院してから、超音波検査を何回くらい受けましたか
 - (5)お産の時、薬剤の入っていない水分だけの点滴や針が入っていましたか
 - (6)お産の時、酸素吸入を受けましたか
 - (7)処置など、されることに対して説明がありましたか
 - (8)処置や医療行為については、納得できましたか
 - (9)分娩台でお産をしましたか
 - (10)分娩台では、肢は固定されましたか
 - (11)分娩台は、高すぎると思いましたか
 - (12)お産のときの服装は、自由でしたか
 - (13)お産の体位は自由に選べましたか
 - (14)お産のときの体位は、どのようなものでしたか

5. 出産時の状況

1) 出産時の女性の状況

分娩所要時間、出血量、破水の状況、会陰裂傷の有無

- 質問 (1)お産の時に、ありのままの自分を出せたと思いますか
- (2)自分らしいお産だったと思いますか
- (3)お産の時に自然に出てくる声を無理に抑えずに出せましたか
- (4)お産の間、喜怒哀楽の感情をそのまま出せましたか
- (5)お産で、「ウンチをしてもいい」と思えるようになりましたか
- (6)お産を自分でコントロールできたと思いますか
- (7)お産の間、自分の身体の中で起こっていることがよく分かりましたか
- (8)陣痛と間歇の気持ちよさを交互に感じられましたか
- (9)お産が進むにつれて、痛みが変わってくるのがよく分かりましたか
- (10)お産の間、自分の身体感覚がよく分かりましたか
- (11)お産の間、自分のペース、リズムが感じられましたか
- (12)お産の間、自分を信じられましたか
- (13)お産の間、気持ちはゆったりとしていましたか
- (14)お産が進むにつれ、周りに気を使わなくなりましたか
- (15)お産の間に、うとうとして引き込まれるように気持ちよかったですか
- (16)お産の間、頭が自然にゆれるようなことがありましたか
- (17)お産をするための姿勢が自然に決まるといような感じがありましたか
- (18)考えるよりも先に、身体が動いているようなことがありましたか
- (19)何か大きな力が働いていて、それに動かされるような気がしましたか
- (20)お産の間、こんなこともしていたというように自分の行動に驚きましたか
- (21)お産の間、宇宙の塵として漂っているような感じがしましたか
- (22)お産の間、自分の境界線がないような気持ちがしましたか
- (23)お産の間、狭いところに行きたいような気持ちがしましたか
- (24)お産の間、どこにでも行けてどこにでも入り込めるような気持ちがしましたか
- (25)お産をした直後は、すっきりした爽快感がありましたか
- (26)生まれてすぐの赤ちゃんを、かわいいと思いましたか
- (27)生まれてすぐ、子どもと離れたくないという気持ちが湧き上がってきましたか
- (28)お産の直後、胎盤まで愛しいと思いましたか
- (27)お産の後すぐ、また産みたいと思いましたか
- (28)お産は気持ちよかったですか
- (29)お産の間は、幸せな気持ちがしましたか
- (30)お産は楽しかったですか
- (31)お産をしたことで、満たされたという感覚がありましたか

- (32)お産をしたことで、感謝の気持ちが湧き上がってきましたか
- (33)お産をすることには、自分への癒しがあったように思いますか

2) 新生児の状況

性別、体重、身長、頭囲、在胎週数、アプガースコア、発育状態

- 質問
- (1)赤ちゃんは、ピンク色でしたか
 - (2)赤ちゃんは、しっかりとしているように見えましたか
 - (3)そばにいるときには、赤ちゃんはあまり泣かなかったですか
 - (4)分娩室での授乳のときに、おっぱいを吸いましたか
 - (5)赤ちゃんは自分から乳首にたどり着いていましたか

6. 産後の状況

- 質問
- (1)お産を終えて、これで何もかも乗り越えてゆけそうな気持ちがしますか
 - (2)お産は終わったけれど、これから始まるという気持ちがしますか
 - (3)お産をしたことで、許すことを学んだような気持ちがしますか
 - (4)お産をしたことで、待つことを学んだような気持ちがしますか
 - (5)お産の後は、以前よりも前向きな姿勢が出てきたように思いますか
 - (6)お産の前よりも、創造的になったと思いますか
 - (7)お産の後は、段取り力や企画力が出てきたように思いますか
 - (8)お産をしたことで、自分にできる菌煮がよく分かるようになったと思いますか
 - (9)お産をしたことで、人と比較せずに自分は自分と思えるようになりましたか
 - (10)お産の前とは、世界が違って見えるようになりましたか
 - (11)お産をしたことで、自分の視野が広がったような感じがしますか
 - (12)子どもの住む社会や世界について考えるようになりましたか
 - (13)お産をしたことで、多くの人に支えられているという気持ちになりましたか
 - (14)お産の後、産み育てる女性への仲間意識を感じるようになりましたか
 - (15)お産の後、女性の連帯感を感じるようになりましたか
 - (16)お産の後、身体にいいことや食事などについて考えるようになりましたか
 - (17)お産をしたことで、自然の大きさや大切さを感じるようになりましたか
 - (18)お産を契機として、夫との関係が変わりましたか
 - (19)お産を契機として、夫以外の家族との関係性が変わりましたか
 - (20)今回経験したようなお産を、他の女性にもしてほしいと思いますか

これらをもとにして作成された質問表は ANNEX として文末に添付した。

フィンランド訪問報告— より家族的な出産を学ぶために —

2001年8月フィンランド訪問の趣旨

日時： 2001年8月15日—23日

背景：日本の周産期ケアは、安全性の面からいえば、世界最高水準に達しているが、女性、赤ちゃんにやさしく、また家族の始まりとしての出産、という意味からすれば、未だ多くの改善の余地を残すと考えられる。現行の周産期疫学指標をさらに向上させるためには、医療的な安全改善のみではなく、より“人間的”な出産の場をもとめていくことが必要であろう。

目的：現在、家族中心の出産ケアを行っているフィンランドを訪問し、現出産サービスのありよう、そこに至るまでの政策的推移、周産期疫学指標の変化、人的資源の職能変化とトレーニング内容、女性の側の受け止め方、等について調査を行う。同調査結果を参考とし、よりよい日本の出産サービスに向けての施策、とくに出産に関するソフトの改善、ハード（出産施設）の改善、および出産休暇等の制度の確立に向けての提言をおこなう。

調査内容の詳細（計画）：

1. フィンランドにおけるお産のケアサービスの推移。特に過去5年間にすすめられた家族中心の出産施設の整備に関わる事情。
2. 出産ケアサービスの変化を伴う施策を進めるために利用された専門的資料、調査について。
3. 過去20年の各種指標の推移。
 - 周産期死亡率、妊産婦死亡率、乳児死亡率の推移
 - 出生率、結婚率、離婚率
 - 児童虐待、家庭内暴力
 - 医師、助産婦数、教育内容、協力状況について
4. 現行出産サービスの見学

訪問者： 三砂ちづる（周産期疫学） 国立公衆衛生院疫学部主任研究官
福島富士子（助産） 国立公衆衛生院公衆衛生看護学部主任研究官
竹内正人（産科） 葛飾赤十字産院第二産科部長

研究協力者：山田真知子 Ph.D.（社会福祉政策） フィンランド国立社会福祉保健研究開発センター客員研究員

訪問先：

STAKES (National Research and Development Centre for Welfare and Health フィンランド国立社会福祉保健研究開発センター)

Ministry of Social Affairs and Health(フィンランド保健省)

Katiloopisto Maternity Hospital(助産婦学校附属産院)

STADIA(Helsinki Polytechnic, Health Care and Social Services ヘルシンキポリテクニッカー助産婦養成校)

Helsinki University Central Hospital, Women's Clinic (ヘルシンキ大学病院女性クリニック)

Arppiharju Health Centre, Prenatal Care Services (ヘルシンキのダウンタウンに位置するヘルスセンター)

Jorvi Hospital, Maternity Care Unit, Espoo (ヘルシンキから約30分のエスポー市病院)

Lansi-Uusimaa Hospital, Tammisaari (ヘルシンキから約一時間のターミサーリ市病院)

面談者

STAKES(National Research and Development Centre for Welfare and Health)

Mauno Konttinen, MD Deputy Director

Kirsi Viisainen, MD, MA Dmed Sc, Senior Researcher

Mika Gissler, D.phil.(Epidemiology), M. Soc.Sc., Development Manager

Elina Hemminki M.D., Dr. P.H., Professor

Ministry of Social Affairs and Health

Marjukka Valimies-Patomaki PhD , Senior Officer

Katiloopisto Maternity Hospital

Merja Kumpula, R.M. Chief Midwife and President of Finish Federation of Midwives

STADIA(Helsinki Polytechnics, Health Care and Social Services)

Anna-Kaisa Pienimaa R.M., M.Ed, Lecturer

Helsinki University Central Hospital, Women's Clinic

Vilho Hiilesmaa, MD, PhD, Associate Professor, Senior obstetrician & Gynecologist

Riittta Salomnen, MD, PhD, Associate Professor, Medical Geneticist

And many staffs at each department

Arppiharju Health Centre, Prenatal Care Services

Sirkka Parpala (Chief Nurse/ Midwife)

Marjatta Aaltio (Chief Physician/ GP in charge of Maternity Care)

Abo Akademi University

Sirpa Werde, Sociologist

Jorvi Hospital

Juhari Toivonen (Chief Obstetrician)

Mart Ammala (Obstetrician)

Maarit Ijas (Midwife)

Lansi –Uusimaa Hospital, Tammisaari

Helena Hieta Hekurainen (Obstetrician)

Gitta Holmberg (Midwife)

サマリー：

はじめに、フィンランドの出産の状況について、重要と思われることをまとめると、以下のようになる。

1. フィンランドでは1930年代以降、子どもは国にとっての宝物であり、生まれてくる子どもと産む女性を大切にされるべきである、という考え方が確立し、現在でも母子保健サービスの基本となっている。どのレベルの母子保健サービスでも、女性は静かな状況で丁寧なケアが受けられる。病院の静かさ、清潔さ、スペースのある作り方は、印象的である。
2. 出産時の配偶者の立ち会いは84%であり、ごく日常的に行われている。日本の助産所で行われるような、子どもの出産立ち会いはほとんどない。産後、ふつう3-4日病院ですごすが、夫や子供とともにすごせるような「家族部屋」が用意されている病院が多く、女性や家族から歓迎されている。
3. 現行のシステムでは、妊娠、出産、産褥の継続ケアが存在しない。産前検診は、地域の公衆衛生看護婦と医師によっておこなわれる。以前は妊婦健診は助産婦によって行われていたが、1972年の公衆衛生政令(Public Health Act)により、徐々に保健婦に取ってかわられることとなった。どちらにせよ、出産は、地域の病院でおこない、産前検診を担当したチームが出産に関わることはない。産後の母子のケアは、産前検診をおこなったチームによって行われる。継続ケアは証拠に基づいた出産ケアにおいて、重要な事項であるが、フィンランドにおいては、システムとして対応できない状況にある。助産婦と研究者の間では、継続ケアが行われないことは問題視されており、助産婦学校付属産院では、妊婦とパートナーが妊娠中に産院を訪問し、産院のスタッフと面識があるようにする、という努力はされている。
4. 正常産のケアの担い手は、一貫して助産婦である。フィンランドでは、歴史的に助産婦と産科医は競合関係にはなく、職種間軋轢もなかった。むしろ、助産婦と公衆衛生看護婦の軋轢、など他職種間に軋轢がみられる。
5. フィンランドでは家族中心のお産のケアに向けて、何か画期的な変化が急激に起こったわけではない。一連の出産ケアの動きの中で、少しずつ変化があり、いわゆる「家族中心」「女性中心」の出産ケア施設がでてきた。また、変化の起こった施設の多くは、出産の夫立ち会いと産後の家族部屋の整備が中心であり、「女性の主体的な自然出産」を目的とした包括的な変化の起こっている施設はあまりない。フィンランドの出産の主流は第二次第三次施設でおこなわれる医療管理を中心とした病院出産である。
6. 日本の国立公衆衛生院と厚生労働省統計局をあわせたような役割を持つSTAKESには、出産、周産期に関わる重要な仕事をしている優秀な研究者が多くはたらいっており、積極的に国際ピアレビュー雑誌に論文を投稿している。英語で多くの論文を発表しているので、われわれも客観的に彼らの仕事を把握することが可能である。
7. フィンランドでは地方分権化がすすめられており、各ケアサービスの内容、資金負担

も市の責任となっている。出産に関しても、国家施策の一環としてすすめられてきた以前と比べ、国として一律のケアシステムを提供できない状態にある。

8. 出産とともに助産そのものも施設化されており、他のヨーロッパ諸国で起こったような、助産婦からの家庭分娩、助産所での出産、といった提言はされることがなかった。これは助産婦が自然出産のケアを担当する、という意識が強く、病院内での自律的な助産活動を展開することができたから、とみられている。
9. 1987年から始まった出生登録(Birth Register)は1996年に改善され、周産期に関わる細かいデータが登録されており、サービス評価をはじめとする様々な研究に使用可能である。
10. 会陰切開以外の医療介入は増加の傾向にある。地方分権化推進とともに、施設間格差も大きくなり、極端に介入の多い施設もみうけられる。たとえば、硬膜外麻酔使用率は全国で40%であるが、ヘルシンキの大病院は60%、地方の中規模病院では13%である。全体として、いわゆる第二次以上の病院施設出産では、すべての医療介入は多くなる。たとえば、分娩監視装置はルーティンで使用されている。研究者たちは、地方分権化による施設の自立性から、いわゆる証拠に基づいた産科ケアがかならずしも行われないうところが増えたことを懸念している。
11. 助産婦学校付属の産院が、ヘルシンキ最大の産院として機能していることは特筆に値する。ここで家族中心、女性中心の出産への様々な試みが行われてきており、その影響はフィンランド全国に及ぶ。出産後の家族の部屋の設置などの変化が過去5年間におこった。しかし医療介入も同時に増えており、助産婦学校付属産院でも硬膜外麻酔使用は全出産の60%におよぶ。
12. 研究者やケア提供者たちは、out-of-hospital birth (病院施設外の出産) のもつ潜在的な需要と可能性は理解しながらも、フィンランドの現況としては施設内出産以外のオプションを考えにくいと理解している。
13. 女性たちは、現在のケアサービスに、満足しているようである。出産に付き添った夫たちとも話す機会があったが、みな、一様に家族としての出産と産後の経験を喜びを持って語っていた。しかし、ほかのオプションが考えられない中での満足の指標について、研究者や助産婦らは懸念を抱いている。

各論

フィンランドの保健制度

フィンランドの保健政策の重要な原則は人権、平等、患者の権利の尊重である。長年にわたり、中央政府の強力な主導のもとに、保健サービス制度は整備されてきた。地方分権化とともに、中央政府主導型の保健サービスはさまざまな変化を経験しつつある。財政と保健サービスの規定に関する自治体の自治権が拡大したことにより、従来に関心であった費用対効果の高い財源配分が行われているとは限らない。全体的に各自治体の政策決定行動の予測が難しくなっているといえる。しかし、長年の成果により、現行の公的保健システムは、今もなお市民と医療関係者の多数から多くの指示と評価を得ているといえる。

現在フィンランドには452の自治体があり、各自治体は独自で、あるいは近隣の自治体と自治体組合を結成して保健サービスをおこなっている。財源は主に地方税と国の補助金で、利用者は料金を支払う。フィンランドの保健医療サービスは、基本的に、各自治体が責任を持つ、保健センターを中心としたプライマリーヘルスケアと、各自治体組合あるいは自治体が責任を持つ2次と3次医療がある。

一次医療ケアは、自治体の保健センターと民間クリニックによって行われる。フィンランドには現在265の保健センターがあり、外来診療が主で、入院病棟がある地域病院とよばれるところもある。二次医療については、フィンランドは21の病院地区にわかれており、各地自体はそこに所属し、専門医療の実施とその地域の病院の治療のコーディネイトを義務づけられている。二次医療と三次医療は、フィンランドに15ある中央病院と、5つある大学病院を中心に体系づけられている。これらの病院の財源は主に地方自治体が拠出し、国は補助金を配分する。患者もコストの一部を負担することになっており、無料ではない。

フィンランドの現行出産ケアシステム

現在、女性は妊娠すると地域の保健センターで、妊娠中のケアを受ける。妊娠中のケアは現在では、公衆衛生看護婦とGP（一般医）によっておこなわれている。以前は助産婦が妊娠中のケアを保健センターで担っていたが、1972年以降公衆衛生看護婦が徐々にとってかわり、現在では助産婦が産前ケアを行うことは少なくなっている。現在妊婦健診は公衆衛生看護婦あるいは助産婦が、妊娠中最低12回、医師が最低3回行うことになっている。フィンランドの平均産前検診の回数は16、6回である。

出産は、女性の住む病院地区内の病院を選ぶ。現在フィンランドでは5つの大学病院（第三次レベル）、15の中央病院（第2次レベル）、20の地域病院（第一次レベル、助産婦が24時間おり、出産時にはオンコールで医師を呼ぶ）がある。基本的に女性は病院地区内の病院をどこでも選ぶことができる。地区外の病院も、自治体の許可を得て自治体が支払いを同意すれば、選ぶことも可能である。

フィンランドの出生登録制度と母子保健指標

フィンランドには出生登録システムの長い伝統がある。不妊手術は1935年から、妊娠中絶は1950年から、奇形は1963年から、入退院記録は1967年から、出産と新生児のデータは1987年から、IVFのデータは1994年からあつめられている。

1996年に新しい登録票が導入され、さらに詳しいデータをあつかえるようになった。財務省下にある“Statistics Finland”とSTAKESはデータへのアクセスがあるが、財務省下の”データ保護管理局”によってコントロールされている。

いくつかのデータを表一に示す。会陰切開以外の医療介入はふえており、地方分権化により、介入が多くなったと考える人も多い。出産、出生に関する科学的データに関するナショナルガイドラインはあり、また、コックラインデータベースへの関心もたかまっているが、現実にはその場の臨床決定で介入される場合が多い。

表1. フィンランドの出産と出生に関わるデータ —出生登録票のデータ等より—

年	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
出生率*/1000	47.5	50.7	51.1	51.5	52.0	53.1	51.1	51.3	49.8	48.4	47.6	46.1
離婚率/1000	10.0	12.2	14.8	14.0	14.0	14.3	14.2	15.5	16.2	16.3	16.4	17.1
婚姻内での出産 %	79.8	77.6	75.2	74.8	71.6	70.0	68.5	67.3	66.2	63.3	62.2	61.4
乳幼児死亡率/1,000	6.2	6.1	6.0	5.6	5.9	5.2	4.4	4.6	4.0	3.9	3.9	4.2
周産期死亡率 /1,000	8.75	8.32	7.71	6.68	7.82	7.02	6.67	6.71	6.89	6.20	6.26	6.49
妊産婦死亡数 n	3	7	2	4	3	3	2	7	1	2	3	3
妊産婦死亡率 /100,000	5.0	11.0	3.1	6.1	4.6	4.5	3.1	10.7	1.6	3.3	5.0	5.2
帝王切開 %	14.4	13.8	13.8	14.3	14.5	14.7	15.4	15.7	15.7	15.7	15.7	15.4
会陰切開 %	32.0	34.6	35.5	38.4	47.4	40.9	44.4	42.3	39.4	35.2	35.1	34.8
硬膜外麻酔 %	7.5	7.5	8.8	11.1	15.1	15.7	16.8	19.0	21.6	26.8	24.9	29.4
傍頸管麻酔 %	12.0	11.1	12.4	13.9	16.5	17.0	18.1	19.6	21.1	18.5	20.2	19.8
何らかの痛み止め 使用 %	..	..	..	..	63.6	67.4	68.0	69.3	70.5	71.2	71.0	72.5
笑気ガス使用 %	..	..	..	..	40.4	43.8	43.9	45.4	46.0	38.2	40.5	44.9

参考： Finnish perinatal statistics 1997-1998, STAKES
Statistical Yearbook of Finland 2000, Statistics Finland

フィンランドの出産事情

フィンランドの状況は理想なのか？

「どうしてフィンランドにきたの?」、とは、出産に関する多くの優れた著作で、世界的にも大変著名な周産期疫学者 Elina Hemminki さんと会ったときに言われた言葉である。彼女は STAKES を代表する研究者で、多くの後進を育て、フィンランドの出産と母子保健サービスに通じている。その彼女に、「日本のお産をより家族と女性にやさしいものにするためにフィンランドから学びたい」と説明したときにこういわれた。フィンランドで地道な調査を続け、世界の周産期事情にも詳しい Hemminki さんにとって、フィンランドの出産事情はとても特殊な状態にあり、各種指標はよいが、現実に医療介入もふえつづけており、とても他国のお手本にするような状態には見えなかったのであろう。

同じく STAKES で量的、質的両方の方法を用いながら、フィンランドの出産について研究を続けている Kirsh Visisainen さんも、「フィンランドのお産は決して女性や家族を中心にしたシステムとはいえない。助産婦学校付属産院では、さまざまな家族を大切にしているところみが見られているが、パイロットレベルの段階である。多くの夫は出産に立ち会ってはいるが、必要以上に医療介入の多い、医療化されたお産がフィンランドの実際の主流なお産のシステムである。より人間なお産についての試みはフィンランドでもニューウェーブ、というべき動きである」、といていた。ヘルシンキ大学病院付属産科病院長である Hiilesmaa さんに、「フィンランド女性は今の出産の制度に満足しているようですね」というと「だってほかにはオプションはないんだからね。昔のソビエトのようなものだよ。こちらが提供するサービスしか存在しない。」という。社会学者の Sirpa Wrede さんによると、フィンランドの出産ケアは「よき理由によってなされた誤った決定(Wrong decisions made by good reasons)」の連続による、一貫しないモザイクのようなシステムである。「フィンランドの母性保健サービスは、システムのニーズですすめられてきたものであり、女性のニーズをサポートしてきたことはない」という。

海外からの訪問者にとって、一見すれば、福祉国家フィンランドのお産の状況は、継続ケアが保障されないとはいえ、理想的に見える。すべては、スムーズに流れており、訪問した産院、病院はどこもゆったりとしたスペースに静かな環境が提供されており、医療従事者の動きにも表情にも余裕があり、いらだちやあせりを示唆するばたばたとした動きはない。「家族室」で産後の時間を過ごすカップルと赤ちゃんは、静謐な環境で至福の時を過ごしていることが表情からも言葉からも読みとれる。ひとりひとりが市民として大切にされているシステムであると感じる。そのようななかで、研究者や医療関係者がさらにシステムとしての母性保健を客観的に分析し、改善への努力をかさねていることに尊敬を感じる。

妊娠と出産に関わるサービスのシステム

出産と出生のケアは各国の長い歴史と現政治状況によって大きく左右されるものである。

ロシア、スウェーデンに占領された歴史を持ち、また独立後も強大なソビエト連合と長い国境を接してきたフィンランドは、生活の多くの面において、独特なシステムを作り上げることとなった。お産のケアは、中央集権的なシステムのもとにあり、システムとして女性の選択の余地はほぼない。女性たちは決められた地区の中にある出産施設の中から、出産場所を選ぶ。

出産休暇

女性は105日（17週間）の出産休暇(maternal leave)を取ることができる。産前に1ヶ月、産後に3ヶ月、というふうになっている。父親は、母親の出産休暇中に18日、父親の出産休暇(paternal leave)をとることができ、フィンランドの60%の父親がこの休暇制度を利用している。そして、母親の105日の出産休暇の後、母親、あるいは父親のどちらかが158日の産後休暇(parental leave)をとることができる。現実には父親がこの産後休暇を取る割合は2%である。これらの女性の出産休暇、父親の出産休暇、それにつづく産後休暇中はサラリーの60%が支払われる。

産後休暇の後、子どもが3歳になるまで、両親のどちらかが育児休暇(child care leave)を取ることが可能であるが、この期間は無給となる。また、子どもが6歳になるまで、自治体のチャイルドケアシステムを利用することができ、公的な保育所を利用するか、あるいは、一ヶ月1000マルカ（約20000円）をうけとるか、のどちらかのオプションを選ぶことができる。

歴史をふりかえった社会学的分析

フィンランドでは17世紀後半から、正式な形での助産婦のトレーニングが始まっており、地域での自宅出産を担っていたが、システムとして積極的に取り入れられるようになるのは1920年以降である。1920年から30年にかけて、フィンランドにおいて出生率の低下および、高い乳幼児死亡率と妊産婦死亡率に関する憂慮が高まるとともに、ヨーロッパ全体で子どもの福祉に関する関心が高まったことを契機に、各市に母性ケアセンターと小児ケアセンターができ、助産婦と公衆衛生看護婦を雇うことになった。他のヨーロッパの国々と比べ、特にフィンランドに特徴的であったのは、隣国の脅威から母子をコアとする家族を大切にし、フィンランド国民を強化しようとする明確な方針があったことである。出産はずっと自宅で行われていた。

歴史的にフィンランドの産科医は助産婦との共働について常に積極的であり、よいパートナーシップを組んできたことには様々な経緯がある。1920-30年代には、医師の数も少なく、お産に関しては医師は地域では出産のケア提供者として認識されていない状況であった。産科医は助産婦を出産のエキスパートととらえていたとともに、医師にとっては魅力のない地域にねざした出産を助産婦が担っていることは便宜上望ましいことでもあった。医師の興味は病院ベースの活動であり、地域のお産は彼らの興味をそそるできご

とはなかったわけである。また、社会階級とジェンダーの問題も絡んでいる。当時、社会階級として、助産婦は低くみられており、貧しい地域でのお産は助産婦が、医師は、社会階層の高いごく一部の女性の出産を病院でケアする、という階級的分業がおこなわれていた。また、当時ほとんどの産科医は男性であり（注：現在のフィンランドでは産科医は男女比率はちょうど半々くらい）女性の陣痛と出産につきあう、ということに、男性である産科医が興味を持つことはなかった。

社会的産科学

30年代に、これらの状況を背景として **Social Obstetrics** と **Scientific Obstetrics** という概念が登場する。いわゆる医療としての産科学、は、科学的産科学、とよばれ、産科医の担当する分野である。一方、妊娠、出産は、医療の分野のみでは理解できない、社会的、文化的な出来事であり、ソーシャルケア、という生活の側面をも含めて、多角的、継続的にケアしていくべきである、というのが社会的産科学の考え方で、これは助産婦の担当する分野となる。フィンランドのみでなく、スウェーデンでもつかわれているらしい。北米やイギリスでよく使われる“助産のパラダイム”よりも、“社会産科学”は広い概念である、とフィンランドでは理解されている。妊娠、出産のケアは、科学的産科学と社会的産科学のどちらがかけても、よいケアはできないという認識がこの時代には一貫してフィンランドの母性保健サービスの根幹にあったようである。当時フィンランドはアメリカのロックフェラー財団や社会学者 **Theda Skocpol** らの公衆衛生思想の影響も受けており、“社会的産科学”と“アメリカの公衆衛生思想”がくみあわさって、フィンランドのヘルスケアとソーシャルワークのシステムができあがっていったといわれている。

当時は、産科学自体、医療介入を促進することはなかった。医療介入は婦人科領域のことであり、産科はできるだけ医療介入がない方がよい、という認識があり、この理解が助産婦に十分な仕事の領域を確保させることとなった。科学的産科学と社会的産科学をとともに重要視することが、産科医と助産婦の役割分担ともなっていた。

60年代からの変化と社会的産科学の否定

1960年から70年代にかけて、技術革新とともに、産科学は医療介入志向を強めていき、出産の施設化が社会政策として進められた。貧しい社会からの脱却という近代志向と、技術革新への信頼が、出産の大規模な施設への集中と医療化につながっていく。フィンランドでは、助産婦による自宅出産、小さな助産所での出産が一举に大規模施設へと移っていき、小規模な病院の必要性は議論されないままにおわる。60年代は、様々な形で生活の質の向上がみられ、それとともに妊産婦死亡率、乳幼児死亡率は急速に低下していく。当時の若い世代の産科医は、新しい大規模施設の病院のシステムこそがこれらの指標を下げた、と信じ、助産婦を継続的で多角的に女性をケアする社会的産科学の担い手というよりも、病院で出産のケアをする職種、という狭い意味での助産の概念を持ち始め、

この概念が政策決定者にも影響をおよぼしていったと思われる。

60年代当時、フィンランドの地域レベルでは、助産婦、公衆衛生看護婦、G P（一般医）がそれぞれに活動していた。このころ地域のプライマリーレベルのケアを担当する保健センターをつくる構想がたちあげられたが、そこでは、別々に働いていた3職種を統合する形で保健センターを作り、母性保健サービスを一般保健サービスの一部として扱い、公衆衛生看護婦に産前検診を担当させることが提案されていく。これは、妊娠、出産を多角的、継続的ケアによる社会的産科学アプローチですすめることの否定であった。助産婦はこのようにして、社会的産科学の担い手から、病院出産の出産ケア提供者、と認識されるようになり、いわゆる“助産パラダイム”（ここでは社会産科学）による働き方から、医療サービスの一部として機能させられることとなる。フィンランドにおける妊娠、出産の継続ケアの否定の始まりであった。

プライマリーレベル保健センター（妊婦健診担当）

フィンランドの現システムでは、女性はすべての産前検診を地元のヘルスセンターで行わなければならない。産前検診は、以前は助産婦が担っていたが、1970年代にはじまった公衆衛生規則により、公衆衛生看護婦（保健婦）が助産婦にとってかわるようになった。

女性は産前検診をヘルスセンターで受け、出産は、病院で、産後のケアはまたヘルスセンターで、というかたちのケアを受け、継続性はない。妊婦健診は地元のヘルスセンターで、出産は、地域の産院の中で選ばなければならない、女性の選択の幅はかぎられている。ヘルスセンターと出産する病院との間のコミュニケーションをよくし、女性にとってなるべく病院になじみを持つような努力はされている。女性は妊娠18週での第二回目産前検診の際には、出産する病院を自分で決めなければならない。病院を決めた後、妊娠中に少なくとも一回は病院を見学する機会がある。病院が見学ツアーをくみ、夫婦ででかけることがおおい。出産後は、ヘルスセンターに連絡がきて、産後ケアはヘルスセンターのスタッフがあたる。少なくとも一回は、ヘルスセンターに勤務する保健婦、助産婦が家庭訪問する。

我々が訪問したヘルシンキ市内の Arpiharju ヘルスセンターは、築後12年、2名の助産婦と2名の保健婦、および妊婦健診担当のG P (General Practitioner 一般医) 2名、その他のG P 6名が勤務している。現在急速に助産婦のいるプライマリーレベルのヘルスセンターはなくなってきているが、ヘルシンキ市内ではすべてのセンターにすくなくともまだ、一人は助産婦が勤務している。Arpiharju ヘルスセンターの婦長は、ヘルシンキの現助産婦学校がポリテクニクとして1999年に統合される前に市内に13あった助産婦学校のうちの一つの校長をしていた人であり、助産婦活動の推移にくわしい。“健康責任論”

(Use of Concept of Health Responsibilities) 導入に伴い、保健婦が産前検診をすることになったとき、助産婦と女性の間から大きな反対運動が起こったが、システムとしての変

更があったため、反対運動は功を奏さなかった。(フィンランドでは、女性に選択の余地はない。)助産婦としては、母子保健の担い手として大きな自信を持っており、保健婦の産前検診導入によって、ケアの質が落ちることを懸念したが、結局は優秀な保健婦が助産婦の指導の元に育ってきている状況にあり、女性たちからもさしたる不満はでないようである。現実に見学したセンターの保健婦も生き生きとはたらいており、助産婦との関係もよいということであったが、継続ケアができないこと(これは、保健婦が産前検診に参入してくる以前からの問題)についての問題意識は助産婦側からは明確に感じられた。

婦長は「フィンランドのヘルスシステムは紙の上では最高にみえるでしょう。すべての指標も世界で一番優秀な国の一つです。でも、現実には最高というにはほど遠い複雑な多くの問題を抱えています。システムの上で、女性たちが、“わたしの助産婦”を持つことができるような継続ケアができないことはもっとも大きな問題の一つです。それでも、母子保健指標がいいから、変化につながらないのですね。」と話す。本質的な出産のケア、助産のパラダイムによる丁寧なケアは、現在使用されている短期的指標ではおしはかれないものである、という議論をした。

Arpiharju ヘルスセンターには、月平均約125名の妊娠女性のケアをしている。第一回目検診では、だいたい一時間、2回目からは30分くらいの面談をしている。妊娠かどうかの判断はGPにまかされている。すべてのGPが妊婦健診をおこなうわけではなく、8名のGPのうち2名が母性保健に“担当”GPとなっている。超音波検診はすべての妊婦におこなっている。高血圧、高血糖、など妊産婦のリスク、42週以降の妊娠は、保健婦がみつけ、GPにレポートしGPが病院に紹介するかたちをとる。

Arpiharju ヘルスセンターでは、どのくらいの割合の女性を病院に紹介しているか、というデータはもっておらず、リスクを同定したら、そこからは病院のシステムにまかす、という姿勢がみられた。同時に我々との議論の中で、やはり、どのくらいの女性を紹介することになるか、というデータはルーティンでとらねばならない、と認識したといていた。

産後検診も保健センターが担当している。母乳保育に関する相談にもものっているが、母親たちは、出産した病院の持っている「おっぱいホットライン」という電話相談をよく利用しているようである。この電話相談は、病院助産婦によって行われている。産後の女性と赤ちゃんのグループ活動にも保健センターは場所を提供している。場所柄、低所得階層、若い学生などが多い。若い学生は保健センターを中心とした女性グループよりも、自分たちの若者中心のソーシャルネットワークを利用しているようである。

保健センターのサービスは全く無料ではない。GPに関しては、年3回までは一回60マルク(約1200円)を毎回支払う必要がある。GP訪問が年間3回を越えると、それ以上は無料となる。看護婦(公衆衛生看護婦、助産婦)のコンサルテーションは無料である。

フィンランドの助産婦

フィンランドの助産婦は2000年現在、全国に約4220人登録され、約2000人活動している。(一方、活動している産科医は584人、ヘルスセンターで妊婦健診に関わっているGP1950人、同じく妊婦健診に関わる公衆衛生看護婦は12941人)。助産婦のフィンランド語、Katilo (カティロ) は、“手”に由来する単語で、“手をつかって仕事をするひと”、という意味であり、助産婦たちによって誇りをもって使われている。フィンランド助産婦会のマークは「いのちの木」であり、大地に根を張った木がみごとに実をつけている美しい木のバッジを助産婦たちはいつも着用している。

フィンランドの助産婦は、医師の数の不足から出産の中心的役割を担ってきた歴史があり、1950年代からおこった出産の施設化においても、出産のケアの中心にいたのは、産科医ではなく、助産婦であった。また歴史的に地域の産婆はシステムの中の助産婦として活躍することはなかった。フィンランドの助産婦システムは、17世紀後半から、正式な形での教育が始まり、1940年代以降地域助産婦として医療システムの中で養成されてきた職種である。フィンランドの助産婦は、そういった意味で、はじめから、地域の産婆の伝統を継ぐ「女性とともに」ある職種、と言うよりは、出産の医療化を産科医とともに担ってきた医療職であるといえよう。そのような経緯から、助産婦は病院内で大きな力を持つようになり、産科医と対等な自然出産の担い手として位置づけられていく。数の少ない産科医は、リスクグループ中心の「産科医療」をおこない、正常産は助産婦が担う、という役割分担が病院内では明確である。研究者たちは、出産の医療化は産科医と助産婦双方が担ってきたことを指摘している¹⁾。出産とともに、助産婦もまた、施設化されてきたといえよう。病院内で、大きな責任を持ってきた職種であったことから、自律的な助産婦の働きは、病院内の中で達成され、病院外の助産婦によるバースセンター（助産所）設立の動きは、助産婦側からも起こらず、また中央集権的なフィンランドのヘルスシステムの中でも考慮されることはなかった。

80年代半ばから、フィンランド助産婦は、他国の助産婦との交流、アクティブバースの流れ、などの影響を受け、90年代以降の出産を女性と家族中心の人間的なものとする中心的役割を担う。この動きもすべて病院中心で起こり、出産を地域のプライマリーケアへもどし、助産婦が継続ケアを提起することは、全体としては、なかった。歴史的に「施設化」「医療化」され、しかも医療パラダイムの中で大きな力を持ってきた助産婦の働き方から、助産婦本来の「継続ケア」への軽視があり、結果として、助産婦自体の活躍の場を病院出産のみに狭めてきた経緯があることをフィンランド助産婦会の中心メンバーたちは明確に理解している。研究者たちは以上のような経緯から、フィンランドの出産と助産婦の経験を世界的には特殊な例と、客観的に把握していた。

フィンランドの助産婦教育

1930年以前の助産婦教育は15ヶ月の病院ベースのダイレクトエントリートレーニングであった。1930年に助産婦教育は病院ベースから大学ベースに移り、2年の教育

となって、母性保健一般がカリキュラムに組み込まれた。当時の助産婦は病院と地域両方で働けるように教育されていた。

助産婦教育には1968年に大きな変化がおこり、助産婦は2年間の一般看護婦教育の後9ヶ月の母性看護の履修によって養成されるようになった。このような、助産婦教育の看護への統合により、1974年から1984年まで、助産婦という名称は、消えてしまうこととなる。1984年にフィンランド助産婦会はやっと、助産婦という名前と、助産教育を取り戻すことができるが、看護教育の上に助産教育を積み上げるシステムを変更することはできなかった。

現在、EUでは、ダイレクトエントリー助産婦（ヨーロッパにおけるほとんどの助産婦教育）は3-4年、看護助産婦の場合は4年半の教育年限を、基準として定めており、フィンランドはこれに従って、看護教育を3年半、それに引き続き1年間の助産教育をおこなっている。助産婦になるためには40例の出産、100例の産前検診、100例の新生児ケアの実習を行わなければならない。現在は、看護の入学試験の段階で、一般の看護婦と助産婦を分けているので、少なくとも「助産婦になる意欲のある人だけが4年半の助産婦コースに入ってくる」状況には、なっている。看護婦と比べ、助産婦は常に人気の高い職種であり、助産教員の間では、助産学生は優秀な学生を選抜できているという意識がある。

フィンランドでは、助産婦教育はポリテクニクレベルで行われ、現在、7校が助産婦教育が行われている。ヘルシンキには、2校あるが、そのうち一校は隔年に20名の学生をとるにすぎないスウェーデン系の学校なので、現実には、STADIA とよばれるヘルシンキポリテクニクが助産婦教育に当たっている。STADIA は助産婦学校付属産院に隣接しており、十分な実習を行うことができる。STADIA には年間約70名前後、通算でだいたい250名くらいの学生がおり、中には40-50代の女性も混じっている。

助産婦会にとって、助産婦教育をダイレクトエントリーに戻すことは、常に懸念の事項であったが、現実には助産婦の数が多いため、看護婦として登録することによって雇用を確保する、という状況から脱することができず、看護助産婦教育がつづいてきている。フィンランドの助産婦はシステム上からも、教育上からも、医療化のなかの助産、というやり方から抜け出すことができないというジレンマがあるといえよう。

STAKES について

STAKES には院長と副院長が二人おり、副院長の一人はヘルスケア担当、もう一人は社会福祉担当である。コンチネン副院長は、ヘルスケア担当のかたである。もともとすべてのフィンランドの保健医療を監督する機関であった National Board of Health が地方分権化とともに、監督機能をうしない、リサーチと開発部門として独立したのが STAKES であるとりかいてよい。独立特殊法人として機能している STAKES は各省庁、政治家、議員、各市町村、サービスプロバイダーなどに必要な情報を提供し、共同研究を行う研究機関と

して重要な役割をになっている

ターミサーリ病院

ヘルシンキから車で一時間のターミサーリ市は人口18,000人の70%がスウェーデン系住民、30%がフィン系の住民の住む美しい街である。病院はユニセフから「赤ちゃんにやさしい病院(BFH·Baby Friendly Hospital)」と認定された。フィンランドには、BFHはほかに2つあるがターミサーリが初めて認定された病院である。ヘルシンキの助産婦学校付属産院もBFHを目指してはいるが、まだとれていない。

フィンランドでお産の関係者と話をすると、「ターミサーリにいてごらん下さい。いろいろなことがずいぶん違うし、いいケアをしている」といわれた。ヘルスセンターで、ターミサーリの話を聞いたときは、出産に関する情報をインターネットなどを通じて十分検索しているような、“モダン”な女性はターミサーリを積極的にえらぶのだという。ターミサーリのBFHの名声は、メディアなどを通じて、あるいは、女性から女性へ口コミで広まり、地域で評判になっている。ターミサーリの話をしてくれた、ヘルシンキのヘルスセンターのチーフナースである **Sirkka Parpala** さんは、「男たちは、軍隊の経験を分かち合い、女たちは、妊娠と出産の経験を分かち合う」ということわざがある、と教えてくれた。赤ちゃんが産まれたときに小さなシャンペンを振る舞うなど、小さな工夫から、システム内での改革まで、様々なレベルの“フレンドリー”なケアを行っている産院である。

産科病棟にはいると、ほかの病院とはまったくことなる柔らかな空気が流れている。応対してくださった **Helena Hekurainen** さんは朗らかで柔らかな雰囲気の産科医で、開口一番、「わたしたちはほかの病院とはちがうパーソナルケアをめざしています」という。

年間約500件の出産をあつかうこの病院では、他の病院と異なり、明確に医療介入を最小限にする、という方針がある。助産婦たちは、「パーソナルな1対1のケア」を通じて、硬膜外麻酔の率をさげることに自信を持っており、全国平均40%、助産婦学校付属産院では60%におよぶ硬膜外麻酔率が、ここでは13%にすぎない。「よい出産のケアは、大病院ではできない。出産のケアは小さい施設であればあるほど、よいパーソナルケアができます。フィンランドの大病院へのお産の集中は、助産婦らしいよいケアのありようを忘れさせているのではないのでしょうか？私たちは助産の学生実習も受け入れますが、ていねいなケアを女性に迷惑のかからない状態で学んでほしいので、一度に一人の学生しか受け入れません。」ターミサーリ病院で一番長くはたらいている、という助産婦、**Gitta Holmberg** さんの言葉には、重みがある。

日本は何を学べるのか

1. システム全体として

フィンランドの中央集権的出産ケアをみていると、日本の出産の自由診療というシステ

ムの柔軟性について改めて認識させられるが、その一方、日本には出産のケアに対しての基準、方針、というものが欠如していることも痛感させられた。特に、第一次施設から2時施設への紹介の基準の明確さとシステム内のフィードバックを含めたコミュニケーションの良さの確立は、日本で早急に適用されるべき事項と思われる。

システムとして、継続ケアが否定され、パーソナルなケア（「私の助産婦」、「私の産科医」）も否定されているフィンランドであるが、各レベルにおける、ひとりひとりを大切にすケアと、明確なレファレンスの体系が質の高い出産ケアにつながっている。日本にある出産の選択肢の幅の広さを十分に活用しながら、ケアを提供する側の情報提供とレファレンス体系の整備を通じて、出産のケアをより向上させることができるであろう。フィンランドの出産ケアの現況を通じ、あらためて日本でより家族、女性を中心にしたお産を取り戻そうとしている動きがいかに重要であるか、を再確認することとなった。

2. 「家族中心」のケア

フィンランドで過去5年間に広く進められてきた産後の「家族部屋」は、日本において十分に検討する価値のあることと思われる。出産、産後の時間を父親をはじめとする家族とわかちあうことは、スムーズな家族のスタートのために必須である。フィンランド自体も家族部屋設置についてスペースの問題があり、全員には対応できない状態である。日本の文化をかんがみ、スペースが少なくすむ畳の部屋の利用なども考え、実際に畳の部屋を活用している開業医や助産所の経験から学ぶこともできるであろう。

3. Social Obstetrics

前述したようにフィンランドでは、医療パラダイムに対する助産パラダイムという言い方はせず、1930年から科学的産科学と社会的産科学という概念が使われていた。正常出産の担い手として、産科医と助産婦の双方が地域で活動している現在の日本の状況を考えれば、出産の医療化に対する女性中心、家族中心の出産ケアの促進にあたり、“社会的産科学”の概念の応用を考えることは、意義があることと考えられる。

4. 助産婦養成

助産婦養成学校付属産院、という助産婦のための正常出産の実習病院がある、しかもそれがフィンランドでもっとも出産数の多い病院である、ということからは、学ぶところが多い。40例の出産実習をこなす助産実習が、少子化のすすむヨーロッパの基準として定められていることは、質の高い助産婦を確保することへの政策的コミットメントを明確にしている。現在10例の出産実習もおぼつかない日本の助産教育の見直しが必須であると思われる。

5. 新しい母子保健指標