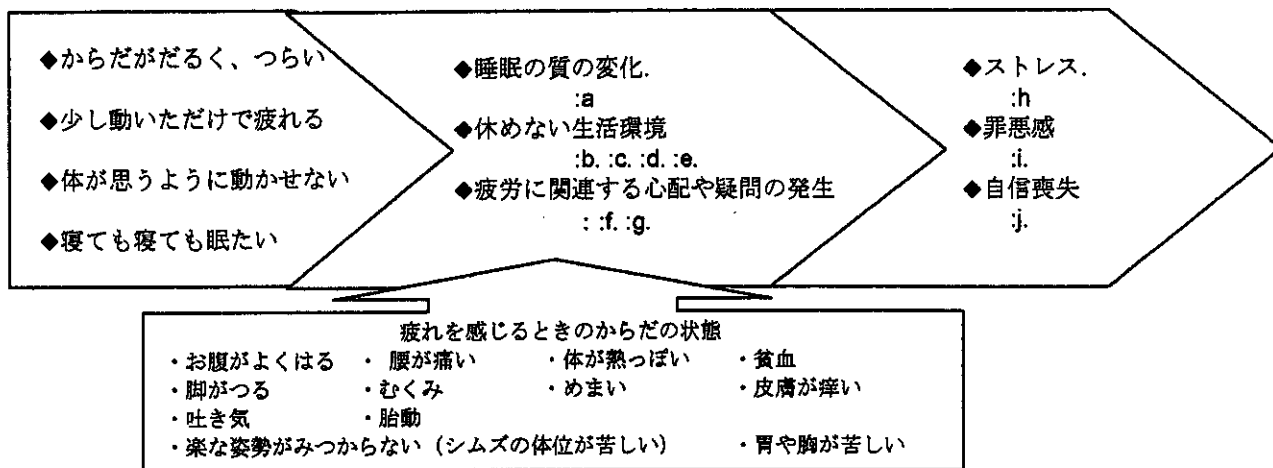


図 Q3-2 疲労に関する妊娠後期の妊婦の自由記載 (N=1280 中 77%に記載あり) の内容分析結果



a~jの詳細は表 RQ3-1 参照

表 RQ3-1 疲労に関して、妊娠後期の女性の代表的な意見 (N=1280 中 77%が記載) (抜粋)

疲れる原因とその状況	疲労に関する心配や疑問の発生
<p>妊娠に伴う睡眠の質の変化</p> <p>a. 睡眠の質の変化 すぐに目がさめ、熟睡できない 胎動がはげしく(痛く)寝付けない、目が覚めてしまう 横になると息苦しい 体は疲れているのに眠れない 夜中に何度もトイレに起きる 寝返りの際に痛く(大変で)、起きてしまう 出産が近づいているドキドキ感で目が覚める 朝起きるのがつらい 起きた時に疲れが取れていない 昼寝をすると夜寝付けない</p>	<p>f. 胎児への心配 妊娠前と変わらぬ生活で、もっとお腹の子を気づかうべきか 胎児に張り止めの影響がないか心配 横を向くとつぶしそうだし、仰向けはいけなといわれ熟睡できない どこまで休養してよいかわからない</p> <p>g. 自分の体力への疑問 睡眠不足で体調を崩すのではないかと心配 妊娠中だからだるいのか、だらけているだけなのか 出産に耐えられるか 体力が落ちるのではないかと 安静に、と言われたり、よく動くようにと言われ、戸惑う</p>
<p>休めない生活環境</p> <p>b. 子どもの世話 抱っこをしてしまう 上の子が過敏になっていて手がかかる 夜中に何度も子どものため起こされる 子どもの世話だけでぐったり 子どもの用事で、出かけなければならない 立って遊ぶことが多く、足がむくんだり腰痛になる 働き、家事、育児をしていったらいつ休めばいいのか</p>	<p>疲労のもたらす精神的影響</p> <p>h. ストレス 疲れてイライラし、ストレスがたまる 眠気をガマンする たっぶり眠りたいと思う 子どもにガマンをさせているのがストレス</p> <p>i. 罪悪感 昼寝をすることに罪悪感を持ってしまう 子どもにあたってしまう 周囲の人に迷惑をかけているのが心苦しい お腹の子には申し訳ないが、仕事があるので休めない 昼間ボーっとしてしまうのが自分でも嫌になる</p>
<p>c. 夫の世話 夫の帰宅が遅く、寝るのが遅くなって日に日に辛い 夫は仕事、仕事で助けにならず手がかかる 夫が不規則な生活であわせるで疲れる</p> <p>d. 仕事 仕事もものすごく眠くなる 長時間座っているのでむくむ 残業(自営業)で忙しく休めない 横になれない</p> <p>e. 周囲に気を遣う 同居しているので、姑に気を遣って横になれない 同居しているので家事の手抜きができない 夫(実母や姑)に手伝ってもらっているが、気を遣う</p>	<p>j. 自信喪失 赤ちゃんの世話をする体力があるか不安 産後の家事や育児がこなせるだろうか このままの睡眠時間だと産後心配</p>

図 Q 3-3 妊娠初期の悩みや不安 n=1507

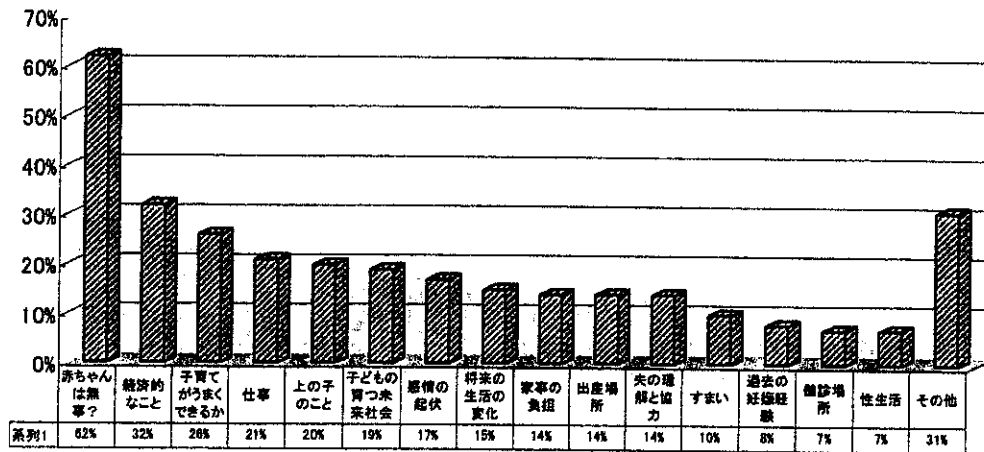


図 Q 3-4 妊娠後期の悩みや不安 n=1280

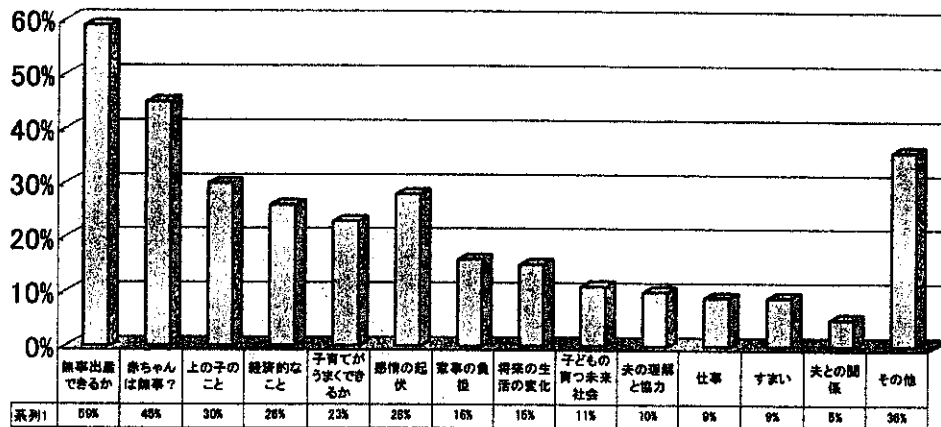
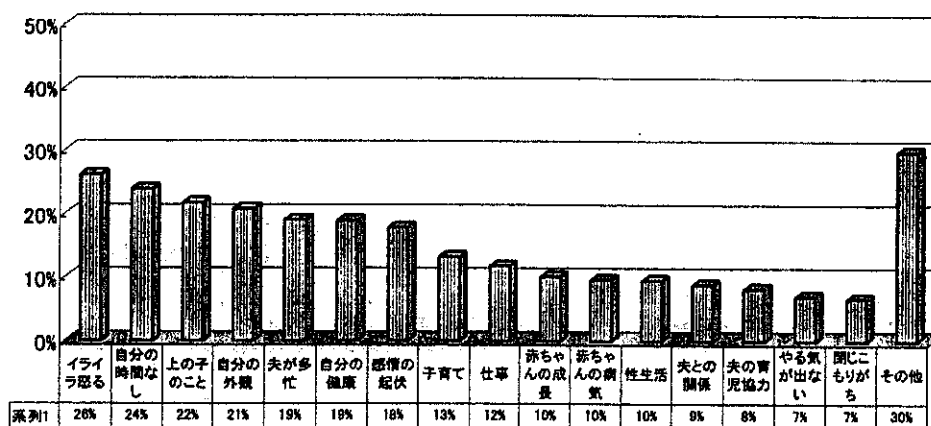


図 Q3-5 産後2-3ヶ月の悩みや不安 n=978



悩み不安

妊娠初期・後期と産後の不安は上記[図 Q3-3、3-4、3-5]にある通りだった。妊娠中を通して赤ちゃんの無事、上の子のことや、経済的な不安が上位に挙げられていた。感情の起伏が悩みだ

とする妊婦は、後期になると前期と比較して1割程度増えていた。また、出産を間近にひかえた妊婦の6割が、無事出産できるか、不安に感じていた。

授乳期のニーズ

授乳に関してのニーズは、心身を巻き込んで母親の育児経験ばかりでなく、児にも影響がおよぶため、特記する必要がある。産後1週間の時点で母乳（完全に母乳で+できれば母乳）で育てたいと考えている女性は出産場所別に病院（77%）、診療所（74%）、助産院（90%）、自宅（93%）だった[表 RQ3-2]。実際の授乳方法は、完全母乳率が産後1週間：1ヶ月時点で病院が38%：43%、診療所29%：40%、助産院69%：

77%、自宅が84%：93%で、最も希望がなかったのは自宅出産の母子だった。また、出産場所がどこであっても、退院後に母乳で授乳する率が上昇していた[表 RQ3-3]。

また、入院中の新生児の居場所と授乳間隔からみて、自宅/助産院では、より赤ちゃん主導に授乳がすすめられ、診療所と病院では施設主導型の授乳がすすめられる傾向があった[表 RQ3-4、表 RQ3-5]。

表 RQ3-2 希望する授乳方法（産後1週間時点）

項目	出産場所	病院	診療所	助産院	自宅	その他
	N	383	397	160	14	3
完全に母乳で	%	31.3	27.2	66.3	85.7	33.3
できれば母乳で		46.0	46.6	23.8	7.1	66.7
混合栄養(母乳・人工栄養の併用)		19.8	22.4	0.0	0.0	0.0
完全に人工栄養で		1.0	1.8	0.6	7.1	0.0
はっきりと決めていなかった		1.6	1.3	1.3	0.0	0.0
その他		0.3	0.8	0.0	0.0	0.0

表 RQ3-3 実際の授乳方法（産後1週間と1ヶ月時点）

項目	N	出産場所		診療所		助産院		自宅		その他	
		病院		1週間	1ヶ月	1週間	1ヶ月	1週間	1ヶ月	1週間	1ヶ月
		453	385	474	398	186	160	19	14	4	3
母乳だけ	%	38.4	42.9	29.3	39.7	68.8	76.9	84.2	92.9	25.0	66.7
おもに母乳の混合栄養		31.3	35.1	29.3	28.9	17.2	13.8	15.8	7.1	50.0	0.0
おもに人工栄養の混合栄養		24.7	16.1	36.9	22.9	9.1	8.8	0.0	0.0	25.0	33.3
人工栄養だけ		1.1	4.4	2.3	8.3	0.5	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0
その他		4.4	1.6	2.0	0.3	4.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

表 RQ3-4 産褥入院中（産後1週間まで）の新生児の居場所

項目	N	病院	診療所	助産院	自宅	その他
		456	475	185	19	4
手の届く範囲	%	46.5	57.3	91.4	94.7	50.0
新生児室		43.2	39.6	4.9	0.0	50.0
NICU		8.6	1.5	2.2	0.0	0.0
その他		1.8	1.5	1.5	5.3	0.0

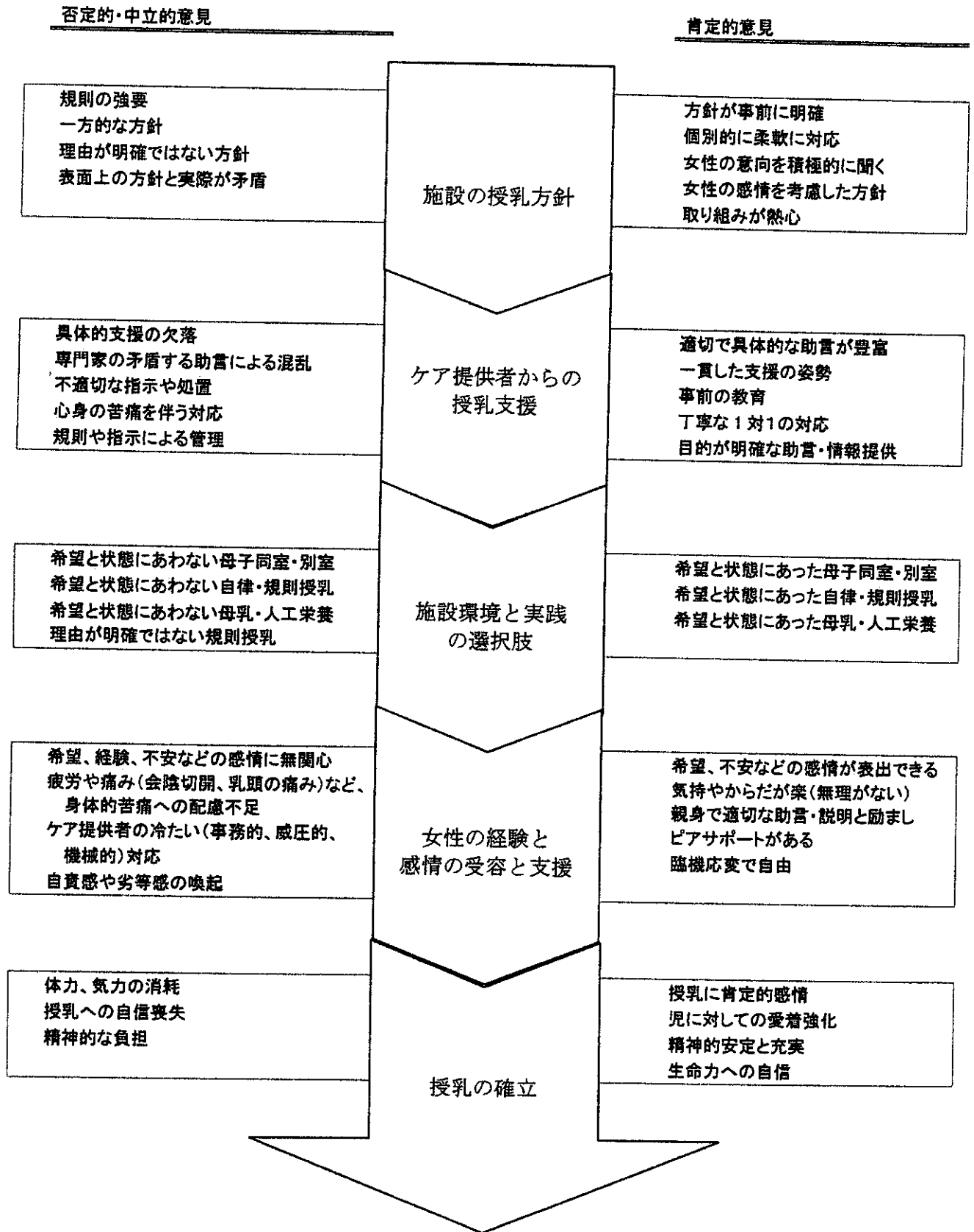
表 RQ3-5 産褥入院中（産後1週間まで）の授乳間隔

項目	N	病院	診療所	助産院	自宅	その他
		453	473	185	19	4
いつでも欲しそうにしているとき	%	39.3	40.2	85.9	100.0	50.0
時間を決めて		11.5	17.1	7.0	0.0	0.0
規則的な間隔で(3時間毎など)		46.6	41.4	4.3	0.0	50.0
その他		2.6	1.3	2.7	0.0	0.0

産褥入院中の授乳について、自由記載を内容分析したところ、からだの苦痛、気持ちの上での悩み、ケアに対する意見など、複合的な要素が見出された。成分のコード化による内容分析の結果、「授乳に関する施設の方針」「ケア提供者からの実践的な支援」「施設的环境と実践状況」「女性の経験と感情の受容と支援」が、それぞれ、女性のその時点での希望や身体的・精神

的狀態に適合している場合には、赤ちゃんへの愛情が増し、精神的安定と充実感がもたらされ、生命力への自信まで生まれてくること示された。一方、適合していない場合には、女性は授乳に否定的な感情を持つばかりでなく、その後の育児にも自信をなくし、精神的なストレスを感じることを示された[図 Q3-6、資料A表A-9]。

図 RQ3-6 入院中（産後1週間まで）の授乳について自由記載の成分分析（図解）N=1159 中 76%



産褥入院中（または産後1週間まで）、授乳に関して何か不安やわからない事があったときに「相談してよかった」とされた人は助産師で、助産師がいない環境では看護師だった。助産師のケアは少なくとも産後1ヶ月まで継続する傾向

向にあり、看護師のケアは退院後にぶつ切り途絶える傾向があった。また、専門家のケアが継続しない場合、実母や夫が相談相手となる傾向があった[表 RQ3-6]。

表 RQ3-6 産後1週間(1W)と、産後1ヶ月まで(1M)授乳などの悩みを相談してよかった人(上位2名)

項目	N	出産場所		診療所		助産院		自宅	
		1W	1M	1W	1M	1W	1M	1W	1M
		457	252	475	254	186	100	19	5
助産師	%	72.2	57.1	51.2	37.4	94.1	85.0	78.9	60.0
実母・夫/パートナー		23.4	56.0	33.5	66.2	35.5	33.0	0.0	80.0
看護師		44.2	15.5	63.2	17.3	9.7	2.0	0.0	0.0
他の母親		22.5	13.0	12.6	17.8	9.1	15.0	0.0	0.0
保健師		-	13.1	-	8.3	-	5.0	-	0.0
産婦人科医		13.8	5.6	17.1	11.0	2.2	2.0	42.1	0.0
その他		7.9	24.7	3.5	35.0	6.9	19.0	5.3	0.0

総合的な評価

妊娠後期には「お産に向けての自信」、産後1ヵ月以内には、「自分の状態や出産場所についての評価」、産後3ヶ月では「自分の状態についての評価」を試みた。「お産に向けての自信」は、出産体験記に描写されている「お産に向けての不安」要因を10項目抽出し、肯定表現に置き換えてSD法で数量化した。産後の項目は、同様に出産体験記と育児体験記をベースに訴えの多い(否

定的とは限らない) 要因から10項目を抽出し、同様にSD法で数量化した。

その結果、「我が子を愛せる」という1項目を除いて10項目中9項目(「母乳で育てられる」「お産が楽しみ」「子育てをやっていける」など)について、病院・診療所に通院している女性よりも、助産院に通院している女性の方が、有意に自信を持っていることが示唆された[表 RQ3-7]。

表 RQ3-7 妊娠後期のお産に向けての自信 (0:非常に自信がない~10:非常に自信がある [SD法]) (予定帝王切開者は分析対象から除外)

項目	健診場所	平均値	グループ中央値	標準偏差	U検定
実際にお産が始まったら、私には始まったとわかる	病産院	4.99	4.77	2.20	0.000
	助産院	5.82	5.61	2.40	
私は、お産の痛みを乗り越えられる	病産院	5.38	5.20	2.42	0.000
	助産院	6.46	6.56	2.57	
出産予定の場所では、みんなあたたかく支援してくれる	病産院	6.88	6.88	2.11	0.000
	助産院	8.53	9.15	1.93	
私のからだはうまくお産をしてくれる	病産院	5.28	5.16	2.45	0.000
	助産院	6.56	6.54	2.17	
私の赤ちゃんは、時みちて生まれてくる	病産院	6.05	5.94	2.24	0.000
	助産院	7.51	7.69	2.10	
私の赤ちゃんは無事元気に産まれる	病産院	6.67	6.61	2.15	0.000
	助産院	7.65	7.76	1.87	
私はお産をするのが楽しみ	病産院	5.48	5.41	2.67	0.000
	助産院	6.90	7.04	2.58	
私は生まれた我が子を、愛することができる	病産院	8.80	9.29	1.71	N.S.
	助産院	8.97	9.39	1.51	
私は母乳で育てられる	病産院	6.39	6.35	2.53	0.000
	助産院	8.00	8.64	2.29	
私は何とか子育てをやっていける	病産院	7.33	7.40	2.00	0.000
	助産院	7.96	8.25	1.96	

産後 1 ヶ月以内の評価で助産院・自宅出産者は、「赤ちゃんへの愛着心」「お産の満足度」「心身の状態」「出産場所の雰囲気」「出産場所のスタッフ」など、9項目について病院・診療所出産者よりも有意に高く評価していた[表 RQ3-8]。「幸福感」については両者に違いがなかった。全体的に見ると「精神的な安定」と「肉体的回

復」が低い傾向にあった。

産後 2~3 ヶ月時点では「心身の回復」「赤ちゃんへの愛情」「将来の見通しの明るさ」など9項目について両者の差がなかったが、「今の自分にあげたい点」については、病院・診療所出産者のほうが、評価が高かった[表 RQ3-9]。

表 RQ3-8 産後 1 週間~1 ヶ月時点での自分や出産場所についての評価 (0 点: 低~10 点: 高 [SD法])

項目	出産場所	平均値	中央値	標準偏差	U 検定
今の私の精神的な安定	病院・診療所	6.67	6	1.98	0.000
	助産院・自宅	7.4	8	1.91	
今の私の肉体的な回復	病院・診療所	6.57	6	1.83	0.000
	助産院・自宅	7.16	8	1.88	
産後の私の達成感	病院・診療所	8.12	8	1.86	0.000
	助産院・自宅	8.83	10	1.64	
出産した場所の雰囲気	病院・診療所	7.74	8	1.82	0.000
	助産院・自宅	9.12	10	1.4	
出産した場所の医療スタッフの態度	病院・診療所	7.96	8	1.74	0.000
	助産院・自宅	9.3	10	1.34	
入院中のスケジュール	病院・診療所	7.05	7	1.86	0.000
	助産院・自宅	8.7	10	1.72	
今の私の赤ちゃんへの愛着心	病院・診療所	9.14	10	1.41	0.000
	助産院・自宅	9.44	10	1.02	
今の授乳の状態	病院・診療所	6.91	7	2.23	0.000
	助産院・自宅	7.76	8	2.27	
お産の満足度	病院・診療所	7.96	8	1.96	0.000
	助産院・自宅	9.22	10	1.34	
今の私の幸せ度	病院・診療所	8.86	10	1.62	N.S.
	助産院・自宅	9.16	10	1.37	

表 RQ3-9 産後 2 - 3 ヶ月の自分の状態についての評価 (0 点: 低~10 点: 高 [SD法])

項目	出産場所	平均値	グループ中央値	標準偏差	U 検定
今の私の精神的な状態	病院・診療所	6.91	7.05	1.88	N.S.
	助産院・自宅	6.73	6.77	1.87	
今の私の身体的な回復	病院・診療所	7.23	7.34	1.85	N.S.
	助産院・自宅	7.06	7.23	1.99	
今の私の疲労度	病院・診療所	5.46	5.40	2.17	N.S.
	助産院・自宅	5.29	5.40	2.19	
身近な協力者の育児面のご活躍	病院・診療所	6.84	7.08	2.18	N.S.
	助産院・自宅	6.76	6.91	2.26	
日々の生活の充実感	病院・診療所	6.89	6.92	1.94	N.S.
	助産院・自宅	6.70	6.69	1.86	
経済的な状態	病院・診療所	5.87	5.92	2.08	N.S.
	助産院・自宅	5.67	5.80	2.11	
今の私の赤ちゃんへの愛情	病院・診療所	9.20	9.48	1.20	N.S.
	助産院・自宅	9.12	9.43	1.29	
家族としての将来の見通しの明るさ	病院・診療所	7.76	7.84	1.83	N.S.
	助産院・自宅	7.55	7.63	1.91	
今の自分にあげたい点	病院・診療所	7.17	7.23	1.79	0.002
	助産院・自宅	6.67	6.67	1.88	
この1年間の私の人間としての成長度	病院・診療所	7.02	6.85	1.78	N.S.
	助産院・自宅	6.71	6.67	1.75	

D考察

国営医療制度で知られるイギリス、およびイギリスの影響が色濃く残るオーストラリア、ニュージーランドなどの国々は、1930年代より常にマタニティケアの受益者からの評価と診療内容の現状調査を実施し、制度の企画や改善の材料としてきた。日本でも、このような大規模なニーズ調査が行なわれ、女性の意向に耳を傾ける姿勢に転換しつつあることは歓迎すべきである。

この調査により、妊娠・出産・産後の女性は妊婦として、あるいは母親として毎日の生活をどのように過ごすか、ということに専門家の導きや確認を求めていることが明らかになった。そしてケアの質に関して、産科医と比較して助産師に対する評価が高いことが明らかになった。

マタニティケアは、緊急医療や予防医療を必要とするため、従来産科医療の中に組み込まれてきた。しかし医療現場はそもそも、治療のために社会生活がある程度犠牲になることはしかたがないとする考えや権威ある専門家に患者が従う、といった図式が色濃く残る、比較的一般社会から隔離された特殊な場である。

一昔前までは、地域共同体や世代間の交流があったので日常生活のことに關しては、自然に助言、確認、支援が行なわれてきたと思われる。そのため医療の役割が病理の早期発見と治療、および予防医療としての指導中心であっても大きな問題はなかったかもしれない。しかし、現在の核家族社会、地域共同体の結びつきが希薄な都市型社会を反映して、妊娠・出産・育児の智慧の世代間の伝承は少なく、妊婦の母親世代はすでに産科医療に組み込まれて妊娠・出産をしているため、妊婦と妊婦の母親世代の双方が医療を頼ってくるのが現状である。

女性は、妊娠・出産・育児期に厳しい環境におかれる。妊婦や乳幼児を持つ女性は、妊娠・出産・産後の女性について概して理解のない社会に住み、家事や育児、夫の世話に追われている。さらに、必ずしも配慮の行き届かない職場環境で仕事をこなしており、妊婦健診や出産準備教育のために時間を割くことさえ思うようにならない。(仕事を持つ女性は産休まで、じっくり自分の体や赤ちゃんのこと、将来の子育てのことに思いを馳せる余裕がない。)実際に妊娠するまでは妊娠・出産の話題や現実に触れることがほとんどないため、妊娠してはじめて、様々な心身の変化に直面して戸惑いを覚える。

こうした状況の中で、疲労感ひとつをとってみても、どのように解釈・対処すればよいのかがわからず、精神的なストレスにまで至る過程が本研究で明らかになった。妊娠・出産中の検査・処置・投薬の十分な説明などはもとより、ごく普通の日常生活の細部にわたり、そして、

多様化しているライフスタイルにそれぞれ個別に合ったケアが必要とされている。

また、従来女性の主体的な妊娠・出産・産後のケアへの関わりへの欠落が指摘されてきたが、本研究では主体的な関わりを持つための過程の一部が明らかになった。第1ステップは自分の状態をどのように理解しているのかわからない状況から、まず、それがわかるために、妊娠・出産・母乳育児や赤ちゃんについての知識を提供することだった。それも、更なる不安材料とならないように、体験談や先輩と交流、ピアサポートなど個人差が当然とされる遊びとゆとりのある知識と期待を提供できるよう、毎回の健診の場と社会資源の活用、参加/交流型の出産準備教育などの工夫が必要だろう。第2のステップは、医療/ケア提供者についての情報を詳細に提示し、第3ステップは実際にケア提供者と自分の心身の状態について話し合いを十分にすることだった。そのうえで納得できる選択と意志決定を、ケア提供者とともに行なうことが満足な結果につながっていた。現状では知識の提供、ケア提供者/施設に関する情報、ケア提供者との話し合い、の全てのステップに必要な要素が不足していた。

本研究で明らかになったように、入院中の授乳形態や母子同室などに関して、事前に情報がなく、施設の本気な方針に流されるまま育児期のスタートを切ると、心身の回復状態や赤ちゃんへの愛着心、授乳の状態にまで影響する可能性がある。そのため、むしろケアの提供者から、女性の主体的な関わりを積極的に促す必要性があり、その対策としても妊婦の状態を専門的に診断することができる上、相談がしやすい助産師の継続的なケアが望まれている。

現状では、自分の状態に関して、ある程度正しい認識を持ち、出産施設やケアの内容に関する情報を、自らの熱意でかき集めた人々に限って、主体的で積極的な意志決定が可能であり、本研究からそれは、助産院や自宅出産を希望する人々に多かったことが示された。

ケアの提供者としては、上記を反映して、従来好ましいとされてきた権威ある専門家の評価は下落し、親身で温かく、丁寧な支援を提供する専門家が非常に高く評価されていた。また、実際に助産師の継続的なケアを受けた女性たちの妊娠後期における自信と、慣れない育児で最も精神的にも試練の時期とされる産後1ヵ月以内の自己評価、および出産場所への評価は、それ以外に比べて有意に高かった。また、産後1ヵ月時点での授乳形態が、希望通りになる比率も、助産師ケアを受けた人に高かった。看護師のケアは産褥退院後、急激に途絶える傾向があり、入院中は良好だった女性の評価も、退院後

は低迷する傾向がある。このため、妊娠・出産・産後の全ての時期に助産師ケアが提供されることが、ヘルスプロモーション、女性の主体的なかかわり、育児支援の観点からも重要であると考えられる。

以上から、次のことがマタニティケア施策に組み込まれることが期待される。

- 1) 1対1の継続的なケア
- 2) 全ての女性が助産師のケアを受けられるようにする
- 3) 医療情報、ケア提供者の情報を詳細、かつわかりやすく開示する

さらに、ケアの内容については、以下のことが期待される。

- 4) 妊娠・出産・母乳育児や赤ちゃんについての教育の場（出産準備教育）を充実させ、魅力あるものにする
- 5) 女性に優しく温かい支援の姿勢が徹底するようケアの提供者の質の向上をめざす
- 6) 女性のその時の状態や希望により、柔軟な対応ができるよう施設方針や規則を見直す
- 7) ケアの方針・規則や行なわれる処置・治療に関しては、十分に納得の行く理由の説明や、長所ばかりでなく、短所の説明を徹底する。
- 8) 日常生活（食事、休養、運動など）につい

て、個別的で親身な助言を行なう。

今後の研究課題とは、以下が考えられる。

- 1) 1対1の継続ケアの実現のシステム作り
- 2) 質の高い助産師の確保のためのプログラム
- 3) マタニティケアの提供者／施設評価のためのツールとシステムの開発
- 4) 医療の開示情報等が女性に確実に行き届くためのシステム作り
- 5) 具体的に日常生活の支援のためのノウハウ開発
- 6) 魅力ある参加・交流型の出産準備クラスのプログラム作り

*付記:Part Iの協力研究者は、以下の通りです。
松岡恵 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科
中村和恵 国立病院岡山医療センター小児科
アンケートに時間を割いてご回答くださり、返送してくださった方々に、心からの謝意を表します。

また、質問表作成に関して下記の諸氏に多大なご助言とご協力を賜ったことを記して謝意を表します（敬称略）。

Jo Garcia、三砂ちづる、福井トシ子、涌谷桐子、金森あかね、水井雅子、越山茂代、高橋万由美、青野敏博、竹内美恵子、高田昌代

Part II 女性が求める妊娠・出産・産後のケアのしくみに関する研究

B 研究方法

フォーカス・グループセッション(焦点集団面接)

実施時期・場所 2003年2月 東京

参加者 選考の基準を 1.全国展開のボランティア活動を3年以上 2.妊娠・出産・育児期の各時期に深く関わり、とし、複数の市民グループネットワークおよび妊娠・出産・育児に関わるメンバーリストの中から子育て経験のあるメンバーに研究の主旨を説明し、参加の同意を得た。その結果、全国展開のサポートグループから7名（妊娠・出産関連2名、育児関連から3名、母乳育児関連1名、特別なケア関連1名）と妊娠・出産・育児関連の報道記者1名の合計8名が対象者となった。

(対象者のお子様は2ヶ月の乳児から19歳までの年齢層で、うち3名は、特別なケアを必要とし、1名は亡くなっている。)

セッション ファシリテーターは事前に質問の概要を参加者に送り、当日は緊張しない雰囲気を作心がけて、半構造質問形式で自由な発言を促した。

分析方法 3時間のセッションはMDに録音し、逐語起こしをして後、参加者にメールで送信。各自、自分の発言に関して追加・訂正の加筆がされたものを分析材料とした。成分を抽出した後カテゴリ分けをし、分析結果をさらに参加者に送って、分析結果と各自が経験したセッション内容とに整合性があるか意見を求め、了承を得た。

倫理的配慮 プライバシー保護のため、個人名を番号化処理し、固有名詞は特定できない形で表現した。

C 研究結果

1. 女性の求める妊娠・出産・産後のケアシステム(以下、セッションから代表的な意見の抜粋は「」で記載する)

マタニティヘルス/ライフ支援システム

女性は「妊娠・出産は基本的に病気ではない」と感じている、ということが明らかにされた。現に、「保険が適用されない高い医療費を払いながら、「健診施設を一步離れば、電車で席も譲ってもらえない」冷たい社会が待ち受けている中、妊婦や母親は「家事や育児や仕事をしながら日々の生活を営んでいる」。妊娠・出産・産後の医療ケアの現状は、そうした女性の感覚から大きく乖離し、「施設内部」のこととしてとらえられ、「病気の早期発見と治療」、さらに「病理発生を想定しての過剰な医学的管理」によって、防衛医療の領域にまで入っていることが女性たちの批判的となっている。

妊産婦は心身の大きな変化に直面するばかりでなく、子育てが待ち受けている。「健康で幸せな家族生活を営める」よう、「妊娠中から産後まで生活レベルまで踏み込んで支援する」、「継続的で地域に密着したケアシステムが必要」とされている。すなわち、従来のように病気に焦点を当てて診察し、患者の保健指導にあたるという医療では、「システムの的にケアの受け手が受け身になり、従順を要求され、その経緯や結果を正当化するところの動きがある」、と感じていた。しかし、「女性はその後の育児に備え、自分と赤ちゃんの健康は自分で守る、という積極的な意識」を養っていなければならない。

女性の求める妊娠・出産・産後のケアは「健康」に焦点をあて、個々の女性の意志決定のために適切な情報とところのケアを提供し、社会資源も導入して妊産婦のセルフケアを支援するものである。

そのような支援を受けて出産した女性は、「それまで気づくことのなかった自分のからだの力に気づき」、「子どもへの愛情をとおして、自分と社会」、「自分と上下世代間の連綿としたつながりや、地球規模の環境について考えたり」、「健康的な生活習慣など、生活の質や育児を自分で考えるようになる」。

「思春期から更年期に至るまでの女性の、病理ではなく保健に焦点を当て、低リスクの出産施設にもなる家庭的な生活モデルのセンターが各都道府県に設置され、ケアの拠点となることが理想である」。

長期的視点で「ヘルスプロモーションに貢献する」、このシステムが稼動するには、サラ7つのサブシステムの整備が必要で、「国による積極的な介入によって可能である」と考えられていることが浮き彫りにされた。

1) 1対1の個別継続ケアシステム：

「ここを開いて話せる、信頼できる助産師による心身のケアは、女性がケアを受ける場やリスクの高低に関わらず必要である」と女性は感じていた。個々の女性の「背景をふまえ、生活レベルまでのニーズや不安」や「選択に丁寧に耳を傾けることこそ、妊産婦と母親に対する最大のところのケア」であり、「適切なケア提供者や情報につなげることによって、女性の意志を尊重したケアプランの作成ができる」。それは分断されたケアでは不可能である。「助産師職能の自主的な努力」と「他の専門職や施設の協力」と共に、「すべての女性に担当助産師がつくことを制度として確立してほしい」。それまでは国の主導のもと、制度変革が必要であろう。

2) バックアップシステム：

「どこで妊娠・出産ケアを受けたとしても、迅速で効果的な高次病院との連携」や、必要であれば「紹介と搬送が可能」となることが、「安全と安心の確保につながる」と考えられていた。「搬送する際には、母子共に受け入れられることが必要」。

「開業助産師の嘱託医制度は実質的には意味がなく、廃止すべき」だが、「地域の（緊急）搬送や連携システムに開業助産師を必ず組み入れることが必要」である。全国各地のシステム完備までは、積極的なモデル地域の推進など、国の支援策が必要であろう。

3) 医療関係者のクオリティーコントロール(質管理)・システム：

「全国どこに行っても、不安のない良質な医療とケア」を女性たちは切望していた。そのため「ケア提供者である産科医、助産師、看護師、保健師の知識、技能と資質の維持・向上のため、再教育の義務化が必要」であると感じている。また、「それは利害関係の絡みやすい企業の支援ではなく、職能毎の自主努力に任せるのでは不十分」で、「国からの支援で制度として立ち上げ、職能毎に維持していく事」が必要である。

「3年毎には、免許停止や剥脱も視野に入れて」、「臨床成績、ケアの受け手からの評価を含めた評価と免許更新が必要」である。

4) 社会資源支援システム：

妊娠・出産・育児関連の自主活動にたずさわる人々は、「熱意と善意だけでは、これまでのような活動維持が無理だ」と感じていた。しかし、その努力にもかかわらず、「貴重な情報は、それを必要としている人々には行き届かない」。「特に意志決定や選択の際や困難に直面した際、迅速に適切な情報とピアサポートが提供されることが必要である」。そのため、「全国レベルのサポートグループと、サポート活動、出産準備教育活動について、民間の活動を活性化するため

の支援制度を国や自治体に設けるべき」である。
「例えば母乳育児支援のためのフリーダイヤル電話相談などは、国からの支援で積極的に開設すべきである」。

さらに「各団体の持つ情報概要と連絡先に関するの情報収集と情報提供の統括を担うセンターが必要」であり、「各地の情報提供窓口（保健センター、区役所、各医療施設）が、円滑に行き届いた情報提供ができるように、窓口の対応のノウハウも含め、指導と情報提供にあたるようなリエゾン機能を持たせることが必要」であると感じていた。

5) 医療施設のレベルアップ（質改善）システム：

女性たちはケア内容について「提出した苦情が、ケア改善のために役立てられていない」と感じていた。「苦情が第3者機関によって収集、分析、処理され、さらにその情報が、各施設のみならず職能団体や一般に公開されて、確実なケア改善の努力につながる必要がある」とある。

また、「医療モデルから健康・生活モデルの施設に改善するための施設整備費用についても国からの積極的な助成が望まれる」とされた。

6) ケアの受け手の声が反映されるシステム：

女性たちは、「そもそも妊娠・出産・産後のケアに関わるあらゆる企画・決定が、受け手の女性不在で行なわれている」ことに疑問を感じていた。「行政機関、地方自治体、各専門職能団体、各産科や助産施設の方針やシステムの企画や決定には、必ずケアの受け手の女性の意見が求められるよう」、システムに組み込まれる必要がある。望ましいケアの構成要素を探索して改めて内容分析をしたところ、以下の要素が抽出された

7) マタニティケア無料システム：

「妊娠・出産・産後の大部分の医療費は、病気ではないので高額」であり、その「負担は大きいのかかり」、「欲しくても次の妊娠を思いとどまる」ことがあったり、「若年層が受診しにくい」と、女性は感じていた。「次世代を担う子どもの誕生と成長は、社会としても歓迎していることを、思いきりよく妊娠から産後のケアと児の18ヵ月健診までの医療費を総括して無料にすることで、示して欲しい」と感じている。また、「無料システムを導入することにより、適正な医療の基準が確立する」ため、現在女性たちが疑問を抱く、「不必要な処置が減少することが予想される」と感じている。

2. 女性の求める妊娠・出産・産後のケアの構成要素

望ましいケアの構成要素を探索し、改めて内容分析をしたところ、以下の要素が抽出された。

尊重：妊娠・出産・育児に関して、「女性は専門家とは対等な力関係」にあり、「女性の意見・希

望・選択は最大限に尊重される」。

支援：「リスクに関わらず」、「患者ではなく、生活者として生活全体に渡っての支援」を受ける

継続ケア：妊娠から産後まで、「助産師による継続的で個別的な（1対1の）ケア」がある

適切な医療：「どこで産んでも適切で良質な専門家のケアと医療機関のスムーズな連携がある」

情報の普及：「必要な情報は、女性の熱意や努力の程度に関わらず、必ず手に入る」

社会資源活用：「ニーズに応じ、役立つ地域制度やサポートグループに、つないでもらえる」

無料：支払い能力に関わらず、「妊娠から産後のケア、児の健診の医療費は公費で負担」する

3. システム稼働の為に、女性が専門職能団体に向けて求めること（抜粋）

マタニティケアのシステムが整っていても、前提条件として、求められることがある、として専門家団体に向けての要望が挙がった。一部を抜粋する。

1) 産科医の職能団体に求めること

女性のニーズにこたえる

- ・ニーズに応じて経営改善しよう、との認識を。
- ・余分な医療費を使わないように自主努力を。
- ・医療サービスと成績、ケア内容がひと目でわかるように工夫し、情報の公開を。
- ・働く妊婦の便宜の為に夜間診療、待ち時間を減らすための工夫を（電子メールの利用や電子カルテの導入など）。
- ・女性の考える「いいお産」「安全なお産」「快適なお産」の持つ意味について、掘り下げて把握して欲しい。勝手な解釈は困る。
- ・助産師の積極的な活用を考えて。
- ・アメニティーの充実よりも、サービス内容の充実を（育児を丁寧に教えるなど）。
- ・自分のからだに自信が持てるようなケアを。

基本的な資質・知識・技能の改善

- ・権威的な考えや、姿勢からの脱却を。
- ・医師の技能と知識、資質の向上の為に再教育と評価に基づき、免許の更新をすべき。
- ・苦情は個々の問題ではなく、職能やシステム全体の問題であることを考え、職能団体として改善努力に結び付けるように。
- ・医師と女性は、対等な関係にある。
- ・医師と助産師は、対等な関係にある。
- ・こころ、生活、仕事も持つ女性を人間として扱って欲しい（「母体」と言わないで）。
- ・健康な妊娠・出産では、万一の時の為のバックアップの立場を貫いて。
- ・よい医師の存在は、よいマタニティケアのカギを握っている

2) 助産師の職能団体に求めること 母子のためにより積極的な活躍を

- ・助産師が他の専門職と対等に発言できるように、職能団体がバックアップを。
- ・すべての女性に助産師による継続ケアが可能となるよう、人材育成、ケアの質の向上に職能団体として戦略を作成して取り組んで。
- ・助産師の熱心な働きかけは女性の人生観や価値観を変えるきっかけになることを認識して、積極的に女性に関わって欲しい。
- ・大施設でも、助産師が顔の見えるケアをして。
- ・助産師は女性のために、自信を持って発言を。
- ・助産師の職能が、どの場においても十分に発揮されていないことは問題。

基本的な資質・知識・技能の改善

- ・ケアの形を人に当てはめるのではなく、一人の女性が何を考え、何を求めているのかに常に立ち戻って、ニーズにあったケアをしていくことの大切さを認識して。
- ・情緒的対応や、上からの指導はやめて欲しい。
- ・ケアの内容や予測可能なプロセスについては、女性の判断材料となるように、データと根拠を持ってしっかり説明を。
- ・助産師の技能と知識、資質の向上の為の再教育と評価に基づき、免許の更新をすべき。
- ・リラックスなどの快適性は安全につながるものだと研究で明らかにして欲しい。
- ・看護師と助産師は全く別であることを明確にしてほしい。

ニーズにこたえる

- ・女性が安心してこころを開ける場を提供して。
- ・妊娠から産後までの1対1の継続ケアを。
- ・自分のからだに自信が持てるようなケアを。
- ・リラックスできる家庭的な場は、セルフケアの意識も喚起するので、全国どこにでも必ず質の保証された助産院があるよう、努力して。

D 考察

妊娠・出産・育児に関する医療は、健康な女性の健康な生活に関わる部分であり、ほかの疾病を対象とした医療とは本質的に異なり、特別な心身のケアが必要だと考えられていることが今回の集団面接で明らかになった。

さらに、妊娠・出産・産後のあらゆる場面で、生活レベルにまで行き届いたケアを提供できるのは女性の立場をよく理解できる上、医師と対等な開業権と決定権のある助産師である、と考えられていた。にもかかわらず、一般的に助産師の存在が希薄であり、病院や診療所では十分に助産師の機能を発揮できないことが、それを知る者にとっては大変残念に受けとめられていた。

しかし、それは、妊娠から産後までの心身の変化にすでに理解があり、社会資源に関する情報も広く持ち、女性たちの率直な体験や感情を豊富に聞いている面接参加者が自律した状態か

ら言及できることであり、現在進行形で様々な不安を抱えながら医療ケアを受けている女性は、より医療に盲目的に従属した関係を作る傾向がある。そのため、今回の集団面接の意見は、ニーズ調査に大変重要な視点を加えることとなった。

妊娠・出産や子育ての時期は、女性が健康に非常に興味を持ち、健康のために実際に行動の変革をなす絶好の機会である。妊娠・出産・育児期の女性たちの求めている医療を提供することは、すなわち、女性たちの主体性を高めることである。健康を自らの手で勝ち取るという、主体的な意識を女性が持つことができれば、女性は子どもや夫など、家族全体の食事、生活習慣、価値観に影響を与えやすい。女性の健康を医療が支えることは、国民全体の心身の健康を支える意味があり、ヘルスプロモーションの基盤を作ることにつながる。

今後の研究上の課題としては、ここで提案されたマタニティヘルス/ライフ支援システムのために必要な人的資源の確保と教育、効率的な医療経済、医療施設や医療者の質の評価方法などのツール開発が考えられる。それも、全て女性の視点を、女性に直接問いながら進めていくことが望まれる。

*付記：Part II の協力研究者は以下の通りです。
 松岡恵 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究所
 高橋万由美 母乳育児支援ネットワーク
 伊藤恵美子 NPO 法人自然育児友の会
 加納美紀 ジャーナリスト
 古賀敦子 自宅出産ねっとわーく
 栗原美幸 子育て支援サイト 子育てワハハ
 斎藤美幸 福島子育て情報ネットワーク
 堀田彰恵 SIDS 家族の会南関東支部
 水戸川真由美 いいお産の日プロジェクト/NPO
 法人日本ダウン症ネットワーク

焦点集団面接参加者の、貴重なご意見とご協力にこころからの謝意を表します。また、研究の手法とまとめに関して高田昌代氏の貴重なご助言を賜りました。記して謝意を表します。

Part III 女性のニーズを反映したマタニティケア・システム

ニュージーランド (NZ) の現地調査

B 研究方法

NZクライストチャーチ市とオークランド市に赴き、ケアの提供者と受益者へのインタビュー、プライマリから高次施設までの各種施設訪問 [Part III 資料 表 7] を行なった。関連文献の検討を交え、受益者のニーズの反映されているシステムのモデルケースとして記述報告をする。

C 研究結果 D 考察

I NZ の母子保健施策の現状

ニュージーランドは、太平洋の南西にある島国で、日本の本州と九州を合わせた程度の面積に、人口およそ 384 万人が暮らす。(人口内訳ヨーロッパ系約 72%、先住民マオリ系約 15%、周辺の島々とアジア系の移民それぞれ 5%) 主要な産業は農業と牧畜業だったが、近年は林業、観光や水産業にも力を入れている。GDP は 1998 年に推定 US\$14000。失業率は 2000 年 3 月に 6.4% だった。

2000 年の男性の平均寿命は 75.9 歳、女性は 80.9 歳。ここ 20 年間にめざましいヘルスケアの向上がもたらされているが、1998 年には 65 歳以上の人口が全体の 12% を占め、50 年後には 26% になることが推定される高齢化社会が待ち受けている。日本同様、ニュージーランドの国民のヘルスプロモーションと、プライマリケアの充実が基本方針となっているが、それに加えて、少数派民族の権利と健康水準を高めることが課題となっている。

II NZ のヘルスケア概要

ニュージーランドの保健省は、医療と健康等に関する政策や予算の立案をするほか、モニタリングや監査の機能と役割が重視されている。Public Health and Disability Act (保健と障害法) により、実際には国の政策や方針に添って、地域保健委員会 (21 保健管区に分けた District Health Board) が、地域の特性にあった施策をすすめる。

医療従事者の数は、2000 年の数字で医師数が

8615 人 (そのうち 3166 人がプライマリケアを提供する一般医 GP、2653 人が専門医) であり、人口 10 万人あたり 217.5 人 (日本は 193.2 人、WHO) となっている。1999 年時点で看護師と助産師の総数は約 32200 人 (国民 1000 人に対し 9 人) である。

1999 年時点で産婦人科の専門医は 235 (実働 168 人のうち私的 private practice 142) 人で 15 歳以上の女性約 9030 人に 1 人の割合だった。また、6-9 ヶ月の産婦人科研修後の diploma 取得者である産婦人科認定 GP は 632 人であるが、実際に出産に携わる GP は、近年更に減少傾向にある。助産師数は 2002 年には約 4200 (実働約 2000) 人であり、約半数が病院内外で開業助産師 (independent midwife) として働き、残りの半数は公的または私的病院勤務 (Core midwife) である。

全国には産科施設が 87 あり、そのうち第 2 次 3 次施設は 24 ある。それぞれの施設から、詳細な年次報告が毎年出される。また、保健省に費用の請求をするため、全ての処置に関する明細が一定の様式に従って提出されるので、この情報が保健省でデータベース化されている (NZHIS: New Zealand Health Information Services と MNIS: Maternal and Newborn Information System)。施設単位、保健管区単位で業績 (帝王切開、鉗子・吸引分娩、分娩誘発・促進、会陰切開、硬膜外麻酔、早期産、低体重児、入院日数、搬送状況、超音波診断法、医療費など) が一目瞭然であり、この情報は納税者である国民にも公表され、女性の主体的な選択の一助となっている。

医療費の支出は 1996 年には US\$1251 per capita (GDP の 8.4%) で、このうち 77.5% (1998/99 年) が公費によってまかなわれた (5% 弱は公的損害保険 ACC による)。残りの 22.5% のうち 6% 余りが、1996/97 年時点で国民の 37% が加入している私的健康保険から支払われ、その率は年々上昇している。医療費は国の支出の約 16% を占める。

表 1

ニュージーランド：7つの健康政策原則

- ワイタンギの条約に則り、マオリ族都の特別な関係を認識する
- 国民は、一生を通して健康で幸せに暮らせるようにする
- ハンディのある人には健康の向上をはかる
- 関係各所と協力して病気やけがの予防と、ヘルスプロモーションにつとめる
- 保健と疾病や障害のある人への医療は、支払い能力に関わらず、全ての国民に時期を逸せず、公平に提供される
- システムは効率よく、しかも質が高く、信頼できるものとする
- どんな場面においても消費者と共同体が積極的に関わっていく

III NZ マタニティケアの歴史

- 1930年代： 初診（妊娠検査陽性）から産後6週間（7-10回の産後訪問）は、国の特別枠を財源としマタニティケアは無料。
- 1970年後半： 自宅出産運動
- 1987-8年： 子宮頸癌の人体実験の公判（女性の尊重を求める社会運動と、患者の権利の論議）
- 1989年： 看護協会助産師部会閉鎖。助産師協会設立（10の法の改定を求める運動を展開）
- 1990年： 助産師は開業権を獲得
- 1996年： Lead Maternity Carer の概念システム化（ケアの責任の所在を明らかにし、女性に一貫した継続ケアを提供することによって、女性の心理・社会的 well being への支援、親としての成長過程への支援、医療関係者の質の向上、多専門家間の連携を密にし、料金体系の明瞭化、およびアウトカムの把握と情報開示を可能にする）
- 1997年： 3年の教育プログラム（ダイレクトエントリー）の開発（単科大学、専門学校、総合大学間で格差なく助産学士号提供。カリキュラムを定期的に検討するため相互の教員と学生が交流・協議をする。）
- 現在の課題： quality control（全てのヘルスケアにたずさわる人の質の向上のために毎年監査（Review）を行ない、それに基づいて診療認可証の更新を毎年行なうことを義務付けること。）

IV NZ マタニティケアの理念

マタニティケアに関する「保健と障害法第 88 条」は、2002 年 7 月に改正されたばかりであるが、その第 1 項には以下のような理念が Vision

『安全で、医療関係者と女性との協力関係、および情報と選択がマタニティケアの基盤である。ひとり一人の女性と whanau（マオリの大家族）と家族が、こうしたマタニティケアが提供されるあらゆる機会を通して、妊娠・出産に満足するようにする。妊娠・出産は、多くの女性の人生の正常な一段階であり、女性に必要なとされている適切なケアが提供される。女性によって選ばれた、マタニティケアの責任担当者（LMC）は、女性のニーズのアセスメントを行ない、女性とともに母子のケア計画を作成し、マタニティケアを提供する責任を負うが、これがニュージーランドのマタニティケアの基礎である。』（筆者訳、下線筆者）

表2 National Health Committee によるマタニティケアの原則

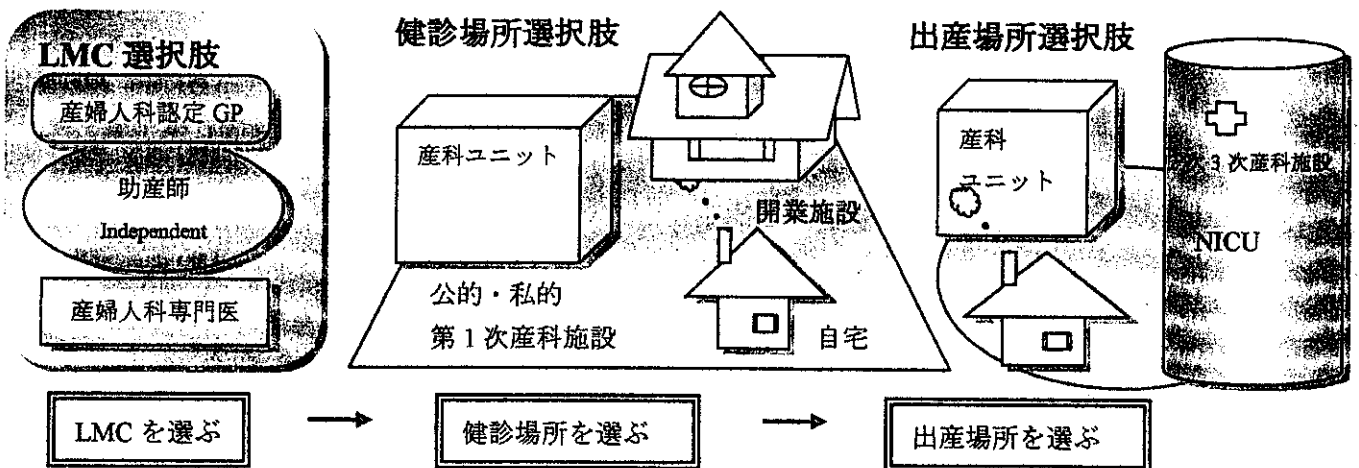
- ① 女性、赤ちゃんとその家族と whanau (マオリの大家族) の人々の個々のニーズに焦点を当てる。それが妊娠、出産とどのような親になるかに関係してくるからである。
- ② 母子の安全を第一に全女性の文化的背景に考慮した質の良いケアを提供する。
- ③ 全ての女性に、ケアを受ける際の権利や選択肢を含めた適切な情報を、妊娠初期から提供する。
- ④ 助産師と医療従事者が協力的に働くことで、安全で質の高いケアの担保のため、しっかりと継続したプライマリヘルスケアを提供する。
- ⑤ 臨床的に必要とされない限りマタニティケアは全て無料とする。
- ⑥ 全国どこでも等しいケアが受けられるように努力する。
- ⑦ 母子のアウトカム、女性の選択と国の財源が、最も好ましい形で均衡がとれるようにする。望ましいケアにもかかわらず可能でない状況の際には、安全性とケアを継続することが優先される。
- ⑧ 女性1人に対し、妊娠・出産・産褥を通してマタニティケアを担当する1人の責任者を確保する。可能な限り、この担当責任者が陣痛期からの出産介助に当れるようにしなければならない。
- ⑨ 広義の質の高いヘルスケアを提供するため、LMC (マタニティケア担当責任者) はヘルスケアネットワークの一員として、専門家同士、共にチームとして働くことが望ましい。
- ⑩ マタニティケアの企画と監視には、消費者としての女性が参与する。
- ⑪ 資源は慎重に使い、最も必要とされるところに分配される。

V ニュージーランドのマタニティケアの提供者

NZ マタニティケアの提供者は LMC (Lead Maternity Carer) である。LMC とは、女性によって指名され、マタニティケアの構成単位 (モジュール) をこなす産婦人科認定 GP、開業助産師 (Independent midwife)、または産婦人科専門医。女性のニーズに添うことを第一に考え、妊娠から出産、産後6週間までのケアを継続して責任を持って担当し、マタニティケアの根幹を担う。

LMCは、女性が望めば自宅、LMCの開業施設、病院 (私的、公的) のどこで健診を行なってもかまわない [図1]。また、女性の希望する出産施設 (私的、公的)、または自宅で出産ケアを提供することができる。(ケアを継続するため、助産師にも第2次以上の出産施設に利用権がある。) 利用契約基準は「BFH (ベビーフレンドリー病院) の方針を支持しなければならない」という制約のみで全国一律。

図1 女性の選択肢



VI マタニティケアの医療費

保健と障害法第 88 条により、開業(私的 private practice)の LMC (マタニティケア提供者)には、基本的に国から医療費が支払われる。LMC として登録されるまでの情報提供、妊娠検査(陽性)、妊娠初期から中期にかけての初診と健診、超音波診断法 1 回、ケアプラン作成、情報提供や、健康教育、必要な専門家や施設の紹介と予約、分娩が確立してから胎盤娩出後 2 時間までのプライマリケア、会陰縫合が必要な時には縫合、産後 24 時間以内の母子の検診、産後のケアなどが含まれたモジュール(構成単位)があり、各時期のモジュール完了後に保健省に対して、請求書類が提出され、それに対して全国一律の規定額が支払われる[図 2,3]。帝王切開や人工中絶などの費用はマタニティとしてではなく、別財源からの支出となっている。モジュール内容は修正が加えられてきたが、近年は産後のケアを充実させるため、LMC は少なくとも 7 回産後訪問を行なうことや、退院後 24 時間以内に 1 回は自宅訪問することになり、そのための予算が増額された。

プライマリケアを重視したモジュール型請求を行なうことによって、病気治療を主眼とした他の医療費体系と区別し、医療従事者・施設共に、

マタニティケアに適合した、効率良く無駄のない診療を自主的に行なうことが可能となった。また、quality control を充実させることで、医療アウトカムの水準低下を防いでいる。

「マタニティケアは女性にとって無料」という原則のため、GP と助産師は直接マタニティケアに関して受益者から支払いを請求をすることはできない。つまり、全て「保健と障害法第 88 条」のもとで、診療を行なう。しかし、産婦人科専門医の 2 次 3 次の specialist care や産褥入院期間を延長したい場合については自由診療が可能なので、直接受益者が支払う場合がある。そのため、1996/7 年の時点で国民の 37% が健康保険に加入しており、加入率は上昇傾向にある。病院に勤務していない LMC は、産婦の自宅、または利用契約を結んだ分娩施設で分娩ケアを行なう。分娩施設を利用する場合、通常は付帯する施設助産師(core midwife)サービスを利用する。施設利用費は、医療施設から直接政府(Health Benefit)または、公的病院の場合、保健管区の地域委員会に請求され、地域委員会から医療施設に支払われる[図 4]。

図 2 LMC に対する報酬請求と支払いの流れ

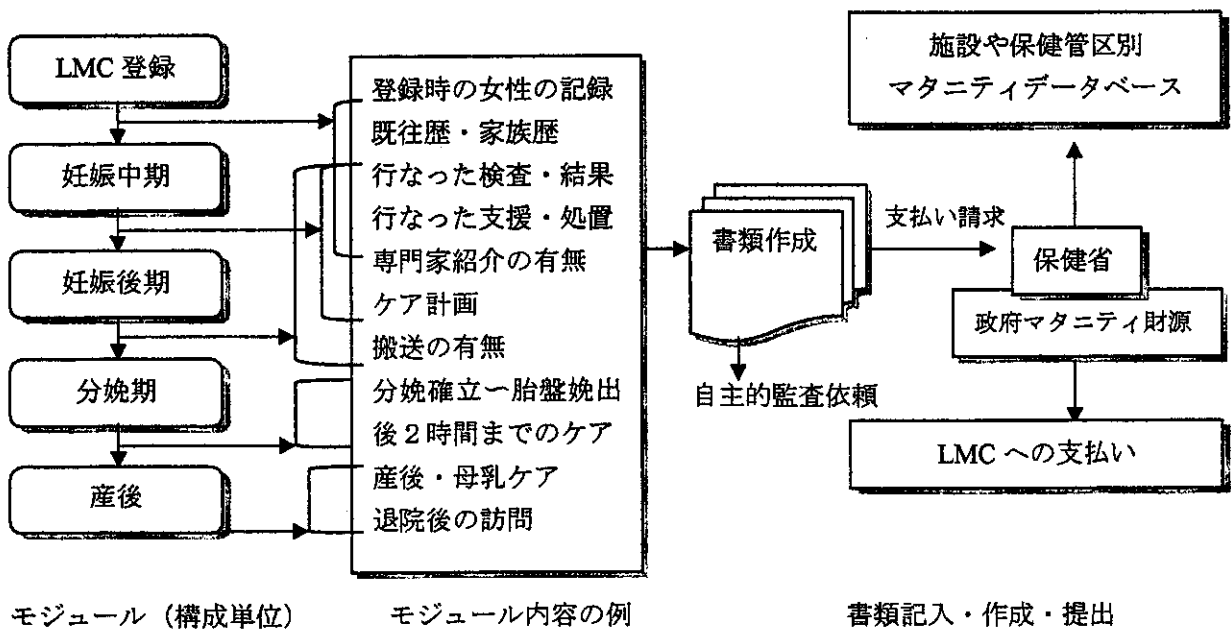


図3 LMCによるマタニティケアの流れ

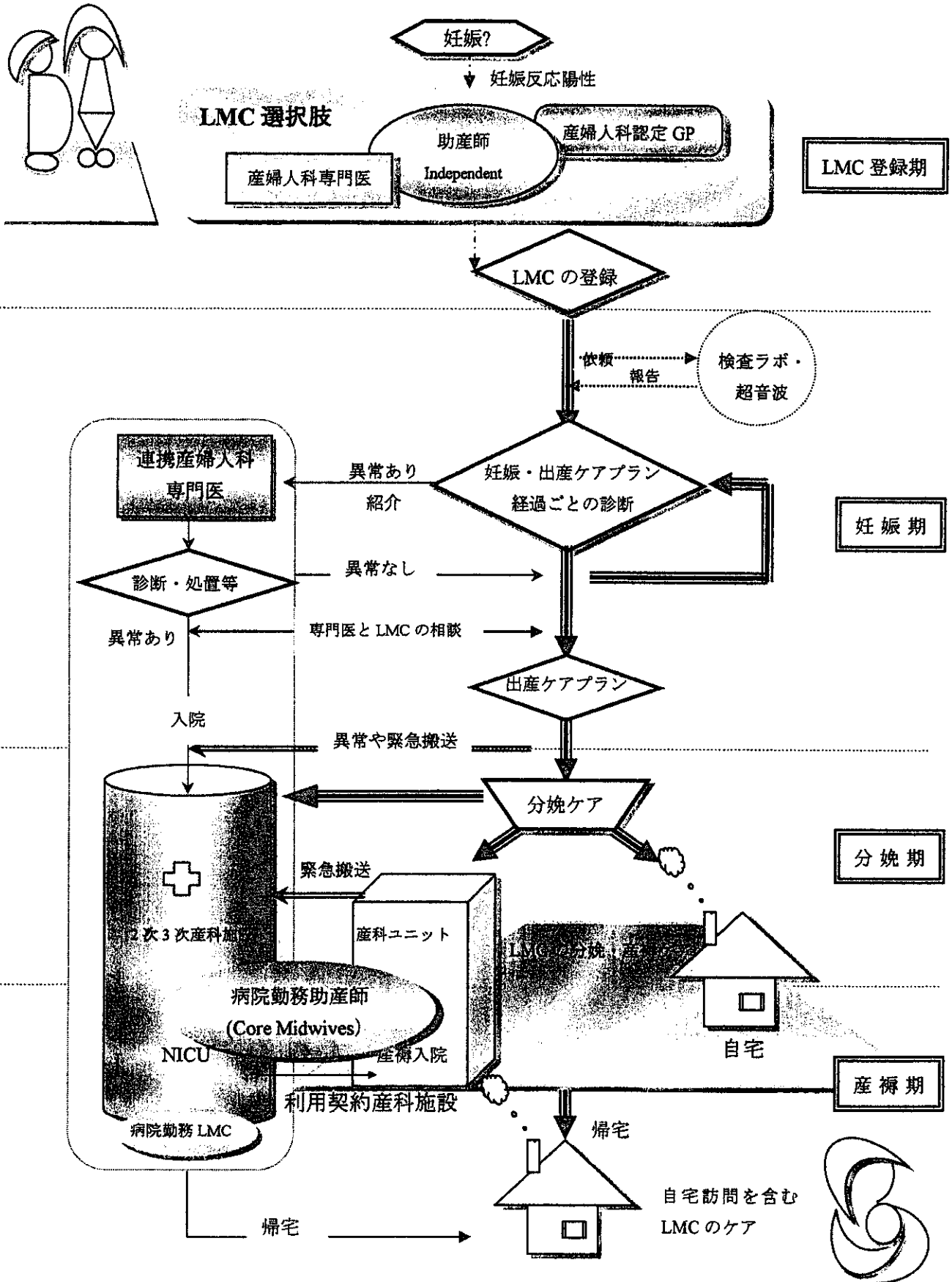
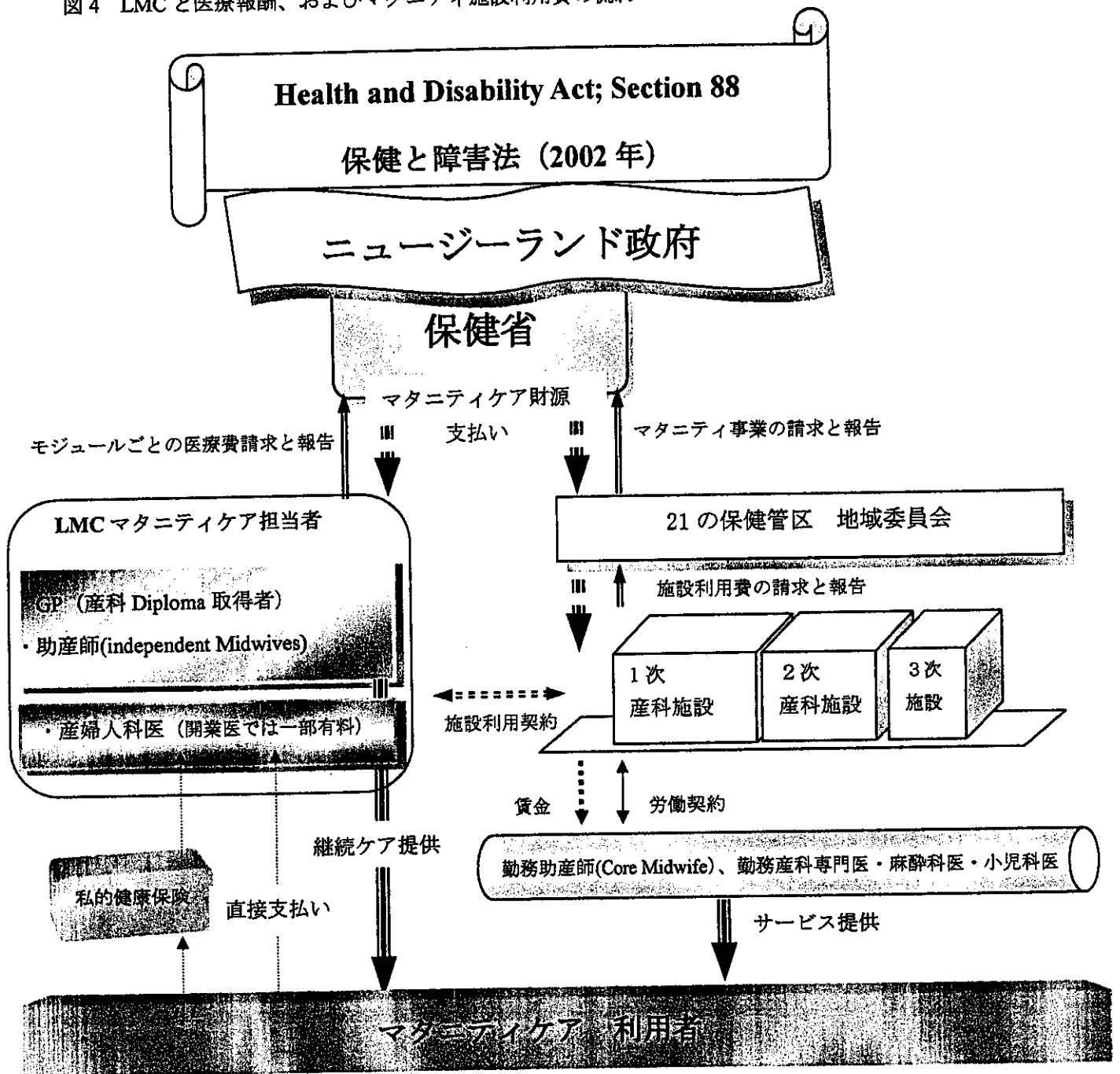


図4 LMC と医療報酬、およびマタニティ施設利用費の流れ



VII LMC による妊娠中のケアの実際

女性がどの段階でどんな選択をしても、一人の LMC が責任を持って継続したケアが行なわれ、日本のように、場所によってケアの提供者が決まるのではない。女性に十分な説明をし、話し合いの上ケア計画が立てられる。女性が望めばその LMC は途中で変えられる。心身の状態によって高次病院に長期の入院が見込まれる場合には、LMC は病院勤務スタッフによって引き継がれることもある。

出産の際には、必ず LMC のほかに、助産師が

介助に立ち会うこととされていて、なおかつ補助の LMC を指名しておくことが必要である。そのため、LMC が利用契約先の病院勤務助産師 (Core Midwife) のサービスを依頼しておくことが一般的である[図3]。

妊娠中のケアは、GP や産婦人科医のオフィス、または助産師のグループプラクティスや、病院にベースを置く(が、病院に雇われて勤務しているわけではない) 開業の助産師 (independent midwife) や産婦人科医が LMC となって行なわれ

る。女性の自宅に健診に赴くこともある。妊婦毎に規定のケースノートが作成され、記入されたケースノートには2部カーボンコピーがつく。そのコピー一式が、女性に渡され、もう一式はある程度まとめて、報酬請求のために保健省に送られる。

助産師による健診は、非常に親密な空気の中で妊婦の家庭の事情、経済的背景、趣味や考え方に至るまで話題は豊富である。システマ的に優先して話し合われることに、ケアプランの作成と健康的な生活習慣の改善が含まれている。また、DV（夫やパートナーによる心身への暴力）と、本人も含め、家族のギャンブルも、健康問題としての位置付けがある。

体重測定はなく、内診はまれである。モジュールには妊娠中の超音波は1回含まれているが、あとは specialist care の別料金体系になる。

どこも必ず学生が実習していたが、これは妊婦が自主的に応募して、実習に協力の意志表明をした結果である。ある褥婦は、「なぜ実習に協力したのか」というこちらの質問に、「自分の娘がお産をする時にも、自分と同じようにいいケアを受けてもらいたい。そのためには必要なことだ」と答えた。

女性たちは家族や社会生活全体像の中で妊娠・出産・子育てに直面する女性の心情に耳を傾け、深く理解し、共に対等な関係の中で細やかに対応できる助産師のケアを高く評価しており、73%の女性が LMC として助産師を選択している。

VIII LMC によるお産のケア

出産は LMC が産婦の自宅か、利用契約を結んでいる複数の公的・私的病院や産科ユニットに、LMC が産婦を伴って行く。お産で呼ばれたら、LMC は20分以内に現場に急行する。

LMC はあらかじめ、バックアップの助産師を決めておくことになっており、自宅出産の場合は independent 助産師を、そして病院や産科ユニットの場合、病院勤務の core midwife のサービスをあらかじめ依頼しておくことが一般的である。

お産のケアはモジュールの区分では、確立した陣痛から胎盤娩出2時間後までの時期をさす。産褥入院ケアは通常産後24-36時間である。

特にハイリスクケースを多く扱う高次の公的病院では4人部屋が多く、産褥3日目で退院することが多い。そのため、帝王切開であっても分娩終了2時間後、12時間以内に、別の私的産科ユニットに産褥入院をする女性がかなり多い。私的産科ユニットでは、個室や2人部屋があり、産褥のモジュール区分内で（すなわち、女性にとっては無料で）3泊できる。そうした産褥搬送にも、救急車が使われることがある。母子がどこに移動しても、LMC が訪問を続けて継続ケアにあたる。

最新の分娩室にはたいていベッドの他、床に敷くマット、バースプールやバースボール、バースツールなどがある。蘇生用器具や酸素はくくりつけの棚の中で、分娩台は見当たらない。アクティブバース（産婦の楽な、自由な分娩姿勢をとつてのお産）が推奨されている。EBM により、ハイリスクケース以外は、ルート（血管）確保や点滴、継続的な分娩監視装置を装着することがない。

2次3次施設であっても、産婦の好みにより、LMC と相談しながら、ホメオパシーやアロマセラピーが利用され、照明の配置や明るさにも気を配った環境が提供されている。

全てのケアは女性と十分に話し合いをし、ケアプランを作成している LMC に一任されている。LMC は常に病院スタッフと、必要時には産科医とコミュニケーションをとり、その関係は非常に良好だった。

2次3次病院への搬送先へは、異常が発生した時点で産褥であっても母子共に搬送する（母親が産婦人科以外の治療を必要とする時には、別々になることもある）。母子が妊娠中から長期入院して出産に至るような時は、LMC が分娩・産褥・退院後のケアを病院に引き渡すこともあるが、分娩ケアが高次病院で行なわれる場合にも、分娩（帝王切開も含む）に立ち会い、専門医と相談しながらその後のケアプラン作成をする。そして退院後も、LMC が責任を持ってケアをし続ける。

表4 見学した施設一覧

名称	施設形態	分娩件数(年)	経営者	従業員
Barrington 助産師グループ プラクティス	私的集合開業型 健診、出張サービス 提供施設	約 150	助産師 4名の共同経営	事務員 1名
<p>特徴・その他 クライストチャーチ・ポリテクニクのダイレクトエントリー助産学 3 年のコースを修了した 4 名の学生が、卒業直後に共同開業した話題の場所</p>				
Birthcare	私的 LMC 契約利用専用 分娩、および産褥入院 1 次施設	約 300 産褥入院 約 1300	Lee Mathias RGON BA MBA, Roy Younge B.Compt C.A.(いずれも医師、助産師ではない)	勤務 core 助産師 フルタイム 30 名、 ラクテーション・コンサルタント 10 名 秘書、事務員、受付、厨房、 若干名
<p>特徴・その他 個室 21 (差額ベッド代有料、夫泊まり込み可)、2 人部屋 10 (3 泊まで無料) 利用契約 LMC 数: 約 280 名 BFH (WHO/ユニセフによる、赤ちゃんにやさしい病院、の認定施設)</p> <p>特に注目に値するのは、地域保健管区委員会から施設利用費と core midwifery service について、公的資金をうけて、私的に運営されている点である。医師、助産師の学生の研修を受け入れている。</p> <p>NZ でも初めての試みとして、医療費は地域保健管区委員会の公的資金を受け、私的出産・産褥施設として、1995 年にオープン。1999 年の分娩数は 31 件だったが、2003 年の年間取り扱い見込み件数は、分娩 1000 件 産褥入院 2800 件と、急成長中である。利用者には基本的に 2 人部屋に 3 泊まで無料で利用できる。女性たちの支持を受け、飛躍的な人気を獲得して NZ 全土に 4 カ所、系列の病院が建てられている。</p> <p>女性たちの人気の秘密は、第一に、非常に産婦・褥婦に細やかな配慮の行き届いた環境を提供している点である。つまり、病院主体のケアではなく、LMC と産婦からの、どのような要求にも答える受け入れ姿勢があり、女性も無料ケアの他に、付加されている有料ケアを懐具合と相談しながら自由に選べる。1 階には 2 つある分娩室にバースプール、ひじ掛けイスやバーススツールなどがあり、トイレがついている。(分娩室がふさがっている時には、2 階の個室でお産が可能である。) 分娩および産褥ケアは女性たちの意向を十分に汲み取った LMC が担当するので、バックアップとして病院勤務助産師 (core midwife) が 1 階に常時 1 人、2 階の産褥室に常時 3 人の助産師が配属されているのみである。(スタッフは分娩数、入院件数の増加に伴って増員予定である。)</p> <p>第二の魅力は、母乳ケアの充実である。産褥婦にとって、最大の課題である母乳育児はラクテーション・コンサルタントが関わることによって、より確実に、しかも細やかに提供できるようになり、成功率が高くなった。ここは、NZ で初の BFH 認定を受け、ラクテーション・コンサルタントの雇用ばかりでなく、育成にも力を入れている。</p>				

名称	施設形態	分娩件数 (年)	経営者	従業員
Burwood 産科ユニット	公的LMC契約利用の 妊娠・分娩・産褥入 院1+次施設	約 260	自治体	勤務 core 助産師 フルタイム +パートタイム 8名 秘書、事務員、受付、厨房、 若干名
<p><u>特徴・その他</u></p> <p>ベッド数：個室5、産褥3日目以降専用5人部屋1（母児に必要な限り滞在無料） 利用契約 LMC 数： 約 150 名</p> <p>ローリスクばかりでなく、多胎、VBAC、高血圧、糖尿病、骨盤位なども受け入れる。また、病院内の部屋を利用して、助産師5名が開業している。搬送率18%（原因は分娩遷延が最も多い）。</p> <p>院内は古いリハビリ施設で、そのためプールやリハビリ室などを利用して、妊婦や褥婦のためのクラスが物理療法士の協力で作られ、活発。ユニットには、ユニット責任者のほか、助産師1名が常駐するのみで、あとは LMC が出入りしている。褥室はベッドと、赤ちゃん用のコッド、授乳用のひじ掛けイスと、洗面台だけのシンプルな作り。</p> <p>実際に、妊婦の家族の健康は、妊婦自身の健康問題としてとらえられている。介護や看病が必要なのか、他の子どもたちはどうか、DVや賭け事、麻薬、飲酒、喫煙など、主婦として母として、女性にならう役割は多く、それも含めて妊産婦の健康をとらえている。</p> <p>「私のお産だけでなく、私自身のことをよく知ってもらっていて、私の家庭についても良く知っているのです、お産もとにかくとても安心です。」</p>				
National Women's Hospital	公的LMC契約利用と 常駐の産婦人科、新 生児科、周産期医療2 次3次施設。小児科 NICU。外来、女性医 療	約 7500 NICU 約 1,500	国 産褥入院に関して は、一部私的運営 を行なっている。	不明
<p><u>特徴・その他</u></p> <p>個室12（差額有料）、4人部屋20室（産後の状態により48-72時間無料）利用契約 LMC 数：約 150 名</p> <p>老朽化のため2004年にオークランド市内に新築移転する計画がすすめられている。1日平均21件の分娩を扱い、ハイリスクのケースも多い。NICUの50余りのベッドは、全国から搬送される赤ちゃんが常にいっぱいだが、分娩棟と産褥棟は、非常に穏やかな雰囲気であるのには驚かされた。分娩棟にはシフト制の勤務助産師（core midwife）は夜間も含め常時5-6名、産褥棟には4名が配属されている。その他、ラクテーション・コンサルタント2名が、日中勤務しており、褥婦の母乳育児支援と、スタッフの教育にもあたっている。90余りのベッドのうち、12室だけバス、トイレ付きの個室があり、ダブルベッドやテレビ、冷蔵庫などを置いて父親も泊れ、公立病院の中で私的経営を行なっている（1泊9000円ほど）。</p> <p>帝王切開率は25%（予定帝王切開率7.5%程度）だが、産後3日ほどで退院となるので、私的病院に産褥入院する人も多い。赤ちゃんがNICUに搬送される場合には、赤ちゃんとともに母親が入院できるように配慮されている。家族と赤ちゃんのかかわりを重視し、家族の面会時間は制限なく歓迎し、未熟児からのカンガルーケアと母乳育児を奨励し、family liaison nurseとして、家族との連絡と連携を担当する新生児看護婦がいる。家族の便宜を考え、兄弟のためのプレイルームも充実しているほか、病院の1室を借りて、未熟児の家族をサポートするグループの事務局兼未熟児用グッズの販売店があり、情報やピアサポート（同じ立場の人々の相互支援）を提供している。</p>				