

は出産体験の満足には直接的な関連はみられなかった、③外的側面では、医師、看護職者、援助、安全・安楽への配慮、理解ある・尊重した態度、プライバシーの保護が重要な要因であった。内診、出産体験の肯定的振り返り、部屋のいごこちは出産体験の満足と直接的な関連はみられなかった。

亀田らの2005年の研究では、過去の出産体験の認知として「安楽性」、「予想の一致性」、「満足感」をそれぞれ5段階で評価し、調査している。結果として、①出産体験がない妊婦よりも出産体験がある妊婦の方がSelf-Efficacyは高いが、出産回数が多くても妊婦のSelf-Efficacyは高くない、②過去の出産体験の認知のうち「予想の一致性」、「満足感」の2側面に関して、ネガティブにとらえている妊婦に比べてポジティブにとらえている妊婦の方がSelf-Efficacyは高い、③過去の出産体験をネガティブにとらえている妊婦のSelf-Efficacyの高さは出産体験がない妊婦に近かった。

V 考察

1. 日本における出産体験の「自己評価」および「満足度」の評価の現状

出産体験の自己評価に関する研究論文を分析した結果、日本の現状として“出産体験そのもの”の評価と“出産体験の満足度”の評価が混在している状況にあることがわかった。常盤らの作成した「出産体験自己評価尺度」は“出産体験”に対する“満足度”を評価しているため、作成者自身は「自己評価」として調査に用いているが、他の

研究において研究者によっては、この尺度を使用し「満足度」を調査していることが多い。また常盤は短縮版作成後の研究において、短縮版のみを使用しており、これも「自己評価」として用いている。一方、同じ国内で開発された竹原らの「CBE-scale」は“出産体験”を「したか」「しなかったか」を評価しており、作成者自身は「豊かな出産体験」を評価しているが、この尺度を使用した他の研究においても「満足度」の調査に用いられているものがあつた。これらのことから、この「自己評価」と「満足度」の違いについては明確な区別がなされておらず、研究者によって捉え方や定義が違うため統一されたものになっていないと考えられる。

日本で作成された各尺度についてみていくと、国内の研究において、現在最も使用されている尺度となっている「出産体験自己評価尺度」（常盤ほか、2000）は、作成時に総合病院において対象に詳細な規定なく調査されており、正常分娩だけでなく異常分娩も2割程度含まれていることから、分娩の正常・異常に関係なく使用できる尺度であると思われる。ほかにこの尺度の長所としては、高い信頼性と妥当性が確認されていること、Schwartzの価値タイプの概念を適用したことにより、母親が出産体験をどのように意味づけしているかを測定する測度が安定していると思われること、などが挙げられる。しかし、この尺度の項目に対する評価の方法が「とても不満だった」～「とても満足した」という満足度についての評定であるため、主観的な評価となってしまう可能性がある。また、項目数が35

項目と多いことから、作成者は翌年 18 項目の短縮版を改訂版として作成している（常盤，2001）。短縮版は、出産体験自己評価尺度の項目から 18 項目を抽出して作成され、高い信頼性が確認されているが、妥当性の確認はなされていないことが短所として挙げられる。またこの尺度は、項目数が少なくなったことにより褥婦にとって回答しやすくなっていることが長所として考えられる。

「CBE-scale」（竹原ほか，2007）については、満足という言葉では表せない「豊かな出産体験」を評価するために作成されたものであり、項目数が 18 項目であり、評価方法として「はい」「いいえ」のみで回答するため、回答しやすいと思われる。調査対象をみると助産所・産院で出産をした褥婦となっており、正常分娩のみで異常分娩は含まれていない。このことにより、この尺度は助産所・産院など正常分娩を取り扱う施設での調査に使用されるべきであり、異常分娩は対象に含まれるべきでないと考えられる。そのため、この尺度の使用は限定的になる可能性がある。また、信頼性が 0.7 程度であることも、他の尺度と比較するとやや低めであり短所として挙げられる。この尺度は、比較的新しく作成されたものであることも先行研究における使用例が少ない理由の一つであると考えられる。

これらのことから、先行研究でも述べられていたように出産体験の評価尺度の開発については、わが国の知見は乏しいことが確認された（志村，2008）。

2. 他科における「患者満足度」との関係

満足度は、一般的に顧客満足度や患者満足度などでも用いられており、この場合の満足度とは、医療など提供されたサービスに対しての受け手による評価が広く普及している。医療サービスに対して、「患者満足」が達成されているかを患者の視点から確認するものとされている。（前田ほか，2003）しかし、受け手の“体験”についての“満足度”ということに関しては、産科が最も頻回に取り上げていることがわかった。このことから、特に産科では対象者の“体験”が重要視されており、医療従事者からどのようなサービス・対応を受けたのかということだけでなく、それらを含めて出産を通してどのような“体験”をしたのか、その体験にどれほど満足しているのかを調査する必要があるという点で、他科における患者満足度とは性質が異なると思われる。

3. 海外における「出産体験の満足度」

海外においては、1970～1980年代にかけて出産体験の評価尺度の開発が行われてきており、構成概念として“肯定的態度”や“適応”、“熟達”を測定する方法と、“コントロール”、“統制”を測定する方法が用いられていた（常盤，2006）。今回の研究で注目した「Mackey CSRS」は、満足度を評価するものであり、近年アメリカで開発された比較的新しい尺度ではあるが、海外においてはこの尺度を使用した研究もなされている。項目数が34項目と多いが、高い信頼性が確認されていることが長所であると考えられる。この尺度は、国家間の比較などにも用いられており、国を超えて対象の限定なく使用できる尺度として用いられていることがわかった。

しかし、この尺度も一般的に広く使用されている訳ではなく、多様な要因によって構成される出産体験の満足よりもむしろ不満足に関連する問題を検討する必要があるといった論文も発表されている（Redshaw, 2007）など、満足度に関しては、未だ明確な概念が確立している訳ではないと考える。

また、イギリスで発表されている「NICE 正常分娩ケアガイドライン」において実施されたメタアナリシスの結果でも女性の満足度に関して、有効な定義と尺度の欠如が指摘されている（Chapman et al., 1986 : MacVicar et al., 1993 : Hundley et al., 1994）。

これらのことから、日本のみならず、海外においても「出産体験の満足度」については、さまざまな要因が影響されるため、統一した見解が得られにくく、さらなる研究の余地があるといえる。

4. 今後の研究の課題と方向性

これまで述べてきたように、出産体験の満足度に関しては、国内に限らず海外においても一般的に確立された概念や尺度がない状況にあるといえる。これは、“満足”という主観的にしか評価できないもの、多くの複雑な要因によって影響を受けうるもの、どこまでも限りなく高めることができうるものを客観的に可視化・数値化しようとする事自体が、ほとんど不可能に近いということなのではないだろうか。何をもちいて満足と感じるかは、妊娠・出産に対する態度、説明と理解、家族、理解ある尊重した態度、プライバシーの保護などによって影響されるため（中野, 2003）、個人によって大きく異なることは明らかである。その

ため、その女性が出産体験に対して満足しているかどうかを判断することは、主観的評価によってのみ可能であると考え。ゆえに、“満足度”の評価は、「どの程度満足しているか？」という評価方法が適切であり、主観的評価でなく客観的に評価するのであれば、対象者がどのような“体験”をしたのかということの評価する方法が望ましいと考える。その体験の評価方法として、どのような分娩の症状や時期の分娩経過に対し、何のケアを・どのように・何分間・どのタイミングで提供されたか、どんな体験や思いを「した」あるいは「していない」という評価の仕方であれば、対象者の主観的評価となりにくい。

これまで、満足となる出産体験の要因の研究はなされているが、それらはより満足度の高い出産体験となることを目指している。

しかし、“体験”を評価する際には、「より満足度の高い体験とは何か？」だけでなく、「不満足とならないために最低限必要な体験とは何か？」を明らかにすることも必要であると考え。そのことにより、これまで不満足な体験となっていたものを減らすことができ、結果として全体的な満足度を高めることにつながる。また同時に、対象者が不満足な体験をしないということは、客観的にみても満足度が高いと判断することができる。

VI 結論

出産体験の自己評価に関する研究では、既存の尺度のように“満足”に注目するのではなく、出産が“不満足とならない”ために必

要な体験とは何かを明らかにし、それを「した」「していない」で評価できるような尺度の

文献

- Chapman MG, Jones M, Springs JE. (1986) : The use of a birthroom a randomised controlled trial comparing delivery with that in the labour ward, BJOG : an international journal of obstetrics & gynaecology, 93(2), 182-187.
- Christiaens W., Gouwy A., Bracke P. (2007) : Does a referral from home to hospital affect satisfaction with childbirth? A cross-national comparison, BMC Health Services Research, 7(109).
- Christiaens W., Bracke P. (2007) : Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross-national perspective, BMC Pregnancy and Childbirth, 7(26).
- 藤川稚佳, 白川笑子, 池崎加奈子 (2005) : バースプランが産産体験に与える影響, 第36回母性看護, 23-25.
- Goodman P., Mackey M.C., Tavakoli.A.S. (2004) : Factors related to childbirth satisfaction, Journal of Advanced Nursing, 46(2), 212-219.
- Hundley VA, Cruickshank FM, Lang GD, et al. (1994) : Midwife managed delivery unit a randomized controlled comparison with consultant led care, British Medical Journal, 309(6966), 1400-1404.
- 井上純子 (2001) : 産婦の出産体験の満足度に関する研究—産前の出産イメージおよび、産後の自尊感情、出産体験自己評価結果の関

開発が必要である。

- 連性一, 神奈川県立看護教育大学研究集録, 26, 371-378.
- 市川きみえ, 鎌田次郎 (2009) : 豊かな出産体験をもたらす助産とは—出産体験尺度 (CBE-scale)による調査—, 母性衛生, 50(1), 79-87.
- 亀田幸枝, 島田啓子, 田淵紀子他 (2005) : 出産に対する Self-Efficacy と出産体験の関係, 金沢大医保つるま保健学会誌, 29(2), 93-100.
- 亀田幸枝, 島田啓子, 田淵紀子他 (2001) : 妊婦が持つ出産イメージと出産に対する自信感および出産体験の満足感との関連性, 母性衛生, 42(1), 111-116.
- 河合蘭 (2007) : 助産師と産む 病院でも、助産院でも、自宅でも, 岩波書店, 東京.
- 厚生労働省 (2000) : 健やか親子 21
- 久保田裕子, 守美和子 (2008) : 当院の出産体験自己満足度調査, 共済医報, 57(1), 67-71.
- MacVicar J, Dobbie G, Owen-Johnstone L, et al. (1993) : Simulated home delivery in hospital a randomized controlled trial, BJOG : an international journal of obstetrics & gynaecology, 100(4), 316-323.
- 前田泉, 徳田茂二 (2003) : 患者満足度 コミュニケーションと受療行動のダイナミズム, 日本評論社, 東京.
- 眞鍋えみ子, 清水尚子, 松田かおり他 (2005) : 妊娠中のセルフケア行動が出産体験の自己評価に及ぼす影響, 京都府立医科大看護紀要, 14, 37-42.
- 三砂ちづる, 嶋根卓也, 野口真紀子他 (2005) : 変革につながるような出産経験尺

- 度 (TBE-scale) の開発—主体的出産経験を定義する試み—, 臨床婦人科産科, 59(9), 1303-1311.
- 森本義晴 (2001) : プランナーからの提言「21世の分娩とは?」, ペリネイタルケア, 20(2), 9- 12.
- 中野美佳, 森恵美, 前原澄子 (2003) : 出産体験の満足に関連する要因について, 母性衛生, 44(2), 307-314.
- Redshaw M. (2008) : Women as Consumers of Maternity Care: Measuring “Satisfaction” or “Dissatisfaction”?, BIRTH, 35(1), 73-76.
- 佐藤恵美子 (2004) : 出産体験に対する褥婦の重要度・満足度に関する研究, 第 35 回母性看護, 24-26.
- 関塚真美 (2005) : 出産満足度と出産後ストレス反応との関連, 日本助産学会誌, 19(2), 19-27.
- 関塚真美, 坂井明美, 島田啓子他 (2006) : Relationship between Sense of Coherence in Final Stage of Pregnancy and Postpartum Stress Reactions , Environmental Health and Preventive Medicine, 11, 199-205.
- 関塚真美, 坂井明美, 島田啓子他 (2007) : 妊娠末期におけるストレス対処能力と出産満足度・産後うつ傾向の関連, 母性衛生, 48(1), 106-112.
- 社団法人日本小児保健協会 (2001) : 平成 12 年度幼児健康度調査報告書
- Siassakos D., Clark J., Sibanda D. et al. (2009) : A simple tool to measure patient perceptionsof operative birth, BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 116, 1755-1761.
- 志村千鶴子 (2008) : 出産前後での妊産婦の首尾一貫感覚 (Sense of Coherence ; SOC) の変化と出産体験の満足度との関連—出産施設別での比較—, WHS, 7, 79-87.
- 志村千鶴子 (2008) : 産褥 3 ヶ月時の育児指標に関連した出産体験評価尺度の開発, 日本助産学会誌, 21(3), 85.
- 末永芳子, 嶋松陽子, 本田千浪 (2005) : 出産体験の心理的影響, 保健科学研究誌, 2, 51-58.
- 竹原健二, 野口真紀子, 嶋根卓也他 (2007) : 出産体験尺度作成の試み, 民族衛生, 73(6), 211-224.
- 竹原健二, 野口真貴子, 嶋根卓也他 (2009) : 出産体験の決定因子—出産体験を高める要因は何か?—, 母性衛生, 50(2), 360-372.
- 常盤洋子, 今関節子 (2000) : 出産体験自己評価尺度の作成とその信頼性・妥当性の検討, 日本看護科学会誌, 20(1), 1-9.
- 常盤洋子 (2001) : 出産体験の自己評価に影響を及ぼす要因の検討—初産婦と経産婦の違い—, 群馬大学保健学紀要, 22, 29-39.
- 常盤洋子 (2003) : 出産体験の自己評価と産褥早期の産後うつ傾向の関連, 日本助産学会誌, 17(2), 27-38.
- 常盤洋子, 國清恭子 (2006) : 出産体験の自己評価に関する研究の文献レビュー, The Kitakanto Medical Journal, 56, 295-302.

上島久美子, 大石皇子, 新保綾子 (2006) :
フリースタイル出産での出産体験自己評価,
浜松赤十字病院医学雑誌, 7(1), 10-14.

＜資料＞ 出産体験の評価に関する測定尺度の構成概念と信頼性・妥当性

著者	タイトル	Journal	研究目的	調査対象	調査時期	定義	構成概念	scale	項目数	信頼性	妥当性
常盤洋子・今関節子	出産体験自己評価尺度の作成とその信頼性・妥当性の検討	日本看護科学会誌・20(1)(2000)	個人の出産体験の自己評価における価値意識を考慮に入れた尺度の開発	総合病院(4カ所)の産科病棟で出産した産婦200名	産褥1～14日目 記入した時期は産褥期間中の産婦の情緒を伴った体験を0日として平均3.83日 (SD1.91)	・出産体験:分娩開始から分娩後2時間までの経過の中で産婦の情緒を伴った体験 ・自己評価:自己の価値と能力について自分自身についての感情	項目に対する満足度を測定	出産体験自己評価尺度(5件法) ①自分なりにうまくできた ②順調で母子ともに健康なお産 ③頼りになる医療スタッフの存在 ④母親としての自覚 ①～④因子の低位尺度による累積寄与率は50.6%	35	①.91 ②.88 ③.81 ④.71	・内容妥当性:確認 ・依存的妥当性: self-esteem尺度との相関 $r=$ ①.30 ②.20 ③.20 ④.24 ・構成概念妥当性:確認
常盤洋子	出産体験の自己評価の価値を及ぼす要因の検討—初産婦と経産婦の違い—	群馬保健学紀要・22(2001)	初産婦、経産婦別に自己評価の影響を及ぼす要因を検討	9カ所の総合病院の産科病棟と3カ所の産院で出産した産婦932名(緊急帝王切開は無効)	産褥1～7日目	記述なし	記述なし	出産体験自己評価尺度短縮版(5件法) ①産痛コアピングスキル ②医療スタッフへの信頼 ③生理的分娩経過	18	①.81 ②.79 ③.85	記述なし
竹原健二 他	出産体験尺度作成の試み	民族衛生・73(6)・2007	出産体験を定量的に測定するための尺度を作成し、その信頼性と妥当性を検討する	「豊かな出産体験」できると考えられた調査対象施設(助産所4、産院1)で出産した女性で同意を得られ、帯切出産・回答不十分を除いた1175人(助産363人、産812人)	産後数日以内に実施	記述なし	出産体験を評価する際には、出産時の体験そのものを表す項目を用いるべきで、出産への期待感のような出産以前の事柄や、分娩時のケアに関する項目が尺度に含まれるべきでない。出産後の事柄は出産体験による予後の効果を評価するための指標として用いることが適当である	出産体験尺度CBE-scale(2件法) ①幸福因子 ②ボディセンス因子 ③発原因子 ④あるがまま因子	18	①0.72 ②0.68 ③0.61 ④0.56 全体0.73	・内容的妥当性:因子分析後検討、確認 ・依存的妥当性:確認 ・予測妥当性:確認
Goodman P. et al.	Factors related to childbirth satisfaction	Journal of Advanced Nursing・46(2)・2004	出産体験における満足度に関連する要因のより包括的な説明を得るために、選択された変数と出産満足度やその構成要素との関連を検討	アメリカ南東部の2医療センターにおいて異なる経産婦932名、健康な60人のロースクワッド	入院中	記述なし	記述なし	The Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale 5段階リッカート方式 ①自己9項目 ②パートナー2項目 ③ベビー3項目 ④看護師9項目 ⑤医師8項目	34	①0.90 ②0.97 ③0.70 ④0.97 ⑤0.83 全体0.93	妥当性確認

3) 世界の周産期医療システム

齋藤いずみ

I. はじめに

これまで世界各国の助産師活動や助産師教育に関し、それぞれの国の助産師の活動事例や助産師の教育制度に関する紹介や報告は数多く実施されてきた。しかし、それぞれの国の文化、医療全体の仕組み、周産期医療システムを概観し、どのように周産期のケアが提供されているかを理解した上で、助産師の活動や助産師の教育制度について言及することは、あまり実施されてこなかった。

そこでこの章では、いくつかの国の医療・周産期医療システムを概観し、それぞれの国の周産期医療システムを安全性や患者から見た利便性、経済性なども考慮したうえで、産科医療のシステムや助産師の活動などを考えていくこととする。医療・周産期医療のシステムがその国の人々に、どのように影響し、そのシステムの中で助産師はどのように活動しているかを知ることが重要である。

II. 国際助産師連盟 (ICM)

国際的視野から助産師の活動について考える時、助産師の国際的組織である国際助産師連盟 (ICM : International Confederation of Midwives、以下ICMと略す) の存在と、同連盟の目的や取り組みを知ることが重要である。世界ではいまだに専門的な教育を受けていない伝統的分娩立ち合い者 (伝統助産婦 ; Traditional Birth Attendant ; TBA) による分娩介助が行われている国もある。ICM は世界中の母親、乳児、家族が、専門職である助産師のケア

を受けることができるように、助産師の教育を高め、技術と科学的な知識の普及をはかること、各会員協会から自国政府への働きかけを支援し、また、専門職として助産師の役割の発展を推進することを目的に活動している国際組織である。

ICM についての情報は ICM のホームページから入手することができる (<http://www.internationalmidwives.org/Home/tabid/205/Default.aspx>) (日本看護協会 の HP ; <http://www.nurse.or.jp/nursing/international/icm/about/index.html> あるいは日本助産師会 の HP ; http://midwife.or.jp/international/int_icm.html から情報入手できる)。

1. ICM 設立の歴史的経緯と設立の目的

1919 年ベルギーで開催された国際助産師学会において、国際的な助産師連合結成について提唱され、1922 年の第 1 回大会開催時、正式にその設立が決議された。そして 1928 年にその名称が国際助産師連合 (International Midwives Union) と決定された。これが ICM の前身の組織である。国際助産師連盟 (International confederation of Midwives) と改称されたのは 1954 年である。ICM は、世界中の母親、乳児、家族へのケアを向上させることを大きな目的として開設された。この目的実現のために ICM は、助産師の教育を高め、技術と科学的な知識の普及をはかること、各会員協会から自国政府への働きかけを支援し、また、専門職として助産師の役割の発展を推進することなどを実践している。

2. 国際助産師連盟定款

ICMの定款は2005年に改正されている。その定款ではICMの目的および目標を以下のように定めている。

1) 目的

ICMの助産理念および助産モデルを用い、出産サイクルにおける女性、乳児、および家族に対し、より高水準のケアを提供することを通じ、助産師の目標と志を世界中に広めることである。

2) 目標

ICMの具体的目標は以下のとおりである。

- ① 世界的に女性の健康を改善させるべく努力する。
- ② 助産師という専門的職業の普及、強化を図る。
- ③ 当組織の目的を国際的に普及させる。

2. ICMによる助産師の定義

ICMでは、「その国において正規に認可された助産師教育課程に正規に入学し、助産学の所定の科目を履修したもので、助産業務を行うために登録され、また・あるいは法律に基づく免許を得るために必要な資格を取得したもの」としている。

以下資料

助産師の定義 これらは別の巻です
にでていればそれを参照と記述する

助産師の定義は、1972年に初めて採択された。1973年には世界産婦人科連盟(FIGO)でも採択され、その後、世界保健機関(WHO)が採択。1990年10月、国際助産師連盟国際評議会(神戸)で改定され、1991年世界産婦人科連

盟(FIGO)、1992年に世界保健機関(WHO)が批准した。(ICM Press Release Midwives vote for revised Definition of Midwife, July 19, 2005より)

【2005年改定「助産師の定義」】

【原文: The International Definition of the Midwife】

A midwife is a person who, having been regularly admitted to a midwifery educational programme, duly recognized in the country in which it is located, has successfully completed the prescribed course of studies in midwifery and has acquired the requisite qualifications to be registered and/or legally licensed to practice midwifery.

The midwife is recognized as a responsible and accountable professional who works in partnership with women to give the necessary support, care and advice during pregnancy, labour, and the postpartum period, to conduct births on the midwife's own responsibility and to provide care for the newborn and the infant.

This care includes preventive measures, the promotion of normal birth, the detection of complications in mother and child, the accessing of medical or other appropriate

assistance and the carrying out of emergency measures.

The midwife has an important task in health counseling and education, not only for the woman, but also within the family and community. This work should involve antenatal education and preparation for parenthood and may extend to women's health, sexual or reproductive health and child care. A midwife may practice in any setting including the home, community, hospitals, clinics or health units.

Adopted 19th, July 2005. Supersedes the ICM

the International Definition of the Midwife 1972 and its amendments of 1990

助産師とは、その国において正規に認可された助産師教育課程に正規に入学し、助産学の所定の科目を履修したもので、助産業務を行うために登録され、またあるいは法律に基づく免許を得るために必要な資格を取得したものである。

助産師は、女性の妊娠、出産、産褥の各期を通じて、サポート、ケア及び助言を行い、助産師の責任において出産を円滑に進め、新生児及び乳児のケアを提供するために、女性とパートナーシップを持って活動する。これには、予防的対応、正常出産をより生理的な状態と

して推進すること、促すこと、母子の合併症の発見、医療あるいはその他の適切な支援を利用することと救急処置の実施が含まれる。

助産師は、女性のためだけではなく、家族及び地域に対しても健康に関する相談と教育に重要な役割を持っている。この業務は、産前教育、親になる準備を含み、さらに、女性の健康、性と生殖に関する健康、育児におよぶ。

助産師は、家庭、地域(助産所を含む)、病院、診療所、ヘルスユニット※ と様々な場で実践することができる。

(ICM オーストラリア・ブリスベン大会 2005 年 7

月 日本看護協会、日本助産師会、日本助産学会共訳)

※ヘルスユニット:開発途上国等における組織化された保健医療提供システムの中で、住民が最初に診断と治療処置を受ける施設のこと。ヘルスポストとも呼ばれる。

【助産師の定義の改定における主要な 5 項目】

1. 助産師の責務(accountability)と専門職としての社会的地位に関して、新たに言語化、強調された。
2. 「女性と助産師のパートナーシップ」について、初めて特記された。

3. 助産師のケアとして、「正常分娩の推進」が新たに加えられた。これは不必要な医療介入が増加している社会背景に対して、ICM が奨励するローテクによる助産ケアの重要性を反映したものである。
4. 助産師が母子の合併症を察知した際、文書は「医療へのアクセスや適切な処置をすること」に加えて、助産や医学の領域を越えた専門家に照会する必要性について、認知度を高めることも含めている。
5. 家族やコミュニティを対象とした助産師の業務は、女性の健康、セクシャルヘルス、リプロダクティブヘルスへと拡大している。

その他、言語の統一化や明確化のために、小さな改訂が実施された。

4. ICM の運営と組織

ICM の財源は加盟協会からの会費と ICM 大会の利益及び寄付である。ICM 本部は 1999 年まで英国、ロンドンに置かれていたが、2000 年よりオランダ、ハーグに移転した。ICM の最高決議機関は 3 年毎の大会時に開催される国際評議会である。

ICM の会長、副会長、財務担当各 1 人はそれぞれ選挙で選ばれる。2008 年より 2011 年までが現行の役員で、現会長は Bridget Lynch (カナダ) で、副会長はイギリス、財

務担当はオランダとそれぞれ助産師職の歴史が長い国の助産師が担当している。ICM は各国の助産師を代表する会毎に参加し、現在では、78 カ国 89 団体が参加している。アジア太平洋、アメリカ、ヨーロッパ、アフリカの各地域の下部組織を 4 つ持ち、それぞれの地域の問題を話し合う機会を持っている。

5. ICM の主な活動内容

1) ICM 3 年毎大会

ICM 3 年毎大会は世界各地で 3 年に一度開催され、各国助産師が参加する学術大会と役員が会議を行う国際評議会が行われる。1990 年には当時日本看護協会副会長だった前原澄子氏を学会長として日本の神戸で開催されている。2008 年にはグラスゴー (UK) で第 28 回大会が開催された。国際評議会では、各国助産師協会の代表が参加し ICM の運営・事業について話し合う。次回第 29 回大会は 2011 年南アフリカ・ダーバン、2014 年にはチェコで開催の予定である。

学術集会では、世界の助産師が集う機会となっている。基調講演、学術講演プログラム、革新的な取り組みについて発表され、近年は約 80 カ国から 3,000 人以上の助産師が参加しており、日本からの発表者も増えている。助産師としての日ごろの活動を世界の助産師に知ってもらいたい機会となり、また世界の助産師と触れ合う経験は何物にも代えがたいものである。助産学を学んでいる学生、若い助産師にとって、今後の助産師活動に大きな刺激を与えてくれる数日になるだろう。

2) アジア太平洋地域会議

アジア太平洋地域会議は、3年毎大会の中間年に開催する会議である。当該地域に共通する問題や固有の課題を話し合う。同時に学術集会も開催される。アジア太平洋地域には、韓国、台湾、香港、フィリピン、インド、インドネシア、パキスタン、サラワク（マレーシア）、ベトナム、カンボジア、スリランカ、オーストラリア、ニュージーランド、パプアニューギニア、日本の15カ国（地域）18協会が所属している。日本は、日本看護協会、日本助産師会、日本助産学会の3団体が参加している。

3) 国際助産師の日

国際助産師の日(International Day of the Midwife / IDM)は、専門職である助産師の業務の重要性について啓発することを目的に、1990年にICM神戸大会の国際評議会で決定した。毎年5月5日に開催される。この日には、各国で助産師活動を啓発する活動を行う。ICM本部では毎年標語を指定し、ポスターを作成し、世界各国に配信している（ポスター添付）。

日本では、参加する3団体で日本独自のポスターを作成し、助産師活動について啓発するさまざまな活動を行っている。

4) セーフ・マザーフード基金 (The Safe Motherhood Fund ; SMF)

世界ではいまだに年間50万人以上にもぼる妊産婦死亡があり、女性の死因の主要な部分を占めている。ICM、世界保健機関、ユニセフ、国連人口基金、世界銀行や母子保健にかかわる諸団体はその減少を目標として、1987年に妊産婦のケアや母子保

健の向上を目指した保健医療サービスの設立に向けて、セーフ・マザーフード・イニシアティブ (Safe Motherhood Initiative) というプロジェクトに着手した。ICMでは1996年5月にノルウェー・オスロで開催された第24回ICM3年毎大会において、妊産婦死亡率及び疾病率の非常に高い地域における助産の知識と技術の発展を支援するために、SMFを設立している。

SMFでは、国際助産師の日の活動や会員協会、個人からの寄付、ICM活動などを通じて集まった資金を、会員協会または助産師個人に対して、助産技術に関する教育の向上等に関する活動を支援するために使用されている。

III. 世界の周産期医療システムと助産師活動

この章では、米国 (USA)、英国 (UK)、オランダ、フランス、カナダを取り上げる。米国での助産師の活動は世界の助産師の長い歴史から見ればごく新しいものであるが、戦後日本の看護界、特に助産師免許制度に大きな影響を与えた。米国における基本的医療制度と周産期の医療システムを重点的に解説する。欧州は古くから助産師が積極的に周産期の活動をしてきた歴史のある国々であるが、その中でも英国は特に積極的に助産師の活用政策を展開している。オランダは、先進諸国では世界的にもまれな自宅出産の割合の多い国であり、フランスは、日本の産科医療の集約化政策を先行して本格的に実施している。またカナダは、1993年に助産師教育が国内で法的に認可されてから、わずかの間に助産師が社会で活

用され、職域を拡大している。

ここで取り上げる米国、英国、オランダの母子保健の数値は、世界トップクラスとはいいがたい。周産期におけるそれぞれのシステムと真の安全性、国家の母子保健政策、産科医療の将来のあるべき各々の国ごとの姿、それらをデータとシステムから考えることは、今後の助産師にとって非常に大きな課題である。

1. 米国

米国の医療制度が日本の制度と大きく違っている点は、外来診療を行うクリニックと病院が全く異なる役割を担っていることと、日本のような政府が主体となる健康保険制度が存在しないこととである。また米国では、助産師の教育が正式に始まったのがごく最近であり、全米を網羅するまでには至っていない。そのため周産期医療の大部分は産科あるいは周産期を専門とする医師と看護師によって担われている。

1) 米国の基本的な医療提供制度

■医療提供体制

米国では、患者は通常、まずオフィス（診療所）を開業するプライマリケア医を受診する。そしてプライマリケア医が必要と判断した場合に、専門医を受診することになる。米国の場合、専門医も病院に雇用されておらず、病院の近くに自前のオフィスを構える独立事業主となっている場合が多い。

病院の多くは、後述するオープンシステムをとり¹⁾、専門医は自らの契約する病院の機器、病床を使って治療や手術を実施し、退院後は自らのオフィスに患者を通院させるか、他のリハビリ施設に通わせることに

なる。米国の診療報酬が、ホスピタルフィー（病院に払う医療費）とドクターフィー（医師に払う医療費）に区別されているのは、このような医療供給体制をとっていることによる。

医療の機能分化も進み、外来手術センター、リハビリ施設、在宅医療サービスなどの外来・在宅系部門、急性期病院、亜急性期病院などの入院部門に分化し機能が特化されている。

■医療費の支払と安全保障

米国の医療保険制度の大きな特徴は、日本のような政府が主体となる健康保険制度が存在しないことである。現在の医療保険制度は、公的医療保険と私的医療保険に分類できる。米国において、公的保険制度があるのは、原則として高齢者と低所得者のみであり、現役世代は民間保健が中心となっている。公的医療保険は、メディケア Medicare という 65 歳以上の高齢者向けの医療保険、メディケイド Medicaid という 低所得者対象の二つが主なものである。1)

被雇用者の多くが加入する保険は、民間の保険会社が提供する保険プランである。これには、出来高払い制度と、医療費抑制を目的としたマネージドケア制度による二種類あり、近年は保険料の安いマネージドケア制度への加入者が増加している。民間保険会社が、病院などの実施した治療に対し、請求どおり支払うのか否かは保険の種類や保険の金額により千差万別である。よって、米国では医療を受けられるか否か、どのレベルの医療が受けられるのかは、本人や家族の経済状況により、加入している民間保険の種類に大きく影響される。医療

にも市場原理が強く影響し、費用対効果が厳しく求められる。

■保健医療機関資格承認合同委員会

保健医療機関資格承認合同委員会 (Joint Commission on Accreditation of Health care Organizations: JCAHO) は、病院や医療提供者のための質的基準を提供し、米国医療に多大な影響力を持つ。医療の質を保証するための機関であり、構造、機能、結果から評価する。これらの評価を受け、医療費を受け取るために、病院は「記録」を標準化された方法で残すことが義務付けられている。

2) 周産期医療の提供体制

米国には日本の産科診療所や助産院のような分娩施設はない。産科の診察形態は、妊婦健診や外来における診療を開業している産婦人科医師が、それぞれの持つ各自のオフィスで実施し、分娩時や妊婦が入院を要する場合は、その産婦人科医が契約している病院に、妊産婦と医師が出向き、分娩、手術、処置、入院治療などを行う「オープンシステム」が一般的である。周産期医療の集約化も進んでおり、1病院あたりの出産数は4,000件を越えることもある。

周産期医療の担い手は、産婦人科医と産科を専門とする看護師(産科看護師)が主である。米国では、周産期医療の領域でさらに専門性を高めた周産期専門医 **Prinatologist** が存在し、病院に所属して周産期の高度専門診療を担当している。米国では総分娩数に対する助産師数は決して多くない。助産師は病院やクリニックに雇用されて、産婦人科医と分担して妊婦健診等

を担当する。まれに開業助産師として、独立して活動している。米国では家庭医が養成されており、プライマリヘルスケアを重要視し、家庭医も妊娠から周産期、新生児までを診療する場合がある2)。

■ローリスク妊産婦の診療体制

米国の妊婦健診は、オフィスを開業している産婦人科医あるいは助産師が担当している。妊娠32週までは、4週間に1回、妊娠32から36週までは2週間に1回、妊娠36週以降は毎週である。ローリスク妊産婦で、外来から開業助産師が健康診査を担当している場合も同様に、助産師が契約している病院に入院予約をする。

分娩時の診療は病院に入院して行われるため、妊娠36週を過ぎると妊婦は病院に登録する。分娩が開始した妊婦は病院に入院する。病院では研修医がトリアージのため診察し、産婦人科開業医に連絡する。その所見を基に、産婦人科開業医が入院など方針を決定する。産婦人科開業医は入院患者の責任者であり、24時間を通じて、研修医や、看護師に指示し、適切な診療が行われるように配慮している。

開業助産師が担当する場合も、入院後は、開業助産師の責任において分娩への対応が実施される。異常に移行した場合は、病院の産婦人科医や周産期専門医がそれ以降の診療に当たる。異常に移行しない場合は、医師は関与しない。助産師は看護師に指示や連携を緊密に実施し、分娩に導く。

■オープンシステム

これまで述べてきたように、米国では外来診療は開業産婦人科医がオフィスで、分

娩や入院治療は開業産婦人科医が登録するオープンシステム病院で行う、オープンシステムが一般的である。オープンシステムによる病院内の分娩といっても多くの場合居心地のいい LDR (Labor, Delivery and Recovery Room) 等が整備され、産科看護師にケアを受けながら、夫と共に過ごすことになる。一方で、以下に述べるように病院内に麻酔医が常駐しており、安全な麻酔が 24 時間可能であり、出産の約 6 割は硬膜外麻酔あるいは脊椎麻酔による麻酔分娩である (大石時子：誰がお産の主役か - 米国での硬膜外麻酔分娩のケアをとおして、助産婦雑誌, 54 (10) : 20-25, 2000)。

ハイリスク妊婦の健診や入院時の対応は、開業している産婦人科医が担当する場合、産婦人科医と周産期専門医が共同で担当する場合、病院の周産期専門医が担当する場合がある。重症度が高い場合は、病院の周産期専門医が担当することが多い。リスクの度合いを判定する役割は初診を担当するものにあり、クリニックの産婦人科医や助産師は、妊産褥婦のリスクの評価に応じて責任を持たなければならない。3) 選択的帝王切開が必要になった場合は、開業産婦人科医が病院に電話を入れ、予約をする。

オープンシステムを担う病院では、分娩や緊急事態に対応するために、麻酔科医、新生児科医、研修医、助産師、周産期専門看護師、看護師などが 24 時間体制で待機している。緊急帝王切開の場合は、産婦人科開業医と、病院の医療スタッフが共同して手術に対応する。緊急手術決定から、帝王切開の切開開始までの時間が 30 分以内であることが米国産婦人科医会による基準で決められている 3) が、分娩を病院に集中

させること (分娩の集約化)、それに合わせて周産期の医療スタッフを病院に集中させることで、この 24 時間対応可能な体制を確保している。

表 米国で求められている十分な管理体制

- | |
|---|
| <p>1) 24 時間体制で産科医、麻酔科医、新生児科医が待機</p> <p>2) 胎児モニタリングが行なわれており、分娩第 1 期には 30 分毎、第 2 期には 5 分毎の胎児評価ができる</p> <p>3) 異常発生時に 30 分以内に帝王切開で児を娩出できる</p> |
|---|

■周産期医療費とその負担

米国の周産期医療の支払いは、原則として民間保険制度でカバーされ、後述する欧州各国とは大きく異なり、一般的に出産時には公的扶助を受けることはない。出産時には、どの病院のどのクラスの産科医療やケアが受けられるか否かは、加入している保険により規制されている。分娩費用は大まかに、約 10,000 ドル程度である。内訳は病院に約 8,000 ドル、開業医師に 2,000 から 3,000 ドル程度である。経膈分娩と帝王切開との差額は帝王切開が 100 ドル程度高いか州によっては同額とのことである。これは、経済的報酬目的で帝王切開が増加しないための保険会社の措置である。分娩費は開業産婦人科医に、入院費は病院に支払われる。分娩費のほとんどは民間保険でカバーされるが、そのパーセンテージは前述のように加入している保険により差がある。

3)

■医師賠償責任保険

米国では、医師は訴訟に備え、高額な賠償責任保険に加入するのが原則である。最近では、その高額化が大きな問題となっている。なかでも産婦人科医の賠償保険金額は莫大であり、2005年でも高額な州では年間3,400万円から2,000万円、安価な州で240万円位という報告がある。3) この保険金を払うことができるのはごく一部の医師と思われ、産科医師を廃業するものや、開業地域を変えるなどの動きも見られている。産婦人科医に常に訴訟問題が付きまといっているのは日本と同様の状況であるといえる。

3) 米国における助産師の歴史とその存在

■米国における助産師教育の歴史

米国では、医師と看護師による分娩介助が一般的で、助産師は存在しなかった。しかし、助産師による分娩介助を望む女性の要望に応じて、欧州で資格を取ってきた助産師が介助してきた歴史があるが、それは違法という条件下であった。その後助産師の教育が米国内で行われるようになったが、欧州で資格取得してきた助産師が始まりであるため、欧州で一般的なダイレクトエントリーの助産師 (Midwife) の教育であった。

助産師 (Midwife) から、看護教育の上に助産師教育のある看護助産師 (Nurse-Midwife) に移行したのは1900年代初頭のことであった。当時の米国の助産師には、全国組織の専門誌、教育制度、法律上の認知、ヘルスケア制度としての利用、資格制度、実践基準そのどれもが充分ではなかった。1900年当時看護師はすでに確立された専門職であり、女性が教育を得

ける手段でもあった。それゆえ、助産師の存続を反対しない人々に支持され、助産師は看護師と結びつき、看護助産師として生き残ったという経過がある。ヘレン・バースト・バーニーは、助産師はこの発展の代償として助産師が持っていた自律性を失い、信頼性とヘルスケアへの連携を得たと記している 4)。1948年の日本の保助看法成立には、米国の看護助産師の制度が反映されたが、戦前の日本の助産師が、法的にも教育制度としても整っていた状況と米国の当時の状況は全く異なる様相を呈していたのである。

■助産師の主な教育課程

米国における初期の助産師教育は、8ヶ月から2年の様々な期間の教育であったが、1968年にアメリカ看護協会が、看護助産師は専門看護師であると公表後、ほとんどが看護助産師の教育に一本化された。米国で助産師が法的にすべての州において認知されたのは1975年になってからである。1955年に設立されたアメリカ看護助産師学会 (American College of Nurse Midwives : ACNM) が教育課程を認定する。2006年時点で、ACNM が認定している教育課程は、看護教育を受けてから入学する43課程、看護師の教育を最初に受けずに入学するダイレクトエントリー 2課程である。ACNM が認定している看護助産教育と助産教育課程は、全て大学院課程である。

■助産師の資格とその活動

米国の助産師資格は日本のような国家資格ではなく、全て州毎の資格であり、実践については州の規定を受ける。多くの州で

は助産師は上級の看護師として看護師法の中に助産師の免許は存在する。州によって医療法に属す場合もある。4)

所定の教育課程を受け、州単位の免許の申請試験に合格すると、認定看護助産師 (Certified Nurse Midwife: CNM) となる。認定看護助産師は、米国では上級看護師 (Advanced Practice Nurse : APN) (欄外注) の一つに位置づけられている。助産師の主に働く場所は、病院においてはローリスクの妊産褥婦を対象に分娩介助の実施、また開業医のオフィスで診察を実施する。看護学部の臨床指導者、助産学の学生の臨床教授などの肩書きも持つ。開業する助産師もわずかながら存在する。開業助産師の場合は、主にローリスク妊産褥婦を対象に、前述した開業産婦人科医とほぼ同じ内容の活動形態をとる。しかし、ハイリスクや異常の妊産婦への対応は、産婦人科医に照会することになる。

欄外：米国の上級看護師には、ナースプラクティショナー (Nurse Practitioner : NP)、専門看護師 (Clinical Nurse Practitioner: CNS)、麻酔専門看護師 (Certified Registered Nurse Anesthetist : CRNA)、認定看護助産師 (Certified Nurse Midwife : CNM) の 4 職種がある。

■助産師以外の周産期専門の看護職

米国には大学院レベルの教育を受け、ある看護分野に特化した高い専門性を持ち、実践、教育、調整、相談、研究、倫理調整機能に優れる専門看護師 (Clinical Nurse Specialist : CNS) が存在する。周産期の専門看護師も存在する。助産師は主に妊産褥婦の診察や分娩を実施するが、周産期の専

門看護師は母子保健全体やウィメンズヘルスなどを担当し、女性のみならず、家族にもケアを提供する。周産期の専門看護師の働く場所は、家族計画クラス・カウンセリング、分娩後のハイリスク病棟、新生児室、NICU、小児科病棟などである。また女性の健診やピル処方等を実践し健康を専門にする女性の健康ナースプラクティショナー (Women's Health Nurse Practitioner : WHNP) もいる。彼らは、臨床実践を行うと同時に、看護学部の臨床指導者や臨床教授の肩書きを持つ場合もある。5)

4) 米国の周産期医療システムからみた日本の課題

米国のオープンシステムは、オフィスでの外来診療、オープンシステム病院での入院診療の役割分担が前提で、その結果として入院診療が集約化され、それぞれの専門職の力が集中化され、24 時間緊急事態に対応可能な体制を組むことに成功している。

日本でも 1970 年代に内科などの分野でこのオープンシステムを取り入れようとしたが、普及しなかった歴史がある。昨今の周産期医療状況の悪化から、日本産婦人科学会は基本方針としてオープンシステム、セミオープンシステムを推奨し、確立できる地域から立ち上げていこうとしている。しかし、日本では有床診療所が多く、分娩介助を含む入院診療も行っている点が世界的にも特殊である。周産期医療をみても、日本の出生の場所は 2007 年のデータで診療所 47.8%であり、1999 年 42.5%から診療所の割合が増加し 6) ており、出生場所の半数を支えている。その点で、平成 21 年時点でわが国のオープンシステムが拡大さ

れているとはいいがたい状態である。

一方で、6割を超える出産が麻酔分娩であることが、日本の状況と大きく異なる。大石は、麻酔分娩に頼る米国の状況が、分娩の乗り越え方を支援する助産師の役割を小さくしている現状を批判している（大石時子：誰がお産の主役か - 米国での硬膜外麻酔分娩のケアをとおして、助産婦雑誌、54(10)：20-25, 2000)。また助産師の数は出産数からみれば小さく、周産期を専門とする看護師、WHNP等、ハイリスク状況を専門とする助産師以外の看護職の活躍も日本とは大きく異なっている。

私たちは、安全を守るために作り上げられた米国の周産期医療制度に学びながらも、日本独自の周産期医療システムについて考える必要があるだろう。

2 英国

英国の医療保障制度は、国立のNHSが基本で、周産期を含み基本的な医療費は無料である。NHS制度のもとでは、直接病院に受診するのではなく、地域別に自分が登録している一般医（General Practitioner；GP）に最初に診療を受け、GPから専門分野の医師や病院に紹介されるシステムである。GPは基本的には外来診療のみ担当し、入院はすべて病院が担っている点は米国と同様である。GPが妊産婦への対応を行うのも米国と同様である。病院の集約化も進んでおり、周産期医療でいえば、5,000件を越える出産を取り扱う病院も存在している。

英国でもかつては助産師やGPが介助する家庭出産が主流であった。しかし、病院出産を推進する政府の政策の結果として急速に減少し、1990年代初めに特に助産師の

働きがGPや産科医の影で見失われそうになった。しかし、助産師自らそして助産師のケアを望む女性たちの政府への働きかけの結果として、1992年にウィンタートン報告書（Winterton Report）（1992）Second Report on the Maternity Services by the Health Services Select Committee. HMSO, London）が出され、1993年カンバーリッジ報告書（Cumberlege Report）（1993）Changing Childbirth. The Report of the Expert Maternity Group. HMSO, London.）となり、正常分娩における助産師の活用が推進されることとなった（文献：レズリー・ページ；青野敏博監訳：生まれかわる助産婦たち。医学書院、pp.90-104, 1996）。2004年には「周産期ケアサービスのフレームワーク」を政府が発表し、女性のニーズに柔軟対応し、医療介入をなるべく避け、親へのプロセスを心のケアを含めて支援することを目指している。「女性がケアへ主体的に参加すること」「助産師による継続ケアの提供」はその中で重点テーマである。現在ではローリスクの分娩は全て助産師が担当し、ハイリスクの分娩については、産科医と助産師あるいは産科看護師の共同で対応している。

1) 基本的医療制度

英国の医療保障制度は、1946年に制定された国民保健サービス、NHS（National Health Service）による医療が基盤である。大きな特徴は以下のようなものである。保健医療サービスの供給は国家の責任で実施され、国の財源でまかなわれる。保健医療サービスの提供は、全国民に対し原則、無料で実施される。狭義の医療のみならず、

予防やリハビリテーションサービスも含む保障内容であり、保健医療サービスの供給は、予算の範囲内で計画的に実施される。私立病院も少数ながら存在するが、自費診療であり、非常に高額であり、一部に利用されるのみとなっている。

NHSによる医療制度は第一次診療（プライマリー・ケア）と、第二次診療（セカンダリー・ケア）に分類される。前者の中心的な担い手はGPであり、後者の中心的な担い手は病院であり、病院の専門医である。

国民はNHS制度のもとでは、直接病院に受診するのではなく、地域別に自分が登録しているGPに最初に診療を受ける。診察の結果、GPが、患者が専門医の診断や入院が必要と判断した場合は、病院や専門医に紹介する。しかし、病院のみならずGPの診察を受けられるまでに、非常に長期間要し、待機患者の多さが社会問題化している。7)

英国においては、政策の重点が入院よりも地域保健サービス（Community Health Services）に移行しており、訪問保健師、地区看護師、助産師などが重要な役割を果たしている。GPはこの医療スタッフチームの中心となり、登録された住民の診察を実施し、健康管理、健康増進の指示なども与える。

助産師は、多くの場合NHS病院内で働くが、NHSに雇用されて地域で働く助産師もいる。極少数ではあるが、NHS以外の私立の病院にも助産師や開業している助産師がいる。

2) 周産期医療システム

妊娠の初診も一般的には、GPが対応する。

GPが特に大きな問題がないと判断した場合、GPは助産師に連絡する。助産師は地域毎に数人でチームを組み、妊娠期から産後1ヶ月まで継続的なケアを提供するのが一般的である。分娩は助産師が所属するNHSの病院で行われる。

■妊婦の定期健康診査

妊娠中の健康診査の回数は、妊娠28週までは4週に1回、妊娠36週までは2週間ごと、それ以降は毎週受診が過去には一般的であったが、最近では、妊娠12週、16週、28週、36週の4回が最低必要な妊婦の健康診査の時期と回数を満たせばよいように変化が見られる。超音波診断は、胎児の診断のための妊娠16週と、胎児や付属物の確認のための妊娠36週の2回のみである。これはローリスク妊婦でも病院で検査を受ける。妊娠28週は貧血検査などの採血を助産師が病院で実施する。日本に比べ、かなり少ない妊婦の健康診査の実施状況である。

■分娩時のケア

英国の現在の出産管理体制は米国のオープンシステムとほぼ同様である。出産場所の約98%は病院であり、病院の助産師、またはグループで妊婦を診察した地域に勤務する助産師が、病院に出向いて分娩介助を行う。病院の助産師が分娩介助する場合もある。出産場所は一般的には、NHSの病院や病院に付属するバースセンター（Birth Center）から選択する。病院の分娩室もLDRで個室であり、産後は産科病棟でごく短時間過ごして退院していく。バースセンターは、こじんまりした家庭的な雰囲気にアレンジされているが、いずれも一人一人

の分娩に助産師が継続して関わる体制が確保されている。産婦が希望すれば水中出産も選択可能で、出産用プールと水中でも使用可能なドップラーが完備してある入院室もある。

緊急時に産科医と密に連絡が取れるようになっており、パースセンターを含め手術室への移送もスムーズに行われるような場所に設定してある。

NHS での出産は無料である。ごく一部に私立の病院や開業助産師による家庭分娩の支援を選択する人もいるが、こちらは全くの私費となる。

病院の施設規模は大きく、年間 500 件程度の分娩しか扱わない病院は少なく、2000 件～4000 件を扱う分娩が主流を占めている (Sandall J.:*Extending the establishment – maternity assistants or doulas?* MIDIRS Midwifery Digest, 11(4):547-550,2001)。この施設規模の大きさが、米国と同様に 24 時間の緊急事態に対応可能な医療スタッフ体制を可能としている。産科をローリスクとハイリスクに分類し、ローリスクは全て助産師が担当し、ハイリスクは助産師あるいは産科看護師と産婦人科医が共同して対応する。

ダイレクトエントリーによる助産師の大学教育を英国で最初に開始した Oxford Brookes University の Ethel Burns 講師によれば、2008 年時点では、過去には一般的であった GP に最初に受診する妊婦は減少し、およそ GP に 50%、助産師に 50% に変化しているとのことであった。GP は、ハイリスク妊娠であれば病院に紹介し、ローリスク妊娠であれば、地域の助産師に紹介する。病院に紹介されたハイリスクの場合

でも、妊婦は助産師のケアを受けることが可能である。

病院付属のパースセンターの入り口 (通常の入り口とは別に設けられている)

写真 病院付属のパースセンター内の LDR

開業助産師の経営するパースセンター

開業助産師のパースセンター内の LDR
(パースプールがある。手前にあるのはソファベッド)

3) 英国の医療安全システムとガイドラインの存在

「有効な医療」の追求が、1970 年代英国において周産期の領域で始まったことを、第 1 章で解説した。1992 年開設されたオックスフォードに英国コクランセンターでは、周産期医学についての膨大な検証作業を行い、その成果を 1989 年「Effective care in Pregnancy and Childbirth (妊娠・出産の有効なケア)」、1995 年には「Effective Care in Pregnancy and Childbirth (妊娠・出産の有効なケア)」第 2 版¹⁸⁾として出版している。このように周産期医療におけるエビデンスの蓄積やガイドラインの作成は、英国において始まったものである。

1999 年には、医療安全対策に関する取り組みが開始され、2001 年に National Patient Safety Agency(以下 N P S A 国家