

1 国内の分娩・院内助産システムの安全と質に関する文献

番号	タイトル	論文種類	著者	発行年	Journal	調査年	調査フィールド	N	研究方法 測定ツール	結果	課題
46	【海外を通してみる、日本の産科の医療安全】 各国からの報告 英国 整った周産期医療安全 基盤 助産師への職責の重みと支援シス テム	解説/特集	日高陵好	2007	助産雑誌 60巻					<英国の周産期ケアの特徴> <周産期ケアシステムの流れ> <英国の周産期医療安全システム> 国の中枢部署として2001年にNPSAを設立。すべてのインシデ ントが電子ルートによりNPSAに届けられ、NPSAが類別、分析 して医療機関にフィードバックするシステム。 <2年毎の産科への個別評価> <助産師の質保証システム> 助産師の質管理を担う組織はNMC。NMCは助産師を含め看 護職65万人がこの法に則っているかの法的管理を行う。 スーパーバイザーを持つ義務。ポートフォリオと継続教育。 助産師ライセンス取得後の自己研鑽が義務付けられている。 <助産師への支援と監督システム> 助産師の職務適正に関する最終権限はNMC。個々の助産 師は常に報告される立場にあり、審理の対象となると全て公 開される。地方の監督局には助産師長も存在し、スーパーバ イザーと会合を持ち、情報交換を行う。 <まとめ> 国、地方自治体、各病院それぞれのレベルで具体的方策が 実行に移されている。女性が安心して安全に出産できるシス テム構築には、主たるケアの担い手である助産師の職責は重 い。しかし、その助産師のプロとしての資質を育み、向上させ るための支援システムが英国には整っているといえる。	我が国の周産期医療安全に ついては、助産師教育の充 実、継続研修、助産師数の 増加と雇用体制の拡大、産 科緊急体制の確立(クリニック /助産院と大病院の連携)、周 産期ケアのガイドライン/プロ トコールの完備、リスクマネジ メントの徹底など急務の課題 が山積みされている。
47	お産における助産師活用の促進	解説	遠藤俊子	2007	看護 58巻					2005年地域医療に関する関係省庁連絡会議では、医師の業 務の効率化として、産婦人科医師と助産師の役割の分担・連 携を進める旨を明記した。 ●助産師の就業先の偏在 助産師の就業先は出生場所と対応しておらず、妊産婦や新 生児ケアの不平等を見ることが出来る。2006年現在、助産師 免許を有している就業者のうち、助産師業務を行っていない 助産師は3873名いることも明らかになっている。 ●超少子化時代に求められる母子ケア 子供を持つことの喜びや自信をサポートすることで、親にな るうとする人々が安心して過ごせる。助産師がこうした働き方 ができる体制づくりが求められており、単に産科医不足だから 助産師に代わろうということだけではない。	
48	医療安全の確保に向けた保健師助産師看護 師法等のあり方に関する検討会 産科におけ る看護師等の業務について	解説	山本詩子	2008	助産師 60巻						
49	保健師助産師看護師法改正の方向性 厚生 労働省「医療安全の確保に向けた保健師助 産師看護師法等のあり方に関する検討会」の 検討結果	解説	小池智子	2008	看護展望 31巻						
50	看護の将来に影響する重要報告書を読む 医療安全の確保に向けた保健師助産師看護 師法等のあり方に関する検討会中間まとめ	解説	井部俊子	2008	看護実践の科学					平成17年6月に「医療安全の確保に向けた保健師助産師看護 師法等のあり方に関する検討会」の中間まとめについて。 以下の検討課題についての検討結果が記載されている。 ①看護師資格を持たない保健師及び助産師の看護業務②免 許保持者の届出義務③助産師、看護師及び、准看護師の名 称独占④行政処分を受けた看護職員に対する再教育	
51	当院の助産婦外来の現状と評価 さらなる向 上を目指して	原著	斉藤仁子	2008	茨城県母性衛生 学会誌		茨城県 取手協 同病院??	100人(妊 婦及び褥 婦)	アンケート調査	著者等が予測した相談内容と妊婦の相談内容との間に違い があり、相談内容については全般に初産と経産との差はあまり 見られなかった。指導内容が役に立ち、不安や悩みが相談 できたということについては肯定的な意見が多数であった。	
52	医療の質・安全の取組みの現在 プロフェッ ションと学会の取組み 医療崩壊を防ぐため の医療安全に関する日本医師会の取組み	会議録	木下勝之	2008	医療の質・安全 学会誌						

1 国内の分娩・院内助産システムの安全と質に関する文献

番号

番号	タイトル	論文種類	著者	発行年	Journal	調査年	調査フィールド	N	研究方法 測定ツール	結果	課題
53	【これからの周産期医療】選ばれる産科施設であるためのリスクマネジメント	解説/特集	杉本充弘	2008	産婦人科治療 85巻					<ul style="list-style-type: none"> ●医療事故の診療科別割合 医療事故の診療科別の割合でみると、産婦人科は30%と最も多い。他の診療科に比べ医療事故が多い理由として、 <ul style="list-style-type: none"> ・妊産婦と胎児の二つの命が診療の対象となること ・妊娠・出産は本来病気ではないこと ・出産は昼夜を問わないこと ・状態が急変することが稀ではないこと ●産婦人科医療事故の内訳と頻度 なかでも分娩に伴うものが57%と多い。(2000年データ)新生児の異常と管理を合わせると44.5%であった。 ●医療事故に関する用語の解説 リスクマネジメントとクオリティ・アシュアランスについて fail-safeとfool-proofについて 安全管理マニュアルについて 事故防止対策としてのクリニカルパスについて 	<p>妊産婦と赤ちゃんの安全を保障し主体性と快適性というニーズに応じるだけでなく、妊産婦の健康自己管理を支援し推進する姿勢も求められる。そのためには妊産婦と赤ちゃんの視点に立ったリスクマネジメントが必要であり、それを実践することが選ばれる産科施設につながる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●選ばれる産科施設であるためのリスクマネジメント ①妊産婦と赤ちゃんの視点に立った医療 <ul style="list-style-type: none"> ・インフォームド・コンセント、インフォームド・チョイスの実践 ・妊産婦の主体性と快適性を求める多様なニーズへの対応 ・妊産婦の健康自己管理意識の啓発 ・赤ちゃんの視点に立った「お父さん立ち会いバース」「母乳育児」の実践など ②「医療水準に合った産科医療」から「より質の高い産科医療」を目指すこと <ul style="list-style-type: none"> ・妊娠中の生活の質、分娩の質、産後の生活の質を考える視点が必要であり、 ・医師個人の意識改革と研鑽が必須である ・地域における施設間ネットワークを効率的に運営し相互の専門性を活用することでより高度な医療を提供することが可能となる ③「より安全な産科医療」を目指した院内安全対策 <ul style="list-style-type: none"> ・医療安全対策委員会 ・医療安全管理マニュアル ・インシデント・アクシデントレポートシステム ・診療情報の開示
54	周産期と医療安全 周産期医療システムと医療安全 産科医師・助産師の連携のための医療安全	解説	鈴木俊治	2008	周産期学シンポジウム	下記	下記同様	下記	下記	下記	下記
55	周産期と医療安全 周産期医療システムと医療安全 安全を確保した院内助産師システムの推進	解説	遠藤俊子	2008	周産期学シンポジウム	下記	下記同様	下記	下記	下記	下記

1 国内の分娩・院内助産システムの安全と質に関する文献

番号	タイトル	論文種類	著者	発行年	Journal	調査年	調査フィールド	N	研究方法 測定ツール	結果	課題
56	周産期と医療安全 周産期医療システムと医療安全 妊娠リスク自己評価表を用いた分娩の分散化と集約化	原著	坂野伸弥	2008	周産期学シンポジウム	2006年4月1日～2009年3月31日	トヨタ記念病院周産期母子医療センター、豊田加茂産婦人科医会所属の医療機関	1,893例	中林の妊娠リスクスコアを一部改編したものを使用し、4点以上をハイリスクとして当院での分娩を勧め、3点以下をローリスクとして地域医療機関での分娩を勧め、ハイリスク分娩の集約化とローリスク分娩の分散化を試みた。	妊娠リスク自己評価表を用いた分娩の分散化と集約化は、3年間の結果をみる限り当医療圏において有用であった。 成功した要因は ①地域医療機関との密接な病診連携により、機能別役割分担が図れたこと。 ②パンフレットの作成・配布と妊娠リスク自己評価表を用いて、「妊娠・分娩には常にリスクが存在することを周知させ、自分自身のリスクの程度を認識させ、リスクに応じた分娩場所を選択する必要があることを認識させること」を目的に、妊産婦を対象に啓蒙活動を行った。 分娩の集約化と分散化の成功により、産婦人科医の過重労働の軽減も進んでいる。	
57	周産期医療システムと医療安全 産科医師・助産師の連携のための医療安全	会議録	鈴木俊治	2009	日本周産期・新生児医学会雑誌	平成20年4月～平成21年3月	葛飾赤十字産院産科	548人	平成20年4月～平成21年3月	<p><院内助産システム構築における課題点></p> <p>①妊産婦の主体性を重要視した分娩管理 葛飾赤十字における院内助産システムの実際について記載あり</p> <p>②産科医師と助産師のスムーズな連携を目指した役割分担 院内助産所における分娩時の産科医師介入基準について</p> <p>③産科医師不在の分娩介助における安全性の確保 分娩介助の資格認定基準</p> <p><葛飾赤十字産院のローリスク妊産婦のアウトカム></p> <p>ローリスク妊産婦548人のうち、産科医師の立ち会いを希望した妊産婦は89人(16%)であった。助産師のみの介助を希望した妊産婦は459人(84%)であった。うち、268人(49%)は助産師のみの介助で分娩を終了したが、191人(35%)が産科医師の介入を必要とした。</p> <p>初産婦は経産婦に比べて、有意に医療介入のリスクが高かったことが明らかになった。各群間において分娩および新生児予後に有意差はなく、またいずれの群においても問題となる事象はなかった。</p> <p>ローリスク分娩で1500ml以上の産後大量出血をした妊婦は4例あり、うち1例に輸血したが、4例とも分娩後8分以内に産科医師による初期治療が開始されており、助産師・産科医師間の連絡がスムーズであったことを示している。</p>	<p>助産師と産科医師の協働の推進は重要なことではあるが、我が国において、はたして院内助産システムを広く推進していくことが可能なのか、院内助産システムが日本の分娩体制の理想に合致するかは確信できないのが実情。</p> <p>妊産婦の主体性を重視した安全で快適な分娩を目指すには、助産師・産科医師のスムーズな連携が重要であり、その安全性の確保のために、</p> <p>①産科医師・助産師間におけるコンセンサス(共通の基準、役割、責任分担の設定)</p> <p>②産科医師・助産師ともに十分なスタッフの確保</p> <p>③産科医師・助産師間における症例ごとの振り返り</p> <p>④新生児蘇生や危機的出血に備えたシミュレーションが重要である</p>

1 国内の分娩・院内助産システムの安全と質に関する文献

番号

番号	タイトル	論文種類	著者	発行年	Journal	調査年	調査フィールド	N	研究方法 測定ツール	結果	課題
58	周産期医療システムと医療安全 安全を確保した院内助産システムの推進	会議録	遠藤俊子	2009	日本周産期・新生児医学会雑誌					<ul style="list-style-type: none"> ●厚生労働省看護課調べによると、平成20年4月には、助産外来273施設であったのが、平成21年7月には353施設(病院の約27%)となった。また、院内助産は31施設から47施設(病院約3.6%)へと増加した。 ●厚生労働省事業における名称「院内助産所」「助産師外来」の定義と、院内助産システム推進における助産師活動に関する用語「助産外来」「院内助産」の定義について記載。 ●河合蘭さんのベビカム調査の結果を記載。従来の健診を受けた妊婦より助産外来を受けた妊婦の方が満足度が高い。 ●助産師の偏在 <平成17年の就業場所別助産師数> <院内助産システムの効果について> 	<p><院内助産システムを進めるにあたって整備すべきこと></p> <p>安全の維持とケアの質向上のためには、以下のことが整備される必要がある。</p> <ol style="list-style-type: none"> ①作成したガイドラインを活用し、施設単位の施設ガイドラインを作成。 ②助産外来・院内助産機能評価による自己点検・監査の仕組みを整備。 ③中堅助産師のための助産実践能力研修の充実と、可能であれば認定の仕組みを整備。また、平成22年度から開始する新人看護職員等臨床研修から助産師のキャリアパスの体制整備の早急な取り組み。 ④助産師数の見直しと養成。 ⑤仕事に見合った勤務時間や休暇、給与処遇などの改善。
59	東京都における周産期医療の現状と問題点	解説	田中政信	2009	日本産科婦人科学会東京地方部会誌					<ul style="list-style-type: none"> ●総合周産期母子医療センターと地域周産期母子医療センターについて、その機能と全国の整備状況について(2005年時点) ●分娩施設の偏在化について ハイリスク妊娠の頻度は全妊娠の約2割と考えられている。東京都における10年間の出生状況について(2002年までのデータ) ●産科施設数の減少、産科医師数の減少(医療従事者の過重労働) 	<ol style="list-style-type: none"> ①NICU病床の増床、②医療スタッフの充実、③システムの広域化、④社会への啓発、⑤搬送のタイミングと管理方針・診断の差異に注意するなど、改革・推進しなければならないことが山積みである。
60	【これからの産科医療を考える その現状とくに問題点からみた将来像】助産師外来とバースセンターの問題点と将来像 院内助産システムを中心として	解説/特集	中林正雄	2009	産婦人科治療100巻					<p>院内助産システムの円滑な運用には、助産師と産科医の協働を推進するためのガイドラインが必要である。</p> <p>とどまることのない少子高齢化により、安全で快適な妊娠・出産の要望がきわめて強い。一方、医療の高度化に伴い産科医の業務は増加しているが、役割分担が進行していないため産科医は過重労働となり、産科医不足が社会問題となっている。妊産婦にとっては、分娩時に母児に寄り添ったケアをしてくれる助産師の存在は心強いことであり、同時に異常時には適切な処置をしてくれる産科医の存在を望んでいる。</p>	院内助産システムの普及には、分娩の安全性と快適性のバランスが重要課題であり、その普及が期待される。
61	【ここまでできる！外来看護】助産師による助産外来の立ち上げ 継続的に質の高いケアを提供するために	解説/特集	高崎由佳理	2009	看護学雑誌 68巻						

20

1 国内の分娩・院内助産システムの安全と質に関する文献

番号

番号	タイトル	論文種類	著者	発行年	Journal	調査年	調査フィールド	N	研究方法 測定ツール	結果	課題
62	総合周産期母子医療センターにおける助産師外来の在り方	原著	岡部紗千	2009	京都母性衛生学会誌	2009年8月5日 ～8月21日	京都第一赤十字 病院 総合周産 期母子医療セン ター	①妊婦健 診を受診 する妊婦 144人(回 収率 98.6%) ②勤務助 産師27人	無記名 自記式 アンケート調査	<p>総合周産期母子医療センターを有する京都日赤の妊婦健診を受診する妊婦の求めているものを明らかにし、妊婦のニーズに即したケアが提供できるよう、助産師の関わり方を考え、助産師外来の在り方について検討することが目的。</p> <p>妊婦が京都日赤を選択した理由は「周産期センター」「総合病院」「未熟児センターを併設している」が上位3つ。</p> <p>妊娠経過に異常がなければ助産師外来を受けたいと思うかについては「はい」が25%、「いいえ」が7%、「どちらともいえない」が61%であった。助産師外来に対して望むことは「同じ助産師に継続してほしい」「母乳・育児相談」「保健指導」等であった。</p> <p>妊婦健診を受診している妊婦は助産師外来への認知度は低く、また受診希望も少ないことが明らかになった。その背景として、ハイリスク妊婦が多いことや、周産期センターを選んで受診しているということ、87%の妊婦が現在の妊婦健診に満足しているということが影響しているのではないかと考察。</p>	<p>ハイリスク妊婦が多いという背景は、妊婦健診に希望することとして安全性や異常の早期発見が多くみられた結果にも影響があるのではないだろうか。より安全な妊娠経過を望んでいる妊婦が多いことが明らかとなった。</p> <p>ハイリスクであるがゆえ、またより安全を求めているからこそある不安に耳を傾ける必要がある。またハイリスク妊婦に対する妊娠生活を送るうえでの保健指導、個別指導の重要性は高く、周産期センターの助産師だからこそその妊娠期からの必要な関わりが示唆される。</p> <p>京都日赤は、周産期センターであり、緊急の母体搬送や救急の対応を取り扱う機会が多いという特徴があると同時にハイリスクの妊婦が多く、不安も強いと考えられる。よりよい妊娠生活を送るための支えになるよう、異常の早期発見を主眼とする医師と、精神的ケアで関わる助産師が連携を図っていく必要性が示唆された。</p> <p>精神面のサポートの場として、妊婦健診後すぐに不安を軽減できる相談室の設置などを検討し、妊娠中から妊婦とのコミュニケーションを図る機会を増やせるようにする。</p>
63	妊婦から見た助産師外来開設前後における妊婦健診の評価	原著/比較研究	芳賀亜紀子	2009	日本看護学会論文集:地域看護			①開設前に医師の健診を受けた57名 ②助産師外来開設後に医師の健診を受けた81名 ③同時期に助産師外来を受診した90名	質問紙調査を行い、妊婦健診に対する思いや満足度について群間比較。	<p>助産師外来群が他の2群に比べて「自分の思いを尊重してもらえる」「聞きやすい雰囲気」「話がしやすい」「ゆっくり聞いてもらえる」「妊娠・出産等の情報が聞けた」と回答した人の割合が有意に高かった。</p> <p>妊婦健診への満足度は開設前群75%、開設後群74%に対して助産師外来群は88%と有意に高かった。</p>	

1 国内の分娩・院内助産システムの安全と質に関する文献

番号

番号	タイトル	論文種類	著者	発行年	Journal	調査年	調査フィールド	N	研究方法 測定ツール	結果	課題
64	北海道における助産師外来の実態調査 妊婦にとってよりよい助産師外来普及のための一考察	原著	山川麻央	2009	北海道産科婦人科学会誌	2008年8月5日～9月11日	北海道医療年鑑に掲載されている産科・産婦人科を標榜する施設から「助産師外来」と明記している施設から、回答が得られた8施設。回答者は対象施設の助産師外来責任者1名。		自記式アンケート調査	2008年時の北海道における助産師外来についての実態調査と妊婦にとってよりよい助産師外来の在り方と普及法を検討することが目的。 助産師外来開設施設数は病院84施設中7施設(8.3%)、診療所104施設中4施設(3.8%)の計11施設と低く、その要因として、産科季節の集約化に伴い、助産師として働いている人の5割以上(2007年12月)が、札幌に集中しており、僻地における深刻な人手不足が生じていることが挙げられる。また助産師の医学的知識が不足しているために異常の早期発見に繋がられないという産科医師の意見もあるとのこと。 その他、助産師外来開設目的や動機について、運営状況、担当助産師、対象者、業務内容等についての調査結果が記載。助産師外来の業務内容や受診者の除外基準も施設ごとに大きく異なっていた。	妊婦にとってよりよい助産師外来とするためには、助産師のスキルアップを図ること、周知方法の改善によって利用者数の増加を図ること、妊婦と胎児の以上の早期発見にも取り組むこと、また業務内容と対象者の選別法について関連した学会による統一された基準を設けていくことが必要。 助産師外来の開設を増やすためには、助産師が正常と異常を見極める判断力を身につけていく必要がある。また、助産師外来開設によって医師との役割分担を図るためには、正常と異常の見極めの能力を養うという目的にも取り組む必要があると考えられる。 助産師外来で行われた超音波検査、NSTなどの結果について、医師がどのようにチェックしているかという精度管理の問題についても検討が必要。
65	助産ケアの質向上を目指して 助産師外来開設前後の質評価を比較して	会議録	木村有子	2009	日赤医学		A病院産婦人科病棟勤務助産師(前橋赤十字病院)	17名	日本看護協会助産師職能委員会の「医療機関における助産ケアの質評価」を基にした独自のキャリア開発ラダーを助産師外来開設の存後6ヶ月で比較評価。	対象者を知ることや共にいるという助産師の姿勢、母体・胎児の健康診査や提供したケアの評価、妊産婦のニーズの把握などの実際のケアの評価、共に開設後に評価が上がった。 しかし、中でも「胎児の健康診査」「パースプランの把握」「指導内容の評価」が低かったため、開設に向けて教育を企画・実施し、健診パスや指導マニュアルを作成、産前教育も見直し参加型に変更した。その結果、超音波技術を習得し、助産診断しながら保健指導をすることで、助産師外来開設後は、すべての項目において自己評価が上がった。	
66	助産師外来における助産師の実戦能力に関する研究	会議録	山本朋子	2009	日本助産学会誌 22巻						
67	助産師による妊娠期外来(助産師外来)の質の確保について 10年間(1997から2006年)の文献検討より	会議録	芳賀裕子	2009	母性衛生 48巻	1997～2006年	医学中央雑誌 Web		医中誌にて“助産師”and“外来”で文献検索。 Donabedian(1987)の質評価の枠組みを基に分析。	助産師外来の質の確保についての文献検討。 →32件文献が抽出され、18件が助産師による妊娠期を対象とした外来についてであり、このうち外来の評価をしている研究は11件であり、これらを分析の対象とした。他の7件は実施についての報告であった。11件中10件はアウトカム評価であり、対象の受け止め、満足度、不安の解消度、助産師の満足感についての評価であった。他の1件は経済的側面と内容(プロセス)について評価をしていた。経済的側面や内容を踏まえてアウトカムを評価しているものや、信頼性・妥当性が確保された尺度を使用して評価をしているものはなかった。	助産師による妊娠期外来(助産師外来)の質を保証し確保するためには、経済的側面や内容を踏まえて評価することが必要である。さらに、評価方法の信頼性・妥当性を確保していく必要がある。

1 国内の分娩・院内助産システムの安全と質に関する文献

番号	タイトル	論文種類	著者	発行年	Journal	調査年	調査フィールド	N	研究方法 測定ツール	結果	課題
68	助産師外来の妊娠期ケアに関する研究 妊婦との相互行為場面に焦点をあてて	原著	徳田眞理子	2009	日本看護学会論文集・母性看護			妊婦11名と助産師7名の11場面	参加観察法(非参加型)を用い、助産師の妊娠期ケアを帰納的質的因子探索型による記述研究	助産師行動コードは140あり、これらから44の助産師行動分類コードが抽出された。このコードは、20のサブカテゴリーを形成し、10のカテゴリーすなわち助産師行動を形成した。この10のカテゴリーは助産師が妊婦の正常な妊娠継続を支援するため、限られた外来の時間を有効に活用すると共に、妊婦の自己管理を支援する助産師の行動であり、助産師外来において妊娠期ケアがどのように提供されているかを説明するのに有用であることが示唆された。	
69	【周産期医療の向上を目指して 予知・予防・治療とシステムの最前線[産科編]】新しい周産期医療システム 院内助産システム	解説/特集	久保敦子	2009	母子保健情報						
70	エビデンスに基づいた周産期医療の実践 エビデンスからガイドラインへ 周産期医療においてガイドラインの果たす役割 助産師外来・院内助産システム促進のための方策	解説	水上尚典	2009	母性衛生 51巻					<p>妊娠・分娩の管理とは妊娠週数にある程度依存して出現してくる異常を常に識別(トリアージ)することで、異常が出現した場合、それに対して適切に対応すること。</p> <p>米国では助産師管理による分娩数が増えている。助産師管理による分娩の分娩場所は医師の存在しない助産所ではなく、大部分が病院である。</p> <p>英国の研究では、「医師管理に移る妊婦はどの程度存在するのか?」というもので、そこには50%の妊婦は妊娠管理中あるいは分娩中に医師管理群となった(異常出現のため)が、46%の妊婦は助産師管理のまま分娩が終了した。早産率、自然経産分娩率、帝王切開率、吸引鉗子分娩率、周産期死亡率、NICU入室率のいずれにも2群間で差は認められず、分娩中の妊婦自由度は助産師管理群が高かった。</p> <p>英国のもう一つの研究では、助産師管理群648名の1/3は一時的に、1/3は最後まで通常管理群に移ったが、1/3は助産師管理のままで、産褥まで経過した。予後比較は、助産師管理群と通常管理群では、児予後には差がなく、助産師管理群で有意に分娩誘発が少なく、会陰切開頻度が少なく、また妊婦の満足度が高かった。これらの結果は全妊娠分娩の約3割は妊娠全期間を通じて数回の医師の診察のみ(助産師が妊娠分娩管理を行う)で良好な妊娠予後が得られることを示唆している。</p>	全ての妊娠を助産師管理として、出発すると妊婦の約60~70%が医師管理群に移るというエビデンスがある。医師と助産師による「どのようない異常が認められたら医師に速やかに連絡するかの取決め事」が必要である。また、それら異常を検出するために「そのような検査をどの時期に行うかに関する取決め事」も必要。 「産婦人科診療ガイドライン-産科編2011」作成委員会は「院内助産システムにおける助産師主導の妊娠・分娩管理」の定義は、「あらかじめ当該病(医院)常勤医師との間で策定されたルールに基づき、助産師が医師の同席・立会なしに妊娠・分娩管理ができる体制、かつ必要に応じて速やかに医師主導に切り替えられる体制である」と定義している。
71	病院における助産師外来や院内助産システムにおける助産師と医師との協働に関する研究	会議録	新野由子	2009	日本助産学会誌 23巻			院内助産システムを開始、継続している8施設における医師6名、助産師7名。	60-90分程度の半構造的面接法。	インタビュー内容のカテゴリー化を行った結果、『動機』『システムを作っていくプロセス』『担当者の要件』『医師・助産師に公の場での意見交換』『相互理解』『自己研鑽』『やりがい・喜び』『課題』『助産師の育成』の9項目に分類できた。 『動機』に関しては、医師と助産師との動化には違いもあるが、共通の目的として助産師外来や院内助産システム設置に取り組んだ。 『やりがい・喜び』に関しては、女性や家族が納得できる出産を支援できることに満足しており、助産師、医師共に充実感を感じている。	医師と助産師が、女性や家族が満足し、納得できる出産を支援するための同士であるとの共通認識に立ち、向き合う努力と納得がいくまで話し合う姿勢が重要である。
72	一般病院における助産外来、院内助産システムの開設実践報告	会議録	片野坂奈保子	2009	日本助産学会誌 23巻	平成15年	A病院(浜の町病院)			平成15年に健診の満足度調査を実施。その結果、22%が診察時間不十分と答え、助産外来を82%、毎回の超音波検査を92%が希望していた。平成16年4月に助産外来、平成19年6月院内助産システムを開設、平成21年8月までに院内助産コースにおいて49例分娩の取り扱いがあった。平成18年の意識調査では90%の妊産婦が助産外来に満足しており、過半数が院内助産を希望していた。 院内助産システム開設後2年3ヶ月で院内助産での分娩は49件、全分娩数の7.2%を占め、コース逸脱は24.6%であった。	妊婦のニーズが多様化する中、助産外来開設は妊婦の満足度を高めた。助産師も院内助産システムを通して「産婦とより密接に寄り添えるケア実施」が可能となり、自立度が高まりモチベーションは向上していると考えられる。 一方で助産師の責任が重大化し、助産能力向上への努力が必要。

1 国内の分娩・院内助産システムの安全と質に関する文献

番号	タイトル	論文種類	著者	発行年	Journal	調査年	調査フィールド	N	研究方法 測定ツール	結果	課題
73	院内助産システムを有する施設の勤務助産師が考える、院内助産遂行能力について	会議録	浅見恵梨子	2009	日本助産学会誌 23巻	2009年6～7月	近畿圏の院内助産システムを有する5ヶ所の医療機関	勤務助産師76名のうちの43名	郵送の自己記入式質問紙法調査	アンケートは回収率56.6%の有効回答を得た。43名のうち院内助産に携わっている助産師は30名であった。院内助産を遂行していきける能力として、「助産診断力と実践力」、「対象との関係を構築できる」、「医師と協働できる」、「組織成員として働くことが出来る」、「助産師の専門性への自覚がある」の5つのカテゴリーが抽出された。	「助産診断力と実践力」、「対象との関係を構築できる」、「医師と協働できる」は院内助産を遂行するためには経験年数に関係なく共通して必要な能力と認識されており、「組織成員として働くことが出来る」、「助産師の専門性への自覚がある」は主に中堅以降の助産師で認識されていると考えられる。 今後、院内助産に対応できる助産師を育成していくためには、助産師のコア能力である助産診断力と実践力の育成、ケア対象者との関係を構築できる力、産科医との関係を構築し連携できる力の育成を中心に、組織の中で職業人として自律して働く意識を持たせ、専門職業家としての自覚をもたせる視点の取組みが必要。
74	【妊婦健診・分娩体制を再考する】分娩体制を再構築する 院内助産システム	解説/特集	遠藤俊子	2009	周産期医学 40巻					平成20年4月には助産師外来273ヶ所、院内助産所31ヶ所、平成21年7月には353ヶ所、41ヶ所と増加してきている。(厚生労働省看護課調べ) 現状としては出産を扱う病院の27%が助産師外来をもち、院内助産は4%程度である。 助産師はリスクの有無にかかわらず妊娠中から育児にわたり親になる人とその家族を支えていく。 以下、「院内助産システム」「助産外来」「院内助産」の用語の定義について。	安全で安心な妊娠・出産に支援のために必要なことは、産科医と助産師の相互理解と協働である。その一つの形としてガイドラインは作成された。 正常な経過をたどる妊婦や母子の健康管理や分娩の管理に助産師が積極的に取り組むためには、助産師自身のさらなる自己研鑽が必要であるが、同時に助産に関する知識や技術の向上を図るための卒後研修制度や認定制度の確立も急務。 また、さらに臨床と教育が連携し、助産師養成数の増加をめざし取り組むことも新たな課題。
75	周産期医療システムと医療安全 安全を確保した院内助産師システムの推進	会議録	遠藤俊子	2010	日本周産期・新生児医学会雑誌						
76	院内助産システムにおける助産師実践能力を評価する	会議録	秋葉裕美	2010	岩手県立病院総合学会講演集	2007～2008年	K病院(岩手県釜石病院)	勤務助産師12名	院内助産システム開始前、開始10ヶ月後に「助産師実践能力自己評価表」を用いて評価。	K病院では2007年8月に院内助産システムが開始された。システム開始前後における助産師実践能力自己評価の分野別平均点は各分野において全て有意に上昇した。システム開始前後における経験年数別変化については、経験年数1～5年の「分娩期」、6～10年の「分娩期」「産褥期」、21～30年の「分娩期」「感染」「ケアリング」で有意に上昇した。特に「分娩期」「ケアリング」に評価が向上したことからも、システムは専門性を発揮し産婦のニーズを満たすケアの提供を可能にしたと考える。 また、経験6年目以降の助産師は、今まで医師中心の分娩管理の中で働いてきており、システムにより自立した助産ケアを活かせる機会を得たと考える。	
77	一般病院における院内助産システムの実践報告	会議録	松島利恵	2010	日本助産学会誌 22巻						
78	産科診療におけるリスク回避の工夫 当院における院内助産システムの安全性に関する検討	会議録	宮川友美	2010	安全医学						

1 国内の分娩・院内助産システムの安全と質に関する文献

番号	タイトル	論文種類	著者	発行年	Journal	調査年	調査フィールド	N	研究方法 測定ツール	結果	課題
79	産婦人科医師減少の現状と対策 10年目を迎えた院内助産システム 困難な時期をどう乗り越えたか	会議録	高橋八重子	2010	産婦人科の進歩						
80	新しい病院出産 院内助産院”助産科”は、こうして生まれた 院内助産システムの実際助産外来編	解説	石村朱美	2010	助産雑誌 60巻		佐野病院助産科			佐野病院の助産科について ・助産科利用基準 ・医師の健診の受け方 ・業務内容(妊婦健診、産褥健診または家庭訪問、母乳相談) ・医師との連携について ・必要助産師数について ・料金 など	
81	病院内助産システムの紹介とその実際	会議録	三浦徹	2010	産婦人科の進歩						
82	助産院と病院の助産師達による新たな取り組み 院内助産システム助産師分娩科の目指すもの 佐野病院における「助産師分娩科」の紹介とその実際	会議録	茂岡恵里	2010	日本助産学会誌 18巻		佐野病院助産科			●佐野病院助産科の歩み 1997年から活動を開始。 2003年8月「助産師分娩科」として看護部から独立 ●院内助産システムについて 妊娠22週頃までは医師の健診を受ける。その後、DCSかMCSか選択するシステム。MCSの定員は月15人、専任助産師は4人で、日勤帯は外来、産褥、分娩を1日2～3人で担当。健診は1人45分の予約制。妊娠28週には産婦人科での診察がある。夜間は待機制。 進行期に入れば1名が常に付き添い出産時には計2人の助産師が立ち会う。医師の立ち会いはない。1997年4月～2004年9月までの分娩件数は642例。正常妊婦が対象であり、帝王切開率は2%と低い。また患者からの満足度も高い。	
25	83 【満足で安全なお産「院内助産院」をめざそう】 院内助産院を担うには何が必要か	解説/特集	長谷川充子	2010	助産雑誌 60巻		湘南鎌倉総合病院産婦人科			●院内助産院のケアと責任範囲 助産師は以下の点に留意してケアを行わなければならない ・胎児の発育について診断できる ・妊娠に伴う妊婦の情緒的変化も、サポートできる ・妊婦が心身ともに安定した生活が送られるよう、家族関係が保たれ、親となる準備が整えられるよう支援する。 ・他のネットワークの活用ができるようにサポートし、妊婦の要望が保たれ反映できるように支援する。 ●院内助産院の確立に向けて どの助産師が妊婦健診をしても妊婦に同じサービスを提供するために、パスを作成し妊娠週数に応じたポイントで、採血・エコーを実施している。 ●院内助産院を妊婦が選択できる条件 ・妊娠経過中にリスクがない ・経産婦 ・前回の分娩で異常がなかった ・主体的に自然分娩をとらえている ・助産師とコミュニケーションが取れている ・妊婦と取り巻く家族が、助産師のみの分娩を理解し同意が得られている。	院内助産院で正常経過から逸脱した妊婦の医師への依頼と協力体制・対処方法について、連携システムを作成して、意識統一を図る必要がある。
84	84 【満足で安全なお産「院内助産院」をめざそう】 佐野病院でのお産を体験して	一般/特集	小田切美希	2010	助産雑誌 60巻					佐野病院での出産体験	

1 国内の分娩・院内助産システムの安全と質に関する文献

番号	タイトル	論文種類	著者	発行年	Journal	調査年	調査フィールド	N	研究方法 測定ツール	結果	課題
85	【満足で安全なお産「院内助産院」をめざそう】「助産所モデル」の助産システムの現在 湘南鎌倉総合病院産婦人科	解説/特集	長谷川充子	2010	助産雑誌 60巻		湘南鎌倉総合病院産婦人科			<ul style="list-style-type: none"> ・妊娠・分娩管理システム 14週頃に産婦人科か助産科か妊婦が選択。助産科であっても妊娠28週には産婦人科で診察。 助産師外来を担当する助産師は、助産師歴3年以上。 分娩は全例医師立ち会い。産後の診察は必ず医師が診察。 超音波検査技師より、異常や気になる所見があると指摘をもらう。 ・助産システムのデータ 	<ul style="list-style-type: none"> ・分娩介助時に医師の対応を求めるタイミングの調整 ・「病院」という中にある助産院として捉え、院内助産院での取り組みが、産婦とその周りの人に納得されないことが起きる可能性がある。例えば、安易に医師不足を解消するための院内助産院とみなされてしまうなど。それを防ぐためには、ローリスクで正常な妊産褥婦の経過においては、医療介入しなくても安全で快適に満足なお産ができることを、本人や取り巻く家族など、病院内の関連部署などにおいても理解が得られるようにする必要がある。
86	【満足で安全なお産「院内助産院」をめざそう】「助産所モデル」の助産システムの現在 深谷赤十字病院産婦人科病棟	解説/特集	柿沼直美	2010	助産雑誌 60巻		深谷赤十字病院			<ul style="list-style-type: none"> ・4年目の勤務助産師の発表。 ・助産外来について。 予定日確定時にハイリスク例を抽出し、ハイリスク以外は全例助産外来で健診を実施。 ・助産システムのデータ 	<ul style="list-style-type: none"> ・妊娠の診断について ・医師と助産師の役割分担 ・外来と病棟で継続性が保てない
26 87	【満足で安全なお産「院内助産院」をめざそう】「助産所モデル」の助産システムの現在 佐野病院助産科	解説/特集	石村朱美	2010	助産雑誌 60巻		佐野病院助産科			<ul style="list-style-type: none"> ・勤務助産師1人の体験、想いについて。「健診を通して、妊婦の全体像も把握しやすく無、ある程度お産の予測もでき、以前のようなお産への不安はなくなった。……」 ・助産システムのデータ 年間分娩件数、助産外来運営方法など 	<ul style="list-style-type: none"> ・助産科利用適応基準作り…グレーゾーンの判断については、事例に当たりながらカンファレンスで検討することが多い。 ・責任の所在 ・病棟との連携 <p>など</p>
88	【満足で安全なお産「院内助産院」をめざそう】「助産所モデル」の助産システムの現在 済生会宇都宮病院周産期母子医療センター	解説/特集	穂高律子	2010	助産雑誌 60巻		済生会宇都宮病院			<ul style="list-style-type: none"> ・5年目の勤務助産師の想い。 ・助産システムのデータ 	<ul style="list-style-type: none"> 医師との共通理解を持つために、正常とする基準や報告基準などについて時間をかけて検討した。ナースドクターカンファレンスの開催。

1 国内の分娩・院内助産システムの安全と質に関する文献

番号	タイトル	論文種類	著者	発行年	Journal	調査年	調査フィールド	N	研究方法 測定ツール	結果	課題
89	【満足で安全なお産「院内助産院」をめざそう】 病院・診療所における助産師の働き方 助産師が自立して助産ケアを行う体制づくり	解説/特集	遠藤俊子	2010	助産雑誌 60巻					平成15年の出生児数は1,123,610人であり、病院が52.2%、診療所が46.6%、助産所1.0%、自宅他が0.2%であった。 平成14年9月現在において、病院1,503か所、診療所1,803か所ある。助産所に関しては約700か所ある。 平成15年の助産師25,724人の就業先は病院68.8%、診療所17.6%、助産所0.6%、その他6.9%であった。	住民に身近で、安全性と快適さが保障され、妊産婦にとって出産が満足のいく体験となるようにするためには、妊娠中からのリスク管理が十分に行われ、なおかつ妊娠から産褥までの継続的な関わりにより、一組の母子と家族が安心して相談でき、親になることが支えられる専門職が必要である。つまり、安全の確保のためにも、医師と助産師が協働し、正常妊産婦については、助産師が正常な経過から逸脱しないよう予防的にケアを行い、母親の産む力を児の生まれる力を見守り、支えることが大切。 「助産師が自立して助産ケアを行う体制」の実現は、妊産婦とその家族に質の高い母子ケアと安心・安全な産科医療に加え、快適で満足のいく出産の提供に繋がるという利用者のニーズに対応するといえる。

2 出産体験の「自己評価」および「満足度」に関する尺度の文献検討

末村まい 齋藤いずみ

A・緒言

妊娠・出産という経験は女性固有の経験であり、それによって女性は身体的・心理的・社会的に変化すると思われる。そのときの出産体験が満足して終了するか否かによって、その後の人生を左右するともいわれる(森本, 2001)。またその出産体験の満足度が母親意識の発達や産後うつ傾向、育児の負担感などにも影響することがあるということがこれまでの研究などでも述べられている(常盤, 2000, 2003; 河合, 2007)。

体験というものは体験した本人のみによって知覚・認識されるものであり、出産体験についても、その体験がどのようなものであったか(体験の自己評価)、また満足のいくものであったか(満足度)などということは、本人以外の者が客観的に評価することは極めて困難である。そのため、出産体験の自己評価および満足度を客観的に調査するために、質問項目あるいは尺度を作成し、客観化することが必要となる。

わが国では平成13年から21世紀の母子保健の主要な取り組みを提示するビジョンであり、関係者・関係機関・団体が一体となって推進する国民運動計画として「健やか親子21」を推進している(厚生労働省, 2000)。その中の課題の一つとして、「妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保と不妊への支援」があり、「妊娠・出産について満足している者の割合」を100%にすることが目標に掲げられている。その評価方法としては、全国の満1歳から7歳未満(就学前児)の幼児を対象

にした幼児健康調査において「1. 満足している, 2. 満足していない」という回答項目が用いられ、保護者が回答するようになっていく(社団法人日本小児保健協会, 2001)。

しかしこの方法では、満足の概念や基準が明確に示されておらず、評価者の主観による評価のみになってしまう可能性があると考えた。

そこで、現在の日本あるいは海外における出産体験の自己評価および満足度に関する評価の現状や課題を明らかにする必要があると考えた。

B・研究目的

本論文は、日本や海外における出産体験の自己評価および満足度に関連する尺度の開発や尺度を用いた研究を概観し、出産体験の自己評価・満足度に関連する研究の現状と今後の課題を明らかにすることを目的とする。

C・研究方法

文献検索は、『医学中央雑誌 web Ver. 4』『CINAHL』をデータベースとして用い、検索対象年を2000~2010年として、出産体験に関するキーワード“出産体験 (childbirth experience)”、“自己評価 (self evaluation)”、“満足度 (satisfaction)”、“尺度 (scale)”で検索した。まず医学中央雑誌 web Ver. 4にて“出産体験”、“自己評価”、“満足度”、“尺度”をそれぞれ検索したところ、順に206件・6915件・17176件・15632件の文献が検出された。次に“出産体験”、“自己評価”、“尺度”でAND検索すると13件検出された。“出産体験”、“満足度”、“尺度”でAND検索すると10件検出された。CINAHLでは“childbirth experience”、“self evaluation”、

“satisfaction”、“scale”をそれぞれ検索すると、順に127件・1719件・33818件・45772件が検出された。“childbirth experience”、“self evaluation”、“scale”でAND検索すると検出されなかった。“childbirth experience”、“satisfaction”、“scale”でAND検索すると4件検出された。このうち、出産体験の自己評価および満足度に関連する尺度の開発や尺度を用いた研究を対象とし、妊娠期や育児期に調査されているもの、質的インタビューに関する論文などは除外し、入手可能な26件の論文を分析対象として概観した。なお先行研究において、2001年以前の文献を用いた同様の研究がなされていたため（常盤ほか、2006）、2000年以降の文献に限定した。

D・結果

1. 対象文献の概要

文献検索の結果、2000年以降現在までに、日本では「出産体験自己評価尺度」（常盤ほか、2000）、「出産体験自己評価尺度短縮版」（常盤、2001）、「変革につながるような出産経験尺度 TBE-scale」（三砂ほか、2005）、「出産体験尺度 CBE-scale」（竹原ほか、2007）の4件の尺度が発表されており、また海外でも「The Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale」（Goodman et al., 2004）が発表されていることが明らかになった。それらの尺度を用いた研究が、その尺度の作成者や他の研究者らによって実施されていた。

研究対象とした論文は、内容別に「出産体験を自己評価する測定尺度の作成に関する論文」（常盤ほか、2000；三砂ほか、2005；竹原ほか、2007；Goodman et al.,

2004）、「出産体験の自己評価のために開発された尺度を使用した論文」（常盤、2001；井上、2001；常盤、2003；眞鍋ほか、2005；藤川ほか、2005；関塚ほか、2005、2006、2007；上島ほか、2006；Christiaens et al., 2007、2007；志村、2008；久保田ほか、2008；竹原ほか、2009；市川ほか、2009；Siassakos et al., 2009）、「その他の評価方法を用いた論文」（亀田ほか、2001；中野ほか、2003；佐藤、2004；亀田ほか、2005；末永ほか、2005；竹原ほか、2008）に分類できた。

2. 出産体験の定義・臨床的意義

出産体験の定義は研究者によって異なっており、「分娩開始から児娩出後2時間までの経過の中で産婦の情緒を伴った体験」（常盤ほか、2000；藤川ほか、2005；上島ほか、2006）、「分娩第1期から4期における諸事象と、相互に作用する産婦自身が身を持って感じたこと」（井上、2001）、「出産の開始から出産後2時間以内に経験し、感じたこと」（久保田ほか、2008）と定義されていた。

三砂らは出産体験を「いいお産」、「満足なお産」という言葉では表しきれない、身体に向き合い、女性の人生の変革につながるような経験とし「変革につながるような出産経験」と定義していた（三砂ほか、2005）。

また竹原らは、「出産時のケアや意思決定の状況などではなく、出産体験そのものを定量的に評価するための尺度」として開発していた（竹原ほか、2007）。

出産体験の臨床的意義としては、先行研究において3つが明らかにされている。

具体的には「出産体験の自己評価は母親意識の発達を促す要素の一つである」「出産体験は産後に想起され再構築される」「出産体験の自己評価は産後打つ傾向の予測要因の一つである」であった（常盤ほか，2006）。

3. 出産体験の自己評価および満足度の評価尺度（資料参照）

1) 出産体験自己評価尺度（常盤洋子他）

母親から収集した生の言葉を使った質問項目を作成し、Schwartz の価値タイプ の概念を適用して4因子からなる35項目で構成される尺度を開発、項目に対する満足度を測定していた。評定は満足 の程度について、「とても不満だった」～「とても満足した」の5件法であった。総合病院（4カ所）の産科病棟で出産した産褥1～14日目（記入した時期は出産当日を0日として平均3.83日SD1.91）の褥婦200名を対象に、調査が実施され、Cronbach の α 係数0.71以上の高い信頼性、内容妥当性、依存的妥当性、構成概念妥当性が確認されていた。

しかし、他の尺度に比べ質問項目数が多いことが問題としてあげられており、同著者により3因子からなる18項目の「出産体験自己評価尺度短縮版」（以下、短縮版）が作成されている（常盤洋子，2001）。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褥1～7日目の褥婦932名（緊急帝王切開は無効）を対象に調査が実施され、Cronbach の α 係数0.79以上の信頼性が確認されていた。妥当性については記述がなされていなかった。

た。

出産体験自己評価尺度を使用した研究では、この尺度で評価する内容を「出産体験の自己評価」としているものが2件（井上，2001；藤川ほか，2005）、「出産体験満足度」としているものが3件（眞鍋ほか，2005；志村，2008；久保田ほか，2008）、「出産満足度」としているものが1件（上島ほか，2006）であった。

井上による研究では自己評価と満足度を区別し、満足度は100点満点で評価していた。研究結果としては、①肯定的な出産イメージは出産後の自尊感情を高め、特に「安産への思いのイメージ」は満足度を高めるには効果的であること、②出産後の自尊感情の高い産婦は出産体験自己評価の「自分なりにうまくできた」「順調で母子ともに健康である」と関連が強いこと、③出産イメージの「安産への思い」と、自尊感情が共に肯定的な産婦ほど「自分なりにうまくできた」「順調で母子ともに健康である」の出産体験自己評価が高いこと、④出産体験自己評価を肯定的に評価している産婦の出産に対する総合得点は高く、満足度も高いことが明らかになった。

藤川らによる研究ではバースプランを改良したことにより、出産体験自己評価の「自分の力で産むことが出来た」「自分の期待通りのお産ができた」などを含む第2因子で有意差が確認された。バースレビューでは、妊婦の感情に有意差はみられなかったが、新バースレビュー群は具体的で自分の描いていたイメージと比べての感情表出が多く見られた。助産師

の自己点検のための評価は新バースプラン使用時が、旧バースプラン使用時に比べ有意に高かった。

眞鍋らによる研究の結果としては①初産婦では出産に向けての心身の準備に関するセルフケア行動が、出産時の呼吸、リラックス、有効ないきみなどの出産時のコントロール感や母親としての自覚に影響すること、②経産婦は初産婦に比べ、今回の出産体験を肯定的に評価しており、妊娠中のセルフケア行動は母親自覚に関与すること、③出産体験の自己評価と関連が強いのは、妊娠中の異常予防や早期発見に関するセルフケア行動と出産時の医療介入の有無であったことが確認された。

志村による研究では、「出産体験の満足度を評価できる自己評価尺度」として使用していた。結果としては、出産施設別では妊婦の SOC 得点に差はみられず、SOC と出産体験の満足感とは正の相関関係にあった。出産前後での SOC 得点は、総合病院で出産した者は有意に低下していたが、助産院で出産した者は有意に上昇していた。特に、助産院で出産した者は、SOC の「有意味感」が有意に上昇していた。

久保田らによる研究では「出産体験自己満足度」として使用し、全体の満足度を「今回の出産は全体的に振り返ってどうか」を 5 段階で評価していた。結果としては、全体満足度は平均値 3.55、各特性では「自分なりに上手くできた」の平均値が最も低 3.44 であり、「初産経産」、「分娩方法」、「お産の振り返りの有無」

の要因に有意差が確認された。

上島らによる研究では、「出産の満足度」を評価し、結果、フリースタイル出産を経験した母親は出産体験の自己評価が高く満足感が得られた。特に経産婦の自己評価が高い傾向にあった。

また短縮版を使用した研究では、評価する内容について「出産体験の自己評価」としているものが 2 件(常盤, 2001, 2003)、「出産満足度」としているものが 3 件(関塚ほか, 2005, 2006, 2007)であった。

常盤による 2001 年の研究の結果として①出産体験自己評価は初産婦より経産婦のほうが高い、②出産体験に影響を及ぼす産科学的要因として、初産婦では分娩経過、分娩時間、分娩様式の 3 要因、経産婦では出産年齢、分娩様式、在胎期間の 3 要因が示された、③出産体験に影響を及ぼす心理的要因として、初産婦・経産婦ともに出産時の不安と夫の対応に妻の満足度が示された、④出産体験評価への影響を及ぼす要因として、初産婦では分娩様式、分娩時間、出産時の不安の 3 要因、経産婦では出産時の不安、分娩様式、夫の対応に対する妻の満足度の 3 要因が確認された。

常盤の 2003 年の研究によると、出産体験の自己評価が低い場合、産後うつ傾向をもたらす可能性が高いことが明らかになった。また初産婦、経産婦ともに「信頼できる医療スタッフへの不満」、「出産年齢が若年」、「出産時の不安が強い」が産後うつ傾向を規定する要因として抽出された。

関塚らによる 2005 年の研究によると、

出産満足度の低い群は高い群に比較し、産後うつ得点が高く、s-IgA が低値であったことから、満足度の低い群ではストレス反応が高いことが示された。しかし、産後うつ傾向が高い群は s-IgA が有意に低いということはなく、ストレス反応の評価には関連がなかった。

関塚らによる 2006 年の研究では、SOC 得点の低い群は高い群に比較し、産後うつ得点が高く、s-IgA が低値であったことから、SOC 得点の低い群ではストレス反応が高いことが示された。

関塚らによる 2007 年の研究としては、SOC と出産満足度には正の相関があり、SOC 得点が高値であるほど出産満足度が高い。また、妊娠末期における SOC の低値群は、高値群に比べ産後うつ傾向が高く、出産満足度の低値群は、高値群に比べ産後うつ傾向が高い。

2) 出産体験尺度 CBE-scale (竹原健二他)

三砂らによる研究「変革につながるような出産経験尺度 (TBE-scale) の開発」の流れを受け、助産所で出産を体験した女性が、“満足度”といった言葉では表しきれない「豊かな出産体験」をしていること、出産満足度の評価で用いられている「満足している・満足していない」という回答項目のみでは女性の「豊かな出産体験」を測りきれないのではないかとこの考えから、出産体験を定量的に測定するための尺度として作成した。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。また、出産以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としている。質問項目は 4 因子からなる 18 項目で構成され、評価は「はい」「いいえ」の 2 変数とした。「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 カ所、産院 1 カ所) で出産した女性で同意を得られ、帝王切開による出産・回答不十分を除いた 1175 人(助産所 363 人、産院 812 人)を対象に産後数日以内に調査が実施され、尺度全体の Cronbach の α 係数 0.73 の信頼性と、内容的妥当性・依存的妥当性・予測妥当性が確認されている。

出産体験尺度 (以下、CBE-scale) を使用した研究には、この尺度で評価する内容を「豊かな出産体験」としているもの (竹原ほか, 2009) と、「出産の満足感」としているもの (市川ほか, 2009) がそれぞれ 1 件ずつであった。

竹原らによる研究では、「豊かな出産体験を定量的に測定する心理尺度」として使用していた。結果としては、会陰切開などの産科医療介入を受けた女性は、受けていない女性と比べて出産体験が低かった。“人間的なケア”や女性が安心できる分娩環境、妊娠期から女性がよりよい出産に向けて努めることなどが、出産体験を高めることが明らかになった。

市川らによる研究では、豊かな出産体験の要因には、主に助産師、会陰切開の有無、分娩体位、出産回数があげられた。助産師は、お産のケア実践ガイドに基づ

き、分娩体位を自由にし、会陰切開を避け、産婦自身の自然な心理的・身体的機能が発揮できるように援助することが重要であり、豊かな出産体験をもたらす助産とは、つぎの出産へつながることにもなりうるケアであることが示唆された。

3) The Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (P.Goodman 他)

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の関連を検討することを目的として、The Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (以下、Mackey CSRS) を開発した。質問項目は5因子からなる34項目で構成され、評定は5段階の5段階リッカート方式であった。調査はアメリカ南東部の2つの医療センターにおいて異常なく経膈分娩し、児も健康な60人のローリスク褥婦を対象として行われたが、産後のどの時期に調査されたのかは記述されていない。信頼性は尺度全体のCronbachの α 係数0.93と確認されており、妥当性も確認されている。

この尺度では、出産体験の満足度を評価することができ、国を超えて満足度を比較する研究で用いられているほか(Christiaens et al., 2007, 2007)、この尺度と帝王切開や鉗子分娩などのoperative birth後の満足度を評価する尺度とを比較する研究にも用いられている(Siassakos et al., 2009)。

Christiaens らによる研究では、出産満足度は期待の達成によって最も一貫して

利益を得ていた。また、自己コントロールの経験は分娩の痛みが弱まる影響を緩和した。高い自己効力感を持つ女性は自己、助産師、医師に関連する側面で、より高い満足度を示した。

また、同著者による同年の別の研究においては、病院への紹介がある場合に、オランダ人女性はベルギーの女性よりも低い品質の病院でのケアを受けていると信じる理由はないが、ベルギーとオランダでは、病院へ紹介される意味は異なるが、出産の評価が異なっていた。オランダの周産期ケアシステムでは、自宅出産ではより高い満足度が得られている。一方、一度病院への紹介が必要になると事前に予定されていた病院での出産の満足度より、満足度は低下してしまう。我われは、病院紹介となるプロセスと女性がそれらをどのように体験するか、理解する必要があったとした。

Siassakos らによる研究では、帝王切開や鉗子分娩などのoperative birth後の満足度を評価する尺度としてPatient Perception Score (PPS), を開発し、Mackey CSRS と比較した。その結果、参加率が85%に近づき、Mackey CSRS との強い相関が確認された。PPS は患者中心の評価のためのシンプルかつ有効なツールであることが確認された。ほとんどの出産でハイスコアが観測されたが、一貫して低得点を得た産科医は少数であり、これらのデータは評価と訓練中に使用されたかもしれなかった。

4. その他の尺度を用いた評価方法

出産体験の自己評価および満足度に関

する研究で、これまで述べたような尺度以外の質問項目や尺度を用いて調査された研究もいくつかあった。

出産体験を評価する研究では、「改訂出来事インパクト尺度 IES-R」22項目を用い、5段階で評価する方法（末永ほか、2005）や、独自の項目を作成して評価する方法があった（佐藤、2004；竹原ほか、2008）。出産満足度を評価する研究では、VAS スケールを用いる方法や（亀田ほか、2001）、「満足感」や「今回の出産体験にとっても満足している」という項目を用いる方法があった（中野ほか、2003；亀田ほか、2005）。

末永らの研究では、出産体験が現在の心理状態にどのように受けとめているのかを、出産後2～3年の母親を対象に調査していた。母親は出産後2～3年経過しても出産体験を鮮明に記憶しており、中でも否定的な体験が残っている傾向がみられた。否定的な体験をした母親の心理状態をみると、心的外傷後ストレス障害 PTSD の高危険者はいなかった。

佐藤の研究では、「環境」「助産師の対応」「分娩経過」「自己努力」の4つの下位概念より30項目抽出し、5段階で評価していた。結果としては、①「安全なお産をする事」は、分娩を終えた褥婦にとって重要度も満足度も高かった、②「助産師の呼吸法の指導やケア」「助産師のお産の経過や状況の説明」は、重要度も高く分娩後の満足度に大きく影響していた。

竹原らの2008年の研究では、対象者の約80～90%が、お産の姿勢が“自然と”決まったり、何か大きな力に“動かされ

ている”ように感じたり、考えるよりも先に身体が動いたりするなど、自分自身の身体をコントロールできなくなるような体験をしていた。約30%の女性がお産の直後に、また産みたいと思っていた。出産体験に関する45項目中39項目で、産院で出産した女性よりも豊かな出産体験をしていることが明らかになった。

亀田らの2001年の研究では、妊婦の出産に対する認識として「出産イメージ」、「出産に対する自信感」と「出産の満足感」との関連を調査した。「出産体験の満足感」は自己の主観的評価とし、Visual Analogue Scale（0～100点）を用いている。その結果として、①出産イメージをポジティブにとらえる妊婦ほど、出産体験の満足感が高い、②出産に対する自信感が高い妊婦ほど、出産体験の満足感が高い、③出産イメージがポジティブなほど出産に対する自信感が高いことが明らかになった。

中野らの研究では、出産体験の満足について「今回の出産体験にとっても満足している」に6段階で評価している。結果としては(1)約80%の産褥婦が今回の出産体験に満足していた。(2)出産体験の満足と内的側面、内外的混合側面、外的側面の要因との関連を検討した結果、①内的側面では、褥婦の出産態度自己評価が出産体験の満足に関連があった、②内外的混合側面では、異常疑いによる心配の有無、説明と理解、元気な出生児の存在、家族が出産体験の満足と関連があり、出生児の性別の希望とその実際、分娩様式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。

E・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