

## 論文の内容の要旨

論文題目 日本における助産所出産の特性を生かした Safe  
Motherhood 戦略の方向性

指導教官 黒岩宙司助教授

東京大学大学院医学系研究科

平成 12 年 4 月入学

博士後期課程

国際保健学専攻

氏名 野口真貴子

### I. 緒言

1987 年の Safe Motherhood Initiative で、西暦 2000 年には妊産婦死亡率を半減するという目標が掲げられて以来、妊産婦保健対策が優先事項として展開されてきた。しかし、1997 年の専門協議会で、最初の 10 年間に行われた Safe Motherhood 戦略では妊産婦死亡を十分には改善できていないことが明らかにされた。

従来 of Safe Motherhood 戦略では、妊娠や出産を常に機能不全になる危険性が高いプロセスととらえ、医療で管理する医学モデルによるアプローチが中心であった。これにより妊娠や出産に関連して発症する合併症の管理や新生児の集中治療ケアが発展し、ハイ・リスクの母児の安全性を高めることができたが、リスクの低い妊娠や出産にも同じように実施される科学的根拠のない、不必要な医療介入の弊害も報告されるようになった。

医学モデルとは異なる代替的なアプローチとして、妊娠や出産を正常で生理的なプロセスととらえ、女性の産む力を尊重した非介入的な助産モデルがある。出産時のサポートのように女性を支えるケアの有効性は証明されているが、助産モデルを組み入れた Safe Motherhood 戦略は、安全性への懸念からほとんど実施されてこなかった。

助産モデルを導入することで、医学モデルだけでは達成されなかった部分への効果が期待でき、医学モデルの弊害も回避できると考える。そのため本研究は、助産モデルを重視している日本の助産所での妊娠、出産状況から、助産所出産の特性を生かした新しい Safe Motherhood 戦略の方向性を検討することを目的とした。

## II. 研究方法

日本の助産所出産という現象を総合的にとらえるために、量的研究と質的研究から検討した。まず、研究フィールドとしたある助産所を 1993 年から 1999 年に受診した全ケース 556 例について診療、助産録からデータを収集し、助産所受診ケースの妊娠、出産状況を量的に分析した。次に、1986 年から 1999 年にこの助産所でお産した 175 名の女性が、産後 1 週間以内に書いた出産体験記の内容を質的に分析し、助産所出産体験を探究した。

これらの調査結果から導かれた日本の助産所出産の特性を生かした、新しい Safe Motherhood 戦略の方向性を検討した。

## III. 研究結果

### 1. 助産所受診ケースの妊娠、出産状況

1993 年から 1999 年にこの助産所を受診した 556 例のうち、助産所内での出産が 438 例 (78.8%)、助産所の助産師が介助した自宅出産が 77 例 (13.8%) であった。分娩開始後に搬送して病院出産したものが 22 例 (4.0%)、妊娠中に転院したものが 18 例 (3.2%)、その他が 1 例 (0.2%) であった。

助産所受診ケース 556 例のうち初産婦は 220 名 (39.6%)、経産婦が 336 名 (60.4%) で、平均年齢は  $31.0 \pm 4.3$  歳 (平均値  $\pm$  標準偏差) であった。受診ケースの 79.0% が、助産所の所在地と同一市内もしくは同一県内に居住していた。

助産所での妊婦健康診査の平均受診回数は  $6.4 \pm 2.5$  回で、主に妊娠中期から受診していた。妊婦健康診査を受診したケースの 71.4% には、高血圧、蛋白尿、糖尿、浮腫のどれも認められず、妊娠全期を通じての平均体重増加量は  $8.8 \pm 3.2$  kg であった。

分娩時の平均在胎週数は妊娠 39 週 6 日  $\pm$  8 日で、平均分娩所要時間は初産婦で 19 時間 38 分  $\pm$  13 時間 23 分、経産婦は 7 時間 45 分  $\pm$  6 時間 16 分で、中央値はそれぞれ 17 時間 44 分と 6 時間 0 分であった。平均分娩時出血量は  $471.4 \pm 303.4$  ml で、中央値は 400 ml であった。出産時に会陰切開などの産科医療介入は行われていない。会陰裂傷発生率は 46.0% だが、第 III 度裂傷はなかった。83.9% の出産に、女性の家族や友人による出産時の立ち会いがあった。フリー・スタイル出産であるため特定の体位に限定せず、女性の希望や状況に応じてよつんばいや座位、スクワッティング、側臥位、立位など、分娩体位は多様であった。

助産所受診ケースから出生した児 509 名のアプガースコア (生後 1 分) の平均値は 9.3 点で、重症仮死は 2 例 (0.4%)、軽症仮死は 5 例 (1.0%) があった。

他の医療機関への紹介や受診、搬送という医療機関との連携率は、妊娠期 8.1%、分娩期 11.0%、産褥期 7.6%、新生児期 5.8% であった。連携を実施した 176 例のうち、1 次医療機関との連携は 109 例 (61.9%)、2 次医療機関は 53 例 (30.1%) であった。連携が必要となった理由で多かったものは、妊娠期では予定日超過、陣痛期では分娩遷延や微弱陣痛、児娩出後には癒着胎盤や会陰裂傷、新生児では黄疸であった。連携先医療機関では、それぞれのケースの症状や状態に応じて医師の診察や医療処置が行われていた。研究対象期間

に子宮内胎児死亡が1例あったが、妊産婦死亡や新生児死亡は発生していなかった。

## 2. 助産所出産体験

175名のうち171名が、体験した出産全体に肯定的な評価をしていた。肯定的な助産所での出産体験は、4つのカテゴリと23のサブカテゴリから構成されていた。

【出産に向けての思い】というカテゴリは、女性が妊娠中に描いていた出産像や出産の希望が含まれていた。【助産婦のサポート】には、助産モデルを実践する助産師が示されていた。女性が出産という心身の変化にある自分自身や自分を支えている周囲の人々の存在、分娩進行に認識を深める様子は、【出産時における知覚】に認められた。さらに【出産からの学び】では、出産体験を通して自身の成長を自覚し、周囲の人との関係の大切さに気づき、自然や社会の在りかたに意識を高めているというエンパワーした女性を認めた。

肯定できなかった出産体験を記述していた4名も否定的な内容ばかりではなく、【助産婦のサポート】、【出産における知覚】、【出産からの学び】に含まれている内容も認められた。全面的に肯定できなかった理由には、【期待と異なった出産体験】、【出産時の自分に対する反省】という正常から逸脱した分娩経過や自分の行動に対する厳しい自己評価があった。

## IV. 考察

研究フィールドの助産所での妊娠、出産状況、出産体験より導かれた助産所出産の特性から、助産モデルを導入した Safe Motherhood 戦略を検討した。

助産所では、継続的なプライマリー・ケアが提供されていた。女性が生活している身近でケアを受けられることが妊産婦死亡を改善し、継続したかかわりも母児の安全を支えることが明らかにされているので、1次レベルでの継続ケアを展開できるようにすべきである。

また、助産所は家庭的な環境で、女性を尊重するサポートが行われていた。家庭的な出産環境やサポートが手術的な分娩を減らし、女性の満足度を高めるなどの効果は証明されているため、助産モデルの概念に基づいた出産環境やケアの導入は有益だと考える。

助産所出産体験を通じて女性は自身への評価を高め、人と支えあう関係の大切さや子どもを産み育てるといった女性の役割、健康を支える食生活の意味、そして自然の摂理や現代社会の矛盾に気づいていた。出産体験が女性をエンパワーする契機となりうることから、出産のケアを充実することは、女性の潜在能力を拡大させていくことに通じると考える。

助産所では会陰切開や慣例的な会陰部の剃毛、血管確保、洗腸などの処置は実施されず、自然の経過を促す助産ケアが行われていた。必要時には医療機関と連携して必要な医療を受けられる方策を兼ね備えているが、自然なプロセスと女性の産む力を尊重する助産所は、女性が自律性を維持でき、慣例的で不必要な医療介入を回避できる出産環境といえる。

分娩開始時点で70%から80%が該当するリスク要因の低い女性の出産では、助産師によるケアの安全性は証明されている。助産所では、正常な妊娠や出産を助産モデルでケアし、そのケアの過程で正常から逸脱する可能性が認められた場合には、適切に医療機関と連携していた。これは、助産モデルと医学モデル双方の利点を生かせる在りかたと考える。

このように、助産所では科学的に有効なケアが行われ、出産体験が女性の内的な変化の契機となりうることを示されたので、助産所出産には妊娠や出産のケアを向上するための示唆があり、これを積極的にとりいれるべきだと考える。日本の助産の概念とケアを展開した国際協力事業団によるブラジル家族計画母子保健プロジェクト（1996～2001年）が、世界一高い帝王切開率のブラジル、セアラ州に女性を支える人間的な出産をもたらしたように、日本の助産所出産の特性は国際的にも貢献できると考える。この日本における助産所出産の特性を生かした新しい Safe Motherhood 戦略には、以下の4点が重要と考える。

- 1) 女性の産む力を支える継続的なプライマリー・ケアの提供。
- 2) 原則的に正常妊娠、正常分娩を対象とした地域に根づいた家庭的な出産環境の整備。
- 3) 必要時、状態に応じたレベルのケアに搬送できる医療機関との協力関係の整備。
- 4) 助産モデルに則った助産技術と、医学モデルとの連携を判断できる医学知識をあわせもつケア提供者の育成。

これらの項目を包括したプログラム開発が、次の目標である。そのためまず、助産モデルを組み入れた Safe Motherhood 戦略に関する共通理解を得るために、助産モデルの効果を実証する研究や国際的な論議を高める広報普及活動の推進が課題である。