

St. Luke's International University Repository

助産所から病院搬送となった女性を支える助産ケア

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2021-03-12 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 今村, 朋子, Imamura, Tomoko メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34414/00014990

This work is licensed under a Creative Commons
Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0
International License.



助産所から病院搬送となった 女性を支える助産ケア

今 村 朋 子¹⁾

抄 録

目的

助産所から病院への搬送事例について、助産師と女性双方の立場から、そのプロセスを明らかにすることにより、搬送事例における助産ケアのあり方を考える。

対象と方法

分娩期に助産所から病院へ搬送となった3事例について、女性3名と担当した開業助産師3名を対象に、参加観察法と半構成的面接法によりデータを収集し、アウトカムモデルに沿って各事例を質的に分析した。

結果

事例A：37週の前期破水時に、低体重児が指摘され、搬送となった。助産師は、Aさんが搬送に納得し、自己決定していくための、時間や環境の提供などのケアをおこなった。Aさんは、『病院での出産は、児の安全のためにも、自分の人生にとっても必要だった』と意味づけ、自分のお産を受け入れる気持ちに至った。

事例B：遷延分娩で搬送となった。助産師は早い段階から分娩遷延を予測し、Bさんの反応を確認しながら、「安全と納得が両立できる搬送時期を模索」していた。分娩経過の中で、助産師とともに模索の時間を過ごしたことで、Bさんは『一つ一つ納得しながら進むことができ、いいお産だったと思える』と評価した。

事例C：回旋異常による分娩停止で搬送となった。情報理解について助産師とのズレが存在し、Cさんの意思が尊重されないままの状況の中で搬送が決定された。この出産体験についてCさんは、満足いく出産体験であったと語ることはできなかった。

結論

女性たちは、搬送という状況の中にあっても、安全以上の結果を望み、満足いく出産体験に向けて取り組んでいた。開業助産師は、「早めの搬送により母子の安全・安心を守るケア」に加えて、出産体験の満足度を高められるよう、「女性が搬送に納得する過程を支えるケア」「搬送で生じる変化を最小限にとどめるケア」「出産への主体性を保ち続けることを支えるケア」「助産所とのつながりを保障するケア」などの助産ケアをおこなうことが重要である。

キーワード：助産ケア、助産所、母体搬送、出産体験、アウトカム

I. はじめに

分娩期における助産所から病院への搬送という状況は、開業助産師、出産する女性の双方にとって、非常に重要な判断や決断を迫られる出来事である。このような状況にこそ、助産師の的確な判断とより細やかなケア、そして、それをバックアップする医療連携システムが不可欠であるといえよう。

厚生労働省（2000）は、「健やか親子21」の達成課題

に「出産に関する安全性と快適さの確保」を挙げ、「安全性」の確保として、助産所を含めた周産期医療ネットワークの整備を目指している。しかし、多くの地域ではまだ公的な整備が不十分であり、個々の助産所や日本助産師会各県支部の努力によって、医療機関との連携を確保している状況である（宮崎他、1999；岡本他、2007）。

また、助産師自身においても、搬送時の判断に問題のあるケースが指摘されており（江藤他、2007）、日本助産師会（2004）では、「助産所業務ガイドライン」を定め、

受付日 2007 年 1 月 31 日 受理日 2007 年 4 月 27 日

1) 愛媛県立医療技術大学

医療事故防止に向けて取り組んでいる。

日本助産師会(山田他, 2006;野口他, 2006)によると, 平成 17 年度の助産所からの分娩中の転院は 3.66%であり, 緊急・非緊急の区別や転院理由が集計されている。今後はさらに, 搬送経過や予後, 妊娠中の兆候, 転院時期などについて分析していく必要があるとしている。

また, これまでの搬送に関する評価は, 医療者側の立場から, 安全性についてのみの視点に限られており, 病院搬送となった女性からの評価や, 「快適さ」も含めた出産の満足度までは, 明らかにされていない。

今後の課題として, 医療者側だけでなく, ケア対象者である女性にも焦点を当て, 「安全で快適な」搬送システムや助産ケアを考えることが重要である。

II. 研究の目的

助産所から病院への搬送事例について, 助産師と女性双方の立場から, そのプロセスを明らかにすることにより, 搬送事例における助産ケアのあり方を考える。

III. 研究方法

1. 対象

助産所で, 筆者が助産師とともに妊娠・分娩期のケアに参加しながら観察をおこなう中, 分娩開始後に助産所から病院に母体搬送となった事例を研究の対象とした。当該事例の女性 3 名と, 担当した開業助産師 3 名に研究の協力を依頼し, 同意を得た。

2. データ収集方法

データ収集は, 参加観察データと面接法, カルテからの情報を用いた。女性・助産師に対する半構成的面接では, 搬送に至った経緯や評価について自由に語ってもらい, 許可を得て録音した。自由な発言を妨げないよう, それぞれの面接は別々におこなった。

3. 分析方法

開業助産師の実践と女性からの評価を明らかにするという目的を達成するため, 本研究の概念枠組みとして Holzemer ら (1995) が開発したアウトカムモデルを用

いた。

本研究においては, 「クライアント (Client)」を産婦, 「プロバイダー (Provider)」を開業助産師, 「セッティング (Setting)」を助産所や医療環境と捉え, 事例の「ケア構造 (Structure/Input)」「ケア過程 (Process)」「ケア結果 (Outcome)」について, 1 例ごとに質的な分析を試みた。(表 1)

4. 倫理的配慮

倫理規準を遵守するとともに, 女性・助産師双方にとって, 発言の公表がお互いの関係の不利益にならないよう配慮するため, 逐語録の再確認を受けた上で, データとして使用した。本研究は, 聖路加看護大学研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した。

IV. 結果

1. 対象者

1) 女性

研究協力者である 3 名の女性は全て初産婦であった。妊娠経過に問題はなく, 助産所分娩が可能であると判断されていたが, 分娩期に病院に搬送となり, 病院で健康な児を出産していた。

2) 助産師

それぞれの事例のケアを実施した立場から研究協力を得た 3 名の助産師は, ともに助産所の所長・副所長といった管理者の立場でもあった。

3) 助産所

助産師へのインタビューの中で, 助産所運営や地域医療システムなど施設面の情報を得た。どの施設も, 4～5 床の有床助産所であった。地域の周産期医療システムが確立されていたのは 1 施設のみで, 残りの施設は助産所が個人的に病院との連携をもっていた。

2. 各事例の分析

次に, 1 事例ごとに, アウトカムモデルに沿った分析により明らかになった搬送の実態について記述する。抽出された意味について, 助産師の実践や考えを「」, 女性の行動や思いを『』で示す。

表 1 概念枠組み

	ケア構造 (Input)	ケア過程 (Process)	ケア結果 (Outcome)
女性 (Client)	助産所出産の適応 助産所選択理由・出産への思い	妊娠・出産経過 搬送の経過で感じた思い	母子の健康状態 助産ケアの評価 出産の意味づけ
開業助産師 (Provider)	助産師の経験・助産所での立場	妊娠・出産経過の判断とケア	
助産所/病院 医療システム (Setting)	医療機関との連携システム 助産所の運営状況・ケア方針	搬送基準	転院率・母体搬送率

1) Aさん：『これが自分のお産だった』と受け入れる 思いに至った事例

(1)搬送理由の概要

37週の前期破水で提携病院を受診した際に、超音波検査で2,300g相当の低体重児であることが判明し、病院での分娩管理が適切と判断されたため、転院となった。

(2)Input：ケア提供者・受け手の構造

Aさんは、流産の既往があり、今回、助産所で自然出産をすることが、自分に自信を取り戻す過程と捉えて助産所出産を選択していた。

助産所は提携病院と連携をとっており、病院で妊娠中2回の妊婦健診を受けるシステムになっていた。

(3)Process：助産師の実践とAさんの体験

①妊娠期のプロセス

Aさんは、病院への転院の必要性を告げられるまで、低体重児が助産所出産の適応外だとは知らず、助産所の出産条件について事前の情報不足がみられた。そのため、前期破水の処置目的だけの病院受診だと思っていたAさんにとって、病院出産が必要であるという診断は、全く予期していない出来事であった。

一方、助産師は、触診により胎児は小さめでも、予定日頃であれば2,500gを超えると推測していた。しかし、37週での破水という状況となり、児の安全を考え、病院搬送の必要性を即座に判断した。

②出産の始まりから搬送決定までのプロセス

助産師は、Aさんの動揺を察知し、緊急を要する状況ではないと判断した上で、「一呼吸おくためにいったん助産所に戻る」ことを病院スタッフと交渉した。助産所に戻ると、「家族だけで過ごす時間を提供し、女性が自己決定できるよう促す」「助産所で生まれたばかりの赤ちゃんとの対面を勧める」などのケアがおこなわれた。

動揺していたAさんも、助産所に戻ることで、『自分に区切りをつけるための癒しの時間を過ごす』ことができ、『妊婦仲間や赤ちゃんから勇気付けられる』体験を経て、気持ちの整理をつけて病院出産に臨むことができた。また、『信頼できる助産師の言葉によって、病院出産への決心を後押しされた』と、搬送の必要性を納得できたことを語った。

③搬送後のプロセス

助産所では、「女性が搬送後も、いいケアを受けられるような提携先を選ぶ」という取り組みがおこなわれており、搬送により開業助産師の直接的なケアが不可能となっても、施設との良好な連携により、安心できる場を整え、間接的に出産を支えようとしていた。このことにより、Aさんも、『熱心な病院スタッフや助産所と同じ援助方針の中での入院生活に救われた』と感じている。

ただ、病院で無事に児を出産後、Aさんは、『自

分と子どもを知ってくれている助産所に帰りたい』と、助産所での産褥入院を希望していたが、それは叶えられなかった。児が低体重で医療処置の必要性も存在したが、それ以前に、「病院との決まりで受け入れられない」というように、助産所への逆搬送のシステムが確立していない状況も存在した。

しかし、「病院退院後は助産所出産者と同じ継続ケアをおこなう」という助産所の方針により、退院後も乳房マッサージなどのケアが提供され、Aさんと開業助産師の関係は継続されていた。Aさんにとってこのことは、ケアを受けたということ以上に、自分自身が、『助産所で頑張ろうとした一員として認めてもらえた』という重要な意味をもっていた。

(4)Outcome：搬送結果と出産体験の意味

①母子の健康状態・搬送の適切性

Aさんは、搬送後、分娩誘発で経膈分娩になった。児は診断どおり低体重児であり、出生後は黄疸治療などの新生児管理もおこなわれた。助産師もAさんも、搬送による医療介入が必要であったと評価していた。

②Aさんにとっての出産の意味

Aさんは、搬送となったことで、『助産所出産で、過去に流産した自分に自信を取り戻すという夢が崩れたことが一番辛い』と語っている。しかし、その後悔の思いを経て、『これが自分のお産だった』と、その意味を受け入れるようになっていった。

それを支えていたものは、『助産所妊婦として出産に向けて頑張った自分』である。搬送になり、自分の望みは叶わなくても、努力した自分自身やその中から得たもので失われてしまうものではなく、Aさんの中で確かな自信として残っている。

また、『助産婦さんは、いつも自分に向き合ってくれた』と感じ、その判断を信頼できたことや、突然の搬送決定後、Aさんが納得し、自分で決断していくプロセスを尊重した助産師のかかわりが、Aさんにとって、この体験を受け入れる上で重要なものであったと捉えていた。

最終的にAさんは、『病院での出産は、児の安全のためにも、自分の人生にとっても必要だった』と意味づけ、自分のお産を受け入れる気持ちに至った。

2) Bさん：やり残した思いを感じながらも主体的に 取り組んだ出産に満足できた事例

(1)搬送理由の概要

遷延分娩により、入所から3日後に搬送となった。

(2)Input：ケア提供者・受け手の構造

Bさんは、健康志向・自然志向が高く、『赤ちゃんとお母さんの力で自然に産む』ことを希望し、『いいお産をしよう』という強い意志で助産所を選択した。

事例Aと同様、提携病院での健診システムがあった。

(3) Process：助産師の実践とBさんの体験

①妊娠期のプロセス

この事例では、搬送を想定した妊娠期からの情報提供が活かされていた。助産師は、「助産所には限界がある」ことについて情報提供をおこない、Bさんは、『助産所で産めないことにならないよう、常に体調管理をしていた』と、搬送の可能性も意識して、助産所出産に向けて熱心に取り組んでいた。また、提携病院での健診についてBさんは、『搬送に対する心の準備になった反面、もっと詳しく見学しなかったことを後悔した』と語った。搬送時に医師と初対面でないことは安心感につながったが、分娩室などの環境までは把握していなかったため、搬送後は知らない場所に身をおく不安につながったことを悔やんでいた。

②出産の始まりから搬送決定までのプロセス

遷延分娩のBさんの場合、搬送が決定されるまでのプロセスにおける搬送時期の判断は容易ではなく、スムーズに進まない分娩経過の中で、助産師とBさんがともに悩み、考え、模索の時間を過ごしていた。

助産師は、Bさんの陣痛の状況から、早い段階で分娩遷延の可能性を予測し、「搬送と助産所での出産できる可能性の両方を伝える」よう、情報提供していった。そして、その時々Bさんの反応を確認しながら、「安全と納得が両立できる搬送時期を模索」していた。このことにより、Bさんも『分娩経過の中で少しずつ搬送の可能性を受け止めていく』ことができた。

最終的に助産師は、「助産所の限界をふまえ、児に異常が出る前に判断する」「女性が自分で判断できるよう、現実をそのまま伝える」ことで、Bさんは『現実を受け止め、潔く病院に行く決意をする』に至った。この経過についてBさんは、自分自身も搬送の判断に積極的に参加し、自己決定していくことができたと感じていた。

③搬送後のプロセス

病院搬送後もBさんは、最後まで受身ではなく、自分に必要な医療を選択しながら、いいお産に向けて主体的に取り組むことができた。それを支えたのは、助産所の助産師が、病院搬送後も付き添うことができ、継続して分娩終了までかかわれたことが大きかったと述べている。

病院退院後、Bさんは一番に、子どもを連れて助産所を訪れた。そこで乳房ケアを受けたり、助産師とともに出産を振り返る時間をもった。この時のことをBさんは、『家に帰ってきたみたいだった』と、安心感に包まれる時間を過ごすことができたと振り返っている。

(4) Outcome：搬送結果と出産体験の意味

①母子の健康状態・搬送の適切性

Bさんは、病院で陣痛促進剤の点滴を受け、搬送から約6時間後に吸引分娩で健児を出産した。医療処置の必要性については、助産師・Bさんともに認めている。

②Bさんにとっての出産の意味

Bさんは、結果的に吸引分娩となっても、助産所で過ごした3日間の時間の存在によって『自分の力で産んだ』という達成感を感じている。そして助産師に対して『とことん付き合ってくれた』ことを感じ、『ここでお世話になってよかった』という、助産所を選択したことへの満足感を感じることができていた。

一方で、遷延分娩という搬送理由については、『自分がもっとリラックスできれば助産所で産めたのではないかと、やり残した思いも感じていた。

Bさんは、主体的に出産に取り組んだことへの満足感と、やり残した思いとの両方を感じながらも、『私にとっては赤ちゃんが元気に生まれてくるために、どの過程も省くことができない大切な時間だった』とこの経過を受け止め、『一つ一つ納得しながら進むことができ、いいお産だったと思える』と評価している。

3) Cさん：『もっと情報があれば違っていたかもしれない』と後悔が残った事例

(1)搬送理由の概要

回胎異常による分娩停止のため、母体搬送となった。

(2)Input：ケア提供者・受け手の構造

Cさんは看護師であり、看護学生時代の知識や様々な情報を得た上で、自然出産の母子へのメリットを考えて助産所での出産を選択した。また、前の2事例と異なり、この地域では、助産所を含めた周産期ネットワークが確立されていた。

(3)Process：助産師の実践とCさんの体験

①妊娠期のプロセス

Cさんは、妊娠中に『助産所で何かあった時はどうするのか』と、助産師に質問しており、助産師も病院搬送の体制が整っていることを説明していた。しかし実際は、「何かあったら」という具体的な意味には、お互いのズレがあった。Cさんは、『搬送は母子の命にかかわる緊急事態』と考えており、分娩経過の問題で病院搬送となるような事態は全く予測していなかった。

②出産の始まりから搬送決定までのプロセス

分娩が開始した段階から、Cさんは様々な場面で、助産師の判断やかかわりに自分自身の感覚とのズレを感じており、さらにスムーズな分娩進行がみられないことに対する不安が強くなっていった。

そのような中、搬送の判断が告げられたが、イ

メージとは全く異なる状況での判断に驚き、Cさんは納得することができなかった。しかし、Cさんの意思の確認は不十分なまま、搬送の準備が進められていった。

Cさんは、『そういう手があるのならもっと早く言って欲しかった。頑張るしかなかった』と、自己決定できるだけの情報がなかったために、自分の意思で出産の流れを選択できなかったと感じていた。

③搬送後のプロセス

搬送先では、帝王切開を待つ間に分娩進行がみられ、Cさんは、自分の意思を伝えながら分娩に取り組み、結局、医療処置を受けることなく、経膈分娩となった。

また、出産当日の夜には助産所での産褥入院が可能になり、助産所退院後もベビーマッサージクラスなど、助産所主催の活動に参加できたことについてCさんは、『産後の希望は叶えられた』と評価している。

(4) Outcome：搬送結果と出産体験の意味

①母子の健康状態・搬送の適切性

搬送後に自然分娩になったことについてCさんは、搬送時の移動で階段を下りたことを契機に胎児が下降し、分娩が進行したことを感じている。このことは、分娩時に『動きたいけど動けなかった自分』に対する後悔の思いにつながっていた。

助産師も、陣痛時の対処によっては、助産所分娩が可能であったかもしれないと評価していた。

②Cさんにとっての出産の意味

Cさんは、様々な場面で自分が主体的に判断できなかったことが、『もっと情報があれば違っていたかもしれない』という後悔の思いや、納得できない思いにつながっていた。また、助産師の判断やケアと、自分の体や心の感覚とのズレを感じ、ケアへのわだかまりを抱いていた。

Cさんは、搬送という出来事の中で、無事出産に至った結果には納得しながらも、そのプロセスにおける助産師のかかわりを肯定的に評価することはで

きず、満足いく出産体験であったと語ることはできなかった。

一方、出産そのもののプロセスには満足できなかったCさんであるが、産後の助産所でのケアには満足することができたと評価している。

3. 病院搬送となった女性から求められる助産ケア

3事例から見出された助産ケアの概要を図1に示す。

3人の女性たちは皆、「母子の安全と安心」以上の結果を求めて、搬送後も満足いく出産に向けて取り組んでおり、『自己決定と搬送への納得』『パースプランの実現』『主体的に出産に向き合う自分自身』などの達成状況によって、自己の出産が満足いく体験として受け止められるかどうかを評価していた。そして、妊娠・出産・育児をトータルで振り返る中から、そのアウトカムとして、搬送となった出産体験を意味づけようとしていた。

それに対し、助産師が実践していたケア（あるいは女性に求められながらできなかったケア）としては、まずはじめに、「早めの搬送により母子の安全・安心を守るケア」があり、さらに「女性が搬送に納得する過程を支えるケア」「搬送で生じる変化を最小限にとどめるケア」「出産への主体性を保ち続けることを支えるケア」「助産所とのつながりを保障するケア」が存在していたことが明らかとなった。

V. 考察

3事例から明らかとなった助産ケアの視点について、搬送となる女性に対して助産師は、どのような結果を目指したケアをおこなうことが必要かを考察する。

1. 安全以上の結果に向けた助産ケア

今回の事例は、母子の生命への危険が伴うような緊急搬送ではなく、皆、搬送により無事に出産に至っていた。女性たちは、『心音は落ちてなかった』『まだ頑張れる』と表現しているように、生命の不安を感じる以前の状況

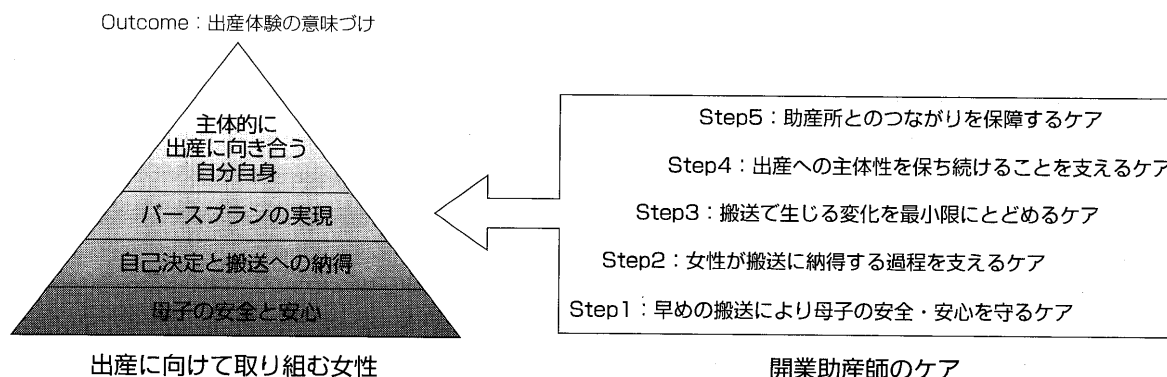


図1 助産所から病院搬送となった女性を支える助産ケア

で、搬送が決定されていた。そのような中で、女性たちは、ただ安全に出産を終えるということ以上に、『いいお産をしたい』という思いをもち続けていた。

一方、その背後で助産師は、常に母子の安全を重視し、「とにかく赤ちゃんが悪くならないうちに」と、胎児のリスクを予測しながら状況を見極め、早い時期の搬送を心がけていた。

Maslow (1987) は、人間の欲求を、生理的欲求から自己実現の欲求まで5段階のヒエラルキーに分類しているが、今回の事例でも、下位レベルにある、「母子の生命の安全」についての欲求が満たされていたからこそ、さらに上位の欲求である自己実現に向けて、出産に前向きに取り組むことができたのだと考えられる。

佐藤 (2000) は、医療モデルが「期待される結果は出産が安全で、健康な母子を得ること」であるのに対し、助産モデルでは、「個々の欲求に応じた満足感が結果となる」とその違いを述べている。

安全確保は母子にとっても助産師にとっても最重要視されるアウトカムであるが、それだけに終始してしまうのでは、真の助産ケアとはいえない。「早めの搬送により母子の安全・安心を守る」ことで、高度なリスク状態が回避され、搬送後も、女性を主体としたケアの選択肢が広がることも考えられる。

出産の「安全性」と「快適性」は決して対立する概念ではない。母子の安全が守られることにより、さらに出産の質を高めることにつながると考えられる。

こうして安全や安心が確保された段階で、さらに女性が満足できる出産に向けて、具体的に必要となるケアについて、次に4つの視点から考察する。

1) 女性が搬送に納得する過程を支えるケア

女性たちは、搬送決定のプロセスに参加し、最終的に自己決定できたかということを、自らの体験を評価する際に重視しており、助産師も納得に向けた情報提供、時間や環境の配慮をおこなっていた。

しかし、先にも述べたように、安全に不安を感じていない段階の女性にとって、搬送の必要性について納得することは容易ではなかった。

搬送を告げられた時点では、女性にとっては助産所で産めないという事実の方が重大な事柄であり、驚きやショック、もっと頑張りたいという思いを感じていた。このことは、早めの判断を原則とする助産所の実践において、常に直面する課題であると考えられる。

また、搬送理由が、児の側にあるか、自分の出産経過にあるかによっても受け入れは異なっており、『自分のせいで病院に行く』という無念さが、搬送への納得を困難にしていた。

今回、全事例で情報提供については、課題がみられ、女性の納得を困難にしていた。助産師は、搬送に関する情報を提供しているつもりでも、お互いの理解のズレがあったり、女性は情報を自分に関係することとしてうまく

活用できない場合も存在した。

そして、このように納得することが難しい状況を受け入れていくには、搬送決定の場面において、女性自身が考え、決断するというプロセスが必要であった。

有森 (1996) は、女性の自己決定を支えるための妊産婦と助産師の話し合いの重要性を明らかにしている。

いったん助産所に戻って一呼吸おくことで自分に区切りをつけることができたAさんや、長い分娩経過の中で少しずつ病院に向かう決心を固めていったBさんのケースなど、助産師は話し合い、女性の反応を見ながら寄り添うことで、女性が自己決定していけるよう、そのプロセスを支えていた。

一方、Cさんのケースでは、情報の不足や、話し合いの不足が女性の自己決定の機会を妨げており、わだかまりを残す結果となった。

2) 搬送で生じる変化を最小限にとどめるケア

助産所出産希望者は、出産に対する希望を明確にもっているといわれている (篋伊他, 2002)。しかし、搬送によって、女性を取り巻く「人」「環境」「医療介入やケア方針」が変化し、パースプランとして挙げていた多くの希望は実現できなかった。そういう状況の中で、女性たちは、自分が望んでいた出産時のケアの希望がどれだけ叶えられたのかといった結果を、自分の出産を評価する上で重視していた。

高田ら (2002) は、搬送場面において「女性のニーズを中心にしたケアの継続性」が重要であると指摘している。開業助産師は、よりよいケアが受けられる医療機関と連携したり、搬送時に病院スタッフにパースプランを申し送るなど、搬送後の女性を間接的に支えていた。こうした取り組みにより、女性へのケアの方針が継続され、搬送に伴う状況の変化を最小限にとどめることができ、ひいては女性の満足いく出産を支えることにつながると考えられる。

3) 出産への主体性を保ち続けることを支えるケア

最終的に女性たちは、『自分自身が主体的に出産に向き合うことができたか』ということに最も価値をおいて、搬送となった出産体験を意味づけようとしていた。

そしてこれは出産時だけでなく、妊娠期から頑張った自分を評価できること、産後の育児を評価できることなど、長い経過の中で自らの体験を捉えていた。

また助産師も、女性たちに望むこととして、「病院に送られたという受身ではなく、自分には医療が必要で、それを選択して出産した、というようになって欲しい」と語っていた。

井上 (2001) は、産婦の出産体験について「自分は自分なりに精一杯のことをしたのだと納得し、自分の能力や行為に価値判断することができれば肯定的な自己評価ができる」と述べている。女性が主体性を失わず、「出産に向き合う自分自身」を保ち続けることができるよう援助することで、たとえ助産所出産が叶わなくても、出

産体験の満足度を高めることが可能ではないかと考えられた。

4) 助産所とのつながりを保障するケア

女性たちは、『搬送後、開業助産師も分娩に立ち会う』、『出産後異常がなければ助産所での産褥入院ができる』、『退院後の育児支援などお互いの関係が保たれる』など、搬送後も開業助産師との関係やケアの継続を望んでいた。女性たちは、産後のケアを受けることで、出産時に果たせなかった思いを埋め合わせたり、搬送後も自分が助産所の一員として認められることで、助産所を選択した自分自身を肯定的に受け止めることが可能となっていた。

Page (2002) は、「一対一の助産実践」「ケア提供者の継続性」の重要性について述べている。開業助産師のケアは、搬送になったことで終わるのではない。その後の女性とのつながりや継続ケアの存在が、搬送を体験する女性が自らの体験を意味づけたり、受け入れていくためには、非常に重要であるといえよう。

VI. 結論

3事例とも、適切に判断され、病院への搬送によって無事に出産に至っていた。

さらに女性たちは、搬送という状況の中にあっても、安全以上の結果を望み、満足いく出産体験に向けて取り組んでいた。開業助産師は、「早めの搬送により母子の安全・安心を守るケア」に加えて、出産体験の満足度を高められるよう、「女性が搬送に納得する過程を支えるケア」「搬送で生じる変化を最小限にとどめるケア」「出産への主体性を保ち続けることを支えるケア」「助産所とのつながりを保障するケア」などの助産ケアをおこなうことが重要である。

謝辞：本論文は2003年度聖路加看護大学大学院修士論文課題研究の一部に加筆・修正したもので、内容の一部は第21回日本助産学会学術集会で発表した。研究にご協力いただきました3名の女性、尊敬する開業助産師の先輩方、ご指導いただきました堀内成子教授に深く感謝申し上げます。

引用文献

A. H. Maslow (1987). *Motivation and Personality* (3rd. ed.) 小口忠彦訳(1987). 人間性の心理学—モチベーションとパーソナリティ. 産業能率大学出版部. 改定

新版.

有森直子(1996). 出産方針における妊産婦の自己決定と助産婦援助との関係性の分析. 1995年度聖路加看護大学修士論文. 31.

江藤宏美, 有森直子, 堀内成子, 他(2004). 医療事故防止のための開業助産師のケア指針. 日本助産学会誌. 18(1). 56-61.

篋伊久美子, 二瓶良子, 太田操(2002). 妊婦の主体的に出産に関する意識調査・出産場所選択と希望分娩様式について. 母性衛生. 43(1). 178-187.

Holzemer, W.L. & Reilly, C.A. (1995). Variables, variability, and variations research: implications for medical informatics. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2(3). 183-190.

井上純子(2001). 産婦の出産体験の満足度に関する研究 - 産前・産後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連性 -. 神奈川県立看護教育大学校平成12年度看護教育研究集録. 371-78. 26.

厚生労働省(2000). 健やか親子21検討会報告書母子保健の2010年までの国民運動計画.

Lesley, Ann, Page. (2000). *The New Midwifery*. 鈴井江三子監訳(2002). 新助産学. メディカ出版. 第1版. 129-149.

宮崎文子, 古田祐子(1999). 助産院における母児搬送判断基準と救急支援体制に関する実態調査. 日本助産学会誌. 13(1). 22-29.

野口恭子, 神谷整子, 宮下美代子, 他(2006). 母体および新生児における転院／異常報告(平成17年)集計概要. 助産師. 60(3). 113-115.

岡本喜代子, 加藤尚美, 高田昌代, 他(2006). 有床助産所における嘱託医師および協力医療機関に関する調査. 助産師. 60(4). 34-43.

佐藤香代(2000). 助産婦の100年世紀を超えるもの. 助産婦は正常産の専門家. 助産婦雑誌. 54(12). 1037-1043.

社団法人日本助産師会助産所部会役員会. 安全対策委員会, 安全対策室編(2004). 助産所業務ガイドライン. 社団法人日本助産師会.

高田昌代, 岡本喜代子, 加藤尚美(2002). 助産師による助産ケア内容の適正化に関する検討(調査2). 平成14年度厚生労働科学研究報告書. 181-188.

山田美也子, 神谷整子, 野口恭子, 他(2006). 平成17年1月～12月全国分娩件数および転院件数集計について. 助産師. 60(3). 109-112.

Midwifery Care during Transference from Maternity Homes to the Hospital

Tomoko Imamura

(Ehime Prefectural University of Health Sciences)

Purpose: The purpose of this research is to study how to provide better midwifery care by evaluating cases of transference from maternity homes to the hospital, from the viewpoint of mothers and midwives.

Method: Data were collected from semi-structural interviews and observation. The people chosen for the interviews were three women and three midwives who cared for them. Data were qualitatively analyzed using the Outcome Model.

Results: Case A: The reason for transference was the low birth weight of the child that had been pointed out prior to birth. The midwife supported the mother in her decision-making process. The mother accepted to give birth in a hospital because she thought it was necessary for her life and her child's safety.

Case B: The mother was transferred to the hospital as the delivery was being delayed. The midwife had predicted the delayed delivery at an early stage, and judging from her reaction, she sought out the ideal time for transferring the mother. The mother reported that her experience was a good one because she was able to consent to every detail.

Case C: The mother was transferred as the delivery was stopped halfway. In this case, exchange of information between the mother and the midwife was insufficient. Transference was carried out despite the mother's will. The mother reported that the experience was not good.

Conclusions: Safety is the most important in transference from maternity homes to the hospital. However, it is still insufficient. In order to improve expectant women's satisfaction over transference to the hospital, it is important for midwives to do the following: 1) To minimize the influence of transference, 2) To help her agree on transference, 3) To support her in keeping her initiative, and 4) To inform her that support from the maternity home will be still available.

Key words: Midwifery Care, Maternity Homes, Transference, Birth Experiences, Outcomes