

施設内分娩時の家族支援

－ 助産婦の役割再考 －

西元 幸枝 ・ 福 知栄子* ・ 若林 敏子

要旨 戦前は家庭内分娩が主流であり、開業助産婦は、母子保健に関して中心的役割を担い地域に根ざして母子とその家族へのきめ細やかな支援を続けてきた。戦後、出産場所が家庭内から施設内に99.9%移行し、わが国の出産状況や母子とその家族をとりまく環境が大きく変化した。開業助産婦は激減し、助産婦はほとんど施設内に勤務するようになったため、これまでの母子とその家族に対する継続したきめ細やかな支援は困難になってきた。さらに現代社会は、少子化・核家族化・地域連帯意識の希薄化・女性の社会進出等がすすみ、子供を産み育ていく上で困難な状況にある。そのため育児不安を抱える親や家族が増大し大きな社会問題となっている。

このような中で、わが国では育児支援を中心とした施策を展開しているが、いつ、誰が、どこで、どのように対象のニーズに即した育児支援をおこなっていくのかは明確にされていない。

本稿では、多様化する家族や社会のなかで、助産婦が母子とその家族に対して果たすべき役割についてある事例をもとに再考した。その結果、助産婦は、妊娠や出産という場面を通して、母子やその家族が抱える問題、予測される問題を的確にキャッチし、早期から母子とその家族への支援を実施していく必要があること、さらに、その支援においては、多専門職との協働が重要であること等を再確認した。

キーワード：助産婦、家族支援、施設内分娩

はじめに

戦後、わが国の母子とその家族をとりまく環境は大きく変化してきた。出産が家庭内から施設内へ移行したことにより、妊産婦死亡や周産期死亡は激減し母子保健水準は世界で最たるものとなった。しかしその反面、出産という最も自然で家庭的な営みであるはずのものが、医学的に管理されるようになったことから様々な問題を引き起こしているという現実もある。

家庭内分娩が主流だった時代は、地域に密着した開業助産婦が、妊娠から出産・育児と継続的に母子とその家族を支援し、よき相談者として活躍していた。これは、助産婦が出産という新しい命が誕生する場に最初に出会う母子保健の専門職として活躍し、地域に根ざした活動を通して妊産婦や児の背景をふまえたきめ細やかな支援を行ってきたことを意味する。

一方施設内分娩が主流となった現代では、施設内に勤務する助産婦が増加した反面、開業助産婦は減少し高齢化の一途をたどっている。施設内分娩では、医師による医学的管理が優先されることから、施設内勤務助産婦は、妊産婦に対し独自の判断と責任を持ってケアすることが少なくなった。さらに、施設内勤務助産婦は3交替制が多いため、戦前の開業助産婦のように母子とその家族の生活に基づいたきめ細やかな継続的支援は困難となってきた。

また近年、都市化・核家族化・少子化の進行・地域連帯意識の希薄化に伴い身近に育児モデルの存在がないことや、妊娠・出産をファッション的に取り扱う風潮、育児に関する情報の氾濫等により育児不安を抱える親や家族が増えている。さらに、周産期医療が進歩し、未熟児など多くのハイリスク新生児が救命されるようになったが、このような児をもつ親やその家族は、様々な育児不安を抱えていることが明らかになっている。

このような状況の中で、わが国では「エンゼルプラン」と題して子育て支援を母子保健の中心として展開する施策が平成7年度より開始された。母子保健は、母子の一貫した総合的な保健対策であり、その対象はすべての母子とその家族である。しかし、この施策を展開するに当たり子育て支援の中心的役割を専門職として誰が担っていくのか、すべての母子とその家族を誰がどこで把握し、ニーズに即した継続的支援をどのように実践していくのか等まだ十分に明確にされていない。

そこで本稿では、施設内分娩が主流を占める時代にあって、助産婦の主要な役割である妊産婦やその児・家族のニーズに即した家族支援・育児支援のあり方を事例を通して再考した。

1. わが国の母子保健施策の変遷と現状

わが国の母子保健施策は、昭和22年に公布された児童の健全育成を主たる目的とする児童福祉法に基づいて実施されたが、これは、福祉対策に重点を置いたものであった。昭和40年、母子保健の一層の充実のため広く母性と乳幼児を対象とした母子保健法が公布された。この法の中では、母性は児童の健全な出生と育成の基盤として尊重され、保護される権利を有すること、乳幼児の健康が保持され、かつ増進されるべきこと、さらに母性及び乳幼児の保護者自らが進んで母子保健に対する理解を深め、その健康の保持増進に努力すべきこと、が謳われている。この理念をもとに、母子の一貫した総合的な母子保健対策が推進されたため、乳幼児や妊産婦の死亡率の改善等が図られ、わが国の母子保健は世界で最高水準となった。

一方、前述したように近年都市化・核家族化・少子化の進行・地域連帯意識の希薄化・女性の社会進出等によって子供を産み育てる環境は大きく変化している現状に即し、時代の変化に応じた新しい母子保健のあり方が見直され始めている。現在の母子保健対策は図1に示すとおりである。子育て支援を中心に、健康的な妊娠の支援、安心できる出産の支援、乳幼児の健全発達支援、生涯を通じた女性の健康支援等を柱に、それぞれの時期に対象に最もふさわしいサービスが行われるよう体系化が図られている。住民に身近な市町村においてサービスの提供ができ、かつ一貫した母子保健の事業を実施するために、平

成9年度より健康診査や訪問指導等基本的サービスを市町村に一元化した。

2. わが国における出産をとりまく状況

(1) 家庭内分娩から施設内分娩へ

戦後、わが国の出産をとりまく状況は、連合軍最高司令部（GHQ）主導の改革によって急激な変化を遂げた。GHQ改革以前の日本では、出産の取り扱いには助産婦が中心であり、出産場所は家庭が99.8%と主流を占めていた。東京で60年以上開業助産婦として活躍している永沢は、その著書の中で当時の出産状況を詳しく述べている。助産婦は、出産がある時は夜中でも早朝でも時間に関係なくその家庭へ自転車をとばして行き、夫や姑は湯を沸かし、産婦の腰をさすり、子どもたちはじっと母親の姿を見ているという風景である。

大林¹⁾は、ある対談の中で「昔の助産婦が扱うのは自分が歩いて回れる範囲内の妊産婦さんで、その地域の人たちを知っているし、皆から知られている、そういう日常的なつきあいの中で自然にお産が成し得るという条件が存在していた。」と話している。このようにその当時の助産婦といえほとんどが地域で活動する開業助産婦であり、妊産婦の家庭に出向き健康診査や相談・指導を行った。すなわちそれは、そこで生活している妊産婦と家族の状況に応じた、言い換えれば家庭的社会的背景を十分にふまえた上でまさに対象のニーズに即した支援であった。そのため助産婦と妊産婦・その家族との人間関係は非常によく保たれていたと思われる。さらに助産婦は、出産というある一場面だけに関わるのではなく妊娠から出産・育児と継続的に関わり、責任を持って主体的に妊産婦とその子ども・家族を支援していた。このような活動が積極的になされていたため、助産婦は、地域の身近なところで妊産婦とその家族のよき相談者として、時には女性の「かけ込み寺」的な存在として大きな役割を果たしてきた²⁾とも言われている。

GHQの改革後、アメリカの医療が日本にもちこまれたことによってわが国の出産状況は変化した。当時のアメリカでは助産婦の存在意義が認められておらず、出産は医師の管理下におかれていた。また日本のような家庭分娩は、非衛生的であるという理由で、GHQの改革の柱の1つに「分娩の施設化」

平成9年5月現在

区 分	思春期	結 婚	妊 娠	出 産	1 歳	2 歳	3 歳
健 康 診 査 等			○妊産婦健康診査 （35歳以上の 超音波検査 の導入） ○B型肝炎母子感染防止事業	○乳幼児健康診査 ○神経芽細胞腫検査 ○先天性代謝異常等検査	○1歳6ヶ月児 健康診査	○3歳児 健康診査	
保 健 指 導 等			— ○保健婦等による訪問指導等 — — ○妊娠の届出及び母子健康手帳の交付 — ○思春期保健相談事業 ・思春期クリニック ・遺伝相談 ○母子保健相談指導事業 （婚前学級）（新婚学級）（両親学級）（育児学級） ○児童環境づくり基盤整備事業（市町村事業） ア．地域活動事業 イ．母子栄養管理事業 ウ．乳幼児の育成指導事業 エ．出産前小児保健指導事業 オ．産後ケア事業 カ．思春期における保健・福祉体験学習事業 キ．健全母性育成事業 ク．その他母性の健全な育成に資する事業 ○共働き家庭子育て 休日相談支援事業 ○海外在留邦人に対する 母子保健情報の提供事業 ○生涯を通じた女性の健康支援事業（不妊にも悩む夫婦の相談・一般健康相談）				
医 療 援 護 等			— ○未熟児養育医療 — ○代謝異常児特殊ミルク供給事業 — ○妊娠中毒症の療養援護 — ○小児慢性特定疾患治療研究事業 ○小児慢性特定疾患児手帳の交付事業 ○療育の給付 ○慢性疾患児への療育指導				
基 盤 整 備			○心身障害研究 ○乳幼児健康支援デイサービス事業 ○母子保健医療施設整備の促進（小児医療施設・周産期医療施設設備の整備、運営費補助） ○母子保健要員研修等事業 ○周産期医療対策（運営協議会、システム整備等） ○都道府県母子保健医療推進事業（評価システムの整備）				

図1 主な母子保健施策

（資料：1997年国民衛生の動向）

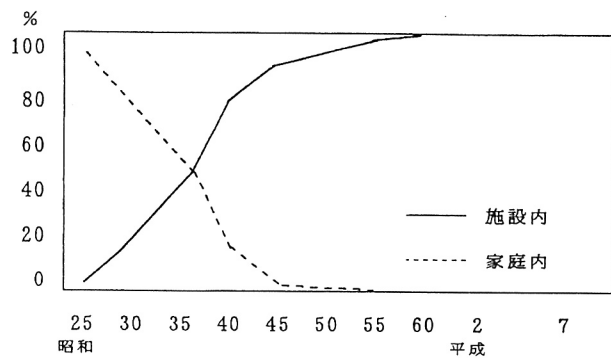


図2 出生場所の年次推移

(岡本喜代子：日本の助産婦が直面している問題、
助産婦雑誌、48 (4)、p10、1994)

があげられ、出産場所は家庭内から施設内へと大きく変化することとなった。施設内というのは家庭を除く全ての施設のことであり、病院、診療所、助産所が含まれている。この大転換期は、図2に示すように昭和35年であり、前述の開業助産婦永沢は「自宅分娩を基本とした、日本における助産婦の全盛時

代はついに終わった³⁾」と述べている。ちなみに平成7年現在では、99.9%が施設内分娩である。⁴⁾

このように、施設内分娩の増加とともに助産婦の就業場所も変化し、平成8年度では、助産婦総数23,615人中、病院と診療所に勤務する者19,503人(82.6%)で、助産所に勤務する者1,137人(4.8%)とほとんどが施設内勤務助産婦である。⁵⁾ また施設内分娩により医師が出産に立ち会い医学的管理が優先されたことで、施設内勤務助産婦が独自で判断して妊産婦のケアを実施することが少ない状況での出産が増えている。

(2) 施設内分娩がもたらした影響

確かに医学的な管理を行ったことにより、表1に示すとおり乳児死亡率、妊産婦死亡率、周産期死亡率の低下等わが国の母子保健水準は飛躍的に向上した。しかし家庭内分娩から施設内分娩へ移行したこ

表1 母子保健の主な統計

年次	出生率 (人口1,000対)	乳児 死亡率 (出生1,000対)	新生児 死亡率 (出生1,000対)	周産期 死亡率 (出生1,000対)	妊産婦 死亡率 (出生100,000対)
明治33	32.4	155.0	79.0	—	436.5
43	34.8	161.2	74.1	—	363.6
大正 4	34.1	160.4	69.7	—	358.6
9	36.2	165.7	69.0	—	353.4
14	34.9	142.4	58.1	—	302.4
昭和 5	32.4	124.1	49.9	—	272.5
10	31.6	106.7	44.7	—	260.1
15	29.4	90.0	38.7	—	239.6
20	—	—	—	—	—
25	28.1	60.1	27.4	46.6	176.1
30	19.4	39.8	22.3	43.9	178.8
35	17.2	30.7	17.0	41.4	130.6
40	18.6	18.5	11.7	30.1	87.6
45	18.8	13.1	8.7	21.7	52.1
50	17.1	10.0	6.8	16.0	28.7
55	13.6	7.5	4.9	11.7	20.5
60	11.9	5.5	3.4	8.0	15.8
平成 2	10.0	4.6	2.6	5.7	8.6
4	9.8	4.5	2.4	5.2	9.2
6	10.0	4.2	2.3	5.0	6.1
7	9.6	4.3	2.2	5.0	6.9

(資料：平成7年度母子保健の主なる統計)

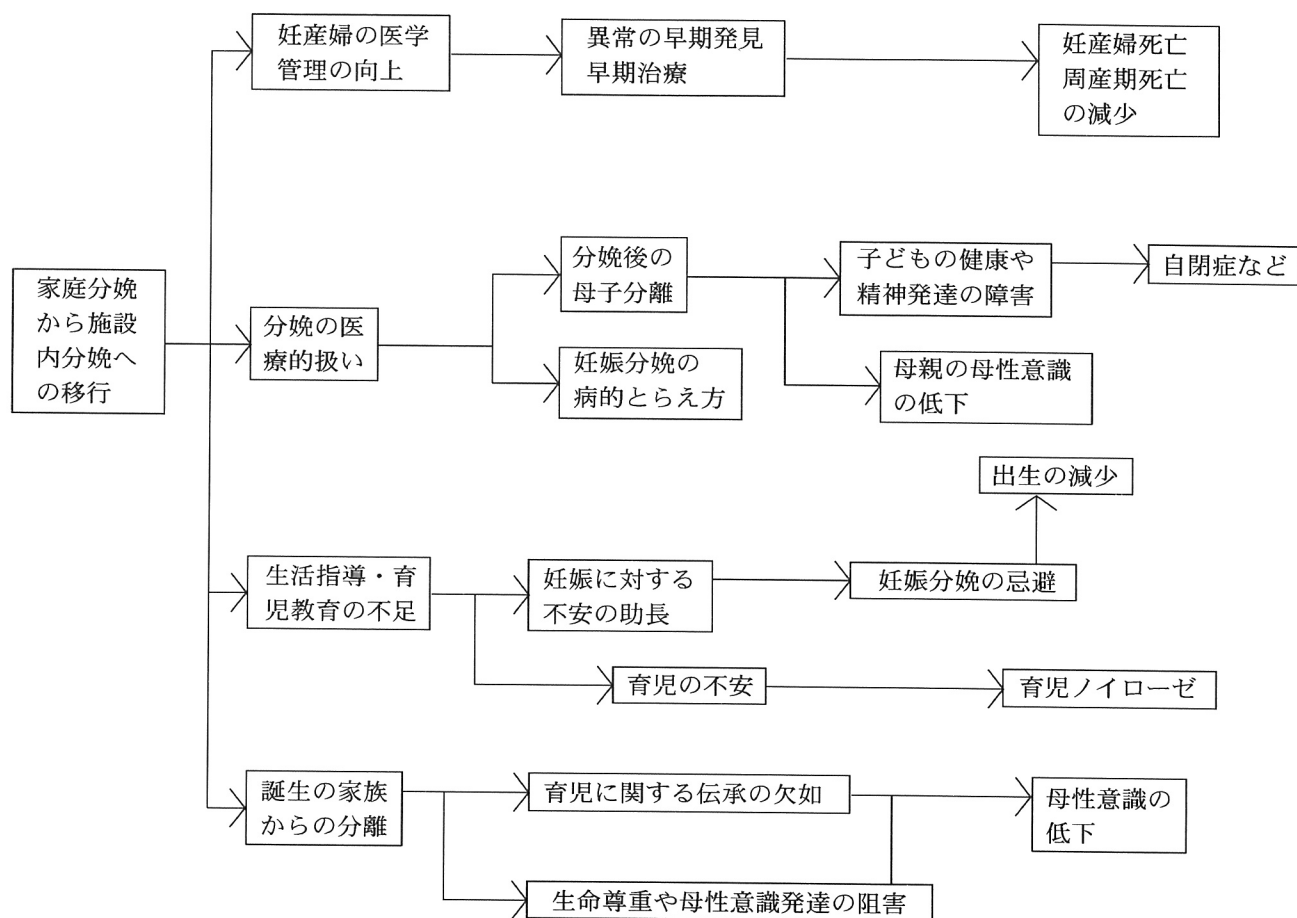


図3 家庭分娩から施設分娩への移行によって招来された種々の問題
(松本清一：助産婦の担う道，p64，社団法人日本家族計画協会，1996)

とよっての悪影響も指摘されている。松本は「医師が分娩介助に関わる機会が増え分娩の主導権を握り始めたことで、正常分娩についても医学的処置の範囲が拡大し医療的な分娩介助の傾向が強められ、妊娠・分娩は疾病と似た取り扱いを受けるようになった。以前は家族全員が関与し、家庭が中心だった分娩が、技術的・機械的にのみ扱われて、人間性・家庭性が失われ、分娩に対する妊産婦自身の関心が薄くなり、母性意識の低下などの問題を生じる一因ともなっている。⁶⁾」と述べている。松本は、その他の問題についても図3のように表している。

従来助産婦は、家庭の中で主体性をもって妊娠・分娩・育児と一貫して継続的に妊産婦とその家族に関わってきたが、施設内勤務助産婦は、8時間という労働時間で勤務が区切られるため3交替制が主流で、一人の妊産婦を継続的に全責任をもって援助することがなくなり、助産婦業務は断片的で細切れなものとなっていった。そのため妊娠中一度も会ったこ

とのない助産婦が分娩のみ介助する、分娩を取り扱った助産婦が産後一度も褥婦と関わるということがないという現状もみられ、妊産婦と助産婦との人間関係さえも希薄になりつつある。

さらに助産婦は、施設を訪ねてきた妊産婦だけに対応するようになったため、家庭の中あるいは地域の中で生活している妊産婦とその家族が抱えている問題が見えなくなってきた。妊産婦の家庭的社会的背景を理解することなく、またそこに大きな問題を抱えサービスを必要としていることをみつけられないまま、画一的な対応しか行っていないこともある。助産婦外来を開き、正常な妊婦は助産婦が健康診査や保健指導を実施している施設もあるが、まだ数的には少なく、現在ではほとんどが医師の手に委ねられている。そのため病院の医師は一人の妊婦にゆっくりと時間をかけられない現状もあり、妊婦は自分の抱えている問題や不安を話せる雰囲気ではない。開業助産婦の瀬谷は、環境調整も大切な役割だった

ことを次のように述べている。「きめの細かい家庭訪問から隣接の家庭状況、すなわち障害をもつ子が隠された形で奥まった部屋にいることが発見されたり、長期の闘病生活を送っている結核患者の存在を知り、受診に繋がらなかった在宅の病める患者を受診行動に結びつけることもあった。また保健所とのつながりもとった。家族同様とも言える地域生活に密着した活動の基盤は、両者の信頼関係だ。⁷⁾」

このことから明らかなように、施設内に来院しているときだけの状況からは、隠された重大なことが見えないのである。だからといって戦前と全く同じ方法がこれから可能かという、時代も社会環境も全く異なる現代では不可能なのである。それ故、現代の状況を理解した上での新しいあり方を検討すべきなのではないだろうか。

(3) 育児不安を抱える親・家族の増大

少子化、核家族化、地域連帯意識の希薄化等近年の社会環境が変化する中、相談相手がいらない、育児の先輩である父母や近隣の人々から育児についての実際的な知識や方法が受け継がれず育児モデルがもてない、マスメディアを通した育児情報の氾濫により、育児にまつわるストレスが増大し不安や悩みを抱える親が増えてきている。永沢は、自分の体験上でもこの社会状況の変化を感じ取り、「保健所からの依頼を受けて新生児や妊産婦の訪問に出かけるが、これがなかなか大変で、地図を頼りに訪ねて行っても、昔のように〇〇さんの店の隣は××さん、とか△△の農家の裏は□□さんというわけにはいかない。アパートや都営住宅、マンションに入って目的の部屋を探してもうまく見あたらない。隣の人をよく知りませんという人が多く、〇〇さんなら3軒先の右側ですよ、教えてくれる人も少なくなった。

病院を退院したばかりの若い母親と赤ん坊を訪ねてみて、産後の処置をどうしていいのかわからず、本を読んだり、親に電話をしたりして困っている人がたくさんいることに驚いた。⁸⁾」と述べている。

さらに、女性のライフサイクルの変化に伴い晩婚化傾向となり、高齢出産等身体的問題を有するハイリスク妊産婦や、未熟児等ハイリスク児も増加している。ハイリスク妊娠とは「母児に危険の可能性のある妊娠」と定義づけているが、身体的異常という側面だけでなく、母性意識、母子関係という観点からも対象を把握する必要がある。⁹⁾ ハイリスク児

も同様、発達上の問題や、育児指導・支援が必要となる可能性のある者と考えられており、単に生物学的要因のみでなく、社会環境、家族環境をも包括されるものである。¹⁰⁾ ハイリスク妊娠、ハイリスク新生児の概念は、それぞれ表2、表3に表している通りである。

このようなハイリスク妊産婦や児は、とりわけ育児不安を引き起こすことが多く、より継続的なきめ細やかな支援が必要であることはいうまでもない。しかし、現代のように施設内分娩が主流を占め妊娠中からの継続的支援が困難な状況においては、助産婦は対象をキャッチすることすら難しい。

3. 助産婦の役割

助産婦の定義と職分については、その国の法律・制度・歴史的背景によって異なっている。WHOでは、「助産婦は、妊娠・分娩・産褥期を通じて婦人に必要なケアと助言を提供し、自己の責任のもとに正常な分娩を介助し、新生児のケアをするための教育(訓練)を受けている。(略)助産婦は、病院や保健機関や家庭助産に従事することができるよう、これらのどの場においても、家庭や地域社会における保健教育の中で重要な責務を担う。¹¹⁾」と定義している。又その業務内容については、「妊娠期には、妊娠中の身体的・心理的な変化や胎児の発育状況を観察し、医療を要する徴候や異常の早期発見に努める。地域的・家庭的実情に即して、異常予防、栄養指導、分娩準備教育、児を迎える心構え、授乳に向けての準備などの保健指導を行う。これらは関係地域内の母子保健関係要員や、社会福祉関係者と積極的に連携して指導効果を上げるように努める。分娩期は、分娩進行状況の観察をしながら、心理的支援や不安苦痛の緩和ケアを行い、児の娩出介助をする。産褥期は母体の回復を促進させることと、児の扱いや児を迎えた家族の環境調整や、小児の健康診査の必要性について理解させ、利用できる施設や制度を説明する。¹²⁾」としている。国際助産婦連盟(ICM)では、「助産婦は、妊産婦ばかりでなく、家族及び地域社会における保健相談や健康教育に関して重要な役割をもっている。この仕事には、父母となる準備が含まれ、婦人科、家族計画にまで及び、子どもの看護の分野にまで及ぶ¹³⁾」と述べている。わが国では、助産婦の定義を「助産婦とは独自の判断

で助産過程を展開し、さらに広く母子及び家族の健康と福祉を促進することを目的とし、健康生活上の援助を行う専門職である¹⁴⁾としている。

このように助産婦とは、助産の専門的技術を駆使し母子とその家族の健康を守ると同時に、その家族が新しい命の誕生により生じる家族内の役割の変化に対し円滑に適応できるよう、継続的に身体的精神的支援を行っていく専門職であることが国際的にも認められているのである。このことは、たとえ分娩場所が家庭から施設に移ってもその使命にかわりはない。すなわち単なる分娩介助を実施する技術屋ではなく、育児不安が増大する現代社会においても、母子とその家族に対して助産婦独自の専門的判断と責任をもって支援していく存在であることを意味していると考えられる。

4. 事例紹介

ここで、施設内分娩をしたハイリスク妊産婦・児であったと思われる事例を通して、現代の施設内分娩主流時代に、継続的な家族支援という視点で助産婦が果たす役割について考えてみたい。

(1) 家族・地域の背景

筆者らは、平成8年に、O県のM町で開催された要観察児指導教室に参加した。この教室は、O県内の保健所が実施しているもので、図1に示したわが国の母子保健施策の乳幼児の育成指導事業の一環である。この教室は、健康診査等において「要経過観察」と診断された児童（言葉の遅れや情緒の障害など精神発達上の問題を有する児）や育児不安をもっている母親などに対し、より豊かな発達を促すことを目的に個別指導あるいは集団指導を行うものである。

この教室で筆者らは、Aちゃん（5歳）とその祖母（82歳）と出会った。Aちゃんは、3歳児健康診査で言葉のおくれと社会性に乏しいことを指摘され、この教室を紹介された。毎月一回開催されているこの教室に祖母と参加していた。母は、仕事があるということで一度も参加したことがない。この教室で祖母は、何度も「育児は母親には任せられないのですべて自分が行っている。」と発言していた。我々は、育児の中心が祖母であることに疑問をもったため町の保健婦と一緒に家庭訪問を実施した。

Aちゃんの家は、K町という人口約7000人、周囲

は自然に囲まれ緑多い地域にあり、また超高齢化の進んでいる地域でもある。交通の便は悪い。医療機関も少なく総合病院はないため、バスで60分程かかるO市内まで出かけなければならない。

表2 ハイリスク妊娠

1. 母体の年齢・体格など、個体固有危険因子を有する妊娠
2. 産科学的危険因子を有する妊娠
既往の産科異常および今回の妊娠分娩異常
3. 合併症（婦人科ならびに内科疾患）を有する妊娠
4. 社会的環境危険因子を有する妊娠

（田中都代子：ハイリスク妊婦の看護，助産婦雑誌，46（7），p8，1992）

表3 ハイリスク児の概念

社会環境

- ①非衛生、貧困な地域、スラム街
- ②環境汚染地域
- ③僻地

家庭環境

- ①経済的に貧困
- ②父および/または母不在
- ③家族に重症疾患
- ④無知・迷信
- ⑤育児態度不良

生物学的弱質児

- （出生前、周産期要因）
- ①ハイリスク妊娠・分娩より出生した子ども
 - ②低出生体重児
 - ③早期新生児時期に異常を認めたもの
（中枢神経系・呼吸・循環・哺乳など）
 - ④奇形・先天異常
 - ⑤認められる原因がなく虚弱
（出生後要因）
 - ⑥発育不良
 - ⑦発達遅滞、行動発達の異常
 - ⑧重症疾患罹患の既往歴のあるもの
 - ⑨慢性疾患の現症あるいは既往歴のあるもの
 - ⑩いわゆる虚弱児

（前川喜平：ハイリスク児の早期保健指導マニュアル，p3，日本小児医事出版社，1997）

家族構成は、Aちゃん、母Bさん（32歳）、父（60歳）、祖母（父方の母、82歳）である。訪問で初めてAちゃんの母と出会った。この家庭訪問により、家族や生活の状況を実際に把握できたのであるが、母Bさんは、知的障害がありハイリスクと思われる家族であった。

（2）妊娠から出産までの状況

Bさんは、26歳の時、妊娠・出産する。O市内の総合病院で妊婦健康診査を受けていた。分娩予定日の3週間前に妊娠中毒症のため緊急入院となり、誘発分娩を行った。入院の前日まで仕事をしており、足が大変むくんできたので心配していたと言っている。平成3年6月13日に出産し、Aちゃんの体重は2760gであった。出産から退院までの状況は、Bさん自身あまり詳しくは覚えていない。Aちゃんは1週間保育器に収容されていたが、Bさんと一緒に1週間目に退院した。「Aちゃんについての話は、医師や看護職から特になかった」と言っている。近所に同世代の友人等はいない。退院後は、実家ではなく自宅へ帰り、兄の世話をしていたが産褥3ヶ月で、職場復帰をしたため、その後は祖母がAちゃんの世話をすることになった。

Bさんが受けた援助は、病院での妊婦健康診査と出産介助、産褥期の入院中の健康診査と保健指導であった。

5. 事例からみた専門職としての助産婦の役割

この事例は、3歳児健康診査で要観察児と判断され、ようやく援助サービスを受ける対象となったが、Bさんに障害があることから、もっと早くにこの家族の状況が把握され家族支援を行う必要があったのではないだろうか。現在Aちゃんも6歳となり出産時のことは過去のものであるが、妊娠・出産の時点からこの家族への援助は必要であったと思われる。妊産婦が医療機関を受診した際にハイリスク妊婦と思われたなら、助産婦は継続支援の必要性を重視しなければならない。妊産婦の状況を一番早くにキャッチできるのは、出産に立ち会う助産婦である。ほとんどの出産が施設内でおこるということは、ほとんどの助産婦が妊産婦とその家族の状況を妊娠・出産時に把握できるということである。現代は、育児不安が大きな社会問題の一つになっていることを助産婦がきちんと認識した上で、妊娠・出産時に、家

族や地域状況を把握し、母親の育児に対する態度を観察することにより、対象の抱える問題や将来起こるかもしれない問題が見えてくる。異常なくBさんの分娩介助を行うだけでなく、Bさんは妊娠・出産に対してどのような気持ちを抱いていたのか、出産には家族の誰が付き添い、出産をどのように受け止めていたのか、この家族が今後育児をしていく上で困難となることはどのようなことなのか等、育児を中心とした家族支援という側面から、妊産婦とその家族を見守っていく姿勢が助産婦に必要であろう。

助産婦は、出産という一つの出来事により母と子・その家族が新たに生じた家族関係を作り上げていけるよう側面的援助を行う役割を担っているのは、戦前も現代も変わらない。むしろ、育児不安が増大している現代にこそ、助産婦が、家族・地域状況を十分理解した上で妊娠期からの継続的な家族支援の役割を発揮するべきである。

一方、妊娠すれば母子健康手帳が市町村より交付されるが、市町村に母子保健の基本的サービスが移譲され地域住民により密着したサービスの提供を行うならば、母子健康手帳を交付した段階で、いつ、誰が出産するのか、その家族が育児不安を引き起こす可能性はあるかなど、その地区を担当している保健婦等も責任を持って把握していくことが必要であると思われる。助産婦による家庭訪問ができない状況なら、助産婦は、問題が発見されたり予測された時点で、地域の保健婦等に連絡し協働で支援していくことを忘れてはならない。一人の専門職でできることは限られている。サービスが、単なる人生の通過点としてではなく、将来を見越したライフサイクルの中で一貫して提供されるものとなるためには、助産婦は、自己の責任においてできることとできないことを見極めたうえで専門性を発揮すると同時に、他の専門職との連携を図っていく必要がある。

わが国でも、より質の高い看護を提供できる実践家として、平成8年度より専門看護師・認定看護師が誕生した。その役割の一つに、調整（コーディネーション）がある。助産や母性看護領域においては、まだ専門看護師・認定看護師は誕生していないが、助産婦が従来から専門職としての立場を確立しているならば、この調整機能を十分に発揮できる実践家になりうると考える。

おわりに

助産婦の役割は、今も昔も変わらない。助産婦の就業場所が施設内に移行しても、その役割は、あくまでも母子とその家族への一貫した家族支援であることを再確認した。戦後社会状況が変化し、育児が困難となってきた現代にこそ、よりきめ細やかな援助を必要とする人に、継続したサービスの提供が必要なのである。また地域間の格差が大きくなり、誰もが同じサービスが受けられない中で、出産はほとんどの人が施設で行い、そこには助産婦も存在しているということは、助産婦の専門性をいつでも誰にでも発揮できる機会があるということである。出生率が低下しても、全くゼロになることはないだろう。助産婦は、いつの時代にも、母子とその家族を支える専門職なのである。

今後さらに一つ一つの事例を重ね検討し、助産婦が行う具体的な実践方法を組み立てていくことが課題である。

参考・引用文献

- 1) 宮里和子・大林道子 (1988). [対談] 歴史から学ぶということ. 助産婦雑誌, 42 (4) : 44-52
- 2) 岡本喜代子 (1994). 日本の助産婦が直面している問題. 助産婦雑誌, 48 (4) : 9-16
- 3) 永沢寿美 (1995). 産婆のおスミちゃん一代記. 草思社
- 4) 財団法人厚生統計協会編、国民衛生の動向 1997
- 5) 4に前掲
- 6) 松本清一 (1996). 助産婦の担う道. 社団法人日本家族協会. 36-37
- 7) 瀬谷美子 (1996). 開業助産婦の過去・現在・未来. 保健の科学, 38 (6) : 397-401
- 8) 3に前掲
- 9) 田中都代子 (1992). ハイリスク妊婦の看護. 助産婦雑誌, 46 (7) : 8-13
- 10) 前川喜平 (1997). ハイリスク児の早期保健指導マニュアル. 日本小児医事出版社
- 11) 青木康子 (1996). 助産学概論. 日本看護協会出版. 137
- 12) 11に前掲
- 13) 11に前掲
- 14) 11に前掲
- 15) 藤村正哲 (1995). NICU退院時のフォローアッププログラム. (山口規容子編. 未熟児・新生児のフォローアップ, p 11-18. メディカ出版)
- 16) 前原澄子 (1996). 少子時代の母子保健. 保健の科学, 38 (6) : 360-364
- 17) 清水美登理 (1996). 少子時代にむけて、わが国の行政施策. 保健の科学, 38 (6) : 365-367
- 18) 渡辺尚子 (1996). 専門看護師・認定看護師制度の全体像. 助産婦雑誌, 50 (12) : 9-18

Family Support during Childbirth in Hospital

YUKIE NISHIMOTO, CHIEKO FUKU* and TOSHIKO WAKABAYASHI

*Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare Science,
Okayama Prefectural University, 111 Kuboki, Soja-shi, Okayama 719-1197, Japan*

**Department of Welfare System and Health Science, Faculty of Health and Welfare Science,
Okayama Prefectural University, 111 Kuboki, Soja-shi, Okayama 719-1197, Japan*

Key words: midwife, family support, childbirth in hospital