

マタニティ継続ケアを実践する助産師が抱える医療連携上の障壁 — Steps for Coding and Theorization による質的データ分析 —

金森 京子ⁱ

妊産婦に対して継続ケアを行うことが重視されているが、その重要な担い手である助産所助産師は、全国的な傾向として医療連携に困難を生じていることが知られている。本研究では、助産所助産師に焦点をあて、助産所と医療機関との間にある連携上の障壁（困難や課題）について彼女らがどう受け止めているかを引き出すことを目的とする。妊娠期から産後を通して1人の女性を継続的に支援し、かつ病院や診療所以外で分娩を担当した助産師7名を対象に、Focus Group Discussion (FGD) によりデータ収集し、Steps for Coding and Theorization (SCAT) を用いて分析した。その結果、医療連携上の障壁として、①連携契約上のさまざまな不安定要素、②助産所助産師への評判、③医療連携における信頼関係の不足、④保険への加入、⑤医療と助産のジレンマ、⑥妊産婦の産み方への迷い、⑦助産師制度の課題、⑧地域活動の地盤づくりの課題、⑨助産所出産の認知度の低下、の9カテゴリーが、浮かび上がった。こうした障壁の実態についてさらに検討し、それを除去する取り組みが求められる。

キーワード：助産所、助産師主導の継続ケア、医療、医療連携、連携体制、Focus Group Discussion, Steps for Coding and Theorization

はじめに

過去30年、医療施設における全国的な産科医師のマンパワー不足や偏在から、分娩の取り扱い中止(中林ほか 2006)、母体搬送受け入れ困難など周産期医療を巡る諸問題が顕在化し、その解決が継続的な課題となっている(厚生労働省周産期医療体制のあり方に関する検討会 2016)。限られた医療資源の中で周産期医療が安全かつ円滑に実施されるためには、低リスク分娩は一次医療施設で、中・高リスク分娩は二次・三次医療施設で管理する機能別役割分担が望ましい(久保 2010)。近い将来における分娩に携

わる医師の激減を見据え(海野 2010; 日本産婦人科医会 2015)、妊娠リスクスコアの開発(坂野ほか 2009)や、産科オープンシステム¹⁾(中林ほか 2006; 小川 2010)、院内助産、助産師外来(日本看護協会 2018)など、さまざまな取り組みがなされてきたが、妊娠期から産後にわたるマタニティケアの産業化の中で効果的な解決方法は見つかっていないように思われる。

世界保健機関(以後、WHO という)は、「助産師制度が十分機能している環境にある妊婦に、助産師主導の継続ケアモデル²⁾を提供することを推奨」(WHO 2018=2021: 2, 4, 35)している。国際的にみると、助産師主導の継続ケアを受けた女性にはアウトカムとして多くのプラス効果が証明されており(金森 2022: 144)、主要先進国では出産前後を通して

i 立命館大学大学院社会学研究科博士後期課程

助産師がケアの要となっている。わが国の産婆や助産師もまた、職業として長い歴史を持ち規則や法律に基づいた制度の中で女性に継続ケアを提供してきた³⁾。しかし今日のマタニティケアは医師主導型の周産期医療体制で行われており、妊産婦に継続ケアを提供しているのは、地域で助産所を開設している極わずかな助産師ら（以後、助産所助産師⁴⁾という）である。国際的に助産師主導の継続ケアを推奨していることを考えれば、積極的にその体制をつくるための検討をすることは大きな意義を持つ。

しかし、助産所助産師の医療連携に困難が生じていることも知られている。妊娠・分娩が生理的経過から逸脱した場合を想定して、助産師があらかじめ医師に適切な後方支援を求めても、囑託医を引き受けてもらえない。また母体搬送などの周産期情報ネットワークの相互連携システムに、助産所は入っていないなどの実例がある⁵⁾（福島 2004: 1056; 岡本・武田 2012）。これらについて具体的場面で生じている課題を明らかにする必要があるが、助産所の開設や運営、安全管理に関する研究がわずかに散見されるものの（江藤ほか 2004; 谷口・村田 2011）、助産所と囑託医・囑託医療機関との連携に関しては、日本助産師会の実態調査があるのみである（岡本・武田 2012）。

そこで本研究では、地域で分娩を含むマタニティ継続ケアを実践している助産所助産師に焦点をあて、助産所と病院・診療所などの医療機関との間で生じている連携上の障壁について、彼女らがどう受け止めているかを引き出すことを目的に調査を実施した。

本論文の構成は次の通りである。第1章では、調査研究の基本的予備知識を提供するため、助産師の位置づけ、助産所という場、医療連携について医療法上の課題を概説する。第2章では研究方法として、データの収集ならびに分析方法、調査対象者、実際の調査方法等について述べる。第3章では、分析結果として調査参加者の背景、分析したFGDの構成概念や理論記述、カテゴリー化を示し、第4章では、助産所助産師の考えを含め検討する。最後に本調査

で明らかとなった研究の結論と、研究の限界と課題を示す。

1. 助産師の医療連携にかかわる制度的課題

本章では、医療連携にかかわる助産師の制度について、助産所を開設する助産師がどのように位置づけられ、医療機関の1つである助産所がどういった場で、医療連携についてどのような医療法上の制度下で課題を抱えているのかを概説する。

1) 助産師

助産師は、妊産婦や児、その家族など、特定の人びとへの助産および保健指導をつかさどることを任務としている。主たる業務は「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、新生児およ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」（福井 2017: 3）している。

助産行為は、助産師と、医師法の規定で行う医師にしか認められていない独占業務である（保健師助産師看護師法第30条、以後、法律名を保助看法という）。しかし助産師には、正常経過を逸脱した妊産婦への処置は臨時応急の手当て以外は認められておらず、そのような場合には医師の診察を求めさせなければならない（保助看法第38条、看護行政研究会 2021: 14-6）。

今日、多くの出産が病院や診療所でなされるようになり⁶⁾、助産師の多くは医師が常駐する病院や診療所などの医療機関で就業している（厚生労働統計協会 2021: 204）。

2) 助産所

助産所とは、「『助産師が公衆又は特定多数のためその業務（病院又は診療所において行うものを除く。）を行う場所』（医療法第2条）と定義されている。助産所の管理者は助産師でなければならない（医療法第11条）⁷⁾（山崎 2016: 29）。

また助産所の開業形態には、入所施設を有する有床助産所と入所施設を持たない無床助産所（無床開業・出張開業ともいう）がある。有床助産所は医療法において入所床数9床以下と定められており（医療法第2条）、嘱託医師と嘱託医療機関を保健所へ届け出なければならない（医療法第19条）。無床助産所の場合は、主に妊産婦の自宅やその他への往診により診療に従事し、法的に嘱託医師や嘱託医療機関を届け出る必要はない⁸⁾。しかし、妊産婦の自宅等で分娩を扱う場合などは、安全の確保のために日常から相談ができる医師を定め、連携することが推奨されている（山本 2017: 116-7; 厚生労働省医政局 2007: 14）。

3) 助産所の医療連携（医療法第19条、医療法施行規則第15条）

2007年（平成19年）の第5次医療法改正において助産所に関する事項も改定・施行された（厚労省医政局 2007: 13-4）。医療安全の確保として挙げられた助産所に関する主な改定は、要約すると次の通りである。

助産所の開設者は、嘱託医師が分娩時の異常に対応することが困難な場合を想定して、嘱託医師だけではなく嘱託医療機関（病院又は診療所）を定める必要があると義務づけられた（医療法第19条第1項、医療法施行規則第15条の2）。また、これまで嘱託医師に専門外の診療科医師が選任されていたこともあり、嘱託医師は産科又は産婦人科の医師、嘱託医療機関は産科又は産婦人科及び小児科を有する医療機関でなければならないと限定された。ただし、嘱託医療機関が異常時に対応する場合は、嘱託医療機関の医師をもって嘱託医を定めたとみなすことができる（医療法施行規則第15条の2第2項）。

無床助産所の開設者は、連携する医療機関として妊産婦が初診でかかっていた医療機関を主として利用しており、特段の取り決めはなかったが、異常の対応に備え、受け持つ分娩事例ごとに、上述の医療法施行規則第15条の2第2項に対応する、入院可能

な医療機関を定めることとなった（医療法第19条第2項、療法施行規則第15条の3）。

2. 研究方法

研究デザインは、質的調査に基づく、帰納的実証研究である。まず、本稿で取り上げたデータ収集方法と分析方法の理論的枠組みに触れ、研究方法の実際を述べる。

1) データ収集方法と分析方法の理論的枠組み

(1) Focus Group Discussion (FGD)

グループインタビュー法は、Focus Group Discussion（以後、FGDという）とも呼ばれているデータ収集方法である（大谷 2021: 152）。FGDは、共通の経験や特徴を持つ対象者に集まってもらいグループダイナミックスを用いて質的に情報把握を行う科学的方法の1つである（Holloway and Wheeler 2000=2003: 151-60）。FGDにはさまざまなパターン（型）があり、本研究では、研究目的に照らして、アイデア創出型のデータ収集方法として実施した（安梅 2010: 46, 73-82）。

プライマリーケアに携わる助産所助産師にとって医療機関との連携は、もっとも重要な課題である。しかし医療機関との連携は、対象のプライバシーや助産師の職務上の責任に関わるところでもあり、日頃、公の場では言語化されにくい。そこで、1人の発話者に刺激された他者からの発話が生まれるなどの効果が期待され、情報が引き出し易くなるFGDを用いた。

(2) Steps for Coding and Theorization (SCAT)

Steps for Coding and Theorization（以後、SCATという）を用いた分析は、テキスト形式の質的データを読み込みながら、適切で創造的なコードを案出・生成して付していく分析手法である（大谷 2021: 270-2）。4段階のコーディングと、コーディングから導かれたテーマや構成概念を紡いでストーリーラインを描き、そこから理論記述を抽出する手続きか

表1 SCAT (Steps for Coding and Theorization) を用いた分析例

番号	テキスト	<1> テキスト中の注目すべき語句	<2> テキスト中の語句の言い換え	<3> 左を説明するようなテクニカルな概念	<4> テーマ・構成概念(前後や全体の文脈を考慮して)	<5> 発話からの疑問・課題
1	それで今、彼女たちが契約をしようとして難しいうことになって、実質的にはだから、Aさんも、個々に契約取りに行かなあかんようになって、あのう、KG地区のK助産師も、個々に...、もう、言う、言わね、KG病院の先生や、交差さなあかんようになって、その先生がまた代わったんば、またね、ご挨拶行って、それを引き継いでやって、くれるかどうかわかね、そんなことに今なっちゃってて。	彼女たち、個々に契約/先生がまた代わったんば	・若手助産師の関与 ・個人で連携の開始	次世代助産師への影響	【個別契約の困難さに波及】、【他の助産師助産師】	・個々の助産師の自助努力を越えたところで、専門職を包括する助産師組織の法制はどのようになっているのか? → (日本助産師会 2019: 8-10) (江藤 2004: 59)
2	だから、もう1回それ、作らあかんので、医師会と同等の立場で助産師会が、周産期システムにのって、助産師会の会員であれば、その恩恵が受けられるという、救急システム、緊急システムの連携のなかには、紹介も含まれるように、救急システム、ちゃんともう1回作らんとね、若い子たちが、やっぱりこうやって、できない。	もう1回それ、つくらんあかん/同等の立場/周産期システム/助産師会の会員	・医療連携 ・紹介、緊急搬送の連携体制 ・医療関係組織の一員 ・法人組織の一員 ・M、助産師会のシステム/その恩恵、若い子たち/できない	周産期医療システムの再構築/組織としての連携/組織委員会としての連携/後輩助産師の連携体制の確立/現行の地域助産師助産師の課題/【助産師の存続】	・Cが言う「医師会と同等の立場」と繰り返し言っている。どうしている意味があるのか? → 妊産婦が選択した出産場所に関係なく「公平性」のある連携の意? ・地域で継続ケアを実践できる後進の育成に影響する (現任教育、基礎教育)	
3	そのきっかけは、助産師の連帯責任ですね。その個人の助産師が、医療連携を...、何があつたかは知りませんけれど、うまいくなくて、全体の他の裏面に仕事を地域でやつてる助産師さんたちまで同じようには見られて受けてもらえなくなつたというところですか?	これまで隠れていた内容の確認	・隠りのない事実 ・前例を理由に連携受け入れ拒否 ・連帯責任 ・今後への影響 ・他者への影響	—	—	・語りがシビエな内容になり、聴き手がここで「連帯責任」と言ってしまったが、いかなければどのような会話に発展しなかったらうか?
4	もちろん、そういう流れがあるんです。... 実質的にはね、建前上はいろんな断断が有りまして、でも、内部事情を知ってるものは、もうそれと断断が有りまして、いろいろなもんなら知ってるし、それで、さ、もうやうやう連携を取りたいときも、すこく、「こういうことがあつたはね、無理なんだから」ということになるか、やっぱりその先の通つていうのは大きき影響したと思います。	内部事情、こういう理由/大きき影響	・信頼の回復への道筋 ・学習の受け入れの基準 ・情報や認識の共有 ・折り返し ・折り返し	逸脱者/アウトサイダー/連帯契約の崩壊/新連帯契約の個人連帯契約への影響	【集団を逸脱集団とみなしたレッテル】、【集団に所属する個人への反応】	—
5	うん、それを回復するのに、時代の流れでね、ガイドラインとかね、いろいろんことが遵守されるようになって、当然その契約のなかに「ガイドラインを遵守します」と、っていうようなこととか、綿密に、いろいろん状況を抱えたときに、相談をいたしたいか、お互いが歩み寄ってね、いい状況で、安全も確保しつつ、受け持とうとか言うような流れになって、回復しつつはありますけれど...	それを回復/ガイドラインを遵守/綿密に/相談/お互いが歩み寄って/いい状況/安全も確保	・信頼の回復への道筋 ・学習の受け入れの基準 ・情報や認識の共有 ・折り返し ・折り返し	目指すべき共通の目的、目標/医療者として基本的な所作/相互の努力と謙虚	【協力関係の再構築に向けた建設的な改善の努力】、【団体への疑心暗鬼からの信頼回復】	—
6	なにかこれは個人の問題でないところがありますね、助産師としての、集団の課題もそこから見えてくるし。	個人の問題でない/集団の課題	・個別の負の体験 ・他者の助産師への影響 ・組織的課題	個人と集団の同一視/個人の不可抗力/連帯責任集団の影響	【個人の不可抗力の問題】、【専門職集団としての課題】	集団の課題とは何か? → 助産師同士の注意や指摘ができていたか? 主担当の助産師とサポート助産師の対等な関係性はあったのか? 目指す作用

... (以前、省略)。これらの「受け入れ地域の医師らに助産師助産師らに対する懸念要因」により「連帯への拒否感」を抱いており、個人の出来事にも留まらず、【他の助産師助産師の困難さに波及】している。団体への疑心暗鬼、当事者がかわる【集団を逸脱集団とみなしたレッテル】があり【専門職集団と個人への反応】として懸念し、【医師の拒否の反応】に繋がったと見るとし、そのための【協力関係の再構築に向けた建設的な改善の努力】により【団体への疑心暗鬼を用いるトラップ】なども同じく、【マナーバイパスの受け手である女性や世間からの評判】が「一事が万事」、一事例の出来事が全国的な【風評や社会的偏見】となって【個別契約の困難さに波及】している。さらに、【助産師の存続】のためには【周産期医療を担う助産師助産師】として【周産期医療システムに準拠】した【組織間協定の確立と参画】が「現行の地域助産師助産師の課題」と考えられている。

■ 2007年保健法第19条改正(以後)は「組織間協定が解体し個人契約に移行」した。

■ 【高度医療機関】には「正しいシステムで責任を担う助産師の配置確保」がある。

■ 【新たな管理責任者の職能別役割分担の考え方】で「連携の継続や中断の判断」がなされ、助産師の【嘱託契約や医療連携契約の破綻】を招く。

■ 助産師助産師の【医療連携契約の中断に伴う連帯責任の発生】や「システムの再構築」を促進されている。

■ 【受け入れ施設の医師らに助産師助産師らに対する懸念要因】や「分娩におけるリスクの顕在化」などの【医療機関に負荷の大きい事象】が発生している。

■ 個人が実施した医師らの助産師助産師らに「連帯への拒否感」を抱いている。

■ 当事者がかわる【集団を逸脱集団とみなしたレッテル】により【団体への疑心暗鬼からの信頼回復】に尽力している。

■ 【協力関係の再構築に向けた建設的な改善の努力】により【団体への疑心暗鬼からの評判】も同じく【一事が万事】となり【一事例の出来事が全国的な【風評や社会的偏見】として【組織間協定の確立と参画】した【組織間協定の確立と参画】】と考えている。

■ 助産師らは、【助産師の存続】のために【周産期医療を担う助産師助産師】として【組織間協定の確立と参画】した【組織間協定の確立と参画】と考えている。

らなる。

コーディングでは、以下で説明する4つの項目を表頭においたフォームを用意し、逐語データから抽出したテキストをセグメント化（切片化）して左のマトリックスに記述する。参考としてSCATを用いた分析過程をよく表しているExcelフォームの一部を、表1に例示する。

左にある逐語データから右へ順に、<1>データの中に「注目すべき語句」をさらに抽出し、<2>それを「言い換える」ためのテキスト外の語句を考え、<3>それを説明するような「テキスト外の概念」を案出し、<4>そこから浮かび上がる高次化された「テーマ・構成概念となるコード」を前後の流れを考慮して付していく。このようにしてできた「テーマ・構成概念となるコード」から、ストーリーラインを描き、短く区切って一般化した理論記述にしていく。

2) 研究方法の実際

(1) 調査対象者

本研究では、調査対象となる助産師を明確にするため、選定基準を次の2点とした。

まず、助産所を開設し、助産所や妊産婦の自宅など病院や診療所以外の場で、実際に分娩を取り扱っている助産師である。もう1点は、マタニティケア責任者として実務に従事し、一連の妊娠・分娩・産後の期間を通して1対1で女性を受け持ち継続的に支援している助産師である。これらを同時に併せ持つ助産師をFGDの参加者とした（以後、FGD参加者をディスカッサントという）。

ディスカッサントのリクルートは、著者が助産師らの会合に参加し、上述の選定基準にあてはまる助産師を機縁法により紹介を受けた。当該助産師へFGDへの参加を打診し、承諾が得られた方々を招集した。

選択基準を満たし、かつ参加候補者となった助産所助産師は10名で、そのうち、参加の承諾が得られたディスカッサントは7名であった。分娩を取扱う助産所助産師はそれぞれ昼夜問わない日常の業務体

制で活動している。そのため、FGD実施のために一同に会するタイミングを設定するのが難しく、次の通り工夫をした。

まずディスカッサントの基本情報を事前に収集し、ディスカッサント個々の同質性、異質性を把握しながらグループを設定した。基本情報は、ディスカッサントの年齢、助産師免許取得後の実務経験年数、医療機関での勤務経験年数、開業後の経験年数、開業形態（有床開業か無床開業か、分娩取扱場所）、年間分娩介助件数、年間サポート件数、医療法第19条にかかる嘱託契約形態等であった。その上で、FGDの実施日を2日設け参加しやすい日を調整した。

属性や経験・背景等が比較的重ならない4名をグループ1、比較的似かよった3名をグループ2とした。

(2) データ収集方法

静かな個室を設定し、ファシリテーター（著者）と各グループのディスカッサントでFGDを実施した。調査を進めるうえでの役割分担は、ファシリテーターとディスカッサント以外に、観察担当者（録音担当、映像担当）、筆記記録者が参加し、データ収集にかかる所要時間は概ね90分前後とした。

実際のFGDの過程は安梅が提示した方法を参考に実施した（安梅 2001: 15-21）。まず、ファシリテーターは、①導入、②研究目的の説明、③方法の説明をし、ICレコーダーとビデオカメラでの記録については、参加者の同意を得てから始めた。④ディスカッションに際しては、インタビューガイドを用意し、具体的に答えやすい質問から聞き取りを開始した。また、ファシリテーターは、⑤グループダイナミックスが起りやすいように道案内としての役割を意識し、⑥次への発展に繋がるようディスカッションの内容を要約した。⑦参加者が意義ある役割を果たしてくれたことへの感謝の意を述べて終了した。

インタビューガイドの内容は、①嘱託医・嘱託医療機関との契約に至る経緯、②妊娠期から分娩期の医療連携に関する現状、③医療連携に困難をきたしていることや課題とし、主に③を中心に半構造的に

自由な語りを聞き取った。

(3) 分析前後の流れと方法

FGDにより収集したデータは、調査終了後直ちに逐語録にし、全体の記録を確認した。相槌や言い間違い、フィラーなどは、分析に影響がない範囲で削除し、テキスト形式の質的データにした。

本稿における連携上の障壁とは、医療機関との連携において分娩を取扱う助産所助産師が感じている困難ならびに課題と定義した。その上で、研究目的である助産所と病院・診療所などの医療機関の間で生じている連携上の障壁、それに関係する助産師らの受け止めについて語られているテキスト部分を抽出し、SCATを用いて分析した。

グループ1について1人ひとりまとまりのあるストーリーラインや理論記述を導きだし、さらに理論的飽和に近づけるため、グループ2の分析から導かれた新たな理論記述の知見を加えた。

SCATを用いた分析手法は、明示的で段階的な分析手続きを有し、比較的小規模なデータ分析に適応しやすい。本研究で用いたテキストデータは比較的大きなデータであるため、研究目的に即して分割的に分析シートを作成し、理論記述として浮き上がってきた結果を集め、サブカテゴリーを考案し、さらにそのサブカテゴリーを集めてカテゴリーとして統合した(大谷 2021: 272-3, 360-1, 364-5)。なお、「カテゴリー」と「要素」の使い方として、抽出する作業では「カテゴリー」と呼ぶが、実質的内容をふまえて考察では「要素」と呼ぶこととする。

分析過程におけるスーパービジョンは研究者2名から定期的な受け、分析結果についてはFGDに参加したディスカッション個々に確認してもらい承認を得た。

(4) 調査・分析期間

調査期日は2016年3月の2日間、分析期間は2022年6月～2023年2月であった。

3) 倫理的配慮

①調査対象者へ研究目的、方法、公表に際して個

人が特定されないように配慮を行うなど、研究の概要を文書と口頭で説明し、同意書に直筆の署名をいただくことで同意を得た。

②データは匿名とし、逐語録から個人名が漏れないようにした。

③対象者の研究参加は任意とし、国際看護師協会「看護研究のための倫理指針」ならびに、日本看護協会「看護研究における倫理指針」の基に配慮を行った。

④本研究は、聖泉大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号 No.9, 承認日2015年11月)。

4) 利益相反

本研究において開示すべき利益相反状況はない。

3. 研究結果

本章では、ディスカッションの特徴と、助産所助産師にとっての障壁と受け止めに整理して提示する。

1) ディスカッションの特徴

FGDに参加したディスカッション7名の業務上の背景は表2の通りであった。

年齢は、Gを除く6名は40歳代前半から50歳代前半、助産師免許取得後の実務経験年数は短い助産師で13年、長い助産師で49年のキャリアがあった。全員医療機関での勤務経験を経て、後に個人事業主として助産所を開設していた。

助産所を開設してからの経験年数は3年～22年と差があり、開業形態は、Aは自ら入所施設を有する有床助産所を開設しており、他6名は無床助産所として開設していた。ただし、Bは自宅等へ出張して分娩を取扱い、C以下Gまでの5名は診療所医師が開設する助産所に登録し、有床施設を共同利用していた。この5名は、隣接する診療所の産科オープンシステムも利用することができ、医療機関との連携をとりやすい環境にあった。

C, E, Fの3名は助産所開業後の経験年数が比較

表2 助産所助産師の業務上の背景

ID	年齢 ^{※1}	実務 経験年数 (年)	勤務 経験年数 (年)	助産所開業 経験年数 ^{※1} (年)	開業形態		年間 分娩介助 件数(件)	年間 サポート 件数(件)	医療法第19条にかかる 契約形態	
					有床・無床 届出別	分娩取扱場所				
A	40歳代 後半	25	10	12	有床	有床助産所+自宅等	7-9	—	嘱託医療機関 ^{※2} 2か所 (総合病院)	
グループ1	B	40歳代 前半	13	6	3	無床	自宅等	1	10	嘱託医1名 (診療所)
	C	50歳代 前半	29	8	21	無床	自宅等+有床助産所 (診療所OS ^{※2} 利用)	50	50	嘱託医2名 (診療所+助産所登録)
	D	50歳代 前半	16	16	5	無床	有床助産所 (診療所OS ^{※2} 利用)	15	約30	嘱託医1名 (助産所登録)
	E	50歳代 前半	32	29	22	無床	有床診療所+自宅等+有床助産所 (診療所OS ^{※2} 利用)	5	14-15	嘱託医1名 (助産所登録)
グループ2	F	50歳代 前半	30	10	15	無床	自宅等+有床助産所 (診療所OS ^{※2} 利用)	12-14	1-2	嘱託医2名 (診療所+助産所登録)
	G	70歳代 前半	49	29	16	無床	有床助産所 (診療所OS ^{※2} 利用)	1	—	嘱託医1名 (助産所登録)

※1 調査当時の年齢・経験年数

※2 OS：産科オープンシステムの略

※3 嘱託医療機関の医師が嘱託医を兼務

的長く、妊産婦のニーズにより自宅へ出張して分娩を取り扱った経験も多く、また年間の分娩介助件数、年間サポート件数からみてもマタニティケア責任者としての豊富な経験を有していた。DとGは、自宅での分娩取り扱い経験はなかった。

なお、全員嘱託医あるいは嘱託医療機関との契約、又は連携医療機関を定めて事業をしており、医療連携に関する障壁についてのディスカッションの際には、発話に相互作用が認められた。結果は次の通りである。

2) 語りから見えてきた医療連携上の障壁と助産師らの受け止め

グループ1のFGDの所要時間は95分、うち目的に照らして抽出されたデータ収集時間は延べ30分で、グループ2の所要時間は112分、うち新たな知見として抽出されたデータ収集時間は延べ20分であった。

テキストデータをSCATの4ステップで分析した結果、セグメント化したテキストデータ数は66個、テーマ・構成概念数は延べ175個、理論記述数は63個であった。連携の障壁として抽出された理論記述から、サブカテゴリーが26項目、カテゴリーが9項目

生成された。その結果を表3に示した。

助産所助産師の連携上の障壁と考えられる語りは、9カテゴリーに分類され、①連携契約上のさまざまな不安定要素／②助産所助産師への評判／③医療連携における信頼関係の不足／④保険への加入／⑤医療と助産のジレンマ／⑥妊産婦の産み方への迷い／⑦助産師制度の課題／⑧地域活動の地盤づくりの課題／⑨助産所出産の認知度の低下、が挙げられた。

各カテゴリーの中位要素として、それぞれサブカテゴリーがあり、文中では【 】でくくった。また、下位要素として理論記述があり、表の[]は、SCATを用いた4段階のコーディングの分析過程<4>で抽出された「テーマ・構成概念」となるコードである。

4. 考察

医療法第19条の助産所における嘱託医・嘱託医療機関の必置は、本来、妊産婦や児の健康・生命を守るために定められた条文である。しかし、当該妊産婦や妊産婦をサポートする助産師らにとって大きな障壁となっている。また、障壁となっているのは単

表3 助産所助産師の連携上の障壁に関するカテゴリーと理論記述

カテゴリー	サブカテゴリー	理論記述
直接的障壁 ①連携上のさまざまな不安定要素 ②助産所助産師への評判	医療法改正により強化された縛り	<ul style="list-style-type: none"> ■ [周産期医療] における [連携体制構築の目的] は [最大限の安全の確保] である。 ■ [必要な法的手続き] として、[医療法第19条]、[医療法施行規則第15条] が、分娩を取り扱う [助産所開設の法的手続き上の縛り] と [実務上の縛り] になっている。
	勤務医・管理責任者の異動	<ul style="list-style-type: none"> ■ [高次医療機関] には [短気ハバンで責任者である勤務医の配置転換] がある。 ■ [新たな管理責任者の機能別役割分担の考え方] で [連携の継続や中断の判断] がなされ、[嘱託契約や医療連携契約の継続] を招く。
	医療連携体制の地域格差	<ul style="list-style-type: none"> ■ 地域によっては、[周産期医療] における [明確な機能別役割分担] と [システム上の再構築] を 定義なくされている。 ■ 総合病院や助産所など [異なる医療レベルでの勤務経験] は [組織間協定の仕組み] を熟知する機会となっている。 ■ [助産所開設] において、[相互援助システムの確立地域] と [相互援助システムの未確立地域] に [連携体制の相違] がある。
	個人と組織との契約の難しさ	<ul style="list-style-type: none"> ■ [生じては困る未経験の事態] を [想定した準備] について、[高次医療機関の医療者] との [顔の見える関係] が無い中で、[個人から組織へ働きかけること] の難しさがある。
	契約の非連続性	<ul style="list-style-type: none"> ■ [医療機関との契約の非連続性] は [緊急を想定した際の機能別役割分担] において [連携体制の不安定要素] となっている。
	助産師会組織の役割衰退	<ul style="list-style-type: none"> ■ [2007年医療法第19条改正以後] は [個人契約への移行] による [組織間協定の解体] を招いた。
	適時性に反した紹介	<ul style="list-style-type: none"> ■ [助産所助産師個人の体験] として [適時性に反した紹介] や [分娩におけるリスクの顕在化] などの [医療機関に負荷の大きい事例] がある。
	連携への拒否感	<ul style="list-style-type: none"> ■ [受け入れ施設の医師らの助産所助産師らに対する懸念要因] により [連携への拒否感] を招いている。 ■ 個人的な出来事に留まらず、[他の助産所助産師] の [個別契約の困難さ] に波及している。
	評判・偏見・徒労	<ul style="list-style-type: none"> ■ 当事者がかわかわ [集団を逸脱集団とみなしたレッテル] が、その [集団に所属する個人への先入観] として影響し [契約の拒否の反応] に繋がっている。 ■ [マタニティサービスの受け手である女性や世間からの評判] も同じく [一事が万事、一事例の出来事が全国的な「風評や社会的偏見」となって [他の助産師の個別契約の困難さに波及] している。
	信頼回復の努力	<ul style="list-style-type: none"> ■ 医療者間においてある集団が別の [集団を逸脱集団とみなしたレッテル] により [異なる価値観を持つ受産] を生み出しており、[集団に所属する個人への先入観] となって影響している。 ■ [協力関係の再構築に向けた建設的な改善の努力] により、[団体への疑心暗鬼からの信頼回復] に尽力している。
③医療連携における信頼関係の不足	ガイドラインの遵守	<ul style="list-style-type: none"> ■ 地域助産師の課題と考えている。 ■ ガイドラインは、[良質な医療] を提供するための [科学的根拠に基づいた共通の指針] であり、[紹介・搬送をする側] と [紹介・搬送を受ける側] の [医療チームの協働体制の強化] を図ることができ。 ■ ガイドラインという [科学的根拠に基づいた共通の指針] があることで [「不明瞭な協働領域」] がより [「明確な協働領域」] となる。 ■ ガイドラインは [人に適用する場合の不完全性] や [機能別役割分担のグレーゾーン] の [線引きの困難さ] はある。 ■ 指針遵守による [医事紛争の回避] や [積み上げた実績からの信用] に繋がっている。 ■ 指針不遵守による [過失] は [協力関係にある医療者同士の疑心暗鬼] を招いている。
	連携への助産師の姿勢	<ul style="list-style-type: none"> ■ [紹介・搬送を受ける側] は [機能別役割分担のグレーゾーン] の 判断をしておき、[紹介・搬送をする側] の [機能別役割分担のグレーゾーン] に対する [向き合い方] にも注目している。 ■ [責任者である勤務医の配置転換] があつたとしても [集団の価値観に左右されない個人] の [助産や医療へのゆるぎなき信念] や [集団の評判を超越した個人] の 確固たる [向き合い方] が重要である。 ■ [連携医療機関の開拓] は、[女性の産み方の選択] を [支える助産所の責務] である、と考えている。 ■ [連携医療機関の開拓] は、[妊産婦の地域における健康生活への配慮] である、と考えている。
	適時性に反しない紹介	<ul style="list-style-type: none"> ■ 助産所助産師は、[適時性に反しない紹介] のために、[昼間時間および最短距離での移動の重要性] を意識している。 ■ 助産所助産師は、[複数の医療機関との嘱託契約の締結] を求めている。
	信用の裏づけ	<ul style="list-style-type: none"> ■ [積み上げた実績から信用を得ている仲間] の力を借りて [嘱託契約および連携契約] の依頼は可能などところもある。 ■ [保険への加入] の必要性が [分娩取り扱い開業] の [嘱託契約上の条件] となっている。
	経済的・心理的負担	<ul style="list-style-type: none"> ■ [保険への加入] の必要性が [後進育成の障] になっている。 ■ [医療過誤] に関する [保険料の高騰] や、[年間分娩取り扱い件数の相違] に関係なく [同一保険料の経済的負担] がある。 ■ [分娩取り扱い後に発見された身体障害] への補償のためには、[分娩の取り扱い] を止めてからも [長期的な損害賠償責任保険の継続加入] が求められる。 ■ [分娩の取り扱い] を止めてからも [長期的な損害賠償責任保険の継続加入] により [経済的・心理的負担] が大きいのしかかっている。

カテゴリー	サブカテゴリー	理論記述
	助産師の限られた権限	<ul style="list-style-type: none"> ■ 主要先進国の助産師は「知識と経験により育成される実践力」を持ち、「専門職業人として自律」している。 ■ 助産師は妊産婦を担当するうえで「母子の命を守るための連帯」をしなければならぬ。 ■ 「出産できる周産期医療施設の減少」の中で「改正医療法や制度への不満」をもっている。
⑤医療と助産のジレンマ	医療支酬を受ける助産	<ul style="list-style-type: none"> ■ 「医療における発展したリスク管理」により「経陰分娩可能な潜在的な妊婦」が増加している。 ■ 「医師による助産業務の取り込み」が生じている。 ■ 「医療師と助産師の協働管理」において「助産師の業務拡大による負荷」が掛かっている。 ■ 「医師との関係」において「助産師の自立性」が損なわれている。 ■ 助産師は、「女性の選択を尊重し自己決定を支える医療者」であると同時に「医師と共通した医療に対する価値観」が求められる立場にあり、「健康と福祉の集約」で「責任と苦悩」を抱えていることがある。
	助産師の医師との交渉力	<ul style="list-style-type: none"> ■ 助産師は「機能別役割分担のグレーゾーン」に対する「医療と助産のパラドックス」を感じている。 ■ 「医師と助産師の協働管理」の面で「やりきる覚悟」も含め、「医師との力関係」で「交渉していく力の不足」を「連携上の最大の障壁」と感じている。
	妊産婦の迷いの影響	<ul style="list-style-type: none"> ■ 「妊産婦の産み方への迷い」により「医師と助産師の対峙」が生じる。 ■ 女性は「自らが受けるケアに積極的にかかわる権利」を有し、彼女らの「妊娠・出産体験の背景にある主体的な自己決定」は、「医療の枠組みを超えた自己実現」となる。
⑥妊産婦の産み方への迷い	相互理解と妥協点の探求	<ul style="list-style-type: none"> ■ 「妊産婦の産み方への強い意思」が「お産に対するジレンマ」を生じさせる。 ■ 「三者による対話の機会」は、「相互理解と妥協点」として「医療への抵抗感を持つ妊婦」に「行動の変容」をもたらす。 ■ 「三者による対話の機会」は、医療者の「対象者中心主義」と「病院としての機能別役割分担」を再認識させる。 ■ 「医療法第19条改正以前」は、医療者間で「顔が見える関係性」がなくても、「医療機関外での分娩相談」に因って「病院側の寛容な受け入れ姿勢」があった。
⑦助産師制度の課題	助産師の医療行為の合法化 助産師の自立と 連携協力体制の強化	<ul style="list-style-type: none"> ■ 諸外国の一部では助産師は「自らの判断と責任」において「合法的に認められている医療行為」を施すことができる。 ■ 諸外国の一部では「出産に関する社会制度」として「医療協力体制」が図られている。 ■ 諸外国の助産師と「病院や診療所に帰属する日本の助産師」とでは、「助産師の社会的地位」に相違がある。
⑧地域活動の地盤づくりの課題	助産師教育の課題 顔が見える関係性と 地域のネットワークづくり	<ul style="list-style-type: none"> ■ 助産師の「ダイレクトエントリ教育」では、「助産師主導のマタニティ継続ケア」が積み上げられず「教育への危惧」がある。 ■ わが国の「医師主導の分業制教育」では「妊産婦を伴走支援するマタニティ継続ケア」が積み上げられず「教育への危惧」がある。 ■ 地域開業しようとする助産師にとって「地域活動の地盤づくり」として「地域医療機関・保健行政とのネットワーク」や「顔が見える関係」[実績を積み上げた信用の獲得]が重要である。 ■ 「地域で独立するためのプロセス」として「機能別役割分担における相互理解」は必要である。
⑨助産師の出産の認知度の低下	世代交代 出産ケアの分業化	<ul style="list-style-type: none"> ■ 「時代の変遷に伴う世代交代」による「分娩施設としての助産所を知らない医師の増加」は、「医療法に基づく助産所の嘱託契約」をより困難にしている。 ■ 「分娩施設としての助産所を知らない医師の増加」は、「産科医療における機能別役割分担の困難」を招いている。 ■ 「助産師の出産の認知度の低下」は、「継続ケアを実践するための障壁」の一つになっている。

に法的縛りだけではなく、その先にもさまざまな困難や課題が内在していた。

9要素の中で、特に①連携契約上のさまざまな不安定要素、②助産所助産師への評判、③医療連携における信頼関係の不足、④保険への加入の4要素は、助産所助産師に共通する直接的な障壁と言える。また、⑤医療と助産のジレンマ、⑥妊産婦の産み方への迷い、⑦助産師制度の課題、⑧地域活動の地盤づくりの課題、⑨助産所出産の認知度の低下の5要素は、その周辺に付随する間接的な障壁である。

この9要素は、助産所助産師が地域で取り組める課題と、制度の変更など全国的な取り組みを必要とする課題に大別できる。以下では、前者を中心とする6要素について検討を進める。

1) 助産師に共通する主な直接的障壁

(1) 連携契約上のさまざまな不安定要素

連携上の不安定要素としては、改正法・改正制度により良質な医療提供体制が強化されたとする一方で、一部の助産所を締め付けるようになったと捉えるみかた方が示されている⁹⁾(岡本・武田 2012: 37)。

ある実態調査によると、連携先がより専門性の高い診療科に限定されたものの、医療機関との契約が制度的に保障されておらず、囑託医療機関を新たに探し直すことから始めなければならない助産所や、これを機に分娩を扱わなくなる助産所、廃業を迫られる助産所も出てきており、今回の語りを裏付けている(岡本・武田 2012: 32)。また、勤務医の管理責任者の考え方、医療機関のその時々状況、【勤務医・管理責任者の異動(転勤・退職)】・高齢化等による契約の不安定性も助産所が抱える困難の理由として挙げられており、本研究でも同様の結果であった(岡本・武田 2012: 32)。

しかし本研究ではこれら以外にも、【医療連携体制の地域格差】があることや、【個人と組織との契約の難しさ】も新たに示された。実際、地域によって医療連携体制が整備されている所と、されていない所があり、特に連携体制が確立していない地域におい

て、個人経営の助産所と大組織の医療機関との間で契約を結ぶのは容易ではない。たとえ契約ができたとしても多くの場合、後に続く助産師らに連携契約が継承・拡大される仕組みはない。さらに、契約を成立させる権限が勤務医の管理責任者に一任されている場合に、当該管理責任者が異動すると契約が継続できない、あるいは難しくなる状況が生じている。このように、何重もの障壁があることがわかった。

以上のような医療機関との【契約の非継続性】は、助産所で出産を希望する妊産婦や継続的に彼女らを支援していこうとする助産師にとっては不安定要素となっている。

第5次医療法改正以降、日本助産師会により医療連携推進のための取り組みがなされているが(岡本・武田 2012: 36-7)、地域のさまざまな特徴や格差がある中で分娩を扱う助産師数は減少している。最終的に個人の助産師と病院組織間の脆弱な契約に託すのではなく、助産師会、医師会、医療行政などの組織的取り組みにより、安定的に医療連携体制が図られるべきである。

(2) 助産所助産師への評判

助産所助産師への評判は、これまでの助産領域の連携にかかわる研究では示されておらず、本研究で初めて明らかとなった要素である。

出産は時に予測が困難な急変が起こることがあり、医療機関との連携体制において【適時に反した紹介】や医療機関に負荷が大きい事例に繋がり、【連携への拒否感】をまねく場合がある。そのことで、当事者の助産師はもとより、当該事例にまったく無縁の助産師までが拒否の反応の余波を受けることがある。また、その他のネガティブな事例により、ケアの対象である女性からの【評判】や社会的【偏見】が生じ、同業集団の中にも【徒党】が生まれる。

例えば、FGDで語られた内容では、1度でも医療機関に負荷の大きい事例を発生させてしまうと、受け入れ先の医療機関やその周辺の人びとから、長年にわたり助産所助産師らは批判され続けという。また、仲間の助産師がそのような立場に置かれると、そ

の集団に属する助産師は出来事に関わっていても同じように見られ、若い助産師らが新しく医療連携の契約を結びたい場合には、個別に依頼に動かなければならない、と語られた。このように、集団の評判によって個人の助産所助産師が影響を受ける。

助産所助産師は、病院や診療所に属さないマイノリティーである。信頼を回復するためには、個人レベルでの【信頼回復の努力】は必要であるが、それだけではなく組織的な信用も得ながら集団の課題として解決しなければならない。これらは、前項の①連携上のさまざまな不安定要素や、③連携における信頼関係の構築に関連する事柄である。

(3) 医療連携における信頼関係の不足

医療連携における信頼関係に関する要素は、科学的根拠に基づいた【ガイドラインの遵守】や【連携への助産師の姿勢】、【適時に反しない紹介】などが重要な事項として語られた。これらは医療連携において一般的に聞かれているが（岡本・武田 2012; 日本助産師会編 2018）、信頼関係の不足は容易に連携の障壁を招く。逆に実績をつくるための地道な努力の積み重ねは、信頼をさらに信用へと発展させる重要な視点である。

助産所は、「医療法第6条に基づき、助産所安全管理基準の内容を整備」（日本助産師会 2018: 3）し、最新の情報発信であるガイドライン等を遵守しなければならない。また近年では、嘱託契約を交わす際には助産所業務ガイドラインの遵守や賠償責任保険への加入が条件として盛り込まれている（日本産婦人科医会 2012）。ガイドライン等は、医療と助産の業務上の不明瞭な協働領域をより明瞭な協働領域にする手助けともなっている。

しかし一方で、ガイドラインは「作成された時点の有効性が持続するとは限らない。次々に出される論文や、妊産婦の価値観、医療を取り巻く社会情勢の推移によって」（山本 2019: 65）も随時更新されていくものである。助産所助産師らは妊産婦の身近で継続的にかかわっているがゆえに、ガイドラインを単純に個人に適用しにくいグレーゾーンの線引きの

難しさも理解しており、女性のニーズと医療との間に立ちながら連携に対する苦悩を抱えているのも事実である。

これらは、⑤医療と助産のジレンマや、⑥妊産婦の産み方への迷いに関連する。妊産婦を担当する個々の助産師の努力だけでなく、助産師会や医師会等の組織間も含め信頼関係をどう醸成するかは今後の課題である。

2) 周辺に付随する主な間接的障壁

(1) 医療と助産のジレンマ

これまでの定説では、分娩において助産師と医師の協働は分娩時の安全をより促進するものと考えられていた。しかし本研究では、医療と助産とのジレンマの要素が連携の障壁として語られた。

正常から逸脱した妊産婦の適時の紹介という点では、紹介や搬送のタイミング、助産所と医療機関の最短距離・最短時間での移動の重要性は誰にとっても共通の認識となっている。しかし一方で、助産が医療との関係において連携がとりやすい環境にあり過ぎると、逆にネガティブに働く一面がある。

わが国の助産師には医療行為について【限られた権限】しか与えられておらず、欧米諸国に比べると、医療との連携がより強く迫られる状況となっている（Wagner 1994=2002: 122, 133-5）。そのため、医師との協働管理となるグレーゾーンに位置する妊産婦に対しても【医療の支配を受ける助産】となっている。

グレーゾーンとは、黒でも白でもなく曖昧な領域を指す言葉、あるいは中間の立場を示す言葉としてしばしば用いられる。FGDで語られた内容では、制度上、助産師の判断や対応が可能な生理的経過の妊産婦ではなく、また医師主導で積極的な医療介入を必要とする妊産婦でもない事例を想定している。多くは、リスク管理の発展に伴い焦点化され、医療の下で経過観察となるような事例である。その結果、妊産婦の正常なライフイベントとしてのケアの継続性は途絶え、助産師の自立性は妨げられ、場合によ

てはなるべく連携を回避しようと働く可能性がある。

以上の事柄の根本は、わが国の制度上の障壁であるが、同時に個人レベルでは、医療の支配において【助産師の医師との交渉力】が問われてくる。これらは、具体的検討として取り上げていない⑦助産師制度の課題に大きく関連しており、また③医療連携における信頼関係の不足にも繋がる。今後検討すべき重要な課題である。

(2) 妊産婦の産み方への迷い

妊産婦の産み方への迷いが医療連携にもたらす影響についても、これまで研究された報告は見当たらず、本研究で新しく抽出された要素である。

一般的に妊娠した多くの女性は、それに伴うさまざまな迷いや不安を体験する(安田・荒川・高田ほか 2008; 三好 2007)。産むか・産まないか、産む場合には無事に産めるかどうか、そのためにどこで産むか、誰と産むか、どのように産むかなどを含め、女性は妊娠中のゆらぎの中で確たるものにしていく(宇都・川端:2016; 丸山 2016: 81-4)。一方、妊産婦に選ばれた医療者は職責が果たせるよう尽力する。しかし、【妊産婦の迷いの影響】を受け、妊産婦、助産師、医師らの間で折り合いがつかない場合には、出産に向けた方針が定まらず、連携に支障を来す場合がある(日本助産師会 2019: 49-50)。**【相互理解と妥協点の探求】**において、妊産婦が意思表示できることが重要であり、お産に向けた準備の分岐点となる。

Guilliland と Pairman は、「助産パートナーシップは女性中心です。なぜなら(中略)助産サービスは、それぞれの女性の特定されたニーズによって決められます」(Guilliland and Pairman 2010=2022: 41)と述べている。「女性への徹底した継続ケアは、情報提供に基づいた選択と意思決定を促進させる」(金森 2022: 154)。したがって助産師には、妊産婦の自己決定を促進するための継続した情報提供と、時には妊産婦の代弁者としての役割が求められる。

以上のことは、地域において助産師個々の努力で取り組める課題ではあるが、それだけでなく、マタ

ニティ継続ケアの充実を図るために助産師基礎教育や現任教育を併せて、⑦助産師制度の課題として検討する必要がある。

(3) 地域活動の地盤づくりの課題

地域活動の地盤づくりの課題は、マタニティケア領域において医療・保健・福祉の間で妊産婦のハブとして機能する助産所助産師にとって、重要な要素である。

助産所助産師の最大の特徴は、プライマリーケアの担い手として長期にわたり1人の妊産婦に1人あるいは少数の助産師らでマタニティ継続ケアを提供しているところにある。「『継続ケア』とは、サービスの質が切れ目なく保持され、対象の権利やニーズを保証することを目的としている」(金森 2021: 166)。担当助産師は妊産婦に最も近い存在として、妊産婦の背景や状況を把握し、より専門性の高い医療福祉関係者や保健医療行政機関などの多職種と連携する役割もある。しかし、他領域では、医療機関・保健行政との【顔が見える関係と地域のネットワークづくり】について一定の検討がなされているが、マタニティケア領域での検討は十分ではない。継続ケアの実現を目指す上で、今後さらに検討していくべき課題である。

森田は「地域連携を促進するためには、顔が分かるだけでなく、考え方や価値観、人となりがかかるような多職種小グループでの話し合う機会を継続的に地域の中に構築することが有用である」(森田 2012: 38)と述べている。出産の99.3%が病院や診療所で行われている今日でも、妊産婦の生活の場は地域の医療機関外で営まれている⁶⁾。良質な医療や保健・福祉サービスを円滑に提供するためには、医療者間はもちろんのこと、保健行政・社会福祉関係者との関係においても、対人援助者同士の信頼関係に基づいた連携が、ますます必要となる。これらのことは、③医療連携における信頼関係の不足の課題につながる。

以上より、助産所助産師の連携上の困難や課題を

巡る要素として浮き上がった障壁は、単に制度上の嘱託契約の届け出の問題だけではなく、実務に直結する困難や課題が含まれており、助産所助産師に共通する直接的障壁や周辺に付随する間接的障壁とが相互に関連づいていた。

また、助産所助産師が医療機関との連携がとりにくい状況は、単に個人の属性のみによって影響を受けているのではなく、地域における過去の歴史や現状の課題など、さまざまな積み重ねの上に影響があることがわかった。これらにより、個々の助産師によって解決できる障壁と、組織的取り組みを要する障壁とが内在していることが示された。

妊娠・出産は生理的営みでありながら、潜在的リスクを伴う現象である（島 1981）。マタニティ継続ケアを実現し、バランスの取れた機能別役割分担を図るためには、主要先進国と同様に、わが国の助産師にも医療連携システムの中での確で自立したリスク判断と対応力が求められる（永山・我部山 2006; 廣瀬 2006: 15-33）。また、近年では、わが国の医師労働のタスクシフト・タスクシェアリングについても議論がなされており、2024年4月には医師の働き方改革に関する法律が施行される（厚生労働省医政局 2007; 松田 2019）。周産期医療・助産領域においても、地域で助産所助産師が取り組む課題と併せて、助産師養成のあり方など全国的な取り組みが必要である。

おわりに

本研究の目的は、マタニティ継続ケアを実践している助産所助産師が、助産所と医療機関との間で生じている連携上の障壁について、彼女らがどう受け止めているかを引き出すことであった。これまで学術的に明らかにされていなかった嘱託契約や医療連携の障壁について、助産所助産師らの語りから明らかにし、結論として、連携上の障壁となりうる9カテゴリーが生成された。助産所助産師数は全国的にも極めて少なくなった⁴⁾。本研究で得られた知見は

今後、さらにマタニティ継続ケアの研究を進める上で重要な手掛かりとなる。

女性の出産は生き方でもある（朝比奈 2022）。誰と出産するか、どこで出産するか、どのように出産するかは、出産の主体である女性の意思で決定される。1960年代には、自宅での出産が、病院や診療所・市町村母子健康センターでの出産にとってかわられるようになり（母子衛生研究会 2021: 47-8）、それから半世紀以上が経つ。いまだ助産師から継続ケアを受けたいと望む女性がいることを思えば（松野2019; 熊手 2001）、助産所助産師には、妊産婦のニーズに応えるための必然として、安全・安心・満足・納得のケアの提供が期待される。今回の研究で示唆された困難や課題となっている障壁を、誰がどう引き受けていくのか、妊産婦に助産師主導の継続ケアを提供するための議論の場が必要である。

本研究の限界と課題は以下の通りである。FGDに参加したディスカッサントは助産所助産師7名であった。質的調査における理論的飽和には達していない可能性がある。また、医療連携に関しては地域差があるためすべてを一般化することは難しい。加えて、今回の調査は助産所助産師のみの調査であった。助産所の嘱託契約や医療連携は、紹介・搬送する側だけではなく、受け入れる側との関係や、組織や個人の価値観によって成り立っているところがある。調査地域や対象者の拡大を検討し、継続ケアにおける連携研究として精度を高める必要がある。

今後さらに研究を進める上で課題となる論点は、ジレンマに陥った助産師はプロフェッショナルリズムとの両立においてその状況を内的にどうクリアしようとしているのか、また、助産師は連携における管理責任者との交渉に際してどのような交渉術を使っているのか、さらには、助産師会ならびに助産師関係団体はどのような戦略で組織的な援護を図ろうとしているのか、加えて、医療連携システムの構築を主導する医療行政や医療機関・医師会組織は連携の障壁をどのようにとらえているのか、などが挙げられる。助産所が高次医療機関との連携力を高めるた

めに、さらに踏み込んだ研究が必要である。

謝辞

研究対象としてご参加くださいましたディスカッサントの皆様、FGD 遂行にご協力くださいました関係者の皆様、本研究全般においてご指導いただきました立命館大学人間科学研究所インクルーシブ社会・医療サービスプロジェクト代表 松田亮三先生に深謝申し上げます。

なお、本研究は、JSPSH 27-29年度(2015-2017年度)科学研究費助成事業基盤研究(C)『正常分娩の地域分散型医療連携システム構築に向けた基盤づくり』(研究代表:金森京子,課題番号:15K11735)の課題研究の一部である。

注

- 1) 産科オープンシステムとは、中核病院の設備とスタッフを地域の診療所の医師に開放して、共同で病院を利用するシステムである。妊婦健診は近くの診療所で受け、分娩は病院や周産期センターで行うことにより、分娩の安全性と妊産婦の利便性を保ちながら、それぞれの医療機関の特性を生かした役割分担が可能となる、とされている(厚生労働省, 2008)。
- 2) 助産師主導の継続ケアモデルとは、女性が知っている1人、または少人数の助産師が、一連の産前・分娩・産後を通して1人の女性を支援するケアのことである(WHO 2018= 2021: 35)。
- 3) 助産師の職業制度上の前身は「産婆」と称されており、医師と同様医制(1874年(明治7年)制定)において職業として位置付けられていた。医制第50条には、当時から産婆の営業と、それに伴い必要となる免状などが規定されており、現在のさまざまな関連法規に繋がっている(看護行政研究会 2001: 781, 福井 2017: 10)。
- 4) 2018年厚生労働省資料によると助産師数は、3万6,911名である。うち勤務助産師は85.0%(内訳: 病院勤務62.9%, 診療所勤務22.1%)を占め、助産所助産師は5.7%(n=2,103), その他の助産師は9.4%を占める。分娩を取扱う助産所助産師数は約400名

程度と推定され、年間約6,000名前後の出生に携わっている(厚生労働統計協会 2021: 204; 母子衛生研究会 2021: 47)。

- 5) 匿名, 2004, 「特集 やっぱり開業助産師になろう!、医療機関との密な連携を図る」『助産雑誌』58(10), 869-74。
- 6) 自宅出産は、1950年に全出生数の95.4%を占めていたが、1960年には49.9%とわずか10年後で激減し、2019年には助産所出産と併せても0.6%である。その一方で、医師が主導する病院や診療所出産が主流となり、その割合は、同年で99.3%である(母子衛生研究会 2021: 47)。
- 7) 助産師は助産所の開業権を有している。病院、診療所の管理者は医師であり、助産師により分娩介助が行われていても出生証明書の分娩の立ち合い者として届け出られるのは一般的に医師名である。助産所では助産師が管理者であり、助産師名で届け出られている(島田・神谷・中根ほか 2002: 20-1)。
- 8) 嘱託医は「助産師」に必要なのではなく、「助産所」という場に必要とされている(医療法第19条)。無床助産所は、助産所管理者の居住地の住所をもって助産所の所在地とされているが、実務上の助産所とはみなされていないため嘱託医・嘱託医療機関は届け出る必要はない。そのため嘱託医はいらないと解釈されているところがあるが、条文には、無床助産所に嘱託医や嘱託医療機関との契約が「不要」とは明記されていない。特に、分娩等を扱う場合は、医師の指示を受けた医療行為を行うことがあり、医師や医療機関との連携は不可欠である(三宅 2004: 883)。
- 9) 後に厚生労働省医政局は、全日本病院協会および関連の行政機関へ、分娩を取り扱う助産所における嘱託医師及び嘱託医療機関の確保に向けた支援等について通知を出している(厚生労働省, 2014)。

引用・参考文献および資料

Guilliland, Karen and Sally Pairman, 2010, *The Midwifery Partnership: A Model for Practice*, New Zealand College of Midwives, Christchurch: New Zealand College of Midwives. (=2022, ドー

- リング景子訳『女性と助産師のパートナーシップモデル——実践のためのモデル』日本助産師会出版会.)
- Holloway, Immy and Stephanie Wheeler, 1996, *Qualitative Research for Nurses*, Malden: Blackwell Science Ltd. (=2000, 野口美和子監訳『ナースのための質的研究入門——研究方法から論文作成まで』医学書院.)
- Wagner, Marsden, 1994, *Pursuing the birth machine: the search for appropriate birth technology*, The English Agency (Japan) Ltd. (=2002, 井上裕美・河合蘭監訳『WHO 勧告に見る望ましい周産期ケアとその根拠』メディカ出版.)
- World Health Organization [WHO], 2018, *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*, Geneva: World Health Organization. (=2021, 分娩期ケアガイドライン翻訳チーム訳, 『WHO 推奨 ポジティブな出産体験のための分娩期ケア』医学書院.)
- 朝比奈順子, 2022, 『産み方は生き方——自然なお産に願いを込めて』リーブル出版.
- 安梅勅江, 2001, 『ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法 科学的根拠に基づく質的研究法の展開』医歯薬出版.
- , 2010, 『ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法Ⅲ/論文作成編 科学的根拠に基づく質的研究法の展開』医歯薬出版.
- 宇都博美, 川畑由佳子, 2016, 「初産婦における助産所出産選択の意思決定要因と出産体験の分析」『南九州地域科学研究所所報』32, 25-9.
- 海野信也, 2010, 「わが国における産科医療の問題点と将来——Project500の向こう側にあるもの: gender shift に関する考察」『産婦人科治療』100 (1), 6-12.
- 江藤宏美, 有森直子, 堀内成子ら, 2004, 「助産所における安全管理」『日本助産学会誌』18 (1), 56-61.
- 大谷尚, 2021, 『質的研究の考え方』名古屋大学出版会.
- 岡本喜代子, 武田智子, 2012, 「助産所と嘱託医・嘱託医療機関との連携に関する実態調査とその評価に関する研究」『助産師』66 (3), 32-9.
- 小川晴機, 2010, 「産科オープンシステム・セミオープンシステムの現状と今後の課題」『産婦人科治療』100 (1), 77-81.
- 金森京子, 2021, 「マタニティケアにおける継続ケアとは何か?——妊産婦ケアにおける継続ケア強化に向けて」『医療福祉政策研究』4: 157-181.
- , 2022, 「継続ケアに向けたマタニティケア制度——ニュージーランドモデルから日本への示唆」『立命館産業社会論集』58 (1), 141-60.
- 看護行政研究会監修, 2001, 『看護六法 平成13年度版』新日本法規.
- , 2021, 『看護六法 令和3年度版』新日本法規.
- 熊手麻紀子, 2001, 『だから日本に助産婦さんが必要です』くまでつうしん.
- 久保隆彦, 2010, 「妊娠リスクスコアの自己チェックは必要か?」『母性衛生』51 (3), 55.
- 厚生労働省, 2008, 「周産期医療施設オープンモデル化事業3年間の取り組み」(取得日2022年11月28日, <https://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/i-anzen/houkoku/dl/080328-1a.pdf>).
- , 2014, 全日本病院協会宛事務連絡「分娩を扱う助産所の嘱託医師及び嘱託医療機関の確保について」, 各都道府県衛生主管部(局)長, 保健所設置市長, 特別区長宛「分娩を取り扱う助産所における嘱託医師及び嘱託医療機関の確保に向けた支援等について」(取得日2022年9月20日 https://www.hospital.or.jp/pdf/15_20140722_01.pdf).
- 厚生労働省医政局, 2007a, 「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の一部施行について」(医政発第0330010号)『医療法改正の概要(平成18年6月公布, 平成19年4月施行)』(取得日2022年9月20日, <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1105-2b.pdf>).
- , 2007b, 「医師及び医療関係職と事務職員との間での役割分担の推進について(通知)」(医政発第1228001号), 平成19年12月28日, (取得日2022年10月4日, <https://anshin.pref.tokushima.jp/med/experts/docs/2015042100012/files/5-1.pdf>).
- 厚生労働省周産期医療体制のあり方に関する検討会, 2016, 「周産期医療体制のあり方に関する検討会意見の取りまとめ」(取得日2022年12月1日 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000->

- Iseikyoku-Soumuka/0000145749.pdf).
- 厚生労働統計協会, 2021, 『国民衛生の動向——厚生労働の指標』増刊68 (9).
- 坂野伸也, 榎瀬智彦, 矢口のどから, 2009, 「妊娠リスク自己評価表を用いた分娩の分散化と集約化の試み」『産婦人科の実際』58 (3), 479-85.
- 島一春, 1981, 『産小屋の女たち』健友館.
- 島田三恵子, 神谷聖子, 中根直子ら, 2002, 「分娩の直接介助者に関する全国調査——出生証明書との比較」『日本助産学会誌』15 (2), 15-21.
- 谷口千絵, 村田加奈子, 2011, 「開設者から見た助産所開設・運営の事例研究」『医療と社会』21 (3), 295-307.
- 中林正雄, 星野佑季, 安達知子, 2006, 「セミオープンシステムと産婦人科医療——分娩集約化との可能性と問題点」『産科と婦人科』73 (8), 1003-9.
- 永山くに, 我部山キヨ子, 2007, 「EU 諸国における助産師の卒前教育——ドイツ・オランダおよびスウェーデンの調査より (1)」『京都大学医学部保健学科紀要: 健康科学』3, 49-53.
- 日本看護協会, 2018, 「平成29年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業 院内助産・助産師外来ガイドライン 2018」(取得日 2022年12月1日 https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/guideline/innaijosan_2018.pdf).
- 日本産婦人科医会 2012, 「助産所嘱託医の手引き」厚生労働省, (取得日, 平成20年8月26日, https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fjaog.or.jp%2Fwp%2Fwp-content%2Fuploads%2F2017%2F01%2Fguide_201205-2.doc&wdOrigin=BROWSELINK).
- 日本産婦人科医会 医療改革委員会, 2015, 「産婦人科医療改革グランドデザイン2015」厚生労働省, (取得日, 平成22年11月1日, <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000101483.pdf>).
- 日本助産師会編, 2018, 「助産所における連携医療機関確保推進の手引き」日本助産師会.
- 日本助産師会 助産業務ガイドライン改訂検討特別委員会編, 2019, 「医療安全上留意すべき事項」『助産常務ガイドライン2019』日本助産師会.
- 廣瀬 健, 2006, 「長野から見た出産場所の集約化——諸外国の対応と比較して」『出産場所の集約化問題を考える——シンポジウム講演録』特定非営利法人 お産サポート JAPAN.
- 福井トシ子, 2017, 『新版 助産師業務要覧 第3版 I 基礎編 2018年版』日本看護協会出版会.
- 福島裕子, 2004, 「特集『転換点』を迎える助産師に送る7のメッセージ, 産科医不足からの転換」『助産雑誌』58 (12), 1054-59.
- 母子衛生研究会, 2021, 『母子保健の主なる統計——令和3年刊行』母子衛生研究会.
- 松田亮三, 2019, 「医師の『働き方改革』—医師労働力と医療供給をめぐる複合的政策課題」『医療福祉政策研究』3 (1), 29-35.
- 松野智香子, 2019, 「助産所出産を選択した女性の意思決定に関する文献レビュー」『母性衛生』60 (1), 135-43.
- 丸山知子, 2016, 「妊娠期の心理的・社会的変化」, 我部山キヨ子・武谷雄二編, 『助産学講座6 助産診断・技術学Ⅱ [1] 妊娠期』医学書院.
- 三宅はつえ, 2004, 岡本喜代子・山本詩子・阿部みほか監修, 「特集 やっぱり開業助産師になろう! 開業のためのQ & A」『助産雑誌』58 (10), 881-7.
- 三好理恵, 2007, 「望まない妊娠をした女性の妊娠肯定への影響因子」『埼玉医科大学看護学科紀要』32, 25-9.
- 森田達也, 野末よし子, 井村千鶴, 2012, 「地域緩和ケアの置ける『顔の見える関係』とは何か?」『Palliative Care Research』7 (1), 323-33.
- 山崎由美子, 「関連法規」我部山キヨ子・毛利多恵子編, 2016, 『助産学講座10助産管理』医学書院, 28-50.
- 安田裕子, 荒川 歩, 高田沙織ら, 2008, 「未婚の若年女性の中絶経験——現実的制約と関係性の中で変化する, 多様な経路に着目して」『質的心理学研究』7 (7), 181-203.
- 山本詩子, 2017, 「助産所」福井トシ子編, 『新版 助産師業務要覧 第3版 I 基礎編 2018年版』日本看護協会出版会, 116-28.
- , 2019, 「おわりに」日本助産師会 助産業務ガイドライン改訂検討特別委員会編, 『助産常務ガイドライン2019』日本助産師会.

Collaboration-related Barriers Faced by Midwives at Birth Centers Providing Continuous Maternity Care — Qualitative Data Analysis by SCAT —

KANAMORI Kyokoⁱ

Abstract : While there is a worldwide emphasis on providing continuity of care to expectant mothers, midwives in birth centers, who are important players in this field, are known to experience difficulties in medical coordination as a nationwide trend. This study focusing on midwives at birth centers, we conducted a survey with the aim of eliciting how they perceive the barriers (difficulties/challenges) in collaboration between midwives and medical institutions. Data were collected through Focus Group Discussion (FGD) from 7 midwives who continuously supported a woman throughout pregnancy and postpartum and who assisted in delivery outside a hospital or clinic, and analyzed using Steps for Coding and Theorization (SCAT). Consequently, the following barriers were identified: (1) Various unstable factors in collaboration agreements, (2) Reputation of midwifery, (3) Lack of trust in medical collaboration, (4) Problems with taking out insurance, (5) The dilemma between medical care and midwifery, (6) Pregnant women's hesitation about how to give birth, (7) Issues with the midwifery system, (8) Issues in building a foundation for community activities, and (9) Declining awareness of birthing with midwives in birth centers. Further examination of the reality of these barriers and efforts to remove them are required.

Keywords : Birth centers, Midwife-led Continuous Care, Medical care, Community healthcare coordination, Cooperation system, Focus Group Discussion, Steps for Coding and Theorization

i Doctoral Program, Graduate School of Sociology, Ritsumeikan University

