

Nara Women's University

無介助分娩の実態調査による日本の周産期医療政策の課題をめぐる研究

メタデータ	言語: 出版者: 公開日: 2018-06-21 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 市川,きみえ メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10935/4708

無介助分娩の実態調査による
日本の周産期医療政策の課題をめぐる研究

2018年

奈良女子大学大学院
人間文化研究科 社会生活環境学専攻

市川 きみえ

<目 次>

序章	1
第1節 研究の背景	1
1 意図的・計画的に行われる無介助分娩の出現	1
2 明治時代から戦後の無介助分娩	2
第2節 研究の目的	4
第3節 「プライベート出産」の概念	5
第4節 研究方法の概要	5
第1章 無介助分娩の歴史の変遷	7
第1節 分娩介助者の歴史	7
第2節 明治から戦前までの分娩介助者	8
第3節 戦後の出産の施設化移行期における無介助分娩の動向	11
第4節 出産習俗の変遷	14
第5節 近年における無介助分娩の動向	16
第6節 現代におけるプライベート出産の様相	20
小括	21
第2章 インタビュー調査の概要と基本情報	23
第1節 インタビュー調査の概要	23
1 調査目的	23
2 調査方法	23
(1) 用語の定義づけ	23
(2) 調査期間と対象者及びインタビュー方法	23
(3) インタビュー協力者の選定	23
(4) インタビュー内容	24
(5) 倫理的配慮	24
(6) 分析方法	24
第2節 インタビュー協力者に関する基本情報	26
1 インタビュー協力者の出産歴	26
(1) 出産歴の概要	26

(2) 出産場所の変化	28
2 社会的背景	30
(1) 家族形態	30
(2) 職業と生活スタイル	30
(3) インタビュー協力者と子どもの父親の学歴	32
3 プライベート出産を行うための準備や勉強方法	33
第3節 インタビュー協力者によって行われたプライベート出産に関する基本情報	35
1 プライベート出産時の本人及びパートナーの年齢とプライベート出産で生まれた子の出生順位	35
2 プライベート出産が行われた年および地域	38
3 プライベート出産が行われた場所、立会い者、取上げ者、出産スタイル	39
4 妊婦健診の受診頻度と妊娠出産経過	40
5 妊娠届と出生届	40
(1) 妊娠届	40
(2) 出生届	41
小括	41
第3章 北海道における無介助分娩の現状	43
第1節 北海道における無介助分娩割合と周産期医療政策	43
1 北海道における無介助分娩割合の年次推移	43
2 北海道の周産期医療政策	45
第2節 インタビュー結果	46
1 プライベート出産を選択した動機とその経過	46
2 開業助産師との関わり	47
第3節 助産所の偏在とプライベート出産	50
小括	50
第4章 プライベート出産選択の動機	53
第1節 出産場所の変化の過程別プライベート出産選択の動機	53
1 プライベート出産を選択した動機の語り	54
2 出産場所の変化の過程からみたプライベート出産を選択した動機の特徴	60
第2節 選択の動機からみたプライベート出産の特徴	63
第3節 プライベート出産から浮き彫りになる現代の日本の出産環境	64

第4節 無介助分娩と助産所・自宅・その他の場所での助産師の立会いによる出生の関係	65
小括	66
第5章 プライベート出産体験者の医療との接点	69
第1節 妊婦健診の受診状況と妊娠出産経過	69
1 未受診例	69
2 1～2回程度の受診例	70
3 不定期的な受診例	70
4 定期的な受診例	71
5 トラブルなどで受診が途絶えた事例	72
第2節 妊婦健診の受診状況からみたプライベート出産体験者による医療への期待	73
第3節 異常出産の事例からみたプライベート出産の危険性の原因と望ましい医療対策	74
第4節 女性の出産の選択権とプライベート出産の安全性を保障する医療とは	75
小括	77
第6章 プライベート出産体験の心理的効果からみた出産環境への課題	79
第1節 インタビュー協力者による出産体験の語り	79
第2節 プライベート出産によって得た体験	89
1 生理的機能が発揮される満足な出産体験	89
(1) 子どもの生まれる力を体感した出産体験	89
(2) 至高体験	92
2 バーストラウマの解消につながる出産体験	93
3 家族の絆形成につながる出産体験	94
(1) プライベート出産の母子関係への影響	94
(2) 夫婦の絆形成につながる出産体験	95
4 ライフスタイルとしての出産体験	96
第3節 プライベート出産体験の特徴と体験者の望む出産環境	96
1 プライベート出産体験の心理的効果と生理的パラダイムの出産を選択する意味	96
2 プライベート出産体験者の望む出産環境	97
小括	98

第7章 生理的パラダイムの出産選択に弊害となった近年の周産期医療政策	101
第1節 周産期医療政策のプライベート出産への影響	102
1 出産施設の集約化	102
2 医療法第5次改正による法第19条の改正	103
3 医療法第19条の再改正	107
第2節 各種ガイドラインのプライベート出産への影響	108
1 開業助産師のためのガイドライン	108
(1) 助産所開業マニュアル	109
(2) 助産業務ガイドライン	110
2 産婦人科診療ガイドライン	114
3 科学的根拠に基づくガイドライン	116
(1) 科学的根拠に基づく快適で安全な妊娠出産のためのガイドライン	116
(2) エビデンスに基づく助産ガイドライン	117
第3節 生理的パラダイムの出産選択に向けた周産期医療政策の課題	118
1 周産期医療政策とガイドラインのプライベート出産選択への影響	118
2 生理的パラダイムの出産を望む女性の出産選択に関する政策課題	120
小括	121
終章 女性の出産の選択権と安全性の保障にむけた周産期医療政策の課題	123
第1節 生理的パラダイムの出産を望む女性の出産選択をめぐる課題	123
第2節 周産期医療政策がもたらした医療不信	124
第3節 北海道におけるプライベート出産希望者への医療関係者の対応	126
1 保健師による緊急時の連携体制構築	126
2 医師によるプライベート出産希望者への安全対策	127
3 女性の出産選択の意思を尊重する医療関係者の態度	128
第4節 「出産における適切な医療技術のための WHO の勧告」からみた日本の周産期医療政策の課題	129
結語	131
あとがき	133
文献	135
本論文に関する公表・投稿論文目録	147

序 章

第1節 研究の背景

1 意図的・計画的に行われる無介助分娩の出現

現代、日本ではほとんどの女性が医療の管理下で出産しており、厚生労働省の人口動態統計調査「出生」（厚生労働省 2017a）によれば、2016年の出生数は976,978¹⁾人で、その内病産院での出生は969,543人²⁾（99.2%）であった。他方、正常産のみを扱い医療介入の行われない助産所の出生は、5,968人³⁾（0.61%）、そして、施設外（自宅・その他の場所）の出生は1,467人⁴⁾で、全出生に占める割合は0.15%となっている。

このように、病産院での出産が一般的となっている中、近年では、出産方法の選択のひとつとして、薬剤によって陣痛の痛みを緩和して出産する「無痛分娩」が注目され、無痛分娩を導入する施設の増加とともに、2007年に2.6%の割合で行われていた日本の無痛分娩は、2014年4.6%、2015年5.5%、2016年6.1%と年々増加している。だが、無痛分娩はここのところマスコミによって医療事故が頻繁に報じられており、厚生労働省研究班による会議では、安全確保にむけた医療管理についての検討も行われている⁵⁾。

ところが、この無痛分娩のような医療の介入する出産を選択する女性が増加する一方で、あえて意図的・計画的に自宅などで医療者の立会わない出産を選択し、その体験を「プライベート出産」「自力出産」「自宅出産」などといって、インターネットやメディア、あるいは講演などで公開する人たちが現れている。

医師や助産師といった医療者の立会わない出産は、一般的に「無介助分娩」と呼ばれる出産であり、統計上では「自宅」「その他」の場所での出生中の、出生時の立会い者の「医師」「助産師」「その他」の「その他」に該当する。そこでこれを「無介助分娩」とみなして（以下、無介助分娩の統計データはこれを使用する）みていくと、2016年の無介助分娩による出生数は298人⁶⁾で、全出生に占める割合は0.031%である。前述した、意図的・計画的に行われる無介助分娩は、この一部に相当する。

しかし、この無介助分娩に関する調査は、ほとんど行われておらず、奥野ら（2010）による、無介助分娩はどういった情報源によって発信されているのかという、無介助分娩の情報源に関する実態調査や、鈴木ら（2016）による、無介助分娩を希望した妊婦に対する医療機関の関わり方と、周産期予後についての調査検討に関する報告のみである。

これらの調査は、例えば日本助産師会が、HP上で無介助分娩に対する警告書⁷⁾を示し制止しようとしている（一般社団法人日本助産師会 2010）ように、いずれも無介助分娩は危険な出産であり、この出産の選択は逸脱行為で避けるべきという考えを前提に行われており、奥野らの調査では、無介助分娩の情報源はネットのサイトが多く、こういったサイトで「無介助分娩の成功者の体験談を読み、偏った情報から妊婦が無介助分娩を希望する危険性がある」（奥野ら 2010：14）、また、無介助分娩の賛成者は「母児の異常の早期発見の必

要性そのものを軽視している」(奥野ら 2010: 14) と述べられている。そして鈴木らは、2011 年から 2016 年に無介助分娩を希望した 8 例の妊婦に、電話および自宅訪問にて、医療機関と保健師が妊婦健診の受診と施設分娩の説得を試みた結果、3 例が病院での出産に同意し 5 例が無介助分娩を行い、その内 1 例が死産であった。「医療関係者の積極的な関与が無介助分娩を減らすことにつながる」(鈴木ら 2016) と、医療者による無介助分娩の制止の重要性をほのめかす結論となっている。

それではなぜ、近年、こういった医療者の制止に反して意図的・計画的に無介助分娩に臨む人がいるのか。出産する当時者には希望する理由があると考えられるが、鈴木ら (2016) はその点に言及していない。奥野ら (2010) も、無介助分娩を行った当事者が、実際にどのような情報を得てこれを選択し、どのような考えのもとに無介助分娩を行ったのか、また、医療とどのように接点を持ちながら出産に臨んだのか、その実態調査は行われておらず、異常の早期発見の必要性を軽視していると言える根拠も明らかではない。さらに、意図的・計画的に行った無介助分娩の体験を、なぜ当時者が公開するのかなど、無介助分娩の情報を発信する人たちの意図は明らかにされていない。

だが、意図的・計画的に行われる無介助分娩がこのようにして顕在化してきたことには、無痛分娩を選択する女性が増えているのと同様に、出産を取り巻く社会的背景の影響が考えられる。無痛分娩は、出産は医療の管理下に行われるものであることを前提に、医療の力によって陣痛の痛みによる苦痛を避け、満足のいく出産をしようとする出産方法の選択であるのに対し、無介助分娩は、あえて医療を避けることで、満足のいく出産をしようとする出産方法の選択である。現代の出産環境が、このような出産選択の二極化を産みだしていると考えられる。

2 明治時代から戦後の無介助分娩

さて、本論で扱うのは意図的・計画的に行われる無介助分娩であるが、無介助分娩に関する研究は、産婆が登場した明治時代から、戦後、出産が自宅から施設へと移行した 1980 年代頃まで、統計上の動向に関する実態調査や、民俗学や人類学あるいは社会学の見地で、実際に行われた出産について、出産した当事者や、家族あるいは地域住民などへの聞き取りによるフィールド調査が行われている。

前者の調査では、無介助分娩は、統計上産婆(助産婦)不在の郡部に多かったことが明らかとなっている(蒲原 1967)(藤田 1982)(畠山 1992)(安井 2013)。また、無介助分娩の危険性に関する調査として、橋本(1972)は、岩手県と全国の 1955 年と 1960 年の周産期死亡率⁸⁾と分娩立ち会い者間の相関関係の分析を行い、分娩介助者と周産期死亡率との間に関連はなく、無介助分娩が危険であるとは言えないと報告し、茨城県の実態調査を行った加瀬(1972)も、死産を含む異常児は同一家庭に重複して存在すると報告しており、介助者との関係性は明らかにしておらず、両者ともに無介助分娩を危険だとは結論づけていない。

後者の研究の文脈では、例えば、吉村(1985、1992、2001)は、1980 年代に四国の離島と山村に赴き、明治生まれ、大正生まれ、昭和生まれの女性らの出産の特徴を、生活背景と

ともに表し、資格産婆が活躍する以前の取り上げ婆による出産の時代から、資格産婆が活躍した時代、そして施設分娩が始まった時代の出産習俗の変遷を明らかにしている。そして、資格を取得した産婆が登場するまでの出産を、「伝統的な出産習俗」として、以下のようにまとめている（なお、吉村は、資格産婆の立会いによらない出産を「無介助分娩」とは言っていない）。

- ① 誰もが産婦が産むものであり、そのやり方は産婦が決めるものと了解していた。
- ② お産体験による体感的知識が重視され、例えば腰のどの辺りを押してもらおうとお産が楽だとか、こういう姿勢がいきみやすい、「しきり」が来ないと本当のお産じゃないなどの知識が母から娘へ体験者から次に体験する人へと伝えられ、また自宅出産であったため弟妹の誕生を目の当たりにすることも多く、娘たちは自分のこころの中に「本当のお産知識」をたくわえる機会をもつ場合が多かった。
- ③ お産体験上で得た、楽で産みやすい座位のお産姿勢が行われていた。
- ④ こころが安まる身内の人々だけで産婦は支えられていた（産婦の心の安定を大事にしていた）。
- ⑤ (イ) 夫拒絶型、(ロ) 夫婦積極協力型という、相反する二種類のお産習俗があった（出産文化は多様であった）。（吉村 1992 : 148-149）

その他に、新聞記者の立場で明治以降の出産の変遷を『お産革命』として著した藤田（1982 : 16-24）は山梨県の長寿村を訪れ、また『出産の文化人類学』を著した松岡（1997 : 42-52）は、岩手県岩泉町を訪れ、明治生まれの女性から、誰の介助も無く多数の子どもを一人で産んだ出産体験について聴き取っている。山梨県の女性が一人で産んだ理由は、家庭内に両親がおらず、家族以外の他人に援助を頼むのはいやだったからであり、岩手県の女性が一人で産んだ理由は、家族（姑）であっても、お産をみられるのがいやだったからだという。吉村同様に、出産は産婦が産むもの、出産の主体は本人であったことが示されていると同時に、当時の女性らは家族の援助を望むと同時に、家族関係であってもプライバシーを保つ環境を望んでいたと考えられる。

以上のように、出産が施設化するまでの無介助分娩は、産婦が産むものとして、地域や家族環境を背景とする個々の生活文化を中心に営まれていたことがわかる。

第2節 研究の目的

前述したように、医療的専門家の立会いによらない出産は、一般的に「無介助分娩」と呼ばれ、医療関係者の間では最も危険な出産であり、避けるべき出産として扱われている。そういった中で浮上してきた出産が、当時者らが「プライベート出産」、「自力出産」などと呼ぶ、この意図的・計画的に選択して行われる無介助分娩である。

松岡（2014：66-68）は、出産の形態を前近代、近代、ポストモダンの3期にわけ、それぞれの社会に特徴的な出産について論じている。前近代の社会とは、工業化以前の社会をさしており、人の再生産（出産）も自宅で行われていた。出産は習俗や相互扶助の機会であり、素人の産婆や免許を持つ産婆が地域の女性の出産を取り上げていた時代である。近代は、社会の工業化が進んで、ものが工場で大量生産されるようになり、人の再生産（出産）も、病院に集中し、工場のように画一的なやりかたで行われるようになった時代をさしている。そして、ポストモダン社会は、工業化がさらに進んで情報通信産業が中心となった社会である。ポストモダン社会では、画一的な大量生産品よりも個別化、個性化されたものに価値が移行し、出産も脱集約化が起こり、出産も病院出産を脱し、自宅や助産所、あるいはバースセンターなどのオールターンタイプな形が注目されるようになる。その結果、女性がどのような産み方をするかは、自分や家族がどんな生き方をしたいかとつながり、産み方は価値観やライフスタイルの表現として、自己決定や選択の機会となり、「あえて自宅で産もうとする人たちは、自己決定や自己責任を強く意識することになった」（松岡 2000：29）という。

無介助分娩には、時代ごとの社会的背景、特に出産環境が影響しているが、前近代や、近代には、“意図的・計画的”に行われる無介助分娩についての報告はなく、松岡の文脈から考察すれば、意図的・計画的な無介助分娩は、自己決定や自己責任を強く意識したポストモダン社会にみられる特徴的な出産方法の選択と考えられる。

しかし、前述したように、医療者は一方的に無介助分娩を抑制しようとしている。医療者が無介助分娩を危険とみなすならば、なぜ、無介助分娩を選択する人が現れているのか明らかにすること、女性がどのような出産の選択をした場合においても安全性を保障するための医療体制の整備が必要である。

そこで、まず統計データによる無介助分娩の動向と、当事者への聴き取りによって意図的・計画的に行われた無介助分娩の実態を明らかにすることが、本研究の第一目的である。聴き取り調査では、具体的に「なぜ、この出産を選択したのか」、「この出産は、現代の一般的な出産とどのような違いがあるのか」、「実際に危険な出産であるのか」、「どのような人がこの出産を選択するのか」、「意図的な無介助分娩は、どのようにして行われているのか」、「選択的に行う無介助分娩は当事者にとってどのような意味があったのか」を調べ、選択的に行われる無介助分娩の特徴を明らかにする。

そして、近年の無介助分娩の特徴から、逆に立ち現れる日本の出産環境の特徴を明らかにし、さらにそこから女性の出産の選択権を保障するための、周産期医療体制や周産期医療政策の諸課題を検討することを本研究の目的とした。

第3節 「プライベート出産」の概念

近年に特徴的な無介助分娩とは、意図的・計画的に医療者の立会わない環境を選択し行う出産である。意図せずに医療者の立会わない無介助分娩になった場合は、研究対象には含まれないため、一般的に医療者の立会わない出産の総称として使われている無介助分娩とは別の呼称が必要となる。

選択的に無介助分娩を行った当事者らは、自分たちの行った出産を「無介助分娩」とは言わず、「プライベート出産」「自力出産」「自然出産」「自宅出産」などと呼ぶ。この中で、「自然出産」や「自宅出産」には医療者の立会う出産もあるため、これが無介助分娩であることがわかりにくい。「プライベート出産」「自力出産」ともに、医療者不在の出産であることはわかるが、「自力出産」は、誰の助けも借りず一人で産むという意味にも解釈できる。彼女らは家族や知人などと産む方法を選んでおり、「プライベート出産」には、家族間などプライベートな環境での出産というニュアンスが含まれる。

そこで、筆者が当事者の意思を尊重し、彼女らの呼称の中から「プライベート出産」を選択し、さらに本人が意図的に行ったことを自己開示しなければ調査対象とならないので、「本人が意図的・計画的に医療者の立会わないプライベートな環境で出産することを決め、準備も整えて行う出産で、かつそれを当事者が自己開示する出産」を「プライベート出産」と定義し、本研究に着手した。

第4節 研究方法の概要

本研究では、分娩介助者の歴史的変遷に関する文献調査と、無介助分娩に関する統計データによる動向調査、プライベート出産体験者30名へのインタビュー調査、現代の周産期医療政策に関する文献調査を行った。

インタビューでは、プライベート出産を選択した動機、妊婦健診などによる医療との接点、実際に行われたプライベート出産内容と出産の経過、プライベート出産はどのような体験であったかを調べ、プライベート出産の特徴を明らかにし、そして、明らかになったプライベート出産の特徴から逆に浮き彫りになる現代の日本の出産環境の特徴を明示した。

出産環境には周産期医療政策が関係する。そこで、インタビュー協力者がプライベート出産を選択した動機に影響したと考えられる医療政策の動向を文献にて調査し、女性の出産の選択に弊害となっていると考えられる医療政策と、逆にプライベート出産希望者への行政なども含めた地域の医療関係者による支援の実際を提示し、女性の出産の選択権の側面から周産期医療政策の諸課題についての検討を行った。

<注>

- 1) 厚生労働省 e-Stat (政府統計の総合窓口)「平成 28 年人口動態調査、保管統計表 出生 第 1 表 出生数, 出生の場所・出生時の立会い者・都道府県・市部一郡部 (21 大都市再掲) 別」の「総数」
- 2) 1) の出生場所「病院」と「診療所」の総数の合計
- 3) 1) の出生場所「助産所」の総数
- 4) 1) の出生場所「自宅」と「その他」の総数の合計
- 5) 「無痛分娩の実施率は 6.1%—日本産婦人科医会調査」、日本医事新報社、2017 年 8 月 24 日掲載記事

<https://www.jmedj.co.jp/journal/paper/detail.php?id=7829> (2017 年 12 月 8 日取得)

- 6) 4) のうちの立会い者「その他」の合計
- 7) 以下、警告書の全文を示す。

警告！！ 専門家が立ち会わない無介助分娩は危険です！！

日本助産師会 安全対策委員会 安全対策室

最近、医師や助産師などの専門家の介助無しに夫婦だけで出産をする方がいると聞こえてきます。それに伴う事故も起こっています。最悪の事態では母子二人の生命を失うこととなります。これは、お産の専門家から見ると、「無介助分娩」というとても危険なことです。日本助産師会は、生まれてくる赤ちゃんと母体の安全を最優先させるべきと考えています。

妊娠中に妊婦健診でしっかり、経過に異常がないか専門家に診てもらうことは、安全なお産にする上でとても重要なことです。しかし、妊娠中に異常がなくても、出産時に母体の大出血や胎盤が出ずに困ることもあります。また、赤ちゃんが仮死で生まれたりすることがあります。そんな時、専門家が側にいて、迅速に、適切な対応をしてもらうことが必要になります。何か異常があったときに救急車を呼べばよい、という安易な考え方だけでは、助けられる命も助けられないことになることが起こりえます。

最近ニュース等で話題になっているように、全国的に、産科病棟が相次ぎ（原文ママ）、緊急時の患者受け入れは、非常に困難な現状があります。専門家を経ないで適切に搬送することは、余計に困難になります。絶対に、夫婦二人だけの「無介助分娩」をしないで下さい！医師や助産師などの専門家のもとで、お二人の最も大切な赤ちゃんを元気にお迎え下さい。それが、専門家や日本助産師会の心からの願いです。

- 8) 「周産期死亡率」とは、1年間の出産数千に対する周産期死亡（妊娠22週以後の死産＋生後1週間未満の早期新生児死亡）」の占める割合である。

第1章 無介助分娩の歴史的変遷

現代、日本では国家資格を持つ医師と助産師が分娩介助の専門家として公的に認められており、医師、助産師の立会わない出産は「無介助分娩」と呼ばれ、特別な出産のように扱われている。では、分娩介助の専門家がいなかった時代には、「出産」という行為を、女性たちはどのようにして行っていたのであろうか。また、出産の介助者はどのような役割を果たしてきたのだろうか。

本章では、分娩介助者の歴史的変遷をたどり、その詳細から現代において無介助分娩が問題視されるに至った過程を明らかにする。

第1節 分娩介助者の歴史

石原は、「人類の誕生後、助産行為が有史以前のいつから始まったかは、証明が難しい」（石原 2013：194）としながらも、出産図を描いたフランスのドルドーニュ県ローセルの崖で発見された氷河時代の浅浮き彫り画（紀元前3万年）や、ボスニアのリハッチから出土した年代不明の石像には、生まれてくる児を取り上げる現代の助産師のような、助産者の存在が暗示され、「文明化の進んでいない時代にあっても、否、それがゆえにこそ母性が強調され、そこには助産行為が介在したことを知ることができる」（石原 2013：195）という。

日本の出産文化の歴史でも、発掘された遺物や遺跡から、縄文時代の出産は、「共同体の女性間で助け合い、お産の経験の豊富な年長者が産婦に注意を与えお産をうまくリードする」（杉立 2002：18）など、出産を介助する女性が存在したのではないかとされている。

これらのことから、ヒトの出産という行為には、どの時代の世界中のどの地域においても、自然発生的な出産の介助者が存在したと考えられる。そして日本では、このような出産の介助者は「取り上げ婆」や、下記にあるように地域によってはさまざまな名前で呼ばれていた。

出産を介助する取り上げ婆は、17世紀初めの江戸時代から、「産婆」という職種として認められるようになった」（杉立 2002：126）。この「産婆」という呼称は中国から伝来し、日本では文化6年（1809年）、賀川有斎の書いた『産術論』の「坐草の巻」に初めて出てくる（藤田 1982：112）。その時代、産婦人科の医師たちは、「産婆」以外に漢語で「乳媪」「座婆（または坐婆）」「婆子」「接生婆」「生婆」「穩婆」「看産」と呼んでいる。そして庶民の間では、地域によって「コナサセ」「トリアゲ」「トリアゲバアサン」「ウンバドノ」「トリアゲバアサ」「トリアゲババサ」「トヤゲババ」「ヒキアゲバア」「ヒキアゲバーサン」「ウマシババー」「コーニンバーバー」「コトリバアサン」「サスリ」「ナデバアサン」「ヘソバアサン」「コズイババサン」「コゼババサン」など、さまざまな呼び名で呼ばれていた（藤田 1982：112-113）。

産科専門医の誕生は、近代産科学の基礎を築き賀川流産科を創始した、賀川玄悦（1700

～1777年)の血を引く賀川満定が、女医博士に任じられた1816年である(杉立 2002 : 45)。江戸時代の出産は、お産で入院することは無く、一般庶民は、五カ月の腹帯をした時からかかりつけとなった産婆を呼び、子を取り上げてもらっている。お産が始まると産婆が産家に出かけてお産を介助し、よほどの難産の時のみ産科医(女科医)が呼ばれたという(杉立 2002 : 184)。

しかし、庶民のお産を担ってきた産婆の産科に対する専門知識は乏しく、経験と習熟のみに頼っていた。そこで文政13年(1830年)、平野重誠は『坐婆必研』を著し、産婆の倫理、助産技術について説いた。これがわが国最初の助産師の教科書となっている(杉立 2002 : 188-191)。

第2節 明治から戦前までの分娩介助者

医師と産婆に免許が与えられたのは、医制が制定された明治7年(1874年)以降である(岡本 2013 : 169)(杉立 2002 : 200-203)。

この医制第37条に、医術開業試験実施の規定がある。医師は、医学校卒業証書を得たのち専門科目を2年以上実習したことの証書を持つものを試験し、医師の免状が与えられた。ただし、従来から開業している医師には仮免状が与えられ、3年ごとに西洋医学の試験を受けねばならないと定められている(杉立 2002 : 200)。

産婆については、明治元年(1868)に産婆の最初の関係法規となる太政官布告によって、政府より墮胎に対する取り締まりの通達が発せられた。次に、明治7年(1874年)の医制において、産婆の業務範囲を規制する以下の3か条の規定が設けられた。

第50条 産婆は40歳以上で、婦人小児の解剖生理及び病理の大意に通じ、所就の産科医より出す所の実験証書(産科医の眼前にて平産10人難産2人を扱いたるもの)を所持する者を検し免状を与う、当分、従来営業の産婆はその履歴を質し仮免状を授く。

第51条 産婆は医師の差図を受けるのでなければ、妄りに手を下してはいけない。しかし、事実急迫にして医師の来診を請う暇なき時は自ら行うこともある。

第52条 産婆は方薬を与うるを許さず。(杉立 2002 : 203)

そして、明治32年(1899年)に、「産婆規則」「産婆試験規則」「産婆名簿登録規則」が公布され(藤田 1982 : 115)(岡本 2013 : 169-172)、全国に統一した規則が規定されることによって、産婆の身分が確立した。さらに、明治43年(1910年)にその産婆規則は改正されて、「産婆になれるのは産婆試験に合格した者か、指定学校、講習所を卒業した者に限られる」(杉立 2002 : 209)こととなった。

大正時代に入り、産婆養成所で学び資格を得た新産婆が増えていく中、「新産婆と旧産婆

（従来開業）との間に確執が生じてきた」（杉立 2002 : 209）。旧産婆は明治末年には全産婆の 60%であったが、昭和初期では 1.4%と、わずか 20 年足らずの間に激減した（杉立 2002 : 210）。藤田は、産婆規則が制定されてから 13 年後の大正元年（1912）において、新産婆は主に都市で活躍し、「農山漁村にあつては「産婆学」をふりまわす未婚の新産婆より、経験豊かなおばあちゃんの方が信頼されて、昭和初期まで生き延びる無資格の産婆は少なくなかった」（藤田 1982 : 118）という。

蒲原（1967）は、この新産婆と旧産婆が交代する大正時代と昭和初期の新潟県の産婆統計を行っている。この中で、大正と昭和初期の産婆の取り扱わない出産を、「産婆無介助分娩」と名付け、実際の産婆の立会いによらない産児数とその総出産数に対する割合の動向と、その原因について報告している。「無介助分娩」という用語は、ここで初めて登場する。このことから、「無介助分娩」という用語は、産婆に資格が与えられたことによってはじめて作られたことがわかる。資格のない取り上げ婆が介助する際には、実際に分娩の介助者であっても、「無”介助」とみなされることになったのである。

そして蒲原（1967 : 137-148）は、大正時代の助産婦史で、産婆 1 人当たりの 1 年間の出産介助数の平均や、産婆の取り扱わない出産割合の地域ごとのデータを明らかにしている。この調査によれば、大正時代における産婆 1 人に対する出産数は大略一定（53 人~61 人）している。全出産児に対する産婆が取り扱わない産児数の割合は、調査開始の大正 5 年は 24.8%で、大正 8 年には 15.3%まで減少しているが、その後大正 10 年は一時的に 24.7%まで上昇し、その年をピークに昭和元年には 10.1%まで減少している（表 1-1）。

この大正 10 年の産婆の取り扱わない産児数（産婆無介助分娩）の増加の原因について、蒲原は、「大正 9 年・10 年の異常な数値は、第 1 次世界大戦後における世界的不況のあおりを受けた日本経済の不況、これにともなう農山村の疲弊に加えて、米をはじめとする基本生活必需物品の高騰が貧困階級を激増させてきたことに原因を求めることができ、（略）危険な素人の分娩介助とはわかっていても、一見安上りなものを選ぶという貧困階級の陥る習性が数値としてまともに表れていると見てよかろう」（蒲原 1967 : 138）と、社会情勢のあおりをうけた貧困が、産婆無介助分娩の原因であると言っている。また、「都市に開業する産婆の数が多く」（蒲原 1967 : 138）なり、「人口に対する産婆分布のばらつきが目立ち、その地方によって産婆の介助を伴わずに出産する習慣が大正 13 年においてもかなり根強く残っていた」（蒲原 1967 : 138-143）と、産婆の開業する地域差が産婆無介助分娩に直接関係していたという。なお、産婆無介助分娩が多かったのは、山間農村地帯である。

そして、産婆無介助分娩の地域差について、「明治維新後 50 余年をへた時代においても、いかに民族と密着した常民の出産儀礼が重視され、出産について古来から守られ受け継がれてきた旧習慣から脱却できず、最新の助産法の恩恵に浴さぬ人々が存在していたことをこれらの統計がよく物語っている」（蒲原 1967 : 143）と、山間農村地帯では出産文化の継承が産婆無介助分娩には影響していることを指摘している。

なお、その後の昭和時代の産婆無介助分娩については、昭和初期と戦時下で分けて統計を表しており、「昭和初期における産婆統計」として挙げられている産婆の取り扱わない出生

児数は、昭和3年10.2%、昭和6年8.5%と、徐々に減少傾向にある（蒲原 1967：157）。さらに「戦時下における産婆統計」では、昭和9年6.1%、昭和12年5.6%、最終データの昭和14年5.9%と、昭和初期より減少し、昭和10年以降は5%台でおおむね一定数で推移している（表1-1）。なお、昭和15年から20年までの統計は防諜上のため資料がない（蒲原 1967：185）。

以上のように、明治時代になって、産婆は一定の教育を受けた者に資格が与えられ、専門職として確立していった。そして、同時に資格を持つ産婆の介助が正当化される中で、それ以前までは一般的に行われていた取り上げ婆の介助による出産や、取り上げ婆もなく産婦が一人で行う出産は、「無介助分娩」として区別されるようになった。

表1-1 新潟県の大正から昭和初期の産婆
無介助分娩の年次推移

年	産婆の取り扱い産児数	
大正5	19747 (人)	24.8%
6	14855	19.0%
7	13601	17.6%
8	11849	15.3%
9	22914	17.0%
10	21053	24.7%
11	17913	21.8%
12	9783	11.8%
13	8795	10.5%
14	8903	10.1%
昭和元年	8607	10.1%
2	7352	10.1%
3	8141	10.2%
4	7429	11.2%
5	7255	9.2%
6	6746	8.5%
7	6168	7.8%
8	5256	6.7%
9	4497	6.1%
10	4386	5.7%
11	4228	5.2%
12	4365	5.6%
13		
14	4386	5.9%

出典：新潟県助産婦看護婦保健婦史

表の作成：筆者

第3節 戦後の出産の施設化移行期における無介助分娩の動向

日本の出産は、戦後 GHQ の指導のもとに出産場所が自宅から病産院へ移行した。厚生労働省による人口動態統計「出生」データ（厚生労働省 2017a）によれば、調査開始の 1947 年に 97.6% を占めていた自宅・その他の場所での出生は、1960 年に 49.9% と半数となり、この年を境に施設の出生と自宅・その他の出生割合が逆転し、その後病産院の出生が主流となる。そしてさらに、そのわずか 5 年後の 1965 年の自宅・その他の場所での出生は 16.0% まで減少し、1980 年には 1% を切り 0.46% となっている。反対に、1950 年にわずか 4.0% であった病産院の出生は、1960 年に 41.5%、1965 年には 71.1% となり、さらに 1980 年には 95.7% と、ほとんどを占めるようになっていく。また、出生場所が移行した当初は、病産院の出生の増加と同時に助産所の出生も増加しており、1950 年に 0.5% であった助産所の出生は 1960 年に 8.5%、1965 年に 12.9% となっている。しかし、この助産所の出生は 1965 年をピークに減少し、1970 年は 10.6%、1980 年には 3.8% となっている。戦後病産院の開設と同時に助産所も開設され、自宅出産を扱っていた産婆（保健師助産師看護師法¹⁾により、1948 年「助産婦」に 2002 年「助産師」に名称変更）が施設内で出産を扱うようになったが、自然出産を扱う助産所は、出産の医療化が進むにつれ衰退していった（図 1-1）。

出生の場所が自宅から施設へ移行するに伴い、1947 年に 92.1% と大半を占めていた助産師が立会う出生の割合は、統計上では 1960 年に 56.1% と半数近くまで減少し、その後医師の立会う出生と逆転し、5 年後の 1965 年には 28.8% となっている。そして、1970 年には 15.0%、1980 年には 4.9% と減少の一途を辿っている。逆に、医師が立会う出生の割合は、1947 年では 3.5% と少数であったが、1960 年に 41.9% まで増加し、1965 年には 70.7%、そして 1970 年では 84.9% と大半を占めるようになり、1975 年には 91.1% と 90% を超え、それ以降 90% 以上で推移している（図 1-2）。

このように、統計上では、戦後 30 年の間に主たる出産の立会い者は助産師から医師へと交代していったとされる。だが、出産が施設へ移行した後も、実際の出産には助産師が中心に関わり、介助している場合が多い。この出生に関するデータは「出生証明書」の記載をもとに算出されおり、病産院では、多くは助産師が分娩介助を行った場合でも、立会い者には医師の名前が署名される。したがって、実際に出産を介助した医師、助産師の数は明らかではないが、こういった統計データ上に助産師の立会いによる出生の数が示されない事情からも、出産は、施設化によって介助の主導が産婆（助産師）から医師へと移行したことがわかる。

それでは、出産の施設化を背景に、「無介助分娩」はどのように変化したのか。蒲原による新潟県の産婆無介助分娩の調査結果は、1939 年（昭和 14 年）（表 1-1）の 5.9% が最後となっている（蒲原 1967 : 185）。全国調査が始まったのは戦後の 1950 年であり、この年の全出生に占める割合は 4.68% となっている。そしてその後も、1960 年 1.96%、1965 年 0.49%、そして 1975 年に 0.1% を切り 0.036% と、出産の施設化とともに減少の一途を辿っている（図 1-2）。

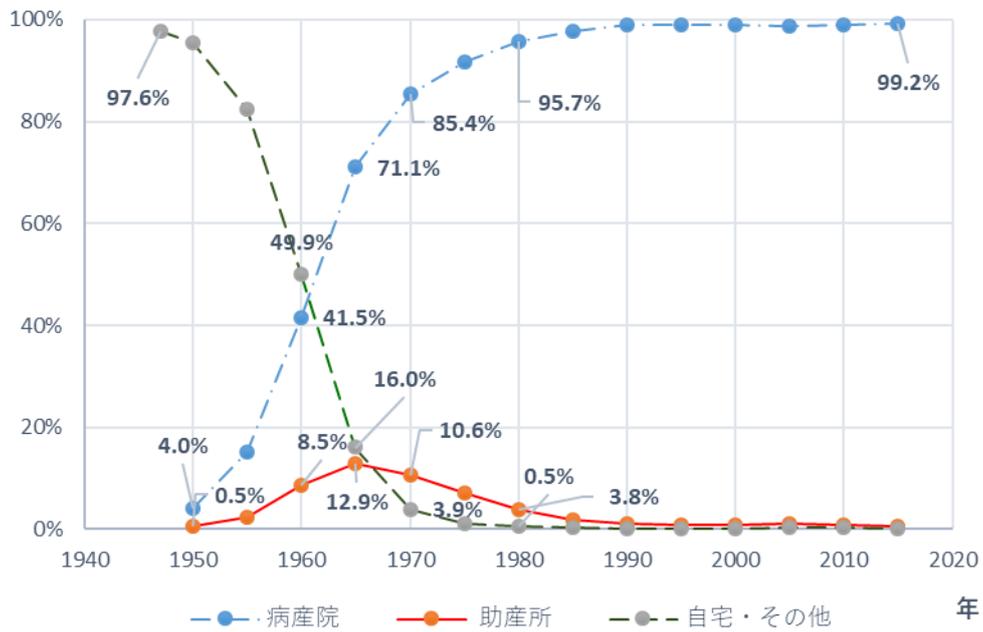


図1-1 戦後の出生場所別割合の動向
 出典：厚生労働省人口動態統計「出生」 図の作成：筆者

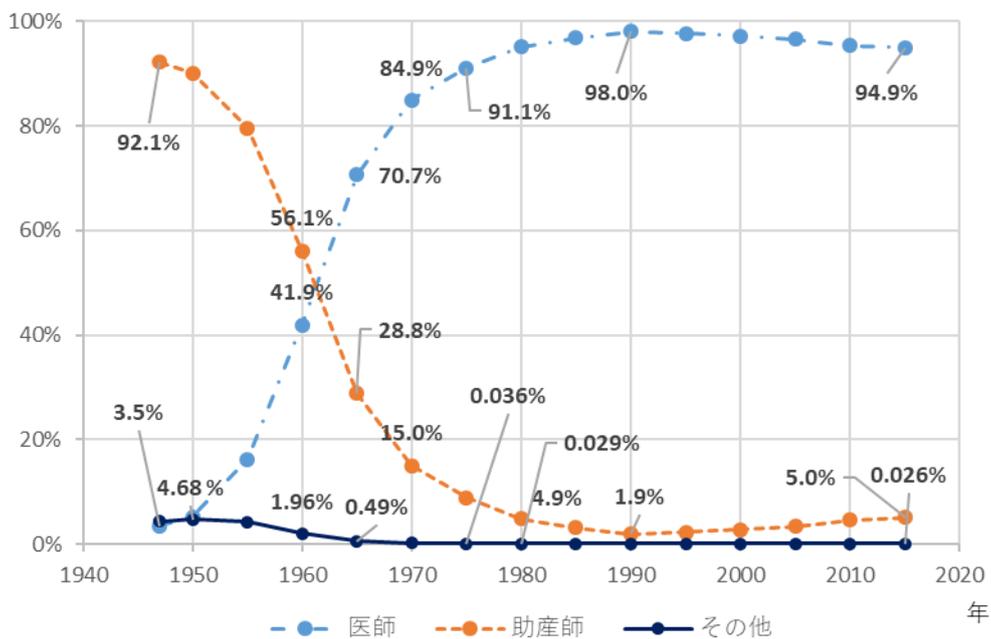


図1-2 戦後の出生時の立会者別割合の動向
 出典：厚生労働省人口動態統計「出生」 図の作成：筆者

無介助分娩の戦後の動向について、畠山（1992：83-95）は、岩手県の1960年から1985年までの出産立会い者の年次推移を表し、安井（2013：146）は、奈良県において1953年と1962年の地域ごとの立会い者別出生数を調べ、どちらも市部と郡部で比較し、都市部より農山漁村に無介助分娩の減少に遅れが生じたことを明らかにしている。大正から昭和初期に引き続き、戦後の出産の施設化への移行期も、無介助分娩は僻地に多かったのである。

加瀬（1972）は、専門家の立会わない分娩は異常が起りやすいと考えられるものの、実態調査は乏しいとして、1972年に茨城県下で無介助分娩の実態調査を行った。無介助分娩をした人のいる居住地域の特徴は、交通の不便な農山部である。出産の立会い者は家族が最も多く、親、祖母、姉である。その他「助産師の資格は持たないが、かなりの経験をもち半ば職業化していて、いわゆるウデもよいという評判で、すべて正規の助産師のようにやっているもの」（加瀬 1972：309）「国保の保健師であるが妊婦指導で何度か家庭訪問して親しくなっていくうちに、妊婦に頼まれ分娩介助した」（加瀬 1972：309）とある。このことから、茨城県でも全国同様に家族やトリアゲバアサンとよばれる無資格産婆が出産に立会っていたことがわかる。ここでは保健師が立会っていたのが特徴的である。また立会い者がなく一人で出産した事例も報告されている。無介助分娩の理由は、「交通が不便」「経済的理由」「今までの風習」「助産婦と思っていた」「その他（保健婦介助）」があげられている（加瀬 1972：313）。このように無介助分娩の理由に、今までの風習があげられていることから、この時代においても、出産は特に医療者の立会いが必要とされるものではなく、生活の中で文化的に継承され営まれてきた行為であったことがわかる。そして、無介助分娩の予後については、死産を含める異常児は同一家庭に重複して存在することを明らかにし、その家族に対する行政的な救済措置の必要性がある（加瀬 1972：310）といい、死産の原因と立会い者との関係性は認められないことから、無介助分娩の危険性については明らかにしていない。

なお橋本（1972）も、岩手県と全国の、1955年と1960年の周産期死亡率と分娩立ち会い者間の相関関係の分析を行った結果、関連はなく、「医師が立ち会うことによって直ちに新生児死亡が減少するものでもなく、反対に医師以外の者が分娩に立会うことによって直ちに新生児死亡が増加するものでもないことを示している」（橋本 1972：204）と報告している。

第4節 出産習俗の変遷

以上のように、戦後の出産の医療化・施設化が進む過程における無介助分娩について、客観的データに基づく実態調査によって、その動向が明らかにされる一方で、実際に産む女性にとって、出産はどのように変化していったのか、フィールド調査による聞き取りによって出産習俗の変遷を明らかにする研究も進められてきた。

四国の離島や山村に赴き、明治の終わりから昭和50年代頃までに漁村や山村で行われた出産について、体験内容を聞き取り、農村や漁村における近現代の出産習俗の変遷（表1-2）を表した吉村（2001：95）は、免許持ち産婆が登場するまでの出産（無介助分娩）の援助者は、特になくひとりで産む、もしくは祖母、実母、姑など血縁者や、地縁者（トリアゲバアサン）であったという。

そして、このとりあげ婆さんについて、お産の援助のしかたにより、「生まれた子のこの世への「とりあげ婆さん」「お産のお手伝いをする他人」「家族か身内の援助女性（特に母親、祖母、おばなど）」の3通りに分類している。「生まれた子のこの世への「とりあげ婆さん」は、誕生の場に立会い、その子をこの世の中に「トリアゲ」、つなぎとめるといふ、いわば信仰的な呪力を備え、子の運命を好転に導くシャーマンの役目を果たしており、「お産のお手伝いをする他人」は、実際に産婦を抱えたり、出血などお産のケガレをぬぐったりして出産の世話をする人であり、出産介助の方法は、介助技術をもつ母親などから見よう見まねで学び取った人である。そして、「家族か身内の援助女性」は、お産の介助技術よりも、精神的なサポート面の担当者であることのほうが強く、身内として、産婦の身の世話や、自身の出産体験を通して、会得した産痛の軽減方法や坐産援助など、心身両面への寄与によって産婦を支える関係にあったと説明している（吉村2001：102-104）。

さらに、夫の出産への参加は、出産文化の地域特性として、漁村では「男がいるとお産は難しくなる」ため、祖母・実母・姉妹・叔母など女性たちの援助によって行われていたのに対し、他方山村では「男がいなくともお産は難しくなる」と、夫を中心とした家族全員でお産が行われていたことを明らかにしている（吉村2001：105-106）。その理由について、「出産への夫参加習俗は夫の生業の危険度に深く関係している」（吉村2001：107-108）と、いのちの危険を伴う職業に就き、日常的に神経を使っている夫には、妻の出産に参加しなくてすむよう、周囲の女性たちによって出産の援助が行われており、一方で家屋が点在する山村では、近隣や血縁の応援は距離的な負担もあるためあてにせず、夫を中心とする一家全員が産婦を支え、産婦が安心して出産を乗りきれぬ環境を作ったのではないかと述べている（吉村2001：106-107）。

そして、お産の決定者は産む人自身で、分娩姿勢は、坐産、立位、四つんばいなど、産婦が産みやすい姿勢が優先されており、お産情報は、出産体験に基づいた主観的、体験的情報が正統とみなされていた。

藤田（1982：16-28）は、新聞記者の立場で日本の出産の歴史的変遷を明らかにするために、1978年に山梨県の長寿村を訪れ、明治20年生まれの女性から、誰の介助も無く1人

で8人の子どもを産んだ出産体験について聴き取り、松岡（1997：42-52）は、文化人類学の立場で北海道の産婆の活動を調査し、1980年代に北海道で開業していた60代の開業助産婦に、その開業助産婦の12人の子どもを一人で産んだ明治34年生まれの母親の出産や、岩手県で1920年代生まれの女性の出産体験について聴き取っている。岩手県の山間部で出産した女性は、出産するときに、姑は近くにいて様子をうかがっているものの、「子どもが生まれてしまうまでは人に見てもらいたくないから」という理由で、産むのは実質的に自分ひとりであったという。お産は、自分でするものだが、他者からの何らかの援助が必要であると同時に、羞恥心を伴う行為であるためプライバシーを必要とし、それを周囲も認め見守る文化であった様子が伺える。菊池（2016）も、全国の農山漁村で昭和初期に無介助分娩を行った体験者に聴き取りを行った結果、全く介助者がなく一人で産む出産は、特別なことではなかったことを明らかにしている。

このように、自分一人で産む、あるいはトリアゲバアサンの介助によるお産から、免許もち産婆によるお産が行われるようになって、産婦の分娩姿勢は、上体を起こした自分で産みだす姿勢から、助産の専門家の産ませやすい仰臥位となった。このことで、お産の主体は妊産婦自身から専門家へと移行し、さらに出産が施設に移行したことで、お産の決定者は、産婆（助産婦）から産科医へと移行した（表1-2）。藤田（1982）は、このように免許持ち産婆が現れお産が変化した過程を「第1次お産革命」と言い、出産が施設に以降しお産の決定者が産婆から医師に移行した過程を「第2次お産革命」と言っている。そして、第1次お産革命の担い手が、女性であったのに対し、第2次お産革命の主役は男性の医師であると説明している。

表1-2 漁村や農村における近現代の出産習俗の変遷

時代変遷	近代		敗戦	現代
出産の援助者	特になし(ひとりで産む) 祖母、実母、姑など 血縁者、地縁者(とりあげ婆さん)		免許もち産婆(助産婦)	産科医 助産婦
お産の決定者	妊産婦(産む人)		助産専門家 産婆	助産専門家、産科医
出産親	女のからだは産めるようにできている 産婦が産むしかない		助産専門家=産婆 のもつ助産 情報が正しい	助産専門家=産科医 の指導に 従って産ませてもらわねば危険
地域特性	農村	山村	日本全国	
出産文化	男がいると お産は難しくなる	男がいないと お産は難しくなる	男がお産の場にいるべきではない	
身内の参加	祖母、実母、姉妹、 叔母など女たち	夫を中心とした家族 全員	初期には参加自由、のちに女 性だけに限定	誰の参加も認めない
正統とみなされる お産情報	出産体験に基づいた主観的、体感的情報		養成課程で学習した教科書上 の助産情報	医学教育のなかで得た医療者の、 治療や助産のための情報
体感的お産情報	「仕切りがくる」「筋がさす」など数々		初期には教科書中にあり、その 後、消失	皆無
分娩姿勢	坐産、立位、よつんばい産など多数		仰臥位姿勢、助産専門家が産ませやすい姿勢	
お産の場	産む人の自宅		産む人の自宅	助産施設
出産習俗	ケガレを忌み籠もりして祓う 産後一定期間仕事をさせない		産後習俗はすたれ、すぐに労働 に復帰する場合もある	少数派だが、子育てグループなど として、産小屋的ネットワークがで き始めている
お産設定	生理現象に合わせたお産 (産婦のからだ主体)		文化にとって正統なお産(産婦人科医の介助しやすさ優先)	

出典：吉村（2001）

第5節 近年における無介助分娩の動向

1999年、無介助分娩により生まれた新生児が死亡する事故がおこり、無介助分娩は医療者の間で問題視されるようになった。これは、胎教と無介助分娩による自然分娩を提唱する育児文化研究所のセミナーを受講した妊婦が、自宅で医療者を呼ばずに水中出産し、新生児が生後8日目に死亡したというものである。この事故は24時間風呂のレジオネラ菌による感染が原因であった(三宅 2000)(岡本 2017)。この事件前後にも、同じセミナーの受講者が医療者の立会い無しに出産し、死亡した新生児がこの他に6人いたことが日本助産師会の調べで分かっている(公益社団法人日本助産師会 2017a)。事故の概要として、分娩の事故による新生児死亡5件(内4件は骨盤位)、重篤な感染による新生児死亡1件、母体の大量出血1件と報告されている。

日本助産師会は、「これがマスコミに大きく取り上げられ、開業助産師は、児娩出後に呼ばれることがあり、巻き込まれることがあった」(岡本 2017: 58)との認識で、その後、民報テレビ局が番組で無介助分娩をとりあげたことから、日本助産師会はメディアが無介助分娩をあおることを懸念し、2010年に無介助分娩に対する警告書を示した(一般社団法人日本助産師会 2010)。

そして、2017年には、日本助産師会の機関紙『助産師』にて、「マスコミ騒動を契機に、育児文化研究所は表舞台から姿を消した。しかし、その教えに賛同する男女が現在でも専門家の立ち会い無しの分娩を実施しているという話が聞こえてくることがある。(助産師は)巻き込まれないように注意しつつ、発覚した折には、所轄の保健所に相談する等の対策が必要である」(岡本 2017: 58)と、助産師には、無介助分娩希望者には行政と連携して関わることを勧めている。だが、現代の無介助分娩の希望者が、育児文化研究所の教えに賛同し、それを選択しているかどうかは不明である。助産師は、無介助分娩を希望する妊婦の意図を傾聴した上で、安全の保障に向けた対応を行う必要があるのではないか。

無介助分娩に関する調査として、1つには、奥野ら(2010)による、無介助分娩に関する情報源の実態調査の文献レビューが行われている。この調査では、無介助分娩の情報源はネットのサイトが多く、偏った情報から妊婦が無介助分娩を希望する可能性があり、出産の安全から無介助分娩を選択する人が現れることを危惧している。

そして、医療側の立場では、無介助分娩希望者への医療機関の対応と周産期予後についての検討がなされている(鈴木ら 2016)。ここでは、医療関係者が無介助分娩の希望者8例に施設分娩を説得し、3例が説得に応じ施設分娩を行い、5例が無介助分娩を行った結果1例が死産となった。また妊婦健診も説得に応じて受診した事例もあることから、医療関係者の積極的な関与が無介助分娩を減らすことにつながると、医療者に無介助分娩希望者に対する医療者側からの関与を勧めている。

では、近年の無介助分娩には、統計上の特徴があるのか。改めて、2000年以降の動向について、詳細を示す(表 1-3)。2000年の無介助分娩は276人で、全出生に占める割合は0.023%であり、その後、実数はおおよそ250人から300人程度で推移している。全出生に

占める割合はやや増加傾向にあり、2000年から2007年までは0.023%から0.025%で推移しているが、2008年には0.027%に増加し、その後概ね増加傾向となり、2014年と2016年はさらに0.03%を超えて、0.031%となっている。なお、2016年の実数は298人であった。

次に、無介助分娩は自宅・その他の場所で行われるため、自宅・その他の場所での出生には、近年特徴があるか調べた（表1-4）。自宅・その他の場所での出生割合は、2000年から2004年にはおおよそ0.2%前後で推移し、2005年から2009年には一旦増加し、0.23～0.24%となっているものの、その後減少を続け2016年には0.15%となっている。

同様に、2000年以降の助産所の出生割合の年次推移も調べたところ、2004年の1.02%をピークに減少の一途を辿り、2016年には0.61%まで減少している（表1-4）。

出産の歴史的変遷を辿れば、「取り上げ婆」そして「産婆」が資格の有無に限らず、生活上の営みとして出産の介助にあたってきた。これは現在の「助産師」の大半を占める、病産院で勤務し医療の管理下で行う出産を介助する「勤務助産師」ではなく、おおよそ地域の中で自然出産を扱う「開業助産師」に相当する。しかし、開業助産師が扱う出産は、助産所のみではなく、自宅・その他の場所でも行われる。そこで、改めて、「助産所の出生の中での助産師の立会いによる出生（助産所での出生の立会い者は「医師」「助産師」に分類される）」と、「自宅・その他の場所での出生の中での助産師の立会いによる出生（自宅・その他の場所での出生の立会い者は、「医師」、「助産師」、「その他」に分類されている）」を合わせ、これを「開業助産師の立会いによる出生」とみなして全出生数に占める割合の年次推移をみると、これも助産所の出生割合と同様に、2004年の1.05%をピークに減少の一途を辿り、2016年は0.57%となっている（図1-3）。

表1-3 近年の無介助分娩の年次推移

年	総数	無介助分娩	
2000	1190547 (人)	276 (人)	0.023%
2001	1170662	282	0.024%
2002	1153855	275	0.024%
2003	1123610	283	0.025%
2004	1110721	280	0.025%
2005	1062530	270	0.025%
2006	1092674	252	0.023%
2007	1089818	277	0.025%
2008	1091156	293	0.027%
2009	1070035	295	0.028%
2010	1071304	269	0.025%
2011	1050806	298	0.028%
2012	1037231	272	0.026%
2013	1029816	246	0.024%
2014	1003539	310	0.031%
2015	1005677	263	0.026%
2016	976978	298	0.031%

出典：厚生労働省人口動態統計「出生」 表の作成：筆者

表1-4 近年の助産所および自宅・その他の場所での出生割合の年次推移

年	総数	助産所の出生		自宅・その他の場所での出生	
2000	1190547(人)	11353 (人)	0.95%	2147 (人)	0.18%
2001	1170662	11492	0.98%	2266	0.19%
2002	1153855	11407	0.99%	2254	0.20%
2003	1123610	11190	1.00%	2302	0.20%
2004	1110721	11289	1.02%	2296	0.21%
2005	1062530	10676	1.00%	2509	0.24%
2006	1092674	10872	0.99%	2615	0.24%
2007	1089818	10610	0.97%	2608	0.24%
2008	1091156	9968	0.91%	2528	0.23%
2009	1070035	9597	0.90%	2474	0.23%
2010	1071304	9533	0.89%	2237	0.21%
2011	1050806	8932	0.85%	1957	0.19%
2012	1037231	8282	0.80%	1894	0.18%
2013	1029816	7959	0.77%	1694	0.16%
2014	1003539	7393	0.74%	1617	0.16%
2015	1005677	6885	0.68%	1426	0.14%
2016	976978	5968	0.61%	1467	0.15%

出典：厚生労働省人口動態統計「出生」

表の作成：筆者

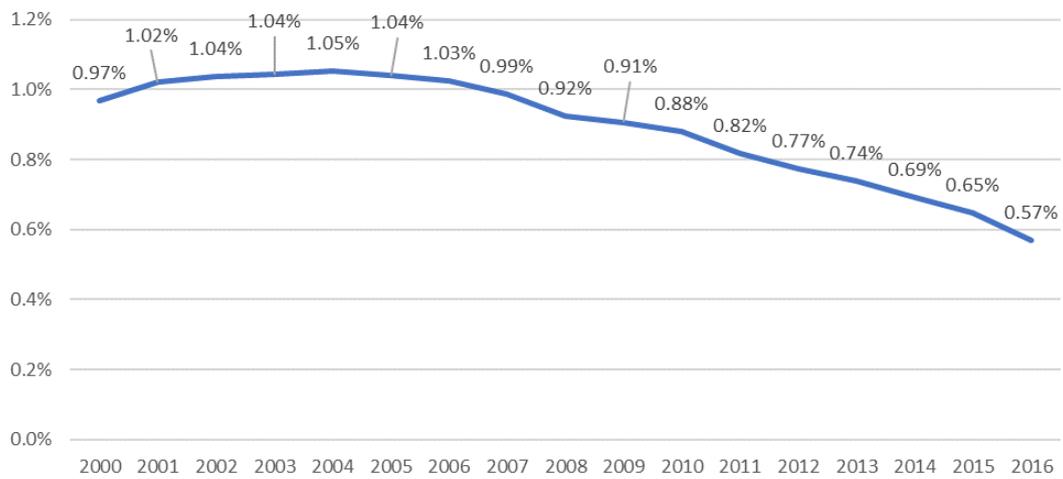


図1-3 助産所および自宅・その他の場所での
助産師立会いによる出生の割合の年次推移

出典：厚生労働省人口動態統計「出生」 図の作成：筆者

第6節 現代におけるプライベート出産の様相

では、現代の出産環境下において、無介助分娩はどのような状況で行われるだろうか。想定できるのは以下である。

- ① 意図的・計画的に医療者の立会わない出産を選択し、準備を整えて行う。
- ② 病産院や助産所で出産予定であったが、自宅もしくは道中（車中など）で施設に到着するまでに生まれてしまう。
- ③ 自宅など施設外で助産師あるいは医師の立会いのもとに出産予定であったが、医療者が到着するまでに生まれてしまう。
- ④ 本人が妊娠に気づかないまま、もしくは周囲に妊娠・出産を知られないようにして、自宅などで産み落とす。

この中で、プライベート出産は①である。②と③のなかで、施設で出産する、あるいは医療者の立会いのもとに自宅出産する予定と見せかけて、プライベートな環境で産んでしまう故意の場合も、意図的・計画的な出産であるため、プライベート出産に含まれる。しかし、意図的・計画的に医療者の立会わない出産を行ったとしても、それを当事者が自己開示しなければ把握できないため、意図的・計画的な出産であることを自己開示しない無介助分娩はプライベート出産には含まない。したがって、プライベート出産がどの程度の頻度で行われているか、統計上で明らかにすることは不可能である。

このプライベート出産を、出産の施設化への移行期までの無介助分娩と比較すると、相違点は、出産の施設化移行期までの無介助分娩が、文化的な風習に基づく出産であり、特別な出産ではなかったのに対し、プライベート出産は、医療の管理下に行われる出産がほとんどを占める中で、自らの出産方法の選択として行われる特別な出産であると同時に、一般常識から外れる奇異な出産である。

医療者は、出産の安全面を危惧し、プライベート出産に批判的な態度を示しているが、1980年代までに行われた無介助分娩の調査では、無介助分娩の危険性は明らかにされていない。医療者が無介助分娩を危険とみなし批判的な態度で制止しようとするのであれば、前述した育児文化研究所の受講者による事故や、鈴木ら（2016）の調査による無介助分娩の死産について、単に無介助分娩であることを問題視するのではなく、個々の事例ごとに、経過の詳細を分析し、安全面の問題がどこにあるのか検討する必要があるのではないかと考える。

小括

人類が誕生して以来、女性が出産する際には、生活する地域の文化的な営みの中で自然発生的に出産の介助者が現れたとされている。この出産の介助者は取り上げ婆などと呼ばれており、明治時代になって産婆という名称で資格が与えられ、専門職として認められるようになった。産婆の介助による出産が一般的となるなかで、産婆の開業は都市部に集中し、農村部などでは資格を持たない取り上げ婆による介助が続き、産婆の立会いによらない出産は、「(産婆) 無介助分娩」と、問題視される出産となっていった。そして、戦後出産の施設化に伴い無介助分娩は減少し、1970年代には0.03%と極一部の出産となり、その後は一定数存在しながらも、あまり着目されることのない状態で推移していた。

ところが、近年では、意図的・計画的に無介助分娩を行う人たちが現れ、それが表面化するようになった。出産介助者の歴史的変遷を辿れば、ほんの数十年前まで、日本の出産は生活上の営みの中で産婆の介助のもとに行われていたが、現代は真逆の、生活から切り離された場で医療の管理下におかれる出産が一般的となっている。

プライベート出産が表面化した理由として考えられるのは、まず、戦後の出産の施設化によって出産の見方の規準が変化し、医療者の立会いの無い出産は「常識外れの(とんでもない)出産」、「危険な出産」という見方が生み出された結果ではないかという点である。また、産婆的存在である開業助産師による立会いの出産は、ここ10年減少の一途を辿っていることから、近年では病産院以外での出産を選択しにくい環境となっているのではないかと考えられる点も、理由の1つとして挙げられる。

無介助分娩は、国の医療政策とともにその様相は変化してきた。女性には、自らの出産方法を選択する権利があるため、プライベート出産を選択する女性の意図を尊重する観点から実態を明らかにし、医療政策の諸課題を明らかにする必要があると考える。

<注>

1) 厚生労働省、「保健師助産師看護師法」。

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO203.html> (2017年8月23日取得)

第2章 インタビュー調査の概要と基本情報

本研究では、現代におけるプライベート出産の実態を明らかにするために、直接、体験者へのインタビュー調査を行った。本章では、行われたインタビュー調査の概要と、インタビュー内容から、プライベート出産を行ったインタビュー協力者の社会的特徴と、インタビュー協力者によって行われたプライベート出産に関する基本情報を提示する。

第1節 インタビュー調査の概要

1 調査目的

インタビュー調査は、全国のプライベート出産体験者から、実際に行われた出産体験の詳細を聴き取り、プライベート出産を行った動機やプライベート出産の妊娠出産経過、実際に行われたプライベート出産の出産方法や心理身体的な体験内容、彼女らの生活背景を調べることで、プライベート出産の特徴を明らかにすることを目的として行われた。

2 調査方法

(1) 用語の定義づけ

本調査において、「本人が意図的・計画的に医療者の立会わないプライベートな環境で出産することを決め、準備も整えて行う出産で、かつそれを当事者が自己開示する出産」を「プライベート出産」と定義した。

(2) 調査期間と対象者及びインタビュー方法

本調査では、全国のプライベート出産体験者を対象として、出産体験の詳細に関する聴き取り調査を行った。調査期間は2015年10月1日から2016年11月30日である。インタビューへの協力者は国内に住む30名であり、インタビューは、協力者の自宅もしくは指定された場所で、いずれもおおよそ2～3時間にわたり、半構造化面接の方法で行われた。なお、出産に立会った家族などのインタビューへの同席は、自由意思に任せた。記録は、協力者の同意のもとでICレコーダーに録音し、同時にノートに記述した。インタビューへの同席は出産に立会った家族20名（子どもは含まない）で、子どもの父親17名、実母1名、その他の家人2名であった。ICレコーダーへの録音はすべて承認されたが、3名において、録音に不備があり、一部もしくは総てを記録することができなかった。不明な点は、再度聴き取ることで了承を得た。

(3) インタビュー協力者の選定

インタビュー協力者の選定は、まず、調査開始以前に、プライベート出産を体験したと聞いている人が数名あったため、彼女らに改めてインタビューを依頼した。そして、対象者を国内在住者とし、主にインタビューを行った際に、インタビュー協力者もしくはそのパートナーから他の体験者もしくはそのパートナーを紹介してもらい、紹介された体験者に改めてインタビューを依頼し、同意を得られた体験者を対象に聴き取りを行うという方法で、協力者を増やしていった。その他には、筆者の知人などから体験者を紹介されたケースもある。なお、本調査の協力者を探しだすにはこの方法しかなく、対象者の特徴として何らかの偏りが生じる可能性があることは認識しつつ、進めることとした。

調査当初は、北海道内でのプライベート出産体験者の情報が多く、北海道を中心にインタビューを行ったが、地域性の偏りをなくするため、途中から国内全域で調査できるよう、協力者の選定に配慮した。なお、プライベート出産を行った年と、出産場所が国内であるか否かに関しては、特に範囲を設けなかった。インタビューを依頼したプライベート出産体験者 30 名は、30 名全員インタビューに同意された。インタビュー協力者の紹介の依頼にあたり、死産など出産経過にトラブルが生じた体験をもつ人の情報はないか、またあれば、その体験者にインタビューの協力は求められないか訊いている。死産の情報は 1 件あったが、紹介を受けることができずインタビューを行うことはできなかった。

(4) インタビュー内容

インタビュー内容は、本人と子どもの父親の出産時の年齢・出身地・学歴・職業、家族構成、家族の生活背景、出産歴の概要（出産した子すべて）、プライベート出産の体験内容（複数回ある場合はすべて）、プライベート出産を選択した理由・動機、プライベート出産に至った経過、他のプライベート出産体験者とのつながり、家族の反応と協力体制、妊娠・出産経過中の医療機関および医療者（医師・助産師・看護師等）との関わり、出産の勉強方法、出産場所・立会い者、出産経過の詳細、出産立会い者の出産への関わり（どのようなサポートをうけたか、児の取上げ者は誰かなど）、プライベート出産後の心身面や生活面の変化、プライベート出産した市町村とその地域の産科医療体制、その他自由な語りであった。

(5) 倫理的配慮

倫理的配慮として、インタビューの目的、所要時間、記録方法、質問への回答は自由意思を尊重すること、情報の管理、発表の方法、発表の際の個人情報のへの配慮などを文書と口頭で説明し、同意を得てインタビューを行った。研究倫理に関しては、奈良女子大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号 15-15）を得た。なお、本倫理審査において承認を得た研究課題名は「日本におけるプライベート出産の様相」であった。

(6) 分析方法

得られたデータは対象者の匿名性を確保し、かつ個別性も確保できるように、アルファ

ベットを付した。アルファベットを付した順番は、協力者がプライベート出産を初めて行った年代の早い順とした。そして、まず、インタビュー協力者に関する基本情報として、インタビュー協力者の出産歴を示し、出産場所の変化の過程を分類し、次に、インタビュー協力者の社会的背景として、家族形態と、本人及び子どもの父親の職業とそれぞれの学歴、家族の生活スタイル、プライベート出産を行うための準備や勉強法を明らかにした。次に、実際に行われたプライベート出産に関する情報として、出生順位、出産時の本人と子どもの父親の年齢、妊婦健診の受診回数、妊娠出産経過、出産方法（出産場所、立会い者、介助者、出産スタイル）、出産した地域、妊娠届と出生届の状況をまとめた。これらの結果を本章の第2節第3節で示す。

インタビューは、まず北海道を中心に始められた。第3章では、北海道でプライベート出産した人6名のインタビューの逐語録から、動機に関する語りを抽出し、北海道の無介助分娩の統計データと、周産期医療政策をもとに、北海道の無介助分娩の現状を明らかにし、なぜ、近年プライベート出産を行う人が現れているのか考察した。

北海道の無介助分娩の現状は、地域の特性もあると考えられることから、次に全国のプライベート出産体験者へのインタビュー調査を行い、インタビューデータの逐語録から、まずプライベート出産を選択した動機に関する語り内容を抽出し、動機の内容を出産場所の変化の過程ごとに分析することでプライベート出産選択の特徴を明らかにし、さらに、プライベート出産選択の特徴から逆に浮き彫りになる現代の出産環境の特徴を明らかにし、現代の出産環境が女性の出産選択に及ぼす影響の問題点を考察した（第4章）。

無介助分娩は一般的に安全性が危惧されるため、第5章ではインタビュー協力者によって行われたプライベート出産の妊娠出産経過を調べるとともに、妊婦健診の受診状況など医療との接点を調べ、出産時に異常の起こった事例の妊娠中の医療者との関りから、プライベート出産希望者の出産の安全を保障する医療のあり方について考察した。

次に、第6章では、インタビューの逐語録から、プライベート出産は、実際にどのように行われ、その出産は当事者自身にとって、また家族にとってどのような体験だったのか、主に心理的効果を分析し、ライフスタイルとしてプライベート出産を行った意味を考察した。

第7章では、第3章から第6章までで明らかとなったプライベート出産の特徴と、逆に浮き彫りになった日本の出産環境の特徴から、その原因と考えられる近年の周産期医療政策の動向を整理し、女性の出産の選択に弊害となっている政策について考察した。

終章として、第7章で明らかとなった周産期医療政策によって、医療関係者はプライベート出産希望者にどのように対応しており、その対応によって、プライベート出産体験者はどのような思いをしたのかについて、まずインタビュー内容から明らかにした。そして、それでは、女性にとって周産期医療政策はどうあることが望ましいか考察し、最後に、海外ではどのような政策がなされているのか調べ、改めて「出産における適切な医療技術のためのWHOの勧告」から、日本における女性の出産の選択権と安全性の保障にむけた周産期医療政策の課題を考察することで、望ましい周産期医療政策についての提言を行った。

第2節 インタビュー協力者に関する基本情報

インタビューによって得られたデータから、インタビュー協力者 30 名の基本情報を以下に示す。

1 インタビュー協力者の出産歴

(1) 出産歴の概要

インタビュー協力者 30 名のすべての出産歴を表 2-1 に示す。

インタビュー協力者 30 名の総出産回数は 92 回、プライベート出産回数は 55 回で、出産回数の平均は 3.1 回、プライベート出産の平均回数は 1.8 回である。2016 年の合計特殊出生率（厚生労働省 2017b）が 1.44 であり、それに比較するとインタビュー協力者は多産と言える。なお、1 人あたりの出産回数の最少は 1 回、最多は 5 回であり、プライベート出産回数も同様に最少は 1 回、最多は 5 回である。そして、全出産時の年齢は最少 19 歳、最高 45 歳であり、プライベート出産も 19 歳から 45 歳までの間に行われている。総ての出産時の年齢の平均は 32.2 歳で、プライベート出産時の年齢の平均は、33.2 歳である。母親の年齢別にみた年次別出生の割合（厚生労働省 2017c）では、2005 年以降 30 歳から 34 歳の出生が最も多く（2016 年は 36.3%）、プライベート出産の出産年齢は平均的といえる。インタビュー協力者による 92 回総ての出産は、1979 年から 2016 年の間に行われており、プライベート出産が行われた時期も、同様に 1979 年から 2016 年である。

プライベート出産以外の 37 回の出産は、病院出産 10 件、診療所の出産 7 件で、診療所の出産の内の 1 件は、開業助産師の立会いによる自宅出産予定であったが、陣痛発来後分娩時間が長引き、立会い予定の開業助産師の嘱託医が開業する診療所の分娩室を借り、その開業助産師の介助のもとに出産している¹⁾。なお、医療介入は行われていない（E 氏第 1 子）。そして、助産所の出産は 10 件、開業助産師の立会いによる自宅出産 7 件、診療所で出産予定であったが家で生まれてしまった自宅出産 1 件（G 氏第 3 子）、開業助産師が立会う予定であったが間に合わず生まれてしまった自宅出産 2 件である（K 氏第 2 子、BB 氏第 3 子）。

医療の管理下にある病院もしくは診療所の出産は 17 件であるが、その内 8 件の出産が医療介入の出産である。行われた産科医療や医療的行為は、帝王切開、誘発促進分娩、吸引分娩、無痛分娩、クリステレル圧出法、会陰切開、剃毛、浣腸であり、そしてこれらはすべて第 1 子の出産時においてであり、第 1 子を病院もしくは診療所で出産した 11 件中の 8 件にあたる。病院や診療所では、第 1 子の出産時に医療介入が行われる頻度が高いことがわかる。

助産所の出産 10 件は、6 人のインタビュー協力者によって行われており、開業助産師の立会いによる自宅出産 7 件は、5 人の協力者によって行われている。

そして、総ての出産をプライベート出産した（プライベート出産のみの）人は、12 人である。

表2-1 インタビュー協力者の出産歴

事例	出生順位	出産年	年齢(歳)	出産場所	プライベート出産か否か	分娩様式
A氏	1	1979	25	自宅	○	自然
	2	1981	27	自宅	○	自然
	3	1983	29	自宅	○	自然
	4	1985	31	自宅	○	自然
	5	1987	33	自宅	○	自然
B氏	1	1993	32	自宅	○	自然
	2	1995	35	自宅	○	自然
C氏	1	2001	29	自宅	○	自然
	2	2004	32	自宅	○	自然
	3	2007	35	自宅	○	自然
D氏	1	2003	37	出産のために借りた家	○	自然
E氏	1	2002	37	診療所	助産師の立会いによる自宅出産予定も 分娩が長引き診療所での出産となった	自然
	2	2005	39	自宅	○	自然
	3	2010	44	自宅	○	自然
F氏	1	2003	35	病院		帝王切開
	2	2006	38	自宅	○	自然
	3	2010	42	自宅	○	自然
	4	2013	45	自宅	○	自然
G氏	1	1999	18	病院		吸引分娩、クリステル圧出法、人工破膜、洗腸
	2	2002	21	診療所		自然
	3	2004	23	自宅	診療所で出産予定であったが 家で生まれてしまった	自然
	4	2007	26	自宅	○	自然
	5	2009	28	診療所		自然
H氏	1	2007	27	自宅	○	自然
	2	2010	30	自宅	○	自然
	3	2012	33	自宅	○	自然
	4	2013	35	自宅	○	自然
I氏	1	2004	25	診療所		陣痛促進
	2	2008	29	自宅	○	自然
	3	2010	31	自宅		自然
J氏	1	2008	29	自宅	○	自然
	2	2010	31	自宅	○	自然
	3	2012	33	自宅	○	自然
	4	2015	36	自宅	○	自然
K氏	1	2008	32	自宅	○	自然
	2	2010	35	自宅	助産師が間に合わなかった	自然
	3	2013	37	自宅		自然
L氏	1	2006	22	病院		会陰切開
	2	2008	24	自宅	○	自然
	3	2011	27	自宅	○	自然
	4	2014	30	自宅	○	自然
M氏	1	2010	29	自宅	○	自然
	2	2013	32	自宅	○	自然
	3	2015	34	自宅	○	自然
N氏	1	2006	31	助産所		自然
	2	2011	36	自宅	○	自然
O氏	1	2007	33	助産所		自然
	2	2009	34	助産所		自然
	3	2012	38	自宅	○	自然
P氏	1	2012	38	自宅	○	自然
	2	2013	39	自宅	○	自然
	3	2015	41	出産のために借りた家	○	自然
Q氏	1	2012	20	自宅	○	自然
	2	2014	23	自宅	○	自然
R氏	1	2002	31	病院		会陰切開、クリステル圧出法
	2	2011	39	助産所		自然
	3	2013	42	自宅	○	自然
S氏	1	2013	28	自宅	○	自然
	2	2016	31	自宅	○	自然
T氏	1	2004	32	診療所		自然
	2	2009	37	自宅		自然
	3	2014	42	自宅	○	自然
U氏	1	2005	29	助産所		自然
	2	2008	32	助産所		自然
	3	2011	35	助産所		自然
	4	2014	38	自宅	○	自然
V氏	1	2002	25	助産所		自然
	2	2005	28	助産所		自然
	3	2007	30	自宅		自然
	4	2011	33	自宅		自然
	5	2014	36	自宅	○	自然
W氏	1	2006	29	診療所		自然
	2	2014	37	自宅	○	自然
	3	2015	38	自宅	○	自然
X氏	1	2005	27	病院		誘発分娩 吸引分娩、会陰切開、クリステル圧出法、洗腸
	2	2009	30	病院		自然
	3	2013	34	病院		自然
	4	2015	37	自宅	○	自然
Y氏	1	2007	29	病院		会陰切開
	2	2010	32	病院		自然
	3	2013	34	病院		自然
	4	2015	36	自宅	○	自然
Z氏	1	2013	31	診療所		陣痛促進、無痛分娩、吸引分娩、会陰切開
	2	2015	33	自宅	○	自然
AA氏	1	2009	35	助産所		自然
	2	2015	41	自宅	○	自然
BB氏	1	2006	30	自宅		自然
	2	2009	33	自宅		自然
	3	2012	36	自宅	助産師が間に合わなかった	自然
	4	2015	39	自宅	○	自然
CC氏	1	2015	19	自宅	○	自然
DD氏	1	2016	23	海	○	自然

(2) 出産場所の変化

インタビュー協力者の出産場所の変化を分類し、表 2-2 に示す。これは 10 通りのパターンに分類できる。

事例数の最も多いのは、プライベート出産のみで 12 人である (パターン 9)。

第 1 子からプライベート出産を行ったのは、パターン 9 とパターン 10 の計 13 人であり、その内の 1 人は、第 1 子をプライベート出産した後に、開業助産師の立会う自宅出産を希望している。しかし、第 2 子の出産には開業助産師の到着が間に合わず、無介助分娩となっている (パターン 10)。

次に多いのは、病産院の出産後にプライベート出産した 7 人である (パターン 1)。パターン 5 も病産院の出産後にプライベート出産を行っているが、これは、第 2 子まで病産院で出産し、第 3 子の際に意図せず自宅で生まれてしまった経験から自分で産める自信ができて、第 4 子をプライベート出産している。

その次に多いのが、病産院の出産を経ず、助産所の出産後にプライベート出産した人で、これは 4 人である (パターン 6)。

助産師の立会いによる自宅出産からプライベート出産した事例には、第 2 子まで助産師の立会いによる自宅出産をおこなっているが、第 3 子で出産に助産師の到着が間に合わず、意図せず無介助分娩となり、その後プライベート出産を行ったケースがある (パターン 8)。

その他、病産院の出産後に助産所の出産を経てプライベート出産を行ったパターン 2、病産院の出産から助産師の立会いによる自宅出産を経てプライベート出産を行ったパターン 3、病産院の出産後にプライベート出産を行い、その後に助産師の立会いによる自宅出産を行ったパターン 4、病産院の出産を経ず、助産所の出産後に助産師の立会いによる自宅出産を行い、その後にプライベート出産を行ったパターン 7 がある。

以上のように、30 人のインタビュー協力者の内の 12 人 (40%) がプライベート出産のみを選択していた。一方で 17 人 (56.7%) は、プライベート出産以外の方法で出産した後にプライベート出産を行っている。一度プライベート出産を行った後に次子を出産した人は 16 人 (53.3%) であるが、その内 13 人はプライベート出産を選択しており (43.3%) が、プライベート出産後にプライベート出産以外の方法で出産している人は 3 人 (10%) あった (パターン 4、パターン 5、パターン 10)。プライベート出産を行った後にはプライベート出産を選択することが多いことがわかる。

第 1 子からプライベート出産に臨んだ 13 人 (43.3%) は、第 1 子を妊娠する前から、プライベート出産に関する情報を持ち希望していた。あるいは、妊婦健診に通い、医療と接点を持った過程で、何かの契機を伴いプライベート出産を選択するに至っている。第 2 子以降からプライベート出産を行った 17 人は、第 1 子の出産から自然出産に関心を持ちつつ病産院の出産を選択したり、助産師立会いによる自然出産を体験し、その出産体験が選択の動機に繋がっている。

プライベート出産を行った後に、プライベート出産以外の出産を行った 3 人は、立会っ

た経験のある夫やその他の家族の反対にあう、専門家の立会いによる出産の必要性を感じた、夫との関係が良くなかったなどの理由で、プライベート出産を選択しなかった。

表2-2 出産場所の変化の過程の分類

	出産場所の変化の過程	事例
パターン1	病産院⇒プライベート出産	E氏、F氏、L氏、W氏、X氏、Y氏、Z氏
パターン2	病産院⇒助産所⇒プライベート出産	R氏
パターン3	病産院⇒助産師の立会いによる自宅出産⇒プライベート出産	T氏
パターン4	病産院⇒プライベート出産⇒助産師の立会いによる自宅出産	I氏
パターン5	病産院⇒意図的ではない無介助分娩⇒プライベート出産⇒病産院	G氏
パターン6	助産所⇒プライベート出産	N氏、O氏、U氏、AA氏
パターン7	助産所⇒助産師の立会いによる自宅出産⇒プライベート出産	V氏
パターン8	助産師の立会いによる自宅出産⇒意図的ではない無介助分娩⇒プライベート出産	BB氏
パターン9	プライベート出産のみ	A氏、B氏、C氏、D氏、H氏、J氏、M氏、 P氏、Q氏、S氏、CC氏、DD氏
パターン10	プライベート出産⇒意図的ではない無介助分娩⇒助産師の立会いによる自宅出産	K氏

2 社会的背景

(1) 家族形態

インタビュー協力者 30 人がプライベート出産を行ったときの家族形態は、核家族が 25 人 (83.3%) で、核家族でないのは、D 氏、W 氏、Z 氏、BB 氏、CC 氏の 5 人である。D 氏はシングルマザーである。CC 氏も同様にシングルマザーであるが、実母と妹との同居である。BB 氏は別居夫婦である。何度かの出産後に再婚し、パートナーが変わってプライベート出産に臨んだのは R 氏、O 氏、V 氏、W 氏、AA 氏で、未入籍は BB 氏と O 氏、V 氏である。そして、W 氏の再婚は一夫二妻で、夫のもう一人の妻は Z 氏である。それぞれに一度入籍後除籍し、W 氏も Z 氏もプライベート出産当時は、同居の上戸籍上婚姻関係にはなかった。そして Y 氏はアメリカ人であり、夫は日本人の国際結婚である。

なお、D 氏と CC 氏は妊娠中に子どもの父親と離別しており、W 氏と Z 氏の夫は同一人物であるため、実際にプライベート出産に関わった子どもの父親は 27 人である。

(2) 職業と生活スタイル

本人の職業としては、主婦を中心に、自営業を営む、あるいは夫や実家の家業を手伝っている人が多い。専業主婦は 6 人である。自営での仕事の内容は、ミュージシャンその他のアーティスト、セラピスト、カウンセラー、ヘルパー、自然療法家、自然食の飲食店、料理教室講師、オーガニック商品の販売などである。また、特に職業としないまでも、自給自足をめざして自然農に取り組む、あるいは自然農をしながら農家民宿を営んでいる人もいる。また、教育関係では、フリースクールを運営する、また英会話の講師をしている人もあった (図 2-1)。

主に家計を支えているのは夫 (子どもの父親) で、職業は本人同様にミュージシャンその他のアーティストや農業、林業が多い。農業は自営している人もあるが、農家で雇われ勤務している人もある。代替医療として、自然療法家に加え国家資格を持つ鍼灸師が 1 人あった。その他、会社員としてエンジニアや、大学などで研究職に就いている人もあった (図 2-2)。なお、厚生労働省 (2017d) による 2016 年における「摘出出生数、父の年齢・出生当時の世帯の主な仕事」によれば、総数 954,576 人に対して、勤労者が 760,079 人 (79.6%)、農家は 11,746 人 (1.2%)、自営業 68,084 人 (7.1%) である。このことから、プライベート出産体験者の夫 (子どもの父親) の職業として、一般的な勤労者に属する世帯が少ないことは特徴的である。さらに、夫婦ともに雇用者である世帯はなく、経済的な安定性は低い傾向にあると考えられるが、世帯の収入は聴取しておらず明らかではない。なお、生活保護世帯は 1 世帯である。

一方で、夫のこのような勤務形態は、出産育児・家事に関わる時間を確保しやすく、特にいつになるかわからない出産に備えて待機し出産に立会うことや、炊事洗濯などの家事、上の子の世話といった出産前後の家事全般を担うことができ、プライベート出産を選択しやすい家庭環境である。また、プライベート出産で生まれた子を乳児期早期から保育所などに

預け外勤している人はいなかった。

また、インタビュー協力者と子どもの父親は、ともに自然を重視した田舎暮らしを好んで生活実践している傾向にある。都心部から離れた地域に移住し、プライベート出産したのは23人（76.7%）である。そして職業も、そういった生活環境をベースに選択している傾向にある。

2011年の東北大地震で被災し、特に原発汚染の回避から他府県に移住し、プライベート出産した人も4人あった。

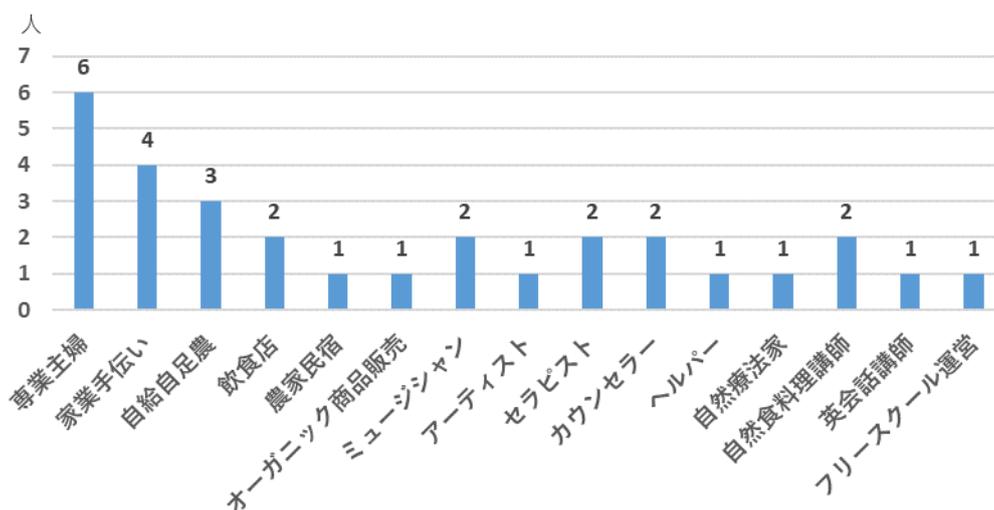


図2-1 インタビュー協力者（30人）の主な職業

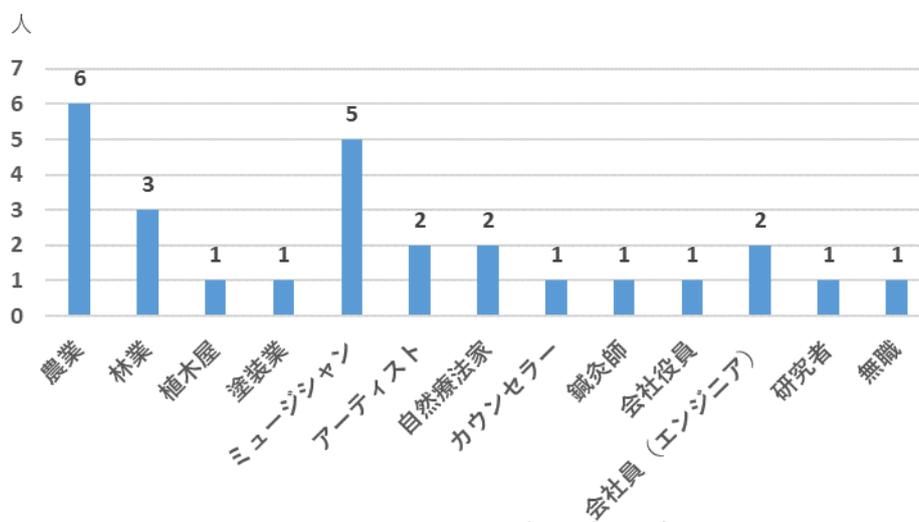


図2-2 子どもの父親（27人）の主な職業

(3) インタビュー協力者と子どもの父親の学歴

プライベート出産を行った本人と、プライベート出産に関わった子どもの父親の学歴を示す(図2-3)。

インタビュー協力者30人の内、大学院卒はなく、大卒8人(26.7%)、大学中退1人(3.3%)、短大もしくは専門学校卒7人(23.3%)、短大もしくは専門学校中退2人(6.7%)、高卒7人(23.3%)、高校中退1人(3.3%)、中卒0人、不明は4人(13.3%)であった。

プライベート出産に関わった子どもの父親27人の学歴は、大学院卒1人(3.7%)、大卒7人(25.9%)、大学中退2人(7.4%)、短大もしくは専門学校卒業4人(14.8%)、短大もしくは専門学校中退0人、高卒6人(22.2%)、高校中退1人(3.7%)、中卒2人(7.4%)、不明4人(14.8%)であった。

プライベート出産を行った本人の学歴は、大卒、短大もしくは専門学校卒、高卒いずれにも偏りなく同程度である。ところが、子どもの父親の学歴は、大卒が一番多いものの、大学院卒の人もいれば、中学時代から不登校で高校に進まなかった人もおり、ばらつきがある。特に不登校による中卒が2名あり、彼らは学齢期から一般的な社会生活への適応力が不十分、もしくは社会的文化的な価値観が一般的ではない可能性がある。

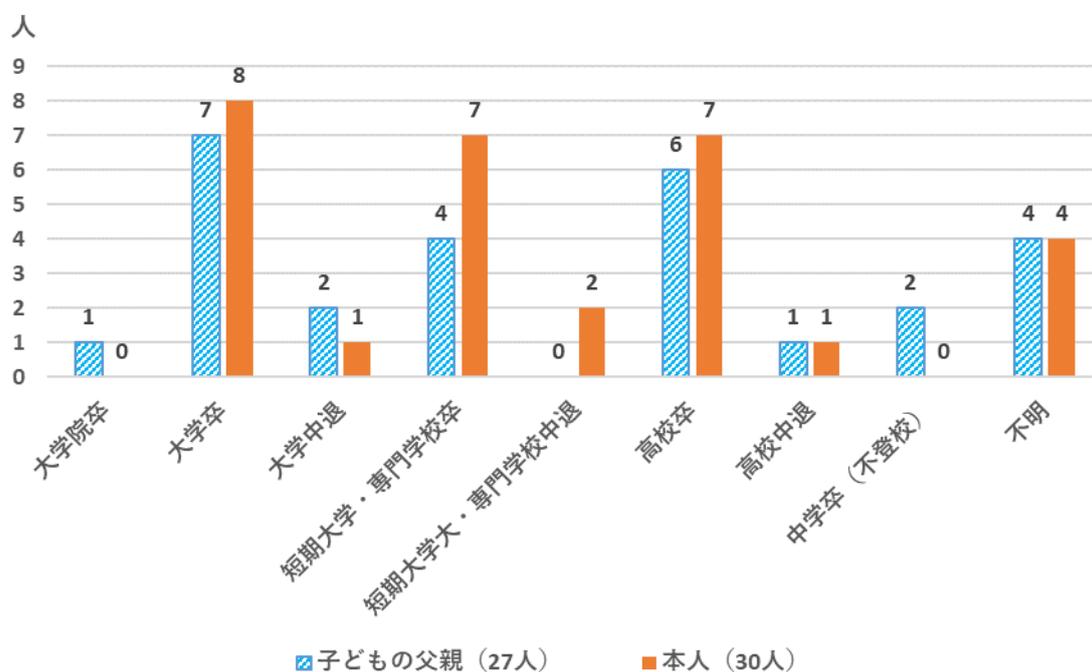


図2-3 プライベート出産体験者と子どもの父親の学歴

3 プライベート出産を行うための準備や勉強方法

プライベート出産体験者たちの大半（28人・93.3%）は、他のプライベート出産体験者やプライベート出産への立会い者から体験内容を聴くなどの情報を得ている。そして、書物を読む、あるいはインターネットなどで情報を収集し、出産に関する勉強を行い、準備を整え出産に臨んでいる。

インタビュー協力者が読んだ本の中で、タイトルの明らかな書物とそれぞれの書物を読んだ人数を図2-4（重複回答あり）に示す。最も多く読まれているのは、『あなたにもできる自然出産——夫婦で読むお産の知識』（さかの 2010）である。本書には、現代一般的に行われている病院出産の説明と、プライベート出産との考え方の違い、出産についての基本的な知識、プライベート出産を行う際の必要物品、出生証明書の手続き方法など、プライベート出産に臨むための具体的な対処方法が書かれており、22人（73.3%）がこれを読み、ガイドブックとして活用していた。3人が使ったグレゴリー・J・ホワイト著『応急出産介助マニュアル』²⁾は、さかのまことが翻訳したさかのの「私家版」である。

次に多いのは、『自然に産みたい——5人の子供を自宅出産した記録』（橋本 1994）で、7人が読んでいる。これは5人の子どものプライベート出産体験記であり、実体験が記されていることから本書の影響力も大きかったことがわかる。

アクティブ・バースに関する本としては、それを提唱したジャネット・バラスカス著『アクティブ・バース』、『ニューアクティブ・バース』（バラスカス 1996）、産科医の立場でアクティブ・バースを推奨したミシェル・オダン著『バース・リボーン——よみがえる出産』（オダン 2002）、日本の産科医でアクティブ・バースを推奨した大野明子著『分娩台よ、さようなら——あたりまえに産んで、あたりまえに育てたい』（大野 2004）、英隆、コリーヌ・ブレ共著『水中出産——生態産科学が初めて証した胎児と産婦のための新しい出産』（英 1983）が、読まれている。特に『ニューアクティブ・バース』は6人が読んでおり、体験者らが、アクティブ・バース（産む本能に身をゆだねる自然出産）の考えを基に、プライベート出産に臨んだ様子が伺える。いずれも初版は1980年代～1990年代に出版されている。

初版が1983年に出版された『ウパシクマ（アイヌお産ばあちゃんのウパシクマ——伝承の知恵の記録）』（青木 1998）も、6人が読んでいる。これは、北海道二風谷のアイヌのシャーマン青木愛子の産婆術が記されている。青木愛子は無資格産婆であった。『あなたにもできる自然出産』は初版が2002年に刊行されており、2002年以前にプライベート出産した人たちは、本書を出産の手引きにしたと言っている。2002年以降に出産した人の中で、両書を読んでいる人もあり、現代の産科学によらない分娩介助法の記された『ウパシクマ』も、プライベート出産のガイドブックとなっていた。

その他、インタビュー協力者によって読まれた本で書名の明らかなものは、『明治の産婆学』³⁾（著者不明）、1970年代の出産方法が子どもに対してが暴力的であることを明らかにした産科医のルボワイエ著『暴力なき出産——バースサイコロジー・子どもは誕生を覚えている』（ルボワイエ 1991）、そして、『ザ、自宅出産・水中出産——今どきの出産、今どきの

らくちん育児』(唐沢 1998)、『まってるね、赤ちゃん——しあわせなお産 自然出産を超えて自然誕生へ』(齊藤 2014)、『産む快感』(眞鍋 2000)、『シアーズ博士夫婦のベビーブック』(シアーズ 2000) である。

その他、書名は不明であるが、インタビュー協力者が読んだ本の著者として「吉村正」「七田真」「松岡悦子」「アリシア・ベイロール」の名前が挙がっている。また、読んだ本の内容としては、「自然出産に関するもの」、「WHO 関連」、「世界のお産」、「部族のお産」、「先住民族の産み方」、「アイヌのお産」、「ヒッピーのお産マニュアル」、「ヨーロッパの水中出産」などが挙がっていた。

書物以外では、インターネットから情報を得ている。三橋玄の HP⁴⁾に書かれている自力出産、体験者のブログとして中島デコ⁵⁾の名前が挙がっており、ミクシーで自然出産のコミュニティがあり情報を得た人もあった。海外の情報として Unassisted Home Birth⁶⁾が挙がっていた。単に「ネットで動画を観た」という人もあった。

必要物品の準備に関して、特に質問していないが、ほとんどの人が出産のためにへその緒を切るハサミを準備したようである。また、食養として梅しょう番茶や、代替医療としてホメオパシーを、また聴診器を準備していた人もあった。ただし、異常に備えて酸素ボンベなど機器を準備したと言った人はいなかった。また、出生証明書は準備していた。

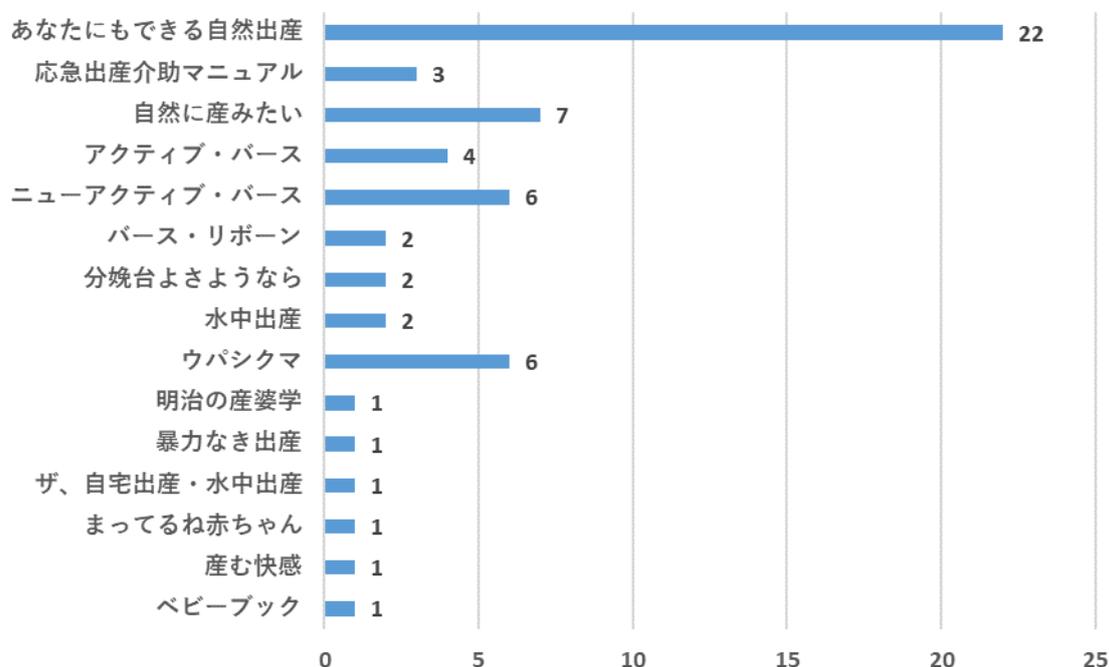


図2-4 インタビュー協力者によって読まれた本とその人数 (人)

第3節 インタビュー協力者によって行われたプライベート出産に関する基本情報

第2節では、30名のインタビュー協力者の基本情報を示したが、ここでは実際に行われた55件のプライベート出産に関する情報を示す。

1 プライベート出産時の本人及びパートナーの年齢とプライベート出産で生まれた子の出生順位

30名のインタビュー協力者によるプライベート出産に関する情報を表2-3に示す。

30名のインタビュー協力者によって行われたプライベート出産回数は55回である。プライベート出産時の本人の年齢は19歳から45歳までで、平均は33.2歳であるが、35歳から39歳までの間に最も多く18回行われており、35歳以上の高齢初産は2回行われている。40歳以上の高齢出産も7回行われている（表2-4）。

インタビュー協力者の30名中2名は、子どもの父親と妊娠中に離別しており、55回のプライベート出産中2回は、子どもの父親がプライベート出産に関わっていない。そこで、子どもの父親がプライベート出産に関わった53回の出産について、出産時の父親の年齢をみると、最少21歳、最高55歳であり、平均は37.1歳である。35歳から39歳が16回と最も多く、50歳代での出産は5回行われている（表2-4）。人口動態統計調査（厚生労働省2017d）による2016年の出生時の父の年齢（5段階級）では、30歳~34歳が最も多く（33.4%）、プライベート出産時の父親の年齢はやや高齢である。

インタビュー協力者30人の総出産回数は92回で、出産した子の数として、第1子まで出産した人の人数は3人、第2子まで出産した人6人、第3子まで出産した人10人、第4子まで出産した人8人、第5子まで出産した人3人である（なお、インタビュー後に受けた妊娠出産報告もあるが、それは含めない）。1人当たりの出産回数の平均は3.1回で、プライベート出産回数の平均は1.8回である。

出生順位別にプライベート出産で生まれた子とプライベート出産以外の出産で生まれた子の人数を比較すると（図2-5）、第1子で生まれた子30人のうちプライベート出産で生まれた子は13人（43.3%）、第2子で生まれた子27人中プライベート出産で生まれた子は17人（63.0%）、第3子で生まれた子21人中プライベート出産で生まれた子は13人（61.9%）、第4子で生まれた子11人中プライベート出産で生まれた子は10人（90.9%）、第5子で生まれた子3人中プライベート出産で生まれた子は2人（66.7%）である。これらのことから、プライベート出産の多くは、第2子以降の出産から行われている傾向にあることがわかる。

表2-3 プライベート出産に関する情報

協力者	事例				妊婦健診の受診回数	妊娠の異常	出産方法				出産の異常
	出生順位	出産時の年齢	夫の年齢	出産年			出産場所	立会い者	介助者	スタイル	
A	1	25	31	1979	2回ほど		自宅	夫	夫	仰臥位	
	2	27	34	1981	受診せず		自宅	なし	自分	四つん這い	
	3	29	36	1983	受診せず		自宅	夫	夫	不明	
	4	31	38	1985	受診せず		自宅	夫	夫	不明	
	5	33	40	1987	受診せず		自宅	なし	自分	四つん這い	
B	1	32	不明	1993	1回		自宅	夫	夫	仰臥位	
	2	35	不明	1995	不明		自宅	夫	夫	不明	
C	1	29	29	2001	定期的		自宅	夫	夫	側臥位	
	2	32	33	2004	数回		自宅	夫	夫	四つん這い	
	3	35	36	2007	数回		自宅	夫	夫	四つん這い	
D	1	36		2003	2回	高齢初産	出産のために借りた家	隣人・知人	自分	四つん這い	
E	2	39	50	2005	1回		自宅	夫	夫	四つん這い	
	3	44	55	2010	1回	高齢	自宅	夫	夫	水中出産	大量出血
F	2	38	41	2006	受診せず	帝王切開既往	自宅	夫	夫	四つん這い	
	3	42	45	2010	受診せず	帝王切開既往、高齢	自宅	夫	夫	四つん這い	
	4	45	48	2013	受診せず	帝王切開既往、高齢	自宅	夫	夫	側臥位	
G	4	26	33	2007	定期的		自宅	夫	夫	立位	
H	1	27	32	2007	1回		自宅	夫	夫	立位	
	2	30	35	2010	1回		自宅	夫	自分	四つん這い	
	3	33	38	2012	回数不明		自宅	夫	夫	四つん這い	早期産 (妊娠9か月)
	4	35	40	2015	受診せず		自宅	なし	自分	四つん這い	
I	2	29	36	2008	3回ほど		自宅	夫	夫	四つん這い	
J	1	29	35	2008	妊娠9か月まで		自宅	夫	夫	水中出産	
	2	31	37	2010	1~2回		自宅	夫	夫	水中出産	
	3	33	40	2012	受診せず		自宅	夫	夫	四つん這い	
	4	36	42	2015	不明		自宅	夫	夫	不明	
K	1	32	29	2008	妊娠4か月まで		自宅	夫	夫	四つん這い	
L	2	24	32	2008	定期的		自宅	夫	夫	四つん這い	
	3	27	35	2011	不定期	切迫流産	自宅	夫	夫	四つん這い	
	4	30	38	2014	不定期		自宅	夫	夫	四つん這い	
M	1	29	28	2010	定期的		自宅	夫、兄夫婦	夫	仰臥位	
	2	32	31	2013	定期的		自宅	夫	夫	四つん這い	
	3	34	33	2015	定期的		自宅	夫	夫	四つん這い	
N	2	36	36	2011	妊娠8か月末まで	不規則抗体 (+)	自宅	なし	自分	水中出産	
O	3	38	30	2012	2回		自宅	夫	夫	四つん這い	
P	1	38	43	2012	不定期に最後まで	高齢初産	自宅	夫	夫	四つん這い	胎盤遺残
	2	39	44	2013	不定期に最後まで		自宅	夫	夫	四つん這い	
	3	42	45	2015	不定期に最後まで	高齢	出産のために借りた家	夫と実母	夫	四つん這い	胎盤遺残
Q	1	20	21	2012	初期のみ		自宅	夫	夫	四つん這い	
	2	23	24	2014	初期に1回		自宅	夫	夫	四つん這い	
R	3	42	34	2013	初期に1回	高齢	自宅	夫	自分	水中出産	
S	1	28	35	2013	3回		自宅	夫	夫	四つん這い	
	2	31	38	2016	3回		自宅	夫	夫	水中出産	
T	3	42	38	2014	定期的	高齢	自宅	夫	夫	四つん這い	
U	4	38	40	2014	初期に1回		自宅	夫	夫	立位	
V	5	36	36	2014	初期1回、妊娠9か月以降定期的		自宅	夫	夫	四つん這い	
	2	37	32	2014	定期的	骨盤位 (逆子)	自宅	夫と家人	家人	立位	新生児仮死
W	3	38	34	2015	定期的	前期破水 (妊娠5か月時)	自宅	夫と家人	家人	四つん這い	
X	4	37	51	2015	妊娠7か月まで及び10か月に1回		自宅	夫	夫	四つん這い	
Y	4	36	37	2015	定期的		自宅	夫と友人	夫	仰臥位	
Z	2	33	34	2015	初期と後期の2回		自宅	夫と家人	家人	四つん這い	
AA	2	41	55	2015	3回	高齢	自宅	夫	夫	四つん這い	
BB	4	39	50	2015	初期に2回		自宅	夫	夫	水中出産	
CC	1	19		2015	妊娠10か月の前半まで		自宅	実母	実母	水中出産	
DD	1	23	27	2016	妊娠6か月頃まで		海	夫	夫	水中出産	

※ 出産スタイルの四つん這いには、膝立ち・しゃがみ含む

表2-4 プライベート出産時の
年齢分布（人）

	本人	夫
～19歳	1	0
20～24歳	4	2
25～29歳	11	4
30～34歳	14	13
35～39歳	18	16
40～44歳	6	8
45～49歳	1	3
50～54歳	0	3
55歳～	0	2
不明	0	2
計	55	53

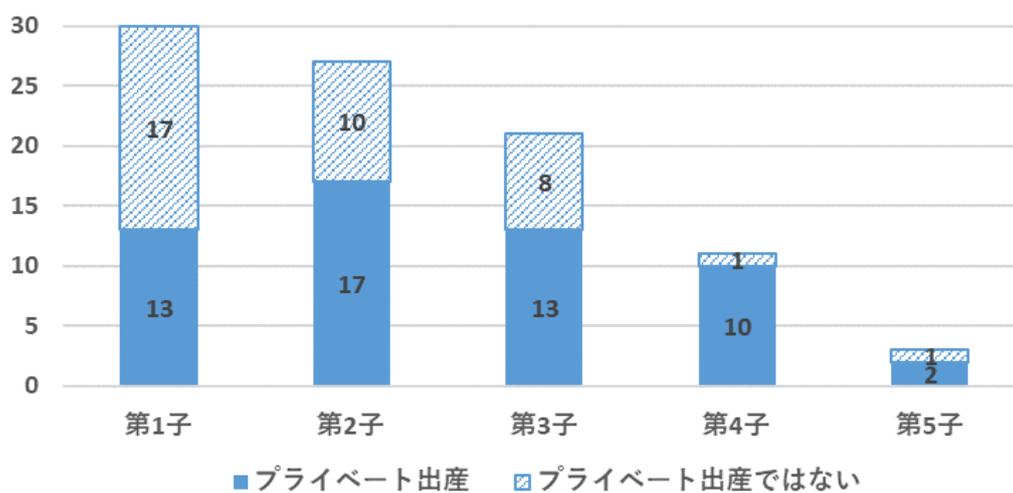


図2-5 出生順位別プライベート出産で生まれた子の人数比較（人）

2 プライベート出産が行われた年および地域

インタビュー協力者によるプライベート出産が行われた年は1979年から2016年であり、内訳は1970年代1件、1980年～1989年4件、1990年～1999年2件、2000年～2009年12件、2010年～2016年36件である。2000年以降のプライベート出産が48件と87.2%を占めている。

プライベート出産が行われた地域は15都道府県の、16市2区14町村および海外2か所である。都道府県別にみると、北海道17件、新潟県1件、長野県4件、福島県4件、東京都4件、千葉県1件、神奈川県3件、茨城県1件、群馬県1件、京都府6件、奈良県3件、和歌山県1件、香川県2件、佐賀県3件、沖縄県1件であり、海外はアメリカのカリフォルニア州2件とインドのダラムサラ1件であった。

なお、プライベート出産が行われた地域を、市部、郡部で分類したところ、市部32件(58.2%)、郡部20件(36.4%)、海外3件(5.4%)であった(表2-5)。全国で郡部の出生割合(厚生労働省2017a)は減少しており、2016年の郡部の出生の全出生に占める割合は7.6%であるが、同年に全国で行われた無介助分娩298人中、郡部で行われた無介助分娩は36人(12.1%)である。無介助分娩は、郡部で行われる頻度が高いことがわかる。インタビュー協力者のライフスタイルとして自然豊かな暮らしを望み、田舎への移住者が多く、プライベート出産は郡部で多く行われている傾向にあることがわかる。

表2-5 プライベート出産が行われた市町村(市部・郡部別)

都道府県	市部(32件)	郡部(20件)
北海道	北見市	大滝村
	帯広市	真狩村(3件)
	長沼市	和寒町
	富良野市	幕別町
	深川市	倶知安町
		蘭越町(3件)
	滝上町	
	日高町	
新潟県		関川村
長野県	大田市(2件)	小川村(2件)
福島県	いわき市(4件)	
群馬県		大泉町
茨城県	鹿嶋市	
千葉県	鴨川市	
	立川市	
東京都	新宿区(2件)	
	杉並区	
神奈川県	横浜市(2件)	
	大和市	
京都府	京都市(6件)	
奈良県	桜井市(2件)	室生
和歌山県		北山村
香川県		小豆島町(2件)
佐賀県	埴野市(3件)	
沖縄県	南城市	
海外	アメリカ(カリフォルニア州)(2件)	
	インド(ダラムサラ)	

3 プライベート出産が行われた場所、立会い者、取上げ者、出産スタイル

表 2-3 に示すように、プライベート出産が行われた場所は 52 件 (94.5%) が自宅と、自宅が大半を占めている。自宅以外では、プライベート出産をするために借りた家 2 件、海 1 件である。

プライベート出産への夫の立会いは 49 件 (89.1%) である。立会い者は夫のみ 43 件、夫と夫以外の家族 (子どもは除く) 5 件、夫と友人 1 件、実母 1 件、知人 1 件、立会い無が 4 件であった。児の取り上げも 44 件 (80%) において、夫が行っている。夫以外では夫以外の家人 (3 件) であり、自分で取り上げた出産も 7 件ある。夫以外の家人の立会いや取上げとして、一夫二妻の W 氏と Z 氏は、夫立会いのもと妻同士で児を取上げている。実母の立会いは、子どもの父親と離別し実母とプライベート出産に臨んだ CC 氏であり、実母が児を取上げている。立会い無として、立会い予定の夫が不在中に生まれてしまったケースが 3 件と、夫が体調不良で休んでいる間に生まれたケースが 1 件である。夫立会いのもと、自分で児を取り上げた出産もある。夫が体調不良で休んでいる間に生まれた N 氏と、シングルマザーで、子どもの父親と離別し出産した D 氏、CC 氏以外の 27 人は全員、子どもの父親が最低 1 回は出産に立会っている。

そして、出産スタイルは、出産時の姿勢として最も多いのが四つん這い (しゃがみ・膝立ち含む) で 32 件 (58.2%) を占めている。その他、立位 4 件、側臥位 2 件、仰臥位 4 件、水中出産 9 件、不明 4 件である。水中出産の内の 1 件は、沖縄県の海中で行われていた。

アクティブ・バースを提唱したジャネット・バラスカスは、「アクティブ・バースは、本能的なお産です。自分の意思と決断で、自然に、自発的に子どもを産むことや、自分の思うままに体を動かしたり、内面の衝動に従うことが求められます。(略) それは、介助者が取り仕切って赤ちゃんを引っ張り出し、産婦は受動的な患者にすぎないような分娩とは違います」(バラスカス 1996 : 23)。そして出産時の姿勢について「起き上がった姿勢の方が、母親にとっても、赤ちゃんにとってもよい」(バラスカス 1996 : 24) と言っている。彼女らの多くがアクティブ・バースに関連する書籍を参考に勉強していることから、この考えのもとに出産していることがわかる。

また、2005 年以降にプライベート出産したほとんどの人が、さかのまこと著『あなたにもできる自然出産』を読んでいるが、さかのまは、本書の中で「「プライベート出産」とは、医師や助産師など他人の介在しないお産でのことです」(さかの 2010 : 10) といい、「プライベート出産は、自然出産の究極的なあり方を示すもの」(さかの 2010 : 12) などと説明している。彼女らの多くが自分たちの出産を「プライベート出産」と呼ぶことから、ガイドブックとして使われた本書の影響力も大きいことがわかる。

4 妊婦健診の受診頻度と妊娠出産経過

インタビュー協力者による妊婦一般健康診査（以下妊婦健診）の受診状況は多様である。全く未受診 9 件、1～2 回受診 16 件、不定期に複数回受診 17 件、定期的 10 件、不明 3 件であった。そして、出産の経過は、正常出産 50 件、異常出産 5 件（母体出血多量 1 件、早産 1 件、新生児仮死 1 件、胎盤遺残 2 件）、死産 0 件、母体死亡 0 件であった（表 2-3）。

出産のリスクとして、35 歳以上の高齢初産は 2 件、40 歳以上の高齢出産は 7 件であった。第 1 子を帝王切開で出産後に、第 2 子から第 4 子まで 3 回プライベート出産した F 氏は、第 3 子と第 4 子は 40 歳代の高齢出産でもあり、特に第 4 子の出産時は 45 歳であった。しかし、この F 氏の 3 回のプライベート出産経過に異常はなかった。第 1 子を 38 歳の高齢初産で出産し、第 3 子を 42 歳の高齢で出産した P 氏は、第 1 子第 2 子ともに胎盤遺残により、医療者による胎盤娩出が行われている。第 3 子を 44 歳の高齢で出産した E 氏は、出産時出血多量となっている。切迫流産として、W 氏の第 2 子は妊娠 16 週に前期破水となり、L 氏の第 3 子は子宮頸管長の短縮（週数不明）を指摘され入院治療を行っている。2 人とも治療に納得がいかず自己退院し、問題なく妊娠を継続し正常出産している。H 氏の第 3 子は、妊婦健診で切迫流産あるいは切迫早産の診断は受けないまでも、腹部の緊満を指摘され安静の指示を受けたが従わず、妊娠 9 か月で早産となっている。W 氏は第 2 子を逆子でプライベート出産に臨み、新生児仮死となっている。

なお、出産の経過として、死産、母体死亡ともに 0 件であったことを示したが、死産の情報は得たものの死産となった方へのインタビューは行うことができなかった。したがって、本調査結果は、プライベート出産の安全性を示すものではない。なお、逆にこれまでに、無介助分娩のうち、死産や母体死亡がどの程度の割合で起こっているかについての統計上のデータはなく、無介助分娩が危険であるといえる根拠もない。

5 妊娠届と出生届

(1) 妊娠届

インタビュー協力者の妊婦健診の受診状況は多様であるが、妊娠の届出をせず、母子健康手帳を持たないまま出産した人はいなかった。一度も受診しないまま出産した A 氏、F 氏、H 氏、J 氏も、ともに自身で妊娠に気づいて妊娠の届出を行い、母子健康手帳の交付を受けプライベート出産を行っている。

近年、妊婦健診を受診せず医療機関に搬送され出産する「未受診妊婦」が問題視されている。日本産婦人科医会の光田（2011）によれば、未受診妊婦が妊婦健診を受診しない主な理由は、「経済的理由」や「妊娠出産についての身体や社会システムへの知識の欠如」である。生まれた新生児は早産児・子宮内胎児発育不全の率が高く、死産や新生児仮死の頻度も高いなど、新生児にとって未受診妊婦の分娩は危険であり、未受診妊婦は虐待のリスクが高く、行政による育児支援が必要な母親であることが多い。また、厚生労働省（2011）による子ども虐待による死亡が生じ得るリスクとして、「妊娠の届出がされていない」、「母子手帳が未

発行である」、「妊婦健診が未受診である」「医師・助産師が立会わないで自宅などで出産した」が挙げられている。

プライベート出産体験者に、収入についての聴き取りは行っていないが、経済的理由で受診しなかった人はおらず、また、彼女らは、妊娠出産についての知識を得て出産に臨んでいること、全員が妊娠の届出をし、母子健康手帳を交付されてることから、いわゆる、虐待のリスクとなる未受診妊婦とは様相を異にすることがわかる。

(2) 出生届

インタビュー協力者に、出生届についてどのように手続きしたか聴き取ったところ、各自(本人もしくは夫)で出生証明書を役所にとりに行き、立会った夫(など家族)が、出生証明を行い(サイン)し提出する。その後、法務局職員が、出生した新生児が間違いなくその女性の子どもであることを確認するため、自宅を訪問し調査する。その際には、写真や臍帯などが証拠となり、確認が取れば出生届が受理される、というのが一般的な手続き上の流れであり、手続き完了までに、およそ1か月程度かかったという人が大半を占めていた。

手続きに留意点のあった事例として、妊娠中、保健師がかかわっていたケースでは、保健師が出生証明書の用紙を準備する(K氏、S氏)とか、出産当日、保健師と役所の職員が家庭訪問することで、母子の確認を行い、出生証明書に申述書を添付し役所に提出することで、法務局の調査はなかった事例もある(O氏)。病産院や助産所で妊婦健診を受けながらも、急な分娩の進行のため家で生まれてしまったことにしようと企てプライベート出産したL氏、G氏は、受診していた病産院の医師や助産所の助産師が出生証明書への記載を行っている。また、C氏は、第1子の際には、プライベート出産の意向を開業助産師に相談しており、出産後その助産師が出生証明書にサインし、第2子・第3子の際には、妊婦健診を受診していた病院の医師にプライベート出産の意向を伝えていたところ、出生証明書の記載は医師が行ってくれたという。

なお、出生届が受理された後、彼女らは出産育児一時金のおよそ40万円を健康保険組合などから直接受け取っている。但し、生活保護世帯にて健康保険に加入していないAA氏には支払われていない。

小括

インタビュー協力者の基本情報から、プライベート出産体験者は多産傾向にあり、家族形態は核家族が多いが、ライフスタイルとして田舎暮らしを望み実践してる夫婦が多い。また夫婦の両方もが雇用者のカップルは無く、家族の職業は農業、林業、アーティストなど、自営業が多く、経済的な安定性は低いと考えられるが、出産、育児に夫が協力しやすい環境にある。

プライベート出産のみを行った人より、医療者の立会いによる出産を経てプライベート出産を選択した人が多く、したがって第2子以降の出産時に行われていることが多い。プライベート出産を行うまでの出産場所の変化として、病産院の出産を経てプライベート出産した人が最も多かった。さらに妊婦健診の受診状況からも、まったく医療と接点を持たずに出産している者は少ないことが明らかとなった。

プライベート出産を行った際の出産年齢の平均は、人口動態統計による日本人の出産年齢と差は無いが、40歳を超える高齢出産も行われていた。プライベート出産時の父親は高齢の傾向にあった。夫婦とも、学歴として、大卒・短大専門学校、高卒の人数に偏りは見られないが、子どもの父親には中卒が2名あった。

プライベート出産を行うための準備として、プライベート出産体験者やプライベート出産への立会い者から体験内容を聴くなどの情報を得ている。そして、書物を読む、あるいはインターネットなどでも情報を収集し、出産に関する勉強を行い、知識、物品、人的資源（立会い者や上の子の世話などの手伝い者）ともに準備を整え出産に臨んでいる。

出産の勉強として読まれた書物には、アクティブ・バースに基づいた内容の本が多く、実際に行われた出産も、上体を起こした姿勢によるアクティブ・バースが行われていた。そして、自宅で夫の立会い、夫による児の取上げ、もしくは実母や同居家族の立会い、取上げといった、家族間で協力しあう出産が行われている。すなわち家庭内のプライベートな環境で行われる出産であることが特徴的である。

<注>

- 1) このように開業助産師が病院や診療所などで出産する場所（分娩室）を借りて、出産を介助することを「オープンシステム」とよぶ。
- 2) グレゴリー・J・ホワイト著、さかのまこと訳、『応急出産介助マニュアル』プライベート出産情報センター（1958年にシカゴの警察訓練財団によって出版、警察官や救急隊員のテキストとして使われ、医師や助産師のない出産をする人たちにも活用されている実用的な冊子の和訳版。医療機関などに到着できずお産をすることになった産婦を介助することになった素人のために書かれているが、異常分娩、出血、人工呼吸や事故・災害時の対応についても書かれている。さかのまこと氏が和訳し私家版として配布している）。
- 3) 『明治の産婆学』（著者不明）。
- 4) 三橋玄、「自力出産」。
<http://bambookingdom.net/birth/birthbooks.html>（2017年7月27日取得）
- 5) 中島デコ，ブログ，2017。
<https://blogtag.ameba.jp/detail/%E8%87%AA%E5%8A%9B%E5%87%BA%E7%94%A3>（2017年7月27日取得）
- 6) 「Unassisted home birth」. <http://unassistedhomebirth.com/>（2017年7月27日取得）

第3章 北海道におけるプライベート出産の現状

北海道では、出産施設の集約化¹⁾（厚生労働省 2005a）によって、広大な地理的条件の中で出産施設が偏在しているうえ、さらに医師不足によって出産の取り扱いを休止する病院が相次ぎ、お産難民による少子化が社会問題となっている（根岸 2015）。筆者が、初めてプライベート出産体験者から直接体験内容に関する情報を得たのは北海道である。プライベート出産には、出産する女性を取りまく出産環境との関係性が予測されたため、まず始めに、北海道に焦点をあて、北海道の無介助分娩について、統計データによる近年の動向と、プライベート出産体験者へのインタビュー、並びにその背景にある周産期医療政策を調査し、周産期医療体制の諸問題を検討した（市川 2017a）。

第1節 北海道における無介助分娩割合と周産期医療政策

1 北海道における無介助分娩割合の年次推移

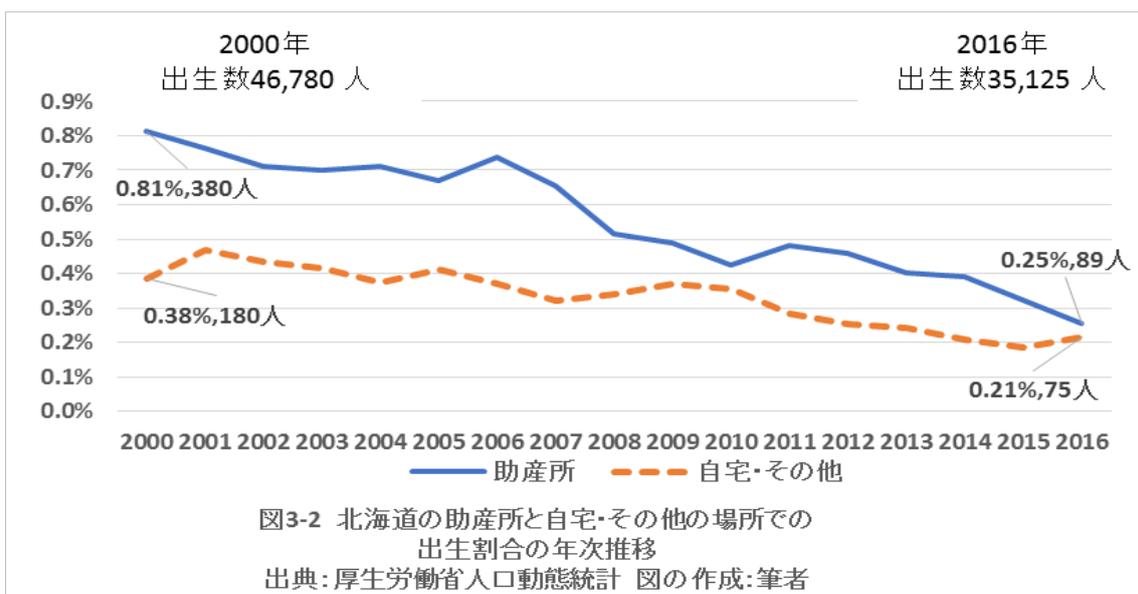
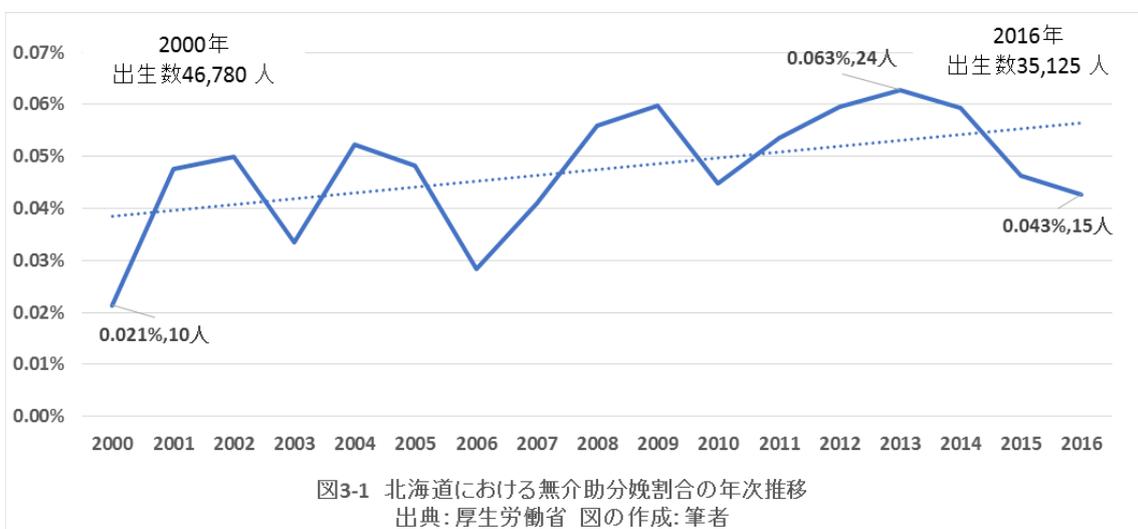
全国同様に、2000年以降の北海道の無介助分娩割合について、厚生労働省人口動態調査（厚生労働省 2017e）の統計データから年次推移を作成し、図3-1に示した。全国では2000年の無介助分娩の全出生に対する割合は0.023%で、その後概ね0.02%台で推移し、2016年は0.031%であった（p18、表1-3）。ところが北海道の無介助分娩は、2000年は出生数46,780人のうち10人の0.021%であったが、2013年には出生数38,190人中24人の0.063%とピークをむかえ、2016年は出生数35,125人中15人の0.043%となっている。年によってばらつきはあるものの、出生数に占める無介助分娩の割合は、16年間で約1.5倍程度に増加している（図3-1）。北海道の無介助分娩は、ここ数年、全国の約1.5～2倍の頻度で行われている状況である。

さらに、北海道の2000年以降の助産所と自宅・その他の場所で出生した割合も示す（図3-2）。助産所の出生は、2000年の0.81%（出生数46,780人中380人）から減少の一途をたどり、2016年は0.25%（出生数35,125人中89人）であった。自宅・その他の場所での出生割合は、2000年の0.38%（出生数46,780人中180人）から、翌年2001年にいったん0.47%（出生数46,236人中216人）と増加したが、それ以降減少を続け、2016年は0.21%（出生数35,125人中75人）まで減少していた。注目すべき点は、助産所の出生割合も自宅・その他の場所での出生割合も減少の一途を辿り、16年間で助産所の出生割合は3分の1以下に減少し、自宅・その他の場所での出生割合も2分の1程度まで減少していることである。

北海道の助産所での出生と、自宅・その他の場所での出生の年次推移を、全国（p18、表1-4）と比較する。全国の助産所の出生は、2004年の1.02%から減少の一途を辿り、2016年には0.61%まで減少しているが、北海道では2004年にはすでに0.7%程度まで減少して

おり、2006年以降急激に減少を続け、2016年には全国の半数以下の0.25%となっている。自宅・その他の場所での出生は、2000年前後の頃は0.4%前後と全国より2倍程度の頻度で行われていたが、その後減少を続け、2016年は全国の0.15%よりは多いものの0.2%程度にまで減少している。

そこで、開業助産師が扱う出産となる、助産所と自宅・その他の場所での助産師の立会いによる出生を調べたところ、2000年の1.08%（出生数46,780人中503人）から2016年には0.33%（出生数35,125人中116人）と、3分の1以下までに減少しており（図3-3）、無介助分娩の増加（図3-1）と相反する動向を示していることが明らかとなった。



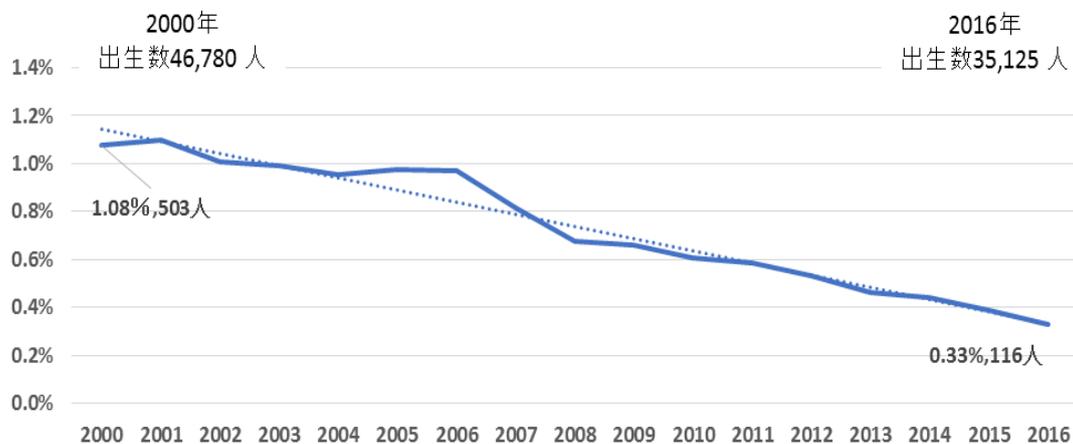


図3-3 北海道の助産所・自宅・その他の場所での助産師立会いによる出生割合の年次推移
出典：厚生労働省 図の作成：筆者

2 北海道の周産期医療政策

2011年に北海道保健福祉部医療政策局によって策定された「北海道周産期医療体制整備計画」（北海道庁 2013）には、①周産期母子医療センターの整備 ②医師の確保 ③周産期医療機関の連携体制強化 ④助産師外来などの推進 ⑤妊産婦等への支援 ⑥救急搬送体制の整備 ⑦NICUなどの長期入院時への支援があげられている。2014年9月現在の「分娩実施中の医療機関」（北海道庁 2014a）は96施設（病院59施設、有床診療所37施設）であるが、2015年も分娩取扱いを休止した病院があり（北海民友新聞社 2015）、分娩取扱い施設は減少し続けている。なお、この「分娩実施中の医療機関」の中に助産所は含まれていない。また、北海道医療計画改定版の関係資料（北海道庁 2014b）には、「助産師外来、院内助産所開設医療機関一覧」が添付されており、助産師外来設置施設は30施設、院内助産実施施設は3施設となっている。

第2節 インタビュー結果

1 プライベート出産を選択した動機とその経過

全国調査に先立ち、北海道を対象地域としたインタビュー調査は、2015年10月から2015年12月までに行われ、インタビュー協力者は6名であった。この6名は表2-1(p27)、表2-2(p29)、表2-3(p36)の、G氏、K氏、O氏、R氏、V氏、X氏で、2007年から2015年までの間に、それぞれ1回ずつプライベート出産を行っている。彼女らがプライベート出産を行った動機やその経緯について語った内容を個別に示す(表3-1)。

2007年に第4子をプライベート出産したG氏は、17歳で第1子を妊娠したとき自然出産を希望し助産所に問い合わせたが、若年を理由に分娩介助を断られた。第1子の出産の際、分娩の進行を促すため、浣腸、人工破膜、クリステレル圧迫法、吸引などの医療行為を受けたことに疑問を持ち、その後出産について勉強し、医療介入の少ない出産を望むようになった。第3子出産の際、ぎりぎりまで家で過ごして入院しようと考えていたところ、分娩の進行が早く家のトイレで出産してしまい、救急車で運ばれ入院した。もともと、子どもたちと一緒に家族で出産したいと望んでいたG氏は、自分で産める自信がついたので、第4子は自宅で家族とともにプライベートな環境で出産してから入院しよう計画し、出産後救急車を呼んで入院した。第5子は、診療所側から出産に間に合うタイミングで入院するように説得され、また計画分娩も提示され、不本意ながら入院分娩に同意した。

2008年に第1子をプライベート出産したK氏は、自然環境の中で生活するため、第1子妊娠中に道内の都心部から田舎に引っ越した。もともと自然出産を望んでおり、パートナーの希望により、第1子からプライベート出産を行った。出産時の非常事態を考え助産所に相談に行ったが、対応できないと断られた。第1子出産後、第2子妊娠前に出張専門の開業助産師の存在を知り、プライベート出産には夫の両親の反対もあったことから、第2子と第3子は、その開業助産師に立会いを依頼した。

2012年に第3子をプライベート出産したO氏は、20代から自然出産に関心を持っていた。第1子から自宅出産を希望したが、近隣に出張開業の助産師がいないため助産所で出産した。しかし、助産所に通うためには通常でも片道2~3時間を要し、陣痛発来後は速度を落として3~4時かけて助産所に向かったのが負担であった。第2子のときには助産所で出産したが、妊婦健診の通院さえも遠くてままならず、第3子の出産はパートナーの理解が得られたためプライベート出産を行った。

2013年に第3子をプライベート出産したR氏は、夫と自然農を行うために本州から移住し、第1子の出産のときから自宅出産・助産所出産を希望していた。しかし、助産所が遠かったため、家から一番近い病院で出産した。会陰切開創部の長期的な痛みから、出産時の医療介入に疑問を持ち、第2子は自然出産を望み助産所を選択した。助産所に通うには片道約2時間を要するため、妊婦健診は近医を受診した。分娩間近になって、緊急時の搬送がスムーズにいくようにとの理由で、助産所近くの病院を受診したが、妊婦健診を受けてきた近医には、出産時の異常に対応してもらえないことに疑問を持った。第2子を助産所で出産

し、自分の力で産むことへの自信がついたことから、第3子は自宅出産を希望。地域でサポートしてくれる開業助産師がいないことは予め知っており、パートナーの理解もあって、プライベート出産に臨んだ。

2014年に第5子をプライベート出産したV氏は、第1子から第4子まで道外で出産。第1子第2子は助産所で、第3子は自宅で助産師の介助のもとに出産した。第4子は東日本大震災の日の夜、避難した友人宅で助産師の介助のもとに出産した。第4子出産後、放射能汚染の危険を回避するため北海道に移住。移住地には出産できる病院が1施設あるが、もともと自宅出産を希望していたため開業助産師を探し問い合わせたが、遠い（助産師の移動時間が1時間以上かかる）といわれ、パートナーの同意でプライベート出産に臨んだ。

2015年に第4子をプライベート出産したX氏は、第1子、第2子は道外で出産。東日本大震災の後、放射能汚染から身を守るため北海道に移住。3度の病院出産の経験から病院出産に疑問を感じ、自然出産したいと考えていた。出産できる病院は地域に1施設あるが、出産時、病院に入院すると上の子を預かってもらう人がいないため、第4子は自宅出産を希望した。病院医師に自宅出産の希望を申し出たが、対応できないと遠方の他院への紹介状を持たされた。開業助産師にも相談したが、対応できない（助産師の移動時間は1時間以上かかる）と断られた。

2 開業助産師との関わり

インタビュー協力者6名は全員プライベート出産に臨む前に、開業助産師と何らかの関わりを持っていた。G氏は、第1子から助産所での出産を希望したが年齢を理由に断られ、第2子以降の出産立会いには開業助産師を選択しなかった。O氏は、第1子の妊娠中に地域で開業している助産師に分娩介助を依頼したが、協力してくれる医師がいないため分娩を扱っていないと断られている。

K氏は、第1子出産時からパートナーの希望によるプライベート出産を前提に、非常時の対応のために助産所へ相談に行っている。第2子、第3子出産の際には、出張専門の助産師に立会いを依頼した。

O氏、R氏、V氏は、助産所での出産経験を経て、自らの力で産めるという自信を持ち、助産所までの距離による負担や、病院での医療介入を避けるためにプライベート出産に臨んだ。

V氏、X氏は、自宅出産を希望し、開業助産師に相談しているが、遠いことを理由に立会いを依頼できなかった。V氏は、自らの力で産める自信を持っていたため積極的にプライベート出産に臨んだが、X氏はプライベート出産を決めるまでにずいぶん悩んだという。

6人のインタビュー協力者がプライベート出産を行ったのは2007年から2015年である。2015年現在、分娩を扱う助産所（出張専門も含む）がある市町村は、道内で3市町村（札幌市、旭川市、釧路市）のみである（公益社団法人日本助産師会 2017b）。分娩を扱う助産所の開設地とインタビュー協力者6名がプライベート出産を行った市町村を図3-4に示す。

O氏は陣痛が始まって助産所に移動する際の遠距離による苦痛について語っていた。V氏、

X氏が自宅出産を望み、相談した助産所は、助産師の移動時間が1時間以上かかる地域に開設されている。開業助産師の助産業務ガイドラインには、助産師の施設外の分娩立会いについて「原則として助産師の移動所要時間を1時間以内とすること」（公益社団法人日本助産師会 2014: 11）と記されている。インタビュー協力者6名のうち、移動1時間以内の場所に助産所があるのは、第2子第3子の出産にプライベート出産を選択しなかったK氏1名のみである。なお、G氏がプライベート出産した2007年当時、居住地に分娩を取り扱う助産所はあった。これは、G氏が第1子の出産の立会いを断られた助産所であるが、その後、ここは助産師が高齢となり、分娩の取り扱いを止めている。

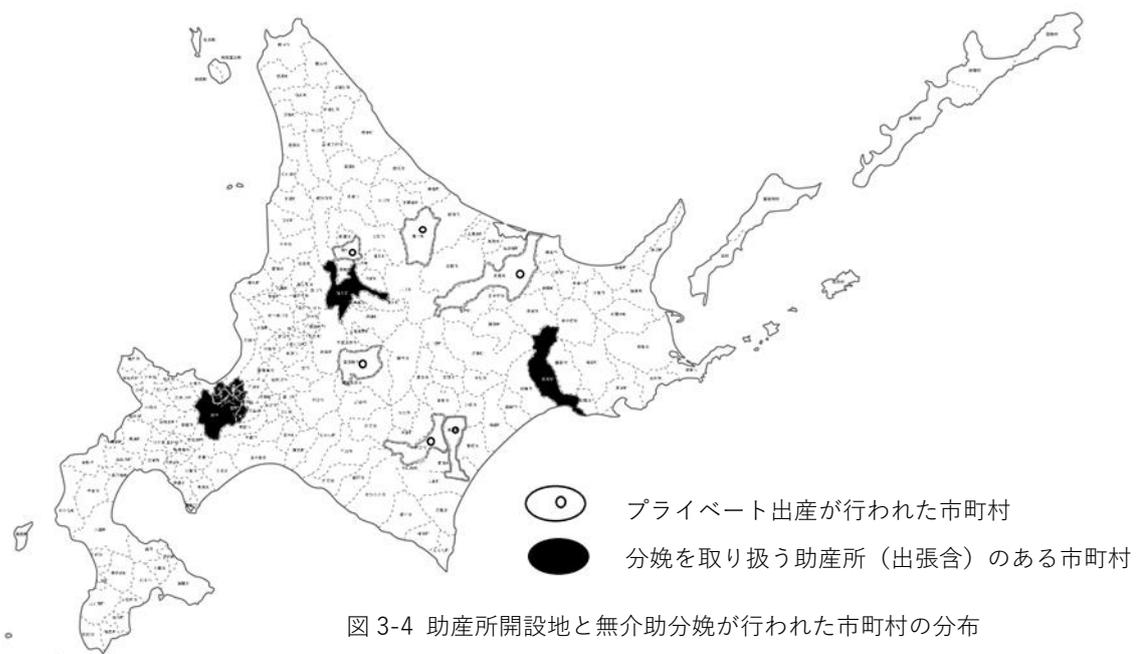


図 3-4 助産所開設地と無介助分娩が行われた市町村の分布

図の作成：著者

表3-1 プライベート出産体験者の語り内容

事例	出生 順位	プライベート出産を選択した動機や経過に関係する語り内容
G氏	第1子	自然出産したくて助産院に電話したけど、「若い」からって断られたんです。その時、まだ17歳だったの。陣痛が始まって入院したら陣痛がおさまって、人工破膜と浣腸された。子宮口が8cm開いて分娩台に乗ったら、赤ちゃんの心音が下がって、男の先生が2人来て、お腹圧されて吸引分娩でやっと出た。赤ちゃんとはすぐ対面してないし、母乳を吸ってくれなくて育児に悩んだんですよ。
	第2子	一人目を産んで育児に悩んだので勉強したら自然出産にたどり着いた。妊娠中赤ちゃんと対話してたらすんなり生まれました。
	第3子	ぎりぎりまで病院に行かないつもりでいたら、家のトイレで生まれてしまって、救急車を呼んで入院しました。
	第4子	家で自分で産むのは大丈夫とわかったので、家で産もうと企てました。ずっと家族に囲まれて出産したいと思っていたから。
	第5子	先生にまた家で生まれてしまうことを心配され、計画分娩を勧められました。生まれるのが1日遅れたら計画分娩になっていました。
K氏	第1子	夫の知人にプライベート出産した人がいて、夫の希望からプライベート出産を考えたのですが、何かあったらどうしようと悩みました。助産院に相談に行ったら「みれません」と断られました。
	第2子	プライベート出産はやめました。今回妊娠する前に、自宅出産に来てくれる助産師さんがいることを知っていたので頼んだんです。
	第3子	
O氏	第1子	自宅出産したくて助産師さんを探したら、80~90歳くらいのおばあちゃん助産師さんがいたけど、「お産はもうやめた」と言われました。地域で講演にまわっている助産師さんに聞いてみたら、「病院事情もあってお産はやってない」といわれ、助産院で産むことにしました。陣痛が始まって、時速50~60kmの速度で3~4時間かけて助産院に行きました。遠いから健診はほとんど行ってません。
	第2子	
	第3子	パートナーが協力的だったのでプライベート出産することにしました。
R氏	第1子	助産院は遠くて間に合うか心配で、どっちも決めかねて、家から一番近くの病院で産みました。お腹を圧され、会陰切開で生まれました。産後傷のあとが痛くて鎮痛剤を飲んでました。もう二度と病院では産まないと思いました。
	第2子	自宅近くの病院で健診を受けて、助産院で出産しました。
	第3子	2人目を助産院で産んで、今度は人（助産師）任せではなく自分で産もうと思ひ、パートナーも理解してくれたのでプライベート出産に決めました。
V氏	第1子	保健センターの母親教室で、保健師さんが自然出産を勧めていました。産む場所を相談したら助産院を紹介してくれました。
	第2子	
	第3子	自宅出産は、静かでリラックスできて良かった。
	第4子	今度も自宅出産にしました。ところが生まれたのは3.11（東日本大震災）の日。避難した友人の家で、夜生まれました。
	第5子	震災の後、放射能の恐怖の中2年間生活して北海道に逃げて来ました。自宅出産専門の助産師さんに相談したら「間に合うかどうかわからない」といわれ、自分たちで産もうと思う気持ちが強くなりました。
X氏	第1子	分娩費が安かったなのでその病院を選んだら、フルコースのお産でした。吸引分娩で産んだ気がしなかった。陣痛がきているときに仰向けで浣腸されたのが嫌だった。母乳を推進していなかったため、「母乳にしたい」と言ったら変な目で見られました。
	第2子	前回のフルコースと浣腸が嫌で、別の病院で産みました。
	第3子	東日本大震災で、放射能汚染から身を守るために北海道に移住して妊娠しました。産める病院は1か所しかなくそこで産みました。出産の時子どもの立ち会いは小児科が認めてくれず、入院中も上の子は病室に入れなかったんです。
	第4子	私が入院したら、上の子どもの面倒をみてくれる人がいないので自宅出産を考えました。病院で相談したけど話を聞いてくれませんでした。自宅出産専門の助産師さんがいることを知って来てもらえるか聞いてみたら「遠い」と言われました。

第3節 助産所の偏在とプライベート出産

インタビュー対象者全員が、プライベート出産を選択し実際に臨む過程の中で、偏在する開業助産師と何らかの接点を持っていたことは重要な点である。本調査により、プライベート出産選択の動機には、自然出産したいが、開業助産師の立会いによる出産を選択できないことが一因となっていたことが明らかとなった。

北海道周産期医療政策の中で着目すべき点は、「北海道周産期医療体制整備計画」に助産所に関する政策があげられていない点である。そして、「分娩実施中の医療機関」に助産所は含まれていない。助産所は分娩を扱う施設であっても医療体制の整備計画から除外されている。また、助産師の活用として、助産師外来や院内助産は計画にあるが、助産師外来も院内助産も、分娩実施中の医療機関内での取り組み計画である。

そういったなか、2000年以降の16年間で、北海道の開業助産師の立会いによる出生（助産所と自宅・その他の場所での助産師の立会いによる出生）割合は、3分の1以下にまで減少し、無介助分娩の割合は1.5倍に増加している。特に2006年以降の助産所と自宅・その他の場所での助産師の立会いによる出生割合の減少は顕著である。

2007年、助産所の分娩取扱いには医療法第19条の改正（厚生労働省2007a）により、嘱託医以外に嘱託医療機関との連携が義務付けられた。札幌市以外の地域で2007年以降分娩を扱う助産所の新規開業はなされていない。

北海道で無介助分娩が増加している原因には、助産所は周産期医療政策の対象外となっているのみならず、医療法の改正による助産所への嘱託医療機関の義務付けにより、助産所の運営継続や新規開業が困難になったことや、また開業助産師の高齢化などにより助産所が衰退していつていること、それらに伴い助産所が偏在し、妊婦は通える範囲に助産所がなく助産所出産を選択しにくいこと、助産業務ガイドラインの規制により、開業助産師に自宅出産の立会いを依頼できないことが関係していると考えられる。

小括

北海道では、無介助分娩の増加とともに、開業助産師の立会いによる出生割合が減少の一途を辿っている。無介助分娩の増加は、助産所対策を視野に入れることで抑制される可能性があると考えられる。なぜならインタビュー協力者全員が、開業助産師と何らかの関わりを持ちながらプライベート出産を行っており、助産所の偏在やガイドラインの規制がなければプライベート出産を選択しなかった可能性があるからである。開業助産師の立会いによる出生割合の減少の原因には、周産期医療政策と医療法の問題が関係していると考えられ、女性の出産の選択の観点から、これらの諸課題を明らかにしていく必要がある。

だが、本調査結果が北海道の特徴である可能性も否めないため、今後は国の周産期医療政策の課題を検討すべく、さらに全国調査を行う必要がある。

<注>

- 1) 2005年、厚生労働省より産科部門を有する病院の医師の確保が困難な地域は、出産施設を集約する必要があることが示された。

厚生労働省医政局・厚生省雇用等・児童家庭局・総務省自治財政局・文部科学省高等教育局、「厚生労働省：第10回医師の需要に関する検討会資料」。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/s1212-10g.html> (2017年7月31日取得)

第4章 プライベート出産選択の動機

北海道では、女性が自然出産を望んでも、開業助産師が偏在しているために、助産所や自宅での出産を選択できないことが、プライベート出産選択の動機の一因となっていることが明らかとなった。しかし、広大な面積をもつ北海道の実情を、全国の実態として一般化できるか疑問であるため、調査地域を全国に拡大し、南は沖縄県まで全国各地でインタビュー調査を行った。

本章では、全国のプライベート体験者に聴き取った内容から、インタビュー協力者がプライベート出産を行った動機を分析し、さらにそこから逆に立ち現れる現代の出産環境の特徴について明らかにする（市川 2017b）。

インタビュー協力者の基本情報は表 2-1 (p27) に、出産場所の変化の過程は表 2-2 (p29) に、行われたプライベート出産に関する情報は表 2-3 (p36) に示したとおりである。本章は、近年の日本の出産環境の特徴を明らかにすることを目的とするため、動機の分析の対象者は、1979年から1987年に5人の子どもをプライベート出産したA氏と、海外でプライベート出産したB氏とD氏を外し、2001年以降に国内でプライベート出産を行った27名とする。なお、この27名によって行われたプライベート出産は47回であり、2001年から2016年までの間に行われている（2001年～2005年3回、2006年～2010年13回、2011年以降31回）。

第1節 出産場所の変化の過程別プライベート出産選択の動機

本章で対象とするインタビュー協力者27名による47回の出産場所の変化の過程は、p29の表 2-2 で示すパターン1（病産院→プライベート出産）7名、パターン2（病産院→助産所→プライベート出産）1名、パターン3（病産院→助産師の立会いによる自宅出産→プライベート出産）1名、パターン4（病産院→プライベート出産→助産師の立会いによる自宅出産）1名、パターン5（病産院→意図的ではない無介助分娩→プライベート出産→病産院）1名、パターン6（助産所→プライベート出産）4名、パターン7（助産所→助産師の立会いによる自宅出産→プライベート出産）1名、パターン8（助産師の立会いによる自宅出産→意図的ではない無介助分娩→プライベート出産）1名、パターン9（プライベート出産のみ）9名、パターン10（プライベート出産→意図的ではない無介助分娩→助産師の立会いによる自宅出産）1名である。

10通りのパターンの中で、事例が多い病産院の出産後にプライベート出産したパターン1とプライベート出産のみのパターン9から2名ずつ、助産所もしくは助産師の立会いによる自宅出産後にプライベート出産したパターン6とパターン7から1名、そして、病産院の出産後に助産所もしくは助産師の立会いによる自宅出産を経てプライベート出産を選

択したパターン2とパターン3から1名の計6名を選択し、彼女らの動機の語りを紹介し、出産場所変化の過程からプライベート出産選択の動機の特徴を明らかにする。

1 プライベート出産を選択した動機の語り

事例 L氏

L氏は、2006年に大学病院で出産し、その後2008年から2014年の間に第2子～第4子の3人の子どもをプライベート出産している（表2-2パターン1）。

22歳の若さで第1子を出産したL氏は、出産は病院でするものだと思います、北海道から東京都内の実家に里帰りし、実家近くの大学病院で出産した。家族の立会いもなく、病院では放置状態にされ、選択の余地もなく会陰切開¹⁾をされた出産がいい思い出ではなく、後に病院出産に疑問を持つようになった。そして自宅出産に関心を持ち、第2子出産には自宅出産を希望した。

ところが第2子を24歳で出産したL氏には、まだ妊娠出産を経験している友人はなく、相談相手がいなかったため、自宅出産の選択にはさかのまこと著『あなたにもできる自然出産』²⁾を読み、あとは自分で考えたという。L氏は自宅出産を希望する理由を次のように語っている。

「野生本能といっしょ。なんで犬は平気なのに、人間はこんな大変なことやってんのか、木の下で産むという人もいるし、先住民の話とかたまにテレビでやってのを見たりして、ああ、やっぱり大丈夫なんだ、そんなワイルドで大丈夫なら家なんて清潔だろうみたいな」

「(会陰切開を避けたい以外に)(家で)上の子と一緒にいたかったのと、あとその産んですぐ臍の緒を切っちゃうこととか、お風呂に入れる(沐浴する)こと、(医療者による出生直後の観察のために)子どもと離れなきゃいけないこと、いきなり注射を打たなきゃいけないこと(子宮収縮剤など)、(ビタミンK₂)シロップを飲ませられること、明るいところに生まれてすぐ出されちゃうこと、とかが全部必要ないんじゃないかと思ひ、2番目は自宅で産みたいと思いました」

しかし、自宅出産を希望しても、この地域には立会ってくれる開業助産師がいなかった。そこで通院に約1時間半かかる助産所で妊婦健診を受けていたが、この助産所でも自宅出産は扱っておらず、助産所の出産しか選択できなかった。L氏は助産所で産むために陣痛が始まってから移動することを避けたいと考え、自宅で生まれてしまったことにして、プライベート出産をする計画を立てた。

「〇〇助産院にはかかっていたんだけど、ここでは産まないと自分の中では決めていて、でも勝手に産んじゃったらよくはないじゃないですか、世間的に。だから

間に合わないことにして家で産んじゃえと思って」

「焦って車に乗ってハラハラするのもよくないと思って、だったら家でゆっくりとここにいていいんだという安心感で産みたかったです。緊張もしたくなかった」

このように、L氏は病院での出産体験への疑問から、どのような出産が望ましいかを考え、第2子の子の出産には産む場所として自宅出産を望んだ。しかし、自宅出産を引き受けてくれる開業助産師はおらず、やむなく助産所で健診を受けていたが、ここで産むために遠距離を移動することは安心安全ではないとの判断も重なり、プライベート出産を選択した。

事例 F氏

F氏は、2003年に大学病院で帝王切開にて出産し、その後2006年から2013年の間に第2子～第4子の3人の子どもをプライベート出産している（表2-2パターン1）。

第1子を帝王切開で出産したF氏は、現在の医療では1度帝王切開で出産すると次の出産も帝王切開の適応になることを知ったうえで自然出産を望んだ。F氏は京都市の中心部に住み、周囲に出産施設は多くあるものの、帝王切開を避けるためにはプライベート出産しかないと思い、医療に一切かからず出産することを決め、第2子から第4子まで、妊婦健診を1度も受診せずプライベート出産を行った。F氏は第1子から自然出産を考え、助産所の出産を希望していた。ところが助産所の嘱託医師³⁾による妊婦健診で「前置胎盤」⁴⁾と診断され、さらに嘱託医から「前置胎盤」の管理入院として大学病院を紹介され、予定日の1か月半前から入院し、安静を強いられた。そして十分なインフォームドコンセントを得られないまま良い患者としてふるまい、納得のいかないまま帝王切開を受けたことへの反省と医療不信があった。入院中から帝王切開手術の翌日までの状態をふり取り、F氏は次のように語っている。

「いざご起きて信頼関係を失うよりも、いうこと聞いて産みましょうと思って。その時はいい患者になったほうが（ママ）（良いと思った）」

「（手術の日は）毎週月曜日ですから36週に入ったら、産めるから”みたいな、”そんなに早く？”と言ったら“陣痛が来てからでは遅いんです！”と言われて。結局そんなんで、ルールに乗っかって産んでしまったんですよ」

「（帝王切開の翌日は）痛くて痛くてもう子ども産んだ気持ちにもなれなくて、“赤ちゃんですよ”って連れてこられても、知りませんみたいな、私もうそれどころじゃないです、いうくらい痛くて苦しくて、それで“何飲ませますか”と言われて、なんのこたえいわれてんのかさっぱりわかれへんのですよ」

このような出産が退院後には育児に影響し、それを目の当たりにしていた夫が積極的に出産・育児に関する情報を収集し、夫婦で自然出産の重要性をより深く学んだ。身をもって自然出産の重要性を認識し、第2子以降の出産は帝王切開を避けたいと考えるものの、近

隣には帝王切開後の出産で経膣分娩できる病産院がなく、助産所でも出産できないという情報を得てプライベート出産を選択するに至った。実際に、産婦人科診療ガイドライン（公益社団法人日本産婦人科学会・公益社団法人日本産婦人科医会 2014：ix, 216）において、帝王切開既往妊婦が経膣分娩を希望した場合、子宮破裂の危険性から経膣分娩へのトライは、「（実施すること等が）考慮される（考慮の対象となるが、必ずしも実施が勧められているわけではない）」とされている。また、助産業務ガイドライン（公益社団法人日本助産師会・助産業務ガイドライン改定特別委員会 2014：14-17）で、帝王切開既往妊婦は産婦人科医師が管理すべき対象者とされており、F氏は助産所の出産も選択できなかった。ではなぜ、妊婦健診さえ受診しなかったのか、また出産時のいのちの危険にどう向き合ったのかについて、F氏はこのように語っている。

「病院行ったら、帝王切開しましょうって、まず言われるやろうし、そこで争ったり話合ったり、そこにエネルギーを消耗するつもりもなかった」

「お産の時になったらどうなるかはわかれへんなど思ったんですけど、お陰様で前向きな主人が“おれらできるし”、“おれらできるし” ゆうて、毎日言うてくれはったんで（できた）」

プライベート出産に不安がなかったわけではないが、あえて医療者との関わりを避け、夫と二人で出産に向けて日々前向きに過ごし出産に臨んだようである。F氏にとって、夫の理解と協力がプライベート出産に臨むために重要な役目を果たしていた。

事例 R氏

R氏は、2002年に病院で出産し、その後2011年に第2子を助産所でお産し、2013年に第3子をプライベート出産している（表2-2パターン2）。

R氏は、第1子の出産で受けた医療処置による苦痛から、第2子の出産には助産所を選択し、さらに助産所の出産体験から第3子の出産にプライベート出産を選択した。

パートナーと農業をするために本州から北海道に移住し、結婚後第1子を妊娠したR氏は、自宅出産を希望していた。ところが、居住地域には開業助産師が不在のため自宅出産を断念し、自宅からいちばん近い病院で出産した。なるべく医療介入を避けたい思いから、陣痛促進剤を勧められたが断り続け、自然陣痛で出産できた。しかし、いよいよ出産という時に、不本意ながらもクリステレル胎児圧出法⁵⁾と会陰切開を受け、医療に疑問を持った。

「産むという時におなかを圧されたんですよ。それで切ってもあった（会陰切開）んだけど出血がひどかったんですよ。あんまりにも痛すぎて痛み止めももらったんですよ。ここまで頑張ったのに最後に圧すかあ～、って感じですよ。やっぱり病院では2度と産むまいと、その時思いましたよね」

R氏は、陣痛促進剤の使用に同意しないことは認められたが、いざ出産というときには同意を求められることなく医療処置を施された。自分の意思を伝えることすらできずに苦痛を強いられたため、次子を出産する際には病院を選択するまいと思うに至った。

その後、夫と死別し、再婚して第2子を妊娠した。この出産も自宅出産は諦め通院に片道2時間程度かかる助産所を選択した。出産はスムーズで何の問題もなかったが、もともと第1子から自宅出産を望んでいたことと、医療者の立会う出産が人任せになってしまうことに納得ができず、もっと自律した出産をしたい希望が重なり、第3子でプライベート出産に臨んだ。R氏は第2子のお産体験をこのように語っている。

「病院を経て、助産院で産んでみた感じ、なんかまだ周りに人がいるっていうのがどうしてもその人のせいにしちゃうっていうのか人任せちゃうっていうのか、ここに来たら安心だから私は寝てればいいというか、あとは全部やってくれるというのに、なんかまだやり切っていない感というか、結局わかんないことばかりだったなって」

「りきむ必要なんかないんだろうなって、来るにまかせて自分のコントロールさえ抜きに、そのまんまを受け入れた出産をしたいと思ったんですね。誰にもアドバイスをされないお産をしてみたいと思って」

このように、R氏は心身を開放し自身の感覚にゆだねる自律した出産を望み、第3子のお産はプライベート出産を選択した。またその背景には、第1子妊娠中のころから湧水を使い、なるべく玄米菜食で化学的なものを採らない自給自足と、動くことを大事にする生活スタイルがあり、自分で産める自信があった。そして再婚したパートナーに理解があったことも、プライベート出産選択のベースにあったという。

事例 U氏

病産院での出産を経ず、助産所あるいは助産師のサポートによる自宅出産をした人の中にも、自分の身体感覚で児が生まれてくるペースを感じながら産みたい希望を持ち、医療者の立会わないプライベート出産を選択した人がある。U氏は、2005年から2011年の間に第1子から第3子まで3人の子どもを助産所で出産し、その後2014年に第4子をプライベート出産している（表2-2 パターン6）

U氏は第1子妊娠前に一度流産している。掻爬術を受けた病院は、計画分娩、無痛分娩を多く扱っている病院であった。その後第1子を妊娠し、違う病院で出産したいと出産場所を探しているときに助産所を開業する助産師に出会う。そしてこの助産師の立会いのもと第3子まで助産所で出産した。信頼できる助産師の立会いのもと第3子を水中出産したU氏は、とてもスムーズに出産したものの、だが逆にこの出産をとおして、誰からも何も指図されずに自由に産んでみたいと思うに至り、第4子でプライベート出産に臨んだ。U氏は第3子の水中出産の体験をこのように語っている。

「“こういう姿勢にして”とか、“お尻突き出して”とか、わりと言われたんですよ。それこそ、“いきめ、いきめ”だとか、わりと言われたから、好きな体勢で産みたかったなとか思いましたね」

「すごく信頼してるので、まあそういうもんかなと思っていただけ、ふつふつと疑問が、あれ、私もっと自由にやりたいし。やれるような気がするな～って」

U氏には医療不信はない。逆に信頼できる助産師のサポートのもとに行った3回の出産によって自分で産める自信ができ、より自律したプライベート出産を望んだ。U氏も食を重視した生活を実践しており、雑穀料理の指導者として活動している。

事例 C氏

C氏は、2001年から2007年の間に第1子から第3子まで3人の子どもをプライベート出産している（表2-2パターン9）。C氏は妊娠の診断を受けた最初の診察で、病院で産むことをためらったことがプライベート出産選択の動機になったという。

「(病院に)すごいドキドキして行ってるのに、なんか“2.5センチ”って言われてすごいショックを受けて、なんだろうこの無機質な感じ？と思っちゃって、モノじゃないんだからと思っちゃって。そのなんていうかな、そのいのちのこの瞬間を、その計測っていうか、その言い方とかね、なんかちょっとこの延長線上にお産があるなら、ちょこやだって思っちゃったんですよ」

「いのちが生まれるって、やっぱりもっとこう祝祭のようなものだったから、もうちょっと違う方法があるんじゃないかと、最初の健診のときにそう思って、それで、まあ隣の方が自宅出産（プライベート出産）だったし、お義父さんそれ（『自然に産みたい』⁶⁾）送ってくるしで、なんとなくああ2人で産むっていう選択もあるのかなって」

C氏は妊娠の診断を超音波診断による胎児のサイズで伝えられたことに疑問を持った。ちょうど受診の直前に、義父から自然出産に関する本が数冊送られてきており、その中にプライベート出産を記した『自然に産みたい』があり読んで感動していたことや、隣の人がプライベート出産の経験者で、生活環境の中でプライベート出産を知っていたことが動機となっている。またプライベート出産を決めるまで、数か月間毎日毎日夫と話し合い、2人で不安を解消してから出産に臨んだという。なお、居住地域には出産施設はなく、受診した病院が唯一通院可能な医療機関であり車で約40～50分程かかる。開業助産師も不在で、その病院で産まない選択は、プライベート出産の選択に値するといっても過言ではない。

事例 P氏

P氏も、第1子から第3子まで3人の子どもをプライベート出産している（表2-2パターン9）。P氏がプライベート出産したのは2012年から2015年であり、38歳で第1子を

出産している。P氏は20歳頃から医療者の立会わない出産があることを知っており、実際に出産するまでの間に多くの情報をもっていた。その上、出産に対する思想もすでに確立していたことが、プライベート出産選択の動機となっている。P氏は出産に対する考えをこのように話す。

「20歳くらいの時にそういう話を聞いた時には、え、凄いなともちろん思ったし（略）、怖くなって思った記憶はありますけどね。（略）でももう自分が妊娠した時には、もうそれしかないって。他の選択肢は私にはなかったですね」

「自分で産むっていう自覚が必要だと思う。前提に妊娠は病気じゃない。病気じゃないから病院にかかる必要ないんですよ。基本的にね。昔はね、みんなお産婆さんが来て家で産んでいる（ママ）（のだから）」

「（赤ちゃんが病院で生まれると）びっくりですよ、いきなり真っ暗なお母さんの安心できるお腹の中から出てきて、（明るい）蛍光灯のところでパッと知らない人に持ち上げられて洗われてね、すごい驚きますよね、それがないと、人格も多少変わってくると思うんですよ、生まれかたで」

P氏は20代半ばからオーガニック商品の制作販売を始め、関東から北海道に移住し、自給自足を行っている。生活上、また職業を通してプライベート出産体験者に出会う中で、出産に対する考えが確立していたことが、プライベート出産を選択する動機となっている。

2 出産場所の変化の過程からみたプライベート出産を選択した動機の特徴

紹介した6名のプライベート出産選択の動機を、出産場所の変化の過程ごとに考察する。なお、動機内容については「」で示す。

病院出産後にプライベート出産を行ったL氏とF氏の動機の共通点は、「過去の出産体験による医療介入への疑問」、「自分の望む病産院や助産所の不在」（出産施設の偏在によりL氏は居住地には通える範囲に病院が1軒あるのみで、病院出産を選択しなければ1時間半以上かけて助産所に通うしかない。F氏は経膈分娩を引き受けてくれる病産院がない）、「家族とプライベートな環境で産みたい」、「パートナーの理解と協力」である。また、L氏とF氏は「自然出産を希望するが開業助産師のサポートを受けられない（受けにくい）」ためプライベート出産を選択している。L氏は助産所が遠い地理的環境にあり、陣痛が始まって長距離移動し助産所に行って出産するより、移動による苦痛を避け、また移動するより自宅で出産の方が安全と判断しプライベート出産を選択し、F氏は異常出産の既往のある妊婦は助産所では出産を引き受けてもらうことができないという医療環境により、助産所出産の選択はできなかった。

病産院の出産後に助産所の出産を行い、その後プライベート出産したR氏も、L氏F氏と同様に「過去の出産体験による医療介入への疑問」から第2子は病産院の出産を避け、助産所で出産した。病産院の出産後にプライベート出産を選択した人たちの、受けた医療介入への疑問から自然出産を希望した様子が伺える。R氏は第2子を助産所で出産したものの助産所は遠く通院が負担だったこともあり、第3子の出産はプライベート出産を選択した。L氏とF氏は「自然出産を希望するが開業助産師のサポートを受けられない（受けにくい）」ことが一因となってプライベート出産を選択したが、R氏も同様である。また、「自分の望む病産院や助産所の不在」、「家族とプライベートな環境で産みたい」、「パートナーの理解と協力」が動機となっていることもL氏F氏と同様である。R氏はそれらに加え、助産所での出産体験から「指示されず自分のペースで産みたい」と考えるようになったことと、食を大切に「自然と共存する生き方を重視」し実践して健康管理に努めており、「自分の力で産める自信があった」ことも動機となっている。

助産所の出産後にプライベート出産したU氏の動機は、「指示されず自分のペースで産みたい」ことと、「自分の力で産める自信があった」こと、そして食を重視した「自然と共存する生き方を重視している」点である。助産所での出産体験と自然と共存する生き方によって、自信をもって自律的に出産に臨んでいた点はR氏と共通している。助産所での出産後にプライベート出産したR氏とU氏の共通点は、助産所で自然出産した体験と食を重視した暮らしによって自分で産める自信を持ち、より自律的な出産を望みプライベート出産に臨んでいた点である。

プライベート出産だけ行ったC氏の動機は、「（第1子妊娠前の）プライベート出産体験者からの情報」、「妊娠中に医療者から受けた対応への疑問」、「家族とプライベートな環境で産みたい」、「夫の理解と協力」であり、同じくプライベート出産のみ行ったP氏の動機は、「（第1子妊娠前の）プライベート出産体験者からの情報」、「自分の力で産める自信があっ

た」、「自然と共存する生き方を重視している」ことである。C氏P氏の共通点は「(第1子妊娠前の) プライベート出産体験者からの情報」であり、体験者からの情報の影響が大きいと考えられる。C氏は「妊娠中に医療者から受けた対応への疑問」がプライベート出産の動機となっている。プライベート出産の選択には、医療的な視点を重視する医療者の態度(関わり)が影響する。また語りでは紹介していないが、C氏とP氏が出産した地域は「自然出産を希望するが開業助産師のサポートを受けられない」地理的環境にあり、「自分の望む病産院や助産所の不在」の地域でもある。彼女らはそういった出産環境のなかでプライベート出産し、いかに医療と接点をもちつつ出産に臨むか模索していた(詳細については次章以降で述べる)。

ここまで「」で示したプライベート出産を選択した動機内容は10項目である。そこでこれらを動機の小項目とし、中項目として共通項目をまとめると「直接体験による産科医療への疑問」、「開業助産師の偏在」、「出産施設の偏在や医療者の考え」、「立会い者、産み方の希望」、「自己への信頼」、「周囲の影響」、「生き方」の7項目に分類できる。さらにこれらが大項目に分類したところ、「自然出産を実行しにくい出産環境」、「自律的な出産への希望」「ライフスタイル」の3項目に分類される(表4-1)。

プライベート出産選択の過程は、第1子からの選択と、病産院の出産や助産所あるいは自宅で開業助産師の立会いによる出産を経て選択する、もしくはその両方の出産を経て選択するなどさまざまであるが、選択の動機にはプライベート出産に至る出産場所過程ごとに特徴がみられ(表4-1)、病産院の出産を経てプライベート出産した人は「過去の出産体験による医療介入の出産への疑問」が主な動機となっており、助産所や自宅での助産師の立会いによる出産を経てプライベート出産した人は、その体験によって「自分の力で産める自信」をもち、さらに「指示されず自分のペースで産みたい」希望をもったことが動機となっている。プライベート出産のみを行った人の動機の特徴は、「(第1子妊娠前の) プライベート出産体験者からの情報」の影響が大きく、また「妊娠中に医療者から受けた対応への疑問」が選択の動機となっている。

前章でも示したように、「自然出産を希望するが開業助産師のサポートを受けられない」ことがプライベート出産の動機となった事例は多いが、この点と、「自分の望む病産院や助産所の不在」といった自然出産を実行しにくい医療環境は、病産院や開業助産師の立会いによる出産を経てプライベート出産を選択した人たちの主な動機になっていた。第1子からプライベート出産を行った人より、病産院や助産所で出産した人の方が、プライベート出産の選択に、現代の出産環境の影響力が大きいことがわかる。

また、病産院の出産を行わず、プライベート出産のみ行った人や開業助産師の立会いによる出産を経てプライベート出産した人の動機の特徴には、ライフスタイルとして「自然と共存する生き方を重視している」点が挙げられる。そして、「家族とプライベートな環境で産みたい」「パートナーの理解と協力」は、出産場所の過程に関係なく、プライベート出産選択の動機となっていた。

表4-1 プライベート出産選択の動機と、その動機別体験者の出産場所過程の特徴

プライベート出産選択の動機		プライベート体験者の出産場所過程の特徴
自然出産を実行しにくい 医療環境	直接体験からくる産科医療への疑問	病産院の出産を経験した人
	過去の出産体験による医療介入の出産への疑問	
	妊娠中に医療者から受けた対応への疑問	プライベート出産のみ行った人に多い
	開業助産師の偏在 自然出産を希望するが開業助産師のサポートを受けられない	病産院や開業助産師の立会いによる出産を行った人に多い
自律的な出産への希望	出産施設の偏在や医療者の考え 自分の望む病産院や助産所の不在	
	立会い者・産み方の希望 指示されず自分のペースで産みたい	開業助産師の立会いによる出産を行った人に多い
	家族とプライベートな環境で産みたい	全体的
ライフスタイル	自己への信頼 自分の力で産める自信があった	開業助産師の立会いによる出産を行った人に多い
	周囲の影響 プライベート体験者からの情報	全体的ではあるが、特にプライベート出産のみ行った人
	生き方 自然と共存する生き方を重視している	全体的 プライベート出産のみ、あるいは助産所出産を経た人に多い

第2節 選択の動機からみたプライベート出産の特徴

次にプライベート出産の特徴について、選択の動機を基に一般的な医療者の立会いによる出産と比較し考察する。

まず、プライベート出産体験者は自然出産志向である。松岡（2014：61-65）は、出産の見方を「生理的パラダイム」と「医学パラダイム」に分け、「生理的パラダイム」とは、出産を女性の身体に備わったプロセスとしてとらえ、文化によって多様な形をとるとしている。それに対して、「医学パラダイム」とは、出産を医学的介入が必要なプロセスとみなす考えであるという。この見方に対応させると、一般的な医療者の立会いによる出産の見方が「医学パラダイム」に相当するのに対し、プライベート出産体験者の出産観は「生理的パラダイム」に相当する。この典型はL氏、C氏、P氏の語りから見いだせる。

L氏は、第1子の子産体験をきっかけに、出産について勉強することで「生理的パラダイム」の出産観が確立し、それがプライベート出産選択の大きな動機となっている。F氏は、第1子から「生理的パラダイム」の出産観をもち助産所での出産を希望していた。ところが、「医学パラダイム」で管理される病院で不本意ながらも帝王切開による出産を体験し、医療不信から「生理的パラダイム」への確固たる出産観が確立したことが、プライベート出産への動機となっている。R氏もU氏も、第1子妊娠前から「生理的パラダイム」の出産観を持っていた。R氏は開業助産師の偏在により自宅出産を断念し、第1子の子産には病院を選択し、医療介入の出産による疑問から助産所出産を経てプライベート出産に至った。逆にU氏は、身近に開業助産師との出会いがあったことから3度にわたり出産観通りの出産ができ、その出産体験によって自分で産める自信を持てたことが、さらなる自律した出産としてプライベート出産選択につながっている。C氏は、第1子妊娠前に近隣のプライベート出産体験者から体験談を聞いており、プライベート出産という選択肢があることを知ったうえで、妊娠した際には病院を受診した。だが、C氏には医療による妊娠の診断方法は違和感があり、「生理的パラダイム」の出産観を優先しプライベート出産を選択した。P氏は、20歳のころにプライベート出産を知り、38歳で第1子を出産するまでの10数年間にライフスタイルの中で「生理的パラダイム」の出産観によるプライベート出産への希望が定着しており、迷うことなくプライベート出産を選択している。

一般的な医療者の立会いによる出産とプライベート出産を対比した特徴には、もう1点、一般的な医療者の立会いによる出産が「医療者が主導」であるのに対し、プライベート出産は「産む女性が主体」となる出産であることが挙げられる。これは、吉村のいう農村や漁村における近代と現代の出産習俗の様相の比較（p15、表1-2）に類似する。

L氏が語ったように、助産師の立会いがなくても、出産時長距離を移動しないで上の子と一緒にいることのできる自宅で出産するほうが安心かつ安全だとする考えは、自律的で主体的な出産の選択である。第1子を帝王切開で出産し、第2子から第4子までプライベート出産したF氏も、母と子ふたりのいのちのリスクを覚悟の上、主体的に出産方法を選択している。F氏がプライベート出産に臨むには、夫の理解と協力が大きな支えとなっており、

プライベート出産への主体的な選択には、パートナーの出産に対する考えと生き方も影響する。R氏とU氏は助産所での自然出産体験によって「自分で産める」自信をもち、主体的により自律した出産を選択した。さらに彼女らは日常的に食を通して健康に対するセルフコントロールができており、身体面でも医療に頼らなくとも産める自信を持っていたことが重要である。C氏はプライベート出産の選択にあたり夫と数か月間毎日話し合っており、F氏同様に、プライベート出産と一緒に臨もうとするパートナーの協同認識が自律した出産へとつながっていた。P氏は、第1子妊娠前から出産は病院任せで産むものではなく、自ら主体的に臨むものという考えを持っていた。

以上のように、プライベート出産は「生理的パラダイム」の出産観をベースに、「自然出産を実行しにくい医療環境」「自律的な出産への希望」「ライフスタイル」が主な動機となっており、主体的に臨む出産であることが特徴的である。

第3節 プライベート出産から浮き彫りになる現代の日本の出産環境

プライベート出産体験者によるプライベート出産選択の動機から、プライベート出産の特徴として、出産観は「生理的パラダイム」であること、女性にとって「主体的」な出産である点が明らかとなった。だが一方で、生理的パラダイムの出産観をもつ女性が主体的に自然出産に臨もうとした場合、それを実行するためには医療者の支援を求めることが難しい出産環境にあることが浮き彫りになった。つまり、医療者の立会いのもとでは主体的に自然出産に臨めないため、彼女らはプライベート出産を選択していると考えられる。語り内容を通して、日本の出産環境について考察する。

第1子を病産院で出産したL氏、F氏、R氏は、ともに納得のいくインフォームドコンセントのない医療介入で心身ともに苦痛を強いられ、産科医療に疑問をもち医療不信に陥っている。L氏とR氏の語りから、いざ出産という段階の「会陰切開」や「クリステレル圧出法」といった医療介入は、本人が決定することも拒否することもできないことがわかる。また、F氏の第1子出産では、帝王切開の日時の決定も、説明に納得できないまま進められている。特に、入院中医療者には逆らわずよい患者を演じようとするさまから、医療者と妊産婦は対等ではないことがわかる。さらに、F氏は第2子以降の出産に際し、妊婦健診を受診しなかった理由として、医療者と対等に話し合うことのできないストレスを回避したい思いを表出している。また、L氏は医療者の立会わない出産は世間的に認められないことを知っていたために、一般常識に沿って生まれてしまったことにする策を企てている。

このように、現代の出産で最優先されるのは、妊産婦の意思ではなくガイドラインに示されているような医療側の判断基準である。現代の出産環境は「医療化」により、「産む側の意思決よりも医療者のやり方が優先され、女性の選択は保障されない」ことが特徴的である。

また、「生理的パラダイム」の出産観に立つとするならば、多くの人がまず考えるのは開業助産師の立会いによる助産所出産や自宅出産である。L氏もR氏も自宅出産を望みなが

らも出張開業助産師が不在であったことがプライベート出産の選択に影響している。語りを紹介しなかったインタビュー協力者の中にも、自宅出産を望み出産に立会ってくれる出張開業助産師を探したがいなかった（探すことができなかった、含む）、通える範囲に助産所がなかった、あるいは開業助産師と接点を持ちながらもガイドラインの規制などを理由に立会いを断られたなど、助産師の立会いによる出産ができなかったことがプライベート出産選択の動機の一つになっていた人が多数いる（E氏、G氏、K氏、N氏、O氏、T氏、V氏、W氏、X氏、Y氏、CC氏、DD氏）。なお、前章において、北海道における開業助産師の偏在は、周産期医療政策のなかに助産所に関する事項がないことや、2007年の医療法第19条の影響が示唆されている点を指摘したが、これら12人中、2007年以前にプライベート出産したのはE氏第2子（2005年）のみである。北海道のみならず、全国でも開業助産師の偏在やガイドラインの規制によって、自然出産をサポートしてくれる開業助産師の立会いによる出産を望みにくい出産環境が、プライベート出産選択に影響していることが明らかとなった。

第4節 無介助分娩と助産所・自宅・その他の場所での助産師の立会いによる出生の関係

プライベート出産体験者へのインタビュー調査によって、「開業助産師や病産院が集中化もしくは偏在している結果、女性の居住地によっては産み方の選択が自由にできない」ことが、プライベート出産選択の要因となっていることが明らかとなった（これは病産院や助産師の立会いによる出産を経てプライベート出産した人に多い傾向にある）。実際に統計上、近年無介助分娩はやや増加傾向にあり（p18、表1-3）、助産所の出生は減少しており（p18、表1-4）、助産所・自宅・その他の場所での助産師の立会いによる出生を開業助産師の立会いによる出生とみなすと、これも同様に減少している（p19、図1-3）。そして、北海道では、無介助分娩による出生割合は増加し、開業助産師の立会いによる出生割合は減少しており（p44、図3-1）（p45、図3-3）、両者には関連があると考えられる。

そこで、全国の無介助分娩と開業助産師の立会いによる出生には関係があるか知るために、2016年の無介助分娩による出生割合と助産所・自宅・その他の場所での助産師の立会いによる出生割合を都道府県ごとに調べ、両者を比較する（表4-2、表4-3）。

無介助分娩割合の多い都道府県は、多い順に宮崎県（0.123%）、島根県（0.094%）、鳥取県（0.090%）、鹿児島県（0.080%）沖縄県（0.066%）、高知県（0.063%）、京都府（0.062%）と続き、これら0.06%を超える7府県の助産所・自宅・その他の場所での助産師の立会いによる出生割合は、宮崎県0.64%（都道府県順位第13位）、島根県0.23%（第31位）、鳥取県0.07%（第43位）、鹿児島県0.39%（第22位）、沖縄県0.15%（第36位）、高知県0.23%（第30位）、京都府0.44%（第21位）と、平均の0.57%以上の県は宮崎県のみであり、少ない傾向にある。一方で、助産所・自宅・その他の場所での助産師の立会いによる出

生割合の多い都道府県は、多い順に奈良県（1.79%）、三重県（1.48%）、静岡県（1.33%）、和歌山県（1.28%）、岡山県（1.26%）、香川県（1.17%）、神奈川県（1.13%）と続く。これら1%を超える7県の無介助分娩割合は、奈良県0.032%（第19位）、三重県0.030%（第22位）、静岡県0.011%（第41位）、和歌山県0.015%（第38位）、岡山県0.026%（第26位）、香川県0.053%（第12位）、神奈川県0.18%（第32位）と、奈良県・香川県以外は平均以下であり、少ない傾向にある。なお、前章で示した北海道は、無介助分娩の多い順として14位に位置し、開業助産師の立会いによる出生は25位となっている。

以上のように、統計上においても、全国的にも無介助分娩の多い地域では開業助産師の立会いによる出産が比較的少なく、開業助産師の立会いによる出産が多い地域では無介助分娩が少ない傾向にあるといった様相が示され、近年のプライベート出産は、地域によっては開業助産師による出産の選択ができないことが一因となって行われていると考えられた。今後、無介助分娩と開業助産師の立会いによる出生の関連性について、さらに詳細に調べ、検討していく必要がある。

小括

本章では、インタビュー協力者の出産場所の変化の過程を分類し、プライベート出産選択の動機を分析した。

プライベート出産は、社会的に非常識な行為とみなされ、医療者は危険性を危惧し制止しようとしているが、それは出産を「医学パラダイム」で捉える一方向からの見方である。プライベート出産体験者らへのインタビューによって、「生理的パラダイム」に基づく出産観により主体的に出産方法を選択した結果、医療者が立会う環境では自然出産を望めないとして、プライベート出産に臨んでいる人が多数いることが明らかとなった。

したがって、今後、「生理的パラダイム」の出産を望む女性の意図が理解され、その選択が保障されるよう、出産環境の構築が必要である。特に、助産所の衰退によって、開業助産師のサポートを受けられないことがプライベート出産選択への動機のひとつとなっていることを考慮すると、助産所の存続、発展が望まれる。どのような出産の選択も保障されるためには医療政策の役割も大きいと考える。

表4-3 2016年における助産所・自宅・その他の場所での助産師の立会いによる出生割合の都道府県順位

都道府県	総数	助産所・自宅・その他の場所での助産師立会いによる出生	
全国	976978 (人)	5577 (人)	0.57%
1 奈良	9430	169	1.79%
2 三重	13202	195	1.48%
3 静岡	27652	368	1.33%
4 和歌山	6658	85	1.28%
5 岡山	15477	195	1.26%
6 香川	7510	88	1.17%
7 神奈川	70648	796	1.13%
8 長野	15169	144	0.95%
9 東京	111962	765	0.68%
10 大阪	68816	470	0.68%
11 大分	9059	61	0.67%
12 青森	8626	58	0.67%
13 宮崎	8929	57	0.64%
14 福岡	44033	257	0.58%
15 兵庫	43378	248	0.57%
16 宮城	17347	95	0.55%
17 埼玉	54447	295	0.54%
18 岐阜	14831	72	0.49%
19 愛知	64226	307	0.48%
20 愛媛	9911	46	0.46%
21 京都	19327	85	0.44%
22 鹿児島	13688	54	0.39%
23 千葉	45387	177	0.39%
24 山梨	5819	22	0.38%
25 北海道	35125	116	0.33%
26 福井	6112	18	0.29%
27 山口	9844	25	0.25%
28 茨城	20878	53	0.25%
29 滋賀	12072	28	0.23%
30 高知	4779	11	0.23%
31 島根	5300	12	0.23%
32 石川	8927	20	0.22%
33 栃木	14621	28	0.19%
34 熊本	14894	24	0.16%
35 広島	22736	36	0.16%
36 沖縄	16617	25	0.15%
37 福島	13744	16	0.12%
38 長崎	10886	12	0.11%
39 富山	7302	6	0.08%
40 群馬	13661	11	0.08%
41 新潟	15736	12	0.08%
42 佐賀	6811	5	0.07%
43 鳥取	4436	3	0.07%
44 秋田	5666	3	0.05%
45 岩手	8341	2	0.02%
46 徳島	5346	1	0.02%
47 山形	7547	1	0.01%

出典：厚生労働省 表の作成：筆者

表4-2 2016年における無介助分娩割合の都道府県順位

都道府県	総数	無介助分娩	
全国	976978 (人)	298 (人)	0.031%
1 宮崎	8929	11	0.123%
2 島根	5300	5	0.094%
3 鳥取	4436	4	0.090%
4 鹿児島	13688	11	0.080%
5 沖縄	16617	11	0.066%
6 高知	4779	3	0.063%
7 京都	19327	12	0.062%
8 群馬	13661	8	0.059%
9 福島	13744	8	0.058%
10 大分	9059	5	0.055%
11 熊本	14894	8	0.054%
12 香川	7510	4	0.053%
13 青森	8626	4	0.046%
14 北海道	35125	15	0.043%
15 滋賀	12072	5	0.041%
16 茨城	20878	8	0.038%
17 埼玉	54447	19	0.035%
18 長野	15169	5	0.033%
19 奈良	9430	3	0.032%
20 東京	111962	35	0.031%
21 山口	9844	3	0.030%
22 三重	13202	4	0.030%
23 愛媛	9911	3	0.030%
24 大阪	68816	19	0.028%
25 千葉	45387	12	0.026%
26 岡山	15477	4	0.026%
27 岩手	8341	2	0.024%
28 兵庫	43378	10	0.023%
29 福岡	44033	10	0.023%
30 栃木	14621	3	0.021%
31 岐阜	14831	3	0.020%
32 神奈川	70648	13	0.018%
33 秋田	5666	1	0.018%
34 宮城	17347	3	0.017%
35 山梨	5819	1	0.017%
36 愛知	64226	11	0.017%
37 福井	6112	1	0.016%
38 和歌山	6658	1	0.015%
39 新潟	15736	2	0.013%
40 石川	8927	1	0.011%
41 静岡	27652	3	0.011%
42 長崎	10886	1	0.009%
43 広島	22736	2	0.009%
44 富山	7302	0	0.000%
45 徳島	5346	0	0.000%
46 山形	7547	0	0.000%
47 佐賀	6811	0	0.000%

出典：厚生労働省 表の作成：筆者

<注>

- 1) 会陰切開は、児の分娩時、剪刀で会陰を切開する手技で、会陰の深部や肛門に裂傷がおよぶのを防ぎ、児の娩出を容易にする目的で行われる。「WHOによる医学的に正しいお産を保証する59か条」の中では、「しばしば不適切に実施されること」として挙げられている。
- 2) 本書は、プライベート出産のガイドブックであり、インタビュー協力者30名中22名が、これを参考にプライベート出産を行っていた（p 34、図2-4）
- 3) 嘱託医師は、医療法第19条に基づき、「分娩を扱う助産所の開設者は病院または診療所において産科または産婦人科を担当する医師を嘱託医師として定めておかねばならないもの」とされている。『助産業務ガイドライン』は嘱託医師との連携指針として作成されている。
- 4) 前置胎盤とは、子宮口が胎盤で覆われている状態をいう。『産婦人科診療ガイドライン2014』にて「予定帝王切開は妊娠37週末までに行う」ことが推奨されている。
- 5) クリステレル胎児圧出法は、陣痛発作に合わせ、子宮底部を両手で圧迫し、児の娩出を促進する手技である。「WHOによる医学的に正しいお産を保証する59か条の中」では「十分な確証がない為、まだ明確に推奨できず、研究により問題点が明確になるまでは慎重に対応すべきこと」とされている。
- 6) 橋本知亜季著、『自然に産みたい—5人の子供を自宅出産した記録』。
これは5人の子供をプライベート出産した女性の出産体験記である。本の中では書かれていないが、橋本は医療者の立会わない出産を「自力出産」と言っており、現在も講演活動を行っている。インタビュー協力者30人中7人が本書を読んでいた（p34、図2-4）。

第5章 プライベート出産体験者の医療との接点

前章で、プライベート出産体験者へのインタビューから、プライベート出産選択の動機として、「自然出産を実行しにくい出産環境」、「自律的な出産への希望」、「ライフスタイル」の3点が明らかとなった。そして、紹介したインタビューの語りの中では、医療機関への受診、あるいは開業助産師に相談する等、医療あるいは医療者との接点を持ちながらプライベート出産を選択した様子が伺えた。

その一方で、医療者による無介助分娩を希望する人たちへの対応に対する見解は、鈴木ら(2016)が施設分娩を説得するなど「積極的な関与」を勧めているのに対し、日本助産師会は「巻き込まれないように注意しつつ、発覚した折には所轄の保健所に相談する」(岡本2017: 58)と、関与の回避を勧めているなど、対応策に一貫性がない。これには、医療者の当事者理解の不足が考えられる。なお、鈴木らの調査は、2016年において、全国で最も無介助分娩の多い都道府県である宮崎県で行われている(p66、図4-2)。

そこで、本章では、インタビュー協力者が、妊娠中医療とどのような接点を持ちながらこの出産を計画し、どのような出産をしたのか。インタビュー内容から、妊婦健診の受診状況など医療との接点と、その結果としての出産経過の実際を明らかにし、さらにプライベート出産の安全性と女性の出産方法の選択権の保障にむけた、医療者によるプライベート出産希望者への対応のあり方を論議する(市川2017c)。

第1節 妊婦健診の受診状況と妊娠出産経過

第2章で示したとおり、インタビュー協力者の妊婦健診の受診状況は、1度も受診しない未受診から定期的な受診まで多様である(p36、表2-3)。

1 未受診例

未受診例は9件(16.4%)で、これは、インタビュー協力者の中で最も早い時期に出産したA氏の第2子～第5子と、F氏の第2子～第4子、そしてH氏の第4子、J氏の第3子である。

A氏が受診しなかった理由は、妊娠中から母児の健康状態を自己管理しようとしたことであり、H氏とJ氏も同じ理由による。

その一方で、F氏には医療を回避したい理由があった。F氏は第1子を帝王切開で出産しており、その際に、十分なインフォームドコンセントを得られず、納得のいかないまま帝王切開を受けた自己への反省とともに医療不信があった。そして、2度目以降の出産には経膈分娩を望むものの、帝王切開の既往があればどこの病院にかかっても希望を受け入れてもらえないと知り、ならばプライベート出産の選択しかないが、病院に行っても出産方

法を交渉するにはストレスがかかるので、受診しないことを夫と2人で決めた。結果的に、第2子から第4子まで異常なく出産している。なお、第3子第4子とも40代の高齢出産であった。

2 1～2回程度の受診例

全くの未受診ではなく、1～2回程度受診した事例は16件(29.1%)と最も多い。妊娠初期に、妊娠の確定と予定日を知るためなどの目的で受診し、その後受診しなかったのは、E氏、H氏の第1子と第2子、J氏の第2子、K氏、Q氏、R氏、U氏、BB氏である。そして初期の妊娠確定診断後、後期に血液検査を受けるために再度受診したのはO氏、後期に出産時の緊急事態に備え、プライベート出産の意向を伝えるために1回だけ受診したのがZ氏である。A氏は第1子妊娠の際、ラマーズ法の勉強も兼ね助産所で2回ほど受診している。海外で出産したB氏とD氏は、海外に渡るため日本で1回受診し、D氏は現地の人に促され現地でも1回受診している。

この中で、出産に異常があったのはE氏の第3子である。44歳の高齢で第3子をプライベート出産したE氏は、助産所の出産を希望したが、通える範囲に助産所はなく、病院出産を希望しなかったためプライベート出産しか選択肢がないと考え、自分の体がプライベート出産に臨める状態か診てもらおうと病院を受診した。居住地では通える範囲に病院が2か所あり、帝王切開が多いという評判の病院を避け、他方の病院を受診した。ところが、正直に問診票に診察の意図を記載したため、診察を拒否され受付で帰されたという。その後、他県の診療所でプライベート出産の意向を伝え、診察を受けたところ、問題ないと言われプライベート出産に臨んだが、出血多量であった。ホメオパシーを学んでいたE氏は、自己判断でホメオパシーを摂取し止血した。専門家の立会いの必要性を、「そういうこともあるのでね、できたら助産師さんとか助産院とか、見守っていただける中で、信頼がある中で産めるのがいいなと私は思いますよね」と話していた。

なお、H氏も同様に、第1子の初診の際、病院でプライベート出産の意向を伝えたところ診察を拒否されたという。妊娠の診断のために、他県の病院を1回受診している。

3 不定期的な受診例

不定期に受診した事例は13件(23.6%)である。

第1子から第4子までプライベート出産したH氏は、第2子出産後に転居している。第3子を妊娠し、未受診を把握した地域の保健師に受診を促された。通える範囲にある病院の医師が自然出産に理解があることを知って受診し、プライベート出産の意向も伝えたところ、「良いんじゃない。何かあったらうちで診ます」と言われたという。腹部の緊満を指摘され、安静にするよう指示されていたが、自己判断で従わず、妊娠9か月で早産に至っている。未熟児で生まれた子どもは自宅で保育した。

C氏も、第1子をプライベート出産した後に転居し、第2子を妊娠した。通える範囲内で自然出産に理解のある医師がいることを知り受診し、正直にプライベート出産の意向を

伝えたところ理解を得られ、健診に応じてもらえた。第2子第3子ともに、逆子（骨盤位）と前置胎盤ではないことの確認と、血液検査を受ける目的で時々通った。

L氏の第3子、第4子とP氏の第1子～第3子まで、およびAA氏が受診した病院は同じ病院であり、皆不定期に健診に通っている。L氏は第3子の際、またP氏は第1子と第2子の際、健診を受けながらも病院に意向を伝えずにプライベート出産に臨んでいた。その結果、P氏は、第1子の出産後11時間経っても胎盤が出ず、役場に相談している。保健師から病院受診を勧められたが拒んだため、助産師の資格を持つ保健師が自宅を訪問し、胎盤を娩出させた。第2子のプライベート出産は正常産であった。その後第3子を妊娠したP氏は、健診時に医師から産み場所を問われた。プライベート出産の意向を伝えたところ、医師から「出産における危険性や合併症と、緊急時の受診は可能であるが、状態によっては手遅れになったり、対応できない場合は他院に搬送されることも考えられる」旨、文書と口頭で説明を受けた上で、「自宅出産は自身の都合によるもので、一切の責任は家族がおい病院には迷惑をかけない」という文面の誓約書を提示され、好意的な対応と受け取りサインした。そして、第3子の出産後も胎盤が出ず、病院に行って処置を受けた。その後、L氏の第4子とAA氏もプライベート出産の意向を伝え、同じ誓約書にサインしている。

I氏は、「里帰り出産します」と偽って3回ほど受診している。3回目は、逆子でないことを確認する目的の受診であったという。S氏も、第1子第2子ともに3回程度受診している。第1子の際には、正直にプライベート出産の意向を伝えたところ問題なく受け入れられた。しかし、転居後第2子の妊娠でかかった病院では、医師が怒って「うちでは診れない、考え直しなさい」と言われ、最後に行ったときは「エコーで胎児をみたかったのに検査もしてもらえなかった」という。

J氏は、第1子を妊娠し、出産場所を選択するため病産院、助産所を含め10か所以上受診した。結果的に自宅出産を決め、引き受けてくれる開業助産師を探したが、自宅で産めなくなる不安要素ばかり出してきた。どこも安心できる対応をししてくれず、医療に対する信頼を失いプライベート出産を選択した。

4 定期的な受診例

定期的に通った事例は10件（18.2%）である。

第2子第3子は不定期にしか受診しなかったC氏は、第1子の時は定期的を受診している。受診目的は、第2子第3子と同じく、逆子と前置胎盤でないことの確認と血液検査であった。

G氏とL氏の第2子は定期的に健診に通いながら、分娩の進行が早く自宅で生まれてしまったことにする計画を企てていた。そしてM氏は、第1子の際には、病院に開業助産師の立会いで自宅出産すると偽り、第2子第3子は里帰り出産すると偽って受診していた。

T氏は、プライベート出産するにも健診は受けたい希望を持っており、まず分娩を扱っていない近医を受診して相談したところ、「うちでは何もできません」と紹介状を持たされた。出産時、万が一の場合は大きな病院に搬送されるのだから、最初から妊婦健診も病院で受け

ように考え、病院を受診し正直に話したところ、医師は「すべての責任はあなたにあるのですよ」と受けてくれたという。

第4子をプライベート出産したY氏は、第3子まで出産した病院に通い、後期になってプライベート出産の意向を伝えたが、医師、看護師などから「ダメ」「危ない」と制止された。

逆子をわかった上で第2子をプライベート出産したW氏も、定期的を受診していた。プライベート出産を決定したのは妊娠10か月になってからである。出産は、児の身体が出てから頭が出るまでに時間がかかり、生まれて直ぐには泣かず、最初に泣いたのは2時間経ってからだったという。新生児仮死が疑われる。

このW氏の第3子は、妊娠5か月で前期破水となった。緊急入院し、胎児の心拍は確認できるが妊娠の継続は望めず、感染により母体の危険も疑われるので子宮内容掻爬術が適応になると診断される。しかし納得できずに希望退院し、他院に移る。転院先でも同じ診断であったが、手術を拒み指示通りの通院のもと自宅療養した。この妊娠は継続し異常なく出産できた。プライベート出産の意向は後期になって伝えたところ、受け入れられた。

5 トラブルなどで受診が途絶えた事例

E氏やH氏のように診察を拒否されたわけではないが、医療者にプライベート出産の意向を伝えたところ、不快な対応をされ、その後受診が途絶えたあるいは減った事例も5件(9.1%)ある。

CC氏は病院でプライベート出産の希望を伝えたところ、医師から、2つの病院に緊急時の対応をしてくれるか妊婦自身で確認をとるよう言われ、CC氏が電話で確認をとったところ断られる。その結果について、その医師から「当然ですよ。プロに言わせれば、それはとんでもないことです」と言われる。CC氏の実母は「何かあったときほどお願いしたいかなと(思って相談したのですが)」と言っていた。これは妊娠9か月のことで、その後、1回だけ受診し出産した。

X氏も、妊娠7か月時に、医師に自宅出産の希望(まだプライベート出産の決心はついていないが、助産師不在地域で助産師の立会いは望めない)を伝えたところ、「ここでは診れないので他院に行くように」と、紹介状を持たされた。他院を受診し、さらに助産所でも相談したが否定的な対応をされ、返って医療不信が強くなり、プライベート出産を決める要因となったという。医療不信に陥り受診が遠のいていたところ、保健師が状況を把握して病院との間を取り持ち、10か月に逆子でないことの確認のため、1回受診できている。

V氏は、パートナーと内縁関係であり、医師から「複雑な家庭環境にあるものは異常になることが多い」と言われ、不快になり、その後受診していなかったが、X氏同様に、保健師が状況を把握して病院との間を取り持ち、後期に保健師の同行により受診している。

その他、助産所の出産を希望していたN氏は、血液検査に異常が見られ、助産所の出産を望めなくなった。病院出産を希望しないN氏はプライベート出産の選択しかないと思い、プライベート出産を決めた。出産方法を決めてからは、逆子でないことを確認するため受診し

たのみである。

DD氏は、妊娠6か月まで受診していたが、血液検査で貧血を指摘され、貧血薬を処方されてから受診をやめたという。

第2節 妊婦健診の受診状況からみたプライベート出産体験者による医療への期待

厚生労働省の勧める妊婦健診の受診回数¹⁾は概ね14回であるが、インタビュー協力者の妊婦健診の受診状況は、未受診例から定期的に受診している事例まで多様である。

プライベート出産体験者らが受診しない理由は、妊娠中は医療にかかり出産だけ医療に頼らないでしようというのではなく、「妊娠中から母児の健康状態を自己管理しよう」というものと、「医療不信により医療を避けたい」ための2通りである。

逆に受診する理由は、妊娠を確認し予定日を知る、前置胎盤や逆子ではない・血液検査に異常がないなど自然出産が可能か判断する、あるいは個人的なリスクへの心配に関して診断してもらうなど「明確な診断目的をもって受診する」、「妊娠経過に異常がないか確認する」、「緊急時の対応を望む」、「プライベート出産を行う意向を伝える」などのため、また一般の妊婦と同様に「決まり事として定期的に通う」である。特に、妊娠前からプライベート出産をしようと考えている場合は、受診目的が明確であり、受診回数にも計画性がある。

そして、プライベート出産の意向を正直に「医療者に伝える」場合と、「伝えないで医療者にわからないように企てている」場合があるが、定期的な受診や不規則な受診の中にも後者がみられる。正直に伝えた場合、医療者の対応によって、その後の受診状況が変わる。正直に伝えた妊婦に対する医療者の態度は、診察を拒否したり、とんでもない危険なこととして、怒ったり制止しようとするなど「理解を示さない」場合と、理解を示し「受診に応じ出産時の緊急事態にも対応しようとする」、あるいは「受診に応じ出産時の異常事態へも対応するが誓約書を提示する」などである。

さかのは、プライベート出産を行おうとする人への医療者の対応について、このように言っている。

産科学は、主として産科的異常の生理とその対処法を集成したものです。(略) (医療者は) 無介助のお産にたいして次のように感じざるをえないはずです。——医療者の目の届かないところでしろうとが勝手なことをするのはとても放任できない、と。

加えて医療者は、責任を問われることにたいへん敏感です。無介助のお産を軽々しく容認して、もしものことがあったら責任を問われかねない。(略) したがって医療者は、無介助のお産に対してGOサインを出したりは決してしないはずです。(さかの2010:202-203)

医療者が理解を示さない、あるいは誓約書を提示するのはこういった理由からだと考えられる。

では、プライベート出産体験者たちの多くが、頻度の違いがあるとはいえ受診し、医療と何らかの接点を持ちながらプライベート出産に臨んでいるのはなぜだろうか。医療と接点を持ちながらも意向を伝えないのは、プライベート出産を行おうとしていることに医療者の理解が得られないと考えているからであろう。ではなぜ正直に伝えるのかといえば、プライベート出産にGOサインを出してほしいからというよりは、自分が選択する出産方法の意思表示であり、妊娠経過中の異常の発見や、CC氏の実母が言うように出産の異常時には医療の対応を期待するからである。逆に意向を伝えない妊婦には医療不信が強いと考えられる。

なお、鈴木（2016）らの調査では、医療機関と保健師が、無介助分娩希望者に妊婦健診受診の説得を試みている。本調査では、医療機関で診察を拒否されるとか、不快な対応をされるなどプライベート出産に理解を示されず、受診が遠のいたケースはあるが、医療機関から受診を説得されたケースはない。しかし、未受診を把握した保健師に促されて受診した H 氏、そして V 氏、X 氏のように、医療機関で不本意な対応をされ受診が遠のいたところ、保健師が状況を把握し、彼女らの思いを傾聴して医療機関との間を取り持ち、受診を促すとか、出産時に緊急事態が起こった場合には受診できるよう調整したケースはある。医療側や保健師による妊婦健診の受診や施設分娩の説得には、V 氏、X 氏を担当した保健師のように、本人の意思を尊重しながらも、安全性の観点から最低限の受診を勧める姿勢が必要であると考ええる。

第3節 異常出産の事例からみたプライベート出産の危険性の原因と望ましい医療対策

インタビュー協力者による 55 件のプライベート出産の経過は、母体死亡 0 件、死産²⁾ 0 件、正常出産 50 件であった。異常があったケースは、E 氏第 3 子の高齢出産の出血多量、H 氏第 3 子の妊娠 9 か月の早産、P 氏の第 1 子と第 3 子の胎盤遺残、W 氏第 2 子の逆子による新生児仮死の 5 件であった（p36、表 2-3）。

これら 5 件の出産の異常は、妊婦健診の受診状況とどのような関係があるだろうか。なお、出産の異常で病院を受診したのは、P 氏第 3 子の出産のみである。

第 3 子をプライベート出産した E 氏は、44 歳という年齢にリスクを感じ、当初プライベート出産を希望せず、助産所の出産を希望していた。しかし、居住地には助産所が不在で開業助産師のサポートを望めず、病院では診察拒否にあっている。妊娠経過を継続的に診てもらおうことなく出産し、出血多量となった。E 氏は、地域に開業助産師が不在でなかったら、プライベート出産を選択しなかった可能性がある。そして、診察を拒否されず、妊婦健診を継続的に受け必要な検査や治療を受けることができているならば、異常出血を起こすことはな

かった可能性がある。

第3子の妊娠で不定期に受診していたH氏は、お腹の張り（早産の危険性）を指摘され、安静の指示を受けていた（妊娠週数不明）が、安静を守らず、妊娠9か月で早産となっている。H氏は第1子の初診（他院）で診察拒否にあっており、医療不信があった。第3子の健診は、自らの意思ではなく保健師に促されて受診しており、医療者との消極的な関りに問題があったと考えられる。第1子の際に診察を拒否されず、医療不信がなかったら、安静の指示に従って早産にならなかった可能性がある。

W氏は定期的に受診し、逆子のリスクを知った上でプライベート出産に臨んでいる。リスクを回避し、医療機関で専門家の介助のもとに出産していれば、新生児仮死にはならなかった可能性がある。

P氏の第1子は、出産後11時間経過しても胎盤が出ず、助産師の資格をもつ保健師が訪問し胎盤の娩出にあたっている。P氏は、不定期に病院に通いながらも、プライベート出産の意向を伝えていなかった。この胎盤遺残には、出産の経過の機序や胎盤の娩出方法に関する専門的な知識不足の影響が考えられる。

以上4件の出産時に異常が起こった事例の妊婦健診の受診状況から、プライベート出産の危険性を考察したところ、浮き彫りになった問題点には、受診頻度より、「開業助産師の不在という居住地の出産環境」、「医療機関によるプライベート出産希望者への診察拒否」、「プライベート出産希望者による医療との消極的な関り」、「リスクを伴う出産でもプライベート出産を選択すること」「専門的知識の不足」の5点が挙げられた。

他方、第1子のお産時胎盤遺残となったP氏は、第3子の健診の際に、医師から産み場所を問われた。正直にプライベート出産の意向を伝えたところ、お産時の異常事態の対応に関する説明を受け、誓約書を提示され同意の上サインしている。医師からお産時の異常として「胎盤が出ない」ことの説明も受けており、お産後異常を感じたP氏は、病院を受診し、スムーズに処置を受けることができた。第1子の経過を知り、安全面に危機感をもつ医師の、異常時にはできる限りの医療を提供するための思索であったと考えられる。この誓約書の提示による説明と同意が、本人の意思を尊重した上での安全を優先した、最善の対策だったといえるのではないかと考える。

第4節 女性の出産の選択権とプライベート出産の安全性を保障する医療とは

第3章と第4章において、プライベート出産の選択には、自然出産を望んでも助産所の不在により開業助産師の立会いを望めないことが一因となっていることが明らかとなり、本章では、助産所のお産を希望していたE氏が、希望する出産の選択ができず、また医療機関から診察を拒否され受診の機会を奪われ、その結果、異常出血を起こしていたことが明らかとなった。近年の医療化したお産環境により、自然出産を望む女性がプライベート出産を選択せざるを得ない事態となり、異常出産を招いたとも考えられる。

なお、出産に異常はなかったものの、第1子を帝王切開で出産したF氏は、第2子から第4子まで未受診でプライベート出産を行っている。病院に行けば帝王切開を勧められるので、それを回避しようとしたためである。N氏も血液検査の異常値により、助産所の出産を望めなくなりプライベート出産を行っている。出産の医療化によって、リスクのある妊婦が、逆に医療から遠ざかって出産するという状況も明らかとなった。

院内助産システムで自然出産をすすめる産科医の飯田は、自然分娩と医療との接点について、「(現代自然分娩は) 医療を否定するのではなく、医療の活躍の場を異常産分野に特化し、正常産を可能な限り自然分娩として完遂させることにある」(飯田 2012 : 228) と述べている。本調査でも、インタビュー協力者らは、医療には異常時の対応を望んでいたことが明らかとなっている。産科医療は、医療管理を最優先するのではなく、このような目的で施されることが、自然出産を望む妊産婦に対する安全対策に繋がると考えられる。

P氏は、医師から「一切の責任は家族がおい病院には迷惑をかけない」という文言の誓約書を提示されている。これは一見医師が責任逃れをしているように受け取られるかもしれない。しかし、P氏にとっては、産み方の選択を否定されることなく、医師に意向を聞いてもらえたことが信頼につながっており、結果的に、病院側は異常時に必要な医療を提供し、安全に繋がる最善の対処ができた。なお、この医師はP氏の第3子以降に出産した、L氏の第4子とAA氏の妊婦健診の際、同じ誓約書を提示しており、彼女らも同意のもとにプライベート出産に臨んでいる。彼女らはこの医師を「理解のある先生」と評している。

以上のように、プライベート出産体験者の医療との接点と、その結果としての出産経過から、最良の安全対策ともなる望ましい医療を考察すると、医療者は、「プライベート出産」に対する理解を持つ必要があり、P氏の事例のように、産む側と医療者の妊婦健診時の関わりなどによる、継続的な「コミュニケーションによる相互理解」によって、「出産経過の異常時には必要な医療が施される出産環境が構築されること」ではないだろうか。これは、鈴木ら(2016)の無介助分娩希望者には「施設分娩への説得が必要」とする主張や、岡本(2017)による「接触回避」の対応案と異なり、出産する当時者の出産方法の選択権を尊重しつつも、安全な出産を実現するための提案である。

プライベート出産を行う人たちが現れている背景には、「生理的パラダイム」の出産観をもつ女性の、出産方法の選択が保障されない出産環境がある。本調査では、死産となったプライベート出産体験者の聴き取りを行うことができず、医療との接点やどのような経過で死産に至ったかを明らかにすることはできなかったが、今後プライベート出産に臨む人たちの出産の異常発生や、なにより死産や母体死亡を防ぐためにも、こういった策が講じられることが必要であると考えられる。

小括

プライベート出産を行う人たちの、妊婦健診の受診状況は、未受診から定期的に通うケースまで多様であった。本調査による出産の異常事例からは、出産の異常発生には、妊婦健診の受診頻度よりも、医療者側とプライベート出産を希望する妊婦間の、相互理解の不足が関係していると考えられた。

女性の産み方の選択権と、かつ安全な出産を保障しようとするならば、産む側は自らの出産への責任として、安産に向けた自己の健康管理と出産についての知識の習得に努め、妊婦健診を通して医療者と積極的に関り、産み方の希望を伝えておくこと、そして、医療側には、異常時には最大限の医療を提供できる環境づくりの構築が必要であるとする。

<注>

1) 厚生労働省, 妊婦健診Q&A

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken13/dl/02.pdf> (2017年1月18日取得)

2) 「死産」とは、妊娠12週以降の死児の出産をいうが、本論で問題にする「死産」は、「周産期死亡(妊娠22週以後の死産+生後1週間未満の早期新生児死亡)」である。厚生労働省人口動態統計「周産期」(厚生労働省2017f)によれば、周産期死亡率は調査が始められた昭和54年の21.6から、周産期医療の発展とともに減少を続け、平成28年は3.6となっている。なお、周産期死亡率と分娩立ち会い者間の相関関係の分析は、橋本(1972)による調査以降報告されていない。

3) 厚生労働省「医療施設調査」, 2015, 「上巻 第81表 病院数(重複計上); 実施件数, 手術等・一般病院(再掲)・開設者別」による病院の帝王切開数と、「上巻 第124表 一般診療所数(重複計上); 実施件数, 手術等・病床の有無・開設者別」による診療所の帝王切開数の総数を、全出生数で割った値

http://www.estat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_&tstatCode=000001030908&requestSender=dsearch (2017年7月28日取得)

第6章 プライベート出産体験の心理的効果からみた

出産環境への課題

吉村（2001：10-12）は、何を良い出産とみるかは地域や時代と直結しており、妊産婦がどのような出産方法を選択するかは、その女性やカップルがからだをどのようなものとみなし、お産をどのようにとらえ、その結果、どのようにお産することが、自分や生まれてくる子の心身に負担がなく、安全で納得できるとみなすのか、という宇宙観や身体観などと同じ根底をなす文化によって決められるといい、同様に、佐々木（2016：153）も、女性に備わった産み出す力の営みである出産は、生理的には普遍であっても、文化的社会的要因によって変化し、女性の身体観や出産観の変化に伴い「出産」そのものの意味も変化するという。

その上で、吉村（2001：10-12）は、大多数の女性が病産院で出産する近年の日本の出産文化は、医療が最優先され、産科医の介助に強い安心感を抱いていることがわかるという。現代における無痛分娩の増加は、近年の出産文化の表れである。だがその一方で、プライベート出産体験者らは、安心感のために医師・助産師といった助産の専門家の立会いを求めておらず、彼女らの出産文化は、近年の日本の出産文化と対極をなす。

インタビュー協力者によるほとんどのプライベート出産は、夫（子どもの父親）の理解と協力によって夫の立会いのもとに行われているが、本人より子どもの父親の方が先にプライベート出産の情報を得、プライベート出産の選択に積極的に関与したケースも少なくない。インタビュー調査において、子どもの父親の半数以上（17名）が自主的にインタビューに同席されたことから、プライベート出産に対する子どもの父親の積極的関与の様子が伺える。

では実際に、医療の対極にあるプライベート出産は、どのような出産体験となっているのか、彼女らの文化はどのような宇宙観や身体観に根ざす文化なのか、そして、プライベート出産体験はどのような意味を持つのか、また夫など家族にどのような影響を及ぼしているのか。本章では、語りの中から、実際に行われたプライベート出産の詳細に関する語りについて、当事者のみならず夫の語りも紹介し、心理的効果を中心にこれらの点を明らかにし、改めて現代の出産環境の課題について考察する。

第1節 インタビュー協力者による出産体験の語り

インタビュー協力者らの行ったプライベート出産は、実際にどのように行われ、当事者、あるいは、夫など立会い者はどのような体験をし、その体験にはどのような意味があったのか。第3章と第4章でプライベート出産を選択した動機を紹介した事例や、第5章で妊娠・出産に異常が起こったケースとして紹介した事例など、これまでに紹介済の事例を中心に、

8例の語りを示す。

事例 R氏

R氏は、第1子の病院出産で受けた医療介入には納得がいかず、第2子は助産所でお産した。助産所では医療介入のないお産はできたものの、介助者の指示に従うことで本来の力が出し切れていないもの足りなさが残っていた。そこで、姿勢やいきみ方など誰の指図も受けない自律的なお産を望み、第3子にはプライベートお産を選択し、お風呂場で水中お産した。お産時の姿勢は自然と決まり、特にいきむことなく子どもが生まれた。このことについて次のように話す。

「やっぱりお任せ、人任せじゃなくってというか。でも自分の意思で（身体を）動かすんじゃないくて、ただこの生まれてこようとしているものに任すというか、この感覚を味わいたかったんだよなって。やっぱりこうだったっていう確信というか満足感はありませんね」

このように、R氏は子どもの生まれる力に身を任せたプライベートお産の体験を通して、お産は子どもが主役であることを体感し、これが本来のお産のありようだと納得し、大きな満足感を得た。

完全な玄米菜食ではないものの、湧き水の出る地で養鶏業を営み、自給自足を目指し、無農薬の野菜を作り、洗剤も使わない、そしてよく動く生活を長年実践していたR氏は、自信をもってプライベートお産に臨んでおり、プライベートお産を選択した背景にある生き方について、このように語っている。

「“生きるとは” っていうことを突き詰めるというか、そういう生き方を実践っていうか、あらゆる場面で。お産だけにかかわらず、地球の中の人間の生き方、在り方みたいなやつを生活全般で意識してれば、お産も必ずそこにどうしても行き着く」

R氏は、食を中心に自然と向き合い、「生きる」ということを意識したライフスタイルをとる中で獲得した宇宙観（地球の中の人間の生き方）から、プライベートお産にたどり着いている。このようなライフスタイルで、日常的に身体作りを行っていることから、自分で産めるという自信を持っていた。そして、産まされることなく、子どもの生まれる力に身を任せたお産体験に、これが本来のお産のありようだと納得した。

だが、お産について学ぶ場がなかったことで、第1子は自然お産を望みながらも病院お産を選択し、不本意にも産まされてしまう経験をするなど、納得し満足のいくお産を実際に体験するまで紆余曲折あったことから、これからお産する多くの女性には、医療にお任せのお産ではなく、主体的にお産に臨んで欲しいと願い、「助産院っていうか、（略）お産の家みたいな。自分で産むもんなんだっていうことを教えてくれる場所」が必要だと語っていた。

事例 P氏

R氏同様に、自給自足を実践しているP氏も、自然に即した暮らしをベースに第1子から第3子までプライベート出産を行っている。このようなライフスタイルのP氏は、「妊娠は病気じゃない」「病気じゃないから（基本的に）病院にかかる必要はない」という出産観を持ち、

「体的にも、私は20歳ぐらいからお肉を食べてないんですよ。(略) いろんな本を読んだら、肉を食べてる人は体の肉が固くて出づらいけど、菜食の人はお肉がやわらかくて出産しやすいとかそういうようなことを読んだりとかして、何か気持ち的にはすごく楽で(した)」

と、これまでの菜食生活から、自分で産めると、身体に自信を持っていた。そして、病院での出産は選択の余地がなかったことを、このように話す。

「本を読んでも、もう病院で産むほうが恐怖に思えてくるというか、不健康に思えてきてしまって、で、家で産んだほうが産後に関してもすごく安心感もあるし、(略) もう全くもって不安はなかったんです」

ところがP氏は、第1子と第3子のプライベート出産の際、子どもはスムーズに生まれたものの胎盤が出ず、医療者による処置を受けている。不定期ながらも妊婦健診を受診し、特に第3子の際には病院でスムーズに処置を受けることができおり、プライベート出産を選択する人の中では、医療を批判する声も聞こえるが、プライベート出産の選択は、医療との対立ではないと強調している。

さらにP氏は、現代の女性たちは、病院に頼りすぎて自分で産もうとする力が失われており、結果的に普通の陣痛を起こさない、促進剤に頼るお産になっているのではと考えており、R氏同様に地域に助産所が必要だと、次のように訴えていた。

「昔はもちろんお産婆さんがいて家で産んでるっていう、ああいう生活にみんな戻れたら絶対的にいいと思うし、(略) (現代では) 自宅分娩で助産師さんが来てくれるっていう方法もありますよね。で、来てくれないエリア、来てくれる人がいないエリアだったんですよ。(略) (このエリアは産み場所の) 選択肢がない。まず、病院か家で産む(プライベート出産) かどっちかだみたいな選択肢しか。ぜひ私的には、赤ちゃんを産める助産院が1個でも多く各地にできてほしいっていうのは、本当に願ってます」

P氏は、第1子の出産後胎盤が出なかったときは、病院ではなく地域の保健センターに相談している。偶然にも助産師の資格を持つ保健師が在籍していたため、その保健師による家庭訪問で胎盤を出してもらうことができたが、地域で身近な相談やサポートを受けること

のできる開業助産師のいないことに疑問を感じたようだ。出産場所や出産方法の選択肢がない環境にも不自由を感じているP氏は、産婆が自宅で出産に立会っていた時代の出産環境を理想とし、助産所が必要と開業助産師の活動を求めているようであった。

事例 C氏

第1子から第3子までプライベート出産したC氏は、第1子のプライベート出産を決めるまでに3~4ヶ月かかったという。その間何が不安要素になっているのか、なぜ迷うのかということについて、毎日夫婦で話し合った。もちろんそれは、「死」へのリスクをおうことによる不安であるが、話し合いの結果、まず逆子の場合はプライベート出産をやめようという結論に達し、①へその緒が巻いていた時、②出血が多い時、③胎盤が出ない時の3点について対処方法がわからないことが、不安要素となっていることがわかったという。偶然にも、出産の1週間前に、ある開業助産師（以下助産師aとする）との出会いがあり、この3点について質問することができ、安心して出産に臨むことができた。夫との話し合いの中で死への向き合ったときの心情については、このように話している。

「やっぱり最終的には死ぬかもしれないって、そういうこともあるけど、それでもこれを選択したいっていう気持ちがあるよね（ママ）。（略）、私が死んでも、赤ちゃんが死んじゃっても、全部自分たちで決めたっていう納得とかはあったよね」

このように、C氏は、万が一自分か子どものどちらかが死に至っても、自分たち夫婦で選択し、決定したことが重要と考え出産に臨んだ。

ところが第1子のプライベート出産は40時間におよんだ。最後は疲労して上体を起こすことさえもできない状態で出産に至った様子を、このように語っている。

「（最初は）陣痛がきたときに、わざとそこにぶら下がってみるとか、わざとしゃがんでみる、わざとスクワットしてみるとか、もうめっちゃアクティブにやってって」

「もうここにこうやってもたれてるだけだった、最後は。ほんでもうあとはもう本当、いきみも、さあいきんでとかじゃなくて、もう勝手に体がいきんで〇〇〇（子どもの名前）が押してきて、もう本当に、ああ、いきみってこうやって勝手に体から出るもんなんだって。会陰も切れなかったし、本当にゆっくり産まれましたよ」

C氏は、頑張っって早く産もうと、最初はアクティブ・バースに関する本などで得た知識をいろいろ試していたが、最後はいきむ力もなくなっていた。だがそのことで、いきみは自分の意図で行うものではないことを体感し、出産とは自分が産むものではなく、子どもが生まれ来るものだとして理解した。そして、ゆっくり生まれたことで、会陰に傷がでなかったことも強調していた。

なお、C氏の出産は破水から始まったが、対処方法がわからず、助産師aに電話で問い合

わせたという。助産師 a の声に励まされ安心した C 氏は、助産師 a を「こころの助産師」といい、プライベート出産には助産師 a の存在が心の支えになったと話していた。だが助産師 a は、プライベート出産希望者との関わりや、遠方の自宅出産を引き受けていたことが、助産師会で問題にされ、その後、プライベート出産希望者の相談に応じることはなくなり、また、自宅出産を扱う範囲も縮小したと、本人から聞いているという。

その後転居し、第 2 子、第 3 子もプライベート出産を行った C 氏は、第 3 子の出産は、陣痛が始まってからも上の子ども達に本の読み聞かせをすとか、とげが刺さったので抜いてほしいと要求され応じるなど、余裕のある出産となっている。

「本読みながらとか、とげ抜きながらでも、そうやって迎えられる陣痛でありお産ってというのが、もう本当暮らしの中であって、私本当にこれがしたいと思ってたって思ったの」

施設で出産すると、上の子どもたちは日常生活から切り離されるが、それに対して、自宅で家族だけの中で行ったプライベート出産は、自身にとっても子どもたちにとっても日常生活の一コマであった。もともとこういった暮らしの中にある出産を望んでいた自分を発見し、それが実現したことへの喜びを表出していた。

事例 O 氏

O 氏は、第 1 子の出産から自宅出産を希望していたが、出産介助を引き受けてくれる助産師が地域にいないことを知り、プライベート出産の選択を考えた。しかし夫の理解と協力を得られず、第 1 子、第 2 子ともに助産所で出産した。新しいパートナーができて第 3 子を妊娠し、パートナーの積極的な同意のもとプライベート出産に臨んだ。パートナーと共に臨んだこの出産が、とても至福な体験であったことについて、このように語っている。

「(出産している際は) すごい守られてる感があって、その何か、ああ、もう、何か全部に守られていて大丈夫なんだって、産みながらも何かもう涙が出てくる感じですよ。ありがたすぎて」

「自分の人生の中で一番気持ちいい体験というか (略)。産んでるだけじゃなくって、自分が生まれたときのことも全部含めて、何かその何か温かさみたいなのを、きっと全部つながりを感じられるから。(略)、もしその経験を多くの人がきっとできたら、もっと命を大切にしたりとかっていうことに、どんどんつながっていくと思うんですよ。

(略)、ほかの人がこれを選択して、もしこうやって思う人が増えたとしたら、何かもっと平和的な何か社会にきつとなってくるっていうか、になってくるっていうのは、すごい感じますよね」

しかし、このように至福な体験をした一方で、O 氏は妊娠中、定期的に妊婦健診を受診し

ていなかったことから、居住地の担当保健師より「虐待予備群」のような扱いで電話訪問や家庭訪問を受け、出産した当日も、役場職員も連行の上「赤ちゃんを見せろ」と、強引な家庭訪問があったという。パートナーは、出産当日の母親は安静が必要であるし、特に新生児は抵抗力が弱いと、外来者との面会を避けたい希望を伝えたが、彼らは応じてくれず、押し問答になった。憤慨したO氏は、生き方の選択として、プライベート出産を選択したことについて、このように話している。

「もうこの世界の中で一番ベストな安全な方法を選んで産んでるのがプライベート出産なわけじゃん、私たちにとっては。そこがもう相手との価値観、役所との価値観がさ(違っていた)」。

「(自分たちは)自分の生き方の選択の一つとして、子どもと向き合った、ちゃんと自分の自然の、流れに沿ったお産を」

「病院に行くことが子どもを守る人もいれば、病院に行かない選択が子どもを守るといふ、私たちみたいな人間もいる」

無介助分娩希望者に保健師が施設分娩への説得を行っている地域もあるが、O氏に対する保健師など行政の対応は、施設分娩への説得ではなかったものの、注意を要する妊婦としてみていた様子が伺える。こういった保健師の対応から、病院など医療機関の医療者のみならず、保健福祉に関わる行政も、出産を医学パラダイムの出産観で捉えて、一方的な考えで対応しようとしていたことがわかる。前章で、プライベート出産の安全性を保障するために、医療者とプライベート出産を希望する妊婦の相互理解の重要性を明らかにしたが、医療のみならず母子保健に関わる行政側との相互理解も重要と考えられる。

事例 N氏

助産所で生まれた姉が障害者となったため、母親が医療の管理下でない出産は危険という考えを持つようになり、自身は大学病院で生まれたN氏は、自分の力で生まれることができなかつたことがトラウマ(バーストラウマ)になっており、自然出産したいと思う(生理的パラダイムの出産観を持つ)ようになったという。そこで、第1子を助産所で出産し、第2子も助産所で出産予定であった。ところが血液検査で異常が見つかり、助産所では出産を引き受けてもらうことができなくなり、病院出産は望まないためプライベート出産を選択している。人生の選択としてプライベート出産を決めたときの思いをこのように語っている。

「これかなえる(トラウマの解消につながる出産ができる)べくして、この子が不規則抗体にしてくれた(プライベート出産を選択する方向に導いてくれた)んだなって思ってる。(略)不安とか何かっていうの全くなくなって、ぶれることは一切なかったんですよ、出産まで。だから、全然、恐怖とかもなかった」

出産体験に関する聴き取りを行っている中、母親の出産体験（自身の生まれかた）に遡ることがしばしばある。出産方法の選択には、母親がどのような出産をしたのか、その出産体験に影響を受ける。母親の出産の影響を受けてプライベート出産を選択したことも、N氏のひとつの生き方である。

そして、お風呂で水中出産した体験そのものに関しては、このように語っている。

「こんな楽なんだなって思ったんですね、自分で産むってことが。（略）やっぱ1人で集中できて本当よかったと。誰かいないほうが私はよかったっていうか、野生の動物はそうやって産んでるじゃないですか。だから、もうそれが自然の摂理というか、1人で産むっていうか集中して、すごい楽でしたよね」

「1人目のときは人が取ってくれた出産だけれども、2人目は自分で取るじゃないですか、そりゃ。自分しかいないから。だから、何か本当に産んだ実感っていうか、出てきたのも自分でさわったし、すべてが自分なので産んだっていう実感がもうまるで違かったっていう。私が産んだんだなって」

「四つんばいだとこんなに楽。どんだけ痛みが違うんだって思いましたね」

N氏は夫が頭痛のため休んでいる間に一人で出産した。誰に邪魔されたり気を遣ったりすることなく一人で産んだこの出産は、何より楽で、助産師による取り上げの出産とも比較し、産んだ実感を伴う最高の出産であったという。

N氏はバーストラウマが解消したのみならず、母親も姉の出産以降病院で産まなければ危険と考えていた認識が変わってきているようだという。

事例 E氏

E氏も、N氏同様に、母親の出産がプライベート出産の選択に影響していたようだ。E氏は、帝王切開で生まれ、人工乳で育てられた自分と母親の母子関係に疑問を持っていた。不自然な出産・哺育が原因で、愛着形成が不十分であったのではないかと考えていたのである。生理的パラダイムの出産観を持つようになった根底には、このような思いがあった。

「ずっと母と私の関係性について、すごいそこが知りたくて知りたくて仕方がなくて、（略）ずっと母と娘の関係、私と母との関係っていうのはずっとすごくテーマであって。で、（略）、それが知りたくてっていうところからずっとこういうお産になってるような気がするんですね。母との母子関係から」

そんな思いから、第1子には助産所出産を選択した。65時間におよんだ出産は、「いいお産をする」と意気込んで完璧主義になりすぎて、リラックスできていなかったと振り返る。第2子、第3子はプライベート出産しているが、第3子出産を通して、出産とは自分が産む

ものではなく、子どもが生まれてくるものだとわかり、かつ、出産は母子の愛着形成に関係することを確信し、自分の母との関係との不自然さの理由がわかったという。第3子の出産体験をこのように語る。

「長女も次女も、本当に自分が産もう、産もうってすごくしてたんですね。私が産むんだ、産まなくちゃ、産もう産もうとしてたので。でもだんだんと、赤ちゃんは自分で自然に生まれてくるんだっていうことがすごく体感的にわかってきて。(略) 私は一切もう何もしないって、邪魔をしないって決めたんですね」

「途中からかな。声が聞こえてきたんですね。(略) ママって言ったかな。お母さんだったかな。何もなくていいよっていう声が聞こえてきたんですね。何も、産もうとしなくてもいいって。(略) 任せてみたいな感じで。で、聞こえてきて、呼吸とかのことも指示してくれるような感じなんですね」

「母と私との関係が、相いれないものがすごく、今でもそれはあるんです。(略) (でも) 子どもたちは、もう本当に私からも無償の愛が、子育てしながらも、もう止めようもなく溢れてくるんです。もうかわいくてかわいくてしょうがない」

母子関係が人生のキーワードであったE氏は、出産時に胎児の声を聞く体験によって、自分と娘の愛着形成過程を体感した。逆に、母親との関係は、やはり、不自然な出産によって愛着形成が上手くなされなかったことが影響していると確信したようだ。

事例 F氏夫婦

第1子を帝王切開で出産し、第2子から第4子までプライベート出産したF氏のプライベート出産選択の動機は、医療不信が第一であったが、それ以外にも、帝王切開で生まれた第1子は出生体験がトラウマとなっているのではないか、そのトラウマを解消するために、自然出産を体験する必要があるのではと考え、夫婦で第2子の出産にはプライベート出産を選択したという。その点について、F氏の夫はこのように語っている。

「夜泣きがすごくて、1歳くらいかな。2時とか3時。一番夜が深い時間帯になったら突然ぎゃーって泣くんですよ。それ(『あなたにもできる自然出産』、『ウパシクマ』)読んで、夜泣き、こんだけ泣いてるのは、帝王切開のトラウマなんじゃないかなっていうふうに気がついたんですよ」

「ゆっくり寝てて、さあいつ出ようかって自分が楽しみにしてるときに、突然切り裂かれたショックみたいなのがその夜泣きになったんかなとか思って」

「今度はちゃんとしたお産を一緒に体験したら、そのトラウマ解消されるんちゃうやろうかっていう。自分がきちんと生まれたかったっていうのを体験させてあげるとか。(略) 思って、(夫婦で)力を合わせてここで一緒に産もうって。で、もう病院には行かないっていうふうに決めたんですよ」

「それで無事に（第2子出産の）次の日から夜泣きがなくなったんです」

このように、実際に、プライベート出産した翌日から毎晩続いた第1子の夜泣きが無くなり、F氏夫婦は納得した。

しかし、帝王切開後のプライベート出産の選択には危険が伴う。それでも「死と向き合い」プライベート出産を選択したことについて、夫はこのように考えていた。

「(子どもは) 授かりもんやし、普段からちゃんと愛し合ってたら大丈夫やっていう確信みたいなんがあって。そこで2人がいがみ合ったりしたらよくない結果になるかもしれないけど、そうじゃなくって、もう力を合わせて、生まれてきてねっていう気持ちがあつたら絶対大丈夫やと思う」

F氏の夫が言うとおりに、第1子が出産のトラウマを抱えていたのか、それを検証することは不可能であろう。しかしながら、第1子出産時のF氏の苦痛をF氏の夫は共有し、その後、夫妻は同じ思いで育児にあたり、同じ考えのもとにプライベート出産を選択している様子が伺える。夫の「普段から愛し合っていたら大丈夫」という言葉にあるように、F氏がプライベート出産に臨んだ背景には、夫の支え=家族愛があった。プライベート出産には、夫婦の信頼関係が重要である。

事例 一夫二妻のW氏とZ氏

一夫二妻のW氏とZ氏は、夫の立会いのもとに、互いの子どもを取り上げている。W氏がZ氏に取り上げてもらった出産は、第2子と第3子であり、第2子は逆子であった。Z氏がW氏に取り上げてもらったのは、第2子である。W氏の第2子の逆子の出産は、W氏とZ氏が一夫二妻の家族形態になって初めての出産である。その後、Z氏の第2子、W氏の第3子の順に出産している。なお、Z氏の第1子は、この夫の子どもである。

W氏は、第2子の妊娠前に一度双子を自然流産している。この流産した妊娠の際に自宅出産を希望して開業助産師を探したが、居住地には立会ってもらえる助産師が不在であることがわかっており、第2子は妊娠初期からZ氏の取り上げを希望していた。

逆子でもプライベート出産すると決めるまでには、夫婦3人で毎日のように話し合いが行われていた。どのような思いや考えで、最終的にプライベート出産に決めたか、また、どのように死に向き合ったのかについて、W氏はこのように話している。

「(第1子の出産は) 全然やっぱ無知で知らないから、じゃあ、そんなに危ないんだつたら促進剤お願いしますって言ったけど。でも、やっぱその無知が結局は(略)、病院に丸投げやったんやなって」

「流産、私はしてたから、(略) やっぱ命って私がどうこうもできなかったの。この子はやっぱり私のおなかに入りたかった子やと。(略) この子が本当に生きるんだつた

ら、どんな出産だろうが生きるだろう。で、本当に死ぬ命やったら、病院でも死ぬものは死ぬやと。そのときに、私はやっぱ病院で産んで死んだときにすごい後悔すると思っ

つて」

このように、第1子の出産時は、出産について勉強することなく、自分で産むという意識もないまま出産した。満足な出産ができなかった反省から、第2子出産は、自分の力で産みたいと思うようになっていた。そして後の流産の経験から、生まれてくる子のいのちは、産み方や産み場所で決まるものではなく、子ども自身の生命力によるものだろうと考えるに至っている。その考えは3人で何度も話し合った結果の共通の考えであり、最終的には、夫が「万が一何があっても誰のせいにもしない。全責任を自分がとる」と腹を括ったことがGOサインとなった。

取り上げたZ氏は、3人共通の認識で子どもの生命力に委ねることができたので、「特に怖くはなかった」といい、取り上げた体験は「動かされた」感覚だったという。なお、この逆子出産は、子どもの身体が出てから頭が出るまでに5分以上の時間を要し、結果的に生まれて直ぐには泣かなかった。仮死状態で生まれたと考えられるが、最後まで動じなかったようだ。

そして、Z氏は、自身のプライベート出産体験については、第一声に「〇〇〇〇(夫の名)さんのお父さんと同じ誕生日なんですよ」と、義父の誕生日に生まれたことを強調していた。

では、一夫二妻という家族形態の主である夫は、どのように出産に向き合い、3度のプライベート出産を行った結果、どのような人生観をもつようになったのだろうか。夫の語りを紹介する。

「(感じたことの)1つはやっぱお産って命がけなはずなんだと。(略)、家族の命を本当に責任を取るっていう、本気で責任を取りに行くっていうのがお産だなと」

「今の医療現場の出産、依存が前提になってる気がするんですよ。(略)依存が前提で出産になってるから、親もずっとそのあと保育園に依存して、学校に依存して、社会に依存して、子どももずっと依存をして、結局自分に自信持てない社会構造になってる。ただ、そこを脱却するすごいチャンスだったなと、自然出産って」

「出産と生き方っていうのはあれ、すごいつながってる。人に人生決めてもらいますだと、本当に病院の言いなりになって、結局ずーっと何か、誰かのせいにして終わるんだろうなと。(略)幼虫がさなぎになってチョウチョになるみたいに、それぐらい本当に人生観が変わる、引っ繰り返る機会をいただいたよね」

「3回自宅出産、成功できてみて、僕はすごく感じているのは、結局本当に命って、ずーっと脈々とつながっている、一番大事なものだなあと。(略)人、家族、やっぱ両親やご先祖様に対しての感謝っていう、何か質が変わったよね」

「女性は現場で命を懸けて、命を産み落とすということは役割でしょうけど、男は逆に、社会から家族、女性、命を守るっていうことが、逆に男のすばらしさなんだろうなってい

う役割を感じたので。逆に僕は男として生まれてよかったなと思いました」

一夫二妻という、特殊な夫婦形態になるまでに、W氏とZ氏は2人とも第1子を出産し、納得のいかない医療介入による出産を行っており、自然出産したい希望を共有していた。一夫二妻という夫婦関係で、妻同士で子どもを取り上げあう選択は、開業助産師が不在という地域の出産環境が誘引となっている。そして、逆子というリスクがあってもプライベート出産に臨むことを決めるには、3人で何度も話し合い、その結果、「子どもの生命力は人の手に及ばない」「無知は無責任なお産につながる」「自分たちで勉強して主体的に産む」「病院で出産して死んだら後悔する」ことを共通認識とし、最終的に夫が「自分が全責任をとる」と腹を括り出産に臨んだ。逆子の出産は仮死産であったが、その後の出産も、迷うことなく妻同士お互いに介助し合うプライベート出産を行っている。

この夫婦のインタビューには夫が最も積極的に応じた。プライベート出産で、家族のいのちを病院にお任せしないで自分で責任を取る（何があっても誰のせいにもしない）覚悟を決める経験をし、そのことで、生き方そのものが「依存」から「自律」へと大きく変容し、さらに、つながるいのちへの感謝の質が変わり、家族の中で男（夫）の役割が明確になったという。

この家族は、プライベート出産を通してお互いの信頼関係がさらに深まっており、この3人ならではの家族関係が構築されているようだ。

第2節 プライベート出産によって得た体験

以上のように、プライベート出産を行うことによって得た体験は、子どもが生まれる力を体感した身体的体験と、幸福感を得るあるいは母子の愛着、バーストラウマの解消などの心理的体験、そして、死に向き合うなどライフスタイルとしての意味づけの体験、医療、福祉の関係者らとの関係性に関する体験、夫の積極的関与による夫婦あるいは家族関係の強化、夫の男性の役割獲得、望ましい出産環境への示唆など多岐にわたる。そこで、それぞれの体験内容からプライベート出産体験の特徴を考察する。

1 生理的機能が発揮される満足な出産体験

さかの(2010:198)は、ふつうの病院でお産した感想を「良かった」と表現する人は少なくないが、その「良かった」は比較の対象を欠いているという。では、実際にプライベート出産した彼女らはどのような満足感を得たのだろうか。

(1) 子どもの生まれる力を体感した出産体験

R氏、C氏、E氏は、プライベート出産をとおして子どもの生まれる力を体感できたことに満足感を得ていた。彼女らの選択した出産方法は、R氏とE氏は水中出産であり、C氏の

場合は、疲れて横になっているうちに自然のいきみが起こり、子どもが下がり出てくるのを感じ取った体験である。その他に水中出産した BB 氏も「次の波（陣痛）で頭がでるのがわかった」といい、海中で出産した DD 氏は、「力がふわっと抜けた瞬間に、頭がぼんって出てきて」、自分はいきむことなく「彼が自分から、回って出てきてくれた」という。水中ではなく部屋で四つん這いで出産した V 氏も、「自然な流れで体に耳を澄ませ子どもがどういうふうに出てくるかを感じながら出産した」と言っている。彼女らの共通点は、自分の力で能動的・主体的に産んだ（産めた）ことに喜びを見出しているのではなく、子どもの生まれくる力に身を任せ、それを感じとることができたことへの喜びの表出である。N 氏は「自分で産んだ実感」への喜びを表出しているが、これは、誰の介助もなく一人で出産し自分で児を受け取ったことによる。N 氏自身は、子どもが生まれくるのを感じたと語ってはいないが、自分で児を受け取るためには、子どもが生まれ来るのを感じ取ることは不可欠であり、彼女も同様の体感を経験していると考えられる。

他方、医療の管理下にある現代の一般的な出産は、例えば R 氏が第 1 子のお産時、同意を求められることなくお腹を圧され、会陰切開をされたように、医師主導のお産であり、このような出産には、産んだという実感が無い。その上に、創部の痛みによる身体的苦痛と「押しだされた」ことへの心理的苦痛を伴い、この子が（自分の力で）生まれたという実感は伴わない。その R 氏は、第 2 子を助産所で出産し、呼吸法やいきみ方を誘導され「やりきった感が無い」出産体験となっていたが、その理由は、助産師の立会いによる助産所あるいは自宅出産も、医療的介入はないものの助産師の考えや介助法が優先されるためと考えられる。

筆者は、お産に対する肯定的感情や満足感を豊かな出産として評価する、出産体験尺度（The Childbirth Experience Scale : 以下、CBE-scale）（竹原他 2007）を使用し、豊かな出産体験をもたらす要因を調べた結果、豊かな出産には出産時の姿勢が影響しており、自由な姿勢で臨む出産では、産婦自身が身体の奥の感覚、すなわち胎児の生まれる力を感じとることができ、お産は母と子の共同作業と実感し、それを成し遂げたときに深い幸福感を味わうことができることを明らかにした（市川、鎌田 2009）。プライベート出産体験者の満足感と同様の結果である。さらに、出産体験には立会った助産師が影響している。立ち会った助産師によって、リラックスできた出産であったかどうかには差がみられ、リラックスできた助産師の立会いによる出産は自由な姿勢で臨んだ頻度が多く、会陰切開を受けた頻度は少なかった（表 6-1、図 6-1）。

プライベート出産は、リラックスできるプライベートな環境（場所や立会い者）を選択して臨んだ出産であり、その結果、自由な姿勢で子どもの生まれる力を感じながら出産できたことへの満足が得られた体験である。逆に言えば、女性にとって満足の得られる豊かな出産とは、子どもの生まれる力を感じながら産む出産である。プライベート出産体験者たちの語りからも、女性が心身の生理的メカニズムが発揮され満足のいく出産を体験するためには、専門家であるかないかにかかわらず、立会い者の選択が重要であると言えるであろう。

表6-1 各出産要因によるCBE合計得点差とCBE因子得点差の検定結果

要因	df	CBE合計得点		
		検定 [#]		得点差
分娩体位				
フリースタイルか否か	171	3.75	***	フリースタイル>非フリースタイル
体位間（座位 四つんばい 側臥位 仰臥位）	3,142	6.86	***	座位 < 四つんばい***；座位 < 側臥位*
会陰裂傷				
会陰縫合の有無	171	0.31		
会陰切開の有無	171	1.92		
助産師（A～E）	4,141	4.54	**	助産師A>D*；助産師A>E***
リラックスできたか否か	159	7.28	***	はい>？（わからない）・いいえ

N=173 *p<.05, **p<.01, ***p<.001

体位間と助産師要因については分散分析結果(F値), それ以外の要因についてはt検定結果 (t値) を示す

出典：市川・鎌田（2009）

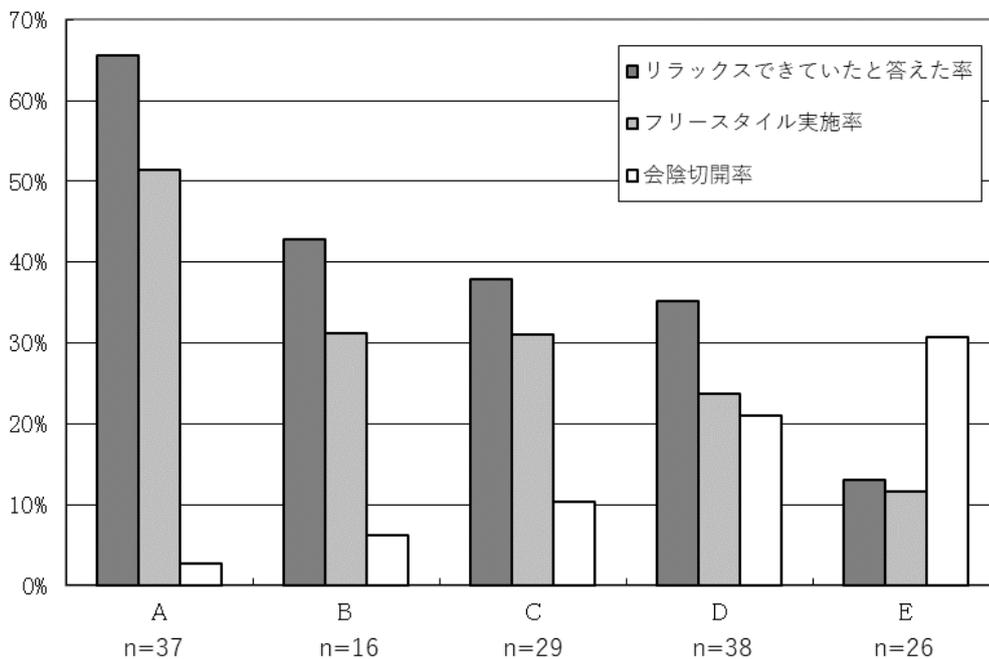


図6-1 助産師（A-E）の分娩介助とリラックスの比較

出典：市川・鎌田（2009）

(2) 至高体験

O氏は、プライベート出産は人生の中で一番気持ちがよい体験であり、温かく守られ、つながるいのちの尊さを感じる体験となったといい、E氏は、出産途中に子ども（胎児）の声を聞き、その声に誘導されて出産し、子どもには無償の愛が湧き、可愛くてしかたがないという。そしてZ氏は、子どもと義父の誕生日が同じことに喜びを表出し、このZ氏の夫は、脈々とつながるいのちのつながりを実感し、両親やご先祖様に対する感謝の質が変わったという。

WHOは、1985年、出産ケアを「医学」モデルだけではなく、「社会」モデルと補い合い、最高のものにするを目的として、「出産における適切な医療技術のためのWHOコンセンサス会議」をひらき、望ましい出産の科学技術について勧告している（ワグナー 2002：363-365）（資料1）。この社会モデルとは、出産を生物社会的プロセスとして捉え、出産は精神のおよび霊的な要素と一体となった生物学的な事象であり、本来女性的、直感的、性的、霊的なものであるという見方である（ワグナー 2002：153-208）。

産科医のミシェル・オダンは、「宗教的本能、つまり時間と空間を越えて、何か普遍的なものに属していると感じる世界観は、脳の最も古い構造、つまり、プライマル・ブレインの働きによるもので、それは普遍的で、どの文化にも存在する」（オダン 2000：90-94）と言う。そして、宗教的感覚が頂点に達する状況のなかに、「出産」を挙げ、その最も極端なものが「神秘的靈感による体験」（オダン 2000：90-94）であり、「こういった体験から、人は宇宙の統一性と自身がその中にいること、平和や大きな愛を感じます」（オダン 2000：90-94）と述べ、出産体験における霊性の重要性を指摘している。

自己超越して意識が変容する最高に至福な体験を「至高体験（peak-experience）」と名づけたマズロー（マズロー 2006）（上田 2003）は、「悟りや啓示や洞察といった偉大な神秘的経験や宗教経験を体験しやすいような仕方で子どもを産むのが一番よい」（マズロー 2006：207）と、心理学の立場で出産時の至高体験の重要性を指摘している。O氏やE氏の出産体験は、オダンのいう霊的体験であり、O氏の体験はマズローの至高体験と考えられる。マズローは、さらに男性も、子どもの誕生から至高体験を得る方法、すなわち、物事の見方を変え、違った世界に生き、認識を変え、以後永久に幸福な生活を送る方向に向かって、何らかの行動を起こすことを、学ぶことができるという（マズロー 2006：208）が、例えば、妻たちの出産に立会い、家族や親族への感謝の質が変わったというZ氏・W氏の夫も、プライベート出産を通して至高体験の機会を得たと言えるのではないだろうか。

筆者は、至高体験と同時に、女性たちが家族や親族とのいのちのつながりを感じる偶然の一致に意味を見出していることを重視したい（市川 2010b、2014a）。それは、例えば「家族・親族間での誕生日の一致」、「家族親族間での誕生時刻の一致」、「家族親族間での出生体重の一致」や、「親族の死や弔う日（命日など）と誕生の時期の一致」、「誕生日時の出産に立会う者の都合との一致」「子どもや死にゆく人の予言」「胎児や死者からのメッセージ」など多様である。この中で、Z氏の体験は「家族・親族間での誕生日の一致」であり、E氏の体験は「胎児からのメッセージ」である。Z氏が、第2子出産体験として義父と誕生日が

同じであることを、まず強調したように、体験者らは、わが子の誕生を家族や親族とのいのちのつながりの中からとらえ、いのちの尊厳を見出している。Z氏の夫が、家族や先祖とのつながりを見出し、感謝の質が変わったというのは、至高体験のみならず、偶然にも子どもの誕生日が父親の誕生日と同じであったことにより、いのちのつながりを強く感じたことも影響しているのかもしれない。

至高体験はプライベート出産ではなくとも体験できるが、プライマル・ブレインの働きには、プライバシーが守られリラックスできる環境が必要である。そういった意味では、至高体験は、家族だけのプライベートな環境で出産するプライベート出産で体験しやすいのかもしれない。また、家族や親族間で誕生日時が一致する等の偶然の一致体験も、出生日時を人為的に操作されない自然出産(予定の帝王切開や計画分娩は出生日時が人為的に操作される)において体験することに意味がある。それは、偶然におこった体験を通して、生まれた子どもと家族や親族とのいのちのつながりを強く感じ、つながるいのちに意味を見出すことで、いのちを授かったことへの喜びと、感謝が強まるからである。こういったことから、プライベート出産は、心理的体験の効果として、豊かな出産をもたらしやすいことも重要である。

2 バーストラウマの解消につながる出産体験

バーストラウマとは、出生時のトラウマ(出生外傷)のことをいう(グロフ 1994)。医療技術の介入の程度が大きく、母親の不安レベルの高い出産はバーストラウマの原因になるといわれている(バーニー、ウェイントラブ 2007: 112-113)。

第1子を帝王切開で出産したF氏夫妻は、帝王切開で生まれた子どもの夜泣きの原因を探り、これはバーストラウマではないかと気づいた。そのトラウマを解消するには、第2子を経膈分娩する必要があるのではないかと考えたことが、プライベート出産に臨んだ一因となっている。そして、医療の管理下で生まれたN氏は、自然の力で生まれなかったことがトラウマになっており、自然出産したい思い(生理的パラダイムの出産への希望)を持っていたことが、プライベート出産選択の一因となっていた。

バーストラウマは、後の慢性疾患や情緒不安定の引き金になり、子どもの人生に重大な影響を及ぼす可能性があるなど、出生体験と子どもの自滅的な態度や暴力に関連がある(バーニー、ウェイントラブ 2007: 117-120)とされている。

F氏夫婦は、第1子の夜泣きは、第2子のプライベート出産当日以降無くなったことから、夜泣きの原因は、やはりバーストラウマだったのではないかと、また第2子の出産方法の選択は間違いなかったと考えており、N氏も誰の介助もなく一人で出産し満足な出産体験をしたことから、自身の出生に関するトラウマは緩和されたようである。

さて、F氏夫婦とN氏は、両者とも、リスクを伴う出産である(F氏は帝王切開の既往、N氏は血液の異常)がゆえに、医療機関では希望する出産を望めず、プライベート出産を選択している。出産の医療化が進む現代において、今後、バーストラウマに気づく人たちは、どのような出産方法を選択するのだろうか。出産の安全を主張する医療側は、こういった事

態が起こっている現状を知る必要があるのではないだろうか。

3 家族の絆形成につながる出産体験

さかの (2010: 212) は、「プライベート出産したひとは、女性としての誇りをもつようになり、家族は強いきずなでむすばれるようになる」「出産後の夫婦生活にはたいへん重要な意味を持つ」という。例えば、E氏は出産体験が母子の愛着形成につながったことを強調している。また、C氏、F氏やW氏・Z氏は、プライベート出産の選択にあたり、万が一の場合も想定して夫と十分な話し合いを重ねた上に出産に臨んでおり、F氏やW氏・Z氏の夫の語りからも、プライベート出産が親子関係や夫婦関係など家族関係に影響する様子が伺える。そこで、インタビュー内容から、プライベート出産における母子の愛着や、家族の絆形成について考察する。

(1) プライベート出産の母子関係への影響

クラウス (2006) やオダン (2000) は、母親のわが子に対する絆形成過程には、ヒト特有の「感受期」(“human maternal sensitive period”) が存在するという。出産時における母子関係の形成過程として、この感受期を重視する市川、鎌田 (2010a) は、フリースタイル出産と会陰切開の回避が母乳哺育の継続的效果に影響することを明らかにし、その結果から、出産と母乳分泌の生理的メカニズムを基に、自然出産によって母子相互作用の促進される機序を明らかにした。その機序は以下のとおりである。

出産の正常な生理的機能には、オキシトシン、エンドルフィンの分泌促進と、アドレナリンの分泌抑制といったホルモン作用が関係する (ロバートソン 2007) (オダン 2000) (Odent 2003)。そして、アドレナリンの分泌が抑制されるような安心できる出産の環境では、オキシトシンの作用によって子宮収縮が促進される。さらに、自由な姿勢をとることで出産はスムーズに進行し、赤ちゃんの産道通過によってオキシトシンの分泌はより促され、同時にエンドルフィンの作用も加わることで快感情も伴い、母子の出会いは愛情に満ちた恍惚な体験となる。オキシトシンは「愛のホルモン」と呼ばれ、「人を大事にする、いたわる」という、ケア行動を引き起こされる効果があり、膣、陰核、子宮口、乳頭が刺激を受けた結果放出されると、その効果が大きい。とくに、出産時には、会陰の伸展がオキシトシンの放出を誘発する (ロバートソン 2007)。逆に、会陰切開は会陰拡張を妨げ、オキシトシンの放出を抑制する。また、オキシトシンの分泌は、母親の皮膚温を高めるので、出生直後の赤ちゃんを抱くことは赤ちゃんの保温効果につながり、さらに赤ちゃんの乳頭吸啜によって促進され、母乳分泌効果につながる (UNICEF/WHO 2008)。オダン (2000、2003) によれば、エンドルフィンには、習慣性や依存性があり、世話をやいたり、優しい行動を起こすホルモンで、愛着過程において基本となり、プロラクチンの分泌も促すという。母親の愛着の感受期は、分娩中に母親や赤ちゃんが出したホルモンが残っている誕生後最初の1時間であり、特に、エンドルフィンレベルが高いことが重要であるという。オキシトシンとエンドルフィンの分泌が促進される出産は、愛情と幸福感に満ち、こういった母子の出会いに

よって母親の愛着が形成され、その後の母子の関わりを円滑にするし、母乳分泌につながり、そして、さらに、プロラクチンの作用で、母親の母性も育まれ、母乳哺育の継続的効果につながる。

E氏は、自分と母親との母子関係に疑問をもち、自然出産を望み、第2子、第3子は地域の出産環境の影響もありプライベート出産を選択した。出産体験をとおして母子相互作用が促進されることを体感したE氏にとって、プライベート出産は、母親との母子関係への疑問の解決につながるなど、人生に大きな意味を持つ体験となっていた。なお、E氏は3子とも母乳で哺育している。

本調査によるインタビューでは、母乳哺育の詳細や育児不安などに関する聴き取りは行っていないが、プライベート出産した子については皆母乳哺育を行っており、また、育児不安を訴える母親はおらず、母子関係に問題をもつ事例はなかった。彼女らは、以上のような生理的メカニズムによって、母子の絆形成がなされたと考えられる。

(2) 夫婦の絆形成につながるプライベート出産

インタビュー協力者の夫のうち、妊娠中に離別したD氏とCC氏以外の27名の夫のうち、一度もプライベート出産に立会っていないのは、体調不良で休んでいる間に出産となったN氏の夫のみであり、皆、積極的に出産に関わっている。

一般的な医療者の介助による出産での夫立会いと、プライベート出産の立会いには、出産にかかわる役割に大きな差異があることは言うまでもない。医療者の介助による出産での夫立会いは、妻のそばに付き添い、出産の経過を見届け、子どもが生まれる様子を見学する程度であり、出産への参加として、子どもの父親としての主体的役割の多くは望めない。だが、プライベート出産は、妊娠中から夫婦間で相談の上、選択して行う出産であり、父親は子どもの取り上げのみならず、出産の準備や異常時の対応など、予め自分の役割を認識し出産に臨んでいる。C氏夫婦は、プライベート出産を決めるまでに、数ヶ月毎日話し合っており、F氏の夫の語りからは、出産方法の選択には、過去の出産のみならず、上の子の情緒的な発達もふまえ、夫婦で話し合っていた様子が明らかとなった。そして、W氏Z氏の夫のように、万が一の責任は自分がとる覚悟で臨む父親は少なくない。夫の心の準備は、当事者と同等、もしくはそれ以上の場合もあると考えられる。

プライベート出産の決定には、夫のプライベート出産への理解が不可欠である。上記事例の中で、パートナーが変わってからプライベート出産したのは、R氏、O氏、W氏である。そして、万が一を想定したいのちの向き合い方について、F氏の夫が「夫婦が愛し合っていれば大丈夫」と言っているように、夫婦の信頼関係が重要である。プライベート出産は、互いを信頼し、自分たちの責任のもとに臨み、出産(子どもの誕生)を共有することによって、さらに信頼関係が強化され、夫婦、家族の絆は強くなっていくのではないかと考えられる。W氏・Z氏の夫は、プライベート出産は自律した生き方につながり、さらにつながるいのちへの感謝の質が変わり、家族の中で男(夫)の役割が明確になったという。プライベート出産は、女性の最も自律した出産であると同時に、家族の自律を促す出産であるとも言えよう。

4 ライフスタイルとしての出産体験

インタビュー協力者たちは、ライフスタイルとして食に拘りを持ち、R氏やP氏のように自然と共存する暮らしを求め田舎に移住し自給自足している人、あるいは都心の暮らしであっても、玄米菜食や雑穀食など、自然食摂取を実践している人が多くを占め、現代の若者に見られるような、日常的にコンビニ弁当を食している人はいない。

自然食を摂取している人たちがプライベート出産を選択することに対して、さかの(2010:217-218)は、できるだけ自然なかたちで栽培された農作物を食する生活を始めると、食品以外にも、からだにとって不自然のものが身の回りにたくさんあることに注意が向き、自分の身体は自分で管理しようとするなど、おのずから自然な生活のスタイルを志向するようになる。そういう女性が妊娠したら、当然、お産も自然な形でと希望する。自然な生活の延長として、主体的にお産することができたらと望み、自宅出産を、さらにプライベート出産を希望するのは自然の成り行きだろうという。

R氏も、P氏も、そういった暮らしを実践していたことから、体力に自信をもち自然出産を望み、医療者によるサポートの無い出産に対する不安はなかった。他のインタビュー協力者たちの、万が一を想定した死への向き合い方の語り内容は、さまざまであるが、こういったライフスタイルによって自分で産める自信をもち、プライベート出産に臨んでいたと考えられる。

食に加えて、家族の職業には、農業・林業、アーティストなどが多く、プライベート出産は、自然と共存し、R氏のいう「地球の中の人間の生き方、あり方を生活全般で意識する」ライフスタイルの延長にある出産である。

第3節 プライベート出産体験の特徴と体験者の望む出産環境

1 プライベート出産体験の心理的効果と生理的パラダムの出産を選択する意味

以上のように、彼女らの出産体験の満足感は、身体感覚として、子どもが自分の力で生まれてくるのを体感することや、温かく守られているような至福を感じる気持ちいい体験(至高体験)、いのちのつながりを実感する偶然の一致体験によって得られている。

佐藤ら(2008)によれば、出産の満足度は、総合周産期母子医療センター、特定機能病院、公立総合病院、開業産科施設、助産所を比較したところ助産所が有意に高く、出産の満足度は産後の女性の不安や抑うつを抑制する。また、竹原ら(2009)は、経膈分娩をした人を対象に作成された出産体験尺度(CBE-scale)を使用し、豊かな出産体験がその後の女性の育児に及ぼす心理的な影響を調べた結果、豊かな出産体験は、母親自身の役割の受容に対する否定感や、児に対する攻撃衝動性を抑制することを明らかにしている。また、松岡(2005:28)は、医療介入が多いことは、産後の身体の不快感に大きく関わっており、産後の身体の不快感はマタニティブルーにも産後うつにも関連している。正常な出産が増えることが、マタニティブルーや産後うつ病を減らすことにつながるという。インタビュ

一協力者らは、プライベート出産後、精神状態が不安定になったものはない。こういった出産体験の心理的効果の側面からも、プライベート出産体験による子どもとの愛着形成の実感や、バーストラウマの解消につながった点は重要である。

また、彼女らがプライベート出産をするために準備した出産環境は、単に病産院あるいは助産所などを避け、医師、助産師の立会いを回避したことにとどまっていない。彼女らは、日常から食をとおして、健康を自己管理し、夫(その他出産に立会う家族含む)と二人三脚、とことん話し合い、精神的にもベストな状態で臨める環境を、自らつくり上げて出産に臨んでいた。そして、出産の満足感は、本人のみが得るものではなく夫も共有している。プライベート出産体験の意味は、出産した本人のみならず、家族全体がエンパワーメントすることにあるのではないだろうか。

2 プライベート出産体験者の望む出産環境

プライベート出産で満足な体験をした人たちの声に耳を傾けていると、彼女らが求める出産環境は、地域に助産所が存在することである。例えば R 氏は、助産所での出産に納得できず、プライベート出産に臨み満足のいく出産ができた。にもかかわらず、その体験を通して地域に助産所が必要だという。これは、矛盾しているようであるが、プライベート出産を行いながらも助産所を必要だという R 氏や P 氏の考えはこうである。まず、地域に助産所がなければ、自然出産の選択に困難が生じる。そして、病院の出産しか選択肢のない現代の女性たちは、生理的パラダイムの出産を学ぶ場がなく、継承されることもない。したがって、出産は、自分で産むものだという認識が薄れてきているのが問題なのだと。自分たちが豊かな出産を体験したからこそ、彼女らはこのことに危機感を持っている。

また、助産所があれば、妊娠出産に関して気になることを身近に相談できる。P 氏は、第 1 子の出産で胎盤が出なかったが、病院には行かず保健師に相談した。開業助産師がいれば、助産師に相談できたであろう。E 氏も、第 3 子は高齢出産のため、助産所での出産を希望したが選択できずにプライベート出産し、多量出血した。「こういうこともあるのでやはり助産所は必要だ」と、専門家のサポートの必要性を語っていた。C 氏は、相談できる助産師との出会いがあったから、プライベート出産を乗り越えられたことを強調し、その助産師を「こころの助産師」というが、女性たちは、このような心の支えになってもらえる助産師の存在を求めているのである。

小括

本章では、インタビュー協力者たちは、プライベート出産をとおしてどのような体験をし、その体験にはどのような意味があったのか。心理的効果を中心に考察した。

プライベート出産体験は、女性にとっては生理的機能が発揮される満足な出産体験となっている。そして同時に、プライベート出産は、いのちへの責任を医療者に課すことなく夫婦で向き合い、夫婦の協働作業で臨む出産であるため、夫婦・家族の自律を促す効果をもたらしている。プライベート出産を成す意味は、女性の出産の満足を得るものであるのみならず、夫婦で責任をもってわが子の誕生を迎えることにより、家族全体がエンパワーされることにもあるのではないだろうか。前章で示したように、プライベート出産の選択が医療者に理解され、一方的な制止ではなく安全な出産を目指して対応されることが望まれる。

第3章、第4章で、プライベート出産選択の動機として、生理的パラダイムの出産観をもつ女性たちが、開業助産師に立会いを引き受けてもらえないことがプライベート出産の選択に影響していることが明らかとなっている。本章では、インタビュー協力者たちは、プライベート出産によって心身ともに満たされる出産ができたことを大きく評価している。そのような体験から、彼女らは助産所を不要とするのではなく、生理的パラダイムの出産の選択が保障され、かつ継承されるためには地域に助産所が必要だと考えていることが明らかとなった。

資料1 出産における適切な医療技術のためのWHOコンセンサス会議 出典:ワーグナー 2002

《全般的な勧告》

1	保健省庁は、商業市場と医療サービスへの医療技術の投入に関して、明確な方針を確立しなければならない。
2	各国は、出産ケアの医療技術を評価するために、共同調査を実施できる可能性を高めなければならない。
3	個々の女性が好むタイプの出産ケアを選べるよう、地域社会全体が出産ケアにおけるさまざまな方法について知らされるべきである。
4	女性同士のサポートグループは、出産に関しては特に、社会的なサポートと知識の伝達のためのメカニズムとして人間の本質的な営みといえる価値をもつものである。
5	非公式の周産期ケアシステム（伝統的助産者含む）が存在するところでは、それらは母親の利益のために正規の出産ケアシステムと共存し、互いに協力関係を維持しなければならない。一方のシステムが他方に優るという考え方をせずに、両者が平行して確立されるならば、このような関係には高い効果が期待できる。
6	出産ケアに携わる人たちの教育においては、出産ケアのもつ社会的、文化的、人類学および倫理的な側面の理解の向上を目指すべきである。
7	専門家としての助産婦および出産助産者の訓練が奨励されるべきである。正常に経過している妊婦、出産および産後ケアがこれらの職業の職務となるべきである。
8	医療技術の評価は、複数の専門分野にまたがって、その技術を用いるあらゆる種類の提供者や、疫学者、社会学者、保健当局などが関わるべきである。医療技術が用いられる対象となる女性たちは、評価の実施や結果の普及のみならず、評価の計画から関わるべきである。評価の結果は、調査が行われた地域社会を含め、調査に関わったすべての人たちに還元されるべきである。
9	病院で行われている産科業務に関する情報（帝王切開率など）は、病院でサービスを受ける一般市民に対して知らされるべきである。
10	母親となった女性の心理的な健康を保障するために、出産時に彼女が希望する親族と自由に面会できることだけでなく、出産後も簡単に面会できなければならない。
11	母子の状態が許す限り、健康な新生児は母親と一緒にいるべきである。いかなるプロセスも、健康な新生児を母親から離す理由にはならない。
12	母親が分娩室を出る前であっても、すぐに母乳育児の開始を奨励すべきである。
13	世界でも周産期死亡率が最も低い国々では、帝王切開率は10%以下である。いかなる地域においても、10~15%を超える帝王切開が行われることは明らかに正当化されない。
14	子宮下部横切開による帝王切開の経験者は次も帝王切開が必要である、という考えに根拠はない。帝王切開経験者にも、救急の外部設備が利用できる場所では、通常は経陰分娩を勧めるべきである。
15	分娩中にルーチンで分娩監視装置を使用することが、妊娠の転帰により影響を与えるという根拠はない。分娩監視装置は、注意深く選ばれた医学的ケース（高い周産期死亡率に関わるような）と、誘発分娩に対してのみ使用されるべきである。分娩監視装置とそれを用いる適格な人材を利用できる国では、分娩監視装置の使用によって恩恵を得ると思われる特定の女性を選びだすために調査を実施すべきである。その結果が判明するまでは、国営の医療機関は、分娩監視装置の新たな購入を控えるべきである。
16	剃毛と分娩前の浣腸の適応はない。
17	女性は陣通時あるいは分娩時に碎石位をとらせるべきではない。女性は陣通時に歩行するよう勧められるべきであり、分娩時にどのような体位をとるかはその女性の女性が自由に選択すべきである。
18	会陰切開を決まて行うことは正当化されない。これに代わる方法で会陰を守ることについて、評価・採用していくべきである。
19	分娩は便利さのために誘発されてはならず、分娩誘発は特定の医学的適応にのみ用いられるべきである。いかなる地域においても、分娩誘発の割合が10%を超えてはならない。
20	分娩中に鎮痛剤や麻酔剤をルーチンに投与することは、分娩時の合併症の解決あるいは予防のために特に必要でなければ、これを避けるべきである。
21	通常、破水は分娩のかなり遅い段階まで必要ではない。早朝に人工的な破膜をルーチンとして行うことは、科学的に正当化されていない。

《勧告の実施について》

1	各国政府は、保健省庁において、適切な医療技術の評価を促進・調整する部門・部署を明確にしなければならない。
2	医療財源の供給機関は、医療技術の乱用を抑えるため、財政的な規制を行うべきである。
3	医療技術に対して批判的な姿勢を持ち、出産ケアの情緒的・心理的・社会的な側面を尊重する姿勢をもった産科ケア施設を特定すべきである。このような施設は奨励されるべきであり、また、これらの施設がそうなるに至った過程を調べることで、他の施設に対して同様の姿勢を促し、全体の産科の見解に対して影響を与えるモデルとしなければならない。
4	出産ケアで用いられる医療技術の評価結果は、医療専門家が行動を改め、利用者や一般市民が自己決定を行うための論拠を与えるために、広く知らされるべきである。
5	各国政府は、適切な評価が行われたのちでなければ新しい出産医療技術の使用が許可されないような規制を行うことをよく検討すべきである。
6	出産に関わる医療提供者や保健当局、利用者、女性団体、およびマスメディアを含めた出産会議を、国および地域レベルで行うことを奨励すべきである。

第7章 生理的パラダイムの出産選択に弊害となった

近年の周産期医療政策

これまでに示したように、日本の無介助分娩は少数ながらも一定数行われており、広大な地理的条件のなか、例えば、出産施設や助産所が偏在する北海道では増加している現状にある。

そして本稿では、プライベート出産体験者へのインタビューにより、現代の日本の出産は、「医療化」され、「出産施設では産む女性の意思よりも医療者のやり方が優先される」こと、開業助産師の偏在やガイドラインの規制によって「助産所や自宅などで開業助産師の立会いによる出産を望めない」ことにより、「自然出産を望む女性らは産み方の選択が自由でできない」環境にあり、そういった出産環境がプライベート出産の選択に影響していることが明らかとなっている。

海外でも、イギリス、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド等で無介助分娩を行う動きがみられる。これは、病院出産から一挙に誰も立会わない出産へと、医学パラダイムを抜け出ようとする動きで、以前は自宅で助産師の介助で産む、あるいは助産所で産むというオプションがあったが、医療化が進むなか、法的な規制などによって、助産師の介助を望めない状況になったことによる(松岡 2008:94-95)。なお、無介助分娩は、海外では“freebirth”や、“Unassisted Childbirth (以下 UC)”等と呼ばれている。

例えば、イギリスでは、国民保健サービス(NHS)の助産師たちはガイドラインを守って仕事をしなければならず、そのガイドラインからはみ出す妊婦はNHSの助産師に立会いを断られることになる。それが、free birthを選択する理由の1つとなっている(松岡 2014:193-198)。松岡(2014:193-194)、Wright(2014)、Katharin(2016)は、帝王切開後の出産で経膈分娩を望む女性が、無介助分娩を選択していることを、報告している。一度帝王切開で出産すると、病院に行けば帝王切開を強いられる。それを避けるために開業助産師の立会いを希望しても、ガイドラインによって助産師の立会いによる出産も望めないからである。なお、本調査でも、帝王切開後のプライベート出産の事例を報告している。出産の医療化と、開業助産師には法的規制などで立会ってもらえない事情は、日本も同様である。

アメリカ合衆国でも無介助分娩は行われており、米国立衛生統計センター(National Center for Health Statistics)は、計画的か否かを問わず、無介助出産の件数は2004年から2006年に10%上昇したことを報告している(Wright 2014)。国内でも、北海道のように無介助分娩が増加している地域がある。今後、日本もいっそうの医療化と開業助産師のサポートを受けにくい状態が続くならば、無介助分娩の全国的な増加の可能性は否めない。

出産環境の変遷には、周産期医療政策の動向や医療の管理方針が影響している。そこで、本章では、現代の日本の周産期医療や助産所の出産は、どのような政策のもとに、どのような基準に基づく出産ケアが行われているのか。また、なぜ助産所が衰退しているのかを明らかに

かにし、生理的パラダイムの出産を望む女性の出産方法の選択権、ならびにどのような選択においても安全性を保障するための医療政策の課題について考察する。

第1節 周産期医療政策のプライベート出産への影響

1 出産施設の集約化

プライベート出産体験者へのインタビューによって、現代では出産施設が偏在し、産み場所を選択できない、もしくは選択肢が少ない地域が多々あることが明らかになっている。出産施設の偏在には、2005年に打ち出された「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化」¹⁾ (厚生労働省、総務省、文部科学省 2005b) が関係していると考えられる。そこで、この政策が女性の出産の選択に与えた影響を考察する。なお、第1節では日本の周産期医療政策の動向に詳しい中山(2015: 229-281、302-347)の論説を参考にする。

中山は、1990年代から実施されてきた周産期に関する諸政策として、以下の6つの事業をあげ、出産施設の集約化に至る過程を示している。

- ①「周産期医療対策整備事業(1996～2005年)」厚生省児童家庭局
 - ②「母子保健医療対策等総合支援事業(2005年～)」厚生労働省雇用均等・児童家庭局
 - ③「周産期医療対策事業(2009年～)」厚生労働省医政局
 - ④「医療安全推進総合局(2002年～)」厚生労働省医政局総務課
 - ⑤「周産期医療施設オープン病院化モデル事業(2005年～)」厚生労働省医政局総務課
 - ⑥「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化(2005年～)」厚生労働省医政局総務課・指導課・医事課、厚生労働省雇用均等・児童家庭局、文部科学省高等教育局医学教育課・医学教育課大学病院支援室、総務省自治財政局地域企業経営企画課
- (中山 2015: 302-303)

上記した①②③の周産期医療対策事業は、周産期医療を地域内で安全に完結させることを目的としている。これらの事業では、周産期医療施設を3種類に区分する。まず、地域にある診療所などの産婦人科を一次医療とし、次に一次医療では対応が難しいケースも扱うことが可能な産婦人科施設を第二次医療として認定する。さらに、地域内で最後の砦となる総合的な産婦人科施設を、第三次医療と指定する。そして、一次から二次へ、二次でダメなら三次へ。あるいは一次から三次へと地域内で緊急時対策の流れを設けた。

そして、④⑤⑥は、医療の安全推進と同時に、医療の集約化・重点化を目的とした、医療事故への対策と同時に、医師不足・医療従事者不足への対策である。

区分された3つの施設群は、さらに新しい施策の導入によって、分娩を扱う施設と扱わない施設に分類される。分娩を扱わない施設は、妊婦健診のみを行う。なお、分娩を扱わない施設の中で、妊婦健診を担い、その後に分娩取り扱い施設へ妊産婦と医師が移動して分娩

するスタイルを「オープンシステム」といい、妊婦健診のみを担うスタイルを「セミオープンスタイル」という。

さらに、厚生労働省は、集約化した施設を新たに「連携強化病院」・「連携病院」と区分し、「連携強化病院」に医師を集める。2005年に日本産婦人科学会は、すべての地域で、すべての妊娠・分娩が適切に管理される、すべての産婦人科診療対象患者が適切に管理治療を受けることが安定的に可能な体制をつくると宣言し、緊急提案で「公立、公的病院の3名以上専任医師」案を打ち出した。「医療資源の集約化・重点化」政策は、医師不足で人数が減少した産科・小児科医を確保するためのもので、地域の公的病院を中心に、医療資源、すなわち複数の医師を一か所に集めて、産科の機能を回復させようとするものであり、このような段階を踏んで進められていった。

中山は、この「集約化・重点化」政策によって、小規模診療所がおのずと分娩取り扱い実施施設としての力を失ったこと、「周産期医療を救急医療」として位置づける考え方が登場し、出産の6～7割は正常分娩であるという認識が薄れたことを問題視する。妊娠・分娩は医療による管理の対象であるという理念が主流になると、女性たちは、安心できる大きな病院に、様々な機能を備えた医療施設に行くことを希望し、選択するようになる。その結果、救急や異常分娩などに対応すべき三次医療施設は、正常分娩の妊産婦でますます埋まることになる。そして、三次医療施設は、本来の機能が発揮されにくい状況になっていくのではないかと、危機感を募らせている（中山 2015：343-345）。

確かに、三次医療施設が正常経過の妊産婦で埋まり、本来の救急機能が果たせなくなる可能性は否めない。実際に、2006年には奈良県大淀町立病院で、2007年には奈良県橿原市で、そして、2008年には東京都立墨東病院で、妊婦のたらい回し事件が起こっている（吉村 2013：34-36）。

だが、プライベート出産から見えてくる集約化・重点化の問題は、正常経過をたどる6～7割の妊産婦に快適な出産が保障されないことではないかと考えられる。例えば、自分の暮らす地域で、出産場所を選択できないお産難民が各地で続出している。また、出産施設の偏在によって、必ずしも医療を必要としない正常経過をたどる妊産婦であっても、地域の中で出産できないのみならず、長距離の通院や何より陣痛中の移動の苦痛を強いられる。また、集約化した医療施設では、妊産婦の意思よりも医療のやり方優先の出産が行われる。そういったことによる多大の身体的精神的負担が、一番の問題ではないかと考える。

2 医療法第5次改正による法第19条の改正

これまでに、プライベート出産を選択する人たちが現れている背景として、助産所の衰退が影響している点について論じてきた。全国では、2004年以降、とりわけ2006年以降開業助産師の立会いによる出産は減少している現状にあり（p19、図1-3）、助産所の衰退の原因として、出産施設の集約化と、法的規制、なかでも2007年の医療法第5次改正²⁾（厚生労働省 2007a）、すなわち嘱託医もしくは嘱託医療機関との連携体制の義務付けが、関係しているのではないかと考えられるからである。そこで、ここでは、助産所の運営に直接関係

する医療法第 19 条を取り上げ、助産所の偏在、衰退の問題を考察する。

まず、助産所運営に関連する法規について、2017 年 5 月時点での内容を示す。

【保健師助産師看護師法】³⁾

<助産師の定義>

第 3 条 この法律において「助産師」とは、厚生労働省の免許を受けて、助産又は妊婦、じょく婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子をいう。

<助産師業務の制限>

第 30 条 助産師でない者は、第 3 条に規定する業をしてはならない。但し、医師法（昭和 23 年法律 201 号）の規定に基づいて行う場合は、この限りではない。

<医療行為の禁止>

第 37 条 保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があった場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授受し、医薬品について指示をしその他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない。ただし、臨機応急の手当てをし、又は助産師がへその緒を切り、浣腸を施しその他の業務に当然付随する行為をする場合は、この限りではない。

<異常妊産婦等の処置禁止>

第 38 条 助産師は、妊婦、産婦、じょく婦、胎児又は新生児に異常があると認めるときは、医師の診察を求めさせることを要し、自らこれらの者に対して処置をしてはならない。ただし、臨時応急の手当てについては、この限りではない。

以上のように、1948 年に制定された保健婦助産婦看護婦法では、助産師の定義と業務範囲が示されている。医療行為の禁止や異常妊産婦などの処置禁止が謳われており、助産師は正常妊産婦、胎児・新生児が対象となることがわかる。

産婆に免許が与えられた当初の法である、1874 年に制定された医制において、産婆の業務範囲 (p8) は、「産婆は方薬を許さず」、「産婆は医師の指図を受けるのでなければ、妄りに手を下してはいけない。しかし、事実急迫にして医師の来診を請う暇なき時は、自ら行うこともある」など、異常を認めた際には医師の指示を請うこと、だが緊急時の応急手当は許容される点が継がれ、制定された内容であると考えられる。

【医療法】⁴⁾

<助産所の定義>

第 2 条 この法律において「助産所」とは、助産師が公衆又は特定多数のためその業務を行う場所をいう。

2 助産所は、妊婦、産婦又はじょく婦 10 人以上の入所を有してはならない。
＜往診及び出張による診療所および助産所＞
第 5 条 公衆又は特定多数人のため往診のみによって診療に従事する医師もしくは
歯科医師又は出張のみによってその業務に従事する助産師については、(略)
それぞれの住所をもって診療所又は助産所とみなす。

＜嘱託医師及び連携医療機関＞

第 19 条 助産所の開設者は、厚生労働省令で定めるところにより、嘱託する医師及
び病院又は診療所を定めておかなければならない。

【医療法施行規則】⁵⁾

＜分娩を扱う助産所の嘱託医及び嘱託医療機関の確保＞

第 15 条の 2 分娩を取り扱う助産所の開設者は、分娩時等の異常に対応するため、
法第十九条の規定に基づき、病院又は診療所において産科又は産婦人科を担
当する医師を嘱託医師として定めておかなければならない。
2 前項の規定にかかわらず、助産所の開設者が、診療科名中に産科又は産婦人科
を有する病院又は診療所に対して、当該病院又は診療所において産科又は産
婦人科を担当する医師のいずれかが前項の対応を行うことを嘱託した場合には、
嘱託医師を定めたものとみなすことができる。
3 助産所の開設者は、嘱託医師による第一項の対応が困難な場合のため、診療科
名中に産科又は産婦人科及び小児科を有し、かつ、新生児への診療を行うこと
ができる病院又は診療所（患者を入院させるための施設を有するものに限る。）
を嘱託する病院又は診療所として定めておかなければならない。

このように医療法では、助産所の業務規定が謳われている。第 2 条と第 5 条で、助産所には、有床の助産所と、無床（出張のみ）の助産所があることが示されており、第 19 条で、ここで問題にする、有床の助産所への嘱託医と嘱託医療機関を定めておくことの義務付けがなされている。これらの法律から、助産所は正常経過の妊産婦を対象とするが、異常時には医師や医療機関と連携しながら業務を行う必要があることがわかる。

医療法第 19 条は、医療法が制定された 1948 年当初の条項では「助産所は嘱託医師を定めなければならない」とされていたのみであったが、2007 年のこの第 5 次改定によって新たに制定された医療法施行規則によって、嘱託医師は、「産科もしくは産婦人科と担当する医師」に限定され、かつ「嘱託医療機関との連携」も義務付けられた。嘱託医療機関は、「産科又は産婦人科および小児科を有し、かつ、新生児への診療を行うことができる病院又は診療所」であり、「入院施設を有するもの」に限定された。

医療法第 19 条は、なぜこのように改訂されたのか。助産所の衰退について論じた中山は、第 5 次改定の経緯を以下のように説明する（中山 2015 : 269-272）。2000 年代前半に、日母産科看護学院などで養成・研究を終えた「看護師・准看護師・看護助手」が、産婦人科医

師の産科補助要員として、あるいは補助を越えた分娩管理（助産や内診）を診療所などで担ってきたことが明らかとなり、産科診療所に対する批判や綱紀粛正が始動する中で、医療法の改定が検討され始めていた。なお、この件に関しては、2006年8月に、神奈川県の高橋産婦人科で看護師が内診していたことで、警察による家宅捜査が入り、医師と看護師や准看護師が保健師看護師助産師法違反容疑で刑事告訴される事件が表面化している。そして、同時に2001年から「こども家庭総合研究事業」として厚生労働科学研究「助産所における安全で快適な妊娠・出産確保に関する研究」が行われ、正常分娩が急変した際の対応に関する論議がなされていた。

そういったなか、2005年4月から11月までに13回にわたり、「医療安全確保に向けた保健師助産師看護師法のあり方検討会」が行われた。ここでは、「助産所の嘱託医師という課題」「看護師などの内診の是非」が中心のテーマとなり、これらは議論が対立する。この対立し続けた議論の柱は、第1に、「内診」の定義と看護師の職域問題、第2に、助産所の安全性の問題と嘱託医師の問題であった。産婦人科関連医師団体は、看護師が行ってきた内診を止められることは、産科閉鎖の要因になると、「看護師などの内診」に固執し、「助産所の発展」を否定し続けた。結果的に、医療法第5次改訂では、「内診、看護師・助産師の職域」に関する内容は変更されない、すなわち、看護師の内診は正当ではなく認められないという判断となり、その反面、そのことで不利益を被っていると訴える産婦人科関連団体の主張、すなわち「医師団体が考える助産所の安全性への配慮、危険性への対策」が最大限に法改正に組み込まれた。

中山は、「厚生労働省の痛み分け采配により、「助産師の職域」自体は守られた。だが、助産師が開業する助産所の開所や存続には「医師の意向」が強く反映され」（中山 2015:260）、改訂医療法は、「一部のユーザーから高い評価を受けてきた助産所の開所・運営に対する厳しい改革になった」（中山 2015:272）。「ユーザーへの多様な選択肢を提供するという目的に反し、助産所の活用に対する改定は後退した」（中山 2015:276）と指摘する。要するに、医療法第19条の改定は、助産所の発展を否定する医師らの意向が反映された条項となっているのである。

では、医療法改正後、助産所と嘱託医・嘱託医療機関との連携はどのように変化したのか、法改正から5年後の2012年に、日本助産師会は、分娩を取り扱う全助産所部会員542名を対象にアンケートによる実態調査を行っている。その結果、有効回答は316名であり、「分娩を止めた者が40名あった」、また、「医療法第19条の改正後の助産所と嘱託医・嘱託医療機関との関係がよくなって安全が高まったと感じているものが44.2%と半数にも満たず、医療法改正が、現実的に友好的に機能しているとは言い難い現状があった」、「嘱託医・嘱託医療機関の確保ができていない者が5名いる」など、法改正が開業助産師に有益であったとは言えない現状の報告がなされている（岡本、武田 2012）。

以上のように、法改正の経緯からも、法改正後の開業助産師へのアンケート調査結果からも、この医療法第19条の改定が、助産所で出産する女性の安全と快適な出産を保障するために、助産所と医師もしくは医療機関との連携体制を強化するために制定されたとはいえ

ないことが明らかとなった。そして、実際に分娩の取り扱いをやめた助産所が 40 件もあるなど、助産所の衰退へとつながっていることが明らかとなった。

結果的に、医療法第 19 条の改定は、助産所の発展を否定する医師らの意向が反映された条項となった。中山は、医師と助産師の関係、助産所の運営の困難さについて、このように指摘する。「助産師職は医師職と比較して、業務範囲が狭く、開業権に規制がある。こういったヒエラルキー構造は制度化されて、「支配—被支配関係」が生じる状態にあった」（中山 2015 : 18）。「助産所は嘱託医なくしては開業・存続できず、医師が助産所開業のヘゲモニーを握っているという特性がある」（中山 2015 : 16）と。

3 医療法第 19 条の再改正

そして、医療法第 19 条は、第 5 次改定から 10 年経た 2017 年 6 月 14 日、再度一部改正する法律の公布がなされた。再度、医療法第 19 条による開業助産師に対する嘱託医・嘱託医療機関との連携に関する法改正がなされたのである（株式会社関総研 2017）。関連部分を以下に示す。

＜医療法などの一部を改正する法律＞

第二 医療法の一部改正

四 妊婦又は産婦の異常に対応する医療機関の確保等に関する事項

- 1 出張のみによってその業務に従事する助産師は、妊婦又は産婦（以下「妊産婦」という）の助産を行うことを約するときは、厚生労働省令で定めるところにより、当該妊婦等の異常に対応する病院又は診療所を定めなければならないものとする（第 19 条第 2 項関係）

（医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議案）

- 七 改正法第 19 条の 2 に定める事項を特定機能病院以外の医療機関にも適用することについて、その範囲と方法を検討するとともに、実施する医療機関に対する支援措置を検討すること。
- 十 妊産婦の異常時の対応については、助産所および出張のみにより業務に従事する助産師に過度の負担をかけることなく、医療機関との連携および協力が円滑に行われるよう、適切な支援を行うこと。また、「周産期医療協議会」に助産師を参加させるよう、都道府県に周知を図るとともに、妊産婦が急変した際に、「周産期医療センター」等への高次施設に搬送可能な周産期医療の連携体制を推進するなど、助産所も含めた周産期医療ネットワークの構築を図ること。

右決議する。

（公益社団法人日本助産師会 2017c）

これまでの法では、有床の助産所にのみ、「嘱託する医師及び病院又は診療所」を定める

ことが義務付けられおり、自宅・その他の場所での出産のみを扱う出張専門の開業助産師には、嘱託医・嘱託医療機関との連携は義務付けられていなかった。ところが、今回新たに「当該妊婦等の異常に対応する病院又は診療所を定めなければならない」と、出張専門の開業助産師にも、妊婦に異常が発生した際に対応する医療機関（嘱託医療機関）を定めることが義務付けられた。

今回追加となったこの法は、出張助産師への嘱託医療機関との連携に関する義務付けである。これは、「当該妊婦等の」とあるように、助産師は一人ひとりの妊婦ごとに医療機関との連携体制を整える必要に迫られる。したがって、助産師への負担はさらに過度になり、開業助産師のさらなる衰退も予測される。だが、万が一、嘱託医療機関を助産師と妊婦とで決めることができなかつた場合、附帯決議として、行政には「医療機関との連携および協力が円滑に行われるよう、適切な支援を行うこと」が示された。今回の法改正を機に、行政と医療機関と助産師が協働で妊婦の望む出産を支援していく体制が整う可能性に期待したい。

第2節 各種ガイドラインのプライベート出産への影響

インタビュー協力者の語りによって、彼女らは、例えば、医療施設では出産時は納得のいく説明と同意のないままに医療行為が施される、また、開業助産師には自宅出産の立会いを引き受けてもらえない、などといった対応を複数の人たちが受けていることが明らかとなっている。では、なぜ、妊産婦の意思より医療者側の方針が優先されるのか。

産婦人診療や助産業務は、法的規制以外に、ガイドラインやマニュアルなどといった管理指針を基に行われており、そういった管理指針が最優先されるからではないかと考えられる。そこで、これらのガイドラインが、いつどのような目的で作成されたのか、どのように活用されているのか明らかにする。出産に関係すると考えられるガイドラインやマニュアルを、作成年順に整理し、表 7-1 に示す。

1 開業助産師のためのガイドライン

開業助産師が業務の参考にする主なテキストには、『助産所開業マニュアル』と『助産業務ガイドライン』がある。

助産師が開業するための手引き書は、まず、1990年に財団法人日本看護協会（現公益社団法人日本看護協会・以下日本看護協会）助産師職能委員によって『助産所開設の手引き』が作成された。その後、1999年に社団法人日本助産師会（現公益社団法人日本助産師会・以下、日本助産師会）によって『助産所業務マニュアル』が作成された（表 7-1）。

表7-1 産科医・助産師の活用するガイドライン

年	対象となる主な職種	制度	ガイドライン・マニュアル
1990	助産師(開業)		助産所開設の手引き
1999	助産師(開業)		助産所開業マニュアル
2002	助産師(開業)		助産所開業マニュアル 改訂版
2004	助産師(開業)		助産所業務ガイドライン
2006	産科医、小児科医、助産師		科学的根拠に基づく快適な妊娠出産のためのガイドライン(2006)
2007	産科医、小児科医、助産師	新生児蘇生法(NCPR)普及事業	日本版救急蘇生法ガイドラインに基づく 新生児蘇生法テキスト
2008	産科医、助産師		産婦人科診療ガイドライン 産科編
2009	助産師(開業)		助産所業務ガイドライン 2009年改訂版
	産科医、助産師	産科医療補償制度(財団法人日本医療機能評価機構)	
2011	産科医、助産師		産婦人科診療ガイドライン 産科編2011
	産科医、小児科医、助産師	新生児蘇生法(NCPR)普及事業	日本版救急蘇生法ガイドライン2010に基づく 新生児蘇生法テキスト
2012	助産師		エビデンスに基づく助産ガイドライン—分娩期2012 日本助産学会誌
2013	助産師(開業)		助産所開業マニュアル 2013年版
	産科医、小児科医、助産師		科学的根拠に基づく快適で安全な妊娠出産のためのガイドライン2013年版
2014	助産師(開業)		助産業務ガイドライン 2014
	産科医、助産師		産婦人科診療ガイドライン 産科編2014
2016	助産師		エビデンスに基づく助産ガイドライン—妊娠期・分娩期2016 日本助産学会誌
2017	産科医、助産師		産婦人科診療ガイドライン 産科編2017

(1) 助産所開業マニュアル

『助産所開設の手引き』(日本看護協会 1990)は、多くの助産師が施設勤務の形態をとる中で、開業助産師は減少傾向にある。だが、社会、医療環境の変化—高齢化社会、有職婦人の増加、核家族化、少産時代—などの世相の変化から、女性たちには数少ない出産体験を主体的にかかわり、自分の、家族の歴史の1ページとして大切に取り組みたい希望が見られる現状があり、開業助産師には、そのニーズに応えることが期待されることから、開業を目指す助産師の手引きを示す目的(南野 1990: 1)で、多くの会員が勤務助産師である日本看護協会によって、発刊された。

一方の『助産所開業マニュアル』も、開業を目指す助産師が、この書をひもとけば開業のノウハウが具体的にわかるものとなることを目的に、開業助産師の所属する日本助産師会によって作成された。そして、この助産所開業マニュアルは、3年後の2002年に改訂版(『助産所開業マニュアル(改訂版)』(「助産所開業マニュアル」編集ワーキンググループ 2008)が刊行され、さらに2013年に再び改訂され、『助産所開業マニュアル 2013年版』が刊行されている(助産所開業基準作成日本助産師会助産所部会委員以下、助産所開業基準作成委員 2013)。

2001年より始まった母子保健の国民運動計画「健やか親子21」で、2014年までの主な課題として「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」が示された。母子に関わる多くの団体が、その達成に向けて取りくんでいるが、目的とする子育て環境が整備

されたとは言えず、産後うつ、乳幼児虐待、ドメスティック・バイオレンスなど、母子を取り巻く問題が山積している。開業助産師には、地域に根ざした母子保健の実践者としてその役割を果たすことが求められていることから、2013年度版では、開業助産師に、本マニュアルを実践的ガイドブックとして活用して、研鑽を積み、役割を果たすようよびかけている（助産所開業基準作成委員 2013）。

本マニュアルの主な内容は、「助産師の法的責任」、「分娩を取り扱う助産所の開業基準」、「助産所の管理」、「助産所における業務の実際」、「家庭分娩」、「助産所と保険」、「助産所と税金」などである。特に、「分娩を扱う助産所の開業基準」の中では、「開業助産所の責務」として、日本助産師会が作成した「助産所業務ガイドラインの遵守」「助産所責任保険・産科医療補償制度の加入」を、また「嘱託医、嘱託医療機関との連携」を、義務づけている（助産所開業基準作成委員 2013）。

以上のことから、開業助産師が分娩を扱うためには、法的責任としての、「嘱託医、嘱託医療機関との連携」以外に、日本助産師会による『助産所業務ガイドライン』の遵守が義務付けられており、『助産所業務ガイドライン』の強制力が強いことがわかる。また、医療事故対策としても、「助産所責任保険」、「産科医療補償制度」（公益財団法人日本医療機能評価機構 2017）の加入が義務付けられており、医療事故を防ぐ対策が重視されている様子がうかがえる。なお、産科医療補償制度については、後に説明を加える。

（2）助産業務ガイドライン

『助産所業務ガイドライン』は、『産婦人科診療ガイドライン』に先立ち、2004年に日本助産師会により、初版が発刊されている（表 7-1）。

日本助産師会は、ガイドラインが作成された目的とその必要性について、本誌でこのように説明している。

「病院分娩は、正常な経過をたどる産婦でも医療が加わり、快適性に課題を残す（略）。昨今（2004年当時）では、自然な分娩を求めて、助産所や自宅分娩を選ぶ妊産婦の増加が見られている（略）。自宅分娩が主流であった昭和20年～30年代は、開業助産師が双胎や骨盤位を扱わざるを得ない状況があったが、保健師助産師看護師法第38条の規定により、妊婦、産婦、じょく婦、胎児又は新生児等に異常があると認めるときは、医師の診察をもとめさせることを要し、助産師は自ら処置をしてはならないとされており、助産師が単独で業務を行える対象は正常な経過の妊産婦および新生児に限られている。このような、時代的变化を踏まえ、今こそ、だれもが納得する助産師が取り扱う明確な基準や、緊急時に助産所から病院へ搬送する基準を明確にすることが必要であり、かつ求められている」（日本助産師会 2006：2-3）

このように、『助産所業務ガイドライン』は、かつての開業助産師が異常産も扱わなければならない時代もあったが、保助看法の規定に基づき、助産師の扱う対象を正常産のみとし、

また異常時には医師の診察を求めよう、緊急時に搬送する基準を決めることを目的に作られた。

どのような状態を異常と認め医師の診察を請う必要があるのか、特に出産時は、病院への搬送のタイミングが遅れば、いのちの危険を伴うこともあるため、母子の安全を重視し、手遅れにならないための病院への搬送基準を明確にしたものと考えられる。これは助産師だけで作成されたのではなく、産婦人科医と小児科医との共同でつくられ、職種間でのコンセンサスを得たものとされている。

医療法第 19 条の改正の前に、医師との間で連携に関する内容の検討が行われていた様子が伺える。

日本の開業助産師は、この『助産所業務ガイドライン』作成を機に、ガイドラインに基づいた助産師業務の実施が求められ、これを基準に、助産師業務の適切性が判断されることとなった。また、上記文面の末尾には「開業助産師にとっては、助産所責任保険の約款にも謳われることになり、ガイドラインの規定以外の業務を実施した場合には、保険から賠償金は出ないことになる」（日本助産師会 2006：3）とも記されている。このようにして、日本助産師会は開業助産師に対しガイドラインの遵守を絶対的なものとした。

なお、ガイドライン作成決定までの経緯は次のとおりである。1999 年、母子保健の国民運動計画「健やか親子 21」の中で、主な課題として「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」がうち出され、健やか親子 21 推進協議会が設立された。この課題を受けて、2001 年、2002 年度に、厚生労働科学研究「助産所における安全で快適な妊娠・出産の確保に関する研究」（主任研究者：青野敏博）が行われ、助産所におけるガイドラインが報告された。このガイドラインは①「助産所における分娩の適応症リスト」、②「正常分娩急変時のガイドライン（分娩中・産褥期発症）」、③「同ガイドライン（新生児期発症）」からなる。その後、研究者と開業助産師の検討会などを経て、最終案が 2004 年の日本助産師会通常総会で検討された。一部で「ガイドラインは、開業助産師の業務範囲を狭めるので反対」という意見もあったが、「今後、開業助産師活動を発展的に展開させるには、ぜひ必要である」という意見が主流で、承認された（日本助産師会 2006：4）。

2004 年に初版が刊行された『助産所業務ガイドライン』は、5 年ごとに改訂され、2009 年に『助産所業務ガイドライン 2009 年改訂版』が、そして 2014 年に『助産業務ガイドライン 2014』として刊行されている（表 7-1）。『助産業務ガイドライン』と改名されたのは、院内助産でもこのガイドラインを適応させるためである。

最新の 2014 年版では、助産所における活用として、分娩を取り扱うすべての助産所において、妊産婦、胎児、新生児の安全管理のために整備されていることが自明であるとする内容として、以下の 9 項目が示されている。

- 1) 分娩を取り扱う助産所は、有床・無床にかかわらず、本ガイドラインに則り業務を遂行すること。
- 2) 無床助産所の取り扱い対象者は、原則として助産師の移動所要時間を 1 時間以内

とすること。

- 3) 助産所で分娩を取り扱う際は、複数の助産師で対応すること
- 4) 助産所におけるケアは、妊産婦のインフォームド・コンセントを得た上で実施すること。
- 5) 個人情報保護すること。
- 6) 新生児蘇生法（NCPR）講習会の修了認定を受けていること。
- 7) 夜間や休日の場合、医療機関が遠距離のため搬送に時間を要する場合、搬送等に社会的要因が関連する場合などは、事前に医師と話し合い、対応を検討しておくこと。
- 8) 医師による妊婦健康診査では、妊婦に嘱託医師あるいは嘱託医療機関の受診を勧め、その受診を確認しておくこと。
- 9) 医師との協働管理が予測される場合は、早めに医師に報告、相談しておくこと。

（日本助産師会 2014：11）

これらの項目では、まず、1)によって、助産所の業務にこのガイドラインの活用への強制力を持たせている。2)では、出張による自宅出産の立会いができる範囲を、助産師の移動を1時間以内と規定し、3)では、分娩介助には複数の助産師が対応することを義務づけた。そして6)では、出生直後の新生児の状態に対応できるように、新生児蘇生法の講習の受講を義務付けている。新生児蘇生法（NCPR）は、日本周産期・新生児医学会によって、2007年より普及事業が行われている（表7-1）。7) 8) 9)は、すべて医師との連携体制に関する内容である。

前述したように、インタビュー協力者の中で、実際に2)にあたる助産師の移動が1時間以上かかることで、自宅出産の立会いを断られた人は、V氏、W氏、X氏、Y氏と4名あった。このように、助産師が医療と連携をとって出産の安全を確保することを目的に作成されたガイドラインによって、助産師の業務範囲は狭まれることになり、その結果、助産師の立会いを求められず、プライベート出産を選択する人が現れている。ガイドラインが作成された最初期に「ガイドラインは、開業助産師の業務範囲を狭めるのでは」との会員の危惧は、現実的なこととなっている。

助産業務ガイドラインには、助産所での出産を希望する妊婦について、助産所で出産する対象となるかを評価する目的で、「妊婦管理リスト」（表7-2）が作成されている。このリストでは、対象者をA「助産師が管理できる対象者」、B「連携する産婦人科医師と相談の上、協働管理すべき対象者」、C「産婦人科医師が管理すべき対象者」の3つに分類している。これらのベースが、青野の研究による①の「助産所における分娩の適応症リスト」と考えられる。

そして、Aの「助産師が管理できる対象者」は、「妊娠経過中継続して管理され、正常に経過しているもの」、「単胎・頭位で経膈分娩が可能と判断されたもの」、「妊娠中、複数回、助産師と連携する産婦人科医の診療を受けたもの」、「助産師、産婦人科医師双方が助産所または院内助産で分娩が可能と判断したもの」と定められている。妊娠経過が正常であっても、

妊娠経過を継続して管理されている妊婦（妊婦健診を定期的を受診している妊婦）でなければ、また、連携する医師の診察を複数回受けていなければ、助産所での出産は認められない。そして、助産師と産科医の双方が助産所での分娩が可能と判断されなければ助産所での出産することはできず、助産所での分娩が可能かどうかを決定する際には医師の判断も必要となる。

表7-2 妊婦管理リスト

対象者	適応
A 助産師が管理できる対象者	以下の4項目に該当するもの 1、妊娠経過中継続して管理され、正常に経過しているもの 2、単胎・頭位で経膈分娩が可能と判断されたもの 3、妊娠中、複数回、助産師と連携する産婦人科医師の診察を受けたもの 4、助産師、産婦人科医師双方が助産所または院内助産で分娩が可能と判断したもの
B 連携する産婦人科医師と相談の上、協働管理すべき対象者	1、理学的所見のあるもの 2、産科以外の既往のある妊婦 3、産科的既往がある妊婦 妊娠中の発症を認めないもの 4、異常妊娠経過が予測される妊婦
C 産婦人科医師が管理すべき対象者	1、合併症のある妊婦 2、婦人科疾患の既往または合併症のある妊婦 3、母子感染の危険性がある感染症の妊婦 4、産科的既往がある妊婦 5、異常な妊娠経過の妊婦 6、異常な分娩経過の妊婦 7、産褥期に異常がある妊婦

出典：『助産業務ガイドライン2014』

このことから、開業助産師が、助産業務ガイドラインに則り対象妊婦を選定することで、妊婦は身近に助産所がある場合でも、初診であるいは妊娠経過中に、立会いを断られることがあることがわかる。R氏は第2子を助産所での出産しているが、「私は合格だったから助産所での出産することができた」と言っていた。ガイドラインをクリアする優秀な妊婦でなければ、開業助産師の立会いによる出産はできないのである。

インタビュー協力者の中で、第1子を帝王切開で出産し、第2子から第4子までプライベート出産したF氏は、C「産婦人科医師が管理すべき対象者」の「4、産科的既往がある妊婦」に該当する。そして、助産所での出産を予定していたものの、血液検査の異常で助産所での出産ができなくなり、プライベート出産したN氏は、Cの「5、異常な妊娠経過の妊婦」に該当する。F氏、N氏は、助産所での出産する対象者とはならず、ガイドライン上助産所での出産を選択することはできなかった。なお、本調査のインタビュー協力者によるプライベート出産55件の内、この助産業務ガイドラインを基に、開業助産師の立会いによる助産所や自宅での出産が可能かスクリーニングしたと仮定した場合、D氏とP氏の第1子は高齢初産のためBの対象となり、E氏・P氏・R氏・T氏の第3子、AA氏の第2子は40代の高齢にて、W氏の第2子は逆子、第3子は妊娠5か月時の前期破水にて、H氏の第3子は早期産にて、Cの対象となると考えられ、帝王切開既往のF氏の第2子～第4子と血液検査の異常で助産所での出産ができなくなったN氏の第2子（Cの対象）も合わせると、開業助産

師の立会いによる助産所や自宅での出産ができなかった可能性があるのは、12件(21.8%)～14件(25.5%)である。

さらに、妊娠経過が順調であっても、出産時、経過中に状態が急変することがある。そういった際の対応に関するガイドラインについては、「正常分娩急変時のガイドライン」として示されている。ここでは、母体や胎児の状態がどのような場合に搬送すべきかについて詳細に示されている。

また、ガイドラインの活用について、前記した9項目以外に、「本ガイドラインは、助産所を開業する助産所にとって自身の標準的な業務指針であるとともに、嘱託医師および嘱託医療機関との連携指針でもある」(日本助産師会 2014: 11)とある。本ガイドラインは、医師との連携強化を求める内容となっている。

以上、『助産業務ガイドラン』から、助産所の業務、運営には嘱託医・嘱託医療機関との連携が不可欠であること、そして開業助産師の立会いによる出産の選択を決定するのは、妊婦自身ではないのみならず、妊婦が選ぶ助産師でもなく、何よりガイドラインが最優先されることが明らかとなった。また、助産所で出産できるかどうかの決定には、嘱託医・嘱託医療機関の産科医が関与する。本ガイドラインからも、女性の助産所出産の選択には、医療法第19条の影響が大きいことが浮き彫りとなった。

なお、2007年以降にプライベート出産した27人中、助産所の偏在によって、助産所での出産や自宅で助産師の立会いによる出産を選択できない、あるいは助産業務ガイドラインの規制によって助産所での出産を選択できず、プライベート出産した人は、17人である。開業助産師が、医療との連携により出産の安全を確保しようと、ガイドラインを忠実に遵守しようとすればするほどに、生理的パラダイムの出産を望む女性にとっては、開業助産師の立会いによる出産の選択が阻まれるという、矛盾が生じる事態となっている。

2 産婦人科診療ガイドライン

産婦人科医の診療指針となる『産婦人科診療ガイドライン——産科編』は、2006年に公益社団法人日本産婦人科学会(以下日本産婦人科学会)および公益財団法人日本産婦人科医会(以下日本産婦人科医会)の共同事業で作成されることが決まり、2008年に初版が刊行された。その後、3年ごとの見直し編集にて改訂版が刊行されており、最新は2017年版となっている(表7-1)。

本ガイドラインの目的は、このように記されている。

現時点でコンセンサスが得られた適正な標準的産科診断・管理法を示すこと。本書の浸透により、以下の4点が期待される。

- 1) いずれの産科医療施設管理された妊産褥婦・新生児(以下患者)にも、適正な標準的医療が提供可能となる。
- 2) 産科医療安全の向上
- 3) 人的ならびに経済的負担の軽減

4) 医療従事者・患者の相互理解助長

(日本産婦人科学会、日本産婦人科医会 2017: X)

次に、本書の対象と利用法については、「産科医療に従事する医師を対象とした。一次施設、二次施設、三次施設別の推奨は行っていない」(日本産婦人科学会、日本産婦人科医会 2017: X)と、どこの施設においても利用できるものとしている。どの医療施設でも活用されているということは、出産施設ごとの医療の特徴が不明確となり、出産する側にとっては選択の余地がないことを意味するのではないかと考えられる。例えば、第1子を帝王切開で出産したF氏は、地域に複数ある医療施設の中で、帝王切開の既往がある妊婦が経膈分娩を望んだ場合、経膈分娩に協力する施設があったなら、プライベート出産を選択しなかった可能性があるからである。

現代では、F氏のような帝王切開既往妊婦の出産や、W氏のような逆子の出産は、両者ともにほとんどの施設で帝王切開がなされている。本ガイドラインでは、両者ともにあらかじめ経膈分娩の有益性と危険性について、また緊急帝王切開について、文書による説明と同意を取得することが推奨されている(日本産婦人科学会、日本産婦人科医会 2017:246-250)。では実際に、産婦の経膈分娩への希望は十分保障されているのだろうか。緊急帝王切開について同意のもとに経膈分娩に臨んだなかで、経膈分娩に至るケースがどの程度の頻度であるのか、また、同意をしなければ、その施設で出産することはできないということにもなりかねないのではないかといった点が疑問である。

単胎骨盤位の出産の項では、「十分な技術を有する医療スタッフが常駐し、かつ妊婦の同意を得ているという条件がそろえば、骨盤位経膈分娩を選択することが可能と考えられる。しかし、それ以外の場合は、選択的帝王切開が望ましい。一方これらの条件を満たしていても、安全性の確保が十分でないと医療者が判断したら、経膈分娩を提供しなくてもよい」(日本産婦人科学会、日本産婦人科医会 2017: 247)と記されている。実際には多くの施設で帝王切開がなされている今日、「十分な技術を有する医療スタッフが常駐」する施設を探すのは困難な可能性があるし、今後も「十分な技術を有する医療スタッフ」が、積極的に経膈分娩の介助を行い、その技術を継承していかなければ、骨盤位の妊婦が医療施設で経膈分娩を選択できる可能性は、年々さらに減少していくのではないかと考えられる。なお、日本の帝王切開率は、2008年18.4%、2011年19.2%、2014年19.7%と上昇しており⁶⁾(厚生労働省 2016a、2016b) 今後の上昇も予測される。

日本産婦人科医会会長木下勝之は、ガイドライン産科編 2017 の刊行にあたり、ガイドライン活用の必要性についてこのように述べている。

「第1回目のガイドラインが発刊された時は、多くの医師から分娩に関しては、自分たちの裁量権を認めるべきだとの意見もありました。しかし、一方、脳性麻痺児に対する産科医療補償制度の原因分析委員会の考え方として、脳性麻痺事例の分娩経過で、ガイドラインが遵守されていたかどうか、その診療レベルの評価につながっ

ていたのです。その結果、次第に、このガイドライン産科編が、産科診療の標準であり基本であるとの認識が出来上がっていったと思われます」(木下勝之 2017: II)

ここでいう、「産科医療補償制度」は、『産婦人科診療ガイドライン』の初版が刊行された翌年の2009年に制度化された(表7-1)。医療過誤訴訟は増加傾向にあり、なかでも産科関係の訴訟は他の診療科に比べて多いなかで、この制度は、重い脳障害を伴って生まれた子どもを補償する代わりに、脳障害が残った事例ごとに原因と考えられる妊娠分娩中の病態や、その背景因子を分析し、同じような、事例の再発予防に資する情報を提供すること、そして、紛争の防止や早期解決および産科医療の質の向上を図るものである(我妻 2013: 29)。

2007年から2011年に、日本産婦人科学会の理事長を務めた吉村泰典は、産科医療が窮地におかれた衝撃的な事件として、2004年の福島県大野病院で、前置胎盤・癒着胎盤というまれな疾患で帝王切開を受けた女性が死亡し、2006年に執刀した産婦人科医が業務上過失致死、および医療法第21条の異常死の届け出業務違反の疑いで逮捕された事件を挙げ、医療行為そのものが、業務上過失致死に問われたことは極めて異例であり、このことをきっかけに産科医は激減し、病院での産婦人科の閉鎖、産科診療所の閉院という異常事態が発生し、妊婦は分娩場所を失い“お産難民”という言葉が聞かれるようになったという(吉村 2013: 18)。

このようなことから、このガイドラインの作成された目的の一つに、産科医が医療過誤を避けるために、また医療訴訟から身を守ることもあるのではないかと考えられる。そして、実際に、原因分析の対象となった場合には、本ガイドラインを遵守していたかどうかが評価されるのであれば、裁量権を認めてほしいと考えていた医師たちも、ガイドラインの遵守を優先しているかもしれない。いずれにせよ、医療者と妊婦の間で、妊婦自身が納得できる出産方法への話し合いがなされることが重要であり、医師は裁量権をもって、女性の希望する出産に対応することが望ましいと考える。

3 科学的根拠に基づくガイドライン

これまで、日本助産師会による『助産業務ガイドライン』、日本産婦人科医会、日本産婦人科学会による『産婦人科診療ガイドライン』と、出産に関わる職能団体によって作成されたガイドラインをみてきた。次に職能団体以外のメンバーによって検討され、科学的根拠を基に提示された出産ガイドラインもあるので、それらを見ていく。

(1) 科学的根拠に基づく快適で安全な妊娠出産のためのガイドライン

ひとつには、厚生労働科学研究妊娠出産ガイドライン研究班によって作成された『科学的根拠に基づく快適で安全な妊娠出産のためのガイドライン 2013年度版』(厚生労働科学研究妊娠出産ガイドライン研究班 2014)がある(表7-1)。これは、2011年度に母親を対象とした全国調査に基づいて、妊娠出産する母親側からみて快適で満足な妊娠出産ケアの指標を科学的に抽出したものである。妊産婦が安心して子どもを出産し育てる楽しさを実感

できる、豊かで安全な出産環境を整備するために、2006年に作成された「科学的根拠に基づく快適な妊娠・出産のためのガイドライン」の改訂版となっている（厚生労働科学研究妊娠出産ガイドライン研究班 2014：1）。

このガイドラインは、医師が管理する「医療化された出産」の側面よりも、妊産婦が自分の出産に主体的に向き合う「人間的な出産」の側面を推進する支援型産科医療・ケアの立場が示されており（杉本、島田 2014）、医療処置・ケアの対象は、原則として、正常経過中のローリスクの妊婦、産婦、褥婦、新生児、乳児とその母親が対象者であり、妊娠中、分娩中、産後の母親、および出生直後の新生児に対する医療処置、助産ケア、およびコミュニケーションの領域が対象範囲である。そして、ガイドラインを利用する対象者は、妊産褥婦と新生児に対する医療処置・ケアを提供する周産期医療スタッフである（厚生労働科学研究妊娠出産ガイドライン研究班 2014：2）。

（2）エビデンスに基づく助産ガイドライン

もう一つには、一般社団法人日本助産学会（以下、日本助産学会）によって作成された『エビデンスに基づく助産ガイドライン——妊娠期・分娩期2016』（日本助産学会 2016）がある（表7-1）。

日本助産学会は、理念の中で「助産師業務のスタンダードを提示し、ガイドライン供給の機能を果たし、すべての女性に公平、適切なヘルスケアを提供する」と謳っており、ガイドラインを発行していくことは、学術団体として大きな使命だという（高田 2017：i）。助産師が、このガイドラインに基づく助産を実践することで、正常経過をたどる妊産褥婦が安心して質の保証されたケアを受け、また助産ケアへの理解と信頼がより確固たるものになると考えているようだ。

以上のことから、これらのガイドラインは、特に正常経過をたどる妊産婦が、安心かつ快適で、満足な出産を行うためのケアのあり方を示したガイドラインであることがわかる。生理的パラダイムの出産を望む女性たちには、このようなガイドラインにそったケアがなされることが望ましいと考えられる。だが、これらは周産期医療スタッフのケア実践の参考資料となるが、業務上への強制力を持たないものとなっており、どれだけ活用されているかは不明である。

第3節 生理的パラダイムの出産選択に向けた周産期医療政策の課題

1 周産期医療政策とガイドラインのプライベート出産選択への影響

ここで、改めてインタビュー協力者の語りによって浮き彫りになったプライベート出産選択の動機に影響したと考えられる管理指針と周産期医療政策について、出産場所ごとに整理する。

表7-3 プライベート出産の選択に影響している管理指針と医療政策

出産場所	病産院	助産所	自宅・その他
主な立会い者	医師・助産師	助産師	助産師
出産管理者	医師	助産師	助産師
管理指針	産婦人科診療ガイドライン	助産業務ガイドライン	
現代の出産環境に 関係する政策	医療法第19条		
	出産施設の集約化・重点化		

病産院での出産は、医学パラダイムの出産観が優先される。出産への立会い者は、医師と助産師であるが、妊娠出産の経過は、『産婦人科診療ガイドライン』に基づいて医師が管理する。周産期医療政策としては、産科医不足を主な理由として、厚生労働省より出産できる施設を集約・重点化する政策が2005年に始められた。

出産施設の集約化政策によって、地域によっては出産施設を選択できないのみならず、例えば、北海道などでは片道2時間かけての通院を余儀なくされている妊婦は少なくない。そして、このような遠方に住む妊婦は、車中分娩への危険性から、出産予定日の前に計画分娩を勧められることもある。実際に、救急車の中で実母に子どもを取り上げてもらうことになった事例も聞いている。何より、妊婦にとって、産み場所の選択肢がないことで、地域にある出産施設のやり方に従わざるを得ない点が問題である。

『産婦人科診療ガイドライン』による管理は、出産施設が複数あり産み場所の選択肢がある地域でも、どの施設でも同じ方針で医療介入がなされることになる。第1子を帝王切開で出産したF氏は、近隣の病院すべての情報を得たうえで、「病院行ったら、帝王切開しましょうって、まず言われるやろうし、そこで争ったり話合ったり、そこにエネルギーを消耗するつもりもなかった」(p56)と言っている。『産婦人科診療ガイドライン』は、医療側にとってはそれに従う利便さと安心はあるかもしれないが、医療のやり方が優先され、産む側には選択肢がなくなる。それがプライベート出産選択に繋がっていると考えられる。ガイドラインが作成された当初、産科医が「裁量権が保障されない」ことを危惧していたというが、産科医の裁量権が認められないことは、医療化の促進に繋がっている可能性が否めず、出産する側にとっては出産の選択を狭まれる結果となっていると考えられる。

有床・無床に限らず、開業助産師の立会いによる出産は、日本助産師会による『助産業務ガイドライン』が適応され、医療法第 19 条によるところの、「産科又は産婦人科医である嘱託医と産科又は産婦人科および小児科を標榜する嘱託医療機関との連携」も義務付けられている。そして、出産施設の集約化は、開業助産師の立会いによる出産選択にも影響を及ぼしている。

例えば、北海道では助産所は札幌市と、旭川市、釧路市にあるのみで (p48、図 3-4)、助産所の出産を選択できる場所に住む人は限られている。O 氏は第 1 子第 2 子を、R 氏は第 2 子を助産所で出産したが、2 時間かけて通い、出産時は陣痛中に移動している。そして両者ともにその後の出産は、プライベート出産を選択している。また L 氏は、1 時間半かかる助産所に通いながら、家で生まれてしまったことにする計画を企てた。その理由を「焦って車に乗ってハラハラするのもよくないと思って、だったら家でゆっくりとここにいていいんだという安心感で産みたかったです。緊張もしたくなかった」(p55) と言っているが、O 氏、R 氏が助産所で出産した後にプライベート出産を選択した理由の 1 つには、移動の問題もあり、両者ともに負担を強く訴えていた。また、北海道だけではなく、茨城県で第 3 子をプライベート出産し多量出血した E 氏は、高齢のため専門家の立会いによる出産と産後の養生のため助産所の出産を望んでいたが、通える範囲に助産所がなくプライベート出産を選択した。奈良県で第 3 子をプライベート出産した T 氏は、通える範囲の地域にあった助産所が閉院されたタイミングで妊娠し、プライベート出産を選択した。ここで問題になるのは、助産所の偏在と衰退である。

また、インタビュー協力者の中で、助産師の移動が 1 時間以上かかることで、自宅出産の立会いを引き受けてもらえなかったのは、V 氏、W 氏、X 氏、Y 氏である。V 氏と X 氏の居住地は北海道、W 氏は佐賀県、Y 氏は新潟県である。なお、V 氏と X 氏は、プライベート出産体験者から北海道の開業助産師は偏在しており、立会いを引き受けてもらえない可能性について認識し、さらにプライベート出産に関する体験内容の情報を得た上、プライベート出産の選択を予め考慮した上で、助産師に相談している。W 氏の居住する佐賀県には有床の助産所はなく、無床の助産所が 1 軒あるのみである (日本助産師会 2017b)。W 氏は長崎県、福岡県まで開業助産師を探したがすべて断られたという。その後にプライベート出産体験者に出会い、情報を得る中で、プライベート出産を選択している。Y 氏は、第 4 子でプライベート出産しているが、第 1 子から自宅出産を望み、開業助産師を探したが、断られた。彼女らは、出張で分娩を扱う開業助産師の偏在とガイドラインの規制によって、開業助産師の立会いによる出産できなかったのである。

インタビュー協力者の中で、開業助産師が嘱託医不在のために分娩を扱っていないことを理由に断られた (あるいは依頼はしていないが情報を知り選択しなかった) のは、O 氏と AA 氏である。それ以外のインタビュー協力者は、なぜ、居住地域に開業助産師が不在であるのかについての理由は、把握できていないようであった。

では、なぜ、助産所は偏在しているのか、また逆に、どこに助産所が存在するかといえば、助産所が存在するのは、ほぼ都心部のみである。それは、助産所の開設には、嘱託医・嘱託

医療機関との連携が義務づけられており、嘱託医療機関を引き受ける施設が存在する地域でなければ助産所は開設できないからである。出産施設の集約化によって、嘱託医療機関の候補となりえる出産施設は都市部にのみに存在し、そして、嘱託医療機関との距離には、緊急時に搬送できる範囲も考慮されるためである。

中山は、「嘱託医師」側には諾否などに関する義務規定はない。したがって、開業を営む助産師が嘱託医師、嘱託医療機関を確保するには、各助産師の人脈や力量などのポリティクスに委ねられる。あるいは、開業助産師を支援するという医師の考え方や信頼関係に依存してきた」（中山 2014：16）という。だが、医療法の改正によって、助産所の開設、存続のハードルが上がった原因のひとつは、それに加えて、嘱託医療機関との連携が義務付けられたことで、開業助産師を支援する医師（個人）がいるだけでは、助産所は開設できるものではなくなったことにあると考えられる。嘱託医は、個人の医師の考えによって決められるが、嘱託医療機関は一個人の産婦人科医の考えだけで承諾が得られるわけではない。最終的には嘱託医療機関の諾否は、医療機関の長（病院長）が決定することになると考えられるからである。また、医師の異動によって、嘱託契約が解除される可能性もある。そういったことから、助産所の安定的な運営には、開業助産師を支援する医師団体、もしくは、医療連携の公的システムの構築が必要であり、助産所には組織的な支援が不可欠であると考えられる。

2 生理的パラダイムの出産を望む女性の出産選択に関する政策課題

以上、インタビュー協力者がプライベート出産を選択した動機の語りを基に、生理的パラダイムの出産を望む女性の出産選択に弊害となる、周産期医療政策を整理し、それぞれの政策課題を考察したところ、以下の点が浮き彫りになった。

「出産施設の集約化」は、正常経過をたどる6割～7割の妊産婦に対する快適な出産の選択を阻害した。出産施設が偏在し、出産施設を選択できないのみならず、妊産婦は出産施設への長距離移動を強いられる。その上、医療施設で行う出産は、ガイドラインをもとに医療のやり方が優先される。妊産婦はそういったさまざまな身体的精神的負担を強いられている。

『産婦人科診療ガイドライン』、『助産業務ガイドライン』共に、医師あるいは開業助産師に一律の基準を設けた。特に『助産業務ガイドライン』はそれを遵守しなければ、助産所の運営を継続できない強制力を持つ。妊婦が開業助産師の立会いによる出産を希望しても、助産師はガイドラインの規制によって断らざるを得ないことがある。そういったことが妊婦の出産選択の弊害となっている。両ガイドライン共に、今後は医師・助産師の裁量権が保障されることが、妊婦の出産選択の幅につながるのではないかと考えられる。そして、出産に関わる専門家には、両ガイドラインのみならず、正常経過をたどる妊産婦が、安心かつ快適で、満足な出産を行うためのケアのあり方を目指すガイドラインの活用が望まれる。

医療法第19条の改正は、助産所を衰退させ、病産院外での出産を望む女性たちの、助産所あるいは自宅で開業助産師の立会いによる出産への選択を阻害した。近年プライベート出産に臨む女性たちが現れている背景には、特に助産所の衰退の影響が大きいと考えられる。

る。今後、生理的パラダイムの出産観をもつ女性たちに、開業助産師の立会いによる出産の選択肢が広がるよう、助産所の嘱託医、嘱託医療機関との連携体制の構築などには組織的な支援を求めることができる、新たな政策が必要である。

小括

これまでに、プライベート出産体験者へのインタビューから、現代の日本の出産環境において、生理的パラダイムの出産を望む女性の選択を阻害する要因として、周産期医療政策に関する諸課題が示唆されていた。

そこで、本章で改めて、出産環境の背景にある現代の周産期医療政策の動向を整理したところ、ガイドラインによる医療化およびさまざまな規制と、医療法第 19 条の改正による助産所の衰退が、生理的パラダイムの出産を望む女性の出産選択に支障をきたしており、そのことがプライベート出産選択に影響していると考えられた。

生理的パラダイムの女性の出産の選択を保障するためには、特に、助産所の早期復活が望まれる。そのためには、助産所と嘱託医・嘱託医療機関との連携が円滑となる新たな政策が必要となると考える。

<注>

- 1) 厚生労働省，総務省，文部科学省，2005，「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化について」。
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000101484.pdf>（平成 29 年 8 月 15 日取得）
- 2) 厚生労働省，2007，「医療法改正の概要（平成 18 年 6 月公布，平成 19 年 4 月施行）」，14。<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1105-2b.pdf>（2016 年 1 月 16 日取得）
- 3) 厚生労働省，「保健師助産師看護師法」。
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO203.html>（2017 年 8 月 23 日取得）
- 4) 厚生労働省，「医療法」。
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23F03601000050.html>
（2017 年 8 月 23 日取得）
- 5) 厚生労働省，2017，医療法施行規則，「最終改正：平成二九年二月八日厚生労働省令第四号」。
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23F03601000050>。（2017 年 8 月 23 日取得）
- 6) 厚生労働省，「医療施設調査 上巻 第 8 1 表 病院数（重複計上）；実施件数，手術等・一般病院（再掲）・開設者別」による病院の帝王切開数と、「上巻 第 1 2 4 表 一般診療所数（重複計上）；実施件数，手術等・病床の有無・開設者別」による診療所の

帝王切開数の総数を、全出生数で割った値（2008年、2011年、2014年のデータ）

7) 勤務医は必見！自賠責保険の基礎知識, Copyright (C) 2015.

<http://jami2009symp.info/number.html> （2017年8月20日取得）

終章 女性の出産の選択権と安全性の保障にむけた

周産期医療政策の課題

第1節 生理的パラダイムの出産を望む女性の出産選択をめぐる課題

本稿では、プライベート出産体験者へのインタビュー調査によって、日本のプライベート出産の特徴は、「生理的パラダイムの出産観によるアクティブ・バースの考えを基にした自然出産であり、夫が子どもを取り上げている人が多いこと」、「①自然出産を実行しにくい医療環境、②自律的な出産への希望、③ライフスタイルを、主な動機としていること」、彼女らの多くは「医療との接点を持ちつつプライベート出産に臨んでいること」、「出産体験は、女性のもつ生理的機能が発揮され、心身ともに満たされる満足な体験となっていること」が明らかとなった。

そこで、さらに、周産期医療政策の動向から現代の日本の出産環境について考察したところ、産科医不足を主な理由に「出産施設の集約化」によって施設が偏在し、居住地によっては「産み場所選択ができないこと」、各種「ガイドライン」によって、「出産は産む女性の意思よりも医療側のやり方が優先されること」、『助産所開業マニュアル』や『助産業務ガイドライン』の遵守によって、助産所は業務上の規制が厳しいことに加え、医療法第19条の改正による嘱託医療機関との義務づけによって運営も厳しくなり衰退しており、妊婦は「開業助産師の立会いによる出産を選択できないこと」が明らかとなった。

これは、おおよそ2005年前後からの動きであり、その結果を統計データでみると、出生場所別の出生割合は、2004年の病院と診療所の出生は98.8%、助産所の出生は1.02%、自宅・その他の出生は0.21%であったが、その後、2016年には病院と診療所の出生は99.2%と増加しており、助産所の出生は0.61%、自宅・その他の出生は0.15%まで減少している（p18、表1-4）。そして、病院と診療所以外の場所での出生の立会い者の動向をみると、2004年の助産所・自宅・その他の場所での助産師立会いによる出生は1.05%であったが、これは2016年には約半数の0.57%まで減少し（p19、図1-3）、無介助分娩は0.025%から0.031%まで上昇している（p18、表1-3）。2016年の無介助分娩と助産所・自宅・その他の場所での助産師立会いによる出生割合の関係を都道府県別にみると、無介助分娩の多い上位7府県は、助産所・自宅・その他の場所での助産師立会いによる出生が比較的少ない傾向にあり、助産所・自宅・その他の場所での助産師立会いによる出生の多い7県は無介助分娩がやや少ない傾向にある（p67、表4-2、表4-3）。

このように、開業助産師による出生割合の減少とともに無介助分娩が微増している動向や、無介助分娩の多い地域は開業助産師の立会いによる出生が少ない傾向にあるなど、プライベート出産の出現には、開業助産師の衰退が関係していると考えられた。

現代の日本では、おおよそ 99%の出産が医療の管理下に病院・診療所で行われている。この 99%のみに着目すれば、医療の管理下での出産が常識であって 1%の女性の選択は逸脱行為として特別視あるいは問題視される対象となる。だが、近年顕在化してきたこの中のプライベート出産体験者に着目し、インタビュー調査を通して出産選択の動機を分析し、病院・診療所以外の場所での出生が、誰の立会いのもとに行われているのかを詳しくみていくと、助産師の立会いによる出産の選択が年々阻まれている現状が浮き彫りになった。つまり、近年では、周産期医療政策によって、自然出産を希望する女性が、病院や診療所以外の場所で助産師の立会いによる出産を選択しにくくなった結果、無介助分娩を選択する人が出てきているのである。

英国のマタニティ政策を分析し、出産の場所や介助者が個人の自由に任されているのではなく、国家の規制とむすびついていることを明らかにした松岡（2016）は、女性の出産の選択を妨げるものは「助産師不足」、「医療化」、「組織上の問題」であるという。そして、日本では、例えば高齢者の女性からは、自宅などで、一人であるいは親族や助産師と出産した経験が語られるが、現代では家で産むことは危険な行為とみなされ、自宅出産を選択しないように助言がなされるなど、産み場所の自由は狭まり、決められた場所で産まなければならない圧力が強まっているという。

特に、プライベート出産希望者に対する医療関係者の対応は否定的なことが多いが、その理由は、「生理的パラダイムの出産を望む理由（自然出産による身体的精神的満足）」をはじめ、前記した「出産環境の現状」、プライベート出産体験者らは医療を拒否しているのではなく、「医療者と良好な関係で接点をもちつつ出産したいと考えていること」が、認識されていないからではないかと考えられる。そして、「医療者によるプライベート出産を選択する人たちへの理解不足」が、さらに女性たちを医療から遠ざけているのではないかと考えられる。

では、女性たちは、自分たちが満足のいく出産をするために、医療に何を求めているのか、また、どのような医療のあり方や政策が、女性の出産の選択を保障し、かつ安全な出産に繋がるのか。インタビュー協力者の事例を通してそれらについて考察し、本稿の終章として、女性の出産の選択権と安全性を保障する周産期医療政策の課題を検討し、それを提言したい。

第2節 周産期医療政策がもたらした医療不信

プライベート出産のインタビュー協力者のなかには、医師との関わりの中で、医療への信頼を失い、プライベート出産を決定した人たちがいることは、第5章で医療との接点として紹介した。

だがその他に、複数の医師や開業助産師と関わる中で、医療への疑問をもちプライベート出産した人もいる。では、彼女たちは専門家に何を望んでいるのか。ここでは、出産施設が

偏在していない都市部で第1子からプライベート出産したJ氏の事例を紹介し、周産期医療の問題点を明らかにする。

第1子から第4子までプライベート出産したJ氏は、第1子を妊娠し、どのような出産をするか選択するために、夫婦で病院、診療所、助産所など10件以上受診し、その上、複数の施設に電話による問い合わせも行った。その間に、自宅出産を望むようになり開業助産師を探し、しばらく診てもらっていたが、助産師の対応にも疑問を持つようになった。助産所を変えたが、それでも納得がいかず、プライベート出産の選択に至った。J氏の夫は、J氏の受診に必ず付き添い、医師のみならず助産師ともかかわる中で、産科医療の問題が見えてきたという。それをこのように話す。

「2人で10軒以上（病院・診療所・助産所含め）回ったんですけど、そこで、僕が一番思ったのは、僕が専門家に求めていたのは、“いや、大丈夫だよ。きっと、元気な赤ちゃんが生まれるよ”と、まずはそう言ってほしかったんですよ。人間として普通そう言ってほしいじゃないですか。でも、それを言ってくれた人は1人もいなかったんですよ。それよりも、例えば初産の危険性とか。あと、今の医療は、助産師さんは、病院と上手くやらないとお産ができないんだとか。（略）いかに今の助産師会が大変かを話されたり。（略）（僕らを）勇気づけるとか安心させるといういうことがなかったわけですよ。（略）決定的だったのは、この人たちを縛っているネガティブな発想、というか、事なかれ主義というか、何かあっても私の責任じゃないんですよというスタンスは、決して消えることはないだろうと（思い、医療不信に陥った）」

都市部に住んでいたJ氏夫婦は、初めての出産をいいものにしたいと、出産場所を選択するために積極的に出産施設を受診したが、どこに行っても、不安をあおる対応をされ、自分たちが安心できる専門家に出会うことができなかった。自然出産について調べていくうちに、無介助分娩の情報が入り、夫は、結果的に専門家の立会いによる出産は、「お産において全責任をとる人がいない」。ならば「誰にも任せるとはできない」と考え、夫婦でプライベート出産を決定したという。

J氏の夫の語りから見てきた医療者による対応の問題は、まず、医師も助産師も、「起りうる異常（リスク）」を中心に妊娠の経過を診ており、その視点で診ていることが、妊婦を不安に陥れているという点である。そういった視点による対応は、妊婦や夫に人間的な対応をされなかったと感じさせ、医療不信につながっている。次に、開業助産師は、嘱託医もしくは嘱託医療機関との連携に過大な気を遣い、嘱託医・嘱託医療機関の顔色を優先して妊婦に対応しているのではないかと考えられる点である。助産所は、嘱託医・嘱託医療機関との連携体制が、運営を左右する。そのために助産師が医師に気を遣い、また、ガイドラインの遵守に努めるがゆえに、リスク管理的な対応をして、妊婦の不安を煽るという悪循環になっていると考えられる。なお、J氏は第1子を2008年4月に出産している。J氏は医療法改正の2007年から妊婦健診を受けており、開業助産師にとっては過渡期でもあり、その

影響もあったと考えられる。そして、もう1点は、J氏と夫には、医療者の誰もが、医療事故、医療訴訟を回避できるような出産管理を優先しようとしていることが見え、責任の所在がはっきりしないことで、産科医療に信頼が持てないと感じられた点である。

妊婦や家族が基本的に医療者に求めるものは、人間味のある対応であり、安心と信頼である。前章で示した、周産期医療政策、そしてガイドラインは、出産の安全を目的に作られたはずであるが、妊婦が安心して出産できる出産環境の構築にはつながっておらず、逆に、医療の信頼を損ねた点は、大きな問題であろう。

第3節 北海道におけるプライベート出産希望者への医療関係者の対応

1 保健師による緊急時の連携体制構築

これまでに、プライベート出産を希望する妊婦への、地域の保健師によるさまざまな対応を紹介している。ここで改めて詳しく見ていく。

O氏は、妊娠中、定期的に妊婦健診を受診していなかったことから、居住地の担当保健師より「虐待予備群」のような扱いで電話訪問や家庭訪問を受け、出産した当日、強引な家庭訪問を受け憤慨している。また、鈴木ら(2016)の報告では、無介助分娩希望者に、施設での出産を説得する取り組みがなされている。

その一方で、プライベート出産の意向を知った保健師が、出産時の緊急事態に備え、彼女らと医療機関とのパイプ役を担っていた事例もあった。以下およびO氏は、すべて北海道の事例であり、それぞれ別の地域の事例である。

北海道では妊婦一般健康診査受診票の使用状況をもとに、妊婦一人ひとりの妊婦健診の受診状況を地域の担当保健師が把握している。

例えば、妊娠初期の病院受診で不快な思いをし、通院していなかったV氏に対して、担当保健師は自宅を訪問し、V氏の医療不信を理解した上で、「受診券もあるし、あなたには受診する権利があるのだから」と言って受診を勧め、妊娠9か月以降毎回健診に同行した。プライベート出産を希望するV氏の意思を尊重し、出産時に起こる緊急事態の対応を病院に請うため、V氏を目の前にして、医師にその確認をとったという。

また、妊娠7か月時に、病院医師に自宅出産の希望を伝え、その後の診察を拒否されたX氏については、病院の助産師から担当保健師に連絡がいき、保健師が本人の出産方法への意向を聴いている。自宅出産を引き受けてもらえる助産師が不在なため、X氏はプライベート出産を選択した。その意思が固まってから、担当保健師を中心に、病院の医師、助産師と保健センターの関係者らはカンファレンスをもち、搬送する病院と地域の町立診療所(産科はない)と消防署による連携の協力体制が整えられた。X氏は妊娠10か月になり、逆子ではないことの確認のために一度受診し、出産に至っている。

妊娠6か月で転入したK氏のプライベート出産の意向を知った保健師は、最初は施設分娩を勧めていたが、K氏の意思が固いことがわかり、所轄の保健所や開業助産師(分娩の取

り扱いはしていない)に相談する。最終的には、病院の医師に緊急時の対応を依頼し、消防署との連携体制も整えられた。

医師にプライベート出産の意向を伝え、「とんでもないことです」と言われた CC 氏に対しても、保健師が緊急時の搬送先を手配し、消防署にも連絡を入れ連携協力体制を整えた。

V 氏、X 氏、K 氏は 3 者ともに、最初は医療機関への受診を促す保健師の対応に戸惑いを感じていたが、「親身になってくれた保健師さんに感謝している」と口を揃えて言っていた。自分の選択を認めつつ、いのちの危険性を最小限にしようと考え行動してくれたことへの感謝である。なお、この 3 件に関しては、担当した保健師に、当時の状況を確認している。保健師らは皆、「この町(又は市)で、死産が起こることだけは避けたかった(から動かざるをえなかった)」と言っていたが、妊婦の意思を尊重し、安全を守るために、医師⇔妊産婦間、医師⇔助産師間のような上下関係を持たず、行政の立場で中立に判断して支援する保健師の姿勢に、彼女らは心を動かされたようであった。

北海道は、病産院も助産所も偏在し、出産の選択は自由にできず、無介助分娩は増加しているが、インタビュー調査によって、市町村の母子保健は、個々の妊産婦をしっかりと把握し手厚い支援が行われていることが明らかとなった。また、医療施設の医師、助産師と保健センターの保健師は、日常から連絡を密に取り合い、ケースカンファレンスも行われているという。これらの事例は、出産時に異常は発生しておらず、医療機関への受診、救急搬送などはなされなかったが、出産する女性の意思を尊重した、関連する医療と行政による協働の支援が、妊婦にとって安心な出産環境となっていた。

2 医師によるプライベート出産希望者への安全対策

第 5 章において、出産時に異常のあった事例を検証し、出産前に、予め医師と妊婦との間で出産時に異常が起こった際の対応について、説明と同意がなされることが、安全な出産につながっていたことについて報告した。

事例として取り上げた P 氏は、医師から第 3 子の妊娠中に、出産の異常時の対応についての説明がなされ、同意の上でプライベート出産を行った。胎盤が出なかったため病院を受診し、スムーズに処置を受けることができた。この P 氏も、北海道の事例である。前記したように、P 氏の第 3 子のプライベート出産後、同医師に妊婦健診を受けながら、同じ承諾書にサインして、プライベート出産した人が、L 氏(第 4 子)、AA 氏(第 2 子)と続いている。

AA 氏は、第 1 子を助産所で出産している。自宅出産をしたかったが、第 1 子を出産した当時、この地域の自宅出産に長年関わっていた助産師(以下助産師 b とする)が、出産の取り扱いを辞めており、AA 氏は自宅出産を引き受けてもらうことができず、助産師 b の開設する助産所に 2 時間近くかけて通い、出産したという。助産師 b が出産の取り扱いを辞めた理由は、同病院に当時勤務していた医師との嘱託契約が取れなかったためである。AA 氏の第 2 子出産時には、病院の医師がかかわっており、P 氏から良心的な医師がいる(プライベート出産に対応してくれる)との情報も得ていたため、プライベート出産を選択した。

では、なぜこの医師は、プライベート出産を希望する妊婦に承諾書を提示するという、斬新な取り組みを始めたのだろうか。

まず、P氏は第1子第2子ともに同病院で妊婦健診を受け、プライベート出産している。第1子出産の際、胎盤が出ず病院ではなく保健センターに連絡した。保健センターに勤務する、助産師の資格を持つ保健師が、自宅を訪問して胎盤娩出にあたった。その後、第2子もプライベート出産している。おそらく、この経過について、病院と保健センター間で共有され、医師には、P氏が第3子をプライベート出産する際には、何らかの安全対策が必要との認識があったからではないだろうか。また、この地域には、出産できる施設はこの病院1軒のみである。AA氏が第1子の出産に立会ってもらった助産師bが、地域の自宅出産に立会うことができなくなった時期（正確な時期は不明であるが2009年以前）から、この地域の女性らには助産師の立会いによる自宅出産を行う選択肢が無くなり、その病院での出産を希望しなければプライベート出産しか選択肢はなく、プライベート出産をする人が相次いでいる。したがって、医師は、こういった地域の事情を踏まえ、P氏のみならず、続いてプライベート出産を選択する人たちへの対策も必要と考えていたのではないだろうか。

いずれにしろ、この件では、本医師が出産する女性の出産の選択を尊重し、妊婦がどこで出産することを選択しようとも、できる限りの医療を提供しよう、地域の母子医療に貢献しようとする態度が、「理解のある先生」として、彼女らの信頼につながっていることが重要な点である。

3 女性の出産選択の意思を尊重する医療関係者の態度

以上のことから、出産施設の偏在する北海道では、出産の選択が不自由な状態となっているが、その特徴を行政も含めた医療関係者が共通認識し、プライベート出産を希望する妊婦に対し、本人の意思を尊重し、出産の安全性を確保するべく、連携体制を整えていたことが明らかとなった。紹介した保健師らや医師などの態度から、医療関係者らは、地域の出産をそれぞれの職種の協同連携体制にて支援するために、最善の策を模索していると考えられた。

これら北海道の事例と、前述したJ氏の事例から、出産に関わる医療関係者には、人間味ある対応が求められており、地域ぐるみの多職種連携による支援が安心、安全の出産環境につながると考えられた。

そして、R氏、P氏、E氏、C氏らもいうように、プライベート出産で満足な出産体験をした人たちは、地域に自然出産をサポートしてくれる助産師が必要だと考えている。彼女らが助産所に求めることは、「助産所での出産や助産師の立会いによる自宅出産の選択が可能となる」点と、「異常が起こった際の応急処置と医療とのパイプ役」、「相談役（安心の場）」、「出産とは産ませてもらうものではなく自分で産むものだということを学ぶ出産教育の場」、また「出産体験の継承の場」である。

第4節 「出産における適切な医療技術のための WHO の勧告」からみた日本の周産期医療政策の課題

WHO は 1985 年、医療化された出産が非人間的なものになることを危惧し、妊婦とその家族が中心となる人間味溢れるお産を世界中に取り戻すことを目的に、「望ましい出産の科学技術についての勧告」を行った。ここでは、「個々の女性は適切な出産ケアを受ける基本的な権利を持つこと」、「女性は計画、実行および評価への参加を含めた産前ケアのすべての局面において中心的な役割を果たすこと」、「適切な産前ケアの理解と遂行においては社会的、情緒的、心理的な要因が決定的であること」を原則として、21 項目の勧告がなされている（ワグナー 2002 : 363-365）（p99、資料 1）。

この勧告の前半部分では、まず第 1 項で「保健省庁は、商業市場と医療サービスへの医療技術の投入に関して、明確な方針を確立しなければならない」と、各国の保健省庁に対して明確な方針を確立するよう呼びかけ、第 3 項で「個々の女性が好むタイプの出産ケアを選べるよう、地域社会全体が出産ケアにおけるさまざまな方法について知らされるべきである」と、女性の出産の選択が保障されるための方法が示されている。また、第 5 項では、「非公式の周産期ケアシステム（伝統的出産助産者含む）が存在するところでは、それらは母親の利益のために正規の出産ケアシステムと共存し、互いに協力関係を維持しなければならない」と、いわゆる「取り上げ婆」の存在を認め、資格を持つ医師、助産師と協働で出産ケアにあたることを勧めている。出産ケアに携わる人の教育に関しては、医学的側面に偏ることなく「出産ケアのもつ社会的、文化的、人類学および倫理的な側面の理解の向上を目指すべきである」（第 6 項）と、全人的ケアができる人材の養成の重要性を投げかけ、特に「専門家としての助産婦および出産助産者の訓練が奨励されるべきである。正常に経過している妊婦、出産および産後ケアがこれらの職業の職務となるべきである」（第 7 項）と、正常経過の妊産婦のケアには助産師が専門家として奨励されることを示し、「医療技術の評価は、複数の専門分野にまたがって、その技術を用いるあらゆる種類の提供者や、疫学者、社会学者、保健当局などが関わるべきである。医療技術が用いられる対象となる女性たちは、評価の実施や結果の普及のみならず、評価の計画から関わるべきである」（第 8 項）と、出産ケアの技術評価についても、医学のみに偏らず、他の学術分野から検討されることを重視するのみならず、特に出産する（あるいは出産した）女性がかかわることを重視している。

後半部分では、具体的な出産ケアの方法に関する内容となっているが、特に不必要な医療介入がなされないことに関する勧告であり、「世界でも周産期死亡率が最も低い国々では、帝王切開率は 10% 以下である。いかなる地域においても、10~15% を超える帝王切開が行われることは明らかに正当化されない」（第 13 項）と、出産の安全性の面からも、帝王切開を避けるよう、勧告がなされている。

2001 年にワグナーは、この勧告は、その後世界各国でマタニティサービスを改善するために広範に用いられ、特に西ヨーロッパでは独立した助産師がこの勧告を利用し、例えばドイツでは、WHO が勧める病院外出産の選択肢を拡大するために女性グループや科学者、

ジャーナリストと協働し、病院外出産施設を設立していった。その結果、ドイツ、イギリス、デンマーク、オランダなどでは自宅出産が増加し、オランダでは自宅出産が 30%前後で安定している¹⁾。だが、日本のマタニティサービスは 10 年から 15 年の遅れをとったとし、その理由として、日本のマタニティサービスは、外科的処置（帝王切開や、会陰切開など）を行う医師たちによって管理されている。そして、占領中にアメリカによって助産所が閉鎖され、すべての助産婦が看護婦として訓練を受けて産科医の監督の元に働くようになり、強大で独立した助産婦という職業の悲劇的な損失をもたらしたからだという。そして、日本は出産の医療化の結果、妊産婦死亡率が他国に比べて高く（不必要な産科処置が原因となっている）、女性は出産の経験によるエンパワーメントの機会を奪われ、より暴力的な社会になっている（攻撃的で侵襲的な介入を伴う暴力的な出産と、母子分離は暴力的な子どもや大人、社会を生み出すため）という（ワグナー 2002: 351-358）。そして、日本のマタニティケアを改善するためには「助産を強化すること」「女性が出産する場所の選択肢を広げること」、さらに「医師や助産婦、保健行政官、政治家、そして最も重要である一般市民に対して、日本における医療化された出産の危険性と、人間的な出産の持つ安全性と価値について教育すること」だといひ、また、人間的な出産のためには「出産は医師や病院のものではなく、女性と家族のものであることを理解することである」と述べていた（ワグナー 2002: 359-361）。

ワグナーがこのように述べた 2001 年以降、日本で出産施設の集約化や助産所に関する医療法の改正といった周産期医療政策が行われたが、その政策は、WHO の勧告に従うものではなく、ワグナーの提案にも反していた。特にワグナーの提案としての「助産を強化すること」「女性が出産する場所の選択肢を広げること」に努めず、逆に出産施設の集約化と、助産所の衰退につながる政策がなされたことで、女性の出産場所の選択肢は狭まれ、プライベート出産を行う人たちが表面化するに至っている。「医療化された出産の危険性と、人間的な出産の持つ安全性と価値について、医師や助産婦、保健行政官、政治家、そして一般市民への教育」がなされてきたとはいひ難い。ワグナーは、「出産は医師や病院のものではなく、女性と家族のものであることを理解することである」というが、プライベート出産体験者らへのインタビュー結果からも、その重要性が示されている。

松岡によれば、法的規制によって開業助産師が自宅出産に関わることが困難となり、フリーバース (freebirth) を選択する動きがみられたイギリスでは、すべての女性にマタニティケアが行き届くように、生まれる子どもの健康を守り、将来の国民の健康を向上させることを目標に、2007 年、保健省によって 2 年後の 2009 年までに、すべての女性が NHS を利用して自分の産みたい場所での出産ができるようにしようとする政策「マタニティー・マターズ (Maternity Matters)」が発表された。これは、女性の選択を中心に据えたマタニティ政策の転換であり、現在では産婦人科医会と助産師会が共通の理念をもち、協力しあいこの政策に取り組んでいるという（松岡 2014:199-201）。そしてその後には、イングランドで、出産場所に関する研究 (The Birthplace study) が行われ、健康な女性の出産に関しては、助産師主体のケアと病院の医師主体のケアに安全性の差がなかったことから、2014 年に、

英国内における最上級の健康とケアのための指針作成機関である NICE (the National Institute for Health and Care Excellence) は、「健康で順調な妊娠経過の女性には、従来どおりの産科病棟より、助産師が主体となって運営している施設で出産するよう指導すべき」、「どの女性にも究極的には自分が出産するところを選択する自由があり、女性のその選択は支援されるべき」といったガイドラインを公表している (松岡 2016 : 293) (BBC : 2014)。

生理的パラダイムの出産を望む女性の出産の選択権と安全性を保障するために、日本でもこういった政策への転換が期待される。

結語

終章では、プライベート出産を希望する妊婦やその家族らへの医療関係者らの対応について、改めて事例とおして医療不信を招く対応と、逆に信頼を得る対応について検討した。その結果、医療関係者には、妊婦の意思を尊重し、上下関係をもたない関係性の中で、公平・中立の立場で支援する行政などとの協働体制が必要であると考えられた。

「出産における適切な医療技術のための WHO の勧告」がなされて 30 年余りが経過した。その間、この勧告を受けて、各国ではそれぞれのマタニティケア政策への取り組みがなされてきた。だが、本研究で行った無介助分娩の実態調査によって、わが国では、これまでこの WHO の勧告を反映した医療政策がなされなかったことが浮き彫りになった。

プライベート出産体験者へのインタビューでは、出産は医師や病院のものではなく、女性と家族のものであること、そして、医療化された非人間的な出産の苦痛と、逆に人間的な出産の持つ価値的な意味について語られていた。

日本における女性の出産の選択と安全性の保障にむけた周産期医療政策課題として、今後は、2001 年にワーグナーによって述べられていた、マタニティケアを改善するための提案が反映されることが望ましく、特にプライベート出産の実態について、医師や助産師、保健行政官、政治家、そして一般市民に周知される必要がある。そして、女性が出産する場所の選択肢を広げられるよう、イギリスの「NICE」のように、助産師を活用すべく、行政処置として各地に助産所が設置されることが望ましい。助産所の運営に対しては、嘱託医、嘱託医療機関との連携について、医療法第 19 条の附帯決議案にそった行政的支援を受けるなどの保障がなされ、女性の選択する出産には、助産所と医療機関そして行政と、地域の医師、助産師、保健師などが連携し、周産期医療ネットワークとして一丸となり支援することが望ましいと考える。

<注>

1) Van Daalen Rineke 氏によれば、オランダでは最近まで自宅出産は 30%程度であった

が、現在では 13%程度まで減少している。それは、専門家にとっても出産する当事者にとっても、医学的なリスクに関する知識の増加によって、自宅出産や助産師による出産介助への不安が増しているからだという（2017年8月1日講演会「オランダの自宅出産はなぜ人気をなくしたのか」於：奈良女子大学）。

あとがき

2011年春、大阪から北海道に転居したばかりの私は、知人から「自宅出産」した人がいるので会わせたいと、一人の女性を紹介されました。私は助産師ですが、自宅出産した女性にお会いできる機会は少なかったため、どのような出産だったかお話を聴かせてもらうことを楽しみにしていました。

ところが、実際にお会いすると、その女性は最初私との接し方にかなり戸惑っておられる様子で、私はとても不可解でした。よくよく聴いてみると、彼女のいう「自宅出産」とは、家族だけで行った「プライベート出産」でした。彼女はこの出産にとっても満足していたにもかかわらず、よほど気を許せる人にしか話していないというのです。どうやら、自分が行った自宅出産は社会からの逸脱行為なので、「人に何を言われるかわからない」と、他人に知られることを恐れていたのです。

私にとっては、その女性との出会いが、プライベート出産体験者との初めての出会いでした。でも私は、彼女がプライベート出産を行った事実よりも、自分で考え選択し、満足な出産を体験したにもかかわらず、それを押し隠そうとしていたことにショックを受けました。何も悪いことはしていないのに。

北海道では出産施設が偏在しており、1時間2時間あるいはそれ以上の時間をかけて妊婦健診に通い、出産している人が多くいます。そして出産施設が遠い妊婦は、予定日前から入院して計画分娩で出産する、あるいは病院の近くに滞在し陣痛が来るのを待つ。地域によっては救急隊員が分娩介助のトレーニングを受けて搬送に備えています。実際に、救急車の中で娘さんの子ども（孫）を取り上げた女性にも出会いました。そして、プライベート出産に臨もうとする妊婦や、プライベート出産した人たちの情報を、次々と耳にするようになりました。

こうしてプライベート出産体験者に出会い、北海道のお産事情を目の当たりにし、どうして自分の暮らす地域で安心して子どもを産むことができないのか。自然出産を望み、病院以外の場所での出産しようとする女性が、どうして肩身の狭い思いをしなければならないのか。

そんな疑問を持つ私に、松岡先生は博士論文のテーマを「無介助分娩」にしてはと、勧めてくださいました。私は、「無介助分娩」が博士論文のテーマとして成り立つとは思ってもよらず、加えて、助産師の私にとって、プライベート出産体験者に自分から働きかけてお会いしインタビューを行うことは、少なからず勇気のいることで、最初は戸惑いもありました。でも逆に、プライベート出産は、当事者にとってとても深い体験なので、インタビューには、私のこれまでの助産師経験と、女性として子どもを産み育てた経験は活かされたのではないかと思います。皆様、快くインタビューをお引き受けくださり、長時間にわたり応えてくださいました。そして、インタビューを重ねるごとに自分の中にあつた疑問は納得に変わっていき、無我夢中で研究に取り組むことができました。

「おまえが生まれた日は雪が降った。朝はように〇子(母)が産気づいて、雪ん中、△子(姉)を自転車の後ろに乗せて、産婆さんを迎えに行った。あの日は特別寒かった」

父からこの話を聞いたのは、小学生の頃だったと思います。たったこれだけの言葉に、自分が生まれた日の情景が目には浮かびます。そして、人生の岐路に立つたびごとにこの言葉を思い出し、くじけそうなきも、前を向いて進んでくることができました。

自宅で生まれた私は、この産婆さんにあこがれ助産師になり、産婆(開業助産師)を目指して助産師人生を歩んできましたが、出産を扱う助産所の開業はできないまま今日に至っています。でも、本研究をとおして、これは時代の流れだと、やっと開業できない自分を受け入れることができるようになりました。ただ、助産所の衰退には危機感をもち、プライベート出産体験者の皆様も言うように、私は全国各地域に助産所が必要だと考えています。今後はそういった社会の実現にむけ、さらに研究活動に邁進したいと考えています。

博士論文の執筆には、多くの方々の支えとご協力をいただきました。

奈良女子大学大学院人間文化研究科の松岡悦子先生、鈴木則子先生、井口高志先生には、博士論文への適切なお助言をいただきました。特に、松岡悦子先生にはテーマを決める段階から最後まで、懇切丁寧に論文指導をしていただき、3年で修了するという、当初の目標を実現させていただくことができました。心より感謝申し上げます。

全国のプライベート出産体験者30名とそのご家族の皆様には、インタビューにご協力いただき、貴重な体験をお聴きすることができました。皆様との出会いと聴かせていただいたお話は、研究を進める原動力となりました。本当に有難うございました。

経済的には、日本学生支援機構奨学金の貸与を受け、奈良女子大学若手女性研究者支援からご支援をいただきました。経済的支援がなかったら、全国でインタビューを行うことはできませんでした。

最後になりましたが、私は7年前単身で大阪から北海道に移り、北海道で6年間過ごしました。この間、家族には多大な負担と心配をかけてしまいました。でも、今から思えば、北海道に移住していなかったら、山積する日本の出産環境の諸問題に気づくことができず、博士論文の執筆にたどり着くことはできませんでした。

助産所の発展を願う根底にあるのは、私自身の3回の出産体験(子どもたちの誕生)です。それを誰より理解してくれている夫と子どもたちに、お詫びと感謝を贈ります。「ごめんなさい」そして「ありがとう」

2018年3月
市川きみえ

文 献

(あ)

- アイヌ文化保存対策協議会, 1969, 『アイヌ民族誌 下』第1法規出版株式会社, 456-465.
- 青木愛子述, 長井博記録, 1998 (初版 1983), 『アイヌお産ばあちゃんのウパシクマ——伝承の知恵の記録』樹心社.
- 青木愛子 (語り), 松岡悦子 (文), 2000, 「魂を見守る人—アイヌのシャーマンは語る—」, 河野信子編, 『女と男の時空—②ヒメとヒコの時代 原始・古代 下』藤原書店, 389-437.
- 天野正子ほか, 2009, 『新編 日本のフェミニズム 12 男性学』岩波書店.
- 飯田俊彦, 2012, 『アクティブバース・サイエンス——現代自然分娩のすすめ』メディカ出版.
- 池川明, 2013 (初版 2008), 『胎内記憶——命の起源にトラウマが潜んでいる』角川 SSC 新書.
- 石井クンツ昌子, 2013, 『「育メン」現象の社会学——育児・子育てへの希望を叶えるために』ミネルヴァ書房.
- 石原力, 2013, 「西洋における助産の発達」, 加藤尚美, 林陽子, 平山イソラ編集, 『基礎助産学——第1巻助産学概論』日本助産師会出版, 194-223.
- 板橋春夫, 2008 (2007 初版), 『誕生と死の民俗学』吉川弘文館.
- 板橋春夫, 2009, 『出産——産育習俗の歴史と伝承「男性産婆」』社会評論社.
- 市川きみえ, 1997, 「母と子主体の自然出産への取り組み—正木産婦人科のケアの実践—」 『助産婦雑誌』 51 (6) : 483-487.
- 市川きみえ, 鎌田次郎, 2009, 「豊かな出産体験をもたらす助産とは—出産体験尺度 (CBE-scale) による調査—」, 『母性衛生』 50 (1) : 79-87.
- 市川きみえ, 鎌田次郎, 2010a, 「フリースタイル出産と会陰切開回避が出産時の心理体験と母乳哺育に及ぼす影響」, 『助産雑誌』 64 (5) : 434-441.
- 市川きみえ, 2010b, 「神秘的な出産体験からみた生命誕生における霊魂のむすび—平田篤胤の産霊神思想に基づいて—」, 『人体科学』 19 (1) : 55-68.
- 市川きみえ, 2013, 「平田篤胤の産霊神思想からみた生命の誕生—産霊神と産土神の考察—」, 『対人援助学を拓く』晃洋書房, 295-306.
- 市川きみえ, 2014a, 『いのちのむすび——愛を育む豊かな出産』晃洋書房.
- 市川きみえ, 2014b, 「豊かな出産体験をもたらす助産ケア 再考—出産体験の量的・質的調査による見解— (特集 助産ケアって、やっぱりすごい!)」, 『助産雑誌』 68 (3) : 210-213.
- 市川きみえ, 2016, 「流産・死産にまつわる共時性の語り」, 『人体科学』 25 (1) : 48-53.
- 市川きみえ, 2017a, 「北海道における無介助分娩の現状」, 『母性衛生』 57 (4) : 760-768.
- 市川きみえ, 2017b, 「現代の施設化された出産環境下におけるプライベート出産の特徴—

- プライベート出産体験者のインタビューを基に一」, 『奈良女子大学社会学論集』 24 : 20-36.
- 市川きみえ, 2017c, 「「プライベート出産」体験者の医療との接点」, 『人体科学』 26 (1) : 1-12.
- 一般社団法人日本助産師会, 2010, 「警告！！ 専門家が立会わない無介助分娩は危険です」, http://www.midwife.or.jp/pdf/caution_withoutmw.pdf (2015年8月1日取得)
- 一般社団法人日本助産学会 ガイドライン委員会, 2012, 『日本助産学会誌 エビデンスに基づく助産ガイドライン——分娩期 2012』第 26 巻別冊, 一般社団法人日本助産学会.
- 一般社団法人日本助産学会 ガイドライン委員会, 2017, 『日本助産学会誌 エビデンスに基づく助産ガイドライン——妊娠期・分娩期 2016』第 30 巻別冊, 一般社団法人日本助産学会.
- 井上俊他, 1996, 『岩波講座現代社会学 14 病と医療の社会学』岩波書店.
- 猪飼周平, 2011 (初版 2010), 『病院の世紀の理論』有斐閣.
- イリッチ・イヴァン著, 金子嗣郎訳, 1998, 『脱病院化社会——医療の限界』晶文社.
- ウヴェネス・モベリ・シャスティン著, 瀬尾智子, 谷垣暁美訳, 2010 (初版 2008) 『オキシトシン——私たちのからだがつくる安らぎの物質』晶文社.
- 上田吉一, 2003 (初版1988), 『人間の完成——マズロー心理学研究』誠信書房.
- エーレンライク・バーバラ, イングリッシュ・ディアドリ著, 長瀬久子訳, 2015, 『魔女・産婆・看護婦：女性医療化の歴史』法政大学出版局増補改訂版.
- エドワーズ・マーゴット, ウォルドルフ・メアリー著, 河合蘭訳, 1997, 『出産革命のヒロインたち——アメリカのお産が変わったとき』メディカ出版.
- 大出春江, 2000, 「産婆の近代から助産婦の現代へ」, 『助産婦雑誌』 54 (12) : 9-14
- 大野明子, 2004 (初版 1999), 『分娩台よ, さようなら——あたりまえに産んで, あたりまえに育てたい』メディカ出版.
- 大野明子対談集, 2009, 『お産と生きる——なぜ、自然なお産か、産科医からのメッセージ』メディカ出版.
- 大林道子, 1989, 『助産師の戦後』勁草書房.
- 大林道子, 1998 (初版 1994), 『お産一女と男と——羞恥心の視点から』勁草書房.
- 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」, 『日本助産師会機関紙助産師』日本助産師会出版, 66 (3) : 32-39.
- 岡本喜代子, 2013, 「わが国における助産の発達過程」, 加藤尚美, 林陽子, 平山イソラ編集, 『基礎助産学——第 1 巻助産学概論』日本助産師会出版, 161-193.
- 岡本喜代子, 2017, 「平成の助産師革命 第 5 章本会の最近 20 年間の発展」, 『公益財団法人日本助産師会機関紙助産師』日本助産師会出版, 71 (2) : 58-66.
- 奥野春奈, 中嶋友加里, 町浦美智子, 2010, 「無介助分娩に関する情報源の実態とその問題点」, 『大阪母性衛生学会雑誌』 46 (1) : 12-15.

お産の学校編集委員会, 1980, 『お産の学校——私たちが創った三森ラマーズ法』 BOC 出版部.

オダン・ミシェル著, 金光一郎, プライマル・ヘルス情報センター訳, 1998, 『赤ちゃんの目で 22 世紀を考える——愛情の科学』 同朋舎.

オダン・ミシェル著, 大野明子訳, 2000 (初版 1995), 『プライマル・ヘルス——健康の起源 お産に関わるすべての人へ』 メディカ出版, 87-109.

オダン・ミシェル著, 久靖男監訳, 佐藤由美子, きくちさかえ訳, 2002 (初版 1991), 『バース・リボン——よみがえる出産』 現代書簡.

オダン・ミシェル著, 大田康江翻訳, 井上裕美監訳, 2014, 『お産でいちばん大切なことは何か——プラスチック時代の出産と愛ホルモンの未来』 メディカ出版.

(か)

ガスキン・アイナ・メイ著, 大葉ナナ子, 福永マキ, 蠣崎まさえ訳, 2009, 『アイナ・メイの自然出産ガイド——こころ・からだ・産科学を活かす知恵』 メディカ出版.

加瀬芳夫, 1972, 「茨城県下に於ける無介助分娩に関する実態調査」, 『北関東医学』 22(5) : 309-314.

株式会社関総研, 2017, 「平成 29 年度医療法改正の概要」, 医業経営情報 RRPORT, 07.

http://www.sekisoken.co.jp/pdf/report201707_2.pdf (2017 年 8 月 23 日取得)

鎌田久子, 1980, 『親と子 女の庶民史』 青娥書房.

鎌田久子, 宮里和子, 菅沼ひろ子, 古川裕子, 坂倉啓夫, 1990, 『日本人の子産み・子育て——いま・昔』 勁草書房.

唐沢明希著, 山西みな子監修, 1998, 『ザ、自宅出産・水中出産——今どきの出産、今どきのらくちん育児』 新泉社.

蒲原宏, 1967, 『新潟県助産婦看護婦保健婦史』 (株) 旭光社, 137-189.

菊池栄, 2016, 「自宅で産んでいた人々—農山漁村の体験者の語りから—」, 白井千晶編著, 『産み育てと助産の歴史——近代化の 200 年を振り返る』 医学書院, 136-154.

木下勝之, 2017, 「ガイドライン産科編 2017 の刊行にあたって」, 『産婦人科診療ガイドライン——産科編 2011』 公益社団法人日本産科婦人科学会事務局, ii.

クラウド M. H., ケネル J. H., クラウス P. H 著, 竹内徹訳, 2006 (初版 2001), 『親と子のきずなはどうつくられるか』 医学書院, viii-ix, 67-157.

クラウド M. H., ケネル J. H., クラウス P. H 著, 竹内徹, 永島すみえ訳, 2006, 『ザ・ドゥーラ・ブック——短く・楽で・自然なお産の鍵を握る女性』 メディカ出版.

黒田浩一郎編, 2001, 『医療社会学のフロンティア——現代医療と社会』 世界思想社.

グロフ・スタニスラフ著, 吉福伸逸, 星田淳, 菅靖彦訳, 1994 (初版 1988), 『脳を超えて』 春秋社.

公益財団法人日本医療機能評価機構, 2017, 産科医療補償制度.

<http://www.sanka-hp.jcqh.or.jp/outline/purpose.html> (2017 年 8 月 14 日取得)

公益社団法人日本産科婦人科学会, 「周産期医療の広場」. <http://shusanki.org/>

公益社団法人日本産婦人科学会・公益社団法人日本産婦人科医会編集・監修, 2014, 『産婦人科診療ガイドライン—産科編 2014』公益社団法人日本産科婦人科学会事務局.

公益社団法人日本産婦人科学会・公益社団法人日本産婦人科医会編集・監修, 2017, 『産婦人科診療ガイドライン—産科編 2017』公益社団法人日本産科婦人科学会事務局.

公益社団法人日本助産師会 助産業務ガイドライン改定特別委員会編集・監修, 2014, 『助産業務ガイドライン 2014』日本助産師会出版.

公益社団法人日本助産師会, 2017a, 「表1 育児文化研究所関係死亡事例 社団法人日本助産師会調べ(1999年10月調査)」, 『公益社団法人日本助産師会機関紙 助産師』日本助産師会出版, 71(2):66.

公益社団法人日本助産師会, 2017b, 「全国助産所一覧」.
http://www.midwife.or.jp/birthcenter_list.html (2017年8月10日取得)

公益社団法人日本助産師会, 2017c, 「医療法等の一部を改正する法律」の公布について(通知)(290614)」.
<http://www.midwife.or.jp/pdf/h29tuchi/290614.pdf> (2017年8月23日取得)

公益財団法人母子衛生研究会, 2014, 『わが国の母子保健——平成26年』母子保健事業団.

厚生労働科学研究妊娠出産ガイドライン研究班, 2014, 『科学的根拠に基づく快適で安全な妊娠出産のためのガイドライン 2013年版』金原出版株式会社.

厚生労働省社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会, 2011, 「子ども虐待による死亡事件事例等の検証結果等について(第7次報告)の概要」
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/dv37/dl/7-1.pdf> (2017年12月30日取得)

小浜正子, 松岡悦子編, 2014, 『アジアの出産と家族計画——「産む・産まない・産めない」身体をめぐる政治』勉誠出版.

Copyright (C), 2015, 「勤務医は必見! 自賠責保険の基礎知識, Copyright (C) 2015」
<http://jami2009symp.info/number.html> (2017年8月20日取得)

(さ)

齊藤純子著, 2014, 『まってるね、赤ちゃん——しあわせなお産 自然出産を超えて自然誕生へ』マガジンランド.

さかのまこと, 2010(初版第1刷 2002), 『あなたにもできる自然出産——夫婦で読むお産の知識』本の泉社.

佐々木美智子, 2016, 『「産む性」と現代社会——お産環境をめぐる民俗学』岩田書院.

佐藤ゆき, 加藤忠明, 伊藤龍子, 顧 艶紅, 掛江直子, 2008, 「出産満足度と育児中の母親の不安抑うつとの関連」, 『小児保健研究』67(2):341-348.

シアーズ・ウィリアム, シアーズ・マーサ著, 岩井満里理翻訳, 2000, 『シアーズ博士夫婦のベビーブック』主婦の友社.

島一春, 1981, 『産小屋の女たち』健友館.

- 社団法人日本産婦人科学会・社団法人日本産婦人科医会編集・監修，2011，『産婦人科診療ガイドライン—産科編 2011』社団法人日本産科婦人科学会事務局。
- 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，安全対策室編集，2006（初版2004），『助産所業務ガイドライン』社団法人日本助産師会。
- 主体的なお産を考える会編，1995，『元気いっぱいまるごとお産』創森出版。
- 助産所開業基準作成公益社団法人日本助産師会助産所部会委員，2013，『助産所開業マニュアル（2013年版）』日本助産師会出版。
- 「助産所開業マニュアル」編集ワーキンググループ，2008（初版1999），『助産所開業マニュアル（改訂版）』社団法人日本助産師会。
- 白井千晶編著，2016，『産み育てと助産の歴史—近代化の200年を振り返る』医学書院。
- 進純郎，2009（初版2005），『分娩介助学』医学書院。
- 進純郎，岡本喜代子，2014，『助産力』日本助産師会出版。
- 陣痛促進剤による被害を考える会編著，2003，『いのちのライブラリー②陣痛促進剤あなたはどうする』さいろ社。
- 菅沼ひろ子，2013，「出産文化の多様性に対する理解—我が国の出産習俗—」，『基礎助産学 第1巻助産学概論』日本助産師会出版，241-258。
- 杉立義一，2002，『お産の歴史—縄文時代から現代まで』集英社新書。
- 杉本充弘，島田三恵子，2014（初版2013），『科学的根拠に基づく快適で安全な妊娠出産のためのガイドライン 2013年版』金原出版株式会社。
- 杉山次子，堀江優子，1996，『自然なお産を求めて—産む側からみた日本ラマーズ法小史』勁草書房。
- 鈴木智幸，古田賢，明野慶子，古田祐美，川越靖之，鮫島浩，2016，「当地域における無介助分娩希望者への対応と周産期予後についての検討」，『日本周産期・新生児医学会雑誌』52（2）：661。
- 鈴木七美，2008（初版1997），『出産の歴史人類学—産婆世界の解体から自然出産運動へ』新曜社。
- 関口允夫，1998，『理想のお産とお産の歴史—日本産科医療史』近代文芸社。
- 園田恭一編集責任，監修中川米造，1998（初版1992），『講座 人間と医療を考える⑤社会学と医療』弘文堂。

（た）

- 高城和義，2011（初版2002），『パーソンズ—医療社会学の構想』岩波書店。
- 高田昌代，2017，『エビデンスに基づく助産ガイドライン—妊娠期・分娩期 2016』の刊行にあたって」，『日本助産学会誌 エビデンスに基づく助産ガイドライン—妊娠期・分娩期 2016』一般社団法人日本助産学会，i。
- 竹原健二，野口真貴子，嶋根卓也，三砂ちづる，2007，「出産体験尺度作成の試み」，『日本民族衛生』73(6)：211-224。

竹原健二, 野口真貴子, 嶋根卓也, 三砂ちづる, 2009, 「豊かな出産体験がその後の女性の育児に及ぼす心理的な影響」, 『日本公衆衛生雑誌』 56 (5) : 312-321.

田村正徳, 2011 (初版 2007), 『日本版救急蘇生ガイドライン 2010 に基づく新生児蘇生法テキスト改定第2版』 株式会社メジカルビュー社.

チェンバレン・デーヴィッド著, 片山陽子訳, 2002 (初版 1991), 『誕生を記憶する子どもたち』 春秋社.

戸田律子訳, 2001 (初版 1997), 『WHO の 59 か条 お産のケア実践ガイド』 農文協.

(な)

中山まき子, 2007 (初版 2001), 『身体をめぐる政策と個人——母子健康センター事業の研究』 勁草書房.

中山まき子, 2015, 『出産施設はなぜ疲弊したのか——日母産科看護学院・医療法改定・厚生諸政策のあゆみ』 日本評論社.

日本医事新報社, 2017, 「無痛分娩の実施率は 6.1%—日本産婦人科医事調査—」, 8 月 24 日.

<https://www.jmedj.co.jp/journal/paper/detail.php?id=7829> (2017 年 12 月 8 日取得)

日本看護協会助産婦職能委員会, 1990, 『助産所開設への手びき』 社団法人日本看護協会.

根岸憲子, 2015, 「生老病死・お産難民①分娩休止 過疎に拍車」, 『北海道新聞』 10 月 15 日朝刊, 1.

南野知恵子, 1990, 「発刊にあたって」, 『助産所開設へのてびき』 社団法人日本看護協会, 1.

(は)

橋本勢津, 1972, 「死亡正規偏差解析からみた岩手県の周産期死亡」, 『民族衛生』 38 (1) : 24.

畠山富而編著, 1992, 『地域保健から見た岩手県の母子保健の歩み——第 3 巻母子保健活動の進展と母子衛生』 川嶋印刷株式会社, 193-206.

橋本武夫編, 1999, 『だれでも知っておきたい母乳育児の保護、推進、支援 母乳育児成功のために——産科医療施設の特別な役割』 日本母乳の会運営委員会.

橋本知垂季著, 1994, 『自然に産みたい——5 人の子供を自宅出産した記録』 地湧社.

畠山富而編著, 1992, 『地域保健から見た岩手県の母子保健の歩み——第 3 巻母子保健活動の進展と母子衛生』 川嶋印刷株式会社, 83-95.

バーニー・トマス著, 小林登訳, 2009 (初版 1997), 『胎児は見ている——最新医学が証した神秘の胎内生活』 祥伝社.

バーニー・トマス, ウェイントラブ・パメラ著, 日高陵好監訳, 千代美樹訳, 2007, 『胎児は知っている母親のこころ——子どもにトラウマを与えない妊娠期・出産・子育ての科学』 日本教文社.

英隆, コリーヌ・ブレ共著 (大内聰矣訳、M オダン全面協力), 1983, 『水中出産——生態産科学が初めて証した胎児と産婦のための新しい出産』 集英社.

バラスカス・ジャネット著, 佐藤由美子, きくちさかえ訳, 1996 (1993 初版), 『ニュー・アクティブ・バース』, 現代書館.

日隈ふみ子, 2007, 「戦後日本の自然出産の流れ—女性と助産婦との関係性に焦点をあてて—」, 『京都大学医学部保健学科紀要別冊, 健康科学』 第3号別冊, 27-33.

藤田真一, 1982 (初版 1979), 『お産革命』 朝日新聞社, 16-28, 67, 112-118.

船橋恵子, 1994, 『赤ちゃんを産むということ——社会学からの試み』 日本放送出版協会.

フリードソン・エリオット著, 進藤雄三, 宝月誠翻訳, 1992, 『医療と専門家支配』 恒星社厚生閣.

ブルック・ダナエ著, 横尾京子, 秋山洋子, 山田美津子訳, 1984 (初版 1980), 『自然出産——女の自立とゆたかなお産』 批評社.

北海民友新聞社, 2015, 「分娩の取り扱い中止へ, 遠軽厚生産婦人科問題」, 9月2日.

(ま)

マスロー A. H 著, 上田吉一訳, 2006 (初版 1973), 『人間性の最高価値』 誠信書房.

松岡悦子, 1987, 「出産にかかわる男たち」 『現代思想 10月号』 194-203.

松岡悦子, 1994, 「助産所出産と病院出産—その安全性の神秘—」, 『イマゴ』 6月号, 青土社, 62-71.

松岡悦子, 1995, 「助産所出産の安全性を考える第1回—助産所出産は異常が少ない—」, 『助産師』 49 (3) : 63-67.

松岡悦子, 1997 (初版 1985), 『出産の文化人類学——儀礼と産婆 [増補改訂版]』 海鳴社.

松岡悦子, 1999, 「戦後の産科医療の変遷——産科学雑誌をもとに」, 『旭川医科大学紀要 一般教育』 第20号, 別冊, 53-65.

松岡悦子, 2000, 「ポストモダンの助産師像—病院出産の産み出したもの—」, 『旭川医科大学紀要』 第21号別冊, 17-34.

松岡悦子, 2000, 「特集 助産婦の100年—世紀を超えるもの 医療の中の助産」, 『助産婦雑誌』 54 (12) : 21-26.

松岡悦子, 2005, 『リプロダクションと育児を成り立たせる社会・文化的文脈をめぐる研究』 平成14年度~16年度科学研究費補助金基盤研究C (1) 研究成果報告書.

松岡悦子, 2006, 「女性の産後の気分の医療化—産褥精神病、産後うつ病、マタニティブルーの社会的構築」, 『旭川医科大学紀要 一般教養』 第22号別冊, 41-52.

松岡悦子, 2007, 「シンポジウム「マタニティケア政策をめぐる国際比較」を開催して」, 『助産雑誌』 61 (7) : 608-614.

松岡悦子, 2007, 「病院出産の医療人類学」, 『保健の科学』 49 (5) 号別冊 : 310-315.

松岡悦子, 2008, 「ポストモダンの出産と家族」, 小長谷有紀編, 『未来を拓く人文・社会科学 4 家族のデザイン』 東信堂, 61-111.

- 松岡悦子, 大石時子, 菅沼ひろ子, 日隈ふみ子, 2008, 「大正・昭和期の産婆による出産—大阪市の一助産院の記録をもとに—」, 『旭川医科大学紀要 一般教養』第 24 号, 別冊, 43-59.
- 松岡悦子著, 波平恵美子編, 2009, 「マタニティブルーズと産後うつ病の文化的構築」, 『健康・医療・身体・生殖に関する医療人類学の応用的研究』国立民俗学博物館調査報告, No85, 別冊, 155-171.
- 松岡悦子, 小浜正子編, 2011, 『世界の出産——儀礼から先端医療まで』勉誠出版.
- 松岡悦子, 2013, 「出産文化の多様性に対する理解—アジアの出産文化と助産—」, 『基礎助産学第 1 巻助産学概論』, 日本助産師会出版, 227-240
- 松岡悦子, 2014, 『妊娠と出産の人類学——リプロダクションを問い直す』世界思想社.
- 松岡悦子編, 2016, 「マタニティ政策をめぐる個人と国家—英国を例に—」, 『子どもを産む・家族をつくる人類学——オールターナティブへの誘い』勉誠出版, 263-294.
- 松山静江, 1991, 『うぶ声日記——出産体験記・155 人のらくがきドラマ』素人社.
- 眞鍋じゅんこ著, 2000, 『産む快感』自然食通信社.
- 三砂ちづる, 2005 (初版 2004), 『オニババ化する女たち——女性の身体性を取り戻す』光文社新書.
- 三砂ちづる, 嶋根卓也, 野口真紀子, 竹内正人, 菅原ますみ, 福島富士子, 丹後俊朗, 榊原洋一, 小林秀資, 2005, 「変革につながるような出産経験尺度 (TBE-scale) の開発—主体的出産経験を定義する試み—」, 『臨床婦人科産科』59(9) : 1303-1311.
- 三砂ちづる, 2015, 『女が女になること』藤原書店.
- 光田信明, 2011, 「社会的リスクと周産期医療—胎児虐待という観点から—」, 日本産婦人科医会第41回記者懇親会.
http://www.jaog.or.jp/sep2012/known/kisyakon/41_110209.pdf (2017年12月30日取得)
- 三宅はつえ, 2000, 「開業助産婦日記その 7 by 三宅はつえ—助産師が求める安全な「自宅出産」「水中出産」—」, 『やさしいお産をめざす情報紙REBORN<保存版>』REBORN I, 134.
- 宮本涼子, 前田尚美, 須藤桃代, 高橋弘子, 2012, 「昭和初期の北海道における拓殖産婆の活動」, 『天使大学紀要』13 (1) : 5-18.

(や)

- 矢島床子話し手, 三井ひろみ聞き手, 2007, 『フィーリング・バース——心と体で感じるお産』(株) バジリコ.
- 安井眞奈美, 2013, 『出産環境の民俗学——<第 3 次お産革命>にむけて』昭和堂, 144-152.
- 安井眞奈美編, 2014, 『出産の民俗学・文化人類学』勉誠出版.
- 山縣良江, 1992 (初版 1986), 『改訂版・聖なる産声』正食出版.
- 山内逸郎, 1995 (初版 1984), 『母乳は愛のメッセージ』山陽新聞社.

山名香奈美, 2011, 『現代の助産習俗・助産所出産——なぜ助産所で産むのか』一藝社.
UNICEF/WHO, 2008 (初版2003), 橋本武夫監訳, 日本ラクテーション・コンサル
タント協会翻訳, 『UNICEF/WHO母乳育児支援ガイド』医学書院, 12-19.
ユング C.G 著, 河合隼雄訳, 「共時性—非因果的関連の原理—」, 河合隼雄・村上陽一郎
訳, 2007 (初版 1976), 『自然現象と心の構造——非因果的関連の原理』, 海鳴社, 1-
146.
吉村正, 2010 (初版 2008), 『「幸せなお産」が日本を変える』講談社新書.
吉村典子, 1985, 『お産と出会う』勁草書房.
吉村典子, 1992, 『子どもを産む』岩波新書.
吉村典子編, 2001 (初版 1999), 「出産習俗にみる「産む人中心」から「助産者中心」へ
—地域・自然と共生する伝統型出産の再発見と現状への提言—」, 『出産前後の環境——
からだ・文化・近代医療』昭和堂, 80-113.
吉村泰典, 2013, 『産科が危ない——医療崩壊の現場から』角川書店.

(ら)

ラジュ・ミレイユ著, 藤本佳子, 佐藤保子訳, 1994, 『出産の社会史——まだ病院がなかつ
たころ』勁草書房.
ルボワイエ・フレデリック著, 中川吉晴訳・解説, 1991, 『暴力なき出産——バースサイコ
ロジー・子どもは誕生を覚えている』星雲社.
ロバートソン・アンドレア著, 大葉ナナコ, 三宅はつえ, ユール洋子共訳, 2007, 『心に寄
り添う助産術実践テキスト——調和のセンス・支援のアートを深める』メディカ出版,
59-85.

(わ)

我妻堯編著, 箕浦茂樹・我妻学著, 2013, 『[新訂]鑑定からみた産科医療訴訟』日本評論社.
ワグナー・マーズデン著, 井上裕美, 河合蘭監訳, 2002, 『WHO 勧告にみる望ましい周
産期ケアとその根拠』メディカ出版.

<海外の文献>

BBC NEWS 2014年5月13日

<http://www.bbc.com/news/health-27373543> (2017年12月23日取得)

Katharin L, 2016, 「“Outside the System”: Motivations and Outcomes of Unassisted Childbirth」. <https://sacredtransitions.jimdo.com/stmi-research/>
(2017年8月3日取得).

Odent Michel, 2003, 『Birth and breastfeeding』 Clairview, London, 117-121.

Wright Glenn Amy, 2014, 「A canary in the coal mine: the growing popularity of unassisted childbirth」.

<http://www.philly.com/philly/blogs/birth-breath-death/A-canary-in-the-coal-mine-the-growing-popularity-of-unassisted-childbirth.html> (2017年8月3日取得).

<統計データ>

厚生労働省, 2016a, 厚生労働省 e-Stat (政府統計の総合窓口), 「平成26年医療施設調査 上巻 第81表 病院数(重複計上); 実施件数, 手術等・一般病院(再掲)・開設者別」.

http://www.estat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_&tstatCode=000001030908&requestSender=dsearch (2017年7月28日取得)

厚生労働省, 2016b, 厚生労働省 e-Stat (政府統計の総合窓口), 「平成26年医療施設調査 上巻 第124表 一般診療所数(重複計上); 実施件数, 手術等・病床の有無・開設者別」.

http://www.estat.go.jp/SG1/estat/GL08020101.do?_toGL08020101_&tstatCode=000001030908&requestSender=dsearch (2017年7月28日取得)

厚生労働省, 2017a, 厚生労働省 e-Stat (政府統計の総合窓口), 「平成28年人口動態調査、保管統計表 中巻 出生 第1表 「出生数, 出生の場所・出生時の立会い者・都道府県・市部一郡部(21大都市再掲)別」.

http://www.estat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001190829&requestSender=dsearch (2017年9月24日取得).

厚生労働省, 2017b, 厚生労働省 e-Stat (政府統計の総合窓口), 「平成28年人口動態調査、上巻 出生 第4.1表 年次別にみた出生数・率(人口千対・出生性比及び合計特殊出生率」.

http://www.estat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001190825&requestSender=dsearch (2017年9月24日取得).

厚生労働省, 2017c, 厚生労働省 e-Stat (政府統計の総合窓口), 「平成28年人口動態統計 上巻 出生 第4.6表 母の年齢別にみた年次別出生数・百分率及び出生率(女性人口千対)」.

http://www.estat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001190825&requestSender=dsearch (2017年9月24日取得).

厚生労働省, 2017d, 厚生労働省 e-Stat (政府統計の総合窓口), 「平成28年人口動態統計保管統計表 出生 第1表 抽出出生数、父親の年齢(5歳階級)・出生当時の世帯の主な仕事別」.

http://www.estat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001190829&requestSender=dsearch (2017年9月24日取得)

厚生労働省, 2017e, 厚生労働省 e-Stat (政府統計の総合窓口), 「平成28年人口動態統計保管統計表 都道府県編 出生 第1表-1(北海道) 出生数、出生の場所・出生時の立会者・都道府県・保健所別」.

http://www.estat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001190833&requestSender=dsearch (2017年9月24日取得)

厚生労働省, 2017f, 厚生労働省 e-Stat (政府統計の総合窓口), 「平成28年人口動態調査, 上巻 周産期 第8.2表 年次別にみた性・妊娠満22週以後の死産-早期新生児死亡別周産期死亡率」.

http://www.estat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001191148&requestSender=dsearch (2017年9月25日取得)

<周産期医療政策関連>

北海道庁, 2013, 「北海道周産期医療体制整備計画」.

<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/cis/shyusankikeikakuH26.pdf>
(2015年12月29日取得).

北海道庁, 2014a, 「産婦人科又は産科を標榜する医療機関一覧 分娩実施中の医療機関, 北海道医療計画改訂版, 別表18」, 80-83.

<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/cis/iryokeikaku/dai8syou/beppyou-18.pdf> (2015年12月29日取得)

北海道庁, 2014b, 「助産師外来, 院内助産所開設医療機関一覧. 北海道医療計画改訂版別表19」, 84.

<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/cis/iryokeikaku/dai8syou/beppyou-19.pdf> (2015年12月29日取得)

厚生労働省, 保健師助産師看護師法.

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23HO203.html> (2017年8月23日取得)

厚生労働省, 医療法.

<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S23/S23F03601000050.html>
(2017年8月23日取得)

<本論文に関する公表・投稿論文目録>

【論文】

市川きみえ, 鎌田次郎, 2009, 「豊かな出産体験をもたらす助産とは—出産体験尺度 (CBE-scale) による調査—」, 『母性衛生』 50 (1) : 79-87. (査読付き・原著)

市川きみえ, 鎌田次郎, 2010, 「フリースタイル出産と会陰切開回避が出産時の心理体験と母乳哺育に及ぼす影響」, 『助産雑誌』 64 (5) : 434-441. (査読付き・研究調査論文)

市川きみえ, 2010, 「神秘的な出産体験からみた生命誕生における霊魂のむすび—平田篤胤の産霊神思想に基づいて—」, 『人体科学』 19 (1) : 55-68. (査読付き・原著)

市川きみえ, 2014, 『いのちのむすび—愛を育む豊かな出産』 晃洋書房. (単著)

市川きみえ, 2017, 「北海道における無介助分娩の現状」, 『母性衛生』 57 (4) : 760-768. (査読付き・研究報告)

市川きみえ, 2017, 「現代の施設化された出産環境下におけるプライベート出産の特徴—プライベート出産体験者のインタビューを基に—」, 『奈良女子大学社会学論集』 24 : 20-36. (査読付き・論文)

市川きみえ, 2017, 「「プライベート出産」体験者の医療との接点」, 『人体科学』 26 (1) : 1-12. (査読付き・原著)

【学会発表】

市川きみえ, 「プライベート出産を選択する動機となるもの」(単独発表), 第1回統合人間学会, 2016年4月. 於: 同志社大学

市川きみえ, 「プライベート出産を選択する生き方」(単独発表), 人体科学会第26回大会, 2016年12月. 於: 京都府立医科大学

