

博士（保健学）学位論文

尿失禁予防と改善に向けた助産師の役割

－助産師・医師・出産経験者の関係性に着目して－

**The Role of Midwife for Prevention and Improvement in Urinary Incontinence,
paying attention to the relation among Midwives, Doctors and Pregnant Women.**

2006年

指導教員 橋本紀子 教授

河内 美江

KAWACHI, Yoshie

女子栄養大学

尿失禁予防と改善に向けた助産師の役割 目次

－助産師・医師・出産経験者の関係性に着目して－

	ページ
序章	
1 節 課題意識と研究目的	
1 研究動機	1
2 研究目的	3
2 節 尿失禁の定義および先行研究の検討、作業課題、 分析視角、研究方法をめぐって	
1 本研究の定義（尿失禁・出産）	3
2 先行研究の検討	5
3 本研究の作業課題	8
4 分析視角と研究方法をめぐって	14
1) 分析視角	
2) 研究方法をめぐって	
3) 研究対象者について	
 第一部 先行する取り組みと研究動向	
1 章 尿失禁に関する取り組みと研究動向	
1 節 尿失禁に関する取り組み	
1 尿失禁ケアシステムの芽生え	21
2 失禁外来の普及	24
3 トータルケアへの考え	25
2 節 尿失禁に関する研究動向	
1 尿失禁経験者の状況	
1) 一般女性の尿失禁経験の状況	27
2) 妊娠、出産後の尿失禁経験の状況	29
2 出産に関わる原因	31
3 尿失禁による影響と対処方法	38
4 尿失禁予防と改善のための対応策	44
5 尿失禁予防における助産師の対応	46
2 章 助産師に関する社会的位置づけの変遷と活動の実態に関する研究動向	
1 節 助産師の定義と助産師教育の変遷	51
2 節 出産の変化	54
3 節 助産師の活動の実態に関する研究動向	63

第二部 助産師・医師・出産経験者の調査

1 章 出産の状況および尿失禁とその関連要因の検討（質問紙調査）	
1 調査目的（作業課題①②③）	6 8
2 調査方法	6 8
1）調査対象	
2）調査方法	
3）調査期間	
4）回収率	
5）分析方法	
3－① 質問紙調査の量的部分の結果および考察	
1）対象者の背景	7 1
2）妊娠・出産の状況	7 2
3）尿失禁に関する実態	7 6
4）尿失禁の関連要因の検討	7 8
5）助産師・看護師、医師との関係性	8 2
3－② 質問紙調査の質的部分の結果および考察	
1）尿失禁に関する意見（自由記述）	8 4
2）出産時に関わった助産師・看護師、医師等の「良い思いをしたこと」 「嫌な思いをしたこと」の意見（自由記述）	8 9
4 結論	9 9
2 章 尿失禁治療中の女性と尿失禁治療をしていない女性の出産状況および 尿失禁状況と予防、改善行動プロセス	
1 調査目的（作業課題①②③）	1 0 3
2 調査方法	1 0 3
1）調査対象	
2）調査方法	
3）調査期間	
4）分析方法	
3 結果および考察	
1）尿失禁治療中の女性の尿失禁予防、改善行動プロセス	1 0 6
2）尿失禁治療をしていない女性の尿失禁予防、改善行動プロセス	1 1 7
3）尿失禁治療中の女性と治療をしていない女性（中高年女性）の出産状況	1 2 5
4 結論	1 3 7

3 章	経験年数 10 年以上の助産師と新人助産師、医師の役割行動プロセス	
1 節	経験年数 10 年以上の助産師、新人助産師、医師の出産時の役割行動プロセス	
1	調査目的（作業課題①④）	1 4 3
2	調査方法	1 4 3
1)	調査対象	
2)	調査方法	
3)	調査期間	
4)	分析方法	
3	結果および考察	
1)	経験年数 10 年以上の助産師の出産時の役割行動プロセス	1 4 6
2)	新人助産師の出産時の役割行動プロセス	1 6 8
3)	医師の出産時の役割行動プロセス	1 7 5
4	結論	1 9 6
2 節	経験年数 10 年以上の助産師、新人助産師、医師の尿失禁予防、改善のための役割行動プロセス	
1	調査目的（作業課題⑤）	2 0 2
2	調査方法	2 0 2
1)	調査対象	
2)	調査方法	
3)	調査期間	
4)	分析方法	
3	結果および考察	
1)	経験年数 10 年以上の助産師の尿失禁予防、改善のための役割行動プロセス	2 0 3
2)	新人助産師の尿失禁予防、改善のための役割行動プロセス	2 1 7
3)	医師の尿失禁予防、改善のための役割行動プロセス	2 2 2
4	結論	2 3 7
終章		
1 節	作業課題①～⑤に対する考察	2 4 2
2 節	結論	2 5 4
3 節	今後の課題と展望	2 5 5
謝辞		2 5 7
引用文献		2 5 8
図・表・資料（別紙目次）		

序章

1 節 課題意識と研究目的

1 研究動機

現在、尿失禁に関する興味、関心が当事者や専門家を含め、一般の人たちの間にも高まってきている。国や年齢層、職業の有無等対象者の違いがあるが、女性を対象にしているいくつかの先行研究で、尿失禁の経験割合は 15 %～ 45 %に及び、ほとんどが腹圧性尿失禁であることや、現在、日本における尿失禁の経験のある女性は 200 万～ 500 万人もいるとの報告がなされている¹⁻⁴⁾。イギリスやスウェーデン、オーストラリア、アメリカ等の国々では、1980 年代頃から尿失禁に関する研究や対応が積極的に始まってきており、コンチネンスアドバイザーや排泄専門看護婦とよばれる失禁専門の看護婦が生まれている⁵⁻⁶⁾。日本では、1990 年頃から数名の研究者による研究が始まり、十数年経った現在では社会の中で組織化した動きも見られ出している。例えば、民間の団体である「日本コンチネンス協会」(1993)の設立⁷⁾や日本看護協会による認定看護師制度(1996)の中に「創傷・オストミー・失禁看護」が位置づけられたことがあげられる。また、1990 年以降、泌尿器科や産婦人科を中心に尿失禁外来や排尿障害外来が開設されはじめ、急激に増加している。尿失禁に対する関心が高まり始めた理由には、以下の点が考えられる。

1. 高齢社会を迎え、QOL についての関心が高まってきており、できるだけ快適な生活を望む人たちが増えてきた。
2. 女性の社会進出によって、女性に起こりやすい尿失禁(妊娠・出産や解剖学的な理由から)が問題視され始め、女性側からの訴えが増えてきた。

3. 医療者側でも尿失禁を問題視するようになり、尿失禁のある者に対して医学的なアプローチをするようになってきた。

こうした状況から、尿失禁への関心が高まりつつあるが、実際、いまだ尿失禁に対しての知識の普及や支援は少なく、どこで情報を得たり相談すれば良いかわからないのが現状であると思われる。また、誰にも相談できずにその当事者のみが不安や心配を抱えていたり、あきらめている状況があり、当事者の尿失禁による心理的・社会的影響は大きいと考えられる。インフォームド・コンセントやリプロダクティブ・ヘルス・ライツの考え方が日本にも浸透してきた現在、自分の身体についての十分な知識と情報を得、自己決定し、必要な援助を受けられるようにしていくことは、大切であると考えられる。

また、尿失禁に関連している要因として、加齢にくわえ、妊娠・出産をあげる報告が数多く見られ出している^{8) - 13)}。特に、尿失禁の初発年齢は、出産後の 30 歳代頃であると言われており、また、中高年の時期に尿失禁の経験者が増えるとの報告がある^{8) - 9)}。妊娠・出産が尿失禁に影響するならば、その時期に予防的な対応をしておくことは、その後の中高年の時期を迎えるにあたって非常に重要であると考えられる。この予防的な対応を促進する上で、助産師の果たす役割は大きいものと考えられる。なぜなら、助産師は、特に妊娠・出産の時期に密接に関わっており、また、思春期や更年期など、女性の生涯の健康の保持増進にもたずさわっている立場にあるからである。しかしながら、実際に助産師の尿失禁予防の役割についての調査や研究は、数少ないのが現状である。

そこで、助産師が実際に行っている尿失禁予防や改善行動を助産師の認識を含め明らかにすることが大切である。このことから、今後、助産

師がどのように尿失禁予防や改善行動を取っていけば良いのかを検討し、その役割を明らかにすることとした。

2 研究目的

本研究の目的は、尿失禁予防と改善に向けた助産師の役割と課題を明らかにすることである。

2 節 尿失禁の定義および先行研究の検討、作業課題、分析視角、研究方法をめぐって

1 本研究の定義（尿失禁・出産）

尿失禁経験者の状況の項、第二部 2 節 1 での先行研究をみると、女性の尿失禁の経験割合にはかなりの幅がみられており、尿失禁のある者の実数は不明となっている。その理由には、以下の 3 点が考えられる。

まず第 1 に、尿失禁の定義について一致した意見がないことがあげられる。国際尿禁制学会（International Continence Society）においては、尿失禁を「無意識あるいは不随意的尿漏れが、衛生的また社会的に問題になったもので、それが他覚的に認められる状態」と定義している。そして、先行研究を検討してみると、それぞれの研究者が独自の尿失禁の定義を決めており、定義次第では、尿失禁の経験割合が大きく変わってきている。渡邉ら¹¹⁾によると、1 回でも尿失禁の症状を認めたものを「尿失禁有症者」として定義して検討している。また、尾田ら¹⁵⁾の定義は、「意志に反して尿道より尿が漏出すること」として検討している。その他、Anders ら¹⁶⁾や David, H. ら¹⁷⁾は、「過去 1 年間における尿失禁の経験」と期間を限定している。また、尿失禁の定義を明確に記載していない先行研究も数多くみられた。そのため、割合に多少のばらつきが見られていると思われる。しかし、一般女性の尿失禁経験割合を見てみると、

資料 1 の表①からもわかるように 3 割以上に及んでおり、女性の尿失禁の経験は、意外に多いと考えられる。

第 2 の理由は、潜在的な尿失禁経験者が存在している可能性が考えられるからである。尿失禁は、自尊心や羞恥心に影響を与えると考えられるため、それぞれの調査の中には、尿失禁があることを認めない人たちも存在していると思われる。尿失禁があることを認めない人たちがどの位存在するのかわからないが、そのような人たちを入れると、実数は、もっと増えるかもしれない。潜在的な尿失禁経験者たちから素直な意見を聞けるような対応も考えていかなければならない。

第 3 の理由は、対象者の集団の特性があげられる。資料 1 の表①や図①から、年齢が上昇すると経験割合が高くなること、また、婦人科外来患者を対象にしている研究もあることから、婦人科疾患の影響が経験割合に現れている可能性もある。そのため、対象者の選び方も考えていく必要がある。

以上のような理由より、尿失禁の実態を把握するために、研究で使用する一定の定義を決める必要がある。国際尿禁制学会における定義では、「衛生的または社会的に問題となったもので」が含まれている。しかし、先行研究から、尿失禁経験者の意識は「特に困ってない」「年だから仕方ない」¹²⁾と、本人自身が問題意識を持っていないことが予測される。このような問題意識を持っていない者の中にも、実は我慢していたり、改善できるものならそうしたいと願っている者も存在していると考えられるため、本人が問題として捉えていない人たちも尿失禁のある者として取り上げていきたい。さらに国際尿禁制学会では「それが他覚的に認められる状態」としている。これは、主観的なものだけでなく、客観的に測定可能なことを指しており、尿失禁の悪化や改善の効果を評価する

意味ではとても大切である。しかし、現実には、受診をして治療をする状況の者は少なく¹⁰⁾、ひとりで孤独に悩んでおり、対処行動に移行できていない多くの経験者も対象者として押さえないといけない。

従って、今回ここで使用する尿失禁の定義は、「無意識あるいは不随意に尿が漏れる状態」、つまり「尿を出すつもりはないのに、尿が漏れてしまうこと」（漏れる量や回数は関係ない）とした。尚、尿が漏れる状態は、「本人が知覚しているものを指す」とする。

また、本研究では、子どもを産むことを指す言葉として、「出産」を使用する。先行研究では、「分娩」を使用しているものも多くみられるため、先行研究の引用については「分娩」を使用する。筆者は、「出産」を分娩経過のみにとどまらず、心理的、身体的、社会的、文化的背景を含めたものと捉え、「分娩」は、子宮の収縮作用によって、胎児とその付属物が母体内から母体外に押し出される経過と捉えている。

2 先行研究の検討

ここでは、「第一部 先行する取り組みと研究動向」の部分で先行研究について詳しく記述しているため、修士論文後の 2000 年以降の重要部分についてのみ述べる。

1) 尿失禁に関する先行研究の検討

日本における社会の流れは、尿失禁外来（日本コンチネンス協会の紹介 180 ヲ所¹⁸⁾）や排泄専門外来の普及がみられ出している。更に、2001 年以降、女性をひとりの人間としてみていく「女性外来」の考え方が芽生え出している。女性外来の考え方が芽生えて来た理由としては、第二次世界大戦後のめざましい経済成長や公衆衛生、医療水準の発展の中で、男女の差（性差）を考慮した医療、医学が必ずしも重要視されてこなかったことがあげられる。男性中心で作られてきた社会では、男性中心の

データに基づいて医学が築きあげられてきたという反省が今なされているところである。2004 年 3 月の時点で約 200 の女性外来と 45 の男性外来が出来ている。これらの外来では、「女性医師、スタッフが担当」「時間をかけて傾聴」「完全予約制」「プライバシーの確保」「年齢・症状を問わない」のスタイルを踏んでいる¹⁹⁻²⁰⁾。女性スタッフが対応するというメリットは、若い患者さんが男性医師に乳房の相談が出来ない事や、尿失禁など羞恥心の伴うことに対応しやすいことがあげられる。このように、疾患別の考え方から、性別による特徴を踏まえながら全人的な治療、ケアが求められるようになって来ている。これらの背景には、1990 年代アメリカで性差に基づく医療の必要性が認識されるようになった事、そして、2003 年 8 月の厚生労働省「医療提供体制の改革ビジョン」の中での女性外来設置の推奨、性差医療・医学研究会の報告等政治的な政策としての取り組みが後押しをしている。社会の流れとしては、このような変化とともに尿失禁に関する情報や治療がなされやすくなっていると考えられる。

尿失禁の関連要因に関する研究では、国内だけではなく海外ともに文献が増えている。尿失禁を社会問題として取り上げ出したヨーロッパの国々の調査だけでなく台湾、中国等アジア地域における調査が増加している²¹⁻²²⁾。これらの調査からは、出産経験のない女性に対し出産経験のある女性、加齢が共通して関連要因として見いだされている。その他の関連要因の検討では、尿失禁の定義や調査対象集団、統計学的分析の違い等の理由により結果や意見がまちまちであるが、骨盤底に負担のかかる経験、例えば、陣痛促進剤の使用、第Ⅱ期遷延、会陰Ⅲ度裂傷が関連要因としてみられている^{17, 23-24)}。多くの文献を検討したことから、定義や分析方法の検討にくわえ、科学的な根拠となるよう更なる調査研

究の必要性が伺える。また、このような世界の動きから、今まで浮き彫りにならなかった尿失禁という症状が、世界の女性の共通の問題であり、それに取り組もうと変化してきていることが分かる。国内では、科学的根拠に基づく失禁ケア²⁵⁻²⁶⁾や尿失禁患者に対する心のケア²⁷⁾、介入研究²⁸⁾がされるようになり、その効果も確認されて来ている。また、2000年以降、助産師や看護師教育で使用する教科書、参考書の中にも尿失禁についての記載がみられるようになってきた²⁹⁻³¹⁾。助産師が目につれる教科書や参考書に出産後に起こりやすい尿失禁に関することが書かれるようになったことは、知識の普及と興味の植え付けのためには、画期的な変化であると考えられる。

2) 助産師に関する先行研究の検討

現在の出産の変化を追っていくと、出産に関する考え方は、助産師自身だけでなく、産婦の考え方、医師側の3者ともが更に変化していることが明らかになった。1990年代頃から日本国内ではルチン化された処置を見直す考えが頻繁に議題にあがるようになったが、2000年以降それを実証する研究が医師側からもされるようになって来ている。更に、医師と助産師の関係性についてや産婦の気持ちを大切にした援助について等、3者からの出産に対する考えと取り組みが発表されている³²⁻³⁶⁾。共通してみられた内容は、医療介入に対して疑問を投げかけ、いい出産に向けて実行し出しているという流れである。また、2001年に厚生労働省と文部科学省は、国民運動計画として「健やか親子 21」を提言している。その中のひとつには、「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」があげられてる。この計画をうけて、産科医師や助産師を取り巻く状況はますます変化している。学会による議題提供や、日本助産師会における「快適さを確保するためのケアと安全性を確保す

るためのケアの実践状況」が具体的にあげられている³⁷⁻⁴¹⁾。助産師の活動の実態については、1999年に日本助産学会が助産師の将来のあるべき姿を想定し、それに基づき今後に向けて活動内容や範囲を提言したもの「日本の助産師が持つべき実践能力と責任範囲」がある。しかし、その内容が現在の助産師活動の実態に即しているとは言い切れないため、調査が2002年から2003年にかけて開始されている⁴²⁻⁴⁴⁾。その他、助産師への調査として、経験年数と就業場所の違いによる調査やキャリア形成過程に関する調査がされるようになり、助産師活動の実態が浮き彫りにされて来ている⁴⁵⁻⁴⁷⁾。それらによると助産師の実践能力は、経験の豊かさと役割を遂行している場所が反映されているようである。経験年数10～15年以上の助産師たちは、実践能力と認識において差が少なく、そのキャリアが自己実現につながっているように考えられ、反対に、10年未満の助産師たちは、実践能力に自信がなく、仕事に対しても満足していない結果がみられている。更に、出産経験者側に対する調査からは、医療行為のインフォームド・コンセントが5～6割前後にしかなされていないことが理解された⁴⁸⁾。このことは、援助者側と受け取り側との間にある「説明と同意」のズレの可能性が示唆される。出産に対する考え方や行動が変化している今の時代、まだまだ3者（出産経験者・助産師・医師）の間には考え方の相違がみられる事が予測される。このような相違がどうしてみられるのか、また不必要な医療介入を控え、尿失禁予防と改善の為にどのようにしたら良いかを見いだす為に3者のおかれている実態をしっかりと捉えていくことが必要であると考えられる。

3 本研究の作業課題

筆者は、修士論文で、テーマを「尿失禁の実態と関連要因 ―尿失禁

予防と改善に向けた助産婦の役割」とし、「尿失禁に関する実態を把握し、尿失禁と妊娠・出産との関連を検討することにより、尿失禁予防と改善につながる助産婦（師）の役割を明らかにする」ことを目的に、18歳から69歳の地域住民に対して自記式質問紙調査を実施した⁴⁹⁾。その結果以下のことが明らかになった。

- ①尿失禁は、女性に特徴的な問題（男性の6倍、女性の40％）であり、知識・情報が乏しい状態にある。
- ②尿失禁の有無にかかわらず、予防策や対処方法等の情報を望む意見が多い。
- ③産科医療の実施率は1970年代を契機に急増し、その後も高水準を維持している。
- ④出産経験のある女性のうち、尿失禁に関連している要因は、年齢・出産直後の尿失禁・妊娠中の尿失禁・陣痛促進剤の使用回数・出産直後から床上げまでの間に休息できなかった経験の順であった。

そして、以下のことを助産婦（師）の役割として導いた。

- ①妊娠・出産の時期に妊産褥婦に対して、プライバシーに配慮しながら、尿失禁予防と改善に向けた正確で必要な情報や知識を提供していく。
- ②妊娠・出産と尿失禁の関連性を十分知ったうえで、妊娠・出産が異常なく経過するように援助していく。
- ③中高年の時期の人たちに対しても、相談場所を知らせたり問いかけたり積極的に働きかけていく。

このように修士論文の結果からは、実際の知識の普及や対応策の実施は遅れており、尿失禁があることによる影響を抱えながら過ごしている人々が多く存在していることがわかった。また、女性たちからも予防策

や対処方法等の情報を望む意見が数多くみられていた。女性の尿失禁の多くのタイプは、腹圧性尿失禁であり、その原因は、骨盤底筋群の弛緩によるもので、加齢や出産に関わる産科医療にも関連していた。今後、産科医療の実施率の増加により尿失禁経験者はさらに増える可能性が示唆されている。また、出産後の尿失禁は一旦は軽減するものの中高年の時期に再度経験する可能性もあるため、妊娠・出産時期からの予防と改善がその後の快適な生活のためには大切である。

ここでは、修士論文による結果および第一部での先行する取り組みと研究動向をふまえ、以下の作業課題を設定した。

まず、現在の出産事情をおさえておくことが必要となってくる。特に産科医療の状況や尿失禁の経験状況、医師や助産師の対応や関係等を把握していく必要がある。実際、出産の状況は出産施設により違いが見られるのが現状である。それは、出産する側の出産に関する考え方やまた施設に勤務している助産師や医師の考え方にも左右されるからである。そのため、出産の状況は、出産する側やそこにたずさわる助産師、医師等の医療チームの状況を捉える必要性がある。年代別の出産場所の変化を追ってみると、1980 年以降は、90 % 以上が施設内出産である。現在多くの人が出産しているであろう施設の中での出産事情をおさえることは、今後の尿失禁予防と改善のための課題がみえやすくなると考えられる。そして、修士論文で調査した年代以降、「2 節 2 の先行研究の検討」の出産の変化の部分でも述べたように、助産師や医師、産婦側の出産に関する考え方も変化してきているという予想がつく。主に施設の中で中心的な存在で妊娠・出産に携わっている者への調査がこの先の変化の予測のためには、必要になってくると考えられる。

また、ひとりひとりの出産体験というのは、かなり複雑な体験である。

出産というその人特有の経過の中には、多くの要因が混在している。そのような細部にわたる経過を調査することは、尿失禁予防という観点から、対応策を考えるために大変有意義であると考えられる。現時点では、そのようにひとりひとりの出産体験がどのようなものであったのかと尿失禁との関連状況を詳しく調べている研究は見あたらない。特に、尿失禁経験者がどのような出産体験をしてきたのかを知ることは、予防の立場から重要であると考えられる。

更に、修士論文の結果では、尿失禁経験者たちの尿失禁予防や改善に向けての意識は高かったにも関わらず、予防や改善行動につなげている人はわずかであった。この行動の違いには何が影響しているのか、また、何がきっかけとなっているのかを明らかにすることで、さらなる予防策を考えることができる。

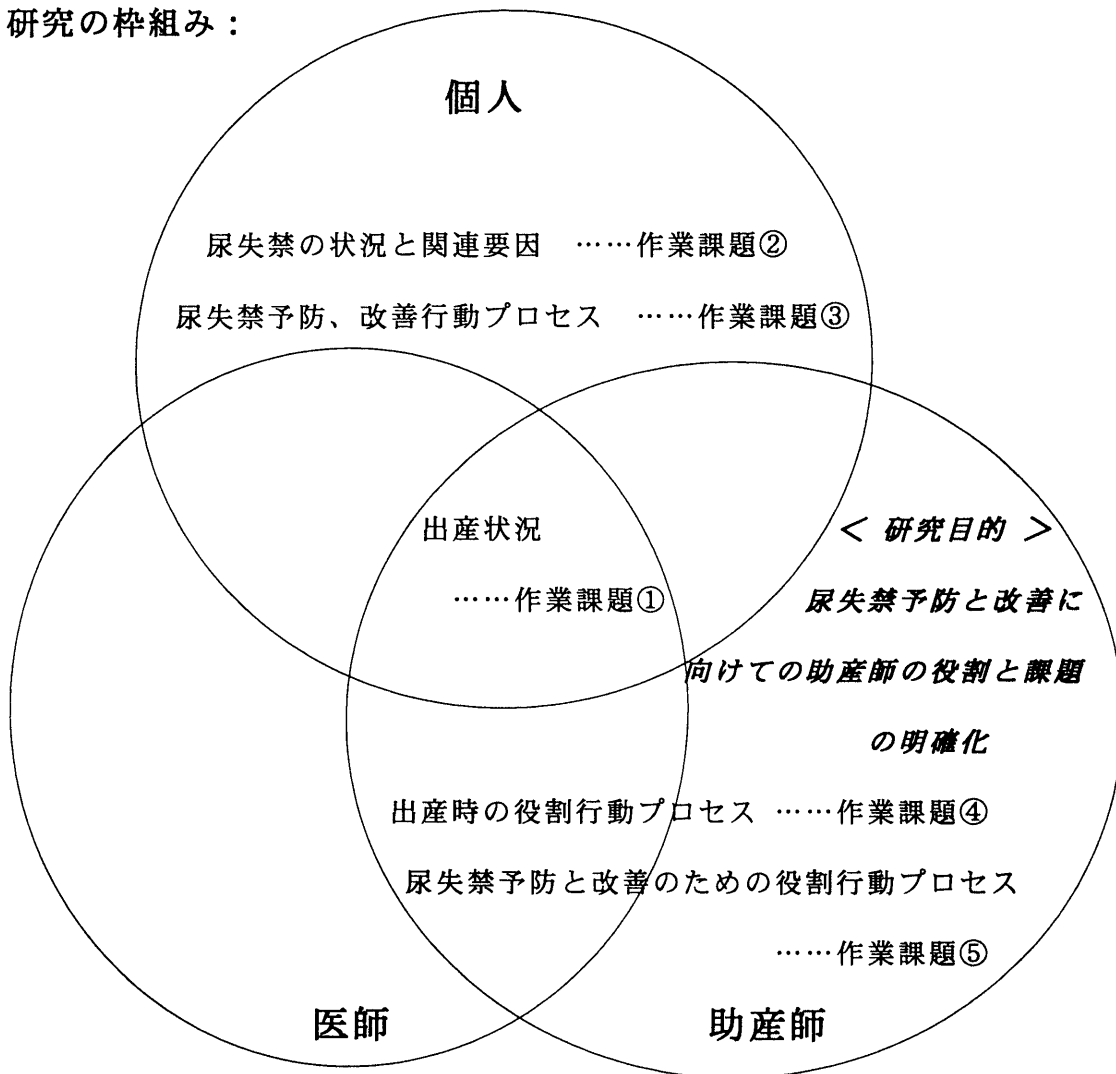
助産師は、妊娠・出産・産褥の時期や思春期、更年期の時期に密接に関わっている。その助産師たちの尿失禁予防に関わる役割は大きいと思われる。しかし、助産師たち自身が尿失禁予防という認識を持ち、対象者へのケアを行っている状況は少ないと考えられる。修士論文で行った助産師への聞き取り調査（予備調査）^{5.0)}では、助産師たち個人個人により認識の持ち方や対象者へのケア内容も様々であった。尿失禁予防という考えに基づいているか否かは別としても、産科医療の実施が将来の尿失禁の経験に関係するのであれば、妊娠・出産に関する考え方や行動、産婦や医師との関係性もまた重要な位置を占めてくると考えられる。また、今までの研究では、助産師たちが尿失禁予防に関してどのような考えをもち、行動（行動変容）をしているのか、そのプロセスを明らかにしているものは見あたらない。

そのため、助産師たちがどのような考えや認識のもとで対象者へのケ

アを行っているのか、その内容を明らかにし、さらに、なぜ尿失禁予防や改善のための行動が取れているのか、逆に取れないのか、その行動の背景に存在する条件や要因が何であるのかを解釈していくことが重要である。そのことによって、助産師個人個人が尿失禁予防と改善のための意識をもち、行動をとっていけるようになるための課題と医療チームとしての役割が見えてくると考えられる。

以上のように、出産経験者側と出産援助者側（医療チーム側）である助産師、医師から現在の妊娠、出産事情をおさえること、そして、尿失禁経験女性と尿失禁経験のない女性たちの出産（医療介入）との関連性を検討し、また、尿失禁治療中の女性の尿失禁予防、改善行動プロセスを明らかにしていくことが必要である。さらに、助産師や医師の出産時の役割行動プロセスと尿失禁予防および改善のための役割行動プロセスを解明していくことで、尿失禁と妊娠・出産との関連性を踏まえたうえでの今後の助産師の役割が明確になっていくと考えられる。

研究の枠組み：



研究目的は、①～⑤の5つの作業課題から成り立ち、最終的に助産師の役割と課題を明らかにすることである。以下それぞれの作業課題について記述する。

＜作業課題＞

【作業課題①】出産経験者（出産後3年以内の女性と中高年女性（尿失禁治療中の女性と治療をしていない女性））と援助者側（助産師、医師）を対象に、経験した妊娠・出産・産褥の状況を明らかにする。

【作業課題②】出産後 3 年以内の女性（尿失禁経験女性および尿失禁経験のない女性）と中高年女性（尿失禁治療中の女性と治療をしていない女性）を対象に尿失禁の状況および、尿失禁とその原因（医療介入・日常生活）との関連性を検討する。

【作業課題③】尿失禁治療中の女性と治療をしていない女性（30 歳代～ 80 歳代）、また、出産後 3 年以内の女性を対象に、出産状況と尿失禁状況をおさえながら、尿失禁予防および改善につながる行動プロセスを明らかにする。

【作業課題④】助産師、医師を対象に、尿失禁と医療介入の関連から、どのような状況の時に医療介入があるのか、また、医療介入のない待つ出産になるのか、出産時の役割行動プロセス（産婦、助産師、医師との関わり方を含め）を明らかにする。

【作業課題⑤】助産師、医師を対象に、女性の尿失禁予防および改善のための役割行動プロセスを明らかにする。

4 分析視角と研究方法をめぐって

1) 分析視角

妊娠・出産・産褥に関わる者は、出産経験者、そして、援助者として関わる助産師・医師の 3 者があげられる。分析視角としては、第 1 に、この 3 者をそれぞれみていき、その関係性に着目し、総合的に把握していくことである。第 2 に、尿失禁と産科医療の関連性に着目し、尿失禁との関連や、産科医療介入時の助産師と医師の役割行動についてみるこ

とである。第3として、本研究の研究目的を達成させるための研究方法として、量的な研究方法と質的な研究方法の両方を取り入れて統合することである。

2) 研究方法をめぐって

先行研究および修士論文で導いた結果等を検討することにより、5つの作業課題が見い出せた。それぞれの出産経験者側は、どのような出産を体験しているのかという点や、出産状況と尿失禁の関連性を見ていくこと、そして、尿失禁経験者が尿失禁改善行動に至ったのにはどのような意識の変容があったのかを明らかにすることである。更に、実際に助産師個人は、どのように尿失禁予防と改善に向けた役割を遂行しているのか、または遂行していないのか、その背景にあるものは何かについてである。このような「どのような出産を体験したのか」や「どのように尿失禁改善行動に至ったのか」、また、「どのように尿失禁予防と改善に向けた役割の遂行をしているのか、またはしていないのか」の現象は、その人その人のものの見方がベースにあり、解釈されるものであるため、人間の複雑な現象を捉えることから始めなければならない。また、そのためにはデータが現象そのものに密着している必要がある。Evidence-Based Nursing の必要性が言われ出している現在、本来、ケアの意味やケアそのものが、経験や慣習的なものとしてではなく、科学的な根拠に基づいて行われているかどうかという視点で評価されている動きにある。この点を押さえるためにも、尿失禁予防と改善に向けた助産師の役割が、現実的に助産師が働く場に即した状況の中で、科学的な根拠を基に行われるよう、理論的に構築していく必要があると考えられる。

Anselm Strauss と Uliet Corbin が 1990 年に書いた本の翻訳版（1999）の中で、「質的方法は、まだほとんど知られていないような現象について、

その背後にある何かを明らかにし、そして理解するために用いることが可能な方法である。すでにかなり多くの部分が明らかになっている事柄についても、新しく、新鮮な見方を得るために利用できる。さらに、質的方法は、数量的方法では伝えることが難しい、現象のもつ複雑で難解な中身を詳細に記述することも可能なのである」と述べている^{5 1)}。

『質的研究実践ガイド』の中では、質的研究の特徴を以下のように述べている。①日常生活の中にある概念や解釈をそのまま無批判に受け入れるのではなく、その社会現象の根底に何があるのかを探る。②人工的あるいは実験的な場所ではなく、自然のままの設定で、そこで活動している人々を調査すること。③複数の異なる方法を併用、複合的な方法を用いる場合が多い^{5 2)}。

今回の研究目的を達成するための研究方法としては、まず、出産の状況や尿失禁に関する実態を捉え、尿失禁と妊娠・出産との関連性を検討する為に量的研究方法を用いることにする。修士論文では、18 歳～ 69 歳の男女を対象に質問紙調査を行い、尿失禁の状況や出産の状況を捉え、男女間の違いや年代による違いを統計学的に分析した。その結果、年代により出産が変化していること、また、産科医療と中高年時期の尿失禁との関連が示唆されている。今回も、現在の出産状況と尿失禁の状況を捉える為に、一部修正した質問紙を用い、前回同様統計学的な分析を行うことにする。修士論文の結果との比較もしながら、社会の変化に伴う出産の変化を追い、出産直後の尿失禁と産科医療との関連も検討していくことにする。そして、その結果を基に置きながら、更に現象の複雑で詳細な状況を捉えるために質的研究方法を取り入れ、データを解釈していくことにする。特に、尿失禁経験者の尿失禁改善行動や助産師の尿失禁予防と改善のための役割行動、出産時の役割行動については、「どの

ように行動に至ったか」というプロセス的な視点を置くことが、この先どうすれば具体的に行動できるかという助産師の役割の明確化のために必要な視点であると考えている。また、対象についての行動が説明できるようになれば、その行動の予測もつくようになり、実際の助産師の取るべき行動につながることを期待できる。このようなおさえ方をするための質的研究方法として、グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考にしていくことが適していると考えられる。

グラウンデッド・セオリー・アプローチが適していると考えた理由として、『質的研究の基礎』の中で次のように書かれている。「グラウンデッド・セオリーは1つ科学的方法であるということである。手順を注意深く用いるならば、その方法は”優れた”科学のための基準を満たすように考えられている。すなわち、重要性、理論－観察の両立性、正確さ、厳密さ、そして検証可能性である。」⁵¹⁾。更に、グラウンデッド・セオリーを学び、そのメリットとデメリットを解釈しながら修正版を発表している木下は、グラウンデッド・セオリーについて次の様に述べている。第1に、継続的比較分析法による質的研究で生成された理論である。第2に、データに密着した分析から独自の概念をつくって、それらによって統合的に構成された説明図が分析結果として提示される。第3に、社会的相互作用に関係し、人間行動の予測と説明に関するものであり、同時に研究者によってその意義が明確に確認されている研究テーマによって限定された範囲内における説明力にすぐれた理論である。第4に、グラウンデッド・セオリーは、実践的な活用のための理論である。また、修正版の基本特性を3点あげている。まず、grounded on data、データに基づいた分析であること、実証的であることである。次に、深い解釈とその意味を凝縮表現、つまり名付けることである。最後に、エッ

センスを絞って分析方法を簡略化し独自の技法を取り入れていることである。そして、グラウンデッド・セオリーが適している研究として、ヒューマンサービス領域をあげており、研究対象としている現象がプロセス的な特性を持っている場合を強調している⁵³⁻⁵⁵⁾。

他の質的研究方法としては、事例研究のような個人を対象に分析をしていく方法やフィールドワークのようなその集団の文化に深く入り込んでから解釈していく方法もある。また、会話分析やエスノグフィー等、分析方法の違いにより多種多様な質的研究方法が個別に存在している。分析方法として一般的なコーディング方法として用いられているのは、分析のための問い（何を明らかにするのか）は設定されていて、それに関わる箇所について解釈をしていくものである。目的があって始められて、コードを記入していきながら相互の関連性を明らかにしつつ包括的にまとめていくことになる。グラウンデッド・セオリー・アプローチは、初めから目的があって始めるのではなく、そのデータは一体何を意味するのかを多角的に解釈をしていく方法である。一般的なコーディングとの違いは、継続的比較分析と理論的サンプリング、理論的飽和化が組み込まれている点である。つまり、数量的（自然科学的）認識論と非常に親和的な見方が組み込まれていながら、もう一方では、シンボリック相互作用論のようなデータの深い解釈を重視する二つの側面があり、このアプローチでは分析過程に両方が組み込まれている。数量的研究と質的研究のちょうど接点に位置しているという特徴がある研究方法である⁵⁵⁾。

以上の特徴をふまえると、研究目的である、尿失禁改善行動（現象）や助産師の役割行動（現象）をデータに密着しながら解釈していくことと、そのプロセスを押さえたいこと、助産師の尿失禁予防や改善

のための行動につなげられるための具体的な役割を見いだしたいという考えから、修正版グラウンデッド・セオリーの手法を参考にすることが必要であると考えられる。

今回の研究では、現在の出産状況および尿失禁との関連性を調べるためには、量的な調査を中心に行い、更に人間の行動を捉えるためには、質的調査を行って分析していくことにする。これらの量的な結果と質的な結果を統合し、最終目的である女性の尿失禁予防と改善に向けた助産師の役割と課題を明らかにする。

3) 研究対象者について

対象1：18歳～69歳の地域住民（修士論文の対象者）

G県K村在住の18歳～69歳の男女の地域住民を対象に自記式質問紙調査を実施。

対象2：出産後3年以内の女性（母親）

G県O市に在住の出産後3年以内の母親を対象に自記式質問紙調査を実施。出産後3年以内の母親を対象にした理由は、修士論文で調査した年代以降の現在の出産状況を把握するため、また、出産直後の尿失禁と医療介入との関連性を検討するため、そして、容易に出産時の状況が思い起こせる時期であることによる。

対象3：出産経験のある尿失禁治療中の女性と治療をしていない女性

出産経験のある腹圧性尿失禁の治療中の女性（治療行動をした者）を対象に面接調査を実施。また、考えや行動を対比するために出産経験のある地域に住む治療をしていない女性を対象に面接調査も実施。尿失禁治療中の女性とは、G県にある尿失禁治療に力を入れている泌尿器科クリニックに研究依頼し、研究承諾の得られた現在受診中の腹圧性尿失禁の患者である。治療をしていない地域の女性たちは、治療をしている者

たちと年齢層を合わせており、積極的に社会活動に参加している者たちである。

対象 4：助産師・医師

助産師経験年数 10 年以上の病院または診療所勤務助産師を対象に面接調査を実施。経験年数 10 年以上としたのは、先行研究の検討で分析している様に、助産師としてのキャリアが豊富で自律的に活動しており、尚かつ後輩への伝達という役割も担っている立場にあり、施設内で影響力があると考えたからである。このような経験豊富な助産師たちの実態を明らかにすることは現実には働いている助産師の課題を見つけるために大変有意義であると考えられる。また、対象とした助産師たちと勤務を共にする新人助産師（経験年数 2 年以内）や医師も数名面接調査を実施する。これは、新人助産師の実態を押さえることで 10 年以上の経験をもつ助産師を特徴づけることができること、更に援助者としてのパートナーである医師の立場の考えや行動も押さえることで、助産師との関係性も総合的に把握することができると考えられるからである。

以下に調査全体の対象を方法をあげる。

- ①男女の地域住民（修士論文）…自記式質問紙調査（有効回答 1,546 部）
- ②出産後 3 年以内の母親…自記式質問紙調査（有効回答 327 部）
- ③出産経験のある尿失禁治療中の女性（11 名）と尿失禁治療をしていない女性（10 名）…面接調査
- ④経験年数 10 年以上の施設内勤務助産師（10 名）と新人助産師（3 名）、医師（3 名）…面接調査

分析は、量的調査に対しては、独立性の検定、t 検定、ロジスティック回帰分析を使用し、質的調査に対しては、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に行った。

第一部 先行する取り組みと研究動向

1 章 尿失禁に関する取り組みと研究動向

1 節 尿失禁に関する取り組み

1 尿失禁ケアシステムの芽生え

尿失禁に対する取り組みがいち早く行われた出したのは、1970 年代に入ったイギリスであった。その動向は、1974 年に Dorothy Mandelstam がコンチネンスアドバイザーとして、身体障害者生活協会の失禁をアドバイスするサービスを運営しだしたことに始まる。1977 年、保健局看護係の長である Dame Phyllis Friend は、失禁で苦しむ人々の要求に応えることを保証するために、地域の保健局に専門的な看護婦を置くように勧告した。そして、1981 年には、コンチネンスアドバイザー協会（ACA）が創立され、のちに、コンチネンスアドバイス協会になった。正式で効果的な看護婦のための教育のコースとして 1983 年に ENB/WNB 978 課程ができ、現在、学問的な信頼性と正当な資格を保証するために ENBA 57 の形式に発展している（ENB：English National Board for Nurses, Midwives and Health Visitors：イングランド看護婦助産婦ヘルスビジター局）。1988 年には、子どもたちを支援するグループとして、Enuresis Resource and Information Centre（ERIC：遺尿症対策情報センター）が設立された。そして、1989 年には、患者自身がグループを創り、お互いに支援したり意識を高めあっていった。1990 年に、UK（United Kingdom）において 300 人以上のコンチネンスアドバイザーが誕生し、1996 年には、400 人が登録し、病院や診療所のみならず各地域に入り込み活躍をしている。このように、失禁に対する支援の必要性から、排泄についての専門家が生まれ、活動が活発化してきている^{5）、56）}。おり、その中からもいくつかの問題と課題も出されている^{5）}。

失禁に対する活動は、世界各国に広がってきており、スウェーデンやオーストラリアにもコンチネンスアドバイザーが存在している。また、アメリカにおいては、排泄専門看護婦としてスペシャリストナースが存在し、各地域で他職種と連携をとりながら排泄問題に取り組み、活動をしている。また、尿失禁に対する研究も世界各国でなされるようになって来ており、ヨーロッパ各国以外にも中国や台湾等のアジア地域における調査も 2000 年以降みられ出してきた。世界の動向としては、CONTINENT という International Continence Society (ICS：国際禁制学会) が公認しているネットワークがあり、インターネットで、イギリス、オーストラリア、アメリカ、カナダ、韓国、イスラエル、日本等の各国の組織の情報をみることができる。

日本における尿失禁に対する取り組みについてみると、その一つにイギリスでコンチネンスアドバイザーのコースを修了し、日本に戻ってきた西村かおるが中心となる協会組織がある。その協会は、1989 年「失禁勉強会」から始まり 1990 年の「コンチネンス研究会」を経て、1993 年に民間の団体である「日本コンチネンス協会」として設立されたものである⁷⁾。この協会の目的は、『本協会は、排泄ケアに関する諸問題の解決方法の進歩と向上をめざす。その活動は、調査研究を行うとともに排泄に関する正しい知識の普及をはかり、具体的な援助体制の確立に寄与する。さらに国内外において排泄に問題を持つ者と、一般を含むケアする者が医療・保健・福祉との連携をはかり、行政、企業等に働きかけ協会活動を通じて最適な社会環境の充実と創造に寄与、貢献すること』としている。そして、支援活動、教育、情報収集管理と提供、調査研究と開発、広報、社会への提言、その他目的を達成させるために必要な事業を行っている。また、協会では、所定の教育課程を修了した者を対象

に日本コンチネンス協会認定排泄ケア専門員認定制度を設けており、排泄ケアの専門家の教育と質の向上に力を注いでいる。2003 年 5 月の時点では、個人会員 800 人、法人会員 13 施設および 33 社、賛助会員 6 人の会員数にのぼる⁵⁷⁾。日本には、イギリスにおいてコンチネンスアドバイザーのコースを修了した 10 名ほどが存在しており、全員ではないが修了した者たちは、コンチネンスアドバイザーと名乗って活動している。

その他の取り組みとして、日本看護協会では、特定の看護分野において熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い看護が実施できる認定看護師を送り出すことによって、臨床現場における看護ケアの広がり看護の質の向上を図ることを目的として 1996 年に認定看護師制度（2005 年 8 月現在 12 分野の教育が行われている）を設けた。そして、その中に、創傷・オストミー・失禁（WOC）看護を位置づけている（1996 年 10 月開始）。この教育目的は、「人工肛門・人工膀胱の造設や褥創などの創傷および失禁に伴って生じる問題に対して、専門的な技術を用いて質の高い看護を提供できる創傷・オストミー・失禁（WOC）看護認定看護師を育成する」としている。この認定看護師になるためには、6 ヶ月 803 時間の教育カリキュラムを受講し、さらに認定審査に合格した者が登録される。登録審査後も認定看護師の能力の水準を維持するため、最初の認定後 5 年ごとに更新審査を実施している。現在、褥瘡対策として、2003 年 4 月の介護報酬改定において「褥瘡対策指導管理」加算がつき、WOC 看護認定看護師に対する需要が高くなってきている。1996 年以降 2002 年 11 月の時点では創傷・オストミー・失禁看護の認定看護師は、254 名の登録がみられており、その後も増えている。現在この WOC 看護は、社会のニードの変化に応じて、領域が拡大している。特に社会

的役割を担う年齢層側からのストーマ増設を回避したいという要望と外科的療法の発展とが合致した治療選択の変容がある。そのためストーマ増設を回避した外科療法の産物として、排泄機能の障害（失禁は排尿障害、排便障害）が増加してきている。これまでスキンケア中心であった失禁ケアだけでは対応しがたく、排泄障害の管理方法の習得という独自性も持つ必要性が出てきている。しかしその独自性を発揮するには、課題もみられる。日本看護協会の調査によると、創傷材料の選択やデブリメントの判断を行っているが、その実施には主治医に許可をもらう必要があり、時間を要したり、創傷材料の選択などに制限を受けているという結果であった。欧米の WOC ナースの教育をモデルに発展した認定看護師教育ではあるが、欧米では WOC ナースに薬剤や創傷材料の処方や治療の権利が与えられているという違いがある⁵⁸⁻⁵⁹⁾。この WOC 看護は、特に疾患をもつ患者さんを対象にした専門性のある看護師としての活動が主体である。

このように、尿失禁に対するケア態勢が芽生え出したのは、1970 年代のイギリスからである。そして、1990 年代以降、世界各国に広がりを見せて来た。日本においても、組織化された団体による啓発活動もされ、各分野における研究活動も盛んにみられるようになってきた。

2 失禁外来の普及

日本における尿失禁に関する治療分野が見られ出したのは 1990 年以降である。泌尿器科や産婦人科を中心に、尿失禁外来や排尿障害外来が開設され始め、急激に増加してきている。病院や診療所を中心に失禁を専門とする医師やそれに携わる看護婦（士）、理学療法士等の存在も増えている。日本コンチネンス協会が紹介する尿失禁を診療治療おこなう病院、診療所は約 180 カ所にもなっている¹⁸⁾。このように、尿失禁に

対する専門的な診療が普及しだしてきてた背景には、研究成果による影響も多大である。研究の動向については、別の項で述べるが、産婦人科系雑誌・泌尿器科系雑誌に尿失禁に関する特集が多く見られるようになってきている⁶⁰⁻⁶¹⁾。内容としては、尿失禁の分類や診断方法、薬物療法、理学療法、手術療法等治療に関するものになっている。また、インターネット上にも、「インターネット泌尿器科」によるホームページが開催され、医療情報の開示や婦人科、泌尿器科の紹介がされている⁶²⁾。このような特集がくまれるようになったのは、それだけ尿失禁で苦しむ対象者の方の存在と問題があり緊急性があることが予測される。また、尿失禁外来や排尿障害外来が開設される中、その外来で働いている看護師や助産師が中心となり、受診者への対応の実際を具体的に紹介している⁶³⁻⁶⁴⁾。

こうした活動が活発化してきている状況を考えると、今まで表立って必要だと考えられていなかった尿失禁についての問題意識が高まってきたと考えられる。また、利用者の増加からも、社会全体として考えていかなければならない課題であることが理解できる。

3 トータルケアへの考え

日本では、2001 年以降女性をひとりの人間として見ていく「女性外来」の考え方が芽生え、主に民間病院や診療所で数多くみられ、さらに国立病院や都道府県立病院においても増えてきている。その理由には、第二次世界大戦後のめざましい経済成長や公衆衛生、医療水準の発展の中で、男女の差（性差）を考慮した医療・医学が必ずしも重要視されてこなかったことがあげられる。男性中心で作られてきた社会においては、男性を中心としたデータに基づいて築き上げられてきたという反省が今なされているからである。

2004 年 3 月の時点で、日本には約 200 の女性だけを対象とした外来と 45 の男性外来ができてきており、今後も増えて行く予測がある。その先駆けとなったのは、2001 年 5 月に開設した鹿児島大学や同 9 月の千葉県立東金病院等である。都道府県立病院を調査した報告によると¹⁹⁻²⁰⁾、全国の女性外来のほとんどは、「女性医師（スタッフ）が担当」「時間をかけて傾聴」「完全予約制」「プライバシーの確保」「年齢・症状を問わない」のスタイルを踏んでいる。診療対象は、思春期から成熟期、更年期、老年期までトータルに診療すると言うように、女性の生涯を通じた健康づくりを目指している。女性スタッフが対応するというメリットとしては、若い患者さんが男性医師に乳房の相談ができないことや、尿失禁など羞恥心の伴うことに対応しやすいということがあげられる。また、女性外来という名称ではないが、生理機能調整外来が紹介されている⁶⁵⁾。この外来は、女性の疾患を心身両面の問題、生涯を通じての問題として捉え、QOLを含めた健康管理を目指している外来としている。その中で、産婦人科診療においては、女性のトータルケアの役割を担うことが求められている時代となってきた（婦人科的、内科的、精神的、東洋医学的アプローチ）ことを指摘している。このように、疾患別の考え方から、性別による特徴をふまえながら全人的な治療、ケアを行うことが求められて来るようになり、他科専門医との連携がこの先の課題となっている。このような体制が進んだできた背景には、厚生労働省の 2003 年 8 月「医療提供体制の改革ビジョン」の中での女性外来設置が推奨されたことや、性差医療・医学研究会での報告、公明党からの後押し等、政治的な政策としての取り組みがあげられる。

日本においては、女性外来の普及が 2001 年頃より始まったが、アメリカにおいては、日本にさかのぼること 10 年前の 1990 年代初めから、

性差に基づく女性医療（性差医療）（Gender-specific or Gender-sensitive Medicine）の必要性が認識された。その中には、女性の健康・疾患に対する不適切な理解、疾患の診断と治療に対する不適当な取り組み、女性の特殊性を組み込んだ臨床研究の欠如、さまざまな女性の健康問題に対する公的・専門的教育の欠損、医学・科学における専門的地位の少なさなどを含む、女性の健康に対する取り組みの欠如が挙げられている^{6,6)}。アメリカの取り組みは、日本における更年期および閉経後女性の医療を中心とした女性外来の枠を超え、もっと女性を広範（幼少期から老年期まで）に、より全人的に捉え、社会的な側面からも性差に基づく医療をめざしている。アメリカの活動は、日本における医療に十分影響を与えており、今後の方向性の示唆を与えていくと考えられる。

以上のような全人的なトータルケアへの取り組みは、女性の身になった考え方に基づいており、女性自身が自らの体のことについて知り、必要な情報が得られ、十分な医療やケアを受けられるという画期的な方向に向かっている状況と捉えることができる。

2 節 尿失禁に関する研究動向

1 尿失禁経験者の状況

1) 一般女性の尿失禁経験の状況

日本では、日常生活動作が十分に行える女性を対象にした尿失禁経験を調査している研究は、1986 年に入ってからみられ出した。1990 年に入るとその成果が数多く報告されるようになり、2000 年に入ってから、各地域で調査が進められている。また、海外においても尿失禁に関する研究が増えてきているため、海外の文献も視野に入れながら研究の動向を見ていく。ここでは、地域に住む女性の尿失禁経験割合を調査し

ている研究をいくつか表に示す（資料 1 の表①）。

日本における健康な女性を対象にした初期の報告とみられる調査は、1986 年の健康女性 952 名を対象とした福井の調査^{6,7)}であるが、その報告によると、32.0 %に尿失禁がみられている。同年、加藤の調査¹⁾は、一企業の女性社員 968 名を対象としており、「尿失禁が現在あるもの」は、8.5 %、「過去にあったが消失したもの」は 6.7 %と報告している。さらに、1987 年高井の調査²⁾では、公立学校女性教員 717 名を対象にし、46.6 %尿失禁の経験があると述べている。どの調査も、出産経験の無い人に比べ出産経験のある人の方が、尿失禁経験率が高いことを報告している。

1990 年代に入ると、女性を対象とした調査が増えて来ている。小中学校女性教諭 157 名（平均年齢 38.8 ± 7.5 歳）を対象にした調査^{1,2)}（小林ら）では、「尿失禁が現在ある」と「以前あったが現在はない」と答えた人たちの尿失禁経験は 43.9 %である。婦人科を受診した 176 名（平均年齢 49.0 ± 12.6 歳）を対象にした調査^{1,10)}（脇田）によると、「過去又は現在も認める」と答えた人は、38.0 %であり、同じように、婦人科外来患者 1,476 名（年齢 10 歳代～70 歳代）を対象にした調査⁸⁾（石河ら）では、程度は別として尿失禁の経験のある者は、30.0 %である。

2000 年に入ると日本では、女性を対象にしている文献数が減ってくる。岐阜市民公開講座”尿漏れで困っている方へ”の参加者 194 名を対象とした質問紙調査^{6,8)}では、腹圧性尿失禁は、84.1 %が経験しており、切迫性尿失禁は 78.6 %であった。松江市立病院女性職員 373 名を対象にした質問紙調査^{6,9)}では、11.3 %に尿失禁を認め、11.5 %が以前尿失禁を経験していることを見いだしている。

海外の先行研究では、デンマーク女性 4,345 名（20 歳～59 歳）を対

象にした調査⁷⁾¹⁾ (Anders ら)によると、1994 年の 1 年間の間に尿失禁の経験があったものは、17.7 %である。そして、合衆国 (カリフォルニア) の 60 歳以上の女性 933 名を対象にした調査¹⁷⁾ (David, H.ら)では、過去 1 年間に少なくとも 1 度の尿失禁経験があるかまたは今までに尿失禁の治療の経験のある女性は 73.1 %である。2000 年以降になると、アジア地域においても、尿失禁に関する調査が増えだしてきている。台湾の調査²¹⁾では、1,253 名を対象に調査しており、53.7 %の女性が尿失禁の経験を認めている。

以上のように、尿失禁経験者を調査している研究は日本海外ともに 1990 年代から急激に増加している。経験者の率をみると、対象者の年齢幅や集団特性 (職業婦人、婦人科外来患者、公開講座受講者等)、調査に用いた尿失禁の定義によりかなりの結果の違いがみられている状況である。David, H.ら¹⁷⁾や資料 1 の図①の石河ら⁸⁾の調査結果からは、年齢が上昇することにより尿失禁の経験割合が高くなっており、老化による生理的な変化も尿失禁の関連要因となっていることがわかる。しかし、調査数の増加や経験率の高さから言っても、尿失禁経験は、社会的な問題であることが理解できる。

2) 妊娠、出産後の尿失禁経験の状況

次に、妊娠中や出産後の尿失禁の経験割合を調査している研究についてである (資料 1 の表②)。

1990 年代中頃にかけて、調査が盛んに行われており、2000 年以降調査数が少なくなっている。

国立大阪病院で分娩した 560 名 (平均年齢 29.6 ± 4.0 歳) を対象にした調査¹¹⁾ (渡邊) では、1 回でも尿失禁があった者を「尿失禁有症者」と定義し、妊娠中有症者が 32.3 %、分娩後有症者が 39.5 %みられたと

報告している。

また、市立四日市病院で分娩した 412 名（平均年齢 28.3 ± 3.6 歳）を対象にした調査¹³⁾（坂口ら）では、初産婦・1 回経産婦・2 回経産婦に分け、尿失禁の経験割合をみている。これによると初産婦の妊娠末期は 46.0 %、分娩後 1 ヶ月では 6.1 %であり、1 回経産婦の妊娠末期は 60.7 %、分娩後 1 ヶ月では 7.8 %、2 回経産婦の妊娠末期は 62.5 %、分娩後 1 ヶ月では 14.7 %である。

尿失禁を「意志に反して尿道より尿が漏出すること」と定義し、産後 3 ヶ月以上たった 81 名（年齢 10 歳代～ 39 歳）を対象にした調査¹⁵⁾（尾田ら）では、妊娠中と産後の尿失禁経験率が 67.0 %にみられている。

大阪市立大で 1990 年度に分娩した褥婦の産後の尿失禁の発症率を調べた調査⁸⁾（石河ら）では、48.5 %であり、その後の症状の持続の有無についての追跡調査では、9.3 %である。初産婦 14 名を対象に骨盤底筋体操を実施し、体操の効果を検討している調査⁷¹⁾（吉沢ら）によると、妊娠後期に対象者の約 70 %が腹圧性尿失禁を経験し、産後 1 ヶ月まで残っていたものは約 20 %である。

2001 年に経膈分娩した褥婦 40 名を対象にした玉山らの調査⁷²⁾によると、尿失禁のあった褥婦は 83 %にのぼる。また、発症時期も調査しており、妊娠中期の初産婦の発症は 27 %であり、経産婦は、20 %である。妊娠後期になると初産婦が 47 %、経産婦 53 %となり、産褥期には、初産婦 27 %、経産婦 20 %が発症した時期であった。

このように、尿失禁の定義や時期等の質問内容によりそれぞれの割合に違いはみられるものの、妊娠中の経験割合は、3 割～7 割と最も多く、出産直後には、約 4 割の者が経験しており、出産後 1 ヶ月経過すると 1 割から 2 割に減少することがわかる。

2 出産に関わる原因

ここでは、主に妊娠、出産の要因に着目し、尿失禁との関連性について調査している先行研究について述べる。日本では、1990年代後半に数多く調査され、2000年以降文献数が減っている状況にある。

小林ら¹²⁾は、小中学校女性教諭 157 名を対象に現在と過去の尿失禁経験を調査し、ANOVA 検定、t 検定、 χ^2 検定を用いて分析している。尿失禁のあるものは、年齢が高い傾向を示し、肥満度（カウプ指数）の高いものと婦人科・泌尿器科疾患の既往のあるものに有意差がみられている。また、尿失禁のない群に分娩経験のない者が有意に多いこともみいだしている。そして、尿失禁と分娩回数、家族歴（家族の尿失禁保有者の有無）、運動、排泄（便秘・下剤の服用・昼夜の排尿回数）との関係は、みられなかったと述べている。

資料 1 の図②は、石河ら⁸⁻⁹⁾が排尿障害外来で調査した経産回数別尿失禁頻度である。石河は、未産婦に比べ一度でも分娩を経験した場合は、尿失禁の発症率は 2 倍であり、分娩経験者は、将来の尿失禁予備軍と考えて、啓蒙につとめていると述べている。また、尿失禁誘発因子として、切迫早産や妊娠中毒症などのベット上安静を長期に必要とした症例、降圧剤の長期連用、分娩第Ⅱ期の遷延、吸引分娩や鉗子分娩、急遂分娩、巨大児（4000g 以上）をあげている。そして、排尿障害外来に通院している複数の腹圧性尿失禁患者から個別に面接調査を行った結果、産後の尿失禁、難産、産後の安静不足を訴える患者が多かったことを報告している。

渡邊ら¹¹⁾の研究では、国立大阪病院で分娩した 560 名を対象に 1 回でも尿失禁があった者を「尿失禁有症者」と定義し、 χ^2 検定、t 検定、分散分析および Duncan の多重比較を用いて分析している。尿失禁の有

無と有意差がみられた要因は、年齢、初産経産別、分娩回数、非妊時体重、非妊時 BMI、分娩時体重、出生時の新生児の頭囲であり、有意差がみられなかった要因は、身長、体重増加量、分娩所要時間、分娩第Ⅱ期所要時間、児の出生体重であったと述べている。また、分娩後有症者のうち、1 ヶ月以下群と 2 ヶ月以上群とを比較すると、尿失禁の有無は、年齢、妊娠前の体重と BMI で有意差があり、2 ヶ月以上群の方がこれらの平均値が高かったとしている。

上原ら⁷³⁾は、分娩と尿失禁の関係は、経膈分娩の様式の違いに差はなく、経膈分娩と帝王切開との間に有意差があり、帝王切開の方が経膈分娩に比べ有意に少ない。また、未産婦より経産婦に高率に発症し、3 回以上の経産婦に高率であると述べている。一方、児の出生体重、会陰切開の有無に関係はなかったとしてる。また、妊娠中の尿失禁は、分娩を境に改善していたが、妊娠前からの発症していた者と産後に発症した者は、産後 1 年以上でも症状をみたと述べている。

尾田ら¹⁵⁾は、統計学的検定を用いていないが、出産回数、年齢が増加するにつれ、尿失禁の発症率も上昇し、妊娠前に尿失禁の経験のあったものは、妊娠中及び産後に症状が出現しており、産後 3 ヶ月以内に 75 %が消失していたと述べている。また、症例数が少なく十分な比較ができないが、自然分娩（66 例）と帝王切開（9 例）で尿失禁の発症率に差がみられなかったことより、尿失禁の原因は、分娩による骨盤底筋の脆弱化だけでなく、妊娠による慢性的な骨盤支持組織の損傷も発症に影響すると考察している。

脇田¹⁰⁾の論文でも統計学的検定を用いてないが、産婦人科を受診した女性 176 名を対象に調査しており、尿失禁を経験した人の 70 %は、分娩 2 回以上の経産婦であり、尿失禁の程度の重症な人に、便秘を合併

する傾向が認められたと報告している

池田ら⁷⁴⁾は、経膣分娩をした褥婦 276 名を対象に産後 5 日～7 日目と産後 1 ヶ月の時点で個別面談方式により排尿障害（排尿痛・尿意欠如・尿失禁・残尿感・頻尿）についての自覚症状の有無を聴き、 χ^2 検定により分析をおこなっている。それによると、平均分娩所要時間を上回った者の群とそれ未満の者の群とで排尿障害発症割合を比較したところ、初産婦、経産婦ともに有意に平均を上回ったため、長い分娩所要時間がリスクファクターの一つだと述べている。また、排泄障害は、会陰裂傷や会陰切開の程度の大きいものや創部異常がリスクファクターであり、切開施行群と非施行群で尿失禁の発症率に差がないことを調べ、切開が発症を予防したり逆に原因になることはないことを考察している。

玉山ら⁷²⁾は、経膣分娩をした褥婦 40 名を対象に質問紙調査をしている。「尿失禁群」の平均努責時間は初産婦 50.7 分、経産婦 19.0 分。「非尿失禁群」は、初産婦 21.3 分、経産婦 16.0 分で、初産婦の平均努責時間の方が長い傾向にあったとしている。

中田⁷⁵⁾は 1997 年の時点で、妊娠分娩は、将来排泄障害、骨盤底弛緩、性器脱の原因となり、産後数年から数十年を経て、経産女性の骨盤底は、骨盤底支持と神経支配の両面でややハンディを抱えたものになることが多いと述べている。分娩時の要因としては、早期に会陰切開を実施することで骨盤隔膜会陰膜などに瀰漫性に広がる骨盤底の小損傷を避けると述べている。また、会陰切開時の問題点として、会陰縫合の手技上の問題と切開後の感染を上げている。その他、クリステレル圧出法により骨盤筋膜や骨盤底下層の損傷を生じるため、クリステレル胎児圧出法を避けること、そして分娩第Ⅱ期遷延を避け、会陰切開や陣痛促進、牽出分娩に頼ることを主張している。また、産褥期の注意として、出産後に骨

盤底に負担のかかることを避けることを勧めている⁷⁶⁾。産後 3 週間くらいは床上げをせず、新生児の世話をするとき以外は、なるべく横になっているということである。この時期には、重いものを持ったり、腹圧をかけたりするのはできるだけ避け、ガードルやウエストニッパーで腹部を締めつけることを避け、腹筋運動を避けることを述べている。つまり、出産直後にたわみ、傷ついている骨盤底に負担をかけることが尿失禁の原因となると考えられる。さらに、2002 年になると、会陰が膨隆していない段階では、児頭の大きさに対し産道を取り囲む肛門挙筋や会陰の筋層の軟化や伸展は必ずしも十分ではない。したがって、この段階での牽引や圧迫は筋層損傷の危険が大きいこと付け加えている。骨盤底を支持する骨格筋は、分娩時には高度に軟化進展され、分娩後再び骨盤内臓を支持する役割があることを踏まえる必要性、そして、母体と胎児の両者に安全な分娩、苦痛の少ない分娩、母体の骨盤底を損傷しない分娩という方向を勧めている⁷⁷⁻⁷⁸⁾。

以下海外における文献についてである。海外においても 1990 年代後半より妊娠、出産についての要因検討に関する研究が増えだし、2000 年以降も調査が進められている。

Anders ら⁷⁹⁾の調査では、1994 年の 1 年間の尿失禁の経験率を基に検討を行っている。多変量解析の結果、妊娠中の尿失禁の経験者、経膈分娩直後の尿失禁の経験者、そして 30 歳以上の年齢で 2 回以上の経膈分娩をしたものに上昇がみられ、吸引や鉗子分娩、会陰切開や会陰縫合では、尿失禁の経験割合に有意な差はみられなかったと述べている。

David, H.ら¹⁷⁾の研究では、1 変数分析において、失禁のある女性は、白人、45 歳前に子宮切除をしたもの、少なくとも 1 人出産したことがある者、過期分娩、24 時間以上にわたる陣痛、オキシトシン（陣痛促

進剤)にさらされることが危険因子であった。そして、多変量解析において尿失禁との関連は、白人、BMI、エストロゲン補充療法、オキシトシンにさらされることで有意であり、鉗子分娩、会陰切開、帝王切開では、有意差がみられなかった。

Rortveit G ら（ノルウェー）⁷⁹⁾ は、15,307 人の女性を対象に、未産婦、帝王切開、経膣分娩の違いによる尿失禁の発症率を調査しており、腹圧性尿失禁の率はそれぞれ、4.7 %、6.9 %、12.2 %であったことを示している。しかし、結論として、この結果を帝王切開を増やすために正当化されるべきでないと述べている。さらに同研究者⁸⁰⁾ は、経膣分娩時の要因と尿失禁との関連性を調査しており、腹圧性尿失禁と出生時体重、硬膜外麻酔、そして児の 38 センチ以上の頭囲との関連性を示している。

Parazzini F ら（イタリア）²³⁾ は、尿失禁または活動性膀胱がある女性 1,062 人とそれらの症状のない 1,143 人の女性を比較した結果を報告している。尿失禁と関連のある要因には、BMI、子宮摘出の既往、尿路感染の既往、会陰の損傷があげられた。

Kolbi H による報告（ドイツ）²⁴⁾ では、鉗子分娩、分娩第Ⅱ期遷延、会陰第Ⅲ度裂傷、高い出生時体重が骨盤底損傷の原因となると述べており、今後長期的な研究により評価する必要性を述べている。

また、Yip SK ら（中国）²²⁾ による調査は、1996 年に分娩した後、4 年後の 2000 年における追跡調査をしている研究である。148 人の女性が追跡調査された結果、尿失禁は、4 年間の間に出産間隔がない女性で 28.6 %、出産間隔があった女性で 21.1 %であり、2 つのグループ間で統計学的な違いはみられなく、経膣分娩後の 4 年間では、腹圧性尿失禁のリスクを増加させないと結論づけている。

以上のように、妊娠、出産と尿失禁の関連を検討している先行研究が

国内外で数多く行われていることがわかる。これらの調査結果をみると、出産経験がない女性に対し出産経験がある女性は、尿失禁の経験割合が増えていることがわかり、また加齢による影響もしているようである。中田⁷⁵⁾が述べているように出産を経験することは、尿失禁を経験することに大きくつながると考えられる。資料1の表②より、出産後1ヵ月経過すると、出産直後に4割いた尿失禁経験者が1割ほどになることから出産直後の尿失禁は一時的なものが多いと理解できる。しかし、加齢に伴って、出産による影響がどのくらいでてくるかはこれらの先行研究からでは不明であることが多かった。石河ら⁹⁾は、分娩経験者は、将来の尿失禁予備軍と考えて、啓蒙につとめていると述べており、また、Andersら⁷⁰⁾による研究結果からは、尿失禁のある者は、妊娠中の尿失禁の経験や経膈分娩直後の尿失禁の経験のあった者が多いことが明らかになっている。筆者の修士論文⁴⁹⁾でも、多変量解析の結果、現在の尿失禁経験が妊娠中の尿失禁経験や出産直後の尿失禁経験と関連していることがわかった。尿失禁は、出産後一時的に改善されるものの、その後の加齢とともに再発する可能性が十分に示唆される。

それと同時に、出産時の各要因が尿失禁影響するののかも意見がわかれている。特に、会陰切開の影響の検討では、会陰切開を早期に実施することを主張している論文と会陰切開が尿失禁の発症を予防したり逆に原因になることはないかと述べている論文がある。どちらも主張があり、会陰切開を実施することで、瀰漫性に広がる骨盤底の損傷を避けることになるという考えと、会陰切開や裂傷の程度の大きいものがリスクファクターであり、切開を早期にすることが尿失禁の予防にはならないと、会陰切開をすすめていない考えがある。このことは、科学的な根拠をもとに説明が急がれており、WHOを初めとする多くの国々でも統計

的な結果を基に研究報告がなされており、会陰切開が尿失禁を予防するという結果が見られず、必要はないとの見方が有力である⁸¹⁻⁸²⁾が、さらなる研究の蓄積が望まれる。

また、分娩所要時間や児の出生体重が尿失禁の関連要因であると述べる文献と有意差がないと述べている文献がある。David, H.ら¹⁷⁾の研究では、オキシトシン（陣痛促進剤）にさらされることが出産後の生活の中での尿失禁の危険率を上昇させている要因であるという結果が出されている。David, H.自身もこのことについて、おそらく会陰に大きな機械的な力を引き起こす陣痛を起こしたり増したりする結果として、外陰部と骨盤底筋、およびその神経を過大に伸展させるからであろうと考察している。また陣痛促進剤についても修士論文⁴⁹⁾で関連要因としてあがった。どちらにしても、出産時に胎児が軟産道を通過する過程において、骨盤底や膀胱、尿道に与える影響をみている。影響があるかないかは、多くの要因が考えられ、一概には言えないが、もともと出産そのものが生理的な変化であることを考えると、骨盤底筋が出産の経過とともに自然に軟化し、産道が広がっていき、出産後には自然にもとの位置に回復していくという、生理的な変化に任せられるよう異常にならないような援助が最も大切であると考えられる。従って、会陰切開も裂傷もなければ一番良いし、小さければ小さいほど良いだろう。分娩所要時間や胎児の成長状態も逸脱しないようにするのが良いのではないかと考えられる。

そして、出産時の各要因が尿失禁に影響するのかどうか、意見が分かれた背景には、統計学的検定方法があげられる。先行研究における検定方法をみると、質的な変数に関しては、 χ^2 検定を用いており、量的な変数に関しては、t検定や分散分析を用いている研究が多い。現在

の日本における出産様式から考えると、例えば、初産婦であれば会陰切開を必ず行う施設も多く、純粹に会陰切開のみの影響を比較していない可能性がある。その他、分娩所要時間に関しても、実は、所要時間の長い人たちが、切開をしていたり、裂傷を起こしていたり、回旋異常であったり、陣痛促進剤を使用している割合が高いかもしれない。先行研究により結果が異なっていた理由には、検定の方法の違いがあると考えられる。そのためには、今後、出産時の各要因を純粹に比較可能である検定方法（多変量解析）を用いることと何の要因を変数として使用するかを検討、そして正常な出産と異常な出産を比較しやすい対象者の選定を考えていくことが必要である。

また、妊娠、出産以外の要因としては、肥満や便秘、婦人科疾患と泌尿器科疾患との関連性は、検討されている。そして、石河や中田が述べているように、出産後の生活の仕方も影響してくるのではないかと考えられる。例えば、出産後直ちに農作業に従事することや重労働など、骨盤底への負担があげられる。筆者の修士論文⁴⁹⁾でも、出産直後から床上げまでの間に休息できなかった経験と尿失禁が関連している結果が得られた。このように、ひとりひとりの出産体験はその経過により違うはずであり、また出産後どのような生活をしてきたかについても細かく調査し、尿失禁との関連性を科学的に検討することは、今後出産を控えている人たちにとっても有意義なものになると思われる。

今回の先行研究の中で、出産時の体位については、尿失禁の関連要因としてあげられていなかった。これらの検討も今後必要であろう。

3 尿失禁による影響と対処方法

・影響

小林ら¹²⁾による尿失禁のある者の意識は、病院に行かない理由が「特

に困っていない」「仕方ない」「恥ずかしい」であり、渡邉ら¹¹⁾の調査では、妊娠中の尿失禁有症者のうち「治るか不安」と思っている者は18.5%であり、分娩後の尿失禁有症者のうち40.9%が「治るか不安」と思っている。分娩後の有症者に不安をもつ者が増えている。脇田¹⁰⁾の調査によると50歳以上は、20～40歳代に比べ、否定的な意識を持っている人が増加する傾向にあると述べている。褥婦40名を対象にした玉山ら⁷²⁾の調査でも「恥ずかしい」「情けない」33%、「そのうち治るだろう」52%、「症状継続への不安」27%という結果である。

小松ら⁸³⁻⁸⁶⁾は、尿失禁のある女性の性への影響を、セクシュアリティという観点から捉え、性生活に何らかの影響を受けていると答えた20名の女性の面接を行っている。その結果、身体的側面の影響ばかりではなく心理・社会・文化的側面への影響として、「性交時の尿漏れに対する不安・恐怖」「性生活に対する負担感」「性的欲求や興奮の低下」「身体像の変容」「抑うつ」「羞恥心」「夫婦関係のきしみ」「孤立感、疎外感」があると述べている。これらの結果から、尿失禁があることによりほとんどの女性が自分の身体像に対してネガティブな感情を抱いており、おしゃれをして装うことをあきらめたり、活動的な生活の変更を強いられ、自分らしさが失われるような寂しさを感じていると考察している。これにもとづいて、実際に性・生の充実を促すケアを実施し、今後の課題を提起している。

台湾女性を調査したChen GDら²¹⁾の研究でも、失禁女性のおよそ19%に性的な影響があり、2/3の人に社会的な活動に制限があったことを伝えている。しかしながら、これらの失禁を経験している女性の27.1%のみしか医療を求めているとしている。

西村⁸⁷⁾の『失禁ケア』のなかには、英国で調査した尿失禁のある人

たちの心理的・社会的影響を紹介している。失禁が始まったことに対して、本人は、恥ずかしい、悔しい、恐ろしい、拒否感、絶望感、孤独感、怒りと欲求不満、諦め、気を引きたいというような気持ちがあり、家族の場合は、動揺、受容、いたわり、罪悪感、怒りと欲求不満、哀れみの気持ちをもつ。この気持ちは、1 つではなく、いくつかが複雑に混ざっている。社会的影響としては、本人にとっても家族にとっても行動範囲の限局になると書かれている。

東ら⁸⁸⁾は、尿失禁専門外来で治療中あるいは治療の経験がある 42 歳から 86 歳の 19 名の女性に対し面接を行い、コーピング行動を分析し、6 つのコーピング様式を分類している。東らが用いているコーピングの定義は、「その人のもつ資源に重い負担をかけるものとして評価された特定の内的・外的要求を処理しようとする絶え間なく変化する認知的、行動的努力」であるとしている。6 つのコーピング様式は、「失禁を管理する」「秘密を保持する」「治癒／改善を志向する」「助けを求める」「受け止める」「回避する」であり、このすべては、将来への不安を軽減する目的で用いられた一部を除いて、尿失禁によって脅威にさらされている自尊心を守るために「常態を維持する」ことであったと述べている。

伊藤ら⁸⁹⁾による尿失禁の QOL に対する影響を調べた研究では、スポーツや社会活動の参加が妨げられていたことがわかり、QOL に及ぼす影響は大きいことを指摘している。しかし、実際に治療のために受診する人は少なく、これは、患者の羞恥心と知識のおくれ、医療者側の認識の問題があると考察している。

また、尿失禁があることによる大きな影響として、西村⁸⁷⁾は、著書の中で、国家財政の視点からも問題があることを指摘している。1982 年の英国の資料によると、1 年間に英国でかかったおむつの費用は、36

万ポンド（現在の日本円に直すと約 8,000 万円）であり、この内容には、地域や老人施設で必要な施設費や人件費は含まれておらず、単に支給されたものにかかった費用だけを上げた数字であると述べている。また、Carolyn, S.^{9 0)}によると、米国では、尿失禁に対するケアや治療費にかかるコストは、年間 110 億ドル以上と算出している。David, H.ら^{2 0)}による研究にも、合衆国における尿失禁の直接的な医療費は、16 億ドル以上もかかっていると述べている。いずれにしても、尿失禁の経済的な問題は、大きいことが理解できる。1990 年から 2001 年までの文献レビューを行った Hampel C ら^{9 1)}による報告でも、腹圧性尿失禁による経済的負担が患者と社会に重要であること、人生の質にかなりの影響があることを報告している。

・対処方法

尿失禁のある女性の相談状況としては、ほとんどの人が相談していない状況である。数少ない相談者としては、友人や夫、母親への相談であり、専門家への相談はほとんどない。また、対処方法としても、尿漏れパッドや生理用ナプキンを使用している人は数少なく、ほとんど何もしていない状況にあると小林ら^{1 2)} 渡邊ら^{1 1)} 玉山ら^{7 2)}は述べている。しかし相談していない尿失禁のある者は、不安や日常生活の制限を持っていることや身体的影響（睡眠、外陰部のかぶれや搔痒感）もあることを調査している。また、脇田^{1 0)}による調査でも、婦人科外来に通う尿失禁のある人たちの中で、医師の診察を受けた人はわずか 10 %であると述べている。

しかし、西野らの調査^{6 8)}では、尿失禁の症状がありながらも受診率が低かったが、市民公開講座をきっかけに医療機関を受診すると回答した市民が多かったため、一般市民に対し、尿失禁に対する情報を提供す

ることが極めて重要と述べている。また、そのためには、恥ずかしがることなく医療を受けられるよう、何でも相談できる”かかりつけ”の医師を作ることが望ましいと付け加えている。また、イギリスにおける調査^{9 2)}では、半構成的面接調査により、なぜ尿失禁経験者が助けを求めないのかを調査しており、自分たち自身よりもむしろ専門家の方から情報を流してほしい状況にあることを見いだしている。

日本コンチネンス協会^{9 3)}における資料 1 の図③によると、1991 年から始めた電話相談は、1998 年まで増える傾向にあり、1991 年に 313 件であったものが、1995 年には 1,449 件、1998 年には 2,212 件と増加傾向を示している。その後相談件数は徐々に減っており、2004 年には 739 件となった。また、図④より、相談件数の男女比は、女性が男性の 4 倍いることがわかる。図⑤は、相談件数の中の医療機関への受診率を示しており、受診していない者が約 6 割いることがわかるが、受診していても電話相談をしてくる者も 3 割以上もいることがわかる。協会は、1999 年以降相談件数が減少したのは、協会の相談員不在により相談を受けられなかったことや、企業独自の相談窓口の開設やインターネットなどの普及により情報を得やすくなったことと考えている。このようなことから考えられることは、尿失禁外来や女性外来も増えている現状も合わせると、社会の流れとしては、情報が取りやすく変化してきている様子が伺える。しかし、それでもまだ相談出来ずにいる人たちも数多く存在していることの予想もつく。

骨盤底筋体操については、石河ら⁸⁾、渡邊ら¹¹⁾吉沢ら^{7 1)}の研究で効果が認められているが、調査によりわかった体操の実施率は、低い状況であった。Carolyn, S^{9 0)}は、骨盤底筋エクササイズによる筋力増加と尿失禁減少の効果を確認し、1996 年に臨床実践ガイドラインを発行した。

その中で、骨盤底筋の収縮は、1日30～80回が望ましいと述べている。Victoria Lら⁹⁴⁾は、尿失禁のガイドライン（AHCPR ガイドライン）がどのくらい普及しているかを調査しているが、78人中2名だけが聞いたことがあると述べているのにとどまっている。

以上のような尿失禁があることによる影響についての先行研究から理解できたことは、尿失禁があることにより、身体的な側面の影響ばかりでなく、心理・社会・文化的側面への影響である。それは、抑うつや羞恥心、孤独感などの切実な問題として浮き彫りになっている。特にセクシュアリティの問題は、自尊感情や自己否定観を持ちやすく、誰にも相談できない状況であり、治療に結びついた事後のケアも重要であることが理解できる。上田⁹⁵⁾は、滋賀県甲賀郡内の40歳～74歳の住民1,836名に、尿失禁に対してどう考えているのかを調査しており、泌尿器科を受診するのはためらいがあるという率は40.0%、尿失禁を相談するのは恥ずかしいと思っている率が47.0%であった。尿失禁の有無に関係なく約半数は恥ずかしいと思っていることがわかる。そのために、治療に結びつかない現状にあることが予想できる。また、社会生活への制限というQOLへの影響もみられ、そればかりでなく、経済的な面からも個人的、国家的な問題であることがわかる。

また、尿失禁経験者の対処法としては、ほとんどの人は何もしていない状況であり、専門家への相談もできていない状況がみられた。また、骨盤底筋体操の実施継続の困難性もみられている。しかし、電話相談件数や尿失禁外来の増加から、相談できる場所を求めていることがわかる。さらに、尿失禁経験者から相談することを期待するよりも、医療従事者からの投げかけが必要だということ、そして、投げかけることにより治療に結びつけられる可能性が示唆されている。

筆者による修士論文⁴⁹⁾からも、このような、心理、社会的な問題と専門家からの投げかけの必要性については同じような結果が得られた状況である。

従って、尿失禁を改善するための対策や尿失禁にならないような予防策を真剣に考えていくことは、自尊心を保つこと、QOL への影響、経済的な負担からも重要なことであり、また、若い頃からの知識の普及と対応しやすい環境づくりが必要になると考えられる。出産という女性にとって大きな出来事の前後を通して関われる助産師は、女性への知識の普及やタブー視されている環境の改善にも大きな役割を担うことになると考えられる。

4 尿失禁予防と改善のための対応策（助産師、看護師、医師の対応策）

このように、尿失禁経験者の割合や妊娠、出産に関わる原因の検討、尿失禁があることによる影響や対処方法の実際等の調査研究がされるようになり、医療従事者をはじめ多くの専門家が、尿失禁予防と改善のために対応し始めている。

排泄機能調整外来や尿失禁外来が開設されている中、その外来で働いている看護師や助産師が中心となり、来院者への対応の実際を紹介している。実際の対応としては、簡易問診票の活用、骨盤底筋体操のパンフレットの配布と指導、尿失禁ビデオの活用、尿失禁用具とパッドの紹介等であり、外来看護師や助産師自身が尿失禁に対して正しい知識をもつことと役割の大きさが強調されている⁹⁶⁻⁹⁷⁾。また、科学的根拠に基づく失禁ケア²⁵⁾についてや尿失禁患者に対する心のケア²⁷⁾についても報告されるようになってきた。ケアの妥当性を検証しながらケアの質を上げる必要性、尿失禁経験者への心のケアの重要性について具体的な例を挙げながら専門的に追求している。特に、骨盤底筋体操を継続するための

認知・行動療法プログラムの開発とその効果の紹介²⁶⁾、患者が自宅で骨盤底筋体操を継続できるように自己効力感を支援する CEIP (Continence Efficacy Intervention Program) の開発に関する研究²⁸⁾ というケアの介入研究がされるようになり、その効果が確認されてきた。

泌尿器科医師の研究では、日本における尿失禁患者の QOL に関する研究を推進するために、すでに妥当性の確率された英文の QOL 質問票の日本語版を作成している。この質問票を用いることで、日本人における尿失禁による QOL の障害を今後は国際比較が可能な形として評価できる可能性を示唆している⁹⁸⁾。また、このような質問票の活用は、今後治療や改善の客観的評価にもつながってくると考えられる。

直腸瘤の深さからみた骨盤底筋群の弛緩について調べている調査からは、便秘や尿失禁などの排泄障害症状の有無と直腸瘤の深さとは強い関連性が認められることから、この部位の緩みを測定することは、骨盤底筋群全体の弛緩状態を推測するための指標になり得るものと考えられると述べている⁹⁹⁾。このような直腸指診という簡便な方法は、尿失禁の予測や改善の評価につながると考えられ、今後臨床の場で活用できる可能性がある。

産婦人科医師として中田は、妊娠、出産と尿失禁について詳しく調べており、その時の対応策について述べている。出産時、「会陰が膨隆していない段階では、児頭の大きさに対し産道を取り囲む肛門挙筋や会陰の筋層の軟化や伸展は必ずしも十分ではない。したがって、この段階での牽引や圧迫は筋層損傷の危険が大きい。」⁷⁸⁾とし、出産後長い年月に渡り骨盤内臓を支持しなければならないことを踏まえて、母体の骨盤底を損傷しないために出産経過をふまえた出産方法の適応をすすめている。また、「分娩後の入院中や退院後まもない時期に尿もれについて相

談を受けた場合には、尿意の消失を伴わない尿もれであれば、一般に尿のもれやすさが軽快する傾向にあることを説明し、骨盤底トレーニングを含む産後の骨盤底の養成について確認する」⁷⁷⁾としている。これは、産褥期の尿失禁の多くは骨盤底の復古とともに軽減していくが、その後神経学的な再適応や加齢変化が加わって発症するとみられているため、出産後の骨盤底の安静の必要性を伝えている。骨盤底の安静を保つためのひとつとして、骨盤底筋体操は、出産後3週間過ぎてから行うようにと、体操実施時期を明確に示している。骨盤底筋体操実施時期については、出産後数日から開始して尿失禁が改善しており、効果がみられた研究もあることから、科学的な根拠に基づく調査が今後必要になると考えられる。しかし、このように、出産時に骨盤底筋を保護することを考え、具体的な対応策について医師の立場で書かれている文献は、他にほとんどみられなかった。

以上のように、助産師や看護師、医師たちが尿失禁予防と改善のための対応策を実施しており、実施した対応策の質について評価をする方向になってきている。尿失禁に関する予防や治療においても科学的根拠をもとにケアの質について追求されだした時期に入ったと言える。さらに、このような報告が増えることで、さらなる対応策の普及が予測される。

5 尿失禁予防における助産師の対応（教科書・参考書を中心に）

尿失禁に対する助産師の役割について述べている文献は、1997年頃より少しずつみられるようになり、2000年以降、助産師や看護師教育で使用する教科書、参考書の中にも尿失禁についての記載がされるようになってきた。ここでは、主に教科書や参考書を中心に述べる。

齋藤益子編著、木村好秀著¹⁰⁰⁾の更年期・老年期における保健指導上の課題の中には、中高年者のQOLの維持や向上の障害となる要因1つ

に尿失禁の問題を上げている。助産婦の日常的な指導として、肥満防止、適切な排便排尿習慣、膀胱炎の予防、骨盤底筋訓練法、専門医の紹介が予防と対策として簡単に書かれている。また、同書の河端恵美子著の更年期相談の中では、60 歳前後で 30 % 以上にみられる尿失禁者の存在についてと対処方法（ホルモン補充療法、薬物療法、骨盤底筋訓練）について数行書かれている。また、『退院指導マニュアル』¹⁰¹⁾には、産後の排尿障害とケアの中に、尿失禁の実態、その原因およびそのケアがいくつかの文献をもとにまとめられている。

小松ら⁸³⁾の尿失禁のある女性患者の性に対する看護の対応として、①かかわりの基本（性に対するタブー視をなくすことやプライバシーの保護）②性生活のセルフケア③性交時の不快感・疼痛への対処④骨盤底筋訓練の実施・継続⑤心身のリラクゼーションの 5 つの援助を上げている。

高島ら¹⁰²⁾は、助産婦外来に来院している尿失禁のある 1 事例を紹介し、その事例の中から助産婦の役割として以下の点を考察している。それらは、①患者のプライバシーを守る。②分娩後の排尿障害と分娩様式との関連性を検討（呼吸法の促しとサポート、娩出期の会陰保護、分娩体位など）。③清潔。④骨盤底筋体操。⑤検査、薬物療法、手術療法（助産婦ができることは、排尿記録、残尿測定、パッドテスト）。⑥助産婦外来・母親学級・産褥指導。⑦母児同室（育児のみでなく生理的欲求が満たされているかの確認）。⑧性生活。⑨肥満。⑩便秘。⑪尿失禁ケア用品。⑫尿失禁に対する看護計画である。

近藤¹⁰³⁾は、腹圧性尿失禁に限定し、タイプと治療法について解説している。そして、助産婦として尿失禁の発生病因と治療法に関する知識を持ちあわせ、患者の相談に自信を持って答えられることが望ましいと

述べており、腹圧性尿失禁の予防と治療が効率的に行える役割が担えるのではないかと課題提起をしている。

谷川¹⁰⁴⁾は、漏れの予防に始まり、治る漏れを治し、排泄障害が残っていてもそれが問題にならずに生活できる環境づくりまでコンチネンスを目指す協会として、日本コンチネンス協会を紹介し、また、コンチネンスアドバイザーの活動も紹介している。その中で、分娩期や更年期の時期の女性を対象としている助産婦へ、尿失禁に関する十分な指導とケアを提供して欲しいと述べている。

その他、助産師が目に触れる専門書では、尿失禁についていくらか触れられるようになって来ている。『母性保健をめぐる指導・教育・相談

ーその 1ー ライフ・サイクル編』(1998)¹⁰⁵⁾では、更年期女性の保健指導の章、尿失禁・頻尿の項に、尿失禁の経験率や原因、治療法について書かれている。また、『改訂版 母性Ⅱ』(2000)²⁹⁾では、婦人科疾患患者の看護における観察の章の中に尿失禁の説明と観察ポイントについて書かれている。『産褥・退院支援 ガイドブック』(2003)³⁰⁾では、尿失禁についての説明と妊娠中や分娩後の尿失禁経験者や吸引・鉗子分娩をした人、分娩第2期が遷延した人、大きな児を分娩した人へ、積極的に骨盤底筋体操を指導するように書かれており、また、日常生活上の留意点についても書かれている。『母性看護学各論』(2004)³¹⁾では、産褥期における看護の章に産後の骨盤底筋の安静の必要性和骨盤底筋体操について書かれている。これらの専門書は、それぞれ1～2ページ程度の簡単な説明のみであり、骨盤底筋を保護するためには、どのような出産をしたら良いのかまで書かれているものは見あたらなかった。また、骨盤底筋体操の実施時期についても、明確に記述しておらず、同時に記載してある産褥体操の実施プログラムには、産褥早期に腹筋を鍛

える体操が含まれており、骨盤底への安静を確保する時期であると考え
ると矛盾が生じている状況である。しかし、助産師が目にする教科書
や専門書に尿失禁に関することが書かれるようになったことは、知識の
普及と興味の植え付けのためには画期的な変化であると考えられる。

このように、尿失禁に対する助産師の役割についてまとめた先行
研究は、1990 年代後半までは、数が少ない現状であった。これは、日
本で尿失禁がクローズアップされてきたのが 1990 年代に入ってからで
あるためと思われる。また、数少ない先行研究である小松ら⁸³⁾や近藤¹⁰³⁾
の論文は、尿失禁のあるものに対する具体的な援助について書かれ
ているものであった。そして、高島ら¹⁰²⁾の報告は、尿失禁のある 1 事
例からの展開であるが、助産師の役割について具体的に書かれている先
駆的なものであった。しかし、尿失禁そのものが生命を左右するもので
ないため、知識の普及やタブー視されている環境の改善のための助産師
の役割について書かれているものはみあたらなかった。また、助産師の
尿失禁予防に対する役割について実態調査している先行研究も今回は、
みあたらなかった。

尿失禁を予防するためには、妊娠・出産時の対応をいかにするのが
大きく関わってくると考えられる。対応次第では、尿失禁の予防につな
がり、また反対に、尿失禁を悪化させることにもなり、その対応は助産
師の役割の一つとして極めて重要である。今回調べた助産師が目につれ
る教科書や参考書からは、骨盤底筋の保護を考えた出産時の援助として
書かれているものは見あたらなかったが、助産師個人個人が尿失禁との
関連要因を認識するようになれば、妊娠期間や出産場面において、関連
要因を取り除くための援助が実施できると考えられる。たとえば、出産
時の体位や会陰保護、呼吸法などの援助が尿失禁予防という観点からも

実施していけるのではないかと考えられる。そのためには、尿失禁予防に対する助産師の考え方や対応状況を調査する必要性がでてくる。さらに、その調査により今後の助産師の役割が具体的に提案できると考えられる。助産師の役割に関する文献が増えてきた状況ではあるが、骨盤底筋体操の実施時期や産褥体操中の腹筋運動との矛盾等、科学的根拠に基づく研究の必要性がみられ、まだ十分な指導とケアがなされていないのが現状であり、助産婦自身の意識改革の必要性があると考えられる。筆者の 5 人の助産師を対象にした調査^{5) 6)}からも、助産師たち個人個人により認識の持ち方や対象者へのケア内容も様々であり、具体的なケアを行っている者は少ない現状であった。

また、尿失禁予防に対する助産師の役割について書かれている文献が少なかった理由のひとつは、助産師自身が妊娠・出産時の尿失禁を問題視したとしても、対象者との関わりが一時的であることが多く、その後の経過や影響について継続して対応していくことができない現状があるからと考えられる。しかし、今後さらに高齢化が進む中で、女性の生涯に目を向け QOL の向上のための対策として助産師としてできる尿失禁予防を視野に入れることは、非常に重要であると考えられる。このことは、女性自身が自分の健康についての正確な知識と必要な援助が得られ、自己決定し、自尊心を保ちながら自分の人生を過ごすことが大切であることから言える。

2 章 助産師に関する社会的位置づけの変遷と活動の実態に関する研究 動向

1 節 助産師の定義と助産師教育の変遷

助産師は、女性の生涯を通じ、またその家族、地域社会に対し多岐にわたるケアや助言をする職種であり、特に、正常な妊娠、正常な出産については、自己の責任において出産を介助することができる専門職である。

この助産師について、WHOの定義は、「助産師は、国から正式に認可された助産教育課程に正式に入学し、助産学の所定の科目を履修したもので、助産業務を行うために登録されたもの、および／あるいは法律により免許をあたえられるための必要な資格を取得したものである。業務の範囲として、助産師は、女性の妊娠、陣痛、産後の各期間中に、必要な監督、ケアおよび助言を与え、自分自身の責任において分娩を介助し、新生児および乳児のケアを行うことができないといけない。このケアには、予防的措置、母と子の異常な状態の発見、医学的援助の調達、医学的援助が得られない場合の緊急措置の実施が含まれる。助産師は、患者のためだけでなく、家族および地域社会のなかでも、健康についての相談および教育にも重要な役割を持っている。その活動は、産前教育および親になるための準備も含み、さらに、婦人科の一部の領域、家族計画および育児にまでおよぶ。助産師は、病院、診療所、保健所、家庭、その他のサービスの場で就業することができる。」(1966)としている¹⁰⁾。また、ICM (International Confederation of Midwives : 国際助産婦連盟) における助産師の定義では、「助産師とは、国が認可した助産師教育課程に正規入学し、助産についての所定の課程を卒業して、助産師業務に従事するための登録または免許を法的に与えられる上で必要な資格を取

得した者をいう」¹⁰⁷⁻¹⁰⁸⁾とし、WHO の定義と同一の定義が採択されている（1972 年採択、1990 年改定）。

各国の助産婦の定義は、その国の法律や文化により異なっているが、日本においては、保健師助産師看護師法によると、「厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じょく婦若しくは新生児の保健指導をなすことを業とする女子」（第 3 条）としており、第 30 条には、「助産師でなければ、第 3 条に規定する業をしてはならない」（2001 年）と女性による助産師業務の独占と名称独占が明示されている。また、全国助産師教育協議会では、「助産師とは独自の判断で助産過程を展開し、さらに広く母子および家族の健康と福祉を促進することを目的とし、健康生活上の援助を行う専門職である。」（1986 年）としている¹⁰⁷⁾。さらに、1994 年の世界人口開発会議（カイロ会議）以降、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの理念が浸透し、助産師に求められている対象範囲が女性の生涯とその家族および地域社会へと拡大している。このように社会の変化に伴い助産師に求められている業務範囲は変化している現状にあり、また、WHO をはじめ、日本の法律でも、正常な妊娠、正常な出産において自己の責任において出産を介助できる者として定義されていることは言うまでもない。

ここで、日本の助産師教育の変遷と現在の課題について試みる。

日本においては、1874 年（明治 7 年）に発布された「医制」の中に初めて産婆の資格が規制され、翌 1875 年には、「産婆免許規則」ができ、1877 年には免許状の書式が全国統一されていった。この時から規定の学科を修了した者に試験の上免許を与える内容となる。その後、1899 年（明治 32 年）に「産婆規則」が公布になり、免許制度が確立していった。さらに戦後の 1948 年（昭和 23 年）の保健婦助産婦看護婦法により、助

産婦の定義や身分が明示された¹⁰⁹⁾。そして、戦後の助産婦（師）教育は、1949 年（昭和 24 年）保健婦助産婦看護婦養成所指定規則が制定されて以来、平成 14 年までに 21 回の一部改定を経て今日に至っている。その内容は、昭和 24 年当時助産婦養成所の入学資格は甲種看護婦国家試験合格者とし、修業年限は 1 年以上、分娩取扱いは 10 回以上とされていた。しかし、昭和 26 年には、修業年限が 6 ヶ月以上と改定される。そして、昭和 42 年に看護婦の教育課程が大幅に改定されたことを受けて昭和 46 年には、助産婦教育が独自の学問体系を目指し「母子保健学」を志向した。教育課程では、6 ヶ月課程と 1 年課程が併記されていた。さらに平成元年に「助産学」の確立志向して教科目名が独自に設定される。平成 8 年には、看護学教育全体で単位数で示すことを規定し、教育科目を統合し 5 教科、22 単位と設定、「分娩の取り扱いを学生 1 人につき 10 回程度行わせること」と改定され、同年の改正で助産婦学校養成所の指定基準の特例として、第 3 条 1 項の「法律第 21 条各号のいずれかに」とあるのは「学校教育法第 56 条（大学の入学資格）に」とすると改正され、看護系大学が教育機関と指定された。大学教育の中では、4 年間で 22 単位の教育内容を選択科目や選択課程として位置づけて教育を行いだしている。平成 14 年現在 65 大学で助産教育が認可されているが、本質的な教育時間数の不足が卒業時点での助産師能力の質と数の低下につながっているという課題が現在でている¹¹⁰⁾。

看護系の大学の設置が急速に進められた背景は、少子・超高齢化に伴う医療、保健、福祉の体制変革に対応できる人材育成を果たすためであった。平成 4 年に全国で 11 校であった看護系大学が、平成 12 年には 86 校、平成 14 年には、95 校にもおよんでいる。そのような中、短期大学専攻科や国公立の助産師養成機関で行われていた助産教育が大学の看護

基礎課程に組み込まれていき、さらに経済不況のあおりもあり、助産師養成機関の減少につながっている。全国助産婦教育協議会の調査では、実際に 1 大学で養成している助産師学生数は平均 7.5 人であり、学生数が確実に減少していくことが予測されている¹¹¹⁻¹¹²⁾。前述の通り、社会の変化にあわせて助産師に求められている質や能力の開発のためには、4 年間の大学の中では、時間や人数に限界があるとの意見が多くみられている。このような中、草間は、助産学を大学院教育で実施することのメリットを 4 つ述べている。1) 実習内容の充実と時間的なゆとり。2) 学部学生に対する公平性。3) 助産学選択に対する学生の動機と将来。4) 実習施設の確保¹¹³⁾である。しかし、もともと、戦後 GHQ（連合国軍総司令部）の指導により行われた看護制度改革は、医師に支配されている看護師や助産師の地位向上のため、保健師・助産師・看護師を一本化して新たな職能にしようとしたものであり、その考えは現在の日本看護協会の考えでもある。保健師、助産師教育は、看護師の資格取得者を基本にさらなる教育をしてきた経緯がある。3 種類の免許が今日の大学化により並んだことを考えると、助産教育の大学院化に対する懸念が看護職の中にみられているのも事実であり、助産教育の向上のための検討については、今後も続いていくとみられる。

2 節 出産の変化

日本における第二次世界大戦前の出産の状況は、医療介入のほとんどない自然な出産が主流であった。1950 年（昭和 25 年）には、施設内出産が 4.6 % であり、ほとんどが自宅での出産であった¹¹⁴⁾。しかし、戦後から出産の状況は変化し、医師立ち会いの出産が主流となり医療介入が頻繁に行われている状況がみられだした（1947 年：助産師立ち会い

92.1 %、医師立ち会い 3.5 %。1994 年：助産師立ち会い 2.1 %、医師立ち会い 97.9 %¹¹⁵⁾。戦後、GHQ（連合国軍総司令部）は、不衛生な環境の中で、尚かつ医師の存在しない日本の出産状況を改善しなければならないと、政策にのりだした。アメリカで行われていた出産形態を奨励し、これに厚生省の力がくわわっていった。そして、日本助産婦会が解散を余儀なくされ、助産師は、日本看護協会に吸収される形となった。さらに安全性や衛生的な環境を求めた産む側の要望もくわわって、出産が急激に変化していった。その時代のアメリカでは、病院の分娩台の上で会陰切開をし、鉗子で出産する方法が主流であった。戦後日本の医師たちは、アメリカに留学しはじめ、アメリカの産科医療が急速に日本に入ってくるようになった¹¹⁶⁾。日本における出産は、1950 年では病院・診療所での出産が 4.0 %、助産所 0.5 %、自宅・その他 95.4 %であったものが、1960 年には、病院・診療所 41.6 %、助産所 8.5 %、自宅・その他 49.9 %となり、さらに 1980 年には、病院・診療所 95.7 %、助産所 3.8 %、自宅・その他 0.5 %となっていた¹¹⁷⁾。出産が施設内に移り変わることで、出産に産科医が立ち会うようになり、助産師も病院や診療所へと就業場所が移り変わって行った（2000 年：病院 70.4 %、診療所 14.7 %、助産所 7.4 %）¹¹⁸⁾。分娩台の上で仰向による出産、会陰切開が慣例的に行われ、陣痛促進剤の使用や吸引分娩や鉗子分娩の率が増える等の医療介入の多い出産へと変化していった。小林¹¹⁹⁾は、ひとりの開業助産婦が介助した分娩の歴史を調べており、徐々に分娩時における医療処置の実施率が増加していったことと、薬剤使用という点で、既に分娩の場が病院や診療所ではなかった時から分娩の医療化が起こっていたと述べている。また、濱松¹²⁰⁾は、1968 年当時に助産師活動を行っていた助産師 3 名のヒアリングを行っており、1956 年に合成オキシトシン

製剤が開発されてから、1968 年には、陣痛促進剤の使用が全分娩数の 2 割であったことや 1970 年ころから分娩監視装置の臨床応用がされだしたことを調べている。そして、1996 年の出産場面の参与観察からさらに出産の医療化が行われている状況がみられている。

しかし、1970 年頃から行き過ぎた産科医療に対する批判が欧米諸国を中心に始まり、出産の改革が進んできた。1979 年に WHO のヨーロッパ地域事務局及びアメリカ地域事務局、全アメリカ保健機構は、1970 年代頃から帝王切開率が増えたことや管理分娩が増えたがその割には周産期死亡率が改善されないこと、医療介入が増えたことによる莫大なるコストの上昇などの理由により、産科医療の見直しに乗り出した。これには、助産婦、産科医、小児科医、保健行政に関わる政府関係者、社会学者、心理学者、経済学者、サービスの受け手から成る 60 余名の参加者を迎え、合同会議が行われた。そして、1985 年に WHO の「WHO 出産科学技術に関する勧告」¹²¹⁾に至り、欧米に向けて発信された。この勧告の裏には、産婦を出産の主体としてみない行き過ぎた産科医療に対する消費者団体の反対運動の力もあった。

また、1970 年代からイギリスを中心に「科学的にみて有効な医療」を追求する動きが盛んになり始め、マタニティーケアに関してもひとつひとつの処置について追求され始めた。その結果、二つの大きな出版物が出来上がった。この経過と出版物については、1996 年に前掲小林由美の修士論文でも紹介されている。その一つは、1989 年に出版された『Effective Care in Pregnancy and Childbirth』¹²²⁾である。これは、統計的調査から得られた結論に基づいて書かれているもので、1950 年から世界で発行されている産科医療ジャーナルを調査し、無作為抽出法による対照実験からデータを比較したものである。もう一つは、レビューのた

めに定期的に改訂されるデータベースである。そして、これらの出版物の内容が手軽に利用できるように『A Guide to Effective Care in Pregnancy & Childbirth』¹²³⁾が1989年に出版され、1995年には、改訂第2版が出された。その改訂本の全訳が、1997年に『妊娠・出産ケアガイド』として日本においても出版されている¹²⁴⁾。この中で、会陰切開について、会陰切開を慣例的に行う者は、骨盤底筋の伸展を防ぐために、産後の尿失禁や子宮脱の発生を予防できると主張することが多い。もし、骨盤底の保護に真に役立つならば、通常よりもっと大きい会陰切開が必要だろう。尿失禁が経膈分娩によって起こるのではないかという疑問については、いまだ論争が続いていると指摘している。

さらに、1996年WHOは、『Care in normal birth: a practical guide』を発行した。1997年に日本でも『WHOの59カ条 お産のケア実践ガイド』¹²⁵⁾として全訳が出版されている。これは、先進国の産科医療の乱用に着目し（出産から人間性を奪い、女性がモノ扱いされていることに対する警戒として）書かれた1985年のWHO「出産科学技術に関する勧告」に欠けていた要素をカバーしながら信頼のおける良質な研究をもとに入念に検証した結果である。1985年の勧告は、たった三枚の紙に書かれた、まるで挑戦状のように産科医療に向けて発せられた勧告内容だったので、多くの産科医が戸惑い、逆に不評を買うものとなった。処置のひとつひとつの勧告内容に関しての納得のいく根拠がはっきりしていないうえに、具体的に何をするのがよいのかの説明がない点も批判的となった。今回のものは、このように欠けていたものをカバーしながら、妊娠してから出産が終わるまでの間、正常で健康な妊・産婦のケアがどうあるべきかについて書かれている。この中に、会陰切開を行う正当な理由が3つあげられている。①胎児仮死の徴候がみられていること。②

出産の進み方が不十分なこと。③第Ⅲ度裂傷を起こす恐れがあること。また、会陰切開を積極的に実施するためのその他の理由として、以下の4つがあげられている。①裂傷より修復しやすく治りも早い。②会陰切開は重度の会陰裂傷を防ぐ。③会陰切開は児頭の損傷を防ぐ。④会陰切開は骨盤底筋の損傷を防ぎ、したがって尿失禁を予防する。しかし、これらの理由に基づく会陰切開の正当性を裏付けるものは、データからは得られていない（Sleep ら¹²⁶⁾、Harrison ら¹²⁷⁾、House ら¹²⁸⁾）。さらに、「会陰切開を多用すると、会陰部外傷率はさらに増加し、児を会陰切開によって保護する効果については、何の証拠もありません（アプガー指数も新生児入院率にも変わりがなかった）。産後3年間の追跡調査によれば、会陰切開の多用による尿失禁への影響もみられませんでした」¹²⁹⁾と指摘している。この『Care in normal birth : a practical guide』の中でWHOは、「正常な出産の自然な過程を妨害するには、そのための確固とした理由がなければならない」と出産に関する基本姿勢を説いている。

また、アメリカ母子保健財団会長のドリス・ヘアは、出産から3カ月たった697人の女性を追跡したところ、会陰切開を受けた人よりも、自然に会陰裂傷が起きた人の方が痛みが少ないことが判明した。性機能に関しては、会陰が全く損なわれていない女性や、自然に会陰裂傷が起きた女性が優れていた。骨盤底の筋肉は、何ら会陰が損なわれていない女性が最も強く、会陰切開によって第Ⅲ第Ⅳ裂傷が広がった女性は、骨盤底筋肉が最も弱いと報告をしている¹³⁰⁾。

このように、これまでルチン化して行われてきた会陰切開等の産科医療が科学的な根拠に基づいて使用されているかどうかの検証が過去20年以上に亘り続けられてきた。しかし、海外におけるこのような調査報告が日本の現状と一致するものではないものもあると考えられ、日

本国内における調査研究を進めることが望まれている。もちろん、医療により助けられている人も多いが、その反面、医療による効果が期待できない場合もある。日本国内では、ルチーンの処置を見直す考えが 1990 年代頃より頻繁に議題に上るようになって来た。大石は、上記のようなイギリスや WHO の勧告を医師や助産師が目に触れる雑誌に紹介している¹³¹⁾。

また、このような科学的な根拠を基にルチーン化してきたものを見直すことの原動力になってきたものには、出産する側の女性たちの声も大きな力として反映されている。日本においては、1978 年に藤田が『お産革命』¹³²⁾を新聞に連載し、施設内出産における医療介入の実態が明らかになったり、1979 年『出産白書』¹³³⁾が健やかに産まれる権利を報告している。このような所から、女性団体や出産する側からの納得のいくケアに対する要望が増えて来ている。1998 年には、女性団体主催の” いいお産の日 ” が掲げられた。また、熊手¹³⁴⁾は、産む側のニーズとして、妊娠・出産・子育てを支える医療者は、いつも同じ人がいいと述べており、更に、今の病院のシステムでの継続的なケアの難しさと要望を伝えている。ジャーナリストである石村¹³⁵⁾は、産科医療に期待するのは、積極的な情報公開に尽きると述べている。また、助産師養成数の減少に危機を感じた全国の母親グループらの有志が「助産婦を応援する会」としてまとめ、2001 年 11 月から 2002 年 5 月にかけて助産師養成に関する請願をするための署名運動を行い、国会に提出、受理されており、その署名と共に集まった意見を「助産師教育への意見集」として冊子にまとめている¹³⁶⁾。多くのケアを受ける側である女性たちからの声や運動は、大きな力となって、実際の施設内出産の動きに変化を与えていると言えよう。

助産師自身も、女性たちの声を聞きながら、自分たちの役割を見つめ直すことを始めている。1994 年全国助産師教育協議会では、「いいお産」について「産婦にとっていいお産の目標は母子共に安全で身体に組み込まれた自然のメカニズムを十分に機能させ、労力および不快感を最小限にとどめる出産をすることである。……」と定義している¹³⁷⁾。また、スムーズな分娩進行に向けての助産師の役割を述べている菅沼は、産婦の気持ちを尊重することの大切さを伝えている¹³⁸⁾。助産所の助産師である毛利は、助産師は「職人」と述べている¹³⁹⁾。このように多くの助産師たちが、産婦にとって大切な妊娠、出産という経過を助産師としてどのような立場で見守るかを考えだしてきていると言える。

また、助産師と同様に出産に対する医師の立場に関する報告も数多くみられるようになって来ている。進³²⁾は、会陰切開が本当に必要かどうかを、科学的なデータを基に解釈しており、会陰切開を極力避けるようにしていると述べている。そして、この筆者が昭和 49 年に産婦人科医になった頃、会陰切開は、Liberal use（自由に行われる手技）として行われていたため、何の疑問もなく実施していたことを伝えている。竹村³³⁾は、現在の出産は、医師のみで行えるものではなく、助産師、看護師をはじめ多くの職種の協力によるチーム医療が必要であるとして、特にローリスク分娩を中心とする施設では、助産師がリーダーシップを取り、医師が協力するといった方が適当であろう。そして、医師は助産師の要請によっていつでも診療が行えるように待機している控えの姿勢が望ましいと考えている。亀田³⁴⁾も正常な分娩においては会陰切開などの処置はなるべく避けて、妊婦と助産師の自然な分娩環境づくりをサポートし、目立たぬように見守り励ますことが産科医師の役割であるとしている。さらに、久³⁵⁾は、出産における安全性も快適性も、出産の

本質であるきずなの形成の土台の上に論じなければならないとして、1985 年の開業以来、帝王切開の減少と医学的介入を極限まで抑えた出産を試みていることを紹介している。また、鈴木³⁶⁾は、医師の立場から、助産師をサポートする考えを示しており、教育（教養教育、学識教育、臨床教育、看護研修研究センターの存在価値）の大切さと助産師と医師とその他の職種とが協力して活躍している医療施設は大きな力を発揮していることを述べている。このようなことから、今まで当たり前のように行っていた会陰切開などの医療介入が社会の変化とともに本当に必要かどうか、医師の立場としての考えも変化してきている様子がうかがえる。

妊娠、出産に関わる施設として、特徴的な例としては、日本赤十字社医療センターが挙げられる。ここで 1972 年に開設した「健康棟」は、分離独立型の産院方式を、総合病院内にドッキングした別翼的方式を取り入れている。この規模は、日本のどこにも類がなく、後にいくつかのセンターがモデルとしている。この形態は、自分の子どもを自分で産めるという生理機能のレパートリーへの対応と疾患の治療とをまったく同じに考えることに問題があり、むしろ両者は本質的に異なったカテゴリーと考えるべきであるという基本的な哲学に基づいている¹⁴⁰⁾。また、桑江¹⁴¹⁾は、2002 年に設置した「リプロダクティブ・ヘルスセンター」を紹介しており、出産も含め、不妊外来や思春期外来、更年期外来等性と生殖に関する健康支援のための施設として、地域に開かれた地域の皆様に貢献できる病院としての目標を掲げている。

そして 2001 年、厚生労働省と文部科学省は、国民運動計画として「健やか親子 21」を提言し、これまでの母子保健の取り組みの成果を踏まえ、残された課題と新たな課題を整理し、21 世紀の母子保健の取り組

みの方向性を提示し、2010 年までの目標を設定し、関係者、関係機関団体が一体となって推進するとしている。そしてその中の主要課題として 4 つのことをあげている。その中のひとつである、「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」では、一層の安全性が求められること、また妊娠・出産に関する QOL の向上を目指すことが時代の要請であることが指摘されている。さらにリプロダクティブヘルスへの対応や少子化対策としても本分野を 21 世紀の主要な取り組み課題とすることが必要であると述べられている³⁷⁾。

このような国民運動計画をうけ、産科医師や助産師を取りまく学会の状況としても動きがみられている。2001 年に開催された第 42 回日本母性衛生学会³⁸⁾では、「健やか親子 21」そのものが母性衛生学会の命題ないしは目標そのものであるとして、これに沿って活動することを勧めて紹介している。そして、2003 年度の第 44 回日本母性衛生学会³⁹⁾では、「妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保」というテーマでシンポジウムが開かれ、4 人のパネリストが開業産科医の立場から、開業助産師の立場から、センター病院産科医の立場から、センター病院助産師の立場から発表し、ディスカッションを行った。それぞれの場所や立場により求められている安全性と快適さの両方をバランス良く両立していくという課題が伺えた。そして、産科医と助産師の理解と協力なくしては両立が不可能であると考えられた。助産師の団体としてもこの「健やか親子 21」をうけて、日本助産師会の専門団体として、専門職の助産師として取り組むべき課題をあげている⁴⁰⁾。安達⁴¹⁾の報告は、分娩期の快適さと安全性のケアの検討がなされており、快適さを確保するためのケアと安全性を確保するためのケアの実践状況が具体的にあげられている。

以上のように、出産は、戦後から急激に変化し、施設の中で医療介入が頻繁に行われるようになった経緯があった。しかし、その反省が1970年以降、科学的な根拠をもとに国際的にされるようになり、日本においても2000年前後にかけて急速に変化しつつあると考えられる。政治や経済を基盤とした社会の変化にあわせ、ケアをうける女性側と助産師、そして医師との中で、ゆっくりであると考えられるが3者同時に不必要な医療介入のない出産に向けて変化している現状にあると理解できる。

1990年代初めに筆者が立ち会ってきた出産では、会陰切開をうける率は非常に高い状況であった。そして、会陰切開をうけた者とうけなかった者では、出産後の行動のスムーズさに違いがみられていた。会陰切開をうけた者は、切開による痛みのため、授乳等の育児が大変になる姿がみられていた。この苦痛な状況を少しでも減らしていきたいと思っている。出産する女性側にとって本当に必要な医療であるかどうかを判断していくことが必要であると考えられ、それに向かって現在少しずつ変化してきているのではないかと予測できる。また、医療費の増大による経済の問題もクローズアップされ、適正な医療が求められてきている現在、妊娠・出産の時期に密接に関わっており、正常な出産であれば産婦を主体とした出産を責任をもって介助できる助産師は、尿失禁予防の立場からも、どのような出産の支援が良いのかを知り、対応をしていくことが望まれると考えられる。また、出産する側が十分に出産に関する説明を受け、自己決定しながら出産できるようにすることも必要である。

3 節 助産師の活動の実態に関する研究動向

1993年に日本看護協会が病院に勤務する助産師を対象に行った質問紙調査¹⁴²⁾では、助産師として満足した仕事ができているかを聞いてお

り、約半数が満足していない状況であった。満足していない理由には、行っている業務が看護師業務と区別がつかないことや、医師主導で助産師としてお産がとれないことが上位を占めている。

そして、日本助産学会が助産師の将来あるべき姿を想定し、それに基づき今後に向けて活動内容や範囲を提言したものの「日本の助産師が持つべき実践能力と責任範囲」（1999）がある。しかし、この内容が現在の助産師活動の実態に即しているとは言い切れないため、日本の助産師が持つべき実践能力と責任範囲をどのように認識しているか調査が開始されている⁴²⁻⁴⁴⁾。その報告によると、勤務助産師と開業助産師はともに7つの各領域に関して能力の必要性を強く認識していたが、実践能力の認識については、開業助産師が高い結果であった。また、経験年数16年以上の勤務助産師は、分娩期のケア領域の実践能力を高く認識しており、熟練助産師として自己を認識していることが示されている。また、5年以下の助産師経験では全ての領域の実践能力が、それ以上の助産師経験の群に比べて低い値を示していた。

助産所と病院という就業場所による助産婦の認識の違いを検討している小林⁴⁵⁾の調査におい、助産所の助産婦は技術等に自信を持っているが、病院助産婦では自信がない者が半数以上おり、助産婦としての満足感も病院助産婦では7割近くが持てていないことを明らかにしている。そして、年齢及び体験が助産婦としての実際の行動、満足感、認識に影響しているようであると結論づけている。

Child Abuse 予防に関する助産婦の認識と現状を調査した山口¹⁴³⁾の報告では、認識と行動の開きは、年齢が高くなる程小さくなり、69歳以上では有意差が見られなくなり、病院勤務と助産所勤務で比較すると、助産所の方が認識と行動の差が小さかったと報告している。さらに、

Child Abuse 予防への援助は、なにか特別なことを行うのではなく、助産婦がいままでしてきたことを丁寧に行っていくことではないかと考察している。

助産婦のキャリア形成過程の特徴を明らかにしたものでは、16 名の施設勤務助産婦を対象に職業的成長過程を自由に語ってもらうという面接調査をした結果を報告している⁴⁶⁾。それによると、キャリア初期（10 年目まで）では、実務を通してのアイデンティティが形成され、キャリア中期（11-20 年目まで）には、職場外の助産婦のネットワークの広がりという特徴を見いだしている。

施設内の中堅助産師（臨床経験 5 年以上 10 年未満）の業務に関する調査⁴⁷⁾をしている研究では、専門的な実践家としてのキャリアを求め中堅助産婦と、管理者としてのキャリアを期待する婦長との認識の違いや、具体的な臨床能力を評価する方法がないという現実的な問題が推測されている。その結果、半数以上の中堅助産婦が職場で自己の重要性を自覚せず、さらに、大部分の中堅助産婦が、専門職として必要な自律的な自己の能力開発活動を行っていないことが明らかになり、中堅助産婦の職務満足の低下は、助産婦本人だけでなく、職場全体の活力を低下させる可能性があると考えられている。また、医療施設の助産師を対象にした専門性と役割について意識調査をしている研究¹⁴⁴⁾では、開業自信と勤務年数の関係を見ており、勤務年数 11 ～ 20 年の熟達した助産婦が自信ありと回答していることから、多くの分娩介助を経験し、かつ体力的にも充実していることが自信につながっていると推測している。また、正常分娩でも医師の立ち会いが必要と考えている者が 8 割以上であり、産婦が病院での分娩時には、医師や助産婦が立ち会い、安心、安全な出産ができることを求めているためと考察している。

1968 年代と 1996 年代の出産の状況を比較し、医師と助産師の役割・協力関係の変容をみている調査¹²⁰⁾では、約 30 年の間に医療技術の高度化が急速に進み、出産の安全性はほぼ確立できたが、反面画一的、機械的、流れ作業的な出産に変容してきたこと、出産場面における医師と助産師の関係は、医師が「助産」における中心者となり助産師は周辺者へと位置づけられるようになったこと、役割上の対等な関係は希薄となり、医師と助産師は従属的な関係が著明になってきたと結論づけている。

その他、出産をした母親（4 ヶ月乳児健診に来所した母親）側に対する自記式調査の報告では、分娩時医療行為のインフォームド・コンセントは、50 ～ 60 % 前後（会陰切開、浣腸、剃毛）しかされていないという結果であった⁴⁸⁾。日本看護協会が 773 名の母親を対象にした調査¹⁴⁵⁾では、約 8 割の者が助産師がいて良かったと答えており、担当の助産師がいて欲しいことを望むこととしてあげている。さらに、母親を対象にした助産師役割に対する認識と期待の調査¹⁴⁶⁾では、女性たちから期待されている内容に、学童や思春期の性教育に対してや更年期の性指導があげられており、対象のライフステージとその家族構成を考慮した関わりが求められていると考察している。

以上のように、助産師の活動の実態を調査している文献から、助産師の実践能力は、経験の豊かさと役割を遂行している場所（施設や助産所）が反映していると考えることが妥当であると思われる。経験年数 10 ～ 15 年以上の助産師たちは、実践能力と認識において、差が少なく、そのキャリアが自己実現につながっている様に考えられる。反対に、10 年未満の助産師たちは、実践能力に自信がなく、仕事に対しても満足していない結果がみられていた。これは、現在の施設内出産の現状として起きている、医師との関係性や連携、施設内管理体制が関係しているこ

とが推測される。そして、助産師が対象としている側への調査結果から予測できることは、援助者側と受け取り側のズレ（説明と同意）が存在している可能性である。また、担当助産師を望むことの期待が大きいこと、思春期や更年期等女性の生涯にわたる役割の期待もあることがわかった。助産師自身は、助産師としての役割認識が高く、さらにケア対象者からの要望もあるにもかかわらず、実際の活動実態はそれに対応できていない状況にあると考えられる。しかし、前節の” 出産の変化 ” の部分で記載しているように、施設内出産の現状は、チーム医療のもと、今までのルチーン化してきたケアを見直す方向に進んでいる。また、助産師の役割の範囲も広範囲になってきており、ケア対象者からの要望にも応えるための動きもみられている。このような変化のある現状の中、今後も助産師としての専門性を高め、対象者にあったケアが提供できるよう努力することは大切である。今回の先行研究は、ほとんどが量的な分析から導き出された平均化された結果であった。しかし、現実是个々の助産師が対象者との相互関係の中で関わっていくという現象が起きていると捉えられる。そのため、1人1人の助産師の経験や職場の状況を踏まえた考えや認識、行動を具体的なデータから解釈していき、現実を捉えていく作業が大切であろう。そして、助産師として現実的に行うべき役割を明確化し、活動が実現できるようにしていくことが今後必要となってくると考えられる。

第二部 助産師・医師・出産経験者の調査

1 章 出産の状況および尿失禁とその関連要因の検討（質問紙調査）

1. 調査目的

修士論文での結果をふまえながら、出産後 3 年以内の女性の妊娠・出産・産褥の実態を把握し出産の変化をおさえ、尿失禁の現状と妊娠・出産（産科医療）との関連性を検討する。また、助産師や医師との関わり方を把握することである。

（作業課題①②③）

分析視角は、日常生活上の要因、産科医療と尿失禁との関連性を検討すること、および、出産経験者が捉えている助産師・看護師、医師との関係性を把握することである。

尿失禁予防と改善のための課題を見いだすためには、妊産褥婦が現実に関与した出産の実態（助産師・看護師、医師との関係性や行動）を押さえておくことが必要である。出産でどのような経験をしてきたかを分析するのは、課題の根底にある改善点がみえてくるからである。そこで、出産時に関わった助産師・看護師、医師等のことで「良い思いをしたこと」および「悪い思いをしたこと」を分析の中に含める。

2. 調査方法

1) 調査対象

G 県 O 市における乳幼児健康診査（4 ヲ月児健診・1 歳 6 ヲ月児健診・3 歳児健診）に来所した母親。

対象地域の特徴：

O 市は、総面積 97.96Km²、総人口 150,357 人（2003 年）で、G 件の東南に位置する市である。産業は、第 3 次産業、第 2 次産業、製造業、卸

売・小売業・飲食店を主としている。交通は、主に車を利用しているが、電車やバス等の交通機関も利用可能である。市内には、産婦人科施設として、3 件の総合病院、8 件の個人医院、1 件の助産院がある。国民衛生の動向¹⁴⁷⁾によると、合計特殊出生率は、2004 年の時に 1.29 であり、O 市も同じような出生率を示している（資料 8）。

2) 調査方法

表 1 の枠組みのとおり自記式質問紙（資料 7）を用い、調査を実施した。O 市の保健センターの保健師の方々に協力を得、平成 16 年度に実施された乳幼児健診の際、質問紙と返信用封筒を来所した母親に配布して頂いた。質問紙は留め置き記入を依頼し、郵送法にて回収を行った。調査内容は、尿失禁の実態と妊娠・出産・産褥の状況に関する内容である。表 1 の調査枠組みは、修士論文での枠組みを更に検討し、★印のものを追加し、いくつかを修正したものである。

倫理的配慮：

質問紙調査は、無記名であり、プライバシーの侵害をすることが無いことを明記した。また、調査への協力は自由意志で参加できるよう、調査者の元に郵送法で質問紙が届くようにした。

3) 調査期間

2004 年 5 月～ 9 月

4) 回収率

1,000 部配布。回収率 33.4 %（334 部回収：育児中の母親への郵送法による回収率）。有効回答率 97.9 %（有効回答 327 部）。

5) 分析方法

量的データ：統計処理は、SPSS10.0J を用い、独立性の検定、t 検定、ロジスティック回帰分析を行い検討した ($p < 0.05$ を有意とした)。検討は、出産年代別、出産場所別、尿失禁の有無別による比較を行った。尿失禁の有無別は、「出産直後から 2 ヶ月までに尿失禁経験がある群」と「出産直後から 2 ヶ月までに尿失禁経験がない群」、及び「出産後 2 ヶ月から現在までに尿失禁がある群」と「出産後 2 ヶ月から現在までに尿失禁がない群」とした。

質的データ：質問紙の最後に設けた自由記述については、出産時に関わった助産師・看護師、医師について「良い思いをしたこと」「嫌な思いをしたこと」それぞれについてと「尿失禁に関する意見」を分析した。分析は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に行った。この方法を選択した理由は、序章 2 節の部分でも述べているように、尿失禁や出産時の助産師や医師の関わり等の現象をデータに密着しながら解釈しつつ、そのプロセスを押さえていきたいこと、更に、プロセスを押さえることで捉えられる、その時期にあった援助者の具体的な役割を見い出したいという理由からである。

分析手順…質問紙の最後に設けた自由記述について、数行ずつ関連のある部分に着目し、データの意味を表現する概念名をつけた（対象者の行為や認識に照らして解釈）。更に概念の意味のまとまりに基づいてカテゴリー化し、カテゴリーの関係について明らかにした。

本文中におけるひとつの概念生成の過程を表 2 に例示する。次の文は尿失禁に関して書いてくれた意見である。「出産する少し前から、出産後 3 ヶ月ぐらいだったか、尿もれがありました。…友人に聞くと、出産経験がある人はみんなそうで…」この部分より、【尿失禁経験者の存

在認識】という概念を生成した。そして、この概念の定義を「尿失禁経験者が周りに沢山いることや、年齢とともに経験したりすることを知っている」とした。このような分析をしていく中でいろいろと浮かんできたアイデアをメモとして書き留め、これを理論的メモとした。例えば、「産後はどうか」「中高年以降はどうか」「友人以外では誰から聞くのか」などである。この作業は、ワークシートに記載されていく。理論的メモは、概念間の関係性を考え、分析結果をまとめる際に役立つ。そして、2 例目からは、解釈の恣意性を防ぐ為に対極比較、類似比較の観点から分析を進めていった。同時並行して、生成した概念がその一部となる可能性のあるプロセスを意識して分析し、概念をカテゴリーにまとめる収束化を行った。

3－①．質問紙調査の量的部分の結果および考察

1) 対象者の背景 (327 人)

・年齢

327 人の年齢階層は、図 1 のように、26 ～ 30 歳、31 歳～ 35 歳に集中しており、7 割以上であった。平均年齢は、31.1 ± 4.51 歳（19 歳～ 44 歳）である。

・家族形態

ほとんどの家族が夫と子どもとの核家族の形態をとっており、84.4 % であった。3 世代は 12.5 %、4 世代は、3.1 % であった。

・職業

図 2 のように、68.2 % が専業主婦であり、次いで会社員・公務員が 15.6% であった。

2) 妊娠・出産の状況（変化）

・ 出産回数

出産回数は、1 回の者が 45.6 %（149 人）、2 回の者が 41.9 %（137 人）、3 回目 10.7 %（35 人）、4 回目 15.0 %（5 人）、5 回目 0.3 %（1 人）であった。平均 1.69 ± 0.75 回（範囲：1 ～ 5 回）である。

・ 経膣分娩

帝王切開のみを経験している者は、16.8 %（55 人）であり、それ以外は経膣分娩経験者（83.2 %）であった（表 3）。

・ 出産年齢

最初の出産年齢は、平均 27.7 ± 4.31 歳、最後の出産年齢は 29.9 ± 4.38 歳であった（表 3）。

国民衛生の動向¹¹⁴⁾（2003）によると、2001 年の第 1 子の平均年齢は、28.2 歳であり第 2 子は、30.4 歳、第 3 子 32.4 歳である。今回の対象者は、全国平均とほぼ同様の出産年齢の集団であるといえる。

・ 初めての出産場所

初めての出産場所は、大学病院 2.8 %（9 人）、総合病院 44.3 %（145 人）、個人医院 52.6 %（172 人）、助産院 0.3 %（1 人）であった。この地域は、出産を取り扱う総合病院が 3 施設、個人医院が 8 施設と多く、助産院も 1 施設ある。このような環境の中、ほとんどの母親たちが出産時、総合病院か個人院で産んでいる集団であった。全国平均でも、2001 年の施設内（病院、診療所、助産所）における出産割合は、99.8 %である¹¹⁴⁾。

・ 初めての出産時の立ち会い者

医師の立ち会いは 88.4 %（289 人）、助産師 71.9 %（235 人）、看護師 66.4 %（217 人）、夫・パートナー 26.9 %（88 人）、その他 4.3 %（14 人）で

あった。図 3 は、施設別の立ち会い者を表している。大学病院では、医師、助産師立ち会いが 100 % であり、総合病院では、助産師の立ち会いが多く、反対に個人医院では医師と看護師の立ち会いが多くなっている。これは、施設に勤務するスタッフの人数や役職、そして各施設毎の役割に対する考え方の違いが反映していると思われる。

＜立ち会い者の変化＞

修士で行った 2000 年の調査のうち、1990 ～ 1999 年に出産した人の立ち会い状況をみると、医師 93.7 %、助産師 65.9 %、看護師 70.6 %、夫・パートナー 21.4 %（病院：医師 94.1 %、助産師 51.0 %、看護師 59.5 % 個人医院：医師 93.7 %、助産師 55.1 %、看護師 63.5 %）であった。この時の考察では、産婦側が側に付き添う者が助産師であることを知らずにいる出産状況にあると考えたが、今回の調査からは、助産師の就業場所の割合から考え（1990 年：病院 61.9 %、診療所 15.0 %、助産所 17.7 % 2000 年：病院 70.4 %、診療所 14.7 %、助産所 7.4 %¹¹⁸⁾）、自分がどのような専門職として出産の援助に関わるか、産婦側にしっかりと伝えるようになってきたことが予測できる。

・分娩体位（以下表 3 参照）

今回、側臥位分娩とよつんばいの体位による状況を調査したが、側臥位分娩経験は 0.9 %（3 人）、よつんばいは 0.6 %（2 人）と少ない状況であった。

・怒責の有無

怒責の経験は、54.1 %（177 人）が経験しており、産婦の約半分が分娩台で怒責をかけて出産している状況にあることがわかる。

・腹帯の有無

今回、尿失禁との関連要因として、新たに腹帯の使用状況を調査内容

に入れたが、76.1 %（249 人）が出産直後から 3 日間位の間にお腹をしめつける経験をしており、高い腹帯の使用状況にあることが分かった。

・出産後の休息

出産直後から床上げまでの間にゆっくりと休めなかった経験がある者は、42.5 %（139 人）であった。4 割以上の者が、床上げまでの間、ゆっくりと出来ていない状況にあった。理由記入のあった 137 人の理由として、最も多かったものは、「上の子の育児のため」47.4 %（65 人）であり、次いで「里帰りしなかったため 1 人で育児していたため」14.1 %（46 人）、「子どもが入院したため」3.7 %（12 人）であった。このことから、経産婦は、退院後の床上げと言われている産後 3 週間の間、体を動かさざる得ない状況に置かれていることが明らかになった。

<産科医療>

・帝王切開

帝王切開経験は、21.1 %（69 人）の人が経験している。WHO の報告¹⁾²⁾では、帝王切開が 2 割以上みられることは不適當としており、この対象集団の帝王切開率は、高いと考えられる。

・陣痛促進剤

陣痛促進剤の使用経験は、37.3 %（122 人）であり、3 人に 1 人以上が経験している状況にある。

・会陰切開

会陰切開経験がある者は、69.1 %（226 人）に及んでいる。しかし、施設によっては、初産婦のほとんどが会陰切開をしていた 10 年前の状況を考えると、切開しない方向に変化していることが予測できる。

・会陰裂傷

会陰裂傷は、34.9 %（114 人）の人が経験しており、高率であった。

・吸引・鉗子分娩

吸引・鉗子分娩経験は、16.5 %（54 人）であった。

・クリステレル胎児圧出法

クリステレル胎児圧出法は、28.4 %（93 人）であり、3 割近くという多くの者が経験している状況であった。

＜産科医療状況の変化＞

図 4 のように、出産状況を修士論文調査結果の 1990 ～ 1999 年代と比較すると、帝王切開率は 21.1 % と高くなっており、相変わらず、クリステレル胎児圧出法の率も高率を保っている。しかし、陣痛促進剤の使用や会陰切開率、吸引・鉗子分娩のは低下し、反対に会陰裂傷率が少し上昇している。このような変化を考えると、会陰切開をしない方向に進んできており、そのために会陰裂傷の率が上昇していると考えられる。

（参考：陣痛促進剤と会陰裂傷の相関関係は、ピアソンの相関係数＝0.099（相関弱い）であり、陣痛促進剤をしていることにより会陰裂傷が増えるという状況ではないと考えられる。）また、陣痛促進剤や吸引・鉗子分娩が減少していることは、最近の産科医療に対する考えが見直されてきていることが予測できる。しかし、帝王切開率とクリステレル胎児圧出法の率は高い状態が続いており、なぜこのような状況なのか、その理由の検討も今後必要であると考えられる。

図 5 は、今回の調査を 2001 ～ 2002 年と 2003 年、2004 年に分けて、出産状況をみたものである。この 3 つの年代の中での変化では、統計学的な差がみられたものは、クリステレル胎児圧出法と腹帯の使用経験であり、有意に上昇している。また、有意差はみられなかったものの、会陰切開が減少し、会陰裂傷が上昇している。このように、最近の 1 ～ 2 年の間にも変化がみられており、出産に対する考え方、行動が刻々と変化し

ていることが理解できる。

また、帝王切開率が高いままにあること、クリステレル胎児圧出法が上昇傾向にあるのは何故か、今後の調査で解明していく必要がある。(修士での調査結果 1990～1999 年：病院・個人医院 100 %)

3) 尿失禁に関する実態 (変化)

・尿失禁の有無 (初めての妊娠前・妊娠中・出産直後・現在)

図 6 のように、初めての妊娠前に尿もれを経験している者は、9.8 % (32 人)、妊娠中の尿もれを経験している者は、61.5 % (201 人)、分娩直後より 2 ヶ月以内に尿もれを経験している者は、48.9 % (160 人)、出産後 2 ヶ月以降現在までに尿もれを経験している者は、35.5 % (116 人)であった。

いくつ かの先行研究で調査されている結果では、尿失禁の定義や調査時期により割合に違いはみられるものの、妊娠中の経験率は 3～7 割におよび、出産直後は 4 割、出産後 1 ヶ月では 1～2 割経験していることが分かっている。今回もこれらの調査結果とほぼ同様な結果がみられている^{15), 11), 73)}。しかし、出産後 2 ヶ月以降の調査は先行研究がみられず、今回の調査では、出産後時間が経っていたにも関わらず、3 割以上の者が尿失禁経験をしている状況がみられている。先行研究から産後 1 ヶ月で 1～2 割に軽減することを考えると、この時期にも一旦は軽減する尿失禁が再度症状がみられてくることが予測される。また、修士の 1990 年代に出産した者の結果では、妊娠前の尿失禁経験率は、3.7 %、妊娠中の尿失禁経験 49.3 %、出産直後の尿失禁経験 28.4 %であった。調査集団が違うため、単純に比較できないが、今回の対象集団は、かなり高い尿失禁経験率であると言え、現在の出産年齢にあたる者たちの骨

盤底の筋力の低下が予測できる。

・尿失禁の種類

妊娠前、妊娠中、分娩後を通し、全ての時期ともに 8 割が腹圧性尿失禁であった（腹圧性尿失禁：82.4 %、切迫性尿失禁：2.0 %、混合性尿失禁：15.7 %）。

・相談状況

相談の有無は、相談した者が 27.5 %、相談しない者が 72.5 %であった。2000 年の修士論文の調査では、相談した女性が 14.3 %であったことを考えると、出産時期の女性たちは、相談するようになった状況が見えてくる。

相談しない理由では、図 7 のように、「そのうち治ると思う」が 54.6 %であり、半分以上が治るだろうと思っている。また「人に知られたくない」も 12.4 %であり、羞恥心による弊害も高い。2000 年の調査では、「年だから仕方がない」が 38.4 %、ついで、「そのうち治ると思う」16.9 %、「人に知られたくない」14.8 %であった。尿失禁の状況を、修士の結果や先行研究^{8-9, 15, 75)}から分析すると、出産後一旦は尿失禁症状は回復することが多いと言える。そのうち治るだろうという考えは間違いではないが、更年期以降に再び症状が出てくる可能性を出産時期の女性たちに、しっかりと伝えていく必要性があると考えられる。

実際に相談した 70 人の中での相談者は、図 8 のように、女性の友人 51.4 %、母 50.0 %、夫 37.1 %、姉妹 20.0 %という順に多かった。2000 年の調査結果と同様に中高年の女性たちだけでなく出産時期の女性も、女性同士や身近な家族への相談でとどまっているようである。また、助産師への相談は 11.4 %あり、身近な専門家の相談者として選択している人も存在している。

・知識・情報

尿失禁予防を知る機会の有無では、45.3 %の人が「機会がある」と答えている。修士論文の調査では、「機会がある」と答えた女性が 34.5 %であった。5 年が経過した中で、機会が増えてきている状況にあると考えられる。情報源としては、図 9 のように、前回の調査よりも医療関係者が増加しており、医療者側の意識の持ち方も変化してきている事が予測できる。

骨盤底筋体操の効果を知っているかでは、「知っている」が 59.5 %（前回調査 45.4 %）おり、また、妊娠・出産時に肛門を締める体操を教えてもらった状況をみると、教えてもらった人は前回調査（10.4 %）より増えて（32.2 %）いる。2000 年以降の年代別でも 2004 年になると教えてもらった率が増えていることが分かる（図 10）。更に、妊娠・出産時に尿失禁予防であることを教えてもらったかについても、図 11 のように、年々増加している。

このように、情報提供者側が意識して情報を流すようになってきていると受け止められる。しかし、その情報提供率は、半分に満たないのも現状であり、さらなる改善の必要性もあると考えられる。

4) 尿失禁の関連要因の検討（出産直後から 2 ヶ月以内までの尿失禁の有無 326 人、2 ヶ月から現在までの尿失禁の有無 300 人）

① t 検定および独立性の検定による分析

属性と日常生活上の条件（年齢、職業、腹圧、BMI、既往歴、内服薬、便秘）と妊娠・出産・産褥についての要因（出産回数、出産年齢、経膈分娩、初めての出産場所、分娩体位、怒責、帝王切開、陣痛促進剤、会陰切開、会陰裂傷、吸引・鉗子分娩、クリステレル胎児圧出法、出産後

の腹帯の使用経験、出産後の休息の有無、妊娠前・妊娠中・出産直後の尿失禁経験）についてそれぞれ検定を行った。

＜出産直後から出産後 2 ヶ月までの尿失禁の有無：全ケース n = 326 ＞

表 4 から分かるように、t 検定によって有意差がみられた要因は、経膈分娩回数、帝王切開回数、会陰切開回数、会陰裂傷回数、吸引・鉗子分娩回数、クリステレル胎児圧出法回数であった。

また、表 5 から分かるように、独立性の検定によって有意差がみられた要因は、妊娠中の尿失禁経験、経膈分娩の有無、怒責の有無、帝王切開の有無、会陰切開の有無、会陰裂傷の有無、吸引・鉗子分娩の有無、クリステレル胎児圧出法の有無、出産後の腹帯の使用経験の有無であった。

このように、t 検定および独立性の検定の結果、出産直後から 2 ヶ月以内の尿失禁は、会陰切開や吸引・鉗子分娩、クリステレル胎児圧出法等の産科医療との関連性がみられた。また、出産時に怒責をしたことや腹帯の使用も関連性があるとしてみられている。帝王切開では、反対に尿失禁になりにくい状況である。これは、先行研究からも同じような結果がみられている^{8-9, 73, 79-80)}。そして、妊娠中の尿失禁経験は、出産後の尿失禁に繋がっている。どの要因をみても、出産時に骨盤底に負担のかかる要因が出産直後の尿失禁経験に影響していると考えられる。

＜出産後 2 ヶ月から現在までの尿失禁の有無：現在妊娠中の者 26 件を抜いた n = 300 ＞

表 6 から分かるように、t 検定によって有意差がみられた要因は、年齢、BMI、経膈分娩回数、最後の出産年齢、帝王切開回数、クリステレル胎児圧出法回数であった。

また、表 7 から分かるように、独立性の検定によって有意差がみられ

た要因は、初めての妊娠前の尿失禁経験、出産直後から2ヵ月までの尿失禁経験、BMI（値：25以上）、経膈分娩の有無、帝王切開の有無、会陰切開の有無、クリステレル胎児圧出法の有無、床上げまでの間の休息できなかった経験の有無であった。

出産後2ヵ月以降に尿失禁を経験している者は、会陰切開やクリステレル胎児圧出法等の産科医療の他に、出産年齢やBMI、床上げまでの間に休息できなかった経験等、日常生活の条件にも要因が膨らんでおり、長い期間の骨盤底の負担が関わっていると考えられる。特に床上げまでに間に休息できなかった経験は、修士論文の結果でも関連要因としてあがっていた要因である。

②多変量解析（ロジスティック回帰分析）による分析

尿失禁の有無（出産直後から2ヵ月まで、出産後2ヵ月から現在まで）を従属変数、属性と日常生活上の条件、妊娠・出産・産褥についてを独立変数としてロジスティック回帰分析を行った。先行研究にて関連があるといわれている変数（年齢、BMI）や研究者自身が使用したい変数、またt検定および独立性の検定において有意差がみられた変数を選択し、さらに多重共線性を考慮するため、単相関係数を参考に独立変数同士の相関が強い変数を削除しながら使用変数を決定した。

＜出産直後から出産後2ヵ月までの尿失禁の有無：全ケースn = 326＞

出産直後から2ヵ月までの尿失禁経験の分析では、独立変数として使用した変数は、最後の出産年齢、腹圧のかかる動作の頻度、BMI、怒責経験の有無、帝王切開経験の有無、陣痛促進剤の使用回数、会陰切開の回数、会陰裂傷の回数、吸引・鉗子分娩回数、クリステレル胎児圧出法の回数、腹帯の使用経験の有無、床上げまでの間に休息できなかった経

験の有無、初めての妊娠前の尿失禁経験の有無、妊娠中の尿失禁経験の有無の 14 変数である。

表 8 は、ロジスティック回帰分析の結果である（ $n = 326$ ）。

独立変数 14 変数のうち、出産直後から 2 ヶ月までの尿失禁に関連している要因は、妊娠中の尿失禁経験、帝王切開経験の順で有意差がみられた。また、有意差はみられなかったものの、最後の出産年齢や吸引・鉗子分娩回数、クリステレル胎児圧出法についても影響が強い結果であった。

このような要因を考えると、妊娠中から妊婦を対象に尿失禁経験の聴取をしていく事や、吸引・鉗子分娩、クリステレル胎児圧出法を可能な限り避けるよう働きかける事が必要であると考えられる。

＜出産後 2 ヶ月から現在までの尿失禁の有無：現在妊娠中の者 26 件を抜いた $n = 300$ ＞

出産後 2 ヶ月から現在までの尿失禁経験の分析では、独立変数として使用した変数は、最後の出産年齢、腹圧のかかる動作の頻度、BMI、怒責経験の有無、帝王切開経験の有無、陣痛促進剤の使用回数、会陰切開の回数、会陰裂傷の回数、吸引・鉗子分娩回数、クリステレル胎児圧出法の回数、腹帯の使用経験の有無、床上げまでの間に休息できなかった経験の有無、初めての妊娠前の尿失禁経験の有無、妊娠中の尿失禁経験の有無、出産直後の尿失禁経験の有無の 15 変数である。

表 9 は、ロジスティック回帰分析の結果である（ $n = 300$ ）。

独立変数 15 変数のうち、出産後 2 ヶ月から現在までの尿失禁に関連している要因は、床上げまでの間に休息できなかった経験、出産直後の尿失禁経験、帝王切開経験、初めての妊娠前の尿失禁経験、最後の出産年齢、BMI の順で有意差がみられた。

このように、出産後、一旦は骨盤底が回復する時期以降も尿失禁が続く要因には、産後の生活の仕方や体重等の影響、もともとの骨盤底筋力の低下状態等があげられた。修士論文の結果でも、出産後一旦回復する尿失禁が年齢とともに再び症状が出てきている事が予測されていたため、この時期に十分に骨盤底を保護し、回復させ、生活の仕方を見直し、体重のコントロールを含めた長期予防をしていく必要性があると考えられる。

以上、出産直後と2ヵ月以降の尿失禁の関連要因の分析の結果、妊娠前や妊娠中に尿失禁経験のある者や出産時に医療介入（吸引・鉗子分娩、クリステレル胎児圧出法、会陰切開）のあった者、さらに、出産後の生活の仕方（床上げまでの間に休息取れない、BMIの増加）が影響することが分かった。この関連要因と修士論文での関連要因の結果から、なるべく骨盤底に負担のかからないように妊娠・出産・産褥の援助をすることが大切であると言える。そこで、妊産褥婦に関わる助産師や医師たちが産婦とどのような関係性を持ちながら尿失禁予防や出産に携わっているのか、その実態を調査する必要性が出てきた。特に、医療介入を決定する場面では、どのような状況、関係性のもとに決定されるのか、尿失禁についてどのように考えながら援助をしているのかについてである。その実態をつかむことで、さらなる具体的関係性づくりや援助の方向性が見いだせると考えられる。

5) 助産師・看護師、医師との関係性

・納得のいく説明の有無

図12は、医療介入があった場合に納得のいく説明があったか、また

は、無かったかを示している。帝王切開と陣痛促進剤使用に関しては、納得のいく説明が7割～8割にみられている。しかし、会陰切開や吸引・鉗子分娩時の説明については、約5割が納得のいく説明がないと答えている。更に、クリステレル胎児圧出法は、7割以上が納得のいく説明がないと答えている。吸引・鉗子分娩やクリステレル胎児圧出法については、出産時の緊急時の対応として実施されることが多いため、産婦本人に納得してもらう時間がない事も十分予想される。しかし、クリステレル胎児圧出法そのものが、28.4 %の実施率であるという高さを考えると、本当に必要でない時に説明なく安易に行われている可能性も考えられる。また、会陰切開については、出産前にその施設での方針を伝えておくことが可能と考えるが、出産前準備として十分に説明していないことが考えられる。更に、産婦本人の希望を聞き入れていない可能性も考えられる。産む人の立場からお産を考えることを目的に1993年の行った493人の調査結果¹⁴⁷⁾では、「会陰切開することについて医師から説明がありましたか」の質問に「はい」43.3 %、「いいえ」が54.5 %であった。今回の調査とは質問の仕方に違いはあるものの、10年以上経過しているにもかかわらず、ほとんど変化がみられていないと考えられる。会陰切開は、援助者側にも産婦側にも未だに当たり前の処置として捉えられており、説明すべき処置として認識されにくい状況にあると考えられる。同調査での陣痛促進剤については、「はい」が45.9 %、「いいえ」が53.0 %であった。この状況からみると今回の調査は、援助者側が納得のいく説明をするように変わってきていることが伺える。また、後藤⁴⁸⁾は、医療者側の受け止め方と産婦側の受け止め方の相違がみられていると述べている。この結果からも、ひとつひとつの医療介入に対しメリットとデメリットを含め、何故その処置が必要なのかの丁寧な説明と同

意を援助者側が意識していく必要性が浮かび上がってくる。特に、会陰切開については、当たり前としてではなく、その必要性を事前に説明し、緊急時の吸引分娩やクリステレル胎児圧出法については、出産後にも納得がいくように説明を追加していくことが大切である。

・対応

図 13 は、医師と助産師・看護師の対応について、「あなたの心や体の事をよくわかって対応してくれましたか」という質問についてのものである。

医師に対しては、5 割が「はい」と答えており、助産師、看護師に対しては、6 割が「はい」と答えている。妊産褥婦の側に一番近い助産師、看護師が 6 割であることは好ましい事ではあるが、助産師、看護師、医師等の対応が上手くいってこそ、妊産褥婦の妊娠・出産に対する満足に繋がると考えられる為、この割合の低さを受け止め、医師側、助産師、看護師側の対応の仕方を考えていかなければならないだろう。

・医師と助産師、看護師関係

図 14 は、「医師と助産師、看護師との関係性をどのように感じたか」を表している「とても良い」「良い」を合わせると、8 割以上となり、妊産褥婦からみた医師、助産師、看護師関係は、良い関係であると受け止められていると考えられる。

3-②. 質問紙調査の質的部分の結果および考察

1) 尿失禁に関する意見（自由記述）

表 2 は、尿失禁に関する意見（困ったこと、悩み、意見）の分析過程のワークシートの例をあげたものである。また、図 15 は、82 件のデータを修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に分析した概

念図である（＜＞カテゴリー □内概念）。女性たちから出された尿失禁に関する意見からは、図のように 9 つのカテゴリーとそれらを構成する 24 の概念が見い出された。

まず、カテゴリー間の関係性について説明する（＜＞カテゴリー 【】概念）。女性たちは、〈尿失禁について知っている〉ことがあり、尿失禁があってもそれほど否定的な気持ちにはならず、〈落ち着いている気持ち・感情〉があった。しかし反対に〈初めての尿失禁経験の衝撃〉や〈否定的気持ち・感情〉を持つ者も沢山いた。尿失禁は、症状が軽くなったり、無くなったり、または持続したりというように〈尿失禁・骨盤底の筋力の変化〉がみられており、その変化に合わせて〈尿失禁症状の変化に伴う気持ちの変化〉というように気持ちが移り変わっている状況がみられた。否定的な気持ちは、それだけで終わらず、尿失禁の〈改善に向けた希望〉がみられ、知りたいことや疑問に思っていることが多々あることが分かった。しかし、改善に向かわないような〈行動の困難性〉が存在していた。反対に、〈行動出来ている〉者もみられていた。

次にそれぞれのカテゴリー毎に説明する。（「 」内は、質問紙に記入された意見）

①〈尿失禁について知っている〉

尿失禁について、女性たちは、【尿失禁経験者の存在認識】をしていた。そして、出産した病院では、「体操をきちんと説明してくれましたが…」や「出産後尿もれの相談にのってもらったり…」と【病院からの情報提供あり】もみられていた。また、骨盤底筋体操の良さを実体験や聞いた話より知っており、【情報を提供してくれる】状況にあった。

出産をした女性たちは、周りの同じ立場の人（ピア）たちから情報を得ており、病院からも多少の情報が得られている状況にあることが理解

できる。また、自分自身の体験や得られた知識を他者に伝える役割に繋がられる可能性があると考えられる。

②＜落ち着いている気持ち・感情＞

女性たちは、自分だけではなく他に同じような人が沢山いることや尿失禁用ナプキンがあることで【自分だけではないこと、ナプキンがあることによる安心感を得る】ことをしており、また、「尿もれは、妊娠中だけでしたが、あまり気にしませんでした」のように【妊娠中のみのため、気にしていない】や「妊娠中はありました。…その一時は仕方ないと思い…」というように、【時期的な理由によるあきらめ】という気持ちを持っていた。また、病院の相談にのってくれた対応に対して嬉しと思っている【病院の対応に満足】がみられた。

これらの気持ちは、尿失禁がずっと続くものではないことや、周りと同じだから大丈夫だというような理由で尿失禁を重要視していないことから来ていると考えられる。誰にでも起こりうることを知っておくことは大切であるが、一旦改善する尿失禁がその後の生活の中で再発する可能性を伝え、軽視しないようにしていく必要性があると考えられる。

③＜初めての尿失禁経験の衝撃＞

妊娠中に初めて尿失禁を経験し、驚きを受けている状況【初めての尿失禁経験の衝撃】があった。尿失禁についての情報が全く入っていなければ、本人にとっては、衝撃となりうる症状であることが理解できる。

④＜否定的気持ち・感情＞

尿失禁を経験している者は、「風邪気味の時困る」や「ふとしたことで尿もれが多く不快です」と【尿失禁があることによる困惑】な気持ちや、「年を取ってからがちょっと不安です」「バス旅行などが不安。ナプキンでは不安」等、【現状や将来への不安や心配】がある。また、【羞

恥心の存在】【情報不足と出産時の対応に対する不満】もみられていた。

このような者たちは、尿失禁症状が重いことはもちろんであるが、多くの不快症状や心配を抱えており、尚かつ羞恥心や情報が足りないために身動きできない状況に陥りやすいと考えられる。このような否定的な気持ちを持つ者たちをプライバシーを守りながら相談出来るような手段は必要であると考えられる。

⑤＜尿失禁、骨盤底の筋力の変化＞

尿失禁は、妊娠中に多く、個人差はあるが出産後1ヵ月を過ぎると【尿失禁が無くなった（軽減した）】状況にあった。反対に【骨盤底の筋力低下の感覚】という悪化傾向にある状況がみられ、【尿失禁が無くならない】状況もあった。

このように、ほとんどの者は、改善へと変化していくが、中には悪化する者もあり、尿失禁症状が時間とともに変化していることが分かる。

⑥＜尿失禁症状の変化に伴う気持ちの変化＞

尿失禁症状の変化に合わせて、【尿失禁が無くなったことによる安堵感】【大きな問題へと変化】という2つの変化がみられた。症状は、だんだんと良くなる者が多く、それに合わせて安堵感が得られるという状況と改善しないことにより、そんなはずでは無かったという気持ちが芽生え、だんだんと大きな問題に変化していく気持ちがみられた。

出産後は、継続して尿失禁の経過およびそれに伴う心理的变化を追っていく必要性があると考えられる。

⑦＜改善に向けた希望＞

尿失禁経験者は、尿失禁を【治せるものなら治したい】と切実に希望しており、更に【尿失禁予防法について知りたい】や【自身のことに対して疑問に思っている】状況にあり、「骨盤底筋体操がどういうことな

のか」や自身の体験として「尿もれだかおりものだか、区別がつかない時がある」等、些細なことを知りたいと思っている希望があることが明らかになった。

このような希望内容から、ほんの些細な内容こそ、実は聞きたいことであるが、聞けない状況である、と考えると援助者側は対応する必要性があると考えられる。

⑧＜行動の困難性＞

実際に骨盤底筋体操をやろうとしている者たちは、治せるものなら治したいと思っていながらも【骨盤底筋体操の継続の困難性】があることが分かった。また、【尿失禁があることによる制限】として、バス旅行やスポーツが制限されていたり、【医者に行くことや薬をのむことに対する躊躇】が起きていたり、行動に移せずにいる状況が伺えた。

行動に移すためには、このような難しさが何故起こるのか、その原因をしっかりと捉えていくことが大切である。骨盤底筋体操の継続では、女性たちの家事や育児におわれる現状を考えると、継続的な介入の必要性が伺える。そして、羞恥心に配慮し、医療者側からの積極的な投げかけと治そうという意志が継続できるような援助も必要である。

⑨＜行動出来ている＞（尿失禁無し者）

尿失禁無しの者の意見であるが、自分で意識して尿失禁予防している姿が伺えた。このような人は現実には少ない状況であった。

以上のように、「尿失禁に関する意見」を分析し、出産後 3 年以内の母親たちは、病院や周りにいる同じ立場の尿失禁経験者から情報が流れ、尿失禁について知っていることが多い状況にあることが明らかになった。また、尿失禁について重要視せず、楽観的に捉えている者と不快感

や羞恥心等があり、否定的な気持ちにある者が存在していた。そして、ほとんどの者が尿失禁がなくなり、安堵感を得ている状況にあったが、中には、重症化し、問題が大きくなっていく者もいた。更に、些細なことを援助者側に聞きたい希望や骨盤底筋体操の継続の困難性もみられていた。援助者側は、このような状況に対し、尿失禁を楽観的に捉えている者にも、将来的な尿失禁の再発の危険性を伝え、軽視しないように動機付けをしていく必要があると考えられる。また、否定的な気持ちを持っている者もいるため、プライバシーに気を付け、些細なことでも話せるよう、積極的に援助者側から投げかけていくことも大切である。そして、骨盤底筋体操が続行できるように、継続的に介入していくことも必要であると考えられる。

2) 出産の時に関わった助産師・看護師、医師等の「良い思いをしたこと」「嫌な思いをしたこと」の意見（自由記述）

まず「良い思いをしたこと」についてである。図 16 は、113 件のデータを修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に分析した概念図である（〈〉カテゴリー □内概念）。図のように 10 のカテゴリーとそれらを構成する 22 の概念が見い出された。

まず、カテゴリー間の関係性について説明する（〈〉カテゴリー 【】概念）。

出産を経験したことのある女性たちは、1 回目の出産が嫌な経験であったため、2 回目はその嫌な経験をしない為に〈施設選択〉をしていた。また、出産時、側に付き添ってくれるスタッフがいてくれたことや家庭的な雰囲気に恵まれ、〈施設環境の充足〉状況にあり、それが援助者側の態度としてみられる〈向き合っている・分かってくれる〉〈出産時の

頑張りへの持続対応＞＜自然な出産経過への対応＞＜つながり対応＞をしてもらえることに繋がり、良い思いをしていた。更に、援助者側の＜向き合っている・分かってくれる＞態度は、＜適切な判断と行動＞や女性たちの＜望んだ行動＞を実現してくれることに繋がっていた。これらすべての援助者側の態度は、女性たちの＜満足した出産＞へと繋がっていた。そして、これらの援助者側の態度を受け止めた結果、更なる＜援助者側への希望＞を出していた。

次に、それぞれのカテゴリ毎に説明する。（「 」内は、質問紙に記入された意見）

①＜施設選択＞

数名の女性は、「2 人目の時、産院を見て回り、良さそうな所に決めて」「2 度目は、… 1 人目の時と違い、安心して出産出来ました」というように、1 度経験をしたからこそ出てくる不満や希望に沿うように【意志による施設の選択】をしている状況があった。

このことは、初めての出産には、女性たちの出産に対するイメージや知識の無さが存在していることが十分に予測でき、1 度目の出産だからこそどんな出産をしたいかのイメージを創っていくこと、そして施設選択の重要性を知らせる意味があると考えられる。

②＜施設環境の充足＞

出産が重ならなかったことで、【人手の充足】があった。これは、「助産師さんがずっと付きっきりでいてくれたので良かったです」「1 人きりしか出産する人がいなかったのも、…助産師さんとも話ができて、不安はなかった」等というに、たまたま出産時にひとりであったことにより、側に付きそうスタッフがいたことで良い思いに繋がっている状況であった。また、自分の家にいるような【家庭的雰囲気】を経験し、良い思い

をしていた。

しかし、この【人手の充足】は、反対を返すと、出産が重なった場合は、良い思いではなく悪い思いに一転する可能性も秘められている。出産が重なった場合に果たして、人手の充足に繋がるかどうか、今後の課題になると考えられる。

③＜向き合っている・分かってくれる＞

女性たちは、【医師側からの（積極的な）声かけ】【耳を傾ける】【親切で丁寧な説明と対応】【十分なコミュニケーション（による精神的な安定感の持続）】【頻回訪問・頻回声かけにより、気にかけてくれる】【共有してくれる】という援助者側の態度により、自分と向き合い、分かろうとしてくれる態度を良い思いとしてあげている。

記述の内容は、相手のことを気かけ、分かろうとする態度であり、女性たちが一番良い思いをしたと思える根底になる経験であると考えられる。

④＜出産時の頑張りへの持続対応＞

多くの女性たちが産む場面における【出産時の励ましによる頑張りの持続】【出産時にずっと付き添ってくれる】【出産時、呼吸法やマッサージをしてくれ、一緒に頑張ってくれる】といったことを経験しており、良い思いとして受け止めている。

船橋ら¹⁴⁸⁾は、分娩過程における産婦の思いについて調査をしており、「特に陣痛の後半、産婦は想像以上の痛み・苦しみに耐えることしか考えられなくなっており、その思いには不安のみならず他者への怒りや自信喪失もみられ、産婦の頑張りの気持ちを保たせながら分娩まで導く支援が必要である」と考察している。今回は、良い思いとしてあげられた中に実際にこれらの対応があがっており、出産場面での産婦の頑張りが

持続できるような言葉や行動がいかに大切であるのかが理解できる。

⑤＜自然な出産経過への対応＞

数名ではあるが、「浣腸や導尿のような処置は一切なく、会陰切開も2度目はやらず、出産後の体調が全く違った」等の記述がみられ、【自然な出産経過で楽】とした。

これは、不必要な医療がないことにより、ストレスの少ない解放されている自然な経過を援助するものであり、出産のみでなく、出産後の経過にまで良い影響をもたらす大切な対応であると受け止めることができる。

⑥＜つながり対応＞

ひとり目の出産時の事を覚えていたり、妊娠中から同じスタッフと関わっていることで【継続的な繋がり】ができたこと、そして、数名であるが【小児科との連携】があったことが良い思いであった。

このことは、1場面1場面での人間関係ではなく、長い期間の継続した関係性の大切さと、他職種との連携の大切さを教えてくれている。

⑦＜適切な判断と行動＞

例えば、「2人目の時には助産婦さんがお尻を押さえてくれたので、痔にならずに良かったです」「その判断は正しくて、羊水が少し赤くなっていたそうです」というように、【適切な判断による対応や処置】により、良い思いをしていた。これらは、結果として女性が良いと思った事ではあるが、援助者側が対象者である女性たちとしっかりと向き合ったことから適切な判断に繋がっていたと考えられる。

⑧＜望んだ行動＞

経産婦特有であるが、「上の子、実母も一緒に入院しても良いと言ってくれたので、上の子にも淋しい思いをさせず…」「上の子が居るとい

うことで、個室を空けてくれました」という【第1子への配慮】があった。また、多くの女性たちが【希望を叶えてくれた】【満足できる十分なケア】があったことを良い思いとしてあげていた。

女性たちは、それぞれの場面で望んでいる事があり、その気持ちを十分にくみ取ってもらい、対応してもらえた事に対して良い思いをしていることが明らかになった。

⑨＜満足した出産＞

上記のような全てのカテゴリーが、【満足した出産】に繋がっていた。満足した出産の意見としては、『『良く頑張ったね』と言ってくれました。本当にこの病院で産んで良かった』『私の思い描いていた出産が出来、とても満足しました』等である。

このように、施設環境の充足（人手）や妊娠・出産に関わる医師や助産師、看護師の向き合い、分かろうとする態度、自然な出産経過への対応、つながり対応が女性たちが満足した出産だったと受け止めるられることに繋がっていくことが明らかになった。

⑩＜援助者側への希望＞

女性は、1度良い思いを経験したことにより、【助産師を選択したい】【他のスタッフにもしっかりと対応して欲しい】という希望を出している。これは、当然の思いであり、ひとりひとりの援助者が女性たちと向き合い援助できるようになることが求められている。

次に「嫌な思いをしたこと」についてである。図 17 は、156 件のデータを修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に、分析した概念図である（＜＞カテゴリー □内概念）。図のように 9 つのカテゴリーとそれらを構成する 25 の概念が見い出された。

まず、カテゴリー間の関係性について説明する（＜＞カテゴリー 【】概念）。

女性たちは、出産とはどういうものなのか知らないという＜**出産に関する知識の無さ**＞があり、知らなかったことによる怖さや驚きが見られていた。そして、援助者側の態度としてみられた＜**無意識な対応**＞により嫌な思いをしていたり、＜**出産ラッシュ・施設環境の不備と体制**＞の中で出産を経験していた。同じく援助者側の態度である＜**圧力**＞＜**向き合っていない**＞＜**ぶつ切れ対応**＞を経験し、嫌な思いをしていた。また、＜**出産そのものの体験**＞によっても嫌な思いをしていた。更に、嫌な思いを経験したことにより否定的な＜**次の妊娠・出産に向けた意志**＞へと変化していく者がおり、援助者側に対して＜**向き合って対応して欲しい希望**＞がみられていた。

次に、それぞれのカテゴリー毎に説明する。（「 」内は、質問紙に記入された意見）

①＜**出産に関する知識の無さ**＞

数名の女性は、「陣痛促進剤を使いましたが、みんな使うものだと思っていました」等のように、出産に関する一般的な情報について【出産について知らない】状況であった。出産について自身がイメージしていた事と違う状況であり、思ってもみなかった事や、知らなかった事により、嫌な思いに繋がっていたと考えられる。

②＜**無意識な対応**＞

数名の女性は、助産師や看護師の【何気ない一言】で嫌な思い、不安な思いをしていた。また、「看護婦2人が、『〇〇先生の縫い方上手よ、みてご覧なさい』と、まじまじとみていた。大きい声で言われると恥ずかしい」「『あら、便が出ちゃってる』とか言われて、いきみづらくな

ってしまった」というように、何気ないひとことにより【プライバシー、人権侵害】を受けていた。このような思いをした者の数は少ない状況であったが、出産場面は、羞恥心を伴う観察や行為であることを援助者側は忘れずに、ひと言ひと言に注意しなければならない。

③＜出産時ラッシュ・施設環境の不備と体制＞

数多くの女性が、自分の出産時に別の人の出産が重なったことで、人手が不足したり環境が整っていない経験【人手不足・環境不備】があった。また、施設の体制として「全く知らない医師に初めて会って、その医師に傷を縫われたのには、少し抵抗があった」「先生が夜間だけの臨時の人だったのでちょっぴり不満」等から【違う援助者側でがっかり】という状況がみられていた。

このように、出産場所の体制や環境による影響を多くの人たちが受けていた。出産場面に対応してくれる人がいない不安感や今まで対応してくれた援助者側ではない状況に、女性たちは仕方がないと思いながらも不満を持っていることが理解できる。1993年の調査¹⁴⁷⁾でも、陣痛の間ひとりでいた理由として多くの人があげていた意見は、「深夜、早朝、祝祭日だったため病院のスタッフが少なかった」であり、ひとりにされるのは病院側の理由としており、不安と孤独に耐えさせられると記述している。今回の調査からも人手不足、環境不備が1人で孤独な状況に繋がっていた。

④＜圧力＞

数名の女性たちは、【医師の都合】により出産予定を決められてしまったり医師が出産時にいなかったりしていた。そして、援助者側の【対応が悪い】経験を多くの者がもっていた。例えば、「回診の時、自分の担当だけにしか声をかけない先生がいた」「初めての出産で陣痛室で大

声を出したら『うるさい』と言われた」等である。

1993 年の調査結果¹⁴⁷⁾では、産院スタッフの言葉や態度表情によって、精神的な痛手を受けたと思われる者は、23.3 %におよび、その内容は、「騒ぎすぎる」「みっともない」「甘えている」などきつい言葉で叱られたことや人間らしく扱ってもらったという気がしない等があげられている。今回の結果からも数多くの同様な意見がみられており、出産する側と援助する側が対等の立場に立っておらず、援助者側の押しつけや圧力的な態度が存在していたと考えられる。

⑤＜向き合っていない＞

女性側からは、こうして欲しいという希望やこういう状況であるという伝えたい事があったが、【希望を聞いてくれない】という援助者側の態度が数多くみられた。そして、援助者側の判断が悪くて怖い思いをしたという【病院の判断が悪い】という状況に結びついていた。「5 分間隔で電話しても来るなどと言われて、…、危うく移動中に産まれるところだった」等である。また、【自分と向き合っていない】【ケアがない】【家族と離れた】という事を経験しており、【1 人で孤独】に結びついていた。さらに【十分な説明が無い】ことから【納得いかない行為】として受け止められ、それが【不信感】に繋がっていた。

1 人で孤独な体験は、船橋の調査¹⁴⁸⁾でも述べられており、「陣痛室では、ほとんどの産婦にとって常時付き添ってくれていることが喜びであり、ひとりにされることは不安になっている」と結果を出している。同様に 1993 年の調査結果¹⁴⁷⁾でも、1 人でいて不安、心細さ、不満を感じた者は 51.8 %におよんでいる。

このような援助者側の＜向き合っていない＞という態度に関する意見は多く見られ、女性たちが嫌な思いとして受け止めている最大の理由で

あった。ひとつひとつの態度を援助者側は反省していかなければならないと考えられる。また、これらの概念には、＜出産ラッシュ・施設環境の不備と体制＞が背景にあることも理解できた。体制の部分と個人の態度の部分で女性たちが嫌な思いをしないためのこれからの課題であることが浮き彫りになった。

⑥＜ぶつ切れ対応＞

数名の女性たちは、施設の勤務体制により関わる援助者が時間や日により変わっていることによる【人が変わることで一貫性がない対応】【伝達されていない】経験をしていた。例えば、「助産婦の方が変わると（交代で）やり方や説明が違ったりするので困った」「痛み止めを下さいと、看護師 2～3 人に言ったが、いつも忘れられた」である。

これらの意見は、助産師・看護師個人の説明不足という問題と施設環境の体制から来る人手不足から生じていた。

⑦＜出産そのものの体験＞

多くの女性たちは出産時に、「お腹も押されてすごく痛かった」「乳房マッサージがとてつもなく痛かった」「分娩室まで 1 人で歩いていくのがつらかった」等の【辛い行動をさせられた】という経験があった。また、母親自身、【出産経過が辛い体験】をしていた。

これらの経験は、女性たちにとっては忘れることが出来ない辛い体験として心に残ったり、体の痛みとしてその後の生活の中にも影響していくと考えられる。援助者側は、痛みを伴う行動については特に本当に必要であるかどうかを吟味し、必要な場合は、女性たちに説明を十分にしていけることが大切である。

⑧＜次の妊娠・出産に向けた意志＞

数名の女性は、1 度辛い出産経験をしたことにより【次の子につくら

ない】という意志をもっていることが明らかになった。また、出産した施設での対応から【次はこの病院を選ばない】という意志もあった。1名のみであったが、経験した出産により「医師任せではなく、自分で情報収集し、自分で判断し、自分で動かないと」というように【自分自身の考え方を変更】した者もいた。

我部山ら¹⁴⁹⁾は、「分娩に不満足であった体験の認知は、出産後1年を経過しても不快な体験として記憶に長くとどめられ消退することなく持続する」と述べている。今回の意見からは、あまりにも辛い出産経験や辛い対応をされることで、記憶に残り、今後に向けた考えが変化していくことが理解できた。出産が辛い体験としてとどまらないよう、次へのお産の希望に結びつけられるよう、ひとりひとりのその場の出産を大切にしていかなければならないと考えられる。

⑨＜向き合って対応して欲しい希望＞

女性たちから多くの希望があげられた。それらは、【きちんと対応をして欲しい】【向き合って欲しい】であり、人手を増やして欲しい希望や見に来て欲しい希望、説明をしっかりとって欲しい、自分のことをしっかりと見てやさしく接して欲しい等という希望である。

これらは、向き合って対応された経験がなかった人たちからの希望であるため、今後の状況改善のための課題として活用していかなければならない。

以上のように、「良い思いをしたこと」と「嫌な思いをしたこと」を分析し、出産後3年以内の母親は、援助者側の態度や人手不足、同じ援助者が対応していないことにより、良い思いをしたり、嫌な思いをしたりしていることが明らかになった。このようなことから、援助者側は、

産婦と向き合い、説明と同意に心掛け、産婦の立場を尊重した態度が最も大切であると考えられる。また、妊娠中からできるだけ継続した関わりがもてるようにし、マンパワーを充足させていくよう努力していく必要もあると思われる。

4. 結論

1) 実態

(1) 妊娠・出産の状況

- ①出産経験者は、自分の出産に携わる人たちがどのような専門職であるか、認識し出している。
- ②産科医療（陣痛促進剤、会陰切開、吸引・鉗子分娩）の経験が減っており、見直されてきている。しかし、帝王切開、クリステル胎児圧出法は未だ高水準である。

(2) 尿失禁に関する実態

- ①妊娠中・出産後にかけて、高い尿失禁経験率である。
- ②出産経験者の多くの者が、尿失禁はそのうち治ると思っている。また、実際の相談者は、女性同士、身近な家族への相談にとどまっている。
- ③出産経験者の骨盤底筋体操に関する知識・情報は増えている。医療者側が意識して情報を流すようになってきている。

(3) 尿失禁の関連要因

- ①出産直後から2ヵ月までの尿失禁に関連している要因は、妊娠中の尿失禁経験、帝王切開経験の順であり、有意差がみられた。また、有意差はみられなかったものの、最後の出産年齢や吸引・鉗子分娩回数、クリステル胎児圧出法についても影響が強い結果であった。
- ②出産後2ヵ月から現在までの尿失禁に関連している要因は、床上げま

での間に休息できなかった経験、出産直後の尿失禁経験、帝王切開経験、初めての妊娠前の尿失禁経験、最後の出産年齢、BMI の順であり、有意差がみられた。

（４）助産師・看護師・医師との関係性

①出産経験者は、帝王切開と陣痛促進剤に関しては納得のいく説明を受けた率が高いが、会陰切開、吸引・鉗子分娩、クリステレル胎児圧出法については、低い。

②出産経験者のうち、医師と助産師・看護師が自分の心や体のことをよくわかって対応してくれていると受け止めていた者は、約半分である。

③出産経験者は、自分の出産に携わった医師と助産師・看護師の関係性は良い関係と受け止めている者が多い。

（５）尿失禁に関する意見

①女性たちは、＜尿失禁について知っている＞ことがあった。

②尿失禁があってもそれほど否定的な気持ちにはならず、＜落ち着いている気持ち・感情＞があった。しかし反対に＜初めての尿失禁経験の衝撃＞や＜否定的気持ち・感情＞を持つ者も沢山いた。

③尿失禁は、症状が軽くなったり、無くなったり、または持続したりと
いうように＜尿失禁・骨盤底の筋力の変化＞がみられており、その変化に合わせて＜尿失禁症状の変化に伴う気持ちの変化＞がみられた。

④尿失禁の＜改善に向けた希望＞がみられ、知りたいことや疑問に思っていることが多々あった。しかし、改善に向かわないような＜行動の困難性＞が存在していた。反対に、＜行動出来ている＞者もみられた。

（６）出産経験者の出産時に「良い思い出をしたこと」に関する意見

①女性たちは、＜施設選択＞をしており、＜施設環境の充足＞により良い思い出をしていた。

②援助者側の態度として、基本となる＜向き合っている・わかってくれる＞態度を良い思いとしてあげ、＜出産時の頑張りへの持続対応＞＜自然な出産経過への対応＞＜つながり対応＞を同時に良い思いをしたこととしていた。

③＜向き合っている・分かってくれる＞態度は、＜適切な行動＞と＜望んだ行動＞に繋がっていた。

④すべての良い思いをしたことは、＜満足した出産＞に繋がっていた。

⑤良い思いをしたことは、＜援助者側への希望＞として出されていた。

（７）出産経験者の出産時に「嫌な思いをしたこと」に関する意見

①女性たちには、＜出産に関する知識の無さ＞がみられていた。

②援助者側の態度としてみられた＜無意識な対応＞により嫌な思いをしていた。

③＜出産ラッシュ・施設環境の不備と体制＞の中で、援助者側の態度である＜圧力＞＜向き合っていない＞＜ぶつ切れ対応＞を経験し、また、＜出産そのものの体験＞により嫌な思いをしていた。

④嫌な思いを経験したことにより＜次の妊娠・出産に向けた意志＞を持つ方向へ変化し、＜向き合って対応して欲しい希望＞がみられた。

２）援助者側の役割と課題

①出産経験者の尿失禁経験率が高く、そのうち治らと思っている者が多いことから、援助者側は、将来的に再発する可能性を伝え、軽視しないように、更に妊娠・出産時期に予防・改善策を伝えていく必要がある。

②骨盤底に負担のかかる出産として、不必要な医療介入（クリステレル胎児圧出法、吸引・鉗子分娩、無駄な怒責）をしないようにする。

③妊娠前・妊娠中・出産後を通して、尿失禁経験者に対して積極的に改善策（出産後の休息、体重コントロール等の日常生活の見直し、骨盤底

筋体操等）に取り組む必要性がある。

④プライバシーは特に気を付け、些細な相談が出来るように、援助者側から積極的に投げかける。

⑤尿失禁予防と改善行動が続くように、出産後も継続的な介入ができるように、他領域の分野の人とも協力をする。

⑥マンパワー不足の中でも産婦に対する態度を重要視し、説明と同意に心掛け、産婦と対等に、向き合った援助をする。

⑦妊娠中から継続的に関わられるようにする。

⑧施設側のマンパワー不足に対して業務評価をし、改善をする。

⑨産婦がどのような出産をしたいか考えられ、できるだけ産婦が望んだ出産が可能な施設を選択しやすいよう、情報を提供する（特に初産婦）。

2章 尿失禁治療中の女性と尿失禁治療をしていない女性の出産状況 および尿失禁状況と予防、改善行動プロセス

1. 調査目的

尿失禁治療中の女性と治療をしていない女性がどのような出産を経験し、また、尿失禁がどのような状況にあり、どのようにそれを受け止め、予防、改善行動を行っているのか、そのプロセスを明らかにする。この予防、改善行動プロセスが明らかになることで、予防、改善行動に繋げることができる適切な時期と、そこでの具体的援助が示唆できると考えられる。更に、尿失禁治療中の女性と治療をしていない女性（中高年女性）が、自宅出産や助産院出産、病院出産という出産する場所の違いによりどのような出産を体験してきたのか、その出産状況や出産に対する思いや考え、助産師や医師との関わりを把握する。そして、出産場所や年代による出産状況の特徴と変化をふまえることで、今後どのように出産が変化していくことが望ましいのかを、尿失禁予防、改善のための視点で考察する。

（作業課題①②③）

尿失禁予防、改善行動が取れ、治療に結びつくまでには、多くの精神的、身体的、社会的変化の過程をたどっていると考えられ、その変化には、プロセスがあると考えられる。また、そのプロセスの視点で分析をしている先行研究はみあたらない。

2. 調査方法

1) 調査対象

尿失禁治療中の女性：出産（経膣分娩）経験のある腹圧性尿失禁の治療

中の女性（治療行動をした女性）。G県にある尿失禁治療に力を入れている泌尿器科クリニックに研究依頼し、承諾の得られた現在受診中の患者 11 名である。

尿失禁治療をしていない女性：出産（経膈分娩）経験のある尿失禁治療をしていない地域に住む女性 10 名。T県の地域で行われているダンスサークルに入会している者に研究依頼し、承諾の得られた女性たちであり、尿失禁治療中の女性たちと年齢層を合わせている。

中高年女性：尿失禁治療中の女性と治療をしていない女性（上記の対象者の、50 歳～ 80 歳の中高年女性。1 名 30 歳代のため、対象者から外してある。）

2) 調査方法

尿失禁治療中の女性は、クリニックの個室または、談話室にて、治療をしていない女性は、希望する場所（自宅または公民館）の個室にて、30 分～ 60 分の半構成的面接を行った。

面接内容：

主な質問項目は、「尿もれの状況」「出産の体験」についてであり、それについて対象者に自由に話してもらい、対象者がさらに詳しく話せるように、流れの中でいくつかの質問をしていった。

倫理的配慮：

尿失禁治療中の女性は、クリニックの医師より外来受診の時に患者に研究の目的を説明して頂いた。治療をしていない女性は、依頼をしたダンスサークルのメンバーから、他のメンバーに研究の目的を説明して頂いた。それぞれ同意の得られた方を対象に、研究者が個別に調査依頼と同意書を手渡し、再度研究目的を説明した。調査は、途中で拒否できる

こと、および個人が特定されることはないことを説明した。面接は、プライバシーが確保される場所で行った。

3) 調査期間

尿失禁治療中の女性：2004 年 3 月～9 月

治療をしていない女性：2004 年 3 月～5 月

4) 分析方法

(1) 「尿失禁予防、改善行動プロセス」を分析した。分析は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に行った⁵⁴⁻⁵⁵⁾。(方法の特徴および、分析手順については、第二部 1 章の分析方法参照)

表 10 は、本文中のひとつの概念生成の過程の例示であり、次の文は尿失禁治療者が語ってくれた言葉である。「1 ヶ月ほどは、本当に大変でした。それで、1 人で決断したんです。ずーと 15 年も前から決断できずにいたんですけど。その時ちょうど新聞に○病院と○○先生の所で尿漏れの相談を受けているという記事が出ていて、それを見て…」「もう、ずっと泌尿器科のところに書いてあっても、○クリニック（前回）行ったのもみてからもう何ヶ月も経って、いよいよこれはと思って行っただけですよ。ただ運動しても効果がないみたいだし、思い切って行くかっていう感じ。…去年の 3 月に一歩、お医者さんに入るのが…。時間かかりましたね。やっぱり恥ずかしいじゃないですか…」この部分より、【葛藤後、やっとたどり着いた解決のための能動的行動】という概念を生成した。そして、この概念の定義を「尿失禁を治したいと思い、悩み迷い葛藤し、やっと解決のために受診したり分かってもらえるように話したり（相談したり）、情報を集めたりと自ら行動を起こす」とした。

このような分析をしていく中でいろいろと浮かんできたアイデアをメモとして書き留め、これを理論的メモとした。例えば、「すぐに解決の行動を取れた人はいるのか？」「どのような手段を使って解決しようとしているのか？家族、友人、専門家、新聞、TV など」「最近、タブー視は無くなってきているのではないか？」などである。

(2) 出産場所別として、自宅出産、助産院出産、個人医院・総合病院出産（昭和 30 年代後半～昭和 40 年代前半、昭和 40 年代中盤～昭和 50 年代）に分け、その場所毎に、出産の状況をまとめていった。それぞれの女性が語ってくれた内容を、類似性のある発言内容毎にをまとめ、その意味内容を抽出していった。（昭和 35 年…半分为施設内、昭和 45 年…96 %が施設内）

3. 結果および考察

1) 尿失禁治療中の女性の尿失禁予防、改善行動プロセス

対象者 11 件の属性および出産状況と尿失禁状況は、表 11 の通りである。図 18 は、11 件のデータを修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に分析した概念図である（＜＞カテゴリー □内概念）。尿失禁治療中の女性たちが語った内容から、図のように 9 つのカテゴリーとそれらを構成する 29 の概念が見い出された。

まず、カテゴリー間の関係性について説明する（＜＞カテゴリー 【】概念）。

尿失禁の症状は、波がありながらもだんだんと悪化してくる経過があり、＜尿失禁の悪化に伴う心理的变化＞というカテゴリーが見い出せた。その変化には、＜骨盤底に負担のかかる生活＞と＜骨盤底に負担のかかる出産体験＞＜骨盤底に負担のかからない出産体験＞という背景があ

り、尿失禁に影響を及ぼしていると考えられる。そして、尿失禁が徐々に悪化していく中で、長い経過を取りながらも、**＜予防、改善行動とその持続＞**という改善に向けてのカテゴリーに繋がっていた。その**＜予防、改善行動とその持続＞**を後押ししているものとして、**＜予防、改善方向アップ力＞**があり、**＜予防、改善行動とその持続＞**の大きな力となっていた。しかし、この流れがスムーズに行く状況ばかりではなく、**＜予防、改善行動とその持続＞**に向かう中にも、**＜予防、改善行動の中断＞**に繋がる者もあった。更に、尿失禁の悪化に伴い、**＜からまわり要因＞**が大きく関わっており、**＜予防、改善行動とその持続＞**に繋がらなかったり、行動をスムーズに進めないカテゴリーとして見い出せた。治療中の女性たちは、このような複雑なプロセスを踏む中で、**＜尿失禁に対する偏見のない社会になるような希望＞**を出しており、尿失禁を経験をしているからこそその切実な思いと願いがあった。

次にそれぞれのカテゴリー毎に説明する。（「 」内語られた言葉 （ ）内省略や説明の言葉 （…？）筆者の問いかけ （（ ）内は関連以外の語られた言葉）

①**＜尿失禁の悪化に伴う心理的变化＞**

妊娠中や出産後の尿失禁は、「出産後もトイレが近くて、いつの間にかショーツが濡れていることがあった。でも、だんだんと戻っていった」や「妊娠中やお産後も尿漏れは無かったです」のように、妊娠中や出産後は覚えが無いことが多く、あったとしても一時期であり、軽い状況であったと考えられ、尿失禁を意識していない状況にあることが明らかになった。そこで、【妊娠中と出産後の尿失禁は一時的や無い感覚で、何とも思っていない】とう概念名をつけた。そして、時間が経つと、「15、6

年前からですかねえ、なわとびをすると漏れちゃう経験をしたのは、でも、他の動きでは全然漏れなかったんですよ」「65くらいだったかしらね。ちょろっと漏れたりして、くしゃみしたりとか…。重いものっていうか」というように、軽い症状であり、【尿失禁が軽度始まった感覚で、深く問題視していない】状況に繋がっていた。更に、尿失禁は波がありながらも、徐々に悪化（量、回数）していき、日常生活にも支障が出て来たり、大変な思いをするようになり、【波がある中での尿失禁の悪化の感覚で、深刻化している】とう概念が見い出せた。例えば、「波があるんですよね。良くなったり悪くなったり。でも、だんだん悪くなって行ったんだ」である。

尿失禁治療中の女性たちの声から、尿失禁の症状は、行動や季節により症状に波がありながらも、徐々に悪化しており、それに伴い精神的に深刻化していくというプロセスがあった。第二部第1章での結果では、尿失禁のある出産後3年以内の女性たちの相談しない理由は、『そのうち治ると思うから』が第1位であり、今回の【妊娠中と出産後の尿失禁は一時的や無い感覚で、何とも思っていない】状況にあると考えられ、この時期特有の受け止め方であると思われる。修士論文⁴⁹⁾の一般女性の結果では、相談しない理由は『年だから仕方ない』が多く、『そのうち治ると思う』『人に知られたくない』『気にならない』と次いでいた。ほとんどの対象者が下着が濡れる程度の量である人たちであったため、今回の中での深刻化する前の段階【尿失禁が軽度始まった感覚で、深く問題視していない】であると捉えることができる。今回は、治療に踏み切った対象に限定した結果であるが、そのような人たちも、症状に変化があり、それに伴い、心理的な変化が見られていることが理解出来た。そして、妊娠中、出産後から尿失禁が軽く始まってくる時期は、何とも

思っていない受け止め方をしていることもわかり、この深刻でない時期に予防策をいかに動機付け、実施していくかが課題であると考えられる。

②＜骨盤底に負担のかかる生活＞

治療中の女性は、農業や酒店、介護といったように日常生活を送る中で、骨盤底に負担のかかる生活を続けて来ている状況にあった（5件）。例えば、「看病が大変なんです。小脳梗塞だから動けないでしょ。さらにしを巻いて車椅子に乗せてリハビリに連れて行ったり、トイレに行ったり…」「大変ていうか、力…だから、つらかたったの。だから、膣脱にもなちゃったしね。…だからね、町内では、私が働き手だって有名だったんですよ」等のように、長年頑張り続けてきた様子が分かる。これを【長期的な骨盤底に負担のかかる日常生活スタイル】と概念化した。

このような日常の生活は、骨盤底に負担をかけ続け、将来的に、骨盤底の弛みとなっていくと考えられる。第二部1章での出産後2ヶ月から現在までの尿失禁に関連している要因には、出産後の生活の仕方（床上げまでの間に休息が取れない、BMI）があげられた。今回の対象は、11件中5件が継続的に骨盤底に負担のかかる生活をしており、このような日常生活スタイルを見逃さずに対応を考えることが援助者側としては大切であると考えられる。

③＜骨盤底に負担のかかる出産体験＞

出産の状況について語ってもらうと、「…産婆が来てくれて、処置におえなくてそれで医者がきて。出なかったんですよ。…これを骨を折って産んだけどね。…お産は、本当に大事してね。父ちゃんが、昔だから、私の足をのっけて引っ張っているわけですよ、肩に。それで、隣のかあちゃんと産婆さんと先生とが何か機械をこうして引っかけたんですよ。で、真っ直ぐにこうして引っ張ってるわけですよ」「先生が上から

押してましたよね。看護婦さんだか、助産婦さんだか分かりませんが。押したけど、出ないんで吸引したんでしょうね」等であった。8 件の対象者が出産経過中に陣痛促進剤や、会陰切開、吸引分娩等の産科医療が入り、子どもが産まれるまでに骨盤底に負担のかかる体験をしており、【医療介入のある出産体験】と概念化した。また、【出産後の過労働経験】【腹帯使用経験】といった骨盤底に負担のかかる経験もそれぞれ 6 件みられていた。

このような出産時の経験は、出産した女性にとっては、尿失禁への大きなリスクとなると考えられる。この事は石河⁸⁻⁹⁾や中田⁷⁵⁻⁷⁷⁾らも述べており、筆者の量的調査からも統計学的な結果がみられている。今回は、11 件中 8 件という事例が医療介入を受けており、施設内出産において多くみられていた。このようなケースは、特に出産後の尿失禁予防、改善への援助が必要であると考えられるため、どのような出産をしたかの情報は大切であると思われる。また、出産時の医療介入を尿失禁の影響要因として考え、必要のない医療介入をしないことや、出産後の安静への対応をしていくことが望まれる。

④＜骨盤底に負担のかからない出産体験＞

自然な経過の出産を経験した女性の発言内容は、「おなかが痛くなってからって言うと3時間くらい…。生れるまでにはね。(お布団の上で、上を向いて) 上だね。(自然に陣痛がきて、自然に生れて?) そうです。(先生とかはこないで?) そう、ぜんぜん」「(第 1 子) 軽かったんですよ。おなかが痛くなってから産婆さん呼びに行ってもらって、産婆さん来てから、そうね、30分か40分くらいかな」等であった。

このように、出産経過が順調であり、医療介入が全く無かった対象者が 3 件みられた。これらのケースは、他に骨盤底に負担のかかる要因と

して、出産後の過労働、農業等の日常生活、そして既往歴等もあった。尿失禁を起こす原因は、いくつもの要因が絡んで起こることが知られていることから、出産時の経過のみでなく、骨盤底に負担のかかる生活背景と合わせて情報を聞き、対応していくことが必要と考えられる。

⑤＜予防、改善行動の中断＞

尿失禁が悪化していく状況の中、やっと解決に結びつくための行動が取れたとしても、それを中断するような状況がみられていた。例えば「内科の先生なんだけど、『そんなん、みんな我慢してるんだ』って言われてね」「先生が『子宮が下がってきてるから、尿失禁とかそういうのになる』って言われたんですよ。ちゃんと説明されて『オペしましょう』って言われたの。ところが、どうしても自分で納得がいかなかったの」というように、医師からのアドバイスや説明を聞いたが、納得出来ない状況にあった。また、テレビや雑誌等からの情報を得られたとしても、それが良い方法なのかどうか悩み葛藤し、実施した結果効果がなくあきらめた状況もみられており、【アドバイス、情報に納得がいかない】と概念化した。そして、それは【改善行動の中断や改善に繋がらない】という結果を招いていた。

このように、やっとたどり着いた行動が、次の改善行動に繋がらない状況がここで明らかになった。社会状況としては、医療機関やインターネット、TVや雑誌等で尿失禁に関する情報が流れ易くなって来ているが、アドバイスや情報の質が改善行動に繋がるための内容になっていないことが示され、質の改善に努めなければならないと考えられる。

⑥＜からまわり要因＞

尿失禁が悪化する状況で、解決のための行動に繋がり難くなる＜からまわり要因＞には、【一時的な対処行動で我慢】【否定的な感情による

自尊心の低下】【他人には恥ずかしくて言えない、相談しない】【骨盤底筋体操持続困難】の4つが、概念化された。【一時的な対処行動で我慢】は、全員の対象者が実施しており、トイレに早めに行くことや、パットを使用したり、水分を制限したり、出かけないようにするなど様々なことをしていた。しかも、臭いを気にしたり、頭の中を占領するようになって来たというように、精神的にネガティブな状況を抱えながら、仕方がない対処として我慢している状況にあった。そして、否定的な感情を持つことで自尊心が低下していることや恥ずかしさがあり相談出来ずにいる状況もほとんどの対象者が抱えていた。さらに、骨盤底筋体操を継続していくことの困難性もみられている。

このような心理社会的な影響については、多くの先行研究でも明らかになっている^{12), 83), 150)}。特に、尿失禁患者に対する心のケアについて述べている永坂²⁷⁾は、治療までの心理・社会的影響プロセスを時間経過にあわせて分析しており、心理的影響として、ショックや孤独感、負担、不安、あきらめ、悲しみ等をあげ、社会的影響として、知識不足、情報不足、行動範囲の限局等をあげている。今回の分析からは、このような内容を含む結果が＜からまわり要因＞として概念化、カテゴリー化されたと考えられる。また、骨盤底筋体操の継続が困難であることも先行研究では明らかにされており、そのためのプログラムの開発と評価が進められてきている²⁸⁾。

＜からまわりの要因＞は、尿失禁が悪化していくほど強くみられ、この要因がスムーズな解決のための行動に繋げることを難しくしていることが今回のプロセスから理解できた。解決のための行動にすんなりと繋がられた事例 B では、このようなからまわり要因が少なく、反対に＜予防、改善方向アップ力＞が多くみられたのが特徴的である。＜からま

わり要因＞が出来ただけ少なくなるように、さらに、＜からまわり要因＞から＜予防、改善アップ力＞に移行できるような援助が改善行動に繋げるための大切な鍵であると考えられる。具体的援助方法としては、一時的な対処方法ですまさないようにすること、社会への啓発活動、医療者側からの投げかけ、骨盤底筋持続プログラムの実行、意志決定のための治療についての情報提供が考えられる。

⑦＜予防、改善方向アップ力＞

＜予防、改善方向アップ力＞には、【尿失禁についての情報が入ってくる】【理解してくれる家族や他者の協力を得る】【医師からの納得できる説明を受け、理解されている体験をする】【どうしても治したい理由の存在】が概念化され、それぞれが【治療の意志、方向性（希望）について自己決定する】という概念に繋がり、＜予防、改善行動とその持続＞を押し進めている状況にあった。

尿失禁に関する社会的な背景は、刻々と変化しており、メディアや医療機関からの情報が入りやすくなっていることが、多くの語りから理解できた。さらにその影響を受け、家族や医師も尿失禁経験者を支え、分かちあえられる存在へと変化しているようである。他者によって理解されている体験は、能動的行動への移行のきっかけになっていたり、行動を持続する力となっている。また、対象者個人としても【どうしても治したい理由の存在】は、力として発揮されている。例えば、「やっぱり、ね、お客様。やっぱこう臭うと、…人の前にも出れなくなるって…」や「ここに来たのは、子どもの活動についていくためですよ。ものすごく動くので、もうせっぱつまって受診しました」「でも運動がしたいという気持ち、決心したきっかけですかね」等である。このような切実な治したい理由の存在、そして、情報、他者からの支援は、治療の意志

を固めるきっかけにもなっており、【治療の意志、方向性（希望）について自己決定する】に繋がっていた。このように、行動に移すためのプロセスとして、自己決定を促すことが最も重要になってくることが分析の結果みえてきた。尿失禁経験者が自己決定ができ、行動に移せるように、質の良い情報提供、分かってくれる他者の存在、理解してくれる医師の存在、治療理由の確認が大切な援助となると思われる。ひとりひとりの対象者を、このようなプロセスに当てはめることで、解決のための行動をするには、何が足りないのか、援助者として関われることは何なのかについて考え易くなると思われる。

⑧＜予防、改善行動とその持続＞

尿失禁治療中の女性全員が、【葛藤後、やっとたどり着いた解決のための能動的行動】を取っていた。（発言は、分析手順の部分で記述してあるため、ここでは省略する。）発言から、能動的行動に移せるまでには、多かれ少なかれ、それぞれの対象者が、波のある症状の変化の中で悩み迷い葛藤し、やっと行動に移せていた。葛藤した時間の長さや、たどり着いた行動内容には、＜尿失禁の悪化に伴う心理的变化＞や＜からまわり要因＞＜予防、改善方向アップ力＞が影響しており、それぞれの個人の特徴によりバリエーションがみられていた。中には、尿失禁が始まってから 20 年以上受診までにかかった者や 1 ヶ月で受診に移せた者もあり、多くの者は、受診までに数年かかっていた。このような状況を考えると、受診できた者たちがほんの一握りであり、葛藤のまっただ中にいる人たちが数多く存在していることが予想され、受診するまでの経過の中での援助の必要性が浮き彫りになる。更に、受診や相談ができたとしても中断や改善に繋がらない流れ＜予防、改善行動の中断＞も存在していることから、受診時、相談時の対応の仕方が援助者として最も考

えなければならぬ大切な部分である。

能動的行動に移せると、【治療開始できた】【医師への信頼関係を保ちながら治療続行】へと繋がっていった。尿失禁治療中の女性たちの語りからは、医師が自分の置かれている状況や気持ちを理解してくれていると感じ、さらに説明をしっかりとってくれることで、信頼をしながら治療を続けている様子が伺える。しかし、【治療開始できた】経験があるながらも、治療の効果が現れず、尿失禁が悪化する経験があった女性もいた。その女性は、情報をさらに入手し、受診場所を変更する行動を取っているというバリエーションがみられた。

また、治療中の女性は、自分が何故尿失禁を起こすようになったのか、【尿失禁の原因を認識している】ようになっていき、原因を認識することで、人数は少ないが、【自ら改善のための運動をする】ようになっていった。この【自ら改善のための運動をする】ことは、【尿失禁改善の感覚】がつかめたことで、更に効果をねらって取り組むという相乗効果がみられていた。

しかし、このように治療を続行しながらも、「今ね、〇〇先生の所に行く前と同じように調子悪いんだもの、漏ってね。ちょこっと漏ちゃうの…先生の所行くと治るって喜んでいたけどね」「手術で良かったのかな〜と、思っています。自分が選んだのが、もう少し薬とかもあったんじゃないのかな、って。ショックだったんですよ。こんなに大変だったんだって。…また、経過が良かったら、手術して良かったって思えるかもしれないので」というように、【尿失禁改善への不安と期待、迷い】をほとんどの治療中の女性は感じていた。尿失禁患者に対する心のケアについての研究²⁷⁾でも、受診後、不安と期待を心理的影響としてあげている。このような思いは、やっとたどり着いた解決のための治療であ

るからこそ、大きな期待と大きな不安が同居している状況にあると思われる。治療中の女性のこのような気持ちをくみ取り、援助者側は、向き合った態度で接し、説明と同意に力を注ぐ必要があると考えられる。

このような治療の経過をたどりながら、【改善したことによる安堵感】に繋がった対象者が数名いた。今回は、治療中の女性であったため、安堵感が得られた状況まで確認できた女性は数少なかったが、改善することによる安堵の気持ちが得られた喜びは、絶大であると思われる。それは、経過の長さ、悩みの深さ、深刻さ、行動の取りにくさという今回明らかになったプロセスを押さえても良く理解できる状況である。

⑨＜尿失禁に対する偏見のない社会になるような希望＞

尿失禁治療中の女性は、自分が悩み苦しんできた経験をもっている人たちであり、自分以外の同じような人のために役に立てば有り難いという【ピアとしての活用希望】を示している。そして、【援助者側の必要な活動への期待】もあげている。例としては、「この人なら聞いてもいいかな、って思わせる雰囲気は大事だと思います。それがないと聞けないですものね」「ある程度は仕方ないですけど、おしっこがでるのが分からなくなるまでみんなで押したりなんたり。…後が、それだけ大変…。…私は知識もないから動いてましたけど、今この年になって、60 近くになって…。情報もなかったし…」「1 週間くらいは安静にしてくださいとか、重いもの持たないで下さいとか、退院する時にそういう指導は頂かなかったような気がするんですね」「失礼ながら、お医者さんて雲の上の人…。私達からみたら。…だから、…ある程度、先生に正直にいわないと、先生も理解していただけない」「男の人に言えなくても、女同士で言えるみたいな。それだけで随分違うんです。1 人で言えないというのは、誰か 1 人でも話出来ると言うのは、全然違います、心の負担が。

本当に。ポピュラーになって、治療法もね、もっと簡単になってくれれば一番いいと。手術するんじゃ、大変でしょ」が語られた。辛い体験をした治療中の女性たちからのこのような生の声は、援助者側に対する切実な要望メッセージである。バリエーションとしては、出産時のケアの徹底、情報提供、プライバシーの確保、対等な立場で向き合うこと、社会での啓発活動という具体的な援助のあり方を提示してくれている。

今回の分析により、尿失禁治療中の女性の予防、改善行動プロセスが解明できた。このようなプロセスから、援助者として、やるべき役割と課題が明らかになった。それらは、対象者ひとりひとりがどのような尿失禁状況にあるかの確認をし、不必要な産科医療をしないようにすること、腹圧のかかる生活スタイルを見直すことが必要である。そして、医療介入のあった出産の場合は、特に、産後の援助をしっかりとしていくことが大切である。また、対象者の尿失禁改善への自己決定を促すための援助として、治療に結びつくような質の良い情報を流す啓発活動と医療者側からのプライバシーに配慮した積極的な投げかけ、治療行動が中断しないような質の良い対応（向き合い理解する態度、専門家への仲介等）が大切であると考えられる。

2) 尿失禁治療をしていない女性の尿失禁予防、改善行動プロセス

対象者 10 件の属性および出産状況と尿失禁状況は、表 12 の通りである。図 19 は、10 件のデータを修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に分析した概念図である（＜＞カテゴリー □内概念）。治療をしていない女性たちが語った内容から、図のように 7 つのカテゴリーとそれらを構成する 15 の概念が見い出された。

まず、カテゴリー間の関係性について説明する（＜＞カテゴリー 【】概念）。

尿失禁の症状は、全く無かったり軽かったりという状況にあるが、咳が出る等の腹圧のかかる状況が多くなると尿失禁症状も悪化するという経過があり、＜尿失禁症状の変化に伴う心理的变化＞というカテゴリーが見い出せた。その変化には、＜骨盤底に負担のかからない生活＞と＜骨盤底に負担のかからない出産体験＞または＜骨盤底に負担のかかる出産体験＞という背景が関わっていると考えられる。また、尿失禁に対する意識が低く、＜尿失禁について関心が向かない＞状況にあり、女性同士やメディアから情報を得られているにもかかわらず＜予防、改善に向かわない情報＞として得ており、問題視しない心理的状况に影響していた。そして、これらの状況は、＜からまわり要因＞として一時的な対処行動がもたれ、予防、改善行動に結びつかず、尿失禁の悪化時には一時的な不安として現れていた。

次にそれぞれのカテゴリー毎に説明する。

①＜尿失禁症状の変化に伴う心理的变化＞

妊娠中や出産後の尿失禁経験は、「妊娠中、全然漏れなかったね。強かったんだね」や「（妊娠中もないし、お産後もなかったですかね？）うん、ないですね。ただ、出産近くなると、（トイレに）行く回数は多くなりますよね」等のように、ほとんどの者が尿失禁があった感覚が無い状況にあり、【妊娠中と出産後の尿失禁は無い感覚で、何とも思っていない】と概念名をつけた。そして、【尿失禁症状が軽い、または、無く、問題視していない】という概念に繋がっていた。例えば、「くしゃみなんかすると出ますよ。ちょろって感じで、出ますよ。（外にこ

う遊びに行ったりするのに?) あ、不安ってそういうことはないです」
「ほんのちょっとだからって言う感じだから。…私は根がのんきだから。
あんまり深刻には考えない。まあ、年のせいで、みんなこんなもんかな」
等である。この時期は、症状が軽いために、自分は大丈夫だと思っていたり、年のせいだから仕方がないことだと思っている。これは、治療中の女性のプロセス中の尿失禁症状の軽い時期や修士論文⁴⁾⁹⁾での相談しない理由としてあがった、『年だから仕方がない』『気にならない』と同様な結果である。そして、【骨盤底筋の感覚がある】こともあり、今の状態を楽観的に捉えていると思われる。しかし、「パット頂いたんですよ。それを使いましたけどね。あんまりね、こう〇へ行く時にね、おっかないから、ねえやっぱりしちゃうと。外までね、ズボンまでしちゃうとねあれだからと思って、やって行きましたけどね」「パンツに濡れてるんじゃ、早く言えば、臭いが出るわけでしょ。パットなら臭いがでないですがね。ちょっとくらいは、ね」のように、尿失禁が悪化したことにより、初めて困惑や心配、嫌だという感情が生まれ、【尿失禁悪化時、一時的な不安】を抱えるように変化している。

このように、治療をしていない女性では、症状が無かったり軽かったりしているうちは、楽観的な捉え方で尿失禁を問題視してなく、症状が悪化することで初めて不安な状態になることが明らかになった。尿失禁は、症状が無いうちや軽いうちに、将来の尿失禁の可能性を考え、予防、改善策を取っていく必要があることを伝えることが最も大切であると考えられる。

②＜骨盤底に負担のかからない生活＞

治療をしていない女性は、日々の日常生活の中で、骨盤底に極端に負担のかかるような仕事や生活をしていない状況がみられ、【骨盤底に負

担のかからない日常生活スタイル】とした。ほとんどの人が、結婚後は家庭で出来る内職や座り仕事をしている状況であった。

この状況は、尿失禁治療中の女性たちの骨盤底に負担のかかる日常生活スタイルと違うバリエーションであり、第二部第1章での統計学的分析結果の裏付けになると考えられる。また、尿失禁と生活スタイルとの関連性を認識している女性もいない状況であった。

③＜骨盤底に負担のかからない出産体験＞

出産の体験について語ってもらうと、半分の5人の者が助産院や自宅で出産をしている状況であった。内容は、「初めてで、子供が大きいからなかなか出ないから、切開するって言われたんだけど、切開しないで普通分娩が一番いいって言うんで（産婆である母親が）。…（切開も全然しないで？）しないの。時間をかけて、できるだけこう呼吸で。（頭が）出かかったらまた入ちゃったり。…そう、自力だわね」「傷がないと楽ですよ。だから何もしないけど起き上がって」や「家帰って、1時5分過ぎに産まれちゃった。…そう。すぐにお産。○産婆さんもすぐ来てくれたけどね。…自分で食べて、力つけて。周りには○産婆さん以外人はいない」等が語られた。自宅や助産院で産んだどの女性も産婆や母親が立ち合い、自然な陣痛発来と自然な経過で出産をしており、裂傷も起こさず、怒責もほとんどせず、自力で産んだ感覚を持っていた。これを【自然な出産体験】と概念化した。そして、そのように自然に産むことを当たり前であると思っている状況にあった。

また、【出産後ゆっくり休息できた経験】も7件の治療をしていない女性が経験していた。例えば、「うちは21日は産後は日にちだけは、きっちり休んだんね。『休まないよ』って言って。主人もうんと協力しましたよ。そう全部ね、夜のオムツからね、赤ちゃんの下着洗濯全部して

くれたの。『水使うと手がしびれたり、あのそういう後遺症が後で出る』って。…母親がね、初子の時ね。『21日は無理させないでくれ』って、主人に言ってね、帰ったからね」「あの最初の子の時は、そんなわけで母親が近くにいましたから、毎日のように来てくれましたからね。あのちょっとゆっくりしてました」「昔の人だから21日は何にもしなくもいいよとか言ったけども、姑から聞いて。だから3週間でいうのは、水使ったりふらふらしたり、いろんなもの食べたりするんじゃないよとかっていうのは言われたんですよ。だから、安静にしないと」等である。第2子になると、第1子のように休めなかった経験があったようであるが、母親や姑という存在から産後の休息の必要性について伝承され、それが実現できる環境にあった。

このように、自宅や助産院で出産している女性たちは、骨盤底に負担のかからない自然な出産を経験し、また、その時代は、産後の休息も取れるよう親の代から伝承されてきていたことが理解できる。

④＜骨盤底に負担のかかる出産体験＞

5件の女性は、施設内において、医療介入のある出産を経験していた。例えば、「(第1子) 全く上向いて、足、こういう風に縛られちゃって。『う～んと息ばんなさい、息ばんなさい』って、『ほら、息ばって』って。…(切開は?) 切ったらしいよ。ちくんって痛かった。切るよとは言われなかった。(切るのは知っていました?) 知らない。後で、もう歩くのにちくちくちくちく痛くって、トイレにすぐに行くじゃない、歩いて行けって」「なかなか出来なくてやっぱりなんか、当日だかなんかに注射かなんかしたみたいですね。何日も。(陣痛起こす?) 薬をしたみたいですね、それでいくらか陣痛が起きてきたんで分娩台に乗ったんですけども年がとってたせいかね、なかなか分娩台に乗かってても生

まれない」「なんだか知んないけど、おしっこするときにはしみて、痛かったような気がしますね」等である。このように対象者は、施設内において会陰切開をして出産に至った経緯がみえる。また、その傷の痛みにより、出産後痛みによる苦痛を伴っていたことも鮮明に覚えている状況にあった。これらの5件のうち、クリステレル胎児圧出法と鉗子分娩を併用していた経験があった者は1件のみであった。他の4件は、会陰切開を全員が受けており、誘発剤も2件使用していた状況であった。これを【医療介入のある出産体験】とした。また、出産後の【腹帯使用経験】も5件みられ、通常の出産後の行動として対応されていたと考えられる。

このように、出産時の体験については、何十年たってもひとりひとり鮮明に覚えており、特に会陰切開後の痛みの辛さを訴え、苦痛として心に残っていることが理解できた。また、吸引やクリステレル胎児圧出法での出産体験の持ち主は、統計学的な結果を基に考えると、今後尿失禁症状が出てきたり悪化したりしてくる可能性も十分に考えられるため、尿失禁予備群としての対応が必要であると思われる。

⑤＜尿失禁について関心が向かない＞

治療をしていない女性は、尿失禁が無い、または、あっても軽い者は、【尿失禁に対する関心が低い】状況がみられた。発言としては、「あたし自分でそういうんがないから、聞かないね。話さない。…だけど自分自身がないから、そんな漏れるとは」「ずいぶん私もね、…健康のことにはねうんと神経使ってるんですよ。…だってね、痛い思いしたり苦しい思いしたり、なんかするの自分だもんね。…（だから）今のうちからね（尿失禁については例外）」等である。また、【出産と体の回復との関係を考えている】者が4件みられた。特に、自分が経験してきた出産

体験が自然な出産であった者が多く、そのような自然に逆らわない体験が今の健康な体に繋がっていると受け止めている状況であった。

このように、尿失禁の人が周りに存在していることを知っていたり、健康に対する関心は高いが、尿失禁のことになると、関心は低く、尿失禁がある者も自分の健康管理という視野に入れていない状況であった。痛みを伴うものでなく、生命に危険がないことが大きな原因であると考えられる。これは、西村ら¹⁵⁰⁾も述べており、同様の結果がみられている。そして、自然な出産体験の経験と体の回復との関係を考えている者であっても、尿失禁との関係まで深く考えてはいなかった。

⑥＜予防、改善に向かわない情報＞

尿失禁に関する話題は、女性同士で日常話されている状況がみられ、【女性同士での尿失禁の話題】と概念化した。また、【自然に尿失禁についての情報が入ってくる】状況にあった。ほとんどの者がテレビの番組や CM から尿もれパットやパンツ、骨盤底筋体操について自然に情報が入ってくる状況にあった。

しかし、女性同士の話題としては、尿もれパットを使用しているという会話が主であるが、それ以上は発展しておらず、一時的な対処行動の情報交換で終わっている。また、社会の変化とともに、尿失禁に関する情報が入ってきているものの、やはり一時的な対処であるパットの情報であり、骨盤底筋体操についても、なかなか実施に結びつかないレベルであった。このように、予防と改善行動に向かわない情報で止まっていることが明らかになった。そして、これらは、尿失禁に対する関心の低さとお互いに関係している状況にあった。

⑦＜からまわり要因＞

＜失禁について関心が向かない＞や＜予防、改善に向かわない情報＞

という状況は、＜からまわり要因＞に繋がっていた。そこには、【一時的な対処行動で安心】【骨盤底筋体操取り入れ困難】という概念がみられた。具体的意見は、「…本当に 2 年くらいから前ですよ。旅行に行く時に大変だなと思って、（パットを）つけようかなと思って、思ったのはね。安心ですよ。そう、そう」「だから（臭いが出ないので）、あのパットはいいなと思って。お金さえ出せば気持ち悪い思いしなくもさ」等である。

このように、一時的な対応として改善に結びつかないパットの使用が主であり、骨盤底筋体操はメディアからの一方的な情報だけでは、行動として取り入れられないというのが現実であった。

治療をしていない女性の分析により、尿失禁に対する受け止め方の特徴、流れている情報の質、尿失禁予防、改善に至っていない状況等のプロセスが明らかになった。そして、この分析から、このような人たちが尿失禁にならないためにはどのようにしていけば良いかがみえて来る。大切な事は、尿失禁予防と改善に対して関心が向けられるようにすることである。そのためには、一時的な対処の情報ではなく、予防、改善行動に繋がるような具体的で正確な情報の内容にしていくこと、そして、一方的な情報提供では行動に繋がれないことが確認できたため、将来、尿失禁になる可能性を伝え、長期的で継続的な介入機会を作り、関心を向けさせ続けることが今後の課題となる。

そして、尿失禁治療中の女性と治療をしていない女性のプロセス両方を踏まえると、骨盤底に負担のかかる日常生活が尿失禁に影響を与えている可能性が確認できた。また、出産の状況をみると、統計学的な結果

と合わせてみても、医療介入が大きなリスクとなっている可能性が更に考えられた。援助の方向としては、改善に結びつけられるような質の良い情報を流し、啓発活動をしていき、尿失禁に対する偏見をなくしていくことが大切である。また、尿失禁予防と改善への関心が向けられるように、骨盤底筋体操を継続して実施できるような機会（教室）を地域につくっていくことが必要であると考えられる。そして、必要時、治療に結びつけられるよう専門家とのネットワークをつくっていく必要性があると考えられる。

3) 尿失禁治療中の女性と尿失禁治療をしていない女性（中高年女性）の出産状況

(1) 自宅出産（昭和 20 年～昭和 40 年代前半）

表 13 は、自宅で出産を経験をした女性 8 人の出産状況をまとめた表であり、資料 2 は、各々の発言を意味内容毎に分けてまとめたものである。この中には、第 2 子または第 3 子の出産を病院で出産した者が 3 人含まれているが、それぞれ自宅出産での経験に関する発言を拾い出している。結果として、16 の意味内容がみつかった。

- ①出産の介助に当たってくれたのは、自転車であてくれるくらいの近くの産婆さんで、自宅で産むことが当たり前という感覚でいた。（7 人）
- ②妊娠中、産婆にみてもらう機会はあまり無く、衛生面はあまり考えられていなかった。（6 人）
- ③出産に家族が入っており、リラックスできた。（異常経過でも家族が一緒の場面に入っていた。）（5 人）
- ④会陰切開、怒責等もなく、自然な経過で出産がすすんだ。（産婆は、風呂に入ることを勧めたり、時間がかかっても切開を入れなかった。そ

のため、軽い出産であり、後々動くのが楽であった。)(7人)

⑤産婆の判断で医師を呼ぶか呼ばないか決めており、緊急時の対応をしていた。(3人)

⑥異常は医師、正常は産婆と役割分担されていた。(1人)

⑦出産後の腹帯は、しっかりと巻いていた。(6人)

⑧出産後は、子どもがそばにいたので、母乳が出た。(6人)

⑨母親や周りの家族から、出産にまつわる多くのことを伝承されていた。
(出産前は動くことや、出産後は休むこと。母親に聞くことが多く、頼りにしていた。)(4人)

⑩出産は、自然に任せた方が良く、出産前は動いた方が良く、出産後は休んだ方が良くという出産に対する考え方、受け止め方をしている。(3人)

⑪産前は、仕事をしていたため、出産間近まで体を動かしていた。(4人)

⑫第1子出産後、母親や姑が手伝ってくれたため、休むことが出来た。
第2子以降は、上の子がいるため、難しかった。(7人)

⑬出産後は、産婆は、沐浴をしてくれたが、それ以外ほとんど関わらなかった。(5人)

⑭育児は、近所の人や姑が見てくれて、育ててくれた。(その間、農業等の仕事をした。)(4人)

⑮緊急時、産婆は、医師を呼び、会陰切開や鉗子等の医療介入のある出産になった。あまりに痛い想い、悲しい想いをしたので、嫌な経験であった。(1人)

⑯大変な出産を経験し、次は安全性を求めて、個人医院を選んで出産した。(1人)

(2) 助産院出産（昭和 30 年代中盤～昭和 40 年代前半）

表 14 は、助産院での出産を経験をした女性 3 人の出産状況の表であり、資料 3 は、各々の発言を意味内容毎に分けてまとめたものである。この中には、第 1 子や第 2 子と第 3 子を個人医院で出産している者が 2 人含まれているが、それぞれ助産院での経験に関する発言を拾い出している。結果として、15 の意味内容がみつかった。

①周りでは自宅出産もあったが、理由（病院で産むことを勧められた、緊急時の対応がある、経済的に安い、上手であるとの口コミがあるので安心して）があり、助産院を選択した。（2 人）

②妊娠中、妊婦健康診査があったが、尿検査や血圧等の計測は無かった。（2 人）

③助産婦のみの立ち会いでの出産場面であった。（1 人）

④ベット上で、会陰切開、怒責等もなく、自然な経過で出産がすすんだ。軽い出産であり、後々動くのが楽であった。（2 人）

⑤産婆の判断で医師を呼ぶか呼ばないか決めており、緊急時に医師を呼んで対応をしていた。（1 人）

⑥出産後の腹帯は、巻いていた。（1 人）

⑦出産後、母児同床であるが、乳房の手当は無く、ミルクを足すこともあった。（2 人）

⑧母親や周りの家族から、出産にまつわる多くのことを伝承されていた。（出産前は動くことや、出産後は休むこと。母親に聞くことが多く、頼りにしていた。）（3 人）

⑨出産は、自然に任せた方が良く、出産前は動いた方が良くという出産に対する考え方、受け止め方をしている。（1 人）

⑩出産前は、意識して間近まで体を動かしていた。（2 人）

- ⑪第1子出産後、母親や姑が手伝ってくれたため、休むことが出来た。
第2子以降は、上の子がいるため、難しかった。(3人)
- ⑫出産後に助産婦は、1週間の入院生活の世話(食事)をしてくれた。
(退院後の交流はない。)(2人)
- ⑬育児は、姑さんが手伝ってくれたり家族が協力してくれた。(2人)
- ⑭緊急時、助産婦は、医師を呼び、クリステレル胎児圧出法、会陰切開や鉗子等の医療介入のある出産になった。あまりに痛い想い、辛い想い、嫌な想いをした。(1人)
- ⑮大変な出産を経験し、次は安全性を求めて、個人医院を選んで出産した。(1人)

次に、助産院での出産を経験した3人の事例の中で、昭和36年に個人医院で出産した1事例(事例Ⅰ)についてである。その出産経験には、医師も立ち会っていたが、助産院とあまり変わらない状況がみれたので、その特徴について述べる(資料4)。

- ①医師と助産婦、家族の立ち会い出産であった。
- ②会陰切開や怒責誘導のない自然な出産経過であった。
- ③助産婦と医師の役割分担をしている。医師は異常が無ければ、手を出さないで、そばにいただけであった。
- ④分娩台での出産であった。

昭和30年代中盤に個人院で出産した1事例についてであるが、医師が出産に立ち会い、分娩台での出産となっていたが、家族も出産場面に参加し、正常な出産経過そのものに医師が手を出している様子はなく、自然な経過にまかせている様子があった。この事例から、自然経過を見守る医師がおり、施設内に移ってもすべてが医療介入のある出産ではない

状況もあったことが予測できる。

(3) 個人医院・総合病院出産（昭和 30 年代中盤～昭和 40 年代前半）

表 15 は、昭和 30 年代中盤～昭和 40 年代前半（施設内出産が約半分になった時期）に個人医院・総合病院での出産を経験をした女性 4 人の出産状況の表である。また、資料 5 は、各々の発言を意味内容毎に分けてまとめたものである。結果として、12 の意味内容がみつかった。

①病院で産むのが当たり前で、ほとんどの人が病院で産んでいた。

（安全だからという理由で病院を勧められた。）（2 人）

②妊婦健康診査は、医師によるものであり、尿検査、血圧、体重測定等があった。（助産婦との接点はなかった。）（2 人）

③側についてくれた人が、看護婦か、助産婦か分からない状況もあり、医師が出産場面にいた。（医師との役割分担あり。）（4 人）

④子どもが産まれる場面では、家族の立ち会いはなく、家族の付き添いは、外までであり、母親等がついてくれていた。（3 人）

⑤促進剤、会陰切開、浣腸、怒責誘導等がある出産であった。（それが当たり前であるという感覚。）（4 人）

⑥分娩台の上で、出産をした。（3 人）

⑦出産後は、腹帯を巻いた。（1 人）

⑧義母から産まれる状況について教えてもらった。（1 人）

⑨出産後に、母親が手伝ってくれたので、休めた。（2 人）

⑩出産後、傷の痛みがり、歩行時や排尿する時に苦痛を感じた。（2 人）

⑪分娩台の上での孤独な出産であったり、怒責の仕方で怒られたり、嫌な想いをした。（2 人）

⑫近所の人が育児を手伝ってくれた。（1 人）

(4) 個人医院・総合病院出産（昭和 40 年代中盤～昭和 50 年代）

表 16 は、昭和 40 年代中盤～昭和 50 年代（施設内出産が 9 割以上になった時期）に個人医院・総合病院での出産を経験をした女性 5 人の出産状況の表であり、資料 6 は、各々の発言を意味内容毎にまとめたものである。結果として 13 の意味内容がみつかった。

- ①病院で産むのが当たり前の感覚で、ほとんどの人が病院で産んでいた。
（安全だからという理由で総合病院を選んだ。）（1 人）
- ②医師が早産にならないよう、妊娠中の管理をしてくれた。（1 人）
- ③側についてくれた人が、看護婦か、助産婦か分からない状況もあり、
医師が出産場面にいた。（医師との役割分担あり。）（3 人）
- ④子どもが産まれる場面では、家族の立ち会いはなく、家族の付き添いは、外までであり、母親等がついてくれていた。（2 人）
- ⑤促進剤、会陰切開、浣腸、怒責誘導、吸引、クリステレル胎児圧出法等がある出産であった。（浣腸や怒責は、当たり前であるという感覚。）
（5 人）
- ⑥分娩台の上で、出産をした。（4 人）
- ⑦出産後は、腹帯を巻いた。（2 人）
- ⑧母親から産まれる状況について教えてもらった。（1 人）
- ⑨出産後に、母親が手伝ってくれたので、休めた。（第 2 子出産後は難しい。）（3 人）
- ⑩出産後、傷の痛みがり、苦痛を感じた。（4 人）
- ⑪出産時、吸引分娩をし、痛く嫌な想いをしたり、ひとりで待たされ孤独であった。（2 人）
- ⑫近所の人が育児を手伝ってくれた。（1 人）
- ⑬母乳育児に力を入れず、人工栄養や混合であった。（2 件）

このように、出産場所の違いによる出産の状況を追ってみると、出産場所は、統計調査の結果¹¹⁵⁾と同じように、産む年代により変化しており、昭和 30 年代中盤（1960 年）から急激に自宅から施設内へと変化していることが明らかになった。このような女性たちの出産についての語りから自宅出産の良さや難しさが見え、また、施設内出産となったことにより改善されたことや反対に良さが無くなった状況も見えてきた。

まず、自宅から施設内へと変化していったことにより、改善したと考えられる点は、妊産婦の健康管理についてである。自宅出産を体験した女性は、妊娠中、産婆に健康状態をみてもらうという機会は無かったようである。それが、助産院になると、血圧や尿検査等はないが、妊娠中に胎児の成長や心音はみてもらうようになり、病院になると、医師の妊産婦健康診査があり、健康管理されるようになっていった。日本の母子保健活動は、政策として、昭和 40 年に母子保健法の制定がされ、妊産婦および乳幼児の健康診査と保健指導に関する実施要領が定められた歴史があり、このことが反映しており、女性たちの語りから、実際に病院で妊産婦健康診査を受けだしていたことが理解できる。そして、これらの状況は、妊産婦死亡率や周産期死亡率の急激な改善状況¹⁵¹⁾をみることで、効果を知ることができ、衛生的な環境の改善、医療技術の発達が力となっているといえる。

二つ目は、自宅や助産院で産婆に出産をみてもらった 2 人の女性の語りから、医師を呼ぶのは、産婆の役割であり、産婆の判断しだけで、母児の危険な状況が起きていたことが明らかになった。このことは、正常な経過はすべて産婆がみており、異常と判断した時から医師が登場するという役割分担が明確になっていたということもできるが、その判断次第では、間に合わない状況も数多く起きていたと思われる。2 人の女性

の語りからは、このような出産が辛い体験、悲しい想い、嫌な想いとして深く心に残っており、次回の出産からは安全性を求めて病院を選択し、医師が側にいる出産をしていたことが分かった。また、病院を出産場所として選んだ者たちからも、安全だから選んだという言葉は聞かれており、何かあったら困るからという思いが産む女性たちには強くあったと考えられる。

三つ目は、出産後の過労働（農作業）である。産後の 21 日は、体を休めていたが、その後から姑が子どもをみてくれている環境で、農作業を開始している者が 4 名みられた。出産後 3 週間たった時点でかなりな重労働へ戻っている状況にあったと考えられる。このような語りは、その後の助産院や病院出産をした者からは伺うことが出来なかった。

次に、自宅から施設内へと変化していったことにより、良さが無くなったと考えられる点である。一つ目は、出産する場面に、家族がいなくなったということである。自宅で出産した女性たちの語りからは、家族がいたのでリラックスできたことや、自分の母親を頼りにしていたり、夫がお湯を沸かしたりと、それぞれ役割を担っていたことが読み取れた。また、異常出産であっても、家族が産婦を支え周りで支援していた様子もあった。その家族の存在は、助産院の出産体験からは見えなくなり、病院では、分娩室から全く家族が消えていた。そのため、施設スタッフが忙しいと独りにさせられ、孤独で不安な時間を分娩台で過ごした例もみられ、そのことが、嫌な想い、不満足な出産体験として残っている状況であった。

二つ目は、母親から子どもへ出産に関する伝承がされなくなって来たという点である。自宅出産をした女性たちの語りからは、出産にまつわる多くのことを母親や姑から聞かされ、出産前は体を動かし、出産後は

21 日間休むこと、陣痛の痛みや産まれる場面のこと等事細かに、言い伝えられ、それを守って行動していたことも理解できた。このような身近な人からの伝承により、出産前には体を動かし、出産が軽かった思いを残している女性が多く存在していた。そのような、出産についての伝承が、病院出産をした女性の語りからはほとんど聞かれなく、出産が大変だったという思いは多く聞かれた。

三つ目は、自然な出産経過に対する受け止め方が無くなっている点があげられる。自宅や助産院で出産をした女性からは、出産は自然に任せの方が良いことや、出産の影響が後々自分の身体に現れると考えていることが分かった。これらは、傷のない楽な出産を体験していることが土台になっていると思われる。しかし、病院出産をした女性からは、会陰切開や浣腸、剃毛は、当たり前が出来事として捉えられていた。これらは、自然な経過にまかせる出産とは本来どういうものなのかという伝承がされなくなってきたことから影響していると考えられる。そして、当たり前と考えていた会陰切開や浣腸等により、出産時や出産後苦痛であった発言も多数聞かれており、痛い思いをしたこととして心に残っている体験をしている。

四つ目は、ルチンな医療介入の多さである。病院で産んだ女性のほとんどが会陰切開をうけた経験をしていた。この中には、すんなりと自然に進んだ出産経過を語る場合もあり、医師が正常経過でも手を出している様子が伺えた。また、怒責誘導もほとんどの女性がされており、自宅や助産院での経過と劇的な変化を語りから確認することができた。そして、昭和 40 年代中盤からは、吸引分娩や無痛分娩、クリステレル胎児圧出法等の医療介入も経験としてあげられる頻度が多くなっていた。

最後に、母乳のみの育児ではなくなり、人工乳が入ってきたことがあ

げられる。自宅出産をした者からは、産まれた子どもがすぐに側に来るので、出産直後から母乳を与えることが自然であり、乳房ケアを受けることもなく、母乳も出ていた様子が伺えた。病院出産をした女性の語りからは、人工乳を与えた発言もあり、母乳が出なければ無理をせず人工乳を勧められていた時代背景¹⁵¹⁻¹⁵³⁾や、母乳が出ないために、自分から近くのマッサージ専門の人に頼んで乳房ケアをしてもらった語りがあった。現在は、母児の相互作用の点や栄養学的な点からも母乳育児の良さが再確認され、母児同床や早期授乳、頻回授乳の対応がされるようになってきている¹⁵⁴⁻¹⁵⁶⁾。

今回の出産体験についての語りの中で、出産場所による変化があまりみられなかった内容は、育児中の家族や近所の人への支えであった。昭和20年代～昭和50年代までの間、育児をするにあたって、自分ひとりが頑張るのではなく、姑や母親が手伝い、近所の人たちがみてくれるという地域ぐるみの子育てが行われていた。現在の育児状況の中での課題としてあがっているような、地域連携が自然にできていた時代であったと考えられる。

以上のように、出産場所の違いによる変化をみてきたが、今後、尿失禁予防、改善の視点を含めて、どのように出産が変化していくことが望ましいか、具体的援助も含めて考察する。

まず、出産の安全性を求め、施設内出産へと移行していた事実を捉えると、妊産婦は、安全のために病院で産むという要望を持っていると思われる。その安全のためにという部分では、ルチンな医療は必要なく、個人にとって本当に必要な医療が行われるべきであると思われる。尿失禁予防の視点からも、会陰切開により尿失禁を起こさない科学的な根拠も確認されておらず、会陰切開を多用する、または慣例的に行うことは、

しばしば不適切に使われたり、不適切に実施されることとして、WHOからも勧告が出ている。同様に、慣例的に浣腸、剃毛を行うこと、分娩第Ⅱ期に指示をして、息を止めて長くいませること（怒責誘導）等についても、明らかに害があったり効果がないので、やめるべきこととして、書かれている¹²⁵⁾。また、吸引分娩やクリステレル胎児圧出法は、骨盤底筋を弛ませ、後々尿失禁を起こさせる要因としてもあがっている^{8-9, 157)}。このような、ルチンな医療や安易に使われる医療をもう一度見直し、骨盤底筋への影響を考え、怒責誘導やひとつひとつの医療が産む個人にとって本当に必要なものであるようにしていかなければならない。

また、出産に対する満足という点で考えると、出産してから20～50年を経ている女性たちが、未だに切開の痛みや分娩台で孤独になった想いを引きずっていることが分かり、出産を肯定的に捉えられていないと考えられた。反対に、自宅出産や助産院で出産した女性は、満足という反応はなかったものの、軽い出産であった想いや出産とはこんなものであるという想いでおり、否定的な発言は少なかった。正常な出産経過で進む体験や、家族が周りにいる出産、体の固定のない出産が、どんなにその後の産んだ女性の気持ちを肯定的にするかを考えていく必要があると考えられる。最近では、出産のプロセスを振り返ることの意義を述べている研究も多くみられ、出産を肯定的に捉えることが、母親役割を遂行する能力を助けると言われている¹⁵⁸⁾。立ち会い出産も奨励している施設も増えてきており、家族が出産に立ち会うことにより、不必要な医療介入をする機会も減る可能性がある。このような自宅での出産がされていた時代の良さをもっと施設内に取り入れていく努力は必要であると考えられる。2000年以降、自宅出産や助産院出産での良さを取り入れ、

尚かつ、必要時医師が立ち会い、必要な医療が提供できる施策として、少数ではあるが院内助産院が開設されはじめている¹⁵⁹⁾。このような施設内において、自然な出産が可能であるシステムは、今後更に拡大していくことが望まれる。

そして、尿失禁予防という視点で、出産前後の行動を押さえてみる。石河⁸⁻⁹⁾は、腹圧性尿失禁患者の調査により、産後の安静不足を訴える患者が多かったことを報告している。また、中田⁷⁶⁾は、産褥期の注意として、出産後に骨盤底に負担のかかることを避けることを勧めており、産後3週間くらいは床上げをせず、新生児の世話をするとき以外は、なるべく横になっていることやガードルやウエストニッパーで腹部を締め付けることを避け、腹筋運動を避けることを述べている。また、骨盤底を支える力が戻るのは、産後4～6週間かかることも述べている。このような状況を考えると、自宅出産では、産後21日間はしっかりと休息を取ることが親からの伝承により行われていたこと、また、出産直後からすぐに子どもが側に来て母乳を与えていた状況を考えると、腹圧のかかりにくい出産直後の生活をしていたと言える。しかし、反対に産後は、多くの者が腹帯を使用しており、腹部を強くとさらに巻き付けていた状況や、21日過ぎた所で、農業が開始となり、腹圧のかかる日常生活に戻っており、骨盤底を弛ませる状況が同時に起きていたことが予測され、このようなことが尿失禁の原因になっていることが予測できる。病院出産になってからは、産前に体を動かすことや出産後の休息等、母親から伝承される機会が減ってきていた。そのため、難産になり、医療介入が増え、退院後の休息の必要性についてあまり意識されなくなってきたとも言え、特に2人目以降は、上の子の育児で休んでいる状況ではないことが伺えた。また、入院中も、母児異室や人工乳の使用によ

り、母親の行動範囲を広げ、腹圧のかかる行動を取っていたことも予測できる。腹帯の使用については、施設により使用している所と使用していない所が語りから明らかにされた。親からの伝承の機会が少なくなってきた今、妊娠中や産後の骨盤底の保護についての必要性について施設内の援助者がしっかりと伝え広めていくことが今後必要であると考えられる。具体的には、出産後に腹圧をかけず、骨盤底に負担のかからないように腹帯を巻くことや、母児同床による育児による腹圧をかける機会の減少、産後 8 週間の骨盤底保護のための日常生活の必要性を伝えること（特に経産婦）であり、このような改善策の実施が必要であると考えられる。そして、今回の調査対象者である昭和 35 年中盤～ 50 年代の病院出産の現実と、修士論文での調査実施結果を合わせて考えてみると、医療介入の多さは、平成 11 年（1999）頃までは高率にみられていたことが明らかになっている。この先も、この時代に出産している人たちの尿失禁経験は更に増えてくることが予測できる。妊娠・出産時の援助のみだけでなく、中高年女性たちへの援助も必要であると言える。

4. 結論

1) 尿失禁治療中の女性と治療をしていない女性の尿失禁予防、改善行動プロセス

(1) 実態

①尿失禁治療中の女性の尿失禁予防、改善行動プロセス

i) 尿失禁の症状は、波がありながらだんだんと悪化していく経過があり、問題視していない状況から、悪化とともに深刻になっていく変化（＜尿失禁の悪化に伴う心理的变化＞）がみられた。

ii) 症状の変化には、農業や介護等による長期的な骨盤底に負担のかか

る日常生活（＜骨盤底に負担のかかる生活＞）とクリステル胎児圧出法や吸引分娩等の医療介入のある出産体験（＜骨盤底に負担のかかる出産体験＞）、そして、自然な出産体験（＜骨盤底に負担のかからない出産体験＞）という背景があり、尿失禁に影響を及ぼしていると考えられる。

iii) 尿失禁が徐々に悪化していく中で、長い経過を取りながらも、受診したり、治療をする行動（＜予防、改善行動とその持続＞）に繋がっていた。それを後押ししているものとして、治療に結びつく情報や理解してくれる家族や医師の存在等（＜予防、改善方向アップ力＞）があり、大きな力となっていた。

iv) 予防、改善行動への流れがスムーズに行く状況ばかりではなく、＜予防、改善行動とその持続＞に向かう中にも、医師等のアドバイスや情報に納得できず、治療を中断する状況（＜予防、改善行動の中断＞）に繋がる者もいた。更に、尿失禁の悪化に伴い、一時的な対処行動による我慢や自尊心の低下、相談できない状況等（＜からまわり要因＞）が大きく関わっており、＜予防、改善行動とその持続＞にスムーズに繋がらない状況がみられていた。

v) 治療中の女性たちは、このような複雑なプロセスを踏む中で、人目を気にしないで行動できる希望（＜尿失禁への偏見のない社会になるような希望＞）を出しており、尿失禁を経験をしているからこそその切実な思いと願いがあった。

②尿失禁治療をしていない女性の尿失禁予防、改善行動プロセス

i) 尿失禁の症状は、全く無かったり軽かったりという状況にあるが、その中でも腹圧がかかることが多くなると尿失禁症状も悪化するという経過があり、問題視していない状況から、悪化とともに一時的な不安に

なるという変化＜尿失禁症状の変化に伴う心理的变化＞がみられた。

ii) 症状の変化には、腹圧のかからない日常生活スタイル（＜骨盤底に負担のかからない生活＞）と自然な出産体験（＜骨盤底に負担のかからない出産体験＞）または、医療介入のある出産体験（＜骨盤底に負担のかかる出産体験＞）という背景が関わっていると考えられる。

iii) また、尿失禁に対する関心は低い（＜尿失禁について関心が向かない＞）状況にあり、女性同士やメディアから情報を得られているにもかかわらず、一時的な対処行動である尿もれパッドの情報等（＜予防、改善に向かわない情報＞）を得ており、問題視していない心理的状况に影響している。そして、これらの状況は、尿もれパッドの使用という一時的な対処行動により安心感を得ており（＜からまわり要因＞）、予防、改善行動に結びつかず、尿失禁の悪化時には一時的な不安が現れていた。

（２）援助者側の役割と課題

- ①対象者ひとりひとりがどのような尿失禁の状態にあるのか、概念図を基に必要な情報を収集する（骨盤底に負担のかかる生活や出産体験等）。
- ②不必要な医療介入を行わないようにし、骨盤底に負担のかかる医療介入があった場合、また、腹圧のかかる日常生活をしている場合には、特に予防、改善策を伝える。
- ③改善に結びつけられるような質の良い情報（治療施設や治療方法等）を流し、啓発活動をしていき、尿失禁に対する偏見をなくしていく。
- ④自尊心や羞恥心に配慮し、医療者側から積極的に投げかけていく。
- ⑤必要時、治療に結びつけられるよう専門家とのネットワークをつくっていく必要性があり、治療が中断しないように連携を取る。
- ⑥尿失禁への関心が向けられるように、骨盤底筋体操を継続して実施していける地域で行う機会（教室）をつくっていく。

2) 尿失禁治療中の女性と治療をしていない女性（中高年女性）の出産状況

（1）実態（出産場所による出産の変化についてまとめて記述する。）

①昭和 20 年代～ 30 年代にかけては、自宅出産が当たり前という感覚で、近くの産婆に来てもらうという時代であったが、昭和 30 年代中盤頃より、安全性を求め、助産院、個人医院、病院出産に移行していった。その変化は急激に起こっており、病院で産むことが当たり前という感覚に変化していった。

②自宅出産では、妊婦健康診査はほとんどない状況であり、助産院出産から、妊婦健康診査をするようになったようである。医師による血圧や尿検査等の妊婦の健康管理を主とした健康診査は、病院出産になってからであった。

③自宅出産では、正常、異常経過にかかわらず出産に家族が付き添っており、リラックスしている状況がみられた。助産院出産より、家族が立ち会わない出産へと変化しており、病院では、家族の姿が消えていた。しかし、昭和 36 年頃の個人医院では、出産に家族が付き添っていた。これは、医師の出産に対する考え方が影響していると考えられ、家族立ち会いの出産も病院出産でもあった時代があることが予想される。また、病院出産では、側に付き添う者が助産婦であるか、看護婦であるか分からない状況であった。

④自宅出産、助産院出産では、会陰切開がなく、怒責もせず、自然な経過の出産であり、出産後に動くのが楽であった。また、異常出産の場合は、産婆が、医師を呼ぶ判断をしており、医師を自宅に呼び、緊急時の対応をしていた。病院出産になり、ほとんどの者が会陰切開を経験し、怒責誘導されており、また、それを当然と捉えていた。陣痛促進剤や吸

引分娩も多くの者が経験するようになっていった。しかし、昭和 36 年の個人医院での出産では、医師は立ち会うのみで、手を出さず、自然な経過を見守っていた状況もあった。

⑤自宅では、布団の上で仰臥位で産んでいたが、助産院でベットを使用するようになり、病院では、分娩台の上で足を固定したスタイルになっていった。

⑥出産後の腹帯は、自宅出産で多くの者が経験しており、病院出産になり、一律に使用するものではなくなっていった。

⑦自宅出産では、子どもが側にいるので、乳房の手当もなく母乳が出ていたが、助産院や病院出産となり、人工乳を使用する育児も出てきた。

⑧自宅出産と助産院出産では、母親や家族から出産にまつわる多くのことを伝承されていたが、病院出産では、ほとんど伝承はされていなかった。

⑨自宅出産と助産院出産で自然な出産体験をしたものは、出産は自然に任せた方が良く、出産前は体を動かすこと、出産後は体を休ませることが良いという受け止め方をしていた。

⑩自宅出産と助産院出産をした者は、産前は体を動かしており、産後は休息を取っていた。

⑪自宅出産での出産後の産婆の役割は、沐浴であり、助産院では、入院中の 1 週間の世話であり、出産後の役割は限局していた。

⑫どの年代も育児は、姑や母親等家族、近所の者が手伝っていた。特に、自宅出産では、出産後 3 週間を過ぎると、姑が子どもの面倒をみて、その間、本人は仕事（農作業）をしていた。

⑬自宅出産や助産院出産において、異常な経過を体験した者は、嫌な想いをしており、次回の出産で安全性を求め病院を選択していた。

⑭病院出産では、会陰切開後の痛みによる苦痛を覚えていた。

⑮病院出産では、孤独な想いや医療介入による痛い想いをし、出産が嫌な経験として残っている者がいた。

（２）援助者側の役割と課題（尿失禁予防、改善の視点も含め、今後の出産の方向性）

①母親や家族から、出産にまつわる伝承がされなくなっているため、産婦へ、自然に進む出産について伝える。

②骨盤底への負担を考え、個人にとって真に必要な医療のみが行われるように支援する（怒責誘導、吸引分娩、クリステレル胎児圧出法、会陰切開等）。

③家族が側で付き添え、家族と共に出産できるように環境を整え、本人が肯定的に出産体験を受け止められるように支援する（分娩台からフリースタイルへ、院内助産院の方向へ）

④妊娠中から出産と出産後に向けての体作りを支援する（出産が正常に進むように）。

⑤出産後３週間は、骨盤底の保護のため、過度な腹圧が加わらないように産後の休息をすすめ、腹圧のかからないような腹帯の使用方法を検討し、実施する。また、その必要性を説明する（特に経産婦）。

⑥医療介入や腹圧のかかる産後の生活をしていた中高年女性たちが多いことを踏まえ、中高年女性たちへ、尿失禁予防、改善のための情報を伝え、対応をする。

3 章 経験年数 10 年以上の助産師と新人助産師、医師の役割行動プロセス

1 節 経験年数 10 年以上の助産師、新人助産師、医師の出産時の役割行動プロセス

1 調査目的

経験年数 10 年以上の助産師と新人助産師、医師を対象に、尿失禁と産科医療との関連から、どのような状況の時に不必要な医療介入があり、また、どのような状況の時に不必要な医療介入のない出産になるのかという、出産時におけるそれぞれの役割行動プロセスを明らかにする。この出産時における役割行動プロセスが明らかになることで、助産師や医師の考えや行動が予測でき、産婦と医師との関係性の中で、更に不必要な医療介入のない自然な出産に繋がられるための適切な時期における助産師自身の具体的行動が示唆できると考えられる。

(作業課題①④)

不必要な医療介入のない待つ出産に結びつくまでには、助産師や医師は多くの精神的、身体的、社会的変化の過程をたどっていると考えられ、そこには、産婦や医師との関係性が含まれており、その変化には、プロセスがあると考えられる。しかし、そのプロセスの視点で分析をしている先行研究はみあたらない。従って、この視点からの分析は、尿失禁の予防の視点からも、重要な位置を占めていると考えられる。

2 調査方法

1) 調査対象

経験年数 10 年以上の助産師：G 県にある 4 カ所の病院または診療所の

助産師経験年数 10 年以上の勤務助産師 10 名（看護師長以外）である。

新人助産師：2 カ所の病院の助産師経験年数 2 年以内の新人助産師 3 名である。（経験年数 10 年以上の助産師が働いている施設の新人助産師）

医師：3 カ所の病院または診療所の産婦人科経験年数 15 年以上の医師 3 名である（経験年数 10 年以上の助産師が働いていた施設の医師）

* 第二部 3 章 1 節と 2 節は同じ対象者

2) 調査方法

勤務時間外に個室にて 60 分～ 90 分の半構成的面接を行った（新人助産師は、60 分）。

面接内容：

主な質問項目は、「出産の状況」についてであり、それについて対象者に自由に話してもらい、対象者がさらに詳しく話せるように、流れの中でいくつかの質問をしていった。

倫理的配慮：

研究者が個別に直接研究協力の依頼をし、研究依頼書と同意書を自宅または勤務先に郵送した。研究依頼内容を確認して頂いた後、研究同意書を研究者に返信してもらい、研究同意とした。同意の得られた助産師と医師には、都合の良い日時と場所を個別に調整させてもらい、調査は、途中で拒否できること、および個人が特定されることはないことを説明した。面接は、プライバシーが確保されるよう勤務病棟以外の個室や病院外の個室で行った。

3) 調査期間

経験年数 10 年以上の助産師：2004 年 1 月～ 2005 年 3 月

新人助産師：2004 年 3 月～ 2005 年 3 月

医師：2004 年 6 月～ 2005 年 5 月

4) 分析方法

「出産時の役割行動プロセス」を分析した。分析は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に行った^{5.4-5.5)}。(方法の特徴および、分析手順については、第二部第 1 章の分析方法参照) 尚、新人助産師と医師は、人数が 3 名と少なかったため、1 件のみの概念も捨てずに使用している。

表 17 は、本文中におけるひとつの概念生成の過程の例示であり、次の文は助産師が語ってくれた言葉である。「『もうちょっと待たせてください、これだけ（会陰が）伸びているんだから出てくると思います』っていう先生たちとのいい関係もあった」「自分より若い先生だと、『もうちょっと待って』って言っちゃいます」「自分もドクターにアプローチしていくようになった。自分も自信を持てるようになって」「もうハサミ持って待たれちゃってると。『次いい?』とか言うと、『もう次、入れられちゃうな』ってはっきり分かるときは、『先生、もうちょっと待って下さい』って、『頑張って息んでますから～』って言うので」等である。この様な部分より、【医師と能動的交渉ができる】という概念を生成した。そして、この概念の定義を〔正常と異常の経過判断とともに、医師と能動的に交渉ができる〕とした。このような分析をしていく中でいろいろと浮かんできたアイディアをメモとして書き留め、これを理論的メモとした。例えば、「産婦の代弁者」「判断して対等に意志を伝える」「どんな医師と交渉できるのか?」「交渉できない時はあるのか?」などである。

3. 結果および考察

1) 経験年数 10 年以上の助産師の出産時の役割行動プロセス

助産師 10 件の属性は、表 18 の通りである。図 20 は、10 件のデータを修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に分析した概念図である（＜＞カテゴリー □内概念）。助産師たちが語った内容から、図のように 10 のカテゴリーとそれらを構成する 36 の概念が見い出された。

まず、カテゴリー間の関係性について説明する（＜＞カテゴリー 【】概念 【】定義）。

出産の状況は、不必要な医療介入のある＜介入出産＞をしている状況が見られていた。そして、それには、＜待てない人材と環境＞というカテゴリーが深く関わっており、助産師は、助産師教育や卒後経験で待つ出産を経験していない状況＜待つ出産未経験＞を基盤に＜未熟なコーディネイト力＞状況にあった。しかし、出産状況は変化していくことになる。助産師は、＜自己成長素材＞という自己を成長させていく経過を取っており、そこには、自然出産への社会の流れという大きな動きとしての＜消費者の主張＞の影響を受け、＜発揮されるコーディネイト力＞を備えていくことになっていた。＜発揮されるコーディネイト力＞は、助産師自身のみで発揮されているわけではなく、パートナーである医師等＜待てるバックアップ人材＞の存在によりその力が発揮されていた。助産師は、この＜待てるバックアップ人材＞と＜消費者の主張＞を上手くコーディネイトし、＜待つ出産実現＞へと変化させていた。更に、待つ出産への変化は、引き続き次の変化を起こし、＜待つ出産の効果と課題＞に繋がり、＜自己成長素材＞にフィードバックしている状況にあった。

次にそれぞれのカテゴリー毎に説明する。「 」内語られた言葉 () 内省略や説明の言葉 (…?) 筆者の問いかけ (()) 内は関連以外の語られた言葉)

①＜介入出産＞

10名の助産師全員の発言内容から、【不必要な医療介入のある出産になる】という1つの概念が見い出せた。発言内容は、「出血の多いお産でしたものね。…切って、押して、いきんで出たわけですから、非常に」「だけど（医師が）余裕がないとか、自分で闘志が強すぎると介入が多すぎるというのは確かにある」「アト点（陣痛促進剤）は凄く多かったんですよ」等である。この概念の定義は、〔会陰切開、誘発分娩、吸引分娩、クリステル胎児圧出法等、不必要な産科医療介入のある出産になる〕とした。この状況は、助産師が語ってくれている中で明らかになった状況であるが、調査実施時点では、「最近鉗子なんてみたことない」「ここ2、3年もフリースタイルとか」等の内容から、全てではないが、不必要な医療介入が無くなって来ていることが明らかになった。そして、不必要な医療介入に至った経過にはさまざまな理由があることが確認できた。その理由は、図20のように、＜待てない人材と環境＞＜未熟なコーディネート力＞が深く影響している状況であった。

助産師たちは、10年以上の助産師経験の中で、過去に数多くの不必要な医療介入のある出産援助に携わって来たということが理解できる。日本における出産の変化については、第一部2章2節の先行研究の部分で記述しているように、産科医療に関することが焦点化され、社会の中で急速に変化していったのは2000年前後である。助産師が働いて来た時代を考えると、やはり、変化以前の状況の中で、施設内において不必要な医療介入が実際に起きていた状況が伺える。

②＜待てない人材と環境＞

＜待てない人材と環境＞カテゴリーは、5つの概念で構成される。まず、【マンパワー不足と設備環境の不備・体制】という概念が見い出せた。これらは、「ちょっとこの1年は人が2人足りないの」「新生児サイドと産科サイドがもっとドッキングしてくれれば。もっとこれですよ（良い方に向く）。…結局異常を起こさないようにみんな頑張っちゃう（医療介入する）じゃないですか」「助産師が6人しかいなくて、…先生が2人だったんで、…『昼間のお産じゃないと』って言うので、アト点（陣痛促進剤）は凄く多かった」等である。

バリエーションとして、助産師や医師の人手不足、勤務の都合、他科との連携不足、部屋の距離や構造上の不備等が見られる状況にあり、これらが不必要な医療介入のある＜介入出産＞理由の根本になっていた。そして、次の問題を引き起こし、【待てない医師の存在】に繋がっていた。特に、医師の人数の少なさは、結果として出産に医師が立ち会うために、医療介入をして出産を急がせることに繋がっていると思われ、医師数の増加が大きな課題であると考えられる。

多くの助産師が、【待てない医師の存在】により、不必要な医療介入のある＜介入出産＞になっていく状況を語っている。そして、そのような医師たちが出産を待てない理由は、【責任者としての医師の対等性欠如認識】にあると、助産師たちは認識していた。この概念の定義は、「医師は、最終責任を取らなければならない立場であるため、助産師をパートナーとして対等に認めていないであろうと認識している状況」とした。語られた内容は、「産婦さんにはすごく優しくって、すごく良く見て、自分の患者に一生懸命になってて、悪く産ませちゃなんないって」「（昔は）『医者の下』っていうのを感じて働いていたけど」「『もう少しこの

側臥位のまま待たせてください』って、…言ったら、『生意気だ』って言われたって」「だけど余裕がないとか、自分で闘志が強すぎると介入が多すぎるっていうのは確かに」「たぶん忙しいって言うか、理由にならないんですけど、結局全部病棟を全部見て、ぜ～んぶやらなくちゃならなくて。あとは、若い先生がなかなか全部こなせないところが、また全部先生に来ちゃっているから、業務の量が多いですね。あとは、何か問題がある時に病棟責任が来るから、お産に対して慎重だったり」「後腹膜の方に出血をしてしまって、…そんなことが何件か続いて、血管確保しようって」等である。

これらの内容から、バリエーションとして、医師という責任のある立場上、状態の良い新生児が産まれることが目標になっていたり、いくつかの苦い経験のための予防的対応として全症例不必要な医療介入が増えている状況、一生懸命になりすぎている状況、そして、忙しいためや自信がないために予防的に介入しすぎている状況があり、若い助産師に威圧的な言葉や態度を取る対等性欠如の行動が見られていた。山崎の調査によると、平成元年から平成 13 年の周産期医療過誤民事判例中、ほとんどの責任主体が医師や法人であり、助産師の法的責任が不明確であることが明らかになっている¹⁶⁰⁾。このように、責任の所在が最終的に医師にあるということからも、医師が予防的行動を取ってしまう状況は、十分に考えられる。これらの改善のためには、助産師自身も法的な責任を明確にする努力をしていく必要性があり、また、医師の忙しすぎるといふ労働条件を早急に改善していかなければならないと考えられる。そして、医師が手を出すべき部分と手を出さなくても済む部分の役割がはっきりみえてくることで、対等な関係性がつくれ、正常経過は助産師に任せられ、医師の忙しさも多少は改善できるのではないかと考えられる。

その他、【リーダー助産師からの伝承困難】と【同調してくれない助産師の存在】という助産師同士も＜待てない人材と環境＞の中に入り、概念化された。語った件数は少ないが、マンパワー不足もあり、助産師同士で伝承をする機会が少ない状況や改善の方向に同調してくれない助産師がいることは、＜介入出産＞に繋がっていった。

③＜待つ出産未経験＞

＜介入出産＞に繋がっているカテゴリーとして＜待つ出産未経験＞が挙げられた。これは、【助産師教育・卒後経験における待つ出産経験欠如】というひとつの概念で生成されており、発言の中には、助産師教育において怒責や会陰切開を勧める教育を受けていたり、仰臥位での出産援助のみ教わっていたり、就職先において誘発分娩が当たり前のように行われていたりというバリエーションが見られていた。このように、不必要な医療介入のない待つ出産の経験がないことは、出産の変化を取り入れられないという状況に置かれていたことになる。このことから、助産師教育と卒後経験において、待つ出産の経験がいかに大切であるかが再確認できる。

④＜未熟なコーディネイト力＞

助産師は、＜待つ出産未経験＞を基盤に＜未熟なコーディネイト力＞状況にあった。このカテゴリーは、3つの【医療介入当たり前感覚】【自信がなくて出産経過の判断ができない】【医師との能動的な交渉不能】という概念から成り立っている。

【医療介入当たり前感覚】は、定義を「医療介入が当たり前の感覚で、疑問に思っていない状況」としており、「そこにいた時は良く分かんなかったけど」や「当たり前のようにやるものだと思ってました」の発言のように、医療介入そのものに疑問が持てない状況にあった。また、【自

信がなくて出産経過の判断ができない】は、経験が少ない新人時代に多くの助産師が経験してきたこととしてあげられていた。例えば、「昔は（胎児心拍数が）落ちちゃったらもうすぐってというような対策であわてた部分があったんだけど」「前は、自分自身も自信がなかったから、『入れる？入れる？』って聞かれると、切れるかもしれないって、変な方切れたら困るっていう気持ちがあったから、切った方がいいかなみたいな感じあったけど」等である。このように、経験が少ない新人時代には、自信がなくて判断がつかない状況にあったことが理解できる。新人時代には、出産時に先輩助産師の存在があることで、不必要な医療介入のない出産に繋がる状況を導き出せる可能性があると考えられる。

更に、【医師との能動的な交渉不能】が、大きく介入出産に影響していた。内容は、「先生が『切開入れるよ』って言うのと『待ってください』とは言えなくて。何かあった時困るなって。だから『まだ伸びるのにな〜』って思う時は、ありますよね〜」や「心音も何も問題なくて、この人も頑張れるから、もう少し（会陰を）伸ばしたいなっていうのがあるのだけど。（先生が）いると、待たせるのも悪いっていう気持ちもあるし、『じゃあ、次切ろうか？』って言うのと『じゃあそうしますか』って」等である。交渉不能な状況は、新人時代に出産経過の判断ができない場合と経験を積んで来て判断できた場合の両方を含んでおり、結果として交渉していない状況にあった。経過の判断できた場合には、【責任者としての医師の対等性欠如認識】との関係性から言えない状況が主に現出していた。この交渉ができるかどうかにより、出産経過が大きく変化していくことが考えられるが、交渉できない事実により、実際は、会陰切開という医療介入に繋がっていた。そのため、経験を積んだ助産師であっても、医師といかに対等な関係を持てるかということの重要性が理解

できる。

⑤＜自己成長素材＞

＜自己成長素材＞は、9つの概念から成り立ち、それぞれの概念がお互いに影響しあっている状況にあった。まず、【科学的根拠に基づいた知識習得】がみられた。例えば、「何かの文献を必ず持ってくるから。勉強会とかああいう所出て、新鮮な情報を持って来て、1回データも出しているんですよ」という状況から、子宮収縮剤や抗生剤等の薬剤の使用をルチーンから必要時に変更している。その他、出産体位やカンガルーケア等についても、社会の流れを汲んで研修会参加や勉強会にて、科学的根拠を基にしながら学習しているというバリエーションが見られ、スタッフ全員に波及し、同調する助産師がついてくるという繋がりもみられていた。

次の概念は、【医療介入のない待つ出産経験を積む】ことであり、多くの助産師が語ってくれていた。発言例としては、「めいいっぱい伸びて上手に、何て言うのだろう静かに出すと、そんなに切れない」「側臥位の分娩とかもそうだけど全部ルチーンじゃなくてここはこうしようとかみんなでやってくしかない。先生たちもあーそういうものなんだとか（見て慣れるみたいな）先生たちも逆に成長してきて（医師の立場が）上になったときに、（手を出さずに）見てる」等である。バリエーションとして、会陰切開なしで出産する経験、側臥位の出産経験、胎児心音が落ちない経験があり、正常な出産経過を援助したり見学したりすることを助産師学生時代や卒後に積み重ねている状況がみられた。その経験は、＜自己成長素材＞の中のそれぞれの概念に強く影響を与えており、更に、医師が正常な経過を見て学んでいるという効果や助産師が【（正常・異常の）出産経過の判断をする】ことに繋がっており、とても大切

な経験であると受け止めることができる。

【自然な出産経過の重要性についての考え】は、経験を積み重ねていくことで変化していった出産についての考え方、捉え方である。助産師は、産婦の立場に立ち、産婦の将来を見据えた援助をすることが必要であると語っており、そのために目の前で起きている現在の自然な出産経過を重んじるという考え方を持っていた。この考え方は、助産師自身のみでなく、医師もそのように考え方が変化して来ていると助産師が認識していることも明らかになった。発言としては、「先生たちも変わってきたのかなあ。…大事にするものっていうのが、結構患者さんの立場を考えたものの見方が出来ていたかな」「まずは育児のスタートを快適にしないではいけないから」「今は女医さんが増えてきたんで、呼ばれて来るのではなくて、『一緒に参加させて』って、陣痛室で一緒にさすっている人もいる」「お産も大変だったけど辛いことを乗り越えられたっていう達成感もある程度の満足感も出来て、育児も楽しくやっていける。っていう方向に近づけて持っていけ、援助していかないと」等である。このように、産婦の立場に立ち、先を見据えた考え方に助産師自身は変化していったこと、そして、医師の出産についての考え方もまだまだ隔たりはあるにしても変化しつつあり、これらが待つ出産への変化をもたらしていった。

そして、【助産師の責任を感じ、自信をつけ、意志をもつ】という概念は、全員の助産師が語ってくれた内容から概念化されたものであり、経験を積んでいく中で、しだいに備わっていく状況であった。発言例としては、「『助産婦としてどこまで待てるのか、裂傷無く上手にやれるお産をやりたい』っていう気持ちありましたよね」「妊娠初期から受け持つとすれば、その人が無事に出産するまで異常を起こさせない。…例

えば授乳にしても、授乳を上手にスタートさせるのに、妊娠中から責任もたなくちゃならないじゃないですか」「正常をより正常にするのは私たちの仕事で、一旦異常になったものを正常に押し上げるのは医師の仕事だから。だから、立場に入り込んではいけない」「助産師外来としてやっていて、助産婦がメインで見ている。…異常ないねっていうのを確認すれば、後の指導、食事指導とかっていうのはスタッフがする。そういう所からして、自分たちがみているんだよね」等である。このように、それぞれの助産師が、経験を積む中で、自分自身に自信をつけ、やりたいことややれることを明確にしている状況がみられた。また、自信をつけさせる機会としては、助産師外来での経験が大きな成長の機会になっている助産師が多くみられた。この助産師外来は、対象者を責任をもって見ていき、助産師の力を発揮できるという有効な場として位置しているようである。

【体力低下代替えとしての重要ポイント発見能力】という概念は、助産師経験を積んだからこそ備わって来た能力である。発言内容は、「(医師は) 上になった時に (上司の医師になった時)、(出産を) 見てる。怖いと手をだしちゃうんだけど、…黙って見ていられるっていうのがある (見守っている)。…余裕があると」「年取ってくると一度にいろんな事出来ないんだけど、1つのことで、効果をこう、波紋を及ぼすような事が出来る。次の日の事を吟味して今の事が出来るようになるから。そうすると体力的に楽ちんになる。工夫が出来る」等である。助産師から見た医師の状況もそうであるが、助産師自身も、経験を積むことで先が見えてくるため、多くの出来事を受け入れるようになり、大切なポイントを発見する能力が備わり、それが体力の衰えをカバーしている状況にあった。

数名の助産師の発言から、【産婦・医師・助産師との対等な関係の必然性についての考え】が概念化された。定義は、「産婦と医師、助産師との対等な関係性がないと、不必要な医療介入のない出産は望めないため、必要と捉えている」である。この概念は、【責任者としての医師の対等性欠如認識】のために＜介入出産＞が行われたという経験をもとに、導き出された考えである。そして、3者の対等な関係の構築のためには、現在医師養成教育（以後医師教育とする）の中でもその重要性が言われ出した対象者の人権を尊重した対応のあり方について、医師も助産師も更に学ぶ必要性があると考えられる。

そして、【自己振り返り学習】も概念として見い出せた。発言としては、「分娩台で、くねくねされるのは、やっぱり保護しづらくてって思いましたけど、（自分で体験し）くねくねしないとやってられない」「やっぱり切開いれて傷が小さい、だったらその方がいいけど。その判断で傷が深くなっちゃうこともあるじゃないですか、…（褥婦の）後の歩き方とか見ていて」等である。振り返りの材料としては、自分自身の出産体験や出産の援助をした産婦の反応と記録からであるが、振り返りをすることで、次に自分はどうすべきかという課題を導いている状況であり、自己成長のもとになっている。

【自身や家族の出産体験による立場変換】という概念は、上記の【自己振り返り学習】にも影響している。出産する本人や家族になるという産婦側の立場を体験（立場変換）することで、援助者としてどのように出産時の援助をすべきかを考えることに繋がっていた。

＜自己成長素材＞の最後に、【インフォームド・コンセントによる自己防衛】が挙げられた。これは、社会の流れの影響を受け、インフォームド・コンセントで相手の立場を守ることにより、将来的には自分自身

の立場を守ることに繋がっている状況である。場面としては、立ち会い出産をすることで、家族や産婦に目の前のことを理解納得してもらうことや記録に残し、後に振り返りができるようにすることが語られていた。

⑥＜消費者の主張＞

＜自己成長素材＞や＜発揮されるコーディネート力＞＜待つ出産実現＞に影響しているカテゴリーとして出産の主役である＜消費者の主張＞が挙げられた。この中は、【産婦を守る人の存在】【産婦主体の自然出産に関する産婦側からの要求】【産婦主体の自然出産への社会の流れ】という 3 つの概念で構成されており、【産婦主体の自然出産への社会の流れ】の影響を他の 2 つの概念それぞれが受けていた。

【産婦を守る人の存在】は、立ち会い出産時の夫や母親等の家族、そして学生という存在が挙げられていた。例えば、「そこに家族がいる（立ち会う）意義っていうのがなんだ、って言った時に、患者を守る立場と、医療者が医療上の過激な部分をセーブするような抑止力になっているんじゃないかと」「お父さんも、『こんな真っ黒で元気もなくなつて、しょうがないですよ』って言って済んだのがあったんですよ。申し訳ないですってあやまりながら蘇生してて。やっぱりその場にお父さんに居てもらった方が、『引くにしても押すにするにしてもいいよね』って、事に」「家族がいるせいで余計に押したり引いたりしない」等である。産婦の側にいる身近な立ち会い者は、不必要な医療介入を阻止するためにも、目の前で起きている事実を納得してもらうためにも意味がある存在であり、立ち会い出産は、増えている状況にあった。

また、【産婦主体の自然出産に関する産婦側からの要求】は、多くの助産師から語られていた。内容としては、向き合って欲しい、会陰切開を入れないで欲しい、手を加えないで欲しい等であり、口コミから病院

を選択している状況もみられた。このように、産婦側から訴えるようになり、それに対して、助産師や医師側も受け入れられるよう努力し、産婦と交渉をするようになっていく状況であった。

この2つの概念に影響を与えている【産婦主体の自然出産への社会の流れ】は、インフォームド・コンセントについてとフリースタイル、怒責をさせない、立ち会い出産等の自然な出産の方向に世の中が動いている状況が挙げられていた。このような流れが産婦とその家族や医師、助産師それぞれに影響を与えている状況にあった。

⑦＜発揮されるコーディネイト力＞

＜発揮されるコーディネイト力＞は、【（正常・異常の）出産経過の判断をする】【産婦と交渉できる】【医師と能動的交渉ができる】という3つの概念で成り立ち、＜待つ出産実現＞に繋がるように上手にコーディネイトしていた。

まず、【（正常・異常の）出産経過の判断をする】についてであるが、助産師は、出産経過について刻々と判断をしていた。「（医師へ）『もうそろそろ分娩室に入りますけど、この人は会陰が高いし、硬いし、産道出口部が狭いので時間がかかりますから呼んだら来てください』と」「その後のこともあるじゃないですか、だから自分はこれは切ったほうがいいとか、切らないほうが…とか、自分の判断」「もちろん赤ちゃんとかそういうのも、大丈夫な状況を自信を持ってる時に限りますけどね（医師に待ってもらおうよう伝える）」「頭の出方の、（会陰の）伸びの状態で、この人はこれ以上のびないな…、あとは、…その人（産婦）自体が待てないっていうのと、心音が…っていうので待てなかったり。…それで切開したりっていうのがあるよね」等である。助産師は、その時の観察や条件を材料に判断し、その判断にのっとり、産婦の要望も聞きながら【産

婦と交渉できる】に繋げていたり、医師の考え方を踏まえながら【医師と能動的交渉ができる】や【医師との能動的な交渉不能】に繋げていた。また、多くの助産師は、若い時には正常か異常かの判断ができない状況も合わせて語っており、経験を積み自信をつけてきたからこそできる正常と異常との判断であると認識している。安達らが行った調査では、平均臨床経験 20 年以上の助産師の調査から、安全性を確保するために実践しているケアとして、正常な分娩進行のための判断とケアが挙げられていた⁴¹⁾。今回の 10 年以上の経験のある助産師たちも、正常と異常の出産経過を判断しているという事実が明らかになった。

【産婦と交渉できる】という概念の発言例は、「医師が来る前に聞くんですね。『どう？』（まだ切開入れないで我慢ができるか）って」「否定したり、『今できないよ』とか、そういう風な言い方じゃなくって、『そうだね、切ってもらおうね』、『早く楽になろうね』って言いながら、もう一回陣痛を過ごしたりして。…分かってくれるって言うか、乗ってくれるんですよ～」「『これこれこうだから必要なことで、だからしなくちゃならないんだよ』って言えば、納得しないわけではないんだよ。なるべくこうにしたい、ああにしたいっていう希望が通せるものであったら、通してあげるようにしている」である。このように、助産師は、出産の主体者である産婦の要望を聞き入れ、その望みが叶うような行動や、反対に要望が通らない場合は否定しないように説明し、納得してもらうという交渉を行っていた。

そして、【医師と能動的交渉ができる】は、＜待つ出産実現＞に繋げるためのコーディネートの中で重要な行動であった。表 17 で例示した発言のように、このような交渉は、助産師経験 8 年目や 10 年目頃からというバリエーションが含まれており、経験を積み、しっかりと正常と

異常の経過が判断できているからこそその行動である。そして、出産の主体者である産婦の要求を聞き入れながら、必要時、産婦の代弁者となり医師にその要求を伝えていくという仲介もしていた。また、交渉することで、医師が、待てる医師に変化していく様子もみられた。更に、待てる医師だからこそスムーズな交渉や交渉する必要もない位の分かり合えている状態にもなっていた。そして、交渉が上手くいかない時には、その場にいた医師の上司である医師との交渉をしているというバリエーションが見られていた。

⑧＜待てるバックアップ人材＞

＜待つ出産実現＞をバックアップしてくれる人材として、医師や自分以外の助産師、看護師、そして学生が存在していた。概念としては、【上司医師からの伝達】【正常経過中、待てる医師の存在】【医師の対等性認識】【リーダー助産師の存在と伝承】【分かってくれる助産師・看護師・学生の存在】という5つの概念が導き出された。助産師の発言内容から、医師は、＜自己成長素材＞の影響を受けて【待てない医師の存在】から【正常経過中、待てる医師の存在】へと変化していることが明らかになった。そして、【待てる医師の存在】は、＜待つ出産実現＞に大きく関わっており、このような医師がパートナーとしているかどうかが出産経過を左右すると言っても過言ではないようである。

まず、【上司医師からの伝承】が概念化された。例えば、「ドクターサイドもねそれを認めるようになって来て、また新しい先生たちは、その中から学んでいくような状況があって」「□先生も、切れたら切れたで縫う人が上手に縫えば良いんだから、切開入れなくて良いよっていう考えで。□先生がいなくなったら、〇〇先生がその後を継いでいるような感じで」「一番上の先生が『うん』と言ったことに対して、他の先生

が『だめ』とは言わない。すべて決定権は一番上の先生にあるので」等である。このように、助産師は、特に上司である医師から若い医師へ引き継がれていくことを認識しており、＜待つ出産実現＞に変化していった絶大な力は、上司である一番上の医師の考え方であり、影響力を持っていることが理解できた。

この伝承もあり、【正常経過中、待てる医師の存在】という変化をほとんどの助産師が認識していた。発言内容としては、「お医者さんたちの変化がありましたね。大きかったと思います。…ドクターサイドで待てるようになって来た」「『どうだい？』なんて（医師が）やって来て『まかせておくからね』って」「（医師は）ほんとにぎりぎり自分が手を出さなくてはいけないところかっていうのが多分見極められるからだと思う」「先生も待ってくれるようになりました」である。医師がこのような待ってられるようになっていった過程には、図 20 のように、【上司医師からの伝承】や、助産師の【医師と能動的交渉ができる】、＜自己成長素材＞、＜消費者の主張＞等が影響していることが助産師の語りから理解できた。

そして、待てる医師は、【医師の対等性認識】があると、助産師は認識していた。定義は、「医師が産婦の立場に立ち、助産師の役割を認め、対等に関わってくれるようになる」である。発言は、「任せてくれる雰囲気。心音が落ちても、いきんでいきんで、『戻ってきたね』って…、そろそろあれかな？って思っても、『あと何回か良いんじゃない』って（医師）」「言えるようになったっていうのは、…それぞれがお互い認めあったっていう事かな。お互いについていうことよりも、先生たちが私たち助産師なりを、分娩時期のⅠ期Ⅱ期の対応の仕方とか技術をこれは認めてくれたのかな」「一緒に、『それいいね～』っでやってくれ

たり。違っていることは、もちろん言うし。だけどこっちに耳を傾けたりしてくれるんですよ」等である。これらの発言は、認めてくれる、任せてくれる、同じ方向を向いている、耳を傾けてくれる等の医師が産婦や助産師に向き合ってくれているという態度についてであった。その背景には、助産師自身の正常出産に対する役割を担う能力が備わって来たからであると考えられる。

＜待つ出産実現＞のためには、自分以外の助産師同士も大きな存在であり、【リーダー助産師の存在と伝承】がみられた。10年以上の経験をもつ助産師でさえもこの先輩助産師は、必要な存在であり、引き継がれていく助産師役割の効果が確認された。それらは、「ある程度横向きで『そのままやってごらんなさい』なんて、ついててくれて」「上の人がこうやってお産をとっていたんだっていうのがそういうことから学べる部分が大きい。…おしっこなんかとらなくていいんだ（導尿）。待っていれば回るんだ（児頭の回旋）」「今までの先輩たちのおかげだと思うんですよ。（医師が）助産師を信頼しようっていうね。医師の先輩はみんなころころ換わるから、助産師の先輩達がいしづえ創ったんだと思う」等である。これらは、現実的に目の前で援助している側にリーダー助産師がついてくれて教わっている効果と、今までの助産師が創り上げてきた医師と認め合う関係性が引き継がれているという効果という、現在進行形と過去形の両方が見られていた。

また、【分かってくれる助産師・看護師・学生の存在】も大切な存在であった。助産師の発言をまとめると、認めてくれた、理解してくれた、同調してくれた、ついていてくれた、分かってくれた、と表現しており、一緒にやってくれるスタッフの存在がとても大きく、支えになっていた。

⑨＜待つ出産実現＞

多くのカテゴリーと概念の相互関係の中で、プロセスは、【率先者としての産婦主体出産の実現】という概念に繋がっていった。この概念の定義は、「不必要な医療介入をしないよう、産婦主体の待つ出産を率先して取り入れ実現している状況」である。具体的には、「無理な負担をかけないで、いかに安全にお産をするかという所に視点が来て、…例えば、医者がある間に安全をはかるために早くお産にしようとか、そういうふうには、しなくなった」「いきんで、いきんで産むお産じゃなくなって、自然に来るいきみを待つお産になったんですね、…それが待てる、医者もそうだけど助産婦もそれを指導できるようなお産になっていたんですね」「『ちょっと押すよ』って時には、□先生が大きな手でこういう風に（ゆっくり押す）、クリステレルらしくなくて良いんですよ、誘導線に沿って。こういうのは無いですよ（ぐいぐい押す）」「吸引分娩は、完全に出口部に排臨の状態でないとかけなかった様な気がする」「若い人がやったわけじゃなくて、一番年取っていた私から入っていた様な気がするんですよ」「子宮収縮に影響があるような場合はするけど、そうじゃない場合は（導尿しない）」等という発言がみられた。その他、不必要な事はしない傾向になったものとして、陣痛促進剤、浣腸、剃毛、モニター、子宮収縮剤等が挙げられていた。そのどれもが科学的な根拠を基に不必要な時はしないように変化していた。そして、10年以上の経験をもつ助産師は、他の助産師よりも率先して対象者個人に合わせた産婦主体の出産になるように行動を取っている状況がみられていた。その行動は、産婦と向き合い、側にいて、受け入れながらの援助を実践しており、助産師のみが実施するわけではなく、分かり合える医師と協力し、産婦の力を最大限に出させる援助の実現であった。村上ら

の研究では、「分娩期のケア領域において、経験年数が16年以上の勤務助産師は、この領域の実践能力を高く認識しており、熟練助産婦として自己を認識していることが示された」⁴²⁾と述べている。今回調査した助産師たちも、率先して出産を変化させているという変化の中核的な役割を担っていたと言える。

⑩＜待つ出産の効果と課題＞

＜待つ出産実現＞は、＜待つ出産の効果と課題＞に繋がっていった。概念は、【出産後の褥婦のスムーズな状況】【産婦からの評価を受ける】【若い助産師への伝承】【助産師の手に任せられ改善していく妊産褥婦の援助】【出産後の振り返り課題】という5つから成り立っている。

まず、産婦主体の待つ出産により、助産師は、【出産後の褥婦のスムーズな状況】を観察により、確認している。その発言は、「めいっばい伸びて上手に、何て言うのだろう静かに出すと、そんなに切れない。だから歩くのが楽、トイレ行くのも楽、…痔も出ないしね」「ベットのうえでぐらかいたりしてみんなおっぱい飲ませられてたんですよ。傷が痛かったらぐらなんてかけませんよ」「お産後スムーズに赤ちゃんを受け入れてくれる人が多くなった」等である。外陰部の傷の痛みがないことにより、排泄や歩行、授乳が楽になり、そして、出産に満足して子どもを受け入れやすくなっているという、待つ出産に変化していったからこそ見えて来た褥婦の更に良い変化として受け止めることができる。

そして、観察による確認以外に【産婦からの評価を受ける】という状況により、良い効果と悪い効果を確認していた。それらは、「(会陰)『切れたんだけどたぶん傷は小さいと思うよ』って言ったらね。『全然痛くなかった』って、その後も『アッやぱり入れなくてよかった』って」「…

（医師と看護婦に対して褥婦は）嫌な思いだけが凄く残ったらしいの。だから、（産婦はこちらの対応をしっかりと）見ているんだよ」等の評価である。このように産婦から評価を受けることは、助産師自身に、嬉しさと反省という感情を引き起こさせながら、援助の続行や課題という形でフィードバックされ、更なる改善へと変化させる効果を生むと考えられる。

助産師同士の効果としては、【若い助産師への伝承】と【助産師の手に任されて改善していく妊産褥婦の援助】が見られていた。前者の発言としては、「3年目まで、若い子たちには出来るだけ一緒に立ち会って、できるだけ良い方向に行くように」「よほどの時は言うのかもしれないんですけど、ここで言わないとたぶん駄目かなと思うときは言っていると思うんですけど」等である。経験のある助産師は、若い助産師が援助する出産と一緒に立ち会い、アドバイスしたり、後に考え方や技術を説明したり、支持したりという伝承を行っていた。

後者は、＜待つ出産実現＞により、助産師の力が発揮される場が波及的に増えていっている状況である。例えば、「先生たちが『正常な産褥はみんなにまかせた』って言ってくれたその態度も助産婦の力ですよ。ね。認めてもらったという力ね。そのかわり異常があれば、ね」「初産婦さんでも切開を入れない人は多かったです。…だから悪露交換です～なんていう時間も無かった」等であり、ひとつの変化が次の新しい変化へと繋がり、改善の循環が導き出されている状況であり、医師と助産師の役割の違いも認識され、助産師判断でできる援助が増えていっていた。

最後に、【出産の振り返り課題】があげられた。助産師は、出産後の産婦自身の出産の振り返りの効果がまだ引き出せていない状況であると認識していた。出産を振り返ることの意義については、『出産のプロセ

スで達成感と満足感を味わっている母親は、肯定的な自己概念をより強くもつことができ、新しい役割に伴うストレスに対処しやすくなると言われており、助産師や看護師が褥婦とともに出産のプロセスを振り返り、出産に対する期待を満たすことができなかった褥婦についても肯定的な自己概念の回復を助けることができるために必要である』¹⁵⁸⁾と述べられている。しかし、実際には、この振り返りができておらず、この状況は、＜待たない人材と環境＞カテゴリー内の【マンパワー不足と設備環境の不備・体制】に起因している。このマンパワー不足の解消により、更なる産婦への援助の効果が引き出せるものと考えられる。

また、木村らの調査では、施設助産婦のキャリア形成過程の特徴を明らかにしており、キャリア 11 ～ 20 年目の特徴、21 年目以上の特徴をあげている⁴⁶⁾。今回の調査においても、10 年以上の経験を積んだ助産師たちの状況として、若い助産師への伝承や業務改善のための課題を明確にしている等の共通する項目が見られていた。

このように、助産師経験年数 10 年以上の助産師の「出産時の役割行動プロセス」を分析し、待つ出産へと変化しているプロセスが見い出せ、そのような出産が実現することにより、効果や課題を確認でき、更に、良い方向に出産状況が変化していく事が予測できた。この分析は、助産師の語りから助産師の行為や認識に照らし合わせて解釈した結果であるが、医師との関係性、そして産婦やその家族、社会との関係性の変化が、大きく助産師と関わり、助産師自身が変化していくプロセスに繋がっていた。この 3 者全てが産婦を主体とした不必要な医療介入のない待つ出産へと流れていることにより、出産が変化をしていったということである。第一部 2 章 2 節の部分でも記述したように、先行研究の検討では、

助産師、医師、産婦共々が不必要な医療介入をしない出産の方向に 2000 年前後より動いていることが考えられた。その動きが、施設内において現実に起きていることが、今回の分析から理解できた。

分析の結果明らかになったプロセスを押さえてみると、助産師は、10 年以上の経験を積む中で、＜自己成長素材＞として、【科学的根拠に基づいた知識習得】や【医療介入のない待つ出産経験を積む】【自然な出産経過の重要性についての考え】等、不必要な医療介入はいらないという多くの知識と技術を習得し、助産師としての自分自身の考えを確立している状況にあることが理解できた。

そして、この＜自己成長素材＞を基盤とし、＜発揮されるコーディネート力＞がついていくことが出産が変化していった大きなポイントになっていると考えられる。いくら経験を積んでも、＜未熟なコーディネート力＞であると、不必要な医療介入のある出産へと向かってしまう状況もある。そして、そのコーディネートに影響しているのは、＜待てるバックアップ人材＞と＜待てない人材と環境＞であり、人材としては、医師や助産師、看護師、学生が含まれていた。この中で、最もコーディネート力に影響しているのが、どのような医師と一緒に出産に関わるかであった。それは、産婦の立場に立ち、正常と異常経過に対する役割認識ができており、お互に対等に関われる【正常経過中、待てる医師の存在】である。この医師の存在が、不必要な医療介入のない＜待つ出産実現＞に繋がっていた。しかし、助産師からは、医師も、考え方が少しずつ変化している状況であるが、まだまだ不十分であるという発言も聞かれている。医師教育において、対等性認識を育てることがひとつの課題であり、助産師側も、医師との役割の違いをしっかりと認識し、対等な関係性づくりをしていくことが大切であると言える。

そして、施設内において、【マンパワー不足や施設環境の不備・体制】が産婦の立場に立てない根本の問題であることも今回のプロセスから見出すことができた。産科医師数、助産師数の少なさの問題は、多くの報告がされており、医師の人数をカバーする対策として、妊婦が1ヵ所に集中せず、適した施設へ振り分けられ受診できるように、妊娠リスクスコアを作成していることを厚生労働省研究班が出している¹⁶⁾。特に、医師数の不足により、実際に陣痛促進剤が使われ、会陰切開を入れ、出産を急がせる状況がみられた。このような状況を解決するためにも医師や助産師のマンパワーが充足されることが最も重要であると考えられる。

しかし、医師数が少なく、忙しい中にも＜待つ出産実現＞していることも今回の調査から明らかになった。それらは、助産師が、正常な経過は助産師の役割であるという意識も含めた【助産師の責任を感じ、自身をつけ、意志をもつ】状況がみられ、尚かつ【正常経過中、待てる医師の存在】があったからである。医師数が少ない中、医師が全ての出産を管理するのは到底無理があり、管理しようとする waited 状況となり、不必要な医療介入のある＜介入出産＞に繋がる。今回のプロセスからは、医師自身が、助産師に任せられる出産を任せたことで、人数の少なさをカバーし、バランスを保っていることが予測できる。このように、医師の人数が少ない状況であっても、正常経過は助産師に任せていくことができれば、更に＜待つ出産実現＞へと変化していける可能性が示唆できる。

そして、＜待つ出産実現＞は、＜待つ出産の効果と課題＞へと繋がり、【助産師に任せられ改善していく妊産褥婦の援助】がみられていた。任せられた＜待つ出産実現＞により、助産師の力が発揮され、波及的に他の援

助も任され、助産師の力が発揮されている状況にあった。助産師は、このようなひとつの変化が更に次の新しい変化を導くという良い循環がされていく事実を知り、不必要な医療介入のない＜待つ出産実現＞に関わっていくことも大切であると思われる。

以上のように、助産師の出産時の役割行動プロセスが見い出せたことで、経験年数 10 年以上のひとりひとりの助産師が、このプロセスに自分を当てはめ、どの部分が不十分なのか、また、効果的なのか等の確認できることになった。例えば、＜自己成長素材＞を意識して成長させることが課題となるのか、＜待てるバックアップ人材＞がいなかったため、医師との関係性づくりが課題であるのか等であり、これらが見えやすくなったと考えられる。そして、不必要な医療介入のない産婦主体の出産の実現に更に変化していけることが、将来的には、尿失禁予防改善に繋がると考えられるため、その可能性が今回の分析から見えてきたと考えられる。

2) 新人助産師の出産時の役割行動プロセス

助産師 3 件の属性は、表 19 の通りである。図 21 は、3 件のデータを修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に分析した概念図である（＜＞カテゴリー □内概念）。助産師たちが語った内容から、図のように 7 つのカテゴリーとそれらを構成する 15 の概念が見い出された。

まず、カテゴリー間の関係性について説明する（＜＞カテゴリー 【】概念 □定義）。

新人助産師は、＜助産師教育における待つ出産経験＞を基盤にしながら、＜自己成長素材＞により自己を成長させている状況にあった。そし

て、同時に出産経過の判断に迷いがあったり、医師と交渉できたりできなかったりという<不安定なコーディネイト力>な状況に置かれていた。この<不安定なコーディネイト力>は、<待てない人材>の影響を受け、<介入出産>へと繋がり、反対に、<待てるバックアップ人材>の存在により、<待つ出産実現>へと繋がっていた。新人助産師は、<待てない人材>と<待てるバックアップ人材>により、大きく影響を受けて出産に携わっている状況にあり、更に、その出産経験を<自己成長素材>にフィードバックしている状況がみられた。

次にそれぞれのカテゴリー毎に説明する。

①<助産師教育における待つ出産経験>

新人助産師は、【助産師教育における待つ出産経験】と【助産師教育において、助産師と医師との対等関係の学び】をしおり、出産についての考え方や援助技術等の基盤となっていた。前者の発言例は、「(会陰切開)ほとんどしなかったんで。実習の時は、全開大になって、(児頭が)降りてきていて、で、担当の先生が来てくれて」「学校でも実際の実習の場でも息まないお産の介助の仕方を教わって来たので」である。後者の例としては、「先生達も、『正常お産は、メインは助産師さんに』って任せてくれていたんで。学生でも、『いいんじゃない、いいんじゃない、ゆっくりでいいんじゃない』っていう感じで、後ろで見守ってくれている感じだったので」「(医師と助産師が)お互いの特性を、あまり深く職域とかに踏み込まずに、でもお互い助けて」である。

このように、助産師教育における実習場面では、不必要な医療介入のない待つ出産を実際に経験し、その時の助産師や医師との対等な関係を見て、お互いの役割の違いと協力姿勢を学んでいることが理解できた。

②＜自己成長素材＞

新人助産師は、＜助産師教育における待つ出産経験＞を基盤に、卒後、出産の援助を経験をしながら、【卒後経験におけるギャップの有無】と【不必要な医療介入のない出産への想い】を感じ、更に【先輩助産師の技術・考え方の学び】をし、自己成長をしていた。また、これらはお互いに影響し合っていた。【卒後経験におけるギャップの有無】は、定義を「待つ出産を助産師教育の授業や実習で教わってきた経験があるため、就職先の出産の状況により違いや共通性を感じている」とし、例えば、「ギャップはなかった」「ビックリしました」「違和感」という発言がみられた。そして、【不必要な医療介入のない出産への想い】は、「自然だと、ある程度時間かけて痛みが短くなってくるじゃないですか。でも誘発だと、…結構本当に、辛いですね」や「産ませるでは無くて、自分で産んでもらうと言うような。もっと周りが持っていかなければならないと思うのですが」等がみられた。

これらは、助産師教育の時に学んだことが基盤となっており、就職先が実習場所と同じように待つ出産をしている環境であれば、ギャップを感じず、反対に医療介入の多い施設の場合は、ギャップを感じ、自分の出産に対する考え方を確認している状況に繋がり、助産師としてどうあるべきかと考える自己成長の素材になっていると考えられる。そして、新人助産師は、業務を覚えるという自分のことに精一杯な時期だからこそ、必死に先輩助産師の手技や判断、アドバイスから、多くのことを吸収し、学んでいる状況【先輩助産師の技術・考え方の学び】がみられた。発言例としては、「最初の1年ていうのは学ぶのに必死でしたね」「見てて切れそうだなっていう様なのも切らずに出す人がいるんですよ。…あーやっぱり手の使い方とか、誘導の方向とかなんだらうなって思いな

がら。外回り（間接介助）しながら。結構見ますね、見てて、『あつま
だここは待っていいんだ』とか」「経産婦さんの入室時期は差が出ます
ね。早め早めにつていう人もいるし、結構（子宮口の開大）8cm くらい
まで待ちちゃう人もいるし。あとはその時の勘みたいな感じで、初産婦
なんだけどあれって思って8cm で入れちゃうとか」「先輩達のやり方も、
『やり方の1つだな～』って」等であった。

木村らの助産師のキャリア形成過程を調べた調査によると、キャリア
1 - 10 年の特徴は、夢中で仕事を覚えることを通して、実務基準をよ
り理解でき、助産婦としての責務が見えてきた時期であることや、良い
先輩、指導者をモデルにしていること、そして自信を体得していること
⁴⁶⁾を述べている。今回の調査は、経験年数 2 年以内の新人助産師であ
ったが、木村らの調査と同じように、先輩助産師をモデルにし、学んで
いる姿みられた。そして、それ以外には、助産師教育を基盤に出産に対
するギャップを感じながら、自分自身の考えを構築していつていること
もこの調査から理解できた。

③＜不安定なコーディネイト力＞

新人助産師は、自己成長している状況にありながらも、コーディネイ
トをする力がまだ備わっていない＜不安定なコーディネイト力＞な状況
にあった。これらは、4 つの概念から成り立っている。まず、【迷いの
ある出産経過の判断】状況にあり、【交渉できない】や【交渉するが受
け入れてもらえない経験】に向かうか、反対に、【医師と同じような判
断であり、交渉可能】な状況に向かうかの両方向の流れが見られた。【迷
いのある出産経過の判断】の発言例としては、「とにかくどうしようっ
て感じで（出産を）とってる方が多かったんで、で、やりながら、あれ？
いくらきんでも（児頭が）降りてこないっていう感じになってくると

…」 「自分で『こうだろな』って思っても、『あってるのかな』とか、『これなのかこれでいいのかな』みたいな感じが結構あって」 等である。また、【交渉できない】の発言としては、「言えないですよ、私たち、まだ…、新人ですから。同期の先生とかにはちょっと待って下さいって言っちゃいますけど。言える時と言えない時と」であった。そして、【医師と同じような判断であり、交渉可能】は、「医師と自分の意向と同じペース。あんまり急いで何かするっていうのは少ないですね」「スタッフにもよるんですけど、会話が出来るくらいの年代の先生だと、『もうちょっと待って』とか」があげられた。

このように、出産経過を判断することに、まだ自信が持てずにいる状況であり、少ない経験であるが故の自信のなさが、周りにいるスタッフとの関係、特に医師との近い年齢や対等な関係しだいで、＜待つ出産実現＞に繋がったり、＜介入出産＞の方向に繋がるという変化をしていた。

④＜待てない人材＞

待てない人材としては、【自己中心的な待てない医師の存在】が大きく、新人助産師が捉えていた理由は、「忙しいから」や「寝たいから」があげられた。同時に、【対等でない認識】も感じていた。対等でない認識は、産婦、医師、助産師間でみられたり、医師同士の中、助産師同士の中にも感じていた。例えば、「結局、『先生頑張って言いなよ』（上の先生に）とか言っても、『いや～言えない』って言うのがあったり。私たちの中にもあるじゃないですか。平等と言いながらも…」や「お母さんの立場は、考えていない所が多いですかね。やっぱり産ませてあげるっていう意識をすごく持っていると思うんですけど」である。

このように、新人助産師は、医師と助産師との間にある対等性の欠如のみでなく、産婦に対してや、医師同士、助産師同士の中にも、平等性

が見られないことを感じ取っていた。

⑤＜介入出産＞

新人助産師は、【不必要な医療介入のある出産になる】状況として、会陰切開やクリステレル胎児圧出法、陣痛促進剤、分娩監視装置をあげていた。この医療介入については、しなくても良いことと新人助産師は感じ、疑問に思いながらいるが、現実的には起こっている出産状況と捉えていた。

⑥＜待てるバックアップ人材＞

＜待てるバックアップ人材＞は、【正常経過中、待てる医師の存在】と【必要時、先輩助産師に頼る】状況があげられた。前者の発言としては、「どの先生も、でもだいたい待つんですよ。来てもしばらくはちょっと様子見るよみたいな感じだったり。心音とか下がってるとかなければ…、あんまりあせらないですね」「見守ってくれる先生もいますね」等であった。後者は、「上の人に相談して。…で、産婦さんも交えて、ちょっと押すよとか、ちょっと陣痛強くしないとダメかねとか話しながら、先生呼んでみたいな感じが多いで」等であった。

このように、待ってくれる医師の存在は出産経過に大きな影響力を及ぼしている。また、その状況を見守り相談を受けてくれる先輩助産師の存在は、頼れる環境として、大きなものになっている。この先輩助産師が、医師に、正常経過は任せられると思わせられる先輩助産師であれば、＜待つ出産実現＞のためには、大きな効果を発揮していくと考えられる。

⑦＜待つ出産実現＞

新人助産師は、＜待てるバックアップ人材＞に支えられ、【待つ出産がある】に繋がっていた。ただし、発言としては、「初産婦さんでもいける人は切らずにいく時ありますね」や「見守ってくれる先生もいます

ね。そういう時には、メインは助産師で」という発言のみで、その出産場面の状況が事細かに語られていないため、産婦主体の出産であるのかどうかについては、定かではない状況であった。

このように、新人助産師 3 名の「出産時の役割行動プロセス」の分析により、助産師教育においては、待つ出産を教わり、経験してきていること、そして、それを基盤に自己を成長させていることが明らかになった。この、＜助産師教育における待つ出産経験＞では、出産に対する考え方や、医師との役割の違いと対等な関係性を学んでおり、就職先であらためてそのギャップを感じたり、反対にギャップがないことを感じたりしていた。このような経験を新人助産師はしており、個人個人の新人助産師の出産に対する経験や想いを聞くことは就職先の先輩助産師の大切な役目になると考えられる。また、今回の調査で見えてきた、新人助産師が捉えていた【対等でない認識】は、医師に向けられたものだけでなく、産婦や助産師同士の中にも感じている認識であった。新人助産師は、業務を覚えて、自己を成長させていく大切なスタートの時期である。どのような経験をしてきたのか、更にどのように出産の援助をしていきたいのか等の想いを聞き入れ、職場の業務改善にも目を向けていくことも必要であるようである。また、新人助産師は、先輩助産師の技術や考え方を吸収し、学び経験を積んでいることも明らかになった。新人助産師が成長するためには、先輩助産師の技術や考え方の伝承は、とても重要な位置を示していることが理解できる。

そして、新人助産師は、経験年数 10 年以上の多くの助産師の特徴とは違い、出産時は、＜不安定なコーディネイト力＞な状況であった。その不安定な状態は、パートナーである医師が、対等性を認識しており、

【正常経過中、待てる医師の存在】か【自己中心的な待てない医師の存在】かに大きく左右されている状況にあった。このような状況の中、新人助産師は、先輩助産師に相談し、頼りながら出産の援助をしていた。医師が正常経過を任せられると思える先輩助産師の存在がとても大きな意味を持つと考えられるため、新人助産師にとって、信頼でき、頼れる先輩助産師が施設内出産の場合、必要であると考えられる。

その他、経験年数 10 年以上の助産師のプロセスとの違いとしては、＜消費者の主張＞と＜待つ出産の効果と課題＞が見い出されなかったことである。これらのカテゴリーについては、経験を積むことで、見えてくると考えられるが、先輩助産師も新人助産師に意識して伝承していく必要があると考えられる。

3) 医師の出産時の役割行動プロセス

医師 3 件の属性は、表 20 の通りである。図 22 は、3 件のデータを修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に分析した概念図である（＜＞カテゴリー □内概念）。医師たちが語った内容から、図のように 9 つカテゴリーとそれらを構成する 29 の概念が見い出された。

まず、カテゴリー間の関係性について説明する（＜＞カテゴリー 【】概念 [] 定義）。

医師は、＜医師教育における出産の自然経過教育欠如＞な状況にあり、正常出産と異常出産の定義等は学んではいるが、正常であればどのように出産は進んでいくかという自然な経過については学ぶ機会が無かった。また、医師として働いている施設では、＜医師の不足と体制＞という中、過酷な労働をしている状況にあった。その状況の中で、医師は、＜自己成長素材＞という自己を成長させていく経過を取っており、医師

として出産に関わり、経験を積み、出産に対する自己の考え方を構築していった。＜自己成長素材＞は、産婦主体の自然出産への社会の流れと産婦の要求である＜消費者の主張＞の影響を受けていた。そして、＜信頼できる待つ助産師の存在＞と＜消費者の主張＞との関係の中で、助産師に任せたり産婦と交渉をしたりしながら医療介入が必要かどうか葛藤し、判断をしている状況＜3者間の調整と判断＞をしており、＜できるだけ不必要な医療介入のない待つ出産の実現＞へと繋げていった。しかし、医師同士は、待つ出産についてあまり話合わないような関係性があり、＜医師の個人主義意識＞が背景にみられていた。そして、＜できるだけ不必要な医療介入のない待つ出産の実現＞は、引き続き次の変化を起こし、本当に必要な医療介入であったかどうか考え、更なる課題を導く＜医療介入の意味検討と課題＞に繋がり、＜自己成長素材＞にフィードバックしている状況にあった。

次にそれぞれのカテゴリー毎に説明する。

①＜医師教育における出産の自然経過教育欠如＞

このカテゴリーは、1つの概念【医師教育における出産の自然経過教育欠如】で成り立ち、定義を「医師教育においては、異常出産や異常に傾かないための出産について教わることが主であり、自然な経過の待つ出産については学ぶ機会がなかった」とした。発言例としては、「昔、医学部で教育受けた時に、分娩第Ⅱ期なんてのは胎児にとっては、ものすごく危機の時期だから、これを絶対長くしちゃいけないって言うのが、こびりついてるんですよ」「自然につて教育ってしないですよ。お産の経過って言うのは医学的に習っただけで、どういう出産がいいかって話はしないじゃないですか、…正常の経過はここが何時間でここが何

時間でっていう」「特に教育施設なんかはね。そういう正常なお産で見ないと思うんですよ。…助産師さんを待って切開しないで、お産をやっているといいんですけど、その正常をみせないから知らないですよ」等である。

このように、医師が捉えている医師養成教育（以下医師教育とする）における出産に関する内容では、自然な経過について学ぶ機会がなく、胎児の生命の危険を回避するために分娩第Ⅱ期を短縮することが強調されて伝えられていることが理解できた。このような経験は、医師の出産についての考え方の基本として植え付けられ、異常に傾かないための医療介入が当然であるとして認識されていくと考えられる。今回は経験年数15年以上の医師からの語りであり、第一部2章2節の出産の変化の部分でも述べているように、医師教育を受けていた時代背景を考えると、陣痛促進剤や会陰切開という医療介入が第Ⅱ期短縮のために当たり前に考えられていたことが予想される。現在の社会の流れを踏まえると、出産そのものが、自然な生理現象であり、産婦の心理的な経過も含めた自然な経過を学ぶ機会があれば、異常がなければ待つことが当然という、出産についての捉え方へ変化する可能性は十分示唆できる。また、医師としての出産時の役割は、異常な経過と判断した場合に、医療介入を実施でき、正常経過に押し上げたり、それ以上異常ににならないようにする所に大きな意味をもつ。疾患についての勉強のみでなく、出産についての医師としての役割意識が育つような教育も大切となってくるであろう。

②＜医師の不足と体制＞

＜医師の不足と体制＞のカテゴリーも、1つの概念【医師不足・システム体制】で成り立っていた。発言としては、「新しくきた医者は、慣

れるのに時間がかかるから、うちの病院のシステムになれた頃、交代っていうとつらいものが…」「増えないですね。減る一方で…。医者数はあんなに増えてるのに」「オペの最中、しょっちゅうね（お産で呼ばれる）。だから、もうちょっと頑張ってくれ、心音落ちてなければ頑張って、もうちょっとできりがつくからみたいな感じですよ…。人手が少ないって言うのも、いいお産望んでても、ちょっと無理がありますよね」等があげられた。

産婦人科の医師の数が少ないこと¹¹⁸⁾や一定の施設に妊産婦が集中してしまっていることに対する対策は厚生労働省より出ている状況にある¹⁶¹⁾。施設内では、現実問題として医師の人数が足りないことが忙しさを招いている状況であった。出産と手術が重なっていたり、医師のローテーションにより任せられる医師がいなくなったりである。また、病院の機能として小児科が施設内にないことにより元気な新生児が産まれるように会陰切開を早めに入れたりという医療介入にも繋がっていた。そして、忙しいからこそ正常経過は助産師に任せたいという意見も聞かれた。

このように、医師の人数が少なく忙しいことやシステムの影響で、正常経過であっても早めの医療介入に繋がっており、産婦にとって真に必要な医療介入ではないことが予想できる。今後、すぐに産婦人科の医師が充足することは困難であると考え、医師が忙しいからこそ正常な経過は助産師に任せていくという認識が産婦をはじめ3者間の中で必要になってくると考えられる。村上の病院紹介の報告¹⁴⁰⁾では、妊娠、出産に関わる対象を健康棟でみていることを紹介しており、他施設がこの病院をモデルとして捉え、取り入れつつある状況にある。この考え方は、妊娠や出産が一般医学から切り離されるべき必要性があることを基に紹

介されているが、更に、それが産婦人科医師の人数不足の解決にも繋がっていくのではないかと考えられる。

③＜自己成長素材＞

＜自己成長素材＞というカテゴリーは、13 の概念で構成され、それぞれの概念がお互いに影響している状況にあった。

まず、【上司より医師としての哲学や技術の伝承】をされており、伝承されたからこそ、【若い医師を育てたい意欲】を持っている状況がみられていた。伝承の発言としては、「細かいことはいいとして医療に対する考え方とか、医者としての哲学とか、ある程度年齢がいかないと、形成されてない…。私なんかラッキーだったのは、2年目に○△病院に研修に出て、その時に□先生に医者としての哲学を教わりました。恩師です」「やっぱり、□○先生の存在って言うのは大きいですね。…患者さんに対する態度だとか…。もう紳士でしたし…。患者さんの所には最低でも1回は行けとかね、そういう本当に基本的なことから、技術的なことももちろんなんだけど…」等である。上司から医師としての態度や考え方、行動が伝承され、大きな影響力をもって自分自身の土台作りになっていることが理解できる。【若い医師を育てたい意欲】としては、「ほんと非常に大きいと思うんですね（どんな教育を受けてきたか）。だから、自分が、上の立場になった時にね、若い医者が、この医者に教育受けてよかったと、言う風に思ってくれればと思って、教育に携わってるつもりだけど…」「若い医者にはとにかく単なる技術をいうんじゃなくて、自分が、どういう風に考えているのかって言う事も、できるだけとりもって話したいなって思ってるんですけどね」等である。経験年数 15 年以上の医師は、自分の後継者を育てることも役割として考えており、そのことに情熱をもって関わっていることが見えてきた。このよ

うに、医師同士伝承されていくことが分かり、不必要な医療介入のない出産についての考え方、行動も上司の医師の考え方しだいで、伝わり変化していくことが予想できる。

次に、【対象者と向き合う】【インフォームド・コンセントによる自己防衛】があげられ、お互いに関連しあっていた。前者の発言としては、「質問してくれば必ず答えて、なんとなく聞きやす…状況にはね」「子供がいらっしゃる方だとか、場合によっては親御さん介護してたりだとか、家庭の状況とか、それによって入院のタイミングを」等があり、後者は、「後は裏を返すとコミュニケーションが出来てないと何かトラブルがあった時に、どうしても何が悪かったとか、訴訟が多いじゃないですか。そういった問題にもなりかねないんで、予防ってわけじゃないけど、日々コミュニケーションを…」がみられた。医師は、対象者としてしっかりと向き合い、相手の生活背景を読み取りながら産婦の要求を聞いたり、先を見越した対応をしていた。この態度は、上司より伝承されたことや経験したという他の＜自己成長素材＞中の概念とも繋がっており、産婦や社会の流れとしての＜消費者の主張＞の影響も強く受け、その態度は、医師である自分自身を守るという状況にもなっていた。

そして、【苦い経験をする】【待っている出産経験を積む】【自己学習・技術経験を積む】【自分自身の出産経験による立場変換】という医師自身が経験を積んできたことが概念としてあげられた。【苦い経験をする】の発言例としては、「おかしいっていうんで血管確保しようと思っても、血管が虚脱になっててどこにも入らない」「いいって思ってもまた急変することもありますからね、気が抜けないっていえば気が抜けないですよ。本当に経験すれば経験するほど怖くなりますよね。こういう場面もあったかと、いろいろ頭に思い浮かべて…」である。正常に

経過すると思っていた状況の中、急に異常になる経験を積み、医師は、苦い経験を材料に出産に対する考え方を構築し、予防的な医療介入に繋がったり、その場で医療介入をする判断をしたりすることに繋がっていた。更に、【待っている出産経験を積む】ことも同じように出産に対する考え方や医療介入の判断材料にしていた。発言としては、「実際に出産見えて、…経験ですね。かえって手をかけると、泥沼に入っていくたりする。促進剤使ったり、いろいろ早く産ませようとするとかえって難産になっていくたりする。だから、自然にいくと自然にでてくるし」「特に心音落ちたりすれば慣れてないと慌てるわけですよ。回復するんだなっていうのを経験してないとあせりますよね」「(正常異常って言う前に、経過を学習するみたいな2年間でいうか?) 本当にそういう期間でしたよね」等である。実際に、手を出さずに自然な出産経過をみているという経験は、医師教育では機会がなかったことを考えると、この経験の有無によっては、医師として関わる出産への対応が大きく異なって来ることが予想される。「待ってるだけで出てくるわけですよ」「(心音は待っていると) 回復するんだな」という言葉通り、実際に経験できたことがその医師の出産に対する考え方や対応の基本になっていた。【自己学習・技術経験を積む】は、「あとは自分しかなかったですね。手術なんかも、手術学会とか、いろんなあれとか、いろんなところから、ビデオ…」や「2年目にでて初めて『ええっ』、みたいな感じで。もちろん上の先生も手袋してくれて手をそえたりしてくれるんですけど、手ごたえを覚えたりだとか…」等である。このように、医師の数が少ない分、自己学習を積んだり、いろいろな病院を周りながら異常出産時の医療介入の技術的な経験をして、自分の成長に繋がっていた。また、【自分自身の出産体験による立場変換】の発言例は、「お産て痛いじゃないっていう感じで自分

でもそういう経験したから」「復帰する時に、新たな治療法だとか薬だとか進歩するじゃないですか。ああ、ついていけなくなったらどうしようとか思って、すごく焦ったんですけど、それはそれで、違った意味でいい経験ができて、それも意外に武器なってるなって」である。このように、出産体験という痛い経験や良い経験ができたことにより、それを材料に出産について考え直す機会になり、対象者と向き合えるようになったり、対応に繋がったりしていた。今回は、出産経験のある女医が2名いたことにより、このような概念がつけられたが、出産という同じ経験をするための良い意味も見い出すことができた。

そして、【責任をとる立場】【異常がなければ自然な経過に任せる考え】【胎児の生命の危機回避が第一優先】【妊婦の生活の仕方が大切】【引き出しづくりの必要性】という医師である立場性についてと出産に対する考え方に関する概念も＜自己成長素材＞として見い出せた。【責任をとる立場】の発言は、「医者が主導権を握る場面が多いじゃないですか。どうしても産まれる場面てね。そういう風に育てられますかね。責任を取るのは医者だっていうのがあるから。最終的に出産でね」「自分が責任持つようになると違いますよね（手を出す判断）」「帝王切開率が最近増えていますよね。…（責任をとるのは自分達だったっていうのが？）そうでしょうね」等がみられていた。このように、医師は、最終責任を取るという大きな立場性があるが故、予防的な医療介入をしたり、手を出す判断に葛藤するという状況に繋がっていると考えられる。山崎の調査¹⁶⁰⁾による結果では、周産期医療過誤民事判例を責任主体別に分類すると、大多数が医師や法人に集中しており、その責任の重さが浮かびあがっている。現実的には、医療介入がなかったために異常に傾いたのか、反対に、医療介入があったために異常に傾いたのか、という本当に必要

な医療介入であったかどうかの査定が難しい状況にある。このような状況のために、更に本当に必要な医療介入であるのかどうか、科学的な根拠を基にした検討が今後も必要であると考えられる。そして、【責任をとる立場】は、出産に対する考え方に繋がっている。【異常がなければ自然な経過に任せる考え】の発言例は、「なるべく自然に持っていきたいなって思ってみてるわけですよ。やっぱり押したりとか引いたりとかないようにとは思ってるんですけど、でも、赤ちゃんの状態で、せざるをえない時ってあるじゃないですか」「異常なくお産っていうのが大事なことだし、また、産まれてそのあと育児があるから、お産で消耗しちゃったら困るなって言うのがあるでしょ」「基本的には、自然な経過が一番かなと思うんですよ。…それでどうしても使わなくちゃいけないような場面になって、やっぱり鉗子も吸引もね」等である。このような発言からは、【待っている出産経験を積む】という経験から培った自信が伺え、どうしても医療介入が必要な時だけ使用するという考え方がみられた。また、「産まれてそのあと育児があるから」という言葉からは、産婦の先の生活を視野に入れた考え方をしているからこそ、自然な経過にまかせるのが良いとしていることが理解できた。そして、【胎児の生命の危機回避が第一優先】という出産に対する考え方も同時にみられている。発言例としては、「やっぱり助産師と医者のあるって、ものすごい決定的な差っていう事なんではないんだけど、どっちかっていたら、私たちは、赤ん坊がどうにかなったら困るなっていうあれが、非常に強いんですよ」「どっちに目をむけるかでしょうね。胎児側に向けるか、母体に…。やっぱり今の産科の、医者側のあれは、どうも、私自身も含めて、胎児側に目が行き過ぎているかなって、反省も含めて」「多分助産婦さんより、赤ちゃんを元気に産ませたって言うのをかなり重点をお

いているかな」等があげられた。これらの発言からは、正常な出産は、自然に任せることが一番と考えながらも、胎児が元気に産まれてくることに比重を置いていることが伺える。この考え方は、医師の中でもバリエーションがみられ、第Ⅱ期短縮を反省も含めて強く意識している医師や本当に必要な医療介入を考えている医師がみられていた。やはり、その背景には、“医師教育”での学びや【苦い経験をする】【待っている出産経験を積む】等に影響され、医師同士の中でも、考え方に幅がみられていると思われる。そして、【妊婦の生活の仕方が大切】と【引き出しづくりの必要性】という概念も出産に対する考え方として概念化された。定義は、前者が「妊婦自身の妊娠中の生活の仕方が出産に影響し、難産に繋がると考えているため、大切である」であり、後者が「異常に関する技術の経験は必要であり、それを活用する選択は、自分自身で決める」である。前者の発言からは、自然経過で見守りたくても、（肥満や運動不足等）そうさせない妊婦側の準備も必要であることを指摘しており、継続的な見方をしている。後者の発言は、「こういうあれもあるんだという事で、いわゆる選択肢の1つとして、すればいいわけだね。あとで、自分がそれを選択するかどうかは別として、選択肢は多い方がいいですからね。…これが全てじゃなく、選択肢の1つなんだと」であった。このように、医師として、正常経過であれば医療介入をしないで見守りたい状況ではあるが、そうさせない産婦側の要因や、もし、異常になった場合は、一番本人に合う対応をするために選択肢をつくっておくことの必要性が【責任をとる立場】であるが故に大切であるということが理解できた。

④＜消費者の主張＞

＜消費者の主張＞は、【産婦主体の自然出産に関する産婦側からの要

求】と【産婦主体の自然出産への社会の流れ】の2つの概念で構成されている。前者について医師は、産婦から、生の声で要求を聞く機会が増えてきているようである。例えば、「まあね、分娩で血管確保ってのは非常に評判がよくないですね」「私達にしてみれば順調なお産なんだから、（医師が間に合わなくて）どこが悪かったのって感じですけど。ただ、患者さんにしてみれば医者がいないって事に関しては、いろいろ納得出来ない部分もあったりするんですかね」「フリースタイルでやりたいと。産みたい出産と言うのがね、あったんですね。経産婦さんでしたけどね」等であり、その他、計画出産や陣痛促進剤、会陰切開等の医療介入に対する拒否であったり、女医にみてもらいたい要求等がみられた。そして、不必要な医療介入のない出産を希望していながらも、医師が出産の場面に立ち会うことが当然のような感覚も産婦側にはあることが発言から読み取れた。

このような産婦側からの要求は、【産婦主体の自然な出産への社会の流れ】と相互に影響しあっていた。発言としては、「最近は、よくそういう情報誌があるじゃないですか。分娩時に血管確保する病院てのはなんとなくね、良くない病院みたいなイメージでの書き方なんですね。会陰切開を入れる病院も悪い病院、血管確保する病院も悪い病院、ごく自然にってのが一番いい病院…」「何をやるにも、同意書、同意書。インフォームド・コンセント…」「ほんとに緊急分娩みたいな形で間に合わない時ってあるじゃないですか、すごい問題視されますよね。なんで呼ばなかったのかとか、（医師が）間にあわなかったのかとか」等がみられた。発言からは、不必要な医療介入のない出産やインフォームド・コンセントに関する社会の流れになっていることが分かり、このことが、医師の＜自己成長素材＞や＜3者間の調整と判断＞＜できるだけ不必要

な医療介入のない待つ出産の実現＞等に大きく影響し、医師の考え方や対応に変化をもたらせていると考えられる。

⑤＜信頼できる待つ助産師の存在＞

このカテゴリーは、1つの概念から成り立っており、医師は、パートナーである助産師を【信頼できる待つ助産師の存在】として認識していた。発言例は、「（助産師は）〇〇法やったり、とにかくいいお産をしましょうっていうのがあるし、母乳育児で頑張ろうっていうのがあるじゃないですか」「この人（助産師）だったら、大丈夫って人とちょっと心配だなって人といいますよね。…まあ、その人にもよるんですけど」「中には積極的にいろいろ、側臥位分娩だとか、フリースタイルが今はやっていますよね。それで、そういう方法取り入れたいんだけどっていう話で、（任せる）」等であった。

このように、医師は、いろいろな助産師がいる中でも、いいお産にしようとして取り組んでいる助産師の存在を認識し、役割の違いを分かりながら助産師を信頼し、出産時のパートナーとして、＜3者間の調整と判断＞＜できるだけ不必要な医療介入のない待つ出産の実現＞に繋げていることが理解できた。しかし、このパートナーである助産師の力量しだいでは、医師も判断と対応を変えることが十分考えられる。助産師側も出産を待つことができるための力をつけることが課題であると思われる。

⑥＜3者間の調整と判断＞

＜3者間の調整と判断＞は、3つの概念で構成されている。まず、【正常は助産師、異常は医師との考えの基、助産師と対等に付き合う】についてである。発言は、「あの、助産師さんは、それなりのなんていうか、プライドもってやってんですね、だから、そういうのをそぐのが嫌なんですね」「できたら助産師さんにずっとついていてもらって、何か異常

があった時に医師が手伝うみたいだね」「もうちょっとしたら出そうだよとか、分かるんじゃないですかね、手ごたえで。基本的には、助産婦さんの手ごたえを、信頼できる人には『どう出そう？』とか聞いて。『ちょっと押してみた方が言いかね』っていうと、『じゃあお願いします』って、そんな、あうんの呼吸があったりとか。助産師の判断も私は当てにしていますから」等である。医師は、助産師と医師の役割の違いを認識し、正常経過は助産師に任せ、異常になると手を出すというように対等に対応をしていた。この状況は、信頼でき、判断を当てにできる助産師の場合に成り立つことも背景にあり、助産師の質の向上が大切であると考えられる。また、医師が助産師と出産に対する考え方が同じ考え方であり、共有している状況にあった。この同じ考え方を共有できることが、産婦主体の出産に繋げられる大きな原動力になると思われる。

次の概念【産婦と交渉できる】の例としては、「フリースタイルでやりたいと…、縫う時だけは、診察の時だけは仰臥位になってもらいたいいんだけど、それだけはいいですかって了承してもらって、ほんとに分娩台の上に座っていきむような感じで…」「正しい使い方（陣痛促進剤）、モニターしながら使っていれば問題ないんだよってお話しすると納得してくれる方は多いんですけど、最初は拒否反応みたいな感じで」等があげられた。

このように、【産婦主体の自然出産に関する産婦側からの要求】に対してや、陣痛促進剤や会陰切開等の医療介入をしなければならない必要がある時に、産婦に説明し、同意を得るという交渉をしていた。そして、その交渉は、医師の【インフォームド・コンセントによる自己防衛】にも繋がっている。産婦主体の出産への変化は、このような医師の交渉場面からも伺える。

最後の概念【手を出す時期の葛藤と判断】は、定義を〔出産経過を観察しながら、自分が手を出さなくてもいいか、手を出さなければならぬか、葛藤し、その判断をしている〕とした。発言は、「ただね、ここは譲れないって時はね、もう無視して、『先生、もうちょっと待ってください』って、『もうだめ、心音おっこってるんだから』って言って、出しちゃうけどね」「まあどこで手をだそうかな、どうしようかなって思いつつ見てるわけですよ。だから必要なればとにかく手を出さないで待つてようっていう」「こういう場面もあったなと、いろいろ頭に思い浮かべて…」である。

このように、医師は、【異常がなければ自然な経過に任せる考え】や【胎児の生命の危機回避が第一優先】等の出産に対する考えと【苦い経験をする】【待っている出産経験を積む】等の過去の経験を基に、出産経過を見守りながら、自分が手を出す必要があるのかどうか葛藤し、判断をしていることが明らかになった。その葛藤と判断には、産婦の存在とパートナーである助産師の存在がある中での葛藤と判断であり、3者間の調整をしていた。

⑦＜医師の個人主義意識＞

医師の発言の中には、他の医師との関係性に関する発言がみられ、それを＜医師の個人主義意識＞とカテゴリー化した。概念は、3つから成り立ち、【医師同士の上下関係】【医師のエリート意識による対等性欠如認識】【医師同士の個人主義傾向】である。

【医師同士の上下関係】の発言例は、「医者ならば部下だから、問答無用で自分の方針にしたがってもらうけど」があり、強い上下関係が存在していることが分かる。また、【医師のエリート意識による対等性欠如認識】の例は、「今の人は、医学部が難関だから受験したって。だか

ら俺はエリートなんだって…。…ただね、エリートってのは、人の痛みがなかなか分かりにくい人種なんですね」等がある。このように、医師は、若い医師たちの意識から、対等性がなく、他者と向き合えないことを懸念しているという状況がみられた。

【医師同士の個人主義傾向】は、「もっと協力して、（医師同士）行き来があってもいいんじゃないかなと」「（先生同士で考えの違いって大きいですか？）大きいんじゃないですかね。だって、そうやっていろいろ話す機会がない、どういうお産がいいかって話さないじゃないですか。…大体一人で立ち会ってることが多いし、1人1人経過が違うから、どうすればよかったかって、普通のお産の場合には反省とかってないですもんね。ぶり返すことないでしょ」「（男性と女性の考え方）違うと思いますよ。だって育児とか考えてないですもん、男性は。傷の痛みなんてそのくらいっていう意識だと思いますよ、そのうち治るんだからって。…わかりませんけどね。でも、あんまり会陰切開って事自体は気にしないと思いますよ。切開すれば楽だし、早く生れるしっていう」「（先生同士でこういう出産がベストだよねとか、話たりは？）絶対無いと思う」等が例としてあげられた。

このような発言からは、医師同士で交流が少なく、特に、どのような出産が良いかという話題についてはあまり話し合われていないことが分かり、医師間による出産に関する考え方の不一致が予測され、女性医師からの男性医師の考えについても、予測の域をこえるものではなかった。医療チームの中にありながら、出産場面については、医師1人で対応することが多いことが背景にあると考えられるが、個人主義傾向は、医師という役職独特の認識であるように思われる。男性と女性が同じ医師という立場に立っている効果が現れるように、医師同士の出産に関する意

見交換や上司からの伝承、若い医師への伝承がなされていくことが更なる不必要な医療介入のない出産に結びつくために必要であると考えられる。また、医師教育においても、医療チームのあり方や協調性について等の人間形成づくりの教育も忘れてはならない要素であると思われる。

⑧＜できるだけ不必要な医療介入のない待つ出産の実現＞

このカテゴリーは、【待ち、出産を見守る】【目的（元気な新生児）達成のための保険的医療介入】の2つの概念で成り立っている。定義は、前者が「必要が無ければ手を出さず、じっと待って出産を見守っている」であり、後者が「安全に新生児が産まれるために、保険的に医療介入をすることがある」である。

前者の発言例は、「だから必要なければとにかく手を出さないで待つてようって」「ほんとに分娩台の上に座っていきむような感じで…。で、最終的には。普通だったらモニターつけるじゃないですか、もうモニターもつけず」等があげられた。これらの発言からは、実際に医療介入の必要がなければ、医師は出産を見守っている状況が現実にあることが理解できる。また、産婦側からの要求であるフリースタイルが実現したことで、モニターもつけずに出産になっており、医療介入ができない状況もみられており、＜3者間の調整と判断＞をしながら、＜できるだけ不必要な医療介入のない待つ出産の実現＞に繋がっていた。

【目的（元気な新生児）達成のための保険的医療介入】の発言例は、「だから、分娩第Ⅱ期が長いと、もうどきどきしちゃうんですよ。そうすると分娩第Ⅱ期を短縮っていうと、さっきのクリステルにしろ、促進剤にしろ、会陰切開にしろ、そうすれば、第Ⅱ期が短縮しますからね」「血管が虚脱になっててどこにも入らない。じゃ、虚脱になる前に確保しておこうって事で」「むこう（産婦）もね『まだですか、まだですか』

って言うわけですよ。『がんばってねがんばってね』って言ってもだんだんね、何かしないってなってくるでしょ。だから思い切りじゃなく、てちょっとだけ押してあげるとかね」「□病院は、小児科がなかったんですよ…。))」そういった意味でストレスがありますよね。(ハードル高くしないで低く?) うん。やっぱり早めに切開しちゃおうとかそういう感じですよ」等である。対応の程度は、医師によりバリエーションがみられ、リスクのない産婦にも保険として医療介入をする場合や、医療介入をしても、ほんの少しだけ押すクリステル胎児圧出法であったり、切開も会陰が伸びてから切るとう状況がみられていた。特徴的な発言だったものは、【苦い経験をする】ことから、【保険的医療介入】をするようになった例である。この経験は、医師にとって、今後起きてはならない出来事として深く刻み込まれた経験として捉えることができ、【責任をとる立場】だから故の行動の変化であると思われる。

このように 2 つの概念は、【医師教育における出産の自然経過教育欠如】や＜自己成長素材＞の中の概念、【異常がなければ自然な経過に任せる考え】や【胎児の生命の危機回避が第一優先】等の出産に対する考えや【苦い経験をする】【責任をとる立場】が個人の対応そのものに繋がっていることが分かり、全体として、不必要な医療介入はしない方向であった。

⑨＜医療介入の意味検討と課題＞

＜できるだけ不必要な医療介入のない待つ出産の実現＞は、＜医療介入の意味検討と課題＞に繋がっていた。このカテゴリーは、3 つの概念から成り立ち、それぞれ【長期的視野に立った出産の影響を確認】【医療介入の意味を考察】【若い医師への哲学や技術の伝承困難】である。

【長期的視野に立った出産の影響を確認】の発言としては、「子宮の

口にしても無理やりお産にもっていくと切れたり汚いんですよ。今、そういうお産がもう終わった人たちの子宮なんかみるでしょ、がん検診なんかで。やっぱり難産なんかの人は子宮が汚いんですよ。自然のいいお産した人は子宮がきれいなんですよ。…みんな出てるんですよ、体に。残ってるんですよ。会陰切開なんか、ぴってやった人は傷がしっかり残ったりするじゃないですか。何十年経っても傷が未だに気になるって人いるでしょ？だから出産で大事だになって思うんですよ」である。これは、ひとりの女性を長く見続けているから確認できる効果であり、女性の生涯をみて、自然出産の意味づけを確認し、そのことを推奨する考えとして＜自己成長素材＞にフィードバックしている。そして、産婦人科である医師だから故、見えてきた医療介入による影響である。このような意見が、医師同士や助産師たちへも情報が伝達されることは必要であると考えられる。

【医療介入の意味を考察】の発言は、「帝切率が非常に高いでしょ。その理由としては、胎児仮死ってのが非常に多いんですよ。…ただ、本当に帝切が必要な胎児仮死かっていうのは、なんとも難しい所ですよ。今みたいに帝切率が高くない時代の、CP（脳性麻痺）の発生率と、帝切率がものすごく高まっている時代にもかかわらず、CP率はかわってない、と言う事は、胎児仮死という事で帝王切開しても、CPの数を減らしてない、減らすことに結びついてないんだったら…」 「（帝王切開決める基準は？） どんどんあがってきてますよね。いろいろ適応がね…。年齢とかね。不妊の治療があるなしとか。…帝王切開でも、経膣の分娩でも母体についての死亡率とかは差がないんですよって」等であった。このように、医師は、帝王切開率の上昇等、医療介入が本当に意味があったのかどうか疑問に思い、その査定を情報を得ながらしている状況にあ

った。その解決のためには、日本における医療介入に関する科学的根拠を基にしたデータが更に必要になっている。WHO は、『いかなる地域においても、10 ～ 15 %を超える帝王切開分娩が行われることは明らかに正当化されていない』等勧告を出している¹²⁵⁾。また、その勧告に至った経緯の翻訳版が日本においても出版され、多くの科学的根拠を基にした研究に基づく勧告であり、医療の民主化を求めるものであったことが明らかにされている¹⁶²⁾。そのような情報の周知徹底も大切なことである。また、【産婦側からの要求】と医師の【保険的医療介入】とのズレも認識しており、反省、検討している状況もみられていた。産婦側からの要求も科学的根拠に基づいたデータと合わせることで、ズレがなくなり、更なる不必要な医療介入のない出産への変化が期待できると思われる。

【若い医師への哲学や技術の伝承困難】は、「((若い医者が、この医者に教育受けてよかったと、言う風に思ってくれればと思って、教育に携わってるつもりだけど…。)) なかなかね、そうやってエネルギーばっかり使って実りません。…医療研修制度がね。産婦人科へ、2年間のうち1ヶ月だけくるんですよ」「…大変です。なかなか人の言う事聞かないから、みんな医者という人種はね。そうなんです。だから余計疲れるんです、こっちが」等である。【上司より医師としての哲学や技術の伝承】されたことや自分が経験してきたことがあり、【若い医師を育てたい意欲】があるにも関わらず、結果として、【若い医師への哲学や技術の伝承困難】な状況を招いていた。その背景には、＜医師の個人主義意識＞や＜医師の不足と体制＞のカテゴリーとの関連性がみられていた。医師の人数が増加されることは、もちろん必要であると考えられるが、やはり、相手と向き合え、人の痛みが分かる医師たちの増加が期待

されるところである。

このように、医師の出産時の役割行動プロセスが事例数が少ない中にも見えてきた。まず、医師教育における学びは、医師にとってとても大きな影響力を示すということである。出産に関する内容は、自然な経過について学ぶ機会がなく、その後の医師個人の経験により培われている状況がみられていた。そして、医師教育において動機付けられたことは、胎児の生命の危険を回避するために第Ⅱ期を短縮することが強調されており、危険回避のための医療介入の考え方が伝えられていた。このことが、医師に医療介入は当然であるとして植え付けられていくと考えられる。現在の医師教育は、多少なりとも患者の心理面についての教育が重要視されて来ているようである。更に、医師教育において、正常な出産経過のみでなく、自然に進む出産経過とはどういうものなのかを、産婦の心理面も合わせて教育されることが、不必要な医療介入のない産婦主体の出産に繋がると考えられるため、望まれるところである。

また、医師不足や医師のローテーションシステムや施設内の機能が、大きく出産に影響していることも明らかになった。人手の充足は、もちろんであると思われるが、正常経過であれば、医師不在の出産場面について3者が認め合うことやその設定、また、緊急時の対応システムが構築されていくことも必要であろう。2000年以降、院内助産院の開設が見られてきている¹⁵⁹⁾。このような、産婦主体の出産ができ、医師の少なさもカバーしていけるシステムが今後更に増えて行くことが望まれる。

そして、医師教育を基盤に、自己成長していくというプロセスも見えてきた。そこには、医師という立場上、責任者としての立場があり、その責任がとれる範囲内で、出産に対する考え方をもち、苦い経験や待つ

ている出産経験を積み、成長していった。その責任の第一優先は、胎児の生命の危機回避であり、異常がなければ自然な経過に任せることも同時に考えられているが、医師教育や上司からの伝達、経験等に影響され医師間でもその比重のおき方に、多少の違いがみられていた。しかし、医師は、全体として、対象者と向き合い、相手の生活背景を読み取りながら、先を捉えた対応をしている状況にあり、本当に必要な時に医療介入していくという考え方であった。

このような自己成長素材から、医師は、助産師や産婦との間で、手を出す時期を葛藤し、判断し、できるだけ不必要な医療介入のない待つ出産を実現していた。医師は、信頼でき正常経過は任せられる助産師の存在と産婦側からの要求を受け止めながら、葛藤している状況であった。このパートナーである助産師の正常経過を援助できる能力は、医師にとっても大切な部分であり、それが、産婦にとって本当に必要な医療介入かどうかに関がっていくと考えられる。更に、医師は、産婦側からの要求に合わせ、インフォームド・コンセントを十分にしている状況が今回読み取れ、産婦主体の自然出産への社会の流れに合わせて、不必要な医療介入のない待つ出産へと繋げていった。この社会の流れは、とても大きな力として発揮されていると言える。また、医師と助産師が出産に対して、異常がなければ待つという同じ考え方を持っている状況にあった。このような同じ考え方を持つことは最大の力となっていると考えられ、この考え方をお互いに共有する機会を設けることにより、更に協力でき、効果が望められると思われる。

しかし、医師同士の関係性は、個人主義傾向にあり、どのような出産が良いかという話題は医師同士交流がない状況であった。多くの医師が、産婦主体の出産を考えられ、不必要な医療介入をしないようになるため

には、医師同士の出産に関する意見交換や上司からの伝承、若い医師への伝承がなされていくことが更に必要であると考えられる。また、医師教育においても、医療チームのあり方や協調性について等の人間形成づくりの教育も忘れてはならない要素であると思われる。

最後に、待つ出産が実現されたり、保険的な医療介入がある出産がある中で、それぞれの医師が、医療介入の意味を長期的視野で考えたり、帝王切開率の高さについても科学的根拠を基にしたデータを読み取りながら考察し、出産に対する考え方にフィードバックしている状況がみられた。出産に対し、今のままではいけないという思いが、医師の中にも疑問としてあり、課題が存在していると思われるため、今後の更なる不必要な医療介入のない出産への変化が期待できる。

4 結論

1) 実態

(1) 経験年数 10 年以上の助産師の出産時の役割行動プロセス

①出産の状況は、不必要な医療介入のある出産（＜介入出産＞）をしている状況が見られていた。そこには、医師と助産師の人手不足や環境の不備、責任があるために待てないという医師の存在等（＜待てない人材と環境＞）が深く関わっていた。また、助産師は、助産師教育や卒後経験において待つ出産を経験していない状況（＜待つ出産未経験＞）を基盤に、出産経過の判断が出来ない状況や、判断が出来たとしても医師と交渉不能な状況（＜未熟なコーディネート力＞）にあった。

②しかし、助産師は、待つ出産を経験したり、科学的な根拠に基づいた学習をし、自然な出産経過の重要性に気づき、助産師としての責任を感じ、自信をつけていく等の自己を成長させていく経過（＜自己成長素材

＞)をとっていた。そして、そこに、自然出産への社会の流れと産婦からの要求（＜消費者の主張＞）の影響を受け、更に、パートナーである待てる医師、助産師の存在（＜待てるバックアップ人材＞）により、出産の経過を判断しながら産婦と医師との調整を取る力（＜発揮されるコーディネート力＞）を備えていった。

③そして、助産師は、産婦と医師との調整をはかりながら、率先者として不必要な医療介入のない、産婦主体の待つ出産を実現（＜待つ出産実現＞）し、出産を変化させていた。

④このような、待つ出産への変化は、引き続き次の変化を起こし、出産後の産婦の状況改善や助産師の役割の拡大等（＜待つ出産の効果と課題＞）に繋がり、自己の成長（＜自己成長素材＞）にフィードバックしている状況であった。

（２）新人助産師の出産時の役割行動プロセス

①新人助産師は、助産師教育において、待つ出産や医師との対等な関係性を学ぶ経験（＜助産師教育における待つ出産経験＞）を基盤にしながら、卒後経験を積み、先輩助産師の技術や考え方を吸収し、不必要な医療介入のない出産への想いを深める等（＜自己成長素材＞）により自己を成長させている状況にあった。

②同時に、出産経過の判断に迷いがあったり、医師と交渉できたりできなかったりという状況（＜不安定なコーディネート力＞）にあった。

③この＜不安定なコーディネート力＞は、自己中心的で待てない医師の存在（＜待てない人材＞）の影響を受けると、不必要な医療介入のある出産（＜介入出産＞）に繋がり、反対に、正常経過中、待てる医師や頼れる先輩助産師の存在（＜待てるバックアップ人材＞）の影響を受けると、不必要な医療介入のない待つ出産（＜待つ出産実現＞）に繋がって

いた。新人助産師は、この＜待てない人材＞と＜待てるバックアップ人材＞に大きく影響を受けて出産に携わっていた。そして、その出産経験は、＜自己成長素材に＞フィードバックしていた。

（３）医師の出産時の役割行動プロセス

①医師は、医学教育で、自然に進む出産経過について学ぶ機会が無い状況（＜医師教育における出産の自然経過教育欠如＞）にあった。

②医師は、医師の人数の少なさとローテーションシステムの影響（＜医師の不足と体制＞）により、過酷な労働をしている状況にあったが、医師として出産に関わり、経験を積み、出産に対する自己の考え方を構築していく状況（＜自己成長素材＞）にあり、自己を成長させる経過を取っていた。また、＜自己成長素材＞は、産婦主体の自然出産への社会の流れと産婦の要求（＜消費者の主張＞）の影響を受けていた。

③そして、医師は、正常経過であれば任せられる助産師（＜信頼できる待つ助産師の存在＞）と＜消費者の主張＞との関係の中で、助産師に任せたり産婦と交渉をしたりしながら医療介入が必要かどうか葛藤し、判断をしている状況（＜３者間の調整と判断＞）があり、待つ出産（＜できるだけ不必要な医療介入のない待つ出産実現＞）に繋げていた。

④しかし、医師同士は、待つ出産についてあまり話合わないような関係（＜医師の個人主義意識＞）がみられていた。

⑤＜できるだけ不必要な医療介入のない待つ出産の実現＞は、引き続き次の変化を起こし、本当に必要な医療介入であったかどうか考え、更なる課題を導く状況（＜医療介入の意味検討と課題＞）に繋がり、＜自己成長素材＞にフィードバックしている状況にあった。

2) 助産師の役割と課題

(1) 助産師個人として、および、対象者に対して

- ①助産師教育や卒後教育において、不必要な医療介入のない待つ出産を経験に入れる。
- ②正常と異常時の出産経過に対する助産師と医師との役割認識を明確にする（法的責任の明確化の必要性）。
- ③業務評価をして、助産師のマンパワーを充足させていき、更に環境の不備、体制を整える。
- ④科学的な根拠を基にした研究と勉強会を更に積み重ねていき、真に必要な医療介入を考えていく。
- ⑤待つ出産経験を積むことにより得られた出産に対する考え方や援助の能力等（＜自己成長素材＞）を知り、自分にとって何が足りないか認識し、正常な出産経過は、助産師が引き受けられるよう知識と技術を磨き、出産後の産婦の先を見据えた考え方を取り入れ、自信をつけていく。
- ⑥産婦と向き合う姿勢を取り、インフォームド・コンセントに心がける。
- ⑦出産経過の判断ができ、産婦と医師と交渉していくというコーディネート力をつけていく。
- ⑧待つ出産による他の側面への波及的な効果と課題を評価し、課題として残されている出産の振り返りを取り入れていく。

(2) 新人助産師に対して

- ①助産師教育において待つ出産を経験したことによる効果を卒後発揮できるように、個人個人の新人助産師の経験内容や出産に対する考え方を聞き入れていく。
- ②新人助産師の経験内容や出産に対する考え方と職場での状況との違いを認識し、不必要な医療介入のない自然な出産実現に向けて一緒に考え

ていく（対等に）。

③新人助産師に、自分自身の技術や考え方等を伝承していく。

④新人助産師は、不安定なコーディネート力であることを認識し、先輩助産師が側で見守り、出産経過の判断を助け、医師との調整をはかる。

⑤産婦の要求に耳を傾け、待つ出産後の効果を確認していくことを伝承していく。

（３）医師に対して

①医師のマンパワーが充足されていくように、医師と共に業務評価、改善をしていく。

②助産師は、医師の教育内容を理解し、ひとりひとりの医師が捉えている出産に対する考え方の違いや共通性を認識し、お互いに共有でき、産婦の立場に立った出産が考えられるようなディスカッションの機会を設け、それに向けて努力する。

③医師との役割分担意識をもち、対等な人間関係づくりを意識し、医師と共に協力し、調整を行う。

④産婦主体の自然出産への社会の流れにあわせて医師が対応していることから、産婦側からの要求を伝えていく。

⑤ひとりひとりの出産についての評価を医師と共に実施していく。

⑥女性の生涯という長期的視野で見た出産による心身の影響を医師より伝承してもらう。

３）医師の役割と課題

①医師教育の中で、産婦の心理面を含め、自然に進む出産経過について学ぶ機会が含まれる。

②パートナーである助産師と医師との役割分担意識をもつ。

- ③医師教育の中で、医療チームのあり方、協調性等人間関係づくりについて学ぶ機会が含まれる。
- ④自然な出産経過をみる機会を増やし、正常であれば、待っている出産経験を積む。
- ⑤産婦個人にとって、真に必要な医療介入を選択していく能力をもつ。
- ⑥女性の生涯という長期的視野で見た出産の影響を確認していく。
- ⑦医師同士や産婦、助産師と向き合い、対等な関係性を築く。
- ⑧医師同士の出産に関する意見交換、上司からの伝承、若い医師への伝承を活発化する。
- ⑨医師のマンパワー充足とシステム不備の調整をする。マンパワー不足に対しては、正常な出産経過時の助産師役割の増加と緊急時の医師対応システムの構築を進める（院内助産院の方向へ）。
- ⑩科学的な根拠を基にした、必要な医療介入に関する研究をしていく。

2 節 経験年数 10 年以上の助産師、新人助産師、医師の尿失禁予防、改善のための役割行動プロセス

1 調査目的

経験年数 10 年以上の助産師と新人助産師、医師を対象に、女性の尿失禁予防および改善のための役割行動プロセスを明らかにする。この役割行動プロセスを明らかにすることで、助産師や医師の考えや行動が予測でき、医療チームの中で助産師として、更に尿失禁予防、改善のための役割を遂行するための課題や適切な時期における具体的援助を示唆できると考えられる。

(作業課題⑤)

助産師や医師が役割行動を取れ、女性の尿失禁予防、改善に結びつくまでには、助産師や医師の尿失禁についての捉え方や考え方が基盤となり、行動をしているという多くの精神的、身体的、社会的変化の過程をたどっていると考えられ、その変化には、プロセスがあると考えられる。しかし、そのプロセスの視点で分析をしている先行研究はみあたらない。

2 調査方法

1) 調査対象

第二部 3 章 1 節と同様の対象者（1 節参照）

2) 調査方法

勤務時間外に個室にて 60 分～ 90 分の半構成的面接を行った（新人助産師は、60 分）。

面接内容：

主な質問項目は、「尿失禁」についてであり、それについて対象者に自由に話してもらい、対象者がさらに詳しく話せるように、流れの中でいくつかの質問をしていった。

倫理的配慮：

第二部 3 章 1 節 参照

3) 調査期間

第二部 3 章 1 節 参照

4) 分析方法

「尿失禁予防、改善のための役割行動プロセス」を分析した。分析は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に行った⁵⁴⁻⁵⁵⁾。

(方法の特徴および、分析手順については、第二部第 1 章の分析方法参照) 尚、新人助産師と医師は、人数が 3 名と少なかったため、1 件のみの概念も捨てずに使用している。

3. 結果および考察

1) 経験年数 10 年以上の助産師の尿失禁予防、改善のための役割行動プロセス

対象者 10 件の属性は、表 18 の通りである。図 23 は、10 件のデータを修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に分析した概念図である (<> カテゴリー □内概念)。助産師たちが語った内容から、図のように 7 つのカテゴリーとそれらを構成する 22 の概念が見い出された。

まず、カテゴリー間の関係性について説明する（＜＞カテゴリー 【】
概念 [] 定義）。

尿失禁予防、改善のための役割行動プロセスには、まず、助産師の＜**尿失禁無関心**＞というカテゴリーが見い出せた。そして、その状況は、助産師が経験を積み重ね、＜**尿失禁への関心喚起**＞により尿失禁への関心が深まっていくという変化がみられた。これらの喚起状況は、科学的根拠がまだ不確かである予防、改善策も見い出し、＜**予防、改善策選択困惑**＞ということも起こり、実際の行動まで結びつかない状況がみられた。ほとんどは、この喚起に後押しされながら、＜**尿失禁予防、改善における役割意識**＞という助産師として考えられる役割意識が芽生え、強い興味、関心を示すようになっていった。この役割意識が強く見られると、＜**尿失禁予防、改善策実施**＞にスムーズに繋がっている状況にあった。喚起状況が役割意識に繋がらないまま＜**尿失禁予防、改善策実施**＞に繋がっている場合には、改善策実施行動が一時的なもので終わっている状況にあった。また、同時に＜**無自覚な尿失禁関連行動**＞として、休息の援助や腹帯の使用がみられていた。そして、改善策は、実施されることにより、＜**予防、改善策効果の確認**＞に繋がっている状況がみられ、さらに効果の確認が役割意識と実施にフィードバックしていた。

次にそれぞれのカテゴリー毎に説明する。（「 」内語られた言葉（ ）内省略や説明の言葉（…？）筆者の問いかけ（（ ）内は関連以外の語られた言葉）

①＜**尿失禁無関心**＞

＜**尿失禁無関心**＞というカテゴリーは、3つの概念で成り立っている。助産師の発言例は、「（学生の時、尿失禁について）教わって無いです

ね～、ないです。就職した後に教わるきっかけも、ないですね。スタッフ同士で話題もないですね」や「助産婦学校は、いっさい、なかった。なかったし、触れたとしても触れたかも知れないけど重要視しなくって、ぱっと流れちゃった」等であり、助産師教育において、尿失禁について教わったかもしれないというバリエーションがあったとしても、機会があったと認識できていない状況であり、【助産師教育や卒後教育における動機付けの機会のなさ】という概念が見られた。このような機会がない中では、【骨盤底筋と尿失禁との関係についての認識のなさ】という状況に繋がっていた。発言例は、「若い出産年令期の人が、一時的に出産によって失った機能（骨盤底筋力）を取り戻す程度にしか考えなかった」や「お産とりに夢中だとか、看護業務を学ぶのに夢中という時期（初めの3年）では、…こういう最初の頃では分からないっていうか、耳にはするけど意識しない、指導までいかない」等である。このように助産師は、目の前にある優先されるケアが主であり、目に見えない尿失禁について出産後の長期的な影響まで目を向けて意識することができない状況であった。これには、バリエーションとして、新人という自分自身が精一杯の時期であることや、生涯に亘ってという捉え方ができていない状況がみられていた。そのため、優先順位の低い尿失禁については【重要視していないため、能動的行動欠如】に繋がっていた。発言例は、「（母親学級の）妊婦体操なんですけど、実際やるときに、そのへんの話し（尿失禁）と結びつけて話せたかって言うと、全然…なかったの。そういう運動を進めてもいなかったし」や「こっちからあえて、『尿もれしますか？』って聞かなくない？聞きにくいですよ。あんまり、自分の頭の中では、それは重要視になってないんですよ。自分の意識の中でおしっここの事が」等である。このように、助産師は、自ら妊産褥婦に尿失禁

があるかどうか、声をかけたり、投げかけをしていない状況がみられた。

助産師の新人時代というのは、助産師教育や卒後教育で教わったことが基盤になり、経験を積んでいくことになるが、その教育において、骨盤底の保護の必要性について動機付けできるほどの機会がなかったことが伺える。また、新人時代は、目先の優先順位の高い援助をすることで精一杯になる時期であるため、尿失禁は重要視されていない状況にあることも理解できる。意識をしていない状況では、行動に移すことは不可能である。この助産師教育や卒後教育において、限局した考え方ではなく、長期的な視野を持ち、出産による骨盤底への影響を考えることの大切さを伝えていくことが重要な鍵となると考えられる。第一部 1 章の先行研究検討の部分でも述べたように、近年の教科書や参考書では、尿失禁に関する記載が多くなっている²⁹⁻³¹⁾。しかし、子宮や膀胱の位置を保つための骨盤底の役割についてや、出産後に起こりうる尿失禁についての記述はあったとしても、尿失禁を起こさせないための出産時の骨盤底の保護のあり方についてや、吸引分娩やクリステル胎児圧出法等医療介入と骨盤底との関連について、具体的な記述がされていないのが現状である。最近では、無駄な怒責をさせない教育にはなっているようであるが、そのことと骨盤底との関連性についても科学的な根拠を基に意味づけられ、動機付けをしていくことが必要であると考えられる。

②＜尿失禁への関心喚起＞

＜尿失禁への関心喚起＞のカテゴリーには 10 個の概念が見い出せた。まず、【多くの引き出し作成（余裕がでるまで経験を積む）】であり、定義を「仕事に余裕が出てきて対象者にとって何が大切か、先が見えてくるようになるまで助産師経験を積んだ状況」とした。発言内容は、「引き出しをいっぱい持って、全部じゃないけど、この人にはこれが必要じ

ゃないかとかやっぱりある程度、選択肢を…」「3年目に入ってくると少し、余裕が出てきますよね。でも一通りのことはできるようになってる時期なので、やっぱり（いろいろが）見えてくるんだと思うんですよ」等である。助産師としての経験を積むことによって、多くの知識や技術、感性を磨き、余裕が出てくるという新人時代にはなかった状況が作り出されている。そして、これは、＜尿失禁への関心喚起＞カテゴリー内の多くの概念の基本になっており、【女性の生涯の健康を見据えたケアを考えるようになる】【勉強する機会の存在】【筋力低下察知能力】等の概念に繋がっている。

【女性の生涯の健康を見据えたケアを考えるようになる】は、発言として、「継続でやって、総合看護で、女の一生の総合看護じゃなくちゃ駄目なんですよ。妊娠、分娩、その時成熟期っていうか、そのときちょっと上手に過ごせなかった人は老後が大変なんですよ。結局は尿もれとかも…。一生引きずるわけでしょ。だから凄く大事。…今の障害が一番負担のかかる時期だから」や「お産を終わって、子育てを終わって更年期に…いくまで、お産の後遺症がなんかすごい引きずっていくんだなって」等があがっている。この内容は、経験を積み引き出しを作ってきたことで培ってきた助産師としての対象者の捉え方であり、対象者の今後を予測し、継続的な見方をして、今のケアをすることの大切さに気付いている状況である。また、【勉強する機会の存在】としては、「助産婦会に出たときに、聞いた。後は、看護大学で尿失禁の講演を聞いてから」「それを意識し始めたのは、研究をすることになりまして、その時に尿失禁を、2年位に亘ってやったのかな。…その研究がきっかけで。私の意識もそういうのをするようになって」というように、学会や講演会等で勉強したり研究に取り組む機会があったことで尿失禁に関心を示し、

考えるようになったようである。更に、【多くの引き出し作成】により、【筋力低下察知能力】が養われていた。発言としては、「私なんて、長くやっているから、膣脱みたいな感じで、膣が弛んでいる人が分かるじゃないですか。5日目なんていうのは、膣が相当まだ開いてますけど、それでもかなり開いている人って、子宮は落ちて来て無くても、膣とかが弛んでいるって感じで」や「とにかく内診した時点で、この人子宮下垂があるなというふうに感じて」等であり、骨盤底筋の状態や子宮が下垂してきている状態を察知している技術と感覚を持ち合わせていることが明らかになった。

そして、外来患者や手術をする患者が来院することで、経産婦や中高年前の人が子宮脱や膣脱になっていることを知っている状況、【子宮脱の人の存在認識】や、尿失禁経験者の方から尿失禁があることを言っていない状況であるということを認識している【尿失禁経験者からの能動的行動欠如認識】という概念が見い出せた。この対象者が言っていないという認識は、助産師として経験を積んでいる中でずっと感じており、言っていない理由として、『恥ずかしい、出産後だから仕方ない、そのうち治ると思っている、直後で感覚麻痺を起こしているのだからわからない、言えないで苦しんでいる』等と考えていた。これらの理由は、第二部1章の結果であげた出産後の女性たちの相談しない理由内容とほぼ一致している。助産師は、対象者が自ら言っていない状況であると認識しているため、あえて助産師の方から聞いていくという行動に繋がっていた。しかし、【極わずかな相談機会】状況も同時にみられていた。この経験は、8名と多くの助産師が経験していたが、相談機会の数としては少なく、対象としては、更年期の人や友人というバリエーションがみられていた。このような経験があることにより、出産との関係を考えたり、個

別的な援助策に繋がっていった。しかし、尿失禁について重要視していない助産師の場合は、対応が一時的で簡単なものになっていた。

その他、＜尿失禁への関心喚起＞には、【助産師同士の伝承】があり、スタッフのリーダー的存在の人が声をあげることで研究が始まったり、パンフレットを作成することに繋がっていた。また、社会の変化に伴い新聞やスタッフから、【自然に情報が入ってくる】環境にもなっていた。そして、助産師自身が出産したり更年期を迎え、実際に尿失禁を経験するという【否定的感情を伴った自分自身の尿失禁体験】もみられ、これらが、＜尿失禁予防、改善における役割意識＞に繋がっていた。

このように、多くの概念が見い出され、＜尿失禁への関心喚起＞としてカテゴリー化された。助産師がこれらの概念を豊富に持つことで、尿失禁への関心が深まり、援助行動に繋げやすくなると考えられる。特に、女性の生涯の健康を見据えたケアを考えられるようになることや勉強することは、尿失禁予防と改善のための役割意識をもつことに、欠かせないことであると考えられる。

③＜予防、改善策選択困惑＞

経験を積み、勉強をしたからこそ、尿失禁予防、改善策において困惑している状況も見られていた。これを、【科学的根拠の不確かさによる対応の迷い】と概念化した。発言内容は、「○先生はあまり時間をかけるのが好きじゃないので、切って出せば良いという考えがあるらしくって、『そんなにいきませちゃって、後になって尿もれが来るし弛んじやうし良いことないだろ』って、言うんだけど」「骨盤底筋運動をしたほうがよしっていうのと否定するグループがあって、逆効果だっているのがあって、じゃパンフレットに載せるべきかそうじゃないべきかっていう」「でも、締まるんじゃないかな、切って縫った方が。伸びるより、

皮膚を伸ばして切れちゃった部分を縫うよりも、会陰ももしかしたら締まるんじゃないかな、って思ったりもする」等である。このような発言は、科学的に未だ結論づけられていない会陰切開や怒責の影響と骨盤底筋運動の開始時期、腹帯の使用についての実際の困惑場面である。

今までの研究結果を基にすると、不必要に会陰切開をすることは、尿失禁予防に繋がらず¹⁵⁷⁾、骨盤底筋体操も産後 3 週間頃より進めることや腹帯も腹圧がかからないような使用方法という方向が出されるようになっていく⁷⁶⁾。しかし、このような困惑している状況のためには、更に多くの科学的なデータに基づく研究が必要であり、広く周知させていく活動も必須であると考えられる。

④＜尿失禁予防、改善における役割意識（自立への意識）＞

ほとんどの助産師が【出産と尿失禁との関係を認識する】状況にあった。発言例は、「結局はクリステレル、こういう格好で上から力がおされるから弱いところに逃げるじゃないですか。…やっぱりこの所（骨盤底筋）を押される吸引分娩とか鉗子分娩とかで…どうなのかな、いつも漏れちゃう、おしっこ行きたいなって思うと漏れちゃう」「赤ちゃんが出たいときには、自然に『うんっ』って出て来るものだから、そういう自然なものって、組織は絶対に壊さないんですよ。骨盤底筋の組織は、多分。だから、外的にすごく。いきみって骨盤底筋を伸ばしちゃいますよね。たぶん」である。定義は、「出産時の医療介入の有無や怒責の仕方、腹圧をかける生活の仕方等、骨盤底に負担のかかる状況と尿失禁との関連性を考え、認識している状況」とした。これは、【多くの引き出し作成】や【女性の生涯の健康を見据えたケアを考えるようになる】といった長期的視野に立った捉え方、尿失禁経験者からの【極わずかな相談機会】等の＜尿失禁への関心喚起＞に影響されて認識されている

ることが明らかになった。

そして、【尿失禁予防に関心を示し、自身の役割の重要性を認識している】状況に繋がっていた。これは、助産師としての役割認識を強く持っており、尿失禁に関しては、あえて意識をしている状況にあった。発言内容は、「その後の関わりの中で関心が向いた。そして、今実体験として、まさに実感という感じ。やっぱりあの頃、あの時（出産時）が大事という」「急激な圧迫、強い力の圧迫ですね。クリステレルの圧出法なんて格好はいいけどもね、あれは（尿失禁起こす）危険ですね」

「今をどうしていくかが積み重なって、最後結果ですからね。そうすると、結果論になると、そこに携わる私たちですね、問題はね。だから、改善できるのは、私たちが鍵を持っているっていうか、そこで一番いい時期なんですよ。例えば退院指導の時に」「わたしの友だちも二人お産した後で子宮下垂になって高齢になって手術をしたっていう経験があったので、私たち助産婦で身近な人でそういう体験をすると産後のケアっていうのがすごく大事だになって、…結局、助産師の意識のなかにその意識をもっているか、いないかでは、患者さんにとって産婦さんにとって結構迷惑なこと、ありがたいことと」「3年目です。それを、はっきり自覚したのが。これは指導しなくちゃいけないと思ったの」「意識しないとダメですよ。（自然には出てこない？）出てこない」「かなりその時（研究の時）にうんと強く。意識して…最近やってないんですよ、まじめに。昔ほど」等である。

このように、助産師として出来ることをあえて意識していることが発言内容から理解できる。この『あえて』とは、意識し続けないと、また役割を担わなくなる可能性を秘めているからである。これは、尿失禁そのものが目に見えない症状であることや、対象者から訴えてこない状況

であること、研究をしている時には出来ていたことが意識をしないとやらなくなっていること等からそのようにしていると考えられる。このような意識を継続して持ち続けられるようにするには、【助産師同士の伝承】や【勉強する機会の存在】が効果的であり、スタッフ全員で刺激し合うことが必要であると考えられる。

⑤＜尿失禁予防、改善策実施＞

実際に助産師は、予防、改善策として【骨盤底筋のことを意識して医療介入のない出産援助を実施】【必要時、能動的な投げかけ行動】【骨盤底の筋力回復のための産後の一時的から個別的な援助】を実施していた。

まず、【骨盤底筋のことを意識して医療介入のない出産援助を実施】として、「クリステレルとかしてね。…負担はかけていたような気がするよね。今はほとんど（子宮口が）全開になるまでいきませないし、…息をのがしながらやっているから、骨盤底筋も上にいきながら、ずれていきながら赤ちゃんの産道が自然に出来るまで待ってるから、うんと負担が少なくなった」「ベビーもそんなに大きくなかったのとにかく腹圧をかけないように試みたほうがいいんだろうな、（子宮下垂ぎみの）この方のためにはと思って、スムーズにお産になって、…ほんとに腹圧をかけないように」と語っている。1節での分析において、不必要な医療介入のない待つ出産を援助している状況は全員の助産師にみられていたが、骨盤底のことを考え、負担をかないように意識して介助にあたるという助産師の人数は4名と少ない状況であった。出産の援助をする時に、どうして待つ出産の援助をするのか、そのひとつの意味づけに、骨盤底の保護について全ての助産師が認識しながら援助に入れることが大切であると考えられる。

また、【必要時、能動的な投げかけ行動】としては、「膣が弛んでいる人が分かるじゃないですか。…『どおう？』と聞くと『ちょっとね』って」「やっぱり患者さんの場合はこっちから聞く、こそこそっと、『尿漏れてない？』って」「気にはなってるけど自分から発しないんですよ。必ず聞かないとダメですよ」「たまにしか聞かれないんですけど、もしかしてって思って、質問すると、『そうなんですよ、トイレまで持たないんですよ』って」等が見られた。この状況は、＜尿失禁への関心喚起＞中の概念である【尿失禁経験者からの能動的行動欠如認識】や【筋力低下察知能力】があるからこそ、必要時、助産師側から声をかけるという能動的な行動に繋がっていた。そして、この聞くという行動をする時には、声の大きさやひとりでのいる場所を選ぶ等プライバシーに配慮するというバリエーションが見られていた。

そして、【骨盤底の筋力回復のための産後の一時的から個別的な援助】として、産後の援助は、多くのバリエーションが見られ、一般的で一時的な対応から深い個別的な対応まで含まれていた。例えば、「腹帯は内臓下垂、子宮下垂を起こさせるから、何年か前から腹帯は骨盤を巻くようにした」「私も患者さんから『おしっこ漏れちゃうんです』って聞いたことがあって。でも治るからって感じで済ませていたな～て。『この辺の筋肉大事だから、おしっこして止めて、试试看』って言う位しか言ってなかった」「それこそ医療介入で、…先生がいる場所で骨盤底筋というこの周りの筋肉の体操ってあるからって話をすすめる。…先生がいるところで話をすることによって効果があるって」「性格とかその人の生活環境とか考え方って、骨盤底筋体操やったところで理解力に幅があるんですよ」「3年、4年目くらいで底筋体操の研究やったんですよ、それが今使っているものなんですけど、ビデオから始まって。ず

っと、もうあれは定着しましたよね。…定着させなくちゃってやってる、…もうパッケージみたいな感じになってますよね」等である。このように、実際の援助は個人個人の助産師により違いがみられている。特徴的には、助産師の＜尿失禁予防、改善における役割意識＞がない場合には、対象者から相談されたとしても一時的な援助で終わっている状況であり、反対に、＜尿失禁予防、改善における役割意識＞をもっている助産師は、個人に合わせた援助を生活背景や理解度を確認しながら実施している状況にあった。また、医療介入との関連から、医師に指導内容を聞いてもらう機会をつくったり、研究に取り組んでいた施設は、スタッフ全員で業務の中に組み込み、実施に結びつけていた。実施の種類をみると、骨盤底筋体操は、どの助産師も実施するように投げかけている。しかし、腹帯の巻き方は、2名の助産師のみが腹圧をかけないように気をつけており、産後の休息については、骨盤底筋との関連性を考えて実施している助産師は見られていなかった。

このような結果から、いかに助産師としての役割を意識するかが、更に研究を活用し、スタッフ全員で取り組むことが実施に結びつきやすいということが理解できた。

⑥＜無自覚な尿失禁関連行動＞

このカテゴリーには、2つの概念が見出せた。【骨盤底筋との関連性を考えていない出産後の休息援助】と【骨盤底筋との関連性を考えていない腹帯の使用】である。前者の発言としては、「夜中は柵をあげて添い寝しておっぱいあげてって。（きっかけは？）そばにいた方が子どもも安心して眠るし、お母さんも休息が取れる。…だいたい4日ないし5日ぐらいになると、結構『朝まで眠れて』って」であり、後者は、「産後に、ぎゅっぎゅっってお腹締め付けてお腹戻すように。トイレに歩ける

ようになったら、自分のコルセットや腹巻きとかにしてもらって。最初は骨盤にゆがみがあるから骨盤を支えるように、コルセットとかしましょうって。お産直後は、子宮底で、その後骨盤に」「(腹帯) 初回歩行まではしてますね。初回歩行が終わるとガードルかコルセットを、という指導でやっていた。…最後だけぎゅっと結ぶ、大転子の所をぐっと」があげられた。

このように、助産師は、出産直後から母親が休息を取れ、過度な腹圧をかけないでいられる援助を実際には取り入れているが、骨盤底の回復のためという意味づけは、されていない状況にあった。また、腹帯の使用については、子宮収縮を促すために出産直後から腹部を締め付ける援助や、骨盤の歪みを矯正する目的のための腹帯の使用がなされている状況であり、同じように骨盤底の回復のためという意味づけはされていなかった。修士論文の統計結果^{4,9)}と第二部第1章における今回の統計学的な結果や先行研究^{8-9, 7,6)}を踏まえると、妊娠、出産による骨盤底の弛みがスムーズに回復するように、出産直後からの骨盤底に負担のかけない援助としての産後の休息や腹帯の使用法はとても大切であると考えられる。更なる科学的な根拠となる研究と平行し、このような意味づけが今後しっかりとなされていき、＜尿失禁予防、改善策実施＞の中に含まれていくことが今後の課題であると思われる。

⑦＜予防、改善策効果の確認＞

＜尿失禁予防、改善策実施＞をした結果、＜予防、改善策効果の確認＞というカテゴリーに繋がっていた。これは、【医療介入のない出産と骨盤底筋体操の効果を知る】という1つの概念で成り立ち、効果を確認した助産師は、4名いた。しかし、その効果の確認は、研究に取り組んだからこそ得られたものであったり、友人からの反応であったり、確認

の時期が退院後であり、効果確認そのものが困難な状況であった。

実施後の効果を確認できることは、＜尿失禁予防、改善における役割意識＞や＜尿失禁予防、改善実施＞にフィードバックしていることから、とても重要なことであるが、効果確認の困難性ゆえに、助産師の中で認識しにくく停滞しがちな援助であると考えられる。この停滞状況を活発化させるためには、スタッフ全員で意識を高め、研究結果等で確認を促していくことや、中高年女性を診ている婦人科医師や、泌尿器科等の他領域の専門家の人たちとの情報交換、協力も大切になってくると考えられる。

助産師経験年数 10 年以上の助産師の「尿失禁の予防、改善のための役割行動プロセス」の分析をし、助産師教育と卒後教育において、骨盤底と尿失禁については動機付けされていない＜尿失禁無関心＞な状況にあったことが確認できた。しかし、助産師という経験を積み重ねていく中で、【多くの引き出し作成】をし、対象者にとって大切な援助を長期的視野に立って見定めることができる【女性の生涯の健康を見据えたケアを考えるようになる】ようになり、【勉強する機会の存在】や【筋力低下察知能力】が培われ、知識と技術を習得していった。そして、このようなすべての＜尿失禁への関心喚起＞が後押し材料になり、助産師としてできる＜尿失禁予防、改善における役割意識＞を持ち、＜尿失禁予防、改善策実施＞という自身の行動に移しているプロセスが解明された。

このようなプロセスを押さえると、更に予防、改善行動に繋げるためにはどうしたらよいかの課題がみえてくる。まず、助産師教育や卒後教育において、出産時の骨盤底の保護の必要性について動機付けできるように機会を設け、合わせて保護の方法について伝えることが大切である。

次に、経験を積み、女性の生涯の健康を見据えた捉え方ができるようになり、また、骨盤底を観察する能力をつけていくことが重要である。そして、＜予防、改善策選択困惑＞が起きているために、骨盤底筋を保護するための骨盤底筋体操開始時期や会陰切開等の科学的な裏付けについての研究の実施と周知徹底が必要である。更に、＜無自覚な尿失禁関連行動＞が自覚され、出産直後から、無理な腹圧をかけないような休息や腹帯の使用についての援助を実施できるようになることや、みえない症状であるが故に、スタッフ全員で刺激し合いながら、また、他領域の専門家とも交流しながら、あえて助産師自身が意識を持ち続け、一時的な対応ではなく、個人に合わせた個別的な対応ができるように効果を確認していく努力をしていく必要がある。

2) 新人助産師の尿失禁予防、改善のための役割行動プロセス

図 24 は、新人助産師 3 件のデータを修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に分析した概念図である（＜＞カテゴリー □内概念）。助産師たちが語った内容から、図のように 5 つのカテゴリーとそれらを構成する 12 の概念が見い出された。

まず、カテゴリー間の関係性について説明する（＜＞カテゴリー 【】概念 [] 定義）。

尿失禁予防、改善のための役割行動プロセスには、まず、看護師や助産師教育において、尿失禁に対する動機付けをする機会があり、＜尿失禁への関心喚起予備素材＞がみられた。しかし、機会があったものの、動機付けされず、＜尿失禁無関心＞な状況がみられていた。そして、卒後、就職場所で助産師としての経験をしていく中で、＜尿失禁への関心

喚起>に後押しされ、＜尿失禁予防、改善における役割意識＞と＜尿失禁予防、改善策実施＞に繋がっていった。この＜尿失禁予防、改善における役割意識＞は、＜尿失禁への関心喚起予備素材＞にも後押しされ、役割意識が芽生えていた。

次にそれぞれのカテゴリー毎に説明する。

①＜尿失禁への関心喚起予備素材＞

＜尿失禁への関心喚起予備素材＞は、【助産師教育における待つ出産教わる】と【看護師・助産師教育における動機付けの機会あり】という2つの概念で構成されている。新人助産師は、怒責誘導をしない、できるだけ待つ出産を教わって来ており、合わせて、尿失禁に関して教わる機会も見られていた。しかし、意識に残っていたことは、「お産後弛む人がいるよ」や「骨盤底筋体操」「ケーゲル体操」についての発言に限られており、一時的な尿失禁とそれに対する体操についてであった。骨盤底を保護するために待つ出産をするということや、出産後の先を見据えた骨盤底と尿失禁との関係という認識を持つ機会にはなっていない状況にあった。

このような、＜尿失禁への関心喚起予備素材＞は、経験年数 10 年以上の助産師たちのプロセスには見い出されなかったため、最近の看護師、助産師教育において、尿失禁に関することが重要視されてきていることが理解できる。しかし、その機会がありながらも、＜尿失禁無関心＞な状況に繋がっているため、教育において、出産における骨盤底の保護の必要性を先を見据えて出てくる尿失禁との関係を考えて、効果的に動機付けることが今後の課題になると考えられる。

②＜尿失禁無関心＞

新人助産師は、【関心が低いため、能動的行動欠如】と【骨盤底の筋力察知困難】な状況にあった。例えば、「(母親学級で)そこまでの話はしてないです。やっぱりお産の事がメインになちゃってて、あまりそこまでの話は」や「あえて(受け持ちさんに)言わないからかな」である。このように、尿失禁について関心が向いていない状況で、尿失禁よりも優先されることが多いため、行動を伴わないことや、骨盤底を意識していない状況で尚かつ経験の少なさ故、骨盤底の筋力を観察する能力の開発の難しさがあると考えられる。

③＜尿失禁への関心喚起＞

無関心な状況から、関心が向くようになった＜尿失禁への関心喚起＞として大きな経験は、【コミュニケーションが取れている対象者からの相談機会】であり、3人の新人助産師全員が相談の機会をもっていた。コミュニケーションが取れている人のバリエーションとしては、「助産師実習の時の継続症例」や「就職後のプライマリーの方」「出産介助をした人」等であり、言いやすい人間関係が構築していた結果であると考えられる。そして、その機会があったことにより、「電話を受けた時には私もあまり無知だったので、帰って本とか調べたりしましたね。で、骨盤底筋群の運動ということを知り…」という【自己学習する】に繋がっていた。また、【尿失禁経験者からの能動的行動欠如認識】を新人助産師は、感じており、言っていない理由を、「育児等の優先されることが多く自分の身体のことまで気がまわらない」ことや「恥ずかしいことだから」と考えていた。このことは、経験年数10年以上の助産師たちも認識しており、「言っていない」からこそ、聞くとう行動に繋がっていた。

④＜尿失予防、改善における役割意識＞

新人助産師 1 名のみであったが、【出産と尿失禁との関係を考えている】状況がみられた。それは、クリステレル胎児圧出法や吸引分娩、怒責等の影響を考えており、＜尿失禁への関心喚起予備素材＞の【助産師教育における待つ出産を教わる】ことからと、＜尿失禁への関心喚起＞中の【コミュニケーションが取れている対象者からの相談機会】により考えるようになっていったという繋がりが見られていた。

この役割意識を助産師が持つことによって、＜尿失禁予防、改善策実施＞へもスムーズに繋がると考えられるため、助産師教育における待つ出産を教わる際に、骨盤底への影響を科学的な根拠を基に伝え、待つ出産の意義を伝えていくことが今後の課題になると考えられる。

⑤＜尿失禁予防、改善策実施＞

＜尿失禁予防、改善策実施＞は、4 つの概念【業務に組み込まれた予防、改善策実施】【先輩スタッフとの調整】【尿失禁改善のための個人的対応】【能動的な投げかけ行動】で構成されている。尿失禁に対して積極的に取り組んでいる施設では、新人助産師の認識の有無に関わらず、業務の流れの中でルチーン化され、骨盤底筋体操が実施されていた。そして、個別的な相談により自分自身に自信がないと、先輩スタッフの助けを借りて対応することが行われていた。個人的な対応では、精神的な援助および骨盤底筋体操を教えているが、その継続性はなく、一時的な対応で終わってしまっていた。また、能動的な投げかけ行動が取れていた新人助産師が 1 名みられた。しかし、骨盤底のことを考えて不必要な医療介入のない出産援助をしている新人助産師は、みられなかった。

このように、新人助産師たちは、周りのスタッフの支援を受けながら、対象者全員に対してや個別的に対応をしている状況にみられた。しかし、

＜尿失禁予防、改善における役割意識＞がなく＜尿失禁予防、改善策実施＞に結びついている状況もあり、一時的な援助で終わっていることがみられていた。この＜尿失禁予防、改善における役割意識＞を高めることがとても重要であると考えられる。

「尿失禁予防、改善のための役割行動プロセス」の分析では、＜尿失禁への関心喚起予備素材＞のカテゴリーが経験年数 10 年以上の助産師にはみられなかったもので、現在の教育内容の中では、尿失禁について学ぶ機会があるように変化していると受け止めることができる。しかし、この機会がまだ効果的に尿失禁について動機付けをする機会として働いていないため、骨盤底の保護の必要性を認識できるように教育に取り入れていくことが課題であると考えられる。また、＜尿失禁予防、改善における役割意識＞をもっていない状況であっても、【業務に組み込まれた、予防、改善策実施】によって、産後の対象者全員に予防、改善策が実施されていた。このように、スタッフ全員で、尿失禁予防と改善のための対策を業務に組み込むことは必要であると考えられるが、＜役割意識＞を持つことで、ルチン化のみでない個別的援助へと効果が現れていくと考えられる。そして、骨盤底のことを考えて、不必要な医療介入のない出産援助も実施していけるように変化していくと考えられる。

経験年数 10 年以上の助産師でみられた＜予防、改善策効果の確認＞は、新人助産師には見られなかったカテゴリーであった。これらの効果を知ることで、フィードバックされ、より効果的に助産師が援助行動を取れるようになると考えられるため、効果確認をしていく研究やプログラムが必要になると思われる。そのためには、継続した対応が必須となり、一時的な対応でない効果が更にもたらされられると思われる。先行研究

の検討でも述べたように、尿失禁に対する援助の課題として骨盤底筋体操の継続の困難性や心のケアの大切さが述べられている²⁷⁻²⁸⁾。このような研究結果を活用し、個別対応をしていくことが必要である。

今回は、新人助産師 3 名という少ない人数の分析であったが、社会の変化に伴って、出産に関することと尿失禁に関することは、教育が変化しており、その効果もみられ、待つ出産援助と尿失禁への援助に繋がり、変化していることが明らかになった。

3) 医師の尿失禁予防、改善のための役割行動プロセス

医師 3 件の属性は、表 20 の通りである。図 25 は、3 件のデータを修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に分析した概念図である（〈〉カテゴリー □内概念）。医師たちが語った内容から、図のように 6 つのカテゴリーとそれらを構成する 20 の概念が見い出された。

まず、カテゴリー間の関係性について説明する（〈〉カテゴリー 【】概念 [] 定義）。

尿失禁予防、改善への役割行動プロセスには、まず、医師の**〈医師教育における動機付けの低さ〉**というカテゴリーが見い出せた。そして、その動機付けの低い状況は、医師が尿失禁に対する地域住民の反応や社会の変化を受け止め、相談の機会がある等の経験を積むという**〈尿失禁への関心喚起〉**により尿失禁への関心が深まっていくという変化がみられた。また、同時に、どのように関わっていくか困惑している状況**〈尿失禁対応の困惑〉**もみられていた。この**〈尿失禁への関心喚起〉**は、医師としての役割意識を芽生えさせ、強い興味、関心を示すようになっていく状況**〈尿失禁予防、改善における役割意識〉**へと繋がっていった。この役割意識が強くと見られると、**〈尿失禁予防、改善策実施〉**が積極的

に取られており、役割意識が弱いと一時的な実施にとどまっていた。そして、＜尿失禁予防、改善策実施＞をすることにより、**＜尿失禁予防、改善策の効果と課題＞**に繋がっている状況がみられ、更に＜尿失禁予防、改善策の効果と課題＞が＜尿失禁予防、改善における役割意識＞と＜尿失禁予防、改善策実施＞にフィードバックしていた。

次にそれぞれのカテゴリー毎に説明する。

①**＜医師教育における動機付けの低さ＞**

このカテゴリーは、1つの概念から成り立ち、【医師教育における動機付けの低さ】である。発言例は、「ほとんど聞いた記憶がないですよ。言葉は確かにあったんですね、尿失禁で。まあ一番はあれは腹圧性尿失禁で『ストレス性インコンチネンスていうのはね』って。だけどそれで、おしまい。『物をよいしょって持ったときに、ちょろっと漏れることがあるんだよ』くらいにね」「（医師の教育受けられた頃って？）全然ないですよ。尿失禁なんて」「教育に関しては、全然覚えてないんですよ。…どうなんだろう。記憶にないんですね」があげられた。

経験年数 15 年以上の医師たちは、医師教育で学んだ記憶がほとんどなく、その当時は、動機付けされていない様子が明らかになった。また、その当時、教育に携わっていた医師たちも尿失禁に興味を持っていなかった時代であったことが伺える。第一部 2 章 1 節の部分で記述したように、日本で尿失禁に関する研究が取りあげられ出したのが 1990 年頃であり、その後 10 年程かけて尿失禁外来が普及してきている経過があるため、今回の医師の動機付けの低さは、納得できるものである。そして、今後の医師教育における動機付けの機会は、医学界の流れから、十分に期待できると予測される。

②＜尿失禁への関心喚起＞

＜尿失禁への関心喚起＞は、8つの概念で成り立っている。その中の、まず3つの概念についてであるが、対象となる女性たちに対する医師の予測は、【地域住民の関心の低さ】【子宮脱や尿失禁の人は、昔も今も多いと予測】【尿失禁経験者からの能動的行動欠如認識】と捉えていた。

【地域住民の関心の低さ】の発言例は、「…（尿失禁の講演会）貼り紙は出しておいたんだけどね、みんなあんまり出席するって言わないのよ。…1ヶ月くらい前になって広報誌かな、出したんですよ。…それでも、募集はそんなに…、10人ちょっとかな」「お産後で、1ヶ月検診のときですよ、その時に、訴えてくる人ってほとんど経験がないような気がします。…やっぱり産後の人だから年齢的にも若い人が多いですから、そういった意味であんまり問題視してないって言うのが実状ですかね」等であった。医師は、尿失禁に興味をもち、投げかけをしているにもかかわらず、地域住民の女性たちや出産後の人たちは、関心が低いことを認識している。そして、その関心の低さを受け止めたことにより、予防、改善策として具体的な実施に繋げていったと考えられる。

【子宮脱や尿失禁の人は、昔も今も多いと予測】の発言例は、「確かに、治療を受ける患者数はすごく増えてます。私が医者になったころ、子宮脱って言うのは、ほんとに少なかったと思います。だけど、それが患者がいなかったんじゃなくて、私は病院に来なかっただけではないかという風に思ってます」「やっぱり、（今）多いんですよ。どうしてかっていうと、高齢化…。昔みたいに人生50年なら全然どうってことなかったですよ」「（昔は）子宮脱でこう下がっちゃう。（5人産んだ6人産んだって？）そうそうそう。それでお産後も働いたりとか。大変だったんじゃないですか。（もともと、多かったけど、今の方が言いやすい

っていうか？）と思いますね。増えてきたような感じがするだけで、昔の方が脱（子宮脱）のひどい人がいましたよね」「（子宮脱そのものも増えてる？）と思いますよ。高齢者でも、女性の寿命が高くなってますから」等があげられた。医師は、昔は、多産や農業などの重労働が原因で子宮脱や尿失禁経験者は多くおり、今は、高齢化により多くいるのではないかと予測している。このように予測しているということは、尿失禁予防、改善への必要性が動機付けされていくことにより、改善行動に繋がれると考えられる。

【尿失禁経験者からの能動的行動欠如認識】の発言例は、「（自分から言ってくる方は？）あの、いますけど、言わない人のほうが圧倒的に多いかなというふうに思います。…で、排尿についてのことはこっちから聞かないと、なかなか向こうからは言わないんですね」「自分から言い出す人は…。少ないんじゃないですか。…でもこういう所だから、意外と聞いてくるじゃないですか、それでも、少ないですよね」「（（そんな話を新聞で見て、多分その後からなのかな…、そういった悩みが何となく増えてきたかなって印象はね。））だから、それまでは皆さん、きっと恥ずかしくて言えなかったのかな」等であった。尿失禁経験者は、恥ずかしさや人に知られたくない隠したいという気持ちがあるため、自ら言ってこないであろうと、医師は認識していた。修士論文⁴⁹⁾でも、地域住民の反応から同じような結果が得られており、医師の予測と一致している。このような医師の認識は、対象者の気持ちを踏まえたプライバシーを重要視した対応や、医師側から投げかける能動的な対応へと変化していける要素になると考えられる。

次に、社会の変化として考えられる3つの概念についてである。それらは、【子宮脱や尿失禁について相談するようになってきた】【医学界

での注目傾向】【尿失禁の情報取る・入ってくる】である。

【子宮脱や尿失禁について相談するようになってきた】は、発言例として「やっぱり患者さんは、婦人科にかかるのは大変ではあるけれど、以前に比べて少しかかりやすくなったんじゃないかと、なので、いまの子宮脱の人も増えてます。…だから、今は手術できる時代だと言うのを、患者さんも認識しだしたんではないかと思いますけどね」「今は（子宮脱）結構早めに来るじゃないですか。受診しやすくなってるから。昔の人だったら我慢して我慢して、ほんとにもう脱出して診察に来る。どうにもならなくなって」等があげられた。このように、子宮脱や尿失禁について相談しても良い、というように、情報が入り、地域住民の女性が行動を起こすように変化してきている状況にあった。

【医学界での注目傾向】の発言例は、「もう医学界が尿失禁に目をむけたのは、ほんと、つい最近だとおもいますよ。最近ていっても、2～3年ていうことじゃないけど、十数年」であった。また、【尿失禁の情報取る・入ってくる】の発言例は、「△大学が熱心にやってるんですよ。△大学の人が尿失禁に力いれて。もう10年以上。それで、データ出してるんですよ、ここは」「一時期、新聞とかにもでましたよね、かなり何年も前ですけど、中高年の女性の話で…。で、急に漏れちゃうのよって話を、私も私もみたいな感じで、あ、みんな同じ悩みをもってるんだみたいな、そんな話を新聞で見て」であった。このように、医学の分野においても注目をするように変化しており、ひとりひとりの医師も情報誌や新聞等から尿失禁の情報が入ったり、取り入れるように変化している状況がみられた。

そして、実際に医師が経験している概念は、【尿失禁経験者からの極わずかな相談機会】と【出産後の子宮脱（尿失禁）察知能力】の2つの

概念がみられた。前者の発言は、「どちらかというとは腹圧性の尿失禁よりは尿失禁で心配してくるのは、切迫性の尿失禁。どちらかというとは神経質的な人のほうが訴えてきますね」「それでも少ないですね。だから、ほんとにそんなにうんと深刻に捉えてない。ほんとにひどくなった人が言ってくるんですけど」「やはり、かかりにくいって事もあって、たまたま私が女性だったもので、女性の先生の方がかかりやすいからって来てくれる方も多いんだけど」等がみられた。相談状況としては、症状がひどい人、神経質な性格の人、女性医師だからというようなバリエーションがみられたが、相談を受ける機会が医師にはみられていた。少ない機会でも、そのような機会があるということは、役割意識や改善策実施へと繋がるきっかけになっていると考えられる。

【出産後の子宮脱（尿失禁）察知能力】は、発言例として、「若い人は、分娩直後かなり下がってるなと思って、分娩の1ヶ月の検診で診ると普通になってるなっていうのはよくあるんですね」「あとは特別な難産でしめられないという、尿道をしめるところが、それで少し漏れる方がいますけどね」「うーん。やっぱり、（産後）クスコ（膣鏡：膣内や子宮口を観察するために使用する筒方の器具）入れて子宮頸部の位置が下がり傾向の人とかいますよね。（おやって？）そうですね。…経産婦さんとか多いですね」等がみられた。このような発言から、医師は、自らの経験を基に、子宮脱の状態や回復状態を察知していた。骨盤底の弛みが原因の子宮脱を察知できるということは、尿失禁予防、改善策における役割意識を持ちやすいことはもちろんのこと、出産後の察知時に、尿失禁の予防的な対応をする場面としてとりあげ、役割を担うことができると考えられる。

③＜尿失禁対応の困惑＞

このカテゴリーは 2 つの概念で成り立ち、【骨盤底筋体操継続の困難性察知】【はざま領域による対応の困惑】である。定義は、〔骨盤底筋体操を修得して実施し続けることが難しいことを感じている〕と〔尿失禁の治療は、婦人科領域と泌尿器科領域の間に位置するため、積極的に取りあげることに困惑している〕とした。

【骨盤底筋体操継続の困難性察知】の発言例は、「そう、やる人とやらない人と…。そこがね、その人がどう深刻に受け止めるかによって違うでしょ。見えないとこの体操だから、難しいんですよ。で、すぐに出るものじゃないでしょ、結果が。やってるうちにだんだんっていうものだから。続けるっていう事に慣れてない。ちょっとやってすぐ忘れちゃう」「骨盤底筋の訓練の方法を教えて…。やはり長い目で見ないとなかなか改善は見られないという事なので。結局そのような指導をして…」であった。骨盤底筋体操を継続していくことが、いかに難しいかを知り、指導の方法に困惑している様子が伺える。その結果、継続するための指導としてビデオ等の使用を具体的に考え、実施に繋げている状況がみられていた。

【はざま領域による対応の困惑】の発言例は、「問題になるのは科と科のはざま領域なんですね。女性の尿失禁ていうのはね。どちらかというと、婦人科的な原因で起こることが多いけど、やっぱり尿失禁ていうと、泌尿器科の領域と言うあれがあって、なかなかその辺が難しいんですね」「ただ基本的にそういったトレーニングは尿失禁に関しては受けてないから、治療方針に自信がないんで、とりあえずこの薬は出すけど、効かなかったら泌尿器科に行って下さい程度の治療しか…。ほんとに患者さんには申し訳ないんだけども」であった。骨盤底の弛みを考える産

婦人科的な見方と、排泄に関することという、2つの科にまたがりながらも、どちらとも専門家として確立していない難しさがあり、医師は困惑している状況にあった。そして、自分自身に自信がなければ、泌尿器科への紹介という仲介役を担っている状況もみられていた。このような困惑状況は、修士論文⁴⁹⁾でも示した様に、『相談する場所がわからない』という、受診場所を選ぶ尿失禁経験者側にもみられている。スムーズな解決のためにも、産婦人科医としてできることを明確化していき、また、泌尿器科との連携が確立されていくことが望まれ、広く地域住民に相談施設や治療施設を周知していく必要性があると考えられる。

④＜尿失禁予防、改善における役割意識＞

＜尿失禁への関心喚起＞に後押しされ、尿失禁についての興味や関心が示されていく状況＜尿失禁予防、改善における役割意識＞に繋がっていた。このカテゴリーは、3つの概念で成り立ち、【女性の生涯をみた尿失禁への興味・関心】【日常生活や出産と尿失禁（子宮脱）の関係性を考察】【尿失禁経験者の性格特性を考察】である。

【女性の生涯をみた尿失禁への興味・関心】の発言例は、「（尿失禁が）気になってたところだしね。…続けられるような、いい体操を教えてもらえれば、続けられるような、役になつんじゃないかなと思って。しかも、若い人が必要な体操じゃないですか。若い時からやって欲しい。年取ってからじゃ遅いんですよ。誰でも必要な、女性にとってはね。いい体操だと思ったわけですよ」「きちんとした指導って必要なんじゃないかなって。とにかく、お産後のケアっていうかな、とっても大事な体操だから、みんなに知ってて欲しいなって言うのがあったから」であった。このように、尿失禁を単なる症状としてのみ考えるのではなく、予防的な視点で女性の生涯をみて、尿失禁をなんとかしたいという思いが

強くあることが理解できる。尿失禁への興味や関心が強くみられている医師は、講演会を設定したりビデオを使用し、予防、改善策実施も積極的に行ない、出産の時に、【骨盤底筋のことを意識して医療介入のない出産援助を実施】していた。この意識の持ち方が、予防、改善策実施の大切な原動力になっていると考えられる。

【日常生活や出産と尿失禁（子宮脱）の関係性を考察】についてである。発言例は、「多分、骨盤底の筋肉が、がきつとしてきて、支えられるようになったのではないかというふうに思いますけど（分娩後の1ヵ月検診）」「太ってて、あんまり運動してなかったりとか、太ることによって妊娠中もやっぱり難産になるわけですよ。難産が悪いんじゃなくて、難産にした体型が悪い。だと思っんですよ。だって細くてあんまり脂肪ない人はお産軽いですもん。そういう人は尿失禁にならないですよ」「（尿失禁をおこす人）昔の方が細い人が多かった。たくさんお産して、過労でっていう。太っててっていうのは少なかったですね。…今は肥満で」「今は、いろいろ文献とかによると、一人でも産んでるとリスクは一緒だと聞きますけどね。昔は…。誰でもなる可能性があるみたいな。昔はね力仕事、農作業とかの方に多いとか、そういうのも関係なんじゃないか」等がみられた。この様な部分より、昔の人の尿失禁のリスクとして、多産や農作業等の重労働を予測し、関連性を考えており、現在は、肥満や運動不足からくる難産を尿失禁の原因を考えている状況にあった。骨盤底への影響を多面的に捉え、特に、出産との関係も考えられていることは、今後、医療介入と尿失禁との関係性も考えるようになり、不必要な医療介入のない出産へ更に変化していくことが期待できる。

【尿失禁経験者の性格特性を考察】の発言例は、「太ること自体、そんなに神経質でない…。太ってることに対して。性格的にもそれほど神

経質ではないし、まあこのくらいって言うようなのあるし、運動も積極的に出来てる方でないからそうなるわけじゃないですか」等であった。性格と尿失禁との関連性をみている先行研究は見あたらなかったが、医師は、肥満体型になっていく性格という見方を考察している状況がみられ、関心を示していた。実際は、尿失禁があることで悩み苦しんでいる者は沢山おり、神経質な人も多いと考えられるが、もしかしたら、神経質ではない者が、関心を示さず、受診もしない状況にあるかもしれないと考えられる。

⑤＜尿失禁予防、改善策実施＞

＜尿失禁予防、改善における役割意識＞に基づき、医師は、＜尿失禁予防、改善策実施＞をしていた。その内容は、【医師からの能動的な投げかけ行動】【骨盤底筋体操指導と泌尿器科との仲介実施】【骨盤底筋のことを意識して医療介入のない出産援助を実施】という3つの概念で構成されていた。

【医師からの能動的な投げかけ行動】の発言例は、「例えば子宮脱の人なんかけっこうね、おこす人がいるんだけど、子宮が下がってくるって事実は患者さん言うてくるんですね。で、排尿についてのことはこっちから聞かないと、なかなか向こうからは言わないんですね」「かなり早いうちから、こういうのやりますって貼り紙は、あまり宣伝しなかったんだけど、貼り紙は出しておいたんだけどね…」であった。このように、医師は、＜尿失禁への関心喚起＞中の概念【尿失禁経験からの能動的行動欠如認識】や【地域住民の関心の低さ】を押さえながら、＜役割意識＞をもち、自分から尿失禁の話を受診者に切り出したり、地域住民に積極的に投げかけている状況にあった。医師からのこのような能動的な行動は、言えずにいる経験者を見つけ出すことや興味のない地域住民

を巻き込めたりと、効果的な対応であると考えることができる。

【骨盤底筋体操指導と泌尿器科との仲介実施】の発言例は、「だから、訴えてくる人の場合には、『体操の部分だけを買って』って無理やり（ビデオ）買わせちゃうんです。視覚的に見てもらって。そうしないとできっこないですもん。最初はこういうパンフレットやって、骨盤体操、こうやってやるんですよって説明しましたが、忘れるし、やっぱり見ながらやるっていうと一緒に楽しくなるじゃないですか。やっぱり、持っていた人はやるんですよ。…私がやってもらう時に『とにかく続けられるような体操にしてくださいね』って」「とりあえずこの薬は出すけど、効かなかったら泌尿器科に行って下さい程度の治療しか…」「骨盤底筋関係の、くしゃみすると、腹圧かかる時に漏れるような、そういったのは長い目で見て、骨盤底筋の訓練の方法を教えて」であった。このような発言から、医師は、＜尿失禁対応の困惑＞を押さえながら、骨盤底筋体操は、継続できるようにビデオを使用していたり、はざま領域のために、自分が役割を担えそうもない時は、泌尿器科を紹介したりという行動に出ていた。また、地域住民が関心を示すように講演スタイルを取っていたりと、バリエーションがみられていた。今回みられた実施状況は、＜尿失禁予防、改善における役割意識＞の持ち方に強く影響していると考えられた。

【骨盤底筋のことを意識して医療介入のない出産援助を実施】は、「でも、あんまり尿失禁でおきないから、お産してないと。やっぱり、お産が一番の悪影響及ぼすことだし、…だから（出産時）必要なければとにかく手を出さないで待つてようっていう」であった。このように、医療介入をなるべくしないでという考えは、尿失禁への影響も考えての事であることが理解できる。女性の出産後の数十年先をみた骨盤底への影響

を考え、出産に携わる医師や助産師が増えることにより、更なる出産の変化が期待され、尿失禁予防に繋がっていくと思われる。

⑥＜尿失禁予防、改善策の効果と課題＞

＜尿失禁予防、改善策の効果と課題＞は、＜尿失禁予防、改善策実施＞したからこそ出てきたカテゴリーであり、【改善策実施後の効果を知る】【出産後の援助の必要性】【変化してきている婦人科と泌尿器科領域】という3つの概念で成り立っている。

【改善策実施後の効果を知る】は、定義を「対象者の反応を確認し、改善策実施後の効果をよみとっている」とした。発言例は、「そう、（講演会に）来た方は喜んでました。たまたま、〇にこういうのやったんですよってテープやったら、周りの人たちがとっても喜んで見てるって言ってましたから」「（ビデオ）あるとね『やりやすい』って言ってる。つけると一緒にできるし。で、また上手に…してるんですよ」である。実施後の効果を確認することは、見えない症状であるため、難しいことであると思われるが、対象者の良い反応が返ってくるという状況は、今後の役割意識や予防、改善策実施にフィードバックされていき、更なる進化した改善策に繋がっていくと考えられる。

【出産後の援助の必要性】は、定義を「改善策実施後の修正案として産後の援助の必要性和方向性を出している」とした。発言例は、「関心が低いんですよ。どうなのがいいのかな、なんて思うんですけど。だから、私は、妊娠中のね助産婦さんの指導じゃないかなと思うんですね。妊娠中の指導。母親学級とかあるじゃないですか。ああいう時とか、お産後の指導してるじゃないですか、ああいうときにやるのが一番じゃないかな。そのあと機会がないんですよ。指導する機会って」「要するにお産後の腹帯。あれを強く締めちゃだめ。（骨盤底が）ゆるい時に上だ

けしめると（力が）下にかかっちゃう。…上をみんな細くなろうと思ってぎゅぎゅ締めるじゃないですか。…逃げ場がないから、腹圧かけたときに。腹圧かければこっちこれないから下にいくじゃないですか」「出産って言うのは。それで、悪化する時期でもあるし。お産後って自分の体をかばってる暇がないんですよ。育児におわれてるし、便秘になるでしょ。緩んでるところでいきむから」である。これらの発言から、医師は、尿失禁にとって一番影響のある妊娠、出産の時の指導が大切であると、課題を出している。この時期は、これから迎える中高年時期のために予防できる時期であり、その時期の対応次第でその後が変わる重要なポイントとしている。そして、腹帯や便秘等の出産後の腹圧の影響についても考えている状況がみられた。この課題は、助産師の役割として担える課題でもある。このような医師からの課題を助産師にフィードバックしていく必要があると考えられる。

【変化してきている婦人科と泌尿器科領域】は、定義を「医師教育、学会、臨床で、はざま領域をみられるように変化して来ている」とした。発言例は、「ウロってのは泌尿器科で、ネコロジーってのは婦人科の事で、ウロカネコロジーの専門領域を確立しようって動きはあるんですよ。ただ、婦人科だけ、泌尿器科だけっていう単独ではなかなか、そういう尿失禁だ、なんだっていうのは対処できないから、両方の観点を踏まえたあれを育てようっていうんで、ウロ・ネコロジー学会ってのはあるんですけどね。まだ、非常にマイナーな…」「今はね、私なんかが医学部でおそわったのとは全然違うシステムに、なってるらしいんですけどね。だから、疾患別に…。いわゆる女性の尿失禁についても科の超えたあれが出てくるかもしれない。…でも、長期戦だけど」である。【はざま領域による対応の困惑】が、解決方向に向かっており、医師教育に

においても教え方が変化してきていることが理解できた。この変化は、課題としてまだ進行中であるため、この先も変化し続けていくと考えられる。

このように、医師の発言から、「尿失禁予防、改善のための役割行動プロセス」が見えてきた。医師は、医師教育において、尿失禁についての動機付けがされていない状況にあったが、現在の医学分野における注目状況や社会の流れを考えると、動機付けされる機会が増えてくる可能性が考えられる。また、医師は、地域住民の関心の低さや、多数の尿失禁経験者の存在、相談のしにくさを予測している状況であった。そのため、医師が尿失禁予防と改善の必要性を強く認識できるかどうか次第で、医師自ら改善策を投げかけ、具体的行動をとる方向に結びつく可能性が考えられた。また、医師は、経験を重ねることにより、出産後の子宮脱や尿失禁の察知能力をつけており、更に極わずかではあるが、尿失禁経験者からの相談機会があり、予防的な立場に立ちながら出産後に機会をつくり改善策を実行できる存在であると考えられる。

しかし、骨盤底筋体操の継続が困難なことや産婦人科領域と泌尿器科領域とのほざまの領域に尿失禁の治療が位置する事による役割の困惑も抱えており、体操継続のための研究の必要性や産婦人科領域として関わることと泌尿器科領域との連携が必要であると考えられる。骨盤底筋体操の継続のための研究は、Kim²⁸⁾が実施しており、CEIP という介入プログラムを使用し、パンフレットや視覚聴覚テープの貸し出し、電話訪問等による実施の評価をし、地域住民に利用できるという示唆を報告している。実際に、今回調査した医師の中には、骨盤底筋体操の継続の難しさを知っているからこそ、ビデオ教材の取り入れによる骨盤底筋体

操の実施をしていた。尿失禁経験者が視覚的な情報を得ながら、楽しく実施し続けられている効果もあったようである。しかし、尿失禁経験者側の意識の持ち方の低さのため、継続できない状態も招いていた。先行研究のような介入プログラムの利用により、困難性は回避されと考えられる。そのためには、マンパワーとして助産師、看護師とのチーム対応も必要になってくるため、チームの中での学習と協力体制も必要である。そして、はざま領域に対しては、医師教育でも変化がみられていることが分かった。また、全国的には、尿失禁外来や女性外来も充実してきている¹⁸⁻¹⁹⁾。尿失禁という症状に対応できる専門家の育成と連携が今後更に深まっていくと思われ、地域住民へ相談場所の周知をしていくことも必要である。

そして、尿失禁予防、改善における役割意識を、それぞれの医師が持っている事が理解できた。この役割意識の中の、予防的な視点で【女性の生涯をみた尿失禁への興味・関心】を強く持った医師は、骨盤底筋のことを意識して不必要な医療介入のない出産の援助をしていた。このように、女性の出産後の数十年先をみた骨盤底への影響を考え、興味、関心を持つことは、大切である。このような考え方が医師教育や医学の臨床でも押さえられていくことが望まれる。

尿失禁予防、改善策実施後の効果や課題も今回の発言から確認でき、役割意識や実施にフィードバックされていく流れがみられた。このような流れがあることは、今後は、更なる医師の役割意識が強化され、実施に結びついていくことが予測される。また、医師より、腹圧をかけないための腹帯の使用方法や休息の取り方を含め、妊娠、出産時の指導の大切さの課題が出されていたことから、施設内の助産師が十分に担える役割として捉えていくことも必要であると考えられる。

4 結論

1) 実態

(1) 経験年数 10 年以上の助産師の尿失禁予防、改善のための役割行動プロセス

①助産師の尿失禁について関心のない状況（＜尿失禁無関心＞）は、助産師としての経験を積み重ね、知識や技術を習得し、尿失禁経験者からの相談機会がある等（＜尿失禁への関心喚起＞）により関心が深まっていくという変化がみられた。

②しかし、科学的根拠がまだ不確かである骨盤底筋体操の開始時期や会陰切開の効果等に迷いを示している状況（＜予防、改善策選択困惑＞）がみられていた。

③＜尿失禁への関心喚起＞に後押しされながら、出産と尿失禁との関係を認識し、助産師としての役割意識をもつ状況（＜尿失禁予防、改善における役割意識＞）が芽生え、強い興味、関心を示すようになっていった。この役割意識が強くみられると、不必要な医療介入のない出産援助や尿失禁に対する個別的な援助（＜尿失禁予防、改善策実施＞）にスムーズに繋がり、役割意識に繋がらないまま（＜尿失禁予防、改善策実施＞）に繋がっている場合は、一時的な実施で終わっていた。また、同時に、骨盤底筋との関連性を考えていない休息の援助と腹帯の使用（＜無自覚な尿失禁関連行動＞）がみられていた。

④そして、＜尿失禁予防、改善策実施＞をすることにより、医療介入のない出産の効果や骨盤底筋体操の効果を知る状況（＜予防、改善策効果の確認＞）に繋がり、それらが役割意識と予防、改善策実施にフィードバックしていた。

（２）新人助産師の尿失禁予防、改善のための役割行動プロセス

①新人助産師は、看護師や助産師教育において、尿失禁についての動機付けをする機会がある状況（＜尿失禁への関心喚起予備素材＞）がみられた。しかし、その機会があったものの、動機付けがされず、尿失禁に対して関心が向かない状況（＜尿失禁無関心＞）に繋がっていた。

②卒後、助産師としての経験を積む中で、対象者からの尿失禁の相談を受けたり自己学習等（＜尿失禁への関心喚起＞）に後押しされ、出産と尿失禁との関係を考える状況（＜尿失禁予防、改善における役割意識＞）と予防、改善策をスタッフ全員や個人で対応する状況（＜尿失禁予防、改善策実施＞）に繋がっていった。

③＜尿失禁予防、改善における役割意識＞は、助産師教育において、不必要な医療介入のない待つ出産を教わったこと（＜尿失禁への関心喚起予備素材＞）からも影響を受け、役割意識が芽生えていた。

（３）医師の尿失禁予防、改善のための役割行動プロセス

①医師は、医師教育において、尿失禁に関しての動機付けが低い状況（＜医師教育における動機付けの低さ＞）がみられていた。その状況は、医師が尿失禁に対する地域住民の反応や社会の変化を受け止め、相談の機会がある等の経験を積む状況（＜尿失禁への関心喚起＞）により関心が深まっていくという変化がみられた。同時に、どのように関わっていくか困惑している状況（＜尿失禁対応の困惑＞）もみられた。

②そして、医師としての役割意識が芽生え、女性の生涯をみたり、日常生活や出産と尿失禁との関係性を考える等の興味や関心（＜尿失禁予防、改善における役割意識＞）へと繋がっていった。この役割意識が強くみられると、骨盤底筋体操や不必要な医療介入のない出産援助等の実施（＜尿失禁予防、改善策実施＞）が積極的に実施され、役割意識が弱いと一

時的な実施の状況になっていた。

③＜尿失禁予防、改善策実施＞をすることにより、骨盤底筋体操の効果の確認や出産後の援助の必要性を考える状況（＜尿失禁予防、改善策の効果と課題＞）に繋がっており、更に＜尿失禁予防、改善における役割意識＞と＜尿失禁予防、改善策実施＞にフィードバックしていた。

2) 助産師の役割と課題

(1) 助産師個人として、および、対象者に対して

①助産師教育や卒後教育において、出産（医療介入）と尿失禁との関連および骨盤底の保護の重要性と保護の方法、観察方法を盛り込み、長期的な骨盤底への影響を押さえ、尿失禁予防の必要性について動機付けができるようにする。

②女性の生涯の健康を見据えた考え方ができるようにする。

③骨盤底筋の状態が観察できるよう、知識と技術を磨く。

④骨盤底の重要性についての意識が継続できるようスタッフ同士で刺激し合い、学習をし、尿失禁予防、改善策実施を業務の中に組み込んでいく。

⑤骨盤底のことを意識して不必要な医療介入のない待つ出産ができるようにする。

⑥助産師側から対象者へ、尿失禁に関する能動的行動ができるようにする。

⑦出産直後から過度な腹圧がかからないよう、腹帯の使用方に気を付け、休息が取れるように援助をする。

⑧一時的な対応でなく、個人に合わせた尿失禁予防、改善策が実施できるようにする。

⑨予防、改善策実施後の効果の確認を意識して行い、科学的な根拠に基づいた予防、改善策を導くための研究をしていき、役割意識と予防改善策実施にフィードバックしていく。

(2) 新人助産師に対して

①看護師教育と助産師教育、卒後教育において、出産における骨盤底の保護の重要性とその方法（待つ出産の意味づけ）を伝え、尿失禁予防の必要性について動機付けをしていく。

②経験を積み、骨盤底筋の状態が観察できる能力がつくように伝承していく。

③尿失禁予防、改善における役割意識をお互いに持ち、対象者個人に合わせ、一時的でない継続した対応が出来るように、調整していく。

④骨盤底のことを意識して不必要な医療介入のない待つ出産ができるように、支援する。

⑥予防、改善策実施後の効果の確認について伝承していく。

(3) 医師に対して

①医師と協力し、不必要な医療介入のない出産を実現していく。

②医師、助産師、看護師等でチームを組み、具体的援助を行っていき、必要時、仲介者となり、治療にむけたルートをつくる。

③医師より中高年時期の尿失禁の状況を伝承してもらう。

3) 医師の役割と課題

①医師教育の中で、尿失禁に関する動機付けの機会をつくり、産婦人科と泌尿器科との領域を越えた見方が出来るようにする。

②女性の生涯を捉えた尿失禁予防の必要性についての考え方をもつ。(尿失禁予防、改善における役割意識をもつ。)

- ③骨盤底筋のことを意識して不必要な医療介入のない出産を実現していく。
- ④子宮脱や尿失禁の察知につながる骨盤底筋を観察する能力を養い、予防的な立場に立ちながら、出産後に予防、改善策を実施をする機会をつくる。
- ⑤医師側からプライバシーに配慮しながら対象者へ、能動的な働きかけをする。
- ⑥継続的に骨盤底筋体操が実施できるように研究結果を活用する。
- ⑦助産師や看護師等とチームを組みながら出産後の具体的援助に力を入れていく。
- ⑧個別的な対応として、予防、改善策に繋がらない場合には、仲介者としての役割を担い、他科と連携し、治療に向けたルートをつくる。
- ⑨はざま領域による困惑が起こらないよう、尿失禁外来や女性外来等で総合的な相談と治療ができるようにし、地域住民に周知させていく。
- ⑩予防、改善策実施後の効果を確認していく。

終章

1 節 作業課題①～⑤に対する考察

第二部では、第 1 章から 3 章にかけて、出産を経験した女性たち、および出産援助者として関わる助産師、医師への調査をそれぞれまとめた。ここでは、これらの調査から出てきた結果を 3 者間の関係性に着目し、また、量的な調査と質的な調査を統合し、作業課題①～⑤に照らし合わせ考察していく。

作業課題①では、「出産経験者（出産後 3 年以内の女性と中高年女性（尿失禁治療中の女性と治療をしていない女性））と援助者側（助産師、医師）を対象に、経験した妊娠・出産・産褥の状況を明らかにする」とした。

出産を経験した女性たちの出産年代は、中高年女性たちが昭和 20 年代から 50 年代（1945 ～ 1980 頃）にかけてであり、出産後 3 年以内の女性たちが平成 13 年から 16 年（2001 ～ 2004）である。

中高年女性たちの出産経験の語りから明らかにされたことは、昭和 30 年代中盤より、自宅出産から安全性を求めて施設内出産へ急激に移行している様子である。そして、病院内では、医師による妊娠中の健康管理がされるようになっていったことが分かり、妊産婦死亡率や周産期死亡率の改善に繋がっていたと考えられる。反対に、出産が自宅から施設内に移ったことで良さが無くなっていった点は、出産場面に周りにいた家族の存在が消えたことがあげられる。家族の中でリラックスしたり母親を頼りにしていた出産が、分娩室で、助産婦や看護婦、医師に囲まれての出産になり、施設スタッフの忙しさにより、分娩台で足を固定され、孤独で不安な時間を過ごす例もみられ、その事が嫌な思い、不満足な出産体験として残っていた。そして、側で付きそう者が助産婦や看護婦か

どうかも、定かではない状況もあがっていた。また、母親から子どもへの出産に関する伝承がされなくなったという点や自然な出産経過に対する受け止め方が無くなってきた点も変化としてみられた。具体的には、出産前は体を動かし、出産後は体を休める等に関して伝承されなくなり、結果として、それらの準備により、自然な出産を体験するという事実がないため、その良さを受け止められないということである。そして、会陰切開や浣腸、剃毛等ルチンな医療介入が病院出産では多くみられ、それが当たり前であるとして出産経験女性は受け止めていた。昭和 40 年代中盤（1970 ～）より、吸引分娩や無痛分娩、クリステレル胎児圧出法も経験としてあがることが多くなり、これは、修士論文での結果のひとつである、1970 年代（昭和 45 年以降）を契機に産科医療の実施率が急増している結果と一致していることが確認できた。

出産後 3 年以内の女性を対象にした質問紙調査（量的調査）から明らかになった平成 13 年から 16 年（2001 ～ 2004）の出産状況は、自分の出産の側で付きそう者がどのような専門職であるのか、認識し出してきたことがあげられる。また、産科医療（陣痛促進剤の使用、会陰切開、吸引・鉗子分娩）の経験が減っており、見直されてきている状況にあった。しかし、帝王切開、クリステレル胎児圧出法は、いまだ高水準であった。そして、帝王切開と陣痛促進剤に関しては、医師や助産師から納得のいく説明を受けていたが、会陰切開、吸引・鉗子分娩、クリステレル胎児圧出法については、納得のいく説明があまりされていない状況にあった。更に、女性たちの 5 割～ 6 割しか助産師・看護師、医師が自分の心や体のことを良くわかって対応していると捉えていないことが明らかになった。また、出産時に「良い思いをしたこと」「嫌な思いをしたこと」としてあげられた自由記載の内容からは、援助者の態度が最も重

要であり、向き合ってくれる態度や自分の状況を分かってくれる態度が満足した出産に繋がり、反対に、圧力的な態度や向き合っていない態度が嫌な思いとして残っていた。平成 12 年（2000）の修士論文からは、平成 11 年（1999）頃まで産科医療は高水準を維持していたということが言える。この状況を踏まえると、平成 12 年（2000）以降、不必要な医療介入が減少してきていると考えることができる。しかし、産婦側が捉えている援助者側である助産師・看護師や医師の対応する態度は、十分に満足できるものとは言えない状況であることも明らかになった。

10 年以上の経験をもつ助産師の面接調査からは、医師や産婦とその家族との関係性の変化にともなって、不必要な医療介入のある出産から、不必要な医療介入のない待つ出産へと変化している状況が明らかになった。また、経験年数 2 年以内の新人助産師からは、助産師教育において待つ出産を経験しているという状況が見られ、出産がここ最近、劇的に変化してきていることがみえてきた。更に、医師の面接調査からは、15 年以上前の医師教育では、分娩第Ⅱ期を短縮することが、胎児の危険を回避すると教えられており、自然に進む出産については全く教育を受けていない状況であったが、待っている出産経験を積むことにより、手を出さなくても大丈夫であるという、待ち、出産を見守る状況に変化していた。そして、助産師や医師は、産婦の要望を受け入れながら、必要時インフォームド・コンセントをし、調整をとっていた。

このように、昭和 20 年（1945）から現在に至る出産状況をみると、先行研究の検討の部分でも述べているように、しだいに施設内出産が多くなり、医療介入が頻繁に行われるようになっていったが、最近（2000 年以降）の施設内出産の状況からは、その反省がされてきていることが伺われた。産婦側と援助者である助産師、医師という 3 者すべてが医療

介入を見直すようになり、不必要な医療介入のない出産へと変化してきていると受け止めることができる。しかし、未だ帝王切開やクリステレル胎児圧出法が高い率であることや、出産経験者側から出ている援助者の向き合う態度の重要性を重く受け止め、更に産婦としっかりと向き合い、その人にとって本当に必要な医療介入かどうかを押さえていく必要性があることも明らかになった。更に、出産に関する親からの伝承が途絶えてきている状況を踏まえると、自然な出産とはどういうものなのかという情報を、出産援助者側から産婦側に積極的に伝えていく役割も担う必要があると考えられる。

作業課題②では、「出産後 3 年以内の女性（尿失禁経験女性および尿失禁経験のない女性）と中高年女性（尿失禁治療中の女性と治療をしていない女性）を対象に尿失禁の状況および、尿失禁とその原因（医療介入・日常生活）との関連性を検討する」とした。

出産後 3 年以内の女性の量的な調査からは、尿失禁経験率は、妊娠中・出産後にかけて高く、ほとんどの者が、そのうち治ると思っており、身近な家族や女性同士の相談にとどまっている状況がみられた。しかし、骨盤底筋体操に関する知識・情報は筆者の修士論文での結果よりも増えており、医療者側が意識して情報を流すように変化してきていると考えられる。

また、出産直後から 2 ヶ月までの尿失禁に関連している要因は、妊娠中の尿失禁経験、帝王切開経験の順であり、有意差がみられた。また、有意差はみられなかったものの、最後の出産年齢や吸引・鉗子分娩回数、クリステレル胎児圧出法についても影響が強い結果であった。そして、出産後 2 ヶ月から現在までの尿失禁に関連している要因は、床上げまで

の間に休息できなかった経験、出産直後の尿失禁経験、帝王切開経験の有無、初めての妊娠前の尿失禁経験、最後の出産年齢、BMI の順であり有意差がみられた。このような結果から、出産直後と2ヵ月以降の尿失禁は、妊娠前や妊娠中に尿失禁があり、もともと骨盤底筋の筋力が低下している者や出産時に医療介入（クリステレル胎児圧出法、吸引・鉗子分娩）があった者、更に、出産後の生活の仕方（床上げまでの間に休息できなかった経験、BMI）が影響することが明らかになった。

また、尿失禁治療中の女性たちへの面接調査からみえた状況は、骨盤底に負担のかかる生活と骨盤底に負担のかかる出産体験をしている者が多くみられたということである。日常生活は、農業や酒店、介護という腹圧を過度にかける行動をかけ続けていた様子がみられ、また、陣痛促進剤や吸引分娩、クリステレル胎児圧出法、会陰切開等の医療介入のある出産を経験し、出産後の過労働もしており、過度に骨盤底に負担をかけていた経験があることが語りから理解できた。そして、治療をしていない女性の状況をみると、ほとんどの者が骨盤底に負担のかからない日常生活をしており、出産経験も骨盤底に負担のかからないよう、出産後に休息が取れていた者が多くみられた。女性たちの語りから、医療介入のある出産や腹圧のかかる日常生活が骨盤底を弛め、将来的に尿失禁を経験してくることがみえてきた。

このように、今回の量的な調査および質的な調査の両方、および修士論文の量的調査から、尿失禁との関連性をみてみると、出産時に骨盤底に負担のかかる医療介入があることとその後続く腹圧のかかる日常生活が大きな影響要因となることが明らかになった。そのため、不必要な医療介入をなくすようにすること、出産後に骨盤底に負担のかからないように、休息をとるようにすること、その後の生活スタイルを見直すこ

とが課題となる。具体的には、出産後、母親の負担にならないよう配慮しながら産まれた子どもとの同床を促し、腹帯による腹圧が上昇しないような巻き方に気を付けること等が大切な援助になると考えられる。そして、量と質の両方の調査より、2 人目出産以降に上の子がいるために休息が取りにくい生活であったことも明らかになったため、特に経産婦へ、骨盤底の保護の必要性を動機付けしていくことも重要であると考えられる。そして、作業課題①の出産時の医療介入の多い時代背景の結果を踏まえると、今後も尿失禁経験者は、増加する可能性が示唆されるため、中高年時期の人たちへも日常生活の見直し等の援助が必要であることが明らかになった。

作業課題③は、「尿失禁治療中の女性と治療をしていない女性（30 歳代～ 80 歳代）、また、出産後 3 年以内の女性を対象に、出産状況と尿失禁状況をおさえながら、尿失禁予防および改善につながる行動プロセスを明らかにする」とした。

尿失禁治療中の女性の行動プロセスから明らかになったことは、尿失禁の症状の悪化に伴い精神的に深刻化していくという心身の連動した状況があり、自尊心の低下や羞恥心により相談できない状況、一時的な対処行動で我慢している状況等がみられ出し、症状の自覚がなかなか治療に結びつかず、治療にたどり着くまでに時間がかかっている状況であった。そして、治療に結びつく力となっていたものは、尿失禁の治療についての情報が入ってきたことや、理解して支援してくれる家族や他者がいたこと、どうしても治したい理由があったことであり、これらにより、治療への意志が持て、自己決定できたことであった。

しかし、葛藤後にやっとたどり着いた受診であっても、対応してくれ

る者の影響で、改善行動が中断する場合もみられ、相談を受けた者の知識や考え方で快方に向かわなくなる様子が確認できた。治療中の女性は、このような複雑なプロセスを踏む中で、尿失禁に対する偏見がなくなるような社会への、切実な思いと希望を抱いていることが理解できた。

次に、尿失禁治療をしていない女性の尿失禁状況から明らかになったことは、尿失禁が悪化した場合には、一時的に不安になるという精神的な変化はみられたものの、症状が無かったり軽かったりしているうちは、楽観的な捉え方をしており、意識が低く、関心が向かない状況にあることが明らかになった。また、自然に尿失禁についての情報がメディアや女性同士から入ってくる状況であったが、女性同士での話題は、尿もれパットを使用しているという会話が主であり、一時的な対処行動の情報交換で終わり、骨盤底筋体操を取り入れる等の予防、改善行動に向かわない情報にとどまっていた。

そして、出産後3年以内の女性の自由記載からも、尿失禁に関する情報が流れていることが確認できた。また、精神的な状態としては、2つのタイプがみられ、妊娠中であることが理由で、尿失禁があっても楽観的な気持ちにある者と尿失禁による不快感や将来への不安があり、否定的な気持ちにある者がいた。そして、ほとんどの者が出産後の時間の経過とともに何もしなくても尿失禁がなくなり、安堵感を得ていたが、中には尿失禁が無くならず、大きな問題へと変化していく者がみられた。また、不快感や不安な思いをしている者には、尿失禁予防についてのより具体的な情報を望む意見も多くみられ、骨盤底筋体操を継続し続けることの困難さもみられていた。

このように、尿失禁治療中の女性と治療をしていない女性および出産後3年以内の女性の調査をすることにより、尿失禁に関する情報は、修

士論文作成時の 2000 年以降、地域の女性たちにも流れるようになってきていることが確認できた。しかし、現実には、尿もれパット等の一時的な対処に関する情報であることが多く、改善に繋がる具体的な情報が知りたいという要望に対しては、依然として不十分なままである。従って、今後は、治療施設や治療方法等の詳細な情報も必要であると考えられる。

そして、今回の調査からみえてきたものは、尿失禁症状に伴い精神的な変化があることである。これには、大きく 2 つのタイプがみられ、症状が無いまたは軽いことで問題視せず楽観的に捉えている者たちと尿失禁の悪化に伴い不安や不快な思いを抱き、自尊心が低下し否定的に捉えている者たちである。尿失禁が軽く楽観的に受け止めている者は、意識が低く、一時的な対処行動のみで予防、改善策に結びついていない状況であった。しかし、将来的な尿失禁の可能性があるため、予防の必要性について伝え、動機付けをしていくことが大切であり、一方的な情報提供のみでなく、長期間に亘り継続的に介入をしていく機会をつくっていく必要があると思われる。一方、尿失禁が悪化していき、自尊心の低下や羞恥心等がみられる者たちには、医療者側は、尿失禁経験者の心の変化を敏感に察知し、プライバシーに気を付け、精神的な援助にも力を入れる必要がある。そして、治療に結び付けるためには、理解、支援してくれる家族や医療者の存在が大きいため、医療者側が尿失禁予防、改善への役割を担う意識をもち、積極的に尿失禁についての偏見を取り除くために地域への啓発活動もしていく必要がある。更に、やっとたどり着いた治療行動が中断しないように、専門家との橋渡しもしていく必要性や骨盤底筋体操が継続できるように介入していく必要性もあると考えられる。

作業課題④は、「助産師、医師を対象に、尿失禁と医療介入の関連から、どのような状況の時に医療介入があるのか、また、医療介入のない待つ出産になるのか、出産時の役割行動プロセス（産婦、助産師、医師との関わり方を含め）を明らかにする」とした。助産師と医師への面接調査をし、そのプロセスを分析した結果、明らかになったことは、それぞれの教育で、出産に対する考え方や捉え方に違いがあるという点である。医師教育においては、自然な出産経過について学ぶ機会がなく、胎児の生命の危険を回避するために分娩第Ⅱ期を短縮することが強調されており、そのために医療介入は、当然なされるべき処置であるという考え方が伝えられていた。これが、医師に医療介入は当たり前であるという考え方をうえつけていくことになると考えられる。今回調査した医師の役割行動プロセスからは、医師としての経験を積む中で、不必要な医療介入のない待つ出産を経験し、異常がなければ自然な経過に任せる考えへと変化してきている様子が確認できた。これら医師たちの出産に対する考え方は、しだいに助産師のそれに似かよったものになっていったが、これには、待つ出産を経験し、考え方を変化させていくだけの経験と感性が必要になる。もし、医師全員が学ぶ医師教育において、自然に進む出産経過とはどういうものなのか、産婦を主体とした出産とはどういうものなのか、そして、医師が手を出すべき状態とはどういう時か、異常と正常時における役割はどのようなものかを、学生の中から学んでいけば、そのような長い年月をかけずにすむであろう。そして、それはまた、援助者である助産師と医師の出産に関する共通認識を促し、不必要な医療介入のない産婦主体の出産に繋がっていくことになると思われる。

また、助産師教育においても、時代とともに不必要な医療介入のない

待つ出産へと変化していることが明らかになった。10 年以上の経験をもつ助産師からは、助産師教育や卒後経験において、自然に進む出産経過については教育を受けるものの、会陰切開や怒責誘導、浣腸や剃毛は当然の処置として捉えられており、待つ出産を経験していない状況がみられていた。しかし、助産師経験 2 年以内の新人助産師は、会陰切開や怒責誘導等不必要な医療介入のない待つ出産を経験しており、これが、その後の出産に対する考え方と行動に繋がっていた。このように、助産師教育の中でも最近、待つ出産について教育がされだしてきていることが明らかになった。また、10 年以上の経験をもつ助産師も、助産師教育以降、産婦の要求を受け入れながら、不必要な医療介入のない待つ出産を経験しており、その意義を確認し、しだいに待つ出産へと変化していっているプロセスにあった。

このように、医師と助産師の教育とその後の役割行動プロセスを追ってみると、出産というひとつの現象が不必要な医療介入のない産婦主体の出産になるためには、医師教育と助産師教育の現場で、自然に進む出産について学ぶ機会をつくり、医師と助産師の役割分担を明確に認識させることが重要であると考えられる。

その他、分析したプロセスからみえてきたものは、不必要な医療介入のない待つ出産の実現のためには、出産に対する共通認識をもち、正常経過中、待っている医師の存在と正常経過は任せられる助産師の存在であった。この存在があるかないかによっては、出産そのものの経過が違ってくるということである。両者の関係性は、お互いに対等に交渉できる関係である。そのためには、両者共経験を積み、自信をつけていく必要はあるが、医師教育や助産師教育により、待つ出産の意義が共通に認識されていれば、対等な関係性が保ち安くなると思われる。更に、新人

助産師の分析からは、出産経過の判断に迷いがあることもあり、頼りになる先輩助産師の存在は、待つ出産実現のために大きいということも理解できた。

更に、医師の過酷な労働条件も不必要な医療介入のある出産へと結びついていることが今回の役割行動プロセスの分析から明らかになった。医師数の少なさ故に起こっているこの出産状況の改善のためには、マンパワーを充足していく必要があると考えられる。しかし、現実的には、早急にマンパワーを充足させていくことは困難である。従って、医師と助産師がお互いに、パートナーとして、それぞれの役割を明確化し、任せ任せられる関係づくりをしていくことで、医師の労働条件も改善していく可能性があると考えられる。

最後に明確になったことは、不必要な医療介入のない待つ出産が実現したことにより、その効果が他の側面にも波及しているということである。即ち、助産師の役割が、出産のみでなく、妊産褥婦の援助にまで拡大され、産婦に対して経験の振り返りを促す役割の課題も見いだされている。また、医師は、出産後十数年を経た中高年者の検診の機会に、出産そのものの影響が心身共に起きていることを確認し、不必要な医療介入はするべきではないと捉えるようになっていた。そして、医療介入の意味を新生児等の科学的なデータを基に考え出している医師も存在していた。このような、長期的な視点から女性や子どもの心身への影響を捉え、待つ出産の意義と効果を知ることは、重要なことであり、援助者側同士の中で、伝え改善していく努力をする必要があると考えられる。

作業課題⑤は、「助産師、医師を対象に、女性の尿失禁予防および改善のための役割行動プロセスを明らかにする」とした。

助産師と医師の役割行動プロセスを分析した結果、共通にみられていたことは、助産師教育や医師教育において、尿失禁について動機付けがされていないことである。10年以上の経験をもつ助産師と医師からは、尿失禁について学ぶ機会がほとんどなかったことが明らかになった。また、新人助産師は、尿失禁について学ぶ機会があったようであるが、その機会に動機付けられていない状況がみられていた。尿失禁と骨盤底への負担としてあげられる医療介入との関連が明らかになってきた今、骨盤底に負担のかからない出産のあり方についての教育が必要である。先行研究の検討の部分でも書いているように、看護師や助産師が目に触れる教科書や参考書の中には、尿失禁が起こる原因が骨盤底の弛みであることやそれに対する援助である骨盤底筋体操については書かれていた。しかし、骨盤底を保護するための出産援助の必要性と方法に関する記載は、ほとんど見あたらなかった。従って、この点に関する記載がされている教科書や参考書が必要であり、医師や助産師教育課程に組み込まれていくことが重要であると考えられる。

そして、10年以上の経験をもつ助産師と医師の役割行動プロセスからは、それぞれ骨盤底の筋力の低下を察知していることが明らかになった。助産師教育や医師教育において、骨盤底筋について学ぶ機会が無かった状況にありながら、多くの経験を積むことで、骨盤底筋の状態を見極められる能力が備わってきたということである。このような察知する能力が備わることは、専門職として大きな成長であると考えられるが、全ての医師や助産師にその能力が備わるという保証はないため、それぞれの教育課程で骨盤底筋の状態を観察できる知識と技術を学ぶ機会をつくることで、更なる動機付けの効果が生まれてくると考えられる。

今回調査した助産師と医師の中で、不必要な医療介入のない出産を積

極的に行っている者や尿失禁予防、改善のために積極的に介入をしている者は、共通して、尿失禁予防、改善における役割意識を持っていることが明らかになった。従って、この尿失禁予防、改善における役割意識をもたせることが、重要な課題であり、そのために骨盤底の保護の大切さと保護の方法を伝えていくことが必要である。

骨盤底の重要性をしっかりと認識することにより、骨盤底との関連性を特に考慮していない現在の出産後の休息支援や腹帯の使用が、新たな位置づけのもとに行われるように変化していくと考えられる。また、出産後の骨盤底筋体操の実施時期や継続の困難性に対する介入方法については、まだ研究途上にあり課題として残されている。このような課題に対しても、研究を積み重ね科学的な根拠を導き出し、具体的援助として明確にしていく必要性があると考えられる。

2 節 結 論

本研究では、出産経験者側および出産援助者側である助産師と医師の3者各々に関する調査を総合的に分析した結果、尿失禁予防と改善に向けた助産師の役割と課題を明らかにすることができた。

1. 助産師の教育課程で、産婦を主体とした自然な出産経過を学ぶ。
2. 助産師の教育課程で、骨盤底に負担のかからない出産のあり方と生活の仕方、その必要性について学ぶ。
3. 産婦と対等に向き合い、正常経過は対応できるよう、経験を積んでいく。
4. 尿失禁予防、改善のための役割意識を持ち、産婦へ自然な出産の経過や、骨盤底に負担のかからない出産と生活の仕方について伝えていく。

5. 助産師と医師との出産に対する共通理解なしでは、不必要な医療介入のない出産の実現は難しいため、医師の教育課程においても、上記1、2の内容が含まれ、両者の共通理解を深める。
6. 医師や助産師の業務評価をし、マンパワーの充足をはかる。
7. 尿失禁症状を有する者は、今後更に増加する可能性があるため、すべての人たちが尿失禁予防と改善に関する動機付けがもてるようにする。
そのためには、保健師、看護師、医師等の他職種と連携、協力し、長期的な継続支援システムをつくる。

3 節 今後の課題と展望

今回の研究を終え、残された課題としては、まず、医師と助産師との出産に対する共通理解をすすめていくことがあげられる。不必要な医療介入のない、出産を実現するためには、お互いの考え方を出し合い、ディスカッションをする機会が必要であると考えられる。ひとつひとつの出産に対するディスカッションを実際に行っている施設は、ほとんど見あたらないのが現状である。まずは、ひとつの出産場面を取りあげ、産婦の思いも聞き入れながら、医師の立場、助産師の立場としての意見交換がなされていくことが課題となる。このようなディスカッションにより、産婦にとって最も良い援助の方向性が示されるようになり、共通理解に繋がっていくと考えられる。また、2000 年以降、院内助産院の開設が増えてきている。この状況は、安全かつ快適な産婦主体の不必要な医療介入のない出産を目指しており、更に、医師数の少ない施設には有効であるという意見もみられている。医師数の少なさ故に医療介入に繋がっていた今回の調査結果を踏まえると、正常経過は助産師が任され、援助していき、必要時医師が医療に関わるこのようなシステムの導入が増え

ていくよう、情報交換をしていくことが必要であると考えられる。

2 つ目は、医師への調査を更にすすめていくことである。今回調査した医師は、正常な出産経過であれば手を出さずに、待ち、見守る医師であったことが面接調査から理解できた。また、調査対象者選択の限界や倫理的限界があり、人数が少ない状況の中での検討となった。今後は、同じような待ち、見守る医師の数を増やし、検討をしていく必要性があると考えられる。更に、医療介入の多い施設の医師の出産に対する考え方や行動も調査することで、不必要な医療介入を減らしていける糸口が見つかると思われる。そして、医師の調査をすすめることにより、医師教育の現状が更に明らかにされ、自然にすすむ出産経過に対する教育の必要性や骨盤底の保護についての考え方の必要性がみえてくる可能性がある。また、最近の医師教育が変化してきている状況を考えると、新しい教育を受けた医師たちの調査も必要になってくると考えられる。

3 つ目は、医療介入と尿失禁の関連性から、今後、尿失禁症状を有する者の増加の可能性をふまえると、高齢者の QOL の向上の観点からも、尿失禁予防、改善のための援助が更にスムーズに受けられるようにしていくことが重要である。妊娠、出産時期については、助産師、医師共、妊産褥婦の外来通院時や入院時等に、自然な出産経過、骨盤底の保護の必要性、骨盤底筋体操の方法等について伝え、援助していく機会は十分にある。しかし、その継続を支援するための長期的な接点は持ちにくい状況にあり、出産のために産科外来受診をしていない女性たちの多くは、その機会すらないのが現状である。尿失禁をもたらす要因には、もともとの骨盤底の筋力低下の状況や長期に亘る腹圧のかかる日常生活もあげられていた。従って、このような継続的な支援活動をすすめるためには、他施設や地域との連携と活動が必要であると考えられる。尿失禁につい

て、関心の低い者たちや羞恥心を伴う者たちの存在もあるため、長期的な計画を立て、地域でできる体操教室や個別相談の窓口、ピアエデュケーションの機会をつくる等も必要である。尿失禁の専門家（泌尿器科医師、産婦人科医師、専門看護師、保健師等）とのパイプを確保しながら、長期的な継続性のある教室等の機会をつくることが課題としてあげられる。また、腹圧性尿失禁に対する治療も進んできている現状をおさえると、治療施設や治療方法に関する情報提供等も同時に行い、尿失禁医療チーム等をつくり、チームで関わる支援対策を考えていくことが必要であると考えられる。

4 つ目は、実践的な介入方法の検討である。出産後の体操時期の検討や自然な出産経験後の効果の検討等、更なる改善に向けた科学的な研究を積み重ねていくことが課題である。

謝辞

研究に協力して下さいました出産経験のある女性の皆様、助産師、医師の皆様、質問紙調査を配布して下さいました O 市の保健師の皆様、患者さんを紹介下さいました泌尿器科クリニックの医院長先生に深く感謝致します。また、この研究を最後までご指導頂きました女子栄養大学教育学研究室的橋本紀子教授をはじめ研究室的の皆様に深く感謝致します。

引用文献

- 1) 加藤久美子, 近藤厚生, 他: 就労女性における尿失禁の実態調査, 日泌尿会誌, Vol.77 No.9, 1501-1505, 1986.
- 2) 高井計弘, 宮下厚, 他: 女性尿失禁の実態調査, 臨床泌尿器科, Vol.41 No.5, 393-396, 1987.
- 3) 松本清一, 笠原トキ子, 鈴木愉: 『イラスト・女性の運動』, 167-168, 文光堂, 1991.
- 4) Richard, J. Millard 原著, 東原英二監訳, 『自分で治す尿失禁』, 診断と治療社, 1996.
- 5) Ray Addison: The changing role of the continence adviser, British Journal of Nursing, Vol.5 No.6, 361-363, 1996.
- 6) 横山英二, 西村かおる, 『尿失禁、あきらめないで』, (株) 保健同人社, 1993.
- 7) 西村かおる, 『進め! おもらし世直し隊』, 弓立社, 1995.
- 8) 石河修, 柴田幸子, 他: 尿失禁・尿閉, 産後のトラブル 予防と治療①, ペリネイタルケア, Vol.11 No.3, 191-199, 1992.
- 9) 石河修: 妊娠・産褥期の身体変化とマイナートラブルー尿失禁・痔核・静脈瘤の予防ー, ペリネイタルケア, Vol.16 No.11, 1025-1031, 1997.
- 10) 脇田勝次: 産婦人科における尿失禁, 高山赤十字病院紀要, 第 21 号, 16-21, 1997.
- 11) 渡邊美佐, 安富優子, 他: 妊婦および褥婦の尿失禁に関連する因子に関する研究, 母性衛生, 第 39 巻 1 号, 90-96, 1998.
- 12) 小林益江, 中嶋カツエ, 他: 小・中学校女性教諭の尿失禁の実態, 母性衛生, 第 39 巻 4 号, 370-374, 1998.
- 13) 坂口けさみ, 武井とし子, 他: 妊娠・分娩に伴う排泄(排便・排尿)状況の変化について, 母性衛生, 第 39 巻 1 号, 32-37, 1998.
- 14) 岸本廉夫: 女性のQOL～尿失禁のプライマリーケア, 第 47 号群馬県母性衛生, 26-39, 1998.
- 15) 尾田睦美, 加藤節子, 他: 妊娠中および産後における頻尿・尿失禁の実態調査, 母性看護, 第 28 回, 163-165, 1997.
- 16) Anders foldspang, S ø ren Mommsen, et al: Prevalent Urinary Incontinence as a Correlate of Pregnancy, Vaginal Childbirth, and Obstetric Techniques, American Journal of Public Health, Vol.89 No.2, 209-212, 1999.
- 17) David, H. Thom, Stephen, K. Van, Den. Eeden, et al: Evaluation of Parturition and Other Reproductive Variables as Risk Factors for Urinary Incontinence in Later Life, Obstet & Gynecology, Vol.90 No.6, 983-989, 1997.
- 18) 日本コンチネンス協会編著, 『失禁コントロールガイド』, 保健同人社, 2002.
- 19) 黒川清 編集顧問: 都道府県立病院「女性外来」開設実態調査, 性差と医療, Vol.1 No.0, 21-23, 2004.
- 20) 黒川清 編集顧問: 千葉から全国へ, 性差と医療, Vol.1 No.0, 24-25, 2004.
- 21) Chen GD, Lin TL, et al: Prevalence and correlation of urinary incontinence and overactive bladder in Taiwanese women. Neurourol Urodyn, Vol.22 No.2, 109-117, 2003.
- 22) Yip SK, Sahota D, et al: Effect of one interval vaginal delivery on the prevalence of stress urinary incontinence:a prospective cohort study.

- 23) Parazzini F, Chiaffarino F, et al : Risk factors for stress , urge or mixed urinary incontinence in Italy, BJOG, Vol.110 No.10, 927-933, 2003.
- 24) Kolbl H : Pregnancy, childbirth and the pelvic floor, Zentralbl Gynakol. Vol.123 No.12, 666-671, 2001.
- 25) 小松浩子, 西村かおる, 鈴木康之他 : 特集 尿失禁ケアにおける EBN の展開, EB NURSING, Vol.2 No.2, 2002.
- 26) 小松浩子 : エビデンスに基づく看護実践, 看護研究, Vol.35 No.2, 131-138, 2002.
- 27) 永坂和子 : 女性の尿失禁患者に対する心のケア, Urological Nursing, Vol.6 No.8, 689-694, 2001.
- 28) Kim, J. I. : Continence Efficacy intervention program for community residing women with stress urinary incontinence in japan, Public Health Nursing, 18 (1), 64-72, 2001.
- 29) 宮崎和子監修, 前原澄子編集 : 『改訂版 母性Ⅱ』, 中央法規, 313-315, 2000.
- 30) 堀内成子編著 : 『産褥・退院支援 ガイドブック』, ペリネイタルケア 夏期増刊, メディカ出版, 26-28, 2003.
- 31) 小島俊行, 工藤美子, 森恵美著者代表 : 『母性看護学各論』, 医学書院, 292-293, 2004.
- 32) 進純郎 : 会陰切開は本当に必要か, 周産期医学, Vol.32 No.21, 1653-1657, 2002.
- 33) 竹村秀雄 : スムーズな分娩進行に向けて ー医師の役割, 周産期医学, Vol.32 No.12, 1705-1710, 2002.
- 34) 亀田隆 : 公的医療機関における自然出産, ペリネイタルケア, Vol.23 No.3, 203-206, 2004.
- 35) 久靖男 : なぜ自然出産なのか, ペリネイタルケア, Vol.23 No.3, 119-202, 2004.
- 36) 鈴木雅洲 : 医師の立場から助産婦をサポート, 助産婦, Vol.55 No.3, 23-25, 2001.
- 37) 谷口隆 : 健やか親子 21 について, 周産期医学, Vol.32 No.4, 441-443, 2002.
- 38) 岩崎寛和 : 「健やか親子 21」と母性衛生学会, 母性衛生, Vol.43 No.2, 217-221, 2002.
- 39) 三宅馨, 齊藤悦子, 朝倉啓文, 他 : 日本母性衛生学会 : シンポジウム 1 「妊娠・出産に関する安全性と快適さの確保」, 第 44 回日本母性衛生学会総会学術集会プログラム, 49-56, 2003.
- 40) 新野由子 : 「健やか親子 21」検討会報告書まとまる, 助産婦, Vol.55 No.1, 24-35, 2001.
- 41) 安達久美子, 高田昌代, 岡永真由美, 他 : 助産師による助産ケア内容の適正化に関する検討・報告 2 回目 分娩期の快適さと安全性のケア検討, 助産師, Vol.57 No.4, 30-34, 2003.
- 42) 村上明美, 平澤美恵子, 滝沢美津子他 : 「妊娠期のケアとその責任範囲」「分娩期のケアとその責任範囲」に関する認識の実態, 助産雑誌, Vol.56 No.10, 844-850, 2002.
- 43) 村上明美, 平澤美恵子, 滝沢美津子他 : 「産褥期の母子のケアとその責任範囲」「家族ケアとその責任範囲」「地域母子保健におけるケアとその責任範囲」に関する認識の実態, 助産雑誌, Vol.56 No.12, 1030-1036, 2002.
- 44) 村上明美, 平澤美恵子, 滝沢美津子他 : 「女性のケアとその責任範囲」「専門職としての自律を保つための行動と責任」に関する認識の実態, 助産雑誌, Vol.57 No.2, 161-168, 2003.
- 45) 小林由美 : 自然出産運動と助産婦の意識 ー助産所助産婦と病院助産婦への調査から

- ー, 埼玉県立大学短期大学部紀要, 第2号, 25-34, 2000.
- 46) 木村千里, 松岡恵, 平澤美恵子他: 施設(病院)内でいきいきと働いている助産婦のキャリア形成過程(第1報)ー卒業後の成長の特性ー, 日本助産学会誌 11(2), 174-177, 1998.
- 47) 松岡恵, 平澤美恵子, 熊沢美奈好, 他: 施設における中堅助産婦の業務に関する調査, 助産婦雑誌, Vol.50 No.1, 21-28, 1996.
- 48) 後藤由美, 吉留厚子, 宮崎文子: 分娩時医療行為のインフォームド・コンセントに関する実態調査, 第31回日本看護学会論文集 母性看護, 135-137, 2000.
- 49) 河内美江: 尿失禁の実態と関連要因ー尿失禁予防と改善に向けた助産婦の役割ー, 女子栄養大学栄養学研究科保健学専攻修士論文, 2001.
- 50) 河内美江: 尿失禁予防と改善に関する助産婦の認識ー5人の助産婦の聞き書き調査からー, 女子栄養大学栄養学部教育学研究室紀要 第四号, 37-51, 2001.
- 51) Anselm Strauss, Juliet Corbin 著, 南裕子監訳『質的研究の基礎 グラウンデッド・セオリーの技法と手順』, 医学書院, 1999.
- 52) Catherine Pope, Nicholas Mays 編集, 大滝純司監訳『質的实践ガイド』, 医学書院, 2001.
- 53) 木下康仁: 質的研究方法を問うーグラウンデッド・セオリーに焦点を当ててー, 日本看護研究学会雑誌, Vol.26 No.1, 31-44, 2003.
- 54) 木下康二: 『グラウンデッド・セオリー・アプローチ』, 弘文堂, 1999.
- 55) 木下康二: 『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践』, 弘文堂, 2003.
- 56) Willis J: The Future beckons, Nursing Times, Vol.95 No.18, 61-63, 1999.
- 57) 日本コンチネンス協会, 日本コンチネンス協会会則『2003年度会員名簿』, 2003.
- 58) 日本看護協会: 協会ニュース, Vol.388, 10月15日, 1999.
- 59) 日本看護協会編, 『平成15年版 看護白書』, 日本看護協会出版会, 97-134, 2003.
- 60) 内山智之, 榊原隆次, 他: 特集 尿失禁をめぐる諸問題, 産科と婦人科, Vol.12 No.1, 1643-1712, 2001.
- 61) 中田真木, 香川征, 他: 今月の臨床「女性の泌尿器疾患ー最新情報」, 臨床婦人科産科, Vol.54 No.10, 1166-1199, 2000.
- 62) 奥井識仁, 奥井まちこ: ホームページ「インターネット泌尿器科」による医療情報の開示と婦人泌尿器科の紹介, 看護と情報, Vol.9, 70-74, 2001.
- 63) 徐智恵: 排尿機能調整外来ー担当ナースの立場からー, ペリネイタルケア, Vol.21 No.1, 14-17, 2002.
- 64) 伊藤廣子, 西澤尊子: 尿失禁外来, 看護技術, Vol.47 No.7, 822-828, 2001.
- 65) 今中基晴, 浮田勝男, 坂本知子他: 生理機能調整外来, ペリネイタルケア, Vol.21 No.1, 8-11, 2002.
- 66) 龍野一郎: 米国における女性医療の現状, 性差と医療, Vol.1 No.0, 63-66, 2004.
- 67) 福井準之助: 女性尿失禁の疫学的調査, 日泌尿会誌, Vol.77 No.5, 707-710, 1986.
- 68) 西野好則, 山田徹, 他: 一般岐阜市民における尿失禁に対するアンケート調査ー岐阜市民公開講座“尿漏れで困っている方へ”の参加者に対する調査ー, 岐阜県医師会医学雑誌, Vol.15, 79-83, 2001.
- 69) 林隆則, 山口広司, 他: 就労女性における尿失禁のアンケート調査, 島根医学, Vol.22

- No.1, 39-43, 2002.
- 70) Anders foldspang, Søren Mommsen, et al : Prevalent Urinary Incontinence as a Correlate of Pregnancy , Vaginal Childbirth, and Obstetric Techniques, American Journal of Public Health, Vol.89 No.2, 209-212, 1999.
- 71) 吉沢豊予子, 上村真由美 : 褥婦の骨盤底筋力回復の為の骨盤底筋体操 (ケーゲル体操) の効果 - 初産婦を対象にして -, 母性衛生, 第 37 巻 2 号, 311-318, 1996.
- 72) 玉山淳美, 高橋純子, 他 : 産褥期の尿失禁に関する調査, 仙) 台赤十字病医誌, Vol.11 No.1, 83-87, 2002.
- 73) 上原茂樹, 谷川原真吾, 他 : 妊娠中および産後における尿失禁についての検討, 産科と婦人科, 60, 1511, 1993.
- 74) 池田しのぶ, 小原祥子, 上原茂樹 : 分娩後の排尿障害発症に関するリスクファクターについての検討, 母性衛生, 第 36 巻 4 号, 489-493, 1995.
- 75) 中田真木 : 分娩時尿失禁, 助産婦雑誌, Vol.51 No.2, 34-40, 1997.
- 76) 中田真木 : 『尿もれ・尿失禁』, 株式会社主婦の友社, 1997.
- 77) 中田真木 : 妊娠、分娩に関連した尿失禁, 周産期医学, Vol.32 増刊号, 35-39, 2002.
- 78) 中田真木 : 分娩進行と骨盤底の筋, 周産期医学, Vol.32 No.12, 1594-1598, 2002.
- 79) Rortveit G, Daltveit AK, et al : Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section, Engl J Med, Vol.348 No.10, 900-907, 2003.
- 80) Rortveit G, Daltveit AK, et al : Vaginal delivery parameters and urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study, Am J Obstet Gynecol, Vol.189 No.5, 1268-1274, 2003.
- 81) Pel M, Heres MHB, et al : Provider associated factors in obstetric interventions , Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 61 : 129-134, 1995.
- 82) ドリス・ヘア著, 新野由子訳 : 岐路に立つ日本のマタニティケア, 助産婦雑誌, Vol.49 No.4, 41-48, 1995.
- 83) 小松浩子 : 尿失禁のある女性患者の性に関する悩みと看護の対応, 看護技術, Vol.41 No.16, 42-46, 1995.
- 84) 小松浩子, 小島操子, 他 : 尿失禁女性の性の充実を促すための看護モデル試案の作成と評価, 日本看護科学会誌, 第 16 巻 第 2 号, 394-395, 1996.
- 85) 小松浩子 : 泌尿器科と性をめぐる問題, Urological Nursing, Vol.2 No.6, 1997.
- 86) 小松浩子, 小島操子, 他 : 尿失禁女性の Sexuality の影響を測定する質問紙の作成と信頼性および妥当性の検討, 看護研究, Vol.29 No.5, 34-46, 1996.
- 87) 西村かおる, 『失禁のケア』, 中央法規出版, 1990.
- 88) 東玲子, 湯浅美千代, 他 : 尿失禁をもつ中高年女性のコーピングに関する研究, 看護研究, Vol.29 No.5, 61-72, 1996.
- 89) 伊藤裕一, 近藤厚生 : 女性の尿失禁とQOL, 産婦人科治療, Vol.69 No.5, 514-516, 1994.
- 90) Carolyn, Sampsel : 尿失禁 - 中年期女性のためのセルフケア -, Quality Nursing, Vol.3 No.5, 114-119, 1997.
- 91) Hampel C, Artibani W, et al : Understanding the burden of stress urinary incontinence in europe a qualitative review of the literature, Eur Urol, Vol.46 No.1, 15-27, 2004.

- 92) Mason L, Glenn S, et al : Women's reluctance to seek help for stress incontinence during pregnancy and following Childbirth, Midwifery, Vol.17 No.3, 212-221, 2001.
- 93) 日本コンチネンス協会, 『失禁電話相談マニュアル』, 日本コンチネンス協会, 1996. (日本コンチネンス協会: コンチネンスナウ, 月刊機関誌, Vol.14 No.10, 2005.)
- 94) Victoria L, Mary H, et al : Incontinence in a Manufacturing Setting: Women's Perceptions and Responses, Public Health Nursing, Vol.18 No.5, 312-317, 2001.
- 95) 上田朋宏: 地域住民の尿失禁の意識, Urological Nursing, Vol.3 No.3, 224-227, 1998.
- 96) 徐智恵: 排尿機能調整外来～担当ナースの立場から～, ペリネイタルケア, Vol.21 No.1, 14-17, 2002.
- 97) 伊藤廣子, 西澤尊子: 尿失禁外来, 看護技術, Vol.47 No.7, 822-828, 2001.
- 98) 本間之夫, 後藤百万, 他: 尿失禁 QOL 質問票の日本語版の作成, 日本神経因性膀胱学会誌, Vol.10 No.2, 225-236, 1999.
- 99) 坂口けさみ, 楊箸隆哉, 他: 直腸瘤の深さからみた骨盤底筋群の弛緩について – 第 1 報 排泄障害との関連性について –, 母性衛生, Vol.44 No.2, 182-189, 2003.
- 100) 齋藤益子編著, 木村好秀著: 『ひろがる助産婦活動』, メディカ出版, 1999.
- 101) 三井正子編: 『退院指導マニュアル』, メディカ出版, 134-143, 1998.
- 102) 高島美奈子, 野原ヒロ子, 平尾静江: 尿失禁ケアー助産婦のかかわり, 助産婦雑誌, Vol.51 No.2, 14-22, 1997.
- 103) 近藤厚生: 助産婦と尿失禁治療, 助産婦雑誌, Vol.51 No.2, 50-55, 1997.
- 104) 谷川由美子: 女性と尿失禁－QOL改善のために, 助産婦雑誌, Vol.51 No.2, 9-13, 1997.
- 105) 井口登美子著, 青木康子編: 『母性保健をめぐる指導・教育・相談 その 1 《ライフ・サイクル編》』, ライフ・サイエンス・センター, 210-211, 1998.
- 106) シーラ・キッチンガー編著, 高見安規子監訳, 他: 『助産婦の挑戦』, 日本看護協会出版会, 1990.
- 107) 青木康子, 加藤尚美, 他: 『助産学概論』, 日本看護協会出版会, 2003.
- 108) 武谷雄二, 前原澄子編集: 『基礎助産学 1 助産学概論』, 医学書院, 2003.
- 109) 大林道子: 助産婦の数と質の変化について, 周産期医学, Vol.32 No.4, 541-546, 2002.
- 110) 平澤美恵子: 日本の助産教育の現状と指向すべき方向, 助産雑誌, Vol.57 No.1, 9-14, 2003.
- 111) 島田真理恵: 助産婦養成数の実態 – 狭められつつある助産婦への門戸 –, 助産婦, Vol.55 No.1, 54-55, 2001.
- 112) 加藤尚美: 助産師教育の今後, 助産師, Vol.57 No.1, 74-75, 2003.
- 113) 草間朋子, 栗屋典子, 他: 助産師教育の大学院化を期待する, 助産雑誌, Vol.57 No.1, 15-20, 2003.
- 114) 厚生労働省: 『国民衛生の動向』, 第 50 巻第 9 号, 厚生統計協会, 2003.
- 115) 矢島床子: 『助産婦』, 実業之日本社, 1997.
- 116) 小林由美: 現代日本女性の出産観と出産の改革に関する展望, 女子栄養大学栄養学研究科保健学専攻修士論文, 1996.
- 117) 厚生省大臣官房統計情報部編: 『人口動態統計』, 厚生統計協会, 1995.

- 118) 日本看護問題研究会監修，日本看護協会出版会編集：平成14年 看護関係統計資料集，日本看護協会出版会，2002.
- 119) 小林由美：ある開業助産婦が介助した分娩の歴史，母性衛生，Vol.42 No.4, 545-554, 2001.
- 120) 濱松加寸子：医療技術の発達が出産のあり方に与えた影響（第1報）－出産と医師・助産師の役割および協力関係の比較－，日本看護医療学会雑誌，Vol.5 No.1, 53-60, 2003.
- 121) WHO Report ICP/MCH 102/m02 (S) 1301K 10 June 1985 Joint International Conference on Appropriate Technology for Birth Fortaleza, Brazil, 22-26, April, 1985.
- 122) Iain Chalmers, et al: 『Effective Care in Pregnancy and Childbirth』, Oxford University Press, 1989.
- 123) Murray Enkin, Marc J.N.C. Keirse, et al: 『A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth』, Oxford University Press, 1989.
- 124) マレー・エンキン，マーク・J・N・C・キアース，他著，北井啓勝監訳：『妊娠・出産ケアガイド 安全で有効な産科管理』，医学書院 MYW, 1997.
- 125) 戸田律子訳：『WHOの59カ条 お産のケア 実践ガイド』，農文協，1997.
- 126) Sleep J, Grant AM, et al: West Berkshire perineal management trial, Br Med J, 289: 587-590, 1984.
- 127) Harrison RF, Brennan M, et al: Is routine episiotomy necessary?, Br Med J, 288: 1971-1975, 1984.
- 128) House MJ, Gario G, Jones MH: Episiotomy and the perineum: a random controlled trial, J Obstet Gynaecol, 7: 107-110, 1986.
- 129) Pel M, Heres MHB, et al: Provider associated factors in obstetric interventions, Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 61: 129-134, 1995.
- 130) ドリス・ヘア著，新野由子訳：岐路に立つ日本のマタニティケア，助産婦雑誌，Vol.49 No.4, 41-48, 1995.
- 131) 大石時子：浣腸、剃毛、導尿などは必要か－エビデンスにもとづいて，周産期医学，Vol.32 No.12, 1659-1664, 2002.
- 132) 藤田真一：『お産革命』，朝日新聞社，1979.
- 133) 国際婦人年大阪連合会：『出産白書－3361人の出産アンケートより－』，1997.
- 134) 熊手麻紀子：妊産婦が期待する産科看護の役割－お母さんになる心は人とのかわりの中で育つ，周産期医学，Vol.32 NO.10, 1305-1308, 2002.
- 135) 石村綾子：ジャーナリストからみた産科医療への期待，周産期医学，Vol.32 No.10, 1309-1311, 2002.
- 136) 明石千鶴：助産師教育に、今求められるもの－意見集に寄せられた人々の声から－，助産師，Vol.56 NO.4, 44-46, 2002.
- 137) 豊島豊子，近藤潤子監修・編集：助産婦教育カリキュラムガイダンス，1994.
- 138) 菅沼ひろ子：スムーズな分娩進行に向けて－助産師の役割，周産期医学，Vol.32 No.12, 1701-1704, 2002.
- 139) 毛利種子：毛利助産所，ペリネイタルケア，Vol.21 No.1, 62-63, 2002.
- 140) 村上睦子（日本赤十字社医療センター周産期チーム）：産院の時代から健康棟へ－

- 健康棟の哲学ー, ペリネイタルケア 2001 年夏期増刊, 14-20, 2001.
- 141) 桑江喜代子: 勤務助産師だからできること, 助産師, Vol.56 No.4, 29-31, 2002.
- 142) 日本看護協会: 助産婦の役割に関する調査ー病院に勤務する助産婦自身が評価した助産婦の仕事, 日本看護協会調査研究報告書, No.40, 13-22, 1993.
- 143) 山口幸子: 助産婦による Child Abuse 予防に関する認識と現状ー妊娠・産褥期および思春期における保健指導の実態調査からー, 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 25 号, 447-454, 2000.
- 144) 久保田君枝, 山川月子, 望月聖子, 他: 「助産婦の専門性と役割」についての意識調査, 助産婦雑誌, Vol.52 No.2, 158-163, 1998.
- 145) 日本看護協会: お産に関するアンケート調査ー褥婦から見た助産婦, 日本看護協会調査研究報告書, No.40, 36-43, 1993.
- 146) 島田啓子, 坂井明美, 亀田幸枝, 他: 助産婦の役割に対する女性の認識と期待, 金沢大学医学部保健学科紀要, Vol.23 No.1, 33-38, 1999.
- 147) ぐるーぶ・きりん編: 『私たちのお産からあなたのお産へ』, メディカ出版, 1997.
- 148) 船橋敦子, 山口史子: 分娩過程における産婦の想いー分娩想起による感情表出と満足度および性格特性との関連ー, 第 30 回母性看護, 26-28, 1999.
- 149) 我部山キヨ子, 堀内寛子, 入澤みち子, 他: 出産体験の評価に対する継続的研究 (第 4 報), 母性衛生, 第 39 巻 4 号, 337-345, 1998.
- 150) 西村かおる, 横山英二: 『尿失禁、あきらめないで』, 保健同人社, 1993.
- 151) 堺武男: あたらめて今、なぜ「母乳」なのか, 特集母乳をめぐって, 恩賜財団母子愛育会, 6-11, 2003.
- 152) 永山美千子: 日本における母乳育児推進の運動ー母子の視点に立つこと, 特集母乳をめぐって, 恩賜財団母子愛育会, 12-19, 2003.
- 153) 堀内勁: 総論ー母乳育児支援, 周産期医学, Vol.34 No.9, 1329-1332, 2004.
- 154) 田中智栄, 山中島邦子, 他: 母乳育児支援にむけた当院の取り組み, 新潟県厚生連医誌, Vol.14 No.1, 30-33, 2005.
- 155) 棗田加代, 佐藤美穂子, 他: 母乳栄養と高ビリルビン血症との関連性, 茨城県母性衛生学会誌, Vol.24, 17-20, 2004.
- 156) 横谷春美, 後藤寿美子, 他: 早期頻回授乳による母乳育児支援の試みー母乳栄養率の向上をめざして, 奈良県立三室病院看護学雑誌, Vol.17, 50-53, 2001.
- 157) 河内美江: 尿失禁の実態と関連要因ー尿失禁予防と改善に向けた助産師の役割ー, 母性衛生, Vol.43 No.4, 513-529, 2002.
- 158) 新道幸恵, 和田サヨ子: 『母性の心理社会的側面と看護ケア』, 医学書院, 66-68, 1994.
- 159) 石村朱美, 高橋八重子: 院内助産院開設の実際, 助産雑誌, Vol.60 No.2, 152-157, 2006.
- 160) 山崎由美子: チーム医療と助産師の法的責任, 母性衛生 Vol.43 No.4, 555-559, 2002.
- 161) 明石千鶴: トビックー厚生労働省研究班が「妊娠リスクスコア」を作成, REBORN Vol.3 No.13, 2005.
- 162) マースデン・ワグナー著, 井上裕美, 河合蘭監訳: 『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, 2002

図目次

	ページ
図 1 年齢階層	1
図 2 職業	1
図 3 施設別立ち会い者	1
図 4 出産状況（産科医療）	2
図 5 最後に出産した年代別出産の状況	2
図 6 尿もれ経験	2
図 7 相談しない理由	3
図 8 実際の相談者（複数回答）	3
図 9 尿失禁予防の情報源	4
図10 年代別妊娠・出産時の体操の情報	4
図11 年代別の妊娠・出産時の尿失禁予防体操	4
図12 納得のいく説明の有無	5
図13 医師、助産師・看護師の対応	5
図14 医師と助産師・看護師の関係性	5
図15 出産後3年以内の母親の尿失禁に関する意見	6
図16 出産後3年以内の母親の医師、助産師・看護師に対する意見：良い思い	7
図17 出産後3年以内の母親の医師、助産師・看護師に対する意見：嫌な思い	8
図18 尿失禁治療中の女性の尿失禁予防、改善行動の概念図	9
図19 尿失禁治療をしていない女性の尿失禁予防、改善行動の概念図	10
図20 経験年数10年以上の助産師の出産時の役割行動の概念図	11
図21 新人助産師の出産時の役割行動の概念図	12
図22 医師の出産時の役割行動の概念図	13
図23 経験年数10年以上の助産師の尿失禁予防、改善役割行動の概念図	14
図24 新人助産師の尿失禁予防、改善役割行動の概念図	15
図25 医師の尿失禁予防、改善役割行動の概念図	16

表目次

	ページ
表 1 「尿失禁の実態と妊娠・出産・産褥の状況」についての調査枠組み	1
表 2 「尿失禁」に関する意見（ワークシート）分析例	2
表 3 妊娠・出産の状況	3
表 4 直後尿失禁と妊娠・出産状況および日常生活との関連（t検定）	4
表 5 直後尿失禁と妊娠・出産状況および日常生活との関連（独立性の検定）	4
表 6 現在尿失禁と妊娠・出産状況および日常生活との関連（t検定）	5
表 5 現在尿失禁と妊娠・出産状況および日常生活との関連（独立性の検定）	5

表 8	直後尿失禁に関連する要因（ロジスティック回帰分析）	6
表 9	現在尿失禁に関連する要因（ロジスティック回帰分析）	6
表 10	尿失禁治療者の女性（ワークシート）分析例	7
表 11	腹圧性尿失禁治療者の属性および出産状況と尿失禁状況	1 3
表 12	尿失禁治療をしていない女性の属性および出産状況と尿失禁状況	1 4
表 13	自宅出産の状況（昭和 20 年代前半から 40 年代前半）	1 5
表 14	助産院出産の状況（昭和 30 年代中盤～ 40 年代前半）	1 7
表 15	個人医院・総合病院出産の状況（昭和 30 年代中盤～ 40 年代前半）	1 8
表 16	個人医院・総合病院出産の状況（昭和 40 年代中盤～ 50 年代）	1 9
表 17	助産師（10 年以上経験）の出産時の役割行動（ワークシート）分析例	2 0
表 18	経験年数 10 年以上の助産師の属性	2 4
表 19	新人助産師の属性	2 4
表 20	医師の属性	2 4

資料目次

資料 1	尿失禁経験者に関する割合（出典）
資料 2	自宅出産の発言内容（昭和 20 年代前半～ 40 年代前半）
資料 3	助産院出産の発言内容（昭和 30 年代中盤～ 40 年代前半）
資料 4	個人医院出産の発言内容（昭和 36 年）
資料 5	個人医院・総合病院出産の発言内容（昭和 30 年代中盤～ 40 年代前半）
資料 6	個人医院・総合病院出産の発言内容（昭和 40 年代中盤～ 50 年代）
資料 7	出産経験 3 年以内の女性への質問紙
資料 8	G 県 O 市の概要
資料 9	河内美江，橋本紀子，富岡千寿子：農村地域における尿失禁の実態 －男女間の比較を中心に－，女子栄養大学紀要 第 32 号，2001.
資料 10	河内美江：尿失禁の実態と関連要因 －尿失禁予防と改善に向けた助産師の役割－，母性衛生 第 43 巻 4 号，2002.
資料 11	河内美江：女性の尿失禁と看護，群馬県立医療短期大学紀要 第 10 巻，2003.

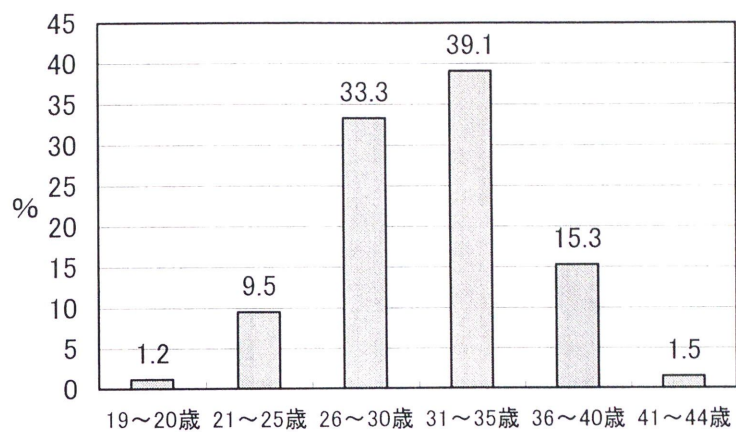


図1 年齢階層

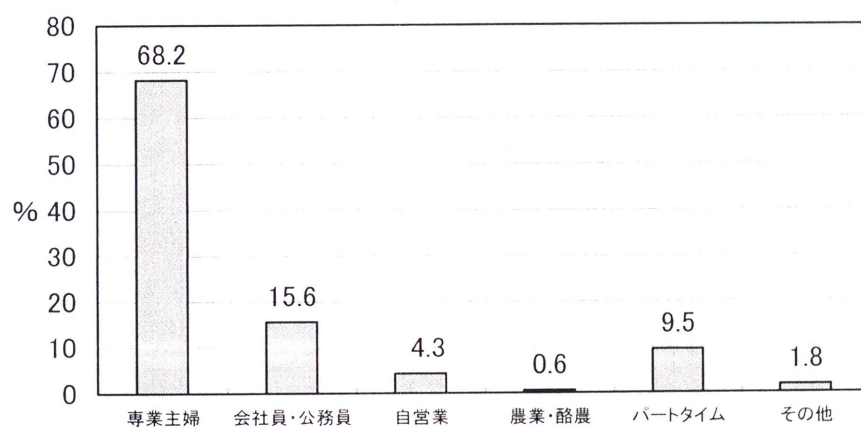


図2 職業

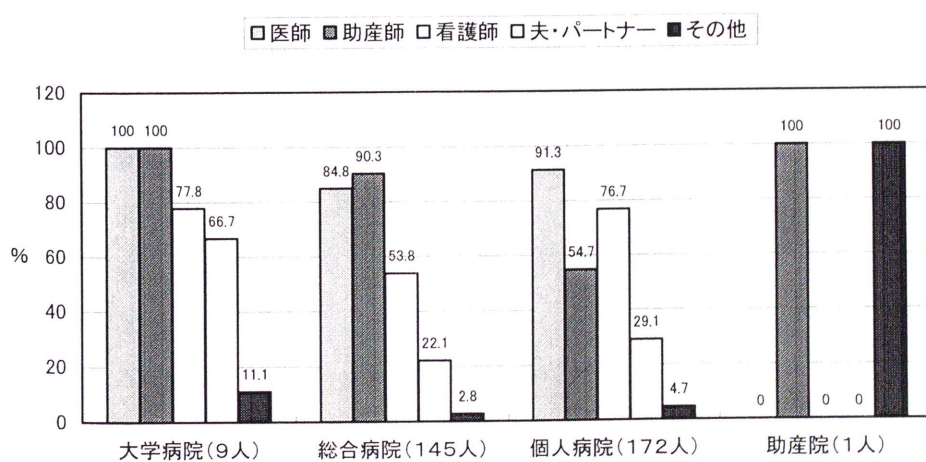
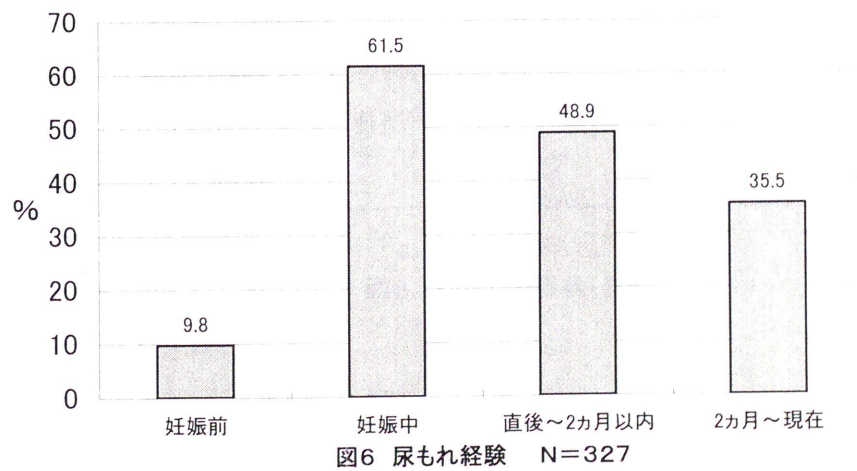
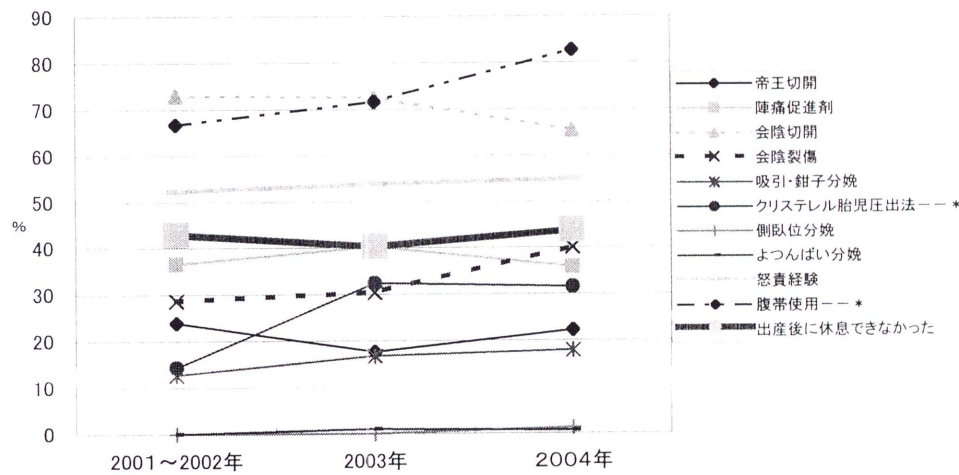
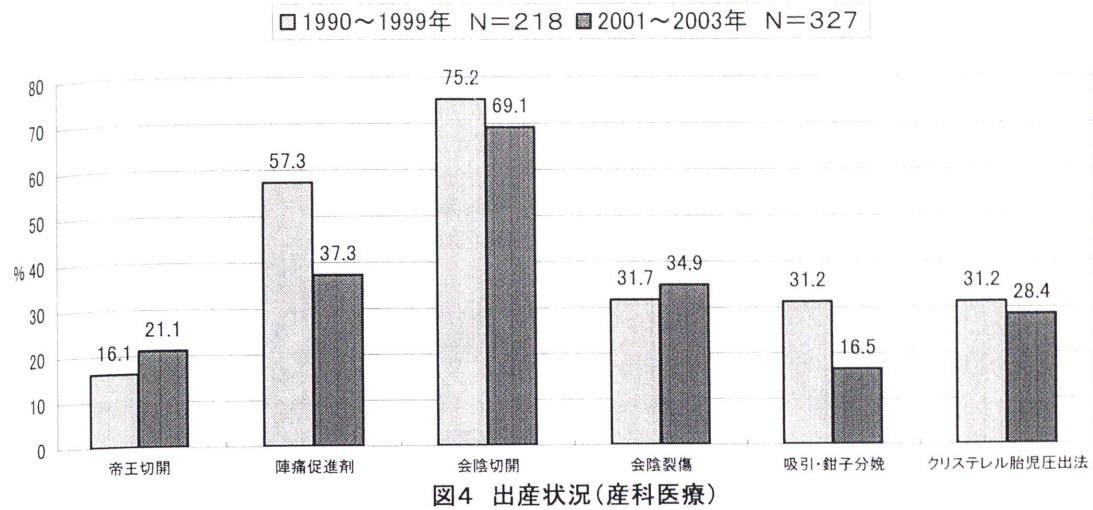
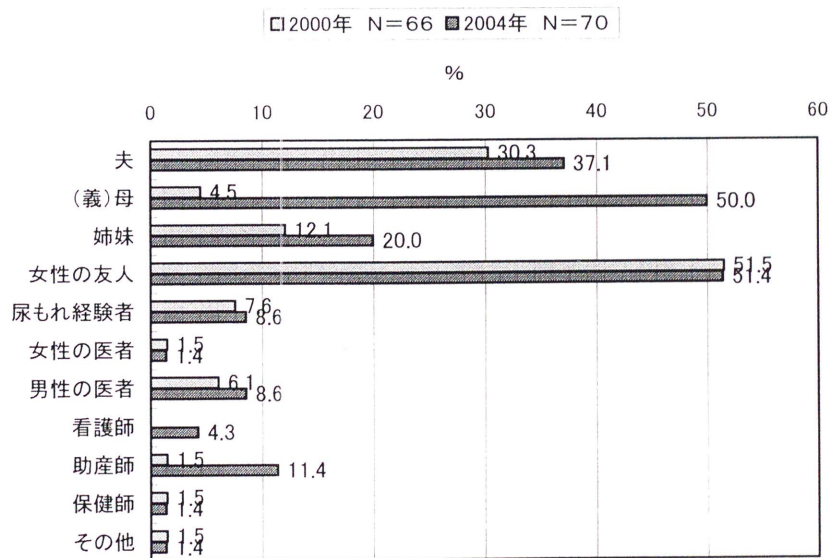
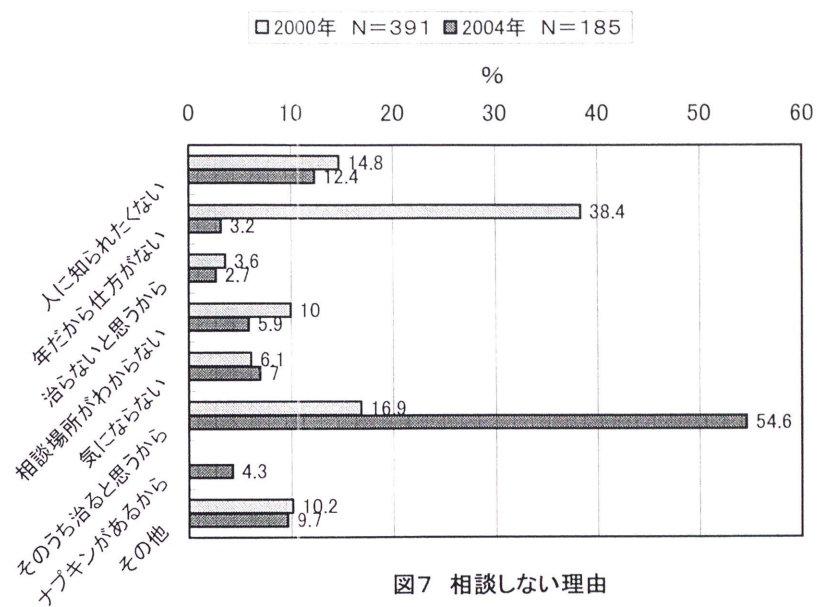


図3 施設別立ち会い者 N=327





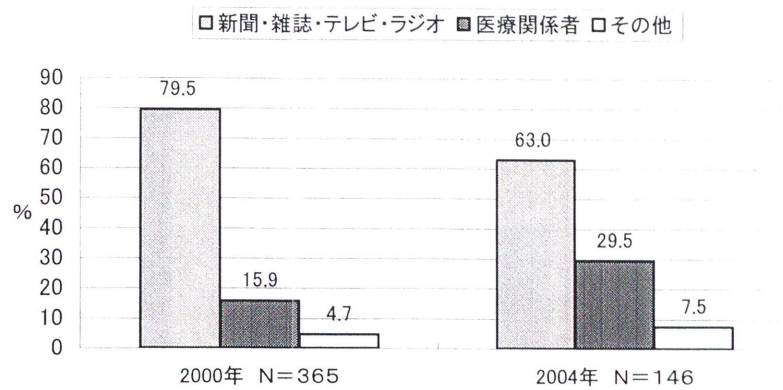


図9 尿失禁予防の情報源

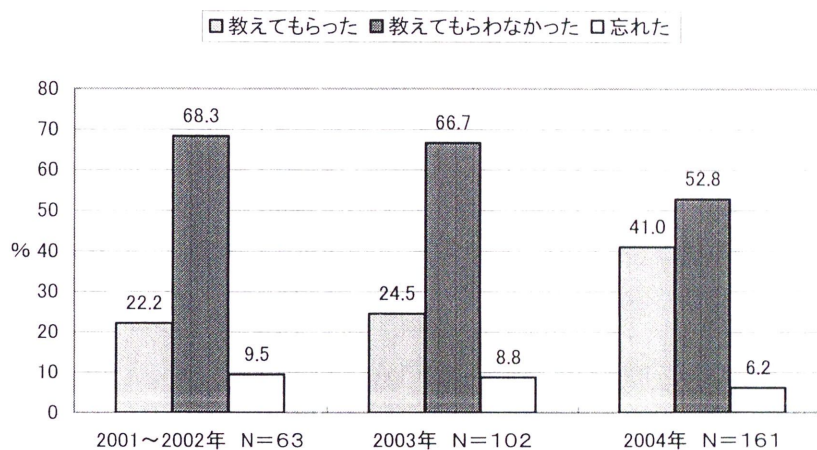


図10 年代別妊娠・出産時の体操の情報 N=326

* $P < .05$ $\chi^2 = 11.119$

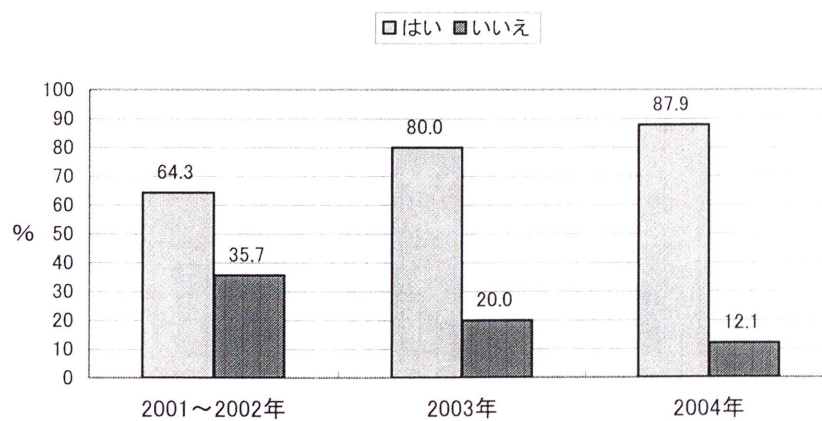


図11 年代別の妊娠・出産時の尿失禁予防体操
N=105

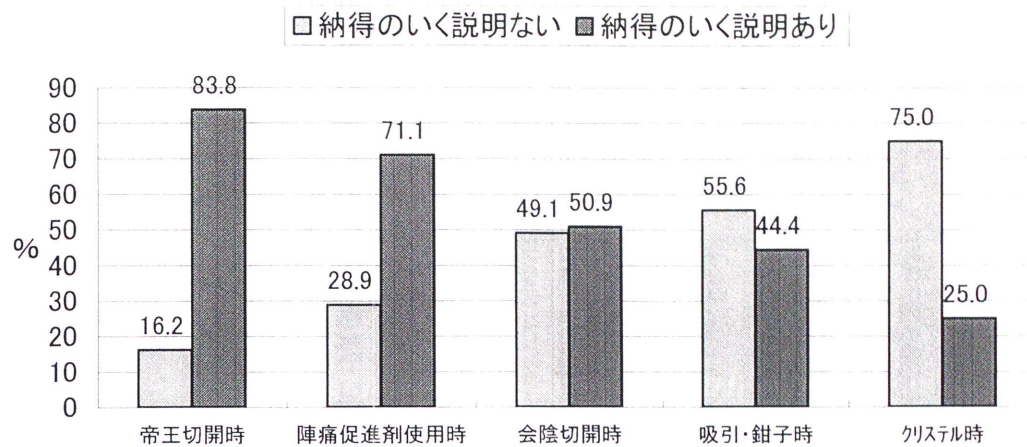


図12 納得のいく説明の有無

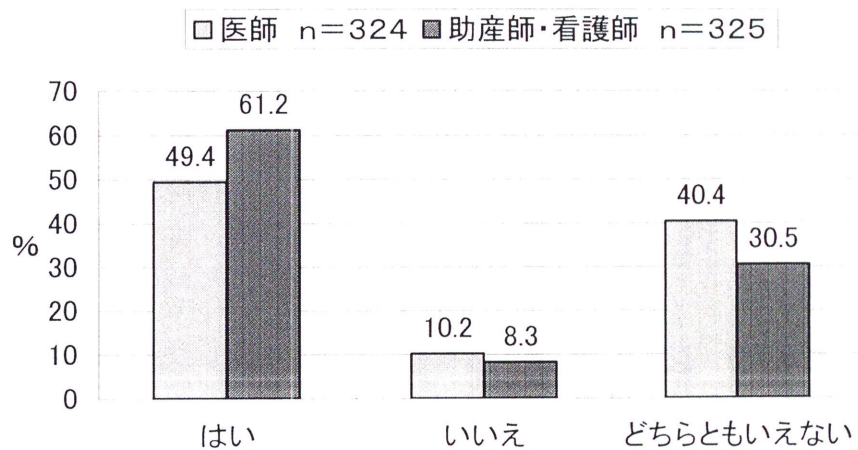


図13 医師、助産師・看護師の対応

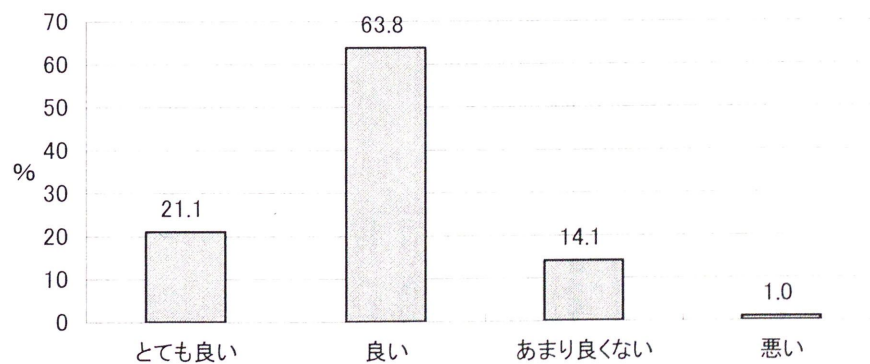


図14 医師と助産師、看護師の関係性 N=304

24概念9カテゴリー 〈〉内カテゴリー □内概念

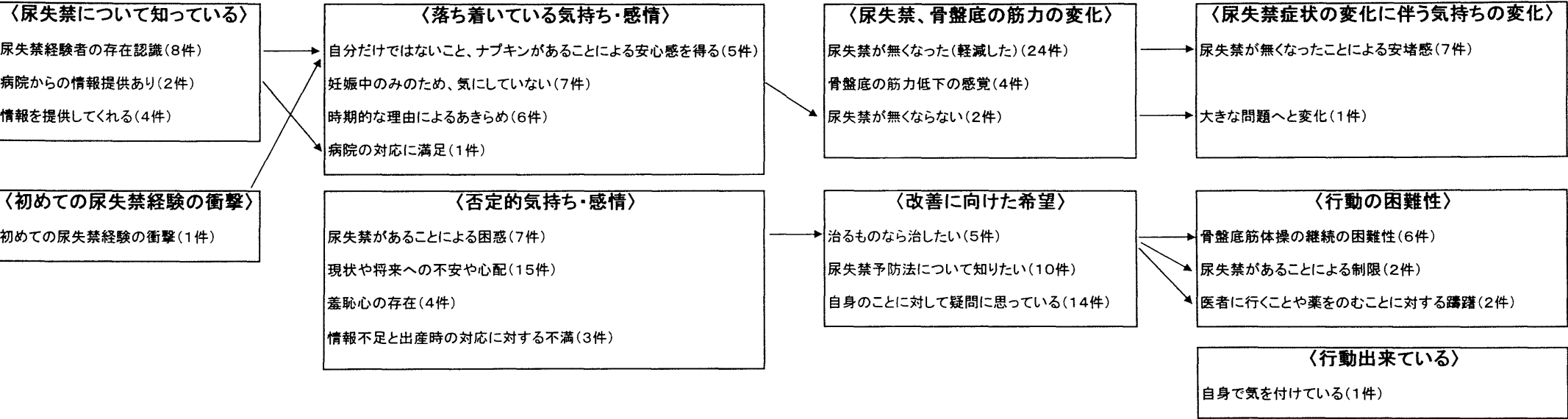


図15 出産後3年以内の母親の尿失禁に関する意見(82件)

22概念10カテゴリー 〈〉内カテゴリー □内概念

援助者側の態度

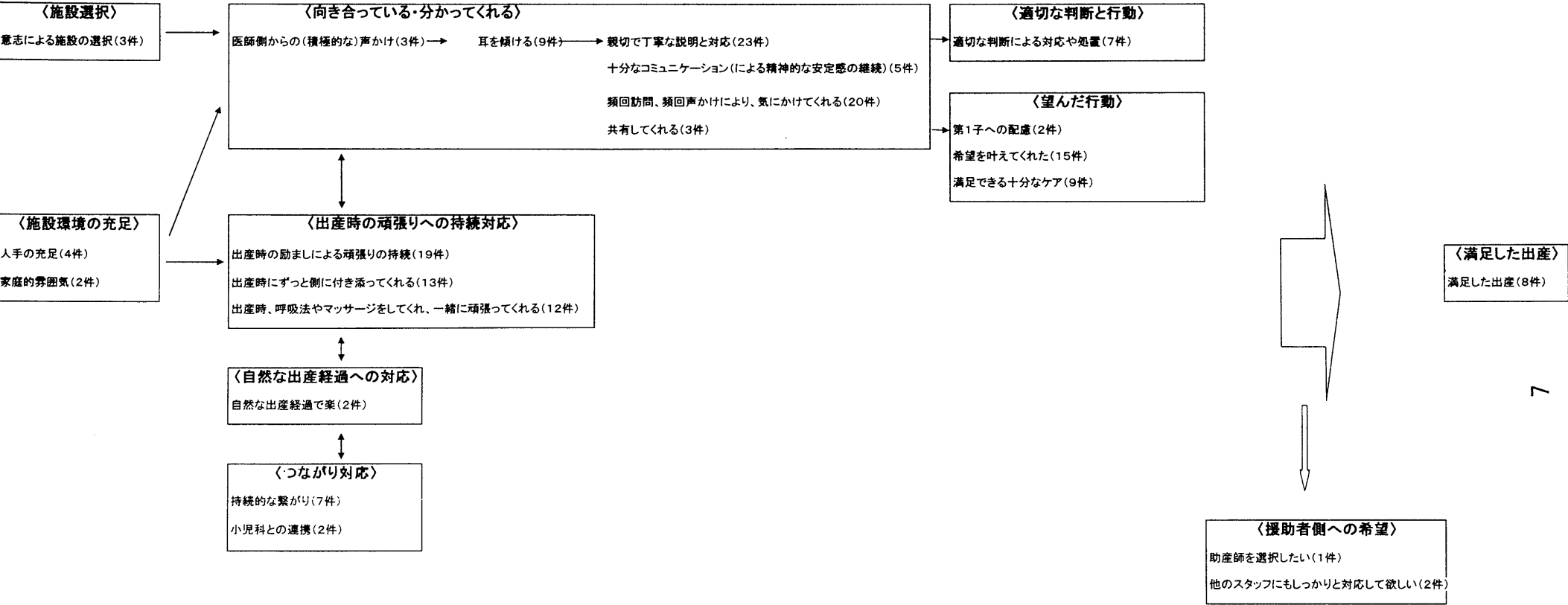


図16 出産後3年以内の母親の医師、助産師・看護師に対する意見:良い思い(113件)

25概念9カテゴリー 〈〉内カテゴリー □内概念

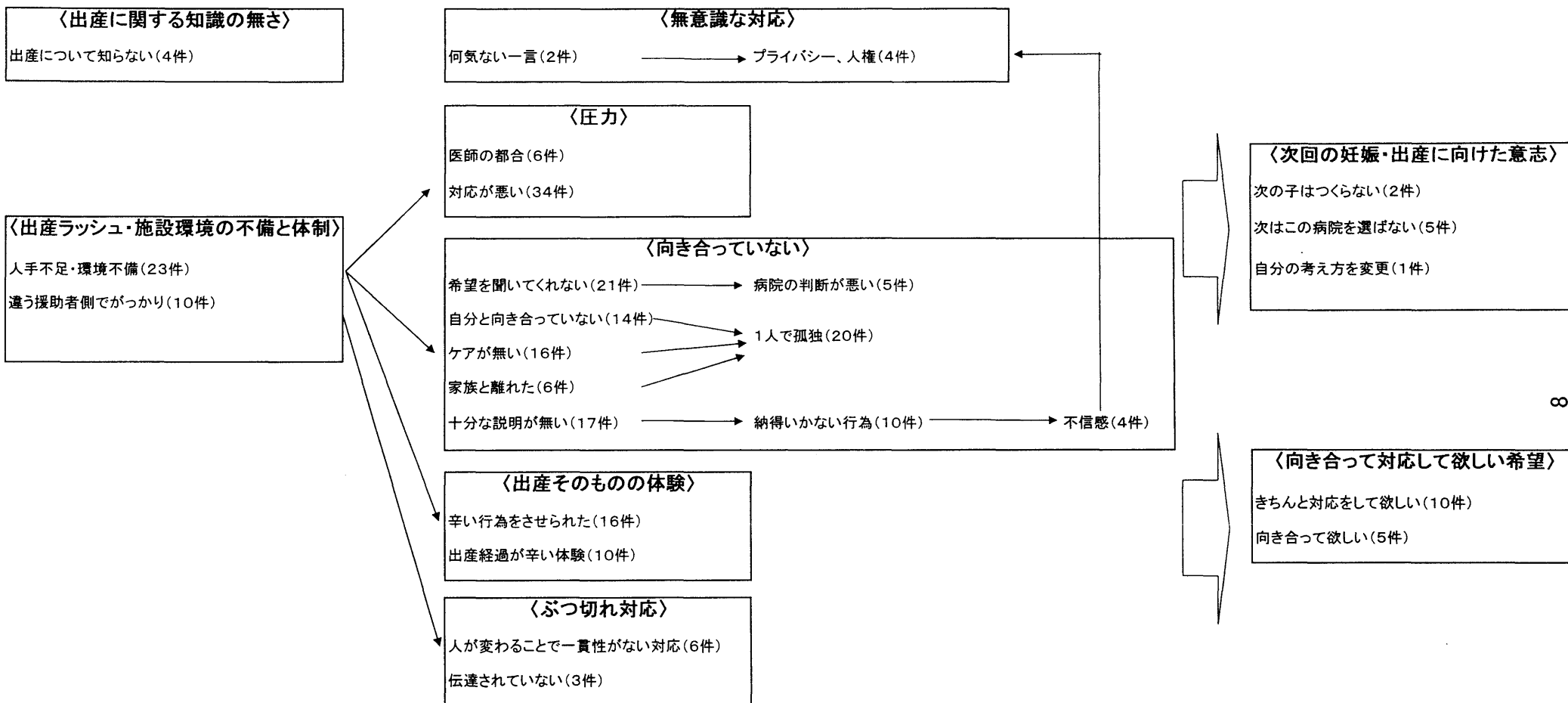


図17 出産後3年以内の母親の医師、助産師・看護師に対する意見:嫌な思い(156件)

概念9カテゴリー <>内カテゴリー □内概念

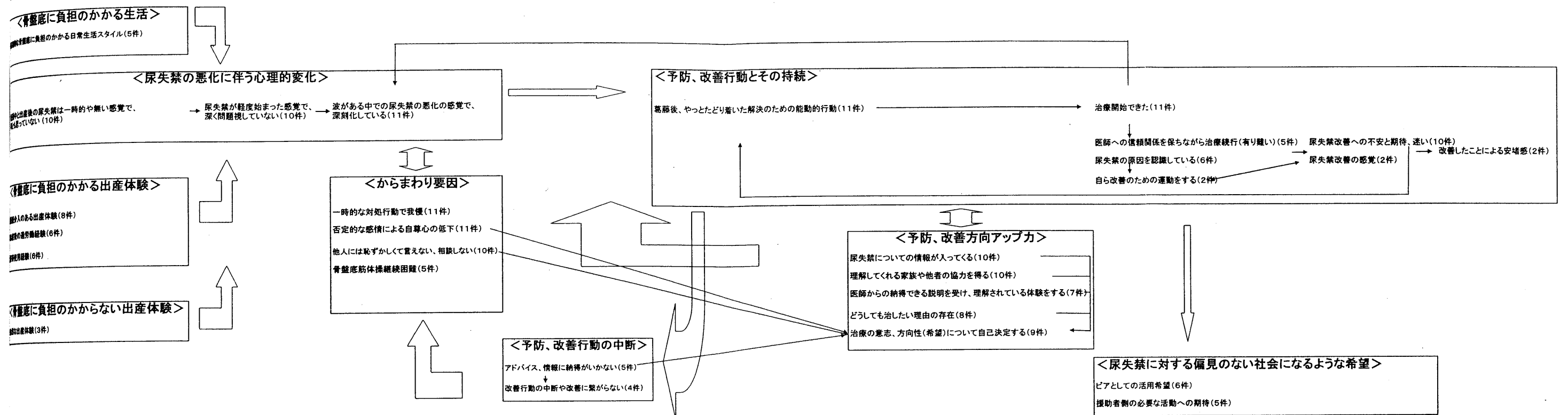


図18 尿失禁治療中の女性の尿失禁予防、改善行動の概念図(11人)

15概念7カテゴリー <> 内カテゴリー □内概念

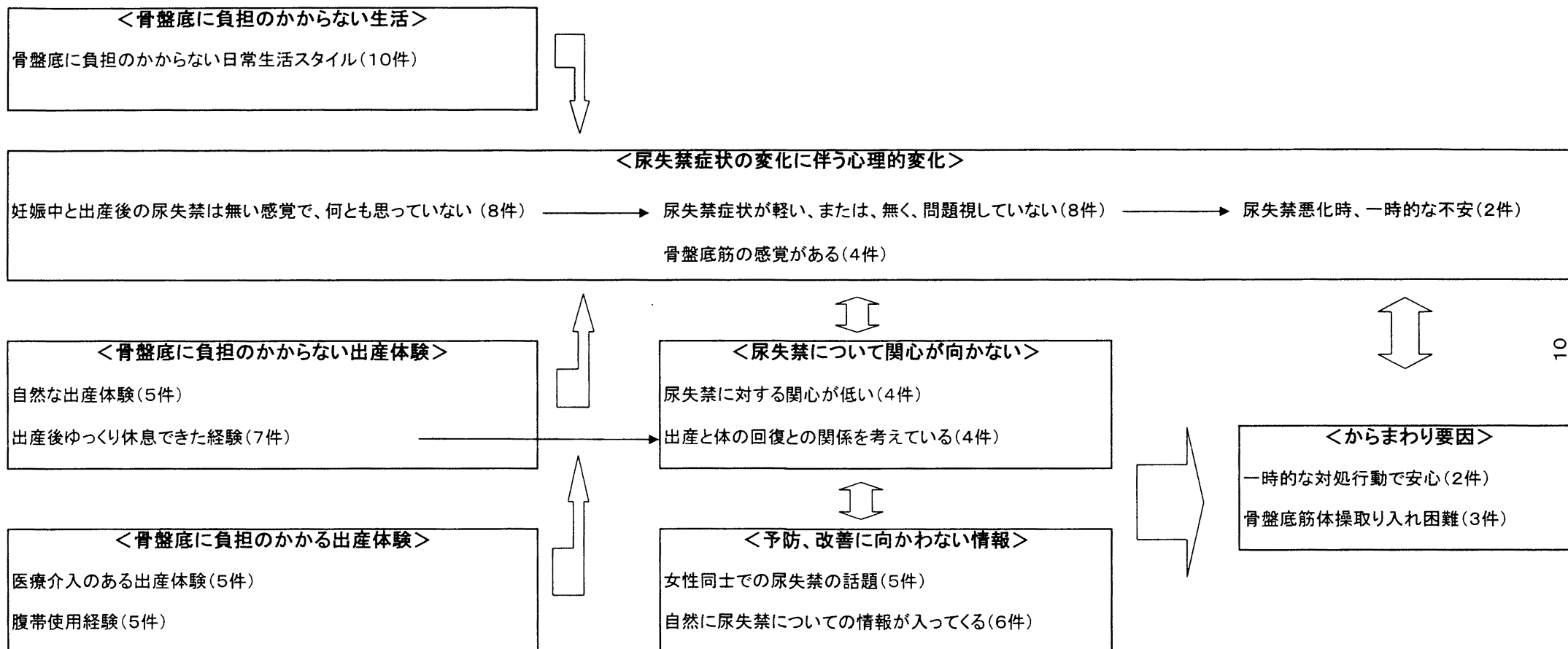


図19 尿失禁治療をしていない女性の尿失禁予防、改善行動の概念図(10人)

36概念10カテゴリー <>内カテゴリー □内概念

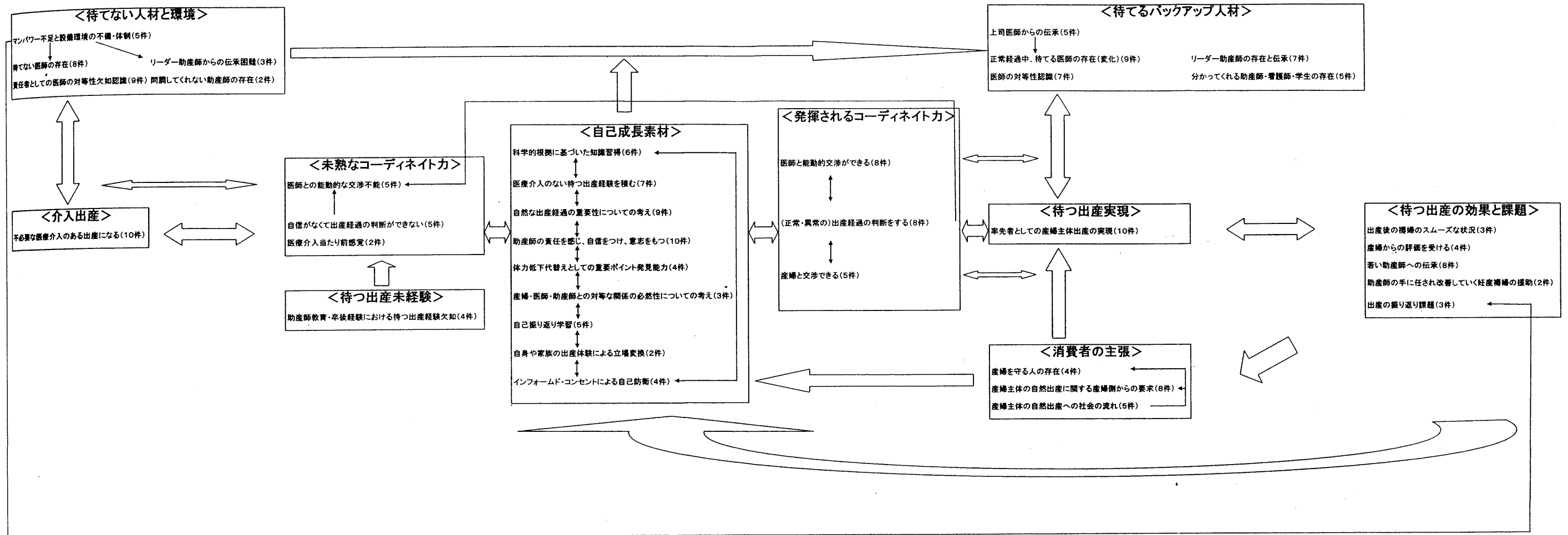


図20 経験年数10年以上の助産師の出産時の役割行動の概念図(10人)

15概念7カテゴリー <>内カテゴリー □内概念

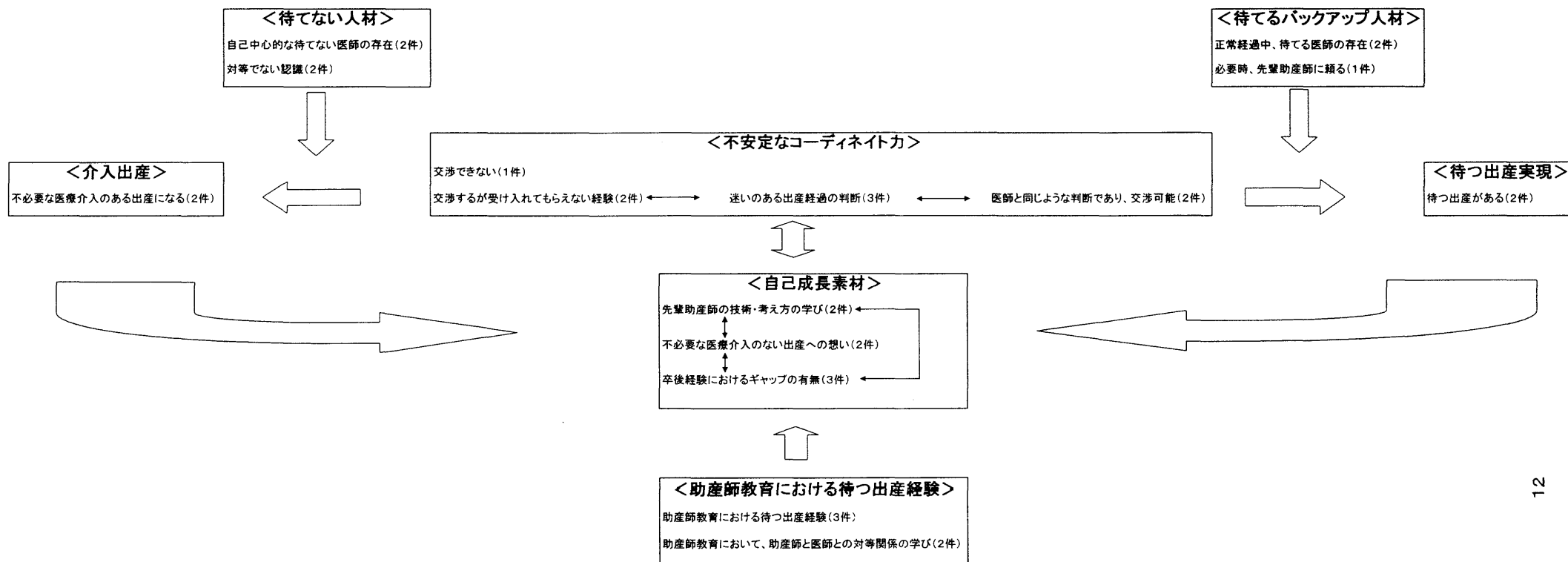


図21 新人助産師の出産時の役割行動の概念図(3人)

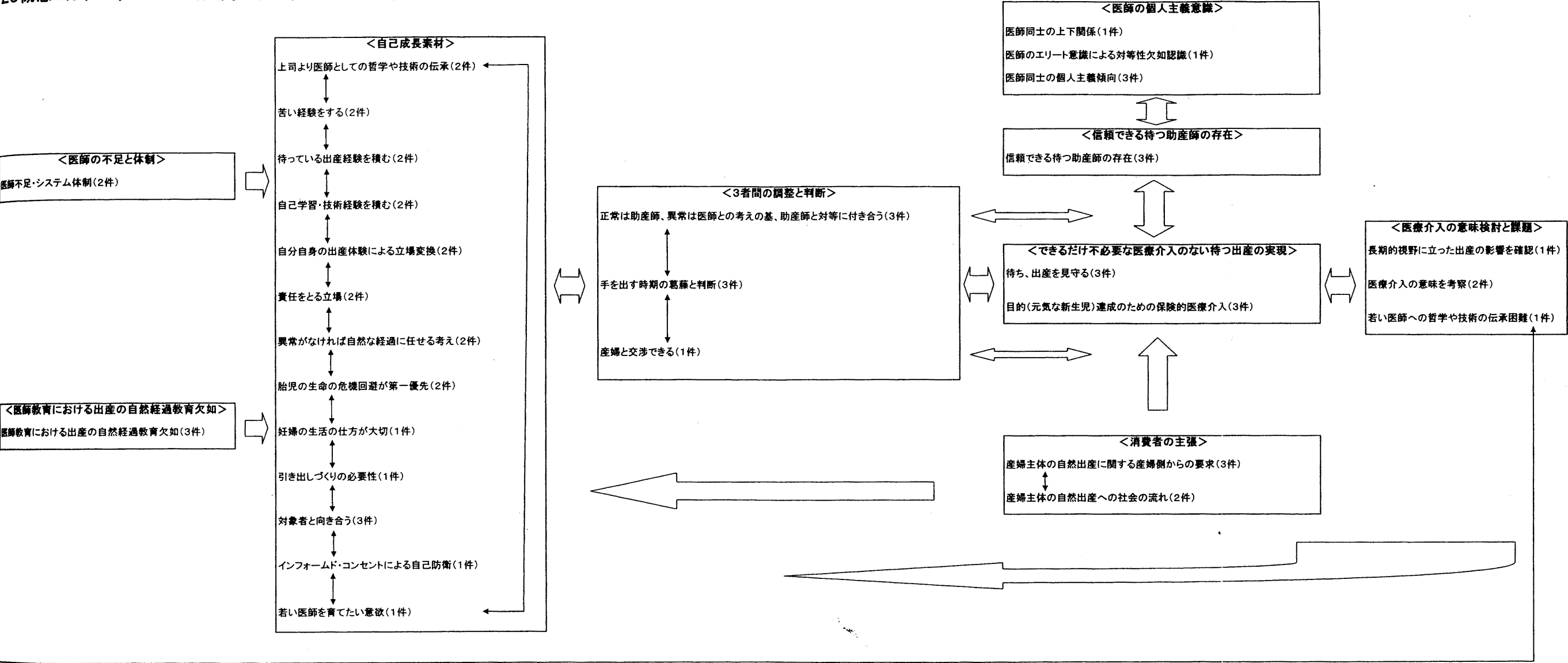


図22 医師の出産時の役割行動の概念図(3人)

22概念7カテゴリー <>内カテゴリー □内概念

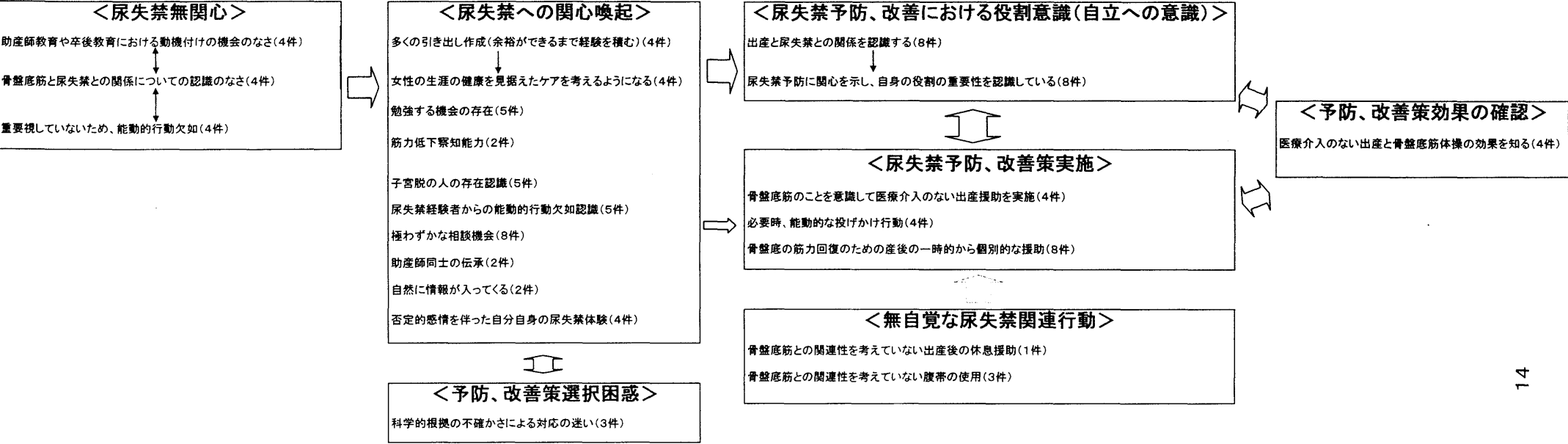


図23 経験年数10年以上の助産師の尿失禁予防、改善役割行動の概念図(10人)

12概念5カテゴリー <>内カテゴリー □内概念

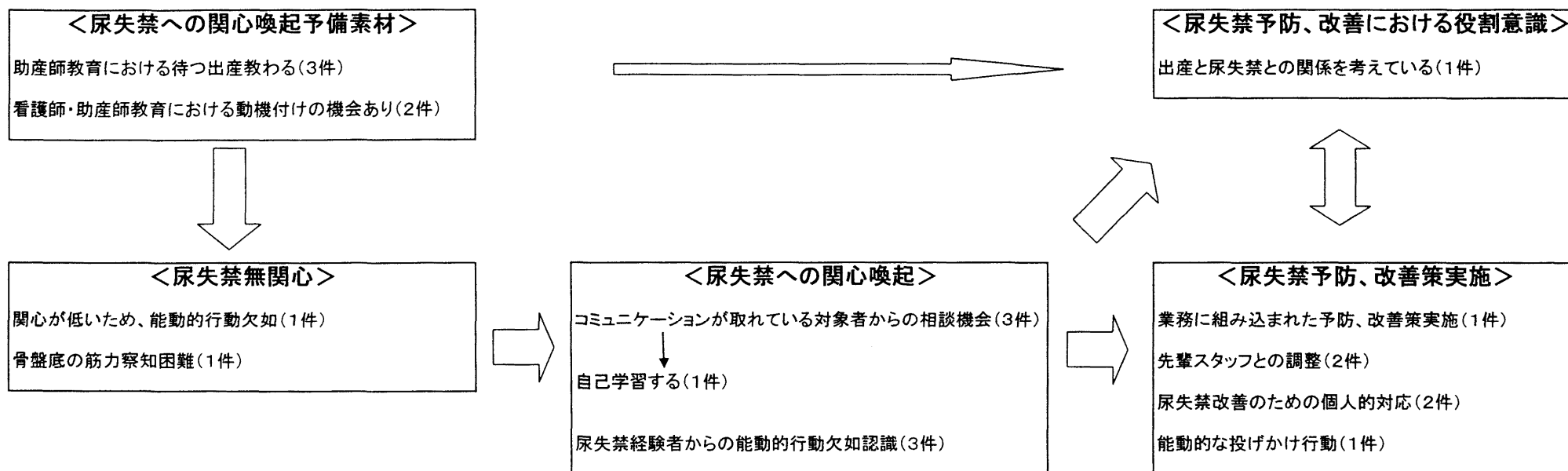


図24 新人助産師の尿失禁予防、改善役割行動の概念図(3人)

20概念6カテゴリー <>内カテゴリー □内概念

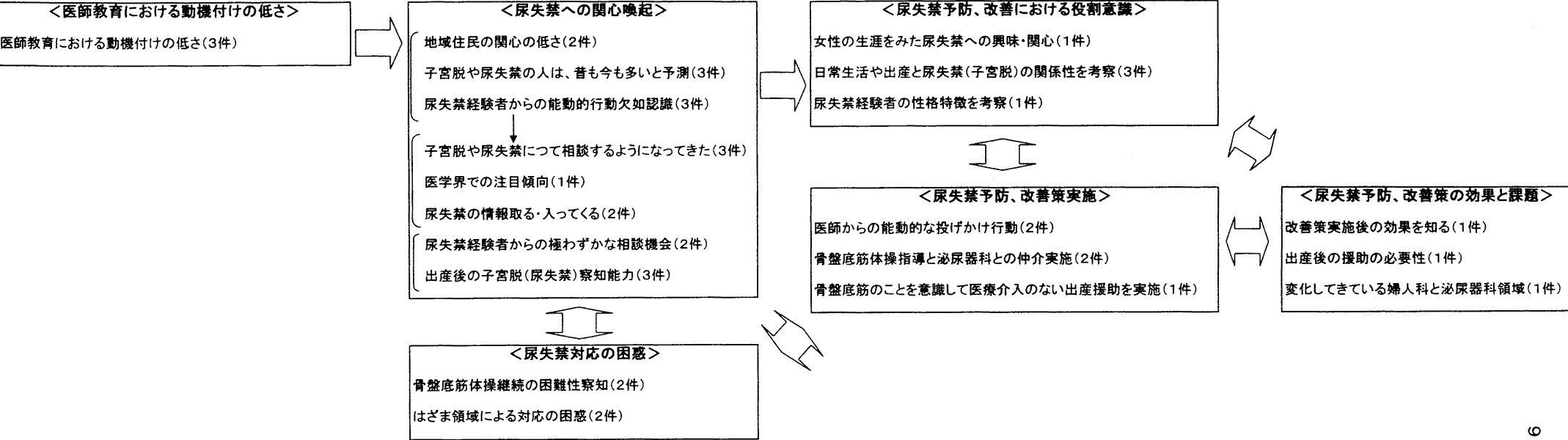


図25 医師の尿失禁予防、改善役割行動の概念図(3人)

表1 「尿失禁の実態と妊娠・出産・産褥の状況」についての調査枠組み

大項目	中項目	小項目	質問番号
尿失禁に関する実態	属性	年齢	1)
		家族	2)
		職業	3)
	尿失禁の有無	初回妊娠前の尿失禁の有無	1-1)
		妊娠中の尿失禁の有無	1-2)
		出産直後の尿失禁の有無	1-3)
		現在の尿失禁の有無	1-4)
		尿失禁の種類	2-1)
	相談状況	相談の有無	2-2)
		相談しない理由	2-2)
		相談相手	2-2)
		相談時の相手の反応	2-2)
	知識・情報	尿失禁予防を知る機会の有無と情報源	3-1)
		骨盤底筋体操の効果	3-2)
		妊娠、出産時の時の体操の情報と内容	3-3)
予測される関連要因	属性と日常生活上の条件	年齢	1)
		腹圧のかかる動作の頻度	4-1)
		身長、体重(BMI)	4-2)
		既往歴の有無(婦人科疾患、泌尿器科疾患、糖尿病)	4-3)
		内服薬の有無	4-4)
		便秘の程度	4-5)
	妊娠・出産・産褥についての要因	出産の回数	4-7)
		出産年齢(最初と最後の出産年齢)	4-9)10)
		初めての出産場所	4-11)
		初めての出産時の立ち会い者	4-12)
		★分娩体位(側臥位、よつんばい)	4-13)14)
		★怒責の有無	4-15)
		経膣分娩と帝王切開の有無と回数	4-16)
		陣痛促進剤の有無と回数	4-17)
		会陰切開の有無と回数	4-18)
		会陰裂傷の有無と回数	4-19)
		吸引・鉗子分娩の有無と回数	4-20)
		クリステレル胎児圧出法の有無と回数	4-21)
		★出産後の腹帯の有無	4-22)
		出産後の休息の有無と理由	4-23)
	助産師、医師との関係	★医療介入があった場合の説明と納得	4-16)17)18)20)21)
		対応	5-1)
		★助産師、看護師の対応	5-2)
		関係性	5-3)

★修士論文での枠組みに追加した項目

表2 「尿失禁」に関する意見（ワークシート）分析例

概念名 1	尿失禁経験者の存在認識（8件）
定義	尿失禁経験者が周りに沢山いることや、年とともに経験したりすることを知っている。
ヴァリエーション (具体例)	No.23：出産する少し前から、出産後3ヶ月ぐらいだったか、尿もれがありました。初め、咳と同時に出てしまい、”えっ”と驚きました。友人に聞くと、出産経験がある人はみんなそうで一安心。 No.30：私の母、64歳がガードルをしたまま長時間座っていて、トイレに行こうと立ち上がった時、自分の意思とは関係無く尿が出てしまった様です。その後は無くなったそうです。（失禁なし者） （No.56：年と共に、皆多少尿もれを経験していくかな、と思うが、若い頃から何か気をつけた方が良いのか。） No.61：妊娠中に尿もれがあるというのは知っていましたが、 No.75：私の周りには尿もれ人口が多いので、あまり気にしていませんが、気にしたほうがいいのでしょうか？ No.83：病院では、産後ずーっと尿もれで悩んでいる人が沢山いるので、体操を…ときちんと説明してくれましたが、その時は、現実的（尿もれが持続的であると言うことが）ではありませんでした。 No.85：くしゃみ、咳がひどくなると今でも尿もれします。同じような人がいるというのを聞いていたので、仕方ないことなのかな、と思っています。 No.252：産後は尿もれはないけれど、妊娠中はありました。周囲の友人も皆、経験があると聞いたので、その一時は仕方ないと思い、あまり深く考えませんでした。
理論的メモ	妊娠中に、産後に、母親の経験を聞く、年とともに、情報知っている

表3 妊娠・出産の状況

N=327

	人数	%	範囲	平均	標準偏差
最初の出産年齢	327	100	16～41歳	27.70	4.31
最後の出産年齢	327	100	17～41歳	29.89	4.38
出産回数	327	100	1～5回	1.69	0.75
経膈分娩経験ある	272	83.2	0～5回	1.39	0.92
帝王切開経験ある	69	21.1	0～3回	0.30	0.64
陣痛促進剤使用経験ある	122	37.3	0～3回	0.45	0.65
会陰切開経験ある	226	69.1	0～3回	0.92	0.78
会陰裂傷経験ある	114	34.9	0～3回	0.44	0.67
吸引・鉗子分娩経験ある	54	16.5	0～2回	0.17	0.38
クリステル胎児圧出法経験ある	93	28.4	0～2回	0.31	0.51
側臥位経験ある	3	0.9	0～1回	0.01	0.09
よつんばい経験ある	2	0.6	0～2回	0.01	0.12
怒責経験ある	177	54.1			
腹帯使用経験ある	249	76.1			
出産後に休息できなかった経験ある	139	42.5			

表4 直後尿失禁と妊娠・出産状況および日常生活との関連(t検定)

	尿失禁の有無	n数	平均	標準偏差	t値	P
年齢	なし	166	30.88	4.94	-1.009	
	あり	160	31.38	4.00		
BMI	なし	166	21.30	3.24	-0.487	
	あり	160	21.47	2.93		
出産回数	なし	166	1.66	0.80	-0.755	
	あり	160	1.72	0.68		
経膈分娩回数	なし	166	1.25	0.99	-2.755	* *
	あり	160	1.53	0.82		
初めての出産年齢	なし	166	27.38	4.58	-1.510	
	あり	160	28.10	4.01		
最後の出産年齢	なし	166	29.52	4.78	-1.456	
	あり	160	30.23	3.89		
帝王切開回数	なし	166	0.41	0.74	3.083	* *
	あり	160	0.19	0.51		
陣痛促進剤回数	なし	166	0.42	0.65	-0.742	
	あり	160	0.48	0.64		
会陰切開回数	なし	166	0.84	0.80	-2.042	*
	あり	160	1.01	0.75		
会陰裂傷回数	なし	166	0.36	0.63	-2.054	*
	あり	160	0.51	0.69		
吸引・鉗子分娩回数	なし	166	0.11	0.32	-2.613	* *
	あり	160	0.23	0.43		
クリステル回数	なし	166	0.23	0.45	-2.919	* *
	あり	160	0.39	0.56		

* P<.05 * * P<.01

表5 直後尿失禁と妊娠・出産状況および日常生活との関連(独立性の検定)

	有意差のある要因			人数(%)	
	尿失禁なし	尿失禁あり	合計	χ^2 値	P
妊娠中の尿もれ「あり」	79(47.6)	122(76.3)	201(61.7)	28.306	* *
経膈分娩経験「あり」	126(75.9)	145(90.6)	271(83.1)	12.59	* *
怒責「あり」	78(47.0)	98(61.3)	176(54.0)	6.671	* *
帝王切開「あり」	46(27.7)	23(14.4)	69(21.2)	8.684	* *
会陰切開「あり」	103(62.0)	122(76.3)	225(69.0)	7.685	* *
会陰裂傷「あり」	48(28.9)	65(40.6)	113(34.7)	4.932	*
吸引・鉗子分娩「あり」	19(11.4)	35(21.9)	54(16.6)	6.412	* *
クリステル「あり」	36(21.7)	57(35.6)	93(28.5)	7.763	* *
腹帯の使用「あり」	120(72.3)	129(80.6)	249(76.4)	3.138	*

* P<.05 * * P<.01

表6 現在尿失禁と妊娠・出産状況および日常生活との関連(t検定)

	尿失禁の有無	n数	平均	標準偏差	t値	P
年齢	なし	196	30.49	4.54	-3.913	**
	あり	104	32.57	4.01		
BMI	なし	196	21.13	2.90	-2.149	*
	あり	104	21.99	3.51		
出産回数	なし	196	1.67	0.73	-1.369	
	あり	104	1.80	0.79		
経膈分娩回数	なし	196	1.30	0.93	-2.808	* *
	あり	104	1.62	0.91		
初めての出産年齢	なし	196	27.44	4.39	-1.826	
	あり	104	28.39	4.15		
最後の出産年齢	なし	196	29.56	4.47	-2.436	*
	あり	104	30.81	3.76		
帝王切開回数	なし	196	0.37	0.70	2.663	* *
	あり	104	0.18	0.52		
陣痛促進剤回数	なし	196	0.42	0.64	-0.907	
	あり	104	0.49	0.68		
会陰切開回数	なし	196	0.88	0.80	-1.886	
	あり	104	1.06	0.76		
会陰裂傷回数	なし	196	0.43	0.68	-0.754	
	あり	104	0.49	0.67		
吸引・鉗子分娩回数	なし	196	0.16	0.38	-0.930	
	あり	104	0.20	0.40		
クリステル回数	なし	196	0.27	0.50	-2.004	*
	あり	104	0.39	0.55		

* P<.05 * * P<.01

表7 現在尿失禁と妊娠・出産状況および日常生活との関連(独立性の検定)

	有意差のある要因			人数(%)		
	尿失禁なし	尿失禁あり	合計	χ^2 値	P	全n数
妊娠前の尿もれ「あり」	12(6.12)	17(16.35)	29(9.67)	8.133	* *	300
直後の尿もれ「あり」	73(37.2)	76(73.1)	149(49.7)	34.897	* *	300
BMI $\geq$ 25	20(10.2)	21(20.2)	41(13.7)	5.745	*	300
経膈分娩経験「あり」	155(79.1)	94(90.4)	249(83.0)	6.152	* *	300
帝王切開「あり」	51(26.0)	13(12.5)	64(21.3)	7.401	* *	300
会陰切開「あり」	126(64.3)	82(78.8)	208(69.3)	6.775	* *	300
クリステル「あり」	47(24.0)	38(36.5)	85(28.3)	5.278	*	300
床上げまでの休息「なし」	75(38.3)	54(51.9)	129(43.0)	5.171	*	300

* P<.05 * * P<.01

表8 直後尿失禁に関連する要因(ロジスティック回帰分析)

N=326

要因	ロジスティック 回帰係数	Wald	有意確率		Exp (B)	標準化係 数
最後の出産年齢	0.056	3.291	0.070		1.057	0.245
腹圧のかかる動作の頻度		0.918	0.632			
かなりしている	0.300	0.402	0.526		1.350	0.270
たまにしている	0.065	0.017	0.896		1.067	0.029
BMI	0.034	0.680	0.409		1.035	0.104
怒責の経験ある	0.104	0.141	0.708		1.109	0.052
帝王切開の経験ある	-0.999	5.528	0.019	* *	0.368	-0.639
陣痛促進剤の使用回数	-0.084	0.176	0.675		0.920	-0.054
会陰切開の回数	-0.044	0.050	0.822		0.956	-0.034
会陰裂傷の回数	0.036	0.030	0.863		1.037	0.024
吸引・鉗子分娩の回数	0.627	3.051	0.081		1.872	0.238
クリステル胎児圧出法の回数	0.382	2.104	0.147		1.465	0.194
腹帯の使用経験ある	0.100	0.103	0.748		1.105	0.043
出産後に休息できなかった経験ある	0.106	0.168	0.682		1.112	0.053
初めての妊娠前の尿失禁の経験ある	0.355	0.655	0.418		1.426	0.106
妊娠中の尿失禁の経験ある	1.328	25.254	0.000	* *	3.772	0.650
定数	-3.634	7.089	0.008		0.026	

* * P<0.01

表9 現在尿失禁に関連する要因(ロジスティック回帰分析)(現在妊娠していない人)

N=300

要因	ロジスティック 回帰係数	Wald	有意確率		Exp (B)	標準化係 数
最後の出産年齢	0.073	3.991	0.046	*	1.07597	0.312
腹圧のかかる動作の頻度		6.175	0.046			
かなりしている	-0.886	3.222	0.073		0.4125	-0.396
たまにしている	-0.187	0.130	0.718		0.82927	-0.086
BMI	0.102	4.969	0.026	*	1.10735	0.320
怒責の経験ある	0.030	0.009	0.924		1.03047	0.015
帝王切開の経験ある	-1.242	5.759	0.016	*	0.28881	-0.807
陣痛促進剤の使用回数	0.078	0.122	0.727		1.08102	0.051
会陰切開の回数	-0.014	0.004	0.948		0.98575	-0.012
会陰裂傷の回数	-0.240	1.054	0.305		0.78674	-0.163
吸引・鉗子分娩の回数	-0.055	0.021	0.885		0.94659	-0.021
クリステル胎児圧出法の回数	0.146	0.260	0.610		1.15681	0.076
腹帯の使用経験ある	0.000	0.000	1.000		1.00036	0.000
出産後に休息できなかった経験ある	0.779	6.672	0.010	* *	2.17834	3.859
初めての妊娠前の尿失禁の経験ある	1.225	6.692	0.010	* *	3.40434	0.367
妊娠中の尿失禁の経験ある	-0.144	0.212	0.645		0.86581	-0.071
出産直後の尿失禁経験ある	1.558	25.686	0.000	* *	4.75032	0.779
定数	-5.450	11.688	0.001		0.0043	

* P<0.05

* * P<0.01

表 1 0 尿失禁治療中の女性（ワークシート）分析例

概念名 11	葛藤後、やっとたどり着いた解決のための能動的行動（11件）
定義	尿失禁を治したいと思い、悩み迷い葛藤し、やっと解決のために、受診したり分かってもらえるように話したり（相談したり）、情報を集めたりと自ら行動を起こす。
ヴァリエーション （具体例）	A：「今はね、ハ〇〇なんて言うのがおしっこに良い宣伝しているでしょ。飲めば治るかな、っていうんでワラをもすがる思いですよ。○薬局に行ったの。○薬局さんなら大きいから有るだろうと思って。そしたら薬剤師がね、『これは漢方薬だけど』って。『お小水が漏れるんで飲むの？』って聞かれて、『そうだよ』って。『ここに来て聞けば何か良い薬があるだろうと思って、来たんだけど』って言ったら。…だから、あそこの下に新しい先生がね、そういった専門の先生で、やっているから。『とっても良い先生だから行ってごらん』って。あの人は薬剤師だから、方々でまたいで歩くからよく知ってますよね。」 p 4 「テレビで市販されている尿漏れに効くやつを見てたんですね、なんとなく。それを○薬局であるかどうか、ちょっと伺ったら。『ある』って言ったんです。糖がじゃっかん出ていることも言ったんですよ。そしたら、『糖が出ている場合は、この薬は販売出来ないんだ』と。…そういうことを言われたんで、飲めないわけですよ、怖いな、って思うから。で、薬を買う時に『〇〇先生って言う先生がこちらの方におりますから』って言うのをそのドラックの若い方が。『そこに行くといいんじゃないの』って。『例えば、同じ尿漏れでもいろいろあるから、分かると思いますよ』って言ってくれて。」 p 2（娘より） 「なんかね、廊下にぼんぼんとお茶をこぼしたみたいになってたの。そういう時期ありましたね。10月のなかばくらいかな。孫の結婚式でうんと神経使ったからかな。…その後ね、おしっこが、11月位に言い出して、11月の末移行はひどくなちゃって。その神経と冷えとか、いろんなストレスとか、が原因でと今は思うんですよ。…何とも言わなかったですね。腰が痛いのがね、毎日注射ですからね。そういう流れがあって、本人は、気丈なぶんだけちょっと弱くなって11月頃、『おしっこが……』って、泣き顔って言うのですかね。」 p 2～3（娘より） B：「去年の秋だったんじゃないかな。（症状が出てきてすぐに受診して）1ヶ月以内だったんじゃないかな。あんまり長く置かなかった。」 p 5 「いやいや、○先生に行ってごらんって言われて。（こう、押してくれる人もいて）だったら大丈夫だねって言われて次の日からね。結論もはやいから。じゃはやめにきてくださいって言われて。（手術した後は良かったっていう感じで変わりました…）そうそううん。すごくて。最初は怖くて

ね。でたてのころね。」 p 5

C:「2 人目の時は、妊娠中からパッドが離せなくて、漏れてましたね。お産後、出産した先生に、退院する前に漏れることを言ったんですよ。そして、『体操がんばってください』って言われて、パンフレットをもらいました。それだけだったかな。…だんだんとひどくなりましたね、量も回数も。整体で骨盤をみてもらったりもしました。『ゆがんでるね』って言われて治してもらったり。1 人目の後、腰が痛くて階段が上がれなくなったことがあって、その時から整体にも行ったので」 p 2

「…で、どうしても治さなくちゃならないって思って、せっばつまって、子どもについていかなければならないので。電話帳でここのクリニックを探したんです。家から通えるところまで。だから、ここがいいかどうか知らなくて。でも後でネットでここの先生がのっていて、有名なんだ〜ってびっくりした。ここで良かったって。」 p 3

D:「1 カ月ほどは、本当に大変でした。それで、1 人で決断したんです。ずーと 15 年も前から決断できずにいたんですけど。その時ちょうど新聞に〇病院と〇〇先生の所で尿漏れの相談を受けているという記事が出ていて、それを見て。その前には広報か何かでも紹介されていたよ。」 p 3
「治療に来るきっかけはやっぱり運動したいという気持ちが一番です。で、3 月に受診したんですけど」 p 3

E:「それで、去年、…町に仕事するところ、すぐ近くに〇クリニックができたんですよ。そこに尿漏れご相談ってかいてあったんですよ。それなんで、そこに去年の 3 月に行ったんですよ（前回のクリニック）。」 p 11

「〇先生はこれ飲んで効果がなかったらどうするんですか聞いたら、手術ですよ。入院でどれくらいかかるんですかって聞いたら 3 週間っておっしゃたんです。うちの状況で今、3 週間は入院生活送れないじゃないですか。上毛新聞見てすぐ電話したんです。」 p 12

「もう、ずっと泌尿器科のところに書いてあっても、〇クリニック（前回）行ったのも見てからもう何ヶ月も経って、いよいよこれはと思っていったわけですよ。ただ運動しても効果がないみたいだし、思い切って行くかって感じ。…去年の 3 月に一歩、お医者さんに入るのが…。時間が掛かりましたね。やっぱり恥ずかしいじゃないですか。…… 2-3 年前に房総半島に遊びにいったんですよ。友達と 2 人で。そして、そこに尿漏れの何か、110 番みたなのがあって、そこに手紙だして、もらって、やっぱり運動のことだったんですよ。治るみたいなことかいてあったんで、そこに出してみましたよ。返事もらったんですけど、やっぱり運動…。」 p 13

「そうそう、ないかしらみたいなアンテナは張ってた…。後はお薬。雑誌なんか、これを飲んだら、ある日通勤の途中で、尿漏れがあってびっくりしたけど、この薬飲み始めたら安心して通えるみたいなコマーシャル、雑誌に載ってるの切り抜いておいたりしたんですけど。それで、〇先生の薬は、1 年飲んでみてもだめだったら、その薬を取ってみようかなと思ってい

たら、新聞でこちらの先生を見たんで、そんなどっかの通販の薬を、ちょっと不信感を持つじゃないですか。飲んで、ほんとにいいのかしらって。それなんで、新聞見たら、ああ、じゃあと思って、薬を買わないで、やっぱり専門かの先生にお伺いしたほうがいいかなと思ったんですよ。……やっ
と、たどりつけた…。」 p13

「この間、友達に旅行誘われたんですよ、…ちょうど診察と手術前の検査があったから。断るんにはやっぱり説明しなくちゃなんないじゃないですか。高校の時の友達だから、実はこうなんだよ。彼女は尿失禁はないんです。しょっちゅう行ってるんですトイレ。子供の頃から。だから、団体の旅行は大変だって…。恥ずかしいからさ、今初めて外の人に言うんだけどさ
っていたら、『恥ずかしい？』っていったから、結構聞くよってやっぱり
いってましたね。妹にはある日、私の妹だから、そういうことないって言っ
たら、くしゃみしたらあるって。これは、年寄りの病気だからまさかそう
いう手術あると思わなかったよって。」 p16

「お友達に言われたんですよ。正直に家庭環境を言って、先生に、アドバイ
スいただく。……私は、ありのままを、うちの状態とかをいわないと、年
寄りをみるとありのままを素直に言わないと、先生が理解できないじゃな
いですか。ああそうなんだって。お友達持って、そういうのから、それから、
先生にはずかしい事でも、うちの恥でもなんでもいうようにして、先生か
らアドバイスもらうように心がけてるんですけど。」 p19

F：「私が、60いくつくらいの時かな、〇〇病院に行ったんですよ。そし
て、〇〇病院会の先生が、手術しないとだめですって言われて、2ヶ月入
院しないとイケないって言われたんですよ。…」 p5

「その前に町うちの、〇クリニックって、やっぱり泌尿器科の先生がある
んです。そこへ行ってたんですよ。時々膀胱炎おこすもんですからね（〇ク
リニックには、膀胱炎になると通いながら…。）そうです。あちらで、ツ
ムラの漢方薬と、診察に行った時に、だいたい出ている、その薬を下さ
いって。（かかりつけの泌尿器科の先生は、いらしたんですね、ずっと。）は
い。（そこでは、手術の話は？）全然、話なかったです。（じゃ、いろい
ろな先生に、相談はしてたけれど、手術が出来ずにいた感じなんですね。）
そうです。」 p6

「…そうです、困ったから、あっちに相談、こっちに相談ね、いろいろ相
談しましたからね。（家族の人も、協力してくれたり、みんな、治すよう
な努力が…。）そうです。 p14

G：「（こちらにきだしたのは3年くらい？）そうですね。我慢してたんだ
けどね、どうしてもだめだなんて言ったら、〇って言う先生が出てれるが
ね、それ行ってみればなんてね。」 p5

「ほんとにね、おしっこがもるのは辛かったね。2～3年我慢してたよね。ど
こ行こうな、どこ行こうな、〇病院に行くかねなんてね。すぐうちのそば
なんて、他の〇病院。すぐそばに。（そちらに行こうかななんて？）そう

したら、なんであんなに近くにあるのに、同じだろうがねなんていったんだけど。でも一応先生に診てもらったから、…」 p6

「(その時期が一番辛かったっていうか？お仕事もしてた時？) そうそう、辛かったよね。で、近所に内科の○先生に『先生, こういうわけで恥ずかしくていえないんだけど、どういうんかね』って。『○さんくらいのはみんな持ってるんだ』なんて言われて、『そうですか』なんてね。だけどね、泌尿器科の先生じゃないから、あれじゃ、ここにかかるかねなんてね。」 p6

「(内科の先生に相談するのも、頑張ってされたんですね？) そうね。恥ずかしい話だけど、おしっこが漏れちゃうんだけどどうしたらいいかねなんて。『みんな同じだ、もう70の上になればみんな同じだ』なんて。」 p7

「こんなによくなったのは先月あたりからだから、また冬になってどんなになるか分からないけどね。おかげさまで、みなさんに聞いたりなんたりしてね、ようやく良くなったからね。」 p8

「ああ、全然ね。ここまで来るには神経… (使って)。(かなり、7年くらいかけて？もう限界って言うので、どうしても治したくって？) そうそう、ほんとにやだったですよ。」 p9

H:「ここに来るまでが、…分かってるんだけど、分かってるんだけど泌尿器科に来るのがいやでしょ。(結構時間掛かりましたか？) えらいかかりましたよ」 p2

「その前は、婦人科に行ってたんですよ。自分のところで婦人科があったんで、… 40 台の後半頃かな、出血したんですよ。その時に薬をもらって飲んでたりして、…2年くらいで先生が『来なくてもいいから、いいよ』って言ったんでやめたんですよ。それで、その時、自分のところでやっぱりおかしかったんで、先生に時々薬を出してもらってたんですけど。漢方のね、ツムラの 25 か何かだったかな、だしてもらってたんです。あと、私時々膀胱炎やるんで、漢方のツムラの…。それを出してもらってました。結婚する前から膀胱炎はやってました。…… 18 頃から膀胱炎はやってました。この県にいる頃から膀胱炎を何回かやって、お医者行ったことがあります。いくのが、やだくてね、やっぱりね。」 p3

「(婦人科の方にかかるのをきっかけに、お小水のほうも相談したりとか?) いいました。辞めるちょっと前かな、先生に診察してもらいました。」 p3

「去年のいつ頃だったか、新聞見てたら、尿失禁の女性はそんなようなことで書いてあったんですよ。そこに電話番号がかいてあったんで、○新聞ね、○県の。そこへ電話したんですよ。そして、○○○て会社がありますよね。そこへ電話したんです、ようはわたしが…。そこで、いろいろ話しして『いいです、私は。うちの近所に大きい総合病院があるから、そっちに行きます』っていったの。そしたらその方がね、『そんなところに行ったらだめです、ちゃんとそいういう専門家じゃなくちゃっ』て言われたの。じゃ、専門家は○県はどこですかって聞いたら、○と○○だって言わ

れたの。○いくんだったら、…。じゃあ、長男がこっちにいるし、○○に住んでたこともあるから、『○○は？』って聞いたの。そしたら、ここと、それから○総合病院を教えてくれたんです。……………それからまたずっと考えてて、私の姉にいったの。今年の2月頃かな？『こうなんだよ』って言ったんですよね。それから、じゃあ、私もひまな時にねって、うんて、2人してね。またそのまま、ちょっとほっといたんですけどね、そんなに苦にならなりませんでしたがね、働かなければね。それで、やっと2人で、『あたし行ってみて来たよ』って言うてくれて、場所みとかなきゃいけないからねって、それで6月にここへきたんですよ。」 p 4

「新聞です。偶然でもいいんだからね。そういう事っていいことですよ。じゃあ、電話かけてみようかなってそれがきっかけですからね。」 p 6

「行きづらいですよね。うちの主人が前立腺の手術してますから、時々は行ってきましたからね、知ってるんですよ。泌尿器科はチョコチョコ行ってるからね。そういう…」 p 12

I：「初め違う先生に行ったんですけど、○先生にお願いしたんですけど、その時は体操だの教えてくださらなかったんですよ。……………お薬頂いただけで…。この先生にかわってから、こういう体操がいいんですよなんて、体操教えていただいて、それからお薬も頂いて、それから、だんだん良くなったみたいです。」 p 4

「いや、恥ずかしくてね、いやだと思いましたよ。だけど、こんなにまあ、どうするなんて思って、それで、ここの先生にお願いしたんですよ。」 p 4

J：「通販で売っている薬、薬っていうか、サプリメントですよ。中高年向きに送ってくる様な物には、のってますよ。それで、今年の春頃でしたかね、5月頃か、通販のを買ってみたんですよ。でも全然効かないんですよ。で、初めの1ヵ月で全然効かないんで、次の1ヵ月で朝に晩に、だから倍の量増やしたんだけど全然効かないんで。結局は駄目なんだなって、3ヵ月目に、○病院さんに（行った）。」 p 5

「『それならば』と言うので、こちらを紹介してくれた。……『私は、仕事があるのでそんなに悠長なことやってられないんですよ。どこかないですか？』って。そしたら…こちらを紹介して下さった。……近いに越した事ないし、何かあった時電話できるから、いいんじゃないですか。それで、受診したんです。」 p 6～7

「それなりに自分で出来る範囲で情報収集はいろいろします。もちろん、調べたり無い所、いくらでもあると思うんですよ。だけどやっぱり、自分で一番知っていたいと思うことあるし、なまじっかのことで、大騒ぎしてもねえ。」 p 9

K：「話聞いたかもしれないんですけど、私2度目（手術が）なんです。2年前に手術をね。友達に場所聞いて、『いいよ』って言うので、紹介されて来て、それで手術してもらったん。」 p 4

理論的メモ	どのような手段を使って解決しているのか（家族、友人、専門家、新聞、TV、手紙、電話かける、薬局など） すぐに解決行動を取れた人はいるのか？ 解決しようとやっとな受診、薬局に行く、電話番号調べ電話する、手紙、新聞 分かってもらえるように話す、やっとな話す（友、家族、医師） 自己判断、自己決定、 病院に行くまでには抵抗感があるのでは？、葛藤があるのでは？ タブー視は無くなって来ているのでは？ 電話相談→悩む→やっとな受診、
-------	---

表11 腹圧性尿失禁治療者の属性および出産状況と尿失禁状況(11人)

年齢	家族形態 (同居)	治療開始までの 期間	治療開始からの 期間	治療 内容	仕事	既往歴	尿失禁状況	出産 回数	出産 年齢	出産年	出産場所
70代後半	長女、長女の子どもの3人家族	1～2年位	3ヶ月	VTV	なし	腰部打撲、膀胱炎 なし	2003年10月くらいから漏れていた様だ。廊下に水たまりがあった(家族より)。11月にを家族に伝える。薬局にいる薬剤師さんからの情報で受診。ちょこちょこっと漏れる。2004年初めに受診。	2	24	1951(昭和26)	自宅 産婆→手におえない状況になり、医師が来た。
									33	1960(昭和35)	個人医院 第1子が難産だったため怖いので病院にした。
60代前半	夫と2人	1ヶ月	4ヶ月	VTV	不動産業(椅子)	なし	昨春秋(5ヶ月くらい前)から、くしゃみで漏れるようになった。ナプキンをしていたが、駄目だと思い、夫のかかりつけの泌尿器科であり、夫が「行こう」と言ったこと、友人のすすめもあり受診。初めの1ヶ月は薬で様子を見たが、効かなく症状がひどくなったため手術決意して、手術をした。	2	18	1963(昭和38)	実家の近くの個人医院
									20	1965(昭和40)	同個人医院
30代後半	夫と子どもとの4人	8年	3ヶ月	VTV	主婦、結婚前はオペレーター(椅子)	なし	1人目の妊娠中(28歳)からトイレが近かった。出産後もトイレが近く、いつの間にかショーツが濡れていることがあった。2人目は妊娠中から漏れた。波がありながら、だんだんとひどくなった。	2	28	1996(平成8)	個人医院(里帰り)
									30	1998(平成10)	個人医院(里帰り)
50代前半	夫と2人	15～16年	1ヶ月	VTV	事務職(椅子)	なし	15～16年前から、縄飛びをすると漏れた。ひどくなったのは、1～2年前から。やっと1ヶ月前に受診した。重症の方だった。	2	29	1981(昭和56)	総合病院(里帰り)
									31	1983(昭和58)	上の子がいたので実家近くの個人医院
50代後半	夫と子どもと4人(夫施設にて療養中)	20年位(ひどくなってきたから1～2年)	今回3ヶ月 前回1年通院	VTV 薬	結婚後自営業(事務で椅子)	なし	30歳半ば(20年位前)から尿失禁始まった。11年前から夫の介護をしているうちに、だんだんと尿失禁症状悪化してくる。ひどくなったのは1～2年から。1年3ヶ月前に近医を受診し薬の治療を1年間した。手術で治療する気になり、他院を受診し手術した。	2	24	1971(昭和46)	個人医院
									26	1973(昭和48)	同個人医院
70代前半	夫と2人	10年	2ヶ月	VTV	酒屋(結婚後)ずっと重いものを持っていた	2人目出産後、1年くらいしてから腫脱の手術受ける。52歳脳出血。	65歳くらいから尿もれ始まった。70歳くらいからひどくなった。	2	23	1951(昭和26)	自宅(里帰り) 産婆(50歳位)
									27	1955(昭和30)	大学病院 医師
80代前半	子どもと嫁と孫の6人	7年	2年4ヶ月	薬	結婚後農業ずっと重いものを持つ	なし	70歳くらいから、重いものを持つと尿もれが始まった。75歳位から内科の先生に話をしたが、みんな我慢していると言われた。77歳(2002年2月)現泌尿器科受診してから薬で良くなっている。	3	25	1949(昭和24)	自宅(嫁ぎ先) 産婆
									28	1952(昭和27)	自宅(嫁ぎ先) 同産婆
									32	1956(昭和31)	自宅(嫁ぎ先) 別産婆
60代前半	夫と2人	22年	1年	VTV	結婚前看護師、結婚後主婦→看護師(18年間)	18歳～時々膀胱炎、30歳～副鼻腔炎にて手術4回、52歳転倒により骨折、時々膀胱炎	出産後からあったかも。40歳位から腹圧をあげるとあった。55歳の骨折経験からひどくなった。60歳までの勤めの最後の方は、頻尿と尿失禁がひどくなった。40歳後半から婦人科で膀胱炎の薬をもらい飲んでた。仕事やめる前に尿失禁の相談をしたが、子宮が降りているから手術するように言われた。地方新聞に載っていた電話相談から病院紹介してもらった。受診後、骨盤底筋体操を真剣にしたら改善した。咳がひどくなり、手術を勧められ決めた。	2	24	1965(昭和40)	個人医院(自宅近く)
									26	1967(昭和42)	別個人医院(自宅近く)
70代後半	夫と子どもと嫁の4人	1年位	10ヶ月	薬	結婚前から農業で、結婚後60歳位まで農業	74歳腰痛 10年前膀胱炎2回	74歳で腰を痛めて2ヶ月くらい動けなくなってきた。正座をしていると、尿もれが始まった。ひとりで泌尿器科に行ったが、薬もらっただけで体操は教わらなかった。知り合いから教わり、ひとりで75歳(昨年15年)現泌尿器科受診。体操をして、薬をもらい、現在ほとんど漏れない。2週間に1回受診。	2	21	1949(昭和24)	自宅(里帰り) 産婆
									24	1952(昭和27)	自宅(嫁ぎ先) 産婆
50代後半	1人(子ども2人は嫁いでいる)	1年位	今回2ヶ月 前回2ヶ月	VTV	飲み屋、保険外交等	盲腸	妊娠中尿もれがあった。出産後は無くなった。1年前(2003年)秋から、咳が出るのと尿もれをし出した。恥ずかしくて誰にも言っていない。2004年5月～通販のサプリメント内服。6月増量。7月別病院泌尿器科受診し、2ヶ月間内服をしたが、手術を決心し、病院を紹介してもらった。8月に現泌尿器科受診し、すぐに手術。	2	21	1969(昭和44)	総合病院
									25	1973(昭和48)	同総合病院
80代後半	夫と子どもとの3人	1年位	3年	VTV	結婚後ずっと農業(野菜等)	2人目出産後、卵巣出血にて手術、盲腸、膝関節・腰痛	平成13(63歳)頃からトイレに行こうと思っても間に合わなくなり、尿もれが始まった。だんだんひどくなった。尿もれパット、トイレットペーパー、尿もれ用下着を使用した。平成14に友人に教えてもらい現クリニック受診。同年1回目の手術。その後薬を飲んだが、改善せず。平成16年2回目の手術。	2	25	1962(昭和37)	個人医院で検診→間に合わず自宅(嫁ぎ先) 産婆
									27	1964(昭和39)	同個人医院で検診→自宅(嫁ぎ先) 同産婆

表12 尿失禁治療をしていない女性の属性および出産状況と尿失禁状況(10人)

事例	年齢	家族形態 (同居)	仕事	既往歴	尿失禁状況	出産 回数	出産 年齢	出産年	出産場所
A	60代後半	夫と子どもと3人	事務職、看護助手、定年退職	胆嚢結石	なし	3	29	1965(昭和40)	個人医院→総合病院(妊娠6ヵ月～)
							31	1967(昭和42)	同総合病院
							36	1972(昭和47)	同総合病院
B	60代前半	夫と子どもと孫の4人	43～54歳(10年間)ブティック店員、立ち仕事6時間	なし	くしゃみや縄飛びをする時に少し出る時もあるが、普段の生活では漏れない。	3	22	1964(昭和39)	助産院(産婆、医師、里帰り)
							23	1965(昭和40)	個人医院
							26	1968(昭和43)	同個人医院
C	60代前半	夫と2人	3人目が産まれる時に自営業(食堂)始めた(15年間)	なし	風邪をひくと、咳き込むので、その時、多少何回かあったが、それ以外はなし。	3	22	1965(昭和40)	自宅(産婆、里帰り)
							25	1968(昭和43)	自宅(産婆、里帰り)
							30	1973(昭和48)	個人医院
D	70代前半	夫と2人	1人目が産まれるまで会社で立ち仕事。その後退職。	なし	咳をするとき少しだけもれることがあるが、ほとんどない。	2	25	1955(昭和30)	自宅(産婆)
							28	1958(昭和33)	自宅(産婆)
E	70代前半	1人	3人目が産まれる時に自営業(製糸関係)を始めた。	なし	2～3年前(72歳位)から、ひどい風邪をひいた時に咳き込むとき少しだけもれることがあるが、ほとんどない。ナプキンをその時だけ使用した。	3	19	1948(昭和23)	自宅(母親、産婆)
							21	1950(昭和25)	自宅(他産婆)
							23	1952(昭和27)	自宅(第2子の同産婆)
F	70代前半	夫と2人	結婚後は主婦、子どもが小さい時は少し内職(座って)	結核(結婚前)、胆石手術、盲腸手術	15～6年前に笑った時、もれたことがあった。今は、トイレに行きたいと思い、トイレにたどりつく前に、少しだけもれることがある。	2	29	1961(昭和36)	個人医院→総合病院
							33	1965(昭和40)	同総合病院
G	70代前半	夫と子どもの3人	結婚するまで工場で立ち仕事。第1子出産の時に退職	なし	2年前(70歳)くらいから、咳、くしゃみなど、ひどい風邪をひいた時に咳き込むとき少しだけもれることがある。尿もれのパットを使用している。	2	35	1967(昭和42)	助産所(産婆)
							36	1968(昭和43)	同助産所(産婆)
H	60代後半	夫と2人	結婚前は、実家の織物業の手伝い。結婚後仕事やめ、第1子が3歳になった頃より家で出来る内職をしていた。	第2子出産後(38歳)で子宮脱の手術。53歳で卵巣のう腫にて手術。	なし	2	34	1970(昭和45)	総合病院
							36	1972(昭和47)	同総合病院
I	70代前半	子ども夫婦と孫の5人	結婚後、自営業(椅子に座っている仕事)	なし	なし	2	30	1961(昭和36)	助産院→個人医院(5ヵ月～)
							33	1964(昭和39)	個人医院→助産院(8ヵ月～産婆)
J	50代前半	母、子どもの3人	飲食店のウエートレス(立ち仕事)	なし	なし	2	26	1976(昭和51)	個人医院→総合病院(9ヵ月後半～)
							29	1979(昭和54)	同総合病院

表13 自宅出産の状況(昭和20年代前半～40年代前半)(8人)

事例	年齢	治療・地域 (治療をしていない)女性	出産 回数	出産 年齢	出産年	出産場所	出産状 況(促進 剤)	出産状況(怒責)	会陰切開	出産状 況(腹 帯)	出産後の状況	児の体重	
E	70代前半	地域	3	19	1948(昭和23)	自宅(母親、産婆)	×	前日から少し痛み出し、近くに住んでいる母親が様子をみていてくれた。まだ我慢した方が良いとのことで、我慢していた。次の日に我慢出来なくなり、産婆を呼んだが、間に合わず、母親が取り上げてく	×	裂傷なし	○	母親が近くにいたので、ゆっくり出来た。いろいろ手伝ってくれた。	2600g位
				21	1950(昭和25)	自宅(他産婆)	×	産婆を呼んで、2～3時間位で産まれた。あつという間。	×	裂傷なし	(○)	妹が手伝ってくれた。1人目よりも骨をおった。上の子の面倒をみなねばならないから。	3200g位
				23	1952(昭和27)	自宅(第2子の同産婆)	×	少し時間がかかったが、自然で産めた。	×	裂傷なし	(○)	仕事と育児で骨をおった。妹が面倒をみてくれた。姉妹に助けられた。	3300g位
G	80代前半	治療者	3	25	1949(昭和24)	自宅(嫁ぎ先) 産婆	×	3時間位で産まれた。	×	裂傷なし	(○)	出産後1週間は姑さんの配慮で休めた。その後は、子育てしながら農業ずっと続けた。	2800g位
				28	1952(昭和27)	自宅(嫁ぎ先) 同産婆	×	第1子と同じように産まれた。3時間位。	×	裂傷なし	(○)	出産後1週間は姑さんの配慮で休めた。その後は、子育てしながら農業ずっと続けた。	2800g位
				32	1956(昭和31)	自宅(嫁ぎ先) 別産婆	×	第1子と同じように産まれた。3時間位。	×	裂傷なし	(○)	出産後1週間は姑さんの配慮で休めた。その後は、子育てしながら農業ずっと続けた。	2800g位
I	70代後半	治療者	2	21	1949(昭和24)	自宅(里帰り) 産婆	×	あつと言う間に産まれた。軽かった。	×	裂傷なし	○	子育てしながら農業をした。昼間子どもは、祖母がみてくれた。	3200g位
				24	1952(昭和27)	自宅(嫁ぎ先) 産婆	×	経過が早く、産婆さんが間に合えない位であった。	×	裂傷なし	○	子育てしながら農業をした。昼間子どもは、祖母がみてくれた。	3200gより少し大きい
A	70代後半	治療者	2	24	1951(昭和26)	自宅 産婆→手におえない状況になり、医師が来た。	×	骨盤の形が悪く、難産 鉗子分娩、クリステレル。出生後ようやく息をして、先生が「大丈夫」だって言って、初めて先生が産婆さんに子どもを渡した。	○	裂傷あり	(○)	外陰部の切開が大きく痛み強いため、40日お湯につかれなかった。	3000g
				33	1960(昭和35)	個人医院 第1子が難産だったため怖いので病院にした。	×	分娩台での出産。	×	裂傷なし	(○)	2人の育児がすぐに始まり、休めなかった。	2600g

D	70代前半	地域	2	25	1955(昭和30)	自宅(産婆)	×	あつという間の出産だった(5時間)。ちょっと息む程度だった。産婆が手を握ってくれていた。自宅なので、夫も自然に立ち合った。	×	裂傷なし	○	出産後21日間は、きっちりと休めた。夫が洗濯等協力してくれた。母親が21日は休む必要があることを、本人と夫に話してくれた。	2700g
				28	1958(昭和33)	自宅(産婆)	×	あつという間であった(2時間)。	×	裂傷なし	○	2人目は、上の子がいたので、追いかけるのが大変だった。1人目のようには休めなかった。	3300g
K	60代後半	治療者	2	25	1962(昭和37)	個人医院で検診→間に合わず自宅(嫁ぎ先) 産婆	×	陣痛開始後半日もかからなかった。いきんだ感じもなく、あつという間に産まれた。	×	裂傷なし	○	自宅を出産後数日で実家に戻り、10日間くらいいた。その後自宅で農業をした。	2500g位
				27	1964(昭和39)	同個人医院で検診→自宅(嫁ぎ先) 同産婆	×	何時間かで、あつという間に産まれた。	×	裂傷なし	○	1人目より早くに農業開始した。実家にはほとんど帰らなかった。	3200g
C	60代前半	地域	3	22	1965(昭和40)	自宅(産婆、里帰り)	×	2日間かかったが、自力でゆっくりと産んだ。怒責した。母親が産婆であり、もうひとり産婆がいた。	×	裂傷なし	○	産後、里帰り先でゆっくり休めた。母親が産婆なので、いろいろやってくれた。	3100g
				25	1968(昭和43)	自宅(産婆、里帰り)	×	児が大きく、丸1日かかったが、自然分娩で産んだ。	×	裂傷なし	○	産後、里帰り先でゆっくり休めた。母親が産婆なので、いろいろやってく	4000g
				30	1973(昭和48)	個人医院	×	分娩台に乗って、30分位で産んだ。早かった。	×	裂傷なし	○	出産後3日で退院し、その日から仕事をした(食堂)。子どもはおんぶして働いた。	3050g
F	70代前半	治療者	2	23	1951(昭和26)	自宅(里帰り) 産婆(50歳位)	×	怒責なし(間に合わないくらい、あつという間に産まれた)。	×	裂傷なし	○	第1子出産後膣脱になった。産後1ヶ月は里帰り先で過ごす。	2700g位
				27	1955(昭和30)	大学病院 医師	○	怒責ずいぶんした。膣脱があるため少し早く出産した。	×	裂傷なし	○	2人の子をみながらすぐに自宅で仕事をした。大事で、お産はおしまいと思った。	3000g位

表14 助産院出産の状況(昭和30年代中盤～40年代前半)(3人)

事例	年齢	治療・地域 (治療をしていない)女性	出産 回数	出産 年齢	出産年	出産場所	出産状 況(促進 剤)	出産状況(怒責)	会陰切開	出産状 況(腹 帯)	出産後の状況	児の体重	
I	70代前半	地域	2	30	1961(昭和36)	助産院→個人医院 (5ヵ月～)	×	自然に陣痛が来て、入院し、怒責もあまりせず、軽く産まれた。ほとんど助産師がみてくれて、医師は出産時側にいるだけだった。	×	創なし	○	乳房マッサージをしてもらう関係で10日間入院して、自宅に戻った。21日間は、ゆっくり休むように言われていて、休めた。姑が手伝ってくれた。実母も2～3日手伝いに来た。	3600g
				33	1964(昭和39)	個人医院→助産院 (8ヵ月～産婆)	×	朝6時に陣痛が来て、お昼くらいに、ずっと産まれてしまった。お腹痛いも何もなく、息まずにひこって出産した。	×	創なし	○	1週間で退院し自宅に戻った。姑が上の子の面倒をみてくれたので、楽だった。	2800g
G	70代前半	地域	2	35	1967(昭和42)	助産所(産婆)	×	陣痛が来たので助産所にタクシーで行った。自然な経過で2時間位で産まれた。同時進行の人がいたが、産婆さんがついていてくれて安心だった。	×	裂傷なし	(○)	1週間くらい助産院に入院し自宅に戻った。実母が同居なので、手伝ってくれて休めた。49日間は動いてはいけないと言われ、休めた。	3600g
				36	1968(昭和43)	同助産所(産婆)	×	タクシーで助産所に行った。自然な経過で分娩で3時間くらいで産まれた。お産は苦労しなかった。	×	裂傷なし	(○)	1週間くらい助産院に入院し自宅に戻った。上の子(年子)がいるので1人目のようには、休めなかった。母親が手伝ってくれた。	3400g
B	60代前半	地域	3	22	1964(昭和39)	助産院(産婆、医師、里帰り)	×	里帰りし、陣痛が来たので助産院で経過を1週間をみて、苦しんだ。児の頭はみえるが、出てこないのので、医師を呼んで、鉗子とクリステルで出産。胎児仮死だった。すぐに総合病院に入院するが、1週間後に亡くなった。	○	(○)	辛い日々だった。母乳も止めなくてはならなかった。悲しかった。	3500g	
				23	1965(昭和40)	個人医院	×	時間かかった。12時間位かかり、かなりいきんだ。	×	裂傷なし	(○)	傷がなかったので、動くのが楽だった。産後2～3日は、入院先のベッド上で寝て過ごせた。	3650g
				26	1968(昭和43)	同個人医院	×	自然に陣痛がきて、何もしないで普通に産んだ。	×	裂傷なし	(○)	傷がなかったので、動くのが楽だった。産後2～3日は、入院先のベッド上で寝て過ごせた。	3800g

表15 個人医院・総合病院出産の状況(昭和30年代中盤～40年代前半)(4人)

事例	年齢	治療・地域 (治療をしていない女性)	出産回数	出産年齢	出産年	出産場所	出産状況(促進剤)	出産状況(怒責)	会陰切開	出産状況(腹帯)	出産後の状況	児の体重	
B	60代前半	治療者	2	18	1963(昭和38)	実家の近くの個人医院	×	すんなり産まれた(6時間くらいで)。	○	(○)		2800g	
				20	1965(昭和40)	同個人医院	○	分娩台で9時間。怒責を沢山して、やっと産まれた。	○	(○)	出産後は、ぐったりだった。退院後出血が長く続いた。	3940g	
H	60代前半	治療者	2	24	1965(昭和40)	個人医院(自宅近く)	×	怒責はほとんどしなかった。陣痛開始後6時間位で産まれた。	○	○	自宅に戻る。	2750g	
				26	1967(昭和42)	別個人医院(自宅近く)	×	軽く怒責をした。陣痛開始後3時間位で産まれた。	×	裂傷なし	○	自宅に戻る。	2680g
F	70代前半	地域	2	29	1961(昭和36)	個人医院→総合病院	○	個人医院で出産直前まで妊婦健診かかっていた。児が大きいので帝王切開と言われたが、普通に産出したいため、総合病院に行った。レントゲンの結果、骨盤も大きいので普通分娩出来ると言われ、出産した。予定日過ぎても産まれないので、促進剤をした。陣痛が来たら、怒責もありしなく、早かった。	○	(○)	実母が自宅に来てくれて、50日くらい側で手伝ってくれた。	3400g	
				33	1965(昭和40)	同総合病院	×	自宅で朝7時頃破水して、すぐ入院。9時過ぎには産まれた(2時間)。ちょうど緊急の難産があったようで、分娩台にのせられ、誰もついてくれなかった。子どもが大きかったため、産まれる直前に医師が来たが、傷が沢山できてしまった。	×	裂傷あり	(○)	主婦なので、炊事、育児をしていた。	3700g
A	60代後半	地域	3	29	1965(昭和40)	個人医院→総合病院(妊娠6ヵ月～)	×	予定日1週間過ぎてから入院。産まれないため帰宅し、その後自然に陣痛発生し、予定日より16日過ぎて出産。怒責1時間位した。	○	(○)	仕事をしていなかったため、食事の支度と洗濯等した。近所の人子どもをお風呂に入れてくれた。実母が亡くなっていたので、話し相手がいなくて、精神的	3000g	
				31	1967(昭和42)	同総合病院	○?	予定日より1ヵ月早く破水したが、気付かず、1日後に入院し、出産。骨盤位だったため、怒責かなりした。	×	裂傷なし	(○)	2人の育児を自分でした。近所の人、子どもの面倒を見てくれた。	2600g
				36	1972(昭和47)	同総合病院	×	自然に陣痛がきて出産。素早く産めた。怒責はした。	×	裂傷なし	(○)	自分で育児をした。	(3600g)

表16 個人医院・総合病院出産の状況(昭和40年代中盤～50年代)(5人)

事例	年齢	治療・地域 (治療をしていない)女性	出産 回数	出産 年齢	出産年	出産場所	出産状 況(促進 剤)	出産状況(怒責)	会陰切開	出産状 況(腹 帯)	出産後の状況	児の体重
J	50 代後 半	治療者	2	21	1969(昭 和44)	総合病院	×	1ヶ月早産。子宮口が開いていた。3回いきんだらうまれた。あつという間。	○ 裂傷なし	×		2050g
				25	1973(昭 和48)	同総合病院	×	7ヶ月で子宮口しばった。出産は楽だった。	×	×	退院後次の日に上の子のために幼稚園に出かけた。	2480g
E	50 代後 半	治療者	2	24	1971(昭 和46)	個人医院	×	微弱陣痛で、骨盤が狭かったらしい。クリステレルと吸引分娩により出産。時間は半日。	○	(○)	退院後3日実家にいたが、すぐに自宅に戻りすべて自分でした。2週間後には仕事をしていた。	3700g
				26	1973(昭 和48)	同個人医院	×	陣痛開始してから30分くらいですんなり産まれた。	×	(○)	3週間病院でゆっくりして、自宅に戻った。	3700g
H	60 代後 半	地域	2	34	1970(昭 和45)	総合病院	×	微弱陣痛で、児が大きかったため、時間がかかった。怒責は、ずいぶんした。へとへとになった。	○	○	5日くらい入院し、自宅に戻り、たまに実母が手伝いに来てくれた。沐浴は近くの産婆さんに頼み、1ヵ月位してもらった。楽に過ごせた。	3700g
				36	1972(昭 和47)	同総合病院	○	妊娠中に出血したため、子宮脱とわかる。妊娠中は安静にするようにいわれて、安静にしていた。子宮脱があるため予定日より1週間早く入院し、陣痛起こさせ半日位で産まれた。怒責もかるく、スムーズに産めて、	○	○	5日目に退院し、自宅に戻った。たまに実母が手伝いに来てくれた。子宮脱があったため、重いものを持たないように気をつけた。	3400g
J	50 代前 半	地域	2	26	1976(昭 和51)	個人医院→総合病院(9ヵ月後半～)	○	9ヵ月末にレントゲンで子どもの頭が大きいので帝王切開になるかもしれないと言われ、総合病院を紹介された。予定日を10日過ぎても陣痛が来ないので、子どもが大きくないうちに産みましょうと言われ、無痛分娩で産んだ。産んでる感覚も、息む感覚も、痛みの感覚も無い出産だった。仮死状態で産まれたので、すぐに子どもに会わせてもらえなかった。	○	(○)	1週間で退院した。子どもが母乳の吸いつきが悪かったので、神経を使った。	2900g
				29	1979(昭 和54)	同総合病院	×	前期破水をして、入院し、自然に陣痛が来て、半日くらいで自然に産まれた。怒責は、誘導されてした。	○	(○)	1週間で退院した。2人目なので、楽な気持ちで育児が出来た。	2940g
D	50 代前 半	治療者	2	29	1981(昭 和56)	総合病院(里帰り)	×	長く陣痛室にはいなかった。怒責したが、そんなにいきまなかった。	○	○		2900g
				31	1983(昭 和58)	上の子がいたので実家近くの個人医院	○	時間がかかった。陣痛弱く時間がかかり、大変だった。クリステレル。	○ 子宮の静脈が切れた	○		3000g

表17 経験年数10年以上の助産師の出産時の役割行動（ワークシート）分析例

概念名 28	医師と能動的交渉ができる（8件）
定義	正常と異常の経過判断とともに、医師と能動的に交渉ができる。
ヴァリエーション （具体例）	A：「あの一、心音が下がっていててもそんなに緊急をようする状態かどうかというところを、もう助産婦判断でいうところが、ちゃんと回復の過程が確認できれば、安全であると言うところ。モニタリングだってそうなんだけど、昔は落ちちゃったらもうすぐってというような対策であわてた部分があったんだけど、そこがちょっと待ってと、今の回復いいよね、という部分がちゃんとと言えるようになってきたんでしょね、きっと。」p4 「昼間だから、サポートには必ず熟練者がつくじゃないですか。まわりでアドバイスする人とか、そういう所は見えたのかな、ちょうど。なれない人は判断できないにしても、まわりの熟練者が『ちょっと待って先生』って言って、助産師に教えながらそれをやっているような状況が、昼間はあったんで。」p5 E：「前は、横向きでいたいと言う時に先生は、『横向きだとやりにくいから、上向いて欲しいな』って、そういう時代があったけど、今はお互い譲歩して『じゃあ、胎盤出るときに上向きにしようね』ってとか。『本人が横向きが良いって言っているんで』って、そうすると『いきみやすい方がいいよ』って（医師）。側臥位で人が足りなかったら先生が足を持ってくれて。医者はいっぱいいるから、『先生、そっちの足ちょっと押さえておいて』って、片足押さえてくれて。……8年目だとお互いに言いやすい。でも8年目がひとり、……3年目はまだまだ流されちゃうし、『先生に言えないです』っていうのががあるから、なるべく行って、態勢づくりして。」p9 F：「もうこの位出ればね、発露の状態を待てない、排臨ぐらいの状態で切開入れちゃったじゃないですか。それを、『もうちょっと待たせてください、これだけ伸びているんだから出てくると思います』っていう先生たちとのいい関係もあったんだと思うんですよね。そうじゃ無かったら言えなかったと思います。」p3 「『頑張らしてください、いいですか？』って、『ああ、いいよ』って、『もし切れたらごめんなさいね』って、それはお互いですよ、産婦さんに、まず許可をもらって。切開入れますか？このまま行きますか？っていうことを許可もらって。」p4 「上の先生が同じ立場になってくれたことは、すごい力になりましたよね。『いいですか？させてください。経産婦だから、出来たら自分の力でお産

させてあげたいんです』って。」 p 5

G：「股脱の人とか、…で全然上を向けないという足を開かない体位的に無理という人は、先生のほうから『ねえねえこの人は側臥位なんだけどうする？』。先生たちは見たこともないから、結構慌てる。どうするどうする勉強会、『平気です私たちは』っていうのがありますから。」 p 5

「（自然の出産）いくら安楽を求めすぎると今度は安全が失われるんで、先生たちとそれは話し合って、必ずモニターはつけるとか、最低限これだけはっていうのはどこの施設も、日本で基準があると…モニターは絶対つけるとか、（ぎりぎり側臥位になっても？）側臥位になってもずーとつける、だからモニターは、…『もっと小さくならないんですかね』とか、そういう要求は、『これでかすぎるんですけどね』とか、そういう話しはするけど、だけど共同的にドクターとじゃこうしてこうなったからこうしてみたいんだけどっていうのは、なかなか（話せない）。」 p 6

「ないとはいえないね。研修にきている先生たちも『これじゃー女医だけどお産したくないでしょ？』っていきいたら、『うん』って言うくらいな悲惨なお産ってやっぱりあるよね。……助産婦としてはみんなね。なさない。あとはそれより上の人に言うよね、二度とこんなことがないようにじゃないけど、ちょっと失礼なんじゃない。」 p 7

B：「私くらいになってくると、自分より若い先生だと、『もうちょっと待って』って言っちゃいます。」 p 4

「〇〇さんとか、△△さんとか（自分より上の助産師）、言っていると思いますよ『先生待ってください』って。」 p 4

C：「たま～に〇先生が早くやりたがるけど、『先生まだ』って言う。助産婦と医師って立場が違うのだから、はっきり言いますよ私は。だから、最初は結構トラブルもあったけど、『先生もう少し待って欲しかった』って私はきちっと言ったし。誰もがなれるのが理想だけど、私が絶対じゃないと思うのね。だって、すごく入れたがる人はいますよ、早く。でも、そうしたら、『あと5回は待ってください』って言います私は。」 p 7

「やっぱり努力ですよ、私たちの努力なんです。私たちが本当に患者さん側に立って、最初は先生にお願いしますですよ。先生に『もうちょっと頑張っていていいですか？』ってお願いしなくちゃ先生『いい』って言わないですよ。お願いしてたんですよ、ずっと、私なんてだって。『いいですよ、もう少し心音もいいし、いいですよ』って。お願いする態度を取れば先生も、そんなに嫌がらないですよ。で、そのうちだんだんだんだん主導権がこっちにくるっていう感じ。で、私が呼べば、5分以内に行かなきゃっていう風に。先生の力が必要な時以外は呼ばないから、『呼んだときはすぐに来てください』って、いつも言っていたから。」 p 20

「変な先生だと、ストライキ起こしちゃったりするじゃない、他の病院だと。でも私たちは、結局は患者さんに来るでしょ。だから、それは出来ない患者さんのためには。患者さんの前では、出来るだけ圧力がないよう

にやっていかなければならないから、」 p 20

D：「自分もドクターにアプローチしていくようになった。自分も自信を持てるようになってポリシーとはちょっと違うけど、やっと復帰して10年経って、やっと自分なりのポリシーをもって、やっと先生と対等に自分のあれを言えるようになった。私遅れているんだけど、上の先生にもとにかく待ってくださいと判断して、待てるものは待ってもら、先生も待ってくれるようになりました。」 p 6

「私、言ったことがあるんですよ。『これこれこうで、必要があるんですかね』って。そしたら先生が『そうだね。あなたに言われるまで気づかなかった。当たり前のようにやるものだと思ってました』って。それからやらなくなった。」 p 7

「私なんかは（医師に）『待っててね』って、で、結局ここはなんか切れてしまうぞっていう時は、私はそれで『切りますね』って自分から」 p 16

「（（これは進みが速いですかねって……私もあーこれはちょっとあれかなーって、））で先生に先生にこれはちょっと（切開）入れてって言って、」 p 16

H：「1回は確実にしましたね。待ちましたもん。『先生待って、待って、もう少し、頑張ってもらから』って。」 p 9

「でもやっぱり、先生が切りたくてはさみちよきちよきしてるんだけど、でも『ちょっとお願い、待って、待って』ってなんて言いながら、こっちから先にお願ひするとやだと言えない。」 p 10

「そうすると先生とコンタクト取るから、」 p 10

I：「それ以外は、やっぱり、『ちょっと判断させて』って言う感じで。言いませんけど、そんなこと言いませんけど。言葉にしないけど、手でじゃましたりとか、先生に切らせない雰囲気を作ったりとか。後は、はっきり言うときもあります『先生、ちょっと待ってください』って、言うこともありました。もうハサミ持って待たれちゃってると。『次いい？』とか言うのと、『もう次、入れられちゃうな』ってはっきり分かるときは、『先生、もうちょっと待って下さい』って、『頑張っで息んでますから〜』って言うので。そう言うときもありましたけど。後は、待ってくれる先生が多いですかね。本当に先生によっては、もう、すぐに切っちゃうって言う時には、そういう風に言います。」 p 5

「気が付くと言ってたかな、とも思うし。ずるいけど先生にもよる……、じゃないですけど。でもなうべく言ってたかな〜って思うんですよ。新人の頃は、覚えてないっていうのが本音ですね、言ってたか言ってないか。気が付くと言ってたようになってのは、10年くらい経ってからなんだか。その前も、こういう時はって思う時は（言ってた）。唯一たてつくって訳ではないですけど、これだけは言わせてって。（（でも、もちろん赤ちゃんとかそういうのも、大丈夫な状況を自信を持ってる時に限りますけどね。経過を見て、大丈夫だって読んでですね。難しいかもしれませんがね、そ

	れってね))」 p 5 「発作が弱かったりすると、弛緩出血はやっぱり嫌なので、そのへんは先生に言っておいて、『後で見て下さい』とか。」 p 6 「(外から来る先生は) 話聞いて来てくれたりとかもしますし。後は、『この先生こんなやり方なんかな』とか、逆に先生のやり方見ていて、『先生やりにくいこととか、よそとうんと違うところがありますか?』って、聞いたりして『そしたら言ってお下さい』って、『うちではこんな感じでやっているんです』って、その時に言い合えるかな～なんて思って。向こうの先生のももちろん聞いて、で、こっちが譲れないところは、じわりと言わなくっちゃなんて思うんですけど。」 p 7 「間に入って先生の顔つぶすことも出来ないし。違うことも、言えないことは部長に言ってもらったりしますけどね。」 p 7
理論的メモ	コーディネイトできる、対等、意志を伝える、産婦の代弁者 熟練者、8年目以上?、←→若い助産師は無理?、 医師との良い関係(言える関係)、共感する、分かってくれる、 医師からの交渉→自信があるので応じられる、 安全の保証(モニター装着)について話し合う、 出産経過そのものについてはなかなか交渉できない、 悲惨な出産があった場合→交渉する時は上の先生に、 自分より若い医師に交渉できる、 しっかり判断できる(若いと無理)→交渉できる 自信を持つ→判断できる→医師と交渉・対等言える、10年目位? 待ってくれる医師→交渉少ない・しない、 待ってくれない医師→交渉する、 胎児が元気なこと等自信をもって判断出来る(正常)→交渉、 誘発した方がよさそうと(異常になりそう)判断→医師と交渉(異常にならないように)、 新しい医師→分かってもらえるように医師に話す、 上の医師と交渉(決定権)、 どんな医師と交渉できるのか?、 交渉できない時はあるのか?、

表18 経験年数10年以上の助産師の属性(10人)

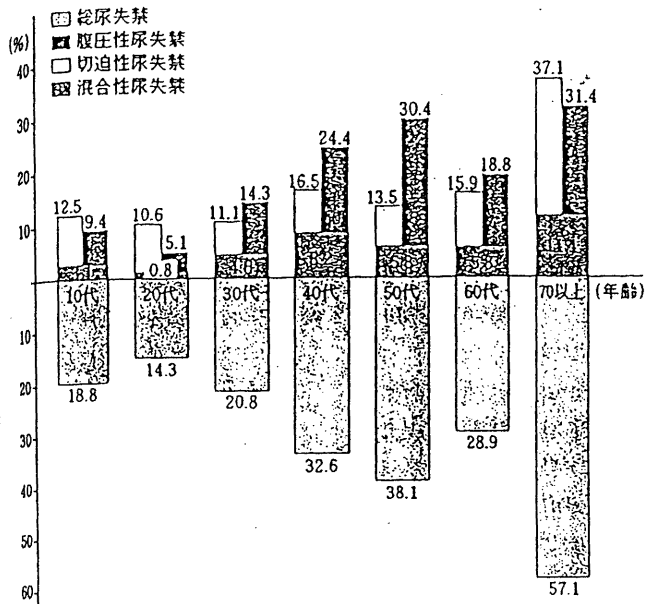
事例	年齢	助産師経験年数	他科経験等	現在の就業場所	看護師教育	助産師教育
A	40代	13	(ICU1年、NICU2年)	専門学校	専門学校	専門学校
B	30代	13	(内科病棟4ヵ月)	総合病院	専門学校	短期大学専攻科
C	40代	18	(開業医2年、内科・整形・麻酔科2年)	総合病院	専門学校	専門学校
D	50代	17	(脳神経外科1年)	総合病院	専門学校	専門学校
E	30代	13	(NICU1年)	総合病院(副師長)	短期大学	短期大学専攻科
F	60代	29		総合病院(退職)	専門学校	専門学校
G	30代	16	(NICU1年)	総合病院(副師長)	短期大学	短期大学専攻科
H	40代	10	助産師になる以前看護師として小児科等3年	総合病院	専門学校	短期大学専攻科
I	40代	22	助産師になる以前看護師として産婦人科で1年	総合病院	専門学校	専門学校
J	30代	15		個人医院	短期大学	短期大学専攻科

表19 新人助産師の属性(3人)

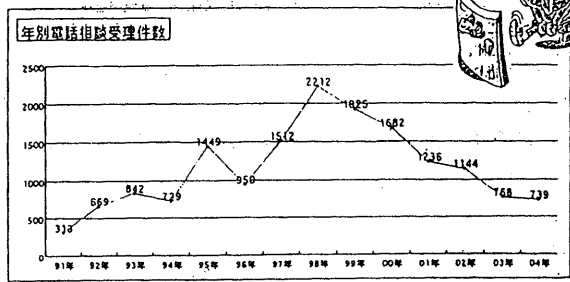
事例	年齢	助産師経験年数	他科経験等	現在の就業場所	看護師教育	助産師教育
A	20代	2年	他科経験なし	総合病院	専門学校	短期大学専攻科
B	20代	1年8ヵ月	他科経験あり	総合病院	専門学校	短期大学専攻科
C	30代	1年8ヵ月	他科経験あり	総合病院	専門学校	短期大学専攻科

表20 医師の属性(3人)

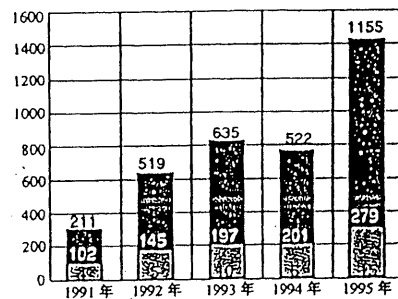
事例	年齢	助産師経験年数	経験施設数	現在の就業場所
A	50代	30年	4総合病院(産婦人科)	総合病院(産婦人科)
B	50代	25年以上	2総合病院(産婦人科)	個人医院開業2年
C	40代	15年	5総合病院(産婦人科)	総合病院(産婦人科外来)



図① 年齢別尿失禁頻度

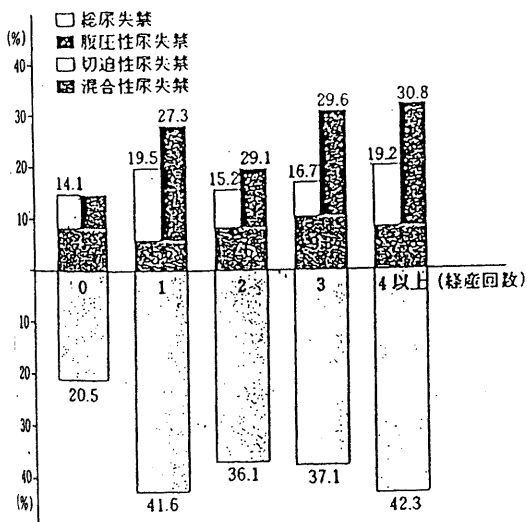


図③ 年度別相談件数の推移

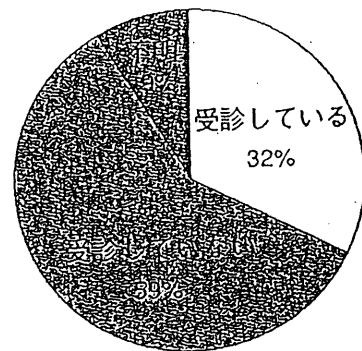


図④ 男女別相談件数

(黒:女性数 白:男性数 他不明)



図② 経産回数別尿失禁頻度



図⑤ 医療機関への受診の有無

図①, ②石河ら⁹⁾より出典

図③, ④, ⑤日本コンチネンス協会¹⁵⁰⁾より出典

表① 一般女性における尿失禁経験者の割合

研究者	尿失禁経験者の割合	対象者	平均年齢	年齢範囲	文献年度	国
福井	32.0%	健康女性952名		18～88歳	1986年	日本
加藤	現在ある8.5% 過去にあった6.7%	就労女性968名		17～69歳	1986年	日本
高井	46.6%	教員717名		35～65歳	1987年	日本
佐治	36.0%	婦人科外来患者1,303名			1990年	日本
小林	43.9%	小中学校女性教諭157名	38.8±7.5歳	23～58歳	1998年	日本
	(現在21.0%過去22.9%)					
脇田	38.0%	婦人科外来患者176名	49.0±12.6歳	20～78歳	1997年	日本
石河	30.0%	婦人科外来患者1,476名		10～70歳	1992年	日本
Anders	1994年の1年間の尿失禁率 17.7%	1994年の1年間に妊娠・出産 の経験がない女性4,345名		20～59歳	1999年	デンマーク
David, H.	過去一年間に尿失禁があったか、 今までに治療したことがある 73.1%	933名	69.6±7.0歳	60歳以上	1997年	合衆国

表② 妊婦・褥婦における尿失禁経験者の割合

研究者	妊娠前	妊娠中	分娩後	対象者	平均年齢	年齢範囲	文献年度
渡邊		32.3%	分娩後 39.5%	国立大阪Hp分娩した560名	29.6±4.0歳		1998年
		初産46.0%	1カ月 初産 6.1%				
		1回 60.7%	1回 7.8%				
坂口	6.0%	2回 62.5%	2回 14.7%	市立四日市Hp412名 (初188 1回159 2回69名)	28.3±3.6歳		1998年
尾田	19.0%		妊娠中と分娩後 併せて 67.0%	産後3ヶ月以上の81名	28～29歳	18～39歳	1997年
石河			分娩後 48.5%	大阪市立Hpで分娩した褥婦 (1990年度総分娩数)			1992年
			1カ月 9.3%				
吉沢		妊娠後期 約70%	1カ月 約20%	初産婦の褥婦14名		24～31歳	1996年
村山		58%	産褥早期 12.1%	2病院で分娩した 初産婦85経産婦109名	29.2歳		1997年
神永		84.3%	1カ月 15.7%	産後1ヶ月155名	不明		1997年

資料2 自宅出産の発言内容（昭和20年代前半～40年代前半）

（地）：尿失禁治療をしていない女性

発言	意味内容
E（地）：「自宅。自宅って言ってもね、うーん、そう、そう、最初の子はね、まあ、借家であっても自宅ですよ。自宅出産でね、で、みんなそうです。それで、長男とね次女がその〇〇さんで、おばあちゃん。…だから、かなりのね、お婆ちゃんでしたよ。長女があ、△△さんっていう方。△さんもお産婆さん。（それってあれですか、もう周りをみてもそれが当たり前みたい。みんな家で？）そうでしたね。たいていのうちが家だったですよ。…自分の住まってる家ね。あのだからそのあとかしら、みんなほら、その〇〇さんだの、あと医院でね、□医院さんとか@産婦人科さんとか、そういうところでやってたらしいですけど。私はとにかく自宅分娩。自宅分娩なんですよ。」 p2 「（2人目と3人目の長男と次女の方は〇〇さんが間に合ってた？）そう、そう、そう、そう。家に来て。」 p5 「距離的に言って、自転車で、あの時は自転車だったから、自転車で行って5分もかかれば（母親の所へ）行っちゃうでしょ。で、そこから今度は@@市、今の△場ありますでしょ。あそのあたりにいたんですよ。あのその△△（産婆）さんが。それで呼びに行き、△△さんが自転車で駆けつけて来るんだから、おそらく15分、15分かからないと思いますよ。男のあれだから、ね。自転車で行ってね。」 p9 G：「1人目も2人目もね〇町の人だったね。自転車できたよ。お産婆さんがね。20分あればきちゃうね。よかったねって言われて。昔は、乗り物もってないから自転車で迎えに行き。旦那がいたからね、迎えにいったね、自転車で。今はね、そんなことする人いないやね。」 p3 「上2人の男の子は、〇町に住んでた助産婦の人がね、自転車で来てくれたんですよ。大変だったですよ。迎えにいくんだけどね。電話もないもね、昔は。自転車でみんな迎えに行ったの。（妊娠中に1回くらいお願いしますって言って？）そうそう、迎えに行き。昔はそれで済んだんだからね。」 p3～4 I：「おなか痛くなってから産婆さん呼びに行ってもらって、産婆さん来てから、そうね、30分か40分くらいかな。（その頃は、みんな産婆さんがほとんど？）そうなんです（昭和27年）。私達から5年くらいたってから病院でお産するようになったみたいね。たいがい自宅で…」 p2 「実家の方は実家の懇意の産婆さんで、こっちは姑の知ってる人に産婆さん頼んだんですよ。…50歳の上だったでしょう、きっと。あの頃は、自転車でね。」 p3 D（地）：「それでその朝、〇〇（産婆）さんに行き、そしたら今日産まれちゃうんじゃないかなって言われたんだけど、また会社行ったんですよ。朝早く、〇〇さんに、会社行く時間前に行き、それから、あの会社行き」 p2 「ちょっとおかしいから、あの一、お産婆さん呼んできてって、主人に頼んで、したらもう、それがもうごめんなさい、長男が3時半、35分だ。」 p2 K：「その産婆さんは、何十年ってしているお産婆さんだから。60歳くらいの方で。主人なんかももちろんその人だったし（取り上げてもらった）、お姉さん達もみんなそうだったんだって。（ベテランの産婆さんで？）そうそうそう。安心出来ましたね。」 p3 「（2人目）健診には、（個人院）行ってたけど、同じ所に。それで、同じ（産婆さん）人にお世話になった。」 p3 C（地）：「だから、あたしなんかの時代（昭和40）は普通が当たり前だと思ってからね。親が産婆さんだから。だから外の話って分からなかったのね。（反対に。病院で産まれる人の話の方がめずらしい？）そう。そういうもんだと思って、いつのまにか身に付いたんでしょうね」 p10 F：「うちから4軒裏にお産婆さんがいたんです。それで、すぐ呼んできて、大至急取り上げてもらったんです。（おうちに飛んできてくれて、自宅出産だったんですか？）そうです。昔の事だし、田舎の事だからね。（だいたい、周りの方も自宅出産？）そうです。だいたい、そうでしょうね。」 p7 「（産婆さん）50代くらいの方だったかしらね。（そうですか。お会いするのは、そんなにあってない方だったんですか？）そうですね。でも、若い頃から、田舎だから、お嫁に来る前に知ってはいったんですよ。」 p8	①出産の介助に当たってくれたのは、自転車であつてくれる位の近くの産婆さんで、自宅で産むことが当たり前という感覚でいた。（7人）

発言	意味内容
E (地): 「(そうすると妊娠中に何回か助産婦さんの所行くか、来るかして?) そう、そう、そう。(妊娠中特別何も問題なかったですか?) 別にね、問題なかったですね。だから今の人みたいに、あの妊娠中来るでしょ、病院に。そういうことはそんなに、そんなにやかかってなかったんね。健診もそんなにろくにしないで。今みたいに衛生方面はね、私なんかはそんなにしなかった覚えね。(それでもあんまり問題も起きないで?) 起きなかったですね。だから中毒とか、そういうのもなかったし。」 p2 G: 「(妊娠中は、今で言う妊婦検診みたいな感じのありました? 産む時にこの人を呼ぼうって言うような感じで?) そうそう、そのくらいですね。」 p3 I: 「(妊娠中は産婆さんに診てもらいました? それともお産のときだけ?) そうね、3回くらい診てもらったかな。」 p2 「生まれる前に3回くらいみていただいて、お産のときにお世話になって、後はちょっと沐浴にね、3回くらい来てくれたかな。それくらいでしたよ。」 p8 D (地): 「助産婦さん来たのが、ほら、腹帯する時とか、昔はそんなもんですよ。(ああ、そうなんですか。健診とかっていうのは?) なかったのよ」 p5 K: 「昔だから、家で産んじやった。自宅で、2人とも。昭和37年が長女。昭和39年が長男。病院は、行っていたんですよ、行っていたんだけど、なんて言っているかな、陣痛が早かったんだね。それでもう、まあいいやって言う感じで。それで、主人なんかが、昔お産婆さんがいたもんだから、その人にお世話になって。」 p2 F: 「(妊娠中も産婆さんが診てくれて?) ほとんど、田舎の人だから見てもらうようなこともなかったですよ」 p8	②妊娠中、産婆にみてもらう機会はありません、衛生面はあまり考えられていなかった。(6人)
E (地): 「前の日のね、前の日のお昼頃からちょっと痛み始めて、それで痛いとか何とかなんて言っただけど、結局実家が近くだったから、母親にちょっと来てもらって、まだ大丈夫だよって訳で、もう少し痛みがなくなちゃダメって言うので、次ぐ日まで越して、そしたらちょうどね、その時に覚えてるのはね、私のいとこがね、お姉さんの娘さんが来てね、ちょうど来て、なんでそんなに痛いのったらね、今はこう子供が産まれるから痛いんだよって言うの覚えてるのよね。」 p2 「そう、そう、そう。だから産まれる時までは、まだ時間がね、そんなにずーと痛いんじゃないくて、時々ガーッと痛くなるのをこうもう少し我慢しなくちゃダメなんだって言って、それでその時に、主人にもうこれじゃだめだから、まあとにかくねあのお母さんの所へ行って、それから産婆さんに行ってくださいって言ったの。そしたらあの時は、まだ日があった時だったから、夕方だったかしらね。で、母親が来てくれて、それで主人が母親の所からすぐ産婆さんの所へ行った時間が、そうねあそこ距離的にいって、30分位の所なんですよけども、産婆さんは行ったらすぐに来てくれたんですよけれども、とにかく間に合わなくて、子供の方ができちゃったんですよ。」 p3 「とにかく上の2人がね、できるなんて言うんで。こう興味心身でね。…だからほらちょっと上の子も自宅でお産なんて、赤ちゃんが産まれるなんていうのは。(2歳と4歳じゃあ周りにいました?) いましたよ。だから産まれる時、全部は見ないけれども、ちょっと苦しんでる時あの何だのは、見てましたね。ええ、だから上の子がね、赤ちゃんが産まれる、赤ちゃんが産まれるって、長女なんかね。ちょっと興味心神でしたよね。だからちょっと時間かかっちゃってね。…あの母親はあれかしら、手をこう握っててくれたかしらね。だから旦那がそばでなんてことは全然ないですよ。今のあれと違って。(そうですか。別の部屋で待ってる?) そう、そう、そう。お湯をね、沸かしたり何だりするのね、役目で。産湯をね。昔はまだほらたらいだっただでしょ。今みたいにベビー湯のあれなんてないですもん。たらいですよ。(そっこの準備は旦那さんがして?) そう、そう、そう。」 p7 「いところが来て、あんなに痛い痛いって言いながらもねなんて、姉ちゃん動いてたら、寝ないんなってね。見てたら。でその人も私とそんなに違わない、ひとつくらいしか違わなかったんだけど、遊び来て。じゃあ、あれだよ、一緒にいてやるよなんてね。から、その環境も良かったんでしょうね。(気もまぎれるみたいに?) そう、そう。だからうんと気持ちはリラックスしてたんでしょうね。だから今で言うストレスっていうのがなかったんですよ、きっと。きっとね。で、初めてでしょ。とにかく始めてのあれだからね。」 p9	③出産に家族が入っており、リラックスできた(異常経過でも家族が一緒の場面に入っていた。)(5人)

発言	意味内容
A:「お産は、本当に大事してね。父ちゃんが、昔だから、私の足をのっけて引っ張っているわけですよ、肩に。それで、隣のかあちゃんと産婆さんと先生とが何か機械をこうして引っかけてたんですね。で、真っ直ぐにこうして引っ張ってるわけですよ。仮死状態で産まれましたよね。まあ～白、ロウソクみたい、気を失っちゃってね、子ども自体がね。」 p 4 「今亡くなった姉妹がね、入れ替わり立ち替わりみんな顔を見に来たわけだよね。最後は4人ぐれえが押さえてね。泣かないよね、死んじやったんじゃないかと。」 p 5 D (地):「そう。(産婆さん) 2人来たかな。じゃなきゃ、旦那だ。(旦那さんが。もう普通に立会いじゃないですけど、一緒にいて?) そう。だってほら、家だから一緒にいるでしょ。」 p 5 「(母親が亡くなったので) だから、2人目の時は、一番上の姉が、来てくれたけどね。」 p 6 K:「(旦那さんが産婆さん迎えに行って?) そうそう。自宅の自分の布団の上で。お姑さんがいたでしょ、だから面倒をみてくれたの。」 p 2 F:「おばあちゃんがいましたけどね。う。こりゃ困ったねなんて言ってね。早くすぐ、○(産婆)さん呼んできってって。呼んで、すぐ来てくれたけど、間に合わないうちに飛び出しちゃったんですよ。」 p 8	
E (地):「(そうですか。じゃあ、自分で産んで?) そう。母親が出してくれたの。もう、あのね息みって言うのがあるんですよ。陣痛ってんで。その息みがね、もう我慢できなくなっちゃってね。我慢しろっても、我慢しろって言われてもね我慢ができなくなっちゃってね。(産む力がすごくて?) そう、そう、そう。そう、それでね、子供のほうをじゃあしょうがないから出さなきゃしょうがないって言うんで、母親が出してくれたんですよ。……とにかくこのウエストのところから、ものすごく巻いたの。そしたらね、子供はもうほら、そんな訳だから、こう取り上げて、布に包んどいた訳なの。下手にはあれはね。でもへその緒がまだ、ついたままだったから、その時に産婆さんが来てくれて、それであの一、へその緒は産婆さんが始末してくれたんですよ。」 p 3~4 「だから別にそんなような訳だから、ほら今の方はよく出そこなうとはさみ入れるとかって言うでしょ。そういうのがなかったから、…切れなかったんですね。…だから若いせいかななんて言ってたけどね。だから弾力があったんでしょうね。」 p 5 「○○(産婆)さんが、家に来て。それから、長男の場合は、そんなにもでも2、3時間いたかしらね。」 p 5 「あのね(3人目)、で、あの産まれそうだっていつから、そうね朝来てね、とにかくできたのが夕方になっちゃって。その間私は、もう(産婆さんの跡取りの)お嫁さんが朝ってことないけど10時ごろ来たんかしらね。それでとにかく時間がかかったなっていうのは覚えてるのよね。…出ないからって言うんで、それじゃお風呂に入ったらどうだろうなんて、お風呂に入ったり何だりして。(お風呂入るくらいだから、余裕もあったんですか?) そうですね。出血もそんなにないから、入れたんですよ、きつとね。で、まあ、あのほら○○(産婆)さんが、お風呂に入ったほうがいいよって言うんでお風呂入って。温まったり何だりしてね。」 p 6 「もうね、我慢ができないんですよ。自然とそういう流れになっちゃったのね。それだけは良く覚えてますよもう。息まないで、息まないでって、息むと出ちゃうからって。もう一度我慢しろって言われてもね、んなこと言っただってしょうがないよって言って。出ちゃうよ、出ちゃうよって、押さえててくれたの。でもね、もうだめなんで。…本当にね。だからあれは自然のこうあれなんでしょうね。生理なんでしょうね、人体のね。」 p 9~10 「(3回とも切開なく?) そうなの。そう、そう、そう。だからね、そんなに(授乳やお小水するの)やだなんて思わなかったわね。」 p 12 G:「(一番最初にお産したときは時間が掛かりました?) そうね…。でも、おなかが痛くなってからって言うと3時間くらい。生れるまでにはね。布団の上だね。(お下のほう切ったりとか全然なく、自然に陣痛がきて、自然に生れて?) そうです。3人とも同じようだったですよ。」 p 3 「(産婆さんが1人くるじゃないですか、周りには?) いないです、誰も。みんなそうですよね、私なんかがお産するときはね。みんなそうですよ。」 p 3	④会陰切開、怒責等もなく、自然な経過で出産がすすんだ。(産婆は、風呂に入ることをお勧めたり、時間がかかっても切開入れなかった。そのため、軽い出産であり、後々動くのが楽であった。) (7人)

発言	意味内容
「3時間くらい。痛くなり始めてからね。(先生とかはこないで?) そう、ぜんぜん。」 p3 「自然ですね。注射するわけじゃないしね。先生いないんだから。(傷もできなかったんですか?) ぜんぜん。傷ができたんだかわかんない。助産婦さんだからそういう事はしなかったね。」 p5 I:「(1人目)おなかが痛くなってから産婆さん呼びに行ってもらって、産婆さん来てから、そうね、30分か40分くらいかな?(そんなに早く?) 割合、軽かったんですよ。」 p2 「次男なんかね、おなかが痛って、お産婆さん呼びに行ってもらったんだけど、間に合わないくらいに生まれちゃったの。(また違う産婆さんですよ?) そうなんです。実家の方は実家の懇意の産婆さんで、こっちは姑の知ってる人に産婆さん頼んだんですよ。」 p3 「痛いから呼んできてっていったら、お義母さんが…、痛いと思って、もう生まれちゃって。お産婆さんが見えたときには生まれちゃって。(赤ちゃんも元気?) そうなんです。(お下のほうも切ったりとかなく?) そういう事全然なかったです。産後経過は良かったみたいですよ。」 p3 D(地):「あの会社行って、で10時まででもう我慢できなくなっちゃったね。それで、家帰って、1時5分過ぎに生まれちゃった。家に帰って、今度、何、昔の話だから、お供物、あのお札受けてきちゃって、お供物があって、それをお粥に炊いて、食べなさいって言われてたんで、親から。それでそれを急いで、家の米と混ぜて炊いて、自分でですよ。自分で作って、それであの一、帰りに赤ちゃんがいる前は何もなかったから、初めて結婚して新しよ持ったから、湯たんぽ2つ買って、それで帰って、それでご飯のそのお粥さん炊いて、食べて、それでもう近所の大家さんが、主人の迎え行ってくれて、来るんが忙しかった。お昼だから今大丈夫だろうって行ってくれて、それでやっと間に合ったくらい。すぐにお産。○(産婆)さんもすぐ来てくれたけどね。(周りには○さん以外人はいなくて?) いない。」 p2 「2人目の子は夜11時頃かな、トイレ起きたの。起きたんですよ。お腹大きいから、ちょいと出るからね。で、11時頃起きたら、破水しちゃったんですね。ぽちゃーって降りたんで、それで慌てて、あのおかゆいけどティッシュでこうまとめて、股はさんで、それでこっち来ちゃったんですよ。それで、ちょっとおかしいから、あの一、お産婆さん呼んできてって、主人に頼んで、したらもう、それがもうごめんなさい、長男が3時半、35分だ。だから、お湯が沸くか沸かないくらいで。早く産婆さんお湯沸かして沸かしてって言われて、やっと。ぼろにくるんどいて。」 p2~3 「夜中に生まれちゃったでしょ。だから、ほら、お兄ちゃんは知らないから。3つだから。朝起きたら、赤ちゃんがいた。(じゃあ、静かなお産だったんですかね。) そうですよ。2時間位だから。…うん、そんなに痛くて、苦しくてっていうのはいんですよ。うーん、ちょっと息む程度ね。(普通のお布団の上で、上を向いて?) こうやって。でも、助産婦さんが手を握ってくれる。傷も全然。1人目から傷も全然。(じゃあ、楽でした? 痛くなくて。) うーん、そうみたいね。」 p5~6 「(お腹の戻りも良かったですか。子宮の戻りっていうか?) そうですね。そんなに気に。出血もひどかったとかないね。」 p11 K:「(産婆さん) 知ってる人なんで。陣痛が来て、どんどんどんどん進んで、それでね、割合軽かったもんだから。出来ちゃったんですよ。…(旦那さんが産婆さん迎えに行ってる?) そうそう。自宅の自分の布団の上で。お姑さんがいたでしょ、だから面倒をみてくれたの。…いきんだ感じは、あまり覚えがないね。そんなに大変だった痛って感じは、なかったんね。割合軽かったんね。すぐに赤ちゃんがここに(枕元)に来て。(お薬使ったりとか、お下の方を切ったりとかも無く?) そうですね。傷も無いと思います。体も回復早かったと思います。」 p2 「(第2子) あの子はね、3200かな。いくらか育って、早産でもないね。自然に陣痛が来て、お産婆さん呼んできて、布団の上で。何時間か。お産が大変だったっていうのは、無いね。良くね、大変だって聞きますよね。私はね、まあまあね。ある程度はね、でも、あ~どうしようもない、っていう思いはしなかったね。妊娠中は、産科の先生にお世話になって、後は産婆さんで、何も問題無かったから。」 p3 「悪露も順調に止まりましたね。」 p4	

発言	意味内容
C (地):「実家行って(母親が産婆)。(じゃあ、結構安心?) そうねえ、親だからね。その代わりわがまま言ったけどね。家でお産だから、もちろん洗濯物もたらいでね、お風呂で入れてやったりしたんだけど。その時は、2ヶ月くらい行ってたかしらね。実家へ。それでお産の時は、やっぱり陣痛始まって丸2日苦しみましたね。それで初めてで、子供が大きいからなかなか出ないから、切開するって言われたんだけど、切開しないで普通分娩が一番いいって言うんで。(それはお母さんの。意向というか気持ちで?) ええ、ええ。そうね、その時もう1人の産婆さんがついてくれたのね。(じゃあ、お2人産婆?) そう、親とね。…それで、私なんか、どっちかと言うと眠りごしになるのよね。眠りごしって言うと、もう…気持ち良くクーと眠っちゃうような感じ。ちょっとうつら、うつらしちゃうのね。それでやっと産まれたのが夜中かな。夜中の、夜中たって、11時ちょっと前くらいだったかな。(そうですか。2日間かけて。) そう。(おうちで布団敷いて、まあ横になりながらみたいな感じで?) そう、そう、うん、そうね。普通の。仰向けで。(仰向けの形で。でも今みたいな分娩台みたいのもなくて?) あー、そういうのいいね。だから普通の部屋だからね。……そうね。そういう他人様扱ってる仕事だから、そういう風に言われてね。(結構ずっとついてくれてたんですかね?) そうね。まあ、おかげさまでそういう点は助かりましたね。(切開も全然しないで?) しないの。時間をかけて、できるだけこう呼吸で。頭が出かかったらまた入ちゃったり。自力だわね。」 p3~4 「(でも傷がなかったりすれば、動くの楽ですか?) 楽ですよ。だから何もしないけど起き上がって。」 p6 「2人目はね、やっぱり実家で産んだんだけど。その子が大きかったのよ。4キロあったの。この体で4キロの。その時も普通分娩でね。自然の分娩で。(あっ、そうですか。その時も切れずに産めて?) そう。だから時間かかりましたね、やっぱり。おねえちゃんほどじゃないけど、1日。それで、次の日の昼の1時に出たんですよ。お昼の1時に。」 p7 「(何か誘発剤使ったりとか?) あっそういうのは一切ないよね。」 p9 F:「私の場合はおなか痛いよっていったら、もう、すぐ頭出しちゃったんですよ。」 p7 「ちょっと水が出るような、そしたらもう飛び出しちゃったんです。そんなに早く生まれたのって、産婆さんにいわれたんですよ。いきむとか全然なかったです。(痛くなって、どんどんどんどん、下がってくるような感じで?) そうです。…2700くらいだったかしら。(特別、薬も使わないし、布団の上で、上を向いて?) そうです。(傷は?) そんな事全然なくて。(産まれてすぐ抱っこして、お乳あげて?) そうです。それこそ、こんな大きなお乳だったからね。」 p8	
E (地):「小さかったんですよ。でも別にその△△さんも、別に病院、医者も呼ぶわけでもないし、大丈夫だよって訳で。(そうですか。) で、育てられたのね。だから小さく産んでも大きく育てればいいんだよなんて言ってね。うん。で、後のものもすぐに始末してくれて。」 p4 A:「この子(上の娘)は、難産で、気丈だねって言われたけど、うんと難産で。(どんなお産だったんですか?) うちでやったんだよ、みんな。産婆が来てくれて、処置におえなくてそれで医者がきて。出なかったんですよ。(ここに傷(頭)があるから、鉗子かな。身長は142センチくらい。これを骨を折って産んだけどね。))」 p3 「産婆さんだけでは手に負えないんで呼んだみたい。お産の時間は二日もかからなかったけど、予定より10日も遅れたんだもの。出ないんですね、骨盤が狭くてね。陣痛はあっても。」 p5 C (地):「私が長女お産した時、へその緒が絡んでたのよね、ふた周り。(ふた周り?) そう。それなんで、すぐ泣かないのよね。それでおばあちゃんじゃなくてもう一人の助産婦さんが立ち会ってくれたんで、その人が逆さずりにして水に入れたのね。何回か、2、3回。だら、うぎゃーって泣き出して、あーこれは心配ないよって、安心だよって。(じゃあ、始めのそこまではドキドキして?) そう。だから仮死状態だったんね。どどめ色でね。(あのじゃあ、医者の方は来なかった?) そう、そう、そう。おばあちゃんと。」 p5	⑤産婆の判断で医師を呼ぶか呼ばないか決めており、緊急時の対応をしていた。(3人)

発言	意味内容
A：「ようやく、息をして、先生が『大丈夫だ』って言って、初めて先生が産婆さんに渡したんだから。○さんっていう産婆さんだけだね。『だいたい骨おちゃったね』って、『元気を出してね、それはそれだよ』って先生が。で、産婆さんがお湯に入れてね。産婆さんは、お湯を浴びせて、…それが仕事で来ているんだから。産婆さんの手だけじゃ負えないんで、先生が来たんだから。」 p 5	⑥異常は医師、正常は産婆と役割分担されていた。(1人)
E (地)：「それで母親が出して、…あれが上へ上がるとかすると上手くないとかって言うので、まあそういう程度の知識は母親はあったんでしょうね。で、後産？があがると母体が、あの危険だって言うのでね。その昔ほら、さらしを巻いてたんですよ。そのさらしをギュッギュッギュッギュッ巻いて、とにかくこのウエストのところから、ものすごく巻いたの。」 p4 I：「(お産した後、さらしをまいて、ぐるぐる巻いてました?) そうですね。」 p4 D (地)：「ああお産が終わってからは、いくらか巻いてたかな。お腹が落ち着くまでね。(1週間くらいは?) うん。だけど、お産後はそんなに覚えがないね。」 p13 K：「さらし、巻きましたよ。産婆さんが、ぐるぐる巻いてくれてね。悪露も順調に止まりましたね。」 p 4 C (地)：「しばらく巻いてましたね。さらしをね。(さらしを?それは、お母さんの時も病院の時も。そうね、同じね。」 p15 F：「(腹帯、さらしとか巻きました?) 巻きました。」 p9	⑦ 出産後の腹帯は、しっかりと巻いていた。(6人)
E (地)：「そんなに産まれてから時間もかからなかったですよ、きっとね。(お風呂に入れてすぐに子どもが来て?) そう、そう、そう、そう。お乳もよく飲みましたみましたよ。それでお乳のほうもね、もうこっちの方から張ってきましてね。…だから、最初の子の時は、お乳がもう余っちゃって、捨てちゃいましたよ。」 p10 「(3歳の妹が) だからね、あの乳房、乳首のあれがね、小さいんですけどね、飲みやすくしてくれたの。乳口を上手く開けてくれたの。産まれたばかりの子じゃ、ましてやそんな目方のない子なんてのは、力がないでしょ。だけど3歳の子がやってくれたから、乳口が開いたみたいですよ。……そしたら産まれた長女の方も飲みやすくして。すごくて。乳を随分捨てましたよ。(そうですね。じゃあ、2人目3人目もよく出ました?) 出ましたよ。」 p10~11 G：「そうそう、ほとんど母乳だね。はい。母乳だよ、それこそ」 p4 I：「おっばいは、次男の時は出たんですけど、長男の時は、やっぱり精神的に神経を使ったせいかな、でなかったんね。だから、夜泣きされてね。親泣き子泣きですわ、長男の時は。」 p3 D (地)：「3日目からもうびしょり漏っちゃって、こんなに小っちゃいのがですよ。おっばいが今。その時は、こっちの方からね。グーッと張ってくるからね。母乳だけだもんね。…で、2人目の時は、母親亡くしたから、私の母親を。…だからその時はおっばいが上がっちゃったの。」 p6~7 C (地)：「母乳です。それで赤ちゃん貧しくて飲みが細いのよね、女の子はどうしてもね。それでおっばいが張っちゃって。ねんじゅう熱湯でタオルを湿して、おかあちゃんにもんでもらってほぐしてもらったの。わきの下まで凝っちゃうの。…溜まる方が先なんで飲むほうが遅いから、だからこっちから張っちゃってね。だからその代わり、片方飲ませると、片方こうにビュービュー出ちゃって。だから年中こういう何ていう、スポイトって言うの、それで搾って。それでけっこうしましたね。…まあね。十分足りたと思いますよ。だからね、夜寝るとね変な話はね、あのおねしょしたみたいな形になっちゃうの。布団が。(食べるものとかも結構考えて?) うーん食べるものは、別にこれって考えてなかったね。お産の後ね、おばあちゃんがそういう昔の人だから、今みたいなすぐ栄養のいいものっていうのでなくて、お粥に梅干とか鰹節とか、そういうんで段々体整えていったのね。」 p9 F：「(産まれてすぐ抱っこして、お乳あげて?) そうです。それこそ、こんな大きなお乳だったからね。乳って行って、大きい割に出なかったんだいね。でも、なんとか間に合って、ミルクなんかくれなくてすみませんでしたけど。乳首がちっちゃかったからね、飲むのに、それめかわいそうだったのよ。」 p8	⑧出産後は、子どもがそばにいたので母乳が出た。(6人)

発言	意味内容
E (地):「だから結構順調だったんでしょね。だから全然そういうのは、無知っていうんよりか、どう言うんかしらね。そんなに、で、母親に聞いていることが多かったでしょ。」 p2 「本当に産まれる日は朝から、こういう風にあのお腹を抱えながらね、でも寝ることなく、起きてて、寝ちゃいけないって言うんで、で寝ないで。。こう抱えてたり何だりして。イテイテイテ、イテイテイテなんて言いながらね。用意してたの。(色んな違うこともしながら?) そう、そう、そう、そう。もうお産しちゃうとできないんだからっていうんで、あっちこっちね。さっぱりね。いくら2人きりでもね。2人きりの生活であってもね。やっぱり女の人ができないってなると、色んなことがね。あの1週間以上はね、ちょっとできないから。そんなでやってたのね。(じゃあ、本当に最後まで動いてというか。あんまり横になり過ぎずに?) そう、そう、そう。横にならなかったですよ。動けてるのが一番いいらしいですよ。」 p8 「あの何かっていうと母親を頼りにして、色々なことを聞いて、だからそういう育児で悩むってことは、母親が近くにいたから、なかったですね。」 p14 「最初のお産の時はね、とってもほら2人きりだし、そんなに骨おらなかつた間、生活が骨おれてないでしょ。だけど2人目、3人目になるとどうしてもね。」 p17 G:「姑さんが元気だったからね。障子の骨が見えるまでは痛いんだって。見えなくなるまで…。……大変だって言う話は、いろいろ聞いてますがね。大変だよ、生れるまでは、障子の骨が見えなくなるまで出来ないんだからって、そのくらい我慢しなけりゃって。」 p3 「生れる前から大変だ大変だって言い聞かされてるからね、どんな風になったらできるんかなって思うくらいで、わかんないんだけど、よいじゃないって覚悟はしてたんですけど。」 p4 「(その後もすぐ働きに?) いや、一週間は寝てなけりゃだめだよって言われたんで。(それもお姑さんの? 代々言ってもらっているような?) そうそう。(3人とも一週間くらいは? そのくらいですよね。))」 p4 D (地):「昔の話だから、お供物、あのお札受けてきちゃって、お供物があって、それをお粥に炊いて、食べなさいって言われてたんで、親から。それでそれを急いで、家の米と混ぜて炊いて、自分でですよ。自分で作って、それであの一、」 p2 「水使うと手がしびれたり、あのそういう後遺症が後で出るって。それだから、あとで病気されると大変だからって言って、もう21日間は勤め行く前に、全部洗濯して、それで干していつてくれて、であとはね、あの昔は練炭、火鉢置いたでしょ。それでお湯沸かして、お湯で洗濯しなさいって。…そう。冷たいので手にぴりっとくると、それがいけないんですって。それだから、あのお湯をかけといて、でお湯で1つずつなら、お湯で1組ずつならお湯でできるからっていうんで。母親がね、初子の時ね。21日は無理させないでくれって、主人に言ってね、帰ったからね。(旦那さんがそれを守って?) そう。だから、おかげでね、今だにできてない。お産で出た病気っていうのは、もう1回お産しないと治んないんですって。よく目にきたとか、手がしびれるとか、そういうのは産後の病気でお産しないと言って言うけど、だけど早く目を使ったり、針も持たせなかったですよ。」 p8~9 「冷たいって思うのがいけないんですよ。そうに言われてたから(母に)。」 p11 C (地):「それで親が言うのはこの位の痛み位なんや出てこないって。目疊の目が見えなくならんやっちゃ出てこないよって言われたのね。そんなこと言ったっておかしい、大変痛いだろうって。痛いのが我慢するんだ…。じゃなきゃ子供は育てられないって。この痛みがあるから育てられるんだって言われたのね。(産婆の母から)」 p4 「(お腹の戻りは?) 普通に帰って。やっぱり親が昔の人だから。あんたお産した後は、頭に血が下がるからって。お風呂入っちゃダメだ。シャンプーしちゃダメだって言われて。」 p5	⑨母親や周りの家族から、出産にまつわる多くのことを伝承されていた。(出産前は動くことや、出産後は休むこと。母親に聞くことが多く、頼りにしていた。)(4人)

発言	意味内容
E (地):「そうですね。だからそんなにお産なんて恐くないって思ったわね。こんなにぼこんとできちゃうんじゃ、お産なんてそんなに恐くないんだよ。そりゃ痛いのは痛いですよ。ねえ、あれだけのものが出るんだから。痛いけれども、もうこう潮っと言うんかしら、この息み始めたら、本当にですよ。(お湯が) 自然に出て。だからよくほら、破水だけしちゃって、あと骨おる人がいるでしょ。(時間かかる人いますね。) ねえ、だからそういうのね、だから3人目の時はちょっとね、骨だったから、いくら破水があったんでしょね。おそらくね。うん、破水がやっぱりしちゃうと、あんまり早くしちゃうと、骨みたいね。羊水ですものね。あれはね。(なくなっちゃえば出ずらいですよ。) でずらいですよ。だからその破水がいっぱいあったから、一番最初の子なんていうのは、本当につるっと出ちゃったんじゃない。」 p7~8 「だからね、やっぱりある程度できるまで動いてた方がいいみたいね。」 p8 「やっぱり産まれるまでね、動いてたほうがいいですよ。だけどあんまり動きすぎても、体が疲労してると、うまくないですよ。」 p17 D (地):「だから、お産の後っていうのは、あの、21日くらいは、本当に動かないほうがいいんじゃないかなって。だから、家なんか嫁さんも、実家に帰ってもらって、実家でゆっくりしてた方がいいよ、日にちさえ経てばいくらでも働けるんだからって言ってね。うん。」 p10 「だから私らは、そういう骨おってないけど。だから、(お産は) そんなもんかなと思ってますけど。」 p14 C (地):「だから今考えると、自然分娩だから良かったかなって思って。体の戻りも早くて、それでよかったかなと思うね。」 p13	⑩出産は、自然に任せた方が良く、出産前は動いた方が良く、出産後は休んだ方が良くという出産に対する考え方、受け止め方をしている。(3人)
G:「産まれるまで、おなかが痛くなるまで仕事してた。この子が生れた時なんか、9月なんだけど、とにかくお蚕してたでしょ。お蚕がね、いっぱいいっぱい…。(猫の手も借りたいくらいな?) そうそう。でも、ご飯全部たいてね、食べる用意して寝たもんね。3人が同じ状態でね。でも兄ちゃんと弟は冬だったからね、生まれるんが。ちょうど忙しい盛り。」 p4 I:「2ヵ月前になったら姑がね、大変だから、畑に出ないでうちで仕事してっていうんで、あんまり重労働しなかったんですよ。(お姑さんが気を使ってくれて?) ええ。そうです、はい。(2ヶ月前くらいまでは?) ええ、普通にやりました。(重いもの持ったりとか?) ええ。」 p3 D (地):「長男の時はまだ働いてたんですよ。それで、やっぱり立ち仕事だったね。あの、〇市だったから、織物関係だったんですよ。だから立って仕事してたでしょ。それも関係したのかなとも思うんですよ。早産に(20日早い)。だから、産まれる朝まで仕事行ってたの。その朝、〇(産婆)さんに行って、そしたら今日産まれちゃうんじゃないかなって言われたんだけど、また会社行っただですよ。朝早く、〇さんに、会社行く時間前に行って、それから、あの会社行って、で10時まででもう我慢できなくなっちゃったね。それで、家帰って、1時5分過ぎに産まれちゃった。」 p2 F:「(力仕事も妊娠中しながら?) やってました。(それで、お産が近くなるので、里帰りに帰られたんですか?) そうです。」 p8	⑪産前は、仕事をしていたため、出産間近まで体を動かしていた。(4人)

発言	意味内容
E (地) : 「あの最初の子の時は、そんなわけで母親が近くにいましたから、毎日のように来てくれましたからね。あのちょっとゆっくりしてました。洗い物してくれたり。オムツとか。そういうのね、やってくれたからね。結構のんびりとして。2人目からはちょっと骨ですね。それで、恥ずかしですけどね、母親と両方で妊娠してたんですよ。(お母さんも若いんですよね?) そう。だからね、あの私の一番下の弟がね、長女と長男の間に産まれたんですよ。私が結婚してから産まれた子がいるんですよ。母親は。…だから2人目になったら、もうそれどころじゃなくて、自分の子供のほうが大変だから、手伝いにあまり来てくれないから。2人目は大丈夫だよって。だから2人目の時はちょっと骨でしたね。……でも結構ね、私の妹なんかが手伝いに来てくれたんですよ。あの学校行っててもね、あの私のお手伝いを随分してくれたんですよ。……兄弟がねそばにいてね、お姉ちゃんのところ行って手伝ってきなって言ってる、手伝いに来てくれたんですよ。うん、だからね本当にね、兄弟が多いっていうのはね、いいと思いましたよ。」 p13~14 G : 「(その後もすぐ働きに?) ((いや、一週間は寝てなけりゃだめだよって言われたんで。)) (それもお姑さんの? 代々言ってもらっているような?) そうそう。)) 3人とも一週間くらいは? そのくらいですよ。」 p4 I : 「(お産後は床上げまではゆっくり出来て?) そうですね。」 p3 D (地) : 「うちは21日は産後は日にちだけは、きっちり休んだね。休まないって言って。主人もうんと協力しましたよ。そう全部ね、夜のオムツからね、赤ちゃんの下着洗濯全部してくれたの。水使うと手がしびれたり、あのそういう後遺症が後で出ると。それだから、あとで病気されると大変だからって言って、もう21日間は勤め行く前に、全部洗濯して、それで干していつてくれて、であとはね、あの昔は練炭、火鉢置いたでしょ。それでお湯沸かして、お湯で洗濯しなさいって。」 p8 「だけど早く目を使ったり、針も持たせなかったですよ(母からの)。だから家の人が、ズボンやなんかのボタンが取れても、自分で付けていきましたよ。…ねえ。だから21日間っていうのは、大事にしてくれましたよね。」 p9 「1人でいるときはね。だけど、二人になるとそうはいかないのよ。(3歳の子がよろよろ?) そう、そう。出てっちゃうから。それが、それを追いかけるのだけでも疲れましたもんね。産後はね。赤ちゃんは寝せとけば大丈夫だけど、上の子がね、遊びに出ちゃうでしょ。だからそれを追いかけるのは、ああ親がいたら、来てもらえたのになと思うから、やたらほったらかしになっちゃってね。(そうですか。前の時と全然条件が違ってきますもんね。親が亡くなった悲しみもあるだろうし。) で、前の時は結局、赤ちゃんだから一緒に寝てれば寝てられるでしょ。赤ちゃんが寝てるから。だから、初めての子のときは楽なんですよ。ええ。2人目になるとね、誰か来てくれればみてもらえるけど。」 p10 K : 「(第1子) 子どもを産んで、幾日目だったかな、実家に10日行って来た。10日間だけ。」 p3 「(お二人目は、産んでから実家に帰られたのですか?) 帰るって程でもなかったと思うね。2人目だから。ごまかされちゃった、ははは。だけど、おばあちゃんがまだ若かったから、一生懸命ね面倒見てくれて。私が、畑行かなくちゃだから。」 p4 C (地) : 「やっぱり親が昔の人だから。あんたお産した後は、頭に血が下がるからって。お風呂入っちゃダメだ。シャンプーしちゃダメだって言われて。(じゃあできるだけお子さんのお乳だけで、あとは横になっていて?) うーん、そうね。お産後1週間と寝てなかったね。何もしないけど、ただこうやって、ふらふらうちの中の事やって。(赤ちゃんのお風呂とかは?) うん、お母さんが入れてくれて、で私が入れるようになってから自分で入れたの。」 p5 F : 「1月位、田舎にいましたかしらね。それで、〇〇市に帰ってきたんですよ。(そうですか。1ヶ月の間は、動き回らないで済みました?) そうです。(1ヶ月経たれて帰ってきたら、お仕事を? 両方で?) そうです。(1ヵ月は、母親が) みんな洗濯したり。」 p9 「(2人目は、ゆっくりはできなかった?) そうです。(オムツとか全部、自分で?) そうです、やりました。昔のことだから、井戸で水汲んで、そして、昔のことだから。(井戸から力仕事ですね。) そうですね。でも、ポンプでついでけどね。(冷たいお水汲んで、手で洗って?) そうです、やりましたよ。今みたいに、ひねればジャーの水道じゃないから。」 p11	⑩第1子出産後、母親や姑が手伝ってくれたため、休むことが出来た。第2子以降は、上の子がいるため、難しかった。(7人)

発言	意味内容
G:「(産婆さんはお産の後、家まで来てくれたりとか?) そう、来てね、お湯は沸かしといてくれたから、お産婆さんに手伝ってもらって。お風呂に入れたり。(おっぱいのこととか?) ええ、昔は、そんなに見てもらうとかそんな事はなかったよね。産んだ時に来てもらったきりで。あれ、お湯を浴びせに来てくれたんかな? 忘れちゃった。」 p4 I:「(お産の後はお産婆さんは通ってきてくれたんですか?) あんまりきてくれなかったような感じです。…3日くらいは産婆さんがお風呂に入れてくれたかね。(産婆さんとの交流はあんまりなかったですか?) 無いですね。生まれる前に3回くらいみていただいて、お産のときにお世話になって、後はちょっと沐浴にね、3回くらい来てくれたかな。それくらいでしたよ。」 p8 D (地):「(○(産婆)さんが毎日結構来て、お産の後通ってくれるんですか?) うーん、来てくださって言えば、お風呂入れに、1週間くらいはね。何かそんなに来ないですよ。」 p11 K:「毎日、赤ちゃんのお風呂入れたりね、そうだと思いますよ、もう忘れたけど。」 p3 C (地):「母乳です。それで赤ちゃん貧しくて飲みが細いのよね、女の子はどうしてもね。それでおっぱいが張っちゃって。ねんじゅう熱湯でタオルを湿して、(産婆の) おかあちゃんにもんでもらってほぐしてもらったの。わきの下まで凝っちゃうの。…溜まる方が先なんで飲むほうが遅いから、だからこっちから張っちゃってね。だからその代わり、片方飲ませてると、片方こうにビュービュー出ちゃって。だから年中こういう何ていう、スポイトって言うの、それで搾って。それでけっこうしましたね。…まあね。十分足りたと思いますよ。だからね、夜寝てるとね変な話はね、あのおねしょしたみたいな形になっちゃうの。布団が。(食べるものとかも結構考えて?) うーん食べるものは、別にこれって考えてなかったね。お産の後にはね、おばあちゃんがそういう昔の人だから、今みたいなすぐ栄養のいいものっていうのでなくて、お粥に梅干とか鯉節とか、そういうんで段々体整えていったのね。」 p9	⑬出産後は、産婆は、沐浴をしてくれたが、それ以外ほとんど関わらなかった。(5人)
G:「昔の人は近所中が世話をして。姑さん…なんでも我慢だからね。育てるの割合楽だったんね。丈夫だったから。そんなに風邪引いたこともなかったし。……(子育てしながら力仕事はしよっちゃう?) ええ、しないとね。…(すぐに赤ちゃんもそばにきてって言う感じで?) そうそう。産まれて20日位までは親のところにきてたけど、あとは乳くれちゃあ、おばあさんが守ってくれたから。」 p4 I:「おばあちゃんがね、私が畑に言ってる時にみしてくれました。だから、私1人の手じゃなくて、家族のみんな見てくれたからね、割合楽だったんですよ。(家族中で面倒見ながら、仕事もみんなです?) そうです。2人目のときも同じです。(上の子も誰かが見てくれて?) そうですね。ええ、協力してくれてね。ただ、長男の夜泣きだけはね、困りました。(それが一番大変だった事ですかね?) そうです。」 p4 D (地):「(母乳) 細いの知らないで、夕方になるとすごく泣くんですよ。で近所の方が、ほらお姑さんみたいに、おっぱいが足りないんじゃないの、親亡くしたばかりでって言ってきて、それでミルク買ってあげたの。(それまでは出ないのも気付かないで?) 気付かない。出てると思ったの。(前が出てますもんね。) そう。」 p7 「(その頃って、じゃあ周りの近所の人目かけてくれる?) そう。今みたいに、こう囲ってないからね。(気になれば来てくれる?) そう。で、オープンっていうか。家の中もオープンだったから。だから、こんにちは何て来て、家の中ほら、本当に狭かったから、ひっくり返って、こんにちは何て来てそこへひっくり返ったりして、遊んでくっていう、そういう状態だから、やっぱり家に姑さんいないけど、近所の姑さんがね、やっぱりそうやって世話やいてくれるから。…だから、こういう時はこうだよ、熱が出たらこうだよとかね。今の人は、やっぱりほら子供さん殺すとか、色々あるでしょ。ねえ、虐待だとか。」 p8 K:「だって、今の様な農家ではなくって、あの頃はお蚕なんかもしてたかな。夏のお蚕だから。丁度。だから、実家の方は、近所の人心配してお祝いを持ってきてくれるわけ、ね。『良かったね』って、で近所の好意してくれる人が来てくれて『嫌だ、もう帰るんかい?』とかね。そんな事ありましたね。産後 15 日は、って言われるくらいだからね。主人なんてそんな、言わないけど、周りの人がそんな冗談をね。主人は優しい人だったからね、そんな事は言わないんだけど。でもこっちはね、嫁だから気を使ってね。」 p3	⑭育児は、近所の人や姑が見てくれて、育ててくれた。その間、農業等の仕事をした。(4人)

発言	意味内容
A：「この子（上の娘）は、難産で、気丈だねって言われたけど、うんと難産で。（どんなお産だったんですか？）うちでやったんだよ、みんな。産婆が来てくれて、処置におえなくてそれで医者が出て。出なかったんですよね。ここに傷（頭）があるから、鉗子かな。身長は142センチくらい。これを骨を折って産んだけどね。」p 3 「お産は、本当に大事してね。父ちゃんが、昔だから、私の足をのっけて引っ張っているわけですよ、肩に。それで、隣のかあちゃんと産婆さんと先生とが何か機械をこうして引っかけたんですね。で、真っ直ぐにこうして引っ張ってるわけですよ。仮死状態で産まれましたよね。まあ～白、ロウソクみたい、気を失っちゃってね、子ども自体がね。痛いなんて言ってるんじゃないよ、先生がパキン、パキンってみんな下を剥ぎって縫って。だから、今なら1週間くらいで湯に入れるんだと思うけど、わたし40日入れなかったですよ。それこそ、こうすると膨らんでいるのだから、お下が腫れて引くまではね。産婆さんだけでは手に負えないんで呼んだみたい。お産の時間は2日もかからなかったけど、予定より10日も遅れたんだもの。出ないんですね、骨盤が狭くてね。陣痛はあっても。今亡くなった姉妹がね、入れ替わり立ち替わりみんな顔を見に来たわけだね。最後は4人ぐれえが押さえてね。泣かないよね、死んじゃったんじゃないかと。たらいに、お湯と水と汲んで置いて、座敷だからね。水につっこんだり、湯につっこんだりして、足をこうやって持って、逆さにして叩いたりなんたりして。見ていたよ、そばにいるんだから。で、ようようね、オシガエルが踏みつぶしたみたいに『ビィ～』って言い出した。そしたら産婆さんも先生も、『啼いた～大丈夫だ』って。ちょうどオシガエル踏みつぶしたみたいだね、泣き方『ベェ～』ってね。引っ張ってね。ちょっとね、血が出てたけど、先生は『大丈夫だ』って。こういう機械が引っかかっていたから、それでここ（額）に引っかけて引っ張り出しているんでしょうから。その時は夢中だったからね。先生と父ちゃんが競争ですよ。『もっと引っ張ってろ』って言うんだから、『これじゃ駄目だ』って。先生だって真剣だね。昔でしょ。先生を連れてくるんだけど、人力（車）で来たんだから。その（助手）がまさかまめだよ、お湯を沸かしたりするんだから。先生に付いている人だからね。それで、隣のおばちゃんが釜戸に火をつけてお湯を。（助手）は、てんで早いでしょ。お湯を運んだり、水を運んだり。今で言う助手ですかね～。それで、お湯つつっこんだり、水つつっこんだりしようよう正常に戻ってきたんでしょうね。暖かい所入れられちゃあ、今度は冷たい所入れられるからたまげて来るじゃないですか。で、ようやく『ベェ～』って泣き出したん。ちょうどオシガエルが鳴いているような状態だったんですよ。」p 4～5	⑮ 緊急時、産婆は、医師を呼び、会陰切開や鉗子等の医療介入のある出産になった。あまりに痛い思い、悲しい思いをしたので、嫌な経験であった。（1人）
A：「これ（上の子）を骨を折って産んだけどね。（下の子もお家で産んだんですか？）違います、それが怖いんで病院で産んだ。病院に行ったけど、難産だった。この子も大事したからね、心配だがね。上の子は3000グラムくらいはあった。下は2500位しかない。〇〇医院で、あの先生で。赤ちゃんが入る箱に入らないぎりぎりの線。（（貧乏していたけど、子どもはみんな丈夫でね、病気したこと無い。親孝行ですよ、小さい時からね。））」p 3	⑯ 変な出産を経験し、次は安全性を求めて、個人医院を選んで出産した。（1人）

資料3 助産院出産の発言内容（昭和30年代中盤～40年代前半）

発言	意味内容
I（地）：「始めの子も一番最初は産婆さんの所に言ったんですよ。うちのお姑さんも産婆さんが良いって言っていて。で、今は病院だよって、言われてそれで、途中で変えて産婦人科に行ったんですよ。（で、おばさんにお産の時はずっとついてもらって。ひとは寂しいですよ。不安でね。いっくらナースコール押してくださいって言われても、こっちは気持ち悪いしそれどころじゃないし。そばに誰かいてくれるのはいいですね。）」二人目に助産婦さんの所に突然行った時は、断られるかもしれないと思って行ったんだけど、快く良いですよ～って言ってくれて良かったですね。」 p1 「われわれの頃は、うちでお産したりなんて方もたまにいましたよ。」 p1 「おばさんて方が近所にいて、その人がお産したんですけど、そこについたらなんて。で、知り合いの方もそこで助産婦しってる方がいたんで、そこへ紹介してもらって、そこへ最初の時はいったんですよ。」 p4 「その人の知り合いが助産婦さんやってて、そこへ昔、□病院かなんかで、そういうのやってたんだかなんとか、知らないんですけど、その人の関係で△さんて医者に行ったんですよ。」 p4 「そう、うちで産むって方も随分いました。その頃は。で、私も姑がいたから、うちでなんて言ってたの。姑は。病院なんか行くもんじゃ無いと思ってたんですよ。その頃姑と舅は。それで、おばさんが、いまだきうちでお産する人なんかいないよって、それで、病院に行くようになったんですよ。」 p7 「（2人目）その頃はまだね、そのうちもおばあちゃんと娘さん（助産婦）でやってたの。それは、私の住んでる向き合いの方がそこでお産して、そこなら安いよお金もなんてね。病院から思えば半分だよ。今までなんでもなかったならそこにしなよって言われて。それで、それまで△さん（個人医院）だったか、どこの医者だったか忘れちゃったけど、いったんですよ。（妊娠中の妊婦検診は？）そう、医者に行ってたの。できる、1ヶ月か1ヶ月半くらい前ですね。向き合いの方が近所の方がそんなに金掛けることないよって言われたんで、それもそうだねお父さん、安いところならあれだから、じゃあ今まで1回目がなんでもないんだから、2人目もなんでもないだろうから、じゃあそうしましよかって、突然行ったんですよ。たずねて、その助産婦さんに一ヵ月半くらい前から。それで、『こういうわけなんですけど』って言ったんですけど、『いいですよ』って気持ちよく受け入れてくれて」 p8～9 「それなんで、『あとは私がやってやるから』なんて近所の方が練炭いけてくれたりなんかして、じゃあ用意して行きなよなんてわけで、入院する用意して、いろいろ聞いて、その時に紙をもらってきたかな。はじめていった時にね、もしこういうときはこれですよなんて、いろいろほら書いてある紙みたいな。その頃は助産婦さんだから、お米を持っていったんですよ。そう、自分で食べるお米だけ持っていったの。何合だったか忘れちゃったけどね。だから一升くらい持っていったと思うんですよ。だいたい一週間…。6日で帰ってきたと思うんですよ。なんでもなかったから。お米をね一升くらい持っていったと思うんですよ。（何歳くらいの助産婦さん？）もう年寄りの方は70…80近かったみたい。娘さんはその頃40代だったと思うんですよ。」 p9 「畳の部屋に布団も持ってったんです。自分で敷く布団は持ってったんです。（旦那さんが？）そう、車で。だから布団だけでも大変でしょ。寒い時期だから掛け布団は2枚持って行って、敷き布団は1週間くらいで1枚でいいやなんて。湯たんぽもって。……部屋は畳の普通の部屋で、うちにいるのと同じような感じで寝てるんです。病院だとベットでしょう。だけど、助産婦さんは、布団で普通のこうやって同じ。あたしなんか8畳に2人か3人いましたね。」 p10 「取りあげたのは、年寄りの先生だったみたい。そのころで70か80近かったみたい。その頃で。体格のいい先生だったんですよ。安心して、任せられるって感じのおばあちゃんだったんです。」 p11 「（30年代はまだ、助産婦さんと？）半々くらいだった。私達が産むころもうちで産むかたも随分いましたよ。」 p21	① 周りでは自宅出産もあったが、理由（病院で産むことを勧められた、緊急時の対応がある、経済的に安い、上手であるとの口コミがある）があるので安心して）があり、助産院を選択した。（2人）

発言	意味内容
I (地):「始めの子も一番最初は産婆さんの所に言ったんですよ。うちのお姑さんも産婆さんが良いつて言っていて。で、今は病院だよって、言われてそれで、途中で変えて産婦人科に行ったんですよ。(で、おばさんにお産の時はずっとついてもらって。ひとりは寂しいですよ。不安でね。いっくらナースコール押してくださいって言われても、こっちは気持ち悪いしそれどころじゃないし。そばに誰かいてくれるのはいいですね。))二人目に助産婦さんの所に突然行った時は、断られるかもしれないと思って行ったんだけど、快く良いですよ～って言ってくれて良かったですね。」 p 1 「われわれの頃は、うちでお産したりなんて方もたまにいましたよ。」 p1 「おばさんて方が近所にいて、その人がお産したんですけど、そこについたらなんて。で、知り合いの方もそこで助産婦しってる方がいたんで、そこへ紹介してもらって、そこへ最初の時はいったんですよ。」 p4 「その人の知り合いが助産婦さんやってて、そこへ昔、□病院かなんかで、そういうのやってたんだかなんだか、知らないんですけど、その人の関係で△さんて医者に行ったんですよ。」 p4 「そう、うちで産むって方も随分いました。その頃は。で、私も姑がいたから、うちでなんて言ってたの。姑は。病院なんか行くもんじゃないと思ってたんですよ。その頃姑と舅は。それで、おばさんが、いまだきうちでお産する人なんかいないよって、それで、病院に行くようになったんですよ。」 」 p 7 「(2 人目) その頃はまだね、そのうちもおばあちゃんと娘さん(助産婦)でやってたの。それは、私の住んでる向き合いの方がそこでお産して、そこなら安いよお金もなんてね。病院から思えば半分だよ。今までなんでもなかったならそこにしなよって言われて。それで、それまで△さん(個人医院)だったか、どこの医者だったか忘れちゃったけど、いったんですよ。(妊娠中の妊婦検診は?) そう、医者に行ってたの。できる、1ヶ月か1ヶ月半くらい前ですね。向き合いの方が近所の人がそんなに金掛けることないよって言われたんで、それもそうだねお父さん、安いところならあれだから、じゃあ今まで1回目がなんでもないんだから、2人目もなんでもないだろうから、じゃあそうしましようかって、突然行ったんですよ。たずねて、その助産婦さんに一ヵ月半くらい前だから。それで、『こういうわけなんですけど』って言ったんですけど、『いいですよ』って気持ちよく受け入れてくれて」 p 8～9 「それなんで、『あとは私がやってやるから』なんて近所の人が練炭いけてくれたりなんかして、じゃあ用意して行きなよなんてわけで、入院する用意して、いろいろ聞いて、その時に紙をもらってきたかな。はじめていった時にね、もしこういときはこれですよなんて、いろいろほら書いてある紙みたいな。その頃は助産婦さんだから、お米を持っていったんですよ。そう、自分で食べるお米だけ持っていったの。何合だったか忘れちゃったけどね。だから一升くらい持っていったと思うんですよ。だいたい一週間…。6日で帰ってきたと思うんですよ。なんでもなかったから。お米をね一升くらい持っていったと思うんですよ。(何歳くらいの助産婦さん?) もう年寄りの方は70…80近かったみたい。娘さんはその頃40代だったと思うんですよ。」 p9 「畳の部屋に布団も持ってったんです。自分で敷く布団は持ってったんです。(旦那さんが?) そう、車で。だから布団だけでも大変でしょ。寒い時期だから掛け布団は2枚持って行って、敷き布団は1週間くらいで1枚でいいやなんて。湯たんぽもって。……部屋は畳の普通の部屋で、うちにいるのと同じような感じで寝てるんです。病院だとベットでしょう。だけど、助産婦さんは、布団で普通のこうやって同じ。あたしなんか8畳に2人か3人いましたね。」 p10 「取りあげたのは、年寄りの先生だったみたい。そのころで70か80近かったみたい。その頃で。体格のいい先生だったんですよ。安心して、任せられるって感じのおばあちゃんだったんです。」 p11 「(30年代はまだ、助産婦さんと?) 半々くらいだった。私達が産むころもうちで産むかたも随分いましたよ。」 p21 G (地):「(助産所は助産婦? 産婆さん?) 産婆さんですね。ずっと2人とも同じ産婆さんで。」 p3 「(結構、産婆さんとは交流があって?) そうそう。」 p4 「もし体調が途中で悪くなれば、病院の方へ手続きがしてあるって言うんで、そっちへ行くわけになって」 p5 「(自分であえて助産院を選んだんですか?) そう。友達っていうか、知ってる人があそこは上手だよって。(口コミで話を聞いて?) それで、もし、その人の体調が悪ければ、もうすぐに病院の方に連絡しておいて、病院の方にいけるんだから心配ないよって言われたんで、そういうとこ選んだわけ。」 p9	

発言	意味内容
I (地):「(2人目)1ヵ月半くらい前だから。それで、『こういうわけなんですけど』って言ったんですけど、『いいですよ』って気持ちよく受け入れてくれて、それで、その時に健診してくれて、赤ちゃんがどんなに大きくなっているか、呼吸してるのなんのなんて聞かせてくれて、やってくれたんですよ。なんでもないからなんて言われて。その時はまた何かあったら電話してくださいなんて言って帰ってきたんですよ。それで、1ヶ月くらいたってからかな？なんか、おりものがしたんで電話したの。」 p9 G (地):「妊娠中から産婆さんのところに健診は行って？) そうそうそう。(お小水の検査とか？) そういうのはないね。(血圧とか？) 血圧もなかったね。病院と違うからね。ただ、こういってベットの上に寝て、こうにして測ったり、何かね。(赤ちゃんの心臓の音聞いたり？) そう、順調だとかなんだと言ったけどね。血圧測った覚えもないし。」 p3~4	②妊娠中、妊婦健康診査があったが、尿検査や血圧等の計測は無かった。(2人)
I (地):「だから、その部屋に2人。こっちの人もできそう、私もできそうっていうんでね、2人こうに並んでましたよ。…(ついてくれた方は産婆さん1人？) ひとり。…その人もね、町内が同じでね、知ってる人だったんだよね。だから、同じ日に生まれたねって。だけど、お互いにその人だって、こっちの私のお産が見えないし、こっちの人がしててもね。」 p4	③助産婦のみの立ち会いでの出産場面であった。(1人)
I (地):「この子はちっちゃくって、おなか痛くなったなと思ったら、すつとでちゃったの。だから、朝、電話していったでしょ、そしたらすぐでちゃった。そう、おなか痛いも何もなく、2800だったの。(そうですか。じゃあ、3600子がスムーズだったから、するって出ちゃいますよね。) そう、だからもうね、行って、なんだかんだして、いろんな手続きなんかしてるうちに陣痛がきちゃって、11時…お昼前に出ちゃったと思うんですよ。(早いんですね。) そう、だから早く来てよかったねって言われたんですよ。」 p10 「産む時はやっぱり、病院みたいに産むんです。(お布団で上を向いて？) お布団でなく、ベットみたいな。ああいうちょうど、病院と同じような感じでした。」 p10 「お風呂もちゃんと入れてくれて、若い方がお風呂とかそういうのやりましたね。取りあげたのは、年寄りの先生だったみたい。そのころで70か80近かったみたい。その頃で。体格のいい先生だったんですよ。安心して、任せられるって感じのおばあちゃんだったんです。年の功じゃないですけど、経験つんでらっしゃると、そうですね。(2人目のときはほとんどいきまないで？) そうそう、いきまずにもうひょこっとでたの。」 p11 G (地):「わりかしね、あれだったんです、軽いつて言うかね、動いてたから。」 p3 「(入院ていうか助産所にいて、そのまま、どのくらいで生まれました？) 2時間くらいかな。」 p4 「ベットですね。それで上向いて、ベットの脇にこう持つところがあって。(足とかちょっと高く上げて？) そうですね。けど、ね、婦人科のベットとは違うね。足をこうには上げないね。(じゃあ、普通のベットで？) そうそう、だからそんなに、おしりもあがってなかったみたいね。普通のベットでお産した感じ」 p4「どうせ先生が両方を見ながら(産まれそうな人が自分を含めて2人いた)、まだこっちは大丈夫だ、あっちは大丈夫だってんで、出そうの方の人を先にこうにやってくれたんだろうね。(じゃあ、けっこう 安心は安心で、結構ついでてくれて？) そうそう。…お産はそんなにいきまずにうんうん。まあね瞬間的にはね。…(自然に陣痛がきて、自分の力で産んで？) 点滴もしないし。おしもの方もメス入れることもなく。傷もなく。(お1人目の3600の子も傷がなく？) 傷がなく。うん、ほんと。だから、家族のものも悩ませなくて、よく人が、いくら、なんてんだろう、生まれるかと思ったら、まだ、今日は生まれそうもないから帰ったなんて人もいるんだよね。(はい、いらっしゃいます。) でも、そのままだし。ね、そう。やっぱりね、あえて動いていないと、だめって言いますよね。」 p5	④ベット上で、会陰切開、怒責等もなく、自然な経過で出産がすすんだ。軽い出産であり、後々動くのが楽であった。(2人)

発言	意味内容
「(お2人目の時も同じようにタクシーで行って?) そうそうそう。やっぱり、そんなにかかんなかったね。でも、3時間くらいは、かかったかね。うん。2人目んなったら、だいたい、どのくらいの痛さで生まれるってのがね。だけど、どうもおかしいっていうんで、行ったわけだから。でも、うち帰されないうちに産まれたからよかたけどね。だからお産にはそんなにもね、苦労しなかったから。」 p6 「今、産みそうだって言う時あるでしょ。その時ね、ちょっとでなかった事あるんですよ。『あれ、先生まだでないんですか?』っていったらね。『今、出るから心配しないでいいから黙ってて』っていわれた。まだでないんですかなんてさ、その瞬間で、やっぱり、よいじゃなかった。……後産ってあるでしょ。そうすると、後産があるとこうに押してくれてね。あれだって、でなかったらば死んじゃうのね。子供が出た後。その後出るからね。後産がでるまでは、子供はもう生んどいて、親を助けなきゃなんないわけだからね。」 p10	
B (地): 「子どもが大きいので。それで、病院に行って何か器械を入れたんですね。陣痛が来るように。それで入れて、で、こっちの産婆さんでいたんですけど、1 週間、1 週間陣痛で苦しんだん。1 週間寝ずに、痛みが来るんだけど、子どもが出ない。これでしょうがないから帝王切開した方がね〜、『あ〜いや体力的には大丈夫だから、帝王切開しないで普通に産みましょう』って言われたの。だけど1 週間苦しんでもね、出血が上から、口から出ちゃったんですよ。それで本当に苦しい思いをしたのね。それで、これじゃあしょうがないって言うんで。今度は、産婦人科の先生を呼んで、器械で赤ちゃんを出したんですよ。だけど、1 週間頭が見えてて子どもが出ないから、子どもが、頭を押されちゃって内出血。」 p 1	⑤産婆の判断で医師を呼ぶか呼ばないか決めており、緊急時に医師を呼んで対応をしていた。(1 人)
I (地): 「(妊娠中って戌の日にさらしを巻いて、お産後はそれをまたぎゅうぎゅうまいて?) まいてました。(助産院の時も?) 巻いてました。だから、1ヶ月くらい巻いてたみたいね。3 週間か。」 p15	⑥産後の腹帯は、巻いていた。(1 人)
I (地): 「(2 人目) おっぱいは出たから。で、やっぱりちっちゃかったから、そんなに女の子だし飲まないから間に合ってたんですよ。だからね、2人目は全然ミルク買わなかったの。(そうですか。全然マッサージもなくて、お乳を飲ませて間に合ってた?) そう、病院だと別に置きますがね。一緒に連れてきて、寝かしておくんですから。(産んですぐから、同じ布団で、泣けばあげて?) そう。だから、一番最初、出るようになればすぐあげてくださいって言うって。」 p11 G (地): 「まあほとんどね、ミルクが多かったけどね。栄養はミルクの方があって言うんですよ。」 p 8	⑦出産後、母児同床であるが、乳房の手当は無く、ミルクを足すこともあった。(2 人)
I (地): 「私はストレスがあまりなかったみたい。家の周りの人がいろいろ教えてくれて。おばさんが8人も産んでいるから、沢山のことを教えてもらって助かりましたよ。特に一人目はね。」 p 1 「われわれの頃は乳が出なくなるからこれは食べちゃ悪い、いわしを食べるのなんていわれたんですよ。」 p12 「最初は、昔の人だから21日は何にもしなくもいいよとか言ったけども、いまは、洗濯機だから洗濯もしなくもいいよ、水、使っちゃ悪いよなんて言われたの、昔は。(それはお姑さんから言われて、そういうの聞きながら?) そう。だから3週間ていうのは、水使ったりふらふらしたり、いろんなもの食べたりするんじゃないよとかって言うのは言われたんですよ。だから、安静にしないと、年取って目が悪くなるとか、肩が張るとか言われましたね。」 p12~13 「昔は予定日に出来なかったら、歩きな歩きなっていうんですよ。そうすると、下に下がってくるんですけど。(あまり横になりすぎないで健康のためには?) そうそう、だからね、お産の 10 ヶ月になると、あるったほうがいいって言って1ヶ月くらいはずっとね。」 p19 G: 「そのまま(すぐに出産)だし。ね、そう。やっぱりね、あえて動いていないと、だめって言いますよね。」 p5 「だからよくお産するような人は楽しんでちゃだめだって、ね。動かなくっちゃお産が重いつて。迷信かもしれないけど、そうすると、かわいい子が生まれるとかいい子が生まれるとかってね、よくいいですよ。」 p6	⑧母親や周りの家族から、出産にまつわる多くのことを伝承されていた。(出産前は動くことや、出産後は休むこと。母親に聞くことが多く、頼りにしていた。)(3 人)

発言	意味内容
「だってほら、年寄りがいると、49日までは動いちゃだめだ、動いちゃだめだっていうでしょ、だから動かないようにするんですけど、間に合わないんですよ。年子でいると。((最初の子の時はね、そんなに動かなかったけど2人目になるとね。で、なんだか泣かれるとかかわいそうって気がしちゃって、ついね、ミルクくれたりオムツかなとか、抱いてやると黙るんかなとか、でも抱くと抱き癖がついちゃうんかなとか。))」 p7 B(地):「昔はお産すると、『幾日かは歩いちゃ駄目』って言うでしょ、今はもう産まれたすぐから(歩く)ですよ。2～3日は、結構ベットの 上で寝てましたからね。」 p3	
I(地):「やはり楽に産めるとその後の育児も楽ですよ。自然が一番だと思いますよ。」 p1 「うちの子はね、上の子は歩くところとちょうど予定日に出るって言うから散歩しな散歩しなっていってたんですけど、専業主婦だったから。下の娘は勤めてますので、それもしないじゃないですか。動けてもね、勤めてたから。産休は1ヶ月前くらいしか。いく日ってもう決められているから、そんなに取れないでしょ。そんなに歩けとは下の子はいわなかったんですけど、上の子は1ヶ月うちに来てたから、だから歩きな歩きなって私、よくね。」 p19 「だから、われわれの頃は注射してぼうこう？開かせるなんて、そんなの夢にも思ってなかったし、自然しか産む方法はないと思ってたんですよ。」 p20	⑨出産は、自然に任せた方が 良い、出産前は動いた方が 良いという出産に対する 考え方、受け止め方をし ている。(1件)
I(地):「だからね、お産の10ヶ月になると、あるったほうがいいって言って1ヶ月くらいはずっとね(歩いた)。」 p19 G(地):「わりかしね、あれだったんです、軽いって言うかね、動いてたから。」 p3 「(結構、自分で努力して動いて?)そうそう、うちは山だったから、その時住まいがね。あそこは平らだけど、その前のときは山だったんですよ。それで、年中あがったり降ったり、その運動もよかったみたいね。」 p5	⑩産前は、出産間近まで体 を動かしていた。(2人)
I(地):「だいたい、1週間たつともう気持ちもなんでもないし、子供だっておっぱいは飲むし、泣けばくれればいいんだから寝かしとくでしょ。だから、そんなに神経病まなかったですけど。……実家から母親が来るのはきてたんですけど、自分でもなんでもないし、町だから、これといってあんまり用がないじゃないですか」 p13 G(地):「で7日?8日目に帰った。ちょっと忘れちゃったんだけど、一週間くらいね。(入院していた)」 p5 「((だってほら、年寄りがいると、49日までは動いちゃだめだ、動いちゃだめだっていうでしょ、))だから動かないようにするんですけど、間に合わないんですよ。年子でいると。最初の子の時はね、そんなに動かなかったけど2人目になるとね。で、なんだか泣かれるとかかわいそうって気がしちゃって、ついね、ミルクくれたりオムツかなとか、抱いてやると黙るんかなとか、でも抱くと抱き癖がついちゃうんかなとか。」 p7 B(地):「昔はお産すると、『幾日かは歩いちゃ駄目』って言うでしょ、今はもう産まれたすぐから(歩く)ですよ。2～3日は、結構ベットの 上で寝てましたからね。」 p3	⑪産後、母親や姑が手伝っ てくれたため、休むことが 出来た。2人目以降は、上 の子がいるため、難しかった。(3人)

発言	意味内容
I (地):「持っていったご飯の炊いてくれるんですよ。お米を。おかずは1週間いる中に入ってると思うんですよ。その頃で1万いくらか払ったんですよ。病院よりは半値ですよ。普通のご飯でしたね。味噌汁とお刺身なんかもでたし、その時によって・・・もう忘れちゃったけど、煮物なんかも出たと思うんですよ。だから、普通の家庭の料理と同じようだったと思いますね。」 p11~12 G (地):「寝るところは2階だからね、泊まる場所は。下で産んで。きっと、歩いたんですよ。産後ってすぐ歩けたんですよ。だから、30分か1時間はそこにいたんだろうけど。それで、2階まで行って。…だって、ほら普通の家庭で、部屋が広い所で何人も寝るわけだから。今度は頭でしょ。向こうの人はこっち頭で、何人か、4人位かな、1つの部屋で。そういうふうにしてね。だからね、そんなに苦労ってのはなかったね。(体の戻りも順調で?) 順調。」 p10 「(出産後 1 週間経って家に帰り) 食べたりしてるうちに、なんかおなか張っているような。(電話したら) 考えてみたら、たまってるわけ。お産の後の肥立ちが悪いんじゃないくて、通じがないって言ったらうっかりしてました、ごめんなさいって。(産婆さんて、たまには来てくれる? 呼べばきてくれる?) うん。ほら、ひょこひょこ生まれてるわけじゃないからね。何件も…そういうのあったし。」 p11	⑫出産後に助産婦は、1 週間の入院生活の世話(食事)をしてくれた。(2人)
I (地):「おばあちゃんがいたから、上の子はおばあちゃんと寝てたんです。だからね、おばあちゃんがリウマチでびっこひいて、手があんまり…。リウマチっての関節が悪くなるじゃないですか。それで、足がびっこひいていたから、あんまりお守っていても、できなかったけども、ほんとのちっちゃい頃はおんぶしたりしてたんですよ。下の子ができたときは、おばあちゃんが私が夜は預かるよなんて、おばあちゃんと女の子だから一緒に寝てたんです。だから楽だったですね。」 p14 G (地):「でもね、おばあちゃんがいたんで、2人を育てることが出来て。」 p8 「おばあちゃんが、いたから。おばあちゃんが入れてくれたり、お父さんも入れてくれたり。」 p11	⑬育児は、姑さんが手伝ってくれたり家族が協力してくれた。(2人)
B (地):「子どもが大きいので。それで、病院に行って何か器械を入れたんですね。陣痛が来るように。それで入れて、で、こっちの産婆さんでいたんですけど、1 週間、1 週間陣痛で苦しんだ。1 週間寝ずに、痛みが来るんだけど、子どもが出ない。これでしょうがないから帝王切開した方がね～、『あ～いや体力的には大丈夫だから、帝王切開しないで普通に産みましょう』って言われたの。だけど1 週間苦しんでもね、出血が上から、口から出ちゃったんですよ。それで本当に苦しい思いをしたのね。それで、これじゃあしょうがないって言うんで。今度は、産婦人科の先生を呼んで、器械で赤ちゃんを出したんですよ。だけど、1 週間頭が見えてて子どもが出ないから、子どもが、頭を押されちゃって内出血。産まれたときには仮死状態。泣かないしどうにも駄目なんで、今度は〇〇病院に。で、子どもを連れてって、それで1 週間後に無くなったんですよ。だからもう大変な思いをしたの。つらいね～。今だったらそんな事ないでしょうけど。予定日より早かったの、赤ちゃんが大きいので、早く出しましょうって。半月早く出したの。それでも体重は 3500 いくつあったのかな。私の身長は 150 あるかないかくらい。大きかったんですよ。……本当に大変な思いをしましたよ。産婆さんの所に1 週間ずーっといて。腰も痛いし、痛いんだけど出ないし。引っ張る。お腹も押されたと思うんですけど。下を切って、出して。切った後がまた大変な思いですよ。で、亡くなっているから、今度産まれた後母乳があげられないから、亡くなっちゃっているから。これをするまで大変(おっぱい止めるまでが) 氷で冷やして、飲ませられないから。大変な思いしちゃったわよね、最初はね～。ちょこっと見ただけで、抱けない、仮死状態でいっくらあれしても泣かないし。」 p1	⑭緊急時、助産婦は、医師を呼び、クリステレル胎児圧出法、会陰切開や鉗子等の医療介入のある出産になった。あまりに痛い思い、辛いい思い、嫌な思いをした。(1人)
B (地):「大変な思いしちゃったわよね、最初はね～。ちょこっと見ただけで、抱けない、仮死状態でいっくらあれしても泣かないし。だから、2 番目は病院で。1 番最初の子は実家で良く産むとかって言うでしょ。だから、向こうからこっち来て、失敗しちゃったから、もうこれは駄目っていうので。2 人目向こうの病院でね。」 p1～2	⑮大変な出産を経験し、次は安全性を求めて、産婦人科医院を選んで出産した。(1人)

資料4 個人医院出産の発言内容（昭和36年）

発言	意味内容
I（地）：「で、おばさんにお産の時はずっとついていてもらって。ひとりは寂しいですよ。不安でね。いっくらナースコール押してくださいって言われても、こっちは気持ち悪いしそれどころじゃないし。そばに誰かいてくれるのはいいですね。」 p 1 「（陣痛が来て、△医院さんに入院をして？）そう。でね、1日かかったみたいね。次ぐ日だったから、生まれたの。行った日は、午後だと思ったんですよ、忘れちゃったけど、お昼頃だか午後だか。そんな時は、まだこんなふうじゃできないですよ、なんていわれて、じゃあなんていたんですよ。おばさんが、つきっきりでいてくれたんですけど、その夜は帰ったんですよ。次ぐ日のお昼頃だと思ったね、出来たのが。」 p 5	①医師と助産婦、家族の立ち会い出産であった。
I（地）：「こんな息を吐いてとか、いきんでとか分娩室はいつてから、何回かそういう事あったけど、あんまり。われわれの時代は自然でしたね。できないって言えうちに帰りなさいとか、まだそんなふうじゃ出来ませんよとか言われて、その時期まで、まあ遅れれば遅れたで…」 p 5～6 「（お一人目長女の方のお産のときは、お下の方にメスあてたりとかなかったですか？切開したりとか？）なかったですね。傷も出来ないで。（痛み知らず？）そう。（点滴もしないし？）そう、何もなかったですね。昔はそういう人多かったみたいね。今みたいにそういう風に、点滴とかする人、ほんとの重病人で、自然分娩の人はやる人いなかったですよ。そう、後が楽ですよ。ね。まあ、最初はあんな大きいのが出るんだから、多少は痛いですけども、でも4-5日たてば元に戻っちゃうから、だからなんのあれもなかったですね。」 p 8 「そうそう、薬は使わずに、これじゃまだ出来ませんよとか、そんな風じゃまだできないからうちに帰んなさいとかさ」 p 21	②会陰切開や怒責誘導のない自然な出産であった。
I（地）：「そうですね。だから自然にできれば、先生はあんまり手を出さないんですよ。だから、先生は立ち会ったくらいじゃないかな。みてたんだと思いますよ。あと、助産婦さんがほとんどやってくれたんだと思いますよ。いまは、みんなお医者さんがやるんでしょ？（先生が手を出すこともありますね。）そうでしょ。だから、その頃はその時に何時間もかかってでないって場合はお医者さんがやるけども、普通に出来た時は助産婦さんだと思いますよ。ほとんど手を出さないと思いますよ。健診の時は先生が診てくれますよ。（でも、お産のときはほとんど見てるだけで？）そう。だから手は出さなかったと思うんですよ。私なんかの時は、で、あとはもう助産婦さんか看護婦さんが、赤ちゃんの連れてったり連れてきたりしてやってくれたし、で、オムツなんかもこうやるんですよとか、で、着替えなんかも看護婦さんだと思ったね。（1人目も2人目も場所は違いますけど、結構助産婦さんとかかわりが？）そうそう。昔はそれが普通だったからね。」 p 22	③助産婦と医師の役割分担をしている。異常が無ければ、手を出さないで、側でいるだけであった。
I（地）：「で、おばさんにお産の時はずっとついていてもらって。ひとりは寂しいですよ。不安でね。いっくらナースコール押してくださいって言われても、こっちは気持ち悪いしそれどころじゃないし。そばに誰かいてくれるのはいいですね。」 p 1 「（お産のときは上を向いて産みました？）そう、こういうあれにやって、足を開いて。（今でいう分娩台に？）今と同じみたいね。」 p 5～6	④分娩台での出産であった。

資料5 個人医院・総合病院出産の発言内容（昭和30年代中盤～40年代前半）

発言	意味内容
H：「（○さんが出産されるころってまだ、周りの人たちは病院にほとんどの人が行って？）行ってましたよ、うちのほう。（もう病院が主流で？）もうなっていました。（自宅で産んでるって方は？）なかったですね。聞いたことないですよ。（昭和40年くらいになるとほとんどの方が、病院で？）そうですね。うちのほうでも婦人科がありましたからね、いくつも。」 p10 A（地）：「○田医院で健診で大丈夫だって言うのだけど、○○のおばあちゃんが、おっかさんが、義理の母親が、『出産するのは病院じゃなくちゃだめだよ、何かあったら私が困るから、東京にいるんだから、遠く離れているんだから』って言って『○総合病院に入りなさい』って。それで、妊娠の後半に6ヵ月位から、○総合病院の○先生、産科の○先生に定期健診。で、異常なし。」 p1	①病院で産むのが当たり前の感覚で、ほとんどの人が病院で産んでいた。（安全だからという理由で病院を勧められた。）（2人）
F（地）：「○総合病院は普通、ほら、診察って言うと、お医者さんと看護婦さんだけでしょ。外来にいて。だから、助産婦さんていうのは、お産の方のときにいるけど、あたしなんか産婦人科に行っても先生がみて、尿の検査だとか体重とか、そういうのはまめに行きましたけど。外来の看護婦さんとは接したことが多いけど、助産婦さんってのは上の子の時は、まだ生まれなとか何とかっていわれたり、おなかなんかさすってもらったような気はしますけど、あんまり、そんなに接触はなかったような気がしますね。2人目はまるっきり看護婦さん1人いなかったんだから、心細かったですね。」 p13 A（地）：「○総合病院の○先生、部長、有名だったんだけど、産科の○先生に定期健診。で、異常なし。おしっこ測っても何の異常もない、少し血圧が低いくらいで、心配なし。」 p1	②妊婦健康診査は、医師によるものであり、尿検査、血圧、体重測定等があった。（助産婦との接点はなかった。）（2人）
B：「看護婦が何名かと、ちょうどお医者さんは仕事にいちやうてから…（医師は）つきつきりだった（ずっと心配で離れられなくて？）でだいじょぶだだいじょぶだって。…やっぱり中には、免許持っている看護婦さんていたような気がします。（なんとなく頼りになりそうな人ていうか）そうそうそう婦長さんけいだったから。（年齢とていうんで）そう。あと看護婦さんが2人ぐらい。」 p3 H：「（個人院は、産科の先生とか、あとは？）助産婦さん。いました。…先生と助産婦さんと看護婦さんで」 p9 F（地）：「（第1子）うん助産婦さんがいたみたい。助産婦さんがずっと付いてて、ほんとに生まれる間際先生がきたって感じですね。ずっとほとんど助産婦さんで。だから、りきんどとかいろいろ、助言もらって、生まれる直前に先生がきたの覚えてるね」 p3 「（第2子）それなんで、私は入ってすぐに分娩台に入ったわけでもないんだろうけど、とにかく分娩台に乗った時から覚えているのは、あの看護婦さんが、時計見て何分おきに陣痛がくるか、10分おきか、最初は10分おきくらいだったんですよ。何分おきに陣痛がくるかちゃんと見ててくださいなんて言うんですよ。全部、あの、助産婦さんもお医者さんもないし、看護婦さん1人いないんですよ。全部ではらってそっちの方向っちゃったんだらうって未だに思うけども、その場で聞かなかったからわかんないけど。そのうちだんだんだんだんもう5分くらいで、だんだんだんだんね。それで誰もいない所の分娩台に一人で。いやあ、横になったり、こんなったり、足はこう…。生まれるばっかで誰もいない所で、こうもうあれして、ほんとに分娩台に足を広げて、上向いて、それで時計見ながら5分だ5分間隔だなんだのと思いながら、それだって、誰呼ぶわけにも行かないもの、縛られているんだものね、ねえ。おおきな声で呼ぶってのもハツカシイそんなことも出来なくて、どうしようどうしよう、おっこたらどうしようなんて思っていたら、やっぱりある程度、生まれそうになった時に、やっと先生だの看護婦さんが来て、」 p4 A（地）：「助産婦が息ばってって言っている時に先生が入って来たわけ。それで助産婦が周りに2人位いたん。」 p2 「（破水していたから）最初から先生がいた、助産婦さんもいた。その前に浣腸してくれて、うんこの大きいのして。剃毛は、ずっと前にしてくれてた。そういうのは覚えある。」 p4 「（第3子）自然に陣痛が来て、案外軽かったね。道ができて。でも息張った時に途中で止めるんでまた怒られたけどでも息張った時に途中で止めるんでまた怒られたけど。あれ、止めなかったら次の息みが出来ないよね。ず～と出しっぱなしだだろうやって息張ってね。う～～んとして吸うと、怒られるんだよね。何であんなに怒るんだらうね。『息張って息張って息張って、もう少し、そこで息張って』て。3回目も切れなかったね。一番上だけ切って出したん。」 p6 「助産婦さんだよ。側にいたのは、ずっとそばに付いてもらって。先生はこないじゃん、産む時しか。」 p6	③側についてくれた人が、看護婦か、助産婦か分からない状況もあり、医師が出産場面にいた。（医師との役割分担あり。）（4人）

発言	意味内容
H:「息子は初めてだから、時間がかかりますよって。朝、陣痛がきて連れてってもらって、夕方にならないと生まれないですよって言われたら、主人は私を置いて遊びにいちゃたんです。帰ってきたら生まれてましたからね、1 時何分くらいに出来たんだと思いますよ、午後の。(早いんですね。朝入院で午後の早い時間だと、経産婦さんみたいな感じですね。) 早かったんですね。ほんとに6時間位の。」 p9 F (地):「あたしの母が○県から出てきて、布団を自分のうちから持っていったんですよ。ベッドのそばにしくのに。布団持ってたの。それ覚えてます。40 何年まえだから。今なんかほら付き添いもいらないし完全看護みたいだけど。当時は付き添いにくるのに○県から出てきてうちから布団を持って、そんで、ベッドのそばに引いて、で寝ててくれたんですよ。」 p3 A (地):「おじいちゃんなんか (父)、『もうけたもうけた、良かった～男の子だ～、もうけた』なんて。おじいちゃんも、お母さんも来ていた。病室に、おばあちゃん (義母) は付きっきしだった。」 p3	④子どもが産まれる場面では、家族の立ち会いはなく、家族の付き添いは、外までであり、母親等がついてくれていた。(3人)
B:「6 時間ぐらいだったのかな。でもしたの子のときはすごかった。(時間かかりました) そう。朝の 8 時に分娩室に入って…平日の普通の日何ですけど、生まれてきたのが、4 時、5 時・・・ちょっと前だった。でもやっぱりへその緒が巻いてすごかった。らしいんですよ。あまりのすごさに子どもより親たすけてと、言ったんだって。(吸引分娩とかですか?) いやーこれでだめなら腹を切ろうかということだった。もうちょっとがんばろうと。(いきんでいきんですごいききみを感じて?) そうそう(点滴とかしました。誘発剤の?) やったやった。(1 人目のときはなんにもしないで、自然の陣痛がきて、自然にうまれて、2 人目のときは、でないででないで、点滴していきんでいきんでいう感じでした) そうそう (最後のうまれる直前で一番大変でしたかね) そうそうそう。もうね。(たぶん頭も少しおっきかったそうすると肩周りとか) そう。すごい」 p3 「(第1子) 私は苦しいけれど、でも軽かったって言われますよね。初めてでね。(最後のところでいきむって言うのありました?) それはありましたよ。息子のほうが、まんまるく、でてきたから娘のほうがだわね、娘は頭が細長くなってでてきたから。それ覚えてるから。すぐ泣きましたしね。ほんとに普通分娩ですよ。(お下のほう切ったりとかなかったですか?) はじめての時にやりました。二針ぬいました。(2人目のときは?) ないです。きずもないと思います。(お1人目の時だけ切開されて?) うん。」 p10 F (地):「△個人医院に通ってたんですね、その帳面見るとね。それでその時に子供が大きいから帝王切開しないと生れないから帝王切開で産みましょうって言われたんで、ならば手術なんかしたくないし、うちの母からなんかどこを手術するったってもう 2、3 カ所みて同じ産みかたしたらそいで必ずしてもいいけど、いろいろ調べたほうがいいって思って今度は○総合病院日赤行った、○総合病院行ったらすぐにレントゲン撮ったんですよ。そしたら子供の頭も大きいけど骨盤もそれなりに大きいから自然分娩で大丈夫ですって、それから○総合病院に移って行ったんですけど、予定日に入院してそれでもなかなか産気づかなかったんだ、初めてだから。それで入院して1週間くらいあの坂をあの上ったり降ったりしなさいって言われてね。おもて外出しながら、入院しながら、そうそう、坂上ったり降ったりしてたんだけど、なかなか出来なくてやっぱりなんか、当日だかなんかに注射かなんかしたみたいですね。何日も。(陣痛起こすような?) 薬をしたみたいですね、それでいくらか陣痛が起きてきたんで分娩台に乗ったんですけども年がとってたせいかね、なかなか分娩台に乗かってても生まれない…… (1人目、長女の方は促進剤使って、最後は、産む時にはおなかを少し押されたりとか?) そういのはなかったですね。いきむだけ。…その時は下のこのときは、いっぱい(裂傷)できたのの覚えてるんだけど、上のこのときはやっぱり切開したのかもしれないけど。…だから、りきんでとかいろいろ、助言もらって、」 p2～3 A (地):「(第1子) あまり赤ちゃんがお腹の中にもよくなっちゃうって言うので、1 週間位過ぎて、…入院したん。だけでも痛みが来ないん。まあ、入院して薬を飲んだりもしたんだけど、全然痛みが来ないん。で、予定日あんまり過ぎちゃうって言うので、10 日過ぎにブージーって言うのを入れたんだよね。風船じゃないよ、長い棒見たいのを 2 本入れる。あの頃の、ブージーって言われた。入れてもらうのに、そんなに痛くないんだけど、棒見たいのが入ったような気がする。この位の長い、丸い棒が 2 本入ったような。でも痛みが来ない。『しょうがない、ブージー抜きましよう』って言って、何時間入れたんだか忘れちゃったけど、1 日位入れたような気がするのだけ。」 p1	⑤促進剤、会陰切開、浣腸、怒責誘導等がある出産であった。(それが当たり前であるという感覚。)(4人)

発言	意味内容
「(第1子)それで陣痛が始まって、分娩室に入って浣腸してもらって。痛いものだね、痛かった！まあ！凄かったよね、とち狂っちゃう程全体的に痛い、割れる。その時は薬使わないで、自然だった。それで、19日の夜中に、夜遅く19日の日に、男の子が。凄いよな、泣き声が。わ～って出た、3000丁度。泣き声が凄かった。」 p2 「(分娩台で？上向きで？) そうだよ。全く上向いて、足、こういう風に縛られちゃって。『う～んと息ばんなさい、息ばんなさい』って、『ほら、息ばって』って。う～と息ばっているんだけど、それ以上息ばれないじゃない、今度息吸わなくちゃならないんだよ。それで、息吸うと、あ～って怒られた『もっと息ばって息ばって』って怒られたんだけど。助産婦さんだよ、助産婦の怖いのがいて。年寄りの、年寄りだった。助産婦が息ばってって言っている時に先生が入って来たわけ。それで助産婦が周りに2人位いたん。怖くはないんだけど、怖く見えちゃうわけだよ。『息ばれ～、息ばれ～、ほらそこで息ばって』って。次の息を吸うのに、止めて次の息ばるんまでに、止めちゃ駄目だって言うんだよ。だから息が吸えないよね。『う～ん～ん』(怒責の真似している) っと、止めると怒られる。次の息が吸えないと次が息ばれないわけじゃない。あれは、血圧に良くないよね。頭出たら後は速いね。1時間くらいはあった見たいね～。こんな思いするならって思ったけど。頭が出ちゃって息ばって、ぼろっと頭が出たら後は簡単なんだよね。『男の子です』って言われて、ぎんぎんぎんぎん泣いて、すげえ～って。(切開は？) 切ったらいいよ。ちくんって痛かった。切るよとは言われなかった。(切るのは知っていました？) 知らない。」 p2 「吸引はしていない、自分の息みだけで産んだ。だから自然分娩だったんね。で、ちょっとメス入れて切られたから、出るのが速かったような感じだった。『ほら男の子ですよ～』って顔見せられて。それでもう安心して。」 p2 「(第2子) 今度はまだあと1週間くらい大丈夫かと思ってたけど、破水しちゃったから先生は真剣だがね。○先生がつきつきして、それで、なかなか出ないんだよ。陣痛は、ないんだよ、あんまり痛くない。点滴したかな～、忘れちゃった。『ほら息んで、ここで息めー息めー、ほら休んじや駄目よー』って怒られて、う～んといきんで、息を出し切って、吸おうと思ったら『休んじやだめ』って言われてさ。そしたら『片方足が出た～』って言ってた。そして『はやくいきんで～』って言って、今度はお腹さすってくれたりなんだからして。それで産まれるのに結構時間がかかったんだけど、出たんね。あれ～、産まれたって。その時は、切らなかったんね。切れなかったんだね。それで、泣かないんで困ったんだよね。最初から先生がいた、助産婦さんもいた。その前に浣腸してくれて、うんこの大きいのして。剃毛は、ずっと前にしてくれてた。そういうのは覚えある。」 p4	
H:「昔の分娩台は、今のあんなに素敵な分娩台みたいじゃないです。上を向いて、足をたかくあげて。(寝ると痛いような分娩台でした?) 昔の分娩台ですもん」 p9 F(地):「((薬をしたみたいですね、それでいくらか陣痛が起きてきたんで)) 分娩台に乗ったんですけども年がとってたせいかな、なかなか分娩台に乗ってても生まれません」 p2 「(第2子) 生まれるばっかで誰もいない所で、こうもうあれして、ほんとに分娩台に足を広げて、上向いて、それで時計見ながら5分だ5分間隔だなんだのと思いながら、それだって、誰呼ぶわけにも行かないもの、縛られているんだものね、ねえ。おおきな声で呼ぶってのもハツカシイそんなことも出来なくて、どうしようどうしよう、おっことらどうしようなんて思っていたら、やっぱりある程度、生まれそうになった時に、やっと先生だの看護婦さんが来て、」 p4 A(地):「(分娩台で？上向きで？) そうだよ。全く上向いて、足、こういう風に縛られちゃって。」 p2	⑥分娩台の上で、出産をした。(3人)
H:「(お産の後に、腹帯を巻いた覚えてありますか?) それは巻きました。」 p11	⑦出産後は、腹帯を巻いた。(1人)
A(地):「お腹をおばあちゃん(義母)が見て、『臍がそんなに赤んべーしていないからまだ産まれないよー』とか言ったんだけど。」 p2	⑧義母から産まれる状況について教えてもらった。(1人)
F(地):「うちの母も○市にきて50日くらいいましたからね。生まれてから。うちの娘はほらね、検診でその足の開きが悪いって言われて、それで、毎日抱っこしたりして、毎日○総合病院に通って、マッサージして」 p4 A(地):「(義母) それで産まれてから21日ぐらいいまできてくれたんだ。家の旦那様がもういてもらわなくてもいいって言うようになってしまったわ。私は1週間入院してたから、その後2週間。」 p3	⑨出産後に、母親が手伝ってくれたので、休めた。(2人)

発言	意味内容
F (地) : 「だからメス入れるひまも何にもなくて、そこにきて大きな子供だったから。もう何箇所も切れちゃって、そいでその後しばらくはおしっこしてもしみたりして、あーひどい目に会いましたね。2人目の時は。…そう、2人目の方があの、あちこち何箇所切れたみたいね、それなんでおしっこするとしみてね、今みたいにおしっこするとすぐにわーってお湯が出て洗えるわけじゃないし、あー、しみてしみて、痛かった覚えありますね。でも、あらま○総合病院で看護婦1人くらいついてりゃいいのになって思っ」 p4 A (地) : 「後で、もう歩くのにちくちくちくちく痛くて、トイレにすぐに行くじゃない、歩いて行けって。」 p2	⑩出産後、傷の痛みがり、歩行時や排尿する時に苦痛を感じた。(2人)
F (地) : 「(第2子) それなんで、私は入ってすぐに分娩台に入ったわけでもないんだろうけど、とにかく分娩台に乗った時から覚えているのは、あの看護婦さんが、時計見て何分おきに陣痛がくるか、10分おきか、最初は10分おきくらいだったんですよ。何分おきに陣痛がくるかちゃんとしててくださいなんて言うんですよ。全部、あの、助産婦さんもお医者さんもないし、看護婦さん1人いないんですよ。全部ではってそっちの方行っちゃったんだろうって未だに思うけども、その場で聞かなかったからわかんないけど。そのうちだんだんだんだんもう5分くらいで、だんだんだんだんね。それで誰もいない所の分娩台に一人で。いやあ、横になったり、こんなったり、足はこう…。生まれるばっかで誰もいない所で、こうもうあれして、ほんとに分娩台に足を広げて、上向いて、それで時計見ながら5分だ5分間隔だなんだのと思いながら、それだって、誰呼ぶわけにも行かないもの、縛られているんだものね、ねえ。おおきな声で呼ぶってのもハズカシイそんなことも出来なくて、どうしようどうしよう、おっこたらどうしようなんて思っていたら、やっぱりある程度、生まれそうになった時に、やっと先生だの看護婦さんが来て、そんな時に、もう、先生がきた時にはもう生まれちゃったんですよ。きたとたんになもうわーって生まれちゃったんで。それで3700で大きいでしょ。だからね、((みんなね、あっちこっち切れちゃったん。切ってるひまもなくて。先生が。きゅうに、先生がそれでも取り上げてくれたんだけど。だから(人が来たのは最後の最後?) そうそう。だからほんとに最後の最後に、だからメス入れるひまも何にもなくて、そこにきて大きな子供だったからだからほんとに最後の最後に、だからメス入れるひまも何にもなくて、そこにきて大きな子供だったから。もう何箇所も切れちゃって、そいでその後しばらくはおしっこしてもしみたりして、あーひどい目に会いましたね。…そう、2人目の方があの、あちこち何箇所切れたみたいね、それなんでおしっこするとしみてね、今みたいにおしっこするとすぐにわーとお湯が出て洗えるわけじゃないし、あー、しみてしみて、痛かった覚えありますね。)) でも、あらま○総合病院で看護婦1人くらいついてりゃいいのになって思っでね、…かすかに覚えててね、その時に、あらもうなんていうの、ハズカシイ話だけどね、排便なんかも一緒に出ちゃったような気がします。もう夢中で。ほんとにそういう手当て何もしてくれなかったんですよ。分娩台に乗っちゃって、そいで生まれたのは9時ちょっとすぎだったから1人ぼっちで、看護婦さん1人いなくて間に合わなくて、医者がきたとき、医者がきたから力んだんだ。なんだかほんとに誰もいない所で、やっとみんながきた時にはもう、みんなからねえ、子供とね、うんちなんかも一緒にちょっとしちゃったような気がします。何の手当てもしないでほんとにかれちゃったから。前の子の時は、やっぱりこう浣腸かなんかしてもらったような感じがしましたね。」 p4 「2人目はまるっきり看護婦さん1人いなかったんだから、心細かったですね。」 p13 A (地) : 「今度息吸わなくちゃならないんだよ。それで、息吸うと、あ〜って怒られた『もっと息ばって息ばって』って怒られたんだけど。助産婦さんだよ、助産婦の怖いのがいて。年寄りの、年寄りだったって。助産婦が息ばってって言っている時に先生が入って来たわけ。それで助産婦が周りに2人位いたん。怖くはないんだけど、怖く見えちゃうわけだよ。『息ばれ〜、息ばれ〜、ほらそこで息ばって』って。次の息を吸うのに、止めて次の息ばるんまでに、止めちゃ駄目だって言うんだよ。だから息が吸えないよね。」 p2 「(第3子) 自然に陣痛が来て、案外軽かったね。道ができて。でも息張った時に途中で止めるんでまた怒られたけどでも息張った時に途中で止めるんでまた怒られたけど。あれ、止めなかったら次の息みが出来ないよね。ず〜と出しっぱなしだろこうやって息張ってね。う〜んとして吸うと、怒られるんだよね。何であんなに怒るんだろうね。『息張って息張って息張って、もう少し、そこで息張って』て。」 p6	⑪分娩台の上での孤独な出産であったり、怒責の仕方怒られたり、嫌な想いをした。(2人)

発言	意味内容
A (地):「赤ちゃんを抱いて退院したら、○さんだの△さんだのはたばた入ってきて、『抱かせな抱かせな、私に抱かせなって』、△さんが『うわ〜かわいいんね』って。△さんと○さんは仲良かったから。お風呂は△さん家でもらって。で、お風呂はその小さい家の貸しやにおばあちゃんがいて、そのおばあちゃんにも入れてもらったり。後はお金出して、○産婆さんに迎えに来てもらって送って来てもらったりしたけど。だからお風呂はだいたい○さんがほとんど入れた。部屋暖めておいて、昔の汚い家のお風呂だから。4月の寒いうちは、産婆さんに頼んだりして。」 p 3	⑫近所の方が育児を手伝ってくれた。(1人)

資料6 個人医院・総合病院出産の発言内容（昭和40年代中盤～50年代）

発言	意味内容
H（地）：「（その総合病院を選んだ理由ってなにかありました？）選んだ理由は、やっぱり総合病院っていう事が。もし、お産てその人、その人いろいろなんで、もし、お産で何かの手術しなくちゃならないっていう時には、すぐ総合病院だから、そこでできるじゃない。そういう面で選びましたし、あと、うちから近かったし。（そうですか。結構、周りの人も○総合病院がいいんじゃないかって感じで？）そうですね。（ご自分もそうだねって感じで？）そうね。（結構、時代からいくと、おうちに産む人もまだいて？）いや、ほとんど病院でしたね。（では、あんまり迷わなかったですか？）迷わなかったです。」 p 15	①病院で産むのが当たり前の感覚で、ほとんどの人が病院で産んでいた。（安全だから総合病院を選んだ。）（1人）
J：「2人目の時は、上で早産癖がついちゃったんでしょうね。7カ月の時に、やっぱり同じ先生の所に行ったんですけど。健診で7カ月で、内診したら『あー駄目だこりゃ、おーい車椅子』って、そのまんま病室入れられちゃった。1人目が早産したから、その早産の癖がついちゃったかなんだかわかんないけども。『先生さあ、上の子が幼稚園に行っているんだけど、誰が迎えにいくんだよ？』って。『何言っているんだよ、電話があるんだ、誰でも頼め』って。動いちゃいけないって言うんで、約1カ月（入院）。先生が、上がいるから、って知っているから。……（子宮口）縛る。『帰るについて、条件がある』って、『家の中の事はしないこと』。『家にいるだけ、あまり歩いてもいけない』って。そういう訳にはいかないから、『はい、わかりました』って、帰ったんですけどね。でも、その時は、家族の者も協力してくれましたから。」 p 3	②医師が早産にならないよう、妊娠中の管理をしてくれた。（1人）
J：「助産婦さんは、2人目の時に1カ月入院している間に結構仲良くなるでしょ。一番仲良くなった助産婦さんが、夜陣痛室の勤務していて、電話していたんですね。だから、冗談言いながら、最終的には先生呼ぶんですけどね、カットしなければならぬから。途中までは、洗腸したりなんなり、っていうのは、その方がやってくれて、2人で馬鹿言いながら、笑いながらお産を。夜中だから、声響いたのだけど、笑いながらお産してましたね。産むじたいは楽、本当にすっばんという感じで。気心知れている人がいると、安心して。」 p 5 E：「先生が上から押してましたよね。看護婦さんだか、助産婦さんだか分かりませんが。押したけど、出ないんで吸引したんでしょうね。下手な先生だと頭の皮むけちゃうんですけどね。むけないで、ここと、ちょっとありましたけど。でも、これは日にちが経てば治るからって。治りましたけど。」 p 4 「いきみなって。なんか周りで、指導してくれて（周りにいた人達って言うのは、看護婦さん？）先生のほか、助産婦さんがいましたね。呼び寄せたみたいですね。おうちに帰っちゃうから。お産の時、先生と助産婦さんと看護婦さんが周りにいたと思うんですけど。」 p 4 「ご自宅がすぐお近くなんで。どうだったんだろうね。助産婦さんが時々、病室にみに来て、これはっていうなんか、近くなっと思ったと思うと、分娩室にきて、院長先生呼んだんですかね。助産婦さんが経過を見てたんだと思うんですよ。看護婦さんだか助産婦さんだか。吸引の時は、先生が引いたと思うんですけど。出ると同時におぎゃーって泣くっていうじゃないですか。そういう感じなかったです。ちょっと一拍おいてから泣いたんで。うちのおかしいのかなとかね。…（お下の方は切開、メス入れました？）入れたみたい。入れました。もう、麻酔なんてなくてきっちゃうんじゃない。（麻酔だよなんて聞かずに？）いやー、そんなゆとりないんじゃないですか？頭がそこにきてるから。子供のためにも麻酔とかしないんじゃないですか？わかんないけど。」 p 5～6 H（地）：「助産婦さんとかいましたけど。（出たり入ったりしながら？）そうそう。それで医者さんが、たまに見に来たり」 p 3 「うーん、助産婦さんはいましたけども、何かあると先生が来てましたから。それで、私の時には、先生は2人くらい来たような感じがしましたね。そう、初めから付ききりの助産婦さんもしましたけどね。（それは、お産のときにたまたまあった人で、妊娠中から交流があった人ではなくて？）そうなんですよ。」 p 10 D：「（第1子）そばには、助産婦さんだか看護婦さんだかわかりませんでしたけど、ついていてくれましたね。それで、最後にそろそろ産まれる時に先生が来ました。」 p 2 「（第2子）そこは、助産婦さんでしたね。それで、先生もちょこちょこ見に来てくれましたね。」 p 2	③側についてくれた人が、看護婦か、助産婦か分からない状況もあり、医師が出産場面にいた。（医師との役割分担あり。）（4人）

発言	意味内容
E：「病室では両方の母親。初産なんで。」 p 5 H（地）：「そういう人いないと寂しいんですよ。一人、分娩室入ってるって心細いんですよ。」 p 10	④子どもが産まれる場面では、家族の立ち会いはなく、家族の付き添いは、外までであり、母親等がついてくれている。(2人)
J：「微弱陣痛なんでしょうね。全然自覚がないんですよ。荷物取りに行った時に、ちょっとおしるしがあった位で。言われてみれば、あれが陣痛だったのかな、みたいな、ちょっと生理痛みたいな感じのが、時間毎にはあったかなみたいな、まあ微弱陣痛だったかな。…絶対騒がないぞっなんて思っていて、そしたら突然ぐぐーっと来たんですよ。で、『先生！先生なんかおかしい』って呼んで。慌ててこっちに来て、『あれーっ、頭が見える』って。何とも言えない、ぐぐーって、ね、出る感じかな。だから、下手すれば、定期健診の日じゃなかったら、そこで産んでましたよ。…3回いきんだら、出ちゃった。先生の方が慌てていた…出そうだっていうので、切開したみたい。後々、『縫うからね』って言うんで、切ったみたいな感じで。先生、慌てながらもしっかり切ったみたいですね。」 p 2～3 「その子（次女）の時は、陣痛が、まあ人並みよりは弱い位かな～、一応人並みに陣痛が来たんですよ。陣痛が来てから、夜だったもので、主人も子どもも寝てましたから。どうせ縛ってあるから出てこないって、分かってますから、それから掃除、洗濯して、実家に電話して。家の事を済まして、行きましたね。縛ってある所を取って。そしたら、すっばんですよ。だから、お産そのものは、2人とも親孝行ですよ。」 p 4 E：「(1人目) 3700 (お2人目は?) 3700。長男は吸引分娩でした。〇〇個人医院。主人が、知ってる先生から紹介してもらった。主人が聞いてきて、あの先生がいいだろうって言うんで。なんか微弱陣痛…そうですか。長かったですかね、お産までは。確か、夜入院して、朝日が、あがる頃、5時か6時か、その頃うまれた。」 p 2 「何か、下剤をかける、ひましゆ、くれたんですよ。で、実家の母が飲まない方がいいよなんて言われて、先生に怒られたんですけど。『飲めばちゃんと昼間に生れるようになったのに』って。下痢をさせて、刺激を与えて、陣痛を起こす。今はどういうんだか知らないです。ひまし油をだしてくれたんだけど、飲まなかったんです。」 p 3 「先生が上から押してましたよね。看護婦さんとか、助産婦さんとか分かりませんが。押したけど、出ないんで吸引したんでしょうね。下手な先生だと頭の皮むけちゃうんですってね。むけないで、ここと、ちょっとありましたけど。でも、これは日にちが経てば治るからって。治りましたけど。」 p 4 「(いきむ時にちょっと力をいれて、うーんっていれて?) そう、周りで、いち、に、さんみたいな。いきみなって。なんか周りで、指導してくれて(周りにいた人達って言うのは、看護婦さん?) 先生のほか、助産婦さんがいましたね。呼び寄せたみたいですね。おうちに帰っちゃうから。」 p 4 「(第2子) 室はいる前に分娩室にいった。即、分娩室。そう、もう、じき産まれちゃったって感じ。下がっちゃったんでしょうね。即、分娩室。(吸引も使わないし。いきむのも、あまりなかったですかね?) それはいきんだと思うんですけど。(お一人目の?) あー、あんな思いはしなかったですね。じきに。(メスも入れなかったですかね?) いれない。覚えがないですね。」 p 7 H（地）：「(第1子) 大変だった。陣痛微弱っていうの。こないんですよ。だから大変だったんですよ。陣痛が始まって、陣痛室から夕方分娩室に入って、夜の10時頃だったかな。だから、赤ちゃんも大変だったんですよ。長男自身もね。(かなり長い時間押されて?) そう。出産した時に、泣き声が聞こえなかったんですよ。酸素吸入してた、私も。泣かずに。逆さか何かしたんじゃない? ま、すぐに泣きましたけど、ほっとしましたけど。出ると同時におぎゃーって泣くじゃないですか? それはなかった。(陣痛弱くて、何か点滴とかしましたか?) うーん。点滴とかしなかったですね。」 p 3 「あー。痛っていうか、こう、がんばりきれない。…と戻っちゃうんですよ。かなりいきみました。何度も何度も。もっといきんで、もっといきんでって感じ。へとへとになっちゃった。それで、へとへとになって病室へ移って。(お産の、お下のほうはメスいれたりありました?) 多分したんじゃないかって思います」 p 3～4	⑤促進剤、会陰切開、浣腸、怒責誘導、吸引、クリステレル胎児圧出法等がある出産であった。(浣腸や怒責は、当たり前であるという感覚。)(5人)

発言	意味内容
「(第2子) あのね、次男の時は上手になったのかもしれない、私も。呼吸法とかそういうのが。…予定日より一週間早く産もうって行って、じゃないとほら、ね。きつと、体の子宮脱の事もあるので、一週間早く生まれたんですね。(早めに入院して?) そうです。一週間くらい前なら、いろいろな機能も出来上がっているから、大丈夫だからって。それで、入院したでしょ、次男時に。その時にベットをね、頭を下に…。逆さになって苦しかったですよね。だから、おなか大きくて、おなか、ぐって胸にきちゃうんで。ベットがこう…。低い方に頭を置いて…。だからきつと、普通に寝てるとあれだったのかね? 陣痛を起こしたんでしょね、知らないけど。でもね、ほんとにあつという間に生まれたんですよ。…抜糸? 抜糸したような気がしますね。2人とも」 p 4 J (地): 「私は第1子は、今の時代だから病院で産みました。〇〇病院です、産婦人科。で、その時に、私の娘(長女)がこれがまた仮死状態なんです。痛みがね、10日経っても来ないんです、予定日より。そしたらね、先生が『これはね、待ってても中でどんどん大きくなるだけだから』って。で、無痛分娩なんです。…(初めの個人医院で)『私の所は設備的に全部そろってないので、私が紹介状を書くから』って。どうしよう、今っから病院違うのか、怖いなって思ったんですよ。で、それを受け取って、しょうがないから産婦人科行ったんですよ。そしたら『〇さん、心配はいらないよ』って、『そういう時期が来たら、安心してあれするようにしますから』ってことで。で、予定日が来て全然徴候が現れないので先生が『来い』って言うんで、行ったでしょ。行ってね、無痛ですから覚えがない、何時間位かかったか。一日がかりだったかな、点滴をうちながら、自然と痛みを出すやつ。何本か注射されたし。その間にだんだん変わるんですよ。それで産まれたでしょ。産むのだけど産んでる感覚は無いんですよ。息も感覚もわかんない、痛みもはしりも無いんです。それでも産むわけですよ。で、産んだらそこで子ども自体が啼くんでしょうが、違う部屋に連れていかれたんですよ。自分は意識があるわけですよ。子ども一人向こうで。そのうち向こうで『ワーワー』て啼くんですよ。その間が、やっぱり少し時間があつたような気がするんですよ。そしたら、『大丈夫ですよ』って。でも子ども連れてこなかったですよ。そのまま連れていかれたんですよ、検査室だかどこだか、わかんないけど。『〇さんね、無事産まれましたから大丈夫よ』ってね、婦長さんだか誰かが言いに来て。あ～そっか……て、普通ならそこで子どもの姿が見えるのですね、普通に産まれれば。…2番目って、そこから思えば自然に出来て。その場で子どもを見ました。」 p 1 「(第2子) 3度目来た時にまた見たら、『やだ、頭が見え始めてる』って言うんです。『急いで分娩室だわ』って言っているんです。『え～頭が見えてる?』って、『そこまで見えているんだって思って、即。で、入って30分40分かかっていると思うけど、ぐんぐんぐんぐん。分娩台の上に乗ると言うこと聞かざる得ないから、言う通り指示された通り。テンポが合わない、自分で息んじやうんですよ、痛みが来るからね。そうすると『今息んじやだめよ、はいここで』って言う時にテンポが合わないから。あせりっていうか、それまでの処置っていうか、産婦人科だから浣腸したりとか出すもの出しちゃってって言うのがありますよね。台に乗っちゃってから、残むがあるみたいで、出るもの出ちゃうんですよ。その後ね、わ～って来た時に、悲鳴は上げなかったと思うけど、わ～といきんで。で、あれは胎盤ですよ、胎盤を押すのでこうにお腹を。そうするとスルスルってでかい物が出たような感覚がはっきり分かんんです。その時に先生が上に子どもを上げた瞬間っていういのをこの目でしっかり見ました。今のような分娩台で。その上げた瞬間は見ましたよ、手にもってるな、って感じで。で、力がわーっ抜けて、安堵感っていうか。」 p 2 「(お二人目もお下切ったんですか?) そうだと思います。痛い思いは若干しましたね。自然と切れちゃうんですかね。」 p 3 D: 「場所は総合病院です。その時の体重は2900グラムでした。自然分娩でしたよ。予定日頃で、自然に陣痛が来て、あまり長く陣痛室にはいなかったような。でも大変でしたね、お産は。いきみもしたと思います。でもそんなにいきんで、いきんでではなかったような気がします。2人とも仰臥位のお産で、昔はそうにしかなかったですよ。今みたいにお産のスタイルを選べたりとかなかったし、このようにするのか、っていう感じで。切開も入れました。」 p 2 「(第2子) どもは、3000グラムでしたけど、時間がかかりましたね。ふうつ二人目は速いよとか、聞いてますでしょ。でも大変でしたね。予定日より2週間くらい遅くなって、陣痛がきて、時間がかかりました。陣痛室でも陣痛が来てもなかなかで、弱くなったりしました。それで子宮の静脈が切れちゃったんですよ。いきむのも同じようにいきだと思えます。切開もしましたね。出血がひどかったの、先生が縫いましたね。陣痛の誘発剤も使った覚えがあります。それとあかちゃんが出るときにおなかを押された覚えもあります。なにしろ2人目は大変でした。」 p 2	

発言	意味内容
J：「昔の分娩台、すごいシンプルで、ひな壇みたいな感じです。足固定なんてしてなかった気がする。上向きで産みましたね。私の場合、診察で上がってたから、足なんて固定するなんて、足袋する暇もなく、診察するつもりが、産んじゃったっていう感じですね。」 p 2 E：「お部屋にいて、病室にいてお産が近くなったと思うと、そこから、分娩室にいったっていうか。（分娩室は、今と同じやつですかね？分娩台っていうか、よくテレビでやってるような、上を向いて、足をちょっとあげ気味にして？）そうそう。」 p 4 H（地）：「（入院なさって産んだのは、今でいう分娩台の上？）そうです、そうです。」 p 3 J（地）：「今のような分娩台で。その上げた瞬間は見ましたよ、手にもってるな、って感じで。で、力がわーっ抜けて、安堵感っていうか。」 p 2	⑥分娩台の上で、出産をした。（4人）
H（地）：「巻いてましたね。ぎしぎし、お産の後もこう戻るように巻いてましたね。」 p 14 D：「2人ともお産後は、さらしでぐるぐるお腹に巻いていましたね。入院中はずっとさらしを使ってました」 p 2	⑦出産後は、腹帯を巻いた。（2人）
E：「（陣痛来ている）途中、居眠りしちゃう。なんか、眠っちゃうと良くないって言ってましたね、両方の母親が。」 p 3	⑧母親から産まれる状況について教えてもらった。（1人）
J：「上の子がいたんで、下の子産んで1週間で退院して、翌日には幼稚園のお遊戯会があったんで、座布団持って行った覚えがありますね。（上の子）ぎゃあぎゃあ（母が）いないと思って泣いてて、私の顔みたとたんには、私に泣きやんで、かわいかったですね。行ってあげて良かったと思いますよ。かわいそうだったからねえ、私が1ヵ月入院していた時には、本当にかわいそうだったんですよ。」 p 5 E：「長男のお産のときは、病院から退院して実家にいったんですけど、実家の子が風邪引いたんで、戻らなくもよかったんに、朝方ですよ、風邪が移ったら大変だって、子供に。3日くらいで戻っちゃったんです。それから全部やってるんです。10日だから12日くらいで退院して、だから15～16日から動いてるんですよ。2週間くらいで。」 p 8 「（第2子）実家、農家なんで、8月お産だったんで、あそこらお蚕してたんで、忙しい。それなんで3週間病院にいたんです。主人がいろって。うちにいれば、姑さん何もしてくれない、非協力的な人。何もしてくれない人ですから。みさせることはするけど、してくれる事はしないんです。してくれないんです、私にはお産でも、具合が悪くても。で、よいじゃないから、入院してろって。もっといろって。ええ、もうやだよって。あきちゃって。」 p 9 H（地）：「（お産の後はご実家に帰られて？）ううん、自分のうち。（じゃあ、だんなさんと2人で子育てを？）そう。（だんなさん、結構手伝ってくれて？）そうですね。実家の親が、たまには、きましたけども、ほとんど自分で。いやあ、安静にしてられない。もともと丈夫な体だから、もう、5日くらいで退院したのかな。もう次の日は、洗濯したりなんかやりましたから。寝たり起きたりだけでも。」 p 7 「自分のうちに帰ってきちゃって。たまに（実）母親来て。それで、沐浴はねそこの、○助産院であるでしょ。そこへ頼んだんです。（毎日？）そう、○さんが迎えにきてくれて、体重も測ってくれて、いろいろみてくれて。だから助かりました。まあ、母親に頼めばいいんでしょうけども、でも、自分の子だから自分で育てようって。○さんが迎えにきてくれて、きがえをちゃんと用意しておいて、○さんがうちへ迎えに来てくれて、それでお風呂に入れてきてくれて、体重測ったり、いろいろお口なんか調べたりしてくれたりして、いろいろメモしてくれる。だからとても助かりました。（その間休めたりとかして？）そう。（おっぱいとか、見てくれたしたんですか？）それはないです。」 p 11	⑨出産後に、母親が手伝ってくれたので、休めた。（第2子の出産後は難しい。）（3人）

発言	意味内容
E:「なんだか、しっちゃんめっちゃかで、もう、全てが痛い。(かなり、今から考えても痛いお産だったなあって?) そう。辛い。…あの、和室だったんですよ。お部屋が。(布団をしいて?) その上で、おっぱいくれるんに、ちょっと座り心地がよくない。記憶にちょっとあるんですけど。」 p 6 H (地):「(第1子) 痛かったです。だから、長男のとき大変だったんですよ。なんていうの、お産で、できるじゃないですか、傷っていうか。なんだっけ、ふくれちゃうの、おしりの。(痔は出ちゃいました? 長男のとき?) 長男の時。…だからね、話してるの。先生がどうしますか、帝王切開しますか、とかなんとかって話、耳に入ったから。」 p 5 J (地):「(お二人目もお下切ったんですか?) そうだと思います。痛い思いは若干しましたね。自然と切れちゃうんですかね。」 p 3 D:「(第1子) 切開も入れました。痛くて座れなかったですよ。」 p 2 「(第2子) 切開もしましたね。出血がひどかったの、先生が縫いましたね。退院は1週間でしたのだけれど、その後も1カ月はいかなかったけど、ずっと痛かったですよね。痛みが続いていました。」 p 2	⑩出産後、傷の痛みがり、苦痛を感じた。(4人)
E:「ああ、吸引? 痛かったと思いますよ。二度とやだと思いましたよ。お産のとき。」 p 22 J (地):「陣痛が始まったら、『まだ2センチか3センチだ』って言っているわけですよ。で、『ここで控えていて下さい』って。で、もう1人違う方がいらっちゃって。その隣で寝ていたわけですよ。私もそう言うところ強いところがあって、隣の方騒いでたわけですよ。私は、じっと。生理痛の痛みがひどい経験しているから、陣痛の始まりでしょうけど、痛みがしく~しく~としててもまだ我慢できるなあって。生理痛のちよつと入り込んだやつだね、って自分で思っているんですよ。で、一度呼んで最初運ばれた時には、普通の状態でそこに乗るわけで、で、待ってて。一度だけ婦長さんが見に来た時に、まだね、1センチ位しか広がってないっていうんで、また行っちゃうわけですよ。それでね、寝かされたまま待っててね。で、今度来る時はいつだろうな、っていう間に痛みがどんどん来たんでしょうけど。私の生理痛位になってきたんですよ。そしてね、3度目来た時にまた見たら、『やだ、頭が見え始めてる』って言うんです。『急いで分娩室だわ』って言っているんです。」 p 2	⑩出産時、吸引分娩をし、痛く嫌な思いをしたり、ひとりで待たされ孤独であった。(2人)
H (地):「(おっぱいとかは) そういうのは保健婦さんとかが、たまに回りまわってきたんですよ。○市の保健婦さん。1ヶ月くらいたって、一応その頃、お風呂はなかったから、銭湯さんのほうへ、近かったんですよ。○屋さんというお風呂やさんがね。その番台座ってるおばさんが、いろいろみてくれてたからね。昔はね助け合いでね。助かりましたよ。抱っこしてあげると、泣いてると。ほんとに、ご近所のおばさん達に助けられましたよね。何、泣いてるんだいとか。(みんなで育てるみたいな?) うん。よかったですね、私達の時代は…」 p 11	⑩近所の人や育児を手伝ってくれた。(1件)
J:「その頃は、『母乳だ』って、あまりうるさい時期じゃあ無かったので。入院している時は、絞ってあげたけど、後は、ほったらかしですよ。『たまに見に来て下さいね』って。今なんてね、時間でね、運んで、どうたらこうたらと大変だね。全然そんなの無かったから。」 p 3 E (地):「(第1子) お産が大変だったからね、長男の時にはやったんですけど、乳だけじゃ足らなくてミルク飲みましたね。(お2人目は?) 母乳で」 p 7	⑩病院では、母乳育児に力を入れず、人工栄養や混合であった。(2人)

育児中のお母様へ（質問紙）

資料 7

調査ご協力をお願い

私は、出産の経験がある皆様にお産の状況と尿もれの状況をお聞きしています。そして、お産と尿もれとの関連性を検討し、尿もれ予防と尿もれを軽くするためにはどのようなお産や対処が良いのかを調査しています。

みなさまの快適な日常生活のために、少しでもお役に立てる調査にしたいと考えております。ぜひ、調査にご協力をお願い致します。

調査票は、**お名前を書きいただく必要がありません。**みなさまのプライバシーを侵害したりご迷惑をおかけするようなことは一切ございません。

ありのままを記入もれないようにお答えください。よろしくお願い致します。

提出方法：ご記入いただいた調査用紙は、この用紙についている群馬県立医療短期大学宛の封筒に入れ、**9月15日まで**にポストに入れてください。

「尿もれ」とは

尿を出すつもりはないのに、尿がもれてしまうこと

として答えてください。

もれる量やもれる回数は、関係ありません。

また、子どもの頃のおねしょは、入りません。

記入のしかた：すべて、あなた自身のこととしてお答えください。

- ・説明のない質問に対して、最もあてはまるものを1つ選び、その番号を○で囲んでください。
- ・あてはまるものすべてに○と書いてある質問に対して、あてはまるものすべての番号を○で囲んでください。
- ・数字や自由に記入していただくところもあります。
- ・質問がとぶことがあります。その場合、説明のある質問へお進みください。また、→（矢印）がある場合は、→の方へお進みください。

群馬県立医療短期大学 看護学科・女子栄養大学大学院博士課程 2年
河内美江

問い合わせ先：群馬県立医療短期大学 河内美江

住所：〒371-0052 前橋市上沖町323-1

電話：027-235-1211（代）

内線 316または317

以下の質問にお答えください。

1) 年齢：() 才

2) 一緒にすんでいる人すべてに○をつけてください：

- | | | | | |
|-------|-----------|------------|-----------|-------|
| 1. 夫 | 2. 息子 | 3. 娘 | 4. 実父 | 5. 実母 |
| 6. 義父 | 7. 義母 | 8. 兄 | 9. 姉 | 10. 弟 |
| 11. 妹 | 12. 祖父 | 13. 祖母 | 14. 婿（むこ） | 15. 嫁 |
| 16. 孫 | 17. 1人暮らし | 18. その他（ ） | | |

3) 主な職業（仕事）に○をつけてください（育児休業中の方も現職で○）：

- | | | | |
|-----------|-----------|----------|--------------|
| 1. 専業主婦 | 2. 自営業 | 3. 農業・酪農 | 4. 会社員または公務員 |
| 5. パートタイム | 6. その他（ ） | | |

1.

1) 初めての妊娠をする前に尿もれを経験したことがありますか。

1. ない 2. ある

2) 妊娠中に尿もれを経験したことがありますか。

1. ない 2. ある

3) 出産直後から出産後2ヵ月までの間に尿もれを経験したことがありますか。

1. ない 2. ある

4) 最後の出産後2ヵ月以降から現在までの間に尿もれを経験したことがありますか。

1. ない 2. ある

上の1)～4)すべてに1.ないに○を付けた方は、次のページ3.へお進みください。

1つでも2.あるに○を付けた方は、すぐ下の2.へお進み下さい。

2.

1) どんな時に(どんなふうに)尿がもれますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. くしゃみ、咳、笑ったとき、子どもを抱き上げたり
重い物を持ち上げたときにもれる
2. 突然トイレに行きたくなり、トイレに行くが、まにあわずにもれる
3. 尿がかなり出にくく、少量ずつあふれるようにもれる
4. その他 ()

2) 誰かに相談しましたか。

1. 相談した 2. 相談しない

なぜですか。

1. 人に知られたくない
2. 年だから仕方がない
3. なおらないと思うから
4. 相談する場所がわからない
5. もれていても気にならない
6. そのうちなおると思うから
7. ナプキンがあるから大丈夫
8. その他 ()

どなたですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 夫 2. 娘 3. 嫁 4. 息子 5. (義)父 6. (義)母
7. 兄弟 8. 姉妹 9. 女性の友人 10. 男性の友人
11. 尿もれ経験者 12. 女性の医者 13. 男性の医者
14. 尿もれについての専門家 15. 看護師(婦) 16. 助産師(婦)
17. 保健師(婦) 18. その他 ()

相談した方からは、何と言われましたか。()

3. これ以降、全員の方お答えください。

1) 今までに尿もれ予防について知る機会がありましたか。

1. ある 2. ない

↓
何から（誰から）知りましたか。

1. 新聞・雑誌・テレビ・ラジオ 2. 医療関係者
3. その他（ ）

2) 尿もれ予防には、膣（ちつ）や肛門をしめる運動（骨盤底筋体操）が効果があることを知っていますか。

1. 知っている 2. 知らない

3) 妊娠、出産の時期に、膣（ちつ）や肛門をしめる体操をおしえてもらいましたか。

1. おしえてもらった 2. おしえてもらわなかった 3. わすれた

↓
その運動は、尿もれ予防になることをおしえてもらいましたか。

1. はい 2. いいえ

4.

1) 1日の生活のなかで、重い物を持ち上げたり背負ったり、お腹に力が入る動作をしていますか。（介護で人を動かす、子どもをだき上げる、土をほる、坂道をあがる、お腹に力のはいる仕事や運動をするなども含まれる）

1. かなりしている 2. たまにしている 3. ほとんどしていない

2) 現在の身長と体重を教えてください。

身長（ ）cm 体重（ ）kg

3) 以下にあげたような病気や手術の経験がありますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 子宮・卵巣の手術（帝王切開以外） 2. 直腸・膀胱の手術
3. 糖尿病 4. 膀胱炎^{ぼうこうえん} 5. 脳卒中 6. 脊髄^{せきずい}の病気
7. その他（ ）

4) いつものんでいる薬は、なんですか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. のんでない 2. 高血圧の薬 3. 尿を多く出す薬 4. 心臓の薬
5. ぜんそくの薬 6. 夜、良く眠れる薬 7. その他（ ）

5) おつうじは、毎日ありますか。

1. 毎日おつうじがある 2. 2～3日に1回程度
3. 4～7日に1回程度 4. その他（ ）

6) 現在、妊娠中ですか。

1. はい 2. いいえ

7) 出産の経験は何回ありますか。(帝王切開も入る)

() 回

8) 最後に出産してから何年たちますか。

1. 1年たたない 2. 1年～2年 3. 2年以上

9) 初めての出産は、何才のときですか。

() 才

10) 最後に出産したのは何才のときですか。

() 才

11) 初めて出産した場所は、どこですか。

1. 大学病院 2. 総合病院 3. 個人医院 4. 助産所(院)
5. 自宅 6. その他()

12) 初めての出産は、どなたが立ち会いましたか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 医師 2. 助産師(婦) 3. 看護師(婦) 4. 夫やパートナー
5. その他()

13) 横を向いた体位で産んだ(側臥位分娩)経験がありますか。

1. ない 2. ある → 何回ですか。() 回

14) よつんばいの体位で産んだ経験がありますか。

1. ない 2. ある → 何回ですか。() 回

15) 赤ちゃんが出る時に、かなりいきんだ(怒責)経験がありますか。

1. ない 2. ある → 何回ですか。() 回

16) 帝王切開の経験がありますか。

1. ない 2. ある → 何回ですか。() 回

その時、医師や助産師(婦)から納得のいく説明がありましたか。

1. ない 2. ある

17) 陣痛を強めるため(起こさせるため)に薬(誘発剤)を使用した出産の経験がありますか。

1. ない 2. ある → 経験した出産は、何回ですか。() 回

その時、医師や助産師(婦)から納得のいく説明がありましたか。

1. ない 2. ある

18) 会陰切開(おしもを切られた)をした出産の経験がありますか。

1. ない 2. ある → 経験した出産は、何回ですか。() 回

その時、医師や助産師(婦)から納得のいく説明がありましたか。

1. ない 2. ある

19) 会陰（おしも）に自然に切れた傷ができた出産の経験がありますか。

1. ない 2. ある → 経験した出産は、何回ですか。（ ）回

20) 吸引や鉗子^{かんし}での出産の経験がありますか。

1. ない 2. ある → 経験した出産は、何回ですか。（ ）回

その時、医師や助産師（婦）から納得のいく説明がありましたか。

1. ない 2. ある

21) お腹を上から押された出産の経験がありますか。

1. ない 2. ある → 経験した出産は、何回ですか。（ ）回

その時、医師や助産師（婦）から納得のいく説明がありましたか。

1. ない 2. ある

22) 出産直後から3日間ぐらいの間に、腹帯（さらし）やコルセットでお腹をしめつけた経験がありますか。

1. ない 2. ある

23) 出産直後から床上げ（出産後3週間ぐらい）までの間、ゆっくりと休めなかった経験がありますか。

1. ない 2. ある → それはどうしてですか。

（ ）

5.

あなたが今までに経験した出産の時（陣痛が来てから出産まで）のことについてお聞きします。

1) 医師の対応はあなたの心や体のことを良くわかって対応してくれましたか。

1. はい 2. いいえ 3. どちらとも言えない

2) 助産師（婦）、または看護師（婦）の対応はあなたの心や体のことを良くわかって対応してくれましたか。

1. はい 2. いいえ 3. どちらとも言えない

3) 医師と助産師（婦）または看護師（婦）の関係性をどのように感じましたか。

1. とても良い 2. 良い 3. あまり良くない 4. 悪い

なぜそのような感じたのですか？

（ ）

うらに続きます →

4) あなたが経験した出産の時に関わった医師や助産師（婦）、看護師（婦）等のことで気になることや不安になったこと、嫌な思いをしたこと、良い思いをしたこと等どんなことでも結構ですので、その時の体験を出来るだけ具体的にお書き下さい。

6.

尿もれに関する事で、お困りのことや悩み、ご意見など、どんなことでも結構ですのでありましたらご自由にお書き添えください。

以上で終わりです。ご協力ありがとうございました。

お話を聞かせてくださる方へのお願い

尿もれの有無にかかわらず、経験したお産についてのお話を聞かせてくださる方がいらっしゃいましたら、下記にご住所・お名前・お電話番号の記入をお願いいたします。のちほどご連絡させていただきます。

御住所：

お名前：

お電話番号：

〇市の概要

資料 8

自然・土地

● 位置及び広ぼう

市役所の位置			広ぼう(m)		海拔(m)			面積 (平方キロメートル)
所在地	東経	北緯	東西	南北	市庁舎	最高	最低	
町2-35	139° 22' 44"	36° 17' 19"	12,212.57	15,398.94	41.7	262.8	約25	97.96

● 地目別面積の推移

年度	総数	田	畑	宅地	池沼	山林	原野	雑種地	その他
平成10年度10.1.1.現在	97.96	24.77	15.16	26.52	0.05	5.99	0.16	5.97	19.34
平成11年度11.1.1.現在	97.96	24.33	14.65	27.07	0.05	6.00	0.16	6.21	19.49
平成12年度12.1.1.現在	97.96	23.96	14.45	27.58	0.06	5.97	0.16	6.25	19.53
平成13年度13.1.1.現在	97.96	23.66	14.34	27.74	0.06	5.95	0.16	6.30	19.74
平成14年度14.1.1.現在	97.96	23.34	14.16	27.95	0.06	5.94	0.16	6.26	20.08
平成15年度15.1.1.現在	97.96	23.04	14.00	28.45	0.06	5.91	0.16	6.02	20.30

人口

● 〇市の人口

平成15年3月31日現在

世帯数	人口(人)		
	総数	男	女
56,662(4,180)	150,357(7,266)	75,891(3,582)	74,466(3,684)

※括弧内は 〇市の人口のうち外国人の数を表したものです。

● 人口の推移

各年10月1日現在

年	世帯数	人口(人)			摘要
		総数	男	女	
昭和23年	10,038	50,282	24,405	25,877	市政施行時
昭和25年	9,739	49,556	23,919	25,637	国勢調査
昭和30年	9,912	50,019	24,015	26,004	"
昭和35年	12,891	62,600	30,066	32,534	"
昭和40年	19,486	87,898	42,614	45,284	"
昭和45年	23,808	98,257	48,705	49,552	"
昭和50年	29,085	110,723	54,817	55,906	"
昭和55年	34,723	123,115	61,484	61,631	"
昭和60年	40,273	133,670	67,814	65,856	"
平成2年	45,325	139,801	71,254	68,547	"
平成7年	49,491	143,057	72,772	70,285	"
平成12年	53,958	147,906	74,880	73,026	"
平成13年	56,662	150,494	75,926	74,568	全住民調査月報
平成14年	57,217	151,071	76,178	74,893	"

● 平成12年国勢調査結果

平成12年10月1日現在

	世帯数	人口			人口 構成比	県内 人口順位	1世帯当 たり人員	対平成7年 増加数	対平成7年 人口増加率
		総数	男	女					
	世帯	人	人	人	%		人	人	%
県計	695,092	2,024,852	999,349	1,025,503	100.0	-	2.91	21,312	1.1
〇市	53,958	147,906	74,880	73,026	7.3	3	2.74	4,849	3.4

産業

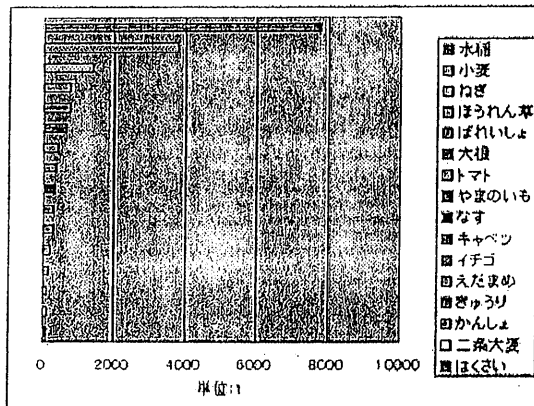
● 産業大分類別事業所数及び従業者数

産業大分類	平成3年(7/1)		平成8年(10/1)		平成11年(7/1)	
	事業所	従業者	事業所	従業者	事業所	従業者
総数	8,860	83,446	8,843	87,975	8,489	84,054
第1次産業	10	120	4	95	6	98
第2次産業	2,519	37,447	2,400	39,094	2,178	38,507
鉱業	1	8	1	9	1	9
建設業	809	5,143	843	6,227	781	4,984
製造業	1,709	32,296	1,556	32,858	1,396	33,514
第3次産業	6,331	45,879	6,439	48,786	6,305	45,440
電気・ガス・熱供給・水道業	9	405	10	446	5	296
運輸・通信業	179	3,390	215	4,211	204	3,620
卸売・小売業・飲食店	3,647	20,595	3,562	22,993	3,510	22,272
金融・保険業	150	2,257	141	1,880	134	1,533
不動産業	411	1,090	518	1,127	553	1,012
サービス業	1,897	16,959	1,954	16,569	1,899	16,176
公務(他に分類されないもの)	38	1,183	39	1,560	-	-

資料: 事業所・企業統計調査(平成11年は簡易調査につき公務は調査対象外)
G 県統計課(事務所: 企画統計調査結果)のページ

● 主な作物の収穫量(t)(平成11年)

作物名	平成11年
水稲	7,780
小麦	3,810
ねぎ	1,380
ほうれん草	758
ばれいしょ	746
大根	648
とまと	422
やまのいも	405
なす	353
キャベツ	308
イチゴ	305
えだまめ	219
きゅうり	192
かんしょ	131
二条大麦	126
はくさい	120



資料: 第47次G 県農林水産統計年報(青果物生産出荷市町村統計書)

農村地域における尿失禁の実態

－ 男女間の比較を中心に －

河 内 美 江*¹ 橋 本 紀 子*² 富 岡 千寿子*³

The Actual Condition of Urinary Incontinence in a Farm Village

－ Comparison Between Men and Women －

Yoshie KAWACHI*¹, Noriko HASHIMOTO*² and Chizuko TOMIOKA*³

女子栄養大学紀要 第 32 号 別刷

平成 13 年 12 月 1 日発行

報 文

農村地域における尿失禁の実態

－ 男女間の比較を中心に －

河 内 美 江*¹ 橋 本 紀 子*² 富 岡 千寿子*³

The Actual Condition of Urinary Incontinence in a Farm Village

－ Comparison Between Men and Women －

Yoshie KAWACHI*¹, Noriko HASHIMOTO*² and Chizuko TOMIOKA*³

The purpose of this study is to investigate the situation, knowledge and available information about urinary incontinence among men and women, from youth to middle-aged, to examine what is needed for prevention or improvement of urinary incontinence. The method of research used a self-administered questionnaire.

The questionnaire was distributed to 2,672 men and women, aged 18 to 69 years old, in the K village, Gunma prefecture, and 1,670 responses were collected (a response rate 62.5%). Resident medical check consultation rate was 79.0%.

We compared the difference in the data between men and women using the original test. The data was analysed using the T test with the Statistical Package for Social Science 10.0J.

(A probability level of $p < 0.05$ was considered significant)

The results obtained were as follows:

- ① The women had 6 times the number of urinary incontinence compared with the men, therefore urinary incontinence is a larger problem for the women.
- ② For both men and women about 15% consulted someone about urinary incontinence, and very few were treated or sought preventative treatment for urinary incontinence.
- ③ The men and women who had urinary incontinence worry about their future and also influenced their self-esteem.
- ④ The men had a poor level of knowledge and information compared with the women.
- ⑤ Both men and women hesitated to mention urinary incontinence and did not want it known by another people and also think that there is no way of avoiding it as they age.
- ⑥ The men wanted to consult with their wives or a male medical person, and women wanted to consult with a female medical person or friends.

Many people wanted to have information on preventing and treatment methods, regardless of whether they had urinary incontinence or not.

The following three points were given as tasks for the prevention and improvement of urinary incontinence.

- ① To provide accurate and relevant information to the people on the medical aspects. In particular, it is important to disseminate the information to men.
- ② To inform about: places for consultation, and promoting consultation in the early stages, and to provide consultation with privacy and confidentiality. Resident medical checks are extremely effective for getting opportunity of consulting incontinence.
- ③ Experts, such as counselors are needed for both men and women.

*¹ 群馬県立医療短期大学: Gunma Prefectural College of Health Sciences.

*² 教育学研究室, 女子栄養大学: Laboratory of Education, Kagawa Nutrition University.

*³ 北橘村保健センター: Health Center in Kitatachibana Village.

1. 緒 言

現在、尿失禁に対する関心が当事者や専門家だけでなく、一般の人たちの間でも高まり始めている。イギリスやスウェーデン、オーストラリア、アメリカ等の国々では、1980年代頃より尿失禁に関する研究や対応が積極的に始まってきており、コンチネンスアドバイザーや排泄専門看護婦とよばれる失禁専門の看護婦が生まれている^{1,2)}。日本においては、1990年頃より関心が高まり始めた。例えば、民間の団体である「日本コンチネンス協会」(1993)の設立³⁾や日本看護協会による認定看護師制度(1996)の中に「創傷・オストミー・失禁看護」が位置づけられたことがあげられる。また、1990年以降、泌尿器科や産婦人科を中心に尿失禁外来や排尿障害外来が開設されはじめ、急激に増加している。尿失禁に対する関心が高まり始めた理由には、以下の点が考えられる。

- 1) 高齢社会を迎え、QOLについての関心が高まってきており、できるだけ快適な生活を望む人たちが増えてきた。
- 2) 女性の社会進出により、女性に起こりやすい尿失禁(妊娠・出産や解剖学的な理由から)が問題視され始め、女性側からの訴えが増えてきた。
- 3) 医療者側からも尿失禁を問題視するようになり、尿失禁のある者に対して医学的なアプローチをするようになってきた。

こうした状況を背景に、尿失禁への関心が高まりつつあるが、いまだ尿失禁に対しての知識の普及や支援は少なく、どこで情報を得たり相談すれば良いかわからないのが現状であると思われる。これは換言すれば、誰にも相談できずにその当事者のみが不安や心配を抱えているとか、あきらめているという状況となって表れる。このように、当事者の尿失禁による心理的・社会的影響は大きいと考えられる。その反面、尿失禁のない人達にとっては、そのように生活している人達が近くに存在することすら意識されていることが少ないのが現状であると思われる。インフォームド・コンセントやリプロダクティブ・ヘルス・ライツの考え方が日本にも浸透してきた現在、自分の身体についての十分な知識と情報を得、自己決定し、必要な援助を受けられるようにしていくことは、重要である。

日本における尿失禁に関する研究は、1985年頃から少しずつみられるようになり、1995年以降数多くされるようになった。これらの先行研究からは、中高年女性を対象とした尿失禁の経験率や受診率、相談状況、尿失禁があることによる影響等が明らかにされている⁴⁾。しかし、男性を含めた地域住民の尿失禁に関する知識やとらえ方を調査したものはほとんどない。

そこで、本研究では、以下の点を分析視角とした。

- 1) 尿失禁経験者の心理・社会・文化的側面の影響を重視し、尿失禁についてのとらえ方や受け止め方を分析する。

- 2) 対象者のもつ知識や情報の量と質について分析する。
- 3) ジェンダーの視点から分析する。

調査目的

- 1) 青年期から中高年期の男女の尿失禁の状況、知識・情報、とらえ方・受け止め方等を把握する。
- 2) 尿失禁予防および改善に向けての方策を検討する。

言葉の定義

ここで使用する尿失禁の定義は、「無意識あるいは不随意に尿が漏れる状態」つまり、「尿を出すつもりはないのに、尿が漏れてしまうこと」(漏れる量や回数は関係ない)とした。尚、尿が漏れる状態は、「尿が漏れる」と本人が知覚しているものを指す。

2. 調査方法

1) 調査対象

群馬県K村における2000年度(平成12年度)の住民検診を受診する青年期から中高年期の男女(18歳~69歳)。

対象地域の特徴:

K村は群馬県のほぼ中央部に位置する総面積18.98km²、総人口10,286人(1999年)の村である。人口の構成をみると、40歳代が最も多く、20歳代から30歳代前半の人口が少なくなっているのがこの村の特徴である。農業人口が高く、4,389人(1990年)と人口のほぼ5割を占めており、兼業農家は、そのうちの約86%となっている。専業農家も127戸存在している(1990年)。村内の医療施設は、病院や診療所が5軒あるのみであり、それらは、小児医療センター、循環器センター、内科の診療所、精神科の診療所、歯科の診療所である。そのため、尿失禁に十分に対応できる病院や診療所は少ないように思われる。村民は、村内で対応できない病気や状況になると、隣接する市の病院や診療所を利用している。

尿失禁は一般的に加齢に伴って増加すると言われていたが、近い将来、現在最も多い40歳代が高齢化していくとき、加齢に起因した尿失禁の問題は急増すると思われる。また、農業を中心とした職業の環境上、尿失禁の問題が表面化してこないことも考えられる。近い将来急増する尿失禁についての予防対策や、改善策を的確に進めるには、まず現在の尿失禁の実態及び認識を明らかにする必要がある。

今回は、人口の約20%(1/5)が集まる住民検診を受ける村民を対象にして、質問紙調査を実施した。

2) 調査方法

表1の枠組みのとおり自記式質問紙(資料)を用い、調査した。

自記式質問紙作成に向けて「コンチネンスアドバイザー」1名と「尿失禁経験者」3名に面接法による聞き書き調査を行った。その結果、尿失禁経験者は多数存在していると考えられるが、まだ十分な支援がなされていないことが予測できた。この予備調査と先行研究をふまえ、調査枠組み(表1)と質問紙(資料)を作成した。

平成12年度の住民検診前に村の保健センターを通し、

表1 「尿失禁に関する実態と認識」についての調査枠組み

大項目	中項目	小項目	質問番号
尿失禁に関する 実態と認識	尿失禁の有無と程度 (尿失禁がある者)	年齢	1)
		家族	2)3)
		最終学歴	4)
		職業、主に扱っている農作物・酪農の種類	3-1)
	対応策と影響 (尿失禁がある者)	尿失禁の有無	1-1)2)
		尿失禁の種類	1-3)
		尿失禁の程度(頻度・量・持続期間)	1-4)5)6)
		現在の尿失禁の発症年齢	1-6)
	尿失禁がなくなった理由 (尿失禁が過去にあった者)	相談の有無	1-7)
		相談しない理由	1-7)
		相談相手	1-7)
		相談時の相手の反応	1-7)
	予防策	対処方法	1-8)
		影響(身体的・精神的・社会的・経済的)	1-9)
	排泄の世話の経験 知識・情報	なくなった理由	1-2)
		予防策(対応策)の有無と内容(尿失禁がない者)	1-1)
	とらえ方・受け止め方	尿失禁予防の必要性	2-6)
		排泄の世話の経験の有無	2-8)
	希望	尿失禁予防を知る機会の有無と情報源	2-5)
		尿失禁経験者の存在	2-7)
	相談を受けた経験(男性のみ)	治る(軽減する)か	2-9)
		相談場所、受診場所についてとその場所	2-10)
		骨盤底筋体操の効果	2-11)
		妊娠、出産の影響	2-12)
		前立腺肥大の影響	2-13)
		尿失禁の話題の抵抗	2-2)
		人に知られたくないか	2-3)
		年をとると仕方がないことか	2-4)
		希望の相談者	2-1)
		気軽な相談場所の希望	2-14)
		相談を受けた経験の有無	2-15)
		相談時の対応	2-15)

質問紙と封筒を配布して頂き、留め置き記入をお願いした。住民検診時、封書にて回収を行った。

3) 調査期間

2000年5月～6月

4) 回収率

2,672部配布。1,670部回収。回収率62.5%。住民検診受診率79.0%。

有効回答1,546部。有効回答率57.9%。今回の調査において、現在妊娠中であると答えた2人および出産後1年以内であると答えた16人は、過去1年間の尿失禁が妊娠中または、出産直後のものである可能性が高いため、データから抜いた。

5) 統計処理

統計処理は、SPSS10.0Jを用い、男女間の比較を独立

性の検定、および t 検定を行い検討した($p<0.05$ を有意とした)。

3. 調査結果および考察

1) 対象者の背景

対象者は、男性480人、女性1,066人、合計1,546人である。

図1のように、男女の年齢層は、18～29歳が最も少なく、次いで、30～39歳の年齢層が少なくなっている。男性は、60～69歳の年齢層が最も多く、35.2%占めている。女性は、40～49歳、50～59歳、60～69歳の層が約25%と同じ割合である。男女の平均年齢は、男性52.0±12.3、女性49.6±11.8であり、有意差がみられた($t=3.780$, $p<0.01$)。

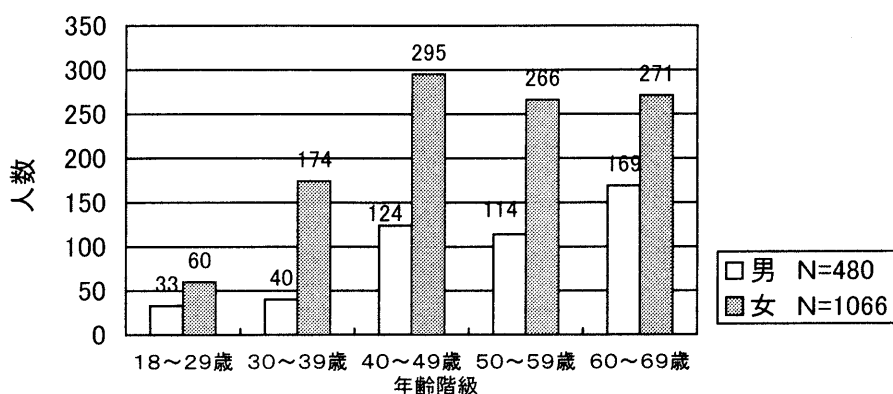


図1 年齢階層 (男女別)

対象者の同居状況は、独居が36人（2.3%）、配偶者とふたりが227人（14.7%）、2世代677人（43.8%）、3世代557人（36.0%）、4世代43人（2.8%）、その他の世代6

人（0.4%）である。

『国民衛生の動向（1999）』⁵⁾では、平成10年度統計によると、単独世帯23.9%、夫婦のみの世帯19.7%、夫婦と未婚の子のみの世帯38.7%、三世代（世帯）11.5%、その他6.0%となっている。今回の対象集団は、全国平均からみると、独居が少なく、多世代の割合が多い特徴がある。

職業については、男性では、自営業、農業・酪農、会社・公務員が多く、女性では、専業主婦、次いでパートタイムの順に多い（表2-a）。主に扱っている農作物・酪農の種類は、野菜が最も多く、次いで米である。野菜は、トマト・きゅうり等のハウス栽培が主であり、ハウス内での中腰作業や出荷物の運搬等の腹圧のかかりやすい労働状況である（表2-b）。

2) 尿失禁の実態と認識

①尿失禁の有無と程度

過去1年間に尿失禁があった人は、男性37人（7.7%）、女性462人（43.3%）であり、有意差がみられた（ $\chi^2=190.604$, $p<0.01$ ）（図2）。

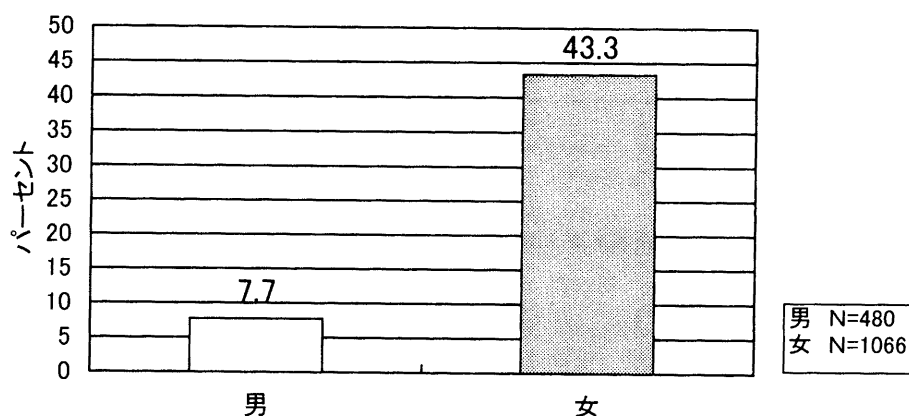


図2 尿失禁経験（過去1年間の尿失禁）（男女別）

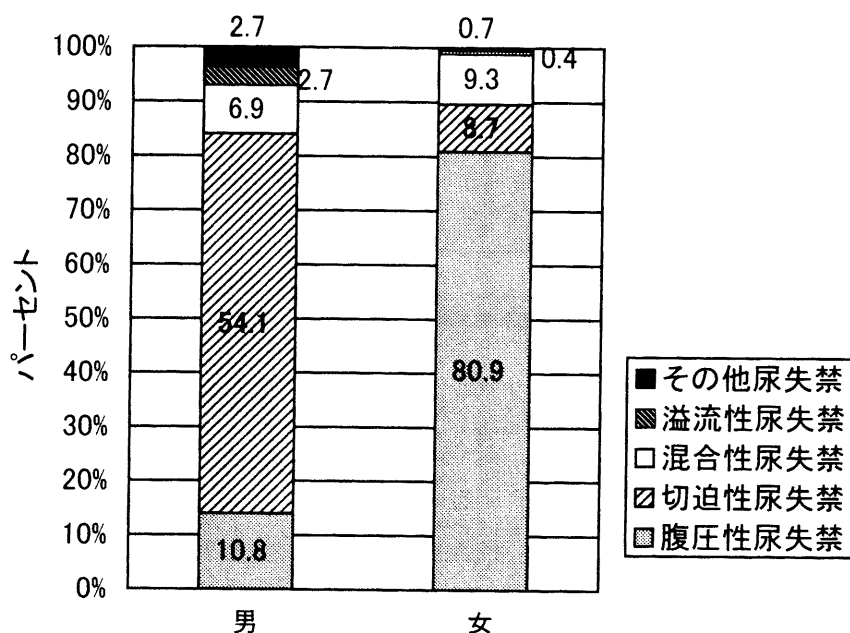


図3 尿失禁の種類（男女別） 男 N=37 女 N=461

以下は、尿失禁がある人（過去1年間に尿失禁がある人、男性37人、女性462人、合計499人）についての分析である。

統計学的な検定は、ケース数が少なく行えなかったが、男性の尿失禁の種類は、切迫性尿失禁が20人（54.1%）と多く、次いで、溢流性尿失禁11人（29.7%）である。女性は、ほとんどが腹圧性尿失禁373人（80.9%）である（図3）。

同じように統計学的検定は、行えなかったが、尿失禁の頻度は、男女共に「年に数回」が60%を占めており、「毎日」の人は、約2%である（表3）。

表3 尿失禁の頻度（男女別）

頻度	男	女	合計
年に数回	22(61.1)	279(60.7)	301(60.7)
月に数回	7(19.4)	113(24.6)	120(24.2)
週に数回	6(16.7)	53(11.5)	59(11.9)
毎日	1(2.8)	11(2.4)	12(2.4)
その他	0(0.0)	4(0.9)	4(0.8)

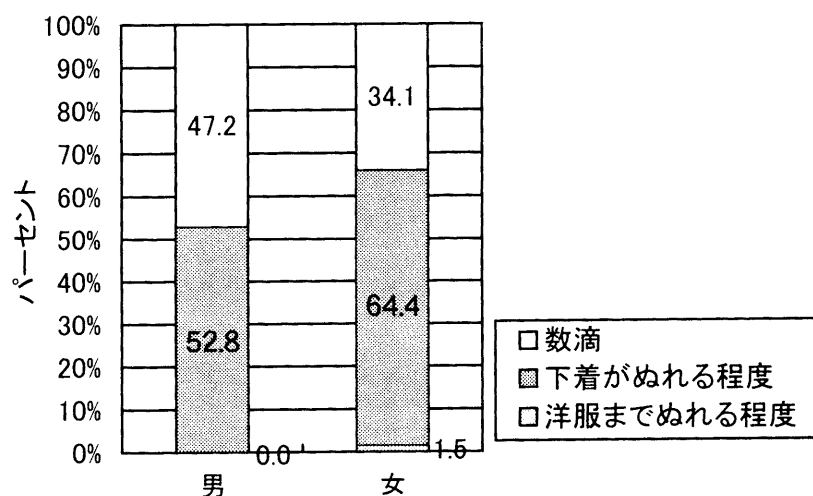


図4 尿失禁の量（男女別） 男 N=36 女 N=461

表4 相談の有無（男女別）

相談の有無	男	女	合計
相談した	5(13.5)	66(14.3)	71(14.3)
相談しない	32(86.5)	394(85.7)	426(85.7)

$\chi^2=0.00$ n.s.

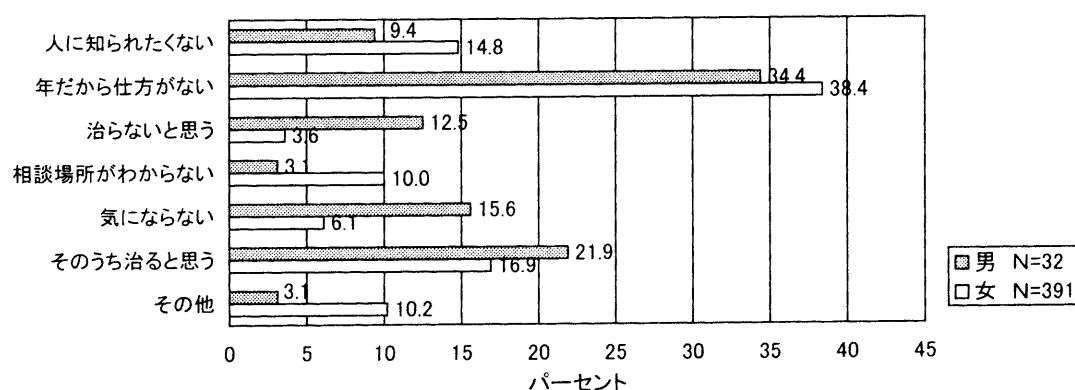


図5 相談しない理由（男女別）

尿失禁の量は、「下着が濡れる程度」の人は、男性で19人（52.8%）、女性で297人（64.4%）である。「洋服まで濡れる程度」の人は、女性のみ7人（1.5%）である。尿失禁の量は、女性の方が重症であると考えられる（図4）。

現在の尿失禁が始まった平均年齢は、男性51.77±12.26歳、女性47.00±11.58歳であり、女性の方が若い年齢から尿失禁がみられている（ $t=2.200$, $p<0.05$ ）。

以上の結果より、男性に比べ女性は6倍の尿失禁の経験割合にあることや、圧倒的に女性は腹圧性尿失禁が多く、男性は切迫性尿失禁が多いことがわかった。日本コンチネンス協会における電話相談⁶⁾によると、電話相談の男女比は、1:4である。また、40歳～74歳の住民を対象にしている上田の調査⁷⁾では、1年以内の経験率をみており、男性10.5%、女性54.5%であると述べている。先行研究とは、年齢層も異なるため、経験割合は異なるが、男性に比べ女性の経験割合の多さは、同じような結果であった。また、女性の尿失禁は、腹圧性尿失禁を主

とするものであることも同様の結果であった。尿失禁の経験や種類、量は、男女により差があり、女性に特徴的な問題であることが理解できる。

②対応策と影響

同様に、尿失禁の経験がある人（過去1年間に尿失禁がある人、男性37人、女性462人、合計499人）についての分析である。

相談状況

男女共に「相談した」人は、15%に満たず、ほとんど相談していない状況である（表4）。また、相談しない理由は、男女とも「年だから仕方がない」が35%前後と多い、また、全体では、「そのうち治ると思う」、「人に知られたくない」

「気にならない」「相談する場所がわからない」が10%前後である（図5）。

相談をした男性5人、女性66人の相談相手についてである。男性は、主に「配偶者」や「専門家」に、女性

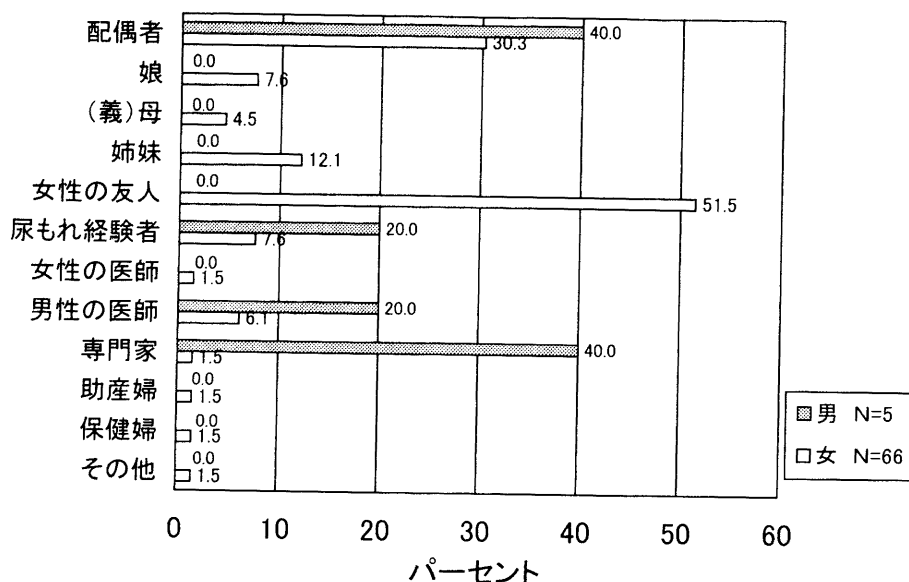


図6 実際の相談者（男女別）

表5 相談時の相手の反応
(記載のあった男性2人、女性44人：複数回答)

相談相手	相手の反応	人数
配偶者(15人)	年だから仕方がない	6
	特に何も	1
	少量なので大丈夫	1
	すぐ治るだろう	1
	締まりが悪い	1
	適切な意見はなかった	1
	病院や専門医へ行くように	3
	体操を勧める	1
女性の友人・尿もれ経験者・姉妹・娘・(義)母(36人)	私もたまにある	16
	年だから仕方がない	13
	信じられない	1
	何か良い方法はないか	1
	そういう年になりましたか	1
	病院へ行くように	1
	体操を勧める	3
	体操を教わった	2
専門家・女性の医師・男性の医師・助産婦・保健婦(6人)	膀胱炎のため	1
	前立腺肥大のため	1
	子宮筋腫のため	1
	ひどくなれば安心	1

は、「女性の友人」と「配偶者」に多く相談している。また、女性は、「姉妹」や「娘」、「(義)母」等女性同士で相談している。「専門家」や「看護婦」、「助産婦」、「保健婦」へは、ほとんど相談していない状況である(図6)。

相談時の相手の反応は、71人中、記載のあった44人(男性2人、女性42人)について表5にまとめている。配偶者に相談した15人中、「年だから仕方がない」6人、「特に何も」1人、「少量なので大丈夫」1人、「すぐ治るだろう」1人であり、「病院や専門医へ行くように」3人、「体操を勧める」1人等の結果であった。女性の友人や尿もれ経験者、姉妹、娘、(義)母へ相談した36人の相談結果は、「私もたまにある」16人、「年だから仕方がない」13人、「体操を勧める」3人、「病院へ行くように」1人等であった。専門家、女性の医師、男性の医師、助産婦、保健婦へ相談した6人の相談結果は、「体操を教わった」2人、「膀胱炎のため」1人、「前立腺肥大のため」1

人、「子宮筋腫のため」1人、「ひどくなれば安心」1人であった。

以上のように尿失禁があることを誰かに相談した人は、男女共15%前後であった。脇田⁸⁾による調査では、婦人科外来に通う尿失禁のある人たちの中で、医師の診察を受けた人は、わずか10%であると述べている。今回の調査においては、相談者に身近な家族を含んでいるが、同様に少ない結果であった。また、相談しない理由から、年だから仕方がないとあきらめている人や相談する場所がわかれば解決できる人等、尿失禁改善のための知識や情報提供の場が必要であると考えられる。

実際に相談した相手としては、「女性の友人」「配偶者」等の身近な人たちがあげられている。小林ら⁹⁾は、尿失禁のある女性の数少ない相談者としては、友人、夫、母親であると報告しており、今回の調査も同様の結果であった。また、男性は、主に「配偶者」や「専門家」へ相談しているのに対し、女性は、「女性の友人」に相談をし

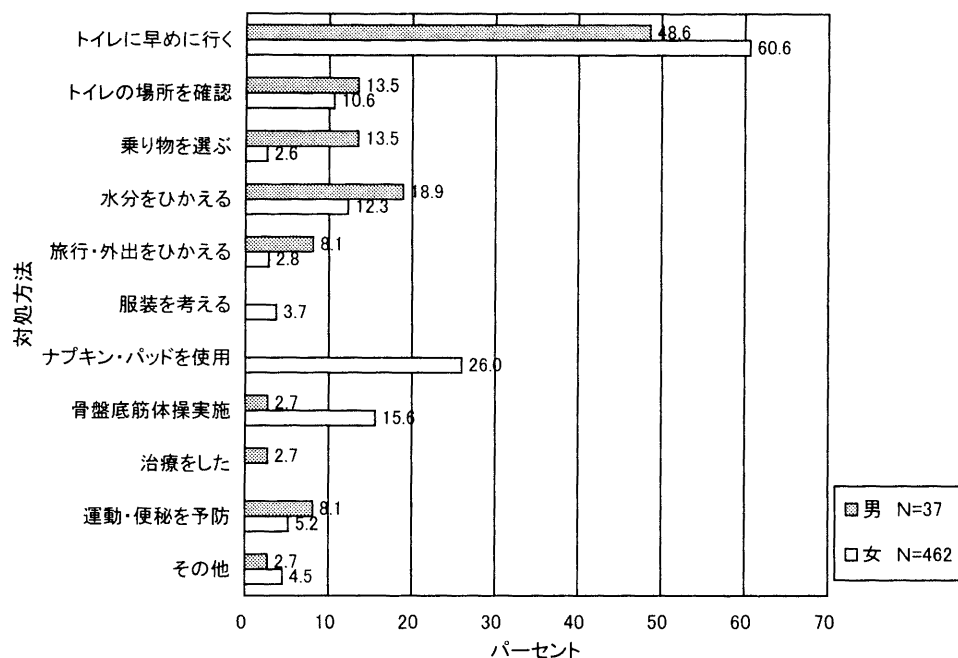


図7 尿失禁の対処方法（男女別：複数回答）

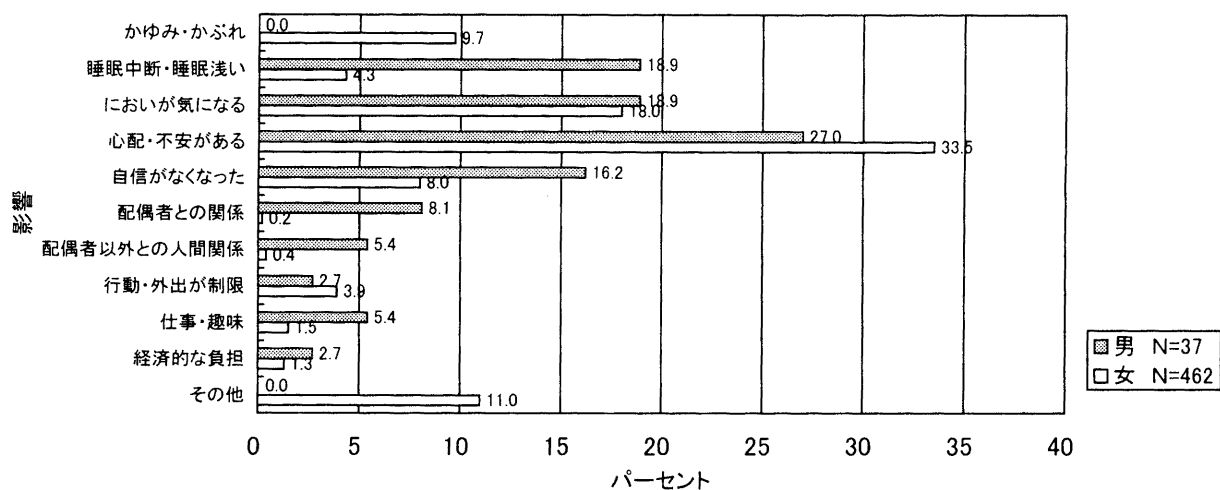


図8 尿失禁による影響（男女別：複数回答）

ている。同じような経験を持つ友人同士での情報交換がみられているようである。男女により、相談しやすい人に違いがあることも念頭におき、尿失禁改善のための情報提供をしていくことが大切であると考えられる。

また、配偶者や友人等の身近な人に相談した人たちは、解決策につながるような対応をあまり受けていない。反対に、専門家や医師、助産婦、保健婦へ相談した人たちは、原因疾患を見つけだすことや骨盤底筋体操を教える等、症状の改善につながる対応を受けている。これらのことから、尿失禁についての医学的な知識を持った医師や助産婦、保健婦、看護婦への相談が解決の糸口になることや尿失禁の原因を正確に見つけられるならば改善の可能性があるという情報を事例を含めて提供することが必要である。

対処方法としては、男女共に「トイレに早めに行く」

が最も多く、男性18人（48.6%）、女性280人（60.6%）である。女性では、「ナプキン、尿もれパッドを使用」が120人（26.0%）と次いで多い。「骨盤底筋体操をしている」は、男性1人（2.7%）、女性72人（15.6%）であった（図7）。

「骨盤底筋体操をしている」や「治療」、「運動をしたり便秘を予防している」等、尿失禁改善に向けた対処は、少ない状況であった。「トイレに早めに行く」や「ナプキン、尿もれパッドを使用」は、尿失禁の改善に結びついておらず、根本的な問題解決にはならない状況にある。

影響

影響については、男女共に、「ひどくなるかどうか心配や不安がある」が男性10人（27.0%）、女性155人（33.5%）と最も多く、「においが気になる」「自分に自信がなくなった」も上位を占めている（図8）。

表6 尿失禁がなくなった理由 (男女別) 人数 (%)

理由	男	女	合計
自然になおった	6(100.0)	82(89.1)	88(89.8)
骨盤底筋体操をした	0(0.0)	4(4.3)	4(4.1)
薬・手術等治療した	0(0.0)	2(2.2)	2(2.0)
その他	0(0.0)	4(4.3)	4(4.1)

表7 尿失禁予防の有無 (男女別) 人数 (%)

尿失禁予防の有無	男	女	合計
はい	3(0.7)	11(2.3)	14(1.5)
いいえ	424(99.3)	474(97.7)	989(98.5)

 $\chi^2 = 2.719$ n.s.

尿失禁のある人たちは、将来への心配をしており、また、「においが気になる」「自分に自信がなくなった」等からも自尊心への影響があると考えられる。小松¹⁰⁾や西村¹¹⁾も述べているように精神的、社会的な影響があることがわかる。特に、今回の対象者は、相談をした人が15%と少ない中での結果であり、また、尿失禁の頻度や量からも重症でない人も含まれている状況にも関わらず、上記のような結果になったことを考えると、予防や改善のケアの必要性が理解できる。

③尿失禁がなくなった理由

過去1年間には尿失禁がないが、今までに尿失禁の経験があった122人の中で、尿失禁がなくなった理由は、男女共に「自然になおった」がほぼ90%を占めている。女性の場合、「骨盤底筋体操をした」「薬や手術などの治療をした」が数人みられる(表6)。

④予防策

今までに尿失禁の経験がない人925人の中で、尿失禁予防をしている人は、男性3人(0.7%)、女性11人(1.3%)であり、ほんのわずかな予防状況である(表7)。予防策としては、男性は全員、女性はほとんど骨盤底筋体操であった。

尿失禁予防をしている14人は、尿失禁予防をしていない人に比べ、予防の必要性を感じており、知識・情報についての項目でも「知っている」率が高かった。そして、排泄の世話の経験も尿失禁予防をしていない人よりも多く、予防の情報源としては医療従事者からの情報が多かった。尿失禁がない状態で予防をしている人たちは、何かしら動機付けになる機会があったことが予測できる。

このように、尿失禁予防をしている人は、ほんのわずかであることがわかった。尿失禁を経験していない人たちが将来的にも予防していけるように、また、自然に尿失禁がなくなった人たちが、再び経験することがないように、実施に結びつけられるような予防面での対策が必要である。

全員を対象にした尿失禁予防の必要性についての項目では、男女により有意差がみられ($\chi^2 = 87.512$, $p < 0.01$)、女性456人(43.1%)、男性88人(18.3%)が「今までに尿失禁予防が必要だと思ったことがある」と答えていた(表8)。

表8 尿失禁予防の必要性 (男女別) 人数 (%)

今までに尿失禁予防が必要だと思ったことがある	男	女	合計
はい	88(18.3)	456(43.1)	544(35.4)
いいえ	392(81.7)	602(56.9)	994(64.6)

 $\chi^2 = 87.512$ $p < 0.01$

表9 知識・情報 (男女別) 人数 (%)

知識・情報	男	女	合計	χ^2	P
尿失禁予防を知る機会がある	53(11.0)	366(34.6)	419(27.3)	91.411	**
尿失禁経験者の存在を知っている	88(18.4)	436(41.4)	524(34.2)	75.991	**
治る(軽減する)か知っている	58(12.2)	395(37.4)	453(29.6)	99.602	**
相談場所を知っている	34(7.1)	107(10.1)	141(9.2)	3.286	
骨盤底筋体操の効果を知っている	52(11.0)	480(45.4)	532(34.7)	169.685	**
妊娠・出産の影響を知っている	76(16.2)	614(57.9)	690(45.1)	226.857	**
前立腺肥大の影響を知っている	114(24.0)	318(30.2)	432(28.3)	5.954	*

** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

表10 尿失禁予防の情報源 (男女別) 人数 (%)

情報源	男	女	合計
新聞・雑誌・テレビ・ラジオ	39(76.5)	290(79.5)	329(79.1)
医療関係者	11(21.6)	58(15.9)	69(16.6)
その他	1(2.0)	17(4.7)	18(4.3)

 $\chi^2 = 1.672$ n.s.

この結果の背景には、男女の尿失禁経験者の割合が影響していると考えられる。男性は、尿失禁の経験が少なく、身近にある問題ではないため、予防の必要性を感じたことがない。反対に女性は、尿失禁を経験する割合が多く、経験すると切実な問題であることから、予防の必要性を感じたことがあったと思われる。

⑤知識・情報

以下は、全員を対象にした分析である。

男性の53人(11.0%)が尿失禁予防を知る機会が「ある」と答えているのに対し、女性では、366人(34.6%)が「ある」と答えている($\chi^2 = 91.411$, $p < 0.01$) (表9)。また、機会が「ある」と答えた419人の中での情報源は、男女共、新聞・雑誌・テレビ・ラジオから70%以上の情報を得ており、医療関係者からは、20%前後である。その他の中では、女性の友人をあげる者が多かった(表10)。

また、女性436人(41.4%)が尿失禁経験者の存在を「知っている」と答えているのに対し、男性は88人(18.4%)であり、有意差がみられた($\chi^2 = 75.991$, $p < 0.01$)。

治る(軽減する)ことを知っているかでは、女性が395人(37.4%)「知っている」と答えており、男性では、58人(12.2%)であった($\chi^2 = 99.602$, $p < 0.01$)。

相談場所を知っているかでは、「知っている」と答えた人は、女性107人(10.1%)、男性34人(7.1%)と男女共少数であった。相談場所をあげたものは、知っている」と答えた141人中109人であった。主なものは、病院37.6%、泌尿器科18.3%、産婦人科11.9%、医師11.0%、専門病院4.6%、指定の病院(病院名があがったもの)4.6%、保健センター4.6%であった。

骨盤底筋体操が効果があることを「知っている」と答えている人は、男性52人(11.0%)、女性480人(45.4%)であった($\chi^2 = 169.685$, $p < 0.01$)。

妊娠・出産の影響を「知っている」と答えた人は、女

性614人（57.9%）、男性76人（16.2%）であり、有意差がみられた（ $\chi^2=226.857$, $p<0.01$ ）。

前立腺肥大の影響については、「知っている」と答えた人は、女性318人（30.2%）、男性114人（24.0%）であった（ $\chi^2=5.954$, $p<0.05$ ）（表9）。

男女により有意差がみられた知識・情報の質問項目は、相談場所を知っているかを除くすべての項目であった。男性では、「知っている」と答えた割合が、ほとんどの質問項目で1～2割であり、女性に比べて少なかった。この結果の背景のひとつには、尿失禁の経験自体や排泄の世話の経験が女性に比べ少なく、尿失禁予防の必要性をあまり感じていないため身近な問題として捉えられないことがあげられる（排泄の世話の経験あり：女性は、565人（53.0%）、男性は、64人（13.3%）の経験）（表11）。これは、男性の方が、尿失禁になったとき、問題が解決し難い状況に置かれる可能性を示していると考えられる。しかし、女性であっても、「知っている」と答えた割合が3～4割であり、全体的に情報不足の現状がある。特に、相談場所については、男女とも「知っている」と回答した者が1割前後となっており、情報としては少ない結果であった。身近に相談できる場所を知らせることが必要である。

⑥とらえ方・受け止め方

尿失禁についての話題の抵抗については、「とても抵抗がある」と「全く抵抗がない」と答えた人が女性に比べ男性の方が多かった。「全く抵抗がない」が女性より男性が多かった理由としては、男性は、尿失禁を経験する確率が低く、自分自身の問題として受け止めていないため、抵抗なく話題にできやすいからであると考えられる。全体では、約半数の人が「とても抵抗がある」または「どちらかという抵抗がある」と答えている（ $\chi^2=16.407$, $p<0.01$ ）（表12）。

人に知られたくないかでは、男女共に75%以上の人が「はい」に回答している。

また、年をとって、尿が漏れることを仕方がないと感じるかの問いに対し、男女共に70%以上の人が「はい」に回答した（表13）。

このように、男女共7割以上の人が、「人に知られたくない」、「年をとると仕方がない」と認識している。尿失禁の話題の抵抗については、約半数の人が「とても抵抗がある」または、「どちらかという抵抗がある」と捉えている。尿失禁の捉え方について、男性の方が女性に比べ抵抗が強いと仮説を立てていたが、男女共同じように話題にすることに抵抗があり、人に知られたくないと捉えていた。上田¹²⁾による滋賀県甲賀郡内の40～74歳の住民1,836人の質問紙調査の結果では、尿失禁の有無に関わらず約半数は相談するのは恥ずかしいと思っており、また、全体の63%が尿失禁は加齢のせいであると思っていることが示されている。今回の調査においては、7割以上の人が人に知られたくないと捉えていた。このような状況は、周りには多くの尿失禁経験者が存在して

表11 排泄の世話の経験の有無（男女別） 人数（%）

排泄の世話の経験	男	女	合計
経験ある	64(13.3)	565(53.0)	629(40.7)
経験ない	416(86.7)	501(47.0)	917(59.3)

$$\chi^2=214.174 \quad p<0.01$$

表12 尿失禁の話題の抵抗（男女別） 人数（%）

抵抗	男	女	合計
とても抵抗がある	45(9.5)	94(9.0)	139(9.1)
どちらかという抵抗がある	192(40.4)	473(45.3)	665(43.8)
どちらかという抵抗がない	116(24.4)	300(28.7)	416(27.4)
全く抵抗がない	122(25.7)	178(17.0)	300(19.7)

$$\chi^2=16.407 \quad p<0.01$$

表13 とらえ方・受け止め方（男女別） 人数（%）

とらえ方・受け止め方	男	女	合計	χ^2	P
人に知られたくない	373(78.2)	804(76.4)	1177(77.0)	0.485	
年をとると仕方ない	348(73.1)	808(76.5)	1156(75.5)	1.875	

いるにもかかわらず、正確な診断と治療、また、対応策の実施によって治るものであるということの情報が伝達されていないことも理由の1つと考えられる。

そのため、知識・情報を伝えていくためのシステムを考えることが必要である。

⑦希望の相談者

希望の相談者として率の高いものをみると、男性は、配偶者317人（66.0%）、男性の医師135人（28.1%）、専門家119人（24.8%）となっていた。女性は、女性の医師325人（30.5%）、専門家290人（27.2%）、女性の友人278人（26.1%）と多かった（図9）。

また、気軽に相談できる場所があると良いと思うかの質問に対し、女性は、946人（90.0%）が「はい」と答えており、男性386人（82.0%）に比べ有意に多かった（ $\chi^2=18.591$, $p<0.01$ ）（表14）。

表15は質問紙の最後に付けた自由記載の結果の抜粋であるが、多くの意見が書かれている。尿失禁の経験がある人はもちろんのこと、経験がない人であっても予防策や対処方法等の情報を望む意見が目立っている。

図9からわかるように、男性は妻である配偶者に相談する希望が高いが女性は夫への相談希望が男性の希望に比べてかなり低いことがわかった。男性は、配偶者である女性から情報を得る機会が多いと思われる。一方女性は、実際に相談した相手や希望する相談者に、女性の友人、女性の家族、女性の医師、専門家を選んでおり、身近な女性同士から情報を得る機会があり、それを望んでいる。女性側に積極的に情報提供していくことにより、男性側に情報が伝わっていくことが期待できる。

そして、同性の医師や専門家は、男女共に希望の相談者として多く、自由記載の内容からも尿失禁の有無に関わらず、予防的な知識や情報を望んでいる。このことから、医療者側からの働きかけが必要であると考えられる。実際、約半数の人が尿失禁について話題にすることに抵抗があると答えていることや7割以上の人が人に知られたくないと答えていることから、尿失禁経験者にとっ

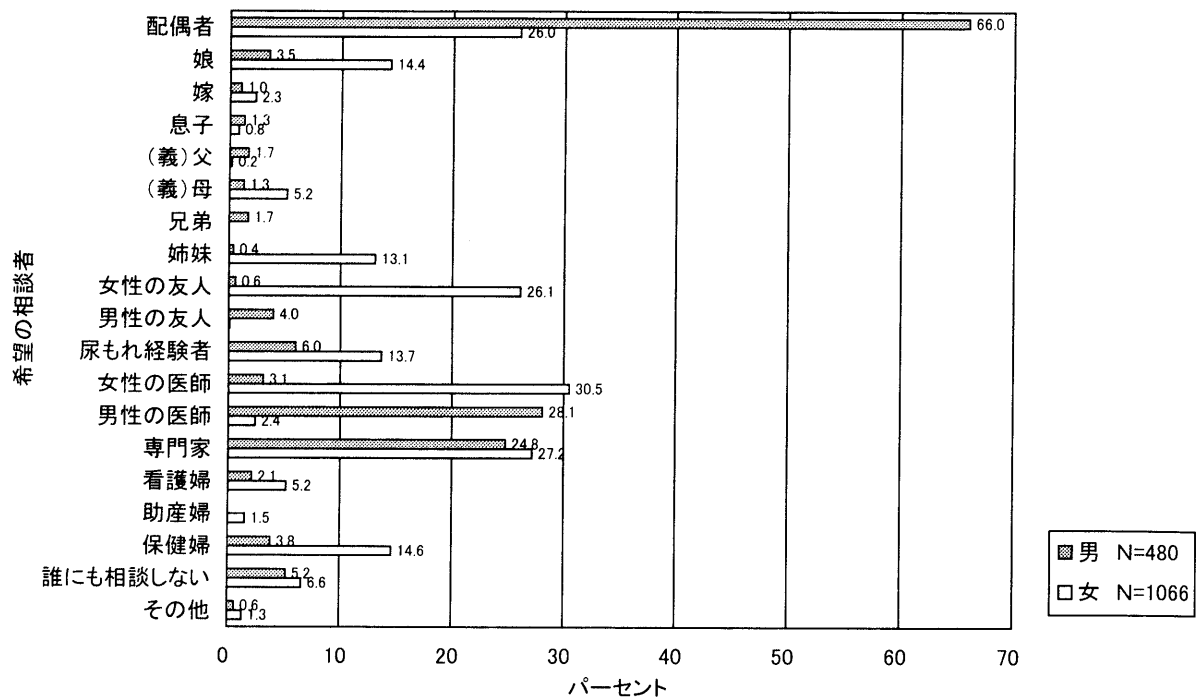


図9 希望の相談者 (男女別: 複数回答)

表14 気軽な相談場所の希望 (男女別)

気軽な相談場所の希望	男	女	合計
はい	386(82.0)	946(90.0)	1332(87.5)
いいえ	85(18.0)	105(10.0)	190(12.5)

$$\chi^2 = 18.591 \quad p < 0.01$$

て専門家に相談するのは、かなり勇気のいることであると思われる。現実には、誰かに相談した人は少なく、改善に向けた対処や予防策をしている人は、ほんのわずかであった。医療者側個人がプライバシーに配慮しながら常に働きかける姿勢が必要である。その内容としては、原因を見つけることで改善できることや予防の大切さを訴えることがあり、その具体的な方法についても教える必要がある。また、同性同士の方が相談しやすいという結果が出たことも考慮し、専門的な相談役として両性が存在することが必要であると考えられる。

⑧相談を受けた経験

実際に女性の尿失禁経験者が多いため、妻から相談を受ける可能性の高い男性たちを対象に相談状況を調査した。

配偶者有りと答えた414人の男性のうち、妻から尿失禁について相談されたことがあると答えた人は、37人(8.9%)であった(表16)。

相談されたことがある男性37人に、どのように対応をしたかを調査した結果、「年だから仕方がないので、何もしなかった」24人(64.9%)、「病院へ行くようにすすめた」9人(24.3%)、「尿もれについて聞きたくなかった」2人(5.4%)であった(表17)。

希望の相談者の結果と同様に実際に妻から相談された夫は、1割以下と少なかった。さらに妻が夫に相談したときの反応は「年だから仕方がないので、何もしなかった」が6割以上に及んでいた。このような結果の背景に

表15 自由記載 (抜粋)

女性	意見
1	3人目を出産してしばらくしてから尿もれを経験しました。運動もしたいと思いますが、つい不安になってしまいやめてしまいます。病院へ行くとすぐ手術をすすめられそうで又不安です。もっと気軽に相談できる場所があったら、どんなに気持ち的にも楽かと思います。
2	尿もれという言葉じたいとても言いづらいと思います。もし、お医者に行こうと思っても、言いづらい。私は、30才ですが尿もれは19才で出産してから時々ありますが年が若ければもっと言いづらいと思います。
3	体を動かす事が好きなのですが、体を動かす程、尿もれがするような気がして、運動をすることができません。本当に困っています。治す方法がありましたら教えてください。
4	ふとりぎみなので、足も悪く、すこしマラソンをしてみたいと思いましたが、尿もれがあるため、やめてしまいましたが出れば走ってみたいです。
男性	
5	冬の寒さの強い時に尿もれがあります。
6	村内の保健婦さん等で相談にのってくれると有難いと思う。
7	年をとって行けば多かれ少なかれ起きてくることだと思いますが、相談するのは、相手が居れば相手、かかりつけの医者、保健婦さん等になると思う。ここに行けば相談になったり、予防を教えたりしてくれる公的なところがあれば良いと思う。

表16 妻から相談を受けた経験の有無

相談を受けた経験	人数(%)
ある	37(8.9)
ない	361(87.2)
NA	16(3.9)

表17 相談時の対応

対応	人数(%)
年だから何もしない	24(64.9)
病院へ行くように	9(24.3)
聞きたくなかった	2(5.4)
その他	1(2.7)
NA	1(2.7)

は、日本の夫婦間が単に男は仕事、女は家庭というような性別役割分業以上に、配偶者である妻の多くが母親のように夫の身の回りの世話をしているという現実があり、夫は当然のように自分の健康問題も相談するが、妻の問題にはあまり真剣に対応しないという状況が反映されていると考えられる。

こうした夫婦関係を考慮して尿失禁の問題を考えると、妻から夫へ尿失禁に関する情報が伝わる可能性が高いと思われる。このことから尿失禁の経験の多い女性自身が自ら尿失禁に関する情報をキャッチしていくことが当然必要になってくる。

3) 尿失禁予防および改善に向けて

今回の対象者の特徴としては、中高年の人たちが多く、男性は農業や自営業、女性は専業主婦やパートタイムが主であった。また、住民検診の受診率も79.0%と高い状況にあり、地域住民と保健センターとの関わりが密である地域であった。中高年者が多いことから、今後尿失禁を経験したり、また、尿失禁が重症化してくる人たちが増加することが予想されるので、そのために対策を考えていく必要があるだろう。今回の調査結果より、知識や情報をこれから十分に浸透させていく必要性がでてきている。その機会として、地域住民が専門的な相談役に出会える場としての住民検診は、対策を進めるための一つとして効果的であると考えられる。この住民検診を利用して、相談場所を知らせていくとか、尿失禁に関する知識・情報を知らせるパンフレットを配布するなどその積極的な活用が今後期待される。

4. 結 論

1) 尿失禁の実態

- ①男性に比べ女性は、6倍の尿失禁の経験割合であり、尿失禁は女性に特徴的な問題である。
- ②尿失禁があることを誰かに相談した人は、男女共15%前後であり、尿失禁改善に向けた対処や予防は、わずかであった。
- ③男女共、尿失禁があることにより、将来への心配、自尊心への影響がみられる。
- ④女性に比べ男性は、知識・情報が乏しい状況にある。
- ⑤男女共、尿失禁に対して、話題にすることに抵抗があ

り、人に知られたくない、年をとると仕方がないと捉えている。

- ⑥男性は妻と男性の医療関係者、女性は女性の医療関係者と女性の友人を希望の相談者としてあげている。また、尿失禁の有無に関わらず、予防的な対策や対処方法等の情報を望む意見が多い。

2) 尿失禁予防と改善に向けての課題

- ①医療者側から、すべての人に正確で必要な情報を積極的に提供する。特に男性に対する情報提供について考慮する。
- ②気軽に相談できるように相談場所を知らせ、プライバシーが守れるような相談の機会を設ける。住民検診の場は、効果的である。
- ③相談役としての専門家は、両性が必要である。

5. 今後の課題

本研究の目的の1つである尿失禁に関する実態の把握については、男女間の特徴を明らかにすることができた。また、もう1つの目的である尿失禁予防と改善に向けての方策については、3つの課題を提示することができた。今後、調査した地域は、さらに高齢化が進むと考えられ、尿失禁経験者も増加すると思われる。従って、この村の保健医療の中核となっている保健センターが中心となり、ここであげた尿失禁予防と改善のための方策を具体化し、住民検診の場や広報を利用して住民に投げかけていくことが今後必要である。また、今回の調査では、中高年の対象者が多く、男性の主な職業は農業・酪農、自営業であり、女性は専業主婦やパートタイムが多い特徴であった。従って、いつでもトイレに行けるような時間的制約の少ない環境にあり、また、周囲にいつでも人がいるような環境でもないため、尿失禁の問題が表面化しづらいと思われる。そこで、農村地域と対称的な都市を対象とした集団の場合には、尿失禁に対する知識・情報、とらえ方・受け止め方、影響に違いが見られるのではないだろうか。この点をふまえ、同じ年齢層の異なる集団を対象とした調査を行い、それを今回の結果と比較していくことを今後の課題としたい。

謝 辞

稿を終えるにあたり、本研究の調査にご協力くださいました群馬県北橘村の村民の皆様、保健センターおよび村役場の皆様、予備調査でご協力くださいました当事者の方々、日本コンチネンス協会西村かおる先生に深謝致します。また、統計学的な解析方法を詳細にご指導を賜りました群馬大学社会情報学部青木繁伸教授に厚く御礼を申し上げます。

文 献

- 1) Ray Addison: The changing role of the continence adviser, *British Journal of Nursing*, Vol.5 No.6, 361~363 (1996)

- イギリスにおいて、失禁の予防的なアプローチが強調されており、また、失禁で苦しむ人々の要求に対応するための必要性として、CA（コンチネンスアドバイザー）が現れてきた状況が述べられている。そして、よりよい援助の提供を行うために、CAの問題点と今後の課題が書かれている。その問題点と課題は、①タブー視されているコンチネンスアドバイザーという名前が今後の障壁となる可能性、②医療活動の強化、③学問的な教育と資格の確立、④専門的なCAの役割と現場の実践看護婦（副専門家）の位置づけ等である。
- 横山英二，西村かおる：『尿失禁，あきらめないで』，（株）保健同人社，（1993）
 - 西村かおる：『進め！おもらし世直し隊』，弓立社，（1995）
 - 河内美江：尿失禁に関する研究動向－1980年～1990年代を中心にして，女子栄養大学栄養学部教育学研究

- 室紀要，第3号，74～88（2000）
- 厚生省：『国民衛生の動向』，第46巻第9号，厚生統計協会，（1999）
 - 日本コンチネンス協会：『失禁電話相談マニュアル』，日本コンチネンス協会，（1996）
 - 上田朋宏：地域住民の尿失禁の意識，*Urological Nursing*，Vol.3 No.3，224～227（1998）
 - 脇田勝次：産婦人科における尿失禁，高山赤十字病院紀要，第21号，16～21（1997）
 - 小林益江，中嶋カツエ，他：小・中学校女性教諭の尿失禁の実態，母性衛生，第39巻第4号，370～374（1998）
 - 小松浩子：尿失禁のある女性患者の性に関する悩みと看護の対応，看護技術，Vol.41 No.16，42～46（1995）
 - 西村かおる：『失禁のケア』，中央法規出版，（1990）
 - 前掲 7）に同じ

男性用	調査票	資料
調査ご協力お願い 私は、地域住民のみなさまの尿もれの現状と尿もれの原因を検討し、尿もれ予防と尿もれを軽くするための方法を研究しています。みなさまの快適な日常生活のために、少しでもお役に立てる調査にしたいと考えております。ぜひ、ご協力をお願い致します。 調査票は、お名前を書いていただく必要があります。みなさまのプライバシーを侵害したりご迷惑をおかけするようなことは一切ございません。ありのままを記入もれないようにお答えください。 提出方法：ご記入いただいた調査票は、この調査票の入っていた封筒に入れ、封をして併行検診のときに持ってきてください。 「尿もれ」とは 尿を出すつもりはないのに、尿がもれてしまうこととして答えてください。 もれる量やもれる回数は、関係ありません。 また、子どもの頃のおねしょは、入りません。 記入のしかた：すべて、あなた自身のこととしてお答えください。 ・説明のない質問に対して、最もあてはまるものを1つ選び、その番号を○で囲んでください。 ・あてはまるものすべてに○と書いてある質問に対して、あてはまるものすべての番号を○で囲んでください。 ・数字や自由で記入していただくところもあります。 ・質問がとぶことがあります。その場合、説明のある質問へお進みください。 また、→（矢印）がある場合は、→の方へお進みください。		

女子栄養大学大学院

問い合わせ先： 河内美江

以下の質問にお答えください。

1) 年齢：() 才
2) 配偶者（連れ合い）の有無： 1. あり 2. なし
3) 一緒にすんでいる人すべてに○をつけてください： 1. 1人暮らし 2. 妻 3. 息子 4. 娘 5. 婿 6. 嫁 7. 孫 8. 実父 9. 実母 10. 義父 11. 義母 12. 兄 13. 姉 14. 弟 15. 妹 16. 祖父 17. 祖母 18. その他 ()
4) 最終学歴： 1. 大学（院） 2. 短期大学 3. 高等専門学校 4. 高等学校 5. 中学校 6. 小学校 7. その他 ()

1. 今までに尿がもれたことがありますか。 （もれる量は関係なく、1回でもあった場合は、あるとしてください。） 1. ある 2. ない 尿もれの予防をじていましたか。 1. はい 2. いいえ どんな尿もれ予防ですか 1. 肛門をしめる体操をした 2. その他 () 尿がもれたことがないと答えた方は、2.へお進みください。 2) 尿もれは、この1年（昨年5月から今まで）の間にありましたか。 1. ある 2. ない なぜなくなったのですか。 1. 自然になおった 2. 肛門をしめる体操をした 3. 薬や手術などの治療をした 4. その他 () この1年間にないと答えた方は、2.へお進みください。 以下は、この1年間にあると答えた方だけにおうかがいします。 3) どんなときに（どんなふうに）尿がもれますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。 1. くしゃみ、咳、笑ったとき、重い物を持ち上げたときにもれる 2. 突然トイレに行きたくなり、トイレに行くが、まにあわずにもれる 3. 尿がかなり出にくく、少量ずつあふれるようにもれる 4. その他 () 4) 尿のもれる回数は、どのくらいですか。 1. 年に数回 2. 月に数回 3. 週に数回 4. 毎日 5. その他 () 5) 尿のもれる量は、どの程度ですか。 1. 数滴で、下着は、ほとんどぬれない 2. 下着がぬれる程度 3. 下着だけではなく、洋服までぬれる程度 4. その他 () 6) 今の尿もれは、何才ごろからはじまりましたか。 () 才
--

7) 誰かに相談しましたか。

1. 相談した 2. 相談しない

なぜですか。

1. 人に知られたくない
2. 年だから仕方がない
3. なおらないと思うから
4. 相談する場所がわからない
5. もれていても気にならない
6. そのうちなおると思うから
7. その他 ()

どなたですか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 妻 2. 娘 3. 嫁 4. 息子 5. (義)父 6. (義)母
7. 兄弟 8. 姉妹 9. 女性の友人 10. 男性の友人
11. 尿もれ経験者 12. 女性の医者 13. 男性の医者
14. 尿もれについての専門家 15. 看護婦 16. 助産婦
17. 保健婦 18. その他 ()

相談して何と言われましたか。()

8) 尿もれがあることで、どんな対処をしていますか。あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. トイレに早めに行く
2. トイレのある場所を確認する
3. トイレのある乗り物(交通手段)を選ぶ
4. 水分をひかえる
5. 旅行や外出をひかえる
6. 服装を考える
7. ナプキン、尿もれパッド、オムツを使用
8. 肛門をしめる運動(骨盤底筋体操)をしている
9. 尿もれの治療をしている(薬や手術)
10. 運動をしたり、便秘を予防している
11. その他 ()

9) 尿もれがあることにより、どのような影響がありますか

あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. かゆみ、かぶれがある
2. 睡眠が中断されたり、睡眠が浅くなる
3. においが気になる
4. ひどくなるかどうか心配や不安がある
5. 自分に自信がなくなった
6. 妻との関係に影響した
7. 妻以外の人との人間関係に影響した
8. 行動や外出が制限された
9. 仕事、趣味に影響した
10. 経済的な負担が増えた
11. その他 ()

- 3 -

2. 全員の方、お答えください

尿もれのない人も、もし尿もれになったとしたらどうするかと考えてお答えください。

1) 尿もれについて相談にのって欲しい人は誰ですか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 妻 2. 娘 3. 嫁 4. 息子 5. (義)父 6. (義)母
7. 兄弟 8. 姉妹 9. 女性の友人 10. 男性の友人
11. 尿もれ経験者 12. 女性の医者 13. 男性の医者
14. 尿もれについての専門家 15. 看護婦 16. 助産婦
17. 保健婦 18. 誰にも相談しない 19. その他 ()

2) 尿もれについて、話題にすることに抵抗がありますか。

1. とても抵抗がある
2. どちらかというど抵抗がある
3. どちらかというど抵抗がない
4. 全く抵抗がない

3) 尿もれがあることを、人に知られたくないと感じますか。

1. はい
2. いいえ

4) 年をとって、尿がもれることを、仕方がないと感じますか。

1. はい
2. いいえ

5) 今までに尿もれ予防について知る機会がありましたか。

1. ある
2. ない

何から(誰から)知りましたが、

1. 新聞・雑誌・テレビ・ラジオ
2. 医療関係者
3. その他 ()

6) 今までに尿もれ予防が必要だと思ったことがありますか。

1. ある
2. ない

7) 自分以外の周りの人のなかで、尿もれのある人を実際を知っていますか。

1. 知っている
2. 知らない

8) おとなの人の下の世話(排泄の世話)をした経験がありますか。

1. ある
2. ない

9) 尿もれは、なおるもの(または、軽くなるもの)であることを知っていますか。

1. 知っている
2. 知らない

10) 尿もれについて相談する場所や受診する場所があることを知っていますか。

1. 知っている
2. 知らない

それはどこですか ()

11) 尿もれ予防には、肛門をしめる運動(骨盤底筋体操)が効果があることを知っていますか。

1. 知っている
2. 知らない

- 4 -

12) 女性の尿もれは、妊娠や出産が影響することを知っていますか。

1. 知っている
2. 知らない

13) 男性の尿もれは、前立腺の肥大が影響することを知っていますか。

1. 知っている
2. 知らない

14) 尿もれについて気軽に相談できる場所があると良いと思いますか。

1. はい
2. いいえ

連れ合い(妻)がいらっしゃらない方は、3.へお進みください。

以下の15)は、連れ合い(妻)がいらっしゃる方にお聞きします。

15) あなたは、連れ合い(妻)から尿もれがあるということを相談されたことがありますか。

1. ある
2. ない

相談されて、どのような対応をしましたか。

1. 年だから仕方がないので、何もなかった
2. 病院に行くようにすすめた
3. 尿もれについて聞きたくなかった
4. その他 ()

3. 全員の方、お答えください

1) 主な職業(仕事)は、何ですか。

1. 農業・酪農 2. 自営業 3. 会社員または公務員
4. パートタイム 5. 無職(専業主夫) 6. その他 ()

農業・酪農の方は、主にどのような農作物や家畜をあつかっていますか。

1. 米 2. 麦 3. いも類 4. 野菜(路地やハウス) 5. 花木
6. 養蚕 7. 牛 8. 豚 9. 鶏 10. その他 ()

2) 1日の生活のなかで、重い物を持ち上げたり背負ったり、お腹に力が入る動作をしていますか。(介護で人を動かす、子どもをだき上げる、土をほる、坂道をあがる、お腹に力はいれる仕事や運動をするなども含まれる)

1. かなりしている
2. たまにしている
3. ほとんどしていない

3) 身長と体重を教えてください。

身長 () cm 体重 () kg

4) 以下にあげたような病気や手術の経験がありますか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 前立腺の手術 2. 直腸・膀胱の手術 3. 糖尿病
4. 膀胱炎 5. 脳卒中 6. 腎臓の病気 7. 前立腺肥大
8. その他 ()

うらにつづきます

- 5 -

5) いつものんでいる薬は、なんですか。

あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. のんでない
2. 高血圧の薬
3. 尿を多く出す薬
4. 心臓の薬
5. ぜんそくの薬
6. 夜、良く眠れる薬
7. その他 ()

6) おつうじは、毎日ありますか。

1. 4～7日に1回程度
2. 2～3日に1回程度
3. 毎日おつうじがある
4. その他 ()

7) 毎日の生活で、トイレに行きたいとき、いつでも自由にトイレに行けますか。

1. 行ける
2. 行けない

4. 尿もれに関することで、お困りのことや悩み、ご意見など、どんなことでも結構です。お答えください。

以上で終わります。ご協力ありがとうございました。

お願い

*尿もれをおこさないための予防方法や環境とはどんなことかを知るために、尿もれのある方に調査をしています。尿もれのある方で、お話を聞かせてくださる方がいらっしゃいましたら、下記に住所・お名前・電話番号の記入をお願いします。のちほどご連絡いたします。

住所:

氏名:

電話番号:

- 6 -

尿失禁の実態と関連要因
—尿失禁予防と改善に向けた助産師の役割—

群馬県立医療短期大学
河内 美江 (Yoshie Kawachi)

尿失禁の実態と関連要因

—尿失禁予防と改善に向けた助産師の役割—

群馬県立医療短期大学
河内 美江 (Yoshie Kawachi)

要 約

本研究の目的は、尿失禁に関する実態を把握し、尿失禁と妊娠・出産との関連を検討することにより、尿失禁予防と改善につながる助産師の役割を明らかにすることである。調査は、群馬県K村における2000年度の住民検診を受診する青年期から中高年期の男女(18～69歳)を対象にした自記式質問紙調査である。配布数2,672部、回収率62.5%であった。統計処理は、SPSS10.0Jを用い、独立性の検定、ロジスティック回帰分析を行った。本稿では、女性のみを対象に、年齢階級別(「18～39歳群」「40～49歳群」「50～59歳群」「60～69歳群」と尿失禁の有無別(「過去1年間に尿失禁がある群」「ない群」)による比較を行い検討した。結果、尿失禁に関する実態と出産の変化および尿失禁と妊娠・出産との関連が明らかになった。これらの結果から尿失禁予防と改善に向けた助産師の役割として以下の3点があげられた。

1) 若い頃から(妊娠・産褥に対して)、プライバシーに配慮しながら、尿失禁予防と改善に向けた正確に必要な具体的情報を積極的に提供していく。特に妊娠中や出産直後に尿失禁を経験した者や陣痛促進剤を使用した者に対しては、継続的なフォローをしていく。退院後に骨盤底に負担がかからないような生活の仕方にも目を向けていく。

2) 妊娠・出産と尿失禁の関連性を十分知ったうえで、妊娠・出産が異常なく経過するように援助していく。

3) 中高年の時期の人たちに対しても、相談場所を知らせたり、常に問いかけたり積極的に働きかけていく。

このように、助産師の役割とその重要性について明らかになった。今後は、尿失禁予防と改善に向けた助産師の役割を果たしていくことが課題である。

キーワード：尿失禁、助産師、出産

I. 緒 言

現在、尿失禁についての関心が当事者や専門家だけでなく、一般の人たちの間でも高まり始めている。高まり始めた理由としては、QOLへの関心が強くなったことや当事者からの訴えが増えてきたこと、医療者側からも医学的なアプローチがされるようになってきたことがあげられる。国や年齢層、職業の有無等調査する対象者の違いがあるが、女性を対象にしているいくつかの先行研究において、尿失禁の経験割合は15～45%に及び、ほ

とんどが腹圧性尿失禁であることや、現在、日本における尿失禁の経験のある女性は200～500万人もいるとの報告がなされている^{1)～4)}。イギリスやスウェーデン、オーストラリア、アメリカ等の国々では、1980年代頃より尿失禁に関する研究や対応が積極的に始まってきており、コンチネンスアドバイザーや排泄専門看護師とよばれる失禁専門の看護師が生まれている^{5)～6)}。日本においては、1990年頃より関心が高まり始めた。例えば、民間の団体である「日本コンチネンス協会」(1993)の設

立」や日本看護協会による認定看護師制度(1996)の中に「創傷・オストミー・失禁看護」が位置づけられたことがあげられる。また、1990年以降、泌尿器科や産婦人科を中心に尿失禁外来や排尿障害外来が開設されはじめ、急激に増加している。

そして、近年、先行研究の中には、尿失禁に関連している要因として、加齢にくわえ、妊娠・出産をあげる報告が増えてきている¹⁰⁻¹²⁾。特に、尿失禁の初発年齢は、出産後の30歳代頃であるといわれており、また、中高年の時期に尿失禁の経験者が増えるとの報告がある^{8, 9, 13)}。妊娠・出産が尿失禁に影響するならば、その時期に予防的な対応をしておくことは、その後の中高年の時期を迎えるにあたって非常に重要であると考えられる。この予防的な対応を促進する上で、助産師の果たす役割が大きいものと考えられる。なぜなら、助産師は、特に妊娠・出産の時期に密接に関わっており、また、思春期や更年期など、女性の生涯の健康の保持増進にもたずさわっている立場にあるからである。しかしながら、実際に助産師の尿失禁予防の役割についての調査や研究は、数少ないのが現状である。

そこで、本研究は、尿失禁に関する実態を把握し、尿失禁と妊娠・出産との関連を検討することにより、尿失禁予防と改善につながる助産師の役割を明らかにすることを目的とした。

本研究では、子どもを産むことを指す言葉として、「出産」を使用する。先行研究では、「分娩」を使用しているものも多くみられるため、先行研究の引用については「分娩」を使用する。筆者は、「出産」を分娩経過のみにとどまらず、心理的、身体的、社会的、文化的背景を含めたものと捉え、「分娩」は、子宮の収縮作用によって、胎児とその付属物が母体内から母体外に押し出される経過と捉えている。また、今回使用する「尿失禁」の定義は、「無意識あるいは不随意に尿が漏れる状態」つまり、「尿を出すつもりはないのに、尿が漏れてしまうこと」(漏れる量や回数は関係ない)とする。なお、尿が漏れる状態とは、「尿が漏れる」と本人が知覚しているものを指す。

Ⅱ. 研究方法

1. 調査対象

群馬県K村における2000年度(平成12年度)の住民検診を受診する青年期から中高年の男女(18～69歳)。

2. 調査方法

予備調査として「コンチネンスアドバイザー」と「助産師」「尿失禁経験者」の聞き書き調査を行った。調査内容は、尿失禁に関する考え方やとらえ方等である。この予備調査と先行研究を検討し、本調査の調査枠組み(表1)と自記式質問紙を作成した。

2000年度の住民検診前に村の保健センターを通し、質問紙と封筒を配布していただき、留め置き記入をお願いした。住民検診時、封書にて回収を行った。

3. 調査期間

2000年5～6月

4. 回収率

2,672部配布。1,670部回収。回収率62.5%。住民検診受診率79.0%。有効回答1,546部。有効回答率57.9%。今回の調査において、現在妊娠中であると答えた2人および出産後1年以内であると答えた16人は、過去1年間の尿失禁が妊娠中または、出産直後のものである可能性が高いため、データから抜いた。

5. 統計処理

統計処理は、SPSS10.0Jを用い、独立性の検定、ロジスティック回帰分析を行い検討した($p < 0.05$ を有意とした)。検討は、女性のみを対象に、年齢階級別(「18～39歳群」「40～49歳群」「50～59歳群」「60～69歳群」)、尿失禁の有無別による比較を行った。尿失禁の有無は、過去1年間に尿失禁の経験があった人を「ある群」、それ以外を「ない群」とした。(なお、項目毎に無回答があったため、ロジスティック回帰分析以外は、項目毎に欠損ケースを除外して分析を行った。)

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の背景

分析対象者は、女性全員($n = 1066$)である。年齢層は、18～29歳が最も少なく、60人(5.6%)であり、次いで30歳代174人(16.3%)である。40歳代295人(27.7%)、50歳代266人(25.0%)、60歳代271人(25.4%)は、ほぼ同じ割合

表1 「尿失禁の実態と関連要因」についての調査枠組み

大項目	中項目	小項目
尿失禁に関する 実態と認識		年齢 家族 最終学歴 職業, 主に扱っている農作物・酪農の種類
	尿失禁の有無と程度 (尿失禁がある者)	尿失禁の有無 尿失禁の種類 尿失禁の程度(頻度・量・持続期間) 現在の尿失禁の発症年齢
	対応策と影響 (尿失禁がある者)	相談の有無 相談しない理由 相談相手 相談時の相手の反応 対処方法 影響(身体的・精神的・社会的・経済的)
	予防策(尿失禁がない者)	予防策(対応策)の有無と内容, 尿失禁がなくなった理由
	排泄の世話の経験	排泄の世話の経験の有無
	知識・情報	尿失禁予防を知る機会の有無と情報源 尿失禁経験者の存在 治る(軽減する)か 相談場所, 受診場所についてとその場所 骨盤底筋体操の効果 妊娠, 出産の影響 前立腺肥大の影響 妊娠, 出産の時の体操の情報と内容
	とらえ方・受け止め方	尿失禁の話題の抵抗 人に知られたくないか 年をとると仕方がないことか 尿失禁予防の必要性
	希望	希望の相談者 気軽な相談場所の希望
予測される関連要因	属性と日常生活上の条件	年齢 職業 腹圧のかかる動作の頻度 身長, 体重 既往歴の有無(婦人科疾患, 泌尿器科疾患, 糖尿病) 内服薬の有無 便秘の程度 トイレ環境 閉経の状況
	妊娠・出産についての要因 (出産の経験がある者)	出産の有無と回数 出産年齢(初めての出産と最後の出産) 初めての出産場所 初めての出産時の立ち会い者 帝王切開の有無と回数 陣痛促進剤の有無と回数 会陰切開の有無と回数 会陰裂傷の有無と回数 吸引・鉗子分娩の有無と回数 クリステル胎児圧出法の有無と回数 出産後の休息の有無と理由 妊娠中・出産直後・初めての妊娠前の尿失禁の有無

である。平均年齢は、 49.6 ± 11.8 歳である。

同居状況は、独居が27人(2.5%)、配偶者とふたりが155人(14.5%)、2世代464人(43.5%)、3世代384人(36.0%)、4世代33人(3.1%)、その他の世代3人(0.3%)である。『国民衛生の動向』¹⁵⁾では、平成10年度統計によると、単独世帯23.9%、夫婦のみの世帯19.7%、夫婦と未婚の子のみの世帯38.7%、三世代(世帯)11.5%、その他6.0%となっている。今回の対象集団は、全国平均からみると、独居が少なく、多世代の割合が多い特徴がある。配偶者の有無では、943人(88.5%)に配偶者がいる。

職業は、専業主婦442人(41.5%)、次いでパートタイム257人(24.2%)の順に多い。農業・酪農は、164人(15.4%)、自営業108人(10.2%)、会社・公務員67人(6.3%)、その他26人(2.4%)であった。主に扱っている農作物・酪農の種類は、野菜(54.1%)が最も多く、次いで米(32.5%)である。野菜は、トマト・きゅうり等のハウス栽培が主であり、ハウス内での中腰作業や出荷物の運搬等の腹圧のかかりやすい労働状況である。

2. 妊娠・出産の状況

以下は、妊娠・出産に関する分析である。最初や最後に出産した年代別に妊娠・出産がどのような状況であったかも同時に分析する。

女性1,066人中、出産経験がない人は77人(7.2%)、出産経験がある人は989人(92.8%)であ

る。対象者は、ほとんど出産経験がある人たちの集団である。出産回数は、1～6回の範囲であり、対象者全員の平均出産回数は、 2.17 ± 0.94 回である。

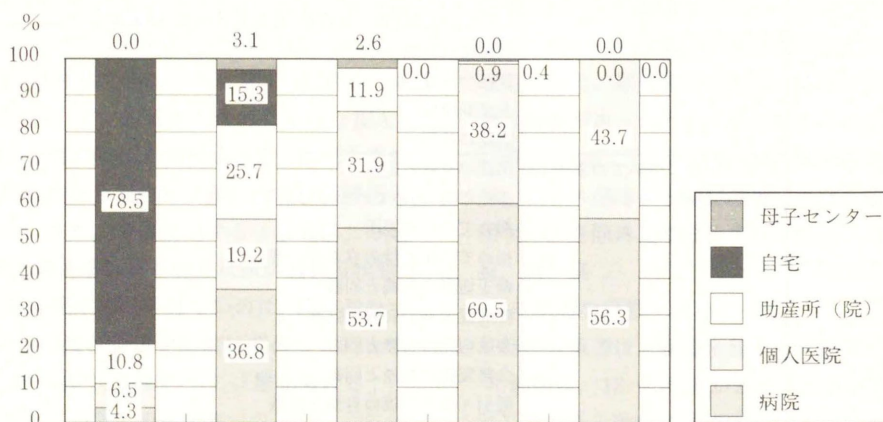
以下出産経験のある人($n = 989$)の分析である。

初めての出産場所は、病院457人(46.2%)、個人医院285(28.8%)、助産所(院)115人(11.6%)、自宅116人(11.7%)、母子センター15人(1.5%)である。対象地域であるK村には、1963年(昭和38年)～1982年(昭和57年)に母子センターが設置されており、助産師が対応し、センター内で出産を介助していた歴史がある。初めての出産場所を年代別にみたものが、図1である。

初めての出産時の立ち会い者(複数回答)は、医師714人(72.2%)、助産師629人(63.6%)、看護師455人(46.0%)、夫やパートナー72人(7.3%)、その他28人(2.8%)である。これを年代別にみたものが、図2である。

次に、産科医療の状況についてみる。

帝王切開の経験がある人は、108人(10.9%)であり、回数の範囲は、1～3回、平均 0.16 ± 0.50 回である。全出産数(2,318件)中、6.9%である。陣痛促進剤使用の経験がある人は、445人(45.0%)であり、回数の範囲は、1～4回、平均 0.63 ± 0.82 回である。全出産数中、27.0%である。会陰切開の経験がある人は、557人(56.3%)であり、回数の範囲は、1～4回、平均 0.89 ± 0.93 回である。



1952～1959年 1960～1969年 1970～1979年 1980～1989年 1990～1999年

図1 最初に出産した年代別の出産場所 $n = 978$

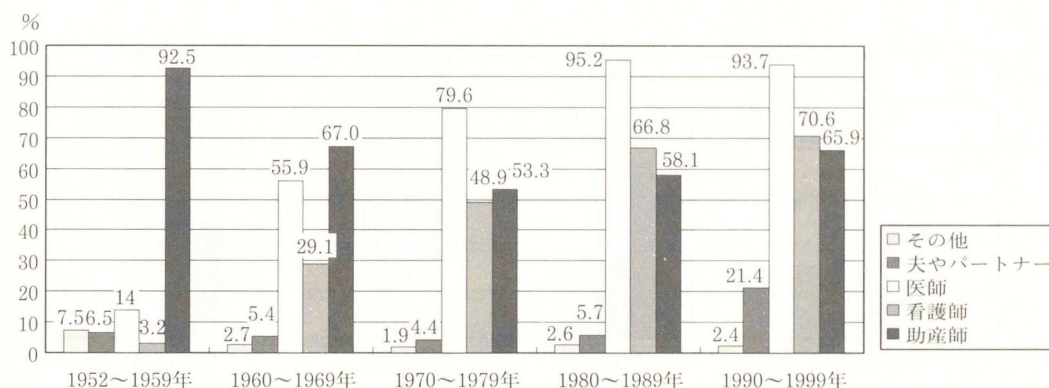


図2 初めての出産時の立ち会い者 (複数回答 n = 989)

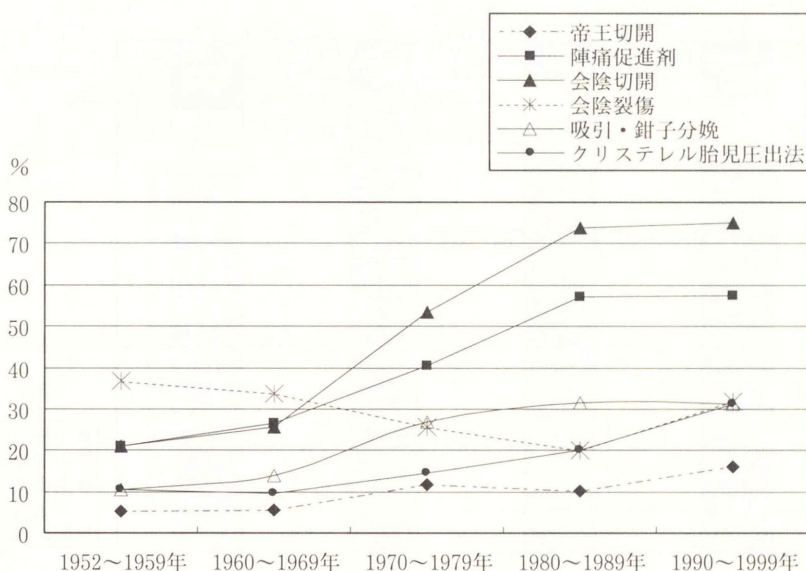


図3 最後に出産した年代別の出産状況 n = 989

全出産数中、37.8%である。会陰裂傷の経験がある人は、273人(27.6%)であり、回数の範囲は、1～4回、平均 0.34 ± 0.60 回である。全出産数中、14.4%である。吸引・鉗子分娩の経験がある人は、255人(25.8%)であり、回数の範囲は、1～3回、平均 0.29 ± 0.52 回である。全出産数中、12.3%である。クリステル胎児圧出法の経験がある人は、182人(18.4%)であり、回数の範囲は、1～3回、平均 0.21 ± 0.46 回である。全出産数中、8.8%である。

図3は、最後に出産した年代別にみた産科医療の変化の結果である。1950年代は、産科医療の経

験率は極めて低く、1960年代を契機に増加している。

3. 尿失禁の実態と認識

①尿失禁の有無と程度

図4のように年齢階級別に尿失禁の有無をみると、有意差がみられ、39歳以下の群は、30.8%であるが、40歳代以降45%以上になっている($\chi^2 = 19.413$, $p < 0.01$)。

以下は、尿失禁の経験がある女性(n = 462)についての分析である。

図5, 6は、年齢階級別にみたものである。ケース数が少なく検定を行えなかったが、尿失禁の種

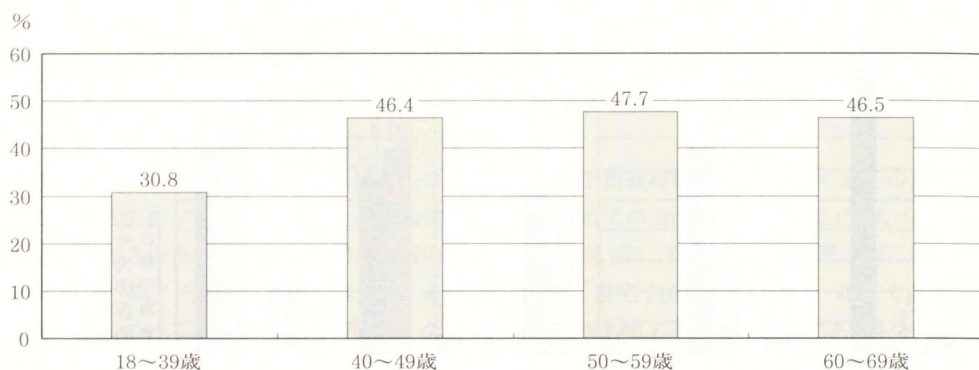


図4 尿失禁経験 n = 1066

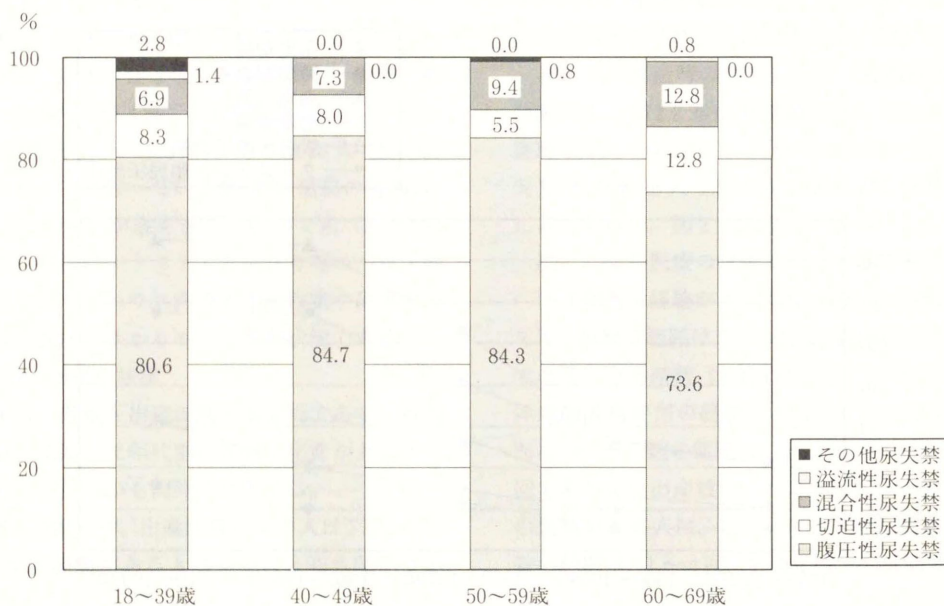


図5 年齢階級別の尿失禁の種類 n = 461

類は、60歳代になると他の年代に比べ、切迫性尿失禁と混合性尿失禁の率が増えている。頻度は、50歳代、60歳代になると「週に数回」「毎日」の率が増えている。また、量については、各年齢階級とも60%前後の人が「下着が濡れる程度」、30%前後の人が「数滴」と答えている。「洋服まで濡れる程度」は、39歳以下の群と40歳代に3人ずついる。

②対応策と影響

尿失禁があることを「相談した」人は、66人(14.3%)であり、ほとんど相談していない状況で

ある。図7のように、尿失禁があることを相談しない人たちの理由は、「年だから仕方がない」が多く、次に、「そのうち治ると思う」「人に知られたくない」「相談する場所がわからない」「気にならない」である。

相談をした66人の相談相手は、図8のように、主に「女性の友人」と「配偶者」に多く相談している。また、「姉妹」や「娘」「(義)母」等女性同士で相談している。

相談時の相手の反応について表2にまとめてある(複数回答:66人中記載のあった42人)。

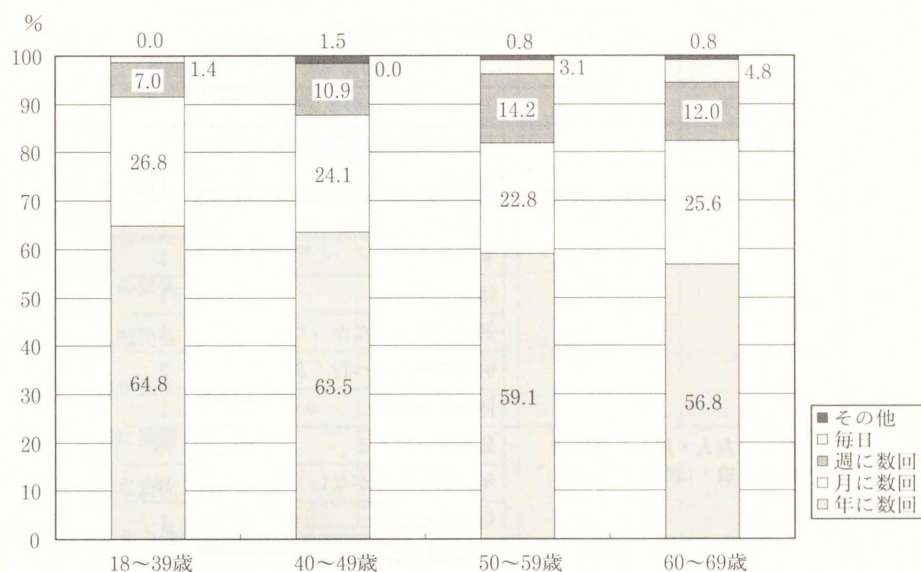


図6 年齢階級別の尿失禁の頻度 n = 460

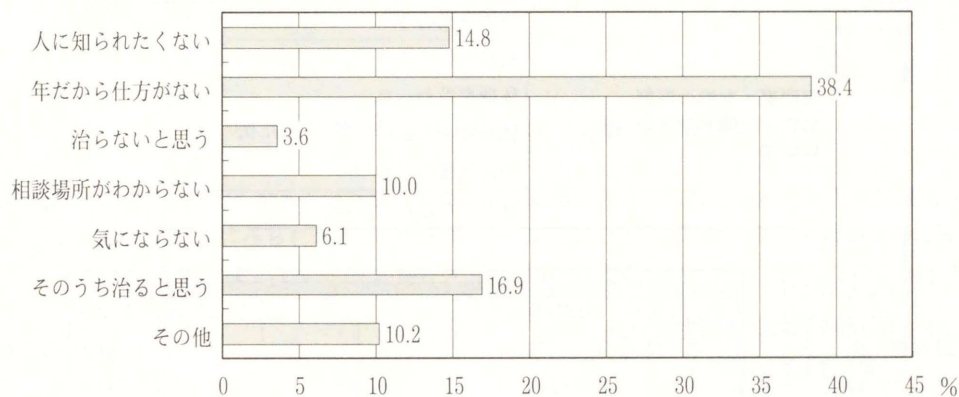


図7 相談しない理由 n = 391

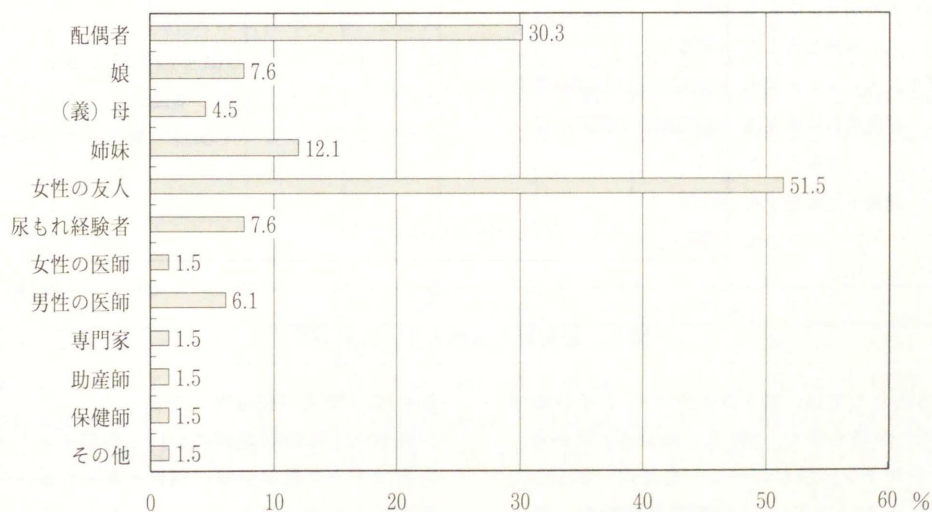


図8 実際の相談者(複数回答) n = 66

表2 相談時の相手の反応

(記載のあった42人：複数回答)

相談相手	相手の反応	人数
配偶者：14人	年だから仕方がない	6
	特に何も	1
	少量なので大丈夫	1
	すぐ治るだろう	1
	締まりが悪い	1
	適切な意見はなかった	1
	病院や専門医へ行くように	2
	体操を勧める	1
女性の友人・尿もれ経験者 姉妹・娘・(義)母：36人	私もたまにある	16
	年だから仕方がない	13
	信じられない	1
	何か良い方法はないか	1
	そういう年になりましたか	1
	体操を勧める	3
	病院へ行くように	1
専門家・女性の医師 男性の医師・助産師 保健師：5人	体操を教わった	2
	膀胱炎のため	1
	子宮筋腫のため	1
	ひどくなければ安心	1

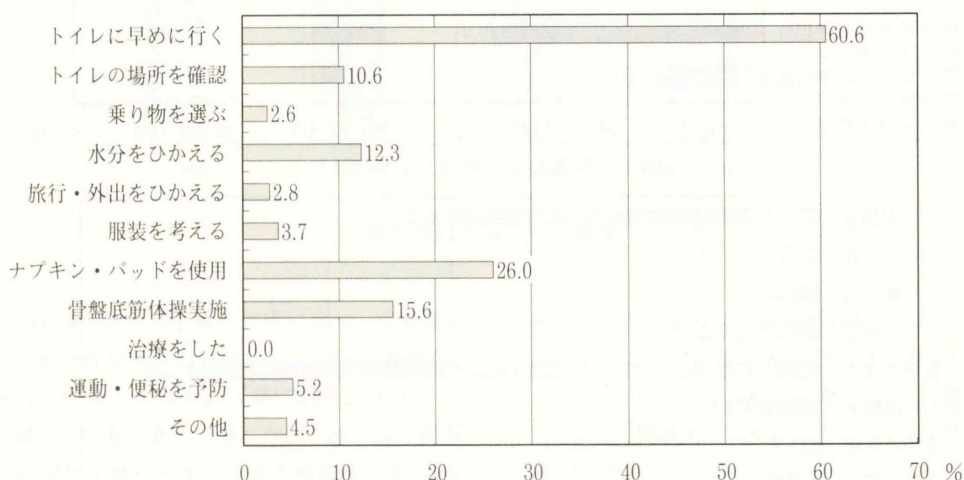


図9 尿失禁の対処方法 n = 462

対処方法としては、図9のように、「トイレに早めに行く」が最も多く、280人(60.6%)である。また、「ナブキン、尿もれパッドを使用」が120人(26.0%)と次いで多い。「骨盤底筋体操をしてい

る」は、72人(15.6%)であった。

図10は、年齢階級別における影響をみたものである。ケース数が少ない項目もあったが、年齢階級別による違いはみられなかった。しかし、どの

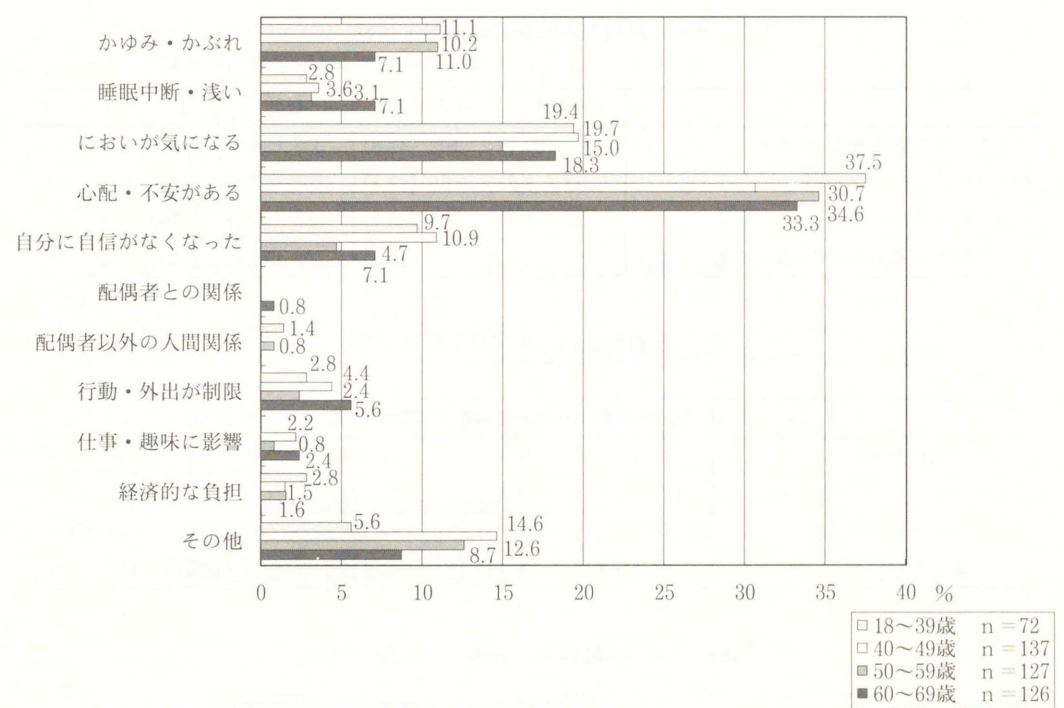


図 10 年齢階級別の尿失禁による影響（複数回答）

年齢階級においても「ひどくなるかどうか心配や不安がある」が 30 % 以上にみられた。「においが気になる」「自分に自信がなくなった」「かゆみ・かぶれ」も上位を占めている。

③知識・情報

以下は、女性全員（n = 1066）を対象とした年齢階級別、尿失禁の有無別の分析である。

表 3 のように、1,057 人の女性のうち、366 人（34.6 %）が尿失禁予防を知る機会が「ある」と答えている。また、機会が「ある」と答えた 365 人中の情報源は、新聞・雑誌・テレビ・ラジオから

が 290 人（79.5 %）であり、医療関係者からは、58 人（15.9 %）であった。年齢階級別に尿失禁予防を知る機会が「ある」か「ない」かをみると、40 歳代、50 歳代の群に「ある」と答えている人が多く、有意差がみられた。その他、骨盤底筋体操の効果についても、40 歳代、50 歳代が「知っている」と答えた人が 39 歳以下の群と 60 歳代に比べ多い結果であった。相談場所については、相談場所を「知っている」と答えた人は、107 人（10.1 %）少数であり年齢階級別による関連性はみられなかった。出産経験のある 989 人を対象に年齢階

表 3 年齢階級別の知識・情報

	人数（％）				合計	χ ²	p	n 数
	18～39 歳	40～49 歳	50～59 歳	60～69 歳				
尿失禁予防を知る機会が「ある」	70 (29.9)	113 (38.6)	101 (38.7)	82 (30.5)	366 (34.6)	8.255	*	1057
相談場所を「知っている」	17 (7.3)	26 (8.9)	33 (12.5)	31 (11.6)	107 (10.1)	4.896		1058
骨盤底筋体操の効果を「知っている」	95 (40.8)	138 (47.1)	143 (54.0)	104 (39.1)	480 (45.4)	14.453	**	1057
膣や肛門をしめる体操を「教えてもらった」	35 (19.0)	33 (11.6)	19 (7.5)	15 (5.9)	102 (10.4)	46.664	**	979

* p < 0.05 ** p < 0.01

表4 尿失禁の有無別の知識・情報

	人数 (%)					
	尿失禁ない	尿失禁ある	合計	χ^2	p	n数
尿失禁予防を知る機会が「ある」	174 (29.1)	192 (41.8)	366 (34.6)	18.041	**	1057
相談場所を「知っている」	52 (8.6)	55 (12.1)	107 (10.1)	2.979		1058
骨盤底筋体操の効果を「知っている」	235 (39.1)	245 (53.7)	480 (45.4)	21.790	**	1057
膣や肛門をしめる体操を「教えてもらった」	55 (10.1)	47 (10.8)	102 (10.4)	0.804		979

** p < 0.01

表5 年齢階級別の尿失禁の話題の抵抗

	人数 (%)				
	18～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	合計
「とても抵抗がある」	17 (7.4)	21 (7.2)	22 (8.4)	34 (13.1)	94 (9.0)
「どちらかという抵抗がある」	118 (51.3)	128 (43.7)	115 (43.7)	112 (43.2)	473 (45.3)
「どちらかという抵抗がない」	61 (26.5)	92 (31.4)	82 (31.2)	65 (25.1)	300 (28.7)
「全く抵抗がない」	34 (14.8)	52 (17.7)	44 (16.7)	48 (18.5)	178 (17.0)

 $\chi^2=13.151$

表6 年齢階級別のとらえ方・受け止め方

	人数 (%)						
	18～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	合計	χ^2	p
人に知られたくないか「はい」	186 (80.2)	223 (76.4)	197 (74.9)	198 (74.7)	804 (76.4)	2.575	
年をとると仕方がないことか「はい」	183 (79.2)	233 (79.8)	204 (77.3)	188 (69.9)	808 (76.5)	9.347	*

* p < 0.05

表7 尿失禁の有無別のとらえ方・受け止め方

	人数 (%)					
	尿失禁ない	尿失禁ある	合計	χ^2	p	n数
人に知られたくないか「はい」	476 (79.7)	328 (72.1)	804 (76.4)	7.955	**	1052
年をとると仕方がないことか「はい」	439 (73.0)	369 (81.1)	808 (76.5)	8.905	**	1056

** p < 0.01

級別にみると、膣や肛門をしめる体操を妊娠、出産のときに「教えてもらった」人は、年齢階級により有意差がみられた。39歳以下の群が他の年齢階級の群に比べ教わった人が多く、次いで40歳代であった。

尿失禁の有無別では、表4のとおり、尿失禁予防を知る機会と骨盤底筋体操の効果について有意差がみられた。

④とらえ方・受け止め方

尿失禁の話題の抵抗についてである。表5のように、全体では、約半数の人が「とても抵抗がある」または「どちらかという抵抗がある」と答

えている。年齢階級別、尿失禁の有無別では、尿失禁の話題の抵抗との関連はみられなかった。人に知られたくないかについては、表6のように、75%以上の人が「はい」に回答しており、年齢階級別による関連はみられなかった。しかし、若い群ほど高い率になっている。年をとって、尿が漏れることを仕方ないと感じるかの問いに対しては、70%以上の人が「はい」に回答した。年齢階級別で有意差がみられ、60歳代に比べ、若い人ほど年をとると仕方がないと感じている。

尿失禁の有無別では、表7のように有意差がみられた。

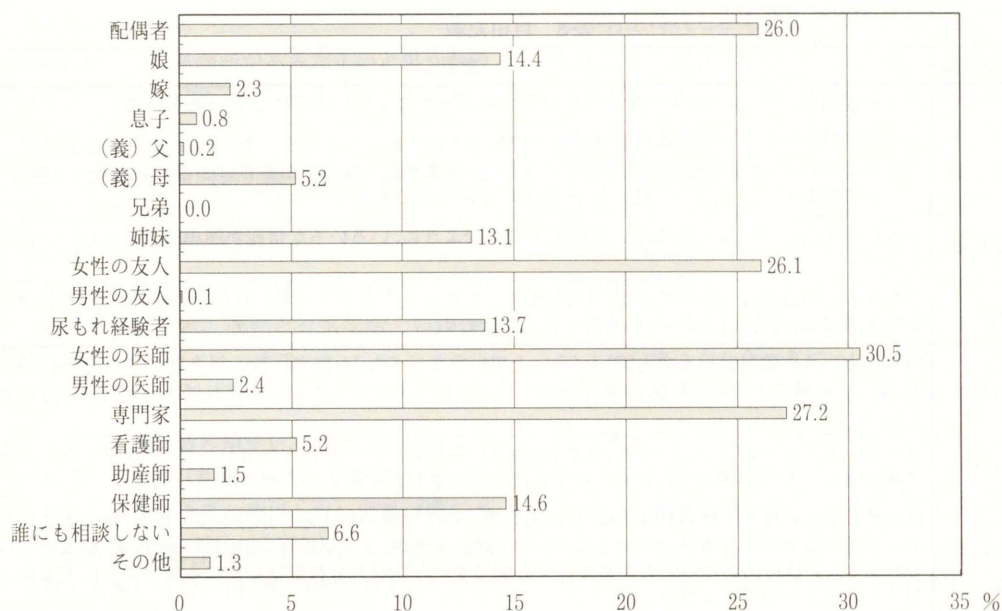


図11 希望の相談者（複数回答 n = 1066）

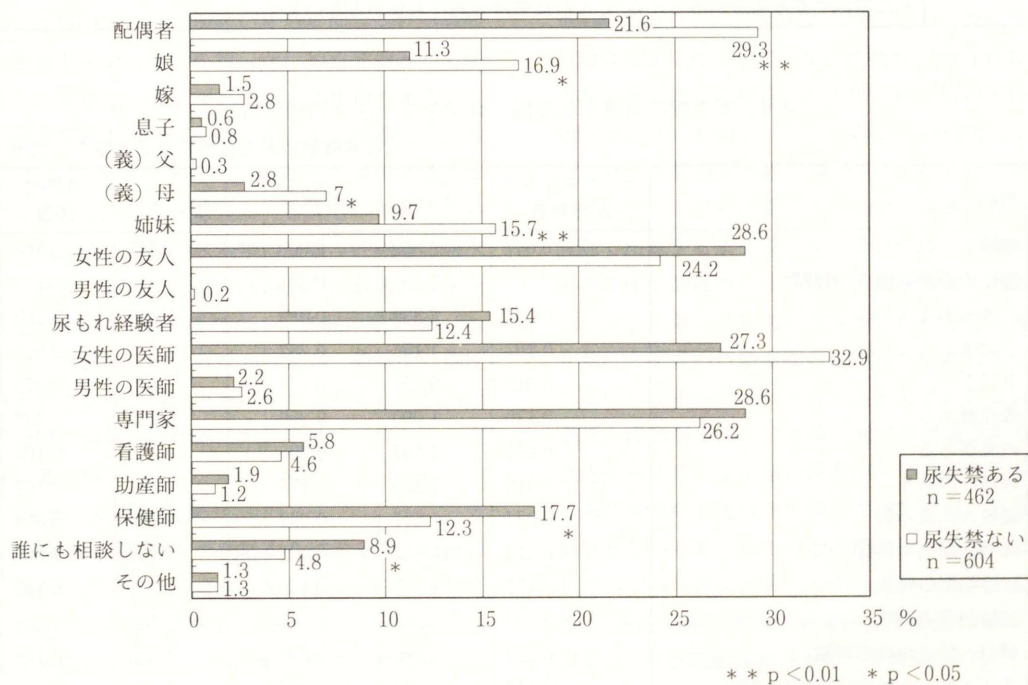


図12 尿失禁の有無別の希望の相談者（複数回答）

⑤希望

希望の相談者について率の高いものをみると、図11のように、女性の医師325人、専門家290人、女性の友人278人と多かった。尿失禁の

有無別では、図12のように、尿失禁がある群は、「だれにも相談しない」「保健師」が尿失禁がない群に比べ多い。尿失禁がない群は、「配偶者」「娘」「(義)母」「姉妹」にある群よりも多く希望してい

表8 自由記載

尿失禁有無	意見
なし	今から運動をして、尿パッドやオムツを使用するようにならないようにしたいと思います。
なし	尿もれ予防についての学習を母親学級などで教えて欲しかったと思う。また、これからでも十分間に合うのであれば、体操などを教えて欲しいと思う。寿命が長くなっても身体に不自由があるのは嫌だ。テレビで紙おむつのCMなど見るが、その前の予防学習こそ重要だと思う。
なし	尿もれをするようになった時、1人で悩まずにすむように、いろいろな情報が簡単に聞けたらいいと思います。
なし	まだ尿もれの経験はないのですが、今後年をとってなることがあるかもしれないので、今のうちに予防ができるなら、尿もれにならない方法を教えて欲しい。
あり	尿もれという言葉じたいとても言いづらいと思います。もし、お医者に行こうと思っても、言いづらい。私は、30歳ですが尿もれは19歳で出産してから時々ありますが年が若ければもっと言いづらいと思います。
あり	体を動かすことが好きなのですが、体を動かすほど、尿もれがするような気がして、運動をすることができません。本当に困っています。治す方法がありましたら教えてください。
あり	頭が半日ぐらい持ち上げられなくなり、血流が悪いのではないかと思います水分を多く取り、他の人よりトイレが近いと思っています。このところ2～3回位ですが、トイレに行くのが間に合わず、数滴ですがもれました。旅に出かけることがあるので心配です。これ以上もれがひどくならないようにするにはどうしたらよいのでしょうか。
あり	3人目を出産してしばらくしてから尿もれを経験しました。運動もしたいと思いますが、つい不安になってしまいやめてしまいます。病院へ行くとすぐ手術をすすめられそうでまた不安です。もっと気軽に相談できる場所があったら、どんなに気持ち的にも楽かと思っています。

表9 尿失禁に関連する要因（ロジスティック回帰分析）

（出産経験のある女性）有効回答：n=946

要因	ロジスティック 回帰係数	Wald	有意確率		Exp (B)	標準化 係数
年齢	0.047	26.359	0.000	**	1.048	5.104
腹圧のかかる動作の頻度		2.933	0.231			
かなりしている	0.362	2.888	0.089		1.436	0.163
たまにしている	0.201	1.156	0.282		1.223	0.098
BMI	0.025	0.791	0.374		1.025	0.075
既往歴ある	0.178	1.090	0.296		1.195	0.082
内服薬ある	0.291	1.597	0.206		1.338	0.105
経膣分娩ある	0.445	1.190	0.275		1.561	0.107
最後の出産年齢	0.027	1.447	0.229		1.028	0.099
陣痛促進剤の回数	0.372	11.132	0.001	**	1.451	0.301
会陰切開の回数	0.158	2.158	0.142		1.171	0.147
会陰裂傷の回数	0.139	1.088	0.297		1.149	0.085
吸引・鉗子分娩の回数	0.280	2.886	0.089		1.323	0.148
クリステル胎児圧出法の回数	0.190	1.044	0.307		1.209	0.089
出産後に休息できなかった経験ある	0.494	8.131	0.004	**	1.639	0.232
妊娠中の尿失禁の経験ある	1.358	58.208	0.000	**	3.889	0.638
出産直後の尿失禁の経験ある	2.243	58.766	0.000	**	9.417	0.807
定数	-6.121	35.503	0.000		0.002	

** p < 0.01

る。

気軽に相談できる場所があるとよいと思うかの質問では、946人(90.0%)が「はい」と答えている。

また、表8は、質問紙の最後に付けた自由記載の結果の抜粋である。

4. 尿失禁の関連要因の検討

表9は、出産経験のある989人を対象に、尿失禁の有無を従属変数、属性と日常生活上の条件、妊娠・出産についてを独立変数として、ロジステック回帰分析を行った結果である。

ここでは、先行研究結果において関連があるといわれている変数(年齢、BMI、既往歴、内服薬、経膈分娩)や筆者自身が見たい変数(腹圧のかかる動作の頻度、出産直後から床上げまでの間の休息の有無)また、独立性の検定および検定において有意差のみられた変数を選択し、さらに、多重共線性を考慮するため、単相関係数を参考に独立変数同士の相関が強い変数を削除しながら使用変数を決定し検討を行った。独立変数として使用した変数は、表9のとおり、15変数である。

独立変数15変数のうち、尿失禁に関連している要因は、5変数であった。最も尿失禁に関連している要因は、標準化係数が一番大きい年齢であった。次に出産直後の尿失禁の経験、妊娠中の尿失禁の経験、陣痛促進剤の回数、出産直後から床上げまでの間に休息できなかった経験の順であった。また、有意差はみられなかったが、追って、腹圧のかかる動作の頻度(かなりしている)、吸引・鉗子分娩の回数の順であった。

IV. 考 察

1. 妊娠・出産の状況

『人口動態統計』¹⁶⁾の統計調査によると、出産した場所は以下になっている。

1950年:病院・診療所4.0%,助産所0.5%,自宅・その他95.4%。1960年:病院・診療所41.6%,助産所8.5%,自宅・その他49.9%。1970年:病院・診療所85.5%,助産所10.6%,自宅・その他3.9%。1980年:病院・診療所95.7%,助産所3.8%,自宅・その他0.5%。1990年:病院・診療所98.8%,助産所1.0%,自宅・その他0.1%。

時代区分が違うため、正確な比較ができないが、

この村も時代とともに出産場所が人口動態統計と同じように変化していることがわかる。自宅での出産が主であった1950年代から、1960年代には、病院・個人医院での出産が半数以上になり、自宅での出産が激減している。1970年代には、自宅が0.0%となり、助産所(院)による出産も減少し、病院・個人医院での施設内での出産へと移行している様子がわかる。

矢島¹⁷⁾や『人口動態統計』¹⁸⁾、『助産師の戦後』¹⁸⁾による出産の立ち会い者についてみると、1950年に助産師立ち会いが85.1%,医師立ち会い10.6%であったものが、1994年には、助産師立ち会い2.1%,医師立ち会い97.9%と変化している。この場合、助産師立ち会いの率は、医師が立ち会わなかった場合をとっているため、統計量に違いがあるが、これらの結果からも、1960年代以降、助産所や自宅において助産師が関わっていた出産が病院や医院に移り、医師が加わって来ている状況がわかる。また、医師の立ち会いのもと助産師が出産の場面に存在していない状況も1960年代以降よみとれる。この理由としては、助産師の人数が1952年に約58,000人いたものが、1981年には、27,000人『看護関係統計資料集』¹⁹⁾と半分に減少していることがあげられる。また、産婦が病院や医院で出産するようになり、それに伴い助産師の勤務場所が助産所から病院や診療所勤務に変化していき、結果として医師の立ち会いのもと出産の介助にたずさわる助産師の主体性が失われていったという役割の変化が背景にあると思われる。つまり、産婦がそばに付き添う者が助産師であることを知らずにいる出産の状況があると思われる。

産科医療の実施状況に関しては、現在、公表の義務がないので、ほとんどの施設は一般には公表していない現状にある。しかし、いくつかの文献では、最近の産科医療の実施状況を発表している。例えば、聖母病院産婦人科は、分娩8,639件中、吸引分娩率8.5%,帝王切開率15.7%と報告している²⁰⁾。また、本研究の予備調査の中には、初産婦であれば会陰切開を全例行っている施設もあった。反対に助産所は、全く実施していない状況もみられている。

このように、出産する施設の方針により、産科

医療の実施状況は、様々であるが、今回の対象集団の結果は、現在の日本における出産状況と同じように高い産科医療の経験状況であると考えられる。図3のように最後に出産した年代別による結果からは、産科医療の変化がよみとれる。1950年代において産科医療の経験率は極めて低く、1960年代を契機に経験率が急増している。特に、陣痛促進剤、会陰切開、クリステル胎児圧出法については、1970年代から1980年代にかけても高率に増加している。そして、1990年代も産科医療の経験状況は、増加率は低いものの高水準を維持し続けている。それは、初めての出産場所や初めての出産時の立ち会い者の変化からもわかるように、出産の施設化（病院、医院）に伴い、産科医療の実施が増加していると考えられる。

2. 尿失禁の実態と認識

①尿失禁の有無と程度

年齢階級別の分析から尿失禁の有無をみると、39歳以下の群で30%、40歳代以上の群は、47%前後の経験割合になっていた。これは、岸本の文献でも述べられているように、40～50歳代に最も多い¹⁶⁾という結果と一致する。この結果から考えられることは、若い頃に尿失禁を経験したとしても、一旦は治ることが多いが、中高年になって再び経験するのではないかということである。岸本も、多くの症例から同じような考えを述べている。また、尿失禁の種類について石河は、女性は、特に70歳以上になると切迫性尿失禁が多くなると報告している⁸⁾。今回の結果は、60歳代の群になると切迫性尿失禁と混合性尿失禁の率が他の年齢階級の群に比べて増えており、老化による影響や疾患による影響が考えられる。そして、尿失禁の頻度は、50歳代、60歳代の群になると多くなっており、重症化してくると考えられる。このように年齢階級別の分析から考えられることは、加齢に伴い、尿失禁の原因が複雑化し、その症状も重症化してくるということである。そのため、中高年に至る以前に尿失禁予防や改善の対策が必要となってくる。さらに、尿失禁経験者が増加する中高年を対象に、積極的に情報を提供する取り組みも重要である。

②対応策と影響

尿失禁があることを誰かに相談した人は、15%前後であった。脇田による調査では、婦人科外来に通う尿失禁のある人たちの中で、医師の診察を受けた人は、わずか10%であると述べている¹⁰⁾。今回の調査においては、相談者に身近な家族を含んでいるが、同様に少ない結果であった。また、相談しない理由から、年だから仕方ないとあきらめている人や相談する場所がわかれば解決できる人等、知識や情報提供の場が必要であると考えられる。

実際に相談した相手としては、「女性の友人」「配偶者」等の身近な人たちがあげられている。小林らは、尿失禁のある女性の数少ない相談者としては、友人、夫、母親であると報告しており¹²⁾、今回の調査も同様の結果であり、同じような経験を持つ友人同士での情報交換がみられているようである。

また、身近な人に相談したとしても、解決策につながるような対応は少なく、対処方法としても、「骨盤底筋体操をしている」や「治療」「運動をしたり便秘を予防している」等、尿失禁改善に向けた対処は、少ない状況であった。しかし、専門家や医師、助産師、保健師へ相談した人たちは、尿失禁の原因となる疾患を見つけだすことや体操を覚えてもらう等、症状の改善につながる対応を受けている。

尿失禁のある人たちの影響をみみると、将来への心配をしており、また、「ににおいが気になる」「自分に自信がなくなった」等からも自尊心への影響があると考えられる。小松²¹⁾や西村²²⁾も述べているように精神的、社会的な影響があることがわかる。特に、今回の対象者は、相談をした人が15%と少ない中での結果であり、また、尿失禁の頻度や量からも重症でない人も含まれている状況にも関わらず、上記のような結果になったことを考えると、住民全体に原因をみつけることで改善できることや予防の必要性等正確な情報が提供されていくような取り組みが必要であることが理解できる。

③知識・情報

知識・情報の質問項目より、女性は、「知っている」と答えた割合が3～4割であり、全体的に情

報不足の現状がある。特に、相談場所については、「知っている」と回答した者が1割前後となっており、情報としては少ない結果であった。身近に相談できる場所を知らせることが必要である。

年齢階級別では、39歳以下の群に比べ、40歳代以上の群で「知っている」という回答が多い結果であった。また、尿失禁の有無別の比較では、尿失禁がある群に「知っている」という回答が多い結果であった。これは、尿失禁の経験が加齢とともに増加することと関連していることから、情報・知識において同様の傾向がみられたと考えられる。このように、知識や情報に関しては、尿失禁経験者が増える40歳以上の群がもっとも情報が得られている状況にあった。しかし、尿失禁予防を知る機会があったか、相談場所を知っているか、骨盤底筋体操の効果についての質問項目は、5～6割以上の女性が「ない」または「知らない」と回答しており、尿失禁の予防と改善に向けた正確な知識を広めていくことが必要である。特に、腹圧性尿失禁については、先行研究において骨盤底筋体操の効果が確認されており、早い人であると2～3週間で効果が現れ、3ヵ月で8割程の人に効果がみられると報告されている^{6, 9)}。このような骨盤底筋体操の効果やその具体的方法についての知識は、尿失禁予防と改善のためには大切な情報であると考えられる。

妊娠・出産時に膣や肛門をしめる体操を教わった割合は、2割以下であり、この時期の対策の強化が望まれる。しかし、39歳以下の群が他年齢階級の群に比べ教わった率が高く、情報提供者側の意識が変化してきていると考えられる。

④とらえ方・受け止め方

7割以上の人が、人に知られたくなく、年をとると仕方がないことと捉えている。尿失禁の話題の抵抗については、約半数の人が「とても抵抗がある」または、「どちらかという抵抗がある」と捉えている。上田は、滋賀県甲賀郡内の40～74歳の住民1,836人の質問紙調査の結果から、尿失禁の有無に関わらず約半数は相談するのは恥ずかしいと思っていることや、尿失禁は歳のせいであると思っている人は、全体で63%であると述べている²³⁾。今回の調査においても同じような結果で

あった。

特に、人に知られたくないかという項目については、若い群や尿失禁のない群が高い率で「はい」と答えている。これは、尿失禁は、年をとってから起こるものだというイメージがあり、若い人のほうが恥ずかしさが強いと考えられる。年をとると仕方がないことかという項目については、若い群や尿失禁がある群が高い率で「はい」と答えていた。脇田の調査によると、50歳以上は、20～40歳代に比べ否定的な意識を持っている人が増加する傾向にあった¹⁰⁾と述べているが、今回は、若い人であっても話題の抵抗があり、人に知られたくない、年をとると仕方がないと捉えている状況であった。そのため、若い頃から間違った知識を是正することやあきらめないための継続的な対策、そして、プライバシーが守られるようなシステムを考えることが必要である。

⑤希望

相談者の希望としては、女性の医師、女性の友人が多く、専門家への希望も高いことがわかった。同性への相談希望が高いといえる。

そして、尿失禁がある群は、ない群に比べ「だれにも相談しない」が多かった。尿失禁のある人の相談しない理由には、「年だから仕方がない」が多かったこと、また、尿失禁の頻度が少なかったり下着が濡れる程度の量であったり率が高かったことが関連しており、積極的に改善しようとしていない状況があると思われる。しかし、改善のための機会をつくることにより、解決につながっていくと考えられる。今後相談できる環境を整備していくためには、身近に存在し気軽に相談できる医療者側が積極的に働きかけることが必要である。

また、表8の多くの意見より、尿失禁の経験がある人はもちろんのこと、経験がない人であっても予防策や対処方法等の情報を望む意見が目立っている。尿失禁予防や改善策の必要性は、これらの意見からも十分に考えられる。

3. 尿失禁の関連要因の検討

今回の結果からも、先行研究で繰り返し報告されているように、年齢が尿失禁の関連要因としてあげられた。Andersらの多変量解析による結果

の中には、妊娠中の尿失禁と出産直後の尿失禁が関連要因としてあげられている²⁴⁾。また、David, Hらの多変量解析による結果の中には、オキシトシン（陣痛促進剤）が尿失禁の関連要因としてあげられていた²⁵⁾。今回の結果でも同様の要因があげられた。年齢的な要因だけでなく、妊娠中に尿失禁を経験した者や出産直後に経験した者は、将来的に尿失禁が起こりやすいことがいえる。そして、産科医療の中で特に使われる率の高い陣痛促進剤については、使用することにより将来的に尿失禁が起こる可能性を示唆している。今回の調査では、促進剤の使用経験がある者は、出産した経験のある女性989人中45.0%であり、また、年代別にみても1970年代以降急激に増えてきており、尿失禁への影響を考慮していく必要性が高い。陣痛促進剤がなぜ尿失禁を起こす可能性があるかの科学的な理由は検証されていないが、David, Hも考察しているように、人工的に子宮収縮を起こすことにより、生理的な力以上の圧力が骨盤底にかかることによる骨盤底への負担の結果として尿失禁が起こることが予測される。そして、吸引・鉗子分娩の回数は、有意差がみられなかったが、標準化係数が高く、同じように骨盤底に負担のかかる産科医療であることが予測できる。このような陣痛促進剤や吸引・鉗子分娩は、慎重に選択をしていかなければならない産科医療であるが、ある個人の産婦にとっては、どうしても必要な場合もある。そのような場合、尿失禁の予防や改善のために出産後にも継続的なフォローをしていく必要がある。

また、石河²⁶⁾や中田²⁶⁾は、統計学的な比較検討はしていないが、出産後の安静不足が尿失禁に影響すると述べている。今回の出産直後から床上げまでの間に休息ができなかった経験が関連要因としてあげられた結果から、出産後の休息の仕方を考えていく必要があることが明らかになった。出産後の入院期間も含め、退院後に骨盤底に負担がかからないような生活の仕方に目を向けることが必要である。さらに、有意差はみられなかったものの、腹圧のかかる動作を頻繁にする日常生活を送っている人たちへの予防も考慮していくことが必要であろう。

そして、加齢と同時に病院や個人医院等での産科医療の介入が増えている現代の出産と尿失禁の関連を考えると、将来的に尿失禁経験者が増加する可能性が示唆される。尿失禁予防や改善の立場から、妊産婦にとって不必要であると考えられる産科医療は、受けなくてもすむようにすることが重要である。そのためには、助産師自身が、尿失禁に関連する産科医療が対象となる個人にとって本当に必要かどうかの判断に積極的に関わっていくことが必要である。また、妊産婦がメリット・デメリットを認識し、選択できるようにすることを広めていく必要がある。そして、どのような産科医療を経験したかにより、それに対応した予防策や改善策を講じていくことが大切である。

（謝辞：稿を終えるにあたり、本研究の調査にご協力くださいました群馬県北橘村の村民の皆様、保健センターおよび村役場の皆様、予備調査でご協力くださいました当事者の方々、日本コンチネンス協会西村かおる先生、助産師の方々に深謝致します。また、統計学的な解析方法を詳細にご指導を賜りました群馬大学社会情報学部青木繁伸教授に厚くお礼を申し上げます）

（本稿は、女子栄養大学大学院栄養学研究科保健学専攻修士論文の一部を修正加筆したものである。）

文 献

- 1) 加藤久美子, 近藤厚生他. 就労女性における尿失禁の実態調査. 日泌尿会誌. 1986, 77 (9), 1501 - 1505.
- 2) 高井計弘, 宮下厚他. 女性尿失禁の実態調査. 臨床泌尿器科. 1987, 41 (5), 393 - 396.
- 3) 松本清一, 笠原トキ子, 鈴木愉. イラスト・女性の運動. 文光堂, 1991, 167 - 168.
- 4) Richard, J. Millard 原著, 東原英二監訳. 自分で治す尿失禁. 診断と治療社, 1996, viii - xi.
- 5) Ray Addison. The changing role of the continence adviser. British Journal of Nursing. 1996, 5 (6), 361 - 363.
- 6) 横山英二, 西村かおる. 尿失禁, あきらめないで. 保健同人社, 1993, 14 - 18, 117 - 120.
- 7) 西村かおる. 進め! おもらし世直し隊. 弓立社, 1995, 171 - 223.

- 8) 石河修, 柴田幸子他. 尿失禁・尿閉, 産後のトラブル 予防と治療①. ペリネイタルケア. 1992, 11 (3), 191 - 199.
- 9) 石河修. 妊娠・産褥期の身体変化とマイナートラブルー尿失禁・痔核・静脈瘤の予防ー. ペリネイタルケア. 1997, 16 (11), 1025 - 1031.
- 10) 脇田勝次. 産婦人科における尿失禁. 高山赤十字病院紀要. 1997, 21, 16 - 21.
- 11) 渡邊美佐, 安富優子, 他. 妊婦および産婦の尿失禁に関連する因子に関する研究. 母性衛生. 1998, 39 (1), 90 - 96.
- 12) 小林益江, 中嶋カツエ他. 小・中学校女性教諭の尿失禁の実態. 母性衛生. 1998, 39 (4), 370 - 374.
- 13) 坂口けさみ, 武井とし子他. 妊娠・分娩に伴う排泄(排便・排尿)状況の変化について. 母性衛生. 1998, 39 (1), 32 - 37.
- 14) 岸本廉夫. 女性のQOL～尿失禁のプライマリーケア. 群馬県母性衛生. 1998, 47, 26 - 39.
- 15) 厚生省. 国民衛生の動向. 厚生統計協会. 1999, 46 (9).
- 16) 厚生省大臣官房統計情報部編. 人口動態統計. 厚生統計協会. 1995.
- 17) 矢島床子. 助産婦. 実業之日本社. 1997, 193 - 197.
- 18) 大林道子. 助産婦の戦後. 勁草書房. 1989, 69.
- 19) 厚生省健康政策局看護課監修. 看護関係統計資料集. 日本看護協会出版会. 1994 - 1997.
- 20) 柳田隆. 聖母病院における分娩管理の現状 8,639例の分娩統計より. 周産期医学. 1998, 28 (12), 1569 - 1572.
- 21) 小松浩子. 尿失禁のある女性患者の性に関する悩みと看護の対応. 看護技術. 1995, 41 (16), 42 - 46.
- 22) 西村かおる. 失禁のケア. 中央法規出版. 1990, 13 - 28.
- 23) 上田朋宏. 地域住民の尿失禁の意識. Urological Nursing. 1998, 3 (3), 224 - 227.
- 24) Anders foldspang, SØren Mommsen, et al. Prevalent Urinary Incontinence as a Correlate of Pregnancy, Vaginal Childbirth, and Obstetric Techniques. American Journal of Public Health. 1999, 89 (2), 209 - 212.
- 25) David, H. Thom, Stephen, K. Van, Den. Eeden, et al. Evaluation of Parturition and Other Reproductive Variables as Risk Factors for Urinary Incontinence in Later Life. Obstet & Gynecology. 1997, 90 (6), 983 - 989.
- 26) 中田真木. 尿もれ・尿失禁. 主婦の友社. 1997, 66 - 73.

女性の尿失禁と看護

河内 美江

群馬県立医療短期大学

群馬県立医療短期大学紀要 第10巻 別刷

(平成15年 3 月発行)

女性の尿失禁と看護

河内 美江

群馬県立医療短期大学

はじめに

「尿もれ」という言葉を聞くと、「あまり話したくない」、「年をとると仕方がない」、「恥ずかしい」等、このような思いを抱く方が多いかもしれません。ですから、この「尿もれ」についての話題は今まであまりされずに、また予防や治療も発展しないままできました。しかし、最近コマーシャルで尿もれパッドの放送がされるようになったり、泌尿器科や産婦人科の外来で、尿失禁外来という尿もれ専門の窓口も出来てきはじめ、関心が高まりつつあります。では、なぜ関心が高まってきたのでしょうか。その理由は、高齢化社会、女性の社会進出などがあげられます。やはり、外出するなら快適に外出したいものですし、尿もれがあることであきらめなくてはならないことも出てくるのが現実です。そのような、「できることなら治したい」という生の声が大きくなってきたことがあげられます。医療者側もそのよう切実な声に答え出してきたと言えます。

いくつかの調査によりますと、女性の4人に1人の方はこの経験をしているということや、30歳代40歳代の若い方もあるとの報告があります^{1~4)}。

海外では20年ほど前からコンチネンスアドバイザーと呼ばれる失禁のケアを専門に行う人や、排泄に関することを専門におこなう看護師が生まれています^{5,6)}。

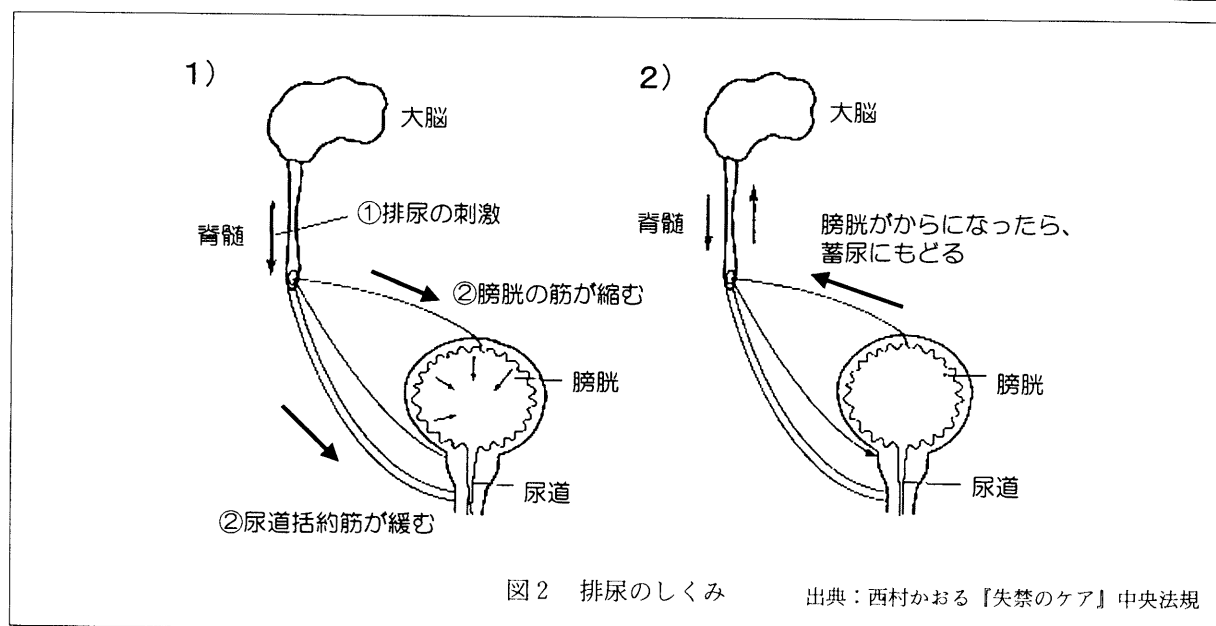
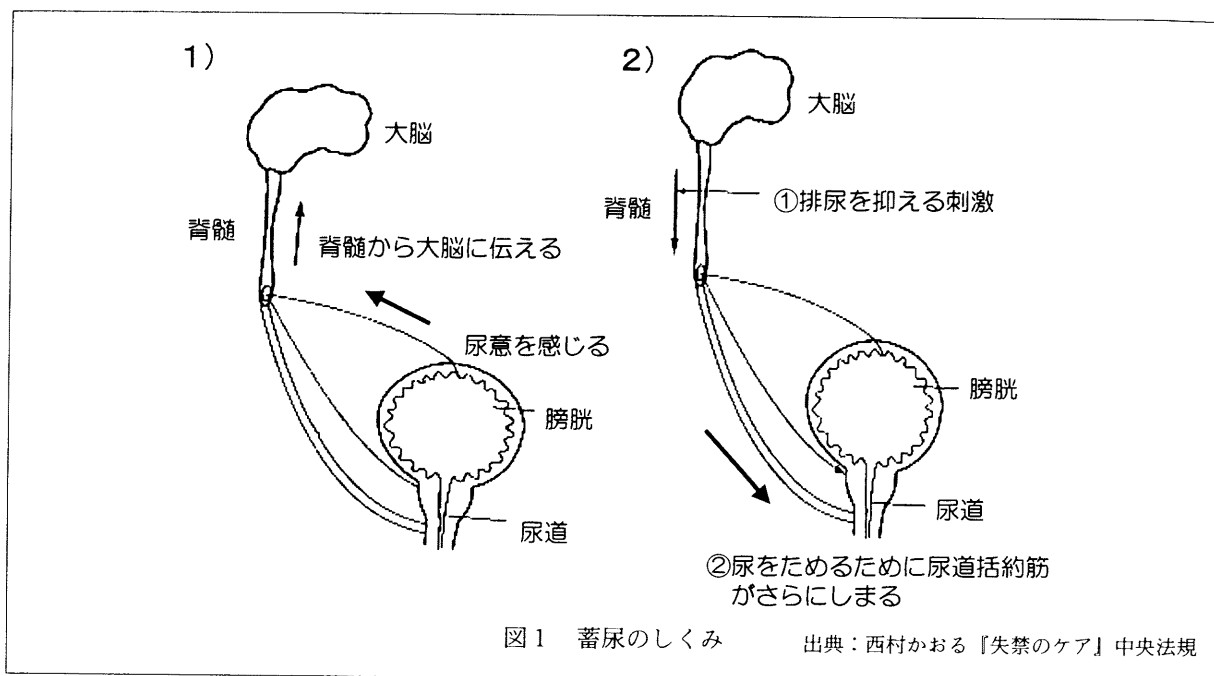
私たちにとって、食べること・排泄すること・

眠ることは、どれも大事なことです。特に『気持ちよく尿をだせる』ことは、何の問題も無い方たちにとっては、何も意識されないことかもしれません。しかし、一旦それがくずれた時、改めて、その大事さに気づくと思われれます。初めて尿漏れを経験したことで、とてもショックを受ける方が多いのです。

本稿では、どのように排尿はおこなわれているか、そのメカニズムと、尿失禁はなぜ起こるのかをいくつかの種類に分類しながら解説します。また、筆者が関わった調査から得られた尿失禁の実態についても説明を少しします。特に尿失禁に関連していると言われている妊娠・出産のことを中心に結果を述べます。「どんな出産をしたのか」に注目しています。例えば、帝王切開なのか、陣痛をつける薬（陣痛促進剤）を使ったのか、会陰切開（産むときにおしもの方を切る）をしたのか、などです。最後に予防と改善のための骨盤底筋体操を紹介します。

排尿のメカニズム

排尿には2つのメカニズムがあります。1つ目のメカニズムは『蓄尿』です（図1）。私たちの身体には、左右の腎臓があります。その腎臓ではいらなくなったものが濾過され、「尿」として2本のパイプを通して膀胱に送られます。膀胱は筋肉でつくられた風船のような袋です。膀胱の出口には尿道という道がありますが、尿が漏れるのを防ぐために尿道括約筋という巾着のひもにたとえられ



る筋肉がその尿道の周りにあります。膀胱に尿が貯まってくるとその信号は脳に伝えられ、「おしっこをしたい」という尿意を感じます。でも脳ではまだ排尿すべきではない、と判断し、脳からその指令がでます。この状態では、膀胱はリラックスしていて広がっており、尿道括約筋はさらにしまっているため尿は出ません。貯まった尿がさらに多くなると、刺激はさらに強くなり、いよいよ我慢出来なくなります。そこで、私たちは、排尿をする準備をするわけです。

2つ目のメカニズム『排尿』です(図2)。トイレで下着をおろして、排尿ができる状態になると、脳からの刺激は、排尿させる刺激に変わります。膀胱の筋肉は縮み、尿を押しだし、同時に尿道の括約筋がゆるみ、尿が尿道を通過して排尿になります。膀胱が空になったら、その刺激がまた脳に伝わり尿を溜める機能、蓄尿にもどります。

これが、正常な排尿のメカニズムです。このどこかが上手くいかなくなることで、いろいろなタイプの尿失禁という症状が出てきます。

尿失禁の種類

尿失禁とは、『無意識あるいは不随意的尿漏れが、衛生的また社会的に問題になったもので、それが他覚的に認められる状態』と国際尿禁制学会において定義されています。つまり、たとえ漏れていたとしても、きちんと治療したり、ケアをしたりして「コントロールできている人」は、「尿失禁がある」とは言いません。漏れることで何かしら自分自身や家族、周りの方が社会生活上、衛生上の問題を抱えてることを言います。

尿失禁は、大きく分けると表1のように4つの種類があります。

表1 尿失禁の種類

種 類	特 徴
腹圧性尿失禁	くしゃみ、咳、なわとびなど、急にお腹に力が加わったときに漏れる。
切迫性尿失禁	トイレに行きたいと思ったとたん、漏れる。膀胱が勝手に収縮してしまう。
溢流性尿失禁	尿が出づらくて、膀胱の中に尿がたまっているので、あふれるように少しずつ漏れる。
機能性尿失禁	脳の機能障害によるもの。 日常生活動作の障害によるもの。

まず、女性に一番多いといわれている『腹圧性尿失禁』です。これは、くしゃみ・咳・なわとびなど、急にお腹に力が加わったときに漏れるものを指します。骨盤周辺の筋肉が弱くことが主な原因です。この骨盤周辺の筋肉を鍛えることで症状が軽くなったり、治ることが多いです。

2つ目は、『切迫性尿失禁』です。これは、トイレに行きたいと思ったとたん、尿が漏れるものです。尿道のまわりの尿道括約筋は働いているのですが、膀胱の収縮する力が強すぎる場合や、排尿を我慢する刺激が脳から届かない場合に起こります。また、先ほどの腹圧性と切迫性の両方の場合おこるものを『混合性尿失禁』と言います。この切迫性の場合、治療は、薬物療法、薬を飲むこ

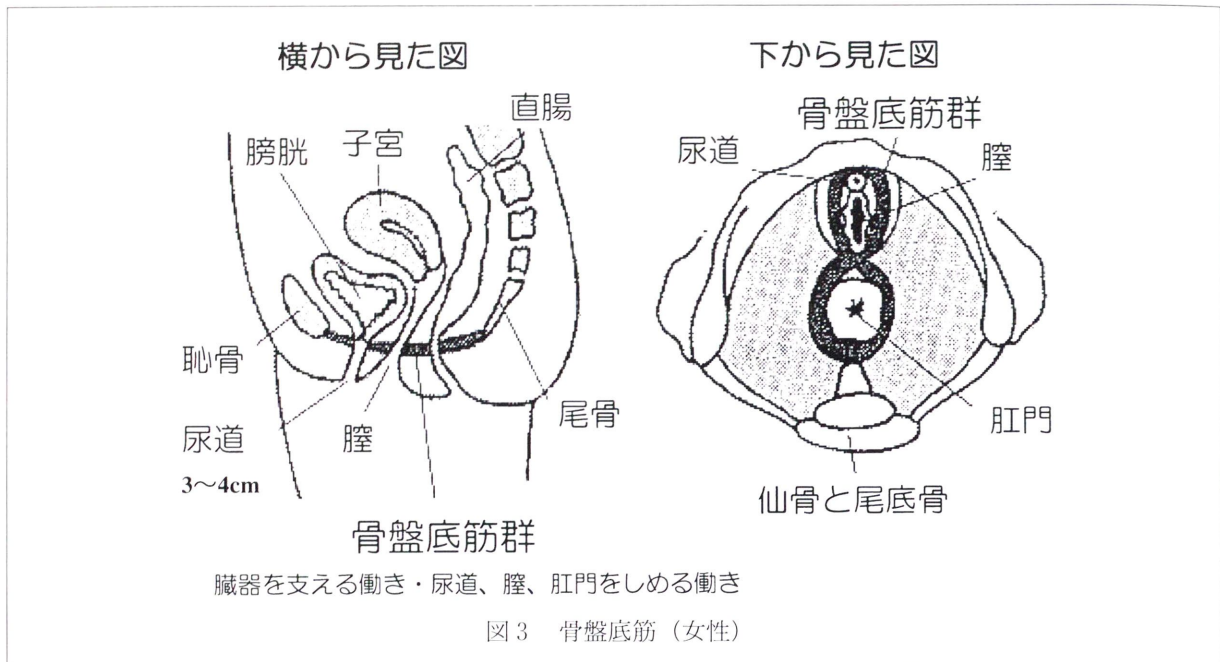
とが効果的です。膀胱が収縮する力を弱める薬です。また、膀胱訓練という、訓練も効果があります。これは、尿をだんだんと多く膀胱に溜めておけるように、膀胱のリラックス度を増していく訓練で、少しずつトイレに行く時間間隔を増していくものです。

3つ目は、『溢流性尿失禁』です。これは、尿が出づらくて、膀胱の中にいつも尿が貯まっており、あふれるように少しずつ漏れるものです。膀胱の収縮する力が弱かったり、尿道に通過障害があり、尿道が狭くなっているとみられます。特に、男性に多く見られるタイプです。

4つ目は、『機能性尿失禁』です。完全尿失禁と呼ばれることもあります。脳の機能障害によるものです。例えば、脳梗塞、脳出血、痴呆などが原因となることがあります。

その他、まったく排尿の機能が正常であっても起こるものがあります。それは、日常生活動作の障害によるものです。例えば、「ひざが悪くて洋式トイレでなくては、できない」、「尿意はありトイレに行くが上手く下着が下ろせないので失禁してしまう」等があります。いくら排尿の機能が上手くいっていても、日常生活の動作が上手くいかなかったり、「介護者の方がすぐに来てくれなかった」、ということでも起こります。この失禁のタイプの場合治療を勧めるというよりもケアが中心になってきます。

ではここで、女性に一番多いといわれている腹圧性尿失禁がなぜ起こるのかをみていきます。このタイプの尿失禁は、骨盤底筋群が深く関わっています。「骨盤底筋群とは、どんなものか？」ということになりますが、図3の「横から見た図」にあるように、膀胱の前の方にある恥骨からおしりの方にある尾骨にかけてハンモックのように存在している筋肉のことです。骨盤内の臓器である膀胱や子宮・直腸が下がってこないように支えているのがこの骨盤底筋群という筋肉です。下から見



ますと、図3の「下から見た図」のように、ちょうど、8の字を描くように、尿道・膣と肛門の周りを筋肉が走っています。この筋肉には、尿道括約筋や排便をする時に重要な肛門括約筋などのいくつかの筋肉があります。これらが弱くなってくると、膀胱が下がり、風船の縛り口に当たる部分や、尿道括約筋の力が弱くなります。そして、尿道の長さは、3～4cmで、しかも曲がっていない直線的な状態です。ですから、くしゃみ・咳などでお腹に力が加わったとき漏れるという腹圧性尿失禁が多いのもうなずけると思います。（男性の尿道は20cm前後あり、2カ所で曲がっている。）

この骨盤底筋群が弱くなるのは、妊娠・出産によりこの部分に負担がかかったり、その他、肥満や運動不足にも原因があると言われています。しかし、腹筋や背筋・足の筋肉と同様に鍛えることができます。鍛えることができるということは、この原因で尿もれが起こっている場合、治すことができるということです。

尿失禁の実態と尿失禁に関連するもの

次に、筆者が群馬県内のある村で行った調査がありますので紹介します。調査内容は、「尿失禁を

どの位の方が経験しているのか」、「対処方法」、「尿失禁に関連していることは何なのか」です。

分析対象は、男性480人、女性1,066人でした。年齢層の男女別内訳は、18～29歳：男性33人、女性60人、30～39歳：男性40人、女性174人、40～49歳：男性124人、女性295人、50～59歳：男性114人、女性266人、60～69歳：男性169人、女性271人でした。

まず、男女別の尿失禁がある人の率についてです。「過去1年間に尿失禁の経験がありましたか？」と聞いています。男性は、7.7%の方が、女性は、43.3%の方が「ある」と答えています。男性に比べ女性は、6倍の経験率であり、尿失禁は女性に特徴的な問題であることがわかります。

図4は、尿失禁がある女性の方たちを年齢階級別で見たグラフです。39歳以下の若い人たちであっても、30.8%と多く、特に40歳代以降その率は、40%以上です。とても多くの方が経験していることに気づかれると思います。図5は、年齢によって、どのような種類の尿失禁があるのか、を見たものです。女性はこの年代でも『腹圧性尿失禁』の率が80%前後と多いことがわかります。また、60歳代になると、『切迫性尿失』や、『混合性

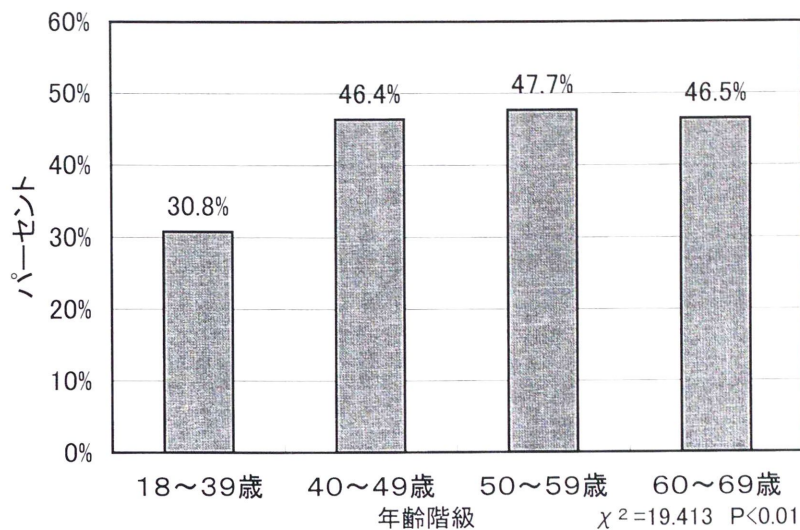


図4 年齢階級別の尿失禁経験（過去1年間の尿失禁：女性）N=1066

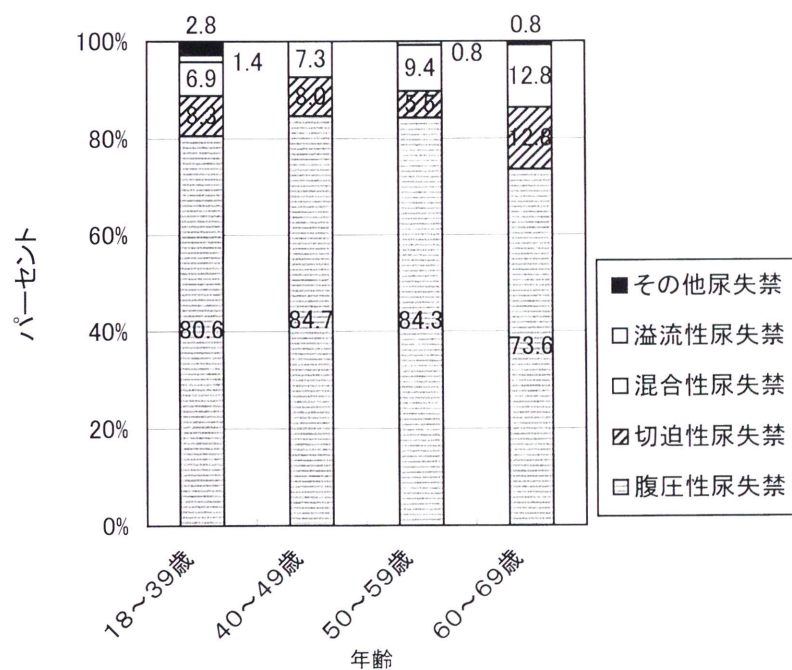


図5 年齢階級別の尿失禁の種類（女性）N=461

尿失禁』が少し増えてきています。

表2は、尿失禁がある人（499人）に、「誰かに相談したことがあるか、または、相談したことはないか」と尋ねた結果です。相談した人は、男性13.5%、女性14.3%で、男女共約15%程度でありました。やはり、相談のしにくさが見られていると思います。図6は、「尿失禁に対して、どのように対処をしているか」、いくつでも選んでもらっ

て、答えてもらった男女別の結果です。最も多いのは、男女とも「トイレに早めに行く」です。そして、女性は、「ナプキンやパッドを使用」しています。また、「水分をひかえる」、「旅行・外出をひかえる」方もいらっしゃいました。これらは、尿漏れの原因を改善する方向と言うよりも、一時的な対応になっており、心理的な苦痛がつきまといっていると考えられます。特に水分を十分取るこ

とは、体のバランスをとるのにとても大切なことです。尿漏れのために水分をひかえることで、脱水を起こしたり、血液が濃くなったり、別のトラブルが起こる可能性も出てきてしまいます。この中で、尿失禁の原因を取っていかようとする改善に向けた対処としてある、「骨盤底筋体操実施」「治療をした」「運動・便秘を予防」の率は少ない結果でした。自分にとって、一番良い改善策を見つけていくことがとても大切だと思われます。

今回の調査の対象となった女性たちは、出産経験のある方が多く、92.8% (989人)の方に出産経験がありました。図7は、最初に出産した年代別にみた出産場所の変化の状況です。1950年代から60年代にかけて自宅出産が減り、病院や個人医院における出産が増えています。そして、現在、ほとんどが病院と個人医院における出産になっています。

表2 相談の有無（男女別）

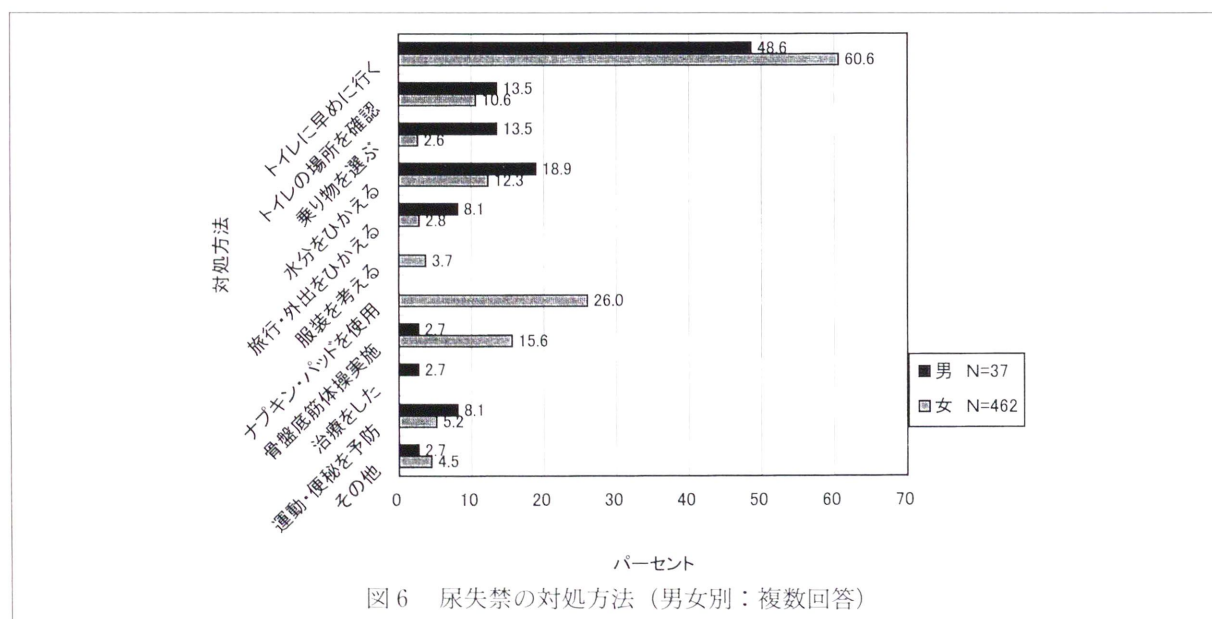
(過去1年間に尿失禁があった人 男性n=37、女子n=462)

	男	女	合 計
相 談 し た 人 数	5	66	71
%	13.5	14.3	14.3
相 談 し な い 人 数	32	394	426
%	86.5	85.7	85.7
合 計 人 数	37	460	497
%	100.0	100.0	100.0

$\chi^2=0.00$ n.s.

ます。出産の場所が時代とともに自宅から施設へと移り変わっていることがわかります。図8は、最後に出産した年代別にみた出産状況（産科医療の経験率）の変化のグラフです。50年代にはいわゆる産科医療の経験率は極めて低く、70年代ごろ急増している状況です。特に、陣痛促進剤や会陰切開、クリステル胎児圧出法（子どもが下に降りてくるのを助けるために、お腹を少し押すこと）は、増え続けています。先ほどの出産場所の移り変わりからもわかるように、出産が自宅から施設へと移ったことにともない産科医療の経験率が増加し、今尚、その経験率は高い状況が、今回の対象者からよみとれます。

では、実際にどんなことが尿失禁に関連しているのでしょうか？出産経験のある方に絞ってみてみます。尿失禁に関連しているといわれている要因17項目中で実際に何がどのくらい関与しているか、統計学的にみたものが表3です。その結果、関連している要因として5つの要因がみられました(表中**の付いている要因)。第一に関連しているものは、年齢でした。やはり、年をとることで、尿失禁が起こりやすくなります。次に関連しているものは、出産直後の尿失禁経験でした。さらに、妊娠中の尿失禁経験、陣痛促進剤の使用回



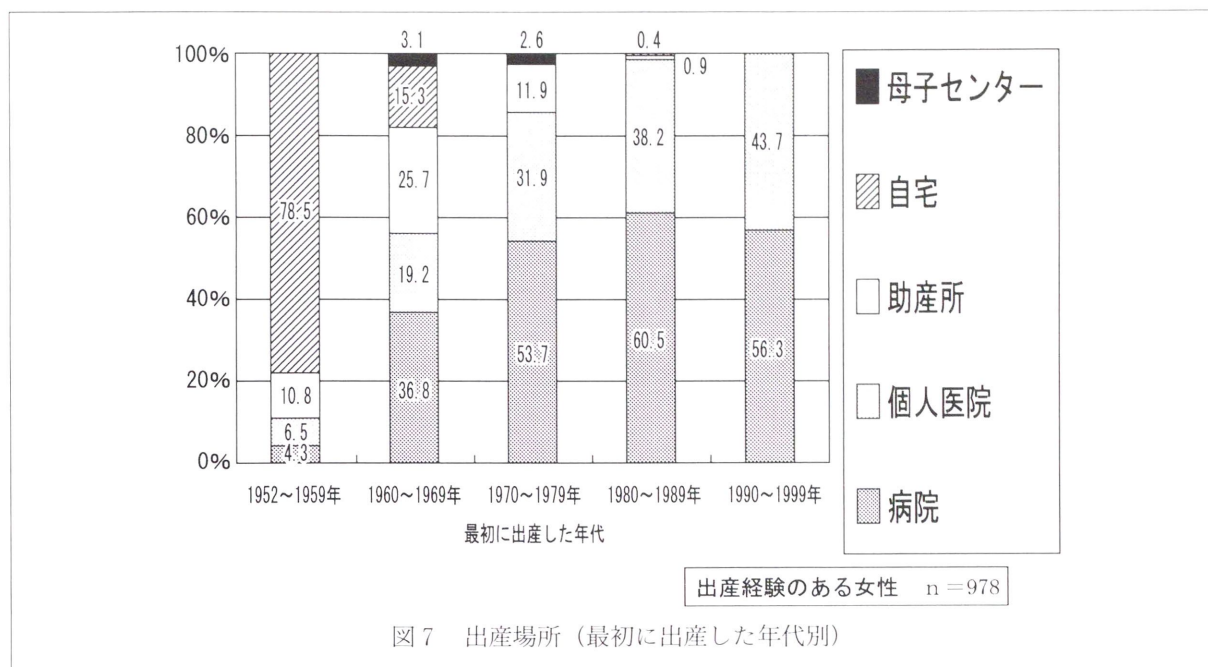


図7 出産場所（最初に出産した年代別）

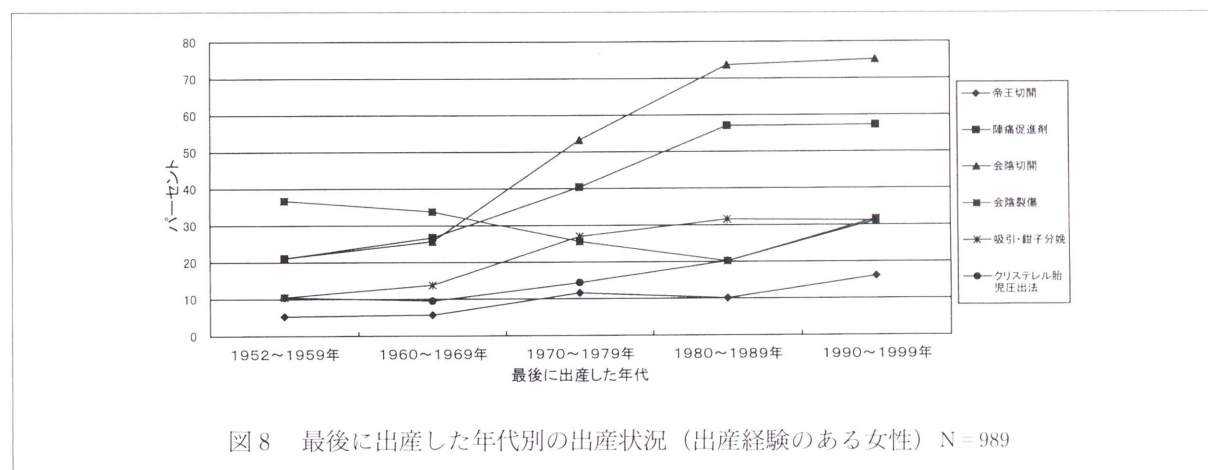


図8 最後に出産した年代別の出産状況（出産経験のある女性）N = 989

数，出産直後から床上げまでの間に休息できなかった経験の順でした（有意差がみられました）。

この陣痛をつける薬（陣痛促進剤）の使用が、なぜ尿失禁を引き起こすか？ということですが、やはり自然に陣痛が来たのではなく、人工的につけたことにより、急激に骨盤底筋群に力が加わり負担が大きくなったと考えられます。また、お産後に休息出来なかった方も同じように、お産直後に弱くなっている骨盤底筋群に、横になることがあまりできず、腹圧が加わり、「さらに負担をかけているのではないか」と考えられます。そして、忘れてはならないのが、妊娠中・出産後に尿失禁があった方です。もともとこのような方は、骨盤

底筋が弱いと思われますが、この時期の尿失禁は、1ヶ月もたつと一旦はなくなります。その回復したはずの骨盤底筋群がその後、年を取ってくると弱くなり、またこの症状がでてくると考えられます。年齢以外のこれらのことは、妊娠・出産の時に、予防したり改善したりできることです。

そして、先ほどの産科医療の経験状況の高さを考えると、将来的に尿失禁をおこす者が増加することが予測されます。

骨盤底筋体操

まずは、骨盤底筋体操をしてみましょう。どのようにするかは、資料1のとおりです。歯磨きや

- 調査, 日泌尿会誌, 77:1501, 1986.
- 4) 高井計弘: 女性尿失禁の実態調査, 臨床泌尿器科, 41, 393, 1987.
- 5) Ray Addison: The changing role of the continence adviser, British Journal of Nursing, Vol.5 No.6, 361-363, 1996.
- 6) 横山英二, 西村かおる: 尿失禁, あきらめないで, (株)保健同人社, 1993.
- 7) 西村かおる: 失禁のケア, 失禁のケア, 中央法規, 1991.