

継続ケアに向けたマタニティケア制度 ——ニュージーランドモデルからの日本への示唆——

金森 京子ⁱ

本論文では、継続ケアの保障という視点からニュージーランドのマタニティケア制度の特徴を文献検討し、わが国のマタニティケア提供体制において、すべての妊産婦に継続ケア提供を実現していくうえでの論点を考察した。マタニティケア制度における継続ケアの強化のためにはサービス（事業）をつなぐだけでなく、産前と産後の間にある出産場面を含め、妊娠初期から産後子育て期にわたるケア関係の継続性の維持を、制度の両輪として位置付ける必要がある。ニュージーランドのマタニティケアの特徴は、①妊産婦のプライマリーケアに関するマタニティケア責任者（Lead Maternity Carer: 以後、LMCという）制度を、医療システムから自律した制度として位置づけている。②妊婦登録と同時にLMCの登録を行っている。③LMCは生理的経過の妊産婦だけではなく、より密度の濃い医療を必要とする妊産婦の場合も立ち会い、周産期の継続ケアを実現している。④LMCの主要な担い手として助産師が位置づけられている。⑤LMC制度は基本的に公的保険制度で運営されておりすべての妊婦が対象である。わが国において助産師が導く継続ケアを実現するための主な論点は、（1）継続ケアができる体制の強化、（2）すべての妊産婦を対象とする制度化、（3）女性の選択と意思決定を尊重する支援の保障、（4）継続ケアができる人材の育成である。

キーワード：ニュージーランド、継続ケア、マタニティ政策、マタニティケア責任者、助産師主導の継続ケア、切れ目ない支援、助産師

はじめに

近年、わが国の少子化社会対策、母子保健、児童福祉、子育て支援等のめざましい動きの中で、「切れ目ない支援」がキーワードとして頻繁に使用されるようになった（内閣府2020:9）。切れ目ない支援の一部には、妊娠・出産期の女性とその家族も含まれており、厚生労働省は妊娠・出産包括支援モデル事業を推進している（厚生労働省子ども家庭局母子

保健課2018）。こうした取り組みが試みられているものの、妊娠初期から概ね産後1か月までのマタニティ期間のサービスは、果たして切れ目なく提供されているだろうか。

妊産婦や子育て中の母親、その家族らは妊娠してから子育て期にわたる長期的なプロセスの中で、必要に応じてさまざまな公的あるいは民間サービスを利用することになる。しかし、日本で現在行われている取り組みをみると、産前と産後をつなぐ出産場面を含め、実際には女性にとって切れ目ない支援が実現しているとは言い難い実態がある。

まず、切れ目ない支援に向けて整備されている子

i 立命館大学人間科学研究所客員研究員

育て世代包括支援センター¹⁾では、リスクや障害の有無にかかわらず、すべての妊産婦・乳幼児とその保護者を対象とし、予防的な視点を中心としてアプローチすることが構想されている(厚生労働省子ども家庭局母子保健課 2018:33, 厚生労働省 2018)。しかし、産前・産後サポート事業は、支援を受けることが適当と判断されるリスクの高い妊産婦を対象としている(厚生労働省 2020:3-4)。また産後ケア事業は、各市町村の実情に応じて優先的な支援対象者が選定されており(厚生労働省 2020:9-10)、加えて、医療機関が母子の産後入院を受け入れる条件は、当該施設で出産した人のみを対象としている場合がある。このような条件下では、妊産婦すべてへの支援は届かない。

さらには、サービスを利用する女性は、マタニティ期間中に、必要に応じてさまざまな支援者と出会うことになる。医療機関における妊婦健診や分娩・出産後の産婦健診では、外来と病棟で担当する医療スタッフが変わり、入院中は当直やシフト制勤務の中で交代しながらケアが提供されており、必ずしも健診や分娩にかかわった医療者から産後のケアを受けられるとは限らない。このように短期間に対応するケア提供者が変わる状況を考えれば、女性らが切れ目のない支援を享受できているとは言い難い。

マタニティ期間にある女性らは、今すぐ特別な支援を必要とする状況ではなくとも、潜在した不安・悩み・育児の負担を抱えている。その不安や悩み等は身体的なことのみならず、心理・社会的要素も加わり、流動的で、状況により変化していく。女性らは日々の育児疲労が蓄積する中で、場合によっては孤立してしまうことがある(坂本, 松永 2021:98)。

一方、海外へ目を転じれば、マタニティケアにおける支援の継続性は世界的な潮流として示されている(World Health Organization [WHO] 2018=2021:28)。その継続性は単なる配慮や注意ではなく、体系的に保障されるべきものとされ、そのための制度づくりに取り組まれている。オランダ、デンマーク、イギリス、カナダ、ニュージーランドなどは、後

述する助産師主導の継続ケア²⁾(Midwife-led Continuity of Care:以後、MLCCという)モデルを実践している先進的な国々とされている(Sandall, Soltani, Gates et al., 2016, Wagner 2002:134)。特に、ニュージーランドには独自の制度として、女性が選んだケア提供責任者が存在することが知られている。それをマタニティケア責任者(Lead Maternity Carer:以後、LMC)という³⁾。そこでの継続性実現に向けた制度とその運用を検討することは、日本ですべての妊産婦が継続ケアを受ける機会を保障するための制度づくりを展望するうえで、示唆を与えると期待できる。これまでニュージーランドの妊産婦ケアについては、論文等で日本へ紹介されているが、継続ケアの実現という点に焦点を当てて検討した先行研究は、管見の限り見当たらない。

以上のことから本論文では、継続ケアの保障という視点からニュージーランドのマタニティケア制度の特徴を文献や資料等により検討し、そこから、わが国のマタニティケアにおいて、すべての妊産婦に継続ケアの提供を実現していく課題の示唆を引き出す。構成は次の通りである。

まず第1章では、マタニティケアにおける継続ケアの制度的保障の重要性にかかわり、マタニティケアにおける継続した関係性の重要性、MLCCモデルと、その評価、それらを巡る議論を述べる。次に第2章では、ニュージーランドのLMC制度を取り上げ、マタニティ政策としてのプライマリーマタニティサービス、特にLMC制度の実際、制度制定の背景にある歴史について概説する。これらを踏まえて、第3章では、マタニティケア制度における継続ケア実現の可能性に向けたニュージーランドモデルから日本への示唆を検討する。

1. マタニティケアにおいて継続ケアを制度的に保障することの重要性

女性にとって、妊娠とその延長にある出産は、その後の子育てや生き方に大きな影響をもたらす経験

である。妊娠初期から継続ケアが受けられた女性とそうではない女性とでは、さまざまな差が表れてくる。そこで本章では、妊娠初期から産後1か月のマタニティケア期間に焦点をあて、継続ケアを制度として保障することの重要性について述べる。

(1) マタニティケアにおいて重要な事項

ケアの継続性は長期にわたるケアの質に関係しており、これには2つの見方があると言われている。1つは継続的なケア関係としての継続性、もう1つはシームレスなサービスとしての継続性である (Gulliford, et al. 2006)。

現代のケア実践においては、特に対人関係の継続性の重要性が強調されている (Freeman, et al. 2003)。たとえば患者 - 医師間の対人関係の継続性においては、時間経過とともに患者を深く知るにより、そこから生まれた患者 - 医師間の共感や信頼や尊敬の念は、医師の診断技術を発達させ多角的な判断や評価ができるようになる (Freeman, et al. 2003: 624)。マタニティケアにおける妊産婦 - 助産師間においても継続したケア関係があり、類似の傾向と効果がある。

しかしながら、妊産婦は一般的に健康な女性であり、治療や処置が背景にある患者 - 医師間とはまた異なるケア関係の特徴がある。女性はマタニティ期間において妊娠、分娩、子育てと、身体的にも精神的にも社会的にも、大きな変化と成長をとげていく。それは女性にとって連続した体験であり、専門家から継続的な伴走支援を受けながら自信をつけ、直面する困難を乗り越えていくのである。

このような妊産婦に対して助産師が主導する継続ケアを MLCC といい、WHO はそれを推奨している (WHO 2018=2021)。ドーリングは、MLCC モデルを推奨していることについて、「女性の出産体験は特定の時期で切り離せるものではないことや、産前からの全人的・包括的・総合的なケアの視点が女性の出産体験に与える影響を示唆している」と、女性の視点に立った MLCC の重要性を述べている (ドーリ

ング 2021: 420)。女性 - 助産師間の妊娠と出産そして産後の継続したケア関係の中で、女性が大切にされ、互いの体験を共有し合い、信頼関係を育んでいく。そこには女性と助産師とのパートナーシップがある。関係性が育まれると、たとえ、これまで担当してきた助産師以外の医療者が分娩介助をすることになったとしても、あるいは産後の子育て期に困難が生じたとしても、女性は常に自身の助産師のことを思い、彼女だったら私にどう助言するだろうかと自分で考えようと努力できるのである。

(2) MLCC モデルがもたらすアウトカム

① MLCC モデルとは

WHO が推奨する MLCC モデルとは、「女性が知っていて信頼する1人の助産師（受け持ち制助産）、または女性が知っている少数の助産師（チーム制助産）が、健全な妊娠・出産、健やかな育児行動を促すために、産前・分娩・産後の期間を通して、女性を支援するケアモデル」である (WHO 2018=2021: 35)。女性にとって出産近くになって初めて出会う人ではなく、出産する以前から知っている人物で、女性のために特定の助産師が1対1でケアを提供するケースロード助産、あるいは複数人の助産師が交代してケアに当たるチーム助産の体制がある。

日本の学会が紹介する概念は、「助産師が女性に対するケアに対して責任を持ち、女性の初診から産褥期までに提供されるケアの計画、調整を助産師が行うケア体制」（日本助産学会ガイドライン委員会 2020: 11）である。ケアの計画や調整のほか、直接のケア提供を含み、必要に応じて多職種チームの適切な関与の下で、助産師が1人の女性に対するケアの責任を負う医療専門のリーダーであることを意味している (International Confederation of Midwives [ICM]: 国際助産師連盟 2011)。責任を持つことの「責任」とは、立場上負わなければならない任務や義務、あるいは自分がしたことへの責めを負うことでもある。

以上より、日本での MLCC モデルを構想する場合

に、前述と後述の両方を同時に兼ね備えていることが重要となる。

② MLCC モデルの効果

MLCC モデルの効果は主に2点のことが挙げられる。1つは妊産婦や児にとって効果的であることを示すエビデンスが明確に存在すること、もう1つは、それらに伴う費用対効果が高いことである。

臨床医療上のエビデンスを系統的に評価し公表しているコクラン・レビューによると、助産師主導のケアを受けた女性のアウトカムとして、主要なものには、①早産が24%減る、②在胎24週未満の死産と新生児死亡が19%減る、③24週前後の胎児死亡や新生児死亡が16%減る、④局所麻酔の使用が減る、⑤吸引分娩・鉗子分娩が減る、⑥会陰切開が減るなどである。また、母児への有害性は他のモデルによるケアを受けた女性と比較しても、帝王切開の割合に差がなく、同等であったと結論付けている (Sandall, Soltani, Gates, et al. 2016)。

さらに重要な点として、MLCCを受けた女性の内面と言動の変化がある。妊娠期・分娩期・産後入院中のケア・退院後の産後ケアのすべてにおいて、MLCCを受けた女性の方が、①マタニティケアケアに対する満足度が高く、②全体的に出産をポジティブにとらえている。③出産のコントロール感があり、④自由に自分の気持ちを伝えることができ、⑤身体的・感情的にも対処でき、⑥不安が低く、⑦自己肯定感が高いなどの分析結果がある (日本助産学会ガイドライン委員会 2020: 12-13)。

その他、①産後うつを発症しにくい、②乳児 (6か月時) の神経発達にも良い影響を与えるなども実証されている。加えて、③母乳育児の増加など母親と新生児に有益な結果をもたらすことが示されている (片岡・江藤・八重 2007)。

このように MLCC を受けた女性には、医療の介入が低減され自然分娩が多いといった効果が証明されている。妊産婦らは常に自身を担当する助産師とコンタクトを取り、いつでも相談できる環境にあって安心感が得られる。また、生理的な経過から逸脱し

ているかどうか早期に発見でき、必要な場合には予防行動を図ることができる。助産師もまた自身を信頼してくれる妊産婦がいることで、専門家としてよりレベルの高い診断・技術の向上に努め、良質のケアを提供する。MLCC による職業的自律が、結果として妊産婦の生理的経過からの逸脱を回避させる帰結に繋がっていると考えられる。したがって、MLCC を制度的に位置づけ、すべての妊産婦に保障することは重要である。

(3) MLCCを中心としたマタニティ継続ケアを巡る議論

わが国においても、かつては助産師が主導する継続ケアが主流であった。しかし、1945年の敗戦後 GHQ による助産師制度改革により医師主導による施設分娩が指向され (大林 1997: 264-7)、1960年頃から出産の施設化、分業化、医療化が進行してきた歴史がある (藤田 1979: 142)。

ICM は、世界のマタニティケアのスタンダードとして MLCC を明確に示し (ICM 2011)、助産ケアは本来継続ケアであるのが基本姿勢であることや、助産師主導のケアが女性の第一選択となることを推奨している。

2005年には、どこの国、どこの地方や地域に暮らしていようと、共通する確固たる助産ケアの理念とモデルがあることを示しており (ICM 2005)、また2011年には、「MLCCこそが『妊産婦・新生児の健康アウトカムの向上』を達成する唯一最大の要素であるとの認識にもかかわらず」、「世界各地で、助産、助産師が自由に助産サービスとケアモデルを提供することが脅かされている」(ICM 2011)と、国際社会へ発信している。このような背景には、妊娠・出産を正常なライフイベントではなくハイリスクな事象とみなし、母子保健データの改善のみを追い求めてきた医療への批判が含まれているとも捉えられる。

助産師の業務範囲を規定する法律や条例は、各国の制度や政策により異なっている。オランダやデン

マークのような少数の国々では、出産時に必要とされる場合に用いられる処置として会陰切開や縫合をはじめとする一部の医療行為が合法化されている。正常出産の専門家として訓練された助産師が単独で責任を負う、独立した、強力な医療の専門家であり続けている（Wagner 1994=2002:134）。しかし、わが国を含む多くの国々では、助産師の業務が縮小されてきた。MLCCは助産師だけで完結するのではなく医療システムの中に位置づけられ、明確な紹介システムが適切に機能することが構想されているのである（日本助産学会ガイドライン委員会 2020：11）。

2. ニュージーランドのマタニティ政策と LMC 制度の特徴

ニュージーランドのマタニティケアは、1人ひとりの妊産婦を大切にすることを基本とし、その最大の特徴はマタニティケアの専門家を LMC として位置づけた制度が存在することである（戸田 2003：47-53）。本章では、LMC 制度とはどのようなシステムなのかを概観し、その特徴を捉える。

(1) ニュージーランドの概要

ニュージーランドは、世界に先駆けて福祉国家の礎を築いた国である。1938年には総合的で体系的な社会保障法を制定しており（芝田 2015：16）、また2021年の世界経済フォーラムのジェンダーギャップ指数は世界第4位と男女格差がほとんどなく、社会において多くの女性が重要なポストについている。

母子保健に関する人口動態統計を見ると、年間出生数は5万8,020人（2018）程度であるが、出生率11.9（人口千対、2018）、合計特殊出生率1.9（2018）と日本に比べ高水準にある。また、妊産婦死亡率は9.0（出生10万対、2017）、2000年から近年の乳児死亡率は6.1から3.8へ（出生千対、2017）、周産期死亡率は5.8から4.3へ（出生千対、2018）と数値を下げしており、世界的に見れば低水準にある（母子衛生研究会 2020：108-21）⁴⁾。

(2) マタニティ政策としてのプライマリーマタニティサービス

ニュージーランドの女性は、妊娠初期から妊娠中、分娩開始、出産、産後4～6週間のマタニティ期間を通して、切れ目のない継続ケアを無料で受けることができる。マタニティ政策として LMC 制度があり、公的保険制度を利用してサービスが提供されている。

① LMC 制度の保健医療制度からの自律

ニュージーランドにおける保健医療制度の基本法は、2000年に制定されたニュージーランド公衆衛生障害法（The New Zealand Public Health and Disability Act 2000：以後、同法を公衆衛生障害法という）である。本法律は、1993年に制定された公衆衛生障害サービス法（The Health Disability Service Act 1993：以後、同法をサービス法という）を基礎とし、公衆衛生と障がい者・高齢者介護・自立支援サービスなども含まれ、日本の医療制度よりも幅広く規定されている⁵⁾（芝田 2015：18）。

政府機関としては保健省が統括しており、2001年に公衆衛生障害法により地域の医療サービスを提供する行政組織として、地域保健局（District health boards [DHBs]）が設立された（2022年現在全国20地区）。直接の医療サービスは下部組織である地域保健局事業部（DHB provider arms）や民間および NGO の医療サービス提供団体が提供しており、ニュージーランド全体の保健医療をカバーしている（New Zealand Ministry of Health [NZ MOH] 2021a, NZ MOH 2021b：19, 芝田2015：18-20）。

「ニュージーランドの医療制度は、税金をベースにした普遍的なものであり、福祉制度の中で、福祉制度とともに発展してきた」（Firestone 2015:22）。保健・医療サービス等にかかる予算は地域保健局から各事業者へ配分されている（Firestone 2015:22-24）。

一方、マタニティ政策としての LMC 制度もまた、国民の皆保険制度により成り立っている。基本法は同じく公衆衛生障害法である。LMC 制度は、地域保健局が統括する一般の医療機構に加え、そこからあ

る程度自律した制度としてプライマリーマタニティサービスを提供している。LMC制度制定の歴的背景については、本章の(4)で述べる。

②プライマリーマタニティサービスの基本

ニュージーランドのすべての女性は、継続的なプライマリーマタニティサービスを受ける権利がある(NZ MOH 2021b:24)。民間の産科医を選択しない限り、地域に根ざしたLMC制度に登録するか、またはLMCを選択しないあるいは利用できない場合は、地域保健局事業部に所属する専門家から、出産時のケアや医療サービスを無料で受けられる⁶⁾(NZ MOH 2021b:10-11, NZ MOH 2021c:19)。いずれのシステムを利用するにしても、ニュージーランドには基本となる共通のプライマリーマタニティサービスの概念があり、明確に示されている。

表1は、プライマリーマタニティサービスの基本として、サービスの目的、利用者、利用期間、内容、アクセスの概要をまとめた一覧である。保健省は、各専門家間の診療やケア、報酬を巡る緊張を緩和するため、妊産婦がどこのマタニティサービスを利用しても最低限保障されなければならない共通の基準を設け、公衆衛生障害法制定以降の、具体的な専門家

の仕様、役割、責任などを定義し、明文化した(Firestone 2015:35)。それを2007年にプライマリーマタニティサービスの通知として、また、2012年の修正通知として公表している。

プライマリーマタニティサービスの主な目的は、利用者が妊娠・出産・育児の知識、サポート、スキルを身につけ、力を発揮できるようにすることであり、次の4つに要約される。①1次医療サービスのあらゆる情報提供と選択を促進することにより、女性の妊娠出産を充実したものにする。②妊娠・出産はほとんどの女性にとって正常なライフイベントであることを認識する。③妊娠、出産、早期育児に関するスキルを身につけ、自尊心と自信を築くために女性のニーズを評価し、女性や児のケアを計画する。④さまざまな利用者のニーズに応じて提供されるサービスの強度を調整することにより、健康格差の縮小に貢献する(NZ MOH 2021b:24, Firestone 2015:35)。サービスの利用者は、①すべての妊娠中の女性、②マタニティ期間中の父親・パートナー、③新生児の両親とその家族と定義されている(Firestone 2015:35)。妊産婦は市民権または永住権、あるいは労働許可証を持ち2年間滞在できる女

表1 プライマリーマタニティサービスの基本

<p>【主な目的】 利用者が妊娠・出産・育児の知識、サポート、スキルを身につけ、力を発揮できるようにすること</p> <p>①1次医療サービスのあらゆる情報提供と選択を促進することにより、女性の妊娠出産を充実したものにする。</p> <p>②妊娠・出産はほとんどの女性にとって正常なライフイベントであることを認識する。</p> <p>③妊娠、出産、早期育児に関するスキルを身につけ、自尊心と自信を築くために女性のニーズを評価し、女性や児のケアを計画する。</p> <p>④さまざまな利用者のニーズに応じて提供されるサービスの強度を調整することにより、健康格差の縮小に貢献する。</p> <p>【利用者】 ①すべての妊娠中の女性、②マタニティ期間中の父親・パートナー、③新生児の両親とその家族</p> <p>【利用期間】 妊娠初期から出産後4～6週間まで</p> <p>【内容】 妊娠や育児に関する教育や情報提供、サポートなど、利用者が必要とするサービスを重層的に提供する</p> <p>【アクセス】 サービスへのアクセスは、自身で探すかまたは下記からの紹介となる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・LMC、一般開業医、その他の産科医療機関 ・その他のNGO/マオリ医療サービス事業者 ・マオリ関連の組織 ・教師、養護教諭、ソーシャルワーカー、その他の社会的機関 <p>※一般的なサービスの構成要素(サービスの連携・除外、質の要件、サービスの購買単位)も通知の中で定義している</p>

出典: 1) New Zealand Ministry of Health. [NZ保健省2021b], 2021, Report on Maternity: further information.

2) Firestone Riz, Matheson Anna, Borman Barry, Howe Laura D. and Ellison Lis -Loschmann, 2019, "New Zealand", Patricia Kenned, and Naonori Kodate: Maternity Services and Policy International Context Risk, citizenship and welfare regimes, New York, Routledge, 20-39. (出典を基に引用者が翻訳作成.)

性である（Firestone 2015：28）。サービス期間は、1人の女性の1回の妊娠・出産につき妊娠初期から産後4～6週間までとし、サービス内容は、妊娠や育児に関する教育や情報提供、サポートなど、利用者が必要とするサービスを重層的に提供する（NZ MOH 2021c）。

このように、ニュージーランドのプライマリーマタニティサービスには、共通の基準が明確に示されており、妊娠・出産は正常なライフイベントであるという概念のもとに、利用者個人が自律していけるよう、妊娠中から継続的にサポートする枠組みが制度としてつくられている。

③制度に基づく資金調達

公衆衛生障害法第88条（2000年）の通知には、LMCを含むプライマリーマタニティサービスに関わる事業者に支払う契約条件や仕様が定められており、すべてのLMCが同じレベルで機能しなければならない最低限のサービス仕様を、料金規程を含めて詳述している⁷⁾（NZ MOH 2021c）。

これに関連して助産師会と医師会は1993年に、プライマリーマタニティケアに関する同一賃金をめぐって争っている。結果、助産師会は医師と同じ支払額を勝ち取っており、これはニュージーランドで初めて、女性が同一価値労働に対して同一賃金を得た案件となっている（Guiland 2019a:837-8）。1996年にLMCが誕生した際には、ニュージーランド助産師会は第88条の通知を受け入れた。一方、ニュージーランド医師会はこれを全面的に拒否し、1998年の改正で、病院内の助産師支援サービスを利用する場合は医師のLMCの料金とは分離することになった（Firestone 2015:35）。これによりLMCである助産師の診療ならびにケアに対する保険請求は、地域保健局を経ず、ダイレクトに保健省へ請求する仕組みとなっている。LMCは受け取った料金に加え女性に追加料金は請求できないが、民間の産科医は請求することができる⁷⁾。

保健省は地域保健局から2次・3次医療サービスと1次医療を担うすべての産科施設を購入し、資金

提供している。入院治療などリスク管理が必要でLMCを利用できない女性の場合も、高次医療機関の利用の必要性に基づいて無料でサービスが提供される⁷⁾（NZ MOH 2021b：24）。

(3) LMC 制度の実際

妊娠した女性はLMC制度のサービスか、または地域保健局のプライマリーマタニティサービスへ登録し、継続ケアを受ける。ここでは多くの女性を選択しているLMC助産師を中心に、LMC制度の実際を述べる。

① LMC 制度へのアクセスと利用状況

LMCモデルは、ニュージーランドのマタニティサービスの基礎とされている⁷⁾。

女性は、妊娠している可能性がある場合に、まず自身の出産と一緒に立ち会ってくれるLMCを探す。プライマリーマタニティサービスへのアクセス方法は、たとえばニュージーランド助産師会が提供しているWebサイトFind your Midwifeなどを利用したり（New Zealand College of Midwives [NZ助産師会] 2020）、またLMCリスト・口コミ情報などから自身のニーズに合ったLMCを選択し連絡を取る。

女性はLMC制度を利用するかどうかを決め、利用する場合には担当者となる専門家を自身のLMCとして登録する。妊娠の確認時から産後6週の間であれば何時でも登録は可能で、LMCからマタニティケアを受ける始まりとなる。保健省が指定する登録用紙にLMCが必要事項を記入し、女性とLMCがともに署名をすることで、LMCが女性に24時間365日のオンコール可能な継続ケアを提供する意思を示すことになる（NZ MOH 2021c：10-11）。

妊娠中、出産時、出産後も同一のLMCから継続してケアを受けるが（戸田 2003）、女性とLMCとのマッチングが成立しな場合には、いつでも双方から変更を申し出ることが可能である。個人的に交渉する場合もあれば、助産師会等の関連団体が仲介する場合もある（NZ MOH 2015）。

助産師は、産科医や産科の認定資格を持つ家庭医

(General Practitioner:以後、GPという)に比べると医療行為を許可されている範囲は狭い。しかし、最近ではほとんどの女性が自身のLMCに助産師を選択している。保健省が2019年に公表した報告書によると、2017年に出産した女性の92.3% (n=55,076) がLMCを選択し利用登録している。それ以外の2.7% (n=1,602) は地域保健局事業部の医療機関からケアを受けた可能性が高く、5.0% (n=2,983) はケアの提供は不明であった (NZ MOH 2019: 30)⁸⁾。

LMCに登録した女性が選択した職種別の割合は、助産師94.2%、産科医5.6%、GP0.2%の順で、助産師が圧倒的に多かった (NZ MOH 2019: 36)。分娩場所別を見ると、3次医療施設45.6% (n=26,913)⁹⁾、2次医療施設41.1% (n=24,230)¹⁰⁾、1次医療を担うパースセンター、パースユニット、プライマリーユニットなどのいわゆる助産院10.0% (n=5,886)、自宅3.4% (n=1,994)、不明 (n=638) となっている (NZ MOH 2019: 59)。

このように9割以上の女性がプライマリーマタニティサービスのLMC制度を利用し、そのうち9割以上の女性が助産師を選択し、さらには出産場所として全体の8割余りが2次・3次施設などの高次医療機関を利用して出産している。

②ケアの継続と連携

LMCは妊娠初期から担当する女性と意思や責任を共有し、女性に必要なケアを直接提供し、また必要なサービスをシームレスにつなぐ総合窓口 (以後、ハブという) として機能している。ケア提供者、提供体制、連携は次の通りである。

■ケア提供者

LMC制度においてケア提供者になれる専門家は決まっている。①助産師、②産科医、③産科の免許を有するGPの3職種である。女性がローリスク妊娠であるかハイリスク妊娠であるかに関わらず、女性の継続ケア全般について責任を負う。制度におけるLMC助産師の多くは独立した個人事業主である⁷⁾ (田中 2018: 45)。女性がどこで産むことを選択していても、その女性についていく。それが継続

するということであり、LMCとしての責務だからである (Guilland and Pairman 2010 = 2022: 39)。

助産師の免許は実践免許で、助産師であれば登録により、だれでもLMCになることはできる (吉留 2013: 13)。ただし必須能力や適性等を高い水準で維持するために、毎年、実践家として資格を更新しなければならない。必要なプログラムを受講し、またLMCとしての実践記録やケアを受けた女性からのフィードバック記録も参考にしながら、助産師会の担当助産師とトレーニングを受けた女性の代表者で構成された審査団と一緒に、助言をもらうための面接をする¹¹⁾ (日隈ふみ子 2015: 127)。

1992年から始まった看護基礎教育を必要としない助産師のダイレクトエントリー教育では、4年相当のプログラムを3年で修めることが可能で (4,800時間、うち臨床時間2,400時間)、4年以内には修了しなければならない¹²⁾ (Guilland 2019a: 720-1)。助産師らは、学生時代に1対1でLMC助産師に付き継続ケアを実践するための高度なトレーニングを受けており¹³⁾ (Guilland 2019a: 836-7, 田中 2018: 44)、2021年現在、実務に従事している助産師の32.87% (n=1,072) がLMCに登録して活動している (New Zealand Midwifery Council 2021: 6)。

■ケア提供体制

LMC助産師は女性の依頼に応じてMLCCを実践し、定期的にかかわることで継続ケアを保障している (Firestone 2015: 29)。妊婦健診における「LMCの訪問は通常、妊娠第1期は6週間に1回、第2期は4週間に1回、第3期の初期は2週間に1回、妊娠34週以降から出産までは毎週行われる。しかし女性はいつでもLMCに連絡を取り、アドバイスを求めたり診察を受けることを希望することができる。」 (Firestone 2015: 30)。

LMC助産師は予め、複数の医療施設と利用契約を結んでおり (戸田 2003: 50)、出産場所は「自宅か、LMCが利用契約を結んでいる公的・私的病院や産科ユニットから妊産婦が自由に選ぶ」 (戸田 2003: 51)。妊産婦個人の選択のほか、臨床上の必要

表2 ニュージーランドのマタニティケアにおけるLMC制度の要約

ケアモデル	<ul style="list-style-type: none"> ・産前・分娩・産後の期間を通じた助産師主導の継続ケアモデル（MLCCモデル） ・女性1人に同一助産師1人（あるいは複数）が担当 ・助産師が女性に対するケアに責任を持ち、女性のマタニティケア期間に提供されるケアの計画・調整・実施を行うケア体制
ケアの期間	<ul style="list-style-type: none"> ・妊娠初期から出産後4～6週間（保険保険制度による期間）
主導者	<ul style="list-style-type: none"> ・LMCモデルは、ニュージーランドのプライマリマタニティサービスの基礎 ・LMCの3職種から女性が選択：①助産師94.2%，②産科医師5.6%，③GP0.2%（担当制ケア） ・助産師の種類：LMC助産師，病院等勤務のコア助産師 ・LMC助産師：独立した個人事業主 ・妊産婦がローリスク妊娠であるかハイリスク妊娠であるかに関わらず、妊産婦の継続ケア全般について責任を負う ・産科に必要な一般的な医療行為（薬の処方、会陰縫合等）が助産師に合法化されている
ケア提供者 ケア提供体制	<ul style="list-style-type: none"> ・① LMC 制度利用92.3%，②地域保健局事業部の公的医療機関利用2.7%，③不明5.0% ・LMC（人）を探し、選択・登録してサービスが始まる。ダイレクトに LMC に連絡をとる。 ・女性に必要なマタニティケアを LMC が直接提供 ・LMC 助産師は女性の依頼に応じて MLCC を実践し、定期的にかかわることで継続ケアを保障 ・妊婦健診：妊娠第1期は6週間に1回、第2期は4週間に1回、第3期初期は2週間に1回、妊娠34週以降から出産までは毎週 ・産後ケア期間は出産42日間、この間1人の妊産婦が7回以上にわたり妊娠期・分娩期と同一の LMC 助産師からケアを受ける ・産科に必要な一般的な医療行為（薬の処方、会陰縫合等）が助産師に合法化 ・女性と LMC とのマッチング成立せずどちらかに不満が生じた場合には、双方から変更を申し出ることが可能
提供システム	<ul style="list-style-type: none"> ・3次施設45.6%，2次施設41.1%，プライマリ施設10%（マタニティオフィス、パースセンター、パースユニット）、自宅3.4% ・公的機関である第3次医療施設の人的・物的資源が地域の LMC に開放されている ・他施設を利用した場合でも医師による処置や治療の必要がない限り、ケアの主導は LMC にある ・産後は特別な事情がなければ LMC とともに早期に退院し、自宅でケアを受ける
連携	<ul style="list-style-type: none"> ・全国統一の紹介ガイドライン・プロセスマップにより稼働（保健省） ・個々に必要とする関連サービスへは、LMC がハブとなって専門分野へつなぐ ・当事者の女性や家族、LMC、専門医等の3者が常時話し合い、女性の権利やインフォームドチョイスを重視 ・LMC から高次医療へ移転しても、状況が改善し適切と判断された場合には、ケアの責任が LMC へ戻される
対象者／女性 中心主義	<ul style="list-style-type: none"> ・重要視、関係性の継続性がある ・ジェンダーギャップ指数世界第4位（世界経済フォーラム2021）
マタニティケア 制度の基盤	<ul style="list-style-type: none"> ・助産師主導の継続ケアを実践するうえでの原理、助産哲学的基盤の信念 ①妊娠と出産は正常なライフイベントである ②助産師の専門的役割は、正常な妊娠、陣痛、出産、産褥期を経験している女性とともにいることである ③助産は、女性の出産体験を通して、ケア提供者の継続を提供する ④助産は女性中心である ・女性と助産師は対等 ・スローガン：“女性は助産師を必要とし、助産師は女性を必要とする Women need midwives need women” ・女性と助産師がお互いを信頼、意思決定を共有、システムに関して教え合う
法／制度	<ul style="list-style-type: none"> ・基本法：ニュージーランド公衆衛生障害法（2000年） ・LMC 制度は、医療システムの地域保健局から自律 ・マタニティケアにかかる費用は公的保険制度により賄われている（全額無料）

性、ベッドの空き状況、地域性など、さまざまな要因によって調整される (Firestone 2015 : 30)。3次の公的医療機関は全国に5施設で、地域にプライマリーケアを提供する診療所や民間病院も少ない。出産中のリスクが予測されない妊産婦が分娩施設をもたないLMC助産師と2次・3次施設を利用して出産を迎えるのは、極一般的スタイルである。

LMCとして継続ケアにかかわる助産師は、産前ケア・産後のケアだけではなく、分娩時のケア計画や分娩進行中の助産ケア、出生児の娩出介助そのものにも関わるなどして、継続ケアを提供している (戸田 2003)。女性は陣痛が発来すると選択した出産場所へ行き、あるいは自宅で待機する。そこへLMC助産師がやってきて分娩に対応する。他施設を利用した場合でも、女性に医師による処置や治療の必要がない限り、ケアの主導は妊産婦とともに来院したLMCにある。LMC助産師はバックアップしてもらう助産師を予め決めておく (NZ MOH 2021c:23, 戸田 2003 : 51)。

ほとんどの1次医療施設とすべての2次・3次施設はコア助産師 (Core Midwives) と呼ばれる助産師を雇用しており、彼女らは施設入院中の母子への24時間のケアと、LMCが扱う分娩が自施設で行われた場合には、女性の権利および制度上の責務としてLMCのサポートに廻る⁷⁾¹⁴⁾。高次医療施設は公的機関でもあり、施設の場所や医療機器等の設備の利用、スタッフなどの人的資源等が地域のLMCに開放され、機能別役割分担を図りながら柔軟に対応している (Guilland 2019b : 722)。

出産を終えると女性は特別な事情がない限りLMCとともに産後数時間で退院し¹⁵⁾、自宅でLMC助産師からケアを受ける。母子への産後のケア期間は出産後42日間で、この間1人の妊産婦が少なくとも7回以上にわたり妊娠期・分娩期と同一のLMC助産師からケアを受ける (NZ MOH 2021c:16)。出産後の母子の経過に問題がなく産後6週間を過ぎれば、以降子どもの成長・発達に対する課題へとシフトし、就学する5歳まで専門家のプランケットナー

スに支援の役割が移っていく (日隈 2015 : 126)。

なお、妊産婦が自身のLMCに産科医やGPを選択した場合には、産科医やGPから直接助産ケアが受けられるのではなく、医療施設が雇用しているコア助産師がケアを提供する。LMCである産科医師の大半は病院勤務医であり、地元のGPは分娩施設を持たず、公的な2次・3次医療施設でサービスを受けられるよう連絡・調整している¹⁴⁾。

■連携

ニュージーランドでは、ほとんどの国民は地域の一般診療所等に登録しており、医療ニーズのプライマリーケアが受けられる。一般診療所とマタニティ施設とは別々に運営されており、妊娠の初回受診が一般診療所であったとしても、保健省が策定している全国共通の『産科および関連医療サービスの協議に関するガイドライン』(以後、紹介ガイドラインという)に基づいて紹介・相談などの連携が図られている (NZ MOH 2012)¹⁶⁾。「これらのガイドラインは、2002年の第88条マタニティサービス通知に添付されたもので、2007年のプライマリーマタニティサービス通知と併せて使用される」(NZ MOH 2012 : cover)。関係する医療者間の共通認識やLMCが実行すべき『プロセスマップ』が収録されている (NZ MOH 2012 : 1)。

紹介ガイドラインの目的は、①産科医療の安全性と質を向上させること、②相談、転送、および搬送のプロセスの一貫性を向上させること、③プライマリーヘルスケアや専門家の診察、または臨床上の責任の移譲が必要な場合には、女性、家族およびその他の医療・ケアの提供者に信頼を持たせること、④事業者間のケアの調整を促進しサポートすることであり、妊産婦の状況に応じて、LMC、民間およびNGOの医療サービス提供団体、地域保健局事業部の公的医療機関の連携を図りやすくしている。

プロセスマップは、別のプライマリーケア提供者へ紹介が必要な場合にLMCと女性とが話し合い、速やかに対応が図れるように実行する基準や手順を示している。ただし、地域の状況によって対象のお

かれた状況は異なるため、LMC はプロセスマップだけに依存せず紹介ガイドラインを効果的に使用する柔軟性が求められている。内容は① LMC から GP、助産師、その他のプライマリーケア提供者（たとえば、臨床検査技師、授乳支援者、メンタルヘルスサービスなど）への紹介プロセス、② 専門家に紹介して相談する場合のプロセス、③ 臨床責任の移転のプロセス、④ 臨床責任の緊急移転のプロセス、⑤ 緊急搬送のプロセスが、フローチャートに示されており、LMC、その他の開業医、各施設の医療スタッフ、救急隊、地域保健局の事業部施設などの役割や責任、女性やその家族への情報提供としてのコミュニケーションに至るまで説明している（NZ MOH 2012）。

本ガイドラインから読み取れる特徴は、① 当事者の女性や家族、LMC、専門医等の3者が話し合い、女性の権利やインフォームドチョイスを重視していること。② 緊急事態の性質上女性の法的決定を下すことができない場合にも、事業者が消費者の最善の利益のためにサービスを提供する。また、③ LMC から高次医療の専門医療機関へ一旦臨床責任が移転したとしても、妊産婦や母子の状況が改善し適切と判断された場合には、ケアの責任が LMC へ戻される、などである（NZ MOH 2012：35）。

LMC 助産師は女性に産科医が必要と判断した場合には、産科医を交えてケアプランを作成する。妊娠・分娩経過中にハイリスクや異常に傾いたとしても、常に妊産婦とともにいて、女性が個々に必要とする産科や小児科医療の専門家、また医療のみならず保健・福祉分野の専門家などすべてのサービスへ、ハブとなってシームレスにつなぐ役割を担っている。

③ 理念としてのパートナーシップモデル

ニュージーランドの助産師らが最も大切にしている理念は、女性と助産師のパートナーシップである。助産哲学とも言われるパートナーシップモデルは、Guilland と Pairman により紹介されており（Guilland and Pairman 2010=2022：32-50）、MLCC を実践するうえでの原理となっている。

パートナーシップモデルの哲学的基盤の信念となるところは「① 妊娠と出産は正常なライフイベントである、② 助産師における一番の専門的役割は、正常な妊娠、陣痛、出産、産褥期を経験している女性とともにいることである、③ 助産は、女性の出産体験を通して、ケア提供者の継続を提供する、④ 助産は女性中心である」（Guilland and Pairman 2010=2022：33）と言うことである。女性が誰と、どこで出産するにしても、どのような立場で妊娠・出産に至っても重要な概念となっている（New Zealand College of Midwives 2022）。

ニュージーランド助産師会は助産師の役割を知ってもらうために「女性は助産師を必要とし、助産師は女性を必要とする：Women need midwives need women」（Guilland 2019b：720）といったスローガンを掲げ、マタニティケアは、パートナーシップに基づいて行われるものとしている。パートナーシップについて Guilland は、女性と助産師がお互いを信頼すること、意思決定を共有すること、システムに関して教え合うことを重要な視点として推奨している。女性も助産師も対等であり、その中で互いの専門的な知識を共有していくこと、そして、女性が選択できるように十分な情報を伝える責任は助産師にある¹⁷⁾としている。情報提供や情報共有は、プライマリーマタニティサービスの目的から反映されている。

(4) 制度の歴史的背景と助産師の業務拡大

現在ニュージーランドにおけるマタニティ政策を支えている基盤は LMC 制度である。制度の制定に関するさまざまな動きの中で、LMC 制度はより明確なものとなってきた。

1989年 助産師らが看護師会から独立してニュージーランド助産師会を創設した。その後1990年の看護師法の改正をきっかけに、1993年に制定されたサービス法第51条の通知により LMC の概念が導入され、1996年正式に LMC 制度が制定された。（Guilland 2019a：835、日隈2015：124）。

LMC 制度が実現できた背景には、「1970年代からの女性解放運動、消費者運動と相まって、NZでは女性たちが医療化した出産ケアへの疑念から」(日隈2015:124)、マタニティ政策の変換を要求したことにある。1970年代から80年代にかけて女性たちの間に、自分の身体のごとは自分たちで自己決定すべきだとする消費者運動が起き、助産師はこのムーブメントに参加することにより声を上げられるようになったという (Guilland 2019a: 835-36, Guilland 2019b: 719)。

1970年ごろから1990年までのマタニティサービスは医師主導で管理・監督されており (Firestone 2015:23, 日隈2015:124)、看護師法で規定されている助産師は、「医師がいない場で助産師だけで妊婦健診や分娩を扱うことはできなかった」(Guilland 2019b:720)。しかし、この法律改正をきっかけとして看護師と助産師の役割が明確となり、以降、医師主導であったマタニティサービスが徐々に助産師主導へと転換していった。

女性のプライマリーマタニティケアに全面的な責任を持つ専門家が LMC であるとして出産時の助産サービスが義務付けられたこと (Firestone 2015:23)、LMC 助産師も妊娠・出産サービスの独立したケア提供者として、単独で活動できるようになった (Guilland 2019b:720)。助産師は、医師の指示なしに薬を処方し、また助産師の判断で検査や治療のためのサービスを紹介し、さらには病院に妊産婦を入院させることができるようになるなど、業務範囲が拡大した (Guilland 2019a:836, 日隈2015:124)。加えて、合併症や途中で生理的経過から逸脱したハイリスク妊婦であっても、医師と協同して継続的にケアにあたるのが一般的となった。

LMC 制度の制定にあたっては、「関連する多くの法律が影響を及ぼしている。妊娠・出産は『正常な』ライフイベントであるという概念を定着させたニュージーランド公衆衛生障害法 (2000年)、医療従事者を民事訴訟や個人訴訟から保護する事故補償法人法 (2001年)、すべての医療従事者に規制機関をもつこ

とを義務付けた保健医療実務者資格保障法 (2003年) などである」¹¹⁾ (Firestone 2015:28)。言うまでもなく、LMC 制度の誕生やあらゆる関連制度の構築に、職能団体であるニュージーランド助産師会の貢献があった。

3. ニュージーランドモデルからみた継続ケア実現のための日本のマタニティケア制度への示唆

前章では LMC 制度の特徴を概説した。その要点は次の5点である。ニュージーランドでは、①妊産婦のプライマリーマタニティケアにかかわる LMC を医療システムから自律した制度に位置づけている、②妊婦登録とともに LMC の登録を行っている、③ LMC は生理的経過の妊産婦だけでなくより密度の濃い医療を必要とする妊産婦の場合も立ち会い、周産期の継続ケアが実現されている、④ LMC の主要な担い手として助産師が位置づけられている、⑤ LMC 制度は基本的に公的保険制度で運営されており、すべての妊婦が対象である。

本章では、ニュージーランドのマタニティケア制度における LMC 制度の参考となる点に注目し、わが国において助産師が導く継続ケアを実現するための示唆を引き出す。

継続ケアを実現するための重要な視角は、サービスの受け手である女性からの視点である。日本への示唆を得る際の主な論点は、次の4点に集約される。(1) 継続ケアができる体制の強化、(2) すべての妊産婦を対象とする制度化、(3) 選択と意思決定を尊重する支援の保障、(4) 継続ケアができる人材である。

(1) 継続ケアができる体制の強化

1つ目の論点は、継続ケアができる環境・体制が整っているかという点である。

ニュージーランドは、妊娠・出産を正常なライフイベントととらえプライマリーマタニティサービスを制度として明確にし、一般患者や主に合併症・ハ

イリスク妊婦を対象とする地域保健局等の医療システムから自律した、独自のLMC制度を構築した。LMC助産師は女性とともにいることを前提とし、妊産婦のリスクの有無にかかわらず、依頼があれば行動を共にし継続したケアを提供する。

具体的には、①妊婦登録の際に女性が自身のLMCを選択し、そのLMCも同時に登録する。②LMC助産師が法的根拠の中でMLCCを実践できる体制が、ケアの仕様に対応した資金請求と併せて決められている。③女性が必要とするサービスすべてに、地域に根ざしたLMC助産師は対応しハブとしての役割と機能を果たしている。他の関連施設と連携が必要な場合には、女性が動けるように情報を提供し、また調整し、フィードバックして女性と必要な情報を共有する。

LMCは地域の1次医療を担い、マタニティ期間中は継続して単独あるいはチームで関わることが多いが、2次・3次医療機関の場所・人的資源・物的資源の利用が女性とLMCへも開放されている。

合併症や途中で生理的経過から逸脱した場合でもLMCとして責任をもって高次医療機関のスタッフへ情報を提供し、協同しながらケアにあたる。LMCが契約施設を利用する際、当該施設のスタッフは協力的である。紹介ガイドラインにより、女性を中心に据えた最善の策が仕組みとして構築されており、協力することが義務付けられているからである。

以上のニュージーランドの制度からすると、日本には継続ケアができる体制が整っているとは言い難い。日本の助産師には国の制度の中で助産行為が独占業務として認められており、本来自律的な実践が可能である。しかし、LMC制度にみるすべての妊産婦の妊娠から出産産後までを継続的に伴走し、ハイリスク妊婦の出産も含めて立ち合いを実現するような、制度上の仕組みがない。日本の現状をみると、生理的な妊娠出産が予測される妊産婦が医師による治療や処置の対象として位置付けられている。また、地域で継続ケアを実践する助産所を開設する助産師（以後、助産所助産師という）が分娩を扱う場合には

嘱託医療機関や嘱託医との契約を締結しなければならない。

各都道府県には、保健医療計画（滋賀県2019）の策定が義務付けられており、5年ごとに見直しがなされている。保健医療計画の構成「疾病事業ごとの医療福祉体制」には、妊娠・出産に関する事項が「周産期医療」として明記されている（滋賀県2019:141）。しかし、通常の出産が見込め医師による治療や処置を必要としない8割ともいわれる母子に対して、独自のマタニティ継続ケアに関する方針や計画はなく、医療体制の一部として妊娠・出産が位置づけられている。病院や産科診療所に、マタニティケア期間中の妊産婦個人にマンツーマンで継続的支援ができるケア責任者はほとんど居ない。生理的な出産が見込める妊産婦が、主に疾患患者を診療対象とする病院や診療所と同じシステムの中で検討されているのである。

しかし、わが国にも地域で継続ケアを実践する助産所助産師がわずかながら存在している。2019年データによると、彼女らの分娩の取り扱い件数は全分娩数の0.6%（ $n=5,527$ ）である（母子衛生研究会2020:47）。助産所助産師には医療法第19条により嘱託医療機関との契約が義務付けられているが、一方の連携を依託される高次医療機関に助産所助産師と契約を結ばなければならない義務制度はなく、政府が調停するなどの制度もない。医師－助産師間の個々人の私的な交渉において契約が成り立っている。加えて、昨今の産科医師の偏在、集約化、医療法一部改正等により、助産師が地域で開業し続けるための嘱託医との契約の締結は難しくなっている。したがって、嘱託医療機関との契約が結べない場合は連携体制が図れないため、女性が地域で助産所助産師の継続ケアを受けたいと希望しても、安全管理上分娩の取り扱いを含む継続ケアはできない。

(2) すべての妊産婦を対象とする制度化

2つ目の論点は、すべての妊産婦が制度の対象となっているかと言う点である。ここでの指摘はマタ

ニティサービスの費用負担と公平性に関する指摘である。

LMCの基本サービスは原則無料で実施されている。地域保健局が統括する公的医療機関あるいは民間病院を利用した場合も原則公費で賄われている。しかし、日本では健康な妊産婦に対する公的な保険制度の仕組みがなく、各自治体から公的助成制度として妊婦健診料の補助や厚生労働省から各種健康保険組合を通じた出産育児一時金の給付がある程度に過ぎない。自費あるいは一部負担が一般的で、償還払いにしても一時的に相当の負担をする必要がある。受取代理制度があるが、事前に申請せねばならず、妊産婦にとって分かりやすいものとはいえない。

費用面に関連して、日本の産前・産後のサービス利用は、実際はかなりの部分で利用対象に制約がかかっている。また、市区町村の母子保健サービスについても、居住地域の財政状況により、同じサービスの利用であっても自己負担額が異なり格差が生じている。そうすると利用する側も利用したい産前・産後サービスがあったとしても、必然的に利用を抑制してしまう。したがって、すべての妊婦に公平な制度にはなっていない。

(3) 選択と意思決定を尊重する支援の保障

3つ目の論点は、サービスの受け手である女性に選択権と意思決定が保障されているかという点である。

女性が選択し意思決定するための支援は、プライマリーマタニティサービスの目的でもあり、それが継続ケアによって実現できているのがニュージーランドである。マタニティサービスは、LMCの選択とその登録に始まり、妊婦健診、分娩場所の選択、出産時ケア、産後ケア、経過途中の他施設への紹介・搬送等においても、女性と助産師のパートナーシップに基づき、一貫した女性中心の継続ケアとしてマタニティサービスが提供されている (Guiland and Pairman 2010=2022:41)。女性に対する徹底した継続ケアは、情報提供に基づいた選択と意思決定を促

進させる。自ら選択し意思決定していくことは、女性が自身の出産や生まれてくる子に責任を持つと行うことであり、それにより得られた達成感や、自信や、納得感は、出産や出産後の子育てにも引き継がれていく。

わが国において妊産婦の選択と意思決定を尊重する機会がないことは無いが、継続性のないケア環境では、女性は自身に起こっていることについて確認する機会が限られてしまい受け身になる傾向にある (金森 2021:7-8)。診療時間外にも気兼ねなく自身の伴走支援者と直接連絡を取り合える安心感や、必要な情報が得られる関係性の継続は、妊産婦の選択や意思決定を促すうえで重要な機会となる。

実際、継続ケアによるどのような情報により選択や意思決定が促進されているのか、またマタニティケア制度の構築に繋がられるのか、それを証明できる客観的な調査データが必要である。具体的には今後の課題である。

(4) 継続ケアができる人材の育成

4つ目の論点は、継続ケアができる助産師が育っているのかどうかという点である。

ニュージーランドの女性は妊娠したときに、出産する「場所」を選ぶのではなく、まず自身のマタニティケア期間を伴走支援してしてくれる「人」を選ぶ。その際9割以上の女性が自身のLMCに助産師を登録し出産していることを考えれば、助産師主導の継続ケアは可能である。人材育成として、MLCCが実践できる専門家養成を、量と質の両面から考える必要がある。すべての妊産婦1人1人に対応するために、出産数に見合った人材としてのLMCが必要となる。

ニュージーランドで出産した女性の数は毎年概ね約6万人である (母子衛生研究会 2021:108)。対し、2018年のプライマリーケアに関わっている助産師数は3,283名である。そのうち、個人事業主であるLMC助産師数は1,079名である (New Zealand Midwifery Council 2021:4-6)。マタニティ継続ケアのさまざま

まな要素や労働条件、地理的な事情を加味すると、LMC助産師は十分な数（量）とは言えない。

しかし質的には、多くの助産師がダイレクトエントリー制の教育を3年もしくは4年間受けている。学生時代に25例以上の一連の継続ケアを経験しており、臨床実践では、教育者として訓練を受けた経験豊富な指導助産師に付いて実践に入る。助産師免許は更新制である。自律したLMC助産師により助産師が育てられ、助産師基礎教育また現任教育とも日本に比べ格段に多くの継続ケアを実践し、実力を積み上げている¹³⁾ (Guilland 2019b : 720-1)。

一方、日本も継続ケアができる助産師が極わずかしかない。2019年のわが国の出産数は865,239人である。助産師数は3万6,911名で、そのうち、勤務助産師は85.0%（内訳：病院勤務62.9%、診療所勤務22.1%）、助産所助産師は5.7%、その他9.4%の割合である（厚生労働統計協会 2021 : 60, 204）。助産所助産師のうち、実際に助産所や自宅で分娩を扱う助産師はさきわめて少ないことが推測される。加えて、8割以上の助産師がシフト制で病院や診療所へ勤務しており、助産師免許取得後、妊娠初期から産後までの一連の継続ケアを経験していないのが実情である。学生時代の助産師基礎教育において継続ケアを経験してきている助産師は多い。しかし、保健師助産師看護師学校養成所指定規則における卒業時の到達目標は、継続事例1例以上である（新日本法規 2002 : 1430）。

医療施設に雇用されてる助産師や助産師以外の専門職がマタニティケアをしようとすると、多職種とチームを組まなければならない。第1章、第2章でみてきた内容に反して、ケア提供者が状況により変わる環境下では、正常なライフイベントにある女性にとっては効果的なマタニティケアにはなりにくい。プライマリーマタニティケアは、助産師による女性への一連の継続ケアがあってこそ成り立つ。GuillandとParimanは、助産師が独立して実践できる法的能力に依拠していることを指摘し、「助産師が継続ケアを排除した環境でケアする場合、総合的な

サービスの一部を他の分野に頼るため、私たちの定義では助産実践をしていると言うことはできません」と述べている (Guilland and Pairman 2010=2022:37)。わが国において生理的で健康的な女性へのマタニティサービスに責任を負い、継続的にケアを提供できる専門家は、地域で分娩を扱っている助産所助産師である。助産師数はまったく足りていないのが現状であり、いかに継続ケアができる助産師を養成していくか、教育について考える転換期に来ている。

おわりに

マタニティケアにおいて継続した関係性が重要であり、切れ目のない支援の一つとしてマタニティ継続ケアを制度に組み込む重要性が示唆された。

女性の出産体験は特定の時期で切り離すことはできず、妊産婦にとって産前からの全人的で、包括的で、総合的な妊産婦-助産師間のケア関係が、出産やその後の子育て、自らの生き方へ影響を与える経験となる。本論文ではその重要性から、継続ケアの保障という視点でわが国の仕組みに参考となる点に注目し、ニュージーランドのマタニティケア制度の特徴を文献的に検討した。そこからわが国のマタニティケア提供体制において、すべての妊産婦へ継続ケアの提供を実現していく上での論点を考察した。

ニュージーランドにおけるマタニティケアの特徴は、① LMCを医療システムから自律した制度として位置付けていた。②妊産婦登録と同時にLMCの登録制を行っており、LMCはマタニティケアにおけるハブとしての機能していた。③ LMCは生理的経過の妊産婦だけではなくより密度の濃い医療を必要とする妊産婦の場合も立ち会い、周産期までの継続ケアが実現していた。④ LMCの主要な担い手として助産師が位置づけられており、その背景には助産のもっている理念として、女性中心の継続ケアにおいて女性と助産師のパートナーシップが存在していた。⑤ LMC制度は公的保険制度で運営されており、

すべての妊婦が対象であった。

しかしながら、マタニティ継続ケアを提供する LMC を担う助産師が足りているわけではない。加えて、制度に基づく資金調達システムができたにもかかわらず、国民保険制度において継続ケアという長期にわたる密度の濃いケア労働に対して LMC への報酬は非常に低く設定されているのも事実である。(Guilland 2019a : 837, 平出 2020 : 528)。

わが国において助産師が導く継続ケアを実現するための主な論点は、(1) 継続ケアができる体制の強化、(2) すべての妊産婦を対象とする制度化、(3) 女性の選択と意思決定を尊重する支援の保障、(4) 継続ケアができる人材の育成であった。

マタニティケア制度における継続ケアの強化のためには既存のサービス(事業)を寄せ集めつなぐだけではなく、対象者にとっての切れ目のない支援を捉えなおし、さらに踏み込んだ議論とそれを踏まえた制度上の仕組みを検討する必要がある。特に産前と産後の間にある出産場面を含め、妊娠初期から産後子育て期にわたるケア関係の継続性の維持とサービスの継続を合わせて、制度の両輪として位置付ける必要がある。連続した生理的経過の妊娠・出産・産後はもとより、医師による治療あるいは処置、分娩管理などが必要な場合にも、継続した関係性が維持できるような制度上の仕組みが検討されなければならない。

本研究の限界は、ニュージーランドのマタニティケアに関する文献・資料の検討により日本の論点を考察した点である。今後は実際の現地におけるフィールドワークも含めた分析が必要である。その上で、わが国のマタニティケアにおいて継続ケアを実現するための強化を図るため、継続ケアができる助産師の量質転換の可能性についても検討が必要である。今後の研究課題では、ニュージーランドのようにケアの継続性が具体的に制度化されていない日本において、継続ケアを実践するための課題について検討する必要がある。たとえば、嘱託医・嘱託医療機関との契約問題や連携、国際比較では、カナダ、イギ

リスなど他国の例や社会保険の国での例なども含め、さらに検討を深める必要がある。

謝辞

本論文の執筆にあたり全般的にご指導いただきました。立命館大学大学院 社会学研究科 教授 松田亮三先生、また、ニュージーランドの LMC 制度について助言いただきました。京都大学大学院 医学研究科 助教 ドーリング景子先生に、この場をお借りして深謝申し上げます。

注

- 1) 正式名は、母子健康包括支援センターという。2018年の母子保健法第22条の一部改正により、母子保健施策と子育て支援施策との一体的なサービスの提供を通じて、妊産婦および乳幼児の健康の保持増進に関する包括的な支援を行うことにより、もって地域の特性に応じた妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を提供する体制を構築することを目的とした、母子健康包括支援センターを設置する努力義務を市町村に課した。改正前は、母子健康センターの設置が努力義務となっていた(厚生労働省子ども家庭局母子保健課 2019)。
- 2) マタニティケアにおける継続ケアモデルには、①助産師主導の継続ケア(MLCC)モデル、②医師主導の継続ケアモデル、③共同ケアモデル(コラボレーションモデル)の3種類がある。
- 3) Lead Maternity Carer (LMC) の日本語訳には、さまざまな表現がある。本論文では出産ケア政策会議が呼称しているマタニティ継続ケア担当責任者を参考とした(出産ケア政策会議 2022 : 3)。
- 4) 日本の母子保健データ
年間出生数86万5,239人(2018)、出生率7.0(人口千対、2018)、合計特殊出生率1.36(2019)、妊産婦死亡率3.4(出生10万対、2019)、乳児死亡率1.9(出生千対、2019)、周産期死亡率2.3(出生千対、2019)、(母子衛生研究会 2021 : 108-121)。
- 5) こども・家庭福祉や社会手当、就労支援などは、保健省とは別の社会開発省が担っている(芝田 : 2015 : 18)。

- 6) 地域保健局から資金提供を受けている、認可された事業者が行っているプライマリーサービスを Primary Maternity Single Services (PMSS) という。以前は非 LMC と言われていたが、LMC により PMSS の一部が請求されることがあり、非 LMC の用語は廃止された (NZ MOH 2021c : 19)。
- 7) ニュージーランド助産師会ホームページ参照, 更新年掲載無し (NZ 助産師会 年不明 a)。
- 8) LMC に登録した女性の割合は、2008年の80.6%から2017年には92.3%に統計的に有意に増加した。同じ期間に、地域保健局事業部のプライマリーマタニティサービスに登録した女性の割合は2008年の11.8%から2017年の2.7%へ減少した (NZ MOH 2019 : 30)。
- 9) 3次産科病院：ハイリスクで複雑な妊娠をした女性に対し、専門的な学際的なチームによるケアを提供できる病院を指す。3次産科ケアには、24時間体制で専門医が常駐しており、NICUを併設する (NZ MOH 2012 : 35)。
- 10) 2次産科病院：正常な出産、複雑な妊娠、手術による出産や帝王切開などの出産に加え、麻酔や小児科、放射線科などの専門的な補助サービスを提供できる病院を指す。新生児サービスからのサポートへのアクセスを備えている (NZ MOH 2012 : 35)。
- 11) Pairman, Sally, 2007, 「自立に向けた教育：ニュージーランドで起こった助産師教育の転換」。著者はニュージーランドの助産師指導者の1人であり、国際看護・助産規制会議に際し来日。京都で行われた講演の記録 (加納・毛利 2007 : 106)。原題は、"Education for autonomy: Midwifery education in New Zealand"。
- 12) NZ 助産師会 HP に掲載, ホームページの更新年は掲載無し (NZ 助産師会 年不明 b)。
- 13) Benn, Chery, 2007, 「ニュージーランドにおける助産師教育一つながりをもっていく」。著者はニュージーランドの助産師指導者の1人であり、国際看護・助産規制会議に際し来日。京都で行われた講演の記録 (加納・毛利 2007 : 107-115)。原題は、"Midwifery education in New Zealand—maintaining the link"。
- 14) ドーリング京子氏より2022年2月17日13 : 00～14 : 40ヒアリング。ドーリング氏は、ニュージーランドへ留学し大学院で女性と助産師の関係について研究, PhD (オークランド工科大学), ニュージーランド滞在歴7年, 助産師。
- 15) 入院中の産後ケアとは、胎盤娩出後12時間以上産科施設にとどまる場合に、女性と児が受ける産科医療をいう (NZ MOH 2021c : 16)。
- 16) Referral Guidelines の表紙より引用：これらのガイドラインは、2002年のセクション88マタニティサービス通知に添付されたもので、2007年のプライマリーマタニティサービス通知と併せて使用される (NZ MOH 2012)。
- 17) Guiland, Karen, 2007, 「ニュージーランドで起こったマタニティケア政策の転換」。著者はニュージーランドの助産師指導者の1人であり、国際看護・助産規制会議に際し来日。京都で行われた講演の記録 (加納・毛利 2007 : 91)。原題は、"How maternity policies changed in New Zealand"。

引用・参考文献および資料

- Freeman, George K., Frede Olesen and Per Hjortdahl, 2003, "Continuity of care: an essential element of modern general practice?," *Family Practice*, 20: 623-7.
- Firestone, Riz, Anna Matheson, Barry Borman, Laura D. Howe and Lis Ellison-Loschmann, 2015, "New Zealand," Patricia Kennedy, and Naonori Kodate eds., *Maternity Services and Policy International Context Risk, Citizenship and Welfare regimes*, New York: Routledge, 20-39.
- Gulliford, Marthin, Smriti Naithani, and Myfanwy Morgan, 2006, "What is 'continuity of care?'," *Journal Health Service Research Policy*, 11 (4): 248-50.
- New Zealand College of Midwives [NZ 助産師会 2020], 2020, Find Your Mmidwife, New Zealand College of Midwives Home Page, (Retrieved 12 Murch 2022, <https://www.findyourmidwife.co.nz/>)
- New Zealand College of Midwives [NZ 助産師会 年不明 a], 最終更新年不明, New Zealand Midwifery, New Zealand College of Midwives Home Page,

- (Retrieved 1 February 2022, <https://www.midwife.org.nz/midwives/midwifery-in-new-zealand>)
- New Zealand College of Midwives [NZ 助産師会 年不明 b], 最終更新年不明, How to become a midwife, New Zealand College of Midwives Home Page, (Retrieved 1 December 2021, <https://www.midwife.org.nz/midwives/midwifery-in-new-zealand/how-to-become-a-midwife/>)
- New Zealand Midwifery Council, 2021, Midwifery Workforce Survey, (Retrieved 27 April 2022, <https://www.midwiferycouncil.health.nz/common/Uploaded%20files/Workforce%20surveys/Midwifery%20Workforce%20Survey%202021.pdf>)
- New Zealand Ministry of Health [NZ MOH 2012], 2012, Guidelines for Consultation with Obstetric and Related Medical Services (Referral Guidelines), (Retrieved 12 March 2020, <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/referral-glines-jan12.pdf>)
- New Zealand Ministry of Health [NZ MOH 2015], 2015, If you're unhappy with your care, New Zealand Ministry of Health Home Page, (Retrieved 1 February 2022, <https://www.health.govt.nz/your-health/pregnancy-and-kids/services-and-support-during-pregnancy/if-youre-unhappy-your-care>)
- New Zealand Ministry of Health [NZ MOH 2019], 2019, Report on Maternity 2017, (Retrieved 12 March 2020, <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/report-maternity-2017-may19.pdf>)
- New Zealand Ministry of Health [NZ MOH 2021a], 2021, My DHB, New Zealand Ministry of Health Home Page, (Retrieved 15 Jun 2021, <https://www.health.govt.nz/new-zealand-health-system/my-dhb>)
- New Zealand Ministry of Health [NZ MOH 2021b], 2021, Report on Maternity: further information. (Retrieved 26 April 2022, <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/report-on-maternity-further-information-dec21.pdf>)
- New Zealand Ministry of Health [NZ MOH 2021c], 2021, Guide: Primary Maternity Services Notice 2021. (Retrieved 26 April 2022, https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/primary_maternity_services_notice_2021_-_guide_25_nov-final.pdf)
- Sandall, J, Soltani H, Gates S, Shennan A, and Devane D., 2016, Midwife - led Continuity Models Versus Other Models of Care for Childbearing Women. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5. Retrieved 12 March 2020.
- Guilland, Karen, 2019a, 松岡悦子翻訳, 「講演録② 看護協会からの独立」『助産雑誌』73 (10) : 835-9.
- Guilland, Karen, 2019b, ドーリング景子監修, 「助産師こそ、女性の『母としての権利』の守り手」『助産雑誌』73 (9) : 719-22.
- Guilland, Karen and Sally Pairman, 2010, The Midwifery Partnership, —A Model for Practice, New Zealand College of Midwives, (ドーリング景子訳, 2022, 『女性と助産師のパートナーシップモデル —実践のためのモデル』日本助産師会出版会.)
- International Confederation of Midwives [ICM], 2005, “Philosophy and Model of Midwifery Care.” CD2005_001 V2014ENG. 「基本文書 助産ケアの理念とモデル」, 日本看護協会, 日本助産師会, 日本助産学会 訳, (取得日2020年4月1日, https://www.josan.jp/uploads/files/information/icm/philosophy_and_model_of_midwifery_care.pdf)
- International Confederation of Midwives [ICM], 2011, “Midwifery Led Care, the First Choice for All Women.” CD2011_012 「助産師主導のケア——すべての女性の第一選択」, 日本看護協会・日本助産師会・日本助産学会 訳, (取得日2020年4月1日, https://www.jyosan.jp/uploads/files/information/icm/ICM.st07_Midwifery%20Led%20Care,%20the%20First%20

- Choice%20for%20All%20Women.pdf)
- Wagner, Marsden, 1994, Pursuing the birth machine: the search for appropriate birth technology. (井上裕美・河合蘭監訳, 2002:134, 『WHO 勧告に見る望ましい周産期ケアとその根拠』メディカ出版.)
- World Health Organization [WHO], 2018, WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, Geneva: World Health Organization. (分娩期ケアガイドライン翻訳チーム訳, 2021, 『WHO 推奨 ポジティブな出産体験のための分娩期ケア』医学書院.)
- 大林道子, 1997, 『助産婦の戦後』勁草書房.
- 片岡弥恵子・江藤宏美・八重ゆかり他, 2007, 26 (1): 83-7.
- 金森京子, 2021, 「マタニティケアにおける継続ケアとは何か? — 妊産婦ケアにおける継続ケア強化に向けて」『日本医療福祉政策研究』4 (1): 157-181.
- 加納直美・毛利多恵子, 2007, 「ニュージーランドのマタニティ政策と助産師教育」『日本助産学会』21 (2): 89-115.
- 看護行政研究会編集, 2021 『看護六法』新日本法規.
- 厚生労働省, 2018, 『子育て世代包括支援センター業務ガイドライン』(取得日2021年7月1日, <http://www.mhlw.go.jp/file/06-seisakujouhou-11900000-koyoukintoujidoukateikyoku/kosodatesedaigaidorain.pdf>)
- 厚生労働省, 2020, 『産前・産後サポート事業ガイドライン 産後ケア事業ガイドライン』(取得日2021年7月1日, <https://www.mhlw.go.jp/content/000658063.pdf>)
- 厚生労働省子ども家庭局母子保健課, 2018, 「妊娠期からの切れ目のない支援の実現に向けた看護職に対する期待」『看護』70 (1): 32-36.
- 厚生労働省子ども家庭局母子保健課 監修, 2019, 『七訂 母子保健法の解釈と運用』中央法規出版: 95-100.
- 厚生労働統計協会, 2021, 『国民衛生の動向—厚生の指標』増刊68 (9).
- 坂本めぐみ, 松永洋子, 2021, 「妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援に関する現状と課題」『第51回日本看護学会論文集 ヘルスプロモーション・精神看護・在宅看護』日本看護学会: 96-99.
- 滋賀県, 2022, 滋賀県保健医療計画 (地域医療構想を含む), 滋賀県ホームページ (取得日2022年3月14日, <https://www.pref.shiga.lg.jp/ippan/kenkouiryohukushi/iryoo/300043.htm/shiga.lg.jp>)
- 芝田英昭, 2015, 「ニュージーランドにおける現行保健制度の特徴と課題」『健保連海外医療保障』105: 16-31.
- 出産ケア政策会議, 2022, 序章 わたしたちについて『出産ケア政策会議活動報告書 2020年度—第4期』出産ケア政策会議.
- 田中一枝, 2018, 「ニュージーランドにおける助産師の自律と助産師教育に関する報告」『鹿児島大学医学部保健学科紀要』28 (1): 41-6.
- 戸田律子, 2003, 「1人ひとりにより添うマタニティケア ニュージーランドの妊娠・出産産褥ケア」『助産雑誌』57 (12): 47-53.
- ドーリング景子, 2021, 「助産師主導の継続ケア (MLCC) モデル」『助産雑誌』75 (6): 420-3.
- 内閣府, 2020, 「(第4次) 少子化社会対策大綱—新しい令和時代にふさわしい少子化対策へ」(取得日2022年2月9日, https://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/law/taikou_r02.html)
- 日本助産学会ガイドライン委員会, 2020, 『エビデンスに基づく助産ガイドライン—妊娠期・分娩期・産褥期2020』日本助産学会.
- 日隈ふみ子, 2015, 「ニュージーランドにおける助産実践の視察報告」『佛教大学保健医療技術学部論集』9: 123-33.
- 藤田真一, 1979, 『お産革命』朝日新聞社.
- 平出美栄子, 2020, 「憧れの地, ニュージーランドで感じた, 日本の助産師・開業算氏の良さと課題」『助産雑誌』74 (7): 526-529.
- 母子衛生研究会, 2021, 『母子保健の主なる統計』母子衛生研究会.
- 吉留厚子, 2013, 「ニュージーランドの助産システムの紹介」『鹿児島大学医学部保健学科紀要』23 (1): 15-8.

Maternity Care System for Continuous Care —Suggestions for Japan from the New Zealand Model—

KANAMORI Kyokoⁱ

Abstract : In this paper, we examine the characteristics of New Zealand's maternity care system from the perspective of guaranteeing continuous care as described in the literature, and suggest issues in realizing provision of continuous care to all pregnant women in Japan's maternity care provision system.

In order to strengthen continuous care in the maternity care system, not only "service (business)" is involved, but also "continuity of care relations" from the early stage of pregnancy to the postpartum child-rearing period, including childbirth between prenatal and postnatal. It is necessary to position these aspects of the maintenance of the system as two wheels of the system.

The characteristics of maternity care in New Zealand are as follows: (1) The LMC system related to primary care for pregnant women is positioned as an autonomous system from the medical system. (2) LMC registration is performed at the same time as maternity registration. (3) LMC is used not only for pregnant women as a physiological course but also for pregnant women who need higher medical care, and continuous care during the perinatal period is realized. (4) Midwives are positioned as the main players of LMC. (5) The LMC system is basically operated by a public insurance system and is applicable to all pregnant women.

In order to realize continuous care led by midwives in Japan, the main issues are (1) strengthening the system for continuous care, (2) institutionalization covering all pregnant women, and (3) women's choice and decision making. Support for the above elements must be guaranteed, together with (4) securing human resources who can provide continuous care.

Keywords : New Zealand, continued care, maternity policy, Lead Maternity Carer, Midwife-led Continuity of Care, continuous support, midwife

i Visiting Researcher, Institute of Human Sciences, Ritsumeikan University