

【論文】

我が国における予定帝王切開分娩の現状

——体験した女性へのインタビュー——

竹内佳寿子・宮田 久枝

I. 緒 言

我が国の帝王切開分娩（以下、帝切とする）の割合は、1985年に5%であったが2014年には24.8%（厚生労働省，2016）と5倍となっている。その背景の一つには、出産年齢の高齢化であり、不妊治療による多胎（厚生労働省，2016）などのハイリスク妊婦の増加も挙げられる。また、産科ガイドラインに於ける骨盤位の経膈分娩に関しての取り決め（日本産婦人科学会，2011）による骨盤位経膈分娩の減少、今回が帝切になると次も帝切とするといった医療施設体制による分娩管理（日本産婦人科学会，2011）により、今後も帝切は増加するといえる。

帝切を満足度でみると、満足度が高い（Blüml, 2012；飯沼，2002；上条，1993）とする一方、母親に否定的感情（negative feeling）をもたらし、出産の満足度を低下させ、喪失体験となることが多い（Marut, 1979）と示す報告があり一貫した結果を得られていない状況にある。元来、出産は自然であることを重んじ、陣痛を乗り越えるべき痛みとしてとらえ（松岡，2011）、経膈分娩は自然分娩で女性が目指すものという文化がある。そのためか、帝切は自分の力で出産できなかったと捉える（堀内，1987）とされ、海外でも同様で、帝切は経膈分娩という重大な人生経験を逃したことである（Fenwick, 2003；Porter, 2007）と示している。帝切を異常な分娩と女性が認識することにより、自らの出産物語を語れないことから孤独の感情へとつながっている（Puia, 2013）などの報告があり、産後うつ病、さらには心的外傷後ストレス障害（PTSD：Post Traumatic Stress Disorder）の発生率の増加と関連していることが明確に示されている（Puia, 2013）。

帝切には計画して行う予定帝王切開分娩（以下、予定帝切とする）と緊急時に対応する緊急帝王切開分娩（以下、緊急帝切とする）がある。予定帝切の先行文献では、海外はPTSDと産後うつの発生率の増加と関連する（Beck, Gable, Sakala & Declercq, 2011；Lobel & Deluca, 2007）ことが明らかになっており、国内文献では他の出産様式と比較して予定帝切は対児感情や児への育児行動に困難感が高く（堀内，1987；和智，2006）、心理面の健康阻害があるとしている。その一例として、その後の母親役割・育児について経膈分娩・緊急帝切との比較において、予定帝切の母親は、課題達成（出産体験・母乳授乳・母親役割）・身体機能制御や健康・状況制御・情

緒的特性や自己制御、ボディイメージ・サポートに関する喪失のいくつかの組み合わせを経験しており（堀内，1987）、マタニティブルーが発症しやすく、特性不安もうつマタニティブルーも時間が経過しても軽減しにくい（佐藤，2002）ことが明らかにされている。

著者は、予定帝切の出産体験について明らかにすることを目的に、まず、帝王切開分娩の出産体験に関する文献検討（竹内，2017）を行った。その結果、予定帝切の出産体験が十分明らかになっていないこと、一部の研究結果から出産体験の影響が子育てや次回分娩に否定的な影響が少なからずあることが明らかとなったが、これら先行研究は海外の引用が多かった。急速に増加する予定帝切に対して、我が国の女性の出産体験より現状を明らかにし、そのケアを考えることは大きな意義があるといえる。

分娩のケアをする助産師は、女性に一番近い存在であり「正常な分娩」と妊産褥婦・新生児の保健指導を行うことを業とするもの（保健師助産師看護師法3条38条）とされているが、出産環境の変化（帝切・誘発分娩・吸引分娩など医療介入分娩の増加）や助産師を取り巻く状況の変化（混合病棟の増加等）から、助産師の業務内容やケア目標も見直しの時期に来ていると考える。国際助産師連盟（ICM）は、「出産と生後早期の新生児の正常な生物的・心理的・社会的・文化的プロセスを最適化すること。」（2017）と示し、正常に向けて最適化することを示しており、日本のように対象を正常な分娩と記載していない。

日本の助産師は看護師免許を有することが必須であり、看護学を基盤に助産実践を行っているといえる。したがって、助産師は日本看護協会が2000（平成12）年に示した「母性看護領域における周産期看護の看護業務基準」を踏まえており、助産師ラダーで正常分娩に特化した知識と経験について加えられている（看護協会，2016）。そのため、助産師はケア対象を正常分娩に焦点化しがちと言える。しかし、現代の助産師は看護師業務を基盤としており、分娩への理解と関わり深さを強みとした周産期看護を構築すべきである。

そこで本研究は、我が国における予定帝切の現状を女性へのインタビューから明らかにし、助産師としてのケアを考察することを目的とする。

II. 研究方法

1. 方法

半構造化インタビュー

1) 対象（選定基準）

予定帝切を受けた産後の経過が良好である（帝切クリティカルパスを逸脱していない）褥婦14名であった。

2) 調査期間

調査は、以下の2期で行った。

I期：平成25年4月1日～平成25年8月31日（9名：初産婦4名・経産婦5名）

Ⅱ期：平成30年5月1日～平成30年8月31日（5名：初産婦2名・経産婦3名）

3) 用語の操作的定義

助産師のケア：助産師がケア対象である女性へ関係し行うこと全てとする。身体的なケア、声掛けやそばに居ること、支持していることを伝える非言語的コミュニケーションも含む。

4) データ収集方法

(1) Ⅰ期については帝切後4、5日目・Ⅱ期については1か月健診にて同意の得られた対象者について半構造化インタビューを行った。

(2) インタビュー内容：半構造化インタビューでは、Ⅰ・Ⅱ期ともに出産体験を想起することを促し“出産体験をどうとらえているか”について話してもらった。面接時は、中野（2005）が経膈分娩後の褥婦を対象に考案した出産体験の統合を促すための看護指針を一部抜粋、また参考に独自に作成したものを使用した。また、Ⅱ期については、妊娠中の準備について（どのようなことを準備したか、準備したことがその後に影響あるか）の質問を加えて実施した。

5) データの分析方法

分析方法は以下の順で実施した。

- (1) 録音したインタビュー内容から逐語録を作成した。
- (2) 逐語録から出産の体験とその時の助産師のケアに関する記述から文脈を考慮して意味内容を損なわないように抜粋し示した。
- (3) 看護学教育・助産師教育に使用する教科書、看護師・助産師の専門雑誌から帝切分娩のケアについての項目や記載内容をまとめ、表にした。
- (4) 分析は、(3)を手術前・手術中・手術後（産褥期）を時期ごとに示し(2)を横に示し比較検討した。

6) 倫理的配慮

研究協力者には、研究の説明と自由同意による参加および匿名性の保証、研究による母児に対する不利益のないことの保証、途中辞退の保証について書面と口頭で説明し同意を得た。特に研究協力者への不利益への対処として、著しい精神的動揺や身体的な変化が生じた場合には、即座に面接を中止し、看護・医療スタッフに報告・相談の上、医師の診察を行うなど適切に対処できるようにした。

本研究は、研究者所属の生命倫理委員会（Ⅰ期：承認番号240043、Ⅱ期：承認番号1704022）、および研究協力施設の院長、看護部長等で構成された病院倫理審査会（Ⅰ期：承認番号2013003、Ⅱ期：承認番号00012）の承認を得て実施した。

Ⅲ 結 果

予定帝王切開を受けた女性14名（初産婦6名・経産婦約8名）にインタビューを行い、得られた結果を分析対象とした。

1. 研究協力者の背景（表1）・施設概要

平均年齢は、初産婦 32 歳、経産婦 32.2 歳であった。経産婦は、平均 2.1 経産であった。帝切の適応は、初産婦は 5 例が骨盤位、経産婦は 1 例（前回経腔分娩で今回骨盤位）をのぞき反復帝切であった。

新生児は、蘇生有りが 2 名、無しが 12 名であった。有りでは 2 名共に酸素吸入を 5 分以内必要し、5 分後には Apgar score 8 点以上であった。以降、母児共に正常な経過をたどっていた。

I 期の調査施設は、二次救急機能を有する地域医療支援病院の産婦人科病棟で分娩件数は 550 件/年、帝切率 20.2% であり、II 期の施設は、産科のみの病院であり、ローリスク分娩を対象とし、分娩件数は 1200 件/年、帝切率 12% であった。

表 1 研究協力者一覧

	年齢	分娩歴 (P:妊娠回数 G:出産回数)	手術適応	決定時期	分娩週数 (週)	出生時 体重	Apgar score (1 分後, 5 分後)	蘇生
A	30 代後半	0P	骨盤位	36 週	38	2300 g 台	7.8	なし
B	30 代後半	1P0G	骨盤位	36 週	38	3000 g 台	8.9	なし
C	20 代後半	0P	骨盤位	35 週	38	2400 g 台	6.7.8	あり
D	30 代前半	0P	骨盤位	35 週	38	3100 g 台	8.9	なし
E	30 代前半	2P1G	前回緊急帝切	妊娠判明時	38	2600 g 台	8.8	なし
F	20 代後半	3P2G	前回選択帝切	妊娠判明時	37	2700 g 台	9.9	なし
G	40 代前半	4P1G	前回選択帝切	妊娠判明時	37	2800 g 台	8.9	なし
H	20 代後半	1G	前回選択帝切	妊娠判明時	38	2700 g 台	9.9	なし
I	30 代後半	2P1G	前回緊急帝切	妊娠判明時	37	3300 g 台	9.9	なし
J	20 代前半	2P1G	前回帝切	妊娠判明時	38	2700 g 台	8.8	あり
K	30 代後半	3P1G	前回帝切	妊娠判明時	37	3000 g 台	8.9	なし
L	30 代後半	6P1G	低位胎盤	36 週	38	2400 g 台	8.9	なり
N	30 代前半	0P	低位胎盤	36 週	37	2800 g 台	8.9	なし
O	30 代前半	0P	骨盤位	36 週	38	2800 g 台	8.9	なし

2. インタビューから得た出産の体験とその時の助産師のケア

研究方法に沿って、時期ごとに教科書・雑誌から導いたケアの内容とインタビュー結果を表にまとめ比較検討した。

（ここでは紙面の都合により、先に教科書・雑誌の検討結果を有無で示し、その後、教科書・雑誌から導いたケアの内容とインタビュー結果を表にまとめ比較検討した結果を示す。

また、教科書・雑誌では、看護師教育の教科書も含めているため、本来なら「看護師・助産師のケア」であるが、本論文では看護師の免許を有する助産師として「助産師のケア」とする。）

1) 帝切分娩のケアについて教科書・雑誌の検討結果（表 2）

看護教育の教科書では総頁数、経腔分娩に関する頁数を挙げた。助産教育の教科書は、記載書籍が複数となり経腔分娩に関して助産診断等を含み比較とならないため、記載していない。

予定帝切を例に全てのケアを記載している教科書（ウ）、帝切としてケアを記載し、その後緊急帝切の場合を記載している教科書は多く、緊急帝切については全ての教科書に記載がされていた。同様に予定帝切について記載している教科書は1つの教科書（エ）であった。

クリティカルパスについての記載は半数で、パースレビューについての記載も4種類の教科書にあった。

表2 帝王切開の看護師・助産師のケアについて教科書の記載

	(ア)	(イ)	(ウ)	(エ)	(オ)	(カ)	(キ)	(ク)
「教科書・雑誌名」	「周産期ナーシング」	「母性看護学Ⅱ マタニティサイタル」	「母性看護学各論」	「助産師基礎教育テキスト第7巻」	「助産学講座7」	「帝王切開バイブル」	「産科・婦人科の手術看護パーフェクトマニュアル」	「ペリネイタルケア」
出版社名	ヌーベルヒロカワ	南江堂	医学書院	日本看護協会出版会	医学書院	メディカ出版	メディカ出版	メディカ出版
(総頁数)	(414)	(364)	(481)	/	/	/	/	/
帝王切開頁数	2 P	3 P	7 P	6 P	2.5 P	/	/	/
経膈分娩頁数	13 P	35 P	32 P	/	/	/	/	/
術前	決定時	無	有	有	無	無	無	無
	同意確認後	無	有	有	予定帝切	無	無	無
	術前訪問	無	無	有	予定帝切	無	無	無
緊急帝切時記載	有	有	有	有	有	有	/	/
パス	使用状況	無	無	有	有	無	有	無
	項目	無	無	有	有	無	有	無
	入院後	無	無	無	無	無	有	無
術中	母親の観察	無	有	手術室外回り記載	無	無	有	有
	不安・恐怖・緊張への援助	無	有	有	有	無	有	無
	出生時	無	有	有	無	無	有	無
術後産後	術後24時間	有	有	有	有	有	有	無
	24時間以後	無	有	有	有	無	有	無
	パースレビュー	有	無	有	無	有	有	/

(1) 教科書に記載されたケアについて

ケアについての表現は、「ケア」「看護」「助産師ケア」とされており、全ての教科書に経膈分娩の記載頁が13～35頁で、帝切については記載している頁数が2頁から7頁であった。全ての教科書に記載されている内容は早期母子接触・手術後の母の観察であった。経膈分娩の妊娠中・分娩第1期から4期、産褥と示されている形式にならない、帝切についての妊娠期から時期ごとにまとめた。教科書ごとに記載方法もばらつきがあり、多くは時期ごとに記載されているが、「帝切決定後の看護」の後に「手術室での看護」が記載（イ）されている、または手術後24時間以内はアセスメントと看護を分けて記載し、手術後24時間以降はアセスメントと看護を同じ項で記載している（ア）などが見られた。また項目については記載されている教科書と記載されていない教科書があった。また、予定帝切と緊急帝切と分けて記載している教科書は2箇所であり緊

急帝切については全てに記載されていた。教科書の記載内容をまとめたものが以下である。

(2) 教科書に記載されたケアの項目・内容のまとめ

術前のケア

決定時と同意確認後

決定時は意思決定へ参画できる。

同意確認後は個別にオリエンテーション（術前の処置、麻酔、帝王切開の流れ、術前後の過ごし方、スケジュール）資料を示しながら説明。

入院から手術前

手術と麻酔についての説明と同意・術前訪問（麻酔科医師、手術室看護師、新生児科、小児科医、新生児科、NICU 看護師など）術前検査（血液検査・胸部 X 線検査・心電図など）手術や麻酔のオリエンテーションや出生直後の新生児への処置やケアについての説明を行う。

手術当日

前日 22 時以降絶飲食。緊急の場合はとの限りではない。当日朝バイタルサイン測定と静脈内持続点滴○術後合併症予防の準備

弾性ストッキングや下肢の加圧ポンプを用いて肺塞栓予防に努めることを説明。

術前・術後の管理や育児に関する内容は、クリティカルパスを用いてバリエーションの評価を行う。

手術中のケア（手術室でのケア）

看護職（産婦と同時に手術室入室）、外回り看護師

- ① 胎児の心音をドップラーで聴取し、児が元気であることを知らせて安心感を与える。手術
- ② 手術台の上でできるだけ緊張しないように深呼吸やリラックスを促し、名前を呼んで簡単な説明をしてから医療処置やケアをする。
- ③ 児娩出時は、「赤ちゃんがもうすぐ生まれますよ」というように穏やかな言葉をかけ、手を握ってはげましたりなどして産婦に安心感をもたらすように接し、児の誕生を一緒に待つ姿勢を示す。
- ④ 児の出生後は性別やアプガースコアなどを確認し、お祝いやねぎらいの言葉とともに、性別、元気であることなどを知らせる。
- ⑤ できるだけ声をかける。
- ⑥ 母子の早期接触（母子の状態が安定、保温に注意し）、母親を祝福し、母親にわが子とのアイコンタクト、スキンシップや声かけを促す。出生直後の母子接触は肯定的な効果あり。
- ⑦ 可能であれば直接授乳も試みる。出生直後に必ず児の状態説明を行う。

手術後から産褥期のケア

- ① 周手術期の支援に準ずる。（バイタルサイン、創部からの出血、浸出液の有無、保温、体位変換、輸液管理、疼痛の緩和、早期離床、感染予防）

手術後の全身状態のアセスメントを行い、術後合併症（子宮復古不全、産褥熱、創傷感染）産褥血栓症予防と手術侵襲からの身体の回復への支援と同時に産褥経過（子宮復古、創傷の治癒過程）の診断を行う。特に術後合併症では間欠の下腿のマッサージを用いた深部静脈血栓症予防が重要である。

- ② 帰室後、再度母子面会と初回授乳
- ③ 身体的回復への看護：早期離床（予定帝切：子宮頸管が開大していないため、安静臥床が長引くと悪露の貯留から子宮復古不全の可能性がある。）排尿の確認と便秘予防、創部の管理と感染予防、肺塞栓予防、食事開始。
- ④ 早期接触：帰室後もできるだけ早く母子面会を行う必要がある。
- ⑤ 初回授乳が可能なら行い、母乳分泌促進への支援をする。座位ではフットボール抱き、児の母体外生活への適応が安定したら母児同室を始める。母体の身体が十分回復するまで育児への全面介助を行い、帝切であっても母児同室を行い、母親が安心して育児が開始できるよう努める。
- ⑥ 疼痛の緩和や活動制限に対するサポート、
- ⑦ 早期（術後1日目が効果的）にバースレビューの実施を行う。

(3) 専門雑誌に記載されたケアについて

今回検討した雑誌は、2017～2018年に発行された比較的新しい雑誌で検討を行った。

教科書のまとめと違う点は、早期母子接触の方法を詳細に記載していることで、新たに記載されている内容は、メンタルサポートについて記載されていること（カ）、手術中に意識下であることを踏まえ、訴えを傾聴し適切に対処するということが記載されていること（キ）、授乳姿勢が具体的であること、授乳行動が分娩の受け止めに影響することが記載されたこと（ク）であった。他の項目や内容については、ほぼ同様であった。特にメンタルサポートについては、帝切時の家族的なケア（立ち会い分娩）、雰囲気作り「医師の negative word」をできるだけ使わない、手術後1か月健診で産科医による振り返りなどの記載がされていた。手術に特化した雑誌では、児娩出までは意識下で行われるので、手術中の患者の訴えを傾聴し、適切に対処するという。手術室看護師の直接介助者の役割についての記載が主（キ）であった。また、テーマに「ケア」と記載されているが、多くは観察・異常の早期発見についての内容が多いが、コラムでは「どんな出産にも一つ一つストーリーがあり、母親が命がけで出産することに変わりはない。全ての母親が自身の出産を誇らしく思えるよう、一番近くで寄り添うことができる助産師が果たすべき役割は重要である」と記載されていた（カ）。

2) インタビューから得られた助産師のケアと雑誌・専門雑誌との比較

教科書・雑誌から導いたケアの内容とインタビュー結果を表にまとめ比較検討した結果、「インタビュー内容で新たに示された内容」「教科書・雑誌に示され、インタビュー内容で詳細に語られている内容」「教科書・雑誌には示されていたが、インタビューでは得られなかった内容」について示す。

(1) インタビュー内容で新たに示された内容

① 出棟時・手術室入室時

出棟時は、全員が「ほとんど覚えていない」(A-O)と答えており、入室時は、「理科の実験室」(A)「扉の向こうで何かあっても何もできない」(B)と語った女性がいる一方、「手術室のスタッフさんが非常に多いというのがすごい印象的で。すごいサポートがしっかりしてるなっていうふうに、いいふうに捉えました。(中略)」(J)「全員がこちらを向いてウェルカムな感じで迎えてくださって、本当に安心しました。」(K)というようにスタッフが多い事や、女性の向かい入れ方、声掛けに安心できている。このことから、ケアとして教科書・雑誌に示されていないが、不安の軽減につながっているケアである。その反面、「その日は3人帝王切開の方がいる状況で、忙しそうにみなさん準備されている中に入った。何となくちゃんとスムーズにできるようにしなくちゃと思った。」(H)というように忙しそうな印象を入室時に受けた場合、ちゃんとスムーズにできなければと思っていることがわかる。

また、手術台を実際に見ると「死刑台やと思った」(A)「手術台に乗って(中略)めっちゃ快適やなって思ったんですよ。(中略)」(L)というように怖いように感じたり、快適だと感じたり分かれている。執刀開始時については、「手術時は痛くはないけど、お腹触られてる気持ち悪い感じはすごくありましたね。(中略)」(E)というように知覚があること、切られる感覚を不快に感じている。意識があるために「結構みんなが「あ」とか言う、その言葉がすごい耳に残るんです、その時って、手術されてると怖いです。でもそれも言わないです。」(K)というように手術室での無意識の言葉が不安を増強させている場合がある。しかし、その場合も、医療者側に質問や訴えることなく経過している。そのため、執刀開始時については、教科書・雑誌にケアの記載がなかったが、事前の準備として不安な場合はいつでも伝えるよう説明しておくことで、対応できる可能性がある。

② 腰椎麻酔時

麻酔導入時については、教科書・雑誌に記載はないが「泣きそう。薬が入っている感覚あり、足の感覚がなくなり、すごい恐さがぐっときた。(中略)乗り越えた方法は目つぶって、何も考えてなかったです。」(B)「手術って結局出産でみんなやってることやけど、何をされるのかっていう不安感はさすがにあったんで。(中略)前に麻酔の先生はいました。」(J)というように怖い、不安という言葉が示されている。麻酔科医や麻酔時に産婦の前にいる医療従事者の存在は感じられている。

③ 執刀時の予想外の感覚の経験や手術の感覚について

執刀時の感覚については、「手術時は痛くはないけど、お腹触られてる気持ち悪い感じはすごくありましたね。(中略)」(E)と語られており、半数に同様の語りが見られたが、何も語っていない女性も半数存在した。また、②と同様に腰椎麻酔時に「薬が入った後、なんか感じたことのない感覚でどう表現したらいいかわからず、ただ怖くて。何と言ったら言いかわからず一人で耐えた。」(C)というような麻酔時の予想外の感覚があり、怖いがどう表現してよいかわから

ず、言えない状況で困惑していることがわかる。

④ 閉腹時

児の面会后、児の観察や処置が行われている一方、閉腹となるが「胎盤娩出後の痛みとしんどさっていったら。びっくりしました。でもそのころから周囲に誰もいなくて忙しそうに片づけてはるのが見えて言えなかった」(B)「帰室時に児を抱いたときはうれしかったけど、その後ずっと眠かった。眠ったらあかんような気もしたけどわからず一人で考えた。」(C)などの言葉があり、胎盤娩出時の痛みがあっても、児の娩出時まで女性の周囲にいたスタッフがいなくなったことに気づき、言えない状況であることや胎盤娩出後の鎮静についても理解できず戸惑っている様子がわかる。その反面、きちんと説明がされ理解されている場合は「余韻を楽しんだというか、そんななんか、「今、こう処置してますからね」そのときもちょっと説明して下さったし。そんな、そのときは、そうですね、冷静に結構ガーゼの確認とかしてはった。「何枚です」とか、へーそうなんだと他人事のように聞いてました」(L)というように余韻を楽しむ時間となっている。

⑤ 帰室時

手術の終了後、病室への帰室では、「病棟の廊下で、夫や子どもに会ってほっとした。お兄ちゃんの言葉に感動した。」(F)「すごい早さでベットが移動して、天井の景色がどんどん変わっていくので怖かった」(L)というように、家族と会えた安心感につながることに、ベット移動のスピードについても語られていた。

帰室直後については、「産後、寒気、眠気、震えて三途の川を渡るくらいしんどかった。赤ちゃんきていいって思えたのは、翌日落ち着いてからで児に気持ちがいかなかった。」(G)とあり、14名中3名に同様のシバリング、発熱等の症状が出現していたが「何が起きているのかわからなくて、ただ、ただ怖くて。本当に死ぬかと思って、一人だし怖くて仕方なかった」(L)というように何が起きているかわからず困惑し恐怖を感じている。

(2) 教科書・雑誌に示され(下線)、インタビュー内容で詳細に語られている内容

① 覚醒下の手術であるために感じる手術中の不可視性(見えてないように感じること)

雑誌には、多くの場合、児娩出までは意識下で行われるので、手術中の患者の訴えを傾聴し、適切に対処すると示されているが、インタビューでは児娩出後も意識があったと語ったのは6名であった。その中で「他の人の話をしている自分がいないように無視されたように感じた」(L)と語る女性もいた。また、腰椎麻酔時「泣きそう。薬が入っている感覚あり、足の感覚がなくなり、すごい恐さがぐっときた。(中略)乗り越えた方法は目つぶって、何も考えてなかったです。」(B)や、児娩出時「恐怖が強く、深呼吸して、パニックをおこさないように過呼吸にならずに乗り切ろうとそればかり考えていました。こんな大事な時に、パニックとか過呼吸とかそれだけは嫌だからって。」(B)「ひっくひっく泣けてきて、お腹大丈夫かな」(C)「涙出そうだったけど耐えた。一人だけ感動してる場合じゃない」(E)などと示されているように、恐怖やパニックになりそうな状況でも、自己で対応している状況も認められる。

② 児娩出時

教科書・雑誌で示されているケアでは「児娩出時は、『赤ちゃんがもうすぐ生まれますよ』というように穏やかな言葉をかけ、手を握ってはげましたりなどして産婦に安心感をもたらすように接し、児の誕生を一緒に待つ姿勢を示す。」と示されている。女性のインタビューからも「常に私の横に、どちらにもいらっしゃるような、すごく丁寧に言うてくださったりとか、もうすぐだよ、もうすぐ出てくるよっていうふうにしぐりかけてくださったので、安心してありがたかったなと思います。」(K) というように声掛けが行われており、声掛けが安心につながっている。さらに環境として、手術室内の音楽を聞きながら「ちょっと音楽聞きながら産まれたから。(中略)」(B) というように児の娩出を迎えている。

③ 母子の早期接触

教科書・雑誌には（母子の状態が安定、保温に注意し）、母親を祝福し、母親にわが子とのアイコンタクト、スキンシップや声かけを促す。出生直後の母子接触は肯定的な効果あり。可能であれば直接授乳も試みる。出生直後に必ず児の状態説明を行うと示されているが、インタビューからは手術室内では「生まれてすぐ『きれいにします』ってすぐに見せてくれなかったが、汚くてもいいからすぐに見せてほしい。」(G) 「児の泣き声で『わーよかったなー』ぼちょーんと赤ちゃん乗せられ、意識合っかみしめるけど全体的に見えない。」(I) というように、すぐに児を見たいことや、早期接触しても全体的に見えていないことがわかる。

④ 妊娠期の外来受診時の情報提供

教科書・雑誌で示されているケアでは決定時：意思決定へ参画できる。同意確認後：個別にオリエンテーション（術前の処置、麻酔、帝王切開分娩の流れ、術前後の過ごし方、スケジュール）資料を示しながら説明と示されている。

この意思決定については「他のどこかで自然分娩をやっているところあるというのを教えていただいていたんですけど、もう帝王切開でと思ってたので。」(K) 「今回は妊娠した時帝王切開という形で受け入れての妊娠で。」(E) などのインタビュー結果であった。

オリエンテーションについては、経験者が身近にいる場合は「不安になると帝切経験者の姉に聞いた。」(C) という反面、周囲に帝切経験者がいない場合は「ブログが残念ながらいい情報ばかりでなかったが、逆に富士山登頂するくらいの覚悟ができた。」(A)、「帝切ってなったとき、どのくらい痛いかさになって、ネットか本で帝切検索してみた(中略)」(C) 「ネットはなんか最初すごいネガティブな情報ばかりで、結構、えって思った。助産師外来のときもきいたんですけど、結構大まかやったんで、あんまりイメージができなくて。本当に詳しく、どんな姿勢でどのタイミングで注射が入って、どうやって手術が進んでいって、どうやって帝王切開、子どもが生まれて、その後もどのようにして処置が行われるかみたいな。私はどうしたらいいのイメージがつかなくてわからなかった。それでネット調べて大まかな流れはあったんですけど。具体的なイメージがなかったから、具体的な質問ができなくて。手術の前日にオペ室の看護師さんが詳しく教えてくれてオペ室の人の話がやっぱり一番本当のためにイメージがつかまし

た。」(L) というように、外来での情報提供は、大まかな流れはわかるが、イメージがつかない内容のため、ネットで情報を得ようとするが、得たい情報が得られず困惑し、前日やっと手術室看護師から詳しい説明を聞き、イメージがついたことがわかる。

⑤ 手術後（産後）について

教科書・雑誌では周手術期の支援に準ずる。(バイタルサイン、創部からの出血、浸出液の有無、保温、体位変換、輸液管理、疼痛の緩和、早期離床、感染予防)・手術後の全身状態のアセスメントを行い、術後合併症(子宮復古不全、産褥熱、創傷感染)産褥血栓症予防と手術侵襲からの身体の回復への支援と同時に産褥経過(子宮復古、創傷の治癒過程)の診断を行う。疼痛の緩和や活動制限に対するサポートを行うと示されている。インタビューでは、「帝切は赤ちゃん先にいくから『私はまだやってんのに』って児がメインでさびしい。浮かれた雰囲気の中、自分ひとりだけそれどころじゃない。帝切後の地味な苦しみは看護師しか知らない。産後は体調悪くて痛くて手術後でありながら児の世話と授乳しなあかん。」(I)「手術当日、動きたいくらい痛みも楽でまして歩行もすぐできた。普通分娩の人も通る道であり自分との戦いである母乳をしっかりして、「ああ母親だ」と(しっかり)実感できる。」(A)というように授乳することに母親だと実感できるとしている。また、「手術後は、動きずらさ、痛みにも負けず赤ちゃんのことまずしよう。痛みにも意外と耐えられず、薬使ってもらった。」(H)「術直後は眠れないし、飲み食いできないし。児がいたかどうか痛さで覚えてない。」(B)「歩行時、もっと早く動いて児の世話をしたいと、痛みを我慢した。手術後痛いんやから、いちいちきかんと私はわからんし、有無を言わず痛みどめ使ってほしい。」(C)「痛かったが、痛みどめももらえずつらかった。」(H)「産後は今回は痛み止めで歩いて、痛みのコントロールができ前回より気持ちの余裕があり児の世話もできた。前は痛みどめくれず、つらかったが、今回は多くもらえてよかった。」というように、痛み止めについては、育児も同時に行っていくためきちんと対応してほしいと語っており、全事例が手術後の創痛について「鎮痛剤が数回分もらえたからよかった」や「すぐに使用してもらえずつらかった」等語っていた。また、「痛くても陣痛と比べて、いつ言えればいいかわからなかった。大分痛くなってから言ったがなかなか痛みどめが聞かなかった(中略)」(L) というように、前回の陣痛の経験から痛みについての対応が遅くなったことも語られていた。

⑥ 授乳について

教科書・雑誌には初回授乳が可能なら行い、母乳分泌促進への支援をする。座位ではフットボール抱き、児の母体外生活への適応が安定したら母児同室を始める。母体の身体が十分回復するまで育児への全面介助を行い、帝切であっても母児同室を行い、母親が安心して育児が開始できるように努めると示されている。インタビューでは、「産後は、母児同室・母乳育児で赤ちゃんと一緒にいれるから痛さがまぎれ、孤独じゃなかった。体調に合わせた母児同室で一人ぼっち感がなかった。母乳も早く出だして満足だった。」(F) という一方「私もできれば母乳で育てたいって言ってたんで、連れてきてくれてけど休みたかったんで、『夜中ミルクで明日から』っ

で言ってたんですけど、翌朝は、もう痛くて仕方なかったんで、パスしてもらって。翌日のお昼ぐらいから授乳して授乳のたびに連れてきてくれるのが2~3日あったから、その間に体が休めたんです。で、体が休まった後から同室やったんで。ちょっとしかも、扱いに慣れてるのもあって、楽。」(L)と語っている。産後は、身体の状況や痛みに合わせて授乳の送迎や同室への配慮を行うことで無理なく行えたことが満足や楽だったことがわかる。

(3) 教科書・雑誌には示されていたが、インタビューでは得られなかった内容について

教科書に、早期(手術後1日目が効果的)にバースレビューの実施を行うと記載されているが、今回の研究協力施設は、2施設ともバースレビューを行っていなかった。Ⅱ期の施設は外来でバースプランの実施のみを行っていた。インタビュー中やインタビュー後に「今振り返り、話をして、今、ブログに書いてるような気分になって整理できた。(中略)」(A)「産後、話してみても、出産の体験が自分の中でもちょっと整理が付きやすいついていう。なるほどなって。漠然とした自分の気持ちをまとめてもらって、ああそうみたいに出産の体験がきれいに形ができ、整った。なかなか話す機会ないしばらばらしゃべっててもそれがくつつくつてことがあまりないから。」(F)「やはりこうして出産の話聞いてもらえることはうれしいです。」(H)と言うように産後に話すことでうれしいと感じたり自分の出産の体験や気持ちをまとめられたり整理がついたことがわかる。さらに出産の経験を話すことについて「今回が一番いろんな意味で満足できるのは、同じ部屋の人に3人帝切の人がいて、みんなでいろいろ話できて分かち合えて話せたから。今までは周りは経産のひとばかりで帝切は自分だけやったから、話せなかった。帝切の人同士では手術後の痛みとか麻酔とかいろいろ伝え合って共感できる。こういう体験したんやねみたいな感じでやっぱり話したいと思う。」(G)というように同じ体験をした人と話すことが満足につながっていることがわかる。また、「帝切したこと私にとっては一大事だったけど他の人にとっては大したことじゃないと傷つき、一人目のお産の時の気持ちを伝える人がおたらって思いながら呑み込んだモヤモヤを今話せてスッキリした。」(E)と前回の出産について話せたことを肯定的にとらえていた。さらに「出産の話は、自然分娩も多く見て、私の帝切後のしんどい時一番そばにいてくれた助産師に聞いてほしい」(D)と助産師に出産の話をしたいと話した女性もいた。

また、Ⅰ期のインタビュー後、研究者を指名して「一言お礼を言いたい」「また、話したくなったらここにきて里帰りしていいですか?」「あの時に話せたこと、スッキリできたことが今の私の支えになっています。今でも思い出しています」と伝えにきた研究協力者もいた。

IV. 考 察

今回、予定帝切を受けた産後の経過が良好である褥婦14名(初産婦6名・経産婦約8名)にインタビューを行い、出産の体験とその時の助産師のケアに関する部分を抽出し、我が国で予定帝切の女性へ現在どのようなケアが行われているのかについて明らかにし女性のライフイベントと

して質の高い体験となるような助産師のケアを考察した。

1. 研究協力者の背景・施設概要について

平成 27 年人口動態統計月報年計（概数）の概況によると初産婦の平均年齢はデータで 30.7 歳であり、経産婦は第 2 子が 32.5 歳、第 3 子が 33.5 歳であり、本研究協力者では経産婦は全国平均と同様であるが、初産婦は平均年齢より高かった。なおⅠ期・Ⅱ期では初経産ともに 1 歳未満の差であり、施設間・時期間の違いは認められなかった。

Ⅰ期の調査施設は、帝切率 20.2% であり「適正な帝王切開の割合は全出産の 10~15%」（WHO, 1985）の基準では多いが、これは第 2 次救急機能をもっていることも理由であると考えられ、我が国の帝切率 24.8%（厚生労働省、2016）以下であるため、現在の日本の中規模施設での産婦人科病棟における一般的な帝切分娩率ととらえることができる。Ⅱ期の施設は、ローリスク分娩の対象であり、WHO の基準を満たしていた。

本研究における研究協力者は、ローリスク分娩者を対象とする施設で予定帝切を体験した女性であり、面接時において、母児ともに正常な経過にあった。

2. 助産師教育での教科書・雑誌における帝切分娩に関する教育内容

全ての教科書に記載されている内容として、早期母子接触・手術後の母の観察が挙げられた。手術後の母の観察については、看護師国家試験の出題率も高く、看護・助産師学生にとって理解の獲得が必要な内容であること、早期母子接触については少子社会における母親役割を促進するといった背景によるものと考えられる。

専門雑誌では、ほぼ教科書の同じ項目や内容を詳細にしたものが多く、観察や異常時の判断・対応に関する内容や、手術に特化した雑誌では、手術室看護師の直接介助者の役割についての記載が主であった。手術に特化した雑誌では看護のポイントとして「児娩出までは意識下で行われるので、手術中の患者の訴えを傾聴し、適切に対処する。」という記載がされていた。しかし、今回のインタビューからは児娩出後も意識下であった事例が殆どであり、児の誕生への母親の理解を促進する配慮がなされていた。このことから、手術室入室から帰室までの意識下の手術中、産婦の精神的なケアや苦痛を回避、不安や恐怖を軽減するケアを手術室内にいる看護師・医師とともに全体で過不足なく関わられるよう再認識し、チームでのかかわりを展開していく必要があると考える。

3. 予定帝切における助産師のケアの必要性

1) 今回の研究結果から明らかになったケアの詳細

(1) 準備

予定帝切は、他の出産様式と異なる点は、妊娠期から分娩様式が決定している唯一の出産様式であり、「準備が可能なお産」であると考えられる。

教科書・雑誌で示されているケアでは外来受診時の意思決定とオリエンテーション、入院から手術前では再度同意の確認とその母子に関わる職種の訪問やオリエンテーションとされている。

本研究結果で意思決定については、妊娠初期に迷い、意思決定する女性はおらず、反復帝切予定の経産婦は妊娠時に帝切だと理解し決めていた。これについては、産科ガイドラインで、「帝王切開既往妊婦が経膈分娩を希望した場合は緊急帝王切開および子宮破裂に対する緊急手術が可能である条件」が記載された（日本産婦人科学会，2017）ことにより、24時間手術が困難な施設ではTOLAC（trial of labor after cesarean：前回帝王切開後の経膈分娩への試み）の実施設も減少している（竹内，2013）ことから、帝切後に次の妊娠時は帝切になることを伝えられている場合が多いため、このような状況であると考えられる。そのため、反復帝切の経産婦には、前回の出産後に次の妊娠についての選択肢やメリット・デメリット等説明を行い、次子の妊娠時、帝切と意思決定している場合はいろいろな経過を経て意思決定したことを支持する、初産婦や初めて帝切する経産婦には、意思決定までのプロセスがスムーズに進められるような対象の状況に合わせた支援が必要ではないかと考えられる。

また、意思決定後のオリエンテーションでは、手術直前に予定帝切の手順の説明はあったが理解不十分といえる訴えがあった。一般的な出産準備教育は集団の保健指導と同時に個別指導を設けている。予定帝切のための準備教育について、施設を対象としたアンケート調査では、7割が個別で行っており、集団では対象人数が少ない、個別性への配慮としていた。予定帝切で出産する同じ境遇の女性同士が交流したり体験談を聞くことは妊婦にとって安心して出産に臨めると病産院も感じているが、対象人数の問題があった（平田，2017）と示されている。このように帝切の女性に対する妊娠期の指導の不足は、女性の帝切への準備不足に繋がっていると考えられる。

また、帝切で出産した女性の妊娠中から産後1ヵ月までの心理的プロセスをグラントッドセオリーから明らかにした文献では、予定帝切へのケアとして、帝王切開決定時には、〈心づもり〉と〈意味づけ〉の進み具合をみながら〈手術への恐怖〉〈自然分娩への未練〉の程度を確認し、分娩後には、〈意味づけ〉を促すなどそれぞれのプロセスをスムーズに進むための支援が求められる（谷口，2014）と示されている。そのため、予定帝切の準備として、女性のたどるプロセスの状況に応じたオリエンテーションが必要となる。

さらに、女性のインタビューでは、不安を解消しようとしてネット情報を得るが実際は正確でも詳細でもなく結局はあまり役に立たなかったことが示されている。

以上のことから、必要な指導としては、以下のように提案することができる。

- ① 女性が得たいと思う時期を焦点化し、リアルタイムで提供する。
- ② 助産師が必要とする情報と女性が得たい情報を十分説明しながら提供する。
- ③ 帝切は単なる手術ではなく経膈分娩と同様に価値があることを助産師・女性ともに共有する。
- ④ 帝切の具体的なイメージが持てるように十分な説明を行う。

(2) 不安

手術室への出棟時、全ての女性が「ほとんど覚えていない」と答え、手術室や手術台についても恐怖や不安が存在している。覚えていない原因として、不安や恐怖が強い、あるいは緊張のためなどいろいろな可能性が考えられる。また、入室後、どのように女性を迎えたかによって「忙しそうだからちゃんとスムーズにできるようにしなければ」「全員がこちらを向いて迎えられ安心した」というように印象や安心・プレッシャーや緊張など影響を与える可能性がある。このことから実際にケアや処置は手術台に乗るところから始まるが、入室時から「迎え入れ方」についても女性が安心できるような方法を検討する必要がある。

腰椎麻酔時については、「怖い」「不安」という言葉が示されている。先行研究文献でも恐怖は、麻酔導入時が一番強くなるが自分で対処しようとする (Keogh, Hughes, Ellery et al, 2005; Hepp, Hagenbeck, Burghardt et al, 2016) と同様に示されており、腰椎麻酔時に一番恐怖が強くなること、自己で対処しようとしていることについて、助産師のケアを考えていく必要がある。横手 (2008) は、緊急帝王切の女性の体験をインタビュー結果から明らかにした研究の中で「私は手術がとても怖かったです。麻酔をかけられる前に震えていました。誰か、助産師かもしれない。私の手をとっていた。私は気づいたとき、しっかりと彼女の手を握った。私は彼女の手によって力を与えられ、安心感を感じました」と示しており、手術中の恐怖が手を握られたことによって安心感に変わることがわかる。また、本研究でも入室時に多くのスタッフがいることで安心感を得ていることから麻酔時にスタッフがそばにいる、手を握る、声をかけるなどのケアが女性の不安の軽減や安心につながる。これは助産技術に限ることではなく看護基礎技術である。助産師は助産技術の中で呼吸法・リラックス法などを繰り返し学習しているはずであるが、改めて帝王切の女性の状況に関心を持つ必要性が再認識できた。

(3) 母親役割・授乳

帝王切後は、手術直後から身体の回復をしながら、母親としての授乳を含む育児技術の習得が必要となる。本研究では授乳や母児同室の進め方についても「言われた通りにする」「せなあかん」ととらえ、「授乳は経陰分娩の人と同じ道」ととらえて自分の希望や相談をせず言われた通りにしている。このことから、女性自身が身体の状況や痛みのコントロールの状況から決めても良いことを理解していない女性が初産婦に多いことがわかる。一方、経産婦は自分の身体のペースで育児や授乳をしてよかった楽だったと答えている。現在はクリティカルパスに授乳や母児同室・育児技術取得のための指導日程も記載されている場合が多く、その通りにバリエーションが生じないよう、一律に進めようとするあまり、女性の身体の回復状況や痛みのコントロール状況に配慮できていない可能性もあり注意が必要であると考えられる。このクリティカルパスについて 30 文献を検討した「クリティカルパス導入についての文献検討」(横手, 2009) では、メリットとして患者に安心感を与える、予定帝王切ではパス説明や離床指導が十分でき、離床が早い、看護者の教育ツールとして効果があるなど、デメリットとして、個別性が図りにくい、パスの項目だけでは対象の心理状態の把握が難しい、看護者の能力によってはパスにない項目が抜けると示されてい

る。クリティカルパスを使用しながら、個別性に配慮しながら、身体の回復状況や痛みのコントロールの状況に沿って母親が主体的に進められる内容になるよう検討する必要がある。

(4) 執刀時の予想外の感覚の経験や手術の感覚について

帝切を体験した女性が、手術の感覚をどのようにとらえるのかは「気持ち悪い感じ」と語っている女性が半数あり、先行文献でも「私の体の中で動く手の感覚－私はいつもそれを『掻き集める痛み』と言いました」(Porter et al., 2007) というような言葉で表現しており、意識下での手術のため、多くの感覚を感じている。不快な感覚についてはこの感覚をなくすことは困難でも、事前に半数にこのように感じる人もいることを伝える、または、執刀時から児娩出まで声をかけ、意識をそらせるようなこともケアとして挙げられるのではないかと考える。腰椎麻酔時も「感じたことのない感覚」で怖いと語っているが、同様である。

(5) 覚醒下の手術であるために感じる手術中の不可視性（見えてないように感じること）

児娩出時「恐怖が強く、深呼吸して、パニックをおこさないように過呼吸にならずに乗り切ろう」としていること、閉腹時の痛みがあるときにそばにスタッフがいないことに気づき言えなかったこと、手術中に「あっ」という言葉が気になり怖いが何も言っていないというように、「言えないこと」「自己で対応しようとしている」ことが明らかとなった。このように、手術時は、多くの医療スタッフは手術の対応や女性の全身状態の観察等に追われ、女性の心理面に配慮した対応ができず、恐怖が強い状況で、自己で対応するとき注意すべきことは、強直性不動 (Tonic immobility) となる可能性があることである。これは、peritraumatic dissociation (前トラウマ 解離状態) と関連している (Abrams et al., 2009) と言われ「避けられないものとして認識され、恐怖を惹起する状況に対する無抵抗 (条件) の反応」として定義されている (Bovin, Hyman, Gold, et al., 2008)。Peritraumatic dissociation は、非常にストレスの多い出来事中に発生する認識されている状態で、その経験は、環境の意識、記憶、アイデンティティまたは知覚の通常統合された機能の中断を含む (American Psychiatric Association, 1994) とされる。他の症状の中でも、peritraumatic dissociation は、自己低下した周囲の認識と分離の断片化として経験される可能性を示し (Bryanton, 2007) ており、さらに、予定帝切の女性の出産体験をグランデットセオリーと非参加観察で明らかにした研究の中でも女性に起こっていたことを明らかにしている (Bayes, 2012)。この他にも、Bayes (2012) は、手術中看護師が入ってきて、医師に他患者のことを伝えたことから「自分がそこにはいないように感じた」ということについても明らかにしており、出産後への影響についても示している。これらのことから、自己で対応していることを当然とせず、手術中の女性の不安や恐怖の状況を観察や声掛けから把握し、女性が自己で対応できないと感じたときはいつでも声をかけられるような対応や、対応できずパニックになりそうなときは注意深く観察し、早めに対応できるように努める必要がある。

(6) 今までの経験によるケアの違い・困惑感・戸惑い感

妊娠中から産後までの全期間を通して、予定帝切を受ける女性は様々な困惑感や戸惑いを感じていることが明らかとなった。具体的には「麻酔導入時、予想外の感覚で怖いがどういえばいい

かわからない」「胎盤娩出後の鎮静についてなぜ眠くなるのかわからない」「術直後のシバリングや発熱がなぜ起こりどのようなものかわからず恐怖を感じる」「説明は受けていてもイメージがわからずわからない」「初回トイレ歩行時の『手伝います』と言われた時にいつ手伝ってもらものなかわからない」等である。

また、同じ予定帝切であっても、初産婦と経産婦、経産婦の場合は前回の出産様式が経膈分娩・緊急帝切などによってもわからないことや困惑感が異なっている。初産婦の場合は、「とにかくわからない」ことが多く、多くの時間、情報を得ることに費やしており、経産婦の場合は、前回経膈分娩した女性は、痛み止めに依頼するタイミングが陣痛と比べてわからないこと、緊急帝切は2度目の帝切であっても前回の経験は覚えていないことも多く、同じ術式であっても不安や恐怖が強いことも明らかになっている。そのため、「予定帝切」であっても初経産であるかや経産婦の場合は、前回の出産様式に配慮したケアが必要であると考え。

(7) パースレビュー

教科書に実施の記載があったが、今回の研究協力施設は、2施設ともパースレビューを行っていなかった。特にⅡ期の施設についてパースプランは外来で実施していたが、パースレビューは実施していなかった。しかし、インタビュー中やインタビュー後に「整理できた。(中略)」(A)「整理がつきやすい」(F) と言うように産後に話すことで自分の出産の体験や気持ちをまとめられ整理がついたことがわかる。さらに、「出産の話は、自然分娩も多く見て、私の帝切後のしんどい時一番そばにいてくれた助産師に聞いてほしい」(D) というようにパースレビューは助産師にしてほしい、理由は自然分娩を多く見ていることを挙げている。これは、予定帝切は出産が手術であり医師が行うものであるが、助産師が関わることを求められているようにも解釈できる。

また、話す機会がないこと、さらに出産の経験を話すことについて同室者に帝切の人がいた場合いろいろ伝え合って共感でき、分かち合えたことが満足につながっていることが語られていた。同じ体験をした人と話すことや、「やっぱり話したい」という言葉からも予定帝切であっても他の出産様式と同様に出産について話す機会をもつことが必要であり、可能であれば帝切の人同士を同じ部屋にすることもピアサポートを促進する支援となり得ると考える。

さらに、今回インタビューを行った語りの中で、前回語れなかった出産の話を今回話せたことが女性に大きな意味を持っていた人もいたことから、パースレビューが今回のみでなく前回以前の体験も含めてレビューできる可能性を持っていると考える。

また、パースレビューは産後1日目という教科書の記載があるが、インタビューでも示されているように、産後1日目は初回トイレ歩行で授乳が介助のできる状況であり、児に気持ちが向かない時期である。そのため、インタビューから自身の身体の回復も感じられ、授乳や母児同室も進み育児技術も獲得しつつある状況である4.5日目が良いのではないかと考える。

2) 質の高い出産体験となるための助産師のケア

1) に挙げた内容より女性のライフイベントとして質の高い経験(体験)となるような助産師

のケアについて考察する。

教科書・雑誌に示された内容は、項目としては全体でほぼ網羅されていると考える。しかし分娩方法が手術であることから、生命に関わる異常の早期発見を主とした観察内容や、多くの場合はクリティカルパスに連動し退院日が決定しているため、それまでに授乳を含む育児技術の習得も必要となり個別性に配慮したケアがされにくい状況であることが明らかとなった。また、女性のインタビュー内容では、不安や困惑があっても自己で対応し、授乳や母児同室など看護者の進めることを母親として苦痛がある場合もその通りにしないといけないと感じ行動しようとしていることもわかった。また、バースプランは実施されていてもレビューは行われていなかった。これは、経膈分娩では助産師は出産する女性に入院時から関わり、出産後まで離れずそばで寄り添っているため、女性がどのような体験をしているのか助産師自身の体験を通して知ることができている。しかし、予定帝切の場合は、助産師は手術室までと、手術開始から児娩出後までしか出産する女性のそばにいない場合が多く、助産師自身が女性の出産についてどのような体験をしているのかとこころどころはわかっている、すべてを網羅していない。この「出産の体験」を助産師が知らないことが、バースレビューをどのように聞けばよいのか、想起する方法やスキルを持ちづらく、バースレビューの実施を困難にし、バースプランも形ばかりの手術室で流す音楽や、どのように児と面会したいかや産後の授乳についてという部分にとどまってしまうのではないかと考える。しかし、多くの女性は出産の体験を話したいと思っており、聞いてほしいと思っている。また、多くのインタビューから、必要なケアが行われていないということはなく、満足した体験だと言われている。

さらに、バースレビューを助産師にしてほしいというインタビュー結果もあったように、予定帝切の女性に助産師が関わる必要とされている可能性があり、海外文献でも助産師のケアが女性の満足に影響する (Merkouris et al., 1999) と示されていることから予定帝切であっても助産師が関わる必要であると考え。帝切は、今後も増加傾向であるため、特別な出産様式としてとらえられない時代となっていくと考えられる。そのため、助産師は経膈分娩と同様に予定帝切の女性にも妊娠期から積極的に介入する必要があることを今回の結果であらためて認識した。ただし、帝王切開適応を基礎に考慮する必要がある。さらに、助産師は単独で分娩介助などの行為が出来ることが助産師の質が高い様に言われるが、予定帝切ではチームでの支援、しかもコーディネイトの役割を持つといえるため、帝切も助産師の範疇として考えていてもよいのではないかと考える。

以上より、助産師が妊娠期から継続して関わることは帝切の女性の満足となり円滑な産褥期に移行できること、項目やケアの内容を詳細に記載するというのではなく、助産師自身が予定帝切の女性に関心を持ち、どのような出産体験をしてほしいのか、どのようなケアを望んでいるかを問いながら関わることは女性ばかりではなく助産師自身にとっても大きな意義があると考えられる。

V. 結 論

本研究から教科書と雑誌に示された予定帝切の女性へのケアの現状を女性のインタビュー結果から示した。その内容として教科書・雑誌に項目とケアの一部が示されているものと、項目自体が示されていないものに分け、インタビュー結果から抽出し詳細に示した。その結果以下のことが言える。

1. 教科書や雑誌に記載されている予定帝切のケアについての内容は、早期母子接触・手術後の観察が共通しており、その他の項目や内容は教科書・雑誌により記載は異なる。
2. 予定帝切の女性のインタビューから明らかになったことは、準備できる出産様式でありながら、説明されていてもイメージができていないこと、出棟時や麻酔導入時等不安や恐怖が強い時自分で対処しようとしていること、その反面ケアがあればそれらが軽減されること、授乳や同室の進め方も言われたようにしようとしていること、前回の経験の有無や違いにより、困惑感があることである。
3. 予定帝切の女性へのケアとしては適切なタイミングで適切な情報の内容を提示し準備ができるようかかわること、手術中の不安軽減のための声掛けや手を握ること、身体の回復に沿った帝切のペースに沿った育児技術や母児同室への指導と実施、手術や麻酔の感覚などに配慮した声掛けや注意深い観察と対応、初経産・前回出産様式に配慮した対応が必要である。バースレビューは、助産師が望ましく、実施は痛みや身体の回復状況から4から6日目が見望ましい。その際のバースレビューの想起方法は、予定帝切の人の体験をもとに実施する。今後は、予定帝切に特化した想起方法を模索する必要がある。
4. 質の高い出産体験となるための助産師のケアは、助産師自身が予定帝切の女性に関心を持ち、どのような出産体験をしてほしいのか、どのようなケアを望んでいるかを問いながら、関わることによってもたらされる。

VI. 限界と課題

本研究では、我が国における予定帝切分娩の現状を女性へのインタビューから明らかにするとともに、女性のライフイベントとして質の高い体験となるような助産師のケアを考察した。

昨年行った帝切分娩の出産体験に関する文献検討（竹内，2017）では、予定帝切が増加している現状で、出産体験について十分明らかになっておらず一部の研究結果から出産体験の影響が子育てや次回のお産に否定的な影響が少なからずあることが明らかとなった。しかし、限界として海外論文の結果から導いた引用が多く、日本人の体験とは異なる可能性があるため、今回日本人女性へのインタビューから予定帝切分娩の現状を明らかにする必要がある。そして、本研究では、「出産体験をどうとらえているか」について語られた内容からの限られたデータではあった

が、我が国での予定帝切の出産体験と助産師のケアについて明らかとなった。その結果、必要なケアの項目は行われているが、今日的な助産師のケアとして必要なケアがあることが示された。助産師はそのことを改めて認識し、助産師が予定帝切を受ける女性の出産体験についてもっと関心を持ち、関わっていく必要があると考える。

本研究の限界は、「出産体験をどうとらえているか」についてのインタビュー結果を文献から示されたケアに該当する部分を抜き出したのみであり、インタビューの語りの文脈を損なわないように配慮したが、「助産師のケア」について全て網羅できていない。

今後は、助産師が予定帝切の女性にどのような認識を持ち関わっているのかを明らかにし、女性にとって質の高い体験となるための助産師のケアを検討していく必要がある。

謝辞

今回、インタビューを行うにあたり、ご協力いただいた予定帝切で出産された女性とご協力いただいた施設に深謝いたします。

引用文献

- Abrams, M. P., Carleton, R. N., Taylor, S., et al., (2009). Human tonic immobility : measurement and correlates. *Depression and Anxiety* 26, 550-556.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. American Psychiatric Association Washington DC.
- Bayes, S. (2012). Off everyone's radar'Australian women's experiences of medically necessary elective caesarean section. *Midwifery*, 10, 10-16.
- Bryanton, J. (2007). Predictors of Woman's Perceptions of the Childbirth Experience. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37, 24-34.
- Beck, C. T., Gable, R. K. Sakala, C. Declercq, E. R. Posttraumatic Stress Disorder in New Mothers : Results from a Two-Stage U.S. National Survey. *Birth* Volume 38(3), 65-74. 2011
- Blüml, V., Stammler-Safar, M., Reitingger, A. K., Resch, I., Naderer, A., Leithner, K. (2012). A Qualitative Approach to Examine Women's Experience of Planned Cesarean. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(6), 82-90.
- Bovin, M. J., Jager-Hyman S, Gold, S. D., Marx, B. P., Sloan, D. M. (2008). Tonic immobility mediates the influence of peritraumatic fear and perceived inescapability on posttraumatic stress symptom severity among sexual assault survivors. *Journal of Trauma Stress*. 214, 402-409.
- Fenwick, J., Gamble, J., & Mawson, J., (2003) Women's experiences of Caesarean section and vaginal birth after caesarian : A birthrates' initiative. *International of Nursing Practice*, 9, 10-17.
- Hepp P, Hagenbeck C, Burghardt B, Jaeger B, Wolf OT, Fehm T, Schaal NK ; MAGIC Group. (2016). Measuring the course of anxiety in women giving birth by caesarean section : a prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 16-33.
- 平田恭子, 有本梨花, 宮下ルリ子, 奥山葉子 (2017). A 市の病産院における予定帝王切開術で出産する女性のための出産準備教育の実態. *神戸市看護大学紀要*, 61-68.
- 堀内成子 (1987). 帝切分娩における母子相互作用に関する研究 (第2報) - 帝切分娩産婦の心理的喪失体験の分析. *周産期医学*, 17(3), 429-435.
- 飯沼博朗 (2002). 帝王切開分娩褥婦の受け止めと満足感. *周産期医学*, 32(1), 73-76.
- Morse, J. M., (1997). Strategies for assessing and fostering hope : The hope assessment guide. *Oncology Nursing*

- Forum, 24(6), 1055-1063
- 上條陽子 (1999). 帝王切開分娩褥婦の受けとめと満足感. 母性衛生 40(1) 68-71.
- Keogh, E., Hughes, S., Ellery, D., Daniel, C., Declin, P., Holdcroft, A. (2005). Psychosocial Influences on Women's Experience of Planned Elective Cesarean Section. *Psychosomatic Medicine* 68 : 167-174.
- 厚生労働省 社会医療診療行為別調査 平成 28 年医療施設の動向
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/sinryo/tyosa17/index.html>
- 厚生労働省 平成 27 年 人口動態統計月報年計 (概数) の概況 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai15/dl/gaikyou27.pdf>
- Lobela, S. R., DeLucab, S.: Psychosocial sequelae of cesarean delivery : Review and analysis of their causes and implications. *Social Science & Medicine* 64(11), 2272-2284, 2007.
- Marut, J. S., Mercer, R. T. (1979). Comparison of Primiparas' Perceptions of Vaginal and Cesarean Births. *Nursing Research*, 25(5), 260-266.
- Merkouris, A. I., Yfantopoulos, J., Lanara, V., Lemonidou, C. (1999) Developing an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece. *Journal of Nurs Manag.* 1999 Mar ; 7(2), 91-100.
- 松岡悦子, 小浜正子・世界の出産, 勉誠出版, 2011
- 日本産婦人科学会・日本産婦人科学会 ガイドライン, 2017
- 野川道子他 (2010). モースの病気体験の理論. 看護実践に活かす中範囲理論. 野川道子編. 東京. メヂカルフレンド社, 139-159.
- Porter, M., Teijlingen, E., V. Yip, L. C., & Bhattacharya, S. (2007). Satisfaction with cesarean section : Qualitative analysis of open-ended questions in a large postal survey. *Birth*, 34, 148-154.
- Puia, Denise. (2013). A Meta-Synthesis of WOMEN'S Experiences of CESAREAN BIRTH. *MCN : The American Journal of Maternal Child Nursing*, 38(1), 41-47.
- 佐藤祥子, 佐藤理恵. (2002). 褥婦の不安－分娩様式別に考える. 東北大学医療技術短期大学部紀要 11(2), 195-205.
- 竹内正人. 帝王切開のすべて, 出版社名メディカ出版, 2013 年 1 月
- 竹内佳寿子 (2016). 骨盤位適応による選択的帝王切開を受けた初産婦の出産体験のとらえかた. 母性衛生学会, 57(2), 483-490.
- 竹内佳寿子 (2017). 帝王切開分娩の出産体験に関する文献検討. 園田学園女子大学論文集, 52, 93-107.
- 谷口綾 (2014). 帝王切開で出産した女性の妊娠中から産後 1 か月までの心理的プロセス - 覚悟と納得 -. *日本看護学会誌*, 34, 94-102.
- 和智志げみ (2007). 帝王切開分娩で出産した母親の産褥早期のマタernalアタッチメントの検討 : 計画群と緊急群との比. *北里看護学誌*, 1-12.
- WHO, Media center news.10 April (2015) Caesarean sections should only be performed when medically necessary. (<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/en/>)
- YOKOTE, Naomi. (2008). Women's experiences of labor, surgery and first postnatal week by an emergency cesarean section. *JSTAGE*, 22, 1.
- 横手直美, 渡邊実香 (2009). 日本における帝王切開分娩時のケアの現状 : クリニカルパスに関する文献的検討から. 母性衛生, 49(4), 492-498.

[たけうち かずこ 助産学]
[みやた ひさえ 助産学]