

博士學位論文

論文題目：

開業助産院における経営・マーケティングの研究
—助産院と消費者としての妊産婦の定量的調査および
実践コミュニティ概念に基づくアントレプレナーシップの実態分析—

2015年3月

埼玉大学大学院経済科学研究科

学籍番号： 12VE113

氏名： 平出美栄子

主指導教員： 薄井 和夫 教授

副指導教員： 田中 恭子 教授

副指導教員： 新井 光吉 教授

論文要旨

助産師は、妊産婦の健康診査と出産介助、妊娠・出産・産褥、新生児・乳児期の各期のケア、相談、サポートを実践する専門職である。そして、わが国では、正常出産の取り扱いに限り、助産行為を目的とした「助産所（本稿では助産院）」を開業することが認められている。

かつて出産は、助産師（元の産婆、助産婦）の手によって、ほとんどが自宅か助産院（有床）で行われていた。しかし1960年代以降、助産院出生数は、医療近代化の進展にともなう激減し、現在では、出産の99.1%は大学病院・病院・診療所で行われるようになっており、助産院での出産は0.8%にすぎず、自宅・その他が0.1%となっている。こうした状況の下で、助産院を開設する関係者は、助産院の維持・存続が可能かどうか不安を抱えている。

助産院は、1948年の「医療法」によって、大学病院・病院・診療所と同様に医療施設と位置づけられ、開業助産師は、助産業務と助産院の施設経営という二つの役割を持つようになった。こうしたなかで、助産院経営においては、ベッド数、広告、業務内容などが法的に規制され、また補助金制度によって自由な価格設定が制限されており、私企業のようなマーケティング活動を行うことは困難である。こうしたなかで、助産院において、いかに経営・マーケティングを有効に実施しうるかは、経営者である助産師の手腕にかかっているといえる。

本稿は、近年の開業助産院における出生数減少の理由を探ると同時に、こうした状況にありながらも、維持・存続ができている助産院は、どのような助産院経営・マーケティングが実践されているのか探求することを課題とする。

本研究は、定量的・定性的調査を通して、近年の助産院出生数の減少の原因及びその背景を探求し、さらに、成功している助産院の経営者をアントレプレナーと捉え、その活動の基盤に実践コミュニティの存在を確認することを通して、助産院経営・マーケティングの実態を把握することによって、今後の助産院経営・マーケティングについての示唆を得ることを目的としている。

定量的調査では、第1に、出産施設の選択理由を知る目的として、消費者としての妊産婦を対象に、東京都内でのアンケート調査を実施し、第2に、助産院の実態把握を目的として、全国助産院経営者を対象としてアンケート調査を実施した。

第1の妊産婦へのアンケート調査では、出産施設の選択理由について質問し、その結果を大学病院・病院群、診療所群、助産院群の3群で比較した。この調査の結果、妊産婦たちは、大学病院・病院群では、診療所群、助産院群に比べ、年齢（35歳以上の高年初産婦）を気にして施設を選択する者が多いことが明らかとなった。現在、わが国の晩婚化、晩産化傾向は顕著であり、このままこの傾向が続けば、助産院を選択する妊産婦が更に減少することが明らかである。

また、大学病院・病院群、診療所群の妊産婦は、「医師の存在」、「医療規模」、「価格（特に妊婦健康診査補助券）」、「自宅近隣」、「豪華な食事」などを理由に施設を選択していた。この一方で、大学病院・病院群、診療所群を選択した妊産婦たちは、一般に助産院のサービス・ケア（製品）の特徴とされている、「健診が長く丁寧」、「助産師による健診」、「フリースタイル出産」、「家族立ち会い出産」、「産後母児同室」などで選択した者は少数であった。このことは、助産院が提供可能なケア・サービス（製品）と大学病院・病院・診療所を選択する妊産婦のケア・サービス（製品）に対するニーズには乖離がみられる。こうした傾向が続けば、今後も助産院出生が漸減すると考えざるをえない。

次に、助産院経営者の全国調査では、1996年・2000年の調査結果と比較し考察した。その結果、次のことが明らかになった。

まず、助産院経営の寿命は短縮化傾向にある。現代の助産院経営者は、1996年の調査結果に比べると、6年程度遅く開業し、10年程度早く退出している。また開業継続年数30年以上の助産院は、1996年の研究では48.2%であったが、2013年では12.3%と漸減している。そして、82.3%の助産院が20年以下の経営となっている。

次に、小規模助産院が増加しているという特徴がある。年間出生数49件以下の助産院は、2000年の調査では77件であったが、2013年の調査では122件である。また、130件以上を取り扱う助産院は、2000年では12件存在したが、2013年では3件へと減少している。しかし、こうした傾向にあっても、雇用人数は、常勤職員・パート職員ともに増加している。以上のような結果は、今後さらに助産院の経営が厳しくなることを推測させる。

助産院経営者は、助産院における近年の出生数減少の理由について、産婦人科診療ガイドライン（B群溶血性連鎖球菌陽性妊婦の対応、妊産婦のリスク項目の増加など）・助産院業務ガイドラインの改定、医療連携の困難さ、東日本大震災の影響、高年産婦の増加、など外部環境からの原因を挙げている。統計と外部環境の変化を概観すると、法の改定、震災など外部環境に変化のあった年は、助産院の出生数減少の年に重なりあっている。

二つの定量的調査の結果は、①晩産化により市場が縮小傾向にあること、②助産院のサービス内容と消費者のニーズに乖離があること、③助産院経営に影響する外部環境の変化、④助産院経営者自身の高齢化、⑤出生数減少に対する対策が取られていない、などが挙げられた。これは助産院が今後も困難な状況にあることを示唆している。

以上のような背景を受け本稿では、助産院経営・マーケティングの手がかりを得る目的のために、二つのキー概念を適用し定性的調査を実施した。調査地は都内にあるM助産院に限定した。

一つ目のキー概念は、助産院経営者（マーケター）の分析視角としてアントレプレナーシップ概念を用いた。理由は、M助産院の事業内容に新規性があり先駆者的に取り組んでいる事業があること、出生数が常にトップクラスの件数を維持していること、その基盤にはM助産院経営者がアントレプレナーシップを発揮させ、マーケティング活動が行われていると考えたためである。

だが、アントレプレナーは一人事業を遂行するわけではない。新規事業や革新的事業の発案・実施には、アントレプレナーを取り巻く社会的基盤があると思われる。そこで本稿では、近年、知識経営学において注目されている実践コミュニティ概念を採用した。これが二つ目のキー概念である。実践コミュニティは、学校、職場、家族など制度的な社会組織と同じではなく、人々がなんらかの実践を共有し相互関与している社会的グループのことである。この概念は、学習と実践がコミュニティの中でいかに構築されていくのかを、「相互関与」「共同の営み」「共有領域」の3要素、実践コミュニティへの参加の形態などを用いて、実態を観察・理解しようとするツールである。

実態調査の結果は、アントレプレナーシップと実践コミュニティの構成と役割に注目して分析した。

まず、アントレプレナーと母親で構成された実践コミュニティである。この実践コミュニティの機能は、M助産院のケア・サービス（製品）開発の基礎を成し、ケア・サービス（製品）の形態を拡大する役割である。

次に、アントレプレナーと助産師で構成された実践コミュニティである。この実践コミュニティの役割は、M助産院のケア・サービス（製品）の質を維持・管理し、顧客に安定したケア・サービス（製品）を提供することである。アントレプレナーは、この実践コミュニティの存在によって、従来の助産院経営にはない新規クラスの企画・運営、地域支援活動などの事業を遂行し、助産院の維持・存続を為し得ていた。無形財であるサービス製品では、質管理が課題となるが、熟練助産師であるM助産院経営者の技と暗黙知は、実践コミュニティの存在によって助産師へ伝承され、質の高い助産技術へと向かわせ、M助産院経営におけるケア・サービス（製品）の安定化に繋がり、ケア・サービス（製品）戦略の成功に貢献していた。

調査では、実践コミュニティの「共有領域」として「産婦に寄り添う三原則、産婦の汗の変化の観察、教育教材・テキスト」など、M助産院独自の表現方法や教育教材が確認出来た。これらの内容と活用によって、実践コミュニティ内での意味の交渉が行われ、助産の実践に独自性を保っていた。

最後は、アントレプレナーと母親・助産師・その他の職種などを構成とした実践コミュニティである。この実践コミュニティの役割は、幼児から産後の母親までの包括的・継続的なサービス事業を成立させるM助産院バリューチェーンの創造と継続であった。アントレプレナーはこれを統一し、連携を保ちながら、M助産院の事業を維持・継続している。

M助産院の調査によって得られた結果は、アントレプレナーの能力は、実践コミュニティを社会的基盤として活用し、実践コミュニティと共に助産院事業を創造することであった。助産院経営・マーケティングには、アントレプレナーシップとして実践コミュニティを活用することが有効である。

助産院経営・マーケティングの研究はまだ手つかずの分野であり、先行研究も限定されている。そのような中、本研究の定量的調査によって、助産院は今後も厳しい状況に置か

れることが示唆されこと，だが定性的調査では，実践コミュニティの存在によってアントレプレナーシップが発揮することが明らかとなり，さらに，助産院継続には多様な実践コミュニティの存在と連携が有効であるという結果が得られた。この二つのキー概念を実践の場で応用していくことで今後の助産院経営・マーケティングへの展望が開けるものと考ええる。

目 次

序章	1
1 研究の背景と問題意識...1	
2 研究の目的と意義...6	
3 論文構成...6	
第1章 助産師と助産院の概要	8
1 はじめに...8	
2 助産師の発達と衰退の過程...8	
1) 産婆の始動...8	
2) 産婆から助産婦へ...9	
3) 助産師活動の衰退...9	
3 助産とは...10	
1) 助産の概念...10	
4 開業助産院とは...10	
1) 助産院の法的根拠...10	
2) 助産院の定義と業務内容...11	
3) 助産院の広告...11	
4) 助産院業務の特色...12	
第2章 全国開業助産院と消費者（妊産婦）の動向	13
1 はじめに...13	
2 消費者（妊産婦）の動向...17	
1) 消費者（妊産婦）調査の目的...17	
2) 調査方法...18	
3) 結果...20	
4) 出産施設選択時に影響を及ぼす要因...22	
5) 考察...25	
6) 小括...28	
3 全国開業助産院の実態...30	
1) 全国開業助産院調査の目的...30	
2) 調査方法...31	
3) 結果...31	
4) 考察...38	
5) 小括...41	

- 1 はじめに...43
- 2 助産院マーケティングとは...44
 - 1) 非営利組織のマーケティング...44
 - 2) 日本の医療マーケティング研究の潮流...45
 - 3) 助産院マーケティング研究の提案...47
- 3 助産院マーケティングの独自性...47
 - 1) 医療改革とガイドライン...48
 - 2) 助産院の規模と市場...49
 - 3) 助産院マーケティングの 4P...52
 - 4) 価格 (Price) ...53
 - 5) 場所 (Place) ...56
 - 6) 広告 (Promotion) ...57
 - 7) 製品 (Product) ...57
 - 8) 助産院製品の形態...58
 - 9) 製品の多様性...59
 - 10) 助産院の「消費者志向」...60
- 4 助産院バリューチェーン...61

**第4章 助産院マーケティングにおけるアントレプレナーシップとその基盤としての
実践コミュニティ**

- 1 はじめに...63
- 2 アントレプレナーシップ...63
 - 1) アントレプレナーの概念...63
 - 2) アントレプレナーシップの概念...66
 - 3) 「企業者精神」としてのアントレプレナーシップ...66
 - 4) 「企業者行動」としてのアントレプレナーシップ...69
 - 5) アントレプレナーシップ研究の動向...69
 - 6) 近年のアントレプレナーシップ研究...70
- 3 実践コミュニティ (communities of practice) ...73
 - 1) 実践コミュニティの概念...73
 - 2) 「実践コミュニティ」概念生成の経緯...73
 - 3) 「状況論」－状況的学習論...74
 - 4) 実践コミュニティの邦訳...74
 - 5) 実践とは...75
 - 6) コミュニティとは...75

- 4 実践コミュニティの概念とその他の関連概念...76
 - 1) 実践コミュニティの構成要素...76
 - 2) 正統的周辺参加 – 実践コミュニティへの参加の形態...79
 - 3) 文化的透明性...80
 - 4) 意味の交渉...81
- 5 実践コミュニティ論への批判的議論...82
- 6 経営学研究における実践コミュニティ概念の可能性...83
 - 1) 「暗黙知」と「形式知」...84
 - 2) 実践コミュニティ概念を適用する視点...85
- 7 小括...87

第5章 M助産院の経営・マーケティングの実態

88

-
- 1 はじめに...88
 - 2 調査概要...89
 - 1) 調査対象について...89
 - 2) M助産院概要...90
 - 3) M助産院出生統計...92
 - 3 調査の分析視角...93
 - 4 アントレプレナーと妊産婦の実践コミュニティ...95
 - 1) 消費者（妊産婦）とアントレプレナーの実践コミュニティ形成...95
 - 2) 施設の創造...96
 - 3) 共有領域の内容...97
 - 4) 熟練と伝承...98
 - 5 社会活動と地域貢献のためのアントレプレナーシップと実践コミュニティ...100
 - 1) 問題の認知と解決...100
 - 2) 男性助産師反対運動の実践コミュニティ...101
 - 3) 地域に開かれた施設に向けての実践コミュニティ...105
 - 6 助産活動におけるアントレプレナーシップと実践コミュニティ...107
 - 1) 助産師実践コミュニティの形成...109
 - 2) 助産師実践コミュニティの「共同の営み—内診を少なくする助産技術」...110
 - 3) 助産技術における表現の独自性—擬態語による意味の交渉...111
 - 4) 助産技術における表現の独自性「別世界に行く」...112
 - 5) 「発汗部位の変化」という「共有領域」の表現と意味の交渉...113
 - 7 M助産院のサービス（製品）戦略に向けたアントレプレナーシップと実践コミュニティ...114
 - 1) 産婦を「一人にしない」というサービス（製品）...114

2) ルーティン...116	
3) サービス（製品）のイメージ化...116	
4) SECI モデルの方向と動因...117	
8 助産技術伝承のための実践コミュニティ...120	
1) 実技講演会...120	
2) 実技講演会に向けた物象化...120	
3) 実技講演会の発展...121	
4) 「フィーリングバース」という「意味の交渉」...122	
5) 教材，教本販売の事業化...123	
6) セミナー開催の地域の拡大...124	
7) 助産技術における「技術の文脈依存性」と漸次的イノベーション...125	
9 M 助産院のバリューチェーン...127	
1) 幼児から始まる命の教育...128	
2) アントレプレナーシップと実践コミュニティの役割...129	
3) 独創的出産準備クラスの創造...130	
4) 産褥入院中のケア・サービス...131	
5) 入院中のサービス...132	
6) 退院後の母子支援...132	
7) M 助産院バリューチェーンのまとめ...133	
10 小括...134	

終章	137
----	-----

参考文献	142
------	-----

巻末資料	168
------	-----

インタビュー内容

謝辞

図リスト

- 図 0-1 出生の場所別，出生割合—昭和 25 年～平成 24 年—…2
- 図 0-2 1990 年以降の全国助産院出生割合…4
- 図 0-3 出生数及び合計特殊出生率の年次推移—明治 32～平成 24—…4
- 図 0-4 全国出生数と助産院（有床）出生数の前年度比較…5
- 図 2-1 分娩施設数，産婦人科及び産科の医師数，出生数の経年的推移…13
- 図 2-2 就業助産師数の年次推移…14
- 図 2-3 院内助産システム推進状況…15
- 図 2-4 1990 年を 100%とした出生数の年次変化…17
- 図 2-5 全国・助産院（有床）・東京都の出生数の前年度比…17
- 図 2-6 女性の年齢階級別出生数…27
- 図 2-7 2013 年出生取り扱い件数と出生費用…38
- 図 2-8 2000 年出生取り扱い件数と出生費用…38
- 図 2-9 1990 年以降の全国助産院出生割合と主な外部環境の変化…41
- 図 3-1 都道府県の助産院数…49
- 図 3-2 出産施設別 初・経産婦割合…51
- 図 3-3 出産施設別 次回の施設利用について…51
- 図 3-4 助産院マーケティングにおける 4P の変更図…53
- 図 3-5 妊婦健康診査費用の分布…54
- 図 3-6 出産費用の割合…55
- 図 3-7 2013 年 出生取り扱い件数と出産費用…56
- 図 3-8 2000 年 出生取り扱い件数と出産費用…56
- 図 3-9 助産院の Value Chain…61
- 図 4-1 企業家機能の概念図…68
- 図 4-2 実践コミュニティの 3 要素…77
- 図 4-3 参加と物象化の二面性…78
- 図 4-4 参加と物象化の連鎖…78
- 図 4-5 Wenger 論文における主要な概念群…80
- 図 4-6 意味の交渉としてのコミュニケーション（一方向図）…81
- 図 5-1 M 助産院の概要…90
- 図 5-2 M 助産院出産数統計…93
- 図 5-3 実践コミュニティの 3 要素…94
- 図 5-4 参加と物象化の二面性…94
- 図 5-5 母親たちとの実践コミュニティの形成…96
- 図 5-6 社会活動と地域貢献のためのアントレプレナーシップと実践コミュニティ…100

- 図 5-7 母子支援施設の建設に向けた実践コミュニティ…105
- 図 5-8 助産活動における実践コミュニティとアントレプレナーシップ…108
- 図 5-9 意味の交渉としてのコミュニケーション（一方向図）…110
- 図 5-10 SECI プロセス…118
- 図 5-11 実践コミュニティ同士の連結図…123
- 図 5-12 助産院活動の拡大における実践コミュニティとアントレプレナーシップ…127
- 図 5-13 M 助産院の Value Chain ①…128
- 図 5-14 M 助産院の Value Chain ②…128
- 図 5-15 生命の教育のための実践コミュニティ…129
- 図 5-16 助産院を創り支えるアントレプレナーシップと実践コミュニティの社会構成図…135

表リスト

- 表 2-1 対象の背景…21
- 表 2-2 出産施設別の高年初産婦の割合…21
- 表 2-3 本質サービス（健診・出産・産後）の要因による施設の選択理由…23
- 表 2-4 表層サービス（食事・場所など）の要因による施設の選択理由…24
- 表 2-5 年齢・出産回数などに対する気持ちの特徴…25
- 表 2-6 出生の場所別割合—昭和 25 年～平成 24 年—…30
- 表 2-7 現助産院経営者（助産師）の背景①…33
- 表 2-8 現助産院経営者(助産師)の背景②…34
- 表 2-9 有床助産院の年間出産数と従業員数の約 10 年前との比較…35
- 表 2-10 助産院出生数減少の理由とその対策—2007 年～2012 年…37
- 表 2-11 有床助産院の年間出産数と従業員数の比較…50
- 表 5-1 M 助産院ファミリーサロン事業状況…107
- 表 5-2 M 助産院 助産師職員構成表…109
- 表 5-3 アントレプレナーが活用した主な実践コミュニティ…134

序 章

1 研究の背景と問題意識

出産を取り扱う医療施設は、病院、診療所と開業助産院¹の3種類が存在する。

これらの施設における出生数割合をみると、病院²が52.7%、診療所が46.3%、助産院が0.8%³となっており、日本で生まれるほとんどの子どもは、病院と診療所で出生していることがわかる。だがわずか60年ほど前の1950年代から1960年代では、自宅や助産院での出生が主であり、子どもは助産師（当時助産婦）によって介助され生まれていた。

図0-1の場所別出生数割合は、1950年に自宅95.4%、助産院0.5%であったが、1960年では自宅49.9%、助産院8.5%となり、わずか10年後の1970年代には自宅3.9%、助産院10.6%、病院・診療所が85.4%となり、医師のいる施設へと変遷している。そして助産院と自宅の出産は、氷河が崩れ落ちるかのよう急降下を呈し、1980年には自宅0.5%、助産院3.8%、1990年自宅0.1%、助産院1.0%となっていく。さらに2000年以降、開業助産院は、施設数、出生数の減少がさらに進み、2012年には施設数393ヶ所⁴、出生割合0.8%となり、現在その維持・存続が危ぶまれる状況にある。

¹ 医療法では助産院のことを「助産所」と明記されているが、本稿では、研究対象の施設や多くの助産所が「助産院」として表記していること、一般的に「助産院」と呼ばれていることから、助産所を「助産院」として表現する。後に詳細を述べるが、開業助産院とは、1948年「医療法」の公布（医療法の公布とは、医療施設の基準の明確化などをいう）によって、病院・診療所と同様に「医療機関」として位置づけられ、1950年に「助産所開設許可」（医療法第7条病院等の開設の許可）となった施設のことである。助産院には有床助産院と無床助産院の2つがあり、無床助産院は自宅出産を取り扱い施設外として届けられる。

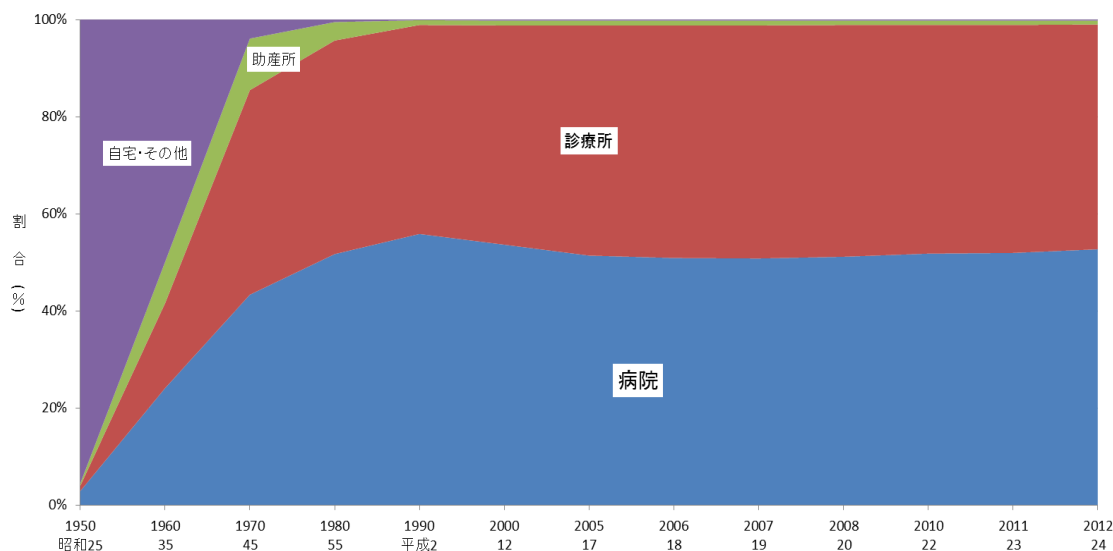
本稿では施設の経営・マーケティングの研究として有床助産院を対象としている。

² 病院とはベッド数20床以上であり、診療所とはベッド数19床以下または入院施設を持たない施設で、医師・歯科医師が管理者の施設をいう。助産院とはベッド数9床以下の施設で、助産師が業務を行うものをいう（医療法第7条、第2条）。

³ 出生数割合の合計は99.8%となる。残り0.2%は医療機関ではなく、自宅・その他となっている。公益財団法人母子衛生研究会編集（2014a）『母子保健の主なる統計』45頁。

⁴ 日本助産師会機関誌『助産師』（2014）83頁。「会員の2012年1月～12月の分娩件数」より。

図 0-1 出生の場所別，出生割合—昭和 25 年～平成 24 年—



出所) 公益財団法人母子衛生研究会編集 (2014a), 45 頁より, 筆者作成。

宮崎 (2001) は全国助産院の経営の実態調査を実施しており、1960 年以降の急激な助産院出生数の減少の主な原因」として、「1961 年『国民皆保険制度』のスタート、近代化に伴う人口の都市集中、核家族化、住宅事情、妊産婦の価値観の変化、病院などの住民意識の変化」⁵などが考えられるとしている。だが視点を変えれば、この状況は「開業助産師の長期的展望の欠如、社会システムの学習不足」⁶という指摘もある。また白井 (1999b) は、出産の歴史的変動として社会的に分析を行い、「個人の意識・志向性」「個人の行為」「社会関係」「組織・集団」「社会制度」「全体社会」⁷という 6 つの水準にわけ、それを「出産現象の総体的変化」として捉えている。両論稿にあるように、出産場所の変遷は、1 つの原因からではなく、戦後の医療改革、人々の生活様式の変化、家族構成の変化など、多面的な側面があると思われる。

病院・診療所での出産への移行や近代医療化によって、周産期死亡率は改善した。妊産婦死亡の状況は、自宅出産が中心だった 1950 年代は 161.1 (出産 10 万対) であり、施設出産が中心となった 1970 年代では 48.7 (出産 10 万対) となり、1990 年以降は 8 以下 (出産 10 万対) となっている。新生児死亡も同様の傾向である。

出産の内容は、分娩監視装置による管理、分娩台での出産、陣痛促進剤の使用など、近代医療の中で予防的な管理を行いながらの出産になっていった。と同時に、1970 年代以降、

⁵ 宮崎 (2001) 147 頁。

⁶ 宮崎 (2001) 147 頁。

⁷ 白井 (1999b, 134 頁) の水準は、①個人の意識・志向性は、「産児に関する個人の意識」、②個人の行為は「出産の形態・方法、出産介助の形態・方法」、③社会関係は「地域社会成員関係、医療従事者関係、夫婦関係、出産介助の形態・方法」、④組織・集団は「産科・助産施設、地域社会組織、家族集団」、⑤社会制度は「産児に関する法制度 (保健師助産師看護師法、母子保健法、医療法、優生保護法、保健所法等、産児に関する社会規範、産児に関する心性、産児に関する慣習・風俗)」、⑥全体社会は「人口政策、保健政策、衛生政策、産科技術」である。

帝王切開，吸引出産，鉗子出産，陣痛促進剤の使用などは増加した。また病院，診療所での出産は，分娩台での出産が一般化し，出産時に実施される医療介入—浣腸，剃毛，会陰切開などもルーティンとなっていった。しかし，産婦は分娩台では自由に動くことはできず，また，分娩監視装置を装着し続けることは産婦の行動の自由は制限されることになる。産婦は安全を手を得たが，出産時の自由は奪われた形となっていった。

だが，医療の管理下に抵抗する女性の声も出始めた。その象徴としては「分娩誘発剤の使用による胎児死亡事件」があり，当事者の女性は医師を訴え，各種メディアにも紹介される。そして1988年には「陣痛促進剤による被害を考える会」が発足している。また，フランスの産科医師が考案したラマーズ法⁸という出産スタイルが紹介されると，一斉に全国に広がっていった。加えて，イギリスからアクティブバース出産⁹が紹介され，自然出産の関心が高まった。緊急時以外は医療介入を実施しない助産院には，自然出産を求める妊産婦からの支持があり，出産施設として選択され続け，1970年代には自然出産の波が起こった。その結果，1960年には137,292人（出生割合の8.5%）であった助産院出生数は，1970年には205,965人（10.6%）に増加した。

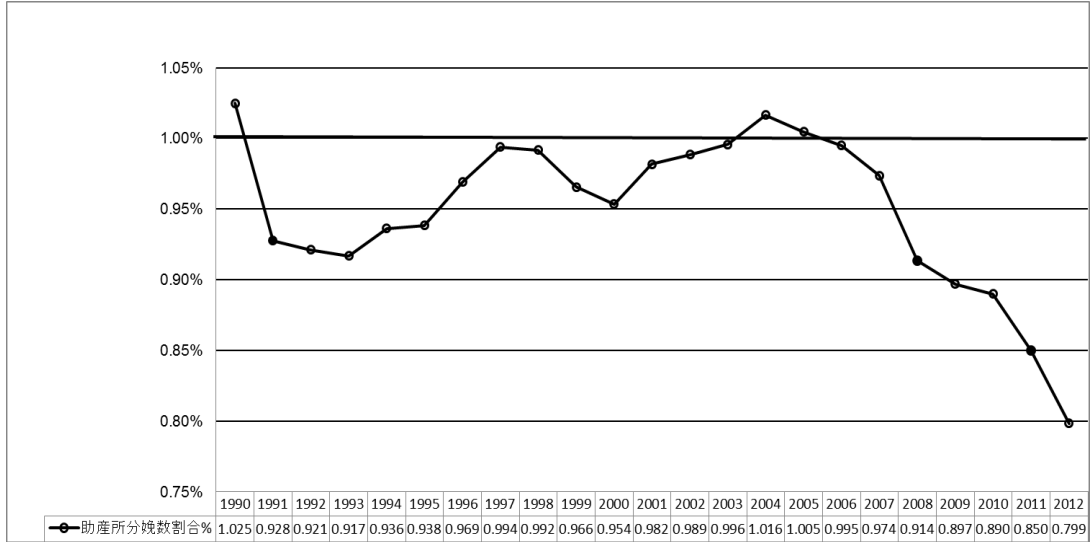
しかし，助産院出生数の増加は一時的なものでしかなく，1980年には3.8%，1990年には1.0%となり，助産院出生数は1万人弱に留まったままの状態となっていた。さらに2008年には，統計から確認できるデータとして初めて出生数が1万人を切り9,968人（0.9%）となり，2012年には8,282人（0.8%）となっている¹⁰。全国助産院出生数の割合は，図0-2のように，漸減している状況にある。

⁸ ラマーズ法とは，1951年ごろに，フランスの医師フェルナン・ラマーズが考案した精神無痛分娩法であり，一般に「ヒッヒッファー」の呼吸で知られる自然出産の1つの方法である。

⁹ アクティブバースとは，イギリスのバースエデュケーターのジャネット・バラスカスが創造した造語である。産婦が自由な体位を選択でき，自由な体位で出産するスタイルの全体を指す。

¹⁰ 公益財団法人母子衛生研究会編集（2014a）『母子保健の主なる統計』45頁による，出生数は，助産院施設は8,932人，自宅・その他は1,957人である。日本助産師会の報告では，出生数は，助産院は8,242人，自宅は884人である。本稿での出生数は，『母子保健の主なる統計』を採用した。日本助産師会の報告では，会員以外の出生数の把握が出来ないためである（日本助産師会編 2014，83頁）。

図 0-2 1990 年以降の全国助産院出生割合



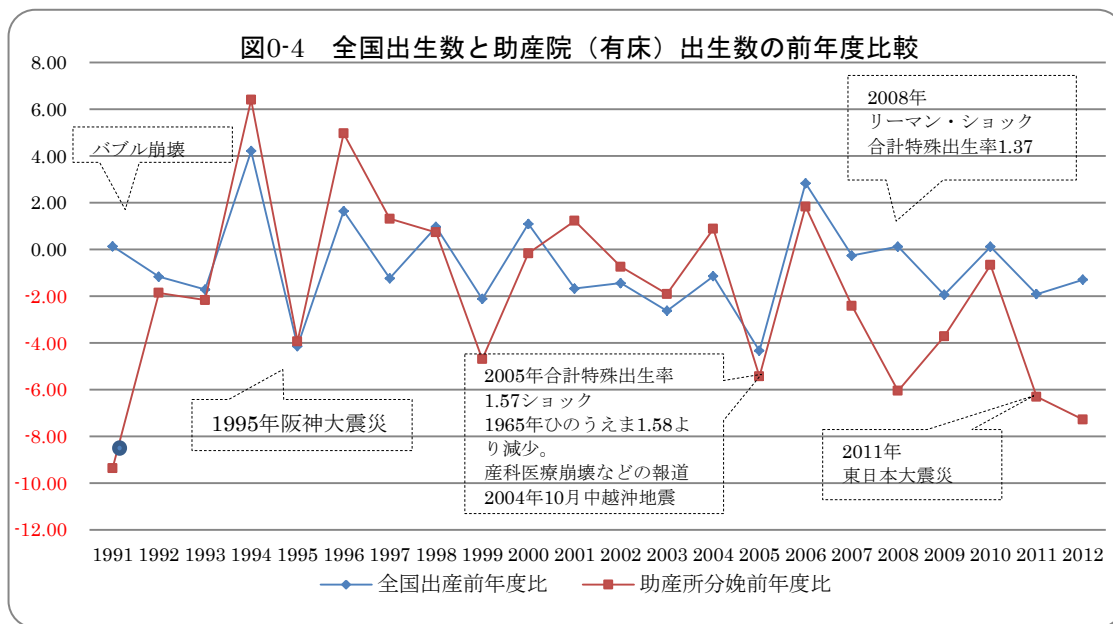
出所) 前掲書, 公益財団法人母子衛生研究会編 (2014a) 45 頁より, 筆者作成。

この原因の 1 つに, 総出生数の減少が考えられる。全国の出生数が減少している中で, 当然, 助産院出生数も減少していくであろう。実際, わが国の少子化傾向に変化はなく総出生数は漸減傾向であるが, 図 0-3 のように合計特殊出生率はやや上昇の傾向にある。そこで, 全国出生数と助産院出生数の前年度出生率を比べ図 0-4 のように示した。その結果, 全国出生に比べ助産院出生の減少傾向が顕著に示されている。

図 0-3 出生数及び合計特殊出生率の年次推移—明治32～平成24年—
Trends in live births and total fertility rates, 1899—2012



出所) 前掲書, 公益財団法人母子衛生研究会 (2014a) 26 頁。



しかし、このような状況の中でも、繁栄し、存続している助産院がある。この施設は、経営者である院長が医療功労賞などを受賞し、またメディアでも紹介され、その施設の出産内容、妊婦クラス・両親クラスの内容などが、現代の母親、父親の支援策になるという事業内容も報道されている助産院である。

開業助産院は、助産の実践と助産院の経営という両輪がうまく稼働しなければならない。つまり助産院経営者は、助産師の助産技術内容だけに留まらず、助産院の経営・マーケティングを含めた助産院事業の全体を俯瞰する力が求められる。その意味において、称賛された助産院の経営者は、メディアで取り上げられるような助産技術や、助産院の事業内容、先駆的内容のクラスを手がけるなど、助産院経営者としてアントレプレナーの要素を持った経営者であることが予測される。助産院の経営者はどのようにしてアントレプレナーシップを発揮し、事業を継続しているのだろうか。

また、減少を続けている助産院出産ではあるが、出産満足度調査をみると、堀内・島田・鈴木他 (1997)、佐藤・加藤・伊藤他 (2007)、島田・大橋 (2006)、島田・縣 (2007)、島田 (2012) らの研究報告では、助産院が病院、診療所より良い結果を示している。また堀内・島田・鈴木他 (1997) の調査では、助産院は再利用率が高いという結果も得ている。しかし、助産院の出生数には増加の傾向がみられず、さらに 2008 年以降、急激に減少している (図 0-2)。

以上のような背景を受け、本稿の調査課題は、近年の開業助産院の出生数減少はなぜ起きているのか、この状況にありながら、事業を繁栄させ、維持・存続している助産院はどのような助産院経営・マーケティングが実践されているのかである。

2 研究の目的と意義

前述したように、助産院経営・マーケティングでは、経営者のアントレプレナーシップが存在していると考えられる。しかし助産院の事業は、アントレプレナー一人では不可能であり、アントレプレナーと共に実践する人びとが存在するであろう。そこで本稿では、この「人びと」をアントレプレナーの社会的基盤とし、アントレプレナーと実践を共有する「実践コミュニティ」であると捉えた。

本稿の目的は、アントレプレナーシップと実践コミュニティ概念を適用して、助産院経営・マーケティングの実態を理解すること、及び、近年の助産院出生数の減少の原因及びその背景を知り、助産院経営・マーケティングについての示唆を得ることである。

具体的には、先に述べた調査課題を踏まえ、全国助産院の経営者と、消費者としての妊産婦に量的調査を行い、現代の助産院出生数の減少状況を把握すること、さらには、繁栄し維持・存続している助産院のアントレプレナーと実践コミュニティの関連性について実態調査を行うことである。

本研究を実施するにあたり助産院についての文献を渉猟したが、これまでの研究内容は、助産院助産師のケア、出産満足度、保健指導の内容など、助産師が実践するケア・サービスが主であった。助産院経営の研究は数えるほどしか無く、その内容は、経営の実態、経営形態の報告、損益分岐点の内容、助産師の有効雇用数であり¹¹、助産院マーケティングについては、ほとんど研究されていない。本稿が取り組む調査研究は、助産院経営・マーケティング研究の端緒を開くこととなり、このことが、開業助産院の維持・存続のために役立つものと思われる。さらに、助産院経営におけるアントレプレナーシップと実践コミュニティの具体的な調査を行うことは、今後の助産院の経営・マーケティングに対して意義を有していると考えられる。

3 論文構成

本稿は全体で、7つの章から構成される。まず序論では、本稿の背景と問題意識、そして研究の目的とその意義を述べ、本稿の構成を記述する。次に第1章では、助産師の名称、助産師の業務内容、加えて、開業助産院の業務内容とその法的根拠、さらには、助産院の歴史的変遷について述べていく。第2章では、2つのアンケート調査を実施し、近年の助産院出生数の減少について分析を行う。第1には、消費者としての妊産婦の動向を捉えるために、東京都内で実施したアンケート調査の結果を報告する。この調査を通して、妊産婦の施設選択に関連する傾向を探り、これを基礎に助産院出生数の減少を消費者の立場から分析する。第2には、全国助産院の経営者を対象として調査を行ないその結果を報告し、経営者の実態から助産院出生数の減少について考察する。

¹¹ 宮崎 (2001, 2002)。

第 3 章では、助産院経営・マーケティングについて概観する。はじめに、非営利組織のマーケティングや、近年の日本の医療マーケティングの潮流を述べる。これを受けて、本稿での助産院マーケティングの定義を確認し、助産院の事業規模、助産院マーケティングの 4P について考察する。

第 4 章では、第 3 章から得られた結果に依拠し、助産院経営・マーケティングにおいて重要である助産院経営者と経営者の社会的基盤に着目し、分析のキー概念となるアントレプレナーシップと、その基礎になる実践コミュニティ概念について述べる。

続いて、第 5 章では 1 つの助産院にフォーカスしてフィールドワークを行う。実態調査では、アントレプレナーシップを発揮するに至った経緯や、助産技術の伝承、先駆的事業の創造に関する内容などを確認し、アントレプレナーシップと実践コミュニティの関係から、維持・存続している助産院の経営・マーケティングについて考察する。そして最後に終章で本稿の全体のまとめを行う。

第 1 章 助産師と助産院の概要

1 はじめに

この章では、助産師と助産院の形成過程と、その業務内容について述べる。

助産師は、産婆、助産婦と、名称が変遷している。それと同時に、職務内容の変化も余儀なくされる。女性問題研究者の大林道子（1990）の『助産婦の戦後』には、象徴する内容がある。

「助産婦の職務ほど、戦後の短い期間にそのあり方が不安定にゆれ動き、また、業務形態が大きく変質してしまったものは、ほかに少ないのではないだろうか。もちろん、医師や看護職など医療の他の分野の職務も、医学・医療技術・医療制度などの変化に応じて、その職務の内容と範囲が複雑になったり分化されてきたということはあるだろう。しかし、助産婦職の変わりようはそれらの比ではなく、性格を異にしている。産婆の時代には、自己の全責任において関わってきた分娩介助が、産科医にとって代われ、敗戦直後には、制度的にも独自の職業としての産婆職の存続さえ危ぶまれる危機を経験したのである。」

大林（1990）の表現からも推察できるように、助産師の歴史は激動そのものであった。わが国の歴史的変遷を概観すると、2 つに大別できると岡本（2009a）は述べている¹²。それは奈良時代以前から江戸時代までと、次に専門職として認められ確立していく明治時代以降から現代である。助産師は、資格認定や名称の変化に並行して、その業務内容も変化していった。

2 助産師の発達と衰退の過程

1) 産婆の始動

助産師の胎動は古く江戸時代に遡る。江戸時代の中期には、「賀川玄悦」が現れ本格的な産科学が始まったとされ、また、産婆学の教本などもあり産婆教育が開始された。当時「産婆」は、実践的役割を果たしていたといわれている¹³。明治に入ると「医制」が布達され（1874年）、産婆に関連する内容が記されている。明治時代は、産婆の法制度が確立していく時代といえる。

岡本（2009a, 27 頁）は、「明治時代初期、女性の職業としては、産婆と髪結くらいであって、女性独自の仕事として抵抗は受けなかった」としている。1868（明治元）年には、

¹² 岡本（2009a）21-48 頁。

¹³ 岡本（2009a）21-48 頁。

産婆の最初の関係法規が出る。次いで 1899（明治 32）年には、全国レベルでの産婆の法律が誕生し、身分が確立される¹⁴。産婆は、明治から大正にかけて身分が確立し、産婆人口は急激に増加していった時代である。1930（昭和 5）年の産婆の総数は、5 万人台となっている¹⁵。資格を補償され専門職として認められた産婆は、収入も安定し社会的な地位もあり、産婆の黄金時代であった¹⁶。

2) 産婆から助産婦へ

産婆は、1942（昭和 17）年、国民医療法の制定によって、その呼称を「助産婦」に変更し、「医療関係者」とされる。当時の出産は、助産婦による介助が 90.0%，医師による介助は 6.0%であり、その場所は施設外、つまり自宅などが 95.5%，施設内 4.4%であった。1945（昭和 20）年、太平洋戦争の終了後に、わが国の医療体制が大転換する。自宅出産の見直しが始まった。1955（昭和 30）年から 1965（昭和 40）年は、助産婦の業務内容、就労の場所が大きく変わった。

当時の状況について大林（1990）は、「日本のお産のあり方を変える転換手の役割をしたのは GHQ 公衆衛生福祉局（PHW）の指導」と述べている¹⁷。家庭で行われていた出産が、医師の常駐する施設に変わり、その形態も「畳の上からのお産から、施術者の便宜に合わせた分娩ベッドになり、そればかりか、正常産にさえ、陣痛促進剤や会陰切開や計画出産などの医療的措置によりお産の質的变化が起こった」¹⁸。これは「質的変換期」¹⁹となる。

3) 助産師活動の衰退期

助産師の活動形態は、助産師自身で施設を持つ開業助産師と、病院・診療所などで勤務する勤務助産師に二分された。岡本は当時の助産婦の活動状況を、「昭和 40 年頃までを家庭分娩主流時代」と、「昭和 40 年以降を施設分娩移行時代」と、そして「昭和の前半を繁栄期とし、それ以降を衰退期」と位置づけている²⁰。

1950 年代から 1960 年代は、氷河の城砦が崩れ落ちるように自宅出産は激減し、それと共に、助産婦の就労状況も変遷した。出産における戦後の施設化の波は、「産む当事者である女と、女である助産者²¹が、しだいに出産から疎外される」²²状態にした。

1948（昭和 23）年には「保健婦助産婦看護婦法」が公布され、保健婦・助産婦・看護婦

¹⁴ 岡本（2009a）21-48 頁；柴田（2013）156-169 頁。

¹⁵ 柴田（2013）156-169 頁。

¹⁶ 柴田（2013）156-169 頁。

¹⁷ 大林（1990）の『助産婦の戦後』には、GHQ の動向と、戦前、戦後を生きた当事者である助産婦のインタビューと文献によって、戦後の出産と助産婦の変遷が詳細にまとめられている。

¹⁸ 大林（1990）1・2 頁。

¹⁹ 岡本（2009a）21-48 頁；柴田（2013）156-169 頁。

²⁰ 岡本（2009a）21-48 頁。

²¹ 大林（1990）4 頁の引用。「助産者」は本文のままである。

²² 大林（1990）4 頁。

の三婦として成り立ち、1999（平成 11）年には、看護職の名称が「婦」から「師」に変わり、現在の「助産師」となる。

3 助産とは

1) 助産の概念

「助産」²³それは人間特有の行為である。妊産婦の妊娠期間と出産時に「寄り添い」、「助ける」行為が助産である。だが、助産の概念は「産婦」を助け、付き添うことから、「出産を介助する」と捉えられるようになる²⁴。

英語の *midwife*（助産師）の語源は「アングロサクソン語で『女性と共にいる』ことを意味し、喜びも悲しみも共にすること」²⁵であり、助産師の原点を表している。

わが国の助産師の資格は「保健師助産師看護師法」によって定められ、助産師の国家試験に合格後、その免許を申請し、登録される。「保健師助産師看護師法」の第 3 条によって助産師は「厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じよく婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子をいう」²⁶と定められている。また、保健師助産師看護師法によって業務を独占することが認められている。

助産師の業務は、「①助産師自身の判断で行い得る業務、②医師の指示に基づいて行う業務」²⁷に分かれる。①の助産師自身の判断で実施できるものは、「正常な場合の『助産』または『妊婦・じよく婦若しくは新生児の保健指導』」、「助産業務に付随する行為」「臨時応急の手当」「受胎調節実地指導」「妊娠の診断」である。

4 開業助産院とは

1) 助産院の法的根拠

助産院は「医療法」によって規制され、保障されている。

助産院は、1948 年 8 月「医療法」の公布（医療施設の基準の明確化など）により、病院、診療所と同様に医療機関として位置づけられ、1950 年に助産院開設許可（医療法第 7 条病院などの開設の許可）となった²⁸。運営と管理には、「医療法施行令」や「医療法施行規則」がある。助産院は医療機関とされ、「病院と同様に営利目的に開設しようとする場合には、

²³ 「産婦の看護、つまり分娩が開始してから終了するまでの女性に対する分娩介助を中心とした看護をいう。産婦の看護は、助産師、看護師、准看護師等の看護職によって行われるが、『助産』という場合は、助産師による産婦看護を指し、母親と胎児あるいは新生児を対象とする。すなわち同時に 2 つの生命の安全を目標に看護が行われる」（小倉一春『看護学大辞典』・第 5 版、2002 年、1066 頁）。

²⁴ 青木（2013）2-5 頁。

²⁵ キャロリン・フロント（1989）16 頁。

²⁶ 保健師助産師看護師法「第 1 章」第 3 条より。

²⁷ 青木（2013）25-27 頁。

²⁸ 大分県助産師会（2013）97 頁。

許可を与えないことがある。」²⁹この点は営利組織との大きな相違である。

2) 助産院の定義と業務内容

助産院は、医療法第2条によって、「助産所〔助産院〕は助産師が公衆又は特定多数人のためその業務（病院又は診療所において行うものを除く）を行う場所」をいい、「妊婦、産婦またはじよく婦10人以上の入所」³⁰をさせてはいけない。そして開設者は、助産院の所在地の都道府県知事に届ける義務があり、助産師以外が開設する場合は、都道府県知事の許可を得なければならない³¹。

開設にあたっては、厚生労働省令によって「嘱託する医師及び病院又は診療所を定めておかなければならない」（医療法第19条）。加えて、2006年6月の医療法の改定によって「第19条」の内容が改正され、「①分娩を取り扱う助産所の開設者は、分娩時の異常に対応するため、法第19条の規定に基づき、病院又は診療所において産科又は産婦人科を担当する医師を嘱託医師として定めておかなければならない」³²ことになった。後述するが、2006年の医療法第19条の改正は、平成の開業助産院にとって大きな変化を求められることになる。

3) 助産院の広告

医療は生命、健康、身体に関わることであるため、また、受け手が不当な対応に陥らず安全が保障されなければならない観点から、「医療法第6条の7」によって広告の制限を受けている³³。助産院の広告はこれと同等であって、一般企業のような積極的な広告活動ができない。広告の禁止は1比較広告、2誇大広告、3広告を行う者が客観的事実であることを証明できない内容の広告、4公序良俗に反する内容の広告である。さらに助産院の広告に関する規制では1広告に顧問名を記載できない、2助産師以外の名前を広告してはならないなどがある³⁴。

²⁹ 青木（2013）282頁。

³⁰ 医療法（昭和23年法律第205号）（抄）（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/06/s0608-11/2f.html>, 2014年9月10日）。及び、青木（2013）280頁より引用。「じよく婦」は引用のままである。

³¹ 医療法施行規則第8条。2014年9月某助産院がテレビ報道される。医療法を順守せずに無許可で開業し続け、2013年4月に妊産婦死亡事故を起こし、助産院院長が書類送検された事例である。日本助産師会は声明文を出し、事故を起こした助産院は、保健所に許可を得ずに開業していたこと、連携医療機関を定めていなかったこと、事件当日もまた現在も本会の会員ではないことから状況の把握は困難であり、詳細を承知できないとしている。許可を得ていない開業は、法令違反である。

³² 神谷（2013）48-52頁。

³³ 厚生労働省、医療広告ガイドラインより。医療に関する広告を規制する根拠より。

「医療に関する広告は、患者等の利用者保護の観点から、法又は旧告示により、原則として広告が禁止されている。①医療は人の生命・身体に関わるサービスであり、不当な広告により受け手側が誘引され、不適当なサービスを受けた場合の被害は、他の分野に比べ著しいこと。②医療は極めて専門性の高いサービスであり、広告の受け手はその文言から提供される実際のサービスの質について事前に判断することが非常に困難である」（<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/kokokukisei/dl/shishin.pdf>, 2014年9月10日確認）。

³⁴ 日本看護協会助産師職能委員会（2012）180頁。

だが、2001年の第4次医療法改正による広告規制の緩和が施行され、広告可能な事項が見直された。さらに2002年には、広告規制の緩和事項が拡大し、医療機関が提供できる情報の質と量が拡充した。助産院に関連する事項としては、①妊産婦数、②出産件数、③保健指導または健康相談の実施、④電子メールアドレスなどである。

広告規制及び現在の広告の状況については、第3章助産院マーケティングの概観で詳細に述べる。

4) 助産院業務の特色

神谷（2013）は、助産院業務の特色を次のように挙げている。「正常産の介助を中心にして、対象に応じた次のような業務をする。1 外来での妊婦健診・保健指導、2 出産準備教育、3 母乳育児相談、4 入院・分娩時の管理・ケア、5 産褥期・新生児の管理・ケア、6 それに付随する物品・器具の整備・点検、7 カルテの記載・整理、8 産後の母子訪問、9 電話相談、等」³⁵である。さらに「入院者の体調に応じた食事作り、助産所内の清掃・点検、寝具・衣類の点検。補充・整備、常に助産所内での動静に気配りを怠ることなく業務を遂行」、そして「妊娠中から分娩、産後と継続して関わりながら、女性のセルフケア能力を高める支援を行う」³⁶ことであるとしている。神谷（2013）は、この継続した関わりと小規模な施設である特徴から、「助産師とケアを受ける母子や女性は意志の疎通が行やすく、お互いに満足が得やすい」³⁷と述べている。

助産院業務内容は、助産院の製品（サービス・ケア）として第3章助産院マーケティングの製品戦略で詳細に確認する。

³⁵ 神谷（2013）48-52頁。

³⁶ 神谷（2013）48-52頁。

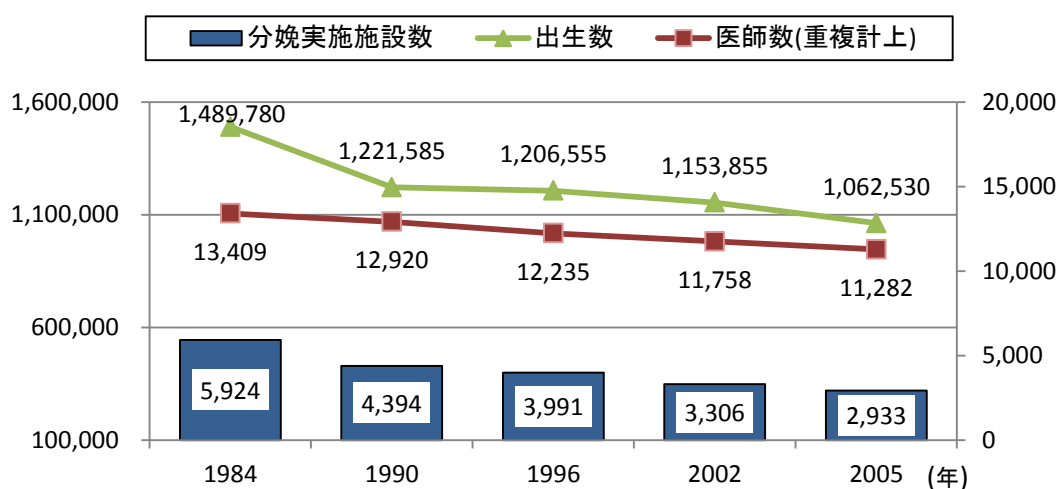
³⁷ 神谷（2013）48-52頁。

第 2 章 全国開業助産院と消費者（妊産婦）の動向

1 はじめに

わが国の産科医療は深刻な事態にあるといわれている。具体的には図 2-1 に示すように、約 25 年の間に約 2,000 人の産科医が減少、約 3,000 件の出産施設が閉鎖している。また江口・尾崎（2007）は「産科においては、医師の高齢化も課題の 1 つである。2004 年の医師・歯科医師・薬剤師調査では、産婦人科医の約 25% が 60 歳以上であった」と報告している。

図2-1 分娩施設数，産婦人科及び産科の医師数，出生数の経年的推移



出所) 江口・尾崎（2007）9 頁³⁸。

さらに江口・尾崎（2007）によると、「実際に出産をおこなっている産科医師は、この表の数字よりはるかに下回っている」とされ、この背景には、「医師養成，医師配置，勤務環境整備，社会環境，患者意識など，多くの要因がある」と述べられている³⁹。

特に，2004 年に発生した産婦の死亡事件⁴⁰や，関西の産婦のたらい回し死亡事件⁴¹，2008

³⁸ 日医総研の調査結果より。

³⁹ 江口（2007）2 頁。

⁴⁰ 福島県立大野病院産科医逮捕事件。2004 年 12 月に福島県立大野病院で帝王切開手術を受けた産婦が死亡したことにつき、手術を執刀した同院産婦人科の医師 1 人が業務上過失致死と医師法違反の容疑で 2006 年に逮捕、起訴された事件である。2008 年 8 月福島地方裁判所は、被告人の医師を無罪とする判決を言い渡し、検察側が控訴を断念したため確定した。医師は休職中であつたが同病院に復職した。マスメディアによる報道では「大野病院事件」といった呼称も用いられている（軸丸 2009）。

⁴¹ 奈良県大淀町立大淀病院で分娩中に意識不明になった妊婦が、受け入れ先の病院に次々断られ、大阪府の病院に収容されるまでに約 6 時間を要した。妊婦は転送先で緊急手術を受け出産したが、約 1 週間後に死亡した。県福祉部によると、奈良県では緊急、高度な医療が必要な妊婦の約 3 割が県外に転送されており、態勢の不備が問われた。（河合 2009，軸丸 2009），他に

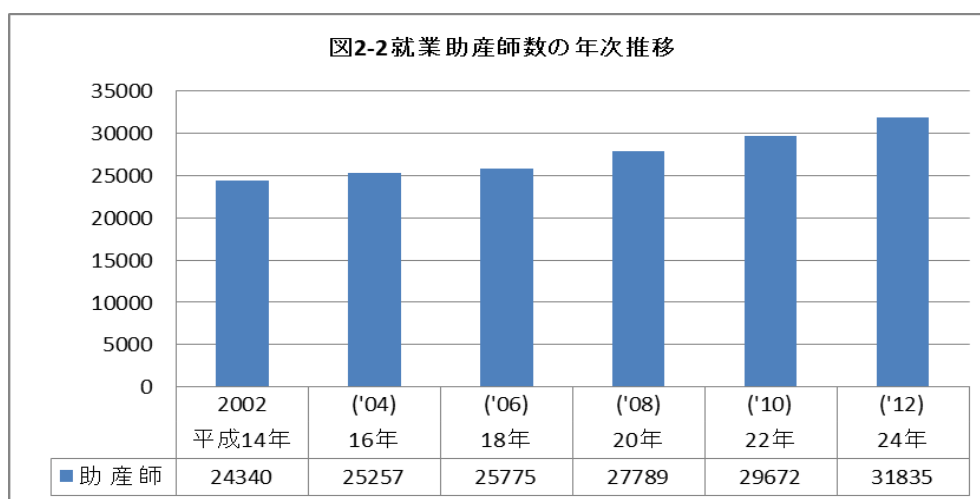
（<http://www.47news.jp/CN/200610/CN2006101701000363.html>，2014 年 12 月 20 参照）。

年の都内で発生した産婦の「たらい回し」⁴²などは、産科医療における象徴的な社会的課題の事例となった。

日本産婦人科医会は、産科医師の減少や高齢化などに対して危機感を抱き、国に対して対策を要請していた。前述した事件は、そのような状況の中で起こっていた。2007年から2008年の新聞やテレビの報道では、日本では、安心・安全に出産できる環境が整備されていないと捉え、「産科医療の崩壊」と報道した。その上、2007年前後の報道では、出産場所の確保に苦勞する妊婦が現れたことに対して、「出産難民の出現」⁴³と表現した。

しかし、後に述べるような新しい運営形態の産院や、助産師を再活用する「助産外来」「院内助産院」などにより、危機的状況を改善しようとする取り組みもみられた。

日本助産師会や日本看護協会は、産婦人科医師の減少という状況に対して、助産師を再活用する対策に動き出した。助産師の就業状況人数は、2008年以降、微増の傾向にある（図2-2）。就業場所は病院が65.3%、診療所が20.9%、助産院が5.5%、教育・研究機関が4.4%である⁴⁴。



出所) e-Stat「政府統計の総合窓口」就業場所別就業保健師・助産師・看護師・准看護師数の推移より、筆者作成。

http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001112224&requestSender=dsearch, 2014年12月20日。

近年では、この病産院の助産師の業務内容に変化の兆しが現れている。正常経過の妊婦・出産においては、助産師の取り扱いが法的に認められており、病産院では、助産師の出産介助が行われている。しかし、多くの病産院では、主に産婦人科医によって妊婦健診が行

⁴² 河合 (2009) ; 軸丸 (2009)。

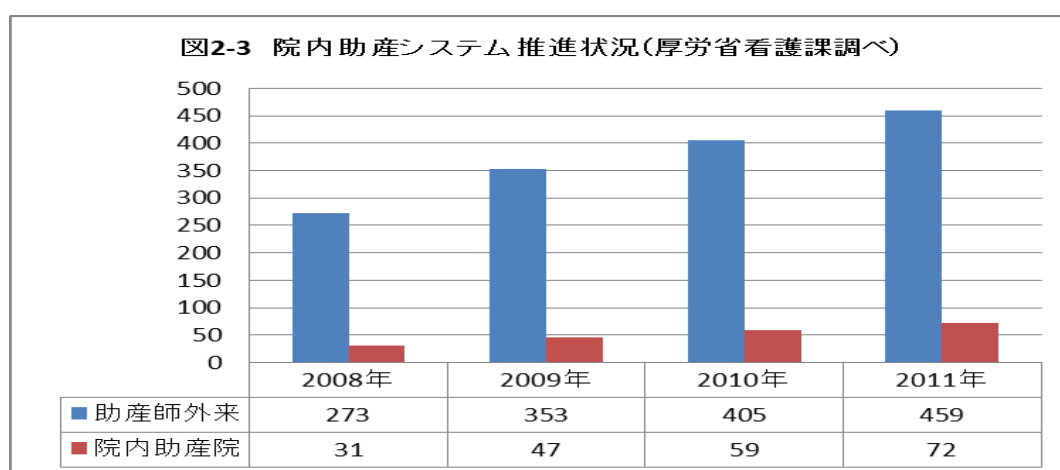
⁴³ 出産難民は、産科医の減少に伴い顕在化した、病院出産を希望しながらも希望する地域に適当な出産施設がない、あるいは施設はあっても分娩予約を受け付けてもらえない妊婦の境遇に対し報道された言葉である。

⁴⁴ e-Stat「政府統計の総合窓口」より。

http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001112224&requestSender=dsearch, 2014年12月20日参照。

われており、さらに、助産師が出産の介助を実施した場合においても、最終段階では産科医師が立ち会っている。産婦人科医師が減少した状況を受け、日本看護協会では、その改善に向け 2008 年度「助産外来」「院内助産システム」の推進を重点事業とした。「助産外来」とは、助産師によって、妊婦・褥婦の健康診査並びに保健指導を行う外来である。「院内助産」とは、出産を目的に入院する産婦及び産後の母子に対して、助産師が主体的なケア提供を行う体制のことである。特に助産師はローリスクの産婦を対象としている⁴⁵。

「助産外来」「院内助産院」の開設状況は、図 2-3 のように、微増傾向である。



出所) 日本看護協会「助産関連 平成 23 年度事業報告/平成 24 年度事業計画」統計用資料集/院内助産看護協会.pdf より、筆者作成。

この変化は、開業助産院にも影響を与えている。出産の 99%を占める病産院の助産師は、これまで医師の管理のもとで、医師と共に出産を実施しなければならなかった。しかし、産科医師の減少という予期せぬ状況から、「助産外来」や「院内助産院」という新たな業務が加わった。つまり、これは、病院の助産師が、正常な妊娠、出産を自ら判断し、介助できる技術が要求されることを意味する。その際に注目されたのが、妊娠、出産の状態を自ら判断し、実践している開業助産師たちの助産技術である。その結果、実際に開業助産院では、助産師技術を伝承するセミナー事業化がある。この事業は新たな開業助産院の事例であると捉えられる。また「産科医療の崩壊」を食い止める新たな動向としては、新しい運営形態の産院が相次いで建設されている。一例を挙げるならば、聖路加病院産科クリニック⁴⁶、府中の森土屋産婦人科⁴⁷、九州バースセンター「うばがふところ」⁴⁸などが開院し

⁴⁵ 日本看護協会 (http://www.nurse.or.jp/home/innaijyosan/innai_02.html, 2014 年 12 月 22 日参照)。

⁴⁶ 聖路加国際病院が 2010 (平成 22) 年に「聖路加産科クリニック」を開設した。「本施設は、産婦人科医・小児科医の指導のもと助産師を中心としたケアと運営を行う自然分娩に特化した施設です。女性が本来持つ産む力を十分に発揮できるような健康生活を育み、新しい家族の誕生を応援する拠点を目指します。また、高度な治療が必要になる場合に備えて、聖路加国際病院産婦人科・小児科を中心に近隣の医療機関と連携し、安全なお産を支援する」とされている (<http://www.luke.or.jp/osan/index.html>, 2011 年 1 月 17 日参照)。

ている。これらの施設は、畳の上での自然出産を取り扱う開業助産院のような産院である。産科医療の現場での新たな取り組みや、行政機関、日本産婦人科医会などの動きは、これまで以上に産科医療の内容が見直され、医療連携が強化されている。院内助産院や自然出産を取り扱う病産院など、開業助産院を取り巻く産科医療は、変化がみられるといえる。

このような背景を受け、本稿では、次に 2 つの定量的調査を実施し、近年みられる開業助産院出生数減少の実態把握を行う。1 つ目は消費者である妊産婦に対する産科施設選択の理由に関する調査と、2 つ目には、全国開業助産院への実態調査である。

⁴⁷ 府中の森土屋産婦人科の院長は、ファウンズ産婦人科病院という施設において、約 5 年間にわたり地域の開業助産師のサポートを行っていた。「家庭的な雰囲気の中で、経験豊富な助産師と医師に見守られながら安心して安楽な分娩ができる」ことをコンセプトとして個人医院を開業した。医師の元でも暖かな自然な出産が可能であり、家族立ち会い、家族入院なども考慮した産院を展開している

(<http://www.tsuchiyaclinic.com/pc/index.html>, 2011 年 1 月 17 日参照)。

⁴⁸ 九州パースセンター「うばがふところ」は、「産婦人科でも助産院でもない第三のお産施設」と宣伝している。この施設は、ヘリポートを完備した、救急高度医療の病院と併設した助産院である

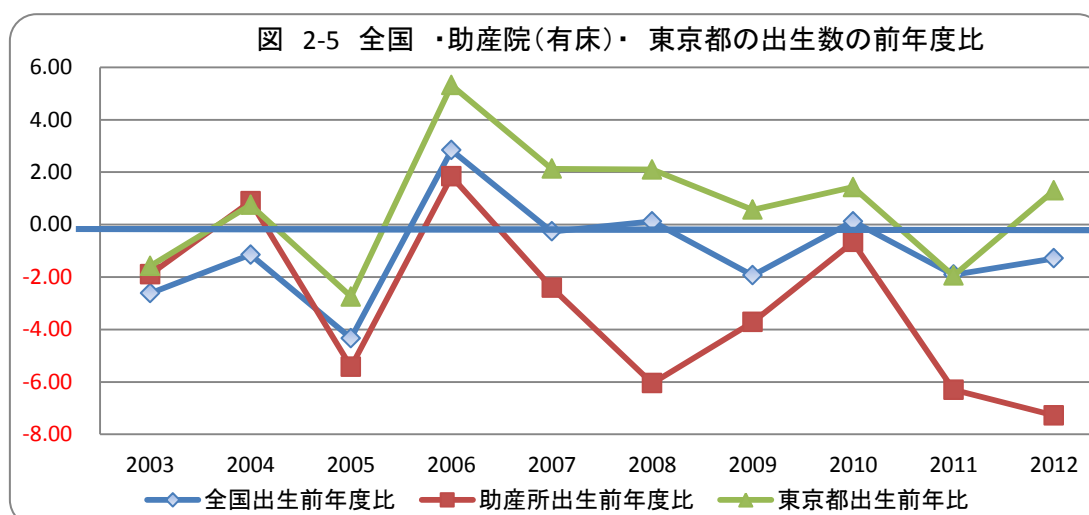
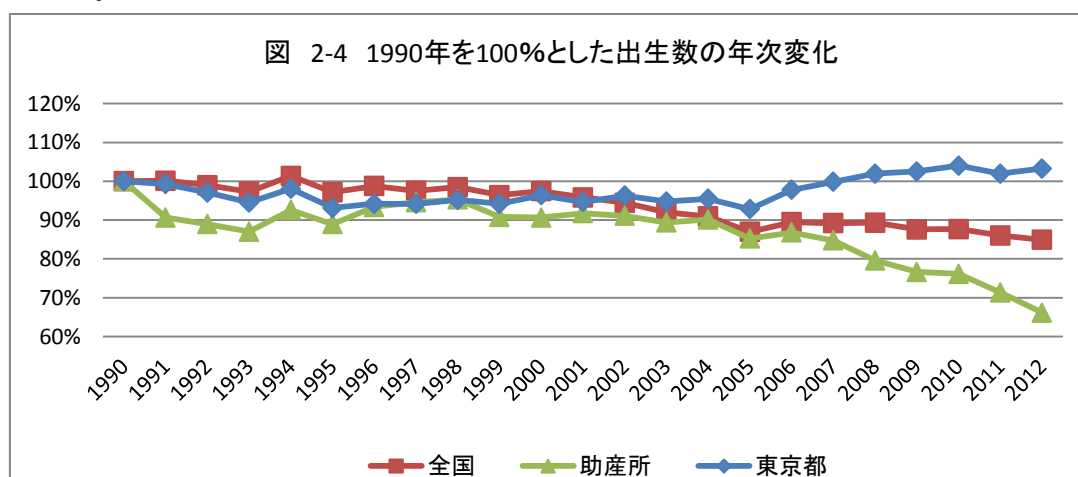
(<http://www.ubagafutokoro.com>, 2011 年 1 月 17 日参照)。

2 消費者（妊産婦）の動向

1) 消費者（妊産婦）調査の目的

本調査の目的は、助産院出生数の減少要因を探るために、その基礎の調査として、妊婦の出産施設の選択理由の比較を行い、マーケティングの概念を視座として考察することである。

全国の助産院（有床）では、平成以来、約20年間に渡り出生数1万人以上を維持していた。だが2008年に入り1万人を切り、漸減を続け、2013年には8,282人となっている⁴⁹。この傾向は、助産院関係者にショックを与えている。日本全体の出生数も減少傾向にあるが（図2-4）、今回、本稿の調査地となった東京都の出生数は、図2-5に示すように増加傾向にある。



e-Stat 政府統計の総合窓口より、筆者作成。

<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001106331>.2014年1月30日。

⁴⁹ 公益社団法人母子衛生研究会編（2014a）『母子保健の主なる統計－平成25年度刊行－』。

なぜ近年、急速に助産院の出生数が減少しているのでしょうか。そこで近年の産科医療のマクロ的な動向をみる。まず、先にも述べたが、2004年から2008年前後は、「産科医療の崩壊」と報道された期間である⁵⁰。また、2007年から2014年の期間では、2007年から2008年にかけて医療法第19条の改正がおこなわれ⁵¹、2008年には産科医療補償制度が開始され、2009年・2014年には助産院業務ガイドラインの改定、2011年には産婦人科ガイドライン産科編が刊行され、続いて2014年に改定が実施されている。

加えて同時期の社会的背景として、産婦の出産年齢が年々上昇し、2012年には初産婦の平均年齢が30歳を越えた。このような社会的環境の変化は、妊婦の出産施設の選択動機や、助産院の出生数に影響を与えることが推測されるが、本稿の先行研究の渉猟においては該当する研究は見当たらない。

そこで助産院の出生数減少の原因を解明するにあたり、ケアの評価として満足度を確認したところ、既存研究では助産院の満足度は他の産科施設より高く、再利用率も高いという結果が報告されている⁵²。満足度が高いが、出生数が減少していくという原因は何であろうか。

ところで利用者減少という事態において企業や病院では、マーケティングの **Product, Price, Place, Promotion (4P)** を用いて、顧客や組織の状況を多角的に判断し対策を取る。また組織のマクロ環境であるデモグラフィック要因、経済要因、政治/法的要因、自然環境要因を念頭に入れ、組織・顧客の全体に注意を払う⁵³。だが助産院に関連する研究では、マーケティング(4P)とマクロ環境を視野とした研究は見当たらない。

以上のような状況では、助産院出生数の減少の原因を把握することは困難であり、当然その対策は立てられないと考える。前述したように、助産院を取り巻く環境は近年さまざまな変化がみられる。そこで、マーケティングの視点を入れた助産院の環境分析と妊婦の選択行動に関する調査を行うことは、助産院出生数の減少の要因を探る基礎の調査となり、今後の助産院の出生数増加の戦略方法に寄与するものと考えられる。

2) 調査方法

2-1) 調査期間及び対象と方法

調査期間は、2013(平成25)年2月から3月末までである。地域と対象は、都内にある

⁵⁰ 軸丸(2009)。

⁵¹ 1948(昭和23)年、医療法規定によって、助産院は、嘱託医師の住所及び氏名の届け出が義務付けられていた(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/06/s0608-11/2f.html>,2014年12月11日確認)。
この改正以前、嘱託医師は、産婦人科以外でも可能とされていたが、改正によって「産婦人科医師」と限定されたことによって、連携医師の確保が出来ないという事態に追い込まれる助産院が発生した。確保が出来ない原因では、1つに離島・地方など近隣地域に産婦人科がないという物理的問題と、2つに産婦人科医師が助産院との連携に否定的であるという心理的問題の2つの理由が考えられる。

⁵² 堀内・島田・鈴木他(1997)9-16頁;佐藤・加藤・伊藤他(2007)465-471頁;島田・縣(2007)118-124頁。

⁵³ Kotler・Keller(2009).pp63-75.

2つの保健センターと子ども家庭支援センターに来院した母親、さらに子どもクラブと都内5つの助産院を利用した生後3か月以降から3歳前後までを持つ母親の725人である。方法は、無記名の自記式質問紙法により、横断調査を実施した。研究者または施設担当者が直接対象者に調査票を配布し回答は郵送で回収した。調査地域を都内に限定した理由は、まず東日本大震災（以降震災）後の東京都内の助産院の状況にある。都内の助産院関係者によれば、出産予約者が原発事故の影響に対する不安から、都外へと移動し、出産予約のキャンセルが相次いだ。次に東京都内は他道府県に比べ、大学病院、病院、診療所、助産院の数が多く、妊婦の施設選択に対する理由が把握しやすい地域であると判断した（中井・関口 2013）⁵⁴。

2-2) 調査票の作成

マーケティングの文献、及び、施設選択に影響する既存研究（浅見 2002；遠藤・宮内・佐久間 2011a, 2011b；小林・渡邊 2008）を参考にし、本研究者、助産師実務経験者、研究者の経験をもとに独自の質問紙を作成した。プレテストとして、2012年11月、乳児教室に参加する母親6名に対して、作成した調査票を回答してもらい、あいまいな表現や難しい単語、文章を修正し、妥当性の確認を行った。

2-3) 調査内容

調査内容の作成時は、産科施設選択の既存研究を参考にしたこと、及び、助産院の事業内容と病院・診療所の類似したサービスの増加や高年初産婦、高齢産婦の増加などは出産施設の選択に影響があると考えられたことから、以下の質問を調査内容とした。

①健診（健診時間・待ち時間について、子ども同伴、3D・4Dの超音波診断の有無、医師の健診か助産師の健診かなど）、②出産（フリースタイル出産が可能か否か、会陰切開・出産誘発剤の選択の自由、無痛・和痛・帝王切開の選択、立ち会いの自由、出産まで助産師の付き添いの不可など）、③産後（母児同室、母乳・育児指導、産後のアロマセラピーなど）、④イメージ・評判（医師・助産師・施設の評判など）、⑤食事（豪華、お祝い膳、野菜中心、母乳に良い食事など）、⑥施設・場所（個室、施設の規模、近隣か否かなど）、⑦費用（健診・出産費用など）、⑧広告（ホームページ、パンフレットなど）、⑨体調・気持ち（35歳以上であること、18歳以下であること、自然出産に対して自信がないことなど）、⑩対象者の背景（出産回数、出産時の年齢、職業の有無、年収など）などを含む合計20項目で構成した。尚、選択肢がない場合を想定し、①～⑨までの質問の最後には「特になし」を設定した。回答方法は、選択肢、リッカート尺度、自由記述である。

⁵⁴ この調査は、「第71回日本産婦人科医会記者懇談」の資料『産婦人科危機再び！？』の報告による。
http://www.jaog.or.jp/all/document/71_131211.pdf2013年12月30日確認。

2-4) 統計解析

属性の記述統計を行った。対象を、大学病院・病院選択者 (A 群), 診療所選択者 (B 群), 助産院・自宅選択者 (C 群) の 3 群に分類し各変数を比較した。年齢は、35 歳未満, 35 歳以上に区分し比較した。初産婦は今回の出産が 1 回目, 経産婦は今回の出産が 2 回目以上の者として分析を行った。カテゴリカルデータは χ^2 検定, 出産時の年齢, 初産年齢などの連続データは一元配置の分散分析と多重比較 (Tukey 法) を使用し比較した。有意確率が両側 5% 未満を統計学的に有意とした。

2-5) 倫理的配慮

研究参加者には研究目的・方法・意義及び, 参加は自由であり, 拒否した場合も不利益を被らないことを口頭及び文章にて説明した。本調査は研究倫理・安全委員会の研究倫理審査にて承認を得て実施した。

3) 結果

母親 725 人に配布し, 回収数 440 (60.7%), 有効回答数 389 (53.6%) を得た⁵⁵。分析対象 389 人の出産施設ごとの割合は, A 群 182 人 (46.8%), B 群 106 人 (27.2%), C 群 101 人 (26.0%) であった。

3-1) 対象者の属性・特性

① 出産回数と年齢

表 2-1 に示したように, 全体で初産婦 202 人 (52.3%), 経産婦 184 人 (47.7%), 出産時の平均年齢は 32.3 歳であった。出産施設別の高齢初産婦の割合は表 2-2 に示したように, A 群 31.0%, B 群 14.5%, C 群 16.2% であり, 出産施設別で分布に有意な差が認められた ($p < 0.05$)。初産婦の平均年齢は, 31.4 歳であり, 出産施設別にみると, A 群 31.8 歳, B 群 30.8 歳, C 群 31.0 歳であった。

⁵⁵ 「回収率」は、「配布件数」に対する「回収数」の比率。「有効回答数」は「回収数」かた回答不備の調査票を除外した件数で、「有効回答率」は「配布数」に対する「有効回答数」の比率。

表 2-1 対象の背景 N=389 (%)

項目		A群(n=182) 大学病院・病院	B群(n=106) 診療所	C群(n=101) 助産所・自宅	合計	<i>p</i> _a
初産婦	1回目	103(57.2)	62(58.5)	37(37.0)	202(52.3)	< 0.001***
経産婦	2回目	55(30.6)	36(34.0)	36(36.0)	127(32.9)	
	3回目	14(7.8)	6(5.7)	23(23.0)	43(11.1)	
	4回目	8(4.4)	2(1.9)	4(4.0)	14(3.6)	
年齢	30歳未満	51(28.2)	29(27.4)	23(22.8)	103(26.5)	0.289
	30~34歳	65(35.9)	51(48.1)	42(41.6)	158(40.7)	
	35~39歳	51(28.2)	22(20.8)	31(30.7)	104(26.8)	
	40歳以上	14(7.7)	4(3.8)	5(5.0)	23(5.9)	
妊娠前の職業	会社員	79(44.4)	40(37.7)	44(44.0)	163(42.4)	0.109
	パート	25(14.9)	27(25.5)	13(13.0)	65(16.9)	
	専業主婦	53(29.8)	28(26.4)	25(25.0)	106(27.6)	
	その他	21(11.8)	11(10.4)	18(18.0)	50(13.0)	
現在の職業	会社員	37(20.7)	19(18.1)	23(22.8)	79(20.5)	0.125
	パート	16(8.9)	8(7.6)	12(11.9)	36(9.4)	
	専業主婦	113(63.1)	73(69.5)	52(51.5)	238(61.8)	
	その他	13(7.3)	5(4.8)	14(13.9)	32(8.3)	
世帯年収	200万円未満	8(4.5)	0(0.0)	1(1.0)	9(2.4)	0.16
	200~300万円未満	20(11.9)	9(8.8)	6(6.0)	36(9.5)	
	300~400万円未満	20(11.4)	16(15.7)	18(18.0)	54(14.3)	
	400~500万円未満	30(17.0)	20(19.6)	19(19.0)	69(18.3)	
	500~600万円未満	30(17.0)	16(15.7)	10(10.0)	41(14.8)	
	600~700万円未満	14(8.0)	13(12.7)	14(14.0)	41(10.8)	
	700万円以上	53(30.1)	28(27.5)	32(32.0)	113(29.9)	
a. Pearson の χ^2 検定 ***: $p < 0.001$.						
数値はn (%) を示す。欠損値は除く。						

表 2-2 出産施設別の 高年初産婦の割合 N=202(%)

	A群(n=103) 大学病院・病院	B群(n=62) 診療所	C群(n=37) 助産所・自宅	<i>p</i> _a
35歳未満	71(69.0)	53(85.5)	31(83.8)	0.027*
35歳以上	32(31.0)	9(14.5)	6(16.2)	
a. Pearson の χ^2 検定 *: $p < 0.05$				
数値はn (%) を示す。欠損値は除く。				

3-2) 職業

職業の特徴は、表 2-1 に示したように、妊娠前は「会社員」が最も多く 42.4%であった。出産後の現在では、「専業主婦」が最も多く 61.8%、次いで「会社員」20.5%であった。妊娠前及び現在の就労の有無と出産施設には、分布に有意な差は認められなかった。

3-3) 世帯年収

全対象者では、「700 万円以上」が最も多く 29.9%であった。出産施設と収入には分布に有意な差は認められなかった。

4) 出産施設選択時に影響を及ぼす要因

4-1) Product 要因（健診・出産・産後の内容を本質サービスとし、表 2-3 に示した）

① 健診要因の項目に対する特徴

健診に関する施設選択の理由について、全ての項目において出産施設との分布に有意な差が認められた。特徴的な結果として「毎回医師の健診がある」は、C 群 1.0%に比べ、A 群 31.6%、B 群 31.7%と高い割合を示した ($p<0.001$)。「3D・4D の超音波検査の写真やビデオを撮ってくれる」では、B 群 38.5%が A・C 群に比べ高かった ($p<0.001$)。健診に関する施設選択の理由について「特にない」と回答している対象者は、A 群 36.2%、B 群 24.0%であり、C 群 6.9%に比べ高かった ($p<0.001$)。「健診時間が長い」「子ども同伴の健診」は、C 群で回答した者の割合が高かった ($p<0.001$)。

② 出産要因の項目に対する特徴

出産に関連する施設選択理由について、全ての項目で出産施設との分布に有意な差が認められた。特徴的な結果として「特にない」が、A 群 37.7%、B 群 32.4%を回答しており、C 群は皆無であった ($p<0.001$)。A 群が「特にない」以外に多く回答した項目は、「カンガルーケア」26.9%、「立ち会い出産」20.0%であった。B 群が「特にない」以外に多く回答した内容は、「自然出産」25.7%、「立ち会い出産」「カンガルーケア希望」24.8%であった。「無痛・和痛出産ができる」は B 群が 14.3%であり、A・C 群に比べ高かった ($p<0.001$)。「助産師の付き添いがある」は C 群 76.2%であり A 群 15.4%、B 群 14.3%に比べ高かった ($p<0.001$)。

③ 産後要因の項目に対する特徴

産後のケアに関する施設選択の理由について、全ての項目で出産施設との分布に有意な差が認められた。「特にない」は A 群が 42.0%、B 群が 33.3%を選択しており、C 群 2.0%より高かった ($p<0.001$)。A・B 群は、健診・出産の項目より「母乳指導」など産後の項目を多く選択していた。「産後のアロママッサージが受けられる」は B 群で 29.5%であり、A・C 群に比べ高かった ($p<0.001$)。

表 2-3

本質サービス(健診・出産・産後)の要因による施設の選択理由		複数回答 (%)			
項目	項目	A群(n=182)	B群(n=106)	C群(n=101)	p_a
		大学病院・病院	診療所	助産所・自宅	
健診要因	健診時間が長く丁寧	37 (20.9)	23 (22.1)	74(73.3)	< 0.001***
	子ども同伴が可能な健診	11(6.2)	17(16.3)	45(44.6)	<0.001***
	待ち時間が少ない	25(14.1)	15(14.4)	32(31.7)	<0.001***
	スタッフ少人数制である	8(4.5)	11(10.6)	47(46.5)	<0.001***
	毎回助産師の健診が可能	21(11.9)	10(9.6)	23(22.8)	0.013*
	毎回医師の健診が可能	56(31.6)	33(31.7)	1(1.0)	<0.001***
	3D・4D超音波が可能	17(9.6)	40(38.5)	0(0.0)	<0.001***
	特にない	64(36.2)	25(24)	7(6.9)	<0.001***
出産要因	フリースタイル出産希望	22(12.6)	19(18.1)	71(70.3)	< 0.001***
	自然出産 希望	33(18.9)	27(25.7)	96(95)	< 0.001***
	助産師の付き添いがある	27(15.4)	15(14.3)	77(76.2)	< 0.001***
	夫・子立ち会い分娩可能	35(20)	26(24.8)	101(82.2)	< 0.001***
	カンガルーケアが可能	47(26.9)	26(24.8)	76(75.2)	< 0.001***
	会陰切開の選択が可能	6(3.4)	8(7.6)	34(33.7)	< 0.001***
	必要時分娩誘発剤が可能	15(8.6)	10(9.5)	25(24.8)	< 0.001***
	無痛・和痛分娩ができる	9(5.1)	15(14.3)	0(0.0)	< 0.001***
	帝王切開ができる	17(9.7)	10(9.5)	1(1.0)	0.017*
	特にない	66(37.7)	34(32.4)	0(0.0)	< 0.001***
産後要因	母子同室	46(26.1)	27(25.7)	79(78.2)	< 0.001***
	育児指導が受けられる	42(23.9)	31(29.5)	51(50.5)	< 0.001***
	母乳指導が受けられる	62(35.2)	34(32.4)	71(70.3)	< 0.001***
	母乳外来がある	36(20.5)	12(11.4)	31(30.7)	0.003**
	産後アロマを実施	11(6.3)	31(29.5)	17(16.8)	< 0.001***
	産後教室がある	9(5.1)	11(10.5)	19(18.8)	< 0.001***
	産後長所に頼れる	13(7.4)	6(5.7)	60(59.4)	< 0.001***
	特にない	74(42.0)	35(33.3)	2(2.0)	< 0.001***

a. Pearson の χ^2 検定 * : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, *** : $p < 0.001$.
 数値はn (%)を示す。欠損値は除く。

4-2) Product 要因

(食事・設備の内容などを表層サービスとし、ほか、Place・Price・Promotion の内容について表 2-4 に示した)。

① 食事サービスの要因に対する特徴

食事サービスに関する施設の選択理由については、全ての項目において分布に有意な差が認められた(表 2-4)。特徴的な結果として「豪華な食事」「お祝い膳が出る」においては、B群が 42.9%を占め、A・C群に比べ高かった ($p < 0.001$)。「母乳に良い食事」は、C群が 80.6%を占め、A群 17.5%、B群 18.1%に比べ有意な差が認められた ($p < 0.001$)。「特にない」の項目は、A群が 59.3%を占め、B・C群に比べ有意な差が認められた ($p < 0.001$)。

② 設備サービスの要因に対する特徴

設備に関する施設選択の理由について「特にない」の項目では、A群 6.7%、B群 1.9%であり、C群 17.2%に比べ低かった ($p < 0.001$)。特徴として「個室がある」は、B群では 71.7%が回答しており、A・C群に比べ高かった ($p < 0.001$)。「規模が大きい」では、A群

が 30.0%であり、B・C 群に比べ高かった ($p<0.001$)。

③ Price の要因に対する特徴

「出産費用が安い」の項目は、A 群の 30.7%に対して、B 群 9.7%、C 群 19.6%であり、分布に有意な差が認められた ($p<0.001$)。また「特にない」は、A 群 53.6%であり、B 群 65.0%、C 群 70.1% ($p<0.05$) に比べ低かった。「妊婦健康診査公費補助券が使えるので、現金で支払う分が減る」を回答した割合は、A 群 22.3%、B 群 23.3%であり、C 群 9.3%に比べ割合が高く、分布に有意な差が認められた ($p<0.05$)。

表 2-4 表層サービス(食事・場所など)の要因による施設の選択理由 複数回答(%)

項目	A群(n=182) 大学病院・病院	B群(n=106) 診療所	C群(n=101) 助産所・自宅	複数回答(%)	
				p_a	
食事要因	豪華な食事が出る	26(14.7)	45(42.9)	4(4.1)	< 0.001***
	お祝い善が出る	29(16.4)	45(42.99)	0(0.0)	< 0.001***
	家族も一緒にの食事	6(3.4)	18(9.0)	16(16.3)	< 0.001***
	野菜中心の食事が可能	7(4.0)	9(8.6)	64(65.3)	< 0.001***
	母乳に良い食事が出る	31(17.5)	19(18.1)	79(80.6)	< 0.001***
	嗜好に合う食事が出る	6(3.4)	6(5.7)	21(21.4)	< 0.001***
	無農薬・有機野菜の食事	2(1.1)	4(3.8)	23(23.5)	< 0.001***
	特にない	105(59.3)	23(21.9)	11(11.2)	< 0.001***
Place・設備要因	個室	41(22.8)	76(71.7)	33(33.3)	< 0.001***
	新しくてきれい	41(22.8)	35(33.0)	3(3.0)	< 0.001***
	施設規模が大きい	54(30.0)	2(1.9)	0(0.0)	< 0.001***
	施設規模が小さい	1(0.6)	7(6.6)	30(30.3)	< 0.001***
	駐車場がある	33(18.3)	24(22.6)	11(11.1)	0.091
	自宅に近い	92(51.1)	59(55.7)	51(51.5)	0.740
	実家に近い	49(27.2)	32(30.2)	11(11.1)	0.002**
	特にない	12(6.7)	2(1.9)	17(17.2)	< 0.001***
Promotion要因	ホームページ	54(30.3)	52(50.5)	47(49.0)	< 0.001***
	出産サイト	8(4.5)	10(9.7)	6(6.3)	0.225
	地域の広告	4(2.2)	3(2.9)	7(7.3)	0.096
	看板	3(1.7)	13(12.6)	4(4.2)	< 0.001***
	パンフレット	7(3.9)	5(4.9)	4(4.2)	0.933
	特にない	110(61.8)	39(37.9)	38(39.6)	< 0.001***
Price要因	出産費用が安い	55(30.7)	10(9.7)	19(19.6)	< 0.001***
	妊婦健診が安い	7(3.9)	4(3.9)	6(6.2)	0.644
	補助券が使える	40(22.3)	24(23.3)	9(9.3)	0.015*
	特にない	96(53.6)	67(65)	68(70.1)	0.017*

a. Pearson の χ^2 検定 * : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, *** : $p < 0.001$.
 数値はn (%)を示す。欠損値は除く。

④ 年齢・出産回数などに対する気持ちの特徴

表 2-5 に示すように、「35 歳以上だから」を回答した者は、A 群が 25.9%に対して、B 群 9.0%，C 群 3.1%であり、分布に有意な差が認められた ($p < 0.001$)。「初めての出産だから」の項目では、A 群 31.0%，B 群 38.0%に対して、C 群では 14.6%であり、分布に有意な差が認められた ($p < 0.001$)。

表 2-5 年齢・出産回数などに対する気持ちの特徴 複数回答(%)

項目	A群(n=182) 大学病院・病院	B群(n=106) 診療所	C群(n=101) 助産所・自宅	p_a
35歳以上（高齢出産）だから	45(25.9)	9(9.0)	3(3.1)	< 0.001***
18歳以下（若年出産）だから	1(0.6)	0(0.0)	0(0.0)	0.569
自然に出産することに自信がないから	5(2.9)	4(4.0)	5(5.2)	0.624
助産院で出産してみたい	2(1.1)	1(1.0)	74(77.1)	< 0.001***
初めてだから	54(31)	38(38.0)	14(14.6)	< 0.001***
経産婦 だから	43(24.7)	24(24.0)	23(24.0)	0.987
特にない	44(25.3)	29(29.0)	9(9.4)	0.002**
a. Pearson の χ^2 検定 **： $p < 0.01$ ，***： $p < 0.001$ 。				
数値はn (%)を示す。欠損値は除く。				

5) 考察

5-1) マーケティング・ミックス (4P)

後に医療マーケティング、助産院マーケティングについては、詳しく論じるが、ここでは、これまでのアンケート結果について、マーケティング・ミックスを構成する 4P 概念を用いて以下に考察を行う。

① Product 要因—妊婦の施設選択の理由と助産院サービスとの乖離 その 1—

大学病院・病院、診療所を選択する妊婦は、「健診時間が長く丁寧」「自然出産」「フリースタイル出産」「出産時、助産師の付き添いがある」「母乳指導」など、本稿で本質サービスと捉えた内容への選択が少なかった。

松下 (2001, 64 頁) は組織の戦略的成功要因の判断に、組織内部の強み (Strengths)・弱み (Weaknesses) と、組織外部からくる機会 (Opportunities)・脅威 (Threats) を明確にする「SWOT 分析」を勧めている。これは自社の強みをいかに戦略として捉えるか、弱点はなにかという分析である。表 2-3 に示したように、大学病院・病院群、診療所群は、「健診・出産・産後」の質問に対して、「特にない」という項目を多く選択している。すなわち大学病院・病院、診療所を選択する妊婦が、本稿の調査票で示した、「健診・出産・産後」の内容に対して望むことが少ないことを指している。

助産院の強み (Strengths) は、助産師主導型で妊婦健診、出産介助、産後のケアが実践できることであると考えられるが、今回の結果では、この主力への選択が大学病院・病院、診療所の選択者において少なく、この傾向は、助産院の出生数に影響を与えるものと考えられる。これは助産院の強みとする内容と妊婦の選択理由に乖離があると思われる。

特に「出産時、助産師の付き添いがある」の選択は、大学病院・病院群 15.4%、診療所群 14.3%である。この結果は、出産時における助産師の役割及び専門性が、妊婦に知られていないかまたは必要とされていないことが推測され、出産時に助産師が付き添い、助産師が出産介助を実施する助産院において、「弱み (Weaknesses)」になる。さらにこの値は、出産時における助産師の役割に対する認知不足という課題が示唆される。

② Product 要因—妊婦の施設選択の理由と助産院サービスとの乖離 その2—

本調査の結果では、大学病院・病院、診療所を選択する妊婦は「規模が大きい」「個室希望」「綺麗な施設」「豪華な食事」「お祝い膳」「産後アロママッサージが受けられる」など、本稿で表層サービスとした内容に対する要望の高さが示された。

浅見 (2002) は、産科施設の満足度に影響を与えるサービスの構成因子として「hospitality 因子」⁵⁶を抽出している。「hospitality 因子」は、ホテルなどのサービス業にも共通した要素である。たとえば産科医療では、超音波検査の写真・DVD など複写サービスというような細かなサービスも重要視されており、hospitality 因子は、経営への施策になると述べている。また嶋口 (1996, 64-73 頁) は、サービス業の満足度を高める要素として、表層サービスは満足度を上方に伸ばす役割があると述べている。今回の調査では表層サービスの一部として食事、設備の内容を質問した (表 2-4)。その結果、診療所群では「個室希望」「綺麗な施設」「豪華な食事」「お祝い膳」などが多く回答されている。これを表 2-3 に示す「健診・出産・産後」の本質サービスの回答と比較すると、表 2-4 の食事・設備などの表層サービスに対する回答のほうが多い。

一方、大学病院・病院群は、食事サービスでは「特にない」が 59.3%と高く、また、「個室」の希望は 22.8%と低い結果であった。このことは、両群に医師が存在するにも関わらず、大学病院・病院群は救急な対応ができ、食事などよりも安全性を重視する視点から選択するものと推測される。

今回の調査では助産院の強みである「母乳に良い食事」「母子同室」「母乳外来がある」などのサービスに対して、大学病院・病院群、診療所群の選択が低かった。母親が母乳育児を希望する潜在ニーズはある⁵⁷。しかし、助産院の強みとするケアやサービスの内容を知らなければ、妊婦は選択することはできない。これもまた、助産院の出生数減少の一要因になると考えられる。実施されているケアやサービス及びその評価を含め、ホームページなどでの Promotion 活動を取る必要があると考える。

③ Price 要因—制度の影響—

表 2-4 で示すように、「出産費用が安い」の項目は、大学病院・病院群 30.7%、診療所群 9.7%、助産院群 19.6%が選択している。これは施設間の年収の違いによる影響が考えられる。表 2-1 で見ると、年収 300 万円以下は、診療所群 8.8%、助産院群 7.0%に対して、大学病院・病院群は 16.4%であり、これが大学病院・病院群が「出産費用が安い」ことを選

⁵⁶ 浅見 (2002) 15-23 頁。

⁵⁷ 公益財団法人母子衛生研究会編 (2014a) 131 頁。

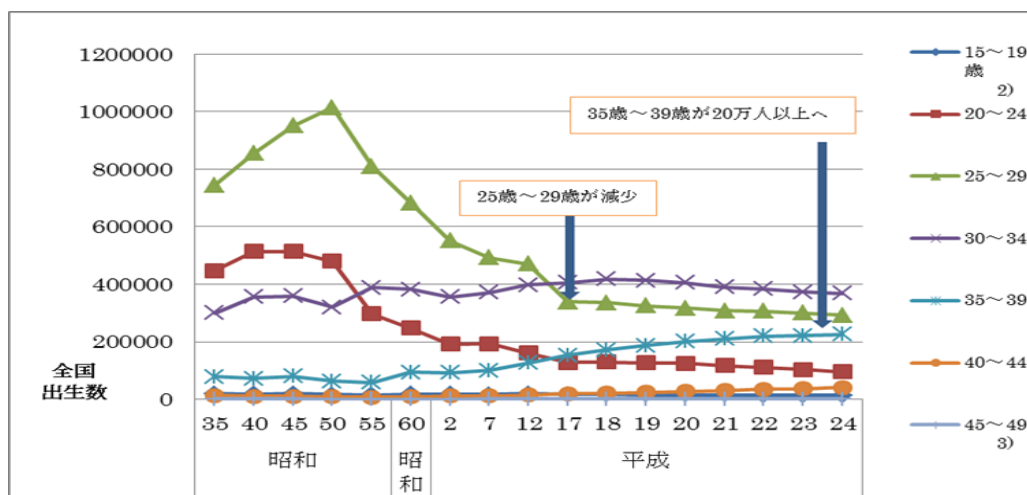
択する傾向にあるのではないかと推測される。加えて、わが国の子どもを産む世代は、低所得者層が増加しているという報告があり⁵⁸、この社会的背景もまた、「出産費用が安い」という施設の選択理由に影響を与えるだろうと推測される。

健診費用では、大学病院・病院群、診療所群は、助産院群に比べ「妊婦健康診査公費補助券が使えるので、現金で支払う分が減る」を選択している（表 2-4）。この結果からは、東京都内の助産院において妊婦健診補助券が未だ使用できず（2014年3月現在）、償還払い制度となっているためだと考えられる。妊婦健康診査公費補助券使用における結果からいえることは、出産施設による制度の差がなく、消費者が公平に補助券が使えるようにすることは急務であると考えられる。

5-2) マクロ環境の要因－助産院の外部環境からの脅威（Threats）－

本稿結果から、大学病院・病院群の妊婦は、表 2-5 で示すように高齢産婦の割合が高く、「35歳以上」であることを気にして施設を選択していることが明らかになった。年齢は、マーケティングに影響を与える環境要因の1つといわれている⁵⁹。Kotler はマーケティングの実践において、年齢の他に、経済、政治/法的、自然などのマクロ環境は、組織（助産院）努力ではコントロールすることが困難であるにも関わらず、組織（助産院）を左右するものとして注意を払う必要があると言及している。現在日本では、35歳以上の産婦が増加を続け、2008年に20万人を超えた（図 2-6）。

図 2-6 女性の年齢階級別出生数



出所) e-Stat 政府統計の窓口 「母の年齢別にみた年次別出生数・百分率及び出生率（女性人口千対）」
http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL08020103.do?_toGL08020103_&listID=000001101883&request sender=estat, 厚生労働省 平成 24 年人口動態統計月報年計(概数) の概況より筆者作成。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai12/dl/h3.pdf>, 2013 年 12 月 9 日。

⁵⁸ 内閣府 (2014) 1-13 頁。

⁵⁹ Kotler, P. and Bloom, P. (2012) 103-144 頁。

妊婦が「35歳以上」であることを気にして施設を選択した場合は、今回の調査結果のように、大学病院・病院を選択する傾向が高くなることが考えられる。この傾向は、助産院が益々厳しい環境に追いやられることが推測される。

ここで近年のマクロ環境について、年齢以外に注目すると、先に述べたようにいくつかの社会環境の変化がある。経済環境要因では、2007年の世界金融危機や2008年のリーマン・ショックがある⁶⁰。政治/法的環境要因では、2007年から2008年にかけて助産院運営に関する医療法第19条の改正、助産院ガイドラインの全面改定がある。また、2004年以降の社会的背景では、「産科医療の崩壊」という報道が加熱し、その潮流の中、2007年日本医師会は、「このままでは『お産難民が発生する』」という意見広告の新聞掲載などがある（軸丸 2009）。自然環境要因では、2011年に震災が発生した。

以上のようなマクロ環境の変化が助産院の出生数にどのように影響を与えているかは、更なる研究が必要である。しかし、近年、助産院の出生数が減少している背景には、Kotler et al. (2012) が述べるように、個々の助産院ではコントロールが不可能な、産む世代の年齢、法、経済、自然などマクロ環境要因からの脅威 (Threats) がある。これらが重なることは、助産院の出生数に影響を与えると考える。特に出産の当事者である女性の年齢は、助産院の出生数減少の要因として重くのしかかる問題である。助産院の経営戦略では、出産する個人の要望に、マクロ環境がどのような変化を与えていくのか環境分析に注意を払う必要がある。

6) 小括

本稿の結果、以下の点が明らかになった。

第1にマーケティングのマクロ環境要因では、年齢要因との関連性が示唆された。病院・大学病院群は、「35歳以上だから」という理由により施設選択する割合が高かった。35歳以上の高齢産婦、特に高年初産婦が増加することは、助産院の出生数に影響を与えている。

第2にマーケティング・ミックスでは、Product (ケアやサービス) に関連があった。大学病院・病院群、診療所群は、助産院の強みとされる Product の「健診時間が長く丁寧」「自然出産」「フリースタイル出産」「出産時、助産師の付き添いがある」「母乳育児指導」など、本稿で本質サービスとした内容への要望が低かった。また、「健診・出産・産後」のケアやサービスにおいては、「特にない」と回答している割合が高かった。また、大学病院・病院、診療所を選択する妊婦は、「規模が大きい」「個室希望」「綺麗な施設」「豪華な食事」「お祝い膳」「産後アロママッサージが受けられる」など、本稿で表層サービスとした内容に対する要望の高さが示された。これらは、大学病院・病院、診療所を選択する妊産婦の要望と、助産院の Product (ケア・サービス) との乖離であり、助産院の出生数に影響を与えると考えられる。

第3に、Price 要因では、大学病院・病院群が「出産費用が安い」を選択している。加え

⁶⁰ 川本 (2009) 70-72 頁。

て、大学病院・病院群，診療所群は，「妊婦健診の補助券が使えるので，現金で支払う分が減る」を選択しており，補助券が使用可能なことは選択要因との関連性が示唆された。

調査地は，東京都内である。東京都の「妊婦健康診査補助券」の制度において，助産院の使用方法は，他の病産院と異なり「償還払い制度」となっていることが，この結果に反映していると考えられた。

Kotler et al. (2012) は，プロフェッショナル集団がマーケティングに消極的でありその時間が持てないと述べ⁶¹，また宮崎 (2001, 145-159 頁) は，助産院経営におけるマーケティング不足を危惧した。マーケティングは，助産師活動と経営の両方を実施する助産院にとって必要である。そのマーケティングの概念に依拠し調査を実施したが，本調査は地域が限定されていること，対象者数が少ない条件での研究になった。今後は，助産院出生数の回復に有効なマーケティング戦略の研究が課題である。

⁶¹ Kotler, P. and Bloom, P. (2012) 9-17 頁。

3 全国開業助産院の実態

ここでは全国助産院の実態調査を実施し、助産院の出産数減少に影響を与える特徴を考察する。全国の実態調査の先行研究は、宮崎・古田（1998）、宮崎（2001）の研究調査が行われている。この研究結果と2013年に実施した調査の比較を通し、全国の助産院の現状の把握を行う。

1) 全国開業助産院調査の目的

現在、助産院数は393ヶ所⁶²となっている。

施設数の減少は、当然ではあるが全国助産院の出生数減少となっていく。開業助産院出生数は、1950年に無床（自宅・その他）2,230,681人、有床12,418人であったが、1970年には無床75,501人、有床205,965人、2000年には、無床2,147人、有床11,353人となり、2008年に1万件を切り、2010年には無床2,237人、有床9,533人となっていく。その割合は表2-6のようになり、助産院出生数の増加はない。

表 2-6 出生の場所別割合—昭和25年～平成24年—

		1950	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2006	2007	2008	2010	2011	2012
		昭和25	昭和35	昭和45	昭和55	平成2	平成12	平成17	平成18	平成19	平成20	平成22	平成23	平成24
	総数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
*全国	施設内													
	計	4.6	50.1	96.1	99.5	99.9	99.8	99.8	99.8	99.8	99.8	99.8	99.8	99.8
	病院	2.9	24.1	43.3	51.7	55.8	53.7	51.4	50.9	50.8	51.1	51.8	52.0	52.7
	診療所	1.1	17.5	42.1	44.0	43.0	45.2	47.4	47.9	48.0	47.7	47.1	47.0	46.3
	助産所	0.5	8.5	10.6	3.8	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.9	0.9	0.9	0.8
	自宅・その他	95.4	49.9	3.9	0.5	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2

出所) 前掲書、公益財団法人母子衛生研究会編（2014a）45頁、筆者作成。

このまま続けば、地域助産活動を支える助産院開設者の減少は避け難いと考えられる。

ここで、これまでの助産院研究を涉猟すると、その中心は助産院ケア、技術、満足度などであり、経営の実態や特色などは少なく、助産院経営に関する研究は、萌芽期のままだといえる。助産院の運営には、助産活動の実践と経営という両輪の知識が必要なことはいうまでもないが、医療、看護はもとより、助産においても、経営やマーケティングなどの言葉には抵抗感を示すのが現状である。助産院経営の先行研究では宮崎・古田⁶³が実施した1996年の調査が初めてであり、次いで、2000年⁶⁴に実施しているが、それ以降の調査研究は少なく、また特に、近年の出産数の減少要因に関する研究は確認できていない。

そこで本稿は、近年の助産院出生数の減少状況を把握するために、ケア提供者側（助産院経営者）に実態調査を行い、1996年・2000年に実施した同様の調査結果との比較を通し

⁶² 日本助産師会『助産師』（2014）83頁。「会員の2012年1月～12月の施設数」より。

⁶³ 宮崎・古田（1998）27-38頁。実態調査は1996年に実施。

⁶⁴ 宮崎（2001）145-159頁。実態調査は2000年に実施。

て、助産院出産数の減少に関連する特徴を探ることを目的とする。

2) 調査方法

2-1) 対象

調査対象は、全国助産院マップ（2009年版：日本助産師会出版）より抽出した有床助産院経営者 314人、無床助産院管理者 94人、計 408人である。

2-2) 調査方法及び内容

調査方法は、郵送調査である。対象者に調査の依頼文（調査の趣旨・目的・方法・倫理的配慮などの説明含む）及び調査票を郵送し、調査協力を依頼した。調査内容は、①経営者の背景（年齢、経験年数、開業年数、開業年、開業までの助産師年数、ベッド数、立地、助産院のサービス内容の特色）、②従業員数とその採用形態、③2007年から2012年までの出産数の増減とその対策（自由記述）、④価格（健診費用、出産費用など）、⑤プロモーション活動などの6項目である。調査は無記名自記式質問紙とし、調査の同意はアンケートの回答を持って同意とみなした。

2-3) 調査期間

2013年3月1日～3月31日

2-4) 分析方法

得られたデータの分析方法は、統計ソフト SPSS20.0J を使用し、有意水準は5%未満とした。対象の背景は出産件数 50 未満を A 群、50～100 未満を B 群、100 以上を C 群の 3 群に区分して単純集計し、記述統計量を算出、その動向を把握した。なお、1 助産院あたりの年間出産数と従業員数及びその採用形態について先行研究と比較検討した。また 2007 年から 2012 年までの出産件数増減における対策の自由記述は、言葉の類似性に沿って分類し、それぞれのデータ数を集計し内容を分析した。なお、ここでの分析には調査内容④⑤は割愛する。

2-5) 倫理的配慮

研究の参加は無記名とし、調査目的・意義・方法・倫理的配慮など文書を用いて調査協力の説明を行い、調査協力は本人の自由意志であることを伝えた。データや記録物は研究以外には用いないこと、調査の妥当性確認後ただちに破棄すること、結果は公表する予定であることを文書で説明した。本調査は研究倫理・安全委員会の承認後に実施した。

3) 結果

配布数 408 部、回収数 231 (56.6%)、有効回答数 219 (53.7%)、うち有床助産院 158、

無床助産院 61 であった。今回の調査結果では、場所、職員数、マーケティング活動などについて報告することを考慮して、無床助産院（61）は割愛した。

3-1) 助産院対象者の背景

対象者の背景を表 2-7 に示した。これより助産院経営者の平均年齢は 57.8 歳であり、群別では A 群 56.9 歳に比し C 群が 61.7 歳と有意に高かった ($p<0.05$)。なお、年齢分布は 93 歳から 37 歳に至り 50 代・60 代が 66.5% と最も多かった。

助産師としての平均経験年数は 31 年である。開業の継続年数は、20 年未満が 82.3% を占め、30 年以上の開業年数は、10.2% であった。開業に至るまでの助産師の平均経験年数は 16 年であった。開業形態は 1 人で開業するが 90.5% であった (表 2-8)。有床助産院の年間出産件数は、A 群が 122 ケ所、B 群が 25 ケ所、C 群が 11 ケ所であった。ベッド数の平均は 3 床であった。

表 2-8 に示すように、出産以外の有料サービス内容において最も多い内容は乳房管理 98.1%、最も低い内容は産後ケア事業 2.5% であった。約 50.0% の施設では、マタニティクラス、ベビーマッサージ、鍼・灸が実施されていた。また、性教育、育児相談なども実施されていた。

表 2-7 現助産院経営者(助産師)の背景①

実数(%)

年間分娩件数		A 群 50 未満 n=122	B 群 50~100 未満 n=25	C 群 100 以上 n=11	計 N=158
現在の年齢	30・40代	31 (25.4)	4 (16.0)	0	35 (22.2)
	50・60代	77 (63.2)	17 (68.0)	11 (100)	105 (66.5)
	70・80代	12 (9.8)	4 (16.0)	0	16 (10.1)
	90代	2 (1.6)	0	0	2 (1.3)
	平均年齢	56.9 歳	60.9 歳	61.7 歳	57.8 歳
	最高年齢	93 歳	88 歳	69 歳	93 歳
	最低年齢	37 歳	44 歳	55 歳	37 歳
助産師の平均経験年数		29.8	34.6	36.5	31.0
開業年数	10 年未満	48 (39.3)	5 (20.0)	2 (18.2)	55 (34.8)
	10~19 年	58 (47.5)	12 (48.0)	5 (45.5)	75 (47.5)
	20~29 年	5 (4.1)	4 (16.0)	3 (27.3)	12 (7.6)
	30~39 年	2 (1.6)	0	0	2 (1.3)
	40~49 年	0	2 (8.0)	0	2 (1.3)
	50 年以上	9 (7.4)	2 (8.0)	1 (9.1)	12 (7.6)
開業年	昭和	12 (9.8)	5 (20.0)	4 (36.4)	21 (13.3)
	平成元~9 年	31 (25.4)	12 (48.0)	5 (45.5)	48 (30.4)
	10~19 年	62 (50.8)	8 (32.0)	2 (18.2)	72 (45.6)
	20 年~	17 (13.9)	0	0	17 (10.8)
開業の動機 (複数回答)	自然分娩がしたい人のために開業した	90 (73.8)	18 (72.0)	6 (54.5)	114 (72.2)
	自律(立)して自分の裁量を發揮したい	73 (59.8)	13 (52.0)	4 (36.4)	90 (57.0)
	親(祖母・親族)の開業を引き継いだ	6 (4.9)	2 (8.0)	1 (9.1)	9 (5.7)
	臨床より開業の方が時間的に融通がきくため	20 (16.4)	1 (4.0)	1 (9.1)	22 (13.9)
	家庭生活と助産師業を両立したい	28 (23.0)	2 (8.0)	1 (9.1)	31 (19.6)
	より多くの収入を得たい	8 (6.6)	1 (4.0)	0	9 (5.7)
	その他	37 (30.3)	7 (28.0)	1 (9.1)	45 (28.5)

*p<0.05

表 2-8 現助産院経営者(助産師)の背景②

年間分娩件数		A 群	B 群	C 群	計	
		50 未満 n=122	50~100 未満 n=25	100 以上 n=11		
項目					N=158	
助産所の規模(ベッド数)平均		2.6	4.1	4.5	3.0	
助産所立地	都市部	79 (64.8)	18 (72.0)	10 (90.9)	107 (67.7)	
	郡部	41 (33.6)	7 (28.0)	1 (9.1)	49 (31.0)	
	無回答	2 (1.6)	0	0	2 (1.3)	
開業年	昭和	12 (9.8)	5 (20.0)	4 (36.4)	21 (13.3)	
	平成元~9 年	31 (25.4)	12 (48.0)	5 (45.5)	48 (30.4)	
	10~19 年	62 (50.8)	8 (32.0)	2 (18.2)	72 (45.6)	
	20 年~	17 (13.9)	0	0	17 (10.8)	
開業を続けている理由 (複数回答)	社会貢献	99 (81.1)	21 (84.0)	9 (81.8)	129 (81.6)	
	自己実現(夢がかなえる)	83 (68.0)	19 (76.0)	5 (45.5)	107 (67.7)	
	時間の融通がきく	31 (25.4)	2 (8.0)	1 (9.1)	34 (21.5)	
	収入のため	46 (37.7)	4 (16.0)	3 (27.3)	53 (33.5)	
	その他	25 (20.5)	8 (32.0)	2 (18.2)	35 (22.2)	
助産所の特色	開業形態	1 人で開業	113 (92.6)	22 (88.0)	8 (72.7)	143 (90.5)
		グループで開業	2 (1.6)	2 (8.0)	1 (9.1)	5 (3.2)
		助産師会立	3 (2.5)	1 (4.0)	0	4 (2.5)
		その他	4 (3.3)	0	2 (18.2)	6 (3.8)
	分娩以外の有料サービス	マタニティクラス	56 (45.9)	19 (76.0)	7 (63.6)	82 (51.9)
		性教育	37 (30.3)	10 (40.0)	5 (45.5)	52 (32.9)
		乳房管理(マッサージ)	119 (97.5)	25 (100)	11 (100)	155 (98.1)
		ベビーマッサージ	63 (51.6)	20 (80.0)	7 (63.6)	90 (57.0)
		産後ケア事業	3 (2.5)	1 (4.0)	0	4 (2.5)
		鍼・灸	54 (44.3)	18 (72.0)	7 (63.6)	79 (50.0)
		アロママッサージ等	37 (30.3)	11 (44.0)	7 (63.6)	55 (34.8)
		ヨガとマタニティーエクササイズ等	43 (35.2)	18 (72.0)	5 (45.5)	66 (41.8)
		育児教室	33 (27.0)	11 (44.0)	4 (36.4)	48 (30.4)
		その他	37 (30.3)	14 (56.0)	3 (27.3)	54 (34.2)

3-2) 有床助産院の年間出産数と従業員数の比較 (表 2-9)

表 2-9 は、有床助産院の年間出産数を上限 130 件以上、下限 49 件以下の範囲で 6 分割にして常勤助産師数と従業員数（パート・その他）とを対応させて、平均人数を 2000 年と 2013 年で比較したものである。

有床助産院の年間出産件数は、130 件以上が 2000 年では 12 ヶ所あったものが 2013 年には 3 ヶ所と 4 分の 1 に減少し、49 件以下では前者が 77 ヶ所、後者が 122 ヶ所と約 2 倍に増加した。常勤助産師数の平均数は、2000 年は 1.6 人、2013 年では 1.7 人と両者に差はない。パート助産師数の平均数は、2000 年は 1.2 人であったものが、2013 年には 2.8 人に増加した。詳細にみると 2000 年では出産件数の多寡に関わらずパート数・その他の常勤数は 2 人未満であるのに対し、2013 年では、出産件数が多くなるほどパート数・その他の常勤数は増加傾向にあった。その他の職員（常勤・パート）数は、2013 年は 2000 年に比べ倍に増加していた。

		1 助産院あたり 年間出数	130 以上	129 ~110	109 ~90	89 ~70	69 ~50	49 以下	平均
2000 年 ⁶⁵	助産院数		12	15	9	19	26	77	
n=158	平均出産数		178.5	119.1	98.8	79.4	58.6	23.7	61.2
施設 あり （人） あた	常勤助産師数		2.2	2.5	1.9	1.5	1.4	1.4	1.6
	パート数		1.5	1.3	1.7	1.3	1.8	0.8	1.2
	その他の常勤		1.5	0.7	1.0	0.6	0.5	0.8	0.8
	その他のパート		2.7	2.0	0.4	1.7	1.1	0.8	1.2
2013 年	助産院数		3	7	3	6	17	122	
n=158	平均出産数		180.6	118.7	94.6	75.5	58.0	20.6	34.9
施設 あり （人） あた	常勤助産師数		5.3	4.0	2.3	2.6	2.0	1.4	1.7
	パート数		4.0	4.8	3.3	4.0	3.1	2.5	2.8
	その他の常勤		6.0	3.0	2.0	1.7	1.5	1.0	1.3
	その他のパート		8.3	4.2	4.5	6.7	3.1	2.3	2.8

3-3) 出産数の減少の理由及びその対策

表 2-10 は、2007 年から 2012 年までの助産院出産数の減少の理由及びその対策について記述式で問うた結果を言葉の類似性によりまとめ分析したものである。

減少の理由で最も多かった内容は「産婦人科診療ガイドラインの改定:42」によって「GBS 陽性妊婦が増えている・GBS 陽性妊婦が取り扱えなくなっている」「産科リスク項目の増加とその対応の厳格化」により「取り扱える妊婦が減少した」であった。次に、「出産の制限:28」として「体調不良」「親・家族の介護」などの自主的な制限が理由であった。

減少理由の特徴として「災害 17: 東日本大震災で被災したため・東日本大震災の影響・原発事故関係」や「競合:17」による理由を挙げている。その理由として「近隣に助産院ができた」「院内助産・助産師外来」「病産院の助産師のサービスが良質になった」などが

⁶⁵ 宮崎 (2001) 149 頁, 図表 3 の調査 2000 年に基づいている。

挙げられている。

対策としては、[対策なし：41]で「特に何もしていない」が最も多かった。その他「ホームページの充実・開設・ブログ配信」「ひとりひとりを大切にする、誠意を持って接する、お会いする方に親切、ていねいに関わること、一生懸命やっていく」「ケア・サービスの充実」「地域のメディアなどに宣伝・広告」が多かった。

表 2-10 助産院出生数減少の理由とその対策—2007年～2012年までの6年間について—（自由記述回答）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	件数	カテゴリー	サブカテゴリー	コード	件数	
産婦人科診療ガイドラインの改正(42)	内容に伴った転院の増加	・取り扱える妊婦が減少した	40	社会背景(9)	人口動態	・出生数の減少	6	
		・転院・搬送の増加				・少子化		
		・GBS陽性妊婦が増えている			選択の制限	・分娩数の減少	2	
		・GBS陽性妊婦が取り扱えなくなっている				・妊娠早期に分娩施設の決定が必要		
・産科的リスク項目の増加	不況	・選択するゆとりがない	1					
・産科リスクの対応の厳格化		・助産院の選択がしづらい状況がある						
	協力	・受け入れ病院の理解協力の上昇	1					
	方針の転換	・嘱託医療機関の方針で転院が増えた	1					
分娩の制限(28)	自主的な制限	・自分の体調不良で制限した	28	自然分娩離れ(7)	身体的問題	・産む体力がない	3	
		・分娩数を制限している				・気がない		
・転院による分娩制限	助産師側の理由	・妊婦の健康管理が厳しくなった			2			
・親・家族の介護で制限していた		・話をしてお断りすることもある						
災害(17)	東日本大震災	・東日本大震災で被災した	17			・危険と思う方をお断りすることが近年増えてきた	1	
		・東日本大震災の影響				分娩方法		・無痛分娩を選ぶ人が増えた
		・原発事故の影響				精神的理由		・自然分娩に対する不安
類似施設の増加	類似施設の増加	・近隣に助産所が開設した	12	プロモーション(7)	認知度不足	・助産院の存在を知らない	4	
		・若い助産師が増えた				・業務を知らない		
		・近隣出産施設の開業				・認識が薄い		
		・近隣出産施設のリニューアル				PR不足		・あまりPR活動をしてなかった
	競合(17)	助産サービスの向上	・院内助産システム	3	マスメディア(5)	テレビ	・テレビの影響	4
			・病院・診療所の助産師のサービスが良質になった				・ドラマ「ギネ」が放映されてからは違う	
		・自然分娩ができる病院が増えた			WEB	・インターネットの影響	1	
		・助産師外雇の充実			オビエノソナーダー	リピーターのサイクル	3	
		・家族立ち会いができる病院が増えた			集約化(2)	政策	2	
	施設数が多い	・地域に出産場所が多い	1					
ハイリスク妊婦増(14)(妊婦の高齢化)	ハイリスク	・ハイリスク妊婦が増えている	8	分岐費(2)	値上げ	・分娩費を値上げした	2	
		・高齢初産が増えた、妊婦の高齢化	2			・料金改定に合わせて値上げした		
	高齢化	・当地は高齢化している	1	病院受診回数増加(2)	公費負担券の増加	・助産所受診回数減少	1	
	生活習慣	・食生活の乱れ	1			・コミュニケーションが取りづらくなった		
	体の変化	・母体が以前に比べて異常になりやすくなった	1			・公費負担券が増えた		
助産所に対する不安(12)	社会的要因	・お産は病院でいいじゃないかという風潮	5	分岐数減少に対する対策				
		・病院分娩が安全という意識が広がった						
	・ボメオハシの件で安全思考が高まった	2						
	家族	・家族の反対・家族の意見	5	カテゴリー	サブカテゴリー	コード	件数	
連携の問題・社会情勢や政策(10)	連携がスムーズにできない	・連携医療機関が遠い	4	対策	行動	・特になにもしていない	41	
		・連携が悪い				・ホームページの充実・開設・ブログ配信		
		・ダイレクト搬送ができない				・分娩以外の活動で、多くの人に助産院を利用してもらい、知ってもらう		
		・病院の受け入れが難しい				・サークル活動		
	安全性への不安	・安全性への心配	2	宣伝(プロモーション戦略)活動	外部活動	・PR	2	
		・安全が保障されない				・パンフレットの配布		
	嘱託医の協力が得られない	・嘱託医の協力が得られない	1	ケア・サービス(製品戦略)活動	助産サービスの向上	・新生児訪問や母親教室などで告知し、助産所の存在を知ってもらえず、少しずつ広めている	2	
		・嘱託医がでくなり自棄した				・ひとりひとりを大切に。誠意を持って接する、お会いする方に親切、いいいに関わること、一生懸命やっていく		
	社会性	・世間、医師会などのパッシング	1			・ケア・サービスの充実	7	
	法改正	・法律改正による	1	パブリシティ	外部評価	・地域のメディアから宣伝・広告	6	
助産師不足(9)	助産師不足	・助産師確保が難しく減らした・対応できる数として受け止めている・高齢のため増やすことを考えていない	9	継続	維持	・減少しても続けること・継続してやり続けること	2	

3-4) 2000年⁶⁶と2013年の出産費用（図2-7・2-8）

図2-7・2-8は、出生取り扱い件数と出産費用の請求額について、2000年と2013年の図である。2013年は、出産育児一時金の支払い制度によって、39万円に産科医療補償制度の3万円が補填されて、42万円が支給されている。2001年の支給額は30万円であった⁶⁷。

出産の取り扱いが多い施設は、2000年と2013年共に出産費用が支給金額を超えている傾向にあった。

図2-7 2013年出生取り扱い件数と出産費用

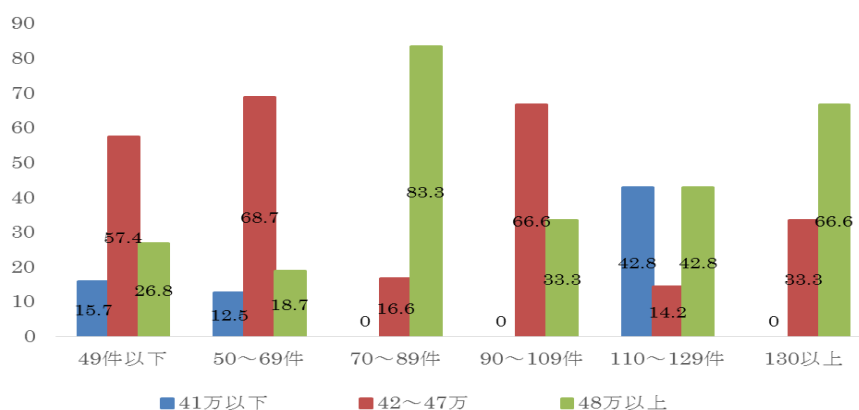
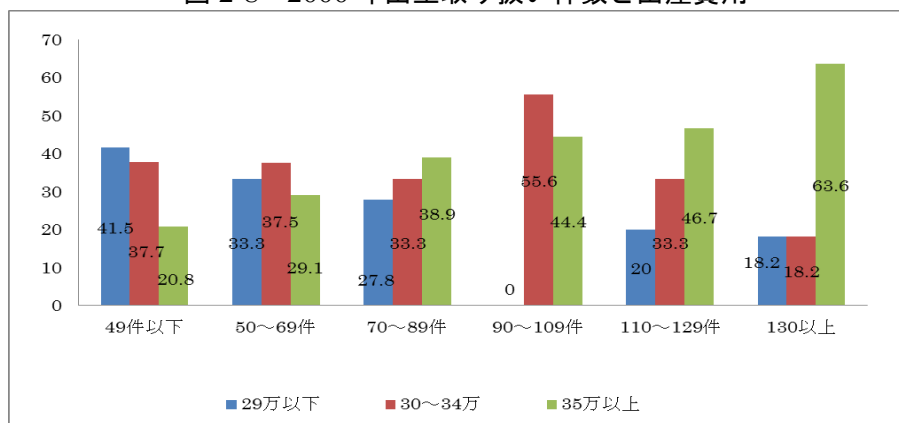


図2-8 2000年出生取り扱い件数と出産費用



4) 考察

4-1) 助産院経営者の特徴－1996・2000年と2013年の比較－

① 開業の継続年数

助産院の事業継続年数では、1996年の調査⁶⁸において、開業年数が30年以上の助産院は

⁶⁶ 宮崎（2001）145-159頁の調査2000年に基づいている。

⁶⁷ 日本産婦人科医会（2010）4頁。

⁶⁸ 宮崎・古田（1998）27-38頁。実態調査は1996年。

48.3%であったが、2013年の調査では10.2%となり、長期継続開業の助産院が減少している。2013年の結果では、助産院の82.3%が20年以内の開業年数となっており、開業寿命年数が短縮している。

宮崎は、「会社の寿命は30年」といわれている中、助産院経営は30年以上続く経営者が多く、社会から承認されている特殊な専門職であると評価していた⁶⁹。だが、この15年間で事態が変化しており、その要因には次のことが考えられる。

1つには、開業者の年齢が影響している。今回の調査では50・60歳代の開業者(66.5%)が中心であり、70・80歳代の開業者が10.1%である。1996年の開業者は、50歳代(17.6%)、60歳代(20.0%)、70歳代(32.9%)と70歳代が最も多く、80歳代(6.5%)で減少している結果である。経営者は、1996年では60・70歳代(52.9%)がその中心であり、2013年では、50・60歳代(66.5%)へと移行していることでもわかるように、約10歳早くリタイアしている。

2つ目には、経営者の自主的な制限が上位に挙げられ、体調不良、体力の限界などの身体的な理由などで出産件数を削減している様子が見られる。それは結果的に、助産院の閉院につながり、開業の継続平均年数を短縮していると考えられる。

また、減少理由(表2-10)には、近年の出産が高齢産婦の増加、出産が難しくなっていること、連携機関の確保が困難、嘱託医師が産婦人科に限定され近隣に産婦人科医師がいないなどが挙げられている。この傾向は、助産院での出産内容や、助産院経営の内容に変化が起きていることも予測される。これらは、開業継続に影響を与えていると考えられる。

以上のことから、今後の開業助産院への対策は、現在活動の中心となっている年齢層が長期継続可能となること、若い世代の新規開業を推進することなどが課題となる。

② 開業までの助産師歴

今回の調査では助産院を開業するまでの助産師の経験年数が、16.0年であった。1996年の調査⁷⁰では10.8年であり、開業までの助産師経験年数が6年長くなっている。

平成21年厚生労働科学研究で行われた「助産院における医療安全確保のための研修及び開業基準の整備」⁷¹によれば、「助産院開業に必要な経験数として、助産師経験年数12年」と示している。しかし、日本助産師会の「助産院開業までの必要経験例数の基準」では、海外の事例や日本の少子化の背景を考慮して最低条件を「経験年数5年以上」とし、さらに、助産院での研修や勤務などを推奨している。開業までの経験年数では、両者の違いがあり、これは今後の検討課題になると思われる。だが、今回の実態調査では、開業まで平均16年を有する結果となっていた。助産院開業には、助産技術の向上はもとより、助産院の経営、さらにサービス業の内容など、総合的な知識と経験が求められることが示唆され

⁶⁹ 宮崎・古田(1998) 27-38頁。

⁷⁰ 宮崎・古田(1998) 27-38頁。

⁷¹ 日本助産師会：「出産を取り扱う助産院の開業基準」

<http://www.midwife.or.jp/pdf/kaigyokijyun/kaigyokijyun.pdf>, 2014年7月30日確認, 5頁。

た。

医療はサービス業として捉えられるようになって久しい。看護師や医師の教育では医療マネジメントや医療マーケティングなど医療経営学からの教育が導入される時代である。助産師には、開業権を有するプロフェッショナルとして、実践力の向上に努めることや、連携、協働、マーケティングなど、アントレプレナーシップを含めた開業のための経営教育など、総合的な教育が必要であると考えられる。

4-2) 助産院従業員数

助産師及びその他の職員数は、2000年と比較して2013年は倍の人数を雇用している。これは、経営者が自由記述(表2-10)で回答しているように、いわゆる「難しい出産」の増加の結果であり、リスク管理のために、助産師の数の確保が必要になっている現状が推察される。また、助産師数以外の雇用が増加していることは、比較的Low Costの職員をパート雇用し、食事、清掃、事務管理など、助産師の専門性以外の仕事を他の人材に委託し、助産院経営を円滑にするための1つの対策であると考えられる。

4-3) 出産数減少の理由と対策

減少理由と対策についての記述回答では(表2-10)、減少理由として、医療制度の変化に対する対応の厳しさが示された。助産院の歴史では、宮崎(2001)が指摘するように、1961年に導入された「国民皆保険制度」以降、利用者が激減するという事態がある⁷²。国民の健康の安全・安心のために、「国民皆保険制度」の導入、医療法の改正、ガイドラインの作成及び改定、医療連携の整備と強化などは、不可欠であり、時代の趨勢的な変化である。これらをどのように受け入れ、乗り越えていくか、各助産院、そして組織全体としての対策が求められていると思われる。

近年の産科医療を概観してみると、2000年以降の10年間は「産科医療崩壊」という社会背景の中にあり、「産科医師不足」「たらい回し事件」など産科領域でのマイナス面が多く報道された。加えて自然環境の背景としては、2011年3月には東日本大震災が発生している。

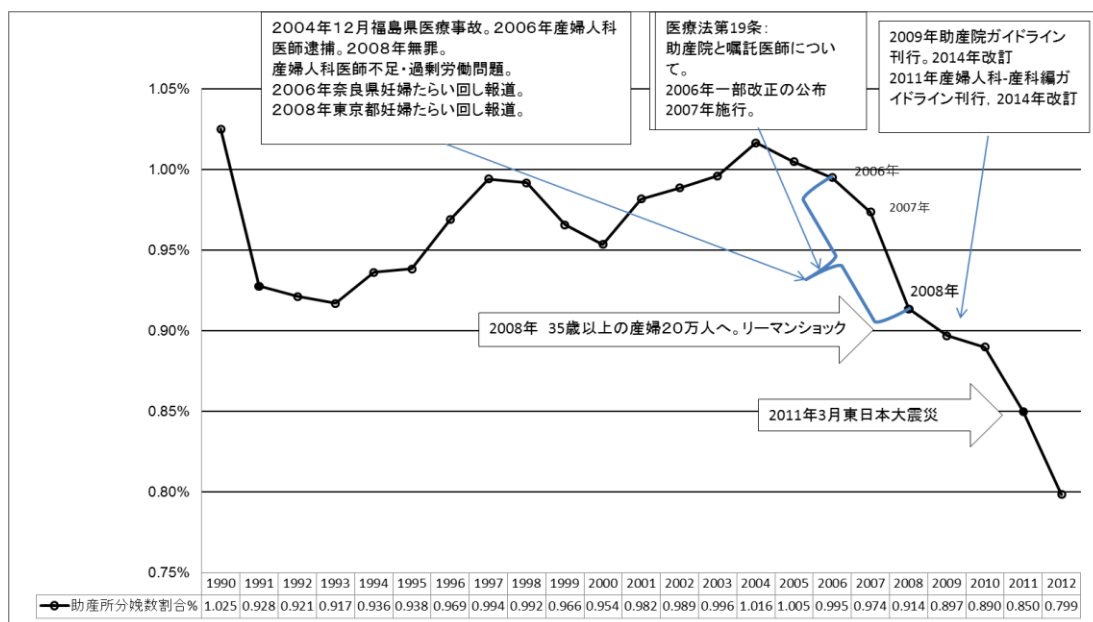
マーケティング活動では、法の改正、自然環境、人口動態などに注意を払う必要があるといわれている⁷³。実際に、全国助産院出生割合と主な外部環境の変化(図2-9)をみると、近年の助産院の出生数の減少は、2006年から2008年の間に発生した産科医療の報道、医療法の改正、助産院ガイドライン、産婦人科ガイドラインの改定、そして2011年の東日本大震災など、外部環境の大きな動きに影響されていると考えられる。このような外部環境の影響は、前述したように各助産院では、対応することが困難である。事実、「出生数減少に対する対策」(表2-10)の記述回答には、「特になにもしていない」が最も多く、助産院経営

⁷² 宮崎(2001)147頁。

⁷³ Kotler, P., and Bloom, P. (2012) 117頁。

者の苦悩が伺える。

図 2-9 1990 年以降の全国助産院出生割合と主な外部環境の変化



出所) 前掲書, 公益財団法人母子衛生研究会編 (2014a) 45 頁, 筆者作成。

5) 小括

1996 年・2000 年の調査と比較して、2013 年の特徴として次のことが明らかになった。

- ① 開業に至るまでの助産師経験年数は、10.8 年から 16.0 年と約 5 年延長している。
- ② 開業経営者の年齢分布は、2013 年では 50・60 歳代がピークであり、70 歳代が減少している。
- ③ 開業継続年数 30 年以上の助産院は、1996 年では 48.2%であり、2013 年では 12.3%と減少している。
- ④ 年間出生数 49 件以下の助産院は、2000 年では 77 件であり、2013 年では 122 件である。
- ⑤ 有床助産院の常勤助産師とパート助産師の数は、2000 年に比べ 2013 年は増加している。特にパート助産師の雇用が増加している。
- ⑥ 助産院経営者は助産院出産数の減少の要因として、産婦人科ガイドラインの改定 (GBS 陽性妊婦の対応, リスク項目の増加など) や東日本大震災の影響など外部環境からの要因を挙げている。内部環境の要因としては、経営者本人の体力の限界などが挙げられる。
- ⑦ 出産数減少の対策として助産院経営者の回答では、「特になにもしていない」が最も多く、マーケティング不足が考えられる。

以上のような状況が続くことは、開業助産院はさらに減少することが考えられる。

しかし、医療介入のない自然出産を希望する女性の存在と、経営手腕のある助産院経営者がアントレプレナーシップを発揮することによって、助産院は支持され、存続すると考える。

第 3 章 開業助産院マーケティングの概観

1 はじめに

開業助産院の経営・マーケティング研究について文献渉猟すると、その数は限られている。たとえば、宮崎（2001, 2002）による助産院経営の特質と財務の研究、大野（2012）による助産院経営形態、谷口他（2011）による助産院開設と運営、瀬井他（2002）⁷⁴による助産院の税制要望に向けた経営対策などがみられるだけである。マーケティングの視点を導入した研究は、平田他（1998）が実施した論文のみであり、内容は消費者のニーズ調査についてであった。

助産院を対象とした研究は助産技術や助産院出産の内容に限局しており、助産院の経営やマーケティングに関する研究は未開拓だといえる。

一方、医療マーケティング研究に目をやると、事態は異なる。1995年版『厚生白書』によって、医療はサービス業であると公に認識された⁷⁵。これまでサービスという言葉に、否定的な反応を示していた医療業界では、パラダイムシフトが起こっていた。そして2000年以降では、経営学研究者らによって医療マーケティング、医療マネジメント、医療サービスの研究が精力的に行われるようになり、その中で、病院マーケティング、看護マーケティング、病院戦略などの研究が豊富になってきている。だが、その中に助産院マーケティングは存在しない。むしろ助産院でマーケティングは実施されているのであろうか、という疑問を禁じ得ない。Kotler（1982, p.133）が「非営利組織は、体系的に組織化しているかは別にして、すでにマーケティングを実施している」と指摘しているように、助産院では、それを意識することなくマーケティングが行われていると考えられる。

そこで本章では、助産院のマーケティングの状況について、その内容を確認しながら概観を述べることにする。

本章の構成は次のようである。まず第2節では、助産院のマーケティングを考えるにあたり、非営利組織のマーケティングを確認し、続いてわが国の医療マーケティング研究の状況を述べ、最後に、助産院マーケティングの提案として本稿における助産院マーケティングの定義を提示する。第3節では、助産院マーケティングの独自性を確認する作業として、医療改革・ガイドラインの背景を押さえ、次に助産院の規模と市場（ターゲットを含む）を検討した後、助産院マーケティングの4Pをひとつひとつ考察していく。加えて、助

⁷⁴ 日本助産師会の「開業推進検討委員会」（2002）の報告による。「開業推進検討会」は、1998年にできた委員会である。この委員会は、開業を推進するための種々の問題を協議するための会であった。だが、この委員会で話し合われていた「安全」についてを個別課題とし、事故対策委員会と統合し、現在の日本助産師会「安全対策委員会」となっている（岡本 2010b, 971-975 頁）。

⁷⁵ 厚生労働省編（1995）、『第1部医療—「質」「情報」「選択」そして「納得」』参照。
この厚生白書は、国民のおよそ6割が医療は「サービス業である」という意識でいることや、多くの医療機関がサービス産業として取り組み、成長しようとしていることを報告している。
http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1995/2014 年12月1日確認。

産院の消費者中心志向を確認し、最後にこれまでの内容から、全体を戦略的視点で統一するための助産院のバリューチェーンの管理として捉えながら、本稿が想定する助産院マーケティングの分析ポイントを明らかにする。

2 助産院マーケティングとは

1) 非営利組織のマーケティング

マーケティング概念を、病院、大学、教会、美術館などの非営利組織にまで拡張すべきだと主張したのは、Kotler and Levy (1969) の論文であった⁷⁶。「いわゆるマーケティング概念の拡張論争」⁷⁷である。それまでマーケティングの研究主体は、利益追求を目的とした営利組織のための活動に重きが置かれていた。しかし Kotler and Levy は、営利組織以外にもマーケティングが必要であり、営利組織だけがその対象であることに問題提起した。さらに Kotler は、1975 年に *Marketing for Nonprofit Organizations* を刊行し、次第に非営利組織におけるマーケティングが確立していく。Kotler (1982) は、非営利組織にも「製品」があり、対象となる「顧客」を開発しており、体系的に組織化しているかは別にして、すでにマーケティングを実施していると指摘した⁷⁸。マーケティング概念の拡張は多様な反応があったものの、1985 年には AMA (American Marketing Association : アメリカ・マーケティング教会) が、Kotler et al. の意見を組み込み、マーケティング定義の改定がおこなわれている⁷⁹。

1970 年代から 1980 年代、拡張概念が広く受け入れられ、マーケティングは、医療、教育、図書館、交通運輸などのサービス・マーケティングの領域において採用がみられ、1980 年代後半には「ソーシャル・マーケティング」⁸⁰、加えて「ヘルスケア・マーケティング」など様々な領域に拡大していった⁸¹。

Kotler (1982) は、非営利組織であっても、「その目的を達成するために、交換のメカニ

⁷⁶ Kotler, P. and Levy, S. J. (1969), pp.10-15.

⁷⁷ 堀越 (2005) 89 頁。

⁷⁸ Kotler, P.(1982).p.133.

⁷⁹ アメリカ・マーケティング協会 (AMA) のマーケティング定義は、1948 年/1960 年、1985 年、2004 年、2007 年/2013 年と改訂されている。1985 年の定義は「マーケティングとは、個人や組織の目的を満たす交換を創造するために、アイデア、製品、サービスの概念化、価格づけ、プロモーション、流通を計画し実行するプロセスである」。現在 (2013 年) の定義は、「マーケティングとは、顧客、得意先、パートナー、そして社会一般によって価値ある提供物を創造し、伝達し、交換する活動であり、一連の制度であり、プロセスである」となっている (上沼 2014, 63-84 頁)。

⁸⁰ ソーシャル・マーケティングとは「組織および個人と社会との関わりから組織活動を考察するマーケティング手法」である。(Kotler, P. and Andreasen, A 2005, iii)。

Kotler, P. and Andreasen は、ソーシャル・マーケティングと他のマーケティングを区別する理由の目的はただ 1 つ、「マーケターとその『組織』の目的に関すること」だと言及している。ソーシャル・マーケティングは「社会行動」に影響を及ぼさなければならない。よって、ソーシャル・マーケティングのプログラムは、「個人や社会全体の利益のために行動を変革させることを目標として実施される一般的マーケティング・プログラムであると定義される」。(Kotler, P. and Andreasen, A 2005, 10-12 頁)。

⁸¹ Kotler, P. and Andreasen, A (2005, 10-12 頁)。アメリカでは、*Journal of Health Care Marketing* などの専門学術雑誌も刊行されている。

ズムに依存しており、脅威を与える制度や愛のシステムに頼っているわけではない」⁸²として、非営利組織におけるマーケティングの重要性を示した。

営利組織と同様に非営利組織もまた、人材、資源など、限られた条件の中で組織を経営し継続するために、利益を上げなければならず、マーケティングのプログラムに従い、標的市場のニーズと欲求の視点から、組織の提供する製品（有形財・無形財）を設定し、適切な価格を決め、それを標的市場へと知らせる必要があると説いている⁸³。

Kotler の出版した *Marketing for Nonprofit Organizations* から約 45 年が経過し、今では *Strategic Marketing for Nonprofit Organizations*(2003)へと変更され第 6 版となっている。本の改訂の変遷とその内容は、マーケティングを教育的に認知させた初版・第 2 版から、非営利組織マーケティングを「行うべきか否か」から「いかに効果的に行うか」へと移行させた第 3 版へと進み、戦略的プランニングをより強化した第 4 版、そして、ソーシャル・マーケティングの高まりとマーケティングがもたらす社会的変化を確認した第 5 版と続いた。そして現在、第 6 版として非営利マーケティングの発想と手技の大変化としてまとめられている⁸⁴。

このように変遷をみていくと、マーケティングの概念は、非営利組織のマーケティングが認知・拡大されると同時に、その時代の非営利組織の置かれている状況を反映させながら、伸展を遂げていると思われる。日本においては、大学、病院が「独立行政法人化」になるなど、非営利組織においても経営的手法の導入が重要視されている。ただ、非営利組織のマーケティング活動において、利益増加や顧客満足度を高めるという視点だけに陥るならば、非営利組織マーケティングの独自性が失われる危険性も少なくない。

非営利組織の経営・マーケティングは、社会的使命の達成を目標として組織運営するという側面と、交付金や補助金は無限大ではないために利益を追究するという側面の、二面性を持つのが特徴である。

2) 日本の医療マーケティング研究⁸⁵の潮流

マーケティング概念が拡張されたことで、非営利組織におけるマーケティングの重要性が認識され、加えて、1985 年 AMA は、保険・金融・ホテル・観光などのサービス・マーケティングから、医療の分野におけるマーケティングを切り離し、ヘルスケア・マーケティングとして独立することを取り決めた⁸⁶。

さらにまた、1987 年には Kotler and Roberta の *Marketing for Health Care*

⁸² Kotler, P. (1982), p.6.より、傍点は原文がイタリック体である。

⁸³ Kotler (1982), p.6.

⁸⁴ Kotler, P. and Andreasen, A (2005, iii-iv)。

⁸⁵ 戸田 (2013) によれば、「Health Care Marketing」の翻訳として「医療マーケティング」が一般的な定訳であるとされる。医療マーケティングは、介護マーケティング、看護マーケティング、医薬品マーケティングなども含まれているが、本稿では、病院、診療所、助産院における組織運営、消費者の満足などを得るために活用されるマーケティングの諸活動を含む狭義に限定して用いている。

⁸⁶ 渡辺、森下 (1987), ii 頁。

Organizations(1987)によって、医療機関やヘルスケアに対するマーケティングの必要性が説かれた。こうした動向を受け、日本の医療機関に関連するマーケティング研究は、「先駆的な文献では1980年代の中期」⁸⁷より提唱され始め、2000年前後を境に興隆してきた。

たとえば、医療マーケティングの必要性を示唆した研究(小木 2006, 2011; 真野 2002a, 2002b, 2002c; 目黒 2007)、医療のリレーションシップ・マーケティングの研究(井上・富田 2000)、医療広告規制の研究(碓 2003a)、患者(消費者)満足度の評価・分析(余田 2001; 田久 2002)、医療サービスのマーケティング戦略(濱本 2012)、看護のマネジメント(マーケティングを含む)の導入とその必要性を示唆した研究(松下 2010a; 松藤・吉長 2010)などと、医療・看護の分野において興隆してきた。また、経済産業省サービス産業人材育成事業の医療経営人材育成テキストとして、「マーケティング」が設定されるなど、官民共に、医療マーケティングの導入が積極的に実施されている。医療マーケティングは、①非営利組織のマーケティング、②サービス・マーケティング、その中でも、特にプロフェッショナル・サービス・マーケティングを基本としながら、③医療法による広告規制、診療報酬制度による価格統制などの医療政策の影響を受け、④需要の予測不可性、情報の非対称、外部性⁸⁸という特性を持つ業態の諸活動である。このような相違を考慮にしながらかマーケティング研究が展開されている。

日本の医療機関におけるマーケティングの必要性の背景として小木(2006, 2012)は、「①高齢者人口の増加に伴う医療サービスニーズの高まり、②医療市場の競争激化による顧客志向のシフト(高サービスの提供)、③慢性的な財政難、④経営効率化(主に無駄の削減)への取り組みの必要性、⑤アイデア創出の必要性、⑥顧客情報管理の徹底、⑦医療関連法規制の変化」を指摘している⁸⁹。また、真野(2002a, 2002b, 2002c)は、医療従事者にマーケティングが浸透しない状況を指摘して、①患者と医療従事者のマーケティングの必要性、②信頼財の側面が高い医療には必須であること、③患者(消費者)のニーズを探索する上でマーケティングの導入は適正だ、として現代日本の医療にとってマーケティングは必要であると訴えている⁹⁰。

以上のように、日本の医療マーケティング研究は、近年、質的充実と量的増加がみられるということができる。

⁸⁷ 戸田(2013, 81-106頁)によれば1980年代の中期から潮流が起るとされ、小林(2006)では2000年前後となっている。若干の開きはあるものの、1985年のAMAの流れを受け、日本に拡大している。

⁸⁸ 厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」ワーキンググループ報告書(案)より。

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/09/s0924-7a.html>, 2014年10月26日確認。

医療の特性として1「需要の予測不可性」とは、医療の対象である患者がいつ発生するのかが予測することができないことを指し、2「情報の非対称性」とは、患者と医療従事者の情報の差があり、3「外部性」とは、感染症対策などは、患者本人にも効果をもたらすが、社会全体にも効果、便益があることをさしている。

⁸⁹ 小木(2006)15-31頁、(2012)227-239頁。

⁹⁰ 真野(2002a)138-144頁;(2002b)113-118頁;(2002c)106-112頁。

3) 助産院マーケティング研究の提案

医療マーケティング研究が活気を帯びてくる 2000 年代には、病院・診療所を主とした産科医療のマーケティングに関連する論文の萌芽もみられるようになる。産科医療機関のリレーションシップ・マーケティング（富田・井上 2003）、産科の受療行動に関する広告とその規制（碓 2003a, 2003b, 2003c）、産科の受療行動に関するウェブサイトの利用（栗原 2003）などである。だが、これらは病産院を検討の対象としており、開業助産院については、開業助産院の特質を組み込んだ独自のマーケティングの考察が必要であると筆者は考えている。本章冒頭に、開業助産院のマーケティング研究がほとんどないと述べたのはこのためである。

本章第 3 節において助産院の製品戦略の詳細を述べるが、助産院と病産院との差は、助産師と共に自然出産をおこなう点にある。

近代医療システムの中にあつて、助産院の社会的使命や、助産院の助産師の責任とその社会的使命という基本的問題は、他の医療マーケティング、病院マーケティングと同一の地平で考察することは、不可能であると考ええる。助産院の本質を捨象しては、助産院のマーケティングの独自性は見失われてしまうであろう。この意味において、助産院マーケティングは、病院、診療所のマーケティングとは異なるものとして考察されなければならないと思われる。

病産院とは異なり医師が常駐していない開業助産院では、助産師が自律して助産を实践する事業体としての独自のマーケティング活動が必要である。現代の妊産婦がどのような出産施設を希望し、その中で助産院はどのように位置づけられているのか、そこで助産師に何を求めているのか、また、助産師は妊産婦が知らない潜在ニーズを呼び起こすことができているのか、実態の分析から始めなければならない。開業助産院が取り組まなければならない課題は山積している。

コトラーらは、顧客中心志向は、「すべての行動の中心に顧客を置くという、マーケティング哲学を構築し、また、マーケティングの大前提である、顧客のニーズと欲求に応える姿勢を貫くことである」（Kotler, P. and Andreasen, A 2003, 52 頁）としているが、開業助産院マーケティングの役割は、①助産院と母親、その家族、地域住民を結ぶ様々な活動の実施、②助産院の機能を公共に伝えるプロモーション活動を実施し、「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ（性と生殖の健康と権利）」の知識を伝承する、③その活動の中には、出産場所、出産方法など、女性の知る権利と具体的な内容を伝承する、このような諸活動によって出産という経験に否定的な要素を残さず、次の子育てへと継続可能な環境を創造することにあるといえる。

3 開業助産院マーケティングの独自性

助産院マーケティングの独自性を考察するにあたり、①消費者ターゲットの選定、②4P

戦略, ③消費者志向という理念など, マーケティングの主な要素はどのような実態なのか, まず, 全国助産院の市場に関係する背景からみていこう。

1) 医療改革とガイドライン

1948年に制定された医療法⁹¹によって医療機関の体制は充実し, このことにより医療の質は向上を果たし, 国民の健康は大きく改善した。だが, 現在は, 急速な少子高齢化, 地域間の経済状況, 疾病の構造変化, などによって, 医療は地域格差が生じている。このような事態を回避する目的で, 国民全体に医療を提供する体制を取るため1985年には「医療計画制度」がスタートした。以降, その時の国内の状況に応じて改定が行われている。

医療には, 「1 需要の予測不可性, 2 情報の非対称及び 3 外部性」という特性があることから, かつては, 政府が直接介入すべきものという見方があった。しかし, 1980年代以降では医療であっても市場原理を重要視する考え方へと方向が転換する。1990年以降は, 政府は市場の調整者としての役割と, 安全, 公平に対する監督的な役割への期待が強くなってきているといえる⁹²。

目黒(2007)によれば, 医療制度改革の背景には, 情報化の進展や, 世界に例を見ない少子高齢化の加速, そして, 市場原理や競争原理の導入などがあった⁹³。医療機関は, この医療制度改革によって「医療政策依存型の経営から, 自らの経営者的な判断と決断とを前提としたマネジメント能力依存型の経営」⁹⁴へと変わりつつある。いわゆる, 一般の企業と同様に, 市場を意識したマネジメントの能力を問われる時代になっていく。

医療計画では, 医療の機能別強化や, 医療機関の連携の取り組みがみられ, 助産院も医療連携の中に組み込まれ, 安全・安心の医療が提供できる体制が取られている。助産院に関連する医療外部環境の変遷としては, 第1章でも触れたように開業に関する制度や名称の変更などいくつかの改定が実施された。近年では, 2008年「産科婦人科診療ガイドライン」⁹⁵が刊行され, 2011年に内容の改定が行われている。2004年には, 「助産所ガイドライン」⁹⁶刊行され, 2009年, 2014年と内容の改定が行われている。両ガイドライン刊行の背景には, 前述しているが, 2000年以降に起きたいくつかの産科医療事件が存在している⁹⁷。医療事故が相次いだことで「産科医療崩壊」と報道は過熱し, 産科医療が危機的状況に追い込まれるという深刻な事態があった。産科医療の訴訟の増加, 産科医師の減少, 連携の

⁹¹ 「医療法」は, 1948(昭和23)年に荒廃した医療施設を整備することを目的に, 病院と診療所の区分, その病院における医療従事者や設備等の基準を定める法律として制定されたものである。(国立社会保障・人口問題研究所)。<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryuu/no.13/data/kaidai/05.html>

⁹² 厚生労働省「医療計画の見直し等に関する検討会」ワーキンググループ報告書(案)より。
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/09/s0924-7a.html>, 2014年10月26日確認。

⁹³ 目黒(2007)135-150頁。

⁹⁴ 目黒(2007)135-150頁。

⁹⁵ 『産科婦人科診療ガイドライン—産科編 2008』http://www.jaog.or.jp/all/document/guide_2008.pdf, 2014年10月26日確認。

⁹⁶ 『助産業務ガイドライン 2014』<http://www.midwife.or.jp/pdf/guideline/guideline.pdf>, 2014年10月26日確認。

⁹⁷ 産科医療崩壊, 産科医療事件などについては, 第2章, 13頁を参照されたい。

不備など、これまで潜在的課題としていたことが一挙に吹き出した時期であった。

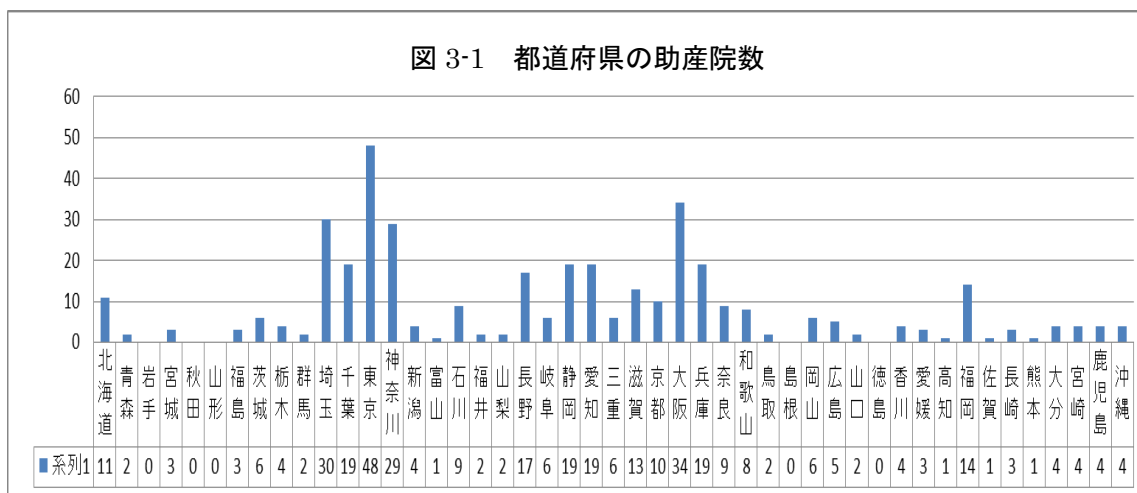
このガイドラインによって、助産院では対象となる妊産婦に関するいくつかの新たな規制が加わり、そのことによって、受け入れ可能な妊産婦の枠が縮小している⁹⁸。助産院は、このようにガイドラインや医療制度の規制の中にあって、マーケティング戦略を計画しなければならないのである。

2) 助産院の規模と市場

では具体的な助産院の状況をみていこう。

助産院の設置は、医療法第 1 条の「助産所設置基準」によって成り立っている。主な規制としては、ベッド数 9 床以下、医療連携機能を確保、開設者は助産師、助産院ガイドラインの順守、医療行為の内容制限、広告の規制、費用の公費負担金制度などであり、助産院開業は、いくつかの規制があり、保健所から許可を得て開業となる⁹⁹。わが国の出産施設は、病院、診療所と助産院、自宅及び施設外に分別され、2013 年の出生数の割合は、病院・診療所 99.1%、開業助産院 0.8%、自宅 0.1%となっている。近年の傾向は図 0-2 に示したように 2008 年以降、さらに漸減している。

では、全国の助産院の施設数はどのような状況だろうか。2012 年日本助産師会の調査によると開業助産院数は 393 ヶ所で、施設数も減少傾向にある。施設を都道府県別に概観すると、図 3-1 に示すように京浜、中京、阪神地域に多く、それ以外の地域での開業は少ない状況である¹⁰⁰。



出所) 日本助産師会 (2014), 82-84 頁より, 筆者作成。

⁹⁸ この点については、第 2 章の「出産数の減少の理由及びその対策」を参照されたい。

⁹⁹ 2014 年 9 月 17 日、「無許可助産院」として開業していた神奈川県の助産院で、医療事故が発生し、業務上過失致死などの疑いで書類送検された。日本助産師会は声明文を出し、事故を起こした助産院は、保健所に許可を得ずに開業していたこと、連携医療機関を定めていなかったこと、事件当日もまた現在も本会の会員ではないことから状況の把握は困難であり、詳細を承知できないとしている。

¹⁰⁰ 日本助産師会『助産師』(2014) 83 頁。

次に1施設あたりの出生数を確認する。第2章の全国助産院の実態調査（2013年12月末）では、全国の助産院の事業規模を明らかにした。表2-11が示すように、年間出生数の平均は34.9件であり、出生数49件以下の施設が77%を占めている¹⁰¹。2000年の調査では、出生数49件以下は48%であり、全国の漸減状況が明らかとなっている。

	1 助産院あたり 年間出産数	130 以上	129 ~110	109 ~90	89 ~70	69 ~50	49 以下	平均
2000年 ¹⁰²	助産院数	12	15	9	19	26	77	
n=158	平均出産数	178.5	119.1	98.8	79.4	58.6	23.7	61.2
施設あた り(人)	常勤助産師数	2.2	2.5	1.9	1.5	1.4	1.4	1.6
	パート数	1.5	1.3	1.7	1.3	1.8	0.8	1.2
	その他の常勤	1.5	0.7	1.0	0.6	0.5	0.8	0.8
	その他のパート	2.7	2.0	0.4	1.7	1.1	0.8	1.2
2013年	助産院数	3	7	3	6	17	122	
n=158	平均出産数	180.6	118.7	94.6	75.5	58.0	20.6	34.9
施設あた り(人)	常勤助産師数	5.3	4.0	2.3	2.6	2.0	1.4	1.7
	パート数	4.0	4.8	3.3	4.0	3.1	2.5	2.8
	その他の常勤	6.0	3.0	2.0	1.7	1.5	1.0	1.3
	その他のパート	8.3	4.2	4.5	6.7	3.1	2.3	2.8

出生数年間10件という助産院から200件以上という助産院までが存在し、分散の幅が広い。ただしこの数字は、今回の調査研究に参加した施設の値である。そこで、日本助産師会の調査をもとに¹⁰³、助産院1件あたりの年間平均出生数を算出した。その結果、全国の助産院で年間に取り扱われている出生数は、平均23.2件であった（2012年の値）。

では、出産した妊産婦はどのように構成されているだろうか。助産院のターゲットを考えるに際して、本稿のアンケート結果を確認してみよう。

本稿のアンケート結果では、前章で述べたように、病院、診療所に比べ助産院には経産婦が多く（図3-2）、有意な差が確認できた（ $p<0.001$ ）。この傾向は、過去の研究結果¹⁰⁴と大きな違いはない。ターゲット層としては、経産婦が優良な層であると考えられる。ただし、1人または2人しか出産しない時代において、経産婦だけをターゲット層とした場合では、数年後に再利用者が減少するという問題が生じると予想される。このことを考慮してターゲットを分析する必要がある。

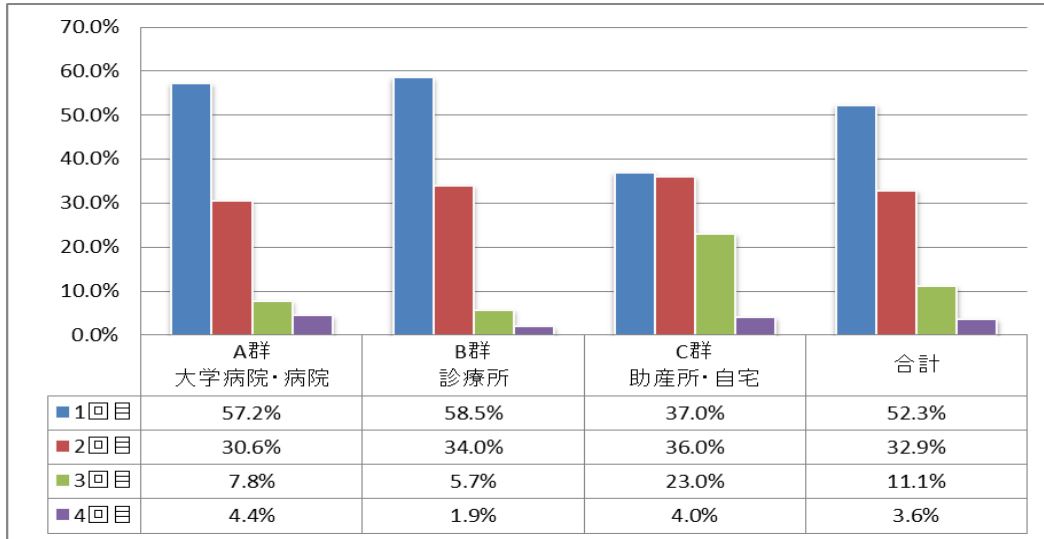
¹⁰¹ これを出産育児一時支払い金である42万円（2013年末の調査時点）で換算すると、助産院の総収入が算出される。出産費用は、出産育児一時金の直接支払い制度が実施されている。出産1件に対して支払われる額をいい、この中には、3万円の産科医療補償制度が含まれているために、施設に支払われる額は39万円になる。ただし、産科は自由診療であるために、出産費用には全国でもばらつきがある。日本産婦人科医会の調査では、東京都の平均が51.5万円であるのに対して、最低額の熊本県は34.6万円と地域格差がある（日本産婦人科医会 2010）。全国助産院の実態調査では、42万円から50万円以下の施設が中心であった。

¹⁰² 宮崎（2001）149頁、図表3の調査2000年に基づいている。

¹⁰³ 日本助産師会『助産師』（2014、83頁）のデータを用いて算出した。日本助産師会の2012年の調査データである。

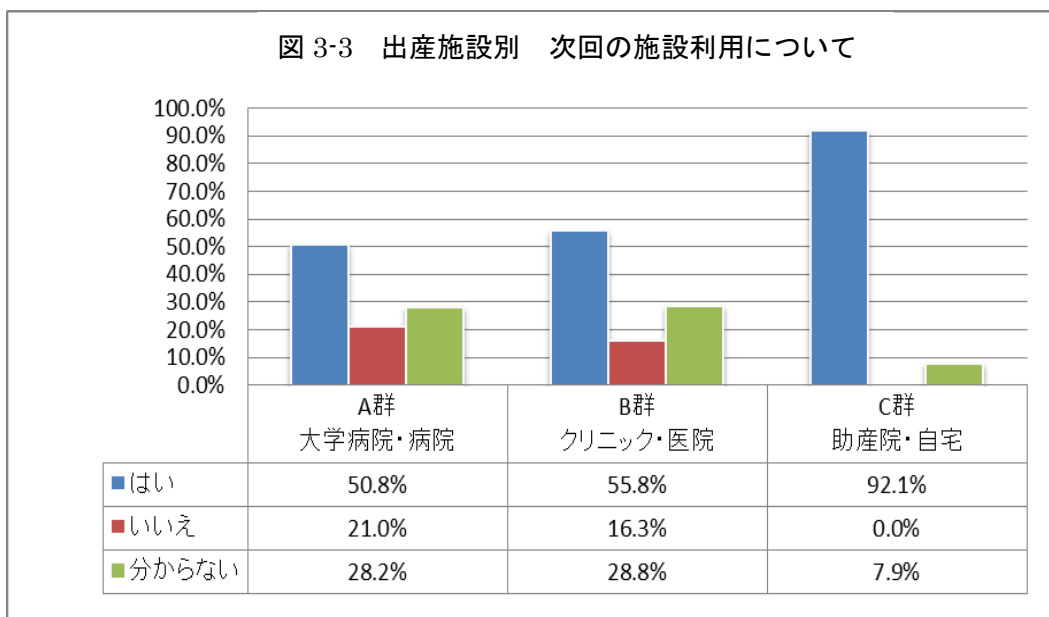
¹⁰⁴ 江守他（1988）1-11頁。

図 3-2 出産施設別 初・経産婦割合



次に、再利用の可能性を質問した本稿のアンケート結果の内容を確認してみよう。
 「次回も同じ施設を選択しますか」という質問に対して、「わからない・いいえ」と回答したものは、大学病院・病院群 49.2%，診療所 45.1%，助産院・自宅 7.9%であった（図 3-3）。
 この結果は、産科施設の選択肢が多い、東京都で実施されたことによる影響だと思われるが、助産院の再利用が 9 割以上であることに対して、大学病院・病院群，診療所群では約 5 割程度が次回施設変更する可能性を示唆している。

図 3-3 出産施設別 次回の施設利用について



本稿、第 2 章全国助産院の実態調査では、特に経産婦をターゲットとした事業は実施されていない。助産院では、これまでの経験から、事実上、セグメントとターゲットが決定していると思われる。この結果については、さらなる調査が必要である。

次に助産院の雇用状況を概観する。本調査における助産院職員数は、表 2-9 のように常勤助産師が平均 1.7 人、パート助産師が平均 2.8 人である。助産師以外の常勤職員は平均 1.3 人、パート職員は平均 2.8 人となっていた。ほとんどの助産院は、「小規模企業（商業・サービス業において、従業員 5 人以下）」に該当している¹⁰⁵。また助産院は、90.5%が 1 人で開業届けを出しており、助産師会立 4 件（2.5%）、グループ開業 5 件（3.2%）となっている。すなわちこれは、わが国開業助産院経営がきわめて小規模であり、助産師自らにより開業されたオーナー経営であると、特徴づけることができる。こうした零細性を持つ組織では、オーナーである助産師自身が経営の全てを実施しているか、または、重要なポストにすることが通常である。言い換えれば、助産院の経営とマーケティングの成否は、その経営者である助産師次第であるといえる。

だが、こうした小規模な助産院においては、マーケティング戦略で通常考えられる要素、すなわち、①消費者ターゲットの選定（STP 戦略）、②4P 戦略、③消費者志向という理念、④全体を戦略的視点で統一するためのバリューチェーンの管理、といった要素について、明示的・意識的に取り上げられるということはほとんどなく、経営者である助産師のこれまでの勘や経験で運営していることが多い。そうした勘や経験、言い換えれば、暗黙知的な知識に基づく行動が、助産院マーケティングには不可欠であり、助産院マーケティングの独自性を構成する要素となってきたのである。この問題は、助産院マーケティングの中核になるため、第 5 章において詳細に分析する。

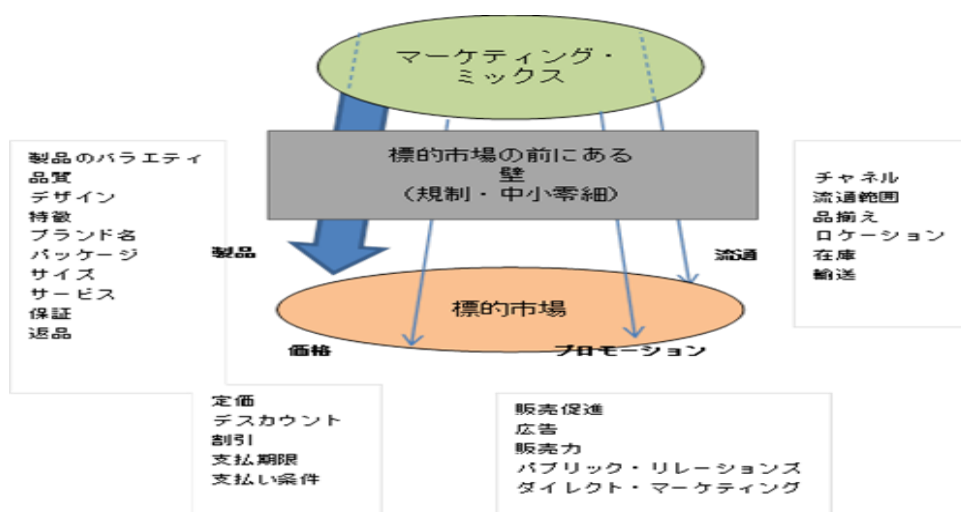
次に、助産院マーケティングにおけるマーケティング・ミックス 4P の状況を確認しよう。

3) 助産院マーケティングの 4P

マーケティング戦略の重要な要素であるいわゆる 4P を考えてみると、助産院経営では価格、広告、製品に法的規制があり、その規制の中で戦略を行使しなければならない。法的規制や規模を考えたならば、助産院マーケティングの 4P は図 3-4 のようになると考える。

¹⁰⁵ 中小企業白書によれば、「小規模企業」は「商業・サービス業において、従業員 5 人以下」をいう。中小企業の定義は、従業員 100 人以下または資本金規模 5,000 万円以下のものをいう。
http://www.chusho.meti.go.jp/faq/faq/faq01_teigi.htm#q8, 2014 年 9 月 6 日確認。

図 3-4 助産院マーケティングにおける 4P の変更図



出所) Kotler, P. and Keller, K. L. (2009), p.23.

Kotler・P (1982), p.108 の Figure1.4 筆者が訳のうえ、一部加筆・修正し作成。

4) 価格 (Price) ¹⁰⁶

助産院で消費者である妊産婦が支払う価格は、妊婦健康診査費用、出産費用の 2 つの柱で成り立ち、特に出産費用は助産院収入の柱となっている。その他、母乳ケア・相談の費用などである。

出産費用、妊婦健康診査費用には健康保険が適用されない。妊娠・出産は生理的行為であり、健康が破綻した傷病には該当しないという捉え方から、疾病医療には当てはまらないとされている¹⁰⁷。しかし、出産に関する経済的な負担を軽減するために、健康保険法等の医療保険法に基づく保険給付（現金給付）として出産育児一時金¹⁰⁸が支払われ、妊婦健康診査では補助金が当てられる。

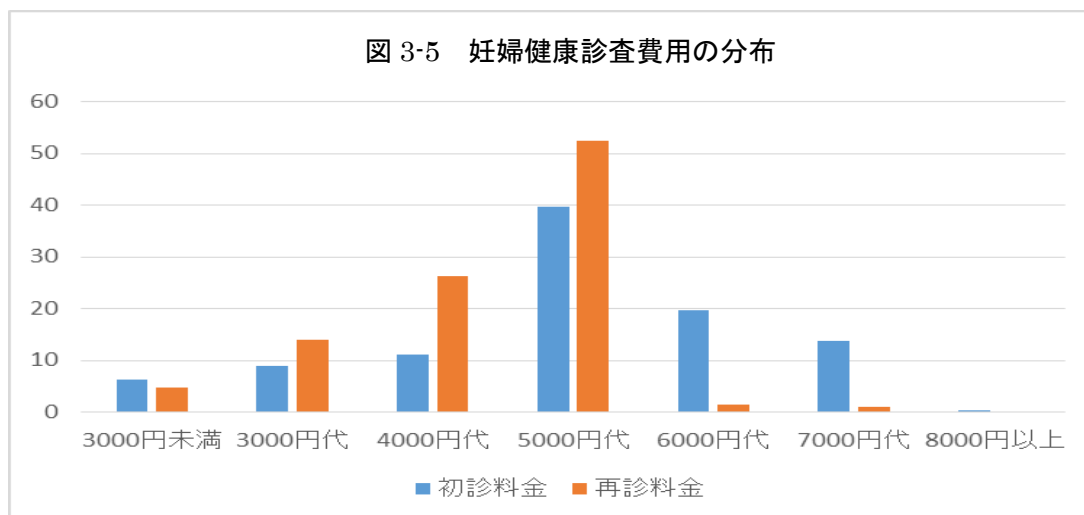
妊婦健康診査費用では、国・各自治体から補助金が給付されており、補助金以外に発生した費用を妊婦が自己負担している。妊婦は 10 か月の妊娠期間において平均 14 回の定期健康診査を受けることが理想とされている。その費用を各自治体で負担しているが、公費額は自治体によって異なっており、費用の全国平均は総額 97,494 円、1 回の費用平均は 6,963 円となっている。負担額の状況は、120,000 円から 49,999 円までと自治体によって

¹⁰⁶ 価格戦略について、医療法第 7 条 5 項の内容を確認しよう。「営利を目的として、病院、診療所、助産所を開設しようとする者に対しては、前項の規定にかかわらず、第 1 項の許可を与えないことができる」（青木編 2013, 281・282 頁）とある。つまり営利を目的として、開業しようとする場合には、開業に許可を与えないことができるということである。医療機関は、営利組織のような価格戦略が、実行されにくい事業体であるといえる 1 つの理由である。

¹⁰⁷ 日本産婦人科医会（2010, 4 頁）。

¹⁰⁸ 出産育児一時金の直接支払い制度は、健康保険組合が産婦に代わって出産した医療施設に直接支払う制度のことである。2014 年 9 月時点において、出産育児一時金等は 42 万円になっている。それ以上の額を支払う場合は、不足分を医療施設に支払い、それ以下の場合は、払戻金となる。

差がある¹⁰⁹。助産院もこの制度のもとで妊婦健康診査の費用を設定しており、価格の中心は図 3-5 のように補助金の平均額に近い料金となっている。



次に出産費用の価格状況を概観する。前述したように、出産費用は健康保険が適用されない¹¹⁰。現在は、「出産育児一時金」の 390,000 円と「産科医療補償制度¹¹¹」の 30,000 円の総額 420,000 円が現金給付される。ただしこの現金の受け取り方法は、「直接支払い制度」によって出産施設に直接支払われている¹¹²。

出産費用の現金給付は、1927 年の健康保険法によって始まった。現在の出産一時金の制度は、1946 年に始まった「標準報酬月額半分の支給」という方法の導入から始まり、1954 年に一般的となって「出産一時金」として対応されるようになった。1961 年には国民皆保険制度が導入され、被保険者、配偶者に現金給付が行われる。その額は、配偶者 3,000 円、被保険者 6,000 円であった。以降、高度経済成長時代と共に増額される。平成に入った 1994 年には、出産一時金と育児手当金を総合して「出産育児一時金」となり、300,000 円となった。さらに、2006 年には 350,000 円、2009 年には 390,000 円と増額されていく。前述したように、「直接支払い制度」に加入している施設には、出産 1 件に対して、産科医療補償

¹⁰⁹ 厚生労働省 2015 年 4 月 1 日の調査より

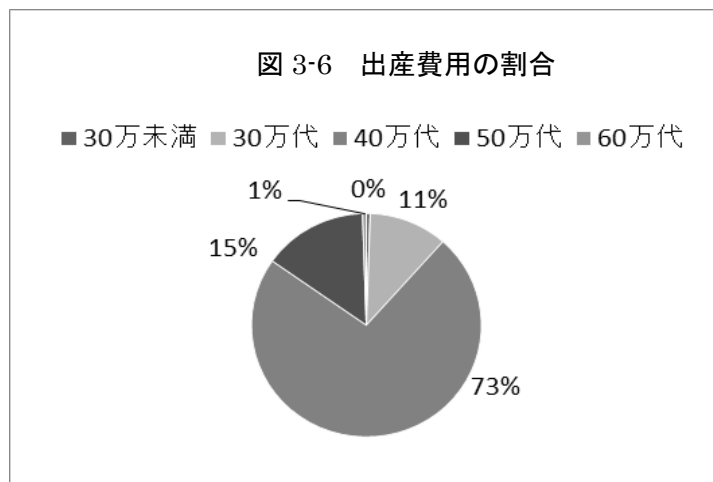
http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11908000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Boshihokenka/kouhifutan_1.pdf, 2014 年 9 月 10 日確認。

¹¹⁰ 妊娠、出産費用は健康保険が適用されないが、切迫早産、帝王切開術など、正常に経過しない場合には保険が適用される。

¹¹¹ 産科医療保障制度は、出産時に関連して発生した重症脳性麻痺児とその家族への経済的な負担の軽減を目的に、2009 年の 1 月から導入された、無過失補償制度である。「出産時の医療事故は、過失の有無の判断が困難な場合が多く、裁判で争われる傾向があり、このような紛争が多いことが産科医師不足の理由の 1 つとされ、また産科医師不足の改善や産科医療提供体制の確保が、わが国の医療における優位度の高い重要な課題とされた」。ただし、この制度の掛け金の妥当性、脳性麻痺の基準、補償水準などについて、2015 年 1 月より見直しを実施することになった（公益社団法人 日本医療機能評価機構）。

¹¹² 「直接支払い制度」を利用していない医療施設では、産婦が費用を受けてとり、出産した施設または自宅出産を介助した助産師に支払われる。

制度の 30,000 円と 390,000 円の総額 420,000 円が現金給付されている。今回の調査結果における助産院での出産費用は、400,000 円代が最も多く 73%であった（図 3-6）。



だが図 3-7・図 3-8 に示すように、出産費用は、出生数の多い助産院が高価格であり、出生数の少ない助産院ほど低価格の傾向を示した。この傾向は 2000 年の宮崎の調査と同様の傾向となっている。この原因としては、出生数が少ない助産院では職員の雇用も少なく（表 2-9）、従って低価格設定がしやすいと考えられる。また、出生数増加の対策として、低価格設定をしている可能性が考えられる。一方、出生数の多い高価格設定の助産院では、必然的に職員の雇用人数も多く費用を高くする必要があると考えられる。

助産院があるその地域経済の状態、施設の規模などによって、各助産院は出産と健診の費用を設定していると思われる。だが 73.0%の施設が 40 万円代であることからわかるように（図 3-8）、出産費用の価格は補助金額を考慮した価格設定になっている。このことは、開業助産院にとって、効果のある価格戦略を自律的に行使することはきわめて困難であることを意味している。

図 3-7 2013 年 出生取り扱い件数と出産費用

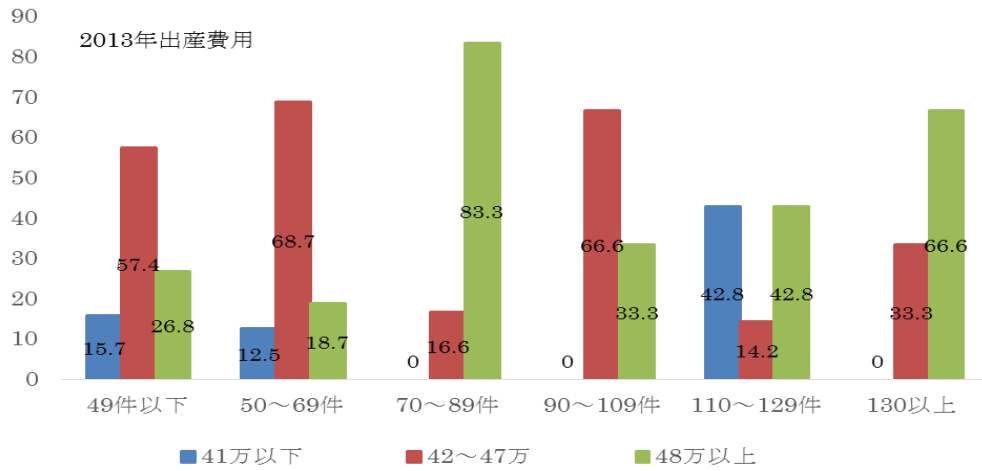
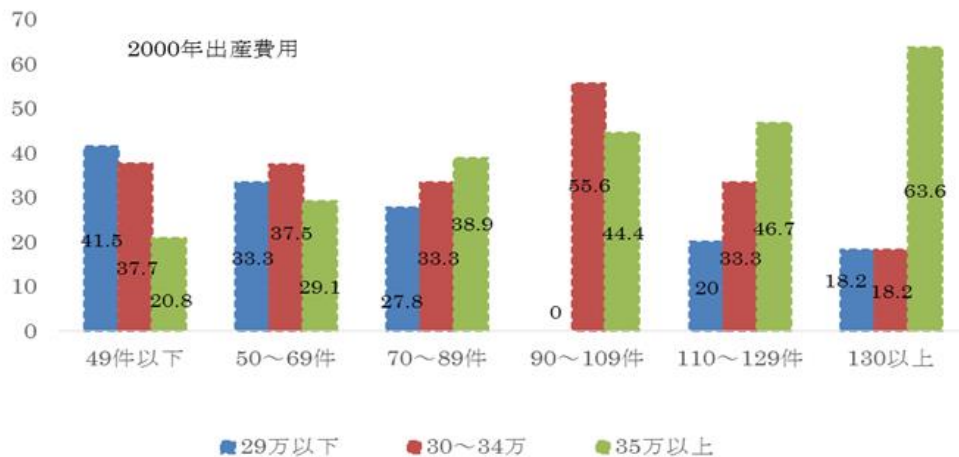


図 3-8 2000 年 出生取り扱い件数と出産費用



5) 場所 (Place)

助産院を開業する場所について言えば、小規模組織、零細、など新規参入時の資金確保が困難であること、また、中には家業であり移転が難しいケースなど、助産院の条件が多様であることから、利用者にとって利便性のよい魅力的な場所に助産院を開業するという戦略は行使が難しいことが考えられる。今回の調査で助産院の開業場所は、出生数 50 件未満の助産院は郡部に多く、出産数 100 件以上の助産院は都市部に多かった。助産院の中には、僻地など産科医師の少ない地域での開業¹¹³もあり、助産院マーケティングの場所の戦略では集客力ある場所や利便性だけを考えることができないのである。

¹¹³ この場合の緊急搬送などはエリアを超えて行われる。

6) 広告 (Promotion)

さらに広告戦略もまた、助産院マーケティングにおいてコントロールし難い要素を持っている。すでに第1章で確認しているように、助産院は、医療法第6条による規制に縛られており、他の医療施設と同様に、一般企業のような広告活動ができない。助産院の広告に関する規制によって、広告に顧問名を記載できない、助産師以外の名前を広告してはならないなどの制限がある¹¹⁴。だが2001年、2002年の広告規制緩和によって、情報提供できる内容は増えてきている。

広告とはみなされないコミュニケーション手段として、(1)新聞や雑誌の記事、(2)体験談、手記等、(3)院内掲示、院内で配布するパンフレット、(4)インターネット上のホームページ等が存在する。第4次医療法改正(2001・2002)以降は、ホームページを広告媒体とする医療機関が増加している¹¹⁵。今回の調査ではホームページの開設が多く、医療機関の情報発信としてホームページが重要なプロモーションツールであることが示された。さらに今回の調査では、少数ではあるが、助産院で出産した人の中にTV媒体があがっている。消費者は、TVなどからの情報に対して、マスメディアが選択した公平な視点として「信頼性が高い情報として受け止める」¹¹⁶といわれる。マスメディアなどの情報は、自らの組織がプロモーション活動をするのではないために、組織がその内容をコントロールすることはできないが、特に広告規制のある医療機関であり、広告資源の少ない助産院では、このパブリシティは貴重な広告資源になると思われる。

7) 製品 (Product)

4Pのなかでは製品戦略こそが、独自性と専門性が発揮される部分となり、助産院マーケティングの重要な戦略要素となっている。

では、助産院の製品とは何を指すのであろうか。

製品と聞くと、助産院の助産技術やケア・サービス¹¹⁷などをすぐに発想するであろう。

¹¹⁴ 日本看護協会助産師職能委員会 (2012) 180 頁。

¹¹⁵ 礎 (2003c) 786 頁。

¹¹⁶ 久保田 (2013) 211-212 頁。

¹¹⁷ サービス製品の特性を確認する。Kotler and Keller (2009, pp.349-352) は、サービスの基本的な特性として、1 無形性 (Intangibility), 2 不可分性 (Inseparability), 3 変動性 (Variability), 4 消滅性 (Perishability) の4つをあげている。

無形性 (Intangibility) は形がなく、購入前に確認することができない性質である。そのため消費者はサービスを知るためのエビデンスを事前に求める傾向がある。

不可分性 (Inseparability) は、製造と販売が同時に行われ、分けることができない性質のことである。変動性 (Variability) は、サービスの質が常に一定ではなく、変動していることである。サービスは、誰が、いつ、どこで、提供するかに大きく依存しているために、非常に変動性が高い。Kotler and Keller (2009, p.350) は、この特性を理解した品質管理をするために、「1. 優れた雇用と演習方法に投資する, 2. 組織内のサービス性能の手順を標準化する, 3. 顧客の満足度を観察する」のステップが必要であるとしている。

消滅性 (Perishability) は在庫できない性質である。サービスはその瞬間に消滅していく。

また、近藤 (2007, 29・30 頁) は、「4つの特性以外に顧客との共同生産」と「結果と過程の重要性」を挙げている。「顧客との共同生産」とは、サービスが顧客の反応によって生産側に影響が与えられる特

だが、Kotler (1982, p.291) の指摘は、「最も基本的なレベルは、『製品の核』であり、何を消費者が本当に探しているのか、本当に満足させてくれる製品は何か、という質問に答えるもの」¹¹⁸である。マーケターは、製品に対して真に消費者が何を求めているのか、核を明らかにしなければならない。

助産院のマーケティングを考察する上で、製品戦略は重要な要素であることから、次に日本の助産院で出産を希望する妊産婦の「製品の核」を考えてみよう。

8) 助産院製品の形態

第1章でも述べたように、助産師の業務は、保健師看護師助産師法の第3条によって「正常な場合の『助産』または『じょく婦若しくは新生児の保健指導』が中心」¹¹⁹だとされている。『助産所業務マニュアル』によれば、助産院で助産師が実施する行為は、助産として(1)分娩期の助産技術、(2)妊産婦の健康診査、(3)新生児の健康診査を行うことを挙げている¹²⁰。

だがこの業務内容には、病院、診療所の助産師業務と大きな違いがないように思われる。病院、診療所の助産師も出産の介助、妊産婦や新生児の健康診査を実施している。

では、助産院は何が異なるのであろうか。助産院の助産師業務の違いは、母子の安全のために医療連携を確保した中で、助産師だけで妊娠、出産、産後の全期間の健康診査及び指導と助産行為を実施していることである。助産院の出産が病院・診療所と決定的に異なる点は、医師がいない、緊急時における医療処置の実施以外、分娩誘発剤の使用・会陰切開などを実施しない点であり、出産は母親本人の産む力と助産師の技術に委ねられている。近代医療が発展している現代、少数ではあるが、妊産婦の中には「医療介入のない自然出産がしたい」「助産師と共に出産したい」「丁寧なケアを受けたい」「孤独な出産を避けたい」など、助産院出産への欲求がある。

助産院が社会に必要とされ組織されるにいたっている理由の1つは、ここにあると思われる。出産専門ジャーナリスト河合(2007)¹²¹は、助産院のことを「産む力を引き出す人と場」であり、「お産専門店」であると表現している。河合(2007)¹²²は、「助産師があなたにくれる一番のもの、それは時間」と表現し、助産院では妊産婦のあらゆる不安に応え時間をかけて心に寄り添い、身体に触れて女性との心の距離を縮めていくことに努めていると報告している。助産院の選択理由と産後の満足度における先行研究では、「女性としての誇り」¹²³「温かみのあるお産、家族に見守られたお産、疎外感のないお産」¹²⁴、「自力で

性を持つことを示している。「結果と過程の重要性」とは、サービス活動の結果を得る為には、顧客はそのサービスの過程も経験しなければならないことである。

¹¹⁸ Kotler P(1982), p.291.

¹¹⁹ 助産師の業務では、「助産師の業務に当然付随する行為」の実施、また「臨時応急の手当て」をすることは可能である(日本助産師会 2011, 3・4頁)。なお「じょく婦」は引用文のままである。

¹²⁰ 日本助産師会(2011) 66-89頁。

¹²¹ 河合(2007) 19-39頁。

¹²² 河合(2007) 19-39頁。

¹²³ 小林他(2008) 9-20頁。

自然に産みたい、主体的なニーズを受け入れてくれる施設」¹²⁵、「小規模、家庭的雰囲気、経営者の哲学が明確に示されていること」¹²⁶などが挙げられている。自然出産では陣痛は避けられない。苦痛を軽減することはできても、助産院では「苦痛を取ること」はできない。助産院の「製品の核」は、前述した内容からすれば、「助産師と家族に見守られながら、温かみのある出産、自力での自然出産」であり、その先に「女性としての自信と家族の絆形成」が中核となっているのである。

助産院マーケターの仕事は、ケア・出産介助などというような、単純に「製品」を提供するだけで無く、Kotler (1982, p.291) が言うように、「製品が、その背後にもつ本質的なニーズ」¹²⁷を明らかにすることである。

嶋口 (1996) は、サービスを本質サービスと表層サービスに分けて、本質サービスは「顧客が支払う代価に対して当然受けとると期待しているサービス属性」¹²⁸だと指摘している。助産院で出産を希望する人は、安全な出産を行うという基本サービスだけでなく、助産師の出産介助、自然出産、女性として自信を得られる出産などをも「当然受けとると期待するサービス」とみなしているのである。

9) 製品の多様性

では次に、基本的なサービス以外をみていこう。助産院では出産以外にもの様々なサービスとケアが準備されている。Kotler (1982) は、「製品ミクスの長さ」「製品ラインの深さ」で、多様な製品の分類を試みている¹²⁹。一方、嶋口 (1996) は、「不可欠ではないがよければよいにこしたことはないサービス属性」¹³⁰を「表層サービス」と表し製品を分類している。様々な製品を有することは、個々の助産院の独自性が発揮される部分である。『助産師業務要覧』(2012)¹³¹の中で、宮崎は、助産院の業務内容の一部として「出産準備や妊婦体操、食育、ヨガ、アクティブバースなどの教育、配偶者・パートナーケア、個別相談、性教育」などを指している。今回の全国実態調査では、妊娠・出産・産後・育児などを全般とした電話相談、マタニティクラス・安産クラスの実施、アロママッサージの実施、育児サークルの支援活動などが無料で実施されていた。また有料サービスとしては、母乳育児のための乳房マッサージ、ベビーマッサージ、鍼・灸、ヨガとマタニティエクササイズ、性教育、育児教室、などが実施されていた。サービスの多さは、病院・診療所より助産院が多いという調査結果があるように、助産院のサービスは多種多様である¹³²。

¹²⁴ 河合 (2003) 954 頁。

¹²⁵ 江守・前原 (1988) 1 頁。

¹²⁶ 堀内・島田・鈴木 (1997) 15 頁。

¹²⁷ Kotler P (1982), p.291.

¹²⁸ 嶋口 (1996) 66 頁。

¹²⁹ Kotler P (1982), p.290.

¹³⁰ 嶋口 (1996) 66 頁。

¹³¹ 日本看護協会助産師職能委員会監修 (2012) 176-201 頁。

¹³² 新野・市川・鈴木 (2011) 168-175 頁。

10) 助産院の「消費者志向」

本稿第 2 章「消費者の動向」のアンケート結果を再確認すると、助産院で出産した人の選択理由は、①助産師が実施する時間をかけた丁寧な妊婦健診を望み、②家族立会い、自然出産、フリースタイル出産、医療介入の少ない出産を希望し、③母児同室で母乳育児の相談が実践されている④産後長期に頼れる、⑤育児相談が受けられることなどを希望していた。助産院の製品には、助産師と行う自然出産と母乳育児への支援が中核となり、それを支えるための周辺に、多くの付随したサービスが準備されている。さらに助産院の特性としては、以上のようなサービスを少人数制によって実践している¹³³。

宮崎はこのような助産院の体制について「個別の継続管理体制」であると述べている¹³⁴。病院・診療所は、助産院に比べ規模が大きく機能別に助産師職員を配置しなければならない。つまり、妊婦は母親になるまでの期間に、妊娠期間は外来職員、出産は分娩室職員、産後は産褥室職員というように、3つのセクションの助産師職員と関わることを余儀なくされる。だが、助産院では個別の継続管理という体制によって、妊婦と助産師は顔の分かる人間関係となり、その結果、ひとりひとりの欲求を把握することが可能となっている。これが病産院と助産院の大きな違いである。このことは、言い換えれば、助産院は、助産院を選択してきた妊産婦に対して、妊娠、出産、産後のすべての時期に、顧客である女性たちを中心において、相手の求めるニーズと欲求に応えるように取り組まれている施設であるということの意味しているといえる。助産院の消費者志向は、前節を含め、これまで示したように助産師の出産介助、自然出産、女性として自信を得られる出産と子育てを提供していることによって実現していると言える。

だが、そうだとすると、最大の問題は、助産院のこのような「顧客志向」が、顧客の増加に結びついておらず、かえって顧客が減少している実態である。非営利組織のマーケティングにおいても、マーケティング・マネジメントの主体であるマーケターの責任は、「交換を創造し、構築し、維持する職業である」とされている¹³⁵。マーケティングは、顧客の行動に影響を及ぼして顧客を拡大していくことができなければならない。助産院のマーケターの責任及び役割については次章で考察する。

¹³³ 病院・診療所では、妊娠・出産・産褥の各期の医療サービスを、たとえば外来担当、分娩室担当、産褥室担当、新生児室担当など、各部署にわかれて実施するところが大半である。しかし、近年では、出産の満足度調査を受けて、助産院のような継続管理体制が見直され、実施され始めている。河合（2003, 956 頁）によれば、「助産院は小集団であるが、その影響力は小さくなく、病院などの産科医療に対して、改善の方向を明快にしている」。

¹³⁴ 日本看護協会助産師職能委員会監修（2012）191 頁。

¹³⁵ Kotler, P. and Andreasen, A（2005, 54 頁）。マーケティング・マネジメントの定義は、「マーケティング・マネジメントは、ターゲット顧客の行動に影響を及ぼすことを目的とした計画とプログラムの実施プロセスであり、それは、個人的・組織的な目標を達成するために、有益な交換の創造と維持をおこなって行われる」である。

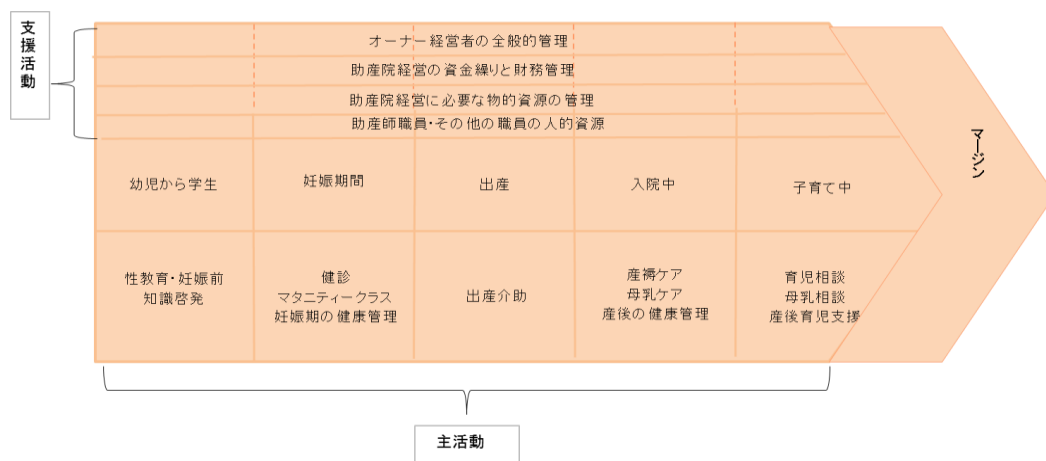
4 助産院バリューチェーン¹³⁶

以上のように助産院の製品戦略を概観すると、助産院で実施されているケア・サービスは、幼児期の性教育から始まり、妊娠、出産、産後から、育児期間までの長期間であり、継続的管理が実施されている。このことを追究することは、助産院事業の全体を戦略的視点で統一するためのバリューチェーン管理に相当すると考えられる（図 3-9）。

図に助産院のバリューチェーンを示す。

それぞれの助産院によって、その地域の特色を捉えた多様なサービスが準備されているはずであろう。こうしたバリューチェーンが有効に機能することにより、助産院の出産は、顧客の満足度調査において病院・診療所に比べ、常に高い満足度の値を維持していると考えられる¹³⁷。助産院のマーケティングは、妊産婦の欲求が叶えられる個別対応とバリューチェーンの管理によって成り立つのであり、このことを意識的・戦略的に追究することが助産院のマーケティング戦略になると考えられるであろう。

図 3-9 助産院の Value Chain



出所) Porter.(1985) p.37. 筆者が訳のうえ、一部加筆・修正し作成。

これまでみたように、「助産院マーケティング」は、4P の諸要素のなかでも製品戦略こそが、助産師の専門性、独自性を発揮できる最も重要な要素と捉えることができた。

製品戦略を駆使することは、助産院マーケティングの成否に関わってくると考える。

価格やプロモーションなどのマーケティング戦略手段が法的に制限されるなかで、開業

¹³⁶ バリューチェーンは、M.E.ポーターが『競争優位の戦略』（1985）で用いた言葉とそれを概念図にしたものである。伝統的なバリューチェーン（Value Chain）は、主活動と支援活動により構成されている。バリューチェーンは、企業の外部から原料を受け取り、保管し配分する購買物流活動、原料を製品にする製造活動、製造を集荷・保管・買い手に届ける出荷物流活動、販売・マーケティング活動、その後の維持、サービス活動から構成される（Porter, M. E. 1985, pp.33-61）。

¹³⁷ 堀内・島田・鈴木他（1997）；佐藤・加藤・伊藤他（2007）；島田・縣（2007）；島田・大橋（2007）。

助産院がコントロール可能な製品戦略に関する判断と実行は、事実上、オーナーである経営者としての助産師に委ねられてきた。零細な規模で個人で開業していることが一般的である助産院の場合、その製品戦略が組織的に定式化されることはほとんどなく、開業している助産師＝経営者の勘と経験に基づくリーダーシップに委ねられてきたというのが実態であった。このことは、助産院マーケティングの実態分析のためには、経営者の「手腕」についての分析が必要であることを意味している。こうした個人の「手腕」は、これを成功している助産院について言えば、開業助産師＝経営者のアントレプレナーシップの発露として理解することが可能である。こうしたアントレプレナーシップは、通常は「個人の能力」として客観化されず、彼女が体現する戦略は、彼女の行動や日々の言動と一体化しており、いわば彼女のなかに「埋め込まれている」「暗黙知」として形成されると考えることができる。

Kotler and Keller (2009)は、かつてない厳しい競争環境の中で、企業が生き残るのは、強いカスタマー・リレーションシップだと述べ、「マーケターは一顧客との過程の中で、情報、絆、そして、エネルギーを与えることさえ、顧客とつながらなければならない」¹³⁸と述べているが、ここでの問題は、開業助産師＝経営者のアントレプレナーシップが、顧客とどのような繋がりをつくり出して形成し、維持しているかを明らかにすることである。

次章では、こうした問題意識から、調査対象は、開業年数 25 年間の M 助産院を対象として、助産院マーケティングの実態分析を行うこととした。この助産院のオーナー助産師は、医療功労者を受賞するなどいくつかの賞を受賞し、また、同助産師の年間出生数は、全国で常にトップクラスを維持しており、さらに助産関連の雑誌及びテレビ・新聞など各種メディアから紹介を受けている。

この質的調査を行うために、以下では、アントレプレナーシップの概念と実践コミュニティという 2 つのキー概念を用いて、M 助産院の分析を試みる。

¹³⁸ Kotler and Keller (2009), p.119.

第 4 章 助産院マーケティングにおけるアントレプレナーシップとその基盤としての実践コミュニティ

1 はじめに

第 3 章で整理したように、助産院経営・マーケティングでは、助産院の経営者＝ marketer である助産師の存在が重要であり、革新的事業内容を実践している助産院の経営者は、そのアントレプレナーシップ (entrepreneurship) として助産院の経営・マーケティングを実施している。この実態を調査・分析するために、第 5 章では質的調査を実施するが、本章ではその前提として、2 つのキー概念について概観する。

本章の構成は次のようになる。

まず第 2 節では、アントレプレナーシップを理解するために、基本となるアントレプレナーの語源やシュンペーターの概念とその概念に関係する議論について触れ、次にアントレプレナーシップを「精神」とする立場と「行動」とする立場の研究についてまとめ、さらにアントレプレナーシップ研究の動向を整理する。第 2 節の最後は、アントレプレナーシップの新たな研究潮流に触れ、本稿がなぜアントレプレナーシップの分析視角に実践コミュニティを適用するのか、第 3 節への導入を示す。

第 3 節では、まず実践コミュニティとはどのような概念なのかその生成に触れ、次に、実践コミュニティの構成要素やその他の諸概念－文化的透明性・意味の交渉など－をまとめ、さらに実践コミュニティへの批判的な論考について触れていく。そして最後は、経営学研究－特に本章ではアントレプレナーシップの研究－における実践コミュニティ概念の可能性を整理する。

2 アントレプレナーシップ

1) アントレプレナーの概念

アントレプレナー (entrepreneur) ¹³⁹はフランス語が語源とされ、古くは 14 世紀の書物に記載があるが、その言葉を経済学の概念として著作の中ではっきりと表した人物が 18 世紀の事業者・財務官であるリーシャン・カンティヨン (Cantillon, R. 1680?~1734) だといわれている¹⁴⁰。当時は製造業、建設業などの事業を担う者や、農産物の卸業などを示すことに使われていた。アントレプレナーの定義は多様であるが、経済学に登場した起源から近年に至る歴史を研究した『企業者論の系譜』¹⁴¹ (Hebert and Link; *The*

¹³⁹ entrepreneur を「アントルプルヌア」と訳す文献もあるが、本稿ではアントレプレナーとする。

アントレプレナーの邦訳は、引用文献の原著以外で特に指定がない限り、本稿では「アントレプレナー」として統一して使用し、時に必要な場合においては、「企業者」として表記する。

¹⁴⁰ Hebert and Link (1984). 邦訳。

¹⁴¹ アントレプレナー (entrepreneur) 翻訳は、「企業者」以外にも「起業家」という訳も多くみられる。

ENTREPRENEUR Main Stream View and Radical Critique,1982. 邦訳 1984) は、「経済学における企業者の役割と本質に関する歴史的な記録は、残念ながら一様ではない」としながらも、企業者の役割と本質における研究者の歴史的な記録を次のようにまとめている。

- ① 企業者とは、不確実性と結びついた危険を負担する者である
- ② 企業者とは、金融資本の供給者である
- ③ 企業者とは、革新者である
- ④ 企業者とは、意思決定を行う者である
- ⑤ 企業者とは、産業の指導者である
- ⑥ 企業者とは、管理者あるいは監督者である
- ⑦ 企業者とは、経済資源の組織者あるいは調整者（コーディネイター）である
- ⑧ 企業者とは、企業の所有者である
- ⑨ 企業者とは、生産要素の雇用者である
- ⑩ 企業者とは、請負人（コントラクター）である
- ⑪ 企業者とは、さや取り業者である
- ⑫ 企業者とは、選択可能なくつかの用途に資源を配分する者である

川本（2007, 38 頁）は、アントレプレナーの特質の変遷を、「(社会的) 価値の創造」(セイ), 「イノベーション」(シュンペーター), 「機会と変化」(ドラッカー) そして「資源の動員」(スティーブンスン), とまとめている。このように、アントレプレナーの定義は研究者によって多様である。アントレプレナーの概念を今日のような重要な概念に押し上げたのは、いうまでもなく、経済学者シュンペーター (Schumpeter,1883-1950)¹⁴²である。「企業家論の代表選手は何といてもシュンペーターである。企業家の役割の重要性を印象づけたそのインパクトの強さと鋭さにおいて、彼は一頭地を抜きん出ている」¹⁴³。

シュンペーター概念の特徴は、「創造的破壊」を起こし資本主義を突き動かす革新者—すなわちイノベーション¹⁴⁴を起こす人—としてアントレプレナーを捉えたことである¹⁴⁵。よ

本稿では、アントレプレナーはその行動が「起こす」のみに留まらず、起業という意味も一部包括している「企て」ることを重視して「企業者」とする。米倉（2004, 26-65 頁）は「アントレプレナーを単純に起業家とあてはめることは、この言葉本来の意味を矮小化する可能性がある。」と述べている。

¹⁴² シュンペーター (Schumpeter 1883-1950) は、「イノベーション」という概念を経済学の中心に据えた、20 世紀の偉大な経済学者」と表現されている (吉川 2009, iv 頁)。

¹⁴³ 池本 (2004) 9 頁。

¹⁴⁴ イノベーション (innovation)。日本における一般的な狭い意味では「革新・刷新」(広辞苑), 「特に、経済発展の機動力となる技術革新」(明鏡国語辞典) として用いられることが多い。しかし本来のシュンペーターのイノベーションは、「新結合」であり、「新結合」を行う人が「企業者」であるとした(根井 2001, 吉川 2009, 41-63 頁)。著書『経済発展の理論』で述べる「新結合」という概念が、後に「イノベーション」として用いられるようになったといわれている。「イノベーション」と「創造的破壊」の2つは、

く知られているように、シュンペーターは、イノベーション¹⁴⁶について、古典的著作『経済発展の理論』（1934）で次の5つの「新結合の遂行」と定義した。

- ① 新しい財貨の製造—すなわち消費者のまだ知らないクオリティの良い新製品。
- ② 新しい生産方法の導入—産業において未知な生産方法の導入。—これは商品の取扱の新方法も踏んでいる。
- ③ 新しいマーケットの開拓—すなわち、まだ紹介されていなかったマーケットの開拓、—ただし、このマーケットが既存のものでも問わない。
- ④ 原料或いは、半製品の新しい資源の獲得—この場合でも、資源がすでに存在しているか否か、それがはじめて創りだされるかは問わない。
- ⑤ 新しい組織の達成—独占の形成（たとえば、トラスト—企業合同—）や、独占の打破である。

出所) Schumpeter(1934), p.66 (筆者邦訳)。

このアントレプレナーを語る上で最もよく知られたシュンペーターの概念は¹⁴⁷、しかしながら、アントレプレナー像が個人的な能力に限定されて描かれているという特徴を持っている。さらに、アントレプレナーは、「創造的破壊」という積極的で革新的イノベーションの担い手であり、いわば資本主義体制の守護神としての「聖なる企業家像」¹⁴⁸として表現されている。

だが、池本（2004）も指摘しているように、現実的にわれわれが日常目にする実業家たちは、「聖なる企業家像」¹⁴⁹というよりは、リアリティを持ったもっと身近な企業者であり、いわゆる「世俗的企業家像」ともいうべき存在である。池本（2004）は、シュンペーターのいう「聖なる企業家像」と「世俗的企業家像」の間にあるギャップが、シュンペーターが企業者機能の発揮を個人的業績で捉え、企業者が組織の中で果たす役割について触れな

シュンペーターの代表的用語として使用されることが多い。

¹⁴⁵ Hebert and Link (1982). 邦訳 1984年, 124-141頁。

¹⁴⁶ イノベーションについて、「マネジメントの父」と呼ばれたP. ドラッカー（1950-2004）は、『イノベーションと起業家精神（上）』において、イノベーションを次のように述べている。

「イノベーションとは、技術よりも、経済や社会にかかわる用語である。（中略）供給にかかわる概念よりも需要にかかわる概念、消費者が資源から得られる価値や満足を変えることと定義することができる」（ドラッカー 1997, 49頁）。

さらに、イノベーションをアントレプレナーにとって必要な道具であると捉え、技術やモノを必要とするより、社会的イノベーションに匹敵するイノベーションはないとして、人々の価値や満足を変えることをイノベーションだと定義している（ドラッカー 1997）。

谷本（2009, 31頁）は、イノベーションとは「何か新しいものを初めて取り入れること、また今あるものを新しいものに変えることであり、経済活動におけるイノベーションは経済的成果をもたらす革新」と定義している。

¹⁴⁷ 池本（2004）；川本（2007）；谷本（2006）；吉川（2009）。

¹⁴⁸ 池本（2004）30頁。

¹⁴⁹ 池本（2004）30頁。

かったことに起因していると述べている¹⁵⁰。この「聖なる企業家像」と「世俗的企業家像」の違いの根底には、企業家がかかわるイノベーションが「創造的破壊的（または根本的）イノベーション」であるのか、「漸次的イノベーション」をも含めるのかの違いがよこたわっているといえる。

だが、「聖なる企業家」であれ「世俗的企業家」であれ、ここで確認すべきことは、これまでのアントレプレナーの議論では、イノベーションの能力が、どのような社会的関係によって生み出されるのかという議論が不十分ではないかという点であり、このことは、以下で述べるように本稿で最も重要な論点となる。

2) アントレプレナーシップの概念

次に、アントレプレナーシップ (entrepreneurship) という用語についての整理をしておこう。

アントレプレナーシップは、第1に、「企業者精神」「起業者精神」などというように、「ship」を「精神」と訳し、心理的特性や思考の特性など個人的な能力の共通性を見出すという属性アプローチへの研究を挙げることができる¹⁵¹。だが、第2に、こうした立場とは異なり、アントレプレナーシップを「企業者行動」、ないしその効果としての「企業者機能」と訳し、企業者がどのように行動し、またその行動は人・組織との関係のなかでどのような機能を果たしているのかを研究する立場がある¹⁵²。またこれとは別に、未だに定義の確定が無いとする立場も存在する¹⁵³。

3) 「企業者精神」としてのアントレプレナーシップ

アントレプレナーシップの研究では、研究当初、心理学的な理論を基礎とした分析研究が主であったとされている¹⁵⁴。

それは「企業者はどのような人か」、「その人には特別な気質・性質があるのか」、「他の人との違いはどのような点か」など、成功している企業者の特徴を炙り出そうとした研究になる。

こうした研究では、達成欲求や、好奇心、自己効力感など心理学的分析を行い、個人的な能力に焦点を当てた内容が主流となる。また、企業者の生い立ち、親族の職業、親世代の資産にまでおよぶ研究も登場してきた¹⁵⁵。たとえば、佐藤（2006）ではアントレプレナーシップを「①セレンディビティ、②逆境に打ち勝つマインドセット（あきらめない；ポジティブ思考）、③高次の目標の設定、④不断の創意工夫、そして⑤コンピテンシー」の

¹⁵⁰ 池本（2004）30頁。

¹⁵¹ 岩下（1998）；大津・西田（2004）；佐藤（2006）；田中（2006）。

¹⁵² 池本（2004）；久保（2005）；土肥（2006）。

¹⁵³ 原（2002）。

¹⁵⁴ 久保（2005）；土肥（2009）。

¹⁵⁵ 福島（2002）は、アントレプレナーシップの形成要因における諸外国の研究を概観し、親世代の資産、職業などの対比を示している。

5つの要素にまとめている。また久保（2005）は、わが国の属性研究の特徴的な概念をまとめ①達成動機、②統制の所在、③リスク選択性向の3点が挙げられると指摘した。

アントレプレナーシップを「企業者精神」と訳すことで、アントレプレナーシップは企業者の精神や性格のみを表現することになり、その研究の傾向は、心理学的理論での分析研究になると捉えられたのであった¹⁵⁶。この流れは、アントレプレナーをヒーロー化するという限界を持ち、これによってアントレプレナーの行動内容の分析をおざなりにするという危険性をはらんでいる。さらに、経験などの時間経過によって属性が変化するという点が考慮されていないという問題を抱える結果になることも指摘されている¹⁵⁷。一度企業者としての資質が確定したらそれは永遠にそのままなのかといった疑問や、資質に関わる遺伝子があるのかといったレベルにまで疑問が広がっていく危険性を持っているであろう。久保（2005）は、「属性アプローチは限界があり、今後の発展性が見込まれないことが多くの論者から指摘されている」と述べている¹⁵⁸。

以上のような議論の問題点を考慮に入れると、アントレプレナーシップを具体的な「活動、行動」およびその「機能」といった、よりリアリティのある実践的な側面に焦点を当てる研究潮流の方が、内容がより豊かであるように思われる。

4) 「企業者行動」としてのアントレプレナーシップ

本稿では、アントレプレナーシップを「企業者行動」として捉える。

では、精神論に依拠しない、具体的な行動（行為）としての「企業者行動」はどのような内容を持つのであろうか。

池本（2004）は、「企業家機能（entrepreneurship）の本質は、市場における不均衡の中にビジネスチャンスを見出し、その実現にともなうビジネスリスクを引き請ける決断をすることである」¹⁵⁹とし、図4-1のように示している。カーズナーは、問題を発見し、社会のニーズに応えるビジネスを創出する「ビジネスプランの発案」に注目した¹⁶⁰。ナイトは、ビジネスプランの遂行には、そのイニシアティブを産むパワーが源泉であり「危険負担の意志」が必要となる点に注目した¹⁶¹。ペンローズは、ビジネスの遂行には組織形態を取るが、人の力、役割、意欲を引き出す（組織管理能力）が不可欠であると「組織管理能力」に注目した¹⁶²、とされている。

¹⁵⁶ 久保（2005）。

¹⁵⁷ 久保（2005）；土肥（2006）。

¹⁵⁸ 久保（2005）72頁。

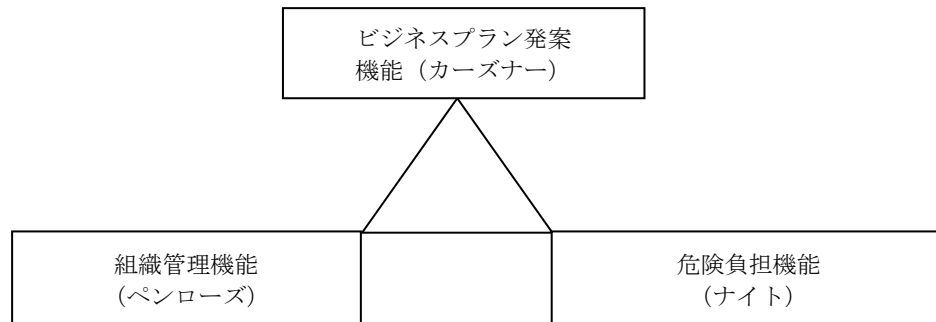
¹⁵⁹ 池本（2004）243頁。

¹⁶⁰ 池本（2004）112-137頁。

¹⁶¹ 池本（2004）138-167頁。

¹⁶² 池本（2004）168-184頁。

図 4-1 企業家機能の概念図



出所) 池本 (2004) 246 頁。

池本 (2004) は、この 3 つの機能「ビジネスプランの発案」「危険負担の意志」「組織管理能力」は、交差する部分を持ちながら「企業家機能」を織り成しているとしている¹⁶³。

バイグレイブ・ザカラキス (2009) による『アントレプレナーシップ』では、「起業活動とは、事業機会を実現するために行う組織づくりや事業機会を認識することに伴う活動、行動、そして機能のすべてを含んでいる」¹⁶⁴と定義されおり、精神より具体的な人間の行動に視点が置かれている。

アントレプレナーシップは、才能や気質といった「企業家精神」ではないと捉えたのは、ドラッカーも同じであった。ドラッカー (1993) は、『[新訳] イノベーションと起業家精神 (上) —その原理と方法—』¹⁶⁵において、「起業家の性格や心理についてではなく、その姿勢と行動について述べる」とし、アントレプレナーシップを行動と受け止めていることを示している。

アントレプレナーシップの分析は、何を、どのように、いつ、いかにして行うのか、といったより日常的な実務を分析することであり、「方針と意思決定、機会とリスク、組織と戦略、人の配置と報酬」これらをいかにして行うかが企業家の行動であるとした。

同様な捉え方は、わが国のアントレプレナーシップを研究する論者らによっても行われている。米倉 (2004) は、アントレプレナーシップを「精神」と翻訳すると「精神のあり

¹⁶³ 池本 (2004) 246 頁。

¹⁶⁴ Bygrave.W and Zacharakis A (2008). 邦訳 2009 年, 3 頁。邦訳本『アントレプレナーシップ』では、Entrepreneurship は「起業家」と訳されている。彼らの起業家の特徴は、新しく事業をはじめる人はすべて起業家と捉えているところである。

¹⁶⁵ 本稿がこの場合に用いた参考文献は、以下の 2 冊である。

- 1, Drucker, F.P. (1993a) . *Innovation and Entrepreneurship*. Harper & Row. 邦訳, P.F ドラッカー (1997) 『[新訳] イノベーションと起業家精神 (上) —その原理と方法—』上田惇生 訳. ダイヤモンド社。
- 2, Drucker, F.P. (1993b) . *Innovation and Entrepreneurship*. Harper & Row. 邦訳, P.F ドラッカー (1997) 『[新訳] イノベーションと起業家精神 (下) —その原理と方法—』上田惇生訳, ダイヤモンド社。訳者の上田惇生によれば、旧訳では『イノベーションと企業家精神』のタイトルのように、「企業家」と邦訳していた。新訳より訳語を「起業家」に変えたと示されている。よって本稿が上記の文献を用いる場合においては、訳語のまま「起業家」としている。

方を示す言葉になってしまい、社会科学の対象からますます離れつつあるように見える」¹⁶⁶と指摘している。また、久保（2005）は、「アントレプレナーシップとは、企業家が不確実性の中に機会を見出し、リスクを取りながらイノベーションを達成し（機会を活用し）、そこから得られる企業家レントを追求する行動やプロセスとみなすことができる」¹⁶⁷と述べている。アントレプレナーシップの分析では、精神面や性格、心理面などの枠内に留まるものではなく、行動や機能といったより具体的な実践を知る必要がある。では、アントレプレナーシップの具体的な分析はどのように行われてきたのであろうか。

5) アントレプレナーシップ研究の動向

Hebert and Link（1984）がまとめた18世紀から1980年代までの企業家研究史『企業者の系譜』によれば、シュンペーター以降、アントレプレナーは新結合の担い手としての個人という捉え方に大きな変化はみられない。シュンペーター的アントレプレナーは、ごく一部の才能を持った選ばれた人物として表現され、研究されてきた¹⁶⁸。安田（2010, 102頁）も、19世紀末から20世紀中ごろまでの初期のイノベーション研究では、アントレプレナーシップは、イノベーションを完遂する主体＝個人という視点の研究が中心であったとしている¹⁶⁹。

しかし、安田（2010）は、「シュンペーターのアントレプレナー像は、あまりにもユニークだったためにか、あるいは世界恐慌とケインズ革命という時代のせい、エリート主義（森嶋 1994, 50-62頁）¹⁷⁰のせい、20世紀前半～中盤にかけてケインズ経済学の陰に隠れた存在になった」¹⁷¹としている。すなわち、シュンペーターのアントレプレナー像からくる影響と当時の社会的背景から、アントレプレナーシップの研究潮流に変化が現れてくるのである。またイノベーションの研究においても、主役はアントレプレナーであるとしながらも、「イノベーションを遂行するのは現場の従業員の魂、すなわち“名も無きヒトの集団”が主役の座にいる」¹⁷²状況へと変遷している。

Busenitz（2007）の報告では、1960年代～1980年代前半まで隆盛だったアントレプレナー個人を単位とするイノベーション研究が、「1980年代～1990年代には全くない状態」¹⁷³になったとしている。

このようにアントレプレナーの研究は、徐々に、主体＝アントレプレナー個人から、主

¹⁶⁶ 米倉（2004）54頁。

¹⁶⁷ 久保（2005）71頁。

¹⁶⁸ 根井（2001）。

¹⁶⁹ 安田（2010）102頁。

¹⁷⁰ 森嶋（1994）は、近代経済学がどのようなビジョンに基づいて形成されたのか、ケインズ、シュンペーターなど11人を選び検討している（森嶋 1994, 1頁）。そのなかで森嶋は、シュンペーターのアントレプレナーは、「企業者英雄」（森嶋 1994, 55頁）であり、彼の企業者論は「エリート主義の経済学」と述べている。

¹⁷¹ 安田（2010）106頁。

¹⁷² 安田（2009）30頁。

¹⁷³ Busenitz（2007, p.183）。

体＝組織という研究が盛んになり、「アントレプレナー個人に光を当てる研究が廃れていった。」¹⁷⁴

では、1980年～1990年代のアントレプレナー研究は、どのような研究がなされていたのであろうか。丸山（2013）は、複数人を対象とする企業家チーム（Entrepreneurial Team）の議論をあげている。企業家チーム研究の引き金になった研究は、Reich（1987）であった¹⁷⁵。Reich（1987, pp.77-83）は、これまで、ビックアイデアを持ったアントレプレナーを「英雄」と捉え、その下で働く者とを区別をしてきたが、グローバルで競争が進む現代においては、その考えを変える必要があるとした。時代を切り拓くには、英雄もチームの一員となり、チームプレイをしなければならないと述べている¹⁷⁶。「アントレプレナーシップを英雄にする神話から離れ、アントレプレナーを含むチームとして行動することを大事にし、全てのメンバーがアイデアを出し、実践の進化に参加すること」¹⁷⁷が大切なのである。

また米倉（2004）は、「革命的な革新があればあるほど、技術は複雑で一個人の力あるいはたったひとりのイノベーションから成り立つものではなく、組織的な取り組みやチームによる開発」¹⁷⁸で実践されることに触れている。さらに Yamada and Yamashita（2006）は、創業プロセスに着目した研究をおこない、「一人の創業者によって革新が起きるのではなく、メンバーの相互作用、パートナーシップによる創造」を重視している。

こうして、主体＝個人という暗黙の前提から、主体＝チーム・複数人を対象とした想定したアントレプレナーの研究が興隆してきた。こうした研究では、アントレプレナーは孤高な存在というよりも、むしろ、社会的存在として人びととのつながりの中に存在していることを示している。このような研究動向は、古典的なアントレプレナー研究とは異なった視点を提供しているのである。

では、つながりやパートナーシップなどは具体的にどのように研究されているのであろうか。稲村（2008）は、「メンバーがどのように情報を得るのか、メンバーの具体的役割やメンバー間の相互作用に関しては明らかにされていない」¹⁷⁹と指摘をしている。

次の節では、1990年代以降の研究動向と稲村の指摘に対する方向性を示すような研究について考察する。

6) 近年のアントレプレナーシップ研究

1990年以降のアントレプレナー研究は、2つの異なった展開方向がみられるようになる。

安田（2010）によれば、1990年以降では、「アントレプレナーの個人を分析単位とする新しいタイプの研究」動向がみられるという。たとえば、個人を単位とする研究では、スター・サイエンス論、社会企業家論、個人を分析単位とする萌芽的研究などである。

¹⁷⁴ 安田（2010）102頁。

¹⁷⁵ 丸山（2013）16-40頁。

¹⁷⁶ Reich(1987, pp.77-83).

¹⁷⁷ Reich(1987, pp.77-83).

¹⁷⁸ 米倉（2004）61頁。

¹⁷⁹ 稲村（2008）101頁。

スター・サイエンス論を發表している Zucker and Darby (2007) によれば、「卓越した科学者 (star scientist)」がいる新興ハイテク企業の集まる地域にイノベーションが発生しているという。彼らは革新的で最先端の知識は、発明者の“暗黙知”であり、イノベーションはその個人の近くで発生するということを実証した。

社会企業家論では、貧困や医療、衛生的な問題、環境などの社会的問題に対して、ビジネスの手法を取り入れて解決していこうとするアントレプレナーの社会的機能が強調される¹⁸⁰。すなわち、社会にイノベーションを起こすソーシャル・アントレプレナーシップである。この研究では、国の制度・システム、人びとの背景、生活様式・習慣などの分析と合わせてアントレプレナー個人も分析単位としている。

個人を分析単位とする新たな研究は、CV (curriculum vitae: 履歴) 研究として個人の年齢・出身大学・特許などデータベースを活用し属性を分析し、さらにそこから、個人と他者との繋がりや個人と企業、個人と大学、大学と企業、企業と企業間のイノベーション・ネットワークを調査・分析しているものである¹⁸¹。

このように、1990年代以降においても、個人を分析単位とする研究が種々試みられるが、このような研究に対して、2007年の *Strategic Entrepreneurship Journal* 1には、アントレプレナー個人だけでは無い研究手法の重要性を指摘する、いくつかの注目すべき論文が掲載されている。たとえば、Burgelman and Hitt(2007)や、Ireland(2007)では、従来の個人＝主体とする研究とは異なり、アントレプレナーシップは他者・他組織との連携であり、加えて、これまでの戦略論的研究をアントレプレナー研究も採用する必要があるという新たな視点である。Burgelman and Hitt(2007), Ireland(2007)は、これを「戦略的アントレプレナーシップ」と表現している。

戦略的アントレプレナーシップ研究が「一世紀前の英雄伝的アントレプレナー像」¹⁸²やスター・サイエンス論など個人を対象とした研究と異なる点は、Baron(2007)が指摘するように、アントレプレナーの“Social Skills”，“Social Network”など、他者・他組織と連携する能力の違いを起点とし、Burgelman and Hitt(2007) が示しているように、アントレプレナーが他者・他組織と連携し、協力的に価値創造を増大する議論を展開していることである。

こうした潮流に対して、安田 (2010) は、「極論との批判を恐れずに言えば、戦略的アントレプレナーシップ研究の新規性は、個人を分析単位としてながらも、同時に、個人は他者や他組織と“連携しながら”イノベーションを完遂するという、“連携”を重視するフレームワークにあるように思われる」とし、この新動向は「連携するアントレプレナー像」を創造しようとしているようであると述べている¹⁸³。

だが、連携や暗黙知という新しい視点や重要性は述べられているものの、アントレプレ

¹⁸⁰ Prahalad, C. (2006).

¹⁸¹ 安田 (2010) 117頁。Canibano et al. (2008, pp.17-31).

¹⁸² 安田 (2010) 109頁。

¹⁸³ 安田 (2010) 109頁。

ナーの暗黙知が、その周辺にいる人々にどのように伝達されているのか、連携がどのような形でイノベーションに至るのかという内容については、今後の課題とされている。「アントレプレナーという個人がどのような能力を持ち、どのような状況下で、どのような意思を持って、どのような革新を起こしたのかを詳細に記述する専門書はそう多くは無い」¹⁸⁴のである。

本稿は、こうした戦略的アントレプレナーの考え方を一歩進めて、その分析ツールとして、人びとが実践を共有し学習し合う集団である「実践コミュニティ (communities of practice)」概念を導入する。

本稿は、アントレプレナーシップは、実践コミュニティという社会的関係を利用して、人びとと連携する、その中で、醸成されてくるものと想定する。

こうすることで、アントレプレナーの心理分析や家族背景の分析を視座とした研究視点から離れ、アントレプレナーを社会的存在として捉え直し、実践コミュニティをアントレプレナーを支える社会的基盤として観察することで、アントレプレナーが体現している暗黙知や、こうした暗黙知を実践コミュニティ内部の実践を通じて伝達・移転していくという実態が分析できるのではなかろうか。このことによってこそ、従来みられたような英雄を写実するようなアントレプレナー研究ではなく、実践コミュニティを媒介として他者と連携しながら活動する社会的存在としてのアントレプレナーを観察することが可能になると考えている。

以下では、アントレプレナーシップの社会基盤分析の核となる実践コミュニティの概念を整理しておく。

¹⁸⁴ 安田 (2010) 103 頁。

3 実践コミュニティ (communities of practice)

1) 実践コミュニティの概念

学習研究の中で状況的認知に立脚していた Lave and Wenger (1991) は、人がいかにして学ぶのかという「学習」に関わる研究を行い、実践を通して学習過程の見直しを行った。その研究の中で提唱された概念が「実践コミュニティ」である。実践コミュニティは、隣近所や家族、会社での部や学校のクラスなどのような制度の中でのコミュニティと同じではなく、何らかの実践を共有しているようなグループのことである¹⁸⁵。

Lave and Wenger の研究以来、実践コミュニティ概念は、学習理論において、「状況論的アプローチ」の新潮流を形成したとされている。

同じ時期に、経営学では知識創造理論¹⁸⁶などを中心としたナレッジ・マネジメントないし知識経営学¹⁸⁷が隆盛し、知識や暗黙知への関心が高まった。こうした研究の世界的潮流の中では、人が知識を獲得する環境を現場に即して分析できる「実践コミュニティ」への関心は、学問領域を越境して経営学にも波及している。それは、文脈や状況を共有する実践コミュニティという枠組みを活用することで、企業や組織が「知識」を活用することについての新しい枠組みが提供されると考えられるためである。実際、Hislop (2009, p.165) は、知識経営学において、実践コミュニティ概念は「最もよく知られたものの 1 つ」とであると述べている。

だが、わが国における研究では、この概念についての認識は、まだ緒についたばかりであると思われる。そこでこの節では、経営・マーケティング及びアントレプレナーシップへの実践コミュニティ概念の適用を目指して、この概念の内容を考察する。

はじめに、実践コミュニティ概念が生成した経緯をまとめ、次に、実践コミュニティの構成要素と関連する諸概念について整理し、これを併せて、実践コミュニティに対する批判的な論考をも検討する。最後に、経営学で新たに興隆しつつある「実践論的転回」の観点も含めつつ、アントレプレナーシップの分析として実践コミュニティ概念の重要性について確認する。

2) 「実践コミュニティ」概念生成の経緯

実践コミュニティ概念が登場した背景には、1980 年代後半 Palo Alto にあるゼロックス社の Xerox Palo Alto Research Center 及び、同社の学習研究所 (Institute of Research on

¹⁸⁵ Wenger (1991), pp156-160.

¹⁸⁶ 野中 (1990)『知識創造の経営』や、野中・竹内 (1996)『知識創造企業』などがその代表的存在として語られる。

¹⁸⁷ 本稿では、ナレッジ・マネジメント (knowledge management) を知識経営学と呼称する。この分野では、「ナレッジ」というカタカナ語は分野名を示す際にだけ用いられ、通常は「知識」ないし「知」と訳され用いられている。こうした状況は、たとえば「マーケティング」は常に「マーケティング」と呼ばれている状況とは異なっており、分野の表題にだけ「ナレッジ」というカタカナ語を付ける積極的な理由はないように思われる。

Learning) の活動がある。

ここでは、ゼロックス社の資金援助を受け、文化人類学、コンピュータ・サイエンス、社会学系、エスノメソドロジーなどを交差させながら、学習の研究に取り組んでいた¹⁸⁸。この環境の産物として、人類学者 Lave and Wenger (1991) の『状況に埋め込まれた学習』(以降、『状況』とする)が登場した。『状況』とはどのようなことを指しているのであろうか。その由来は、Suchman (1987) らの「状況論」にあるとされる。

2) 「状況論」－状況的学習論

「状況論」は、「人間の思考や行動が『状況に埋め込まれている (situated)』と捉える考え方」を指す世界観である¹⁸⁹。「状況論」や「状況的学習論」の研究を行う、認知心理学者、教育心理学者の間では、「状況に埋め込まれた行為 (situated action)」や「状況に埋め込まれた学習 (situated learning)」などを総称して「状況論的アプローチ」と表現している¹⁹⁰。この「状況論的アプローチ」の中で大きな役割を果たしたのが、「レイヴとウェンガー (Lave and Wenger, 1991) に代表される『状況的学習論』と、サッチマン (Suchman, 1987) に代表される『状況的行為へのアプローチ』」である¹⁹¹。

特に Lave and Wenger (1991) の『状況』は、学習理論において最も影響力のある理論の1つとなり、「今日でも言及されることの多い記念碑的な著書である」¹⁹²といわれている¹⁹³。『状況』は、人間の学習を「個人の内面的な変化」と捉える観点から「実践」という観点へと認識論的な転換を行い、人はその置かれている状況によって学習を体得するという学習観を強調した。この著作によって、新たな「状況論的学習観」が宣言され、『状況』以降の大きな流れを創った¹⁹⁴。以上の点から、実践コミュニティ概念は、これまでの学習プロセスを捉え直す重要な概念であることが理解できる。

3) 実践コミュニティの邦訳

“communities of practice” は、前述した『状況』では「実践共同体」と訳されている。同様に、筒井 (2002a)、伊藤他 (2004)、福島 (2010)、松本 (2012a) も「実践共同体」としている。一方、Wenger, McDermott and Snyder (2007) によって執筆された邦訳書では「実践コミュニティ」とされている。これは、田辺 (2003)、薄井 (2010a, 2013) にも見られる。他、野村 (2000, 2004)、小川 (2010) などの文献では「コミュニティ・オブ・プラクティス」とのカタカナ語が当てられている。このように、“communities of

¹⁸⁸ サッチマンのドクター論文『プランと状況的行為』(1987, 訳本 1999) も、この環境と文脈の中で書かれた。

¹⁸⁹ 伊藤他 (2004) 83 頁。

¹⁹⁰ 高木 (1992) 265 頁。

¹⁹¹ 上野・ソーヤー (2010)。

¹⁹² 伊藤他 (2004) 82 頁。

¹⁹³ 伊藤他 (2004) 82 頁。

¹⁹⁴ 伊藤他 (2004) 82 頁。

practice”は、現時点ではまだ統一された訳語がなく、各文献の論者により様々な邦訳が用いられているのが現状である。

田辺（2003, 109頁）は「実践コミュニティ」と訳す理由として、『実践共同体』、あるいはより内容に忠実に『実践協働体』と訳すこともできるが、社会科学の歴史の中で特異な意味をもってきた『共同体』概念との混同を避けるために、あえて『実践コミュニティ』と呼んでいる」と述べている¹⁹⁵。

本稿では、田辺（2003）と同様に「共同体」のイメージとの混乱を避ける意味において、「実践コミュニティ」と表現する（なお、引用文献中の著者が他の訳し方を用いている場合においては、それに従って表記する）。

4) 実践とは

Lave and Wenger は、「実践 (practice)」をどう捉えたのだろうか。

Lave and Wenger は、人々がどのようにして実践を可能にしているのかという問いに対して、行為者の周りの言葉や道具及び実践を組織していく過程の研究を行った¹⁹⁶。Lave and Wenger は、『状況』の研究対象である「リベリアのテイラー、アメリカの海軍、ユカタン半島の産婆、アメリカの肉屋」の事例を通して、学習の捉え直しに挑んだ。事例では、出産の介助、衣服の生産などが実践とされ、この実践のために組織化された集団—それは社会的グループが実践コミュニティであるとした。明らかのように、ここで実践は、個人がただ何かを行うということだけを指しているのではない。ここでの実践とは、人々が協働的に何かを使う、作る、創造する、管理する、活動すること、より具体的であって、さらに学習機能を持ち、人間の社会的な繋がりを見つめたものであった。

このため、Wenger (1998) の単著である *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity* では、「実践」のパートを「意味、共同体、学習、境界、ローカリティ」といった 5 つの異なる chapter から構成し、実践の解明を試みている。実践とは、実践コミュニティの中で行われる学習のプロセスであり、複雑な構成要素を持つものなのである。実践は、「人々がある 1 つの活動に関与していること、活動に際してコミュニケーションする方法を共有すること、その結果として共通したものの見方や関心を持つようになること」¹⁹⁷の 3 つの要素がある。人間の集団が「実践コミュニティ」だといえるただ 1 つの条件は、「実践」での結びつきであり「人々が集まるための条件」なのである。

5) コミュニティとは

一方、「コミュニティ (community)」という用語は、「共同体」と訳されることが多い。この場合、「ゲマインシャフト」¹⁹⁸の意味で「共同体」概念が使用されてきたという経緯が

¹⁹⁵ 田辺（2003）109頁。

¹⁹⁶ 田辺（2003）20頁。

¹⁹⁷ 伊藤他（2004）124頁。

¹⁹⁸ ドイツ語のゲマインシャフト (Gemeinschaft) は、テニエンズ著、杉之原寿一訳『ゲゼルシャフトと

あり、「共同体」がこのことを連想させるとすれば、“communities of practice” に使用する訳語としては不適切であると思われる。

実践コミュニティにおけるコミュニティのイメージは、地縁・血縁の関係性ではなく、社会的な関係性を持つ人々の集まりであり、自発的に参加し、アイデンティティの生成に関係していくものだと捉えられている。

一方、コミュニティというカタカナ語は、地域コミュニティなどのように、日本語として一般的に用いられてもいる。こうしたコミュニティ概念は、Wenger らの実践コミュニティとは異なるため、日本人には少々慣れ親しみ難いともいわれている¹⁹⁹。Wenger らの使用するコミュニティとは、あくまでも、前述した「実践」を共有する人間の集団を指している。コミュニティにおいて Wenger らが課題にしたことは、そのコミュニティへの参加のあり方である。集まった人々の間には、意識的な場合でも、無意識的な場合でも、上下関係性や信頼関係など複雑な人間関係が生まれ、人はその関係性から共同体のアイデンティティを構成していくと、伊藤他（2004, 125・126 頁）、高木（2006b, 1028 頁）は述べている。

4 実践コミュニティの概念とその他の関連概念

実践コミュニティ概念は、Lave and Wenger (1991) の共著『状況』と、Wenger (1991) の博士論文、そして Wenger (1998) の単著 *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity* で語られる主要概念である。

1) 実践コミュニティの構成要素

実践コミュニティ概念は、実践がコミュニティの中でどのように構築されていくかを、ミクロに観察・理解しようとするツールである。ただしこの概念は、コミュニティメンバーの実践を、簡単な法則モデルや統計でまとめたものとして取り扱うのではない。Wenger, McDermott and Snyder (2007, 34 頁) は、実践コミュニティを新しい概念ではないと述べ、「それは人類が洞窟に住み、たき火の周りに集い、獲物を追いつめる作戦や矢じりの形や食用に適する草の根などについて話し合っていた太古の昔から続く、人類初の知識を核とした社会的 ソーシャルストラクチャー 枠組」であるという。

Lave and Wenger (1991) の『状況』では、徒弟制を参与観察し、実践コミュニティ概念を定式化した。このため、『状況』は徒弟制を活用したことによって、徒弟制度が書かれた本であるなどの誤解が生じやすいともいわれた²⁰⁰。しかし『状況』は、師弟関係のようにみえる徒弟制において、実際には相互関係によって学習が成立していることを発見し、

ゲマインシャフトー純粹社会学の基本概念ー』(岩波書店, 1957 年) の中で、地縁や血縁などを共同体としている。

¹⁹⁹ 伊藤他 (2004) 86 頁。

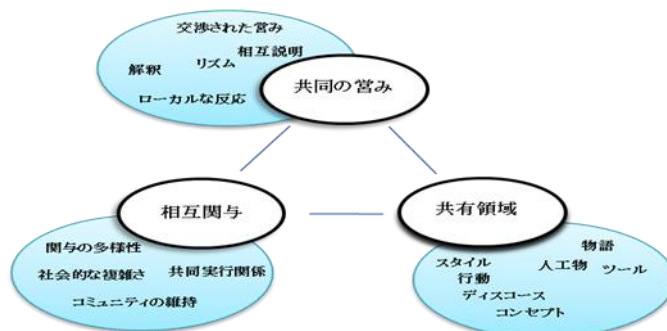
²⁰⁰ 伊藤他 (2004) 82 頁。

この学習過程が大小を問わずどのような組織も「人々がともに学ぶための単位」(社会的
ストラクチャー
枠組)であるということを見出したものである²⁰¹。人はコミュニティにおいて協働し、
実践を通して学習しているという発見は、エスノグラフィーによる詳細な観察によっても
たらされるものであり、研究者に大きな影響を与えたのであった。

では、その知識を核とした「人々がともに学ぶための単位」はどのような要素が内在し
ているのであろうか。Wenger (1998) は、実践コミュニティが3要素で構成されていると
捉え、図4-2のように示した。

「相互関与 (mutual engagement)」は、参加者同士がお互いに関与し合い、実践するメ
ンバーを指し、そのコミュニティを規定する要素である。「共同の営み (joint enterprise)」
は、コミュニティが何を行うのか、交渉された営みは何かなど、コミュニティの存在の説
明である。

図4-2 実践コミュニティの3要素



出所) Wenger, E. (1998),p.73. 筆者訳。

「共有領域 (shared repertoire)」は、そのコミュニティのツールや人工物などの共有の
資源である。この3要素によって、「コミュニティの一体形 (community coherence)」が
保証されている (Wenger 1998, p.73)。実践コミュニティの共有のレパートリーでは、「資
源の活用がよどみなく行われ、それらを当事者達が暗黙のうちに理解しあっている状態」²⁰²
が存在する。

すなわち、実践コミュニティの中では、「例の出来事」「例のあの人」「あれはね」など、
明らかに特定されていない発話の内容においても、暗黙として共通に理解することが可能
となるのである。

コミュニティ形成の基礎としては「相互関与 (mutual engagement)」があり、コミュニ
ティを存在づける「共同の営み (joint enterprise)」が存在し、コミュニティの参加者がお
互いに「共有領域 (shared repertoire)」を成り立たせるようになる。

実践コミュニティにおいては、参加同士の相互関与による「意味の交渉 (negotiation of

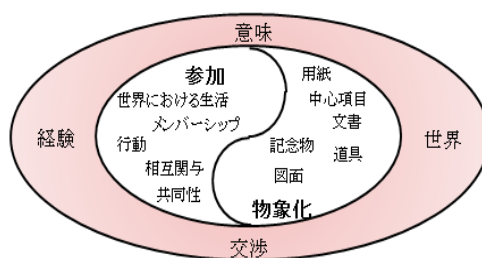
²⁰¹ Lave and Wenger (1991)。

²⁰² 田辺 (2003) 117・118 頁。

meaning)」の過程が重要である。この意味の交渉は、人々の「参加」と「物象化(reification)」によって媒介され、これを Wenger (1998) は「参加」と「物象化」の二面性を持つものとして図 4-3 のように定式化している。

物象化とは、意味の交渉のプロセスが、議事録、記念の品物などと具体的なモノとして形を与えられることを意味し、物象化されたモノは、意味の交渉に利用される。

図 4-3 参加と物象化の二面性

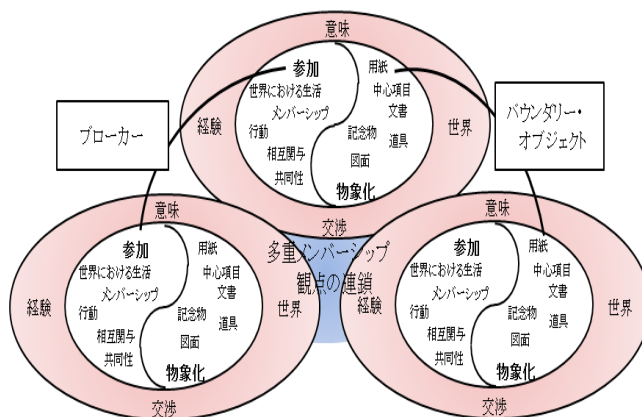


出所) Wenger, E. (1998),p.63. 筆者訳。

これが複数の実践コミュニティが存在している場合は、メンバー共有されたり、物象化されたモノが共有されたりする。

図 4-4 に示すように「ブローカー」は、実践コミュニティでの実践を他の実践コミュニティに導入する役割を果たす人を指し、「バウンダリー・オブジェクト」は、記念物、道具、図面、用語など物象化された対象を指し、実践コミュニティの接続を果たす役割として、実践コミュニティの考え方を共有させる²⁰³。

図 4-4 参加と物象化の連鎖



出所) Wenger, E. (1998),p.105. 筆者訳。

²⁰³ Wenger(1998),pp.105-107。

しかし、知識や技能の移転を考えた場合、物象化が促進されたとしても、意味の交渉の過程には、発話として発せられたり、文章化することができない内容が残らないのだろうか、必ず物象化されて移転させることができるのだろうか、という疑問が生じる。

伊藤他（2004, 112・113頁）、薄井（2010a, 106・107頁）は、人と人の相互作用の中で、知は全て発話や文章化にできない非言語のコミュニケーションが存在していることに触れ、意味の交渉における意味には、受け手の状況や文脈とは切り離せない内容が存在していることを指摘している。この指摘は、実践コミュニティ概念を用いて現場を分析しようとするときには、重要な論点であると考えられる。

伊藤他（2004, 134頁）がいうように、文脈を共有できない状況では、文章やマニュアルが存在していたとしても、「上澄み」の情報を流すだけであり、知識の活用はできない。要するに、実際に活動の状況を共有していない者にとっては、その知識が実際の活動にとってどのような意味を与えるのかわからないのである。

ここで重要になると考えられるのは、薄井（2010a, 107頁）が述べるように、Wengerの物象化には明示的な要素と暗黙的な要素が含まれているという特徴である。この「暗黙的な要素」を理解できることが、実践コミュニティのメンバーの証・印（sign）であり、「実践コミュニティは、相互の関与を通じて、共通の感覚にたどりつける最も適したコンテキスト」²⁰⁴という意味に繋がっていく。言い換えれば、意味の交渉は物象化だけでは達成されず、あくまでも、人々の参加によるコンテキストの共有が重要なのである。実践コミュニティへの参加は流動的であり、その参加の仕方もひとりひとり異なっている。その軌道には、次に述べる「正統性」「周辺性」「参加」の諸要素で構成される「正統的周辺参加」の概念が採用される。

2) 正統的周辺参加 —実践コミュニティへの参加の形態—

「正統的周辺参加（legitimate peripheral participation, 以降、「LPP」と略す）」の概念は、正統性、周辺性、参加などの諸要素で構成された概念であり、学習は「実践コミュニティ」への参加の1つのプロセスと捉えられている。

Lave and Wenger（1991）は徒弟制の観察から、周辺から参加したメンバーが、次第にその実践コミュニティの中に認められる「正統化」を受け、相互作用を通して知識・技能を獲得し、アイデンティティを形成していくという因果関係を明らかにした。LPP概念の視点からいえば、「学習」は内部の者になることを意味している。LPPにおいて「正統的」とは、何らかの役割や責任を持たせてもらいながら実践を共有する特徴があり、「周辺の」とは、LPPの参加の形態に「中心部」に参加しているメンバーだけでなく、実践コミュニティの正統なメンバーとしてその「周辺」に位置し、徐々に中心的なメンバーに加わっていくような状態を指している。

またLPPでは、参加の形態と参加の軌道が存在する。たとえば、実践コミュニティへの

²⁰⁴ Wenger(1998),p.47.

軌道としては「周縁的軌道」「内部へ向かう軌道」「外部へ向かう軌道」などがあり、参加の形態では、参加者が実践へ深く関与した状態である「十全参加」や、十全参加には至っていない「非参加の参加」が存在する²⁰⁵。ただし「非参加の参加」は、実践の一部として捉えられており、「周縁的に参加するのも立派な参加の仕方」²⁰⁶であることを意味している。

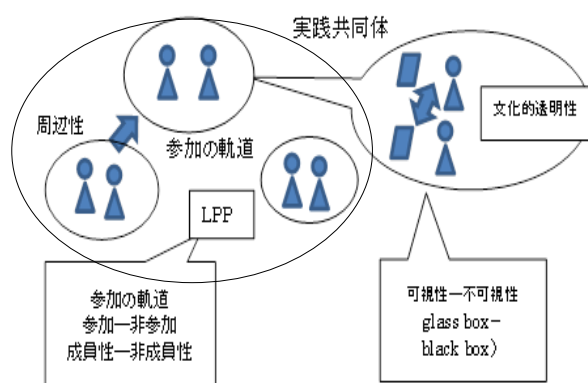
多様な参加の形態が存在している LPP は、Brown and Duguid (1991, pp.40-57) によれば、学習者は正式なエキスパートナレッジを学んでいるのではなく、コミュニティの一員としてアビリティを備えていくものであり、単純に技術だけをマスターする形態を示したものである。

3) 文化的透明性

『状況』を執筆した後の Wenger は、博士論文を執筆し「文化的透明性 (cultural transparency)」という概念を加え、「正統的周辺参加」「実践コミュニティ」の3つを「状況論的学习観」の分析概念とした。他、図 4-5 のような関連する概念の布置によって、Wenger の状況论的学习論が構成されている。

伊藤他 (2004, 86 頁) は、「文化的透明性」は、「LPP 論や実践共同体論などより著名な理論の陰にあってほとんど顧みられることのなかった概念」であると述べている。文化的透明性は、実践コミュニティを理解するにあたり、LPP と一体となって考えられる分析概念であるが、この概念についての論稿は少ない²⁰⁷。文化的透明性は、参加の契機や人工物を用いて理解できる内容に、どれだけ左右されるのかを捉えることができる。

図 4-5 Wenger 論文における主要な概念群



出所) 伊藤他 (2004) 81-157 頁。

²⁰⁵ Wenger(1998),pp.154-155。

²⁰⁶ 伊藤他 (2004) 141-143 頁。

²⁰⁷ 伊藤他 (2004, 146 頁) によれば、文化的透明性について述べている論文はわずかである。本稿の先行研究の渉猟においても、LPP や実践コミュニティに比べ文化的透明性について述べている論稿は、上野・ソーヤー (2010)、薄井 (2010a) など少数であった。

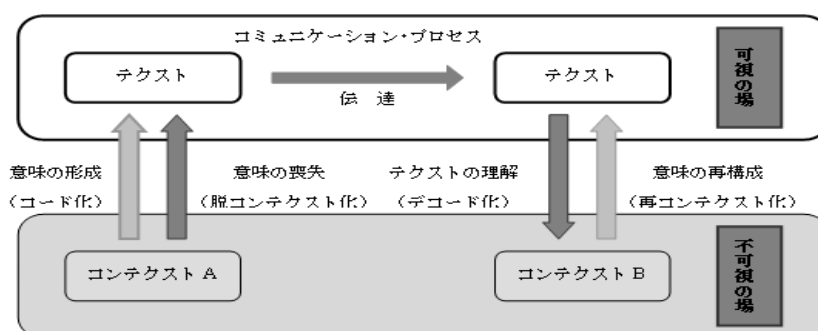
この事例として Wenger (1991, p.102) は、コカ・コーラの瓶を知っている人と、その瓶を一度も見たことのないブッシュマンでは、もしその瓶が空から降ってきたときに瓶の捉え方に相違が起き、ブッシュマンはきっとその瓶を神聖なものと表現するかも知れないという事例を挙げている。この事例は、ある人工物を見たときに、その人工物の文化的透明性または不透明性は、そこにいる人の実践への参加の様子または実践での人工物の使われ方や語られ方によって、異なることを示している。これは人工物の意味が、それが使用されている文化的なコンテキストに依存していることの自明と受け取れる。文化的透明性には、実践コミュニティへの参加や、LPP への道筋への相互補完の働きがある。

4) 意味の交渉

以上の説明からも明らかなように、「意味の交渉 (negotiation of meaning)」は、Wenger のコア・コンセプトである。上野・ソーヤー (2010, 17・18 頁) がいうように、それは「あくまで、様々な社会的交渉の中で作られ、再編されるもの」である。

文化的透明性が理解できる実践コミュニティのメンバーたちは、「可視性の場」と「不可視性の場」から構成されている「意味の場」にいる。Wenger は意味の場において、人間と人工物に意味をみいだそうとする実践のプロセスを「意味の交渉のプロセス」と呼んだ。この意味の交渉の繰り返しが、コミュニティ内で行われている実践に正当性を与えるとされている²⁰⁸。すなわち、実践を共有するメンバー同士において、相互に関与し合うプロセスは「意味の交渉」のプロセスであって、それは、実践コミュニティの基礎を成しているのである。Wenger (1998, pp.51-52) が述べるように、「意味は辞書の中にあるものではなく、人々が世界に関与していること、その行為をすることによって意味の合意に向けたプロセスが生まれる」のである。薄井 (2013, 191 頁) は、この「意味の交渉」を説明するために、「意味の交渉としてのコミュニケーション」という概念図 (図 4-6) を示した。

図 4-6 意味の交渉としてのコミュニケーション (一方向図)



出所) 薄井 (2013) 192 頁。

²⁰⁸ 伊藤他 (2004) 112 頁 ; 田辺 (2003) 25 頁。

意味というのは、本来、それがあつた特定のコンテクストの状況下で育まれる。

これは図 4-7 にあるように、意味の形成（コード化）をするが、同時に、コード化されなかつた意味の喪失（脱コンテクスト化）にもなつている。選択されたテキストは、発話によつて別の選択されたテキストになり一図の上部一、異なるコンテクストの状況下一図のコンテクスト B-においてテキストの理解がもたらされるのである（デコード化）。

後に述べる議論であるが、知識経営学では、暗黙知から形式知への転換による知識創造が語られる。しかし、この図 4-7 からは、意味の交渉のプロセスには意味の喪失が内在化していると考えられ、この点において、知識経営学における暗黙知から形式知への転換が容易なものではないと思われる。

「相互関与=意味の交渉」が繰り返される実践コミュニティでは、共有のレパートリーに知識-暗黙知も含まれると考えられる積み重ねが起き、その実践コミュニティ固有のコンテクストが作られていくだろう。Wenger は、アイデンティティの構築の場として実践コミュニティを捉えているが、そこで繰り返される「意味の交渉」が実践の正統性をもたらすし、コミュニティの中で確定していくのである。

5 実践コミュニティ論への批判的議論

Lave and Wenger (1991), Wenger (1991, 1998) は、状況的学習理論の中心的文献となっているが、その広がりと同時に、これらへの批判的な意見が存在する。まず、実践コミュニティにおける権力関係である。

Barton, D. and Tusting, K. (2005) は、*Communities of Practice* (1998) では、権力関係が深く追究されていないと指摘している²⁰⁹。同様に、Hislop (2009) は、「知識経営学への批判の多くは権力と対立の問題の軽視」とされ、「実践コミュニティもその例外ではない」²¹⁰と述べている。また、田辺 (2003, 134 頁) も、実践コミュニティ概念では権力関係に触れられていないと言及している²¹¹。

次に、コンサルタントに転じた Wenger (2002) への意見である。コンサルタント転身後の Wenger (2002) は、実践コミュニティを、知識創造のために暗黙知の共有の場として、管理者が実践コミュニティを育成したり、管理したりすることに傾倒するようになっている²¹²。それに対して、上野・ソーヤー (2009, 7 頁) は、「近年、経営学に導入されている『状況的学習論』の記述は、多くの場合、本来の Lave and Wenger とは異なる」と指摘し

²⁰⁹ Barton, D. and Tusting, K. (2005) p.19.

²¹⁰ Hislop(2009)によれば、1991年のLave and Wenger (『*Situated learning*』)は、パワー関係の議論が提示はされたものの、それ以降の研究者たちはそれを軽視していると述べている (Hislop 2009, p.176)。

²¹¹ 田辺は、実践コミュニティにおける権力関係について、単に否定だけをしてはいない。確かに、実践コミュニティでは権力関係への追究が少ないが、田辺 (2003, 236 頁) は、実践コミュニティの中では「権力関係にともなう相互作用や葛藤」があり、実践コミュニティにおける権力関係は、アイデンティティ化をもたらす「肥沃な土壌」とまとめている。

²¹² 柴田 (2014) は、Wenger et al. (2002) の実践コミュニティ概念を、「後期実践コミュニティ」と表現し、初期の頃の Wenger と区別して表現している。

ている²¹³。上野・ソーヤーの主張の要点は、実践コミュニティは組織において規範的に育成されるべきものではないということである。この指摘は、Hislop(2009)と同様の立場であると思われる。

Hislop (2009) は、実践コミュニティのコンセプトには誤用の危険性があるという。「実践コミュニティの基本的な特徴は、自発的であり、即興であり、有機的であること」が実践コミュニティの特徴であるにも関わらず、いくつかのケースでは、「組織の決定や上司の提案によってつくられたグループといった実践コミュニティの特徴を持たない作業グループの事例を実践コミュニティとして研究されていた」と指摘している²¹⁴。実践コミュニティ概念は、人気と重要性から、そのコンセプトが多様な文脈に適用されている。

このように、実践コミュニティへの批判的な意見があることは、言い換えれば、実践コミュニティ概念が、より多くの研究者たちの知的探究心に繋がっていることを傍証するともいえる。また、批判的な論考によって、立ち返るべき原点は何かを気づかせてくれているといえよう。

6 経営学研究における実践コミュニティ概念の可能性

最後に、実践コミュニティ概念の、経営学研究での現状と可能性について考察する。

実践コミュニティの概念を含んだ Wenger 論文は、1991年に発表され、その論文に対して知識経営学が注目し、さらに、その重要性がビジネス界に波及し議論されてきた。

この概念について野村 (2004) は、「情報システム主導の知識経営に失敗し、人や意識や行動を変えることの難しさに突き当たっていた知識経営推進者たちの心にしみわたった」²¹⁵と述べている。知識経営の推進者たちは、「知識経営は情報を集めること (Collecting Data) ではない、人と人をつなぐこと (Connecting People) だ」²¹⁶と述べるようになり、実践コミュニティ概念の価値に注目し始めたのであった。冒頭で、知識経営学の中でも実践コミュニティは最もよく知られていると述べたが、それは「知識の共有を促進し組織でのイノベーションを支えるもの」²¹⁷だからである。

ところで知識経営学において世界を先導した論者のひとり、わが国の経済学者である野中郁次郎氏であった。野中氏のグループは、特に、「知識」は単に「情報」とは違うことを強調、「知識」を企業・組織の重要な資源とみなした。野中 (1990) は「知識」を主観的知識で扱い難い「暗黙知」と、客観的知識で処理可能な「形式知」という 2 つの相互循環

²¹³ クリティカルな指摘は、実践コミュニティ以外にもみられる。人類学者の福島真人は『状況』についての論考を上梓したが、『状況』の捉え方は理論的枠組みの問題点が現代社会の組織に合致せず、「薄っぺらい」(福島 2012, 28 頁)と指摘している。さらに福島は、経営学における暗黙知の適応に対して、最もクリティカルな立場にいる。

²¹⁴ Hislop(2009)p.178。

²¹⁵ 野村 (2004) 502 頁。

²¹⁶ 野村 (2004) 502 頁。

²¹⁷ Hislop(2009)p.165。

的・補完的關係で構成されることを踏まえ、組織的知識創造理論を提唱した。だが、こうした見解に対しては、明示できない暗黙知が形式知に轉換しうるであろうかという疑問を禁じ得ない。

1) 「暗黙知」と「形式知」

暗黙知 (tacit knowledge) とは、天才科学者 Michael Polanyi (1891-1976) が示したものであり²¹⁸、『暗黙知の次元—言語から非言語へ—』(*The Tacit Dimension* 1966, 邦訳 1996) によって提唱され、学問領域を越えて用いられている概念である。ポラニー (1966) は、科学探求への正当性が認められない思いから哲学へと向かい、私たちの知識を改めて考え直したときに「我々は語るができるより多くのことを知ることができる」(ポラニー 1996, 15 頁) という観念に到達した。

ポラニーは、人の認知する過程を詳細に観察し、形式化して明示的に表現できること以上に、「語る」ことができない形式知を越えた言語化不可能な範囲を指摘した²¹⁹。それは、暗黙の領域を指す「暗黙知」である。暗黙知という概念は、通常、無意識的な性格を持ち、形式化(言語化)することができない身体が知っている知識であると膾炙されている。ただ、福島 (2009) によれば、「ポラニーの暗黙知概念の目的は、科学的実践について、従来信じられていた考えを批判すること」にあったとされる。ポラニーが挑んだことは、科学が人間の直感、美的感覚、社会的背景などを排除して、合理的、形式的に見なす傾向があり、その力を利用して社会を合理的に創ろうとする「政治的な主張」への批判であった²²⁰。

知識創造の理論で、金字塔といわれている野中・竹内 (1996) の著作は、この暗黙知の知識を有効活用するモデルとして「SECI」モデルを考案した。知識に内在する「暗黙知」「形式知」の2つが循環することで、組織の中で知識創造が可能になると捉えるこの SECI モデルでは、肯定的であれ、否定的であれ、野中・竹内の「知識創造理論」として、国内外で多くの研究対象となっている²²¹。

しかし、暗黙知概念に対する理解の仕方や、用い方など、SECI モデルへの批判的な議論もある。福島 (2009, 21 頁)、大崎 (2009, 22 頁) は、経営学などで用いられている暗黙知の図式について、ポラニーの暗黙知とは大きく異なっていると指摘している。

たとえば、福島 (2009, 21 頁) は、「言語化困難、あるいは不可能な広大な領域を示し、それを指摘する目的は科学的知識に代表される合理的理性の相対化」なのであって、ポラニーの示した暗黙知は、経営学でいわれるようなモデル化されてパッケージ化されるものではないと述べている。経営理論での暗黙知と形式知の違いは、「無意識と意識と言い換えてもそれほど違いがないように見える」²²²と指摘している。

²¹⁸ 大崎 (2009) 22 頁。

²¹⁹ 福島 (2009) 19 頁。

²²⁰ 福島 (2009) 19 頁。

²²¹ 筒井 (2002a) ; Hislop (2009)。

²²² 福島 (2009) 21 頁。

2) 実践コミュニティ概念を適用する視点

では、人は、「知識や技能」(大崎 2009, 23 頁)をどのように体得し、さらに知識を活用してイノベーションを起こしていくのであろうか。知識の活用については、前述した野中氏のグループが提唱している「場」の議論がある。

伊丹(1999, 2006)によれば「場」は、「人々がそこに参加し、意識、無意識のうちに相互に観察し、コミュニケーションを行ない、相互に刺激し、相互に働きかけ、相互に心理的刺激をする、その状況の枠組みのこと」²²³であり、一見すると実践コミュニティに近いようである。だが、「場」は「職場」などの「場」と同じく、その境界領域(つまり、どこからどこまでが「場」か)は、はっきりしない。これまで述べたきた「実践コミュニティ」と「場」の両者は異なる概念であるが、野中らは、“communities of practice”を「場」と訳して同一視している²²⁴。また、伊丹は「A.アジェンダ(情報は何に関するものか)、B.解釈コード(情報はどう解釈されるか)、C.情報のキャリアー(情報を伝える媒体)、D.連帯欲求」の四要素を「場の基本要素」²²⁵だというが、これは、かなり限定的な人間の集合なのではないだろうか。「場のマネジメント」²²⁶という表現が示しているように、「場」はマネジメントの対象である。一方、実践コミュニティは「意味の交渉」が行われる場であり、管理の対象になり得ず、むしろ意味の交渉という相互作用のなかから新たな意味が形成されてくる。

このように「場」はマネジメントが可能だという立場は、「暗黙知」が「形式知」に転換しようという立場と同じと考えられ、Hislop らの「知」の実践論的立場とは異なる。Hislop(2009,pp.165-167)は、「知識は実践のなかで身につくものであり、実践コミュニティは人々の知識の共有を促進し、組織でのイノベーションを支えるもの」だとしている。

この立場でみると、イノベーションの担い手とされるアントレプレナーの分析や知識の共有などの分析視角としても、実践コミュニティが有効になると考えられる。というのは、アントレプレナーの暗黙知・言語化できない知識は、実践コミュニティが想定する「状況」の中に埋め込まれていると考えられるからである。

²²³ 伊丹(2005) 42 頁。

²²⁴ “communities of practice”を「場」と訳した論文では、Wenger,E.,C. and Snyder,W.(2000), *Communities of Practice : The Organizational Frontier ,Harvard Business Review*, Vol.78,No1,pp.139-145. (西村祐之訳, 2001 年『「場」のイノベーション・パワー』『Diamond Harvard Business Review』4月号, 120-129 頁)がある。この論文の注では、「認知科学の分野ではこの言葉を『実践共同体』と訳している場合があるが、ナレッジ・マネジメント等によく用いられている「場」と同じ概念であり、本稿ではこの訳語を用いる」としており、“communities of practice”は「場」として訳されている。

²²⁵ 「場の基本要素」は次のようになる。「アジェンダ」とは、情報は何に関するものか、情報の相互作用(情報の処理、創造、交換、蓄積のための人々の間の相互作用のこと。伊丹 2005, 43 頁)が何に関するものかを指定しているものである。「解釈コード」とは、情報の相互作用に参加するメンバーが発信する様々なシグナルがどのような意味があるのかを解釈するルールのことである。「情報キャリアー(運び手、媒体)」とは、会話される言葉、コンピュータの画面の言葉やグラフ。「連帯欲求」とは、自分以外の人々と何らかのつながりを持ちたいという欲求である(伊丹 2005, 103-106 頁)。

²²⁶ 伊丹の書籍、『場のマネジメントー経営の新パラダイムー』(1999)や『場の理論とマネジメント』(2005)などにあるように、「場」はマネジメントされるものである。

Wenger がいうように、われわれは、日常の実務の中で、「状況」に合わせて判断し、「実践」を通して学習し体得しているという場面に度々遭遇する。

例を挙げると、せっかく作成したマニュアルがうまく機能せず、マニュアルを片手にその状況に人が合わせて業務をする事例や、医療現場などで患者の状況に合わせて、教科書の知識、これまでの経験から得た知識を統合して動いている場面は日常的にある。つまりそれは、人がその「状況」に合わせて、解決策や対応を学習しているといえる。Lave and Wenger (1991) の研究が示すように、人は、形式化されたものだけで知識を得るのではなく、「状況」の中で実践を学び、実践の中で知識を得ていくといえる。

今井 (2013, 5 頁) は、21 世紀に入り「実践 (practice)」をキーワードとした研究が盛んになり、経営戦略論の中では「実践」への問い直しが始まっていると述べている²²⁷。また薄井 (2013, 165・166 頁) は、1990 年代以降、欧州マーケティング研究では「実践としての戦略研究」から派生及び興隆しつつある研究として、「実践としてのマーケティング研究」があると報告している。計画・戦略を重要視していたこれまでの経営・マーケティング研究とは異なり、「実践」を研究対象とする新潮流の兆しである。

さらに、近年、松本は、相次いで経営学と実践コミュニティに関連する論考を上梓しており (2012a, 2012b, 2013a, 2013b, 2014), 実践, 個人の学習, 組織における学習や熟達化, 知識創造に対する実践コミュニティの役割を挙げている。

さらに、ここで付け加えるとするならば、アントレプレナーの研究として実践コミュニティ概念を適用することは、新たな分析ツールになると考える。

アントレプレナーがイノベーションを起こした際に、どのように人々と相互関与を行い、何を共同の営みとして活動したのか、その際に意志の疎通とその深化のためにどのようなものが共通領域になっていたのか、知識 (暗黙知・形式知) はどのようにして伝達されたのかなど、詳細な研究を可能にしてくれるのが実践コミュニティ概念であると思われる。

先に述べたように、安田 (2010) は、欧州における近年のアントレプレナー研究において英雄的な物語としてのアントレプレナー研究から離れ、アントレプレナーの連携する能力や、暗黙知的要素を含む新規の知識が誕生し普及する過程に対する研究が台頭していると報告している²²⁸。このような研究は、アントレプレナーの連携に関する詳細な動きとしての実践コミュニティ概念の適用や、アントレプレナーの暗黙知の分析や伝達過程としての実践コミュニティの分析など、実践コミュニティ概念の適用によって解明される点が少なくないと考える。

²⁰⁹ 日本では、「経営学の実践的転回」として科学研究費助成事業 (2009 年～2013 年) が行われている
<https://kaken.nii.ac.jp/d/p/21330093.ja.html>, 2014 年 8 月 3 日確認。

²²⁸ 安田 (2010) 101-124 頁。

7 小括

Wenger (1998, p.4) は「われわれは社会的存在である」と述べ、人が相互関与の中から、実践コミュニティの中にある活動を通して、知識・技能を獲得し、アイデンティティを形成していくという因果関係を説明した。さらに、知識は全て、発話や文章化にできない非言語のコミュニケーションも含まれており、状況や文脈とは切り離すことは不可能なものであるという「文化的透明性」の概念を確立させている。「文化的透明性」が存在する実践コミュニティの中において意味解釈が成り立ち、「意味の交渉」を確立させ、人は暗黙知や形式知を含む「知」を獲得するのである。この知識を核とした社会的枠組の捉え方は、批判的な議論を巻き込みながらも、行為者の日々の営みの分析視座として多くを気づかせ、経営・マーケティングにおける具体的な行動実践の質的分析に対して適用可能な概念になると考える。

人々の学習を、状況に埋め込まれていると捉え直している実践コミュニティ概念を使用することで、マーケティング現場における学習、知の創発の質的研究を深めることが可能になり、アントレプレナーシップの分析や実践を捉えることにつながるであろう。アントレプレナーシップの分析視角に実践コミュニティを用いることは試論である。

次の第5章では、この2つのキー概念を用いて、助産院の実態を調査する。

第 5 章

M 助産院経営・マーケティングにおけるアントレプレナーシップと実践コミュニティ

1 はじめに

本稿の背景には、これまで述べたような、近年における開業助産院での出生数減少という状況がある。しかしながら、開業助産院の中には、出生数を維持させ、地域への社会貢献を果たし、事業を実施している施設もある。

第 2 章で触れたように、助産院経営・マーケティングを概観すると、助産院経営のためのマーケティングでは、マーケターである経営者の手腕にかかっていることが示唆された。医師在中の病院・診療所と異なり、助産師が運営する小規模事業体である助産院の経営では、出産施設を利用する人々つまり、対価を支払う消費者としての妊産婦一から、特別な指示を得なければ、選択はされにくい。

そこで、本章では、助産院事業を遂行し評価されている助産院経営者をアントレプレナーであると捉え、アントレプレナーの能力は個人に埋め込まれているのではなく、実践コミュニティを活用できる能力であるとし、助産院の経営者と組織のエスノグラフィー調査を実施する。その結果より、助産院経営・マーケティングにおけるアントレプレナーシップと実践コミュニティの内容を確認し考察する。

まず、調査対象選定の理由を述べ、次に、調査施設（M 助産院）の概要を確認する。その後、アントレプレナーシップと実践コミュニティの、具体的な内容を紹介する。

内容の第 1 は、アントレプレナーと母親たちとの実践コミュニティの内容である。近代的医療の中において、自然出産を切望する女性・母親たちのニーズに耳を傾け、希望する出産介助をすることで形成されていく実践コミュニティの内容に触れる。そこから、助産院事業における製品が、いかにして形成されたのか、マーケターと母親中心とした実践コミュニティとを通して、アントレプレナーシップを確認する。

第 2 は、妊産婦の声を政策（国会）に届けるための社会活動と、地域活動におけるアントレプレナーシップと実践コミュニティの内容である。男性助産師の反対運動、妊娠・出産に関連した「女性の性的プライバシーの保持」のための積極的な社会活動などに触れ、アントレプレナーシップの社会的基盤としての実践コミュニティの内容を、確認する。

第 3 は、自然出産を可能にしようとするアントレプレナーと、助産師たちの実践コミュニティである。この実践コミュニティは、M 助産院に従事する助産師実践コミュニティである。アントレプレナーの暗黙知一熟練者としての助産に関連する勘や手技などが、実践コミュニティの中でどのように伝承されるのか、その実態を紹介する。

第 4、第 5 は、助産技術の伝承が M 助産院の製品として確立するためのアントレプレナーシップと、実践コミュニティの構造と機能を考察する。

最後に、M 助産院事業の全体を概観し、妊娠前から産後・子育て期間までを含めた戦略

的視点で統一するためのバリューチェーンの管理を述べ、助産院ビジネスにおけるマーケティングの主体としてのアントレプレナーシップを考察する。

2 調査概要

1) 調査対象について

調査対象施設は、1987年に開業して以降27年間（2014年8月時点）の開業年数を未だ継続し、なおかつ、その事業実績－出産数、その他の事業内容－について、関連機関や外部組織から評価を受け続けているM助産院である。M助産院の院長であるY氏は、(1)自然出産に対する助産技術の向上に向けた普及活動²²⁹、(2)国会活動²³⁰やNOP²³¹の設立、(3)地域の母子への福祉活動、(4)助産協会の活動など、多岐に渡る活動を行っている。

Y氏は開業27年間に約4,400人（2014年8月時点）の出産を取り扱っており、新聞、テレビ、ラジオなど各種メディアでは、「カリスマ助産師」などと紹介されている。

Y氏の業績は、2003年東京都医療功労者受賞、2007年日本助産師会会長表彰、2013年松村志保子賞受賞など、医療職として表彰されている。また、2011年には助産院経営による地域活性化に貢献したとして某信用金庫で開催された「ブルー賞、グリーン賞」において「優秀賞」を受賞している。この優秀賞の受賞は、助産院での多角的な経営戦略により、地域の出産、子育てに対する貢献はもとより、それ以外の多角的な業務内容が高く評価されたことによる受賞であった。さらに、Y氏は定期的に地方へも出向き、開業助産師の助産技術の伝承を行う『実践セミナー』を開催し、助産師教育、産科医療へも貢献している。

後に詳細を述べるが、M助産院の事業内容は、助産院事業、サロン事業、セミナー事業、教材の販売事業、産後支援事業など多角的である。

こうした業績の数々を踏まえM助産院を調査対象に選定し、本稿において、このような事業の発展がいかんにして成り得たのか、アントレプレナーシップが発揮される経過と継続に関連したと考えられる実践コミュニティについて分析を行うことにした。

²²⁹ 「助産師の助産技術の向上に対する普及活動」については、「フィーリングバースセミナー」として後に詳細に分析を行う。

²³⁰ 「国会活動」について。Y氏の国会活動は、「男性助産師反対運動」から始まり、徐々に「自然出産」「女性の性を守る訴え」「開業助産院の維持」などに拡大していく。

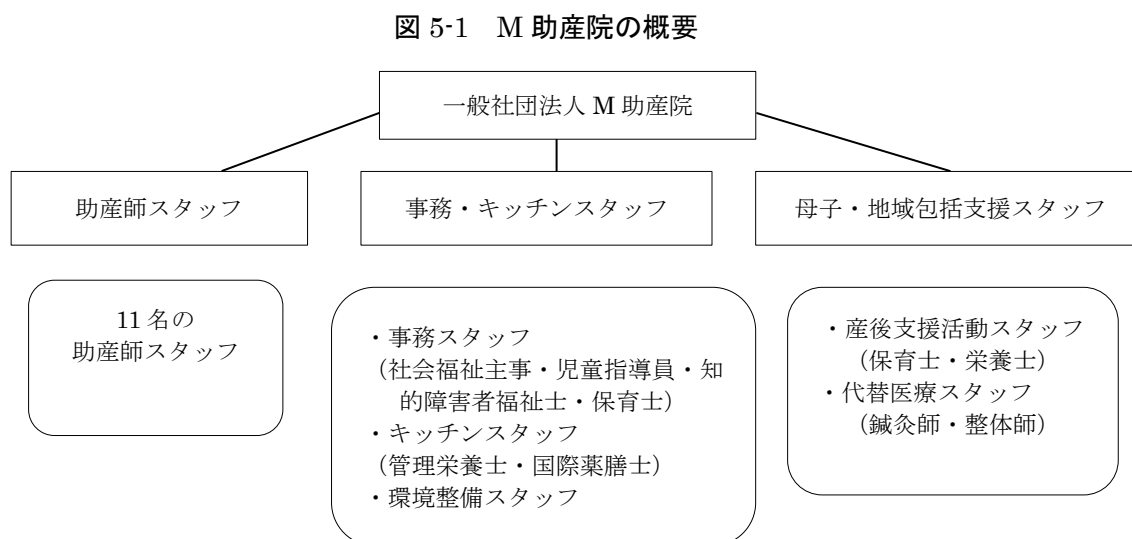
²³¹ NOP設立。男性助産師反対運動を発端に、2002年、特定非営利活動法人「お産サポートジャパン」が設立されることになり、Y氏はその代表を行っていた。会では、お産に対して政策提言をいうようになり、その活動から、Y氏は政治家と友好関係を持つようになっていく。

2) M 助産院概要

はじめに、調査施設である M 助産院の概要を確認する。

現在、M 助産院は、3 つの施設を保有し事業を行っている。その事業内容と組織は、以下の図 5-1 で表す。

【組織構成】



【所在地】 東京都西部。最寄り駅より徒歩7分の住宅街。

【事業領域】 助産業務，母子福祉。

【職員構成】 職員は、助産業務全般とその他の職員によって構成されている。助産業務全般として雇用されているのは助産師11名。助産師の雇用形態はパートである。その他の職員，事務，キッチン，施設管理，清掃スタッフ，キッチンスタッフ，保育士，産後育児支援ヘルパーとして14名が雇用され，パートを中心とし，常勤スタッフとの双方の形態となっている。この他，施設管理及び経理を担当する家族が4名存在する（2014年8月調査時点）。

【事業内容とその変遷】

事業内容の変遷と施設建物の変化を表で示す。

1987年11月1日出張開業。自宅出産の介助を開始。

事業場所：出張開業により妊産婦の自宅
➤ 妊婦健診，自宅出産介助，産後の母子のケア

1990年住居マンションを使用し「母と子のサロンM助産院」を開業。

事業場所：自宅マンション

- 妊婦健診，入院出産，産後の母子のケア，母乳相談，新生児訪問
（行政からの委託事業）

1991年マンション住民の苦情により移転。賃貸マンションを使用しながら出張の自宅出産に一時変更。

事業場所：賃貸マンション

- 妊婦健診，自宅出産介助，産後の母子のケア，母乳相談，
新生児訪問（行政からの委託事業）

1992年賃貸マンションから戸建てに移転。住居付き有床助産院として「母と子のサロンM助産院」を新築し事業の継続にあたる。

事業場所：住居兼，助産院の戸建て

- 妊婦健診，入院出産，産後の母子のケア，母乳相談
- 初回説明会，マタニティクラス，中期学習会，後期学習会

1998年「母と子のサロン～ウィメンズサロン～」開設。M助産院より，ウィメンズサロン内へ住居を移転。助産院施設は助産院業務として使用。

事業場所：助産院	ウィメンズサロン
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 妊婦健診，入院出産，母乳相談 ➤ 乳児健診 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 初回説明会，マタニティクラス，中期学習会 ➤ 後期学習会，Magiwaのクラス ➤ ヨガ教室，食の講習会

2004年「母と子のサロン～ファミリーサロン～」開設。

ファミリーサロン開設によって以下のような構成に変遷する。

事業場所：助産院	ウイメンズサロン	ファミリーサロン
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 妊婦健診 ➤ 出産 ➤ 産褥ケア ➤ 母乳相談 ➤ 乳児健診 ➤ 研修事業 ➤ セミナー事業 ➤ 性教育事業 ➤ 教材販売 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 初回説明会 ➤ マタニティクラス ➤ 中期学習会 ➤ 後期学習会 ➤ Magiwa のクラス ➤ ヨガ教室，バランスポ ール教室など注。 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 産後ヘルパー事業 ➤ 鍼灸 ➤ 整体 ➤ 寄ってけサロン ➤ 生の知のクラス ➤ 研修生や実習生の宿泊施設 ➤ お産サポートジャパン事務局 ➤ 育児グッズ販売など

注) 職員の事業内容ではなく，ウイメンズサロンを利用した専門家による有料の教室である。

【M 助産院の情報・価格】

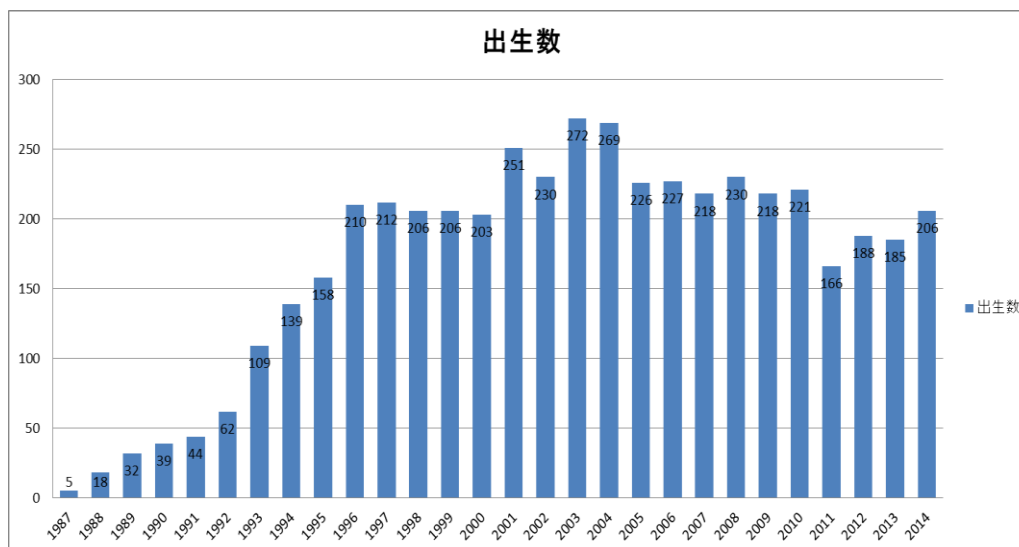
M 助産院の Production 活動を概観すると，ホームページ・チラシ作成，以外に Y 氏のメディア出場（テレビ・ラジオ・地域情報誌）がある。広告規制のある医療では，テレビなどのパブリシティは，効果的とされている。M 助産院の出生数とメディアへの出演を比較すると，メディアに出演後の年では，出生数の増加がみられている。

M 助産院での出産費用は，出産育児一時金の支払い制度の基本額 42 万円に 10 万円前後を増額した価格設定になっている。妊婦健診費用は，東京都の規定により 5 千円となっている。

3) M 助産院出生統計

M 助産院の出生数は，図 5-2 のように変化している。2011 年では，東日本大震災後に相次いでキャンセルが入っている。

図 5-2 M 助産院出産数統計



3 調査の分析視角

ーアントレプレナーシップと実践コミュニティの分析視角ー

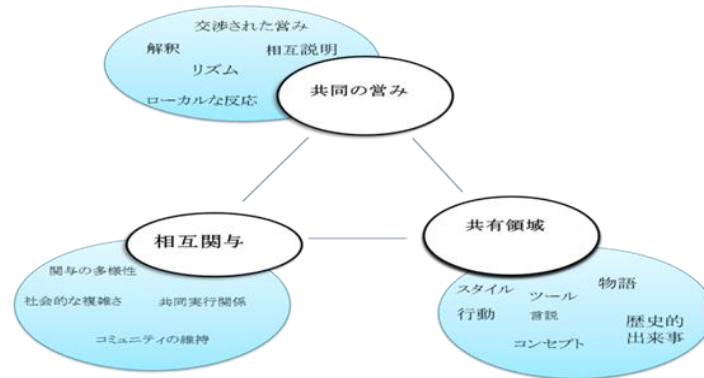
本稿においてアントレプレナーシップは、アントレプレナーの個人の能力ではなく、アントレプレナーを支える社会的基盤としての実践コミュニティが存在し、その実践コミュニティを有効活用できる能力であると捉えている。

アントレプレナーは、どのようにして先進的な助産院ビジネスを展開しているのか、具体的な実践コミュニティの形成プロセスや、革新的な事業活動をいかにして可能にしたものに焦点を当て分析する。

本章のキー概念である実践コミュニティの内容は、第 4 章において一度確認したのだが、調査の分析視角として、ここでもう一度再確認する。

実践コミュニティの分析視点は、Wenger (1998) が述べる「実践コミュニティの 3 要素」、 「正統的周辺参加」、 「意味の交渉」、 「物象化」などの概念を用いる。実践コミュニティの 3 要素とは、図 5-3 で示すように、「共同の営み」「相互関与」「共有領域」である。M 助産院における実践コミュニティの構成メンバーや、実践コミュニティの内容を、図を参考に分析する。

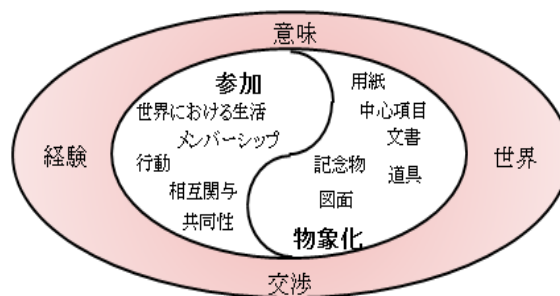
図 5-3 実践コミュニティの 3 要素



出所) 前掲書, Wenger,(1998), p.73. 筆者訳。

実践コミュニティでは、「共同の営み」として交渉されたことを、「相互関与」を行いながら実行する。そこでは、「あれ」「あの人」など、明らかに特定されない発話においても理解できる「共有領域」を持ち、議事録、ノート、記念の品物など、「物象化」の過程を経ながら「意味の交渉」が成されていく。「意味の交渉」は、人々の「参加」と「物象化(reification)」によって媒介され、これを、Wenger は、「参加」と「物象化」の二面性を持つものとして、図 5-4 のように定式化している。M 助産院における実践コミュニティのメンバー、また、記念物、文書、道具など、「参加」と「物象化」の構成にも触れていく。

図 5-4 参加と物象化の二面性



出所) 前掲書, Wenger,(1998), p.63 筆者訳。

Wenger は、多重メンバーシップの観点の連鎖として、いくつかの実践コミュニティの連鎖を挙げている。物象化されたモノは共有のモノとして、実践コミュニティ内で意味の交渉に利用される。これが、複数の実践コミュニティが存在している場合は、共有物になる。また、実践コミュニティでは、メンバーが共有される。共有されるモノやメンバーは、「バウンダリー・オブジェクト」と「ブローカー」と呼ばれる。Wenger によれば、ブローカーは、実践コミュニティでの実践を他の実践コミュニティに導入する役割の人であり、バウンダリー・オブジェクトは、記念物、道具、図面、用語など物象化された対象を指し、実

実践コミュニティの接続を果たす役割として、実践コミュニティの考え方を調節している²³²。

加えて、Lave and Wenger が提唱した理論として、「正統的周辺参加」のプロセスがある。これは、学習が実践コミュニティへの「正統的周辺参加」のプロセスであるとしている。学習への参加は空間的なメタファーを用いて、「正統的」かつ「周辺の」な「参加」をすることであるとした²³³。以上の概念を活用しながら、M 助産院の分析を行う。

助産院経営・マーケティングにおいて、アントレプレナーシップと実践コミュニティ概念を適用して調査した研究はなく、本稿が初めてである。キー概念で述べたように、欧州におけるアントレプレナー研究の潮流では、アントレプレナーの暗黙知、連携する能力、新規知識が誕生し、普及していく過程の分析研究が、台頭しているとされる。M 助産院事業を概観する中で、アントレプレナーの暗黙知の伝承、アントレプレナーシップとしての連携する能力など、実践コミュニティの関係を観察する。

4 アントレプレナーと妊産婦の実践コミュニティ

ここからは、アントレプレナーシップと実践コミュニティの構成やその機能をみていこう。この実践コミュニティは、Y 氏と Y 氏の元で出産を希望する人々と、Y 氏をサポートする助産師で構成されている。この実践コミュニティの構成員には、妊産婦以外にも、妊娠前の女性、産後の母親たちも含まれているが、ここではその人々を含めて「妊産婦の実践コミュニティ」と定めておく。

M 助産院の経営者である Y 氏は、自然出産を切望する妊産婦のニーズに傾聴し、出産介助をすることで、実践コミュニティを形成していく。実践コミュニティメンバーのニーズに応じていくことで、助産院の助産師に、求められる製品を形成していく。母親中心とした実践コミュニティの形成と Y 氏のアントレプレナーシップを通して、M 助産院事業における製品戦略を考えていこう。

1) 消費者（妊産婦）とアントレプレナーの実践コミュニティ形成

Y 氏の開業は、Y 氏の師匠三森孔子助産師の他界を機に、スタートすることになった。Y 氏の師匠は、日本にラマーズ法という出産方法を普及させた、助産師の第一人者なのである。医療介入する近代医療の出産に疑問を抱いていた人々は、ラマーズ法が全国的に普及していくことで、自然出産復活へと活動する開業助産師たちを見て、「開業助産師が息吹を出した元気の良い時期であった」と当時を回想し、Y 氏は語った。

師匠のもとで第 3 子を自宅出産した Y 氏は、「家族に囲まれて幸せなお産だった。とても気持ちが悪くって、今でもあのお産を思い出して体が疼くことがある」と話す。第 3 子を出産後、Y 氏は子どもを抱えて出勤していた。1987 年、師匠に病が発覚し闘病したが、

²³² Wenger (1998), pp.105-107.

²³³ 伊藤他 (2004) ; 高木 (2006b)。

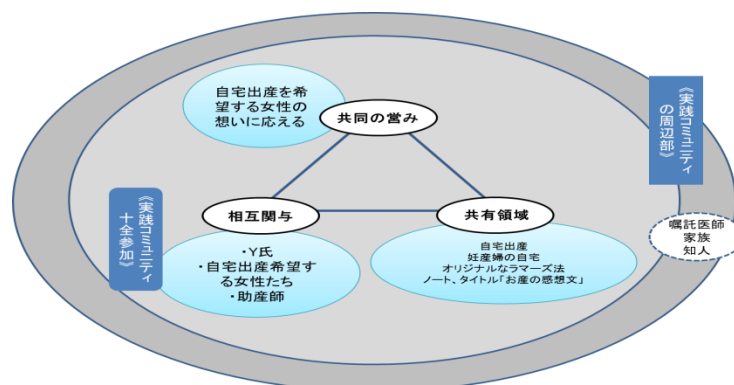
短い期間で他界してしまった。予期せぬ事態に出産場所を失った妊産婦たちは、Y氏に出産介助の依頼をしてきた。師匠亡き後、出張開業（自宅出産をいう）権の申請を行い、M助産院が始まった。母親たちとの実践コミュニティの始まりである。

実践コミュニティは、Y氏と妊産婦、及び、その家族²³⁴、助産師スタッフで構成されている。Y氏の開業は、出産場所をなくした母親と、その家族の「相互関与」から成り立っている。自宅出産の介助の際に、ひとりで出産介助を実施する危険性を実感し、直ぐに助産師のパートナーを探している。

Wengerらは実践コミュニティにおける参加の形態を「正統的周辺参加」として、実践コミュニティの中心部分に参加している人、その周辺部に位置している人と表現している。アントレプレナーシップの発揮と「正統的周辺参加」と実践コミュニティの関係は、図5-5のように示すことができる。

母親とY氏及びパートナーの助産師が十全参加者となり、この実践コミュニティの中心部分を担っていた。実践コミュニティの周辺部には、嘱託医師やY氏の知人、その他周辺に位置する助産師などで構成されていたと考えられる。

図5-5 母親たちとの実践コミュニティの形成



出所) 前掲書, Wenger,(1998), p.73 参照し筆者作成。

2) 施設の創造

Y氏と妊産婦の実践コミュニティの始まりとする根拠は、Wengerが述べるように「人々の集まりが実践共同体であること」の条件はただ1つ、実践でつながっていること²³⁵に起因している。師匠が亡くなったあと、出産場所を失った妊婦の依頼から発生した「自然出産・自宅出産」へのニーズは、Y氏と妊産婦が自然出産を実践することに繋がっていく。

実践コミュニティには存在する根拠となる「共同の営み」がある。なぜ人々が相互関与しているのかを裏付けるものだ。ここでは、「病産院ではなく、助産師、家族と共に自然出産したい」というニーズが、実践コミュニティの「共同の営み」である。Y氏と妊産婦によ

²³⁴ 本稿では、パートナーとしての男性も含み、家族と表現する。

²³⁵ 伊藤他（2004）124頁。

る「共同の営み」の発生が、Y氏が開業権を取得することの機会を生み出し、Y氏が経営者へと転身する第一歩となっていった。

Kotler (2005) は、マーケティングを「人間と社会のニーズを見極め、確認し、対応することである」と述べており、Y氏の開業という行動は、病院出産では叶わない女性たちのニーズに対応しており、マーケターとしてマーケティングを実践していることを裏付けている。

1990年代にはラマーズ法がブームとなっているが、女性たちの想いに応えようと行動を起こしたY氏との相互作用によって、師匠亡きあとの開業助産師としての挑戦が展開されていく。開業当初の実践コミュニティの役割は、自然出産を可能にしてくれる場所を確保することであり、自然出産が実践できることである。これは実践コミュニティの存在を規定するものである。

3) 共有領域の内容

では次に、妊産婦との実践コミュニティにおける「共有領域」の内容を確認しよう。

この実践コミュニティでは、ラマーズ法の代表的な表現となっている「ヒッヒッフウー」という呼吸の方法や言葉は、実践コミュニティ内での共有領域になる。また、「ラマーズ法」は「三森式ラマーズ法」だという理解になり、この言葉を知っていることが、この実践コミュニティのメンバーであることの証になっていた。

だが、Y氏は自分の第3子出産経験から、「ラマーズ法」の形を取った意識的な呼吸よりも動物的な自然に沿った自由な呼吸の方が、産婦にとってはむしろ楽であるとの考えに至り、ラマーズ法の呼吸方法は、次第に影を潜めている。「共有領域」は実践コミュニティのメンバーとの交渉によって、流動的に変化をもたらしているものである。

Y氏とその実践コミュニティの共有領域には、「儀礼」として、「祝う」「飲食」が入るだろう。Y氏は「出産は祝うものである」という思いから、出産後に家族と「祝杯」を上げている。また、「出産を祝うご近所の方々が訪れて飲んだり食べたりしたことは、私の開業の原風景である」と語っていることから、これらのカテゴリーはこの実践コミュニティの「共有の領域」であり、出産にまつわる1つの儀礼となって存在している。Y氏は「周りの人々が乾杯と祝ってくれるだけで、産んだ産婦は嬉しいし、何より出産はおめでたいことだから」と語り、開業以来、この儀礼を継続している。「出産は祝うこと」は、この実践コミュニティでの行動を理解していることであり、Wengerらのいう文化的透明性を示している。

自然出産への想い、女性たちを守ること、何より、出産介助とお酒が好きなY氏は、出産した女性の家族や知人と、盛んに飲食を共にしている。出産した人たちが実家に帰ってきたようなつもりで対応する姿勢は、M助産院を利用する人たちの評判となっていた。

このように繰り返されるM助産院の風景は、M助産院のY氏と母親の実践コミュニティの基盤となっていた。

4) 熟練と伝承

ところで、Y氏は、師匠のもとで出産介助を実施したのは、数える程度であったという。師匠は、可能な限り、師匠自身で出産介助を実施するという姿勢を貫いていたようだ。この経験はY氏にとって歯がゆさもあり、「自分が開業したら助産師には必ず出産介助を実施させたい」という思いに投影されている。つまり、Y氏の助産師としての経験は、師匠である熟練助産師の技を、数多く見学するという経験になっていた。

Y氏の師匠を「熟練助産師」と表現したが、ここで、本稿での「熟練」について確認しておこう。

ヒューバート・ドレイファス (Hubert L. Dreyfus) ²³⁶、スチュワート・ドレイファス (Stuart E. Dreyfus) ²³⁷のドレイファス兄弟は、『純粹人工知能批判ーコンピュータは思考を獲得できるかー』(1987)を刊行した。人工知能研究が興隆し勢いがある中、経験の中から得られる人間の認知能力の重要性を訴え、技能習得に関する研究を行った。その結果、第1段階「ビギナー」、第2段階「中級者」、第3段階「上級者」、第4段階「プロ」、第5段階「エキスパート」の「技能獲得の5段階」にまとめた。

ドレイファス兄弟は、看護技能の習得に対する大量のデータを保有する看護研究者グループに対して、自分たちの研究結論(5段階)に対する整合性を確認してもらっている²³⁸。5段階モデルは、看護のデータと共通していた²³⁹。兄弟は、エキスパートつまり熟練について、「技能がからだの一部のように身につくについて、ほとんど意識にのぼらなくなる」²⁴⁰とし、看護の *From Novice to Expert* では、「エキスパートになると、彼女や彼ら自身の状況把握を的確な行動に結びつけるのに、もはや分析的(規則、ガイドライン、原理)には頼らない」²⁴¹という結果を示している。エキスパートは、その現場の状況に合わせて直感的に動ける状態にあり、卓越した技術を持ち、瞬時に的確な行動ができる段階を、熟練者と受け取ることができる。

ドレイファス兄弟の研究では、経験を重ねながら、前例との類似性を把握し行動できる段階に到達していくことを、「状況依存」の要素としている。この立場は、第3章で述べた本稿のキー概念である実践コミュニティを生成した「学習は状況に埋め込まれている」と唱えた Wenger らの理論に、通底するものがあると思われる。ドレイファス兄弟と Wenger らの違いは、ドレイファス兄弟が、個人がビギナーからエキスパートに成長する人間の知能について関心を示したのに対して、Wenger らは、人がどのように学習するのかに焦点をあてていることである。「状況」に依拠するという共通点は、本稿において重要な視点を与えている。

では、Y氏は、師匠の介助をどのように受け止めているのであろうか。Y氏は、以下のよ

²³⁶ カリフォルニア州立大学バークレー校において、人工知能研究を批判している。

²³⁷ 同校でコンピュータ科学を専門としていた。

²³⁸ Patricia Benner (1984).

²³⁹ Dreyfus (1987), p.45.

²⁴⁰ Dreyfus (1987), p.57.

²⁴¹ Benner (1984), p.31.

うに語っている。

助産院に初めて行った時、魔女のような館や傷のできないお産に、とっても興味を持ちました。先生の技術は、自分たちが病院で習った技術とは全然違ったのです。切れないお産を、徹底的にされていました。先生は、会陰の組織をゆっくり伸ばす「三森式ラマーズ法」というのを確立していて、その呼吸法と介助技術を見て学びました。呼吸と合わせて縦に（会陰を）伸展させて、女性の身体を傷つけない、すごい手技だった。「フウウン、フウウン」の呼吸に合わせて手が下に、下に「こうやって」勝手に動いている（説明しながら Y 氏の手が動く）。

今の助産教育の授業では、切れない技術というのは教わらないでしょ。それは、助産師の技術として、伝承していかななくてはならないことだと思うのよ。たくさんの助産師が学びにきていたなあ。日本のお産の一時代を創ったよね。先生が亡くなった後から、春秋のお彼岸にお墓参りをすることは、一度も欠かしたことがない。私がこうしていられるのは、先生のお陰。反面教師のこともあるけど、先生がいたから今の私がいる。

師匠の技について、対象である母親たちは「技を持つ助産婦、受け止める助産婦、見守る助産婦、分かち合う助産婦、心を込める助産婦」²⁴²と表現している。日隈（2007）によるとこの助産院の影響は、1990年代のラマーズ法のブームを、形成したとされている。アメリカでの消費者運動に影響を受けたウーマンリブ活動家（女性解放運動家）らの声によって、医療化された出産への抵抗が表現された。医療化された出産に対する問題提起として出版された『お産革命』（藤田 1979）において、三森助産院が取り上げられた。三森助産院ではラマーズ法を改良し、三森式ラマーズ法として出産を行っていた。この考え方を支持する女性たちや本などの影響によって、ラマーズ法は全国へと広がり、同時に、三森助産院も大反響となっていた。

Y 氏の記憶をたどると、Y 氏が勤務していた当時、助産院には全国から多くの助産師が、ラマーズ法の見学に来院していたという。ラマーズ法及び自然出産を希望する母親と助産師に、実践コミュニティが形成されていたものと考えられる。Y 氏は、この熟練助産師である師匠を亡くしたあとから、必死で自然出産を希望する女性たちの声に後押しされながら、自宅出産の介助を実施していく。

自宅出産の介助を手がけていたが、出産希望者が徐々に増加し、1991年に、自宅マンションにて有床の施設開業をスタートさせた。

²⁴² 日隈（2007）31頁。

5 社会活動と地域貢献のためのアントレプレナーシップと実践コミュニティ

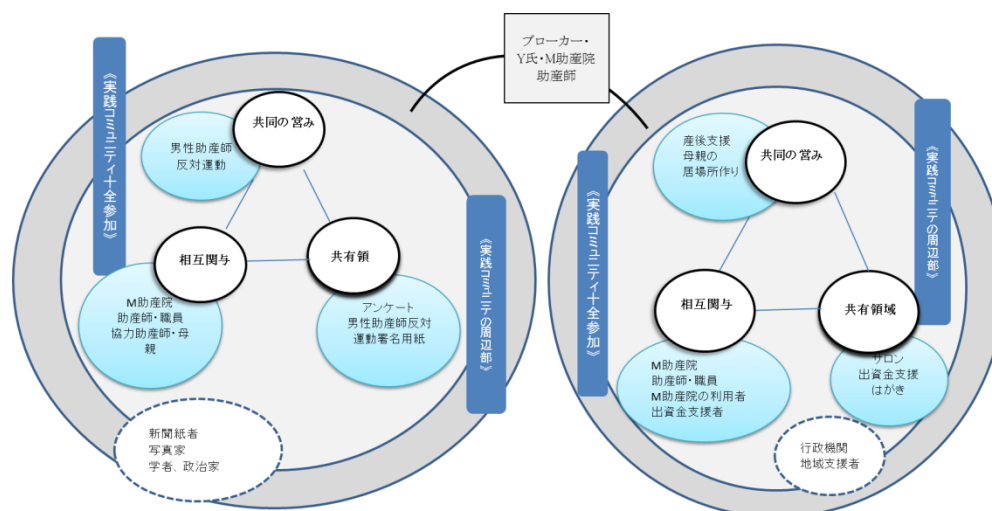
この節では、Y氏関わっていた2つの実践コミュニティを確認する。

第1に、「男性助産師反対運動や女性の性的プライバシーを守るための社会的活動」を「共同の営み」とする実践コミュニティ、第2は、「産後の母親の居場所作り」を「共同の営み」とする実践コミュニティである。

まず先に、アントレプレナーと実践コミュニティの構成は、図5-6のようになる。

Y氏とM助産院の助産師たちは複数の実践コミュニティを行き交うブローカーとなっていた。ブローカーの役割は、実践コミュニティでの実践を他の実践コミュニティに導入する人であり、実践コミュニティの接続を果たす役割のために、実践コミュニティの考え方を調節している²⁴³。各実践コミュニティには、それぞれに「共同の営み」を保持し、相互関与する人々は複数にまたがっているメンバーもいる。アントレプレナーシップはいくつもの実践コミュニティのブローカーとなって、相互関与を行うメンバーとなっている。

図 5-6 社会活動と地域貢献のためのアントレプレナーシップと実践コミュニティ



出所) Wenger,(1998) p.73, 筆者が訳のうえ、一部加筆・修正し作成。

1) 問題の認知と解決

自宅分娩のみの出産介助を行っていたが、出産依頼の増加と施設開業を望む妊婦の増加から、自宅マンションにて開業を決意する。名称は、「母と子のサロン M 助産院」とした。助産院の名づけには、Y氏自身の子育て体験が起因する。「子育て中の母親が、一杯のコーヒーでも飲めるような空間を創りたい」という想いを込めて、「サロン」と名づけた。

²⁴³ Wenger (1998), pp.105-107.

自宅マンションで開業した時代の利用者には、特徴があったと Y 氏は語る。「1980 年代に流行したヒッピーファッションや、ウーマンリブの影響を受けた人たちが多く、その服装から独特だったのかもしれない」と回想している。このような見知らぬ人の出入りがマンションに増加したことで、住民に苦情がうっ積しているという情報を、Y 氏は耳にすることになる。助産院への退去運動が始まりかけた。Y 氏は、退去運動の徴候をいち早くキャッチした隣人を協力者として、マンションからの引越しを決断する。隣人に想いを伝えサポートをしてもらいながら、移転先を探すことになる。隣人の協力もあり、移転への期間は、わずか 1 週間だったと語る。問題の認知と解決への決断力の早さがある。

一旦、仮住まい的な場所を確保しながら、開業は行われていた。事業は継続しながら協力者たちと共に、新たな物件探しが行われていた。その後自宅マンションから移転して、戸建ての住居兼助産院として新たに「母と子のサロン M 助産院」が始動する。

2) 男性助産師反対運動の実践コミュニティ

この活動は、Y 氏の助産師人生の歴史と、M 助産院を利用していた母親たちの社会活動として、重要な位置を占める。

Y 氏は 1997 年 8 月に、東京都看護協会の助産師職能委員会より「女性の性的プライバシー」というテーマで、講演会の依頼を受ける。その際に、前回の出産場所が病院・産院であるという経産婦を対象に、アンケート調査を実施した。その理由として Y 氏は、「男性医師が主体となる病院出産と、女性の助産師しか存在しない助産院での出産を経験した女性から、体験した違いを明らかにしたかった」と述べている。調査を実施した際、偶然にも、アンケート対象者の配偶者（夫）に当時の朝日新聞社の記者がいた。記者より、アンケートの結果を朝日新聞に掲載したいとの依頼があり、「出産における性的プライバシー」として、朝日新聞に掲載されることになった。さらに、その結果は、「男性助産師の導入」を検討している厚生労働省（当時の厚生省）の目に止まることになり、看護協会長、助産師会長、Y 氏の 3 人は、厚生省でインタビューを受けることになった。

① 「共同の営みと相互関与」

Y 氏は、「性的プライバシー」の講演を行ったことで、それが口火を切るような形となり、1997 年 12 月には、男性助産師反対運動の署名運動をスタートさせることになる。「男性助産師阻止」が、この実践コミュニティの「共同の営み」となっている。

Y 氏は、「出産する女性にとって、安心して身を任せられるのは、やはり同じ性を持つ女性でなければならない。絶対的な選択権を確保できる補償がない限り、その法律を通過させてはならない」との想いで、必死になって法律を阻止したと語る。Y 氏は、「男子助産師導入反対」という使命感を持ち、全国規模で運動を展開するようにした。Y 氏は、自宅兼助産院のリビングを解放し、食事を取り、酒を酌み交わし、意見交換を行っていった。「相互関与」のメンバーは、助産師の仲間をはじめとして、日本の出産を研究している民族学者、

助産師大学などの教育者、政治家、一般の母親・父親たちと、多くの人々との関わりを深めていった。署名活動は、3週間で2万5千人を集めることに成功した。

しかし、事態が急変した。日本助産師会は、「男性助産師賛成」へと立場を急変させた。Y氏のもとには同業者である助産師から、「男性助産師法案に対して反対から賛成に変わったのだから、あなたも賛成に回りなさい」などといった連絡が入るようになったという。急変した協会の態度には、「なぜ急に変わるのか、という強い絶望感と共に、裏切られた思いだった」という。しかしながら、Y氏は、男性助産師反対の態度を崩さないまま活動を実行した。現在でも、その姿勢を変えてはいない。当時のことを、Y氏は以下のように語っている。

私はずっと、男性助産師反対運動をしています。当初は助産師会として、みんなで男性助産師に反対していました。数人の仲間で涙ながらに厚生労働省に陳情に行ったことから火がついて、助産師会全体で反対運動をしていたのに、それから3年後に助産師会の方針が変わって、突然、会の幹部が男性助産師賛成の立場に変わってしまったんです。それでも私は、女性の性を曝け出すお産の場に男性を入れるのはどうしても認められないという思いで、反対運動を続けました。そうしていると、「あなたは反乱者だ！組織の人間じゃない！」という言葉を受けました。また、真夜中に、「いい加減に賛成したら？」という電話を受けたこともあります。私を賛成意見に変えようとする人たちは、会の方針が変わる前までは、反対運動に数万円もカンパして下さった方たちなのに。本当にショックでした。絶望しました。私は何を目指し、何を信じたら良いのか……。でも私は何くそと、それをバネにして強い信念を貫き通しました。「絶対に女性の性を守りたい」「どんなことをいわれても自分の信念を変えない」「負けない、という魂が湧いた」「トラウマにはなったけれど、あのことがあったから今があるのだと思う」と語っている。

私たちの職業は、女性そのものを守っていく職業。私たちが目指さなければいけないのは、女性の立場になって、産む性を守っていくということ。そういった強い思いを持ち続けてここまで来て、これからも、その思いを貫いていきたい。

このY氏の姿勢を支えていたのは、Y氏の強い想いと同時に、母親たちであり、署名運動を実施した全国の母親、女性たちであったと思われる。事実、そのときの活動から、「お産サポートジャパン」を支える母親らが誕生している。Y氏と母親たちとその他の助産師たちの実践コミュニティによって、今でもなお、「男性助産師反対運動」の火は耐えてはいない。

Y氏の阻止運動の結果、日本助産師協会の賛成意見は「国民、特に消費者である女性たちの賛同を得られない」との結果、廃案となった。結果としてY氏のその姿勢は、どのような局面に遭遇しても女性の身を守り抜く助産師であると、地域の女性に伝わることになっ

た。

男性助産師反対運動の中で、Y氏は、多くの女性たちの声を知ることになる。Y氏を強く突き動かし、さらにその継続力は、病院出産を経験してきた女性たちの壮絶な出産経験談であるとY氏は語る。以下に、Y氏が度々語る、ある事例を挙げよう。

病院で働いていた頃、産科の医師が出産後の会陰縫合をする際、「旦那さんの為に小さく縫っておこう」といわれたことがトラウマになっており、私の負の原風景として残っている。お産のためになぜ女だけが、そんなひどい仕打ちを受けなければならないのか。女は性器を切られて母親になるのが当然で、男は性器を切ることなく父親になるのはおかしいと思う。このお母さんはいつまでも心に傷を追っていくのよ。次の出産では会陰切開は二度と受けたくないという思いから、助産院を選択してくるお母さんたちが多くて、医師の話した言葉が今でも忘れることができない。

三森さんに出会い、ノーリス（会陰切開することなく）で取り上げるという、女性の身体を守る技術を学び、さらに、自分が娘を産んだときに“自分で産んだ”という実感を味わい、女性にしか味わえないこの特権を多くの女性に提供していきたいと思いました。あの実感があったから子どもを可愛いと思えるし、人生にも前向きになれたと思います。あの感覚をみんなに体験して欲しい、そして女として母親として強く生きて欲しいと思うようになり、助産婦としてそういったお産をやっていききたいと思うようになった。

もう少し、Y氏との会話から、女性たちのニーズに近づこう。

Bさんは、3人目を出産する予定の経産婦であった。子ども立会出産を希望していた。出産当日、なかなか陣痛が強くならず、内診²⁴⁴を実施する。そのときY氏は、「ぎょっとした」と語る。これまでの、受けてきた会陰切開の傷跡が瘢痕化して、その出産の壮絶さを物語っていた。Y氏は、自身の体を酷使してまでも、出産に挑む女性たちを目の前にして、「女性の性を守らなくては」と思ったという。Bさんには、瘢痕化のことは何も語らずに、そっと背中を抱きしめた途端、彼女は抵抗することもなく、子どものように号泣したそうだ。号泣後に、本格的な陣痛が発来し、出産に至った。「女性－産婦－を否定しないでいると、お産が変化した」「1人にしないでいると、安心して心とからだが開いていった」と、Y氏は振り返る。

このようにしてY氏は、女性たちの言葉にならない、または、できない訴えに直面する。Y氏と妊産婦たちの相互関与は、お産という状況の中で、開業助産院の助産師に何を求めているのかという、「意味の交渉」の繰り返しである。Y氏の行動は、Kotler（1982）が言う

²⁴⁴ ここでいう内診とは、医師や助産師が膣に指（人差し指、中指の2本）を挿入し子宮口の開大、硬さ、位置を確認する医療行為のことをいう。

ように²⁴⁵、メーカーとして消費者が本当に探しているものは何か「製品の核」を追究している。

出産の傷跡は、身体だけに留まらない。

Cさん36歳は、第1子出産後、産後うつ病に罹患する。Cさんは、第1子ということもあり、里帰り出産を選択した。出産当日は、これまで一度も会ったことのない医師が、出産に立ち会ったという。健診で診たこともない男性医師に、会陰切開を受け、つらく、苦しく、恥ずかしい思いで、縫合に耐えていたという。産後、夫に語った第一声は、「私、もう子どもは産まない」だった。産後1か月は実家で静養し、その後自宅に帰宅、夫婦2人での子育てがスタートした。

しばらくして、吐き気、嘔吐、食欲不振となり、食事摂取が困難となっていたため、近隣の総合病院を受診する。内科的疾患の疑いのために、胃カメラなど一般的な内科検査を実施したが、結果は全て異常が無かった。

その後、市の乳幼児健診の際に行われた「産後の母児問診」によって、「産後うつ病」が判明した。その後、心療内科への通院が始まる。いくつかの病院を受診したが、内服治療では改善せず、代替医療など様々な治療を試すが、改善しない。気分を変えたいと、引っ越しも試みたが、改善しなかったという。

Cさんは、偶然にもY氏が執筆した『フィーリングバースー心と体で感じるお産ー』（2011年）に出会う。「気持ちの良いお産ってタイトルに書いてあり、こんなお産があるのだろうか」と、半信半疑になった。「私はお産が苦しくてつらくて、その結果産後うつ病にまでなっているのに、お産が気持ち良くて、幸せだったという人がいるなんて、どうして同じお産なのに、こんなにも違っているのだろうか」

Cさんは本を読み、「出産で悪くなった心身は、出産で治そう」「もうこれしかないのかも知れない」と思ったという。第1子の産後からすでに約5年経過していたが、本と出会った後で、第2子を直ぐに授かった。そしてM助産院を訪れて、助産院での自然出産を経験した。

出産のときに、助産師は痛みを受け入れ、腰を擦り、わがまを聞いてくれ、全てを委ねることができ、1つの不安もなく、出産することができたと語る。そのときに初めて、自分のこれまでの育児を振り返ることになっていく。「助産師さんたちが、私たちにやっているように、すべてを受け入れ、わがまを聞いてくれたから、不安がなくなった。そして産んだら自信がついていた」。「この同じことをしてあげることが育児なのだ」と思ったそう。「医療介入を受け、ナースコールをしても直ぐこない、誰もそばにいない医療を受けると、子育てでもついついテレビを観せ、お菓子を与え、呼ばれても対応しない母親になってしまう。そんな気がしている」と振り返っている。

²⁴⁵ Kotler (1982), p.291.

出産は、「女性を良い方にも悪い方にも変えてしまう力のある」ものだと、Cさんは語っていた。Cさんは、産後うつ病を克服し、第3子を出産している。第2子の経験がなければ、子どもは1人だけで終わりだった。女性たちの性を守る助産院があることで、女性たちの中には、また出産しようという思いに変化する女性がいる。行動変容が起きたのである。

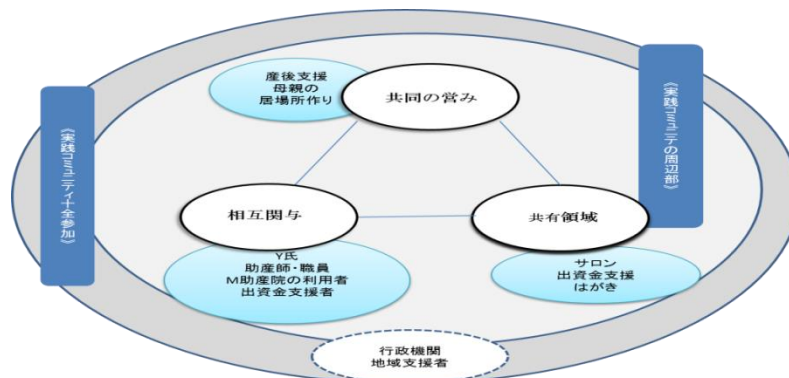
Kotler, P. and Andreasen, A (2003, 54 頁) は、「マーケティングの最終目標は、顧客の行動に影響を及ぼすことである」と述べている。Y氏やM助産院助産師は、マーケティングを実施しようとして行動しているわけではないが、Cさんの行動に影響を与えていた。非営利組織では意識していないにもかかわらず、すでにマーケティングを実施しているとKotler (1982) は指摘しており、それが実施されている事例である。

3) 地域に開かれた施設に向けての実践コミュニティ

この節では、2つの施設建設（ウィメンズサロンとファミリーサロン）に関連するアントレプレナーシップと実践コミュニティの成り立ちとその構成要素に触れていく。（実践コミュニティの三要素図 5-7）。

Y氏は「出資金制度」を発案し、2つの施設を入手し、M助産院の新規事業計画の一步を踏み出していく。

図 5-7 母子支援施設の建設に向けた実践コミュニティ



出所) Wenger,(1998) p.73 筆者が訳のうえ、一部加筆・修正し作成。

① ウィメンズサロン建設

Y氏には、開業当初から1つの「想い」があった。それは、助産院の名称「母と子のサロン」に込められている。それは、Y氏の出産、育児経験からくるものであった。Y氏は自身が年子の子育てを行い、「孤独でつらい」という育児を体験する。その体験から、「子育て中の母親が、一杯のコーヒーを飲めるような場所を創りたい」という「想い」が密かに膨らんでいた。その想いを、折に触れて、出産した母親や立会い出産の経験をした父親た

ちに、幾度となく語っていたという。

そんな中、Y氏と同じ市内の母親が育児ノイローゼにて投身自殺で亡くなったとの報道を知り、強いショックを受ける。「こんなに近くに助産師がいるのに、相談にも乗ってあげられなかった。悩んだときに、ここに助産師がいるよとわかるようにしたかった」とY氏は語っている。その報道をきっかけに、Y氏は、母親が集まり、少しでも育児の苦しさが軽減できる場所があれば、事件は回避できたかも知れないと捉え、地域に開かれた母子の広場創りという構想に動くようになっていった。しかし、資金はなく、資金確保のために考えだされた策が「出資金制度」であった。Y氏、出産した顧客や同業者、知人、親族などに対して、「建設への想い、出資金制度の方法」を明記し、往復はがきにて意志の確認を行っていった。出資金は一口10万円から、上限はない。返済期間の希望を各出資金者に確認を取り、返済を行っていった。建設資金の内訳は、以下のようになった。出産した母親や助産師など134人から集まった出資金は、1,750万円に及んだ。

施設は、助産院から北に3軒離れた場所に建設された。そこは、M助産院以外で出産した地域の母親にも、使用できる施設とした。ワンフロア24畳、キッチン、トイレが使用可能。一回の施設使用料金は、一人200円。1992年、マンションから戸建てに移転して、住居兼助産院として「母と子のサロンM助産院」は事業を行っていたが、この新規施設の2階部分に住宅を移転し、助産院と住宅を分離した。

地域の母子の福祉活動として、現在では母子が集えるひろばの事業は、公的、私的共に多数みられる。だが、M助産院のサロン新設は、地域母子支援のイノベーションであり、当時としては珍しい取り組みとして専門雑誌での紹介や、行政機関からの見学が行われた。

他、地域の母子のためのイベント活動への参加、母子保健行政の有識者会議の参加などが行われている。

② 地域に開かれた施設に向けての実践コミュニティファミリーサロン設立

ファミリーサロン開設までの経緯。この建物は、ウィメンズサロンと同様に、「出資金制度」によって建設される。この時期の日本経済の背景は、バブル崩壊の時代であった。そんな時代にも関わらず、ファミリーサロンの出資者は209人で出資金4,050万円と増加している。先に述べた「ウィメンズサロン」は、施設の目的が認知され利用者が増加し、クラス活動、イベントなどにも使用されるようになっていった。しかし、クラス活動、イベントなどの増加によって、母親たちが「いつでも気軽にお茶を飲み、お話できる」という「サロン」としての機能が、十分果たせなくなるといった新たな問題点が生じるようになる。

このような問題を抱えているさ中に、2006年、助産院より5軒東に位置する住宅の住民より「自宅を買って欲しい」との依頼がある。その住人兼依頼者は、子育て支援活動を実施している臨床心理学者であった。「ここはY氏に購入してもらい、地域の子産み、子育てに有効活用して欲しい」と、Y氏への売却を切望した。Y氏は約1週間で意思決定をし、その物件を購入する。そして、前回と同様に「出資金制度」を活用し、資金源の一部を確保する。

意思決定の過程では、地域子育て支援を考えるスタッフや、その考えに賛同する助産師、スタッフなどが、Y氏と交流している。自然発生的に、新規施設の設立に向けた実践コミュニティが形成されていく。施設の事業内容には、どのような施設を創設して欲しいのか、「利用者の声を聞く会」を開催しながら、事業内容の決定を行っていった。会の取りまとめや進行は、M助産院を利用していた母親たちであり、施設名称の「ファミリーサロン」も、その中で決定される。Y氏は、ファミリーサロンの開始に向けて、実践コミュニティのメンバーに適合する人材の確保を行っている。

会では、母親たちより「子連れでもヘアカットに行きたい」「子連れでも代替医療が受けたい」といった、新しいサービスの提案が持ち出された。一方、Y氏の思いには「この施設を活用して母親たちが自立・自律していけるための前段階の施設になって欲しい」という構想があり、この施設は、代替医療の施術施設として、「部屋貸し」を行うようにした。また、M助産院には、全国から助産師の研修生や助産師学生の実習生が訪れていた。その際に、宿泊場所の確保に苦労している現状があり、「助産院を訪れる人たちの宿泊部屋を確保できないか」といった検討課題を提起し、ファミリーサロンの中に4つのベッドを設置した部屋を確保した。さらに、産後の母子支援活動として、「産後ヘルパー事業」を立ち上げ、行政機関と連携を結ぶ活動を実施している。

ファミリーサロンは結果的に、子育てのひろばの機能、学生の宿泊機能、代替医療の治療室の機能、産後ヘルパー事業という4つの機能を持った複合機能施設となった(表5-1)。ファミリーサロンが設立されたことで、産後の母親の居場所づくりと、地域女性たちの雇用に貢献しており、この取り組みは、多職種との協働を試みた多角的経営として外部団体より表彰される。

表5-1 M助産院ファミリーサロン事業状況

年	施 術 そ の 他 (延べ数)								合計	ヘルパー利用		親子ひろば利用	
	整体施術	鍼灸施術	ヘアカット	寄ってけサロン	各教室	保育	研修生利用	その他		件数	時間数(のべ)	ひろば事業	のびのび事業
2008	420	530	96	591	482	481		580	3,180	16	766	446	
2009	429	618	84	728	1,095	545		502	4,001	22	430.5	740	
2010	455	537	74	862	582	476		213	3,199	11	347.5	733	
2011	373	565	89	1,016	360	446	530	290	3,669	18	603.5	899	
2012	391	665	88	1,152	582	477	399	329	4,083	17	561.5	1269	77
2013	425	529	106	1,181	533	420	575	449	4,218	30	641	1266	412
合計	2,493	3,444	537	5,530	3,634	2,845	1,504	2,363	22,350	114	3,350	5,353	489

注)「寄ってけサロン」(母親の居場所・子育て相談など)、「各教室」(生の知の話し会、歌の会など)、親子ひろば(施設外の事業内容)。

6 助産活動における実践コミュニティとアントレプレナーシップ

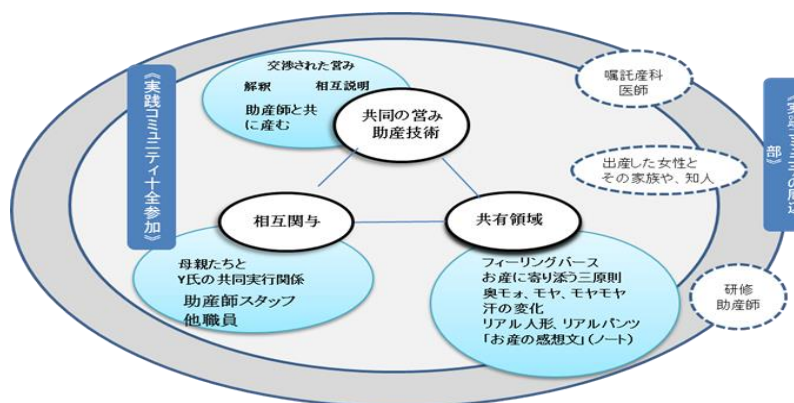
この節では、Y氏の助産技術を伝承するM助産院の助産師との実践コミュニティについて、述べていく。

助産院出産の特徴は、1出産進行中の内診(子宮口の開きを確認する医療行為)回数が病

産院に比べて少ない，2 出産進行中に産婦が自由に動けるように，分娩監視装置を継続して装着しない，3 出産まで助産師が付き添っている，4 会陰の剃毛，浣腸を実施しない，5 出産時に会陰切開を実施しない，6 分娩誘発剤を使用しない（できない），7 出産体位は自由であって，分娩台に固定されない，などが挙げられる。

この中の一部に限定して，助産技術の伝承の詳細な内容を確認する。アントレプレナーと実践コミュニティの構図は図 5-8 のようになる。

図 5-8 助産活動における実践コミュニティとアントレプレナー



出所) Wenger,(1998) p.73. 筆者が訳のうえ，一部加筆・修正し作成。

第 3 章「開業助産院のマーケティング概観」において述べたが，助産院のマーケティングにおいて，「製品戦略」は心臓部といえる。製品，特にサービスの質管理は難しく，サービス提供者によるサービスのバラツキは，顧客の不満足に繋がっていく。誰もが同じ助産のサービスが受けられるようにすることは，妊産婦にとって望ましいことであるが，人が実施するサービスは，全く同じものが提供できるということではなく，サービスという製品の課題である。Kotler and Keller (2009) はサービスの「変動性」という特性²⁴⁶を理解して，品質管理を徹底するために，「1. 優れた雇用と演習方法に投資する，2. 組織内のサービス性能の手順を標準化する，3. 顧客の満足度を観察する」²⁴⁷というステップが必要であるとしている。

M 助産院で出産する妊産婦は，Y 氏の助産技術に関する知識が伝承されていなければ，質が保障された製品（助産技術）を受けとることはできない。M 助産院では表 2-13 に示すように，Y 氏以外に助産師が 10 名いるが，助産技術の変動性を最小限にするために実践している，サービスの質管理 はどのように実践されているのであろうか。Kotler and Keller (2009) がいうステップはあるのか。助産院マーケティングの柱である，製品の内容に触

²⁴⁶ サービスには，無形性 (Intangibility)，不可分性 (Inseparability)，変動性 (Variability)，消滅性 (Perishability) という性質がある (Kotler and Keller (2009), pp.349-352)。

²⁴⁷ Kotler and Keller (2009), p.350.

れる。

これから述べる、助産師技術の伝承を中心とした実践コミュニティとアントレプレナーシップの内容では、1, Y氏の助産技術と助産の知識が実践コミュニティの中でどのように伝承されたのか、2, M助産院の事業にどのような成果をもたらしたかについて記述し、助産院経営・マーケティングに対する有効性を確認する。

表 5-2 M 助産院 助産師職員構成表

	助産師経験年数 (他看護師年数)	M 助産院での 経験年数	これまでの臨床経験フィールド
1	45 年	27 年	病院, 助産院を経て開業
2	25 年	11 年	病院, 保健センター, 個人開業
3	13 年 (看護師 3 年)	11 年	病院, 保健センター, 教育機関
4	15 年	8 年	大学病院, 診療所, 助産院
5	10 年	7 年	病院
6	12 年	6 年	病院
7	9 年	4 年	大学病院
8	5 年 (看護師 1 年)	2.6 年	大学病院
9	5 年	2.6 年	大学病院
10	17 年	2 年	病院
11	10 年 (看護師 3 年)	2 年	病院, 助産院

1) 助産師実践コミュニティの形成

Y氏は、「出産や子育てはとにかく痛い、苦しい、つらい、というイメージで語られることが多いが、それがひいては少子化に繋がる」と捉えており、「出産や子育てが明るく、楽しいものであれば、女性たちはもっと子供を産むはず」と語っている。この考え方は、M助産院の施設づくりに反映されている。Y氏は、助産師の採用条件をつくり、M助産院独自のコンテクストを形成していくようになる。Kotler and Keller (2009, p.350) のいう「優れた雇用」を目的に、Y氏は、サービスを提供する助産師の採用条件を次のように提示し、M助産院の独自性を創りあげる。

M助産院助産師の入社の条件として、次の4つを記述し、待合室などに閲覧できるようにしている。「1. 美人であること (顔より心) 2. お酒が飲めること (お祝いができる) 3. 賢いより優しい女性 4. 車の免許がある」である (Y氏原文のまま)。

サービスの質は実施する「人」によって決まる。

助産師を含むすべての職員は、妊産婦とその家族が「M助産院に来て楽しかった、また

来たい」という経験になるように接遇することを助産師スタッフに望んでいる。

特に助産師たちは、出産時における Y 氏の接し方や、会話の持ち方から、助産師としての暗黙知を学んでいく。「出産するという行為は、女性の気持ちがほぐれ、安心と信頼関係を結んだ中で実践される」というのが Y 氏の出産に対する姿勢である。

M 助産院助産師の実践コミュニティメンバーは、Y 氏の姿勢に共感し、妊産婦に緊張感を与えない助産師を人選しながら、M 助産院の助産師実践コミュニティのメンバーが構成され、Y 氏が意識的に形成する、助産活動のメンバーとして、知識や技能を持続的な相互関与の中で学び合う集団、という実践コミュニティの構成員となる (図 5-8)。

前述したように、助産院では、産婦が出産時に受ける内診の回数が、病産院と比べて少ない。「内診を少なくする助産技術」に限定して、アントレプレナーシップの「勘と経験」がいかんにして助産師たちに伝承され、製品の質を保持しているのか、分析をおこなう。

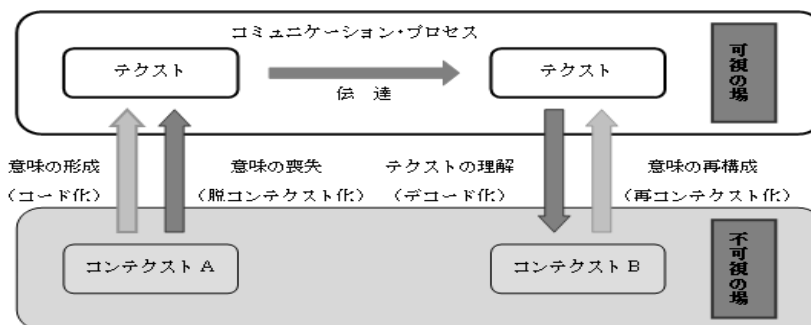
2) 助産師実践コミュニティの「共同の営みー内診を少なくする助産技術」

産科では出産進行を、内診という医療行為で判断するが、M 助産院では、極力少なくすることを求められる。出産進行中の内診 (子宮口の開きを確認する医療行為) 回数を少なくすることは、Y 氏が、「女性の性的プライバシーを守ることは、助産師としての使命である」と捉えているからである。助産院を選択してくる妊産婦は、「内診を避けたい」「会陰切開を受けたくない」というニーズを持っている。

では、M 助産院では、どのようにして、内診に代わる出産進行の判断基準を設けているのであろうか。「組織内のサービス性能の手順を標準化する」(Kotler and Keller 2009, p.351) ために実施されている、「内診を少なくする助産技術」が実践コミュニティの「共同の営み」である。

ここでは、Y 氏の内診に代わる助産技術の「暗黙知」に着目しながら、実践コミュニティの三つの要素を用いて、M 助産院で実践されている「意味の交渉 (negotiation of meaning)」を分析する (図 5-9 参考)。

図 5-9 意味の交渉としてのコミュニケーション (一方向図)



出所) 前掲書, 薄井 (2013) 192 頁。

Y氏は「内診を少なくする助産技術」のための暗黙知を、助産師との「相互関与」を通じて、特別な擬態語に転換して伝えている。

それは、M助産院の実践コミュニティ内の理解可能なジャーゴンとなり、「意味の交渉」に用いられるようになっていた。助産師たちは、この「共有領域」に形成されたジャーゴンを理解しながら、M助産院の「意味の交渉」に関与し、出産介助を実践している。以下に、その実例の一部²⁴⁸を紹介する。

3) 助産技術における表現の独自性—擬態語による意味の交渉

「内診を少なくする助産技術」のためにY氏が用いた表現は、「奥モォ」、「モヤ?」、「モヤモヤ」という用語であった。この表現を用いて、どのように助産の実践が転回されているのであろうか。

出産の進行状況は、内診という診察で得られた子宮口の開大結果を、長さの単位「cm」で表し判断する。これは最も基本的な出産の判断基準であり、病院で行われている一般的な医療行為の1つである。この内診行為は、出産進行を把握したい医療者（産婦人科医、助産師）にとって、確実であり判断しやすい表記であり、正確な出産の進行状況を判断するためには必要な行為といえる。しかし、内診を受ける女性＝産婦にとっては、①痛みをとまなう、②羞恥心・プライバシーが保護されにくい、③精神的なつらさがともなう、など苦痛を強いる行為でもあり、産婦が頻回に受けたいと思うような行為ではない²⁴⁹。だが、それにも関わらず、現在の産科医療現場では、内診は頻回に実施されている医療行為の1つである。

そこでY氏は、「内診しない出産進行の判断技術」を、M助産院の助産技術における「共同の営み」の1つとして位置づけた。この技術は、多くの出産の中から、産婦の身体的変化を観察することによって得られた暗黙知である。その暗黙知を習得するためには、出産の際にY氏の側に位置し、Y氏、助産師、妊産婦との「相互関与」を行いながら、出産介助に「十全参加」をすることを通じて習得していく。

出産の進行具合を判断する際に内診を実施しないで判断することは、現代の医療を学び、内診だけで出産の進行を判断していた助産師にとっては、全く新しい技術を習得することになる。

「奥モォ」「モヤ?」「モヤモヤ」という表現は、M助産院でしか通用しない、「共有領域」であり、ローカルに形成された形式知である。

アントレプレナーから助産師実践コミュニティのメンバーへと伝授され、その助産師が、自らの暗黙知へと転換し、実践できるレベルにまで到達しなければ、M助産院の助産技術の質は保てないことになる。ローカルな知識の習得には、実践コミュニティのメンバーが、

²⁴⁸ 後に述べる議論であるが、M助産院で用いられている「意味の交渉」には、「お産に寄り添う3原則（1人にしない、いつも体のどこかに触れている、産婦のすべてを受け入れる＝否定しない）」「フィーリングバースの3つの要素（別世界に行く、原風景を築く、バカになる）」など、他にも多数存在する。

²⁴⁹ 内診が苦痛だったという結果は、M助産院で実施されたアンケート結果に現れている。

相互関与しながら、体得していかなければならない。助産活動の実践コミュニティでは、Lave and Wenger (1991) の提唱した、「状況的学習」によって、知識の習得が行われている。具体的な内容は以下ようになる。

A) 「奥モォ」

助産師は、産婦の会陰部（出口部）に手をあてる。その手の平に、やっと児頭
の下降感を得られる段階。膣口の“奥”から次第に胎児の頭が膨隆を感じてく
る表現として用いる。

B) 「モヤ？」

児頭の下降がさらに進み、より膨隆を感じてくる段階のため“モヤ？”と表現。
「奥モォ」より一段階進んだ段階だが、「モヤモヤ」の手前の段階の表現とし
て用いる

C) 「モヤモヤ」

児頭の下降感がさらに進み、確実に助産師の手に児頭の手応えが得られる状
態の表現として用いる。

こうした擬態語の持つ意味を理解することは、M 助産院の実践コミュニティに「十全参
加」できることを意味している。「奥モォ」、「モヤ？」、「モヤモヤ」という表記は、実践コ
ミュニティの構成員同士での、内診に代わる「共有領域」の用語であり、M 助産院におけ
る「意味の交渉」での不可欠な用語である。

4) 助産技術における表現の独自性「別世界に行く」

次の内容も、M 助産院独自のローカルな形式化された、1つの知識である。

「別世界に行く」とは、出産の進行中に産婦に現れる特別な状態—理性を失った動物的
な状態—を表現している。

Y氏は、「別世界」のことを、次のように述べている。

「産婦が出産の最中に、トイレに行き、スリッパを揃えて脱ぎ、手を洗って、ト
イレから出てくるときは、産婦は産む世界に入っていない。まだ理性が残っていて
出産にはならない。スリッパも履けない、手も洗わない、トイレから夢中で飛び出
してくるような状態は、この世の状態でもなく、あの世の状態でもない。産婦独特
の『別世界に行っている』産婦が別世界に行くと、そろそろお産が近いと考える」。

これは、Y氏がこれまでの出産介助で得られた表現であり、医療用語としては用いられて
いない。M 助産院の実践コミュニティにいて、知ることのできる知識である。

5) 「発汗部位の変化」という「共有領域」の表現と「意味の交渉」

M 助産院には、前述した 2 つの表現—擬態語・別世界—以外にも、出産進行を判断する「産婦の発汗部位の変化」という表現がある。

M 助産院では、産婦の「発汗部位の変化」を、重要な出産進行の判断基準にしている。「汗はどこにかいている？」という質問に「首」と答えた場合に、出産の進行状況を判断できることは、M 助産院助産師の実践コミュニティメンバーを意味している。これは実践コミュニティでの相互関与から、状況を共有し、意味の交渉が繰り返されることで、実践コミュニティメンバーの知識となり体得されていく。

「汗の変化で出産進行を判断する」という Y 氏の暗黙知は、『M 助産院助産師のテキスト』の中で「形式化」されている。

首から肩にかけての汗はまだまだ子宮口が全開大²⁵⁰ではない状態。

肩から背中にかけての汗はもうすぐ全開の状態。

背中から腰にかけての玉のような汗は全開大の状態であり、

もうすぐ出産になるという、共通の理解をしている。

形式化された部位の表現であるが、汗の質感についての記述はない。たとえば、「さらさらとした汗、じっとりとした汗、玉のような汗」などは、どのような汗が「玉のような汗」なのか、状況を共有しなければ知覚することができない。Wenger らの「状況的学習」が提唱していたように、助産師たちは、Y 氏と共に出産介助実践の状況の中で、助産技術を学習している。

Y 氏を含む開業助産師の出産に対する熟練した知識については、調査研究も実施されており、「汗の変化」はその 1 つとなっている²⁵¹。

以上のような M 助産院における「意味の交渉 (negotiation of meaning)」は、M 助産院における事例の 1 つに過ぎず、M 助産院には、他にも多くの「意味の交渉」が存在している。「意味の交渉」が積み重ねられることで、実践コミュニティの独自のコンテクストが形成されていく。「知識」に対する Wenger (2002) らの本来の捉え方は、「最も利用頻度が高く最も有能な知識ベースは共同体に組み込まれている」と述べているが²⁵²、これはまさに、M 助産院というローカルな実践コミュニティの中に組み込まれている知識である。

²⁵⁰ 「全開大」とは、子宮口が全て開いた状態のことを指す。

²⁵¹ 竹原他 (2014) 66-68 頁。WHO は妊産婦死亡率を減少させるために、全ての出産に「優れた SBA (Skilled Birth Attendant)」を立ち合わせようという方策を提案している。ただし、SBA の本質的な中身の議論はなされていない中、日本の開業助産師のスキルの調査研究が実施され、Y 氏の助産技術もその対象の 1 つになっている。SBA とは、熟練した分娩介助者—助産師、医師または看護師—とされている。http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/skilled_birth/en/2014nen, 2014 年 10 月 30 日確認。

²⁵² 伊藤他 (2004)。

7 M 助産院のサービス（製品）戦略に向けたアントレプレナーシップと実践コミュニティ

M 助産院では、「1人にしない」「いつもどこかに触れている」「否定しない（すべてを受け入れる）」という「産婦に寄り添う 3 原則」がある。この 3 原則は、助産師のケアやサービス、そして助産技術の根幹を成しており、助産師はこの言葉に忠実に、だが、各々の個性を発揮しつつ、産婦に寄り添っていた。この言葉は明文化され、妊産婦用テキスト、助産師用テキストに記載されている。

「産婦に寄り添う 3 原則」の言葉が妊産婦に与えるイメージは、M 助産院の製品を発想させる言葉となり、M 助産院マーケティングの製品戦略の要になっていると考えられた。無形のサービス製品に対して、顧客が製品のイメージを持ちやすくすることは、サービス・マーケティングでは、有効な手段である。

「産婦に寄り添う 3 原則」という言葉が、どのようにして創造され、M 助産院の製品戦略に成り得たのか、分析をおこなう。

1) 産婦を「1人にしない」というサービス（製品）

3 原則の中の 1 つ「1人にしない」は、M 助産院で出産した母親らに浸透しているキーワードである。また、M 助産院を利用したことのない経産婦の中にも、「一人にされて不安だった」という前回の出産経験から、このキーワードを頼りに M 助産院を選択する妊婦がいる。

この 3 原則という表現は、筆者の文献渉猟の結果では、濱松（2003a）が Y 氏の師匠であった三森氏の言葉として「産婦をひとりにしない。身体のもいから触れている。否定的なことは決していわないことが助産師の役割である」²⁵³と記述している。だが、筆者は確認することができておらず、三森氏亡き今では、事実の確認をすることができない。

いずれにせよ、この言葉を現代に普及させようとしているのは Y 氏であり、「1人にしない」という言葉は、M 助産院における出産時のケア状況が写実されており、妊産婦にとって想像しやすく、覚えやすいものとなっている。

ここで、1 つの疑問が湧く。多くの助産院では、助産師 1 人対産婦 1 人（または助産師複数人）での継続ケアが実施されている。同様の体制である中、M 助産院の「1人にしない」と他の助産院の「1人にしない」には違いがあるのだろうか。

病院では 1 対 7、1 対 10 などの看護体制²⁵⁴が実施されており、助産師 1 人に対して産婦 1 人という看護体制を確保している施設は少ない。助産師の数が確保できない施設などでは、産婦は陣痛時一人で痛みを耐えることを余儀なくされる。助産院を選択した母親への意識調査では²⁵⁵、一人にされたことや医療介入を避けたいなどの不満が出ている。助産院の強みである 1 体 1 のケアはどのようになされているのであろうか。

²⁵³ 濱松（2003a）45 頁。

²⁵⁴ 看護師 1 人に対して、患者が 7 人という看護体制のことをいう。

²⁵⁵ 江守・前原（1988）；佐々木・田辺（2000）；谷川（2001）。

そこで、前回は他の助産院で出産、今回は M 助産院で出産した褥婦に対して、両院の違いを質問した。以下は N さんの回答である。

前回はそれなりに良いお産でしたが、今回 M 助産院で出産して、その違いが分かりました。前回は、例えて言えば、お産というトンネルのはるか先で、助産師さんが手招きをして下さいました。でも、今回、M 助産院の助産師さんは私のすぐそばにいて、ライトで足元を照らし、お産というトンネルを私と共に歩いて下さったのです。

M 助産院でのお産は、本当に導かれるようにして成し遂げられた出産でした。女性だったらみんな産むことは可能でしょうが、上手に産めるかは別です。

こうしてみようか、など絶妙な場面での的確なアドバイスで、お産の道先案内人としてとても心強く、お産のコーチングをされているようでした。それは私の力を奪うものではなく、引き出してくれるもの。やる気を阻害するのではなく、奮い立たせてくれるものでした。

導かれるようにして成し遂げたお産の先には、温かい達成感と安堵感があり、その満足感の中で最初の授乳をし、育児を始めることのできる喜びは、産婦にとって最高の環境であったと思います。

陣痛－出産－育児の、一連の流れが全て無理なく自然に移行し、体は劇的な変化を遂げているのに精神は安定していて、ものすごい満足感がありました。

それらは M 助産院で出産した産婦さんたちのノートが語っているのではないのでしょうか。そのような場が形成されていることは驚くべきことで、ホテルのような産院で出産しても手に入れることはできないものです。

お産の現場に、純粹でない様々な思惑が介在する現在の産科医療の中で、母子の状態を尊重し産ませてくれる導くお産スタイルは、これからの産科医療の中でも一筋の光として広くその重要性が認知されれば良いなと思っています。

産婦を「1人にしない」という状況は、各助産院で実施されている。だが、その内容の違いがあることを、K 氏の言葉が示している。

M 助産院でよく聞かれる言葉は、「お母さんのように甘えてね」「いつでもわがママをいってね」など、妊産婦を包み込むような言説である。また、出産時における助産師のケアでは産婦の後ろに座り、産婦を優しく抱きしめる行為であった。産婦によっては「母親を思い出した」といって号泣する産婦もいた。「1人にしない」という条件の中には、女性の頼りたい気持ちや甘えたい気持ち、不安などを受け止める行為が必要なのである。そしてそれは、出産が終わるまで常に実践されている助産師の行為であった。さらに、出産を乗り越える具体的な身体の使い方を、進行に即して丁寧に伝え、共に実行していた。

2) ルーティン

産婦を出産まで「1人にしない」というサービスは、その言葉の通りに実践されている。

M 助産院では、助産師が入院時に玄関前に向き、以降出産が終了するまで、助産師はずっとそばに付いている。

お産の部屋に入室した産婦は、四畳半の部屋にすでに敷いてあるお布団の上に上がり、自由な体位で過ごすことになる。多くは四つん這いである。助産師は、陣痛に合わせて産婦の腰を擦りだす。擦る手は基本的に利き手であり、多くは右手を用いている。

腰に当てる手の角度、擦る早さ、擦るリズム、手の力の入れ具合、手の動きと産婦の呼吸の同調性など、「腰を擦る」という動作においても、微妙な身体技法が要求される。助産師は、Y氏と同じペースで腰を擦る。そしてそれは、助産師全員で同じような動きができることが、暗黙の了解となっている。

新しく入った助産師スタッフは、熟練者の腰の擦り方を、見よう見まねで覚えていき、いつしかM助産所のルーティン²⁵⁶ワークを習得していく。

見よう見まねで獲得する技能^{スキル}は、Polanyi のいう鑑識眼 (connoisseurship) に近いまたは同質の内容だと思われる。Polanyi (1985, 50・51 頁) によれば、鑑識眼は、テキスト・マニュアル書・指示書などではなく、例示、事例、症例などによってのみみることができ²⁵⁷。「医師が症状の一部を記述している教科書を読んでも無意味である」(Polanyi 1985, 51 頁) という言葉は、M 助産院の現場にも当てはまる。

M 助産所のテキストを購入して、師匠である Y 氏の腰の擦り方を学ぼうとしても、実際に産婦の腰を擦り、腰以外の全体の変化の中で、出産に関わる技能を学んでいくのである。

「色々な症例を与えられ繰り返すことによってのみ学ぶことができる」のであり、医学などの科学は、「師匠から弟子への技能と鑑識眼の伝達に非常に依拠している」²⁵⁸のである。

3) サービス（製品）のイメージ化

これまでみたように、「産婦に寄り添う 3 原則」は、M 助産院のケア・サービスの根幹と なって妊産婦に伝わり、出産施設の選択に影響するものになっていた。

²⁵⁶ ルーティンは、様々な現場で毎日繰り返される行為、活動であり、たとえば、機会工場の製造ライン、学校の授業などをいう(砂川 2003, 112・113 頁)。福島 (2002, 2-36 頁) は『暗黙知の解剖』の第 1 章に「ルーティンを観察する」を挙げており、暗黙知を理解する上でルーティンが重要な要素になっていると考えられる。

ルーティンワークになっているということは、M 助産所の腰擦りからも見て取れるように、「ある意味でアルゴリズムのようにその手順をチャート式に記述できないこともないということを意味」し、「その骨格だけなら形式的な記述は可能」なのである(福島 2002, 10 頁)。

福島 (2002, 11-15 頁) は、「身体とシステム」に触れるときに、Lakoff の認知意味論—身体はわれわれの意味論的なスキームの基盤—、Gibson の知覚に関する生態学、Mauss によって定式化された「身体技法」、Polanyi の「暗黙知」を紹介している。

²⁵⁷ ワインソムリエになるには、茶の鑑定士になるには、神業といわれるような医師になるには、師匠の導きのもとで長い経験を経なければならぬ。医師が症状の一部を記述している教科書を読んでも無意味である。

²⁵⁸ Polanyi (1985) 51 頁。

Y氏は、師匠の元で、ラマーズ法を広げる助産師実践コミュニティの中にいた。師匠亡き後、自然出産を切望する母親らの声によって開業に至っている。Y氏のアントレプレナーシップの発揮は、母親らとY氏の実践コミュニティという社会的基盤の中の、相互関与から始まっている。

M助産院が事業継続していく中では、Y氏は多くの女性たちの声を聞くことになった²⁵⁹。出産した女性たちに「お産の感想ノート」を書いてもらっており、Y氏は、くる日もくる日もそれを丁寧に読み込んでいる。その中から妊産婦が助産師に何を求めているのか、女性の真実の声を認知していったと考えられる。「産婦に寄り添う3原則」は、毎日繰り返される助産実践の中で萌芽した、言葉の束だと思われる。

Kotler and Keller (2009) はサービスの品質管理を徹底するために、「1. 優れた雇用と演習方法に投資する, 2. 組織内のサービス性能の手順を標準化する, 3. 顧客の満足度を観察する」を挙げている²⁶⁰。Y氏は「お産の感想ノート」を読むことで、出産した母親たちの満足度を観察している。

M助産院の実践コミュニティでは、「3原則」といえば何を意味し、助産師としてどのように行動することなのか理解できている。つまり、M助産院の「文化的透明性」となっている。この内容を理解し、実践できる助産師の実践コミュニティによって、M助産院のケア・サービスは、一定の水準を保っている。これは、「産婦に寄り添う3原則」が、M助産院の製品として確立していることを表している。

以上のことから、M助産院の製品（ケア・サービス）確立におけるアントレプレナーシップは、女性のニーズを認知したこと、助産師実践コミュニティを形成し、M助産院のケアを製品へと確立したことだと考える。

第3章で述べたように、助産院経営・マーケティングには規制があり、広告・場所・価格戦略の実行は困難である。このような中で、製品（ケア・サービス）は助産院経営者の手腕が発揮できる最も重要なマーケティングの要素だといえる。M助産院では、この製品（ケア・サービス）の確立が成功への大きな要素になっている。

4) SECIモデルの方向と動因

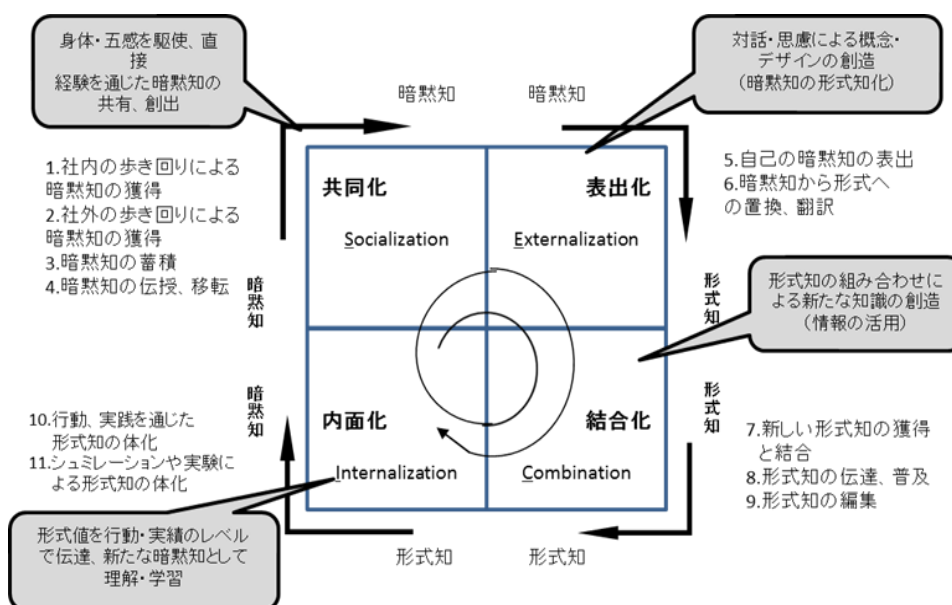
ここまで、M助産院の助産師の、技術に関する知識転換についてまとめてきた。知識転換のプロセスは、SECIモデル（図5-10）を用いて説明されることが多い。SECIモデルでは、表出化の次に、結合化へとリニアな方向に描かれている。「奥モヤ」などの事例からいえることは、表出化の結果として生み出された形式知は、いったんコミュニティ構成員である他の助産師たちの暗黙知へと転換され、自らの身体にエンボディされている。実践コミュニティの構成員は、表出化されたY氏の暗黙知を、M助産院の出産介助という実践を通過しながら、「奥モヤ」が先に発生するのか、「モヤ?」、「モヤモヤ」の順序は間違っ

²⁵⁹ 「男性助産師反対運動」時に行った女性たちへのアンケート調査も大きな影響を与えていたとY氏は語っている。

²⁶⁰ Kotler and Keller (2009), p.350

はいないかなど、Y氏と相互関与を行いつつ、自身が有していた暗黙知との整合性を確認し、自らの暗黙知へと転換している。このことは、実践の順序がSECIモデルの図5-10の矢印が示す順序を、必ずしもたどっているとはいえないことを意味している。つまり、この「奥モヤ」の事例では、表出化の次に結合化を経ず、直ちに内面化のプロセスが存在しており、SECIモデルが示すような、表出化→結合化→内面化というリニアな流れで動いているのではないことがわかる。

図 5-10 SECI プロセス



出所) 野中・紺野 (2004) 111 頁。

また、SECIモデルでは、暗黙知から形式知への移行を矢印で表しているが、この矢印はどのようなエネルギー、つまり、動因 (driving force) によって次の局面に動いていくのであるかについては明確には示されていない。だが、暗黙知から形式知を形成する動因が設定されなければ、暗黙知は暗黙知のままである。M助産院の事例の分析から明らかなことは、そこでの表出化の動因 (driving force) が、内診に代わる技術の習得という、M助産院の実践コミュニティにおける「共同の営み」であったことである。内診に代わる技術が存在することによって、助産師は内診の回数を減らし、産婦の苦痛は軽減されていくと想定されたからこそ、実践コミュニティにおける「共同の営み」が形成され、表出化が試みられるようになったのであった。M助産院における知識転換は、Y氏と構成員が「共同の営み」に向けて「相互関与」を行いながら、知を循環させるための動因 (driving force) を理解することで、転換させていた。

状況的学習論では、個人のアイデンティティが、実践に参加することによって形成されるという考え方が基本に据えられている。このM助産院の事例からは、実践コミュニティ

に参加することで、暗黙知・形式知の転換を行いたいという助産師としてのアイデンティティが生まれ、知を循環させていた。M助産院の実践コミュニティでは、「共同の営み」が明確であることによって、「相互関与」や「共有領域」にも影響を与えていた。

また、実践では、暗黙知が内在していても、全てを形式知化できない事象がある。つまり、「意味の喪失」である。特に、医術、助産技術などにおいて、指先の触覚など、人の五感を通じた訓練が必要とする際に、五感で習得した知識が全て形式知化できるとは考えられない。

8 助産技術伝承のための実践コミュニティ

1) 実技講演会

M 助産院は、2005 年、日本助産師会からの依頼により「アクティブバース」²⁶¹セミナーを開催することになる。このセミナーの趣旨は、Y 氏がこれまで実践してきた自然出産²⁶²の介助技術を、助産師会の助産師に実技講演して欲しいというものであった。

本稿では、この事業を M 助産院の特徴ある事業と捉え、この事業における Y 氏と実践コミュニティの内容を述べる。事業を特別だと捉える理由としては、2 点挙げられる。

まず 1 つ目の点は、Y 氏が、自然出産の介助技術力の向上と、助産師に活気を与えたいという「想い」を伝承するためには、この実技講演会が重要であると捉えている点である。Y 氏は、現代の出産現場において、慣習的もしくは当然とされている分娩台での出産、会陰切開の実施、分娩誘発剤の使用などに疑問を抱いていた。心身共に苦痛の少ない出産を求め、さらに、「出産が楽しかった」「出産が気持ちよかった」という新しい身体感覚の表現を持った出産の捉え方を伝承したいと希望していた。M 助産院で行われている出産介助の技術と助産への想いが、実技講演会という形で伝えられる機会であった。

そして 2 つ目の点は、この講演会の結果、Y 氏の活動が社会的課題に向けた事業化に繋がったという点である。M 助産院では講演会を機会に、教材と教本を開発・販売する事業化が行われた。すなわち、M 助産院の知識は、教材と教本の開発を通じて暗黙知から形式知化され、助産の現場で活用される知識に転換されることになっていったのである。この過程は、形式知が M 助産院という特定のコンテキストとは分離されて普及していくという意味で、「脱コンテキスト化」の過程である。また後に述べるが、これは「知識移転のジレンマ」の始まりとも理解することができる。

この 2 点に注目しながら、Y 氏のアントレプレナーシップと実践コミュニティの社会的関係を明らかにする。

2) 実技講演会に向けた物象化

ここでは、社会的課題の解決に向けた事業化の前段階である、「物象化」の過程についてまとめいく。助産の技術を伝承するためには、暗黙知を形式知化するための「物象化」の過程が必要となった。

講演会の趣旨は、仰臥位、立位、側臥位、四つん這いという自然出産の介助の伝承である。Y 氏の技術を形式知化し、講演会の参加者に伝承できるのか、それが講演会に同行する助産師たちの課題となった。まず、助産院の中で行われている助産技術を、どのように伝

²⁶¹ 「アクティブバース」とは、産婦の行動が制限されることなく出産できるスタイルのことを示す。イギリスのバースエディケーターであるジャネット・バラスカスによる造語であり、現在の産科医療では一般的な用語として用いられている。

²⁶² 自然出産とは、仰臥位・立位・側臥位・四つん這いなど出産体位に規制がなく、なおかつ、会陰切開などの医療行為を行わない出産のことをいう。

えるのかといった議論がなされた。その結果、2つの「物象化」が必要だと判断された。第1は出産介助用の教材であり、第2はY氏の手技やM助産院の助産技術などを紹介した教本である。

第1の教材は模型である。助産師が助産技術を学ぶ際には、ファントーム²⁶³と呼ばれるプラスチック製の人体の模型が使用される。出産の介助術を学ぶ際に必要な下半身の模型である。技術を伝承するためには、下半身の模型が必要であるが従来のファントームは、①高価である②下半身の等身大でできており、持ち運びができない③ファントームは、実際の出産のようにスムーズに胎児が娩出できず、自然出産の介助技術の伝承には不向きである、といった意見が助産師から出された。その意見をもとに、ファントームに変わる教材用のズボンが開発された²⁶⁴。後に詳細を述べるが、このズボンは「リアルパンツ」という教材として商品化している。

第2の教材は、暗黙知を形式知化できるように教本作成の作業を行うことである。具体的に、産婦の体のどこに右手を当てるのか、左手を当てるのか。手の力加減はどの位であるか。産婦の進行に合わせて手をどのように動かすのか、動かさないのか。使用している手指で、何を感じ、何を見ようとしているのか。Y氏が行う行為＝暗黙知を、文字と写真で形式知化を行った。助産師スタッフは、これまで行ったことのない暗黙知を形式知へと転換するために「教本」創りという新しい仕事の領域に入っていく。

3) 実技講演会の発展

次に、M助産院で実際に行われた、商品の開発と提供について述べる。これは、先に述べた講演会を機に開始された。

初めて行われた講演会は、好評に終わった。病院での出産は医師の管理下で、分娩台の上で仰臥位になり、会陰切開を実施することが一般的である。助産師が自立して出産の介助に当たることが減少していた。しかし、講演会では、助産師が自ら判断し実践すること

²⁶³ 「分娩介助モデルセット」(ファントーム)



(http://www.kokenmpc.co.jp/products/life_simulation_models/emergency_training/lm-101b/index.html, 2014年10月20日確認)。

²⁶⁴ ファントームに代わる教材について。教材は、ズボンの股間に直径約10cmの穴が開け、次にズボンの腹部側には子宮の代わりになる袋を設置し、その子宮から、ズボンの股間の穴を通過して胎児が娩出するような構造とした。このズボンを履いて胎児を娩出すると、仰臥位、立位、側臥位、四つん這いのお産体位にも可能な出産介助の模擬実習が可能となるのであった。そのズボンを使用することで、M助産院の介助技術が伝えやすくなっていく。ズボンは、医療用ファントームの使いづらさや不自然さを覆す、新しい発想の出産介助練習用の教材となり、後に多くの教育機関や病院で使用されるようになる。

の重要性と必要性が語られ、次に、M 助産院で実践されている助産技術が伝承された。

Y 氏は、病院の助産師たちが、開業助産院の助産師から助産技術が学べる機会を希望しているというニーズを知ることになった。Y 氏は、助産師たちの「学びたい」「現状を変えたい」という想いを察知し、次の段階へとすぐに動く。M 助産院で実施された講演会は、専門雑誌『助産雑誌』に紹介された。と同時に、Y 氏は「全国どこへでも実技講演会を行うので、ご連絡をお待ちしております」といった主旨の投稿を行った。その投稿後直ぐに、某病院の産科から講演会の依頼がきた。依頼先では、産科医療の崩壊が深刻化しており、産科医療の改善は喫緊の課題となっていた。以降、全国で講演会を実施した結果、「産科医療の崩壊」という社会的課題の深刻さを実感させられた。

Y 氏は講演会に参加していた助産師の反応から、1「産科医療の崩壊」が確実に起きている、2 その結果、助産師が疲弊している、3 それを打破するには、助産師の腕に技術力を戻し「出産介助ができる」という自信を取り戻すこと、の重要性を実感している。

講演会での助産師の反応を、Y 氏は次のように語っている。「全国の助産師は、開業助産院の助産師の技術を知りたいと思っている。その想いに応えていきたい。そうすることが現代のお産を変えていくことになる」「助産技術の伝承は、ただ技術を体得してもらうためではない。その技術によって女性たちが満足のいくお産ができるように社会が変わっていく機会になる」。Y 氏は、講演会をただ単に実技を伝承するという事業ではなく、出産に対する価値創造を含めた講演会と位置づけていた。

2004 年 12 月の講演会が終了し、翌年 2005 年の 1 月以降、病院などの医療機関からの依頼は増加し、加えて、教育機関などの医療機関以外の機関からもくるようになった。Y 氏は実技講演会の名称を、全国行脚しながら技術を伝承していく新しい「フィーリングバースセミナー事業」と改めた。

4) 「フィーリングバース」という「意味の交渉」

Y 氏は、講演会の名称が「アクティブバースセミナー」であることに不満を抱いていた。「アクティブに動いて出産することは当然のこと。この言葉では、私たちのお産への想いは伝わらない」。Y 氏が講演会の名称に変更を望む理由は、M 助産院で出産した母親たちが記述する『お産の感想文』の変化に立脚する。感想文の変化とは、「痛かったけれど、気持ち良かった」「赤ちゃんの鼻がでる感覚が分かった」「気持ちよくて、また直ぐにでも産みたい」などの表現からである。Y 氏はこれらの表現から「産婦はお産を感じている」と捉えていた。「フィーリングバース」は、痛くてつらいだけのイメージとして語られる出産を、「心と体で感じるお産」「気持ちのいいお産」という新しい価値に創造する目的が込められていた。

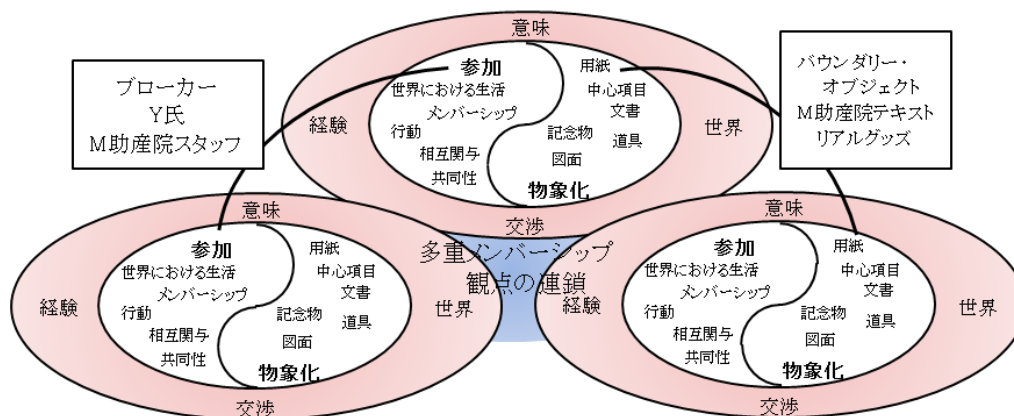
新しい講演会の名称は、「フィーリングバースセミナー」と名付けられた。

この言葉は、Y 氏と助産師実践コミュニティの、会話のやり取りの中から誕生している。「お産の気持ち良さをどのように表現しようか」「赤ちゃんを取り出す気持ち良さをどのよ

うに表現しようか」といった、やり取りが、実践の中で行われている。このような表象化のプロセスは、「意味の交渉 (negotiation of meaning)」のプロセスとみて取れる。実践コミュニティの参加者同士の「相互関与」に依拠し、「共有領域」に埋め込まれ、表象的对象となった結果であるといえる。「フィーリングバース」という言葉で、M助産院の出産が明示化されていく。明示化されたことによってM助産院での「フィーリングバース」は、病院など他の産科現場でのコンテクストの中で読み込まれることになる。

「フィーリングバース」「教本」「奥モヤ」「別世界」などは、M助産院の実践コミュニティと、他の病院の実践コミュニティ同士の境界を越境する「物象化」された事象に他ならない。これは図5-11で示しているように、Wenger(1998)の述べる「バウンダリー・オブジェクト」である。バウンダリー・オブジェクトとは、複数の実践コミュニティで共有され、観点 (perspectives) を調整し接続する役割を果たすような文書、用語、概念など物象化された対象を意味する²⁶⁵。バウンダリー・オブジェクトにより「フィーリングバース」「奥モヤ」などの用語は、それがどのような出産の意味を持つのか、別の実践コミュニティの中においても、理解可能となっていく。

図 5-11 実践コミュニティ同士の連結図



出所) Wenger,(1998) ,p.105. 筆者が訳のうえ、一部加筆・修正し作成。

5) 教材、教本販売の事業化

「フィーリングバースセミナー事業」として位置づけたことで、教材用のズボンと胎児人形の製造は専門メーカーに委託することができ、教材の販売という事業が開始できた。商品化には衣料品メーカーとの交渉が必要だった。その交渉はM助産院スタッフの声かけにより行われた。スタッフとY氏は、妊婦服の販売を手がける衣料品メーカー側に、教材用ズボンの趣旨を伝え、低コストでの実現を懇願した。衣料品メーカー側は「これからの産科医療を救援できるのであれば商品化を目指しましょう」と快諾、提携を結ぶに至った。

衣料品メーカーの参入により教材用ズボンは改良を重ね、商品化に至る。この教材用ズ

²⁶⁵ Wenger(1998),pp105-107. 薄井 (2010a) 109 頁。

ボン」は、胎児人形の娩出するさまが実物に近い形で娩出してくるという意味を込めて「リアルパンツ」²⁶⁶と名づけられ、市販された。

同時に、胎児人形の開発にも着手した。ここでもまず、スタッフの一員が育児用品メーカーへ交渉に行き Y 氏に提案する。Y 氏は即座に交渉に加わり、開発の趣旨を伝え、育児用品メーカーとの協働開発が実施され、リアルパンツと同様に商品化を実現し販売にまでこぎつけた。このようなメーカーとの提携における Y 氏の注目すべき行動は、コミュニティ構成員の提案を直ぐに受け入れていること、そしてこれを直ぐにメーカーに打診し、提携を結んでいることである。そして、単なる商品開発ではなく、その商品が産科医療の社会的課題の解決に向けられた商品である事の意味を伝えている点が、アントレプレナーシップとして注目に値する。これらのメーカーはその意味を理解しながら、実践コミュニティの周辺部に位置していくことになった。

6) セミナー開催地域の拡大

フィーリングバースセミナー事業は、2011年9月現在、90ヶ所である。依頼先は、大学病院、総合病院などの医療機関や、看護大学、専門学校などの教育機関、日本看護協会の助産師職能委員会など、多方面である。

2004年の福島県の医療事故以降、わが国の産科医療は崩壊の危機といわれていた。産科医師が減少した医療現場では、その対策として、助産師に視点が置かれた。助産師は、正常出産の介助が法律で認められているにも関わらず、これまで多くの産科医療現場では、医師の管理下で出産介助を実施している。産婦人科医師に代わって、助産師を正常出産の現場で活用しようという動きが全国的に起きていた。

M 助産院のフィーリングバースセミナー事業が開催された時期は、「産科医療崩壊」といわれていた時期と同時期である。産科医療の現場において、正常出産を自立して実践している開業助産師の技術が、必要とされ始めた。フィーリングバースセミナー事業はその時代背景を受けて、依頼が増加した。Y 氏は「開業して約 20 年。開業助産師は陽の目も当たらず、むしろ、影の存在に近い状態だった。世の中の変化によって、これほど表舞台に立

²⁶⁶ リアルパンツ、リアル人形は、M 助産院で開発された、フリースタイルの出産介助を演習する教材のことである。その教材は、従来使用されている出産介助用の演習教材であるファントムとは異なり、リアルパンツの会陰部分に開けられた穴から、リアル人形が娩出してくるという構造になっている。その娩出の様相が本物に近いことから、リアルパンツと名づけられている。

この商品の販売の市場は、各地の大学病院、総合病院、助産の大学や専門学校など各教育機関である。2006年の販売以降、約 500 体を販売している。リアル教材が求められている背景には、かつてないほどに、院内助産院、フリースタイル出産の要望があるという裏づけだと考えられる。

(写真 1) 提供 M 助産院。



つようになるとは思わなかった」と発言している。

セミナーに参加している助産師たちは、産科医療の背景と一致していた。セミナー事業が本格化した 2006 年の状況を、Y 氏は次のように語っている。

「どの会場に行っても、産科の閉鎖や閉院の報告が聞かれ、助産師は落胆し、アイデンティティを失い、暗く重たい空気が流れていた。この国の産科の未来はないのかと思うほど、現場は深刻化している」。

しかし同時に、「出産技術を学ぼう、助産師のアイデンティティを取り戻したい」という希望も実感したという。セミナーを受講した助産師の中には、その後 M 助産院を訪問し、研修を受ける助産師が増加していた。フィーリングバースセミナー事業を開催し、約 3 年が経過した 2008 年頃より、Y 氏と M 助産院の助産師たちは、フィーリングバースセミナーに参加する助産師たちの変化を感じ始めたという。疲弊した状況から少しずつ改善の声が増え聞こえてくるようになっていた。産科医療の現場が少しずつ変化し、院内助産院の建設や、公的機関の助産院などが開設され始めた。これまでにない変化であった。

7) 助産技術における「技術の文脈依存性」と漸次的イノベーション

ここで、フィーリングバースセミナー事業の拡大から、助産技術の「技術の文脈依存性」を考察する。

2005 年から開始されたセミナー事業は、なぜ、急速に需要されていったのであろうか。そこには、「技術の文脈依存性」²⁶⁷という概念を用いて考察することができる。技術の文脈依存性は、「技術は、技術だけが独立して意味を持つものではない。技術は、それが置かれた状況の中で意味を持つのである」²⁶⁸と述べられている。開業助産師の「助産技術」が、どのような文脈により意味を持つことになったのかについては、2つの要素が考えられる。

第1に、先述した「産科医療の崩壊」という社会的背景がある。

Y 氏はセミナーの依頼が増加した背景について「世の中の変化によって、これほど表舞台に立つようになるとは思わなかった」と語っている、この状況は、産婦人科医師はもちろんのこと、当事者でもある助産師のアイデンティティにも影響を与えている。産婦人科医師に頼れない状況に加え、医師の管理下で仕事をしていた助産師の「想い」に火がついたかたちになり、「自分たちの手で出産を介助できるようになりたい」といった意識の変化が起きていた。助産師たちは、自ら出産介助を学び、産科医療崩壊の現場に工夫を凝らそうと動きだし始めていた。産婦人科医師が減少したというコンテクストにより、助産師たち

²⁶⁷ 技術の文脈依存性とは、「技術は必ずしも、もっとも効率的、合理的、経済的な進化の道を進まないということである。技術の価値や重要性を決めるのは、多くが技術を取り巻く歴史や伝統あるいは社会経済的な環境や利用者の習慣・習熟度といった要素であって、技術そのものではない」(寺本・山本 2004, 126 頁)。

²⁶⁸ 寺本・山本 (2004) 124 頁。

が変化を起し、開業助産師の技術に注目した。これは、開業助産師の技術が社会背景という文脈により影響を受けたものと考えられる。

第2に、産婦という消費者行動の変化である。

菊池（2008）は「少子化消費化社会における出産」の中で、女性たちがどのように出産場所を選択しているのか調査を行っている。菊池は、ここ数年の動きとして、費用を惜しまず、豪華な設備、贅沢な食事、無痛分娩、帝王切開など、どのようなお産でも可能にする施設を選択する女性の存在を紹介している。都心の病院に対して“御三家”と称し、あたかも1つのブランドを買うように施設を選択する行為を、少子化社会の中の医療をめぐる消費行動であると述べている。一方、これとは相反する動きもある。温暖化といった世界規模の社会的背景を発端に、その対策としての自然保護やエコ運動が話題になり、自然なものへの関心が高まるという時代に入った。この流れを受け、これまで自然出産に関心のなかった人たちの意識が、自然で家族と共に安心して安全に産みたいといったニーズへと変化してきている。

技術を理解するためには、固有の技術要素以外に、「非技術要素」にも注目する必要があると述べられている²⁶⁹。「非技術要素」には2つのカテゴリがある。第1のカテゴリは、それぞれの国や地域の経済条件、天然資源、物理的環境、人口動態、政治、規制、貿易を中心とした国際的な関係、社会のライフスタイルなどである。第2のカテゴリは、それぞれの社会の背景にある歴史や文化、あるいは伝授といった、直接的には目に見えにくい要素から構成される。第1の技術要素よりインビジブルなマクロドライバーである²⁷⁰。つまり、自然保護、エコ対策といったわが国の社会の背景にある目に見えない要素によって、消費者行動が変化し、その結果として、開業助産師の技術に注目が置かれる。これは第1の要素と同様に、「技術の文脈依存性」として見ることができる。

Y氏の技術力がこの業界で認知され、広く全国に普及できるようになって行くには、開業から20年以上の月日が必要であった。先にも述べているが、わが国の産婦人科医療は「産科医療の崩壊」と称されるほど悪化の道をたどった。偶然にもそのさなかに開催されたのがM助産院の「フィーリングバースセミナー」であった。助産師が自然出産の介助を学びたいという「想い」に上手く調和するように、全国でセミナーが開催されたのである。

助産師が自立して実践する助産技術は、このような、社会的背景という文脈の中で、認知されていくようになった。必要のない医療介入を避け、自然で女性の性を守りながら実践されていた助産の技術は、「痛い、つらい、苦しい、孤独で出産した、子育てはつらい」など、出産・子育ての「負」の印象を取り去り、妊産婦と助産師の出産に対する新たな価値づくり（サービス・ドミナント・ロジック）の創発に向けられている。

セミナー事業を始めて約10年²⁷¹、開業してから約25年という歳月の中で、出産の新しい社会的価値の創造の1つを提示していること、女性に優しい出産を追究する技術は、革

²⁶⁹ 寺本・山本（2004）127-136頁。

²⁷⁰ 寺本・山本（2004）127・128頁。

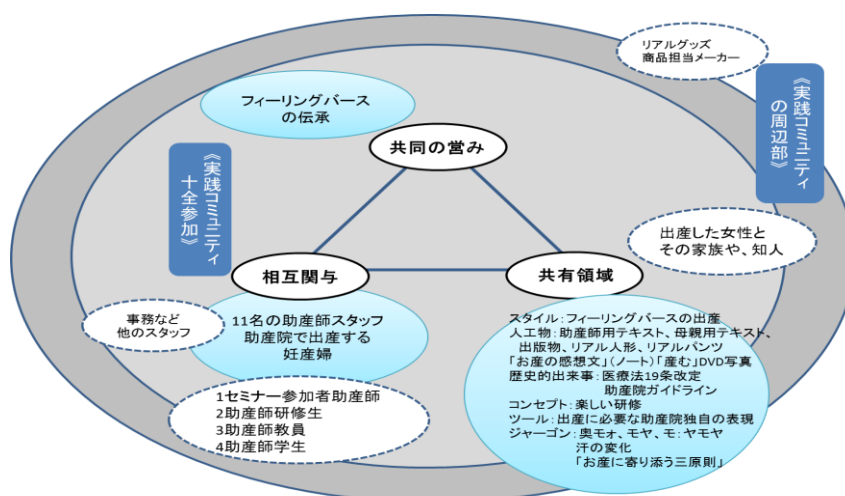
²⁷¹ セミナー事業は、2005年12月から開始されている。

新的というより、漸次的イノベーションといえる。

これまでの内容をまとめると図 5-12 のように示すことができる。

Y 氏のアントレプレナーシップは、実践コミュニティとの相互関与により、共有領域が明確化され、「意味の交渉」となる概念が表象的対象物となり、形式知化された。これは Y 氏の暗黙知を共有する実践コミュニティ構成員によって可能となる。実践を共有していない外部者であるときに、その暗黙知の意図する細部にまで近づくことができないのである。アントレプレナーがその能力を生み出す社会的関係の基盤は、実践コミュニティの存在であるといえる。

図 5-12 助産技術伝承のための実践コミュニティ



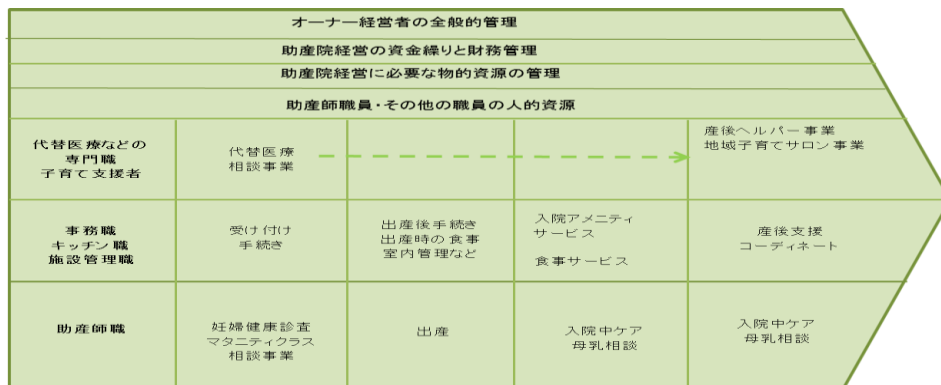
出所) Wenger,(1998) p.73. 筆者が訳のうえ、一部加筆・修正し作成。

9 M 助産院のバリューチェーン

この節では、M 助産院事業の全体を概観し、助産院ビジネスにおけるサービス内容の確認を行う。

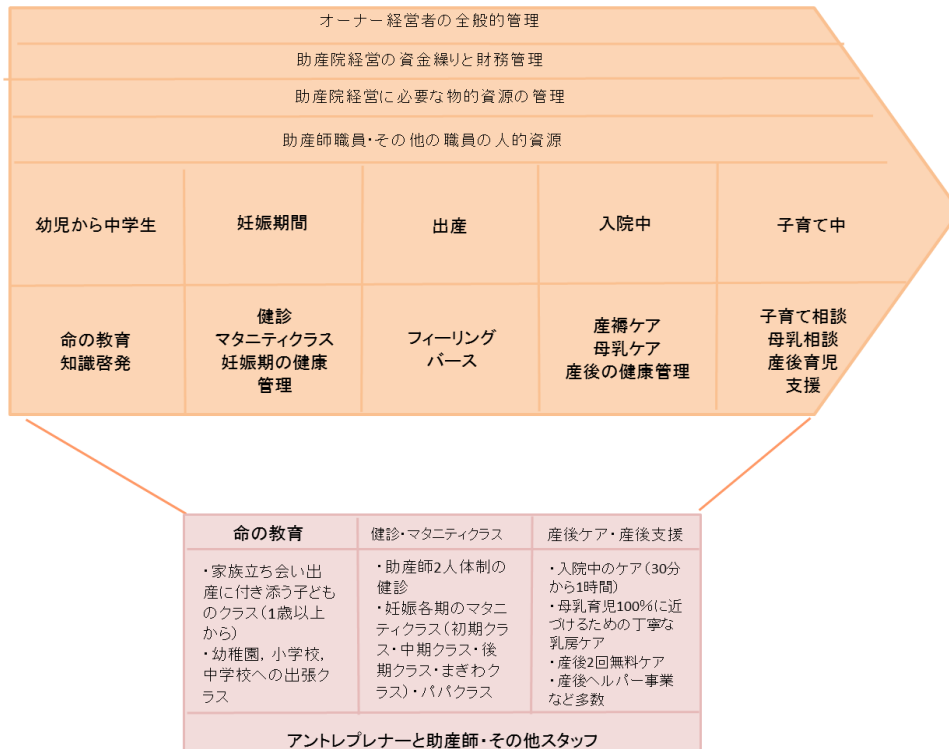
M 助産院の事業を概観すると、幼児期を対象とした生命のクラス、小・中学生への生命の教育、妊娠時の出産準備クラス、出産、そして産後、子育て期の支援と継続している。これは、第 3 章で述べたように、助産院事業を戦略的視点で統一して捉えたバリューチェーン管理といえる。バリューチェーンの視点は病院経営研究に活用されているが、助産院経営の研究では用いられたことはない。ここからは、M 助産院の特徴的事業内容を図 5-13・図 5-14 に従って概観する。

図 5-13 M 助産院の Value Chain ①



出所) M, E Porter. (1985) p.37. 筆者が訳のうえ、一部加筆・修正し作成。

図 5-14 M 助産院の Value Chain ②



出所) M, E Porter. (1985) p.37. 筆者が訳のうえ、一部加筆・修正し作成。

1) 幼児から始まる命の教育

「命の教育」が開始されたのは、M 助産院で実施されている「子どもクラス」にその基盤がある。

M 助産院では夫立ち会い出産に加え、第 2 子出産時には上の子どもが立ち会える「家族立ち会い出産」が実施されていた。Y 氏も第 3 子出産時に、上の子ども 2 人を立ち合わせ

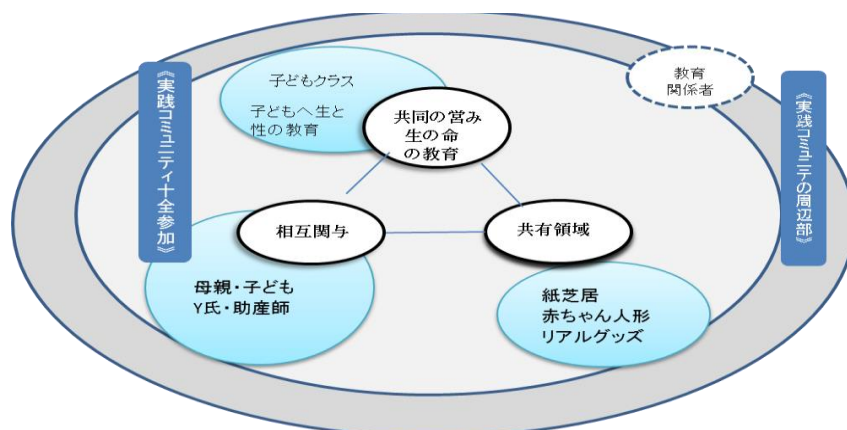
ている。「子どもクラス」は、家族立ち会い出産をするための事前学習である。その内容は、紙芝居や赤ちゃん人形などを媒体として、幼児にも受け止めることができるようなクラス内容になっていた。

Y氏は母親らの声と自身の経験をもとに助産師スタッフも巻き込みながら、このクラスを試行錯誤して子どもたちに合う内容となっている。手先が器用な人には赤ちゃん人形を、絵の上手な人には紙芝居を、というように「子どもクラス」のための実践コミュニティが形成されていく。「命の教育」の芽生えであった。

このクラスを受講した子どもの母親らによって、幼稚園や小学校などからの「性教育」の依頼がくるようになった。Y氏や助産師、母親らは一般的な性教育ではなく、命の現場に寄り添っている助産院の助産師だからこそ語れる「子どもクラス」を開催したいという思いに至る。

2) アントレプレナーシップと実践コミュニティの役割

図 5-15 生命の教育のための実践コミュニティ



出所) Wenger,(1998) p.73.筆者が訳のうえ、一部加筆・修正し作成。

Y氏は、母親たちの要望と自身の経験をもとに、2歳前後の子どもたちへ出産に関連する話しをするようになった(図5-15)。この実践コミュニティは、M助産院だけの子どもクラスでは終わらず、今では幼稚園や小学校、中学校に出張して実施されるようになっていた。

Y氏のアントレプレナーシップは、母親との相互関与から要望を察知していくことと自分の思いを表出していくことから始まっていた。共同の営みはこのような思いの表出が重要である。薄井(2013)は、「企業者の能力を、個人に備わった資質と見るのではなく、企業者の周辺にある実践コミュニティの存在を想定し、実践コミュニティにある知識や能力を随時活用することのできる能力である」²⁷²と述べている。この場合のアントレプレナーシ

²⁷² 薄井(2013) 199頁。

ップは、実践コミュニティ内の要望を認知し、新しいクラス企画へと発展させていた。このクラスが原動となって M 助産院では、その後幼稚園、小学校、中学校へと活動の場が広がっていた。だが、アントレプレナーは一人でこの活動を実施せず、助産師のメンバーの中より人選し派遣していくようになった。そのことによってこの活動は、さらに内容を充実させることになる。

たとえば、あるメンバーの発案により講演開場に妊婦（安定期）を同行してもらうことになる。M 助産院で出産する妊婦であり、妊婦と責任者の Y 氏が許可を出すことで、企画案はスムーズに動くことができた。これは小規模ならではの利点である。助産院にしかできない企画である。当日は胎児心音が確認できるドップラー、妊婦ジャケット²⁷³、妊婦、立ち会い出産した家族なども同行して、M 助産院独自の命の講座が行われる。その後、M 助産院には、受講した学生たちからの感想文が送られてきていた。ほとんどの学生の感想は、命の誕生に、感動した内容となっていた。

M 助産院では、さらに、独自の「生の命のクラス」がある。この単語の発案者は、M 助産院ファミリー事業部の O さんであった。O さんは主に、地域支援活動や「命の教育」、出産サポート活動などを積極的に行っているひとりである。O さんの活動を、Y 氏は信頼し許可している。LPP の十全参加として、Y 氏共に様々な活動を実施しているのだ。O さんは Y 氏について、「人の良い所をチョイスするのが上手いと思う。ただ運だけで、あんなったのではないと思う」と語る。アントレプレナーシップとして、人選能力を発揮していることがうかがえる語りであった。

「幼児から始まる命の教育」の過程では、アントレプレナーは母親らと共に、実践コミュニティを形成し、実践コミュニティメンバーの声から次第に内容を拡大していることがわかった。アントレプレナーシップとして、母親つまり消費者の声を聞いていること、企画への人選力²⁷⁴をみることができた。

3) 独創的出産準備クラスの創造

「Magiwa クラス」（お産まぎわに開催するマタニティクラス）は、M 助産院で開発された新しい、出産間近の妊婦のための母親学級である。産科医療施設の多くは、正期産（37 週から 42 週前）の前に出産準備クラスを終わらせる。出産準備クラスは、保健センターや各施設などで実施されているが、その期間は、施設によって様々であり、妊娠 5、6 か月でという早い時期での開催もある。効果的な時期を検討した M 助産院では、正期産に入った 37 週の妊婦を対象に出産準備クラスを開催した。この週数での企画は、ほとんど例がない。またこのクラスは、リアルグッズという M 助産院で開発された教材を用いて開催されてい

²⁷³ 妊婦ジャケットとは、約 10kg の錘がついたエプロンタイプのジャケットのことである。これを装着することで、妊婦の疑似体験が可能となる。

²⁷⁴ 人選力は「優秀な人材を、他社に先駆けして見出し、獲得・登用し、活躍させる」能力をいう（C・フェルナンデス・アラオス 2009, 14 頁）。

た²⁷⁵。

Magiwa クラスの開始は、2002 年の 12 月であった。その年は、いつになく産婦の搬送件数が増加した年である。ここから、「革新的出産準備教室」の実践コミュニティが発動する。妊産婦の高齢化に伴い、自然出産が難しくなっていると感じていた Y 氏と M 助産院のスタッフは、健診、マタニティクラスの総検討を行った。検討を行う場所は、近隣の「温泉センター」の大広間である。M 助産院の会議は、堅苦しくない。Y 氏のアイデアによって、飲食を共にする会議になることが多い。リラックスした会話の中から、助産師スタッフとのアイデアを出していくのが、M 助産院の会議の特色である。

搬送内容を振り返った結果、妊婦・産婦のパワー不足、体力不足が原因ではないかという意見が持ち上がる。助産院出産を希望する妊婦たちの中には、玄米菜食・粗食・自然食などにこだわる妊婦もいる。また、近年は、全体的に晩産化の傾向にあり、M 助産院にくる妊産婦も同様だ。

女性全体が産みにくい体となっていることや、自分で産むことへの意志の強さに揺らぎが生じていないか、という意見もでた。

いずれにしても、お産間近になって「あれ食べてはダメ!」「これ食べてはダメ!」と気にしては、体力を必要とする自然なお産には挑めない、という助産師の意見が一致した。体育祭のときのように、「出産に勝ために、カツを食べよう」というスタッフの意見を採用し、カツ丼を食べる新しいクラスの企画が完成する。カツ丼を食べるだけではなく、助産師や他の妊婦と交流を持つ楽しい昼食会を開催し、さらには、お産の勉強をするといった独創的な新規クラスの設立である（このクラスに参加した母親のインタビューは巻末資料を参照されたい）。

4) 産褥入院中のケア・サービス

次に、産後入院中のケア・サービスの実践である。

フィールドワークから導きだされたことは、「時間をかけた丁寧なケア」「家庭的なサービス」である。産後のケアは、1 人の褥婦に対して 30 分から 1 時間ほどの時間をかけた丁寧なケアであった。

入院中の助産師のケアは、助産師 1 人 1 人が、個性豊かにケアを実践している。M 助産院の助産師たちは、それぞれの関心に沿って、様々な研修（助産に関連した）に参加している。たとえば、薬膳研修、母乳育児に関する研修、アロマオイルに関する研修など、多様である。その知識は、日常のケアに繁栄されている。スタッフの独自性が保たれるように、Y 氏はそれらに対して規制をしない。

産後ケアの内容についての質の管理は、1 産褥期の身体変化の観察、2 母乳育児のための乳房ケアとその指導、3 アロママッサージ、などである。

²⁷⁵ Magiwa のクラスは、産後トラウマの予防策の 1 つとして、2014 年 9 月 17 日の NHK の番組で取り上げられる。予定日前になり出産を詳しく知ることによって、出産を理解し、肯定的に自身の出産を受け止める力になると紹介される。

妊婦が助産院を選択してくる理由の1つに、「母乳育児のケアの充実」というニーズがある。経産婦では、前回の産後の経験として「母乳ケアを受けられなかった」「母乳育児ができなかった」という不満を持っているケースも少なくない（巻末資料の「インタビュー5」を参照されたい）。

M助産院で出産した母親の母乳率は、産後1か月で93%となっており、開業以来変わらない母乳率である。母親たちの母乳育児への希望は、本稿のアンケート調査結果である病院、診療所の選択者においても、出産の要望より高い傾向にあった。M助産院では、このような母親たちのニーズに応えるように、時間をかけて母乳育児への支援を行っていた。出産の希望はもとより、母乳育児に対する丁寧なケアと相談によって、産後の母親たちの満足が得られている。

5) 入院中のサービス

助産院は医療機関であり、生命の安全を保障しなければならない。安全の確保を保障しながらも「出産」が無事に終了した時は、家族のように祝福してくれる。それがM助産院の産後サービスの特徴である。出産後には、助産院の職員、入院中の褥婦、来客（入院中の褥婦を見舞いにきた家族・友人他）などからお祝いの言葉などで祝福される。この「家族的なサービス」は、出産した家族からも喜ばれ、M助産院独自の誕生セレモニーのようになっていた。このセレモニーを忘れることができずに、リピーターとなって、M助産院を選択する妊婦もいる。M助産院のこのセレモニーは、M助産院サービスの「真実の瞬間」として、出産した女性や夫、祖父母などを巻き込むかたちで、繰り広げられている。

出産を祝福する姿勢は、施設の細部にも繁栄される。

Y氏は「助産院業は旅館業よ」と、助産師を含むキッチンスタッフ、管理スタッフなどによく話をしていた。助産院の食事を、期待してきたという声もあった。母乳育児を行いたいという母親たちの声を聞いて、「母乳によい食事」を提供している。また小規模施設ながら、院内の清掃と美化に配慮し、常に花が飾られ、院内は清潔であった。これを実践しているのは、助産師以外の職員である。M助産院が1つの事業体として完成する為に、Y氏は地域の知人やM助産院で出産した母親らに声をかけて職員を構成し、運営している。

「助産師は、助産業に徹する環境を」が、Y氏のコンセプトである。食事、美化などを他の専門スタッフに依頼していることで、より質の高いサービスへの提供がなされている。

6) 退院後の母子支援

退院後の母子支援は、M助産院の本院と分室のファミリーサロンの2つによって実施されている（ファミリーサロン設立経緯とその内容については105頁を参照されたい）。

本院では、主に助産師による母乳外来の実施、子育て相談である。ファミリーサロンでは、地域に開かれた包括的地域母子支援活動が実施されている。産後の母子を支援する活動は、今では珍しい活動ではないが、2006年ファミリーサロンの開設時では、産後の母子

支援活動は珍しく先駆ける的な存在であった。病産院では、一般的に退院後のサービスは母乳外来が中心である。しかし、全国の助産院では、産後の子育て支援として、母親たちの居場所創り、子育て相談などが実施されており、M 助産院でも、同様な事業が展開されている。特に M 助産院での特色は、地域の母親たちのニーズを捉え、たとえば、代替医療（鍼灸・整体）、産後ヘルパー事業が実施されている。

職員の企画によって多様な支援活動が実施されているところであり、Y 氏は地域の母子の支援のために、施設設立や事業の補助を行っている。このような事業は、他の病産院や行政機関が着手し難い事業であり、今後も重要視されていく事業内容であると考えられた。社会的なニーズがあれば直ぐに実践することも、アントレプレナーシップとしての Y 氏の特徴と思われる。

7) M 助産院バリューチェーンのまとめ

これまで概観したように M 助産院の事業は、出産だけで成立させず、幼児・小中学生、妊娠中、出産、入院中、子育て期間中へと、各期において事業やサービスが設定されている。

まず、その活動は妊娠前の子どもたちから対象としていることである。

子どもたちに生命の大切さを伝えたいという母親と Y 氏、助産師双方のニーズが、「共同の営み」となって 1 つの実践コミュニティを形成させている。この実践コミュニティは、当初、院内だけの活動であったが、実践コミュニティメンバーの母親たちの声（ロコミ）によって、次第に活動の幅が院外の幼稚園、小学校、中学校へと拡張している。Y 氏は生命を取り上げている助産師だからこそ語ることのできる内容があるだろうとの考えで、お産現場の写真や DVD を作成し、産むこと・生まれることの神秘を伝えている。この思いは実践コミュニティメンバーの他の助産師にも同様に伝えていることで、この事業が評価され、外部からの依頼が寄せられ続けている。

次に、妊娠期間中のマタニティクラスである。妊娠中の新たなマタニティクラス立ち上げでは、アントレプレナーと実践コミュニティメンバーによって、これまでにないマタニティクラスが誕生している。このクラスが実施、継続されていることによって、妊婦のマタニティクラスに対する満足度は高いものとなり、このクラスを受講するまでは出産したくないという妊婦の声が聞こえるほどになっている。出産迄の 10 か月の期間、いかに妊娠を楽しんでいけるか、それが M 助産院のコンセプトとなっており、それに向けたクラス内容が展開されている。

出産後入院期間中の助産師のケア内容は、時間をかけた丁寧なケア、きめ細やかなケア、満足度の高いケアが実践出来るように、人的管理されている。退院後は、分室のファミリーサロンを中心として、家事支援、育児支援が実施されている。

このように、M 助産院では、出産を事業の柱としながらも、出産前、出産後の各種事業、サービスを充実させることで、1 つの助産院ビジネスを構築していると考えられる。

そして、事業の立ち上げとその継続には、各種実践コミュニティの存在が確認でき、それをアントレプレナーがまとめ上げた結果として、M 助産院独自のバリューチェーンが形成されている（図 5-14 ）。

10 小括

本章では、維持・継続している助産院の経営・マーケティングにおいて、アントレプレナーシップはどのように実践されているのか、アントレプレナーの能力は個人に埋め込まれているのではなく、実践コミュニティを活用できる能力であるとし、その活用の結果、助産院事業が成功しているのではないかという視点を持って調査を実施した。

これまで述べてきたアントレプレナーシップと実践コミュニティの内容を整理すると、その中心的構成は表 5-3 のようになる。

開業助産院の経営・マーケティングにおいて実践されていることは、アントレプレナーである Y 氏が、M 助産院の開業、繁栄、継続において、妊産婦や助産師などの実践コミュニティを活用しているということである。M 助産院の調査を通して、アントレプレナーシップは実践コミュニティの中に埋め込まれていることが確認できた。

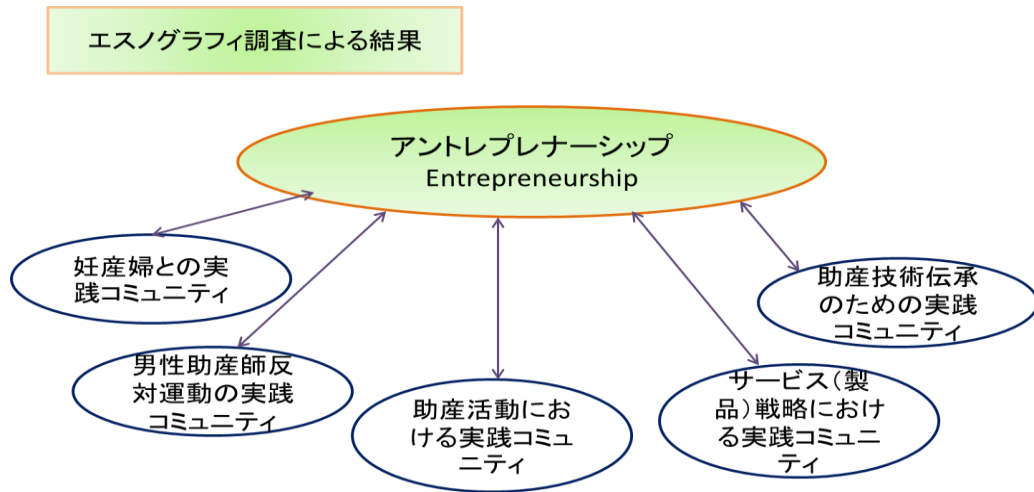
表 5-3 アントレプレナーが活用した主な実践コミュニティ
(COP Community of Practice)

COP の主な構成メンバー	COP の役割
妊産婦・助産師を主とする COP	自然出産・サービス（製品）の形成
女性・妊産婦・助産師会・教員・弁護士・助産師を主とする COP	男性助産師反対運動 女性の性の尊厳を訴える活動
助産師スタッフを主とする COP	助産技術の暗黙知の伝承
妊産婦・助産師スタッフを主とする COP	助産サービス・ケア（製品）戦略
助産師スタッフ・院外の助産師を主とする COP	M 助産院の助産技術伝承

ただし、各実践コミュニティメンバーは明確に分離しているものではなく、それぞれの実践コミュニティでは、実践コミュニティを越境して行き交う構成員が存在しており、その中心にアントレプレナーが存在していた。

これまで本章で述べて来たアントレプレナーシップと実践コミュニティの関係を概観すると、図 5-16 のようになる。

図 5-16 M 助産院を創り支えるアントレプレナーシップと実践コミュニティの社会構成図



出所) 筆者作成。

M 助産院の経営・マーケティングにおけるアントレプレナーシップと実践コミュニティの中で最も注目できたのは、サービス（製品）戦略での関連である。

第 1 として、母親を主とする実践コミュニティである。アントレプレナーとこの実践コミュニティは M 助産院のケア・サービス（製品）を形成した。

Kotler (1982, p.291) は、マーケティングにおいて「最も基本的なレベルは、『製品の核』であり、何を消費者が本当に探しているのか、本当に満足させてくれる製品は何か、という質問に答えるもの」²⁷⁶ と述べている。全国助産院の出生数が減少する中で、M 助産院が出産件数を維持している理由は、「製品の核」を発見したことによると考えられた。M 助産院の始まりは、少数の母親たちの自然出産のニーズに応えることからであった。助産院の助産師に母親たちが求めているものは何かという、「消費者が本当に探しているもの」を追究していく助産実践の中で、アントレプレナーは「製品の核」に気付かされたのである。そのことが M 助産院の「産婦に寄り添う 3 原則」－「1 人にしない」「いつもどこかに触れている」「否定しない（すべてを受け入れる）」－の創造へと繋がっていた。

第 2 として、助産師を主とする実践コミュニティである。アントレプレナーとこの実践コミュニティは、M 助産院の製品を維持し、質の一定化を目指している。

M 助産院では、すべての出産で「お産の 3 原則」が実践されており、それを可能にしていたのが、アントレプレナーの「暗黙知」を「共有領域」とする助産師の実践コミュニティであった。助産師の実践コミュニティが形成されることで、一定の製品（ここでは助産）を提供することが可能となっていた。助産の製品は、医療と同じサービス製品に分類される。サービスを財とする場合では、サービスの質管理は重要な課題となる。それはサービ

²⁷⁶ Kotler (1982), p.291.

スが耐久財（有形財）の製品と異なり，1 無形性，2 不可分性，3 変動性，4 消滅性という 4 つの特性を持つことによる²⁷⁷。その中でも特に，誰が実施するかでその質が変わる「変動性（Variability）」という特性は²⁷⁸，変動する振り幅を小さくすることが，顧客満足度に繋がっていくと考える。助産師の実践コミュニティは，アントレプレナーの「勘と経験」，言い換えれば「暗黙知」に近づくことを可能としており，「変動性」の振り幅を小さくすることに貢献していた。それによって，サービスの質の課題に取り組んでいる。

第 3 には，M 助産院の助産技術を伝承するための教材づくりに関連した実践コミュニティである。Y 氏の手技を形式化し教材が開発された。そのことによって，Y 氏の手技は，M 助産院以外の施設でも実践されることになった。教材を開発し，Y 氏の手技を伝承していくための実践コミュニティによって，M 助産院では新たな助産院活動を創造している。

このようにまとめられた実践コミュニティは，M 助産院実践コミュニティの一部であることを付け加え，本章のまとめとする。

²⁷⁷ 近藤はサービスマネジメントにおいて，サービスの基本的特性を「①無形性，②生産と消費の同時性，③顧客との共同生産，④結果と過程の重要性」としている（2007，29・30 頁）。

²⁷⁸ サービスは，「誰が，いつ，どこで，提供するかに大きく依存しているために，非常に変動性が高い」と Kotler and Keller（2009, p.350）は述べている。

終章

序章で示したように、近年、開業助産院での出生割合は漸減し0.8%となっている。

そこで本稿では、助産院経営・マーケティングへの示唆を得ることを目的として、定量的・定性的調査を実施した。本稿の研究・クエスチョンは、「近年の開業助産院の出生数減少はなぜ起きているのか、漸減する状況下でありながら、繁栄・継続している開業助産院の経営・マーケティングはどのようなことか」である。以下に、調査から得られた回答を述べ、本稿の結論としたい。

第2章では、助産院出生数減少の実態を把握するために、2つの定量的調査を実施した。まず消費者としての妊産婦（東京都在住）を対象として、出産施設選択の理由におけるアンケート調査を実施した。結果では、大学病院・病院、診療所、助産院の3群に分けて検定を行い、その中から、助産院が選択されない理由の考察を行った。

助産院出生数減少に影響を与えていたことは、第1に妊産婦の年齢との関連である。大学病院・病院群は、「35歳以上だから」という理由により施設選択する割合が助産院群に比べ有意差が認められた。前掲の図2-6にもあるように、産婦は晩産化傾向にあることが推察されることから、35歳以上の高齢産婦、特に高年初産婦の増加は、今後も助産院の出生数に影響を与えると考えられる。

第2としてはケアやサービス（Product）の選択に関連がみられた。ケアやサービス（Product）では、本質サービスを「健診・出産・産後」の内容とし、表層サービスを「食事・施設など」と捉えて結果を考察した。

大学病院・病院群、診療所群では、助産院群に比べ、医師の存在、医療規模、価格（特に妊婦健康診査補助券）、豪華な食事など表層サービスを多く選択しており、有意差が認められた。一方、両群の妊産婦は、本稿で本質サービスと捉えている「健診・出産・産後」—たとえば「健診時間が長く丁寧」「自然出産」「フリースタイル出産」「出産時、助産師の付き添いがある」「母乳育児指導」など—への要望は低かった。さらに、この両群は「健診・出産・産後」のケアやサービスにおいて「特にない」の項目について回答している割合が高かった。

助産院は助産師によって助産行為が実践される医療施設であり、その強みは、助産師による健診、自然出産、フリースタイル出産、母乳育児指導などを含めた、「健診・出産・産後」の継続ケア・サービスにある。だが、これらは出生施設を選択する大学病院・病院群、診療所群の妊産婦には、要望されにくいことを示していた。このような結果は、大学病院・病院、診療所を選択する妊婦と、助産院側のケア・サービス（Product）の双方において乖離があると考えられる。出産場所の99%は、大学病院・病院、診療所である。現代の妊産婦が産科医療機関に何を要望しているのか、していないのか、この結果は、今後の助産院経営・マーケティングを考える上で、重要な示唆を与えている。

出産費用・健診費用（Price）では、大学病院・病院群が「出産費用が安い」「妊婦健診の

補助券が使えるので現金で支払う分が減る」を選択している。アンケート調査を実施した東京都の助産院では、現在もなお（2015年1月現在）「償還払い制度」の状況であり、助産院を選択する妊婦への負担は改善されていない。このような状況もまた、助産院出生数の減少に影響を与えていると考えられる。

次に実施した全国助産院の実態調査では、1996年・2000年に実施された調査と対比して考察した。明らかになった点は以下である。

まず、助産院経営の寿命が短縮傾向にある。現代の助産院経営者は、1998年に実施された先行研究の結果に比べ6年遅く開業し、10年早く退いている。また開業継続年数30年以上の助産院は、1996年の調査では48.2%であったが、2013年では12.3%と減少している。そして82.3%の助産院が20年以下の経営となっている。

次に、小規模助産院の増加である。年間出生数49件以下の助産院は、2000年の調査では77件であったが、2013年の調査では122件となっている。130件以上を取り扱う助産院は、2000年では12件であったが、2013年では3件へと減少している。助産院は、明らかに小規模零細の状況にある。ところが、出産を取り扱う件数は減少しているにも関わらず、雇用人数は常勤職員・パート職員の両方で増加傾向にある。このことは、事業収入の柱である出生数は減少しているが、雇用者数は増加するという厳しい局面にあることを示している。

助産院経営者は、助産院における近年の出生数減少の理由について、産婦人科診療ガイドライン（GBS-B群溶血性連鎖球菌-陽性妊婦の対応、妊産婦のリスク項目の増加など）・助産院業務ガイドラインの改定、医療連携の困難さ、東日本大震災の影響、高年産婦の増加、など外部環境からの原因を挙げている。

これらの理由を、全国助産院出生割合と外部環境の変化として前掲の図6-2に示した。助産院を取り巻く外部環境は、2006年から2008年の「産科医療崩壊」と表現するメディア報道、2008年の医療法19条の改正、ガイドラインの刊行及び改定、35歳以上の産婦の増加、2011年の東日本大震災と変遷した。助産院の出生割合は、前掲の図2-9に示したように、わずか数年間におきた外部環境の変化と重なり、2008年以降、急降下している。

内部環境の原因としては、経営者本人の体力の限界などが挙げられている。出生数減少の対策としては「特に何もしていない」という回答が最も多く、オーナー助産師が助産を実践しながらの経営の対策に、困難を極めていることが推察される。

このように、近年の開業助産院の出生数減少は、妊産婦の晩産化傾向、消費者である妊産婦の要望と助産院側の提供するケア・サービスとの乖離、助産院事業に関する外部環境・内部環境の変化によることが考えられる。少子化からくる市場の隘路化に加え、以上の2つの定量的調査は、助産院経営が今後もさらに厳しい状況が続くことを示唆している。

次に第3章では、助産院経営・マーケティングについて概観した。

Kotler (1969)によるマーケティング概念の拡張によって、医療・教育・福祉などの非営利組織におけるマーケティングは日本においても興隆しているが、助産院経営・マーケテ

イング研究は行われていない。第3章では、助産院マーケティングの4Pについて述べたが、広告（Promotion）、価格（Price）では、医療法や出産の補助金制度などによって、企業のようなマーケティング活動は実施されにくいことや、場所（Place）の戦略では、小規模零細において、有効な場所の戦略に至らないことが判明した。

ケア・サービス（Product）では、対象とする妊産婦の制限、医療介入の制限などがあるものの、正常な妊産婦に対するケア・サービスにおいては、助産師の本領が発揮される部分である。助産院事業では、製品戦略として助産ケア、助産サービス、助産技術を駆使することこそが、助産院マーケティングの成否に関わってくると考える。

そして、製品戦略を中心とした事業の遂行には、経営者であるオーナー助産師の手腕によるところが大きいという示唆を得た。これは助産院経営・マーケティングの特徴である。

このことを受けて第5章では、助産院事業を27年間継続するM助産院を対象として、オーナー助産師がいかにして経営手腕を発揮しているのか、顧客とどのような繋がりを形成し、維持しているのか、助産院の経営・マーケティングはどう実践されているのかを問題意識として定性的調査を行った。

調査の分析には、アントレプレナーシップと実践コミュニティ概念を用いた。この2つは、助産院事業を開業したオーナー助産師をアントレプレナーとし、アントレプレナーと共に助産院事業に関与する集団を実践コミュニティと捉えることを表している。

実践コミュニティの概念は、第4章において述べた本稿のキー概念の1つである。実践コミュニティは、学校、職場、家族など制度的な社会組織と同じではなく、人々がなんらかの実践を共有し相互関与している社会的グループのことである。

この概念を用いて、第5章の定性的調査では、開業助産院における経営・マーケティングが、いかに実施されているのか、実践コミュニティ概念に基づいて、オーナー助産師のアントレプレナーシップの実態分析を通して考察を行った。

オーナー助産師であるY氏は、助産院の開業の際に、自然出産を希望する母親との相互作用によって、アントレプレナーシップを発揮し、助産院開業のための実践コミュニティを形成していた。さらに開業後では、アントレプレナーが実践コミュニティを活用しながら、特徴あるいくつかの新規事業が運営されていることや、母子支援のための社会的活動が実践されていることが確認できた。アントレプレナーは、質の異なるいくつかの実践コミュニティを活用しながら母子支援、助産技術の教育・伝承のための漸次的イノベーションを遂行していた。

たとえば、母親らとの実践コミュニティによって、今では一般的となっている母子の居場所創り事業を先駆けとして実施していることや、小さな子どもを持つ母親たちとの実践コミュニティから創発し、幼児、小学生・中学生から始まる命の教育の地域活動を実施している。また、今後の母子保健で重要課題になる「産後支援」には、社会福祉士・保育士などの専門スタッフや、地域の母親との実践コミュニティを形成し「産後ヘルパー事業」を開始している。このように、M助産院事業の特徴は、幼児から産後の母親まで繋がった

サービス事業を戦略的視点で統一して捉えたバリューチェーン管理として実施していることである。この統一は、アントレプレナーがいくつかの実践コミュニティと連携することで実現出来ている。

また、Y氏と助産師との実践コミュニティでは、フリースタイル出産技術のための教材を開発し、それと同時に、Y氏の熟練助産師の助産技術を伝承するセミナーを実施している。このセミナーは、2005年からはじまり、教育機関や助産師会・看護協会などで開催され、開業助産院の助産師の熟練技術と妊産婦に寄り添う助産概念を伝承する漸次的イノベーションと捉えることが出来る。

では、M助産院の中の助産技術はどのように伝承されているのであろうか。前述したように、助産院経営・マーケティングでは、製品戦略は要である。M助産院の中の助産技術は、Y氏とM助産院の助産師実践コミュニティの中で、Y氏の熟練の技と暗黙知の意味の交渉が繰り返された結果、M助産院助産師の助産ケアの質を一定にしている。このことは、M助産院の助産ケア・サービス（助産院の製品）の安定化につながり、製品戦略となっている。さらに、M助産院の独自性は、「産婦に寄り添う3原則—1人にしない・いつもどこかに触れている・否定しない」という理念を掲げていることであった。

助産院経営・マーケティングでは、製品戦略が助産院マーケティングの成否に関わってくるが、M助産院の「産婦に寄り添う3原則」はこの柱となっていた。これを構築しているのが、実践と経営の両方に手腕を発揮するオーナー助産師のアントレプレナーシップであった。

さらに付け加えて言うならば、M助産院では実践コミュニティが活動的な組織であることが確認できた。多様な人々で構成されたいくつかの実践コミュニティは、新規企画の発案とその実行、顧客への丁寧なケアとサービスの実施、他職種との積極的な交流を図りM助産院の事業に結びついている。

以上のようにM助産院では、Y氏がアントレプレナーシップを発揮し、質の異なる実践コミュニティを社会的基盤として活用しながら事業を遂行し（前掲の図5-17）、各実践コミュニティを統合することで、M助産院のバリューチェーン（前掲の図5-14）を確立させ事業を成立させていることが明らかになった。

アントレプレナーシップ研究では、アントレプレナーの心理的研究や、生育環境、個人の気質を追究する議論がある。だが、本稿の先行研究において、近年、欧州におけるアントレプレナーシップ研究の新潮流として、アントレプレナーの連携する能力や暗黙知に対する視点がある。同様に本稿の調査においても、アントレプレナーは、いくつかの実践コミュニティを連携することが示された。また、アントレプレナーの能力はアントレプレナー自身の性格や心理的要因に依存するのではなく、実践を共有する社会的存在としての「実践コミュニティ」を形成及び活用する能力であり、アントレプレナーの能力は実践コミュニティの中に埋め込まれていることが確認できた。

これまで述べてきたように、本稿では、アントレプレナーと人びとの相互関与を、実践の時間・空間・環境が共有される現場として捉え、Wengerの実践コミュニティ概念を用いて分析した。そして、アントレプレナーと実践コミュニティメンバーの連携から、漸次的イノベーションが生み出されることを確認した。このような結果は、助産院の経営・マーケティングを考える上で、これまでにない視点として有効性があったものとする。

本稿でみたように、助産院経営・マーケティングは、製品戦略を重視し、実践コミュニティを基盤として、オーナー助産師がアントレプレナーシップを発揮しなければならないということが明らかになった。

今後の課題には、以下のような点が残されているものと認識している。

消費者としての妊産婦を対象とした定量的調査の課題としては、東京都内以外にも、地域を拡大し実施する必要がある。また晩産化傾向が助産院出生数に影響を与えるとの示唆を得たが、これに対応するイノベーションについては今後の研究課題となる。定性的調査で用いた実践コミュニティ概念では、パワー関係の議論が少ないという批判があり、本稿の調査においても実践コミュニティのパワー関係の分析が必要である。

このような課題は残されているが、本稿では、助産院出生数の減少における消費者、経営者の両者の実態を把握できたこと、助産院経営・マーケティングにおけるアントレプレナーシップと実践コミュニティの役割を明らかにできたことは、成果があったと考える。

助産院経営・マーケティングの研究はまだ手つかずの分野であり、先行研究も数えるほどしかない。また、Kotler et al.(2002)が言うように、専門職はマーケティングを実施する時間も意識も少ない。だが、助産院の維持・存続のためには、これを積極的に導入し、さらに、実践者と研究者が相互関与しながら、未来の女性たちに残せるよう助産院経営・マーケティングの研究を深めなければならない。

参考文献

日本語文献

- 青木康子（2013）「助産の概念」青木康子編『助産学概論 新助産学シリーズ』青海社所収，2-36 頁。
- ・加藤尚美・平澤美恵子編（2009）『助産学大系 第 1 巻 助産学概論〔第 3 版〕』日本看護協会出版会。
- 編（2013）『助産学概論 新助産学シリーズ』青海社。
- 青木幸弘・新倉貴士・佐々木壮太郎・松下光司（2012）『消費者行動論—マーケティングとブランド構築への応用—』有斐閣。
- 縣俊彦（2006）「ガイドライン指標の信頼性・妥当性の検討に関する研究—快適な妊娠出産育児ケアと周産期医療体制の全国調査の疫学的方法論—」島田三恵子編他『平成 17 年度厚生労働科学研究費補助金〔子ども家庭総合研究事業〕総括研究報告書』大阪大学所収，50-58 頁。
- 浅見万里子（2002）「顧客満足度に影響する出産サービスの構成因子」『日本助産学会誌』第 16 巻第 1 号，15-23 頁。
- 足立泰美・瀧俊毅・森重健一郎・磯博康・西條辰義（2012）「産婦人科集約化に伴う妊婦の施設選択行動の分析—地理的空間的要因・施設要因・社会的経済的要因の影響—」『医療経済研究』第 24 巻第 1 号，18-32 頁。
- 阿保順子（2009）「看護における“言葉にならない技術”論：技術と判断について」『インターナショナルナーシングレビュー』第 32 巻第 4 号，33-36 頁。
- 荒木淳子（2009）「企業で働く個人のキャリアの確立を促す実践共同体のあり方に関する質的研究」『日本教育工学会論文誌』第 33 巻第 2 号，131-142 頁。
- 猪飼周平（2010a）「海図なき医療政策の終焉」『現代思想』青土社，第 38 巻第 3 号，98-113 頁。
- （2010b）「ヘルスケアの歴史的転換と助産師の役割」『助産雑誌』第 64 巻第 10 号，862-866 頁。
- 碓朋子（2003a）「広告規制緩和を活かした医療機関の新たなマーケティングの方向性」『病院』第 62 巻第 5 号，407-411 頁。
- （2003b）「医療機関の広告・広報が患者（消費者）の産科受療行動に与える影響—広告規制緩和前後の比較」『病院』第 62 巻第 7 号，597-600 頁。
- （2003c）「医療機関が Web 上で提供する情報内容の変化—医療機関ホームページの 2000 年・2002 年の比較」『病院』第 62 巻第 9 号，780-786 頁。
- （2003d）「広告規制緩和後，医療機関の広告は果たして変わったのか？ そこで，効果的な媒体とは？」『病院』第 62 巻第 12 号，1030-1036 頁。

- ・富田健司（2004）「広告規制緩和時代に求められる医療機関の今後の姿」『病院』第 63 巻第 1 号, 82-87 頁。
- 生田久美子（2007）「『教える』と『学ぶ』の新たな教育的関係ー『わざ』の伝承事例を通してー」『日本看護研究学会雑誌』第 30 巻第 2 号, 141-143 頁。
- , 佐伯胖補稿（2004）『「わざ」から知る』東京大学出版会。
- 池川清子（2009）「看護における実践知：為すことに含まれる知の意味」『インターナショナルナーシングレビュー』第 32 巻第 4 号, 14-18 頁。
- 池本正純（2004）『企業家とはなにかー市場経済と企業家機能ー』八千代出版。
- 石井淳蔵・栗木契・嶋口充輝・余田拓郎（2008）『ゼミナール マーケティング入門』日本経済新聞出版社。
- 石川正宏（2006）「社会起業家とそのリスク構造」『21 世紀社会デザイン研究』第 5 号, 49-57 頁。
- 石村源生（2013）「書評 福島真人『学習の生態学ーリスク・実験・高信頼性』」『科学技術社会論研究』第 10 号, 151-154 頁。
- 石山恒貴（2012）「企業外における実践共同体のブローカーが、企業と個人の学習に与える影響」『経営行動科学学会年次大会：発表論文集』第 15 回, 313-318 頁。
- （2013）「実践共同体のブローカーによる、企業外の実践の企業内への還流プロセス」『経営行動科学』第 26 巻第 2 号, 115-132 頁。
- 磯和由佳（2008）「医療におけるサービス・マーケティング」『病院』第 67 巻第 11 号, 998-1002 頁。
- 伊丹敬之（1999）『場のマネジメントー経営の新パラダイムー』NTT 出版。
- （2006）『場の論理とマネジメント』東洋経済新報社。
- 市川香織（2013）「分娩を取り扱う助産所を開業するために 日本助産師会が『開業基準』を作りました」『助産雑誌』第 67 巻第 2 号, 104-108 頁。
- 伊藤崇・藤本愉・川俣智路・鹿嶋桃子・山口雄・保坂和貴・城間祥子・佐藤公治（2004）「状況論的学習観における『文化的透明性』概念について：Wenger の学位論文とそこから示唆されること」『北海道大学大学院教育学研究科紀要』第 93 号, 81-157 頁。
- 伊藤ゆかり（2003）「産んだ人はどのような情報を活用して施設を選んだか」『病院』第 62 巻第 10 号, 868-871 頁。
- 稲垣佳世子・波多野誼余夫（1995）『人はいかに学ぶかー日常的認知の世界ー』中央公論社。
- 稲垣保弘（1994）「バーナード理論と暗黙知」『経営志林』第 30 巻第 4 号, 51-61 頁。
- 稲村雄大（2008）「創業チームにおけるビジネス人材の役割」渡辺孝編, 稲村雄大他『アカデミック・イノベーションー産学連携とスタートアップス創出ー』白桃書房所収, 105-128 頁。
- 井上淳子・富田健司（2000）「医療機関における患者との関係性構築：リレーションシップ・マーケティング概念を用いて」『医療と社会』第 10 巻第 3 号, 97-108 頁。

- 井部俊子 (2002) 「学習する組織の構築と看護管理者の役割」『看護管理』第 12 巻第 7 号, 505-512 頁。
- (2007) 「遅れてやってきた『サービスとしての医療』」『Keio Sfc Journal』第 6 巻第 1 号, 66-76 頁。
- 今井賢一・金子郁容 (1988) 『ネットワーク組織論』岩波書店。
- 今井希 (2013) 「経営戦略論における実践論的転回の可能性－『実践としての戦略』の検討をつうじて－」『Informatics』第 6 巻, 5-14 頁。
- 入山章栄 (2013) 「起業家精神は分析できる 世界の起業研究はいま何を語るのか」『ハーバード・ビジネス・レビュー』第 38 巻第 8 号, 89-98 頁。
- 医療経営人材育成事業ワーキンググループ (2006) 『経済産業省サービス産業人材育成事業 医療経営人材育成テキスト [Ver.1.0] (4) マーケティング』KPMG ヘルスケアジャパン。
- (2006) 『経済産業省サービス産業人材育成事業 医療経営人材育成テキスト [Ver.1.0] (6) 制度・政策 / (7) 戦略実行の考え方』KPMG ヘルスケアジャパン。
- 医療情報科学研究所編 (2007) 『病気がみえる vol.10 産科』メディックメディア。
- 医療制度研究会 (2006) 「『21 世紀に向けた病院経営－病院内外のマーケティングについて』 第 8 回医療制度研究会講演会講演要旨－演者：鎌倉湘南病院名誉院長 鈴木隆夫先生」, (<http://www.iryoseido.com/kouenkai/008.html>, 2010 年 7 月 20 日確認)。
- 岩下伸介 (1998) 「アントレプレナーシップに関わる考察」『流通経済大学社会学部論叢』第 8 巻第 2 号, 47-62 頁。
- 上野直樹 (1999) 『仕事の中での学習－状況論的アプローチ』東京大学出版会。
- (2004) 「日本語学習環境のデザイン：状況論的アプローチ」『Ajalt』第 27 号, 24-28 頁。
- ・ソーヤーりえこ (2009) 「実践共同体のマテリアリティと構造化された資源：状況的学習論の観点」『組織科学』第 43 巻第 1 号, 6-19 頁。
- ・—— 編 (2010) 『文化と状況的学習－実践, 言語, 人工物へのアクセスのデザイン－ [第 2 版]』凡人社。
- 上原施門 (2005) 「ナレッジマネジメントと組織知能－最近の研究動向から－」『山形県立米沢女子短期大学紀要』第 40 号, 51-61 頁。
- 上原裕紀子 (2009) 「サービスの品質を決定する要因とその影響力について 美容室・理容室が提供するサービスを例として」『経営戦略研究』第 3 号, 113-129 頁。
- 鵜飼宏成 (2003) 「『従来行われてきたアントレプレナーの特徴分析は無味乾燥』との批判を出発点に」『経営管理研究所紀要』第 10 号, 73-85 頁。
- 薄井和夫 (2003) 『はじめて学ぶマーケティング [応用篇] マーケティングと現代社会』大月書店。
- (2005) 『はじめて学ぶマーケティング [基礎篇] 現代のマーケティング戦略』

- 大月書店。
- (2010a) 「マーケティング現場における状況特異的知識－関連性理論および実践コミュニティ論の検討－」『同志社商学』第 61 巻第 6 号, 414-430 頁。
- (2010b) 「実践コミュニティと知識の実践論的理解－マーケティングと知識経営学の批判的接点を求めて－」『日本流通学会第 24 回全国大会報告要旨集』35 頁。
- (2013) 「『実践としてのマーケティング』研究と実践コミュニティ－『実践論的転回』によせて－」『商学論纂』第 54 巻第 5 号, 165-205 頁。
- 内田成 (2008) 「消費者行動：その歴史と展望」『埼玉学園大学紀要. 経営学部篇』第 8 号, 31-43 頁。
- 梅本勝博 (2004) 「医療のナレッジ・マネジメント」『病院』第 63 巻第 3 号, 198-204 頁。
- 江口成美・尾崎孝良 (2007) 「産科医療の将来に向けた調査研究 (日医総研ワーキングペーパー WP No.141)」, (<http://www.jmari.med.or.jp/download/WP141.pdf>, 2012 年 11 月 11 日確認)。
- 江守陽子・前原澄子 (1988) 「東京都内における妊婦の分娩施設決定に関する一考察－特に助産所での分娩を希望する妊婦の特徴について－」『千葉大学看護学部紀要』第 10 号, 1-11 頁。
- 遠藤里美・宮内清子・佐久間夕美子・小山葉月・高祖麻美・加藤綾子・小幡早紀・佐藤千史 (2011a) 「女子大学生における出産場所に関する意識調査」『ペリネイタルケア』第 30 巻第 3 号, 272-277 頁。
- ・——・——・——・——・——・——・—— (2011b) 「助産院 (所) での出産が増えるために何が必要か? 助産院 (所) へのアンケート調査報告」『ペリネイタルケア』第 30 巻第 3 号, 278-282 頁。
- 大分県助産師会編 (2013) 『大分の助産史Ⅱ (昭和 58 年～平成 24 年)』大分県助産師会。
- 大串正樹 (2008a) 「知識の発掘 思いを引き出す知の技法」『看護管理』第 18 巻第 4 号, 308-313 頁。
- (2008b) 「知識の共有 思いを伝える知の技法」『看護管理』第 18 巻第 5 号, 392-397 頁。
- (2008c) 「知識の実践 学び合える日常のあり方」『看護管理』第 18 巻第 6 号, 496-500 頁。
- (2009) 「ナレッジマネジメント：組織論的な視点で捉える暗黙知の共有」『インターナショナルナーシングレビュー』第 32 巻第 4 号, 23-27 頁。
- (2010) 『ナレッジマネジメント－創造的な看護管理のための 12 章－』医学書院。
- 大崎正瑠 (2009) 「暗黙知を理解する」『東京経済大学人文自然科学論集』第 127 号, 21-39 頁。
- 大須賀静代 (2008) 「助産院での出産経験から」『保健の科学』第 50 巻第 10 号, 693-696 頁。

- 大津誠・西田豊昭（2004）「アントレプレナーの心理的特性と企業業績」『経営情報学部論集』第18巻第1・2号，33-54頁。
- 大西昭子・吾妻健（2007）「働く女性の妊娠・出産・育児に対する不安に影響を与える要因に関する研究」『高知大学看護学会誌』第1巻第1号，21-30頁。
- 大西勝明（2013）「書評『日本のスピノフ・ベンチャー創出論—新しい産業集積と実践コミュニティを事例とする実証研究—』」『比較経営研究』第37号，151-159頁。
- 大野弘恵（2012）「地域における助産所の経営形態をめぐる新たな動き」『経済経営論集』第15号，45-63頁。
- （2014）「助産活動の多様化と新たな展開—助産師の活動の活性化にむけて—」『名古屋学院大学論集．社会科学篇』第50巻第3号，99-113頁。
- 大林道子（1990）『助産婦の戦後』勁草書房。
- （2001）『出産と助産婦の展望—男性助産婦問題への提言—』メディカ出版。
- 大室悦賀（2003）「事業型NPOの存在意義：ソーシャル・イノベーションの主体として」『社会・経済システム』第24号，131-143頁。
- 大森寛文（2013a）「エスノグラフィを活用した業務プロセス改革」『知的資産創造』第21巻第3号，56-65頁。
- 大山秀一（2006）『これだけは知っておきたい「マーケティング」の基本と常識』フォレスト出版。
- 尾形裕也・柏樹悦郎・河口洋行・河原和夫・長谷川敏彦・長谷川友紀・松田晋哉（2004）『医療計画の見直し等に関する検討会』ワーキンググループ報告書，
[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11gs20.nsf/0/49256fe9001b533f49256f31001c9fab/\\$FILE/s3-2_1.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb11gs20.nsf/0/49256fe9001b533f49256f31001c9fab/$FILE/s3-2_1.pdf)，2014年11月26日確認。
- 岡本喜代子（2009a）「わが国における助産の発達過程」青木康子他編『助産学大系 第1巻 助産学概論〔第3版〕』日本看護協会出版会所収，21-48頁。
- （2009b）「信頼される助産師をめざして 日本助産師会の医療安全対策」『助産雑誌』第63巻第11号，971-975頁。
- 岡本登美子・荒井英恵・今村理恵子・大橋澄子・竹内理恵子・谷口千絵・林啓子他（2014）「安全対策委員会報告『平成24年分娩転院報告集計と安全対策委員会の役割と課題』」『助産師』第68巻第2号，82-84頁。
- 小川史郎（2009）「A社バイヤーの創造的活動—活動理論とコミュニティ・オブ・プラクティスによる事例分析—」『経済科学論究』第6号，57-71頁。
- （2010）「百貨店のマーチャンダイジング—歴史，活動理論，コミュニティ・オブ・プラクティスによる分析—」（未刊行博士論文，埼玉大学）。
- 小木紀親（2006）「医療機関におけるマーケティングの必要性和その研究の方向性」『商品研究』第54巻第3・4号，15-31頁。
- （2012）「看護管理者の視座から導出された経営・マーケティング課題と医療マー

- ケティング研究の方向性」『東京経大会誌. 経営学』第 274 号, 227-239 頁。
- 小倉一春 (2002) 『看護学大辞典・第 5 版』メヂカルフレンド社, 1006 頁。
- 小澤雪絵・赤尾洋二 (2003) 「出産に関する患者満足度調査」『朝日大学大学院経営学研究所紀要』第 5 号, 33-41 頁。
- 小田博志 (2014) 『エスノグラフィー入門ー〈現場〉を質的研究するー』春秋社。
- 香川秀太 (2011) 「実践知と形式知, 単一状況と複数状況, 分析と介入, そして質と量との越境的対話ー状況論・活動理論における看護研究に着目して」『質的心理学フォーラム』第 3 号, 62-72 頁。
- 勝原裕美子 (2001) 「看護管理者がもつべき“顧客満足”の視点 企業の発想を看護に生かす」『看護管理』第 11 巻第 11 号, 836-841 頁。
- 金井壽宏・楠見孝編 (2013) 『実践知ーエキスパートの知性ー』有斐閣。
- 金井 Pak 雅子 (2002) 「看護のナレッジマネジメントの基礎知識 ナレッジ・イネーブラーとしての看護師」『看護管理』第 12 巻第 7 号, 499-503 頁。
- 編, 井部俊子・中西睦子監修 (2011) 『看護管理学習テキスト 第 6 巻 看護経営・経済論〔第 2 版〕』日本看護協会出版会。
- 金光淳 (2009) 『『実践共同体』をとらえる社会ネットワーク・モデル』『京都マネジメント・レビュー』第 16 号, 47-61 頁。
- 鐘井輝 (2004) 「医療経営におけるマーケティングの視点」,
(http://office-kanei.com/wp-content/themes/officekanei_tpl/pdf/write23.pdf, 2014 年 9 月 11 日確認)。
- 兼子加寿子 (2010) 「母となる女性と家族の心に寄り添う助産院をめざして」『保健の科学』第 52 巻第 12 号, 815-818 頁。
- 上沼克徳 (2014) 「マーケティング定義の変遷が意味するところ」『商経論叢』第 49 巻第 2・3 号, 63-84 頁。
- 神原理 (2007) 「社会的理由にもとづく商品 (商取引) の研究アプローチー社会・経済的課題に関わるソーシャル・プロダクター」『商品研究』第 55 巻第 1・2 号, 31-42 頁。
- (2010) 「ソーシャル・プロダクター社会・経済的課題に資する商品の特性と役割ー」『経済系: 関東学院大学経済学会研究論集』第 245 集, 36-47 頁。
- 神谷整子 (2013) 「助産師の活動」青木康子編『助産学概論 新助産学シリーズ』青海社所収, 48-52 頁。
- 河合蘭 (2003) 「なぜ病院は選ばれなかったかー女性が助産院を選択するとき」『病院』第 62 巻第 11 号, 954-956 頁。
- (2004) 「女性に『エビデンス』と『勇気』をーインタビュー: ビバリー・A・ローレンス・ビーチ (Beverley A. Lawrence Beech) 英国・マタニティ・サービス改善協会会長」『助産雑誌』第 58 巻第 6 号, 532-536 頁。
- (2007) 『助産師と産むー病院でも, 助産院でも, 自宅でもー』岩波書店。

- (2009) 『安全なお産, 安心なお産—「つながり」で築く, 壊れない医療—』岩波書店。
- 川上智子・木村憲洋 (2013) 「医療のマーケティング序論～7P と患者志向の再考～」『マーケティングジャーナル』第 32 巻第 3 号, 4-15 頁。
- 川渕孝一 (2008) 『医療再生は可能か』筑摩書房。
- 川本敦 (2009) 「▲12.1%減を記録した 10 - 12 月期 GDP と産業別生産動向の分析」『ファイナンス』第 45 巻第 1 号, 70-72 頁。
- 川本卓史 (2007) 「『ソーシャル・アントレプレナー試論—その受容・事例・原理』」『人間学部研究報告』第 10 集, 35-53 頁。
- 神野正博 (2004) 「IT と病院のナレッジ・マネジメント」『病院』第 63 巻第 3 号, 210-216 頁。
- 企業共済協会 (2009) 『コミュニティ・ビジネスの現状と展望』企業共済協会。
- 菊地栄 (2007) 「出産身体をめぐる〈まなざし〉の変遷」『21 世紀社会デザイン研究』第 6 号, 77-88 頁。
- (2008) 「少子化消費化社会における出産」,
(<http://kikuchisakae.seesaa.net/article/101776082.html>, 2014 年 3 月 11 日確認)。
- 北岡有喜 (2004) 「ナレッジマネジメントの方法論に関する調査研究」『医療』第 58 巻第 11 号, 645-650 頁。
- 北島政憲 (2004) 「QC サークル活動による病院における知の集積」『病院』第 63 巻第 3 号, 222-226 頁。
- 木林理恵・金銀美 (2006) 「学習に対する状況論的アプローチについての基礎文献報告」宇佐美まゆみ編『言語情報学研究報告 13 自然会話分析への言語社会心理学的アプローチ』東京外国語大学大学院 地域文化研究科 21 世紀 COE プログラム「言語運用を基盤とする言語情報学拠点」所収, 163-176 頁。
- 木村達郎 (2010) 「新しい実践の可能性—実践的行為と組織の制度についての研究課題—」『経済科学論究』第 7 号, 87-97 頁。
- (2011) 「職場と会社の齟齬—経営組織における実践の解釈主義社会学的考察—」(未刊行博士論文, 埼玉大学)。
- 木村憲洋・的場匡亮・川上智子編 (2013) 『1 からの病院経営』碩学舎。
- 日下佐代子 (2008) 「看護師の暗黙知から形式知への知識変換プロセスに影響を与える要因—SECI モデルを使用した内面化から共同化へ—」『日本看護学会論文集. 看護教育』第 39 回, 271-273 頁。
- 久保亮一 (2005) 「企業の戦略におけるアントレプレナーシップの要素」『京都マネジメント・レビュー』第 8 巻, 71-84 頁。
- 久保田進彦・澁谷覚・須永努 (2013) 『はじめてのマーケティング』有斐閣。
- 栗原美幸 (2003) 「医療機関インタビューウェブサイトを有効に活用している 3 事例」

- 『病院』第 62 巻第 8 号, 692-695 頁。
- 経済産業省 (2008) 「ソーシャルビジネス研究会報告書 平成 20 年 4 月」,
(http://www.meti.go.jp/policy/local_economy/sbcb/sbkenkyukai/sbkenkyukaihoukoukusho.pdf, 2012 年 11 月 2 日確認)。
- 現代経営学研究所・神戸大学大学院経営学研究科編 (2011) 「特集 アントレプレナーシップの思考」『Business Insight』第 19 巻第 1 号, 4-18 頁。
- 公益財団法人母子衛生研究会編 (2012) 『母子保健の主なる統計—平成 23 年度刊行—』母子保健事業団。
- 編 (2014a) 『母子保健の主なる統計—平成 25 年度刊行—』母子保健事業団。
- 編 (2014b) 『わが国の母子保健—平成 26 年—』母子保健事業団。
- 厚生労働省 (1995) 「第 1 部医療—『質』『情報』『選択』そして『納得』」(http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1995/2014 年 12 月 1 日確認)。
- (2007) 「医業, 歯科医業若しくは助産師の業務又は病院, 診療所若しくは助産所に関して広告することができる事項 (平成十九年厚生労働省告示第百八号)」,
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/kokokukisei/dl/jikou.pdf>, 2014 年 9 月 10 日確認)。
- (2008) 「医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告し得る事項及び広告適正化のための指導等に関する指針 (医療広告ガイドライン)」,
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/kokokukisei/dl/shishin.pdf>, 2014 年 9 月 10 日確認)。
- (2011) 「平成 23 年版厚生労働白書 質の高い医療サービスの安定的な提供」,
(<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/11/dl/02-04.pdf>, 2014 年 9 月 10 日確認)。
- (2013) 「平成 24 年人口動態統計月報年計 (概数) の概況」,
(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai12/dl/gaikyou24.pdf>, 2014 年 3 月 11 日確認)。
- (2014) 「妊婦健康診査の公費負担の状況にかかる調査結果について」,
(http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11908000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Boshihokenka/kouhifutan_1.pdf, 2014 年 9 月 10 日確認)。
- 小林正子・渡邊典子 (2008) 「初経産婦別の出産場所別にみた産む人の意識, 行動と選択基準」『新潟青陵大学紀要』第 8 号, 9-20 頁。
- 近藤隆雄 (1997) 「サービス・マーケティング・ミックスと顧客価値の創造」『経営・情報研究: 多摩大学研究紀要』第 1 号, 65-81 頁。
- (2007) 『サービス・マネジメント入門—ものづくりから価値づくりの視点へ— [第 3 版]』生産性出版。
- 西城卓也・伴信太郎 (2011) 「内科指導医に役立つ教育理論」『日本内科学会雑誌』第 100

- 巻第 7 号, 1987-1993 頁。
- 齋藤明子 (2010) 「開業保健師としての創意と工夫」『保健の科学』第 52 巻第 12 号, 804-808 頁。
- 齋藤いずみ (2011) 「助産領域のデータ化とエビデンスの確立 周産期医療の安全確保のために」『Nurse Eye』第 24 巻第 1 号, 43-49 頁。
- 齋藤慎 (2004) 『社会起業家—社会責任ビジネスの新しい潮流—』岩波書店。
- 齋藤実 (2002) 「医療機関におけるサービスマーケティング理論の有用性についての実験的調査研究: Service Quality GAP Model を用いて」『医療と社会』第 12 巻第 1 号, 89-116 頁。
- 佐伯胖・三宅なほみ (1991) 「状況的教育とはなにか」『現代思想』第 19 巻第 6 号, 40-56 頁。
- 榊原研互 (2006) 「ナレッジマネジメントにおける知識概念—ドイツ経営経済学における知識概念論争—」『三田商学研究』第 49 巻第 4 号, 115-129 頁。
- 坂梨薫・水流聡子・成田伸・齋藤いずみ・村上睦子 (2001) 「妊娠期・分娩期の助産ケアサービスの現状—首都圏と地方都市のデータ分析から—」『母性衛生』第 42 巻第 2 号, 324-332 頁。
- 佐々木綾子・田邊美智子 (2000) 「初産婦における助産所分娩選択の意思決定要因と分娩体験の認識に影響する要因の検討」『福井医科大学研究雑誌』第 1 巻第 1 号, 147-164 頁。
- 佐々木一彰 (2001) 「企業家 (Entrepreneur) におけるイノベーション (Innovation) と組織の問題—シュンペーター (J. A. Schumpeter) およびドラッカー (P. F. Drucker) の理論を中心として—」『Campana: 鈴鹿国際大学紀要』第 8 号, 19-34 頁。
- 佐々木聡編 (2001) 『日本の戦後企業家史—反骨の系譜—』有斐閣。
- 佐藤郁哉 (2003) 『フィールドワークの技法—問いを育てる, 仮説をきたえる—』新曜社。
- 佐藤ゆき・加藤忠明・伊藤龍子・顧艶紅・掛江直子 (2007) 「出産満足度と出産時ケアとの関連」『小児保健研究』第 66 巻第 3 号, 465-471 頁。
- 佐藤善信 (2006) 「企業家精神の心理学的分析」『ビジネス&アカウンティングレビュー 創刊号』第 1 号, 29-44 頁。
- 瀋俊毅・青木恵子・赤井研樹・福井温・橋本洋之・斧城健大・中島孝子・木村正・森重健一郎・西條辰義 (2010) 「大阪府泉南地域における選択型実験法を用いた妊婦の分娩施設選択に影響する要因分析」『医療と社会』第 20 巻第 2 号, 185-197 頁。
- 塩瀬隆之 (2009) 「技能継承の技術化研究とインクルーシブデザイン」『インターナショナルナーシングレビュー』第 32 巻第 4 号, 28-32 頁。
- 軸丸靖子 (2009) 『ルポ産科医療崩壊』筑摩書房。
- 柴田仁夫 (2013) 「経営理念の浸透に関する先行研究の一考察」『経済科学論究』第 10 号, 27-38 頁。
- (2014) 「実践の場における経営理念の浸透—関連性理論と実践コミュニティによる

- インターナル・マーケティング・コミュニケーションの考察―」（未刊行博士論文，埼玉大学）。
- 柴田真希（2012）「助産所出産を選択した経産婦の意識や行動」『日本母子看護学会誌』第6巻第2号，21-30頁。
- 柴田雄一（2009）『“集患”プロフェッショナルクリニック経営・成功の法則―』医学通信社。
- 嶋口充輝（1996）『顧客満足型マーケティングの構図―新しい企業成長の論理を求めて―』有斐閣。
- ・石井淳蔵（1995）『現代マーケティング〔新版〕』有斐閣。
- 島田三恵子（2012）「母親が望む安全で満足な妊娠出産に関する全国調査」島田三恵子編他『平成23年度厚生労働科学研究費補助金〔政策科学総合研究事業〕分担研究報告書』大阪大学所収，1-41頁。
- ・縣俊彦（2007）「利用者が望む快適な妊娠出産育児ケアの調査研究―『女性にとって満足なお産』の指標に関する検討―」島田三恵子編他『平成18年度厚生労働科学研究費補助金〔子ども家庭総合研究事業〕総括・分担研究報告書』大阪大学所収，118-125頁。
- ・大橋一友（2006）「快適な妊娠出産のためのガイドラインの開発に関する研究―『健やか親子21』快適な妊娠出産の支援の中間評価―」島田三恵子編他『平成17年度厚生労働科学研究費補助金〔子ども家庭総合研究事業〕総括研究報告書』大阪大学所収，1-17頁。
- ・——（2007）「利用者が望む快適な妊娠出産育児ケアの調査研究―『健やか親子21』快適な妊娠出産の支援の施設別・経年比較―」島田三恵子編他『平成18年度厚生労働科学研究費補助金〔子ども家庭総合研究事業〕総括・分担研究報告書』大阪大学所収，95-117頁。
- ・杉本充弘・縣俊彦・大橋一友（2007）「快適な妊娠出産のためのガイドラインの開発に関する研究」島田三恵子編他『平成18年度厚生労働科学研究費補助金〔子ども家庭総合研究事業〕総括・分担研究報告書』大阪大学所収，1-94頁。
- 島津望（2005）『医療の質と患者満足―サービス・マーケティング・アプローチ』千倉書房。
- （2008）「医療とマーケティング」『病院』第67巻第10号，911-914頁。
- 清水聡（2013）『日本発のマーケティング』千倉書房。
- 清水拓野（2005）「書評『実践コミュニティ』概念の再文脈化にむけて―『コミュニティ・オブ・プラクティス：ナレッジ社会の新たな知識形態の実践』を読む―」『京都民俗』第22号，89-96頁。
- 白井千晶（1999a）「1998年全国有床助産所調査結果報告」『助産婦』第53巻第1号，40-45頁。

- (1999b) 「自宅出産から施設出産への趨勢的变化—戦後日本の場合—」『社会学年誌』第40号, 125-139頁。
- (1999c) 「助産院・助産婦の今後と社会学の課題」『助産婦』第53巻第3号, 54-57頁。
- (2000) 「医療化に対する専門職化分析の意義—20世紀アメリカにおけるナース・ミッドワIFEの場合—」『早稲田大学大学院文学研究科紀要. 第1分冊』第45輯, 77-85頁。
- (2006) 「戦後日本における助産所の業務と運営—東京都の助産院資料をもとに—」『人間関係学研究：大妻女子大学人間関係学部紀要』第8号, 223-234頁。
- (2014) 「出産の施設化完了期の出産経験—2013年出産経験調査から—」『津田塾大学紀要』第46号, 311-331頁。
- 白根英昭 (2010) 「顧客に密着し、顧客も知らないニーズを発見する エスノグラフィック・マーケティング」『ハーバード・ビジネス・レビュー』第35巻第10号, 42-57頁。
- 杉本充弘 (2006) 「快適な産科医療を提供するための体制に関する基礎的研究」島田三恵子編他『平成17年度厚生労働科学研究費補助金〔子ども家庭総合研究事業〕総括研究報告書』大阪大学所収, 18-49頁。
- 鈴木淳子 (2003) 「COP (コミュニティ・オブ・プラクティス) の実際と成功要因 (1) —米国調査報告をまじえて—」『Executive Matter』第3巻第4号, 88-91頁。
- 鈴木賀世子・きくちさかえ (2003) 「『babycom』：高齢出産ユーザーのニーズ」『助産雑誌』第57巻第5号, 399-403頁。
- 鈴木秀男・宮田知明 (2002) 「サービス・クオリティとロイヤルティの構造に関する分析—ファーストフード業を事例にして—」『日本経営工学会論文誌』第53巻第1号, 71-79頁。
- 鈴木正明 (2009) 「社会的企業をどのように支援すべきか—収益性向上の取り組みから得られる合意—」『日本政策金融公庫論集』第4号, 25-46頁。
- 鈴木裕子・島田智織・加納尚美 (2006) 「妊産婦の要望を尊重するための助産ケア～A助産院での実習を振り返って～」『茨城県母性衛生学会誌』第26号, 37-42頁。
- 砂川和範 (2001) 「状況的認知の視座からみた組織学習—起業家経営教育におけるLPPモデルの可能性—」『情報科学研究』第10号, 62-82頁。
- (2003) 「暗黙知の逆説—状況的認知の視座をめぐる福島真人氏の所説を手掛りとして—」『商学論纂』第45巻第1・2号, 91-143頁。
- 仙波修 (2003) 「COP (コミュニティ・オブ・プラクティス) の実際と成功要因 (2) —日本総研の事例—」『Executive Matter』第3巻第4号, 92-95頁。
- 宗祥子 (2010) 「松が丘助産院の創意と工夫」『保健の科学』第52巻第12号, 819-822頁。
- 曹陽・松本茂・村田忠彦 (2008) 「出産行動に関係している経済・社会・心理的要因—マル

- チエージェントシミュレーションのためのモデル構築に関する学際的研究(2)ー」日本心理学会第72回大会原稿。
- 多賀佳子・島田啓子・鈴木美哉子・谷口通英・柳吉桂子・三橋恭子・堀内成子(1993)「将来の開業助産婦活動に関する研究(1)」『日本助産学会誌』第7巻第1号, 12-20頁。
- 高木光太郎(1992)「『状況論的アプローチ』における学習概念の検討ー正統的周辺参加(Legitimate Peripheral Participation)概念を中心としてー」『東京大学教育学部紀要』第32巻, 265-273頁。
- (1999)「正統的周辺参加論におけるアイデンティティ構築概念の拡張ー実践共同体間移動を視野に入れた学習論のためにー」『東京学芸大学海外子女教育センター研究紀要』第10集, 1-14頁。
- (2006a)「実践の認知的所産」波多野誼余夫編『認知心理学5 学習と発達』東京大学出版会所収, 37-58頁。
- (2006b)「実践への参加と専門家養成教育 助産師教育における臨床実習を視野に入れながら」『助産雑誌』第60巻第12号, 1026-1031頁。
- 高橋郁夫(2005)「意思決定プロセスとしての消費者購買行動ーマーケティングとのインタフェイスー」『産研アカデミック・フォーラム』第13巻, 5-14頁。
- 高林香代子(2011)「聖隷三方原病院 院内助産所『たんぼぼ』における助産サービス」『師長主任業務実践』第16巻第331号, 29-34頁。
- 田久浩志(2002)「病院マーケティングのための患者満足度の一研究」『マーケティング・リサーチャー』第91号, 3-10頁。
- 田倉智之(2006)「産科医師不足の代替案として注目されている『院内助産所』の経済効果」『助産雑誌』第60巻第12号, 1070-1077頁。
- 武井寿(1990)「マーケティングにおける『理解』研究の方法論的考察」『国際経営論集』第1巻, 55-80頁。
- (1991)「マーケティングにおける『解釈』研究の理論と方法」『国際経営論集』第2巻, 41-66頁。
- (1993)「マーケティングへのエスノグラフィック・アプローチ」『国際経営論集』第4巻, 57-80頁。
- 竹内一真(2011)「専門家の技能に関する先行研究と現在の動向ーポスト正統的周辺参加論における『教え手』の位相ー」『京都大学大学院教育学研究科紀要』第57号, 407-419頁。
- 武田順子(2012)「主体的な出産・育児に向けて地域助産師が行う妊娠期の支援に関する研究」『岐阜県立看護大学紀要』第12巻第1号, 3-15頁。
- 竹原健二・井富由佳・田山美穂・岡潤子・松井三明(2014)「助産師の観察と, “お産が進む” という判断」『ペリネイタルケア』第33巻第10号, 1026-1028頁。
- ・岡本(北村)菜穂子・吉朝加奈・三砂ちづる・小山内泰代・岡本公一・箕浦茂樹

- (2009) 「助産所で妊婦に対して実施されているケアに関する質的研究—助産所のケアの“本質”とはどういうものか—」『母性衛生』第 50 巻第 1 号, 190-198 頁。
- ・野口真貴子・嶋根卓也・三砂ちづる (2008) 「助産所と産院における出産体験に関する量的研究—“豊かな出産体験”とはどういうものか?—」『母性衛生』第 49 巻第 2 号, 275-285 頁。
- 田中央人 (2006) 「地域社会における産業発展とベンチャー創造に向けて—企業家精神の発揚とイノベーションの実践—」『開発論集』第 78 号, 83-113 頁。
- 田中美紀子 (2013) 「人はなぜ助産院で子どもを産むのか—管理される出産からの解放—神奈川県川崎市中原区の助産院を事例に—」『歴史民俗資料学研究』第 18 号, 131-152 頁。
- 田辺繁治 (2003) 『生き方の人類学—実践とは何か—』講談社。
- 田邊泰紀 (2010) 「知識創造における公式・非公式コミュニティのダイナミズム—E. ウェンガーのコミュニティ・オブ・プラクティス理論を踏まえて—」『経済科学論究』第 7 号, 15-27 頁。
- 谷垣伸治 (2014) 「医師が助産院を訪ねたら—産科医師による矢島助産院訪問記—」『助産雑誌』第 68 巻第 3 号, 214-217 頁。
- 谷川賀苗 (2001) 「初産婦の出産施設選択理由についての一考察」『人間文化学部研究年報』第 3 号, 33-38 頁。
- 谷口千絵・村田加奈子 (2011) 「開設者からみた助産所開設・運営の事例研究」『医療と社会』第 21 巻第 3 号, 295-307 頁。
- 谷本寛治 (2009) 「ソーシャル・ビジネスとソーシャル・イノベーション」『一橋ビジネスレビュー』第 57 巻第 1 号, 26-41 頁。
- 編 (2006) 『ソーシャル・エンタープライズ—社会的企業の台頭—』中央経済社。
- 中小企業総合研究機構 (2010) 『我が国の社会起業家に係わる事例研究—地域活性化に果たす役割—』中小企業総合研究機構。
- 塚本絵美・杉浦絹子 (2006) 「出産場所選択要因に関する研究」『三重看護学誌』第 8 巻, 43-53 頁。
- 筒井万理子 (2002a) 「『場』と『実践共同体』についての一考察」『星陵台論集』第 35 巻第 1 号, 83-98 頁。
- (2002b) 「知識マネジメントと組織デザイナー—『実践共同体』の視点からの考察—」『星陵台論集』第 35 巻第 2 号, 97-111 頁。
- (2005) 「ナレッジ・マネジメント研究の視座とその展開」『商経学叢』第 51 巻第 3 号, 589-606 頁。
- (2006) 「知識ベース視角と営業組織」『商経学叢』第 52 巻第 3 号, 743-760 頁。
- 露木真也子 (2011) 「社会イノベーションの普及過程と社会起業家の役割」『計画行政』第 34 巻第 3 号, 45-50 頁。

- 寺本義也 (2005) 『コンテキスト転換のマネジメントー組織ネットワークによる「止揚的融合」と「共進化」に関する研究ー』白桃書房。
- ・山本尚利 (2004) 『技術経営の挑戦』筑摩書房。
- 土肥将敦 (2006) 「ソーシャル・アントレプレナー (社会的企業家) とは何か」 谷本寛治 編『ソーシャル・エンタープライズー社会的企業の台頭ー』中央経済社所収, 137-146 頁。
- (2009) 「ソーシャル・アントレプレナーシップ研究の視点」『地域政策研究』第 12 卷第 3 号, 1-20 頁。
- 土井道子 (1981) 「大都市における妊婦の分娩施設選択指向」『東京女子医科大学雑誌』第 51 卷第 1 号, 30-56 頁。
- 徳瑠里香 (2008) 「感じる, 産み出す痛みと喜び〜手, 声, ころでお産に導く矢島助産院〜」『Web & publishing 編集会議』第 89 号, 122-125 頁。
- 戸田裕美子 (2013) 「医療マーケティング研究の学説史研究」『商学集志』第 83 卷第 3 号, 81-106 頁。
- 富田健司・井上淳子 (2003) 「産科医療機関における患者とのリレーションシップ・マーケティング」『病院』第 62 卷第 6 号, 504-507 頁。
- 豊川裕之 (2010) 「保健医療面におけるアントレプレナー (entrepreneur) 精神に期待する」『保健の科学』第 52 卷第 12 号, 796-798 頁。
- 豊山宗洋 (2009) 「情報の非対称性とセルフヘルプグループ・病院の協力」『大阪商業大学論集』第 5 卷第 2 号, 39-55 頁。
- 鳥井静夫 (2011) 「企業家精神と中小企業ネットワークー中小企業ネットワークによるイノベーション創出の可能性ー」『映像情報メディア学会技術報告』第 35 卷第 18 号, 5-8 頁。
- 内閣府 (2014) 「平成 25 年版少子化社会対策白書 少子化の現状」,
(<http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2013/25pdfhonpen/25honpen.html>, 2014 年 12 月 11 日確認)。
- 永井則子 (2011) 「内部環境分析のフレームワーク: 知的資本分析・バリューチェーン分析」『看護』第 63 卷第 10 号, 100-105 頁。
- 中村陽人 (2007) 「サービス品質の測定尺度に関する実証研究ーSERVQUAL の再検討ー」『横浜国際社会科学研究』第 11 卷第 6 号, 631-646 頁。
- (2008) 「サービス品質の次元ーテキストマイニングによる自由記述アンケートの定性分析ー」『横浜国際社会科学研究』第 13 卷第 1・2 号, 43-57 頁。
- 中山健・丹野勲・宮下清 (2010) 『知識経営時代のマネジメントー経営学のフロンティアー』創成社。
- 長山宗広 (2009) 「新しい産業集積の形成メカニズムー浜松地域と札幌地域のソフトウェア集積形成におけるスピノフ連鎖ー」『三田学会雑誌』第 101 卷第 4 号, 741-768 頁。

- (2012) 『日本のスピノフ・ベンチャー創出論—新しい産業集積と実践コミュニティを事例とする実証研究—』 同友館。
- 成田伸編 (2009) 『助産師基礎教育テキスト 第3巻 周産期における医療の質と安全』 日本看護協会出版会。
- 新野由子・市川香織・鈴木京子 (2011) 「出産施設におけるサービス提供のあり方に関する研究」 『母性衛生』 第52巻第1号, 168-175頁。
- 西大輔 (2008) 「助産院での出産を経験して」 『保健の科学』 第50巻第10号, 690-692頁。
- 西口光一 (1999) 「状況的学習論と新しい日本語教育の実践」 『日本語教育』 第100号, 7-18頁。
- (2009) 「学習を考える新しい視点—状況的学習論とは」 『月刊日本語』 第22巻第12号, 70-73頁。
- 西澤一光 (2007) 『『暗黙知』の射程—現代文化と現代経営Ⅲ—』 『地域活性化ジャーナル』 第13巻, 17-29頁。
- 西田在賢 (2011) 『ソーシャルビジネスとしての医療経営学』 薬事日報社。
- 西村昭男 (2004) 「病院の知とは」 『病院』 第63巻第3号, 205-209頁。
- 西村ユミ・志賀玲子・池田光穂・山崎吾郎・仲谷美江・本間直樹・高橋綾・菅磨志保・西川勝・松本篤 (2009) 『『現場力』研究術語集 (第3報)』 『Communication・Design』 第2号, 189-201頁。
- 西山賢一 (2002) 「いま組織に必要なもの」 『組織の経済学』 ポール・ミルグロム, ジョン・ロバーツ, 『暗黙知の解剖』 福島真人, 『拡張による学習』 ユーリア・エンゲストローム 『ハーバード・ビジネス・レビュー』 第27巻第3号, 155-158頁。
- 日本看護協会助産師職能委員会監修, 遠藤俊子・渡部尚子・山本あい子・青木康子・村上睦子編 (2012) 『助産師業務要覧—増補版— [新版]』 日本看護協会出版会。
- 日本産婦人科医会 (2010) 「少子社会における出産費用—その支援のあり方—」, (http://www.jaog.or.jp/all/document/31_100310.pdf, 2014年11月11日確認)。
- 日本助産師会 (2007) 「特集 助産師の歴史を学ぼう」 『助産師』 第61巻第1号, 5-33頁。
- (2008) 「特集 今だからこそ院内助産所」 『助産師』 第62巻第3号, 5-27頁。
- (2010) 「特集 助産師のコミュニティービジネス」 『助産師』 第64巻第1号, 7-24頁。
- (2011) 『助産所開業マニュアル [2011年改訂版]』 日本助産師会出版。
- 助産業務ガイドライン改定特別委員会編 (2014) 『助産業務ガイドライン 2014』 日本助産師会。
- ・日本助産師会安全対策委員会 (2012) 「安全対策委員会報告 『平成22年分娩転院集計報告と安全対策委員会の役割と課題』」 『助産師』 第66巻第1号, 61-63頁。
- ・—— (2013) 「安全対策委員会報告 平成23年安全管理評価と分娩件数/転院件数の調査結果報告」 『助産師』 第67巻第1号, 71-74頁。

- ・—— (2014) 「安全対策委員会報告『平成24年分娩院報告集計と安全対策委員会の役割と課題』」『助産師』第68巻第2号, 82-84頁。
- 編 (2009) 『助産所業務ガイドライン〔2009年改訂版〕』日本助産師会。
- 日本助産婦会 (2001) 「特集 このままでは助産婦が減っていく」『助産婦』第55巻第2号, 5-29頁。
- 開業推進検討委員会 (2002) 「『税制要望に向けた助産所経営実態調査』の結果報告」『助産婦』第56巻第1号, 80-84頁。
- 沼上幹 (2009) 『経営戦略の思考法—時間展開・相互作用・ダイナミクス—』日本経済新聞出版社。
- 根井雅弘 (2001) 『シュンペーター—企業者精神・新結合・創造的破壊とは何か—』講談社。
- 野中郁次郎 (1990) 『知識創造の経営—日本企業のエピステモロジー—』日本経済新聞社。
- ・竹内弘高 (1996) 梅本勝博訳『知識創造企業』東洋経済新報社。
- ・梅本勝博 (2001) 「知識管理から知識経営へ—ナレッジマネジメントの最新動向—」『人工知能学会誌』第16巻第1号, 4-14頁。
- ・紺野登 (2004) 『知識経営のすすめ—ナレッジマネジメントとその時代—』筑摩書房。
- 野原誠 (1976) 「出生力の社会・経済理論」『人口問題研究』第139号, 1-19頁。
- 野村恭彦 (2000) 「アクティビティ・アウェアネス: 知識経営に向けての『場』の創造」『情報処理学会研究報告. GW (グループウェア)』第2000巻第26号, 1-6頁。
- (2004) 「ナレッジ・イノベーション—持続的な知識創造を支える組織と情報—」『情報の科学と技術』第54巻第10号, 500-506頁。
- 葉上太郎 (2008) 「お産を救う切り札なのに院内助産所はなぜ広がらない」『週刊東洋経済』第6171号, 81-83頁。
- 萩原道雄 (2011) 「経営における状況的学習論と経営倫理に関する一考察」『経営教育研究』第14巻第1号, 39-49頁。
- 萩原里紗 (2012) 「結婚・出産前後の女性の生活満足度・幸福度の変化—『消費生活に関するパネル調査』を用いた実証分析—」『三田商学研究』第55巻第3号, 19-35頁。
- 橋本寿朗 (1995) 『戦後の日本経済』岩波書店。
- 畑和之 (2011) 「状況的認知論の視座—現代組織論に対してもつ, そのインプリケーション—」『経営と制度』第9号, 21-44頁。
- 馬場晋一 (2014) 「アントレプレナーシップの発生および構成要素に関する一考察—起業家精神の要素分解および市場利子率と起業の相関分析—」『立教DBAジャーナル』第4号, 79-95頁。
- 濱松加寸子 (2003a) 『医療技術の進歩と「人間的」出産をめざす助産師の役割—「人間的」出産を志向する助産活動の看護社会学的考察—』こうち書房。

- (2003b) 「医療技術の発達が出産のあり方に与えた影響 (第 2 報) — 助産活動を中心にして —」 『日本看護医療学会雑誌』 第 5 巻第 2 号, 9-16 頁。
- 濱本幸宏 (2008) 「プロフェッショナルサービスにおけるマーケティング」 『経営研究』 第 22 巻第 1 号, 33-54 頁。
- (2012) 「医療サービスのマーケティング戦略に向けて」 『経営研究』 第 25 巻第 1・2 号, 25-37 頁。
- 速水智子 (2007) 「社会起業家と従来型起業家」 『中京経営紀要』 第 7 号, 1-13 頁。
- (2008) 「社会起業家活動の定義に関する分析視角の提示 — 広義の定義の必要性について —」 『中京経営紀要』 第 8 号, 63-76 頁。
- 原憲一郎 (2002) 「アントレプレナーシップの概念試論」 『龍谷大学経営学論集』 第 42 巻第 2 号, 44-57 頁。
- 番内和枝 (2002) 「助産所における助産業務の評価 — 企業家としての助産師を目指すために —」 『助産師』 第 56 巻第 3 号, 16-18 頁。
- 日隈ふみ子 (2007) 「戦後日本の自然出産の流れ — 女性と助産婦との関係に焦点をあてて —」 『健康科学: 京都大学医学部保険学科紀要』 第 3 号, 27-33 頁。
- ・吉川哉子・武田陽子・寺尾明子 (2000) 「助産院選択女性の出産体験の分析」 『京都大学医療技術短期大学部紀要』 第 20 号, 45-53 頁。
- 日向浩幸 (2013) 「メディカルツーリズムにみる地域医療のバリューチェーン革新」 『日本地域政策研究』 第 11 号, 37-44 頁。
- 平田恵子・古賀智美・森重友恵・安武久仁子・吉田静・宮崎文子 (1998) 「ニーズに応える助産院経営を考える — マーケティングリサーチより —」 『看護研究論文集』 第 21 集, 195-210 頁。
- 廣田祥司 (2010) 『メディカルマーケティング — 選ばれる医療機関になるために —』 日経 BP コンサルティング。
- 深川雅彦 (2006) 「消費社会における医師患者関係論 — 医療消費者としての患者 —」 『神奈川歯学』 第 41 巻第 1 号, 63-66 頁。
- 福井トシ子 (2012) 「施設を超えた人的資源マネジメント — どこに住んでいても, 適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現するために —」 『看護管理』 第 22 巻第 13 号, 1120-1122 頁。
- 福島宏 (2002) 「アントレプレナーシップの形成要因 — 実証研究にみる資本の制約と人的資本の役割 —」 『佐賀大学経済論集』 第 34 巻第 6 号, 59-78 頁。
- 福島真人 (1999) 「情報・身体・暗黙知」 『Communication』 第 15 巻第 80 号, 22-25 頁。
- (2002) 『暗黙知の解剖 — 認知と社会のインターフェイス —』 金子書房。
- (2009) 「暗黙知再考: その由来と理論的射程」 『インターナショナルナースングレビュー』 第 32 巻第 4 号, 19-22 頁。
- (2010) 『学習の生態学 — リスク・実験・高信頼性 —』 東京大学出版会。

- (2012) 「実験的学習論のすすめ」『RMSmessage』第 29 号, 28・29 頁。
- ・石黒広昭・高木光太郎 (1994) 「実践のエスノグラフィー」『日本教育心理学会総会発表論文集』第 36 回, 36・37 頁。
- 編 (1995) 『身体の構築学—社会的学習過程としての身体技法—』ひつじ書房。
- 藤田真一 (1979) 『お産革命』朝日新聞出版。
- 藤原尚也・野林晴彦 (2004) 『意識調査に基づく医療消費者のエンパワーメントのあり方 医薬産業政策研究所リサーチペーパー・シリーズ No.17』日本製薬工業協会医薬産業政策研究所。
- 船元康子 (2008) 「母と子のサロン 矢島助産院」『助産雑誌』第 62 巻第 4 号, 283-285 頁。
- 堀啓造 (2005) 「消費者行動から見る患者満足」日本消費者行動研究学会第 31 回消費者行動研究コンフェレンス発表論文。
- 堀内成子・島田啓子・鈴木美哉子・毛利多恵子・谷口通英・多賀佳子・宮里邦子 (1997) 「出産を体験した女性が評価する妊産褥期のケアの質」『日本助産学会誌』第 11 巻第 1 号, 9-16 頁。
- 堀越比呂志 (2005) 『マーケティング・メタリサーチ—マーケティング研究の対象・方法・構造—』千倉書房。
- マーケティング史研究会編 (2010) 『マーケティング研究の展開』同文館出版。
- 槇谷正人 (2009) 「組織ルーティンの機能—高業績営業部門の調査より—」『日本経営学会誌』第 24 号, 29-40 頁。
- (2014) 「ダイナミック・ケイパビリティ形成における企業家機能」『経営情報研究：摂南大学経営学部論集』第 22 巻第 1 号, 1-18 頁。
- 町田洋次 (2000) 『社会起業家—「よい社会」をつくる人たち—』PHP 研究所。
- 松井温文 (2010) 「病院経営とマーケティング研究との基本的関係—マーケティングの本性的理解を基礎として—」『追手門経済・経営研究』第 17 号, 89-104 頁。
- 松尾睦 (2009) 『学習する病院組織—患者志向の構造化とリーダーシップ—』同文館出版。
- (2011) 『経験からの学習—プロフェッショナルへの成長プロセス—』同文館出版。
- 松岡悦子・加納尚美 (2010) 「出産時の医療介入とマタニティーブルーズとの関連の検討」『母性衛生』第 51 巻第 2 号, 433-438 頁。
- 松下博宣 (2001) 『看護経営学—看護部門改造計画のすすめ—〔第 3 版〕』日本看護協会出版会。
- (2010a) 「サービス・イノベーションことはじめ」『看護管理』第 20 巻第 1 号, 54-59 頁。
- (2010b) 「サービスの特質とアメリカ医療」『看護管理』第 20 巻第 2 号, 148-153 頁。
- (2010c) 「医療保険・医療供給システムに見るサービス疲労」『看護管理』第 20 巻第 3 号, 244-249 頁。

- (2010d) 『創造するリーダーシップとチーム医療－医療イノベーションの創発－』
日本医療企画。
- 松島京 (2006) 「出産の医療化と『いいお産』－個別化される出産体験と身体の社会的統
制－」『立命館人間科学研究』第 11 号, 147-159 頁。
- 松藤賢二郎・吉長成恭 (2010) 「看護マーケティング超入門 なぜ、看護にマーケティン
グが必要なのか？」『ナーシングビジネス 冬季増刊』第 54 号, 10-52 頁。
- 松本潔 (2008) 「コミュニティ・ビジネスにおける組織概念に関する一考察－『ソーシャ
ル・キャピタル』と『場』のマネジメント概念を通じて－」『自由が丘産能短期大学
紀要』第 41 号, 15-38 頁。
- 松本雄一 (2012a) 「実践共同体の学習活動が職場組織にもたらす影響についての研究－『学
習療法』普及の事例から－」『経営行動科学学会年次大会:発表論文集』第 15 回, 307-312
頁。
- (2012b) 「実践共同体概念の考察－3つのモデルの差異と統合の可能性について－」
『商学論究』第 60 巻第 1・2 号, 163-202 頁。
- (2013a) 「実践共同体における学習と熟達化」『日本労働研究雑誌』第 55 巻第 10
号, 15-26 頁。
- (2013b) 「『学習する組織』と実践共同体」『商学論究』第 61 巻第 2 号, 1-52 頁。
- (2014) 「活動理論・拡張的学習論と実践共同体」『商学論究』第 61 巻第 4 号, 253-281
頁。
- 松本力也 (2014) 「起業家における組織間関係の構築」『岩手県立大学宮古短期大学部研究
紀要』第 25 巻第 1 号 63-76 頁。
- 松行彬子・松行輝昌 (2013) 「地域医療連携における知識コミュニティの形成とアントレプ
レナーによる価値創造」『ナレッジ・マネジメント研究年報』第 11 号, 15-31 頁。
- 真野俊樹 (2002a) 「今なぜ医療にマーケティングが必要か」『からだの科学』第 223 号,
138-144 頁。
- (2002b) 「誰にマーケティング思考が必要か？」『からだの科学』第 226 号, 113-118
頁。
- (2002c) 「医療におけるマーケティングの意味 新しい医師患者関係を求めて」『か
らだの科学』第 227 号, 106-112 頁。
- (2003) 『医療マーケティング』日本評論社。
- (2004) 「医療情報提供の経済学的考察」『経営・情報研究:多摩大学研究紀要』第 8
号, 23-30 頁。
- (2005) 「医療経営学とは何か:経済学, 経営学のディシプリンからみた位置づけ」
『経営・情報研究:多摩大学研究紀要』第 9 号, 1-13 頁。
- (2009) 『医療マーケティング [実践編]』日本評論社。
- 丸山一芳 (2013) 「起業論における企業家チーム研究への予備的考察－企業家・企業家チー

- ムの定義と議論の変遷を中心にー」『事業創造大学院大学紀要』第4巻第1号, 16-40頁。
- 三砂ちづる・竹原健二・岡井崇・戸田律子・北井啓勝・林公一・柴田眞理子・尾島俊之・阿相栄子・中村好一 (2006) 「日本の赤ちゃんは出産後に母子同室で過ごしているかー産婦人科医と助産師を対象とした横断研究よりー」『母性衛生』第47巻第2号, 448-454頁。
- 水上尚典 (2006) 「分娩場所の変遷」『母性衛生』第46巻第4号, 473-474頁。
- 宮内拓智・本多正俊 (2007) 「医療福祉サービスとマーケティング・コミュニケーションホスピタリティ・マネジメントの視点から」『京都創成大学紀要』第7巻, 127-139頁。
- 宮崎哲也 (2007) 『コトラーのマーケティング理論が面白いほどわかる本』中経出版。
- 宮崎文子 (2001) 「全国助産所(院)の経営実態と特質」『経営研究:九州産業大学大学院経営学研究科論文集』第4号, 145-159頁。
- (2002) 「損益分岐点分析による助産院経営の実態分析」『日本助産学会誌』第16巻第1号, 35-47頁。
- (2003a) 「経営効率から見た有床助産院の適正助産師数の決定戦略」『助産雑誌』第57巻第1号, 74-80頁。
- (2003b) 「損益分岐点分析を用いた有床助産所経営モデルー6事例の実態分析よりー」『日本助産学会誌』第16巻第2号, 79-90頁。
- ・古田祐子 (1998) 「有床助産院の経営特性についての比較検討ー全国有床助産院の実態調査よりー」『日本助産学会誌』第12巻第1号, 27-38頁。
- ・八代利香・草間朋子 (2001) 「調査報告 日本・韓国・アメリカ・イギリスにおける助産婦が開業する助産施設の実態調査」『助産婦』第55巻第2号, 49-57頁。
- 宮下美代子 (2009) 「助産院に産後支援事業(産褥早期退院システム)を立ち上げて」『助産師』第63巻第1号, 37-39頁。
- 目黒昭一郎 (2007) 「医療機関におけるマーケティング発想の展開ー顧客の視点からの戦略的アプローチ」『麗澤経済研究』第15巻第1号, 135-150頁。
- メディカ出版編 (1988) 『これからのラマーズ法』メディカ出版。
- 望月千夏子 (2010) 「助産院で働く助産師の職業意識」『インターナショナル Nursing Care Research』第9巻第2号, 79-85頁。
- 本村和久 (2012) 「離島診療における省察的実践と状況的学習」『日本プライマリ・ケア連合学会誌』第35巻第2号, 165-167頁。
- 森下二次也 (1979) 「コトラーにおけるマーケティング概念拡張論の進展」『大阪学院大学商経論叢』第5巻第3号, 7-18頁。
- (1987) 「サービス・マーケティングの特殊性」『大阪学院大学商学論集』第13巻第2号, 37-48頁。

- (1988) 「サービス・マーケティングの特殊性・続論」『大阪学院大学商学論集』第14巻第1号, 1-23頁。
- 森嶋通夫 (1994) 『思想としての近代経済学』岩波書店。
- 森山裕 (2007) 「企業における知識共有とコミュニティ・オブ・プラクティス」『情報未来』第27号, 62-65頁。
- 森脇要・飯田さよみ (2004) 「ナレッジ・ベイスト・メディスン実践の『場』としてのクリニカルパス」『病院』第63巻第3号, 217-221頁。
- 矢島床子・平出美栄子・清水幹子編 (2006) 『Feeling Birth—産むことを感じる—』矢島助産院。
- ・——・—— 編 (2009) 『Feeling Birth—産むところを感じる—』矢島助産院。
- ・みつひひろみ (2011) 『Feeling Birth—心と体で感じるお産—〔新版〕』自然食通信社。
- ・—— (2013) 「開業助産師のよここびと今後の展望」『助産雑誌』第67巻第2号, 109-115頁。
- 安田聡子 (2009) 「イノベーション研究におけるアントレプレナーの位置—“名も無きヒトの集団”から“卓越した個人”へ移る研究の視点—」『中小企業研究センター年報』30-48頁。
- (2010) 「個人を分析単位とするイノベーションおよびアントレプレナー研究の台頭：スター・サイエンティスト，社会起業家から戦略的アントレプレナーシップまで」『商学論究』第57巻第4号, 101-124頁。
- 藪下史郎 (2002) 『非対称情報の経済学—スティグリッツと新しい経済学—』光文社。
- 山内祐平 (2003) 「学校と専門家を結ぶ実践共同体のエスノグラフィー」『日本教育工学雑誌』第26巻第4号, 299-308頁。
- 山田隆司 (2003) 「実践コミュニティが人材を人財に変える」『医療経営最前線．医事業務編』第10巻第202号, 40-43頁。
- 山本昭二 (2007) 『サービス・マーケティング入門』日本経済新聞出版社。
- 山本浩和 (2004) 「バランス・スコアカードによるナレッジ・マネジメント—『全職員参加型』経営システムの構築を目指して」『病院』第63巻第3号, 227-230頁。
- 吉川晃史 (2012) 「企業再生計画の策定における現実的な将来願望への誘導—地域金融機関と顧客の相互作用を通じて—」『原価計算研究』第36巻第2号, 82-92頁。
- 吉川洋 (2009) 『いまこそ，ケインズとシュンペーターに学べる有効需要とイノベーションの経済学—』ダイヤモンド社。
- 吉田初恵 (2004) 「『医療サービスの経済的特性と情報の非対称性』：再考—その1」『関西福祉科学大学紀要』第7号, 201-210頁。
- (2005) 「『医療サービスの経済的特性と情報の非対称性』：再考—その2」『関西福祉科学大学紀要』第8号, 65-75頁。

- (2006) 「保健・医療サービスの特性—外部性と政府の役割—」『関西福祉科学大学紀要』第9号, 91-106頁。
- 吉田満梨・水越康介 (2012) 「消費経験論の新展開に向けて—実践的転回についての考察—」『流通研究』第14巻第1号, 17-33頁。
- 吉村典子編 (1999) 『出産前後の環境—からだ・文化・近代医療—』昭和堂。
- 余田拓郎 (2001) 「患者による医療機関の評価メカニズム—事前期待に基づく患者満足の分析と考察—」『オイコノミカ』第37巻第3・4号, 41-53頁。
- 米倉誠一郎 (2004) 「イノベーションの歴史—一橋大学イノベーション研究センター編『イノベーション・マネジメント入門』日本経済新聞社所収, 24-65頁。
- 渡辺孝雄・森下正之 (1987) 『病院経営と医療マーケティング』日本生産性本部。
- 渡辺孝 (2009) 「ソーシャル・イノベーションとは何か」『一橋ビジネスレビュー』第57巻第1号, 14-25頁。
- 渡邊奈々 (2005) 『チェンジメーカー—社会起業家が世の中を変える—』日経BP社。
- 渡辺泰宏 (2011) 「状況的学習論の経営理念研究への展開に関する一考察」『旭川大学経済学部紀要』第70号, 61-70頁。

英語文献

- Aldrich, H. and Ruef, M. (2006), *Organizations Evolving*. 2nd ed., Los Angeles: SAGE Publications.
- Baron, R. (2007), “Behavioral and Cognitive Factors in Entrepreneurship: Entrepreneurs as the Active Element in New Venture Creation”, *Strategic Entrepreneurship Journal*, 1(1-2), pp.167-182.
- Barton, D. and Tusting, K. (2005), *Beyond Communities of Practice*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Brown, J. S., Collins, A. and Duguid, P. (1989), “Situated Cognition and the Culture of Learning”, *Educational Researcher*, 18 (1), pp.32-42. (道又爾訳「状況的認知と学習の文化」『現代思想』第19巻第6号, 62-87頁, 青土社, 1991年。)
- Brown, J. S. and Duguid, P. (1991), “Organizational Learning and Communities of practice: Toward A Unified View of Working, Learning, and Innovation”, *Organization Science*, Vol. 2, No. 1, pp. 40-57.
- Burgelman, R. and Hitt, M. (2007), “Entrepreneurial Actions, Innovation, and Appropriability”, *Strategic Entrepreneurship Journal*, 1(3-4), pp.349-352.
- Busenitz, L.W. (2007), “Progress in Understanding Entrepreneurial Behavior”, *Strategic Entrepreneurship Journal*, 1(1-2), pp.183-185.
- Bygrave, W. and Zacharakis, A. (2008), *Entrepreneurship*, Hoboken, NJ: John Wiley

- and Sons. (高橋徳行・田代泰久・鈴木正明訳『アントレプレナーシップ』日経BP社, 2009年。)
- Cañbano, C., J.Otamendi and I.Andújar. (2008), “Measuring and Assessing Researcher Mobility from CV Analysis: the Case of The Ramón y Cajal programme in Spain”, *Research Evaluation*, 17(1), pp.17-31.
- Dreyfus, H., and Dreyfus, S. (1986), *Mind over Machine*, New York: Free Press. (椋田直子訳『純粹人工知能批判ーコンピュータは思考を獲得できるかー』アスキー出版, 1987年。)
- Drucker, P. (1969), *The Age of Discontinuity*, New York: Harper and Row. (林雄二郎訳『断絶の時代ー来るべき知識社会の構想ー』ダイヤモンド社, 1969年。)
- Drucker, P. (1993a), *Innovation and Entrepreneurship*, New York: Harper and Row. (上田惇生訳『[新訳] イノベーションと起業家精神 [上]ーその原理と方法ー』ダイヤモンド社, 1997年。)
- (1993b), *Innovation and Entrepreneurship*, New York: Harper and Row. (上田惇生訳『[新訳] イノベーションと起業家精神 [下]ーその原理と方法ー』ダイヤモンド社, 1997年。)
- (1997), *Management*, New York: Harper and Row. (上田惇生訳『マネジメント [エッセンシャル版]ー基本と原則ー』ダイヤモンド・グラフィック社, 2001年。)
- Fernandez Araoz, C. (2007), *Great People Decisions*, Hoboken, N.J: John Wiley and Sons. (樫村志保『人選力ー最強の経営陣をつくるー』日本経済新聞, 2009年。)
- Flint, C. (1986), *Sensitive Midwifery*, London: Heinemann Midwifery. (青野敏博監修『きめこまやかな助産婦のしごと』メディカ出版, 1989年。)
- Gundlach, G. and Wilkie, W. (2009), “The American Marketing Association's New Definition of Marketing: Perspective and Commentary on the 2007 Revision”, *Journal of Public Policy and Marketing*, 28(2), pp.259-264.
- Hébert, R. and Link, A. (1982), *The Entrepreneur*, New York, N.Y: Praeger. (池本正純・宮本光晴訳『企業者論の系譜ー八世紀から現代までー』ホルト・サウンダース・ジャパン, 1984年。)
- Hislop, D. (2009), *Knowledge Management in Organizations: A Critical Introduction*, 2nd ed. Oxford : Oxford University Press.
- Ireland, R.D. (2007), “Strategy vs. Entrepreneurship”, *Strategic Entrepreneurship Journal*, 1(1-2), pp.7-10.
- Johnson, G., Langley, A., Melin, L. and Whittington, R. (2007), *Strategy as Practice*: Cambridge: Cambridge University Press. (高橋正泰監訳, 宇田川元一他訳『実践としての戦略ー新たなパースペクティブの展開ー』文眞堂, 2012年。)
- Kotler, P. (1982), *Marketing for Nonprofit Organizations*. 2nd Englewood Cliffs, N.J:

- Prentice-Hall.
- and Andreasen, A. (2003), *Strategic Marketing for Nonprofit Organizations*. 6nd Edition, Upper Saddle River. New Jersey: Prentice Hall. (井関利明監訳, 新日本監査法人公会計本部訳『非営利組織のマーケティング戦略〔第6版〕』第一法規, 2005年。)
- and Armstrong, G. (2001), *Principles of Marketing*, 9nd ed., Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall. (和田充夫監訳『マーケティング原理—基礎理論から実践戦略まで〔第9版〕』ダイヤモンド社, 2007年。)
- and Bloom, P. (1984), *Marketing Professional Services*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- and Bloom, P. (2002), *Marketing Professional Services*, 2nd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. (平林祥訳, 白井義男監修『コトラーのプロフェッショナル・サービス・マーケティング』ピアソン・エデュケーション, 2012年。)
- and Clarke, R. (1987), *Marketing for Health Care Organizations*, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- and Keller, K. L. (2006), *Marketing Management*, 12nd ed. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- and Keller, K. L. (2007), *A Framework for Marketing Management*, 3rd ed., Upper Saddle River, N.J.: Prentice-Hall. (恩藏直人監修, 月谷真紀訳『コトラー&ケラーのマーケティング・マネジメント 基本編〔第3版〕』ピアソン・エデュケーション, 2009年。)
- and Keller, K. L. (2009), *Marketing Management*, 13nd ed., Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- and Lee, R. N. (2009), *Up and Out of Poverty: The Social Marketing Solution*, Upper Saddle River, N.J.: FT Press. (塚本一郎監訳『コトラーソーシャル・マーケティング—貧困に克つ7つの視点と10の戦略的取り組み—』丸善, 2010年。)
- and Levy, S. J. (1969), “Broadening the Concept Marketing”, *Journal of Marketing*, .33(1), pp.10-15.
- Lave, J. and Wenger, E. (1991), *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*, Cambridge: University of Cambridge. (佐伯胖訳, 福島真人解説『状況に埋め込まれた学習—正統的周辺参加—』産業図書, 2009年。)
- Lovelock, C. and Wright, L. (1999), *Principles of Service Marketing and Management*, Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall. (小宮路雅博監訳, 高畑泰・藤井大拙訳『サービス・マーケティング原理』白桃書房, 2006年。)
- Lusch, R. (2007), “Marketing's Evolving Identity: Defining Our Future” *Journal of Public Policy and Marketing*, 26(2), pp.261-268.
- Patricia Benner (2001). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical*

- Nursing Practice*, Upper Saddle River: N.J: Prentice Hall. (井部俊子監訳『〔新訳版〕ベナー看護論初心者から達人へ』医学書院, 2005年。)
- Polanyi, M. (1962), *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*, Chicago: Routledge & Kegan Paul Ltd. (長尾史郎訳『個人的知識－脱批判哲学をめざして－』ハーベスト社, 1985年。)
- (1966), *The Tacit Dimension*, Gloucester, Massachusetts: Peter Smith. (佐藤敬三訳『暗黙知の次元－言語から非言語へ－』紀伊國屋書店, 1996年。)
- Porter, M. E. (1985), *The Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. New York: Free Press.
- (1985), *Competitive Advantage*, New York: Free Press. (土岐坤・中辻萬治・小野寺武夫訳『競争優位の戦略－いかに高業績を持続させるか－』ダイヤモンド社, 1986年。)
- and Teisberg, E. O. (2006), *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*, Massachusetts through Tuttle-Mori Agency: Harvard Business Press. (山本雄士訳『医療戦略の本質－価値を向上させる競争－』日経BP社, 2011年。)
- Prahalad, C. (2005), *The Fortune at the Bottom of The Pyramid*, Upper Saddle River, N.J: Wharton School Pub. (スカイライトコンサルティング株式会社訳『ネクスト・マーケット「貧困層」を「顧客」に変える次世代ビジネス戦略』英治出版, 2006年。)
- Raymond, E. M, Grant, M. and Charles C. S. (2005), *Collaborative Entrepreneurship: How Communities of Networked Firms Use Continuous Innovation to Create Economic Wealth.*, Palo Alto, CA: Stanford University.
- Raynor, M., Marshall, J. and Sullivan, A. (2005), *Decision Making in Midwifery Practice*, Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Reich, R. (1987), Entrepreneurship Reconsidered: The Team as Hero. [Online] *Harvard Business Review*. Available at: <https://Hbr.Org/1987/05/Entrepreneurship-Reconsidered-The-Team-As-Hero> [Accessed 17 Jan. 2015].
- Schendel, D. and Hitt, M. (2007), “Comments from the Editors” *Strategic Entrepreneurship Journal*, 1, pp.1-6.
- Suchman, L. (1987), *Plans and Situated Actions*, Cambridge: Cambridge University Press. (佐伯胖監訳, 上野直樹・水川喜文・鈴木栄幸訳『プランと状況の行動－人間－機械コミュニケーションの可能性－』産業図書, 1999年。)
- Timmons, J. A. (1994), *New Venture Creation: Entrepreneurship for the 21st Century*, 4nd ed., Illinois, USA: Richard D. Irwin. (千本倅生・金井信次訳『ベンチャー創造の理論と戦略－起業機会探索から資金調達までの実践的方法論－』ダイヤモンド社, 1997

- 年。)
- Tönnies, F. (1887), *Gemeinschaft und Gesellschaft: Grundbegriffe der reinen Soziologie*, Leipzig: Fues. (杉之原寿一訳『ゲマインシャフトとゲゼルシャフト (上) - 純粹社会学の基本概念 -』岩波書店, 1980年。)
- Van de Ven, A.H., H.J. Sapienza, J. Villanueva (2007), “Entrepreneurial Pursuits of Self and Collective Interests”. *Strategic Entrepreneurship Journal*, 1(3-4), pp.353-370.
- Wenger, E. (1991), *Toward A Theory of Cultural Transparency: Elements of a Social Discourse of the Visible and the Invisible* (Ph.D. Dissertation, University of California, Irvine, 1990), Palo Alto, CA : Institute for Research on Learning.
- (1998), *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*, Cambridge and New York: Cambridge University Press.
- , McDermott, Richard and Snyder, William M. (2002), *Cultivating Communities of Practice: A Guide to Managing Knowledge*, Boston, MA: Harvard Business School Press. (野村恭彦監修, 櫻井祐子訳『コミュニティ・オブ・プラクティス—ナレッジ社会の新たな知識形成の実践—』翔泳社, 2002年。)
- and Snyder, W.(2000), *Communities of Practice : The Organizational Frontier*: Harvard Business Review, Vol.78, No1, pp.139-145. (西村祐之訳「『場』のイノベーション・パワー」『ハーバード・ビジネス・レビュー』第26巻第8号, 120-129頁, 2001年。)
- WHO, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit (1996). *Care in Normal Birth: A Practical Guide*. (戸田津子訳『WHOの59カ条 お産のケア 実践ガイド』農三漁村文化協会, 2005年。)
- Yamada, J. and Yamashita, M. (2006), “Entrepreneurs' Intentions and Partnership Towards Innovation: Evidence from the Japanese Film Industry”, *Creativity and Innovation Management*, 15(3), pp.258-267.
- Zucker, L. and Darby, M. (2007), *Star Scientists, Innovation and Regional and National Immigration*, paper prepared for presentation at the second annual Kauffman Foundation/ Max Planck Institute Research Conference On Entrepreneurship, July 19-21, 2007, Ritz Carlton Laguna Niguel, Dana Point, Calif.

巻末資料 1

〇さんインタビュー内容「Y氏との繋がり」

Q：どうして第一子から助産院で出産したのか、そのスタートから教えて下さい。

A：1998（平成10）年5月、第一子をM助産院で出産した。初めての出産をM助産院にした理由は「とにかくただ病院が嫌だっただけ。」子どもを産む前に友人が出産して病院にお見舞いに行った。その時友人がトイレに行きしばらくしても戻って来なくて、トイレで倒れていた。その時に病院は怖いと思って、病院では産めないと直観的に思った。特にM助産院でなければ、ということではなかった。

第一子のお産の日、ちょうど、M助産院の別館の地鎮祭だった。今考えたら、「運命的だったのかも」。

5月に出産し、10月には別館が完成し、その別館において「男性助産師の反対運動」の集会が行なわれており、それに参加するようになった。この運動が自分の中心に、根底にあると思う。マタニティクラスとか、自分たちでもよく集まった。

当時のお母さんたちは、自律していた気がする。何かやってくれないと出来ないとか、依存していなかった気がする。いろいろ専門性のある人もいて、みな自分の進むべき道をもっていた。

2000年、第二子の妊娠時に、NOP法人「お産サポート」を設立。設立時の話し合いで、〇さんは、「平等であること。上下関係は無く、なんでも対等に意見が言える関係であること」を条件に、NPOのメンバーとして契約を結んだ。

Q：M助産院にはどうして人が来るとおもいますか。

A：「M助産院のお産は痛いけれど、でも、気持ちいい」「子育てはつらいけど、楽しめる」Y氏は誰にでもお産のこだわりを伝えるところが、全く変わっていない。産むこと、それだけを熱く語れる。同じテンポで。誰にでも。それが産んだことをすべて肯定されていると思える、気持ちになる。

Q：どうして助産院の出産が減少していると思いますか。

A：他の助産院では時々、助産師の自分の理想にママたちを当てはめていこうとするところもあると思う。厳しい食事指導とか、厳格な生活リズムとか。薪を割るとか。それって今の日常でできるだろうか。妊娠中のイベント的なものだと思えるなら、それも可能だけど。妊娠もお産も子育ても、日常だから、特別なことはできない。だから次第に助産院を選択しない人もいるはず。

お母さんたちは、助産師の理想のお産のためにあるのではないってところかな。
開業助産師さんたちは「協調性がない人」たちがけっこういるように思う。お母さんと赤ちゃんの安全のために、医師に頭を下げ、医師を受け入れることもしていかないと。

Q：ファミリーサロンの利用状況はどうですか。

A：今では、利用者の8割は、助産院外の人たち。むしろ、M助産院で産んだ人たちには、必要ではなく、他の施設で産んだ人の方がこういうのが必要だと思う。
病院でのお産がなんだか変わって来ている気がする。大変は状況で産んでも、帰って地域で面倒みるような状況になっている。高年齢とか、大変なお産の後の人とか。
ここは地域での点だと思う。子どもセンターとか、他の病院とか、施設とか、うちがいろいろ紹介して線になっていく。地域の情報をより多く持っている、知っているってことは大事、地域と繋がっていないと紹介も出来ないし。今「いのちのお話会」をしているけど。私がしたかった原点はこれ。

Q：でもこれはY氏に言われたこと？

A：いや、自分のこだわり。自由にやらせてもらっている。
指示されるわけではなく、大事な取り組みを自分で考えてできていく。
自然とこうなっていた。Y氏は、人の良い所をチョイスするのが上手いと思う。ただ運だけで、あんなったのではないと思う。

巻末資料2 「Magiwa クラス」インタビュー調査内容

1 インタビュー概要

場所：M 助産院の入院室と対象者の自宅

インタビューイ：M 助産院で出産した産後の母親

インタビューア：平出美栄子

2 インタビュー内容

出産時における「Magiwa クラス」（お産・Magiwa に開催するマタニティクラス）の効果を目的として、インタビューを実施した。このクラスは、病産院や他の助産院からの見学者も多く、助産院事業の中で、新規性のあるクラスとして捉えた。

Magiwa クラスの効果の確認には、必然的にお産を振り返る内容となっている。

インタビュー内容は全て「逐語録」であり、会話をそのまま記述している。

インタビュー1「優しくされたことで、子どもに優しさを」

Kさんは33歳。主婦（元講師）。第3子をM助産院で出産した。助産院での出産ははじめてである。夫は3人きょうだいであり、母親が3番目の妹を助産院（Y氏の師匠の助産院）で出産していたために、夫は助産院での出産に抵抗がなかったという。Kさんは、夫と上の子どもとの立ち会い出産を希望していた。

Kさんは長男をH市の個人産院で出産し、次男はO市の個人産院で出産した。両方の産院は、その地域では規模も大きく有名なところである。Kさんは、その病院であれば大丈夫だろうということ、また、近いということで、産む場所を決めたということであった。今回は、助産院の近隣に引っ越しを機に、念願の助産院出産を希望してきたと語る。

1 お産の感想

1.1 迎える思いの違い

《筆者》お産はどうでしたー？

《Kさん》[少し間が空く] うーん。全然違ったねえー。やさしくされてお産したって気がするー。入院するところから違って、びっくりした。私が助産院についたら、Hさんが外まで迎えに来てくれた。へえー、迎えに来るんだって。びっくりしたよねえ。

《筆者》へえ、そんなこと驚くんだあー。こっちがそれを聞いて驚くよね。

《Kさん》ええー。だって、病院はこっちが行くんだよ。迎えになんて来てくれなかったし。そっちが来るっていうのが当たりまえだし、それがこっちも普通と思っていたしー。

だから、迎えに来られたときは、びっくり。うれしかった。そこから違った。

《筆者》そっかー，話って，こーやってゆっくり聞かないとわかんないね。そんなことにみんなが感動するかって，まったく思ったことがなかったよー。当然にやっていたから，出迎えに行くのがやさしきって，考えたことなかったねー。ありがとうね，気づかされた。

1.2 幸せの余韻

《Kさん》お産のときも，ほんとに全然違ったねえー。後期の学習会でHさんが「ファーファーの呼吸のときには，Yさんが『チューしてー』っていうのよ」って話していて，それを聴いていて。そしたら，お産のときにYさんが「おとうさん，頬ずりしてあげてー」っていったのに，旦那がホントにチューしてきて。なんかすっごくうれしかった。上の子のときは，旦那は本当に立ち会っているだけ。冷静にただ手だけ握っていたのに，今回は違った。めがね曇らせて，泣いて，手を握って，「がんばれ」って言ってきて。「あーこの人，本気。真剣だー」って思えて。[私も]がんばろって思った。お産終わって，2人で5時間くらい話して，久しぶりに幸せだったあー。

《筆者》ええ？ 上のお子さんは？

《Kさん》あー。おじいちゃん，おばあちゃんがいたから，家においてきていて。

《筆者》あー，だからかあー。よかったねー。久しぶりにゆっくりしたんだあー。

《Kさん》うーん。ホントに久しぶりに，夫婦でゆっくり話したー。お産終わった部屋で，生まれたての子と3人で。よかったよー。

《筆者》うわー，いい光景だねー，きっと。感動する。

1.3 やさしくされること

《筆者》うーん。なんか変な言い方かなー。どういったらいいかわかんないけど，お産で，虐待とかいじめとか，なにか変わるって思う？ こんな幸せなお産と.....。

《Kさん》うーん。そこまではわかんないけど.....。今回やさしくされて産んだけどー。大人になって自分もはじめてで。あー，やさしくされるってうれしーって。気持ちいいし，幸せなんだーって思って。今回，妊娠中の健診で待っているときに，マッサージしてくれたんだよね。うん？ 誰さんだったかな.....，若い人。足がむくんでるっていったら，やってくれた。すっごく感動して，触れてもらえるのがうれしくて。たまたまその数日あとだったかなあー，長男が喘息もちだったんで，咳がでたんだねえー。あのとき[助産師さんに]足揉んでもらったのを思い出して，手の温もりって気持ちいいなあーって思って，さすったの。今回は，自分がやさしくされたのが，すっごくこんなに変わるんだなあーと思った。

《筆者》うわあーごめん。鳥肌たってきた。いい話ー。涙出そう。感動するねー。こっちが感動して，感謝したい。そんなこと言ってもらって。

1.4 否定しない

《Kさん》えーっ、ホントに。[感謝されて] うれしいねえー。ここでは、否定的なことを言わないって聞いていて。今回お産のときに、ホントに否定的なことを言わない。そのとおりだった。だからかな、素直になれた。上の子のときは「お母さんになるんでしょ！」って言われて。お尻をピシピシたたかれてえー。いきみを逃すのにも、助産師さんと息が合わないしー。最後、やっと息めるーって思ったら、助産師さんがどっかいなくなるしー。

《筆者》えー、なんでー？

《Kさん》なんか、他のことやんないといけなくなったみたいでえー。他の2人の助産師さんと、話しながらなにかやっていた。こっちから、「息んでいいですかー？」って言ったら、「え？」「いいよお」っていうくらいで、冷たかった。母乳のことだって、「こんなおっぱいだったらー [無理ね]」みたいに、否定的な言葉ばかり言われた。フランス料理がうりかなんかで、豪華な食事で。それがいけなかったのか、おっぱいもパンパンで。結局、うまく母乳育児できなかった。

1.5 夫立ち会いについて

《筆者》そっかー。そうだったんだー。でも、次[の2人目のとき]も病院にしているのはなにかあったかなー？ その、助産院にしないっていう……。

《Kさん》うん、こっちは遠かった。

《筆者》そっかー。遠かったんだ。そういえば、Kさんは今回なんでうちに来たんだっけ？

《Kさん》えー、うちの旦那のおかあさんが[Yさんの師匠の]三森先生で産んでー。だから、「助産院のお産はいいよ」って2人目から聞かされていて。でも2人目は、遠かったからね。お母さんも2人は病院だったんだって。3人目に助産院で産んで、お父さんはホントによかったて思っただけ。A [=Kさんの旦那さんのこと]にかぎらず、「男は立ち会ったほうがいいよ」って、2人目のときから言われて。お父さんは立ち会って、ほんとに全然違ってたって。

《筆者》へー。おとうさん、すごいね。世の中には、立ち会って、ダメっていうか、妻をみれなく、っていうか、触れなくなる人もいるよ。

《Kさん》ええ？ どういうこと？

《筆者》えー、なんていうかな、あんな大変なお産するんだって思って、妻に触れなくなるらしい。

《Kさん》へー。

2 Magiwa クラスの感想

《筆者》他に聴いてもいい？ Magiwa クラス受けたでしょ？ あれは、どうでした？

《Kさん》うん、すごくよかった。役だったよー。あのなんだっけ、演劇？

《筆者》あ、デモ？

《K さん》うん。あれ見ていたから、お産のとき、あ、あれと同じって思った。デモ、すっごく上手だったし、よくわかった。[呼吸は]フーって、高い声じゃないんだよねって。お産でよくわかった。でも、Magiwa のとき、ちょうど息子から風邪うつさされていて、体調悪かったから、あんまり、集中できなかったんだよねえ。残念だった。でもよかったよ。楽しかったし。自分で練習もできたから、椅子を使って。

《筆者》昔は、Magiwa なかったんだけど、後期 [クラス] だけ。どう思う？ Magiwa が無いって。

《K さん》え、後期だけ？ うーん。[少し考える] 後期だけだったら、自分でなかなかできないんじゃないかなあ。ああやってやるのがいいんじゃない。

3 インタビューのあとで

対象者の声は、私たちの貴重な財産である。あらたまった気持ちでのインタビューは、女性の声に耳を傾けることの価値を再確認させていた。まず、お産のときに外まで迎えに行く行為にたいしての感想である。私は、このような何気ない行為、当たり前に行っていた行為に、産婦が感動することに驚く。助産院では、なにも考えず、意識せず、当然のこととしてやっている。しかし、考えれば、病院では、産む側が窓口まで行かなければならない。彼女の言葉で気づかされた。Y 氏は「助産院は旅館業よ」と話していたが、そのことに納得する。一つ一つの丁寧な行為によって、人は大事にされていると感じる。

つぎに、「助産師と息が合う」という行為についてである。K さんは、数年前になるが、「助産師と息が合う、合わない」を記憶している。そのことが彼女に記憶されているというのに、私がハッとした。Y 氏は「産婦の息に合わせるように」と再三話している。この点も勤務して数年のうちには当然の行為になり、気がつかない因子になっていたが、産婦の記憶にしっかりと刻み込まれるのである。

さらに私の心を捉えた言葉は「やさしくされたことで、子どもにもやさしくできた」と語ったときである。虐待、子殺し、親殺し、悲惨な殺人事件。現代の社会問題の因子として、お産現場の非人間性をあげる説もある。病院出産を 2 度経験した彼女に、今回のお産との違いを聞いてみたかったのであるが、貴重な意見を聞くことができた。産む場所で女性が大事にされることが、その後の育児に影響を与える。Y 氏は「子育て支援は産む現場を変えていくことである」と豪語しているが、そのことの実際を聞いたようであった。

Magiwa クラスの効果としては、K さんはお産の模擬体験ができたことを評価している。

インタビュー2 自然なお産は現代社会への挑戦

1 Magiwa クラスの感想

1.1 Nさんのお産

Nさんは、お産の進行中に弱音を吐かず、静かに痛みを耐えている。その様子をY氏は、「年に何人しかいない優秀な産婦」と絶賛する。取り上げている私もつつい「こんなお産がしたかった」とつぶやいてしまう。25歳の夫は、必死にNさんの手を握ったり、汗を拭いたりしながら妻に寄り添っている。夫は誕生したわが子を見て「仕事辞めちゃおうかなあ」「かわいくてずっとついていたい」と話している。助産師も幸せの共有ができたお産であった。

1.2 五感を磨くクラス

元医療職のNさんは、お産をとおして自分の職業をたびたび振り返っている。その内容は、器械の使用が少ない環境での助産師の行為に、焦点が当てられてようだった。

《筆者》あの一、Magiwaクラスの感想を聞いているんだけど一、聞いていいですか一。

《Nさん》え、いいですよ一。うーん、なんかお産のあと、みんなでご飯のときに、Yさんが「牛の呼吸」って言っていて。「牛の呼吸なんだ一」「うーって低い」。おもしろい譬えだなんて。

《筆者》あ一、Magiwaでやるね。あれ、あんまり「牛、牛」っていうと、Yさんに怒られるだよ一。

《Nさん》あれ、Magiwaで聞かなかったかも一。

《筆者》そうか一。私のMagiwaではやるけど、今回はなかったんだ一。でも、あれわかりやすいよ一。

《Nさん》うんうん、わかりやすい一。でも、あ一、私、できなかつたな一って思っちゃった。なかなか高い声だった。

《筆者》えっ？ほんと一。あんなに上手だったよ一。

《Nさん》自分じゃ、高かったな一って。

《筆者》へ一、そうなんだ一。Yさんも〔当日の助産師の〕遠ちゃんも、よくお産についているけれど、あのふたりが言ってたでしょ一。「まれにみる上手な人」って一。

《Nさん》え一、ほんとですか一。でも、よくやったなって。Magiwaで自分でやるじゃないですか一。実技。頭じゃなくて、体でやっていたよ一。

《筆者》うん、そうだよね。聞くだけじゃなくて、やるもんね。でも、Magiwaでやっていると、「これ、嘘じゃん」って思わなかった？ たま一にいるよ一。「え一、こんなんじゃないか

た」「あんなに楽しくなかった」って言う人。そうは思わなかった？

《Nさん》大変さは、やってみてわかったけどー。でも、[Magiwaで] やってってよかつたって。やっぱりやっていたほうがよかつた。五感の使い方がわかるっていうかー。この助産師さんたちも五感の使い方上手じゃないですかー。あの、健診とかー、お腹さわってわかるとか。あれ、すごいわ。病院だと検査してわかるでしょ。だから五感が鍛えられないなって。学生指導していて、私も「五感が使えるように」って、いつも言うけれど。ガンのケアでも教えたいって思っていたけれど、ここの助産師さんたちは、みんな[五感が] あるっていうか。患者さんの声でも五感を意識している人は、声でわかる。同じ看護師でも気がつく人とつかない人がいてー。

1.3 I can cope (自分の問題を自分で対処できること)

I can cope (自分の問題を自分で対処できる) というプログラムがあるそうだ。この考え方が、彼女が話すお産の感想につながっていることが理解できる。

《筆者》うんうん、そういうのあるよねー。感のいい人。他には、クラスの中身ではなにか記憶にある？

《Nさん》あの一、助産師さんと抱き合うやつ。

《筆者》あ、あのハグするやつ。

《Nさん》そうそうそれ。あれ、よかつたあ。ガンのケアでも似たようなのあるな一って思い出して。患者さんと一緒にやるんですけど。それは患者同士だったり、看護師もだったりだけ。やった看護師は、日本人ってけっこう普段の生活でやらないじゃないですか一、だから、違和感があるって聞いていたけど。

《筆者》へー、そんなのあるんだ一。

《Nさん》そう、えーっと“I can cope.”って。copeって、対処するだけ？ 処理するだけ？ そういうプログラムがあるんですね。私はまだやったことがないけど。やっているって聞いて、いつかやりたいって思ってたけど。みんなで自己紹介したり、みんなで円になって話しするのはあるしー。でも、あれはいい雰囲気。あの雰囲気がいいんですね一。あの。

《筆者》うん、ときどき泣き出す人もいるよ一。

《Nさん》うん、そうそう。なんかみんな涙が出てましたよ一。あれ、いいですね一。

《筆者》ほんと一、ほんとにそう思う一？

《Nさん》えー一、いつか私もやってみたくないって。

《筆者》ほんと一、うれし一。いっつもなにか足りないな一、なんかしたいな一って考えて一、浮かんできたんだよね一、急に。あ一、今日はこれやるよって、はじめてき一。案外よかつた。いいよね一、あれ。よかつた一、褒められて一。

《Nさん》うーん、ただガンの人には同じようにできないから一、どうしようかなって。

どんなふうにしたらいいか、考えて。

《筆者》そっかー。私も母が亡くなったけど。ホスピス入って、看護師さんがきて。あ、私、沖縄出身なんだけどね、「あー、下地さーん」って、いつも触っていつてくれて、よかったですよ。沖縄のホスピスに最後は入ったんですよね。

《Nさん》触れられるって、いいですよー。ガンの人にもそういうのって必要って思う。

2 お産の感想

2.1 お産は現代への挑戦

Magiwa クラスの感想だけでも感心させられていた私は、聞いたこともないお産の感想にたいして驚くことになる。そしてその感想を聞いたことで、彼女のお産を思いだし、納得することができた。

《筆者》お産終わって、いまはどんな感じですかー

《Nさん》んー、そう。変な話、私、なんか、ちょっと現代社会への挑戦っていう気持ちでやったっていうか、そんな気持ちで助産院のお産を選んだのもあって。

《筆者》へー、すごい。

《Nさん》私たちって退化しているじゃないですかー。いろんなことに。退化しているいまの自分になにか挑戦したかったかなー。挑戦することで、自分に自信をつけたかったっていう感じかなー。私って、けっこう、これまで順風満帆に生きてきていたんですよね。家族とか家とかになにもないっていうか、なにも問題がなかった。だから、看護師になるのも挑戦だった。けっこう、看護師ってきついつて言われるじゃないですか。そして、今回お産できたらー、もっと自分に自信がつくとか、やれるっていうか、そんな気がしたー。

2.2 お産の達成感につながるもの

当院ではお産のときに相手を否定しないようにしている。遠慮しないように「痛いっていてもいいよ」と伝えているが、Nさんは「痛い」とはいわなかった。いわないことに、深い理由があったのである。

《筆者》ふんー、すごいね、感心するなー。じゃあ、あのクラスでどう乗り越えるかって聞くでしょう？ 経産婦さんに。

《Nさん》え？ どんなでしたっけ？

《筆者》やらなかったかなー。産んだ人に、前回のお産でしんどかったときに、どうやったかって。

《Nさん》あ、あ、やったやった。痛いとき、どうしたかって、聞いてた。あんまり思いだせないけど。

私、あんまり痛いっていわないようにしてたんですよね。いやー、はじめは痛いって言うってたけど、途中で言わないようにしよかなって。言っているとくじけるような気がしてきたんですよね。それで、痛いっていうの止めたんです。なんかホントに痛くなってきて、ダメになりそうだからー。でも、最後は、痛いって言ったけどー。

《筆者》えー、そうー。言ってなかったよー。でも、自分で言うの止めたんだあー。止めよって思っー。

《Nさん》うん。なんか言っていると、そんなふうになるっていうのあるじゃないですかー。だから言えないっていうのかなあー。

《筆者》うんうん、あるよね。よく病院でのお産で「痛いっていったらダメでしょ」って怒られるって聞くけど、そう言われた人も、痛いって言わないでしょ。言わないってことじゃ同じじゃん。結果としては、言わない、言ってない行為じゃない。でも、自分で言わないって決めてるでしょー。これって違う？

《Nさん》うん。なんか自分で決めてるじゃないですか、言わないって。「痛いって、言っっていいよー」って言われていて。自分でわかっていても、でも痛いって言わないって。自分で決めていくでしょー。うーん、なんか自分で決めて自分でやっていく、だからかなー、なんか達成感。あ、達成感ってお産でもつかうけど、これも一つの達成感だなって。あの、お産の達成感に通じるこれが一つかなー。うん。そんな感じ。うん、だんだん思い出してきた（笑）。

《筆者》ふんーん、すごねえー。そうなんだー。すごいねー。感心するなーもー。全然痛いって言ってないのに、理由があったんだー。なかにはこっちが「痛いねー」って共感していたら「もー、痛いって言わないで！」って、ピシって言う人もいるのに。まあでも、そんなこと言われたら、こっちは「あぁいい感じ、別世界なんだー」って思うんだけどね。

《Nさん》あはは、そうなんですかー。

2.3 体づくりについて

お腹に張りのあったNさんは、歩けない状況をマイナスにせず、自分のできることを考えて取り組んでいる。

《筆者》あと、アロマとか、体づくりとかは？どんな感じ？

《Nさん》アロマは、人に触れてよかったー。触れるっていいですよー。でも私は、36週だったから、自分にはやってもらえなかったから、あまり感想がないかな。

体づくりは、あの一、私、お腹が少し張っていて。だから、けっこうやっていた方かもしれない。っていうか、よく歩けていうじゃないですか。けど、張っていて歩けないから、家でなにかできないかなーって。スクワットとか、ツボ刺激とか。けっこうやっていたかな。歩ける人は、歩くっていう安心感で、他になにもしないような、なんか、そんな気がするんですよね。

《筆者》あ、そうか、歩けない分、むしろちゃんと何かしなきゃっていう、そんな感じなんだー。

《Nさん》うん、そうそう、でも、よくよく考えたら、昔の人って偉いなって。西洋人って、どうしていたんだろって。

《筆者》そうだよ。でも、西洋人も、もともと、あんな産み方はしてなかったんじゃない。分娩台で仰臥位で産む歴史って、人類からしたらわずかだもんね。

ケアの時間が終わり、クラスとお産についての話を終了した。

3 インタビューのあとで

お産にたいする N さんの思いである「現代社会への挑戦」という言葉は、普段では聞けない話だろう。さらにお産のときに感じた達成感については、助産師として気づくことができなかった奥の深い言葉を聞いた。

出産の現場では、バースレビュー（お産の振り返り）ということをする。それは、お産の体験について振り返ってもらい、お産は想像したとおりだったのか、どんなことを感じていたのかなど、お産を担当した助産師と話し合う機会を持つものである。身体経験を言葉化し、振り返っていくことで、お産の体験を実になる体験として、その後の育児にスムーズに進めていこうとする取り組みである。産後 3 日目を過ぎると記憶が抑制されていくので、それまでのあいだに助産師が面接をおこなって話を聞かせてもらうというのが、バースレビューとしては理想的であると言われている。今回の機会は N さんにとっても有効に働くように思えた。N さんは表情には、そんな時間になったように感じられた。

Magiwa クラスへのインタビューの成果としては、クラス中に実施体験を組み込んでいるということに成果があるということが確認できた。また、当院の Magiwa クラスでは、触れることを大切にしているが、N さんの発言によりそれが伝わっていることが確認できた。

インタビュー3 捨て身の思い

1 お産の気持ちよさ

《筆者》今回のお産はどうだった？

《Kさん》うん、破水がすごい気持ちよかった。パーンって、はっきりわかって。あと、胎盤も気持ちよかったなあ。赤ちゃん出すときより気持ちよかった。あはははは。赤ちゃん出して、落ち着くじゃないですか。なんっていいか。[少し宙を仰ぐようにして] うん、すごく気持ちよかった。なんか他に表現できない。うーん……あれって、どう表現していいのかなあー。

《筆者》そう、そんなにいいんだあー。あー、私ももう1回産みたいなあ。Kさんは、前回もここで産んだけど、前回も？

《Kさん》前は、自分で取りあげるだけで精一杯だったような気がする。フリースタイルでいることとか。ファーファーの呼吸をすることとか。取りあげて、自分で産んだあーって、それだけだったかも。産んだ、っていう喜びだけ。変だけど。

《筆者》ふーん、そう。そうなんだあ。

《Kさん》だけど、今回は前回と全然違う。全然。なんだろう。きっと、前回だけだったら、あれはあれですごく満足していたと思うんだよね。やったって達成感はあったし、満足もした。

《筆者》そうかあ。うちのお産でも、前回と今回はそんなに違ったんだね。病院とは？

《Kさん》病院は……。機械的かなあ。お産が進んで息みたくても「あー、まだまだ息んじゃいけない」って言って、そのままいなくなるんだよね、よく。なんか自然なものを止められている感じ。2人目のとき、こっちで産んで、自然のままだったでしょ。病院は病院の流れで産んで、産まされたって感じがしたんだよね。産まされた感が強いよね。こっちは自然の流れで産んでいたと思う。そのときは、すごい達成感があって、よかったけど、今回はそれ以上だった。あかちゃんは大きいものがはまっている感じだけど、胎盤は違うもんね。臍帯が付いているのもわかったし、気持ちよかったよ。あはははは。

《筆者》へー、臍帯も。胎盤出すのを「ちょう～気持ち良かった」って表現した人があるけれど、臍帯を気持ちいいって表現したの、聞いたことないねえ。うける。しかし、経験ってすごいね。

《Kさん》うん。ほんと。[前回ここで産んで] 少しわかっているから、余裕があるかも。

《筆者》そうだよね。Yさんのお母さんが「女は結婚せんでもいいから子どもを産め」って言って死んだらしいけど、7人産んだらいろいろ知っただろうね。だからそんなふうには言えただろうね。1人目、2人目って産んだら、次どうなるってわかってくるじゃん。そしたら、産んでも楽しかったんだろうね。経験しているから。すごいね。

《Kさん》私は5人ほしかったなあ。

《筆者》あー、私も5人〔ほしかった〕。なんで、5人なんて思った？

《Kさん》わかんない。なんとなく。

《筆者》うちら先を読む力がないかな。経済的とかさ。なんか多いと楽しいだろうってね。

《Kさん》やだ、筆者さんたら。でも、あってる。あってる。たくさんいたほうが楽しそうだよ。

2 Magiwa クラスは捨て身—雲泥の差

Kさんは、これまでどのような母親学級を受講したのだろうか。その経験も少し聞かせていただくようにした。第1子の妊娠のときには、出産した病院と並行してT市で開催している両親学級の2つを受講している。病院の両親学級は「説明が多くあまり記憶に残っていない」とのことであった。

《筆者》Magiwa クラスのこと聞いていい？ いつ受けたっけ？

《Kさん》えへー。私、今回受けてないんですよ。受ける前に生まれちゃって。ははは。でも、2人目のときのことは、覚えているよ。楽しかったー、すごーく。「うー」が忘れられない。あの低音の呼吸が「合ってる合ってる」って。いまでも覚えている。

《筆者》へー、3年近く前のこと、そうやって覚えているんだ。

《Kさん》うん。だって。すごいもん。あの演技。

《筆者》ほんと？ みんなそういうけど、そうなんだ。

《Kさん》教える、伝えるって本当に大事でしょ。えへへ、〔助産師さん〕なんか捨ててるって感じー。あつ、あ、ごめんなさい。なにかに命がけっていう感じってことよ。捨てないとおそいよ、ね、ね、ね。伝えたいって必死。あはははは。

《筆者》えー。うける。笑える。ほんと。そんなふうにまで思っていないと思うけど、助産師はあ。そんなふうに見えるんだあ。あーおかし。〔ここでふたりで大笑いする〕

《Kさん》でも、でも、人になにかを伝えようってしたら、そこまでしないと伝わらないよね。私も仕事でそうだったって思ったもの。捨てなきゃみんなに伝わらないよね。病院と全然違ったもん。雲泥の差ですよ。病院はスマートに説明するでしょ。きれいに終わらせようとする。でも違うじゃんって、お産して思う。病院は最後はドクターに頼っているから、そこまでしないんじゃない。

《筆者》そっか。みんないろいろ思うんだね。あの劇で。他は、自分で体位をとって練習したのは覚えている。

《Kさん》うんうん。覚えている。自分たちでやるっていうのも大事よね。お産になって、「あ、こんな格好、やった、やった」って思い出すもの。あと「うー」っていう呼吸。助産師さん、ほんとに産んでもいないのにやるでしょ。〔参加者と〕一緒に。あれがいいよ

ねえ。頭に残るもの。

3 底抜けの明るさ

《K さん》ここの助産師さんって、ほんと明るいよね。前日も、今回も、いつでも明るいって思っていたけど。ほんと明るい。いいですよ、明るいって。明るいって強いですよ。

《筆者》へー。うわあ。すごい。いいこというねえ。明るいのは強いんだあ。

《K さん》うん。そうじゃないかな。前日も、明るいなあって思ってきたけれど、今回さらにそう思った。健診のときに置いてあるファイル¹あるじゃないですか。あれに「底抜けに明るい」って書いてあるじゃないですか。あれ読んで、ここは、明るさでも「底ぬけなんだあ」と思って、助産師さんたち見たら、明るいですよ。ほんとに。みんな。

《筆者》あ、書いてある、ある。へえー、書いてあることで、意識したんだ。へー。眼にとまって、記憶にもとまったんだね。すごいねえ。

4 インタビューのあとで

病院の母親学級と何が違うか。まずは、「捨て身の思い」。

K さんのインタビューで印象に残った言葉は「雲泥の差・捨てている」である。これまでのインタビューのなかでも、当院の母親学級は、病院や行政で開催されている母親学級と違い、「はじめて聞く内容ばかり」「病院や保健センターとは全然違う」という感想を述べる人が多かった。何がそれほど違うのか、もっと具体的に聞いていく必要を感じていた矢先に「実演のときには、捨てているでしょ」と言われ、はじめは驚き、当惑したが、「捨て身の思い」で伝えようとしていることに気がついた。女性が死ぬ気で産んでもらわないことには、こちらはどうすることもできない。だから、必死で伝えたい。そのあらわれが、相手には、捨て身の演技に映っている。それが、結果として病院のそれとは違うものになっているのであろう。K さんの思いもよらない発言に、病院との違い、Magiwa クラスの効果が確認できた。

インタビュー4 新たな経験に挑むとき

Hさんのバースプランは「切らないで、息みを逃すようなお産がしたい」「きれいな赤ちゃんを抱きたい」という希望だった。第2子はお産が軽かったので、お産をなめている気がしている、と語っていた。彼女の妊娠期間中に、印象に残った出来事があった。彼女は女の子を産みたいと希望していた。ある日の健診で超音波検査をしたところ、男子と判明した。彼女はそこでしゃくりあげて泣いていた。その泣きようにスタッフは心配した。彼女はしばらくその子を受け入れることができなかつたと、後日語っている。

助産師たちは健診に来る度に、彼女の様子を気にして声をかけていた。そんな彼女にたいして、さらに助産師を不安にした極めつけの言葉があった。それは、Magiwa クラスを受講し「お産が怖くなってしまった」と感想を述べたことだった。Hさんがどのようなお産をするのか、無事お産ができることを祈っていた。後日、彼女は3,710グラムの男子を無事出産した。インタビューの当日は、研修生を同行して産後のケアをおこなったため、会話の途中には研修生も参加している。

1 お産の共感

1.1 2回お産をしても

《筆者》Magiwaはどんなもんでした？ お産を終わって印象とか？ 結局、お産に役立てるためにやっているから。お産終わってどう思う？

《Hさん》全体の流れとかがなんとなくつかめたっていうか、わかった。お産って、こう始まって、こう終わっていくっていうのが、想像がついてわかって。

《筆者》ふうー、ふ、ふ、ふ。[小声で] だけどさ、「Magiwaが終わって、お産が怖くなった」って言っていたの、あなただったんだっけ？

《Hさん》あ、そうそう。私です。怖くなったんですけど。予定日が過ぎていったら、なんだかそれが薄れていってしまっ。

《筆者》でも、Magiwa 終わってすぐは、怖くてしょうがなかったわけでしょ？

《Hさん》そう。怖じけていました。

《筆者》そー。どんな意味で怖じけていたの。

《Hさん》陣痛にたいする恐怖っていうのが。

《筆者》はいはいはい。2回産んだけど。

《Hさん》今度は、会陰切開がないので。長いと思っていたんですよ、すっごく。お産が終わるまで。皮が薄くー、薄くー、少しずつ伸ばしていくっていうのが。息みを逃すっていうのが、できていなかったんですよ。お産2回やったんだけど。息みみたいときには、息めばいいって。切られるからね。切られるお産しか知らなかったから。伸ばすってこと

が、自分のなかでは全然ピンときていなくて。理解していなくて。できない気がして
いて。

《筆者》おー、なるほど。

《Hさん》それが〔お産の〕目標でもあったんですけど。息みを逃すっていうのが……。

《研修生》辛かったですよね。長かったから。

《Hさん》長かったんですかね。とにかく早く終わりたいって。

《研修生》うん。大きかったからね。

《筆者》そっか。よくいわれるんだよね、病院で産んだ人から。経産婦さんたちだったら
大丈夫だって、うちらが思っているけど、そうじゃないんだ。不安なんだ、逃すのが。

《Hさん》そう。

《筆者》ふーん。そうなんだ。逃すのがね。なるほど。そうそう。たしかに〔Magiwa〕終
わった後でね、「もういいや〔頑張ろう〕」って言う人と、「かえって怖くなった」って人が。
でも、私たちは怖くしよって思ってやっていないけど、やっぱ、伝え方がうまくないと、
そうやって不安になるわけでしょ。逆にさ、クラスに出たのに、不安を持って帰られたら、
お客様にたいして申し訳ないじゃない。不安解消して帰りましょうって思っているのに、
見て、不安になって帰る人がポツポツいるってことは事実なわけよ。じゃ、何が足りな
い
かって思ったら、たしかにいくら前回産んでいたとしても、違うお産をするわけだから、
はじめてだって思ってあげたらいいんだってことなんだね。逆にいうと。むしろ、はじめ
ての人より大変なのがわかっているだけに。あそこで、逃すってできるう、前回は切っ
てから、プルって出ているのに、って思っちゃうんだよね。きっと。

《Hさん》そうですね。

《研修生》だから、余計に破れないお産をしたって思うんだよね。

《Hさん》あー、そうですね。あと、快復の痛みも知っているから。楽で。なんか矛盾し
ているですけどね。ただ切れればいいってだけじゃなくて。より自然に。友達と同じ
ように産みたいって願望がずっとあるんですけど。なんか、怖いってうか。実演したじ
ゃないですか。

《筆者》うんうん。正直にいいよ。全部ためになるから。

《Hさん》見てたじゃないですか。はじめ、あれはよかったですよ。あと、自分でやっ
て、怖くなってんですよ。できるかなって。

《筆者》あー、自分がやったことで。

《Hさん》うん、自分がこれやるんだって。

《筆者》なるほどね。なるほど。で、実際にやってどうでした？

《Hさん》えー、なんとなく、できたりできなかつたり。ずーっと目、閉じていたんです
よね。

《筆者》うん、いいじゃない。

《Hさん》拒絶していたんですかね。なんか現状を。

《研修生》ううん、できていましたよ、上手に。

《Hさん》えー、ほんとですか。できていました？

1.2 共感する苦しみ・痛み

《筆者》お産終わって、いま、感想はどうだったっていわれたら、なんて言う？

《Hさん》なんか、ひとりじゃなかった感じ。すごく。ひとりで絶えたってじゃなくて。目閉じてみんなの声が聞こえていて。たまに目あけて見ると、みんながこうやって〔手を重ねて〕いて、一緒。あ、いちばん思ったのは、「[胎児の] 髪の毛触ってみて」って言われて、触って、あー、でも、いま、この子も、息もできず、すごく圧迫されて、狭いなか、耐えているって。

《筆者》おーおー。

《Hさん》この子も苦しくって、自分だけ苦しんじゃないんだよな、いまって。

《筆者》おーおー、その瞬間に一。なるほどねえー。

《Hさん》いま一番つらいんだよなって。

《筆者》ほー、偉いねー、お母さんってねえ。

《Hさん》頑張らなきゃいけない、逃げちゃいけないって。[少し涙がにじむ]

《筆者》うー。自分が涙でそうだね。偉いね。

《Hさん》あと、上のおに赤ちゃんがあたしが苦しんでいるから、ひくひく泣いていて。

《研修生》あと、下の子も泣いていなかった？

《Hさん》下の子はどうしていたのか。視界に入っていなくて。上は見えていたから気になって。しゃくりあげて泣いていたから。あー、すごいきなりながら。産まれて私が号泣していたら、上の子は〔さっきと〕同じ泣きなんだけど、感動して泣いている感じになっていて。あー、ちょっと、ほっとした。

《筆者》あー、あなたも泣いちゃったの？

《Hさん》そうですね。1人目は、なんか、あーって。2人目は、やっと終わったって。なんか3人目は違いますね。

《筆者》今回は苦しい時間があったじゃない。3人目も男の子で、ね。

《Hさん》あー（笑）、ああいうのは、もう吹っ飛んで、五体満足で、あ、出てきてくれたんだって。

《筆者》うんうん。本当だよな。

《Hさん》そういうことは考えなかった。まず最初に思ったのは、手も足も無事にあるってことで。[女の子か男の子かは] もう気にならなくなっていた。

1.3 冷たいお産

《筆者》やっぱり、自然のお産と、病院のお産は違ったかしら？

《Hさん》違いますね。切るか切らないかの状態の時間がきつと長い。2人目は、何回か息

んだら、あ、もう生まれちゃったんで。

《筆者》あ、なるほど、なるほど。でもじゃあ、自分がお産して、こういうお産と、病院でのお産をして、若い人のお産するときは、なにを勧める？正直に。そっちのほうが楽しかったの。

《Hさん》病院のお産は冷たい感じですよ。床も冷たいし。カチャカチャ器械の音はするし。一人で陣痛室に入れられて、耐えるし。背中さすっているわけではないし。みんなで見守られながら、頑張ろうってお産じゃないですか。[病院は]「先生来るから、まだ息まないで待ってて」って。

《筆者》はいはい、あるよね。

《Hさん》そんなこと言ったってって。

《筆者》先生が主体化。

《Hさん》途中で破水して、飛んじやったんですよ。そしたら、看護婦さんかな、「これで今日2回目」だって。でも、そんなこと言われてもって。それで、そんな、汚いものみたいな。

《筆者》なるほどね。ほんとだよ。

《Hさん》母親の体から出るんだから、きれいなはずで、害はないはずなのに、ほんと、なんか、西洋医学じゃないんですけど、そっちのほうに、疑問があったんで。

《筆者》うーん、そうなんだ。それで、3回目はこっちで産もうと思ったんだ。

2 Magiwa の感想

2.1 アロマは脳のリラックス

《筆者》Magiwa では、アロマもやるじゃないですか。みんなでお腹だして。ああいうのは？

《Hさん》気持ちよかった。香りで精神的に落ち着くんだなって。あまり身近でやったことなかったから。気分転換にもなるし。脳にもいいっていうから。

《筆者》そうか、なにもクラスにないより、ああいうのがあるのはいいんだ。

2.2 1人目に必要なこと

《筆者》お産で Magiwa でこれやってほしいとか、助産師さんに、これ言ってよ、ってことはない？私は、時間が許せば、ほんとはもっとお母さん同士で知り合いになるチャンスをつくりたいんだよね。ほんとは、Magiwa でやると仲良くなったってお母さんが多いから。

《Hさん》それは、1人目の人には必要かなって。何人か産んでいたらそれなりの人脈ってできてきていて。それなに私は切実ではないかなって。

《筆者》なるほどね。

《Hさん》1人目のときは、切実に思いましたよ。

《筆者》1人目ね。たしかに私もそうだったわ。

3 臨終の場と生の場と

《筆者》後期の話を聞くの忘れた。あれはどうだったの。覚えている？

《Hさん》あれは.....。

《筆者》あまり印象はいいですか？ 夫婦で体位とるの。

《Hさん》覚えていますよ。立ち会うことに前向きになったんですね。うけたことで。

《筆者》あー、旦那さんが？

《Hさん》うん。あれを受けなければ、キャンセルできない仕事が入っていたら、そっちに行ってたんだと思うんだよね。

《研修生》仕事休んでくれたんだよね。

《筆者》あー、そう。

《Hさん》うん。2人目のときは、はなっから脈なしっていうか。

《筆者》あー。そうだったんだ。お父さん、なにか、変わったんだ。

《Hさん》一番のきっかけは、やっぱり、人の死に立ち会う瞬間ってけっこうあっても、生の瞬間に立ち会うってないじゃないですか。

《筆者》なるほど。

《Hさん》父親を亡くしているんですよ、主人は。死ぬ瞬間って立ち会っていたんですよ。

《筆者》うーん！

《Hさん》人間、それだけじゃ不平等って。自分の子どもが誕生するその瞬間を主人にも見せてあげたかったんですよ、主人に。

《筆者》あー。深い話やなー。ふうふうふうふうふう，もー。[泣き声]

《Hさん》すっごくそう思って。私は、死ぬ瞬間って、祖父とかのも見ていないんで、わかんないんですけど。1回くらいは、生のほうも経験させていいかなって。

《筆者》なんて、いい言葉だろう、なるほどね。

《Hさん》あと、なんだろう。子どもに適当にごまかさないで、こいうふうにも子どもって産まれてくるんだよって。見せてあげたかった。

《筆者》ふーん。

《Hさん》でもやっぱり、一番は主人かな。

《筆者》ありやりや。いいー奥さんだね。

《研修生》旦那さんも泣いていましたよね。

《Hさん》ええ。

《筆者》そうっか。たしかに、そうだよ。いまから死はたくさん立ち会うかもしれないけれど。生はないもんね。自分の親が死ぬときは、立ち会うもんね、横に。わが子が生まれるときに立ち会うしかないもんね、生は。

《Hさん》それ以外ないじゃないですか。

《筆者》たしかに。それ以外ないもんね。

《Hさん》[笑う]

《筆者》Hさんの話聞いて、反省だわ。

4 インタビューのあとで

Hさんは、静かな印象の女性だ。とくに胎児が男子だったときにしゃくりあげて泣いた彼女が、その印象を強くしてしまった。しかし、お産後のインタビューで、彼女が胎児を受け入れ、無事産まれてくるわが子を祈る言葉には、強さを感じた。彼女の印象が変わった思いでいた私は、臨終の場と誕生の場を表現した会話のなかに、彼女の人となりにただただ感心した。

インタビュー5 リベンジ

1 母乳育児への思い

1.1 なにげない言葉に

カルテにはバースプランを記入する欄がある。Rさんはそこに「母乳育児で育てたい」と明記している。これはバースプランではないが、彼女が助産院で何を希望するのか理解できるものだった。この一文は、母乳育児にたいして強い思いがあることを示している。それは1人目に受けたさまざまな人からの、なにげない言葉にあった。

《Rさん》 筆者さん、おっばい先生なんですよねぇ。

《筆者》 え？ 私？ [大笑いする] 誰が言ってた？ そんなことお。

《Rさん》 えー。はじめて来たときに、そうやって誰かにいわれましたよ。「あのひと、おっばいの先生だから」って。Yさんだったかな。

《筆者》 えー。もー。いいかげんなんだよー。どう？ おっばいは？ [観察しながら] いいおっばいしているね。1人目はよく出たんだあ？

《Rさん》 いえ。それが、上の子のときには全然出なくて。だから今回は絶対おっばいでって、思っていて。

《筆者》 そうだったね。ごめん。書いてあったね。今回のプランに。母乳で育てたいって。

《Rさん》 うん。混合で、3、4ヵ月ぐらいで完全にミルクになって。すごいショックで。だから、今回は絶対おっばいで育てたかった。

《筆者》 なんで、そんなにショックだった？

《Rさん》 まわりの人は、みんなおっばいで。なんか、まわりでも「おっばい？」って聞かれるし。電車とか乗っていると、おばあさんとかに「おっばい？」とか聞かれて。ショックで。プレッシャーだった。

《筆者》 いわれる、いわれるよねー。

《Rさん》 うん。母親とかにもいわれて。あいさつみたいに、みんなから言われて。見知らぬおばあちゃんとかからも「おっばいでるの？」とか言われて。

《筆者》 そうそう。あれってなんか知らないけど、ほんと、ショックだよ。

《Rさん》ほんと、ショック。ほっといてほしいよね。

《筆者》ほんとだよ。私も1人目[母乳が]出なくて。苦労したー。2人目はあなたと同じで、スースーでただけどねえー。そうだよ。なんか、1人目って、ぎこちなくて。できなくて。[赤ちゃんに] ミルク足されていたら、それだけで、ショックうけて。

《Rさん》 えー。そうなんですか。ミルク足されたんだ、看護婦さんにー。

《筆者》 そしたら、ショックでさ。だんだん出なくなったの。

《Rさん》え？ ショックとか、関係あるんだ。

《筆者》あるんだよ。乳首って、東洋医学では胃と連動しているって言われていて。鍼灸のね、ツボのこと。だから、ストレスあると、胃が弱るでしょう。ショック受けると、胃が萎縮して、乳首の働きまで悪くなるんだよ。だから、栄養ドリンクとか飲んでいても全然効かない。

《Rさん》えー。そうなんですかー。はじめて聞きましたあー。こわーい。関係あるんですね。

《筆者》そうなんだよ。あなたー、今回は、すごくでるじゃん。このおっぱい、いいおっぱいだねー。1人目は、そんなに悩んでいたんだ？

《Rさん》ええ。母親とかお姑さんにも「おっぱいは？ おっぱいは？」とか言われて。精神的にまいって、すっごく落ち込んで。「ミルク足したら」とかってもいわれて。ガーンって感じだった。

1.2 自分はダメなのか

赤ちゃんを抱っこしてたら「おっぱいですか？」とよく聞かれる。その言葉がどれだけ母親を苦しめる言葉になるか、当事者にならないとわからないのかもしれない。Rさんも私も、なにげない言葉に傷ついていた。お互いときどき目を潤ませながら、共感することになる。

《筆者》自分はY氏に来る前におっぱいの相談室を開業していて。みんなトラウマみたいになっているじゃん。おっぱいで育てようって。私もそうだったんだよね。「なんで助産師なのに」って一晩中泣いていて。そしてらドツボにはまって、出なくなって。よく泣いていたんだよね。こんな私が。それで旦那がみかねて「職場にでたら」って。だから逃げ口上のように、職場復帰したんだよ。でも、精神的にはそれで全然よかった。だから「なんだ、ミルクで育てても全然いいじゃん」って。かわいって育てよって。1人目の経験から絶対おっぱいだけじゃないって。

《Rさん》わたしもミルク（それ）だけになったら、楽だった。

《筆者》2人目になって、どうでもいいやって思ったら、ジャージャー出てね。

《Rさん》[聞きながら目が潤んでいる] そうだったんですか。

《筆者》でも、ほんとに、そのくらいショックだったんですよ。

《Rさん》そう。誰でも出るし、産んだら普通に出るもんだって思っていたんですよ。だから、出ないことがショックで。友達とかとファミレスとかいって、みんなが母乳あげているのに、自分だけミルク出すのがなんかうしろめたくって。シュンってなったりして。

《筆者》ほんと、ほんと、なるよね。シュンって。

《Rさん》なんででしょうね。

《筆者》日本中、おっぱいがいいっていうもんね。そのほうが、いい母親みたいって。

《Rさん》ほんと、そうですね。本とかにも、母乳がいいって書いてあるし。それが当然みたいだね。育てたいですね。そりゃあ。

《筆者》だよね。だから、出ないって思うと、途端に気にして、胃も萎縮しはじめるんだよね。だから開業しても、絶対、どっちでもいいじゃん、って言った。お産も大事だけど、おっぱいは長いからね。

《Rさん》そうなんですよね。だから、いま、少し念願がかないそうだなって。

《筆者》そうっか、よかったね。お産もフリースタイルがかなった？

2 自分で産むために

2.1 自由な姿勢へ

1人目のときは、お産の体位などなにも考えずに里帰りをしたそう。夫立ち会い出産が可能な病院だったため、よい病院だろうと思っていた。しかし現実は違っていたようだ。ほとんどの時間、夫が必死に腰をさすっていたという。想像していたお産は、自由に動けず苦しい記憶が残った。

《筆者》島って行ってたんだよね。今回、うちを選んだのは？ やっぱり、おっぱいもあった？

《Rさん》うん、そうですね。強かったです。

《筆者》お産よりさきにあった？

《Rさん》そうですね。やりたかった。1人目のね……。それと友達が「助産院がいい」って言って。調べまくった。ここの悪いこと言う人がいなくて。フリースタイルもしたかった。

《筆者》1人目のお産はどうだったの？

《Rさん》うん。なんか、普通に。機械的っていうか、分娩台とか、足は固定されているし。1人目産んでいろいろ調べて。なんで、一番楽な格好で産めないんだろって。今回は、四つんばいで。自分の思うがままの姿勢で産めて。あー、よかったって思った。痛かったですけど。

《筆者》そう。よかったね。でも痛かった？

《Rさん》ええ。痛かったんですね。1人目と違って長くも感じた。今回は、1時間半で産んだのね。

《筆者》えー。1時間半だったのお。なにをしたの？ 妊娠中。

《Rさん》えー、なにも。1人目のときはいろいろしたけど。今回はなにも。ただ生まれる日に、伊勢丹の階段を上り下りしたかな。それくらい。

《筆者》えー。そうか。

《Rさん》あー。ただよく歩いたかな。

2.2 自分で産みたい

1人目のお産の思いから、Rさんは納得するお産をめざそうとしていた。夫の賛成が得られないなか、小さな子どもを抱え、自分で産みたいという思いを達成するために、Rさんは努力した。

《筆者》今回の妊娠期間とかお産とか振り返ってどう思う？

《Rさん》今回は、1歳半の子を抱えて通院するのが大変かなって覚悟をしていたんですよね。で、やっぱり大変で。バギーを抱えてね。だから旦那も「目の前の産婦人科で産めば」っていついて。でも、今回は、ここで産もうって自分で決めていたから、最後までがんばれたんですよね。それで、予定日過ぎても生まれないから、「あー、どうしよー。こっから〔搬送されて〕産婦人科病院いくのって嫌だな」って。なんかすごい努力した気がします。1人目より。今まで受け身だったのが、今回は自分でがんばろうって。ちゃんと自分で産みたいって。努力した気がします。

《筆者》えー。すごい。でも、なんでなんだろう。それって？

《Rさん》うー。なんでかなー。うーん。[少し考える] 納得したかったのかな。

《筆者》そう、納得ねー。誰かの影響とか？ 1人目のときの思いとか？ なにかあったのかな？

《Rさん》あ、そうそう。Yさんに来て「お産の感想ノート」読んだのがあったかも。みんなこんなに自分のお産に取り組んでいるんだなって。すごいなって思った。

《筆者》そうか。はじめはまわりのママたちの話でうちにやってきて。そして今度は産んだ人の感想文を読んでね。

《Rさん》そうそう。「自分のお産を納得して産みたいって」書いてあったりして、みんな必死で取り組んでいるんだなってというのがわかってね。感化されたのかもしれない。

《筆者》ふーん、そうか、ああいうノートを置いているのって、悪くないんだね。

《Rさん》えー。すごいですよ、あれって。影響がありますよね。

2.3 夫のひとこと

Rさんの、自分で産みたいという思いが、結果的に亭主関白の夫の考えを変えることになる。

《筆者》でもさ、もともと、がんばりやさん？

《Rさん》いえー、ぜんぜん。もともとがんばりやじゃないんですよ。旦那さんが今回あんまり協力的じゃなくってね。「助産院で大丈夫なの？」って。学習会も来るけど、乗り気じゃなくって。でも、今回、お産して旦那さんが「ここでよかったね」っていったんですよ。それで「えー、すごい」って、びっくりして。変わったな、この人も、って思っ

つぎは「自宅出産もいいな」っていうんですよね。

《筆者》うわー。すごい。

《Rさん》えーって思っ。

《筆者》後期の学習会は？ 来て？

《Rさん》来るのは来るけど。なんか、乗り気じゃない。「聞いてわかるけど、なんかあったらどうすんの？」って。「なんか、今回は俺の言うこと聞かないな」って。

《筆者》「俺の言うこと聞かない」ってね、ははは。

《Rさん》いままでは言うこと聞いていて。けっこう、亭主関白みたいにしてたのに。今回は違っ。

《筆者》はははー。普段は亭主関白なんだ。

《Rさん》なのにな。今回は聞かないって。産んで終わって、3人でいたときに、「よかった。ここで産んでよかった」って。

《筆者》そうか。そりゃよかったね。旦那さん、何が変わったんだろう。

《Rさん》そうなんですよね。旦那さん、今回は手を握っていたんですよ。前は旦那さんが腰さすっていたけど、今回はぜんぜん違っ。Yさんたちが触るのが、なんかよくって。旦那さんが触ると、あー、もういいって感じで。前はずっとさすってもらっていたのに。

《筆者》そー。なにが変わるんだろう？

《Rさん》ぜんぜん違っ？ なんか手の力が違っ。パワーが。不思議な力があつたかな。

3 一番楽しかったクラス

3.1 Magiwa だけでいい

Rさんは1人目のときにも母親学級を受講している。その経験も含めたなかで、Magiwaクラスの評価をした。ビデオなど映像は平面でしかないが、助産師の実演によってリアル感が伝わっていたようだ。そして自分で体位を体験することで、学習効果をあげていた。

《筆者》今回、Magiwa 出たでしょ。あれは、どうでした？

《Rさん》Magiwa はよかったです。Magiwa がいちばん楽しかった。Magiwa だけでもいいかなってくらい、全然よかった。

《筆者》えー。うそー。ほんとー。なにがそんなによかったの？

《Rさん》女だけのクラスで。なんか、なんでもありって感じがして。おもしろかったって記憶しかないかな。

《筆者》えー、そうっか。いちおう、あれでもお産に役に立つようになって、やっているんだけど。

《Rさん》呼吸とか、役に立ちましたよ。デモとかもすごくおもしろかったし、役に立った。助産師さんがあのパンツをはきだしたときには、もう笑っ。

《筆者》お産の流れのたとえとかは？ わかりやすかった？ 中央線とかの？

《Rさん》あー。あれすごくわかりやすかった。「あ、いま、こんな感じ」って。

《筆者》そう。Magiwaは実際に助産師がやるでしょ。後期はビデオみるでしょ。なんか違いってある？

《Rさん》ビデオだけだと、わかりづらいですよ。やっぱりなんか違う。ふーんって、感じ。

《筆者》遠くのものみたいな？ 実際のものみたいな？ 違いがある？

《Rさん》えー、全然違う。

《筆者》自分で〔お産の体位〕やったのはどうだった？

《Rさん》うん。あれとか、やっていたよ良かったなって。後期終わって、Magiwaがなくて生まれたら？ って考えたら、大変。

《筆者》じゃあ、デモをみて、自分でやるのってよかったんだ？

《Rさん》うん。デモみていただけなら、自分でやるっていう気持ちにならなかったなって。楽しいなって思っていたら、「自分でやる」っていうから、「あ、これめんどくさいんだけど、自分でやらなきゃいけないんだ」って思ってた。でも、その体位で産んだからよかった。

3.2 私がやるしかない

いくら自分で望んだとはいえ、自然なお産は楽ではない。そのことをRさんは実感する。しかしRさんは、助産師が寄り添っていることで、お産に立ち向かえるようになっていく。

《筆者》お産のときに、気持ちが萎えないようにって思って、私が話しをするじゃん。あなたも早かったから、あまり思わなかつただろうけど、昨日産んだ人も長かつたじゃん。そんなときの気持ちをどうするかって話しはどう？

《Rさん》早かつたんですけど。病院より痛かつたし、長かつた気がしたけど。助産師さんが「がんばって」とか、なんかやさしくして、寄り添ってくれるじゃないですか。だから、がんばらなきゃって思つたんです。逃げちゃいけないって。逃げられないけど。ほんと、代わってほしい、って思うけど。

《筆者》あははは。ほんとと思うよね。

《Rさん》ほんと、代わってほしいって。なんで私、無痛分娩にしなかつたんだろって思つたり、なんでこんな痛いのに向き合おうって思つたんだろって思つたり。

《筆者》あはははは。[手をたたき大笑いする] 思うよね。ほんと。私も「誰がいったい妊娠したいって言ったの」って暴言はいて。「あ、私だ」ってね。

《Rさん》ははは。ほんとですよ。だけど、まわりの人がこれだけ応援してやっているのに、私がやるしかないなって、思つた。

3.3 アロマは癒しの時間

《筆者》アロマオイルのマッサージは？

《Rさん》あー、あれは、よかったですよね。気持ちよかったです。あんなお腹の状態、人にやってもらってないじゃないですか。妊娠していないときはするけど、あのお腹の状態ですらないから。癒しでしたね。

《筆者》助産師とハグするやつは？

《Rさん》あー、あれは恥ずかしかったかな。え？ 全員とハグするのかって。

《筆者》そうか、ちょっと照れるか。〔お産が〕長い人は助産師とハグするけど、早かったから〔ハグは〕やんなかったんだ。そうか。

私は R さんの思いを受け、インタビューをしながら丁寧に母乳のケアをした。1 人目に母乳が出なかった、という私との共通点がさらに彼女の心を緩ませたようにみえた。心が緩むと母乳はよく出る。R さんの体もみるみる変化していった。インタビューの翌日「すごくよくなった。ピューピューでるようになった」と彼女はとても喜んでいて。彼女は母乳で育てたいという目標に近づいていた。

4 インタビューのあとで

女性は個人的な差があるとしても、自分の妊娠、出産、子育てに対してその人なりの希望や思いがある。そしてその思いは、妊娠前から明確化している女性、出産後に明確化する女性など、人によって異なる。R さんが「出産したら誰でも母乳がでるものだと思っていた」と話しているように、多くの女性は R さんに近いだろう。そして、その知識が出産後に間違いであることに気がつき、その後 R さんと同様に悩む女性も多い。母親として「母乳で十分育てられなかった」という思いが、R さんを助産院へと動かした。そして彼女は、乗り気ではない夫の目を意識しながらも、よちよち歩きの娘を抱えながら暑い夏の通院を乗り越えながら、自分の納得するお産にたどりついた。そしてその先にある念願の母乳栄養にたどりついた。その表情は笑顔で幸せに包まれているようだった。

人は、他人から与えられた目標でなく、自分の中から築き上げた目標に向かい、そしてそれを達成できたときに、幸福感を抱えるものであるというあたりまえのような姿勢を、彼女は私に感じさせてくれた。それが R さんだった。R さんにとって、M 助産院でのお産は、出産、子育てのリベンジに見えた。

最後に、お産を乗り越えるときに R さんを支えた一つは、助産師が側にいることだった。助産師の語源はアングロサクソン語で Midwife（女性と共にいる）であるが、それをつくづく感じる事ができたインタビューだった。

インタビュー6「ありがとう」のかたち

1 感謝する心——夫婦のありかた

無事に出産したときのあの瞬間に、人は飾らないその人らしさが出てくるのだと思う。

《筆者》 前は病院だったんだっけ？

《Aさん》 はい。病院。

《筆者》 なんか違った？

《Aさん》 [病院は] なんか心細くって。

《筆者》 ふーん、そう。Y氏はどんな感じだった？

《Aさん》 はい。きつかったけど、もう嫌とかはなかった。

《筆者》 ほんと。おとうさんはどうだったんだろう？

《Aさん》 どうだったんだろう。いまはまだ、混乱している感じもするけど。

《筆者》 そう。1人目のお産はどうだったんだっけ？ 立ち会った？

《Aさん》 1人目は、陣痛室にずっとふたりっきりで不安だった。耐えているあいだ、夫婦ふたりで。とても心細かったけど。今回はそんなことはなくて。

《筆者》 そう。[助産師が] 肝心なときだけ来て。分娩室に連れて行かれるまでは、ふたりでね。

《Aさん》 そう。だから最後に夫は筆者さんに手を握られてお産して、「少し感動した」って言ってましたよ。

《筆者》 えー、ほんとに。そー。うれしい。私、あなたの一言で泣きそうだった。今日も後期の学習会で話したんだけど。あなたが最初に旦那さんに「ありがとう」って言ったでしょ。あー、こういう清らかな心で人には感謝するものだなって思ったもの。いい女だなんて。ほんとに。Yさんはお産終わって、「普通は旦那が『ありがとう』って言うんだよ」って話したけどね。でも、言えないタイプの人なんだなって。

《Aさん》 そうですね。[と話しながら、ぼろぼろ涙が出ている]

《筆者》 [もらい泣きしながら] そういのもわかっている夫婦って。いやー、いい夫婦って、きょうも後期で話したら、みな、うるうるきていたよ。

《Aさん》 えー、ほんとですか。後期のときはどうなるかなって思っていたんですけど。でも、後期がきっかけで、なんか少し変わってきた感じで。なんかちょっとずつ話せるようになってきたのかな。

《筆者》 そう。そうだったんだ。私はお産の部屋に入ったら「あつ、[あの] ふたりだ」って思って。よかったなあって。ふたりのお産に立ち会えてって。

《Aさん》 そうですね。ありがとうございます。

《筆者》旦那さんが、ずっと黙って目を閉じていてさ。握られている指先がチアノーゼになって、真っ黒になっているんだよ。でも、なにもいわないで、じっと握られている。

《Aさん》えー。そうなんですか。でも、どうにもできなかつたし。

《筆者》そうだよ。Yさんに「横にいてあげて」って言われたの？

《Aさん》ええ。まさかそうなるとは、思ってもみなくって。

《筆者》そう。はじめは外にいるつもりだったの？

《Aさん》はい。結果的に、いてくれてよかったなって。

《筆者》ほんとにずっと黙っていてさ。[しばらく考えながら]どこからきたんだろう、あなたのあの「ありがとう」は？

《Aさん》えー。なんかほんとにもう「ダメだ」って言って、出ていくかなって思っていたから。だから、[ぼろぼろ涙がながれながら]いちばん苦しいときにいてくれただけで、ほんとにうれしかった。

《筆者》ほんとー。よかったねー。[もらい泣きしながら]私もふたりのお産に立ち会えてほんとはよかった。勉強になったよ。

《Aさん》[ぼろぼろ涙が流れながら]ほんとにここで産めてよかった。

《筆者》うーん。ほんと。ありがとう。私もうれしかった。オーバーに表現するわけでもなく、淡々と静かに側にいてさ。そして、あなたの「ありがとう」に、ニカッて微笑んでさ。いいお産だったね。

《Aさん》[ぼろぼろ涙が流れながら]ありがとうございました。

2 変われるクラス・思い出させるクラス——暗闇の中でつながる

1人目のときの経験から、陣痛がきてもすぐに入院してこなかったAさん。そのAさんを支えたのが、Magiwaに参加した妊婦同士の見えないつながりだった。

《筆者》きょうも後期のクラスで、お父さんたちにもいろいろ話をしてきたけど。後期も、Magiwaも、お産のためにやっているけれど、どんなこと思い出す？ クラスで。

《Aさん》後期が終わって、ふたりで話していたんだけど。後期でふたりで筆者さんに啓蒙されるっていうか。筆者さんの話を聞いて、びっくりしたり、緊張したりして。ちょうど、きょうから1ヵ月前が後期の日で。後期までは全然そんなことなかったのに、後期をきっかけに、ふたりで話すようになってきていて。そしたらきょう筆者さんがいて、「あ、筆者さんがきてくれたね」って。「なんか不思議」って。「こうなるって思わなかったね」って話していた。後期はすっごく、きっかけになる。

《筆者》そー。

《Aさん》うー。Magiwaは一人で家で陣痛に耐えているあいだに、[Magiwaで]みんなで呼吸したなって思い出してね。一人で耐えているけど、一人じゃないって感じになって。

《筆者》えー。なるほどねー。やっぱり、助産師だけの劇をみただけじゃなくって。みんなで作ったあれがね、よかったんだ。産む仲間なんだってね。思い出すもんなんだね。

《Aさん》思い出してすごい助かりました。最初、牛の呼吸で。あ、だめだめ、いま、これじゃ間に合わないって、とか。少し呼吸かえたら楽になったり。すごい思い出して。役だって。

《筆者》そー。朝来たときに〔子宮口が〕相当開いていたんだものね。カルテに9センチって書いてあったよ。

《Aさん》ええ、まさかそんなに進んでいるって思わなかった。それだったから、なんとかできたかなって。

《筆者》えー。どうして来るのがすぐじゃなかったの？ おうちで耐えていたの？

《Aさん》1人目にすごく時間がかかったから、今回もかなって思って。耐えられるところまで耐えよって。

《筆者》えー。偉いねー。

《Aさん》えへへ。まだ5センチくらいかなって思っていたら、9センチっていわれてびっくりして。

《筆者》そー。すばらしいじゃん。偉いねー。家で暗闇の中で〔Magiwaで〕みんなでやっていたのを思い出して、「うー」ってやっていたんだー。すごいね。その呼吸がよかったから、そんなに開いたんだよ。

《Aさん》そうですかね。あれも大事ですよ、練習になって。

《筆者》そー。ほんとー。よかった。あれねえ、あるおかあさんに「捨ててますかね」みたいなコメントをいただいたりね。「捨ててはいないよ」ってね。あるほかのお母さんからは「捨ててはいないと思う、みんなに伝えたいんですよ」って言われて。いろいろでね。

《Aさん》うん。Magiwaで筆者さんが「何が怖いのか教えてください」って聞いて。私はほんとに病院で精神的にまいっていて。Magiwaの劇であまりに病院の出産と違うから、ちょっとやってみたいっていうか。

《筆者》あはは。そんなふうに思う人もいるんだね。

《Aさん》ふふふ。ちょっとだけ前向きになって帰りました。

《筆者》そう。あんな助産師（ひと）たちとお産するんだってね。

《Aさん》そうそう。

《筆者》ある研究では、お産の前のぎりぎりにクラスやるよりも、早くに勉強したほうがいいっていう研究もあるっていうんだよ。もっと前からやっているほうがいいって。でも、私たちの現場での感じは、産むぎりぎりのほうが頭にも残るし、気持ちにもスッてはいるかなって思うんだよね。

《Aさん》うん。とくに、あの呼吸なんか、このあいだから思い出すって感じで。

《筆者》そうそう。だから36週のとときにMagiwaやると、お産になって忘れていたから、もう一回Magiwaを受けたっていう人いるんだよね。

《Aさん》そうですね。早いと忘れる。

《筆者》ほんと、呼吸上手だったもの。

《Aさん》いえー。[と恥ずかしがる]

《筆者》いや、私も3人産んだからわかるよ。お産終わって、知性が戻ると、「えー」とか「もー、恥ずかしい」とかになるよね。そんな感じになるってね。

《Aさん》えー。

《筆者》うん。でも、お産はほんとに上手だった。女っぽく。色っぽく産んだね。ほんとに。

《Aさん》そうですか。ありがとうございました。ほんとに。

赤ちゃんが起きて授乳になり、ここでインタビューは終わりとなる。

3 インタビューのあとで

なま暖かいわが子を胸に抱きかかえた安堵の妻。そして少しはにかむ夫。助産師が「やったあ。よかったあ」と喜んでいるなか、Aさんは横にいる夫の手にそっと触れ、ささやくような小さな声でひとこと「ありがとう」と言った。

多くの立ち会い出産のシーンでは、妻の労をねぎらい夫が先に「ありがとう」と言うことが多い。それが普通だと思っていた助産師たちは、Aさんのそのささやくような声や、そして握るのではなくそっと触れるように夫の手を触るしぐさに、か細いが、しかし強烈な女性らしさと清らかさを感じてしまい、感動し泣けた。夫立ち会いや「ありがとう」の言葉は、やって当たり前、やられて当たり前と思っていたのかもしれないと、ハッとさせられた。Magiwaに参加したみんなと繋がっているという感想は、Aさんの人柄を出していた。

インタビュー7 エクシード

Tさんは、第1子から助産院で出産されている。Tさんのバースプランは、家族は生まれてから部屋に入れてほしい「産むときは助産師だけで」というバースプランであった。

Tさんのお産についての助産師は「女っぽいお産だった」「自分で『進行がわかる』ってお産したすごい人だった」「なかなかないお産だった」と口にした。

1 女を捨てた談義

かつてのインタビューで「Magiwaのときの助産師さんたちはなにか捨てている」といわれたことがあった。私はこの話題をMagiwaクラスで話してみた。それを聞いていたTさんは、数日考えてみたそうだ。女を捨てているテーマにしばし盛り上がる。それはお産とMagiwaクラスの大事な要素になっていた。

1.1 社会的概念の女を捨てて産む

《筆者》Magiwaは、なんだっけ、このあいだ言っていたの？ なにかいっていたよね？ 女を捨てた話。ねー。

《Tさん》あ、そう。あたしね。昨日おっぱいあげながら、あした筆者さんがくるからなって、思い出していたんだよね。そしてメモ書きしてね。ファックスだけしますけど。

《筆者》えー。うそ。ほんとに。いいよー。しゃべってみてー。

《Tさん》うん、わたしにしかわからないメモだから、しゃべろ。

《筆者》なんだっけ？「女を捨てているんじゃないんだよ、筆者さん」って。「[デモのように] ああやって、捨てるみたいにして、あたしたちに産まないといけないうって、伝えなかったんじゃない」って言ったんだっけ？

《Tさん》うん。なんかねー、捨てるっていうのは、たしかになにか捨てているって思うんだけどね。

《筆者》えー。ほんとにー。

《Tさん》違う。それ、「女を捨てているんじゃない？」っていうのはさー、Magiwaに出たときに、その人がいったの？ それとも、筆者さんが「女を」って言われたって思ったの？

《筆者》思ったの。「なんか捨ててますよね、助産師さん」って、その人からいわれて。「え？ 女？」って聞いたのね。そしたら「えー、うんー」って濁してね。「でも、近いものがあるかなー」って、その人が濁したの。

《Tさん》でもね。そこでいう女を捨てているっていう女はもう、なんていうんだろう、性別の女じゃなくて、社会的概念のほうの女って思ったの。なんか、ほら、おしとやかにするとか。

《筆者》うんうん。

《Tさん》なんかお行儀よくしてないといけないとか。

《筆者》はいはい。

《Tさん》なんか、そっちは、概念上の女で、そっちは捨てないと産むことなんてできないって思ったの。

《筆者》うんうん。

《Tさん》産むときなんて、ちょーお行儀なんて関係ねーしい。人の前でおまた広げて、遠吠するって。それって社会的概念の女からは、やっちゃいけないって育ってきたことだから。そういう意味での女は捨てきれないと産めないと思うんだけど。

《筆者》うんうん、ほんとだ。

《Tさん》でも。ほんとの女っていう動物的な部分からの女からいうと、それこそがまさに女のねー、あの〔Magiwaのクラスの〕ときも言ったけど、〔お産は〕女の真骨頂を味わう場面で。

《筆者》ふーん。

《Tさん》だからねー、女を捨てているっていう場面でも、その女っていうとらえ方からまずあるなって。

《筆者》あー、んー。なるほど。

《Tさん》そうそう。

1.2 わたしは引かない

《筆者》でー、なんか、なかには、Magiwaで私たちがリアルパンツ着るでしょ、すると、「えー、それ着るですか？」っていうお母さんもいるんだよね。

《Tさん》えー。あはは。

《筆者》私たちはリアルパンツはいて教えなきやっと思っているから、普通になっているけどね。あんなかわいい助産師さんも履くんだって思うみたい。

《Tさん》えー。

《筆者》ショックだったっていう人もいるんだよね。

《Tさん》あははは。

《筆者》へーって。これ、こんど病院の人にも着て教えるけど、病院の人、引かないかなって。

《Tさん》そうなんだ。

《筆者》そんな話をしていたら、ああやって真剣に伝えようと履いているのが、〔助産師〕本人たちは、捨てている気はないけど、あのパンツを履いて、「フッ、アーン。フッ、アーン」って変な声だしているっていうのは、「やっぱり仕事にたいして真剣になって伝えたいっていう思うがあるってことが伝わりますよ」っていわれはしたんだよね。

《Tさん》ふん。ふん。そう。

《筆者》そうか。自分たちはぜんぜんそんな気持ちはなかったのにな、って。〔助産師〕みんな話してね。

《Tさん》そう。でも、少なくともわたしはまったく引いていなくて一。引いている気持ちはぜんぜんなく。わりとわたしは楽しんで見ていたんだけど。勉強するって感じは、さすがに3回目だからないけど。1回目だったら、引いていたのかもしれない。

《筆者》あっははは。

《Tさん》引くっていうんじゃないで。あのパンツをはくっていうのに引くんじゃなくて。

《筆者》うんうん。

《Tさん》“やっぱり、やばいな。これからすることは、ああいうことなんだ”っていうことに引いたのかもしれない。

《筆者》あーあー。なるほどね。

2 ビデオも劇も他人事

人は聞いたことでは学習効果はあがらないといわれている。それを Tさんは素直に実体験として表現してくれた。Magiwaのクラスで、産む体勢を練習することの意味が理解できる。

《筆者》Magiwaを受けて「おもしろくない」っていう人はいなくて。

《Tさん》うんうん。

《筆者》デモはやっぱり笑えて、「えっ？」と思うけど、これまでの病院のとは違って、あんなのなかったからよかったよっていうのがほとんどで。で、そのあとに自分でやるじゃない、あれはどうですか？

《Tさん》あれ〔デモ〕、すごいよかったです。

《筆者》あ、ほんと。

《Tさん》あれねー。知ってはいるけど、1回目のときに、こんな体勢で。あれ、ふとんのなかで自由だっていうけど。自由すなわちなんでもいっていいっていうか。いい体勢があるっていうのを知らなかった。

《筆者》はいはい。

《Tさん》わたし、1人目のときに、「椅子にこういう体勢してみたら」っていわれて。椅子にこうやってもたれてね、産んだんだけどね。そのときに「え？なんで？」みたいな。なんでこんなポーズとらなきゃいけないんだ、みたいな。

《筆者》はいはいはい

《Tさん》で、今回ね、このポーズだと体がこう丸くなってね。こういうふうにやると楽になるとかね。

《筆者》うんうん。はい。

《Tさん》体勢と産むことがリンクする。

《筆者》あー，リンクするんだ。

《Tさん》説明されて一，なるほどーって。

《筆者》えー，あら，なんで？ あなた，1人目は何年前？

《Tさん》8年前。

《筆者》あーそっか，Magiwa，なかった？

《Tさん》2回目もなかったの。あ，2回目はあったか。でもポーズとるのなかったの。

《筆者》そっか。4年前にはなかったか。とにかく自分でやらないとダメだって信条があったからさ。ポーズやるようにしたんだよね。

《Tさん》あ，そっか。

《筆者》カツ丼食べて眠くなるのもありうるからさ。動かないとダメじゃないかなってね。

《Tさん》うーん。

《筆者》立ち産もけっこう助産師とやるし，トイレにもこもるから。急に思いついて，助産師とハグをするのも入れたりして。

《Tさん》ほんとにやってみないとわかんない。劇みるのもすごい，「あー，なるほどね」って思うけど，やっぱ，ビデオも劇も他人事（ひとごと）っていうかね。

《筆者》他人事ね。

《Tさん》うん。やっぱ，自分でやってみて，体をこうやって曲げ，内側にこうやってみてね，踏ん張って出すんだって。だからこの体勢いいんだーってね。8年越しでね。こうやってみるとかね。

《筆者》そうか，わー，じゃ，8年越しね。よかったねー，ほんとに。

《Tさん》だから，今回も自然と，こうやって〔立ち膝〕で。あ，2回目は横向きで。わたし，ふだん，いつも横向きで寝ていて。そのままの格好で陣痛を逃したんだけどね。

3 アロマは

Magiwaのクラスでおこなうアロママッサージの時間は，おおかた好評である。しかし，Tさんは違った。実施する際の注意点を知ることになった。

《筆者》そっかー。やっぱ自分でやってよかったんだね。ほら。あと，みんなでアロマオイルもマッサージするじゃん。他人（ひと）のお腹にね。

《Tさん》あー。あれはちょっとね，正直微妙だったなか。なんかほら。どうやっていいのかわからないし。お腹だからさ。

《筆者》手とか足とかね。

《Tさん》そう，手とか。むくみが出るから，足とかね。お腹やっていると，ちょっと強いかなって，とかね。

《筆者》そっか。いえないもんね，他人（ひと）にはね。

《Tさん》うんうん。

4 思いもよらない陣痛の逃し方

ここから，ますます T さんの個性がきわだってくる。これまでの会話はこれからの会話の助走であったかのようだ。お産では陣痛にどう向き合っていけるか，ということは大きなテーマである。必死に体づくりをしても，心の持ち方によりお産を乗り越えていけないケースもある。Magiwa のクラスでは，その心の持ちようについても考える時間を設けている。T さんの心の持ち方は，こちらの予想を超えていた。

4.1 陣痛の逃し方

《筆者》あと，あれは？ お産のときにどんなふうにも思ったら乗り越えられるって話は覚えている？

《Tさん》あ，あ，あれね。そうそう。昨日あたし，あれはいわなきやって思ってね。

《筆者》あそ。うんうん。

《Tさん》1 回目のとき，わたし，ぜんぜん痛くなかったの。驚くほど痛さが痛くない。痛いんだけど。つらさを伴わない痛さでね。

《筆者》うんうん。

《Tさん》なんでかっていうとね。あはは。1 回目は，「なに，この痛みはっ」「こんなことがあっていいのかっ」というみたいな感じで。

《筆者》あはは。

《Tさん》それで。この痛みを逃すっていうか，やり過ごす方向で，痛みにたいしてね，挑むっていうか，やっていたのね。

《筆者》うんうん。

《Tさん》だから，毎回，陣痛の合間っていうか，休憩のときにね。次の陣痛がきたらどういテーマで乗りきろうかってね。そのテーマを毎回考えておくんだけどね。それで，いろんなテーマを考えておくんだけどね。

《筆者》おー。うん。

《Tさん》でもー。あの一，ワーストワン。いちばんダメだったのがね，妊娠のちょっと前に読んでいたひどい漫画があったんだけどね。自分を傷つけて，それが快感，性的快感のほうにいく変態の話だったんだけどね。

《筆者》あっはははは。

《Tさん》そういう恐ろしいやくざな話だったんだけどね。それは，痛いつていうのがこの上なく気持ちよくて好きなわけ。いるかもしれないから，わたしもやればできるかもしれないってね。

《筆者》うん。うん。

《Tさん》よし、そしたら次の痛みは気持ちいいって思うようにやってみよって思って、一生懸命やるんだけどね。ぜんぜん快感じゃない。できない。

《筆者》あははははは。

4.2 教習所的な逃し方

《Tさん》あー、素質がないなって思ってね。あとは、よかったのは、「世界中、何人もこうやって産まれていて。ということは、何億人のお母さんがこんなに痛いんだけどね、なんとか産み出していて。きっとわたしにもできるってね。これ教習所にいるときに思ったの〔と同じ〕。

《筆者》うんうん。わかる。

《Tさん》たくさん人がいてさ。

《筆者》そうそう。わかる。同じだー。私も教習所いったときに、そう思おうってね。

《Tさん》ほんと。それが支えだった。それを支えに教習所通ったんだけどね。それと同じやり方でやってね。それは、けっこうよかった。でもね、いま考えたら、みんな痛みから逃げているの。

《筆者》うんうん。

5 超人的な逃し方

3人目にしてTさんは超人的な痛みの逃し方をマスターしたようである。その逃し方は普通の人にはなかなかできない逃し方であった。しかしそれは本当の意味での、強い、真のお産への向かい方なのかもしれない、と感じるものであった。

5.1 カモン陣痛！

《Tさん》今回は違ったの。痛みで収縮がくるでしょ。この収縮じゃだめだ。もうちょっと収縮こないと、進みが甘い、みたいなね。

《筆者》うんうん。

《Tさん》次はもうちょっと痛いのがくるの期待するのね。

《筆者》うんうん。

《Tさん》で、こんど来るとね。いいけど、まだまだみたいな感じでね。

《筆者》あはははは。

《Tさん》って、やっていたら、ほんとに辛くなくてね。

《筆者》うーん。

《Tさん》でも、最後にさすがに陣痛が終わって、息みにきりかわって。もう陣痛のマックスのときには“痛い”って思うんだけどね。でもね、こんだけ痛いってことはもう産まれるの

が近いと。だからずっとね。お腹の中でね、得体のしれない動きをしていた人に会えると。いままで得体がしれないけれど、生まれたらきっとかわいいんだろうなってね。会える、会える、って思ってね。

《筆者》うーんうーん。

《Tさん》会える、会える、って思ってね。で、次に痛くなるとね、また、会える、会える、って思ったら、生まれた。3回くらいでね。

《筆者》あちゃー、そー。

《Tさん》だから、“痛み、もっと来い、カモン”みたいなね。だから、いけばいほど、痛くないんだ。

《筆者》へえー。うん。

《Tさん》うん、そう。あれは、そう。おすすめ。

《筆者》あ、そう、おすすめ。

5.2 陣痛は会えるシグナルよ

《Tさん》おすすめ。考え方一つで全然なんか違うから。いちばん最初の人に思ったんだけど。普通、痛みって、最終的には死につながるなにか危険信号のシグナルでしょ。だからたいがい、痛みって恐怖と隣り合わせなんだけど。でも、お産の痛みは、恐怖はないから。ピュアな痛みだけでしょ。だから、生まれてはじめての感覚だなって思ったの。

《筆者》へーへー、えーっ。

《Tさん》それでも痛いのは痛くって逃げていたんだけどね。だから今回は恐怖心がないうえに、もっと陣痛（これ）が来ると、早く生まれると。来れば来るほど会うのが近くなると。来た、来た。近くなると。これは死に近づくシグナルではなくって、生まれてあの子に会えるシグナルが、こんだけ強烈に来ているんだと思うとね、痛みもね。

《筆者》は一あ。ウェルカムだった？

《Tさん》ウェルカムだった。

《筆者》は一あ。あたし長いことこの仕事していて、いろんな話し聞いているけど、ウェルカムって言ったの、2人目だな。

《Tさん》あつ、2人目。

《筆者》いたなー。こういうこという人いたんだね。

《Tさん》へー。

《筆者》はっきりとは忘れたけど、Magiwa でこんな話しする人がいて。あー、ユニークだなって。でも、こんな話ししたんだよね、Magiwa のときにね。

《Tさん》へー。

《筆者》でも、それを案外「うん」って聞く人がいなくてね。

《Tさん》あーそー。でもさ。それこそわたしも1人目に聞いたら、“へー”って、頭にはいってないかもしれないけどね。でも、ぜひこれはね、伝えたらいいかもって。

《筆者》そー。

《Tさん》逃げるよりかは受け止めてって。

《筆者》よし、おいで、って。

《Tさん》うん。その痛みイコール赤ちゃんに会えるシグナル。

6 インタビュー後

Tさんのインタビューは、助産師の想像を超えた世界だった。陣痛は、逃すという感覚ではなく、迎えるというとらえ方。お産は女の真骨頂を味わう瞬間だと表現すること。お産の最中に、自分の中の社会的概念の女と動物的女との対話の仕方。どれをとってもこれまで聞いたことのない表現と内容だった。

このインタビューのタイトルはなんだろうかと、しばらく悩んでいた。妊娠期の過ごし方、お産の過ごし方など、私の想像を超えた語りということから「エクシード」というタイトルにした。お産を介助した助産師は、「あのひと、お産の進行がわかった不思議な人だよ」とTさん表現した。つまり、お産も助産師の予想を超えていたのだ。Magiwaの事をインタビューしていたが、Magiwaに必要なことを知ることになった。

巻末資料 3 Magiwa クラスの感想文

注) 助産師を助産婦と記述しているが、原文を採用する。

1) 第3子出産

助産院の出産って、その出産した日だけでなく、今日この日を迎える為の準備がすごいですよね！

Magiwa と中期、後期の説明会など、出産にむけての心構えと整理ができる。予定日が近づくにつれて、不安になりそうだが、楽しみでしかたがなくなる。

特に Magiwa は女の園で、大勢の助産婦さんと学生さんとおしゃべりができる。病院だと、出産当日に会った事もない人と突然顔をあわせ、(みてないけどほとんど)手伝ってもらうから、何か遠慮しがち・・・。

でも、助産院は必ず知っている人がそばにいてくれるんですよね。こんな心強いことってあります？！

学習会と名の付くものの、ほとんど笑ったり、実際覚えていなくても、「その時どうすればよいか」なんて、その時言ってくれるから、何も心配なかった。

Magiwa でカツ丼を食べるの、とても楽しみだった。我慢してたし。こうゆう企画もよく考えつくものだ・・・とつくづく感心するのです。

2) 第3子出産

後期の学習会では、妊婦体験した主人が「あれ重かったよ。辛いよなあ。」と、共感してくれたことが何よりも嬉しくて、出産間際の気持ちの変化も理解してくれたり、家の中の片付けも協力してくれ、片付けの最後には「オスの巣作りはおしまい！」との一言。嬉しかった。これも後期学習会のおかげです。

Magiwa への参加予定の朝、おしるしが。2人目のときは、おしるしから5日後に出産だったのと、Magiwa の前に健診も予約していたので、気持ちも落ち着いてきました。健診のとき「いい張りしてるねー。Magiwa に参加中、サロンで生まれちゃったりして(笑)。」と Y さん、助産師さんとの冗談(笑)も楽しくて、サロンに移動後も5分間隔で張っていたものの、カツ丼を食べ終わる頃には落ち着いちゃいました。

Magiwa はめちゃくちゃ楽しかった～。お産劇を説明して下さる助産師さんとのトークに、久々にお腹の底から笑って、“私も楽しく産めちゃうかも”と思えたこと、それから、助産婦さん方や、徳島からお勉強に来られてる研修生さん、学生さん、Magiwa に参加されている方達のお話しが、女性としてとてもいい刺激になって、私も、何歳になっても、夢や目標を抱いて求める姿勢を忘れずに輝いていたい！！と思いました。そんなふうに、モチベーションを高めてもらえた Magiwa、有り難かったです。

3) 第2子出産

Magiwa のクラス。助産師さんのアカデミー主演女優賞もの名演技。衝撃的、感動的でした。

実際、出産の時、お産の流れ、呼吸法などが頭をかすめました。

テキストなどではわかり得ないもので、とても参考になりました。

そして、Yさんのお母様のお話(Yさんのお嫁にくるときの・・・)、Yさんの温かさの原点をしり、もらい泣きしてしまいました。

私は今回 Magiwa のクラスで、助産婦の皆さん、出席者の皆さんにすっごくパワーをもらいました。

予定日が近い人が集まるので、入院中もすぐにうちとけ楽しいです。

の Magiwa クラスは絶対に出ましよう！

4) 第3子出産

後期の学習会、Magiwa のクラス、参加するたびに心があたたかくなりました。

こんなに笑えて、語れて、出産を迎えられるのがありがたかったです。

また、自分がどんなお産をしたいのか考えるようになりました。

気取り屋の私が、ありのままの姿で産みたいと思えたことはすごいことで、それは、助産院だから出来ることでした。

5) 第2子出産

後期学習会や Magiwa のクラスは本当にわかりやすかった。なにより楽しかったです！

一度お産の経験はあっても、フリースタイルのお産は初めて。立ち膝や側臥位など、実際に体験してみたり、あのお手製パンツ(リアルパンツ)を使用した、助産婦さん方のお産のデモンストレーション。「こうやって赤ちゃんが出てくるのかー。」「こんな感じで呼吸するのかー。」と自分の中で「いよいよ出産が近づいてきたな」という気合を入れることができました。

6) 第1子出産

Magiwa のクラスでいろいろな出産体位や呼吸のやり方やいきみ逃しなどを習い、「このやり方通りやればいいのね。意外に簡単じゃん☆」と思い、準備完了。

いつでも産まれて平気よー、とお腹に話しかけ、出産への恐怖など全くなく。

むしろ、陣痛のときは我慢していた大量のチョコをここぞとばかりに食べようとたくらんでいたのが、陣痛がくるのが楽しみでしかたなかったです。

謝 辞

本博士論文を執筆するにあたり、主指導教員である経済学部長の薄井和夫先生、副指導教員の田中恭子先生、新井光吉先生には、ひとかたならぬお世話になりました。心から感謝申し上げます。本稿は埼玉大学大学院経済科学研究科博士後期課程において、先生方をはじめ、諸先輩方からの指導によってなし得ることができた研究成果です。

薄井和夫先生には修士課程及び博士課程の5年間、正確には、他学部から聴講にきていた時間も含め6年間、本当に多くのことを学ばせて頂きました。心からお礼申し上げます。学部の聴講で受けたマーケティングの講義が、この研究の原点です。先生との出会いがなければ、研究をすることは決して無かったと思います。力の無い私を、いつも助けて下さり、本当にありがとうございました。

田中恭子先生には、修士課程及び博士課程の5年間ご指導頂きました。弱音を吐く私をいつも励まして下さいました。本当にありがとうございました。先生の研究室でいろいろとアドバイスを頂いた日々を忘れません。

新井光吉先生には、何のために研究をするのか、常に考えさせられる言葉を頂き、本当に感謝しています。ありがとうございました。

また、助産学の視点からは、助産学分野の宮崎文子教授（東京医療保健大学）、松崎雅代講師（東京大学）にもご指導頂きました。本当にありがとうございました。加えて、森田助産院（東京都）の今村理恵子さんにも大変お世話になりました。感謝致します。

そして、薄井ゼミでは異色の職業（助産師）である私に、諸先輩方も多くのアドバイスを下さいました。野村先輩、柴田先輩など、本当にたくさんの励ましと知恵と勇気を下さいました。心から感謝しています。

この数年間、職場には大変ご迷惑をお掛け致しました。職場である矢島助産院の矢島床子院長をはじめ、助産師スタッフ、その他の職員には、たくさんの協力を頂きました。職場の皆さんの理解がなければ成し得なかった研究です。本当にありがとうございました。また地域の人たちにも支えて頂きました。感謝しています。

そして家族には、この7年間（学部編入後2年間、大学院5年間）、本当にご迷惑をかけました。家族の協力がなければ、歩くことはできない道でした。7年の歳月は、子どもたちを成長させ、母親の代わりとなって、日々の生活を助けてくれました。夫は、多忙極める私を常に励まし、助けてくれました。心から感謝しています。家族の支えがあってここまで歩いて来ることが出来ました。本当にありがとうございました。

また、この研究には、調査に協力して下さいました多くの方々があります。助産院関係者の皆様、アンケートに協力して下さいましたお母様、全国の開業助産院の経営者の皆様に、感謝申し上げます。

思い起こせば、埼玉大学の学部編入から始まり、大学院までの7年間は、本当に長い道のりでした。

研究の“いろは”もわからない私は、表現することもままならない状態からのスタートでした。登山に例えれば、高尾山にも登れない私が、登山の厳しさを知らないままに、エベレスト山を目指した挑戦だったと思います。幾度も幾度も「滑落」しながら、先生方の救済を受け、やっと登れた山道だったように思います。

幸せな出産と子育てが出来る社会のために、助産師・助産院に何が出来るのか。本校で学んだことを大切に、これからも追究して行きたいと思います。

最後に、埼玉大学で過ごした7年の間に、母と弟が他界しました。多忙な期間と重なり、十分な事ができなかつたと悔やまれますが、天国で喜んでいると思います。とても貧しかった実家だったけれど、ひまわりのようにいつも明るく子ども達を支えてくれた母に、「産んでくれてありがとう。頑張ったよ」と伝えたいです。

埼玉大学に入学し研究科に所属できたこと、薄井ゼミで過ごした時間は、私の人生の宝ものです。

先生、家族、支えて下さった皆様、本当にありがとうございました。

平出美栄子