特別講演

アメリカにおける助産婦活動の変遷と推移

(アメリカ合衆国ニューヨーク州ニューヨーク市)

マタニティセンター アソシエーション 所長

ルース, ルービック博士 (助産婦)

第 3 回 学 術 集 会

特 別 講 演

アメリカにおける助産婦活動の変遷と推移

— バースセンター：理想的な助産活動の場 —

ルース・ルービック博士

Ruth Watson Lubic, CNM, Ph.D.

日時：1989年3月19日

場所：名古屋市教育センター

日 本 助 産 学 会

講演の概要

A. バースセンターとはなにか (2～4頁を参照)

1. ケアの利用者と提供者
2. 施設・設備とその条件
3. 提供するケアの内容
4. 助産婦の業務
5. 制度との関連

B. 目でみるチャイルドベアリング・センター

C. 概念の普及 – モデルの反復実践と新しい組織作り

D. 全国バースセンター連合会

1. 質の管理
 - a. 規準
 - b. 認定
 - c. 様々な状況下の将来展望に関する研究
2. ネットワーク活動
 - a. ワークショップ
 - b. 相談
3. 情報の普及
 - a. 保険機関
 - b. 資格認定母体
 - c. 施策立案者
 - d. 一般の人々

E. 経費 (12～20頁を参照)

F. Dr. Feldman による組合せコホート研究 (5～9頁を参照)

G. 結論

助産婦教育の機会を提供し、その成果を表現する場としてのバースセンター

A : バースセンターとはなにか

1. ケアの利用者と提供者 (スライド 1)

- a. 正常な妊娠と分娩が予測される健康な女性
- b. 助産業務の範囲をよく理解している教育を受け、免許をもったスタッフと職業上の賠償責任保険に入っていること。
- c. 産科／小児科医による相談

2. 施設・設備とその条件 (スライド 2)

- a. ミニ病院であるよりはむしろ家庭の機能を最大に備えた施設
- b. 建築、防火・安全、衛生の基準の全てを満たしている。
- c. 通常のケアを提供し、救急処置をする準備がある。
- d. 自律した機関
- e. 妥当な理由の帝王切開術をすることができる場所に位置している。
- f. 総合的に損害をカバーする保険に加入している。

3. 提供するケアの内容 (スライド 3)

- a. オリエンテーションとケア利用者の同意
- b. 妊娠期ケア；産科的問診、診察、規定の諸検査による継続的なスクリーニングおよび健康相談を含む。
- c. ケアを受ける女性が指名する家族を参加させるための計画
- d. セルフケア／セルフヘルプの考えに基づく教育プログラム
- e. サービスに対する支払いの計画
- f. 電話相談を終日受ける。

(スライド 4)

- g. 分娩期ケア；分娩中はいつも助産婦または医師が立ち会う。
- h. 産褥期／新生児ケア；免許のある看護婦または助産婦が管理する。
- i. 実施しなければならない新生児スクリーニングテストを行う。
- j. センターで生まれた新生児や紹介による児の健康管理計画
- k. 家庭訪問または来所による褥婦と新生児のフォローアップ
- l. 親業と母乳栄養における援助の提供

4. 助産婦の業務

(スライド5)

- a. 助産は、以下の点を強調するプライマリー・ケアである。
 - 1) 正常で生理的な過程として妊娠や分娩をサポート
 - 2) 疾病予防／健康増進
 - 3) 教育による個人の責任
 - 4) 保健サービスの提供におけるシステムアプローチの実践

(スライド6)

- b. 教育を受け、免許をもち、その知識と技術を助産の実践に活用しようとするケア提供者によって実践される。
- c. 妊娠、分娩が正常の経過から逸脱した時に、一、二、三次医療システムの一次レベルに入る。
- d. 助産業務は、以下の項によって、成り立つ。
 - 1) 臨床諸検査
 - 2) 専門家のサービスの利用の可能性
 - 3) 救急病院のケアサービスの利用

(スライド7)

- e. 妊娠、分娩を病院ケアからプライマリー・ケアとして分離することは、パースセンター概念の最も重要な原理である。
- f. パースセンターと医療機関が互いに関係をもつと：
 - 1) パースセンターにおける経費のかかる診断や治療や業務を不要にする。
 - 2) 過剰な、不適切な検査や治療を減らす。

5. 制度との関連

(スライド8)

- a. 品質を保証するための基準を記述した方策と手順をもっている。
- b. 他の地域保健機関と相互に補い合うサービス
- c. 他のレベルのケアに紹介したり転送するための取り決め
- d. 産科／新生児救急医療機関の利用

**B：目でみるチャイルドベアリング
・センター**

**C：概念の普及－モデルの反復実践
と新しい組織づくり**

D：全国バースセンター連合会

1. 質の管理
 - a. 規準
 - b. 認定
 - c. 様々な状況下の将来展望に関する研究
2. ネットワーク活動
 - a. ワークショップ
 - b. 相談
3. 情報の普及
 - a. 保険機関
 - b. 資格認定母体
 - c. 施策立案者
 - d. 一般の人々

E：経費

12頁～20頁を参照

F : 組合せコホート研究

表 1～表 7 : Feldman, M. D. (1983年) による。

表 1. 対象者の特徴

変 数	病 院 (N = 72)	パースセンター (N = 77)
年 齢 (歳)	29.3 ± 4.4	28.7 ± 4.0
リスクの高い年齢者の割合 (20歳未満または35歳以上)	11%	6.5%
出産回数 未産婦	54%	65.0%
婚姻状況 既婚者	97%	93.5%
母の学歴 (累積)		
高校卒業者	98.7%	100.0%
大学在籍経験者	76.0%	95.0%
大学卒業者	59.7%	71.0%
大学院修了者	27.7%	29.9%
人種／民族		
白人	73.6%	90.9%
黒人	4.2%	5.2%
ラテンアメリカ系	15.3%	2.6%
その他	6.9%	7.8%

表 2. 分娩管理技法

処 置	病 院	バースセンター
ピクトシン分娩誘発	4.2%	1.3%*
ピトシン陣痛促進	59.5%	9.1%*
人工破膜	60.9%	42.1%
出生前2時間以上の人工破膜	36.8%	18.9%
胎児心拍計		
外測法	97.0%	20.7%*
内測法	21.1%	3.9%*
点滴使用	97.2%	19.5%
載石位	100.0%	12.4%

* 病院に移送された後に行われた処置

ピトシンは、合成オキシトシンの商品名で、日本のアトニーンOなどにあたる。

表 3. 分娩所要時間

時期と時間	病 院 (N = 71)	バースセンター (N = 77)
分娩第 I 期		
12 時間未満	98.4%	73.9%
12 時間以上	1.6%	26.1%
分娩第 II 期		
2 時間未満	95.2%	81.2%
2 時間以上	4.8%	18.8%

表 4. 麻酔と鎮痛剤の使用率

処 置	病 院	バースセンター
硬膜外麻酔		
経膣分娩 (N = 63)	47.6%	(N = 72) 2.7%*
全分娩中 (N = 71)	56.3%	(N = 77) 5.2%*
デメロール		
全期間	26.8%	19.5%
出生前 2 時間未満	14.1%	2.6%
麻酔／鎮痛剤 (第 I 期と第 II 期のみ)	74.6%	31.2%

* 病院に移送された後に行われた処置

デメロールとは、合成麻酔薬の塩酸メペリジンの商品名である。

表 5. 産科処置の発現率

処 置	病 院	パースセンター
鉗子		
経膣分娩 (N = 63)	49.2%	(N = 72) 4.2%*
全分娩中	43.7%	5.6%*
中在位鉗子		
経膣分娩	9.5%	2.7%*
全分娩中	8.5%	2.6%*
帝王切開術 (N = 71)	11.3%	(N = 77) 6.5%*

* 病院に移送された後に行われた処置

表 6. 予測される合併症

合 併 症 の 種 類	病 院	パースセンター
児心拍異常の割合 (タイプ I を除く)	23.9%	5.2%
体位交換と 母体への酸素投与	18.3%	5.2%
羊水混濁 (全数)	21.2%	13.0%
粘調で膿様な胎便	18.3%	5.2%
胎便吸引	5.6%	2.6%
臍帯巻絡	28.2%	23.4%
産褥出血 (経膣分娩) (N = 63)	1.6%	(N = 72) 2.7%

表 7. 結 果

結 果	病 院	パースセンター
アプガースコア		
1 分後 6 点未満	2.8%	1.3%
1 分後 0 - 3 点	1.5%	0.0%
5 分後 8 点未満	1.5%	0.0%
蘇生が必要だったもの (挿管または IPPB のみ)		
	2.8%	0.0%
NICU への転送		
	5.6%	1.3%
出生時体重		
2500g 未満	0.0%	2.6%
4000g 以上	0.0%	1.3%
周産期死亡		
	0.16/1,000	0.0%

どちらの症例にも新生児または母体の死亡はなかった。

表8. マターニティー・センター・アソシエーション (MCA)

チャイルドベアリング・センター (C b C)

11年間の運営の最新報告

CbCでケアを完了しなかった家族の率 (11年間の要約)

	1975-1976a	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
	N=310	N=372	N=461	N=560	N=607	N=701	N=742	N=671	N=678	N=652	N=633
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
MCAがとる 規準に該当し なかった女性											
初 診 時	12.3	8.6	4.6	3.7	5.1b	2.6	2.4	4.5	3.4	3.6	5.5
妊娠期中	20.9	17.2	13.9	12.1	11.7	14.7	16.2	14.3	13.1	14.7	12.3
分娩中	6.5	7.2	8.2	5.9	6.7	5.6	6.3	7.5	7.7	6.4	7.6
産褥期中	0.6	0.8	0.4	0.0	0.0	0.1	0.4	0.1	0.6	1.0	0.8
取り消しc	<u>9.6</u>	<u>5.7</u>	<u>8.5</u>	<u>5.9</u>	<u>5.3</u>	<u>5.4</u>	<u>3.9</u>	<u>4.3</u>	<u>4.0</u>	<u>6.1</u>	<u>5.7</u>
計	49.9	39.5	35.6	27.6	28.8	28.4	29.2	30.7	28.8	31.8	31.9
新生児	1.0	1.3	0.4	0.2	2.7	0.3	0.9	0.4	0.3	0.4	0.6

N = 期間中のプログラムに参加した家族の数

a. 1975年の最後の3ヵ月を含む。(15ヵ月間)

b. 第2回来所の前に受け入れられていたが、自然流産していた女性を含む。

1975～1979年には、妊娠期中送グループを含む。

c. 1976～1979年、1984年、1986年の各年には病院分娩のために分娩期で取り消した1人を含む

1978年は産褥期取り消しの1人を含む。

1980年は家庭分娩のための分娩期取り消しの1人を含む。

第1次調査 1982年5月1日

第2次調査 1983年12月31日

自律したバースセンターとして運営しているもの
閉鎖したバースセンター

- 1. 基金と人員の不足
- 2. 保険機関の不払い

図1. バースセンター・ネットワークの協力による調査に基づく
開設年度からのバースセンターの発展

ルービック、R. , W.
チャイルドパーシング・センター (C b C) :
より安い経費 より多くのサービス

ニューヨークのマターニティ・センターの創立者は、質の高い家庭的な分娩介助は、病院での分娩よりも安くできると信じ、それを証明した。

「母ちゃん、赤ちゃんの大安売りだよ」1982年5月2日付けの「ニューヨーク・ディリー・ニュース」の経済面に受けをねらった見出しが大きく出た。証券会社が集めた全国的なデータに基づいているこの記事によると、消費者物価指数がこの10年間で125%と急上昇してきたにも関わらず、出産に関連する経費、すなわち妊娠判定テストから、おしゃぶり、自然分娩クラスからマターニティ・ドレス、乳母車や使い捨てオムツまでのすべては、85%しか上昇していないとのことである。(1)

全般的なインフレ率に比べて、緩慢に出産費が上昇することは、ある人にとっては恩恵に見えるかもしれないが、85%「だけの」上昇でも多くの若い家族が負担できる経費以上の上昇であるかもしれない。これらの家族の収入は出産費に比例して上昇してはいない。

さらに、この新聞記事は、31種類の製品と出産関連サービスの分析により、消費者物価指数が125%を越えたものに7種類あると報じている。これらの中で、麻酔は\$75から\$250と233%上昇、帝王切開術は\$100から\$300と200%上昇、基本分娩費は\$500から\$1,200と140%上昇している。医療事故保険料率の増加が主な要因として挙げられている。麻酔科医の年間保険料は\$5,000近くで、ニューヨークの産婦人科医の保険料は\$25,000以上であると報道されている。

3日間の入院費は、1972年の\$1,675から1982年には\$2,500と49%上昇したと言われている。後者の経費の数字は、Blue Cross/Blue Shield of Greater New York (BC/BS: 保険会社) が算出した、3日間の入院を含めたニューヨークの病院での正常分娩の平均総額 \$2,572と一致している。BC/BSは、この総額の内訳を入院費として\$1,512および医師の介助費として推定\$1,000に区分している。しかし、Blue Shieldは産科医

による経費のうち約 \$450しか実際に支払っていないと、ニューヨーク・タイムズが報じている。同紙は1980年にニューヨークの産科医による経費は、\$2,250から\$5,000の範囲であったと推定した(2)。報道された価格に関するこのような差異は、産科ケアにおける病院と医師の価格について正確なデータを得るのが難しいからである。

病院での分娩ケアに対して代替策がある — 自律したChildbearing Center である。Maternity Center Association (MCA)のチャイルドベアリング・センター(CbC)は、このような種類の出産を選択する家族の安全と満足を実証するために設立されたが、経費が重要な考慮事項である。MCAの信念は、質の高い家族中心の家庭にいる時のようなケアを病院のケアよりも安い経費で提供できるということである。

経費と料金の定義

それでは、CbCの経費と料金が病院のサービスよりも安いことをわれわれはどのように証明できるのか？ LeRoy は、「経費効果分析を行うためには、同じことをする時の別の方法を識別し、比較できなければならない。」と述べている(3)。病院とCbCの両方で、「正常」分娩が同様に扱われると仮定したとしても、経費の比較は分娩期ケアの提供に特有な経費の分析に基づくべきである。しかし、一つの状況における「料金」と他の状況における「経費」を比較するのは妥当ではない。病院での料金 — しばしば入手できる数字のみ — は、実際の経費を反映していることもあるし、していないこともある。病院が特定のサービスの経費を計算するのは難しい。ケアの構成要素の経費は他の要素と共有されていることがあり、一つの要素からの収入が他の要素の赤字を償却するのに使用されることもあるからである。さらに、経費は、払い戻し機関の方針に合わせて、明白であるかどうかを問わず、水増しされていることがある。例えば、病院の産科の外来患者サービスは、周産期の来院が他の専門クリニック分野のサービスよりも実際には安いことがあるにも関わらず、病院のその他のクリニックと同じ料率で請求されているかもしれない。これらやその他の理由から、病院管理者が、外来患者の経費を比較するデータを提供することができないか、提供したくないことが判明した。

幸運にも、New York Blue Cross/Blue Shield は、産科サービスを利用している保険契約者に対し法的に要求される払い戻しについてC b Cの経費の効果を忠実に評価してきた。NY BC/BSは、C b Cのサービスに対して一連の質および財政双方の監査を実施し、その結果を病院の産科経費についてBC/BS が集めたデータと比較した。C b Cの経費は、正常分娩についての伝統的なケアの経費よりも約40%安いことが再度、判明した。これらの比較は完璧ではないが、この時点で最善の比較である。さらに、Blue Crossが集めたデータは連邦払い戻し制度によって正当な指標として認められているので、それらを使用することは妥当である。

C b Cを運営するための経費を算定する目的で、BC/BS の監査人は、Maternity Center Associationの帳簿を2年毎に監査した。C b Cの運営は、M C Aの全運営費の約40%を占めている。M C Aのその他のプログラムには、コンサルテーション、一般向けおよび専門家向け教育、助産婦学生への財政的援助、教材の出版および配布、図書館の運営などがある。C b Cの運営費の多くは明確で、臨床職員の給与、医療消耗品および諸検査費や保健婦のフォローアップなどの契約サービスへの支払いである。建物の賃貸料、事務用品、共有職員の時間などのその他の項目の算出は、坪数、消耗品数、職員勤務時間表に基づくべきである。職員がコンサルティングや birth center の理念について情報を提供するために費やした時間は、C b Cの運営費には含まれていない。例えば、C b Cの運営費に計上されている所長としての私の時間は、C b Cの運営報告の検討、C b Cスタッフ会議への出席および入所した家族との話合いに使用した時間のみである。専門家会議での私の講演は、M C Aの専門家教育予算の中に計上されている。

簡単な方法でC b Cにおける各々の分娩に関する経費を算出しようとすると、それは、総運営費を出産数で割ったものになるであろう。しかし、この方法には、途中で病院に送られた人々、退所した人々、センターに残ったが、会計年度末に出産しなかった人々をケアするためにかかった経費が含まれない。C b Cにおける各分娩の経費を正確に算出するためには、これらの他の経費を、C b Cで分娩をした家族にかかった経費から分離しなければならない。C b C開設の初期に、M C Aは、Blue Cross の監査人の協力を得て、正確に経費を割り当てる計画を作成した。

Blue Cross の Luk Cannoodt によると、「様々な C b C の利用者グループに総経費を明らかにするために、様々な種類のサービス活動を同じ基準または『サービス単位』に分類しなければならない。」と述べ、その単位は、30分間の専門家によるサービスである。また、Dr. Cannoodt は、以下のように報告している。「健康問題研究部が過去に行なった時間研究によると、正常の C b C での分娩のための活動は、平均 8.44 時間または 17.5 サービス単位を要するが、他方では妊娠中の移送は約 9 サービス単位の分娩活動を構成すると指摘している。フォローアップ時間研究では、これらの数値から大きく逸脱していないことが示された」(4)。

それゆえに、サービス単位の観点から様々なサービス活動を分析することができる。実際の 1980 年 C b C 活動にサービスの基本単位を適用し、表 1 に示されている 1980 年の C b C 活動の経費を計算してみよう。正常分娩の基準レベルのサービスは、最初にオリエンテーションの単位数を決めることによって計算できる。例えば、1980 年には 574 家族が 138 回のオリエンテーションのうちの一つに出席した。その時、1 家族当りの単位経費は 138 に 3 (サービス基本単位) をかけて、574 で割ると出てくる。この数字 (0.72) に、初診時 (3.0)、妊娠期来所 (9.0)、分娩 (17.5) および産褥期来所 (2.5) のサービス単位を加えると、合計 32.72 単位となる。

C b C が始まった 1976 年以来 (1 家族当りの) サービス単位合計の平均は、32 で僅かな変動しかなかった。この平均に基づいて、正常分娩について単位当り経費に単位数を乗じることができ、またどの年度の C b C での 1 分娩当りの経費を決めることができる。Blue Cross はこれらの経費を表 2 に示してあるように算出した。比較のために、私たちの経費は料金と共に表示されており、それは私たちのサービスを十分利用した時の「最も適切な推定」、すなわち、個人的なケアを犠牲にすることなく、私たちが対応することができる最善の家族数に基づいている。

Dr. Cannoodt が「もし、すべての経費の数値を 1976 年のドル価に調整すると、単位当りの経費の減少はさらに驚くべきものであろう」と指摘しているように (5)、私たちが運営してきた年の多くには、二桁のインフレがあった。今日、C b C の家族が利用している低所得者医療補助 (medicaid) を含む 13 社の保険機関がすべて C b C の料金を支払っている。

表 1. 1980年 チャイルドバーシング・センターのサービスと経費

サービス活動	使用時間	基本サービス 単位 (30分) *	サービス量	全サービス 単位
オリエンテーション	1.5時間	3	138	414
初 診	1.5時間	3	436	1,308
妊娠期来所	0.5時間	1	3,267	3,267
分娩活動 (C b Cでの正常分娩)	8.4時間	17.5	222	3,885
分娩活動 (妊娠中の移送)	4.5時間	9	41	369
産褥期来所	0.5時間	1	458	458
全サービス単位				9,701.00
全C b C経費			\$ 332,525.00	
サービス単位当りの経費			\$ 34.28	

* これらのサービス単位のうち3単位は産科医が、2単位を初診時に、1単位を36週目の来所時に提供する予定になっている。

表2. Childbearing Center の1分娩当りの
年間経費と料金

	初 診	出生数	単 位 経 費	包括ケア 経 費	包括 料金
1976年	310*	30	\$59.68	\$1,939	\$ 575
1977年	299	118	53.11	1,722	750
1978年	351	145	40.82	1,319	850
1979年	405	234	34.47	1,109	850
1980年	436	222	34.28	1,105	1,045
1981年	491	265	34.87	1,121	1,045

* 1975年10月から1976年12月まで。

私たちの最善の推測として、C b Cは現在フルに運営されている。人員の増員、給与および契約サービス・経費の増大に基づいて、1982年7月1日現在のC b C料金は、\$1,275プラス時期的支払いとして\$ 50に増額調整された。1982年7月の増額は、1979年11月以来初めてのことであった。この値上げでさえも、C b Cの現在の料金は、ニューヨーク・タイムズが報道した1980年の私立病院の経費(\$ 2,250から\$ 5,000)の二分の一から四分の一である；1982年3月に発表された Medicaide日当料金率によると、これらは典型例の病院における分娩ケアに Medicaideが支払っている金額よりも46～62%も少ない (6)。

想像して見て下さい。もし、360 万人いるアメリカの出産をする女性の25%がそのようなケアを希望し、利用することができ、該当するならば、ヘルスケア制度は\$ 717,372,000から\$ 3,307,500,000の節約ができるのである！

安い経費の理由

Childbearing Center はそのような節約をどのようにして可能にしているのか？ 病院空間よりもむしろ住居空間でケアが提供されている事実が、非常に重要な要素である。高価な設備も最小限にとどめているが、これは、双方の背景における経費において考慮すべき要因であると評論家が述べている。彼らは、C b Cが「クリームを抜いている」（儲るところを省いている）と指摘している。Cannoodt の調査の中で、Blue Cross がC b Cの料金のすべておよび病院管理による正常分娩の料金の半額以下を払い戻したとしても、「・・・正常な病院分娩の払い戻し金額は・・・依然としてC b Cでの分娩よりも30%くらい高い」と結論づけている(7)。

助産婦がこのケアのほとんどを受け持っていることが、節約における重要な要素である。3人のパートタイムの産科医が一年間に32サービス単位のうちの3単位を受け持っている。残りのサービスは助産婦が受け持っている。私たちは給料(C b Cの助産婦の現在の給料体系は\$21,000から\$27,500で、教育、経験および勤続年数による)ばかりではなく、職業上の賠償責任保険料も節約でき、技術的診断および治療補助金も少なくて済む。

もし、妊婦の4人に1人が birthing centerを利用したならば、保健にかかる経費は数百万ドルおそらく数十億ドルも節約できるであろう。

医療業務の中にナースプラクティショナー（私はこれに助産婦も含める）を加えることを論じている LeRoyは、「医師の見解では、ナースプラクティショナーは実践に対する経費効率が高い支援者である。ナースプラクティショナーの使用による財政的利益は消費者に還元されていないことは十分証明されている」と述べている(8)。このような状況は、確かにC b Cの体験例だけではない。MCAでは、年間会計管理は消費者委員会の委員長の手中にあり、助産婦である有給の役員にそれを委任している。節約は個々の消費者とヘルスケア制度全体にも飛躍的にもたらされている

る。

ケアの提供を手助けするチーム員として家族を含めることも、安い経費に貢献している。家族の広範囲にわたる分娩前教育、彼ら自身の記録を十分に入手すること、サービス結果に対する約束が、正しい経過報告、電話による再保証の必要性の少なさ、出産後12時間以内にセンターを出た後、産褥ケアの場所として彼ら自身の家庭を喜んで使用するという結果を生んでいる。C b Cは負債を抱えたこともない。どの家族も財政的責任を果たせなかったことはなかった。また、この原稿を書いている時点で、産褥7日目に検診に戻って来ない家族もいなかった。この数字は、1,300例以上の分娩が行われた中で、相当の記録である。

最後に、「ナースプラクティショナーがより独立して仕事をする機会（法的および払い戻し上の制約を取り除き、医薬品を処方したり、調剤する制限された権限の供与を通じて）をもつことにより、彼らと医師の双方が提供できるプライマリー・ケア・サービスを受ける低廉な代替策を消費者に提供することができる」（9）というLeRoy氏の考察をC b Cの経験が裏付けているばかりでなく、ある面においては、それをになっている。または、HunterCollege School of Nursing の前学部長 Margaret Tyson 女史は「ヘルスケアの経費は、看護婦を背景的存在から、栄養、食事、運動、育児および妊娠に関するアドバイザーとして中心的な役割に引き出すことにより、劇的に削減できる」と報告している。（10）。

出産をする家族のニーズに創造的に対応する助産婦サービスにおけるMCAの成功により、家族の経費を削減するばかりでなく、看護婦のすばらしい可能性をさらに十分に利用するべく、別の状況で看護婦を動機づけることが、私の願いである。

（聖路加看護大学 母性看護学研究室訳）

本論文の原題：

Lubic, R., W.; Child Birthing Center: Delivering More for Less.
American Journal of Nursing, 83: 7, 1054-1956, 1983.

<引用文献>

- 1) Dorfman, D. and Heymom ; Babies are a bargain! (Business Section), The Daily News (New York) May 2, 1982, p. 69.
- 2) Ranken, D.; The rising cost of having a baby. NY Times, Dec. 18, 1980, pp. C1-C5.
- 3) LeRoy, L.; The cost effectiveness of nurse practitioners. In Nursing in the 1980's ed. by L. H. Aiken. Philadelphia, J.B. Lippincott Co., 1982, p. 297.
- 4) Cannoodt, L. J.; Utilization and Economic Analysis of the MCA's Childbearing Center, 1976-1980, New York, Health Affairs Research Department, Blue Cross/Blue Shield of Greater New York, 1982, pp. 17-18.
- 5) Ibid., p. 19, footnote 2.
- 6) Maternity Center Association; Economic Aspects of the Childbearing Center. (Unpublished) New York, 1982.
- 7) Cannoodt, op. cit., p. 35.
- 8) LeRoy, op. cit., p. 307.
- 9) Ibid., p. 310.
- 10) Using nurses to save on health care, NY Times, May 5, 1982, p. 21.

<参考文献>

- Lubic, R. W.; Alternative patterns of Nurse-Midwifery Care, Journal of Nurse-Midwifery, 21:3, 1976, pp. 24-30.
- Lubic, R. W. and Ernst, E. M.; The Childbearing Center: An Alternative to Conventional Care, Nursing Outlook, Dec., 1978, pp. 754-760.
- Lubic, R. W.; The Impact of Technology on Health Care - The Childbearing Center: A Case for Technology's Appropriate Use, Journal of Nurse-Midwifery, 24:1, 1979, pp. 6-10.
- Lubic, R., W. and Hawes, G. R.; Childbearing - A Book of Choices, McGraw-Hill Book Company, 1987.