〔特　　集：家族看護とジェンダーロール〕

働く女性とジェンダー問題
―妊娠・出産・産後に焦点を当てて―

静岡県立大学短期大学部
濱　松　加寸子

はじめに

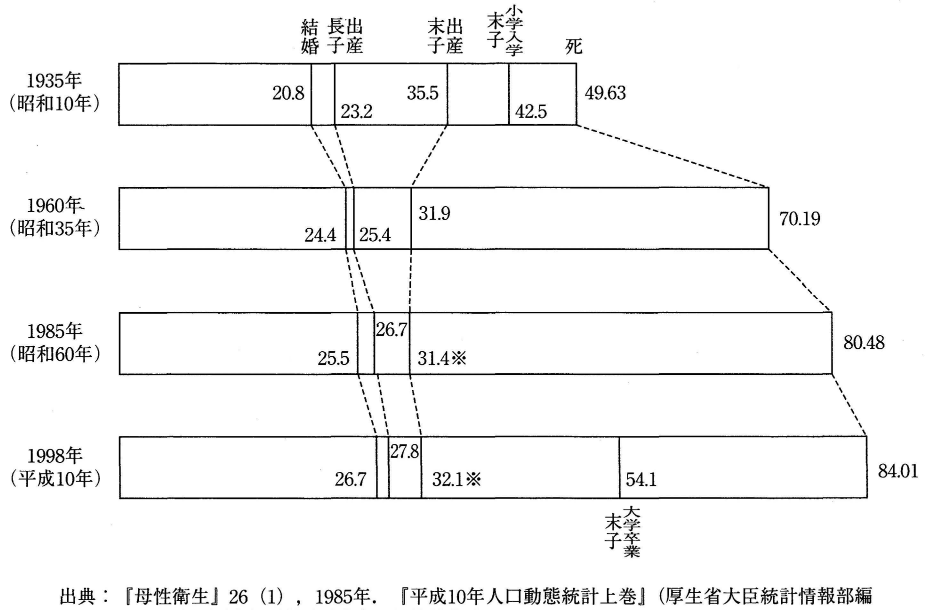
近年，多くの女性が高等教育志望となり社会における女性の地位も高まってきた．戦前のように早く結婚し子どもをもうけ，女性は家庭と育児のために人生を生きるという思想から，職業(仕事)が自分の人生で重要な位置を占めると考え，それが女性の生きがいの重要な部分となる時代になってきた．しかし，現在においても「男性は社会的生産（仕事），女性は人間の再生産（家庭)」という伝統的な性役割が根強く，女性が仕事を続けるためには家事・育児と仕事のいわば「三重苦」を強いられているのが現状である．さらに，今ではそれに親の看護・介護が加わり「四重苦」を女性は請けおう状態といってもよいだろう．

そこで，本章では看護の視点より妊娠･出産･産後を中心にして，有職女性の支援について論じる．また，新しい看護の視点について論じていきたい．

1．ライフサイクルの変化

図1は日本における女性のライフサイクルの変化である．

1935（昭和10）年では女性の平均寿命は49.6歳であったのに対して，1985（昭和60）年には80.5歳と80年を超えている．その後も伸び，1998(平成10)年では84.0歳と，この間に平均寿命は1935年と比べ



出典：『母性衛生』26（1），1985年．『平成10年人口動態統計上巻』(厚生省大臣統計情報部編　財団法人厚生統計協会出版）より抜粋作成
※：人口動態統計では末子出産という記載はなく，第3子出産時年齢を記載した．(1985・98年での第4子以上の出生率は2.9%，2.7%と非常に低いため）

図1．女性のライフサイクルの変化

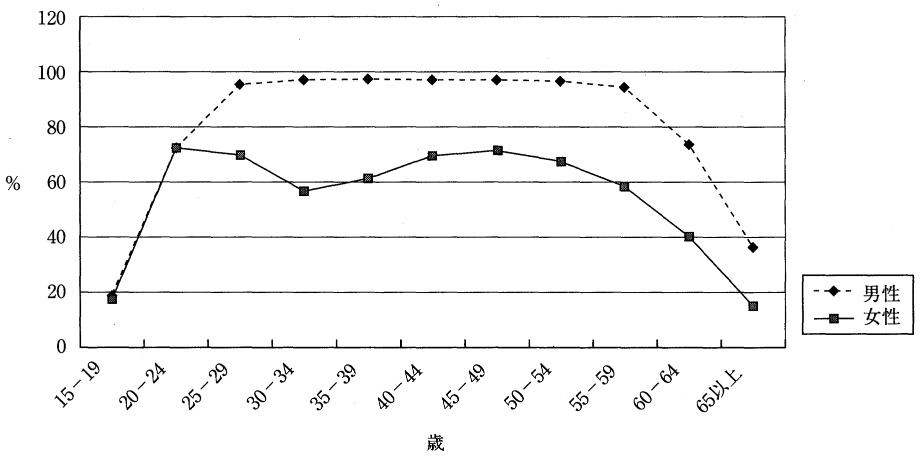


図2. 1999年　年齢階級別労働力率

て，35年近く延長している．

他方，1935年での結婚年齢は20.8歳，長子を23.2歳で出産し，末子を35.5歳で出産している．その末子が小学校へ入学するとき母親は42・43歳であり，その7年後の約50歳で人生を閉じている．しかし，1998年でみると，末子の出産は32.1歳であり，その末子が小学校ではなく大学を卒業する時54.1歳である．つまり，子どもが自立して親元を離れてから約30年間自分の人生が残っている．また，出産期間をみると1935年では長子出産から末子出産まで12.3年と長期間にわたっていたが，次第に短縮し1998年では4.3年となっている．結婚年齢は晩婚化する一方で，長子を出産するまでの期間は1935年から1998年の間では2.4年から1.1年と短縮している．

晩婚化の一要因に在学年限の延長があげられる．1960年の大学・短期大学への進学率は5.5％であったが，25年後の85年には34.5％と急増している．また，98年になると49.4％と約半数近い女性が高等教育を受けていることになり，男性の47.1％を上回っている[1]．学ぶ期間が長くなるということは，今までに得た知識や能力を活用し自己実現を図りたい，また，社会での活動にひろげていきたいという意欲が高まっていることは容易に推測できる．

以上から，ライフサイクルが大きく変化している現象として，1）平均寿命の延長，2）出産期間の短縮化，3）在学期間の延長，4）末子自立後の活動年数の長期化等があげられる．つまり，ライフサイクルの変化は，女性が母親として子育ての役割に終始していた時代から，母親役割は人生の一部になり，子育て以外の自分の生きがい，あるいはなんらかの社会的活動によって自分自身を見いだす必要性が―必ずしも自己実現とはならなくとも―増大したことを示す時代状況となってきた．

2. 働く女性の実態

1）日本特有のM字型就労形態

上記でみたような女性のライフサイクルの変化に伴い，女性の高学歴化・子育て後の中高年期の長期化，意識の変化，また，社会の変化に伴い女性の就業による社会進出はめざましい．女性の労働力率は1999（平成11）年では49.1％であり，労働力人口に占める女性の割合は40.6％である．

年齢別労働力率をみると，図2のように，男性の場合は労働力率は年齢によってほとんど変化を示さずライフサイクルを通じて働き続けることが当然となっている．一方，女性の場合は，20～24歳と45～49歳を2つのピークとして30～34歳を最低とするM字型の曲線を描いている．つまり，独身時代の20歳代前半での労働力率が72.4％と最も高く，結婚・出産・育児期の30歳代前半で離職するために56.7％と低下し，子育てに一区切りついた40歳代後半より再び就業することを意味しており，これは日本独自のものといわれている．女性の労働力率は全体と

して増加しているが，就労形態としてのM字型は依然として存在しており解消されたわけではない．

就業についての女性の意識は多様化しつつあり，結婚・出産に関係なく就労を続け，出産・育児と就労を両立させたいという女性は少なくなく，現に有職者に無職者のうち就業希望を加えた潜在的有職率は男性と同じ台形を描き，M字型のボトムとなる30～34歳の層でも働く意欲を持っている人が多い．しかし，現実には30～34歳の女性は育児を理由に離職する人が多い．女性の再就職は30歳代後半からはじまり，40歳代後半がピークとなる．再就職の時の就業形態をみると多くの人が非正規労働者，つまり低賃金で雇用の不安定なパートタイマーとなっている．「男性は外で仕事，女性は家庭を守る」という伝統的な性役割意識が今だなお根強く残っているともみられるが，男女の就業機会の差がいまも残っている就業(社会)構造に真の問題があるとみなくてはならないだろう．

2）新・性役割意識の定着

1999(平成11)年においては「夫が就業，妻が専業主婦」という伝統的な片働き世帯(36.6%)よりも，「夫も妻もともに就業」という共働き世帯(46.1%)の方が上回り[2]，約半数近くが共働き世帯という現状がある．このような状況の中で，家庭内での男女の性役割分担意識をみると[3]，『家事一般』について，女性は「夫も妻と同じように行う」とする人が18.4%であり，「妻が行う」(「もっぱら妻が行う」「主に妻，夫も手伝う」)」が79.3%である．男性では「夫も妻と同じように行う」とする人が21.5% 2割強を占め，「妻が行う」(「もっぱら妻が行う」「主に妻，夫も手伝う」)が76.7%であり，妻がフルタイムで働いている男性に限ると，「夫も妻と同じように行う」とする人が26.5%に増加する．また，『子育て(小学校低学年ぐらいまで)』について，女性は，「夫も妻と同じように行う」とする人が39.7%であり，「妻が行う」(「もっぱら妻が行う」「主に妻，夫も手伝う」)」が58.0%である．男性は，「夫も妻と同じように行う」とする人が39.9%であり，「妻が行う」(「もっぱら妻が行う」「主に妻，夫も手伝う」)が57.0%と，子育てに関して「夫も妻と同じように行う」という意識が家事一般よりも高く，男女差はほとんどみられなくなってきている．

では，実際の家庭内における役割分担をみてみると，男女の生活時間のうち家庭責任に充てる時間(家事，介護・看護，育児，買い物)を見ると，女性有職者は3時間であるのに対し，男性有職者は22分と女性の8分の1以下で女性に偏った状況にある．夫の家事・育児状況を具体的な内容でみると，『家事』の「ゴミだし」「日常の買い物」「部屋の掃除」「洗濯」「炊事」「風呂洗い」の項目について1/3～2/3の夫がほとんど何もしない状況にある．「毎日・毎回する」「週3～4回程度する」というレベルになると，「ゴミ出し」については2割程度が行っているが，他の項目については1割前後である．育児については，「遊び相手をする」「風呂に入れる」については半数の夫が行っているが，「食事をさせる」「寝かしつける」「オムツを替える」「泣いた子をあやす」については半数程度がほとんど何もしていない状況にある．家事と比較して，夫は育児に関しては比較的協力的である．しかし，その内容は「遊び相手をする」「風呂に入れる」など単発的な負担の軽い育児が多く，食事をさせたり，オムツを替えたりという日常的な世話は妻の側に任され負担がかかっているのが現状である．

男性の家事参加が行われない背景には，現代日本における性別分業のシステムがあり，男性社会での利益優先の論理や企業慣行，そして男性の長時間労働などと密接に関連していることは周知の通りである．性役割意識の変化はみられても，これはあくまでも表層部分であり，「男らしさ」や「男役割」をめぐる深層部分ではこだわりが，地域差・職業差・年齢差などはあるにしてもなお強固であるといえる．

家庭と職場での時間を合計した時間を見ると，女性有職者は男性有職者よりも長く，役割分担関係は「男性は仕事，女性は家庭」というより「男性は仕事，女性は仕事も家庭も」という「新・性別役割」が定着しつつある．

表1．有職婦人と無職婦人との産科異常について有意差検定を行った文献一覧

	有意差項目 産科異常項目	勤労婦人＞家庭婦人		勤労婦人＝家庭婦人	
妊娠中の異常	切迫流産	東大助産婦学校(1969)[6]	労働省(1974)[7]	一戸ら(1984)[8]	濱松ら(1989)[4]
	流産	天羽ら(1969)[9]	一戸ら(1984)[8]	竹村ら(1966)[10]	鈴木ら(1976)[11]
		菅原(1987)[12]	佐道ら(1991)[13]	西川ら(1978)[14]	濱松ら(1989)[4]
		佐道ら(1994)[15]			
	切迫早産	東大助産婦学校(1969)[6]	労働省(1974)[7]	一戸ら(1984)[8]	
		濱松ら(1989)[4]	佐道ら(1994)[15]		
	早産	塚田(1974)[16]	労働省(1984)[7]	中川ら(1973)[17]	鈴木ら(1976)[11]
		斉藤(＊1976)[18]	一戸ら(1984)[8]	川西ら(1998)[19]	濱松ら(1989)[4]
		菅原(1987)[12]			
	妊娠中毒症	労働省(1974)[7]	加藤(1980)[20]	一戸ら(1984)[8]	
		佐道ら(1994)[15]		濱松ら(1989)[4]	
	死産	竹村ら(1966)[10]	羽生田ら(1971)[23]	天羽ら(1969)[9]	山下(1970)[21]
		藤本(1983)[22]		中川ら(1973)[17]	先崎ら(1978)[24]
				一戸ら(1984)[8]	濱松ら(1989)[4]
	貧血	労働省(1974)[7]		冨岡(1977)[25]	濱松ら(1989)[4]
	糖尿病	一戸ら(1984)[8]		濱松ら(1989)[4]	
分娩時の異常	異常出血			一戸ら(1984)[8]	濱松ら(1989)[4]
	遷延分娩			鈴木(1976)[26]	一戸ら(1984)[8]
				濱松ら(1989)[4]	
	前期破水			一戸ら(1984)[8]	濱松ら(1989)[4]
新生児の状態	低出生体重児	一戸ら(1984)[8]	佐道ら(1994)[15]	塚田(1978)[27]	濱松ら(1989)[4]
	新生児仮死	労働省(1974)[7]	一戸ら(1984)[8]	濱松ら(1989)[4]	
産褥時の状態	子宮収縮状態			鈴木(1984)[28]	濱松ら(1989)[4]

注：(　)内は報告された年　＊：斉藤氏の調査実施年は1956年

男性雇用労働者の過労死に至る長時間労働が社会的に問題となって久しいが，家事と仕事を合わせて働く女性の長時間労働・過重労働・精神的負担は，それにまさるとも劣らない問題であるといえる．ましてや，女性が妊娠・出産した場合はどうなるのであろうか．

3. 就労が妊娠・出産・産後に及ぼす影響

男女の最も著しい違いは，女性は生殖という次世代の子どもを妊娠し，出産するという特有な機能を有することである．妊娠は，生理的な現象で病気ではないが，女性の身体には妊娠していないときよりも負担がかかっており，また，妊娠経過中に何が起こるか分からないという不安定の状態にある．

家事・育児という主婦としての役割と就労により，二重労働を強いられる女性が妊娠した場合，妊娠・出産・産後・新生児に様々な影響を与えるのではないかということで，今まで多くの報告がされている．

表Iは，筆者が1989年に報告を行った際にまとめた文献リストをもとに，それ以降報告されたものを付け加えたものである．一般に有職婦人は無職婦人より肉体的・精神的疲労が大きいと予測されるが，当時就労が産科異常に影響を与えるかどうかについては賛否両論があり結論を得ていなかったため1,235名を対象として調査を行った．その結果，切迫早産のみに5％以下の危険率で有職婦人の方が無職婦人よりも有意に高いという結果を得た[4]．

表の通り，有職婦人の方が産科異常を発生するとする報告や，影響を与えないとする報告に分かれはっきりとした結論は得ていない．しかし，報告年をみると若干古い報告の方が有職婦人に産科異常が発生するという報告が多い傾向がみられる．

羽生田氏は[5]，昭和40年代（1965～1975）に盛んに行われた，これらの調査・研究が引き金となり，労働基準法の女子労働者の保護に関する規定等が改定され，さらに勤労婦人福祉法（1972年）が制定されたとみてよいのではないかと述べている．今回，1990

年以降の文献探索を行ったが,報告件数は少なく,研究テーマも産科的異常ではなく,有職婦人の疲労や子育て支援の方にシフトしている傾向がみられた.1960年代から今日に至る経緯の中で,産科医療技術の高度化・急激な進展がみられ,また,政策面においても女性労働のあり方を規定していた労働基準法の改正がみられ,労働環境の面においても改善されつつある.以前と比べ就労による妊娠・出産および新生児に与える影響は少なくなってきているといえる.

4. 母性看護の視点から

現在,結婚して子どもが産まれても仕事を持ちつづけ,「家庭と仕事を両立」させていくという意識は女性の中で強く,1973年ではそれが24%であったのに対して,25年後の98年には51%と2倍以上に増加している[29].しかし,先に述べたように女性の就労形態はM字型を呈し,女性の仕事継続の障害となる最大の内的理由は育児である.家庭と仕事の両立策は検討され「子育ての社会化」といわれて久しいが,遅々として進んでいないのが現状である.このような社会状況の中で1999年6月「男女共同参画基本法」が公布・施行され,その中で「職場・家庭・地域における男女共同参画の実現」をも目指している.男女が共に家事・育児に参加し,さらに社会参加できる社会システムが早急に実現することは勿論であるが,母性看護の視点から具体的に支援を進めていく場合,重要な要因として夫の存在,援助を忘れてはならないであろう.

核家族という少ない家族支援の中で,夫の役割は決定的に重要である.結婚後も継続して働き続けた女性について継続できた理由を調査した結果をみると[30],夫の精神的サポートの重要性をあげる人が多かった.夫の理解と協力が女性の情緒的安定を図る重要な要素となる.

以下,具体的な援助内容について述べてみる.

1) 夫への保健指導

現在,多くの施設において出産場面に夫の立ち合いを奨励し,1つの潮流になっている.これは父性の発達,子どもへのプラス影響,今後の育児協力などの目的で導入されている.しかし,子育ての視点だけではなく,妊娠中ないし産後の母体への理解・協力という視点でより積極的に関わりをもってもよいのではないか.例えば,両親学級の開催などで,「妊婦体験ジャケット」の着用を試みて,実際正期産になった時の身体の変化を体験することは意義がある.妊娠することにより重心の位置が変化しバランスが取りにくくなること,腰痛が起こりやすくなること,子宮の増大に伴い足元がみえなくなり階段の昇降が負担になったり,買い物に出かけても低い位置にある商品を取り出しにくくなる.また,かがむ姿勢が大変になり風呂掃除では滑りやすくなることなども体験することで実感できるだろう.実際に「妊婦体験ジャケット」を着用した父親は「こんなに体が重くなるとは知らなかった」「普段夜遅くまで仕事があってなかなか協力できないけど,声かけくらいはしようと思う」「こんなに腰が痛くなるとは思わなかった」などの反応がある.

説明や視聴覚教材を使用しての保健指導も重要ではあるが,体験することにより,より妊娠中の妻に対する理解が深まり家事への参加あるいは精神的サポートも得やすくなるのではないか.そして,妊娠中から習慣化された妻に対するいたわりは,産後も継続されていくと考える.

2) 保健指導の再考

大崎氏は[31],電話育児相談「赤ちゃん110番」の利用状況を分析した調査結果から,専門家の指導や説明が適切でないために母親を混乱させ,かえって不安を増強させているとも考えられると述べている.確かに,1回の哺乳量が○○mlと説明されると,それ以上飲まないと「おかしい」と思う母親もいる.また,新生児訪問指導に出かけた開業助産婦から「病院での指導は通り一遍で個々に合わせた指導が行われていない」.保健センターの保健婦から「子どもがいつまでも泣きやまず,夫が仕事で夜遅く帰宅しても,夕

食の準備をしないで抱いたままでいた」などは，良く聞く話である．

出産後の入院期間は，約1週間と短く，この期間に母親自身身体の急激な変化がみられ，なおかつ授乳など育児行動習得に追われ余裕のない時期でもある．しかし，母親が退院して自宅に戻ってから母親役割を果たすことができるための指導内容であるならば，不安を軽減させ，より具体的で理解できるものでなければならない．施設で行われている沐浴指導・退院指導・生活指導・家族計画指導などと称する内容の再検討をし，そのケースに合わせて展開すること，また，指導日時もさらに検討し夫をも巻き込んだ指導が望まれる．

3）情報提供

現在，就労女性のためにいくつかの母性保護規定が定められている．しかし，妊娠中および産後休暇などに比べて，産後の健康管理についての認識は少ないようである．活用できる社会資源などの情報を提供していくことも我々看護者の役割である．

(1) 産後の母性保護規定

1998年4月1日より，男女雇用機会均等法の改正に伴い妊娠中や産後1年以内の女性労働者の健康管理の措置が事業主に対して義務づけられた[31]．第26条の健康診査及び保健指導を受けるための時間の確保では「事業主は，女性労働者が妊産婦のために健康診査及び保健指導を受診できるために必要な時間を確保しなければならない」．今までは「必要な時間を確保できるような配慮をするように努めなければならない」というものが義務づけられたことは前進といってよい．産後は，通常，産後休業期間中に健康診査などを受診する．しかし場合によって産後回復不全などの理由で健康診査などが必要な場合や，医師などの指示があれば，事業主は受診に必要な時間を確保しなければいけない．また，第27条の医師等の指導事項を守ることができるようにするための措置では「妊娠中及び出産後の女性労働者が，健康診査などを受け，医師等からの指導を受けた場合は，その指導事項を守ることができるようにするために，事業主は，勤務時間の変更や勤務の軽減等の措置を講じなければならない」．

その他，労働基準法で定められている「妊産婦（産後1年未満にある女性）に対する変形労働時間・時間外労働・休日労働・深夜業の制限」「育児時間」「妊産婦の危険有害業務の就業制限」など，個人の身体的精神的な健康状態をアセスメントしながら適切な情報を適時に提供していくことが重要である．

(2) 相談窓口の紹介

筆者は1998年に2病院で出産した妊産婦を対象に，病院助産婦に対して産後支援のニーズがどの程度あるかを調査した[33]．その中で，産後の自分自身の身体あるいは育児不安を抱いていた人は優に8割以上を占めていた．退院してから不安が最も強かった時期は退院翌日から数カ月と長期にわたりばらつきがみられたが，退院1週間まで不安が強かった人が2割を占めていた．内容としては「子どもが寝ない・泣きやまない」「泣いている原因が分からずどうしていいか分からない」「吐乳や母乳が足りているか」などがあり，中には育児のことについて何もかも不安と答えている人もいた．調査した2病院は母子異室制で，入院期間中は授乳時間しか新生児と接することがなく，それ以外の新生児の生活リズムを体験していないことも影響していると考える．この期間は自分の身体のことよりも育児に対する不安が強くあることが示唆された．また，退院して4週間頃に不安が一番強くなった人も比較的多くみられた．内容は，「子どもの湿疹のこと」「母乳がでなくなり母乳保育への不安」「悪露の排出がいつまでも続く」「母体の回復が遅い」などが聞かれた．このころになると育児には多少慣れてくる反面，育児に対する疲労など母体への不調を感じる人も多かった．

注目すべき点として，「新生児訪問指導」を受けられること自体知らない人もいた．少数ではあったが，母子手帳交付時，または入院中に行われる保健指導の中で，きちんと情報提供し希望者には訪問を受けられるように徹底していく必要がある．

この2病院では24時間電話相談を受け入れてい

る．アンケートの中には，「いつでも相談できる場所があると思うと，とても安心で子どもの状態が少し変だと思っても今日1日様子みて，もし変わらなければ明日電話しようと思っていたら子どもが落ち着いてきた」という意見もあった．何かあったときに，いつでも専門家に連絡できる，相談できるという安心感は大きく妊産婦自身に余裕すら与えることができる．施設によってこのような対応ができないとすれば，保健センターなど相談窓口を紹介することで，退院後のケアが途絶えることのないよう方策を検討していくことが重要である．

5. おわりにかえて―21世紀に向けて―

現在，女性に向けた家庭と仕事の両立支援は妊娠・出産・育児・介護を中心にして取り組みがされている．制度として最も早く成立したのは，1947年に制定された労働基準法であり，この中に出産前後の休暇がある．その後，勤労婦人福祉法（後の男女雇用機会均等法），育児休業法などが制定され改正を繰り返してきた．また，1994年にはエンゼル・プランが策定された．

これらをみると，母性の視点からの母親としての女性への支援対策が中心的位置を占めていることが分かる．確かに女性にはその身体に妊娠・出産という女性だけに備わった機能を有し，妊娠・出産・産後・育児に対する援助のウエイトは大きいが，今まで述べてきたようにライフサイクルが大きく変化している．現在は，以前のように子育てだけに終始していた時代とは異なり，親であることは，その人の人生において一部であり，自分自身が自分らしくどう生きるかを問われている時代でもある．つまり，女性のライフサイクルに合わせて，女性の一生の健康支援という捉え方が重要であると考える．妊娠・出産・育児は女性が健康でよりよい人生を送っていく上で貴重なものであり，援助の必要性が大きいが，それはあくまでも通過点でありゴールではない．リプロダクティブヘルス/ライツの視点から女性の一生の健康支援という立場に立って母性看護を見つめていきたいと考える．

文　献

1) 文部省：『平成11年度学校基本調査報告書（高等教育機関編）』，p. 454―455, 1999
2) 労働省女性局編：『平成11年度版女性労働白書―働く女性の実情―』，2000，付33
3) 総理府編：『平成12年版男女共同参画白書』，76―79, 2000
4) 濱松加寸子，他：「勤労婦人と産科異常について」『母性衛生』，30(3)，p. 413, 1989
5) 羽生田護：「勤労と流早産」『周産期医学』，22(9)，1269, 1992
6) 東京大学医学部付属助産婦学校：『研究集録』，p. 64, 1969
7) 労働省婦人少年局：『勤労婦人の妊娠分娩出産に関する調査』婦人労働調査資料第70号，1974
8) 一戸喜兵衛，他：「就労が妊娠分娩に与える影響」『周産期医学』，14(5)，p. 39―44, 1984
9) 天羽寿美，他：「職業別にみた労働条件と妊産婦の実態調査について」『母性衛生』，10(1)，p. 17, 1969
10) 竹村　喬，他：「労働と妊娠に関する調査」『大阪母性衛生学会誌』，3, p. 13, 1966
11) 鈴木重雄，他：「職種と妊娠持続期間」『母性衛生』，17, p. 30―32, 1976
12) 菅原　卓：「勤労婦人の妊娠・分娩に関する疫学的研究」『北海道医学雑誌』，62(4)，605―615, 1987
13) 佐道正彦他：「就労妊婦の妊娠・分娩結果についての検査成績（1977―1989年）」『母性衛生』，32(2)，p. 168―175, 1991
14) 西川　裕，他：「生活環境と流産」『母性衛生』，18(4)，p. 128, 1978
15) 佐道正彦，他：「就労妊婦の妊娠と出産―その継続的・統計的観察」『産婦人科の実際』，43(3)，p. 368, 1994
16) 塚田一郎：「勤労婦人と流早産」『周産期医学』，6(12)，1165, 1976
17) 中川英一，他：「都市の母子保健に関する研究（第2報）」『母性衛生』，13(3.4)，p. 72, 1973
18) 斉藤　一：『労働婦人と流・早産および死産』，労働科学研究所　1976年版
19) 川西まゆみ，他：「妊娠・分娩と職業との関係」『母性衛生』，29(2)，p. 152―156, 1988
20) 加藤治子：「就労の妊娠分娩に及ぼす影響第2報」『母性衛生』，21(1)，p. 99, 1980
21) 山下　章：「勤労婦人の健康障害と問題点」『公衆衛生』，34, p. 264, 1970
22) 藤本征一郎：「勤労妊婦の胎児管理」『ペリネイタルケア』，2(2)，p. 48, 1983
23) 羽生田護，他：「勤労婦人の健康調査」『母性衛生』，12, p. 175―180, 1971
24) 先崎圭子，他：「職種別とくに自営業妊産婦の健康管理について」『母性衛生』，20(1)，p. 135―141, 1979
25) 冨岡惟中：「妊婦の労働時間と妊娠合併症及び産後疲労

に関する検討」『母性衛生』，10(1)，p. 17, 1967
26）鈴木三郎：「妊産婦の健康管理（特に勤労婦人について）」『診断と治療』，64(11)，1993, 1976
27）塚田一郎：「働く婦人と母性保健」『周産期医学』，8(6)，p. 693, 1978
28）鈴木三郎：「勤労婦人と妊娠・分娩異常」『周産期医学』，5(14)，p. 27—28, 1984
29）井上輝子・江原由美子編：『女性のデーターブック，第3版』，p. 41，有斐閣，1999
30）岡崎奈美子：「職業と家庭の両立—職業継続と既婚，有子女子の場合」『現代のエスプリ』, VOL. 342, p. 151—159, 1995
31）大崎富士代，他：「出産・育児に関わる母子看護援助システムに関する検討」『兵庫県立看護大学紀要』，VOL. 2, p. 45, 1995
32）「妊娠，出産に関する働く女性のための法律について」『月刊　母子保健』，通巻第467号，p. 4,1998年3月
33）濱松加寸子，他：「妊産婦の病院勤務助産婦に対する期待」『母性衛生』，42(1)，2001年掲載決定