

ワグナー博士レポート日本語訳

Report for visit to Tokyo, July 2001

フォルタレザの WHO 国際会議の数年後、ブラジルは出産時の適切な技術（付録 A 参照）について、またトリエステでの別の WHO の国際会議の後、イタリアは同じく出産後の技術（付録 B 参照）について証拠に基づく勧告を全ての国々（日本を含む）に対し行った。WHO は更に別の会議を開催し「通常分娩におけるケア」を提示した。これらの分娩時のケアに関する 59 の新勧告は先の WHO 勧告を基にそれを拡大したものであるが、最高の科学的証拠に基づき、また日本を含む世界中の全ての国を対象に作成されており、日本語に翻訳されている（ここで日本語の条項を引用）。

これらの WHO 勧告に従い、近年多くの先進諸国で妊娠と出産ケアにおける証拠に基づいた医療を推進するためかなりの前進が見られた。西ヨーロッパでは常に数多くの能力のある独立した助産婦がいたために、WHO 勧告は出産に関するサービスを改善するために広く用いられた。例えば、ドイツでは WHO 勧告にある病院施設外での出産の選択肢を増やすために、助産婦が女性のグループや科学者、ジャーナリスト等と連携した。10 年前にはドイツには助産婦のいる助産院はひとつしかなかったが、今では 60 になっている。ドイツ、イギリス、デンマークその他の国々では計画的家庭内出産の数は一貫して上昇しており、オランダではその数は約 30% を占め続けている。

ヨーロッパでの傾向は、WHO 勧告にあるように、地域で働き、看護教育を受けずに訓練された独立した助産婦へと向かっている。病院で働く助産婦は、医師の単なるアシスタントとしてではなく、本来の助産を実施することで確実にその地位を獲得している。その結果、ヨーロッパでは科学的証拠と病院での施設出産の実態の間のギャップが縮小している。ひとつの例に過ぎないが、不必要な会陰切開の実施される率はずっと少なく、WHO 勧告のとおり、現在多くの地域で全出産の 2 割に近づいている。また WHO 勧告にある全ての健康な新生児を母子同室にすることも西ヨーロッパのあらゆる場所で可能になっており、健康な新生児のための保育施設はどんどん減少している。出産時、妊婦に剃毛や浣腸を施したりするのは科学的証拠に反すると考えられているため、WHO はこれらに強力に反対しており、ヨーロッパでは過去のものとなりつつある。また出産時に妊婦の足をあぐみに上げて、仰向けに寝かせるのは最も危険な体位であると科学的に証明されており、WHO はこれにも大いに反対している。これが未だに行われているのはヨーロッパでは数カ国に過ぎない。

100 年前、アメリカの医師たちには全ての出産を管理し、自分たちの利益のために利用しようという意図があったために、助産婦たちを魔女と決めつけ追い出してしまった。40 年前に助産婦たちがアメリカに戻ろうとした際、医師たちは助産婦がまず看護婦として訓練を

受けた場合にのみ帰国を許されるようにした。なぜなら助産婦は看護教育を受ける必要がなく独立した存在で、医師の指示を受ける必要がないが、看護婦は医師の指示に従い、医師によって管理されるからである。その後看護助産がアメリカで始まり、看護教育を受けない独立した助産婦によって徐々に取り替わられてはいるものの、今でも存在している。実際、かつて助産婦にまず看護教育を受けさせていたあらゆる国々で、看護助産婦に替えて非看護助産婦を採用するところが増えている。アメリカでは、産科医の妊娠と出産ケアを管理したいという思いのため、またしばしば彼らの主な収入源でもあるために、未だに産科医が普通分娩を含むあらゆる出産を管理しようとしている。アメリカには有能で独立した助産婦たちの大きなグループがまだないため、アメリカの妊娠と出産ケアに今日見られる、産科医による悪状況に至る極端な形の出産の医療化に対抗できるだけのものがない。1990年から2000年の間、アメリカでは非常に強い危険な薬を使用した陣痛誘発の率が全出産の10%から20%に上昇し、この同じ10年の間、月曜から金曜の間の出産も増加した。このことにより、妊婦にとっても新生児にとっても非常に危険度の高い陣痛誘発が医師の利便性のために行われたことがあきらかになった (www.cdc.gov/nchs/birth)。)

帝王切開もアメリカでは現在前出産の25%に迫り再び増加している。WHOと科学的証拠によればあるべき数値の少なくとも2倍である。利便性などの非医療的理由による待期的陣痛誘発、陣痛をおさえるための硬膜外麻酔、そして待期的（非緊急性）帝王切開は全て出産時に妊婦が志望するリスクを増大させたため、アメリカの妊産婦死亡率は過去15年間一貫して上昇している。現在アメリカよりも少ない妊婦の命が出産時に失われているのは14カ国で、新生児の死亡については25カ国である。

100年後の新世紀、アメリカの産科医たちは未だに助産婦を魔女と見なし、彼らを再び周辺へ追いやり、出産関連サービスに関する自分たちの管理を維持しようとしている。しかし、女性たちが、不必要で危険なお産への介入を行う医師の立ち会う出産の危険について本当のことを知るにつれ、アメリカの助産婦の数は増え続けている。アメリカの女性たちは産科医の彼女たちに対する扱いに怒りを感じており、アメリカの産科医の7割以上がこれまでに家族によって1回以上の訴訟を起こされている。これは他のいかなる医療分野よりもずっと多い訴訟率である。アメリカの妊娠出産ケアシステムを真似たがる国はないであろう。

1996年、JICAはブラジルで「光のプロジェクト」を開始した。プロジェクトの目的は健康なお産をもたらす人間的な妊娠出産ケアを推進することだった。人間的な妊娠出産ケアには次のものが含まれる。1) 妊婦とケアの提供者の両方をエンパワーし、また双方にとって満足のいくケアであること、2) 自分たちのケアのあらゆる側面において、妊婦の女性の活発な参加と意思決定を推進するケア、3) 医師と医師以外が対等な立場で協力して

働くことで提供されるケア、4) 証拠に基づく技術の使用を含む証拠に基づいたケア、5) 地域に根ざしたプライマリーレベルのケアとプライマリーレベルの出産ケア提供者を大切にしたシステム、6) 経済的に実施可能かどうかのコスト分析を伴うケア。

人間的なお産とは出産する女性は機械ではなく人間であり、赤ん坊を作るための単なる入れ物ではないということを理解することである。人類の半分である女性に、出産するという彼女たちの力を奪うことで男性よりも劣った、不適切な存在であると示すのは全ての社会にとって悲劇である。その一方、女性を重要な価値ある人間であると尊敬し、出産が自己を満たし、また力を与える経験であるよう尽力することは単なる気の聞いた特別なことではない。これは非常に重要なことなのである、というのは、このことにより女性は強くなり、従って社会を強くすることになるからである。

なぜ医療介入によるお産が必然的に非人間的なのか？人間のお産における重要な要素は女性が自分の出産と彼女に起こる全てをコントロールする点であるのに対し、医療介入によるお産では医師が常に全てを管理している。病院では完全に全てをコントロールしている患者はいないし、患者が仮に病院のマネジメントと意見が合わず、ケアについての交渉に失敗した場合、彼女にとって唯一のオプションは病院を去ることだ。医師が妊婦にある種の妊娠と出産ケアサービスについて選択肢を与える場合でも医師は妊婦にどんな選択肢があるのかを決定でき、管理をあきらめたわけではないし、妊婦の選択したものを受け入れるかどうか決定権を握っているのである。

多くの国でより多くの産科医が今や証拠に基づく医療の重要性とお産を人間的にする必要性を理解するようになってきている。

「光のプロジェクト」はブラジルに人間的なお産をより多くもたらすことに成功した。プロジェクトは2000年の11月に、ブラジルのフォルタレザでの最初のWHO会議の15周年に、再びフォルタレザで開催された「お産のヒューマナイゼーション」国際会議で最高潮に達した。25カ国から2000人の参加者が集まり、日本からの大グループや多くの国からの産科医の団体も含まれていた。会議は人間的なお産の6つの原則(上記参照)を強力に推奨した。出産を女性に、家族に、そして地域に戻すという世界的な動き、つまり人間的なお産の国際的な波が、世界中を駆け巡り始めた。

2001年の日本のお産

日本の人々は世界でも最も低い乳幼児死亡率を達成している国のひとつであることに、正當に誇りを持つべきである。残念なことに、日本の産科医たちは、多くの新生児の命を救ってきたのはより新しい高度な技術によるお産への介入のおかげであると日本の一般世論

に訴えかけることで、この成功を自分たちのものにしようとしている。事実はしかし、改善された乳幼児死亡率を科学的に分析したところ、死亡率の低下は医学の発達ではなく圧倒的に社会的な発展が最大の原因であるとされている（第 3 章参照）日本の乳児死亡率が低いのは、貧困の撲滅や住居や栄養状態の改善によることが原因であるが、最も重要な点は、日本の夫婦が家族計画を実施したことで、妊娠回数の多い女性の数が減り、また早すぎる出産や遅すぎる出産も減ったからである。更に、死亡率低下に貢献した医療ケアの度合いは更に小さく、抗生物質や安全な輸血等、基本的な医学の進歩によるものであり、高度な技術に基づいた産科医療によるものではない。全ての出産を病院施設内で実施することや、高度な技術を使用する産科医療を、深刻な合併症の見られる限られたケースにではなく、全ての妊婦と分娩に適用するのを正当化するために「安全性」を挙げるのは誤解を招くし、また間違いである。

2001 年の 7 月、東京に滞在中、私は日本産婦人科医会に所属する日本を代表する 14 名の産科医に会った。現在の日本の産科の実態について話し合った際、彼らは科学的証拠によって最善の策であることが示され、それ故に WHO 勧告にもなっていることと、日本の病院内で出産時に行われていることの間にギャップがあることを認めた。以下の表に示す日本の施設分娩の実態は、これらの指導的立場の産科医たちからの情報に基づいているが、証拠に基づいた医療と日本の産科の実態の間の悲劇的なギャップを表している。

| | 日本の施設分娩の実 施推定 | 科学的証拠 | WHO |
|------------------------------|------------------|--------|--------|
| 剃毛及び浣腸 | 有り | 無し | 無し |
| 食事制限 | 有り | 無し | 無し |
| 定期的な IV | 有り | 無し | 無し |
| 定期的な CTG | 有り | 無し | 無し |
| 仰向け分娩 | 有り | 無し | 無し |
| 会陰切開 | 50 – 90 % | < 20 % | < 20 % |
| 出産後の 30 分に新 生児が母体から隔 離 | 有り | 無し | 無し |
| 全ての新生児を母子 同室 | 無し | 有り | 有り |

私がこれらの指導的立場の産科医たちになぜ科学的証拠と WHO 勧告に従わなかったのかとたずねたら、彼らは WHO 勧告は日本には当てはまらないと応えた。ショックを受けた私は、15 年間 WHO でディレクターとして日本を含む全ての先進国に向けられたこれらの

勧告を作成した数々の会議に責任を負っていたと伝えた。すると彼らは証拠と実際とのギャップに対する別の言い訳を始めた。つまり、日本女性は違うというのだ。私は彼らが日本の女性が他と違っていることを裏付けるデータがあるかと尋ねるとデータはないと言う。そこで私は日本の女性も世界中の他の女性たちと同じ解剖学的構造と生理機能を有していると指摘した。

すると産科医たちはさらに別の言い訳を持ち出してきて、彼らは単に日本の女性たちが望むことをしているだけだと言った。私は女性たちに何を望むのかを尋ねた科学的なサーベイ結果のデータがあるのかと尋ねた。彼らはサーベイを実施したこともデータも持ってはいなかった。実際、彼らは日本の女性たちが何を欲しているのか知らなかった。私は彼らに何年もの間ブラジルの産科医は自国の極端に高い帝王切開率を説明するのに、女性が希望するからだと言っていたのだが、最終的に自分たちでサーベイを行い、ブラジルの女性たちはこれらの不必要な帝王切開を全く欲していないということが証明された。証拠に基づかない医療行為を患者のせいにするのは極めて危険であると説明し、指導的立場にある国際的医学ジャーナルである 2000 年 11 月 11 日号の LANCET にこのような言い訳に関する倫理と危険をレビューしている私の記事が掲載されているので読むよう強く勧めた。

日本の産科の実際と証拠に基づいた行為との間のギャップは、この産科医たちが私に出産を迎える全ての女性を分娩監視装置等で定期的にモニターしなければならないと主張したときにはっきりした。私はそのようなルーティンの電気モニターを全ての出産に適応すべきかどうかを示す証拠はなんらなく、ヨーロッパではそういうことは行われていないし、また英国王立産科カレッジ(British Royal College of Obstetricians)やアメリカ産科カレッジ(American College of Obstetricians)や WHO でも推薦していないことを伝えた。すると日本の産科医たちはこの監視モニターを行わなければ胎児がどのように成長しているか分からないと答えた。私は聴診器を使ったり、妊婦の腹部の触診をしたり、また彼女の表情や動きを注意深く観察したり、彼女の心理状態について尋ねたりすること（助産婦が使う手法である）は電氣的処置よりも安全に出産時の胎児の様子をモニターする手法だと科学的に証明されていると説明した。日本人医師たちは監視モニターがなければ心配だとしたが、彼らの発言は彼らが科学的証拠や女性の体の力を信じずに、技術だけを信じていることをうかがわせる。

出産時に妊婦から新生児を隔離し健康な赤ん坊を新生児室に入れることは、命に関わる感染症の伝染を引き起こし、母子両方の正常な発達に必要な母子の結びつきを妨げるため、科学的に度々極めて危険であるとされてきた。このような新生児室の使用は、何千もの新生児の死を招き 20 世紀の最大の医学的誤りのひとつであり、日本等幾つかの国を除いて、全ての正常な新生児は母子同室にするように変わってきている。これがトリエステの WHO

日本では出産の医療化や非人間化の進んだための深刻な結果がいくつかある。まず日本の妊産婦死亡率（女性が出産時に死亡する）は他国と較べてもあまりに高すぎる。日本の最も代表的な産科医が、これら多すぎる妊産婦死亡をその主張を裏付ける科学的データもなく助産院のせいにしてしまうのは最も不適切なことである。日本の厚生省が妊産婦死亡を問題であると認識し、出産により命を落とす女性の数を減らそうとしている一方、例えばイギリスなどでされているように、全ての妊産婦死亡を独立機関により監査するような計画はない。そのような科学的データを持ってのみ、国家的プログラムは意味ある改善が可能になるのである。アメリカと同じく、日本の多すぎる妊産婦死亡は、陣痛誘発、硬膜外麻酔、会陰切開、鉗子分娩や吸引分娩、帝王切開等、多すぎる不必要な産科的処置の結果であると考えるのは理にかなった仮定であろう。これらの処置は全て、分娩中の女性の死亡の増加にいたることが科学的に証明されている。

日本の出産の医療化と非人間化の2番目の結果は、女性から、変革となる出産の経験を通じて自己がエンパワーされる機会を奪っていることである。医者や薬、又は医療技術の助けなしに出産することができないと感じる女性は自分自身の体に対する信頼を揺るがしてしまう。このような女性は女性として、母としての自分自身への信頼も揺らいでしまう。彼女たちは男性や社会からずっと管理されやすい。半分のメンバーが自信喪失の社会はずっと弱い社会である。

日本の出産の医療化と非人間化のさらに別の結果として、ますます暴力的な社会になってきているということがある。広範な調査の結果、新生児が母親から出産後すぐに引き離され、その後数日間隔離されたままであったら、母子間の結びつきが大きく失われてしまうということが証明されている。これがWHOとUNICEFが正常な新生児については新生児室をやめて母子同室だけを推薦している理由である。出産後に自分の赤ん坊とこの基本的な一体感を共有できなかった女性はその後の数ヶ月、数年に渡り、赤ん坊を肉体的に虐待する可能性がずっと高い（第7章参照）。そして肉体的に虐待された赤ん坊も幼児も、暴力的な若者や大人になる可能性が高く、最終的には自分の子どもや赤ん坊を虐待する可能性もより高い。攻撃的で侵略的な介入による暴力的な出産と妊婦と新生児の隔離は、暴力的な子ども、大人、そして社会につながっていく。もし日本が今よりも暴力の少ない社会を望むなら、優しく人間的なお産から始めなければならない。

日本にはその妊娠出産ケアシステムを変え、お産を人間的なものにするあらゆる可能性を持っている。最初のステップは科学的証拠と産科の実践の間のギャップを埋め、全ての先進国でヘルスケアの新しい目的、つまり証拠に基づいた医学を達成すべく努力することだろう。出産サービスをさらに証拠に基づいたものにするための機会は、日本産科医学会が2002年に出産の在り方について新しい勧告を作成する予定であり、すでにある。同じ医学分野

の医師によってのみ作られた以前の臨床ガイドラインは感情的には君主主義的で、そのトーンは尊大なものだった。ここに権威ある医学ジャーナルである LANCET の 2000 年 1 月 8 日号の論説記事があるが、示唆に富んでいる。

「ある専門分野だけのグループが単独で作成したアドボカシーガイドラインは非生産的かもしれない、と言うのはガイドライン作りには関連していないが勧告を実施するのに必要な分野や専門は、攻撃をしてくるし、否認を連発するからだ。ガイドラインの幾つかは現在の科学的証拠に基づいたものではなく受け継がれた知恵に基づいた Good Old Boys Sat at Table (GOBSAT)かもしれないが、利害をめぐる表面化しない争いによりバイアスがかかっているかもしれない。調査によればガイドライン作りに携わるグループの専門分野のバランスがガイドラインの勧告にかなり影響を与えるということも示されている。広範に様々な分野からの参加を募ることは、ガイドラインが有効であることを確実にするためだけでなく、きちんと実践に取り入れられるよう、学際チームの全てのメンバーから評価されるようにするためにも重要である」

おそらく日本の産科医は、これらのガイドラインが証拠に則ったものであり、また地域に認められたものであるようにするために、今後助産婦や周産期の専門家やその他の専門家と密接に協力していくことだろう。

医師が崇拜され、一般大衆が医師の言うことを鵜呑みにし、彼らの実践を表に出さない時代は終わった。日本の政治家も世論も医師が何か発表するたびに「データはどこか」と問うようになるだろう。それぞれの病院で、陣痛誘発、会陰切開、鉗子分娩や吸引分娩等の産科的医療介入率は公表されるようになるだろう。公衆衛生専門機関はこれらの情報を発表し、またお産を人間的なものにするよう努力するだろう。

日本の妊娠出産ケアを改善するための 2 番目の大事なステップは助産を強化することである。長い歴史を持ち、力強い独立した日本の職業としての助産は占領下の悲劇的な破壊を逆転させることができる。つまり、助産婦を助産婦として教育し、看護教育を受けさせないことだ。助産婦は医師の指導の元でなく自立的に働くことができる。より多くの助産婦が調査の訓練を受け、助産婦の安全性を示した他の国々で行われた助産の実践に関する調査を繰り返すことができる。この実践には助産婦の立ち会った出産と医師によるものの比較調査が含まれる（付録 D 参照）。

日本のお産をより人間的にするための別のステップは女性が出産する場所の選択肢を増やすことである。アメリカ軍の占領時に破壊された助産院の伝統は、序その数も少しずつ増加し、今や徐々に取り戻されつつある。私は助産院を訪問し、自分に対する自信を取り戻

す多くの方法で、いかに地域の女性たちを助けているかを目にした。更にお産をもっと人間的にする方向へ既に動き始めた病院も訪問し、他の病院が同じことをしようとしていることも学んだ。日本人研究者による助産院と人間的な施設分娩についての調査が行われれば、妊婦と家族のためのこれらの出産の選択肢の安全性について、産科医の不正確な発言を正すのに役立つだろう。

更に別の重要なステップは、現在日本で行われているお産への医療介入の危険性について、また人間的なお産の安全性とその価値について、医師、助産婦、公衆衛生専門家、政治家、そして最も重要なことに国民を啓蒙することである。魚には自分が泳いでいる水が見えない。施設分娩やハイテク、医療介入のあるお産しか経験したことのない医者、助産婦、女性そして家族には、これらの介入が出産にもたらす大きな影響を理解することができない。彼らにはこのような介入がないところでのお産、つまり人間的なお産が一体どのようなものなのか、想像もつかないのである（付録C参照）。産科医も助産婦も、政治家や女性も皆助産院や、人間性を取り戻す可能性が真にある病院、つまり、女性が自分のお産についてコントロールできる場所を訪れる必要がある。テレビ番組は違った種類のお産、つまり皆が白衣やマスクをして、ハイテクに囲まれ、大勢の医者や看護婦がいて、妊婦は受動的に足を鏡に上げ仰向けに寝かされている、外科手術のように見えるものではないお産を紹介しなければならない。つまり、出産しようとする妊婦が家族に囲まれて、歩き回り、立ったり、しゃがんだり、座ったりしているようなお産を紹介する番組である。助産婦は学校で子どもたちに正常な妊娠と出産を教える必要がある。つまりこれによって、日本で普通のライフサイクルの一部としての出産の再教育を始めることになるのである。

人間的なお産を実現する重要なステップは、お産は病院と医者に属しているのではなく、女性と家族に属していることを理解することである。結果的に産科サービスに関する保健政策の策定に女性と家族、そして地域の役割が重要になるはずである。あらゆる場所で保健サービスはかつての横暴さがなくなり、より民主的になっているし、このような進化は出産や死といった人生の主要な出来事の際、家族を支える保健サービスについて最も明白である。

日本でお産を人間的にし、より民主的にしていく動きはすでに始まっている。助産院の数は増えており、お産のヒューマナイゼーションの真の要素を備えた病院も増えている。助産婦や産科医の中にも、日本の産科医には科学的証拠や WHO を無視し、自分たちが全てを管理できる古い産科のあり方にしがみつこうと、全ての情報を国民に公開しない傾向があることを理解している人たちも増えてきている。ゆっくりと、しかし着実に、日本では、妊婦の女性がお産をコントロールする人間的なお産の重要性が増加している。日本の助産婦たちの自立への戦いはまだ続いている。日本では、関連情報も既に最近 2 冊の本になっ

て出版されている。河合蘭著「お産選びマニュアル」そして熊手麻紀子著「だから日本に助産婦さんが必要です」である。これらの本は日本の女性たちに今、助産婦たちと施設分娩に何が起こっているのかを紹介している。おそらく私の本の出版もさらにこの啓蒙活動に加わることだろう。

更に、私は2001年7月、東京で一般の人たちや助産婦、出産指導家、産科医、政治家、公衆衛生専門家、科学者、そしてジャーナリスト、女性グループの代表などを含む、およそ200人を対象にしたミーティングに参加する機会に恵まれた。JICAプロジェクトに携わった日本の専門家たちがブラジルで人間的なお産を実現するためにどのように活動したかを発表し、参加者はブラジルで日本人により始められた人間的なお産と、自分たちの国、日本で広く実施されている医療介入の進んだ、非人間的なお産との明らかな対照性の皮肉な現実を知ることになった。参加者は日本に人間的なお産の国際的な動きをもたらそうとNGOを立ち上げることを決めた。彼らは間違いなく成功するだろう。なぜか？著名な科学者マーガレット・ミードは言っている。

「ほんの数人の思慮深い、献身的な人々が世界を変えられることを決して疑ってはいけない。事実、それが唯一起こったことなのです」

推奨文献

WHO on-line perinatal data base

Cochrane Data Base

Henci Goer “The Thinking Woman’s Guide to a Better Birth”, Penguin Putman, New York, 1999

Ran Kawai “Guide to Birth in Japan: How and Where to Give Birth”

Kumade Makiko “We need midwives in Japan” Recently published book in Japan.

Wagner M “Fish can’t see water: the need to humanize birth”, 75:S25-S37,2001, International Journal of Obstetrics and Gynecology

Wagner M “Midwifery in the industrialized world” J. Society Obstet Gynecol Canada, 20:13, 1225-34, 1998.

2001年7月19日

「公衆衛生の視点から見た妊娠と出産」

元 WHO ヨーロッパ事務局母子保健部長 マースデン・ワグナー氏

公衆衛生の研究の目的は人々の健康を守り、促進させるためのものです。いままでは、公衆衛生の研究はほとんど感染症と環境衛生が中心とされてきました。

最近、私たちが理解されてきたのは、医師や看護婦・助産婦などのヘルスサービスというものが人々の健康を増進させるだけでなく、マイナスに作用することもあることが分かってきたことです。

最近ヘルスサービスリサーチというものが盛んになってきましたが、それははどうかと言いますと、医師・看護婦はどんなことをやっているか、病院ではどんなことが行われているのか。それが人々の健康にどんな影響を与えているか、です。

多くの研究者はこうした研究に踏み切ることにおそれをもっています。というのはヘルスサービスリサーチを行うと、現実に医者・看護婦らがどういうことをやっているのかを明らかにすることになり、その結果、マイナスなことをやっていることが示されることがあります。

一つの例を出しましょう。米国では、子宮全摘について調査が行われことがありました。婦人科医が多い地域と少ない地域で、居住する女性たちの条件が等しくて、比べると、婦人科医が多ければ多いほど子宮全摘がより多く行われているという結果になりました。婦人科医は、この調査結果をあまりおもしろく思いませんでした。

日本のような国では感染症はほとんど問題ではなくなっています。それは、衛生設備や飲料水などの安全性が高まっているためです。こうした国ではヘルスサービスリサーチが大変に重要な課題となりつつあります。

では、先進国におけるリサーチの方向性と、その傾向について話したいと思います。EBM (evidence-based medicine)の重要性はどなたも賛成されています。証拠に基づいた医療、つまり EBM では、治療方針・ケアは証拠に基づいていなければなりません。

第二に、先進国では人々が自分たちのことをコントロールする方向になっています。自分に必要なヘルスサービスを求め、それをコントロールするのが大きな傾向なのです。国によって異なりますが、上層部のエライ人がサービスをどのようにするかを決めるのでないのです。

第三に、徐々に人々の中で、サービス内容を透明にはっきりさせる、人々に見えるようにすること、パブリックアカウンタビリティが重要であるとされます。治療指針は権威ある人が作るのではなく、人々が自分たちによって作られるものです。病院でどんなことが行われているかが、アカウンタビリティに重要です。

パブリックアカウンタビリティの例を紹介します。オーストラリアのクイーンズランド州の全病院で帝王切開率が何パーセントかを調べる調査をしていた時に、産科医が彼にそのデータをやるなど保健局に電話してきたのです。私は保健局からでなく助産婦からデータを得ていました。ここでのポイントは帝王切開が多くてはいけないということに医師が関心をもっていないこと、人々にどんな影響を与えるかにもまったく関心をもっていないことです。

先進国におけるトレンドは以上の3つですが、4つ目のポイントはパブリックアカウンタビリティが人々のためにあるということであり、リサーチにどのように生かすかを真剣に考えなければなりません。

私たちは研究を計画する段階で、現場の方たちに入ってもらうべきです。公衆衛生の研究者にとって、データを集め・分析し、論文にする時、それが出版した時は、実は研究の半分しかできていないのです。つまり公衆衛生の研究者は取ったデータに対して責任がありますから、このデータは必ずそのデータを取った人たちにフィードバックされなければなりません。

リサーチの分野で最も重要と思うのは、出産に関わる分野です。なぜでしょうか。一つには出産は自然なライフサイクルの一部だからです。自然なものとして機能するようにリサーチがなされなければなりません。二つ目には、お産の分野は最もEBMが適応されてこなかった分野だからです。

ここで本を引用します。これはコクランの言葉ですが、彼はコクラン計画がEBMのベースとなったとして有名です。彼は英国の有名な科学者でした。彼はEBMを世界で最初に唱えた人の一人です。彼は、どの分野が最もEBMにより仕事をしているだろうか、それをもっとも無視している分野はどこだろうか。いずれもむずかしい問題であるが、結局産科が最も適用していないという結論になったと彼は言っています。

お産は、大変に多くの人々に関わる点でも重要です。例えば脳腫瘍は研究テーマとして重要ですが、病気になるのは一部の人です。出産に関する研究は、すべてのリサーチを考えるには、大変にふさわしい分野です。

ここで日本の状況について触れます。日本のお産は医師が中心のようです。女性が中心のお産ではありません。その結果、自然なサイクルの一部である出産が医療化してきているということです。女性中心にはなっていません。

また、日本では助産婦はお産の中心の立場にはいません。のけ者にされている状態といってもいいと思います。なぜでしょうか。米国の占領下にあったことが関係しています。占領が終わったいまでも、その影響が続いています。

米国では助産婦がナース・ミッドワيفで看護助産婦です。看護の分野は疾病モデルが中心になっています。病気になった人をどのように助けるか。それとともに、医師の指示に基づいてどのように動くかが看護教育の中心になっています。これに対してヨーロッパでは助産婦が中心から外れたことはありませんでした。いつも産科医とは対等な立場でと

もに働き女性の自然な出産を担ってきた職種でした。

米国の影響を受けて、米国式の看護婦助産婦という制度になったわけです。しかし現在では米国も含めてそうしたシステムをもっている国は少しずつですが、やめようとしています。助産婦と看護婦を分けて教育するのが流れになっています。

なぜ、こうした問題が重要かといいますと、現在ではすばらしい研究、EBMがあるからです。それは、ほとんどの女性は医療介入のないローリスクのお産を比べてみると、助産婦がお産に付き合ったほうが安全である、という調査です。

CDC (Centers for Disease Control and Prevention)の調査によると、いろんなお産を全部調べ、リスクグループを全部除いて、ローリスクのお産だけを見ると、助産婦がケアした群と医者がケアした群では、前者のほうが死亡率も低く、合併症も少ないという結果でした。

日本での問題の一つは、現実には日本のお産は科学的証拠と臨床で行われていることに非常に大きな乖離があるからです。例えば、陣痛の間でも女性は自由に食べたり飲んだりしてもいいということが調査では分かっているが、日本の病院でほとんどそうさせない。またエビデンスは剃毛・浣腸は科学的に見ると何も根拠はありませんし、むしろそれをしないことが感染率が下がるとさえ言われているにも関わらず病院ではルーチンに行われている。また心音の計測もすべてのお産に必要なとはされないという十分な証拠があるにも関わらず、日本の病院ではすべての女性につけているところもある。会陰切開も、調査によるとすべてのお産で必要になるのはせいぜい10%、もっと多めに考えても20%を越えてはいけないという調査結果になっているが、80%を越える女性に行う病院もあると聞いています。

25年前に砕石位はお産にとって最もふさわしい姿勢ではないということを証明しました。なぜかというと、背中を下にすると赤ちゃんへの血流も酸素も減ります。重力を使っていないので、赤ちゃんが下降してくるのもむずかしくなります。出産の時は寝かせるのではなく体を起こした体位が好ましい。こうしたことは日本ではどうでしょうか。

想像してみてください。女性がお産で病院に行くと、食事もおされずに、剃毛されて浣腸されて、仰向けに寝かされて、切られて。これは要するに婦人科の手術の処置なわけです。病気ではないはずの女性に婦人科手術を施しているというようなお産になっているということです。

別の研究によると、産まれた赤ちゃんはお母さんの胸に抱かれることが一番いいと言われています。お母さんと赤ちゃんを絶対に離してはいけません。つまり新生児室には入れないほうがいいのです。日本の病院ではすぐお母さんから離されてしまいますが、新生児室というのは20世紀の小児科学が生んだ最も大きな誤りだと思っています。新生児室に赤ちゃんを入れるから感染が起きたりします。あるいは母と子のアタッチメントを少なくします。

ヨーロッパでは、お産の時に女性たちは食事をすることができずし、寝てお産をする

ように言われませんし、必要があればお風呂に入ることも許されます。もちろん剃毛も洗腸も行われません。赤ちゃんが生まれたらすぐにお母さんのお腹の上に乗せられます。これがヨーロッパの現状ですが、日本ではどうでしょうか。

先日、日本を代表する14人の産婦人科の方たちとゆっくりお話をする機会がありました。日本の現状とエビデンスとのギャップやWHO (World Health Organization)の勧告についてでしたが、大変に残念ながら、こうしたものを拒否したい意向でした。

産科の先生方は、WHOの勧告は発展途上国向けにできたものではないかと質問されました。私はこの勧告を作る基礎となった会議を組織する立場の一人ですが、これは先進国向けだったのです。そうすると日本の先生たちは、日本の女性は状況が違うと言います。でも、私としては日本の女性は宇宙の他の星に住んでいるわけでもないのに、同じであろうと説明しました。

なぜ勧告に賛成しないのかというと、日本ではEBMに基づいた処置をしようとするのが困難なのは、女性が望むからだという。不本意ながらそうしなければならないといえます。じゃあ、そうした研究がされているのでしょうか？ 医療管理のお産を女性が望んでいるというデータがあるのでしたら見せていただけないでしょうかと言ったら、それはないとおっしゃっていました。

私が若い医者だったころは、“Trust me, I am a doctor.” (私は医者なのだから、私を信じなさい)と言ったことが確かにありました。そうした時代はもう終わったと思います。医者は特別な存在ではなく、同じ人間だからです。

医師が「女性が望むから」と言っていることのほとんどは、医師が望むからにすぎないと私は考えます。1つの例では、ブラジルでは帝王切開率が90%を越える病院さえあります。そうした病院の医師は、女性がそうやってくれというからだと言っていました。最近のヘルスサービスの研究者たちは女性が何を望んでいるかをデータにしました。そうすると、ブラジルの女性は本当は帝王切開ではなく自然な出産を望んでいることがわかりました。それでも帝王切開をされることがわかりました。医師が、これこそが女性の望むところだと言ったらデータを見せてくださいという必要があるのではないのでしょうか。

日本の産科医の先生方と話して気づいたことの一つは、日本ではお産に関わるデータがきちんと記録されていないようだということです。きのう厚生省の助産婦さんに会ったのですが、日本の大きな目標は周産期死亡率を下げることだと言われた。日本よりもっと低い国があるからです。妊産婦死亡率を下げようとするなら、きちんとした調査をしているのでしょうかと聞きました。個々の死亡ケースを調査しないと現状がよく分からないのです。でも厚生省は調査していない。このことは、日本ではお産に関するあまりよいデータが蓄積されていないし、研究されていないことがわかりました。

EBMで大切なことは、それが確認されるまでは、ある処置や薬剤を使ってはいけないということです。1930年にはお産の際にエックス線かけることがふつうでした。骨盤の大きさなどをみるためです。25年後に調査が行われて、出産の時に放射線をかけられた子ど

もに癌の発症が多いことがわかりました。アメリカでは、かつてジェチルスチルベテロールという薬剤が（切迫流産用に）使われたことがあります。それによる奇形の発生がのちになってわかりました。さらに70年代にはサリドマイド事件が起きました。

治療やケアを考える際には短期的影響だけでなく長期的影響を調べる必要もあるのではないのでしょうか。例えば妊娠出産期に母親に行われたことが長期的にどんな影響があるのでしょうか。また赤ちゃんの脳は弱い状態ですから、ダメージを受けやすいので、シビアなことでもなくともADHD(attention-deficit/hyperactivity disorder)や自閉症への影響が考えられます。ですから国立公衆衛生院院長がそうした点での研究を始めたいというのは非常に意味があります。この研究ではお産の際に超音波が使われたかどうか、腰椎麻酔が使われたかどうか硬膜外麻酔が使われたかどうか。自閉症などは原因が分からないからです。

日本のお産が医療化されてきた、医療の枠組みの中で行われるようになったことは二つの重要な結果を生んでいます。一つには日本の女性からお産の経験、つまりお産を通じて女性がエンパワーされるような大きな経験をすることをできなくなったことです。女性が自分のからだを信じることができなくなります。自分の母としての力を信じ、自分の体と向き合うことができない。医師を信じることになってしまう。

二つ目ですが、別の研究によると、赤ちゃんをお母さんからすぐ離してしまうと、子どもに虐待をする率が増えるとされます。また虐待された子どもは大人になった時に別の虐待を増やすといわれます。お産をやさしいものにできないかと思います。

日本をこれからどうしていくべきでしょうか。EBMがもっと尊重されるべきですし、そうした質のよい研究がなされるべきでしょう。私が先生方に見せた時はあまり気に入らなかったようですが、助産婦やメディア・政治家、人々に直接流すこともできます。そうしたルートを通して人々に届くと、いろいろなことに気づくでしょう。

各国で行われた調査を日本でも繰り返すことは重要です。そうすれば日本は違いますが言えなくなります。たとえばいろいろな国で助産婦は安全なお産のケア提供者であるといわれています。日本でもこうした調査を行いましょ。

医師の中にはこうした研究に反対する人がいることでしょう。自分のやっていることと科学的成果にギャップがあることをはっきりさせるのを恐れる人が多いのは理解できます。でも公衆衛生の研究者にはこうした研究をする役割があるのではなんでしょうか。

私は過去にいろいろな国で公衆衛生の仕事をしてきました。多数のことをみてきました。私がそこで学んだことは、公衆衛生の研究者は医師の怒りを買うのではないかと、恐れている方が多いということです。それにより自分で失業してしまうのではないかと思います。医師自身が調査をするときには、医師はプライベートクラブに属しています。そのクラブの中では部族への忠誠を果たさないとクラブにいることはできません。

出産に関する研究の危険性。つまり、死、セックス、出産この三つは、それぞれの社会文化との結びつきが大きいのです。つまりその社会の権威に逆らうという意味合いが出てくるために、むずかしさがあるのです。でも本当の意味での公衆衛生の研究をしていただ

きたい。勇気と強さをもって、自分の仕事を信じて、裸の王様は裸であると声を上げていただきたいと思います。

添付書類

1. データ収集シート（産科データ）
 2. エントリー質問票
 3. フォローアップ予定表
-

1. データ収集シート(産科データ)

1 ID. No. ()

2 インタビュー年月日 ()年 ()月 ()日

3 インタビュー日の産後日数 産後()日目

4 インタビュー場所 ①A助産所 ②M助産所 ③K助産所 ④Y助産所
⑤K病院 ⑥自宅 ⑦実家 ⑧搬送先
⑨その他 ()

5 インタビュー時間 ()時()分 ~ ()時()分

6 出産年月日 ()年 ()月 ()日

7 出産時間 ()時 ()分

8 出産場所 ①A助産所 ②M助産所 ③K助産所 ④Y助産所
⑤K病院 ⑥自宅 ⑦実家 ⑧搬送先
⑨その他 ()

9 年齢 ()歳

10 既往歴 ①なし ②あり
→「なし」の場合は、20へ

11 循環器系疾患既往歴 ①問題なし ②高血圧症 ③心疾患 ④その他()

12 泌尿器系疾患の既往例 ①問題なし ②膀胱炎 ③腎臓病 ④その他()

13 消化器系疾患の既往歴 ①問題なし ②胃潰瘍 ③十二指腸潰瘍 ④その他()

14 肝臓・胆嚢疾患の既往歴 ①問題なし ②肝炎 ③胆のう炎 ④その他()

15 呼吸器系疾患の既往歴 ①問題なし ②肺炎 ③喘息 ④その他()

16 婦人科疾患の既往歴 ①問題なし ②子宮筋腫 ③卵巣脳腫 ④その他()

17 内分泌系疾患の既往歴 ①問題なし ②甲状腺疾患 ③糖尿病 ④その他()

18 外科疾患既往歴 ①問題なし ②虫垂炎 ③骨折・外傷 ④その他()

19 その他の既往疾患歴 ①問題なし ②内容()

20 不妊治療の経験 ①なし ②治療経験あり ③治療で今回妊娠

21 妊娠・出産時の健康状態 ①健康 ②疾病罹患中
→「なし」の場合は、29へ

22 妊娠出産に合併<高血圧症> ①問題なし ②合併

23 妊娠出産に合併<糖尿病> ①問題なし ②合併

24 妊娠出産に合併<子宮筋腫> ①問題なし ②合併

25 妊娠出産に合併<卵巣嚢腫> ①問題なし ②合併

26 妊娠出産に合併<甲状腺疾患> ①問題なし ②合併

27 妊娠出産に合併<喘息> ①問題なし ②合併

28 妊娠出産に合併<その他> ①問題なし ②内容()

29 産科暦<妊娠> ()回

30 産科暦<分娩> ()回

31 産科暦<死産> ()回

32 産科暦<自然流産> ()回

33 産科暦<人工流産> ()回

34 産科暦<子宮外妊娠> ()回

35 産科暦<胞状奇胎> ()回

36 妊娠経過の異常 ①なし ②あり
→「なし」の場合は、44へ

37 妊娠経過中の<切迫流産> ①なし ②あり

38 妊娠経過中の<切迫早産> ①なし ②あり

39 妊娠経過中の<妊娠中毒症> ①なし ②あり

40 妊娠経過中の<妊娠性糖尿病> ①なし ②あり

41 妊娠経過中の<胎児発育不良> ①なし ②あり

42 妊娠経過中の<胎盤の異常> ①なし ②あり

43 妊娠中の<その他>の異常 ①なし ②あり()

44 感染症の有無 ①なし ②あり
→「なし」の場合は、52へ

45 HB抗原 ①マイナス ②プラス ③検査未

46 HB抗原抗体 ①マイナス ②プラス ③検査未

47 HCV ①マイナス ②プラス ③検査未

- 48 STS ①マイナス ②プラス ③検査未
49 ATL ①マイナス ②プラス ③検査未
50 HIV ①マイナス ②プラス ③検査未
51 その他の感染症 ①なし ②あり()
- 52 RH(-)妊娠の有無 ①なし ②あり
- 53 身長 () cm
54 妊娠中の体重増加 () Kg増
- 55 今回の出産の在胎週数 ()週 ()日
56 分娩所要時間 ()時間 ()分
- 57 胎位 ①頭位 ②骨盤位 ③横位
- 58 分娩様式 ①正常分娩 ②吸引分娩 ③かんし分娩 ④予定帝王切開
→「正常分娩」の場合は、69へ ⑤緊急帝王切開 ⑥無痛分娩
- 59 異常分娩の適応<高齢初産> ①なし ②あり
60 異常分娩の適応<前回帝王切開> ①なし ②あり
61 異常分娩の適応<CPD> ①なし ②あり
62 異常分娩の適応<出口部狭小> ①なし ②あり
63 異常分娩の適応<骨盤位> ①なし ②あり
64 異常分娩の適応<前置胎盤> ①なし ②あり
65 異常分娩の適応<回旋異常> ①なし ②あり
66 異常分娩の適応<分娩遷延> ①なし ②あり
67 異常分娩の適応<胎児切迫仮死> ①なし ②あり
68 異常分娩の適応<その他> ①なし ②あり()
- 69 出産時に使用した麻酔の種類 ⑧使用せず ②局所麻酔 ③陰部神経麻酔 ④硬膜外麻酔
⑤脊椎麻酔 ⑥全身麻酔
- 70 分娩開始時のリスク ①問題なし ②あり
→「問題なし」の場合、80へ
- 71 <高齢初産> ①なし ②あり
72 <前回帝王切開分娩> ①なし ②あり
73 <児頭骨盤不均衡> ①なし ②あり
74 <妊娠中毒症> ①なし ②あり
75 <胎盤の位置異常> ①なし ②あり
76 <羊水の異常> ①なし ②あり
77 <胎児発育不良> ①なし ②あり
78 <その他> ①なし ②あり()
- 79 ダブルセットアップの有無 ①なし ②あり
- 80 分娩第3期までの異常 ①問題なし ②あり
→「問題なし」の場合、88へ
- 81 <微弱陣痛> ①なし ②あり
82 <過強陣痛> ①なし ②あり
83 <回旋異常> ①なし ②あり
84 <胎盤早期剥離> ①なし ②あり
85 <児心音の異常> ①なし ②あり
86 <異常出血> ①なし ②あり
87 <その他の異常> ①なし ②あり()
- 88 分娩第4期の異常 ①問題なし ②あり
→「問題なし」の場合、93へ
- 89 <弛緩出血> ①なし ②あり
90 <創部からの多量出血> ①なし ②あり
91 <癒着胎盤> ①なし ②あり
92 <その他の4期の異常> ①なし ②あり()
- 93 出血量 () ml
- 94 破水の状況 ①自然破水 ②人工破水
95 羊水混濁の有無 ①なし ②あり
- 96 裂傷の有無 ①なし ②I度 ③II度 ④III度
⑤IV度 ⑥腔裂傷 ⑦頭管裂傷 ⑧その他()
- 97 会陰切開の有無 ①なし ②あり

| | | | | |
|-------------------------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| 98 会陰縫合の有無 | ①なし | ②あり | | |
| 99 クリステレル圧出法実施の有無 | ①実施せず | ②実施 | | |
| 100 陣痛誘発・促進の有無 →「使用せず」の場合、109へ | ①使用せず | ②陣痛誘発 | ③陣痛促進 | |
| 101 薬剤<オキシトシンの点滴> | ①実施せず | ②実施 | | |
| 102 薬剤<プロスタグランディンの点滴> | ①実施せず | ②実施 | | |
| 103 薬剤<マイリスの静脈内注射> | ①実施せず | ②実施 | | |
| 104 薬剤<座薬の使用> | ①使用せず | ②実施 | | |
| 105 薬剤<経口薬の使用> | ①使用せず | ②実施 | | |
| 106 処置<ラミナリアの使用> | ①使用せず | ②実施 | | |
| 107 処置<メロの使用> | ①使用せず | ②実施 | | |
| 108 処置<コルポの使用> | ①使用せず | ②実施 | | |
| 109 追加的処置<母体への酸素投与> | ①実施せず | ②実施 | | |
| 110 追加的処置<胎盤の用手剥離> | ①実施せず | ②実施 | | |
| 111 追加的処置<輸血> | ①実施せず | ②実施 | | |
| 112 追加的処置<子宮内清掃術> | ①実施せず | ②実施 | | |
| 113 分娩時の<その他の処置> | ①実施せず | ②実施() | | |
| 114 分娩開始後の母体搬送の有無 →「なし」の場合は、117へ | ①なし ⑤2日目以降搬送 | ②陣痛期に搬送 ⑥その他() | ③分娩第4期搬送 | ④産後1日目搬送 |
| 115 搬送先 | ①1次医療機関 | ②2次医療機関 | ③3次医療機関 | |
| 116 母体搬送の理由 | ①早期産 ⑤出血 | ②児心音の異常 ⑥分娩による裂傷 | ③羊水の異常 ⑦本人の希望 | ④分娩遅延・停止 ⑧その他() |
| 117 児の性別 | ①男 | ②女 | | |
| 118 児の数 | ①単胎 | ②双胎 | ③品胎 | ④()胎 |
| 119 児の体重 | ()g | | | |
| 120 身長 | ()cm | | | |
| 121 頭囲 | ()cm | | | |
| 122 1分後アプガースコア | ()点 | | | |
| 123 5分後アプガースコア | ()点 | | | |
| 124 発育状態 | ①AFD | ②SFD | ③LFD | |
| 125 出生時の児の状態 | ①異常なし | ②新生児仮死 | ③その他() | |
| 126 奇形の有無 →「なし」の場合は、128へ | ①なし | ②あり | | |
| 127 奇形の内容 | ①多指・合指症 ④その他() | ②ヘルニア | ③咽頭口蓋裂 | |
| 128 先天性疾患の有無 →「なし」の場合は、130へ | ①なし | ②あり | | |
| 129 先天性疾患の内容 | ①ダウン症 | ②代謝異常 | ③その他() | |
| 130 出生時の児へ羊水の吸引 | ①なし | ②生後直後のみ | ③蘇生処置 | ④気管内洗浄 |
| 131 出生時の児への酸素投与 | ①なし | ②マスクで投与 | ③挿管で投与 | |
| 132 出生時の児への心マッサージ | ①なし | ②あり | | |
| 133 児の搬送の有無 →「搬送なし」の場合、134へ | ①搬送無し | ②1次医療機関へ | ③2次医療機関へ | ④3次医療機関へ |
| 134 搬送の時期 | ①生後直後 ⑤生後24時間以内 | ②生後2時間以内 ⑥生後48時間以内 | ③生後6時間以内 ⑦生後72時間以内 | ④生後12時間以内 ⑧その他() |
| 135 児の搬送の理由 | ①新生児仮死 ⑤黄疸 | ②奇形 ⑥その他() | ③先天性疾患 | ④感染症 |
| 136 新生児期の状況<ケアユニット> | ①ナーサリー | ②NICU | ③搬送先 | |
| 137 新生児期の状況<呼吸管理> | ①異常なし | ②酸素投与中 | ③挿管で呼吸管理 | |