

という討論の続行ということが1つ議題になっています。やはり医療側の安全性というのは、普通にいろいろ出ているけれども、助産所分娩でのデータがなかなか集まりにくいということになりまして、助産師会の方で、いろいろと努力していただいているとは思いますが、何かそっち方で、そういうデータができましたか。

●助産所出産のガイドライン

岡本(助) 今、徳島大学の竹内先生と助産師会で共同で調査票等検討しておりまして、秋に研修会も兼ねてこちらの方に来ますので、できるだけ早く進めたいということで、今その準備をしております。

あともう1つ、厚生労働省の方の看護職員確保対策事業として、ここの委員の先生方のなかにも何人か出席していただいています。開業助産師と病院とのネットワーク推進のための検討会を開催しました。5回だけなんですけれども、これから話題になってきます嘱託医、あるいは嘱託医療機関、あるいは嘱託医のなかで、もう少し詳しい約束の規定等の検討会です。今年中にその5回の協議の結果を整理して、報告書を作っていきます。ここでも、具体的にこれを検討してほしいということが出せますが、この作業の最中です。

それから、徳島大学の青野先生たちが平成13、14年度で、厚生科学研究で出してくださいました「助産所における安全で快適な妊娠・出産環境の整備の研究」で、助産所の扱うべき適応症リスト、あるいは搬送が必要になってきたときのガイドラインとして、正常分娩急変時のガイドラインの基準を出していただいております。これをこれから普及しながら、その実践に努めたいということです。

助産師会では安全対策室を開設して、9月5日から週1回ですが、助産所を利用する一般の方、あるいは開業助産師から、助産所活動等に対しての問題あるいはクレーム等、相談したいことを専任で受けています。一般の方々からの助産所に対するクレームなども前向きに受け止めていきたいということで、始めました。

司会：橋本 ネットワーク推進のための検討委員会、これも今年度中に提言にまとめて報告書ができるんですね。非常に大きなポイントです。青野先生が委員長の厚生科学研究、これはもう、できていますか。

岡本(助) はい。できています。関係のある開業助産師に特に普及徹底させていきたい。

司会：橋本 これはこの協議会にとっても、非常に大きなポイントになると思います。分娩管理、産婦人科医会、母親の満足度調査の3つを併せていけば何か形として出来るのではないかと考えています。

朝倉(産医) 1つ関係しますが、診療所に関する分娩の安全性ということに関しては、助産師会の岡本さんが出してくださいました青野先生の案のなかに病院、診療所、助産所の母体搬送のガイドラインの項目があります。それと当医会の清川副会長が中心になっておつくりになったガイドライン、それも統合していかなければいけないと考えておりますので、診療所とか病院に対する安全性の確保というのは当会としてやることです。それから周産期医療のネットワークなども更に追求していくことによって、病院、診療所を含めた安全性の確保と、それを支援していく。それに対して助産所も、そこに入り込めるようなシステムをつくっていくというのが、この幹事会の言葉になっていくのだらうと思います。

司会：橋本 そうですね、開業産婦人科にしましても、少しずつお産をやらないところが出てきています。その辺を含めた搬送マニュアルが重要です。もう1つ、助産師会にお願いがあったんですが、連携の診療所、それらの何かデータというものはまだでしょうか。

岡本(助) 最初の助産所分娩のデータですね。これは、まだこれからです。

司会：橋本 また、重複すると思いますが、産婦人科、助産院と病院との連携が行われているモデル地区という話がこの前出しましたが、これはどうですか。進んでいるようなお話は聞かれていますか。

岡本(助) あとで、山本が来ますのでお話しします。以前、報告した山本さんが関わっているところの病院

とは進んでいるのですが、もし別のところを考えているのであれば、ちょっとそれはまだ決められないです。

司会：橋本 分かりました。安全性と快適性に関する討論の続行ですが、安全性というのはほぼ大体具体的に揃っていますが、快適性というものがはっきり出てくるデータの的なものというのは非常に難しいと思いますけれども、研究データで助産師会の方から何かそういう意味でのものはありますか。快適性というのは実はこんなものなんだと、具体的にこうなんだと。

岡本(助) 青野先生の研究で、そのテーマを1つ取り上げてやってくださったところがあります。ちょっとまい形では出なかったのですが、もしあれば、次にそのデータとかも提出させていただきます。

●バースプラン、快適性の中身の議論を

司会：橋本 そうですね、これは明確に表すということが非常に難しいですね。医療者側、助産師側からの観点で、今までもそういうように進められてきたと思いますが、今回は一般のお母さん方のもつ満足度、快適性ともものすごく関係してくる。そういうものも、やっぱり盛り込んでいかなければいけないかなというのが、今までとちょっと違うかもしれません。やはり教科書的なものでない、これをどうそこに盛り込むかということなんですが、厚生科学研究費補助金、子ども家庭総合研究事業、医療研究報告書で、埼玉の渡部先生が調べています。「利用者の立場から見て望ましい出産のあり方」ここでもそのデータは結構たくさん出ておりまして、お母さんたちから見た助産所の問題点、あるいは大病院でのお産の問題点とか、そんなものもデータとして一応出ています。その辺をやはりディスカッションに入れていって、実際にもう出てきているものを解決していくことを、入れていかななくてはいけないのではないかと思います。

そのなかで、この会で1つの提案がありましたのが、バースプラン。それから分娩周辺の快適性があります。分娩周辺の快適性というのが、部分的にちょっと異様な形で起こっているものがありますね。助産院としての快適性と、それから開業産科における快適性、これもちょっとニュアンスが違う意味で進められている変化があるのも現実です。例えばある町で、医院を新しくしてグッチの部屋とか、シャネルの部屋とかそういう風な形で、すごい豪華さを競うような、そういうニュアンスでの快適性。もちろん豪華さも快適性の考え方の一つでしょうが、ポイントをちょっとずれたといいますか、そういう面も多分にあると思います。

快適性そのものの理解も少し煮詰めていけなければいけないと思うんです。新しい考え方が出てきたのがバースプランという言葉です。実際に現場で先生方がやられているケースも、もう出てきているんです。しかしその先生方も、正しい意味でバースプランをまだ理解していなくて、ちょっと混乱している面もありますので、これもきちんとした形でここで皆さんに御理解をいただいて、正しい提案をしていかなければならない。これもこの前、お話しされたところでした。杉本先生、バースプランについて御説明ください。

●バースプランは母親の要望を受け入れるだけでは不十分

杉本(母) 資料として、日赤で使っているバースプランをつくるための用紙を配布させていただきました。それと、お産を終えたあとに書いていただくバースレビューを、資料として出してあります。

日赤では、数年以上前にこの用紙を使って、バースプランというものを聞いてはいたんですが、当初はむしろ顧客満足度を聞くアンケート調査的な意味で始めているんですね。でも、段々意味が違ってきて、これはもっと大事な内容を含んでいるんだということで、最近は大分取り組む姿勢が変わってきました。

それは何かといいますと、単に母親の要望を受け入れるというだけのものでは、不十分であると。それはバースプランを考えるきっかけに過ぎない。

例えば、いろいろな産科の処置が、会陰切開はいやだとか、点滴はいやだとか、そういういろいろな要望が出てきますけれど、それは出産のときのいろいろな医療処置に対する要望を出していただいているだけに過ぎない。それを基にして、医療者側と十分話し合って、納得のうえで、その医療処置をまた受け入れていただくと、1つのインフォームド・コンセントとして十分活用していかななくてはいけないのではないかと思います。

先ほど言われたように、満足度ということは、単なるアメニティだけの問題ではなくて、個人的にそれぞれ

れのニーズは違うものを持っていらっしゃるの、そこにはやはり、主体的にお産に取り組んでいくという姿勢を尊重しなくてはいけないのではないかと。ここが1番基本かと思うんですね。妊産婦の主体性を尊重するという形で、それに医療者側が専門家としてアドバイスを与えて、より良いバースプランをつくっていただくという形を考えていこう。妊娠・出産を、むしろ赤ちゃんを中心とした視点で、新しい命をどういうふうに迎えるのかという家族としてもっと考えていただく。ですから、母親、父親に、出産というものを正面からもっと向かい合って考えてくださいよ、というきっかけにもしたい。

それから、医療者側がいろいろな処置をルーチンとしてやっているんだけど、それをもう1つ見直して、新しい命を迎えるうえで、我々はどういうふうに対応してあげたらいいのかという視点で向きあおうじゃないか、ということで、バースプランというものを、妊娠・出産、それから育児へ結びついていく、赤ちゃんを中心とした家族の対応、医療者の対応とがぶつかり合う1つの接点としたい。最近バースプランというものに対して、相当時間を使った診療内容に変わってきました。これはまだまだ不十分だとは思いますが、それは納得のできる満足の行くお産というのに実際的に非常に結びつく形になってきています。

ですから本当の快適性とは何かといったときに、リスクもいろいろ違うんですが、そのリスクをよく理解したうえで、納得のできる出産、そういう環境を提供する。これは単なるアメニティだけではなくて、医療者側のコミュニケーションということが大事な内容になってきます。そうした形でバースプランを考えていこうじゃないか、というのが、快適性の確保として考えていくべき内容ではないか、というのが今の流れです。今、一医療機関としては、やってはいますけれども、これはもっと産科として広くこうした取り組みを考えていただきたいというのが、1つの提案の理由であります。

司会：橋本 医療者側からのマニュアルというのではなくて、御家族、お母さん、お父さん側からの満足という意味からのバースプランの考え方です。いかがでしょうか。

朝倉(産医) 安全性とか快適性とかはずいぶん話し合ってきたので、そのようなキーワードはよく分かってきたと思います。僕自身がバースプランというのをどう考えているかというと、これは妊婦の心のケアということをもっともっと日常的にしないといけないということですね。ただケアが大事なんだよというだけでなく、具体的な診療のなかでどうやって生かすかということをもみんなで考えようというのが、安全性と快適性という言葉のなかで、それが新しい分娩になるんだということだと思えます。アメニティなどは、それぞれの病院、施設によって違いますし、顧客を引っ張る力というのは病院の努力によって違う。まず大事なことは、分娩を取り扱う人は、妊婦のケアというものを医学的な知識と一緒に考えていく、それがバースプランとして大切だと思いますが、ただ、杉本先生がさっきお話ししたようなバースプランをみんなでやっていこうというのは、まだまだ産科をやっている医療者側としては無理があると思えますよね。快適性という言葉がなかなか分からないと思えますね。僕らにしてもこんなに何回も話したから分かるようになったと思えますね。絶対、分かるようになかなかならないですよ。

「よりよいお産のために」にもバースプランについて書いてありますけれども、ここでは、分娩の同意書の形、ひな型ですね。9頁、10頁。これは9頁で説明書を妊婦さんに見せて、10頁でその同意書をとる。同意書まで取るのは、なかなか難しいと思えますけれども、少なくとも説明書ということぐらいは、具体的にはみんな妊婦さんに対して渡して、それを話し合っていくなかで、先ほどお話にあったようなバースプランや心のケアとかいうものを考えながら、分娩の処置ということをお話しするチャンスも出てくると思うので、具体的にはこんなところがとっかかりかなと考えています。

杉本(母) やっぱり主体性を尊重するという、そこが1番キーワードだと思うんですね。説明の同意ということの内容のなかで、それがいかに生かされるかということじゃないかと思えますね。

●バースレビューの持つ意味

堀内(母) 日赤から、バースプランとバースレビューと両方ペアで出していただいていますけれども、バースレビューというのは、ものすごく重要な意味をもつと思えますね。例えば、私たちのいるような大学

病院では、それこそハイリスクを扱う病院だから、総合病院だから、あるいは大学病院だから、安全にお産ができる、あるいは生まれた赤ちゃんに何かもしおかしなことがあったら、それに対応できる、そういう選択をされている方が非常に多いですね。退院のときになって聞いてみたり、あるいは産後の1カ月健診で聞いてみると、それはもちろん選択の理由だったけれども、実際お産してみたらどうかという話だとか、それから例えば私のいた西部病院では、母乳育児を一生懸命やっているんですけども、最初に来たときにはそんな病院ではないと思っていたというんですね。実際に産科でのケアを受けながら、お産をされていって、それで初めて、この病院はこういう特質を持っていたんだと、そういうような変化が出てくるのが非常にたくさんある。私たちが安全確保のために幾つかのインフォームド・コンセントを取っていくというのは、もちろん大事なんですけども、そのなかで、お産を提供する側がどういう姿勢でいるかというのを分かっていたら、その結果どういってお産を組み立てていくかというプロセスが出てくると思うんです。

ところが、お産が終わったあとに、その問いかけをしないと、自分たちがやっていることが見えなくなってしまう、そういう側面があります。開業の先生方は、そういうことをよく気になさっていると思うんですけども、その意味で、大きな組織のなかになればなるほど、こういう考え方というのは重要なことだと思うんですね。それが快適性とか満足度ということになっていくと思うんですけども。そうしないと、自分たちが提供しているものは、どういう意味があるのかというのは、こちらの提供する側が少し迷うことがあって、なかには突出したような医療事故に近いようなことが起きてしまったときに、それに対する対応にばかり追われてしまう。そのへんまでを含めて、この課題というのはあるのだという気がしています。

司会：橋本　非常に具体的なこういう意見をおっしゃっていただきましたが、いかがでしょうか。

前村(産医)　このバースプランは妊娠のどの時期に、誰がどんな状況で話をなさっているのでしょうか。

杉本(母)　妊娠9カ月くらいの頃に、この用紙にバースプランを書いていただいて、次の健診に来たときにそれを出していただく。担当のドクターが目を通して、医療処置などに関する説明が必要な場合は、そこでまたよく説明をする。

前村(産医)　外来をやりながらですか。

杉本(母)　そうです。このやりとりは妊婦外来のなかです。特に妊娠の後半、9、10カ月で行われていく内容です。外来で見ていたドクターが立ち会えばいいんですけども、必ずしもそうではないですね。特に大きな病院になればなるほど、健診のドクターと立ち合いドクターが変わっているということがあります。そうすると問題が起きるのは、会陰切開についてできるだけしないでくださいという話し合いがなされているのに、突然当直のドクターが来てパチンとやる。これはかなり後でいろいろなクレームが来ることになる。そのプランというものをシステムとして、全体が共有化した認識を持っていないといけない。ですから、必ず当直のドクターは、このバースプランの用紙によく目を通してお産に立ち会う形にはなっています。それを見たうえで、補足の説明があれば、したうえでの医療行為をする。割と時間がかかりますけれども、そういう必要なことを要求される形になってきます。

バースレビューは、産褥の1週間の入院中に出して退院していただきます。こちらが予想しないような感謝の言葉をいっぱい述べられることもなくはないんですけども、クレームとして、こんなはずじゃなかった、という内容のこともあります。それを基にして担当の者たちが反省をし、システムとしてまずいところは、そのなかでまた検討していく。反省の材料として、バースレビューは利用させていただくシステムです。

前村(産医)　レビューの方は時間的余裕はあるけれども、バースプランは外来のなかで行うときに時間がかかりませんか。

杉本(母)　時間がかかります。だからドクターと助産師と協力でやって、ドクターの説明が不十分で補わなくてはいけないのは、助産師に時間をかけて説明していただくようにまわします。

前村(産医) 某地方に2~3週間前に行ってきましたが、そこでも問題になっているのは、やはり産科の医者がない。少ない。そうすると診療に時間を余りかけていられない。1人でたくさん見なくてはいけない。現実に僕も大学にいても、人がいなくて、まず時間かけられないです。そうなるのであれば、こういう話をゆっくりできるか。僕らの場合は、助産師が相談室を設けていますので、そちらにまわしていますが、これを全例となると、おそらくそっちもパンクするでしょう。厚生労働省の方もいらっしゃいますが、言いたいことはマンパワーの不足です。快適さや安全性の確保が不十分なのはそこから招いているのではないかと。それが充足されれば、おそらくゆっくりした話もできるだろうし、、、。

杉本(母) 健診はフルに来た場合は10数回になります。後半の2回ぐらいを具体的な処置に関して御説明をする。その時間をなるべく少なくするために冊子があります。うちの病院はこういう考えでお産に取り組んでいます。こういう場合に会陰切開は必要になります。浣腸、剃毛はこういう場合にいるんです。

帝王切開はこういう場合になりますよと、いわゆるガイドブックのようで病院の考え方や提案もなかには入っている。それを妊娠の母子手帳を貰う頃にお渡しして、不十分なところは健診のなかで補う。総論的な病院の考え方をまとめたものがまず前提としてある。それでないとな時間の節約ができない。

前村(産医) 多分、僕もそうかなと思いました。虎ノ門病院は今もあると思いますが、本があって、分娩の前に読んでおいて、最後にサインするようなのを僕もいただいたことがあります。それを見ますと、やはり事細かに書いてある。やはり何かをやっておかないと、突然こうことをやってもできないだろうなと思います。それから妊娠の4カ月ぐらいから、母親学級を受け始める頃に、少しずつ小出しにして、最後にこういうことがありますと前もって言うておいて、まとめていくのではないかと思います。

杉本(母) そうです。最初に、クリティカルパスのような外来妊婦健診での行程表、スケジュール表というのを渡してあります。この時点でバースプランを考えましょう。この時点でこういう検査がありますと。それがあって、いろいろな処置を説明する1つの冊子があって、それでこのプランの用紙がある。

前村(産医) やはりその辺がないと、これをぱっと1枚でというのはまず、答える方も答えられないということになってきてしまて。

●バースプラン導入にはスタッフの共通認識が必要

杉本(母) はい、ただそれはスタッフの共通認識が当然いるんです。その冊子をつくる過程でもその共通認識をスタッフができるように、ディスカッションしたうえで作りました。さらにそれをどう活用するかということをもたディスカッションして、ということの繰り返しがないと、実際にどのスタッフも共有してやるということはできないんです。そういう準備も時間がかかるし、実際の外来も時間がかかる内容です。ただそれだけ時間をかける価値のあるものだと思ってやっています。

前村(産医) そういうものがあれば、開業で1人でやっている産婦人科医会の会員であっても、これを参考にしてやってくださいとできる。何かがあれば、それを利用してできるかなと、質問しました。

杉本(母) 具体的にはそれは重要なことです。ただそのときに、やっぱり基本的な意識の転換が少し必要だと思います。主体性を尊重する姿勢で取り組むということ自体に関しても、従来の考えのまま延長線を行ったら、なかなかできません。ちょっと発想の転換がいるんじゃないかなと気がします。いろいろな資料を作る過程でスタッフの意識を変えていくということも、実質的には重要な意味を持つことです。

司会：橋本 助産院では、活字はないけれども行われてきたものですね。数字としては出てこないかも分からないけれども、このレビューから快適性とか満足性というものを、助産師さんは捉えている。

杉本(母) 助産所や診療所でもお産が多い、いわゆる、はやっているといいですか、そういうところでは、

こういう顧客満足に対するいろいろな試みはかなり前からなされていますね。

司会：橋本　どうしても数字にこだわってしまう。これは数字は出ないけれども、1つの国民運動として、お産する側の満足度を吸収しようというポイントでもあります。臨床の場でこれを進めていければ、ということなんですけれども。大学病院とかそういうなかで、どうなるんでしょう。進めていけるんですか。

杉本(母)　僕はできると思います。

朝倉(産医)　明日のことを考えると、外来が常に予約が30何人、これを9時から始めて何時に終わらうと。その日に出血だ、何だと来ると時間はとられる。またその手続きだのなんだで、もうそのなかでゆっくり説明はまずできないだろうなと思っています。それで今お聞きしたんですけれど。

杉本(母)　チームとして補い合った形をつくっていかないと、個人の努力ではかなり難しいと思います。

木下(産学)　主体性を尊重するというのはどういうことなんですか。よく分からないです。

杉本(母)　昔は、「安全に無事であれば私はそれでよろしい、お任せします」という姿勢の方が多かったんですけれども、最近は、「私はできるだけ自然のスタイルで、いろいろな医療処置はいやです」などと、いろいろな要求をもった方がいらっしゃいます。それはそれで要望として一応受けたうえで、それに対して、フォローとしてのいろいろな医療処置に対する御説明をして、それを理解したうえで選択をしていただく。チョイスの手を妊産婦の方に一応与えるという意味で、主体性の尊重があると思うんですね。

こうなさいというよりも、御自分で努力していただくことはアドバイスする。それからこちらで選択肢を並べて選んでいただくという意味の主体性ということですね。健康は自分で守るんだという意識を育てていただくというヘルスプロモーションの考え方だと思います。ヘルスプロモーションは健やか親子21の精神の1つでもあると思うんです。妊娠の経過中に子どもに対する意識、自立したものを育てていく。それが1つの主体性ということに結びついてくる内容だと思いますね。あくまでもこちらはサポーターであるということで、御自分で考えて、御自分行動していただく、そういうことを育てるという意味で、主体性と考えているんです。

木下(産学)　まあ、いいなりになるというわけではありませんが、そういう言葉だけが一人歩きをしますと、極端ないいかたをすると、いいなりになると誤解される。

杉本(母)　はい、それは言葉の説明がまずいと思いますね。

●主体性の尊重とはどこまでか、判断が難しい

木下(産学)　「あなたにとって、これが本当はいいと思いますよ」というところまで、僕らは言います。「いや、それはそうではございません、それは私はいやでございます」というのは、もう勝手な話なんです。医療行為について何も知らない人たちがいうわけですから。その意味で主体性を尊重という意味は、言い換えれば「言いなりになります」ということにもつながる話です。そうではないというのは分かりますけれども、言葉として、ちょっとそんなニュアンスがあります。

助産師の先生方はどのようにお考えが分かりませんが、極端なことを申しますけれども、終始一貫しないではないか、一体どうなったのかというぐらいバラエティにとびすぎてしまう。それでも満足なのか。そういうようなことが一人歩きするような気がします。例えば医療行為を1つとっても、全部情報を与えれば選べるのかというと、選べっこないです。ある程度プロとしてこれだけ学んできた我々ですから、色々なケースを知っていますから、サジェッションを与えるという意味で、どうですかというニュアンス、重要性というのは認識していてももらったうえでの、主体性という言葉になっていくという気がしますけどね。

杉本(母) 1つのやりとりの時間を十分かけるということが、実質的にはまだ十分なされていない。最終的には、お任せしますというと同じことになるかもしれないんです。ただその時に、いろいろな情報をやりとりして納得したうえでという、そこが大事だと思うんです。

木下(産学) そのことだと思うんです。つまり、情報を与えて、そこでコミュニケーションをはかるということが足りなかった。でもそれは今、そういうことではなくて、お話しをしましょう。情報を与えましょう。納得をしていきましょうというプロセスが1番ポイントではないかと思うんですよね。余り主体性、主体性ということ強調するのもどうかな、という気がするのです。

もう1つ、ベースとしまして、お産というものはどうだということがあります。ほとんど9割が大丈夫だろうというものの認識に対しての対応と、本当にこれはハイリスクでありますというのとは違ってくるはずです。その辺のところから話をきちんと分けていかないと。一般的に正常分娩になりそうだということにおいては、実は何をやったっていいんですよ。極端な言い方をすれば、1人で行って産んでくることだってかまわないわけですから。最後にちょっとサポートして、満足できたというようなことなので、ある程度皆さま方が、こうしたいというのでもよからうという範囲のものではないと思います。しかし、やっぱりハイリスクでありますと、これはこうなんだということを明確にした話をしなせんと、根本的なことを間違うと思いますね。そのへんのところから話をしてもらわないと、という気がいたしますけれども、どうですか。

杉本(母) うちはかなりハイリスクのパーセンテージが高い。年齢だけからいっても、4人に1人は35歳以上です。40歳以上も5%ですから年に100人ぐらいは、40歳以上のお産です。ハイリスク分娩管理費として料金を少し変えてあります。それは御自分で、「ハイリスクとして認識していただくことも必要だし、対応もそれなりに手がかかりますよ」という意味もあります。そのハイリスクに関しては、個別的に当然の説明があるわけですね。何もない人とハイリスクの人を比べたときに、よりハイリスクの方が時間をかけて御説明して、納得する、主体性のある診療をすることは当然時間がかかってきます。

木下(産学) よく分かりました。申し上げたいことは、安全性と快適さという話のときに、いつも快適性、快適性ということを強調されますけれども、もちろん快適性というのは考えなくてははいけませんけれども。やはりハイリスクというのは、いろいろな配慮をしたうえで、結果として良かったから問題なかったわけですよ。快適性のことも含めまして、そんなに何でもかんでも両方満足させるものはないんですよ、お産のなかには。そのへんのところは、明確にしておいてもらいたいなということが1つありますね。

それからもう1つ、快適性ということですが、何もしないことが快適かということ、そうではない。お産そのものに何が快適があるのか。あんな苦しいことをなさった方は、本当に、苦しいことを満足する方もいらっしゃるかもしれませんが、痛くなくて全く順調にいく方がいいという方もいらっしゃいますよ。そうすると、無痛分娩ということはこういったような快適さのなかに、どういう位置付けがあるんですか。

杉本(母) 無痛分娩も1つの選択としてあります。

●快適性は幅広くみて、患者さんの満足度をみることでないか

木下(産学) そういったようなことも含めまして、快適性ということ、ただアメニティだとか、患者さんと我々とのコミュニケーションだけではないものもあるので、もうちょっと幅広く見ていただきたいなということもあります。快適性のなかには、例えば収縮が弱かった、じゃあ点滴をして薬を使って、結果としていい陣痛になったから順調にいきましたということも当然あるわけですね。それだって結果としてみれば快適な話なんです。考え方です。満足度ですから、本人としてはそれでもよかったという人はいるかもしれないけれども、あとは話し合いですけどね。そういった意味では、快適さという言葉自体が非常におかしい。

杉本(母) 先生、ちょっと違うと思うんですね。適切な処置をするということの問題は、これはまた別の問題です。ですからその異常が出ても、その異常の経過を自分で納得したうえで受け入れていくということ、そういう過程が大事です。先ほどいわれた医療者とのやりとりの過程で納得しながら、それを受け入れてい

くという、そのステップが大事だということなんです。

木下(産学) それはもう、当然やるからにはそういうことになるわけです。快適という言葉からしますと、痛くて苦しくて、もうとにかく大変な思いをするということが本当に快適かと。そういう話し合いだけで満足して、自己満足にすぎないのではないかと……。

杉本(母) 満足というのは、先生、それはある程度やむを得ないところがあります。

木下(産学) 何を言っているかと申しますと、そういう意味での快適性というような話にしましても、単にアメニティだとか、コミュニケーションだけの問題ではない。むしろ快適ということは患者さん、妊婦さんが満足するかということがすべてだと思うんです。痛かったけれども、自分の主体性うんぬん、何かしたいということの通りになった。これはもう満足だったからよかった、ということなのであって、安全性と快適性ということを2つ対等に行っているということ自体が、本当にこれでいいの、という気がします。その辺も踏まえて、もう一遍考え直してもらいたいと思います。

杉本(母) 満足のなかには、その安全という要素が必要条件でして、入ってきます。

木下(産学) 絶対条件です。その辺のところを、先生方、助産師の方々がどのようにお考えになっているかということを知りたい。病院であれ、個人の開業の先生であれ、我々は、真剣で皆気持ちは同じなんです。子どもの育児のことにしまして、妊娠中、あるいは分娩のときのケアというものが影響するというようなお話がありました。そんなことも含めて1人の妊婦さんを真剣に考えております。そのときに、快適性だとかいうものが一人歩きするなんていうことはもってのほかだと思うし、ですから安全ということベースにしたうえで、どうやって患者さんが満足するかということの視点というのが、より合理的ではないかなと思います。それを分けて考えるのはおかしいのではないかな。

杉本(母) いや、分けているわけではないと思いますよ。というのは、必要条件として安全ということがありますよね。でもそれは十分ではないんだと。十分ではないことの内容に、快適性、満足度ということの内容が1つとして大きな要素として入ってきている。そういうことですから。

木下(産学) 必ずしも安全の為に快適ではないこともある。そういうことも含めて申しあげているので、両方どっちを取るかではないんですよ。当然そっちを犠牲にしないでいけないときもあるわけです。

杉本(母) 犠牲という状況はあるかもしれませんが、当然それは両立する内容もあるわけですよ。

木下(産学) それはもちろん、そういうことにしてもいいですけども。

杉本(母) 必要にして十分な満足度というのを、どう得られるかというのが、この課題だと思うんです。

木下(産学) それはあくまでも総論的にはいいんです。でも各論的には今のことがあるわけですので、余り総論的な話ばかりしては……。皆そうやっているはずなんですよ。

杉本(母) やっているはずなんだけれども、顧客満足といいますか、妊産婦の声を聞いたときに、大病院では余りにもその満足度が低いのではないかとということです。

木下(産学) それは、個々の問題ですから。

杉本(母) ここが問題として取り上げられているから、今それを議論することになったわけですよ。

木下(産学) いや、私は議論するのがいけないとは申しません。もう1つは、もっと根本的な問題としま

しては、さっき人材の不足ということがありましたけれども、妊娠中に1人のドクターが診る。ところが分娩のときになると変わってしまう。助産師の方々はみんな最後までみるんですね。これはものすごいハンディキャップなんです、医師と比べたら。開業の先生はそれができるかもしれませんが、大病院ではまず変わります。そういうことをやっている、まずドクターが倒れます。それはもう無理は話なんです。

満足度という点、あるいは快適性ということでもいいかもしれませんが、医師は助産師の方々と比べて大変なハンディキャップがあるわけですね。しかも安全ということを考えれば、たくさんドクターがいるほうが安心だということから、そういうようなことは犠牲にしているわけですよ。本当はこの先生に診てもらいたい、お産もとってもらいたいというのは当たり前なだけけれども。いろいろなファクターがあるので、余り各論的になりすぎても困りますけれども、ハイリスク、ローリスクをそれぞれ対象にしたときに、全く同じではないものがあると思いますので、分けて話をさせていただいた方がいいかなと思います。

司会：橋本 先生のおっしゃっていることは、ほとんどこの中ではコンセンサスが得られているのではないのでしょうか。助産婦さんにしても安全性を無視して快適性が一人歩きすることは絶対あり得ないことです。

●満足度と快適性のすり合わせ

堀内(母) 例えば、ハイリスクで入りますね。そうすると命を助けていただいたことが最大の快適性になる、満足度という言葉にもなりますけれども。だからそういう意味での安全性と快適性というのはオーバーラップしている面もある。けども、木下先生がおっしゃるように、全く離れた概念としてもあり得るわけですよ。けども先生がおっしゃった満足度ということからいうと、それこそ死ぬかもしれないような状態で運ばれてきた方が、医療が全力をあげて助けた場合には満足度が高いわけですよ。そういう意味での満足度もやっぱりあると思うんですね。それは快適性だと思うんですね。それが、多分最大の快適性だろうということで、周産期の医療は今まで成り立ってきたわけですよ。私たちが提供できるのは、そういう命を救うことが最大のことです。そういう思いで僕たちはやってきたんですけれども。

先生がおっしゃったように、ところが一方では、非常にローリスクでそれこそどこへ行っても当たり前産めるような方がいる。そのときにハイリスクのモデルのなかで、ローリスクを扱ったときに何が起きるかということだと思うんですね。先生がおっしゃるように、大学病院のなかでは、例えばハイリスクを扱うだけと限ってしまえばいいのかもしれませんが。でも現実にはそうではないですよ。ローリスクの方もいらっしゃる。そうすると、1つのモデルは、助産所での満足度というのはどこにあるのかなということ。それを大病院でやっていくには、先生がおっしゃるように、1人がずっと診ればいいのかという発想がありますが、それはできないわけですから、それに代わるシステムをどうやって提言するかということだと思うんですね。そこまでいけば、この課題が終結すると思いますけれども、先生がおっしゃるように、マンパワーの不足で実はできないことがたくさんある。

そうすると、周産期の医療のその次のモデルとして、大きな病院でのモデルはどういうふうやっていくべきなのか。助産師の外来は大分つくられてきましたけれども、そのときに周産期の保健指導を、どこまで助産師さんと医師側が連携してやっていくかというのは、大病院の課題だと思うんですね。その辺までも含めて、快適性というのはあると思うんですよ。例えば、1人の医者が全部やるということは不可能に近いわけですから、そうすると大きな病院での快適性は、どういうところに行き着くかというのは、1つの課題だと思うんですね。そういうディスカッションを実施したいと思います。

木下(産学) 分かりました。決して否定するのではないです。要するに、ハイリスクであれ何であれ、妊娠の経過というものにおいてはそんなに変わらないんですね。むしろハイリスクと思われる人たちの方が、より真剣に対応するかもしれませんが、お互いのコミュニケーションも密に働くでしょう。ただ分娩が最後としてあるときに、それすらも快適性だ、どうだこうだということになりますと、それは現実的には難しい話です。総論的なことというのは、おそらくその妊娠期間中の、先生方のおっしゃった、コミュニケーションをはかるというレベルでは、そんなに変わるはずはない。だけど少なくとも、十把一絡げに分娩も産褥もすべてひっくるめてこういうものだというだけでは、違う部分が絶対にあるはずなんです。今まで聞いてい

ますと、快適さという話ばかりになっているんですよね。実はそれは全くローリスクだけの話じゃないかなという思いがあったものですから、あえてそういうことを申しました。

堀内(母) もう1つは、リカバリーがあると思うんですね。例えば僕は小児科医ですから生まれた赤ちゃんを扱うわけですね。自分がハイリスクになってしまって、ぎりぎりのところでお産をされて、そういう方が入ってくるわけですね。そうすると小児科側は赤ちゃんのケアをしながら、出産された方、褥婦さんたちのリカバリーを扱っている面もあるんですね。だからそういう意味では、大きな意味での連携になって来ると思うんですね。だからその辺まで考えないと、ハイリスクで終わった人は、みじめなお産でそれこそ快適性はゼロだということになる。そんなことはなくて、産褥期に、あるいはそれ以後のケアをやっていくと、もう1回こっちへ戻ってきて、ハイリスクのお産をやっている方も満足が出てくるんですね。ですから、そういう意味での連携というのは重要な課題だと思います。

杉本(母) 先ほど、いろいろハイリスクを分けてというようなお話がありましたけれども、実質このバープランのシステムをやっている、母体搬送で来て、途中から入院されてきて、それで短期間でお産になってしまった方の場合には、そういう経過が全く欠落してしまうケースが出て、マイナスが出てしまっているんです。外来で10数回来ている人の場合には、リスクに関しての話とか、あるいは出産から先の育児までを見通したうえでのいろいろなケアの話が段階的にできるんですけれども、母体搬送で来たときは、そこが欠落して安全ではあったけれども、非常に不満足な形で終わっていることがある。今、我々の課題としては、そういうハイリスクで来た人たちに、どのようなふうにしたらカバーできるかと、実際に課題として取り組んでいることなんですね。ですから、分けて考えるというよりも、そういうふうなケースの場合にもどうしたらそれが補えるかというのが、実質的には課題になるということです。

木下(産学) そうですね。

●自分で産んだわが子を受け入れられる環境を作ることが快適性ではないか

永山(母) 私は医療に直接携わっておりませんけれども、母親の立場や取材者の立場から言いますと、きれいな病室ですとか、豪華な部屋ですぐすということが快適とは限らないと感じています。私が今、母乳の会に関わりながら感じているのは、快適性というのは自分の妊娠・出産を自分で受け入れて、自分の赤ちゃんを向き合って育てられる気持ち、体になることだと思うんですね。木下先生がおっしゃったように、ちょっとつらいことも自分で我慢できる。すぐ目の前の快適ではなくて、妊娠・分娩・産後の長い間に自分の子どもを受け入れられて、育てられる力の基本をつくるのが「分娩、産後の快適」だと私は解釈しています。だから、私たちの母乳の会で、生まれてからすぐ赤ちゃんと一緒に過ごしましょうと言っていますが、それはつらいというお母さんもいるかもしれないんです。けれども、実はそれがその後につながる、自分が子どもを受け入れられるためにそれが必要なんだと感じられるかどうか。

赤ちゃんが別室にいた方がお母さんは楽だという人も結構いると思うんですけれども、それをそのまま受け入れるのではなく、プロとしてだったら、もうちょっとここのところは、母子関係がうまくいくんですよってあげることも必要で、快適さというのは、目の前だけの快適だとは私は理解してはいません。

木下(産学) いや、それは非常に大事な御指摘でね、ですからそうすると尚更、快適性という言葉が表に出るのはおかしい話で、今のようなお話になりますと、そういうことが目的だとすれば快適性ではないですよ。快適性という言葉から、その言葉は出てこないですよ。だから今、御説明になったようなことの内容であるような形にしないと、おかしいですよ。

永山(母) 厚生労働省が快適性につけた理由を私も聞きたいなと思うくらいなんですけれども。

木下(産学) 言葉尻をつかむわけではないけれど、快適性という言葉は問題としてはあります。こんなお

産は二度としたくないという人もいます。だけど、おっしゃるような視点から、本当に良かったと、母性を育てると申しますか、そんなことで、患者さん方とのコミュニケーションが出来上がっていく。本当に良かったというのは、これは快適性というような言葉ではないはずなんで、満足度かあるいは本当に何でしょうかね。そのことを一言でいうなら、分かりませんけれども。何かそういう言葉を、ぜひ厚生労働省の先生方、お教えいただけませんか。考えてください。主旨は分かりますがこれは我々が考えてみても安全と快適さは対極にあるような気がするんですね。やっぱり言葉としてはおかしい話です。

●エンパワーメントを含む概念としたらどうか

堀内(母) 厚生労働省がエンパワーメントという言葉が最近よく使うんですね。今ディスカッションされているこの快適性は、お産を自分の力で乗り切って、それで自分の人生を組み立てていく。そういう意味での、女性にとっての健康という視点でのエンパワーメントの場を産科の医療のなかに求められているんだということだと思うんです。

木下(産学) それは非常にわかりやすいですね。

堀内(母) そういう意味だと思うんですね。僕たちがずっとディスカッションしてきたのも、その内容なんです。快適性というと、さまざまなニュアンスが含まれていて、それこそ先ほど橋本先生がおっしゃったように、グッチの部屋が快適なんだ、そういう捉え方もあるけれども、そうではなくて、この健やか親子21で取り上げられているのは、女性たちが母親となっていくその力をどうやって産科の医療のなかで引き出していかうか、あるいは周産期の医療のなかで与えていかうか。そのなかには、超低出生体重児を出産された方たちも、どうやってそれを乗り切る力を与えていくかという、広い意味だと思うんですね。

木下(産学) 非常に大事なお話だと思います。そうなりますと、尚更のこと、自分の好きなようなことをすることが、今言ったようなことにつながらないはずなんですね。そんなのはもう、非常にマイナーな話です。ですからそんなことを満足させることに中心を置くような対応することは、これはおかしい話です。もっと次元の高いところでのことを、医者であれ、助産師の先生方であれ、すべての同じようなケースにおいてもらっては困るという気がします。少なくとも今までの話は、出てくることはその話ばかりですもの。ばかりとは申しませんが。例えば剃毛はいけませんとか、浣腸してはいけませんとか……。

杉本(母) それは全体としてのほんのごく一部にすぎない内容です。

木下(産学) あとは受け止め方ですから、そういう思いを我々が持ったところで、どういうふうにそれを理解するかは、妊婦さん次第です。

杉本(母) 全体のなかで、非常に些細なことだけれども、それをもって非常に医療機関にたいする不快感などを表現されることも、それも現実としてあるということです。

木下(産学) あります。それはね、僕は、そんなことを許すことはおかしいという考えです。

杉本(母) 許すというよりも、それを十分説明したうえで、いかにして受け入れるかということですよ。

佐藤(産学) おっしゃるとおりで、やっぱり1番大切なのは、自分で産むんだ、自分が関わって子どもを育てるというその気持ちを持った人間にさせる。それが教育なんです。ここでそんなことをいうよりも、もっと違うところでやってもらいたい問題だけれども。我々がみんなでそういう人たちをもっとよくさせるためのアシストを、どういうふうにすれば、その精神的なものが育むために、具体的には何をしたらいいかということを考えればいいのでは……。

杉本(母) それが、パースプランなんですよ。

佐藤(産学) でも先生ね、1 番問題なのは、そういうふうに行けるような人はやる必要ないんですよ。本当に問題が起るのはこういうことも書けない人で、そういう人をどうするか、救ってやるかということです。どこでチェックして、どういうことをすれば、この女性は自分で子どもを産むという気持ちになるかです。そうすれば我慢もするだろうし、そういうことが分からなければ、何をしたいというときに、あなたはどちらを希望しますか、が言えない。それは知っている人だったらちゃんと答えられるけれども、知らない人からどうしたらいいか分からないうちに、結果が悪くなれば文句は言うし、よくなったとしてもこんなもんだというぐらいの格好になるんです。だから 1 番大切なのは、自分で産んで自分で育てていくというモチベーションをしっかりと持っている女性でない人を、どこで拾って、どういうふうアシストすればそういうふうな道に行くかということを考えた方が、僕はこの健やか親子 21 というのにはいいと思いますよ。

僕は、普通のたいがいの人は自分で育てるように頑張りますよ。自分で産むというのではなくて、親、お祖父ちゃん、お祖母ちゃんが、わーっとやるものだから、なんだか自分が何にもしなくても産めるかもしれないと考えている人がいる。そういう人たちが、こういうことを意識できないからおかしくなるのであって、私はそういう落ちこぼれの人を救う道をどういうところで、我々はアシストできるのかということをやった方がいいような気がするんですけども。

杉本(母) 落ちこぼれだとか、よく考えられないかどうかというのは向こうの声を聞かないと分かりませんよね。まず、それを聞きましょうということです。

佐藤(産学) バースプランを僕は悪いとは言っていないよ。時期としてはもうちょっと前じゃないと。

杉本(母) 里帰りとかいろいろ特殊な出産を希望されとか、あるフォームに乗らない人たちもたくさんいるわけです。それは妊娠のかなり早い時期で母子手帳をもらった段階ぐらいから、当然まず 1 回目のそういう話し合いというのはあります。具体的な出産内容に関する最終的な詰めは、先ほど言ったこのバースプランの形になるのです。妊娠してからの行程表をおくというのをお話ししましたよね。前段階で、そういうものもあるんです。いずれにしても、医療機関に来た人には、全員にまず聞く姿勢というのは必要です。

佐藤(産学) それを読んで、この人はどのぐらいの能力があるのかということ把握できるようなことに変えていかないと、やっぱりだめだと思います。

杉本(母) それも把握できますよね。

●母子健康手帳にバースプラン用紙を組み込む

堀内(母) 例えば、施策としてやるんだとしたら、母子健康手帳の 1 ページに妊娠中に自分がどんなお産をしたいか書く欄を刷り込む。妊娠記録ということになる。実際に各医療機関は、朝倉先生がおっしゃるような、あるいは杉本先生がおっしゃるような形でやらざるを得ないんですけども、産む方たちの意識付けも必要です。というのは、日本人というのは健康を考えるチャンスを失っている国民だと思うんですね。外国の方たちは、自分の命を自分で守るような意識が結構強いと思うんですけども、日本はお任せしていれば何とかするという気持ちが強い。いろいろなことで問題が起きていますけれども、そうではなくて、自分自身の健康を考えるチャンスを増やしてあげよう。そのなかに周産期のことも考えよう。ここで合意ができるんだとしたら、厚生労働省の母子手帳の改訂の段階で入れていく。子どものことについては結構書く欄があるんですけども、妊婦さんについては書く欄が非常に少ないんですね。それも提言は出来ると思うんです。

ただ、バースプランを実現させる医療機関が、どのぐらい妊婦さんとディスカッションして組み立てていくかということだと思うんですね。実際にはその背景にある思想性がものすごく重要で、産婦人科医会なりが、それを親身になって考えてくれる、具体的にやることだと思うんですけども。バースプランというのは、自分のお産を考えようということです。健やか親子 21 は国民運動ですから、それを広くやる必要がありますと思うんですね。先生のおっしゃるように、落ちこぼれはどんなことをやっても出るけれど、だけどもし

このバースプランがあるとすると、それをはさんで、おまえ落ちこぼれているんじゃないか、というチャンスがちょっと増えるのではないかと思うんですね。それが多分本当は医学的な問題だとか医療の問題ではなくて、国民運動としてやる意味だと僕は思うんですけれども。

永山(母) 私も今、地方の産婦人科へ行くことが多いのですが、先生がおっしゃるように、バースプランといったら、「えー、うちの方のお母さんたちなんか、書かないよ」と言われます。確かに、一般の人たちに、どういうお産をしますかといったら、答えられないかもしれない。つい先週も、結構意識的なお母さんたちが行くある助産院に行ったのですが、そこでも、あなたはどういうお産をしたいですかと聞いても、答えられない人も結構いるというんですね。私たち女性が、自分たちの体を知るチャンスというのは少ない、特に多分20代の人たちは、赤ちゃんを抱いてみたりすることはないと思うので、この時期しか、母親になれる教育というのはないんです。今、先生はもっと前の方での教育と言われましたが、女性が体が変わっていく過程じゃないと、母親としての実感として浸みとおっていかないとと思うんです。中学・高校のときの家庭科の教育など、みんな聞いていないですし、今、産婦人科で、赤ちゃんの抱っこ体験とか、どんどんされていますけれども、女性自身が妊娠・出産の教育をされているという実感としてないと思うんですね。ですから、実際に体が変わっていくときにやった方がよいと思います。

多分、女性が母親になれるチャンスというのは、この妊娠、それから分娩のときなんだろうと思います。昔は地域社会があって、いろいろな人が教えてくれたんですけれども、今は全く教えられる人がいない。私たちが本で書いていますけれども、「妊娠は健康です」と、いつも書かれていますよね、どこでも。でも、病院ではリスクはあるんだ、というところが前提ですけれども、一般のお母さんたちには、健康なことですよというのが、イメージとして入っていますから、何もしなくていいと思う。そこで教えてもらわないと、女性が母親になれない時代なんじゃないかなと、最近特に、感じているんです。日赤に行く人は多分違うかもしれないけれども、バースプランの用紙をもらっても、えーっというお母さんたちがいっぱいだと思いますが、ここの場じゃないと女性たちが教育される場所がないんじゃないかと感じています。

佐藤(産学)僕は、さっき言ったようにこれが悪いとは言っていない。その書いた人の字を見て、その字の汚さとか、漢字が間違っていたり、この人はどのくらいの教養があって、どのくらいこの内容をすれば、この人はどういう気持ちでお産に望んでいるかというのは、字をみれば分かるんです。そういうところを、読解する人間がきちんといるか、そこが大切で、そのチャンスをどこでつくるかということも大切だと言っているんです。僕は、これをだめだとは言っていないよ。書けない人はいっぱいいます。でもそこが、大切でそれをいかに具体化するかという部分にかかっているのだと僕は思います。

●「いいお産がしたい」という漠然とした答えが多い

朝倉(産医)「どんなお産がしたいですか」に対して、「いいお産がしたい」という答えがほとんどです。

杉本(母)千差万別ですけどね。どのくらいお産に対して考えてきている、あるいは、いろいろな知識をもっているかというのは、すぐそこで読み取ることはできます。

朝倉(産医)それを書いてくる人、それからいっぱい書く人、書けない人、それを見て、ちゃんと話をし、やっぱりコミュニケーションをとるとというのがすごく大事なことだと思うんです。そんなこと分かっているとみんなおっしゃいますけど、大学病院へ来ている妊婦さんには、ささいなことが分からずに、外来へ来て何も聞かずに帰っていく。母親学級などで質問を受けると、便秘で苦しんでいます、どうしましょう、というようなことばかり聞く。そんなの外来で全部やらなければいけない。我々、多分何もできていないというのを非常に強く感じるんです。それは教科書にも書いてあることではないし、コミュニケーションをとって話しを聞くのはリスクが高くて、低くても当たり前のことです。ただ、我々はそういう教育というのは全然受けてきていないし、診療のなかに生かされていない。それをちょっと改善するチャンスというのを、このところでやるのかなと、僕自身の解釈しているところです。

僕は、母親学級のときに質問を受けて、こうやって書かせて、それをカルテに貼って、それを受け持ちに見せるということをやっていますけれども、これは大した変わりは何もありません。だけど、関係は多少違って来るだろうと思っています。我々は昨年度は、快適性という言葉は心の安全性というように解釈して、考えましたけれども、やっぱり多く見えてはこない心というものを扱っていかうとすると、医学から離れるような感じもしますけれども、むしろとても満足していますよ。

司会：橋本 助産師会の方から何かないですか。

山本(助) 昨年4月ですが、横浜の中心部の中区で病院をオープンするに当たって、開業助産師の技法を、満足度の高い技法を、ぜひ病院で取り入れることはできないだろうかという話がありました。私たちが手伝えることでしたら全面的に協力させていただき、準備段階から話し合いをしました。一般の病院ですから、助産院のように主体的に意識をもってお産に臨む人たちが集まってくるわけではないんです。職場に近いからとか、それから中心部にあるからとか、きれいだからとか、単純な理由で来ているわけです。外来のドクターは日々変わるわけではないのですが、数人が担当していますから、お産のときには今まで自分を診ていた先生以外のドクターが立ち会うこともありますし、それから、助産師も外来の助産師と病棟の助産師は全く違いますので、その辺では一般的な病院と全く何ら変わりはないわけなんです。

最初にここの病院のシステムや、どういうふうなお産をここではしますというような説明を、毎回妊婦健診のたびに十分にしていきます。母親教室のときには開業助産師が関わり、それから病棟の助産師が関わり、あるいは外来の助産師が関わっていくなかで、段々と気持ちを育てていくといいますか、妊婦さんが自分が産む、積極的にお産に取り組んでいく姿勢がどんどん芽生えていくという過程がよく見えてきます。その主体性という言葉は簡単に使ってはならないというようなことがありましたけれども。

母親はお産に向けて体を作ったり、気持ちの準備やその他の準備を整えるわけですが、そこに働くスタッフの意識改革というのが1番大切なような気がします。病院だからできないということではなくて、そのバースプランのなかで、例えば浣腸、剃毛、導尿、それらのことは私たちは、特に問題には全くしていないんですね。浣腸や会陰切開をする、しないということではなくて、したとしてもそれは満足度の高いお産になり、例えば帝王切開になったとしても、例えば鉗子分娩になったとしても、それを受け入れて、そして満足をする。それで、その後の育児にちゃんとつながっていくように、私たちが関わりをもっています。

そこに勤務する助産師は全員、同じ意識をもっていますので、スタッフ同士で大切な部分がすれ違うということはありません。病院だからできないとか、大きな組織だとできないということではないとは思っています。そこに働くスタッフの意識がとても大事なことで、分娩を多く扱っているところでも十分に満足しているお産がたくさんあるわけですから、やはりどこかで何かを変えなければいけないというスタッフの姿勢が、私は1番大切になってくるのではないかとと思っています。

●妊娠中90%以上が母乳を望み、1カ月では40%との母乳率という現状

司会：橋本 快適さという言葉よりも、エンパワーメントに近いのではないかという感じを持ちました。先ほどから、木下先生からもいろいろとお話がありましたが、先生のおっしゃったことは当然のことで、よく分かります。それをここの皆さんはベースとして、コンセンサスとして持っているのですが、ここに出てくる言葉が部分的なものになるから、そういうふうに御理解いただいたのかも分かりませんけど。安全性というのは絶対的なものですから、それを無視して快適性はあり得ない、エンパワーメントもあり得ない、という理解をお持ちいただきたいと思います。

それから、もう1つ、言葉の問題です。快適さですけども持っている内容は、先ほど言いましたエンパワーメントとか、満足度とか、そういうふうなニュアンスで進めていく。もしこの言葉を変えられるとしたら、どういう言葉に変えていくか。途中であるいは変えていいのか。この言葉をそのまま使うとなれば、当然木下先生から御指摘のあったような言葉を説明として、やっぱり入れておかなければいけないと思います。ただ、エンパワーメントをそのまま使うとなると、日本語は「安全性とエンパワーメント」ちょっと語呂が悪いかということで、何かいい言葉があったら、またそれもお伺いしたいと思っています。

快適性が、個々の場面のみに出てくるということでしたけれども、今は快適性ということ、エンパワーメントというニュアンスで受け取っていただきたいんですけども、この安全性と快適性の両方を入れていただいたというのは、厚生労働省の1つの意図はあるのでしょうか。幹事に母乳の会が入っているということに、そこにまた1つのエンパワーメントという意味が含まれていたと思うんですね。厚生労働省の1つのお考えでしょう。ただ妊娠・出産の安全性と快適性の分野に、何で母乳の会を入れてくださったのかということです。後でまた、堀内先生からお話していただきますが、分娩も妊娠も産褥も、流れの1つとして、とっていかうということだと思います。

今、お産も変わってきています。世界で一番赤ちゃんが死なないという国になりました。ところがNICUのなかでも意識改革が起こってきました。小さい赤ちゃんが半年も保育器のなかに入れておいて、帰っていった。その赤ちゃんが家に帰って笑わないという現実がありました。当然、医療者はみんなマスクをして半年その赤ちゃんと対面しているわけですから、命は助かっても笑わない赤ちゃんを家に返していた。それで、NICUのなかでも変わってきました。いわゆる救命から後遺症なき生、さらにはインタクト・サバイバルですね。それから満足度、快適性、それも含めて、変わっていました。昔だったらNICUのなかに、家族なんか入らなかった。今はほとんど家族も入れるようになり、マスクも取られ、そしてカンガルーケアが行なわれる。保育器のレスピレーターが付いている赤ちゃんを出して、抱きしめてあげる、というふうに医療のなかでも変わってまいりました。これもお母さん、家族からの要求の運動の1つでもあったと思います。

僕らのやっている母乳も、ある意味ではこれは国民運動です。現実には、お母さん方からの声が大きくなって、今、母乳推進がすごく表に出てきました。しかしある町では、妊娠中に93%のお母さんが産まれた子どもをおっぱいで育てたいと思っているのに、実際に産まれたあと、19%まで下がっているんです。ここなんですね。これを国民運動としてどうアピールしていったらいいか。お母さんたちの93%はおっぱいでやりたい。医者も助産師さんも医療者も9割以上がもちろん母乳がいいと知っている。現実には19%に下がる。医療者のお母さん方への指導、教育、そして逆にお母さん方から医療者へ教育、啓蒙してもらわなければいけない、そういう面も現実にある。そういう意味で国民運動ということを理解していかなければいけない。

今、バースプランというのを御理解いただいたと思いますし、これはやっぱり進めていく方向に行きたいと思います。内容的にはまだ納得いかないかもしれませんが、これはコンセンサスを得たものとして御理解いただきます。その次に、今言いました妊娠、出産、産褥期をとおして母親への転換をさせるものは何か。第2課題のなかで、これはすごく大事なポイントになります。今まではお産というものに、主に重点をおいていただきましたけれども、その考え方を少し、堀内先生からお話いただきます。

●母乳育児の支援は母親になっていくプロセスを支えること

堀内(母) 僕たちは医療者ですから、対象となる患者さんや妊婦さんやあるいは赤ちゃんを考えるときに、生理的な側面と行動的な側面とそれから心理的な側面で捉えていると思います。生理的なひずみを直そうという意識が強いのが医療の現場だと思います。ところが、産む方にしろ、あるいは産まれた子どもにしてみると、実際には行動面を見ているわけですね。その背景に踏み込んでみると心の動きがあり、それが絡み合いながら出産をされて産褥期を過ごされて、それで母親になっていくプロセスがあると思います。

そのなかで、生理的な面からのアプローチやどう心理を調和させるかについては、バースプランという形で出てきましたけれども、次には、それを支える産褥期が問題になってきます。女性たちは子どもを産んだあと、どうやって母親になっていくのか。子どものいない母親というのはないわけで、考えてみると子どもが存在しないで母親になることは非常に難しいだろう。そういう意味で、いかにお母さんと子どもの間柄を親密にさせて、この子は私が産んだから私だけの赤ちゃんなんだという受け入れの気持ちを持てるようになるか。子ども自身も激しい出産というストレスが加わりますから、そのなかで新しい存在としての母親とどうやって結びつきをつくっていくかというのは非常に重要なことだと思います。今、さまざまな形でその後の問題として起きてくるような虐待の問題、子育てがうまくいかない、育児不安などはその原点である妊娠、出産、産褥期、そこまでに立ち戻ることが要求されている時代になってきたと思うんです。

橋本先生がおっしゃったように90数%の人は母乳で育てたい。だけど実際にはそこまで行かないというの

は、何かしら幾つかの問題を抱えているんだろうということになります。ほとんどの女性は、多分 90 数%の方は母乳で自分の子どもを育てられると思いますけれども、それを乗り切る力がない。昔は当たり前のように母乳育児をやっていましたから、どこへ行っても母乳育児を推進してくれる。隣のおばさんであれ、あるいはお祖母ちゃんであれ、母乳を押してくれたけれども、それは昭和 30-40 年代に一時期なくなってしまったわけですね。そうすると、それを支えること自体が周産期の課題だろう。虐待防止という考え方から保健所で育児の状況を見てそれをチェックするというシステムがつくられていますけれども、それが最近注目されているのが本来は虐待は予防するものであって、それは、自分自身が母親になっていくプロセスで、自分自身の子どもであるという自信を持たせるということだという視点です。

そういう意味では周産期というのは注目され出しました。母子同室や母乳育児というのは、母親が自分自身の体の変化に直面せざるを得ないものです。自分自身がこの子がお乳をあげることで落ち着いていくんだと実感し、自分の子どもを見つめる 1 番いいチャンスだと思うんですね。

実際には先ほどのお産の問題と関連しますが、安全性は医師や助産師や看護婦が、産婦さんと赤ちゃんを別々に観察した方が医学的に捉えやすいということで、母子異室という制度がとられてきました。

今まで私は母子同室の病院で仕事をし、今度、川崎の本院に変わりましたが、ここは完全母子異室です。お産をされた方たちと産褥期に話をすると、母子同室の母親はものすごい質問量なんです、閉口するぐらい。ところが実際に母子異室では、お母さん、自分の子どものことについて質問ないですかと言っても、まだ分かりませんとほとんどない。分からないまま出発するからうちへ帰って問題が起きている。

そう意味で、産褥期に僕たちが何を提供できるかと考えると、1 番手っ取り早いのが母乳を勧めてあげることに。と同時に母子同室にして、自分の子どもや子どもと向き合ったときの自分の心に向き合うチャンスを作ってあげることは、まず大事だろう。それが母子同室と母乳育児の原点になるんだと思うんです。実際にはさまざまな体の変化を抱えながら、思いどおりにならない子どもを抱えながらいくわけですから、そうすると継続した支援をしないかぎりには母乳育児はできないわけです。現実には持ち上がってきているのは何かとお母さんたちの話を聞くと、結論的に言いますと、産婦人科医が母子同室や母乳育児に余り関心がない。出産後は、1 カ月、2 カ月、3 カ月になると、小児科医からそんなに母乳にこだわらなくてもいいよ、と言われる。母親たちが非常にとまどっている状況が見えてくるんですね。

これはある意味では、現代育児の根本的な問題と、非常にオーバーラップしている面が強い。母乳育児を支えるということは、ある意味ではお母さんがお母さんらしくなっていくことの手助けです。子どもが母親のもとに帰ってくる。母乳が出た、出ないではなくて、母乳をあげるというプロセスそのものが大事です。もちろん出ない方もいらっしゃるわけですね。先ほどのバースプランのところでもディスカッションがありましたけれども、自分自身が頑張っただけで出なかった、でもそれをずっと支え続けてくれたということを感じることが、育児に直結していく部分ではないかと考えられるのです。

産褥期に受けたケアというのは、その後の育児にも強い影響を与えます。例えば突然死の絡みでの国際調査があります。産褥期に受けたケアが 3 カ月、4 カ月はどうなっているかの関係ですが、1 番単純にはっきり出たのは母子同室です。母子同室にしていると母親達はいつのまにか添い寝になってしまう。母子同床になります。3 カ月後に調べてみると、それを体験された方の 6 割ぐらいが、添い寝をしているんですね。母子異室のところでは 2 割以下になります。ということは、産褥期に受けたケアが重要になります。

そう考えてみると、産褥期は安全性だけではなくて、育児の出発点なんだという捉え方があると思いますので、その意味も含めて、母子同室、母乳育児というのは非常に重要な課題ではないのかと考えています。それが課題 2 に私たち日本母乳の会が入ってくる大きな意味だと思っています。

実際は、その取り組みをやっていますが、健やか親子 21 のなかで厚生労働省の数値目標が挙げられているんですが、残念ながら、母子同室と母乳育児については、底上げをするという言葉しか書いてない。今、日本の現状ですと、1 カ月の時点で母乳で育てている方は 40 数%ですが、この 10 年以上変わっていません。3 カ月になると 30%以下になってしまいますから。そういう意味では、コンセンサスが得られれば、もう少し具体的な数値を掲げる必要がある。例えば 5 年後には母乳で育てられる方が 60%、70%になっていますよと。それまでやる必要があるのではないのかなと私たちからの提言になります。

司会：橋本　今、堀内先生がおっしゃったことについて、ちょっと付け加えますが、母乳をやりたいと言った93%のお母さんが19%に下がる。やっぱり、医療者がじゃましているということが現実が多いと思います。これだけ下がるというのは、やはりそれしか考えられない。もちろん小児科医、お祖父ちゃん、お祖母ちゃん、そういう方もあるでしょうけれども、やっぱり産褥期の1番大事なところがポイントだと思います。しかし、医療従事者のほとんど、1割は勉強していないといってもいいかも分かりませんが、9割の方は母乳がいいというのは皆さん理解されていると思うんですが、結果的にこういう数字が出る。あるところで同じ研究をしてもらいましたら、やっぱり同じ数字なんです。お父さん、お母さんの91%が母乳でやりたい。けれども結果的に、そのあと、24~5%まで下がっている。やっぱり同じ数字なんです。そういう面も含めて、これから考えていかななくてはならないかなと思います。

日本母乳の会というのは、4つの課題のなかで直結しているのは第4課題なんですけれども、第2課題に入れていただいたというのは、厚生労働省のその辺の意図も多分にあるのではないかと、僕は理解しております。今の堀内先生のお話に対して何か御質問はございませんか。

● はたして、医療だけの問題でしょうか

佐藤(産学)　今の先生の最後の言葉なんです、医療者がいろいろ介入しているのが原因じゃないかという点ですが、僕たち自身は、そうは余り思っていないんです。実際に患者さんを診ていると、「早く仕事に復帰したいからとめてくれ」と言われ、我々は「いや、あなた、とめなくても自然にとまるんだから、薬なんか使わなくてもいいじゃないか」というように、逆の印象を受けています。何でとめなくてはいけないのという、そういうイメージもあるんですね。

司会：橋本　今、言ったのは、先生、1カ月の母乳率です。

佐藤(産学)　1カ月ですねそれを医者の方で授乳をやめて人工乳にきなさいよというのは、僕は余り言っていないのではないと思うんです、やはり。言っていますかね。

杉本(母)　今、おっしゃったのは、1カ月過ぎの問題で起ってくるケースもあると思います。1カ月前でそういうお母さんからの主張というのは、ほとんどないといっていいでしょうね。どうでしょうか。

山本(助)　産休あけに1カ月ぐらいで職場復帰する方もなかにはいらっしゃるんですけども、最初に母乳の適切なケアを受けた人というのは、仕事に復帰しても母乳を続けていらっしゃるんですね。ですから、自分から母乳をとめてくださいという言葉は聞かれたことがないんですね。今は助産院でお産をする方も、仕事を持っていらっしゃる方というのは大変多いんですけども、仕事を持ちながら、通常勤務をしながら、2歳過ぎまで母乳で育てている方はたくさんいます。最初にどんなケアを受けるか、どんな指導を受けるかで、その後の母乳育児、母乳にかかわらず育児に大きな影響が出ると、私は考えています。

佐藤(産学)　そのときに、産婦人科が、医者側がそういうことに、待ったをかけるような具体的なことって、何かあり得るんですかね。信じられないけど。

堀内(母)　まったをかけるのではなくて、例えばですね、体重がある程度小さくなると、すぐにでもミルクを足しなさいと指導します。産褥期です。

佐藤(産学)　それだったら1週間ですよ。本当にそんなこと言うんですか。いや、それは、本当ですかね。本当にきちんと、それこそ調べてもらいたいな。

堀内(母)　皆さんにお配りしましたが、データを出してきましたけれども。

朝倉(産医)　母乳だけでやっている率のですか。

堀内(母)　　そうです、完全母乳です。

朝倉(産医)　　混合の場合と、母乳の場合とは、違いますよね。

堀内(母)　　混合というのは曲者なんですね。

佐藤(産学)　　そのくせものというなら、具体的にそういうのは何ですか。医学的なことと将来に向けてのスキンシップのことと、どう関係があるのかということを、ちゃんと言わなければ。産婦人科が混合をやってもいいよといったから、産婦人科が悪いというのは、僕は医学的にも人道的にもおかしいと思いますよ。

杉本(母)　　そういう問題では、きっと、ないんだろうと思うんです。ドクター管理で云々というレベルではないんですよ。当たり前で自然の形で、もし出産をし、母乳を最初から飲ませることができたら、90 数%は、そのまま母乳でいくというレベルの問題なんです。ところが出産後、大体の病院では、直接母乳をやりませんよね。おやりになっていらっしゃるんですか。

佐藤(産学)　　いや、やっていますよ。

杉本(母)　　直接ですか、最初から。

佐藤(産学)　　最初に生まれたときに、まず吸わせています。

杉本(母)　　そのあともずっと母乳でやっていますか。

佐藤(産学)　　そのあとはもう、助産婦さんがついて、全部母乳です。

杉本(母)　　泣いたら飲ませ、泣いたら飲ませていますか。

佐藤(産学)　　そうそう、やりますよ。

杉本(母)　　それが出来ているところは、かなりのいい母乳の率なんだと思うんですよ。

佐藤(産学)　　いや、それが多いいと思いますけどね。そんな低いですかね。

永山(母)　　出産直後から、もう赤ちゃんをずっと一緒にしているかどうかというところが大きなところだと思いますが。

佐藤(産学)　　一緒にさせていますけど、もちろん。

永山(母)　　出産直後からずっとですか。6 時間とか 24 時間ぐらい開いていませんか。

佐藤(産学)　　母親の方、カイザーしたときとかはできませんよ。

永山(母)　　もちろん、そういうのは別として。

佐藤(産学)　　それでも、そばへ付けろと僕は言っているんだけど。

堀内(母)　　正常なお産についてですから。

佐藤(産学)　　お父さん、お祖父ちゃん、お祖母ちゃんがそれはかわいそうだからやめてくれとか言う。もっと大切なのは、そういう部外者の介入をいかにするかということを、ここで決めた方がいいような気がしますよ。そんなに医者が介入して、避けているとは僕は思いませんが。

堀内(母) 介入ではなくて、先ほど言ったように、産科の先生がある意味で無関心なんですよ。介入するのは小児科医の方が多いんです。先生のところは違うと思いますが、調査すると、そういうことが出てきます。例えば、ルーチンに産後日数×10 ccの哺乳量がなくてはいけないという。これは結構有名ですよ。産婦人科医会のノートに出ているくらいですから。赤ちゃんが産まれて数日は、それだけ出る人はいないわけですから。それでミルクを足されだしますと、すでにおっぱいを飲む意欲が子ども達になくなってくるんです。産科の先生は産科チームのリーダーですよ。そのときに産科の先生が、例えば佐藤先生のように、それはおかしいだろう、といえる組織はどんどん母乳が増えます。

佐藤(産学) 母乳は飲ませるけれども、実際には、先生がおっしゃることもやっていますよ。それでも子どもが吸うのを忘れちゃうというのはどうかと思うけどなあ。

堀内(母) いや、そんなことないです。それはそれとしておいて。

佐藤(産学) そのこのところをどうしたらいいかというところを、ちゃんと研究した方がいいのではないですか。どうも、抽象的ですね。

堀内(母) 今、抽象的な話を僕はしたんですけども、具体的には幾つかの方策を僕たちはやってきているわけですから、そのための調査の資料、産科の調査の資料はいつていると思います。2001年に全国調査をやらせていただいて、去年は小児科の調査をしました。産科の先生の方は、自分たちのところでは、このとおりやっている。実をいいますと小児科の先生の方が何をそんなにこだわるんだと、攻撃的です。実際にこの幾つかのデータを組み合わせてみると、本当に母乳育児を支援しているというのは10%ぐらいになりますね。そういう意味では、親身にはできていないのだろう。先ほどの添い寝の話でも出たように、産科施設でのケアを非常に強く影響を受けているんですね。産科の方でも、もうちょっとモチベーションを母親たちに与えていただけると、もうちょっと上がるんだろうな。目標値としてあげてくださいというのは、そういうことなんです。

杉本(母) 佐藤先生のところは、その少ない10%の支援している施設の1つなんですよ。だからまだ90%は、不十分なんです。

佐藤(産学) だから、そういうようにしなさいと。

杉本(母) そう、それだけです。簡単なんですよ。

永山(母) 簡単なんですけれども、簡単じゃないんですけど、この問題は。

佐藤(産学) なぜ簡単じゃないのかということだけを、具体的に示せばいいわけでしょう。

永山(母) 私たちが母子同室を調べたときに、母子同室の中身がちょっと違う。24時間後でも母子同室と答えていらっしゃる方がいる。それも母子同室なんですけれども、私たちが考えているのは、産まれてすぐから一緒にして、母親がと子どもを分かっていく過程をつくりましょうということなんです。母子同室と答えているのは日本全国すごく多いんですね。出産直後からの母子同室を厳密に見ますと、すごく少ないです。日本全国の4,700の産科施設の全部にアンケートをとりましたが、1,400しか答えが返ってきませんでした。そのうち100もないんですね。1割もない。多くの産科の先生たちもどしどしやっているよとおっしゃってくれるんですけども、実はその中身がちょっと違うということがある。

●医学的エビデンスを出して、全国的にやったほうがいい

佐藤(産学) 医学的なエビデンスをやる方向でまとまってやればいのではないですか。抽象的なことを言

って、結果は何%でしたというけれども、俺たちは「そう思わないよ」と言ったとしても、「先生違いますよ、実際はこうこうだ」となる。じゃあどこがどう違っているからこれだけになったのかという、そのエビデンスをやっぱり皆で、同じようなところでやってみましょうというようにそれを全国でやったらいいじゃないですか。10年来、それが出てこないというのは、どうしてですか。エビデンスがないじゃないですか。

司会：橋本　例えば、セミナーなりやっています。

佐藤(産学)　いや、セミナーではなくて、学問的なところで、こうやったときはこうやった、このときはこうだった、そのときの中身はこうこうこうで、このときには何年たったときに、あるいは何カ月たったときは何%だという、そのときのエビデンスを出してください。先ほど例えば母子同室をやっているといったって、僕たちだって100%母子同室ではないですよ。さっきいったように、帝王切開があれば、なるべくやりなさいといったとしても、その本人が疲れてだめですとかいうのはあると思います。10年やっていたとおっしゃるならば、自然分娩の場合だけでどうだったとか、では、帝王切開やったときには、これはどうだったのかという、その具体的なエビデンスというのが、どこにどういうふうに出ているんですか。出ているんだったら、もうこの会なんてやる必要ないでしょう。

堀内(母)　佐藤先生がおっしゃることも非常に大事で、ぜひだから、そういうエビデンスをつくるために全国的にやりましょう。

佐藤(産学)　それができるんだったら、もうこの会やる必要ないじゃないですか。

永山(母)　いえ、そうじゃなくて、先生方にもお願いしたくて……

堀内(母)　母乳だけの問題じゃないので。

佐藤(産学)　いや、その母乳だけのことについて言うならば。

永山(母)　例えば、母子同室にできない理由なども、私たちが調べたものを後で見ていただくと分かるんですけれども。産婦人科の先生側から、例えば普通の分娩でもお母さんが疲れているから、遷延分娩などそういうものは別にして、疲れているから休ませなくてはならないというのがすごく多いんですね。ところが実際はお母さんたちは眠っているようで寝ていないですとか、結構細切れに起きている実態がある。私たちは、先生方の学会で、もう少し、研究していただきたいというのがあるんですね。例えば大部屋だと、赤ちゃんがうるさくて眠れないと言う先生もいらっしゃるんですが、実はお母さん方は、他人の赤ちゃんは全然気にならないなどの実態があります。その実態と、今、母子同室を進めるに当たって、いわれていることがちょっと離れているところがある。

産科のアンケートでは母子同室が進まない最大の理由を母体の疲労としています。その母体の疲労の考え方を、赤ちゃんと一緒にいると疲労の質が違う。疲れても、いわゆる労働したときの疲れと違うんだというようなことや、産後の母体の変化は赤ちゃんの受け入れによって違うんだというところを、もう少し教えていただけると、すごく母子同室が進むのではないかなと思うんですね。母子同室したお母さんたちは、結構眠れないとか言っているけれども、眠っている人もいるし、元気なんですね。今、全国を歩いているんですけども、母子同室をずっとやったお母さんは退院したあとの育児不安というのがすごく少ないといっています。これはデータでも出ています。母親たちは、疲れていると思っていても、実際は現実が違う。その辺を学会の先生方に、ぜひとも研究というのをお願いしたいなと思います。

堀内(母)　先生の施設で、今1カ月のときに、どのぐらいの方が完全母乳か、具体的に数字は分かりますか。

佐藤(産学)　いや。