

産科訪問記—産科医療施設での試み

拓植あづみ 中山まき子 斎藤有紀子

はじめに

日本では戦後「お産」の場が自宅から医療施設へと急速に移り、現在では90%以上の子どもが医療施設で生まれている。その理由についてはいくつかの指摘されているが、主な理由としては、施設分娩の増加時期が周産期死亡率の急速な低下時期と一致することから、医療者側と妊産婦側の双方から自宅分娩さらには助産院分娩に比して病院分娩の安全性が強調される傾向にある。

しかしながら、ハイリスク妊娠や予期せぬ出血などに対応するため（すなわち「安全」のため）に、ほとんどすべての「お産」が高度技術によって管理されるようになりつつある状況に対して、主として産んだ側からの批判もいくつか呈されてきた。それでもまだ、日本母性保護医学会が人員不足時における計画分娩の必要性を認めたように、「安全」確保重視のための妊産婦管理の潮流は強まっているように感じられる。もちろん安全なお産は産科医療の最重要課題である。だが、それを重視するあまりに、産婦が出産において主体ではなく客体として扱われる医療管理体制への疑問や問い直しが生じ、その中でオルタナティブな出産方法が次々と登場した。ラマーズ出産法、ソフロロジー法、アクティブ・バースあるいは助産院での夫や家族立ち合いの出産や家庭分娩などの一連のオルタナティブな方法の共通点は「産婦がお産の主体である」ことを取り戻そうという動きであるといえるだろう。

その一方で、産科における医療過誤訴訟の頻度および訴訟額の増加が医療者側に「安全」を強調させる一因にもなっている。しかしながら、分娩数が長期的に減少が予想される中で産科病院・診療所は経営的にも妊産婦のニーズを取り入れた改革が迫られている。この2点はこれまでならばジレンマとして記述されただろうが、ここではこの2つの課題を対立するものとしては捉えずに両立させようと試みている3施設への訪問記を紹介し

たい。

この報告はわずか3施設への短時間の訪問記であり不十分なものであることは否めない。それでも敢えて報告するのは、筆者らが利用者（患者）の視点に立った個別の病院の情報開示が必要である

という意見を持っているからである。なぜ新しいシステムや方法を導入したのか、その長所と短所、今後の産科医療の課題などに関する医療者の考えを聞き取り、できるだけその情報をわかりやすく提供しよう努力した。ここでは素人の立場から医療者の意見を聞いてまとめたいという体裁にとどまっているが、今後の個別の医療施設の情報を提供するという場合に何が必要なのかを考える材料としても生かしていきたい。

[1] 総合病院での産科医療改革—聖路加（セイルカ）国際病院の産科における取り組み

訪問日 1994.3.28

まず、はじめに総合病院の産科における新しい取り組みの一例として聖路加国際病院の産科を紹介する。これは筆者が同院を訪問して産婦人科部長の神津弘医師よりお話を伺い、施設を見学してまとめたものである。

特に施設設備等のハード面の改革とソフト面での改革がどのような考えに基づいて行われているのか、ソフトとハードの関連性について見ていきたい。

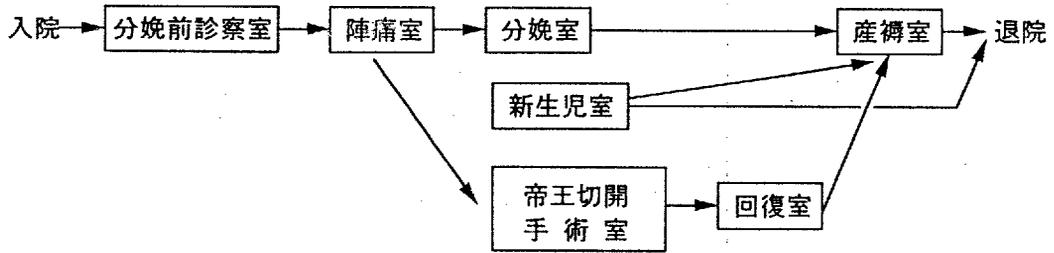
1) LDRシステムの導入

聖路加国際病院は1992年に総合病院の産科としてはいち早くLDR (Labor Delivery Recovery) システムを導入した。

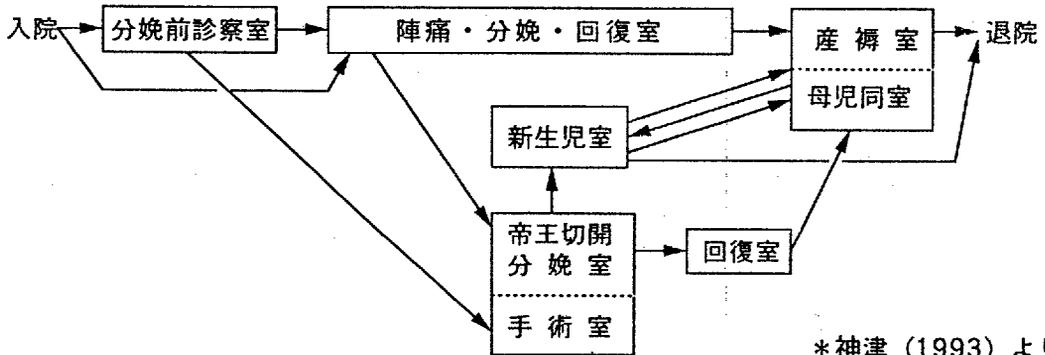
LDRシステムを簡潔に説明すると、分娩第1期から第4期までを個室の同じベッドで行うことができるというシステムである（図1参照）。

図1 聖路加国際病院での分娩システムの変遷

1. 従来の分娩室 (Traditional Delivery - Room) システム



2. LDR (Labor - Delivery - Recovery) システム



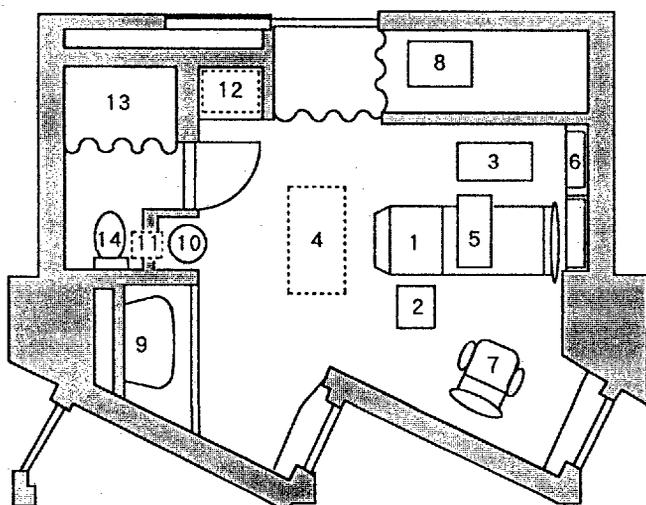
*神津 (1993) より転載

産婦にとっては、痛みのある時や体力の低下した状態で陣痛室、分娩室、回復室へと順次移動する必要がなく、個室で分娩するため家族の立合いが容易になり、プライバシーも確保されリラックスできるなどの利点がある。またLDRベッドは分娩体位の融通が利くため、産婦の好みの体位がとれ、希望すればラマーズ法やソフロロジー法などの分娩方法が選択できる。

また分娩期にだけ備え付けの収納庫から分娩監視装置、酸素、吸引、麻酔に必要な器具、无影灯などが取り出される。それ以外の場合には部屋は居間のようにあり、広々としてリラックスできるように考慮されている。

部屋にはアクティブ・チェア、テレビ、ビデオ、電話、トイレ、シャワー、冷蔵庫が備えられ産婦の便宜が計られてる (図2参照)。

図2 LDRルーム



1. LDRベッド
2. 分娩監視装置
3. ベビー用コット
4. 无影灯 (天井収納式)
5. オーバーベッド・テーブル
6. 酸素・吸引装置
7. ソファー
8. 分娩用セット・カート
9. 産科スタッフ用手洗い
10. 妊産婦洗面用手洗い
11. TV (妊産婦洗面用手洗いの上方部に設置)
12. 上段: クローゼット
下段: 冷蔵庫
13. シャワー
14. トイレ

*神津 (1993) より転載

医療者側の視点で考えても、看護婦・助産婦による産婦移送の手間が省けるために看護活動に時間的余裕が得られ、さらに産婦・新生児と接触する時間が増えるということである。

聖路加でのLDRシステム導入は神津医師を中心としたスタッフの、妊産婦の精神的サポートを重視する発想から実現した。

「今までは、施設分娩ってというのは、整った産科施設で画一的に取り扱われてゆく、いうなればベルトコンベアにのせられた形式での管理分娩だったのです。「夫や家族の精神的支援や快適な分娩環境作りなど、こういうところが欠けてたんですね。それを家庭的な雰囲気ですべて自然分娩をとという形式がアメリカで普及してきて注目を浴びているから、これを日本にも採り入れたい」と思ったのがLDR導入の理由である。

既設の総合病院でLDRシステムを導入することは施設・設備等への投資を考えると難しい。その点、聖路加は1992年に病院を新設するという契機に恵まれた。建物の設計段階からLDRを考慮した設計を行うことができたため、分娩・新生児棟はLDR室が7室と産科診療室、帝王切開分娩室、回復室、新生児室、未熟児室、NICU、そして産科棟には全室とも個室（分娩期以前の入院時および産褥期に使用）が設けられている。

ただしこの実現はタイミングが良かったというだけではなく、神津氏が長年温めてきた構想があったからでもある。彼は70年代からアメリカのABC (Alternative Birthing Center) システムに関心を持ち、アメリカでLDRが導入された80年代前半にはいくつもの病院を見学していた。聖路加よりも早くLDRを採り入れた施設もあるが、総合病院において最初に従来型の分娩室をすべて廃止してLDRシステムを導入することができたのは、このような準備があったからだろう。

「最近のわが国では、お産も減っているのに、経済的な面からみて、そんなに投資して採算があうのか」という心配や反対意見もあった。実際に新しい施設、システムになってから分娩料金が上がったためか、それまで年間分娩数が約1000例ほどだったのが、800例強にまで減った。しかしそれも1年後には900例にもどり、現在さらに増えつつあるということである。

2) 「安全」と妊産婦の自由

「はじめに」で述べたように、「安全」性の重視が妊産婦の自由や自主性を束縛する結果となっていた、という反省のもとにさまざまな改革が試みられており、LDRシステムの導入もそのひとつであると筆者は理解している。だとすれば聖路加国際病院ではLDRシステムの導入後「安全」と妊産婦の自由や自主性をどのように両立させているのだろうか。

聖路加では分娩方法は基本的に自然分娩であるが「自然分娩というけれど、放置する放置分娩とは違うわけですよ」。だから状況に応じて会陰切開（側切開）は行っている。妊産婦がバース・プランで会陰切開を拒む場合には、その必要性を説明した上で希望を尊重する努力をしている。

また、適応がある場合には陣痛誘発を行ったり、硬膜外麻酔も用いる。産道損傷や弛緩出血の処置は多くはLDR室に隣接した帝王切開分娩室に搬送する（緊急でない場合には病院の手術室を用いる）。

分娩監視装置はLDRの各部屋に備えられており、希望すれば無線（テレメーター式）にできるので妊産婦は自由に動き回れる。これまで、分娩監視装置を妊産婦に接ぐことによって動きを束縛する状態になっていたため、無線化は妊産婦の快適度を増した。

またNICUも隣接しているため、妊産婦だけではなく新生児を含めて周産期全体の安全性が重視されていると言えるだろう。

要は、最新の医療設備と技術そして医療スタッフに囲まれた中での「自然分娩」という趣である。

3) 妊産婦の主体性

ハード面だけではなく、ソフト面での改革もすすんでいる。

まず、妊産婦を主体にして妊産婦と看護婦とで、バース・プランをたてる。それに基づいて妊産婦が医師と話し合い、できるだけ妊産婦の希望を生かすように配慮される。

母親学級は妊娠第Ⅰ期、第Ⅱ期、第Ⅲ期にそれぞれ1回ずつ、2時間程度で実技を中心に行われている。父親が参加したいという希望があるので、妊娠第Ⅲ期母親学級の際に夫同伴の母親学級（父親学級ではない）を月4回土曜日に開いている。

夫立ち合い分娩の割合はLDRシステムに変えてから増加しており、分娩には立ち合えないが陣痛

期まで立ち合うケースも多いという。

LDR室では陣痛期に好みの体位がとれるので、産婦は思い通りの体位を実践している。分娩の際の体位も自由だが、児娩出時にはほとんどが仰臥位分娩だそうだ。仰臥位分娩が産婦にとって一番いいのか、産婦がまだ自由に自分に合った体位をとりようという積極性がないのかについてはわからない。

近年、ラマーズ法の希望者の割合が減ってきた。神津氏は、ラマーズ法の良しあしではなく、分娩方法の流行もあるので、減ってきたことが特別に意味があるとは考えていないということだった。また、ラマーズ法を薦めているわけではなく、選択肢のひとつとして提供しているという立場だった。

出産後は母児同室と別室の両方から選択できる。

4) 今後の課題

産(褥)婦がLDR室に滞在するのは、陣痛期、分娩期、回復期のみであり、アメリカの統計では平均約11時間(陣痛期6、分娩期3、回復期2)だということである。神津氏は今後LDRP(Labor-Delivery-Recovery-Postpartum、陣痛期-分娩期-回復期-産褥期を同一の部屋で過ごせる)システムを導入するかどうかを考えているが、部屋の確保、入手の確保、経費と分娩・入院費用などの検討課題が多く、結論はでていないようだった。

聖路加はLDR室と産科棟の両方共に個室であり、そのことによる長所は多いが、入院している人どうしの交流が少ないことを神津氏は短所として指摘していた。そのため入院している人たちが交流できる場所を確保したいと考えているという。

産科の病床数が34(うち予備が4)、常勤医が12人、非常勤医が2人(看護婦はちょうど4月の採用増と移動の時期にあったため正確な人数はわからなかった。助産婦も4月からの採用だったため不明)という構成になっている。

最近、いくつかの施設において助産婦外来が設けられ、分娩介助や看護に加えて助産婦の専門性を生かして妊産婦に対する情報提供や相談も行う例が増えつつある。聖路加では病院全体でプライマリー・ナーシング・システムを採っており、患

者ひとりひとりに担当看護婦がついて看護に対しては配慮がなされている。しかし聖路加はこれまでアメリカンスタイルでやってきたために、お産では医師が中心となり、助産婦の資格があっても看護婦と同じく看護だけを担ってきた。1994年4月より聖路加でも助産婦としての職制を認めて、産科の専門職として位置付け始めた。

従来のスタッフに新たに助産婦が加わるが、神津氏は、助産婦の役割も正常分娩の介助だけに限定せず、ハイ・リスクの妊婦を外来で医師といっしょに診て特徴を把握すること、精神的なサポートをできるようにする、新生児に対する知識を深めるなどのトレーニングをしたいと考えているということである。

さらに、優秀な人材を確保するために、看護スタッフのクロス・エデュケーションの必要性を感じている。例えば分娩室、新生児室、産科病棟、帝王切開室などそれぞれの担当以外の部署でも的確な看護・介助ができるように、ローテーションをしながら教育することができれば、「濃厚なケア」が提供でき、夜間・休日の人材確保や人件費の問題がかなり解決できるのではないかと考えている。

ハード・ソフトともに充実させようとする費用負担が大きくなる。実際に聖路加ではLDRだけではなく産褥室も全室個室のために、分娩費と入院費をあわせて通常の倍程度(1994年3月現在で分娩料と入院期間7日間の費用をあわせて約73万円)となる。

費用に対する評価はいろいろあるだろう。実際に外国人は本国での慣習と、費用面から入院日数の短縮を希望し3~4日で退院する人もおり、日本人でも産後経過が良ければ入院期間が短縮される。

スタッフも費用が高いことを気にしているようではあるが、だが聖路加での分娩希望者は増加傾向にあり次回のお産の際にも再び聖路加を選ぶ人がかなりいるので、ニーズにあった良質な医療を提供しているという自負が見受けられた。

5) 感想

実際にLDRシステムや分娩・新生児棟と産科棟、さらに病院の他設備などを見学できたが、思わず溜め息がでた。LDR室も産科棟の各部屋もアット・ホームな暖かみのあるホテルのような雰囲気

で、立地条件や施設・設備を考えると、高額な費用もうなずける。

神津氏は新しい方法やシステムに対してハード・ソフトの両面共に柔軟な発想を持ち、その導入に積極的である。それについての他の医師や看護スタッフの意見を伺わなかったのが残念であった。また短時間の訪問だったので、医療の質として一番重視されるキュアとケアの部分を実際に観察する機会がなかったが、妊産婦のニーズに合わせたシステムや設備の導入は、決して経営的な関心からだけではなく、精神面も含めたキュアやケアへの配慮もなされていることが推察される。

新たに助産婦を加えた体制で、神津氏のいう「濃厚なケア」が実践されることを期待したい。
(拓植あづみ)

文 献

- 神津弘, 1992, 「LDR systemの現況と将来」『産婦人科治療』Vol. 65, No.5.
神津弘, 1993, 「LDRの実際」『臨床婦人科産科』Vol. 47, No.8.

[2]「財団法人 セイントクリニック」(福島県伊達郡保原町)

訪問日 1994.3.29

福島県伊達郡にある産科病院「セイントクリニック」は、1991年12月に開設され、3年を経た。佐藤喜一院長をはじめ38名のスタッフが地域に根差し、かつ妊産婦主体の医療を行うべく、全国的にもユニークな様々な試みを行っている。少子化と出産方法をめぐる多様化の時代を迎えているいま、このセイントクリニックの方針は、その独自のシステムにおいて、また妊産婦への心配りにおいて注目を集めている。

1) セイントクリニックの概況

セイントクリニックの病院の概況は次の通りである^{註1)}。

- ・病床数19床(うちLDRは5床)
- ・スタッフ: 佐藤喜一病院長、医師3名、助産婦8名、看護婦14名、保健婦1名、検査技師1名
- ・外来患者延数: 年間=12,687名、月平均=1,057名、日平均=39名(予約制)

- ・入院患者延数: 年間=899名、NICU=68名
- ・分娩数: 年間=654名(年約4%増加傾向)
- ・手術件数: 年間=148回
- ・一人当たり分娩費用: 平均32万
- ・勤務体制: 2交替制で、
助産婦部門=助産婦外来午前3名・午後2名、分娩部2名、夜勤助産婦1名、拘束1名
看護部門=外来看護婦1名、乳房外来1名、病棟看護婦4名、夜勤看護婦2名
- ・診察時間: 医師の診察=月曜日から土曜日9時~17時30分、
助産婦外来=月曜日から土曜日8時45分~17時30分
助産婦外来=日曜日8時45分~13時
- ・ラマーズ教室: 週1回(開催回数12回、延受講者数78名)
- ・ベレットラマーズ教室: 週1回(開催回数12回、延受講者数52名)
- ・ソフロロジー法教室: 月2回
- ・マタニティーボックス・アフターボックス: 各週2回ずつ(開催回数100回、受講者32名)
- ・広報誌の発行: 「ビューティフルマタニティー」月一回発行

2) 病院の諸特徴

セイントクリニックに関する「産科診療所のポイント」については、佐藤喜一院長が下の表を示し、「この表の中で、もっとも大切なものは4と5であって、1・2・3はその表現の媒体であり、手段であるに過ぎない(中略)そして4と5に関しては現在なお努力中である」^{註2)}と記している。

(注2)

表 産科診療所のポイント

| | |
|------------|---|
| 1. アメニティー | 奇麗な建物、清潔、快適 |
| 2. 食 事 | (医学的考慮のある) 美味、祝意 |
| 3. イベント | ラマーズ法、ソフロロジー、母親学級、マタニティーボックス、妊婦水泳、乳房対策 |
| 4. 周産期医学 | ・インフォームドコンセント ・母体搬送のタイミング ・支援病院等のネットワーク ・医師自身の再教育、職員教育 |
| 5. 人間的サービス | 職員教育、親切医療 |

この点を踏まえ、筆者が訪問させていただいた記録と印象から、同院の特徴を把握すると、特に次の点がセントクリニックの特徴として注目される。第1に「助産婦外来」というシステムを実施していること（また検診時に「ファミリー・ルーム」が併設されていること）、第2に妊産婦を主体に考案されたLDRを備えた産院であること、第3に一つの産院内で妊娠・出産に対する多様な出産方法を導入・施行していること、第4に周産期医学との連携を考慮した工夫が見られること、第5に産院設計に細やかな心遣いが示されていること、第6にスペシャリティの高い分業システムへの工夫などである。

以下に各特徴を紹介する。

(1)、「助産婦外来」というシステムの導入

全国の産婦人科病院を先駆けて、すでに1985年10月から佐藤喜一院長は、助産婦外来というシステムを産科に導入した。当時はまだセントクリニックが開設される前で、同財団の総合保原中央病院の産婦人科の中に助産婦外来システムは設置された。

助産婦外来システムとは、その基本姿勢として「正常分娩、ローリスク妊婦はすべて助産婦が検診を行い、妊婦の月数に応じた保険指導を行う。医師は、各ターニングポイント、ハイリスク妊婦、異常時のみをチェックする」¹⁾というもので、多くの正常分娩の妊婦に対しては助産婦が責任を持って検診し、判断し、相談に乗り、そして診断書を書く。セントクリニックにおけるこのシステムは、来院した初診の妊婦に説明され、もし妊婦自身がその説明を受けてもなお、医師の定期検診を希望すれば、それも可能であるという妊婦の選択の幅を持った外来システムであるという。また助産婦外来はすべて完全予約制を施行し、妊婦一人当りに対する検診時間は「20～30分」を確保している。待合室で検診を待つ時間はほとんどなく、かつ十分な検診時間と妊婦の相談に応じる時間が確保されている。

このシステムによって、初診で同院に訪問した妊婦は、検診の始めから、娩出2時間後まで助産婦チームによる一貫したケアを受けることになる（なお、その後は看護婦チームのケアに委ねられる）。カルテは「助産員カルテ」という独自のものを考案・作成し、それを医師と共有している。ま

た助産婦も超音波診断ができるよう、すべての診察台の横に必ず超音波診断装置が設置されている。

助産婦外来の設置とその歴史について佐藤院長はこう述べる。「十年前まで自分が医師として妊婦の検診に当たっていた時、実際に自分が妊婦を見ている時間はせいぜい15秒から30秒といった時間だった。15秒程度では神様がみても正確な診断などできない。これは絶対間違っている」と思ったという。また助産婦と医師とのヒエラルキーをなくし、助産婦自身に責任を与えアイデンティティを高めたという目的もあったという。こうした方針に踏み切った根底には、何より、佐藤院長自身「分娩は本来、医療というよりは自然な営みの一部である」という考えかたを正しいと思い、したがって妊産婦主体（患者主体）の医療を心がけることが重要だと志向してきたためである。長い現場経験の中から、全分娩のうちの8～9割を占める正常分娩の妊産婦にはドゥーラー的な存在（プロフェッショナルな）こそが重要であり、他方で医療は残りの1～2割のハイリスクの妊産婦を、「いかに立派に瞬時も遅滞なく、いい医療を行うことができるかに徹するべきである」という考え方が形成されてきたという。

この点について同院で働く医師の立場から、梅津医師²⁾は次のように記している。「全産婦の9割以上が正常経過をたどる妊婦にとっては、数分間の医師の会話よりも、20分間の助産婦との会話の方が有益で大切であることを今さらながら実感した。また互いが主治医と担当助産婦であることを自覚し、相互の意見を尊重しあうことで、ダブルチェックが可能になること（中略）、さらに医師は周産期医学を学ぶことを怠ってはならないが、妊産婦は周産期医学者を求めているわけではないと思う」と記している。

また、セントクリニックでは検診の部屋として「ファミリールーム」が1室設けられている。これは設計当初から助産婦の発案によって作られたもので、他の検診室とパーティションで区切られている。「最近では外国人の妊婦が多くなったため、日本語が話せない妊婦の為に家族が検診時に入室できるようにファミリー個室を設け」³⁾、現在では家族や妊婦に同行した者の誰もが検診に同席できるようになっているという。

(2)、妊産婦を主体としたLDRの設備

近年、「Labor, Delivery, Recovery」と分娩の一連の進行を、妊産婦が部屋を移動することなく、一つの場で行うことができるシステムが産院に導入されつつある。セントクリニックでは、このLDR用の部屋が5室設けられている。陣痛が開始し来院した妊婦は必ず、まずこの個室に入院し娩出後2時間までここに滞在する。個人の陣痛や分娩時間の長短に関わらず、「1時間であろうと、12時間であろうと、24時間であろうと、この部屋で、助産婦の密着したケアを受けて過ごすことになり、夫や親族だけでなく、他の誰でも妊婦のそばに付き添うことができる」ようになっているという。

LDR用の個室は、一見普通の入院用個室のようである。部屋にはやや幅の広いベッド兼分娩台が置かれ、トイレ、ソファ、テーブル、外線直通の電話が設置され、壁の一つの面が作り付けの扉で被われている。陣痛時にはごく普通の、というよりはむしろ洒落たカラーコーディネートされた部屋の体であり、分娩が始まると、分娩に必要な器材（壁の一側面に作り付けられていた扉半分に収納されていた分娩用器材）が取り出される。こうした設備は5部屋すべてに設置されている。また残り半分の扉はクローゼットになっている。LDR部屋のすぐ外には助産婦控え室と広いソファがあり、妊産婦がコールボタンを押す間もなく助産婦が対応できるような配慮が施されている。

この方針について佐藤院長は、セントクリニックの「LDRでもっとも大切なことは、妊産婦が何より温かい人間関係に包まれているという点だ」と強調する。助産婦がいるコーナーが間近にあり、産婦が“アー”といっただけで助産婦が飛んでいく。そうした「助産婦と患者さんとの間がものすごく近いことにこそ、ここのLDR室の意味があるように思う」ともいう。また産院のイメージとして持たれがちな「痛い・汚い・危ない・恐ろしい」という側面を見えないようにすること、つまり、医療器具などは必要以外は隠されているような配慮も施したという。これらは助産婦外来設置の発想と同様に、「多数の正常分娩に本当に求められている」という考え方に依拠しているという。

(3)、一つの産院で多様な妊娠・出産の方法を導入すること

セントクリニックでは、妊娠・出産の方法を導入し、各スペシャリストがその指導や援助にあたっている。①ラマーズ法による分娩と出産準備教室、②ソフロロジー法による分娩と出産準備教室、③マタニティービックスとそのための本格的なダンス・スタジオ、④硬膜外麻酔分娩法などがそれである。

これらは8人の助産婦のそれぞれが、各自の専門分野を持ち、助産婦自身の学習希望に応じて、産院がその学習をバックアップしつつ、妊婦の希望に応じた方法に対応できるよう工夫されているという。さらに検査技師1名がカラードプラーを用いた検査に精通している。

こうした「自然的」分娩法と「計画的」分娩法の双方を一箇所に導入して施行することに対して、当初仲間の方から「それはやめたほうがいい」というアドバイスを受けたという。だが佐藤院長は、各方法にはその方法独自の長所があり、これこそが最良の方法であると決められるものでもない。また各方法にはそれぞれのフィロソフィーがあり、優れた方々がそれらについて極めようとしており、それはそれで、素晴らしいことである。ただ医者という立場の者は、フィロソフィーを患者に押し売りする立場にあるものではないと考えているという。

同時に妊産婦の側にも非常にさまざまな考えの人がおり、パーソナリティーも異なる。したがって、各妊産婦によって出産の方法には向き・不向きがある。例えば何が何でも痛いから怖いという人もいれば、理屈抜きでお産を明るく楽しく考えている人もいる。またラジカルな理論家肌の人もいる。そうしたさまざまな人の本人の希望と個性に対応するためには、産院が多様なシステムをもっていることが重要であるという。

こうした方針に対して、開設当初は、産婦側の中で問題が生じたことがあった。それは硬膜外麻酔分娩をした女性がラマーズ法分娩をした女性たちから「痛くないお産をしたら、親子関係が成立しない」と入院中に言われたことだった。だがこうした問題も2例ほどで、間もなく、出産にはいろいろな方法がある、ということが入院する者たちの間に定着し、今はこうした混乱はなくなった。現在では、第2子を出産する女性が自ら硬膜外麻酔

分娩を希望する割合が高いことに、むしろ医療者側が驚いているという。

医療者側からみて、各助産婦がそれぞれ方法の異なる分娩を手がけることによって生じる問題としては、「最近、少し助産婦同士が他人の人の影響を受けて、自分を失い混乱が起こっている」と佐藤院長は感じることもあるという。例えば、「個性の『個』のところに行く前に他のパターンに影響を受けている。硬膜外麻酔分娩を見ていると、このへんでこうするのが楽かな、とか、ソフロロジー法を見てるとあんなに喜ぶなら素敵だなとか。ソフロロジー法の分娩を行いながら硬膜外療法になってしまっているような部分がなきにしもあらずだ。自然分娩には分娩のリズムというのがあるのだが、それが途中で崩れてきて分娩の一貫性がなくなっていく」といったことが気になっているという。他方、多様な方法を導入することの長所としては、助産婦が狭い発想に陥ることが少ないという点だという。いろいろなお産を見たり実行したりしていると、発想が柔軟にならざるを得ないし、その意味で視野が広がる。「私はこれがいいと思ってやっているけど、他の人の中にはこれをいいと思ってやっている人もいるのだな」ということを知ることは素晴らしい。そしてそれは自ずと各人が謙虚になることでもあり、各人が成長することでもあると思うという。

ただ、妊婦の中には、どの方法を自分が望んだらよいかかわからず迷う人もあり、その対策として、助産婦から「お産相談室」を週に1回設けようという提案が出され、早々にこれを開所する予定であるという。お産相談室はお産の方法などについて迷っている人にアドバイスをを行うことを目的とする。ただし「お産相談室で話すことは、色がついちゃいかんということです。条件提示にしないと。僕目からみると、産婦さんの個性に応じて適性があるから」と佐藤院長は助産婦さんたちにアドバイスしているという。

(4)、周産期医療との連携を配慮した工夫について

少産化時代の中でこの産院を作ったことは、周産期医療の問題と深く関わっているという。以下佐藤院長のお話の要点をまとめると、今後しばらくお産はますます少なくなるだろう。それ以降の変動は不明だが、それでも正常なお産は正常になされるべきだ。しかし千に一つ、五百に一つ、百

に一つ、分娩において困ったことが急に発生する状況は否定できない。その時の緊急事態に対しては、設備や機械が充実していることはもとより、人間同士のチームトレーニングの熟練度の高さが重要な問題になる。また緊急時に必要な人間がどれだけ一気に集まることができるかという問題もある。それら全てを含め、産科医療は高いレベルの周産期医学をサポートしていかなければならない。そのためには、分娩におけるある程度の集約化が必要になってくるであろう。また熟練度の高い周産期医学を個々で成立させることは今後ますます難しくなる。そのためにも医療者が集まり、競争ではなく、協調することが重要になってくる。こうした医療の集約化とオープン化を進めていくことができれば、結果として医療費の相当量の節約にもつながると思うという。

(5)、病院設計の細かな配慮について

セントクリニックの院内を回ると、設計面や設備面において、妊産婦や産院で働く者に対する細やかな配慮が多々施されていることに気付かされる。

具体的には、①トイレを広く明るくし、掃除が十分行き届き清潔感を常に保てるよう配慮されている。②入院用ベッドはすべてセミダブルベッドにし、希望するものには母子が添い寝できる配慮が施されている。③ストレッチャーが手術台になり、患者の移動の負担を軽減させ、緊急時の対応にも遅滞無く応じられる。また夜中の手術にも少人数で手早く対応できる。④助産婦の手がふさがっている時でも肘でも押すことができるインターホンの設置位置になっている。⑤あえて食堂を設け、産婦同士が集うことができ、また歩くことで身体の回復をはかるよう配慮されている。⑥「痛い・汚い・危ない・怖い」ということが見えなような配慮が随所になされている。⑦入院用の各部屋にはすべて電話が設置され、直接外線とつながるようになっている。⑧高度のNICUシステムを備え、必要がある場合には対応できるシステムを完備している。

また、⑨建物全体が美術館的、あるいはペンション的で、インテリアと配色もおちついた統一制を持たせ、来院することに対する安心感や高揚感を抱かせられるような工夫がなされている。これは佐藤院長が「女性の館をイメージし、女性たち

の晴れがましき、女性賛歌」を重視したためだという。

こうした設計の配慮には佐藤院長の「まず最初に産婦がそこに存在し（妊産婦主体）、それをどういうふうサポートし、サービスできるかということが、医療者の本来の役割であるべきだと思う」という考え方がある。また院内で働く助産婦たちからの意見を随所に導入している。

(6)、スペシャリティーの高い分業システムについて

セントクリニックでは、助産婦、看護婦、医師のスペシャリティーを高めると同時に分業システムの徹底化と連携を図っている。正常分娩とローリスクの妊婦は助産婦が担当し、ハイリスクの妊婦は医師が担当するという分業が行われているということは、助産婦外来システムのところですでに説明した。さらに助産婦は、産婦が分娩した後2時間までを担当し、その後の入院中の母子に関するケア（乳房管理、産褥、子育てなど）は看護婦が行うという分業体制を取り、必要に応じて相互に援助しあうという方針を徹底させている。

この方針の施行について佐藤院長は、①妊産婦に対する一貫管理は、現代社会においては非常に難しい状況にあること、②そして医師・助産婦・看護婦らのシステムが院内に引き起こしがちなヒエラルキーを離れ、各自が個々のスペシャリティーを向上させる上でメリットがあるという。

つまり妊産婦に対する一貫管理ということは、現在の看護教育で教えられる内容だが、現代社会の中で、今日の労働条件の体系のもとでは、実際に妊婦に一貫管理を行うことは非常に難しい。もし一貫管理を行おうとするなら、ケアをする医療者側が自分の生活を犠牲にし、身を粉にして働かなくては可能とならない。それでは、医療に携わるものたちの個々のクオリティーオブライフは確立できない。かつての「ウブスナ」のようなパーソン・トゥ・パーソンの関わりは貴重で素晴らしいが、人間の生活そのものが変わり社会の構成や、家族、地域の関わり方が変貌した今では、ウブスナ的關係が壊れていくことは仕方がないことだ。それでもなお、妊産婦（患者）が求めているのは、ドクターの存在である。となると、妊産婦の気持ちをどれだけ把握し精神的ケアができるのか、同時に技術的にも高い水準を追求できるのかという

精神面と技術面のプロフェッショナルな状況を作り出すことは、すでに一人の人間では無理があるという。そのためセントクリニックでは一人のパーソンの一貫管理ではなく、チームとしての一貫管理を行っているという。またこうした分業により、個々の医師や助産婦は自らのスペシャリティーを向上させることができるようになる」と説明する。

(中山まき子)

[脚注]

注1：セントクリニックの概況に関しては主に平成4年度事業報告書および加藤末子著「正常妊娠、正常分娩はすべて助産婦がセントクリニックの助産婦外来」『助産婦雑誌』vol. 47 No.2.を参考にした。

注2：佐藤喜一. 1994. 「産科診療所の役割と将来像」『周産期医学』Vol. 24 No.1

注3：梅津英之. 1993. 「助産婦外来の功績を認める」『助産婦雑誌』Vol. 47. No.2

[3]「医療法人向仁会 永井病院」の試み（宮城県仙台市）

訪問日 1994. 6. 10

永井病院は、座位分娩を実施しながら、安全で、より人間的な産科管理を目指してきた。「これからの産科医療において、医療と産婦の関係はコンシューマー・コンセプトで結ばれるべきである」という永井宏院長のもと、医療スタッフは、妊産婦の自由を尊重し、押しつけのない専門性、妊産婦の多様さ見守る姿勢を心掛けている。

以下に、文献および訪問の記録（永井宏院長および、助産婦3名への聞き取り）より永井病院における分娩管理を紹介する。本稿が、座位分娩の特殊個別性をこえて、これからの産科医療への何らかの視点を提供できれば幸いである。

【なお、会話の記述では、「」内に直接の引用、〈〉内は、発言の主旨より筆者が構成したものを用いた】。

1) 座位分娩の導入まで

永井病院では、座位分娩を導入する以前に、いくつかの試みを重ねている。

院長の永井宏医師は、1970年より、開業医の立場における分娩管理の重要性を感じ、「よいお産」

への模索を開始した。「産婦の分娩時の要望は、例外なく、①痛みからの解放と、②母児双方の安全である」との認識から、当初自己吸入麻酔器を用いた無痛分娩様式を取り入れ、その後（1977年）、安全対策として直接法FHRモニタリングを併用。さらに十分な観察を可能にするため、分娩もできるかぎり日中へと導き、企画管理分娩の体制を確立した。当時、産婦にも好評で、出生時アプガースコアの改善など、成果も著しかったという。

しかし、1987年、世界産婦人科学会における講演、「正常分娩における、より人間的かつ生理的な分娩への試み（バルシア会長）」が、永井医師に、座位分娩の利点を印象づけ、苦痛改善、安全の名の下に多くの医療的介入を容認してきたこれまでの分娩様式に疑問を抱かせる。

座位での分娩は、とりわけ新しいものではない。その歴史は、紀元前にまでにさかのぼることができる。が、仰臥位での分娩に疑義を呈する形で座位分娩が紹介されるのは、今世紀半ば。そしてラマーズ法、家族分娩、施設内家庭分娩など、当時流行の新しい分娩法が、次々と「座位」という体位を採用していた。

しかし、永井医師からみれば、新しい分娩法の回帰志向は、「胎児の安全」の観点から疑問が残るものであった。一方で、妊婦を仰臥位で分娩台に固定し、不安を増長させる従来の方法にも疑問が残る。苦痛からの解放と母児の安全を損なわずに、より人間性の高い分娩管理…身体的拘束も、医学介入も、妊婦の精神的不安も、より少ない分娩のあり方…がないだろうか。模索を始めた永井医師のところに、輸入されたばかりの分娩椅子が

紹介され、時を同じくして、テレメーターを使って、無線で胎児情報を把握する方法が紹介される。

座位分娩を、テレメーターを用いた胎児管理と組み合わせることにより、妊産婦の行動の自由と、不安の軽減、医学的管理（母児の安全）の並存が可能となると考えた永井医師は、1981年、現在の分娩管理を開始した。

【参考：日本における座位分娩の実態】

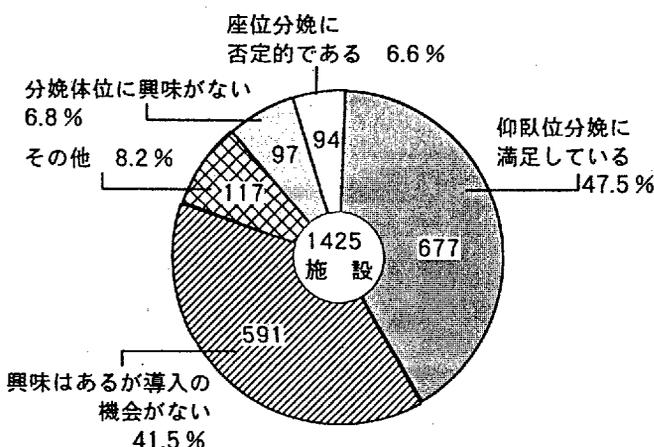
日本において座位分娩は、決してポピュラーではないといわれてきた。永井医師はその論稿で、座位分娩普及が滞る原因として、「仰臥位分娩になってしまった現在の体制に縛られていること」を指摘してきた。

日本に座位分娩が紹介されて15年あまり、これまで、具体的な採用施設数、不採用施設における不採用理由などが、調査されることはなかったが、1992年、初めて質問紙調査が実施され1,942施設（分娩総数549,000、全出産45.8%）より回答を得ることができた（田淵和久「日本における座位分娩の実態」産婦人科の実際 Vol. 43 No.7 1994）。

田淵（1994）によれば、座位分娩採用施設は435（23.4%）。診療所、単科病院で多く採用されている。詳細は、原著を参照していただきたいが、その不採用理由に関するデータをここに転載する（以下の図および表参照）。

田淵氏は、結びで、「（産科医たちは）座位分娩に興味を持ちながら、出生数の著大な低下と、産婦人科開業医の高齢化などの原因で、産科医業経営が困難になっており、産科医療に新しい投資がされにくい環境であることが示された」と分析している。

図 座位分娩不採用理由



表

| 座位分娩不採用理由 (否定的意見) | |
|----------------------|----|
| 外陰浮腫・会陰裂傷・頸管裂傷・出血が多い | 40 |
| 分娩介助・処置が困難である | 39 |
| 妊婦・助産婦に評判が良くなかった | 19 |
| 一時的ファッションである | 4 |
| その他 | 8 |

| 座位分娩不採用理由 (消極的意見) | |
|-----------------------|----|
| 半座位分娩を行っている | 51 |
| 購入のための予算・スペースなどがない | 48 |
| 座位分娩にする必要性(メリット)がない | 8 |
| 自由な体位をさせている | 4 |
| 教育病院のため、従来の分娩体位で行っている | 3 |
| その他 | 6 |

2) 座位分娩の実際

永井病院では、医師3名、助産婦8名、看護婦29名が働いている。病室は37。分娩数は、年間およそ350(1993年は420)。分娩椅子導入以来13年あまり、座位分娩が100%実施されている。座位分娩の流れは以下のようである。

A) 分娩第一期

分娩第一期の特徴は、産婦の「行動の自由」にある。

妊婦は、子宮口開大の確認後、有効陣痛の発来をみとめ、数時間で分娩にいたると認められた場合には人工破膜をし、児頭にスパイラルコイルを装着、胎児のFHR直接法モニタリングを開始される。物理的に身体を拘束されることがないため、血管確保の後、院内を自由に歩き回り、分娩直前まで、好きな所で、好きな体位で、一人でも、家族とでも、過ごすことができる。

分娩までの時間が長引くと判断された場合には、間接法によるFHRモニタリングが行われ、テレメトリーが使用される。近年、間接法モニタリングの性能が向上し、この方法でも直接法に近い記録が可能になっているという。

陣痛の間は、歩くことが奨励されている。が、疲れたときは、通路やロビーにあるロッキングチェアなど、好きな椅子に座って過ごしてもよい。とりわけ、病院が開発したアクティブチェアは、軽い前傾姿勢を促し、分娩の速やかな進行を可能にするという。

また、助産婦外来が行われる絨緞敷きの部屋で、音楽をかけながら、クッションを好きな形に積み重ね、パートナーと過ごす産婦もいる。「結局、陣痛が始まって放っとくと、その人がどういう形でいたがるか、どういう姿勢でいるかは、各人各様なんだね。それを今までは、こちらの都合で一つの形に、はめ込んでいたわけだ。(永井医師)」。

一方、妊婦の対応も様々だ。母親学級で、座位分娩のプロセスを十分説明されていても、その場になって、動くのが辛くなる妊婦もいる。実際、座位分娩を始めて13年の間に、「動きたくない」と、横になったままで産んだ例や、「(分娩椅子に)座りたくない」と普通の分娩台で産んだ例も、数例あるという。後述するが、永井病院では、このような人たちを、「困った妊婦」「座産の指導の失敗」とは考えていない。

オキシントンによる陣痛の強化は原則として行われぬ。歩行などの縦型の体位が、自然な陣痛発来に非常に効果的と考えられているからだ。近年は、前日に頸管にラミセル入れる方法を併用し、ほとんどの妊婦が、問題なく分娩に移行しているという。人為的な陣痛促進は、「微弱陣痛など、いたずらにお産が延び、赤ん坊への負担が明らかなきにのみ(永井医師)」行うという。

B) 分娩第二期から第三期

第二期・第三期の特徴は、「座位での分娩」と「母児の早期接触」であろう。

産婦は分娩直前に分娩椅子に移動する。あまり早目に座ることは、会陰浮腫、産婦の疲労など、産産のデメリットを増すことになるので、移動のタイミングが難しい。永井病院では、内診で、初産婦で子宮口全開大、経産婦で子宮口開大8~9mmを目安としているが、産婦の自覚(努責感)、努責による児頭の会陰圧迫の度合いも、具体的基準としている。

椅子は電動で、上下・前後に傾く。角度は、産婦の好みによって固定される。椅子の脇に把手があるが、必ずしもそこをつかんでイキまなくてもよい。

会陰切開は行われる。但し、通常の会陰切開が(度合いにして)2度の裂傷であるのに対し、永井病院では1度の裂傷で済むよう、切開の方法を工夫している。「自然に任せた場合でも、たいがい1度程度の裂傷は起きている。あまり『待つだけ待つ』と、逆に赤ん坊への負担が増すのでは」と、永井医師は考えている。

子は回転しながら産婦に向かってゆっくりと出てくる。夫が立ちあう場合、夫も椅子の右背後から、産婦と同じ視点で子を迎える。娩出時に、産婦は助産婦に両手を導かれて子を支える。子はそのまま産婦の腹部に乗せられ、臍帯処置、会陰縫合終了まで、産婦に抱かれて過ごす。このとき、子には乳首が含ませられる。

このように娩出直後から母児を、目と目、肌と肌で接触させることで、永井病院では、以前より子どもの哺乳動作が良好になり、母乳率が明らかに上昇したという。永井医師は、このような早期接触が、母と子のきずなを深め、母性意識、産後の母親の行動などに、「効果がある」とも考えている。

「母性意識」や、その「効果」の具体的内容は明らかではない。また、永井病院では、たとえ他の施設が「親子のきずなのために」と行っていることでも、永井医師が、意味がない、効果に変わらない、と考えることは行っていない（例えば父親による臍帯の切断、母児同室など）。

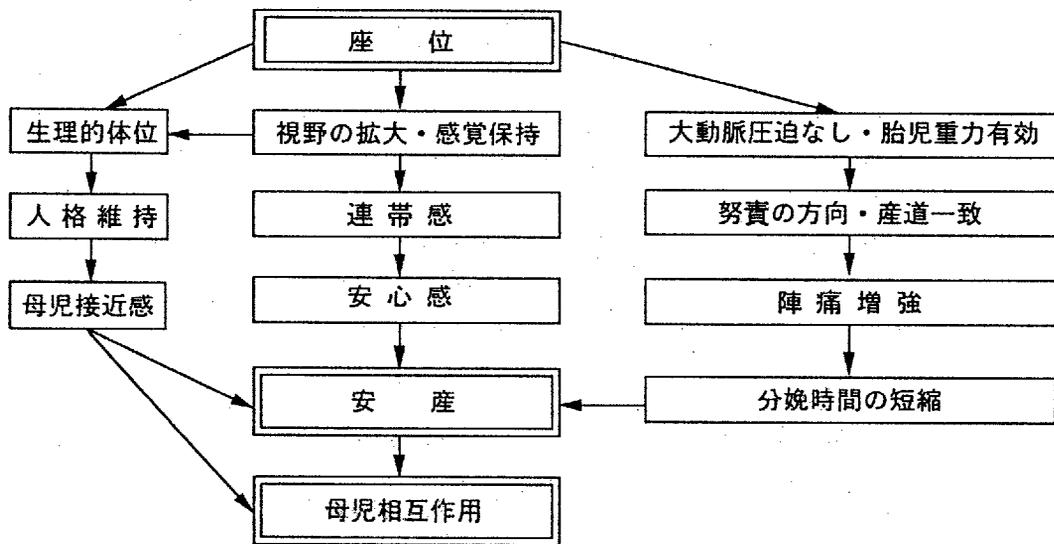
母性、きずな、母と子のつながりなど、産科医療のキーワードに、具体的基準を求めることは難しい。すると、その具体的なイメージは、個々の医療者の主観・理想に委ねられることになる。いろいろな分娩施設が、親子のきずな、母性、の名の下で様々なことを試み、提唱し、実践しているのは、実は、分娩管理のスタイルというものが、医療者のパーソナリティに負うところが大きいことを意味しているのではないだろうか。このことについては、本稿の最後でも考察するので、話を再

び、座位分娩の流れに戻そう。

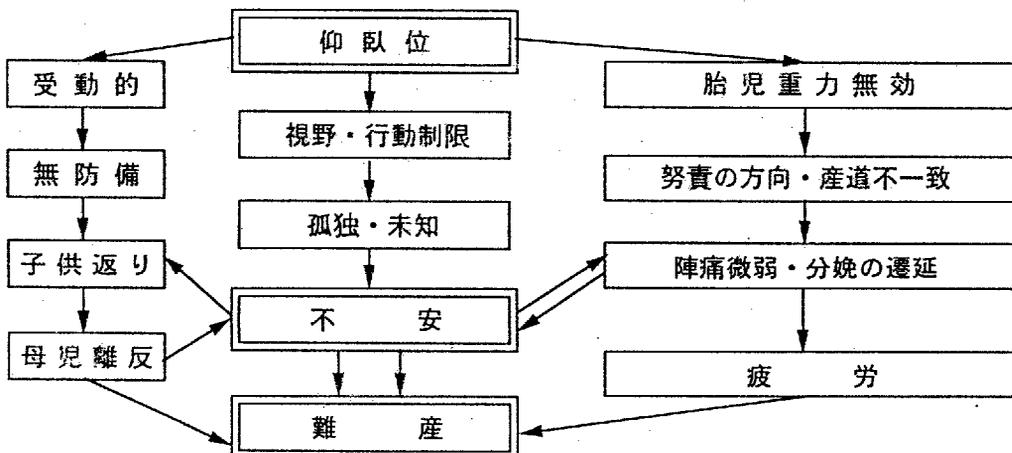
分娩椅子の上方に、インファント・ウオーマーが設置され、子の体温維持を助ける。一連の動作の間、助産婦は、産婦が子を抱えることを助け、子の気道吸引を行う。

従来、座位分娩では、仰臥位よりも出血が多くなることが懸念されてきた。永井病院では、娩出後、母体を速やかに水平にすること、裂傷の少ない会陰切開法などで、出血の量を以前より抑えている。また、出血に限らず、座位分娩は、お産進行のコントロールがしにくい、会陰浮腫ができる、裂傷が多い、などがデメリットとして指摘されてきた。それに対し、永井医師は、「工夫で全部解消できる」と語る。そして「産婦の行動の自由」と「胎児の管理」を両立させながら実施される「永井病院の座位分娩」のメリットを、図のようにまとめて指摘する。

図 座位分娩の長所



<参考> 仰臥位と不安



3) 出産後の対応 永井病院では、産後、母児は異室である。永井医師はいくつかの理由を述べる。

一つは、お母さんの身体を休めるため。もう一つは、母児が早期接触をしていれば、母親が自分で赤ん坊のところに行って抱いている分には効果が同じではないか、というもの。「家に戻れば、ワンルームでない限り、母親と赤ちゃんは別室にいる時間の方が長い。それを誰も『異室』といわないでしょう」。

さらに東北の特徴として、見舞客が多いという理由も挙げる。全出産を個室で管理していない現状では、「隣の見舞客が咳をただけで、(自分の子どもによくないのではと)お母さんがイライラしてノイローゼになってしまう(永井医師)」。しかし助産婦たちは次のようにも言っている。「母子同室ができないのは、施設の都合上。同室を望む人がいたら、そうしていきたい」。

母乳は、産婦に「本能にまかせてやってください(永井医師)」といている。永井医師が、どのような「本能」を想定しているのかは、残念ながら明確にはされなかったが、基本的には、「本人がやる気になれば母乳は出る」というのが永井医師の考えだ。しかし、「一生懸命やっても(母乳)が出ない人はいる。その人が母親失格の意識を持たぬよう、あまり強調しすぎないようにしている」。「例えば、『きょうだいはすばらしい』といっても、それを強調しすぎると、一人っ子やその親が劣等感を持つ。いいたいことは分かるけれど、メリットの裏には必ずデメリットがあるのだから」。そこには、「押しつけないこと」が基本にあるようだ。

4) 助産婦外来と助産婦の役割

永井病院では、月に二回、助産婦が独立した外来(助産婦外来)を持ち、主体的に働いている。助産婦外来は前からやりたかったし、もっと発展するといい、と考える永井医師の提案で、1992(平成4)年から始まり、軌道に乗り始めたのは1993年(昨年)から。助産婦8人という恵まれたスタッフ構成が、安定した実現に導いた。

助産婦外来は、母親学級(全4回)、父親(両親)学級と兼用の広い部屋で行われる。絨緞が敷かれ、超音波診断装置が備えてある。受診時間は一人おおよそ20分。そこで異常がみつければ、また医

師の診察に戻ってくる。

助産婦外来導入の動機には、医師が忙しいこともあるようだ。「医者が患者と時間的にコミュニケーションを取るのには限界がある。結局チームでやっていくしかない(永井医師)」。永井病院では、定期検診のうち一回は助産婦外来を組み込み、他にも妊婦が希望するときには、初めから助産婦外来に回る方法をとっている。

助産婦外来では、家族も一緒に超音波の映像を見ることができる。助産婦たちは、<超音波診断装置は検査のためというよりも、『赤ちゃんがここにいるね』というようなコミュニケーションのために使っている。こうしながらだと、妊婦さんもリラックスして話してくれるし、家族の中にこちらが入って行くような感じになり、とてもいい>と語る。

最近では、外来の妊婦検診時に「パーソナルチャート」を配る試みを始めた。質問項目は、①母乳栄養について、②どんなお産をしたいか、③そのために周囲に望むこと、④前回の産の経過(経産婦に)、⑤産後のことで夫とどんなことを話し合うか、⑥現在の不安、⑦そのほかの要望、などである。

<はじめはあまり書いてくれないのではないかと思っていたけれど、たくさん書いてきてくれる(助産婦)>。「『バース・プラン』は、本を写してきたって感じで皆同じになるけれど、パーソナル・チャートは、その人の性格や要望が分かっているね(永井医師)」と、助産婦をはじめ、医師たちにも好評である。しかし中には、ほとんど記入のない人もいる。<そういう人は、不安や要望がないのではなく、実はあとから、不満が出たり、残ったりすることがあるんです(助産婦)>。パーソナル・チャートでもつかみ切れない妊産婦のニーズは、今後の課題のようである。

オリエンテーションでは、ビデオも活用され、座位分娩の特徴、メリット・デメリットが紹介されている。

助産婦の勤務体勢は、24時間の当直制で、日勤帯は17時交代である。実際の分娩が交代時間にかかった場合、同じ助産婦が付き添えるよう、時間外で勤務することもあるという。

永井病院では、「助産婦外来」と「医師の診察(外来)」が、補完の役割を越えて、半ば独立して存在し、どちらを受診するかは妊婦の選択に任せ

れている。いわば二種類の外来が並立していることについて、助産婦・医師はそれぞれ次のように言う。<自分たちは、無理に『助産婦外来』をすすめていこうとは思わない。医師の検診を受けたい人はそれでよく、希望する人に助産婦が対応していく今の形がいい(助産婦)>、「助産婦は、開業できるだけの資格があるのだから、医師と同じ立場なのだから、積極的にやってもらっている(医師)」。

5) コンシューマーコンセプト

永井病院で、座位分娩が実施されているのは、もちろん、永井医師が、その利点を認めてのことである。しかし、「分娩体位の選択は、その特徴を理解して、その前後を効果的に結びつけなければ優位性を生かせない」「座位分娩も、単に分娩時に座位をとることではなく、周囲を含めて論じられるべきである」「古来よりの多様な体位が、近代周産期学の中で、母児の安全を損なうことなく融和していくことを期待する」という考えから、永井病院ならではの、前記、分娩の流れが育まれてきた。

その基本には、「妊産婦がas you like itで、こちらはそれをサポートする体制で。要するに、妊婦の要求も多様化しているから、それに堪えられるキャパシティが大切」という永井医師の思いがある。永井医師は、かつてアメリカの助産婦が「これからの産科管理は、コンシューマー・コンセプト(消費者本位)で。スーパー・マーケットみたいに何でもあるけど、押しつけない」というのを聞き共感を覚えた。永井病院では、分娩の体位こそ、「分娩椅子による座位分娩」と限定し、施設の特徴とはなっているが、その他は「なるべく妊産婦の好きなように」という考えである。

日常の検診について、永井医師は、「日本の場合は、体重が増えた、むくみが出た…と『だめ』や注意が多すぎるかもしれない」と振り返る。日本の妊産婦側にも問題がある。「妊娠中に、旅行にいったいいいのか?」「子どもをどこかに連れていったいいいのか?」など、多くのことに、医師の指示を仰ぐ傾向がある。「それは最終的には、自分で(判断しなくてはいけないこと)なんだよね。日本人はそういう意識がすごく低いでしょ?(永井医師)」。

永井病院の分娩費用はおよそ35~45万円、近郊

の平均より二割程高い。しかし、出生率低下がいわゆるなか、永井病院の分娩数は増加している。永井医師は、「お産をやっていない(やめてしまった)施設もあるからね(その分、やっている所の患者は減らない)」と語る。

しかし、分娩数の増加には別の理由もありそうだ。永井病院のスタッフは、永井病院を選ぶ妊産婦の特徴として、「他(の病院では)ではいわゆる『面倒臭い患者』と呼ばれるタイプの人が多い」「妊婦さんもわがままですよ」という実感を持っている。もちろん永井病院には、「座位」を志向する人が集まってくるだろう。しかしそれ以上に、「いろいろ言える施設」、「自分の主張を聞いてくれる医療スタッフ」を支持する人たちが、永井病院でのお産に心地よさを感じ、集まっている可能性が高いのではないだろうか。

もちろん、妊産婦たちがはっきりと、希望、意見、判断を表明していても、すべて受け入れられてはいない。そこにはおのずと、病院あるいは永井医師の基準が反映する。<そこは両方の合意で、これはやれる、これはやれない。その妥協で。お産ってというのは、絶対これが最高ってというのは、ないんじゃないかな。それぞれ好みがあるんだよ(永井医師)>。

例えば、永井病院で受け入れられないものに「安全でないもの」がある。が、「安全」の保障は、医療として当然なので、あえて強調されることはない。他には、例えば、「夫立ち会い分娩」の場合、夫はあくまでも「サポート」に留まってもらう。夫が飲酒していたら入室を断る、分娩室での撮影は認めない、夫が臍帯を切るなども不可、緊急処置が始まったら退室してもらう…など。

これらは事前のオリエンテーションで、納得の上、臨んでもらう。納得できずに、永井病院での分娩をやめていく人たちもいる。いろいろな妊産婦がいるように、いろいろな考えの医療者がいる、「20~30年前には、医師は『黙って従え』、妊婦も『お任せします』のスタイルだったが、今では医者の方も妊婦の希望を聞くようになったし、妊婦も自分の希望をきちんといえるようになってきた(永井医師)」。よって、初めに原理原則や、理想のお産を想定することなく、いろいろな要望に耳を傾け、できることとできないことを事前に話しあう方法が採られている。<とにかく、こんなはずじゃなかったということのないように(永井医師)

＞。

助産婦たちも次のように言う。＜妊婦もわがままだけど、医師もわがまま、私たちもわがままですよ＞。妊婦のパーソナル・チャートには、前のお産で、イキミ方が下手と叱られたという訴えが散見される。しかし、＜イキミ方は自分で分かるようになるし、「下手なお産（お産の下手な人）」、「失敗したお産（お産に失敗した人）」なんてないですよ（助産婦）＞。どんなに準備していても、その場になって、練習した通りに呼吸ができない人もいる。座位分娩のつもりでも、当日、横になったままでしか産めなかった人もいる。＜たとえ思い通りの産み方にならなくても、それは別に失敗でも、下手でもないんです＞。＜お産はすべてが『いいお産』。どんなお産も、終わってから、いいとか、悪いとかいわれたら、たまらないじゃないですか？＞。助産婦たちは、妊婦の要望により応えていくために、＜座位分娩だけでなく、フリースタイルや、いろいろなお産をやってみたい＞という気持ちも持っている。

妊婦のパーソナル・チャートでは、「自然なお産がしたい」「自然に産みたい」という言葉がたくさん出てくる。しかし、これだけでは妊産婦のイメージしている「自然なお産」は曖昧である。このことに関して、助産婦は＜あいまいでいいんですよ。『自然なお産がこれ』って決まっているほうが、「こうでなければいけない」となってしまうので怖いんですから＞と語る。

誰でも、自然・不自然と並べられたら、自然の方を選ぶだろう。永井病院の案内リーフレットにも、「当院でのお産—安全で自然なお産—」と謳われている。しかし、いいお産・悪いお産に基準がないように、どのようなお産を自然と感じ、何を不自然と感じるかは、その人次第である。すると、自然なお産・不自然なお産という言葉は、母性などと同様、実は使う人の主観的イメージに依拠しながら、抽象的言葉としてのみ存在していることになる。医療者・妊産婦双方が、いくら「自然なお産」に積極的に意味を見出している、何を自然として受け入れ、何を不自然として拒絶するのかは、両者のコミュニケーションを通してでしか定まっていけない。「あいまいでいい」「妊産婦はわがまま」という助産婦の言葉の向こうには、多様な「自然」の存在と、それを支えていこうというスタッフの心構えがあるように感じられた。

6) 専門家としての基準と責任

分娩の管理において、医療スタッフが、一つの型を押しつけないことを大切にしようとするなら、妊産婦の「わがまま」を一度受け止め、耳を傾ける姿勢を持たなければならない。その上で、専門家としての責任を果たしつつ、どこまで柔軟に対応できるか、また、対応すべきかを問われてくることになるだろう。なぜなら、コンシューマー・コンセプト（消費者本位）の医療も、専門家としての責任の裏付けがなければ、単に、妊産婦に迎合する医療、もしくは、妊産婦に決定の責任を押しつける医療、に変容してしまうからだ。

例えば永井病院では、安全ではないもの、永井医師が意味がないと考えるものは、実施されていない。前者には、一見、客観的基準がありそうに思われるが、実は、施設の性格・事情によるところが大きい。施設やスタッフに物理的な限界がある以上、それを見極めて、提供できる医療サービスの範囲を選んでいくことが、すなわち母児の安全に責任を持つことである。例えば、近年賛否を呼んでいる、いわゆる計画分娩も、安全という観点から続けている施設もある。永井医師も、過去には実施していた。「あれは、人手の問題が大きいんじゃないの？病院の機能が、夜間にやると危険が伴う場合で、お互い納得づくであれば、安全ということを考えてやむを得ないだろう」。永井医師自身は、「今は昼と夜で（人手の）体制がそんなに変わらないから」と、計画分娩をやめた理由を挙げる。

これからの産科医療が、永井医師の言うコンシューマー・コンセプトですすむとすれば、安全も、そして苦痛の軽減も、もはや「黙って」提供されるだけは十分ではない。どのような安全が保障され、どのように苦痛が軽減されるのか、その長所・短所を含めて説明され、さらに、その施設が、どのような技術を選んで提供しているのかが、常に明らかにされる必要があるだろう。「計画分娩による安全」も、永井医師の言うように、お互いに納得づくで初めて正当化されてくる。さらに、苦痛の緩和のような、より主観的な要素については、医療者側がよかれと思うことも、常に利用者（消費者）の目で確認・検証されていかなければならないだろう。

加えて、分娩管理で提供されるサービスは、医学的条件のみで決まらないことも忘れられてはな

らい。妊娠が病気ではなく、しかも、永井医師の言うように、これが絶対という基準がないとすれば、技術やサービスの優先順位には、働く医療スタッフ（多くは医師）の志向が反映してくる。永井病院でも、助産婦外来、パーソナル・チャート、陣痛時の行動の自由、夫立ち会い…など、提供されている医療技術と医療サービスは、永井医師と助産婦たちのパーソナリティに負う面が多く見受けられた。

しかし、スタッフの意向も、必ずしもすべてが実現されているわけではない。助産婦たちは、母児同室や座位以外の出産介助にも積極的であったし、永井医師も、その論文から、LDRPや産婦が、院内ではなく、近くの公園などを自由に歩き回る形の「陣痛時の行動の自由」を志向していることが分かる。もしもそれを実施していこうとすれば、施設が持つ構造、立地環境、スタッフ数、採算など、諸々の条件が検討され、整えられなければならないだろう。

7) 妊産婦が選ぶ「安心」なお産

繰り返すことになるが、このように、産科医療では、その基準と責任のあり方に、科学以外の様々な要因が反映している。医療者は、必ずしも、決まった「安全」や、決まった「自然」を提供しているのではなく、専門家として、その人（施設）が提供できる「安全」「自然」を提示しているに過ぎない。コンシューマーコンセプトの医療とは、言い換えれば、基準が利用者側にある医療である。「専門家が自身を持って提供する技術だから安心」なのではなく、その技術・サービスによって提供される「安心」に、妊産婦自身が納得づくで臨んでいくことが必要となる。

100%の安心や、リスクのない安心を、お産に求めることは不可能である。確かに永井病院のリーフレットには、「安全で自然なお産」と書いてある。しかし、永井病院で産めば、そして、スタッフに任せていけば、安全で、自然なお産ができるわけではない。永井病院のスタッフは、安全で自然なお産のために、最大限のサポートを提供してくれるだろう。しかし、その永井病院でのお産を安全で自然と思って選びとるのは、あくまでも妊産婦なのである。永井医師や助産婦たちが、妊産婦を納得づくで臨むよう、事前のオリエンテーション、コミュニケーションの重要性を強調するの

も、そのことをスタッフ自身がよく分かっているからではないだろうか。

以上、永井病院の分娩管理を、若干の感想を含めて紹介した。

永井病院の試みは、もちろん永井病院ならではの可能性と限界を備えている。それは分娩方式が定まっていることからくる可能性と限界であり、地理的環境が持つ可能性と限界であり、人的環境が持つ可能性と限界である。しかし、スタッフの基本的な姿勢は、永井病院ゆえの特殊性を越えて、これからの分娩管理への示唆と可能性を感じさせるものであった。

(斎藤有紀子)

文 献

- 古賀詔子 1985. 「分娩体位が児の第一啼泣発言時間に及ぼす臍帯血ガス分析値に及ぼす影響」『日本産婦人科学会雑誌』Vol. 37 No.1
永井宏 1985 「座位分娩の一般管理」『日本新生児学会雑誌』Vol. 21 No.1
永井宏 1988 「座位分娩のメリット」『助産婦雑誌』Vol. 42 No.5
永井宏 1991 「最近の座位分娩の動向」『産婦人科の実際』Vol. 40 No.10
永井宏 1993 「座位分娩の利点と問題点、その対策」『周産期医学』Vol.23 No.7

おわりに

産科医療について考える際に、現在の病院・診療所での分娩が9割以上を占めるという状況が、わずかここ30年前後の短期間での変化であったことを忘れてはならないだろう。施設分娩が大勢を占めるようになったのは前述したように「安全面での配慮」やあるいは大林道子が『助産婦の戦後』(1989)において指摘したように戦後のGHQの政策があったわけだが、お産の病院化という現象によってもたらされたのは決してプラス面ばかりではない。

妊産婦のニーズが多様化しているといわれる一方で大病院指向も強くあり、出産・育児雑誌等マス・メディアの情報に翻弄される人も少なくない。さらにニーズがマス・メディアなどによってつくられている部分さえある。しかし、妊産婦は現在の産科医療のマイナス面を敏感に察知し、それが多様なニーズとなり、一部はオールタナティブな出産を求める動向となって表れているとも考えら

れる。

今回、わたしたちの訪問を受け入れてくれた3施設は、それぞれの医療者のお産に対する姿勢を守りながら、妊産婦のニーズに応えようと努力していた。

3施設の産科の責任者に共通するのは、医療者が妊産婦の視点に立ってシステムを改革しようとしているところである。また、いい意味でも悪い意味でも「新しいもの好き」だという特徴を見いだすことができる。彼らは「いいお産」のためにさまざまな新しい方法を試みてきた。それは妊産婦の気持ちや選択を尊重しようという態度と、新しい方法やシステムに対する旺盛な好奇心によるものである。

新しい方法を導入するにはかなりのメリットがあるからだろうが、これらが総合的に見て絶対的に良い方法と言い切ることではできない。実際に産科医によって評価が分かれる方法もある。新しい方法やシステムを導入する際に重要なのは、自分たちが行っている方法への絶対的な自身とその押しつけではなく、妊産婦の選択を尊重した上で良質な医療を提供できるという自身と柔軟さではないだろうか。

医師にも個性があるように、妊産婦にも個性がある。だから多様なニーズに応えられるようにデパートのように何もかも揃えろというのではない。それぞれの施設もしくは医療者がどのような考えをもってその方法を用いているのか、その方法のメリット・デメリットは何かなど、ユーザー側が自分にあった施設や医療者を判断できる材料を提示してほしいということなのである。

「患者」は医者や医療施設を技法よりも医療者との人間関係で選ぶ場合が少なくないことは幾度となく指摘されていることである。新しい試みを紹介しようとするソフト面よりもハード面が強調される傾向がある。またソフト面においても新しいシステム導入の紹介が積極的になされる。実際に新しい設備やシステムの導入は目を引きやすいし、この訪問記もその傾向がないわけではない。

いうまでもないことだが、筆者たちは医療の基本はあくまでも医療者の質の高い技術レベルと医療者と患者の良好な関係だと思っている。決して新しいシステムや設備を導入したことだけを評価して紹介したのではなく、提供する医療技術の質

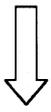
を上げるための、そして医療者と患者の関係性をよくするためのもの（もしくは患者の視点に立った）システムや設備の模索の一例として紹介したつもりである。

ここで取り扱えなかったことで筆者3人とも残念に感じているのは、病院・診療所以外で行われている分娩である。多くの産科医から「安全面で不安がある」と評される傾向にある助産院でのお産や自宅分娩にも「産婦が主体」となるメリットがある。また施設外分娩の存在は「お産は病気ではない」ということを再認識させる役割も果たさだろう。

助産婦よって的確な判断がなされ、嘱託医との連携が密接で適切であれば、高度な医療設備に囲まれていなくても安全な処置を行うことはできる。実際にオランダでは自宅分娩が増加し、現在では正常分娩のほとんどは自宅分娩だということである。医療において「安全」は大前提であるのは理解しながらも、「安全」の強調によって見過ごされてきた大切なものを助産院での分娩や自宅分娩は維持しているのではないか。それを再認識・再評価する作業も今後必要だと考える。もちろんこれもあくまでも押しつけではなく、妊産婦の視点に立った研究が望まれる。

前述したように、この訪問記は、これからの産科医療がどのように変容していくのか、もしくは変容しない道を選ぶのかについて医療を提供する側とそれを選択して受ける側の両者が考え、話合える材料を提供したいというのが目標であった。ここで取り上げて紹介すべき多くの施設が全国各地あることを承知しているが、時間切れと筆者らの力不足による不十分さをお詫びしつつ、この記録が今後さらに規模の大きな調査および医療情報開示の呼び水になることを強く願っている。

末筆ながら、産科施設訪問にあたってご多忙の中をこころよくご協力いただいた聖路加国際病院産婦人科の産婦人科部長神津弘医師、(財団法人)セント・クリニクの佐藤喜一院長および高橋婦長を初めスタッフの方々、(医療法人)永井病院の永井宏院長および助産婦の方々に心よりお礼と感謝を申し上げます。また、この訪問記をまとめるにあたって協力研究者の仁志田博司氏と横山哲也氏のお二人に的確なアドバイスをいただきました。ここに記して感謝申し上げます。



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用

論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



はじめに

日本では戦後「お産」の場が自宅から医療施設へと急速に移り、現在では 90%以上の子どもが医療施設で生まれている。その理由についてはいくつかの指摘されているが、主な理由としては、施設分娩の増加時期が周産期死亡率の急速な低下時期と一致することから、医療者側と妊産婦側の双方から自宅分娩さらには助産院分娩に比して病院分娩の安全性が強調される傾向にある。

しかしながら、ハイリスク妊娠や予期せぬ出血などに対応するため(すなわち「安全」のため)に、ほとんどすべての「お産」が高度技術によって管理されるようになりつつある状況に対して、主として産んだ側からの批判もいくつか呈されてきた。それでもまだ、日本母性保護医会が人員不足時における計画分娩の必要性を認めたように、「安全」確保重視のための妊産婦管理の潮流は強まっているように感じられる。もちろん安全なお産は産科医療の最重要課題である。だが、それを重視するあまりに、産婦が出産において主体ではなく客体として扱われる医療管理体制への疑問や問い直しが生じ、その中でオールタナティブな出産方法が次々と登場した。ラマーズ出産法、ソフロロジー法、アクティブ・パースあるいは助産院での夫や家族立ち合いの出産や家庭分娩などの一連のオールタナティブな方法の共通点は「産婦がお産の主体である」ことを取り戻そうという動きであるといえるだろう。

その一方で、産科における医療過誤訴訟の頻度および訴訟額の増加が医療者側に「安全」を強調させる一因にもなっている。しかしながら、分娩数が長期的に減少が予想される中で産科病院・診療所は経営的にも妊産婦のニーズを取り入れた改革が迫られている。この2点はこれまでならばジレンマとして記述されただろうが、ここではこの2つの課題を対立するものとしては捉えずに両立させようと試みている3施設への訪問記を紹介したい。この報告はわずか3施設への短時間の訪問記であり不十分なものであることは否めない。それでも敢えて報告するのは、筆者らが利用者(患者)の視点に立った個別の病院の情報開示が必要であるという意見を持っているからである。なぜ新しいシステムや方法を導入したのか、その長所と短所、今後の産科医療の課題などに関する医療者の考えを聞き取り、できるだけその情報をわかりやすく提供しよう努力した。ここでは素人の立場から医療者の意見を聞いてまとめたいという体裁にとどまっているが、今後の個別の医療施設の情報を提供するという場合に何が必要なのかを考える材料としても生かしていきたい。