

妊娠出産期における家族の健康問題と 保健行動の課題

The scheme of a family's health through the individual
lifecycle: Situation under maternal period

蛭 田 由 美

要約 家族ライフサイクルの各ステージで、家族にはそれぞれ特有の健康問題が生じる。妊娠出産期のカップルは、一生の中で最も体力的に充実した健康な時期であるが、現在の少子社会の急速な進行に直接影響する健康問題がある。それらの健康問題の中で、① 不妊症と生殖補助医療と② 出産における人間性疎外と WHO の出産ケアのガイドラインについて取りあげ、深刻な少子現象に歯止めをかけるための対策を検討した。

はじめに

個人の一生が、成長発達段階別に乳幼児期、思春期、青年期、成人期、老年期という特徴あるステージに区分されるように、家族も同様に発達段階別に区分できる。岡堂¹⁾は、家族の発達段階を①新婚期、②出産育児期、③子どもが学童の時期、④子どもが10代の時期、⑤子どもが巣立つ時期、⑥加齢と配偶者の死の時期の6段階に分けた。このライフサイクルのステージ毎にそれぞれ特有の健康問題が生じると考えられる。筆者は、家族の発達段階の区分を、岡堂の区分を参考に①妊娠出産期、②子育て期、③思春期の

子どもがいる時期、④中年期、⑤高齢期の5つに分け、家族ライフサイクルの各ステージにおける家族の健康問題と保健行動の課題を検討した。

妊娠出産期のカップルは、一生の中で最も体力的に充実した健康な時期と言える。そのため性行動が活発で、生殖と性行為に関連するさまざまな健康問題が発症する。妊娠出産は主に女性が担う出来事であるため、健康問題も女性に顕在化しやすいが、夫やパートナーである男性の問題であることも多い。本稿では、この時期の主な健康問題と保健行動

の課題として、現在の少子社会の急速な進行に影響していると考えられる、①不妊症と生殖補助医療と②出産における人間性阻害と

WHOの出産ケアのガイドラインについて取りあげ、妊娠出産期の家族の保健行動の課題を検討した。

I 不妊症 (Sterility) と生殖補助医療 (Assisted Reproductive Technology : ART)

1) 不妊症の定義および原因

不妊とは、生殖可能な年齢にあり正常な性生活を営んでいる夫婦 (カップル) が、2年

以上にわたって妊娠の成立をみない場合をいう。現在日本では、全夫婦 (カップル) のうち10%が不妊であるといわれている。表1は、

表1 不妊の原因

女性側原因	男性側原因
1 排卵因子 1) 間脳-下垂体 2) 卵巣性 3) その他の内分泌腺性 (甲状腺、副腎)	1 造精子機能因子 1) 停留睾丸 2) クラインフェルター症候群 3) 精索静脈瘤 4) 化学療法剤 5) 放射線、重金属 6) 温熱 7) 精巣炎 8) 精巣捻転症
2 卵管因子 1) 卵管通過障害 (クラミジア、淋菌) 2) 卵管周囲癒着 (虫垂炎、内膜症、クラミジア) 3) 卵管留水症	2 精子輸送路因子 1) 精管欠損 2) 副性器の發育不全 3) 精巣上体炎 4) 精管炎 5) 前立腺炎 6) 精管切断
3 子宮因子 1) 子宮奇形 2) 子宮腫瘍 (子宮筋腫、腺筋症) 3) 内膜ポリープ 4) 子宮内膜の増殖不全	3 精子機能因子 1) 感染 2) 免疫因子
4 頸管因子 1) 頸管狭窄、頸管炎 2) 頸管粘液分泌不全 3) 抗精子抗体	4 勃起障害 5 射精障害
5 外陰・陰因子 1) 陰閉鎖、陰欠損 2) 高度の陰炎	

註) 下記資料を参考に著者作成

資料 女性側原因: 池田正他著、系統看護学講座専門分野II 成人看護学9 女性生殖器 医学書院 2012

男性側原因: 吉田修監修 小柳智彦編、新図説泌尿器科学講座4 性機能障害 メディカルビュー社 1999

女性側と男性側双方の不妊原因を示したものである。不妊の原因の割合は報告により多少の差はあるが、卵巣機能異常 20～40%、卵管通過障害 15～30%、男性側原因（乏精子症ないし無精子症）30～50%、その他（精子の子宮頸管進入障害、性交障害、着床障害）5～10%である²⁾。このように、女性側、男性側の原因は半々、両者の不適合によるものが若干という実情から、不妊症は夫婦（カップル）の健康問題である。また、女性の卵管因子はクラミジアなど性感染症によるものが多く、夫婦間の感染が予想されることから、夫婦揃っての予防や治療が必要になる。

不妊症の夫婦は男女ともに心理的に不安定

であり、神経症的な傾向が強くと、不妊症の間接的な原因になっているとも言われている³⁾。しかし、そのような心理的傾向については、元々の心理的特性であるとか不妊症の原因というより、長年の不妊症経験の結果であるという見解もある⁴⁾。不妊症の夫婦は、長年の治療経過で、徐々に心理的に不安定になっていくことが推測される。

2) 不妊症の治療の概要

不妊症の原因別に治療法を簡単にまとめると表2のようである。対外受精・胚移植（in vitro fertilization-embryo transfer: IVF-ET）は、いわゆる試験管ベビーといわれるも

表2 不妊治療

不妊因子	治療法
1 排卵因子-1) 排卵の予知法	1) 基礎体温上での低温期から高温期への転換日 2) 頸管粘液の増加 3) 経膈超音波による卵胞計測 4) 尿中 LH サージを検出する方法 5) hCG 投与による方法
2 排卵因子-2) 無排卵の治療	1) クエン酸クロミフェン（クロミッド） 2) シクロフェニル（セキノビット） 3) FSH 製剤（ゴナドトロピン製剤） 4) hCG 製剤（ヒト絨毛性ゴナドトロピン製剤） 5) プロモクリプシン・テルグリド
3 男性因子の治療	1) 配偶者間人工受精（artificial insemination with husband's semen: AIH） 2) 非配偶者間人工受精（artificial insemination with donor's semen: AID） 3) 手術療法 4) 薬物療法
4 卵管因子の治療	1) 卵管鏡 2) マイクロサージャリー 3) 体外受精・胚移植（in vitro fertilization-embryo transfer: IVF-ET）

註) 下記資料をもとに著者作成

資料：森恵美他著、系統看護学講座専門分野 II 母性看護学 2 母性看護学各論
医学書院、東京、2012

のであり、正確には試験管内で精子と卵子を培養し受精させる体外受精と、その受精卵を子宮腔内に戻す胚移植という2つの操作からなる治療法である。不妊の原因はさまざまな因子が複合している場合が多く、一概に治療法の成功率を算定することは困難であるが、体外受精・胚移植(IVF-ET)の場合は、1回の治療当たりの妊娠成功率は15~20%といわれている。この治療法の開発によって、不妊治療の技術に高度な進歩がもたらされ、不妊に悩むカップルに大きな希望をもたらした。しかし、その一方で絶対的不妊の範囲が狭まり、出産の可能性の境界が不明瞭になった。前述したように、体外受精・胚移植(IVF-ET)によっても妊娠率は15~20%であり、妊娠してもさらに25%は流産という結果になる。しかし、今回は可能性があるのではないかという期待がどこまでも続くため、治療を断念するチャンスをつかめず長期に及ぶ。体外受精のような高度先進医療は医療保険の適応にならず、治療の継続は身体的精神的のみならず、経済的に大きな負担となる。さらに、医療機関での不十分な説明、医療従事者の不用意な言動、親族や職場、地域社会などからの外的な圧力に遭遇していると考えられる。

3) 事例を通して考える生殖補助医療の課題

<事例A>

民間の精子バンク業者が、未婚女性に対して提供者の精子を使った人工授精を斡旋し、出産させた。(東京、1996(平成8)年)

この事例に関して、次のような倫理的論争が考えられる。

① 日本では、生殖補助医療人工生殖子等についての体系的な法的規制はなく、日本産婦人科学会の見解や厚生労働省厚生科学審議会生殖補助医療部会の答申が医師を規制しているだけである。従って、日本産婦人科学会会員でない者に対する規制はないので、このようなことが起こっても規制できない。

② 同処置は、これ以外に妊娠成立の見込みがない場合に不妊治療としておこなわれるものであるが、この女性は未婚であり不妊とはみなされないため、本来この治療の対象とならない。

③ 日本産婦人科学会の見解および厚生労働省厚生科学審議会生殖補助医療部会の答申では被実施者は婚姻していることすなわち法律上の夫婦ということが条件になっているが、このケースは未婚女性であるため本処置の対象にならない。

④ 日本産婦人科学会の見解では営利目的で行われてはならないとなっており、厚生労働省厚生科学審議会生殖補助医療部会の答申では対価の授受が禁止されているが、このケースの場合、民間の業者の斡旋とあるので金銭の授受は行われたものと考えられる。公表されないこうした契約は、後々さまざまな問題が起こる可能性がある。

⑤ 子どもは自己の出自を知る権利を侵害される可能性がある。2003(平成15)年4月、日本でも厚生労働省厚生科学審議会生殖補助医療部会の答申では、子どもの出自を知る権利を認め、80年間にわたって提供者を特定できる情報を保管し開示することを取り決めた。しかし、これまでは精子提供者を匿名に

することになっており、生まれた子供は自分の父親が誰であるかを知ることができなかった。このケースの場合も精子提供者を特定できる情報は保管されていないのではないかと考えられる。

この事例の場合、出生した子どもは今年18歳になっているはずである。「自分はどこからきたのか。自分は何者なのか。自分はどこへ行くのか…」など、アイデンティティーの確立を求めて様々な葛藤があるはずである。母親との親子関係、あるいは父親との関係をどのように築いているか心配されるところである。

<事例 B>

ある産婦人科医は、不妊原因のある夫の兄弟の精子や、不妊の妻の姉妹の卵子により、体外受精を実施して子どもを誕生させた。(長野県、1998 (平成 10) 年)

厚生科学審議会の答申が出るまで、非配偶者間人工授精は精子提供のみ認められており、卵子提供は認められていなかった。事例 B に登場する長野県の医師らの粘り強い実践と世界の動向を考慮して上記答申にて認められることになったと考えられる。この事例に関して考えられる問題は次のようである。

① 子どもの父親は誰か

現行の法律上は、出産した女性の夫が子どもの父親として法的には確定される。これに関して「推定された嫡出子」と「推定の及ばない子（表見嫡出子）」という嫡出推定の問題を唱える人がいる。「推定された嫡出子」は、原則として夫が子どもの出生を知った時点から1年以内に否認の訴えを起ささない限り、

嫡出子としてかたまってしまう。また、「推定が及ばない子」とは、確認の利益がある人は、いつでも親子関係不存在の訴えを起こしてその親子関係を否定できる。AID (Artificial Insemination with Donor's semen: 提供者による人工授精) の場合、子どもは夫の生物学的 (遺伝学上の) 子であるという基礎ははじめから存在しない。しかしこのケースの場合、提供者は匿名ではなく、夫の兄弟であることははっきりしている。本来父親である人が、法律上あるいは日常生活のなかでは、叔父さん・伯父さんということになる。提供者の配偶者との間に生まれた子どもとの関係は、生物学上 (遺伝学上) は「きょうだい」、法的には「いとこ」ということになる。子どものアイデンティティーの確立の上で問題が生じる可能性がある。

② 子どもの母親は誰か

現在の補助医療技術の発達は、生物学上 (遺伝学上) の母親、産みの母親、法律上の母親を区別できるようになった。通常は、産みの母親が生物学上 (遺伝学上) の母親であり、法律上の母親になる。これは父親と子どもの親子関係の規定より容易であり明確である。この事例の場合は、妻の姉妹の卵子を使用して (提供卵子による) の出産であるため、生物学上の母親と産みの母親は異なっている。現在の日本の戸籍法では、出生証明には産みの母親の名前が記載され出生届がされるため、産みの母親が法律上の母親となる。しかし生物学上 (遺伝学上) は、子どもの母親は叔母さんあるいは伯母さんである。借り腹 (ホストマザー) の場合は、産みの母親は生物学上 (遺伝学上) の母親ではない。法律的手続としては、産みの母親の名前で出生届が提

出され、子どもは一旦産みの母の子となり、後に養子収養の手続がとられ依頼者夫婦の子となる。子どものアイデンティティーの確立に関して、①と同様の心配がある。

③ 子どもを持つ権利と子どもの利益

どこまでが医療でどこからが医療でないのか。精子提供、卵子提供まで受けて子を持つ権利があるのか。それは医療を受ける権利と言えるのか。子を持つ権利と生まれてくる子どもの利益と人体の尊厳は、何が最も優先されるべき権利および尊厳なのか。子を持つ権利を全うするとしても、子どもの利益を犠牲にしてはならないし、人体の尊厳を無視したり軽視することは許されることではない。現在のところ、これらの疑問に関する意見の合意をみることは困難がある。しかし、どこかで線引きし世界的なルールを作り合意する必要がある。

この事例の医師グループについて、また近日中に所属する学会で新しい臨床成績を発表するというニュースが流れた。それは、不妊夫婦の夫の父親からの精子提供による生殖補助医療の成績である。この医師は、提供精子、提供卵子での不妊治療や、日本産婦人科学会の見解に沿わない治療実績をもち、学会を除名になった経歴を持つほどである。メディアでも取り上げられ、社会的バッシングを受けた。そうしたバッシングや除名処分を受けてでも治療を続けるということは、それほど不妊夫婦の悩みや希望は深く、大きく、そうしたカップルの多さが彼らを動かしているのかもしれない。

4) 生殖補助医療の将来

① 不妊カウンセリングの重要性

上述したような不妊カップルが追い込まれている状況に対して、適切なカウンセリングによる援助が必要である。不妊カップルの中には適切な検査も治療も受けず、諦めているケースも少なくない。こうしたケースには正しい情報が届けられなければならない。1996年から厚生労働省は『生涯を通じた女性の健康支援事業』⁵⁾を開始し、全都道府県・指定都市・中核都市に不妊専門相談センターを開設することとした。その事業の一つとして不妊カウンセリングを行う医療機関が増えている。しかし当事者にとって、電話相談であれ外来相談であれ、一步を踏み出すことは敷居が高いようである。不妊カウンセリングの目的は、不妊に関する正しい情報を提供し、その情報に基づいて自分自身で意思決定する力を持てるようにすることであり、自己決定がなによりも優先されている。

② 生殖補助医療の倫理基準

生殖補助医療の大きな課題は、倫理上の問題と医療経済上の問題である。胚の所有権や生存権、第3者の生殖細胞を用いた妊娠の法的問題、代理母などの法的・倫理的問題、子どもの知る権利の問題などは非常に深刻な問題である。医療保険が逼迫している現状で、成功率の低い高度医療がどこまで許容されるのかという経済倫理上の問題も大きい。現在、生命科学研究の基盤とされる倫理基準はニュールンベルグ綱領であり、それに基づいた世界医師会のヘルシンキ宣言である。生殖補助医療についても、これらの倫理基準に基づいて世界各国が、その国の社会経済的な情勢や文化宗教的な背景に応じた基準を策定し

ている。日本の場合、日本産婦人科学会の検討を経て厚生労働省の審議会が倫理基準を策定した⁶⁾。

③ 治療の限界・境界

生物学的な親子関係、法律的な親子関係、社会的な親子関係、どこまでが医療でどこからが医療でないか、精子提供、卵子提供を受けてまで子を持つ権利があるのか、それは医療を受ける権利といえるのか、人工生殖によって生まれる子どもの人権と最善の利益、人体臓器活用の倫理的限界、自分の遺伝子を残すことにこだわる考えは優生思想つながることになることなどを厳しく徹底的に議論す

る必要がある。これらの疑問に対して合意を得ることは、非常な困難があるが、どこかで線引きし世界的なルールを作り合意しなければならない。筆者は、生殖補助医療には絶対的な制限を設けるべきであると考えている。人工授精は婚姻関係にある夫婦にのみ限られるべきである。AID や借り腹（ホストマザー）など他者の人体や臓器を利用する生殖医療は認めるべきではない。これら以外の方法で子どもを持つことができないならば、自分の遺伝子を持った子どもを持つことをあきらめるしかない。

II 出産における人間性疎外と WHO の出産ケアのガイドライン

1) 日本における少子化の現状

戦後のわが国の出生数は減り続けている。1950（昭和 25）年には 234 万であったが、年々減り続け、2000（平成 12）年 119 万、2005（平成 17）年 106 万、2011（平成 23）年には 105 万、となった⁷⁾。今や少子化は、社会全体に大きな影を落とし、未来社会を展望する上で大きな危機感となっている。厚生労働省を始めとして各研究機関や多くの専門家が、この少子の原因を突き止め出生数を上昇させるための方策を検討している。

酒井順子⁸⁾ は、未婚未出産の女性の生の声を集めて、現在の日本社会の少子の理由に「痛いから」、「うらやましくないから」、「愛せないかもしれないから」、「面倒くさいから」などを挙げ、この先政府がどのような政策を打ち出しても、出生率は決して上がることはないだろうと言いつける。上記のような少子の理

由は、厚生労働省などの分析では決して挙がっていない、「結婚も出産も必要としない女」という社会階層の本音と受け取ることができる。「痛いから」という理由に関しても、「もしも出産に LSD もぶっ飛ぶほどの快感を感じられるような技術が開発されたら、それほどイイなら一度は産んでみたいと思うかもしれない」と述べている。これは冗談か皮肉のように聞こえるが、出産の痛みを当然のことのように自然分娩を推奨してきた日本の産育社会と助産師や産科医等の周産期医療従事者への批判と受け止めなければならないだろう。

2) 日本における出産状況の推移

第二次世界大戦後の GHQ の衛生政策のもとで、わが国の出産の場所は自宅から病院・診療所へと急速に移っていった。1950（昭和

25)年には自宅出産が95.4%、施設内出産が4.6%、1955(昭和30)年には自宅出産が82.4%、施設内出産が17.6%であったが、1965(昭和40)年には自宅出産が16.0%、施設内出産が84.0%と、10年間に逆転し、現在では99.8%の出産が病院および診療所で行われている⁷⁾。戦後の混乱期にあった当時の日本では、病院で出産するという事は、明るく文化的で洗練されしかも安全が守られるとあれば、出産する女性のあこがれの家族イベントと考えられたであろう。しかし実際には、医療施設では入院すると産婦は家族から厳重に隔離され、これまで見たこともない医療設備と初めて顔を合わせる医師や助産師、看護師に囲まれ、出産という未知の体験に対する不安がある中で、陣痛の痛みを耐えかねて苦痛の声をあげると医師や助産師に叱られ、出産が辛い体験となったことは想像に難くない。こうした状況では、胎児を生み出す力となる子宮収縮は耐え難い痛みと感じられ、施設での対応は医療処置の過剰介入となり、女性にとって出産は主体性を奪われた経験となったことであろう。配偶者あるいはパートナーや家族は出産の場から締め出され、出産の過程と喜びを共有する権利を奪われた。まさに、女性とパートナー、家族にとって、施設内出産は、人間性を疎外された体験となったのではないかと考えられる。戦後のわが国の妊産婦死亡率や乳幼児死亡率は急速な改善を示し、それが医療施設内での出産の増加に伴っているため、施設内出産による妊産婦の医学管理の改善が母子保健の向上に貢献したと評価されている。医療機関における出産によって母子の安全が守られた事例は少なくなく、母子保健の向上に大きく寄与する

一因になったことは確かである。しかし近年、病院での出産が必ずしも良く準備された自宅出産より安全であるとは言えないという調査結果が、WHOから公表されるようになった⁹⁾。

3) WHOの正常出産ケア実践ガイド

1996年WHOは『WHOの59カ条お産のケア実践ガイド(Care in Normal Birth: a practical guide)』¹⁰⁾という報告書を出した。この報告書の目的は、世界中で行われている正常な出産のケアについて、一般に行われている方法が果たして有効なのかどうか、エビデンスに基づいて検証し、それをもとに推奨事項を設けることであった。WHOは、正常なお産のケアについて医学的に正しいお産を保証する59カ条として、A明らかに有効で役に立つ、推奨されるべきこと、B明らかに害があったり効果がないので、やめるべきこと、C十分な確証がないので、まだはっきりと勧めることができないこと、Dしばしば不適切に使われたり、不適切に実施されることに分類して示した(巻末に資料で添付)。WHOの勧告は、セーフマザーフードユニットが、地球上から出産でなくなる女性をなくすために各国政府や周産期医療スタッフに向けて提言しているものである。日本の医療従事者の間には、WHOの勧告は発展途上国に向けたものだから医療先進国である日本には当てはまらないと考える人もいる。しかしWHOの提言は、先進国には出産への医療の過剰介入による人間性疎外という医療の質の問題があり、また、病院出産が必ずしも母子の安全を保障しないという問題を提起したものであった。

4) 日本における病院と助産所の妊産婦ケアの実態

そこで筆者らは、日本の妊産婦ケアの実態を把握するために、WHOの正常出産のガイドラインをもとに大阪府下の病院と助産所における妊産婦ケアの実態調査を行った^{11,12)}。その結果、カテゴリーAに分類された出産ケアは、100%を示したのは助産所における同一助産師による継続したサポートだけで、他の項目は60-80%の実施率であった。

カテゴリーAは本来ならばどの項目も100%の実施が望まれるものである。一般的に助産所が病院に比べて高い実施率を示した。妊産婦ケアの項目を具体的に示すと、①妊産婦のインフォームド・チョイスに関して、夫の分娩立ち会いに関するインフォームド・チョイスは助産所では90%、病院では40%の実施率、バースプランの立案と共有は助産所では70%、病院では10%の実施率であった。②妊娠出産過程におけるリスクの査定に関して、胎盤計測の実施率は、病院助産所ともに高かったが、どちらも100%に達しなかった。断続的な方法での胎児監視は、病院では70%、助産所では90%を越える実施率であった。パルトグラムの使用による分娩監視は、80%を越える病院で実施していたのに対して、助産所では20%に満たなかった。これは、「継続した分娩監視」を「パルトグラムの使用による」と条件を限定した結果で、調査の不備と言える。パルトグラムによらなくても、分娩の進行状態を継続的に監視することは十分可能である。③推奨される出産時ケアはほとんどの項目に関して、助産所の実施率が病院に比べて高かった。特に分娩中の同一助産師による継続したサポー

トは全ての助産所で実施されていた。分娩中・分娩第二期の自由な体位の実施率も助産所が著明に高かった。④出産時の感染防止ケアに関しては、助産所に比べて病院の実施率が高い傾向を示した。⑤新生児ケアの実施状況にはバラツキがみられ、低体温の予防は病院の実施率が高く、1時間以内の授乳は助産所の実施率が高かった。低体温の予防の項目は、質問項目に「インファント・ウオーマーなどを使用して」という条件を付けたことが結果に影響したと考えられる。

カテゴリーBに分類された出産ケアの殆どは、日本の助産師の間でも従来から効果が疑問視されたり、見直しが行われてきたものであるが、調査結果は慣例的に行っている処置やケアを見直したり止めたりすることの困難を示していた。しかし、些細なことのように考えられても、このような処置が出産する女性のインフォームド・チョイスを無視して行われた場合、その積み重ねが女性の人権無視、人間性疎外につながる可能性がある。カテゴリーC・Dに分類された出産ケアの殆どは、日本の助産師の分娩介助技術として、助産学教育の中で教えられ、臨床で実践されてきた。これらの出産ケアは、相互に関連しているため、一つの処置にこだわれば他の処置も止めることができず、結局これまで通りに慣例的に実施するという結果になってしまう。この流れを断ち切るために、臨床では出産する女性の希望をそのまま実現すること、そのためにあらゆる可能性を検討することが必要である。また、教育の場で、助産師教育の内容の変更が重要な役割を果たすと考えられる。

おわりに：人間性回復のための豊かな出産体験

「少子化を防ぐために女性に教育を受けさせないようにすればいい」と言った政治家、「女性は産む装置」と言った大臣がいたように、出産の痛みを当然のこととして押し付けられることと同じように、少子化を防ぐために女性に教育はいらぬなどと言われることも、いかに人間性を疎外されていることだろうか。三砂ちづる¹³⁾は、内外の研究機関での母子保健、女性のリプロダクティブヘルスに関する研究経験から、女性が月経や性経験、出産と言った女性としての経験が大切にされない、人生のある時期にオニババ化すると警告する。それを避けるためには、女性が自分の身体と向き合う豊かな出産を体験することが必要であると述べている。著者の経験でも、更年期不定愁訴の調査をしているとき、

中年期になっても出産のときのわだかまりが残っていると訴えた調査対象者が少なからずいることに驚いた経験がある。また、何気なくかけた一言が出産した女性を大いに励まし、毎年子どもの成長を報告する年賀状をもらうなど、子育てに自信が持てるようになった姿を見せることもある。「WHOのお産のケア実践ガイド」は、発展途上国における出産時の母親と子どもの生命と安全を守るとともに、先進諸国においては出産時の妊産婦とパートナーおよび家族の人間性回復を強く呼びかけたものである。WHOのガイドラインにそって、出産時ケアを一つ一つ丁寧に直視して妊産婦およびパートナー、家族の存在や意思を尊重したケアを行うことが少子化対策に必ずつながっていくだろう。

引用・参考文献

- 1) 岡堂哲雄：あたたかい家族、講談社現代新書、講談社、1986
- 2) 池田正他著：系統看護学講座専門分野Ⅱ 成人看護学9 女性生殖器、医学書院、東京、p 172-187、2012
- 3) 森恵美他著：系統看護学講座専門分野Ⅱ 母性看護学2 母性看護学各論、医学書院、東京、p 25-35、2012
- 4) 鈴木秋悦編：改訂3版体外受精 Update、メデイカルビュー社、東京 2001
- 5) 内閣府男女共同参画局：男女共同参画白書平成23年版 第2部第1節 生涯を通じた女性の健康の保持増進、内閣府、2011
- 6) 文部科学省研究振興局ライフサイエンス課生命倫理・安全対策室、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課：ヒト受精卵の作成を行う生殖補助医療研究の実施の手引き、文部科学省・厚生労働省、2015年
- 7) 財団法人厚生統計協会編：国民衛生の動向・厚生指針 増刊、59(9)、p 49、2012-2013

- 8) 酒井順子：少子、講談社文庫、2003
- 9) マーズデン・ワグナー著、井上裕美、河合蘭監訳：WHO の勧告にみる望ましい周産期ケアとその根拠、メデイカ出版、2002
- 10) 戸田律子訳：WHO の 59 カ条お産のケア実践ガイド、農文協、1997
- 11) 蛭田由美、斎藤早苗、末原紀美代：病院と助産所における妊産婦ケアの実態（上）WHO の「正常出産ケア実践ガイド」中のカテゴリー A を用いた調査から、助雑誌、56(4)、p 71-76、2002
- 12) 蛭田由美、斎藤早苗、末原紀美代：病院と助産所における妊産婦ケアの実態（下）WHO の「正常出産ケア実践ガイド」中のカテゴリー B、C、D を用いた調査から、助雑誌、56(5)、p 69-72、2002
- 13) 三砂ちづる著：オニババ化する女たち 女性の身体性を取り戻す、光文社新書、2004

参考資料

WHOの医学的に正しいお産を保証する59カ条

A 明らかに有効で役に立つ、推奨されるべきこと

- 1 どこで、誰の立ち会いで出産するのかについて、妊婦が個人的に立てる計画と一緒に作り、夫／パートナーと、適切な場合には家族にも〔その内容を〕しらせること。
- 2 妊娠のリスクの査定を、産前健診のたびごとに、そして陣痛が始まって初めて介助者と接触してから出産が終わるまで、再評価を重ねながら行うこと。
- 3 出産の全過程の間、そして終了時に産婦の心身の健康状態を監視すること。
- 4 産婦に飲み物をすすめること。
- 5 出産するについて、女性のインフォームド・チョイスを尊重すること。
- 6 出産ができそうな安全な場で、しかも女性が安心して自信が持てる場であれば、〔医療を提供できる場の中でも〕もっとも末端に位置する場で出産のケアを提供すること。
- 7 出産する場所で、産婦がプライバシーを保つ権利を尊重すること。
- 8 出産中、ケアの提供者が温かく〔産婦を〕サポートすること。
- 9 出産中に、産婦に付き添う人〔の存在〕を、産婦の選択として尊重すること。
- 10 女性が求めるかぎりの情報と説明を提供すること。
- 11 マッサージやリラクソスの技法などの、からだを侵したり薬剤を使ったりしない方法で出産の痛みを軽減すること。
- 12 断続的な聴診によって、胎児の監視を行うこと。
- 13 出産に使われる使い捨ての器具は一回に限って使用することにし、再利用できる器具は適切な方法で汚染の無いようにすること。
- 14 内診、赤ちゃんの娩出の介助、そして胎盤を扱うときには手袋を着用すること。
- 15 出産のはじめから終わりまで、〔産婦の〕姿勢と動きを自由にすること。
- 16 出産中、あおむけ以外の姿勢をすすめること。
- 17 WHOのパートグラムを使うなどして分娩の進行を注意深く監視すること。
- 18 分娩後出血のリスクがある女性、または少量の出血でも危険が及ぶと思われる女性に対して、分娩第三期に予防的にオキシトシンを投与すること。
- 19 臍帯〔へその緒〕を切断するときに無菌状態にすること。
- 20 赤ちゃんが低体温に陥ることを防ぐこと。
- 21 母親と赤ちゃんが早期に肌と肌を触れ合って接触し、WHOの母乳育児のためのガイドラインに添って、産後一時間以内に授乳を開始できるようにサポートすること。
- 22 慣例的に〔娩出された〕胎盤と卵膜の検査を行うこと。

B 明らかに害があったり効果がないので、やめるべきこと。

- 1 慣例的に浣腸を行うこと。

- 2 慣例的に剃毛を行うこと。
 - 3 出産中、慣例的に静脈点滴を行うこと。
 - 4 慣例的に静脈に予防的にカテーテルをさし込んでおくこと。
 - 5 産婦を慣例的にあおむけの姿勢にすること。
 - 6 肛門からの内診をすること。
 - 7 X線を使って骨盤計測をすること。
 - 8 赤ちゃんが誕生する前まで、薬理効果を制御できないかたちで、子宮収縮剤を投与すること。
 - 9 出産中、足を足台に乗せるか乗せないかにかかわらず、慣例的に碎石位をとること。
 - 10 分娩第二期に「産婦に」指示をして、息を止めて長くいませる（バルサルサ法）こと。
 - 11 分娩第二期に、会陰を伸ばしたりマッサージをすること。
 - 12 分娩第三期に、出血の予防、又は止血のためにエルゴメトリンの経口剤を投与すること。
 - 13 分娩第三期に、慣例的に非経口的にエルゴメトリンを投与すること。
 - 14 慣例的に、赤ちゃんの娩出後に子宮の洗浄をすること。
 - 15 慣例的に、赤ちゃんの娩出後に子宮を（手探りで）検査すること。
- C 十分な確証がないので、まだはっきりと勧めることができないこと。（研究によって問題点が明らかになるまでは、慎重にすべきです）
- 1 出産の痛みを軽減するために、ハーブを使ったり、水に浸かったり、神経を刺激すること。
 - 2 分娩第一期に慣例的に人工破膜をすること。
 - 3 出産中に子宮底を圧迫すること。
 - 4 娩出のときに児頭を操作したり、会陰保護をおこなうこと。
 - 5 娩出の時に胎児を積極的に操作すること。
 - 6 分娩第三期に慣例的に、オキシトシン投与、臍帯牽引のどちらかか両方を行うこと。
 - 7 へその緒を早期に結紮すること。
 - 8 分娩第三期に、子宮収縮を促すために乳首を刺激すること。
- D しばしば不適切に使われたり、不適切に実施されること。
- 1 出産中に食べ物と水分摂取を制限すること。
 - 2 産痛の緩和のために、全身性の鎮痛剤を投与すること。
 - 3 産痛の緩和のために、硬膜外麻酔を使用すること。
 - 4 分娩監視装置。
 - 5 出産に立ち会うときに、マスクと滅菌服を着けること。
 - 6 特に複数の介助者によって、繰り返し又は頻繁に内診を行うこと。

- 7 オキシトシンを使って分娩促進を行うこと。
- 8 分娩第二期の始まりに、慣例的に産婦を別の部屋に移動させること。
- 9 導尿。
- 10 子宮口が全開大か全開大に近いと診断されてから、産婦自身がいきみたいと感じる前にいませること。
- 11 母児の状態が良く、分娩が進行しているときに、例えば1時間といった規定された分娩第二期の制限時間に固執すること。
- 12 手術的な娩出。
- 13 会陰切開を多用する、または慣例的に行うこと。
- 14 娩出後、子宮を手探りで検査すること。