

『助産所でのお産はどんな感じ？』

助産師と組むお産

アニタ助産院 助産師 竹内 喜美恵
(一般社団法人高知県助産師会 代表理事)



— 目次 —

1. 戦後 67 年の日本の出産事情の変化
2. 正常産のために大切なこと
3. 出産の姿勢
4. それぞれのお産
5. フリースタイル分娩
6. WHO の、出産に関する勧告
7. 母乳育児を成功させるための 10 カ条 (WHO・ユニセフ)
8. 人工乳の広告宣伝に関する国際規準 (WHO)

1. 戦後67年の日本の出産事情の変化

始めに

この変化を述べて、それで何が言いたいのか

「今と比べて、昔はよかった。」と言いたいのではなく、「昔と比べて、今はこんなに良くなった。」と言いたいのでもありません。

この67年の間に、私達は「何を捨て、何を拾って来たのか?」「何を得て、何を失ったのか?」を、出産事情を通してご一緒に考えて行きたいと思うからです。

では何故、何を捨て何を拾い、何を得て何を失ったかを言いたいのか。

それは、失ってはならなかった重大なものを失ったのではないかという無念の思いが、ここ数十年の長い間強く胸にあるからです。そしてその失ったものをとりかえしつつ、新しい出産の形を考えたいと思うからです。

GHQが来てからの日本のお産

それまで自宅、近くの助産所・診療所での出産が99%だったのが、戦後20年を経ずして病院出産が99%になった。

GHQが医療行政に介入し、「あの、医療を医師の指示も受けずに勝手にやっているおばはん達はなんだ?!」という事になった。アメリカにはその頃助産師という職業は存在しなかった。「なんて野蛮で不潔で不衛生なんだ。そんな事させてるから出産時の母体死亡・産後の産褥熱・胎児死亡・新生児死亡が多いんだ。」という事で、産婆学校は廃止となり、GHQの指導のもと、保健師助産師看護婦法」という法律が出来、それに基づいて看護学校が出来、看護師の免許を持った者だけが、その後1年間の助産師コースへ進む事が出来た。

かくして看護婦の資格を持ち助産科へ進学した者は、その学校で教わった通り、「病院で医師の指示のもと、出産を介助する」事をその資格の使い道と思い込んだ。そしてその通りにした。

また、「さあ、妊娠した皆さん、あなたの出産を、最新の医療技術で高度の管理をして、安全に産ませてあげるから、みんな病院へいらっしゃい。」となり、ほとんどの人々がそう信じて、そして、そうした。

そして戦後20年を経ずして日本中の99%の人が病院で出産をするようになった。

産婆→助産師の人々は

それはもう、青菜に塩、風前の灯となりました。

それへまた追い打ちを掛けるかのように、日本全国通津浦々に大枚の補助金付きで各自治体の母子健康センターが乱立し、ここでも「町立の設備の整った施設で清潔にお産をしましょう。」とかいう事になり、各部落で開業していた産婆さんが自分の助産院をたたんで町立の母子健康センターに嘱託扱いで雇われる事と相成った。

それでは、何故産婆あるいは開業助産師は絶滅しきらなかったのか？

それは、研究してくれる方も少ないので私の意見を述べるしかないのですが、その頃の日本は、まだ今のように都市に人口が集中しておらず、都市から言うと「辺鄙・田舎・過疎地」にも多くの人々が住んでおり、生活の場があった。

そこで暮らす人々の出産が全て病院という事になると、「病院へ行きつくまでにどうにかなってるが・・・」という程の距離と時間がそこには存在した。

しかし、その「辺鄙・田舎・過疎地」には病院が立たず、立っても来てくれる医師がいない。

(この状況って、40年を経て今再び起こっている困難ですよ？)

今回は理由が違うとは思いますが・・・)

母子健康センターを自治体の真ん中にひとつ造っても「辺鄙・田舎・過疎地」の各部落の隅々に渡る全出産までは吸収しきれない。・・・という事で、新しい法律を作ったついでに助産師の開業権を剥奪する事までは出来なかった。そして開業権が残った故に、都会とその近辺で、地域に根を下ろして仕事をしていた開業助産師も、近隣住民の必要に支えられ存続した。・・・というのがほんとのところではないかと推測しています。

その後の20～30年(昭和20年～昭和60年頃まで)

昭和40年代後半～50年代、時代はあたかも第1次ベビーブームのまっただ中。日本中の病院はどこもお産ラッシュ。毎日毎日次から次へと出産がある病院がほとんどでした。

＜ある病院の出産＞ —その頃の大多数の出産の風景—

ある朝、その日出産予定の方が全員、入院の荷物持参で病院へ来られます。医師から、「予定日を過ぎて赤ちゃんを置いていても、弱っていくだけで何も良い事はありません。早く出してあげましょう」と説明され、入院してきました。

その日のうちに、「では、子宮の口を拡げましょう。」との説明で、子宮の中、赤ちゃんの頭の前へ特殊な管を入れ、その管の、子宮の中へ入っている部分の中へ、水が入れられ風船のように膨らまします。

そして、その管の身体から出ている部分の端へ錘が括られます。錘の重さで風船を引っ張り、子宮の口をこじ開けようとするのです。当然、上を向いて寝たきりでないと錘は効きませんので、膀胱にも管が入れられ、寝返りも打てません。

子宮は異物を出そうとグューグューと収縮します。陣痛よりも痛いという噂でした。

一晩中その痛みにあたえ、夜中か明け方、「ポン！」という音までする勢いで風船が押し出されます。その日の朝から、「さあ、子宮の口が拡がりましたから、次は陣痛をつけて赤ちゃんを出しましょう。」と説明され、陣痛促進剤の点滴が始まります。

ズラッと並んだベッドの上で、それぞれ促進剤で始まった陣痛にもがき苦しんでいます。家族は誰も入って来られません。

数時間に1回、看護師か助産師が足元から現れて内診をし、「まだまだ」と言って去ってゆく。

そのうち生まれそうになった人から順次分娩室へ運びこまれ、「さあ、産まれますからいきんで！」となり、「もっといきんで！」、「そんな力では産まれない、もっといきんで！」が延々続き、くたびれ果てた頃、「助けてあげましょう。」というと、おなかの上に馬乗りになられ、おしもの、赤ちゃんの出口をジョキン！と切られ、赤ちゃんの頭に吸引カップをつけ、「さあ、いきんで！」の掛け声と共におなかを押され赤ちゃんはカップで引きずり出される。

切られたお母さんの血で血まみれになった赤ちゃんは、すぐさまへその緒を切り、足首を持って逆さづりに持たれ、バシバシと背中を叩かれ、「おぎゃー！」と啼いたら、「おめでとうございます。」の声と共に別室へ。そこで産湯に入れられ、産着を着て再び分娩室へ・・・来たかと思ったら、「では、ベビー室でお預かりします。」と去ってゆく。

お母さんは、おなかをグリグリ押されて胎盤が出、その後は切られたおしもの縫合。8時間位は分娩室かその近くで様子みる態勢のまま一人。その後ストレッチャーで大部屋へ。そこには、子宮癌の治療中の方も、子宮筋腫で子宮を取る手術をした方も、早産防止の治療中の方も様々おられる。

赤ちゃんに会う時は、他の面会の方と同じようにガラス越し。

「赤ちゃん大部屋」の赤ちゃん達は、20人以上いる事もしばしば。看護婦さんは、二人とか・・・夜勤の時間帯は一人です。

3時間に1回赤ちゃんを横に向かせ、横からその赤ちゃんの生後日数で決められている量の人工乳を入れた哺乳瓶のゴムの乳首を口に突っ込む。赤ちゃんが20人いたら、20人一斉にダダダダダッと一気に突っ込んでゆく。終わったら今度は全員のおムツをまたダダダダダッと替えます。その時に哺乳瓶が転げて口から外れてしまって飲めなかった子、足りなくて空の哺乳瓶をチューチュー吸っている子、もうおなか一杯なのに哺乳瓶が口から外せず結局吐いてしまった子、どの子もやり直してもらえずに3時間後の授乳時間までなにもなし。その時うんこが出ていなくてその直後大

量に「出たかもしれない子」も3時間後まで見てもらえず、ギャンギャン啼いている赤ちゃんも、抱き上げてもらえず啼きっぱなし・・・。

これはその時の看護婦さんが優しいか冷たいかの差ではない。1人対20人という事態は、懸命にミルクをつくり、口に突っ込み(正直ゲップなんてさせてあげどころじゃない)、オムツを替え、哺乳瓶を洗い、ハーハー言いつつおむつを片付けながら、「大変だ、もう次の哺乳時間だ！」と走りまわっている状況です。記録する時間も取れない。

これが「赤ちゃんをお預かりします。」の実態でした。

そして退院の日、乳業会社提供の哺乳瓶と粉ミルクの無料サンプルをお土産に貰い帰ります。「さて、母乳ってどうしたらいいの？」というところから始まる。まわりに見守ってくれる人のいない核家族の新米母は、「私の子は病院で何を飲んでいたの？」で無料サンプルのラベルを見、その大缶を買いに走る仕儀と相成ります。

かくして、終戦直後までは日本中のお母さんの9割以上が我が子を母乳で育てていた国が、20年を経ずして2割まで減ってしまいました。

その後（昭和60年代から現在）

母親の母乳が牛の乳(人工乳)にとって代わり、座産(座ってお産をする)が仰臥位出産(仰向けに寝ていきむ)になって20数年が経ち日本中に広まった頃、一方へ揺れた振り子が反対側へ振り戻るかのように、自然回帰の大きなうねりが世界中に拡がり始めた。出産に関する事柄も含めて・・・。

「我が子を、自分の力で自然に産みたい。」「それが可能な体でありたい。」「それを可能にするための努力をしたい。」という気風が蘇えり、ラマーズ法、水中出産、ソフロロジー法、フリースタイル出産、家庭分娩、家族立ち合い出産等々の、出産に対する取り組み方の変化として顕われた。

その中で、「我が子を自分の力で自然に産み、母乳で育てる事を、ごく当たり前の自然な事として取り組み努力する女性達が育ってきました。日本の場合、少しずつではありますが・・・。

母乳育児については、その歩みを大きく後押しした出来事が」ありました。

それは、乳児突然死症候群の原因についての世界的規模の調査でした。

この調査の結果、ただ一つの原因・・・というものは突き止められませんでした。次の5つの要素が他を圧して大きな有意差を認められました。

1. 母乳でない子
2. うつぶせ寝の子
3. 親がタバコを吸っている子
4. 親と子が別々の部屋で寝ている子
5. 親と子が、一緒の部屋でも別々のベッドで寝ている子

以上の5項目でした。

この衝撃的な報告以後、国を挙げて対策に取り組んだスウェーデンは、10年を経ずして、母乳栄養率が90%以上に回復しました。

それから30数年を経た今、国を挙げて取り組むという構えもなかったゆえに、ひとりひとりの母親が頑張った分だけ少し底上がって、母乳栄養率50%弱というところのようです。

未だに、「母乳で育てたい。」と願っている90%のお母さんの半分しか願いを実現できていません。残念です。

失ったものの大きさ

失ってはならなかったもの・・・とも言えます。

ひとつ、人の誕生、人の死についての考え、「死生観」を個人の魂の部分で形成するもとなる生き方暮らし方を捨ててしまった。

出産の安全性を追求し続けてきたであろうところの、共同体の医療伝承を継承することをやめてしまった。

そしてそれに代わる存在を得ていない。

出産に関する全ての事柄が、まったく個々人の個人的問題になり、解決するもしないも個々人次第となり、生まれた子どもに対する社会的責務とも言うべき責任を誰も担わないでいいかのような状況は如何なものかと・・・。

思う事は多々ありますが、ひとまずここまでに致します。

今後の方向

今後どのようなでありたいか、私個人の考えをお聞き頂きたいと思います。
そして、是非、皆様のお考えもお聞かせ頂きたいです。

まず思うのは、出産という人体に起こる生理現象についての実践的知識と対応能力は、出産年齢前に培われていなければなりません。本当になんにも知らないで、若しくはなんにも知らされないまま、我が子と出逢う事態に立ち至る事が多すぎます。これは子どもにとって悲劇です。あってはなりません。

きっちりと教えるべきです。

次に思うのは、出産前後の環境が現在、不備過ぎます。個々人まかせ過ぎます。共同体社会が存在していた時代には、産小屋、出部屋など、共同体立とでも言うべき、非常に有益な形が存在しました。

その有益な内容を検証し、その内容をなんとか現在に甦らせられないものでしょうか・・・。

子どもの誕生は、基本的に本人の生活圏内あるいは近しい人々の居る地であるべきだと思います。

そのために、地域ごとにごく小単位の出産設備があるか、あるいは小単位の、介助をする者が移動する事で、本人の移動は最小限にとどめるべきだと思います。身軽なほうが動く・・・という態勢が整えられるべきだと思います。

2. 正常産のために大切なこと

原題：正常産を正常たらしめるために必要と思われる事柄

1. 健康な母体の状態での妊娠。
2. 望まれた懐妊。
3. 妊娠時～妊娠初期に化学物質およびストレスの侵襲のない事。
4. 妊娠初期のうちに、「元気な生児を得る」ために何をなすべきかを十分に学習できる機会に恵まれる事。
(「赤ちゃんを元気にする」という思想を持つ事が出来るために・・・。)
5. 妊娠期間全期を通して、穏やかに明るく期待を込めて過ごせる事。
6. 妊娠中期頃から、出産に向けての青写真が自分で描ける事。
7. 安産の為に出来る事柄に対して、努力を惜しまない事。
8. 「産む力、生まれる力」の引き出し方を深く理解する事。
9. 出産をありのままに受け入れる覚悟がある事。
10. 出産中、自分の身体の中で起こる出来事に集中できる環境である事。
11. 出産中、「自分の力で我が子を産む」気持ちが全体を通して先んじている事。またその心境が途中で折れない事。
12. 以上の全てにおいて、「人が人の親になる」という作業の、学習と努力と願いと期待を、共感をもってサポートしてくれる専門家が存在する事。
母児共に健やかに身二つになれる事の実現に手を貸してくれる熟練者が存在する事。

平成25年2月
アニタ助産院
助産師 竹内喜美恵

3. 出産の姿勢

皆様は「よい出産姿勢」について、どうお考えでしょうか。そしてその「よい」と思われる出産姿勢は、何ゆえによいとお考えでしょうか。

本日は出産の姿勢について、少し拙論を申し述べてみたいと思います。その際、主題は「安全に、安産を」、副題は「有効に、無駄なく」という軸を中心にお話を進めたいと思います。

1. 様々な姿勢
2. 様々な姿勢とその出産との相互関係(それぞれの姿勢の意味と内容)
3. 様々な姿勢とその会陰へかかる圧力の度合いの差

1. 様々な姿勢

現在の日本で使われている分類の仕方でいいますと

- ① 仰臥位
- ② 側臥位
- ③ 座位
- ④ 腹ばい

という風に分けている事が多いです。私はこれに、

- ⑤ 立位
- ⑥ 蹲踞
- ⑦ 亀の子ポーズ(?)

が加わると思います。

2. 様々な姿勢とその出産との相互関係

開業以来 10 年、お母さんたちと共に探し求めてきた事のひとつに、出産の姿勢があります。人間は本人自身が一人で出産していた時代、どのような姿勢を選択していたのだろうか?・・・という疑問の答えを求めていました。その姿勢の中に動物としての人間にとって、「理にかなない情にかなった安全さの根拠」が込められているように思うからです。

① 仰臥位

1. 仰向けに寝るという事は、本人の背骨・血管・神経・内臓等々のあらゆるものを胎児の重みで敷いているという事です。これを何時間も続ければ、起こりうる差し障りはあまりにも多いことは容易に推察できます。何よりも本人の気力を損なう姿勢であると私は恐れます。
2. 背骨に重みがかかった状態で、陣痛と共に胎児が移動するという事は、重みの分痛みが強く感じるという事になります。

3. 寝ている場合、胎児の出る方向は重力と水平の方向ですので重力の力が借りられません。重力に逆らって押す（陣痛が）のですから、力が足りない場合自分自身でいきむ事になります。
4. 娩出時においては、骨盤の出口の方向がやや上向きですので、ますます重力に逆らうこととなります。陣痛の自然の力だけでは足りない場合がますます多くなります。よりいきまなければならない事になります。
5. 娩出時の赤ちゃんの出る自然な方向というものが（第3回旋）、仰向けですとこの回旋が中途半端になり、会陰部分への児頭の圧迫が不必要に強くかかり、裂けやすくなる。

② 側臥位

1. 横向きに寝るという事は本人にとっては自分のお尻の方向が自由に変えられて楽なのですが、自由過ぎて、胎児が出てくる方向と少しずれる位置になってしまっている事がとても多い。陣痛だけにしろ自分でいきむにしろ、出る方向とずれた方向へ胎児を押しているという事になる。だいたい、第3回旋の支点になる位置（恥骨と児頭の接点）に向かっていきむことが多く、てこを効きにくくさせてしまう事になる。
2. 赤ちゃんが出てくる時、会陰の部分の、時計でいうと3時が9時の方向が下になり赤ちゃんの重みを受ける事になります。この部分は出産時、「胎児の重みを受け止めつつ伸展していく」という風には作られていないので、挫滅創が出来やすくなります。
3. 側臥位もまた第3回旋が中途半端になりやすく、そのため特に、顔面下半分から肩胛部分が出てくるようになります。

③ 座位

これは、ベッドにもたれて背を立てた場合と、もたれずに座った場合とがあります。

1. ベッドにもたれた場合

児頭により押されて広げられようとする骨盤出口部がベッドに押し付けられる事により、その可動性を損なうと思われる。また、出口の方向へ児頭とともに下降する骨盤が骨盤底筋群にかかる力を分散させていると思われるが、座ることにより、骨盤が固定され、児頭の圧力が分散されない分、会陰へ圧力が集中すると思われる。

2. 背を立てて座った場合

これはまた、分娩椅子のようなものに座った場合と膝立ちの場合がある。

分娩椅子に座った場合は、ベッドにもたれて座った場合と同じように、骨盤が固定される事は同じであるはずだが、比べるとすると、経験的にはこちらの場合の方が会陰への圧力の集中がもたれた時はより少なく感じる。

膝立ちの場合は、産綱あるいはバーのようなものあるいは前にいる人につかまっていることが多い。これは一人でつかまらずにいる事は少し難しいかもしれない。

④ 腹ばい

1. 膝をついた姿勢では手は使いにくい。手を使おうとつむくと、お尻が後ろへ逃げてしまう。
2. 腹ばいあるいはお尻を上げた腹ばいの場合、児頭娩出時、児の顔が上を向いてしまう事。これ

は気管の羊水の自然な排出に少し不利なような・・・。

⑤ 立位

立った姿勢は会陰の伸展性に問題がある場合は児頭がはさまったまま時間が長くなるとむくんでしまうかもしれない。

これらの姿勢で述べた中での「自分自身で取り上げる場合の不利」は、介助者がいる場合はこの不利を軽減できますし、現実には介助者がおり、これらの姿勢も出産の際それぞれ選択されております。

⑥ 蹲踞

出産の姿勢として一番自然に思えるのは、蹲踞です。この姿勢についての言及はこれまでもあり、そのご意見に深く同意いたします。

大腿部で児体の中へ押す事により、自然に娩出の方向へ向かわせる。地面に限りなく近いので、児頭娩出時、手が添えられなくても落下しない。娩出時の児の顔が下を向いている。地面に児頭が当たった時、その下向きのまま滑り出れる。産道の出口部が正面を向いているので、会陰へ圧す力が自然に上(前)へそれる。いいと思います。

⑦ 亀の子ポーズ

これはこのポーズに自然に行き着いたお母さんが、「この姿勢になったとたん、無になれたような気がします。自分が宇宙の一部であることが分かった。そして痛みを感じなくなった。痛くないまま赤ちゃんがするすると出てきた。」と言われました。

まだこの姿勢の意味と内容の確定はしっかり出来ていませんが、「蹲踞の前倒し」版と理解すれば、そのよさは十分に推測できると思います。

どの姿勢もそうですが、あまり長く同一姿勢をしていると不利な面が出てきます。基本は、「どの姿勢で産むか」よりも、「いかに自由に動き回るか」と思われます。そうやって絶えず身体をほぐし、循環をよくすることが、分娩の進行に資すること大であると考えます。

ただ、ある姿勢は、適切だったり不適切だったり時期によって変化すると思われます。たとえば分娩第一期の始め頃に、いわゆる懸垂腹の方が腰を高くあげた腹ばいをしていると、児頭が骨盤入口に陥入しにくいとか・・・。

3. 様々な姿勢とその会陰へかかる圧力の差

これは分娩第2期の終わりの第3回旋の時期の姿勢の問題です。

要は、「第3回旋がより十分に成し遂げられることにより、会陰への負担が最小限度になること」に尽きます。

最後に、いづれの姿勢であっても、「絶えず子宮への血流が妨げられない姿勢である事が基本条件である事は言うまでもない。

竹内 喜美恵



4.それぞれのお産

5. フリースタイル分娩(2施設のホームページより)



社会医療法人財団 慈泉会
相澤病院



- [カンガルーケア](#)
- [分娩受入状況のご案内](#)
- [フリースタイル分娩](#)
- [夫、ご家族の立会い](#)
- [特別室](#)
- [助産師外来のご案内](#)
- [面会についてお願い](#)
- [産科医療補償制度](#)

■フリースタイル分娩



今までは”生まれる時は仰向けで産む”という考えが主流でした。それは医師や助産師がお産を介助しやすいという、介助側の視点に立った姿勢です。人間はもともと座ったり、しゃがんだり、立ったりするような体位でお産をしてきました。

最近ではいろいろな姿勢でお産をするという方法が見直されてきています。

産婦さんは自分と赤ちゃんに少しでも楽に感じる姿勢を必ずとると言われています。その姿勢で出産すると赤ちゃんへの負担も少なく、産婦さんは楽だと感じるのです。人それぞれ、その姿勢は違います。出産の時になってみないと分かりません。

「産みたい姿勢で産む」それがフリースタイル出産です。

当院でもできるだけ、赤ちゃんが”生まれてこようとする自然の力”に逆らわず、出産していただけるように援助しています。当院では、平成14年初めから、希望される妊婦さんでフリースタイル出産を行っています

平成14年4月には「畳の分娩室」が完成し、フリースタイル出産に積極的に対応しています。特に、妊娠中から腰痛のあるかたや、お産の時に同じ姿勢をとり続けるのが苦痛なかたは、ぜひご相談ください。



1970年代になって、産婦さんにとってより自然な出産体位として、座位分娩が再び見直されてきました。さらに、椅子を使う座位だけでなく、しゃがみこむ姿勢(スクワット)、四つん這い、立位など、多くの体位が行われるようになってきました。いずれも、出産の時に、分娩台であおむけになったままお産をすることに対する反省から生まれたものです。

笠松産婦人科・小児科
フリースタイル出産と母乳育児.com

代表番号
☎072-471-3222

産婦人科		月	火	水	木	金	土
受付時間	診察時間	○	○	○	○	○	○
8:45~11:45	9:00~12:00	○	○	○	○	○	○
17:45~19:45	18:00~20:00	○				○	

小児科		月	火	水	木	金	土
受付時間	診察時間	○	○	○	○	○	○
8:45~11:30	9:00~12:00	○	○	○	○	○	○

大阪府大阪市瑞穂中192-2

● フリースタイル出産とは

人類が誕生してから今日まで、どのような場所で、どのような姿勢でお産はされてきたのでしょうか。

分娩室や分娩台がなかったのは間違いのないところです。恐らくは、やや奥まった比較的狭い空間、薄暗いが暖かく、親しい人に囲まれて赤ちゃんは生まれてきたのだと思います。

産む姿勢はいろいろなスタイルが想像できますが、出産の生理からみて、仰向け姿勢ではない、主に体を起こした姿勢であったことが推察されます。(今でも多くの伝統的社会ではしゃがむ、膝つき、四つん這い、もたれてなどのスタイルで出産しています。)

いかがですか？出産の光景として、分娩台で仰向け姿勢か、分娩台を降りて自分にあった姿勢か、どちらが自然でしょうか。自然出産(お産は自然でありたい)への私たちの願いが、フリースタイル出産との出会いとなったと思っています。水泳でいえば、自由型です。

「産む姿勢」や「産む場所」、「出産準備訓練」には定められたスタイル、方法はないのです。

- **産む場所**
- バースコーナー(当院特製)やフロア、分娩台
- **産む姿勢**
- いろいろ(逆立ち、走りながら以外は可能)
- **出産準備訓練**
- リラックス、呼吸法、イメージトレーニングを使うのもよし、またぶつつけ本番でもよし

その場その場で、ご自身で、または助産師と相談して決めてください。

そのときフィットしていても、次の時は変えたほうがいいのかもかもしれません。

あなたが自由であると、あなたが自分のお産に、アクティブ(積極的、主体的、活動的)にかかわることが可能となります。アクティブにかかわることができれば、あなたの持つ「産む力」、赤ちゃんの「生まれる力」に気づき、引き出すことが可能になります。

もちろんあなたの自由を保証する医療環境が整っていることも大切です。

フリースタイル出産は、極めて生理的であるということも忘れてはいけません。自由で、体を起こした姿勢は、分娩台などでの仰向け姿勢に比べ、重力を利用でき、児頭の回旋を促し、有効な陣痛をもたらし、胎児への負担を少なくします。

6. WHO の勧告

WHO 出産科学技術についての勧告

WHO Report ICP/MCH 102/m02(S) 1301K 10 June 1985

Joint International Conference on Appropriate Technology for Birth

Fortaleza, Brazil, 22-26 April 1985

WHO のヨーロッパ地域事務局及びアメリカ地域事務局は、南北アメリカとヨーロッパから、助産婦、産科医、小児科医、保健行政に関わる政府関係者、社会学者、心理学者、経済学者、サービスの受け手から成る 60 余名の参加者を迎え、合同会議を開催しました。

そして、以下の原則に基づく多数の勧告が採決されました。

○すべての妊婦は、適切なケアを受ける基本的な権利を持ちます。

○あらゆる面において、ケアの中心的役割を演じるのは女性です。

女性は、ケアの計画、実行、評価にも参加します。

○適切なケアとは何かを理解し、それを実施する上で、社会的、心情的、心理学的要素はとて
も大切です。

◇ 勧告 ◇

1. 医療サービス及び商業市場への科学技術導入に対し、保健関係省庁は具体的な方針を打ち出すべきです。
2. 出産に使われる科学技術の評価について、国々は、共同研究を実施する方向へ向かうべきです。
3. 女性ひとりひとりが自分の望むタイプのケアを選択できるように、出産の様々な処置に関する情報は、広く社会に知らされなければなりません。
4. 女性の相互援助グループは、特に出産に関しては、社会的支援と知識伝達の仕組みとして、なくてはならないものです。
5. 非公式の周産期ケア・システム、(伝統的出産介助者を含む)については、それが存在する場所では正規のシステムと共存するべきです。
母親のためを考え、協力関係を維持しなければなりません。このような関係は、どちらかが優位に立つことなく平等に確立されるなら、大変高い効果が期待できます。
6. 出産ケアに携わる人の養成は、その社会的、文化的、文化人類学的、倫理的な知識が深まる教育をめざすべきです。

7. 専門職としての助産婦あるいは出産立ち会い者の養成は奨められるべきです。正常に経過している妊娠、出産、産後のケアは、この人たちの職務であるべきです。
8. 科学技術の査定は、病理学者、社会学者、保健行政当局、といった、その技術を使うあらゆる人々を交えて学際的に行われるべきです。また、技術を使われる女性も、査定の計画、評価、及び結果を広く知らせる行動に関わるべきです。
査定の結果は、調査に関わったすべての人々に知らされると共に、調査が行われた地域社会にも還元されるべきです。
9. 病院の産科診療内容についての情報は(帝王切開率など)、一般利用者に公開されなければなりません。
10. 母親になる女性の心の健康を確保するために、お産には産婦が選んだ人が自由に立ち会い、産後も簡単に面会できるようにするべきです。
11. 母親と赤ちゃんの状態が良い時は常に、健康な新生児は母親と一緒にいるべきです。いかなる観察も、健康な新生児を母親から離す理由にはなりません。
12. 母乳哺育の開始は、母親が分娩室を出る前から奨められるべきです。
13. 周産期死亡率が世界的に見てもっとも低いレベルにある国々は、帝王切開率が10パーセント以下です。いかなる地域においても、10ー15パーセント以上の帝王切開率が不当であることは明らかです。
14. 子宮下部横切開による帝王切開の経験者は次も帝王切開が必要、とする考えには、確証がありません。緊急手術の可能な場所であれば、普通は帝王切開経験者にも経膈分娩を奨めるべきです。
15. 出産中、誰にでも分娩監視装置を用いることが良い結果を生むという確証はありません。分娩監視装置は、注意深く選ばれた医学的なケース(高い周産期死亡率に関わるような)及び誘発分娩に限定して使われるべきです。
電子胎児監視装置とそれを使用する適正なスタッフが得られる国では、この装置によって恩恵を受け得る特定の女性を選び出すための調査を行うべきです。その結果が判明するまで、国営医療機関は、この装置の新規購入を控えるべきです。
16. 剃毛と出産前の浣腸は必要がありません。
17. 陣痛中、及び出産の時に、女性に砕石位の体位をとらせてはいけません。
陣痛中は歩き回ることを奨められるべきですし、生まれるときにどんな体位をとるかは、それぞれの女性が自由に決められるべきです。
18. 会陰切開を慣例的に行うことは、正当ではありません。他の方法による会陰部の保護が検討され、行われるべきです。
19. 出産は、社会的な便宜のために誘発されてはならず、陣痛の誘発は特定の医学的適応が認められる場合にのみ行われるべきです。いかなる地域においても、誘発率は10パーセントを超えるべきではありません。
20. 出産中は、問題の解決あるいは予防のため特に必要でない限り、鎮痛剤及び麻酔薬の慣例的な使用は、避けるべきです。

21. 通常、出産が最終段階に至るまで、破水は起きなくてかまいません。誰にでも早期に人工破膜をおこなうことには、科学的な正当性はありません。

◇勧告の実施について◇

1. 政府は、保健関連省庁において、適切な出産科学技術アセスメントを奨励し、調整するための部門を明確にするべきです。
2. 金融機関は、科学技術の無差別な使用を防ぐために、財政上の規制を行うべきです。
3. 科学技術に対し厳正な態度で向かい、出産ケアの心情的、心理学的、社会的側面を尊重する態度をとる出産施設は、その存在が明らかにされるべきです。このような施設は奨励され、その方法が学ばれて、他の施設においても同様な態度が育ち、国中の産科の見解に影響を与えるモデルとなるべきです。
4. 出産科学技術アセスメントの結果は、専門家の行動を変化させ、ケアの受け手及び一般市民が意志決定をおこなう際の基本的概念を提供するため、広く知られるべきです。
5. 政府は、新しい出産科学技術は、適切な査定が行われた後のみ使用が許可されるという規制について考慮すべきです。
6. 医療関係者、当局、ケアの受け手、女性グループ、報道関係者が集まり、国あるいは地域レベルで出産について討議する会議は奨励されるべきです。

訳: 河合蘭 戸田律子

7. 母乳育児を成功させる為の10カ条

母乳育児を成功させる為の10カ条

産科医療機関と新生児のためのケアを提供するすべての施設は:

- ★1.母乳育児推進の方針を文書にし、すべての関係職員がいつでも確認できるようにする。
- ★2.この方針を実施するうえで必要な知識と技術をすべての関係職員に指導する。
- ★3.すべての妊婦に母乳育児の利点と授乳の方法を教える。
- ★4.母親が出産後30分以内に母乳を飲ませられるように援助する。
- ★5.母乳の飲ませ方をその場で具体的に指導する。また、もし赤ちゃんを母親から離して収容しなければならない場合にも、母親の母乳の分泌を維持する方法を教える。
- ★6.医学的に必要でない限り、新生児には母乳以外の栄養や水分を与えないようにする。
- ★7.母子同室にする。母親と赤ちゃんが終日一緒にいられるようにする。
- ★8.赤ちゃんが欲しがるときはいつでも、母親が母乳を飲ませられるようにする。
- ★9.母乳で育てている赤ちゃんにゴムの乳首やおしゃぶりを与えない。
- ★10.母乳で育てている母親のための支援グループ作りを助け、母親が退院するときにそれらのグループを紹介する。



8. 母乳代用品のマーケティングに関する国際規準

母乳代用品のマーケティングに関する国際規準

International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes

(1981. 5. 21 第 34 回世界保健総会にて採択)

規準の主な内容 (全文ではありません)

- (1) 消費者一般に対して、母乳代用品の宣伝・広告をしてはいけない。
- (2) 母親に試供品を渡してはならない。
- (3) 保健施設や医療機関を通じて製品を売り込んではならない。これには人工乳の無料提供、もしくは低価格での販売も含まれる。
- (4) 企業はセールス員を通じて母親に直接売り込んではならない。
- (5) 保健医療従事者に贈り物をしたり個人的に試供品を提供したりしてはならない。
保健医療従事者は、母親に決して製品を手渡してはならない。
- (6) 赤ちゃんの絵や写真を含めて、製品のラベル(表示)には人工栄養法を理想化するような言葉、あるいは絵や写真を使用してはならない。
- (7) 保健医療従事者への情報は科学的で事実に基づいたものであるべきである。
- (8) 人工栄養法に関する情報を提供するときは、必ず母乳育児の利点を説明し、人工栄養法のマイナス面、有害性を説明しなければならない。
- (9) 乳児用食品として不適切な製品、例えば加糖練乳を乳児用として販売促進してはならない。
- (10) 母乳代用品の製造業者や流通業者は、その国が「国際規準」の国内法制を整備していないとしても、「国際規準」を遵守した行動をとるべきである。

乳児の健康を守るために:WHO「国際規準」実践ガイドブック 保健医療従事者のための「母乳代用品のマーケティングに関する国際規準」入門』

母乳育児支援ネットワーク訳、日本ラクテーション・コンサルタント協会発行、2007年(p.12)より転載。

(Protecting infant Health: A Health Worker's Guide to the International Code of Marketing of Breastmilk Substitute, 10th ed. 翻訳)