

出産の歴史的変容に関する検討

—「自然」の意味をめぐって—

渡邊竹美* 浅井美智子**

An examination of the Historical Transition of Child Birth Delivery

—On the meaning of natural child birth—

WATANABE Takemi ASAI Michiko

(1998年10月30日受付)

ABSTRACT

The delivery processes has undergone extensive modification over the past three decades. In particular, the place of delivery changed from home to hospital. So, medical doctor and staff tend to follow their own convenience in some medical treatments and positions of delivery, and as a result, they limit the delivering women's choices and the expression of their own wills. Although the woman may suspect their instincts are natural, they may also suspect their instincts are not normal.

We will argue the meaning of the natural child birth. This paper examines the significance of the decision-making process for delivering women. Furthermore, we analysis historical midwifery, and compare it with medical delivery since a midwife helps in the delivery and care of a pregnant woman.

Key words : meaning of natural child birth, midwife, delivery at home

*本学 短期大学部 母性看護学

**同 人間・健康の科学

1. はじめに

人類が今日まで生存しているのは生殖を繰り返して続けてきた結果である。生殖は、卵子と精子との受精に始まり、やがて母体からの分離による独立した個体の存在をみることである。つまり、二個体（男女）の性交を経て女の妊娠、やがて「胎児を内包した母体」＝「母体内の胎児」を、独立した二個の存在たらしめる営みが出産である。

ところで、妊娠・出産という過程は、女性のもつ生物学的・生理的機能であり、今のところ変更は不可能だ。したがって、妊娠・出産はいわゆる自然のプロセスとみなされてきた。しかし、このプロセスは生物学的・生理的現象であると同時に文化・社会的被拘束性を免れえないものでもある。そして、今日では、出産はいつだって個人的な出来事としても流通している。問題はまさにこの点にある。文化や社会のなかで営まれる妊娠・出産は、自然とみなされる生物学的・生理的営みを通して、当の妊娠・出産の文化や社会的慣行を「自然」に還元するからである。

すなわち、個々の出産は個別的選択の結果であるとしても、選択肢としての出産は、文化的変容につねにさらされた再生産装置として提示されているのである。したがって、何を選ぶかという時点で、出産の仕方はすでにルーティン化されたハビトゥス（ブルデュー）¹⁾として「そういうもの」として疑いなく受け入れられている。

かつて、出産は出産をする女性を取り巻く人々に見守られながら家庭の中で行われていた。しかし、現在、日本では、全出産の99.8%が施設内での分娩であり、また出産時の立ち会いも医師が97%を占め、出産は家庭的なできごとから、医師の常駐する状況下での医療的なできごとになった。換言すれば、このような変容は、自然のプロセスとみなされてきた出産の、当の

「自然」の意味の変容を物語っている。しかも、この変容は、じつに短期間のうちになされたのである。

敗戦当時の日本では、合衆国の医療制度をモデルとして、医療の施設化を進んだものとするGHQ側の考え方が優勢を占めており、当時の日本における施設内での分娩が全体の2.4%（1947年の数値）であること、また出産の大部分が助産婦によって家庭内で行われていることを、不衛生、安全でないなどと問題視し、GHQは改革のメスを入れる分野とみなした²⁾。その結果、出産の場が自宅から施設へと変化し、出産は医療機関に囲い込まれるようになった。戦後のこの施策は、出産のシステム化、管理化という急激な変化をもたらした。その後、出生数の減少や出産に対する安全のニーズの高まりとともに、この変化は適合的に受容されていったのである。

妊娠・出産に関するこのような急激な変化が可能であったのはなぜなのか。筆者らは、それを、人間のもっとも生物学的・生理的現象に還元されやすい生殖のもつ「自然性」の、その「自然化」の、つまり、自明視されやすいがゆえの結果であると仮説をたて、妊娠・出産にまつわる「自然」の意味を理解しようとしている。

本稿では、とくに、実際に分娩を体験した女性の「出産に対する自然観」の調査（次章で詳述）をベースに、歴史的出産の様態との比較において、「自然」と自認されるお産の意味の変容を問いたい。

2. 問題の所在および依拠する調査の概要

(1) 「助産」の変遷

出産は、歴史的にみれば、出産する女性を取り巻く人々に見守られながら家庭の中で行われてきた。肉親や周囲の女性が行ってきた出産の介助の経験によって得た体験的知識と技術が、女性から女性へと口承により継承されてきたのである³⁾。したがって、助産は、出産時の介助

者が、「取上、洗婆、産婆、子取婆、坐婆、隠婆、腰抱」など様々な呼称として存在してきたように、産む産婦を補助、介護するという役割という意味においての「助産」であった、ということができるだろう。

やがて、江戸時代に出された『中条流産科全書』の「逆子腰より下出るときには、向こうに縄をつけ、前に踏ん張らせ、中腰を折りつけ、前にとりあげばばの巧者なるを据え介助すべし」という記載³⁾が示すように、助産を専門的技術者とみなすようになっていく。こうした記述とパラレルに、職業として独立した産婆（助産婦）が出現するようになっていくのである。しかしながら、産婆養成の制度はもちろなく、未亡人や身寄りのない老婆が生活のためにやむを得ず行っているという状態でもあった。また、盲人であるあんま師の副業として、男性が助産を業とする場合もあった。

産婆の職業的確立は、日本が近代国家として出発した明治まで待たねばならない。明治政府は、早くも明治元年（1868年）に内務卿から産婆取締規則を制定公布した。これは、富国強兵を国是とする近代国家の当然の処置であろう。出産の国家管理の始まりであるということもできる。さらに、1876（明治9）年には東京病院内に産婆教授所が開設され、多くの産婆教育機関が設立された。また、1877（明治10）年、産婆は免許制となり、1899（明治32）年には産婆規則・産婆名簿登録規則が公布され、産婆の制度化が一挙になされた。このような産婆業務の法制度化・教育化は、体験からではなく、体系化されたものとして位置づける役目を果たすことになる。産婆は、したがって、教育機関で学んだ女性の法的にも認知された職業となったのである^{4)～6)}。

戦後、1947（昭和22）年には、産婆規則が助産婦規則と改正され、1948（昭和23）年の保健婦助産婦看護婦法が制定され現在に至っている。保健婦助産婦看護婦法は、助産婦を「厚生大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じょく婦若し

くは新生児の保健指導をなすことを業とする女子」と定義している⁷⁾⁸⁾。しかし、同法第38条には、助産婦は、「妊婦、産婦、じょく婦、胎児又は新生児に異常があると認めたときは、医師の診療を請わしめることを要し、自らこれらの者に対して処置をしてはならない。但し、臨時応急時の手当ては、この限りではない。」と、異常妊産婦等の処置禁止が掲げられている⁹⁾¹⁰⁾。ここには、助産婦が通常の妊娠・分娩・産褥にある女性や胎児・新生児に対しては、専門職としての知識・技術をもとに看護ケアを行うことが可能であることが謳われている。今日までの法は有効である。つまり、通常の出産においては、助産婦によってすべてが行われうるのである。まさに、産むひとの助産の役割を担うことを職務とする助産婦という姿が認められよう。

ところで、今日、助産婦の助けだけによる出産は激減している。実際に助産婦だけによって取りあげられたとしても、そこが病院であったりする。異常分娩の数が突然のように増えたわけでもないであろう短期間に、出産の場が家庭や助産所ではなく、病院という病を治療する施設でなされるようになるには、そこにそれを「当然」「自然」とみる心性の変化が見られねばならない。

(2) 本稿が依拠する調査の概要

本稿では、おもに、1997年4月から1998年3月までに、山梨県立看護短期大学共同研究費により調査した結果をもとに検証している。この調査研究では、ひろく、「生殖に関する自然観」を質問紙により郵送調査した。調査は、質問項目に「自然である」「どちらでもない」「自然でない」のいずれかに回答してもらう方法をとっている（詳しくは報告書参照）。

また、調査対象を、①助産所・自宅で出産をした女性、②広くまたかつて出産した人々も含めた対象、③山梨県在住で最近出産した女性、に分類している。本稿では便宜上、①を「自宅・助産所群」、②を「広対象群」、③を「一般

群」と呼ぶことにする。

ここでの問題意識に即し、本稿では、③「一般群」の調査結果を主として用いる。この群の対象者は、「山梨日々新聞」に掲載された出産情報をもとに1997年1月から5月に出産した女性を無作為に抽出したものである。したがって、地域性があることを免れるものではない。しかし、首都圏に隣接し、また、今日のように情報化の著しい社会にあつては、この論考で示唆しようとしている範囲の検証は可能と考えている。

しかし、それぞれの特質との比較においては、とくに、①「自宅・助産所群」(＝助産婦により、助産所もしくは自宅で出産した女性)の結果を用いることになる。〔注：②「広対象群」(＝おもに女性会館での講座に参加している女性たち)については検討を加えていない。〕

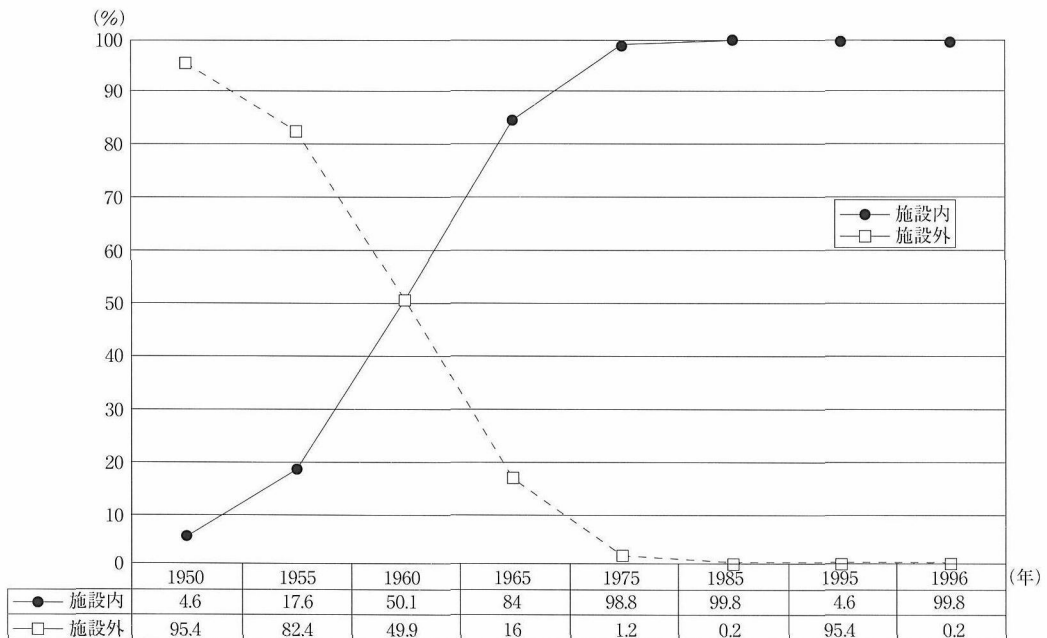
以下では、この調査の結果と、歴史的事実との比較において、①分娩場所、②分娩時の体位、③助産処置、の三点の変化について検証していく。

3. 家庭内出産から施設内出産へ

(1) 分娩場所の変化

終戦後から第1次ベビーブームの頃までは、自宅で出産する人が大多数を占めていた。とりわけ敗戦当時の日本では、施設内分娩は全体の2.4%であり、出産の大部分は助産婦による家庭分娩であった。また、戦前には、医師は異常産のみを扱い正常産には関与しないという不文律すらあった。しかし、GHQはこの状況を問題視し改革の必要性を説いた。当時のアメリカには、日本のような助産婦はおらず、出産のほとんどは病院内で医師の手に委ねられていた。しかも、日本のような自然分娩は少なく、多くは麻酔を用い機械を使つての分娩であった。GHQはこのようなアメリカの出産介助に近づけようと強力な改革を進めていったのである。

その経緯をみれば、1950年の施設内分娩の割合は4.6%であったが、それ以降施設内で分娩する人の割合は徐々に増加し、1960年には施設



(「母子保健の主なる統計」、P45、1998一部改変)

図1 出産場所の変化

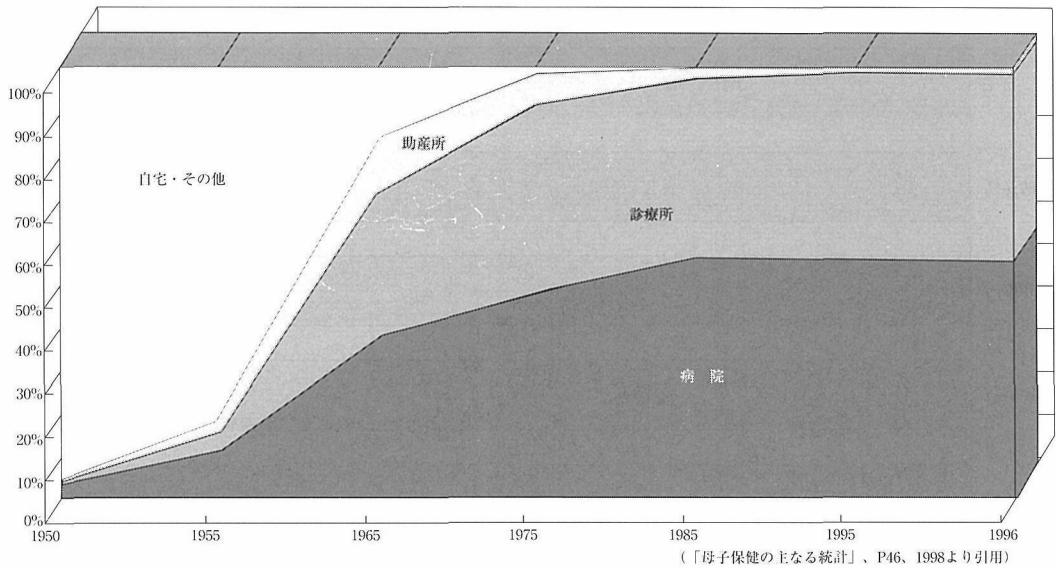


図2 出産場所の変化（詳細）

内で分娩する割合は50.1%となり自宅で出産する割合を上回るようになった。その後も増加を続け1997年には99.8%が施設内分娩であり、出産は完全に医療の管理下におかれるようになったのである。図1は、施設内分娩と施設外分娩の年次推移を示したものであり、図2は施設内分娩の内訳について、病院・診療所・助産所別の年次推移を表したものである¹¹⁾。

しかし、出産の施設化を促進した要因は、GHQの施策ばかりでなく、社会的変動に伴う社会構造の変化と人々の意識の変容を無視することはできない。戦後の社会変動は、都市への急激な人口移動を促したが、それは地縁・血縁による連帯意識を希薄化し、家庭分娩を支えていたサポートシステムを無効にすることでもあった。また、加えて住宅事情の変化も大きな要因である。都市部に新しくできた集合住宅は、核家族をモデルにした住宅であり、プライベート重視の閉鎖的空間として実現化されており、構造的にも心理的にも旧体制に依存してきた家庭分娩には適していなかった。こうして、都市部に居住する人々の施設分娩への依存が高まっていったとみられる。その結果が都市部と郡部

での施設分娩の占める割合に大きな差がみられる時期を作り出すことになる¹²⁾¹³⁾。

しかし、「隣の嫁さんは町の病院で産んだ。自分も村の産婆さんではなく隣の医者さんにみてもらいたい。」という言葉に象徴されるような現象が全国に急速に広まった¹⁴⁾。都市部以外へは、情報が施設での出産を促す。つまり、産婆よりも医者という選択を可能にする程度に社会的・経済的ゆとりが生じたものであろう。現在では都市部と郡部での施設内分娩率の差はなくなっている。このように出産の施設化は、戦後短期間のうちに定着していったのである。

現在、出産場所が施設に定着していることは、本稿が依拠する調査結果からも確実に検証される。自宅、助産所、診療所、総合病院、大学病院の5つの項目に「一般群」は、図3のような回答を示している。つまり、分娩場所として自然であると答えた割合が最も低かったのは自宅であり54.6%、それ以外は分娩場所として自然であると答えていた割合がいずれも7割以上を占めているのである。この数字は、出産が確実に家庭内から遠ざかりつつあることを示唆する。

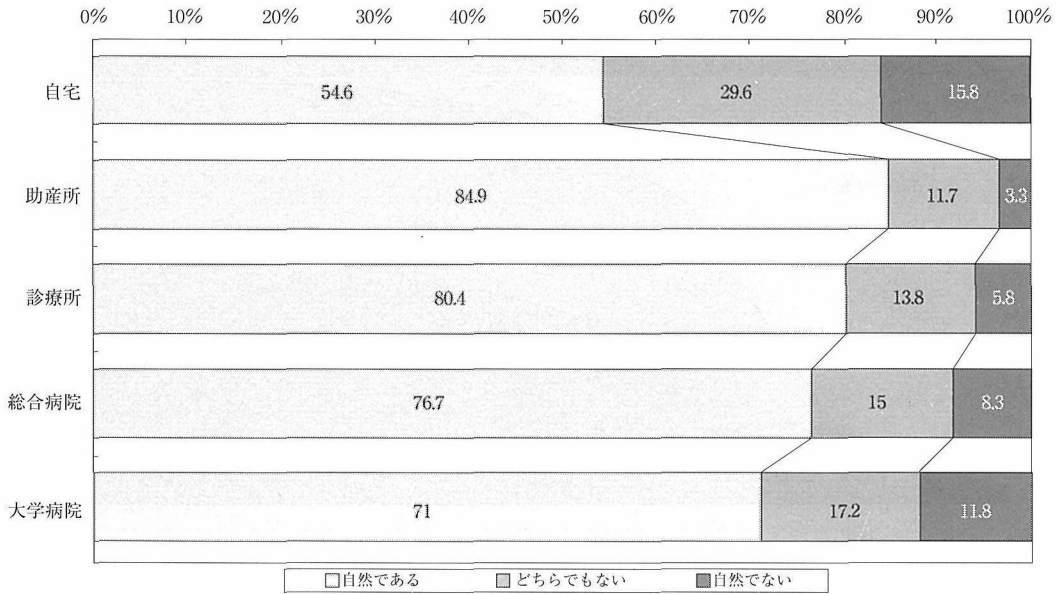
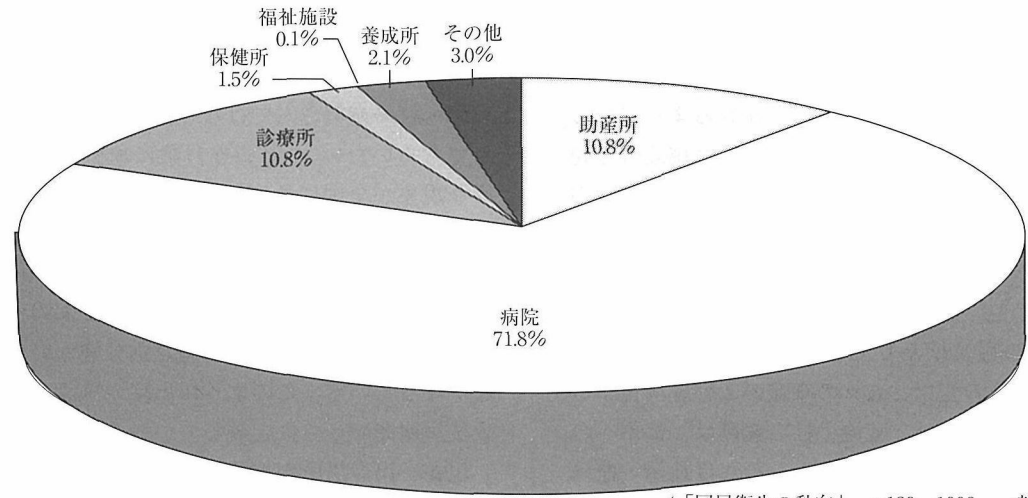


図3 分娩場所に対する自然のとりえ方（一般群）



（「国民衛生の動向」、p189、1998 一部改変）

図4 助産婦の就業先

(2) 施設分娩が促す出産の意味

かつて、出産の大部分は助産婦によって家庭内で行われていた。出産の施設化が主流化している現在、助産婦の就業状況の変化をみてみよう。平成8年末現在の就業助産婦数は23,615人である。これを就業先別でみると近年の医療施設内分娩の普及や住宅事情等により、自宅にお

ける助産婦立会いの分娩が減少し、同時に助産所で就業する助産婦も減少している。逆に、病院・診療所に従事する勤務助産婦は増加している。平成8年現在の助産所の開設者・従事者は2,539人（10.8%）、病院・診療所の勤務者が19,503人（82.6%）である¹⁵⁾（図4）。

また、図5にあるように、出産時の立ち会

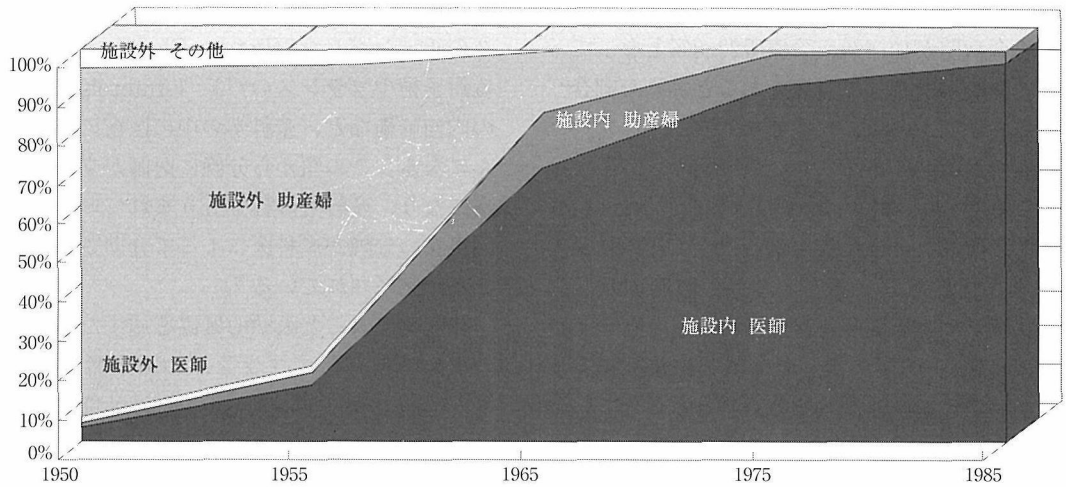


図5 出産時の立会い者

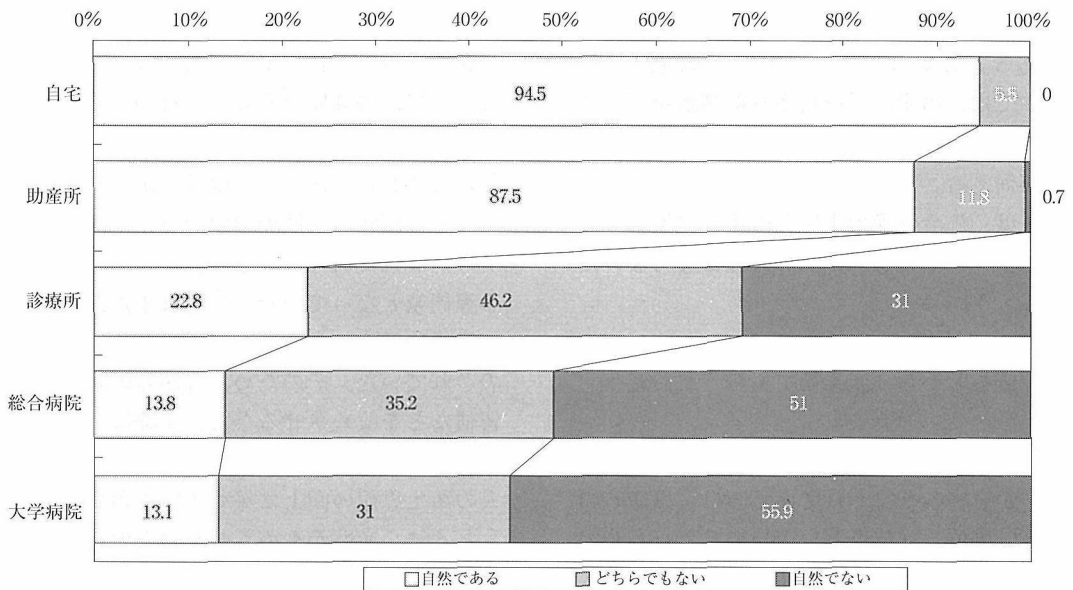


図6 分娩場所に対する自然のとらえ方（自宅・助産所群）

者¹⁶⁾として医師の飛躍的登場がみてとれる。現代の出産において、自宅や助産所を分娩場所として選択することは、逆説的であるがお産を自己の主體的なかわりとして選び取ることの困難さを浮き彫りにする。つまり、主體的に出産へ取り組もうとする産婦にとって、家庭分娩、助産婦だけによる出産を選択することは時勢に逆らうことであり、経済的、時間的、意志的余

裕がなければそれは不可能なことなのである。したがって、病院や診療所における分娩が99%近くを占める現在では、もはや妊娠・出産は自然のプロセスではなく完全に医療の対象になっていると考えられる。

このことは、本稿が依拠する調査結果からも明らかである。出産場所が「自宅・助産所群」では、大学病院を分娩場所として自然であると

答えた割合がもっとも低く13.1%であった。次いで総合病院が13.8%、診療所22.8%となっている。分娩場所として自然であると答えた割合が最も高かったのは、自宅であり94.5%、次いで助産所が87.5%となっている（図6）。

ところで、出産場所について「一般群」と「自宅・助産所群」とを比較すると、全く逆の結果である。つまり、「一般群」では、医師の常駐する状況下での分娩を「自然である」ととらえ、一方、「自宅・助産所群」では医師の常駐する状況下での分娩を「自然である」ととらえている割合が極端に低くなっているのである。このことは、「一般群」においては、分娩が施設内で行われるものであり、かつ医師の常駐する状況下で出産を行うことが定着し、産む側にもそのことが受け入れられていることを裏付ける結果であると考えられる。しかし、「自宅・助産所群」では、出産場所を自宅や助産所を選択するという意識において、主体的であろうとする姿勢が伺える。

これは、施設分娩の主流化の流れに逆行するものであり、その意味が問われねばならないであろう。

4. 「産む」から「産ませてもらう」お産へ

(1) 分娩時の体位の変化

出産が家庭内で行われていた頃は、出産時の体位は、坐位、立位など自由な姿勢で行われていた。これらの体位は、出産が生理的プロセスとして進行していくための、文字どおり自然の選択であったと考えられる。また、産む女性を補佐する人々も出産をより安楽にそしてスムーズに進行させるためにさまざまな工夫をしていた。たとえば、前後左右から産婦を支える、布団などを背部にあて支える、木の枝や縄などを用いて力を入れやすくするなど、出産の進行を促す工夫をしている¹⁷⁾¹⁸⁾。

しかし、近代の出産が産科学として医学のなかに位置付けられた西欧の経緯をみれば、その

事情の変化がみてとれる。17世紀には、イギリスのチェンバレン（Peter Chamberlen）による鉗子術やフランスのパレ（Ambroise Pare）の内回転術など、産科学の中に医術の介入が盛んになる。この頃から分娩に医師が立ち会うようになり、産科医の称号もうまれている。当時の皇女の子が産科医によって介助されていたことが記録されている¹⁹⁾。

18世紀に入ると医学的処置を施すために都合のよい体位としてフランスの王室産科医モリソー（Francois Mauriceau）が仰臥位による分娩を提唱している。その後施設内分娩が主流になると、仰臥位は医学的管理のしやすい体位として医療者側に有利であることから分娩時の体位として主流となり定着していった²⁰⁾。

日本ではどうであったか。明治期に急激な近代化を促進した日本では、西欧医学を吸収することが当面の課題であり、産科の実際問題左右するところまではいたっていない。しかし、先にもふれたとおり、産婆は一定の職業となっており、昭和の初期の頃の産婆は、高等教育を受けた女性であり、医学教育を受けた母子保健の専門家となっていた。当時はまだ衛生思想が一般には低く、お産はまだ汚いものけがれるものされていた。そのため、昔からの非衛生的な習慣などを改めさせるなど、産婆は当時の先端の医学的知識や技能をもった専門家として、婦人の衛生思想の向上に努めていたのである²¹⁾。

とくに、産婆がやめさせたお産の風習のひとつに坐産がある。産婆は養成所で学んだ衛生や医学的な処置について説いてまわり、正常と異常を見極め異常産については医師に紹介していた。このように、当時の坐産の習慣を寝て産む方法にかえさせ、異常を判断することによって出産を医療に結びつけたのは産婆であった。しかし、実際には寝て産むというスタイルをとったのは見出しの頃になってからのようである。

分娩時の体位として仰臥位をとることは、産婦にとっては自身の重くなった子宮が腹部大静脈を圧迫し、心臓への静脈還流量を減少させ心

拍出量の減少を起こす。そのため、産婦は仰臥位低血圧症候群といわれる血圧の低下を引き起こす。このような現象は、分娩が始まると子宮収縮のたびに静脈還流が増大するとされ分娩時にはみられなくなるとされている。しかし、腰椎麻酔施行時にはこのような現象が起こることがある。仰臥位低血圧症候群を起こすことは、胎盤への血流の減少が起こり、結果として胎児の低酸素症を招き fetal distress につながる²²⁾。生理的にも仰臥位が合理的な体位でないにも関わらず、仰臥位が出産の体位として定着したのはなぜか。

病院とは、病んだ人が病気の治療のためにやってくる場所である。そのため、病院という文化は患者は寝るものとされている。また、寝る姿勢の中には、寝た患者と立つ医師との力関係、高度の医療テクノロジーの力が象徴されていると考えることができる。つまり、出産が施設で行われることは、出産そのものが医療の対象であるということと不可分の関係にあるのである。

(2) 出産の主体はだれか

では、実際に出産を体験した女性は分娩時の体位をどのように考えているのだろうか。

「一般群」および「自宅・助産所群」両群の分娩時の体位について検討してみよう。仰臥位、坐位、側臥位、立位、四つん這い、それぞれについて、「一般群」では、仰臥位を自然であると答えた割合が73.5%と最も多かった。逆に、自然でないでと答えた割合は7.7%にすぎず最も低い割合であった。5つの体位について「自然である」と答えた割合を多い順に示すと、仰臥位 (73.5%)、坐位 (58.8%)、側臥位 (37.3%)、四つん這い (31.1%)、立位 (25.2%) であった (図7)。このことは、分娩が仰臥位で行うことが定着し、今では仰臥位で分娩することがふつうであると認識されている、すなわち、自然であると認識されていることが推測されるのである。

ところが、分娩時の体位について、「自宅・助産所群」は、「一般群」と異なる判断を下している。仰臥位を自然であると答えた割合は29.4%と5つの体位の中で最も低い割合であっ

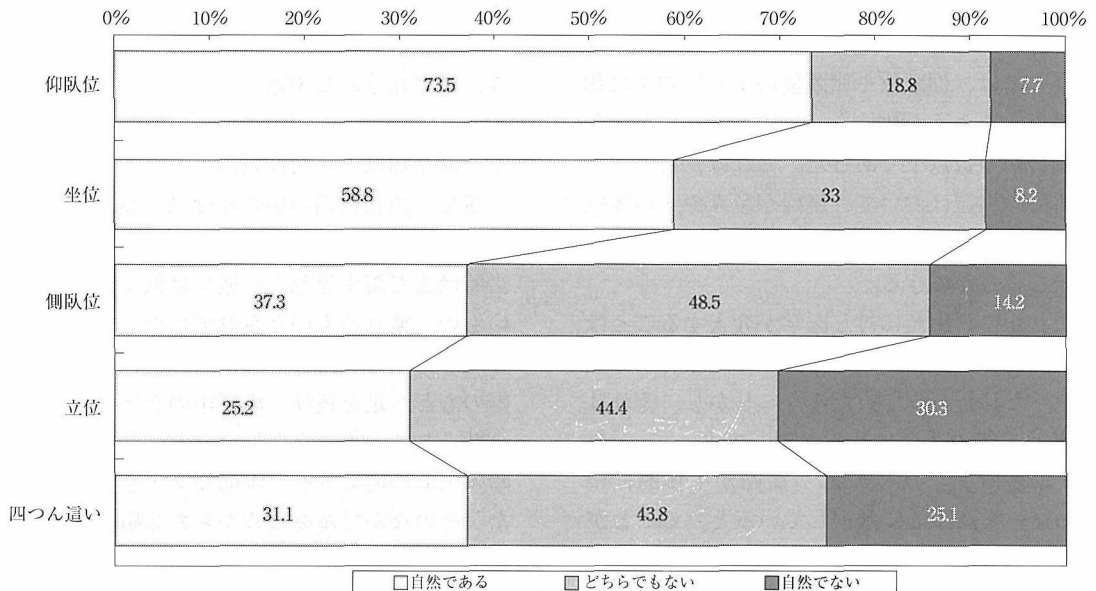


図7 分娩時の体位に対する自然のとらえ方 (一般群)

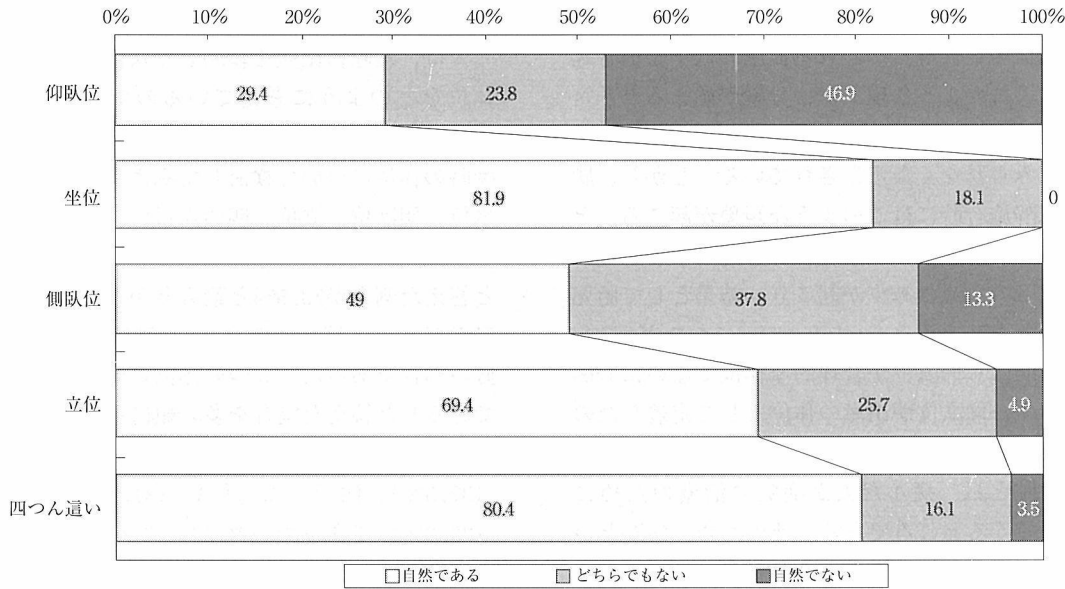


図8 分娩時の体位に対する自然のとりえ方（自宅・助産所群）

た。5つの体位について「自然である」と答えた割合を多い順に示すと、坐位（81.9%）、四つん這い（80.4%）、立位（69.4%）、側臥位（49.0%）、仰臥位（29.4%）である（図8）。

「一般群」と「自宅・助産所群」とを比較すると、側臥位についてはほぼ同様の数値を示しているが、仰臥位、立位、四つん這いについては、全く逆の結果になっている。「自宅・助産所群」では、仰臥位や側臥位のように完全に体を横たえるような体位を「自然である」と答えた割合が半数以下であった。これは、自宅・助産所での出産において、産婦が産みやすい体位を選択することが可能であることを示していると思われる。

たしかに、出産に対し医学が介入することは、分娩時の体位も産婦主体ではなく医療者主体の体位へと移行しやすいただろう。しかし、それは、医療者主体の「産ませるお産」であって、「自宅・助産所群」の人々は、「産婦が主体的に産むお産」を意識的に選択しているとみることが可能ではなかろうか。

それは、産婦自身が自分の体をコントロールし、自分の好きなように自由に動け、また自分

自身が楽と感じる分娩体位を自ら選択し、納得のいくお産を目指すというアクティブ・バースの考え方が発生してきていることとも無関係ではない。しかし、注意しておかねばならないのは、それが管理されたお産へのアンチ・テーゼとしての「産む主体」の主張なのか、個別化した選択としてのお産なのか、ということである。

5. 医療化される出産

(1) 助産婦による助産処置

さて、昭和初期の頃の産婆は、高等教育を受け医学教育を受けた母子保健の専門家であった。当時はまだ衛生思想が一般には低く、お産は汚いもの・穢れるものとされていた。また、家庭分娩が大部分を占めるこの時代には、産婆が産婦のもとへ足を運び、妊娠中のケアから出産の介助そして産後の育児指導など妊婦・産婦・褥婦の生活の場でトータルのケアを実践していた。そのなかで産婆は昔からの非衛生的な習慣などを改めさせるなど、衛生思想の向上も努めていったのである。今日に残る産俗風習のほとんどは平安時代の貴族の風習がその起源とされ

ている。分娩体位も古代から坐産を基礎にその類似した体位が伝わっていたようである。しかし、高等教育・医学教育を受けた産婆の出現により、出産時の体位は坐産から寝て産む方法すなわち仰臥位産へと変化していった²³⁾。

先にふれたとおり、この頃、助産婦は正常出産の介助を行い、異常が認められる場合は、医師に紹介していた。このように出産に関してみると、生理的プロセスとしてその機能が発揮されているいわゆる正常産といわれる出産については助産婦がそのケアの責任を引き受けるという、助産婦と医師との業務範囲がはっきりと区別されていた。

このように助産婦が正常な出産の介助をする時、分娩介助の中でも特に会陰保護の技術を重視していた。会陰保護の目的は、「児頭および肩甲が陰門を通過する際に生じやすい、会陰や骨盤底筋の損傷を最小限に防ぎ、児の安全な娩出を図る。」と記載されている^{24)~26)}。かつて、家庭分娩を一手に引き受けていた助産婦達は、「私たちの先輩助産婦達の助産技術は、それは確かなものであり、あっぱれなものであった。会陰裂傷をおこす助産婦は、まだ一人前ではないということで、分娩介助もさせてもらえなかったという。先輩の分娩介助を手伝いながら独自の技術を獲得するために必死に研鑽に励んだと聞いている。」と現在助産所を開業している助産婦は記している²⁷⁾。また、「会陰保護のテクニックは、助産婦が10人いれば10通りのテクニックがあるはずだ。それほど学習した通りにもいかないし、形式化などできるものではない。それは、出産の形態や身体が個々に異なるからである。」と産む人自身にあわせた会陰保護を実践してしている様子がわかる²⁸⁾。

助産婦はなぜそこまで会陰保護にこだわったのであろうか。出産は、子宮内で成長発達を続けた胎児が、母体から名実ともに分離する現象である。胎児時代には、酸素の供給、栄養の供給そして老廃物の排泄などそのすべてを母親に依存していた。しかし、出産によって母体から

分離することで、胎児は新生児として、これまで母親に依存していたことを自力で行うことになる。母親は、育児という形でその新生児の養育に携わっていく。すなわち出産は、育児を始めるためのスタートであると解釈できる。出産時に会陰の保護を行い、会陰部の損傷を防ぐのは一つには感染を予防するという意味もあったであろうが、さらに出産後の育児を行う際、会陰部に損傷を受けていることが母親にとって不利益であることを長い経験の中から体得していったからではないのだろうか。さらに、女性のもつ生物学的・生理的機能を自然なプロセスとしてその機能を最大限発揮できるような援助すなわち産む人を助ける「助産」をしていたことができる。

(2) 助産処置の変化

分娩に至るまでの経過の中で行われる処置の1つに会陰切開術がある。この会陰切開術は、現在出産時における産科手術として最も汎用されているものである。産科学的に会陰切開術を必要とする「医学的適応」は、産科医の経験と診断により選択されている。会陰切開術の適応には、胎児側の要因と母体側の要因がある。胎児側の要因としての会陰切開術の適応は、①胎児切迫仮死、②巨大児、回旋異常、肩甲難産が予測される場合、③未熟児分娩、骨盤位分娩などである。母体側の要因としての適応は、①高年初産婦などで会陰部の伸展が悪い場合、②分娩第Ⅱ期が遷延している場合、③第Ⅲ度以上の会陰裂傷の危険性が高い場合、④母体の心疾患合併、母体疲労など、医学的に分娩時間の短縮が必要な場合、⑤鉗子分娩、吸引分娩、骨盤位牽出術などの急速遂娩時の産科手術時などである²⁹⁾。

会陰切開術の施行状況をみると、第二次世界大戦後のアメリカでは、会陰切開術は一般化され、1979年では62.5%におよんでいる。今日では初産婦では50~90%と推定され、家庭分娩では20%以下と低率である。一方、分娩センター

では助産婦による分娩介助が主流で、会陰切開術は19～39%と低く、初産婦で20%、経産婦では7.5%であると報告されている。また、イギリスの施設分娩における会陰切開術は、初産婦で14～96%、経産婦で16～71%と報告されている³⁰⁾。わが国の状況は、小田切らの調査によれば、昭和42年30%、昭和52年91%、昭和62年94%と明らかに増加していると報告されている³¹⁾。

1878年、Broomall が会陰裂傷の予防に対して、会陰切開術のルーチン化を提唱した³²⁾。そして施設分娩の増加と分娩介助への産科医の積極的介入により、会陰切開術の適用は近年高率化している。会陰切開術の適用は前述の通りであるが、これに加えて「予防的」という言葉で安全性を強調した医学的適応のない予防的措置としての会陰切開術がルーチン処置として行われるようになってきていることがわかる。また、分娩時の剃毛をルーチン処置としている状況からも出産時に会陰切開術を行うことを前提としていることが読みとれる。つまり、現在の施設分娩では、会陰切開術は当然のことのようになされているのが現状なのである。

剃毛については、明治、大正、昭和時代の、前述のどの教科書にも記載がなかった³³⁾。その

ことから、正常産のルーチン処置としては一般的には実施されていなかったことがうかがえる。そもそも剃毛は、手術野の消毒効果を確実にし手術後の創部感染を予防する目的で行われている³⁴⁾。同様に分娩時に行う剃毛も、分娩時の外陰部の消毒効果をあげ、感染予防をすると同時に、観察および処置を容易にするという目的で行われる。歴史的にみても、剃毛の習慣がなかったことから、会陰切開部や会陰裂傷部を縫合するときの感染源になるため、感染予防という目的で剃毛が行われていると理解できる。会陰切開術が分娩時の処置として一般的に行われるようになると、それに付随する処置として剃毛が必要になってきたのである。

また、産婦への処置として浣腸が行われる。明治時代の緒方病院産婆養成所編『新撰産婆学、前編』³⁵⁾に記載された内容から、この時代には産婦に浣腸が実施されていたことがわかる。現在、分娩時に浣腸を行う目的は、以下の通りである。①直腸内を空虚にすることにより産道を広くし児頭の下降を容易にする。②また直腸への刺激により子宮収縮を促し、分娩を促進する。③さらに、腹圧に伴って起こる便漏出による汚染を防止することにある。しかし、助産所や一部の施設では産婦の希望によっては実施しない

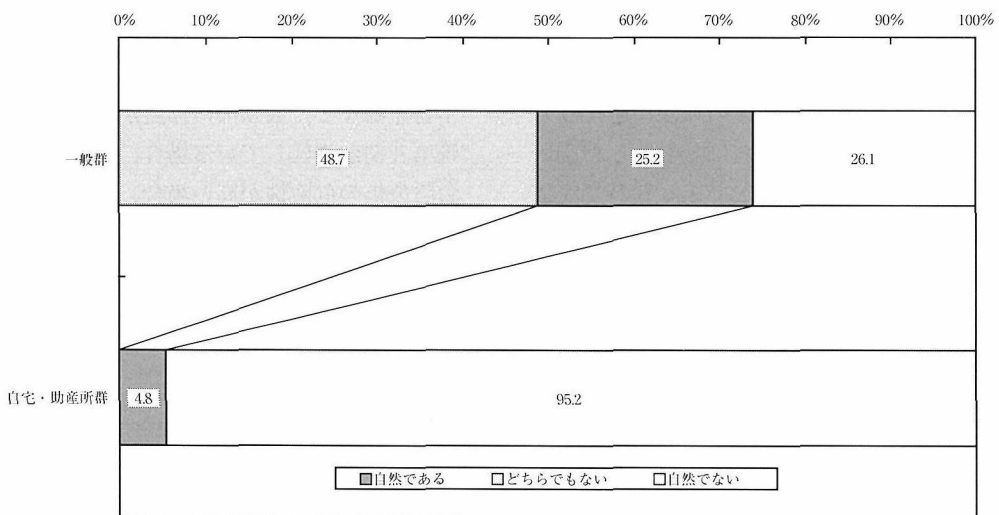


図9 剃毛に対する自然のとらえ方

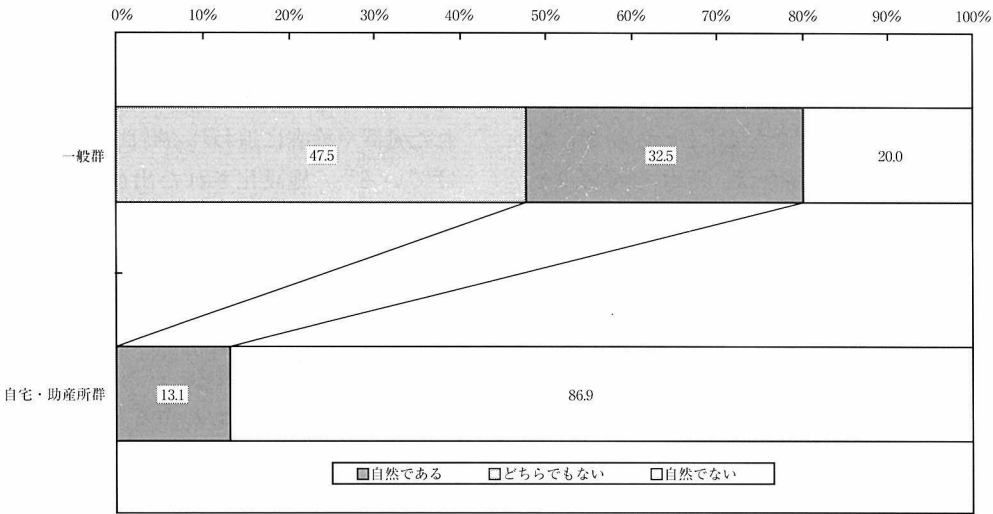


図10 浣腸に対する自然のとりえ方

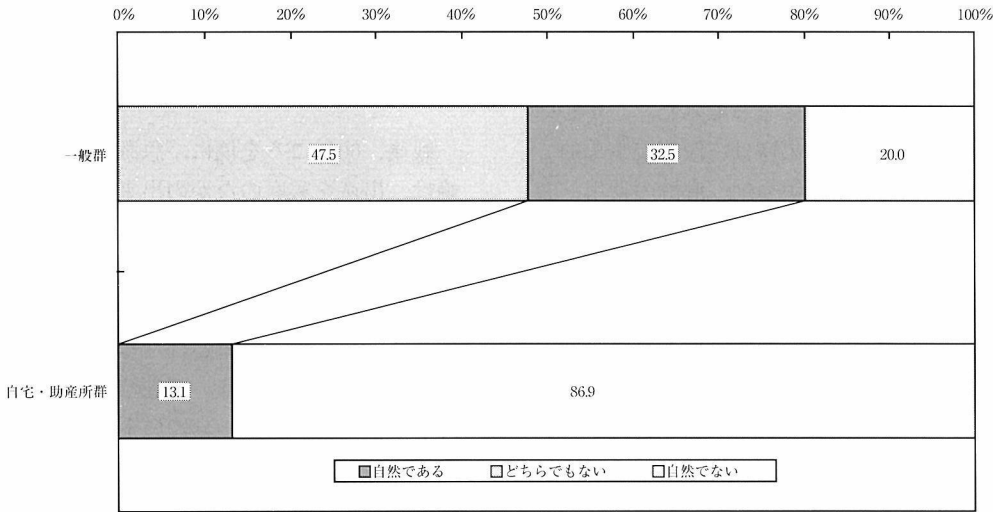


図11 会陰切開術に対する自然のとりえ方

ところもでている。

では、助産処置の中でも、とくに剃毛・浣腸・会陰切開術について、実際に出産した女性がこれらをどの程度「自然」と捉えているか調査結果をみてみよう。ここでは、「一般群」と「自宅・助産所群」とを比較しながら検討する。

剃毛についてみると、「一般群」では「自然である」「どちらでもない」「自然でない」の割

合はそれぞれ、48.7%、25.2%、26.1%であり、「自宅・助産所群」では、それぞれ0%、4.8%、95.2%であった（図9）。また、浣腸については、「一般群」では「自然である」「どちらでもない」「自然でない」と答えた割合は、それぞれ47.5%、32.5%、20.0%であり「自然である」と答えた割合がもっとも多く、一方、「自宅・助産所群」ではその割合は、0%、13.1%、86.9%であり「自然である」と答えた人はおら

ず、むしろ「自然でない」と答えた割合が85%を上回っていた(図10)。

会陰切開術についても同様に答えてもらうと、「一般群」では「自然である」「どちらでもない」「自然でない」の割合は、それぞれ46.9%、28.9%、24.3%、自宅・助産所群では、0.7%、5.5%、93.8%であった(図11)。剃毛・浣腸・会陰切開術に対して、「一般群」と「自宅・助産所群」において大きな違いがみられる。

(3) だれのための、何の処置なのか

人類の長い歴史の中で、妊娠・出産は新しい生命の誕生とともに、母子双方にとっては死の恐怖を伴うものであった。しかし、それまでは助からなかった母子の生命もME機器の開発や検査方法の精密化、治療技術の発展、薬剤の開発など医学の発達により救命が可能になったことも事実である。そして、分娩時の母児の安全性も確保できるようになってきた。しかしその一方で病院における出産は、医師が主導的であるため陣痛促進剤や鎮痛剤、麻酔の使用、会陰切開、吸引分娩、鉗子分娩、帝王切開など医学的な介入が行われやすく、さらに食事の制限、浣腸、外陰部の剃毛、血管確保のための静脈内への持続点滴注射、連続的な胎児モニターリングなどが行われる。その結果、産婦は出産のために入院すると、さまざまな制限・制約を受けることになる。そしてこれらは、すべての産婦を対象とするルーチン処置として行われているのが実情である。

しかし、これらのルーチン処置は、産婦にとって本当に必要なものなのだろうか。佐藤は、「会陰切開を受けた母親の疼痛および不安に関する研究」の中で、会陰切開と会陰裂傷を受けた産婦の疼痛の持続期間を調査し、自然に裂けた会陰裂傷よりも、会陰切開術による機械的な創傷のほうが痛みを感じるものが多く、またその持続期間も長いことを報告している³⁶⁾。また、正木も会陰切開術後のトラブルや悩みが多いことを報告している³⁷⁾。さらに、内田は、現在の

施設内分娩では、助産婦が産婦のそばに付き添うことが困難な状況にあることを指摘し、その理由に、医師の指示を受けたり、ルーチン化された処置や検査に追われる時間が多いことをあげている³⁸⁾。施設化された出産は、「助産」の意味する内容の変容をもきたしたのではないか。すなわち、産婦を助けるための助産から医師を助ける助産へと変容したのではないだろうか。その結果、出産における自然の意味の変容にもつながったと推測される。

先の調査結果からもわかるとおり、「自宅・助産所群」の人々は、医療施設で行われる分娩時の処置を当然のことと受けとめていないのである。それは、彼女たちが出産場所を自宅や助産所を選択するかなり大きな理由になっているのではなかろうか。

6. おわりに

戦後、60年ころを境に、急激に増えた施設分娩は、出産を家庭のなかの出来事から遠ざけた。また、出産の施設内への移行は、まさに施設であるからこそ、そのスタッフの都合によってお産が進められることになる。それに産婦が慣らされてみれば、お産とは「そういうもの」になっていくのであろう。調査結果からも、分娩時の体位は仰臥位に、分娩に至るまでの経過の中で行われる処置としての会陰切開術が、いずれも急激に「自然」ととらえられていることがわかった。しかし、そのとき、「産む」という行為は「産ませてもらう」へと転換されることにならないだろうか。

出産は個人的な事柄であるが、長い歴史的経験知によるものである。近代医学の登場が、短期間に産む側にもこのように大きな意識変化をもたらしたことは、「安全」という考え方からすれば極めて合理的な変化であろう。しかし、人の死同様、他者にゆだねられた出産は、生のリアリティを隠蔽することにはならないだろうか。また、近年の少子・少産化が「安全」のニーズ

を高めているとはいえ、産む側の「主体性」の確保を今のルーチン化された出産に求めることは難しい。産婦にとって「予防的」という言葉は重く、「安全」と同義である。不必要かもしれないとはすでに考えられないのである。施設が飾り立てた産室やプレゼントを産婦に与え、医学的介入の正当性を主張する前に、産婦側に出産のすべての医学的介入の説明をし、合意のもとに処置の選択が行われるべきであろう。

【注】

- (1) ハビトゥスとは、ブルデュー、Pが『再生産』において概念化した用語である。それは、「階級、階層、家族などの環境世界のなかでの社会化過程で成員個人が修得し、血肉化するにいたる行動への先有傾向」(宮島喬『文化的再生産の社会学』藤原書店、1994、p.132-3)、すなわち、無意識に社会構造の再生産へかかわる多様な適合行動といえることができるだろう。
- (2) 「広対象群」は、おもに女性会館での講座に参加している女性たちであり、本稿ではこの群については検討を加えていない。対象者は60歳以上の女性が多かった。

【引用および参考文献】

- 1) 大林道子：助産婦の戦後、勁草書房、24-25、1989
- 2) 佐藤香代：日本助産婦史研究、東銀座出版社、1997
- 3) 石原力：助産婦の歴史、ペリネイタルケア、2(2)、259、1983
- 4) 青木康子他：助産学大系1 助産学概論、日本看護協会出版会、18-44、1996
- 5) 武谷雄二他：助産学講座1 助産学概論、医学書院、36-74、1997
- 6) 西川麦子：「近代産婆」に関する研究とプロセス、看護研究、23(2)、93-103、1990
- 7) 厚生省看護問題研究会：看護六法 平成10年版、新日本法規、1、1998
- 8) 門脇豊子他：看護法令要覧 平成10年版、日本看護協会出版会、3、1998
- 9) 前掲書7)、8
- 10) 前掲書8)、20
- 11) 財団法人母子衛生研究会：母子保健の主なる統計、45-46、1998
- 12) 大林道子：お産-女と男と、勁草書房、12-13、1994
- 13) 前掲書11)、45
- 14) 前掲書1)、264-267
- 15) 財団法人厚生統計協会：厚生指標 臨時増刊 国民衛生の動向、45(9)、189-190、1998
- 16) 財団法人母子衛生研究会：母子保健の主なる統計、22、1987
- 17) 松岡悦子：オランダの出産から、教育と医学、39(4)、46-52、1991
- 18) 鎌田久子他：日本人の子産み・子育て、勁草書房、1990
- 19) 永井宏：座位分娩のメリット、助産婦雑誌、42(5)、8-16、1988
- 20) 永井宏他：分娩体位と分娩管理、金原出版株式会社、1995
- 21) 松岡悦子：出産の文化人類学、海鳴社、53-64、1991
- 22) 坂本正一他：改訂版 プリンシプル産科婦人科学2、MEDICAL VIEW、1998
- 23) 吉村典子：子どもを産む、岩波新書、1992
- 24) 加藤尚美：会陰保護術の文献学的考察、助産婦雑誌、44(11)、14-28、1990
- 25) 青木康子他：助産学大系7 助産診断・技術学Ⅰ、日本看護協会出版会、1996
- 26) 武谷雄二他：助産学講座6 助産診断・技術学Ⅱ、医学書院、1997
- 27) 正木かよ：会陰保護のテクニック、ペリネイタルケア 1988冬季増刊号 会陰の切開と保護、メディカ出版、43-52、1988
- 28) 前掲書27)
- 29) 千村哲朗：会陰切開；その歴史と概観、助産婦雑誌、44(9)、8-46、1990
- 30) 千村哲朗：会陰切開-そのはじまりと変遷、ペリネイタルケア 1988冬季増刊号 会陰の切開と保護、メディカ出版、11-18、1988
- 31) 小田切房子他：会陰切開に関する検討-産科的リスク要因との関連性-、埼玉県立衛生短大紀要、17、107-112、1992
- 32) 前掲書29)
- 33) 岡本喜代子：わが国における産科処置の歴史、助産婦雑誌、49(4)、9-14、1995
- 34) 峠まゆみ：術前剃毛の有害・無用性について、臨床看護研究の進歩、2、2-10、1990
- 35) 緒方病院産婆養成所編：新撰産婆学 前編、緒方病院産婆養成所、1906

- 36) 佐藤香代他：会陰切開を受けた母親の疼痛および不安に関する研究，母性衛生，35(4)，284－291，1994
- 37) 前掲書27)
- 38) 内田智子：今、助産婦に求められていること－妊産婦の声から学ぶ，助産婦雑誌，45(4)，1991