



出産のノーマライゼーションと助産師：
比較社会研究の視点から

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2013-01-29 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 田間, 泰子 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24729/00004900

出産のノーマライゼーションと助産師¹⁾

— 比較社会研究の視点から —

田間 泰子

1 はじめに

最近、分娩にともなう妊婦の死亡や分娩取扱施設の不足が数多く報道されている。朝日新聞・毎日新聞・読売新聞という全国紙において、2008年1月1日から12月19日までの期間に最も掲載記事件数が多かったのは朝日新聞で、585件である²⁾。その朝日新聞においても他紙においても、この主題に関する記事が急増したのはごく近年で、たとえば2000年1月1日から上記12月19日までのおよそ9年間の総件数の約半数が、最近2年間のもので占められている（『聞蔵Ⅱビジュアル』朝日新聞社、2008、『毎日Newsバック』毎日新聞社、2008、『ヨミダス文書館』読売新聞社、2008）。

出産のための社会サービスのあり方をめぐるそれらの記事においては、産科病院・診療所や産科医の不足と対策が多く語られてきた。しかし、それとともに、助産所の存在や助産師による新しい活動の試み、たとえば病院における「助産師外来」や「院内助産所」の開設、地域の助産師との協力などが数少ないながらも報道されている。記事には、地方版で地域の諸事情を報道する内容がとりわけ多く見られ、この問題が人々の日常生活に密着した危機として捉えられていることが推測される³⁾。

本論文は、出産のための社会サービスのあり方をめぐって生じている最近の社会問題の解決に、助産師が果たす役割の重要性を認識する立場から、この社会における助産師の社会的位置づけを問い直し、より良い社会サービスのあり方を求めるものである。

この目的のために、2章では現代における助産師の不可視性について考察し、社会関係という観点から問題にアプローチする必要性を論じる。3章と4章では、戦前および戦後日本社会において産婆／助産婦／助産師が人々と社会的にどのような社会関係を形成し、またその関係が変化したか

に着目する。この歴史的比較を行なう理由は、第一に助産師の社会的地位が戦後の社会変化のなかで激変したことを確認するためである。第二には、その過程において、助産という従来の職務に逆風を送るかにみえる「受胎調節実地指導員」という仕事を助産婦たちが担った時代があったが、その歴史的社会的意義を確認するためである。

最後に、5章ではその社会的関係性をまとめ、スウェーデンの助産師のそれと比較する。日本をスウェーデンと比較する理由は、周産期死亡率や妊産婦死亡率といった出産に関わる重要な指標の数値が日本とスウェーデンではほとんど同じであり、それにも関わらずその数値を産出する社会サービスのシステムが全く異なっているからである。ほぼ同様の結果と、それを支える全く異なった社会システムという興味深い比較対象がスウェーデンなのである。

これらの歴史的および比較社会学的検討を通して、現代日本の助産師の社会的位置の特徴を明らかにし、今後の調査研究と問題解決のための課題を指摘したい。

2 誰が人の出生に立ち会っているのか

助産師とは、保健師助産師看護師法によれば「助産又は妊婦、じょく婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子」である（昭和23年7月30日法律第203号、最終改正平成18年6月21日法律第84号）。戦後まもなくの1947年には、就業助産婦は67,238人おり、医療施設の内外で出生の92.1%、2,468,130人の誕生に立ち会っていた（厚生省大臣官房統計情報部編 1976：132；厚生省編 1948：2656）。およそ60年後の2006年末には、就業している助産師は全国で25,775人に減っており、それだけでなく出生への立会いは3.8%、わずかに41,499人（2007年）となって、その存在ははるかに見えにくくなっている（厚生労働省 2008a；2008b）。

この変化を図にしたものが図1である。この図は、人口動態統計の「出生の場所」における「自宅・その他」から「病院・診療所」への推移と酷似しており、出産が自宅において助産婦により介助されるものから、病

院・診療所において医師によって取り扱われるものへ推移したことを示しているように見える。

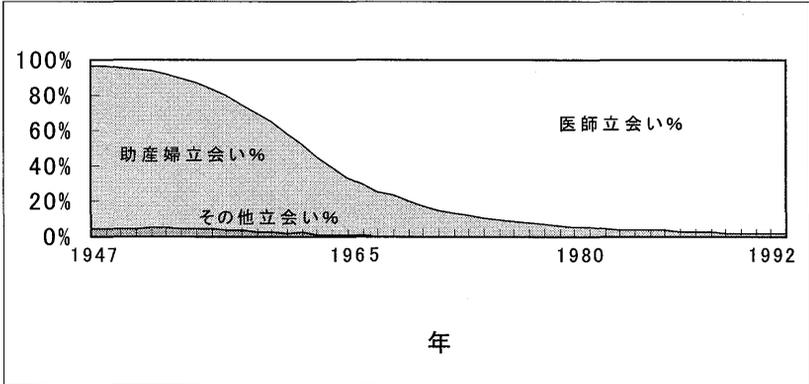


図1 出生立会者の推移 典拠：『人口動態統計』各年から田間作成。

しかし、実際にそうなのだろうか。現在2万人以上いる就業助産師の86.5%は、出生の約98%が行なわれている病院・診療所に勤務している(厚生労働省 2008b)。したがって、彼女たちは、出生の多くに立ち会っているはずなのである⁴⁾。しかし、「出生立会者」の統計から助産師の存在はほとんど失われている。なぜ、彼女たちの存在は、あたかも出生の場に存在しないかのように不可視となっているのだろうか。

実は、この統計と図が示すものは、日常生活世界の知において「出生立会い」という言葉がわれわれに指し示す者の推移ではない。人口動態統計における「出生立会者」とは、「出生証明書の様式等を定める省令」(昭和27年11月17日法務省・厚生省令第1号)によって、出生届に付随しなければならない出生証明書に出生証明を記入することが定められた者であり、したがって、法によって人の出生を証明する権限を与えられた者のことである。すなわち、この図が示すのは出産に立会う者の推移ではなく、新生児を分娩の現場で取り上げた者のことでもなく、人の出生を証明する法的権限をもつ者が出生の現場において助産師から医師に移っていったという政治的な事実なのである。とすれば、先ず、出生証明の権限を与えられた

者をただ「出生立会者」として表象する仕方に、人の出生をめぐる巧妙な政治性が潜んでいると言わねばならない。

しかしながら、助産師は、医師とともに出生を証明する権限を与えられている医療専門職である。それではなぜ、権限があり出産にも立ち会っているはずの助産師が、「出生立会者」の公的統計から消えていくのだろうか。

問題は「出生立会者」という表象の仕方にあるだけではないのである。出生証明書の記入すべき欄の枠外には、「作成者の順序は、この出生の立会者が例えば医師・助産師ともに立ち会った場合には医師が書くように」と「記入の注意」が書かれている。この「記入の注意」は枠外に小さく書かれているが、単なる記入上の示唆ではなく、戸籍法という法的根拠をもっている⁵⁾。すなわち、第49条第3項に「医師、助産師又はその他の者が出産に立ち会った場合には、医師、助産師、その他の者の順序に従つてそのうちの1人が法務省令・厚生労働省令の定めるところによつて作成する出生証明書を届書に添付しなければならない。ただし、やむを得ない事由があるときは、この限りでない」とされている。

戸籍法は1871(明治4)年に布告され翌年に実施されたいわゆる壬申戸籍(明治4年太政官布告第170号)を嚆矢とするが、この点について何も規定はなかった。その後明治31年に民法とともに制定・施行された戸籍法(明治31年法律第12号)においても、届出に関する規定はあるものの、そのような優先順位は規定されておらず、「分娩ニ立會ヒタル醫師又ハ産婆」は「同順位ノ届出義務者數人アルトキハ其中ノ一人ヨリ届出ヲ為スヲ以テ足ル」とされていた(内閣官報局 1898:211)。ところが、医師を優先する規定は、その次の戸籍法(大正3年法律第26号)に現代の規定とほぼ同文の、「医師、産婆、其他ノ者カ分娩ニ立会ヒタルトキハ其旨及ヒ医師、産婆、其他ノ者ノ順序ニ従ヒ其一人ノ氏名」を記載すべきとして登場する(我妻編集代表 1995:226)。明治31年と大正3年との間に何が生じたのかについては今後の研究課題としなければならないが、法的にはこの時に、現代の助産師立会いの不可視性の根拠が定められたのである⁶⁾。

したがって、助産師が妊婦の傍にいて分娩経過を把握し、出生に立ち会

っていたとしても、もしそこに医師もいれば「立会者」を医師としなければならず、助産師の存在は統計に載らない。医師の存在を枠外の注意書きによって助産師よりも優先させるという表象／代表のさせ方そのものにも、政治性が潜んでいるのである。そして、出生証明書の枠外の「注意」のような一見微細な形をとりつつ、法に裏付けられた人の出生をめぐる政治が実践され、それは1つ1つの数値の全国的な蓄積となり、経年推移のグラフとなって公的統計における圧倒的な医師の優位性と、そして助産師の不可視性を歴史的に構築している。

他方、実際の分娩における助産師の立会いについては、先行研究によれば、病床数300床以上で産科もしくは産婦人科を標榜する病院594施設のうち、「正常分娩介助実施職種」は「助産師のみ」が403施設（67.8%）、「助産師・医師」が189施設（31.8%）と大半を占め、「医師のみ」は1施設、「助産師・看護師・准看護師」も1施設となっている（江守他 2006：53）⁷⁾。この調査と上述の人口動態統計のあり方から、推測できることは次の2点である。第一に、病床数300以上という大規模の病院の場合、分娩は正常であればその3分の2の施設において助産師のみによって行なわれることになっているということ、第二に、それにもかかわらず、人口動態統計における「出生立会者」の約96%が「医師」となっていることからして、その事実は「出生立会者」の統計には反映されていないらしいことである⁸⁾。公的統計は、彼女たちが出生の場にいたことを何一つ証明しない。

さらに、日本産婦人科医学会が2005年におこなった調査によれば、分娩を取り扱っている診療所1658施設のうち、常勤・非常勤・嘱託の助産師を1人も雇用していない診療所が18.8%あり、非常勤・嘱託の助産師を常勤の0.5人分と換算した場合に助産師が0.5人から1人の診療所は24.2%であることが明らかになった。結果として、病院での分娩のうち4.0%の14,048件、診療所での分娩のうち30.3%に相当する144,539件が、「助産師の充足率30%未満の施設において行なわれていた」と報告されている（日本産婦人科医学会 2006；石渡 2008）。この調査対象が取り扱った分娩数は、当該年（2005年）の全国分娩数の93.2%に相当し、「ほぼ全国の産科における分娩の実態を表している」と述べられているので（日本産婦人科医学会 前掲

書：6)、江守他による大規模病院のみを対象とする調査よりも、全国的には実態に近い。この調査から確かなことは、助産師が出生に立ち会っていることが公的統計に表されないだけでなく、その不在さえも公的には表されない事態が生じているということである。

図1が示すものは、このような政治的な事態である。分娩施設の不足や病院・診療所における助産師の不足の問題もさることながら、人の出生証明の権限が医師に代表され、出生の場における助産師の存在が表象においても実際にも不可視、もしくは存在しなくなっており、その不在そのものさえ見えなくなっているのである。とすれば、助産師の社会的位置づけにとって、女性たちが助産師の存在をどのように認知しているかということが、重大な問題となる。なぜなら、今や助産師という存在は、出産に関わる人々の社会関係の体験と記憶のなかにしか存在しえないからである。

助産師の不可視性については、大林道子がすでに指摘しており、出産が「病院・診療所でするものとなり、助産婦が人々の視野から消えていった」とされている(大林 2001:8)。大出春江も同じく助産師の不可視性を指摘し、その原因を「助産婦の数そのものの減少以上に、(中略)地域で開業する助産婦がほとんど消失したためである」としている(大出 2003:25)。確かに、出産の場が自宅から病院・診療所に移行することによって、人の誕生もそれを介助する助産婦/助産師の存在も人々から見えにくくなったことは否めない。しかし、分娩が病院・診療所で行なわれることが必ずしも助産師の不可視性に帰結するわけではないことは、後で述べるスウェーデンの例から明らかである。先取りして言えば、スウェーデンにおいて分娩の99.9%は病院あるいはバース・センターという医療施設において行なわれているが、日本と異なって助産師の存在はこの社会サービスにおいて中心性を有している。したがって、日本における助産師たちの不可視性は、病院・診療所での分娩の増加による必然的な帰結としてではなく、上述の法による存在の権力的消去や、病院・診療所における実際の不在、そしてその不在さえも不可視にする仕組みなど、社会的関係性によってもう少し丹念に説明される必要がある⁹⁾。

これに関連する先行研究は、管見によれば、佐藤香代他が母親による認

識度を調査した研究があるにとどまる。それによると、「助産婦」と他職種の区別がついた者は60.2% (252人) だったこと、その認識が「業務内容の相違」によるものは27.4%にとどまっていると報告されている (佐藤香代他 2002: 26)。これは助産師に対する認識についての貴重な調査である。調査対象の過半に認識があったとしても、業務として、すなわち医療の場における専門性において認識した割合が低いことは、本研究の立場から注目すべきであろう。ただ、調査対象が四ヶ月健診に訪れた母親であり、調査の重点はむしろニーズの掘り起こしにあって、助産師に対する認識が妊娠・分娩の過程でどのような関係性にもとづき、いかに認識されていたかなど、本研究の目的に十分に対応するものではない。また、上述の日本産婦人科医会の調査結果から推測されるように、この母親たち全員が妊娠・分娩の際に、実際に助産師に出会ったことがあったのかどうかも考慮されねばならないだろう。よって、今後の課題は先行研究を参考にしつつ、本研究の関心にもとづいた調査をデザインすることである。この論文はそのための準備的段階を論じるものと位置づけ、次章と次々章では、日本における産婆／助産婦／助産師が人々とのどのような社会関係を形成し、それはどのように変化したのかを考察する。

3 産婆／助産婦／助産師をめぐる社会関係の変化 (1)

妊娠や出産は、単なる生理的なできごとではなく、女性本人だけに関わるできごとでもなく、家族や共同体の構成員に関わるできごとである。周知のように、それらには多様な社会的意味が与えられ、儀礼が執り行われ、タブーが設けられてきた。そして、女性がただ1人で自らの分娩に対処する場合もあるが、多くの記録は、身近な親族の女性や配偶者、近隣で介助の巧みな女性や時には男性が、儀礼や分娩介助を通してそれらの社会関係を作り上げてきたことを証言している (恩師財団母子愛育会編 1975; 大藤 1985; 坪井他 1985; 吉村 1985; 鎌田他 1990; 吉村 2008; 西村 2002)¹⁰⁾。助産の歴史は、助産師 (midwife) の原義が「女性と共にある者」であるように、女性たちの出産の歴史とともにあったと言える。

しかし、近代以降の助産の歴史は、近代国家の歴史と切り離せない。日本において、助産をする女性たち・男性たちはかつては「取上婆（トリアゲババ）」「取上爺」のほか多様な名称で呼びならわされてきたが、1868（明治元）年に出された太政官布告第206号（「産婆之者共賣薬之世話又ハ墮胎之取扱等」の取締り）において初めて国家により1つの職業名が与えられ、1874（明治7）年文部省達「醫制」、1899（明治32）年「産婆規則」（勅令第345号。1910年改正）において統一された（内閣官報局 1898；1974；1984）。ただその内実については、國本恵吉（1996）や大出（2008）が指摘するように各地で異なり、法的にも多様な背景の「産婆」を含んでいた。

「産婆規則」において、産婆は「臨時救急」の場合を除いて「妊婦産婦褥婦又ハ胎児生児ニ異常アリト認ムルトキ」の処置を禁じられ、「消毒ヲ行ヒ臍帯ヲ切り浣腸ヲ施スノ類」以外は「外科手術」、「産科器械を用ヒ薬品ヲ投与シ又ハ之ガ指示ヲ為スコト」も禁じられた（第7条・第8条）。大出（2003；2005；2006）が指摘するように、この規定は正常産の取り扱いを産婆の独占業務とするものではないため、産婆の業務を限定する役割を果たすとともに、正常産と異常産の境界をめぐって医師と産婆の攻防が生じたのであった。

産婆の数はその後増加し、さらに都市部では病院出産も増えた。ただ、大出（2008）にならない近代的助産学教育を受けた産婆を「近代産婆」と定義すると、近代産婆ではない者が分娩を取り扱うことが無くなったわけではなく、産婆（近代産婆を含む）が市町村にいない場合もあったことがわかっている¹⁴⁾。

このように近代産婆がそうでない産婆と混在しつつ妊娠・分娩を取り扱う状況においては、近代産婆の特徴がその衛生の知識・技術にあったとしても、妊娠・出産をめぐる人々の慣習を全て拒否して近代的助産に徹するわけにはいかなかった。たとえば、産婆を「取上婆」と呼ぶ慣習が全国各地で記録されているが、取上婆は赤子を胎内から取り上げるだけでなく、その子どものさまざまな生育儀礼に参加することがあった。先行研究の多くは、産後三週間後から五週間後に多く行なわれた「ウブヤアケ」、つま

り産婦が産屋や納戸などから出て労働に復帰する際の儀礼に産婆が必ず招待されたことを報告しており、そのほか産湯を使わせること、産後一週間の「七夜」や初めての外出（家の厠の神様等への挨拶回り）、名付け、孫祝い、宮参り、食い初め、初めての誕生日に産婆は招待され、あるいは主客として役割を果たしたとされている。また、6歳あるいは7歳までは必ず年始や盆暮れに贈答を欠かさない、7歳で行なわれる「ひも解き祝」に招待する、地域によっては10歳ぐらまでのあいだ正月・節句の贈答を欠かさないなど、乳幼児期を脱するまでの期間、産婆は親戚に比した関係性を人々とのあいだにもっていた。さらには、一生涯「オジイ、オバア」と呼んで「親類同様」に贈答をしたという記録もある（恩師財団母子愛育会編 前掲書）。鎌田他は、戦後になって失われたこれらの役割を「呪術者、司祭者としての役割」、「生命力を与えるだけでなく、子どもの成長、健康、幸福に一生を通じてかわり守る」役割だったと述べている（鎌田他 前掲書：149）。儀礼として産婆が行なう行為のなかには、新生児のケアなど現在でも助産師の仕事の一部として続いているもののほか、生まれた子どもの縁者、この世界に子どもを取り上げた存在としての保護者的な役割が含まれていたのである。

そのほか、産後3日、もしくは「七夜」まで泊り込んで世話をする、あるいは取り扱う家族が非常に裕福な場合には一ヶ月等の長期間の住み込みもあり、貧困であれば料金を取らず、時には必要品を持参したりなど、母子ケアに留まらない援助が行なわれてもいた。

さらに、その関わりは子どもが不要の場合にも及び、赤子を養子として他家に斡旋することのほか、墮胎や出産直後の嬰兒殺（間引き）を産婆に依頼していたという報告もある（恩師財団母子愛育会編 前掲書：159-172）。墮胎・間引きについては、この聞き書きだけでなく、既に述べたように産婆に対して初めて公的に出された文書が墮胎等を取り締まる布告であったことから、産婆が人々の希望によって新生児の出生を左右していた歴史が知られる。

その一方で、産婆を呼ばないで出産するケースも多くあったのではないかと推測される。恩師財団母子愛育会編（前掲書）には、難産でなければ

産婆を呼ばなかったという報告があり、他の聞き書き等にも家族だけで産んで出生証明のみを産婆に頼んだ例や難産なので産婆を呼んだ例が書かれている（落合 前掲書；田原 2008；吉村 2008；REBORN編 2008）。また産婆に頼む場合でも、先行研究によれば、産婆に診てもらう時期は現代のような妊娠二ヶ月という早期ではなく、胎動が感じられるようになってからの妊娠中期に多かった。鎌田他（前掲書）によれば、産婆に初めて診てもらう時期は多くは五ヶ月め、時には七ヶ月めの戌の日の着帯だったとある。したがって、産婆による産前の母子のケアは、地域差や階層差も大きく、また全体としてみれば現在よりもはるかに行なわれていなかったのではないかと推測される。

ところで、妊婦の健診と保健指導は、法的には産婆名簿登録者の専任業務として「妊婦産婦褥婦又ハ胎児生児ノ取扱」（第九条）があるのみで、明確には規定されていなかった。しかし、妊婦健診は、健康保険制度（大出 2005）や戦時体制下での厚生省による人口増加政策（中山 2001）という背景もあって徐々に普及していったと考えられる。特に保健婦制度（1937年法律第42号「保健所法」、1941年厚生省令第36号「保健婦規則」）や妊婦届出制（1942年厚生省令第35号「妊産婦手帳規定」）といった総戦力体制下での妊産婦保護によって、促進されていった関係性ではないかと推測される¹²⁾。

4 産婆／助産婦／助産師をめぐる社会関係の変化（2）

戦後には、GHQ公衆衛生局の医療改革とともに産婆資格の見直しが図られ、昭和23年法律第203号「保健婦助産婦看護婦法」によって新たに国家資格としての「助産婦」が誕生した。このとき、助産婦のあり方に大きく影響したのは、第一に医師が分娩を支配する米国医療のあり方にもとづいた医療改革であった（大林 1989；天川他編 1996；中山 前掲書）。特に詳しい大林によれば、助産婦担当官であったエニード・マチソンは、当初米国の助産婦を念頭において日本の助産婦を低く評価していたが、その後理解は深まり、助産婦再教育と妊婦保健指導に特に功績があったとされて

いる（大林 前掲書：132-165）。

しかし助産婦は、戦前の産婆の時代から産婆規則によって医療行為を大きく制限されており、それらの制限は引き継がれた。すなわち、合法的業務は先に述べたように「助産又は妊婦、じょく婦若しくは新生児の保健指導を行うこと」となったのである。また、戦前と同様にその助産は正常産に限られ、正常産にあっても、主治医の指示があった場合と「臨時応急の手当」、およびへその緒の切断など「助産師の業務に当然に付随する場合」を除いて「診療機械の使用」「医薬品の授与」「医薬品について指示」が禁じられた。

さらに、分娩の場所が助産所や自宅から病院・診療所に移行するにしたがい、1960年代からは病院・診療所で、助産婦ではなく「産科看護婦」等を養成して分娩の介助に当らせることも広まった。日本母性保護産婦人科医会は、1962年度から養成を開始したこと、1999年度までの研修修了者は30,179人で修了時に助産婦資格をもたなかった者がそのうち30,173人であること、これらの者に助産婦の業務を行なわせることは法律違反であることを指摘されたので「指導してまいりたい」ことを国会で答弁している（日本母性保護産婦人科医会 2001）¹³⁾。しかし、この点については上述のように助産師が存在しない、あるいは不充足の診療所が存在するという事実や、助産師不足への当面の対策として産科看護師に内診を行なわせるべきだという医師側の根強い要望がある（日本産科婦人科学会産婦人科医療提供体制検討委員会 2007）。したがって、正常産の助産にかかわる業務も、医師と助産婦／助産師だけの独占業務になっていない実態があったと推測されるが、このような状況が可能となった一因は助産婦／助産師の不在自体が不可視とされてきたことにもあると言えよう。

第二に、保健指導については、上述したように戦前には分娩前の妊婦は産婆や産科医とのあいだに現代のような医療的に密接な関係をもたない場合が多かったと推測される。妊娠初期からの妊婦検診や妊婦保健指導がさらに普及していくのは、戦後のことである（保健婦助産婦看護婦法第37条・第38条）。その過程で、助産婦は地域の母子健康センターや保健所における母親学級、病院・診療所が母親学級を開設している場合にはその勤

務先の学級、また自ら助産所を開業している場合は助産所、あるいは出張においては妊婦の自宅で、産前産後に保健指導を行なうことになった。この新しい保健指導という関係性を、助産所と病院・診療所の助産婦たちがどれほど形成できたのかは、先行研究から明らかではない¹⁴⁾。

第三に、1948年に起こった東京・寿産院事件も大きな社会的圧力になって助産婦のあり方を変容させたことが大林道子によって指摘されている。この事件は、いらぬ子どもを他家に斡旋するとして預かり、その子どもたちの養育費や配給されるミルク等を着服し、結果として85人の子どもを死なせたものである¹⁵⁾。東京地検では同年、類似事件を12件受理した（大林 前掲書：84）。その後、東京助産婦会は第一に「産院経営の事業化反対」を掲げるなどの自己規制を行ない、厚生省医務課は同年3月に「助産婦の業務に関する広告の取締に関する件」（厚生省令第9号）を制定して、助産所の広告を場所・氏名・業務時間・収容設備の有無・知事による許可のみに限定した。そして、同年5月には開業助産婦が中心となってその独立性を主張してきた日本助産婦会が解散を決議し¹⁶⁾、日本看護協会に統合されるとともに助産婦の管轄行政は厚生省医務課看護課となった。助産所による子どもの斡旋は、続けられた場合もあるが標榜されなくなり、明治元年の墮胎・間引き取締りの場合と同様に、望まない子どもを妊娠し、出産しなければならぬ人々との関係性は失われていったと言える。ある助産婦は、戦後にはしばらくの間、子どもをいらぬ人の子の場合はその子を「誰かもうて〔もらって〕くれるまで」出生届を待ったことや、中絶を希望する人に優生保護法上の資格をもたない「心安いお医者さん」を紹介していたことを証言しているが（田間 2002：235）、そのような関係性がその後どれほど続いたのか、また全国でどれほどの助産婦が行ない得たのかは不明である。

助産所のかわりに、望まない妊娠をした女性たちとの関係性を急速に築いたのは、産科医たちである。その背景には、戦後の人口政策の転換があった。「産めよ殖やせよ」という戦時体制の人口政策から一転して、日本政府は1948年の優生保護法制定を機に人口減少政策へと進んだ（田間 2006；荻野 2008）。さらに、1949年の優生保護法改正、1952年の同法改正

と矢継ぎ早に、産科医による人工妊娠中絶を合法とする条件が緩和され、中絶件数は一挙に増加してゆく。図2は、出生数、死産数、および三ヶ月未満の中絶手術数を仮妊娠数として合計し、その立会者を医師と助産師で分けたものである。中絶と出産を合わせて見れば、医師が出生立会者として増加する以前に、既に中絶取り扱いというルートにおいて、膨大な数の妊婦が医師の元を訪れはじめていたことが明らかである。加えて、中絶の統計数には暗数がある。戦後における女性と産科医の関係性は健診や分娩よりも中絶から始まったと言ってもよい。このなかには上述のように助産婦による紹介も含まれるが、情報の多くは夫と友人・知人から得られていたことが篠崎の調査で明らかになっている（篠崎 1958）。

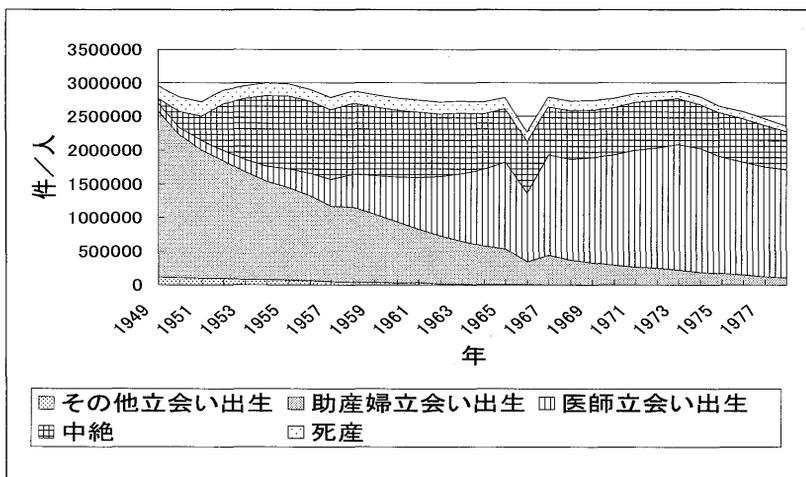


図2 出生（立会者別）・死産・三ヶ月未満の中絶数合計の推移
 典拠：『人口動態統計』各年と『優生保護統計報告』各年から田間作成

なお、戦後急速に進んだ出産の施設化については、既に述べたように妊産婦と新生児・乳幼児死亡率の低下を目標としたGHQ公衆衛生局や厚生省の方針等が指摘されている（大林 前掲書：265；中山 前掲書：65）。しかし、筆者はそれだけでなく、その前段階があったと推測する。すなわち、妊婦たちが中絶のために医師にかかるという行動パターンが社会的風潮と

して確立されたことや、不妊手術（これは単独で行なわれることも、出産や中絶の際に行なわれることもあった）、そして特に都市部では中絶のかわりに行なわれた定期的な子宮内洗浄等（篠崎 前掲書）が、女性とその配偶者たちにとって、妊娠した場合に関係する医療従事者として、医師を戦前よりはるかに身近な存在にしていたのではないかと考える。妊娠の結末を産む・産まないのどちらへも左右することのできる医療従事者として、医師の存在が認識されていったのではないかと考える。ただし、そのままであれば、正常産は助産婦が、異常産と中絶・不妊手術は医師が取り扱うという分業が確立される可能性もあったであろう。そうならず、正常産をも医師が主に取り扱うことになった直接的要因は、先行研究が指摘するとおりであると考ええる。

そのような時代性のなかで、産みたくない女性たち、そして少数派である不妊で悩む女性たちとの社会関係を新たに築いたのが、1952年に優生保護法改正と時を同じくして法制化された受胎調節実地指導員たちであった¹⁷⁾。この社会関係を第四とする。これを上記の産みたくない女性との関係性と分けて論じる理由は、第一に法的に助産婦だけでなく保健婦と看護婦にも開かれた資格であったこと、第二には産みたくない場合だけでなく産みたくない場合も含めて、妊娠のコントロール自体に関わるものであったこと、そして第三にこの指導対象は妊婦と褥婦に限らず、男性さえも含むことである。すなわち、受胎調節実地指導員にとって可能な社会関係は、さまざまな側面において、助産婦たちが保健婦助産婦看護婦法によって規定された枠を大きく超えていたのである。これを助産婦の立場からみれば、彼女たちは受胎調節実地指導員になることによって、法的に規定された業務の枠を大きく超える権限を得ることができたと言える。

リプロダクティブ・ライツという概念が国際的に用いられている現代からすれば、受胎調節実地指導員の業務はまさに、生涯にわたって自らのリプロダクティブ・ライツを守る力を女性たちのなかに育くむものである。しかし、1950年代前半にあっては、指導員資格の法制化も予算化も、母体保護だけでなく戦後過剰人口対策という位置づけによって全国的に推進されたのであったし、これまで分娩と新生児ケアを中心業務としてきた助産

婦たちにとっては自分たちの首をしめる仕事、したくないがしなければならぬ「国策」として受け止められることも多かった（永沢 2000：36）。荻野（前掲書）も引用しているが、地域によっては、受胎調節実地指導をする助産婦を「村八分」にする助産婦会もあったという（橋本 1969：142）。田間によるインタビューにおいても、指導を熱心に行なった助産婦は嫌味を言われたりすることがあり、また年配の助産婦が指導を嫌がって若手にさせたこともあったようである（田間 2008：15）。その一方で、自ら指導員としては積極的に活動していなくても、地域の人々がコンドームを買いに助産所を訪れていたケースもある（田間 2002：227）。これは、産むことだけでなく、産まないことにおいても助産婦が取上婆や産婆の時代からの人々との関係性を築き続けた例である。

ところで、受胎調節実地指導員になった者の大半は、助産婦であった。大阪府助産婦会が1957年に行なったらしい会員アンケート調査によると、「助産婦が受胎調節を指導するのをどう思いますか」という質問に対して、「どしどしやるべきだ」と回答した者は1960人のうち243人（12.4%）、「よいと思う」が679人（34.6%）と半数近い。しかし同時に過半数は、「どちらでもよい、関心をもたぬ」が437人（22.3%）、「気がすゝまぬが仕方ない」が549人（28.0%）、「強く反対する」が52人（2.7%）であった（田間 2008：23）。1957年は既に大企業における家族計画運動が開始されており、雑誌等においても家族計画や産児調節が喧伝されていた時代である。元指導員たちへのインタビュー調査では、人々から指導や避妊用具配布・あっせんへのニーズが非常に高かったことが語られている（田間 2006；2008）。そのような状況のなかで、大阪府という大都市部では助産婦の半数がその意義を見出せずにいたことになる。

当時の指導には他の限界もあった。当時、組織的な指導には行政による保健所を通じた指導と民間企業・農業協同組合等の団体を通じた指導とが存在したが、その対象は既婚女性が中心であった。さらに、財政的裏づけが過剰人口対策と労務管理を目的とする行政と企業主導の運動であったために、高度経済成長を成し遂げて労働力不足が問題視されるようになり、人々のあいだに一定の避妊知識が普及してしまうと、裏づけを失った運動

は忘れ去られていったのであった。現在、受胎調節実地指導は母体保護法の規定にもついた国家資格となっており、病院・診療所における産後指導、地域における性教育、保健所による訪問指導等を通して行なわれているが、実際の担い手は必ずしも有資格者ではなく、また指導員として都道府県知事に資格申請せずに活動する者も含まれていることが先行調査によって指摘されている（宮崎他 2003；山崎他 2007）。

5 出産のノーマライゼーションに向けて —スウェーデンとの比較から

以上から、産婆／助産婦／助産師が形成してきた社会関係の変化をまとめると、表1となる。戦前については、法的な規定のほか、聞き書き等で記録があるかどうかを根拠にしている。

この表から第一に確認すべきことは、(1)～(4)にあるとおり、産婆／助産婦／助産師は一貫して妊婦・褥婦と新生児のケアを行なっているという事実である。この業務は助産師の専門職としての中核である。しかし、述べてきたように自宅での分娩が大きく減少し、病院・診療所で分娩が行なわれるようになった過程で、助産師を活用している一部の医療機関を除き、その存在が不可視化されている。そして、現在、日本の妊婦の99%はこの不可視化された状況下で、妊娠・分娩を経験しているのである。助産師をめぐる問題は、まずこの点から考えられなければならないだろう。

第二に、受胎調節実地指導員は、助産師と非常に異なるパターンの社会関係を形成したという点である。つまり(1)～(4)には一切関わらないが、(5)～(7)および(9)という、産みたいが産めない、もしくは産みたくない場合のケアを広く行なった。しかし、実はこれらは(5)(6)を除いて、戦前から産婆が関わってきたという聞き書きの存在する関係性であり、かつ戦後に失われた関係性を補うものでもある。

表1 産婆／助産婦／助産師の社会関係の変化

		戦 前	戦 後 (受胎調節 助産所) 実地指導員)		特に現在 (病院・診療所)
新生児のケア 妊婦・褥婦・	(1)分娩の介助	○	○	×	○ (不可視化)
	(2)褥婦のケア	○	○	×	○ (不可視化)
	(3)新生児のケア	○	○	×	○ (不可視化)
	(4)妊娠中の母子のケア	△	○	×	○ (不可視化)
非妊娠女性へのケア	(5)避妊を含む性教育的かかわり・家族計画指導	×	△	○ (新婚学級、5、60年代は独身の被雇用者。思春期外来、性教育)	△
	(6)不妊で悩む女性へのケア	×	×	○	△
(7)家族への援助		○ (生活全般)	○ (両親学級、新生児訪問)	○ (夫への性教育)	○ (両親学級、新生児訪問)
(8)呪術的拡大家庭的關係		○	×	×	×
場合 妊娠・出産を望まない	(9)墮胎の斡旋	?	× (聞き書き)	○ (既婚女性中心)	×
	(10)望まない子どもの斡旋	○	× (聞き書き・事件)	×	×
	(11)望まない子どもの墮胎・殺人	×	× (聞き書き)	×	×

これらの関係性は、産婆規則等によって業務として非合法とされてそのまま戦後に継承されたものである。しかしここで注意したいのは、そもそも産婆の業務が子どもを産ませることに特化したのは、明治以降の近代国家の人口政策に従ってであり、実地指導員の存在はそれもまた、産ませな

いことを政策の主眼においた戦後の人口政策に従って創設されたものだというのである。そして、その存在のしかたが女性たちのニーズと合っていないかったために、業務外でありながら聞き書きで証言される関係性が発生していたのである。戦前の国策によって禁じられ、また戦後の国策によって受胎調節実地指導員に割り当てられたこれらの関係性、しかも女性たちのニーズがどの時代にも存在する関係性を、現在、法的には助産師の業務外であるからという理由で考慮から外すことはできないと私は考える。この点については、女性の人生にとっての重要性を考慮して、あとでもう一度立ち返り考えたい。

また、(5) (6) の助産所・病院・診療所での欄に「△」を付けているが、これは法的には助産師の業務ではなく、また必ずしも資格を指定されていない者が行なっている場合があるため、ここでは△で記している（宮崎文子他 前掲書、および山崎由美子他 前掲書）¹⁸⁾。したがって、この点からも、受胎調節実地指導員は助産婦／助産師が業務から外されてきた関係性を補っていることが明らかである。

さらに、上で言及したが、受胎調節実地指導員の指導対象は、産婆の時代から課せられ続けている対象の限定に比較して、非妊娠女性や男性を含み、非常に広い社会関係を形成することができる。つまりは、それだけ戦後の過剰人口対策が急を要するものであり、社会的ニーズも大きかったということであろう。その指導員の存在が、高度経済成長以降の人口政策の流れのために希薄になってしまったこと、そして助産婦／助産師である人々のなかでも重要性が十分には認識されなかったことは、助産師の今後の役割を考える際に留意すべきことである。

第三に、他に戦前に産婆が有していた社会関係のなかで、戦後に助産師が失っていったものは(8)、つまり民俗学で伝えられる「取上婆」的關係、拡大家族的な関係である。また、(7) 家族への援助も、行なわれるときには生活全般的であったものが、「両親学級」など妊娠・分娩に限られたものになっていったと考えられる。呪術的側面は、助産師が宗教者でなく医療専門職である限りは失うべき関係性である。また、拡大家族的な関係性も、家族が全般に核家族化して非血縁者のみならず血縁者も家族関係から

排除されている現在では、それを助産師に期待することは困難と考えられる。

しかし、それらに含まれていた実質的な援助が、現代では妊婦・褥婦と新生児に対する保健指導のみに限定され、しかも「学級」や「訪問」という特別な機会が設定されなければ得られない点に注意したい。この点でも、助産師の業務は、法的に非常に限定されたものになっており、そのために社会関係も極小化していると言わざるをえない。

第四に、(9) (10) (11) の子どもを産みたくない場合や産んだ子を育てられない場合については、戦前には非合法な場合であっても産婆が世話をしたという聞き書きがあり、戦後まもなくにも類似の聞き書きや事件を見つけることができる。(11) の墮胎と殺人は明らかに非合法であるとしても、女性がそのような場合に相談に行く相手としての産婆／助産婦／助産師は、常に必要とされてきたと言える。この点についても、人々のニーズがある限り、助産師が果たすべき役割があるのかどうか、ないのであれば他にどのような社会的サービスが存在すべきなのかが考慮されなければならないだろう。

さて、これらの関係性をスウェーデンの助産師のそれと比較することによって、さらに考察を進める。

スウェーデンは、初めに述べたように日本とほぼ同水準の妊産婦死亡率と新生児死亡率、周産期死亡率を達成している国である。また、助産師は開業権をもっているが、自宅もしくは開業助産所における分娩は非常に少なく、0.1%である。ほぼ100%の分娩は病院の産科部門で行なわれ、一部の都市では近年、院内バース・センターで行なわれている (Waldenström, Ulla et al. 1997; Statistics Sweden 2008)¹⁹⁾。すなわち、分娩は日本より施設化しており、それだけでなく病院化していると言える。しかし、それを可能にしている社会的サービスのあり方は日本と非常に大きく異なっている。

スウェーデンでは、妊婦健診と分娩、および新生児ケアは公的セクターのサービスに属している。したがって、費用の個人負担はなく、助産師のほとんどは公的セクターの被雇用者である²⁰⁾。妊婦は全国に608箇所ある

「母親保護センター」(Mödrahäsovårdcentraler)で健診を受ける(2006年の数値)。これは、平均しておおよそ人口15,000人に一箇所の割合で設置されている。分娩は、バースプランとして希望する病院を事前に決めておくことが推奨されているが、100%希望通りになるとは限らない。助産師は2006年に6,580人おり、対人口10万人では約73人である(Statistics Sweden 前掲書から算出)。日本で最多の新潟県でも31人(2004年)に達しないことを考えると、全国で非常に高い数値で助産師が公的に配置されていると言える。

助産師の職場は母親保護センターと病院の産科部門に分かれており、前者は妊婦健診や避妊指導等、後者は分娩介助を中心に行なう。また、助産師は必ずチームを組んでケアに当たっている。このシステムでは、妊産婦に対して同一の助産師が一貫して経過を見守るということは不可能である。その欠点を補っているのが、全国で完全にオンライン化された医療データベースである。

母親保護センターでは、スーパーバイザーとして医師はいるが医師が毎日現場で監督業務を行なっているわけではなく、助産師は日常業務を独立して行ない、毎日詳細な報告を記録することが義務となっている。病院においても同様に医師はスーパーバイザーであり、助産師の要請があった場合には妊婦を診なければならない。しかし、助産師の取り扱いが認められている範囲の分娩については関与せず、分娩の多数は助産師のみの介助によって行なわれる²¹⁾。

これらを、先に述べた日本の戦後の場合とともに表にまとめたものが、表2である²²⁾。

日本とスウェーデンが異なる点は、第一に、(1) 妊娠中の母子のケアである。スウェーデンでは妊娠中に緊急事態が生じて病院に搬送された場合を除き、ほぼ100%の妊婦が助産師によってケアされる。助産師は、医師による健診や心理カウンセラーとの面談もアレンジし、分娩までの数ヶ月間の流れを取り仕切るという点で統制権をもち、サービスの中心に存在している。考えてみれば、出産において分娩は一時のことであるが、妊婦は妊娠が分かってから分娩までの数ヶ月以上、日常生活を過ごす。スウェー

デンでは、この長い期間をほぼ100%の妊婦が助産師中心のケアによって過ごすことから、妊娠は何よりもまず助産師という存在と結びつくのであって、妊婦健診からもっぱら医師にかかる日本とは非常に異なった社会関係を、助産師とのあいだに形成する。

表2 助産師はいつ人々と出会うか：社会関係の形成の機会

		スウェーデン	日本 (助産所) (病院・診療所)	
新生児のケア 妊婦・褥婦・	(1)妊娠中の母子のケア	◎ (妊婦のほぼ100%助産師から)	◎ (妊婦の2%)	○ (医師中心のため不可視化)
	(2)分娩の介助	◎ (下記助産師の権限参照)	○	○ (不可視化)
	(3)褥婦のケア	○	○	○ (不可視化)
	(4)新生児のケア	○	○	(2%)
(5)非妊娠女性へのケア (避妊を含む)		○ (性教育、避妊ピルの処方、IUD挿入)	△ (本来は受胎調節実地指導員の業務)	
(6)家族への援助		○	○	○ (不可視化)
(7)墮胎の斡旋		○	×	×
(2)のつづき：助産師の権限 スウェーデンの項目は全て医師の現場での立会いではない監督下。下線は、医師の監督下。太字は医師の指示下 (緊急時の約束処方)。他は助産師の判断によって可能。		超音波診断、会陰切開・縫合、骨盤位分娩、多胎分娩、酸素吸入、子宮収縮剤筋注・静注、薬の処方、新生児蘇生術、 <u>吸引分娩、鉗子分娩、胎盤用手剥離、分娩誘発、局部麻酔、輸血</u>	超音波診断、酸素吸入 <u>多胎分娩、胎盤用手剥離 (緊急時)</u> 陣痛促進剤、子宮収縮在筋注、止血剤	

第二に、(2) 分娩の介助においても、スウェーデンと日本は非常に異なっている。スウェーデンの助産師は世界一といわれるほど広範な医療的権限を有している²³⁾。また、この広い権限によって、スウェーデンでは助産師が取り扱う分娩の割合は増え、分娩に際して医師に一度も会わずに終わる場合が多い。他方、非常に権限を制限されている日本の場合には助産師による取り扱いはずっと減ることになる。

第三に、(1) と (2) において形成される助産師中心の関係性は、しかしもう一点において、日本と異なっている。それは、スウェーデンでは助産師が母親保護センターでも病院でもチームを組んでいるために、助産師個人と妊婦の個人的な強い関係は形成されにくく、専門職のチームとしての助産師たちと妊婦という関係性が形成されることである。スウェーデンでは、日本の助産所のような助産師との親密で一貫した社会関係は望めないが、病院・診療所での不可視性もありえない。

第四に、(5) においてもスウェーデンの助産師が、日本の助産師と受胎調節実地指導員にさえ禁じられている大きな権限をもっていることが挙げられる。この権限が重要であるのは、それが妊婦や褥婦ではない広い範囲の女性たちとの関係形成を可能にするからである。この少子化の時代において、女性の一生のあいだにどれほどの期間妊娠し出産しているかということを考えてみると、女性は妊娠と出産の時期よりも圧倒的に長い期間の日常生活を生きるのである。もし助産師との関わりが単に妊娠中と分娩時、新生児ケアの期間のみであったなら、たとえそれらが人生にとって重要であろうとも関係性には限界がある。そうではなく、妊娠・分娩の直接的ケアを超えた広い権限をもつことによって、スウェーデンの助産師は女性の一生に関わる関係性を形成することができる。これは、日本においては、かつて、産婆が禁じられ、しかし女性たちのニーズによって隠れて行っていた「望まない妊娠・出産へのサービス」に通じており、現代においてはリプロダクティブ・ライツを保障するものと位置づけられる。正常な妊娠と分娩が、女性の生涯にわたるリプロダクティブ・ヘルスを基盤にしてこそ可能であることを考えるならば、業務を正常な妊娠と分娩の直接的ケアのみと位置づけられている日本の助産師は、基盤なく不可能なことを要

請まねされていると言いわざるをえない。

このように考えてみると、スウェーデンと日本における社会的な関係性の相違は、単に法的な権限の問題ではなく、具体的に女性の人生においてどのように「女性と共にいる」という点での違いである。スウェーデンでは、助産師が分娩にかかわる関係性の中心にいるが、それだけでなく妊娠期間の数ヶ月の関係性の中心にも存在し、さらには非妊娠女性の生涯にわたってリプロダクティブ・ヘルスに関わる問題の中心にも、医療専門職の可視的なカテゴリーとして存在しているのである。もちろん、そのような関係性は毎日の買い物や職場で形成されるような日常性をもっていないが、日本の開業助産師や病院・診療所の助産師よりはるかに女性の生活／人生に近いところに位置していると言うことはできる。

さらに、これは表2から導かれることではないが、配偶者のかかわり方も重要な意味をもっている。スウェーデンでは健診や分娩に配偶者を伴うことが通常であるため、社会関係は助産師と妊婦とだけでなく、助産師と配偶者である男性とのあいだにも形成される。したがって、助産師は、もはや女性とともにある者であるだけでなく、子どもを持つとする夫婦とともにあるとも言える。

以上のようなスウェーデンの助産師の関係性は、日本の場合と社会関係を形成する広さやその中心性が違うと言えるが、実はそれが社会や、そして女性自身における「出産」にもたらす意味は、よりいっそう大きな違いを含んでいる。それは、助産師の医療専門職としての特異な位置づけにともなうものである。すなわち、助産師が取り扱うのは病気ではなく、異常でもなく、「正常産」だという位置づけである（WHO 1996；ワグナー2002）。

「正常産」を取り扱うべき助産師が妊娠・出産とリプロダクティブ・ヘルスに関わる社会関係の中心に存在するということは、妊娠・出産の社会的意味が正常性につなぎとめられていること、女性たちの日常の生活に深く埋め込まれて体験されるということである。この点に、医師が分娩を取り扱うことと助産師が取り扱うことの、社会学的な意味における決定的な違いがある。助産師は、女性の身体において、そして人生において妊娠と

出産が生じること自体の正常性を保証しているのである。

もちろん、助産師の専門性の中心は佐藤香代が指摘するように、また上述したように正常産の介助にあるべきであろう（佐藤 2000：27）。しかし、その正常性が現実の社会でどのように保障されるかということを考えるならば、「正常性」を医学的な意味のみにおいて捉えることは不可能であり、社会文化的、そして政治経済的な視点から正常性を考察する必要があるのである（Waldenström 2007）。

この正常性は、スウェーデンにおいては他のシステムによっても強化されている。男女労働者に保障された出産・育児にかかわる社会保障制度によって、妊娠すること・産むこと・育てることがライフ・コースの望まない断絶や大きな変更を伴わずに経験されうる。子どもを妊娠し産み育てることは、それだけで十分に大きな人生の事件であるが、それを支える社会的基盤が、親となる人間のそれまでの生活の続くことを保障している。特に重要なことは、この保障が妊婦となって医療サービスを受ける女性だけでなく、助産師や医師の労働条件をも保障していること、産む人も介助もしくは医療的に介入する人も同じように日常生活を営むなかで労働し、子どもを産み育てるということである。日本では、産科医療の危機の一因として助産師や女性医師の出産・育児による退職が挙げられているが（下敷領他 前掲書；加納他 前掲書；中井 2007）、スウェーデンではそういう事態は起こらない²⁴⁾。

「正常産」を取り扱う助産師の社会的位置は、そのように広く社会制度によって支えられた、妊娠・出産のいわば社会的な正常性によって裏付けられて初めて、人々の日常生活の一部として関係性を形成することになるのではないだろうか。これを「出産のノーマライゼーション」と表現したい。

ノーマライゼーションとは、社会的弱者として排除される人々が存在する場合に、社会のあり方を変革することによって包摂し、共に暮らせる社会を築こうとすることである。妊娠・出産は、病気ではなく女性の正常な生理的過程だと言われているにも関わらず、日本では労働市場において女性を排除・差別する理由であり続けてきたし、助産師と女性医師の労働条

件の悪化を引き起こしている。さらに、本論文が明らかにしてきたように助産師の業務が法的に極度に限定されることによって、さらにはそれと価値観を共有する社会関係が構築されることによって、その正常性を保障する助産師は不在さえも不可視な存在となり、妊娠・出産は医療化、否、よりの確に言うならば「異常化」されているのである。

本論文は、産婆／助産婦／助産師の役割の歴史的变化を追い、スウェーデンのそれと比較することによって、助産師の社会的役割のあり方を問い直し、それが妊娠・出産の社会的正常性に根ざした関係でなければならないことを論じた。今後の課題は、その要素として列挙した関係性について史実を明らかにしていくとともに、現代の状況とその問題点を調査し、助産師の存在を可視化する可能性を探ることである。特に、助産師の存在の可視化が出産のノーマライゼーションと不即不離であるという点については、さらに論証を重ねたい。

【註】

- 1) 法律においては、1899年「産婆規則」(明治32年勅令第345号)によって法的に統一名称が与えられ、1948年から2002年2月までの名称は「保健婦助産婦看護婦法」(昭和23年法律第203号)により「助産婦」、同年3月以降は改正された「保健師助産師看護師法」(平成13年法律第153号)の施行により「助産師」となった。男性助産師を認めない立場から「助産婦」という名称を使用し続けようと主張する立場もある。本論文では法律に従って年代により「産婆」「助産婦」または「助産師」と記述し、引用文献を参照する場合にはその文献に従う。
- 2) 「産科」で検索した記事から、産科医療の危機的状況、それに関連するテーマに言及した記事を抽出した件数である。
- 3) たとえば2008年の朝日新聞記事は、以下のとおり。奈良全県地方版12月14日朝刊32面、福島中部会津地方版2008年11月26日朝刊35面、横浜地方版11月13日朝刊31面、千葉県地方版10月25日朝刊29面、全国版10月24日朝刊18面、奈良全県地方版10月15日朝刊31面、神奈川県地方版10月2日朝刊31面、京都府地方版10月1日朝刊29面、長野東北信州地方版6月6日朝刊27面、岩手全県地方版5月17日朝刊27面、埼玉県地方版3月2日朝刊35面、京都府市内版1月30日朝刊22面、大分全県地方版1月12日朝刊31面など。
- 4) 相次ぐ産科の閉鎖によって、分娩取扱のない他の科に看護師として勤務せ

ざるを得ない病院・診療所勤務の助産師も含まれる。坂梨・安川（2007）によると、「看護師不足の大きい地域」で「30%をこえる助産師が潜在化している」と報告されている。他に下敷領須美子他（2005）：73、加納尚美他（2006）：214。

- 5) 昭和22年12月22日法律第224号「戸籍法」、最終改正は平成19年5月11日法律第35号 (<http://law.e-gov.go.jp>。2008年12月22日アクセス)。なお、この統計は「出生届」にともなう統計値であるから死産を含んでおらず、したがって全ての分娩もしくは出産における立会人の統計でもない。
- 6) 医師と産婆が人の出生を届出る義務については、医制（「文部省より東京京都大阪府へ達」明治7年8月18日）第49条に、「産科醫は生児の男女死生及び年月日を記して醫務取締に出すべし（中略）（当分）内外科を論ぜず総て産婦を取扱ふ者は皆本條に準ず」とある。これが第50条以降に規定される産婆にも適用されるとすれば両者の義務を規定した条文となる。しかし、第49条までは全て医師に関する条文なので、この条が産婆にも適用されるかどうかは非常に曖昧に感じられる。あるいはこの「第三 醫師」という部（第37条～第53条）に産婆が含まれているため、産婆も一種、医師に近い存在として位置づけられていた可能性もある（内務省衛生局1925：69）。
なお中山によれば、厚生省公衆衛生課保健局母子衛生係の係長級だった瀬木三雄が、GHQ人口動態調査課長のレオナード・V.フェルプスとともに作成した厚生省令「出生証明書に関する件」により、翌年1月1日から出生届に出生証明書の添付が義務付けられたとのことである（中山2001：54）。
- 7) 有効回答の594施設は、送付総数855の69.5%に相当する（同書：53）。
- 8) 大規模病院では中小規模の病院や診療所よりも正常分娩の割合が低いことが、帝王切開率の相違（厚生労働省の人口動態統計による）などから予測されるが、同調査では実際に分娩の何%を助産師のみで取り扱っているかは不明である。また、回答のなかった病院での取り扱いの傾向が回答施設と同様と推測する根拠はない。病院と診療所の分娩取り扱いが全体に占める割合は、ほぼ同じである。従って、この「3分の2」は以上の未確定情報を留保したうえでの推測である。
- 9) より具体的には、病院・診療所が助産師の存在を広告することや、制服・名札等で存在をアピールするなどの方法が考えられる。この点については、内藤恵美子さんから御教示いただいた。河合（2007）：43も参照。
- 10) 本人・親族と「女医」の役割については新村（1996）、國本（1996）、および勝浦（2008）参照。なお、杉立（2002）は貴族の出産における父親の役

割等、現代とのかかわりで重要と考えられる事実が略されている。

- 11) 近代産婆については特に落合（1990）、西川（1997）。恩師財団母子愛育会編（前掲書）、西村（前掲書）、吉村（2008）、大阪毎日新聞社社会事業団編（1936）等聞き書きには、近代教育を受けない産婆と近代産婆が共存していた様子が記述されている。新旧産婆の割合の変化については、厚生省医務局編（1976）。1932（昭和7）年の医師・産婆がいない市町村の割合と都市部での病院出産の増加については、大出（2003；2005；2006）。東京とともに産婆による組織的活動が活発であった大阪市で、市が社会事業として始めた市立産院での出産が全市での出産の10%をカバーできるため産婆会として危機意識をもっているという、大阪市産婆會會長山本柳の講演記録がある（青木 1935：242）。
- 12) 母子保健の全国での具体的な展開は、それより以前の1934年に恩師財団母子愛育会の設立と1936年の「愛育村」事業開始を重要な契機とすると考えられる（河合 2003；吉長 2006）。愛育会は、1941年に人口政策確立要綱が閣議決定されたあとは、総戦力体制のもと、保健婦制度とともに農山漁村での妊産婦保護に一層邁進することになった。届出率や検診率と、その必要性がたとえば女性雑誌等でどのように普及せられたかについては、今後の研究課題である。戦前の保健婦制度については、赤木（1943）、大國（1973）。この点については、戦前の妊婦健診率等の実態を今後さらに調査する必要がある。
- 13) 1949年日本母性保護医協会として設立、1994年から同上名、2001年から日本産婦人科医会。
- 14) この点については、中山（前掲書）などを参考にしながら、戦後の保健所や病院・診療所等による母親教室の開設などを詳しく調べることが今後の課題として残される。新生児のケアについては、松岡悦子が1960年代以降に病院・診療所での分娩が多数派となる過程で医師による「新生児の発見」があったこと、それがさらに発展して1970年代には「新生児が周産期医療の中心的存在」になっていったことを指摘している（松岡 2000：24）。
- 15) 死亡させた子ども数は、大林によれば85人であるが、連日の新聞報道によると当初「169人」とされ、後日「103人」、また死亡診断書・埋葬許可書下附数・主犯石川の台帳の数値が74・84・69と食い違っていることも報道されている（朝日新聞1948年1月17日2面、1月19日2面、1月22日2面、毎日新聞同年1月18日2面）。
- 16) 1955年、日本看護協会助産婦会は独立して日本助産婦会を設立した。
- 17) 受胎調節指導自体は、1949年の改正時に優生結婚相談所の機能として加えられた。しかし目的が明確に優生結婚のためと位置づけられていたことか

ら、母体保護や人口対策を前面に打ち出し全国的に予算化していく1952年以降と、人口政策として幾分異なると判断する。

- 18) 現在、受胎調節実地指導員の資格は、法によって定められた講習を受け都道府県知事に申請し指定されることによって発効する。助産師学校のカリキュラムに組み込まれている場合には卒業生は講習を免除される。
- 19) 自宅出産とバース・センターでの出産に対する関心やリスク評価については、他にHildingsson, I. et al. 2003、Lindgren, H. et al. 2006、Lindgren, H.E. et al. 2008がある。
- 20) 都市部に存在する私的医療機関においては、公的医療機関と同じ基礎的サービスは公費によって負担され、それ以外のエクストラ・サービスは私費となる。
- 21) 分娩過程での自然性・自発性を尊重しようとするスウェーデンにおいても、近年は帝王切開率など医師が介入する分娩が増加している。帝王切開率等の推移については、Statistics Sweden (前掲書)。直面する助産師の対応についてBerg and Dahlberg 2001。帝王切開の増加の要因分析についてHildingsson et al. 2002。
- 22) 阿部 (2008)、<http://www.caretheworld.com/> accessed 9/3/2008、および日隈ふみ子先生の御教示による。
- 23) 出産の医療化を問題視する立場からすれば、助産師のこのような「医師化」とも見える権限の拡大は必ずしも好ましいとは思われないであろう。これは国土の大半が過疎地であるというスウェーデンの国土的な限界のなかで、近代国家としての人口政策により妊産婦と子どもの死亡率を下げるために発達した制度である (Romlind 1997; Högborg 2004)。
- 24) このことは、スウェーデンの女性が現状に満足しているという意味ではない。たとえば担当助産師の一貫性と妊産婦の満足度との関連についてWaldenström 1998。より総合的なニーズについてはHildingsson and Thomas 2007。また、スウェーデンでWHOが定義する「正常産」がなにごともなく多数行なわれているわけではない (Berglund A. and G. Lindmark 2000)。

【参考文献】

- 青木秀虎 1935『大阪市産婆團體史』大阪市産婆會。
赤木朝治 1943『日本の保健婦』常盤書房。
阿部知子 2008『赤ちゃんを産む場所がない!?』ジャパンマシニスト社。
天川晃他編 1996『GHQ日本占領史4 人口』日本図書センター。
石渡 勇 2008「我が国の助産師は足りているか?—助産師の現状—」『周産

期医学』38(3):291-296。

江守陽子他 2006「わが国の妊産婦ケア施設における病棟編成および分娩介助者の職種からみたケアの実態」『母性衛生』47:52-61。

大國美智子 1973『保健婦の歴史』医学書院。

大阪毎日新聞社社会事業団編 1936『大阪府の産婆は語る大切なお産の話』大阪毎日新聞社社会事業団。

大出春江 2003「明治期日本の助産婦に向ける医師の統制と期待 —出産の正常と異常の境界をめぐって—」『東京文化短期大学紀要』20:25-35。

———— 2005「出産の正常と異常の境界をめぐるポリテックスと胎児の生命観」『年報 社会科学基礎論研究』4、ハーベスト社:132-149。

———— 2006「病院出産の成立と加速 —正常産をめぐる攻防と産師法制定運動を中心として—」『大妻女子大学人間関係学部紀要 人間関係学研究』7:25-39。

———— 2008「性と出産の近代と社会統制 —雑誌メディアからみた衛生観念・家族規範・国民意識の形成とその回路」『国立歴史民俗博物館研究報告』141:323-354。

大林道子 1989『助産婦の戦後』勁草書房。

———— 2001『出産と助産婦の展望 —男性助産婦問題への提言』メディカ出版。

大藤ゆき 1985『児やらい』岩崎美術社。

荻野美穂 2008『「家族計画」への道 —近代日本の生殖をめぐる政治』岩波書店。

落合恵美子 1990「ある産婆の日本近代 —ライフヒストリーから社会史へ—」荻野美穂他『制度としての〈女〉—性・産・家族の比較社会史』平凡社:257-322。

恩師財団母子愛育会編 1975『日本産育習俗資料集成』第一法規。

勝浦令子 2008「古代・中世前期出産儀礼における医師・医書の役割」『国立歴史・民俗博物館研究報告』141:7-39。

加納尚美他 2006「潜在助産師の実態調査」『母性衛生』47(3):214。

鎌田久子他 1990『日本人の子産み・子育て いま・むかし』勁草書房。

河合 蘭 2007『助産師と産む —病院でも、助産院でも、自宅でも』岩波書店。

河合隆平 2003「恩師財団愛育会の母子愛育事業と困難児問題:総戦力体制下の母子保健衛生の近代化と「皇国民」の保護育成」『学校教育学研究論集』7:13-25。

國本恵吉 1996『産育史 —お産と子育ての歴史』盛岡タイムス社。

- 厚生省編 1948『人口動態統計』。
- 厚生省医務局編 1976『医制百年史 資料編』ぎょうせい。
- 厚生省大臣官房統計情報部編 1976『昭和50年度衛生行政業務報告（厚生省報告例）』、財団法人厚生統計協会。
- 厚生労働省 2008a『平成18年保健・衛生行政業務報告（衛生行政報告例）結果（就業医療関係者）の概況』<http://www.mhlw.go.jp/toukei/>、2008年12月22日アクセス。
- 厚生労働省 2008b『平成19年人口動態調査保管統計表 出生』
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/>、2008年12月22日アクセス。
- 坂梨薫・安川文朗 2007「病院における潜在助産師の実態に関する研究 一都道府県の実態に焦点を当てて」『病院管理』44supplement：161。
- 佐藤香代 2000「助産婦は正常産の専門家」『助産婦雑誌』54（12）：27-33。
- 佐藤香代他 2002「助産婦に求められるもの（第2報）—母親の助産婦に対する認識度とニーズ—」『母性衛生』35：22-37。
- 篠崎信男 1958「人工妊娠中絶と不妊手術の実態的研究」『人口問題研究』74：37-62。
- 下敷領須美子他 2005「偏在する助産師就業と助産師確保の課題 一鹿児島県助産師等実態調査を基に—」『周産期医学』35（1）：71-75。
- ジョーダン、ブリジット 2001『助産の文化人類学』第4版、ロビー・デービス・フロイド改訂・拡張、宮崎清孝・滝沢美津子訳、日本看護協会出版会。
- 杉立義一 2002『お産の歴史—縄文時代から現代まで』集英社。
- 田原開起 2008『死と生の民俗 産湯で始まり、湯灌で終わる』近代文芸社。
- 田間泰子 2002『日本の超少産化過程における意識変容過程の解明—旧日本国有鉄道の家族計画を中心に—（課題番号：12610215）平成12年度～平成13年度科学研究費補助金（基盤研究（C）（2））研究成果報告書』。
- 2006『「近代家族」とボディ・ポリティクス』世界思想社。
- 2008『戦後日本における少子化と家族計画運動（課題番号：17510230）平成17年度～平成19年度科学研究費補助金基盤研究（C）研究成果報告書』。
- 坪井洋文他 1985『日本民俗文化体系10 家と女性』小学館。
- 内閣官報局 1898『法令全書 明治31年』内閣官報局。
- 内閣官報局 1974『明治年間法令全書 自慶応三年十月至明治元年十二月』1、復刻版、原書房。
- 内閣官報局 1984『明治年間法令全書 明治32年』32-2、復刻版、原書房。
- 内務省衛生局 1925『醫制五拾年史』。
- 永沢寿美 2000「「受胎調節をしましょう」の思い出」『助産婦雑誌』54（4）：36-39。

- 中山まき子 2001『身体をめぐる政策と個人』勁草書房。
- 新村 拓 1996『出産と生殖観の歴史』法政大学出版局。
- 西川麦子 1997『ある近代産婆の物語 —能登・竹島みの語りより』桂書房。
- 西村正子 2002『産育習俗史(第I報) 広領域からみた妊娠・分娩・産褥期における日常生活行動』『母性衛生』43(2):243-254。
- 日本産婦人科医会 2006「[助産師充足状況緊急実態調査]結果報告 —助産師不足6,700人」『日本産婦人科医会報』2006年7月号:6-25。
- 日本産科婦人科学会産婦人科医療提供体制検討委員会 2007『最終報告書 —わが国の産婦人科医療の将来像とそれを達成するための具体策の提言—』<http://www.jsog.or.jp/news>、2008年12月20日アクセス。
- 日本母性保護産婦人科医会 2001「内閣衆質150第72号 衆議院議員阿部知子君提出助産婦資格のない者の助産業務従事に関する質問に対する答弁書」http://www.shugiin.go.jp/itdb_shitsumon.nsf、2008年12月20日アクセス。
- ノーグレン、ティアナ 2008『中絶と避妊の政治学 —戦後日本のリプロダクション政策』岩本美砂子監訳、青木書店。
- 橋本春子 1969「助産婦も努力しましたよ」『夜明け前の若い機関車—日本家族計画協会15年の歩み』日本家族計画協会:141-143。
- 松岡悦子 2000「医療の中の助産」『助産婦雑誌』54(12):21-26。
- 宮崎文子他 2003「受胎調節実地指導員の活動の現状と課題 —受胎調節実地指導等に関する実態調査より—」『平成14年度厚生労働科学研究費補助金(子ども家庭総合研究事業) 報告書』第6/11:405-422。
- 山崎由美子他 2007「受胎調節指導 —病院勤務助産師の認識と実践能力—」『母性衛生』48(2):253-261。
- 吉長真子 2006「恩財財団愛育会による愛育村事業の創設と展開 —1930年代の農山漁村における妊産婦・乳幼児保護運動—」『東京大学大学院教育学研究科教育学研究室 研究室紀要』32:1-16。
- 吉村典子 1985『お産と出会う』勁草書房。
- 2008「四国山地・上須戒の出産民俗史 —夫婦共同型出産習俗にみる安産への視線」『国立歴史民俗博物館研究報告』141:523-562。
- REBORN編、きくちさかえ監編集 2008『にっぽんの助産婦・昭和のしごと』リポーン。
- 我妻栄編集代表 1995『旧法令集』有斐閣。
- ワグナー、マースデン 2002『WHO勧告にみる望ましい周産期ケアとその根拠』井上裕美・河合蘭監訳、メディカ出版。
- Benoit, Cecilia M. 2000, *Women, Work and Social Rights : Canada in Historical and Comparative Perspective*. Canada : Prentice Hall Allyn and Bacon

Canada.

- Berg, Marie and Karin Dahlberg. 2001, 'Swedish midwives' care of women who are at high obstetric risk or who have obstetric complications', *Midwifery*, 17 : 259-266.
- Berglund, A. and G. Lindmark. 2000, 'Risk assessment at the end of pregnancy is a poor predictor for complications at delivery', *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79 : 853-860.
- Hildingsson, I. et al. 2002, 'Few women wish to be delivered by caesarean section', *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 109 (6) : 618-623.
- Hildingsson, I. et al. 2003, 'Swedish Women's Interest in Home Birth and In-Hospital Birth Center Care', *Birth*, 30 (1): 11-22.
- Hildingsson, Ingegerd and Jan E. Thomas. 2007, 'Women's Perspectives on Maternity Services in Sweden: Processes, Problems, and Solutions', *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52 (2): 126-133.
- Högberg, Ulf. 2004, 'The Decline in Maternal Mortality in Sweden : The Role of Community Midwifery', *American Journal of Public Health*, 94 (8): 1312-1320.
- <http://www.careworld.com>. accessed on 18/Oct/2008.
- Lindgren, Helena et al. 2006, 'A Swedish Interview Study : parents' assessment of risks in home births', *Midwifery*, 22 : 15-22.
- Lindgren, Helena E. et al. 2008, 'Transfers in Planned Home Births Related to Midwife Availability and Continuity : A Nationwide Population-Based Study', *Birth*, 35 (1) : 9-15.
- Romlind, Christina. 1997, 'Swedish Midwives and Their Instruments in the Eighteenth and Nineteenth Centuries', in H. Marland & A. M. Rafferty (eds.) *Midwives, Society and Childbirth: Debates and controversies in the modern period*. NY : Routledge : 38-60.
- Statistics Sweden. 2008, <http://www.seb.se>. accessed in August - November, 2008.
- Waldenström, Ulla. 1998, 'Continuity of carer and satisfaction', *Midwifery*, 14 : 207-213.
- 2007, 'Normal childbirth and evidence based practice', *Women and Birth*, 20 : 175-180.
- Waldenström, Ulla et al. 1997, 'The Stockholm Birth Center Trial : Maternal and infant outcome', *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 104 : 410-418.

WHO. 1996, *Care in Normal Birth* (WHO/FRH/MSM/96.24).

謝辞：この論文執筆の核となる発表をさせて下さった正常出産研究会（代表 日隈ふみ子・宮川友美・芦田千恵美）と独立行政法人日本学術振興会人文・科学振興プロジェクト研究事業（代表 松岡悦子）、調査にご協力いただいた大阪府助産師会と聖バルナバ助産師学院 宮田英子先生、およびスウェーデンでご協力いただいたGunilla Lönnbring (Karlstad University) とStaffan Janson (Karlstad University, Karlstad行政区医) に感謝の意を表します。