Ann. Rep. Asahikawa Med. Coll.
1995. Vol.16, 33～49

病院出産を考える

松岡悦子

はじめに

日本の出産の歴史のたどってみると、そこには３つの大きな変化の時期があったことがわかる。第一の変化は、出産の介助者が無免許のトリアゲバアサンから資格を持つ産婆に、少なくとも法制度上移った1889年（明治32年）であり、第二の変化は、戦後ＧＨＱの方針により、出産の場が自宅から施設へと移行した時期である。そして、第三の変化は1970年代後半から生じた女性の側からの自然分娩への要求と、それに呼応してでてきた開業助産婦への再評価の動きといえよう。

病院出産（診療所を含む）は現在99％を占めているが、それが過半数を占めるようになったのは1960年以降であり、それ以前はほとんどの人々が自宅分娩や、割合は少ないものの、開業助産婦による助産所での出産を行っていた（図１参照）。助産所出産は1965年の12.9％をピークに、現在はわずか１％を占めるだけであるが、戦前の自宅分娩全盛の頃の産婆（戦後、助産婦と名前が変わった）のお産に対する考えや、会陰保護を初めとする技術な

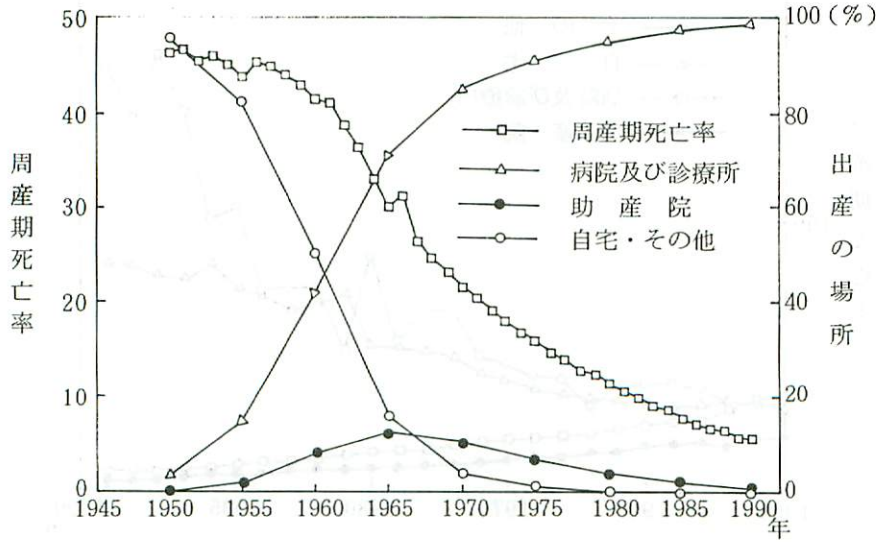

図１．年次別にみた周産期死亡率と出産の場所の変化

どは、この助産所を担う開業助産婦に受け継がれているといってよいであろう。

本論では、ロウリスクの妊婦に関して、助産所出産と病院出産の安全性を比較した過去の論文を踏まえて（松岡　1993, 1994a, 1994ｂ）、さらに病院出産を組織（institution）の視点から論じてみることにしたい。病院出産は、現在では安全性の視点から当然の産み場所と考えられているが、まずはその点に関して、通時的にも共時的にも病院出産が最も安全であるという証拠はないことを述べる。次にアメリカにおいて、自宅出産から病院出産への移行は社会・文化的な理由から行われたことを述べ、日本における病院出産への移行の状況と比較してみる。最後に、病院を組織の視点から、工場と比較対照して分析することにより、病院出産の持つ特徴を明確にしたい。現在では、病院出産はまず何よりも安全性の視点から当然の出産場所と考えられているために、助産所出産や自宅分娩の視点を借りなければ、病院出産を相対化することはむずかしくなっている。そこで、全体を通して助産所での聞き取り調査や、出産の様子を引き合いにだしつつ、病院出産の持つ特徴を浮き彫りにしてみたい。

Ⅰ　病院出産が最も安全だという証拠はない

周産期死亡率の低下と病院分娩の増加（通時的調査）

前ページの図１では、周産期死亡率（ＰＭＲ）の低下は病院及び診療所分娩の増加によってもたらされたかに見えるが、図２を併せて考えると、ことはそう単純ではないことがわかる（1964年以前の場所別の周産期死亡率は手に入らなかった）。図２によると、一貫し

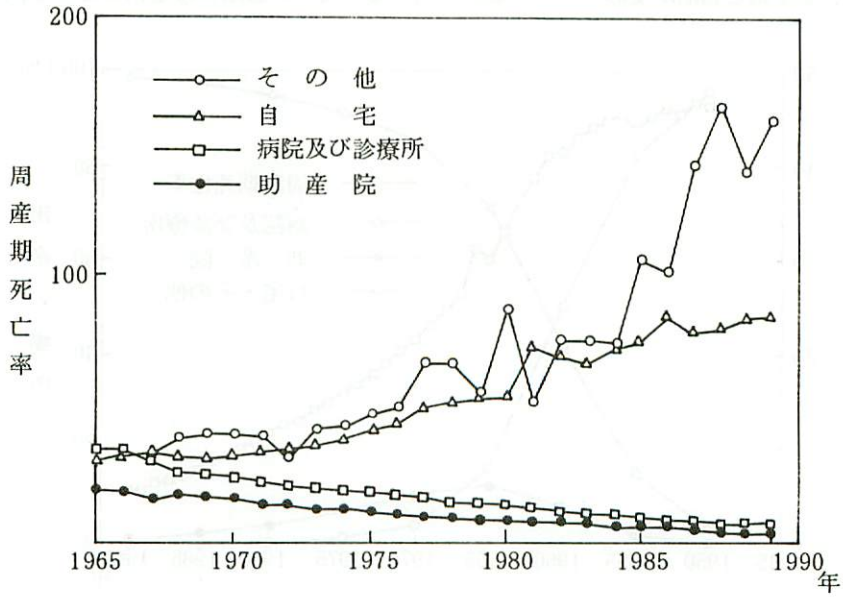

図２．出産の場所別周産期死亡率

て最も周産期死亡率の低いのは助産所であり、しかも1965年及び1966年には、自宅分娩のＰＭＲは病院より低かったのである。恐らく1964年以前には、病院のＰＭＲは５ヵ所の中で最も高かったと思われる。例えば、４％ぐらいの人しか病院で産まなかった1950年頃には、悪くなってから病院に担ぎ込まれるケースが多かったであろうから、病院の周産期死亡率が高いことは想像がつく。だが、ロウリスクの人まで病院で産むようになるにつれて、病院のＰＭＲは下がってきたはずなのにもかかわらず、すでに71％が病院や診療所で生まれていた1965年でも、病院のＰＭＲは依然として33.1、診療所のＰＭＲは32.9であり、それに対して16％を占めるにすぎなくなっていた自宅・その他のＰＭＲは27.8、12.9％を占める助産所のＰＭＲは17.3であった。つまり、病院はロウリスクの妊婦を扱うようになっても、助産所や自宅と比べるとＰＭＲはかなり高かったわけである。

さらに、自宅や助産所のＰＭＲが病院のＰＭＲより低かったと思われる1966年以前に関して言えば、図１における1950年のＰＭＲ46.6から1965年の30.1への低下は、病院及び診療所分娩の増加によってもたらされたものではない。なぜならば、この間のＰＭＲが最も低かったのは、助産所、次に自宅・その他であり、むしろ病院と診療所はＰＭＲを高くするのに貢献していたことはほぼ間違いないからである。つまり、病院と診療所のＰＭＲが高かったにも関わらず、自宅・その他や助産所のＰＭＲが低かったために、全体としてのＰＭＲはこの数字になっているということなのである。従って、戦後の周産期死亡率の低下は病院や診療所での出産が増えたことによってもたらされたのではなく、たとえ病院での出産が増えなくても、やはりＰＭＲは次第に減ってきたものと思われる。それは、戦後乳児死亡率を初めとして、全般的にさまざまの死亡率が低下してきたのと軌を一にする現象だったと言える。

また1950年から1957年の間に注目してみると、この間ＰＭＲは46.6から45.0へとほとんど低下が見られない。だがその間に、病院及び診療所での分娩は４％から24.4％へと、つまり25人に１人から４人に１人へと増加しているのである。もし病院及び診療所での出産がＰＭＲを低下させたのだとするならば、そこでの出産が増えたこの時期に、ＰＭＲはぐっと下がったはずである。むしろこの間にＰＭＲがほとんど低下しなかったのは、上で述べたことと考え合わせると、病院や診療所で生まれる割合が増えたからで、この間に従来通り開業助産婦が自宅や助産所で出産を扱っていたならば、ＰＭＲはもっと下がっていたであろう。

また、自宅やその他でのＰＭＲが高くなりはじめた1980年代以降に関しては、自宅・その他で生まれるのはわずか 0.4％（1981年）、とか 0.1％（1989年以降）と少なくなっており、ごくわずかの周産期死亡の増減が、死亡率の大きな変動として出てくることが想像される。さらに、99.9％の人が施設で生まれる時代に、自宅・その他で生まれるのは間に合わなかったケースや無計画の出産、あるいは経済的な理由からのこともあり、そのよう

な場合、PMRが高くなることが知られている(Mehl, L 1977; Estes, M 1978; Hinds, M. et al 1985; Campbell, R & A. Macfarlane 1987)。

以上のことから、人口動態統計を用いて通時的に見た限り、病院出産が助産所や自宅分娩と比べて安全だという証拠は見られない。

ロウリスクの妊婦に関する病院と助産所の異常の割合の比較（共時的調査）

ある期間に、病院と助産所で出産したロウリスクの妊婦の異常の発生率を比べたのが、表1である。この調査の調査対象や方法、詳しい結果については、松岡1994aを参照して

表1　病院と助産所における異常の割合の比較（ロウリスクの妊婦に関して）

	帝王切開	早　産 ＜37W	低体重 ＜2500g	児の異常	周産期死亡率 出生千当り	弛緩出血 ＞500cc
病　院 n＝1320	92人(6.97%)	57(4.3%)	76(5.8%)	118(8.9%)	5(3.8)	＊1 184(16%)
助産所 n＝1107	13人(1.17%)	24(2.2%)	43(3.9%)	46(4.16%)	2(1.8)	＊2 38(4.3%)

＊1　n＝1140
＊2　n＝875
出血に関しては、「少々」として数値が記入されていない場合が特に助産所で多かったため、nが全体の数値とは異なっている。

いただきたい。調査対象の女性は妊娠初期にロウリスクであった人のみを選んでおり、妊娠経過中に異常が出て助産所から病院へ転医しても、その人は助産所のグループに入っている。従って、助産所で産むつもりだったのに結果的に病院で帝王切開になった人も、助産所グループの中に入っている。また、病院のグループには、妊娠初期に病院にかかっていてロウリスクと診断された人のみが入っており、途中で異常が出て他から病院に搬送されてきた人は含まれていない。

この結果から病院と助産所を比較すると、すべての項目において病院の方が異常の発生率が高いことがわかる。中でも大きな違いがあるのは、帝王切開と弛緩出血の割合である。帝王切開になる割合は、病院ではおよそ14人に1人だが、助産所では85人に1人である。500cc以上の出血をする割合は、病院ではおよそ6人に1人、助産所では23人に1人である。

さらに、表1には書かれていないが、会陰切開と会陰裂傷の割合が病院と助産所では大きく異なっている。病院では、会陰切開をされた人は初産で88%、経産で41%あるのに対して、助産所では初産で5%、経産では1%である。また会陰裂傷の割合は、病院では初産で35%、経産では72%であり、助産所では初産で43%、経産で25%である。病院では初産で会陰裂傷する割合が35%と低いのは、88%が会陰切開されているからであり、経産で

会陰裂傷する割合が72%と高いのは、会陰切開される割合が41%と少ないからであろう。病院では、会陰切開も裂傷もなく無傷で出産を終える人がどれだけいるのかこの数字からはわからないが、助産所では初産で52%の人が切開も裂傷もなく、経産では74%の人が無傷で出産を終えている。しかも、助産所で会陰切開をしなかったために胎児仮死になった例はなく、児の異常の割合をみると、むしろ病院の方が助産所の2倍異常が多いことになっている。

以上のことから、出産の大多数を占めるロウリスクの妊婦に関して病院出産と助産所出産を比較すると、助産所出産の方が異常が少なく、従って病院出産の方が安全性が高いとは言えない。

Ⅱ　自宅分娩から病院出産へ

アメリカの場合

アメリカでは1920年代からミドルクラスの女性の間で病院出産が広まったが、この背後には、twilight sleepと呼ばれる麻酔への要望が中・上流層の女性の間に高まったことや、産科医のDr. DeLeeが、分娩台の上で会陰切開をし、鉗子で引き出すやり方を最も良い出産法として提唱したことがある。また、それまで出産を支えていた女性同士の助け合いの場が少なくなり、出産を家庭で支えきれなくなったこと、加えて細菌学の知見が広まり、病院は家庭と違って清潔で感染の危険のないところというイメージが流布したことがある。(Wertz, R & D. Wertz　1977; Leavitt J　1986)。

だが同時にこの時期は、産業の分野でフォード自動車会社によるフォードシステムが導入され(1914年)、それに続いて大量生産・大量消費社会がもたらされた時期でもある（中岡 1984)。工場での流れ作業によるモノの大量生産というモデルが、産婦を一カ所に集中させて能率良く産ませる病院出産の背景にあったと考えることができる。つまり病院出産への移行は、病院という場に機能を集中させ、医療の世界を工場モデルで組み替えようとする一連の流れのうちの一つだったといえる。医師にとっては医学的理由だけでなく、産業モデルに従ってケアを病院に集中させることが好都合だという社会的文化的な理由があったのである（Wertz, R & D. Wertz　1977: 143)。

それまでの医師は産婦の家に呼ばれて個別に出産介助を行っていたのだが、病院においては、医師は次々にやってくる産婦に会陰切開や鉗子などのルーチンの処置を施し、いつでも必要に応じて看護婦やテクニシャンというバックアップ体制を利用することができた。ヴェルツとヴェルツは次のように述べている。「病院で訓練を積んできた医師たちは、自宅分娩のような家内工業はごめんこうむりたいと思っていた。産婦の家まで出向いて行って、陣痛の間ずっと付き添い、家庭内の事情に首を突っ込むのは時間の無駄であり、医学の権威をないがしろにするにするものだった。…… 医師の技術は病院でこそ発揮できるも

のなのだから、産婦の方が専門家の仕事場、つまり病院に出向いて来るべきなのだった」(Wertz & Wertz 1977: 144)。医師にしてみれば、自宅分娩では家族の人たちの目もあり、彼らの意見も聞かねばならず、自分の思い通りに出産の全過程をコントロールすることは難しかったが、病院では次々と訪れる産婦に処置を施し、能率良く子供を産ませることができたのである。このようにして自宅分娩から病院出産に移ることで、力関係はぐっと産婦を取りまく家族や女性たちから医師の方に傾いたといえるであろう。

また1920年代になると、それまでに蓄積された資本によって病院の再編成が行われ、新たな病院があちこちに建設されるようになった。ローゼンによれば、19世紀までの病院は、社会秩序維持のための収容施設的色彩が濃かったのに対し、20世紀に入ってからの病院は、産業および科学の分野での大きな変革によって出現したもので、健康を扱う作業場(health-workshop) あるいは医学工場 (medical-factory) とでも呼べる性格を持っていたとしている (Rosen, G 1963: 32)。またコブリンによれば、少なくともアメリカにおいては、病院出産は医学を制度化(institutionalize)していく中で、医師の都合から推し進められたもので、女性のために編み出されたものではなかったということである(Kobrin, F 1966)。いずれにしても、自宅から病院への出産の移行は安全性が証明されてから推し進められたのではなく、むしろ医療の機能の病院への集中化とそれによる医師の専門職化の過程で生じたものであり、その背後には工場生産という大きなシンボルが働いていたと考えられる。

実際、女性たちが病院の清潔さや看護婦のケアにあこがれ、日常からの休暇の様な気分で病院出産に向かった頃には (Leavitt 1986: 171)、依然として病院での産褥熱による妊産婦死亡率は高く、特に都市部では20年代になって産褥熱による死亡は増加した(Leavitt 1986: 182)。また1915－30年の間に病院分娩が増えたのに母体死亡は減らず、さらに1915－29年の間に出産時の外傷による乳児死亡は40%から50%へと増えているという調査結果が出された(Wertz & Wertz: 160－161)。病院での麻酔の使用は鉗子分娩を増加させるとともに母体死亡を増やしていたし、不必要な帝王切開による母体死亡もあった。

このような結果に失望した Dr. DeLee は、「自宅分娩の方が、粗末ではあっても、病院出産より安全だということを認め」(Leavitt: 185)、医学雑誌では病院出産による感染の危険性を書きながら、一般向けの雑誌では、女性をこわがらせないために、病院の重要性や出産を管理する必要性を相変わらず書きつづけていたのである(Leavitt: 185－189)。また社会全般の風潮としても、いかに病院出産に欠点があろうとも、自宅分娩に戻ろうというような時代錯誤の考えを持つべきではないという雰囲気が一般的であった(Leavitt: 189)。その一方で産科医たちの中にも、病院での人工的な介入や医師の未熟さが母体死亡をもたらしているという反省がおこり、病院内での規制を設けるようになった結果、40年代に入ると病院内での妊産婦死亡率は改善されることになった。

女性たちは入院してみて、出産があまりに早く、能率的に行われることに驚くと同時に、まるで流れ作業のラインに乗せられて加工されるかのような印象を持った。ヴェルツとヴェルツは次のように述べている。「自動車の生産ラインと産婦を対比させるのは的外れではないし、産婦は故障した車で病院は自動車の修理工場のようなものと考えるのも、見当違いではない」(Wertz & Wertz: 194)。例えば1958年には女性雑誌に「産科医は赤ちゃん工場を経営するビジネスマンだ」というような投書がみられるようになり（Wertz & Wertz: 172)、女性たちにとって病院分娩は不快なtraumaticな体験となっていった。

日本の場合

日本では、敗戦と共にやってきたアメリカの進駐軍が、病院出産への方向付けを行ったことは『助産婦の戦後』（大林 1989）に詳しい。経験を積んだ産婆による自宅分娩が、戦勝国であるアメリカの病院出産に置き換えられていったのは、まさに日本がアメリカに負けたからであり、自宅分娩より病院出産の方が安全であることが確かめられたからでは決してないことは、すでに人口動態統計を用いて明らかにしたとおりである。

だが、産科医たちにとって病院出産の増加は、すなわち産科学の進歩による恩恵を多くの人々が受けることを意味していた。当時の代表的な産科医は次のように述べている。「…さればと言って全国の分娩をことごとく施設分娩に転換する方策も立てられない。大都市の大多数の産婦には産科学の尖端的恩恵が行きわたろうというのに、大多数の農村などの産婦には旧態依然たる自宅分娩をそのままに放置してよいのであろうか。… 良心的な産科学徒は、このような問題をも産科学の重要問題として解決の方途を考究すべきであると考える」。（木下 1962:2）産科医にとって産科学の進歩は重要なことであり、産科学の恩恵は病院でこそ与えられるものであるから、病院出産が増えなければその恩恵に預かれるのは限られた人でしかない。そのように考えれば、産科医として病院出産を増やす努力をすべきであるということであろう。ここでは、産科学の進歩が即ち安全な出産だと無批判に考えられているために、学問としての産科学の進歩と女性が体験する出産とは必ずしも一致しないとは考えられておらず、また病院出産がそれまでの自宅分娩と比べて本当に安全かどうかを検討しようという精神も見られない。

また1964年には、「米国産科臨床の現況について」という記事が『産婦人科の世界』に載っており、そこで著者はアメリカの産科のあり方を「超積極的、超能率的、器械的遂娩法」と表現している。この記事によれば、Western Reserve University では、全分娩の95.03%に何らかの麻酔法が施行し、鉗子分娩は頭位分娩中の73.03%を占め、会陰切開は経膣分娩中の80.55%を占めているということである。そして、著者は結語の部分で次のように述べて、米国的なやり方に対する産科医としての違和感を表現している。「現実には、われわれの感情とささやかな抵抗を無視した巨大な時代の波が、わが国古来の多くの

美点をも次次に押し流し、今や、わが国のあらゆる面で米化の嵐を捲き起こしているといっても過言ではない」(安部 1964:120)。ここには、従来の日本の自然に委せた待つお産を評価しつつも、米国式産科処置に飲み込まれて行かざるを得ない産科医の姿が表現されているといえよう。

このような米国式出産を助産婦の立場から経験したある助産婦は、当時の状況を次のように語っている。「当時私が病院に勤めていた頃は鉗子分娩が主流だったんですよ。助産婦はお医者さんの元で仕事をするってことで教育を受けていますから、先生にこの人は分娩台の方に出して下さいって言われたら、早過ぎることは分かってても何にも言えないんです。若い先生たちは鉗子の練習したいわけですよね。高いうちに鉗子かけたらダメになりますよね。私らの年代の助産婦って言うのは、そういういやなお産ばっかり見てきたんですよ。昭和37、8年頃のお産はむちゃくちゃやっていたんですよ。誘導鉗子って言ってね、うまい先生なんかね、全開すると排臨ぐらいまでずっと引いてくるんです。だから軟参道は切れるし、当然ですよ。そしてね、私どもが会陰保護しながら、発露ちょっと前ぐらいにその先生は鉗子を抜くんです。そしていきませて、あるいはクリステレルをして出すんです。ですからね、夜中のお産の方が（医師がいないので）いいお産ができたんじゃないでしょうかね。

こんなこともあったんです。経産婦で8㎝ぐらい開いてくると、当時は促進剤ってデリバリンとかあったんです。1クール6錠ぐらいで飲ませるんですけど、効かないときもあるわけです。すると分娩台に乗ってるでしょ。陣痛もきていないのに、鉗子で引き出すんですよ。お母さんはもうショック状態ですよ。痛いと言うよりもショック状態ですね。もう暴力、それ以外のことばないですね。」

このような状況の中で、当時産科医の間で話題になっていたのが、日本の妊産婦死亡率が下がらないということであった（瀬木 1958ａ、1958ｂ、瀬木他 1961、木下他 1959、木下 1961)。瀬木によると、1936－38年において、日本の妊産婦死亡率は44カ国中フランスに次いで低い方から2番目で、出生1万に対して25だった。このとき、アメリカの白人は44、イギリスは34だった。ところが1953－55年には、日本は高い方から6番目で、死亡率は18。このときアメリカの白人は4、イギリスは7に下がっていた。また、妊娠中毒死亡率だけについてみると、1950－55年の間に日本では出生10万に対して59.7から64.9に増加しているのに、アメリカの白人は18.9から8.9に減っているのである。瀬木によれば、日本の妊産婦死亡率の最大の原因は妊娠中毒症、次いで出血性疾患、子宮外妊娠ということであった（木下他　1959の中の瀬木の発言より:53)。

人口動態統計によると、日本の妊産婦死亡率は明治32年以来ずっと漸減してきていたが、1947年から1957年の間ほとんど一進一退で、むしろ1947年には167.5(10万あたり)であったのが、1957年には170.9になっている。このような状況を憂慮して開かれた座談会の挨

挨で、木下は「日本の産婦人科学の進歩というものは決して世界に劣るところはない、…それなのに他方、妊産婦の死亡数がさっぱり改善されていないということ、これは日本の産婦人科学が進歩しつつあるということを否定するようなことになるのじゃないか」と述べて、危機感を表明している。東京都の母子衛生課長の渡辺は、東京都では70%近くが施設分娩になって来ているのに、妊産婦死亡率は余り減らない、さらに宮城などの地方で妊産婦死亡率が低いことから、「施設分娩が妊産婦死亡率をさげるのに必ずしも良いということになりそうもありません」と述べている。それに対して他の医師たちからは、「妊産婦で死んでおるというのはほとんど大抵病院へ来るのが遅かったやつですね。放って置いた、あるいは助産婦だけにかかっていたような例が多い」という意見が出されている（木下他　1959:55)。

だがこの意見は、以前は減り続けていた助産婦死亡率が減らないことの理由としてはおかしい。なぜならば、かつて自宅で産んでいたときには、手遅れになった人はそのまま死んでいたのだから、どこで死のうとも全体としての妊産婦死亡率は変わらないはずである。そしてその間には、妊産婦死亡率は毎年減ってきていたのである。むしろ、病院で最初から産む人が増えたのなら、手遅れになる人が減った分だけ妊産婦死亡率は減らなくてはならない。さらに、他から搬送される例についても仮に手遅れで運ばれたとしても、病院へ運ばれるようになったおかげで、そのうちの何割かは助かるようになったと言うのが普通の考え方であろう。にもかかわらず、病院へ運ばれてくるようになったから妊産婦死亡率は減らなくなったということであれば、むしろ今まで通り自宅で産んでいた方が、妊産婦死亡率は減り続けたのではないかという筋道になってしまう。

さらに、産科医たちが原因として上げるのが妊娠中絶の増加であり、子宮外妊娠という理由のうちの何割かは、実は中絶の失敗による子宮穿孔ではないかというものである。だが、妊産婦死亡の最大の理由である妊娠中毒症を説明するものにはなっていない。

また、ある医師は「私は妊産婦に対してはお産は必ず医者の立ち会いの下で行うべきであるというふうに指導すべきだと思うのです。… 何とかして日本でもアメリカのように医者立ち会いの下にお産をすると云うことを普及させなければならない。それには出来るだけ自宅分娩を無くして施設分娩を奨励することだが」と述べている。この意見と、先に述べた、ある助産婦の「夜中の方が医師がいないので、いいお産ができたんじゃないでしょうか」という発言とは、真っ向から対立している。

さらに、別の医師は「結局やはり日本では全部が病院分娩ではありませんから、助産婦を使うというところにどうしても問題があると思います」と述べている。当時の状況としては、産科学を何とか発展させたい、産科学の成果は病院でこそ発揮できる、そのためには病院分娩を増やさなければならない、産科学の担い手は産科医なのだから、これからの時代は助産婦を使う時代ではないということだったのであろう。アメリカの場合に述べた

ように、産科医が学界を確立していく過程では、産科学の発展がなによりも重要であって、出産を産婦の立場から考慮する余裕がなかったことが、この発言から感じとられる。もし、産婦の立場から出産を考えたならば、助産婦を使うことが問題だという見方にはならなかったであろう。D. Haireは、さまざまな国の出産を見学してわかったことは、乳児死亡率の低い国では出産場所が病院であれ自宅であれ、助産婦が出産に責任を持っているということだと述べている(Haire, D 1978:186)。

先に、アメリカの場合でも病院分娩が増え始めたときに妊産婦死亡率が低下しなかったことを述べたが、日本でも事情は同じで、やはり妊産婦死亡率の低下傾向に歯止めがかかってしまった。これはなぜなのだろうか。妊娠中毒症による死亡が大きいことを考えると、先ほどの医師の「助産婦を使うというところに問題がある」という発言とは逆に、むしろ戦後助産婦を使わなくなったがために保健指導が行き渡らず、結果として妊娠中毒の死亡者を増やすことになったのではないかと思われる。戦前、産婆は妊産婦の家庭にまで入り込み、きめ細かな保健指導を行っていた。妊婦にしてみても、わざわざ施設に出向いて行かなくても産婆の方から家にやってきて、食べ物や生活上の注意を与えてくれたわけである。ところが施設分娩が勧められ、妊婦がわざわざ保健所や病院に妊婦指導を受けに行かなければならなくなると、それほど熱心でない妊婦は指導を受けないままに放置されることになる。行政的には妊婦指導が保健所で行われるようになったとしても、それが徹底されるまでの間は、指導の網から漏れてしまう妊婦が相当でることになる。かつての産婆が担っていた妊婦へのきめ細かい指導が行われなくなったことが、妊産婦死亡率の実質的増加につながっているものと思われる。ある座談会の中で、助産婦の伊藤隆子は「病院分娩が進んできて母性保護がだめになりました。日本の病院は外に全然出られないから、家庭における母親管理は昔よりできなくなってしまったのです」(伊藤 1961:19)と述べているが、まさにその通りだと思う。

Ⅲ 組織としての病院－工場の組織と比較して－

ここでは中岡哲郎の『工場の哲学』(1971) をもとに、病院出産を組織の視点から分析してみたい。中岡は、現代を (1971年当時)「工場内で発展させられ完成されてきた、機械論的な分業にもとづく協業の技術が、労働の領域全般へ、さらには社会的分業そのものまで拡大されてゆくことを特徴とする時代」(中岡 1971:155) だとしている。そして「分業に基づく協業」を組織の基本的特徴とした上で、「われわれの周辺には、知的労働、あるいは創造的労働とでもいうべきものが組織によって行われる姿がだんだんと増加してきている」(中岡 1971:164)と述べて、その例として学校、病院などをあげている。

私がなぜここで、病院出産を考えるに際して『工場の哲学』を引用しつつ話を進めるのかと言えば、病院は医学 (医療) を組織化 (institutionalize) したものであり、特に病

院出産には工場をモデルとした組織の特徴が顕著に見られるからである。さらに最も大きな理由は、病院が助産所と比べて異常が多い理由を説明するのに、工場をモデルとした組織の視点が助けになると思われるからである。

すでに述べたように、病院を理解するには病院以外の視点を持たなくてはならない。そこでここでは、病院における出産と助産所での出産を比べて、大きく異なる点を3つ挙げ、その3点を手がかりとして病院出産を考えることにしたい。

分業／じっとそばについている

開業助産婦に、助産所の出産と病院出産とどこが違うかを尋ねたときに、助産婦の多くが答えることは「わたしら、ずっとそばについています」ということである。つまり、一人の産婦に最初から最後まで付き添って継続的なケアをすることが出来るので、異常の早期発見ができるというのである。一方病院では、開業助産婦の継続的なケアは複数の人たちの分業に置き換わる。一人の女性の妊娠から産褥までに病院で何人のスタッフが関わったかを数えてみると、かなりの数にのぼるであろう。私はイギリスの病院出産において、分娩だけをとってみても、一つの出産が、助産婦、シスター(主任助産婦)、産科医、麻酔医、小児科医など何人ものスタッフに分業されていることについて述べたことがある(松岡 1991)。

中岡は「新しい装置の導入が分業を一挙に顕在化させる」(中岡1971:176) とし、知的労働の組織化は主要労働と補助労働への分離を進めると述べている。これは医師と助産婦の関係を見れば明瞭であろう。現在多くの病院で助産婦がやっていることは分娩監視装置を見るということである。分娩監視装置が導入されてから、助産婦の一つの役目は監視装置をときどき見て異常が出ると医師に知らせるというものになった。あるいは、妊娠末期に児心音を検査する役目であったり、点滴をセットする役目であったりと、助産婦の仕事が分娩そのものよりも分娩の周辺を扱う補助労働へと変化して行った傾向がある。それにつれて、助産婦は出産の全貌を把握しないでもやっていけるようになり、出産の全過程を扱う技術を失っていった面がある。これに対して開業助産婦では、一人の助産婦の中に妊娠から産褥までの全過程を扱う技術が備わっている。従って、その過程での小さな変化が異常に結びつくものなのか、正常の範囲なのか全体の中で判断することが出来る。病院という組織の中に置かれている助産婦は、新たな装置の導入のたびに周辺的労働を割り当てられ、ますます全体から切り離された不熟練労働へと追いやられてきた傾向がある。

だが、中岡は病院での労働（例えば手術）を観察した上で、その工程には工場ほど細分化が起こっていない点に注目している。彼は外科手術が、特殊化した道具（ハサミやメスなど）に従属した熟練労働からなるマニュファクチャを連想させるとしながらも、マニュファクチャ労働との大きな違いは細分化が起こらない点であるとしている。つまり、一貫して一人の医師が手術を担当しており、今後とも一つ一つの道具に基づいて複数の医師が

順番に手術を分業することにはならないだろうとしている。そして、麻酔医や手術場の看護婦の労働は分業と言うよりは、同時進行的な協業だとしている。このように外科手術においては、工場の工程のようにモノの「送り」がなく、工程の細分化が行われないのはなぜなのだろうか、と中岡は問うている。この疑問への一つの解答が、後に述べる3番目の相違点に関連してくる。

確かに、病院では患者がラインに乗せられて次々に複数の医師や検査技師に送られるということはない。だが産科の場合、女性は陣痛室から分娩室、回復室、入院部屋へと分娩の過程で移動することも多い。そして行く先々で異なるスタッフの介助を受けることになる。その意味では、産科においては工程間の移動が全くないとは言えず、分業や細分化は他の科に比べて進んでいると言えるかも知れない。

急がせる／急がせない

助産所では、病院と違ってお産を急がせないから異常が少ないのだ、と開業助産婦は述べている。それに対して病院では、特に分娩第2期は胎児にとってストレスが大きいので、早く終わらせる必要があると考えている。例えば病院のある助産婦は次のように述べている。「全開大して30分たっても娩出にならなかったら、なぜ出てこないのかアセスメントする。ＣＰ(脳性麻痺)を作ってもいいのなら待つけれども、そうでなかったら待てないわ」と述べている。それに対して助産所では、全開大してから2時間でも、4時間でも胎児の心音が元気ならば待つし、待ったところで胎児仮死になることはないと考えている。同じ分娩の過程が全く異なる認識の下にあると言える。かつて病院に勤務していたある開業助産婦は次のように述べている。「病院が何で急がせるか分かる？ 次々後ろで待ってるから、早く産ませたいのよ。早く産ませていかなきゃって思うでしょ」

中岡は、工場では「流れの一部分の処理能力が新鋭装置によって飛躍的に上がったとしても、その前後がもとのままだと全体としての処理能力は同じである」(中岡 1971:157)から、機械の能力が巨大化・高速化すると、「人間を主体とする分業」も高能率化を求められることになるとしている。つまり、出産においても陣痛促進剤によって分娩第1期が短縮できるようになると、分娩第2期の短縮化もはかられるのである。そして第2期が短くなると、第3期の胎盤の娩出も急がされることになり、さらには回復期も短縮され、産褥の入院日数も短くなっていき、結果的にベッドの回転が速くなる。中岡は、なぜ機械の能力が上がったことで、人間を主体とする分業の能力まで上がらねばならないのか、という問いに対する一つの答えは設備投資の圧力、コストの問題だろうと述べている。だが、医学におては「なぜ急がさねばならないのか」という疑問に対する答えは常に「安全性を高めるため」である。「第2期が長引けば児が仮死になる」、「会陰切開しなければ母体の子宮底の筋肉が伸びきってしまう」、「母体の消耗が激しくなる」などである。だが、

「安全性」や「医学的」という理由が、実は社会・文化的あるいは経済的理由ではないかということも、考慮する必要がある。

ある開業助産婦は、「赤ちゃんが早く出たから元気とは限らない」として、次のような例を挙げている。「自然な陣痛だと、子宮の中の赤ちゃんが回復しないと次の陣痛が起こらない。陣痛が弱くて次の陣痛がなかなか来ないと、「臍の緒が捲いているのかな」と予測する。それがもし病院だと、陣痛が弱かったり心音が落ちたりすると、早く産ませなければと思ってさらに促進剤を打つことがある。すると陣痛が強く来てますます赤ちゃんを弱らせてしまい、胎児仮死に至ることがある。助産所では心音の落ち具合から、待っていれば回復するか、何か異常があるかを判断する。以前、赤ちゃんの心音が落ちたのでドクターに来てもらって、１回吸引してもらったら、がくんと心音が落ちたことがあった。それで吸引を止めて、自然に産ませたら元気だった」開業助産婦は、陣痛促進剤を点滴すると、母体や赤ちゃんの回復を待たずに次々と陣痛がやってくるので、赤ちゃんを弱らせることになり、結果として早く出さなければ仮死になる様な状態を招いてしまうと考えている。

加工のプロセス／発展のプロセス

先の分業の所で、なぜ外科手術では工場の工程のような細分化が起こらずに、一人の医師がトータルに関わるのかという疑問を提出した。それに対する答えの一つとして中岡が挙げるのは、それは手術が「未知をはらむプロセス」だからではないかということである。つまり手術では何が起こるか分からない。突然出血が始まったり、開腹してみると思ったより病巣が広がっていたりという未知の状況が待ち受けているときに、画一的な工程に乗せてしまうことは出来ないわけである。医療行為には「事前に分からない部分」が必ず含まれているがゆえに、医師は全体を見渡せ判断できなければならない。

これを出産に当てはめるとどうであろうか。出産には外科手術と大きく異なる点がある。それは労働の主体が医師ではなく、本来は産婦だということである。ところがややもすれば、病院出産においては医師や助産婦が労働の主体であり、産婦はあたかも機械であるかのような感がある。実際に産婦は分娩監視装置につながれ、産婦の労働の状態は監視装置のグラフに表されて出てくるようになっている。部屋に入ってきた助産婦や医師はほとんどまず監視装置に目をやり、異常が出ていないかを確認して産婦にも目を向ける。産婦は機械に還元されていると言っても過言ではない。産婦＝機械の能率が悪ければ、促進を入れて陣痛の起こり方を調整し、およそ何分間で全開大させ、次に何分間いきみ、何分で胎盤を出し、という具合にあらかじめ工程が決められている。助産婦は工場で言えば機械の監視労働や制御労働を行っており、機械の調子が悪ければ責任者に報告するか、調整を行う。

中岡は、「発展をはらむプロセスの遂行が、工程分割による分業に対して適しない」（中

岡 1971:191）としながらも、「発展してゆく過程を一つのパターンに還元しようとする執拗な努力を見て取ることが出来る」（中岡 1971:194）としている。これを出産に当てはめれば、出産の過程は本来一人一人異なる個別のプロセスであり、「いつ何が起こるか分からない、未知をはらんだ発展のプロセス」に他ならない。だがその個別のプロセスを一つの繰り返しのパターンに還元しようとする執拗な努力が見られるのである。そうすることによって、出産を画一的な工程に乗せ、労働を節約することができるからである。

出産の過程が本来未知をはらむ発展のプロセスでありながら、外科手術とは異なって分業が生じやすく、画一的なパターンに還元されやすいのはなぜなのだろうか。そのひとつの理由は、出産が本来自然なプロセスで、大部分が正常な過程を踏むからではないだろうか。つまり出産は、千差万別ではありながら、放っておいても正常に行くからこそ、あるパターンに還元することが可能なのである。言い換えれば、病院出産こそ大部分の出産は正常に進む、という前提の下に成り立っているといえるのではないだろうか。だから病院の繰り返しのパターンに合わない妊婦や産婦は、組織の中では扱いにくい患者と見なされやすい。病院出産は、本来ハイリスクの異常なケースに対処することを求められてはいるが、組織であるがゆえに、個別の事例に対処仕切れないというジレンマをもっている。病院出産においては、本来千差万別である人間の体を個別に扱いたいという要求と、組織の中で繰り返しのパターンに還元したいという傾向との間で微妙なバランスをとらざるをえないのであろう。

おわりに

現代の病院出産が、助産所などの他の出産法と比べて必ずしも最も安全なものではないことを、まず通時的および共時的調査によって明らかにし、次に自宅出産から病院出産への移行がアメリカにおても日本においても、安全性の観点から促進されたのではないことを示し、最後に病院出産が持つ限界を工場という組織と対比させることによって明らかにしてきた。

だが病院出産と一口に言っても、多様な形の病院出産が可能であり、十把一からげに病院出産とくくってしまうことはできない。病院という組織の中にあっても比較的組織の持つ難点を克服しているところもあれば、助産所であっても大規模になったために組織の持つ限界に直面してしまうところもあるであろう。また、病院という場所が問題なのではなく、ましてや医師個人が問題なのでもない。恐らく現代は、工場という近代の産物をモデルにした組織が、社会の脱近代化の中で、社会との間に齟齬を来しつつある時期なのではないだろうか。出産の領域で70年代後半から始まったラマーズ法や水中出産、アクティブバースなどの多様な出産法をめぐる動きが、その一つの現れである。そしてこのような背景の中で、近代の組織の持つ矛盾点が照らし出されるようになってきている。これまで問

題化されることのなかった病院出産の安全性をめぐる議論があちこちで行われ出したのは、このような社会背景に基づいているものと思われる(Campbell, R & A. Macfarlane 1986 1987, Tew, M 1986 1990, Feldman, E & M. Hurst 1987, Fullerton, J & R. Severino 1992, Rooks, J et al. 1992 a 1992b 1992c)。

また近代は工場への加工・生産の集中化、病院への医療の集中化、学校への教育の集中化の時代であった。それに対して、脱近代の社会は情報ネットワークに見られるように、脱集中化の傾向を持っている。そのような脱集中化が、モノの生産の領域においても、医療の分野においても、また教育においても顕著になってきつつある。現在病院出産自体が、内側から変わりつつある兆候も見られる。今後病院出産も、そのような社会全体の流れの中で、従来のような工場モデルとは異なるモデルで再編成されていくかもしれない。

文献

安部竜夫　1964　「米国産科臨床の現況について－Western Reserve University－における現況を中心に」『産婦人科の世界』第16巻１号

伊藤隆子　1961　「座談会　妊産婦保健問題を語る」『助産婦』第14巻１号

木下正一　1961　「妊産婦死亡とその対策」『助産婦』第15巻10号

1962　「産科学の進歩と社会（断想）」『産婦人科の世界』第14巻３号

木下正一他　1959　「座談　わが国の妊産婦死亡の現状を検討する」『産婦人科の世界』第11巻４号

松岡悦子　1991　『出産の文化人類学』海鳴社

松岡悦子　1993　「出産の場所と安全性について－人口動態統計より－」『旭川医科大学紀要』第14巻

松岡悦子　1994 a　「助産院の安全性を考える－1107人の調査結果から－」『旭川医科大学紀要』第15巻

松岡悦子　1994 b　「助産所出産と病院出産－その安全性の神話－」『イマーゴ』６月号　青土社

中岡哲郎　1971　『工場の哲学』平凡社

中岡哲郎　1984（1979）『技術を考える13章』日本評論社

大林道子　1989　『助産婦の戦後』勁草書房

瀬木三雄　1958 a　「諸国における妊産婦死亡の統計的観察（No. 1）」『産婦人科の世界』第10巻９号

1958 b　「諸国における妊産婦死亡の統計的観察（No. 2）」『産婦人科の世界』第10巻10号

瀬木三雄　栗原登　伊藤希子　1961　「諸国の妊産婦死亡（1956－58）」『産婦人科の世界』第13巻9号

Campbell, R and A. Macfarlane

1986 Place of Delivery: a review. British Journal of Obstetrics and Gynaecology Vol.93: 675–683

Campbell, R and A. Macfarlane

1987 Where to be born?: The debate and the evidence. Oxford. The National Perinatal Epidemiology Unit, Radcliff Infirmary.

Estes, M

1978 A home obstetric service with expert consultation and back–up. Birth and Family Journal Vol.5 No. 3: 151–157

Feldman, E and M. Hurst

1987 Outcomes and Procedures in low risk birth: a comparison of hospital and birth center settings. Birth 14: 1

Fullerton, J and R. Severino

1992 In-hospital care for low-risk childbirth: comparison with results from the national birth center study. Journal of Nurse-Midwifery Vol.37 No. 5: 331–340

Haire, D

1978 The cultural warping of childbirth. *In* The Cultural Crisis of Modern Medicine.(ed.)John Ehrenreich. Monthly Review Press. NY.

Hinds W, Bergeison G, and D. Allen

1985 Neonatal outcome in planned v. unplanned out-of hospital births in Kentucky. JAMA Vol.253 No. 11:1578–1582

Kobrin, F

1966 The American midwife controversy: a crisis of professionalization. Bulletin of the History of Medicine. July/August.

Leavitt, J

1986 Brought to Bed: childbearing in America 1750 to 1950. Oxford UP

Mehl L, Gail P et al.

1977 Outcomes of elective home births; a series of 1146 cases. The Journal of Reproductive Medicine Vol.19 No. 5: 281–290

Rooks J, Weatherby N and E. Ernest

1992a The national birth center study: part I — methodology and prenatal

care and referrals. Journal of Nurse-Midwifery Vol.37 №4: 222–253

Rooks J, Weatherby N and E. Ernest

1992b The national birth center study: part Ⅱ— intrapartum and immediate postpartum and neonatal care. Journal of Nurse-Midwifery Vol.37 №5: 301–329

Rooks J, Weatherby N and E. Ernest

1992c The national birth center study: part Ⅲ— intrapartum and immediate postpartum and neonatal complications and transfers, postpartum and neonatal care, outcomes, and client satisfaction. Journal of Nurse-Midwifery Vol.37 №6: 361–397

Rosen, G

1963 The Hospital: Historical Sociology. *In* The Hospital in Modern Society. (ed.) Friedson E. The Free Press of Glencoe.

Tew, M

1986 Do obstetric intranatal interventions make birth safer? British Journal of Obstetric and Gynaeocology Vol.93: 659–674

1990 Safer childbirth: a critical history of maternity care. London: Chapman and Hall.

Wertz, R and D. Wertz

1977 Lying-in: a history of childbirth in America. The Free Press.