

## 戦後の産科医療の変遷——産科学雑誌をもとに

松岡悦子

### はじめに

戦後の約50年間は、産科医療がごく一部の人のものから子供を産むほぼ全女性のものへと、その領域を拡大してきた過程であった。たとえば1947年の出生のうち、医師の立ち会いによるものはたった3.5パーセントであり、残り96.5パーセントの子供は医療の手を借りずに、助産婦やその他の人々(祖母、無免許の介助者など)によって行われていた。ところが1990年には、99パーセントが医療機関の中で行われるようになっていく。産科医療は、出産が異常になったときだけに必要とされるものから、ほぼすべての妊婦に必要なものへと、この50年間に大きく変わったのである。

本論では、その変遷を、産科学の雑誌に記述された産科医の発言や論述から追っていくこととする。日本では、第二次大戦後GHQの指導による医療の再編成が行われ、中でも出産の分野はアメリカ産科学の影響を受けて大きく変わった(大林 1989, 1994)。したがって、戦後の産科医療は、出産に対する戦前からの意識と、新しく入ってきたアメリカ的な意識とが交代していく過程であり、また日本社会全体の近代化、産業化に並行して医療の分野でもオートメーション化が進められる過程であった。産科医という専門職にとってみれば、この50年間は、ごく数パーセントの異常な妊娠・出産のみを対象とする時期から、正常・異常を問わずほぼすべての妊娠・出産を扱うまでに専門職としての領域が拡大され、プロフェッショナルライゼーションが確立されていく過程であった。以下で、このような産科医療の移り変わりを、当時の産科医の発言や記述をもとに明らかにしていきたい。資料として主に用いたのは、『産科と婦人科』(以下、産と婦と略す。昭和8年創刊)、『産婦人科の世界』(産の世と略す。昭和24年創刊)、『産婦人科治療』(産治と略す。昭和35年創刊)、周産期医学(昭和46年創刊)である。

表1は、戦後の産科医療に関係のある主なトピックスと、その他の出産に関連することがらとを表に表したものである。図1は場所別の出生割合と周産期死亡率の変化、図2は妊産婦死亡率の変化のグラフである。

戦前のお産は、異常にならない限り自宅で産婆によって行われるのが常だった。それは出産が女性の生理現象で、医療を特別必要とはしないものと考えられていたからである。また郡部においては、資格のある産婆の手すら必要とは考えられておらず、日々の労働の合間に労働の場で(麦畑で、炭焼き小屋で、山の中で)子をなすことがふつうのように行われていた(畠山 1991)。産科医自身も大部分を占める正常産を産婆が扱うことに異論はなく、出産が異常に転じて初めて産科医の出番となることを当然のごとく感じていた。

それに対して大学に勤務する一部の医師の中には、戦後まもなくの時期から、出産は本来危険であ

表1 戦後の産科医療の変遷

年	産科医療	出産に関連することがら
1945 (S20)	「胎児は陣痛のたびに生命の危険にさらされている 会陰保護の害」(安藤画一『産と婦』1946) 帝王切開率 0.625% (東大病院 1927-45) (『産治』20 巻 1 号、1970、p 1) ペニシリン・サルファ剤などの記事多数	施設内分娩 2.4% (1947) 優生保護法公布 (1948) ベビーブーム期 (1947-49)
1950 (S25)	フランスから吸引器がもたらされる 「腹式帝王切開の死亡率が下がったために、行われることが多くなった」(久慈直太郎『産と婦』17 巻 4 号、1950) 慶応で薬物による無痛分娩が行われる 日赤で精神予防性無痛分娩による出産が初めて行われる (1953)	アメリカの産科事情の記事「会陰切開と鉗子がルーチンに行われる。出産は外科手術と同様な扱い」(『産と婦』19 巻 1952) 助産婦が受胎調節実施指導員として働きだす
1955 (S30)	鉗子分娩率 3-5% (東大病院 1946-55) 帝王切開率 2.17% (〃) 「最近では鉗子よりも帝王切開をすることが多くなった。しかし、胎児は自然産道から出るのが正道であって、帝切は非常手段である」(久慈直太郎『産と婦』22 巻 3 号、1955、p 70)	母子健康センターの設置が始まる (1948) 受胎調節経験率 52.2% (1955) (『産の世』21 巻 11 号、1969、p 4)
1960 (S35)	帝王切開の適応が、過期産や骨盤位にも広げられるようになった (抗生物質、麻酔の進歩により) 分娩監視装置の展示が学会で行われる 帝王切開率 4.07% (東大病院 1956-61) 未熟児、胎児・新生児仮死への関心 前回帝切による子宮破裂が問題となる 「人工難産を語る」(産の世、1964、第 16 巻 9 号)	施設分娩と自宅分娩の割合が半々になる (1960) 助産婦学校への入学希望者が少なく、募集定員に満たない 助産婦の新生児訪問指導始まる 病院分娩が増加し、新生児を世話する人手が足りない 血液は、日赤の献血のみとなる 病院の分娩料 3 千円
1965 (S40)	病院分娩が増加し、新生児の看護が手うすとなり、新生児期への関心が高まる 超音波ドップラー法の利用が盛んになる 分娩時間を調節する方法への関心が高まる (人工破膜、オキシトシン) 産科出血への関心	産業界でのオートメーション化が進み、医学においてもメディカルエレクトロニクスの研究がさかになる 受胎調節経験率 72.6% (1967) 日本の妊産婦死亡率が欧米に比べて高い 日本母性保護医協会内に出血対策委員ができる。輸血体制を確立してほしいという要望書が出される (1967) (『産治』25 巻 5 号、1972、p 521)
1970 (S45)	分娩を積極的に誘発する計画分娩への関心が高まる 帝王切開率約 5% NICU 「病院内に常時血液を保管している病院は 13.6% にすぎない」(『産治』25 巻 5 号、1972、p 521) プロスタグランディンの発売	1958 年以來 467 市町村に母子健康センターが設置された (『産の世』21 巻 11 号、1969、p 32)
1975 (S50)	分娩監視装置が実地に用いられるようになる 「ハイリスク妊娠の概念」(『周産期医学』9 巻 2 号、1979) 帝切率 8.2% (東京オペグループ) 超音波診断装置	里帰り分娩 貴重児 (valuable child) 『周産期医学』創刊 (1971) 朝日新聞に陣痛誘発・促進への疑問についての投書がある (1974)
1980 (S55)	「超音波診断装置による周産期管理」(『産治』42 巻 3 号、1981) IUGR (胎児発育遅延) への関心	施設内分娩が 98% をこえる (1975) ラマーズ法、自然分娩の動き 母と子の絆、母子相互作用の話題
1985 (S60)	助産婦外来	里帰り分娩の割合 15-25% (1983 の日母の調査による) ラマーズ法についての特集記事多数
1990 (H2)	「特集 正常分娩の管理」(『周産期医学』20 巻 2 号、1990)	

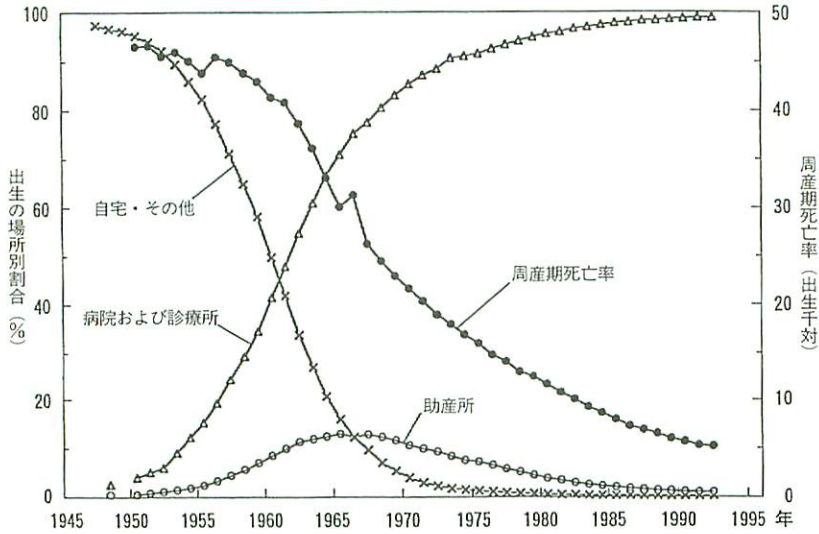


図1 年次別、出生の場所の変化と周産期死亡率

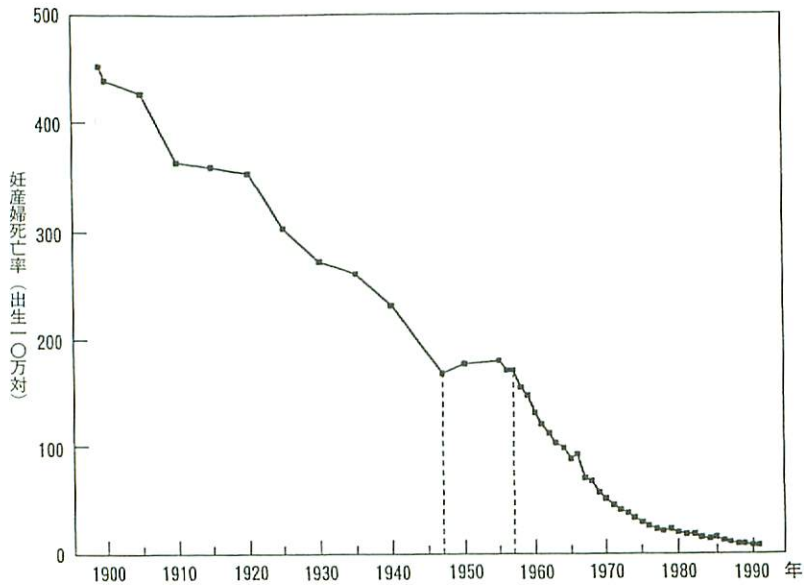


図2 年次別、妊産婦死亡率

り、いつ何時難産に陥るかも知れないものだという考え方を示す者もいた。

**産科常識の是正：会陰切開の必要性**

慶応大学教授であった安藤画一は、「人の分娩は難産に陥り易きを本質とし、従って人為的介助の必要を普通とす」(産と婦 13巻1号 昭和21年 p.8)と述べ、安産に終わるのは分娩本来の性質ではなく、出産は一步誤れば危険に転落する可能性のあるものだとしている。その上で、陣痛は分娩の原動力で絶対必須の現象だが「胎児は陣痛の度毎に生命の危険に曝露されてをる…従って強度の陣痛が

異常に永く持続すれば窒息又は致死にも導くこととなる。自然は此不都合を償ふために子宮収縮に間歇性を附與してをる」(同 p.8) とし、胎児は陣痛によって頭蓋内出血と窒息という危険に曝されていると述べている。しかもそのうちの頭蓋内出血は「従来一般に考へられてをった様に稀有で而も特別の異常又は娩出手術にのみ起因するものでなく、比較的屢々…而も正常安産にも起こり得ることが明らかにされてをる。…要するに人の分娩は産児にとりては寧ろ冒険事業とも評すべきであつて、『児は生命を賭して分娩す』『生産児は死線を超えたる勇士』『産瘤及び頭蓋変形は名誉の戦傷』などのスローガンも作りたいたいほどである」(同 p.9) と述べている。

このように安藤画一は、従来産科学で考へられていた常識を考へ直すべきであるとし、まずは会陰保護を自然的危険性を強化する分娩介助法だとして再検討を促している。つまり会陰保護が原因で胎児に頭蓋内出血が生じたり、母体の肛門挙筋が破裂する危険性があるので、適宜に会陰切開を加えて児頭への圧迫を避け、肛門挙筋が過度に伸びるのを防ぐべきだとする。「要するに新時代の産婆は、産児生命保全と云ふ重大使命に最大の関心を集め『会陰保護を最も重大なる積極的分娩介助と考へ、会陰保全の実現を最上の名誉と誇る』古い信念を放棄せねばならぬ」としている(産と婦 13 巻 2 号 昭和 21 年 p.6)。

安藤の出産に対する考へ方は当時としては少数派であつたろう。しかし、出産に内在する危険性を強調し、胎児の生命と会陰保護などの介助法とをてんびんにかけて、胎児の生命の方が大切なことから会陰保護はそう重要ではないという論理は、それ以降の出産への考へ方を先取りするものだったといえる。それから 20 年あまり後の 1968 年に、尾島信夫は次のように述べている。

「30 年程前に、安藤画一先生が慶応病院に着任されて会陰切開を盛んに始められた頃は、『慶応に行くとお尻を切られる』と一部份には恐れられたくらいであつたが、今日では恐らく初産には原則として会陰切開を行う産科医が多いのではないかと思う。私は経産婦でも、前回に理想的な切開縫合が行われて、ほとんど初産婦とも見えるほどにひきしまった膣会陰の状態をしている例には、再び会陰切開を行っている。切開縫合術の手数を避けるために、産婦に将来弛んだ膣を持って暮らさせるようにするのは気の毒だと思う。」(産治 16 巻 1 号 1968 p.94) 1968 年頃にはすでに、会陰切開が出産にまつわる通常の医療行為として受け入れられていたようだ。だがその理由は、胎児の安全のためということよりも、産婦の膣が弛まないようにという理由へと変化している。

さらに、近年はどの病院でも初産の場合ほぼ 100 パーセント会陰切開を入れるようであるが、その理由の一番にあげられるのは、自然に裂傷した後の会陰部を縫うよりも、切開を入れてから縫う方がきれいに仕上がるということである。このように、会陰切開を入れる理由の優先順位は時代によって変わってきているが、切開を入れること自体は通常の出産の一部に組み込まれてしまっている。そして産科医は、会陰部が切れるにしろ切れないにしろ、自然のままに放っておくよりも、人工的に切開を入れてその後を縫った方が産婦のためになると考へている。だからこそ、縫合の手間を惜しんで切開しないのは産婦に気の毒であり、経産婦であってもあえて切開を入れるというのである。しかし、会陰切開を入れる理由が時代によって少しずつ変わってきたということは、この行為が絶対必要な処置ではなく、付け足しとして行われていることの印ではないだろうか。会陰切開をしなくても十分に子供が産まれることは、戦前まで初産であってもほとんどの出産が切開せずを終了していたことから明らかである。切開を入れなければならない場合は当然ながらあるであろうが、その場合には適応症が示されることになる。だが、現在の切開は適応によって行われるのではなく、ルーチンで行われているのである。現在ではもはや、会陰保護をして切れないようにするという選択肢はなく、切るか切れないかのどちらかであるため、結局切った後の方が縫いやすいという現実的な理由が最初にあ

げられることになる。

会陰切開を初めとして、安藤画一が戦後すぐに提唱した「産科常識の是正」は、それ以降の出産の方向性を先取りするものだったと言える。

### 鉗子と帝王切開の適応の拡大（1950—60年代後半）

昭和25年（1950）の『産科と婦人科』で、日赤産院長の久慈直太郎は「この頃相変わらず各所で腹式帝王切開術が盛んに行われている様である」と述べ、手術の理由を産婦に尋ねると符節を合わせる様に「骨盤が狭いから」と云われたようだ、としている（産と婦 17巻4号 昭和25年 p.40）。この同じ巻には、サルファ剤やペニシリンなどの抗生物質に関する記事もたくさん出ている。また、昭和31年にはある座談会で、「帝王切開と同じようにこういう手術（鉗子）の適応範囲が近頃だんだん広がった」として「早くお産を終わらせてやろうというような意味でもかけるようになったのじゃないか、と思いますね。」と述べて、日赤産院の昭和30年の鉗子率は5.31パーセントだとしている。この当時の帝王切開率は約2パーセントで、この座談会の医師たちは「日本では多くても帝王切開は5パーセントにはならないでしょうね。」と述べている（産と婦 24巻1号 昭和32年 p.60-61）。

この座談の中で鉗子や帝王切開の適応症が話題になっている。分娩第二期遷延、陣痛微弱、妊娠中毒症などが鉗子の適応症とされているが、それと同時に鉗子をかける場合には、児が生後の生存可能な発育を遂げていること、子宮口が全開大近くになっていることなどの条件、つまり要約がそろわなければならないとしている。このように鉗子や帝王切開には「適応と要約」があるとされ、これを厳密に守ることが重要とされていた。

この考えを代表していたのが、昭和25年まで日赤産院長を勤めていた久慈直太郎である。彼は次のように述べている。「少し六ヶ敷いお産をすぐ帝切でかたづけようとする位ならば、産科専門などという標榜を取り去って外科専門又は産外科とでも名乗る方が良いのではなからうか。産科を専門としているならば、産科医らしい考慮がほしいし、胎児は自然産道から出るのが正道であって、手術も出来る丈その模倣であってほしいことと、お腹から娩出させるのは特別の場合の非常手段であることを知ってほしい。何でもないお産に、大きい側切開を作って、鉗子で出すことを常道としているアメリカで、帝切が盛んに行われるからとて真似することはない。」（産と婦 22巻3号 昭和30年 p.70）だが同時に彼は、胎児にとっては鉗子よりも帝王切開の方が害が少ないので、帝王切開が多く行われるようになったのは無理のないこととし、それでもなおかつ、産婦本人にとってはどちらを選んだ方が利益かは考慮を要することだとしている。つまり、一度帝王切開をすると次のお産にも帝王切開をしなければならないことが多くなるからである。つまり、執刀した医師の技術によっては、次回のお産で子宮破裂が生じ、腹腔内に大出血が起こって産婦が死亡する可能性がある。産婦にとって、子供の命が助るのはよいことだとしても、それ以後帝王切開を繰り返さなくてはならないとなれば負担が大きい。また医師にとっても、前回帝切の場合の出産は「自然破裂の危険を念頭におきながら分娩経過を監視し、必要に応じ、機を失わず帝王切開が出来る態勢になければならない。」（産治 11巻5号 1965 p.571）ことになり、負担が大きくなる。したがって帝王切開が増えることは、児の安全性が増すという利点はあるものの、産婦や産科医にとってのリスクは大きくなり、「産科の正道」をはずれたお産が増えることになると久慈は危惧していた。そして事実帝王切開が増えるにつれて、自宅で産むことはおろか、輸血や帝王切開がいつでもできるような設備の整った病院でなければ、出産するのは危険だという風潮がでてくるようになる。

帝王切開の適応が拡大されてきた背後には、「抗生物質の開発や、麻酔法の進歩もあったし、そのほ

かの問題として医療保険制度からの大きな影響があったのでしょ」と一人の医師が言うと、「その根本原因は、いわゆる正常分娩をよく知らない若いお医者さんが多いということですね。だから少し分娩が遅延して時間がかかると、むしろ産婦よりも介助をしている医者の方がいらいらしたりこわくなったりしてよけいな手出しを敢えてする。そしてかえって分娩の異常が惹起される例が多いんじゃないか…我々老人はそんなふうに考えますが、どうでしょうね。」と答えている（産の世 20巻5号 1968 p.94）。少し前までは、大学の医局員は鉗子や帝王切をするときには、夜間は電話で教授の許可をとることになっていた。そして適応と要約を述べて「よし」と言われれば手術が出来るが、「夜中にする必要なし、朝まで待て」と言われることもある。あるいは、翌朝教授から一部始終を訊ねられ、「君それは早過ぎたね。もう少し待っていられたらうに」と言われることもある。このように、適応と要約を教授が若い医局員に守らせるという形で、技術の乱用に歯止めがかけられていた。

しかしこの時代には、久慈直太郎のように適応と要約を厳密に守り、下から産ませるのを正道と考えるのとは別の意識が出てきている。ある医師は「分娩は経腔的にさせることが常道ではありますが、それよりも大切なことは胎児を生きた子供として生ますことで、この方が産科医のより重大な役目だと信じています。…『赤ちゃんはいつでもよろしい』といわれれば経腔分娩をさせますが、『是非、助けてほしい』といわれた時は帝王切をするように自分ではなるんです。」（産の世 13巻5号 1961 p.139）と述べている。また別の医師は、初産の骨盤位は全部帝王切開にする医師がいると述べて、その医師の言い分は「子供を殺すことは絶対しない、子供を助けるためには帝王切開がよい」ということだったと述べている（産と婦 16巻9号 1964 p.96）。このように、帝王切開の適応を守ることと胎児の生命とをてんびんにかけて、胎児の生命の方が大切であるから帝王切開を行うという論理で帝王切開の適応は拡大されてきたといえる。

1970年には『産婦人科治療』で「帝王切とその問題点」という特集が生まれ、そこで東大の帝王切開率は、戦前0.625パーセントであったのが、1956—61年には4.07パーセントになったとしている。さらに、貴重児（valuable childあるいはhighly desired child）ということばが用いられ、最近の家族計画によって慎重に妊娠した児は、昔のように漫然と妊娠した児とは異なるのだとしている。これまでは、母体に対する副作用の不安があって帝王切開に踏み切れなかったが、現在では「絶対に分娩中児を死亡させてはならない」という理由で、踏み切る場合があると述べている（20巻1号 1970 p.2）。ここにも、母体への危険性と児の生命とを比較して、胎児の生命を重視するがゆえに帝王切開を行うという論理が示されている。

## アメリカ産科の影響

昭和27年に、東大からアメリカに留学中の林基之は、アメリカのお産は画一的で一考を要するとして、次のような例をあげている。林が立ち会ったあるお産では、児が小さく経産婦だったのにも関わらず、アメリカ人医師がエピゾトミー（会陰切開）を入れようとしたので、林は意味がないと止めた。しかし、その医師は反抗するかのようには込みを入れようとしたところが、その瞬間に児が飛び出してしまった。しかも看護婦は、いつも児が肩まで出るとergotrateを静注して児を娩出しているため、すでに児が出ているにもかかわらず、ergotrateを打ってしまった。それで頸管が収縮して胎盤が出なくなってしまった。驚いたアメリカ人医師は、上司を呼んだところ、上司の医師は「児の小さいときは、大きいepisio（会陰切開）を入れて、むしろ鉗子分娩にする方が安全である」と大声で言ったというのである（産と婦 19巻1号 昭和27 p.55）。

また別の日本人医師は、アメリカ人の会陰切開に関して、アメリカ人は産婦の腔を伸展させないた

めにおこなっており、「縫合をうまく行えば膣は未産婦の状態へもどる。永遠の処女と言う訳ではないが、永遠の未産婦の奥さんを一生側へひきつけておくことができるという重大なねらいがあるのである」としている。また鉗子については、「(アメリカ人は) 鉗子手術の適応と言うような事は一向考へない。凡ての分娩に行うのがきまりなのである。…正当に挿入された鉗子による厭迫は自然産道による児頭の厭迫より遙かに軽小且つ無害である。…即ち鉗子は自然分娩よりも更に胎児を楽に出すことが出来る。胎児にとって幸福であると言ふのである。此の思考の経路は直ちに全面的に呑み込む事は出来ないが…」と述べている(同上 p.13)。

アメリカに留学した日本人医師は、適応を吟味せずルーチンに会陰切開や鉗子を行うアメリカのやり方に、少なからず驚きと違和感を感じている。日本では正常分娩は生理的な現象とされているのに、アメリカでは外科手術とされており、それ並の消毒や設備を必要とする。アメリカでは、産科医はすべての出産を助産婦に頼ることなく自分たちで行わねばならないため忙しくなりすぎ、それでますますメスを使って早くお産を終わらせようとする、と日本の医師たちは見ている。また、産科の手術による人工難産や後遺症の頻度はどうなのか、という疑問に対して、別の医師は「難産が多いほうがいいでしょう」と皮肉を述べている(産の世 16巻9号 1964 p.102)。このようにアメリカの「行き過ぎたやり方」に対して、60年代の日本の医師たちの多くは違和感を感じているが、適応が拡大されてやがてルーチンに行われるようになるという方向性は、その後の日本がたどった道でもある。たとえば、かつて帝王切開の適応ではなかった骨盤位に対して児の安全性のためとして帝王切開が行われるようになると、やがて骨盤位にはルーチンに帝王切開が行われるようになった。また、会陰切開についても、現在では初産ではルーチンに切開が行われるようになっていく。

そのようにして、何らかの異常に対する処置として行われていた鉗子や帝王切開、会陰切開などがルーチンに行われるようになるということは、たった数パーセントに適用されていた産科医療がすべての人に適用されるということであり、言い換えれば、異常産だけを対象とした産科医療が、正常産をもカバーするようになるということである。このようにして、産科医療は広大な正常産をもその範囲に組み込むようになったのであり、「正常産は助産婦、異常産は産科医」という分業は意味をもたなくなつたのである。

### 新生児の発見(1960年頃—60年代後半)

施設分娩が50パーセントを超えるようになって出てきた問題がある。病院で生まれた赤ちゃんは7日間入院しているが、病院は妊産婦が出産を行うための施設であって、新生児の入院のための施設にはなっていないことが明らかになったのだ。したがって、新生児室には看護婦が配置されておらず、新生児の面倒は、産科病棟勤務の看護婦や助産婦が片手間にみたり、助産婦でも看護婦でもない付添人や普通の助手がみたりしていた。看護婦はお母さんの世話と赤ちゃんの世話でてんてこ舞いの忙しさだし、ましてや新生児室担当の医師など配置されていないため、赤ちゃんは病院にいるとはいっても、ほとんど医療の益をうけることがない状況にあった。たとえば、新生児には母乳がよいことがわかかっていても、看護婦は母親の所に新生児を連れていく暇がない。結局そこでミルクを作っておいてやってしまうことになる。「婦人科の医者はお産が済んで母乳がなかなか出ないと、ゆっくりと待たないで直ぐに牛乳をやってしまう。あれは不都合だ。こういったような意味のことをいわれましてね。しかし現場に行きますと人手がないのです。…作っておいてミルクをやった方がギャーギャーいわれなくて済む。こころに、大変やはり人道問題があるわけです。」(産の世 17巻7号 1965「座談 新生児の管理」p.29-42)と、著名な産科医であった木下正一は述べている。また別の医師も次のように

窮状を訴えている。「新生児室に35ベッドあるとそれらの新生児の看護は一体だれが見るのだ。2人や3人なら何とかするけれども30人の新生児を並べた時にとても1人や2人のお情けの増配してもらったところで3交代ですからどうにもならない…乳を飲ませるにも、分娩直後の母親は抱いて飲ませることはできない。赤ちゃんの口に乳首を当てそのまま勝手に吸わせておる。」さらにもう一人の医師も「考えてみると新生児ぐらい人の世話を必要とするものはない。…新生児は助けを呼び求めることができませんね。他人の助けなしには生きていくことのできないものでしょう。これに対して保護をしたり世話をする人が、ほとんど不在だということです。」と述べる。続けてもう一人の医師は「赤ちゃんは、重症患者と同じですからね。糞、小便全部やってもらわなくちゃならない。」と言うと、別の医師は「そう申しますと未熟児は瀕死の患者ですね。」と言う。

出産をすれば文字どおり身二つになり、褥婦と新生児の両方の世話をしなければならないのは自明の理のように思われるが、「考えてみればわれわれも長いこと産科医者をしていながら実は二、三年前に初めてその問題に気がつくくらいで、赤ちゃんを別に無視してたのではないが、赤ちゃんの人権を尊重するということがなかったような気がするのです。」(助産の友 1959 3月号 p.13)と木下正一は述べている。不思議なことに、新生児はこれまで産科医の視野に入っていなかったようなのだ。「大体新生児というものが医者の目に触れるようになったのがこの近年じゃないですか。以前は母親の付属物だとみていたのですね。しかも90何パーセントは自宅分娩でしたね。」(産の世 同上)とある医師が述べているように、どうやら医師は自宅出産全盛の時代には、出産直後の新生児についてはほとんど知らなかったようなのである。なぜならば、自宅出産では産婆や祖母が出産から産褥期まで連続して母子の面倒をみており、産後1ヶ月もたたない時期の新生児が外に出る機会はほとんどなかったから、医師が新生児を目にする機会はなかったといつてよい。生まれた直後の赤ん坊を最もよく知っていたのは、産後1週間毎日沐浴に通っていた産婆であり、祖母や母親自身であった。この時期の赤ん坊は母親から切り離されることがなかったから、新生児についての知識はもっぱら産婆や女性たちのものだったといえる。産科医とはいえば、病院での出産が増え、新生児を母親と分けて新生児室で管理するようになって初めて、新生児が重症患者並に人手を要することに気がついたのである。言ってみれば、新生児は、病院分娩が赤ん坊を母親から切り離したことによって出現したのである。

実際、新生児期とはどの時期を指すのかも曖昧だったようである。国際的には生後4週間と区切られていたようだが、日本の産科医は「普通10日間、又は前後数日と思います。特別な取り扱いを要する期間としてです。」と述べている。さらに、新生児は産科医の担当か、小児科医の担当かということについても不明だったようだ。「産科医で新生児に興味を持つ人が非常に少ないというのが実状ですね。それだからといってすべてこれを小児科医者におまかせするということになるならば、産科学は一体どういうことになるのでしょうか。胎内の生活、それから出産の時、出産直後などその問題が新生児の問題と切り離せない関係があるのは自明のことなのに、産科医者が新生児に興味を持たないというのは言語道断な話で…」と木下正一は述べ、別の産科医は「成熟児だったら乳幼児の方に近いけれども未熟児は、あれは胎児ですからね。」と述べている(産の世 同上)。新生児は、胎児と乳幼児の中間で、所属の定まらないあいまいな存在だったわけだが、この状態は4年後の1969年にもまだ続いていたようである。「新生児管理の将来」という記事の中で、島田信宏は「(将来は)当然一つの専門職として新生児科、あるいは新生児専門医というような形で独立した職域となるであろう。現代の新生児管理にたづさわる医師の姿のように、産科、小児科のいずれかが、興味があるために、あるいは必要にせまられて、ある程度の個人的犠牲の上にその運営が成り立っていることはなくなるだろう。」(産の世 21巻11号 1969 p.61)と述べている。新生児がどっちつかずの宙に浮いた存在から、



周産期医療の中心的存在へと移り変わるのは、1970年代以降であり、NICU（新生児集中治療室）ができてくるのは75年頃からである。

だが、新生児に注目した産科医は、そこからさらに胎児期へと視線を遡らせていく。「われわれとしては新生児ももちろん大いにやらなければいけない。けれども、分娩中とか、もっと胎児の面から管理する方法を探してこれからわれわれが伸ばして行かなければわれわれの責任——われわれ以外にやる人がいないのですからね。」と述べ、木下正一もそれを受けて「胎生期の問題をわれわれが今まで暗黒の中においておった。それに光を当てなければならぬ…」としている。新生児という、胎児と乳幼児の中間の存在への認識が、産科医たちをその連続線上にある胎児期へと導いていくことになる。胎児こそまさに母体の一部であり、母体と切り離して考えることができない存在であるが、次節で述べるように、産科医たちは胎児の情報を産婦から切り離して独自にとらえたいという欲求をもっていた。そして、それを可能にするような技術の開発が待たれていたのである。

### さまざまな分娩管理法：分娩誘発、分娩促進、分娩監視装置（1960年—70年後半）

1962年の学会の会場で、各メーカーが分娩監視装置を展示していたのが出席していた産科医たちの目を引いた。だが、こういった器械を今後大病院が使い始めるのかどうか、多くの産科医たちはしばらく様子を見てから、購入するかどうか決めようと考えていた。分娩監視装置（産婦の陣痛と胎児の心音を測り、記録する装置）に関する記事が産科の雑誌に盛んに取り上げられるようになるのは、その翌年の1963年頃からである。ある医師は次のように述べている。「分娩というような比較的長時間にわたる経過を医師・助産婦・看護婦の誰かが、常にbed sideにいて、これを監視しまた記録することは産科要員の大きな負担であり、この負担を少しでも軽減するような方法の出現を久しく待ち望んでいたのである。したがって…製作会社が…分娩監視装置と命名して発売するにいたった数年前、産科関係者は早天に慈雨を得た気持ちでこれを購入し、また購入せんとしたのであった。」（産治13巻2号 1966 p.169）分娩監視装置を用いれば、医師や助産婦はびっちり産婦についていなくても、器械が連続的に陣痛と心音を監視してくれる。人手不足で忙しいときに、労力を節約できるのは大きな魅力だった。だがこの同じ医師は、続けて次のように述べている。「その後、ME（メディカル・エレクトロニクス）の研究は益々旺になってきているが、分娩監視装置は、最初に産科医が希望したように、産科医の労力と時間との負担を軽減してきたであろうか。残念ながら否と答えざるを得ない。さればこそ、数十万円もする心音計が塵をかむったまま放置されているようなこともあるのである。」

確かに分娩監視装置を用いると、これまでのトラウマによる胎児心音の聴取と違って、心音を連続的に知ることができ、しかも客観的データとして他人にも知らせることができるようになった。しかし、意図しなかった結果もでてきた。「胎児心音形を用い始めた当初の約半年間位は陰圧吸引分娩、鉗子分娩及び帝王切開例が増加する傾向を示した。原因は分娩第1期、及び破水直後頃の胎児心音の変化（増加、減少、減弱、不整）が記録に明瞭に描記されるため、医師も児の予後が気掛かりで、急いで帝王切開を選んだ場合などもあったためであろう。」（産治 7巻2号 1963 p.185）分娩監視装置をつけると、つけなかった場合と比べて、生まれた児の状態は変わらないのに、帝王切開率が増えることは、その後のいくつかの調査でも指摘されるようになる（Wagner 1994）。また、分娩監視装置で連続的に正確に計測するためには、産婦はベッドの上で監視装置のベルトをお腹に巻いたまま、仰臥位の姿勢をとりつけなければならず、産婦にとって苦痛が大きい。このようなことから、現在では分娩監視装置を分娩第1期からずっとつけている病院は少ないものと思われる。

だが60年代当時、医療への工学やコンピューターの導入は、時代の必然的な流れのように感じられ

ていた。当時オートメーションということばが普及し、病院管理にもその原理を導入することで、新しい時代にふさわしい病院管理が行えるとの期待がもたれていたのである。「現在第二の産業革命といわれるオートメーション化が産業界を風びし、諸工場は次第に無人化されつつあるが、病院の管理業務などはこの面では最もおくれた分野である。」(産治 13巻2号 1966 p.150-151) 工場での物の生産におけるオートメーションの考え方が、人を相手にする医療の分野でも同列に語られており、ある時代の支配的な価値観がさまざまな分野に波及していくことがわかる。とはいっても、この当時分娩監視装置の有効性が評価された上で受け入れられていたわけではなく、むしろどれだけ価値があるかわからないままに、将来性を期待されて病院に迎えられていたといえる。「現状では産婦人科領域に登場したME機器もなお充分実用性のあるものとはいえない。しかし…今まで経験と勘にたよっていた臨床所見が客観化され、未知の生理現象がMEによって解明されていく可能性があり、MEはきわめて夢の多い学問であるといえる。現在の未熟な状態でその価値を云々するのは余りにも時期尚早である」(同上 p.154) 新しい技術や器械は、有効性の評価を経た後に受け入れられるのではなく、その時代の支配的な価値観に後押しされ、まだ未熟なままに、まずは実験・研究用として医療の中に受け入れられていくのである(McKinlay 1981)。

このような、第二の産業革命にも相当するような変革があちこちで起こりつつあったうちの一つに、分娩時間をコントロールする試みもあった。出産はいつ始まり、いつ終わるかわからない。普通の手術であれば、医師や看護婦が最も活動できる時間帯に、輸血の手配もあらかじめ整え、万全の態勢を組んだ上で行うことができる。しかし、いつ始まるかわからない出産に常に待ちの姿勢でいるのは、産科医や助産婦だけでなく、病院全体にとっても効率の悪いものである。したがって、それらをコントロールしたいというのは、産科医の長年の夢であった。分娩誘発は出産の始まりをコントロールしようとするものであり、促進は分娩終了時間をコントロールしようとするものだった。

1965年の『産婦人科治療』に、「先生の行っていられる分娩時刻の調整法を教えてください」という質問記事がのっている。それに答えた医師は、「私は以前より、分娩をなるべくこの昼間にすませるような各種の方法を講じてきたが、ここ数年来、開口期中の適当な時期に人工破水を行うという方法を持って、産科学の夢今や必ずしも夢ならず、何の障害もなく、ある程度実現できることを知った。」として、この病院では昭和38年度(1963年)には、午前9時から午後5時の間に59パーセントの出産を完了させることができたとしている。しかし、このように人工破水をしているのは全分娩の約40パーセントで、残り60パーセントはまだ自然破水しているので、「この人工破水率の今後の向上によっては一層より良き成績の得られるものと考えている」(産治 10巻5号 1965 p.630-631)と述べている。この例は分娩終了時間を調整しようとするものだが、分娩の始まりを人工的に起こさせる方法には、器械を用いる場合と薬物を用いる場合とがある。器械的な方法では、ラミナリアやブジーなどの器具を子宮口から差し入れ、軟産道を開かせ、薬物ではオキシトシンや、70年代に入ってからプロスタグランディンを用いて陣痛を誘発したり強めたりしている。

「社会情勢の今後の見通しとして人手不足などの点を併せ考えると、分娩を取り扱う場合、自然の陣痛発来を待つといった従来の考え方に則して、何時発来するとも分からない分娩を、漫然と待期するのではなく、分娩至適妊娠時期に達したら適当な時期に適当な方法で、分娩を積極的に誘発促進させ、無事に分娩を終了させるといった積極的な分娩の取り扱い法が講ぜられるものと思われる。…いわゆる計画分娩…の実施の可能性と妥当性が認められる日の遠くないことが推測される」(産の世 21巻11号 1969 p.53)とある医師が述べてから6年後に、『産科と婦人科』では計画分娩の特集記事が組まれている。その中の「計画分娩の実際」という記事の中で、ある病院では分娩時間帯のピークを

午後2時から3時の間に来るようにし、分娩日は月、水、土の週3日を原則としている。そうすることで、夜間や日曜日の分娩をぐっと減らすことができ、また分娩数を調節することで、産褥入院の患者数を調整して平均化することができる。さらに分娩を計画的にすることで、看護部門やパラメディカル部門にも計画性を導入でき、たとえば午前9時に約7名を一度に受け入れ、午後8時頃までに分娩を終了させるに要する看護人員は助産婦2名、看護婦2名となる。そうすることで、看護作業量も曜日によって一定してくるので、前もって必要な人員をそろえることができるし、同様に医療事務係、科学検査係、薬局などすべて曜日によって仕事量が一定しているので、予測のもとに仕事の受け入れができて、合理的だとしている(産と婦 42巻3号 1975「計画分娩の実際」狐塚重治 P.13-22)。確かに医学の領域では、予測し得ないことに対処するのは非常にリスクが大きいため、未知の部分ができるだけ既知にするように努力が払われる。そして既知の部分に対しては決まったやり方、ルーチンで対処しようとする。それが最も確実で安全だからであり、またルーチンの作業は医師自らが対処しなくても、助産婦や看護婦に任せることができるからである(松岡 1997, Koenig 1988)。したがって、コントロールのきかない出産を、コントロールできる領域に持ち込み、計画的に行うことにはそれなりの合理性があるだろう。

さらに1979年には、北里大学の島田信宏は「最近、あちこちで計画分娩、あるいは日中分娩ということばが用いられ、臨床の産科医のなかでも大変大きな一つの分野として研究もすすめられるようになってきた」として、彼の理想型分娩としての計画分娩の考えを披露している。彼によれば、12時間から14時間もかかる初産の分娩時間は、自然なものといえども苦痛であり、不都合なものである。「できるなら、これらの不都合な部分を、進歩、発展した科学の力でおぎなうて改善し、よりよい自然現象を創りあげることができたら、それこそ科学の勝利ではあるまいか。…分娩がよりよい形態で合成的に作られた自然現象となるなら、『お産は自然がよい』と何もしないで放っておくことに、それは放ったらかしであるといえるようになるであろう。」(周産期医学 9巻2号 1979 P.224)さらに彼は、「分娩を計画するということは、単に生ませるということではなく、よりよい状態で、よりよい子を生ませるという大変手の込んだやり方なのである。…芸術の創作に似たきびしさが、当然ながら、そこになくてはならないのである。」(同 P.226)としている。そして分娩時間が短縮された分、胎児仮死やその他の異常も短時間のうちに同時に起こりうるので、「一口でいうなら、まったく眼のはなせない、スピーディーな分娩となる。したがって、一定時間毎に回診するなどという分娩の今までの監視体制は許されない。…分娩を誘発すること、計画分娩を行うことは、人力の省力化につながるなど、考えるのはまったくの間違いもはなはだしい。今までの自然分娩を行っていた時の2倍以上の人数が監視に必要だし、分娩監視装置、胎児監視装置も、それを使いこなせる人も必要となり、省力化どころか、まったくの非省力化であり、そうしなければ種々の偶発症を防ぎ得ないし、理想型分娩の夢も達成しない」(同 P.225)と述べている。

分娩を誘発したり、促進する場合、島田信宏が述べているように、分娩の監視体制が重要な課題となる。胎児の心音を何分かおきにトラウベで聴くなどという悠長なことでは安全の確保ができないので、必然的に分娩監視装置で連続的に心音聴取をしなければならない。また、人工破膜も行うため、細菌感染を起こさないように抗生物質を投与し、手術並の消毒と清潔を実行する必要がある。そんなふうには、人工的に陣痛を作りあげるということは、人工的なコントロールをどこまでも貫かなければならないということであり、一つ間違えば大きな事故につながる可能性があるということである。いわば月にロケットをとばすようなハイテク技術の粋を集めた分娩が計画分娩であり、うまくいけばすばらしいが、ほんの少しのミスが思わぬ結果を引き起こすことがある。陣痛そのものも女性の体から

わきおこるといふより医師が作るものであり、女性が産むといふよりは医師が産ませるといふ状況であつてみれば、分娩の成否は女性でなく、医師の責任と考えられるようになる。

1975年の計画分娩特集には、「計画分娩と医事紛争」の記事もある。それによると、1974年の朝日新聞紙上で、計画分娩の是非についての論争が繰り広げられたそうで、女性たちから陣痛誘発や促進による（と思われる）被害がいくつも寄せられた。たとえば「人工陣痛で予定日より二週間早く仮死状態で生まれ、酸素で蘇生したものの、障害児となつてしまった子の親として訴えたい」とか「不必要な人工陣痛のために生じた副作用による損害に対して、因果関係をはっきりさせるためにも、訴訟を起こすことも考えている。」といった内容である。計画分娩は、万全の態勢のもとに行われなければリスクの大きいものだけに、医師にとっては過失がないつもりでも、予期せぬ被害が生じることがありうるのである。

そして、陣痛誘発や促進への反動とでもいふかのように、1970年代後半からラマーズ法などの自然分娩の運動が起こってくる。上記の計画分娩が載っていたのと同じ号に「ラマーズ法をめぐって」の記事もある。80年前後は、計画分娩から自然分娩への過渡期だったといえるだろう。

### 周産期医療（1970年頃—）

雑誌『周産期医学』が創刊されるのが、昭和46（1971）年である。周産期医療とは、妊娠末期（妊娠満22週以後）から早期新生児期（生後一週未満）の胎児と新生児を対象とした医療のことで、そこに母体も含めて考える立場もある。1960年頃まで、新生児は産科医にとっては見えない存在だったと書いたが、しだいに分娩近くなった胎児と新生児をいくりにして周産期という概念でとらえ直すようになった。この背景には、胎児の情報を産婦から切り離して手に入れるのを可能にした分娩監視装置や超音波診断装置などのテクノロジーの発達がある。そしてそれによって産科医にとっての患者は、妊産婦からむしろ胎児・新生児へと移ることになった。とはいっても、胎児が母体の中にある以上母体を全く無視することはできないので、胎児に危険が予想されるときには、「母体込みで」搬送する（transport in utero、つまり子宮に入ったまま搬送する）ようにいわれている。言い換えれば胎児が主で、産婦は胎児の容器としての子宮に還元されているのである。

さて、胎児の存在をはっきり目に見えるようにしたのは、超音波診断装置である。これは、妊婦を超えて胎児の姿を捉えられるようにし、妊婦の当てにならない記憶や答えに頼らずに、医師が客観的な胎児の情報を得ることができるようにした。超音波診断装置を用いると、胎児は胎囊の段階から産科医の眼に映るようになる。まだ妊婦自身がその存在に気づく以前から。そして妊婦自身が症状を感じる以前に産科医は子宮外妊娠を見つけ、妊婦が異常を感じる前に子宮内胎児死亡を言い当てることができるようになった。超音波以前には、産科医が胎児のことを知ろうとすれば産婦に聞くしかなかったことを考えれば、大きな変化である。1965年に木下正一が「胎児期の問題をわれわれは暗黒の中においていた」と述べてから、たった10年しかたっていないことを考えれば、この10年間の変化は非常に大きなものだったことが分かる。

そのようにして、産科医たちは産婦から切り離された胎児に注目して、妊娠中からIUGR（胎児発育遅延）や低体重、ハイリスク妊娠などの診断を下すようになった。さらに胎児よりもっと遡って卵子や精子、胚を研究して、受精や着床をもコントロールしようとしている。

その一方で、いくらハイテクの器械を用いても管理しようのない問題にも目が向けられるようになった。たとえば早産やIUGRを予防するためには、妊婦の生活そのものを管理しなければならなくなるが、それが不可能な以上、妊娠中の保健指導や社会的な援助によって妊婦の栄養を改善したり、

社会的ストレスを取り除くことが必要になってくる。妊娠中の健診がますます重要になってくるし、純粹に医学的な介入やテクノロジーだけでは解決できない問題が見えてきたといえる (Oakley 1985、Ruzek 1993、Wagner 1994)。

### おわりに

以上のように、戦後の産科医療の変遷をみてみると、非常に大きな変化が1960年—1970年の間に生じたことが分かる。60年までは、戦前の出産に対する考え方が生きていた。とくに、適応と要約を守り、ごくわずかの異常のケースにのみ鉗子や帝王切開などの技術を用いるべきだとする主張が力を持っていた。ところが、胎児の安全が最も重要で、適応の遵守はそれに比べると大した問題ではないとする考え方がでて来るにつれ、適応が拡大され、正常産の多くに医療の手が加えられるようになった。そのようにして、正常産も産科医療の対象となったのである。

また自宅分娩が半数を超えることからでてきた問題がある。それまで産科医療の範疇に入っていなかった新生児である。新生児の存在が急に増えてくるにつれ、胎児にも注意が向けられるようになる。そして、65年頃から急速に発達し始めた分娩監視装置や超音波診断装置などのテクノロジーの助けを得て、胎児は母体から独立した存在として認識されるようになった。

本論は、産科学雑誌をたよりに戦後の産科医療の変遷をみてきたが、60年—70年の10年間で、産科医療は異常の人のみを対象にするものから、正常な女性をも含めた全妊婦を対象にするものへと大きく変わった。これは、産科医がプロフェッショナルライゼーションを成し遂げる課程でもあったといえる。また、このような産科医療の変遷は、高度成長期というより大きな社会・経済上の変化と連動して生じており、医療機器や新たなテクノロジーの開発が、この変化を後押ししていたことがわかる。

### 文 献

- 大林道子 1989 『助産婦の戦後』 勁草書房  
 1994 『お産—女と男と』 勁草書房
- 畠山富而 1991 『地域保健から見た岩手県の母子保健の歩み』 第二巻 川嶋印刷株式会社
- 松岡悦子 1997 「テクノロジー社会の病院出産—現代の通過儀礼」 『岩波講座 文化人類学第9巻 儀礼とパフォーマンス』 青木保 編 岩波書店
- Koenig, B. 1988 The Technological Imperatives in Medical Practice: The social creation of a “routine” treatment. In (eds.) Lock, M. & D. Gordon, *Biomedicine Examined*. Kluwer Academic Publishers.
- McKinlay, B. 1981 From “Promising Report” to “Standard Procedure”: Seven Stages in the Career of a Medical Innovation. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 59(3): 374-411.
- Oakley, A. 1985 Social Support and Perinatal Outcome. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1(4): 848-854.
- Ruzek, S. 1993 Defining Reducible Risk: Social Dimensions of Assessing Birth Technologies. *Human Nature* 4(4): 383-408.
- Wagner, M. 1994 Pursuing the Birth Machine: The search for appropriate birth technology. ACE Graphics.