

ポストモダンの助産婦像 — 病院出産の生み出したもの

松 岡 悦 子

出産の形態はその時代や社会のありようによって大きく変化するものである。本論は、日本の出産の形態を前近代、近代、ポスト近代（ポストモダン）の3期に分け、それぞれの社会に特徴的な出産について論じた後、特に最近顕著になりつつあるポストモダンの出産と助産婦について述べたい。その上で、ポストモダンの助産婦とは、実は近代の病院出産が生み出したものであり、病院出産の当然の帰結であることを明らかにしたい。

ここでポストモダンのことばを用いたのは、1990年前後から出産や助産婦活動において、これまでの病院出産とは異なる動きがでてきたと思われるからであり、その動きにモダンを越えた何かを読みとるからである。そのポストモダ的な変化は医師よりもまず助産婦に顕著であるが、助産婦全体の中ではまだほんの一部にだけ見られる変化である。ここでは、これまで聞き取り調査をさせてもらった多くの助産婦の中から7人をポストモダンの助産婦として選び出し、その人たちに見られる特徴を9つ抽出した。その上で、それらの特徴が実は病院出産と対立するものではなく、むしろ病院出産によってもたらされたものであることを明らかにする。

出産は人間の身体に生じるできごとであるが、そこにはその社会の政治、経済、医療、教育などさまざまなものが反映されており、出産のありようは社会の変化を映し出すものといえる。従って、出産を巡る状況にこれまでとは異なる兆候がまだわずかずつつではありながらでてきているということは、出産の分野のみならず社会全体においてもポストモダ的な状況が生じつつあることの一つの証左と言えるであろう。

概念図式としての前近代、近代、ポスト近代

ダニエル・ベルは、*The Coming of Post-Industrial Society*の中で、社会構造の違いを理解する概念図式として、Pre-Industrial（前産業社会）、Industrial（産業社会）、Post-Industrial（ポスト産業社会）という社会の3つの理念型をあげている（Bell 1973）。前産業社会とは、農業、林業、漁業などの自然資源に依存した社会、産業社会とは近代西欧社会に代表される機械によるモノの生産を中心とする社会であり、ポスト産業社会は情報や知識が重要となる第三次、四次産業中心の社会とされている。ベルによれば、この分類は主に経済や技術の側面からなされたものであるが、それぞれの社会の違いは経済面にとどまらずに、政治や文化という社会の他の側面にも及ぶものとしている。

本論では、ベルのこの概念図式を応用して、産業化イコール社会の近代化ととらえ、前近代、近代、ポスト近代（ポストモダン）の語を用いてそれぞれの社会に対応する出産について述べていきたい。ベルが述べたように、近代社会を特徴づける生産様式が工場や機械によるモノの大量生産であるとす

るならば、それは強力なシンボルとして社会の隅々にまで工場化・機械化をもたらし、文化や価値観、社会組織をも工場的に再編成して行くであろう。近代化とは、社会を構成するさまざまなものに工場的価値観が浸透していく過程であり、それによって社会組織や人々のライフスタイル、価値観や嗜好までもが変わっていく過程と言える。さらに、近代からポスト近代に入ると、工場でのモノの生産はもはやドミナントなシンボルではなくなり、それに代わって知識や情報、サービスの取捨選択が大きな意味を持つようになる。そして出産を始め他の分野においても、ポストモダンの価値観が行き渡るようになるであろう。

ここでポストモダンということばについて申し添えれば、この言葉はさまざまな場所でそれぞれ独自の意味合いで用いられており、定まった定義があるわけではない。ポストモダンとは近代のアンチなのか、近代の終焉、あるいは近代がさらに進んだハイモダニティーなのか、また後期資本主義がもたらした消費社会のライフスタイルなのか、そのとらえ方はさまざまである（ギデンズ 1996, Bertens 1995, Turner 1993, Featherstone 1991, Jameson 1984, Bauman 1992）。だが、ポストモダンの語を用いる背景には、近代とは違う何かが現れてきているという共通の認識がある。それは、人々の価値観やライフスタイルであったり、芸術や建築、また社会組織における変化であったりする。いずれにしても、社会がこれまで進んできた近代化の方向とは異なる方向を向きつつあることへの認識が、ポストモダンの言葉を生んでいると言える。そしてその変化は、近代との対比でとらえることでよりはっきりしてくるのである。従って、ここではポストモダンの言葉を厳密に定義するよりも、現に社会に現れている変化をとらえるための分析道具としてポストモダンの語を用いることとする。

前近代、近代、ポストモダン社会の出産

日本における出産の変化を3つの社会に分け、それぞれの特徴を記したのが表1である。ここでは近代を明治以降とするのではなく、日本の隅々にまで近代化が押し進められた戦後の高度成長期から1980年代までとしている。明治以降近代化が進められていたとしても、高度成長期以前には日本の都市部と郡部の開きは大きく、郡部には伝統的な生活がまだまだ色濃く残っていたからである。したがっ

表1 前近代、近代、ポストモダンにおける日本の出産

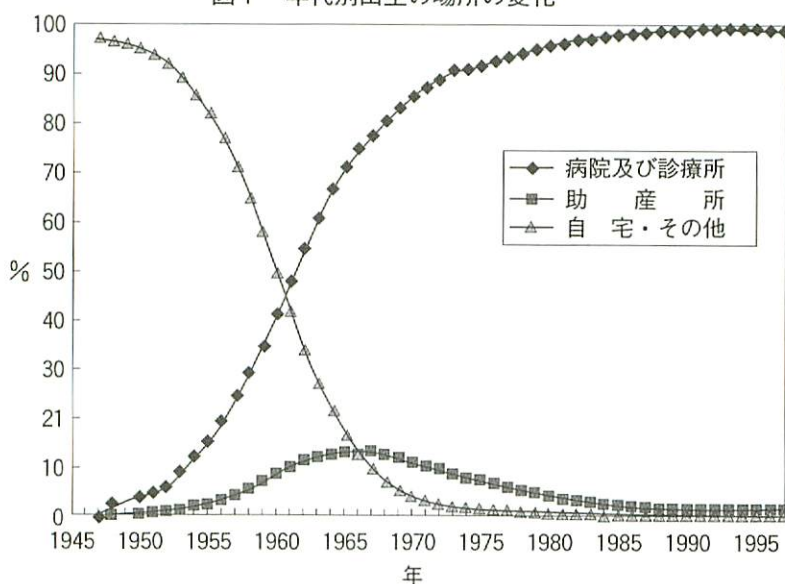
	前 近 代	近 代	ポストモダン
生産の様式	各家で手作りのもの 第一次産業中心	規格化された大量生産のもの 第二次産業中心	工業製品＋個性化されたもの 第三次、四次、五次産業中心
出産の様式	自宅分娩	病院分娩 病院への集中化	自宅や地域での出産 脱集中化
赤ん坊を取り上げる人	しろうと産婆 免許のある産婆	助産婦、医師 分業・ハイアラキーが存在する	病院勤務の助産婦や医師が大部分を占めるが、開業、出張の助産婦も増加する
ドミナントなディスコース	習俗や儀礼としての出産 相互扶助	医学やテクノロジー	選択、自己決定、ライフスタイル
分娩姿勢	通常は垂直な姿勢	仰臥位	自由な姿勢
妊産婦	近所の人、知り合い	患者、匿名の人	消費者、クライアント
リスクに対する見方	不幸、偶然、罰	予測し得ない事故 病院が最も安全	リスクの計算、リスク管理 選択と自己責任

て前近代は高度成長期以前、ポストモダンとは1990年以降とするが、この3つの区分はあくまで社会のあり方の違いを理解するための分析枠組みとしての区分であって、年代に基づく分類ではない。

まず、ものの生産様式についてみると、近代以前はそれぞれの家で簡単な道具によってものが作られていたのが、近代になると画一されたものが工場で大量生産されるようになる。さらにポストモダンの社会になると、画一されたものに加えて差異化され、個性化されたものが好まれるようになる。同様の変化が人の再生産についてもいえる。近代以前の社会では、出産は家で行われていたのが、近代にはいると病院（診療所を含む）での出産が急速に増加する。図1は場所別出生割合であるが、これを見ると1947年に97.6%であった自宅分娩は1960年には49.9%と半減し、さらに次の10年間に3.9%（1970年）へと一挙に減少している。出産の担い手は近代以前は素人の産婆か免許持ちの産婆（助産婦）であったが、近代社会になると医師と助産婦がそれに代わり、さらにポストモダンの社会になると病院の医師と助産婦に加えて、新しいタイプのポストモダン助産婦が出現する。また分娩姿勢についても、前近代社会ではしゃがむ、坐るなどの垂直な姿勢が多いのに対し、近代社会になるとベッドに仰向けに寝る姿勢となり、ポストモダンには自分の楽な姿勢を選択するようになる。そして、出産のリスクに対する考え方について言えば、前近代では不幸や災害のように語られるのに対し、近代では事故と見なされ、ポストモダンになるとリスクは計算し管理するものとなる。

以下では、表1にまとめた特徴をより具体的に、詳しく述べていくことにする。

図1 年代別出生の場所の変化



前近代の出産 — 無免許産婆に対する裁判の事例より

明治9年に初めて西洋医学に基づいた産婆養成所が作られ（石原1983）、明治32年には勅令によって全国的な産婆規則が制定され、出産の介助者は産婆名簿に登録された満20歳以上の女子でなければならないとされるようになった。産婆（従来開業や限地開業を含む）は1935年には59,560人を数え（ちなみに1996年の助産婦数は23,615人であり1935年より少ない）、正常産を一手に引き受けていたことを考えるなら、産婆たちの出産観が前近代の出産を形作っていたかに思われるが、現実には産婆と大

部分を占める郡部の人々の出産観には大きなへだたりがあった。例えば、1934年当時産婆のいない村は全国に2,351村あり（帝国議会衆議院委員会議録1934）、しろうと産婆による出産やしろうと産婆すら呼ばない無介助の出産があちこちで行われていた。そこで以下に、当時の郡部の人たちの出産観をよく伝えていると思われる事例をあげて、前近代の出産について考察したい（「素人の産児取り上げ行為に就いて」1932）。

これは、1931年に無免許で産婆行為を行ったとして、産婆規則違反に問われた74歳の女性の裁判をめぐってなされた議論である。この女性は1931年1月から8月の間に6回の産婆行為を行い、その礼として金品や饗応を受けたとして第一審、二審とも罰金十円に処せられた。それに対して女性の代理人となった弁護士は、あまりに村の実状を無視した判決だとして大審院に上告したが、上告は棄却され有罪が確定することになった。弁護士は上告の際に、2つの理由から原審に反論している。

まず一つは、この女性が確かに後産を出し、へその緒を切り、産湯を使わせたとはいっているが、赤ん坊が母の身体から離れるのを助けた形跡はない。産婆規則には、何が産婆行為にあたるのかは書かれていないのだから、彼女の行った行為が産婆規則違反だとは言えないというのである。

この弁護士の理屈は、産婆行為の中身が地域や時代によって異なる可能性があることを示している。つまり、産婆が何をする人かは自明のように思われるが、地域によっては出産は母親一人で行い、産婆は生まれた後の赤ん坊の世話のみをするところもあった。つまり出産自体は母親が自分で行うもので、他の人が助けることのできないものとされており、産婆は赤ん坊が出てくるまで手出しをしない地域もあったのである。産婆規則が産婆行為を定義していない以上、この女性のしたことが産婆行為に当たるとは言えないし、出てきた赤ん坊の世話をするのも産婆規則では禁止されているのかと弁護士は問うているのである。産婆は都会では、赤ん坊が体内から出てくるのをその技術を駆使して助ける者と通常考えられているが、郡部では赤ん坊が出るところまでは母親一人で行い、その後の始末のみを周りが行う習慣のところがあった。また、その後の始末すら母親一人で行うこともあった。つまり、郡部では出産とは一人でするものという出産観が存在したのであり、職業的な産婆の助けを借りてお産をするという考えのない地域は多かったのである。

また2つ目として、この村で年取った女性が出産の手伝いをするのは生活の糧を得るためではなく、あくまでお互い様の相互扶助の精神からだと言及し、弁護士は反論している。そして産まれた子供のお七夜に名付けを行い、手伝ってくれた人を呼んで赤飯をふるまうのは、産婆行為に対する報酬ではなく、我が国古来の習俗であり儀礼にすぎないと主張する。その証拠に手伝った人たちがまた母親に相当の祝い金を送っているのであり、このような行為を産婆行為というならば、山間僻地の老婆は皆処罰されなければならないという奇妙なことになるとしている。村では出産は、冠婚葬祭と同じ助け合いの機会であり、無事赤ん坊が生まれれば人々が寄り集まって飲み食いする儀礼の時でもあった。したがって、出産は医学の言葉で語られるものでもなければ、金もうけの対象でもなく、むしろ儀礼や習俗としてとらえられていたのである、そして経験を積んだ女性たちは、近所でお産があれば手伝うのを当然のこととして、互いに手を貸しあったと言える。ここでは、専門職としての産婆や職業としての産婆は成立していなかったと言えよう。

さらに、この社会でリスクがどのように認識されていたかを考えてみたい。この弁護士は次のように述べている。「出産は女性の一大難事として神社仏閣の守護を備え、…殊に難産となるや近隣の最も経験ある者を頼みて之が安産を為さしむる」（p.18）つまり、出産は女性にとっては安全を祈願するものではあるけれども、事前に危険性を察知したり安全性を確保するためにリスクを予測したりするものとは考えられていない。安産に終わるか難産になるかは予測し得ないランダムなものであり、

自然災害や不幸 (misfortune) の一つと考えられていた。そして、女性が難産で命を落とすことになれば、タブー違反や神仏の罰などの説明がなされ、女性本人に責任が負わされたり、運命で避けようがなかったと解釈されたりした。いずれにしても、出産が安産に終わるかどうかは自分たちのコントロールを越えており、神社仏閣に祈ることでしか危険を避けるすべがなかったのである。

以上のように、前近代の出産は、それぞれの地域で助け合いの精神のもとに習俗や儀礼として行われていた。そこでは、出産に際して専門家の手を借りることは考えられておらず、それぞれの地域や村独自のやり方が踏襲されていたといえる。

近代社会の出産

経済の分野で高度経済成長が起こった1955年頃から、産科学の領域でも出産の取り扱いを巡って、産科医たちの間に大きな変化が生じた。日本ではそれまでは、正常産は助産婦 (産婆) が扱い、異常産のみ医師が扱うという暗黙の了解があった。ところがこの時期に、産科医療は正常産にも種々の産科処置を広げるようになり、やがて大部分を占める正常産を産科医療の範疇に収めるようになった。例えば、戦後まもなくの時期には帝王切開をするためには適用と要約を満たし、かつ大学病院であれば夜中であっても教授の許可をとらねばならないなど、技術を用いる上での厳しい制約が課されていた。ところが次第に、児の安全を優先させる方が、適用と要約を守るより大切だという論理で、技術の適用が拡大されていくようになる (松岡 1999 a, 1999 b)。例えば、帝王切開の率についてみると、東大病院では1927年～45年の間に0.625%であったのが、1955年には2.17%となり、1960年には4.07%となっている (松岡 1999 b)。また、もともと異常の時にしか行われなかった会陰切開は、1970年頃には初産の産婦に対してはルーチンで行われるようになった。このように本来異常のための技術が、さまざまな理由によって正常産にまで広げられるようになると、産科医療は正常産をも対象とするようになり、そのためには助産婦でなく医師が全ての出産を扱うべきだとされるようになる。そして、出産場所についても医療行為の可能な病院で産むべきだと考えられるようになった。

こうして出産は家庭から病院へ移ることになる。それはちょうどもの生産が近代化によって家庭から工場へと集中したように、医療の分野で生じた近代化であり、言い換えれば病院出産は医療における産業革命に相当するものということになる。したがって病院出産においては、工場生産におけるのと同じ論理が支配的になっていると考えることができる。

第1に、工場は労働者の分業によって成り立っているが、病院でも一人の患者の出産は多数の看護婦や助産婦、医師、その他の人々に分けもたれることになる。病院では1人の女性は妊婦健診から入院、分娩、産褥を経て退院するまでの間に、それぞれの場で異なるスタッフのケアを受けるのであり、1人の助産婦に最初から最後まで継続的にケアされるのではない。助産婦にしてみれば、たとえば外来の助産婦は外来でのみ妊婦と接し、その妊婦がどんな出産をしたかまで知ることはない。つまり1人の助産婦は、妊娠から産褥までの全体を把握しないでも自分に割り当てられた仕事を十分に果たすことができるのである。このことは別の言い方をすれば、助産婦は病院という組織の中で出産の全過程を扱う技術を失い、全体から切り離された不熟練労働を割り当てられるようになる可能性を意味している。これは専門職のプロレタリアート化であり (Turner 1995: 135)、病院という組織のビューロクラシー化、あるいはマクドナルド化である (リッツァー 1996)。とくに、出産の場への超音波診断装置や分娩監視装置などの新たな器械の導入が、分業をさらに顕在化させると言われている (中岡 1971)。それは、新たな装置の導入のたびに中心的労働と周辺の労働の分化が生じ、周辺の労働が医師ではなく助産婦に割り当てられるようになるからである。

2つ目に病院という組織が効率よく機能するために、出産のプロセスをルーチンの作業、画一化された作業、繰り返しのパターンに還元しようとする力が働いている。医療の分野には不確実さや未知がつきものである (Bosk 1980, Light 1979)。とくに出産はいつ始まっていつ終わるか、安産か難産か、生まれる子供が正常かどうかは実際に出産が終了するまでわからない面がある。従ってその分娩を何とかコントロールし、予測可能なものにすること、たとえば出産が始まるのを今か今かと24時間待っていないですむように誘発したり、昼間に出産が終わるように調節することは、産科医の長年の夢であった。また、病院ではあたかも工場の工程のように、出産を分娩第1期、2期、3期に分け、それぞれ決まった時間内に終わるように促進剤を入れて調節し、標準化されたパターンに還元しようとする。それによって出産の未知の部分減らし、予測しうる部分を増やしてルーチンで対処するためである。なぜなら、ルーチンの処置は、医師でなくとも助産婦や看護婦に任せることができるので (Koenig 1988)、組織にとってはコスト削減や効率化につながるからである。

3つ目に、病院では出産を可能にしているのは科学やテクノロジーの力だと考えられている。上で述べたように、病院では出産をできるだけ画一的な工程に乗せようとするが、女性の身体は画一的ではないので、どうしても決められた工程からはみ出る部分がでてくる。そのようなはみ出し部分に対しては、促進剤やその他のテクノロジーを用いて生産性を上げる努力がなされる。エミリー・マーチンは、「女性の身体は機械であり、医者はそれを直す技術者である」(Martin 1989: 54) と述べているが、女性の身体は医者の技術がなければうまく機能しない機械のように扱われる。さらにアメリカの病院出産を調査したデイビス＝フロイドは、出産という儀礼を通して女性たちにアメリカの核となる価値観が伝えられていると述べる。その価値観とはテクノロジーの偉大さであり、技術は自然に勝るという考え方だと彼女は述べている (Davis-Floyd 1992)。女性たちにとって、病院で行われる誘発、促進、会陰切開、クリステルなどの産科的処置は、それなしでは産むことができなかった必然的な処置のように思われている。例えば、私が立ち会ったある出産では、分娩第二期にある女性に助産婦が会陰切開を行い、さらにもう少し切り足し、医者が産婦の上に乗ってクリステルを行った。分娩終了後、私が「ずいぶん早い出産でしたね」と言うと、助産婦は「クリステルをしなくても出ただけだね。早く終わった方がお母さんにとっても楽でしょう」と答えた。つまり、クリステルは必然的な処置ではなくて、助産婦や医師が良かれと思って行った処置なのである。しかし、出産を終えた女性は、自分はクリステルをされてやっと出産できたのだと考えている。つまり、クリステルをされなければ出産できなかったらうし、クリステルは必然的な処置だったと理解するであろう。言い換えれば、女性は実は自分の身体の機能を用いて産むことができたにも関わらず、会陰切開やクリステルという産科的処置が付け加えられて出産が終了するのである。従って、女性の身体が行いうる自然な出産は、病院においてテクノロジーを駆使した出産に作り替えられるのであり、女性たちは自分の出産を語るとき、自分が受けたさまざまな医療介入を用いて説明することになる。デイビス＝フロイドが、「産科学は病院の儀礼によって出産をいったん壊し、テクノクラティックなプロセスとして再構築する」(Davis-Floyd 1992: 153) と述べたように、女性の身体が行う出産は、医師が用いるテクノロジーのプロセスに置き換えられるのである。したがって、病院出産では出産のプロセスは医学やテクノロジーのディスコースで語られることになる。

次に、病院出産において安全性がどのように認識されているかを考えてみたい。病院出産においては正常とする範囲が定められており、そのあるべき出産とそれを実現するためのさまざまな産科的介入が、安全性をもたらすための重要な手段とされている。しかしそのような合理的な枠組みからこぼれ落ちた部分については予測し得なかった事故 (accident) として対処される。事故とは社会の構造

の隙間であり、近代社会では起こり得ないものとして無視されがちである。しかしいったん予期し得ない事態が起こるとその原因を帰属させるべき場所が探されることになる。つまり、どこかに事故の原因と責任を帰属させるのである。

以上のように、近代社会では病院出産が正当な出産とされ、他の選択肢（自宅や助産所での出産）は、危険で望ましくないものとされている。つまり、医学やテクノロジーとそれが制度化された場である病院が主であり上であって、他は病院より劣るものとするハイアラキーが存在する。このようなハイアラキーは病院内にも存在し、事務運営面でのビューロクラティックなハイアラキーと専門職としてのハイアラキーの二面立てになっている（Turner 1995）。助産婦も医師もともにこの二つのハイアラキーに服するが、助産婦は専門職上の地位では医師に従属しているため、病院という分業形態の中で周縁的、断片的労働を割り当てられ、結果的に非熟練労働の方向へ向かうことになったといえよう。

近代からポストモダンへ — 自然分娩の動き

ポストモダンに入る前に、近代が終盤に入った1975年ごろから90年頃までの動きについて述べておきたい。病院分娩が予測可能な分娩を求めていった結果、1975年頃には計画出産、あるいは日中分娩と呼ばれる誘発と陣痛促進剤で分娩の始まりと終わりをコントロールする出産が多くの病院で行われるようになった。それとともに、陣痛誘発や促進によると思われる被害が出始め、親たちによる訴訟や出産への不満が新聞に報道されるようになった（松浦 1975）。その頃ちょうど出産の時期にさしかかっていたウーマンリブの女性たちが、敏感に反応して自然な分娩を求める運動を展開し、それがラマーズ法として一躍有名になったのである（杉山・堀江 1996）。

このラマーズ法で脚光を浴びるようになったのが地域で開業し、すでに高齢になっていた開業助産婦であった。できるだけ薬を使わずに自然に、しかも夫立ち会いのもとに産みたいというカップルの希望を病院でかなえることは難しかったため、必然的に開業助産婦が頻りにされることになった。言い替えば、この頃のラマーズ法は2つの主張を持っていたと言えよう。1つは医療化された出産への批判であり、もう1つは男女の対等な関係であった。そして1985年に妊婦を対象とするマタニティー雑誌が相次いで創刊され、出産の消費化がぐっと加速されることになった。それまで社会的に見えない存在だった妊産婦が消費者として再定義されて、社会の前面に登場するようになったのである。この頃からラマーズ法の他に、アクティブバース、ソフロロジー式出産、水中出産、気功を利用したリープ法などさまざまな出産法が、あたかも新発売、新商品のように雑誌などに紹介されるようになった。統計的には80年代も病院出産は95.7%（1980年）から98.7%（1989年）へと増え続けていたが、オルタナティブナ出産法の存在がマスコミによって伝えられることで、ポストモダンの始まりを準備することとなった。

ポストモダンの出産と助産婦

工場で大量に産み出される規格化されたものが社会にあふれるようになると、逆に手作りの個性化されたものが評価されるようになる。そして出産についても、病院での画一化された産み方ではなく、それぞれの個性にあった産み方、自分らしいお産を求める人たちが現れるようになった。そして助産婦の中にも、病院で働きながら病院出産を産婦主体の出産に変えていこうとする人たちや、組織を出て地域で開業を始める人たちが出てきた。ここではこれまでに私がインタビューした助産婦の中から7人をポストモダンの助産婦として選び出し、彼女たちに見られる特徴を以下で述べる9つの点にま

とめた。ポストモダンの助産婦は病院で勤務する人たちの中にももちろん存在するが、私がたまたまインタビューしたのは地域で開業している人ばかりであり、表2に示すように彼女らは1980年代末から90年代にかけて独立開業していた。彼女たちをポストモダンの助産婦としてそれ以外の助産婦から区別する点は、独立開業であっても他の助産婦や医師とのネットワークを重視し、産婦のニーズにとっても近いところで活動している点であろう。仕事内容は、妊婦健診、助産、母乳・育児の相談が中心であるが、それ以外に講演会や音楽会、学習会を企画したり、障害児の会を組織したり、また海外の母子保健活動を支援するなど多彩な活動を行っている。では以下に、ポストモダンの助産婦活動の特徴を詳しく述べることにする。

表2 7人のポストモダン助産婦の内訳

現在の年齢	独立開業した年（そのときの年齢）
39(才)	1990年（30才）
40	1990年（35才）
45	1988年（34才）
45	1990年（34才）
45	1997年（43才）
48	1986年（33才）
54	1987年（42才）

1. 遍歴・武者修行

ポストモダンの助産婦たちは開業するまでにさまざまな職場を経験している。例えば助産婦として病院に勤務する以外に、開業助産婦に弟子入りしたり、看護婦としてNICU（新生児集中治療室）や外来、手術室で働いたり、結婚・出産・育児を体験したり、看護学校で教えたり、さまざまな場に身を置くことで助産婦職を外から見直す体験をしている。1人の助産婦は次のように述べている。「私は新生児が好きだったので助産婦になった。そして半年間NICUで看護婦として働いたの。小さい命を見るには出産後では何かが抜け落ちるので、未熟児を見ておきたかったの。」また別の助産婦は「私は手術室勤務をして医師の見方とか医師とのつきあい方を学んだわ。薬の使い方や蘇生法を学んだことも今とても役立っているの。」と述べている。このように、彼女らはずっと助産婦一筋でくるのではなく、さまざまな場に身を置き、広い視野から助産婦や出産をとらえ直す体験をしている。

また地理的にも、一つの都道府県だけにいるのではなく、自分の出身地を離れて異なる地域や文化で仕事をし、自分を客観的に見つめ直す体験を持っているようである。

2. 高度医療の体験

1人の助産婦は次のように述べている。「私のいた病院はハイリスクの出産が毎月百件以上もあるようなところだったの。それで分娩管理についてはほとんど学び終わったわ。医者に（分娩を）進めろと言われれば医者が喜ぶくらい進められる。何時までに産ませてくれと言われれば、無理のない範囲でその時間内に産ませられる。それでリスクが上がったら蘇生するんです。でも心のどこかでそんなことしないでいいはずや。あんなことするから赤ちゃんが仮死になってるのに、という原始的な思

いがありました。私たちの年齢の助産婦は高度医療を体験してきている。病院でめちゃくちゃなお産を見尽くしてきたんです」また別の助産婦は、「ある時、生まれる赤ちゃん生まれる赤ちゃん仮死で、こんなに介入しなきゃお産ってできないものかなって疑問に思ったの。自分たちのやってしまったことの後始末に追われるってあり方に疑問を持ったのね。」と述べている。

彼女らが病院で働き始めた1970年代末から80年代初めは、もともと異常産のときにのみ必要とされた産科医療が正常産にも適用されるようになり、超音波診断装置や分娩監視装置などの産科テクノロジーがほぼ出そろったようになった時期である。従って彼女らは最初から高度医療の中でトレーニングを受け、器械や薬の扱いには習熟するようになっていたが、その一方で自分たちの用いているテクノロジーが出産をハイリスクにし、そのためにさらなるテクノロジーが必要になっている矛盾を自覚していたのである。それがために、病院出産にストレスやジレンマを感じ、病院出産の限界を意識するようになっていたといえる。テクノロジーを使えば確かに出産を好みのペースにコントロールすることができるが、それによって赤ん坊や産婦に負荷がかかるのも事実である。その負荷もさらなるテクノロジーで対処することは可能だが、そのように介入が介入を呼ぶ出産法は、母児を疲れさせるだけでなく、助産婦自身をも疲れさせている。しかし、もし介入しなければ出産がどう進んでいくかが予想できないぐらい、介入するお産しか知らない助産婦や医師がほとんどなのである。介入しないことの方が、介入することよりずっとむずかしいという病院の状況の中で、彼女らは病院を辞める選択をしたのであろう。だが、彼女らは高度医療の中で育っているので、テクノロジーを否定する気はなく、安全性を高めるために必要な技術を用いることは当然のことと考えている。

3. 分娩中心に考えない

ポストモダン助産婦の1人は「私はお産中心に考えていないのよ。お産以外の活動も見てほしいわ」と言い、別の助産婦は「お産だけ扱うなら産ませて終わりの病院と一緒にしよう」と述べている。

病院出産では、通常出産を安全に終わらせることを最重要と考え、たとえ産後の女性が会陰切開の痛みに辛い思いをしようとして、母乳が出ていなくろうと、出産自体が安全に終了すれば問題ないと考える傾向がある。確かに出産は、助産婦の扱う仕事の中で最も目立つ部分であり、出産での母児の安全性を保証することは助産婦の重要な職務である。しかしポストモダン助産婦は、出産を中心に考えることをやめ、産後の育児援助、母乳の確立、乳腺炎の手当なども自分たちの仕事と見なし、さらに障害児の会を作ったり、音楽会や講演会を催すなどの社会的活動を重視している。

実際、7人の助産婦のうち1人は出産を扱わず、その前後のケア、例えば妊娠中の相談や病院から退院後の育児のサポート、母乳の確立を主な仕事としている。彼女らは助産婦イコール出産という従来の型にはまった考え方ではなく、思春期から更年期までの女性のリプロダクション全体に関わりたいと考えている。1人の助産婦は「助産婦学校にいたときは、女性の一生は連続性のあるものと習ったのに、病院ではお産はお産だけで、妊婦さんに断片的にしか関われない。病院では全部切れ切れになってしまう」と述べている。病院では出産を安全に能率的に行うことが重要であるため、病院内の作業を分業にし、個々の助産婦には受け持ちの範囲の仕事のみを任せようになってしまった。効率を重視するがゆえのマクドナルド化である。それに対してポストモダンの助産婦は、出産中心主義から解放され、女性のライフサイクル全体を視野に収めた多様で柔軟な援助を行いたいと考えている。

4. 女性主体のケアの提供

ポストモダンの助産婦はクライアントの女性に対して、自分たちは専門家として妊産婦に指導しな

ければならないとは考えていない。助産婦は助産や母性の専門家であり、女性は妊娠や出産に関して素人であるとするならば、専門家として女性たちを指導しなければならないと考えるのが一般的であろう。Fiedler は、日本の開業助産婦が「先生」と呼ばれ母子に指導的態度で接していることに注目している (Fiedler 1997)。しかしポストモダンの助産婦は、この点に関して80年代のラマーズ法を支えた開業助産婦とは非常に異なる態度をとっている。

80年代の開業助産婦は、準備出産クラスや安産教室で、女性たちに呼吸法、リラクセス法を教え、女性たちの方も助産婦の言う通りにすれば、自然で良いお産ができると考えていた。ところが、ポストモダンの助産婦たちは自分たちが主導して女性たちに出産方法を教えなければならないとは考えていない。1人の助産婦は次のように述べている。「そもそも私が自宅出産をやりたかったわけではなく、妊婦さんが自宅で産みたいって言うから、それならわたしがお手伝いしましょうということで、自宅分娩をするようになったの」また別の助産婦は、「女性たちが主役で私は脇役に徹するつもり。私は自宅分娩にこだわりたい。それは病院であっても助産所であっても、施設の中だとしても産ませてもらう、産ませてあげるという気になりがちだから。私はお互いに主体的でいたいから産婦さんの家に行って出張分娩をするの」と述べている。またもう1人の助産婦は、「私が自宅訪問をするのは、その人の生活がよく見えるから。女性はもともと出産・育児をする力を持っている。私が助産婦としてすることは、その人が本来持っている力を引き出してあげること。ほんのちょっと背中を押しあげることだと思っているの」と述べている。

助産婦の方が女性の家庭訪問をするのであれば、女性は自分のテリトリーの中で主導権を持ちやすいが、たとえ助産所であっても、女性の方が助産婦のテリトリーに行くとなるとどうしても遠慮がちになる。そこでポストモダンの助産婦たちは、女性が一番自分を出しやすい自宅に出張し、出産も自宅分娩を中心にしているのである。そのような考えに基づいて、あえて施設を持たない主義の助産婦は、7人中3人であった。近代化が押し進められた時期には、家庭から病院へ出産の集中化が起こったが、ポストモダンの時期にはいると、わずかずつではありながら、病院から自宅への脱集中化が生じていると言えよう。

分娩姿勢に関しては、ポストモダンの助産婦たちは病院でのように、分娩台の上で仰臥位の姿勢をとる必要はないと考え、産婦が自分で産みやすい姿勢をとるのに任せている。ある助産婦は次のように述べる。「私が何も言わないで黙っていると、産婦さんは立ち膝をして、私が後ろから赤ちゃんを受け取る形が多いわ。お母さんが自分で楽な姿勢をとるから、回旋異常にはならないし、会陰保護をしなくても会陰が切れることはほとんどないわよ。」また別の助産婦は「私はできあがった形にいかにかこだわらないで、かせをはずしていけるかを考えているの」と述べる。彼女たちは、病院出産にもラマーズ法やその他の既存の出産法にもこだわらずに、いかに産婦の望む形に自分たちを合わせていけるかを考えている。彼女らにとっては、病院出産だけでなくラマーズ法などのできあがった出産法は壊すべき対象であり、それらのできあがったやり方に個々の女性の出産を合わせるのではなく、あくまで一人一人の女性の産み方に助産婦の方が柔軟に対応したいと考えているのである。

5. ネットワーク、チーム医療

ポストモダンの助産婦は病院のチーム医療の中で育っているため、何事を決めるにも複数でディスカッションしながら決めていくのに慣れている。一世代前の開業助産婦が何事も1人で判断し、決定する一国一城の主であったのと異なる点である。従って、彼女たちは現在独立開業しているものの、判断を下す際には自分一人で行うのではなく、他の助産婦や医師とも相談しながら複数の視点で事態を

観察するようにしている。例えば出産に際しては、彼女たちは1人で介助せずに、できるだけサポートの助産婦に入ってもらって複数で取り上げるようにしているそうである。1人の助産婦はこう述べている。「これからのお産は助産婦1人ではできません。医療的な問題がいっぱい出てくるようになったから。お産には2人以上であたるべきだと思うわ。ベストの判断をするためにね。」また別の助産婦は「私は自宅分娩のときにサポートの助産婦に入ってもらうけれど、それは仲間づくりもしたいからなの。助産婦職が尻すぼみになるという危機意識があるから、若い人にサポートに入ってもらって、自宅出産を介助できる助産婦を育てたいと思っているの」と述べている。

彼女らは、また産科医との信頼関係を作るのに努力している。例えば、女性に妊婦健診を少なくとも一度は嘱託医のもとで受けてもらい、嘱託医のところにもその妊婦のカルテを作っておいてもらうようにしている。ある助産婦は次のように述べている。「自宅出産をしたいという女性の住む地域の医療機関と連携をとる必要があるので、その女性がかかっているお医者さんに、女性の方から自宅出産をしたいので、何かあったときにはお願いしますと言ってもらうの。妊婦さんはあちこちに住んでいるので、私は今15人ぐらいの産科医と連携をとっているわよ。お医者さんに『えっ、自宅で産みたい人がいるんだ』と思ってもらうのはいいことだから。そして次の機会には私が妊婦健診について行って、わたしが責任を持つ助産婦ですと挨拶に行くの。種まきをかねてね。出産が終わったら、手紙で報告をすると、『あっ、助産婦で自宅でも大丈夫なんだ』ってわかってくれるでしょう。これを積み重ねると信頼関係ができるの。医者は、医療の中で助産婦と医師が一緒に仕事をしているのを見たことがなくて、医者の指示で動いている助産婦しか知らないから、助産婦本来の仕事がわかっていないのよ」

ポストモダンの助産婦は、病院/自宅、医師/助産婦といった分類の境界を越えようと努力している。なぜならば、緊急時の安全性を最大限保証するためには、自宅と病院、助産婦と医師をつなぐ回路をしっかりと保っておかねばならないからである。ほとんどの出産は助産婦だけで自宅で終えられるのであるが、ほんのわずかの危険性に対しても安全性を保証するためのネットワークやバックアップシステムを構築しておこうというのである。その努力が次の機会に生かされるかもしれないがゆえに、医師に面会しておくことは「種まき」であり、いつ何時それを「刈り取る」ことになるかわからないのである。ポストモダンの助産婦たちは、これまでの既存の秩序や分類を越えて自宅と病院、助産婦と医師、助産婦同士の間でネットワークを作り、それぞれの業権を生かして協力関係を作ろうとしているのである。

6. リスクの認識とリスクの管理

リスクを見極めることに関しては、ポストモダンの社会は非常に慎重である。ある助産婦は次のように述べている。「子供が数多く生まれていた時代には、万が一子供が亡くなったとしても、それはその子の運命だという一般通念があった。でも今は助かるのが普通だから、なるようにしかならない、しょうがないではすまされない。安全第一に考えなきゃいけないのよ」さらに彼女は、「わたしはずっと見ていれば、異常は必ず妊娠中に出ると考えているの。だからわたしの場合、分娩中に異常が出て搬送することはないわ。お母さんがリラックスしていれば、赤ちゃんもリラックスしているし、本人が辛い姿勢をとっているから回旋異常で分娩がストップすることもないのよ」と述べている。

助産婦による自宅分娩では医療行為ができないために、出産が正常に進むことが前提になる。そのためには、病院出産の時以上に厳密にリスクを読む必要が出てくる。病院であれば、異常になった時点ですぐさま帝王切開を行ったり、NICUに送ることが可能であるが、自宅や助産所では異常が見え

た時点で助産婦の手を離れるのであるから、異常と正常とを厳密にしかも早めに見極めることが必要となる。ポストモダン助産婦はリスクを妊娠中から読み、そのリスクをできるだけ低くするために妊産婦に適切なアドバイスをするなどの働きかけを行っている。ポストモダン助産婦にとって、出産のリスクは、読み、計算し、管理しなければならないものなのである。そのために、彼女らは妊婦には医師の診断を受けておくように勧め、医師の目も通した上でリスクの判断をしようと考えている。

それに対してかつての開業助産婦の中には、自分の手と経験と勘を頼りに現在の医療テクノロジーに匹敵する、あるいはそれを越える情報を集めて診断する人たちがいる。この古いタイプの開業助産婦の技を他人に伝え、他の助産婦に継承させていくことは至難の業である。それに対してポストモダンの助産婦が用いる医療技術や器械のデータは、他人とコミュニケーションをする上での共通言語になりうる。個人の経験や勘は他人と共有することはできないが、客観的なデータは他の助産婦や医師とディスカッションをする共通の道具になる。従来の開業助産婦が自分の持つ技を秘技のようにして他者に開かない傾向があったのに対して、ポストモダン助産婦はむしろ自分の技や能力を共通の媒体に乗せて他人に開こうとしている。

ではリスクに関して、一般に信じられている助産所や自宅で産むことは、病院で産むよりリスクが高いという言説は証明されているのだろうか。実際には、ロウリスクの女性について、病院での出産と助産院での出産の結果を比べると、助産院での出産の方が、母児ともに異常が少ないという結果が出ている（松岡 1995）。病院とそれ以外のオルタナティブな出産場所の出産結果を比較したデータは他の国々でも出されており、いずれもロウリスクの妊婦に関して、オルタナティブな出産場所の安全性を証明する結果となっている（Campbell and Macfarlane 1986, Tew 1986, Feldman and Hurst 1987, Fullerton and Severino 1992, Rooks et al, 1992a, 1992b, 1992c）。さらに、病院で産むのが安全という見方の根拠としてあげられるさまざまな産科テクノロジーの使用についても、それを使うことでリスクを低くすることができると証明できるテクノロジーは少ないのである（Wagner 1994）。そうであるならば、自宅や助産所などのオルタナティブな出産場所が病院より危険だというディスコースは、病院で産むのが正しくて主流だという政治的なディスコースでしかないことになる。そこにあるのは病院が正統で、自宅や助産所は周縁に位置するという力関係である。

しかしポストモダンの時代には、近代化によって築き上げられた病院、助産所、自宅の秩序と力関係が薄れ、それらの境界が流動化され、それらが並置される傾向にあるとするならば、どこで産むかは選択の問題であって正統かどうかの問題ではないことになる。そしてリスクの認識についても、病院に安全性を保証していた力の偏りがなくなると、それにつれて自宅分娩のリスクは相対的に低く認識されることになる。もちろん依然として病院分娩が主流であり、助産所や自宅での出産はほんの1%を占めるのみであるものの、病院分娩のリスクが助産所出産や自宅出産のリスクと同じテーブルに並べられ、比較検討されることは近代の時代にはなかったことである。病院出産のヘゲモニーがなくなって初めて、そのリスクが客観的に検討されるようになったと言える。

またクライアントの側でも、自宅出産においてはリスクの認識やリスク管理が、病院出産とは違ってくるようである。1人の助産婦は次のように述べている。「昔は自宅で産むのが当たり前だったから、自宅で産むから気をつけようとは思わなかった。今は自宅だと医療処置ができないわけだから、健康で太りすぎないように、自然なお産ができるように自分で管理しておかなきゃいけない。自宅で産むのと病院で産むのとでは、クライアントの自己管理や自己責任が違っているわ」近代以前には自宅で産むものとされていたから、自宅で産むための心構えがとくに必要とされるわけではなかった。また近代化が進むと、自宅か助産所か病院かを選択できるようになったものの、現実には病院でなけ

れば安全でないという見方が広まったために、本当の意味での選択が行われていたわけではなかった。従って、そのような一般的通念の中であえて自宅で産もうという人たちは、自己決定や自己責任を強く意識することになった。そしてポストモダンの時代になり、病院を無前提に安全と考える意識が薄らいでくると、人々は自分の価値観やさまざまな情報に基づいて、またリスクの計算もした上で産み場所を選ぶようになりつつある。そしてリスク自体がどう認識されているかについては、近代社会では予測のできない事故（アクシデント）として認識されていたが、ポストモダンの社会では事前に予測し、計算し、管理し、選択すべきものとなったのである（Green 1997）。

7. 専門技術や知識の商品化

ポストモダンの助産婦は、自分たちの専門的技術や知識を病院という組織を通さずに、直接金銭に換えるにはどうすればよいかを模索している。前近代の社会では、出産についての伝統的な知恵や習慣が人々に受け継がれ、産婆役の人たちも地域社会に存在したが、そのような知識や技術に金銭的な対価が必ずしも支払われていたわけではない。むしろ相互扶助の精神に基づいて、金銭は介在しないことの方が多かった。現在でもこのような子育てにまつわる知識や技術は、地域の顔見知りの関係においては金銭が支払われずに終わってしまう可能性がある。1人のポストモダン助産婦は自分の体験を次のように述べている。「開業する前から、わたしは近所の人に頼まれて、赤ちゃんの体重を測っておっぱいをみてということをしていたの。そのときいくら払いましょうかと聞かれて、いえ結構ですと言うこともあったわ。でもこういうことをボランティアでやっていてはだめだと思ったの。後に続く（地域で開業する）助産婦もいるのだから。それで今は初診料5千円、再診料4千円をもらい、1人に2時間ぐらしかけるようにしているの」出産や育児にまつわる知恵は、かつては日常どこにでも存在したもののゆえ、わざわざお金を払って手に入れるような専門的知識とは思われていない面がある。そういう意味で、助産婦の提供する技術は有り難がられるものの、どれほどの金銭的価値に相当するのか共通認識が定まっていない面がある。しかし、助産婦が専門職として業権を確立するためには、ただであってはいけないのである。ただで提供しては、いつまでたっても専門職として独立することはできない。

また、ある助産婦は電話による問い合わせやアドバイスに対してどのように対処しているかを述べていた。「私は電話で相談を受けても、喋った分のお金を請求するようにしているの。私たちはケアに責任を持つものだから、ただではないのよということを、クライアントの人たちにわかってもらいところからスタートしたのよ」また別の助産婦は「電話だけで相談が終わってしまうこともあるけれど、それは今のところ仕方がないと思っているの。でも大抵は、一度見せて下さいと言って訪問することが多いわ」と述べている。このように、自分の提供する専門的知識をどのように金銭に換えるかは、今のところ個々の助産婦に任されていると言える。

現在ポストモダンの助産婦が再び地域社会で開業しようとするとき、自分たちの技術を金銭に換える難しさが依然としてある一方で、彼女らの提供するサービスを金銭を払ってでも手に入れたいという欲求を持つ人が多くいるのも事実である。なぜならば近代社会になり、かつて地域に存在した知識や技術、人材が病院という組織に吸い上げられ、地域がそのような知識の空白地帯になってしまったからである。それと平行して、人々は病院で提供される医療技術には金銭を払わねばならないという認識を持つようになった。さらに社会の消費化が進み、知識や技術がサービスや商品として流通するようになり、人々が妊娠・出産にまつわる不安や人手不足を商品の購入という形で解消するのに抵抗がなくなりつつあることも大きな理由であろう。

8. クライアントへのアクセス

ポストモダンの助産婦の中には、自分の助産所のパンフレットを作って仕事内容、料金、所在地を明示してクライアントがアクセスしやすいようにしている人もいれば、そのような宣伝は必要ないと考えている人もいる。また名称についても、従来通りの〇〇助産院（助産所）という名前を用いている人もいれば、バースセンターや、バースハウス、その他のカタカナ名を用いている人もいる。1人の助産婦は次のように述べている。「自宅で産もうっていう人は、一生懸命自分に合った助産婦を捜しています。だからどんなに宣伝しても、宣伝ぐらいでそれに乗ってこようという人は今はいないでしょう。ほとんど口コミです。口コミでどんどん増えているわね。」彼女たちはいずれも女性同士の口コミの力が非常に大きいと述べている。つまり、現在の女性たちは不特定多数に向けられた宣伝よりは、実際に経験した友人の情報の方を信じるということであろう。

さらに、新聞や雑誌での宣伝がそれほど大きな力をもたないとすれば、それは自宅出産や助産婦のケアを求める動きがクライアント主導で起こっているからであろう。ポストモダンの助産婦の活動を支えているのは、女性の側に生じた大きな変化であり、助産婦たちは女性の要求に応じる形で仕事をしている。ある助産婦が述べたように、「産婦さんが自宅で産みたいというから、それならお手伝いしますという形で自宅分娩を始めた」のであり、助産婦が自宅分娩を勧めているわけでないのである。しかも、自宅分娩を求める女性は全体から見ればごく一部であり、決して大衆が自宅分娩を望んでいるわけではない。このようにクライアントの側が先行する要求であるがゆえに、これまでのような大衆に働きかけて操作する宣伝は無効なのであろう。

9. 高い移動性と多様なテクノロジーの利用

ポストモダンの助産婦は組織の中でクライアントが来るのをじっと待つのでなく、クライアントの要望する時間や場所に自ら出かけていき、さらに他の助産婦からのサポートの要請に答えている。また、海外の学会やセミナーに参加したり、自分たちでイベントを企画したり、他の助産婦との交流を図ったり、その活動は多彩で柔軟性に富んでいる。そのような移動性の高さを可能にしているのが、携帯電話、車、インターネットなどの情報と移動の手段である。1人の助産婦は、自宅分娩を希望している女性の家の近くに24時間営業のファミリーレストランを見つけておき、そこで出産が進むまで待機したり、他の助産婦と待ち合わせたり、休憩したりすると述べている。助産婦が昼夜を問わず働き、また地域を移動するのは前近代社会も同様であったが、現代のポストモダン助産婦の高い移動性は、情報社会を支えるさまざまなテクノロジーによって保証されていると言える。また、24時間営業の店のように、都市であるがゆえに利用できる利便性にも大きく依存している。そういう意味で、ポストモダンの助産婦は都市型の助産婦といえる。だが同時に、都市化とは正反対に病院の少ない地域において、助産婦の方が情報通信網と車を利用して広い範囲にまたがる産婦の家を移動してまわることもできる。だが広範囲にわたる場合、産婦の家が遠いと、出産の時期が重なったり、出産に間に合わない可能性がでてくるために、助産婦の中には入院のできる助産所を持つことを、真剣に考え始めている人もいる。

また、彼女たちはテクノロジーの利用に際して、必ずしもハイテク機器を用いるわけではなく、ロウテクも含めてさまざまなものを利用している。例えば、出産に際して医療行為が許されていないために、彼女たちは鍼、灸、マッサージ、アロマセラピー、ハーブ、音楽、風呂などのオールターナティブなテクノロジーを用いている。ポストモダンの助産婦は、ロウテクからハイテクまでの手に入れるさまざまなものを柔軟に用いて、安全性を高め、必要な移動性を確保していると言えよう。

近代社会の産物としてのポストモダンの助産婦

これまでポストモダンの助産婦活動を9つの点から述べてきたが、ここで明らかになったのは、ポストモダンの助産婦とはまさにモダンの時代が生み出した存在だということである。

まず助産婦自身についてみれば、現在ほぼ40～50歳である彼女たちが病院で訓練を積んだ時期は1975年～1990年頃であり、これは産科医療が正常産をその範疇に収め終わり、なおかつ超音波診断装置や分娩監視装置、プロスタグランディンなどのテクノロジーがどんどん日常診療に使われるようになってきた時期である。まさに高度医療の充実期であり、出産にさまざまなテクノロジーが用いられるのが当たり前になった時期である。従って、助産婦は高度医療の中で育ち、さまざまな医療介入がもたらす出産の限界を見て育ってきた。一人の助産婦はこう述べている。「私は病院でたくさんの出生証明書を書いてきたけれど、誰のことも覚えていない。おめでとうと何回も言っただけで、本当におめでとうとは思っていない。全部ただの流れの中だった」彼女は、病院での出産を卵割りをしているようだったと述べ、出産を自在にコントロールする技術は身につけたけれど、何かが違うという感覚をずっと持ち続けていたと述べている。そして本当に自分がやりたい出産をするためには、病院では無理だと病院の限界を感じたのである。つまり、彼女たちは病院出産を十分に体験することで、さまざまなテクノロジーの用い方を修得し、異常時に対処する自信を得、ついには病院から出る決心が付いたのである。つまり、病院出産が逆説的に独立開業への道を選ばせたといえる。

この点は、地域でずっと開業を続けてきた開業助産婦との大きな違いである。日本では第二次世界大戦終了直後の1947年には97.6%が自宅出産であり、1960年でも約50%が自宅出産であったことからわかるように、病院勤務経験のない開業助産婦が時には3世代にも渡って地域で開業を続けていた。同じ開業であっても、伝統的な開業助産婦と違ってポストモダンの助産婦は病院出産の限界を知り、病院出産という確立されたものを否定して開業しているため、自然出産をも含めたそれまでの既成のやり方を壊していくことにためらいを感じていない。従って、従来の開業助産婦が昔からの自然出産を絶対視し、それを守ろうとする姿勢なのに対して、ポストモダンの助産婦は産婦のいかなる要求にでも自分たちを合わせていこうとする柔軟性を持ち合わせている。彼女たちが地域で開業するにあたって、それまでの開業助産婦による自然出産をモデルにしなかったのは、伝統的な自然出産自体が一つの伝統としての拘束力を持つと考えたからであろう。彼女らのやり方が伝統への回帰ではないのは、彼女らが一度病院出産を通過し、自然出産と病院出産の両方を視野に収める立場に立ったからであろう。

ただし、これは逆の視点から見ると必要もある。つまり、ポストモダンの助産婦が開業という選択を視野に入れることができたのは、病院が高度医療を実践しつつある時に地域で開業する助産婦が健在だったからである。彼女らが病院出産しか知らなければ開業という道を考慮するのは難しかったであろうが、現に地域で開業する先輩助産婦から助産の技術や経営の仕方を学ぶことが可能だったのである。彼女らは、病院出産と伝統的な自然出産の両方を視野に収めながら、オルタナティブな道を模索することができたといえる。彼女らがプレモダンとモダンの両方を経た後に現れてきたという事実がまさに、ポストモダンのゆえんといえる。

次に、このポストモダンの助産婦活動がクライアントつまり消費者である女性たち主導で進められている点について考えてみると、女性たちのニードを呼び起こしたのは病院出産であることがわかる。つまり、病院出産のおかげでそこで満たされない大量のニードが生まれたのである。一人の助産婦は次のように述べている。「産褥室で20人ほどの褥婦さんたちを見るのだけれど、そのうち半分くらいは糖尿病や心臓病などの合併症のある人たちの。するとその人たちの経過を観察するのに精一杯で、

正常な人が見れないの。おっぱい張っていようが、つらからうが、何のケアもできずに5日で帰してしまう。この人たち家へ帰ってどうするんだろうかって思いながら」病院では無事に生まれた後の産後の回復期のケア、母乳を確立するための援助、育児援助が現実にはできない状況にあるからこそ、ポストモダンの助産婦は妊娠中から出産、産後のケアまでをトータルに扱うのである。つまり、ほとんど全ての女性が病院で産むようになることで、満たされないニーズを持つ女性たちが大量に出現したのであり、これらのケアに対する要求は社会の隅々にまで潜在するようになっていた。ポストモダンの助産婦活動がそのような要求を取り込むことで成り立っているとするならば、ポストモダンの助産婦活動はまさに病院出産が生み出したものといえる。これらのニーズは病院という組織の中では周辺に追いやられていたものであり、重要性が低いと見なされていたものである。言い換えれば組織がその中に組み込まなかった部分、組織の隙間の部分に焦点が当てられるようになったといえる。これは言い替えば、近代の病院を形作っていた秩序、ハイアラキー、力関係にゆるみが生じているのであり、それらが流動化しつつあると見ることができよう。

さらに地域の側から見た場合、近代に入って妊娠出産に関わる知識を持つ人材が病院に吸い上げられ、地域社会はそのような知識や習慣の空白地帯になっていた。そこにポストモダンの助産婦が技術と知識を持って活動する素地ができていたのである。さらに、ちょうど80年代から起こってきた消費社会の影響をうけて、女性たちは出産にまつわる品々やサービスを商品として購入することに抵抗がなくなっていた。少子化が進み、妊娠・出産が消費の対象になるという社会背景のなかで、育児の知識、技術、サービスを提供するポストモダンの助産婦への需要が地域社会の中に生じていたといえる。

以上のことから、ポストモダンの助産婦活動を準備したのはとりもなおさず近代社会の病院出産であり、ポストモダンの助産婦を育てたのは病院だといえることができる。そして病院出産が主流であり続ける限り、ポストモダンの助産婦へのニーズも存続し続けるのである。自宅や助産所での出産という一見病院出産へのアンチ、あるいは病院出産以前に見える行動は、実は病院出産を経たがゆえに生み出された選択なのである。女性たちは、病院出産を知らずに、あるいは病院出産に手が届かずに、助産所や自宅で出産しようというのではない。彼女らは病院出産を知ったがために、他の選択肢を選んでいるのである。それは、女性たちが病院の医療や安全性を否定してはいないことから明らかである。むしろ女性たちは、病院で可能なレベルの安全性を踏まえた上で、さらに満足感、主体性、女性の体への配慮といった価値を追求しているのである。その意味では、女性たちは病院の安全性をとるかオールターナティブな出産のリスクをとるかという綱引きをしてはいない。女性たちは病院で可能な安全性を確保した上で、より以上のもの—そこには安全性も含まれる—を手に入れるためにポストモダンの助産婦を求めているのである。その意味で、ポストモダンの助産婦は近代が生み出した存在であり、近代の当然の帰結といってよいであろう。

文 献

- Bauman, Z., 1992 *Intimations of Postmodernity*. London and New York: Routledge.
- Bell, D., 1973 *The Coming with Post-Industrial Society: A Venture in Social Forecasting*. New York: Basic Books Inc. Publishers.
- Bertens, H., 1995 *The Idea of the Postmodern: A History*. London and New York: Routledge.
- Bosk, C. L., 1980 *Occupational Rituals in Patient Management*. *New England Journal of Medicine* Vol. 3, No. 2: 71-76.
- Campbell, R. and A. Macfarlane, 1986 *Place of delivery: a review*. *British Journal of Obstetrics and*

Gynaecology Vol. 93: 675-683.

Davis-Floyd, R., 1992 Birth as an American Rite of Passage. Berkley and Oxford: University of California Press.

Featherstone, M., 1991 Consumer Culture and Postmodernism. London: Sage Publications.

Feldman, E. and M. Hurst, 1987 Outcomes and Procedures in Low Risk Birth: a comparison of hospital and birth center settings. Birth 14: 18-24.

Fiedler, D., 1997 Authoritative knowledge and Birth Territories in Cotemporary Japan. In Childbirth and Authoritative knowledge. (ed) Davis-Floyd, R., & C. Sargent, University of California Press.

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.

Green, J., 1997 Risk and Misfortune: The Social Construction of Accidents. London: UCL Press.

Jameson, F., 1984 Postmodernism, or the Cultural Logic of Late Capitalism. New Left Review 146:53-92.

Koenig, B. A., 1988 The Technological Imperatives in Medical Practice: The Social Creation of a "Routine Treatment". In Biomedicine Examined. (eds) Lock, M. and D. R. Gordon. Kluwer Academic Publishers.

Light Jr. D., 1979 Uncertainty and Control in Professional Training. Journal of Health and Social Behavior Vol. 20: 310-322.

Martin, E., 1987 The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction. Milton Keynes: Open University Press.

Matsuoka, E., 1995 Is Hospital the Safest Place for Birth? In Gebären-Ethnomedizinische Perspektiven und Neue Wege. (eds.) Schiefenhövel, W., Sich, D. & C. Gottschalk-Batschkus. Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung. Pp. 293-304.

Ritzer, G., 1996 The McDonaldization of Society. Pine Forge Press.

Rooks, J., N. Weatherby and E. Ernst, 1992a The national birth center study: part I-methodology and prenatal care and referrals. Journal of Nurse-Midwifery Vol. 37, No. 4: 222-253.

Rooks, J., N. Weatherby and E. Ernst, 1992b The national birth center study: part II-intrapartum and immediate postpartum and neonatal care. Journal of Nurse-Midwifery Vol. 37, No. 5: 301-329.

Rooks, J., N. Weatherby and E. Ernst, 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, No. 6: 361-397.

Tew, M., 1986 Do obstetric interventions make birth safer? British Journal of Obstetrics and Gynaecology. Vol. 93:659-674.

Turner, B. S., 1993 Theories of Modernity and Postmodernity. London: Sage Publications.

Turner, B. S., 1995 Medical Power and Social Knowledge. London: Sage Publications.

Wagner, M., 1994 Pursuing the Birth Machine: The search for appropriate birth technology. Ace Graphics.

石原力 1983 「助産婦の歴史(3)」『ペリネイタルケア』Vol.2 No.2 : 113-118。

ギデンズ・アンソニー 1990 『近代とはいかなる時代か?』松尾精文・小幡正敏訳 而立書房。

「素人の産児取り上げ行為に就いて」1932『助産と看護』第9巻6号 p.14-18。

狐塚重治 1975 「計画分娩の実際」『産科と婦人科』第42巻3号 p.13-22。

杉山次子・堀江優子 1996 『自然なお産を求めて—産む側から見た日本ラマーズ法小史』勁草書房。

帝国議会議事録 衆議院委員会議録 1994 (1934) 第56巻 東京大学出版会 p.123

中岡哲朗 1971『工場の哲学』平凡社。

松浦鉄也 1975「計画分娩と医事紛争」『産科と婦人科』42巻3号 p.45-48。

松岡悦子 1999 a「産科環境の変遷 — テクノロジーとその有効性」『出産前後の環境』吉村典子編 昭和堂 p.142-171。

松岡悦子 1999 b「戦後の産科医療の変遷」『旭川医科大学紀要』Vol. 20。