

アメリカ合衆国における妊産婦死亡率と産科医療政策

小野直子

はじめに

アメリカ合衆国における産科学の歴史についてはこれまで、産科医療技術の発達¹、出産の医学化の過程²、著名な産科医の業績³、産科学教育⁴、人種・民族・階級・地域等による出産文化の差異⁵などの観点から研究が蓄積されてきた。しかしながら、産科学の台頭において妊産婦死亡率の問題とそれを改善するための産科医療政策の推進が果たした役割については、これまであまり詳細に検討されていない。そこで本稿では、アメリカで産科医が出産の専門家としての地位と権威を獲得する上で、妊産婦死亡率の問題とそれを改善するための産科医療政策の推進が大きな役割を果たしてきたことを明らかにしたい。

多くの西ヨーロッパ諸国では、産科医療は、国家や地方自治体、医学校などの医療施設、あるいはそれらが提携して、ある程度管理したり規制したりする対象であった。管理の範囲は様々であったが、産科医療政策は概して、大衆にも医療や看護の専門家にも支持されていた。19世紀以降、妊産婦や児童の健康に関する法律を制定することは、政府による当然の活動とみなされていたのである。しかし、これはアメリカでは全く事実ではなかった。靴屋でもあり本屋でもあり出版者でもあった（ただし医師ではなかった）ルミエル・シャトック（Lemuel Shattock）は、1830年代半ばにボストンに移住して公衆衛生に関する調査を行い、その結果を1850年に出版した。それまでにアメリカで出版された中で最も重要な公衆衛生に関する記録とされるそれによれば、アメリカでは、政府は「生命ではなく、財産を斟酌した。政府は、住民の土地、家畜、財産には留意したが、健康や寿命には留意しなかった」⁶。

一般的な説明は、アメリカは歴史の浅い国家だから、というものである。ヨーロッパでは何世紀もかけて、母親や児童の健康を改善するための医療看護制度が確立されてきた。しかし、地域社会が孤立し、住民が流動的なアメリカでは、統一的な法律の施行は困難であった。そしておそらく何よりも、強固な個人主義とフロンティア精神の伝統が、社会的・医学的問題に対する政府の「不必要な介入」に対する嫌悪感を引き起こした⁷。規制による画一性が欠如していたアメリカでは、産科医療は地域ごとに多様であった。アメリカの産科医療は大部分、競合する自由企業によって商業目的に行われていたので、多くの女性は産科医療に対して高い料金を支払わなければならなかった。慈善団体や州が資金を提供する制度も存在していたが、多くの女性にとって、訓練を受けた出産立会人を雇用することは経済的に不可能であった。孤立し

た地域の農婦は、政府は病気の豚や牛に対しては無料で獣医の世話をしてくれるが、病気の母親や児童に対しては少しも骨を折ろうとしない、と不満を述べていた⁸。

アメリカで産科医療政策の重要性が認識されるようになるのは、20世紀初頭に入ってからのものである。19世紀以降、アメリカで妊産婦死亡率が高いということが徐々に認識されるようになってきたが、それが最高潮に達したのは、1917年に労働省児童局が、妊産婦死亡率を調査した報告書を公表してからである。そこで第1章では、児童局の報告書の内容とその影響について論じる。報告書によれば、アメリカでは他の予防可能な病気による死亡率は低下しているのに、妊娠・出産による死亡率は低下しておらず、しかもその死亡は大部分が予防可能あるいは治療可能なはずであった。そしてアメリカの妊産婦死亡率は、他国のそれと比較して高かった。この結果に衝撃を受けた医師は、1920年代、何故近代医学が妊産婦死亡率を低下させることができないのか、その答えを模索した。

1930年代初頭には、連邦、州、地方自治体、そして個人レベルで、妊産婦死亡率の調査が行われ、予防可能な妊産婦死亡の半数以上は医師に責任があり、病院がその危険性を増加させていると主張する報告書が相次いで公表された。そこで第2章では、その中のひとつ、児童の健康と保護に関するホワイトハウス会議（White House Conference on Child Health and Protection）によって行われた、妊産婦と乳幼児の死亡率と罹病率に関する調査報告書に焦点を当てる。1933年に公表されたこの報告書は、病院出産の増加、出生前看護法の導入、無菌技術の使用にもかかわらず、20世紀初頭になっても妊産婦死亡率は低下していないという事実を明らかにした。そして妊産婦死亡率が高い原因として、出生前看護法が不十分であること、出産中の手術介入率が高いこと、出産立会人が無能であること、病院の基準が不適切であること等を挙げた。

こうして、アメリカで妊産婦死亡率が高く、しかもその多くは予防可能あるいは治療可能であるという事実が明らかになると、第3章で述べるように、各州で妊産婦の死亡に関する会議が開催されたり委員会が設立されたりするようになった。そして医師は、妊産婦死亡率を低下させるための重要な手段として、産科医療の改善と大衆に対する教育を推進した。女性は、専門家による出生前看護を受け、病院で出産することを奨励された。産科専門医が多くの妊産婦の産科医療に責任を負うようになるにつれて、助産師（midwife）や一般医（general practitioner）が世話する妊産婦の数は減少した。こうして産科医は、出産の専門家としての地位と権威を獲得することになる。

1 妊産婦死亡率の国家問題化

19世紀アメリカでは、慈善が産科医療において重要な役割を果たしていた。南北戦争後、教育を受けた若い女性がシカゴのハルハウスのようなセトルメントで働くようになり、貧困者

の健康状態を間近で見えるようになるにつれて、特に貧困者の中で乳幼児死亡率が必要以上に高いことが認識されるようになった。児童の健康に対する一般的関心は、19世紀末の都市の工場労働に関する調査によってさらに高まった。多くの貧困者は、彼らの道徳的怠慢のせいではなく産業構造のせいで貧困に陥っているものであり、非常に不衛生な工場での長時間労働が女性や児童労働者の健康に悪影響を及ぼしていることを、調査は明らかにした。その結果、イリノイ州の工場検査官で全国消費者連盟 (National Consumers' League) の創設者であるフローレンス・ケリー (Florence Kelly)、移民保護連盟 (Immigrants' Protective League) の会長グレース・アボット (Grace Abbott)、後に児童局の局長になるジュリア・ラスロップ (Julia Lathrop)、そして看護師でニューヨークのヘンリー・ストリート・セツルメントの創設者であるリリアン・ウォルド (Lillian Wald) が、1904年に全国児童労働委員会 (National Child Labor Committee) を設立した。委員会は、児童の健康に関する全国的統計が欠如していることを指摘し、児童福祉について調査したり乳幼児死亡率の統計を収集したりするために、連邦児童局の設立を推進した。1906年に児童局を設立する法案が議会に提出されると、工場調査官の殺到を恐れる工場所有者や州権論者等がそれに反対した。しかしながら、その法案は中産階級の女性団体の強力な支持を受け、1912年に労働省に児童局が設置された⁹。児童局は、妊産婦や乳幼児の死亡率から青少年の非行まで、妊産婦と児童の健康と福祉のあらゆる面に関する一連の報告書を提出した。

20世紀初頭には、児童福祉の推進者達は、児童の健康を保護するためには妊産婦の健康を保護しなければならないと認識するようになった。そのため、彼らの最優先関心事は妊産婦の健康ではなく児童の福祉と健康保護であったが、妊産婦の死亡率や産科医療にも関心が向けられるようになった。アメリカで妊産婦死亡率が非常に高く、しかもその多くは予防可能であるという認識が最高潮に達したのは、1917年に児童局のグレース・メッグズ (Grace Meigs) が妊産婦死亡率を調査して、アメリカのそれが他国のそれよりも高いことを明らかにした報告書を公表してからである。この報告書は、アメリカ全体の妊産婦死亡率に関する最初のものであり、その後アメリカの様々な地域における妊産婦と児童の福祉に関する一連の報告書が出版されることになった。

メッグズは報告書の序文で、当時交戦中の国々では戦争開始後乳幼児の生命を保護する努力が高まると同時に、妊娠・出産中の母親の生命と健康の保護が乳幼児死亡率の低下と密接に関連しており、ふたつを切り離すことはできないということが、近年正しく認識されるようになってきたと指摘した。乳児の死亡の大部分は生後数日間から数週間のうちに起こること、これらの死亡は出産前及び出産中の母親に対する適切な看護によってのみ予防することができること、生後一年間の母乳保育が乳幼児の病気の予防になること、母親が出産前から出産後まで適切な看護を受ければ乳幼児をうまく育てることができると等が認識されるようになり、従って妊

産婦の罹病率や死亡率の低下が乳幼児の罹病率や死亡率を低下させることは明らかであった。さらに、乳幼児の死亡が国家にとって深刻な損失であるならば、妊産婦の生命の喪失も国家と家族にとって非常な損失であること、彼女達は生命を犠牲にして出産という世界で最も重要な機能を果たしているということを、報告書は指摘していた¹⁰。

報告書によれば、1913年にアメリカの死亡登録地域（国勢調査で死亡登録者数がほぼ完全に報告された州や市から成り、1913年にはアメリカの人口の65.1パーセントが含まれていたと算定されている）では、10,010人が妊娠・出産によって死亡した。このうち4,542人は産褥敗血症あるいは産褥熱によるものであった。死亡登録地域を基礎に、アメリカ全体では1913年に15,376人が出産によって死亡し、このうち6,977人が産褥熱によるものと算定されたが、産褥熱は容易に予防可能な病気であった。残りの8,000人以上の死亡は、妊娠・出産によって引き起こされるその他の病気によるものであるが、その多くは科学的によく知られた方法で予防可能あるいは治療可能であった。1913年に死亡登録地域では、結核を除いて、妊娠・出産に伴う病気が他のいかなる病気よりも多くの、出産年齢の女性の死をもたらした。その年の15歳から44歳の出産年齢の女性の間では、結核による死亡者は26,265人、妊娠・出産に伴う病気による死亡者は9,876人、心臓病による死亡者は6,386人、急性腎炎とブライト病による死亡者は5,741人、癌による死亡者は5,065人、肺炎による死亡者は4,167人であった¹¹。

1890年から1913年までの間に、腸チフス、ジフテリア、結核等、他の予防可能な病気による死亡率は低下したのに、妊娠・出産による死亡率は少しも低下しなかった。死亡登録地域では、1890年から1913年に腸チフスによる死亡率は人口10万人当たり43.6人から17.9人に、ジフテリアとクループによる死亡率は97.8人から18.8人に、結核による死亡率は252人から147.6人に、肺炎による死亡率は186.9人から132.4人に低下したのに対し、妊娠・出産による死亡率は、1890年に15.3人、1902年に13人に低下したが、それから変動しながら1911年には16人に増加し、1913年には15.8人であった。有色人種の妊娠・出産による死亡率は白人のそれより高く、1913年の妊娠・出産による死亡率は、人口10万人当たり白人15.2人、有色人種21.6人であった¹²。

妊産婦死亡率を他国と比較すると、主要な外国のうち2か国だけが、アメリカの登録地域のそれよりも高かった。1900年から1910年のアメリカの妊産婦死亡率を15の外国のそれと比較し、死亡率の低い順に16か国を並べると、アメリカの死亡登録地域は一覧表の14番目であった。わずか2か国、スイスとスペインだけが、アメリカよりも妊産婦死亡率が高かった。その間、イングランドとウェールズ、アイルランド、日本、ニュージーランド、スイスでは、正常出産1,000件当たりの妊産婦死亡率は減少していた。アメリカで妊産婦死亡率が低下しない主要な原因として、報告書は、第一に、出産の危険性及びそれを予防するための熟練した看護法や適切な衛生法の必要性に関して、全般的に無知であること、第二に、アメリカに独特な状況として、適切な産科医療法の規制が困難であることを挙げた¹³。

以上のように、アメリカの妊産婦死亡率が高いことを明らかにした児童局の報告書は、妊産婦と乳幼児の福祉を連関させる傾向を促進したと、リチャード・メッケル (Richard Meckel) は指摘している。1920年代までには、ふたつが個別に語られることはほとんどなくなった。乳幼児の生命を救うための努力は、妊産婦の生命を救うことにもなった。メッケルによれば、このように乳幼児と妊産婦の福祉を連関させる傾向はふたつの結果をもたらした。第一は、社会経済的状況と無関係な医療サービスに焦点が当てられるようになったことである。乳幼児死亡率に関する初期の研究では、女性が激しい工場労働によって健康を損ない、十分な栄養を補給することができず、衛生的な環境で暮らすことができないのは、家族所得が不十分だからであると、児童局は強調してきた。しかしながら、妊産婦死亡率に関する研究では、児童局はそのような社会経済的要因の重要性を軽視する傾向にあった。「人口過密、過度な労働、低収入」はすべて妊産婦死亡の原因となることを認めながらも、妊娠・出産による死の危険性はすべての階級に及び、その主要な決定要因は産科医療の質と利用可能性、及びそれを利用しようとする女性の意志であることを強調した¹⁴。

第二の結果は、福祉活動の焦点が都市圏から離れたことである。1913年に児童局が乳幼児死亡率の調査を計画した時、それは本質的に都市の問題であるという想定の下に着手され、従って調査の焦点として都市を設定していた。しかしながら、妊産婦死亡率に関心を持つようになると児童局はその焦点を地方に切り替え、1917年から地方の妊産婦と乳幼児の福祉に関する一連の報告書を発表し始めた。児童局その他の福祉活動家は、都市の妊産婦の方が地方の妊産婦よりも出産中あるいは妊娠合併症によって死亡していることを認識していた。しかし彼女達は、人口が散在し、医師がほとんどいないか遠くにしかおらず、公衆衛生政策が実質的に存在しない地域の方が、妊産婦の死亡の原因を制御することは困難であると主張した¹⁵。事実、児童局の1917年の報告書は地方の妊産婦死亡率に特に注意を払っており、人口が散在する地域では「問題は産科医療が良質か悪質かではなく、いかなる医療も利用不可能であるということである」と述べていた¹⁶。以上のように、乳幼児と妊産婦の福祉を連関させる傾向は、すべての階級・すべての地域の妊産婦の生命と健康の保護に、人々の関心を向けさせることになったのである。

1927年には、産科医療の権威であるS・ジョゼフィン・ベイカー (S. Josephine Baker) が、最新の統計でも、アメリカの妊産婦死亡率は世界の主要な20か国中19位に位置していることを明らかにした。妊産婦死亡率がアメリカのそれよりも高かった唯一の「文明国」はチリであった。アメリカにおける妊産婦死亡率は、デンマーク、イタリア、日本、オランダ、ニュージーランド、スウェーデンの二倍以上であった。アメリカの状況は過去10年間全く改善していなかった。1915年の死亡登録地域における死亡率は、正常出産1,000件当たり6.1件であったが、1920年にはインフルエンザの流行のせいで死亡率は8.0件に増加した。それ以後死亡率は低下

して1925年には6.4件になったが、実質的には10年前よりも死亡率は高かった。その結果、ベイカーは「今日合衆国は、出産における生存可能性に関する限り、妊産婦にとって最も危険な国と言ってもよい」と述べた¹⁷。

これらの報告書を通して、アメリカ人は、妊産婦死亡率を国別に順位付けした一覧表において、自分達が望ましくない位置にあることを知った。こうして、1920年代になってもアメリカで妊産婦と児童の健康が改善されていないことが明らかになると、産科医は、大衆及び他の専門医から、試験に合格した医師のみを専門医としてその能力を保証するための資格制度を創設するように圧力をかけられた。その結果、1930年にアメリカ産婦人科医師会（American Board of Obstetrics and Gynecology）が設立され、産科医が一般医に代わって出産に携わる正式な専門医となったのである¹⁸。

2 妊産婦死亡率の調査報告書

多くの妊産婦と乳幼児が不必要に多く死亡しているという認識は、連邦、州、そして地方自治体に、こうした死亡率を低下させるために何らかの措置を取ることを促した。1930年代初頭には、連邦、州、地方自治体、そして個人レベルで、妊産婦死亡率の調査が行われ、アメリカにおける予防可能な妊産婦死亡の半数以上は医師に責任があり、病院がその危険性を増加させていると主張する報告書が、相次いで公表された。そこで本章では、その中でも最も詳細な、児童の健康と保護に関するホワイトハウス会議（White House Conference on Child Health and Protection）が1930年代初頭に行った、医師と助産師の治療行為に関する全国規模の調査報告書に焦点を当てる。

最初のホワイトハウス会議は、1909年にローズヴェルト大統領によって招集され、主に被扶養児童に関心を抱いていた。第二回目は1919年にウィルソン大統領によって招集された。児童の社会的・経済的地位に関する議論で、児童や母親の健康にも配慮されるようになり、そうした議論において産科学が重要な地位を占めるようになった。そして1930年にフーヴァー大統領によって招集されたホワイトハウス会議では、医療サービスが注目を集めた¹⁹。会議開催前の16か月間に1,200人の専門家が予備調査に従事し、その結果ホワイトハウス会議は、母親と乳幼児の健康管理を取り扱った報告書を二冊出版した²⁰。

第一冊目は、産科学教育小委員会によって編纂されたもので、医師、看護師、助産師、そして一般大衆に対する産科学教育を評価していた。それは、医師が受けている産科学教育を厳しく批判していた。報告書は、「学生の大部分は、卒業時、産科患者の看護をする責任を負う資格がない・卒業までに、半分以下の学生しか女性を出産させたことがない」と断言した。報告書はまた、助産師教育がもっと望まれることを指摘した。免許と管理の方法は州ごとに多様であり、助産師に関する法律はしばしば実施されていなかった。小委員会は、「助産師の訓練

のための認可された施設」を創設することを勧告したが、「良い産科学のための最終的な方法は、産科学の根本原則に関してきちんとした教育を受けた医師を十分な数だけ育成することである」と信じていた。それにもかかわらず、小委員会は、統計分析を通して、助産師がアメリカの「どの地域でも母親の死亡率が高い決定的な要因」ではないことを指摘した²¹。

第二冊目は胎児・乳幼児・妊産婦の死亡率と罹病率に関する調査報告書で、1933年に出版された。それによれば、1915年に出生登録地域の合計出産死亡率は正常出産10,000件当たり61件であったのに対して、1929年には70件に増加していた。従って、出産の病院化、無菌技術の改善、出生前看護法の発達にもかかわらず、過去15年間全く改善が見られなかったか、あるいは本来ならば得られたはずの良い結果を他の原因が相殺していると、報告書は結論した²²。

過去15年間の産科における最も著しい変化は、手術出産の増加であった。保守的な医師は、出産は本質的に正常な生理学的過程であるという理論に基づいて、妊産婦と子供にとって危険な手術出産に反対したが、手術出産の増加を抑制することはできなかった。手術出産の増加の主要な原因として、報告書は、近代的消毒技術によって生じる（しばしば誤った）安全認識、ほぼ全般的な麻酔の使用、妊産婦の生命や健康と比較して乳幼児の生命の過度な尊重、産科患者の側の短時間でより快適な出産に対する要求、患者・夫・医師その他の都合（便宜性）を含めた手術の適応（治療にあたっての基準）の拡大、手術に対して高い料金を支払うようにという素人への教育を挙げた²³。

報告書はまた、出産の病院化が進んでいることを明らかにした。十大都市では、それは全正常出産の56～85パーセントに及んでいた。病院出産には多くの利点もあるが、相互感染にさらされる危険性や、手術室の安全性に関するしばしば誤った認識といった、不利な点もあった。後者の要因は不可避免的に多くの不必要な手術をもたらし、外傷や罹病率・死亡率の増加に至った。手術出産率はスカンディナヴィア諸国やイングランドで15パーセントであったが、アメリカでは65～80パーセントを占めていた²⁴。

産科サービスを提供していた207の総合病院と16の産科あるいは産婦人科病院で、出産145,812件中26,172件、17.9パーセント、出産5～6件中1件が鉗子出産であった。ヨーロッパの産科医はアメリカのそれよりも保守的な傾向があり、概して外国の病院における鉗子出産数は、アメリカの代表的な病院のそれより明らかに少なかった。鉗子出産による産婦死亡率は低く、116の病院で、鉗子出産11,189件中母親の死亡は36件、0.32パーセントであった。アメリカとヨーロッパの鉗子出産率を比較すると、「便宜性」による鉗子出産は基本的にアメリカの慣習であるが、その死亡の危険性は低かった。外国の統計でも、鉗子出産による死亡率は特に高くはなかった²⁵。

手術出産の増加の最も顕著な証拠はおそらく帝王切開であった。それは、手術の適応が徐々に緩和されたことにより、過去の何倍も増加した。かつて帝王切開は、骨盤萎縮や産道遮断、

回復不可能な心臓病といった、妊産婦の健康状態のみを理由として行われたが、手術の利用範囲は、妊娠・出産において考えられるあらゆる合併症を含むまでに拡大された。その他の手術の要因は、患者の希望、単なる「便宜性」、子供の生存可能性の増加であった。特にアメリカの産科医の大多数は、妊産婦の生命・健康と比較して乳幼児の生命の価値を過度に尊重している、と報告書は指摘した。1929年に行われた帝王切開に関して、104の産科病棟がある総合病院と15の産婦人科病院における手術率は、1パーセントから14.6パーセントまで多様であった。児童局の統計では、帝王切開後の産婦死亡率は10.7パーセントであったが、ホワイトハウス会議の調査によれば、1929年に138の病院で行われた2,273件の帝王切開のうち産婦が死亡したのは134件、5.9パーセントであった。手術数の四分の三は多かれ少なかれ不必要であり、帝王切開の減少によって出産による死亡者の少なくとも10パーセントは救済されると報告書は算定した²⁶。帝王切開は、子供に関する限り最も安全な出産形態であるが、この手術を受けた女性はその後ほとんど必ず避妊することが経験的に示されているので、帝王切開によって赤ん坊を救う努力は結局赤ん坊の数を減らすことになる、と報告書は指摘した²⁷。

報告書によれば、不十分な産科医療、外傷、そして感染から母親を守り、妊産婦死亡率及び罹病率を低下させるための最善の予防手段は、設備が整った産科病院、訓練を受けた職員、手術出産の減少、無痛法や麻酔の乱用の防止、産科医療の利点と無痛で短時間の出産の危険性に関する妊産婦への教育であった²⁸。自然出産はしばしば手術出産よりも知識、技術、判断力を必要とし、そのサービスはそれ相応に報いらなければならないことを、大衆に教育すべきであった。報告書はまた、手術出産に対して自然出産よりも高い料金を設定することは医師に手術への誘惑をもたらすので、手術の必要にかかわらず出産に対して標準的な料金を設定するよう勧告した²⁹。

妊産婦死亡率の調査は、ニューヨーク市、フィラデルフィア、クリーヴランド、その他の都市でも行われ、同様の結果がもたらされた³⁰。これらの調査報告は、あるフィラデルフィアの医師によれば、「産科学的良心 (obstetric conscience)」をもたらした。すなわち、「医師は徐々に、産科処置において彼らはしたいように行動する自由な主体者ではなく、近代産科学が提供しなければならない最善の治療を各患者に施すよう、市の医学的見解に肩越しに見られていると感じ始めるようになった。様々な状態での診察が要求され、『綱渡り的な』産科学は御法度になり、もはや許容されなくなった」³¹。「産科学的良心」は、次章で述べるように、標準的な産科医療の方法を模索してガイドラインを作ることを、産科医に促した。重要なことは、この「産科学的良心」が、一般医や助産師ではなく、産科専門医の哲学や態度を表していたことである。従って産科医療は、一般医や助産師ではなく、産科医を中心とする専門医によって標準化されることになった。

3 産科医療政策の推進

妊産婦死亡率の調査報告書において、妊産婦死亡率が高い原因のひとつとして産科医療が不十分であることが挙げられていたように、20世紀初頭には、アメリカにおいて産科医療の重要性が認識されるようになっていた。そのため、個々の医師や各医師会、様々な医療衛生機関が、産科医療政策を推進し始めた。

1919年にはアメリカ児童福祉協会（American Child Health Association）が、母性福祉合同委員会（Joint Committee on Maternal Welfare）を結成する決議を採択し、アメリカ婦人科医師会（American Gynecological Society）、アメリカ産婦人科・腹部外科医師会（American Association of Obstetricians, Gynecologists and Abdominal Surgeons）、アメリカ小児科医師会（American Pediatric Society）等から任命された委員も、この母性福祉合同委員会に加わった。合同委員会は母性福祉計画を立案したが、それにあたって以下のことを認識していた。第一に、特に中絶と出産後の感染数の減少と、妊娠中毒症からの妊産婦の生命と健康の保護が重要であること。第二に、不妊率の低下、中絶と早産の減少、死産の予防により、出産に至る妊娠数を増加させることが望ましいこと。第三に、出産前・出産中・出産後のより良い産科医療が必要であること。そして第四に、妊産婦と乳幼児を取り巻く状況の改善は大部分、現存する知識の一般的応用と、妊産婦と乳幼児の罹病率及び死亡率に寄与する多くの問題の調査にかかっていることである³²。

その結果、合同委員会はその機能を以下のように決定した。第一に、母性福祉の理想を具体化する実施計画を念入りに作り上げること。第二に、母性福祉を、他の衛生・福祉活動、特に児童福祉と関連させること。第三に、母性福祉の問題に関して、政府機関と協力すること。そして第四に、乳幼児、児童、母性福祉が密接に関連する問題を解決するために、小児科医と緊密に協力することである。これらの機能を推進するため、合同委員会はアメリカ国内のすべての医師会に連絡を取ろうと努力した。また合同委員会の委員は、児童の健康と保護に関するホワイトハウス会議の活動にも積極的に参加した³³。

母性福祉合同委員会は1934年に法人化して、法人団体アメリカ母性福祉委員会（The American Committee on Maternal Welfare, Inc.）と名称を変更した。会則で述べられたこの法人団体の設立目的は、以下の通りである。妊産婦や乳幼児の健康や生命を危険にさらしたり妨げたりする状況を改善し予防し、病気や障害を治療し予防し、健康を促進し生命を保護するという目的のために、妊娠中・出産前・出産中及び出産後の妊産婦及び児童の健康を保護するための私的・公的機関と協力するよう、医療専門家の関心を喚起し鼓舞すること。一般的・個人的な衛生法の原則と実践を、患者に教育すること。医師・看護師・その他の妊産婦の世話をする人々を訓練するための基準と方法を改善し一般化すること。上記の目的を達成するにあたって、関連する問題についての研究を推進すること。何らかの出版物や説明書を出版し配布する

こと。寄付を受け付け、法人組織の上記の目的のためにおそらく必要ないし有益で望ましい不動産及び動産を、贈与・譲与・遺贈により、購入・獲得・受領・取得・維持・管理すること。アメリカ母性福祉委員会は、乳幼児の福祉は妊産婦の福祉に大きく依存しており、両方とも地域の福祉にかかっていると信じていた。委員会は、妊産婦と乳幼児と地域の利益のために、安全で良識的な産科学の実践を推進し、出産前・出産中・出産後・出生後の看護を改善することによって、福祉を推進することに関心を抱いていたが、この目的は医師の指導力と協力と関与によってのみ達成できると主張した³⁴。

1925年には『アメリカ産婦人科雑誌 (American Journal of Obstetrics and Gynecology)』に「母性福祉部門 (Department of Maternal Welfare)」が設立され、そこで1931年に出生前看護法は以下のように定義された。「出生前看護法とは、医師その他による、妊娠の全期間にわたる妊婦の管理を意味する。それは、母親と胎児の両方ないし片方の死や身体損傷をもたらすかもしれない病気を回避したり抑制したり治療したりすることによって母親と胎児を保護し、不可避的な緊張に耐えるのに十分な身体的状態で女性を出産させることを目指すものである」³⁵。女性は、妊娠していると思ったらすぐに医師のところに診断を受けに行かなければならない。そうすれば、妊娠全期間にわたって医師の管理下に置かれることになる。最初の訪問時に医師は、綿密に患者の病歴を把握し、徹底的に身体検診を行い、終身にわたってすべての事実を記録しなければならない³⁶。

家族の病歴に関しては、患者の家族あるいは傍系親族に結核、精神異常、血友病、腎炎、腫瘍がなかったか調査する。家族内の女性の出産形態を調査し、出産に付随する合併症を記録する。奇形、内分泌物障害、家族性（同一家族の構成員で多数罹患する）性癖を明らかにする。患者の病歴に関しては、患者がかかった病気、病気にかかった時期、そして合併症があったかどうかを記録する。もしも女性が猩紅熱、扁桃腺炎、リウマチ、舞蹈病、洞（骨または組織の空洞）の病気、その他腎炎に至る球菌感染にかかったことがあれば、特別に看護する。性病感染の可能性を確認する。すべての外科手術に関して、外科手術が行われた時期、外科医の氏名、手術が行われた病院を記録する。妊娠、出産、産褥期の履歴に関しては、妊娠ごとに、妊娠中毒症、出血、感染を調査する。流産したことがあれば、その日付、妊娠期間、流産の理由を列挙する。前の産褥期に女性がどのくらいの期間床に就いていたか、熱があったかどうかを確認する。前の子供の出産体重と出産後の健康状態を確認する。現在の妊娠に関しては、過去の月経日から予定日を算出し、吐き気、胎動、医師の診察の結果によって確認する³⁷。

徹底的な身体検診を行い、すべての事実を記録する。女性の外見（太っているか痩せているか、肌の色、髪の種類、その他の特徴）を記録する。特に歯と口に特別な注意を払いながら、全身を検診する。鼻、甲状腺、心臓、肺、胸、腹、膣、子宮頸管、仙骨、尾骨、胎盤、背中、脊椎、足、骨格、腋窩、首、鼠蹊を検査する。そして体重、身長、足、血球数を測定する。ワッ

セルマン反応（梅毒診断法）、尿検査を行う。診察したら、妊娠衛生法に関して、食事、体重、運動、休息、入浴、腸、腎臓、歯、胸、妊娠中の性行為、母親の感情、体型の維持、衣服等について患者に指示を与える³⁸。こうして産科医は、助産師や一般医に代わって出産に立ち会うだけでなく、妊娠の全期間にわたって妊産婦の身体全体を自らの管理下に置くことを目指したのである。

さらに各州で妊産婦の死亡に関する会議が開催され、1934年のペンシルヴェニア州を筆頭に妊産婦の死亡に関する委員会が設立されるようになった。1930年代には、その他9州とワシントンDCで、1940年代にはさらに13州で、そして1950年代にはさらに15州で、妊産婦の死亡に関する委員会が設立された³⁹。以上のように、妊産婦死亡率の高さが認識されるようになると、それを低下させるための重要な手段として、専門医が中心となり、母性福祉を推進するための団体を全国規模で組織化し、各州で妊産婦の死亡に関する委員会を設立し、産科医療を標準化した。それはまさに、専門医による妊娠の全期間にわたる妊産婦の身体の管理であり、助産師や一般医、そしておそらくは妊産婦自身の主体性も、そこからは排除されていた。

おわりに

20世紀初頭以降、アメリカで妊産婦死亡率が高く、しかもその多くは予防可能であることが認識されるようになると、医師は妊産婦死亡率を低下させるための重要な手段として、産科医療政策を推進するようになった。産科医療政策は、おそらく妊産婦死亡率を低下させる上で大きな役割を果たしたが、同時に、産科医が出産の専門家として産室で新しい権力と権威を獲得することに寄与した。産科医は、産科医療を標準化することによって、産婦の枕元から「無能な」助産師や一般医を排除しただけでなく、妊娠の全期間にわたって妊産婦の健康と身体を管理しようとした。出産は科学的治療の対象とされ、妊産婦はますます、専門医による産科医療を受けて病院で出産することを奨励されるようになった。産科学に関する技術と知識を持っているのは産科専門医であったため、もしも妊産婦の死亡を医学的管理によって予防することができるのであれば、一般医や助産師よりも産科医の役割を拡大することが必要とされた。こうして産科医がますます多くの妊産婦の産科医療に責任を負うようになり、それに伴って助産師や一般医が世話をする妊産婦の数は減少した。一般医はまだ出産に立ち会っていたが、それは産科専門医の「監督下において」のみであった。

妊産婦死亡率の調査報告書の勧告にも関わらず、出産への介入自体は減少するどころか、実際には増加した。産科医の観点からすれば、出産は病理的な過程であり、惨事を防ぐためには日常的な医学的援助が必要であった。産科医の指示で、ますます多くの妊産婦が、麻酔、帝王切開、抗生物質、輸血を含む近代的医療技術の助けを借りて、病院で出産するようになった。出生率が低下して出産の社会的重要性が増し、妊産婦死亡率の高さが国家問題となって死亡率

を低下させるために何らかの措置を取ることを迫られていた戦間期アメリカの産科医にとって、近代的医療技術による出産への介入は、医療の近代化と産科学の専門化の象徴であり、当然の行為のように思われた。不必要な干渉が行われたのはアメリカだけでなく、他の多くの国で行われたが、アメリカほど大規模に行われることは滅多になかった。

産科医の専門家としての地位は、1930年代半ばに始まった全国的な妊産婦死亡率の低下によってさらに強化された。アメリカにおける妊産婦死亡率は、1933年の正常出産1,000件当たり死亡6.2件から1948年には1.2件に低下した⁴⁰。妊産婦死亡率が低下したのは、栄養の改善、住宅の改善、公衆衛生の改善、医療技術の発達等、多くの要因があったが、産科医の観点からすれば、自らの専門化と、出産の立会人として産科医が助産師や一般医に取って代わったことほど重要なことはなかった。こうして産科医は、助産師や一般医を犠牲にして専門的地位を拡張し、産婦の枕元で新しい権力と権威を獲得した。妊産婦が医師の権威に逆らうなどということとは考えられなくなった。新しい出産の専門家として評価されるようになった産科医は、医学会においても社会全体においても、高い地位と権威を獲得した。しかしながら、このように1920年代から始まった管理出産に対する反発として、1940年代以降、自然出産の思想や出産改革の実現を目指す運動が注目されていくことになるのである。

-
- 1 Palmer Findley, *Priests of Lucina: The Story of Obstetrics* (Boston: Little, Brown & Co., 1939); Judith Walzer Leavitt, "Birthing and Anesthesia: The Debate Over Twilight Sleep," *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 6-1 (1980): 147-64; Judith Walzer Leavitt, "The Growth of Medical Authority: Technology and Morals in Turn-of-the-Century Obstetrics," *Medical Anthropology Quarterly* 1 (1987): 230-55; Lawrence G. Miller, "Pain, Parturition, and the Profession: Twilight Sleep in America," in *Health Care in America: Essays in Social History*, eds. Susan Reverby and David Rosner (Philadelphia: Temple University Press, 1979): 19-44; Harold Speert, *Essays in Eponymy: Obstetric and Gynecologic Milestones* (New York: Macmillan, 1958); Harold Speert, *Obstetrics and Gynecology in America: A History* (Chicago: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1980).
- 2 William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics* (Chicago: University of Chicago Press, 1982); Janet Carlisle Bogdan, "Care or Cure? Childbirth Practices in Nineteenth-Century America," *Feminist Studies* 4 (1978): 92-99; Neal Devitt, "The Transition from Home to Hospital Birth in the United States, 1930-1960," *Birth and the Family Journal* 4 (1977): 47-58; Jane Donegan, *Women and Men Midwives: Medicine, Morality and Misogyny in Early America* (Westport, Conn.: Greenwood Press, 1978); Jane B. Donegan, "'Safe Delivered' but by Whom? Midwives and Men Midwives in Early America," in *Women and Health in America*, ed. Judith Walzer Leavitt (Madison, Wis.: The University of Wisconsin Press, 1984): 307-17; Pamela S. Eakins, ed., *The American Way of Birth* (Philadelphia: Temple University Press, 1986); Barbara Ehrenreich and English Deidre, *Witches, Midwives and Nurses: A History of Women Healer* (New York: Feminist Press, 1973); Frances E. Kobrin, "The American Midwife Controversy: A Crisis of Professionalization," *Bulletin of the History of Medicine* 40 (1966): 318-26; Judith Walzer Leavitt, "'Science' Enters the Birthing Room: Obstetrics in America since the Eighteenth Century," *The Journal of American History* 70-2 (1983): 281-304; Judith Walzer Leavitt, *Brought to Bed: Childbearing in America, 1750-1950* (New York: Oxford University Press, 1986); Judy Barrett Litoff, *American Midwives: 1860 to the Present* (Westport, Conn.: Greenwood Press, 1978); Barbara Katz Rothman, *In Labor: Women and Power in the Birthplace* (New York: W. W. Norton, 1982); Catherine M. Sholton, "'On the Importance of the Obstetrik Art': Changing Customs of Childbirth in

- America,” *William and Mary Quarterly* 34 (1977): 426-45; Pamela S. Summey and Marsha Hurst, “Ob/Gyn on the Rise: The Evolution of Professional Ideology in the Twentieth Century,” *Women and Health*, Part 1, 11-1 (1986): 133-45; Part 2, 11-2 (1986): 103-22; Richard W. Wertz and Dorothy C. Wertz, *Lying-In: A History of Childbirth in America* (New York: Free Press, 1977).
- 3 Irving Cutter and Henry Viets, *A Short History of Midwifery* (Philadelphia: W. B. Sanders Co., 1964); D. N. Danforth, “Contemporary Titans: Joseph Bolivar DeLee and John Whitridge Williams,” *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 120 (1975): 577-88; Judith Walzer Leavitt, “Joseph B. DeLee and the Practice of Preventive Obstetrics,” *American Journal of Public Health* 78-10 (1988): 1353-60; Harold Speert, “Memorable Medical Mentors: IV. John Whitridge Williams (1866-1931),” *Obstetrical and Gynecological Survey* 59-5 (2004): 311-18; Herbert Thomas, *Chapters in American Obstetrics* (Springfield, Ill.: Charles G. Thomas, 1933).
- 4 Virginia D. Drachman, “The Loomis Trial: Social Mores and Obstetrics in the Mid-Nineteenth Century,” in *Women and Health in America*, ed. Judith Walzer Leavitt (Madison, Wis.: The University of Wisconsin Press, 1984): 166-74; Lawrence D. Longo, “Obstetrics and Gynecology,” in *The Education of American Physicians: Historical Essays*, ed. Ronald L. Numbers (Berkeley: University of California Press, 1980): 205-25.
- 5 Sylvia D. Hoffert, *Private Matters: American Attitudes toward Childbearing and Infant Nurture in the Urban North, 1800-1860* (Urbana and Chicago: University of Illinois Press, 1989); Sally G. McMillen, *Mothers in the Old South: Pregnancy, Childbirth, and Infant Rearing* (Baton Rouge and London: Louisiana State University Press, 1990); Margaret K. Nelson, “Working-Class Women, Middle-Class Women, and Models of Childbirth,” *Social Problems* 30-3 (1983): 285-97.
- 6 Irvine Loudon, *Death in Childbirth: An International Study of Maternal Care and Maternal Mortality, 1800-1950* (Oxford: Clarendon Press, 1992), 276-77.
- 7 *Ibid.*, 277.
- 8 *Ibid.*, 278-79.
- 9 Wertz and Wertz, *Lying-In*, 202-3.
- 10 Grace Meigs, *Maternal Mortality from All Conditions Connected with Childbirth in the United States and Certain Other Countries* (Washington, D.C.: United States Government Printing Office, U.S. Department of Labor, Children’s Bureau Publication, No. 19, 1917), 9.
- 11 *Ibid.*, 14-16.
- 12 *Ibid.*, 20-22.
- 13 *Ibid.*, 22-24.
- 14 Richard A. Meckel, *Save the Babies: American Public Health Reform and the Prevention of Infant Mortality, 1850-1929* (Baltimore and London: John’s Hopkins University Press, 1990), 204.
- 15 *Ibid.*
- 16 Meigs, *Maternal Mortality*, 26.
- 17 S. Josephine Baker, “Maternal Mortality in the United States,” *Journal of the American Medical Association* 89 (1927), 2016.
- 18 Edward Stewart Taylor, *History of the American Gynecological Society, 1876-1981, and American Association of Obstetricians and Gynecologists, 1888-1981* (St. Louis, Missouri: The C. V. Mosby Company, 1985), 32-33.
- 19 “The White House Conference on Child Health and Protection: Foreword,” *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 21(1931), 765.
- 20 Litoff, *American Midwives*, 108.
- 21 White House Conference on Child Health and Protection, *Obstetric Education: Report of the Subcommittee on Obstetric Teaching and Education* (New York and London: The Century Co., 1932), 5, 9, 198, 205, 206.
- 22 White House Conference on Child Health and Protection, *Fetal, Newborn, and Maternal Mortality and Morbidity* (New York: Appleton-Century, 1933), 216-17.
- 23 *Ibid.*, 217.
- 24 *Ibid.*, 18.
- 25 *Ibid.*, 221-28.
- 26 *Ibid.*, 231-44.
- 27 *Ibid.*, 14.
- 28 *Ibid.*, 18-19.
- 29 *Ibid.*, 243-44.
- 30 J. V. DePorte, *Maternal Mortality and Stillbirths in New York State: 1915-1925* (New York: New York

- State Department of Health, 1928); New York Academy of Medicine Committee on Public Health Relations, *Maternal Mortality in New York City: A Study of All Puerperal Deaths, 1930-1932* (New York: Commonwealth Fund, 1933); *Maternal Deaths: A Brief Report of a Study in Fifteen States* (Washington, D.C.: United States Government Printing Office, U.S. Department of Labor, Children's Bureau Publication, No. 221, 1933); Richard A. Bolt, "Maternal Mortality Study for Cleveland, Ohio," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 27 (1934): 309-13; J. H. Mason Knox, "A Survey of Maternal Deaths in Maryland," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 21 (1931): 143-47; Philip F. Williams, *Maternal Mortality in Philadelphia, 1931-1933: Report of Committee on Maternal Welfare* (Philadelphia: Philadelphia County Medical Society, 1934). ニューヨーク市における妊産婦死亡率の調査に関しては、以下も参照。Joyce Antler and Daniel M. Fox, "The Movement toward a Safe Maternity: Physician Accountability in New York City, 1915-1940," *Bulletin of the History of Medicine* 50 (1976): 569-95; Charles R. King, "The New York Maternal Mortality Study: A Conflict of Professionalization," *Bulletin of the History of Medicine* 65 (1991): 476-502; Robert F. Porges, "The Response of the New York Obstetrical Society to the Report by the New York Academy of Medicine on Maternal Mortality, 1933-1934," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 152 (1985): 642-49.
- 31 Antler and Fox, "The Movement toward a Safe Maternity," 589-90.
- 32 "The American Committee on Maternal Welfare, Inc.: Its Organization, Purposes and Activities (Prepared by R. D. Mussey, R. L. DeNormandie, and F. L. Adair)," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 29 (1935), 754.
- 33 Ibid., 754-55.
- 34 Ibid., 755-56.
- 35 "Standards of Prenatal Care," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 22 (1931), 458.
- 36 Ibid.
- 37 Ibid., 458-59.
- 38 Ibid., 459-65.
- 39 J. G. Marmol, A. L. Scriggins, and R. F. Vollman, "History of the Maternal Mortality Committees in the United States," *Obstetrics and Gynecology* 34 (1969): 123-38.
- 40 Wertz and Wertz, *Lying-In*, 164.