

## 一般医か専門医か

### —20世紀初頭アメリカ合衆国における産科学教育—

小野直子

#### はじめに

アメリカ合衆国では、植民地時代から18世紀半ばまで、出産は助産師を初めとして女性の親戚・友人など、女性達だけの立ち会いで行われていた。ところが1760年代以降、ヨーロッパで産科学を学んだ医師が、アメリカ北東部都市の中・上流階級の出産に立ち会うようになった。以後、19世紀を通して助産の担い手は助産師から医師へと移行する。それを可能にしたのは、男性医師は女性が受けることのできない医学教育を受けているが故に、安全で短時間で痛みの少ない出産を約束してくれる、という一般的なイメージであった。しかしながら実際には、20世紀初頭まで医師が受けていた産科学教育は理論的で臨床経験が不足しており、彼らが無知であると見なしていた助産師と同じくらい多くの患者を死亡させていた。そのため、そのことが明らかになると、産科医は産科学教育の改革の必要性を感じるようになった。

本稿は、20世紀初頭のアメリカにおいて、産科学が医療の専門分野としての地位と権威を獲得する過程で、産科学教育が果たした役割を明らかにしようとするものである。産科学教育をめぐる議論は、当時アメリカの産科学が直面していた問題をよく現していた。20世紀初頭には、産科専門医と、広範囲にわたる医療業務の一部として出産を取り扱う一般医（general practitioner）との間に、はっきりとした境界線はなかった。一般医も産科専門医も出産に立ち会ったが、両方とも医師であり対等であった。ウィリアム・レイ・アーニー（William Ray Arney）は、境界線が曖昧であったので、専門医の根本的な在り方に関する議論が起こったのはほとんど必然的であったと指摘している。シカゴの産科医ジョゼフ・ポリヴァー・デリー（Joseph Bolivar DeLee）を中心とする集団は、産科学を一流の専門職にすることを望んだ。他方、ジョンズ・ホプキンス大学の産科学教授ジョン・ホイットリッジ・ウィリアムズ（John Whitridge Williams）を中心とする集団は、産科学を平均的な医師の必要に応じるための平等主義的な専門職にすることを望んだ<sup>1)</sup>。出産や産科学に関する議論は、実際には一般医をどうするか、すなわち、彼らを専門家として包含するのかそれとも排除するのか、という議論であった。この議論における産科医の立場は、産科学という専門分野を他の医療専門分野から分離させることを望むのか、それとも産科学が非専門医である一般医の必要に応じることを望むのかに基づいていた。

## 1 産科学教育の改革の必要性

1765年にアメリカで最初の医学校が設立されてから数十年間は、正規の医学教育はほとんど講義形式のみで、標準的な教科書や、教員が学生時代に写し取ったノートを超えるものではなかった。19世紀前半の医学教育者は、しばしば講義に供覧を加え、学生に解剖や外科手術などの行為を見る機会を提供した。1890年代までに、いくつかの医学校では実験や臨床を行うことを学生に要求するようになっていたが、それは入学資格や教育期間、学年別履修課程などに匹敵する重要な教育改革であった。前臨床医学（医学教育の課程における基礎医学）の学生が実験室に入るのと平行して、上級の学生は本物の患者を診察し、実際の出産を助け、外科手術を手伝い始めた。しかし、これはアメリカのすべての医学校に当てはまったわけではなかった<sup>2)</sup>。

アメリカ医師会（AMA: American Medical Association）は1904年に、医学教育協議会（CME: Council on Medical Education）を設立した。CMEは1906年にアメリカの医学校を広範囲にわたって調査し始め、医学校をA級（容認可能）、B級（容認困難）、C級（容認不可能）の三段階で評価した。1906年から07年に視察された160校のうち、82校がA級、46校がB級、32校がC級と評価された。学校の名前は公表されなかったが、各学校に評価が知らされ、各州の免許認定機関に報告された。そして州医師会は医学教育の改革を促された<sup>3)</sup>。

CMEはまた、カーネギー財団教育促進委員会（The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching）の助成金を獲得し、アメリカとカナダにおける医学教育の調査を、教育者エイブラハム・フレクスナー（Abraham Flexner）に依頼した。フレクスナーは1866年にケンタッキー州ルイヴィルに、ドイツ系ユダヤ人移民の息子として生まれた。約20年間の教員生活の後、ハーヴァード大学で哲学修士号を取得し、1906年にドイツに留学、1907年にアメリカに帰国してニューヨークに移り住み、カーネギー財団教育促進委員会で職を求めた。カーネギー財団の会長ヘンリー・S・プリチェット（Henry S. Pritchett）は、アメリカの単科大学の弱点、特にその目的の曖昧さと知的基準の欠如、総合大学への統合によってもたらされる混乱に関して、フレクスナーの根本的な考えに同意していた。しかし、プリチェットがなぜフレクスナーを採用したのかは、教育史上の謎のひとつである。その後のカーネギー財団の調査は、訓練を受けた専門家に依頼されているが、フレクスナーは医学校に在籍したことは一度もなかった。おそらくプリチェットは、フレクスナーの人柄、自信、現状を大胆に批判する意欲、そして明確で鋭い文章を書く能力に感銘を受けたのであろう。さらにプリチェットは、フレクスナーがハーヴァード大学の学長チャールズ・W・エリオット（Charles W. Eliot）から賞賛されており、また、著名な病理学・細菌学者であり、1898年から99年までジョンズ・ホプキンス大学の病理学教授、1903年から35年までロックフェラー医学研究所の医学部長を務めた兄サイモン・フレクスナー（Simon Flexner）を通して、ジョンズ・ホプキンス大学を中心と

する医学教育界に人脈を持っていることを知っていた<sup>4)</sup>。

フレクスナーはアメリカとカナダの150校以上の医学校を訪問し、医学生が受けている教育の質を測定して1910年に最終報告書を刊行した。彼は入学資格、教授の人数と能力、財政状態、研究室の質、関連病院と医学校との関係などに基づいて各校を評価した。その結果、大部分の医学校は入学基準が低く、教授は能力不足で設備は不十分であり、教授の金儲けのための私企業のようになっていることが明らかになった。報告書では、ドイツには人口2,000人当たり一人の医師、大都市では人口1,000人当たり一人の医師がいるのに対して、「アメリカ全体ですべてに平均して人口568人当たり一人の医師がおり、大都市では人口400人あるいはそれ以下に一人の医師、そして住人200人以下の小さな町には各々二人から三人の医師がいる」と、アメリカにおける医師の過剰を指摘していた。そして「我々の教育方法が、低水準の〔医師の〕大量過剰生産をもたらして」おり、それは過去においては正当化されたとしても、現在の状況では、粗悪な医師を増加させるよりも、少数のきちんとした訓練を受けた医師を育てる方が効果的であると結論し、医学教育の改革の必要性を主張した。そこでフレクスナーは、医学校に入学する前に二年間の大学教育を受けること、四年制の医学履修課程では、最初の二年間を主に実験科学（解剖学、生理学、薬理学、病理学）に、その後の二年間を内科学、外科学、産科学の臨床研究に充てること、さらに医学校の過剰状態を緩和するため、医学校の数を現在の155校から31校に削減することなどを勧告した<sup>5)</sup>。

1910年の報告書の中でフレクスナーは、すべての臨床科目の中で産科学を特に厳しく批判し、「産科学で最悪の様相を呈している」と指摘した。彼は、「両方の患者—母親と子供—の安全と慰安は、医師の訓練された看護と手際の良さ次第である。〔産科〕医療は……高度な技術を要する仕事である。適切な設備の整った産科病院においてのみ、原理、方法、技術を学ぶことができ、技能を習得することができるのである」と主張した。しかしながら実際の産科学教育は、彼によれば、「講義は全く役に立たなかった。人体解剖模型は、限られた程度しか価値がなかった」。そして多くの学生は、まずほとんど実際の出産を見ていなかった。多くの医学校は病院での臨床経験をほとんど提供せず、学生は「助産師とほとんど同じ訓練」しか受けていないと、フレクスナーは断言した<sup>6)</sup>。

フレクスナー報告の後、ウィリアムズ医師が、産科学教育と助産師問題に関する調査を行った。彼は四年制の教育課程がある120の医学校の教授に約50問にわたる質問表を送り、43人の教授から回答を得た。回答は、CMEが容認可能と評価した学校61校のうちの31校、容認不可能とした学校59校のうちの11校から得られたが、カナダからのものは含まれていない<sup>7)</sup>。質問に対する回答は、アメリカにおける産科学教育の嘆かわしい状況を示していた。簡潔に述べると以下の通りである。第一に、教授の多くは責務を果たす能力が無く、教授職の義務についてほとんど考えを持っていない。第二に、かなりの割合の教授は産科の緊急事態に対処すること

ができない。第三に、ほとんどすべての教授が、適切な産科学教育のための教育・病院設備が不十分であると不満を述べている。第四に、最も深刻な問題として、教授の多くが、平均的な一般医は産科業務を行う準備ができておらず、非常に怠惰な助産師と同じくらい多くの女性に危害を与えていると認めている。その結果ウィリアムズは、「我が国の女性と子供の福祉あるいは医学教育の問題に関心を抱いている公正な人間ならば、上記の報告を読めば意気消沈して、緊急に改革が必要な事態に我々が直面しているということを認めずにはいられない」と確信した<sup>8)</sup>。

そしてこのような産科学教育の欠陥の原因は、医学校の貧弱さ、教授の理想の低さ、一般大衆の無知にあるとし、以下のような改革が必要であるとウィリアムズは述べた。第一に、より優れたそして適切な設備の整った医学校、第二に、医学校の学生に対するより高い入学基準、第三に、高い理想を抱き科学的な訓練を受けた産科学教授、第四に、産科学全体の水準の向上、第五に、一般医に対する教育、第六に、一般大衆に対する教育、第七に、産科慈善病院の発展、第八に、より安価な看護師、第九に、ことによると助産師の訓練である。しかし助産師に関しては、「いかなる教育方法によっても申し分のない助産師を養成する可能性に関しては、非常に疑わしい」と考えていたので、「少なくとも大都市では、助産師の漸進的廃止と、産科慈善病院の著しい拡張が助産師に取って代わることを支持」した<sup>9)</sup>。これらの調査によって明らかにされた産科学教育の驚くべき実態は、産科医に教育の改革の必要性を強く認識させることになった。

産科学教育の改革の必要性は、母親と乳幼児の死亡率を低下させるようにという社会的圧力によっても強化された。1917年に児童局のグレース・メッグズ (Grace Meigs) 医師によって母体死亡率に関する研究が報告されると、アメリカにおける妊娠・出産による母体死亡率の高さが医療専門家の間で深刻な問題として認識されるようになった。メッグズの報告書は、アメリカにおいて15歳から45歳の女性の妊娠・出産による死亡は、結核に次ぐ死亡原因であることを明らかにした。そして1900年以降、結核、チフス熱、ジフテリア、偽膜性喉頭炎、その他予防可能な病気の死亡率は大きく低下しているのに母体死亡率が低下していないのは、無知と怠慢が原因であるとしていた。また報告書は、アメリカにおける妊娠・出産による母体死亡率を外国のそれと比較しており、アメリカの母体死亡率の低さは主要国16か国中14位であり、スイスとスペインのそれよりも低いに過ぎないことを明らかにした<sup>10)</sup>。

その後、妊産婦の死亡と母性保護に関する多数の報告書が公表された。母子の健康についての権威であったニューヨークのS・ジョゼフィン・ベーカー (S. Josephine Baker) 医師は、1927年のAMA第78回年次大会の産婦人科・腹部外科学部会 (Section on Obstetrics, Gynecology and Abdominal Surgery) において、最新の統計でもアメリカの母体死亡率の低さは20か国中19位に位置しており、アメリカより母体死亡率が高いのはチリだけであることを

明らかにした。アメリカの母体死亡率は、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。そしてペーカーは、「出産における生存可能性を考慮する限り、アメリカは妊娠した女性にとって世界で最も危険な国に近い」と述べた。さらにこのような母体死亡率は、現在の安全知識に基づいて出産を行えば、少なくとも半分、おそらくは三分の二は減らすことができると指摘した<sup>11)</sup>。

こうして、アメリカにおける出産による母体死亡率が他国と比較して高いことが明らかになると、産科医は、医学校で学生に提供される産科学教育について考慮するようになった。医療技術が改善され、一部の医学校では優れた教育が提供されていたが、1920年代になっても産科学教育には格差が存在していた。ローレンス・D・ロンゴ (Lawrence D. Longo) は、産科学と婦人科学における医学教育の問題点のひとつは、その目的が明確にされていなかったことであると指摘している。すなわち、学部教育における目標は何か。学部における産科学教育の目標は、学生がすべての産科学的問題を処理することができるようにすることか。もしそうでなければ、一般医はどのような産科学的問題を取り扱うように訓練されるべきか。教育は技術的側面に向けられるべきか、それとも生殖過程の生理学的理解を強調すべきか。最初の二年間の基礎科学教育においては基本的な生理学的構造を教えて臨床的側面は三年目か四年目まで遅らせるべきか、それとも組み合わせて教えるべきか。すでに過密なスケジュールにおいて、産科学分野の教育に充てる時間をどうするのか、といった問題である<sup>12)</sup>。

それでは、20世紀初頭まで、医学生はどのような産科学教育を受けていたのであろうか。アメリカでは18世紀後半から産科学の講習が出現したが、当時の教育は講義が中心であり、医学生は在学中に実際の出産を一度も眼にすることなく、医学校を卒業して医師としていきなり出産の現場に立ち会わなければならないこともよくあった。19世紀半ば以降、一部の医学校が供覧助産 (demonstrative midwifery) を開始し、実際に出産している女性を学生に見せて臨床教育を行うようになったが<sup>13)</sup>、出産を観察することができたのは幸運な学生だけであった。例えば中西部で最高の学校と考えられていたミシガン大学では、履修課程のうち382時間が産科学と婦人科学に充てられていたが、大多数の学生は階段教室での臨床実習の時間の大部分を「何も見えず、手術台で起こっていることをほとんど理解できない、手術室から高い場所にある固い長椅子に」座って過ごした<sup>14)</sup>。1870年から91年にノースウェスタン大学医学部に出席した学生は、学校の階段教室で出産してくれるように産婦を買収することができた場合にのみ、出産を見ることができた<sup>15)</sup>。しかし、多くの医学校はこの革新的教育を受け入れず、教科書と人体解剖模型のみで産科学を教え続けた。

こうして、大多数の学生はほとんどあるいは全く実際の出産に立ち会わずに卒業した。メイン州ポートランドのスタンレー・P・ウォーレン (Stanley P. Warren) 医師は、自分の経験を振り返って次のように述べている。「二年間の学生時代、彼 [指導医師] は唯一の例を除い



て私に出産の症例を見せなかった。……私は開業して四か月経つまで、出産の症例を経験したことがなかった」<sup>16)</sup>。また他の医師も1916年に、12年前に卒業した当時の典型的な医学校で受けた産科学教育は、「教科書の読解、主に異常〔出産〕を取り扱う講義の聴講、おそらく異常な位置に置かれた人体解剖模型を使用しての助産、そして階段教室での数件の出産の観察から成っていた」と証言している<sup>17)</sup>。このように、医学校で学生に提供された「臨床」教育の大部分は産科学用人体解剖模型が中心であり、多くの医学生にとってはそれが唯一の助産経験であった。

20世紀転換期までにいくつかの医学校が、医学生による自宅出産を制度化した。しかし、学生はたいてい出産に立ち会うために監督者なしで患者の自宅に送り込まれたので、この学習経験は危険をもたらすこともあった<sup>18)</sup>。例えば、1917年にコロラド大学三年生の学生が二人、監督者なしで合併症を伴う出産に立ち会っている間に悲劇が襲った。赤ん坊は、へその緒が首にきつく巻きついた窒息による死産であった。学生達は助けを呼ばずに10時間も陣痛に立ち会い、その間陣痛促進剤や麻酔を施していた。この失敗の原因は、助けを呼ばなかったという学生達の間違った選択と、学生にどこまで任せるのかを明確に定義していなかった教員の管理の曖昧さの両方にあった。教員が立ち会っても同じ結果が起こったかもしれないが、その出来事は明らかに、学生に対する監督の不十分さから生じる問題を例示していた<sup>19)</sup>。しかし、自宅出産教育によって少なくとも学生は至近距離で出産を観察することができ、自分自身で出産させることさえできた。

その他に学生が臨床産科学を学ぶことができたのは病院であったが、病院での臨床経験の可能性もまた非常に限られていた。シャーロット・G・ボースト (Charlotte G. Borst) が調査したウィスコンシン州の医師は、卒業前後に平均7.3か月間病院で過ごしたが、475人中271人(57.1パーセント)は病院での臨床経験が全くなかった<sup>20)</sup>。ミシガン大学では幸運な学生だけが、大学病院で世話をしている年間10人から12人の産科患者の一人を見ることができた。1903年にミシガン州アナーバーで小さな産科病院が創設されたが、学生はほとんど患者を見ることはなかった。というのは、病室には30しか寝台がなく、女性は出産後何週間も入院していたからである<sup>21)</sup>。このように、20世紀初頭までの産科学教育は、大部分は理論的で臨床経験が不足しており、医師に様々な出産に立ち会うための準備をさせるものではなかった。

## 2 一般医か専門医か

はじめに述べたように、20世紀初頭には、産科専門医と、広範囲にわたる医療業務の一部として出産を取り扱う一般医との間に、はっきりとした境界線はなかった。一般医も産科専門医も出産に立ち会ったが、両方とも医師であり、対等であった。出産や産科学に関する議論は、実際には一般医をどうするか、すなわち、彼らを専門家として包含するのかそれとも排除する

のか、という議論であった。

ウィリアムズ医師は、1912年の産科学教育に関する報告の中で、一般医に対する産科学教育の必要性を主張した。というのは、彼らは助産師と同じくらい、おそらくはそれより多くの女性を、産褥熱で死亡させていたからである。一般医は「産科学を、大きな責任を伴う重要な職業と見なすように教育されるべきである」とウィリアムズは述べた<sup>23)</sup>。同様に、チャールズ・A・ゴードン (Charles A. Gordon) 医師も、平均的な医師に基礎を教えることによって、彼らを専門分野に包含することを望んだ。「病院は、規則に従うことに同意するすべての人間に、産科医療の門戸を開いており」、産科専門職の問題の解決策は、「さらなる専門医の訓練ではなく……平均的な人間に対する継続的な教育」にあるとゴードンは主張した<sup>23)</sup>。

対照的に、デリー医師は、一般医から距離を保って産科専門職を向上させることを主張した。「我々は、産科学の理想を、臨時的な医療行為従事者である一般医の水準に下げるのではなく、産科学において一般医を専門医の水準に上げなければならない」とデリーは述べた<sup>24)</sup>。フィラデルフィアのエドワード・P・デイヴィス (Edward P. Davis) 医師は、産科医を高度な専門職者とするため、ジェファソン医科大学の学生を男性助産師 (man-midwife) と産科医 (obstetrician) に分けた。外科手術を行いたいという野心を抱きそれを学ぶ機会がある学生は、産科医として主要な外科手術を行う。外科以外の分野に関心を持つ学生は、難産を自分で処理せず、困難に直面した時には患者を病院に送り込むことが要求される。このようにして、比較的少数の有能な産科医を産出することを、デイヴィスは望んだ。「産科学は、他の外科学分野同様に、困難で努力を要し、比較的少数の医学卒業生だけがそれをうまく行う能力、忍耐力、持久力を持っている。この仕事を行うのに数多くの並みの者よりも少数の優れた者がいる方が、人類の利益には良いと私は信じている」と彼は述べた<sup>25)</sup>。そこで以下では、20世紀初頭に産科医の間で、産科学教育をめぐるどのような議論が行われていたのかを、教育時間、臨床教育、手術介入の三点に焦点を当てて見ていく。

### (1) 教育時間

産科学は医学界において他の専門分野と比較して不利な立場に置かれていたので、産科医は、産科学が医学の重要な専門分野であると主張した。例えば、ニューヨークのジョージ・グレイ・ウォード (George Gray Ward) 医師は、1926年のAMA第77回年次大会の産婦人科・腹部外科学部会において、一般医にとって産科学は専門分野であり、それ故に社会の福祉に不可欠であると指摘した。「医学の基本的分野のひとつを代表するこの主要な医学会における最も重要な分野のひとつとして、産科学は一般医の専門であり、おそらく小児科学を除いて、それほど一般医にとって重要で社会の福祉に不可欠である特別な専門分野は他にないことを認識するならば、我々にかかってくる責任を正当に評価しなければならない」<sup>26)</sup>。ネブラスカ州オマハのパーマー・フィンドレイ (Palmer Findley) 医師も、1928年のアメリカ産婦人科・腹部外

科医師会 (American Association of Obstetricians, Gynecologists and Abdominal Surgeons) の会長演説において、「大学教員の名に恥じない時宣を得た行動が要求される緊急事態という観点から、産科学は他のいかなる医療専門分野よりも優先権があると言えるかもしれない」と、産科学が他の医療専門分野よりも重要であることを主張した<sup>27)</sup>。

このような産科学の重要性にもかかわらず、医学校の履修過程において産科学に割り当てられる時間はあまりにも不足しており、産科学を教育するためにはもっと多くの時間が必要であると産科医は主張した。1925年の母性福祉委員会 (Committee on Maternal Welfare) の報告書によれば、一般医の活動は、内科学50パーセント、産科学35パーセント、そして簡単な外科学・骨折・生命保険など15パーセントという割合であるのに対して、医学校の履修課程では、産科学と、専門外科学を除く一般外科学の実際の教育時間の比率は、4対18であった。「従って明らかに、一般医が必要とするものを十分に提供しようとするならば、履修課程を刷新する根拠がある」とフィンドレイは主張した。「従って私は、アメリカ産婦人科・腹部外科医師会が、医学校の履修課程を規定する権限を与えられている人に、産科学教育にもっと正当な評価を与えさせ、そしてその結果医学校の卒業生に一般的な医療行為の必要に無理なく応じる準備をさせることは、実際正当な要求であると思う<sup>28)</sup>。

そして1927年のアメリカ産婦人科・腹部外科医師会の会合では、医学校の履修課程において一般外科学と産科学に対して同等の評価をするようにという申し立てを、CMEとアメリカ医科大学協会 (American Association of Medical Colleges) に提出することが決議された<sup>29)</sup>。

## (2) 臨床教育

20世紀初頭までの産科学教育はほとんど理論的なものであり、明らかに臨床経験が不足していた。20世紀初頭には、多くの産科医が臨床教育の必要性を指摘するようになっていた。例えばミシガン州アナーバーのルーベン・ピーターソン (Reuben Peterson) 医師は、1920年のAMAの産婦人科・腹部外科学部会において、「医学校は、過去の産科学教育においては臨床が無視されてきたことを認め、そのような状況が改善されるような方策を講じる時である」と臨床教育の必要性を訴えた<sup>30)</sup>。

しかしながら実際には、大多数の医学校において産科学教育の臨床設備が不足していた。ブルックリンのジョン・オズボーン・ポラック (John Osborn Polak) 医師は、1921年のAMA第72回年次大会の産婦人科・腹部外科学部会において、「教授法は優れており、かなり画一化されていることを、調査は示している。しかし、大多数の学校で臨床観察のための設備が不十分であり、医療専門家も素人も、出産は正常な過程であると考え続けているという事実のため、学生はしばしば、試験に合格したのでいかなる女性の出産にも立ち会う能力があると思っ

て社会に出てしまう」と指摘した<sup>31)</sup>。サンフランシスコのフランク・W・リンチ (Frank W. Lynch) 医師も、1924年のAMA第75回年次大会の産婦人科・腹部外科学部会において、「医



療専門家の熱心な運動と素人の干渉にもかかわらず、産科の状況はあまり改善されていない」と述べた。そして、「学校が、卒業前に少なくとも50件の症例を学生に提供するのに十分な診療所を建設しない限り、どうして一般的状況が改善されるであろうか。産科学は……豊富な臨床経験で補わない限り、教科書、講義、あるいは人体解剖模型だけで学ぶことはできない。臨床産科学は一般的ではないが、すべての医師に必修化されるべきである」と主張した<sup>32)</sup>。

フィンドレイ医師は、「アメリカにおける理論教育は、他の国々によって定められた基準よりもかなり上であると言われているかもしれないが、臨床観察の設備は多くの施設で情けない程不足している」と指摘し、そのことが、他国と比較してアメリカの産科治療が恥ずべき状態にある理由であると主張した<sup>33)</sup>。コロンビア大学の産婦人科学教授B・P・ワトソン (B. P. Watson) も、1930年にニューヨーク医学アカデミー (New York Academy of Medicine) で、「すべての医師が、出生前診療所、病棟、産室、適切に設備され運営されている産科病院の担当地区で、学生としてまとまった時間—最後の年の少なくとも3か月間—を過ごす機会を持つまで、国全体の産科医療は実質的に改善されないであろう」と述べていた<sup>34)</sup>。

こうして、臨床教育の必要性と、そのための臨床設備の不足を認識するようになった産科医は、臨床教材としてもっと多くの出産待機患者が必要であると確信するようになった。そのため、助産師を排除して出産患者を病院に収容し、臨床教育に必要な教材を独占しようとしたのである<sup>35)</sup>。

### (3) 手術介入

産科学と婦人科学は、1920年から39年にかけて組織化したと、パメラ・S・サメイ (Pamela S. Summey) とマーシャ・ハースト (Marsha Hurst) は述べている。すなわち、産科学と婦人科学は、医療専門分野として治療内容を明確に定義して境界を設定した。サメイとハーストは、この専門組織化の最も重要な結果は、その時期のいわゆる急進主義者によって主張された積極的介入主義の出現であったと主張している。この積極的介入主義は、産科・婦人科医の支配的なイデオロギーとして持続することになった。出産への広範囲にわたる介入を支持するこの積極的介入主義の出現は、いくつかの理由で、保守的不介入主義に取って代わった。第一の理由は、その専門分野が、産科学と、婦人科学の手術分野との結合であったことである。第二の理由は、新しい専門職は、自らを一般医と区別する必要があることである。サメイとハーストが説明しているように、産科医は「いかなる医師も出産に力を貸すことはできるが、経験豊かな専門医—産婦人科医—のみが、安全に首尾よく介入することができる」と感じていた。一部の保守的不介入主義の産科医は、経済性と安全性を根拠にこの積極的介入主義に挑戦したが、「1920年代に発達した積極的介入主義は、1940年代から50年代に、女性の生殖システムのすべての身体的・心理的側面の世話をする産婦人科医、という拡張主義的見解の根拠となった」と、サメイとハーストは主張している<sup>36)</sup>。

産科医は、妊娠・出産がもはや自然な生理学的過程ではなく、医学が介入すべき病理学的現象であると主張して、医学界内部における産科医の地位を向上させようとした。例えばウィリアムズ医師は、「妊娠及び出産は通例は生理学的過程であるが、常にそうであるとは限らないだけでなく、変調や異常をきたしやすいので、産婦は、放置したままにしておくで母親の生命と子供の生命を深刻な危険にさらすかもしれない多くの合併症を、早期に発見し治療することができる、聡明な医師の看護を受けるべきである」ということを、一般大衆に教えなければならないと主張した<sup>37)</sup>。

デリー医師も、「実際には産科学は非常に病理学的価値があり、外科学と同等の主要科学であるのに、医療専門家は同様の〔出産は生理学的行為であるという〕偏見を受け入れている。確かに赤ん坊を産むことは自然な過程であり、自然の意図は正常な機能であろうが、それが有害なものであるということ否定することができる人間はいない。我々は皆、自然な出産でさえしばしば多くの母親と赤ん坊の両方に損傷を与えることを知っている。もしも出産が有害であるならばそれは病原性であり、もしも病原性であるならばそれは病的である」と主張した<sup>38)</sup>。そして「産科学で、チフス熱や結核やジフテリアの治療や予防においてあったような改善がない」根本的な理由は、「一般大衆が、出産は病理学的機能であるという考えを持っていないからである。……今日では……出産はもはや正常な機能ではない」と断言した<sup>39)</sup>。デリーによれば、「出産中の危険を免れるのはほんの少数の女性」だけであるので、産科医は、出産中彼女達の助けとなるためにもっと何かをしなければならなかった<sup>40)</sup>。

このような積極的介入主義の産科医は、女性、少なくとも産科医のサービスに対して支払う余裕がある女性は、衰弱して過度に文明化しており、従って出産には適していないと見なしていた。デリーは当時の女性を「現代文明の神経過敏で無力な産物」と呼び、現代女性はもはや援助なしに出産を完遂することができないとし、そこで産科医が果たさなければならない重要な役割を強調した<sup>41)</sup>。出産における麻酔の使用を擁護して、ミズーリ州カンザスシティのジョージ・クラーク・モッシュャー (George Clark Mosher) 医師は、1921年のアメリカ産婦人科・腹部外科医師会第34回年次大会において、次のように述べた。「20世紀の女性は、教育と環境のせいで極端な超神経過敏症になり、影響を受けやすい神経系統を持ち、苦痛を強く感じる。従って、彼女の身体的・精神的力は容易に失われるのである」<sup>42)</sup>。このような主張は、産科医のサービスに対して支払う余裕がある女性の間で市場を作り出し、助産師や一般医に対する産科専門医の優位を確立するのに役立った。

他方で、保守的不介入主義者は、産科学における悲惨な結果の原因を手術介入に帰して、積極的介入主義に対する懸念を表明した。R・F・スキール (R. F. Skeel) 医師によれば、「正常出産においてさえ、もしも産科医が、赤ん坊が生まれる前に〔出産現場に〕到着することができれば、すべての産科患者は手術症例に切り替えられるべきであると主張する、新しい学派

が現れている」<sup>43)</sup>。リンチ医師は、「現在産科学は、20年前に婦人科学において起こったように、生理学から外科学へと見解を変化させようとする強力な急進主義的学派によって混乱させられている」と指摘し、「現在産科学が必要としているのは、一般外科医よりも、より保守的な仲間である」と主張した<sup>44)</sup>。ウォード医師も、「一般医やいわゆる専門医が、安全な回りくどい方法から離れて、しばしば母親と子供の両方にとって悲惨な結果を引き起こす危険な手っ取り早い方法に陥る」ことを指摘し、「自然を正常な生理学的過程から逸脱させようとする者は、当面の目的を達成するかもしれないが、法外な代価になりがちであるということ覚えておかなければならない。大多数の症例においては、機敏であることよりも忍耐強い方が、良い産科医である」と主張した<sup>45)</sup>。

従って、保守的不介入主義者は、教育においては、不必要な介入を避けるように学生に理解させることが重要であると感じていた。ワトソン医師は1926年のフィラデルフィア産科医学会 (Obstetrical Society of Philadelphia) において、「近年、産科学は外科的専門職であり、産科医は何よりもまず外科医でなければならないとよく聞く。この考えが産科技術の改善の努力要因になる限り、それは誠に良いことであるが、新進の医師が、すべての患者は外科処置を受けなければならないと考えるようになれば、それは誠に悪いことである。従って、産科学の外科的性質を強調すると共に、教員の側は、大多数の症例は基本的に正常であり不必要な介入は危険であるということ、学生に銘記させるために倍の努力をしなければならない」と主張している<sup>46)</sup>。「今日では、病院施設が増加し、訓練を受けた看護師が付き添い、手術に『備える』ことが容易になったために、介入の衝動に駆られやすくなったので、『お節介な助産』を行わないように教えることが、以前よりも必要である。…… [患者が] 苦しんでいる時のすべての介入の徴候について、教員が学生と十分に議論しない限り、学生は間違っただけの印象を抱く傾向にあると思う。彼らは、熟練した産科医が困難な鉗子出産、胎児回転術、逆子の出産を成功させるのを見て、この成功は、一部は『必需品一式』や補助に関して仕事をするのに理想的な状況であるためであり、一部は医師の個人的な技術力のためであり、もしも将来の患者の自宅と同じ処置を試みたとしたらその両方が不足しているであろうことを、必ずしも理解するとは限らない」。従って医学生には、産科手術を行うためには、学部課程においておそらく受けることができる以上の訓練が必要であると理解させなければならなかった<sup>47)</sup>。

それに対して積極的介入主義者は、母体死亡率が高い原因を、「どうするべきか知らない人間による出産中の介入」と出生前養護の不足に帰した<sup>48)</sup>。彼らによれば、学部卒業生にあるのは診断能力のみであり、産科手術を行う能力はなかった。ポラック医師が1921年に述べているように、医学校を卒業したばかりの医学生は、「特別な訓練を受けるまでは、腹部を切開する能力があるに過ぎない」のであり、「彼は単なる男性助産師であり、それ以上ではない」<sup>49)</sup>。インディアナポリスのA・M・メンデンホール (A. M. Mendenhall) 医師は、1928年のアメリ

カ産婦人科・腹部外科医師会第41回年次大会において、次のように主張した。「平均的な医師は、出産後の深刻な出血、前置胎盤〔胎盤が内子宮口の部に位置するもので出血の原因をなす〕、臍帯脱、剥離、あるいは狭骨盤を取り扱う能力がない。彼は、しばしばかなり正確な産科の診断を行うことができるかもしれないし、おそらく治療の指針を書くことはできるが、しばしば適切な産科手術を行う能力がない。現在、外科学と婦人科学の教育は主に学生の診断能力を伸ばしているが、産科処置を教える努力はほとんどなされていない。というのは、新しい卒業生が社会に出て、特別な訓練を受ける前に大手術を行うとは考えられていないからである」<sup>50)</sup>。従って、医学教育においては、一般医が異常出産の際に自分で処置することは技術的に困難であり、学部以上の訓練を受けた専門医の助言と処置が必要であることを、学生に理解させなければならなかった。

さらにメンデンホールは、産科学においてより多くの専門医を養成する必要性を指摘したが、1920年代にはその状況はほとんど改善されなかったと主張した。「先の論文で著者は、産科学におけるより多くの専門医を主張した。もしももっと多くの訓練を受けた産科医を、少なくともコンサルタントとして役立てることができれば、紛れもない利点となるであろう。……もしももっと訓練を受けた産科医が国中に適切に配分されれば、そしてもしも素人と医療専門家が彼らの能力と有用性を認識すれば、彼らは非常に明白な〔産科医〕不足状態の埋め合わせをすることになり、不必要で失敗に終わる産科手術が行われることは少なくなるであろう。……産科学の専門的な勉強をすることを望んでいる人間が得られる地位の数は、今もなお非常に少ない。1921年に多くの人々がそのような機会を要求したが、それ以来状況はほとんど改善されていない」<sup>51)</sup>。

### 3 産科学教育小委員会報告書

それでは、1920年代の産科学教育の実際はどのようなものであったのであろうか。それを明らかにするために、ここでは、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）によって発表された、産科学教育に関する報告書を詳細に検討する。そして、当時の産科学教育の実態と、産科医がどのような教育を目指そうとしていたのかを明らかにする。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<sup>52)</sup>。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<sup>53)</sup>。その第一冊目が、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<sup>54)</sup>。産科学教育小委員会の報告書では、学部（undergraduate）教育、学部卒業後（postgraduate）教育、大学院（graduate）教育の三点についての調査が報告されている。

## (1) 学部教育

報告書によれば、学部の医学教育には、主にふたつの目的がある。第一の目的は、一般的な内科と外科の治療を相応に安全に行うことができるように十分な教育と訓練を、学生に提供することである。第二の目的は、大学院生が、教員、研究者、あるいはある医療専門分野の高度な訓練を受けた専門医になるための勉強を続けることができるように、将来の教育と訓練のために必要な基礎を身に付けさせることである。報告書は、学部の産科学教育について以下のように厳しく批判している。「大多数の学生は、卒業時母性保護の責任を負う資格がない。……彼らは、多くの場合十分な理論的教育を受けているかもしれないが、実際の経験は不足している。半分以下の学生しか、卒業時まで女性を出産させたことがない」。このような状況であるので、卒業あるいは学位授与のためには、十分な産科医療を含む研修期間が必要であると、報告書は指摘している<sup>55)</sup>。そして学部における産科学教育の実態と、それがどれほど一般診療に役立っているかを調査するために、アメリカのすべての医学校の医学部長と産科学科長、多くの病院、そして医学校の卒業生に質問表が送付された。その結果、以下のような産科学教育の実態が明らかになった<sup>56)</sup>。

四年制教育を行っているすべての医学校の学部長に質問表が送付され、57校の学部長から多かれ少なかれ完璧な回答が得られた。産科学と婦人科学の学科統合に賛成かという質問に対しては、42人が賛成、14人が反対と回答した。産科学と婦人科学は何年間教育されているかという質問に対しては、38人が3～4年生、17人が2～4年生と回答し、2人は回答がなかった。この教育は何年生から始めるべきであるかという質問に対しては、33人が3年生から、22人が2年生からに賛成と回答した。医学校で産婦人科教育と基礎科学教育の間に十分な相関関係があるかどうかという質問に対しては、20人が肯定し、28人が否定し、3人は「かなり」という回答であった。研修医としての産科病棟勤務を要求することに賛成かという質問に対しては、53人が賛成、4人が反対を表明した。しかしながら、そのような勤務を学生に課することが可能かどうかという質問に対しては、53人中30人のみが肯定し、17人は不可能、6人は部分的な産科病棟勤務を課することが可能であると回答した。

学生が観察する適当な出産数については、14人が5～12件、21人が12～20件、8人が20～30件、7人が40～50件と回答した。50校中39校は、学部長が適当と考える数の出産を学生に観察させることが可能であり、10校は不可能、1校は記入がなかった。学生が助産する適切な出産数については、30人が10～15件あるいは20件、6人は20件以上、1人は30件と回答した。37校では、学部長が適当と考える数の患者を学生に助産させることが可能であったが、そのうち15件以上の助産が適当であると考えられていたのは3校のみであった。学部長が適当と考える数の患者を学生に助産させることが不可能な17校のうち、12校で学部長は12件以下の助産が適当であると考えていた。医学博士の学位のために一年間の病院での研修が要求されているか、



またそうであるならば産科勤務は要求されているかという質問に対しては、10校のみが医学博士号授与前に一年間の病院研修を要求しており、そのうち7校で産科勤務が要求されていた。

医学校での産婦人科教育が、一般診療の要求を満たしているかどうかに関する意見を得るため、四年制課程のある医学校の、1921年から28年に在籍していた6校の卒業生に質問表が送付され、158人から回答があった。学部生あるいは学部卒業後の研修医としての産科病棟での勤務期間に関しては、16人は産科勤務がなく、34人は2か月以内、77人は2～6か月、12人は6か月以上と報告し、19人は回答しなかった。講義で図表・スライド・映画・標本を使って説明されたかという質問に対しては、158人中、図表は120人、スライドは76人、映画は27人、標本は129人が使用されていたと回答した。人体解剖模型の授業に関しては、158人の卒業生中、111人は人体解剖模型に対する産科手術を許可され、47人はそれを見る特権を与えられていたが、32人は人体解剖模型に対する手術を、95人は供覧を受けていなかった。このような手術や供覧に充てられた時間は、この質問に回答した59人中約三分の一は10時間以下、約三分の一は15時間以下、そして残りの約三分の一は16～90時間と回答した。有能な臨床教員の付き添いなしで自宅出産が許可されていたかという質問に対しては、153人が回答し、96人は付き添いがあり、5人は配属されていた病院では外来診療がなく、残りの大部分は付き添いも有能な産科医による指導もなかった。

産科病棟で研修医としての勤務があったかどうかという質問に対しては、78人が肯定し、77人が否定した。産科病棟に勤務した78人中、1人は研修中1人の患者も観察せず、12人は1人も出産させなかったと回答した。7人は1～9人を観察して25人は同数を出産させ、21人は10～19人を観察して19人は同数を出産させ、21人は20～49人を観察して8人は同数を出産させ、10人は50～99人を観察して5人は同数を出産させ、8人は100人以上を観察して2人はそれ以上を出産させた。10人は観察数を、7人は助産数を報告しなかった。出生前診療に関しては149人の卒業生から回答を得て、そのうち15人は勤務がなく、134人はそのような診療所での勤務を経験していた。勤務期間についての回答は多様で、数日間から、数週間、数か月間に及び、彼らの経験を一般化することは不可能であった。出生後診療に関しては151人の卒業生から回答を得て、102人がこれを経験していた。

40校の産科学と婦人科学の学科長から回答を得たが、このうち20校では産科学と婦人科学が結合した学科であり、20校は独立した学科であった。後者のうち3校では、婦人科学は外科学と結合していた。40校中13校だけが、学校と関連する産科病院を持っていた。これらの産科病院の寝台数は39～200台に及び、幼児用寝台とほぼ同数であった。7校では関連産科病院の産科寝台数は100台以下、6校では100台以上であった。関連産科病院での出産数は、3校で500件以下、4校で500～2,000件、5校で2,000件以上、2校は報告がなかった。関連産科病院での学生の研修期間は、9校で1週間から1か月と多様であった。関連産科病院で学生が出産さ

せる、あるいは補佐する数は、回答した11校中9校で20件以下であった。2校では、学生は60件以上の出産を見る機会があった。28校は、48の総合病院と関連していると回答した。関連総合病院で学生が見る正常出産数に関しては29校が回答し、13校は15件以下、9校は15～30件、7校は30件以上であった。総合病院で学生が見る病理学的症例に関しては17校が回答し、12校は10件以下、5校は10件以上であった。総合病院で学生が行う出産数に関する質問に対しては28校が回答し、12校は1～10件、7校は10件以上、1校は20件、1校は10～30件であった。この28校中、9校で学生は1件も出産させなかったが、6校で出産を補佐する機会があった。

40校中37校で出生前診療が行われていた。このうち12の診療所は週に10時間以下しか開いておらず、18の診療所は週に10～20時間開いていた。ひとつは週に40時間開いていた。診療所に通う学生数は日に2～18人で、14校では学生は診療所で25時間以上を過ごした。各学生がこの診療所で観察する患者数は、5校で10人以下、11校で10～30人、4校で31～50人、9校で50人以上、5校で100人以上であった。11校は報告しなかった。各学生が診療所で診察する患者数は、ほとんどの学校で観察する数とほぼ同じであった。27校で、学生は骨盤外及び骨盤内計測を要求された。出生後診療に関しては33校が運営していると報告し、平均開設時間は週に2～6時間であった。出生後診療所に通う学生数は、報告があった24校で1～12人、平均約6人であった。診療所で過ごす時間は、選択制の場合もあり、必修にしている約20校では最低4時間で最高192時間であった。35校が自宅出産を行っており、自宅出産を行う学生は医師によって監督されているが、24校は断続的で、2校は「場合による」と報告した。17校では学生は時々監督なしで出産を終了させたが、それは以下のような場合に限定されていた。5校は「もし正常出産であれば」、2校は「正常な経産婦」であれば、1校は「監督下で2件経験した後で」と回答した。自宅出産で学生が助産する患者数に関しては31校が報告し、4校はなし、1校は「自発的に」、18校は10人以下、8校は10人以上であった。自宅出産で学生が観察する患者数に関しては19校が報告し、12校は10人以下、7校は10人以上であった。

研修医が産科勤務に費やす時間と、病院で利用可能な産科教育教材に関する情報を得るために、国中の多くの病院にも質問表が送付され、241の産科医療を行っている総合病院から適切な回答を得た。研修医の産科勤務の期間と助産数の平均は、以下の通りであった。年間出産数が1,000～2,000件の巡回研修制（研修期間を分割して、異なった各専門科において実施研修を受ける制度）の病院では、研修医の平均産科勤務期間は1.8か月、年間出産数が300件以下の病院では2.6か月であった。巡回研修制の181の病院中、21の病院では研修医当たりの出産数は25件以下、28の病院では25～49件、68の病院では50～99件、64の病院では100件以上、10の病院では200件以上であった。各病院の研修医当たりの平均出産数の最低は9件、最高は309件であった。59の病院が、質問表に列挙されていた11の合併症（充血 [身体の一部に血液が充満すること]、子癇 [主として末梢神経の急激な痙攣発作]、他の毒血症、前置胎盤 [胎盤が内子宮

口の部に位置するもので出血の原因をなす], 胎盤剥離, 分娩後出血, 子宮破裂, 狭骨盤, 流産, 産褥感染症, 子宮外妊娠) のいずれかを報告していたが, 11の合併症すべてを報告したのは7の病院のみであった。全出産の四分の一, 三分の一, あるいは二分の一が手術出産であることは珍しいことではなく, ある病院では全出産867件中644件, 74.3パーセントは鉗子, 胎児回転術, 帝王切開であった。

以上のような調査結果から, 報告書は, 学部における産科学教育について以下のように結論している。「アメリカの産科学教授法は, 多くの学校で臨床教材の不足が過度に強調されてきたことを除けば, かなり申し分のないものである。必要なのは, 理論教育を減らすことではなく, 臨床教育を増やすことである。我が国の母体死亡率は, [ヨーロッパ] 大陸のいかなる国家のそれをも上回っており, カナダや南米の何か国かのそれをも上回っている。すなわち, 文明世界で最高のひとつである。もしも十分な産科学の臨床教育設備が提供されれば, この不名誉な状況を訂正することができる」。報告書によれば, アメリカでは, 死産を除いて, 年間220万人以上の子供が生まれており, AMAの算定によれば, 70万人の女性が毎年病院で出産している。このことは, 教育目的に利用することができない臨床教材が多いことを示している。従って, 「必要なのは, より多くの産科寝台と, 教育に利用することができるより多くの患者である」。この必要を満たすために, 医学校及び大学の運営組織は, 必要な設備を提供する努力を行わなければならない。近年, アメリカにおける産科・婦人科治療の水準を上げることを目的として, アメリカ婦人科医学会 (American Gynecological Society), アメリカ産婦人科・腹部外科医師会, AMAの産婦人科・腹部外科学部会が合併して, アメリカ産婦人科委員会 (American Board of Obstetrics and Gynecology) を発足させた。多くの成果が得られたが, もしも産科学が内科学や外科学と同等の評価を得ようとするならば, さらなる努力が緊急に必要である<sup>57)</sup>。

そして報告書は, 以下のことを勧告した。医学校とそれに関連する病院で, 産科学と婦人科学の学科を統合すること, 資格のある産科医と婦人科医のみを, これらの統合された学科の教員に任命すること, 特殊病理学の実験講習, 人体解剖模型実習, 臨床病院実習をもっと広範囲にわたって行うこと, 授業において図表, 模型, 教材, スライド, 映画をもっと利用すること, 基礎科学教育と産婦人科学教育をもっと密接に関連させること, 医師免許のためには, 申し分のない産科医療を含む一年間の巡回研修を要求すること, 合併症を伴う症例に立ち会う機会を増やすこと, 適切な監督下において適当な数の出産に立ち会う機会を学生に与えること, 学生による自宅出産は教員の産科医が監督すること, 臨床産科学教育にもっと十分な時間を割り当てること, 教育時間と設備は一般外科学のそれと同等にすること, 受胎前, 出生前, 出生時, 出生後の養護について詳細な教育を行うために, 十分な設備を利用することができるようにすること, 現在教育用に利用されていない病院の産科患者を利用可能にすること, 医学校の履修

便覧は同様の書式を採用すること、などである<sup>58)</sup>。

## (2) 学部卒業後教育及び大学院教育

産科学の学部卒業後教育及び大学院教育に関して、報告書は次のように述べている。学部産科学教育と大学院教育の間には、非常に密接な関係がある。もしも学部教育が不十分であれば、大学院教育での最終的な研究に必要な適応性を身につけることができない。生産的な結果を保証するためには、両方がきちんと制度化されていなければならない。しかしながら、20世紀初頭のアメリカでは、野心的な若い学部卒業生が産科学の大学院課程に進むことができるのは、2～3か所しかなかった。もしも十分な教育の機会を得たければ、ヨーロッパに行かなければならなかった。産科学教育委員会（Committee on Obstetric Education of Physicians）の調査によれば、今日でも上級の産科学教育を受けたいと望んでいる人間にとって、機会は十分ではない<sup>59)</sup>。

上級の医学教育に適用される学部卒業後教育と大学院教育という言葉は無差別に使用されているので、相当な誤解と混乱が生じているが、以下の定義が、アメリカ医科大学協会（Association of American Medical Colleges）の医学教育・教授法委員会（Committee on Medical Education and Pedagogics）によって提示されているものである。学部卒業後教育とは、医学の卒業生に対して通常大学管理下以外で行われる医学教育である。大学管理下で行われる場合には、通例公開講座においてである。その方法論は多様であるが、多くは講義を聴いたり実演を目にしたりするものである。その主要な特徴は、さらに上級の医学教育であり、研究はその要素ではない。講座は通例短期間で、一週間から6か月であるが、一年間に拡張されることもある。大学の学位を授与されることもあるし、正規の修了証書や証明書を獲得することもある。これに対して大学院教育とは、公衆衛生学、医科学、臨床科目から選択した特別な医学研究を大学で行うことである。公衆衛生学校、公衆医学校、総合大学院、医学系大学院、医学校の大学院課程の監督下にある。医学の一専門科目の勉強に専念する一年間が最低限の大学院在学期間であり、大学院の学位取得のための履修単位が与えられ、最低二年間で修士号、最低三年間で博士号を取得することができる<sup>60)</sup>。

質問表、調査、書簡によって可能な限り完全な資料を確保しようと努力した結果、明らかになったアメリカの学部卒業後及び大学院の産科学教育の要約は以下の通りである。この報告書のために、学部卒業後の産科学教育は以下の群に分類されている。(1)大学の医学校、医学協会、あるいは州衛生局によって後援されている公開講座。(2)医学協会その他の組織によって提供されている講座。産科学はほんの一部ではあるが、一般に釣り合いが取れた包括的な講義内容である。(3)病院での産科学と婦人科学の研修。(4)大学管理下の短期間の産科学講座で、おそらく産科学に直接関係する科目の教育を含む<sup>61)</sup>。

調査によれば、10州（カリフォルニア、フロリダ、ジョージア、アイオワ、カンザス、ケン

タッキー、メリーランド、ニューヨーク、オクラホマ、ウィスコンシン)で産科学の公開講座を行うための努力が、多かれ少なかれなされている。これは医学校、州立大学の公開講座、州あるいは地域の医学協会と協力する州衛生局によって後援されている。

巡回講座は、産科学治療の改善のための理想的な手段であるというのが意見の総意であった。さらに、それを受講する医師が負う費用の観点からも、講座を開講する組織の観点からも、医師に実践的知識をもたらす最も経済的な方法である。医師を一週間以上も治療から遠ざけることは、深刻な問題である。経済的損失に加えて、活動拠点から離れることによって強いられる生活費の増加は、重要な問題である。教員が毎週5～6人の医師と親密に接触することによる好影響は、自明である。この教育方法の最大の利点は、もしも医師が医学の中心地に行くと、大学という環境と設備の観点から大学の問題処理方法に従って教育を受けるのに対して、巡回講座では地元社会における地元の問題としての内容が医師に提起されることである。質問表に対する回答から強調される点は、教員の選択を注意して行うことの重要性である。というのは、講座の成功は、「それを成し遂げる」教員の能力に大きく依存しているからである。

報告書によれば、医師会あるいはその他の団体において、産科学のみの講座を提供する試みはなされていなかった。一部の医師団体は、一般医学の現職者再教育のための素晴らしい機会を提供しており、すべてではないが多くの専門分野を含んでいる。これらの団体は、一般医に教育上有益な、釣り合いが取れた講義内容を提供する努力をしている。国及び地域の産科医師会及び婦人科医師会は、教育的会合に出席する人々に対して、豊富な教育を提供している。訪問者は会合への出席を歓迎され、時には議論に参加するよう要請される。論文の口頭発表を聞いたり議論したりすることから得られる利益と同様、個人的な交際も、学部卒業後の重要な勉強である。こうした現職者再教育は、医学活動の中心地のすぐ近くにいる医師にとって、大きな恵みとなる。残念ながら、教育目的に関する限り、臨床設備が実用化されていない場所が多かった。

A MAの医学教育と病院に関する委員会 (Council on Medical Education and Hospitals) によって認可されている専門医学研修の一覧表によれば、産科学及び婦人科学あるいは両方の専門医学研修を提供する病院は83である。これらの病院によって提供されている医学研修総数は167件であり、婦人科学のみが7件、産科学のみが28件、産科学と婦人科学の統合が132件である。この一覧表に掲載されていない病院の専門医学研修の数は、不明である。報告書は、この種の経験が、地域社会にとっても、教育を終えて専門分野の準備をする医師にとっても、大きな利益になっていることを評価している。しかしながら、この教育は、多かれ少なかれ個別的な性質のものであり、学部卒業後及び大学院の産科学教育を促進するための組織的努力ではない。

アメリカのすべてのA級の医学校に質問表が送付され、産科学科に関する一般的情報に加えて、各学校で提供されている学部卒業後及び大学院課程に関する情報も求められた。42校から



回答があり、そのうち26校が学部卒業後及び大学院教育を行っているとして報告した。質問表では、教育は以下の5種類に分類された。(1) 現職者再教育講習, (2) 一年以下の講習, (3) 一年以上の講習, (4) 専門医教育のための講習, (5) 教員養成のための講習。定義に従って、一年以上の、大学管理下の講習のみが大学院教育と分類された。従って、この報告書では、現職者再教育講習及び一年以下の講習は「学部卒業後教育」として、一年以上の講習及び専門医と教員養成のための講習は「大学院教育」として議論されている。

11校が、現職者再教育講習を行っている。入学のための教育資格は似ており、すべての学校は、志願者が医学の卒業生であることを要求している。講習の期間は、一週間から八週間まで多様である。一週間当たりの教育時間は、18時間から48時間にまで及んでいる。講習の合計教育時間は、最短が18時間から36時間で、最長が240時間である。当然そのような時間の相違は、講習の目的、利用可能な教材、そして教育の範囲のためである。2校以外は、理論とともに観察と実技を含む講習を提供していた。9校では、学生は出生前診療所で働かなければならず、8校では、学生は出生後診療所で働いた。3校しか学生に出産を処理することを認めておらず、そのうちの1校ではこれは選択であった。10校が人体解剖模型の項目について報告し、9校がそのような講習を提供していた。5校では必修、1校では選択、2校では必修ではなく、1校からは報告がなかった。系統的な実験は5校で要求されていた。1校では選択、1校では勧告、3校では要求されていなかった。

何年もの間、学部課程の第三年次と第四年次における臨床教育は、学生の患者との接触を申し分のないものにするには不十分であり、学生は病院で一年間交代勤務をして過ごすことが不可欠であると思われてきた。従って、一部の医学校は、第五年次あるいは研修年次を、医学博士号のための必須としていた。現在、12校が、第五年次ないし研修年次を要求している。病院研修年次は、アラスカ準州、コロンビア特別地区、ペンシルヴェニア、ニュージャージー、ロードアイランド、ノースダコタ、ワシントン、ミシガン、イリノイ、デラウェア、アイオワ、サウスダコタ、ユタ、ウィスコンシンで、医師免許に不可欠な必要条件として採用されている。

大学院教育は学部卒業後教育よりも長期間に及ぶ。というのは、大学院課程は、より包括的で徹底的だからである。教育は理想に近く、研究が重要な部分を占め、臨床教育は一般医に割り当てられているものを上回る。一年以上の講習では、講習期間は一年から10年と異なり、それはその講習の目的、すなわち優れた一般医を養成するのか、それとも専門医を養成するのか、という理由で説明される。

19校中、教育した専門医の数は、報告があった13校で1人から「50人近く」までで、合計は150人以下であった。6校は報告しなかった。教授職に就く準備をするための教育に関しては、明確にそのような教育を提供しているのは8校のみで、1校は「始まったばかり」、他は「希望している」、そして1校は正教授ではなく教員として訓練していた。アメリカでは、1,000人

以上の医師が、産婦人科教育に従事している。医学校において教員養成のための設備が不十分であり、教育職に就いている人間の多くは、有能な臨床医、教員、研究者による監督や教育を受けずに、自分自身の努力で成長してきたことは明らかである。A級の医学校65校中一覧表に列挙されている63校の産婦人科学科には、合計1,045名が在籍しており、396名が産科学を教え、343名が婦人科学を教え、306名が産科学と婦人科学の両方を教えていた。

以上の調査結果から、報告書は、学部卒業後及び大学院における産科学教育について、以下のように結論している。大部分の婦人科治療は、出産の手遅れによる不都合な結果の治療に関連していると認識されている。産科学のあらゆる面に造詣が深くない婦人科医は、出産年齢の女性に対する手術を行う時に全体的に正しく把握する能力を失ってしまう。下腹部を専門にしていない産科医は、産科の主要な腹部治療を行う能力がほとんどない。女性に対して熟練した産婦人科治療を施し、出産の不都合な結果を防ぐためには、産科学の学部教育と同様、十分な大学院教育が必要である。必要な第一歩は、教育施設における産科学と婦人科学の分野の完全な統合である。統合された学科では、全人員が、妊産婦の直接治療及び遠隔治療の教育及び実践、及び両学科での教育を要求される。多くの州で行われている教育は、巡回講座や公開講座が、大規模な医学的中心地から離れた、あるいは研修に参加することができない医師に、刺激と知識をもたらす有益な方法であることを示している。これらの講座は実践的で、証明済みの事実のみを医師に提供し、一時的流行が許容されるべきではない。産科学の改善は、産科学の学部教育及び大学院教育の改革によってのみ達成される。このことは、母親と乳幼児の死亡数の減少、及び後で手術を必要とするような状況を引き起こす合併症の減少をもたらす。アメリカでは、産科学の学部卒業後及び大学院教育は、そのような教育の必要に応じる程度にまで発達していない<sup>62)</sup>。

そして報告書は、以下のことを勧告した。より多くの教育施設が適切な産科学の大学院課程を提供すること、ヨーロッパ型の教育課程をすべての医学校に拡張すること、婦人科学を産科学に付随させること、各大学の医学校は、もしも大学院教育を引き受けるのであれば、学部と大学院の要求に応じるのに十分な大きさの産科病院を備えること、基礎科学を重視すること、医学校の教員は手術の訓練を受けていること、さらに訓練を受けた研究者であるのが望ましいこと、将来の学生が、授業の性質や期間、取得することができる履修証明に関して明確に分かるように、履修課程の記述を画一化すること、大学院課程を持つ学校は共通の最低基準を設定すること、大学院志願者は、専門医、教員、あるいは研究者として認められる前に、そして学位を授与される前に、能力の基準となる基本的要求を満たすこと、州立大学は、地方の医師が最新の情報についていくための巡回式の授業を発展させること、適切な訓練を受けた医師のみが産科専門医として任命されること、病院は、十分に資格のある専門医以外に、深刻な産科の合併症に立ち会ったり、大きな産科手術を行ったりすることを許可しないこと、などである<sup>63)</sup>。

この産科学教育に関する調査報告書から、1930年頃に産科医が目指していた産科学教育の改革を以下のように要約することができる。入学資格・教育期間・教育設備・教育内容・修了証や学位の授与の条件などについては学校間に差異が存在するので、志願者に分かりやすいように履修便覧の記述を画一化すること。産科と婦人科を統合して、女性の身体及び生殖機能のすべての世話をする専門分野になること。産科学を外科学と同等に評価し、産科学教育にもっと十分な時間を割り当てること。十分な臨床教育のために、産科病院と設備を整えて、臨床教材として利用可能な出産患者をもっと多く受け入れること。大学院教育を受けた者が、専門医・医学校教員・研究者として認められること。専門医のみが、難産に立ち会ったり産科手術を行ったりすることができること、などである。こうして産科学教育は、デリー医師達が主張したように、産科学を高度な専門職として専門医を養成する方向に進んでいくことになるのである。

## おわりに

アメリカでは、18世紀後半から助産術（midwifery）の講習が出現したが、当時の教育は講義と暗唱が中心であり、医学生は在学中に実際の出産を一度も目にすることなく、医学校を卒業して医師としていきなり出産の現場に立ち会わなければならないこともよくあった。産科学の臨床教育は19世紀半ばに最初に導入されたが、一般に20世紀初頭までは履修課程に含まれなかった。18世紀半ば以降19世紀を通して、助産の担い手が助産師から医師へと移行するが、それを可能にしたのは、男性医師は女性が受けることのできない医学教育を受けているがゆえに、安全で短時間で痛みのない出産を可能にするという認識を、医師も産婦も抱いていたからであった。しかしながら、20世紀初頭の医学教育に関する調査は、アメリカにおける産科学教育の嘆かわしい状況を明らかにした。すなわち、産科学教授の多くは能力がなく、産科学教育のための教育・病院設備は不十分であり、医学生は助産師と同じくらいの訓練しか受けていないという事実である。調査によって明らかにされた産科学教育のこのような実態は、産科医に教育の改革の必要性を強く認識させることになった。産科学教育の改革の必要性はまた、母親と乳幼児の死亡率を低下させるようにという社会的圧力によっても強化された。20世紀初頭までほとんど関心を払われることなく、フレクスナー報告において「最悪の様相を呈している」と評価された産科学教育は、ここにきて大きく変化し始めた。

出産の専門家として、医学界において他の専門分野と同等の地位を獲得しようとしていた産科医は、そのために、産科学が高度な専門職であることを主張した。すなわち、医師は誰でも出産を手伝うことはできるが、きちんとした教育を受けた専門家である産科医だけが、安全に出産に介入することができる、というのである。産科手術は他の外科手術と同じくらい高度な技術であり、従って他の外科手術のための教育と同じくらいの時間が産科学教育には必要であるとされた。そして産科学の臨床教育に必要な教材を確保するために、さらに多くの産婦を産

科病院に受け入れるようになった。こうして1930年頃には、産科学教育は、デリー医師達の主張したような、産科学を高度な専門職として専門医を養成するための制度として整えられていった。両大戦間期には、産科学教育小委員会報告書において勧告されているように、医学校において産科と婦人科は徐々に統合されていった<sup>64)</sup>。

1930年には、AMAの産婦人科・腹部外科学部会とアメリカ婦人科医学会、アメリカ産婦人科・腹部外科医師会が合併して、アメリカ産婦人科委員会を発足させ、産婦人科分野の教育及び資格認定制度を制定しようとした。1932年まで、名声があり認定された産科医は、創始者として認められた。産科学・婦人科学において10年間の経験を持つ医師は、技量、口述、臨床、実験を含む試験に合格すれば認められた。新規の専門医は、産科学の正規教育が要求され、三年間の学部卒業後教育を受けて、専門医として少なくとも二年間の研修を受けなければならなかった。いかなる専門医も、女性以外の患者を受け入れることはできなかった。こうして、十分な教育を受けた一般医でさえも、委員会の認定する資格者からは排除された。さらに委員会は、病院の産科学部門の職を、委員会が認定した資格者に限定することにより、産科学分野における一般医の活動を制限しようとした。1936年までに委員会は、病院で治療することができる者とできない者を認定するまでに権威を拡大した。一般大衆も病院の理事も、十分な訓練を受けた専門医とそうでない者を識別する手段として、資格認定を利用するようになった<sup>65)</sup>。

その後産婦人科学の分野は、女性の身体と生殖機能のすべてを取り扱う専門職としてますます拡大し、生殖内分泌、婦人科腫瘍、不妊症、周産期、臨床遺伝、更年期その他の副専門分野が登場する。このような細分化は、産婦人科学関連の各分野を教えるのに各々どのくらいの時間を割り当てれば良いのか、といったような教育的問題を提起することになった。それは、産婦人科学に特有の問題ではなかった。専門分野や副専門分野が増加すると共に、専門分野の必修時間数も相応に増加した。医学校では、各専門分野がますます多くの授業を提供して授業時間を多く得ようと争うようになり、履修課程は過密化していった。他方で細分化は、専門分野の権威を拡大する上での強みにもなった。このように医療専門職は、医学教育を改革することで、治療の権威となり、病院・医療技術・患者を支配するようになった。産婦人科学も、教育の水準を上げて専門職としての権威を確立することに成功し、ますます広範囲にわたって社会的責任を負う専門分野として、成熟していくことになるのである。

## 注

- 1) William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics* (Chicago and London: University of Chicago Press, 1985), 53. ある歴史家は、デリーとウィリアムズを、20世紀産科学の二人の「巨人(titans)」と呼んでいる。D. N. Danforth, “Contemporary Titans: Joseph Bolivar DeLee and John Whitridge Williams,” *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 120 (1975): 577-88. また二人については以下も参照。Judith Walzer Leavitt, “Joseph B. DeLee and the Practice of Preventive Obstetrics,” *American Journal of Public Health* 78(1988): 1353-60; Harold Speert, “Memorable Medical Mentors: IV. John Whitridge Williams (1866-1931),” *Obstetrical and Gynecological Survey* 59(2004): 311-18.
- 2) アメリカにおける産科学教育の歴史に関しては以下を参照。Lawrence D. Longo, “Obstetrics and Gynecology,” in *The Education of American Physicians: Historical Essays*, ed. Ronald L. Numbers (Berkeley, Los Angeles, and London: University of California Press, 1980). アメリカで最初の助産術(midwifery)の講義は、1765年にウィリアム・シッペン・ジュニア(William Shippen, Jr.)によって行われた。シッペンに関しては以下を参照。Betsy Copping Corner, *William Shippen, Jr.: Pioneer in American Medical Education* (Philadelphia: American Philosophical Society, 1951).
- 3) Rosemary Stevens, *American Medicine and the Public Interest*, Updated Edition with a New Introduction (Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1998[1971]), 63-66.
- 4) Thomas Neville Bonner, *Iconoclast: Abraham Flexner and a Life in Learning* (Baltimore and London: John's Hopkins University Press, 2002).
- 5) Abraham Flexner, *Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching* (New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910).アメリカにおける医学教育の歴史に関しては以下を参照。Barbara Barzansky and Norman Gevitz, eds., *Beyond Flexner: Medical Education in the Twentieth Century* (New York, Westport, and London: Greenwood Press, 1992); Kenneth M. Ludmerer, *Learning to Heal: The Development of American Medical Education* (Baltimore and London: John's Hopkins University Press, 1985); Kenneth M. Ludmerer, *Time to Heal: American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care* (New York: Oxford University Press, 1999); Ronald L. Numbers, ed., *The Education of American Physicians: Historical Essays* (Berkeley, Los Angeles, and London: University of California Press, 1980).
- 6) Flexner, *Medical Education in the United States and Canada*, 117-18.
- 7) John Whitridge Williams, “The Midwife Problem and Medical Education in the United States,” *Transactions of the American Association for the Study and Prevention of Infant Mortality* 2 (1912), 165.
- 8) *Ibid.*, 182.
- 9) *Ibid.*, 192.
- 10) Grace L. Meigs, *Maternal Mortality from All Conditions Connected with Childbirth in the United States and Certain Other Countries* (Washington, D.C.: Government Printing Office, Children's Bureau Publication, No.19, 1917).
- 11) S. Josephine Baker, “Maternal Mortality in the United States,” *Journal of the American Medical Association* 89 (1927), 2016.
- 12) Longo, “Obstetrics and Gynecology,” 224.
- 13) Virginia G. Drachman, “The Loomis Trial: Social Mores and Obstetrics in the Mid-Nineteenth Century,” in *Women and Health in America: Historical Readings*, ed., Judith Walzer Leavitt (Madison, Wis.: University of Wisconsin Press, 1984): 166-74.
- 14) Charlotte G. Borst, *Catching Babies: The Professionalization of Childbirth, 1870-1920* (Cambridge



- and London: Harvard University Press, 1995), 97.
- 15) Ibid., 100.
  - 16) Stanley P. Warren, "The Prevalence of Puerperal Septicemia in Private Practice," *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children* 51 (1905), 302.
  - 17) Florence Sherbon, in Discussion of Session on Obstetrics, *Transactions of the American Association for the Study and Prevention of Infant Mortality* 7 (1917), 64.
  - 18) Boast, *Catching Babies*, 100.
  - 19) Ludmerer, *Learning to Heal*, 310, n27.
  - 20) Borst, *Catching Babies*, 99.
  - 21) Ibid., 100.
  - 22) Williams, "The Midwife Problem and Medical Education in the United States," 188-89.
  - 23) Charles A. Gordon, "The Conduct of Labor and the Management of Obstetric Emergencies," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 13 (1927), 505.
  - 24) Joseph Bolivar DeLee, "The Prophylactic Forceps Operation," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1 (1920), 44.
  - 25) Edward P. Davis, "Modern Obstetrics, with Relation to the General Practitioner, the Student, the Midwife and the Specialist," *Journal of the American Medical Association* 59 (1912), 22-23.
  - 26) George Gray Ward, "Our Obstetric and Gynecologic Responsibilities," *Journal of the American Medical Association* 87 (1926), 1.
  - 27) Palmer Findley, "The Teaching of Obstetrics," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 16 (1928), 613.
  - 28) Ibid., 615-16.
  - 29) Ibid., 611.
  - 30) Reuben Peterson, "The Future of Obstetrics and Gynecology as a Specialty," *Journal of the American Medical Association* 74 (1920), 1362.
  - 31) John Osborn Polak, "The Defects in Our Obstetric Teaching," *Journal of the American Medical Association* 76 (1921), 1809.
  - 32) Frank W. Lynch, "The Specialty of Gynecology and Obstetrics," *Journal of the American Medical Association* 83 (1924), 398.
  - 33) Findley, "The Teaching of Obstetrics," 611.
  - 34) B. P. Watson, "Can Our Methods of Obstetric Practice Be Improved?" *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 6 (1930), 649-50.
  - 35) 出産の病院化に関しては以下を参照。小野直子「アメリカ合衆国における出産の病院化と産科学の台頭」『富山大学人文学部紀要』37(2002): 37-57。
  - 36) Pamela S. Summey and Marsh 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): 102-22, citation, part 1, 138, and part 2, 104.
  - 37) Williams, "The Midwife Problem and Medical Education in the United States," 189.
  - 38) Joseph Bolivar DeLee, "Progress toward Ideal Obstetrics," *Transactions of the American Association for the Study and Prevention of Infant Mortality* 6 (1916), 116.
  - 39) Joseph Bolivar DeLee, in Discussion on Edward P. Davis, "The Spring of a Nation's Life," *Transactions of the American Association for the Study and Prevention of Infant Mortality* 9 (1919), 114.
  - 40) DeLee, "The Prophylactic Forceps Operation," 40.
  - 41) Ibid." 43.

- 42) George Clark Mosher, "Ten Years of Painless Childbirth," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 3 (1921), 142-43.
- 43) R. F. Skeel, "Presidential Address: American Association of Obstetricians, Gynecologists and Abdominal Surgeons," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 5 (1923), 112.
- 44) Lynch, "The Specialty of Gynecology and Obstetrics," 398.
- 45) Ward, "Our Obstetric and Gynecologic Responsibilities," 1.
- 46) B. P. Watson, "The Responsibility of the Obstetric Teaching in Relation to Maternal Mortality and Morbidity," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 14 (1927), 279-80.
- 47) *Ibid.*, 280.
- 48) Joseph Bolivar DeLee, Comment on George Clark Mosher, "Report of the Committee on Maternal Welfare of the American Association of Obstetricians, Gynecologists and Abdominal Surgeons," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 9 (1925).
- 49) Polak, "The Defects in Our Obstetric Teaching," 1809.
- 50) A. M. Mendenhall, "The Teaching of Operative Obstetrics," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 17 (1929), 586.
- 51) *Ibid.*, 587.
- 52) "The White House Conference on Child Health and Protection: Foreword," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 21 (1931), 765.
- 53) Judy Barrett Litoff, *American Midwives: 1860 to the Present* (Westport, Conn.: Greenwood Press, 1978), 108.
- 54) 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). 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。White House Conference on Child Health and Protection, *Fetal, Newborn, and Maternal Mortality and Morbidity* (New York: Appleton-Century, 1933). この報告書に関しては以下を参照。小野直子「アメリカ合衆国における妊産婦死亡率と産科医療政策」『富山大学人文学部紀要』45 (2006) : 71-84.
- 55) White House Conference on Child Health and Protection, *Obstetric Education*, 8.
- 56) 以下、学部教育に関する質問表に対する回答については、*Ibid.*, 24-43.
- 57) *Ibid.*, 44-46.
- 58) *Ibid.*, 51-52.
- 59) *Ibid.*, 55.
- 60) *Ibid.*, 57.
- 61) 以下、学部卒業後及び大学院教育に関する調査報告については、*Ibid.*, 58-87.
- 62) *Ibid.*, 88-89.
- 63) *Ibid.*, 89-90.
- 64) Longo, "Obstetrics and Gynecology," 225.
- 65) Borst, *Catching Babies*, 114-15, 149-50.

付記 本稿は、平成19年度科学研究費補助金若手研究（B）「アメリカ合衆国における医療の専門化と女性の身体」（課題番号18700671）による研究成果の一部である。

