

## <西洋のお産>

西欧社会でも、ずっと古くはお産はみんな自宅で行われてきた。一般的には、女性たちが出産を互いに援助していた。出産は、屈んでしゃがむ姿勢が多く、天井から下がった綱につかまったりした。また、後ろに寄りかかった姿勢のこともあった（ミレイユ・ラジェ/出産の社会史/勁草書房 1994）。男性医師たちがお産の部屋に入るようになったのは、多くの産婆やヒーラーが処刑をうけたとされる魔女狩りが終わりをつげたあたりからといわれている。

イギリスでは、17世紀半ばには男性助産夫と呼ばれる人々が“裕福な層”の難産の処置にあたるようになり、出産介助にお金動くしくみができた。初めのうち、外科兼床屋（刃物をもって人を扱うという意味だろう）という肩書きで産室に入っていた男性助産夫は、産婆がお手上げ状態の難産に呼ばれ、外科としての事後処理のような仕事をしていた。そのうち17世紀後半に、ロンドンのチェンバレン一家が鉗子(カンシ)を考案。鉗子とは金属性のサラダサーバーのような形をしており、産道に入れて、胎児の頭をはさんで引き出すことに使用する。実際、この発明によってそれまで産道をどうしても出でられなかった赤ちゃんが、助かるようになった。1663年に、フランスでルイ十四世が愛人の出産に男性助産夫を呼んだ、という話が広まり、貴族や金持ちの女性たちの間でトレンドとなる。ここで男性助産夫が出産の際の姿勢を、台の上で仰向けに変えた。18世紀になると鉗子が広まり、それを使うために、いよいよ女性は仰向けの姿勢を強いられるようになる。古くから使われていた分娩椅子は使われなくなってしまった。

18世紀も終わりに近づくと、男性助産夫たちは、医師として解剖学や分娩の理論をもち、組織化し、社会的地位を得て優位な立場を獲得していきはじめた。ここより有史以前からのお産の歴史が、男性による産科学の歴史に塗り替えられることになる。1847年にイギリスで麻酔剤が初めて産科で使用され、その後人気を得た。ドイツでは新しい麻酔剤が導入され、イギリスでは陣痛促進剤の前身、子宮刺激剤が使われ始める1870年代に消毒薬で医師や医学生たちの手からの病原菌感染が防げるようになる。麻酔と消毒により帝王切開が可能となった。ドイツで「帝王切開ができるように、産婦は病院で出産することが望ましい」というお達しが出、アメリカでは、この頃から都市部では病院出産が一般化して、会陰切開、剃毛、両足をあぶみに上げた碎石位での出産姿勢の固定などなどが、通常のこととして皆に行われるようになっていった。

女性たちは、産後の感染の危険性が少なくなり、難産の末死亡するという危険からはまぬがれるようになった。さらに麻酔の使用で産痛からも解放されていた。男性医師たちは、それが一番いい方法であるとし、女性たちもまた、科学的な出産は死と陣痛の恐怖をとり去ってくれるというような思いをもったかもしれない。

そして、1950年頃までには、病院が唯一の出産の場であるかのような社会の状況になっていった。（参考/きくちさかえ著／『イブの出産、アダムの誕生』農文協より）そしてこの後吸引分娩が1950年代以降西欧諸国に広く評価され、その後日本でも急速に普及することとなる。

## <日本のお産>

1950年代まで、女性たちは自宅でお産していた。

住んでいる地域の特徴や条件の中でお産の習俗に違いがあった。離島などでは男性を立ち入らせず、地域の女性たちと、介助の経験豊富な女性(産婆など)が呼ばれてお産をしており、山間地域などでは、妻の妊娠中に地域の男性から夫にお産介助の方法が伝えられ、夫が介助の中心的役割をになっていた所もある。(参考/吉村典子著/国立歴史民俗博物館研究報告第141集) 明治時代くらいまでは、自宅の外に産小屋が設けられていて、そこで出産する習慣もあった。

出産の姿勢も、座産が普通で、例えばアラ蓆の上にボロ布団を敷き、藁を21束たばねてそれに寄りかかり、7日間は座り通し、毎日1束ずつ抜いていき21日目に忌明け(いみあけ)となるなど、地域によって風俗は様々だった。トリアゲバアサン自身も、地域社会の中での位置づけは多様で、民間信仰的知識と分娩介助の技術を正統に継承し役割を担うものとして村の中心的人物であったこともあったし、また、忌にかかわることから男性の僧侶と同様に空間的には村(ないし村の境界)に居住していながら社会的には村の成員ではない地域もあった。開拓地などを中心に、出産経験と技術に長けた年長の女性を頼むということもあった。その中で共通しているのは、彼らは金銭を介したいわゆる「職業」的な産婆ではなかったということだった。(参考/白井千晶/出産の社会史~助産婦さんに聞くお産のいまむかし) この、伝統的な産婆術は、時代とともに日本から失われてゆく。昭和中期、アイヌコタンに生まれ名誉職として世襲しその役目を為した青木愛子氏の死をもって終焉したといえるかもしれない(参考:長井博著/アイヌお産ばあさんのウパシクマ/樹心社)。

**産湯**: 産湯をつかわすという習慣は、ヨーロッパなどにはない。ただのお湯というよりは、湯に何か入れるところもある。全国的に伝承されているものの1つは、塩。こうしたことは、産湯をたんに清潔にするという目的だけでなく、むしろ赤ちゃんに生命力を身につけさせ、「丈夫に育て」という親の願いがこめられている。

**へその緒**: その昔、へその緒はとても大切なものだった。日本各地で大事に保存され、その子の九死に一生という場合に、へその緒をけずって飲ませると、一度は必ず治るといい伝えがある。へその緒を生命力とは切っても切れないものとして伝承している所が多い。(参考/鎌田久子ホカ著/日本人の子産み・子育て-いま、むかし)

**うぶ着**: 赤ちゃんが生まれてすぐボロ切れや腰巻きなどでくるむ。これは、インドなどではまだ残っている習慣だ。江戸時代に広まり現代まで日本に続くのが産着の習慣。産着の麻の葉模様には、災いを防ぐ魔よけのお守りの意味がある。(参考/『生とものけ』斎藤たま著/新宿書房)

日本では、明治7年に医制ができる。その後民間、大学病院に産婆の専門学校(ドイツ系産婆学)ができ、産婆という職業が明確に法律で定められた(1899)。この頃の産婆には、地域の伝統にならう者と、修業した仰臥産を普及しようとする者の両方がいた。仰臥産については、血が騒ぐといい、民間にはなかなか受け入れられなかったが、社会的権威が民間信仰から医学的知識・技術に移っていくにつれ、次第に浸透していったとされる(参考/白井千晶/出産の社会史~助産婦さんに聞くお産のいまむかし)。

日本は第2次世界大戦後、出産に関して、アメリカ医学の影響を戦後、もろに受けた。昭和22年に産婆は助産師と名称を変え、保助看法制定により看護関係者という位置づけとなり教育システムも変わった。その当時はまだ、日本の赤ちゃんの9割は自宅生まれており、戦後のベビーブームで、助産師たちは眠る暇もないほどの忙しさであったといわれている。しかし10年もしないうちに、日本の出産は、急激に医療施設へと移っていく。アメリカ医学の導入と施設分娩の普及は「待ちの産科学から、攻めの産科学へ」変わり、会陰切開等日本における出産の質を変えた(藤田真一/お産革命/朝日新聞社) この時代、優生保護法(1948)、予防接種法(同年)、保健婦や助産師による健康教育、農村部等への「母子保健センター」の設置により、急速に妊産婦死亡・乳児死亡率は低下する(日本国際協力事業団/日本の保健医療の経験)。9割の出産が施設分娩となったが1990年代には医療保険制度に財政的行き詰まりが目立ち、収益確保を目指す病院が、産科において診療報酬を得るために必要以上に医療介入を行う例が拡大していった(松岡悦子作/産む、産まない・産めない第8章/講談社発行)

## 現在の様々な国々での出産事情

(一律に発表されているデータがないため、発表年に数年の誤差がある場合があります。)

数字は目安として捉えてくださいますようお願い致します)

### 出産施設の種類と出産施設別の選択率

WHO 世界保健機構:「家庭の環境は安心感を増し、正常産をより生理的にするのに有効」WHO 世界保健機構は「出産場所は、なるべく産む女性の生活圏に似た家庭的な雰囲気でお産するのが望ましい」

途上国では、国や国民の貧困などにより起こる様々の要因からの高い妊産婦・乳児死亡数の対策で施設分娩を推進しているところもあるが、先進国では施設分娩全盛期の「管理され、産ませられる」出産から、自然なお産を求める声生まれ、女性自身の主体性の回帰の動きがでてきている。

アメリカ:自宅出産は 4.5%。助産師との出産であっても、ほとんどが提携病院の産科病棟を使って

出産。自宅出産を主に扱う免許の助産師は、一般助産師とは依って立つ法律も教育も違う。助産婦による出産が増えてきており、ワシントン州では、100 人中 7 人が助産婦による出産。

イギリス:4.5%が自宅。出産施設の中には、助産師のみで運営するバースセンター(ボストンには 3 か所存在)もある。

オランダ:出産の 35%が自宅。妊娠の管理者がだれであるかを定めたガイドラインがあり、たとえば、助産師で大丈夫な妊娠を医師が扱った場合、報酬が支払われない可能性もある。助産師は 85%が開業助産師。

日本:9割が病院での出産

カンボジア:施設分娩が 10%

### 入院(あるいは世話を受ける)期間

アメリカ:1泊か2泊か選択できる場合が多い。帝王切開の場合は4~7日間程度。

イギリス:NHS(国営医療制度:外国人でも1年以上滞在で加入可。歯科治療以外は医療費無料になる)登録者の場合、3~4泊(初産の場合)出産費用無料。妊娠中、産後1年は薬代無料。ファミリードクターによる妊娠診断後、地域の助産婦と面接。助産師による健診は2~3週間おき。お産が近付くと1週間置き。病院の診察は、異常時と、本人希望時。産前準備クラスは、病院やホームドクターが主催する無料のコースあり。産後は、助産婦が定期的に家庭訪問し、新生児と母親のヘルスチェックをする。有料のプライベートクリニックに行く場合:入院、初産で5日くらい。2人目以降は48時間くらい。帝王切開の場合は、7~10日間。

オランダ:ホームドクターに行き妊娠判定をうける。その後は、一般的には助産師にかかり、重い既往症がある人や前回のお産で問題があった人は、病院の産科医にかかる。病院:正常な出産はできる限り自然に任せ、医師ではなく助産師がつく。医療介入は最小限にという考えがあり、無痛分娩はほとんど行われぬ。正常であれば、当日退院。産褥ケアの専門家であるヘルパーが毎日4時間1週間(契約保険会社と通じて選択、予約)自宅にくる。

ロシア:ソ連時代は1週間の入院期間、夫の面会も不可能。現在は2日目退院が多い。出産の内容、設備、経済的負担など施設ごとにさまざま。生後4カ月までは母乳という意識が一般的といわれる。

モンゴル:3日。母児同室

フランス:正常産であれば、3日程度、帝王切開の場合は10日程度の入院期間。

スペイン:3日目退院。

ブラジル:近年日本の助産師が自然分娩と母乳育児を伝えている。陣痛促進剤使用多数。無痛分娩を希望する妊婦が多く、麻酔を使った無痛分娩が多い。帝王切開が金持ちのステータス。帝王切開時でも入院は3日程度。

カナダ:当日~2日目退院。

アフリカ:(ヨハネスブルグ):通常2泊3日。帝王切開でも3泊4日の入院期間。

(南アフリカ共和国):翌日退院。

ニュージーランド:3日。助産婦と契約した自然分娩の場合は、妊娠中から産後6週目までサポートを受けられる。

日本:4日~1週間。帝王切開時は7~10日前後

台湾・韓国:6日間程度。浣腸・会陰切開・産後薬物投与は全例施行。

<u>初産平均年齢・平均出生数（合計特殊出生率）</u>	<u>帝王切開率（1996）</u>
日本 : 28.6歳 (H15) : 1.34 (2007)	アメリカ : 15.0%前後
アメリカ : : 2.05	イギリス : 19.0%
フランス : 29.8歳 (↑) : 2.00	イタリア : 25.0%
デンマーク : 29歳 : 1.85	オランダ : 21.5%
スウェーデン : 36歳以上 : 1.83	スウェーデン : 8.5%
イタリア : : 1.32	タイ : 20.0%
韓国 : : 1.08	フランス : 15.0%
オーストラリア : 30歳 :	スペイン : 16.0%
イギリス : 30歳以上 (1999)	メキシコ : 40.0%
オランダ : 29歳 :	ブラジル : 50.0%
ニジェール : 14~15歳	カナダ : 14.2%
アフガニスタン : : 7.3	南アフリカ共和国 : 13.0%
	日本 : 10.0% (東京)

先進諸国における出生率の動きには、二つの傾向がある。ひとつは、1960年代からの低下傾向が80年代に入りおおよそストップがかかり、その後は上昇傾向に転じるか、出生率1.3前後を境に上の水準を維持しているグループである。これらは「少子化国」とされ、スウェーデン等の北欧諸国、フランス、アメリカ、イギリスなどである。もうひとつは、80年代以降も一貫して出生率を下げ続けているグループであり、「超少子化国」とされる。ドイツ、イタリア、そして日本がこれにあたる。

WHO(世界保健機構) 出産科学技術についての勧告  
WHO Report ICP/MCH 102/m02 (S) 1301K 10 June 1085  
Joint International Conference on Appropriate Technology for Birth  
Fortaleza, Brazil, 22-26 April 1985

出産のための適切な科学技術についての地域間共同会議

1985年4月22～26日 於・ブラジル、フォルタレザ

要約レポート

WHOのヨーロッパ地域事務局およびアメリカ地域事務局は、南北アメリカとヨーロッパから、助産婦、産科医、小児科医、保健行政に関わる政府関係者、社会学者、心理学者、経済学者、サービスの受け手からなる60余名の参加者を迎え、合同会議を開催しました。そして、以下の原則に基づく多数の勧告が採決されました。

■勧告 General recommendations

1. 医療サービスおよび商業市場への科学技術導入に対し、保健関係省庁は具体的な方針を打ち出すべきです。
2. 出産に使われる科学技術の評価について、国々は、共同研究を実施する方向へ向かうべきです。
3. 女性一人一人が自分の望むタイプのケアを選択できるように、出産のさまざまな処置に関する情報は、広く社会に知らされなければなりません。
4. 女性の相互援助グループは、とくに出産に関しては、社会的支援と知識伝達の仕組みとして、なくてはならないものです。
5. 非公式の周産期ケア・システム(伝統的助産者を含む)については、それが存在する場所では正規のシステムと共存するべきです。母親のためを考え、協力関係を維持しなければなりません。このような関係は、どちらかが優位に立つことなく平等に確立されるなら、たいへん高い効果が期待できます。
6. 出産ケアに携わる人の養成は、その社会的、文化的、文化人類学的、倫理的な知識が深まる教育をめざすべきです。
7. 専門職としての助産婦あるいは出産立ち会い者の養成は奨められるべきです。正常に経過している妊娠、出産、産後のケアは、この人たちの職務であるべきです。
8. 科学技術の査定は、病理学者、社会学者、保健行政当局といった、その技術を使うあらゆる人々をまじえて学際的に行われるべきです。また、技術が使われる女性も、査定の計画、評価、および結果を広く知らせる行動に関わるべきです。査定の結果は、調査に関わったすべての人々に知らされるとともに、調査が行われた地域社会にも還元されるべきです。
9. 病院の産科診療内容についての情報は(帝王切開率など)、一般利用者に公開されなければなりません。
10. 母親になる女性の心の健康を確保するために、お産には産婦が選んだ人が自由に立ち会い、産後も簡単に面会できるようにすべきです。
11. 母親と赤ちゃんの状態が良いときは常に、健康な新生児は母親と一緒にいるべきです。いかなる観察も、健康な新生児を母親から離す理由にはなりません。
12. 母乳哺育の開始は、母親が分娩室を出る前から奨められるべきです。
13. 周産期死亡率が世界的に見て最も低いレベルにある国々は、帝王切開率が10%以下です。いかなる地域においても、10～15%以上の帝王切開率が不当であることは明らかです。
14. 子宮下部横切開による帝王切開の経験者は次も帝王切開が必要であるとする考えには、確証がありません。緊急手術の可能な場所であれば、普通は帝王切開経験者にも経腔分娩を奨めるべきです。
15. 出産中、誰にでも分娩監視装置を用いることが良い結果を生むという確証はありません。分娩監視装置は、注意深く選ばれた医学的なケース(高い周産期死亡率に関わるような)および誘発分娩に限定して使われるべきです。電子胎児監視装置とそれを使用する適正なスタッフが得られる国では、この装置によって恩恵を受け得る特定の女性を選び出すための調査を行うべきです。その結果が判明するまで、国営医療機関は、この装置の新規購入を控えるべきです。
16. 剃毛と出産前の浣腸は必要がありません。

17. 陣痛中、および出産の時に、女性に砕石位の体位をとらせてはいけません。陣痛中は歩き回ることが奨められるべきですし、生まれるときにどんな体位をとるかは、それぞれの女性が自由に決められるべきです。
18. 会陰切開を慣例的に行うことは、正当ではありません。他の方法による会陰部の保護が検討され、行われるべきです。
19. 出産は、社会的な便宜のために誘発されてはならず、陣痛の誘発は特定の医学的適応が認められる場合にのみ行われるべきです。いかなる地域においても、誘発率は10%を超えるべきではありません。
20. 出産中は、問題の解決あるいは予防のため、とくに必要でない限り、鎮痛剤および麻酔薬の慣例的な使用は避けるべきです。
21. 通常、出産が最終段階に至るまで、破水は起きなくて構いません。誰にでも早期に人工破膜を行うことには、科学的な正当性はありません。

## 国別避妊法

国名/避妊法	日本	アメリカ	インドネシア	中国	韓国
コンドーム	75.3%	17.0%	1.8%	3.9%	10.2%
ピル	1.3%	32.0%	66.1%	5.5%	6.1%
IUD（子宮内避妊リング）	4.9%	3.0%	27.7%	41.4%	10.5%
女性不妊手術	5.0%	20.0%	3.5%	36.2%	44.9%
男性不妊手術	1.2%	14.0%	0.6%	11.5%	12.7%
その他	28.5%	21.0%	0.3%	0.8%	15.6%

（注：複数回答のため合計数値は100%とはならない）

その他には、膣外射精（避妊にはならない）も含まれています。