

原 著

病院出産に伴う出産介助者の変更とその要因 — 医療制度の再編が行われた1945(昭和20)年から 病院出産が成立した1974(昭和49)年を中心に —

鈴 井 江三子^{*1}

要 約

本研究では、戦後の医療制度の再編が行われた1945(昭和20)年から病院出産が成立した1974(昭和49)年までの約30年間を中心に、医療制度や医療政策および母子保健政策関連資料等を基に、出産の直接介助者の変更した要因を明らかにした。

その結果、出産介助者の変更した要因は主に3つがあげられた。1つめは、総助産婦数の減少であった。これは開業助産婦数の減少と病院勤務助産婦数の抑制であり、なかでも開業助産婦数の減少は2回大きく激減し、1回目は1962(昭和37)年の急激な減少であった。この時期は国民皆保険と医療金融公庫により私設産婦人科病院の拡大が図られた時期であった。また嘱託医拒否問題も開業助産婦の運営維持に深刻な影響を与えた。2回目は1966(昭和41)年であり、この年は丙午の影響を受けて出生数が462,026人減少したためであった。2つめは、母子保健法が契機となった。同法により施設出産が奨励され、医師による定期的な妊婦健診が義務化された。また同法を受けて母子保健管理の徹底が強調された。さらに母子管理委員会により出産の異常性が強調され、出産は医師の常在する施設で行うことが教示された。3つめは、産婦人科医の増加と産婦人科病院の拡大であった。これらに関する諸政策がほぼ同時期に重複することで、出産介助者の変更は達成したといえる。

緒 言

2003年現在、日本における出産の99.1%は病院または診療所で行われている¹⁾。そこでは超音波診断による妊婦健診や分娩監視装置による分娩管理等、医療機器を介在とした出産管理が一般的である。

こうした医療機器を用いた妊産婦管理が普及したのは、出産が自宅から病院に移行した1960年代半ばからであり、近代的な施設を求める妊産婦の嗜好の変化と出産に対する医療費の低価格化がその要因であったという²⁾。そしてこの出産場所の移動が出産介助者の変更につながり、「お産の介助者を女性(助産婦)から男性(医師)へと変えてしまった」³⁾ために、これを藤田は「第2次お産革命」と名づけた。すなわち藤田は、出産が自宅から病院へと急速に移動したことで、出産介助者も女性の助産婦から男性の産婦人科医へと変更し、それが出産の医療処置を誘引する契機になったと指摘した。

また戦後からみられた助産婦の急激な減少も、医

療機器の介入に拍車をかけたという⁴⁾。病院出産が急増しているにもかかわらず、病院勤務の助産婦が確保できないためであった。その結果、「自然分娩は『装置に取り囲まれた出産』の様相を呈するに至っている」と船橋は論考している。

しかし1960(昭和35)年の助産婦の就業者数は約52,000人であり、同年の出生数が1,606,041人であることから、単純計算しても助産婦1人が1年間に介助する出産数は30件と少数である。助産婦が出産施設に勤務場所を移動して出産介助を行えば、場の移動は起こっても、人の変更には至らなかった筈である。

この時期、助産婦数が充足していたにもかかわらず、病院出産の出産介助者が助産婦から産婦人科医へと変更したのは、助産婦が病院出産を行う施設へ移動しなかったためであると考えられる。助産婦は、どういった理由から出産施設に移動するの思い止まったのか。また1960年代半ば以降からの、総助産婦数の急激な減少を招いた要因は何であったの

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科
(連絡先) 鈴井江三子 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学
E-Mail: esuzui@mw.kawasaki-m.ac.jp

か等、出産介助者の変更を確立した要因がまだ明確に提示されていない。

そのため本研究では、病院出産の成立には必須条件であった出産介助者の変更を成立させた要因を明らかにする。

なお本研究で用いる出産介助者とは、分娩介助という狭義の意味を指すのではなく、妊娠から産褥1か月までの全出産過程において管理を行う者をいう。

研究方法

研究方法としては、主に文献収集・資料探索とそれらの資料分析を行った。諸資料は、戦後の医療制度の再編が行われた1945(昭和20)年以降から、病院出産が成立した1974(昭和49)年までの約30年間を中心に、その間に報告された母子保健政策と医療政策に関連する文献および諸資料を機軸に収集し、その他助産婦、産婦人科医の出産に対する考え方や医療機関数の変遷に関する文献・資料も検討資料とした。

分析は、戦後の医療制度が再編され、医療機関の体制が整備されていく動向を追い、その間に制定された諸制度のなかで病院出産に向けた基盤となる制度を検討した。また厚生行政の元で行われた母子保健に関する政策について、とくに開業助産婦や産婦人科医に関する諸制度や母子衛生・保健に関する諸政策の動向を探り、それがどういった影響を出産介助者に与えたのかを明らかにした。

分析に用いた1次資料群は、母子保健政策および助産婦、産婦人科医の出産に対する考え方に関する資料として、『助産婦』(1958年～1980年の全34巻)、『助産婦雑誌』(1952年～1980年の全34巻)、『日本産科婦人科学会誌』(1948年～1980年の全32巻)、『産婦人科治療』(1953年～1980年の全30巻)、『臨床産婦人科』(1946年～1980年の全34巻)、『産科と婦人科』(1945年～1980年の全47巻)を用いた。就業助産婦数の変動を明らかにする資料としては、『衛生年報(1945年～1960年)』『衛生行政業務報告・就業助産婦数、就業場所別(1961年～1980年)』を用いて、就業助産婦数および就業場所別人数の推移を明らかにした。戦後の新制助産婦養成数の推移は、『看護六法』『看護関係統計資料』(1979年～1980年の11巻)を用いて、新制助産婦学校養成所設立以降の学校数と養成者数の推移を明らかにした。医療制度や医療機関の変遷に関する資料としては、『日本医師会雑誌』(1945年～1980年の全35巻)、『日本産婦人科学会社会保険委員会社会保険診療疑義解釈集』『公衆衛生』『厚生指標』(27巻)等を用いて出産に対する医療政策の変遷を明らかにした。また戦前から

戦後にかけての助産婦の動向を知るために、1927年～1947年(20年間分)の未公開文章である「広島県産婆会議事録、福山産婆会議事録・資料、鞆産婆会議事録・資料」(全1,832枚)と、『大日本産婆会資料』および『日本助産婦看護婦保健婦協会ニュース』と『櫻陰(東京大学医学部産婦人科学教室櫻陰同窓会誌)』(1951年～1974年)を2次資料として用いた。さらに旧制助産婦制度により資格を取得した助産婦5人を対象に聞き取り調査(16時間)を行い、資料の補足を行った。

研究結果および考察

1. 総助産婦数の減少と医療法の諸制度

出産介助者の変更は、総助産婦数の減少が大きな影響を与えた。それは開業助産婦数の急激な減少によるものであった。

(1) 嘱託医制度と開業助産婦との関係

1946(昭和21)年、政府はGHQの医療改革により医療制度審議会を設け、医療機関の整備改善策を打ち出した。その1つが医療に関する法、制度を大きく改革することであり、1947(昭和22)年5月には旧規則の「産婆規則」が新たに「助産婦規則」として改称された。それに伴って「産婆」を「助産婦」という名称に変更し、翌年7月には「保健婦助産婦看護婦法」の制定によって保健婦、助産婦、看護婦、准看護婦の身分を明記した。新制助産婦は看護学校を卒業していることが条件となり、厚生大臣の指定した学校において看護婦の国家試験を合格した後、新たに助産婦の国家資格を取ることが義務づけられた。これにより看護婦の資格も有することから、新制助産婦の多くは病院での勤務を希望したという。他方、旧規則の元で産婆の免許を取得した場合も、本人が病院勤務を希望した場合、看護業務はできないが助産婦としての病院勤務は可能であった。また開業権は保障され、免許の申請をすれば従来通りの開業が維持できた⁵⁾。

こうした看護職の制度改革以外に、当時の医療制度の根拠法規であった「国民医療法」全般についても、再検討が進められた。それが国民医療法の廃止に伴い新設された「医療法」(法律第205号)である。同法により医療機関の管理、設備、ベッド数、医療従事者の職種や人員数等が細かく規定され、医療機関のあり方が具体的に提示された。なかでも開業助産婦に影響を与えたのは同法第2章第19条にある〔嘱託医師〕の条項である。ここでは「助産所の開設者は、嘱託医師を定めて置かなければならない」と定めてあり、これを受けて、第3条〔開設後の届出事項〕が法律で義務づけられた。この法律が施行され

たことで、助産所を開業する際は、嘱託医師の住所、氏名および嘱託医師となる旨の承諾書および免許の写しが必要になり、これにより助産婦が開業する際の条件が明文化されたのである。

つまり医師が比較的充足している都市部では、嘱託医の確保が比較的容易であったが、医師数が絶対的に不足している郡部では、嘱託医を探すのも困難な状況であった⁶⁾。また嘱託医が依頼できたとしても、毎月一定額の委託嘱託医料の支払い交渉が必要であり、出産件数が不安定な状況ではその支払能力も問われることになった。地域によっては産婦人科医師会の申し合わせによって、常時一定の委託嘱託医料を支払わなければ嘱託医を拒否することを決定し、産婦人科医連に終始徹底するよう通告するところもあった⁷⁾。反対に複数の産婦人科医が存在した場合も、どちらか一方に嘱託医を依頼するのかを決めるのは、その後の人間関係を考えると難しかったという⁸⁾。さらに当時開設が急速に進んだ母子健康センターでも嘱託医拒否問題は深刻であり、この制度は助産婦が主体となって運営する出産施設には厳しい条件設定となった⁹⁾。すなわち医療法に嘱託医制度が明文化されて以降、この制度は開業助産所の運営に影響を与えたといえる。

その結果、医療法制定以降の就業助産婦数および就業場所別人数の推移をみた場合、「1962(昭和37)年」と「1967(昭和42)年」の2回、急勾配で下降している(図1)。1回目は開業助産婦2,000人、出張助産婦3,000人の減少であることから、開業助産

婦の廃業であることが分かる。この頃は国民皆保険と医療金融公庫により、個人経営の産婦人科病院や診療所数が急増した時期でもあった。また母子健康センターの設立も急進したことから、出産が病院や母子健康センター等の出産施設に移動し、それが開業助産婦数の減少を招いたと考えられる。

2回目は約12,000人の減少であった(表1)。とくに、この減少傾向は助産所開設者に顕著であり、全助産所開設者の半数が減少している。この年の出生数は丙午の影響を受けて462,026人の減少であったことから、急激な出生数の減少が助産所運営を困難にしたためであると考えられる。

なお今回の研究では1951(昭和26)年以前の、助産婦就業場所別数を示す資料を見つけることが出来ず、この間に減少した要因が何であったのかを明らかにすることは出来なかった。

(2) 定員規定と新制助産婦学校養成所数との関係

日本で始めて新制助産婦学校養成所が開設されたのは1952(昭和27)年であった。これにより助産婦の資格を取得するには高校卒業後に看護学校3年課程を卒業し、その後1年間助産婦学校で学び(法律では6カ月以上となっている)、国家試験を合格することが義務づけられた。従来の教育期間に比して、就学期間が長期化されたのである。

しかしその一方で、就学期間が長期化されたにもかかわらず、新制助産婦学校養成所数は僅かな数であり、開設当初は全国で8校しか開設されなかった。

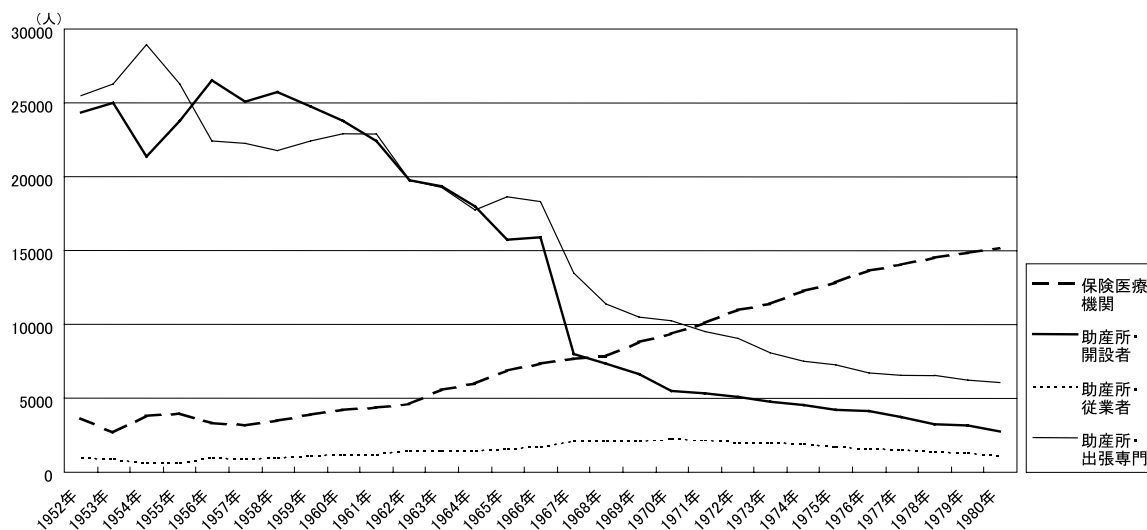


図1 就業場所別助産婦数

注1) 出典：1945年～1960年までは衛生年報、1961年以降は衛生行政業務報告就業助産婦数、就業場所別より著者作成。

2) 「保健医療機関」は「病院」「診療所」を示す。

表1 出生数、産婦人科医療施設数と医師・助産婦数の推移

年 次	出生数	産婦人科病院	産婦人科診療所	産婦人科医師	就業助産婦
1947 (昭和22)	2678792				67238
1948 (昭和23)	2681624				70354
1949 (昭和24)	2696638				74034
1950 (昭和25)	2337507				[74832]
1951 (昭和26)	2137689				60722
1952 (昭和27)	2005162				54515
1953 (昭和28)	1868040	2054	7425		56419
1954 (昭和29)	1769580	1988	7820		55513
1955 (昭和30)	1730692	2265	8511	12710	55356
1956 (昭和31)	1665278	2520	8887		53743
1957 (昭和32)	1566713	2640	9146	13414	51709
1958 (昭和33)	1653469	2667	9360	13561	52319
1959 (昭和34)	1626088	2704	9545	13821	52402
1960 (昭和35)	1606041	2730	9737	13931	52337
1961 (昭和36)	1589372	2760	9783	13983	51181
1962 (昭和37)	1618616	2803	10090	14184	*45955
1963 (昭和38)	1659521	2805	10105	14168	46174
1964 (昭和39)	1716761	2858	10123	14251	43516
1965 (昭和40)	1823697	2880	10022	14088	43276
1966 (昭和41)	1360974	2906	9968	14106	**43710
1967 (昭和42)	1935647	2908	9751	13906	31944
1968 (昭和43)	1871839	2909	9605	13804	29440
1969 (昭和44)	1889815	2881	9495	13842	28963
1970 (昭和45)	1934239	2836	9408	13841	28087
1971 (昭和46)	2000973	2693	8285	12630	27811
1972 (昭和47)	2038682	2384	7677	11935	27933
1973 (昭和48)	2091983	2366		11660	26854
1974 (昭和49)	2029989	2371		11778	26867
1975 (昭和50)	1901440	2357	7221	11963	26742
1976 (昭和51)	1832617	2343	6937	11901	26804
1977 (昭和52)	1755100	2335		11964	26618
1978 (昭和53)	1708643	2304			26493
1979 (昭和54)	1642580	2300			26267
1980 (昭和55)	1576889	2287		11830	25867
1981 (昭和56)	1529455	2276	6657		25538
1982 (昭和57)	1515392	2253			25416
1983 (昭和58)	1508687	2239			

注：1) 出典[国民衛生の動向]を元に著者作成。2) *は、1961(昭和36年)～1962(昭和37)年にかけて5,000人減少したことを示す。3) **は、1966(昭和41)年～1967(昭和42)年にかけて12,000人減少したことを示す。4) []内は、就業者数が不明のため、参考上「資格別数値」による計上となっている。5) 就業助産婦とは助産婦の有資格者であり、次に述べる就業に従事している者をさす。①開業助産婦、②出張助産婦、③病院・診療所勤務、である。6) 表中の空白部分は出典に記載されていないことを示す。

そして10年後の1961(昭和36)年でもようやく23校が開設されたに過ぎなかった(表2)。定員数、入学者数共に1,000人を超えたのは、新制助産婦学校養成所開設後20年目の1972(昭和47)年であった。つまり助産婦の養成期間は長期化したが生産所数は僅かであったために、新制助産婦の増員は極めて緩やかになったのである。

その結果、1970(昭和45)年の衛生行政業務報告によると¹⁰⁾、55歳以上の助産婦数は15,078人と全体の53.7%を占め、35歳以下の助産婦数は2,978人と極端に少なくなり、その後の世代交代が上手く図られなかったといえる。また医療法に定められている定

員規定において病院・診療所に勤務する医療従事者の中で、助産婦の定数は「適当数」と表記されたために、医療再編に伴う医療職人材育成強化の対象職種に入らず、新制助産婦学校養成所設立の抑制にも影響を与え、他の医療職に比して極端に少ない養成者数になったことも考えられる。そして養成される人数が少ない新制助産婦と旧制助産婦との世代交代が上手く行えなかったために、さらなる総助産婦数の減少を招いたのであった。

2. 助産婦の職場環境と助産婦希望者数の減少

病院出産の増加に伴って、病院で勤務する助産婦も徐々に増加していった。病院勤務を希望したの

表2 新制助産婦学校養成所入学状況(年次別)

年次	学校数	定員	受験者数	入学者数	入学率
1952(昭和27)	8	185		141	76.2
1953(昭和28)	10	225		154	68.4
1954(昭和29)	10	225		140	62.2
1955(昭和30)	12	265		206	77.7
1956(昭和31)	15	305		264	86.6
1957(昭和32)	18	360		284	78.9
1958(昭和33)	22	435		256	58.9
1959(昭和34)	23	470		257	54.7
1960(昭和35)	23	490	369	278	56.2
1961(昭和36)	23	495	419	280	60.4
1962(昭和37)	24	515	387	277	53.8
1963(昭和38)	25	535	466	346	64.7
1964(昭和39)	27	540	432	343	63.5
1965(昭和40)	29	615	585	427	69.4
1966(昭和41)	31	655	658	465	70.8
1967(昭和42)	33	710	1031	534	75.2
1968(昭和43)	34	735	1281	647	88
1969(昭和44)	37	820	1251	695	84.8
1970(昭和45)	43	965	1545	819	84.9
1971(昭和46)	48	1150	1898	976	84.9
1972(昭和47)	51	1220	2384	1009	82.7
1973(昭和48)	55	1315	2633	1101	83.7
1974(昭和49)	56	1340	3390	1258	73.9
1975(昭和50)	58	1390	3717	1267	91.2
1976(昭和51)	59	1420	3680	1268	89.3
1977(昭和52)	61	1455	3916	1342	92.2
1978(昭和53)	63	1545	4151	1383	89.5

注：1) 出典は1952(昭和27)年から1959(昭和34)年までは『看護六法』、1960(昭和35)年から1978(昭和53)年までは『看護関係統計資料』を元に著者作成。2) 表中の空白は、出典に記載されていないことを示す。

は、その殆どが看護婦の資格を有する新制助産婦であった。医療法の制定により、病院で勤務する助産婦には看護婦の資格を有することが義務付けられたためである。だが戦後に開設された新制助産婦学校養成所数は僅かであったことから、育成される新制助産婦数も当然少ない人数であった。その一方で、旧制助産婦が病院勤務を希望した場合、まずは看護婦の資格を取得することが必要であり、まだまだ家庭出産の割合が多い時代では、新たに看護婦の資格を取ってまで病院勤務を希望する助産婦は少なかったという。つまり総助産婦数は充足していたが、病院勤務が可能な新制助産婦数または看護の資格を有する旧制助産婦数が少ないために、急増する病院出産に対応するだけの病院勤務助産婦が絶対的に不足していたのである。

その結果、少人数の助産婦による過度の出産介助

は助産婦の過重労働に直結した。保健婦助産婦看護婦法30条により、助産婦の権利である助産婦の業務権と助産婦の報酬請求権が定められている。ここでは助産婦以外の者(医師と旧規則による助産婦を除く)が、助産または妊婦、褥婦、新生児の保健指導をなすことを業とすることは禁じているため、もし助産婦以外の者が実施した場合、同法48条により重い罰則を受けることが明示されているためであった¹¹⁾。つまり助産婦以外に急増する病院出産の分娩介助に対応する以外方法がなく、これが労働環境の劣悪化につながったのである。また助産業務にくわえて看護業務が加担されたことも、さらなる過重労働を招いた¹²⁾。そして労働条件が悪いために希望者数が減少し、希望者数が少ないために労働環境が改善されないという悪循環を招いた。

さらに助産婦の採用条件にも矛盾があった。助産

婦という職種が医療機関には設置されず、給与待遇も看護婦より悪かった。助産婦は看護婦の資格を取得後、1年間の専門教育を受けて就職をする。しかし1年余分に就学したとしても、看護学校時代の同級生より1号俸下という身分保障でしかなかった。そのため病院勤務の助産婦は、劣悪な労働環境と未確立な身分保障の中で勤務する状況であったが、それらの改善はなかなか図られなかったという¹³⁾。

その結果、1960(昭和35)年末の就業助産婦数は52,337人であったが、1970(昭和45)年には28,087人と10年間で23,250人の大幅な減少となった(表1)。また前述した新制助産婦学校養成所数の抑制だけでなく、同養成所の受験者数が定員に満たないことから、病院で勤務する助産婦数の定員不足に拍車をかけ、助産婦の人手不足は益々深刻化していった。

充足されない人員による出産介助のあり方は、病院で勤務する助産婦の存在意義を変化させていった。自宅出産が中心に行なわれていた頃は、助産婦と妊産婦、およびその家族との人間関係は濃厚であり、出産介助だけでなく家族全員の健康相談も受けていたという。しかし病院に勤務するようになった助産婦は8時間毎の3交替勤務になり、出産介助そのものへの関わり方も難しくなった。従来の長期的、短期的な一連の出産経過をみるのが助産婦の介助方法であったが、病院の勤務体系に沿うことで入院中の極めて短い期間での関わりになったのである。それが妊産婦と助産婦の人間関係も変化させていったと考えられる。

以上のことから、一向に改善されない職場環境と身分保障、および助産婦の専門性が発揮できないことにより、助産婦を希望するものが減り、総助産婦数の減少に拍車をかけたといえる。

3. 周産期母子管理の方針と助産婦の役割期待

出産の総助産婦数の減少と、医師による妊婦健診が奨励されるなか、出産に対する考え方が変化した。それは母子管理委員会の方針が影響を与えたものであった。

(1) 助産婦対策に向けた助産婦制度委員会の発足

助産婦への処遇改善がなされず、極端に助産婦数が不足したことから1962(昭和37)年、日本産科婦人科学会は助産婦制度委員会を設け、助産婦職種の確立と待遇改善等の検討を行った。ここでは助産婦数の不足、助産婦の身分保障、職場環境の改善等が切望され、逼迫する助産婦不足への対応が検討された。

(2) 母子管理委員会の発足と周産期母子管理の方針

病院や診療所における助産婦不足の改善が検討さ

れるなか、その一方では、「厚生省の諮問を受けた病院長会議の中には助産婦という職種を設けない方がいい」「社会的にも助産婦の職種は良いと認められていない」「又現在の状況では施設分が主であり、それ程助産婦の技術が医師からも認められていない」¹⁴⁾等、助産婦職存続の必要性を問う意見も出始めた。また昭和30年代後半から急増した母子健康センター等、助産婦が主体となって運営する出産施設に対しても、助産婦が行う分娩は危険であるために廃止すべきであるとの声もあがり始めた¹⁵⁾。正常な妊娠・出産であっても、突発的な異常の予測が困難であるという考えからであった。他方、助産婦の増員を希望する医師であっても、出産管理の責任を医師と助産婦のどちらが持つかについては、産婦人科医によって意見が二極分化した¹⁶⁾。

そのため1970(昭和45)年7月、産婦人科医らの対立する意見を受けて、自治医科大学産婦人科教授松本清一を委員長とした母子管理委員会が発足した。これは助産婦制度委員会から発展したもので、助産婦と医師の職域や役割について検討することを目的にしたものであり、全32人の産婦人科医によって構成された¹⁷⁾。

同委員会により周産期母子管理に対する基本的な考え方が討議され、「分娩というものは常に正常と共に異常になる可能性の2面を持つもので、管理にはこの2面性に対応できる態勢が必要であることが強調された」¹⁸⁾のである。つまり正常出産は、異常出産の可能性を内包するため、異常に対する管理が必要であると結論づけられたのである。そのための具体案としては、①分娩は原則として医師が常在する医療機関、②全ての妊産婦は最新の医学に基づいて処置される、③医療機関は正常・異常の両面に対応できる、④周産期母子管理の徹底¹⁹⁾が提唱された。そして、分娩を医師の常在する施設で行うという方針は、将来原則的には助産所での分娩を認めない解釈であることに多くの委員が同意した。

すなわち、ここで出産に対する捉え方が、「正常」から「異常」へと転換され、出産の正常性よりも、出産に伴う異常の可能性、それも緊急処置が必要な異常事態への対応が強調されたことで、出産は医学的管理の元に位置づけられていったと考えられる。

こうした医師の認識は、その属する文化や個人の経験から乖離して存在するとは考えにくい。当時の妊産婦死亡が欧米よりも数倍高い値を示し、その主な死亡原因が子癇発作や出血など、異常出産の中でも急激に変化する症例が多かった時代的背景を考えれば、出産の異常性を強調し、救急処置の対応ができる病院出産を奨励したのは当然であったといえよ

う。そして、この緊急時への対応が、妊婦やその家族が病院出産を希望する大きな理由になったと考えられる。

なお今回の調査では、なぜ周産期母子管理委員会に助産婦が入らなかったのか、その理由を明らかにすることは出来なかった。

4. 総医師数の増加と地域的偏在の是正

病院出産の成立には、全国的な産婦人科病院の拡大が急務であった。それを達成させたのは、医学部の増設による医師養成者数の増加、産婦人科医師数の増加と産婦人科施設数の拡大であった。

(1) 医学部の増設による養成医師数の増加

厚生省は、国民皆保険制度の確立に伴って、総医師数の増加と病院の拡大が最重要課題であったという。そのため1960(昭和35)年度から、医学部の入学定員の増加を図った。医療保障機能の進展と生活水準の向上に加え、人口の老齢化等による疾病構造の変化から、地域的な偏在の解消を図り、全国民に均一な医療サービスの提供を目的とした。

そのため1970(昭和45)年からは医学部の設置が認められ、1973(昭和48)年からは医療需要の増大に対処しつつ、医師の地域的偏在の是正および地域医療水準の向上に資するため、無医大県解消計画が進められた。これにより1981(昭和56)年には、国・公・私立大学医学部の定員は8,360人(防衛医科大学の入学定員80人と大阪大学の第3次入学定員20人を含む)と大幅な医師養成者数の増加となり、1970

(昭和45)年に定められた「医師を確保する」という行政目標が達成された²⁰⁾。その結果、医師養成者数および定員数の増加は助産婦数に比して顕著に増加した。

(2) 産婦人科医師数の増加と産婦人科病院の拡大

医師養成者数の拡大に伴い、産婦人科医師数も増加した。1955(昭和30)年は12,710人であったが、その後徐々に増加傾向を示し、1960(昭和35)年は13,931人、1965(昭和40)年は14,088人となり、10年間で約2,000人が増加した(表1)。またこの間、産婦人科病院は約700施設、産婦人科診療所は約2,000施設の増加となった。とくに、20床以上の収容規模を有する産婦人科病院の増加は、病院出産への移行に伴う増設が反映したものであったと考えられる。

結 語

総じて、戦後に起こった出産介助者の変更は戦後の医療制度再編に伴う政策転換であり、「総助産婦数の減少」「医師による周産期管理の徹底と施設出産の奨励」「出産の異常性の強調」「産婦人科医の増加と産婦人科病院の拡大」等、それらに関わる諸制度が複合的に連動したことで達成したものであったといえる。また出産に対する医学的管理は、妊婦やその家族にとっても当時の高い妊産婦死亡率や乳幼児死亡率を考えればそうした政策による病院出産の奨励は安心して出産ができるという福音であったに違いない。

文 献

- 1) 母子衛生研究会。母子保健の主なる統計。母子保健事業団、東京、45、2002。
- 2) 藤田真一。お産革命。朝日新聞社、東京、25-27、1979。
- 3) 藤田真一。お産革命。朝日新聞社、東京、78-80、1979。
- 4) 船橋恵子。赤ちゃんを産むということ。NHKブックス、東京、63-69、1994。
- 5) 西川麦子。ある近代産婆の物語。桂書房、東京、220、1997。
- 6) 五味文郎。囑託医と助産婦をめぐって。助産婦。12(10)、40、1958。
- 7) 伊藤隆子。助産婦の立場からみた母性保健。助産婦雑誌。17(2)、22、1963。
- 8) 青柳かくい。囑託医師と助産婦をめぐって。助産婦雑誌。12(10)、41、1958。
- 9) 三平勝。大沢町母子健康センターを見学して。助産婦。18(10)、24、1964。
- 10) 厚生省大臣官房統計情報部。衛生行政業務報告。139、1970。
- 11) 助産婦業務要覧。日本看護協会出版、東京、20-23、1997。
- 12) 山岸洋子。新しき命を得て。櫻蔭。東京大学産科婦人科学教室櫻蔭同窓会。11、31-32、1960。
- 13) 柴田すみ子。助産婦の座を守るために。櫻蔭。東京大学産科婦人科学教室櫻蔭同窓会。11、33、1960。
- 14) 助産婦制度委員会報告。日本産科婦人科学会誌。15(4)、317、1963。
- 15) 川上博。助産婦制度委員会報告。日本産科婦人科学会誌。21(11)、1371、1969。
- 16) 竹内繁喜。産科医として、これだけの仕事は助産婦に任せられる。臨床産婦人科。17(2)、101-102、1963。
- 17) 松本清一。母子管理委員会報告。日本産科婦人科学会誌。23(3)、223、1971。
- 18) 松本清一。母子管理委員会報告。日本産科婦人科学会誌。23(3)、223、1971。

19) 松本清一 . 母子管理委員会報告 . 日本産科婦人科学会誌 . 23(6), 529, 1971 .

20) 国民衛生の動向 . 厚生統計協会 . 180, 1968 .

(平成17年11月20日受理)

The Transition to Hospital Births
— Factors Behind the Change in Caregivers at Childbirth —

Emiko SUZUI

(Accepted Nov. 20, 2006)

Key words : the change in caregivers at childbirth, hospital births, government policies

Abstract

In Japan, the transition from traditional midwifery to hospital births took place largely over three decades beginning in 1945. Below are the government policies and regulations that shaped maternal health care.

In the early 1960 's, the national health care system instituted universal coverage, and public financing for medical institutions encouraged the establishment of private obstetric hospitals. Furthermore, a government directive in 1962 required midwife-run facilities to be affiliated with a physician. The number of midwives fell drastically, as those who could not fulfill this requirement were forced out of practice.

The number of practicing midwives also decreased in 1966, an unlucky year for giving birth. Many families avoided pregnancy, resulting in approximately 462,000 fewer births. Many midwives of marginal financial standing closed their practices that year.

The Maternal and Child Health Act further propelled the decline of midwifery by requiring that pregnant women see a physician for regular antenatal care, and establishing a committee to implement its recommendations throughout Japan. The government emphasized the risks attending childbirth and encouraged the public to visit one of the growing numbers of obstetricians in a clinic and hospital. All of these factors together have irreversibly changed the typical childbirth experience in Japan.

Correspondence to : Emiko SUZUI

Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare

Kawasaki University of Medical Welfare

Kurashiki, 701-0193, Japan

E-Mail: esuzui@mw.kawasaki-m.ac.jp

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.15, No.2, 2006 385-392)