

Title	欧米および日本における産痛対応法の比較史的研究
Author(s)	吉田, 和枝
Citation	大阪大学大学院人間科学研究科紀要. 2008, 34, p. 269-289
Version Type	VoR
URL	<a href="https://doi.org/10.18910/10040">https://doi.org/10.18910/10040</a>
rights	
Note	

*Osaka University Knowledge Archive : OUKA*

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

# 欧米および日本における産痛対応法の比較史的研究

吉 田 和 枝

## 目 次

1. 問題の所在と本研究の目的
2. 先行研究
3. 麻酔分娩に着目した欧米と日本の歴史社会学的解釈
4. 欧米と日本の出産の医療化
5. 結論
6. おわりに

## 欧米および日本における産痛対応法の比較的研究

吉田和枝

### 1. 問題の所在と本研究の目的

今日、様々な症状の緩和を目的とする医療の重要性が以前よりも増大しつつあるが、「痛み緩和 (pain control)」の医療はその代表的存在であり、特に、末期のがんなどに対する pain control が、重要視されてきた。

ここで出産に伴う痛み（陣痛）に目をやると、出産は生理的現象でありながら、何故このような強い痛みを伴うのか疑問を持たれるほど、その痛みは強度である。では、出産に伴う痛みはどのように扱われてきたのであろうか。がんの痛みのように不要な痛みとして扱われ、積極的にその痛み除去に向けての対応がなされてきたのであろうか。あるいは、通過儀礼のように捉えられ、乗り越えるべきものとして扱われてきたのであろうか。その扱われ方は、国や文化により一様ではない。現在、日本では通常の出産の痛みに対して鎮痛剤や麻酔を使用することは極々少数である。一方、アメリカやフランスでは痛み除去に強力である麻酔分娩（無痛分娩）が主流である。医療技術水準面からはアメリカやフランスと日本とでは格差が大きいことを考えると、ある特定の出産の痛み緩和の技術を選択するかどうかは医療技術などの観点のみでは決定されていないことが推測される。

麻酔分娩と、薬物に頼らず自らの力で痛みを乗り越えようとする分娩は、産痛対応において対極の位置にある。これより、麻酔の使用、不使用は、産痛のとらえかたを把握する上で一つの指標となる。本研究は、アメリカやフランスでは麻酔分娩が主流であるが、日本ではなぜ麻酔分娩が行われずにすんでいるのかに着目し、そこから、日本における産痛に対する態度を探ることを目的とする。研究方法は、文献調査、医療現場の見学による観察、聞き取り調査であるが、本論文は、主に欧米と日本の産痛対応法についての歴史社会的解釈を試みた部分を記述する。

### 2. 先行研究

1970年頃から、出産に関して産科学の枠を超えた研究が盛んになされるようになり、文化人類学ないし民族学・民俗学、歴史人類学、医療人類学・医療社会学などの領域から、出産を社会現象の一つとしてとらえた多くの文献が登場した。

これらを、あえて大まかに分類すると、未開地をはじめとする各地のフィールド

ワークによって出産習俗の様子を観察、聞き取りを行った比較文化・民俗学的研究（谷川・西山, 1990, 松岡, 1991, Jordan, 1993, 吉村, 1999, 柳田, 1990, 吉村, 1985, 鎌田・宮田他, 1990, Loux, 1978, 恩賜財団母子愛育会編, 1975, その他）と、出産環境の歴史的变化に関する研究に分類できる。後者の文献には、前工業化時代から近代化社会への移行を背景に、医師が出産に介入し始め、徐々に分娩の場が自宅から病院に変化してゆく過程に焦点が当てられているものが多い（Gelis, 1977, 落合, 1989, 鈴木, 1992, 長谷川, 1996, Ehrenreich, 1973, Achterberg, 1990）。なかでも、助産される妊産婦よりも、助産する側に焦点を当てたものが多い。また、医学の未発達な時代の出産の様相を記述したものがある（Laget, 1982, Shorter, 1982）。フェミニズムの視点からは、出産の医療化（medicalization）に伴う女性の主体性の喪失の問題や身体観の変化について等などの研究（Gelis, 1977, Laget, 1982, 長谷川, 1996）がある。また、陣痛に対する鎮痛剤や誘発剤の使用、医療者が診断しやすい仰臥位姿勢、会陰切開などの処置は自然に反しており、疾病を治療するかのように医療に取り込まれ、産む側の主体性が喪失した出産のあり方に対して問題提起をした著作がある。また、陣痛に対する鎮痛剤や誘発剤の使用、医療者が診断しやすい仰臥位姿勢、会陰切開の処置などによって、出産は疾病を治療するかのように医療に取り込まれ、生む側の主体性は喪失してしまったと問題提起した著作がある（Brook, 1976）。

出産の態様についての多くの先行研究は「出産の医療化（medicalization）」に言及している。しかし、日本は欧米と同様に出産場所が自宅から病院にシフトされてきた経緯があり、かつ、医学的技術レベルも大きな格差が見られないのに、何故、麻酔分娩をせずに、痛みを乗り越える分娩が多いのかということについては、出産の医療化言説だけでは返答できない。本稿は、産痛への対応に関する歴史を概観し、日本と欧米の産痛緩和の態様の相違を考察する。

### 3. 麻酔分娩に着目した欧米と日本の歴史社会学的解釈

#### 3. 1. 二通りの痛み

人間にとって痛みはありふれた体験であり、それは、いつも不快で苦痛である。痛がっている人の関心は、一刻も早くいかにその痛みから逃れるか、痛みをなくするかということであり、痛みや苦しみを回避することは人間の基本的要求である。遠い古代から、すでに人々は痛みへの対応を始めており、痛みを取り去る薬草などを探し求めていた。それらの態度はやがて古代医学の誕生につながっていった。そして、現代医学に至るまで「医療の歴史は痛みとの戦い」「痛みへの挑戦」「痛みの克服」などと言い表されるように、歴史的に医学は痛みを征服することに積極的に努力を払ってきたのである。今日の医療の見解の一つに、痛みは単なる身体の危険

を知らせるための症状であり、その最初の警告以外は不要であり排除すべきものという考えがある。しかし、痛みに対して一律に否定的評価を与え、「痛みを抹殺」してしまうという医学文明に対してイリイチ (Illich, 1976) は、その固有の個人的な痛み体験の意味をも奪い去る危険性を持っていると警告を発する。「固有の個人的な痛み体験の意味」とはなんであろうか。

今日、がんをはじめとする病の痛みや手術に伴う痛みに関しては、その対処に多少の差はあったとしても、排除すべきという認識はおおむね世界的に共通しているといえよう。一方、「産痛」に対しては、ある文化によっては、麻酔で積極的に痛みを除去する態度があり、また、他方では、痛みを耐えることに何らかの意味を持たせて、自力で痛みを乗り越えるという態度がある。ここに、人々は、体験する出産の痛みに対して重層的な解釈を持っていることが示唆される。ある痛み緩和の技術を人々が選択するかどうかは、社会や医療環境のみならず、人々の身体観や人生観や倫理観、つまり文化との強いかかわりを持って決定されることが推測される。産痛に対する態度には受容的態度から回避的、拒否的態度まで幅がある。麻酔分娩が多く行われているフランスやアメリカなどの国々では、「産痛」は、「病の痛み」と同様に解釈する人が多くいる可能性が高いのではないかと考えられる。では、麻酔分娩が多く行われているフランスやアメリカなどと、日本とでは産痛のとらえかたが、どのように異なるのであろうか。

### 3. 2. 麻酔の始まりと分娩への応用

麻酔が世界で始められたのは、説は色々あるが公式には 1846 年、マサチューセッツで行われたモートンのエーテルの吸入麻酔薬を用いての手術の成功が始まりとされている。その 4 ヶ月後にはイギリスで分娩に麻酔が用いられている。

しかし、実は麻酔においては日本が先進国である。諸外国に知られることは無かったが、1805 年 (江戸後期) 世界に先がけて華岡青洲が麻沸散 (主成分スコポラミン) 通仙散という生薬で全身麻酔を行い、乳がん摘出術の手術に用い成功している。華岡青洲は、その時に出産の痛みにもその麻酔技術を利用できると考えたか否かは、定かでは無いが、一度も産痛に用いた形跡はない。また、その発想すらもどこにも記述されていない。これは、華岡青洲は出産の痛み緩和に興味が無かったものと推察できよう。

当時、日本では出産の痛みは自明のものであり、月経や出産は「ケガレ」であり、出産そのものを男性に見せることは、タブーであった。したがって、助産は女性がすべきものという暗黙の了解があり、男性医師が出産時の痛みを問題として取り上げることすらできにくい状況があったと考えられる。貝原益軒の書物 (貝原, 1772) においても、妊娠中の心得や産後の心得は記述があるものの、分娩中の産婦の心得は記載されていない。また、日本では古くから種々の催生薬があり、妊婦が飲んで

いたこともあったようであるが、痛み止めというより、おそらく陣痛を速める薬であったようである。出産時間が短いことは、痛んでいる時間が短いので楽になる。しかし、これに対して、近世中期の産科医、佐々井茂庵は、「産科やしない草」(1775)の「臨産のこころえ」で「産は天然の事」であるから薬は用いる必要は無いとし(増田他, 1971, 新村, 1996:156)、近世後期の平田篤胤は、出産は神の所業であり、それに薬を用いることは越権行為に当たるとみていたようである(新村, 1996:157)。この平田篤胤も華岡青洲もほぼ同時期の人物であるが、これらから考えても自然におこって来る陣痛の痛みを取り去るなどということは考えもしなかったのではないかと推測される。従って、欧米の産科麻酔に関する情報が流入するまでは、陣痛の痛みを医術に依って無くそうという発想は無かったものと思われる。

このように、日本の医師の産痛に対する関心の低さに対して、欧米の医師の産痛への関心度は、かなり異なっていたものと想像する。それは、前述した 1846 年に外科手術に初めて麻酔が使用され成功したわずか 4 ヶ月後にイギリスのシンプソンが分娩に麻酔を使用した事実からもよく推測できる。産科麻酔の創始者であるシンプソンやこの麻酔分娩を追試した他の医師達においては、陣痛の痛みを特別扱いにすることなく、病気の痛みと同様に扱って、除去することが良いことであると考えていたと思われる。

日本では、早期に麻酔手術に成功していたにもかかわらず、産痛緩和に麻酔を使用することは、全く試みられず、ヨーロッパでは早期から産痛緩和に麻酔が使用された。この理由をさぐるために、ヨーロッパのキリスト教文明およびその母体となった文明において、「痛み」や「陣痛」という言語にどのような意味を持たせていたかを考察してみよう。

### 3. 3. 「原罪」と「名誉」

古代から痛みは残酷な神々、あるいは悪魔のせいとも考えられていて、その種族のメデイスンマンは呪文を作り魔術や祈りや、儀式などにより治療されていた(Keele, 1957, Finger, 1994)。また、初期のメソポタミア文明、古代エジプト、そして初期ギリシャでは病気に関する痛みは罪に対する罰として、超自然な力により、引き起こされるものであると信じられていた。英語の *pain* が由来する言葉はギリシャ語の *poine* そしてラテン語の *poena* であるが、これらは罰 (*penalty* あるいは *punishment*) の意味を持つ。古代から人々は早くも痛みに対して「罰」という意味を持たせていたわけであるが、ここからすでに、痛みへの対応は単に身体的な対処だけでなく、文化的な対処でもあることがわかる。

中世に入りヨーロッパでは、痛みは宗教と強く結びつく。旧約聖書の創世記 3 章 16 節には『わたしはあなたの産みの苦しみを大いに増す。あなたは苦しんで子を

産む。それでもなお、あなたは夫を慕い、彼はあなたを治めるであろう』と記されている。産痛は、神の怒りをかった女性達に与えられた罰と考えられ、生まれながらに女性は罪を持ち、そのために産の苦しみを受けなければならないと教示されてきた。また、女性だけでなく新生児も生まれつき罪を背負っているものとしてとらえられた。それは出生後まもない嬰兒への洗礼を教会全体に義務化して信者を増やすという教会政策上の意図も働いていた（山田, 2000:24-37）。神によって許されたとする司祭がいままでのメディスンマンに代わり人々の罪に由来するという痛みや病気を和らげるために、病人の上に手を置く、「おさわり」の実技の儀式をすることにより人々を癒していた（清原, 1976:14-18）。罪と痛みの関連づけは、教会にとっては、人々の気持ちを容易に捉えることができ、布教するにあたり大なる成果を上げたと考えられ、このような教えからすると、陣痛の痛みの苦しみは名誉の苦しみではなく、罰として与えられた苦しみなのであり、罪あるいは罪の結果として常に否定的な評価しか受けてこなかったと考えられる。

日本では古代から人々は産神を信仰し、子宝に恵まれ、無事に妊娠期を過ごせますように、陣痛が軽く楽で正常な出産でありますように、そして健やかな子育てを願ってきた。産神信仰には、子を授け安産専門の子安神、子どもの守り神の姥神、産婦と新生児を守る産泰さまなどがあり、特に産泰さまは、古来日本ではお産を不浄、穢れとしていたが唯一出産時に女性に祈ることが許されたという。安産祈願には犬が何匹も楽そうに産むので産泰さまの使者とされ、妊娠5ヶ月の戌の日に安産を祈り岩田帯を巻く儀礼がある。また、多数の子魚を楽々と生み出すタツノオトシゴの干し物や、蛇がするつと脱皮するように子どもが抜け出てくるようにと蛇の抜け殻を身につけてお守りにするとかがある。また底抜けのひしゃくを奉納するとよいとか、団子を山盛りにして安産の地蔵に供えると転がる団子のようにこどもが産まれるとかの習俗がある（戸部, 1998, 鎌田, 宮田他, 1990, 恩師財団母子愛育会, 1975）。

陣痛が軽く、苦しむ時間が少なく、そして母児共に健康であるという望みから、明るく抜ける、するつと通るなどをイメージする数々の出産祈願がある。このような出産祈願に関する習慣や儀礼は日本特有のものではない。よく似た習慣や儀礼が世界各地で見られる。このような出産祈願のあることは、妊産婦が出産に対して希望を持つと同時に、いかに不安や恐怖を持っていたかの表れである。このような習慣や儀式は、出産への不安や恐怖という危機回避にむけてのコーピング行動の一つと考えられる。

日本語の「痛み」は、元来、罪や罰の意味は含まれていない。「いたし」は「甚し」と「痛し」の両方の意味で用いられるが、原義は「はなはだしいさま」である。はなはだしいさまが肉体・精神に与える感じを表すのが「痛し」である（宮腰他編,

2003)。古来から日本ではお産を不浄、穢れとしていたが、出産の痛みが、罪や罰であるという考えは、なされてはこなかった。むしろ、出産の痛みをポジティブに受け止めて、痛みを乗り越えてこそ一人前の女性となり、母となることができる。という考えがあった。つまり、日本においては、出産の痛みは女性の通過儀礼としての性格を欧米よりも強く持っていたと考えられる。今回の産痛に関する筆者の一連の研究におけるインタビュー調査でも、90歳代の出産経験者Aから「大声を出すなんてもってもないことでした。そりゃー暴れたりすると、それこそ末代まで言われたでしょうね」という語りや、70歳代の出産経験者Nの「お姑さんが付き添ってくれていたのですが、女は取り乱したらあかんのやでと言われたので、痛くても必死でがまんしました」や60歳代の出産経験者Bからも「病院で産んだのですけど、年輩の助産婦さんが、巻いたタオルを持ってきて、口にくわえるように言われました」という語りがあった。これ等の語りからは、「お産に対してのこうあるべき産婦の態度」についての昔からの言い伝えが伺えた。日本においては、『その日にその家にオムツが干されているのを近所の人が見てはじめてお産があったのを知る』（吉村, 1985:145）というような、陣痛の痛みをがまんして、声にも出さず、平気を装い静かに出産を遂げる事が、美德であり立派なお産とされていた。それは、どのような苦勞にも忍耐強くがまんできる女性であることの証明のようにも解釈されていた。すなわち、陣痛を忍耐強く乗り越えることは、よき女性、よき母となることに繋がる「名誉」なのである。

これ等の考えは、巧みに男性中心社会から作り出された女性抑圧的な考えであるという解釈も可能かもしれない。しかし、陣痛を乗り越える側にたつと、キリスト教圏のように陣痛の痛みは生まれながらにしての「罰として与えられた苦しみ」とされるよりは、日本のように、痛みを乗り越えることは、よき母、よき女性につながるという「名誉の苦しみ」とされるほうが、痛みを乗り越えようとする動機は強まるであろう。

また、キリスト教圏において陣痛の痛みは「原罪」とされている事は、陣痛を乗り越える動機となるよりも、陣痛の痛みに対する女性達の反発感情が起こりやすいと考えられる。出産の痛みを取りのぞくことは、女性の権利として解釈され、麻酔分娩を医師達に要求したアメリカでの運動を紹介する。

1900年の初頭にアメリカで起こった、トワイライト・スリープ運動であるが、トワイライト・スリープ (twilight sleep) という麻酔は、ぼんやりとした眠りという意味で、ドイツ、オーストリアで始められた。もともとは外科手術に用いられたものであるが、分娩の痛み緩和にも用いられた。痛くないお産ができるとして、トワイライト・スリープ分娩は、多くの女性たちの関心を集めた。1902年アメリカでは痛くないこの麻酔分娩を医師がもっと産婦に積極的に行うべきであると、女性

知識人によってトワイライト・スリープ協会ができた。トワイライト・スリープ協会は、新聞のほか、主要都市にてデパートなどでも集会を主催し、痛みのない出産としてのこの方法のすばらしさを広め、この方法について認可するよう医療専門家に圧力をかける必要を女性たちに熟知させようとした。“私は全く痛くないお産を経験した。”とあって、トワイライト・スリープで出産した、自分の元気なベビーを見せびらかした女性もいた。それはやがて上流階級だけでなく労働者階級の女性にも広がった。一種の流行となり、アメリカでも多数の医師が試みたが、また、一方で反対して行わない医師も多かった。やがて、自分の元気なベビーを見せびらかして熱心に宣伝していた女性が、トワイライト・スリープの麻酔下での分娩中に死亡したことをきっかけに運動は下火となる。また、分娩遷延や、新生児の元気が無いことなどから敬遠されていった。以後、産科麻酔に賛成する医師たちは、悪影響が少ない麻酔方法の模索に向かって努力していくことになるが、第二次世界大戦後までこのトワイライト・スリープ分娩は存続した (Chamber & Wraight, 1993, Bonica & McDonald, 1995, Leavitt, 1986)。

すべての産婦に麻酔分娩を施行するようにとの要望を訴えたフェミニストを中心とした女性活動家達のこの運動には、女性活動家の「陣痛の痛みは、罰として女性に対して与えられた苦しみ」とされてきたことへの反発心が深層的にあったのではないかと考えられる。キリスト教の教えの影響で出産の痛みは原罪であるとされ、出生時から女性はすでに抑圧されていたことに対する女性たちの覚醒であったのではないかと考えられる。

一方、日本では、医療による産痛からの解放を唱える女性運動は起こらなかった。また、女だけが何故このような目にあわなければならないのかというような、欧米の一部のフェミニストのような態度とは異なっている。筆者のインタビュー調査では、陣痛の痛みは「女性の特権」という発言や「箔がつく」といったようにポジティブに解釈する傾向にあった。また、痛みを乗り越えることは名誉なことであるとする語りの裏返しとして、無痛分娩にすれば、「値打ちを落とす。」「夫に感謝される気持ちが低まる。」「根性なしと思われる。」「子どもに伝えるににくい。」「姑に何かを言われそう。」など、陣痛の痛みを除去することに対して社会の目、世間体を気にする語りが多かった。この事は、日本で無痛分娩する人たちに対して偏見の目が注がれる可能性があることを示している。このようなことを予期してなのか、麻酔分娩を選択した女性達の中には、その方法での出産に対して満足感を得ていたにもかかわらず、姑、あるいは勤務先には麻酔のことは内緒にしておくという人も存在した。

現在でも、日本においては、お産は大変なものではなくてはならず、樂をすることに対してなにか肩身の狭い思いをするという風潮は、以前よりは強くないとしても、依然として存在していることがわかる。

### 3. 4. 「陣痛」という語彙—「子宮収縮」と「痛み」の混同

無痛分娩（麻酔分娩）の出発点は、子宮収縮と痛みを区別して考え、周期的・反復的に起こってくる子宮収縮は胎児を娩出するのに重要な要素であるが、それに伴う痛みは不要であるという子宮収縮と痛みは分離した考えから出発している。

日本語の「陣痛」という言葉について考えてみると、広辞苑では『分娩時に際し、定期的に反復して起こる子宮の収縮。また、その痛み。』とある。日本では、子宮筋の収縮とそれに伴う痛みとを分離せず、一般的に「陣痛」という一つの単語で表現している。日本的な表現での「陣痛」は、子宮収縮なのか痛みなのかわからない。日本では助産師や医師がよい陣痛が来てよかったですねという表現をすることがあるが、児を娩出するために有効な子宮の収縮が起こっていることを示している。しかし、痛みがきて良いですねとも解釈できる。「この痛みがないと子は生まれてこないのですから」（出産経験者J）という語りは、子宮収縮はイメージされていなくて、その痛み自体が児を娩出するのに働いているという漠然としたイメージがあり、その場合、痛みは必須なものとしてとらえられているのである。

一方、フランス人などの感覚では、痛みがきて良いなんてことは考えられないであろう。欧米では、contraction（子宮収縮）と labor pain（産痛、陣痛の痛み）を分離して用いており、言葉が別である。子宮収縮とそれに関連した痛みとに別々の単語を持っていることから、子宮収縮と痛みをある程度、別個に想像することがしやすく、子宮収縮は必要、痛みは不必要であるという認識に至るのは、日本よりも容易であるように考えられる。

また、日本人はがまん強い民族などといわれることがあるが、痛みに対してはストイックな面がある。綾部（綾部, 1991:34-41）は英語では痛みの語彙がいくつにも分化しており、pain は ache（歯・頭・骨・心の痛み）hurt（切り傷・たたかれたときの痛み・外側の痛み）sore（炎症を起こした痛み、触れると痛い場合）などがあるが、日本語では、痛みについての語彙は少ない。このことは、日本人の痛みの領域への関心の乏しさを物語るものであると述べている。「陣痛」と言う言葉が、痛みと子宮収縮の両方の意味を含んでおり、それらの区別が言葉上明確ではないのも、痛みは何らかに付随するものであり漠然と捕らえられているのであって、痛みだけの部分に注目して取り上げて対応する意識は欧米に比べて低いと考えられる。

### 3. 5. 欧米における自然出産運動

トワイライト・スリープ運動を含めて、20世紀初頭の20年間に、欧米における出産の風景は、自宅分娩から病院分娩へ、助産師排除と医師中心へと変化していた。医師たちは全国的に組織されるようになり、専門職としてその地位を確立してゆく。麻酔法を施行するために、鉗子の使用頻度も増加し、医療介入は増加していった。麻酔分娩の発達、出産方法や助産の形式を変えていったともいえる。

これら麻酔使用における出産に対して疑問を持っていたイギリスのディック・リード (Grantly Dick-Read) は、分娩時に恐怖があると緊張が生じ、それが疼痛に繋がるという「恐怖」「緊張」「痛み」の3者の関連性を説いた。分娩は誤った先入観と恐怖がなく、自然であれば、本来、無痛であると主張した。そして妊婦教育を施行し、正常分娩経過を教育し、出産への恐怖を取り除くことによって出産の痛みを取り除こうとした。1933年『自然な出産 (Natural Child Birth)』(その後『恐怖なき出産 (childbirth without fear)』と変更された)を著した (Read, 1944)。

第二次世界大戦後、このリードの説は、公衆に強くアピールされていった。当時、出産は、鉗子、会陰切開、吸入麻酔あるいは脊椎麻酔、バルビタール、ナルコーシス、トランキライザーなど産婦は強い薬、様々な複合薬が与えられおり、産科医療の介入は行き過ぎた感があり、出産は複雑になっていた。ちょうど、その頃、妊娠中につわりを和らげる目的で使用されたサリドマイドという薬を飲んだ母親から、四肢の異常をきたしたサリドマイド児が生まれた。また、ラジウムの児への影響などが、大きな社会的問題として取り上げられた。それらのニュースは、正常出産に対する過度の医学的介入の児への影響について人々の不信が増加するに繋がっていった。当然、麻酔分娩についても、その安全面で不信感を持つ人も出てきた。そのような時に、リードの「自然な出産」は大きく人々に訴えたのである。

その後、旧ソ連のウクライナの神経科医師ヴォルボスキーがバプロフの条件反射の学説をもとに、精神予防性無痛分娩法という出産の痛みを取り除く方法を考えた。出産は痛いものであると聞かされてきた産婦は子宮収縮が来るやいなや、条件反射的に痛みを受け止めてしまう。この条件になっている部分を取り外そうというものである。基本的にはリードと同様に薬物や麻酔を使用しない方法である。また、フランスの産婦人科医のラマーズ (Fernand Lamaze) は、1951年にソ連を訪問し、精神予防性無痛分娩を見学し感銘を受け、呼吸法など新しくオリジナルの部分を加えて、自国フランスに紹介した。「ヒッツ・ヒッツ・フー」の呼吸法・弛緩法でよく知られているラマーズ法である。ラマーズ法はアメリカに伝わり全米で急速に普及することになる。

また、同じイギリスで、出産に関して医療者に産ませてもらうのではなく、「自分で主体的に産む」ことが強調され「アクティブ・バース」という言葉が使われ始めた。産婦が分娩台上がって産む砕石位は、児娩出の状況が医療者からよく観察できるため、医療者にとって都合の良いだけの体位であったとし、産婦には苦痛であり屈辱の姿勢であったとする。また、そのような仰臥位での出産は児を娩出する際に重力に逆らった体位であり生理的に不都合であるとした。そして四つんばいや膝位、坐位、分娩椅子に乗ったりし、産婦が苦痛が少ないと思う自由な姿勢で、産婦が主体となって出産することを呼びかけた。これはフリースタイル出産ともいわれている。「アクティブ・バース」は体位だけでなく、出産に関してすべての面で「出産の主体は医療者 (医師) ではなく産婦である」という自覚を持つと同時に、

これを医療者に向けてアピールしたのである。医療における医師主体の管理分娩に対する抵抗でもあった。したがって、産痛に対しても、ラマーズ法などの呼吸法を取り入れ、麻酔に頼らないというのが基本的な姿勢である。

その後 1980 年代に入り、フランスのミシェル・オダンは「産む本能」を強調し、『バース・リボーン』を著した (Odent, 1984=久靖訳)。女性には薬物に頼らずとも、本来、産む本能があり、それを発揮できるような、生理学的プロセスをできるだけ妨げない環境を作ることの重要性をといた。オダンは、自然分娩と称する呼吸法でさえ産婦に指示的であるとし、呼吸法も結局は医療者が「出産をコントロールするシステムを妊婦に押し付けている」に過ぎないとしている。オダンは、基本的にありのままをモットーとしている。大脳の旧皮質の活動性を邪魔しないことが重要であるとしている (Odent, 1984=久靖訳, 1991:35)。

上記のリード、ラマーズ、オダン等の「自然な出産」方法は、アメリカでは新しい出産方法であったのであり、麻酔分娩のオルタナティブとしての存在であったのである。これ等の麻酔を使用しない分娩方法は、出産に対する女性の主体性を取り戻そうという自然出産運動に直結しており、出産の医療化に対する批判の現われでもあった。

### 3. 6. 産科麻酔のその後と現在

一方、安全面に関して産科麻酔はとどまっていたわけではなく、自然出産運動が盛んな中でも、改良への研究が続けられていた。麻酔科医のバージニア・アプガーや産科麻酔の大家といわれているジョン・ボニカ (John Bonika, 1917-1994) はより安全な麻酔分娩方法を考え精力を傾けた。ボニカ は 1967 年に『産科における鎮痛と麻酔の原理と実践』を著したが、この著書は現在も産科麻酔科の教科書的存在のようになっていて版を重ねているが、この著書が発行されてから後、産科麻酔は、大発展を遂げることになった。

現在、意識がなくなる全身麻酔である吸入麻酔分娩は激減し、分娩時の麻酔の主流は、意識が明瞭でありかつ痛みを強力に軽減する局所麻酔の硬膜外麻酔である。1992 年に米国内科科学学会と米国産婦人科学会のガイドライン (American Academy of pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists, 1992) は、「分娩出産の鎮痛に用いられるさまざまな薬物療法の中で、腰部硬膜外ブロックは最も効果的で最も抑制が少なく、母親は意識清明な状態で分娩に参加できる方法である」と記している。硬膜外麻酔使用の分娩数は、1981 年と 1992 年の比較において、1992 年は倍に増加している (Hawkins, 1997:135-143)。現在、一方では、自然分娩が盛んに叫ばれるものの、アメリカやフランスの硬膜外麻酔分娩施行率の高さは、全分娩の約 7 割あるいはそれ以上が現実である。多くの欧米の女性は産痛を拒否している結果とも考えられる。アメリカ、フランスでは医療施設は大きなセンターで集中

的に出産を取り扱っており、産婦人科医と同様に、産科麻酔医も常駐している。麻酔分娩の歴史が日本よりも長く、2世代～3世代にわたり麻酔分娩ということもある。このような世代間にわたる母から子への麻酔分娩についての伝達も麻酔分娩を希望する妊産婦が多い要因であると考えられる。一般の日本人が考えるよりもはるかに麻酔分娩はアメリカやフランスでは社会に浸透しているのである。

では、日本では麻酔分娩はどのように広まっていたのか見てみよう。

### 3. 7. 日本の戦前の麻酔分娩

戦前においてはほとんど麻酔分娩は導入されなかったといつてよい。記録に残っている最初の日本の産科麻酔については1880年(明治13年)の小池直正が正常分娩に麻酔薬を用いるように推奨しているが、その後、産科麻酔の報告はほとんどなされていない。産科麻酔として1906年(明治39年)脊椎麻酔使用、1929年(昭和4年)陰部神経ブロック、1936年(昭和11年)皮下注射、1937年(昭和12年)に直腸麻酔、1938年(昭和13年)肛門座薬、1939年(昭和14年)エーテル吸入法、酸素笑気の今後吸入などが行われているが、ほとんどが症例数は少なく治験的であり、それも十分な基礎的研究も行われずにかなり模索的な感もあり、分娩痛を緩和することは一般化されなかった(松木, 1998:500-503)(安井, 1982:285-288)。

### 3. 8. 第二次世界大戦後のGHQ下の影響

第二次世界大戦直後の日本の出産状況は、自宅で産婆が分娩介助していた。この日本の状況を見て、GHQは、自国アメリカの様子との間に非常なギャップを感じたと思われる。当時のアメリカの出産状況は、すでに自宅出産から病院出産に移行しており、各地に無痛分娩のサービス体制が作られており、助産師の存在は非常に薄く、医師中心の産科医療であったからである。GHQは、日本の産婆制度への十分な理解も無く、その出産状況は非衛生的、非近代的であると解釈し、自宅出産から病院出産へと移行する保健指導を日本政府に指示・命令し実行させた。

日本では、麻酔分娩は、自宅出産時代から病院に移行しつつある状況においてもなされることは少なかった。しかし、GHQの影響等でアメリカに留学する医師もおり、慶応大学や横浜の病院などを中心に、熱心に麻酔分娩を試みる医師が出てきた。昭和20年には終戦後第一回の産婦人科学会総会に慶応病院の長内や尾島の無痛分娩の報告が発表された。

ここで、尾島信夫産婦人科医師(慶応病院)は下記のように記している。

「日本婦人が2000年も我慢を強いられてきた産痛を消失せしめ得ることを知って真に愉快であった。」(尾島, 1961:1)

いままで、産痛を自明として捉えていた常識を破ることに痛快感を味わっている

言葉であるが、尾島自身が、産痛を除去できるという事実に驚愕している様子がみてとれる。また、GHQ のアメリカ看護師が無麻酔で分娩をしている日本の状況について驚愕したのを見て、尾島は、

「日本人が終戦によって人格の尊厳を回復し不合理な制約から解放されて真の人間としての生活に入るべきものとすれば、すべての産婦を分娩の苦痛から解放するのは産科医の義務である」(尾島, 1961:1)。

いままで、出産の痛みに関して、自分を含めて産婦人科医の対応が、人間性を欠いたものであったと考えたのである。また次のように尾島は麻酔分娩が日本でも広がりを見せると予測しているのである。

「戦後 自宅分娩から施設分娩に移行し、正常分娩も医師が関与することが多くなってきた。農村においても入院分娩の希望が多くなってきている。生活文化の発展と医学の進歩により大衆の分娩に関する意識も変化してゆくであろう。産科医師の方針しだいで無痛分娩の頻度が増加してゆくであろう。今は其の麻酔分娩時代への移行期であろうとしている。巨像の如くといわれる大衆自身の歩みが却って産科麻酔史を繰り広げて行くことになるかも知れない。」(尾島, 1961:9)。

昭和 36 年あたりは、敗戦後の日本の経済は復興から力強く発展に向かっており、盛んに自宅分娩から施設分娩に移行していた頃である。しかし、実際には日本は尾島の展望のように行かなかったのである。

### 3. 9. 日本への自然出産運動の余波

大正末期 1926 年にソ連の精神予防性無痛分娩の影響を受けたのではないかと考えられる実験心霊学研究会の木村介忠が心理学的無痛分娩講習を日本産婆協会の主催でおこなっている。1929 年(昭和 4 年)には「木村—心理学応用 無痛分娩法講座・上下」が安産の研究社から出版されている。このときすでに、創始以来講習会の回数は 150 回、木村の講座を聴いた医師・産婆はのべ 4000 人とある(木村, 1929:序の四)。木村の無痛分娩講習会は妊婦も受講していたようであり、1933、1935 年に雑誌「主婦の友」にもその体験記が記載されている。第二次世界大戦後は木村の活動は文献上探した中では見当たらない。戦後においては、菅井医師(日本赤十字医療センター)が昭和 28 年(1953 年)に同様の精神予防性無痛分娩を中国経由で日本に持ち帰り、病院の外来の母親学級等で妊婦に出産準備教育を行った。

その後、昭和 46 年(1971)ラマーズ法が日本に紹介された。日本在住のアメリカ人の出産教育者が、在日外国人グループのペアレント・クラフトのために、ラマーズ法の講習をしたことが契機となっている。その後、その講習は在日外国人だけでなく、関心のある日本の助産婦・看護婦・リブ運動家により、セミナーに発展し

ていった。1980年代には次第にラマーズ法は日本中に広がり、ブームとなる（船橋, 1994:90）。

「ヒッツ・ヒッツ・フリー」という呼吸法で痛みをそらすかけ声は出産時の産婦の象徴ともなった。ラマーズ法は妊娠期の妊婦への出産準備教育が真髄である。出産の経過の知識、陣痛時を乗り切るための呼吸法や弛緩法、分娩リハーサル等の内容で主に助産師が講義や実践練習を行った。妊産婦に指導する前に、助産師はまず自分達が講習を受けたり、また助産師学校では教育に組み込んだりしたわけであるが、ラマーズ法により影響を受けたのは、ある面、妊産婦よりもその助産師であったとも言える。助産師は精力的にその方法を学び、そして妊婦に指導した。日本では、このラマーズの方法が病院だけでなく開業助産院、開業産婦人科医院とどこの施設でも行われていたというほどポピュラーとなっていった。その後、助産師は呼吸法だけではなく、徐々に、夫立会い分娩の導入、早期母児接触や直接母乳の推進等自然出産運動の影響を受け、分娩への夫の参加や産後のケアにも変化をもたらしていった。

近年では、さらに自然分娩志向が高まり、従来の呼吸法も指示的だとされ、呼吸法もあまり形にはめないで、産婦が自分に合うように自由に行うようにし、リラクゼーションが促されている。そして、分娩、出産に向かう母親のモチベーションに力点がおかれ、出産スタイルもフリースタイルを可能とする施設も出てきた。1980年代の呼吸法中心とした最初のラマーズ法のブームは過ぎ去り、ラマーズという言葉もあまり聞かれなくなったが、ラマーズ法の流れを組む薬物を使用しない産痛緩和が今も日本では主流である。

日本でも麻酔分娩が広がっていくという尾島の展望は的中しなかった。なぜだろうか。いくつかの理由が考えられる。第一に麻酔分娩の導入時期の問題である。麻酔分娩が導入されたのは、戦後間もないベビーブームの時代であり、産科医が不足する中、母児の安全面の確保が最優先であった。産痛を問題にする余裕はなかったことが考えられる。また、麻酔分娩の伝播とほぼ同時期に精神無痛分娩法やラマーズ法初めとする自然分娩運動の余波を受けたことも重要であろう。精神無痛分娩法やラマーズ法は、リスクもほとんど考慮に入れる必要がなく、特別な施設や設備も不要で、経済的な負担もない。都市でも田舎でもどこでも行えるという利点がある。そして、もう一つの要因は、次に述べる日本における助産師の存在である。

### 3. 10. 絶えることが無かった日本における助産師の存在

GHQが撤退した後も出産の病院化は進んだ。1948年には施設外の分娩（主に自宅出産を意味する）が95%であったのが、1980年は施設内の分娩が99%と逆転した。このような動きにより、開業助産師は激減し、助産師の多くは病院施設で勤務することとなった。助産師は、病棟で妊娠期の入院患者のケア、分娩介助、褥婦と新

生児の看護と保健指導を主に行うようになった。外来での妊婦教室などは、助産師が行うが、妊娠期の外来診察は医師がほとんど行うことになった。この自宅から病院への出産の場の移動は、アメリカでは日本よりも早く 19 世紀後半から 20 世紀初頭におこっている。この現象は、外観は同じであるが内容は日本と米国とでは大きな違いがある。アメリカでは、出産の場が自宅から病院に移ることは、助産の中心が助産師から医師に替わることを意味していた。助産師は医師達に追いやられ、やがて姿を消すに近い状況となっていた。医師達は、産科学の知識、鉗子、そして麻酔分娩をもって、顧客である妊婦獲得を行っていったのである。そして、米国においては医師中心の助産となっていたのである。医療による痛みの管理に対するイリイチらの批判 (Illich, 1976:127-130) は、欧米におけるこうした急速な医療化への反応である。

他方、日本では、出産の場は自宅から病院に移動したが、同時に助産師も病院に場を移し、助産師が消えてしまうことは無かったのである。この点が上記のアメリカとは大きく異なる点である。日本の産科医師が助産師を出産から追いやる動機は見つからない。なぜなら、戦後のベビーブームにおいて日本の母子保健を担っていく過程で、助産師のマンパワーは重要であったからである。助産師の業務範囲は、単独では正常産介助に限られ、医学的処置をすることは制度上できない。産婦のそばにいて、医師の介入なしにその痛みを乗り越えさせることは、助産師の大きな役割の一つであった。戦前は、日本の助産師は、産科医の教育を受け、職業管轄権内で普通に医学的処置を使用しない分娩介助をそれなりの技術と精神でもって行っていたが、自分達の職業的立脚点としてのイデオロギーを確固として持っていたわけではなかった。しかし、戦後、欧米の自然分娩運動の余波を受け、助産師たちは自然分娩擁護の言葉や理論に共感、共鳴し、また感化され、単なる助産という職業への思いを、理論武装しイデオロギー化していったと考えられる。いいかえれば自分達の職業的立場のイデオロギー的支えを獲得していったのである。このように欧米で始まった自然出産運動のイデオロギーの情報流入により、助産師自身が強い影響を受け、それが、妊産婦にも影響を与え、また、助産師教育にも影響していったのである。医師がこの助産師に取って代わる歴史をもたない日本では、常に産婦のそばに存在してきた助産師の出産に対する影響力はきわめて大きかったといえるであろう。彼女らが、麻酔分娩を導入することに対して、イデオロギー的にも経済的にも関心をもたない限り、麻酔分娩の普及は困難であったと考えられる。

#### 4. 欧米と日本の出産の医療化

欧米の自然出産運動は、昔は、地域で女たちが力を寄せ合いお産をとっていたが、このような自然な出来事である出産に、医師が介入し、他の病気と同様に扱い、病院で出産が行われるようになり、女性は主体性を奪われてしまったとして、自然分

娩を取り戻そうとした運動である。すなわち、出産における医療化（medicalization）言説は、妊娠や分娩は生理的現象であり、自然現象であるということを前提として、医学や医療は母児の安全ということをつたへし、介入をし、本来の出産のあるべき姿をゆがめてきた、というものである。この考えは文化人類学者、医療社会学者が鋭く指摘しており、助産師、フェミニスト、マスコミ、一部の宗教関係者、一部の産科医などの間で問題にされた。

日本の出産についても、こうした医療化の観点から論ぜられることが多いが、欧米の自然分娩運動の論調を日本にそのまま持ち込んでいる感もなきにしもあらずである。自宅から病院に移ったという現象からのみを見て、日本は欧米と同じ状況であると解釈されている。病院で産むこと、仰臥位という出産体位、ルーチンで行われる一連の病院での処置（浣腸、剃毛、血管確保のための点滴など）を行うことは、確かに日本もそうなのであり、この面からは、欧米と同じ類の出産の医療化である。

しかし、欧米で自然分娩が強く言われた点の発端は麻酔分娩であり、それに対するオルタナティブとして、ラマーズが現れ、オダンが現れてきたのである。日本では麻酔分娩は、全体から見ると、ほとんど行われておらず、できるだけ自然の形で陣痛の痛みを乗り越えてきた出産であった、この点では欧米と大きく異なり、区別して考えなければならないであろう。

## 5. 結論

本論文は、アメリカやフランスでは麻酔分娩が主流であるが、日本ではなぜ麻酔を使用せず、痛みを乗り越える分娩が多いのかの要因を考察することが目的であった。歴史社会的解釈から、少なくとも近世以降の日本においての主な要因として次のことが挙げられた。1) 日本では、出産は自然なものであるため、薬物使用は不要あるいは神に逆らうことと捉えられていた。2) 宗教文化的背景として産痛はキリスト教圏では「原罪」とされ、一方、日本においては、痛みを乗り越えることは母として女性として「誉れ」とであるとされてきた。「原罪」とされることは女性達の陣痛の痛みに対して反発が起りやすく、「誉れ」とされるほうが、痛みを乗り越える動機は強まる。3) 歴史的経緯として、戦後ベビーブームに麻酔分娩が伝搬されたが、産婦人科医は多忙であり、麻酔分娩まで手が回らなかった。また、日本には麻酔分娩と自然分娩がほぼ同時期に伝えられ、ラマーズ法などの方法が簡便でありより広めやすかった。このことは現在も影響している。4) 職業文化的要因として、日本では医師が助産師を追いやるという経緯はなく、助産師は産婦のそばに存在し続けてきたことがあげられる。職業管轄権において、助産師は医療介入を独自で施行できない。助産師は、産婦の達成感などを重視し、産婦を励ましなが

痛みを乗り越えさせることを重要な役割の一つとして行ってきた。また、欧米の自然出産運動の影響を受けて、その方法や理論を自分達の職業的立脚点を支える職業的イデオロギーとしていった。この助産師の自然分娩指向の強い職業的イデオロギーの出産に対する影響力は極めて大きい。この職業的文化要因は、出産の医療化論にとって重要な問題である。

## 6. おわりに

出産のメカニズムは生理的原理・生物学的原理が普遍的にはたらいっている。しかし、実際の出産過程は歴史、社会的、文化的側面が密接に関係しており、それらが相互に影響をおよぼしあい協同的におこなわれる現象といえる。出産を取り巻く多くの事情によって、その過程は多種多様な現象を呈する。本論文では麻酔分娩をめぐって、歴史社会学的解釈が主であった。そのほか現在の日本の医療提供者や妊産婦等の医療消費者の聞き取り調査による分析を行ったが別稿にゆずる。

### 文献表

- Achterberg, Jeanne. (1990) *Woman as healer*. Boston: Shambhala Publications. (=長井英子訳『癒しの女性史：医療における女性の復権』東京：春秋社 1994)
- 綾部恒雄 (1991)「痛みの効用—その弁証法的理解」『教育と医学』26(8): 34-41 (748-755) .
- Bonica, John J. & McDonald, John S., ed. (1995) *Principles and practice of obstetric analgesia and anesthesia, 2<sup>nd</sup> edition*. Malvern. Williams & Wilkins.
- Brook, Danaë. (1976) *Naturebirth : preparing for natural birth in an age of technology*. London: Heimeman (=ダナエ・ブルック著横尾京子 秋山洋子 山田美津子訳『自然出産：女の自立とゆたかなお産』批評社 1980)
- Chamberlain, Geoffrey. & Wraight, Ann., ed. (1993) *The history of pain relief in labour pain and its relief in childbirth. Pain and its relief in childbirth : the results of a national survey*. New York: Churchill Livingstone. 3-4.
- Ehrenreich, Barbara. & English, Deirdre. (1973) *Witches, midwives, and nurses : a history of women healers*. Feminist Press. (=長瀬久子訳『魔女・産婆・看護婦：女性医療家の歴史』東京：法政大学出版局 1996)
- Finger, Stanley. (1994) *Origins of neuroscience: a history of explorations into brain function*. New York: Oxford university press. 50-151.
- Gelis, Jacques. (1977) *Sages-femmes et accoucheurs; l'obstétrique populaire aux XVII et XVIII siècles*, Annales E.S.C., Les médecins et les soignants. 927-957(=ジャック・ジェリス「産婆と産科医—17～18世紀における民間助産術—」『叢書・産育と教育

- の社会史』新評論 第4巻 1984)
- 長谷川博子 (1986) 「権力・産婆・民衆-18世紀後半アルザスの場合」『思想』746
- Hawkin, J.L., Gibbs, C.P., Orleans, M., et al., (1997) Obstetric anesthesia work force survey, 1981 versus 1992. *Anesthesiology* 87, 135-143.
- 船橋恵子(1994) 『赤ちゃんを産むということ』日本放送出版協会 88-91
- Illich, Ivan. (1976) *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, London: Marion Boyars.
- 貝原益軒述 (1772) 『女大學』大阪：柏原清右衛門
- 鎌田久子 (1990) 『日本人の子産み・子育て：いま・むかし』勁草書房
- Keele, K. D. (1957) *Anatomie of Pain*. Oxford: Blackwell (=二次資料 Finger, Stanley. (1994) *Origins of neuroscience: a history of explorations into brain function*. New York: Oxford university press. 148.)
- 木村介忠 (1929) 『木村—心理学応用 無痛分娩法講座・上下』東京：実験心理学研究会
- 清原迪夫 (1976) 『痛みと人間』NHK ブックス 252 (第1刷) 東京：日本放送出版協会
- 神津文雄 (1991) 『民俗の旅 歯の神様』銀河書房 184-186.
- Laget, Mireille. (1982) *Naissances: l'accouchement avant l'âge de la clinique*. Paris: Seuil. (=ミレイユ・ラジェ著, 藤本佳子ほか訳『出産の社会史—まだ病院がなかったころ—』勁草書房 1994)
- Lamaze, Fernand. (1972) *Painless Childbirth: Psychoprophylactic Method*. (=フェルナンド・ラマーズ ラマーズ著 尾島信夫監訳『ラマーズ法原著』鳳凰堂書店 1986)
- Leavitt, Judith Walzer. (1986) *Brought to bed : childbearing in America, 1750 to 1950*. New York: Oxford University Press.
- Loux, Françoise. (1978) *Le jeune enfant et son corps dans la médecine Traditionnelle*. Paris : Flammarion. (=フランソワーズ・ルークス, 福井憲彦訳『母と子の民俗史』新評論, 1983)
- 増田知正、呉秀三他、富士川游撰 (1971) 『日本産科叢書』思文閣出版
- 松木明知(1998) 「産婦人科の麻酔の歴史」『産婦人科治療』77 (5) .500-503
- 松岡悦子 (1991) 『出産の文化人類学：儀礼と産婆』東京：海鳴社
- 小川鼎三, 酒井シズ, 三浦尤三訳(1984) 『監訳図説医学史』朝倉書店 14
- 宮腰賢他編 (2003) 『旺文社全訳古語辞典』旺文社
- 落合恵美子 (1989) 『近代家族とフェミニズム』勁草書房
- Odent, Michel. (1984) *Birth Reborn*. New York : Random House. (=ミシェル オダン著、久靖男監訳『パース・リボーン—よみがえる出産』現代書館 1991)

- 尾島信夫(1961)「産科麻醉史」樋口一成,真柄正直編『日本産婦人科全書』26(2) 1-9  
 恩賜財団母子愛育会編(1975)『日本産育習俗資料集成』東京、第一法規出版  
 大藤ゆき(1967)『児やらい』東京:岩崎美術社  
 Dick-Read, Grantly.(1944) *Childbirth without fear: the principles and practice of natural childbirth*. New York: Harper.  
 Shorter, Edward.(1982) *A history of women's bodies*. New York: Basic Books. (=エドワード・ショーター、池上千寿子、太田英樹訳『女の体の歴史』勁草書房1992)  
 新村拓(1996)『出産と生殖観の歴史』法政大学出版社  
 鈴木七美(1997)『出産の歴史人類学:産婆世界の解体から自然出産運動へ』新曜社  
 谷川健一、西山やよい(1981)『産屋の民俗:若狭湾における産屋の聞き』国書刊行会  
 戸部民夫(1998)『日本の神々:多彩な民俗神たち』新紀元社 136-151  
 World Health Organization(1986) *Cancer pain relief*. Geneva. World Health Organization.  
 (1995) *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. Geneva.  
 山田望(2000)「古代キリストにおける結婚観の転換点—性欲は罪・陣痛は罰—」  
 『名古屋聖霊短期大学紀要』20: 24-37  
 柳田國男(1982)「社会と子ども」『柳田國男全集』12 ちくま文庫 279-317.  
 安井修平(1982)「無痛分娩の歴史」『産婦人科治療』44(3): 285-288.  
 吉村典子(1985)『お産と出会う』勁草書房  
 吉村典子(1999)『出産前後の環境:からだ・文化・近代医療』昭和堂

## A Comparative Historical Study on the Treatment of Labor and Birth Pain in the West and in Japan

Kazue YOSHIDA

Eliminating pain caused by cancer, toothaches, etc. as an unnecessary burden has been increasingly seen as a way of giving humanistic consideration throughout recent years. However treatment for the pains of childbirth is not uniform. This essay is examined why childbirth with anesthesia is the mainstream in countries such as the United States and France, but deliveries where pain is managed without the use of anesthesia are carried out so often in Japan.

The following points have been brought up as major factors in Japan at least from the beginning of modern times, through a socio-historical interpretation. 1) In Japan, childbirth is considered a natural process and the use of drugs has been seen as unnecessary or against the will of the gods. 2) The pain of giving birth has been seen as “a consequence of original sin” in Christian countries, while withstanding the pain has been seen as “an honorable act” as both a mother and a woman in Japan. There is a greater motivation to withstand pain if one focuses on “honor” rather than on “original sin”. 3) Obstetricians and gynecologists were busy during the post-war baby boom and could not provide anesthesia during childbirth. Childbirth with anesthesia and natural deliveries were both introduced to Japan at around the same time and methods such as the Lamaze method were simple and easier to popularize. 4) Midwives have always stayed beside women during childbirth in Japan as doctors never have them leave the scene. One of the major roles of midwives, whose occupational jurisdiction does not include administering medical intervention on their own, was to help mothers withstand the pain of childbirth. However, this has been a part of their occupational ideology ever since they became influenced by theories, methods, etc. of the alternative childbirth movements in the West. This occupational ideology of midwives, which has a strong directionality toward natural childbirth, influences pregnant women. When addressing the question of medicalization, it is important to also focus on factors of professional culture.