

研究論文

出産の医療化と「いいお産」

—個別化される出産体験と身体の社会的統制—

松 島 京¹⁾

Medicalization of Pregnancy and “Good Childbirth Experiences” Individualization of Childbirth Experience and Social Control

MATSUSHIMA Kyo

Recent childcare support policies in Japan, are designed to increase birthrate and prevent child abuse. Support policies insist “good childbirth experience” is important for women’s childcare. In this paper, I analysis discourse “good childbirth experiences.” And I clear up the relationship medicalization of Pregnancy and women’s subjectivity and social control. What is the subjectivity? And what is included in policies? For new parents, it is important that they accept their experience during pregnancy and childbirth. And healthcare professional’s care is more important. I think healthcare distribute childcare support policies.

Key words : medicalization of pregnancy, good childbirth experiences, pregnancy, childbirth, child care support policies, subjectivity, reproductive health/rights.

キーワード : 出産の医療化, いいお産, 妊娠, 出産, 子育て支援政策, 主体性, リプロダクティブ・ヘルス/ライツ

はじめに

近年、日本において、少子化対策としての子育て支援政策が展開されている。子育て支援とは主として、生まれた子どもを育てる親への支援をさす。しかし、子育て支援とは、子どもが生まれてから展開するだけのものではない。妊娠・出産期を生物学的なイベントとしてのみ捉

えるのではなく、関係性が変容する社会的なイベントとして捉えれば、子どもが生まれる以前からの子育て支援の展開が可能となる。

妊娠・出産期は、新しく誕生する子どもを中心とした人間関係が構築される時期である。この際に私たちは、助産師や医師といった妊娠・出産に関する専門家の援助を受ける。当事者がそれぞれの関係性の変化をどのように捉え受容するかには、妊娠・出産期に医療機関で受けたケアの内容や援助者との相互作用が影響すると考えられるため、そこでの援助者の役割は大きいといえる。ゆえに、子育て支援政策の一環として、医療機関が妊娠・出産の当事者を支援す

本研究は、「文部科学省オープンリサーチセンター設備事業」(「臨床人間科学の構築—対人援助のための人間環境研究(平成17年度—平成21年度)」)の援助を受けた。

1) 立命館大学衣笠総合研究機構 ポストドクトラルフェロー

ることの意義を見いだすことは可能である。しかし、それは同時に熟考すべき問題もはらんでいるのではないだろうか。

日本では、ここ10年ほど「いいお産」経験の重要性が語られている。これは当事者である妊産婦と助産師とが中心となり展開し実践してきたものである。これは、最近では、政府の少子化対策の一環としての子育て支援政策案中にまで見られるようになってきている。「いいお産」とはそもそも何をあらわすのだろうか。「いいお産」経験の重要性が語られ出した背景には、戦後急増した産科での出産における過度の医療管理化があげられる。医療化が導入された直後は、出産時の衛生面が向上し安心や安全が確保されたかのように思われた。しかし、高度な医療管理による身体への悪影響と、それによる痛みや恐怖が表面化するにつれ、出産に対する医療的な介入は疑問視されるようになった。出産はそもそも病気ではなく自然な現象であり、女性は自らの力で出産をすることができた。しかし、医療によって痛みや恐怖が与えられている。だとしたら、医療は過剰に介入しすぎではないだろうか。このような視点から、出産への過度な医療介入が批判され、「自然な」出産の重要性や快適性や安全性が主張されていく。それを総称し当事者にとってより親しみやすいものとして、「いいお産」ということばが使われていくことになる。

ここで着目すべきは、「いいお産」がどのような意味を含んでいるかということである。「いいお産」を語るとき、そこには、妊娠・出産時の安全性や快適性が保たれることを示すだけではない。同時に、主体性、つまり妊産婦が当事者としてその出産に主体的に関わったかどうかということが問われているのである（いいお産プロジェクト, 2005；杉本, 2005）。

援助者は、当事者が「いいお産」を体験できるように関わるだろう。安全性や快適さは、現

場でのケアの質（設備や接遇）を問うことにより評価することは可能である。しかし、主体性の場合は何をもって評価することが可能になるのだろうか。そもそも、体験したことが「良い」か「悪い」かは、主観的なものであり、一定のケアの質を保ったとしても、個人の状況や援助者との関係により可変性をもつものである。その上で、当事者の主体性が必要とされ、それを援助者が促すとするならば、これは何を意味することになるのか。そして、それらをふまえた上でさらに考えるべき事は、「いいお産」体験の重要性が政府の子育て支援政策の中にまで使用されているということである。

いま、妊娠・出産期に多くのまなざしがそがれ、「いいお産」を求める人が増えている。しかし、その中身を見てみると、それぞれの立場からの意見が少しずつずれながら巧妙に重なり合っているのではないだろうか。

本論文では、「いいお産」言説の構築過程とそれに付随する実践の知を整理した上で、個人の欲望の裏に政策的な意図が巧妙に含まれているという構造を明らかにする。これは、医療機関が子育て支援に関わることに意義があり、援助者が大きな役割を果たすからこそ、考えねばならない論点である。

1. 妊娠・出産期へのまなざし

1-1 医療機関と子育て支援

妊娠・出産には、生物学的な出来事という側面と社会的な出来事という側面があると考えられる。生物学的な出来事とは、子どもを妊娠し出産するという行為そのものを指す。社会的な出来事とは、誕生する子どもを中心として人間関係が変化する時期をさす。妊娠・出産期を当事者にとっての関係性に変容する時期として捉えれば、この時期の当事者に対する働きかけは、大きな意味を持つ（Rubin, 1984=1997；松島,

2003)。

今日の日本では、病院や助産院などでの出産がほとんどであることを考えると、社会的な出来事としての妊娠・出産を体験する場としての医療機関とそこにいる援助者の役割は大きいといえる。出産は病気とは異なるため医療的な処置を必要としないが、医療機関での出産には、緊急事態に備えた一定の安全性が確保される。また、何らかの異常事態が発生した場合には早急に適切な医療的なケアが受けられる。さらに、出産時の体験を当事者がどのように捉えたかにより、産後うつや育児ストレスなどを引き起こしやすくなるという研究もある (James, 1998 ; Madsen, 1994)。出産時の体験を肯定的に捉えるには、その時の援助者のケアの質や関わり方が左右すると考えられるため、ここでの援助者の役割は大きいだろう。そして、妊娠・出産期は短期間のイベントでしかないが、その間にも当事者の身体的な変化や、当事者とそれととりまく関係性も変化している。これを一過性のものとして捉えるのではなく継続性のあるものとして捉えれば、援助者が継続的に関わっていくことにも意味がある。つまり、子育て支援を、子どもが生まれてからではなく子どもが生まれる前から行える場として、医療機関を捉え直すことが可能になってくる。

1-2 少子化対策としての子育て支援

日本では現在、少子化対策の一環としての子育て支援政策が多様に展開されている。1994年のエンゼルプランに始まり、2003年には「次世代育成支援対策推進法」が、2004年には「少子化社会対策基本法」が相次いで制定され、少子化対策と子育て支援政策はいまや国を挙げての取り組みとなっている。従来の子育て支援政策は、仕事と育児の両立を可能にするためのサービス提供が主なものであったが、最近では、子どもの虐待への問題関心の高まりから虐待防止

も含めて、あらゆる子どものいる家庭を支援するという方向へと動いている。そして、その中で、妊娠・出産期も注目されだしたのである。

『少子化社会を考える懇談会中間とりまとめ』では「お産に妊産婦が主体的に関わることができるようになることで、主体的な子育ての準備になることが期待される」として、「第1子のお産でつらい思いをし、『もう子どもは産みたくない』という気持ちになることのないよう、安全で快適な『いいお産』ができるようなケアが求められている」と述べられている (厚生労働省, 2002)。「安全で快適ないいお産」についての言及はこのとりまとめ及び『少子化対策プラスワン—少子化対策の一層の充実に関する提案』、『健やか親子21』にも見られる。いずれも、「『いいお産』の普及により、出産の喜びを高め、子育ての楽しさを広める」ために必要なものであるとして考えられているが (厚生労働省, 2002)、その具体的な内容については、妊娠・出産時のサポートやケアの必要性以外に述べられていない。また、「いいお産」がどのようなものかということについても具体的に明示されているわけではない。

しかし、この「いいお産」を妊産婦が体験することが重要であると明記されている。出産を肯定的に捉えることができれば、その後の育児に積極的に関与することができるし、第2子第3子と出産をしようと思うことができるから、というのである。

妊娠や出産の場での安心や安全の確保は基本的な条件である。その上で、女性が「よかった」と思えるかどうか、主体的に出産に関われたかどうかによって「いいお産」を経験したかどうかを判断をする。そのいずれもが主観的なものであるにも関わらず、重要な体験として捉えられているのはなぜだろうか。そもそもなぜ「主体性」が問われるのかを考える必要がある。

2. 重要視される「いいお産」体験

2-1 いいお産と主体性

「いいお産」ということばは、1994年頃から助産師を中心として使用され始めた²⁾。そこには、妊産婦に安全で快適な出産体験をしてもらいたいという援助者の思いが込められている。リプロダクティブ・ヘルス/ライツの観点からも、母子ともに身体的精神的に傷つけられることなく、安全な環境で出産することは重要である。これはまた、WHOが提示している、出産時の適切な医療処置のあり方や安全性を高めることを目的とした周産期のケアガイドラインにも則したものである（WHO, 1994; Wagner, 1994=2002）。いずれの場合も、医療が出産に関与するにあたっての適切さや安全さを問うている³⁾。吉村は「いいお産観」というのは、地域や時代と直結し、文化によって方向付けられているが、妊婦が主体性を持った出産を経験づかれることが望ましい」としている（吉村, 1999）。妊娠・出産時に施される医療との関係の中で、妊婦が主体性を持って妊娠・出産に関わることができているかが「いいお産」に必要なポイントとなっている。「主体性」がなぜ強調されることになったのかをみていく必要がある。

2) 助産師を中心としたイベントから展開した。「女性にとって、そしてカップルにとっても、本来分けることができないところからだが大きく変動する妊娠・出産・育児期に、もっと楽しく、気持ちよく過ごせるようになって、いいお産をして欲しい」と、「いいお産プロジェクト」は提示している（いいお産プロジェクト, 2005）。

3) この場合、日本だけではなく世界各国の出産状況を鑑みなければならない。適切な医療処置が施されず衛生状態が悪いために、出産時の妊産婦及び新生児の死亡率が高い地域や、HIV/エイズ感染率が高い地域もある。あるいは、正常分娩が可能であるにもかかわらず、すべて帝王切開手術を行うというような地域もある。

2-2 日本における出産の医療化

そもそも、日本では戦後、著しい出産の医療化（施設での医療専門家の介助による出産）の流れがあった。戦後のGHQ施策下、自宅での産婆（助産師）の介助による出産は、専門性に欠け且つ衛生上の問題があるとされ、設備の整った医療機関での出産が推奨された。これは施策として展開しただけではなかった。高度経済成長時の人々は欧米的な豊かなライフスタイルを求め、医療機関における出産はその象徴として捉えられたこともあり急激に進展したのである。管理の行き届いた病院で最新の医療技術による出産、苦痛や身体のコントロール不可能さをとりのぞいたかたちでの快適な出産を、多くの人が望んだ。出産に対する社会的な認識が変化したともいえるだろう（吉村, 1999）。フェミニストの中には、自分の身体をコントロールする術として、出産の医療化を歓迎したのもあった（荻野, 2002）。

しかし、医療技術の進化が女性たちの希望に添って展開したものであるとは必ずしも言い難い。医療技術の進歩と導入は、女性にとって安全で簡単なお産を提供するものであり、あたかも妊婦のニーズに応えるかのようなものである。しかし、実際は医療専門家が出産を管理しスムーズな作業を進めるためのものであった（松岡, 1999; 松島, 2003）。

あたかも当事者のニーズであるかのような医療により管理された出産が進められるなか、その高度な医療技術によって身体に危害が及ぼされ、妊産婦の意志とは無関係に機械的に処理をされるという、医療による弊害が起こっていた。陣痛促進剤や無痛分娩などの薬による副作用だけでなく、分娩時間を短縮するために助産師が妊婦の腹にまたがり腹部を押さえつけるというような行為も行われていた。これらのことが次第に明らかにされていくとともに、出産への過度な医療化を批判する動きが起こってくる（吉

村, 1999; 松岡, 1999)。

1970~80年代は、欧米での第二次フェミニズムの余波を受け、日本でも女性運動が展開されていく時期でもある。男性による女性に対する差別や、女性の自己決定権の主張などが運動の命題であった。出産の医療化は、まさに医療による女性の身体と自己決定権の抑圧として捉えられた。出産の医療化批判は、出産のあり方を問う活動として助産婦を中心として展開されていくことになる。ラマーズ法やアクティブ・パスなどの翻訳が導入され、「自分のお産を取り戻す」方法が模索されていく。「よいお産とは、産婦自身の自覚が必要である。主体的な自己管理が必要である」ということが、共通の認識となった(杉山・堀江, 1996)。この流れのもと、病院ではなく助産院で出産することや、いっさいの医療介入を必要としない自然なお産(natural birth)の良さが主張されていく。ここで顕著なのは、出産への主体的な関わりであり、それによる医療化(医療による身体への介入)への抵抗というものである。

2-3 脱医療化と女性の自己決定権

この医療による女性の身体への介入は、国際的にも考えるべきテーマであった。1994年のカイロ人口開発会議では、女性のライフサイクル上の健康や権利が尊重されるべきだとして「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」が提唱された。産むか産まないか、いつ産むか、何人産むかということを女性が選択し決定する権利がある。その背景にあったものは、性や生殖(妊娠・出産)にまつわる事柄において、それらが女性の身体や健康に直接影響することであるにも関わらず、女性自身に選択権や決定権がないという状態である。人口政策や宗教や慣習により、自分の意志とは無関係に妊娠や中絶を繰り返すことを強制させられる。結果として女性とその子どもの健康状態は悪化し、最悪の場合は生命

の危機にもつながる。これら問題を引き起こしているのは、生殖に関わる衛生状態や医療の適切さだけでなく、男性による女性に対する抑圧というジェンダー構造であり、だからこそ、カイロ人口開発会議では、「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」の権利のひとつとして「男女間の平等と公正の権利」を明記したのである。

また、女性の生殖における自己決定権という概念は、アメリカにおける「患者の権利運動」と同時期に展開された、人工妊娠中絶や避妊を執行するための女性の自己決定権を獲得するための運動からも生まれてきた(柘植, 2000)。女性は生殖の場において主体ではなく客体として扱われてきた。女性は単なる子どもを産むための機械(パス・マシーン)ではない。1970~80年代にかけての「自分のお産を取り戻す」運動は、まさにこの女性の自己決定権を主張するためのものであった。妊娠や出産の時期を選択し決定するだけではない。出産する方法の選択も、生殖に関わる自己決定権である。ゆえに、女性の自己決定権を尊重するならば、女性の意志とは無関係に行われる医療介入は批判されるべき対象となる。

つまり、「いいお産」ということばが使われる背景には、出産に対する医療的な介入の是非とそこに女性の自己決定はあるのかということがつねに問われてきたのである。医療的な介入によって女性の主体性が奪われてしまうことや、女性の意志とは無関係に専門職の都合によってのみなされる医療処置。出産は医療の現場においても病気ではない(医療的な処置を必要としない)ものとして扱われるにも関わらず、一方的な医療処置を施されなければならないこと。そして、出産は自然なことであり、女性は自分で産む力を持っていたが、医療による介入がその力を奪ってしまった。奪われたその力こそが妊産婦(女性)の主体性そのものであり、だからこそ「主体性」を重視し、「自分のお産

を取り戻す」ための運動となっていたのである。そして、それは身体性によってのみ実現可能なものとして考えられていく。

ここで考えねばならないのは、主体性と自己決定能力とが同一視されているということである。ある物事に対して主体的に関わるかどうかと自己決定して関わるかどうかとは、本来同一のものではない。にも関わらず、それが同一視されてしまうのは、「いいお産」が、医療という場における女性の身体をめぐる問題だからだといえる。私たちは、医療におけるインフォームド・コンセントやチョイスという問題について考える際、自身の健康や生命について関係することに対して、本人が自己決定・自己選択できたかどうかということの問題視する（江原，2002）。「いいお産」が医療現場において焦点化されるならば、医者－患者関係のもとでの「自己決定」は考えるべき論点となる⁴⁾。杉本は、「いいお産」の条件として、「安全性」「快適性」「個別性」「主体性」等と列記した上で、産科医療が「いいお産」のために果たす条件のなかに「インフォームド・コンセント」の充実について述べている（杉本，2005）。それは、提供された情報の理解や納得、処置の選択、という患者（的立場）の自己決定行為である。

そして、繰り返して述べているように、「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ」としての生殖に関わる自己決定の権利が侵害されて剥奪されてきたことを、女性たちは強く訴えてきたという歴史がある。自分が選択をする余地のない状態で出産や中絶をせざるを得ない状況に置かれてきた。それだけではなく、その際に関わる医療行為も介入的であり、自分の身体であるにも関わらずコントロールできなかった。

抑圧や介入からの解放を求め、女性たちは、

自然な出産やアクティブ・バースを積極的に導入してきた。主体的に関わるには自らが決定（選択）することが前提であり、自己決定（選択）したからには主体的に関わっていると表現できる。アクティブ・バースの積極的な導入も、自分たちで選択し決定する力を提示するためのものであった。そして、そのもっとも象徴的なものとして身体性をより強調してきたのである。身体は自己に所有されるべきものとして捉えているからこそ、それへの抑圧や介入からの解放のためには、身体性を取り戻すことが重要だったのである。

3. 産む女性の主体性と身体性～女性の自己決定権の再考

3-1 身体を持つリアリティ

ところで、妊娠・出産における当事者の主体性が、脱医療化にともなって女性が自身の身体性を取り戻すことにより説明されるということは、ポスト・フェミニズム的課題とも関連するのではないだろうか。そもそも、フェミニズムの命題として、女性の自己決定権をいかに記述するかということは常に問われてきた。抑圧・差別されてきた「女」という身体の解放を求めてきたものでもある。女性の「産む」「産まない」という選択と、「女性の自己決定権」との関係のずれともいえるだろう。ラディカル・フェミニズムの命題であったリプロダクティブ・ヘルス／ライツとしての「女性の自己決定」は、性による抑圧からの解放を求めるものであった。自分の身体であるからこそ、それをどう扱うかどうか判断するかという決定権は自分にあるべきだという理論である。

生物学的な性差すらジェンダーによる構築物であるという論を展開し、ジェンダー論におけるパラダイム転換を引き起こした、J.バトラーの『ジェンダー・トラブル』以後、フェミニズムは「身体のリリアリティ」をいかに記述するか

4) 出産が病気ではなく自然現象であるにもかかわらず、医者－患者関係として扱われてしまうことも検討すべき論点である（柄本，1997）。

について議論をつづけている。例えば、ドゥーデンの「女性を『脱構築』で切り刻んではならない！」は、個別に生きる女性のリアリティが失われてしまうという叫びを表現している(Doden, 1998=2001)。彼女は社会構築主義批判の急先鋒と言われている。

荻野は、バトラーがフェミニズムにおける新たな道を切り開いたことを評価しつつも、異性愛体制下にある女としての身体のリアリティは、単なる社会構築物として単純に描けないものであるとする(荻野, 2002)。同様に、「自らの身体を磁場とする問いの中からこそ、生命倫理や環境倫理のテーマ、さらに自己決定権の問題や共感のポリティクスにも深い課題が差し出されていくのではないか」という金井(2002)の問題提起もある。自分自身の身体性・身体のリリアリティに依拠することによって、その研究課題となる身体が抽象的ではない具体性を帯びたものになるという。身体とは、最後の砦・切り札となるものなのだろうか。

3-2 身体性の強調にはらまれるもの

一方、新田は「自ら」が共感の基盤であることのある身体性を指摘する。つまり、リアリティのある身体とは身体の不可侵性をもって説明することだとするならば、「わたしの」身体を語ることは、リアリティがあるものだと説得することを目的とした時点で、個々人のリアリティは薄れていき、異なるそれぞれの身体が同質化していくのではないかと、ということである。身体のリリアリティという時、そこには身体における全体性(主体となるもの)という意味がすでに含まれていると考えられる⁵⁾。

ここで「いいお産」について振り返ってみよう。いいお産が提示していたものは、人間らし

5) 技術の進化とともに、人間の身体は脱人間化し、パーツ化がすすんでいる。この点からも、トータルな身体を持ったもの、不可侵的なものとしての身体は、すでに成り立たないともいえる。

い出産であり、主体的な出産であった。単なる子どもを産む道具(パース・マシーン)としての女性の身体ではないということである。前述したように、女性たちが主体性を主張する際には、医療的介入からの解放をベースとして語ってきた。抑圧された主体性は抑圧された身体に重ねあわされてきた。だからこそ、身体の不可侵性や出産の自然性や生理的現象を強調することにより医療による抑圧を表現しようとしてきた。

ここで、脱医療という文脈のもとでの身体の不可侵性によって主体性を主張することの危険性をみなければならない。つまり、身体性を担保として主体性を確保しようとするならば、出産可能な身体をもってこそ主体となりうるという論理がなりたってしまうのである。リプロダクティブ・ヘルス/ライツで尊重されていた女性の自己決定の権利とは、「産む」「産まない」の選択の自由であるはずだ。しかし、この論理でいけば、脱医療化として、身体性による主体性を主張すればするほど、女性としての身体性、つまり生殖可能な女性として出産することを前提とした身体性、を強調してしまうことになる。それは、女性自身が(意図していないにもかかわらず)自発的に出産装置になろうとしている、という読替が発生しうるということである⁶⁾。その結果、個別のリリアリティは薄れていき、同質化していくのである。

そして、さらに次のようなことも考えられる。主体性と自己決定権の獲得とを同一の者として扱い、身体性の強調(医療による抑圧からの解放)からのみ主体性を語ることは育児における

6) また、新田がいうように、現代人の身体がおしなべて医療化されている社会であるならば、「これまで自然に重ねあわされていた身体の境界と〈わたし〉の境界がズレをきたしている現実」を見、「脱身体化した、フェミニストの求めた〈わたし〉の物語が成り立たない地点の批判的検証こそが、ジェンダー批評の重要な課題であることを示しているのではないだろうか。」(新田, 2004)

主体としての女性（母性）の養育責任を語ることに
なりかねない。江原は、生殖技術の進展が生殖にもたらした問題として、女性の自己決定権について再考している。養育責任は出産をした女性だけにあるのではないにも関わらず、女性が自己決定権を主張すればするほど、その「主張があたかも加担するかのような効果を発揮してしまう」のは、「『身体の自己所有』を前提とした主張として読み替え」られてしまうからだという。そして、それがいっそう「家父長制的社会のジェンダー・バイアスを含んだ身体観を強化」してしまうのである（江原，2002）。自分で選択するということと、「女性としての」本来の力を取り戻すということは、同じことではないはずだ。にも関わらず、それが読み替えられてしまうのは、女性の身体が持つ生殖機能をめぐる、社会的な身体観があるからであり、その結果として、女性としての身体、つまり、本質的な母性を持つことを、女性自身が選択したのだ、ということに論理がすりかえられていくのだといえる。そして、この点が強調されればされるほど、妊娠・出産には生殖機能を持った女性（妊産婦）のみが関わり、選択し決定することが可能となり、パートナーである男性を中心とした家族による関わりを遠ざけてしまうことにもなりかねない。

また、子育て支援政策で述べられているように「お産に妊産婦が主体的に関わることができるようになることで、主体的な子育ての準備になることが期待される」とするならば、育児とは実母による実子に対するものにしかならず、実母の養育責任をいっそう強調することになる。このことは、実母実子主義を強化することへもつながっていくだろう。

4. 思い通りのお産をめぐる

4-1 私にとっての「いいお産」を求めて

妊娠・出産をめぐる状況はさらに変化している。一度医療化してしまったものを脱医療化することは難しい。多くの人々にとっては病院での出産は当たり前のことであり、医療は身体への介入ではなく安全を確保するための必要な技術として捉えられている。医療機関における過度な医療介入はかつてよりは減少し、多様なサービスが展開されている⁷⁾。完全な医療による管理下での出産の場ではなくなってきた。これは、少子化により出生数が減少している結果として、医療機関が生き残るための戦略として多様なサービスを打ち出そうとしているあらわれでもある。産む場所、産み方、産むスタイルなど、情報は溢れている。

特に、妊娠・出産は、女性のライフコースにおける、大きな選択を迫られるような一大イベントと化した（柄本，1999c）。女性の就業率が高まりライフデザインも多様化している今日、女性（とそのパートナー）は妊娠・出産・育児を自分自身のライフコース上に容易に組み込めなくなった。年齢や仕事や資金や周囲の関係や出産後の自分の生活などを考慮した上で、妊娠・出産の時期を考えなければならない。さらに後々の養育にかかる費用も含めれば、容易に出産できるものではない。また、かつての家族や共同体では誰かの妊娠や出産を目にしたり直接関わることも多かったが、いまや妊娠・出産は日常に当たり前にあることではない。人生の上で1回～2回しかない特別な一定期間のイベントなのである。

めったにない特別なイベントだからこそ、良

7) 例えば、立ち会い出産や母子同室やカンガルーケアなど。パースプランの作成や写真撮影、出産前教室（母親教室や両親教室）の拡充などがあげられる。

い状態で迎えたいし良い経験をしたと思う。安心や安全や快適さは必要最低限の前提条件であり、それに付加価値を加えるようなサービスを選択したいと思う。妊娠や出産に関する多種多様な情報が巷には溢れかえっており、そこから付加価値を見いださなければならない。そしてまた、当事者による出産体験談も溢れかえっている⁸⁾。まさに、「ナラティブの噴出する時代」であるともいえる(野口, 2005)。当事者による「いいお産」体験談は、これから出産にのぞむ人たちの選択に影響を与える。冒頭にも述べたが、その出産体験が「良いか」「悪いか」は経験をした人の主観的なものでしかないにも関わらず、「良かった」と思えることが大事なのだ。それは個人的な体験であり、それぞれが異なるものにも関わらず、「いいお産」ということばで一括りにされている。そして人はそれを追い求めていくことになる。ではどうすればよいのか。

「いいお産」を体験するためには、当事者がどれだけそこに主体的に関わったかということが問われる。つまり、計測することが難しい主観的な体験を得るには、妊娠・出産に対してその人がどれだけ主体的に関わったかということで押し量られていくことになる。多様な選択肢の中から何を選ぶか。選択をするならばより良いものを選ばなければならない。また、出産体験それ自体がその後の育児にも影響をするとも言われだしていることから、良好な母子関係を築くために「いいお産」を体験したいと思う。そして、妊娠・出産期への期待はますます高まっていく。

4-2 「いいお産」を選択する者として

「いいお産」体験は、このように、援助者と

当事者の双方によって求められているということがわかる。妊産婦が妊娠・出産に主体的に関わることにより、身体的な抑圧としての医療介入からの解放を意味する。その一方で、ライフコース上の重要なイベントのために、多様な選択肢の中から必要なものを選択しなければならないことを意味する。これまで「いいお産」について語られるとき、生物学的な出来事としての出産に対する医療的な介入の是非が同時に問われてきた。それは、女性は本来自然に産む能力を持っており専門家による介助なしに産むことができたが、医療的な介入によってその力が奪われてしまった、という文脈によるものである。その力こそが妊産婦(女性)の主体性そのものであり、だからこそ医療からの解放、自然な産む、自分で選ぶ産むが重視されるのである。

さらに考えなければならないことは、当事者と援助者との関係性である。産むは自然な生理的な現象であり、病気ではない。正常な分娩である限り、医療的な処置を必要としない。だからこそ、不必要とされる過度な医療介入は批判されてきたといえる。だが、関わる援助者は医療の専門職である。医者-患者関係の図式を持ち出さずとも、援助者と被援助者との関係性は非対称になりやすい。いくら妊娠・産むが自然なものであったとしても、こんにち、専門家による介助なしに分娩をするということは難しい。それを個人の身体能力の欠如と言い切るのは乱暴である。だからこそ、援助者の関わり方やケアの質が問われることになる。それは単に医療的な処置が適切であるかどうか、ということだけではない。また、当事者が主体的に関わったかどうかということだけではない。いま一度確認すべきは、非対称な関係性になりやすい中で、主体性を核とした「いいお産」体験を促すこと、そして当事者自身がそれを選択する(とみなされる)こと、に注意が払われているか、

8) 妊娠・出産時をサポートするような書籍や雑誌などにおける個人の出産体験談はもとより、インターネットの発達により、Web上の日記や掲示板などにも個人の出産体験談は多く見られる。

ということである。

4-3 自らが選択したものなのか

これまで見てきたように、当事者が「いいお産」を経験するためには、主体性を持って選択（決定）をしなければならない。いいお産に必要とされるものが「当事者」の「主体性」だからであり、それは自己決定・自己選択できる能力と同等に扱われているからだ。確かに、医療的な介助を必要としない出産（例えば助産院での出産を選択する場合など）は、当事者自身の身体調節や自己管理能力がより必要となる。健康に出産をするためには、身体のバランスを自ら保たねばならないため、援助者のサポートとは別に、当事者自身が主体的に関わらなければ、身体的なつらさが先立ち良い経験としての出産をすることはできない。

だが、当事者自身が「できるならばよりよい経験をしたい」と考えている際の主体的な選択がある。多様な選択肢の中から必要だと思うものを自分で選択する。これだけならば個人の選択の問題のようにみえる。だが、それだけではない。冒頭に述べたように、いま日本では少子化対策や子ども虐待防止対策の一環として多様な子育て支援政策が展開されている。そしてその中で、妊娠・出産期にもまなざしがそそがれている。主体的な経験としての「いいお産」体験がその後の育児への主体性を促し、尚且つ2人3人と出産したいと思えるようになるという考え方や、出産体験がネガティブであると子どもに対してもネガティブな感情を持ち産後うつや子どもへの虐待などを引き起こしてしまうので、ポジティブな出産体験をしようという考え方、などである。

今後必要とされる子育て支援とは、子どもを社会の中で育てていくという視点である。産んだ人だけが養育責任を持つのではなく、多くの人や社会が子どもの成長に関わることが重要で

ある。だからこそ、地域の拠点として医療機関とそこにいる援助者が関わっていくことの意義があると、筆者は考えている。

しかし、政策として妊娠・出産期にそそがれるまなざしは、それとは異なるものである。子育て支援政策では、子育ての社会化を促進するための行政サービスが多様に展開されている。保育施設や子育て支援センター等社会的資源の拡充など、積極的に展開されている。しかし、それはあくまでも、少子化対策として展開されているのである。少子社会化に伴う労働力人口の減少から、女性の労働力も重視されている。夫婦が仕事と子育てを両立可能にするための政策展開であり、その際の家族のあり方は限定的である。ひとり親家庭の支援や子どもを持たない独身者にとってのメリットはなく、むしろ出産や育児の際の人員減少に伴う労働力不足を、産まない人に頼らざるを得ないという仕組みをつくり出している。その場合の報酬は「いずれ子どもを産むときに」互助される、というものでしかない。

このような行政や企業による子育て支援策の展開方法は、子どもにとっての親は産みの親だけであるということ、子育ては産んだ人がとりわけ責任を持たねばならないこと、を強化するものである。子育ての社会化ではなく、家族のあり方や親子の関係を限定するようなものとなるだろう。これは、親の養育責任の放棄を認めろということではない。実母のみに養育責任を過重に負わせることになりはしないか、ということを開かねばならない。いくら社会的なサービスが拡充し子育ての社会化を進めることができたとしても、当事者とその家族とそれを取りまく人々が「お母さんなのだから（産んだのだから）責任を持って子育てを」と思ったり言ったりするような状況が継続するならば、当事者に対する母としての役割期待は依然大きなまま残るだろう。産後うつや育児不安、そこから引

き起こされるかもしれない子ども虐待などの要因のひとつには、「母性本能」や「三歳児神話」ということばに表されるような、養育責任のプレッシャーがある。子育ての社会化はこれを軽減するためのものであるはずなのに、ますます強調しかねない。

親になること(つまり出産すること)を選択する。少しでも「いいお産」を体験するために、自分にとって望ましい出産方法を選択する。選択し決定をしたからにはそれに責任を持たねばならない。出産が「個人化」すればするほど、そこに「責任」が埋め込まれていくのである。

だが、この部分は不可視化されている。なぜならば、先にも述べたように、「いいお産」は当事者が望んでいることだからだ。フェミニズムが妊娠・出産における女性の自己決定権を明確にしようとし身体性に依拠すればするほど、自らがパース・マシーンになろうとしていたのと同じように、女性自身が「いいお産」を望み主体的になればなるほど、自らが実母としての養育責任を強固にしていくのである。

おわりに

「いいお産」が求められるにいたった背景には、出産の医療化という問題があった。過度な医療介入により出産は管理され、妊産婦の身体は産科医によってコントロールされていた。このコントロールから逃れるために、当事者と援助者とは、産むという身体性を持って「いいお産」を体験することの意義を提示してきた。安心や安全や快適というものに含まれる出産体験は重要であるし、個人の選択や意志を尊重される出産体験は望ましいものである。インフォームド・チョイスやインフォームド・コンセントという用語が示すように、医療を受ける側である当事者の意志決定や援助者と非援助者の間の合意形成については、近年注目されている論点

である。しかし、ここでは政策的な意図が介入していることを見逃してはならない。政策として医療機関での「いいお産」体験が推奨されること。それを意図するしないに関わらず援助者が当事者の「いいお産」体験を促すこと。さらに当事者が「いいお産」を体験したいと選択をすること。そして、「いいお産」には「主体性」が重要であり、「主体性」は「身体性」をもって明確化されること。

そこには過度な医療介入というような身体的なコントロールはみあたらないだろう。しかし、個別化される出産経験が、ジェンダー化された身体性をもって政策的意図としての家族関係や親子関係の形成に絡め取られるとするならば、そこには身体への社会的なコントロールがなされているといえる。医療機関が子育てで支援に関わる意義があるからこそ、このことを問い直さねばならない。

妊娠・出産期を人間関係の変容する社会的なイベントとして捉えるからこそ、そこに援助者が介在し継続的に関わることにより、妊産婦を中心とした当事者群の相互作用性を多様に展開することができる。ケアには医療的な側面だけではなく他者との連続性という側面も含まれる。当事者を妊産婦のみとしてとらえ、妊産婦にのみ主体性を要求することは、パートナーを含めた妊産婦をめぐる周囲の人への働きかけを難しくしてしまう。特に(身体的に出産することが不可能な)男性を出産の当事者として扱うためには、当事者とは誰であり、その際の主体性とは何なのかということ、あらためて問わねばならない。

助産所や産科という医療機関は、地域の拠点であるからこそ子育ての社会化を積極的に展開しうる可能性を持つ場である。しかし同時に、身体に直接働きかける場でもあり、政策的な意図が含まれやすい場でもあるからこそ、議論すべきものである。

引用参考文献

- 芦野由利子 (2000) 「日本におけるリプロダクティブ・ヘルス/ライツ政策」原ひろこ・根村直美編『健康とジェンダー』明石書店, 111-131.
- 柄本三代子 (1997) 「身体と医療化の問題—出産をめぐる身体の外と再構成」『年報社会学論集』10: 215-226.
- (1999a) 「健康というメディアと身体への読み—妊娠にはじまる“苦難”と“悪”の実践」『年報社会学論集』12: 38-48.
- (1999b) 「統制される/されない身体—医療に取り込まれた母性批判イデオロギー」『社会学評論』(50) 3: 330-345.
- (1999c) 「健康の知, 素人妊婦の知—きわめて身体的な抵抗と快楽の実践」『女性学年報』20: 151-167.
- 江原由美子 (2002) 「『女性の自己決定権』再考」『法社会学』56: 150-165.
- 荻野美穂 (2002) 『ジェンダー化される身体』勁草書房.
- 金井淑子 (2002) 「身体・差異・共感をめぐるポリティクス—理解の方法的エポケーと新たな倫理的主体」金井・細谷編『身体のエシックス/ポリティクス』ナカニシヤ出版, 3-35.
- 厚生省 (1997) 『母子保健の主なる統計』
- (1999a) 『少子化対策推進基本方針』
- (1999b) 『新エンゼルプラン』
- 厚生労働省 (2001) 『仕事と子育ての両立支援策の方針について』
- (2002a) 『少子化対策プラスワン—少子化対策の一層の充実に関する提案』
- (2002b) 『子どもを育てたい, 育てて良かったと思える社会をつくる—いのちを愛おしむ社会へ: 少子化社会を考える懇談会中間とりまとめ』
- 進藤雄三 (2004) 「医療と『個人化』」『社会学評論』54 (4): 401-412.
- 杉本充弘 (2005) 「『いいお産』検討委員会に参加して」特定非営利法人いいお産プロジェクト『『いいお産』普及・啓発のための基盤作り事業報告書』
- 杉山次子・堀江優子 (1996) 『自然なお産を求めて—産む側からみた日本ラマーズ法小史』勁草書房.
- 竹村和子編 (2003) 『ポスト“フェミニズム”』作品社.
- 田間泰子 (2001) 『母性愛という制度—子殺しと中絶のポリティクス』勁草書房.
- 柘植あづみ (1999) 「医師の論理と患者の論理—生殖医療から考える『医療環境』と『文化・社会的環境』」吉村典子編『講座人間と環境第5巻 出産前後の環境—からだ・文化・近代医療』昭和堂, 173-195.
- (2000) 「生殖における女性の自己決定権試論」原ひろこ・根村直美編『健康とジェンダー』明石書店, 89-109.
- 特定非営利法人いいお産プロジェクト (2005) 「『いいお産』普及・啓発のための基盤作り事業報告書』
- 新田啓子 (2004) 「ポスト人間身体への展望—自己愛と暴力のアイロニー」『現代思想』(32) 7: 164-178.
- 野口裕二 (2005) 『ナラティヴの臨床社会学』勁草書房.
- 藤田真一 (1979) 『お産革命』朝日新聞社.
- 藤本栄子 (2000) 『出産に関わるケアシステムの検討に関する研究—ケアの質の保証モデルに基づくケアの実態調査分析を通して』平成9~11年度科学研究費補助金基盤研究(C)(1)研究成果報告書.
- 松島 京 (2002) 「家族におけるケアと暴力」『立命館大学産業社会論集』, 37 (4): 123-144.
- (2003) 「親になることと妊娠・出産期のケア—地域医療と子育て支援の連携の可能性」『立命館大学産業社会論集』, 39 (2): 19-33.
- 松岡悦子 (1999) 「産科環境の変遷—テクノロジーとその有効性」吉村典子編『講座人間と環境第5巻 出産前後の環境—からだ・文化・近代医療』昭和堂, 142-171.
- 三砂ちづる (2004) 『オニババ化する女性たち—女性の身体性を取り戻す』光文社.
- 吉村典子 (1999a) 「出産前後の環境」吉村典子編『講座人間と環境第5巻 出産前後の環境—からだ・文化・近代医療』昭和堂, 4-19.
- (1999b) 「出産習俗に見る『産む人中心』から『助産者中心』へ」吉村典子編『講座人間と環境第5巻 出産前後の環境—からだ・文化・近代医療』昭和堂, 80-113.
- Butler, J. (1990) *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*, New York: Routledge. (= 1999, 竹村和子訳『ジェンダー・トラブル—フェミニズムとアイデンティティの攪乱』青土社)
- Duden, B. (1998) “Die akademische Dekonstruktion der Frau: Judith Butler,” *Sammlung I: Ausgewählte Schriften and Vorträge 1991-1998*, SCHRIFTEN Bremen. (= 2001, 北川東子訳「女性を『脱構築』で切り刻んではならない!」藤原書店『環』7: 44-56.)

- James, K. (1998) *The Depressed Mother: A Practical Guide to Treatment and Support*, London: Cassell.
- Kent, J. (2000) *Social Perspectives on Pregnancy and Childbirth for Midwives, Nurses and The Caring Professions, Buckingham*: Open University Press.
- Madsen, L. (1994) *Rebounding From Childbirth: Toward Emotional Recovery*, London: Bergin & Garvey.
- Rubin, R. (1984) *Maternal Identity and Maternal Experience*, New York: Springer. (=新道幸恵・後藤桂子訳, 1997, 『ルヴァ・ルービン母性論: 母性の主観的体験』医学書院)
- Thomas, H. (2003) "Pregnancy, Illness and the concept of career," *Sociology of Health & Illness*, (25) 5: 383-407.
- United nations Population Fund.(1997) *The State of World Population: The right to choose: Reproductive rights and reproductive health* (=1997, 家族計画国際協力財団『世界人口白書1997 選択の権利: リプロダクティブ・ライツとリプロダクティブ・ヘルス』)
- Wagner, M. (1994) Pursuing the Birth Machine: The Search for appropriate birth technology, ACE Graphics. (=2002, 井上裕美・河合蘭監訳『WHO勧告にみる望ましい周産期ケアとその根拠』メデिका出版)
- WHO.(1996) *Care in Normal Birth: a Practical Guide*. (=1997, 戸田律子訳『WHOの59カ条 お産のケア実践ガイド』農村漁村文化協会)
- . (2002) *Gender and reproductive rights, glossary, sexual health*. (2005. 11. 30 受稿) (2006. 1. 25 受理)