

アメリカ合衆国における医療の専門職化と産児制限

小野直子

序論

本稿の目的は、19世紀末から20世紀初頭にかけてのアメリカ合衆国における産児制限の問題を、医療専門家の視点から分析することである。すでに多くの先行研究において明らかにされているように、19世紀以降の産児制限運動を支持していたのは、社会主義者、新マルサス主義者、自由恋愛主義者などであり、一部を除いて多くの医療専門家は産児制限を支持していなかったし、少なくとも産児制限を支持すると公言することは避けていた¹⁾。しかしながら20世紀初頭以降、医療専門家は徐々に産児制限を受け入れるようになっていき、1937年にはアメリカ医師会（AMA：American Medical Association）が公式に産児制限支持を表明するに至ったのである。そこで本稿では、医療専門家がなぜ当初は産児制限に反対していたのか、それがなぜ態度を変えていったのか、その背景には何があったのかを、特に医療の専門職化という観点から検討する。そして、医師の産児制限に対する態度の転向が、アメリカ社会において専門家としての地位と権威を獲得するために果たした役割を明らかにする。

産児制限の歴史は様々な角度から分析・解釈されてきた。その第一は、産児制限の方法・技術の歴史である。人間は古代から様々な方法で子供の数を制限してきた。産児制限が女性の権利として社会的に受け入れられていたことはほとんどなかったが、その技術は魔術や民間伝承として産婆や魔女などによって世代から世代へと受け継がれていった²⁾。

産児制限史研究の第二は、出生率の低下の原因に関する解釈である。アメリカでは19世紀に白人の出生率が低下し、白人女性の平均出産数は1800年の7.04人から1900年には3.56人に減少した³⁾。こうした出生率の低下の原因に関して、経済史の分野では、土地入手ないし遺産相続の可能性との関連で論じられてきた⁴⁾。また家族史や女性史の分野では、出生率の低下と家族の形態や関係の変化との関わりに注意が向けられた⁵⁾。そして人口動態学の分野では、出生率と、婚姻率や親の結婚年齢、出産年齢、親の職業、子供を産む間隔、子供の性別との関係に関心が持たれ、地域差や人種・民族集団による差異に注目されるようになった⁶⁾。

産児制限史研究の第三は、産児制限運動における主要な活動家の伝記である。最も注目を集めているのは、アメリカの産児制限運動において指導的役割を果たしたマーガレット・サンガー（Margaret Sanger）である⁷⁾。サンガーの伝記は当初彼女の業績を賞揚する傾向にあったが、

その後彼女の個人的・政治的転向が指摘されるようになった。産児制限運動に関わり始めた時、サンガーは女性の権利や労働者階級の利益として産児制限を位置付けたが、1920年代以降は優生学を根拠にした産児制限の主張を行うようになった。全米産児制限同盟（National Birth Control League）の設立者であるメアリー・W・デネット（Mary Ware Dennett）についてはサンガーほど多くは紹介されていないが、彼女にももっと注目する価値があるだろう。デネットは、避妊指導はクリニックで医師や看護婦などの専門家のみによって行われるべきであるというサンガーの主張に反対し、女性の自助を主張した⁸⁾。

さらに、産児制限を支持した医師の苦難と勝利もわずかではあるが指摘されている。産児制限に関して社会を啓蒙しようと生涯働き続けた著名な医師エドワード・B・フット（Edward Bliss Foote）、生涯の大部分を産児制限運動に積極的に捧げた医師ロバート・L・ディッキンソン（Robert Latou Dickinson）、医師であり経口避妊薬の開発者であったグレゴリー・ピンカス（Gregory Pincus）、経口避妊薬のために力を尽くしたカトリック教徒の医師ジョン・ロック（John Rock）などに焦点が当てられてきた⁹⁾。

しかしながら、このように産児制限運動において指導的役割を果たした医師のみに注目するだけでは、医学界全般の産児制限に対する態度の変容の理由や背景は明らかにはならない。多くの医師は産児制限に対してどのような態度を取っていたのか、そしてそれはいつ頃からどのように変容していったのか、なぜそのような変容が起こったのか。そうした医学界全般の産児制限に対する態度の変容の過程を、特に医療の専門職化という観点から明らかにし、産児制限を医療の専門職化の歴史の中に位置付けることが本稿の目的である。

I コムストック法下の産児制限

1873年に制定されたコムストック法は、性的にあからさまな物を猥褻と定義してあらゆる避妊情報と避妊具の配布を禁止した。コムストック法通過後数年間、裁判所は、コムストック法は表現の自由を保障する憲法修正第1条に違反していないという判決を下した。裁判所は、社会の道徳的健全性を猥褻物から保護することは法的に国家の警察権力に含まれると論じた。性を生殖から分離する避妊は根本的に猥褻であると判断された。避妊の目的は唯一性的放蕩としか考えられなかったのである。このような法的解釈は、医学的理由による例外さえ認めなかった¹⁰⁾。そのため、元来避妊の項目欄が掲載されていた多くの医学書でも、1873年以降の版から避妊の項目は削除された。避妊情報と避妊具の配布の禁止は、アメリカの都市を中産階級の家族にとって安全なものにするという社会浄化運動のほんの一部に過ぎなかった。一部の医師は社会浄化運動に共鳴していた。その他の医師はそれと衝突し、屈辱的な敗北に苦悩し、社会において最高の道徳的基準を擁護することが彼ら専門職の義務であると学んだ。例えば1874年にAMAの会長ジェームズ・マリオン・シムズ（James Marion Sims）は、性病を管理する手

段として医師による売春規制を勧告したが、その努力は、唯一容認可能な性病予防方法は道徳的なもの、すなわち男性と女性の両方に対して同一の高い道徳的基準を課すことであると主張する社会浄化運動家によって挫折させられた。こうして医師は、性の問題は極めて深刻に取り扱わなければならないということ学んだのである¹¹⁾。

産児制限が初めて広範囲にわたる社会論争の主題となった1830年代から、医師の大多数は、子供の数を減らしたいという人々の願望を、医療活動を提供する機会というよりも社会的な問題であると見なしていた。医師は産児制限を、社会秩序と専門職に対する脅威と関連付けたのである¹²⁾。そのため、ほとんどの医師は産児制限を受け入れようとはしなかったし、少なくとも産児制限を支持すると公言しようとはしなかった。それどころか医師は、産児制限を攻撃する大衆向けの本や論文を書いていた。

医師の産児制限に対する第一の反対理由は、それが不道徳だというものである。例えばボストンの婦人科医オーガスタス・K・ガードナー (Augustus Kinsley Gardner) は、コンドームの使用は「放蕩と売春宿を連想させ、それを使用することは、人間の真の感情と結婚生活の神聖な状態を動物並みに墮落させる」と述べた¹³⁾。エドワード・J・イル (Edward J. Ill) 医師は、産児制限を行う女性を「合法的な売春婦」と呼んで激しく非難した¹⁴⁾。こうした医師によって使われたひとつの修辞学的方法は、産児制限と中絶を混同することであった¹⁵⁾。

革新主義時代になると、性病に感染した男性から知らない間に無垢な女性や子供にまで感染して性病が流行しているということが認識されるようになった。その結果、ニューヨークその他数州で法律が改正され、性病の蔓延を予防するためにコンドームを処方することが医師に認められた。医師は相変わらず性病を防止する最善の方法として禁欲を好んだが、感染した男性に対してコンドームを処方し始めた。こうしてコンドームは、「妊娠を予防する手段」としては猥褻物として非合法のままであったが、それが無垢な女性や子供の間での性病の流行を防ぐためであれば「適切な」手段として使用されるようになったのである¹⁶⁾。

産児制限運動に対する医師のこのような態度は明らかに、19世紀の性道徳規範を反映していた。医師の避妊に対する意見を決定付けたのは彼らの女性観、家族観、道徳観などであったが、医師はそれらを中産階級の大多数と共有していた。当時中産階級に普及していた近代家族規範、すなわち妻の主要な役割を家事・育児とする性別役割分業や、親になることを人間としての主要な責任とする子供中心主義といった規範からすれば、結婚の主要な目的は子供を再生産することであり、女性の主要な役割は子供を出産・養育することであった¹⁷⁾。ところが産児制限は、女性が母としての役割を拒否し、伝統的な性別役割分業を脅かしているように思われた。出産を抑制することができる女性は、家庭における伝統的な妻や母の役割を演じるよりも、家庭の外に出て個人的な活動を追求する自由を獲得することが可能になり、それは結婚制度や家族、ひいては社会や国家の将来にとって脅威をもたらすと考えられた。多くの医師は他の中産階級

の人々と同様に、避妊は不道德であり、産児制限運動は安定した家族生活を脅かすものであると考えていたのである。また産児制限は、女性がいつ何人の子供を産むか決定することを可能にし、女性が自らの身体的機能を自らの手で管理しようとしていることを意味していた。そしてそのことに対する医師の恐怖は大きかった。そのため医師の多くは、産児制限運動に感情的に対応し、産児制限を望むのは女性らしさが欠如した病気であると定義した。そして妊娠を避けたいという女性の願望の手助けをするのではなく、それを治療しようとしたのである。

医師は、避妊は肉体的に有害であり、その害はしばしば致命的であると主張した。例えば前述のガードナー医師は、「妊娠を防ぐために用いられるすべての方法が肉体的に危険であることは否定できない。……最終的な結果は衰弱と疲労であり、白帯下、子宮・直腸脱その他の病気が特に指摘される」と述べた。そしてコンドームは「ある種の肉体的損傷をもたらす」と指摘した¹⁸⁾。トーマス・E・マッカードル (Thomas E. McArdle) 医師は「妊娠を予防するために取られる手段がしばしば……子宮の異常をもたらしたとしても不思議ではない」と述べた¹⁹⁾。著名な婦人科医モリス・フィッシュベイン (Morris Fishbein) も、知られている避妊方法の一部は、「組織の炎症や、癌を含めた深刻な結果をもたらさう。心理的影響についてはここで述べる必要もない」と主張した²⁰⁾。またイル医師は、避妊行為は生涯の不妊につながると指摘した²¹⁾。

従って唯一安全で確実に容認可能な避妊方法は、禁欲であると医師は主張した。1888年にH・S・ポメロイ (H. S. Pomeroy) 医師が書いたのはその典型である。「医療科学が出生率を抑制する手段を知っていると素人がどの程度信じているかは驚くほどである。私が知っているのは安全で確実な唯一の方法—すなわち、*性行為の間隔をあげること*—であるということをごここで言わせて欲しい (斜体原文)」²²⁾。マッカードル医師も「禁欲が唯一確実な方法である」と述べた²³⁾。

そのため医師は20世紀になっても、効果的な避妊手段はないと一般大衆に向かって主張した。フィッシュベイン医師は、「原理的にも実践的にも、生理学的・心理学的・生物学的に健全な産児制限の方法は」存在しないとはっきりと述べた。知られている避妊方法の効力は「10パーセントから約90パーセントに及んでおり、どれも完璧ではない」。フィッシュベインは、将来科学が発達すれば、利用可能な避妊方法を得ることができるかもしれないが、現在の時点ではそのような方法は存在せず、避妊の助言を求める患者に対して医師がすべきことは禁欲の助言以外にはないと、1925年に結論した²⁴⁾。

実際には、すでに19世紀には避妊方法に関して必要な知識は入手可能であった。1865年までにゴム製のコンドーム、膣ペッサリー、殺精子剤、妊娠周期はすべて、大衆向けに売られていた一般的な医学の手引きに書かれていた。1920年代初めには人々はますます膣外射精、座薬、膣内または子宮内ペッサリー、コンドームに頼るようになっていたと思われるが、1960年代に

経口避妊薬が市場化されるまで、根本的に避妊方法の変化はなかったのである²⁵⁾。このことは、医師の産児制限に対する態度は、制限手段の利用可能性とはほとんど関係がなかったことを表している。すなわち医療の利用可能性を決定するのは知識と技術ではなく、医師の社会的価値観であることを明白に示している。医師は産児制限を、安定した家族生活に対する明らかな脅威—特に消費社会の享楽主義、中産階級の女性の彼女達に割り当てられた社会的役割に対する不満—と結び付けたため、現存する避妊方法は信頼できず安全ではないと強く非難したのである。

さらに医師が産児制限に反対したのは、産児制限による出生率の低下が国家に与える影響を懸念してのことであった。19世紀にアメリカ人は、自然に背いて愛国的義務を回避しているという社会的指導者の嘆きにもかかわらず、子供の数を漸進的に減らしてきた。医師も他の社会的指導者と同様出生率の低下を嘆き、それは人々の利己的な享楽主義の結果であると主張した。母親になることに気が進まない女性は病気あるいは混乱しているのであり、社会にとって悲しむべきことであった。特に白人中産階級において小家族化の傾向は著しく、20世紀初頭には「人種の自殺」という言葉さえ生まれた。産児制限が「人種の自殺」につながるというのは次のような意味においてであった。第一に、国家の繁栄には人口の増加が必要であり、それは特に海外発展のために必要であるという考えがあった。帝国主義の時代にあっては、人口増殖力の盛んな国ほど国家としての活力も強く、国家観の生存競争に勝ち残る可能性が高いという考え方が一般的だった。従って出生率の低下は国家の存亡に関わる問題として強調されたのである。第二に、アメリカでは建国以来社会の主流を占めてきたアングロ・サクソン系白人プロテスタント（WASP）が、国内の黒人の存在に加えて、19世紀半ば以降南東欧系移民やアジア系移民といったような、宗教的にも文化的にも従来とは異なる移民が急増してきたことに不安感を強めていた。しかもこうした貧しい移民の出生率はWASPのそれよりもはるかに高いことがしばしば指摘された。その結果WASPが数的にも政治的な力においても弱体化し、人口の質が低下することが懸念された。

早くも1868年に、中絶反対運動において指導的な役割を果たしたホレイショ・R・ストーラー（Horatio Robinson Storer）医師が、中絶反対のパンフレットの中で、「西部の大領地や南部の肥沃な大平原は我々 [アメリカ人] の子供で満たされるのか、それとも外国人の子供で満たされるのか」と問うて移民の増加に対する懸念を表明し、「国家の将来の運命は、彼女達 [アメリカ人女性] の繁殖力にかかっている」と主張した²⁶⁾。そして1891年にはポメロイ医師が、「我が国の伝統的階級、いわゆる<上流階級>の間では出産は稀なので、同程度の増加率が一般的になれば人類はまもなく絶滅するだろう」と警告した。そして「平均的で道徳的で健康な人間は、直接的あるいは間接的に、消費する以上のものを生産し、発見した以上のものを世界に残していく。そして国家、家族、個人の福祉において最も重要な要素は、可能な限り多くそ

のような人間が生まれることである」と、国家にとって有益な人間を出産することの重要性を説いた²⁷⁾。このように社会に「適した」人々の減少による「人種の自殺」を憂う人々は、産児制限は女性とその第一の義務、すなわち母としての務めを拒否することであるとして非難し、白人中上流階級の女性に義務として多産を奨励した。ある医師は「女性が若くて繁殖力があるうちに子供を産むことを奨励しなさい。小規模家族の上流階級に、たくさん子供を産むことが特権階級としての責任であることを認識させ、彼らに子供を産むように圧力をかけなさい」と述べている²⁸⁾。このような医師の考え方からすれば、産児制限はまさしく白人中上流階級の人々にとって国民としての義務を回避する行為であった。

II 医療の専門職化の台頭と産児制限

しかしながら、産児制限に対する医師の反応は、単に彼らの中産階級的な道徳観や階級的偏見にのみ由来していたのではなかった。むしろ、医療専門主義という比較的新しい意識に負っていたことが指摘されている²⁹⁾。アメリカで「正統的」医療専門家が出現するのは18世紀後半から19世紀前半にかけてである。植民地時代には、聖職者が最高の知識人として医療についても最も知識が豊富であり、魂への助言と同じく肉体への助言も与えることができるとされていた。独立戦争後医療専門家が徐々に出現するが、その大部分は北東部の先進的教育を受け、「科学的」な治療を行った。このような新興の医師は「正統的」医師と呼ばれるようになった。とは言え、19世紀には「科学的」な「正統的」医療に対して、数多くの民間伝承的な「非正統的」代替医療が存在しており、患者と社会的地位をめぐる競争が激化していた。そのような状況において「正統的」医師が医療の専門家としての地位を高め患者を独占するためには、知識や技術の点で競争相手である「非正統的」医師よりも優れていることを証明する必要があった。

しかしながら、「正統的」医師の教育程度の高さにもかかわらず、彼らが受けた医学的訓練の実際の内容には問題があった。一部の例外を除いて近代医学の技術や器具はまだ十分に発達していなかったのである。従って、19世紀以降に近代科学が急速に発達するまで、一般の患者は、「科学的」な「正統的」医師と民間伝承的な「非正統的」医師を区別することはできなかった。このように、「正統的」医師は競争相手よりも知識や技術の点で優れていることを直接的な方法では証明することができなかったため、より間接的・象徴的な方法で自らの優越性を主張せざるを得なかった。そこで「正統的」医師は避妊に反対することによって、専門家集団としての道徳的高潔性を主張した。産児制限史家のノーマン・ハイムズ (Norman Himes) が述べているように、「超道徳的であるという名声を獲得するひとつの手段は……純潔を道徳的に奨励しながらもったいぶった調子で、そして激しい言葉で、産児制限を非難することであった」³⁰⁾。言い換えれば、「正統的」医師は「不道徳」な避妊を非難することによって自らの道徳的高潔さを証明し、「非正統的」医師に対する自らの優越性を主張しようとしたのである。

このように、「正統的」医師が産児制限を非難したのは、自らと「非正統的」医師を差異化して医療行為を独占し、専門家としての地位を確立するひとつの手段だったのである。さらに「正統的」医師は「非正統的」医師と比較して十分な社会的経済力を有していたので、自らの職業的利益を守るための団体を組織し、医学教育を標準化し、きちんとした医学教育を受けた医師にのみ医療業務を限定する医療免許法を制定することによって、医療現場から「非正統的」競争相手を排除していった。免許制度による専門職の均質化は、医師が料金を標準化することを可能にし、19世紀に彼らが得られなかった財政的安定を保障したのである³¹⁾。

その結果、産児制限は「非正統的」医療や非合法行為と結び付けられ、「道徳的」な「正統的」医師の経済的・社会的地位に対する脅威と見なされるようになった。産児制限運動は、「正統的」医師が長い間闘ってきた「非正統的」医師の宣伝活動のように思われたのである。著名な婦人科医ジョージ・W・コズマック（George W. Kosmak）は、産児制限の活動家はたいてい避妊の「医学的側面に関する概念をほとんど持たない素人」であり、「医療専門家に対する反感誹謗」と結び付いていると主張した³²⁾。素人集団による産児制限運動は、医師の嫌悪感を引き起こした。特に産児制限支持者は、避妊の合法化を要求しただけでなく、女性が医師に避妊を要求することを促進した。女性は社会的・経済的状况に基づいて自分自身で避妊の決定を行う権利があるという産児制限運動の主張は、まだ発展途上にあった医師の権威を脅かすものであった。医師は、適切な医学的治療とは何かを決定する独占的権威を望んでいた。患者、特に女性が治療方法について医師に差し出がましく言うことなど考えられなかった³³⁾。もしも非医学的理由による避妊が合法化されれば、人間の生殖に関する専門家である産科医や婦人科医の権威が弱まるかもしれなかった。もしも社会的・経済的理由による避妊が合法化されれば、おそらく医師以外の、避妊についての非医学的権威も存在することになるに違いなかった。素人によって管理される産児制限クリニックは、医師にとって直接的な財政的脅威ももたらした。もしも女性が素人のクリニックで安価な避妊処方を受けることができれば、専門家としての医師に処方を依存しなくなるに違いなかった。従って素人のクリニックは、避妊に反対する医師だけでなく、避妊を支持する医師にとっても嫌悪すべきものであった。

Ⅲ 避妊をめぐる司法解釈の変化

もしも以上述べたような産児制限に対する敵意が医学界全般の傾向であったならば、なぜ産児制限に対する肯定的な決議が最終的に1937年にA M Aにおいて得られたのだろうか。本章ではその背景として、立法改革ではなく司法解釈による避妊の是認と避妊に関する医学的指導権の確立があったことを明らかにする。

サンガーのブラウズヴィルのクリニックに関するニューヨーク州上級裁判所の1918年の判決が、その後避妊情報と避妊具から猥褻物の汚名を取り除くことになる、1930年から36年にか

けての一連の判決のお膳立てをした。裁判所はサンガーの有罪を支持したが、現行の法律解釈を拡張し、クリニックの処方可能範囲を規定した。判決文を書いたフレデリック・クレイン (Frederick Crane) 判事は、以下の二点を指摘した。第一に、上訴人サンガーは医師ではないのでこの法律問題に関して原告適格（個人的利害があるために訴訟提起できる資格）ではないとした。看護婦であるサンガーがこの法律問題に関する原告適格ではないという判決により、判決は看護婦や助産婦の避妊具を配布する権利を否認し、避妊具を処方する医師の独占的な権利を是認することになった。第二に、性病の抑制を規定した州刑法第1145節は、医師の行為が病気を治療したり予防したりする場合には、避妊に関する情報を与えたり売ったりすることを軽罪とする第1142節の規定から医師を除外するとした。クレイン判事はこの節の解釈を次のように示した。「この医師のための特例は、そのような物に関する広告や、患者の状態に関わりなく無差別の助言を許可するものではないが、医師が信念を持って、病気を治療したり予防したりするために既婚者に援助や助言を与えることを保障する範囲にまで適用される」。以上のように判決は、非医学的理由による産児制限の正当化を否定し、容認可能な医療行為を避妊具が「病気の治療と予防」のために提供される場合に限定した。しかし「病気 (disease)」を、「身体あるいはその器官の一部の状態の変化、生命維持機能の遂行能力の中断あるいは混乱、苦痛や病気の発症あるいはその前兆、不健康 (illness)、疾病 (sickness)、疾患 (disorder)」と広く定義したことにより、クレインの判決は合法的な避妊具の処方の範囲を事実上拡大することになった。後述するように、1910年代から20年代にかけて妊娠自体がますます潜在的に病理的な状態と定義されるようになったため、クレインの判決は、女性の健康に内在的な危険を予防するために避妊具を処方することを合法と認めるものと解釈されるようになった³⁴⁾。

1930年のコンドーム製造業者による商標権侵害に関する裁判は、司法界においてコムストック法を再解釈する正当な理由を提起した。弁護側は、非合法の商売の商標には法的保護の資格が与えられないので、商標権侵害にはなり得ないと主張した。判事は、コムストック法の根底にある法的意図を再評価する必要があると主張した。そして連邦法は避妊具の製造も使用も禁止していないと述べ、猥褻は情報と道具においてではなくそれらを使用する意図において生じると初めて示唆した³⁵⁾。この解釈が受け入れられれば、コムストック主義の原則は変わることになる。新しい解釈が最初に用いられたのは、製品目録に避妊具を含めたために逮捕された医療品製造業者の1933年の裁判においてであった。連邦上級裁判所は有罪判決を覆して、下級裁判所は被告人の意図を考慮しなければならないと判断し、「その品物が……有罪目的のために使用されるという意図が、有罪判決の前提条件である」と述べた。しかしながら判決は、避妊具の合法的な目的とは何かを叙述するところまではいかなかった³⁶⁾。

1936年に連邦上級裁判所は明白に、生命を救ったり患者の幸福を促進したりするという目的のための避妊具の医学的処方、コムストック法の「有罪目的」ではないと判断した。ハンナ・

ストーン（Hannah Stone）医師に発送された試験的なペッサリーが税関で差し押さえられ、ストーンが告訴した。オーガスタス・ハンド（Augustus Hand）判事は、コムストック法の文言は避妊具と避妊情報に関して徹底しているが、もしも議会が、1936年に利用可能な妊娠の危険性と避妊の安全性に関する臨床資料を1873年に利用することができたならば、避妊は猥褻に分類されなかっただろうと判断した。ハンド判事の判決は、医師に向けた避妊具の郵送の道を開き、少なくとも連邦法に関する限り避妊情報を与える医師の権利を決定的に確立した³⁷⁾。

その一年後、AMAは産児制限を適切な医療行為であると是認し、女性の生殖管理者としての自らの立場を受け入れることになるのである。重要なことは、このような裁判を通して、避妊が是認される過程で医師の避妊に対する独占的権威が確立していったことである。すなわち、どのような場合に避妊を認めるのかを決定するのは医師であり、避妊情報の伝達や避妊具の処方方は医師の手を通した場合にのみ合法とされたのである。

IV 医療行為の拡大

本章では、医師が産児制限を受け入れる過程で、その根拠として医療行為の定義が拡大され、医師の専門領域が拡大されていったことを明らかにする。アメリカでは18世紀後半から19世紀にかけて徐々に医師が自宅出産に立ち会うようになったが、出産における彼らの権威は限られていた。自宅出産では、医師は出産過程の管理権を、産婦や立ち会いの友人・親戚と分担しなければならなかった。さらに1920年代まで出産の大部分に立ち会っていたのは助産婦や一般開業医であった。ほとんどの一般開業医にとって助産は医療業務の一部に過ぎなかったので、産科医はほとんど技術を要しないと考えられ、医療専門職の中で最も評価されなかった。

20世紀初頭にアメリカで最高の医学校と見なされていたジョンズ・ホプキンスの産科学教授ジョン・W・ウィリアムズ（John Whitridge Williams）は、教授の一部は「産科医は裕福な人間の食卓から落ちたパン屑を食べることに満足している男性助産者（man-midwife）であれば良い」という意見であると報告し、名声の高い医学校でさえ産科学を軽視する傾向があることを指摘した³⁸⁾。シカゴ産科病院の設立者であるジョゼフ・B・デリー（Joseph B. DeLee）医師も、産科学の地位の低さを次のように嘆いていた。「一般の人々は産科医に全く敬意を抱いていない。産科医は一般の人々にだけでなく、医師にも見下されている。人々は産科医の骨の折れる仕事に対してふさわしい代金を支払わない。……代金があまりにも少ないので、有能な若い医師はもっと儲かる医療分野、特に婦人科学や外科学を選ぶ。……病院の最も望ましくない、最も奥まった部分が産科医に割り当てられている。手術室から廃棄された器具が産室に置かれ、研修医が費やす時間は外科学の後で産科学業務に充てられる」。従って医師や医学生や看護婦が、産科学は取るに足りないという意見を抱くのも不思議ではないと指摘した³⁹⁾。そこで産科医は、一般開業医や助産婦から出産を奪い取ることができるまで、産科医が提供する

専門のサービスが不可欠であると女性や同僚の医師を説得しなければならなかった⁴⁰⁾。

1910年代に産科医はかなり突然に、妊娠と出産はもはや自然な生理的過程ではなく、医学が介入すべき病理的現象であると主張し始めた。先述のウィリアムズ医師は「妊娠及び出産は通例は生理的過程であるが、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、妊婦は、放置していれば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早めに受けるべきである」ということを一般の人々に教えなければならぬと主張した⁴¹⁾。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、専門家は同様の「出産は生理的過程であるという」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を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理である」と主張した⁴²⁾。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みられたような改善がない」根本的な理由は、「一般の人々が、出産は病理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⁴³⁾。

このように産科医は妊娠・出産を病理的現象と見なし、産科学が訓練を要する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。産科医は「科学」の名の下に、助産婦は無知で無能であると攻撃し、一般開業医は診断することはできるが難産に対処することはできないと主張し、自宅出産は女性と新生児にとって危険であると非難した。産科医はより高い安全性を約束して、妊産婦を自らが管理する産科病院に引き入れた⁴⁴⁾。その結果病院で出産する女性の数が増加し、病院出産率は1935年には36.9パーセント、1940年には55.8パーセント、1950年には88.0パーセント、1960年には96.6パーセントと上昇して、出産の大部分は病院で行われるようになった⁴⁵⁾。こうして妊産婦を女性の支援ネットワークから引き離れた医師は、出産の管理権を自分のものとすることができたのである⁴⁶⁾。そして妊娠・出産が潜在的に病理的現象であるなら、避妊はそれを予防するひとつの手段として医療行為に含まれることが可能になった。

1912年に小児科医学の父として知られるエイブラハム・ジャコビ (Abraham Jacobi) がAMAの会長に選出された時、彼は会長演説の中で、「多くの人々一時には大多数の人々には「病気の」予防や治療の手段を利用することができない」ので、「一定の数の赤ん坊のみがこの世に生まれてくるべきである」と産児制限を支持した。そして「裕福な人々が頻繁に子供の数を制限している以上、貧しい人々に……子供の数を制限するようにと助言することは」許容さ

れるべきであると主張した。さらにジャコビは、移民の高出生率、福祉の費用の増加、貧困の負担を引き合いに出して、社会全体にとっての避妊の不可避性を訴えた⁴⁷⁾。しかしながら、このように産児制限を支持する医師がそれに関連して移民、福祉、貧困について語った時、単なる医療問題としての避妊の範囲－彼の同僚の医師達が受け入れる範囲－を超えていた。産児制限を支持する医師は、非医学的理由について議論する時に同僚達を疎外していることに気付いた。

一般に医師は、医学的避妊と社会的・経済的避妊を区別していた。すなわち、ほとんどの医師は産児制限に反対していたが、完全にすべての避妊を拒絶していたわけではなく、病理的徴候がある場合の避妊については慎重にはあるが是認していたのである。そのことは例えば以下のコズマック医師の発言からも明らかである。「既婚者の大多数において妊娠を制限する、あるいは予防する方法が必要である、ということは否定できない。結核、心臓病、その他の体質的あるいは精神的な障害がある場合は、妊娠の禁忌を示すこともあり得る。問題のこの面に関しては主張が認められているので、これ以上検討する必要はない」⁴⁸⁾。このように多くの医師は公的には避妊を攻撃していたが、個々の患者に対しては避妊だけでなく中絶さえ施していた。避妊を公的に攻撃することと、苦境に陥っている個々の患者を「援助する」ことの間には矛盾はなかったのである。彼らは道徳と健康を保護するという高潔な信念に基づいて避妊に反対した。しかし彼らは例外的な場合にはその信念は柔軟でなければならないということを理解していた。従って避妊を支持していた医師はすぐに、社会的・経済的理由による避妊に対する医師の抵抗を認識し、避妊の必要性を病理的徴候がある場合に限定した⁴⁹⁾。

1927年に母親の健康に関する委員会（CMH：Committee on Maternal Health）の医学的徴候委員会（Medical Indications Committee）は、経済的理由のみによる避妊具の処方为非難し、避妊具は「治療上中絶」を避けがたい「進行中の病気」の場合にのみ処方されるべきであるという立場を再確認した。しかしながら委員会は、出産間隔をあけることが医学的に正当な理由となり得るかどうかを評価するために、母親と幼児の死亡率の徹底的な分析を要求し、妊娠の潜在的病理は「経済的要因」と「複雑に結び付いて」いると主張した⁵⁰⁾。1929年の診療所襲撃裁判で医師達は、産児制限は適切な出産間隔をあけるために処方されるべきだと医師が信じるようになってきたと証言した。正常な女性でも妊娠が立て続けに起こると健康を害すると、医師は指摘した⁵¹⁾。1930年代初頭までに「科学的」な生殖に関する研究が、出産間隔をあけると女性はその間に健康を回復するので、母親と幼児の死亡率を減少させることができることを明らかにし始めた。こうして女性は出産間隔をあけるという婉曲表現の下で避妊の処方を受けることが可能になった。

出産間隔、そして後には家族計画という修辞学によって、母親と幼児の健康はますます医学化されていくことになった。女性は妊娠前も妊娠中も妊娠後も、産科医や婦人科医の専門的技

術に依存する存在になった。女性の性と生殖の自己決定の手段としての避妊は、家族の健康と安定の手段に書き直され、女性の個人的条件は、結婚や家族の安定に影響を与える範囲でのみ問題とされるようになった。そのような修辞学においては、女性ではなく医師が生殖の決定者とされており、結果として避妊に対する医療専門家の権威を定義付けていた。こうして医師は、避妊の決定において、女性個人だけでなく、その結婚や家族の健康に影響を与える要因を比較検討する権威として位置付けられるようになったのである。

最終的に医学界は、病理的条件以外でも避妊の正当な理由になるという立場を受け入れた。医師はもはや、避妊が行われるのは病気の治療あるいは予防においてのみであると主張するべきではなかった。CMHが患者の健康として「年齢、生存子供数、夫の肉体的・精神的状態、住宅、職業」といったような要素を述べると、1940年までにはそのような理由による避妊が、容認可能な医療行為となったのである⁵²⁾。こうして医師は単なる病理的理由から、社会的・経済的理由をも避妊の許容範囲に含めることになるのであるが、その時に使用された修辞学は、「生存子供数、夫の肉体的・精神的状態、住宅、職業」などの社会的・経済的条件を「健康」と定義したことであった。すなわちそれらが「健康」の問題である限り、それを考慮に入れた避妊の可否の判断は「医療行為」となり、医師の裁量の範囲に入るようになったのである。それはまた、母親と子供だけでなく、家族全体ひいては社会全体が医学化されていく過程でもあった。

V 避妊産業の拡大と医師の対応

1873年に制定されたコムストック法により、避妊具を合法的に広告したり郵便で送ったりすることはできなくなった。しかしながら1930年に連邦裁判所は、合法的な使用—ほとんどの州では「病気の予防のため」—を意図した避妊具の広告や発送を認めた⁵³⁾。避妊具に対する要求は供給を上回っており、偽医者や避妊具産業が急激に発展した。無節操な避妊具の広告、偽医者、「女性の衛生」のような婉曲表現にかこつけた避妊具の繁盛により、1930年代初頭までに「女性の衛生」騒動は医師を含めた人々の注目を引くようになっていた。避妊は年間2億5千万ドルの産業で、「理髪産業よりも少し大きく、宝石産業よりも少し小さい」産業であったが、合理的な公的規制のない産業であった⁵⁴⁾。ある調査者は、1932年と33年の避妊具の広告費用を93万5千ドルと見積もった。避妊具の広告は、新聞、雑誌、そして通信販売カタログにも掲載された⁵⁵⁾。1937年にアメリカ人は、避妊用洗浄粉とその他の「女性の衛生」品に推計2億ドル、コンドームに3800万ドル、ペッサリーに100万ドル弱を費やしていた⁵⁶⁾。『フォーチュン』誌は1938年に、アメリカの女性は避妊具のために年間2億1000万ドル以上費やしているが、「女性の避妊具の商売で医学的に認められた部分は痛ましいほどわずかであり……その結果……多くの女性はだまされ、無数の公表されていない悲劇が演じられている」と報告した。『ニュー・

リパブリック』誌は、このような状況を「問題を回避してきた医療専門家」のせいであると非難した⁵⁷⁾。

そこで医療専門家はしぶしぶながら産児制限の問題に対応せざるを得なくなった。早くも1925年に、AMAの産科学・婦人科学・腹部外科医学部会（Section of Obstetrics, Gynecology, and Abdominal Surgery）は、ディキンソン医師の強い主張によって、「医師が患者に合法的に避妊情報を提供することができるように」州法及び連邦法の修正を要求する決議を採択した。部会は1927年に理事会（Board of Trustees）に決議を委託したが、理事会はその問題に関する「意見の合意がない」と述べてそれを返した。1932年に再びAMAの理事会は、産児制限は「物議をかもし問題であり、委員会はこの時期にこの問題を専門家の前に持ち込むのは賢明ではないと信じている」ので、避妊に関する研究を行うという決議を拒否した。AMAの1934年の部会で、J・D・ブルック（J. D. Brook）医師は「無数の避妊具が一般大衆に提供される」ことによって起こり得る危険性を指摘し、AMAに避妊の医学的研究を要求したが、AMAは今まで通りその問題を調査することさえ拒否した。しかしながら、産児制限に対して何らかの態度を取るよという圧力に対して抗し難くなってきた。産児制限を支持する医師は、避妊の倫理性や市場に出回っている多数の避妊具の選択に関して人々を指導する必要性を訴えた。すべての医師が、効果が疑わしくしばしば危険な避妊具が大量に患者に売られていることに対して、何らかの行動を要求した。こうした要求に直面して、AMAはついに態度を軟化させ、1935年に避妊行為及び関連する問題を調査するための委員会（Committee to Study Contraceptive Practices and Related Problems）を任命した⁵⁸⁾。

この委員会が1936年に最初の報告を出した時、誰も満足させなかった。委員会は「産児制限の手段として避妊が広く行われている」と報告した。そして優生学的・経済的な避妊の必要性を否定した。優生学的には「人間の遺伝に関する現在の知識は非常に限られているので、優生学的理由によって妊娠の制限を正当化する科学的根拠はほとんどないように思われる。……避妊情報の広範囲にわたる普及が、社会におけるより良い社会的・経済的均衡をもたらすことを示す証拠は見出されなかった」。経済的には「一部の人々が家族を制限することによって利益を得ることは認められるが、避妊情報の普及が低所得者層の経済的地位を改善させるだろう、という主張を正当化する有力な証拠は見出せなかった」。委員会は「一部の女性の健康を保護するために妊娠の自発的な制限が必要である」ことを認め、妊娠が望ましくない、そして現実に危険である病気の一覧を挙げた。しかしながら、そもそも「生殖に禁忌を示す精神的・身体的異常のある人々の結婚は、通常認められるべきではない」として、彼女達の避妊の必要性を除外した。また避妊薬や避妊具については、「事実上の禁欲以外の避妊技術は、本質的に100パーセント安全ではない。現存するすべての道具の有効性は的確な使用にかかっている。興奮した、知能の低い、あるいは自制心が欠けている夫婦が頼りにできるものはない」と断言した。避妊

は非合法中絶を減らすという産児制限支持者の主張に反駁して委員会は、「中絶を行った多くの女性は避妊手段をよく知っているが、その方法に失敗した時には中絶を試みる」ので、避妊は実際には非合法中絶の増加に寄与すると示唆した。また委員会は、生殖の分野に関する教育が「多くの医学校の履修課程において無視されている」と指摘し、「完全な教育が医学生に提供されること」を提案した。最後に委員会は「産児制限情報を（考慮も制限もなしに）広めるという目的のためだけに組織化された素人集団による一般大衆向けの宣伝活動」を非難し、「医療専門家によるそのような機関への支援を遺憾に思う。そのような組織の活動によって、出産と親になるという重要な機能に関して完全に間違った価値観が作られてきたと感じている」と述べた。そして「産児制限に関する研究を継続」することを勧告した⁵⁹⁾。

翌1937年の委員会報告は1936年の委員会の立場を事実上翻し、ためらいがちにはあるが避妊を是認した。委員会のこのような態度の変化は、前述した1936年の連邦上級裁判所判決に従ったものである。委員会は、「避妊に関する情報は広く認められているように、順調な経済的状況にある人間には入手可能である」ことを認め、「公共医療施設で働く医師が、他の経済層の患者に合法的に提供される情報を、そこの患者に提供することを妨げる法律はないように思われる」と指摘した。そして「妊娠の予防に関する情報や助言が一般大衆に提供されるすべての公共医療施設、クリニックや類似の施設は、委員会の意見では、法的な免許制度と指示の下、医学的管理の下に置かれるべきである」と主張した。しかし素人集団とそれに協力的な医師に対する批判は削除された。妊娠を勧められない、あるいは妊娠に禁忌を示す医学的条件は、委員会の最初の報告において列挙された通りである。また委員会は、「医学生が生殖と不妊に関して十分な指導を受け、避妊方法の臨床的考慮と治療上の応用について教育を受ける」ことを主張した。「妊娠間隔をあげることは、母親と子供の健康と全般的幸福のために望ましいことである」が、「何度の妊娠が生物学的に望ましく身体的に安全なのか、そして妊娠の適切な間隔を決定する最善の実用的手段」は何かという問題に関しては、「親の全般的健康、以前の妊娠・出産の特徴とそこから回復の特徴、併発病を含む多様な要素が考慮されなければならない」とした。このように出産間隔をあげることを必要とする特定の条件を列挙しなかったことは、個々の医師が出産間隔をあげる条件を決定する権威を持つことを容認することを意味していた。さらに「各々の事例は、目下の状況に基づいて両親と医師の個々の判断によって決定されなければならない」という委員会の意見は、医師が引き続きすべての健康な既婚女性にもっと子供を産むことを奨励する余地を残すものでもあった。このように委員会の報告は避妊を是認しながらも、避妊の決定に関する権利は女性よりも医師の自主的な治療行為を尊重するものであった⁶⁰⁾。

医師が産児制限を受け入れるようになった大きな理由として、彼らの職業的危機感があったことは否定できない。サンガーなどによる産児制限運動の広がりによって、医学の一分野が素

人に侵されるという危機感が起こったのである。専門家の病院制度は素人のクリニックに異議を唱えることができなかった。出産は自宅から病院へ移行したが、産児制限は移行しなかった。1940年代を通して、アメリカで800以上あるクリニックの中で、クリニックの全患者の80パーセント以上を素人のクリニックが診療し続けたのである⁶¹⁾。AMAが避妊を是認した後10年間、医療専門家は素人のクリニックを批判し続けた。1946年になってもニューヨーク医学アカデミー(New York Academy of Medicine)は、女性や外国人のスタッフは不適切であると評価し、病院が家族計画クリニックを引き継ぐよう勧告した。1947年までの調査によれば、アメリカの半分以上の医師は、個々の医療行為においては避妊を望むすべての既婚女性に避妊を処方しているのに、同じことをしているクリニックを批判した⁶²⁾。素人のクリニックにおける避妊の処方に対する医師の批判は、避妊の管理をめぐる素人集団と医療専門家の間で続いている闘争を示していた。産児制限が医療行為の範疇に入れられている限り、合法的に避妊を支配することができるのは医学的権威だけであるはずだったのに、実際にはそうならなかった。しかしながら、医師は避妊の条件として病理的理由だけでなく経済的・社会的理由を容認することにより、女性の身体を超えて家族や国家の経済的・社会的状態を医療の範囲に含めることができた。そしてそのことは結果として、医療専門家の権威の拡大を可能にしたのである。

結 論

産児制限に対する医師の態度は基本的に、産児制限に関する知識や技術の有効性によってではなく、医師が他の市民と共有していた社会的価値観によって条件付けられた。19世紀には医師は現在のような専門職としての社会的地位・権威を獲得しておらず、その地位は社会からの信頼と支持に依存していたので、医師に社会的価値観と異なる行動をすることはほとんど期待できなかった。医師の機能は人々を慰安し治療することであり、社会制度の基本的構造や妥当性を疑問視することではなかったのである。ヴィクトリア的価値観の染み通った中産階級の中に生きる彼らは、その価値観に挑むことなく産児制限に取り組む必要があった。産児制限はたいてい健康な女性によって、医学的理由ではなく社会的理由によって求められたので、狭義での治療方法とは認められなかった。

しかしながら、産児制限に対する一般大衆の要求は、医師が考える以上に大きくなっていった。まだなおその地位を社会からの信頼と支持に依存していた医師は、産児制限に対する要求が高まる中でそれに応じざるを得なかった。しかし、医師は専門家としての自らの権威を高めながら、産児制限に対する立場の転向を正当化する必要があった。そのため、産児制限を是認するにあたって医師が強調したのは、何よりも母親と子供の健康、そして結婚生活の安定であった。産児制限が母親の健康を守り、また計画的出産が家庭の幸福と安定をもたらすという理由に、彼らは産児制限を是認することの正当性を見出したのである。さらに健康の定義を、個人

の肉体的・精神的状態だけでなく、家族全体の社会的・経済的状态，ひいては社会全体の福祉を含むまでに拡大することによって、避妊の適用範囲も拡大した。

医師にとって何よりも重要なのは、もはや産児制限を認めるか認めないかではなく、誰が産児制限を支配・管理するのかであった。そして彼らはそれを専門家である医師に限定し、素人を排除しようとした。結果として医師は、女性の身体や生殖だけでなく、家族を、そして社会全体を医学化することに成功し、社会において専門家としての地位・権威を獲得することができたのである。

注

- 1) 例えば、Linda Gordon, *Woman's Body, Woman's Right: A Social History of Birth Control in America*, New York: Grossman Publishers, 1976, chapters 4, 5, and 6; 有賀夏紀「アメリカにおける産児制限の思想とフェミニズム」女性学研究会編『女の目で見ると』勁草書房, 1987年; 荻野美穂『生殖の政治学—フェミニズムとバース・コントロール—』山川出版社, 1994年, 第1章。
- 2) 例えば、Norman E. Himes, *Medical History of Contraception*, New York: Gamut Press, 1963[1936]; James Reed, *The Birth Control Movement and American Society: From Private Vice to Public Virtue*, Princeton, NJ: Princeton University Press, 1978, chapter 1; Gordon, *op.cit.*, chapter 2; John Riddle, *Eve's Herbs: A History of Contraception and Abortion in the West*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1997.
- 3) Quoted in Gordon, *op.cit.*, p.48.
- 4) 例えば、Richard Easterlin, "Population Change and Farm Settlement in the Northern United States," *The Journal of Economic History*, 36, 1976; Yasukichi Yasuba, *Birth Rates of the White Population in the United States, 1800-1860: An Economic Study*, Baltimore: Johns Hopkins Press, 1962; 安場安吉「19世紀初期の米国における出生率の低下とその原因」『アメリカ研究』29, 1995年。
- 5) ダニエル・スコット・スミスやカール・デグラーは、出生率の低下を家庭における妻の発言権の増大や夫婦間の対等性の現れとして論じた。Daniel Scott Smith, "Family Limitation, Sexual Control and Domestic Feminism in Victorian America," *Feminist Studies*, 1, 1973; Carl N. Degler, *At Odds: Women and the Family in America from the Revolution to the Present*, New York: Oxford University Press, 1980. これに対してリンダ・ゴードンは、女性が産児制限を主張したのはむしろ女性が社会的・経済的に従属的地位にあったことの証拠であるとみなした。Linda Gordon, "Voluntary Motherhood: The Beginnings of Feminist Birth Control Ideas in the United States," *Feminist Studies*, 1, 1973.
- 6) 例えば、Douglas L. Anderton and Lee L. Bean, "Birth Spacing and Fertility Limitation: A Behavioral Analysis of a Nineteenth Century Frontier Population," *Demography*, 22, 1985; Avery M. Guest, "Social Structure and U. S. Inter-State Fertility Differentials in 1900," *Demography*, 18, 1981; Michael R. Haines, "American Fertility in Transition: New Estimates of Birth Rates in the United States, 1900-1910," *Demography*, 26, 1989; Tamara K. Hareven, "Marital Fertility, Ethnicity, and Occupation in Urban Families: An Analysis of South Boston and the South End in 1880," *Journal of Social History*, 8-3, 1975; Louise Kantrow, "Philadelphia Gentry: Fertility and Family Limitation

- among an American Aristocracy,” *Population Studies*, 34, 1980; Warren C. Sanderson, “Quantitative Aspects of Marriage, Fertility and Family Limitation in Nineteenth Century America: Another Application of the Coale Specifications,” *Demography*, 16, 1979; Douglas M. Stone and Chu-Fe Lee, “Sex of Previous Children and Intentions for Further Births in the United States, 1965-1976,” *Demography*, 20, 1983; Stewart E. Tolnay, “Trends in Total and Marital Fertility for Black Americans, 1886-1899,” *Demography*, 18, 1981; Stewart E. Tolnay and Avery M. Guest, “American Family Building Strategies in 1900: Stopping or Spacing,” *Demography*, 21, 1984.
- 7) 例えば, Lawrence Lader, *The Margaret Sanger Story*, Garden City, NY: Doubleday, 1955; Emily Taft Douglas, *Margaret Sanger: Pioneer of the Future*, New York: Holt, Rinehart and Wiston, 1969; David Kennedy, *Birth Control in America: The Career of Margaret Sanger*, New Haven: Yale University Press, 1970; Madeline Gray, *Margaret Sanger: A Biography of the Champion of Birth Control*, New York: Richard Marek Publishers, 1979; Ellen Chesler, *Woman of Valor: Margaret Sanger and the Birth Control Movement in America*, New York: Anchor Books, 1992. サンガー自身も二冊の自伝を書いている。Margaret Sanger, *My Fight for Birth Control*, New York: Farrar and Rinehart, 1931; Do. *Margaret Sanger: An Autobiography*, New York: Norton, 1938.
- 8) Constance M. Chen, “*The Sex Side of Life*”: *Mary Ware Dennett’s Pioneering Battle for Birth Control and Sex Education*, New York: The New Press, 1996. デネットも自伝を書いている。Mary Ware Dennett, *Birth Control Laws : Shall We Keep Them Change Them or Abolish Them*, New York: Da Capo Press, 1970[1921].
- 9) フットに関しては, Vincent J. Citillo, “Edward Bliss Foote: Pioneer American Advocate of Birth Control,” *Bulletin of the History of Medicine*, 47, 1973. デイッキンソンに関しては, Reed, *op.cit.*, chapters 11-13; Kennedy, *op.cit.*, chapter 8. ピンカスに関しては, M. C. Chang, “Development of the Oral Contraceptive,” *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 132, 1978; Oscar Hechter, “Homage to Gregory Pincus,” *Perspectives in Biology and Medicine*, 11, 1968; Reed, *op.cit.*, chapter 25. ロックに関しては, Loretta Maclaughlin, *The Pill, John Rock, and the Church: The Biography of a Revolution*, Boston: Little, Brown and Company, 1982.
- 10) Carole R. McCann, *Birth Control Politics in the United States, 1916-1945*, Ithaca: Cornell University Press, 1994, p.62.
- 11) James Reed, “Doctors, Birth Control, and Social Values: 1830-1970,” in Morris J. Fogel and Charles E. Rosenberg, eds., *The Therapeutic Revolution: Essays in the Social History of American Medicine*, University of Pennsylvania Press, 1979, pp.112-113.
- 12) *Ibid.*, p.109.
- 13) Augustus Kinsley Gardner, *Conjugal Sins against the Laws of Life and Health and Their Effects upon the Father, Mother and Child*, New York: J. S. Redfield, 1870.
- 14) Edward J. Ill, “The Rights of the Unborn: The Prevention of Conception,” *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children*, 40, 1899, p.582.
- 15) 例えば, Horatio Robinson Storer, *Is It I? A Book for Every Woman*, Boston: Lee and Shepard, 1867.
- 16) *McCann, op.cit.*, pp.62-63.

- 17) Degler, *op.cit.*, pp.8-9.
- 18) Gardner, *op.cit.*, pp.107-109.
- 19) Thomas E. McArdle, "The Physical Evils Arising from the Prevention of Conception," *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children*, 1888, p.937.
- 20) Morris Fishbein, *Medical Follies: An Analysis of the Foibles of Some Healing Cults, Including Osteopathy, Homeopathy, Chiropractic, and the Electronic Reactions of Abrams, with Essays on the Antivivisectionists, Health Legislation, Physical Culture, Birth Control, and Rejuvenation*, New York: Boni & Liveright, 1925, pp.144-145.
- 21) Ill, *op.cit.*, p.583.
- 22) H. S. Pomeroy, *The Ethics of Marriage*, New York: Funk & Wagnalls, 1888, p.62.
- 23) McArdle, *op.cit.*, p.936.
- 24) Fishbein, *op.cit.*, pp.142-149.
- 25) Reed, "Doctors, Birth Control, and Social Values," pp.110-111.
- 26) Horatio Robinson Storer, *Why Not? A Book for Every Woman*, Boston: Lee and Shepard, 1868, p.85.
- 27) H. S. Pomeroy, *Is Man Too Prolific? The So-Called Malthusian Idea*, New York: Funk & Wagnalls, 1891, pp.63-64.
- 28) A. F. Guttmacher, "Obstetrics Today and Tomorrow," *Bulletin of New York Academy of Medicine*, 19, 1943, p.562.
- 29) Kennedy, *op.cit.*, pp.176-179.
- 30) Himes, *op.cit.*, p.282.
- 31) 医療の専門職化に関しては、John Duffy, *From Humors to Medical Science: A History of American Medicine*, Second Edition, Urbana and Chicago: University of Illinois Press, 1993; Gerald E. Markowitz and David Karl Rosner, "Doctors in Crisis: A Study of the Use of Medical Education Reform to Establish Modern Professional Elitism in Medicine," *American Quarterly*, 25, 1973; Richard Harrison Shryock, *Medicine and Society in America: 1660-1860*, New York: New York University Press, 1960; Paul Starr, *The Social Transformation of American Medicine: The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*, Basic Books, 1982; Rosemary Stevens, *American Medicine and the Public Interest: A History of Specialization*, Updated Edition, Berkeley and Los Angeles: University of California Press, 1998[1971].
- 32) George W. Kosmak, "'Birth Control': What Shall Be the Attitude of the Medical Profession toward the Present Day Propaganda?" *Bulletin of the New York Lying In Hospital*, 11, 1918, pp.98-99.
- 33) 1914年に産児制限と同様女性団体の間で現れた半麻酔 (twilight sleep) 運動に対する医療専門家の激しい抵抗に関しては、Judith Walzer Leavitt, *Brought to Bed: Childbearing in America, 1750-1950*, New York: Oxford University Press, 1986, pp.130-140.
- 34) *People v. Sanger*, 222 N.Y. 193, 118 N.E. 637, 1918. 以下を参照。McCann, *op.cit.*, pp.63-64.
- 35) *Young's Rubber Co. v. C. I. Lee and Co.*, 45 F.2d 103, 2d Cir. 1930. 以下を参照。McCann, *op.cit.*, p.74.
- 36) *Davis v. United States*, 62 F.2d 473, 6th Cir. 1933. 以下を参照。McCann, *op.cit.*, pp.74-75.

- 37) *United States v. One Package of Japanese Pessaries*, 13 F. Supp. 334 E.D. N.Y. 1936, aff'd 86 F. 2d 737 2d Cir. 1936. 以下を参照。McCann, *op.cit.*, p.75; Reed, "Doctors, Birth Control, and Social Values," pp.122-123.
- 38) 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* (以下 *TAASPIM* と略記), 5, 1915, p.188.
- 39) Joseph B. DeLee, in Discussion, *TAASPIM*, 2, 1912, p.196.
- 40) 産科医の権威の限界については, William Ray Arney, *Power and the Profession of Obstetrics*, Chicago: The University of Chicago Press, 1982, chapter 2.
- 41) Williams, *op.cit.*, p.189.
- 42) Joseph B. DeLee, "Progress toward Ideal Obstetrics," *TAASPIM*, 6, 1916, p.116.
- 43) Joseph B. DeLee, in Discussion, *TAASPIM*, 9, 1919, p.114.
- 44) 実際には, 出産の病院化は母親と幼児の死亡率を減少させなかった。Joyce Antler and Daniel M. Fox, "The Movement toward a Safe Maternity: Physician Accountability in New York City, 1915-1940," *Bulletin of the History of Medicine*, 50, 1976; Neal Devitt, "The Transition from Home to Hospital Birth in the United States, 1930-1960," *Birth and the Family Journal*, 4, 1977.
- 45) Devitt, *op.cit.*, p.56, table 7.
- 46) 出産の病院化に関しては, 抽稿「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』第37号, 2002年を参照。
- 47) Abraham Jacobi, "The Best Means of Combating Infant Mortality," *The Journal of the American Medical Association* (以下 *JAMA* と略記), 58-23, 1912, pp.1735-44.
- 48) Kosmak, *op.cit.*.
- 49) Kennedy, *op.cit.*, p.180.
- 50) McCann, *op.cit.*, p.92.
- 51) Kennedy, *op.cit.*, p.215.
- 52) McCann, *op.cit.*, p.92.
- 53) Kennedy, *op.cit.*, p.212.
- 54) Reed, "Doctors, Birth Control, and Social Values," p.122.
- 55) Kennedy, *op.cit.*, p.212.
- 56) Reed, "Doctors, Birth Control, and Social Values," p.122.
- 57) Population Council, "The Accident of Birth," *Fortune*, February 17, 1938, pp.83-86; Elizabeth H. Garrett, "Birth Control's Business Baby," *New Republic*, January 17, 1934, pp.269-272. Quoted in Kennedy, *op.cit.*, p.212.
- 58) Kennedy, *op.cit.*, pp.213-214.
- 59) "Report of Reference Committee on Executive Session," *JAMA*, 106-22, 1936, pp.1910-11.
- 60) "Report of Reference Committee on Executive Session," *JAMA*, 108-26, 1937, pp.2217-18.
- 61) McCann, *op.cit.*, p.97.
- 62) *Ibid.*, p.95.

