

## 論文の内容の要旨

論文題目 医療技術の普及と政治  
—麻酔による無痛分娩の導入を事例に—

氏 名 大西 香世

1994年の国際人口開発会議（カイロ会議）で国際的合意を得た「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ(reproductive health/rights)」は、妊娠・出産・避妊などについて女性が決定権を持つこと(reproductive self-determination)を謳っているが、多くの女性はその人生の過程で経験する妊娠と出産のありかたは、女性の市民生活において重要な役割を果たす。本論文は、「なぜ他国において普及している麻酔による無痛分娩という医療技術が、日本においてはほとんど普及していないのか」という問いに着目する。そして、それは、日本の医療制度が、他の先進工業諸国と異なる発展経路を辿ったためである、ということを経史的制度論の立場から、比較歴史分析の手法を用いて説明するものである。日本の周産期医療制度が他の国々と異なる発展経路を辿ったことによって、麻酔による無痛分娩の供給とそれへの需要が、日本ではともに抑制される結果となったことは、以下のように説明される。

第一に、プロフェッションの技術形成とインセンティブの要因が重要である。日本においては、他のヨーロッパ諸国と異なり、助産師に麻酔行為を含めた医療行為が許されていない。なぜならば、明治期に産婆規則が制定されて以来、助産師の医療行為は、麻酔行為も含め、現在においても保健師助産師看護師法の第37条によって禁止されているからである。日本では助産師の医療行為が禁止されていることは、例えば、助産師が笑気麻酔などの簡易麻酔の職業訓練教育を受け、麻酔行為が許可されているイギリスとは異なる。日本において、助産師の麻酔行為が今日でも禁止されているのは、明治期に起源を持つ後発国型の日本の医療供給システムの歴史的な制度遺産である。というのも、日本においては、経済発展の比較的早い段階において近代的な医療供給システムの導入が図られた。そのために、一部の助産師（産婆）の育成および供給は官主導で行われたものの、後発工業化に起因する財政的制約から、大部分の助産師は開業医セクターを中心とした民間部門が、病院や診療所に併設された小規模な産婆看護婦学校において、キャッチアップ的に速成養成し、供給することとなった。民間部門には、助産婦を速成養成するためにその職業訓練教

育コストを抑制する必要性があったため、高度な職業訓練教育は助産師に与えられないままであった。

第二次世界大戦後、GHQ は医療制度改革の一環として、看護婦や助産婦の地位身分や教育を高度化させる目的で、保健師助産師看護師法（1948）を制定する。しかしながら、高度化された看護婦や助産婦は日本の現状に合わないとして、開業医セクターを中心とした日本医師会が保健師助産師看護師法の法改正を働きかけ、改革以前のような職業訓練教育コストを抑制した看護婦や助産婦を再び養成しようと揺り戻しを図る。その結果、法改正が実現され、職業訓練教育コストの低い准看護婦が設置される。それとともに、GHQ の医療制度改革によってひとたび廃校になった産婆看護婦学校が復活し、そこで准看護婦が養成されるという、いわば医療制度の「逆コース」が見られた。

こうしたなか、日本の人口抑制を意図した GHQ の地政学的戦略と一部の産婦人科医の利得の一致から、同じく GHQ 占領下に、人工妊娠中絶を合法化した優生保護法(1948)が制定される。翌年、同法の指定医によって組織される日本母性保護医協会が結成されるが、同会は、産婦人科医の既得権益を擁護すべく様々な周産期医療の政策決定に関わっていく。そのうちのひとつが、看護婦に対する准看護婦に相当する、産科看護婦（「准助産婦」）の養成である。自らの開業産科診療所における勤務助産婦の不足に直面していた日本母性保護医協会の会員らは、1960 年代から、日本母性保護医協会の経営する日母産科学院で産科看護婦をインフォーマルに速成養成するようになる。その結果、助産婦ではなく産科看護婦が主に開業診療所において大きな労働力となるが、第二次世界大戦の施設出産の増加とも相まって、国家資格を持つ助産婦が適正に養成されなくなった。そのために、助産婦制度そのものが、産科看護婦の存在によって周縁化・弱体化していくことになる。

こうして弱体化されていった助産婦、とりわけ勤務助産婦でない開業助産婦をかかえる助産婦会は、自らの職業的存在意義が問われるようになる。そうした時、折しも 1970 年代後半から欧米先進工業諸国において、過度な医療介入への反動として自然分娩への回帰運動が盛んになる。欧米発信の自然分娩は日本にも輸入され、助産婦は自らの復権をかけて「自然な」お産運動を繰り広げていくことになる。というのも、医療行為が禁止されている助産婦にとって、医療介入を最小限に抑えた「自然」分娩は、今日においても麻酔行為が許可されていない日本の助産師によって麻酔による無痛分娩は反対され、その供給は抑制されることとなった。

第二に、経済的インセンティブとして、公的医療保険のありかたが重要である。正常分娩は疾病ではないとの理由から自由診療という前提の下、日本において正常分娩は公的医療保険の現物給付から除外されている。それとともに、無痛分娩のための麻酔も公的医療保険の適用範囲から除外されている。このことから、日本においては麻酔による無痛分娩に対する経済的需要が抑制されている。麻酔による無痛分娩の普及率が高いフランスでは正常分娩はもちろん、麻酔も公的医療保険によってカバーされているが、このことから、日本においては、正常分娩および麻酔が公的医療保険の適用から除外されているために、需要が抑制されていると言える。

日本において正常分娩が公的医療保険から除外されていることは、日本が経済発展の比較的早い段階においてキャッチアップ的に分娩給付を開始した、という歴史的経緯に起源がある。というのも、日本において分娩給付が初めて規定されたのは、1922 年の健康保険法の成立時である。1922 年当時、日本では産院における医師の手による分娩介助はおろか、西洋式の新産婆による助産すらそれほど普及している時代ではなかった。そのために、分

娩に対しては医師や産婆による助産に対する現物給付ではなく、分娩費として支給される定額金銭給付が大部分であった。

第二次世界大戦後、正常分娩の現物給付化への動きがありながらも、出産の現物給付化が困難であった背景には、戦後のキャッチアップ的な出産の施設化により、都市と農村部の間に医師と助産師による分娩介助という顕著な二重構造が形成され、分娩料の価格を統一することが困難な状況であったという歴史的経緯が存在する。それに加え、日本母性保護医協会が現物給付化に対して強硬に反対したことも最大の要因として考えられる。というのも、日本母性保護医協会は、ひとたび正常分娩が現物給付化されると、助産婦による助産を基準として点数化が行われ、自らの技術料が、それより点数の低い助産婦の技術点数になる、と認識していた。そのため、日本母性保護医協会は日本医師会などと保険医辞退の手段などを用いて現物給付化に抵抗し、既存の制度の維持を働きかけたのである。こうして、出産費用と麻酔費用が自己負担である帰結として、麻酔による無痛分娩への需要が抑制されていると言える。

第三に、医療機関の集約化の程度が重要である。日本においては診療所と病院の機能分化が未発達であり、周産期医療が集約化されていない。そのため、日本では今日においても中小規模の診療所における分娩件数が、分娩総件数の約半数を占めている。そして、周産期医療が集約化されていないことに起因する麻酔科専門医の相対的な供給不足が、麻酔による無痛分娩の供給を阻んでいる。

日本において、中小規模の診療所と病院の機能分化が未発達であり、かつそれらが分娩件数を分かち合って競合しているのには、第二次世界大戦直後の公的医療機関の整備の挫折という歴史的背景がある。というのも、戦後、GHQは医療制度改革の一環として、公的医療機関の主流化を図るとともに、診療所が主である私的医療機関を副次的な扱いにしてオープン・システムを発達させることを計画していた。そのために、医療法(1948年)の第13条では、診療所における収容制限の規定が設けられ、診療所と病院の機能分化を図っていた。しかしながら、診療所の収容時間制限は、日本母性保護医協会による撤廃運動によって、実質上、形骸化されることになる。

ひとたび診療所と病院の機能分化が不問に付されると、開業医セクターが中心である日本医師会は、私的医療機関への優遇政策を推し進めていく。明治期以来、日本においては後発工業化に起因する財政的制約から、官立(国公立)病院ではなく開業医セクターによって中小規模の病院・診療所が供給されてきた。第二次世界大戦後も私的医療機関への優遇政策が推し進められていった結果、明治期に起源を持つ民間中心型の医療機関供給制度は、再生産されていくことになる。その帰結として、日本においては中小規模の診療所が分散することになり、周産期医療は集約化されることなく今日に至っているのである。

第四に、市民による要求運動の有無が重要である。日本においては、1980年代から助産婦の繰り広げていた「自然な」お産運動の結果、麻酔による無痛分娩に対する市民による要求運動が起こらなかった。なぜならば、麻酔による無痛分娩が普及しなかったのは、助産師が自らの復権のために「自然なお産」の市民権を獲得しようと、助産師による医療介入を最小限に抑えた助産を、第一に「不自然ではない」こと、第二に女性の「主体性」を尊重するもの、として戦略的に推進していった。このような助産師の運動に女性が共鳴したことから、日本では麻酔による無痛分娩の要求は起こらなかった。